

**პროფ. ა. ზურაბაშვილი**

სსრ კავშირის სახელდი. მეცნ. აკადემიის წევრი-კორესპონდენტი, მეცნ. დამსახ.  
მოღვაწე

# **ფ ს ი ქ ი ა ვ რ ი ა**

**ზოგადი და კერძო ნაწილი**

**სახელმძღვანელო სტუდენტთა და იქიმათების**

**საძმოდგამი**

**თბილისი**

**1948**

**Проф. А. Д. ЗУРАБАШВИЛИ**

**Член-корреспондент Академии Медицинских Наук СССР,  
заслуж. деятель науки**

# **ПСИХИАТРИЯ**

**Руководство для студентов и врачей**

**ГРУЗМЕДГИЗ  
Тбилиси  
1948**



## წინასიტყვაობა

ფსიქიატრიის დარგში ქართულ ენაზე მხოლოდ ორი სახელმძღვანელო არსებობს; მათ შორის პროფესორ ასათიანის საინტერესო ნაშრომი—„სულით ავადნეოფის გამოკვლევის გეგმა და მეთოდია“, რომელიც, თვით ავტორისავე აზრით, ვერ შეცვლის ხისტემატურ სახელმძღვანელოს, ხოლო ჩემი „ფსიქიატრია“, რომელიც 1939 წელს გამოიცა, არასრულ კურსს წარმოადგენს (შეიცავს ამ საგნის მხოლოდ ზოგად ნაწილს) და შეესება-შესწორებას მოითხოვს.

ამიტომ, ქართულ ენაზე ფსიქიატრიის სრული სახელმძღვანელოს გამოცემა, გადაუდებელ ამოცანას შეადგენს. აღნიშნული ამოცანის გადაწყვეტის ცდას წარმოადგენს ფსიქიატრიის ეს კურსი. მისი შედგენისას, ჩვენ, გარდა საკუთარი მასალებისა, ვრცლად ვსარგებლობდით სხვადასხვა შრომებით, მონოგრაფიებით და სახელმძღვანელოებით.

პროფესორ მ. მ. ასათიანის „გეგმა და მეთოდია“ თითქმის მთლიანად შედის ჩვენს სახელმძღვანელოში.

ვსარგებლობდით გურგეიჩისა და სერეისკის, იუდინის, გილიაროვსკის, გოლანტის, ოსიპოვის, ოზერეცკის და სხვა თანამემამულე მკვლევართა ცალკე შრომებითა და სახელმძღვანელოებით.

ფართოდ მოგვყავს აგრეთვე მასალები შრომებიდან, რომლებიც შესრულებულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ფსიქიატრიის სამეცნ.-კვლევითი ინსტიტუტში და თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კლინიკაში.

ამ სახელმძღვანელოს დამახასიათებელ თავისებურებას შეადგენს შემდეგი:

1. მასალები დალაგებულია თანახმად საგნის სწავლების იმ ტრადიციებისა, რომლებიც არსებობს ჩემი მასწავლებლის, პროფესორ მ. მ. ასათიანის მიერ შექმნილ კლინიკაში და უკვე გამართლებულია პრაქტიკულად,
2. სახელმძღვანელოში წითელი ზოლივით არის გატარებული ის აზრი, რომ ფსიქიატრია წარმოადგენს მედიკურ-ბიოლოგიურ დისციპლინას და ამიტომ მისი ყოველი პრინციპული პოზიცია გამაგრებულია საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა მონაცემებით და
3. ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ სოციალური გარემო განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკაზე.

წარმოდგენილი სახელმძღვანელო შეიცავს ფსიქიატრიის ზოგად და კერძო ნაწილს და განზრახულია სტუდენტთა და ექიმთათვის.

წინამდებარე სახელმძღვანელოში, მით უმეტეს მის კერძო (კლინიკურ) ნაწილში, აღინიშნება სამი დამახასიათებელი მომენტი, რომელიც შეადგენს მის სპეციფიკას და რითაც იგი განსხვავდება დღემდე სხვა ენაზე არსებული მსგავსი სახელმძღვანელოებიდან: პირველი მომენტი ეხება ფსიქოზთა კლასიფიკაციას, მეორე—ფსიქოზთა პათოფიზიოლოგიას, ხოლო მესამე—ფაქტიური მასალების გადმოცემას.

ფსიქოზთა კლასიფიკაცია და დალაგების განრიგი მოცემულია იმ გაგებით, რომ არც ერთი ფსიქიკური აშლილობა არ შეიძლება არსებობდეს ხეიროდინამიკური საფუძვლების გარეშე.

ცალკეული კლინიკური ფორმის განხილვისას მიღებულია მხედველობაში თანამედროვე ნეიროფიზიოლოგიის ძირითადი მონაცემები და შეძლებისდაგვარად მოცემულია დაავადების პათოფიზიოლოგიური საფუძვლები. პათოფიზიოლოგიის და ნატიფი პათომორფოლოგიის საკითხების აქცენტუაცია საშუალებას გვაძლევს გავერკვეთ აგრეთვე ფსიქოზთა პათოგენეზის, დიფერენციული დიაგნოზის, პროგნოზის და რაციონალური თერაპიის საქმეში.

ვეცადეთ თავისებურად დაგველაგებია მასალაც.

სახელმძღვანელოში მხოლოდ და მხოლოდ აბსოლუტურად მიღებულ და დადგენილ მასალების მოყვანა; ჩვენის აზრით, ძლიერ ღარიბი, სქემური, მშრალი და უინტერესო იქნებოდა; მით უმეტეს, ასეთ „დადგენილ“ და „სამუდამოდ ჩამოყალიბებულ ფაქტთა“ რაოდენობა მედიკურ-ბიოლოგიურ მეცნიერებაში არც ისე ბევრია.

მეორეს მხრივ, შეიძლებოდა სახელმძღვანელოში თავი მოგვეყარა ყველა თეორიისათვის და ერთმანეთის საწინააღმდეგო აზრებისათვის, მაგრამ არც ეს იქნებოდა მიზანშეწონილი, რადგან ამგვარი მიდგომა მეცნიერული გზის ჩვენების ნაცვლად გზა-კვალს აუბნევდა მოსწავლე ახალგაზრდობას.

ჩვენ შევეცადეთ აგველო დალაგების მესამე წესი: ფაქტიური მასალების გადმოცემისას გაკვრით, მაგრამ შედარებით ამომწურავად არის გაშუქებული ყველა სადავო და საპრობლემო საკითხი, რაც, ვფიქრობთ, ინტერესს გაუღვიძებს ახალგაზრდა პსიქიალისტს საკვლევო მუშაობისადმი და მისცემს მას სწორ გეზს საგნის ათვისებაში. სწორედ ამ მიზნით, კონკრეტული ფაქტების გადმოცემას წინ უსწრებს ზოგადი ხასიათის ცნობები.

ა. ზურაბაშვილი.

# ზოგადი ნაწილი

## თავი პირველი

### ფსიქიატრიის საგანი, უნაარსი და ამოცანები

ფსიქიატრიის საგანს და უნაარსს შეადგენს ფსიქიკურ ანუ მთლით ავადმყოფობათა შესწავლა და მკურნალობა. თვით ტერმინი „ფსიქიატრია“ ბერძნული სიტყვაა (ფსიქეო—სული, იატრეო—ეკურნავ) და ნიშნავს მეცნიერებას, რომელსაც მიზნად აქვს დასახული სულიერ აშლილობათა მკურნალობა.

ფსიქიატრია ეკუთვნის სამკურნალო დისციპლინათა ჯგუფს და როგორც ასეთი, სარგებლობს მათი მონაცემებით და კვლევითი შეთოდებით.

გასაგებია, რომ როგორც ერთერთი კლინიკური დარგი, ფსიქიატრია იკითხება ბოლო სემესტრებში, როდესაც სტუდენტს უკვე მიღებული აქვს სათანადო ცოდნა და ამასთანავე ძირითადად გამოიმუშავებული აქვს მედიკური აზროვნება.

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

ამნაირად, კლინიკურ ფსიქიატრიულ აზროვნებას ახასიათებს გარკვეული თავისებურება.

წარსულში ფსიქიატრია მოწყვეტილი იყო მედიცინას და იდგა იდეალისტურ ნიადაგზე.

საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა, კერძოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომიის, ფიზიოლოგიის და ბიოქიმიის განვითარებასთან ერთად იცვლება მისი პოზიციები: სულიერი ანუ ფსიქიკური აშლილობანი განიხილება მედიკურ-ბიოლოგიურ პრილში. დიალექტიკური მატერიალიზმი ფსიქიატრს საშუალებას აძლევს გაერკვიოს სომატიკურ და ფსიქიკურ მოვლენათა რთულ

ურთიერთ კავშირში. ფსიქიატრს კარგად ახსოვს, რომ ცნობიერებას და აზროვნებას აქვს თავისი ანატომიური სუბსტრატი (ტვინი), რომ „მატერია კი არ არის სულის პროდუქტი, არამედ სული არის უმაღლესი პროდუქტი მატერიის:“ (ე ნ გ ე ლ ს ი).

ფსიქოზის რთულ სურათში გარკვევა, სწორი დიაგნოზის დასმა და ჭეროვანი მკურნალობის დანიშვნა, აი რა არის უშუალო პრაქტიკული დანიშნულება მკურნავ ფსიქიატრისა.

ფსიქიატრის მოწოდება, მისი მუშაობა მეტად ჰუმანურია, ვინაიდან იგი მიზნად ისახავს დაეხმაროს, უწყამლოს და იზრუნოს ისეთ ავადმყოფზე, რომელსაც დაუკარგავს სულიერი ჯანმრთელობა.

ხშირად სულით ავადმყოფები უმართებულო სიტყვა-პასუხს მიმართავენ და არასწორ რეაქციებს იჩინენ; მიუხედავად ამისა, ექიმის ვალდებულება მათ მოექცეს ისეთივე ნდობით, პატივისცემით, სერიოზულობით და სიყვარულით, როგორც სხვა დარგის ავადმყოფებს. ასეთი მიდგომა ექიმს საშუალებას მისცემს უფრო ღრმად გაერკვეს ავადმყოფის რთულ ფსიქიკურ განცდებში.

ცნობილია, რომ ყველა დარგის ავადმყოფთა მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ფსიქოლოგიის ანგარიშის გაწევას (შესწავლას); ამ საქმეში ექიმს დიდათ ეხმარება ფსიქიატრია და ამიტომ მისი გაცნობა ფრიად საჭიროა ყოველი სპეციალისტის ექიმისათვის; ფსიქიატრის ინტერესი და მოქმედების მასშტაბის ცილდება ფსიქიატრიული დაწესებულების ვიწრო ჩარჩოებს.

იყო ცდა შეეცვალათ კლასიკური სახელწოდება „ფსიქიატრია“, ვინაიდან ამ ტერმინის მნიშვნელობა ვერ ამოსწურავს ჩვენს თანამედროვე გაგებას ფსიქიკური მოვლენებისა და ფსიქოზის შესახებ, მაგრამ ავტორთა ასეთი ცდები ვერ გამართლდა. ამ მხრივ აღსანიშნავია ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს და ო ს ი პ ო ვ ი ს წინადადებანი.

ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი „ფ ს ი ქ ი ა ტ რ ი ი ს“ ნაცვლად ხმარობდა „პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ რ ე ფ ლ ე ქ ს ო ლ ო გ ი ა ს“, ხოლო ო ს ი პ ო ვ ი „ტ რ ო პ ო პ ა თ ო ლ ო გ ი ა ს“, ე. ი. ქცევის პათოლოგიას. გასაგებია, ეს ორი ტერმინი ვერ შესცვლიდა კლასიკურ სახელწოდებას, ვინაიდან ყოველი ფსიქოზი თავისი არსით და შინაგანი ბუნებით გაფილებით უფრო რთულ მოვლენას წარმოადგენს, ვიდრე რეფლექსი ან ქცევა.

არ გამართლდა აგრეთვე წინადადება, რომ „ფსიქიატრიის“ ნაცვლად ეხმარათ სახელწოდება: „მოდერნა სულით ავადმყოფობათა შესახებ“, რადგანაც თანამედროვე ფსიქიატრია გაფართოვდა და მის კვლევა-ძიების საგანს, სულით ავადმყოფობათა გარდა შეადგენს აგრეთვე სხვა საკითხები, მაგ., მოსაზღვრე მდგომარეობანი.

ფსიქოპათიის და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხები, ორგანიზაციული ფსიქიატრიის საკითხები და სხვ. უმართებულოდ მიგვაჩნია აგრეთვე ფსიქიატრია შევცვალთ ტერმინით: „ზოგადი და კერძო ფსიქოპათოლოგია“, ვინაიდან ფსიქოზის (და მით უმეტეს ორგანული ფსიქოზის) ბუნება არ ამოიწურება ფსიქიკური პათოლოგიით, არამედ მას საფუძვლად უდევს მძიმე ბიოლოგიური პროცესები.

ფსიქიატრიის კლინიკა ამოცანად ისახავს გაერკვიოს შემდეგ საკითხებში: რა აკლია ავადმყოფს, რატომა იგი ავად, როგორია ფსიქოზის შინაგანი ბუნება, როგორი იქნება ფსიქოზის ხანგრძლივობა და გამოსავალი, განმეორდება იგი თუ არა, როგორი უნდა იყოს მკურნალობის გზა-წესი და როგორი იქნება ავადმყოფობის სოციალური შედეგები, ავადმყოფი შრომას დაუბრუნდება თუ არა?

როგორც ვხედავთ, ამოცანათა პირველი ჯგუფი წმინდა კლინიკური ხასიათისაა.

პირიქით, ამოცანათა მეორე ჯგუფი შეიცავს მედიკურ-ბიოლოგიურ თეორიულ საკითხებს, როგორც მაგალითად, ფსიქოზის პათოგენეზის, პათოლოგიური ანატომიის და ბიოქიმიის შესწავლა. გარდა ამისა, ფსიქიატრიის კლინიკას მიზნად აქვს დააზუსტოს ფუნქციათა ლოკალიზაციის საკითხები და დაამუშაოს ბიოლოგიური საფუძვლები ემპირიულად მოწოდებულ სამკურნალო მეთოდებისა (მალარიოთერაპია, ინსულინოთერაპია, მკურნალობა კრუნჩხვებით და სხვ.).

## ფსიქიატრიის კავშირი მედიცინის სხვადასხვა დისციპლინებთან

ფსიქიკური პროცესები წარმოადგენს უმალესად ორგანიზირებული მატერიის, სახელობრ, წინა ტვინის (Telencephalon), ანუ დიდი ჰემისფეროების, ფუნქციას.

გასაგებაა, რომ ავადმყოფური ფსიქიკური პროცესები აგრეთვე შედეგი იქნება იმავე წინა ტვინის ანუ დიდი ჰემისფეროების პათოლოგიური ცვლილებისა.

უკანასკნელი ათეული წლების გამოკვლევებმა უფრო განამტკიცეს აზრი, რომ ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიურ სტრუქტურას წარმოადგენს დიდი ტვინის ჰემისფეროები; ამასთანავე ერთად უნდა ითქვას, რომ ორგანულ ფსიქოზების შემთხვევებში, როგორც

წესი, დიდ ტვინში პოულობენ განსაზღვრულ პათოლოგიურ ცვლილებებს.

დიდი ტვინის ქერქი წარმოადგენს ნერვულ, ფსიქონერვულ და ფსიქიკურ ფუნქციათა ანატომიურ სუბსტრატს; იგი ასრულებს აგრეთვე უმაღლეს ტროფიკულ ანუ ვეგეტაციურ ფუნქციებს. ორგანული ფსიქოზების დროს, ქერქის და ქერქ-ქვეშა კვანძების დაზიანებასთან ერთად შეიძლება დაზიანდეს ქერქული და ქერქ-ქვეშა ტროფიკული ვეგეტაციური ცენტროები, რასაც თავის მხრივ ორგანიზმში მოჰყვება ბიოქიმიური და შიდასეკრეციული მნიშვნელოვანი ძვრები.

შეიძლება დავუშვათ შებრუნებული მდგომარეობა, როდესაც პერიფერიული მომენტი,—სხვადასხვა ორგანოთა დაზიანება—ზეგავლენას მოახდენს ცენტრალურ აპარატზე—ქერქზე და ქერქ-ქვეშა კვანძებზე.

ზემოხსენებულისაგან ნათელი ხდება ის მჭიდრო კავშირი, რომელიც არსებობს შინაგან სნეულებათა და ფსიქიატრიის კლინიკებს შორის.

ხაზი უნდა გაესვას შემდეგ გარემოებას: მართალია ორგანული ფსიქოზი წარმოადგენს მთელი ორგანიზმის დაავადებას, მაინც ფსიქოპათოლოგიური სურათის მატერიალურ სუბსტრატს შეადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემა, ჭერძოდ დიდი ტვინის ქერქი.

არსებობს მთელი რიგი დაავადებანი, რომლებიც ერთნაირად ბინტერესებს, როგორც ფსიქიატრს, ისე თერაპევტს. მწვავე ინფექციების დროს არაიშვიათად ვითარდება ფსიქოზი, ე. ი. სიცხოვანი ბოდვა (Delirium febrile), გამოწვეული ინფექცია-ინტოქსიკაციით და ტემპერატურით; ხსენებული ფსიქოზი წარმოადგენს მასალას თერაპევტისათვის, ამიტომ არაა გასაკვირი, რომ მწვავე ინფექციურ ფსიქოზთა კლასიკური დაკვირვებანი უმთავრესად თერაპევტებს ეკუთვნის.

არის შემთხვევები, როდესაც ბოდვა ვითარდება ტემპერატურის და თვით ინფექციის გამოსაშკარავებამდე (დაწყებითი ანუ ინიციალური ბოდვა); მაგალ., ტიფების დროს. ხსენებული შემთხვევები წარმოადგენს ტიფის ცერებრულ ფორმას და მათ ახასიათებთ მეტად მძიმე პროგნოზი.

შესაძლოა დელირიუმში მოჰყვეს სიცხის დავარდნას და ინფექციური ავადმყოფობის ჩათაგებას—განლევის ბოდვა.

ქრონიკულ ინფექციებიდან ყურადსაღებია ტუბერკულოზი, რომელიც ჩვეულებრივად იწვევს ავადმყოფთა გუნებ-განწყობის

დაწევას, დანაღვლიანებას ანუ დეპრესიას. აღნიშნავენ გარკვეულ პარალელურად დეპრესიის სიღრმის და ტუბერკულოზით გამოწვეული რღვევითი პროცესებს შორის.

ფსიქიატრიას მკიდრო კავშირძ აქვს აგრეთვე სამეანო-გინეკოლოგიურ დისციპლინასთან. ცნობილია გუნებ-განწყობის ცვლილებანი მენსტრუაციის დროს. დიდ ბიოლოგიურ ძვრებს იძლევა ორსულობის, მშობიარობის და ძუძუს წოვების პერიოდი, რომლის დროსაც შეიძლება გამომჟღავნდეს ფარულად არსებული ფსიქოზი ან ხელახლად განვითარდეს იგი.

ფსიქიატრიის და სამეანო დარგის ურთიერთკავშირს აქვს აგრეთვე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა. ბოლო დროს ძლიერ ცდილობენ ჩაატარონ მშობიარობა უმტყვენლოდ ჰიპნოზის საშუალებით. ხსენებულ ცდას ჯერ ფართოო არ მიმართავენ და ის უფრო დამუშავების სტადიუმში იმყოფება, მაგრამ აღსანიშნავია, რომ აქ შეიძლება არა მარტო ჰიპნოზის ტექნიკის შეთვისება, არამედ საერთო ფსიქიატრიული ცოდნით შეიარაღება, რათა გაერკვეს და აწონ-თაწონოს მისი პარის ოსტოპორი მხარე.

ორგანულ ფსიქოზთა შორის დიდ და საინტერესო ჯგუფს წარმოადგენს ტვინის ათაშანგი და პროგრესიული პარალიზი. უკანასკნელი დაავადებანი ძლიერ უჭნლოვებენ ფსიქიატრიის კლინიკას ვენეროლოგიას.

სხვა სამედიცინო დისციპლინათა შორის ფსიქიატრიას ყველაზე მკიდრო კავშირი აქვს ნერვულ სხეულებათა კლინიკასთან. წარსულში ფსიქიატრია და ნევროლოგია წარმოადგენდა ერთ დისციპლინას, მაგრამ შემდგომ კვლევის საგანი და მუშაობის მეთოდები იმდენად გაფართოვდა და გამრავლდა, რომ აუცილებელი გახდა მათი გაყოფა დამოუკიდებელ დარგებად.

ბუნებრივია ფსიქიატრის და ნევროპათოლოგის ურთიერთთანამშრომლობა, ვინაიდან ორივენი ემსახურებიან ერთი და იმავე ორგანოს (ცენტრალური ნერვული სისტემის) პათოლოგიური ფუნქციის შესწავლას (პავლოვი).

ფსიქიატრი ვალდებულია ზუსტად აღნუსხოს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული ცვლილებანი; იგი ვალდებულია ნევროლოგიური სიმპტომოკომპლექსი გამოიყენოს საბოლოო დიაგნოზის გამოსატანად.

ნევროპათოლოგი თავის მხრივ მოვალეა გაითვალისწინოს ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა, ვინაიდან დიდი ტვინის ქერქის და ქერქ-ქვეშა კვანძების ორგანულ დაავადებებს ხშირად თან სდევს აგრეთვე ფსიქიკური აშლილობანი.

ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომთა ლოკალიზაციის საკითხი უკანასკნელ დროს იმდენად დამუშავდა და დაზუსტდა, რომ დიდი პემისფეროების ქერკის ცალკეულ მიდამოებისათვის (მაგ. შუბლის, თხემის და სხვა ნაწილები) ცნობილია ფსიქიკურ აშლილობათა გარკვეული სურათი.

ზოგიერთი მკვლევარი ცდილობს მხოლოდ ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგიის საშუალებით დასევას ორგანული დაავადების დიაგნოზი; ეს ავტორები ლაპარაკობენ ცენტრალურ ნერვული სისტემის ორგანულ დაავადებათა ფსიქოლოგიის ტიპზე.

არსებობს ორგანული დაავადებანი (პროგრესიული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ენცეფალიტები), რომლებიც თანაბრად აინტერესებს როგორც ნევროპათოლოგს, ისე ფსიქიატრს.

რაც შეეხება ფუნქციურ ნერვულ დაავადებათა შემთხვევებს, ე. ი. ნევროზებს, ისინი წარმოადგენენ მოსაზღვრე დარგს, რომელსაც ერთი და იგივე ინტერესით ეკიდება როგორც ნევროპათოლოგი, ისე ფსიქიატრი.

## ცნობები ნორმის შესახებ და სულით ავადმყოფობის ცნების განსაზღვრა

ფსიქიატრიაში, ისე როგორც მედიცინის ყველა სხვა დარგში, მძიმე ამოცანას წარმოადგენს „ნორმის“ განსაზღვრა.

კლინიცისტს უნდა ახსოვდეს, რომ ნორმული თუ ავადმყოფური ყოველი კერძო შემთხვევა მეტად ლაბილური და დინამიკური შეხაარსის მქონეა.

ნორმულ ან ჯანმრთელ რეაქციათა ჩარჩოები ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში არის არა გამოცვეთილი და სამუდამოდ მყარი, არამედ მოძრავი, ცვალებადი და გარდამავალი.

ავრთვე არაა სწორი, თითქოს ჯანმრთელი ფსიქიკის და ფსიქოზის შორის იყოს მხოლოდ და მხოლოდ რაოდენობითი განსხვავება.

ჯანმრთელ და ავადმყოფურ ფსიქიკურ მოვლენათა გარდა არსებობს მოსაზღვრე მდგომარეობანი (ფსიქოპათიები), რომელნიც გარკვეულ პირობებში ნორმულად ითვლებიან, მაგრამ სხვადასხვა მიზეზების გამო მათ შეიძლება მოგვეცინ ავადმყოფური განვითარება და ნამდვილი ფსიქოზის სურათი ჩამოყალიბდეს. ჯანმრთელი, მოსაზღვრე და სულით ავადმყოფი, აი საკითხები, რომელსაც ყოველდღიურად ზედება ფსიქიატრი-კლინიცისტი.



ფსიქიატრმა პრაქტიკულად უნდა გადასწყვიტოს შემდეგი საკითხები: რამდენად სერიოზულია პაციენტის მდგომარეობა, საჭიროა თუ არა მისი ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსება, უფლებების მქონეა თუ არა ის, პაატუს ავებს თუ არა თავის საქციელში, ე. ი. იმყოფება ჩარაცხულ თუ ჩაურაცხველ მდგომარეობაში; სხვაგვარი განყენებული ინტერესი ნორმისა თუ პათოლოგიისა ფსიქიატრისათვის არ უნდა არსებობდეს.

ფსიქიატრიის კლინიკის განკარგულებაში იმყოფება მთელი რიგი სიმპტომები, რომლებიც საშუალებას გვაძლევს ვიქონიოთ დასკვნა სულით ავადმყოფობის არსებობაზე. ხსენებული სიმპტომები ცნობილია, როგორც ფსიქოზთა ფორმალური ნიშნები. უკანასკნელთ ეკუთვნის შემდეგი აშლილობანი: ცნობიერების შეცვლა (გარკვეულობის ანუ ორიენტაციის უნარის დაკარგვა), კეუასუსტობა (გონებრივი გაღარიბება), ბოღვითი აზრები, პალუცინაციები და სხვ. გასაგებია, რაც უფრო უხეად იქნება წარმოდგენილი სულით ავადმყოფობათა ფორმალური ნიშნები, მით უფრო ადვილი გახდება საბოლოო დასკვნის გამოტანა.

## თ ა ვ ი მ ე რ ა მ

### უსიქიატრიის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა; უსიქიატრიის განვითარება და მთავარი თანამედროვე მიმართულებანი

უსიქიატრიის ისტორია არ წარმოადგენს ცალკე ფსიქოზთა ისტორიულ მიმოხილვას, არამედ აქ უნდა იყოს მოცემული ფსიქიატრიული მეცნიერების განვითარება უძველეს დროიდან დღემდე.

უსიქიატრიის ისტორია შეიძლება გავყოთ ორ პერიოდად: **ა რ ა მ ე ც ნ ი ე რ უ ლ ი** და **მ ე ც ნ ი ე რ უ ლ ი** ფსიქიატრიის ხანად.

პირველი პერიოდი წარმოადგენს სპექულაციურ შეხედულებათა ხანას; ეს არის ძველი დროის და საშუალო საუკუნეთა ფსიქიატრია. ამ ხანაში არსებობს დემონომახიური შეხედულება ავადმყოფობაზე: ფსიქოზი განიხილება პიროვნებაში ავი ძალის—დემონის შეჭრის შედეგად.

მეცნიერულ პერიოდში, მსგავსად სხვა სამედიცინო დარგებისა, ფსიქიატრია სარგებლობს საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა მდიდარი ფაქტიური მასალით და თანდათანობით დგება მეცნიერულ პოზიციებზე.

სულით ავადმყოფობანი არსებობენ უძველეს დროიდან. თანახმად ისტორიკოს ჰეროდოტეს გადმოცემისა, ძველ ეგვიპტეში განსაზღვრულ ავადმყოფობას ან ორგანოთა სისტემას განსაზღვრული ექიმი-სპეციალისტი ყოლია; შეიძლება დავუშვათ, რომ სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებისათვის აგრეთვე უნდა ყოფილიყვნენ ცალკე სპეციალისტები.

ძველ ინდოელებს აგრეთვე ჰქონიათ წარმოდგენა ცალკე სპეციალისტებზე. თანახმად არსებული წყაროებისა, მათ ჰყოლიათ რვა სახის სხვადასხვა მკურნალი სპეციალისტები, რომელთა შორის იმყოფებოდა სულით ავადმყოფობათა, ანუ ავი ძალით შეპყრობილთა მკურნალიც.

ძველი ბერძნებიც სულით ავადმყოფობას უკავშირებდნენ ღვთაებრივ ძალას. საინტერესოა, რომ იმ დროისათვის ფსიქიატრიული აზროვნება იმდენად მაღლა მდგარა, რომ ცოდნით, როგორც სიმულაცია, ისე მისი გამოცნობის საშუალებანი. ამ მხრივ ყურადსაღებია მითოლოგიური გმირის ო დ ი ს ე ვ ს ი ს მიერ სიმულაციის ჩადენა და თავისი თავის სულით-ავადმყოფად გამოცხადება. ტროადის ომიდან ო დ ი ს ე ვ ს ს რომ თავი დაეღწია, მას მოუგონია ფსიქოზი. იგი თურმე ზღვის ნაპირას ხნავდა ქვიშნარს და სთესდა მარილს, გუთანში შებძული ჰყოლია ცხენი და ხარი. ო დ ი ს ე ვ ს ი ს ასეთი საქციელით დაინტერესებულან ოფიციალური პირები, რომელთაც მიუმართავთ შემდეგი ცდისათვის სიმულაციის საკითხის გადასაწყვეტად; მათ გუთნის წინ ხნულში ჩაუდვიათ ო დ ი ს ე ვ ს ი ს პატარა შვილი. მამას დიდი სიფრთხილით აუღია დვიძლი შვილი, გადაუღვია გვერდზე და ამის შემდეგ განუგრძედა ხენა. ამით ო დ ი ს ე ვ ს ს თავისი საქციელი გაუცია; ყველა დარწმუნებულა, რომ ის სულით ავადმყოფი არ არის და იძულებული გაუხდიათ მონაწილეობა მიეღო ომში.

ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე მ პირველზე განაცხადა, რომ სულით ავადმყოფებს დაავადებული აქვთ ტვინი. ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე მ დ ე ს უ ლ ი თ ავადმყოფებს დასცინოდნენ. მან გადაჭრით გაილაშქრა ასეთი შეხედულების წინააღმდეგ და სულით ავადმყოფთათვის საჭიროდ აღიარა ექიმის მზრუნველობა (ო ს ი პ ო ვ ი).

ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე გამოდის არა მარტო, როგორც სულით ავადმყოფთა მკურნალი და მზრუნველი, არამედ იგი არის პირველი ფსიქიატრი-ექსპერტი.

ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე შემქმნელია ჰუმორალური პათოლოგიისა; იგი ხელმძღვანელობს იმ დროინდელი ფილოსოფიური წარმოდგენებით, რომ ბუნება შედგება 4 სტიქიიდან; ჰაერისა, წყლისა, მიწისა და ცეცხლისაგან. სხენებულ სტიქიათა მსგავსად ადამიანის სხეულში უნდა არსებობდეს ოთხი ძირითადი სითხე: სისხლი, ლორწო, შავი და ყვითელი ნალველი.

ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე ს მოძღვრების თანახმად, აღნიშნული ოთხი სითხე წარმოადგენს ოთხი ტემპერამენტის ჰუმორალურ საფუძველს. იგი არჩევს ს ა ნ გ ვ ი ხ უ რ, ფ ლ ე გ მ ა ტ უ რ, ქ ო ლ ე რ ი უ ლ და მ ე ლ ა ხ ქ ო ლ ი უ რ ტემპერამენტს.

აზროვნების ლოკალიზაციას ჰ ი პ ო კ რ ა ტ ე ახდენს ტვინში, მხოლოდ გრძნობების ლოკალიზაციას—გულში.

მისთვის ცნობილი იყო მელანქოლია, მანია, ეპილეფსია და სხვა კლინიკური ფორმები. მან იცოდა აგრეთვე მოსაზღვრე შემთხვევანი—ფსიქოპათიები, რომლებიც მისივე გაგებით სულით ავად-

მყოფობას არ წარმოადგენს; ფსიქოპათიით შეპყრობილნი ადვილად ღიზიანდებიან, მოდიან მრისხანებაში, გულჩახვეულნი არიან და აგრეთვე ადვილად გამოდიან ნერვული წონასწორობიდან.

პ ი პ ო კ რ ა ტ ე ს შემდგომ რომის იმპერიის დაცემამდე ფსიქიატრია თანდათანობით მიდის წინ, ზუსტდება, მდიდრდება და ღრმავდება; მაგალითად ა რ ი ს ტ ო ტ ე ლ ე არჩევს თანდაყოლილ და შექნილ ფსიქოზებს: ც ე ლ ს ი უ ს ი —მწვავე ქრონიკულ, პალუცინაციურ და ბოდვითი ფორმებს; გ ა ლ ე ნ უ ს ი სვამს საკითხს ფსიქიკურ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ, იგი არჩევს პირველად და მეორად ფსიქოზებს.

როგორც ვხედავთ, ძველი დროის ფსიქიატრია აღწევს განსაზღვრულ საფეხურს, მაგრამ მისი წინსვლა შეჩერებულა; ფსიქიატრიის განვითარებას ხელს უშლის ქრისტიანული ერა, რომის იმპერიის დაცემა, საშუალო საუკუნეთა ეპოქა (ო ს ი პ ო ვ ი).

ხსენებული პერიოდი არამც თუ ხელს უშლის ფსიქიატრიის შემდგომ წინ სვლას, არამედ სპობს ყოველივე დადებითს, მეცნიერულს, რაც აქამდე გაკეთებულა ამ დარგში.

მოსახლეობა მოდებულია რწმენით, რომ არსებობს ბოროტი სული ჯადოს, ქაჯის, ეშმაკის თუ სატანის სახით. ყოველგვარი უბედურება მაგ., გვალვა, სეტყვა, მოუსაველობა და სხვა მიეწერებოდა ავ ძალთა ანუ ეშმაკთა მქონე პირთ, რომელთაც აწამებდნენ უსაშინელეს პირობებში.

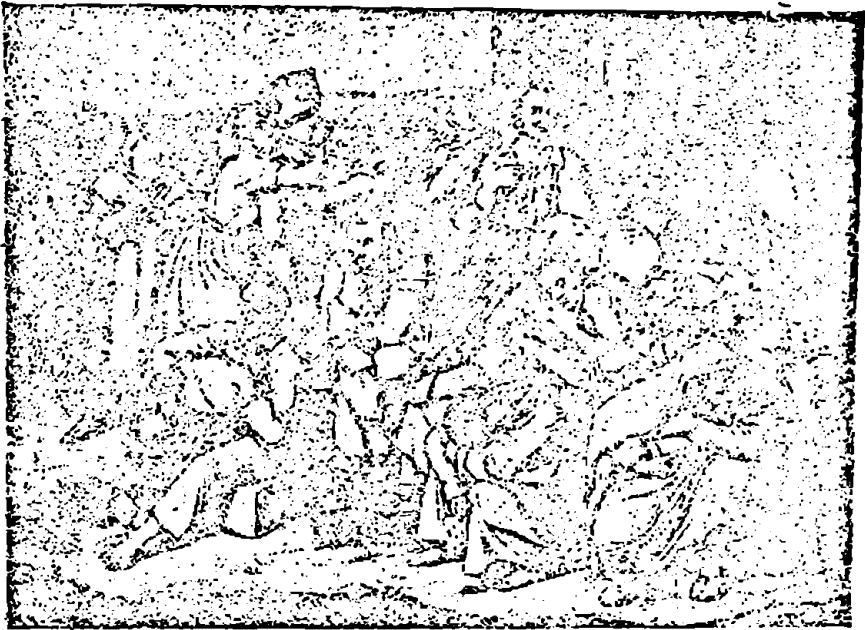
კლასიკურ მეცნიერულ შეხედულებათა აღორძინებისათვის საჭირო იყო საზოგადოებას განეცადა დიდი ეკონომიურ-პოლიტიკური და ამასთან ერთად კულტურული ძვრები.

მე-17-ე საუკუნეში თანდათანობით დაიწყო მეცნიერულ სწორ შეხედულებათა გამომუშავება ფსიქოზებზე, მაგალითად ცნობილი მეცნიერები ს ი ლ ვ ი უ ს ი, ვ ი ლ ი ზ ი და სხვები სულიერ აშლილობას უკვე უკავშირებდნენ სხვადასხვა ფიზიკურ მიზეზებს. მე-18-ე საუკუნის მეორე ნახევარში და მე-19-ე საუკუნის დასაწყისისათვის ფსიქოზთა მკურნალობა და ფსიქიატრიული მზრუნველობა ხელახლად დგება სწორ გზაზე, სამეცნიერო დისციპლინათა პოზიციებზე.

ამ დროისათვის სხვადასხვა სახელმწიფოებში იხსნება სპეციალური ფსიქიატრიული დაწესებულებანი; მაგრამ ავადმყოფთა მოვლის პირობები და თვით საავადმყოფოს რეჟიმი ძლიერ სასტიკი და მძიმე იყო: ავადმყოფთა ოთახები საპყრობილეს უფრო წარმოადგენდა, ვიდრე საავადმყოფოს პალატას. თვით სულით ავადმყოფებს არამპონდათ საწოლები და შეკრულნი იყვნენ თოკებით და ჭაჭვებით.

ხსენებული მდგომარეობა საკმაოდ ნათლად არის გადმოცემული სურათზე, რომელიც წარმოადგენს იმდროინდელ საავადმყოფოს სასეირნო ეზოს (იხ. სურ. 1).

მამაკაცი და დედაკაცი სულით ავადმყოფები ერთ ეზოში არიან მოთავსებულნი; მათ არა აქვთ სპეციალური ტანისამოსი; ზოგიერთნი თოკით არიან შეკრულნი; სურათზე მოჩანს აგრეთვე საავადმყოფოს შენობის პატარა ფანჯარა, გამაგრებული რკინებით. ნაცვლად მკურნალობისა, ავადმყოფებს აწინებდნენ და სცემდნენ.



სურ. 1. ფსიქიატრიული დაწესებულების ეზო მე-18 საუკუნეში (მოყვანილია ოსიპოვის სახელმძღვანელოდან).

მდგომარეობა შეიცვალა ცნობილი მეცნიერის პინელის დროს (1775-1826). მისი მუშაობა და ზოღეაწეობა ახდენს დიდ რეფორმებს სულით ავადმყოფთა მოვლის და ფსიქიატრიული მზრუნველობის საკითხში.

ხსენებული რეფორმების შედეგად შემოღებული იქნა სულით ავადმყოფთა შეუბოძველობის წესი.

რუსეთში პირველი ფსიქიატრიული კათედრა გაიხსნა 1859 წელს; კათედრაზედ პირველ პროფესორად არჩეული იყო ივანე მიხეილისძე ბალინსკი, რომელიც ითვლება მეცნიე-

რული ფსიქიატრიის ფუძემდებლად რუსეთში. მან განსაკუთრებულ სიმალლეზე დააყენა ფსიქიატრიული საქმე (რუსეთში და თვით საგანს მოუპოვა დართე მოქალაქეობრივი უფლება. ბ ა ლ ი ნ ს კ ი ს მიერ შექმნილ სკოლას ეკუთვნიან ცნობილი რუსი ფსიქიატრები: მ ე რ ჟ ე ვ ს კ ი, ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი, ო ს ი პ ო ვ ი, ო ს ტ ა ნ კ ო ვ ი და სხვები. მოსკოვის ფსიქიატრიული სკოლის დამაარსებელი არის მსოფლიოში ცნობილი მეცნიერი და კლინიცისტი პროფესორი კ ო რ ს ა კ ო ვ ი, რომელიც პროფესორ ს ე რ ბ ს კ ი ს თ ა ნ ერთად აგვარებს ფსიქიატრიული სწავლების საქმეს მოსკოვში. კ ო რ ს ა კ ო ვ ი და ს ე რ ბ ს კ ი აქვეყნებენ კლასიკურ შრომებს კლინიკური ფსიქიატრიის დარგში.

საქართველოში ცარიზმის და მენშევიკთა ბატონობის დროს ფსიქიატრიული საქმე ძლიერ სავალალო მდგომარეობაში იყო. მაშინ არსებობდა მხოლოდ ერთი დაწესებულება (თბილისში), რომელიც თავისი ბნელი საკანებით უფრო ციხეს წარმოადგენდა, ვიდრე საავადმყოფოს.

საქართველოში აბბოთა ზეღისუფლებას დამყარების შემდეგ, სხვა სამეცნიერო დარგებთან ერთად, განვითარდა ფსიქიატრიაც.

საქართველოში ფსიქიატრიის კლინიკა დაარსდა 1921 წელს და პირველ ქართველ ფსიქიატრ პროფესორად არჩეული იქნა მიხეილ შიხეილის-ძე ა ს ა თ ი ა ნ ი.

მან მეცნიერულ სიმალლეზე დააყენა ფსიქიატრიული საქმიანობა და შექმნა ფსიქიატრიული და ფსიქოთერაპიული სკოლა საქართველოში. დღეს ფსიქიატრიული საავადმყოფოები არსებობს თბილისში, სურამში, ქუთაისში, ბათუმში, სოხუმში და სტალინში.

\* \*

მე-19-ე საუკუნის მიწურულში იწყება ცდები, რომ დაასისტემონ სულით ავადმყოფობათა კლინიკური ფორმები. სულიერ აშლილობათა სისტემატიკას განვლილი აქვს განვითარების შემდეგი სამი საფეხური.

პირველ პერიოდში ჯერ კიდევ არ აოის მოწოდებული გამოკვეთილი კლინიკური ერთეულები; აქ კერძო ნიშანი წარმოადგენს დამოუკიდებელ ფორმას და ს ი მ პ ტ ო მ ი გ ა ი გ ი ვ ე ბ უ ლ ა ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ა ს თ ა ნ.

განვითარების მეორე საფეხურს შეადგენს ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი უ რ ი მიმართულება.

უნდა აღინიშნოს, რომ სიმპტომატოლოგიური მიმართულება გამოყოფს ფსიქიკურ აშლილობათა უამრავ ფორმებს და კერძო სწვდება ფსიქოზის შინაგან ბუნებას.

მოდღეოვია სითაბოთოკოთალეკსეიფე შეცვლილი იქია თაბა-  
მედროვე მეცნიერულ-კლინიკური ანუ ნოზოლოგიური მიმართულე-  
ბით.

კ რ ე პ ე ლ ი ნ ი ყურადღებას აქცევს ავადმყოფობის მიმდინა-  
რეობას და გამოსავალს.

ამ ორ უკანასკნელ კრიტერიუმს იგი იყენებს საფუძვლად ფსი-  
ქოზთა ნოზოლოგიური სისტემატიკისათვის.

ჩვენს ხანაში, განსაკუთრებით უკანასკნელი ორი ათეული  
წლის განმავლობაში, კლინიკურ ფსიქიატრიაში ხდება დიდი გარ-  
დატეხა, სტოვებენ კ რ ე პ ე ლ ი ნ ი ს მიერ მოწოდებულ ნოზოლო-  
გიურ პოზიციებს და მეტად ფართოდ აღიარებენ ე. წ. რ ე ა ქ-  
ტ ი უ ლ ფ ო რ მ ე ბ ს.

ფსიქოზის სურათი, ისე როგორც სხვა დაავადებათა სურათი,  
ხშირად განსხვავდება სქემურ ნოზოლოგიურ ერთეულიდან; ანგა-  
რიში უნდა გაეწიოს ინდივიდურ მომენტებს, გარეგან მიზეზებს,  
ხელშემწყობ სოციალურ ფაქტორებს. კ რ ე პ ე ლ ი ნ ი ს კრიტე-  
რიუმი, რომ განსაზღვრულ ავადმყოფობას მუდამ განსაზღვრუ-  
ლი ერთი და იგივე გამოსავალი უნდა ჰქონდეს, არ წარმოდგენს  
გარდაუვალ ფაქტუმს. კლინიციისტი ვალდებულია აზროვნების ცენტ-  
როში მოაქციოს ავადმყოფი და არა ავადმყოფობა. ამ მოსაზრე-  
ბით, ანგარიში უნდა გაეწიოს რეაქტოლოგიურ მიმართულებას  
ფსიქიატრიაში.

მაგრამ საჭიროა სიფრთხილე, ვინაიდან რეაქტოლოგიები მიდიან  
უქიდურესობამდე. ისინი აღნიშნავენ, რომ ს ხ ვ ა და ს ხ ვ ა მ ი-  
ზ ე ზ ს შ ე უ ძ ლ ი ა მოგვცეს ერთი და იგივე გა-  
მოვლინების სულიერი აშლილობა და პირიქით,  
ერთსა და იმავე მიზეზს შეუძლია სხვადასხვა კლი-  
ნიკური სურათი მოგვცეს. აქედან უკვე დაასკვნიან, რომ  
კლინიკური გამოსახულებანი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს მყა-  
რი ეტიოლოგიური ფაქტორების გარეშე, ხოლო ეტიოლოგიური  
ფაქტორები—მყარი კლინიკური სიმპტომატოლოგიის გარეშე.

ასეთი დებულებიდან გამომდინარე კლინიციისტი ადვილად შეიძ-  
ლება ასცდეს მატერიალისტურ პოზიციებს და მივიდეს მეცნიერუ-  
ლად ყალბ და მავნე დასკვნებამდე, ე. წ. იდეალისტურ, მისტიკულ  
დასკვნებამდე.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფაქტიური მასალა გვიკარნახებს ვრთ  
გვარი კორექცია გაუქვთდეს კლინიკურ-ნოზოლოგიურ მიმართულე-  
ბას, მაგრამ მისი პოზიციები მატერიალისტურია და შეუძლებელია  
ამისი დავიწყება.

## 2. ფსიქიატრია.

ფსიქიატრია, რამდენადაც იგი არის სამეცნიერო დისციპლინა, არ შეიძლება დაკმაყოფილდეს მხოლოდ ფენომენოლოგიით, მხოლოდ კლინიკური დაკვირვებებით.

ჩვენი დროის ფსიქიატრმა-კლინიცისტმა მშვენიერად იცის, რომ სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობისას არ არის საკმაოდ მხოლოდ ფენომენოლოგია და იგი ვალდებულია მიმართოს კვლევას სხვა მეთოდებს, როგორც მაგალითად: ფსიქოლოგიურ, ნევროლოგიურ და ანატომიურ მეთოდებს.

არცერთი ზემოხსენებული მეთოდი არ შეიძლება ჩაითვალოს ამომწურავად, არცერთს მათგანს არ შეუძლია დაფაროს ან შეცვალოს მეორე მეთოდი. ფსიქოზის რთული ბუნება მოითხოვს კომპლექსურ შესწავლას.

არაიშვიათად სწერენ სხვადასხვა მიმართულებათა შესახებ ფსიქიატრიაში, თითქოს არსებობდეს ნევროლოგიური, ფსიქოლოგიური, ანატომიური და სხვა მიმართულებანი.

სხვადასხვა მიმართულებათა დაშვება ფსიქიატრიაში ჩვენ არასწორად მიგვაჩნია.

ფსიქიატრიული მეცნიერება ერთია, არ შეიძლება იყოს ნევროლოგიური ან ფსიქოლოგიური ფსიქიატრია, შეიძლება მხოლოდ დაფუძვით კვლევის სხვადასხვა მეთოდები, რომლებიც ემსახურება ერთ და იგივე ამოცანას—ფსიქოზის არსის და ბუნების შესწავლას.



## თავის ტვინი, როგორც ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიური სუბსტრატი

თავის ტვინი და განსაკუთრებით დიდ ჰემისფეროთა ქერქი წარმოადგენს ფსიქიკურ ფუნქციათა მატერიალურ საფუძველს— „აჭროვნება და ცნობიერება ადამიანის ტვინის პროდუქტია“ (ენგელსი, ანტი-დიურიინგი).

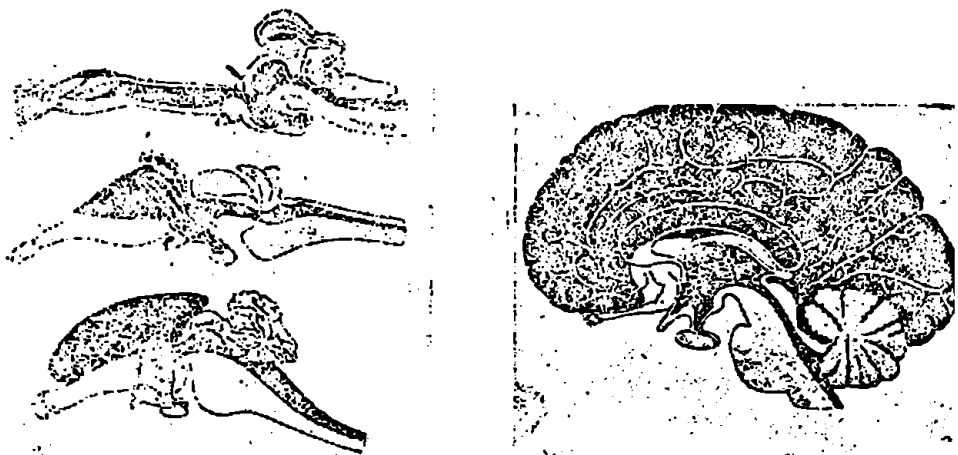
ფაქტიური მასალები ცენტრალური ნერვული სისტემის მორფოლოგიიდან, ემბრიოლოგიიდან, ფიზიოლოგიიდან და პათოლოგიური ანატომიიდან ნათლად ადასტურებენ, რომ ცხოველთა უმაღლესი ნერვული მოქმედებანი და ადამიანთა ფსიქიკური ფუნქციები უშუალოდ დაკავშირებულია დიდი ჰემისფეროების მუშაობასთან.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ცენტრალური ნერვული სისტემის შედარებითი ანატომიის მონაცემები. № 2 სურათი გადმოგვცემს ფილოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე მდგომ ცხოველთა ტვინს. წარმოდგენილ ოთხ სურათში ზემოდან პირველი ეკუთვნის თევზს, მეორე ხელიკს, მესამე—ბაჭიას, ხოლო მეოთხე—ადამიანს. აქ ჩვენ ვხედავთ, რომ თავის ტვინის მასა მატულობს და მაქსიმალურ განვითარებას აღწევს ადამიანის ტვინი. სურათებზე შავი ფერით აღნიშნულია წინა ტვინი, ე. ი. დიდი ტვინის ჰემისფეროები და განსაკუთრებით ქერქი.

თევზების დიდ ტვინში ჰემისფეროებზე მოდის სულ უმნიშვნელო ნაწილი პატარა ზონარის სახით, ხელიკის და ბაჭიას ჰემისფეროები შედარებით უფრო უკეთაა გამოხატული. სამაგიეროდ, დიდი ჰემისფეროები და კერძოდ ქერქი, განსაკუთრებით აქვს გამოხატული ადამიანს, სადაც მთავარი მასა მოდის ჰემისფეროებზე; ხოლო ტვინის დანარჩენ უბნებს სულ უმნიშვნელო ნაწილი უკავია.

ადამიანის ჰემისფეროები ფარავს ნათხემს, უხვად არის დაფარული და ნაწილდება მრავალ ხვეულად. გარდა ამისა, ადამიანის

ტვინისათვის სპეციფიკურად დამახასიათებელია შუბლის და თხემის წილების განსაკუთრებულად მძლავრი განვითარება. დიდი ტვინის ჰემისფეროები აგებულია ასიმეტრიულად. მაგალითად,



სურ. 2. დიდი ტვინის ფილოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხური.

მარცხენა ჰემისფეროს შუბლის წილში მოთავსებულია მეტყველების ფუნქციის მქონე ხვეულები (შუბლის ქვედა ხვეული).

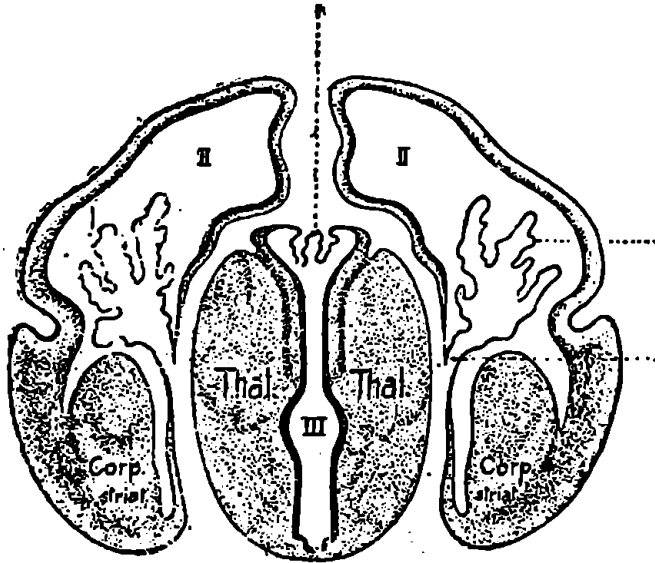
ცენტრალური ნერვული სისტემის ემბრიონული განვითარების შესწავლა ნათლად გვიჩვენებს, თუ რა თანდათანობით რთულდება დიდი ჰემისფეროების ფორმა და მათი შინაგანი სტრუქტურა მე-3-ე სურათი გადმოგვცემს დიდი ტვინის ერთ-ერთ ფრონტალურ ჭრილს, რომელიც ეკუთვნის ადამიანის ემბრიონს: ასაკით ემბრიონი არის დაახლოებით 2—2½ ოვისა.

მე-3-ე სურათზე მოცემულია გვერდითი პარაკუჭები და ქერქქევეშა კვანძები. იქ ნათლად ვხედავთ, რომ განვითარების ამ სტადიუმში ჰემისფეროები საკმაოდ ჩამორჩება ქერქქევეშა ნაწილებს; ჰემისფეროები ჯერ კიდევ არ არის დაღარული, ხოლო თვით ქერქქევეშა წარმოდგენილია წვრილი ზონარის სახით.

პათოლოგ-ანატომიური მასალები აგრეთვე ამტკიცებს, რომ ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიურ სუბსტრატს ქერქქევეშა შეადგენს. სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზების დროს, როდესაც ნათლად არის გამოხატული პიროვნების დეგრადაცია და ინტელექტური გაღარიბება, დიდი ტვინის ქერქქევეშა მთელ რიგ ანატომიურ ცვლილებებს გა-

ნიცდის, მაგალითად, პროგრესული პარალიზი და მოხუცებულობითი ჰქუასუსტობა იძლევა ქერქის მოდებულ ატროფიას.

ექსპერიმენტული მასალები ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიიდან აგრეთვე ამტკიცებს, რომ ფსიქიკური პროცესები უშუალოდ არის დაკავშირებული დიდი ტვინის ჰემისფეროებთან. ამ მხრივ ფრიად საინტერესოა კლასიკური ცდა, რომელიც წარსუ-



სურ. 3. ადამიანის ემბრიონის დიდი ტვინის ფრონტალური კრილი.

ლი საუკუნის ნახევარში ფიზიოლოგმა გოლცმა მოახდინა. ხსენებულმა ავტორმა ძალს მოაცალა დიდი ტვინის ჰემისფეროები მთლიანად და რამდენიმე ხანის შემდეგ მოახდინა ასეთი ცხოველის დემონსტრაცია. აღმოჩნდა, რომ ჰემისფერომოცილილ ძალს სარულიად დაუკარგავს უმაღლესი ნერვული მოქმედების უნარი.

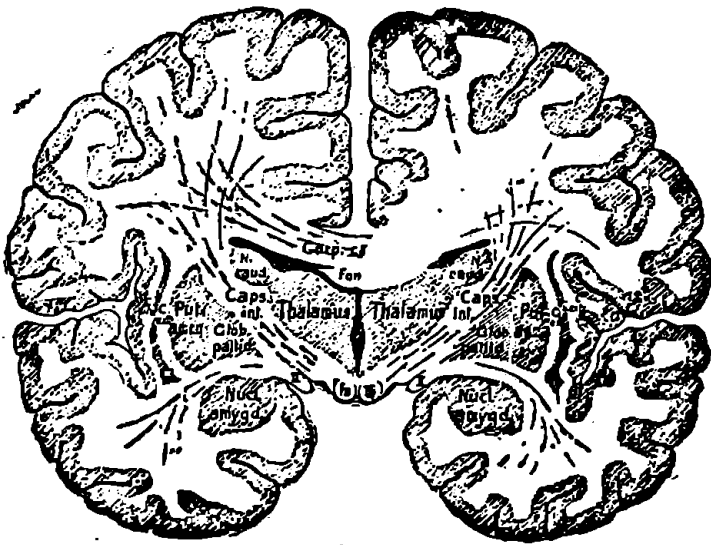
როგორც ვხედავთ, ცერებრულ და ფსიქიკურ ფუნქციათა შორის არსებობს შინაგანი კავშირი, რომელიც ექვემდებარება განსაზღვრულ კანონზომიერებას.

საჭიროა ფსიქოპათოლოგიის და ტვინის პათოლოგიის საკითხების თანაბარი და ერთდროული შესწავლა. ასეთი შესწავლა უშუალებას მოგვცემს ფსიქოზის რთული ბუნება გავიგოთ.

ისმის საკითხი, ფსიქიკური პროცესები სუფთა ქერქული პროცესებია, თუ აქ მონაწილეობას იღებს აგრეთვე ქერქქვეშა კვანძები?

მე-4-ზე სურათი წარმოადგენს თავის ტვინის ფრონტალურ კრილს, რომელზედაც მოცემულია როგორც ქერქი, ისე თითქმის ყველა ქერქქვეშა კვანძი (მხედველობითი ბორცვი, სტრიალური სასტემა და სხვა).

ქერქის და ქერქქვეშა კვანძთა შორის მჭიდრო ანატომიური და ფუნქციური კავშირი არსებობს. ქერქი უკეთებს კონტროლს და კორექციას ქვემდებარე უბანთა მოქმედებას: ქერქი შემაკავებლად მოქმედებს ქერქქვეშა კვანძებზე. მეორეს მხრივ, მიუხედავად იქი-სა, რომ ქვემდებარე ნაწილები სუფთა ნერვულ და ვეგეტაციურ ფუნქციებს ასრულებს, მათ აგრეთვე აქვთ თავიანთი წარმომადგენ-ლობა ქერქში.



სურ. 4 ადამიანის ტვინის ფრონტალური კრილი. მოცემულია ქერქი და ქერქქვეშა კვანძები.

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

ფსიქიკური პროცესები წარმოადგენს სუფთა ქერქულ პროცესებს.

ქერქის გარეშე შეუძლებელია მიმდინარეობდეს არამც თუ ფსიქიკური ფუნქციები, არამედ პირობითი რეფლექსებიც კი-

ქერქვეშა კვანძებს არ შეუძლია მოგვეცეს პირობითი შეუღლებანი. არაა სწორი, როდესაც ზოგიერთი ავტორი (მაგალითად კლაისტო) პიროვნების ლოკალიზაციას ახდენს ქერქვეშა კვანძებში, მხედველობის ბორცვში, მესამე პარაკუსის რუხ ნივთიერებაში.

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

## ცნობები დიდი ტვინის ქერქის მორფოლოგიის შესახებ

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

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

ქერქის ჰისტოლოგია შემდეგ თანდათანობით მიდის წინ და მდიდრდება ახალი ფაქტიური მასალებით. მოწოდებულ იქნა სხვადასხვა მეთოდოლოგია, გაფართოვდა ტექნიკური შესაძლებლობანი.

ქერქის მიკროსკოპიული სტრუქტურა შესაძლებელია შესწავლილ იქნეს სხვადასხვა თვალთახედვით, მაგალითად:

1. ნერვულ უჯრედთა დალაგების და დეტალური აგებულების მიხედვით (ციტოარქიტექტონიკური მეთოდი).

2. ნერვულ ბოჭკოთა ნატიფი დალაგების მიხედვით (მიელო-არქიტექტონიკური მეთოდი).

3. განგლიოზურ ანუ ფუნქციონალურ უჯრედთა ზუსტი შინაგანი აღნაგობის მიხედვით (ფიბრილოარქიტექტონიკური მეთოდი).

4. გლიოზურ უჯრედთა დალაგების მიხედვით (გლიო-არქიტექტონიკური მეთოდი).

5. წვრილ სისხლის ძარღვთა ნატიფი დალაგების მიხედვით ქერქში (მიკრო-ანგიოარქიტექტონიკური მეთოდი). ჰემისფეროების შესწავლისას ხსენებულ მეთოდებს აქვთ დიდი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი და მნიშვნელობა.

ციტოარქიტექტონიკა, მიელოარქიტექტონიკა, ფიბრილოარქიტექტონიკა, გლიოარქიტექტონიკა და ანგიოარქიტექტონიკა გვაძლევს საშუალებას დავამუშავოთ საკითხები ქერქში ჰისტოლოგიუ-

რი ლოკალიზაციის შესახებ, როგორც ნორმალურ პირობებში, ისე თავის ტვინის ორგანული დაზიანების დროს.

თანახმად უკანასკნელი დროის შრომებისა, დიდი ტვინის ქერქი ექვსი დამოუკიდებელ შრისაგან შედგება (ბ რ ო ღ მ ა ნ ის, ფ ი ლ ი მ ო ნ ო ვ ის და სხვების დაკვირვებანი); ო ს კ ა რ ფ ო გ ტ ი ქერქის მეექვსე შრეს კიდევ ორ დამოუკიდებელ ზონად ანაწილებს და ამნაირად, ექვსის ნაცვლად იძლევა შვიდ შრეს. უფრო მიღებულად უნდა ჩაითვალოს ექვსშრიანი ნაგებობა.

ქერქის ხსენებული ექვსი შრე დალაგებულია შემდეგნაირად (მიმართულება აღებულია გარედან შიგნით. (იხ. სურ. 5);

1. ზ ო ნ ა ლ უ რ ი ა ნ უ მ ო ლ ე კ უ ლ ა რ უ ლ ი შ რ ე: ძლიერ ლარიბია უჯრედებით. უმთავრესად აქ არის წარმოდგენილი უჯრედთა ბოჭკოები და აგრეთვე ბოჭკოთა წნულები.

2. გ ა რ ე თ ა გ რ ა ნ უ ლ ა რ უ ლ ი ა ნ უ მ ა რ ც ვ ლ ო ვ ა ნ ი შ რ ე: უხვად შეიცავს მარცვლოვან და წვრილ პირამიდულ უჯრედებს.

3. პ ი რ ა მ ი დ უ ლ ი შ რ ე: შეიცავს სხვადასხვა სიდიდის პირამიდულ უჯრედებს.

ქერქის ზოგიერთ უბნებში (იხ. სურათი 5. სვეტები A, B, C) ისე ნათლად არის გამოხატული პირამიდულ უჯრედთა სხვადასხვა სიდიდე, რომ ხსენებული შრე შეიძლება დანაწილდეს კიდევ სამ ქვე-შრედ (sublamina) სახელდობრ:

3a—ზონა მცირე პირამიდებისა,

3b—ზონა საშუალო პირამიდებისა,

3c—ზონა დიდი პირამიდებისა.

4. შ ი გ ნ ი თ ა გ რ ა ნ უ ლ ა რ უ ლ ი ა ნ უ მ ა რ ც ვ ლ ო ვ ა ნ ი შ რ ე: უხვად შეიცავს წვრილ უჯრედებს.

5. გ ა ნ გ ლ ი ო ნ ა ლ უ რ ი შ რ ე: შეიცავს მსხვილ პირამიდულ უჯრედებს; ზოგიერთ ადგილას—ე. წ. გიგანტურ პირამიდებს.

6. პ ო ლ ი მ ო რ ფ უ ლ ი შ რ ე: შეიცავს სხვადასხვა ფორმის და მოყვანილობის უჯრედებს, მაგალითად: თითისტარა, მრგვალ, სამკუთხოვან, მრავალკუთხოვან და სხვა.

ქერქის ყოველ შრეს აქვს განსაზღვრული ფუნქციები ანუ ფიზიოლოგიური დანიშნულება.

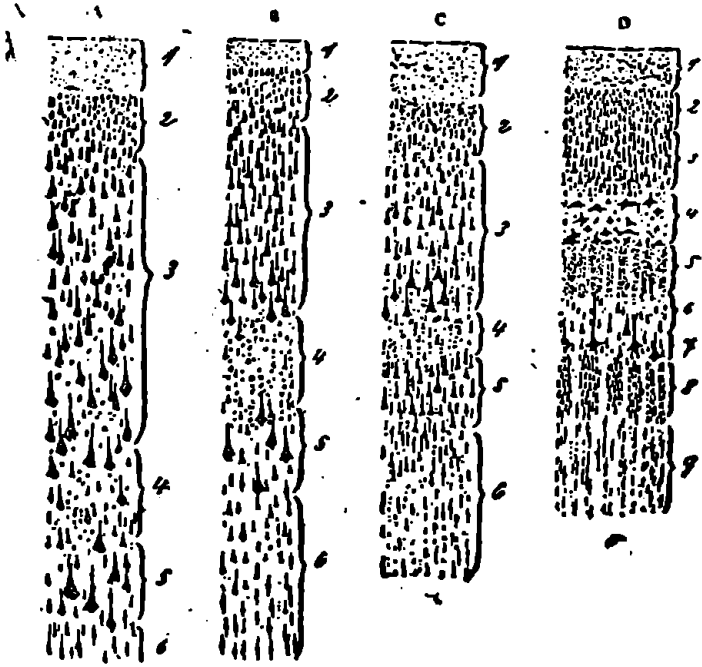
შრეების შიდა კომპლექსი (4, 5, 6) ძირითადად ასრულებს სენსო-მოტორულ ფუნქციებს.

მ ე ხ უ თ ე დ ა მ ე ე ქ ვ ს ე შრეები წარმოადგენს მოტორულ შრეებს, საიდანაც ლებულობენ დასაწყისს ქერქული ეფერენტული, შამოდრავებელი (გამტანი) ბოჭკოები.

მეოთხე შრე პირიქით, ღებულობს პერიფერიიდან ქერკში მომავალ გალიზიანებებს და ამნირად წარმოადგენს სენსორულ (მგრძნობიარე) შრეს.

შრეების ზედა კომპლექსი (3, 2, 1) წარმოადგენს უმაღლესი ნერვული მოქმედების, ფსიქონერვული და სუფთა ფსიქიკური ფუნქციების ანატომიურ სუბსტრატს.

ცნობილია, რომ ორგანული ფსიქოზების დროს (პროგრესული პარალიზი, მოხუცებულობითი ჰკუასუსტობა, არტერიოსკლეროზული ჰკუასუსტობა და სხვა), როდესაც ადამიანის პიროვნება დარღვეული და განადგურებულია და ავადმყოფს აქვს მკვეთრი ჰკუასუსტობა, განსაკუთრებულ ცვლილებას განიცდის ზედა შრეები: 3, 2 და 1. ამ დროს მეორე, მესამე და პირველ შრეებში როგორც უჩრედები, ისე მათი ბოჭკოები ან სრულიად განადგურებულია, ან განიცდის მკვეთრ დეგენერაციულ ცვლილებებს.

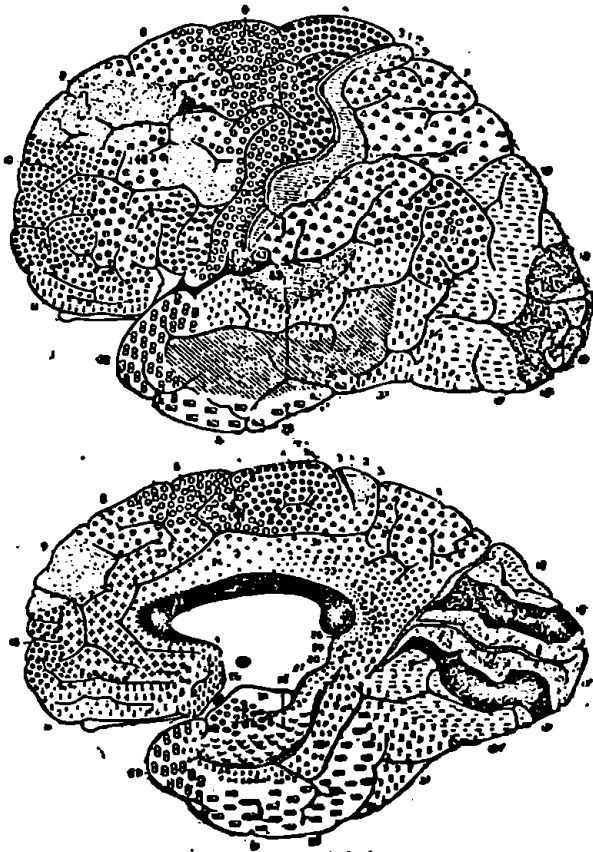


სურ. 5. დიდი ტვინის ქერკის ციტოარქიტექტონიკური შენება სხვადასხვა უბნებში (თანახმად კახალიძე).

- A—წინა ცენტრალური ხვეულის ქერკი.
- B—უკანა ცენტრალური ხვეულის ქერკი.
- C—საფეთქლის ზედა ხვეულის ქერკი.
- D—მხედველობითი უბნის ქერკი.

დიდი ჰემისფეროების ქერქი თითქმის ყველგან იჩენს ექვს-  
შრიან ნაგებობას. მაგრამ არსებობს პატარა უბანი, რომელიც არც  
ემბრიონული, არც პოსტემბრიონული განვითარებისას არ იჩენს  
ექვსშრიანობას. უკანასკნელ, არაექვსშრიან უბანს ეკუთვნის ა მ ო -  
ნ ი ს რ ქ ა, რომელიც ადამიანის ჰემისფეროებზე ძლიერ სუსტად  
არის გამოხატული და სულ მცირე მოედანი უკავია.

ექვსშრიანი ქერქი ლიტერატურაში ცნობილია როგორც იზო-  
კორტექსი ანუ ჰომოგენეზური ქერქი; ხოლო არაექვსშრიანი ქერქი-  
ცნობილია ალოკორტექსის ანუ ჰეტეროგენეზული ქერქის სახელ-  
წოდებით.



სურ. 6. დიდი ტვინის ქერქის ველის დალაგება ანუ  
ჰემისფეროების ციტოარქიტექტონიკური რუკა  
თანახმად ბ რ ო დ მ ა ნ ი ს ა.

ზედა სურათი წარმოადგენს ლატერალურ ზედაპირს, ქვედა-  
სურათი მედიალურ ზედაპირს.



როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ადამიანისათვის სპეციფიკურად დამახასიათებელი არის ჰომოგენეზური ქერქი, რომელსაც უკავია დიდი ჰემისფეროების ძირითადი მასა.

ჰემისფეროების ფუნქციურ მომწიფებასთან ერთად, ჰომოგენეზური ქერქი იცვლის თავის ტიპურ ექვსშრიანობას, მაგალითად მოტორული ქერქი ღარიბდება მგრძნობიარე ელემენტებით ე. ი. მეოთხე შრით და ღებულობს ხუთშრიან სტრუქტურას; პირიქით, მხედველობის უბანში განსაკუთრებით არის გამოხატული მგრძნობიარე შრე (მეოთხე შრე განიცდის გახლეჩას-გაორებას) და ღებულობს მრავალშრიან სახეს.

ქერქი, რომელიც ემბრიონულ ცხოვრებაში ექვსშრიანია და ჰემისფეროების მომწიფებასთან ერთად ისევ ექვსშრიანად რჩება, ცნობილია, როგორც ჰომოტიპური ქერქი, ხოლო ქერქი, რომელიც ემბრიონულ პერიოდში ექვსშრიანია, მაგრამ ჰემისფეროების მომწიფებასთან ერთად (პოსტემბრიონულ პერიოდში) მრავლდება ან ღარიბდება შრეებით, ცნობილია როგორც ჰეტეროტიპური ქერქი.

ამნაირად, ჰომოგენეზური ქერქი შეიძლება დაყოფილ იყოს ჰომოტიპურ და ჰეტეროტიპურ ქერქად.

მე-5 სურათზე წარმოდგენილია იზოკორტექსის ჰომოგენეზური ქერქის სხვადასხვა ტიპები.

სვეტი B ეკუთვნის უკანა ცენტრალური ხვეულის ქერქს, ხოლო სვეტი C—საფეთქლის ზედა ხვეულის ქერქს. ხსენებული ორი სვეტი (B, C) წარმოადგენს ექვსშრიან ე. ი. ჰომოტიპურ ქერქს.

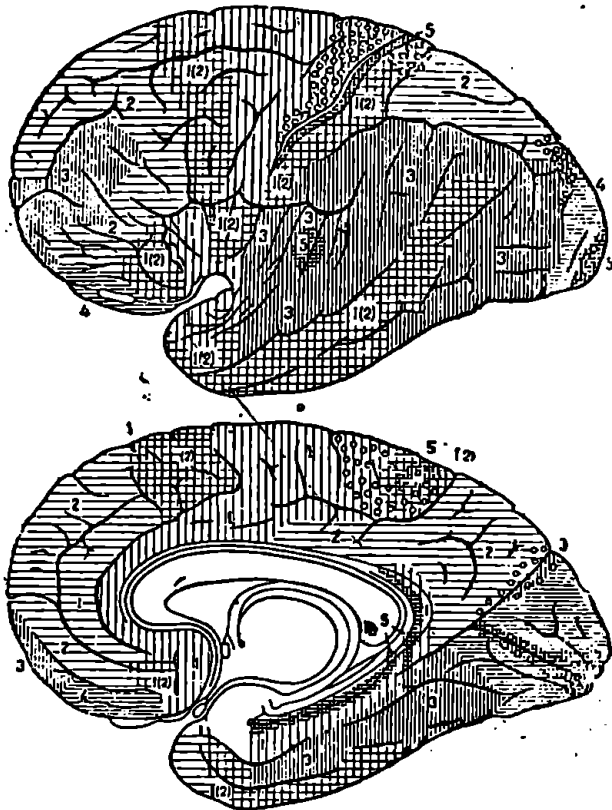
სვეტი A ეკუთვნის წინაცენტრალური ხვეულის ქერქს; როგორც ტიპური მოტორული ქერქი, იგი თითქმის სრულიად მოკლებულია მგრძნობიარე (მეოთხე) შრეს, ამიტომ მას აქვს ხუთშრიანი სტრუქტურა. პირიქით, სვეტი D (მხედველობითი უბანი) შეიცავს 8—9 შრეს.

სვეტები A და D წარმოადგენენ ჰეტეროტიპულ ქერქს. ფილოგენეზური თვალთახედვით დიდი ჰემისფეროების ქერქი შეიძლება დანაწილებულ იქნეს სამ მიდამოდ: ნეოკორტექსი ანუ იზოკორტექსი, არქიკორტექსი და პალეოკორტექსი.

ადამიანის ტვინზე არქიკორტექსს და პალეოკორტექსს უკავია სულ მცირე მოედანი, შედარებით ნეოკორტექსთან, ისინი მოგვაგონებენ ერთგვარ რუდიმენტალურ წარმონაქმს და უმთავრესად აწარმოებენ ყნოსვის ფუნქციებს.

ფილოგენეზური კიბის დაბალ საფეხურზე მდგომ ცხოველებს მძლავრად აქვთ გამოხატული პეტეროგენეზური ქერქი ე. ი. არქი- და პალეო-კორტექსი.

როგორც ზევით იყო მოყვანილი, ცხოველების და ადამიანე- ზის დიდი ჰემისფეროები, შეიძლება წარმოდგენილი იყოს არქი- ტექტონიკური რუქის სახით, თანახმად ველების დალა- ვებისა და ურთიერთდამოკიდებულებისა.



სურ. 7. ჰემისფეროების ციტოარქიტექტონიკური რუქა (თანახმად ეკონომოსი და კოსკინასისა).

ბროდმანი ადამიანის დიდი ჰემისფეროს ქერქს უფს 52 დამოუკიდებელ ციტოარქიტექტონიკურ ველად.

ეკონომო და კოსკინასი იძლევიან 107 ველს; ფრე- ტი ადამიანის იმავე ჰემისფეროს უფს 200 დამოუკიდებელ შიგ- ლოარქიტექტონიკურ ველად. ამასთან ერთად, ფრეტის ხაზგამოთ-

აღნიშნავს, რომ ყოველ ველს უნდა ახასიათებდეს გარკვეული ფა-  
ზიოლოგიური ფუნქცია.

მე-6-ე სურათზე მოცემულია ბ რ ო დ მ ა ნ ი ს ც ი ტ ო ა რ ქ ი ტ ე ქ -  
ტონიკური რუქა: ზედა სურათი წარმოადგენს ჰემისფეროს ლატე-  
რალურ მხარეს, ქვედა—მედიალურს. სურათზე ნათლად მოჩანს  
ცალკეული უბნები ანუ ველები.

მე-7-ე სურათი აგრეთვე წარმოადგენს ც ი ტ ო ა რ ქ ი ტ ე ქ ტ ო ნ ი კ უ რ  
რუქას, რომელიც მოწოდებულია ე კ ო ნ ო მ ო ს ა და კ ო ს კ ი -  
ნ ა ს ი ს მიერ.

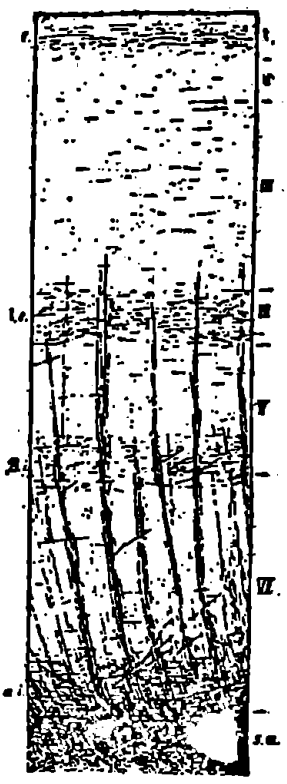
ქერქის მიელოარქიტექტონიკური შე-  
სწავლაც ადასტურებს ექვსშრიანობას.  
მე-8-ე სურათი წარმოადგენს ერთ-ერთ  
მიელოარქიტექტონიკურ უბანს, სადაც  
ნათლად მოჩანს შემადგენელი შრეები:  
მეექვსე შრის შიგნით არსებობს ხეეულის  
თეთრი ნივთიერება ე. წ. *substantia alba  
gyrorum* (სურათზე აღნიშნულია როგორც  
s. 2).

რაც შეეხება ქერქის დაყოფას ცალ-  
კეულ ველებად, შესაბამისად უჯრედთა  
ფიბრილების და მათი მორჩების სტრუქ-  
ტურისა, მეთოდურად შეტად მძიმე საგანს  
წარმოადგენს; ასეთი მუშაობის ჩატარება  
მოითხოვს შეტად დიდ დროს და შრომას.

ამ მხრივ არსებობს მხოლოდ ცალკე-  
ული დაკვირვებანი და შრომები.

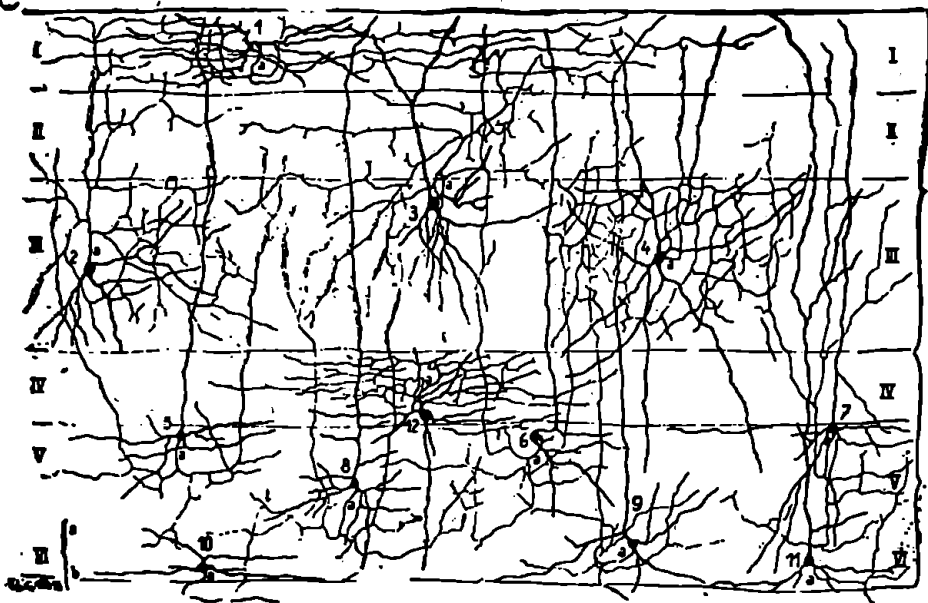
მე-9-ე და მე-10-ე სურათები გადმო-  
გვცემს უჯრედთა მორჩების ურთიერთ-  
დამოკიდებულებას, ქერქი ჰომოტიპურია,  
ვინაიდან ორივე სურათზე ნათლად მოჩანს  
ექვსშრიანი სტრუქტურა. მე-10-ე სურათზე  
განსაკუთრებული სიცხადით არის წარ-  
მოდგენილი მორჩთა ხლართები, წნულები  
ანუ ნ ე ი რ ო პ ი ლ უ რ ი კ ე რ ე ბ ი (იხ.  
შრეები 1, 2 და 3; სურ. 10).

აღსანიშნავია, რომ ბოლო დროს ნეიროპილისადმი განსაკუთრე-  
ბულ ინტერესს იჩენენ მორფოლოგები, ფიზიოლოგები და კლინი-  
ცისტები. თანდათანობით მტკიცდება ე. წ. ნეირონონეიროპილურად



სურ. 8. დიდი ტვინის ქერ-  
ქის მიელოარქიტექტონი-  
კური სურათი. ქერქის ბო-  
კები დალაგებულია  
შრეებად.

თეორია. ეს თეორია ფუნქციურ თვისებებს აწერს, როგორც ცალკეულ ნერვულ უჯრედებს, ისე ნეიროპილს ე. ი. უჯრედთა მორჩების ხლართს, წხულს.



სურ. 9. დიდი ქერქის შრეების დეტალური სურათი, მათი უჯრედების და უჯრედთა მორჩების დალაგების შესაბამისად.

ივანე ბერიტაშვილის მოძღვრების თანახმად, ნეიროპილი განსაზღვრული, სპეციფიკური ფუნქციის მტარებელია. მისი აზრით, აგზნება შეადგენს ნერვული უჯრედის ფუნქციას, ხოლო შეკავება სწარმოებს ნეიროპილის საშუალებით.

### სინაფსო-არქიტექტონიკური მეთოდი

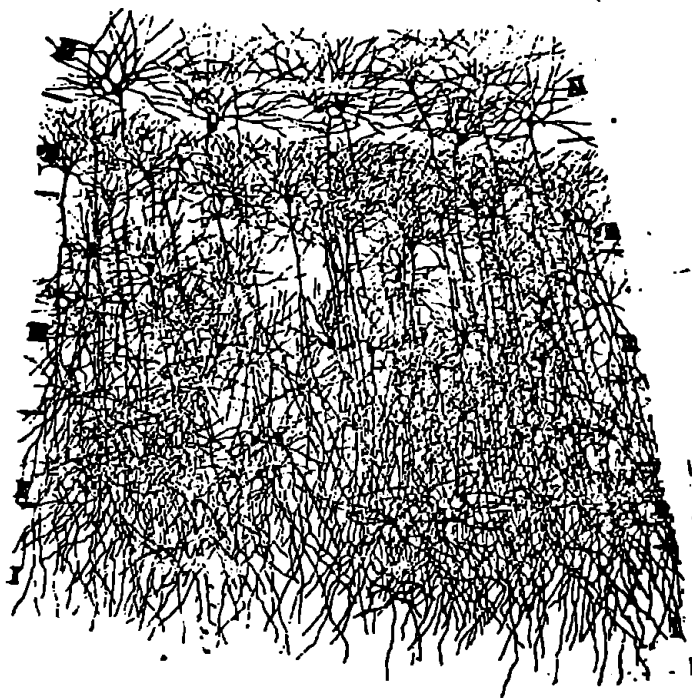
თავის ტვინის ნატიფი ანაგობის შესწავლით, ე. ი. უჯრედების, მორჩების და მათი ურთიერთკავშირის შესწავლით, ჩვენ შეგვიძლია დავაზუსტოთ რიგი საკითხები ევოლუციური მორფოლოგიიდან, ექსპერიმენტულ ფიზიოლოგიიდან და კლინიკურ პათოლოგიიდან.

როგორია ნერვული უჯრედების და მათი მორჩების ანატომიური და ფუნქციური ურთიერთკავშირი და დამოკიდებულება? როგორ ხდება გალიზიანების გადაცემა უჯრედიდან უჯრედზე, მორჩი-

დან მორჩზე ანუ უჯრედიდან მორჩზე? ხსენებული საკითხები შეადგენს ნატიფი მორფოლოგიის და პათომორფოლოგიის, ე. წ. სინაფსოარქიტექტონიკის საგანს.

სინაფსი წარმოადგენს სხვადასხვა ფორმის და ოდენობის უუნატიფეს და უუწვრილეს წარმონაქმს, რითაც ბოლოვდება გალიზიანების მიმტანი ბოქო და რომლის საშუალებითაც ხდება ნერვული იმპულსების გადაცემა.

სინაფსური აპარატი იძლევა მხოლოდ კონტაქტს (შეხებას) ნერვული უჯრედების სხეულის თუ მათი მორჩების ზედაპირთან (იხ. სურათები 11 და 12).



სურ. 10. უჯრედთა მორჩების დალაგება დიდი ტვინის ქერქის შრეებში.

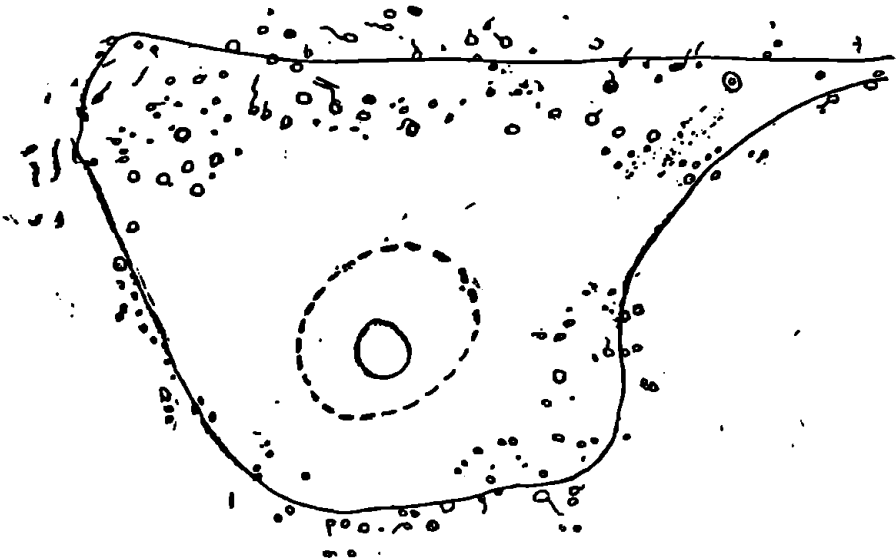
ირკვევა, რომ სულით დაავადებათა სხვადასხვა შემთხვევებში ყველაზე ნადრევ ცვლილებებს განიცდის უუნატიფესი, სინაფსური წარმოქმნანი.

ამიტომ სინაფსოარქიტექტონიკურ გამოკლევებს განსაკუთრებული თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი აქვს ისეთ დაავადე-

ბათა შესწავლისას, სადაც ნერვული ქსოვილი არ განიცდის ტლანკ, პათო-მორფოლოგიურ ძვრებს.

თავის ტვინის სხედასხვა უბნების მთლიან, გაერთიანებულ და შეთანხმებულ ე. ი. ინტეგრირებულ მოქმედებას საფუძვლად უდევს ნორმული სინაფსური ურთიერთკავშირები.

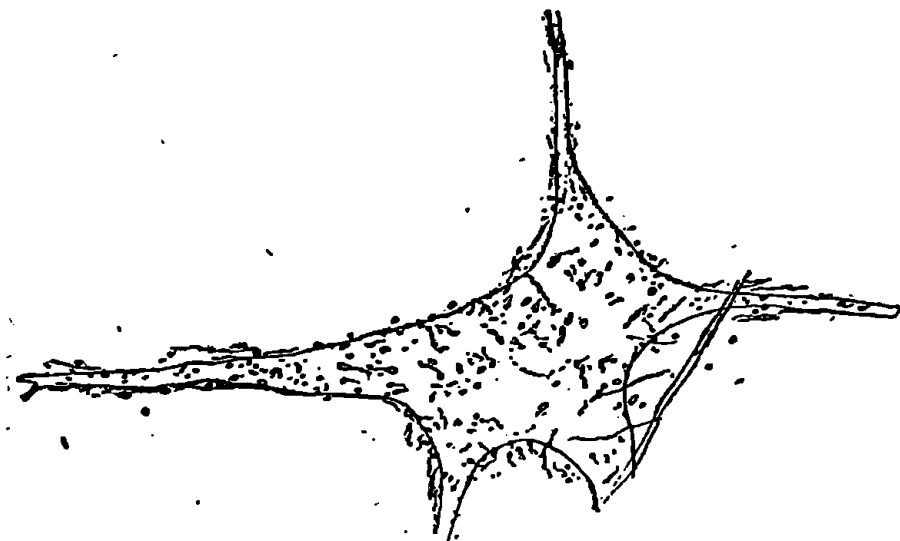
ხოლო პათოლოგიურ შემთხვევებში, სინაფსური ურთიერთკავშირების დარღვევისას ისპობა თავის ტვინის გაერთიანებული ინტეგრირებული მოქმედება: ასინაფსიას მოსდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის დეზინტეგრაცია.



სურ. 11. მოტორული უჯრედი სინაფსური ფოლაკებით. საკუთარი დაკვირვება.

მე-11-ე და მე-12-ე სურათებზე მოყვანილია ადამიანის ზურგის ტვინის ორი მოტორული უჯრედი (წინა რქა), რომლებიც მოყვანი-

ლია სხვადასხვა ზომის და ოდენობის სინაფსური ფოლაქებით. სინაფსები დალაგებულია როგორც უჯრედის სხეულზე, ისე მის დენდრიტულ მორჩებზე.



სურ. 12. პოტორული უჯრედი სინაფსური ფოლაქებით. საკუთარი დაკვირვება.

## ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის ზოგირითი საკითხი

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის საკითხს აქვს დიდი, როგორც თეორიული, ისე კლინიკური ინტერესი.

ისმებამ საკითხი: შეიძლება თუ არა უმადლეს ნერვულ მოქმედებათა ანუ ფსიქიკურ ფუნქციათა ლოკალიზაცია?

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესწავლა პირველად დაიწყო გალმა, რომელიც მუშაობდა მე-19-ე საუკუნის მიწურულში.

ხსენებული მეცნიერი მიზნად ისახავდა ფსიქიკური ფუნქციები და ფსიქიკურ ნიჭიერებანი დაეკავშირებინა ადამიანის ტვინის გარკვეულ ნაწილთან. მისი გაგებით, ესა თუ ის ნიჭიერება თავის ტვინის გარკვეული ნაწილის ზრდის შედეგია; მხოლოდ ტვინის უბნების ასეთი განცალკევებული ზრდა თავის მხრივ დადს ასევეს ქალას ფარეგან მოყვანილობას.

შეიძლება საკითხი დასმული იყოს შებრუნებულადაც, მაგალითად ქალას ფორმის და მოყვანილობის შესწავლით შეიძლება ვიქონიოთ წარმოდგენა ადამიანის ნიჭზე და ხასიათზე. გალის მოძღვრება ცნობილია ფრენოლოგიის სახელწოდებით (მოძღვრება ქალაზე).

მაგრამ მისი თეორიული წარმოდგენები მეტად გულუბრყვილო და სქემატურია: იგი ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებს ყოფს ოცდაშვიდ ნიჭიერებად, რომლებიც ლოკალიზირებულია დიდი ტვინის სხვადასხვა ნაწილებში და შეიძლება მოთავსებულ იქნეს ქალას განსაზღვრულ ფართობზე.

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

ფლურანსის აზრით, ტვინის ყოველი ნაწილი ფუნქციურად თანაბარირებულადაა, ხოლო თვით ქერქი ბრმა, ყრუ და უმტკივნელოა.

ფაქტიური მასალის შემდგომი დაგროვება ხელახლა სვამს საკითხს ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

1861 წელს ბროკამ აღმოაჩინა, რომ მეტყველების ცენტრო მოთავსებული არის მარცხენა ჰემისფეროს შუბლის შესამეხვეულში.

მეტყველების ცენტროს ანუ ბროკას ცენტროს აღმოაჩინა დიდი როლი ითამაშა მეცნიერებაში; მან შეარყია ფლურანსის შეხედულებანი და ხელახლა დასვა საკითხები ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

მასალები ექსპერიმენტული ფიზიოლოგიიდან და ექსპერიმენტული პათოლოგიიდან მიგვითითებს, რომ უნდა არსებობდეს გარკვეული მოტორული და სენსორული ცენტროები.

ფლურანსი სრულიად მივიწყებულ იქნა და წამოიჭრა 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 ცენტროდ.

ლოკალიზაციის თვალთახედვით ყველაზე მეტი ინტერესი აქვთ მოტორულ ანუ მამოძრავებელ და სენსორულ ანუ მგრძობიარე ცენტროებს, ვინაიდან აღნიშნული ცენტ-



როები შედარებით ზუსტად არიან შემოფარგლულნი. როგორც ანატომიურად, ისე ფუნქციურად. მოტოროული ცენტროები მოთავსებულია წინა ცენტრალურ ხვეულში, შუბლის ხვეულთა უკანა წილში და პარაცენტრალურ მიდამოში.

სენსორული ცენტროები მოთავსებულნი არიან უკანა ცენტრალურ ხვეულში და ნაწილობრივ თხემის მიდამოს წინა (ორალურ) უბნებში.

სმენის ცენტრო მოთავსებულია საფეთქლის ზედა ხვეულში.

მხედველობის ცენტრო—*fissura calcarina*-ს ირგვლივ; ხოლო ყნოსვის ცენტრო მდებარეობს ამონის რქაში.

მამოძრავებელი ცენტროების აგზნება იწვევს მოძრაობებს, ხოლო მგრძნობიარე ცენტროების აგზნება იძლევა სხვადასხვა შეგრძნებებს (შეხება, სმენა, ყნოსვა, მხედველობა და სხვა).

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

როგორც ვიცით, მამოძრავებელი იმპულსები გადაეცემა ცენტროდან პერიფერიას გამტანი, ეფერენტული, ანუ ცენტროფუგალური გზების საშუალებით, რაც შეეხება მომტან ანუ ცენტროპეტალურ გზებს—ისინი გადასცემენ პერიფერიიდან მომავალ ე. წ. მგრძნობიარე იმპულსებს.

მოტორულ და სენსორულ ცენტროებს უკავიათ დიდი ტვინის ქერქის შედარებით მცირე მოედანი, დაახლოვებით ქერქის ერთი მესამედი.

თანახმად ფლექსიგის მოძღვრებისა, დიდი ტვინის ქერქის დანარჩენ ორ მესამედში მოთავსებულია ცენტროები, რომელნიც ასრულებენ უფრო რთულ ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციებს. ხსენებულ ველებს ანუ უბნებს ფლექსიგი უწოდებს ასოციაციურ ცენტროებს.

ავტორი არჩევს წინა, ანუ ორალურ, შუა, ანუ მედიალურ და უკანა, ანუ კაუდალურ ასოციაციურ ცენტროებს.

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

ასოციაციური ცენტრები არ შეიცავს პროექციულ ბოქკობებს. ისინი აჯამებენ სხვა ცენტრების მოქმედებას და ამნაირად, თანახმად ფლექსიგის მოძღვრებისა, სხენებული ცენტრები უმაღლეს ასოციაციურ მოქმედებას ასრულებს ე. ი. ფსიქიკურ ფუნქციათა ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს.

ფლექსიგი სწავლობდა დიდი ტვინის ქერქის ემბრიონულ განვითარებას. მან აღმოაჩინა, რომ სხვადასხვა ველებში ანუ ქერქულ უბნებში ნერვული ბოქკოები სულ სხვადასხვა დროს განიცდის მიელინიზაციას; მაგალითად, პროექციული ცენტრების ბოქკოები გაცილებით უფრო ადრე იმოსება რბილი ანუ მიელინის გარსით, ვიდრე ასოციაციური უბნები. რბილი გარსის განვითარების თანმიმდევრობის მიხედვით ფლექსიგი დიდი ტვინის ქერქს 36 დამოუკიდებელ, არქიტექტონიკურ უბნად ყოფს და ამნაირად იძლევა დიდი ჰემისფეროების ველთა მიელოგენეზურ რუქას.

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

ფლექსიგის გაგებით, პროექციული ცენტრები განსხვავდება ასოციაციურ ცენტრებიდან არა მარტო მომწიფების მხრივ, არამედ ანატომიურადაც.

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

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

დიდი ტვინის ქერქის ბოქკოთა დალაგების ანუ მიელოარქიტექტონიკის შესწავლით ფოგტმა აღმოაჩინა, რომ მიელინიზაციის დროს, ჩვეულებითივად, არ არის დაცული ზუსტი თანმიმდევრობა. გარდა ამისა ფოგტმა დაადასტურა, რომ ასოციაციური

ცენტროებიდან ისევე ფართოდ იწყება გამტარი გზები, როგორც პროექციულ უბნებიდან. ფოტის და ბრომის შრომებმა შესცავა ფლექსიგის კლასიკური შეხედულებანი ქერქის მიელოგენეზური მომწიფების და მისი ცალკეულ ცენტროებად დაყოფის შესახებ.

ქერქის არქიტექტონიკური უბნების ჰისტოლოგიის და ფიზიოლოგიის შესწავლის შედეგად ფოტიმ დასკვნამდე მიდის, რომ ქერქის გარკვეულ ველს ახასიათებს განსაზღვრული ფუნქცია. მას სრულიად დასაშვებად მიაჩნია ფუნქციათა არეზული (ე. ი. ველების მიხედვით) ლოკალიზაცია. გარდა არეალური ლოკალიზაციისა, არსებობს კიდევ ე. წ. ლამინარული ლოკალიზაცია, რაც გულისხმობს ქერქის ცალკე შრეებისათვის სრულიად განსაზღვრულ ფუნქციას.

მე-4-ე შრე ატარებს სენსორულ ფუნქციებს, ხოლო მე-5-ე და მე-6-ე შრეები მოტორულ შრეებს წარმოადგენს.

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

შემდგომი დაკვირვებანი ადასტურებს, რომ დიდი ჰემისფეროების ქერქი ყოველ წერტილში წარმოადგენს სენსო-მოტორულ აპარატს.

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

თანახმად ეზლანდელი წარმოდგენებისა, შრეების შიგნითა ჯგუფი (კომპლექსი) ასრულებს სუფთა ნერვულ, სენსო-მოტორულ ფუნქციებს.

რაც შეეხება გარეთა კომპლექსს, შეიძლება დავუშვათ, რომ სწორედ გარეგანი შრეები უნდა წარმოადგენდეს ძირითად ანატომიურ სუბსტრატს უმაღლესი ნერვული, ფსიქონერვული და სუფთა ფსიქიკური მოქმედებისას (ოსიპოვი, გილიაროვსკი, პინესი, ფოტი, ფილიმონოვი, ბლუმენაუ და სხვ.).

მთელი რიგი ფაქტები ადასტურებს, რომ გარეგანი შრეები უნდა ატარებდეს მალალ, უურთულეს და მეტად ნატიფ ფუნქციებს. ამ მხრივ აღსანიშნავია შემდეგი სამი გარემოება.

1. გარეგანი შრეები ემბრიონულ პერიოდში ვითარდება და დიფერენციაციას განიცდის გაცილებით მოგვიანებით, ვიდრე შინაგანი შრეები.

2. შრეების შინაგანი კომპლექსი ანატომიურ მომწიფებას ასრულებს დაახლოებით 19—20 წლისთავის; გარეგანი შრეები კი—პირიქით, მათში ნერვული ბოჭკოების განვითარება იწყება მოგვიანებით და გაცილებით მეტხანს გრძელდება. მაგალითად, ზოგიერთ ბოჭკო სრულ განვითარებას აღწევს მხოლოდ 40—45 წლის ასაკისათვის (მოყვანილია გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი თ).

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

ხსენებულ შრეებში ფსიქო-ნერვული ფუნქციის მატარებელი ელემენტები, მაგალითად: განგლიოზური (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 შეცდომების დაშვება და არასწორი დასკვნების გამოტანა. საკითხი უფრო რთულდება იმიტომ, რომ ლოკალიზაციის პრობლემის ირგვლივ არსებობს ერთმანეთის სრულიად საწინააღმდეგო ფაქტიური მასალები. საყურადღებოა, რომ ტვინის, და კერძოდ ქერქის, არქიტექტონიკის საკითხზე მომუშავე მეტად კომპლექტური მორფოლოგიები ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის დაშვების მიმართ დიდ სიფრთხილეს იჩენენ; პირიქით, ზოგიერთნი, რომელთაც ამ დარგში არ უმუშავნიათ, ხშირად იძლევიან ვაბედულ დასკვნებს და ნაჩქარევ განზოგადოებებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ უუმაღლესი ნერვული ანუ ფსიქიკური მოქმედება ხორციელდება არქიტექტონიკური ველების (მთლიანად დიდ ჰემისფეროთა ქერქის) კომპლექსური მუშაობის შედეგად.

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

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

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ჩვენ ვუშვებთ ლოკალიზაციის სამ სახეს: მორფოლოგიურს (ანატომ-ჰისტოლო-

გიურს, ფიზიოლოგიურს (ფუნქციათა ლოკალიზაცია) და კლინიკურს (სიმპტომებისა და სიმპტომოკომპლექსების ანუ სინდრომების ლოკალიზაცია).

ფაქტები მორფოლოგიური ლოკალიზაციიდან უფრო სტატიკურია; პირიქით, ფიზიოლოგიურ და კლინიკურ ლოკალიზაციიდან— დინამიკური და პლასტიკური; ამ სამ შემთხვევაში სულ სხვადასხვა კვლევის საგანი; ამიტომ, რომ მიღებული ფაქტიური მასალები არამც 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 მთლიანად დიდი ტვინის მუშაობის შედეგად.

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

შუბლის და თხემის ქვედა წილის ველები წარმოადგენს ფილო-ონტოგენეზურად ყველაზე ახალ და ადამიანისათვის სპეციფიკურ უბნებს.

როგორც თვით ქერქი, ისე ქერქქვეშა კვანძები ისეთი სხვადასხვა ნაწილებისაგან შესდგება, რომლებიც ფილო-ონტოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე სდგას.

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

პავლოვის გაგებით, ადამიანი აღჭურვილია სამგვარი აპარატით, რომელთა საშუალებითაც იგი იმყოფება განასზღვრულ დამოკიდებულებაში გარემო წრესთან, ეკზოგენურ პირობებთან.

პირველ აპარატს ეკუთვნის უახლოესი ქერქქვეშა კვანძები, რომლებიც წარმოადგენს არაპირობითი რეფლექსების, ინსტიქტების, მიზიდულებების, აფექტებისა და ემოციების მორფოლოგიურ საფუძველს. ეს აპარატი შეადგენს უმაღლესი ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველ სართულს და მის საშუალებით ადამიანი ახდენს მხოლოდ ნაწილობრივ ორიენტაციას და ადაპტაციას.

მეორე ინსტანციას ეკუთვნის დიდი ჰემისფეროების ქერქი შუბლის წილის გამოკლებით. აქ წარმოიშობა პირობითი კავშირები, ასოციაციები, მოქმედების ახალი პრინციპები, რომელნიც ქმნიან ე. წ. სასიგნალურ სისტემას და აძლიერებენ ადამიანის ორიენტაციის და ადაპტაციის უნარს.

მესამე სისტემას შეადგენს შუბლის წილი.

თანხმად პავლოვისა, შუბლის წილი სპეციფიკური სისტემა ადამიანისათვის, რომელიც ქმნის ახალ სიგნალიზაციას მეტყველების საშუალებით. ამ მესამე სისტემის მეოხებით ადამიანი ახდენს სიგნალთა განზოგადობას, მათ ანალიზს, სინთეზს, უშუალოდს ორიენტაცია-ადაპტაციას.

სიგნალიზაციის მესამე სისტემა წარმოადგენს ყველაზე უახლეს ფილო-ონტოგენეზურ სისტემას, ამიტომ იგი მეტად მგრძობიარე და მსხვერვალია.

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

ავადმყოფურ მდგომარეობაში შემოხსენებულ სამ სისტემას შორის კორდინაცია დარღვეულია.

პავლოვი აღნიშნავს, რომ თუ ეს სამი სისტემა მუშაობს შეუთანხმებლად, ატაქსიურად, სუბორდინაციის გარეშე, მაშინ მივიღებთ ადამიანის პირთვეების გაორებას, „მეს“-ს გაორებას, ან უფსიქიკური სინთეზის დარღვევას.

მოვიყვანთ მოკლე ცნობებს ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ ზოგიერთ არქიტექტონიკურ ველებში (იხილეთ ციტოარქიტექტონიკური რუქა).

ველებში 1, 2 და 3 (უკანა ცენტრალური ხვეულის მიდამო) მოთავსებულია ზოგადი მგრძობელობის ცენტრები.

ველები 5 და 7 (თხემის მიდამოს ზედა ნაწილი) წარმოადგენს იმავე ზოგადი მგრძობელობის უბანს, მაგრამ აქ მოთავსებული ცენტრები უფრო მაღალი რიგისაა; ისინი პირველადი სენსორული იმპულსების ფსიქიკურ გადამუშავებას ახდენს.

ველი 17 (კეფის წილი) წარმოადგენს მხედველობის ცენტროს. ნსენებული ცენტროს უშუალო გალიზიანება იძლევა მხედველობის ელემენტარულ შეგრძნებებს (ე. წ. ფოტომები).

ველები 18 და 19 (კეფის წილი) წარმოადგენს მხედველობის უშუალოდ ცენტრებს. მათი უშუალო გალიზიანება იძლევა მხედველობის რთულ სურათებს.

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

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

ველები 40, 39 და 37 (თხემის მიდამოს ქვედა წილი) ასრულებს უმაღლეს ფსიქო-ნერვულ ფუნქციებს. აქ გადაამუშავდება 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 (ავადმყოფი ვერ ერკვევა საკუთარი სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში).

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

ის, რაც დღემდის ცნობილია ადამიანის ტვინის ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ, ძირითადად მოწოდებულია ნერვული და ფსიქიატრიული კლინიკების მიერ. ხსენებული კლინიკები სშუალებას გვაძლევს სიმპტომები და სინდრომები შეუფართოდ (დაუფკავშიროთ) ტვინის იმ ცვლილებებს, რომელთაც ვიღებთ მისი გაკვეთის (სექციის) დროს.

ქერქის სხვადასხვა წილის დაავადებას ახასიათებს საკმარისად ზუსტი და ჩამოყალიბებული სიმპტომატოლოგია. ცნობილია ნევროლოგიური სინდრომები, რომლებიც მიგვითითებს შუბლის, კეფის, თხემის ან საფეთქლის წილის დაზიანებაზე.

ფსიქიკური აშლილობანი, რომლებიც გვხვდება დიდი ჰემინჯე-როების ქერქის ამა თუ იმ წილის დაზიანების დროს, შედგება: ტვინის მთლიანი რეაქციისა და შეუძლებელია მათი უშუალოდ დაკავშირება ქერქის შემოფარგლულ მიდამოსთან.

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

სპეციალური ყურადღების ღირსია საბჭოთა კავშირის ერთერთი ცნობილი ნევროლოგის ს ე ბ ი ს შენდელულებანი ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

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

დიდი ჰემისფეროების ქერქში ს ე პ ი . გამოყოფს შუბლის და თხემის ფუნქციურ ცენტროებს. იმ დროს, როდესაც შუბლის ცენტროს ანატომიური განფენილობა განისაზღვრება მხოლოდ შუბლის წილის ველებით, თხემის ცენტროში, გარდა თვით თხემისა, შედის კეფის და საფეთქლის ველებიც.

შუბლის ფუნქციური ცენტრო აწარმოებს ფუნქციათა ანალიზს და მოვლენათა განზოგადობას, ხოლო თხემ-კეფა-საფეთქლის ფუნქციური ცენტროს დანიშნულებაა ყველა რეცეპტიულ ფუნქციათა თავმოყრა და ამნაირად, რეალური სამყაროს შემეცნება.

ზოგიერთი ავტორი მეტად შორს მიდის: მათ შესაძლოდ მიიჩნიათ ფსიქოპათოლოგიური სურათის საშუალებით ქერქულ (ცერებრულ) დაავადებათა დიაგნოსტიკა („ფსიქოლიაგნოსტიკა“). უკანასკნელი დებულება მეტად სქემატური და მექანიცტურია და ამიტომ ფსიქოლიაგნოსტიკის პოზიციებზე დგომა საფრთხილოა; მიუხედავად ამისა, ხსენებული მიმართულებით კვლევა-ძიებას დიდი დადებითი მნიშვნელობა აქვს ორი მხრივ:

1. გროვდება მეტად საინტერესო ფაქტიური მასალა, რომელიც აწვითარებს ორგანულ ფსიქიატრიას და საერთოდ, ამაგრებს მეცნიერულ პოზიციებს ამ დარგში.

2. ქერქის სხვადასხვა წილისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები შეიძლება შევადაროთ სხვა ფსიქოზების კლინიკურ გამოხატულებას და ამნაირად დავსვათ საკითხი მათი ორგანული ბუნების შესახებ.

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

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

ამასთან ერთად 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.



**მდკლუ ცნობები უსიქო-ნარკულ უშნაქიათა შესახებ  
დიდი ჰემისფარობის ქერქის სხვადასხვა წილის  
დაზიანების დროს.**

ს ა ფ ე თ ქ ლ ი ს წ ი ლ ი. მარცხენა ჰემისფეროს საფეთქლის წილის (ზედა ზვეული) დაზიანება იძლევა სენსორულ აფაზიას. ამ დროს შეიძლება იყოს აგრეთვე ს ე ნ ს ო რ უ ლ ი ა მ უ ზ ი ა: ავადმყოფს არ შეუძლია მუსიკის გაგება, მას არ ესმის რითმი და მელოდია.

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

აწერილია სხვადასხვა ხასიათის სმენითი ჰალუცინაციები. ავადმყოფები შესაძლებელია აღიქვამდნენ ჰალუცინატორულად უბრალო შუილს, გაურკვეველ ხმებს (აკოაზმები) ან მთლიან სიტყვებს და მელოდიებს. მუსიკალური ჰალუცინაციები უფრო ხშირია საფეთქლის წილის დაზიანების დროს მარჯვნივ (კ რ ო ლ ი). ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები ერთგვარი სიზმრისებრივი მდგომარეობისა; როდესაც ავადმყოფები ვერ ერკვევიან გარემოში, საგნები მათთვის ერთის მხრივ უცნობი და არარეალურია; მეორეს მხრივ—თითქოს ნაცნობი და უკვე ნახული. ავადმყოფისათვის არნახული საგნები უკვე ნახულია („désà vu“), ე. ი. მას აქვს მესხიერების „ჰალუცინაცია“ (კ რ ო ლ ი, ი ვ ა ნ ო ვ-ს მ ო ლ ე ნ ს კ ი).

საფეთქლის წილის დაზიანებისას ხშირად აღინიშნება მესხიერების ზოგადი შესუსტება, ავადმყოფებს არ შეუძლიათ წარსული ამბების გახსენება, აგრეთვე ძლიერ გაძნელებული აქვთ მიმდინარე ფაქტების დახსოვნება.

როგორც საფეთქლის სინდრომი, აწერილია აგრეთვე მ ხ ე დ-ე ე ლ ო ბ ი თ ი ჰ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ე ბ ი. ხსენებული ჰალუცინაციები მკვეთრად განსხვავდება კეფის წილის დაზიანების დროს არსებული ჰალუცინაციებიდან.

კეფის წილის დაზიანება იძლევა ცალკეულ, ნაპერწყალისმაგვარ სინათლის შეგრძნებებს. საფეთქლის წილი პირიქით: ამ დროს ავადმყოფს ეჩვენება უსაშინელესი და შემზარავი სახის სურათები.

კ ე ფ ი ს წ ი ლ ი ს დაზიანება, როგორც წესი, იძლევა მხედველობითი ჰალუცინაციებს; გარდა ამისა, ამ დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა სახის ოპტიკურ აგნოზიებს (სულიერი სიბრმავე), როდესაც ავადმყოფი აღიქვამს შუქს, სინათლეს, შეიძლება ფერიც იცნოს, მაგრამ თვით საგანს— ვერა; საგნის ფორმა და დანიშნულება მისთვის გაურკვეველია.

თ ხ ე მ ი ს წ ი ლ ი. დამახასიათებელია აპრაქსიული და აგნოსტიკული მოვლენები. ავადმყოფი ვერ ასრულებს კოორდინირებულ მოძრაობებს, იგი ვერ ერკვევა გარემო საგნებსა და საკუთარი სხეულის ნაწილებში.

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

თხემის მიდამოსათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია თითის აგნოზია, ამნეზიური აფაზია, აკალკულია და სხვადასხვა სახის აგრადია.

თითის აგნოზია კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს მშვენიერად ესმის შეკითხვები და დამაკმაყოფილებლად ასრულებს ყველა ამოცანას, გარდა ერთისა: მას არ შეუძლია თავისი თითების ჩვენება; ავადმყოფი ვერ ერკვევა თითებში. მიცემულ ამოცანაზე თითს ვერ მოხრის, ვერ გაშლის და ვერ შეეხება. ავადმყოფი დაძაფრულად უცქერის, მაგრამ შეცდომით აჩვენებს, თითებს ვერ პოულობს. ავადმყოფებს ხშირად თითების დასახელებაც არ შეუძლიათ.

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

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

შუბლის წილი. ძველი ავტორები შუბლის წილს განიხილავდნენ, როგორც „მუნჯ მიდამოს“, რომლის უშუალო გაღიზიანება არ იძლევა რაიმე მოტორულ ან სენსორულ რეაქციებს. შუბლის წილი აღიარებულ იყო „უშუაღლესი ფსიქიკური ცენტრების“ ადგილად.

უკანასკნელი დროის ფაქტიურმა მასალამ ძირიანად შესცვალა ძველი წარმოდგენები შუბლის წილის ფუნქციის შესახებ.

ხოროშკოს და სხვების შრომებმა ნათლად გვიჩვენეს, რომ შუბლის წილის ტრავმული დაზიანებანი იძლევიან საკმაოდ მდიდარ სიმპტომატოლოგიას. შუბლის წილის დაზიანებას მოსდევს

წონასწორობის აშლა, აპარაქსია, აბულია, აკინეზია, აქტიური ყურადღების დასუსტება და სხვა სიმპტომები.

შუბლის წილის სიმპტომებს გოლდშტეინი შემდეგ სამჯგუფად ანაწილებს:

ბირველ ჯგუფს ეკუთვნის კოორდინაციის აშლილობანი.

მეორე ჯგუფს შეადგენს სხვადასხვა აპარაქსიული აშლილობანი, ხოლო მესამე ჯგუფს ეკუთვნის ფსიქიკური აშლილობანი, სახელდობრ: ყურადღების აშლა, აღქმის შეგვიანება, აპათია, ზერედე ქვევები, ავადმყოფური ხუმრობა (morია) და აგრეთვე ეითფორული ან დეპრესიული გუნებ-განწყობა.

### ცნობები ქერქვეშა კვანძებში ლოკალიზაციის შესახებ.

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

ქერქვეშა კვანძებიდან ფსიქიატრიის კლინიკისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ სტრიალურ და თალამურ სისტემებს. ხსენებული სისტემები არ წარმოადგენს თანაბარი სტრუქტურის მქონე რუხ მასებს, არამედ ისინი დამოუკიდებელ არქიტექტონიკურ ველებიდან და ბირთვებიდან შედგება.

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

სტრიალური სისტემა (n. caudatus, putamen, და globus pallidus) უწოდებენ უახლოეს ქერქვეშა კვანძებს. (მონაკოვი). ემბრიოგენეზური განვითარების მხრივ ხსენებული ბირთვები დიდი ტვინის ქერქის ძლიერ ახლო მონათესავე რუხ მასებს წარმოადგენს. ცნობილია, რომ სტრიალური სისტემა და ჰემისფეროების ქერქი ვითარდება ემბრიონულ უჭრედთა საერთო კომპლექსიდან.

დიდი ტვინის ქერქი და უახლოესი ქერქვეშა კვანძები ე. ი. დიდი ჰემისფეროები მთლიანად შეადგენს telencephalon-ს (დასასრული ტვინი).

დიდ ჰემისფეროებში შედის აგრეთვე claustrum (ზღუდე) და ნუშისმაგვარი ბირთვი (n. amygdalae).

ბ რ ო დ მ ა ნ ი claustrum-ს განიხილავს, როგორც ქერქის დერევატს, რომელიც განვითარების პროცესში სცილდება ქერქულ შასებს.

მაგრამ უახლესი შრომები ადამიანის სტრიალური სისტემის ონტოგენეზის შესახებ ნათლად გვიჩვენებს, რომ არც claustrum და არც n. amygdalae არ წარმოადგენს ქერქის დერევატს. ეს ორი უკანასკნელი წარმონაქმი უახლოეს ქერქქვეშა კვანძებს ეკუთვნის.

სტრიალური სისტემა ფილო-ონტოგენეზურად შეიძლება დაყოფილი იყოს უძველეს (palaeostriatum) და უახლეს (neostriatum) ნაწილებად. Neostriatum-ს შეადგენს n. caudatus და putamen; ხოლო palaeostriatum-ს ეკუთვნის globus pallidus.

სტრიალური და თალამური სისტემები მეტად საპასუხისმგებლო როლს ასრულებს უმაღლესი მოტორული და სენსორული ფუნქციების მსვლელობაში.

მ ხ ე დ ვ ე ლ ო ბ ი თ ი ბ ო რ ც ვ ე შ ი ანუ გ ა რ დ ა მ ა ვ ა ლ ი ტ ვ ი ნ ი მეტად რთული სტრუქტურის მქონეა და მრავალ ბირთვებს შეიცავს. მხედველობითი ბორცვის სისტემა შედგება: თვით მხედველობითი ბორცვიდან, ლაგამის ბირთვიდან და დამუხლულ სხეულებიდან.

მხედველობითი ბორცვი თავის მხრივ აგრეთვე სხვადასხვა ფილოგენეზურ საფეხურზე მდგომი ორი ნაწილისაგან შედგება, სახელდობრ, ვენტრალურ და მედიო-დორზალური ნაწილებიდან.

ჰიპოთალამური არე შეიცავს უუმაღლესი რიგის ვეგეტაციურ ცენტრებს. რაც შეეხება თვით მხედველობითი ბორცვს, იგი წარმოადგენს უუმაღლეს ქერქქვეშა სენსორულ ცენტროს.

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

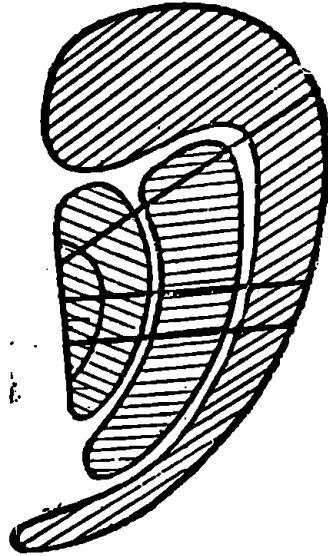
როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ქერქქვეშა კვანძებს მეტად რთული აგებულება აქვს და შედგება დამოუკიდებელ არქიტექტონიკურ უბნებიდან, რომლებიც გარკვეულ მუშაობას აწარმოებს.

სტრიალური სისტემა თავისი მუშაობით ძირითადად მოძრაობათა სარეგულაციო, საკოორდინაციო ცენტროს წარმოადგენს.

ფრონტალური (ზევიდან ქვემოდ) მიმართულებით სტრიალურ სისტემას კლ ა ი ს ტ ი ო თხ ნაწილად ყოფს: პირველ ნაწილში (დორზალური, ყველაზე ზემოთა წილი) წარმოდგენილია თავი და სახე, მეორე ნაწილში—ხედა კიდურები, მესამე ნაწილში—სხეული, ხოლო მეოთხე ნაწილში (ვენტრალური, ქვემოთა წილი) წარმოდგენილია ქვედა კიდურები (იხ. სურათი 13).

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

სურ. 13. ქერქქვეშა კვანძების სომატოტოპიკა თანახმად კლაისტისა. სურათზე სქემატურად არის მოცემული სტრიალური სისტემა. ზველაზე გარეთ ძვეს მძიკესმაგვარი წარმონაქმნი—nucleus caudatus, შემდეგ მიდის putamen; ხოლო ყველაზე შიგნი მოთავსებულია Pallidum ext. Nucleus caudatus შეიცავს სამ ნაწილს: caput, corpus, cauda.



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

თანახმად უახლესი გაშოკვლელებისა, putamen-ი უნდა ასრულებდეს სტატიკურ, მხოლოდ n. caudatus—კინეტიკურ ფუნქციებს.

როგორც ნათქვამი იყო, მხედველობითი ბორცვი წარმოადგენს ძირითად ქერქქვეშა სენსორულ კვანძს, სადაც იკრიბება ზურგის ტვინიდან, მოგრძო ტვინიდან, ზიდიდან და ნათხემიდან მიმავალი მგრძნობიარე იმპულსები. გარდა ამისა, თალამური სისტემა უშუალო ზეგავლენას ახდენს ექსტრაპირამიდულ მამოძრავებელ მექანიზმებზე.

ბოლო დროს მხედველობის ბორცვებს აწერენ აგრეთვე ფსიქიკურ ფუნქციებს; სახელდობრ გრძნობით, ემოციურ და აფექტურ რეაქციებს.

ქერქქვეშა კვანძებში შეიძლება მხოლოდ დაბალი გრძნობითი ფუნქციების დაშვება (მიზიდულებანი); რაც შეეხება რთულ ემო-

ციურ რეაქციებს. ისინი წარმოადგენენ სუფთა ფსიქიკურ პროცესებს და უშუალოდ დაკავშირებული არიან დიდი ტვინის ქერქის საერთო მუშაობასთან.

## ძილი

ფსიქიატრიის კლინიკაში ხშირად ვხვდებით ძილის შეცვლას: ავადმყოფი ან შეპყრობილია სრული უძილობით, ან ძილად არის მივარდნილი, ან მას აქვს ძილის გაუკუღმართება; ამიტომ ჩვენთვის ძლიერ საინტერესოა საკითხები, რომლებიც ძილის ფიზიოლოგიას და მის ანატომიურ სუბსტრატს ეხება.

ძილი წარმოადგენს ნერვულ სისტემის ფიზიოლოგიის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას.

ორბელი არჩევს ძილის სხვადასხვა სახეებს: 1. ბუნებრივი ძილი, რომელიც პერიოდულად სცვლის ადამიანის მღვიძარ მდგომარეობას; 2. პიპნოზური ძილი; ამ დროს ადამიანი ან ცხოველი ხელოვნურად გადადის ძილის მდგომარეობაში; 3. ძილი, რომელიც ვითარდება სამკურნალო წამლონით იერებთა მიღების შედეგად; 4. ბანგის მიერ გამოწვეული ძილი და 5. პათოლოგიური ძილი, რომელიც გვხვდება ლეთარგიული ენცეფალიტის, კატატონიის და სხვა ავადმყოფურ მდგომარეობათა დროს. ძილის უკანასკნელი ფორმა შეიძლება რამდენიმე თვე გაგრძელდეს.

გარდა ზემოხსენებული ფორმებისა, ცნობილია კიდევ ძილი, რომელსაც ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტით იწვევენ.

პავლოვის გაგებით, ძილი ვითარდება ქერქის განფენილი შეკავების ნიადაგზე. მან პირობითი რეფლექსებზე მუშაობის დროს აღმოაჩინა ქერქის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც შემდგომი რაიმე ინდიფერენტული გალიზიანების მიწოდება იძლეოდა ქერქის საერთო შეკავებას და ძილს.

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

თანხმად პავლოვისა, განფენილ შეკავებაში ქერქი არ არის მთლანად ჩართული; ქერქში შერჩენილია შეკავებიდან თავისუფალი უბნები, რომლებიც წარმოადგენს სასიგნალო, საუშავგო რაიონებს.

საჭიროა ამ სასიგნალო რაიონების გალიზიანება, რომ ადამიანი ძილის მდგომარეობიდან გამოვიდეს.

რომ ძილის ღროს ქერქი არ განიცდის განფენილ შეკავებას მთელი თავისი მოცულობით, აშკარად ჩანს შემდეგ მეტად საილუსტრაციო მასალებიდან: შესაძლებელია, რომ აღანიანს ღრმად ეძინოს, არ აქცევდეს ყურადღებას სხვადასხვა ხმაურობას, მაგრამ საკმარისია დარეკოს ზარმა და იგი უცებ გაიღვიძებს. ქერქში საფუშავო უბნების არსებობით აიხსნება აგრეთვე სიზმრები ძილის ღროს.

ცნობილია კიდევ მთელი რიგი ფაქტებისა, რომლებიც აგრეთვე ადასტურებს ძილის ღროს სასიგნალო უბნების არსებობას, მაგალითად დედის ღრმა ძილიდან გამოსვლა ბავშვის სულ მცირე მოძრაობაზე, ან მეწისქვილის გამოღვიძება მხოლოდ იმ მომენტში, როდესაც საფქვავი უკვე ჩამოთავდა.

რაც შეხება ძილის თეორიებს, შევჩერდებით მხოლოდ რამდენიმეზე:

1. პ ა ვ ლ ო ვ ი ს თეორია ქერქის განფენილი შეკავების შესახებ;

2. თ ა რ ხ ნ ი შ ვ ი ლ ი ს თეორია ძილის სიმპატიკურ ნერვულ სისტემასთან დაკავშირების შესახებ. თანახმად ამ თეორიისა, სიმპატიკური სისტემა მოქმედებს დიდი ტვინის სისხლის მიმოქცევაზე, რასაც მოსდევს ტვინის ანემია და შემდგომ ძილი.

3. ჰ ი ს ტ ო ლ ო ვ ი უ რ ი თეორია ს რ უ ლ ი ა დ მ ე ქ ა ნ ი ს ტ უ რ ი ა; უშვებს ნერვულ უჯრედთა მორჩებას ამებიოლურ მოძრაობას, რის გამოც ძილის ღროს ადგილი უნდა ჰქონდეს ხსენებულ მორჩიდა ერთმანეთისაგან დაშორებას—განცალკევებას.

4. ტ ო ქ ს ი კ უ რ ი თ ე ო რ ი ა. ხსენებული თეორიის თანახმად, ძილის ღროს ტვინი იწამლება მისივე დაღლილობის ანუ მოქანცულობის პროდუქტებით.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ძილის ანატომიურ სუბსტრატად სთვლის დიდი ჰემისფეროების ქერქს (განფენილი, ქერქული შეკავება). მაგრამ არსებობს მთელი რიგი ექსპერიმენტული ფაქტები, რომლებიც მიგვითითებს, რომ ძილის ანატომიურ სუბსტრატს უნდა შეადგენდეს ქერქქვეშა კვანძებიც.

ო რ ბ ე ლ ი აღნიშნავს, რომ არცერთი ცხოველი არ იჩენს ძილის და მღვიძარობის ისეთს სწორ ურთიერთცვლას, როგორც დიდ ჰემისფეროებშოცლილი ცხოველები.

კლინიკურად საინტერესოა ფიზიოლოგ ჰ ე ს ი ს ექსპერიმენტები. ხსენებულ ავტორს მესამე პარკუჭის ირგვლივ შეჰყავდა ელექტროდები და შემდეგ მათ აღიზიანებდა ელქტრონული დენით. ასეთი ცხოველები უცებ გადადიოდნენ ღრმა ძილში.

გარდა ექსპერიმენტული მასალებისა, პათოლოგიური დაკვირ-  
ვებანიც აგრეთვე მიგვითვითებენ იმაზე, რომ ძილი უნდა შეადგენ-  
დეს ქერქქვეშა კვანძების ფუნქციას.

ამ მხრივ მეტად საინტერესოა ეკონომოს დაკვირვებანი. მან  
შეისწავლა ებიდემიური ენცეფალიტის ლეთარგიული ფორმები და  
მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ უნდა არსებობდეს ძილის ცენტრო.

თანახმად ეკონომოსი, ძილის ცენტრო მოთავსებული უნ-  
და იყოს მესამე პარკუჭის უკანა კედელში, ჰიპოთალამურ არეში.  
არსებობს თუ არა ძილის ცენტრო?

ეწინააღმდეგება თუ არა ეკონომოს მიერ აღნიშნული ფაქ-  
ტები ქერქული შეკავების თეორიას?

ძილი წარმოადგენს მთელი ნერვული სისტემის ფუნქციას; აქ  
ჩართულია, როგორც ცერებრო-სპინური, ისე ვეგეტაციური ნერ-  
ვული სისტემა (კროლი) და ამიტომ მიუღებელია ძილის გამომ-  
წვევ ლოკალური უბნის (ცენტროს) დაშვება.

დაკვირვებანი, რომლებსაც ენცეფალიტების კლინიკა იძლევა,  
სრულიადაც არ ეწინააღმდეგება პავლოვის თეორიას.

თვით საკითხის დასმა—ან ქერქი, ან ქერქქვეშა კვანძები,—  
არაა სწორი. ამ შემთხვევაში საყურადღებოა ორბელის პოზი-  
ციები. თანახმად ხსენებული ავტორისა, ქერქული შეკავება შეიძ-  
ლება მოეფინოს და გავრცელდეს არა მარტო დიდი ტვინის ჰემის-  
ფეროებს მთლიანად, არამედ ქერქქვეშა კვანძებსაც.

ორბელის გაგებით, ძილის დროს უნდა გვქონდეს ქერქუ-  
ლი შეკავება, რომელიც თანდათანობით ჩადის ღრმად და ეფინება  
ქერქქვეშა კვანძებს.

ასეთი მიდგომით, სრულიად სპობა წინააღმდეგობა ორი სხვა-  
დასხვა შეხედულების (ქერქი თუ ქერქქვეშა კვანძები?) წარმომად-  
გენელთა შორის.

## ფსიქიპათიის და ფსიქოლოგიის ურთიერთკავშირი

ორგანული ფსიქოზების ძირითადი ბუნება შეიძლება გაშიფრუ-  
ლი იქნეს მხოლოდ ბიოლოგიური მეთოდების საშუალებით. ამასთან  
ერთად, ფსიქოზების ორგანული ბუნების გამორკვევა იძლევა მკურ-  
ნალობის სწორ გზა-წესს. მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ  
პროგრესული პარალიზი. ხსენებული ავადმყოფობა მეტად მძიმეა,  
იწვევს ადამიანის განადგურებას. საბუნებისმეტყველო დისციპლი-  
ნათა წინსვლამ შესაძლებლობა მოგვცა სწორად გაგვეგო ამ ავად-  
მყოფობის ბუნება.



პროგრესული პარალიზის ეტიოლოგიის, პათოლოგიური ანატომიის, სეროლოგიის და ბიოქიმიის შესწავლა წარმოადგენს საეპოქო გამარჯვებას ჩვენს დარგში.

მაგრამ ბიოლოგიურ მეთოდს აქვს თავისი საზღვარი.

ორგანული ფსიქოზებიც კი ძლიერ მკრთალად და ერთფეროდ ნად 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 შინაარსს, მის განცდებს და გარეგან რეაქციებს. მაგალითისათვის მოვიყვან იმავე პროგრესულ პარალიზს, სადაც მშვენივრად არის შესწავლილი ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი ანატომიური პროცესი. ამ ანატომიურ ცვლილებებით შეიძლება აიხსნას მხოლოდ პარალიზური კეჟასუსტობა და ნევროლოგიური სიმპტომები; იგი ვერ ხსნის პროგრესულ პარალიზის მთლიან კლინიკურ გამოხატულებას.

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

ფსიქიატრი ვალდებულია გაცნობილი იყოს ფსიქოლოგიის საფუძვლებს; იგი დაინტერესებული უნდა იყოს ფსიქოლოგიური მეცნიერების „მაჯის ცემით“, მასი ძირითადი საკითხებით და წინასვლით.

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 ჩანმრთელ პირთა ფსიქიკური ცხოვრების (ფსიქოლოგიის) ზოგიერთ საკითხებს.

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

პავლოვი დიდი ტვინის ქერქის ნორმული ფიზიოლოგიის

შემქმნელია; ამასთან ერთად იგი ძლიერ დაინტერესებული იყო დიდი ტვინის ფუნქციის პათოლოგიით. მან მიმართა, ანუ როგორც თვითონ აღნიშნავს, მოახდინა „ექსკურსია“ ნევროპათოლოგიის და ფსიქიატრიის კლინიკებში.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ს კლინიკური „ექსკურსიები“ აიხსნება მისი შეც-  
ნიერული მუშაობის სტილით და მეთოდით: ფ ი ზ ი ო ლ ო გ ი უ რ  
მ ო ვ ლ ე ნ ა თ ა შე ს წ ა ვ ლ ი ს ა ს, პ ა ვ ლ ო ვ ი ფ ა რ თ ო ლ  
ი ყ ე ნ ე ბ ს პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ მ ა ს ა ლ ა ს.

პათოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ კანონზომიერებათა ურთი-  
ერთშედარება და დაპირისპირება გვაძლევს საშუალებას უფრო  
ღრმად გავერკვიოთ მოვლენის შინაგან ბუნებაში.

ფსიქოლოგია იმდენად არის დაინტერესებული პათოფსიქოლო-  
გიური მასალებით, რომ ფსიქოლოგიაში შექმნილია კვლევის გარკ-  
ვეული, დამოუკიდებელი გზა—წესი ე. წ. ფ ს ი ქ ო პ ა თ ო ლ ო  
გ ი უ რ ი მ ე თ ო დ ი.

დ. უ ზ ნ ა ძ ე ზღვარს ავლებს ფ ს ი ქ ო პ ა თ ო ლ ო გ ი ა ს ა  
და პ ა თ ო ფ ს ი ქ ო ლ ო გ ი ა ს შორის.

მისი აზრით, ფსიქოპათოლოგიის საგანგებო საკვლევ საგანს  
შეადგენს „ფსიქიკური ცხოვრების არანორმული, ავადმყოფური  
ფორმები“; ხოლო პ ა თ ო ფ ს ი ქ ო ლ ო გ ი ო ს საკვლევ საგანს  
შეადგენს „ავადმყოფურ, ანომალურ მდგომარეობათა ფსიქოლო-  
გიური ბუნება“.

ამაირად, ფსიქოპათოლოგია უნდა სწავლობდეს ფსიქოზის  
მთლიან გამოხატულებას, მის კლინიკურ სურათს; ხოლო პათოფსი-  
ქოლოგია—ფსიქოლოგიურ კანონზომიერებას. ავადმყოფური სუ-  
ლიერი პროცესების, ფსიქიკური პროცესების შესწავლას განსაკუთ-  
რებული მნიშვნელობა აქვს ფუნქციური ფსიქოზების და აგრეთვე  
მოსაზღვრე მდგომარეობათა დროს.

ფსიქოლოგიის დანიშნულებაა გადაშალოს ავადმყოფური ფსი-  
ქიკური პროცესების შინაგანი ბუნება და მექანიზმები.

ფსიქოლოგიური მეთოდი ფსიქიატრიაში წარმოადგენს კვლევის  
აქტიურ გზა-წესს: აქ ხდება ფსიქიკურ ფენომენტთა კავშირების და  
ურთიერთდამოკიდებულების გამორკვევა.

ფსიქოლოგია დიდ სამსახურს უწევს ფსიქიატრიას, მაგრამ ეს  
გზა-წესი შეიცავს შეცდომათა ერთ დიდ საშიშროებას; სახელობრ  
დასკვნები, რომელსაც ღებულობენ პათოფსიქოლოგიურ მასალის  
საფუძველზე, ხშირად პირდაპირ გადააქვთ საღ სულიერ პროცე-  
სებზე; ავიწყდებათ, რომ შეუძლებელია ნორმულ და ავადმყოფურ  
რეაქციათა გაიგივება.

ზაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ხსენებული საშისპროება წარმოიშობა ფსიქოლოგიური მასალების დაგროვებით კი არა, არამედ იმ დასკვნებით, რომელსაც ფართოდ ახდენს ამ დროს ზოგიერთი მკვლევარი.

## ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგია

### ეპოგენური და ენდოგენური, ბიოლოგიური და სოციალური მიზეზები

ვიდრე გადავიდოდეთ ფსიქოზთა კლინიკის გარჩევაზე, საჭიროა შევჩერდეთ მათ გამომწვევ მიზეზზე ანუ ეტიოლოგიაზე.

როგორც მედიცინის სხვა დარგში, ისე ფსიქიატრიაში ზუსტად უნდა განისაზღვროს ორი ცნება: „ეტიოლოგია“ და „პათოგენეზი“.

ეტიოლოგია სწავლობს დაავადების მიზეზს; იგი არკვევს საკითხს, თუ რატომ წარმოიშობა ავადმყოფობა.

პათოგენეზი, პირიქით, არკვევს დაავადების განვითარების მექანიზმებს.

გასული საუკუნის მიწურულში ფსიქიატრები დიდი გატაცებით ამუშავებდნენ საკითხებს მემკვიდრეობის შესახებ.

იმდროინდელი ფსიქიატრები სავსებით და ამასთანავე გულუბრყვილოდ დარწმუნებული იყვნენ, რომ ახალი მიმართულება მემკვიდრეობის და დეგენერაციის შესახებ სრულიად სწყვეტს ფსიქოზების ეტიოლოგიურ ბუნებას.

კლინიციისტი ციჰენი აღნიშნავს, რომ ხსენებული ორი ფაქტორი განსაკუთრებულ როლს თამაშობს ფსიქოზთა ეტიოლოგიაში.

ამავე დროს კრაფტ-ები ნ გ ი ამტკაცებდა, რომ ფსიქიკურ ავადმყოფობათა ეტიოლოგია გაცილებით უფრო უკეთ არის ცნობილი, ვიდრე სხვა რომელიმე დაავადების ეტიოლოგია.

შემდეგმა მასალებმა არ გაამართლა მემკვიდრეობითი მოძენტებს ასეთი ცალმხრივი და გადაჭარბებული შეფასება.

აღმოჩენილ იქნა რიგი გარეგანი მოძენტები (ტრავმები, ინფექციები, ინტოქსიკაციები), რომლებიც ფსიქოზების გამომწვევს უშუალო ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს.

ახალმა გამოკვლევებმა სრულიად მოხსნა საკითხი მემკვიდრეობის საბედისწერო ფაქტის მნიშვნელობის შესახებ.

ამჟამად დაზუსტებულია, რომ ფსიქოზების ეტიოლოგიური მომენტები დაყოფილ უნდა იყოს ორ ჯგუფად: ეკზოგენურ (გარეგან) და ენდოგენურ (შინაგან) მიზეზებად.

ფსიქოზებს იწვევს მეტად მრავალი მიზეზი, ყველა მათი ჩამოთვლა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ბევრ შემთხვევაში არსებობს ფსიქოზის გამომწვევი არა ერთი, არამედ რამოდენიმე მიზეზი (მიზეზობრივი ფაქტორების კომპლექსი).

თანხმად კრეპელინისა, ფსიქოზების ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში არსებობს გარკვეული ურთიერთგავლენა და ურთიერთდამოკიდებულება ეკზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორთა შორის.

მეტად ძნელია ენდოგენურ და ეკზოგენურ მიზეზების ზუსტი ურთიერთგანსაზღვრა. ახალი მასალების მიხედვით, სულ მეტად და მეტად ვიწროვდება ენდოგენური ფაქტორების რეალი. ხშირად ძნელია საკითხის გადაწყვეტა. თუ რასთანა გვაქვს საქმე, შინაგან თუ გარეგან მიზეზთან? ენდოგენური ფაქტორი ხშირად შეიძლება გამოწვეული იყოს ეკზოგენური მიზეზით, მაგალითად: გურევიჩი და სერეისკი აღნიშნავენ, რომ შიდა სეკრეციულ ჯირკვლების მიერ გამოწვეული ავტოინტოქსიკაცია შესაძლებელია დაკავშირებულ იყოს გარეგან მომენტთან (ჯირკვლების ტრავმული დაზიანება, ტემპერატურის მოქმედება და სხვ.).

შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს შებრუნებულ მოვლენას ე. ი. ეკზოგენური ფაქტორი გადაიქცეს ენდოგენურად; მაგალითისათვის მოვიყვანოთ lues-ს. ყველასათვის ცხადია, რომ სიფილისი ეკზოგენურ ფაქტორს წარმოადგენს, მაგრამ იგი სცვლის ადამიანის სომატოფსიქიკურ მზადყოფას და ამნაირად ქმნის ახალს, უკვე ენდოგენური (შინაგანი) ხასიათის ნიადაგს.

ავადმყოფობა არ ამოიწურება მხოლოდ და მხოლოდ მიზეზობრივი ფაქტორით, იქნება იგი ენდოგენური თუ ეკზოგენური ხასიათისა. გარდა მიზეზებისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს შემხედრებისა და გსე. ი. ავადმყოფის სომატოფსიქიკურ თავისებურებას. როგორც ვხედავთ, საკითხი ეტიოლოგიური მომენტების შესახებ მეტად რთულია, საჭიროებს ცალკე შემთხვევებში ინდივიდურ შეფასებას.

რაც შეეხება მიზეზების დაჯგუფებას ენდოგენურ და ეკზოგენურ ფაქტორებად, ეს ხდება სრულ-

ლიად სქემურად, მხოლოდ და მხოლოდ დიდაქტიკური მოსაზრებით და აქვესერთგვარი შრომითი ჰიპოთეზის მნიშვნელობა.

ბირნბაუმმა და კრეჩმერმა ძირითადად ისარგებლეს კრუპელინის მოსაზრებებით და მოგვეცეს თავიანთი მოძღვრება ფსიქოზთა ეტიოლოგიური მომენტების შესახებ. ხსენებული ავტორების თანახმად, ყოველი ფსიქოზის ეტიოლოგიაში მონაწილეობას იღებს რამოდენიმე ენდო და ექზოგენური ფაქტორი; ამიტომ ეტიოლოგიის მხრივ ბირნბაუმში ლაპარაკობს ფსიქოზების სტრუქტურული დიაგნოსტიკის, ხოლო კრეჩმერი—ფსიქოზების მრავალზომიან დიაგნოსტიკის შესახებ.

კრეჩმერის და ბირნბაუმის ხსენებული შეხედულებანი სუფთა სქემური და მექანიკურია: მათ ყველა ეტიოლოგიური ფაქტორი თანასწორღირებულოვანად მიაჩნიათ; ავტორები არ გამოყოფენ წამყვანი როლის მქონე მიზეზს.

კრეჩმერის და ბირნბაუმის დებულება მოგვაგონებს ე. წ. კონდიციონალიზმს. როგორც ვიცით, კონდიციონალიზმი არ ჩერდება გარკვეულ მიზეზებზე ანუ მიზეზთა კონპლექსზე; იგი აგვიწერს ავადმყოფობის წარმოშობ მიზეზობრივ პირობებს; ამ დროს მიზეზი გათქვეფილია ხელშემწყობ და შეორად პირობებში.

კონდიციონალიზმი განსაკუთრებულად მიუღებელია ფსიქიატრიისათვისაც. ფსიქოზის რთული ბუნების გაგებისათვის საჭიროა ვიცოდეთ გარკვეული წამყვანი ეტიოლოგიური ფაქტორი; მხოლოდ „მიზეზობრივ ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს ის, რომელიც იწვევს პროცესის სპეციფიკურობას, იწვევს ახალ თვისებას“ (გილიაროვსკი).

პროგრესული პარალიზის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ალკოჰოლიზმს, ფიზიკურ და ფსიქიკურ მოქანცულობას, ფიზიკურ და სულიერ ტრავმებს და სხვ. მაგრამ უკანასკნელი მომენტები წარმოადგენს მხოლოდ ავადმყოფობის გამომწვევ (გამომავლინებელ) ხელშემწყობ პირობებს; რაც შეეხება უშუალო ეტიოლოგიურ მომენტს, იგი არის მხოლოდ ერთადერთი, სახელდობრ: სიფილისური ინფექცია. ასევე შეიძლება ითქვას თეთრი ცხელების შესახებ, რომლის დროსაც მიზეზს წარმოადგენს ალკოჰოლი; რაც შეეხება ტრავმებს, ინფექციებს და ინტოქსიკაციებს, ისინი აქ შეადგენენ მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფობის ზანვითარებისათვის ხელშემწყობ ფაქტორებს.

ენდოგენური მომენტები უფრო ხშირად ხელშემწყობ ეტიოლო-  
გიურ ფაქტორს წარმოადგენს; მაგრამ შეიძლება იყოს შემთხვე-  
ვა, როდესაც შინაგანი მიზეზი ატარებს გარკვეული ეტიოლოგიური  
ფაქტორის ხასიათს. მაგალითისათვის ავიღებთ დიდად დატვირ-  
თულ და დაინვალიდებულ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. უკა-  
ნასკნელ შემთხვევაში საჭიროა სულ პატარა გამართულებელი სი-  
ტუაცია, სულ პატარა ბიძგი, რომ განვითარდეს ფსიქოზი.

ო ს ი პ ო ვ ი სულით ავადმყოფობათა მიზეზებს ყოფს აგრეთ-  
ვე ორ ჯგუფად: გ ა ნ მ წ ყ ო ბ ი და წ ა რ მ ო მ შ ო ბ ი მიზეზები.

გ ა ნ მ წ ყ ო ბ ი მიზეზები თავის მხრივ შესაძლებელია  
იყოს, რ ო გ ო რ ც თ ა ნ დ ა ყ ო ლ ი ლ ი, ისე შე ძ ე ნ ი ლ ი.

ფსიქოზის განვითარებაში განმწყობი და წარმომშობი ფაქტო-  
რები იმყოფება უკუპროპორციულ დინამიკურ დამოკიდებულება-  
ში; რაც უფრო მკვეთრადაა წარმოდგენილი განმწყობი ფაქტორები,  
რძენად ნაკლებადაა საჭირო უშუალო წარმომშობ მიზეზთა არსე-  
ბობა და პირიქით; ფიზიკური და ფსიქიკური მოქანცულობა, უსიამ-  
ოვნო და მძიმე მორალური პირობანი, ოჯახური უბედურებანი და  
სხვ. ერთ შემთხვევაში ადვილად იძლევა სულიერი წონასწორობის  
დარღვევას—ავადმყოფობას; მეორე შემთხვევაში კი, პირიქით, მძი-  
მე და უსიამოვნო მიზეზებმა, შესაძლებელია პიროვნებაში მოგვეცეს  
ძვრები მხოლოდ ფიზიოლოგიურ ფარგლებში და ადამიანი სულით  
ავადმყოფობამდე არ მიიყვანოს.

არაა საკმარისი მხოლოდ გამომწვევი მიზეზების არსებობა, სა-  
ჭიროა აგრეთვე შემხვედრი წინაგანწყობა.

წინაგანწყობა თავისთავად არ წარმოადგენს ავადმყოფობას.  
იგი აუცილებელი და ხელშემწყობ პირობაა ექზოგენურ დაავადება-  
თა განვითარებისათვის.

ყოველი ლოთი არ ხდება ალკოჰოლური ფსიქოზით ავად ისე,  
როგორც lues-ის ყოველ შემთხვევაში საქმე არ თავდება პროგრე-  
სული პარალიზით.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, წინაგანწყობა შესაძლებე-  
ლია იყოს თ ა ნ დ ა ყ ო ლ ი ლ ი და შე ძ ე ნ ი ლ ი.

თ ა ნ დ ა ყ ო ლ ი ლ ი წ ი ნ ა გ ა ნ წ ყ ო ბ ა არ წარმოადგენს  
შემკვიდრეობითი ნიშანს. თუ ზოგიერთი ავტორი თანდაყოლილ და

მემკვიდრეობითი მომენტებს აიგივებს—ეს შეცდომაა და უნდა ჩაითვალოს გაუგებრობად; მაგალითისათვის შევიჩერდებით სიფილისზე.

Lues-ი არ წარმოადგენს მემკვიდრეობითი დაავადებას, რადგანაც იგი შთამომავლობითი ხაზით კი არ გადადის, არამედ აზიანებს ჩანასახს; ამიტომ lues-ი განიხილება, როგორც თ ა ნ დ ა ყ ო ლ ი ა ნ უ კ ო ნ გ ე ნ ი ტ ა ლ უ რ ი დაავადება.

ასევე უნდა ითქვას მშობელთა ალკოჰოლიზმზე.

ჩანასახის ანუ ნაყოფის დაზიანების გამო იცვლება ემბრიონული განვითარების ნორმული მსვლელობა და ბავშვი იბადება მეტად სუსტი და ფიზიკურად ჩამორჩენილი.

შ ე ძ ე ნ ი ლ ი წ ი ნ ა გ ა ნ წ ყ ო ბ ა ადამიანს უნვითარდება პოსტემბრიონულ ანუ პოსტნატალურ პერიოდში. უკანასკნელ პერიოდზე მოდის ადამიანის ინდოვიდუალი ანუ ონტოგენეზური განვითარების ყველაზე მეტი მანძილი, რომლის დროსაც მას გადააქვს მრავალი ავადმყოფობა, სხვადასხვა დაზიანება, მოწამვლა, ცხოვრების სიმძიმე და უსიამოვნება. უკანასკნელი ფაქტორებია სიცვლის ავადმყოფობის ბიო-ფსიქიკურ მხარეს, ასუსტებს მას ძალღონეს და გამძლეობას.

ყოველი ავადმყოფობა მით უმეტეს ფსიქოზი, დამოკიდებულია არა მარტო ბიოლოგიურ, არამედ სოციალურ ფაქტორებზე. ცნობილი რუსი მეცნიერი—ფსიქიატრი კ ო რ ს ა კ ო ვ ი ს უ ლ ი თ ავადმყოფობათა ეტიოლოგიაში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდა სოციალურ-ეკონომიურ მომენტებს.

ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთდამოკიდებულების განსაზღვრა წარმოადგენს მეტად რთულ ამოცანას. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანის განვითარებაში, სოციალურ მომენტებს ეკუთვნის წ ა მ ყ ვ ა ნ ი როლი; ადამიანში სოციალური „ხსნის“ ბიოლოგიურა, ახდენს მის გარდაქმნას.

თანახმად ე ხ გ ე ლ ს ი ს ა, ადამიანი შექმნა შრომამ; ამავ სავსოგადობრივი შრომითი პროცესში „სოციალური“ ახდენს „ბიოლოგიურის“ ტრანსფორმაციას.

ბიოლოგიურ და სოციალურ, ენდოგენურ და ექზოგენურ ურთიერთ მიზეზების განხილვისას უნდა ნათლად გვახსოვდეს, რომ ენდოგენური ყოველთვის არ არის ბიოლოგიური, და ექზოგენური—სოციალური. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ე. წ. „სოციალური დაავადებანი“ (ტუბერკულოზი, სიფილისი, მალარია, ალკოჰოლიზმი). ხსენებული ავადმყოფობანი თავიანთი შინაგანი ბუნებით ბიოლოგიური კვლევებების საგანს წარმოადგენს; მაგრამ მათი წარმოშობა (აღმოცენება), მავნე ზეგავლენა და გავრცე-



ლება უშუალოდ დამოკიდებულია გარემო პირობებზე და განისაზღვრება სოციალური (საზოგადოებრივ-ეკონომიური) მომენტებით.

ამნაირად, წარმოშობის მიზეზების, გავრცელების სიმწვავის და ტემპის და აგრეთვე ავადმყოფობის მიერ ზიანის მოტანის ძხრივ, სიფილისი, ტუბერკულოზი და სხვა დაავადებანი სტოვებენ ბიოლოგიური ცნების ჩარჩოებს და ლებულობენ სოციალური სენის ხასიათს.

ცნება სოციალური ფაქტორების შესახებ ვრცელია და იგი შესაძლებელია გულახმობდეს, როგორც ეკზოგენურ, ისე ენდოგენურ მიზეზებს.

სოციალურ ფაქტორებთან, რომლებიც აინვალიდებს ადამიანს ფიზიკურად და ფსიქიკურად, პირველ რიგში დასახელებული უნდა იქნეს შემდეგი: ეკონომიური და ბინის პირობები, უმუშევრობა, პროფესიული მავნებანი (შრომის დაცვის პირობების უქონლობა და ამის გამო ხშირი მოწამვლები, ტრავმული დაზიანებანი) ბავშვთა შრომის ექსპლოატაცია და სხვ.

ყველასათვის ცხადია, რომ სოციალისტურმა სისტემამ მოხსნა და მოსპო ყველა ის პირობა, რომლებიც სოციალურ სნეულებათა ნიადაგს წარმოადგენდა.

ჩამოთვლილი სოციალური მიზეზები კაპიტალისტურ ქვეყნებში წარმოადგენს ნიადაგს, რომელიც ხელს უწყობს სოციალურ სნეულებათა გავრცელებას და მოქალაქეთა ფსიქო-ფიზიკურ ტრავმატიზმს.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში შრომის უსაშინელესი პირობებია, რაც სრულიად ქანცავს ადამიანის ფიზიკურ და სულიერ ძალღონეს, პირიქით, შრომის სოციალისტური ფორმები ხელს უწყობს ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ძალის განვითარებას და გაკაჟებას.

სოციალისტური შეჯიბრი და დამკვრელობა მშრომელის ძალღონის ამამაღლებელი ფაქტორია.

კაპიტალისტურ სისტემაში ადამიანი შრომობს „ლუკმაპური-სათვის“. პირიქით, ჩვენს სინამდვილეში, სოციალისტურ ქვეყანაში შრომა გადაქცეულია „პატივის, სახელის, სიმამაცის და გმირობის საქმედ“ (სტალინი).

ბურჟუაზიულ ავტორთა შორის დღემდე გავრცელებულია ის აზრი, რომ ცივილიზაცია და კულტურა ხელს უწყობს ადამიანთა ფსიქოტრავმატიზმს, რის გამოც კულტურულ წინსვლასთან პარალელურად მატულობს ფსიქონერვულ და სუფთა ფსიქიკურ ავადმყოფობათა საერთო რაოდენობა.

ბურჟუაზიული მკვლევარი—ფსიქიატრი ბ უ მ კ ე თავის ვრცელ მონოგრაფიაში „კულტურა და ჭადაგვარება“ ლაპარაკობს კულტურის მავნე ზეგავლენის შესახებ ადამიანის სულიერ ცხოვრებაზე; მაგრამ ბ უ მ კ ე ს და მსგავს ბურჟუაზიულ მეცნიერებს ავიწყდებათ ან „ვერ ხედავენ“, რომ უარყოფითი მხარეები, რომელსაც ისინი ცოდნის და კულტურის გავრცელებას მიაწერენ, თავის მხრივ კაპიტალისტური სისტემის უკუღმართობით, კლასთა შორის არსებული წინააღმდეგობით და მშრომელთა ექსპლოატაციით აიხსნება. მაშასადამე, თვით კულტურა და ცოდნა არაფერ შუაშია.

საბჭოთა ქვეყანაში მძლავრ სოციალისტურ მშენებლობას და საზოგადოებრივ-ეკონომიურ ძვრებს, თან სდევს აგრეთვე სოციალისტური კულტურის ძლევამოსილი წინსვლა.

ყველასათვის ცხადია ის გარემოება, რომ გონებრივ კრიზისს და მორალურ დეგრადაციას იწვევს არა კულტურა, არამედ ექსპლოატატორული საზოგადოებრივ-ეკონომიური სისტემა.

სოციალისტური კულტურა ამაგრებს მოქალაქეთა გონებრივ და მორალურ ძალღონეს და ხელს უწყობს მშრომელთა ნიჭიერების მასობრივ გამოვლინებას და გაფურჩქვნას.

სოციალურ მომენტებს ეკუთვნის აგრეთვე პროფესიის და ოჯახური მდგომარეობის საკითხები.

პროფესია არ იწვევს რაიმე სპეციალურ ფსიქიკურ აშლილობას. პროფესიის როლი ფსიქოზების ეტიოლოგიაში უფრო „შემთხვევითი-ხელშემწყობა და დამოკიდებულია თვითონ ავადმყოფის ფსიქიკურ უნარიანობაზე. ადამიანი რაც უფრო სუსტია ფსიქონერვული გამძლეობის მხრივ, იმდენად უფრო ადვილად ვითარდება ფსიქოზი.

ოჯახურ მდგომარეობასაც აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა ადამიანის ფსიქიკური ცხოვრების წონასწორობაში. ცნობილია ფაქტი, რომ უცოლონი და გაუთხოვარნი ავადმყოფობის უფრო მეტ პროცენტს იძლევიან. ზოგიერთ შემთხვევაში თვით უცოლობა და გაუთხოვრობა ადამიანის უსაკმარისობის მაჩვენებელია.

ხანგრძლივი შიმშილი იწვევს ორგანიზმის განლევას. დასუსტებას და ამის ნიადაგზე მთელ რიგ ფსიქო-ნერვულ აშლილობებს. შიმშილი და წყურვილი იწვევს მკვეთრ აგზნებას, ცნობიერების შეცვლას (დახშობას) და პალუცინაციებს.

ექსპერიმენტული შიმშილობის შედეგად ცხოველთა ჭერქში უნახავთ სხვადასხვა პათოლოგიური ცვლილებები.

სხვადასხვა ცვლილებებს ჭერქში აღწერენ აგრეთვე ექსპერიმენტული ხანგრძლივი უძილობის დროს.

უძილობა არღვევს ადამიანის სულიერი ცხოვრების წონასწორობას. უძილობა ღებულობს განსაკუთრებულ მავნე ზასიათს, როდესაც მას თან ერთვის ცუდი კვება და გონებრივი და ფიზიკური დაღლილობა.

უძილობა ან ძილის გაუკუღმართება, რომელიც ხშირად გვხვდება ფსიქოზების დროს, არ წარმოადგენს სულით ავადმყოფობის გამომწვევე, ეტიოლოგიურ მომენტს; იგი უფრო წარმოადგენს ფსიქოზის შედეგს და არა მიზეზს.

სულიერი ცხოვრების გაუკუღმართებაში გარკვეული როლი აქვს ადამიანის დაღლილობას ანუ მოქანცულობას, რქნება იგი ფიზიკური თუ ფსიქიკური (გონებრივი).

თანახმად ოსიპოვისა, ხანგრძლივი, ქრონიკული მოქანცულობა ორგანიზმში წარმოშობს დაღლილობის ქიმიურ პროდუქტებს ე. ი. დაღლილობის ტოქსინურ (ავტოტოქსინურ) ელემენტებს, რომლებიც ზოგჯერ გამანადგურებლად მოქმედობს ნერვულ სისტემაზე. მოქანცულობამ შესაძლებელია მოგვცეს ჩვეულებრივი ნევრასთენიული სურათი, ან მწვავე სულიერი აშლილობა, ან თვით ხელი შეუწყოს უკვე არსებულ ორგანულ ფსიქოზების გაძოძქლავნებას.

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

გადაჭარბებული სქესობრივი ცხოვრება ადამიანს ასუსტებს და ემოციურად ქანცავს; სქესობრივი ჭირკვლების განსაკუთრებული მუშაობა აგრეთვე დაღს სტოვებს ნერვულ სისტემაზე (ნევრასთენიული მდგომარეობა, შრომის უნარის დასუსტება, დაბნეულობა, გაფანტულობა, ადვილი აგზნებულობა და სხვა).

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

სხვადასხვა ფსიქოზების დროს (ციკლოფრენიის მანიაკალური ფაზა, პროგრესული პარალიზის დაწყებითი სტადიუმი, შიზოფრენიის ზოგიერთი შემთხვევები) გადაჭარბებულად გამოხატულ სქესობრივ მიზიდულებას აქვს არა ეტიოლოგიური, არამედ სიმპტომური მნიშვნელობა.

## ექზოგენური მიზეზები

ფსიქოზი შედეგია მრავალ ფაქტორთა ზეგავლენისა; ამასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ ერთ-ერთ ფაქტორს ყოველთვის აქვს მთავარი—წამყვანი მნიშვნელობა. სულით ავადმყოფობის ყოველ შემთხვევაში გამონახული და შეფასებული უნდა იყოს, როგორც ექზოგენური, ისე ენდოგენური მიზეზები. რაც გინდა ტლანქად და ჭარბად არ იყოს წარმოდგენილი შინაგანი წინაგანწყობა (ენდოგენური მიზეზები), ფსიქოზის განვითარებისათვის მაინც ყოველთვის საჭიროა გარეგანი ბიძგი. ფსიქოზი წარმოადგენს „რეაქციას გარედან მომავალ გაღიზიანებაზე“ (გ ი ლ ი ა რ ო ე ს კ ი); ამიტომ ექზოგენურ ფაქტორთა შესწავლას აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა სულით ავადმყოფობათა ეტიოლოგიაში. გარეგანი მიზეზები იშვიათად მოქმედებს უშუალოდ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე; ეს მიზეზები უფრო ხშირად ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმზე მთლიანად, უსპობს მას ნივთიერებათა ცვლის ნორმულ პირობებს და იწვევს ღრმა ბიოქიმიურ ძვრებს. ექზოგენური მიზეზები შეიძლება დავეყოს ორ მთავარ ჯგუფად: სომატიურ და ფსიქიკურ მიზეზებად.

### 1. სომატიური ფაქტორები: ტვინის დაზიანებანი, ინფექციათა და შხამთა მოქმედებანი

ტვინის დაზიანება შესაძლებელია მოჰყვეს სხვადასხვა ფიზიკურ ანუ მექანიკურ ტრავმას, რომელიც ან უშუალოდ ქალაზედ მოქმედებს, ან ქალასთან ერთად აზიანებს მთელს სხეულს. ფიზიკური ტრავმა მოქმედებს ქალას ძვლებზე და კანზე; გარდა ამისა, თვითონ ქალას შეცულობა—ცენტრალური ნერვული სისტემაც განიცდის ტრავმულ ზეგავლენას (სისხლის ჩაქცევები და ტვინის განადგურება).

ქალას ტრავმული დაზიანება შესაძლებელია მოგვეცეს ან უშუალო დარტყმამ, ან ადამიანის დაცემამ, ან ე. წ. ჰაეროვანმა კონტუზიამ. ქალას ტრავმებს ხშირად მოსდევს სულიერი მოქმედების აშლა ე. წ. ტრავმული ფსიქონევროზების, ანუ ტრავმული ფსიქოზების სახით.

ტრავმული დაზიანება ხშირად სისხლის ჩაქცევას და გარბილებებს იძლევა ტვინში; ამასთან ერთად, იგი მაღლა სწევს ინტრაკრანიალურ სისხლის წნევას და ხელს უწყობს ტვინის სისხლძარღვთა არტერიოსკლეროზის განვითარებას (გ ი ლ ი ა რ ო ე ს კ ი).

მაგარი სხეულით გამოწვეულმა ტრავმამ შესაძლებელია უშუალოდ დაზიანოს ქალას ძვლები და მოგვეცეს ტლანქი ცვლილებები ტვინის ქსოვილში; ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება ე. წ. ტვინის კონტუზია.

ტვინის ტრავმულ დაზიანებათა შორის განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ე. წ. ჰაეროვანი კონტუზია. უკანასკნელი გამოწვეულია ატმოსფერული წნევის მკვეთრი რხევით, როგორცაა იძლევა ყუმბარათა გასკდომა საარტილერიო ცეცხლის დროს.

საკითხი ჰაეროვანი კონტუზიების შესახებ პრაქტიკულად ფრიად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ომის დროს იგი წარმოადგენს სხვადასხვა ფსიქონერვულ აშლილობათა მთავარ მიზეზს. თანახმად ფილიპონოვის დაკვირვებისა, წარსულ იმპერიალისტურ ომში ე. წ. ტრავმულ ნევროზთა 60% გამოწვეული ყოფილა ჰაეროვანი კონტუზიით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ტვინის კონტუზია იძლევა გარკვეულ ორგანულ ცვლილებებს. ამ დროს სისხლის ჩაქცევებს და ქსოვილის გარბილებას უმთავრესად დიდი ტვინის რუხ ნივთიერებაში აქვს ადგილი (ქერქი და ქერქქვეშა კვანძები), ვინაიდან უკანასკნელი უფრო ძლიერია სისხლის ძარღვებით.

ტვინის კონტუზია ჩვეულებრივ, ცნობიერების დაქარგვას, დამბლებს, აფაზიებს და კრუნჩხვითი გულყრებს იძლევა. Contusio cerebri წარმოადგენს ორგანულ დაზიანებას. საკმაოდ იყო საკითხი მხოლოდ Comotio cerebri-ს (ტვინის შერხევა) შესახებ, ვინაიდან უკანასკნელის დროს ქალა გარეგნულად არაა დაზიანებული და თვით ტვინში არ არსებობს ტლანქი რღვევითი პროცესები.

გავრცელებული იყო აზრი, რომ ჰაეროვანი ტრავმა იძლევა ყალბ კონტუზიას და იგი თავისი ბუნებით უფრო ტვინის შერხევას მოგვაგონებს. მეტად დამახასიათებელია, რომ წარსულში ომის დროს ჰაეროვანი ტრავმა არ სარგებლობდა კარგი რეპუტაციით: თვით ავადმყოფობა—„ჰაეროვანი კონტუზია“—მიჩნეული იყო სამარცხვინო დაავადებად, ხოლო ავადმყოფებს უცქეროდნენ ჩრინიულად, როგორც შეშინებულთ და მხდალებს.

უკანასკნელი დროის ესპერიმენტულმა შრომებმა საკითხი კომოციების და ჰაეროვანი კონტუზიების ორგანული ბუნების შესახებ სრულიად დადებითად გადაწყვიტა.

ექსპერიმენტულად იქნა დადასტურებული, რომ კომოციების დროს თავის ტვინში ვითარდება მიკროსკოპული ცვლილებები

(წერილი, მაკროსკოპულად უჩინარი მრავალი სისხლჩაქცევები ტვინის ქსოვილში); გარდა ამისა, ამ დროს ცერებროსპინული სითხის წნევა განიცდის მკვეთრ რხევას და ადგილი აქვს ნივთიერებათა ცვლის საერთო აშლას (ო ს ი პ ო ვ ი).

რაც უფრო მძიმეა ქალას ტრავმული დაზიანება, მით უფრო ღრმად და დიდხანს კარგავს ავადმყოფი გარემოში გარკვეულობის უნარს (ცნობიერების დაკარგვა).

შესაძლებელია ტრავმის შემდგომ ცნობიერების დახშობის ნაცვლად ავადმყოფმა მოგვეცეს მძლავრი აგზნება, პალუცინაციაები, საშინელი შიშები, გარემო პირობებში გაურკვეველობა (ცნობიერების აბნევა) და ამასთან ერთად სრულიად გაუგებარი და უხვი სიტყვიერი პროდუქცია (ბოდვითი აზრები). ხსენებული მდგომარეობა ცნობილია, როგორც ტ რ ა ვ მ უ ლ ი დ ე ლ ი რ ი უ მ ი.

აღსანიშნავია ფსიქიკური ცვლილებები, რომლებიც უშუალოდ დაკავშირებულია ქალას ტრავმასთან, მაგრამ ვითარდება საკმაო მოგვიანებით.

ამ მხრივ შეეჩერდებით სამგვარ მდგომარეობაზე:

1. ტრავმული ჰქუასუსტობა,
2. ფსიქიკის ტრავმული დეგენერაცია და 3. მოგვიანებული ტრავმული ეპილეფსია.

ტრავმული ჰქუასუსტობის დროს საერთო გონებრივი დონის დაწევასთან ერთად შესაძლებელია არსებობდეს ე. წ. კ ო რ ს ა - კ ო ვ ი ს სიმპტომოკომპლექსის ნიშნები (ცრუ მოგონებანი, მიმდინარე ამბების დახსომების გაძნელება, წარსული ფაქტების დავიწყება). ჰქუასუსტობასთან ერთად შესაძლებელია იყოს აგრეთვე ნევროლოგიური ნიშნები, რომლის ხასიათიც დამოკიდებულად იქნება ტვინის ორგანული ცვლილებების გავრცელებაზე და ლოკალიზაციაზე.

ფ ს ი ქ ი კ ი ს ტ რ ა ვ მ უ ლ ი დ ე გ ე ნ ე რ ა ც ი ა: ამ დროს ჰქუასუსტობა ნაკლებადა სჩანს და პირველ რიგში წამოჭრილია ცვლილებები ავადმყოფის ყოფაქცევის და რეაქციების მხრივ. ასეთი პირები ღიზიანდებიან სულ მცირე მიზეზით და საშინელ აგზნებებს იძლევიან. ხსენებული ავადმყოფები ვერ იტანენ მაგარ სასმელებს; ალკოჰოლის სულ პატარა დოზით ისინი კარგავენ ფსიქიკურ წონასწორობას.

მ ო გ ვ ი ა ნ ე ბ უ ლ ი ტ რ ა ვ მ უ ლ ი ე პ ი ლ ე ფ ს ი ა უ ნ - და დაუკავშიროთ იმ რ ე ზ ი დ უ ა ლ უ რ მოვლენებს, რომლებიც ტვინის ორგანულ დაზიანებას მოსდევს (ნაწიბურები სისხლის ჩაქცევების შემდგომ).

ამ დროს ზუსტად უნდა იყოს გამოკვეთული საკითხი, თუ რამდენად შეიძლება გულყრების უშუალო დაკავშირება გადატანილ ტრავმულ დაზიანებასთან.

ინფექციათა მოქმედებანი. ცენტრალურ ნერვულ სისტემას არ შეუძლია იდგოს იმ სომატიურ პერტურბაციების გარეშე, რომელთაც ადამიანის ორგანიზმში აქვს ადგილი; ხსენებული დებულება განსაკუთრებით შეეხება მწვავე და ქრონიკულ ინფექციებს. თანახმად კრეპელინისა, ორგანული ანუ ინფექციური შხამები მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე უშუალოდ ან არაუშუალოდ, ხოლო ფსიქო-ნერვული აშლილობანი ამ დროს დამოკიდებულია შხამის ხასიათზე და აეთვისებიანობაზე, აგრეთვე პათოლოგიური პროცესის სივრცეზე და ლოკალიზაციაზე.

მწვავე ინფექციებიდან ფსიქოზთა წარმოშობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტიფებს, წითელ ქარს, პნევმონიებს, მაღარიას, ქოლერას და აგრეთვე სახსართა რევმატიზმს. ხსენებული ინფექციები, გარდა ქერქის უშუალო მოწამელისა, მოქმედებს სიცხით (მაღალი ტემპერატურით), რის გამოც ტვინში ადგილი აქვს ღრმა ჰემოდინამიკურ ძვრებს და ამასთან ერთად ტვინის ქსოვილის კვების გაუარესებას.

ინფექციათა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია ადამიანის ცოფს (*Lysse humanum*), ვინაიდან იგი უშუალოდ მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე.

ქრონიკულ შემთხვევებში, გარდა ტოქსინების მოქმედებისა, ნერვული სისტემის პათოლოგიისათვის მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის კვების დაწევას, ავადმყოფის საერთო კახექსიას. აღწერენ დამწუხარებულ მდგომარეობას (მელანქოლიას) და ბოლდითი აზრებს კაპოთა გამოწვეული კახექსიის დროს.

ყველა ინფექციური დაავადება მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ამიტომ არაა გასაკვირი, რომ ინფექციები ძლიერ ხშირად იწვევს ფსიქო-ნერვული პროცესების აშლას.

მწვავე ინფექციები იძლევა ე. წ. გაბრუებულ მდგომარეობას: ამ დროს ავადმყოფებს აქვთ ბოლდითი აზრები, პალუცინაციები, მოტორული აგზნება და, რაც მთავარია, შესუსტებულია გარემოში ორიენტაციის უნარი: ისინი გაბრუებულნი და გაფანტულნი ირიან, ეგრე ერკვევიან ზუსტად დროში და ადგილში.

ინფექციების დროს ფსიქიკურ პროცესთა აშლის სიღრმე და ხარისხი დამოკიდებულია არა მარტო თვით ინფექციის სიმწვავე — ინძიმეზე, არამედ აგრეთვე ავადმყოფის ინდივიდუალობაზე, მის საკუთარ ძალთა გამძლეობაზე. ადამიანის სომატურ დასუსტებასთან ერთად ინფექციები ხშირად იძლევა ფსიქიკური ტონუ-

სის დაწევას ანუ ასთენიას. უკანასკნელ შემთხვევაში ფსიქიკური ფუნქციები მიმდინარეობს შენელებულად, ავადყოფი ადვილად იქანკეა, მოწყენილია და ამავე დროს მას აქვს აწეული გაღიზიანებულობა.

ფსიქიკური სისუსტე ანუ ასთენია რამოდენიმე თვე გრძელდება და ამ დროს განსაკუთრებით შელახულია მეხსიერება. არის შემთხვევები, როდესაც მძიმე ინფექციის შედეგად იმდენად ზიანდება ავადყოფის გონებრივი აპარატი და პირველ რიგში მეხსიერება, რომ მდგომარეობა მოგვაგონებს კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსს.

ზოგიერთ შემთხვევაში მძიმე ინფექციები (პარტახტიანი ტიფი, წითელი ქარი და სხვა) ტვინში იწვევს ტლანქ რღვევითი პროცესებს: სისხლის ჩაქცევებს, ქსოვილის გარბილებას; ენცეფალიტებს; მძიმე ფიზიკურ გართულებას მოსდევს დიდი ცვლილებებში აგრეთვე ფსიქიკურ სფეროში, სახელობრ, ვითარდება თრგანულ და ხასიათის მყარი ქკუასუსტობა.

ინფექციებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ ბავშვთა ასაკში. ორგანიზმის განლევა და ნერვული სისტემის ინტოქსიკაცია ძლიერ აფერხებს ბავშვის შემდგომ ფსიქიკურ წინსვლას, ფსიქიკურ მომწიფებას და განსაკუთრებით მის გონებრივ განვითარებას.

მოარულების შედეგად (წითელა, ქუნთრუშა) ბავშვებს ხშირად ავიწყდებათ სიარული და ლაპარაკი; ისინი იძულებულნი ბრძან ხელახლად შეისწავლონ (აინაზდაურონ) დაკარგული ცოდნა.

არაიშვიათად ბავშვთა ინფექციები იწვევს გრძობათა ორგანოების (უფრო სშირად სმენის) დაზიანებას. ფსიქოზთა ეტიოლოგიაში არანაკლები როლი ეკუთვნის ქრონიკულ ინფექციებს, რომელნიც ან უშუალოდ აზიანებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, ან იწვევენ ორგანიზმის ქრონიკულ დასუსტებას, განლევას და ამთ უკარგავენ მას ბრძოლის (გამძლეობის) უნარს.

ქრონიკულ ინფექციათა შორის პირველ ადგილზე დგას ათაშანგი, ვინაიდან იგი ფართოდ არის გავრცელებული და ამასთან ერთად ყველაზე მეტად აზიანებს ნერვულ სისტემას. გარდა ათაშანგისა, ქრონიკულ ინფექციებიდან დაახელებული უნდა იყოს: ვიდემიური ანუ ლეთარგიული ენცეფალიტი და ტუბერკულოზია.

ეპიდემიური ენცეფალიტი წარმოადგენს არსებითად ნევროლოგიურ დაავადებას, რომლის დროსაც ანთებითი კერა მოქცეულია შერჩეულად შუა ტვინში, სახელობრ შავ ნეთიერებაში (substantia nigra); ამიტომ ხსენებული დაავადება განიხილება, როგორც შუა ტვინის ანთება (mesencephalitis), მიუ-



ზედავად ამისა, ლეთარგიული ენცეფალიტი მეტად საინტერესოა ფსიქიატრიის კლინიკისათვისაც, ვინაიდან იგი იძლევა როგორც ფსიქოზურ მოვლენებს (სულიერი აშლილობა ქრონიკული მიმდინარეობით), ისე პიროვნების ძირითადი ბირთვის შეცვლას (ფსიქოპათიზაციას). უკანასკნელი მდგომარეობა უფრო ხშირია ბავშვთა შორის. თავდაპირველი და ზნეობრივად ფაქიზი ბავშვი ენცეფალიტის გადატანის შემდგომ ხდება მატყუარა, მეტად ამგზნებადი, მოჩხუბარი, აგრესიული და აგრეთვე ეროტიულიც.

ვინაიდან ენცეფალიტის შემთხვევები ფსიქოპათიური ხაზების განვითარებას იძლევა, შესაძლებელია დაუშვათ, რომ ფსიქოპათიების ზოგიერთ შემთხვევაში მიზეზობრივ როლს უნდა თამაშობდეს წარსულში გადატანილი ტვინის ანთება.

პიროვნების ძირითად ბირთვთან ერთად, როგორც წესი, იცვლება აგრეთვე გონებრივი დონე. ამ დროს ადგილი აქვს არა მტლანქ ქუთასუსტობას, არამედ გონებრივი დონის ერთგვარ რეგრესს (ვაბავშვებას!). მაგალითად ქაბუკი თავისი ქცევით და ინტერესებით პატარა ბავშვს მოგვაგონებს. აღნიშნულ მდგომარეობას უწოდებენ პუერილიზმს ანუ ინფანტილიზმს.

ტუბერკულოზი, როგორც წესი, არ იძლევა რაიმე სპეციფიკურ ფსიქოზს.

ტუბერკულოზით გამოწვეული ფიზიკური ასთენია ხელს უწყობს ნევროტიულ რეაქციებს, კერძოდ ისტერიული მოვლენების განვითარებას. ასთენიური კონსტიტუცია, რომლის დროსაც ხშირად გვაქვს ტუბერკულოზი, დაკავშირებულია გარკვეულ ფსიქოზთან—ე. წ. შიზოფრენიასთან, ამიტომ შიზოფრენიის დროს ძლიერ ხშირად ვხვდებით აგრეთვე ფილტვის ტუბერკულოზს.

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

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

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

პირველ ჯგუფს ეკუთვნის ექტოდერმული პროცესი, როდესაც სიფილისური ინფექცია უფრო აზიანებს პარენქიმულ, ე. ი. ფუნქციურ (განგლიოზურ) ელემენტებს.

მეორე ჯგუფს შეადგენს მეზოდერმული პროცესი: ამ დროს უმთავრესად ზიანდება შუამდებარე, ინტერსტიციული ქსოვილი (მეზენქიმა); ცვლილებას განიცდის სისხლის ძარღვები, ტვინის გარსები და გლიოზური ელემენტები.

მეზოდერმულ ნევროლუქსს ეკუთვნის შემდეგი ფორმები:

1. ტვინის გარსთა სიფილისური დაავადებანი;
2. ნერვული ქსოვილის და სისხლ-ძარღვთა დაავადებანი;
3. ნევროლუქსის გუმოზური ფორმები.

ექტოდერმულ დაავადებათა ჯგუფში კროლს შეაქვს შემდეგი ფორმები:

1. tabes dorsalis.
2. პროგრესული პარალიზი.
3. სპეციფიკური ქრონიკული პოლიომიელიტი.
4. სპეციფიკური სპინალური ქრონიკული პოლიომიელიტი.
5. სპეციფიკური, სპინალური დამბლა.

ლუესურ დაავადებათა შორის ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს: პროგრესული პარალიზი, სიფილისური ფსიქოზები და სიფილისური ეპილეფსია.

სპეციფიკური, სიფილისური ტოქსინები მოქმედებს არა მარტო ნერვულ ქსოვილზე, ცენტრალური ნერვული სისტემის ელემენტებზე, არამედ აგრეთვე ადამიანის ყველა სხვა ორგანოებზე და ორგანოთა სისტემაზე. სხეულის ზოგადი მოწამვლის შედეგად ადამიანს უნვითარდება საშინელი ფიზიკური სისუსტე, რასაც მოსდევს საერთო ნერვულობა და ადვილი გამღიზიანებლობა; გარდა ამისა, ხსენებული ავადმყოფები ძლიერ სწრაფად იძლევიან ინტელექტურ მოქანცულობას. უკანასკნელ შემთხვევაში შეუძლებელია ჭერ კიდევ სულით ავადმყოფობის დაშვება, ხოლო ნევრასთენიული მოვლენები შედეგია ორგანიზმის ზოგადი დასუსტებისა (ფიზიკური განლევისა). აწერილ ნევრასთენიულ მდგომარეობას გილიაროვსკი უწოდებს სიფილისურ ნევრასთენიას.

შხამთა მოქმედებანი. ფსიქოზების მიზეზთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სხვადასხვა შხამების მოქმედებას ორგანიზმზე.

როგორც ინფექციების, ისე ინტოქსიკაციების დროს არსებობს მეტად რთული ურთიერთდამოკიდებულება ორგანიზმის მოწამვლის და სულიერი აშლილობის შორის.

ინტოქსიკაციური ფსიქოზის კლონიკური სურათი დამოკიდებულია შხამის თვისებებზე.

ინტოქსიკაციური ფსიქოზების ბუნება შეუძლებელია ახსნილი იყოს შხამის კუმულაციური თვისებებით (მისი მექანიკური დაგროვებით ორგანიზმში). მაგალითად, ცნობილია ფაქტი, როდესაც თეთრი ცხელეზა ვითარდება ალკოჰოლის სრული შეწყვეტის შემდგომ. აქ ერთგვარ პარადოქსალურ მოვლენას აქვს ადგილი: ერთის მხრივ შხამი (ვთქვათ ალკოჰოლი) იწვევს ავადმყოფობას, მეორე მხრივ მისი სრული შეწყვეტა არამც თუ მდგომარეობას არ აუმჯობესებს, არამედ ხელს უწყობს თვით ავადმყოფობის წამოჭრას.

შხამთა მოქმედების პათოლოგია კიდევ საინტერესოა იმ მხრივ, რომ სხვადასხვა მანერე, ნივთიერება იძლევა ეგზოგენური ტიპის რეაქციითა და მათგან ურთიერთმსგავს კლინიკურ სურათებს.

შხამები გარდა უშუალო (შესაძლებელია პირდაპირი) მოქმედებისა ტვინზე, ზეგავლენას უნდა ახდენდეს აგრეთვე გვერდითი (კოლატერალური) გზით ე. წ. „შუამდებარე ეტიოლოგიური რგოლთა“ საშუალებით.

სხენებულ რგოლთა ბიოლოგიური ბუნება უნდა ვეძოთ ნივთიერებათა ცვლის აშლაში, ღვიძლის პათოლოგიაში, თირკმელთა პათოლოგიაში და სხვ.

ალკოჰოლური მოწამელის დროს „შუამდებარე ეტიოლოგიური რგოლად“ გურევიჩი და სერეისკი სთვლიან ღვიძლს და სისხლძარღვთა სისტემას.

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

ტვინის ქსოვილში ინფექციები იძლევა ანთებად ცვლილებებს, რაც შეეხება ინტოქსიკაციებს, ე. ი. შხამების მოქმედებას, უკანასკნელი ტვინის ქსოვილში იწვევს ნელა, არამწვავედ მიმდინარე დეგენერაციულ მოვლენებს.

ეკონომო გამოსთქვამს კატეგორიულ დებულებას, რომ ანთებითი პროცესი აუცილებლივ დაკავშირებულია ინფექციების არსებობასთან, წალო ინტოქსიკაციები, როგორც წესით, იძლევა დეგენერაციულ მოვლენებს დიდი ტვინის რუხ და თეთრ ნივთიერებაში.

მეტად საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ინტოქსიკაციურ და ინფექციურ ფსიქოზებს ახასიათებს ძირითადად თანამსგავსი კლინიკა, სახელდობრ ყველა ამ შემთხვევაში ფსიქოზები მიმდინარეობს ეკზოგენური ტიპის რეაქციების გზით.

უკანასკნელი დროს შრომებმა განსაკუთრებით დააზუსტეს ინფექციურ და ინტოქსიკაციურ ფსიქოზთა კლინიკა. აღმოჩნდა, რომ განსხვავება პათოლოგ-ანატომიური ბუნების მხრივ იძლევა განსხვავებას აგრეთვე ფსიქოზთა კლინიკური სურათის მიმდინარეობის და შინაარსის მიხედვით. ინფექციები და მასთან ერთად ანთებადი მოვლენები თავის ტვინში კლინიკურად იძლევა ეკზოგენური ტიპის რეაქციებს, უფრო ხშირად გარემოში ორიენტაციის (ცნობიერების) შეცვლის განხრით, ე. ი. ამ დროს ფსიქოზი უფრო მოგვაგონებს ამ ენციურ მდგომარეობას.

პირიქით, ეკზოგენური ტიპის რეაქციები, რომლებიც თანსდევს ტვინის მოწამვლებს (განფენილ დეგენერაციულ პროცესებს), უფრო ხასიათდება უხვი პალუცინაციებით, ბოდვითი იდეებით. საერთოდ დელირიოზული მდგომარეობის სურათით.

ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციათა შორის, როგორც სინშირის, ისე გავრცელებას და კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალსურათიანობის მხრივ პირველ ადგილზე დგას დენის სპირტოანთეთილის ალკოჰოლი.

ალკოჰოლი მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე პირველყოფლისა იმიტომ, რომ იგი ძლიერ კარგად ხსნის ცხიმოვან და ცხიმის მსგავს ნივთიერებებს. მხოლოდ უკანასკნელი წარმოადგენს თვით ნერვული ქსოვილის ძირითად ელემენტს.

ალკოჰოლი მოქმედებას იჩენს არამარტო ტვინის ქსოვილზე, არამედ მთელ ორგანიზმზე, განსაკუთრებით სისხლის მიმოქცევის სისტემაზე, ჭირკვლოვან ორგანოებზე და ამნაირად სხვადასხვა ორგანოებში იწვევს ციროზულ პროცესებს. იგი განსაკუთრებულ ცვლილებებს იძლევა ღვიძლში, რის გამოც ორგანიზმში გროვდება მრავალი შხამიანი პროდუქტი. უკანასკნელი აგრეთვე მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე და იწვევს სხვადასხვა ნერვულ და ფსიქიკურ აშლილობებს.

როგორც ვხედავთ, ალკოჰოლური შხამი ნერვულ სისტემაზე და კერძოდ თავის ტვინის ქსოვილზე ორგვარ მოქმედებას იჩენს. ერთის მხრივ იგი იძლევა უშუალო ალკოჰოლურ მოწამვლას; ხოლო მეორეს მხრივ ადგილი აქვს ე. წ. მეტა-ალკოჰოლურ მოქმედებას (გილიაროვსკი), რომლის დროსაც ალკოჰოლი მოქმედებს არა უშუალოდ, არამედ მეო-

დადა: ორგანიზმში წარმოშობილი მშხამავი პროდუქტების საშუალებით მეტაბოლური მოწამვლა ავტონტოქსიკაციური პროცესების შედეგია.

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

ალკოჰოლური მოწამვლის ნიშნებს ადგილი აქვს უფრო მცირე დოზის მიღების დროსაც; მაგალითად ალკოჰოლის უკვე 10—15 გრამი იძლევა ინტელექტურ ფუნქციათა ერთგვარ შეკავებას (ძნელდება მარტივი არითმეტიკული ოპერაციების უნარი).

ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტებით დადასტურებულია, რომ ალკოჰოლი თავისი მოქმედების დასაწყისშივე წარმოადგენს ფუნქციათა არა ამლორძინებელ (ტონუსის ამწევ), არამედ დამაქნინებელ (ტონუსის დამწვე) შხამს.

აწეული გუნებაგანწყობა, ეიფორია და უხვი მეტყველებითი პროდუქციები, რომელთაც ადგილი აქვთ დათრობის დასაწყისში (შეხარსოშების პერიოდი) ქერჩული კონტროლის, მისი შემაკავებელი მოქმედების თანდათანობითი დასუსტების შედეგია; გარდა ამისა, ამ დროს ადამიანს უჩლუნგდება ნატიფი მგრძნობარობის უნარი; იგი ბლავგი ხდება მალალ გრძნობათა მიმართ, ამიტომ მას არაფერი არ აწუნებს და არაფერზე ზრუნავს.

არ არის სწორი აგრეთვე შეხედულება, თითქოს ალკოჰოლი და საერთოდ, მაგარი სასმელები, სითბოს გვრის ადამიანს (გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი).

სითბოს შეგრძნება ამ დროს „ყალბია“ და უფრო აიხსნება საერთო მგრძნობელობის (კერძოდ, სითბო-სიცივის გრძნობის) ღრმა დასუსტებით და ხან სრული მოსპობით.

ალკოჰოლს აქვს გამანადგურებელი მნიშვნელობა განსაკუთრებით ბავშვთა და მოხუცთათვის.

ბავშვთა პრაქტიკაში ყურადღება უნდა მიექცეს, როგორც თვით ბავშვების, ისე მათი მშობლების ალკოჰოლიზმს. მშობელთა ალკოჰოლიზმის დროს საკმარისად ხშირად აქვს ადგილი ჩანასახის დაზიანებას, რის გამოც იბადებიან არა სრულღირებულოვანი პირები (ოლიგოფრენები, ფსიქოპათები და სხვ.). თვით ბავშვთა ალკოჰოლიზმის შედეგად არაიშვიათად ვიღებთ გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეჩერებას, მიდრეკილებას გულყრებისადმი ან სხვა სომატიურ ავადმყოფობათა მიმართ, აგრეთვე ალკოჰოლურ ფსიქოზებს.

ალკოჰოლის მოქმედებისას მნიშვნელობა აქვს მიღებული შხამის როგორც რაოდენობას, ისე მის კონცენტრაციას; მაგალითად მაგარი აზაყი ან კონიაკი უფრო გამანადგურებლად მოქმედებს, ვიდრე ლუდი ან ყურძნის ღვინო.

ალკოჰოლი უშუალოდ იძლევა ფსიქიკურ აშლილობას, მაგალითად, თეთრ ცხელებას, ალკოჰოლურ ბოდვასა და ალკოჰოლურ ქეუასუსტობას.

როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად საინტერესოა საკითხი ალკოჰოლური ეპილეფსიის შესახებ. შესაძლებელია ეპილეფსიური გულყრები უშუალოდ დაკავშირებული იყოს ლოთობასთან. ამ შემთხვევაში ალკოჰოლის აკრძალვამ უნდა მოგვეცეს ეპილეფსიური გულყრების შეჩერება.

თუ ალკოჰოლის შეწყვეტამ არ მოსპოვებდა ეპილეფსიური გულყრა, ეს მაჩვენებელი იქნება იმისა, რომ გულყრითი ავადმყოფობა შედეგია არა მხოლოდ მწვავე ალკოჰოლური ინტოქსიკაციისა, არამედ ორგანიზმში (უმთავრესად თავის ტვინში) წარმოშობილი მყარი დესტრუქციული ცვლილებებისა.

ქრონიკული ლოთობა აგრეთვე ხელს უწყობს სხვადასხვა სულით ავადმყოფობათა გამოვლინებას და ამ შემთხვევაში ალკოჰოლი წარმოადგენს ერთგვარ საპროვოკაციო აგენტს.

ალკოჰოლმა შეიძლება ხელი შეუწყოს და დააჩქაროს ისეთი მეტად მძიმე ორგანული ფსიქოზების განვითარება; როგორც არის პროგრესული პარალიზი და შიზოფრენია.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენია დაწყებულა თეთრი ცხელების მსგავსად და ამნაირად, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის სურათს დაუფარავს ძირითადი ავადმყოფობის სიმპტომატიკა. ალკოჰოლი ასუსტებს რა ორგანიზმის ფსიქიკურ და ფიზიკურ ძალღონეს, წარმოადგენს აგრეთვე მშვენიერ ნიადაგს სხვადასხვა ნევროზულ და ფსიქონევროზულ რეაქციათა განვითარებისათვის.

გარდა ამისა, ალკოჰოლი სისტემატურად სცვეთს ადამიანს და ხელს უწყობს მის ნაადრევ დაბერებას და ინვოლუციას.

კლინიკური მასალები აგრეთვე ადასტურებს იმ აზრს, რომ ალკოჰოლიზმი უშუალოდ უნდა უწყობდეს ხელს თავის ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზს, თუმცა ხსენებულ დებულებას არ იზიარებენ პათომორფოლოგები.

ცნობილი პათოლოგ-ანატომები (ან. ე. ჩ. კოვ. ე. და მისი სკოლა) უარყოფენ არტერიოსკლეროზის და ალკოჰოლიზმის ურთიერთკავშირს. მათი აზრით, არტერიოსკლეროზი (აგრეთვე ცერებრული

არტერიოსკლეროზი) შედეგია ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიისა და არავითარი გენეზური კავშირი არა აქვს ლოთობასთან.

კოკაინი, ეთერი და მორფიუმი მთელ რიგ ფსიქონერვულ აშლილობებს იძლევა. ყველა ეს ნივთიერება იწვევს დათრობას, რომლის დროსაც ადამიანი განიცდის აწუხულ თვითგრძნობას და გუნებ-განწყობას.

დათრობის ჩათავებისას ავადმყოფი გადადის დიამეტრულად მოწინააღმდეგე მდგომარეობაში: იგი საშინლად დასუსტებულია, აქვს მეტად ცუდი გუნებ-განწყობა და განიცდის ნარკოზული ნივთიერების ხელახლად მიღების საშინელ მოთხოვნილებას. ნარკოზულ ნივთიერებათა ხსენებული შემთხვევა ანუ აბსტინენცია აწააგავს ალკოჰოლის აბსტინენციას.

მორფიუმის ქრონიკული ხმარება, თუმცა ნაკლები სიხშირით გვხვდება, ვიდრე ალკოჰოლიზმის შემთხვევები, მაინც სხვა შესამებთან შედარებით იგი უფრო მეტად არის გავრცელებული. ამიტომ ამ პრეპარატის და მის მონათესავე ნივთიერებათა (ოპიუმის დერივატები: კოდეინი, დიონინი, ჰეროინი და ბანტოპონი) მიერ გამოწვეული ინტოქსიკაციის შესწავლას აქვს დიდი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი.

მორფიუმით მოწამვლის კლინიკა (მსგავსად ეთერით და კოკაინით გამოწვეულ ინტოქსიკაციებისა) თავისი ძირითადი სურათით წარმოადგენს დელირიოზულ მდგომარეობას.

ოპიუმს და მის დერივატებს ავადმყოფები ძლიერ მალე ეჩვეუიან. ამიტომ სამკურნალო პრაქტიკაში მათი ხმარება მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილს.

ხსენებული პრეპარატები პირველ მოქმედებისას ტკივილების გაყუჩებასთან ერთად ავადმყოფს მშვენიერ გუნებ-განწყობას (სანეტარო განცდებს), ასოციაციური მოქმედების გაადვილებას და წარმოსახვითი ფანტაზიების სიუხვეს გვრის.

ძლიერ აღვილი მიჩვევის გამო, ამ პრეპარატებით შემდგომი ეფექტის გამოწვევა მოითხოვს ნივთიერების უფრო ხშირ და გაცილებით უფრო დიდი დოზით ხმარებას, ხოლო ამას მოსდევს ავადმყოფთა პათოლოგიური მოჩვენება. პრეპარატები ზეგავლენის უნარს თანდათანობით კარგავს და მათი ხმარება აუცილებელი ხდება ავადმყოფის სულ მინიმალური ფსიქო-ფიზიკური ტონუსის შესანარჩუნებლად. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ნარკომანედი ოპიუმს ხმარობდნენ სუფრის კოვზებით. (ნაცვლად წვეთებისა) ან 50-60 ინექციას—ნაცვლად ერთი-ორი ინექციისა.

მორფიუმის ხანგრძლივი ხმარება ქრონიკულ მიჩვევასთან ერთად არაიშვიათად იძლევა ე. წ. მორფიუმის ფსიქოზებს.

კოკაინის, ეთერის და მორფიუმის ქრონიკული ხმარება იძლევა ადამიანის პიროვნების მეტად მძიმე დარღვევას, დეგრადაციას. ავადმყოფები კარგავენ ზნეობრივ ნატიფობას და ხდებიან სრულიად ანტისოციალურნი.

ასეთი ავადმყოფები მეტად ეგოისტები არიან; პრეპარატის შეძენის მიზნით მათ შეუძლიათ ჩაიდინონ ყოველგვარი არამორალური საქციელი და დანაშაული. ხშირად ნარკომანები გადადიან ერთი პრეპარატებიდან მეორეზე: მორფინისტი ხდება კოკაინისტი ან ოპიოფაგი და სხვ. აწერილია ე. წ. კო მ ბ ი ნ ი უ რ ი ნ ა რ კო მ ა ნ ი ის შემთხვევები, რომლის დროსაც ავადმყოფები ვერ კმაყოფილდებიან ერთი პრეპარატით და მიმართავენ სხვადასხვა ნივთიერებებს, მაგალითად, მორფინისტი ერთ და იმავე დროს შესაძლებელია იყოს კოკაინისტი და ქრონიკული ლოთიც.

მეტად საინტერესოა შევჩერდეთ აგრეთვე ისეთ პრეპარატებზე, რომლებსაც არ ხმარობენ როგორც ნარკოზულ საშუალებას, მაგრამ მათგან გამოწვეული ინტოქსიკაცია ზოგჯერ იძლევა სულიერ აშლილობას. ამ მხრივ საინტერესოა ატროპინი, სკოპოლამინი და ქინაქინი.

ო ს ი პ ო ვ ი აღწერს ატროპინის ინტოქსიკაციით გამოწვეულ მწვავე პალუცინატორულ ფსიქოზს და ქინაქინის მიღების შემდგომ მწვავე აგზნებას ორიენტაციის დაკარგვით (ცნობიერების აბნევეთ). ორივე შემთხვევაში ფსიქოზი ჩათავეებულია განკურნებით.

მეტად დამახასიათებელ ფსიქიკურ აშლილობას იძლევა ე. წ. მ ე ს კ ა ლ ი ნ ი თ მოწამვლა. ხსენებული პრეპარატი წარმოადგენს ალკალოიდს. მას იღებენ მექსიკურ მცენარიდან—*anhalonium*.

მ ე ს კ ა ლ ი ნ ი თ გამოწვეული ინტოქსიკაციის კლინიკა უმთავრესად ცნობილია ექსპერიმენტულ-კლინიკურ დაკვირვებებიდან და თვითდაკვირვებებიდან: ამ დროს ადგილი აქვს ხან იოლ აგზნებას, ხან კი იოლ დეპრესიას შიშით. განსაკუთრებით აღსანიშნავია გაუქუდმართება მხედველობის მხრივ, რომელიც შესაძლებელია ხელს უწყობდეს სხვადასხვა ილუზიების და პალუცინაციების განვითარებას.

ძილის მომგვრელ პრეპარატებიდან კლინიკური ინტერესი აქვს ვ ე რ ო ნ ა ლ ი ს ჯგუფის ნივთიერებებს (ვერონალი, ტრიონალი, მიდინალი, სულფონალი) და აგრეთვე ქ ლ ო რ ა ლ ჰ ი დ რ ა ტ ს. ამ პრეპარატებისადმი ავადმყოფურ მიჩვევას მოსდევს ფსიქიკური დეგრადაცია და ფიზიკური განლევა; იშვიათად ვითარდება მწვავე პალუცინაციური ბოდვითი მდგომარეობა. ხსენებული პრეპარატებით მოწამვლისას ადგილი აქვს მეტყველების შეცვლას; საერ-



თო კანკალს და თვალის გუგის რეაქციის შეცვლას (სინათლეზე დაქვეითებას); ვითარდება ე. წ. ფ ს ე ვ დ ო - პ ა რ ა ლ ი ზ უ რ ი ს ი ნ დ რ ო მ ი ( გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ); ამავე დროს აღინიშნება გონებრივი დონის შეცვლა (მეხსიერების შესუსტება; ასოციაციათა მიმდინარეობის გაძნელება და სხვა).

ფსიქიატრიის კლინიკაში ფართო სამეურნალო გამოყენება აქვს ბრომს. ამ პრეპარატის ქრონიკული ხმარება იძლევა მთელ რიგ ფსიქიკურ და ვეგეტაციურ მოვლენებს (ეგრეთ წოდებული ბრომიზმის მოვლენები).

ბრომიზმის შედეგად ვიღებთ გონებრივი პროცესების ერთგვარ დაჩლუნგებას (ავადმყოფთა გაბრუებულია, მეხსიერება დასუსტებული აქვს); ამ დროს არსებობს აგრეთვე გამონაყარი კანზე.

ოპერაციის შემდგომ ფსიქოზებს (ო ს ი პ ო ვ ი) აგრეთვე აქვთ ტოქსიკური ბუნება. ოპერაციების დროს შესაძლებელია ტოქსიკურად იმოქმედოს თვით ბანგმა, ან სხვადასხვა ანტისეპტიკურმა ნივთიერებამ. აქ ფარმაკო-ფიზიოლოგიური მომენტების გარდა, ცხადია, ფსიქოზის განვითარებაში ჯეროვან როლს აგრეთვე უნდა თამაშობდეს ავადმყოფის ემოციური დაძაბულობა, მისი შიში, რომელიც აუცილებლად ანგარიშგასაწევ ტრავმულ ფაქტორს წარმოადგენს.

ოპერაციის შემდგომი ფსიქოზებით ხშირად ხდებიან ავად ენდოგენური წინაგანწყობის მქონე პირები (პისტირიელები, ფსიქოპათები, ალკოპოლიკები); გარდა ამისა, ხელშემწყობ მნიშვნელობა აქვს ფიზიკურ სისუსტეს, ავადმყოფის მოქანცულობას (განლევად გამოწვეული მძიმე სომატიური დაავადებით: tbc, cancer და სხვ.). გასაგებია, რომ ხსენებული ფსიქოზის განვითარებისათვის მშვენიერ მახალას უნდა წარმოადგენდნენ მოხუცებულები და საერთოდ ინვოლუციაში მყოფი პირები. ფსიქოზური მოვლენები, როგორც წესი, მოსდევს დიდ და მძიმე ოპერაციას, რომლის დროსაც ავადმყოფი იმყოფება ხანგრძლივი ბანგის ქვეშ და კარგავს სისხლის დიდ რაოდენობას.

ნერვული სისტემის სხვადასხვა ინტოქსიკაციათა განხილვისას აუცილებელია შევჩერდეთ ისეთ მოშხამავ ნივთიერებებზე, რომლებიც დაკავშირებულია წარმოებასთან და ამნაირად აქვთ პრაქტიკული დაავადების ხასიათი. ამ მხრივ მეტად საინტერესოა შესწავლილი იქნეს ბენზინის, სინდილის, ტყვიის, შავი ქვის, ნახშირბადქანჯის (CO) და სხვათა გავლენა ნერვულ სისტემაზე.

ხსენებულ ნივთიერებათა მანვნ გავლენის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა წარმოებაში ჯეროვანად ტარდებოდეს შრომის დაცვის პირობები.

ამ ნივთიერებით გამოწვეული ინტოქსიკაციების დროს გუ რ ე ე ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ იმ გარემოებას, რომ ინტოქსიკაციის ფაზას უსწრებს ცირკულაციის ფაზა.

ცირკულაციის ფაზაში ადგილი აქვს ჰემოდინამიკურ აშლილობას (სისხლის შეგუბება ზოგიერთ ადგილებში), რასაც მოსდევს გარკვეული უბნების უფრო მეტი მოწამვლა და დაინვალიდება.

უფრო სწორი და მართებული იქნება, ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა უბნების შერჩევითი დაზიანება აიხსნას როგორც ჰემოდინამიკური, ისე ფიზიკურ-ქიმიური ფაქტორებით, მაგალითად: ქერქქვეშა კვანძები (განსაკუთრებით „უახლოესი“ ქერქქვეშა კვანძები მონაკოვის ტერმინოლოგიით) ძლიერ ადვილად ზიანდება სხვადასხვა ინტოქსიკაციების დროს, დამახასიათებელია, რომ ქერქქვეშა კვანძები წარმოადგენს სწორედ ისეთ უბანს, სადაც ურთიხ მხრივ ვენური სისტემის სუსტი განვითარების გამო ადვილად ვითარდება შეგუბებითი მოვლუნები და მეორეს მხრივ, ნერვული უჯრედები (გარკვეული ჰისტო-ქიმიური თვისებების გამო) აგრეთვე ადვილად ზიანდება ინტოქსიკაციების დროს. ცი შერჩევით იძლევა პალეოსტრიატუმის დაზიანებას (სისხლის ჩაქვევება, გარბილებაანი), რასაც მოსდევს რიგი ნევროლოგიური და ფსიქიკური ნიშნები (პალუცინაციები და მეხსიერების დაქვევება).

სინდრომი იძლევა ნევროლოგიურ სიმპტომებს: საერთო კანკალს, ხალივაციას, ცენტრალური და პერიფერიული წახიათის ძარეზებს და პარალიზებს (გურეჯიჩი); ფსიქოპათოლოგიური ხურათი ამ დროს ძლიერ დარიბად არის წარმოდგენილ, აღინიშნება მხოლოდ საერთო ფსიქიკური ასთენია და შიში.

ბენზინით მოწამელისას აწერილია თავმტრუნვევა, გულის წასვლა და ცნობიერების დაკარგვა.

ტყვიით მოწამელის სურათი ძლიერ მოგვაგონებს სინდრომით ინტოქსიკაციას, ხოლო ტყვისათვის დამახასიათებელია ზოგიერთი ნევროლოგიური ნიშანი, როგორც მაგალითად: პერიფერიული ნერვული სისტემის განსაკუთრებული დაზიანება (სხივის ნერვის დამბლა ორივე მხარეზე) და სისხლის ძარღვთა სკლეროზული გამკვრივება.

შავი ქვით ექსპერიმენტულ მოწამვლისას განსაკუთრებულ დაზიანებას განიცდის ქერქქვეშა კვანძები; რაც შეეხება კლინიკურ მასალას, ამ დროს ხშირად ასწერენ პარკინსონიზმის სურათს (გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი).

## 2. ჰავა და ზოგიერთი ფიზიკური ფაქტორი

ექსოგენურ მიზეზს ეკუთვნის აგრეთვე ჰავა და მასთან ერთად კოსმიური, ბარომეტრული და მეტეოროლოგიური თავისებურებანი.

არსებობს დაკვირვებები, თითქოს ფსიქოზის კლინიკურ სურათზე, მიმდინარეობაზე და ფორმების სიხშირეზე გავლენას ახდენდეს გეოგრაფიული და სეზონური (წლის დროს) ფაქტორები.

საკითხი უკანასკნელი ორი ფაქტორის (გეოგრაფიული და სეზონური) დამოუკიდებელი მნიშვნელობის შესახებ უნდა მოიხსნას, ვინაიდან ისინი არსებითად განისაზღვრებიან იმავე ჰავის პირობების სხვადასხვაობით.

ჰავის განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მრავალი სხვადასხვა ფაქტორი, როგორც მაგალითად: ტემპერატურის ქანაობა, მისი მაქსიმუმი და მინიმუმი, საშუალო წლიური ტემპერატურა, ადგილის სიმაღლე ზღვის დონიდან, ბარომეტრული წნევის პირობები და სხვა.

თუ რა გავლენას ახდენს ზემოაღნიშნული მომენტები ფსიქოზის სიხშირეზე და მის კლინიკურ სურათზე, ეს ზუსტად არ არის გამორკვეული და ამ საკითხის ირგვლივ არსებული მასალები სრულიად მოუწესრიგებელია და ხშირად ერთმანეთის საწინააღმდეგო ერთი ცხადია, რომ ჰავას შეუძლია შეცვალოს სიმპტომთა სიმკაცრე, მისი კლინიკური ნიუანსები: მაგრამ ჰავა ფსიქოზებში ვერ წარმოშობს ახალ ხაზებს და მას ვერ გარდაქმნის.

ბევრი ავადმყოფობა, რომელსაც ბურჟუაზიული ავტორები ჰავის პირობებს მიაწერენ, არსებითად ძლიერ ნაკლებად არის დამოკიდებული ფიზიკურ მომენტებზე და უფრო სოციალური და ეკონომიური პირობებით განისაზღვრება. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ე. წ. ა ლ კ ო პ ო ლ უ რ ი ფ ს ი ქ ო ზ ე ბ ი.

ბურჟუაზიული ავტორები ალკოჰოლიზმის გავრცელებას მოსახლეობაში და ამის შედეგად ალკოჰოლური ფსიქოზების სიხშირეს ხსნიან ჰავის, ტემპერატურის თავისებურებით; მათი აზრით, ალკოჰოლური სენი გავრცელებული არის უფრო ცივ ქვეყნებში, ვიდრე თბილში. ჩვენთვის ადვილი გასაგებია ალკოჰოლიზმის

მხოლოდ ბიოლოგიური მიზეზებით ახსნის უმართებულობა; ჩვენთვის სრულიად ცხადია, რომ ალკოპოლიზმი თავისი ძირითადი მიზეზებით წარმოადგენს სოციალურ სნეულებას.

ჰავის და ფიზიკური ფაქტორების განხილვისას, საინტერესოა მოკლედ შევჩერდეთ შემდეგ ფაქტიურ მასალებზე: სამხრეთ ქვეყნებში უფრო ხშირია აგზნებული მდგომარეობანი, ვიდრე ჩრდილოეთში (გ უ რ ე ვ ი ჩ ი, ს ე რ ე ი ს კ ი, გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი, ო ს ი ბ ო ვ ი).

სამხრეთ ქვეყნებში საკმაოდ ხშირად აქვს ადგილი აგრეთვე მ ზ ი ს. დ ა კ ვ რ ა ს, ე. წ. ი ნ ს ო ლ ა ც ი ა ს, რაც განსაკუთრებით სახიფათოა მსუქანთათვის და არტერიოსკლეროზით შეპყრობილ პირებისათვის. ამ დროს აღამიანი მოდის მძლავრ აგზნებაში და კარგავს გარემოში გარკვეულობის უნარს.

ატმოსფერული წნევის ცვალებადობა, ქარები და გადაჭარბებული სინოტივე არაიშვიათად იძლევა გუნებ-განწყობის დაწევას, ხან თავის ტკივილებს.

დეპრესიის ანუ ბოლმიანი მდგომარეობის შეტევები ხშირია შემოდგომობით, მანიაკალური აგზნებანი—პირიქით, გაზაფხულობით.

გაზაფხულობით და ზაფხულობით სულით ავადმყოფები უფრო აგზნებულნი არიან; ამ პერიოდში უფრო ხშირად შემოდინან ავადმყოფები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ვიდრე სხვა დროს.

წლის სხვადასხვა პერიოდში გულყრათა სიხშირის მხრივ ეპილეფსიის შემთხვევები შეიძლება დავანაწილოთ სხვადასხვა ფორმებად, მაგალითად: შემოდგომის ფორმები, გაზაფხულის ფორმები და სხვა (სეზონური ეპილეფსია რ ა უ ნ ე რ ი თ).

სულით ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე ზეგავლენა აქვს აგრეთვე დღე-ღამის ცვალებადობას.

ზოგიერთი ავადმყოფობა მიძიმედ და მწვეველ მიმდინარეობს დილის პერიოდში (კონსტიტუციური დეპრესიები); ზოგიერთი პირიქით, საღამოს პერიოდში (ბოდვითი—პალუცინაციური მდგომარეობანი, ამენციური—ორიენტაციის დახშვის მდგომარეობანი).

ეპილეფსიის ზოგიერთ შემთხვევაში გულყრების განშირება ხდება დღისით; ზოგიერთ შემთხვევებში ღამით (ეპილეფსიის დღის ფორმა ან ღამის ფორმა).

**8. ფსიქიკური მიზეზები: ფსიქიკური ტრავმა, ფსიქოგენური და იატროგენური დაავადებანი, ფსიქიკური ინდუქცია**

ცნობილია, რომ ფსიქიკურ მომენტებს გარკვეული მნიშვნელობა აქვთ ფსიქოზთა ეტიოლოგიაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიკურ მიზეზებს, რომლებიც ან თვითონ იძლევა ფსიქოზს, ან ბიძგის მსგავსად ხელს უწყობს უკვე არსებული სულით ავადმყოფობის გამოვლინებას.

სულით ავადმყოფობის შემთხვევებში, როგორც წესი, მახლობლები ჩვეულებრივად აღნიშნავენ ძლიერი ფსიქიკური განცდის ე. წ. ფსიქიკური ტრავმის არსებობას.

საკირთა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. გამორკვეული იყოს, ჰქონდა თუ არა ადგილი მძლავრ ფსიქიკურ განცდას? შეეძლო თუ არა მას თავისი სიმძიმით გამოეყვანა ადამიანი ფსიქიკურ წონასწორობიდან? რამდენად არის ფსიქიკური განცდა დაკავშირებული უშუალოდ ფსიქოზთან და მის კლინიკურ სურათთან?

არაა სავალდებულო, რომ მძლავრ ფსიქიკურ განცდაზე უშუალოდ, იმავე წუთს განვითარდეს ფსიქოზი; ფაქტიურად ეს ხდება ძლიერ იშვიათ შემთხვევაში. ტრავმული განცდისა და ფსიქოზის განვითარებას შორის არსებობს დროის გარკვეული მანძილი, რომელიც წარმოადგენს ფსიქოზის ე. წ. ორგანიზაციის პერიოდს და რომლის დროსაც ხდება ფსიქოზის თანდათანობითი განვითარება (ფსიქოზის „მოცოხნის“ პერიოდი ე ა ნ ე თ ი).

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

მახლობლები ძლიერ ხშირად უკავშირებენ რომანული ხასიათის ემოციურ ძვრებს, უთანაჟრძნო „შეყვარებულობას“. უკანასკნელ მომენტს განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა შეეხედეთ, ვინაიდან ძლიერ ხშირად რომანული ხასიათის ტრავმული განცდები წარმოადგენს არა გამომწვევ მიზეზს, არამედ უკვე გარკვეული სულით ავადმყოფობის ნაადრევ სიმპტომს. საკითხის საილუსტრაციოთ მოვიყვანთ შემთხვევას, რომელსაც ადგილი ჰქონდა თბილისის ფსიქიატრიულ კლინიკაში: ავადმყოფს შეუყვარდა უცნობი ქალი, რომლის სახეც მან დაინახა გამოფენილ ფოტოგრაფიულ სურათებში. ავადმყოფი იჩენს დიდ მოხერხებას და შესძლებს სურათის ყიდვას ფოტოგრაფიიდან. შემდეგ 2—3

თვე დაძაფრული დაიარება თბილისის ქუჩებში და ბოლოს ნამდვილად ნახულობს სურათში გადაღებულ ქალს; ამ დროისათვის მას უნვითარდება ბოდვები, სახლში აუტანელი ხდება და ათავსებენ ფსიქიატრიულ კლინიკაში.

ანამნეზის შეკრფით ირკვევა, რომ უკვე სამი თვეა, რაც ავადმყოფს ემჩნეოდა რაღაც უცნაურობა; უკვე სამი თვეა, რაც იგი მოწყდა საქმიანობას და აღარ მუშაობს. მშობლებისათვის ავადმყოფის მდგომარეობა იყო სრულიად უცნაური, მაგრამ მაინც მათ ექვიც არ დაებადათ შეილის სულით ავადმყოფობის შესახებ.

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფს ფსიქოზის ნაადრევი ნიშნები უკვე სამი თვის წინად დაწყებია; შეყვარება წარმოადგენს პათოლოგიურ შეყვარებულობას, მხოლოდ დაყინებითი ძებნა ქალისა და ბოლოს მისი აღმოჩენა შედეგი უნდა იყოს ნების ავადმყოფური დაძაფრულობისა.

ფსიქიკური ტრავმით გამოწვეული ანუ ფსიქოგენური სულით ავადმყოფობა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ორი ჯგუფის სახით: ენდოგენური რეაქტიული ფსიქოზები (ამ შემთხვევაში ფსიქიკური განცდა მხოლოდ ამკლავებს ფარულად არსებულ ენდოგენურ ავადმყოფობას) და სუფთა რეაქტიული ფსიქოზები. უკანასკნელ შემთხვევაში ფსიქიკური ტრავმა წარმოადგენს ავადმყოფობის უშუალო გამომწვევ ფაქტორს; მიუხედავად ამისა, სუფთა ფსიქოგენურ შემთხვევებში საჭიროა მხედველობაში იქნეს მიღებული ენდოგენური მზადყოფაც (ავადმყოფის მიდრეკილება). ტრავმული ფსიქოზის ორგანიზაციისათვის საჭიროა არა მარტო გარეგანი, პიროვნების შემრხვევი ფსიქიკური განცდები, არამედ საჭიროა შესატყვისი შემხვედრი ნიადაგი.

ტრავმული ფსიქიკური განცდები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ღებულობს ბავშვთა ასაკში, რადგანაც ბავშვების ფსიქიკური სფერო უფრო მგრძობიარე, ლაბილური და რხევადია.

ბავშვები უფრო ცოცხლად და მეტი სიმწვავეით უპასუხებენ ყველა გამაღიზიანებელ მომენტს.

ფსიქიკური ტრავმის ხასიათს ღებულობს უარყოფითი, უსიამოვნო მძლავრი განცდები (მაგალითად, ძლიერი შიში, განცდები მიწის ძვრის ან სხვა რაიმე კატასტროფის დროს). სასიამოვნო ანუ დადებითი განცდა თითქმის არასდროს არ ღებულობს ტრავმულ ხასიათს.

როგორც წესი, ფსიქიკური ტრავმა არხევს პიროვნებას და იწვევს დიდ ძვრებს არა მარტო მის სულიერ ცხოვრებაში, არამედ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის სომატიურ (ფიზიკურ) მხარეზედაც.

უსიამოვნო განცდები იძლევა უმადობას, უძილობას და სი-  
გამხდრეს. ქართული ხალხური გამოთქმა უსიამოვნო ამბავზე  
„მუხლი მოშეკვეთაო“, მაჩვენებელია, რომ უსიამოვნო განცდას  
(ამბავი შვილის დაღუპვის შესახებ და სხვა) შეუძლიან ორგანიზმ-  
ში მოგვეცეს მძლავრი ფიზიოლოგიური, სომატო-ეპეტაციური  
ძვრები: ადამიანს მუხლი მოეკვეთება და დაეცემა.

მყარი და ღონიერი ფსიქიკური აპარატის მქონე და მორალუ-  
რად ძლიერი პირები ფსიქიკურ ტრავმაზე იშვიათად იძლევიან  
ავადმყოფურ რეაქციას; ასეთი პირები, პირიქით, თ ა ვ დ ა ც ვ ი ს  
რეაქციას გვაძლევენ.

სუსტი ფსიქონერვეული სისტემის არსებობისას ტრავმულ  
განცლაზე ავადმყოფები იბნევიან, იფანტებიან; მათი ქერქი აქ-  
ტიური შეტევითი მუშაობის ნაცვლად განფენილ შეკავებას გა-  
ნიცდის, რასაც ქერქქვეშა ფუნქციების ამოქმედება მოსდევს.

არის შემთხვევები, როდესაც შიში იძლევა პარონეზის უფრო  
მეტ გაფანტულობას და ქერქის თითქმის მთლიან შეკავებას; ამის  
შედეგად ავადმყოფის ფსიქონერვეული სფერო სრულ გაყუჩებას—  
ს ტ უ პ ო რ ს გვაძლევს. ხსენებული გაყუჩება ზოგჯერ გვხვდება  
ავადმყოფ ადამიანთა რეაქციებში და ცნობილია, როგორც ცრუ  
(მ ო ჩ ე ე ნ ე ბ ი თ ი) ს ი კ ვ დ ი ლ ი ს რეფლექსი.

რეაქციების შესწავლისას მხედველობაში უნდა გვქონდეს პი-  
რონეზის ზოგადი განვითარების, მისი სულეერი მომწიფების სა-  
ფეხური. ბავშვები, აგრეთვე მოზრდილები ფსიქიკური ინტანტი-  
ლიზმის შემთხვევებში, იძლევიან სულ სხვა რეაქციებს, როგორც  
შინაირის, ისე მიმდინარეობის მხრივ. ბავშვს ახასიათებს ცნობიე-  
რების ფ ი ზ ე ო ლ ო გ ი უ რ ი ს ი ვ ი წ რ ო ვ ე: ამასთან, ერ-  
თად იგი ემოციებს თავის ფსიქიკაში ატარებს ცხრილის მსგავსად;  
მისი ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი ტ ე ვ ა დ ო ბ ა (შევალიოვას ტერმინო-  
ლოგიით) მცირეა. ბავშვები ადვილად განიტვირთებიან ემოციე-  
ბიდან, ხოლო ამას მოსდევს ბავშვურ რეაქციათა ნაკლები ინტენ-  
სივობა და ნაკლები ავთვისებიანობა. შენიშნულია აგრეთვე, რომ  
ოლიგოფრენიკთა რეაქციებში ცხადად გამოსჰვივის მათი ფსიქიკუ-  
რი აქტიუობის უქმარისობა.

ფსიქოლოგიური რეაქციების ცნება არაა გამოკვეთილი და ამ  
მხრივ მოწოდებულია მრავალი ტერმინი სულ სხვადასხვა მნიშვნე-  
ლობისა და აზრის, მაგ. ლაპარაკობენ „ფსიქოგენურ ავადმყო-  
ფობაზე“, „ფსიქოგენურ რეაქციებზე“, „ფსიქოგენურ მდგომარე-  
ობაზე“, „ფსიქოგენურ ავადმყოფურ ფორმებზე“, „სიტუაციურ  
ფსიქოზებზე“ და „სიტუაციურ რეაქციებზე“.

ექიმის ავტორიტეტს, ავადმყოფთა ნდობას მკურნალობისადმი დიდი მნიშვნელობა აქვს ყოველი თერაპიული ღონისძიების ჩატარებისას, მით უფრო ფსიქოგენურ ამლილობათა დროს.

არის შემთხვევები, როდესაც ექიმი ესაუბრება ავადმყოფს მოუფიქრებლად, უპასუხისმგებლოდ და წინდაუხედავად; უცხადებს პაციენტს, რომ მას აქვს „მიოკარდიტი“, „გულის მანკი“, „განფენილი სკლეროზი“, „კიბო“ და სხვა. სუსტი ფსიქონერვული სისტემის მქონე ადამიანი განურჩევლად არ სტოვებს ექიმის გულუბრყვილობას. იგი თავის თავს აცხადებს ტლანქ სომატიურ ავადმყოფად, თანახმად მკურნალის ტერმინოლოგიისა; სწულდება უფრო მეტად და შორდება სასარგებლო მუშაობას. ნაცვლად განკურნებისა, ავადმყოფს უნვითარდება ახალი ავადმყოფობა, რომელიც სპეციალურად შექმნილია მკურნალის მიერ. ხსენებული დაავადება ცნობილია იატროგენური (ანუ ექიმის მიერ გამოწვეული) ავადმყოფობის სახელოწოდებით.

ფსიქიკური მიზეზების განხილვისას აგრეთვე აღნიშნული უნდა იყოს ე. წ. „ფსიქიკური ინდუქციის“ ანუ „ფსიქიკური“ ინდუქციის შემთხვევები.

ფსიქიკური ინდუქცია უნვითარდება განსაკუთრებით ისეთ პირებს, რომელთაც გადაჭარბებულად აქვთ გამოხატული შთაგონებლობა.

ცნობილია ე. წ. ფსიქიკური ეპიდემიები, როდესაც ბოდვები ან სულით ავადმყოფობის სხვა ნიშნები ელდება ირგვლივ მყოფთ (ეპირველესად ყოვლისა ოჯახის წევრებს).

ფსიქიკური ინდუქციები და ეპიდემიები მოსახლეობის დაბალი კულტურული მდგომარეობის შედეგია; ასეთი შემთხვევები ზშირი იყო ოქტომბრის დიდ სოციალისტურ რევოლუციამდე.

## მედიკალური მიზეზები: ზოგადი და ინდივიდუალი წინაგანწყობა

### 1. ზოგადი წინაგანწყობა: ასაკის, სქესის და ეროვნების მნიშვნელობა

ასაკის როლის და მნიშვნელობის გამორკვევა მეტად ძნელია ერთი შეიძლება ითქვას გადაჭრით, რომ ასაკი თავისებურ ელფერს ადებს ფსიქიკურ ავადმყოფობას.

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



კრიტიკული ასაკის განხილვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პუბერტატულ ანუ ქოშოვითების და ინვოლუციურ ანუ უკუგანვიითების პერიოდებს.

ცნობილია, რომ ბავშვები უფრო ადვილად იძლევიან ბოღვითი პროდუქციებს ინფექციების და ინტოქსიკაციების დროს, ვიდრე მოზრდილები; მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, თითქოს ბავშვის ორგანიზმი, და კერძოდ მისი ნერვული სისტემა, იმყოფებოდეს უმწეო, თავდაცვის უნარმოკლებიან მდგომარეობაში.

პირიქით, ბავშვის ორგანიზმში ძლიერ არის გამოხატული ალდგენის, რეგენერაციის თვისებები, ამიტომ იგი შედარებით უფრო ადვილად გამოდის მძიმე მდგომარეობიდან.

სპეციალური ბავშვთა ფსიქოზები ე. ი. ფსიქოზთა ისეთი ფორმები, რომლებიც არ გვხვდება მოზრდილთა შორის, არ არსებობს. ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელია ე. წ. გონებრივი ჩამორჩენილობის (ოლიგოფრენიების) სხვადასხვა ფორმები.

არ არსებობს აგრეთვე სპეციალური პუბერტატული ფსიქოზები; სქესობრივი მომწიფება მხოლოდ ხელს უწყობს სხვადასხვა ფორმათა გამოაშკარავებას.

არსებული სტატისტიკური დაკვირვებანი ასაკის და ფსიქოზის ფორმების ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ აიკრულია ძველ მასალებზე, არ ითვალისწინებს ისეთ მთავარ ფაქტორს, როგორცაა სპეციალური მომენტები; ამიტომ სრულიად მოძველებული და გამოუსადეგარია ჩვენი დროისათვის.

ზოგადად შეიძლება აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი კლინიკური ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება განსაზღვრულ ასაკში. ამ მხრივ საყურადღებოა შემდეგი ცნობები: ნაადრევი ჰქუასუსტობა ან შიზოფრენია ვითარდება 16—25 წლების ასაკში; მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის პირველი შეტევა შესაძლებელია განვითარდეს 16—17 წლის ასაკში, ხოლო შიზოფრენია უფრო ხშირად ვითარდება მე-20 და აგრეთვე მე-40-ე წლებში; პროგრესული პარალიზი ანუ სწრაფმავალი დამბლა ვითარდება 35—45 წლის ასაკში; 40 წლის შემდგომ ვითარდება ინვოლუციური ფსიქოზი, 50—55 წლის შემდგომ არტერიოსკლეროზული და პრესინილური ფსიქოზები, ხოლო 60—70 წლებში—სენილური ანუ მოხუცებულობითი ფსიქოზები.

ბ ლ ე ი ლ ე რ ი მიგვითითებს, რომ საქირაა ინვოლუციის და მოხუცებულობითი დეგენერაციის მკურთხეველი ურთიერთგანსაზღვრა. თანახმად ხსენებული ავტორისა, ინვოლუციის წარმოადგენს ადამიანის გადანაცვლებას ახალ ეტაპზე

მსგავსად სქესობრივი მომწიფებისა, იმ დროს, როდესაც მოხუცებულ ობა ადამიანის უკუგანვითარებაა, მისი თანდათანობითი ჰქნობა და სიკვდილი.

სქესი. აქაც ურთიერთ გადახლართულია ფიზიოლოგიური და სოციალური მომენტები. ხსენებული საკითხის ირგვლივ არსებული სტატისტიკური დაკვირვებანი, სადაც არა აქვს ყურადღებამიქცეული სოციალურ ფაქტორებს, ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია.

ძირითადში მამაკაცები და დედაკაცები სულით ავადმყოფობის ერთ და იგივე პროცენტს იძლევიან.

ცნობილია სპეციფიკური ფსიქოზები მენსტრუაციის, ორსულობის, კლიმაქსის და ლაქტაციის დროს. ქალთათვის დამახასიათებელი განსაკუთრებული შერბილებიანობა (იმოციურობა) აგრეთვე დაღს ასეაჟს ფსიქოზებს დედაკაცთა შორის (გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს ე რ ე ი ს კ ი). შიზოფრენიის სინშირე ორივე სქესში თანაბრად არის წარმოდგენილი.

ე რ ო ვ ნ ე ბ ა. ცალკეულ ეროვნებათათვის რაიმე დამახასიათებელი ფსიქოზები სრულიად წარმოუდგენელია და ამ მხრივ არსებულ მასალებს აქვთ ც რ უ მ ე ც ნ ი ე რ უ ლ ი ხასიათი.

2. ინდივიდური წინაგანწყობა: მემკვიდრეობა, კონსტიტუცია, „გადაგვარების“ ნიშნები და მათი ღირებულება.

#### მემკვიდრეობა

ინდივიდურ მიზეზთა შორის ერთ-ერთი ადგილი ეკუთვნის მემკვიდრეობას.

ხშირად პათოლოგიურ მემკვიდრეობას მიაწერენ ისეთ სნეულებებს, რომლებიც ვითარდება ნაყოფის (ჩანასახის) დაზიანების ან გართულებული მშობიარობის შედეგად.

დღემდე არსებული მასალები ფსიქოზთა მემკვიდრეობის შესახებ ეყრდნობოდა ვეისმან—მენდელ—მორგანის მიერ მოწოდებულ რეაქციულ თეორიას, მემკვიდრეობითი ნიშნების უკვდავების და უცვლელობის შესახებ.

ხსენებული მასალები ცრუმეცნიერულია და სრულიად გამოირიცხული უნდა იყოს ჩვენი ყურადღებიდან.

თანახმად აღნიშნული უაღრესად რეაქციული სწავლებისა, მემკვიდრეობითი ნივთიერება წარმოადგენს თითქოს განსაკუთრებულ სამყაროს, რომელიც დამოუკიდებელია ორგანიზმის სხეულისა და მისი სიცოცხლის პირობებისაგან; მემკვიდრეობითი ნივთიერება უკვდავია, არასოდეს კვლავ აღარ წარმოიშობა და სიცოცხლის პირობები ვერასდროს ვერ შესცვლის მას.

ჩვენთვის დიდი წარმოსდგენია მოყვანილი თეორიის რეაქტიული შინაარსი.

სრულიად მოწინააღმდეგე პოზიციებზე დგას საბჭოთა ე. ი. შემოქმედებითი, აღმავლობითი დარგინიზმის ფუძემდებელი დიდი რუსი ბიოლოგი მიჩურინი.

გენეალური ექსპერიმენტებით მიჩურინმა დაამტკიცა, რომ მემკვიდრეობა არ წარმოადგენს აუცილებელ ბედისწერას; რომ გარემო წრე მოქმედებს და სცელის მემკვიდრეობის შემდგომ მიმდინარეობას.

თანახმად მიჩურინისა, საჭიროა არა მარტო ავხსნათ მცენარეთა და ცხოველთა სამყარო, არამედ კიდევაც წარვმართოთ იგი, ვარდავქმნათ ადამიანის საჭიროების შესაბამისად.

მიჩურინისა და მისი მოწაფის ლისენკოს მიერ განვითარებული თეორია ძირფესვიანად სცელის მემკვიდრეობის საკითხებს ფსიქიატრიაში.

ერთი ცხადია, რომ მემკვიდრეობითი ფაქტორი ფსიქიკურ ავადმყოფობათა ყველა შემთხვევაში არაა თანაბარი ღირებულებისა და მნიშვნელობის. სულით ავადმყოფობა მთელი რიგი უარყოფითი მომენტების ურთიერთშეხვედრის და შეჯამების შედეგია. ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვანია როგორც ეგზოგენია, ისე ენდოგენია; ხოლო ენდოგენურ ფაქტორთა შორის პირველ რიგში განხილული უნდა იყოს მემკვიდრეობითი თავისებურებანი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მემკვიდრეობა არ წარმოადგენს საბედისწერო აუცილებლობას, ბიოლოგიურ ფაქტუმს, პირიქით, მისი გამოვლინებისათვის საჭიროა ხელშემწყობ გარეგანი პირობები.

კლინიკური ფსიქიატრიის წინსვლასთან და საერთო მეცნიერული პოზიციების გამაგრებასთან ერთად, სულ მეტად და მეტად ვიწროვდება „უსუბსტრატო“ ავადმყოფობათა რკალი. ასევე უნდა ითქვას მემკვიდრეობით მომავალ სულით ავადმყოფობათა შესახებ: სულ მეტად მცირდება მემკვიდრეობითი აუცილებლობით გამოწვეული ფსიქოზების რიცხვი; სულ მეტი დაბეჭითებით ვრწმუნდებით, რომ მაქსიმალურად დატვირთულ მემკვიდრეობასთან ერთად აუცილებელია იყოს ფსიქოზის ბიძგის მიმცემი, ეგზოგენური მომენტი.

ფსიქიატრიის კლინიკამ არ იცის სუფთა, მხოლოდ მემკვიდრეობითი გზით მიმავალი ფსიქოზები. მაგალითისათვის მოვიყვანთ შიზოფრენიას.

გარდა „ენდოგენურ“ შიზოფრენიისა, ცნობილია, სხვადასხვა მიზეზებით გამოწვეული სიმპტომური შიზოფრენია; ამასთან ერთად, თვით სუფთა ენდოგენურ შიზოფრენიებშიც არაიშვიათად ეპსოდურ მომენტებს აქვს მეტად დიდი, და შეიძლება გარდამწყვეტი მნიშვნელობა.

ამიტომ ფსიქოზის მემკვიდრეობითი ბუნების გამოკვლევისას საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე გამოვიჩინოთ და გვახსოვდეს, რომ მარტო ენდოგენია ვერ ამოსწურავს ავადმყოფობის რთულ შინაარსს.

ფსიქოზთა მემკვიდრეობის შესწავლა მით უფრო მძიმდება, რომ შეიძლება ოჯახში შეგვხედეს ერთის ნაცვლად რამდენიმე ფსიქოზური ფორმა, შესაძლებელია ერთ და იმავე ავადმყოფს ჰქონდეს სხვადასხვა სულით ავადმყოფობათა შეუღლება (გ ი ი ა რ ო ვ ს კ ი).

მემკვიდრეობას აქვს მნიშვნელობა ოლიგოფრენიების, მოხუცებულობითი ჰქუასუსტობის, არტერიოსკლეროზული ფსიქოზების და აგრეთვე ზოგიერთი ნევროზების დროს; მაგრამ ამ უკანასკნელ შემთხვევებშიც მემკვიდრეობითი კანონზომიერებანი არ წარმოადგენს ფაქტუმს.

ფაქტიურმა მასალამ, რომელიც დაგროვებული იყო ფსიქიატრიის კლინიკებში, სრულიად შესცვალა შეხედულებანი ფსიქოზების მემკვიდრეობის შესახებ. ჯერ ისევ კ რ ე ვ ე ლ ი ნ მ ა მიაქცია ყურადღება იმ გაჩვენებას, რომ ფსიქოზთა მემკვიდრეობის საკითხების და საერთოდ ფსიქოპათოლოგიური დატვირთვის საკითხების განმარტებელი საჭიროა შედარებული იყოს დატვირთვა ჩანართელთა და სულით ავადმყოფთა შორის.

სულით ავადმყოფთა მემკვიდრეობის პათოლოგიური დატვირთვის შესახებ პროცენტი გაცილებით მაღალია და განსხვავდება ჩანართელთა შიგნით. პ ი რ დ ა პ ი რ ი დ ა ტ ვ ი რ თ ვ ი ს გამოკვლევისას (დატვირთვა დედ-მამის და უახლოესი ღვიძლი ნათესაეების მხრივ); მით უმეტეს, თუ მხედველობაში მივიღებთ არა მარტო ფსიქოზები, არამედ აგრეთვე ხასიათის ანომალიები და მძიმე სომატიური ავადმყოფობანი. პირდაპირი დატვირთვის შესწავლისას, ღებულობენ შემდეგ სურათს: ჩანართელებს სულით ავადმყოფი მშობლები ყავთ 20%-ში, სულით ავადმყოფებს—18%: მშობელთა ხასიათის უცნაურობა აღინიშნება ჩანართელთა შორის 6%-ში, ხოლო სულით ავადმყოფთა შორის 13%.

მეტად დამახასიათებელია, რომ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზისათვის ს უ ხ ა ნ ო ვ ი და გ ა ნ უ შ კ ი ნ ი მემკვიდრეობით დატვირთვის აღნიშნავენ 92%-ში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობის განხილვისას ჯერ კიდევ პი-  
პოკრატე დიდ ყურადღებას აქცევდა ადამიანის კონსტიტუ-  
ციას—ორგანიზმის ზოგად შენებას და ზოგად ფუნქციურ შესაძ-  
ლებლობას. იგი არჩევდა კარგ და ცუდ, ძლიერ და სუსტ კონსტი-  
ტუციას. მედიცინის წინსვლასთან ერთად ვითარდება აგრეთვე  
მოაღწერება კონსტიტუციის შესახებ, რომლის ირგვლივაც წარ-  
მოიშვა უამრავი ლიტერატურა, ასევე უამრავი შეხედულებებით.

ავტორები კონსტიტუციის შესასწავლად იღებენ სულ სხვადა-  
სხვა საზომს, რაც ბადებს შეუთანხმებლობას და ერთგვარ წი-  
ნაღმდევობას თვით ცნების განმარტების ირგვლივ. არჩევენ ზო-  
გად ანუ მთლიან და პარციალურ ანუ ნაწილობრივ კონსტიტუ-  
ციას. გამოყოფენ აგრეთვე ანატომიურ ანუ მორფოლოგიურ და  
ფუნქციურ ანუ ფიზიოლოგიურ კონსტიტუციას, ხოლო უკანასკ-  
ნელი სამი ათეული წლის განმავლობაში განსაკუთრებით ბევრი  
იწერება ფსიქიკური კონსტიტუციის შესახებ.

კონსტიტუციის ცნება შემოტანილი იქნა ფსიქიატრიაში ზო-  
გადი მედიცინიდან და ბიოლოგიიდან.

კონსტიტუციას განიხილავენ, როგორც ინდივიდუუმის მდგო-  
მარეობას, რომელიც განისაზღვრება თანდაყოლილი ან შექმნილი  
თვისებებით. ავტორთა აზრით, ხსენებული მდგომარეობის ანალი-  
ზის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ინდივიდუუმის  
მორფოლოგიური და ფუნქციური, მისი სომატიური და ფსიქიკუ-  
რი თავისებურებანი და აგრეთვე მისი გამძლეობის უნარი და მიდ-  
რეკილება ამა თუ იმ ავადმყოფობისადმი.

მოკლედ რომ განვმარტოთ, კონსტიტუცია „არის თანდაყო-  
ლილ განსაკუთრებულებათა შეჯამება, რომლებიც განსაზღვრავს  
ორგანიზმის რეაქციის ხასიათს გარეშე გალიზიანებაზე“ (გილი-  
აროვსკი).

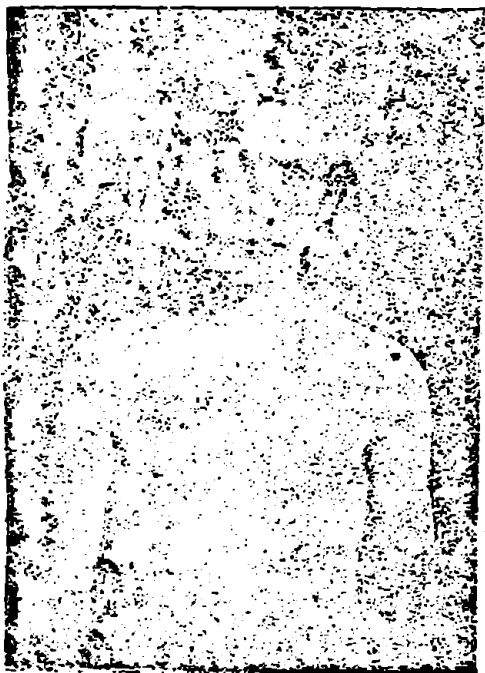
უფრო სწორედ მიგვაჩნია კონსტიტუციურ თვისებათა გან-  
ხილვისას ანგარიში გაეწიოს ორგანიზმის თანშობილ და შენაძენ  
თვისებებს და ამნაირად, ინდივიდუმი შესწავლილი იყოს, როგორც  
მთლიანი ერთეული.

ადამიანის კონსტიტუცია არ განისაზღვრება მხოლოდ და მხო-  
ლოდ მემკვიდრეობითი ან თანდაყოლილი თვისებებით.

ადამიანის ცხოვრების მანძილზე შესაძლებელია ამა თუ იმ  
ფარგლებში შეიცვალოს კონსტიტუციის ხასიათი ინფექციების.

ინტოქსიკაციების, ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმების ზეგავლენის გამო.

გილიართოვსკის სრულიად დასაშვებად მიაჩნია შექმნილი კონსტიტუციის არსებობა. უფრო მეტი, თანახმად ხსენებული ავტორისა, ცხოვრების ყოველ პერიოდს უფარდდება თავისი კონსტიტუცია, ამიტომ იგი გამოყოფს ასაკის კონსტიტუციას და როგორც მის კერძო სახეს, ბავშვთა კონსტიტუციას.



სურ. 14. ასთენიკი ანუ ლექტოზომი.

კრეჩმერი გამოყოფს შემდეგ სომატიურ ტიპებს: ასთენიურს, ატლეტურს და პიკნიურს.

ასთენიური ანუ ლექტოზომური ტიპის წარმომადგენლები მაღალნი და გამხდრები არიან; მათ ახასიათებთ ზრდა სიგრძეზე. გულ-მკერდი აქვთ ბრტყელი და ვიწრო; ამასთანავე შათთვის დამახასიათებელია ვიწრო მხრები, გრძელი და ვიწრო კისერი; გრძელი კიდურები, გრძელი და ნატიფი თითები. ნატიფი აქვთ აგრეთვე ჩონჩხი და კუნთოვანი სისტემა.

ასთენიკებს კარგად აქვთ გამოხატული თავზე თმა, ამასთან ურთოდ წვერი და უღვაში; პირიქით, სხეულზე აღინიშნება მეტად სუსტი თმინობა.

თავის და მუცლის ღრუ შეღარებით სუსტად აქვთ განვითარებული, სახე უფრო ხშირად ატარებს მოკლე კვერცხისებრ მოყვანილობას (იხ. სურათი 14).

ატლეტი ტიპი თავისი ძირითადი ბიოლოგიური თვისებებით (გამძლეობით და ავადმყოფობისადმი მიდრეკილებით) ახლო დგას ლებტომოზურ სხეულ-ნაგებობასთან.

ატლეტს მაღალრად აქვს განვითარებული ჩონჩხი და მუსკულატურა, აგრეთვე მხრები, გულ-მკერდის ღრუ და ქვედა კიდურები. სახე ოვალური მოყვანილობისაა, ან ხუთკუთხედი ფორმის (იხ. სურ. 15).



სურ. 15. ატლეტი.

პიკნიური ტიპი სრულიად მოწინააღმდეგეა ლებტომოზური სხეულნაგებობისა. პიკნიკები საშუალო ან დაბალი ტანისა არიან. კარგად აქვთ გამოხატული თავის, გულ-მკერდის და მუცლის ღრუები. ახასიათებთ ზრდა უფრო სიგანეზე. კისერი აქვთ მოკლე და სქელი; კიდურები და თითები აგრეთვე მოკლე და ნაკლებად ნატიფი. თმინობა თავზე სუსტი, სხეულზე უხვი, სახეს აქვს ხუთკუთხედი ან ფარისებრი მოყვანილობა (იხ. სურათი 16).

გარდა ზემოხსენებული სამი ძირითადი ტიპისა, კ რ ე ჩ მ ე რ ი გამოყოფს კიდევ ე. წ. დ ი ს პ ლ ა ს ტ ი კ უ რ კ ო ნ ს ტ ი ტ უ-

ცოცხალი, რომლის დროსაც უმთავრესად წარმოდგენილი არის სხეულნაგებობის დისპარმონია. არასწორი და დისპარმონიული განვითარება თავის მხრივ აიხსნება შიდა სეკრეციის აპარატის აშლით (დაზიანებით); როგორც კვებად, დისპლასტიკური ტიპები წარმოადგენენ ნახევრად პათოლოგიურ, მოსაზღვრე პირებს.

კ რ ე ჩ მ ე რ ი აღწერს დისპლასტიკური ტიპის შემდეგ სახეებს:

ე ე ნ უ ხ ო ი დ ი ზ მ — მალალი ტანი, სასქესო ჯირკველთა უქმარისობა.



სურ. 16. პიკნიკი.

პ ი პ ო ჰ ლ ა ზ ი ა — სახის ან სხეულის ცალკე ნაწილთა განუვითარებლობა — (ცხვირის, ნიკაპის და სხვა).

მ ა ს კ უ ლ ი ნ ი ზ მ — მამაკაცის სხეულნაგებობის ნიშნები ქალებში: გრძელი კიდურები, ვიწრო მენჯი, სუსტად განვითარებული ძუძუები, საკმაოდ კარგად გამოხატული წვერ-ულვაში.

ფ ე მ ი ნ ი ზ მ — დედაკაცის სხეულნაგებობის ნიშნები მამაკაცებში: გრძელი ნიკაპი, წვერულვაშის უქონლობა, მალალი მენჯი და სხვა.

ყველაზე ხშირად გვხვდება ასთენიური, პიკნიური და ატლეტური ტიპები.

ხსენებული ტიპები წარმოადგენს სხეულნაგებობის ნორმალურ ვარიაციას და შეუძლებელია რომელიმე მათგანის გამოცხადება ბიოლოგიურ მალალ-ღირებულოვან ტიპად.

რაც შეეხება დისპლასტიკურ ტიპებს, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ისინი წარმოადგენენ ავადმყოფურ ვარიაციას.

სინამდვილეში უფრო ხშირად გვხვდება შერეული, ვიდრე სუფთა ტიპები მაგ. ასთენო-ატლეთიკი, ასთენო-პიკნიკი, ატლეთო-პიკნიკი და სხვა.



გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ადიარებს რა კ რ ე ჩ მ ე რ ი ს სამი ძირითადი ტიპის არსებობას, გამოყოფს კიდევ მეოთხეს ე. წ. ინ ფ ა ნ ტ ი ლ უ რ - გ რ ა ც ი უ ლ ტ ი პ ს.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს მიერ მოწოდებული ტიპი ხასიათდება ზოგადი ინფანტილიზმით, საერთოდ სხეულის და-მის ნაწილთა პროპორციული განუვითარებლობით. თანახმად კ რ ე ჩ მ ე რ ი ს ა, პიკნიურ კონსტიტუციას უფარდდება გარკვეული ფსიქიკური ხასიათი, რომელსაც იგი უწოდებს ციკლოთიმიურ კონსტიტუციას. რაც შეეხება ლეპტოზომებს, ატლეტებს და დისპლასტიკური სხეულნაგებობის მქონე პირთ, მათ ახასიათებს შიზოთიმიური კონსტიტუცია.

ციკლოთიმიკები, როგორც აღწერს ავტორი, არიან მხიარულნი, გულღია, საზოგადოების მოყვარულნი, სინტონიურნი (ე. ი. შეუძლიანთ სხვისი განცდების შეგულისხმება), ცოცხალნი, ძლიერ მოძრავნი და მომქმედნი; მათ ახასიათებთ გუნებ-განწყობის ცვალებადობა, და აქვთ მიდრეკილება გარკვეული სულით ავადმყოფობისადმი; სახელდობრ, უმეტეს შემთხვევებში ასეთი ხასიათის მქონე პირები იძლევიან ციკლოფრენიას ანუ მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს.

შიზოთიმიკები, პირიქით, არიან გულჩახვეულები, თავისებურნი, უცნაურნი, ცოცხალ სინტონიურ გრძნობებს მოკლებულნი, საზოგადოებას გაურბიან და უფრო უყვართ კარჩაკეტილი ცხოვრება; ამასთან ერთად ისინი ცოცხლად და ნატიფად აღიქვამენ გარემოდან მომავალ გაღიზიანებებს, ხოლო საპასუხო რეაქციებში იჩენენ ან სრულ სიცივეს, ან გადაჭარბებულ მგრძნობიარობას.

კ რ ე ჩ მ ე რ ი ს მოძღვრებას ანგარიში უნდა გაეწიოს ფსიქოპათოლოგიური მასალების ანალიზის დროს.

ამასთან ერთად უნდა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ კ რ ე ჩ მ ე რ ი ს მოძღვრება უშეებს დიდ შეცდომებს და მისი ფილოსოფიური განზოგადობანი ჩვენთვის ყოველად მიუღებელია.

ფსიქოზთა დიაგნოზის გამორკვევისას სომათიურ და ფსიქიკურ კონსტიტუციებს უნდა გაეწიოს ანგარიში, როგორც ყოველ ფიზიკურ თუ ფსიქიკურ ნიშანს, მაგრამ მათ არა აქვთ აბსოლუტურად პათოგნომონიური სიმპტომის მნიშვნელობა.

კ რ ე ჩ მ ე რ ი არ არის მართალი, როდესაც იგი ფსიქოზებს (შიზოფრენია, ციკლოფრენია) სთვლის ნორმული ფსიქიკური ხაზების განსაკუთრებულ გამწვავება-გამკაცრებად; როდესაც იგი არ ავლებს მკვეთრ ზღვარს ჯანმრთელ და ავადმყოფურ მდგომა-

ჩეობათა შორის და კონსტიტუციას სთვლის ადამიანისათვის ს ა ბ ე დ ი ს წ ე რ ო ა უ ც ი ლ ე ბ ე ლ ფ ა ტ უ მ ა დ .

ერთი შეიძლება ითქვას, რომ ციკლოპურენიკთა შორის უფრო ზშირად გეხვდება პიკნიური სხეულნაგებობა და წარსულში ციკლოთიმიური ხასიათის ხაზები; ხოლო შიზოფრენიის დროს კი — ლეპტოზომური სხეულნაგებობა და წარსულში შიზოთიმიური ხასიათის ხაზები. ამასთან ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ ჯანმრთელ და ავადმყოფურ მდგომარეობათა შორის ზოკაერთი ხაზების კავშირი თუ მსგავსება, ეს არ ნიშნავს ამ ორი პროცესის აბსოლუტურ იგივეობას.

ავადმყოფობის დროს წარმოიშობა ახალი სპეციფიკური თვისებები და ახალი კანონზომიერებანი.

მეორე დიდი შეცდომა, რომელიც დაშვებულა კ რ ე ჩ მ ე რ ი ს მოძღვრებაში და ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია, ეს არის ფსიქიკური ცხოვრების ბ ი ო ლ ო გ ი ზ ა ც ი ა .

სხეულნაგებობასა და ფსიქიკას შორის ყოვლად წარმოუდგენელია პირდაპირი, უშუალო და გულუბრყვილო კავშირის არსებობა; აქ მოქმედებს მთელი რიგი საშუალო რგოლები, როგორც მაგალითად ენდოკრინულ-ვეგეტაციური აპარატი, ფსიქო-მოტორული სფერო და სხვა და სხვა; ამასთან ერთად, ჩვენი მოქმედება განისაზღვრება გარემო წრით, არსებული სოციალური ფაქტორებით და არა სხეულნაგებობით, ან სხვა რაიმე ბიოლოგიური ნიშნებით.

ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ იდეები შიზოთიმიური კონსტიტუციის შესახებ კ რ ე ჩ მ ე რ ზ ე დ ბევრად აღრე მოწოდებულა ცნობილი რუსი ფსიქიატრის გ ა ნ უ შ კ ი ნ ი ს მიერ.

## ე . წ . „გადაგვარების ნიშნები“ და მათი ღირებულება

მე-19-ე საუკუნის შუა წლებში ძლიერ განვითარდა მოძღვრება მემკვიდრეობის შესახებ. ფსიქიატრიაშიაც სწორედ ამ პერიოდში წარმოიშვა განსაკუთრებული ვატაცება დაეკავშირებინათ სულით ავადმყოფობათა მიზეზები შთამომავლობასთან და ამნაირად პრობლემა ფსიქოზების ეტიოლოგიის შესახებ გადაიქცა მემკვიდრეობის პრობლემად; ეტიოლოგია გაითქვიფა მემკვიდრეობაში.

გავრცელებული იყო ის აზრი, რომ უარყოფითი ანუ დეგენერაციული შთამომავლობა ხელს უწყობს ადამიანთა გადაგვარებას, ოჯახების მთლიან გადაშენებას; ამნაირად წარმოშობილ იქნა და-

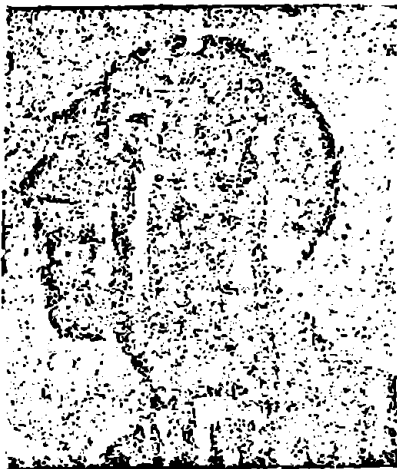
მოუკიდებელი მოძღვრება გადაშენების ანუ დეგენერაციის შესახებ. ხსენებული მოძღვრების შემქმნელი და მთავარი წარმომადგენელი არის ფსიქიატრი მორელი. მან გამოყო დეგენერაციის მაჩვენებელი ფიზიკური და ფსიქიკური ნიშნები და მოგვცა ადამიანის შთამომავლობის თანდათანობით გადაშენების სქემა დეგენერაციული მეკვიდრეობის არსებობის დროს.

თანახმად მორელის მოძღვრებისა, აღნიშნული დეგენერაცია შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგი ოთხი საფეხურის სახით. პირველ საფეხურზე არსებული ნერვულობა, თავდაუპყრელობა და ადვილი აგზნებადობა მეორე თაობაში უფრო მკაცრდება და ღრმავდება; ამ დროს ადგილი აქვს სისხლის ჩაქცევებს ტვინში და წარმოიშობა გულყრითი ავადმყოფობანი (ეპილეფსია, ისტერია). რაც შეეხება მესამე თაობას—აქ იქმნება უკვე გარკვეული მიდრეკილება ფსიქოზებისადმი. ხოლო მეოთხე თაობაში, მორელის აზრით, უკვე ვითარდება გონებრივი, მორალური და აგრეთვე ფიზიკური ინვალალობა (სულით ავადმყოფობანი, გონებრივი ჩამორჩენილობანი და სხვა).

მორელის მოძღვრებას დღეს აქვს მხოლოდ დამხოლოდისტორიული ინტერესი.

ჩვენ კარგად ვიცით, რომ მეკვიდრეობა, როგორც ყოველი

სურ. 17. იდიოტი ე. საკუთარი დაკვირვება. ქალას სახის ნაწილი საგრძნობლად სკარბობს ტვინის ნაწილს. განსაკუთრებით მძლავრადაა გამოხატული ქალას სალექი აპარატი



ენდოგენური, ეტიოლოგიური მიზეზი, არ წარმოადგენს რაღაც დაუძლეველ, შეუცვლელ და აუცილებელ ფაქტუმს. თვით მორელი აღნიშნავს, რომ დეგენერაცია ხშირად შეიძლება გამოწვეული

იყოს არა მარტო შინაგანი, შთამომავლობითი ფაქტორებით, არამედ ექსოგენური შემენტებითაც, მაგალითად, ინტოქსიკაციებით, მოწამვლებით. გარდა ამისა, ყოველი ცოცხალი ორგანიზმი და მით უმეტეს ადამიანი, წარმოადგენს აქტიურ ერთეულს, რომელიც მთელი თავისი ძალღონით აწარმოებს ბრძოლას სხვადასხვა ინტოქსიკაციებთან, მოწამვლებთან და აგრეთვე სხვადასხვა უარყოფითი მომენტებთან. მეექვსე დროებას, რაც გინდობდა ბატონთა უნივერსიტეტს, იყოს იგი, აქვს მხოლოდ და მხოლოდ ერთერთი ხელშემწყობი და არა გადამწყვეტი მნიშვნელობა ფსიქოზთა ეტიოლოგიაში.

ამიტომ მოძღვრება ადამიანის დეგენერაციის ანუ გადაგვარება-გადაშენების შესახებ სრულიად მოხსნილი უნდა იყოს, როგორც კვლევა-ძიების საგანი, ვინაიდან იგი არაა გამართლებული ფაქტიური მასალებით, არაა სწორი მეცნიერებულად.

სიტყვა „გადაგვარება“ ხმარებული უნდა იყოს ფრჩხილებში და საჭიროებს შეცვლას. ახალი მასალებით დადასტურდა, რომ კლასიკურ ლიტერატურაში აწერილი გადაგვარების ე. წ. ფიზიკური ნიშნები წარმოადგენს სტრუქტურის ვარიაციას.

ფიზიკურ უქმარობას და კერძოდ არანორმალურად წარმოდგენალ სხვადასხვა ფიზიკურ ნიშნებს ანგარიში უნდა გაეწიოს მხოლოდ მაშინ, თუ მათ აქვთ მრავლობითი ხასიათი და თუ ამასთან ერთად არსებობს ფსიქიკური უქმარობა.

ავადმყოფური ნიშნების ანუ სტიგმატების განზილვის დროს პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს ქალას მოყვანილობას, მისი ნაწილების ურთიერთ პრაპორციულ დამოკიდებულებას.

მე-17 სურათი, რომელიც ეკუთვნის იდიოტს (თანდაყოლილი ღრმა კუკუსუსტობა) ნათლად გადმოგვცემს ქალას ნაწილების ურთიერთშეფარდებას: ქალას სახის ნაწილი (საღეჭი აპარატი) ძლიერ სქარბობს ქალას ტვინის ნაწილს; შუბლი დაქანებულია და შედარებით სახის სხვა ნაწილებთან, სუსტად არის განვითარებული.

სახის ასიმეტრიული განვითარება, შეზრდილი ყურის ბიბილოები, მიკროცეფალიები (პატარა, განუვითარებელი ქალა) და სხვა ფიზიკური სტიგმატები შესაძლებელია შეგვხვდეს ფსიქოზების სხვადასხვა ფორმებში.

## 2. ენდოგენური მოწამვლები და შინაგან ორგანოთა დაავადებანი

ენდოგენური მოწამვლების და აგრეთვე შინაგან ორგანოთა დაავადების ნიადაგზე შესაძლებელია განვითარდეს ფსიქიკური აშლილობანი. ხსნებულ ფაქტორებს ზოგი ავტორი სთვლის ეკზოგენურ, ზოგი—ეკზოგენურ-ენდოგენურ მიზეზებად, ვინაიდან ისინი ნერვულ სისტემისათვის ტვინის გარეშე მდგარ ე. წ. ეკზოცერებრულ პროცესს წარმოადგენს.

როგორც ვხედავთ, ეკზოცერებრული მიზეზები იგივე ენდოგენურია, მაგრამ ტვინისათვის გარეგანი.

შინაგან ორგანოთა (შიდასეკრეტორული ჯირკვლები, გული, ღვიძლი, თირკმელები, ფილტვეზი და სხვა) დაავადებანი იწვევენ ან კვების ზოგადი პირობების შეცვლას, ან არღვევენ ორგანოთა შორის არსებულ წონასწორობას, ან კიდევ იძლევიან ორგანიზმის მთლიან ინტოქსიკაციას.

ფსიქოზების დროს შესაძლებელია არსებობდეს შინაგანი ორგანოების დაავადება; მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ამ ორ პროცესს (ფსიქიკურ და სომატიურ ავადმყოფობას) შორის მუდამ არსებობს მჭიდრო პათოგენეზური კავშირი. ხსენებულ შემთხვევათა ანალიზში საჭიროა დიდი სიფრთხილე და აუჩქარებლობა, ვინაიდან გამომწვევ მიზეზთა და კლინიკურ სურათებს შორის შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მრავალ ურთიერთკომბინაციებს.

ფსიქიატრიის კლინიკისათვის ცნობილია მასალები, როდესაც ერთი და იგივე მიზეზი საფუძვლად უდევს, როგორც ფსიქიკურ, ისე სომატიურ ავადმყოფობას, მაგალითად: ქრონიკული ალკოჰოლიზმი იწვევს როგორც ორგანულ დაავადებას (პოლინევრიტი), ისე სულიერ აშლილობას, სახელობრ, კორსაკოვის მიერ აწერილ ალკოჰოლურ ფსიქოზს.

შესაძლებელია სომატიური და ფსიქიკური ავადმყოფობანი პარალელურად არსებობდეს და მათ შორის არ იყოს მიზეზობრივი კავშირი. ჩვენთვის განსაკუთრებით საინტერესოა ისეთი შემთხვევები, როდესაც ფსიქოზი და სომატიური ავადმყოფობა პათოგენეზურად ურთიერთკავშირში იშვოფება.

ცნობილია ფაქტები, როდესაც ფსიქიკური დაავადება იწვევს სომატიურ ძვრებს მაგ., ღრმა ბოლმას (დეპრესიას) ხშირად მოხდევს ყაბზობა, უძილობა და საერთო სიგამნდრე.

ყველა ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სომატიურ დაავადებათა ექსოცერებრულ გავლენასთან, წარმოადგენს ს ი მ პ ტ ო მ უ რ ფ ს ი ქ ო ზ ს .

შესაძლებელია სომატიურმა ავადმყოფობამ იქონიოს ჰქურნალობითი ზეგავლენა ავით ფსიქოზზე, მაგალითად: ცნობილია, როგორც პროგრესული პარალიზის დროს ყველაზე კარგ სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს მალარიოთერაპია. ცნობილია აგრეთვე, რომ ტიფები ხშირად იწვევს რენისიებს შიზოფრენიის ჰიმდინარეობაში და სხვა.

სიმპტომური ფსიქოზები შესაძლებელია მივიღოთ აგრეთვე ხელოვნური მოწაპლისას; ამ მხრივ ძლიერ საყურადღებოა მასალები ფსიქოზთა ექსპერიმენტული თერაპიის დარგიდან. მაგალითისათვის შეიძლება შევჩერდეთ ე. წ. ინსულინოთერაპიაზე.

აწერილია შემთხვევები ჰიპოგლიკემიური, სიმპტომური ფსიქოზებისა; მეორე მხრივ იგივე ექსპერიმენტული ჰიპოგლიკემია, ხშირებული ინსულინოთერაპიის დროს, წარმოადგენს ძლიერ გამამხნევებელ და იმედის მომცემ გზა-წესს. მეტად მძიმე ავადმყოფობის—შიზოფრენიის მკურნალობაში.

სიმპტომური ფსიქოზები განიხილება, როგორც პათოლოგიური რეაქციები სომატიურ ავადმყოფობაზე. ხსენებული ფსიქოზური რეაქციები ცნობილია „რეაქციების ექსოგენური ტიპის“ სახელწოდებით.

ენდოგენური მოწამვლები ანუ აუტონტოქსიკაციები უმთავრესად გამოწვეულია შიდასეკრეციის ჯირკველთა დიზფუნქციით.

ცნობილია, რომ შიდასეკრეციის ჯირკვლები, ანუ ენდოკრინული სისტემა, მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის მუშაობაზე, ზეგავლენას ახდენს ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციებზე.

ზოგიერთ ფსიქოზებს ავტორები სავსებით ენდოკრინული აპარატის აშლას მიაწერენ, მაგალითად, ოსიპოვი ნაადრევ ჰქურნალობას ანუ შიზოფრენიას სთვლის მრავალჯირკველობა (მხედველობაში აქვს ენდოკრინული აპარატის სისტემური დაზიანება) ანუ პლურიგლანდულარულ ფსიქოზად.

ფარისებრი ჯირკვლის აწეული ფუნქციის დროს აღდგომი აქვს გადაჭარბებულ ემოციურობას, აგზნებადობას (ჰიპერთირეოიდიზმი); პირიქით, დაწეული ფუნქციის დროს ავადმყოფები აპა-

თი უ რ ნ ი და მ ო დ უ ნ ე ბ უ ლ ნ ი არიან; ფსიქიკურ ტონუსზე გავლენას ახდენს აგრეთვე სასქესო ჭირკველთა ჰორმონები.

საკითხი იმის შესახებ—წარმოადგენს თუ არა შიდასეკრეციის აპარატის დიზფუნქციით გამოწვეული სულიერი აშლილობა დამოუკიდებელ ფსიქოზს—საკამათოა და ამის ირგვლივ არ არსებობს ერთიანი აზრი.

მაგალითისათვის ავიღებთ ფარისებრი ჭირკვლის დიზფუნქციით გამოწვეულ ფსიქოზურ მოვლენებს: ზოგი ავტორის აზრით ეს მონაცემები წარმოადგენს დამოუკიდებელ ფსიქოზებს ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ზ მ ი ს ფ ს ი ქ ო ზ ი ს ს ა ხ ი თ; სხვა ავტორები დიამეტრულად მოწინააღმდეგე პოზიციებზე დგანან და ძირითად მიზნად სთვლიან ადამიანის ფსიქოპათიურ განწყობილებას, ხოლო ბაზედოვიზმს მიაწერენ მეორად ანუ საპროვოკაციო ფაქტორის როლს. უკანასკნელ ავტორთა აზრით, ბაზედოვიზმი არაფერ ახალს არ ქმნის, იგი მხოლოდ ამჟღავნებს პიროვნების ძირითად ხაზებს.

თირკმელზედა ჭირკველთა დიზფუნქციას აგრეთვე შეუძლიან მოგვეცეს ფსიქიკური აშლილობანი, მაგალითად ე. წ. ა დ ი ს ო ნ ი ს დ ა ა ვ ა დ ე ბ ი ს დ რ ო ს ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ე ბ ი დ ა მ წ უ ხ რ ბ ე უ ლ ნ ი არიან, აქვთ შიში და არაიშვიათად, აგრეთვე ფსიქოზის გაშლილ სურათს იძლევიან.

ექსპერიმენტული შრომებით დამტკიცებულია, რომ შიშის მძლავრი განცდების დროს ადვილი აქვს თირკმელზედა ჭირკველთა ჰიპერფუნქციას, რის გამოც გადაჭარბებულად გამოიშვავდება ადრენალინი.

რაც შეეხება დანარჩენ ჭირკვლებს, როგორც მაგალითად თიმუსს, ეპიფიზს და თირკმელზედა ჭირკველთა ქერქოვან ნივთიერებას, ისინი ზეგავლენას ახდენენ უმთავრესად ნერვული სისტემის ენდოკრინული ფუნქციებზე და მათი დიზფუნქცია იძლევა ნორმალური განვითარების და ზრდის აშლის გაუკუღმართებას.

შ ი ნ ა გ ა ნ ო რ გ ა ნ ო თ ა დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი არ იძლევიან დამოუკიდებელ ფსიქოზთა ფორმებს. ამა თუ იმ ორგანოთი გამოწვეული ბიოლოგიური ძვრები ან ხელს უწყობს პიროვნების ძირითადი ხაზების ა ვ ა დ მ ყ ო ფ უ რ გ ა მ კ ა ც რ ე ბ ა ს, ან შეიძლება მან მოგვეცეს სიმპტომური ხასიათის (ე. ი. არა სპეციფიკური) ფსიქოზური მდგომარეობა.

აწერილია გულის დეკომპენსაციის შემთხვევები, რომლის დროსაც ავადმყოფს განვითარებია შიში, მრესვენრობა და შთოთიანობა.

ზშირად ფსიქიკურ მოვლენებს იძლევა კუქნაწლავთა ტრაქტის დაავადებანი, მაგალითად მიძიმე და ხანგრძლივი ყაბზობა, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ორგანიზმის მოწამვლას ტოქსინებით.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც კუქნაწლავთა ტოქსემიას გამოუწვევია პოლინევრიტული ფსიქოზი.

შიზოფრენიის პათოგენეზში ზოგიერთი ავტორი დიდ როლს აწერს კუქნაწლავთა ტრაქტიდან მომავალ ტოქსინებს.

ღვიძლის ავადმყოფობას ყოველთვის დიდი ყურადღება ჰქონდა მიქცეული ფსიქოზთა განვითარებაში. იგი ასრულებს ბარიერის ფუნქციას და ორგანიზმში მიმავალ სისხლს ანთავისუფლებს (ანეიტრალებს) მშხამავ ნევთიერებებიდან; აქედან გასაგებია, რომ ღვიძლის პათოლოგიას, მის პირველად აშლას მოჰყვება სხეულის წოკადი მოწამვლა.

ღვიძლის როლი უფრო ცხადი გახდება, თუ გავიხსენებთ ის ფაქტი, რომ ღვიძლის და ქერქქეშა კვანძთა პათოლოგიას შორის არსებობს წყიდრო კავშირი, მაგალითად ვილსონის დაავადების დროს ღვიძლის ავადმყოფობასთან ერთად ადგილი აქვს ნერვულ უჯრედთა გადაგვარებას ნეოსტრიალურ უბანში.

თირკმელების ავადმყოფობა სულიერ აშლას იძლევა ურემიის დროს. ურემიული ფსიქოზების არსებობისას ავადმყოფები გაბრუებულნი არიან, აქვთ ბოლდითი აზრები და ხანდახან იძლევიან აგზნებებს და ებილფესიისმაგვარ კრუნჩხვითი გულყრებს.

საჭიროა გავიხსენოთ, რომ ნევთიერებათა ცვლის დაავადებანი (პოდაგრა, დიაბეტი, სისხნაკლებობის უუმძიმესი ფორმები, ლეიკემია, რაქიტი, ბავშვთა სპაზმოფილია და სხვ.) ზშირად იძლევა ფსიქოზურ მდგომარეობებს, ვინაიდან ამ დროს ორგანიზმში გროვდება მშხამავი ნევთიერებანი და ამის ნიადაგზე ხდება ნერვული სისტემის მოწამვლა (გლიბაროესკი, ოსიპოვი).

#### 4. ინდივიდურ ფიზიოლოგიურ მდგომარეობათა მნიშვნელობა:

რიგი, ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება.

რიგი, ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება ორგანიზმში ახდენს დიდ ძვრებს, მაგრამ როგორც ფიზიოლოგიური პროცესი, არ იწვევს ფსიქიკურ ფუნქციათა გაუქუღმართებას (პათოლოგას).

რიგი არ იძლევა კლინიკურად შემოფარგლულ და დამოუკიდებელ ფსიქოზს: ამ დროს ზოგჯერ აღნიშნავენ შიშს და გარემოში ორიენტაციის დაკარგვას. იგი მხოლოდ ხელს უწყობს ენდოგენური, ფსიქოპათოლოგიური ხაზების გამკაცრებას და ავადმყოფურ გაუქუღმართებას.



არის აწერილი შემთხვევება, როდესაც რიგის პირველ მოსვლაზე, ე. ი. ქალის სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, განვითარებულა სულიერი აშლილობა, მაგრამ მას ჰქონია ერთხელობრივი შეტევის ხასიათი.

ნამდვილი მენსტრუაციული ანუ ოვეულაციური ფსიქოზების დროს სულიერ აშლილობას აქვს პერიოდული (სისტემური შეტევების) ხასიათი, რომელიც ყოველთვის თან სდევს თვიურს.

აწერილია რიგი ავადმყოფობანი, როგორც მაგალითად: მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, შიზოფრენია, ბნედა, ნევროზული და ფსიქოგენური რეაქციები, რომელთა დასაწყისიც უფარდებია რიგის პირველ გამოჩენას.

მენსტრუაციული ფსიქოზი ჩვეულებრივ ხანმოკლეა და შესაძლებელია განვითარდეს, როგორც რიგის დასაწყისში, ისე თვით რიგის მიმდინარეობაში ან მისი ჩათავეების დროს.

აწერილია სულით ავადმყოფობათა ფორმები, როდესაც რიგი შეწყვეტილა სულით ავადმყოფობის დაწყებამდე; როგორც ვხედავთ, ასეთ შემთხვევებში რიგის სრული შეწყვეტა ანუ გაუქმლმართება; წარმოადგენს ფსიქოზის ერთგვარ წინამორბედ ნიშანს. ფსიქოზის დროს რიგი ხშირად ართულებს და ამწეავენს კლინიკურ მიმდინარეობას: ავადმყოფები მოდიან მძლავრ აგზნებაში და ჰყარგავენ გარემოში ორიენტაციის უნარს.

ორსულობის ან მშობიარობის პერიოდის ხათვის დამახასიათებელი რაიმე სპეციალური ფსიქოზები არ არსებობს; ასევე უნდა ითქვას ლაქტაციის ანუ ძუძუს წოვეების პერიოდზე. ამ დროს ზოგჯერ აღწერენ შიშს. აგზნებას, პალუცინაციებს და გარემოში ორიენტაციის დაკარგვას, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევებში საქმე მიდის სრულ აბნევაძდე (ამენცია).

თანახმად ბლეილერისა, მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფსიქოზებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება შიზოფრენია.

ორსულობის და მშობიარობის დროს შესაძლობელია ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა გართულებებს ეკლამთსიური ურეული და პიემიური ფსიქიზების სახით (ოსიპოვი).

## ნევროლოგიური და ზოგადი სომატიური აუღილობანი ფსიქოზების დროს

### 1. „სომატოდიანოზტიკის“ ცნება

მეცნიერებათა წინსვლამ, კერძოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიის და მორფოლოგიის განსაკუთრებულმა განვითარებამ გაამაგრა ფსიქიატრიის მატერიალისტური პოზიციები.

ფსიქიატრია გამდიდრდა კვლევის ახალი მეთოდებით. ნევროლოგიამ და მასთან ერთად მთლიანად სომატიურმა მედიცინამ ფსიქიატრიის წინაშე დასვა რიგი საკითხები, რომელთა დამუშავებამაც ხელი შეუწყო სულით ავადმყოფობათა დიაგნოზის და დიფერენციული დიაგნოზის დაზუსტებას.

ყველასათვის ცხადი გახდა ნევროლოგიურ სიმპტომთა განსაკუთრებული მნიშვნელობა ფსიქიატრიაში.

ნევროლოგიური ნიშნების დეტალური შესწავლა საზღვარს ავლებს ორგანულ და ფუნქციურ-დაავადებათა შორის, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში ნათელს ხდის ავადმყოფური პროცესის ლოკალიზაციას; ფსიქოზების დროს ძლიერ ხშირად აღგილი აქვს ნევროლოგიური ფუნქციების გაუკუღმართებას, მაგალითად: მოტორული, სენსორული, რეფლექსური და ტროფიკული აშლილობანი.

ნევროლოგიური ნიშნები არ წარმოადგენს ფსიქოზში უშუალოდ შემავალ სიმპტომებს; უკანასკნელნი ფსიქოზების დროს შესაძლებელია სრულებით არ არსებობდნენ.

ნევროლოგიური სიმპტომატიკა შეიძლება დავუყავშიროთ ფსიქოზს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ტვინის დაავადება იძლევა როგორც ფსიქიკურ, ისე ნევროლოგიურ აშლას.

არსებობს ბევრი მეტად საინტერესო დაკვირვება სულით ავადმყოფთა ზოგადი სომატიური მდგომარეობის შესახებ. შესწავლილია ნივთიერებათა ცვლა, ენდოკრინული აპარატი, შინაგანი ორგანოები, ტროფიკული ფუნქციები და ზურგის ტვინის სითხის ცვლილებები სულით ავადმყოფობათა სხვადასხვა ფორმების დროს.

მიუხედავად ზემოხსენებულისა, არ ვიცით არც ერთი ფიზიკური ნიშანი ან ფიზიკურ ნიშანთა კომპლექსი, რომელსაც შესაძლებელია ჰქონდეს პათოლოგიური, ეწრო სპეციფიკურ ხასიათი ფსიქოზების დროს.

ნევროლოგიური და მასთან ერთად ზოგადი სომატიური სიმპტომატიკა მხოლოდ ხელს უწყობს ფსიქოზების დიაგნოსტიკის საკითხს, განამტკიცებს ფსიქიატრის მედიკურ-ბიოლოგიურ აზროვნებას და იძლევა მიმართულებას ორგანულ ფსიქოზთა მკურნალობის სწორი გზა-წესისაკენ.

რომ ავიღოთ სომატიურად და ნევროლოგიურად ყველაზე დამუშავებული ფსიქოზი, მაგალითად პროგრესული პარალიზი, აქაც შეუძლებელია დიაგნოზის საბოლოო გამოტანა მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომატიკის მიხედვით.

სულით ავადმყოფობის ფორმის და ხასიათის გამორკვევა შეიძლება მოხდეს მხოლოდ და მხოლოდ ფსიქოპათოლოგიური სურათის ზუსტი შესწავლით (ანალიზით).

ფსიქოზთა დიაგნოსტიკაში მთავარი და გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის ავადმყოფობის ფენომენოლოგიურ მხარეს (ფსიქოზის შინაარსი, სტრუქტურა, მიმდინარეობა).

როგორც ვხედავთ, სულით ავადმყოფობათა დიაგნოსტიკა შეუძლებელია მარტო ფიზიკური, სომატიური ნიშნებით, ამიტომ ავტორების მიერ მოწოდებული სიტყვა „სომატოდიაგნოსტიკა“ ხმარებული უნდა იყოს ფრჩხილებში, რადგანაც საბოლოო დასკვნის გამოტანაში მას მხოლოდ დამხმარე როლი ეკუთვნის.

მიუხედავად ამისა, ნამდვილი მეცნიერული, სომატოდიაგნოსტიკური მიმართულება ფსიქიატრიაში წარმოადგენს მეტად სასარგებლო და საჭირო მოვლენას.

სომატიურ პროცესთა გამოკვლევა ფსიქიატრიას აახლოვებს მედიცინის სხვადასხვა დარგებთან და აყენებს მას ზუსტ მეცნიერებათა ლიანდაგზე.

## 2. ნევროლოგიური აუდილობანი

ა. კანის და მყესის რეფლექსები და მონათესავე ფენომენები

როგორც ყოველი ფენომენის, ისე კანის და მყესის რეფლექსების გამოკვლევისას ადგილი აქვს მრავალ ინდივიდუალ ვარიაციას.

კანის რეფლექსებიდან ყურადსაღებია მუცლისა, cremaster-ისა და ტერფის გულისა; ხოლო მუცლის რეფლექსთა შორის ვარჩევთ ზემო, შუა და ქვედა რეფლექსებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის რეფლექსები ზოგიერთ ფიზიოლოგიურ პირობებში არ არსებობს, მაგ. ბავშვთა ჩვილ ასაკში; აგრეთვე მოზრდილთა შორის, როცა მუცლის პრესია მოდუნებულია. ხსენებული რეფლექსები შესაძლებელია ძლიერ დაწეული იყოს.

პირამიდული გზის დაზიანებისას მუცლის რეფლექსები არის დაწეული, მყესთა კი, პირიქით, აწეული.

რეფლექსურად მიმდინარე ფენომენების ძალა, გამოხატულება და სიცხვევლე დამოკიდებულია აგრეთვე ავადმყოფის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. როზენფელდის თანახმად რეფლექსები წარმოადგენს თავისებურ საზომს, რომელიც გადმოგვცემს ცნობიერების აშლილობის ანუ დახშვის სიღრმეს, ხარისხს. გარემოში გარკვეულობაც ანუ ცნობიერების სრული დახშვისას (ღრმა კომა) რეფლექსები მთლიანად ქრება.

ეპილეფსიური სტატუსის დროს, მძიმე ვულყრების დასაწყისში, ჭერ ადგილი აქვს მყესთა რეფლექსების აწევას; მასთან ერთად თითთა (განსაკუთრებით ცერის) დორზალურ ფლექსიოს.

პათოლოგიური რეფლექსებიდან, რომლებიც მიგვივითებენ პირამიდული გზის დაზიანებაზე, უნდა აღინიშნოს ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს, ო პ ე ნ ჰ ე ი მ ი ს, ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს, რ ო ს ო ლ ი მ ო ს, ე უ კ ო ვ ს კ ი ს და გ ო რ დ ო ნ ი ს რეფლექსები: ყურადსაღებია აგრეთვე რეფლექსები ლ ე რ ი ს ა (ხელის ცერის მიზიდვა, მეოთხე და მეხუთე თითის პასიური მოხრის დროს და მ ა ი ე რ ი ს ა (იდაყვის მოხრა მეოთხე და მეხუთე თითთა პასიური მოხრის დროს).

სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებში დეტალურად უნდა იყოს შესწავლილი მყესთა ყველა რეფლექსი; ხოლო მუხლის მყესის რეფლექსებს უნდა მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება, ვინაიდან იგი დიდ ცვალებადობას განიცდის როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური ფსიქოზების დროს.

მუხლის მყესის რეფლექსის დაწევა ან სრული მოსპობა შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ან ნევრიტებით, ან ზურგის ტვინის დაზიანებით (უკანა ფესვების ან უკანა სვეტების დაზიანება).

რეფლექსთა უთანაბრობა (ანიზორეფლექსია) მაჩვენებელია ცალმხრივი ორგანული დაზიანებისა.

მუხლის მყესის რეფლექსების აწევა გვხვდება სხვადასხვა ორგანულ დაზიანებათა დროს (ტვინის სიფილისი, პროგრესული პარალიზი, ტვინის წყალმანკი, პირამიდულ გზათა დაზიანების შემთხვევები. არტერიოსკლეროზული დაავადებანი, მოხუცებულობითი ატროფიები და სხვ.) და შედეგია დიდი ტონის ქერქის შემაკავებელი მოქმედების მოსპობისა.

საერთოდ მყესთა რეფლექსების და კერძოდ მუხლის მყესის რეფლექსის აწევას აღიიშნავენ აგრეთვე ნევროზების და ფსიქონევროზების, მაგალითად ისტერიის დროს.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ფუნქციურ შემთხვევებისათვის დამახასიათებელი მყესთა რეფლექსების აწევა თავისი გამოხატულებით პრინციპულად განსხვავდება ორგანულ დაავადებათა ამავე ნიშნიდან.

ფუნქციური დაავადების დროს მუხლის მყესის გაღიზიანებაზე ვიღებთ განფენილ პასუხს, სხეულას შეხტომას მთლიანად (ისტერიისათვის დამახასიათებელი იურმანის ფენომენი).

სხვადასხვა ვეგეტაციური ნევროზების დროს აწერილია მყესთა რეფლექსების დაწევა ქსოვილის ტურგორის შესუსტებისა და ატონიის შედეგად.

შიზოფრენიული ფსიქოზების მძიმე და მწვავე შემთხვევებში უფრო ხშირად აღგილი აქვს მყესთა რეფლექსების აწევა.

ლორწოვან გარსთა რეფლექსებიდან ყურადსაღებია კონიუნქტივისა და ხახის.

წარსულში დიდ მნიშვნელობას აწერდნენ კონიუნქტივის და ხახის რეფლექსებს ფსიქონევროზების, კერძოდ ისტერიის დიაგნოზის დროს.

მიუხედავად იმისა, რომ ხსენებული რეფლექსების მკვეთრ აწევას ან დაწევას აღგილი აქვს სხვადასხვა ნევროზების და ფსიქოპათიების შემთხვევებში, მათ მაინც არა აქვთ გადამჭრელი დიფერენციულ-დიაგნოზური მნიშვნელობა.

კონიუნქტივის და ხახის რეფლექსები განიცდის დიდ ინდივიდურ ვარიაციებს; ისინი შეიძლება სრულიად არ არსებობდნენ ან ძლიერ დაწეული იყვნენ ყოველგვარი პათოლოგიის გარეშე.

ფსიქოზთა (პროგრესული პარალიზი, კატატონია, მძიმე არტერიოსკლეროზული ფსიქოზი და სხვ.) ფიზიკურ სიმპტომატიკაში განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს ე. წ. ფიზიკური განწყობის რეფლექსები.

სხენებული ნიშანი წარმოადგენს რთულ რეფლექსს, რომელიც გულისხმობს სხეულის სხვადასხვა ნაწილთა ურთიერთდამოკიდებულების და აგრეთვე მთელი სხეულის სივრცეში მდებარეობის განსაზღვრას.

განწყობის ეს რეფლექსი უმთავრესად დამოკიდებულია წითელი ბირთვის სისტემის ფუნქციაზე, აქვს დიდი კლინიკური ინტერესი და ღირებულება.

განწყობის რეფლექსი წარმოშობა პროპრიოცეპციურ გაღიზიანებათა შედეგად, რომელიც მოდის პერიფერიულ მამოძრავებელ აპარატიდან (კუნთებიდან და სხვ.) და ლაბირინტიდან. განწყობის რეფლექსს ვარჩევთ ორგვარს: სტატიკური და სტატო-კინეზური რეფლექსები.

სტატიკური—გამოიწვევა სხეულის და მის ნაწილთა მდებარეობით; ხოლო სტატო-კინეზური—სხეულის მოძრაობით ან მის (ირგვლივ) ბრუნვით.

სტატიკურ (ანუ პოზის) რეფლექსს ეკუთვნის სხეულის მდგომარეობა ამა თუ იმ პოზაში.

### ბ. გუგა და მის მოძრაობათა აშლილობანი. ნისტაგმი

ფსიქოზთა ფიზიკური სიმპტომატიკის შესწავლისას განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს გუგის ფორმის, მოყვანილობის და სინათლეზე რეაქციის უნარის შესწავლა.

ჩვეულებრივად, ფიზიოლოგიურ პირობებში გუგები საშუალო სიდიდისაა; აქვთ ზუსტი რგვალი მოყვანილობა; თანაბარია ორივე მხარეზე და იჩენს ცოცხალ რეაქციას სინათლეზე, აკომოდაციაზე და კონვერგენციაზე.

ახალგაზრდა ასაკში გუგები უფრო განიერია და სინათლეზე უპასუხებს უფრო ცოცხლად; მოხუცებულებს, პირიქით, გუგები ვიწრო აქვთ, ხოლო რეაქცია სინათლეზე ზანტი და ნელი.

კლინიკურად საინტერესოა გუგის რეაქცია სინათლეზე, აკომოდაცია-კონვერგენციაზე, მისი პასუხი სხვადასხვა ფიზიკურ და ფსიქიკურ გაღიზიანებაზე.

ავადმყოფურ შემთხვევებში გუგის რეაქციული უნარი შესაძლებელია იყოს აწეული, ხოლო უფრო ხშირად დაწეულია ან სრულად მოსპობილი. აწერილია ე. წ. პარადოქსული რეაქციის შემთხვევები, როდესაც გუგები შევიწროების ნაცვლად, განიერდება.

გუგის მყარ შევიწროებას უწოდებენ myosis, ხოლო ასევე მყარ გაგანიერებას mydriasis.

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

თვალის მამოძრავებელი ნერვის ბოჭკოთა გალიზიანება იძლევა გუგის შევიწროებას; ხოლო ამავე ბოჭკოების ფუნქციური გამოვარდნა (სიღამბლე) იწვევს გუგის გაგანიერებას.

თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანებანი უფრო ხშირად გვხვდება მის ბირთვებში, ვიდრე ბოჭკოებში. ბირთვები დაშორებულია ერთმანეთზე; მათ წინა ნაწილს ანუ ჭკუფს, რომელიც აწარმოებს გუგის ინერვაციას, აქვს გამოცალკეეებული მდებარეობა, უკანასკნელი გარემოება კი ხელს უწყობს გუგის მამოძრავებელი ბირთვის იზოლირებულ დაავადებას (დაზიანებას), რაც კლინიკურად იძლევა გუგათა რეაქციის ასევე იზოლირებულ გაუქმლმართებას.

სიმპათიკური ბოჭკოები აწარმოებს გუგის გამაგანიერებელ (დილატაციურ) ფუნქციებს; მათი გალიზიანება იძლევა თვალის გუგის გაგანიერებას, ხოლო სიღამბლე გუგის შევიწროებას.

აკომოდაციის ფუნქციის აშლას მეტი დიაგნოზური ღირებულება აქვს ფუნქციურ შემთხვევებში, ვიდრე ორგანულ დაავადებათა დროს.

განსაკუთრებული კლინიკური მნიშვნელობა აქვს გუგის ფორმას, მოყვანილობას, ოდენობას და მათ თანაბრობას.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც უსწორო ფორმის გუგას თანდაყოლილი ხასიათი ჰქონია.

ლუესი, პროგრესული პარალიზი და ტაბესი (როგორც წესი) იძლევა გუგის მოყვანილობის შეცვლას (არამრგვალი, უსწორო ან დაკბილული კიდის მქონე გუგები).

ფრიად საინტერესოა გუგის კონტურის ცვლილებები კატატონის დროს.

გუგათა უთანაბრობა ცნობილია ანიზოკორიის სახელწოდებით. ანიზოკორიის თანდაყოლილი შემთხვევები მოკლებულია რაიმე კლინიკურ ინტერესს. აგრეთვე მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ის გარემოება, რომ შესაძლებელია გუგათა უთანაბრობას ჰქონდეს სრულიად შემთხვევითი (მაგალითად თუ ერთი თვალი უფრო მეტად არის გაშუქებული) ან მეორადი ხასიათი (აკომოდაციის თანდაყოლილი უთანაბრობა, მხედველობის დე-

ფექტი ცალ თვალზე და სხვა). აგოეთვე უიდა გვახსოვდეს: ოთხ ანიზოკორია შესაძლებელია გამოწვეული იყოს არა მარტო ლუქსით ანუ პარალიზით, არამედ სულ სხვაგვარი სომატიური დაავადებით (მაგალითად ფილტვთა ავადმყოფობით, მალარიით და სხვა). ინტრაკრანიალური წნევის მკვეთრმა ცვალებადობამ შეიძლება მოგვეცეს გუგათა უთანაბრობა.

აწერილია ანიზოკორიის სწრაფი, გარდამავალი შემთხვევები, როდესაც ერთი დღის ან საათის განმავლობაში ხსენებული ფენომენი განიცდიდა დიდ ქანაობას. ანიზოკორია აწერილია აგრეთვე ეპილეფსიის და შიზოფრენიის დროს.

დიდი კლინიკური ინტერესი აქვს გუგის სიდიდეს, მის სიფართოვეს და სივიწროეს.

ვიწრო ანუ მიოზური გუგა გვხვდება ტაბესის, პროგრესული პარალიზის და აგრეთვე ხშირად სხვადასხვა ინტოქსიკაციების დროს; როგორც, მაგალითად, მოწამვლა ბრომით, ოპიუმით, მორფიუმით, ალკოჰოლით, ნიკოტინით და სხვა. რაც უფრო მკვეთრად არის გამოხატული მიოზი, იმდენად უფრო სუსტად არის წარმოდგენილი გუგის რეაქცია სინათლეზე.

გაგანიერებული ანუ მიდრიაზული გუგები გვხვდება, როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ ავადმყოფობათა დროს.

ნევრასთენიის და მწვავე ფსიქოზების დროს უფრო ხშირად ადგილი აქვს გაგანიერებულ გუგას.

მიდრიაზს იწვევს მოწამვლა ატროპინით და კოკაინით.

ძილის დროს გუგა შევიწროებულია და რაც უფრო ღრმა არის ძილი, იმდენად მკვეთრად უნდა იყოს გამოხატული მიოზი. აღსანიშნავია, რომ ხელოვნური ჰიპნოზური ძილის დროს გუგა შევიწროებას არ განიცდის.

თვალის გუგის პათოლოგიიდან განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს არჯილ-რობერტსონის სიმპტომს, რომლის დროსაც გუგის რეაქცია სინათლეზე სრულიად მოსპობილია, ხოლო რეაქცია აკომოდაცია-კონვერგენციაზე შენახული რჩება.

სინათლეზე რეაქციის დაკარგვა უფრო ხშირად შედეგია ცენტრალური ნერვული სისტემის ათაშანგისა, მაგრამ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აგრეთვე ტვინის არტერიოსკლეროზის, ტვინის სიმსივნის და სხვა ორგანულ დაავადებათა შემთხვევებში.



სინათლეზე რეაქციის დაკარგვის გარდა, შესაძლებელია რეაქცია იყოს შესუსტებული, ზანტი, ნელი, არაცხოველი.

ყურადღების ღირსია ე. წ. პარადოქსული რეაქციის შემთხვევები. ამ დროს ავადმყოფის მიერ თვალის გაღებაზე გუგა შევიწროების ნაცვლად გაგანიერებას განიცდის. ხსენებულ მოვლენას ავტორები ხსნიან გუგის გამაგანიერებელ კუნთთა სინკინეზური მოძრაობის წარმოშობით.

სინათლის რეაქციის მაგვარ ეფექტს მივიღებთ, თუ თვალში გავატარეთ სუსტი გაღვანური დენი.

პროგრესული პარალიზის დროს სინათლის რეაქცია და რეაქცია გაღვანურ ნაკადზე, როგორც წესი, არ არსებობს; აქვე უნდა დავსძინოთ, რომ პროგრესული პარალიზის დროს მოსპობილია აგრეთვე გუგის რეაქცია ტკივილებზე (ტკივილით გაღიზიანება არ იძლევა გუგის გაფართოებას).

ფსიქიკურ გაღიზიანებაზე გუგა ჩვეულებრივად უპასუხებს გაგანიერებით. მაგალითად დაძაბული ინტელექტური მუშაობა, დაძაბული ყურადღება და ძლიერი განცდა ნორმულ პირობებში გავლენას ახდენს თვალის გუგის მდგომარეობაზე.

გუგის ფსიქიკური რეაქციის უქონლობას ვხვდებით თავის ტვინის, როგორც ლუესურ დაავადებათა და სხვა ორგანულ ავადმყოფობათა, ისე შიზოფრენიის დროს.

ფსიქიკური განცდები უშუალო ზეგავლენას ახდენს გუგაზე. თვალი (გუგა) ადამიანის განცდათა სარკეა. ამ მხრივ საინტერესოა, რომ ძლიერი და ღრმა განცდები იწვევს გუგის თამაშს ე. წ. ჰიპუსს, რომლის დროსც აღინიშნება გუგის შევიწროების და გაგანიერების ურთიერთცვლა. ხსენებული ფენომენი უფრო ხშირად გვხვდება ღრმა დეპრესიის, ფსიქომოტორული გაყუჩების (სტუპორის) დროს. აწერილია შემთხვევები (პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ტვინის სხვა ორგანული დაავადებანი), როდესაც შეკუმშული გუგა არ იშლება გამაღიზიანებელი მომენტის მოშორების შემდგომ (შუქი, გაღვანური დენი, ტკივილი, მძიმე ფსიქიკური განცდა); გუგა შეკუმშული რჩება რამოდენიმე წუთის განმავლობაში. ხსენებული რეაქცია ცნობილია გუგის ნევროტონური ანუ ტონური რეაქციის სახელით.

როგორც ვხედავთ, გუგის რეაქცია წარმოადგენს მეტად მდიდარ ფენომენს ფსიქოზთა ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიაში, იგი შესაძლებელია იყოს შესწავლილი მრავალგვარად და ამასთან ერთად გვხვდება როგორც ერთ-ერთი მთავარი დიაგნოზური ნიშანი სხვადასხვა ავადმყოფობათა დროს. მაგალითად, გუგის რეაქციის შესუსტება სინათლეზე შესაძლებელია იყოს პროგრესული პარალიზის, კატატონიის და აგრეთვე ისტერიის დროს. საჭიროა აქ გვახსოვდეს, რომ ამ სამ გარეგნულად ერთ და იგივე ნიშანში ადგილი აქვს ძირითად განსხვავებას.

გარეგნულად თანამსგავსი ნიშანი თავისი განვითარებით, წარმოშობის მექანიზმებით და პათოგენეზური ფუძით, სულ სხვადასხვა ნიადაგზეა აგებული. პროგრესული პარალიზის დროს, გუგის რეაქციის მოსპობას საფუძვლად აქვს ანატომიური მომენტი: სათანადო გამტარი ბოჭკოების განადგურება. იგივე ფენომენი კატატონიის დროს აიხსნება ზოგადი ინტოქსიკაციური მოვლენებით და ტვინის სისხლის მიმოქცევის პირობათა აშლით; ხოლო ისტერიის დროს გუგის სუსტი რეაქცია შედეგია ფუნქციური მომენტისა და აიხსნება ამ დროს არსებული მძლავრად გამოხატული კონვერგენციით.

ს პ ო ნ ტ ა ნ უ რ ი ნ ის ტ ა გ მ ი წარმოადგენს წარმავალ ნიშანს და გვხვდება ტვინის სხვადასხვა მწვავე ავადმყოფობათა დროს. ხსენებულ მწვავე შემთხვევებში ნისტაგმი მაჩვენებელია იმისა, რომ განვითარდება ან ცნობიერების აშლა, ან ეპილეფსიური გულყრები. სპონტანური ნისტაგმი აწერილია აგრეთვე შიზოფრენიის მეტად მწვავე და მძიმე შემთხვევებში.

### გ. მგრძნობელობის აშლა და ტკივილები

თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ისტერიის შემთხვევებს, ფსიქოზთა სიმპტომატოლოგიაში მგრძნობელობის აშლილობას არა აქვს დიდი მნიშვნელობა.

ეპილეფსურ და პარალიზურ გულყრათა დროს (ცნობიერების ღრმა შეცვლის მდგომარეობა) მგრძნობელობა შეცვლილია ანესთეზიის სახით.

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

პერიფერიული ნერვები პროცესში შესაძლებელია ჩართული იყოს ან სრულიად შემთხვევით, ან შეიძლება ერთი და იგივე მავნე მომენტმა (ინტოქსიკაციები, ინფექციები) მოგვეცეს, როგორც მგრძობელობის აშლა, ისე თვით ფსიქოზიც.

მგრძობელობის აშლის და გაუკუღმართებულ შეგრძნებათა ნიადაგზე აგრეთვე ხშირად უნვითარდებათ ავადმყოფებს სხვადასხვა სახის ბოდვითი აზრები.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბოდვა მეტად რთული ფენომენია, მისი წარმოშობის უშუალო მიზეზები და მექანიზმები ჯერ უცნობაა მეცნიერებისათვის; ბოდვითი აზრები წარმოადგენს გონებრივი სფეროს პათოლოგიას და ყოველად შეუძლებელია გულუბრყვილო კავშირის დაშვება ბოდვითი იდეების და გაუკუღმართებულ სხვადასხვა შეგრძნებათა შორის.

მოყვანილი აზრის მიუხედავად, ფსიქიატრიის კლინიკამ იცის პერიფერიული აპარატის დაზიანების მრავალი შემთხვევა, რომლებიც წარმოადგენს ბიძგის მიმცემ მატერიალურ მომენტს ბოდვითი განჯთარებისათვის, ბოდვითი შეგრძნებებისათვის. ოსიპოვი აღნიშნავს, რომ პარესთეზიები წარმოადგენს მშვენიერ ნიადაგს ბოდვითი აზრებისა და მოქმედებისათვის. აწერილია ბოდვითი შემთხვევა, როდესაც ქრონიკულმა კოკაინისტმა დანით დაისერა კანი; ხსენებულ ავადმყოფს ჰქონია კანის საშინელი ქავილი და ამასთან ერთად მძიმე შეგრძნებები, თითქოს კანქვეშ დაცოცავენ მწერები, ჭიანჭველები.

მგრძობელობის აშლას ჩვენ ვხვდებით არა მარტო ტლანქ ორგანულ, არამედ სუფთა ფსიქოგენურ დაავადებათა დროს.

ცნობილია, რომ ისტერიული და ე. წ. ტრავმული ფსიქონეროზები იძლევა მრავალგვარ ანესთეზიებს, ჰიპერესთეზიებს და პარესთეზიებს.

მგრძობელობის ფსიქოგენური აშლა არსებითად ყალბია, უფრო შედეგია მკურნალის მიერ წარმოებული შთაგონებისა, ვერცელდება სხეულის ცალკეულ ნაწილებზე და ამ დროს არ არის დაცული პერიფერიული ინერვაციის გარკვეული ზონები.

ნევრასთენიის და ფსიქასთენიის შემთხვევებში აღვილი აქვს, ჰიპერესთეზიებს და პარესთეზიებს; ანესთეზიები ამ დროს ჩვეულებრივად არ გვხვდება.

ემოციური ანუ აფექტური მძლავრი დამაბულობისას ძლიერ დაწეულია ტკივილის მგრძნობელობა.

ტკივილის მგრძნობელობა ძლიერ დაწეულია აგრეთვე მელანქოლიური და კატატონიური სტუპორის (გაყუჩების) დროს.

კანის და ღრმა გრძნობელობა ძლიერ დაწეულია ჰუასუსტობის და ყურადღების დაქვეითების შემთხვევებში.

ფსიქოზები არ იძლევა სპეციალური ხასიათის მქონე რაიმე ტკივილებს (ო ს ი პ ა ვ ი). მწვავე ფსიქოზების ზოგიერთ შემთხვევებში ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივილებს.

პროგრესული პარალიზი, ტეხისის ათაშანგი და ეპილეფსია აგრეთვე იძლევა მკვეთრ თავის ტკივილებს და მეტად მძიმე შეგრძნებებს თავში.

მელანქოლიის ანუ დებრესიის მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფები ტკივილებს უჩივიან გულ-მკერდში და უმთავრესად გულის ჰილამოში

#### დ. მოტორული აშლილობანი

მხოლოდ სულიერმა განცდამ შესაძლებელია მოგვცეს ცვლილებები მოტორულ სფეროში ორგანულ დაზიანებათა გარეშე. ამიტომ ფსიქიატრიის ყურადღების საგანს უნდა შეადგენდეს არა-ცალკეული მოძრაობები, არამედ მოტორიკა მთლიანად. ფსიქიატრი ვალდებულია შეისწავლოს სულით ავადმყოფთა ქცევა, მიმიკა, მეტყველება, სხეულის მდებარეობა და სხვ.; გასწავთრებული მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საერთო მოტორულ დაყენებას, მის პოზებს.

მოტორულ სფეროში აშკარა აშლილობათა (გაუკუღმართებამთა) გარდა, ხშირად ვხვდებით ზოგად მოტორულ უკმარისობას, რომელიც დამოკიდებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების შეჩერებაზე (შეზღუდვაზე).

პომპუტერი მოძრაობათა უკმარისობას აღარებს ბავშვთა მოტორულ რეაქციებს მათი განვითარების სხვადასხვა ასაკში. როგორც ვიცით, ჩვილ ბავშვთა ნაკლებად კოორდინირებული და ზოუწესრიგებელი მოძრაობანი ორგანიზმის საერთო მომწიფებასთან ერთად განმტკიცდება და მოწესრიგდება.

ოზრეცკის მოყავს ძოტორული უკმარისობის შემდეგ სხენენი:

1. მოტორული ინფანტილიზმი. ამ დროს მუსკულატურის საერთო მოღუნების გამო ბავშვები ფეხს იდგამენ ძლიერ გვიან. სხენებული ფორმა გვხვდება ქკუით ჩამორჩენილობის დრმა ფორმების დროს და შედეგია პირამიდულ და ექსტრაპირამიდულ სისტემათა ნორმალური ურთიერთდამოკიდებულების უკონლობისა.

2. მოტორული დებილობა გვხვდება როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა შორის; ხასიათდება: სინკინეზიებით, პარატონიით (პასიურ მოძრაობებზე დიდი წინააღმდეგობის გამოჩენა), მყესთა რეფლექსების აწევით, კანის რეფლექსების შესუსტებით, მოძრაობათა სიღარიბით და საერთოდ, მონოტონურობით—ერთტიპიურობით. ავადმყოფები დიდხანს რჩებიან ერთი და იგივე მდგომარეობაში, პოზებში. ავადმყოფებს თითქოს ავიწყდებათ, რომ როგორც სხეული მთლიანად, ისე მისი ცალკეული ნაწილები იმყოფება უხერხულ მდგომარეობაში. სხენებული ფორმა აიხსნება მამოძრავებელი სისტემის არასაკმარისი განვითარებით.

3. გურევიჩის მიერ აწერილია ექსტრაპირამიდული უკმარისობის ფორმა. ამ დროს სუსტადაა წარმოდგენილი სახვითი და გამომეტყველებითი რეაქციები. ავადმყოფები მოკლებულნი არიან ცოცხალ მიმიკას—ექსტიკულაციებს, მათ არ შეუძლიათ ტყევა და სხვადასხვა ნატიფი მოძრაობების შესრულება.

4. გურევიჩის მიერ აწერილი ფრონტალური უკმარისობა ხასიათდება ფსიქომოტორული აგზნებითა და მრავალი მოძრაობებით, მიუხედავად ამისა, ავადმყოფებს არ შეუძლიათ მხანშეწონილი, თანმიმდევარი საქმიანი მოძრაობების წარმოება; მაგალითად: ბავშვი ვერ იცვამს ტანისამოსს.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა გამორკვეული იყოს, თუ რა კავშირი აქვს ფსიქოზთან მოტორულ აშლილობებს.

წარსულში გადატანილი რაიმე ნერვული დაავადების ნიადაგზე შესაძლებელია არსებობდეს მოტორული აშლილობანი, მხოლოდ შემდეგ განვითარდეს სულით ავადმყოფობა; ამ შემთხვევაში ცხადია, მოტორული მოვლენები არ იმყოფება პირდაპირ და უშუალო კავშირში თვით ფსიქოზთან.

პირიქით, არსებობს ფსიქოზები, რომელთაც თან სდევს სხვადასხვა სახის მოძრაობითი აშლილობანი. უკანასკნელ შემთხვევაში მოტორული აშლილობა წარმოადგენს ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ და მასთან თანარსებულ ფიზიკურ ნიშანს, რომელიც გამოყენებული უნდა იქნეს სულით ავადმყოფობათა ფორმების დიაგნოზის და დიფერენციული დიაგნოზის დროს. მაგ.: შიზოფრენიის შემთხვევაში ყურადღება უნდა მიექცეს მოძრაობათა კატატონიურ გაუკუღმართებას, პროგრესულ პარალიზის არსებობისას ნატიფ მოძრაობათა მოსპობას; ეპიდემიური ენციფალიტის ნიადაგზე წარმოშობილი ფსიქოზის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ბარკინსონიზმს, ამიოსტატიაკურ სიმპტომოკომპლექსს და სხვ.

უნაღლესი მოტორული ფუნქციები თავისი მექანიზმებით უახლოეს კავშირში იმყოფება ფსიქიკურ პროცესებთან, ამიტომ ანტიპოზები გამოყოფენ ცალკეულ ე. წ. „ფსიქომოტორულ“ ფუნქციებს (გ უ რ ე ვ ი ჩ ი). ყველასათვის ცხადია, რომ ადამიანის გრძნობითი ანუ ემოციური განცდები უშუალო ზეგავლენას ახდენს მოტორულ რეაქციებზე და ჰქმნის სახის განსაკუთრებულ გამომეტყველებას, მიმიკას. სამხიარულო განცდები იძლევა უხვ მოძრაობებს; პირიქით, ბოლმა და გუნებგანწყობის მძლავრი დაწევა იწვევს მოძრაობათა შეკავებას; უეცარი შეშინება—სრულ მოტორულ გაყუჩებას, შიშის მძლავრი აფექტი იძლევა მოტორულ მოუსვენრობას და სხვ.

მოძრაობათა გაუკუღმართებას ადგილი აქვს კატატონიურ და ფსიქოგენიურ (განსაკუთრებულად ისტერიულ) აშლილობათა დროს.

ისტერიული ხასიათის მოტორული აშლილობანი შეიძლება იყოს პარალიზების, პარეზების, ჰიპერკინეზიების, გულყრითი შეტევების, კანკალის და სხვა მოვლენათა სახით. ხსენებული აშლილობები წარმოიშობა ფსიქოგენურად და ასევე ქრება ფსიქიკური ზეგავლენით, მაგალითად: შთავონებით, ჰიპნოზით.

კატატონიური მოტორული გაუკუღმართება გვხვდება შიზოფრენიის დროს. ის დამოკიდებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის მეტად ნატიფ დაზიანებაზე და თავის ბუნებით არ წარმოადგენს სუფთა ფუნქციურ დინამიკურ მოვლენებს; ამნაირად, შეუძლებელი ხდება მათზე რაიმე ფსიქოთერაპიული ზერხის ხმარება.

კატატონიურ მოვლენებს ეკუთვნის შემდეგი აშლილობანი: ნ ე გ ა ტ ი ვ ი ზ მ ი ა ნ უ პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ო ზ ო ჟ ი უ ტ ო ბ ა უ რ ო ბ ა; ავადმყოფი წინააღმდეგობას უწევს ყოველგვარ ამოცანას; ყოველ წინადადებას, რომელიც მის წინ არის დასმული. ნეგატივიზმს საფუძვლად უნდა ედოს ავადმყოფთა განურჩევლობა.

შთანთქმულობა პირად განცდებში და სრული მოწყვეტა (კარნა-კეტილობა) გარეშე სამყაროდან.

ს ტ ე რ ე ო ტ ი პ ი ა წარმოადგენს ფსიქო-მოტორულ სფეროს გაუქმდებლობას, რონლის დროსაც ადვილი აქვს ან მოძრაობათა განმეორებას, ან ხანგრძლივ გაჩერებას ერთ და იმავე პოზებში.

მ უ ტ ი ზ მ ი ანუ ავადმყოფური, ხანგრძლივი სიჩუმე (კატატონიური სიმუნჯე); საცნებულ სიმუნჯეს შესაძლებელია საფუძვლად ქონდეს ან განურჩევლობა, ან ნეგატივიზმი, ან რაიმე ბოღვითი მომენტი. ჩემ ავადმყოფთა შორის იყო კატატონიკი უმაღლესი განათლებით, რომელიც რამდენიმე თვის განმავლობაში სრულიად არ ლაპარაკობდა, გარეშემყოფ პირებთან კონტაქტს ამყარებდა მხოლოდ წერის საშუალებით. ავადმყოფის მუტიზმს საფუძვლად ედო ბოღვითი მომენტები; სხვათა შორის, იგი დარწმუნებული იყო იმაში, რომ თუ მან დაილაპარაკა, ყველაფერი დაილუპება, სამყარო დაინგრევა.

კატატონიურ მოვლენებს ეკუთვნის ს ტ უ პ ო რ ი (მოტორული გაუქმება, შეზოქვილობა, სრული უმოძრაობის მდგომარეობა) და კ ა ტ ა ლ ე ფ ს ი ა, ანუ ცვილისებრი მოქნილობა.

უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფის სხეულის ნაწილები იმ მდებარეობას ინარჩუნებენ, რომელსაც ჩვენ მათ მივცემო; ავადმყოფის სხეულს მოგვაგონებს ერთგვარ ცვილს.

მოტორულ აშლას შეადგენს აგრეთვე სიმპტომი, რომლის დროსაც ავადმყოფები ხანგრძლივად ინახავენ განსაკუთრებულ და მეტად უცნაურ მდგომარეობას ე. წ. კ ა ტ ა ტ ო ნ ი უ რ პ ო ზ ე ბ ს.

მე-18-ე და მე-19-ე სურათზე მოყვანილია ავადმყოფები კატატონიურ პოზებში. ხსენებული ავადმყოფები არიან განურჩევლნი, უკონტაქტონი, ყოველგვარ ცოცხალ ინტერესს მოკლებულნი; ხანგრძლივად ინარჩუნებენ ერთ და იგივე პოზას.

კ ა ტ ა ტ ო ნ ი უ რ ი მ ო ჯ ლ ე ნ ე ბ ი თ ა ვ ი ს ი ნ ე ვ რ ო ლ ო გ ი უ რ ი ბ უ ნ ე ბ ი თ ე კ უ თ ვ ნ ის ე ქ ს ტ რ ა პ ი რ ა მ ი დ უ ლ ა შ ლ ი ლ ო ბ ე ბ ს.

პერიფერიული ხასიათის მოტორულ აშლილობებს (პარალიზებს, პარეზებს) უნდა გაეწიოს ანგარიში ფსიქოზთა ფიზიკური სიმპტომატის განხილვისას. მხოლოდ მაშინ, თუ ერთი და იგივე მიზეზი იწვევს როგორც სულით ავადმყოფობას, ისე პერიფერიული ნერვული აპარატის დაზიანებას. მაგალითად, კ ო რ ს ა კ ო ვ ი ს ფსიქოზის ანუ პოლინევრიტული ფსიქოზის დროს ერთი და იგივე მავნე მომენტი (ინტოქსიკაციები, ინფექციები) იწვევს როგორც ფსიქიკურ აშლილობას, ისე პოლინევრიტს. ხსენებული ფსიქოზის B. ფსიქიატრია.

დროს პერიფერიულმა დამბლებმა შეიძლება მიიღოს მეტად მძიმე ხასიათი, რომელსაც თან დაერთვის კუნთოვანი ატროფიები და გადაგვარების რეაქცია.

სულით ავადმყოფობათა ორგანულ ფორმებში მოტორული ფუნქციების აშლილობა ვრცელდება სხვადასხვა სისტემებზე.

იმ შემთხვევაში, როდესაც თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებასთან ერთად ცვლილებებს განიცდის ზურგის ტვინიც, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მენჯის ორგანოების აშლას (შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის მოქმედების გაუკუღმართებას).

ზურგის ტვინის სიფილისურ დაზიანებებს, მრავლობითი ნევრიტს და ტაბესს ჩვეულებრივად მოსდევს პარადოქსული იშურია, შარდის და განავალის ინკონტინენცია.

მოტორულ ფუნქციათა განხილვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კუნთების და სხეულთა ნაწილების კან-



სურ. 18 ავადმყოფები კატატონიურ პოზაში. სახის გამომეტყველება განურჩეველია (საკუთარი დაკვირვება).

კალს (ტრემორს), რომელიც ძლიერ ხშირად თანსდევს როგორც ფუნქციურ, ისე ორგანულ ფსიქოზებს. კანკალი უმთავრესად იხება ქუთუთოებს, ენას, კიდურებს, თითებს.



სხვადასხვა დაზიანებათა დროს კანკალი გამოხატულია სხვადასხვაგვარად.

ისტერიულ (ფსიქოგენურ) კანკალს აქვს პოლიმორფულ, რითმულ მოძრაობათა ხასიათი.

ნევრასთენიის და ფსიქასთენიის დროს კანკალი უფრო წერილია და ნაკლებად ტიპიური (ოსიპოვი). ნევრასთენიულ კანკალს მოვევაგონებს აგრეთვე ტრემორი, რომელიც თან სდევს ე. წ. ტრავმულ ნევროზებს და ფსიქონევროზება.



სურ. 19. ავადმყოფი კატატონიურ პოზაში, რასაც ინარჩუნებს თვეობით (საკუთარი დაკვირვება).

პროგრესიული პარალიზის დროს არსებული კანკალი შედეგია ჭერქული გაღიზიანებისა, აიხსნება კუნთთა და სხეულის ნაწილთა პარმონიული ინერვაციის დარღვევით.

ორგანულ დაავადებათა შემთხვევაში (პროგრესიული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ტვინის სენილური და არტერიოსკლეროზული ცვლილებები) ადგილი აქვს მოძრაობათა კოორდინაციის აშლას: უკანასკნელი აიხსნება, როგორც უშუალო ცენტრალური აპარატის (შუბლის წილის, ნათხემის სისტემების) დაზიანებით. ისე პერიფერიული მგრძნობელობის აშლით.

ფიზიკური (ნევროლოგიური) სიმპტომატიკის განხილვისას, რომელიც თან სდევს ფსიქოზებს, ცენტრალური ადგილი უკავია დაეთმოს ავადმყოფთა მეტყველების და წერის შესწავლას. მეტყველების შეცვლა, შეიძლება იყოს როგორც შექცენილი, ისე თანდაყოლილი. უკანასკნელ შემთხვევებში უფრო ხშირად საკმარისად გვაქვს დეფექტურ ბავშვებთან. ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების ორგანულ ჩამორჩენასთან.

უკვე ჩვილ ასაკში, ბავშვს უნდა ეტყობოდეს მეტყველების მხრივ წინსვლა და საარტიკულაციო აპარატის თანდათანობითი დაუფლება.

მეტყველების პირველ ჩანასახს ჩვენ ვხვდებით თვენახევრიან ბავშვთა ასაკში, როდესაც იგი თანდათანობით ეჩვევა „აღუ“-ს გამოთქმას.

ნახევარი წლის ასაკში ბავშვი ერკვევა სხვისი მეტყველების ინტონაციაში; მე-9-ე, ან მე-10-ე თვეზე ის ერკვევა ცალკეულ მარტივ სიტყვებში, ხოლო წლის და წლინახევრისთვის ბავშვი ცდილობს გაიმეოროს მარტივი და არართული წინადადებები და ამ დროისათვის სიტყვათა მარაგი დაახლოებით უკვე აღწევს 30-ს (ო ზ ე რ ე ც კ ი).

მეტყველების განვითარების სწორი მსვლელობა მაჩვენებელია ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური ზოგადი ჯანმრთელობისა.

ფსიქიკური წინსვლის შეფერხების დროს, ან მეტყველების აპარატის ფიზიკური უკმარისობის შემთხვევებში (ტუჩების, ენის, კბილების, მაგარი და რბილი სახის დეფექტები) ბავშვი ვერ ეუფლება მეტყველების ტექნიკას, ლაპარაკობს ენის მოკიდებით, გაურკვეველად, ცალკეულ ასოებს ვერ გამოთქვამს.

კ უ ს მ ა უ ლ ი არჩევს არასწორი მეტყველების შემდეგ სახეებს (მოყვანილია ო ზ ე რ ე ც კ ი თ): რ ო ტ ა ც ი ზ მ ი — ასო „რ“-ს გამოსთქვამს არა სწორად, ან სრულიად ვერ გამოსთქვამს; პ ა რ ა რ ო ტ ა ც ი ზ მ ი — ასო „რ“, როგორც ძნელი გამოსათქმელი, შეცვლილია სხვა რომელიმე ასოთი; ლ ა მ ბ დ ო ც ი ზ მ ი — ასო „ლ“-ს გამოსთქვამს არასწორად, ან სრულიად ვერ გამოთქვამს; პ ა რ ა ლ ა მ ბ დ ო ც ი ზ მ ი — „ლ“ შეცვლილია რომელიმე სხვა ასოთი; ს ი გ მ ა ტ ი ზ მ ი — ავადმყოფი ვერ ამბობს ასო „ს“-ს და მის მონათესავე გამოთქმებს: ზ, ც, ჩ, შ; „პარასიგმატიზმი“ — ასო „ს“ შეცვლილია. გ ა მ ა ც ი ზ მ ი — არასწორი გამოთქმა: გ, კ, ს და სხვ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად მეტყველების პათოლოგია შედეგია მახლობლების არასწორი მიდგომისა, მაგალითად: თუ

შეზღუდვები ლაპარაკობენ ძლიერ ჩეხარა, გაუგებრად, ენის მოკიდებით და ასოების შეცვლით, ცხადია ბავშვი მიბაძვას მათ და ეჩვენებოდა არასწორ გამოთქმებს.

ორგანული ხასიათის სულით ავადმყოფობათა დროს ხშირად გზვლებით მეტყველების აშლას სხვადასხვა აფაზიების სახით (მოტორული, სენსორული ან ამნესტიური ანუ ტრანსკორტიკული აფაზიის შემთხვევები). აქვს ადგილი აგრეთვე მეტყველების პარათაზიულ აშლილობას. დასაძებია, რომ მეტყველების აშლის ხასიათი და სიმძიმე დამოკიდებულია ორგანული პროცესების ლოკალიზაცია-გავრცელებაზე.

ჰქუასუსტი ეპილეპტიკები გულყრის შემდგომ ჩვეულებრივად გაფანტულნი არიან და ვერ ერკვევიან გარშემო არსებულ საგნებში: ხსენებული მდგომარეობა აწერილია ბერეტენის შიეროლიგოფაზიური სინდრომის სახით.

ოლგოფაზიის დროს ავადმყოფი სცნობს საგანს, მაგრამ ვერ მოუგონია მისი სახელი, ხოლო კარნახის შემდგომ მშენიერად იმეორებს სიტყვას.

მეტყველების პათოლოგიის განხილვისას საჭიროა გვახსოვდეს, რომ არსებობს პრინციპული განსხვავება შემდეგ ფენომენებს შორის: აფონია, აფაზია, მუტიზმი და მუტაციზმი.

აფონია ახასიათებს ნევროზულ აშლილობებს და წარმოადგენს სრულიად ფუნქციურ მდგომარეობას; მაგალითად ისტერიული ავადმყოფი ვერ ლაპარაკობს აღწერების ნიადაგზე ხმის დაკარგვის გამო.

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

მუტიზმი ან მუტაციზმი ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის შემთხვევებში, რომელიც შეადგენს სულით ავადმყოფობათა მეტად გავრცელებულ და მძიმე ფორმას.

მუტიზმი წარმოადგენს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფს ესმის მიცემული კითხვები, მაგრამ არ პასუხობს და ხსენა-გაჩნობს იძლევა სხვა რაიმე წესით, ვთქვათ: წერით, თითების ჩვენებით და სხვა.

მუტაციზმი შეადგენს ერთ-ერთ მეტად დამახასიათებელ კატატორულ ნიშანს; ავადმყოფები სრულიად გაჩუმებულნი არიან და შტკითხვებზე არავითარ რეაქციებს არ იძლევიან. უკანასკნელი ფსიქოპათოლოგიური ფენომენის ბუნება ჯერჯერობით გაურკვეველია. შესაძლებელია მას საფუძვლად ედოს ავადმყოფის ღრმა

ნეგატივიზმი (ავადმყოფური ჯიუტობა), ან ბოღებითი მომენტო-  
თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის, ანუ ოლიგოფრენიების დროს ხში-  
რად ვხვდებით მეტყველების დეფექტებს.

პროგრესული პარალიზის და ქრონიკული ალკოჰოლიზმის  
დროს ადგილი აქვს დ ი შ ა რ თ რ ი ა ს, ანუ მეტყველებითი არტი-  
კულაციის მოშლას: ავადმყოფები ლაპარაკობენ ხმის კანკალით,  
ინჟინ ღრმა ენაბორძიკობას, მით უმეტეს მძიმე ენაგასატეხ სიტყ-  
ვების გამეორებისას; (მაგალითად: „ფრთა თეთრი და ფრთა ფარ-  
ფატი“). სუსტად გამოხატული ენაბორძიკობა ჩვეულებრივად  
ძლიერდება სიტყვების ხშირი გამეორების შემდგომ.

წერის აშლა გვხვდება, როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ  
დაავადებათა დროს. ორგანულ შემთხვევებიდან აქ აღსანიშნავი  
არის თავის ტვინის სიფილისური და არტერიოსკლეროზული და-  
ვადებანი და აგრეთვე ინფექციური და ინტოქსიკაციური ფსიქო-  
ზები.

წერის პათოლოგიის განხილვისას ყურადღება უნდა მიექცეს  
ხელწერას გარეგნულად (მოხუცებულები და არტერიოსკლეროტი-  
კები ხელის კანკალის გამო იძლევიან კლაკნილ ასოებს), მარცხ-  
ლების ან ცალკეული ასოების გამოვარდნას; შესაძლებელია სრუ-  
ლიად მოსპობილი იყოს წერის უნარი (ავრაფია), ან წერა გაუ-  
კუღმართებული იყოს ისე, რომ საჭირო სიტყვების ან მარცვლების  
ნაცვლად სულ სხვა დაიწერება (პარაგრაფია).

თანდაყოლილი ჰქუასუსტობისას (იმბეცილობის შემთხვევებში)  
ავადმყოფები ძლიერ ძნელად ეჩვივიან წერას; ჩვეულებრივი წე-  
რის ნაცვლად მათ თითქოს კალიგრაფიულად გამოჰყავთ ცალკეუ-  
ლი ასოები.

### 8. გრძნობათა ორგანოების აშლილობანი.

სულით ავადმყოფთა შესწავლისას ყურადღება უნდა მიექცეს  
გრძნობათა ორგანოების მდგომარეობას, სახელდობრ: მხედველო-  
ბის, სმენის, ყნოსვის და გემოვნების რეცეპტორთა ფუნქციურ  
მხარეს. ფსიქოზების დროს გრძნობათა ორგანოების მოქმედება  
შესაძლებელია იყოს გამახვილებული, დაჩლუნგებული, ან გაუ-  
კუღმართებული. გრძნობათა ორგანოების აშლილობას აქვს ან პე-  
რიფერიული ხასიათი (თვალის, ყურის დაზიანება), ან ის დამოკი-  
დებულია ცენტრალურ ნერვული აპარატის (ქერქის და ქერქქვეშა  
კვანძების ცენტროები) არანორმალურ მოქმედებაზე.

მ ხ ე დ ვ ე ლ ო ბ ა მითხოვს გამოკვლევას და ყურადღების  
მიქცევას პირველ რიგში. მხედველობის სიმახვილის ე. წ. ვიზუსის

გამოკვლევა მიგვითითებს თვალის „პ რ ი ბ ო რ ი ს“ და მისი ნერვული აპარატის მდგომარეობაზე.

დიდი მნიშვნელობა აქვს თვალის ფუძის ანუ ფსკერის გამოკვლევას, რომლის დროსაც ვიგებთ მხედველობის ნერვის სხვადასხვა ატროფიულ ცვლილებებს და აგრეთვე ინტრაკრანიალურ (ქალასშიდა) წნევას. მხედველობის ნერვის დერილთა ატროფიას ადგილი აქვს პროგრესული პარალიზის, ტაბესის და ტვინის ათაშანგის დროს. გარდა ამისა, ხსენებულ ატროფიას შესაძლებელია ქმონდეს მეორადი პროცესის ხასიათი და გამოწვეული იყოს ინტრაკრანიალური წნევის აწევით. მაგალითად: შეგუბებითი დვრილებით ტვინის სიმსივნის დროს.

ოჯახურ ამავროზულ იდიოტიას ახასიათებს მხედველობის ნერვის და მის დვრილთა მკვეთრი ატროფია, რომლის დროსაც მხედველობის დვრილები უფერულია, ხოლო ყვითელი ლაქის ადგილას ფსკერზე გვაქვს მოწითალო ალუბლისფერის მქონე არე.

ზოგიერთ ფსიქოზების დროს ბადურა, პირიქით, განსაკუთრებულად მგრძნობიარეა.

მხედველობის პერიფერიული აპარატის გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოზთა ზუნების გაგებაში, ამიტომ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ავტორიტეტული ოფტალმოლოგის კონსულტაცია.

სხვადასხვა პათოლოგიურ პროცესებში გვხვდება მხედველობის ველის შევიწროება, მასში უბნების გამოვარდნა ან მხედველობის ნახევარი ველის მთლიანი დაკარგვა ე. წ. ჰემიანოტოპია. ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ფერის შეგრძნების აშლას (შემთხვევები დიდი ტვინის ქერქის დაზიანებისა ან თანდაყოლილი დეფექტი დალტონიზმის სახით).

მხედველობის ველის კონცენტრაციული შევიწროება უფრო ხშირად სჩვევა ისტერიას, მაგრამ შეიძლება იგი შეგვხვდეს აგრეთვე ორგანულ შემთხვევებში, მაგალითად: მხედველობის ნერვის ატროფიული ცვლილებების დროს.

მხედველობის შესუსტება ბავშვებში იძლევა ადვილ მოქანცულობას, საერთო გაფანტულობას, თავის ტკივილებს, ყურადღების შესუსტებას და სხვა მოვლენებს.

სმენის შესუსტებას ან სრულ დაკარგვას ადგილი აქვს ისტიერიის, ტრავმატიული ფსიქონევროზების და აგრეთვე ზოგიერთ ორგანული ფსიქოზის დროს, როგორც მაგალითად: პროგრესული პარალიზი, სენილური, არტერიოსკლეროზული და ალკოჰოლური ფსიქოზები.

სქენის შესწავლას უფრო მეტი მნიშვნელობა და ღირებულება აქვს ბავშვთა პათოლოგიაში. სქენის მთლიანი თუ ნაწილობრივი დაკარგვა ზეგავლენას ახდენს ბავშვთა გონებრივ დონეზე, აფერხებს მათი განვითარების წინსვლას.

ყნოსვის და გემოვნების ფუნქციის რაოდენობითი შეცვლას ან გაუქვლმართებას ასწერენ, როგორც ფუნქციურ (ისტერია), ისე ორგანულ (პროგრესული პარალიზი) ავადმყოფობათა დროს. ეპილეფსიას და ალკოჰოლიზმს აგრეთვე ხშირად სჩვევია გემოვნების და ყნოსვის ფუნქციის გაუქვლმართება. ყნოსვის სრული მოსპობა ანუ ანოსმია აღინიშნება ტვინის წყალმანკის შემთხვევებში და ტვინის სიმსივნის დროს, რომელიც შესაძლებელია დააწვეს ყნოსვის ნერვს.

ყნოსვის გაუქვლმართება (ანუ პაროსმია) ხშირად გვხვდება შიზოფრენიკთა შორის; უკანასკნელ შემთხვევაში ყნოსვის გაუქვლმართებას აქვს ცენტრალური ხასიათი და აიხსნება უფრო ბოლდეთი მომენტებით, ვიდრე ივით აპარატის უშუალო ფიზიკური დაზიანებით (ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი დაჟინებით მოითხოვდა დახმარებას, ვინაიდან მას განუწყვეტლივ მოდიოდა დამპალი თავის სუნთ).

## ზ. ვეგეტაციური ნერვული სისტემა

ვეგეტაციური ნერვული სისტემის შესწავლა მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას. იგი ზეგავლენას ახდენს და აძლევს ერთგვარ ტონს როგორც ნორმალურ, ისე პათოლოგიურ ფსიქიკურ პროცესებს. გრძნობითი ანუ ემოციურ განცდათა გამოვლინება, ხასიათი და ამპლიტუდა მკვიდრობს არის დაკავშირებული ვეგეტაციურ და ენდოკრინულ აპარატთან.

უკანასკნელი დროის ანატომიურ ფიზიოლოგიურმა გამოკვლევებმა უფრო გაამახვილა და ასწია ვეგეტაციური ნერვული სისტემის მნიშვნელობა ფსიქიკურ პროცესთა მიმდინარეობაში.

აღმოჩნდა, რომ ხსენებული სისტემის უშუალოესი ცენტროები უნდა ეძიოთ არა შარტო უახლოეს ქერქვეშა კვანძებში, არამედ აგრეთვე ღიდი ტვინის (პავლოვი) და ნათხემის (ორბელი) ქერქში. ეს გარემოება ნათლად გვიჩვენებს, რომ ფუნქციური, თუ ორგანული ფსიქოზების დროს ძლიერ უნდა იყოს დაინტერესებული აგრეთვე ვეგეტაციური ნერვული სისტემაც.

ვეგეტაციური ანუ ავტონომური ნერვული სისტემა შედგება ორი მთავარი ნაწილიდან: სიმპათიკური და პარასიმპათიკური.

სიმპათიკური სისტემა შედგება გვერდითი სეგტიდან, ამავე სეგტის კვანძებიდან (ე. წ. ვერტებრალური კვანძები) და იქიდან გამომავალ პერიფერიულ, ეფერენტულ ბოჭკოებიდან. უნდა აღინიშნოს, რომ გამტანი გზების გარდა, სიმპათიკურ სისტემაში არსებობს აგრეთვე მომტანი, აფერენტული ბოჭკოები.

ფრიალ საინტერესო და საყურადღებოა, რომ აფერენტული ბოჭკოები, რომლებიც სიმპათიკურ ნერვებთან ერთად მიდის, ეკუთვნის ანიმალურ სისტემას ე. ი. სპინალურ კვანძებს (ვილიგერი). ხსენებული ანატომიური თავისებურების გამო სიმპათიკური გზით პერიფერიისაკენ მიმავალი აგზნება უკან ბრუნდება ანიმალური ბოჭკოების საშუალებით და ამით მყარდება ვიწრო კავშირი და ურთიერთდამოკიდებულება ორ ძირითად სისტემათა (ანიმალურ და ავტონომიურ) შორის.

ფიზიოლოგიური და კლინიკური მასალა ადასტურებს, რომ რეფლექსური პროცესები შესაძლებელია მიმდინარეობდეს შემოხსენებულ რკალის გარეშე, თვით სიმპათიკურ სისტემაში.

პარასიმპათიკური სისტემას ეკუთვნის ის სიმპათიკური ბოჭკოები, რომლებიც თავის ტვინის და ზურგის ტვინის ზოგიერთ ნერვებთან ერთად მიდის.

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

სიმპათიკურ სისტემას უწოდებენ კიდეც ადრენალინოფილურ სისტემას (იჩენს ცოცხალ რეაქციას ადრენალინზე), ხოლო პარასიმპათიკურს უწოდებენ პილოკარპინოფილურ სისტემას (რეაქციას იჩენს პილოკარპინზე და ატროპინზე).

სიმპათიკური სისტემის აგზნება, იწვევს გულის ცემის აჩქარებას, ნაწლავთა პერისტალტიკის შესუსტებას; პარასიმპათიკური სისტემის აგზნება, პირიქით, იძლევა გულის ცემის შენელებას და ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლიერებას. იმისდა მიხედვით, თუ ვეგეტაციური სისტემის რომელი ნაწილია უფრო მკვეთრად წარმოდგენილი, ადამიანებს ჰყოფენ ორ ჯგუფად: სიმპათიკოტონიკები და პარასიმპათიკოტონიკები ანუ ვაგოტონიკები.

სიმპათიკოტონიკებს ახასიათებთ: ტაქიკარდია, დაძაფრული პულსი, თეთრი დერმოგრაფიზმი ვარდისფერ კანის ფონზე, განიერი გუგა თვალისა, ცრემლის და ოფლის ჭირკვლების სუსტი მუშაობა. მოწინააღმდეგე თვისებებს ატარებს ვაგოტონიკები; სახელდობრ, მათ ახასიათებთ: ბრადიკარდია, წითელი დერმოგრაფიზმი, ცივი და ლურჯი კანი (უმთავრესად ხელებზე),

ვიწრო გუბა, ოფლის და ცრემლის ჯირკველთა გაძლიერებული მუშაობა.

ახალი დროის დაკვირვებებმა გვიჩვენეს, რომ ადამიანთა დაყოფა ზემონსენებულ ორ ტიპად სრულიად სქემურია; სინამდვილეში არ გვხვდება სუფთა ტიპები და ჩვეულებრივად ყოველ ადამიანში შეიძლება წარმოდგენილი იყოს როგორც ვაგოტონიური, ისე სიმპათიკოტონიური ნიშნები (ამფოტონიური რეაქცია).

დებულება იმის შესახებ, რომ რეფლექსის ხასიათი და ძალა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორია ეფექტორული ორგანოს აგზნებადობა, ყველაზე მეტად უფრო უდგება ვეგეტაციურ, ვიდრე სპინო-ცერებრულ ნერვულ სისტემას. მაგალითად: ცნობილია, რომ გულის შემკავებელმა ნერვმა (ცთომილი ნერვი), თუ გულის კუნთი დამუშავებული იქნება კალციუმით, შეიძლება შესცვალოს თავისი ჩვეულებრივი ფიზიოლოგიური ზეგავლენა და შენელების ნაცვლად მოგვეცეს გულის ცემი აჩქარება.

როგორც ვხედავთ, სიმპათიკურ და პარასიმპათიკურ სისტემათა შორის არსებობს მეტად რთული ფიზიოლოგიური ურთიერთდამოკიდებულება, მათი მუშაობა და რეაქციის ხასიათი პირობადებულია ორგანიზმის, ან ცალკეულ ორგანოთა კერძო მდგომარეობით.

ამიტომ მეტად რთულია ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ფუნქციის აღნუსხვა და ანალიზი ისეთ მძიმე ავადმყოფობათა დროს, როგორც არის ფსიქოზები.

სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებში საკმაოდ ხშირად გვხვდება სხვადასხვა სახის ვეგეტაციური აშლილობანი.

შიზოფრენია არაიშვიათად იწყება პოლიმორფულ ხასიათის მქონე ვეგეტაციური აშლილობებით, როგორცაა მაგალითად: პრავალგეარი ჰიპოქონდრიული ჩივილები, თავის ტკივილები, მოვლენები სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის ორგანოების მხრივ (ვაზომოტორული აშლილობანი; გრძნობა, რომ გაძნელებულია გულის და ფილტვების მუშაობა) და სხვ.

თანახმად გილიაროვსკისა, შიზოფრენიის შემთხვევებში, განსაკუთრებით კატატონიური ფორმის დროს, არსებული ფიზიკური ნიშნებიდან ვეგეტაციური ნერვული სისტემის სფეროს ეკუთვნის შემდეგი: ვიწრო გუბები, მკვეთრი, წითელი დერმოგრაფიზმი, კიდურთა სილურჯე და გაცივება, სისხლის წნევის დაწევა, მაჯის შენელება, ოფლიანობა და სალივაცია.

ლეთარგიული ანუ ეპიდემიური ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი ნიშნებია: ქონიანი სახე, ტაქიკარდია; ოფლიანობა და სალივაცია აგრეთვე ეკუთვნის ვეგეტაციური ნერვული სისტემის პათოლოგიის.



მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მელანქოლიურ ფაზაში დაწეულია როგორც პარასიმპათიკური, ისე სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსი. ფსიქოზის მანიაკალურ სტადიუმში ადგილზე აქვს სიმპათიკური ნერვული სისტემის მკვეთრ აწევას, რაც საფუძვლად უდევს პროტოპოპოვის მიერ აწერილ სიმპტომოკომპლექსს ანუ ტრიადას: ტაქიკარდია, მიდრიაზისი და ყაბზობა.

### მ. ძილის გაუკუღმართება

ფსიქოზების დროს ყველაზე ხშირად არის აშლილი ძილი; მის შესწავლას აქვს ერთგვარი დიაგნოზური მნიშვნელობა. ჯანმრთელი ადამიანი იძინებს შედარებით ადვილად, უცბად; ასევე ადვილად შეუძლია მას გამოღვიძება, ხოლო გამოღვიძების შემდეგ იგი თავს გრძნობს მხნედ და დასვენებულად.

დაძინების შემდგომ პირველი ორი საათის განმავლობაში ადამიანს სძინავს ღრმად; მერე კი ძილი თანდათანობით ჰკარგავს თავის სიღრმეს და შესაძლებელია დილისათვის მოკლე დროით ისევ გაღრმავდეს. ცნობილია, რომ ძილში ადამიანი ისვენებს; ძილი აუცილებელია ყოველი ცხოველისათვის და ადამიანისათვის. ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია, რომ ძაღლები იხოცებიან დაახლოებით ათი დღის უძილობის შემდეგ.

უძილობა ჰქანცავს ადამიანის და ცხოველის სხეულს. ამ დროს სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში წარმოიშობა მთელი რიგი მშხამავი ნივთიერებანი ე. წ. ჰიპნოტოქსინები, რომლებიც სწამლავს ორგანიზმს, იწვევს სისხლის ჩაქცევებს და პათოლოგიურ ცვლილებებს ქერქში და ქერქქვეშა კვანძებში. ჰიპნოტოქსინებს ეკუთვნის კრეატინი და აგრეთვე სიმყავეები ფოსფორის, ნახშირის და რძისა.

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

ოსიპოვი ჩერდება ძილის აშლილობის შემდეგ სამ სახეზე; იმისდა მიხედვით, თუ რომელ ფაზას აქვს ადგილი: ძილის აშლილობა დაძინების, თვით ძილის და გამოღვიძების პერიოდში.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს ავადმყოფებს აქვთ დიდი უძილობა, რომელიც უმჯობესდება ფსიქოზის თანდათანობითი ჩათავებასთან ერთად. შესაძლებელია ძილი გაძლიერე-

ბული იყოს ორგანულ დაავადებათა დროს, მაგალითად, არის შემთხვევები, როდესაც კუუასუსტ ავადმყოფებს ან იდიოტებს სძინავთ მთელი დღეები. მოხუცებულობითი კუუასუსტობის დროს ძილი უფრო ხშირად მომატებულია.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ძილს აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა. ძილის გამოკეთებასთან ერთად ფსიქიკური სფეროს გაუმჯობესება დადებითი პროგნოზის მაჩვენებელია.

უძილობა შეადგენს ფსიქოზის ფიზიკური სიმპტომატიკის ერთ-ერთ ნიშანს. უძილობა კი არ იწვევს ფსიქოზს, არამედ ფსიქოზს მოსდევს უძილობა.

#### 4. ელექტროენცეფალოგრაფია ფსიქიატრიაში

ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა უბნების მსგავსად, დიდი ჰემისფეროების ქერქი სპონტანურად წარმოშობს ელექტროდენს. უკანასკნელი ცნობილია, როგორც ქერქული აპარატის ბიოლენი და მაჩვენებელია ნერვულ ელემენტთა აქტიური მდგომარეობისა.

ფაქტიური მასალა დიდი ტვინის ქერქის ბიოლენების შესახებ იმდენად გამდიდრდა, რომ დღეს სპონტანური ან უავტომატური ბიოელექტრული აქტივობა შეადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიის და პათოფიზიოლოგიის ერთ-ერთ ახალ, მაგრამ მეტად მდიდარ და საინტერესო თავს.

არსებობს საკმაოდ ზუსტი აპარატი (ოსცილოგრაფი), რომელიც საშუალებას გვაძლევს ადამიანის ქალას კანის ზედაპირიდან მოვახდინოთ სპონტანური ბიოლენების რეგისტრაცია, ვინაიდან ნერვულ ნივთიერების ელექტრონული პოტენციალები ფიზიკურად ვრცელდება ტვინის გარსზე, ქალას ძვალზე და ბოლოს, თვით კანზეც.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სპონტანური ბიოლენები შედგება ელექტრონულ პოტენციალთა ნელი და სწრაფი რხევებიდან ე. წ. ალფა და ბეტა ტალღებიდან.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სპონტანური ელექტრული ტალღები ასახავს ტვინის სხვადასხვა უბნების ნერვულ ელემენტთა რითმულ მოქმედებას; ამიტომ ბიოლენების თავისებურებათა შესწავლით (ხასიათი, მიმდინარეობა, სიხშირე, ძალა და ამპლიტუდა) შესაძლებელია ვიმსჯელოთ თვით რუხი ნივთიერების ავტომატურ მოქმედებაზე.

კლინიკურ მასალაზე თავის ტვინის ბიოლენების შესწავლამ იმდენად გაამართლა ფსიქიატრთა იმედები, რომ დღეს ელექტრო-

ენცეფალოგრაფია წარმოადგენს ერთ-ერთ მეტად მგრძობიარე და საკმაოდ ზუსტ ობიექტურ, დიაგნოზურ გზა-წესს ფსიქიატრიაში.

თავისთავად ცხადია, რომ ელექტროენცეფალოგრაფიას არ ძალუძს ეტიოლოგიურ და პათოგენეზურ მომენტთა დაზუსტება. ხსენებული მეთოდი წარმოადგენს იძლევა მხოლოდ დაავადების პათოფიზიოლოგიური მექანიზმების ანუ პათონეიროდინამიკური წინამძღვრების შესახებ.

ელექტროენცეფალოდიაგნოსტიკამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიიღო თავის ტვინის კეროვან დაავადებათა და აგრეთვე გულყრითი (ეპილეფსიურ) დაავადებათა შესწავლაში.

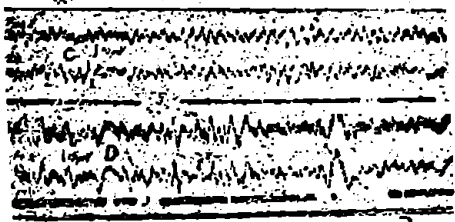
ყურადღების ღირსია ქვემოთაყვანილი ელექტროენცეფალოგრაფიული მრუდები, რომლებიც ამოღებულია ი. ბერიტაშვილის შრომებიდან.

ხსენებული მრუდები გვიჩვენებს ეპილეფსიური გულყრებით შეპყრობილი ავადმყოფის ქერქული აპარატის ბიოდენების მდგომარეობას გულყრების გარეშე (იხ. მე-20 სურათი) და უშუალოდ გულყრითი განტვირთვის შემდეგ (იხ. მე-21 სურათი).

მე-20 სურათზე (ზემოდან ქვემო მიმართულებით) პირველი ორი ხაზი იძლევა თხემის უბნების (მარჯვენა და მარცხენა უბანი) ბიოელექტრული დენის მრუდეს გულყრების გარეშე. შემდგომი ორი ხაზი გადმოგვცემს შუბლის უბნების (მარჯვენა და მარცხენა) იმავე ავადმყოფის ბიოელექტრულ მდგომარეობას, უშუალოდ ჰიპერვენტილაციის შემდგომ.

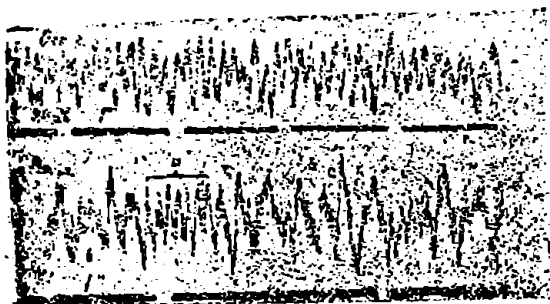
ხსენებულ ოთხივე შემთხვევაში ელექტრული პოტენციალები იძლევა ტალღათა დაბალ და შედარებით სუსტ რხევას, რაც მოგვიფიქრებებს ქერქული აპარატის შედარებითი სიმშვიდეზე.

სურ. 20. ელექტროენცეფალოგრაფია. მოყვანილია ივანე ბერიტაშვილის შრომებიდან.



მე-21 სურათი პირიქით, იძლევა ქერქული აპარატის ელექტროენცეფალოგრაფიულ სურათს—უშუალოდ გულყრითი განტვირთვის შემდგომ. ზედა ტალღები ასახავს კეფის წილს, ხოლო ქვედა ტალღები თხემის წილის ბიოელექტრულ მდგომარეობას.

მე-21 სურათი გვიჩვენებს, რომ ქერქული აპარატი გალიზიანებულია; იგი წარმოშობს მძლავრ ელექტროპოტენციალებს, რის შედეგადაც ვიღებთ ბიოდენების ტალღათა მაღალ და ძლიერ რჩევას.



სურ. 21. ელექტროენცეფალოგრამა მოყვანილია ივანე ბერიტაშვილის შრომებიდან.

### 5. სხეულის ტემპერატურა

ფსიქოზთა დიდ უმეტეს შემთხვევაში სხეულის ტემპერატურა რჩება ნორმის ფარგლებში. მიუხედავად ამისა, სულით ავადმყოფებს ისევე სისტემურად უნდა ეუზომავდეთ ტემპერატურას, როგორც სომატიურ დაავადებათა დროს.

ზოგიერთ ფსიქოზებს ახასიათებთ სიცხიანი მსვლელობა; ზოგჯერ კი ტემპერატურას აქვს მხოლოდ მეორადი და შემთხვევითი ხასიათი.

სხეულის ტემპერატურის განხილვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ტემპერატურის აწევას, დაწევას და აგრეთვე მის ქანაობას დღე-ღამის განმავლობაში.

ინფექციურ ნიადაგზე წარმოშობილ ე. წ. მწვავე ბოღვას ჩვეულებრივად თან სდევს მაღალი ტემპერატურა, რომელმაც შეიძლება აიწიოს 40°-მდე.

რატერი აღწერს ექსპერიმენტულად მიღებულ ცერებრული ტემპერატურის სუფთა შემთხვევებს, რომელიც დაკავშირებული უნდა იყოს შუამდებარე ტვინის (ჰიპოთალამური არე) ვეგეტაციური ცენტროების ძვრებთან. მაღალი ტემპერატურა აწერილია აგრეთვე მწვავე ტრავმული ფსიქოზების შედეგად.

ტემპერატურის აწევას თეთრი ცხელების დროს აქვს ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა.

მკვეთრად გამოხატული მწვავე ფსიქომოტორული აგზნებები იძლევა სუბფებრილურ ტემპერატურას, მაგ.: მანიაკალური აგზნება ციკლოფრენიის, პროგრესული პარალიზის, ან ინფექციური ფსიქოზების დროს.

პირიქით, დაბოლმიანების ანუ დეპრესიული მდგომარეობის ზოგად შეკავება-შებოქვას (ფსიქომოტორული და მოტორული სტუპორი) სჩვევია ტემპერატურის დაშვება ნორმალური დონიდან, მაგალითად  $35^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$ — $36^{\circ}$  (ოსიპოვი).

ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ს თავის კლასიკურ დისერტაციაში, რომელიც ეხება სულით ავადმყოფთა ტემპერატურის საკითხს, მოყავს სუბნორმალური ტემპერატურა ( $34,5^{\circ}$ ) იდიოტიის და ღრმა კეპუსუსტობის შემთხვევებში. ხსენებული ავტორი ასწერს აგრეთვე დღიური ტემპერატურის ქანაობის გაუკუღმართებას (ე. წ. ტემპერატურის ინვერზიული ტიპი), რომლის დროსაც დილის ტემპერატურა სჭარბობს საღამოსას, ახ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სიცხის მოულოდნელ ხანმოკლე აწევას. ტემპერატურის გაუკუღმართება ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ს მიუღია მელანქოლიურ და კატატონიურ შემთხვევებში და აგრეთვე მანიაკალური აგზნების დაწვეის ფაზაში.

პროგრესული პარალიზის დროს ტემპერატურის აწვევა გულყრითი შეტევების წინამორბედი ნიშანია. ხსენებული ავადმყოფობა (მით უმეტეს ადინამიურ პერიოდში) არაიშვიათად იწვევს ტემპერატურის დაცემას, მაგალითად, ოსიპოვის მოჰყავს შემთხვევები, როდესაც პროგრესული პარალიტიკის ტემპერატურა დაცემულა  $25^{\circ}$ — $22,4^{\circ}$ -მდე.

ფსიქიატრიის ლიტერატურაში აწერილია ექსიტუსით ჩათავებული მწვავე ბოდვის შემთხვევა, რომლის დროსაც ტემპერატურა  $43^{\circ}$ -მდე ასულა.

#### 8. სისხლის წნევა, ვაზომოტორული აშლილობანი და ფორმიან ელემენტთა შემადგენლობა

ტვინის ყოველ მძიმე დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს, როგორც ფსიქიკური აშლილობა, ისე ცვლილებები პულსის, სისხლის წნევის და სისხლის მორფოლოგიური სურათის მხრივ.

შესაძლებელია ვიფიქროთ ტვინის სიმსივნეზე, თუ ავადმყოფი გაბრუებულ-გარეტიანებულია, ხოლო პულსი ძლიერ შენელებული; ეიფორიული გუნებ-განწყობა და ამასთან ერთად პერიფერიულ ძარღვთა გაგანიერება მიგვიბრუნებს ალკოჰოლურ მოწამულაზე.

ფრიად საყურადღებოა, რომ მაჯის, სისხლის წხვეის და ვაზომოტორული აშლილობანი შესაძლებელია განვითარდეს (უშუალოდ ანატომოფიზიოლოგიურ ცვლილებათა გარეშე) ხოლო ფსიქიკურ განცდათა ნიადაგზე, მაგალითად, შიშის ძლიერი აფექტის შედეგად.

ცნობილია, რომ შიში ან ყურადღების უეცარი აგზნება იძლევა პულსის შენელებას; ფსიქიკური მუშაობა, პირიქით—პულსის აჩქარებას. პულსის შესწავლას ფსიქოზის დროს ვოლფი აწერს ძლიერ დიდ მნიშვნელობას; მისი აზრით, სფიგმოგრაფიას ფსიქიატრიის კლინიკაში ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც ტემპერატურის გამოკვლევას სომატიურ ავადმყოფობათა შემთხვევებში.

შენიშნულია, რომ ფსიქოზების დროს მაჯა დიკროტიული და მონოკროტიულია, ნაცვლად ტრიკროტიულისა; ხოლო ტემპერატურის აწევასზე სულით ავადმყოფთა პულსი უფრო ნაკლებად ხშირდება, ვიდრე ჯანმრთელთა.

შემდგომმა დაკვირვებებმა არ ვაამართლეს ვოლფის შეხედულებანი; აღმოჩნდა, რომ მაჯის ცემას აქვს სიმპტომური და არა პათოგნომონიური მნიშვნელობა. სფიგმოგრამა მიგვითითებს მხოლოდ ავადყოფის მდგომარეობაზე და იგი შეუძლებელია იყოს სპეციფიკური ფსიქოზთა გარკვეულ ფორმებისათვის.

მაჯის გამოკვლევა ღებულობს განსაკუთრებულ ღირებულებას მაშინ, როდესაც მასთან ერთად სწავლობენ აგრეთვე სისხლის წნევას.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ლაბილობა განსაკუთრებით ახასიათებს ნევროპათებს (ე. წ. „ვაზომოტორულ“ ტიპებს) და ამ მხრივ ფრიად საინტერესოა მათი პულსის შესწავლა.

ბოლო დროს ავტორები დიდ ყურადღებას აქცევენ პულსის რეპრატორული არიტმიის შესწავლას ფსიქოზების დროს; მაგალითად, ცნობილია, რომ ხსენებული არითმია ხანგრძლივი და ძლიერია ოლიგოფრენულ ჰქუასუსტობისას—იმბეცილობის და იდიოტიის შემთხვევებში.

სისხლის წნევის შესწავლა არ იძლევა თანაბარ შედეგებს.

შენიშნულია, რომ სისხლის წნევა პროგრესული პარალიზის დროს ნორმაზე მცირეა; უკანასკნელი შემდეგ ეცემა სულ მეტად და მედად, რაც უფრო უახლოვდება საბოლოო ანუ აღინამიურ პერიოდს, ხოლო უბრუნდება ნორმას ავადმყოფთა გამოკეთებისას. დეპრესიის დროს სისხლის წნევა აწეულია; გადიდებულია აგრეთვე წნევა არტერიოსკლეროზული სენიუმის შემთხვევებში.

ნაადრევი კეუასუსტობის დროს სისხლის წნევა არ იძლევა რაიმე კანონზომიერ ცვლილებებს.

ვაზომოტორული აშლილობანი ახასიათებთ სხვადასხვა ფსიქოზებს.

ზოგიერთი ავტორი აღიარებს მკიდრო კავშირს „ვაზომოტორული ნევროზის“ და მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს შორის.

კიდურებზე ხშირად შევხვდებით პასიური ჰიპერემიის მოვლენებს, მაგალითად კატატონური სტუპორის დროს კიდურები ცივია, მუქი წითელი ფერის, ხან სრულიად ლურჯი.

თავის ბრუილი სჩვევია ორგანულ ფსიქოზებს: პროგრესულ პარალიზს, არტერიოსკლეროზულ, სენილურ და პრესენილურ ფსიქოზებს.

ფსიქოზების დროს დერმოგრაფიზმს არა აქვს რაიმე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, იგი უფრო მაჩვენებელია ვაზომოტორული ზოგადი დაზიანებისა.

ვაზომოტორულ მოვლენებს ეკუთვნის აგრეთვე გარდამავალი ხასიათის ერითემატოზული გამონაყარი.

ვაზომოტორულ სიმპტომებს უნდა მივაკუთვნოთ გულის ბოლმითი წუხილი (anxietas praecordialis). ხსენებულ სიმპტომი დამახასიათებელია მძიმე მელანქოლიისათვის, რომლის დროსაც ავადმყოფები შეიგრძნობენ მძიმე სტენოკარდიულ მოვლენებს გულის მიდამოში.

ბოლმითი წუხილის დროს არსებული ტკივილები არ არის დაკავშირებული გულის ძარღვთა სკლეროზულ პროცესებთან და აიხსნება გულის არტერიის ფუნქციური სპაზმით (ოსიპოვი). რომ ხსენებულ სპაზმს ნამდვილად უნდა ედოს ვაზოკონსტრიქტორების (სიმპათიკუსის) ტონუსის აწევა, დასტურდება ოპიუმის პრეპარატების დადებითი მოქმედებით.

სისხლის ფორმიანი ელემენტების სურათი ფსიქოზებისათვის არ იძლევა რაიმე კანონზომიერებას. ამ მხრივ გარკვეული ცნობები არსებობს მხოლოდ ეპილეფსიის შესახებ. მაგალითად გულყრის დროს აღვილი აქვს ჰიპერლეიკოციტოზს.

ციკლოფრენიის მანიაკალურ ფაზაში აღწერენ ჰემოგლობინის რაოდენობის შემცირებას; მელანქოლიურ ფაზაში, პირიქით, მომატებას. დეპრესიის დროს აღნიშნავენ აგრეთვე ერითროციტთა და ლეიკოციტთა რაოდენობის მომატებას.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფაზის შეცვლის ან ფსიქოზის მთლიანი ჩათავების დროს იცვლება ლეიკოციტური ფორმულა.

შიზოფრენიის მწვავე ფაზაში ასწერენ ლეიკოციტური ფორმულის გადახრას მარცხნივ.

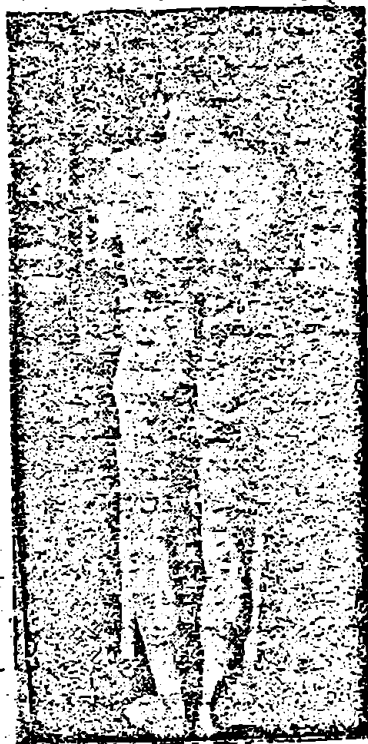
### 7. ტროფიკული აშლილობანი

ტროფიკული აშლილობანი ან სდევენ როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ ფსიქოზებს.

ცნობილია ფსიქიკურ ავადმყოფთა სიქაჩლე (ალოპეცია), ნადრევი გაქადარავება, ან გადაჭარბებული თმიალობა (იხ. სურათები



სურ. 22. შიზოფრენიის შემთხვევა. გადაჭარბებული თმიალობა (საკუთარი დაკვირვება).



სურ. 23. იგივე ავადმყოფი, გადაჭარბებული თმიალობა (საკუთარი დაკვირვება).

22 და 23). თვით თმა ტლანქდება და ხდება ადვილად მსხვრევალი; ყვლილებებს განიცდის აგრეთვე ფრჩხილები, (სკდება, ხდება მსხვრევალი).



კანის პათოლოგიიდან ფსიქოზების დროს დასახელებული უნდა იყოს შემდეგი მოვლენები: ერითემატოზული და ეკზემატოზური გამონაყარი, ჰერპეს-ცოსტერი. პურპურა, ფსორიაზისი და პემფიგუსი (იხ. სურ. 24).

საერთო კვების დაწევის გამო სულით ავადმყოფთა შორის ძლიერ ხშირია ფურუნკულოზი.



სურ. 24. შიზოფრენიის შემთხვევა. იდაყვის და მუხლის სახსრების შიდა-შრებში ტლანქი ფსორიაზული ფოლაკები (საკუთარი დაკვირვება).

ტროფიკულ ცვლილებებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება ნაწოლები, რომლებიც ხანდახან ძლიერ სწრაფად ვითარდება და 2—3 დღეში იწვევს ქსოვილის დრმა ნეკროზს (მწვავე ნაწოლები).

ჩვეულებრივად ნაწოლები უნვითარდებათ დიდი ხნით ლოგინად ჩავარდნილ ავადმყოფებს (პროგრესული ბარალიზის, კატატონის, სენილური ფსიქოზების შემთხვევები).

ნაწოლების არსებობისას საჭიროა ავადმყოფები იმყოფებოდნენ განსაკუთრებულ დისუფთავეში, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ზოგადი სეპტიკო-პიემია.

პროგრესულ პარალიზის (ხშირად) და შიზოფრენიის დროს. ყურზე ჩნდება ტროფიკული ცვლილება ჰემატომის სახით, რომელსაც უწოდებენ ოთემატომას. დასაწყისში ხსენებული სიმსივნე მუქი ლურჯი ფერისაა, მერე იწყებს ფლუქტუაციას; შემდეგ სითხე შეიწოვება, ჰემატომის მიდამო შეკუმხვანას განიცდის და ყური მახინჯდება.

ტროფიკული აშლილობა ვრცელდება ძვალოვან ქსოვილზედაც. ძვლები განიცდის განლევას და ზდება ძლიერ ადვილად მსხვრევალი.

ძვლის ტროფიკული ცვლილებები დამახასიათებელია პროგრესული პარალიზისათვის; პოპოვის მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც პროგრესულ პარალიტიკს ბარძაყი გადაუტეხია ჰუკის ჩაცმის დროს.

პროგრესული პარალიზის დროს არსებული სახსრების ტროფიკული დაზიანება შედეგია ძირითადი ავადმყოფობის კომბინაციისა ტაბესთან და არსებითად წარმოადგენს ტაბესურ ართროპათიებს.

ნაადრევი ჰკუასუსტობის დროს აწერილია ოსტეომალატიის შემთხვევები.

## 8. სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლა

ფსიქოზთა ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის განხილვისას საჭიროა გავიხსენოთ სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლაცრემლის, ოფლის და ნერწყვის გამოყოფა (ოსიპოვი). მელანქოლურ მდგომარეობაში, ბოლმის მიძიმე აფექტის დროს ცრემლის გამოყოფა შეფერხებულია: ასეთი ავადმყოფები არამც თუ არ ტირიან, არამედ ვერ უტირიათ და უცრემლოდ განიცდიან უსამინელეს მწუხარებას. ცრემლის დენის უნარი იმდენად არის დაწეული, რომ თვალი მთლიანად გამშრალია და მისი გარსები ადვილად განიცდის გაღიზიანებას.

ცრემლის გამოყოფის დაბრუნება ავადმყოფებს უადვილებს ბოლმის განცდებს და მაჩვენებელია დეპრესიული მდგომარეობის შერბილებისა. ზოგიერთი ავტორი ცრემლის დენის შემცირებას იზღვენად ტიპიურად სთვლის სუფთა მელანქოლიურ ანუ დეპრესიულ მდგომარეობისათვის, რომ მისი უარსებობა მიაჩნიათ ერთერთ მთავარ დიაგნოზურ ნიშნად.

ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ ცრემლიანი დეპრესია არ არის სუფთა ენდოგენური დეპრესია; იგი გვხვდება მეორადი დეპრესიების დროს (პროგრესული პარალიზი, არტერიოსკლეროზული და

სენილური ფსიქოზები) და მაჩვენებელია ავადმყოფის გონებრივი დონის დაწევისა.

ფსიქიატრიის კლინიკამ იცის მთელი რიგი ფუნქციური (ისტერია, ფსიქასთენია, რეაქტიული ფსიქოზები) და ორგანული პროვრესული პარალიზი, ალკოჰოლური და სენილური ფსიქოზები) ავადმყოფობანი, რომელთა დროსაც გადაპარბებულად არის წარმოდგენილი ცრემლის დენა და ავადმყოფები ძლიერ ადვილად ტირიან (ე. წ. პათოლოგიური გულჩვილობა ანუ სუსტსულოვნება).

აკვირებულ ტირილს ასწერენ აგრეთვე შიზოფრენიის და ეპილეფიური ენცეფალიტის დროს; პირველ შემთხვევაში ტირილი წარმოადგენს ერთ-ერთ კატატონიურ ნიშანს (უაფექტო, სტერეოტიპული ტირილი); ხოლო მეორე შემთხვევაში ტირილი ეკუთვნის აკვირებულ ქცევათა ჯგუფს და დაკავშირებულია ქერქქვეშა კვანძთა ორგანულ დაზიანებასთან.

ფსიქოზების დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ოფლის გამოყოფის როგორც შემცირებას (ანჰიდროზისი), ისე გაძლიერებას (ჰიპერჰიდროზისი). სტუპოროზული მდგომარეობის ე. წ. შელანქოლიური შეკაფების ან კატატონიური შეჩერების დროს ძლიერ შემცირებულია ოფლის დენის უნარი.

ოსიპოვიის თანახმად, ოფლის დენა შემცირებულია აგრეთვე ჰქუასუსტ ავადმყოფთა შორის და კრეტინიზმის შემთხვევებში.

ბაზედოვოვსის, ალკოჰოლური ფსიქოზების და ფუნქციურ დაავადებათა, კატატონიის და მანიაკალურ აგზნების დროს ასწერენ გადაპარბებულ ოფლის დენას.

ძლიერ საინტერესოა შევჩერდეთ ნერწყვის გამოყოფის ფუნქციაზე. ბოლმის და შიშის მძლავრი განცდების დროს (სუფთა დემარესიული მდგომარეობა, ისტერია, რეაქტიული ფსიქოზი) ავადმყოფებს იმდენად შემცირებული აქვთ ნერწყვის გამოყოფა, რომ მათ პირი უშრებათ; ხოლო ტუჩები და ენა აქვთ დამსკდარი, დაშარული.

მანიაკალური აგზნების, კატატონიური სტუპორის, ეპილეფსიური გულყრების, პარალიზურა ჰქუასუსტობის და სხვა ფსიქოზურ მდგომარეობათა შემთხვევებში, ადგილი აქვს გადაპარბებულ ნერწყვის გამოყოფას ანუ სალივაციას. ასეთ ავადმყოფებს პირი გაფსებული აქვთ ნერწყვით და დრო და დრო (ან გამუდმებით) იფურთხებიან. ფსიქოზების უმეტეს შემთხვევებში ნერწყვი თხელია და ქაფისმაგვარი. ამ მხრივ გამონაკლისს შეადგენს მხოლოდ კატატონიური სტუპორი, რომლის დროსაც (ოსიპოვიის და სხვების დაკვირვების თანახმად) ნერწყვი სქელი და წებოვანია;

ხსენებული ნერწყვი უმთავრესად წარმოადგენს ყბისქვეშა და ენისქვეშა ჭირკველთა გადაქარბებული მუშაობის შედეგს (ოსიპოვი).

ნამდვილი სალივაციიდან უნდა განეასხვავოთ ე. წ. ყალბი ანუ ფსევდოსალივიაცია. უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი არა აქვს ნერწყვის გადაქარბებულ გამოყოფას; თვით ავადმყოფები არ ყლაპავენ და პირში იგროვებენ ნერწყვს, რაც სტოვენს ნამდვილი სალივაციის შთაბეჭდილებას; ნერწყვის ასეთი დაგროვბა ყველაზე ხშირად გვხვდება კატატონიკთა შორის და აინსუნება ხსენებული ავადმყოფების ბოლოთ, ნეგატივიზმით და ზოგადი განურჩევლობით.

### 9. სხეულის წონა

წონის სისტემატური გამოკვლევა ფსიქიატრიისათვის შეადგენს ერთ-ერთ კლინიკურ მეთოდს, რომელსაც აქვს როგორც დიაგნოზური, ისე პროგნოზული მნიშვნელობა.

ტვინის ორგანული დაავადება იძლევა სხეულის წონის ქანაობას.

მოკვავთ წონის შემცირების შემთხვევები პრეპარტიოსკლეროზულ პერიოდში. აწერილია აგრეთვე ე. წ. „ცერებრული გასუქება“, რომელიც განვითარებულა ეპიდემიური ენცეფალიტის გადატანის შემდგომ.

სხვადასხვა ფსიქოზური მდგომარეობები იძლევა წონის როგორც შემცირებას, ისე მომატებას და აგრეთვე წონის ქანაობას. ფრიად საინტერესოა, რომ წონის ქანაობა შეიძლება იყოს, როგორც ხანგრძლივი, ისე ხანმოკლე დროის განმავლობაში.

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

დეპრესიული ავადმყოფები ღრმა ბოლმის გამო არ იკვებებიან, შფოთავენ და არ სძიათ, რის გამოც ისინი ძლიერ კლებულობენ წონაში.

შახოფრენის შემთხვევებში ავადმყოფები ხშირად კვებენ წინააღმდეგნი არიან, რის გამოც ისინი განილუვიან და საჭირო ხდება მათი ხელოვნური კვება.

მწვავედ მიმდინარე ფსიქოზების დროს წონა დღიურად შეიძლება დაეცეს 400 გრამამდე.

ოსიპოვის მოკვავს შემთხვევები, როდესაც წონის დღიური დანაკარგი უდრიდა 2 კილოს; ასევე სწრაფად შეიძლება იყოს

აღდგენილი წონა, მაგალითად დღიურად 500—600 გრამის რაოდენობით.

როგორც აღნიშნული იყო, წონის მომატებას აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა. თუ წონის მომატებასთან ერთად უმჯობესდება აგრეთვე ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა, ეს მაჩვენებელია დადებითი პროგნოზისა; ხოლო თუ წონის მომატებასთან ერთად ფსიქიკური მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ეს უკვე მიუთითებს იმაზე, რომ ავადმყოფობამ მიიღო მყარი, მოუარჩენელი, ქრონიკული დაავადების ხასიათი, რომელსაც თან მოჰყვება სრული უკუაღსრულობა.

## 10. ენდოკრინული სისტემა

ენდოკრინული ანუ შიდასეკრეციული სისტემის აშლა იძლევა დიდ ძვრებს ადამიანის ნერვულ ფსიქიკურ სფეროში.

ხსენებულ ჯირკველთა მუშაობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის განვითარების პერიოდში; მათი აშლა სქელის ზრდის და განვითარების პერიოდში იძლევა ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ ჩამორჩენილობას. ენდოკრინული სისტემის დისფუნქცია მოზრდილთა შორის სცელის ადამიანს თვისებებს. მაგალითად, ბაზედოვიზმი იწვევს პიროვნებაში ახალი ხაზების განვითარებას: ადამიანი ხდება ემოციურად ძლიერ ლაბილური, ადვილად იგზნება, აქვს მხიარული გუნება-განწყობა; ამასთან ერთად ადვილად იღლება (იქანცება) როგორც ფსიქიკურად, ისე ფიზიკურად; პირიქით, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია იძლევა ფსიქიკურ პროცესთა ტონუსის შენელება-დაწევას, მეხსიერების შესუსტებას და სხვა.

ზოგადი ფსიქიკური აღინამია აღინიშნება ადისონის ავადმყოფობის დროს (თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია). უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფი არის სუსტი და დამუხრებელი. აქვს მეხსიერების შესუსტება, სავრთო ამათია და უძილობა.

შიზოფრენიის ეტიოლოგიურ მომენტად ოსიპოვი სთვლის შიდასეკრეციულ ჯირკველთა პათოლოგიას, ხოლო თვით ავადმყოფობას უწოდებს მრავალჯირკვლოვან ანუ პლურიგლანდულარულ დაავადებას.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ უშუალოდ ენდოკრინული სისტემის დაზიანებას არც ისე ხშირად მოსდევს ფსიქოზები.

ბაზედოვიზმით გამოწვეული ფსიქოზი არ წარმოადგენს ჩამოყალიბებულ კლინიკურ ფორმას. თანახმად ბლეილერიისა, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის ნიადაგზე შესაძლებელია

განვითარდეს სულ სხვადასხვა ფსიქო-პათოლოგიური სინდრომები, მაგალითად: ისტერიული, ნევრასთენიული- მანიაკალური, დეპრესიული და კატატონიური.

რაიგი ავტორები ბუნებასთან აღნიშნავენ, რომ ენდოკრინული სისტემის არასპეციფიკურ დაზიანებას, შესაძლებელია შევხვდეთ მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზის და შიზოფრენიის დროს.

## 11. ნივთიერებათა ცვლა

სულთ ავადმყოფებში ნივთიერებათა ცვლის ზუსტი გამოკვლევა და შესწავლა წარმოადგენს მეტად მძიმე საქმეს.

ოსიპოვის თანახმად, ეს მძიმე საქმეს წარმოადგენს იმატომ, რომ ავადმყოფები ხშირად იმყოფებიან მკვეთრ ფსიქო-პოტორულ აგზნებაში, იჩენენ ძლიერ ნეგატივიზმს, არიან უსუფთაონი და ყველა ეს პირობა ხელს უშლის ზუსტი კლინიკური ექსპერიმენტის ჩატარებას.

ამ მხრივ საჭიროა მუშაობის ხელახლად და ვრცლად გაშლა ყველა საჭირო პირობების დაცვით. დაკვირვებანი არ არიან სრული და დამაკმაყოფილებელი, რადგანაც ძველი ავტორები ძლიერ შეზღუდულნი იყვნენ მეთოდის მხრივ და გარდა ამისა, ჭერ კიდევ არ იყო გამოკვეთილი საკითხი ფსიქოზთა კლასიფიკაციის ანუ სისტემატიკის შესახებ.

უკანასკნელი დროის ავტორები ნივთიერებათა ცვლას იკვლევენ ფსიქოზების ცალკეულ ფორმებში; მაგალითად, ამ მხრივ არსებობს დაკვირვებანი პროგრესული პარალიზის, ეპილეფსიის, შიზოფრენიის და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის შესახებ.

ფრიად საინტერესოა მასალები პროგრესული პარალიზის შესახებ; ამ დროს ნივთიერებათა ცვლა გაუქუდმართებულია იმ მხრივ, რომ ორგანიზმს არ შეუძლია მთლიანად ჩაათავოს და საბოლოო რეზულტატებამდე მიიყვანოს ცვლის პროცესი, რის გამოც პარალიტიკი რჩება ნივთიერებათა ცვლის ერთგვარ შუამდებარე ანუ გარდამავალ საფეხურზე.

## 12. ცვლილებები შარდში

კარგა ხანია, რაც ყურადღება აქვს მიქცეული იმ გარემოებას რომ ფსიქოზების დროს ძლიერ აწეულია შარდის ტოქსიკური ანუ შხამავი თვისებები.

შარდის ტოქსიკურობას და ამასთან ერთად აზოტოვან და ნახ-  
შირწყლოვან ნივთიერებათა ცვლის აშლას ხსნიდნენ ზოგადი და-  
ჟანგვითი პროცესების დაქვეითებით.

უკანასკნელ გარემოებაზე არის აგებული ბუსკაინოს მი-  
ერ მოწოდებული რეაქცია (შარდის 5 კუბ. სანტიმეტრს უმატებენ  
აზოტმეავა ვერცხლის 50/0-იან ხსნარის ამავე რაოდენობას; ათბო-  
ბენ 20—30 წამის განმავლობაში და დადებით შემთხვევაში ლებუ-  
ლობენ შავ ნალექს). ხსენებული რეაქცია მიუთითებს იმაზე, რომ  
შარდში უნდა არსებობდეს ნივთიერებათა არა მთლიანი ცვლის  
პროდუქტები. შენიშნულია, რომ მწვავე სულით ავადმყოფთა  
შარდი უფრო ტოქსიკურია, ვიდრე ჰკუასუსტ ქრონიკ ავადმყოფე-  
ბისა. ხსენებული გარემოება მიუთითებს იმაზე, რომ ჰკუასუსტ  
ქრონიკ ავადმყოფთა შემთხვევებში ჩვენ საქმე გვაქვს თითქოს  
უკვე სტაბილურ და ჩამქრალ მდგომარეობასთან.

უახლესი გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ მწვავე ფსიქოზების  
დროს შარდის ტოქსიკურობა არაა ყოველთვის ერთი და იგივე  
და თანაბარი, მაგალითად: ის მანიაკალურ მდგომარეობაში დაწეუ-  
ლია, ხოლო კატატონიურ და მელანქოლიურ მდგომარეობაში მო-  
მატებული.

ფრიად საინტერესოა აგრეთვე ავტორთა შეხედულება, რომ  
ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან და გამოკეთებასთან  
ერთად მატულობს შარდის ტოქსიკური თვისებები, რაც თითქოს  
შაჩვენებელი უნდა იყოს იმისა, რომ ორგანიზმი თავისუფლდება  
მშხამავი ნივთიერებისაგან.

შარდის დღიური გამოყოფა ძლიერ გადიდებულია ციკლოფ-  
რენიის მანიაკალურ ფაზაში, ხოლო დეპრესიულ ფაზაში და აგ-  
რეთვე კატატონიური სტუპორის დროს ძლიერ შემცირებულია.

დეპრესიულ ავადმყოფთა შარდის ხვედრითი წონა უფრო მა-  
ღალია, ვიდრე მანიაკალური ავადმყოფებისა.

ფსიქოზების შემთხვევებში საქირთა შარდში გამოკვლეული  
იყოს სხვადასხვა პათოლოგიური ნივთიერებანი, როგორც მაგალი-  
თად: შაქარი, აცეტონი, ინდიკანი და ურობილინი; მაგრამ ამ  
მხრივ ჭერჯერობით არაა მიღებული რაიმე გარკვეული კანონზო-  
შიერებანი.

### 13. ცვლილებები შინაგან ორგანოებში

ფსიქიკურ აშლილობათა დროს აღინიშნება სხვადასხვა ცვლი-  
ლებები შინაგანი ორგანოების მხრივ (გული, ფილტვები, კუჭ-ნაწ-  
ლავთა ტრაქტი, ღვიძლი და სხვა). ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში

საჭიროა ზუსტი განსაზღვრა, თუ რა დამოკიდებულება არის ფსიქოზის და შინაგან ორგანოთა ცვლილებებს შორის.

უნდა გამოჩვენდეს იყოს საკითხი შინაგან ორგანოთა პათოლოგია იწვევს ფსიქოზს (ან სდევს მას, როგორც აუცილებელი სომეტიური ნიშანი) თუ ის არსებობს სრულიად შემთხვევით?

გულის და სისხლძარღვოვანი სისტემა განიცდის ცვლილებებს როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური ფსიქოზების დროს. ფუნქციური ფსიქოზებიდან განსაკუთრებულად აღსანიშნავი არის ემოციური ანუ აფექტური ფსიქოზები, რომლის დროსაც მკვეთრ აშლას განიცდის ვეგეტაციური ნერვული სისტემა; ხოლო უკანასკნელ მოქმედებს სისხლის მიმოქცევის დინამიკაზე.

საყურადღებოა აგრეთვე სუნთქვის შესწავლა, რომელიც ცვლილებებს განიცდის, როგორც რითმის, ისე ძირითადი თვისებების მხრივ. დეპრესიულ ავადმყოფებს ახასიათებთ ზერელე და აჩქარებული სუნთქვა; კატატონიურ გაყუჩებას, პირიქით, ზერელე, მაგრამ შენელებული სუნთქვა.

ორგანულ ფსიქოზთა უკანასკნელ სტადიაში (პროგრესული პარალიზი, სენილური და არტერიოსკლეროზული ფსიქოზები) სუნთქვა ხანდახან მოგვაგონებს ჩეი-ნ-სტოქსის ტიპის სუნთქვას.

ზოგიერთი ავტორი ცდილობს იპოვოს პათოგენეზური კავშირი შიზოფრენიის და კუქ-ნაწლავთა პათოლოგიას შორის, მაგრამ ეს საკითხი არ შეიძლება ჭეղჩეღობით გამოჩვენდეს ჩაითვალოს. კუქ-ნაწლავთა ფუნქცია განიცდის განსაკუთრებულ ცვლილებებს აგრეთვე მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს, მაგალითად, ძლიერი ყაბზობა დეპრესიის ფაზაში.

მიუხედავად აზრთა სხვადასხვაობისა, ძლიერ საინტერესოა კუქის წვენი შესწავლა.

ციკლოფრენიის მანიაკალურ ფაზაში აღნიშნავენ წვენი სიმუხვის დაწევას.

კუქის წვენი შეაყიანობა განსაკუთრებულად ეცემა კატატონიური სტუპორის დროს.

#### 14. ზურგის ტვინის სითხე და მისი ცვლილებები

ზურგის ტვინის, ანუ ცერებროსპინური სითხე მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას და შესწავლას; ვინაიდან იგი ფსიქოზების დროს განიცდის სხვადასხვა ბიოქიმიურ და მორფოლოგიურ ცვლილებებს.



ნორბული ცერებრო-სპინური სითხე სრულიად თეთრია, გამჭვირვალე და შეიცავს ფორმიან ელემენტთა ძლიერ მცირე რაოდენობას; ამასთან ერთად ხსენებული ფორმიანი ელემენტები მხოლოდ ლიმფოციტებს წარმოადგენს და ერთ კუბურ მილიმეტრში არ აღემატება 5—6 ცალს.

თავის და ზურგის ტვინის დაავადების დროს ცერებროსპინურ სითხეში ჩვეულებრივად იზრდება ფორმიან ელემენტთა რიცხვი, მაგალითად, მრავლდება ლიმფოციტთა რაოდენობა და ჩნდება ისეთი ელემენტები (პლაზმური უჯრედები, ლეიკოციტები), რომლებიც ნორმის დროს ან სრულიად არ არის, ან არსებობს თითო-ორჯოლა.

ცერებროსპინური სითხე მოთავსებულია ტვინის პარაკუქებში და სუბარაქნოიდალურ (ე. ი. ქსელქვეშა) სივრცეში და მთლიანად ჰფარავს თავის და ზურგის ტვინის ზედაპირს. სუბარაქნოიდალური ღრუ და პარაკუქები ერთმანეთს უერთდება სათანადო ხვრელეპის საშუალებით, რის გამოც ხსენებული ღრუები თავისი სითხით ერთ მთლიან სისტემას წარმოადგენს.

როგორც ვხედავთ, სითხე ჰფარავს ერთის მხრივ თავის და ზურგის ტვინის ზედაპირს, ხოლო მეორეს მხრივ პარაკუქთა ღრუების ზედაპირს; ამიტომ სითხე პათოლოგიურ ცვლილებებს არ განიცდის იმ შემთხვევებში, როდესაც სიმსივნეები და აბსცესები, მოთავსებულია ტვინის სიღრმეში, ღრუებიდან მოშორებით.

ახალი დროის გამოკვლევები ადასტურებს, რომ სითხე არაა სისხლის უბრალო ფიზიოლოგიური ტრანსუდატი; იგი შედგება ტვინის სისხლ-ძარღვოვან წნულთა და ტვინის ღრუების (სუბარაქნოიდალური სივრცე, პარაკუქები, ზურგის ტვინის არხი) ენდოთელური უჯრედების აქტიური მუშაობისა.

რომ სითხე არაა სისხლის უბრალო ტრანსუდატი, აგრეთვე მტკიცდება იმ გარემოებითაც, რომ სისხლში შეყვანილი სხვადასხვა ნივთიერება ცერებროსპინურ სითხეში მხოლოდ ნაწილობრივ გადადის დიდი გამონაკლისით და ამასთანავე დიდი სიძნელით.

სისხლ-ძარღვების სისტემის და ტვინის ღრუების სისტემის შორის არსებობს დაბრკოლება, ზღუდე, რომელიც საჭიროა გადაილახოს სისხლის და სითხის შორის დინამიკური ურთიერთობის დასაჭერად. ხსენებული ზღუდე ცნობილია ჰემოენცეფალურა ბარიერის სახელწოდებით და წარმოადგენილია ტვინის წნულთა ღრუების ენდოთელური უჯრედების სახით.

ჰემო-ენცეფალური ბარიერი იცავს ტვინის ქსოვილს მავნე ნივთიერებიდან, მაგალითად, სისხლში არსებული ბაქტერიები,

სხვადასხვა ტოქსინები და მშხამავი ნივთიერებები ვერ ახერხებს ზღუდის გადალახვას და უშუალოდ ტვინის ქსოვილში შეჭრას. როგორც ვხედავთ, ბარიერის არსებობის გამო ცენტრალური ნერვული სისტემა დაზღვეულია მკვნი აგენტთა უშუალო შემოჭმდე-ბისაგან.

საჭიროა სისხლში იყოს მშხამავ ნივთიერებათა (ღარიშხანი, უროტროპინი, ბრომი და სხვა) განსაკუთრებულად დიდი კონცენ-ტრაცია, რომ ისინი აღმოვაჩინოთ სითხეში.

ჰემო-ენცეფალურ ბარიერს აქვს თავისი, ასე ვთქვათ, უარ-ყოფითი მხარეც; სახელდობრ ეს, რომ სისხლში შეყვანილი სამ-ყურანალ-წამლო ნივთიერებები ვერ აღწევს ტვინის ქსოვილს და ამიტომ ვერ ახდენს უშუალო თერაპიულ ზეგავლენას.

ფსიქოზების დროს საჭიროა ზღუდის ხელოვნური დაწვევა, რომ შესაძლო გახდეს მედიკამენტების გადასვლა სითხეში.

ცერებროსპინური სითხის ალების ტექნიკა საკმაოდ მარტივია. პუნქცია შესაძლებელია გაკეთდეს ავადმყოფის როგორც მწოლა-რე, ისე მჯდომარე მდგომარეობაში.

საჭიროა მხოლოდ ავადმყოფი იწვეს გვერდზე, ან იჯდეს ისე, რომ ხერხემალი მაქსიმალურად იყოს მოხრილი და გამოზნექილი ჯურჯისაკენ.

ზურგის ტვინის კაუდალური ნაწილი თავდება დაახლოვებით წელის პირველ და მეორე მალთა შუა; ხსენებული დონის ქვემოთ თავისუფლად შეიძლება გაკეთდეს პუნქცია, რადგანაც აქ უკვე აღარ უნდა გვეშინოდეს ზურგის ტვინის ქსოვილის უშუალო და-ზიანებისა.

ტექნიკურად უფრო მიღებულია პუნქციის გაკეთება წელის მე-3-ე და მე-4-ე მალეების შუა.

შესაძლებელია პუნქციის დროს ნემსი მოხედეს ვენურ წნულ-ში და დააზიანოს ძარღვი, რის შედეგადაც ცერებრო-სპინური სითხის მაგივრად მივიღებთ სისხლს.

ხანდახან ცერებრო-სპინური სითხე თვით არის შეფერილი; ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გადაწყვეტა, რასთანა გვაქვს საქმე— ტექნიკურ დეფექტთან თუ ნამდვილად ცერებრო-სპინურ სითხეს ურევია სისხლი?

თუ ცენტრიფუგირების შემდგომ სითხე არ გამკვირვალდა და დარჩა ისევ შეფერილი, ეს მაჩვენებელია სითხეში სისხლის არსე-ბობისა.

ცხადია, რომ პუნქცია უნდა სწარმოებდეს აბსოლუტურად სტერილურ პირობებში. ჩვეულებრივად იღებენ სითხის 5-6 კუბ. სანტიმეტრს. უნდა გვახსოვდეს, სითხის რაც უფრო მეტ რაოდე-

ნობას ავიღებთ, იმდენად შესაძლებელია ადვილად განვითარდეს გართულებანი და მეორადი მოვლენები (ზოგადი დამტრეველობა, თაჯის ტკივილი და სხვ.).

სუბ-ოკციპიტალური პუნქცია შედარებით ლუმბალურთან უფრო სახიფათოა და ტენიკურად მძიმე. ჩხვლეტენ ატლანტის უკანა მორჩის ქვემოთ, ხოლო ნემსი ყოველთვის უნდა ინარჩუნებდეს პერპენდიკულარულ მდებარეობას კისრის ზედაპირთან.

ზოგიერთი ავადმყოფი, როგორც მაგალითად, პროგრესული პარალიტიკები, პუნქციას სრულიად განურჩევლად ეპყრობიან; შიზოფრენიკები, პირიქით, ხანდისხან იჩენენ მკვეთრ წინააღმდეგობას.

ცერებრო-სპინური სითხის დეტალური გამოკვლევა და შესწავლა საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ, როგორც თვით ტვინის ნივითერების, ისე ტვინის გარსთა და აგრეთვე მთელი ორგანიზმის მდგომარეობაზე. ზურგის ტვინის სითხე განსაკუთრებულ რეაქციას იჩენს სხვადასხვა ინფექციებისა და ინტოქსიკაციების დროს; ამიტომ მის შესწავლას დიდი დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს.

მეორეული სიფილისის პერიოდში ზურგის ტვინის სითხე იძლევა ფორმიან ელემენტთა და გლობულინის რაოდენობის მომატებას; ეს იმ დროს, როდესაც ჯერ კიდევ არ არსებობს რაიმე ობიექტური ნიშნები ან სუბიექტური ჩივილები (გრიპო-როვსკი).

წნევა ზურგის ტვინის სითხისა ნორმულად უდრის 20—40 კუბიკურ სანტიმეტრს; ავადმყოფურ შემთხვევებში (აპოპლექსია, მენინგიტები, ტვინის წყალმანკი, ტვინის სიმსოვნეები და აბსცესები, შიზოფრენიის ზოგიერთი ფორმები), პირიქით, წნევა აწეულია და ხანდისხან დიდ რიცხვს აღწევს.

წნევა აწეულია აგრეთვე პროგრესული პარალიზის, ტაბესის და ტვინის სიფილისის დროს.

ყველა მკვლევარი მიუთითებს, რომ მიღებული სითხე მყისვე უნდა იყოს გამოკვლეული მიკროსკოპულად ფორმიანი ელემენტების მხრივ.

სითხის ხვედრითი წონა აწეულია მხოლოდ პროგრესულ პარალიზის და ტვინის სიფილისის ფორმების დროს.

უკრედთა, ანუ ფორმიან ელემენტთა მომატება ცერებროსპინური სითხეში ცნობილია პლეციტოზის სახელწოდებით: როგორც ზევით იყო მოყვანილი, 2—3 ფორმიანი ელემენტი შესაძლებელია არსებობდეს ნორმაში.

არჩევენ უჯრედოვან ელემენტთა მომატების სხვადასხვა ხარისხს. ერთ კუბიკურ მილიმეტრში 10—20 ფორმიანი ელემენტის არსებობა ცნობილია, როგორც სუსტი და დებიტი რეაქცია, ხოლო 60—100-ისა—როგორც მკვეთრი და დებიტი რეაქცია.

თავის და ზურგის ტვინის სიფილისურ დაავადებათა (პროგრესული პარალიზი, ტაბესი, ტვინის ათაშანგი და სხვა ფორმები) დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია პლეოციტოზს. ლიმფოციტებთან ერთად პლანშურ უჯრედთა არსებობა ითვლება, როგორც პროგრესული პარალიზის პათოგნომონიური ნიშანი; მკვეთრი ლეიკოციტოზი მიუთითებს ჩიჩქოვან პროცესებზე.

დიდი ყურადღება აქვს მიქცეული ზურგის ტვინის სითხის ცილოვან ნივთიერებათა შესწავლას.

ჯანმრთელი ადამიანის სითხე შეიცავს ცილას ალბუმინის სახით: ტვინის და მისი გარსების ორგანული დაავადება სითხეში იწვევს ცილის საერთო რაოდენობის მომატებას და გარდა ამისა, ჩნდება ცილის სხვა ფორმაც, სახელდობრ გლობულინი.

ცილა შემცირებულია ტვინის წყალმანკის და შიზოფრენიის ზოგიერთ ფორმებში. პლეოციტოზის და ცილათა მომატების შორის არ არსებობს ყოველთვის პირდაპირი და სწორი პარალელიზმი.

ძლიერ იშვიათია, რომ ცილა მომატებული იყოს და ზურგის ტვინის სითხე სხვა მხრივ რაიმე ცვლილებებს არ განიცდიდეს. მაგრამ ამ მხრივ არსებობს მთელი რიგი გამონაკლისი შემთხვევები; მაგალითად პოლინევრიტის და კონტუზიის დროს შესაძლებელია აღინიშნებოდეს მხოლოდ ცილის მომატება.

ცნობილია გამონაკლისი შემთხვევები, სახელდობრ, შესაძლებელია სითხე განიცდიდეს პათოლოგიურ მოვლენებს, მაგრამ ცილა არ იყოს მომატებული.

ამ მხრივ ყურადსაღებია პროგრესული პარალიზის შემთხვევები მალარიოთერაპიის შემდგომ, როდესაც ვასერმანიხ რეაქცია შესაძლებელია იყოს დადებითი, მაგრამ ცილების რაოდენობა არ იყოს მომატებული.

სიმპტომური ფსიქოზების, შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმების, არტერიოსკლეროზული და სხვა ფსიქოზების დროს ავტორები მიუთითებენ ჰემო-ენცეფალური ბარიერის პათოლოგიურ გამტარიანობაზე, მაგრამ ამ დროს შესაძლებელია ცილა იყოს ნორმის ფარგლებში.

ალბუმინების გამრავლებას საფუძვლად უდევს ჰემატოგენური გენეზი, ხოლო გლობულინის მომატება მაჩვენებელია ნერვული ქსოვილის უშუალო რღვევისა.

ნორმალურ სითხეში კოფეციენტი ე. ი. გლობულინის შეფარდება ალბუმინის რაოდენობასთან შეადგენს  $\frac{1}{4}$  ე. ი. 0,25 % და მაჩვენებელია იმისა, რომ ალბუმინთა რაოდენობა ნორმაში ოთხჯერ უფრო სჭარბობს. ხსენებული პროპორცია (შეფარდება) სრულიად ირღვევა პათოლოგიურ შემთხვევაში გლობულინთა რაოდენობის მომატების ხაზით.

მენინგიტების დროს ცილის მომატება ხდება ალბუმინთა გამრავლების ხაზით, ხოლო პროგრესულ პარალიზის დროს გლობულინთა მომატების გზით.

როგორც ფსიქიატრიის, ისე ნევროპათოლოგიის კლანიკებში ცილათა შესწავლისას დიდ სამსახურს გვიწევს ნონე-აპელტის, ვეიხბროდტის და პანდის რეაქციები.

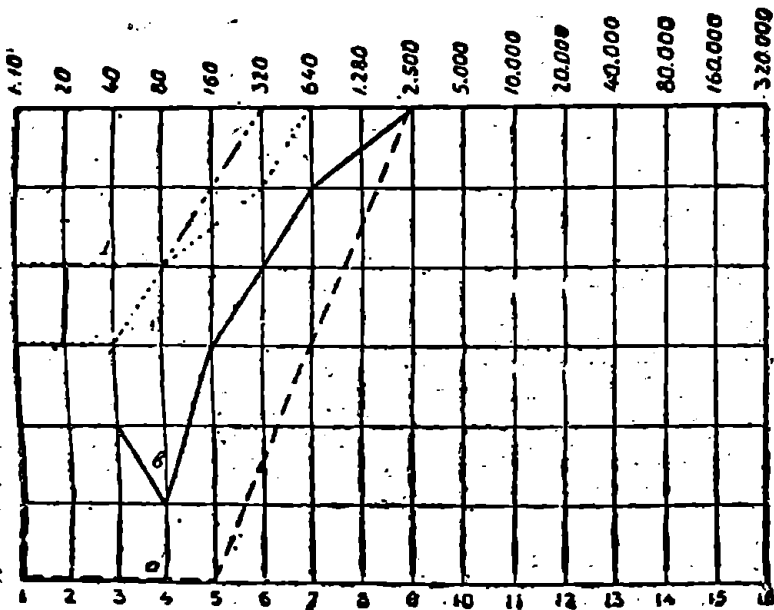
საინტერესოა აგრეთვე აღვნიშნოთ, რომ სითხეში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს შაქრის (ეპიდემიური ენცეფალიტები) და ქოლესტერინის მომატებას (შიზოფრენია, პროგრესული პარალიზი, არტერიოსკლეროზული და სენილური ფსიქოზები).

ცერებრო-სპინური სითხის შესწავლისას მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ვასერმანის რეაქციის გამოკვლევას.

სითხეში დადებითი ვასერმანი მიუთითებს იმაზე, რომ ადგილი აქვს ცენტრალური ნერვული სისტემის სიფილისურ დაავადებას; ამ მხრივ ლიტერატურამ იცის აგრეთვე გამოწვევისებები; მაგალითად: დადებითი ვასერმანი სითხეში ტობერკულოზური მენინგიტის დროს, ტვინის სიმსივნის (გლიომები) და პარტანტიანი ტიფის შემთხვევებში.

მეორეს მხრივ ვასერმანის რეაქცია შეიძლება იყოს სუსტად დადებითი, ან სრულიად უარყოფითი პროგრესული პარალიზის დროს. ჩვეულებრივად, უარყოფით ვასერმანს იძლევა აგრეთვე პროგრესული პარალიზის რემისიები. როგორც ვხედავთ, ზურგის ტვინის სითხეში უარყოფითი ვასერმანის არსებობა არ გამორიცხავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ლუესურ დაავადებას. აწერილია პათოლოგ-ანატომიურად დადასტურებული პროგრესული პარალიზის შემთხვევა, როდესაც ვასერმანი ყოფილა უარყოფითი, როგორც სითხეში, ისე სისხლში. როგორც ვხედავთ, ვასერმანის რეაქცია მსგავსად ყოველ რეაქციისა, არ წარმოადგენს აბსოლუტურად პათოგნომონურ ნიშანს და საბოლოო დიაგნოზის გამოსატანად საჭიროა პირველად ყოველისა დავეყრდნოთ თვით ავადმყოფობის კლინიკურ

სურათს. ვასერმანის რეაქციის შემდგომ დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ლანგეს მიერ მოწოდებულ ე. წ. „ოქროს რეაქციას“. ცენტრალური ნერვული სისტემის სიფილისური დაავადების სხვადასხვა შემთხვევებში, ადგილი აქვს ლანგეს მიერ მოწოდებული რეაქციის მეტად დამახასიათებელ და სპეციფიურ მსვლელობას.

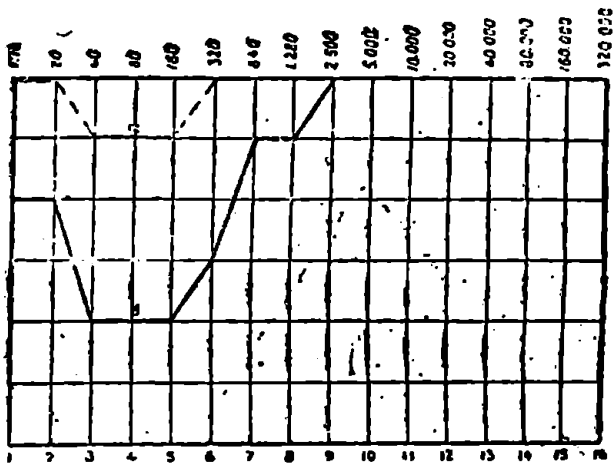


სურ. 25. ლანგეს რეაქცია. პარალიზური მრუდები: ა—ტიპური, ბ, ც, დ—აბორტული. (მოყვანილია გურგვიჩის-სერგეისკის სახელმძღვანელოდან).

მე-25 და მე-26 სურათზე წარმოდგენილია ლანგეს რეაქციის სხვადასხვა მრუდები.

ლანგეს რეაქცია ეკუთვნის კოლოიდურ რეაქციასა და ჯგუფს: ამ დროს იღებენ ქლოროვან ოქროს გარკვეულ ხსნარს და უმატებენ ცერებრო-სპინურ სითხეს სხვადასხვა რაოდენობით. პათოლო-

გიური სითხე სცელის კოლოიდური ოქროს ფერს, მაგალითად მუქი წითელი ფერი შეიძლება შეიცვალოს მოწითალო-იისფერად, ლურჯად, იისფერად, მკრთალ-ლურჯად და სხვ.



სურ. 26. ლ ა ნ გ ე ს რეაქცია. ა—სიფილისური წვეტი; ბ—თავის ტვინის სიფილისის მრუდი (მოყვანილია გ უ რ ე გ ი ჰ - ს ე რ ე ი ს კ ი ს სახელმძღვანელოდან).

**ფსიქიკურ ფუნქციებზე პათოლოგიაზე  
და ნანოკვლევების მეთოდები**

ფსიქოზთა შესწავლა გულისხმობს ავადმყოფობის ფსიქოპათოლოგიური სურათის დეტალურად გაცნობას და გამოკვლევას. ფსიქიკურ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია მეტად რთული და მრავალფეროვანია. ერთხელობრივი (ანუ ორდინარული) გამოკვლევა ვერ ამოსწურავს ავადმყოფის განცდებს, მის სურვილთა და ქცევათა ნოტივებს. საჭიროა სისტემატური, მუდმივი და ხანგრძლივი დაკვირვება; საჭიროა ავადმყოფი პიროვნების შესწავლა დინამიკურ ჩრილში. დაკვირვება და აღწერა ანუ კლინიკური ფენომენოლოგია წარმოადგენს მთავარ და ძირითად გზას ფსიქიატრის მუშაობაში. ფსიქიკური პროცესები არ არსებობს განცალკევებულად; ყოველი ფსიქიკური აქტი პიროვნების მთლიანი რეაქციის შედეგია.

ცდა, რომ სულიერი მოქმედება დაყოფილ იქნეს ცალკეულ სფეროებად, მაგალითად გონებრივ ანუ ინტელექტურ სფეროდ, გრძნობითი ანუ ემოციურ (სულიერი განცდები, გუნებ-განწყობა, თეოტგრძნობა) და ნებნითი სფეროდ (სურვილები, ლტოლვები, მოქმედებანი და ქცევანი), სრულიად სქემურია, ხელოვნური და არ შეიძლება ჩაითვალოს მართებულად. სულიერი მოქმედების ცალკეულ სფეროებად დაყოფა განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს პათოლოგიურ მასალაზე. უკანასკნელ შემთხვევაში ზიანდება რამდენიმე სფერო ერთად და ამიტომ ხანდახან სრულიად შეუძლებელია გამორკვევა; თუ რომელი სფერო უფრო არის დაზიანებული.

სწორი და მართებული იქნება სფეროების ნაცვლად დაკვირვების და კვლევის საგნად ავილოთ სხვადასხვა ფსიქიკური პროცესი; ხოლო ამასთან ერთად გვახსოვდეს, რომ ყოველთვის ცალკეული ფსიქიკური პროცესი განხილულ უნდა იყოს სხვა პროცესებთან და ადამიანის მთლიან პიროვნებასთან ერთად.

არ შეიძლება ჩაითვალოს აგრეთვე დამაკმაყოფილებლად ზოგიერთი ავტორის ცდა, რომ ფსიქიკური მოქმედება წარმოადგენი-



ლი იყოს რეფლექსური, უფრო ზუსტად რომ გამოვსატევათ, ფსიქორეფლექსური რეაქციის სახით.

ამასთან ერთად, ფსიქორეფლექსური რეაქციის ცალკე ნაწილებს უფარდებენ სხვადასხვა ფსიქიკურ ფუნქციებს.

ცენტროპეტალური ნაწილს აკუთვნებენ ფსიქონერვულ მოქმედებას, რომელიც დაკავშირებულია რეცეპტორათა მუშაობასთან და მიიმართება ცენტრალურ სისტემაში ამაველი, ადრინჯული გზებით; აქვე უნდა იყოს განხილული ტვინის ცენტროების მუშაობა, რომელიც ასდენს გარეგან მომავალ გაღიზიანებათა შიღებს და ლიფერენციაციას.

ცენტროფუგალური ნაწილს შეადგენს ეფექტორული ანუ ნებნითი ფუნქციები, ხოლო ფსიქორეფლექტორული წრის ცენტრალური ანუ ინტეგრირებელი ნაწილს აკუთვნებენ ინტრაფსიქიკურ პროცესებს (გონება, აზროვნება, კრიტიკა, მსჯელობა).

თავისთავად გასაგებია, რომ სულიერი პროცესების დაყვანა რეფლექსებამდე ყოველად დაუშვებელია და მიუღებელი.

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

## 1. ალჰმის კათოლოგია

### ა. შეგრძნება, წარმოდგენა, აღქმა (მიმღებლობა)

გრძნობათა ორგანოების გაღიზიანება (მაგალითად თვალის რეცეპტორისა—სინათლით, ყურისა—ბგერით და სხვ.) ცენტროპეტალური გზებით გადაეცემა დიდი ტვინის ქერქს, სადაც წარმოიშობა სრულიად გარკვეული ფიზიოლოგიური რეაქცია.

სხელებული ფიზიოლოგიური რეაქცია წარმოადგენს ყველაზე მარტივი გონებრივი აქტის, სახელდობრ, შეგრძნების საფუძველს.

შეგრძნება ყველაზე მარტივი გონებრივი პროცესია, მის გამოსაწვევად საჭიროა მგრძნობიარე ნერვების პერიფერიულ დაბოლოებათა ან შინაგანი ორგანოების მგრძნობიარე ნერვების გაღიზიანება. როგორც ვხედავთ, შეგრძნება სრულიად რეალური ფსიქიკური აქტია, ვინაიდან მის მისაღებად აუცილებელია გარკვეული რეალური გაღიზიანება.

ყოველ შეგრძნების განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული სამი მხარე: ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და ფსიქიკური. ფიზიკურ მხარეს შეადგენს მაგალითად: ბგერის ტალღები, რომლებიც უშუალოდ აღწევს ყურს და აღიზიანებს სმენის რეცეპტორს.

რაც შეეხება ფიზიოლოგიურ მხარეს, აქ მხედველობაში უნდა გვექონდეს აგზნებულობა, რომელიც მიიმართება პერიფერიიდან ცენტროსაკენ და იკრიფება ქერქის გარკვეულ უბანში; მხოლოდ ფსიქიკური მხარე ე. ი. შეგრძნება, როგორც ფსიქიკური პროცესი, შეადგენს უშუალოდ ორგანიზირებული მატერიისთვისებას. ერთხელ მიღებული შეგრძნება ადამიანისთვის უკვალოდ არ იკარგება; იგი ადამიანის ფსიქიკაში რჩება როგორც ფსიქიკური სახე ანუ წარმოდგენა. შეგრძნებასთან შედარებით, წარმოდგენა მოკლებულია რეალობას, სხეულოვანობას და მის გამოსაწვევად სრულიადაც არ არის საჭირო გრძნობათა ორგანოების უშუალო გაღიზიანება.

მაგრამ მდგომარეობა საგრძნობლად რთულდება, როდესაც შეგრძნებას თან დაყვება ოდესღაც მიღებული წარმოდგენა საგნის შესახებ; უკეთ რომ ვსთქვათ, როდესაც შეგრძნება შეზავებული არის წარმოდგენით.

უკანასკნელ შემთხვევაში შეგრძნების გამომწვევი საგანი უფრო ღრმად შეითვისება ანუ აღიქვება ჩვენს მიერ.

ამნაირად აღქმა (ანუ მიმღებლობა) წარმოადგენს რთულ ინტელექტურ აქტს, სრულიად რეალურს, ობიექტურს და სხეულოვანს. აღქმისათვის აუცილებლად საჭიროა გამაღიზიანებელი საგნის არსებობა.

ადამიანი აღქმას ახდენს არა პასიურად, მექანიკურად, ფოტოგრაფიული სიზუსტით, არამედ შეგნებულად, ამორჩევით, თანახმად პირადი განწყობისა და ინტერესისა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ აღქმა წარმოადგენს მთლიან აქტს. ადამიანის სოციალურ-ისტორიული გამოცდილება აღქმას აძლევს მიმართულებას, ფორმულირებას და აგრეთვე შეგნებული ფსიქიკური პროცესების ხასიათს.

აღქმაში მოცემულია დიალექტიკური ერთიანობა სუბიექტურისა და ობიექტურის, შინაგანისა და გარეგანის. აღქმა არ განისაზღვრება მხოლოდ გარედან მომავალი გაღიზიანებით, აქ მნიშვნელობა აქვს ადამიანის შინაგან მზადყოფნას და მის ფსიქიკურ განწყობას.

სულით ავადმყოფობათა დროს აღქმა განიცდის სხვადასხვანაირი მშლილობას.

აღწერენ მეტად საინტერესო მდგომარეობას, როდესაც მხედველობითი სურათები უშუალოდ აღქმის შემდგომ კიდევ კარგა ხანს სტოვეს თავის სიცხოველეს და სხეულოვანობას. ხსენებული მოვლენა ცნობილია ეიდიტიზმის სახელით და მას ვსვდებით როგორც ბავშვთა (ნორმალური ფიზიოლოგიური მოვლენა), ისე მოზრდილთა (ნევროტიკთა) შორის.

## ბ. აგნოზიები

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, აღქმა რთული ინტელექტური აქტია, რომლის დროსაც ხდება გარემოს არა მშრალი და სქემური ფოტოგრაფირება, არამედ მისი შეგნებული ათვისება.

არაა საკმარისი გვესმოლდეს მხოლოდ ბგერა, ან ბგერათა კომპლექსი; საჭიროა გავერკვეთ თვით ბგერის ხასიათში, ბგერათა მელოდირობაში. ასევე არაა საკმარისი ვხედავდეთ საგანს, საჭიროა იგი შევიცნოთ, გავერკვეთ მასში.

აღქმის ისეთი შეცვლა, როდესაც საგანი შეიგრძნობა, მაგრამ ვერ ხდება მისი შეცნობა ე. ი. როდესაც ხდება შინაარსს და დანიშნულებას მოკლებული შეგრძნება, ცნობილია აგნოზიის სახელწოდებით.

ამნაირად აგნოზია შეადგენს აღქმის პათოლოგიური შეცვლის ერთ-ერთ სახეს და მაჩვენებელია გონებრივი მოქმედების უსაკმარისობისა. კლინიკურად მეტად საინტერესოა აგნოზიის შემდეგი სახეები: მხედველობის (ოპტიკური) აგნოზია ანუ სულიერი სიბრმავე, როდესაც ავადმყოფი ხედავს საგანს, მაგრამ ვერ ცნობს მას; საგანში რომ გავრკვევს, საჭიროა მას ხელით შეეხოს.

სმენის აგნოზია ანუ სულიერი სიყრუე, როდესაც ავადმყოფს ეყურება სიტყვა, მაგრამ არ ესმის მისი შინაარსი (სენსორული აფაზია), ან ესმის ბგერათა კომპლექსი, მაგრამ ვერ ვერკვევა მელოდიაში (სენსორული ამუზია).

ტაქტილური აგნოზია ანუ ასთეროგნოზია, როდესაც ავადმყოფს არ ძალუძს გამოიცნოს საგანი შეხებით.

შესაძლებელია ავადმყოფი ხედვით ან შეხებით გრძნობდეს თავისი სხეულის ნაწილებს, მაგრამ ვერ ვერკვეოდეს მათში, ვერ შეიცნობდეს მათ; აქ მხედველობაში გვაქვს ე. წ. თითის აგნოზია და აუტოტოპაგნოზია (იხილეთ ზევით, თავი ზესამე).

აგნოზიის მოვლენასთან საკმაოდ ახლოს სდგას ბაზინსკის მიერ აწერილი ფენომენი ანაზოგნოზიის სახელწოდებით.

დებით. (ავადმყოფი ვერ ერაკვევა თავისი სხეულის ნაწილის მდგომარეობაში, მაგალითად იგი სრულიად ვერა გრძნობს, რომ კიდური აქვს დადაბლებული); ხსენებული ფენომენის ერთ-ერთ სახეს შეადგენს ე. წ. ფ ა ნ ტ ო მ ი ს გ რ ძ ნ ო ბ ა, როდესაც ავადმყოფს გონია, რომ აქვს თავისი სხეულის არარსებული ნაწილი, მაგალითად ამპუტირებული კიდური და სხვ.

კლინიკურად ოპტიკურ აგნოზიებს ვხვდებით თხემის და კეთის მიდამოთა დაზიანების შემთხვევებში.

კ რ ო ლ ი, გ უ რ ე ვ ი ნ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი არჩევენ ოპტიკურ აგნოზიის შემდეგ სახეებს:

1. ლ ი ს ა უ ე რ ი ს ტ ი პ ი, ანუ საგანთა აგნოზია.

2. კ ო ლ პ ე რ ტ ი ს ტ ი პ ი, ანუ სიმულტანური აგნოზია: ავადმყოფი ჰხედავს ცალკეულ საგნებს, სურათებს, მაგრამ ვერ ერაკვევა სურათზე წარმოდგენილ პირთა მოქმედებაში.

3. პ ი კ ი ს მიერ აღწერილი მოხუცებულთა აპერცეპციულ სიბრმავე: ასეთი მოხუცებული ვერ ახდენს საგანზე თავისი მხედველობის ფიქსაციას და ამიტომ იგი ვერ შეიცნობს საგანს.

4. ნ ა წ ი ლ ო ბ რ ი ვ ი ო პ ტ ი კ უ რ ი ა გ ნ ო ზ ი ა: ავადმყოფები ვერ სცნობენ სხვადასხვა ფერს, ან ვერ ერაკვევიან დაწერილ რიცხვებში. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ჰხედავენ საგნებს, მაგრამ დაწერილის წაკითხვა სრულიად არ შეუძლიათ (ალექსია), ან წაკითხული სიტყვის აზრს ვერ იგებენ (ვერბალური აგნოზია); ან სრულიად ვერ სცნობენ ასოებს (ლიტერალური აგნოზია); ან ვერ სცნობენ ნოტებს (ოპტიკური აგნოზია) და სხვ.

## 10 გ. ფსიქო-სენსორული აშლილობანი

გრძნობის ორგანოთა საშუალებით მიღებული აღქმა საჭიროებს შემდგომ გადამუშავებას, ანალიზს და სინთეზს; საჭიროა მოხდეს აღქმის ცალკეულ აქტთა შეჯამება-ინტეგრაცია, მათი ზოგადი შეფასება, რომ ადამიანი მთლიანად და ჭეროვანად გაერკვეს გარემოში. ხსენებული მოვლენა წარმოადგენს უფრო რთულ ფსიქიკურ პროცესს, რომელსაც საფუძვლად უდევს მიმღებლობის აქტები და რომელიც ცნობილია ფ ს ი ქ ო - ს ე ნ ს ო რ უ ლ ო ფ უ ნ ქ ც ი ის სახელწოდებით.

ამნაირად, ფსიქო-სენსორული ფუნქცია წარმოადგენს აღქმითი პროცესების შემდგომ გაღრმავებას, რომელიც ხელს უწყობს საგანთა უფრო დეტალურ და ყოველმხრივ შეთვისებას.

ინტენსიური ტალღური ღარი ველთა და თხემის ქვედა ნაწილის დაზიანების შემთხვევებში ხშირად ადგილი აქვს ფსიქოსენსორული ფუნქციის აშლას.

**გ უ რ ე ვ ი ჩ ს და ს ვ რ ე ე ს კ ი ს** მოყავთ ცხიპის ნსო-რელი აშლილობის შემდეგი სახეები:

1. საკუთარი სხეულის სქემის დარღვევა: ავადმყოფები ვერ ერკვევიან თავიანთი სხეულისა და მისი ნაწილების მდგომარეობაში; ისინი აღიქვამენ უკვე არსებულ ამბუტირებულ კედლებს: მათ გონიათ, რომ სხეულის რომელიმე ნაწილი ან ძლიერ გაუდიდდათ და დაუძძიმდათ, ან, პირიქით, ძლიერ დაუპატარავდათ და შეუმსუბუქდათ. უკანასკნელი მდგომარეობა მოგვევინებს სხეულის ნაწილთა გაუკუღმართებულ, ერთგვარ ბოდვით აღქმას: და გვხვდება სისხლის ჩაქცევების, ტვინის სიმსივნეების, ეპილეფსიის, შიზოფრენიის და სხვა ორგანულ დაავადებათა დროს.

2. სივრცის აღქმის დარღვევა: ამ შემთხვევაში ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ უნარი გაერკვენ სივრცეში, მოახდინონ სივრცის სწორი განზომილება და ორიენტაცია მასში. ავადმყოფები საგანს ხედავენ არა იმ ადგილას, სადაც ის დევს, არამედ სხვა ადგილას (ობტიკური ალესთეზია), ან საგნებს ხედავენ უფრო ვადიდებულად ან შემცირებულად (მიკრო-და მაკროფსია), ან შესაძლებელია საგნები მათ ეჩვენებოდეთ მოშორებულად (პროფსია) ან მოახლოებულად.

აღნიშნული ფენომენი აღქმის (როგორც ვინებრივი პრაქტისის) გაუკუღმართობის შედეგია და ცხადია, არ შეიძლება ახსნილი იყოს მხოლოდ პერიფერიული აპარატის (რეტინოტორთა) მდგომარეობით.

3. დროის აღქმის გაუკუღმართება: ავადმყოფები ვერ ერკვევიან დროში ისევე, როგორც სივრცეში. მათ დაკარგული აქვთ დროის განზომილების და ფაქტთა თანამიმდევრად დალაგების უნარი. შესაძლებელია პირველად ნახული მათ აღიქვან უკვე ნახულ ნაცნობ და განცილებულ ფაქტად („უკვე ნახულის“ ფენომენი *deja vu*); ან, პირიქით, შესაძლებელია ცნობილ საგანში ვერ გაერკვიონ და მიიღონ არასდროს არნახულ ფაქტად („არასდროს არნახულის“ ფენომენი—*jamais vu*).

4. გარემო წრის დინამიურობის აღქმის დარღვევა: ავადმყოფები გარემოს აღიქვამენ, როგორც მყარ, უმოძრაო და უცნობ სამყაროს, ან შეიძლება დინამიურობის აღქმა გაუკუღმართებული იყოს შეზღუდვებულად; მაგალითად ავადმყოფებს ეჩვენებათ, რომ ყველაფერი მათ გარშემო განიცდის ქარიშხლისებურ ურთულს, მოძრაობას („ობტიკური ქარიშხლის“ ფენომენი).

ზემოთ ჩამოთვლილი ოთხი ფენომენი შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ ავადმყოფური ორი მდგომარეობის სახით: ერთ შემთხვევაში ავადმყოფებს აქვთ დარღვეული, გაუკუღმართებული საკუთარი სხეულის დეტალური და სრული აღქმის შესაძლებლობა; ხოლო მეორე შემთხვევაში ასევე გაუკუღმართებული არის გარემოს აღქმის, დროის და სივრცის სრული აღქმის და გაგების უნაჩიანობა. პირველი მდგომარეობა ფსიქოპათოლოგიაში ცნობილია დეპერსონალიზაციის სინდრომის, ხოლო მეორე მდგომარეობა—დერეალიზაციის სინდრომის სახით.

ფსიქო-სენსორული აშლილობანი, როგორც უურთულესი აღქმითი პროცესების გაუკუღმართება, მოგვაგონებს ბოდვითი იდეებს; ეს მაჩვენებელია, რომ როგორც ფსიქო-სენსორული ფუნქციების აშლა, ისე ბოდვითი იდეები შეადგენს ერთი და იგივე ფსიქიკური აპარატის ინტელექტური ანუ გონებრივი პროცესების პათოლოგიას.

#### დ. ილუზიები და მათი სახეები.

აღქმის გაუკუღმართების სახეებიდან ფსიქოპათოლოგიაში განსაკუთრებული კლინიკური ინტერესი აქვს: ილუზიებს და ჰალუსინაციებს.

ჯერ ისევ ძველი კლინიკისტები მიუთითებდნენ იმაზე, რომ ილუზიებს და ჰალუსინაციებს შორის არსებობს პრინციპული განსხვავება.

ილუზია შემცდარი აღქმაა; ჰალუსინაცია პირიქით, წარმოადგენს აღქმის ძირითად თვისობრივ გაუკუღმართებას, რომელიც შეუძლებელია შედარებულ იქნეს ფიზიოლოგიურ პროცესთან.

ილუზია ანუ ცრუ აღქმა წარმოადგენს ნორმალური პროცესის ერთგვარ კარიკატურას, რადგანაც ამ დროს არსებობს სამომდებო საგანი, მაგრამ მისი აღქმა სწარმოებს არაჯეროვანად, გაუკუღმართებულად, სინამდვილესთან სრულიად შეუსაბამოდ. მოვიყვანოთ მაგალითს: მინდორში, ვთქვათ, ძეძვის ბუჩქი დღისით ჩვენ მიერ აღიქმება ნორმულად, მაგრამ შებინდებისას, როდესაც უკვე ბუნდოვანად ვარჩევთ საგნებს, მით უმეტეს, თუ ამას თან სდევს შიში, რომელიმე გარეულ მხეცთან შეხვედრისა, შესაძლებელია ჩვეულებრივი ბუჩქი აღვიქვათ როგორც მგელი. მოყვანილ შემთხვევაში საგანი არსებობს, მაგრამ მისი აღქმა მოხდა არასწორად.

ვარჩევთ ილუზიის სამ სახეს: ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ილუზიის შემთხვევები.

ფიზიკური ილუზია სრულიად ნორმული მოვლენაა, აიხსნება ფიზიკაში ცნობილი კანონებით; მაგალითად: სწორი ჯოხი წყალში გვეჩვენება მოხრილად ან გატეხილად.

ფრად საინტერესოა „მხედველობითი ილუზიები“ გეომეტრიული ფიგურების განხილვისას, რომელსაც უწოდებენ „ნორმალურ შეცდომას“. სურათი 27 იძლევა გეომეტრიული ილუზიების მაგალითებს.

ფიზიოლოგიური ილუზიას საფუძვლად უდევს ადამიანის წინასწარი ემოციური განწყობა, ან ძილისმაგვარი არაფხიზელი მდგომარეობა (ბურანში ყოფნა), ან გრძნობათა ორგანოების სიმასვილის შესუსტება (ვთქვათ დაბინდების გამო). მაგალითად, თუ ჩვენ გრძნობითი დაძაფვრით ველით რომელიმე პირს, შესაძლებელია შევცდეთ და სრულიად უცხო ადამიანი მიმსგავსებით მივიღოთ ნაცნობ პიროვნებად; თუ ჭერ კიდევ ბურანში ვართ და ვერ გამოვერკვიეთ, შესაძლებელია ოთახის კუთხეში მოთაყვებული ნაბადი მივიღოთ ცოცხალ ადამიანად, რომელიც კედელთან ატუზულა.

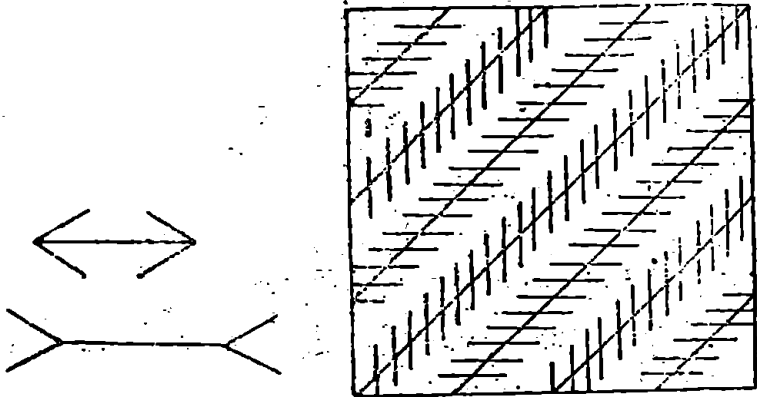
პათოლოგიური ილუზიის მაგალითებს ჩვენ ვხვდებით სულით ავადმყოფთა შორას.

ხშირად სულით ავადმყოფები (შიზოფრენიკები) მომვლელ პერსონალს აღიქვამენ სრულიად სხვა პირებად (მასლობლებად, ნათესალებად ან მტრებად); ექიმის ფანქარს ან სტეტოსკოპს აღიქვამენ, როგორც სასროლ იარაღს—რევოლვერს); წამალში, რომელსაც მათ აძლევენ, ისინი გრძნობენ რაღაც საწამლაეს; სხვის ინდიფერენტულ ლაპარაკს აღიქვამენ, როგორც ავადმყოფის საწინააღმდეგოდ მიმართულ დიალოგს და სხვ. მოყვანილი მაგალითები წარმოადგენს პათოლოგიურ-ილუზორული აღქმის შემთხვევებს და მათ საფუძვლად უფრო ავადმყოფთა ბოღვითი განწყობა უძევს—საგანთა და მოვლენათა ბოღვითი ახსნა-განმარტება-ინტერპრეტაცია.

ილუზიებს ხშირად ვხვდებით ციკლოფრენიის, ეპილეფსიის, თეთრი ცხელების და სხვა ავადმყოფობათა დროს.

უნდა აღინიშნოს, რომ მანიაკალურ ავადმყოფთა ილუზიები არ წარმოადგენს აღქმის ნამდვილ გაუქულმართებას და უფრო აიხსნება ავადმყოფთა თეატრალიზმით, ოხუნჯობით და ცელქობით.

ილუზიებთან ძლიერ ახლო დგას მოვლენა, რომელსაც უწოდებენ პარეილიას. ხსენებული ფენომენი გვხვდება როგორც ფიზიოლოგიურად, ისე სულით ავადმყოფთა შორის. ამ დროს სრულიად უბრალო სურათი, გადაჭარბებული ფანტაზიის გამო, შესაძლებელია აღქმულ იქნეს, როგორც არაჩვეულებრივი ლანდშაფტი.



სურ. 27 გეომეტრიულ-ოპტიკური ილუზიის მაგალითები. მოყვანილია ოსიპოვიტ.

მარცხნივ მოყვანილია ორი სწორი ხაზი, მაგრამ დამატებითი ხაზთა მოწინააღმდეგე მიმართულების გამო იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ეს ორი ხაზი არ არის თანაბარი სიგრძის, სახელდობრ, ზემო ხაზი თითქოს უფრო მოკლეა,

მარჯვნივ მოყვანილია პარალელური ხაზების რიგი, რომლებზედაც დადებულია მოკლე, სხვა მიმართულების მქონე ხაზები. იქმნება შთაბეჭდილება, რომ მთავარი ხაზები არაა პარალელური და ერთმანეთს უნდა შეხვდნენ.

### ე. პალუცინაციები, მათი სახეები და წარმოშობის თეორიები

პალუცინაცია აღქმის თვისობრივი გაუკუღმართებაა, რომლის დროსაც გარეგანი გამაღიზიანებელი ობიექტი არ არსებობს. პალუცინაცია არის უობიექტო აღქმა (ხედვა საგნისა, რომელიც სინამდვილეში არ არსებობს; ლაპარაკის სმენა ყოველგვარ ბგერათა გარეშე და სხვა).

რადგან ამ შემთხვევაში საგნები სინამდვილეში არ არსებობს, პალუცინაციური აღქმა ჩვენთვის არარეალურია, მაგრამ ავადმყოფისათვის, პირიქით, სრულიად რეალური და სხეულოვანი.



პალუცინაციები ავადმყოფთათვის იმდენად რეალური ვანც-  
დაა, რომ ავადმყოფები ახლენენ არარსებულ საგანთა პროექციას.  
ე. ი. საგნებს სახავენ ვარემოში (ავადმყოფი ზუსტად აღნიშნავს  
სად, რა მანძილზე არის მოთავსებული არარსებულ ობიექტი).  
ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი, შეპყრობილი სმენის პალუცინაციე-  
ბით, სრული დაჯერებით და რწმენით მოგვითხრობდა, რომ მას  
გარკვეულად და ნათლად ესმის სიმღერა ბათუმიდან; ავადმყოფს  
ხმები ესმოდა გარკვეულ საათებში, რომლის დროსაც მას აშკა-  
რად ეტყობოდა სმენის საორიენტაციო დაძაფრულობა (სმენის  
პოზა).

პალუცინაციები ხან რეალურ სურათებს მოგვაგონებს, ხოლო  
ხან მათ აქვთ საზარელი და თანტასტიკური შინაარსი (იხილეთ  
მე-28 სურათი).



სურ. 28. თანტასტიკური  
პალუცინაციური სურათი.  
დაზატულია თვით ავადმო-  
ფის მიერ. მოყვანილია  
გილიაროვსკით.

პალუცინაციები ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში ახა-  
სიათებთ შიზოფრენიკებს (სმენის და მხედველობის პალუცინა-  
ციები).

შეცვლილი ცნობიერების დროს არსებული პალუცინაციები  
თავისი ხასიათით უფრო მოგვაგონებს ჯანმრთელ ადამიანთა სიზმ-  
რებს. ხსენებული პალუცინაციები ცნობილია ჰ ი პ ნ ო გ ო გ ი უ -  
რ ი. პალუცინაციების სახელწოდებით და ხშირად გვხვდება ალ-  
კოპოლიკთა შორის.

ჰიპნოზოგოგიური ჰალუცინაციები შესაძლებელია წარმოიქმნას ჰურანში გადასვლის დროს, ძილის წინ.

ჰალუცინაციები პრინციპულად განსხვავდება როგორც წარმოდგენიდან, ისე წარმოსახვისაგან.

წარმოდგენა სუფთა ფსიქიკური პროცესია და მოკლებულია რეალობას და სხეულოვანებას, ჰალუცინაცია კი პირიქით.

წარმოსახვის დროს აღგილი აქვს შინაგანი მუშაობის გრძნობას, ხოლო ჰალუცინაციები მოკლებულია ასეთი შინაგანი დაძაბულ მუშაობის გრძნობას.

ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში შიზოფრენიკთა შორის ხშირად ვხვდებით ე. წ. ფსევდოჰალუცინაციებს, ანუ კანდინსკის ჰალუცინაციებს და ფსიქიკურ ჰალუცინაციებს.

ფსევდოჰალუცინაციები კანდინსკისა მოგვაგონებს ჩვეულებრივ ჰალუცინაციებს თავიანთი სიცხოველით და განცდის ინტენსიობით; მათი პროექცია გარემოში არ ხდება.

ფსიქიკური ჰალუცინაციები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც გაინტენსივებული წარმოდგენები; ეს უკანასკნელი ნამდვილ წარმოდგენებიდან განსხვავდება იმით, რომ ამ დროს არ არსებობს შინაგანი მუშაობის გრძნობა.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს აქვს ჰალუცინაციები, მაგრამ აბსოლუტურად არ არის დარწმუნებული მასში.

ავადმყოფი გამოხატავს იქვს, რომ შესაძლებელია ჰალუცინაციები იყოს მოჩვენება; ხსენებული ჰალუცინაციები ლიტერატურაში ცნობილია როგორც ჰალუცინოიდები.

ჰალუცინაცია პათოფსიქოლოგიურად ფრიად საინტერესოა, მაგრამ ამავე დროს მეტად რთული და მრავალფეროვანი.

ორგანულ დაავადებათა შემთხვევებში (მაგალითად დიდი ტონის სიმსივნეები და სხვა) რღვევითი, დეგენერაციულ პროცესში ხშირად ჩართულია ქერქისაკენ მიმავალი მგრძნობიარე გზები, როგორც მაგალითად სმენის ან მხედველობის გაღიზიანებათა გამტარი ბოჭკოები. აღნიშნული დეგენერაციული პროცესი აღიზიანებს რა მგრძნობიარე ბოჭკოებს, იძლევა სხვადასხვა შეგრძნებებს; მაგალითად შესაძლებელია ავადმყოფს ჰქონდეს სინათლის ან ფერის შეგრძნება (ფოტოფსია), ან შესაძლებელია გამუდმებით ესმოდეს გაურკვეველი ხმაურობა და ბგერები (აკოაზმა).

ფოტოპსიქიკის, აკოაზმების და სხვა ანალოგიურ მოვლენებს ავტორები განიხილავენ როგორც ელემენტარულ ჰალუცინაციებს.

უნდა ხაზგასმით იყოს აღნიშნული, რომ ელემენტარულ შეგრძნებათა და ჰალუცინაციათა გაიგივება არაა სწორი, რადგანაც

აკოზმები და ფოტოფსიები წარმოადგენენ უფრო ფსიქო-ერ-  
ვულ პროცესს, ჰალუცინაციები კი თავის ბუნებით შეად-  
გენენ მეტად რთულ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენს.

გრძნობათა ორგანოების მიხედვით კი განარჩევენ სმენის,  
მხედველობის, გემოვნების, ყნოსვის და შე-  
ხების (ტაქტილურ) ჰალუცინაციებს.

ჩამოთვლილი სახეების გარდა აღწერენ ექსტრაქამპი-  
ნურ (ამ დროს ავადმყოფები ნათლად სედავენ, თუ რა ხდება მათ  
ზურგს უკან) და ვესტიბულარულ (აშლილია წონასწორო-  
ბის გრძნობა, ავადმყოფები აშკარად განიცდიან, რომ ვარდებიან,  
მათ თავზე ეცემათ ქერი და სხვა) ჰალუცინაციებს.

ჰალუცინაციათა ყოველ სახეს აქვს მეტად მრავალგვარი და  
მრავალფეროვანი შინაარსი და გამოხატულება. ჰალუცინაციები  
შესაძლებელია იყოს სასიამოვნო ან უსიამოვნო ტონის.

სასიამოვნო ან ინდიფერენტული ჰალუცინაციების დროს  
ავადმყოფები არ განიცდიან რაიმე ცუდ გრძნობებს, მაგალითად  
ისინი უცქერიან და უსმენენ, როგორც კინოს მაყურებელი პირები.

ავადმყოფთა მდგომარეობა სრულიად იცვლება, როდესაც ჰა-  
ლუცინაციებს აქვთ აშკარა უარყოფითი ტონი და თავისი შინაარ-  
სით შემზარავი არიან. გილიაროვსკის მოპყავს შემთხვევა,  
როდესაც ავადმყოფი ხედავდა, რომ მისი სხეული აქუწულია და  
ქვაბში იხარშება. ერთ-ერთ ჩვენ ავადმყოფთაგანს ფსიქოზი დაეწ-  
ყო უსაშინელესი აგზნებით და თვითმკვლელობის აქტის ცდით,  
ვინაიდან მას უცებ გაუგია, რომ იგი დაიღუპება, ხოლო მისი  
მახლობლები და მთელი ოჯახი უკვე დაღუპულია.

საშუალო ასაკის, მეტად მორალურ და დარბაისელ მანდილო-  
სანს ესმოდა ძლიერ არასასიამოვნო ლაპარაკი: იგი არის ცუდი  
ყოფაქცევის ქალი და შეპყრობილია ათაშანგით; ეს ხმები საშინ-  
ლად აწუხებდა მას და ავადმყოფი დაქინებით მოითხოვდა დახმა-  
რებას, რომ როგორმე გაგვენთავისუფლებინა ამ მძიმე მდგომარე-  
ობიდან.

ჩვენს კლინიკაში იწვა თეთრი ცხელებით შეპყრობილი ავად-  
მყოფი, რომელსაც ჰქონდა მხედველობის და ტაქტილური ჰალუ-  
ცინაციები; ავადმყოფი აშკარად ხედავდა, რომ მისკენ მიტოცავს  
მომწვანო ფერის დიდი გველი, რომელიც შემდეგ ეხვევა ყელზე  
და ახრჩობს მას.

სრულიად გასაგებია, რომ ასეთი უსიამოვნო და შესაზარავი  
განცდები სცვლის ავადმყოფების როგორც გუნებ-განწყობას, ისე

მათ ქვეყანას ავადმყოფები მიიღიან ავსენებაში და ცდილობენ განთავისუფლდნენ არასასიამოვნო და მძიმე მდგომარეობიდან.

ხშირად ჰალუცინაციებს (მაგალითად სმენის ჰალუცინაციას) აქვს ბ რ ძ ა ნ ე ბ ი თ ი ა ნ უ ი მ პ ე რ ა ტ ი უ ლ ი ხასიათი; ავადმყოფს უბრძანებენ და იგი ვალდებულია შეასრულოს. ერთ-ერთმა ჩვენმა ავადმყოფმა სცადა გამოემტვრია ფანჯარა და გადამხტარიყო, რადგანაც მან მიიღო ბრძანება სხვა ადამიანიდან და იგი იძულებულია დაემორჩილოს იმ ადამიანის სიტყვიერ განკარგულებას.

ზოგჯერ იმის დროს აწერილია მეტად თავისებური სმენითი ჰალუცინაციები: ავადმყოფის კოველ აზრს ვიღაცა იმეორებს, იქმნება ისეთი მდგომარეობა, თითქოს ვიღაცა უსმენს, უთვალთვალავს ავადმყოფის აზრთა სვლას და მაშინვე იმეორებს მას; ხსენებულ ფენომენს უწოდებენ აზრთა გახმოვანებას (ანუ ხმოვან აზრებს).

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ჰალუცინაციები წარმოადგენს ენდოგენურად, შინაგანად წარმოშობილ პროცესს. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ჰალუცინაცია იწყება ან ძლიერდება რაიმე გარეშე გამაღიზიანებელ მომენტთან დაკავშირებით. ერთ შინაგონურ სმენის ჰალუცინაცია ეწყებოდა კამერტონის ხმაზე და ესპობოდა კამერტონის ხმის შეწყვეტისას.

როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში ჰალუცინაცია დაკავშირებულია გარედან მომავალ გაღიზიანებასთან და განისაზღვრება ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობით. აღნიშნულ ჰალუცინაციებს უწოდებენ „ფუნქციურ ჰალუცინაციებს“.

ზოგიერთი ავადმყოფი თავისუფლად მოგვითხრობს თავისი ჰალუცინაციების შესახებ, ზოგი კი მალავს, დისიმულაციას ახდენს.

ჰალუცინაციათა შესასწავლად საჭიროა ავადმყოფთა კლინიკური დაკვირვება და აგრეთვე სპეციალური ხერხის ხმარება (იხილეთ ქვემოთ). საჭიროა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ჰალუცინაციის არსებობას არ შეუძლია გადასწყვეტოს საკითხი გვაქვს სულთ ავადმყოფობა თუ არა. ფსიქოზის დიაგნოზის დასამუდამად აუცილებლად საჭიროა ჰალუცინაციებთან ერთად არსებობდეს აგრეთვე სხვა ფსიქოპათოლოგიური ნიშნები.

ჰალუცინაციები შესაძლებელია მივიღოთ ხელოვნურად, შთაგონების გზით; მაგალითად, ჰიპნოზურ მდგომარეობაში შეიძლება შთავაგონოთ საცდელ პირს, რომ იგი ხედავს სხვადასხვა სურათს,

ვსმის ლაპარაკი და სხვ; შეიძლება აგრეთვე წითავაგონოთ, რომ აღარ არის სინამდვილეში არსებული საგნები (უარყოფითი პალუცინაციებია).

სულით ავადმყოფობათა სხვადასხვა შემთხვევებში ვხვდებით სულ სხვადასხვა სახის და შინაარსის პალუცინაციებს, ამიტომ ფსიქონათა კლინიკურ მიმდინარეობაში მათ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს. პალუცინაციები წარმოადგენს მეტად ნოყიერ და მდიდარ პლასტიკურ მასალას, რომელიც ხელს უწყობს ფსიქონათის კლინიკური სურათის გამოკვეთას, მის სტრუქტურას (ო ს ი პ ო ვ ი).

შ ი ს ო ფ რ ე ნ ი ა ს ახსიათებს სმენითი და ტაქტილური პალუცინაციები. ინტოქსიკაციები იძლევა უხვ და პოლიმორფულ პალუცინაციებს.

ა ლ კ ო პ ო ლ უ რ ი ინ ტ ო ქ ს ი კ ა ც ი ი ს დროს (თეთრი ცხელება) ვხვდებით სხვადასხვა სახის პალუცინაციებს და მათ კომბინაციებს.

კ ო კ ა ი ნ ი ზ მ ი უხვად იძლევა მხედველობითი პალუცინაციებს; მეტად დამახასიათებელია ამ დროს ტაქტილური პალუცინაციებიც: ავადმყოფი გრძნობს კანქვეშ ქაეილს და ქიების ცოცვას.

მ ე ლ ა ნ ქ ო ლ ი უ რ ა ნ უ დ ე პ რ ე ს ი უ ლ, ანუ დაბოღმანებულ მდგომარეობაში ასწერენ უარყოფითი ტონის სმენის პალუცინაციებს; ავადმყოფებს ესმით, რომ ისინი დამნაშავენი არიან და სხვა. ამ შემთხვევაში, პალუცინაციათა შინაარსი გამოხატავს ავადმყოფთა ძირითად გუნებ-განწყობას.

პ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ა თ ა გ ა მ ო ს ა კ ვ ლ ე ვ ა დ არსებობს ორგვარი გზა: ს უ ბ ი ე ქ ტ უ რ ი (ავადმყოფის გამოკითხვა) და ო ბ ი ე ქ ტ უ რ ი (დაკვირვება და ავადმყოფთა უშუალო ექსპერიმენტული გამოკვლევა).

სუბიექტური გზა ყოველთვის არ იძლევა შედეგს, რადგანაც ავადმყოფები ხშირად მალავენ პალუცინაციებს (ახლენენ დისიმულაციას), ან იჩენენ წინააღმდეგობას და შეკითხვებზე სრულიად არ გვიპასუხებენ.

მეტი კლინიკური ღირებულება აქვს პალუცინაციათა ო ბ ი ე ქ ტ უ რ ნ ი შ ნ ე ბ ს (ავადმყოფთა ქცევა, რეაქციები, საორიენტაციო დაძაბულობა); ავადმყოფები ვიდაცას ელაპარაკებიან, აწარმოებენ. ექსტიულაციას, ლაპარაკს აქვს უფრო დიალოგის ხასიათი. უსიამოვნო ხმების დროს ავადმყოფები ყურებში ბამბას იკეთებენ; აგრეთვე აწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ყურებში ბამბას ხმარობენ არამც თუ უსიამოვნო ხმების გამო, არამედ სასიამოვნო პალუცინაციების გასაძლიერებლად.

ერთ-ერთ ჩვენ შიზოფრენიკს ცხვირის ნესტოები მუდამ ბამბით ჰქონდა გავსებული; ამით იგი სცილილობდა უსიამოვნო, მყარალი სუნის მოშორებას. მეორე ავადმყოფს აგრეთვე შიზოფრენიკს, პირი ჩვრებით ჰქონდა გავსებული, რომ როგორმე თავი დაეღწია გამოცნების ჰალუცინაციებიდან.

შესაძლებელია ჰალუცინაციათა პროვოკაცია მოეხდინოთ ხელოვნურად.

თეთრი ცხელების მქონე ავადმყოფებს მიდრეკილება აქვთ ჰალუცინაციებისადმი. ამიტომ ასეთ ავადმყოფთა თვალის კაკლებზე რომ თითი დავაჭიროთ და შევეკითხოთ ავადმყოფს, თუ რას ხედავს იგი (ხედავს თუ არა რაიმე ცხოველებს), მივიღებთ სრულიად გარკვეულ დადებით პასუხს; ავადმყოფი გვეტყვის, რომ იგი ხედავს სხვადასხვა საგნებს, რომ იგი ხედავს გაჭენებულ ცხენს და სხვა (ლიპმანი ს ცდა). შეიძლება ავადმყოფის თვალწინ, დავიჭიროთ სუფთა თეთრი ქალაღი და შევეკითხოთ, ხედავს თუ არა რამეს, რაზედაც მივიღებთ დადებით პასუხს.

შესაძლებელია ავადმყოფებს მივცეთ საერთო ქსელიდან გამოთიშული ტელეფონის მილი. ავადმყოფები ამ გამოთიშული მილით ისე აწარმოებენ საუბარს, თითქოს სინამდვილეში მათ ვინმე ელაპარაკებოდეს.

ალკოჰოლური ფსიქოზის დროს შეიძლება აგრეთვე ტაქტიური ჰალუცინაციის შთაგონება. მაგალითად, თუ ავადმყოფს თითები მოუხარეთ და ვკითხეთ, რა აქვს მუშტში ჩადებული, შეიძლება მივიღოთ დადებითი პასუხი, რომ მას მუშტში აქვს რაიმე საგანი.

ჰალუცინაციების წარმოშობის თეორიები. ჰალუცინაციები წარმოადგენს ფრიად რთულ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენს, რომლის ბუნება, მიზეზები და განვითარების მექანიზმები ჯერ კიდევ ბურუსით არის მოცული.

ერთი შეიძლება ითქვას გადაჭრით, რომ შეუძლებელია ჰალუცინაცია დაყვანილი იყოს ფსიქორეფლექსური რკალის რომელიმე ნაწილის გაუკუღმართებაზე. ფსიქოზების დროს არსებული ჰალუცინაციები მაჩვენებელია ფსიქიკური აპარატის მთლიანად არასწორ მუშაობისა.

ჰალუცინაციები, როგორც აღქმის პათოლოგია, ერთ შემთხვევაში შესაძლებელია დამოკიდებული იყოს ინტელექტური, ანუ გონებრივი სფეროს პირველად გაუკუღმართებაზე, მეორე შემთხვევაში—აფექტურ ემოციურ წინასწარ განწყობაზე, ხოლო მესამე შემთხვევაში გამოწვეული იყოს ცნობიერების ჰიპოტონიით.

მოდუნებით, ერთგვარი ძილისმაგვარი მდგომარეობით (ბურანში-  
ყოფნით).

ჰალუცინაციათა წარმოშობის თეორიები შესაძლებელია დაე-  
წოთ ორ ჯგუფად: პერიფერიული და ცენტრალური თეორიები.

პერიფერიული თეორიის წარმომადგენლები ჰა-  
ლუცინაციათა მიზეზად სთვლიან პერიფერიულ ორგანოთა და-  
ზიანებას, მაგალითად: მხედველობის ჰალუცინაციას მიაწერენ  
თვალის რეცეპტორის დაზიანებას. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც  
პერიფერიული გამაღიზიანებელი მომენტის მოშორების შემ-  
დგომ ჰალუცინაციები სრულიად გამქრალა.

პერიფერიული თეორია, ცხადია, ვერ ამოსწურავს ჰალუცინა-  
ციათა წარმოშობის მექანიზმებს; იგი მეტად მარტივი და მექანი-  
სტურია, ცნობილია პერიფერიულ ორგანოთა დაზიანების უამრავი  
შემთხვევა, ჰალუცინაციები კი გვხვდება სრულიად გარკვეულ  
ავადმყოფთა შორის; გარდა ამისა, აწერილია ჰალუცინაციები  
გრძნობათა ორგანოების სრული გამოვარდნისას, მაგალითად მხედ-  
ველობის ჰალუცინაცია—სრული სიბრმავის, ან სმენის ჰალუცინა-  
ცია—სრული სიყრუის დროს.

ცენტრალური თეორია თავის მხრივ წარმოდგე-  
ნილია ორი მიმართულებით:

1. ქერქქვეშა კვანძთა ანუ მეინერტის თეორია და
2. ქერქული თეორია.

მეინერტი ჰალუცინაციათა ანატომიურ სუბსტრატად  
სთვლის ქერქქვეშა კვანძებს. მისი აზრით, ჰალუცინაციების დროს  
ადგილი აქვს ქერქქვეშა კვანძთა ჰიპერემიას და ამის ნიადაგზე  
ჰიპერფუნქციას; ხოლო ქერქი, პირიქით, განიცდის ანემიას, ფუნქ-  
ციურ მოდუნებას და ამიტომ ვერ უწევს კონტროლს ქერქქვეშა  
კვანძთა მუშაობას.

მეინერტის თეორია საინტერესოა იმ მხრივ, რომ ავტორი  
სდვას ბუნებისმეტყველურ პოზიციებზე და ცდილობს ჰალუცინა-  
ციათა ასახსნელად გამოიყენოს ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მო-  
მენტები. ამასთან ერთად მეინერტის თეორია სქემური და  
მექანიკურია; იგი ვერ ხსნის ჰალუცინაციათა რთულ ფსიქოპა-  
თოლოგიურ ბუნებას. ყოველი რთული ფსიქიკური ფენომენი, იქ-  
ნება იგი ნორმალური თუ პათოლოგიური, შედგება ქერქის  
მთლიანი მუშაობისა და შეუძლებელია მათი დაყვანა ქერქქვეშა  
კვანძებამდე.

ქერქული თეორიის თანახმად ჰალუცინაციები შედე-  
გია ქერქულ კერათა ადგილობრივი გაღიზიანებისა, მათი გადაჭარ-  
ბებული მგრძნობიარობისა („ჰიპერესტეზია“). ხსენებული თეო-

რიაც ცხადია ვერ ამოსწურავს. ჰალუცინაციათა ბუნებას. გაუქულმართებული აღქმა, როგორცა ვსთქვით, ქერქის მთლიანი მუშაობის შედეგია და არა ცალკეულ კერათა ანუ ველთა გაღიზიანებისა. მით უფრო, რომ ცალკეული ველთა გაღიზიანება იძლევა არა ნამდვილ ჰალუცინაციებს, არამედ ელემენტარულ შეგრძნებებს, მაგალითად: მე-17-ე ველის (ყეფის მიდამო) გაღიზიანება იძლევა მხედველობის ჰალუცინაციას კი არა, არამედ სინათლის მარტივ შეგრძნებას (ფოტომას).

ბოლო დროს ავტორები აღწერენ მხედველობის ჰალუცინაციების შემთხვევებს ტვინის ფეხის დაზიანების შედეგად ე. წ. პედუნკულარულ ჰალუცინაციებს. სრულიად გასაგებია, რომ აღნიშნულ შემთხვევებში დაუშვებელია ჰალუცინაციათა ლოკალიზაცია ტვინის ფეხში.

ტვინის ფეხის დაზიანება დიდ ტვინში, კერძოდ ჰემისფეროთა ქერქში, იწვევს ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ ძვრებს, რასაც შესაძლებელია მოჰყვეს აღქმის გაუქულმართება.

## 2. მენსიერება, მისი პათოლოგია, აზლათა კლინიკური სახეები და გამოკვლევის მეთოდები

ადამიანის ინტელექტის, ანუ გონებრივი დონის შესწავლისას ერთ-ერთი მთავარი ადგილი უნდა დაეთმოს მეხსიერების ანუ მნეზიური ფუნქციების (მნემა ანუ მეხსიერება) გამოკვლევას.

მეხსიერება წარმოადგენს ფსიქიკის მთავარ მასალას, რომლის საშუალებითაც ხდება უამრავ ეპიზოდურ გაღიზიანებათა მიღება, შენახვა, ხელახალი გამოყენება (სარგებლობა) საქიროების დროს.

ადამიანი იხსომებს ფაქტებს, მომხდარ ამბებს; ერთი სიტყვით, მეხსიერების საშუალებით ადამიანი ამღიღრებს თავის პიროვნებას ფაქტიური მასალით, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ცოდნის ზრდას, ცოდნის ჩარჩოების გაფართოებას.

როგორც ყოველ ფსიქიკურ პროცესს, ისე მეხსიერებას აქვს თავისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური საფუძველი.

ორგანული პროცესები, რომლებიც იწვევს ტვინის ქერქის რღვევას, აგრეთვე მეხსიერების განადგურებასაც იწვევს. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ პროგრესული პარალიზი, რომელიც იწვევს მთლიანად გონებრივი სფეროს და მასთან ერთად მნეზიური ფუნქციების დაკნინებას.



ყოველი ფსიქიკური განცდა ადამიანის ტვინში სტოვებს თავის  
კვალს ანუ ენგოაძას, როგორც დროის გაშვებულაში თანდა-  
თანობით სუსტდება, მკრთალდება და შეიძლება სრულიად მოის-  
პოს.

ენგრამების ანუ მნეზიური ფუნქციების სიმტკიცე განისაზღვ-  
რება იმით, თუ რამდენად უშუალოდ იხინი (ასოციაციურად  
უკავშირდებიან) ადამიანისათვის უკვე კარგად ცნობილ სხვა წარ-  
მოდგენებს.

მეხსიერება სქემურად შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს  
სამი ფუნქციის სახით: დახსოვება, ანუ მიღებული შთაბეჭდილე-  
ბის შენარჩუნების უნარი ე. წ. ფიქსაცია, ფსიქიკურ განცდა-  
თა დაგროვების უნარი ანუ რეტენცია და ხელახალი გახსე-  
ნების უნარი ანუ რეპროდუქცია.

ფიქსაციის უნარზე დამოკიდებულია მეხსიერების (დახ-  
სოვების) სიმახვილე. რეტენცია განსაზღვრავს მეხსიერების  
მოცულობას; ხოლო რეპროდუქციაზე დამოკიდებულია  
მეხსიერების მთლიანი ინტენსიობა.

ფუნქციურად რეტენცია და რეპროდუქცია მკიდროდ არის  
ერთმანეთთან დაკავშირებული, მაგალითად შეუძლებელია რაიმე  
ფაქტის განახლება და გაცხოველება, თუ იგი არ იყო შენახული  
ფსიქიკურ აპარატში. ამიტომ პრაქტიკული მუშაობის დროს ჩვენ  
უჩერდებით ორი მნეზიური ფუნქციის გამოკვლევაზე, სახელობრ  
ფიქსაცია-რეპროდუქციის შესწავლაზე.

მეხსიერება რთული ფსიქიკური პროცესია და ამიტომ შეუძ-  
ლებელია მისი წარმოდგენა ცალკეული ენგრამების ან ასოცია-  
ციათა მექანიკური შეკავშირების სახით. ადამიანის მეხსიერება გა-  
ნისაზღვრება მისი პიროვნების ძირითადი მიმართულებით, აფექ-  
ტური განწყობით და ინტერესით.

ცდილობს თუ არა ალაიხი დიხსაძოს ესა თუ ის ფაქტი, ან  
ცდილობს თუ არა იგი გაიხსენოს გადატანილი ფსიქიკური განც-  
და,—აი რა მომენტები უწყობს ხელს მეხსიერების შესუსტებას  
თუ გაძლიერებას.

ამნიარად, მეხსიერება განხილული უნდა იყოს, როგორც  
მთლიანი ფსიქიკური აპარატის ფუნქცია: დიდი მნიშვნელობა აქვს  
ადამიანის ნებას, აფექტს, ცნობიერების მდგომარეობას. დახსოვ-  
ებისათვის საჭიროა ნათელი ცნობიერება; მაგრამ შესაძლოა ფსიქი-  
კურ კვალთა მიღება აგრეთვე არა ნათელი ცნობიერების მდგომარ-  
ეობაშიაც, მაგალითად: ძილში.

დახსოვების მეთოდის მიხედვით არჩევენ სამი ტიპის მეხსიე-  
რებას: მხედველობითი, სმენითი და მოტორული.

ერთი უფრო კარგად იხსომებს დანახულს და წაკითხულს (ოპტო-კური მეხსიერება), მეორე გაგონილს (აკუსტიკური მეხსიერება), ხოლო მესამე სიტყვით გამოვრებულს (მოტორული მეხსიერება). ჩვეულებრივად უფრო ვხედებით შერეული ტიპის მეხსიერებას.

გარდა ზემოხსენებულისა, შესაძლებელია გამოვყოთ მეხსიერების სხვადასხვა სახე, იმისდა მიხედვით, თუ რა მონაწილეობას იღებს დახსომების პროცესში თვით პიროვნება. ამ მხრივ არჩევენ მექანიკურ მეხსიერებას, აფექტურ მეხსიერებას, და ლოგიკურ ანუ ასოციაციურ-რაციონალურ მეხსიერებას. უკანასკნელის დროს გვაქვს უფრო მყარი, მდიდარი და ძლიერი აზრით და შეგნებით გამსჭვალული მეხსიერება.

ინდივიდუარი ანუ ონტოგენეზური განვითარების მანძილზე იცვლება მეხსიერების მრუდი, რომელიც მაქსიმალურ წერტილს აღწევს დაახლოებით 25 წლის ასაკში, შემდეგ რჩება ერთ დონეზე, ხოლო ინვოლუციური და მოხუცებულობითი ასაკის მოახლოებისას მეხსიერება განიცდის შესუსტებას.

ფაქტთა დავიწყება ხდება მეხსიერების უკუგანვითარების კანონის მიხედვით, რომელიც მოწოდებული იყო რიბოს მიერ დაცნობილია ამავე ავტორის სახელწოდებით.

თანახმად ხსენებული კანონისა, ფაქტთა დავიწყება ხდება აწმყოდან წარსულის მიმართულებით ე. ი. ყველაზედ ძველი და აფექტურად შეფარდებული ძირითადი ფაქტები ისპობა ყველაზე მოგვიანებით.

მეხსიერების შეცვლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში.

არჩევენ მეხსიერების რაოდენობითი (ჰიპერმნეზია, ჰიპომნეზია) და თვისებითი (ამნეზია, პარამნეზია) ცვლილებებს.

ჰიპერმნეზიას ანუ გადატანილ ფსიქიკურ განცდათა გამახვილებულ განხენებას (გარეგნულად მეხსიერების აწევა, გაძლიერება) ადგილი აქვს ინფექცია-ინტოქსიკაციების დროს. უკანასკნელ შემთხვევებში მაღალი ტემპერატურის და გაძლიერებული სისხლის მიმოქცევის გამო ავადმყოფები იმყოფებიან აწეულ ანუ ეიფორიულ მდგომარეობაში და ადვილად იხსენებენ სხვადასხვა ამბებს. ჰიპერმნეზიური მდგომარეობას ვხედებით აგრეთვე ბანგის მიცემის დროს (აგზნების პერიოდში).

ფიზიოლოგიურად ჰიპერმნეზიას იჩენენ ე. წ. ფენომენური მთვლელები, მეტად საინტერესოა, რომ ხსენებულ პირთ გადაჭარ-

ბებულები მესხიერება აქვთ ერთი გარკვეული მიმართულებით (ნაწილობრივი ჰიპერმენჯია); ხშირად ასეთი გენიალური მთვლელები თვლის გარეშე არ იჩენენ მესხიერების რაიმე განსაკუთრებულებას და ზოგადი გონებრივი განვითარებით არ სცილდებიან საშუალო დონეს.

ლიტერატურაში აწერილია ფენომენური პოლიგლოტი, რომელსაც სცოდნია ზედმიწევნით კარგად 40 ენა; ენები შეუსწავლია თავისთავად; იგი ლაპარაკობდა თურმე უუძველეს ენებზე (მაგალითად სანსკრიტულად, ასურულად, ბაბილონურად და სხვ.). ხსენებულ პირს მთელი თავისი სიცოცხლე გაუტარებია ერთ ქალაქში და ენათა ცოდნის გარეშე არა ყოფილა არაფრით შესამჩნევი.

ჰიპერმენჯიას აღნიშნავენ ისტერიული აგზნების, ციკლოფრენიული ხასიათის ჰიპომანიაკალურ მდგომარეობის და აგრეთვე ჰიპნოზის დროს. როგორცა სჩანს, ჰიპნოზური მდგომარეობა ხელს უწყობს განცდილ შთაბეჭდილებათა ხელახლად განმეორებას.

ჰ ი პ ო მ ნ ე ზ ი ა ს ანუ მესხიერების შესუსტებას ვხვდებით ხაერთო მოქანცულობის დროს. სომატიური ავადმყოფობით გამოწვეულ სისუსტეს თან სდევს აგრეთვე ზოგადი ფსიქიკური ასთენია მესხიერების შესუსტებით. სხვადასხვა რაოდენობით გამოხატულ ჰიპომენჯიას ვხვდებით თანდაყოლილი ანუ ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის შემთხვევებში.

დიდი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს ა მ ნ ე ზ ი ე ბ ს.

ტერმინი ამნეზია ნიშნავს მესხიერების არ არსებობას, უქონლობას: ა-მ ნ ე ზ ი ა. ამნეზიის დროს ადგილი აქვს მესხიერების აშლას გარკვეული დროის ფაქტების მიმართ, ანუ სხვაგვარად რომ გამოვსთქვათ, ამნეზია არის უკვე ყოფილ სხვადასხვა ფაქტთა რეპროდუქციის (ხელახალი გახსენების) უნარის მოსპობა.

ამნეზიის მოცულობა სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვაგვარია, მაგალითად შესაძლებელია შევხვდეთ როგორც მესხიერებას სულ უმნიშვნელო გამოვარდნის (აშლას), ისე სრულ, და მთლიანად ამნეზიის შემთხვევებს.

როგორც აღვნიშნეთ, მესხიერების აშლა ამნეზიების სახით უფრო ხშირად გონებრივი პროცესების დაკნინების მაჩვენებელია. მაგრამ ნამდვილ ამნეზიებს ე. ი. გარკვეული დროის მანძილზე გადატანილ განცდათა სრულ დავიწყებას ვხვდებით აგრეთვე ცნობიერების შეცვლის დროს; მაგალითად: ბინდისებრი ცნობიერების, დელიროზული მდგომარეობის და აგრეთვე ღრმა და მძიმე აფექტური მდგომარეობის დროს (აფექტური აბნევა).

მიზეზის მიხედვით ამნეზიები შეიძლება იყოს **ორგანული**, **ფუნქციური** და **ფსიქოგენური**.

**ორგანული ამნეზია** მყარი ამნეზიაა და აუცილებლივ მიუთითებს ინტელექტის შელახვაზე; გვხვდება პროგრესული პარალიზის, ტვინის ათაშანვის, მოხუცებულობითი ქუთასუსტობის და ტვინის უშუალოდ ტრავმული დაზიანების შემთხვევებში.

**ორგანულ ამნეზიას** საფუძვლად უდევს დიდი ტვინის ქერქის ძვეთრი განადგურება და შესაძლებელია გამოწვეული იყოს დიდი ტვინის ჰემისფერობის დაზიანებით სხვადასხვა უბნებში, როგორც მაგალითად ქვედა თხემის მიდამოში, კეფ-თხემის და საფეთქლის მიდამოებში.

**ფუნქციური ამნეზია** აიხსნება ყურადღების დაწევით, ვთქვათ დალილობის დროს; ამ შემთხვევაში ავადმყოფს არ ძალუძს დაძაბოს, მოიკრიფოს ფსიქიკური ძალღონე და გაიხსენოს ყოფილი ფაქტები.

**ფსიქოგენური ამნეზია** გამოწვეულია მეტად მძლავრი უსიამოვნო ფსიქიკური განცდით, ანუ ფსიქიკური ტრავმით. ფსიქოგენური ამნეზიის დროს ავადმყოფები იჩენენ განსაკუთრებულ მიზანდასახულებას და ივიწყებენ სრულიად გარკვეულ ფაქტებს; ამიტომ ფსიქოგენურ ამნეზიას განიხილავენ, როგორც **სისტემური ხასიათის მქონე ამნეზიას** (სისტემატური ამნეზია).

**ასათიანი აღწერს** ისტერიული ფსიქოზის მეტად საინტერესო შემთხვევას: დედა ვერ ეგუება ფაქტს, რომ მან დაკარგა უსაყვარლესი მწლის შვილი; ამ მძიმე ტრავმაზე მას ემართება ისტერიული ფსიქოზი. დედა აღიარებს, რომ მისი შვილი არ არის მკვდარი, ცოცხალია; მას მივიწყებული აქვს შვილის ავადმყოფობის და სიკვდილის პერიოდი; იგი ასე შერჩევით, **სისტემატურად** განდევნის არა სასურველ ფაქტს, იქცევა ისე, თითქოს ბავშვი ცოცხალი იყოს, მაგალითად დედა გამუდმებით გართულია ბავშვის სათამაშოებში და თამაშობს ბავშვთან ერთად.

ფსიქოგენური ანუ სისტემური ამნეზია თავისთავად ისობა კონფლიქტის ამოწურვასთან ერთად, ან ავადმყოფის სიტუაციის ძირიანად შეცვლის დროს, ან შესაძლებელია ის ხელოვნურად დარღვეული იყოს ჰიპნოზის საშუალებით.

კლანიკური გამოსახულების მიხედვით ვარჩევთ ამნეზიის შემდეგ სახეებს: 1. მთლიანი ანუ ტოტალური, 2. ნაწილობრივი ანუ პარციალური, 3. ანტეროგრადული, 4. რეტროგრადული და 5. ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები.

**ტოტალური ამნეზიის** დროს მეხსიერების აპარატი აშლილია მთლიანად; ავადმყოფებს არ ძალუძთ რაიმე ფაქტის

ანუ ამბავის სწორი გახსენება. რეპროდუქციის უნარის მთლიან მოსპობას იძლევა სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზები, როგორც მაგალითად, პროგრესული პარალიზის და მოხუცებითი კუპასუსტობის შორსწასული ფორმები.

ნ ა წ ი ლ ო ბ რ ი ვ ა ნ უ პ ა რ ც ი ა ლ უ რ ამნეზიებს ეხედვით თავის ტვინის და კერძოდ დიდი ჰემისფეროების ქერქის კეროვანი ანუ ბუდობრივი დაავადების შემთხვევებში. თანახმად ახალი გამოკვლევებისა, ალექსია, აგრაფია და აგნოზია, რომელთაც ძველი ავტორები აკუთვებენ პარციალური ამნეზიის მოვლენებს, წარმოადგენს უფრო ალქმის გაუკუღმართების შედეგს (იხილეთ ზევით ალქმის პათოლოგია), ვიდრე მეხსიერების პათოლოგიას.

ანტეროგრადაული ამნეზიები ეხება იმ ფაქტებს და ამბებს, რომელთაც ადგილი ქონდათ ავადმყოფობის დაწყების შემდგომ; ასევე რეტროგრადაული ამნეზია ეხება ავადმყოფობის წინარე ანუ მისი დაწყებამდე არსებულ ფაქტებს და ამბებს.

ანტერო-რეტროგრადაული ამნეზიები წარმოადგენს უფრო რთულ ფსიქო-პათოლოგიურ სინდრომს; აქ გვაქვს როგორც ავადმყოფობამდე, ისე მისი დაწყების შემდგომ არსებული ფაქტების და ამბების დავიწყება.

ანტეროგრადაულ ან რეტროგრადაულ ან ანტერო-რეტროგრადაულ ამნეზიებს ჩვენ ეხედებით ტვინის კონტუზიების და კონციების დროს, აგრეთვე ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში, აგრეთვე სენილური და ალკოჰოლური ფსიქოზების დროს.

მეხსიერების თვისებითი გაუკუღმართება ცნობილია პარამნეზიის სახელწოდებით. პარამნეზიების დროს ავადმყოფი ერთი ამბის ანუ ფაქტის მაგივრად იგონებს მეორეს და გარდა ამისა, ფაქტთა და ამბავთა გახსენება, ანუ მოგონება სწარმოებს სრულიად გაუკუღმართებულად, ამიტომ პარამნეზიებს ბლეილერი უწოდებს მეხსიერების ილუზიას ან ჰალუსინაციას.

სხვადასხვა სახის პარამნეზიები ყველაზე ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის შემთხვევებში. მეხსიერებითი ილუზიის დროს ავადმყოფი იგონებს სინამდვილეში არსებულ სხვადასხვა ფაქტებს ანუ ამბებს, მაგრამ მათი რეპროდუქცია ხდება გაუკუღმართებულად, მაგალითად: ავადმყოფებს გონიათ, რომ ესა თუ ის სიტუაცია ანუ ამბები მათ უკვე განიცადეს, ან პირიქით, დარწმუნებულნი არიან, რომ არასდროს არ განუცდიათ.

მეხსიერების პალუცინაცდას ეკუთვნის ე. წ. ფსევდორემინისცენციები ანუ ცრუ მოგონებანი; ამ შემთხვევებში ავადმყოფები იგონებენ, თხზავენ ახალ ფაქტებს და ამბებს, რომლებსაც სინამდვილეში ადგილი არ ჰქონია.

ხშირად ავადმყოფები ახდენენ ცრუ მოგონებების ფანტაზიურ გადამუშავებას. ერთ-ერთი პროგრესული პარალიტიკი, რომელიც იმყოფებოდა ღრმა კეუასუსტობის მდგომარეობაში და ფიზიკური პროსტრაციის გამო გამუდმებით იწვა საწოლზე, დიდი კმაყოფილებით, გატაცებით და ამასთან სრული რწმენით მოგვითხრობდა, რომ იგი გუშინ საღამოს ხანჯლით და ჩოხით გამოწყობილი დასეირნობდა თბილისის მთავარ ქუჩებზე. ამ სეირნობის დროს ავადმყოფი ასრულებდა ძრავალ საგმირო, საარაკო საქმეებს. მეხსიერების ასეთ აშლას, როდესაც ადგილი აქვს ფანტაზიურად წარმოდგენილ ცრუ მოგონებებს, ფსიქოპათოლოგიაში უწოდებენ კოხფაბულაციას.

როგორც ვხედავთ, ფსევდო-რემინისცენციის და კონფაბულაციას შორის არსებობს მხოლოდ რაოდენობითი განსხვავება.

ფსევდო-რემინისცენციები და კონფაბულაციები ძლიერ აფვილად ვითარდება კეუასუსტ და კრიტიკის უნარმოკლებულ ფსიქიკურ ფონზე.

მეხსიერების დეფექტები ერთის მხრივ, ხოლო მეორეს მხრივ ცრუ და ყალბი მოგონებები—ავადმყოფს გარემოში ორიენტაციის (გარკვეულობის) უნარს უსპობს (ე. წ. ამნეზიური აბნევის მდგომარეობა).

აწერილია მეხსიერების ილუზიის (პარამნეზიის) მეტად საინტერესო შემთხვევები.

შიზოფრენიით შეპყრობილი ავადმყოფი განსაზღვრულ დროს მოდიოდა მძიმე ავზნებაში და იჩენდა დიდ აგრესიას სხვა ავადმყოფების მიმართ; შემდეგ კი იგი დაჟინებით აღნიშნავდა, რომ დიან, ასეთს აგრესიას მართლაც ქონდა ადგილი, ოღონდ აგრესიას იჩენდნენ მის მიმართ. შეიძლება იყოს სრულიად მოწინააღმდეგე მდგომარეობა, მაგალითად ერთი შიზოფრენიკი მეზობელი ავადმყოფის თავგადასავალს თავის თავს აწერდა და ღრმად იყო დარწმუნებული, რომ მას (და არა მეზობელს) გადახდა ესა თუ ის ამბავი. ხსენებულ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფს თავისი თავგადასავალი გადააქვს სხვაზე ან, პირიქით, თვით იღებს სხვის თავგადასავალს, უწოდებენ მეხსიერების ილუზიის ტრანსიტ-ივისტულ ფორმას.

ჩვენის აზრით საკითხი ფაქტთა ტრანსიტისტული რეპროდუქციის შესახებ უნდა ჩაითვალოს დიად. საჭიროა აქ გამოარკვეუ-

ლი იყოს რასთანა გვაქვს საქმე: გაუკუღმართებულ რეპროდუქციასთან, თუ ფაქტების და ამბების უცნაური, ბოღვითი ინტერპრეტაციასთან, ბოღვითი აღქმა-შეთვისებასთან.

შიზოფრენიის და სხვა დაავადებათა დროს შენიშნულია, რომ ავადმყოფები ნახულ ფაქტს ან განცდილ ამბებს, ხელახლად იხსენიებენ უკვე ორმაგი ანუ სამმაგი ფაქტის სახით. მაგალითად ერთ-ერთი ავადმყოფი დარწმუნებული იყო, რომ იგი იცნობს სამ ექიმს, რომლებიც ერთ და იმავე პროფესორს წარმოადგენენ; ხსენებულ მდგომარეობას პიკი და მასთან ერთად ბლეილერი უწოდებენ რედუპლიციარებულ პარამნეზიას.

მეხსიერების თვისობრივ გაუკუღმართებას ეკუთვნის აგრეთვე კრიპტომნეზია; ამ შემთხვევაში ავადმყოფი სხვის მიერ ნათქვამ ანუ სხვისგან გაგონილ ამბებს, ფაქტებს ან აგრეთვე სხვის მიერ ჩადენილ სხვადასხვა საქციელს თავის თავზე ღებულობს. ასეთი ავადმყოფი სხვისაგან გაგონილ და სხვის მიერ განცდილ ამბებს გადმოგვემს ისე, თითქოს პირველად მას ეთქვას ეს ან განეცადოს.

ჩვენის აზრით კრიპტომნეზიებს სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა ფსიქოლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სარჩული უნდა ქონდეს.

სხვის მიერ განცდილი ან სხვისი ნაამბობი შესაძლებელია თავისად მიიღოს როგორც შიზოფრენიკმა და ქეუასუსტმა მოხუცმა, ისე მანიაკალურმა, ან დეპრესიულმა ავადმყოფმა; კრიპტომნეზიის მაგალითებს შესაძლებელია შევხვდეთ ფიზიოლოგიურადაც — მოზრდილთა და ბავშვთა შორის.

შიზოფრენიის შემთხვევებში კრიპტომნეზიას საფუძვლად უნდა ედოს ავადმყოფთა ბოღვითი განწყობა; მოხუცთა კრიპტომნეზია უნდა აიხსნებოდეს ქეუასუსტობით.

ციკლოფრენიის დროს კრიპტომნეზია წარმოადგენს „ყალბ ფენომენს“, ვინაიდან ავადმყოფები სინამდვილეში დარწმუნებულნი არიან, რომ მათი დასკვნები არაა მართებული.

ფსიქოზები იძლევა მეხსიერების სხვადასხვა სახის გაუკუღმართებას, მაგალითად: კორსაკოვის ანუ პოლინეერიტული ფსიქოზის დროს აღვილი აქვს ფიქსაციის (დახსომების) უნარის ძლიერ შესუსტებას, რეტროგრადულ ამნეზიებს და კონფაბულაციებს. პროგრესული პარალიტიკები და ეპილეპტიკები იძლევიან რეპროდუქციის უნარის შესუსტებას და სხვ.

მეხსიერების აშლის განხილვისას საჭიროა შევჩერდეთ ე. წ. შითომანიაზე ანუ პათოლოგიურ ცრუობაზე (ფანტაზიური ფსევდოლოგია).

პათოლოგიური ცრუობა ახასიათებთ მოსაზღვრე პირებს, ფსიქოპათებს და არსებითად წარმოადგენს არა მარტო მეხსიერების, არამედ ხასიათის ანომალიას. ასეთ პირებს ახასიათებთ გადაჭარბებული, თავაშვებული და წარმტაცი ფანტაზიები; ისინი თხზავენ სხვადასხვა თავგადასაყალს და ამბებს. ფ ს ე ვ დ ო ლ ო გ ი ა განსხვავდება კონფაბულაციებიდან და ფსელორემინისციენციებიდან, ვინაიდან ფსევდოლოგიის დროს შესაძლებელია აზრებში ერთგვარი კორექციის შეტანა და ავადმყოფის დროებითი მაინც გადაჭერება, მისი ლოგიკის გასწორება; შესაძლებელია ავადმყოფი მოვაშოროთ ფანტაზიათა და ოცნებათა სამყაროს და დავუბრუნოთ სინამდვილეს.

მეხსიერების გამოკვლევის მეთოდები. მეხსიერების გამოკვლევის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმის პირად საუბარს ავადმყოფთან. ობიექტური, ექსპერიმენტული მეთოდების გარეშე შესაძლებელია მხოლოდ საუბრით და ანამნეზური ცნობების შეკრებით მივიღოთ მეტად დამახასიათებელი მომენტები, რომლებიც დაგვანახვებს ავადმყოფის რეპროდუქციის და რეტენციის უნარს, მის ცოდნათა მარაგს, ერთი სიტყვით მ ე ხ ს ი ე რ ე ბ ი ს მ ო ც უ ლ ო ბ ა ს. გამოკითხვას უნდა ჰქონდეს უბრალო საუბრის ხასიათი, რომ ავადმყოფი თავს გრძნობდეს თავისუფლად და გველაპარაკებოდეს რაიმე ეჭვის გარეშე, სრული ნდობით. ამასთანავე ერთად ჩვენ მიერ მიცემული შეკითხვები სრულიად უნდა უფარდებოდეს ავადმყოფის განათლებას და ცოდნას. სასურველია კითხვები დაახლოვებით მაინც მიცემული იყოს იმ დარგიდან, რომელშიაც მუშაობს ავადმყოფი.

საუბრის გარდა, მეხსიერების მდგომარეობის გამოკვლევისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ქცევების შესწავლას და საერთო დაკვირვებას. ჰქუასუსტ პროგრესულ პარალიტიკებს ან ჰქუასუსტ მოხუცებულებს მეხსიერება წშირად იზღენად აქვთ აშლილი, რომ ვეღარ პოულობენ თავიანთ პალატას, თავიანთ საწოლს და სხვ.

ფ ი ქ ს ა ც ი ი ს ა ნ უ დ ა ხ ს ო მ ე ბ ი ს უნარის გამოსაკვლევად ძლიერ სასარგებლოა. ბ ე რ ა ნ შ ტ ე ი ნ ი ს მეთოდი: საცდელ პირს დაახლოვებით 30 წამს ვაჩვენებთ 9 სხვადასხვა ფორმის გეომეტრიულ სურათს და ვსთხოვთ დაიხსომოს. აღნიშნული დროის შემდეგადაც პირს ვუჩვენებთ სხვა ტაბულას, რაზედაც იქნება დახატული 25 გეომეტრიული სურათი, რომელთა შორისაც გაფანტული იქნება წინადასახელები 9 სურათი. უკანასკნელ ტაბულაზე საცდელმა პირმა უნდა იპოვოს წინასწარ ნაჩვენები 9 სურათი.



საბოლოო შედეგს გამოხატავენ შემდეგი ფორმულის სახით:

$$S = \frac{n}{9} + f$$

,სადაც  $n$  წარმოადგენს სწორად ნაპოვნ სურათების

რაოდენობას,  $f$  — არასწორად ნაჩვენებ სურათთა რიცხვს, ხოლო  $S$  სწორად და არა-სწორად ნაჩვენები სურათების საერთო ჯამს.

$S$  არის ფიქსაციის ანუ დახსომების კოეფიციენტი, რომელიც იმდენად უფრო დიდი და დამაკმაყოფილებელი იქნება, რაც უფრო დიდი იქნება რიცხვი  $n$  და რაც უფრო მცირე იქნება რიცხვი  $f$ .

ფიქსაციის გამოსაკვლევად შესაძლებელია მივმართოთ მრავალ სხვადასხვა ხერხს, მაგალითად: ავადმყოფს წავაკითხებთ ან გავამეორებინებთ რაიმე 3—4 ნიშნიან რიცხვს, შემდეგ მივცემთ სხვა ამოცანას; ხოლო 3—5 წუთის განვლისას ვეკითხებით, თუ რა რიცხვი უნდა დაეხსომებინა მას.

### 8. ინტელექტის კათოლოგია: უმთვისება, მოჟიჰრება, მოსაზრება და კრიტიკა-აზროვნება. მათი კლინიკური ინტერესი და გამოკვლევის მეთოდები

ინტელექტი ანუ გონება წარმოადგენს ფსიქიკურ პროცესს, რომლის საშუალებითაც ადამიანი ასრულებს გავიანი მუშაობას და აწარმოებს წინასწარ მოფიქრებულ ქცევებს.

ინტელექტური ანუ გონებრივი ქცევა უშუალოდ დაკავშირებულია აზროვნების პროცესთან; ადამიანი ჭერ მოიფიქრებს, მოისაზრებს, განსჯის, კრიტიკულად შეაფასებს, ხოლო შემდეგ მიიღებს ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას, ჩაიდენს ამა თუ იმ მოქმედებას. სხვაგვარად რომ ვსთქვათ, ინტელექტი გულისხმობს ანალიზ-სინთეზის არსებობას; ინტელექტური ფუნქცია ანალიზურ-სინთეზური ფუნქციაა. ადამიანი ჭერ შლის მოვლენათა არსებულ კომპლექსს და შემდეგ ისევ აერთიანებს, ახდენს მათ ინტეგრაციას.

ინსტინქტური ქცევა, ჰირიქით, მოუსაზრებლო მოქმედებაა და აგებულია ე. წ. ცდების და შეცდომების მეთოდზე. ადამიანის ინტელექტური ქცევა სპეციფიკურად აღამიანურია ე. ი. განსაზღვრული და პირობადებულია კლასიური თვითშეგნებით; ამიტომ ადამიანის ინტელექტური გადაწყვეტილებანი და ყოველგვარი ქცევები წარმოადგენს სოციალური კატეგორიის ცნებებს, რომელთა განხილვაც დაუშვებელია ფსიქოპათოლოგიური (ფსიქიატრიული) თვალთახედვით.

ფსიქიატრები ადამიანის ინტელექტის (მსჯელობის, აზროვნების და სინთეზ-ანალიზის უნარის) შესწავლას ვუდგებით მხოლოდ მარტივად, ფორმალურად და ვცდილობთ შევისწავლოთ მისი კლინიკური თავისებურებანი ფსიქოზთა ცალკეულ შემთხვევებში.

მეყრდნობა, ყურადღება, მეხსიერება და აღქმის შესაძლებლობანი, რასაკვირველია ამდიდრებს და ამახვილებს ინტელექტურ ფუნქციას. მიუხედავად ამისა, შეუძლებელია ინტელექტის დაყვანა, ვთქვათ: მეხსიერებამდე ან ყურადღებამდე.

ჩვენ ვიცით რიგი ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ მეხსიერების და ყურადღების აშლა ჰქუასუსტობის ყოველგვარი ნიშნების გარეშე. მაგალითად: მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მანიაკალურ სტადიაში ავადმყოფები ძლიერ აგზნებულნი არიან, მათ აქვთ ყურადღების შესუსტება, ვერ ახდენენ მის გამახვილებას გარკვეულ წარმოდგენებზე. მიუხედავად ამისა, დეტალური კლინიკური დაკვირვება აშკარად გვიჩვენებს, რომ აქ არავითარ ჰქუასუსტობაზე, ინტელექტის დაკნინებაზე ლაპარაკი არ შეიძლება, ცნობილია ჰქუასუსტობის რიგი შემთხვევები, როდესაც მეხსიერება ფენოქენალური ყოფილა.

შიზოფრენიის დროს ჩვეულებრივად მეხსიერება შენახულია, მიუხედავად ამისა გვაქვს ე. წ. სტრუქტურული ჰქუასუსტობა; ლიტერატურაში მოყავთ თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის ანუ ოლიგოფრენიის შემთხვევები, როდესაც გარკვეული მიმართულების მეხსიერება პირდაპირ ფენომენალურად ყოფილა წარმოდგენილი.

პროგრესული პარალიზის დროს გვაქვს ღრმა ჰქუასუსტობა და აგრეთვე მეხსიერების მკვეთრი განადგურება; სჩანს, აქ ორგანული რღვევითი პროცესი, რომელიც ანადგურებს უუმაღლესი ფსიქიკური მოქმედების ანატომიურ სუბსტრატს (ქერქს), ერთდროულად უნდა იწვევდეს, როგორც მეხსიერების, ისე ინტელექტის პირველად დაავადებას.

ინტელექტის განვითარება სრულიად შესაძლებელია მეტყველების გარეშე. აგრეთვე შეიძლება ინტელექტის განვითარება გრძნობათა ორგანოების სრული დაზიანების (გამოვარდნის) შემთხვევებში, მაგალითად, ცნობილი პროფესორი შ ჩ ე რ ბ ი ნ ი, რომელიც ნაადრევ ბავშვობაში (ჩვილ ასაკში) ორივე თვალით დაბრმავებულა, ათავენს არა მარტო უნივერსიტეტს, არამედ ხდება გამოჩენილი მეცნიერი მუშაკი.

ინტელექტური აშლილობათა ფსიქოპათოლოგია განსაკუთრებულად გამდიდრდა ლ ი ბ მ ა ნ ი ს დაკვირვებათა შემდეგ, რო-

მელმაც დაადასტურა, რომ აფაზიები და აპრაქსიები არ ეკუთვნიან ინტელექტური სფეროს აშლას.

როგორც ვხედავთ, კლინიკურად, ფ ე ნ ო მ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ა დ შეუძლებელია ინტელექტი ანუ გონება გაიგივებული იყოს აღქმასთან ან მეხსიერებასთან.

ცხადია, ინტელექტური ფუნქციების განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული აგრეთვე ადამიანის განათლება, ე. ი. ცოდნათა ის მარაგი, რომელიც მას აქვს მიღებული; სრულიად გასაგებია, რომ ნაკლები ცოდნა არ ნიშნავს გონებრივი აპარატის სისუსტეს.

ამიტომ გონებრივი დონის გამოსარკვევად, რაიმე სტაბილური, სტანდარტული სქემის გამომუშავება ყოველად დაუშვებელია. ამაში მდგომარეობს ცრუმეცნიერ, ეგრეთწოდებულ პედოლოგთა, ძირითადი შეცდომა, რომელნიც ბავშვთა გონებრივი დონის გასაზომად ადგენენ სხვადასხვა სტანდარტულ ტაბულებს ანუ „ტესტებს“. სინამდვილეს სრულიად მოწყვეტილი, განყენებულად შედგენილ კითხვებს, რომლებიც არ იღებდა მხედველობაში ბავშვთა ინდივიდუალობას, მათ ჩვევებს და ჩვეულებებს, რომლებიც ბავშვთა გონებრივ დონეს არ სწავლობდა არსებულ სოციალურ კრილში, ცხადია უნდა წარმოეშვა დიდი გაუგებრობა და მოეცა არასწორი დასკვნები.

ავადმყოფთა დაკვირვება, ქცევების შესწავლა და ამასთან ერთად მათი ცოდნის გამოკვლევა უმთავრესად ჩვეულებრივი საუბრის გზით, წარმოადგენს ერთად ერთ სწორ და ნამდვილ გზას. თავისთავად ცხადია, რომ ინტელექტის შესწავლისას შესაძლებელია მივმართოთ შეკითხვებს და სხვადასხვა ამოცანას, მაგრამ მოცემულ ამოცანები არ უნდა იყოს ალებული განყენებულად და ყოველი შეკითხვა უნდა გამოდიოდეს ავადმყოფის ცხოვრებითი გამოცდილებიდან.

ინტელექტის გამოკვლევის დროს ცოდნის ფორმალური განსაზღვრა ჭერ კიდევ თავისთავად არაფერს არ მოწმობს. საჭიროა არსებულ ცოდნას ჰქონდეს პრაქტიკული გამოსავალი; საჭიროა ავადმყოფს შეეძლოს თავისი ცოდნის გამოყენება; ამიტომ აქ საკითხი უნდა იყოს დასმული არა იმ მხრივ, თუ ავადმყოფმა „რა მდენი და რა იცის“, არამედ ჩვენ უნდა გვაინტერესებდეს „როგორ იცის და როგორ იყენებს“. ხშირია შემთხვევები, როდესაც უმაღლესი განათლების მქონე და დიდი ცოდნით აღჭურვილი შიზოფრენიკი, რომელსაც ჭერ კიდევ არ დაუყარგავს მიღებული ცოდნის მარაგი, პრაქტიკულად იმყოფება სრულიად უმწეო მდგომარეობაში.

გონებრივი დონის შესწავლისას ძლიერ საინტერესოა გავი-  
გოთ, თუ როგორი სიღრმით და შეგნებით ახდენენ ავადმყოფები  
საგანთა განსხვავებას (შევეკითხებით, რა განსხვავება არ-  
სებობს წყალსა და ყინვის შორის, ბავშვის და ქონდრის კაცის  
შორის და სხვ), საგანთა განსაზღვრას-განზოგადოე-  
ბას (რას ნიშნავს შინაური ფრინველი, რას ნიშნავს ავეჯი და  
სხვ). საჭიროა აგრეთვე გავიგოთ, როგორ ერკვევიან ავადმყოფები  
არითმეტიკულ ამოცანებში.

გამოკვლევის დროს ანგარიში უნდა გაეწიოს ავადმყოფთა ინ-  
ტელექტის ინდივიდუალური თავისებურებას, მაგალითად: კითხვებში  
ერთნი უფრო ადვილად და სწრაფად ერკვევიან, მეორენი შეგვიან-  
ებით და მძიმედ; ერთს უფრო ემარჯვება თეორიული საკითხები,  
ხოლო მეორეს პრაქტიკული და სხვ.

კლინიკურად მეტად საინტერესოა ბერნშტეინის წესი,  
რომელსაც იგი ხმარობს ინტელექტური სფეროს გამოსაკვლევად.  
ინტელექტის შესწავლის დროს ბერნშტეინი ჩერდება  
შემდეგ ცალკეულ მომენტებზე: შეთვისება, მოფიქრე-  
ბა, მოსაზრება და კრიტიკა.

შეთვისება, თანახმად ბერნშტეინისა, წარმოადგენს  
ისეთს გონებრივ პროცესს, რომლის საშუალებითაც ადამიანი  
ახდენს ამბავის კერძო ანუ ინდივიდუალურ შეფასებას. ავადმყოფი  
ვალდებულია ნაჩვენებ სურათზე გამოყოს ცალკე მოქმედებანს  
და მდგომარეობანი.

როგორც ვხედავთ, შეთვისების დროს საცდელი პირი სურა-  
თის მთლიან შინაარსს ანაწილებს ცალკე მოქმედებად, აწარმოებს  
სურათის ანალიზს.

მოფიქრება წარმოადგენს უფრო რთულ ინტელექტურ  
პროცესს, ვიდრე შეთვისება.

ბერნშტეინი მოფიქრებაში გამოყოფს ორ სტადიუმს:  
პირველ სტადიუმში საცდელი პირი ითვისებს წარდგენილ მასა-  
ლას და ახდენს შედარებით შეფასებას და ანალიზს, ხოლო მეორე  
სტადიუმში საცდელი პირი ახდენს შეთვისებულ ცალკე ფაქტების  
გაერთიანებას; რასაც მოყვება საბოლოო აზრის გამოტანა.

სხვაგვარად რომ ვსთქვათ, პირველ სტადიუმში ავადმყოფი  
ახდენს ამბავის ცალკეულ ფაქტთა აღწერას (აღწერის ფაზა),  
მეორე სტადიუმში კი აწარმოებს მოთხრობას, ე. ი. გადმოგვცემს  
ამბავის დედააზრს (მოთხრობის ფაზა).

მოფიქრების გამოსაკვლევად ყველაზე უფრო მარტივ  
და გამოსადეგ წესად მიმაჩნია ბერნშტეინის მეთოდი, რო-

შელიც ცდის პირს უჩვენებს რამდენიმე სურათს, სადაც თანამიმდევრობით არის გადმოცემული ერთი მთლიანი ამბავი.

მაგალითისათვის ავიღებთ ამბავს: „ბებიას და ბავშვის თავგადასავალი“, რომელიც ბერნშტეინს გადმოცემული აქვს ხუთ თანამიმდევარ სურათზე. თავგადასავლის შინაარსი შემდეგია: 1. ბებია იღებს ჭიდან წყალს; უასთახ იქვე დგას მისი პატარა შვილიშვილი. 2. ბავშვი მოისურვებს დახმარებას, შედგება ჭის პირზე მდებარე ფიჯარზე და ჩაბოსწევს თოკს, რომელიც გაწყდება და ბავშვი ჭაში ჩაჯირდება. 3. ბებია შეშინდება, იწყებს ტირილს და ეძახის ბავშვის მამას, 4. ამ ამბავზე მორბიან მეზობლები და თვით ბავშვის მამაც, 5. ერთ-ერთი პირი ჩაეშვება ჭაში, ამოიყვანს ბავშვს, რომელსაც ამნაირად გადაარჩენენ წყალში დახრჩობას.

საჭიროა საცდელმა პირმა სურათები შეითვისოს თანამიმდევრობით და მოკლედ გადმოგვცეს სურათის შინაარსი.

ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ გარემოებას: ჭკუასუსტი ავადმყოფები ხშირად ვერ ურკვევიან ამბავის ძირითად აზრში და მოთხრობის ნაცვლად იძლევიან ცალკეული სურათების დეტალურ აღწერას.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ რაც უფრო მოთხრობითი მომენტია მკაფიოდ და თვალსაჩინოდ იქნება წარმოდგენილი, ვიდრე აღწერითი მომენტი, მით უფრო დამაკმაყოფილებელი იქნება პასუხი. შემდეგი მომენტი, ამასთანავე ყველაზე რთული და მნიშვნელოვანია, რომელიც აგრეთვე მიუთითებს ინტელექტის მდგომარეობაზე, არის მოსაზრება.

ბერნშტეინი მოსაზრებაში არჩევს სამ ფუნქციურ კომპლექსს, რომელთაგან კლინიკურად საინტერესოდ მიგვაჩნია ორი, -სახელდობრ: კომბინაციის უნარი და კრიტიკა.

კომბინაციის უნარის გამოსაკვლევად ყველაზე მარტივ წესს წარმოადგენს მუშაობა სურათებზე: საცდელ პირს ვაძლევთ რამდენიმე ნაწილად გაკრილ სურათს; იგი ვალდებულია უმოდლოდ აღადგინოს მთლიანი სურათი. ხსენებული ამოცანის შესრულებისას ჭკუასუსტი ავადმყოფები მოქმედებენ მექანიკურად, წინასწარი მოსაზრების და მოფიქრების გარეშე.

დადებით პასუხად უნდა ჩაითვალოს საცდელი პირის მუშაობა, თუ იგი მუშაობის დაწყებამდე მოახდენს სურათების ანალიზს და შეადგენს მუშაობის წინასწარ აგმას (გეგმიანი მუშაობა).

კრიტიკა წარმოადგენს მეტად რთულ ინტელექტურ პროცესს, რომლის დროსაც ადამიანი ახდენს მოვლენათა ურთიერთშედარებას, აწონ-დაწონას და იძლევა საბოლოო შეფასებას.

თავისთავად ცხადია, რომ ყოველ სულით ავადმყოფს დაკარგული აქვს შეგნებული და ცნობიერი შრომის უნარიანობა; იგი მოწყვეტილია საზოგადოებას, როგორც აქტიური სოციალური ელემენტი; მას არა აქვს კრიტიკული გარკვეულობის უნარი, როგორც გარემოში, ისე პირად მდგომარეობაში. ამიტომაც, რომ ფსიქოზით შეპყრობილი პირები თავიანთ თავს არასდროს არ სთვლიან ავადმყოფებად, ან თუ სთვლიან არა შეგნებულად, "შემთხვევითად. სულით ავადმყოფებს ყოველთვის მოსპობილი აქვთ უშუალოდ, რთული კრიტიკული გარკვეულობის უნარი.

კრიტიკა ჩვენ გვიანტერესებს მხოლოდ ფორმალურად, როგორც მარტივი ორიენტაციის უნარი სხვადასხვა არართულ ამბებში.

ფორმალური შეფასების, ანუ ფორმალური კრიტიკის გამოსაკვლევად ხმარობენ სხვადასხვა წესს. მაგალითად ბერნშტეინი ავადმყოფებს უჩვენებს მთელ რიგ უმართებულო სურათებს (ვთქვათ, „თევზი გალიაში“, საყასბო წარწერით „აფთიაქი“ და სხვ.); საცდელი პირი ვალდებულია შენიშნოს და შეიგნოს უმართებულებების ძირითადი მომენტი (ბერნშტეინის წესი). ან შეიძლება ავადმყოფს ვუამბოთ სხვადასხვა ამბავი; იგი ვალდებულია დაიჭიროს ძირითადი აზრი, შეათვასოს კრიტიკულად და აღნიშნოს უმართებულება.

მაგალითებს, რომლებიც შეიძლება მივაწოდოთ ავადმყოფებს, მოვიყვან ასათიანის მოკლე სახელმძღვანელოდან:

„ერთმა კაცმა შექამა ერთი გირვანქა პური, ვერ გაძლა; შექამა კიდევ ერთი გირვანქა, ვერ გაძლა. შექამა კიდევ ერთი პატარა ნამცხვარი და გაძლა“.

„წვიმდა; კაცი შედიოდა სახლში; მას მისცეს წინადადება ტალახიანი ფეხები დაეწმინდა და ისე შესულიყო; ამაზე უპასუხია: ჯერ შემოვალ და მერე ფეხებს დავიწმენდო“.

ინტელექტური დონის შესწავლის დროს ცენტრალური ყურადღება უნდა მიექცეს აზროვნებას, რომლის საშუალებითაც ადამიანი ახდენს მოვლენათა ანალიზს-სინზეთს; ერკვევა მოვლენათა ურთიერთ დამოკიდებულებაში.

აზროვნების საშუალებით ადამიანი არა მარტო აღიქვამს და ითვისებს გარეგან მოვლენებს, არამედ მათ აქტიურად გადაამუშავებს, ახდენს მოვლენათა აქტიურ ასიმილაციას; იძლევა ფაქტობრივ და მოვლენათა შესახებ პირად მოსაზრებებს და დასკვნებს.

თავისთავად ცხადია, რომ აზროვნება არ შეიძლება განხილული იყოს სოციალური გამოცდილების გარეშე. მ ა რ ქ ს ი სწერს: „მხოლოდ ის ხალხები, რომელნიც ანუითარებენ თავიანთ მატერიალურ წარმოებას და თავიანთ მატერიალურ ურთიერთ დამოკიდებულებას, სცვლიან ამ მოქმედებაში აგრეთვე თავიანთ აზროვნებას და თავიანთი აზროვნების პროდუქტებს“.

აზროვნების თვისებრივ შეცვლას აქვს დიდი კლინიკური (ფსიქოპათოლოგიური) ინტერესი.

არჩევენ ავადმყოფური აზროვნების სხვადასხვა სახეებს.

გ ა ჭ ი ა ნ უ რ ე ბ უ ლ ი აზროვნება: ავადმყოფს ვერ გადაუწყვეტია ლაპარაკი. მოგვითხრობს დიდი დაწვრილებით, მაგრამ ვერ მოუკრეფია ძალღონე, რომ გადმოგვეცეს ძირითადი აზრი. ხარკავს აუარებელ სიტყვიერ პროდუქციას. ვიდრე მიაღწევს მიზანს, ვიდრე გადმოგვეცემს ამბავის მთავარ მომენტებს. ხსენებული აზროვნება ხშირად გვხვდება ეპილეფსიის დროს, მოხუცებულობითი ქუჟასუსტობის და ოლიგოფრენიული ქუჟასუსტობის შემთხვევებში.

საერთოდ აზროვნება მით უფრო ძლიერია. რაც უფრო ეკონომურია და მდიდარი ლოგიკური თანმიმდევრობით. ამბავის გადმოცემისას ხშირად ავადმყოფები ვერ აღწევენ თავს წვრილმან დეტალებს და მათ სიტყვიერ პროდუქციაში აღწერილობითი მომენტი ნათლად სქარბობს მოთხრობიძის. ხსენებულ მაგალითს, რადესაც აღწერა თვალსაჩინოდ სქარბობს მოთხრობას, უწოდებენ **ს ა დ ა აზროვნებას**.

წყვეტილი აზროვნება ყველაზე ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის შემთხვევებში. ამ დროს სრულიად გაწყვეტილია კავშირი ასოციაციათა შორის.

გრამატიკულად თითქოს სწორ ფორმებში მოცემულია სრულიად უაზრო, უცნაური და შემთხვევითი სიტყვიერი პროდუქციები. ამიტომაც, რომ წყვეტილი აზროვნების გაგება და ამ დროს რაიმე ძირითადი ფაქტის დაკერა ყოვლად შეუძლებელია. ხშირად სიტყვები იმდენად უაზრო და შემთხვევითია, რომ ლაპარაკობენ „სიტყვიერ დომხალზე“.

უაზრო, წყვეტილი ასოციაციების სახის მეტყველებითი პროდუქცია ცნობილია როგორც **ვ ე რ ბ ი გ ე რ ა ც ი ა**.

ა უ ტ ი ს ტ უ რ ი აზროვნება გვხვდება აგრეთვე შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფი ამ შემთხვევაში უარყოფს გარემოსინამდვილეს და გატაცებულია შინაგანი პირადი განცდებით; იგი მოქცეულია პირად სამყაროში.

ავადმყოფთა ბოლევითი განწყობანი, ასოციაციური გაფხვიერება, ასოციაციათა რგოლების გამოვარდნა და გარემოსთან კონტაქტის გაწყვეტა (სრული განუჩხველობა) ხელს უწყობს აუტისტური აზროვნების განვითარებას.

რეზონიორობა ანუ პარალოგიური აზროვნება. ამ დროს მსჯელობაში დატულია ფორმალური მხარე; მთავარი და მნიშვნელოვანი ნაწილი მივიწყებულია, უყურადღებოდ არის დატოვებული. რაიმე უმნიშვნელო მომენტს ეთმობა პირველი ადგილი. რეზონიორულ აზროვნებას ვხვდებით როგორც ფსიქოზების, ისე მოსაზღვრე მდგომარეობათა დროს.

სერბსკის მოყავს რეზონიორული აზროვნების მაგალითი, როდესაც ფსიქოპათი 'მვილი დედის' შენიშვნაზე, თუ იგი რატომ არ მოვიდა სადილად (რომ ყველაფერი მისთვის იყო მომზადებული და მას ელოდნენ), ჩამტკრევს ფანჯრის რამოდენიმე მინას, რომ „აანაზღაუროს“, „გადაინადოს“ ის ხარჯი, რომელიც სპეციალურად მისთვის. იყო გაწყული; გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაში ფსიქოპათი აზროვნების ცენტროში აქცევს დედის ზრუნვას, სიყვარულს კი არა, არამედ ხარჯს უდგება ფორმალურად. ფორმალური არა არსებითი აზროვნების შედეგად ფსიქოპათი სჩადის სრულიად უმართებლო (არა ადეკვატური) საქციელს.

#### ა. იდეათა ასოციაცია და ასოციაციური ექსპერიმენტი

\*. (ამოღებულია მ. ასათიანის „გეგმა და მეთოდებიდან“ მცირე ცვლილებებით)

ასოციაცია არის წარმოდგენათა ურთიერთ შეუღლება, სადაც კვალდაკვალ ყოველი წინამავალი იწვევს თანამიმდევარი წარმოდგენის წამოჭრას. მეხსიერებასთან ერთად ასოციაცია შეადგენს მთავარ მომენტს ყოველი ინტელექტური მუშაობისათვის. ამიტომ ინტელექტური სფეროს გამოკვლევის დროს ასოციაციათა რიცხვობრივ და თვისებრივ ცვლილებებს (სისწრაფეს, თანამიმდევრობის დაცვას, კავშირის უქონლობას, წარმოდგენათა ძეწყვიდან რგოლების გამოვარდნას, სტერეოტიპიას და სხვას) მნიშვნელოვანი ანგარიში უნდა გაეწიოს.

ციურიხის სკოლა ბლეილერ-იუნგის სახით ცდილობს ასოციაციათა საშუალებით პიროვნების სულიერი ცხოვრების დეტალურ გაგებას. ამ მიზანს ისინი აღწევენ ე. წ. ასოციაციური ექსპერიმენტით, რომლითაც შეიძლება სუბიექტისათვის სრულად მოულოდნელად კომპლექსების აღმოჩენა, გამოაშკარავება. კომპლექსი არის აფექტურად შეფარდებულ წარმოდგენათა ჯგუფი, რომელსაც მჭიდრო კავშირი აქვს პიროვ-



ნების ძირითად განწყობასთან. კომპლექსი არამც თუ არ სტოვებს ფსიქიკურ ცხოვრებას უკვალოდ. არამედ აქვს გავლენა პიროვნების მოქმედება-ქცევაზე, განსაზღვრავს განსაკუთრებულ ფსიქოლოგიურ განწყობას.

ასოციაციური ექსპერიმენტი უნდა ვაწარმოთ შემდეგნაირად: გამოსაკვლევ პირს ვეუბნებით სხვადასხვა სიტყვებს. ე. წ. სიტყვა — „გამალიზიანებელი“, რომელზედაც მან უნდა გოპასუხოს ამ გალიზიანებით გამოწვეულ პირველად წამოქრილ სიტყვით ე. წ. „სიტყვა-პასუხი“, ამასთანავე ვაფრთხილებთ პასუხი მხოლოდ ერთი სიტყვით მოგვცეს მოუფიქრებლივ, დაუკვირებლივ, ექსპრომტად.

ხანი — „სიტყვა გამალიზიანებელ“ და „სიტყვა-პასუხს“ შორის იწოდება „რეაქტიულ დროდ“ და იზომება წუთებში, სათანადო წუთსაზომით, რომლის სიზუსტეც არ აღემატება  $\frac{1}{10}$  წუთისას. რეაქტიული დროს უფრო ზუსტი გაზომვის მიზნით შეიძლება ვისარგებლოთ ქრონოსკოპით ან სხვა რთული ხელსაწყოთი. ცხადია, სხვადასხვა იქნება საპასუხო რეაქტიული პერიოდი და საჭიროა საშუალო რეაქტიული დროს განსაზღვრა. ი უ ნ გ ი თ ჯანსაღი რეაქციის საშუალო რეაქტიულ დროდ უნდა ჩაითვალოს 1,8; კომპლექსების გამოაშკარავებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რეაქტიულ დროის ხანგრძლივობას.

ასოციაციური ექსპერიმენტის წარმოების დროს ხშირად, მიუხედავად წინასწარი ვაფრთხილებისა, სიტყვა-პასუხი წარმოდგენილია მთელი წინადადებით, რომელშიაც განცვიფრების გამომხატველი მარცვლები და სიტყვებია ჩართული. ასეთ პასუხებს აღვნიშნავთ, როგორც რეაქტიული ფორმის განსაკუთრებულ სახეს. ფრიად დიდი მნიშვნელობა აქვს ე. წ. რეპროდუქციის მიუღებლობას, რაიც უმეტეს შემთხვევაში მიგვითითებს იმაზე, რომ ეს პასუხი პიროვნებისათვის არ არის რაღაც შემთხვევითი, ინაქტიური, არაშედ მჭიდროდ უნდა იყოს დაკავშირებული მის შინაგან განცდებთან (კომპლექსი).

ექსპერიმენტის დასასრულს პირადი შიხედულებისდა მიხედვით შეგვიძლია, გამოსაკვლევ პირს მოეთხოვოთ პასუხის გარშემო დეტალური განმარტებანი. ხშირად სიტყვა-პასუხი ეფარდება სათანადო სიტყვა გამალიზიანებელს კი არა, არამედ წინა გამალიზიანებელს. ასეთი რეაქცია ცნობილია პ ე რ ს ე ვ ე რ ა ც ი ი ს სახით და მომახწავებელია რეაქციის გრძნობითი ტონით მძლავრად შეზავებისა. პერსევერაციის დროს არის ხანგრძლივი რეაქტიული პერიოდი და მცდარი რეპროდუქცია. კომპლექსისათვის დამახასიათებელია ეგრედწოდებული კომპლექსური ნიშნები: 1. რეაქტიუ-

ლი დროს ხანგრძლივობა, 2. შემცდარი რეპროდუქცია, 3. პასუხის დროს სახის დამახასიათებელი მიმიკა, 4. განცვიფრებითი წამოძახილობანი, 5. პერსევერაცია, 6. გამაღიზიანებელი სიტყვის განმეორება, 7. იგივე განმეორება შეკითხვის ნიშნით, 8. პასუხის სრული მიუტევლობა, 9. გამაღიზიანებელი სიტყვის სხვა მნიშვნელობით გაგება.

კომპლექსური ასოციაციების მაგალითები

სიტყვა გამაღიზიანებელი	სიტყვა-პასუხი	რეაქტიული დრო	რეპროდუქცია
1. კითხვა . . . . .	რომანი	3,4	არა ლირს
2. მამა . . . . .	დედა	2,6	—
3. Буря . . . . .	Мглой	3,8	+

1. პირველი მაგალითი ნამდვილად კომპლექსური პასუხია; რადგანაც დრო გადიდებულია და რეპროდუქცია ყალბი. ანალიზმა გამოარკვია, რომ ავადმყოფი ძლიერ უკმაყოფილოა, რადგანაც მეცადინეობის მაგივრად ის რომანების კითხვაში ატარებს დროს.

2. საპასუხო რეაქცია კომპლექსურია (რეაქტიული დროს აწევა და რეპროდუქციის უქონლობა). ანალიზი: ავადმყოფს რამდენიმე ხნის წინად მოუყვდა მამა.

3. საპასუხო რეაქცია არ უნდა ჩაითვალოს კომპლექსურად, რადგანაც რეპროდუქცია არის. რეაქტიული დროს აწევა კი აიხსნება პერსევერაციით ე. ი. ემოციონალური ტონი გადმოტანილია წინა კომპლექსურ ასოციაციებიდან. ასოციაციური ექსპერიმენტის დასასრულს უნდა მოხდეს მიღებულ საპასუხო რეაქციათა ანალიზი და კლასიფიკაცია.

ასოციაციურ რეაქციათა ანალიზის დროს ზოგიერთი ავტორი ასოციაციებს ჰყოფს ოთხ ჯგუფად, რომლებიც თავის მხრივ ქვეჯგუფებად ნაწილდება.

I. შინაგანი ასოციაციები. საფუძვლად უდევს ასოციაციური ნათესაობა (ვუნდტი).

1. კოორდინაცია, მაგ. და, ძმა; ნახვი, ფიჭვი. სიტყვები ეკუთვნის ერთდამავე ცნებას, მაგ. მეორე შემთხვევაში ცნებას „ხე“.

2. პრედიკატი — სიტყვას ემატება შემასმენელი, მაგ. — ბავშვი — ტირის, ფრინველი — ფრინავს.

3. მიზეზობრივი დამოკიდებულება, მაგ.: ყინვა—სიცივე, კრილობა—ტკივილი.

II. გარეგანი ასოციაციები — (საფუძვლად უდევს ვაშექანიკებული ასოციაციური ჩვეულება).

1. თანარსებობა — მაგ. ზღვა, გემი; ღამე, ვარსკვლავი.

2. იდენტობა — მაგ. ექიმი—მკურნალი, სიტყვარი—ლექსიკონი.

3. შეტყველებითი მამოძრავებელი ასოციაციები, მაგ.: ყუყუნა—წვიმა; მჩხვანა—კატა.

III. ბგერითი რეაქციები — სიტყვის დასრულება ან ასოციაციების მიღება რითმის მიხედვით: მაგ. ველი—რთველი, თვალი—ალი.

IV. დანაშთი ასოციაციები. აქ შედის ან უაზრო რეაქციები, ან სიტყვა გამაღიზიანებელის გამოვრება.

საჭიროა შემდეგნაირად იყოს შედგენილი სქემა ასოციაციური ექსპერიმენტისა.

წელი. თვე „ „ ისტორია № . . . . .  
 ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი. . . . .  
 წლოვანება . . . . . განათლება . . . . .  
 პროფესია . . . . .  
 ჯანსაყუთრებული შენიშვნები . . . . .

სიტყვა-გამაღიზიანებელი	სიტყვა-პასუხი	რეაქციული დრო მ-ში	რეპროდუქცია	განმარტებული პირის გ-ნაზრტება	რეაქციათა კლასიფიკაცია	კომპლექსები
1. მგელი . . . . .						
2. ყური . . . . .						
3. ღარიბი . . . . .						
4. კითხვა . . . . .						
5. ციხე . . . . .						
6. მზე . . . . .						
7. ტუსალი . . . . .						
8. ვარდი . . . . .						
9. მთა . . . . .						
10. მკვლელი . . . . .						
11. საიდუმლო . . . . .						
12. ცოლი . . . . .						
13. ბალი . . . . .						

ხიტყვა-გამალოზიანებელი	სიტყვა- პასუხი	რეაქციუ- ლი დრო ვ-ში	რეპრო- დუქცია	გამოსაკლე- ვ. კიონის განმარტება	რეაქცი-თა კლასიფიკა- ცია	კომპლექსები
14. ნახვა. . . . .						
15. რწმენა . . . . .						
16 ჩიტი. . . . .						
17. მტერი . . . . .						
18. დაქცევა . . . . .						
19 გაზაფხული. . . . .						
20. ზული . . . . .						
21 სიხარული. . . . .						
22. დაცემა. . . . .						
23 აკვანი . . . . .						
24. მოკელა . . . . .						
25. გაქვება. . . . .						
26 თოვლი . . . . .						
27. სიმართლე. . . . .						
28. აბრეშუმში. . . . .						
29. დაპუტება . . . . .						
30. მტრადი . . . . .						
31. მდინარე . . . . .						
32. თაქაში. . . . .						
33. ვიწრო. . . . .						
34. ადამიანი. . . . .						
35. ჩვეულება. . . . .						
36. ტაბილი . . . . .						
37. თხოვნა. . . . .						
38. საწოლი. . . . .						
39. ცარცა . . . . .						
40. იმედი . . . . .						
41. განზრახვა . . . . .						
42. ნელა. . . . .						
43. ქალაქი. . . . .						
44. თეთრი . . . . .						
45. ზრუნვა. . . . .						

სიტყვა-გაზაღოწიანებელი	სიტყვა-პასუხი	რეაქტიული დრო წ-ში	რეაქტიული დრო	განსაკუთრებული პირის განმარტება	რეაქტიული კლასიფიკაცია	კომპლექსები
46. კბილი . . . . .						
47. დანა. . . . .						
48. უარისყოფა . . . . .						
49. წიგნი . . . . .						
50. უფლება. . . . .						

ფრიად დამახასიათებელი და დიაგნოზურად მნიშვნელოვანია ასოციაციური ექსპერიმენტის შედეგები ავადმყოფობათა დროს:

1. ი მ ბ ე ც ი ლ ე ბ ი ს რეაქტიული დრო მომატებულია. პასუხებს იძლევიან მთელი წინადადებებით. ავადმყოფთა აზრები ატარებს კონკრეტულ-პრიმიტიულ ხასიათს, მოკლებულია ორიგინალობას, მრავალფერობას და მიიმართება ერთხელ აღებული განსაზღვრული კალაპოტით.

2. ის ე პ ი ლ ე პ ტ ი კ ე ბ ი, რომელთაც უფრო ხასიათის შეცვლა ემჩნევათ, ვიდრე ინტელექტის დაქვეითება, იძლევიან მრავალ პერსევერაციას, ყურადღების დაძაბვას კომპლექსურ ასოციაციებზე, რის გამოც ექსპერიმენტი ხშირად შეფერხებას განიცდის და ზოგჯერ შეუძლებელი ხდება. რაც შეეხება გონებრივად დაქვეითებულ ეპილეპტიკებს, აქ კომპლექსურ ასოციაციათა გარდა დამახასიათებელია ის ასოციაციები, რომლებსაც იმბეცილები იძლევიან.

3. შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ი ს დროს ასოციაციების მსვლელობა ხშირად სრულიად შეფერხებულია. რეაქტიული პასუხები უმეტეს შემთხვევაში არა აღეკვატურ და უცნაურ ხასიათს ატარებს ასოციაციების რგოლთა გამოვარდნის, ცნებათა გაფხვიერების, წარმოდგენათა სიღარიბის, მათი შემთხვევით შეკავშირების, შეჯგუფების და ინტრაფსიქიკური ატაქსიის გამო.

4. მ ა ნ ი ა კ ა ლ უ რ ი ავადმყოფები იძლევიან უხვ და უფრო გარეგან ასოციაციებს, რომელთაც მიცემულ სიტყვასთან ყოველ შემთხვევაში შორეული კავშირი მაინც აქვთ. ასოციაციების ასეთი ხასიათი აიხსნება ფანტაზიის სიმძლავრით, ყურადღების აშორებით და იდეათა მოტორული რეალიზაციის გაადვილებით. პასუხად ვიღებთ სხვადასხვა ფანტაზიურ წარმოქმნებს, სიტყვათა სიუხვეს, რითმებს და ზოგჯერ ასოციაციათა ქარიშხალს.

რეაქტიული დრო ძლიერ ავზნებული ავადმყოფისა საშუალოზე მომატებულია, საერთოდ კი ნორმის ფარგლებშია.

ხშირად ერთ გამალიზიანებელ სიტყვით ვლბებულობთ აზრთა მკურნალებელ ნაკადს—(logorhea), ან იდეათა ქარიშხალს (fuga idearum), ხან კი წარმოდგენები იმდენად უხვად ჩნდება, რომ ავადმყოფი ვერც-კი ასწრებს მათ გამოთქმას და იძლევა სრულიად უაზრო პროდუქციებს (incoherentia idearum).

## ბ. აკვიატებული იდეები და მდგომარეობა

აკვიატებულ ანუ ნაძალადევი იდეებს უწოდებენ ისეთ წარმოდგენებს და აზრებს, რომლებიც ძალად იჭრება ადამიანის ფსიქიკაში; ამ დროს ავადმყოფები ვრძნობენ აზრთა უმართებულებას, ავადმყოფურ ხასიათს და მათ მიმართ განწყობილნი არიან კრიტიკულად. ავადმყოფები ებრძვიან აკვიატებულ იდეებს, შეგნებულად ცდილობენ მოიშორონ თავიდან ნაძალადევად შექრილი აზრები, მაგრამ სრულიად უშედეგოთ: აკვიატებული იდეები მჭიდროდ უკავშირდება პიროვნების ემოციონალურ ანუ აფექტურ სფეროს და ხელს უშლის აზრთა საერთოდ სწორსვლას და ლოგიკურ თანამიმდევრობას. არის შემთხვევები, როდესაც აზრები იმდენად ღრმად არხევენ ადამიანის პიროვნებას, რომ ავადმყოფებს ეკარგებათ ხსენებულ აზრთა კრიტიკული შეფასების უნარი, მაგრამ ასეთი მდგომარეობა დროებითია, მოკლე ვადიანი და გარდამავალი, რადგანაც ავადმყოფები მალე ფხიზლდებიან, მალე გამოდიან აფექტურ დამაფრულობიდან და ისევ იწყებენ აზრთა კრიტიკულ შეფასებას, მათთან ბრძოლას.

აკვიატებული ანუ ნაძალადევი იდეები პრინციპულად განსხვავდება ბოდვითი იდეებიდან. აკვიატებული იდეის დროს ავადმყოფები ვრძნობენ აზრთა უმართებულებას, მათდამი კრიტიკულად არიან განწყობილნი და ებრძვიან მათ. ბოდვითი იდეის დროს, პირიქით, ავადმყოფები ვერ ვრძნობენ აზრთა უმართებულებას, მათდამი კრიტიკულად არ არიან განწყობილნი და შებრძოლების ნაცვლად ცდილობენ უმართებულ იდეების ფიქსაციას, გამკვრივებას (დაწვრილებით ბოდვების შესახებ იხილეთ ქვემოთ).

ბოდვები აშკარად მიგვითითებს სულით ავადმყოფობაზე; აკვიატებული იდეები პირიქით (ვინაიდან ამ დროს ავადმყოფს შერჩენილი აქვს კრიტიკული შეფასების, მდგომარეობის

კრიტიკულად განსჯის უნარი და იგი აწარმოებს აქტიურ ბრძოლას ავადმყოფურ აზრებთან) ნევროზების, ფსიქონევროზების და ფსიქოპათიების მაჩვენებელია.

ზოგიერთი ფრიად ავტორიტეტული კლინიციისტი (მაგალითად, ო ს ი პ ვ ი და სხვ.) იზიარებენ იმ აზრს, რომ აკვიატებული იდეა შესაძლებელია გახდეს ბოლღითი იდეის მიზეზი, ე. ი. მათ შესაძლოდ მიაჩნიათ აკვიატებული იდეის ბოლღითი იდეაში გადასვლა. ამ მხრივ ფრიად საყურადღებოა აკადემიკოსი პ ა ვ ლ ო ვ ი ს პოზიციები.

პ ა ვ ლ ო ვ ი გამოსთქვამს აზრს, რომ განვითარების ფიზიოლოგიური მექანიზმების მხრივ არ უნდა იყოს პრინციპული განსხვავება ბოლღითი იდეების და აკვიატებულ წარმოდგენათა შორის.

მიუხედავად ამისა, კლინიკურ ფსიქიატრიას არ შეუძლია გაჩერდეს აკვიატებული წარმოდგენის და ბოლღითი იდეის ე. ი. ნევროზის ფსიქოზთან გაიგივების და გათქვეფის პოზიციებზე.

აკვიატებული იდეის განვითარების მექანიზმები, წარმოშობის მიზეზები ჭერ-ჭერობით გამოურკვეველია და ამის შესახებ არ არსებობს ერთი შეხედულება.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ს აზრით, აკვიატებული იდეების წარმოშობის მექანიზმები შესაძლებელია ახსნილი იყოს ულტრაპარადოქსალური ფაზით, როდესაც ჩვეულებრივი დადებითი გამაღიზიანებელი ხდება შემაკავებელი, ხოლო შემაკავებელი ღებულობს გამაღიზიანებელის თვისებებს. მაგალითად, თანახმად პ ა ვ ლ ო ვ ი ს ა, აკვიატებულ იდეათა არსებობისას ავადმყოფს სურს პატივისცემა ყველასაგან, ფაქტიურად კი ვითარდება პირიქით მდგომარეობა: ყველა მას შეურაცყოფას აყენებს; პატივისცემის სურვილი შეიცვალა შეურაცყოფით (ულტრა-პარადოქსალური ფაზა პ ა ვ ლ ო ვ ი თ).

ფრანგი ფსიქო-პათოლოგი ყ ა ნ ე აკვიატებულ ანუ ნაძალადევ იდეებს ხსნის ინტელექტის ერთგვარი სისუსტით და ბმასთანავე ერთად ფსიქიკური სფეროს ზოგადი ტენზიის ანუ დაძაფრულობის მოდუნებით. ხსენებული გარემოება, ყ ა ნ ე ს გაგებით, ხელს უშლის ავადმყოფს მოახდინოს თავის აზრებში სრული გარკვეულობა და გამოიტანოს ლოგიკურად მართებული დასკვნები.

ყველაზე სწორად უნდა ჩაითვალოს ის აზრი, რომ აკვიატებულ იდეებს საფუძვლად უნდა ედოს ემოციური ფაქტორი, სხვადასხვა ფსიქოგენური მომენტები.

ზოგიერთ შემთხვევებში, სრულიად ფიზიოლოგიურად, შესაძლებელია ადამიანს აეკვიატოს ერთი და იგივე წარმოდგენები (დალილობის ან ემოციური დაძაფრულობის დროს და სხვა). ასეთ შემთხვევებში ლაპარაკობენ ფიზიოლოგიურ აკვიატებულ იდეებზე.

აკვიატებული იდეების დროს ხშირად გვხვდება აგრეთვე აკვიატებული შიშები და აკვიატებული მოქმედებანი. ამიტომ უფრო სწორი იქნება აკვიატების ეს სხვადასხვა სახე გავაერთიანოთ ერთი სახელწოდების ქვეშ: აკვიატებული მდგომარეობანი.

როგორც თეორიული, ისე კლინიკური ინტერესი აქვს აკვიატებულ მდგომარეობათა შემდეგ სახეებს:

აკვიატებული აზრები. აქ პირველ რიგში აღნიშნული უნდა იყოს ავადმყოფური დაურწმუნებლობის ანუ ავადმყოფური იქვიანობის მდგომარეობა. ხსენებული მდგომარეობა ხშირად იძლევა ე. წ. „პროფესიულ აბუღიას“ ე. ი. ავადმყოფს უძნელდება მუშაობა თავის პროფესიაში. მუდმივი ექვი, მაგალითად: შესძლებს თუ არა პიანისტი ინსტრუმენტზე დაკვრას ან ექიმი სწორად რეცეპტის გამოწერას, სტანჯავს მათ და ფაქტიურად ხდის ინვალიდებად (პიანისტი ვერ ჰკრავს; ექიმი ვერა სწერს რეცეპტს). აკვიატებულ დაურწმუნებლობას ეკუთვნის აგრეთვე ე. წ. ავადმყოფური ყოყმანი. ამ შემთხვევაში ავადმყოფები გამუდმებულად ყოყმანობენ შეასრულეს მოქმედება თუ არა: კარების დაკეტვა, ფანჯრის დახურვა, სინათლის ჩაქრობა და სხვა.

ასეთი ავადმყოფი მუდმივი ყოყმანის გამო შესაძლებელია აუარებელჯერ მიუბრუნდეს და შეამოწმოს, დაკეტა თავისი ოთახის კარები თუ არა.

აკვიატებულ აზრებს ეკუთვნის აგრეთვე ე. წ. „ავადმყოფური ბრძანება“. ამ შემთხვევაში ავადმყოფებს ვერ მოუშორებიათ აზრები: რატომაა, რომ წყალბადის და ჟანგბადის ურთიერთ შეერთება იძლევა წყალს; ან რატომაა, რომ მაგიდას აქვს 4 ფეხი და სხვა.

აკვიატებული შიში ანუ ფობიები. ავადმყოფებს აქვთ დაუძლეველი შიში, რომელიც მათ მორალურად სტანჯავს, ხოლო პრაქტიკულ ცხოვრებაში აინვალიდებს. ცნობილია ფობიების მრავალი სხვადასხვა სახე.

ერიტროფობია ანუ გაწითლების აკვიატებული შიში: ასეთი ავადმყოფები ჩვეულებრივად მორცხენი არიან, საერთოდ ლაბილური კანონოტორული მოქმედების გამო აღვილად წითლ-



დებიან და აპიტომ ისინი იტანჯებიან, რომ საზოგადოებაში არ გა-  
წითლდნენ. მათ ეშინიათ, რომ ვინმე შეხედავთ და უცებ გაწითლ-  
დებიან ე. ი. ჩაყარდებიან საშინელ უხერხულ მდგომარეობაში  
(შ ე ხ ე დ ვ ი ს უ ი შ ი).

ა გ ა რ ო ვ ო ბ ი ა ა ნ უ ს ი ვ რ ც ა ს უ ი შ ი. ავადმყოფებს  
ეშინიათ მოედნებზე ყოფნისა; მოელიან რალაც უსიამოვნებას;  
მოედანი ავადმყოფში ბადებს უარყოფითი ტონის გუნებ-განწყო-  
ბას.

კ ლ ა უ ს ტ რ ო ფ ო გ ი ა ხანძრის შიში; ტ ა ნ ა ტ ო ფ ო ბ ი ა  
—სიკვდილის შიში; ს ი ფ ი ლ ო ფ ო ბ ი ა—შიში, რომ სიფილი-  
სით ავად გახდებიან, თუმცა ამისათვის მათ მიზეზი სრულიად არა  
აქვთ.

ხანდისხან ავადმყოფებს აქვთ ღრმა შიში იმისა, რომ ავად არ  
გახდნენ ფობიებით ე. ი. მათ აქვთ შიში შიშებისა ე. წ. ფ ო ბ ო -  
ფ ო ბ ი ა

აკვიატებული მოქმედებანი, ავადმყოფებს აქვთ გარდაუვალი  
მოთხოვნილება შეასრულონ ესა თუ ის მოქმედება.

ა რ ი თ მ ო მ ა ხ ი ა—დათვლის აკვიატებული სურვილი (სთვლი-  
ან სრულიად უმიზნოდ ფანჯარათა რიცხვს, აბრებს, წარწერების  
ასოებისა და სხვა).

კ ლ ე ბ ტ ო მ ა ნ ი ა—აკვიატებული ქურდობა რაიმე ანგარე-  
ბის პარეშე. ხშირად იპარავენ სრულიად გამოუსადეგარ ნივთებ-  
საც.

კ ო პ რ ო ლ ა ლ ი ა—გინების აკვიატებული მოთხოვნილება.

ე ქ ს ხ ი ბ ი ც ი ო ნ ი ზ მ ი—სხეულის ნაწილების სხვებთან  
გაშიშვლების აკვიატებული მოთხოვნილება.

აკვიატებულ მოქმედებას მოგვაგონებს აგრეთვე კ ო ლ ე ქ -  
ც ი ო ნ ე რ ო ბ ა იმ შემთხვევაში, როდესაც აგროვებენ სრულიად  
უაზრო, მხოლოდ პირადი კმაყოფილებისათვის სხვადასხვა საგ-  
ნებს, მაგალითად: წუმწუმის ნამწვარი ჩხირების დაგროვება და  
სხვ.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, აკვიატებული იდეები და მდგო-  
მარეობანი უფრო ხშირად გვხვდება მოსაზღვრე შემთხვევებში.

ზოგიერთჯერ ფსიქოზების ნაადრევი ი ნ ი ც ი ა ლ უ რ ი (და-  
საწყისი) სტადიუმი—აგრეთვე იძლევა აკვიატებულ შიშებს, მაგა-  
ლითად შიზოფრენიის დროს. უკანასკნელ შემთხვევაში საჭიროა  
ზუსტი დიაგნოსტიკა, რადგანაც შესაძლებელია აკვიატებული ში-  
ში და მდგომარეობანი აიხსნებოდეს ავადმყოფთა ბოლდითი გან-  
წყობით.

აკვიტებული მდგომარეობანი პრინციპულად განსხვავდება ნაძალადეგ მოქმედებიდან და მოძრაობებიდან, რომლებიც გვხვდება შიზოფრენიის და ლეთარგიული ენცეფალიტის დროს. უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს უფრო ნერვულ ან ფსიქონერვულ, ვიდრე სუფთა ფსიქიკურ პროცესებთან და ნაძალადევი მოქმედებანი გამოწვეულია ქერქვეშა კვანძთა გალიზიანებით.

## გ. ბოღვითი იდეები და მათი კლინიკა

ფსიქოზების ფორმალურ ნიშანთა შორის ერთ-ერთი მთავარი აღგილი უნდა დაეთმოს ბოღვებს ანუ ბოღვითი იდეებს (აზრებს). სხვადასხვა ფსიქოზთა დროს გვხვდება სულ სხვადასხვა შინაარსის, კონსტრუქციის, გამძლეობის და დაძაფრულობის მქონე ბოღვითი აზრები, ამიტომ ბოღვების ხასიათის შესწავლას აქვს დიდი ფსიქოპათოლოგიური და კლინიკურ-დიაგნოზური ინტერესი. ბოღვა არის შემცდარი მსჯელობა, რომლიდანაც გადაჯერება (ანუ ბოღვითი აზრების გასწორება—კორექციის მოხდენა) სრულიად შეუძლებელია.

ბოღვა განსხვავდება, როგორც ცრუმორწმუნეობიდან, ისე ჩვეულებრივ შემცდარ მსჯელობიდან.

როგორც ვიცით, ადამიანი შესაძლებელია გადავაჯეროთ ცრუმორწმუნე აზრებიდან, თუ ავსწიეთ მისი განვითარების და განათლების კულტურული დონე და ჩავატარეთ სათანადო მუშაობა. აგრეთვე აღვილად შეიძლება გაუკეთდეს კორექცია ჩვეულებრივ შემცდარ მსჯელობას; შემცდარი მსჯელობის ფიზიოლოგიურ შემთხვევებში. ადამიანი სწონის თავის და სხვის არგუმენტაციას. აუცილებლივ ანგარიშს გაუწევს მოპირდაპირის მოსაზრებებს, მოპირდაპირის ფაქტიურ მასალებს და, თუ იგრძნო, რომ იგი არა დგას სწორ პოზიციებზე, გაუკეთებს შესწორებებს თავის ძირითად აზრებს.

ბოღვების დროს, პირიქით, ავადმყოფს ვერავითარი არგუმენტაციით და ფაქტიური მასალებით ვერ გადააჯერებთ, ბოღვითი აზრები გარდაუევალ ჭეშმარიტებად მიაჩნიათ და მათ მიმართ არ იჩენენ არავითარ კრიტიკას.

არსებობს პრინციპული განსხვავება აგრეთვე ბოღვითი და ზელირებულოვანი იდეების შორის. ემოციური ტონი და განსაკუთრებული დაძაფრულობა, რომელსაც პიროვნება იჩენს ზელირებულოვანი იდეების მიმართ, არ სცილდება ნორმალურ ჩარჩოებს და თავისი ბუნებით არ წარმოადგენს რაიმე პათოლოგიურს (გოლიაროვსკი, ოსიპოვი).

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ყოველად შეუძლებელია ბოდვებიდან ავადმყოფების გადაჭერება; პირიქით, შეკამათება ბოდვების შესახებ და მათი კრიტიკა უფრო ამკვრივებს (ამაგრებს) ავადმყოფთა ბოდვითი პოზიციებს და ხელს უწყობს ბოდვების შემდგომ განვითარებას.

ბოდვათა კლინიკურ მიმდინარეობას აქვს თავისი დინამიურობა. ბოდვითი აზრები ხან უფრო მკაცრდებიან და მრავლდებიან; ხან კი მცირდებიან და მკრთალდებიან.

ავადმყოფთა გამოკეთებისას შესაძლებელია ჩაქრეს ბოდვები. მაგრამ, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბოდვათა გაფხვავება და სიმკრთალე, ყოველთვის არ არის დადებითი პროგნოზის მაჩვენებელი. ჭკუასუსტობის განვითარების, ინტელექტური დონის დეგრადაციასთან ერთად ჩვეულებრივად ბოდვები მკრთალდებიან და კარგავენ ყოფილ კატეგორიულობას. შესაძლებელია ავადმყოფის გამოკეთების და გაწერის შემდგომ დიდხანს დარჩეს კიდევ ზოგიერთი ბოდვითი აზრები, ეს ე. წ. „და ნ ა შ თ ი ბ ო დ ვ ა“.

ხშირად ავადმყოფები ბოდვითი აზრებს გამოსთქვამენ იმდენად დალაგებულად და ლოღიკურად, რომ ირგვლივ მყოფ პირებს ადვილად არწმუნებენ თავიანთ აზრებში.

ისმება საკითხი ნორმალური და ბოდვითი მსჯელობის სადიფერენციო ნიშნების შესახებ.

რა პრინციპული თავისებურებანი ახასიათებთ ბოდვებს?

1. საქმიანი და ობიექტური კრიტიკის ნაცვლად ავადმყოფები იჩენენ აფექტურ, ემოციურ და ეგოცენტრიულ განწყობილებას.

2. ბოდვითი აზრების დროს ავადმყოფები არ უწყევენ ანგარიშს გარემო სინამდვილეს და თავიანთ რეალურ შესაძლებლობას.

3. ბოდვების დროს ადგილი აქვს სრულიად უცნაურ და თავისებურ დასკვნებს, მაგალითად: ერთი ჩვენი ავადმყოფი ამტკიცებდა, რომ დედა მას სწამლავს, რადგანაც მან შენიშნა კედლის ლურსმნები და გიტარა არა იქ, სიდაც ჩვეულებრივად უნდა ყოფილიყო.

4. აზროვნება უკიდურესად ტენდენციური და ცალმხრივია; ავადმყოფები თავიანთ აზრებში და დებულებებში ხედავენ მხოლოდ და მხოლოდ დადებით მომენტებს; ხოლო ის, რაც ეწინააღმდეგება მათ ბოდვით აზრებს, აუცილებლივ უარყოფითია.

ბოდვითი იდეებში ყოველთვის ასახულია არსებული კულტურული დონე და ტექნიკური შესაძლებლობანი. ძველ დროს ფართოდ იყო გავრცელებული ქაჯთა და ავ-ძალთა შეპყობილობის (დემონომანიური) ბოდვები; ახლა პირიქით, ავადმყოფები იყენებენ თანამედროვე ტექნიკის შესაძლებლობას, მაგალითად: ავად-

მყოფები აღნიშნავენ, რომ მათზე მოქმედებენ რადიოთი, მაგნიტით, ელდენით; რომ ისინი ესაუბრებიან გარკვეულ პირებს უძველეს ტელეგრაფით, ტელეფონით და სხვა.

არჩევნ ზოდვითი იდეების სხვადასხვა სახეებს, მაგალითად: გუნებ-განწყობის ტონის მხრივ არჩევნ დეპრესიულ და ექსპანსიურ ბოდვებს.

დეპრესიული ბოდვები შეიძლება იყოს შემდეგი შინაარსისა: თვითდამცირების, თვითბრალდების, ცოდვიანობის, გაძარცვის, განადგურების, ჰიპოქონდრიული და ნიჰილისტური. რაც შეეხება ექსპანსიურ აზრებს, ამ მხრივ აღსანიშნავია თვითგანდიდების (მეგალომანიური), რელიგიური და გამოგონების ბოდვები.

დამოკიდებულების ანუ ურთიერთი განწყობილების მხრივ არჩევნ: ინტერპრეტაციის (ახსნა-განმარტების), მოდავეობის, დენის, ზეგავლენის და დაზოიანობის ბოდვითი იდეებს.

კონსტრუქციის ანუ სტრუქტურის მხრივ არჩევნ: სისტემურ (გარკვეული მსოფლმხედველობის მაგვარად ჩამოყალიბებული აზრებია) და უსისტემო (წყვეტილი, უაზრო, შემთხვევითი აზრებია) ბოდვითი იდეებს.

წარმოშობის ანუ განვითარების მიზეზების თანახმად არჩევნ ბოდვების შემდეგ სახეებს: კონსტიტუციონალური, ემოციური, სენსორულ-პალუცინაციური, სენსიტიური (ნორმალურ და გაუკულმართებულ შეგრძნებათა ალეგორული გადამუშავება), პარამენზიური, დემენციური, ინდუცირი (მიბადვით), მითომანიაური და ფანტაზიური (ისტერიულ ან მანიაკალურ ავადმყოფთა წარმოდგენების გარდაქმნა).

გრულე არჩევს პირველად და მეორად ბოდვებს.

პირველადი ბოდვები წარმოადგენენ აზროვნების დამოუკიდებელ აშლას; ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს ინტელექტური აპარატის პირველად დაზიანებას.

მეორად ბოდვებს საფუძვლად აქვთ ან პალუცინაციები ან გუნებ-განწყობის ტონი ან რაიმე ორგანული შეგრძნებანი (კათესტენიური ბოდვები).

ფრიად საინტერესოა ზემოხსენებული ცალკეული ბოდვების კლინიკა.

დენის ბოდვა. ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათ სდევნიან გილაცა გაურკვეველი პირები, მათზე მოქმედებენ, დასცინიან; სურთ მისი მოკვლა, ავრცელებენ მის შესახებ ცუდ ხმებს და ამისათვის ხშარობენ ყოველგვარ საშუალებებს ჰიპნოზს, ელდენს, რადიოს, მაგნიტს და სხვა.

სწირად დევნის ბოღვაში ჩართული არიან ავადმყოფის უახლოესი პირები, ნათესავეები, ნაცნობები და მეგობრები.

საკმაოდ სწირად დევნის ბოღვაში ჩართულნი არიან აგრეთვე პალატის ექიმები ან სხვა ვინმე მომვლელი პერსონალი. სულ უბრალო არსებითად ინდიფერენტულ მოქმედებებს ავადმყოფები აძლევენ ბოღვითი შეფასებას, ბოღვითი ახსნა-განმარტებას; ქუჩაში ვიღაცამ ჩაახველა, ან სწორედ მაშინ, როდესაც იგი გადადიოდა ქუჩის ერთი მხრიდან-მეორისაკენ, ვიღაცამ ხელი ჩაიყო ჯიბეში. აქედან ავადმყოფი დაასკვნის, რომ უნდოდათ მისი მოწამვლა, რომ ყველა ეს საქციელი მიმართულია მის წინააღმდეგ.

მოწამვლის ბოღვა. როგორც დევნის, ისე მოწამვლის ბოღვა სწირად გვხვდება შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფებს ყველაფერში ეპარებათ ეჭვი.

მათ მოსწამლავენ მახლობლები, ღვიძლი ნათესავეები. იგი არ უჭერებს მშობლებსაც. მაგალითად ჩვენი ავადმყოფი ინჟინერი სრული დარწმუნებით და სერიოზულობით ეუბნებოდა თავის მამას—ექიმს, რომ მას მისცენ საძინებელი წამალი კი არა, ალამედ ძლიერი საწამლავი: სტრიქნინი. სწირად ასეთი ავადმყოფები მოითხოვენ ნედლ პროდუქტებს და თვითონ ისარწავენ საქმელს, რადგანაც ისინი ყველას უყურებენ უნდობლად, ეჭვის თვალით.

გაძარცვის და გაქურდვის ბოღვა. გვხვდება მოხუცებულობის ჰუასუსტობის დროს. ხსენებული ავადმყოფები მესსიერების შესუსტების და საერთო ორიენტაციის უნარის შეკვეცის გამო ხდებიან ეჭვიანი. გონიათ, რომ რაღაცა უნდა დაკარგონ, რომ ყველახი ცდილობენ მათ გაქურდვას და გაძარცვას.

ლაზოიანობის ბოღვა. ვხვდებით, როგორც მამაკაცთა, ისე ქალთა შორის. ამ დროს ავადმყოფებს გონიათ, რომ მათ ღალატობენ; რომ ცოლთან (ან ქმართან) დაიარებიან საეჭვო პირები და სხვა.

ლაზოიანობის ბოღვა მამაკაცებს უნვითარდებათ ალკოჰოლიზმის ნიადაგზე და საფუძვლად უდევს სქესობრივი სისუსტე და საერთოდ ოჯახური უსიამოვნებანი, რომელსაც ჩვეულებრივად ამ დროს აქვს ადგალი. ღაზოიანობის ბოღვა უფრო გვხვდება ისტერონევროტიულ ქალთა შორის და საკმაოდ სწირად კლიმაქსური ფსიქოზების დროს.

ნიჰილისტური ბოღვა. მქონე ავადმყოფები ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ ყველაფერი არის დაკარგული, დაღუპული და არაფერი აღარ არსებობს. მიხუცებულობითი ჰუასუსტობის დროს ნიჰილისტური ბოღვა ეხება კერძოდ ავადმყოფის სხეულის ნაწილების უარყოფას. ასეთი ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათ

არა აქვთ არც კუქი, არც გული, არც ფილტვები და სხვა რაიმე ორგანოები, რომ მისი სხეული გვამს წააგავს (კოტარი სინდრომი); ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფები გრძნობენ, რომ ძლიერ დაპატარავდნენ, საშინლად შემსუბუქდნენ, ატარებენ ბუმბულის წონას, გახდნენ მიკროსკოპიული ოდენობის, ასე რომ ნემსის ყუნწში გაძვრებიან (მიკრომანიული ბოდვა).

განდიდების ბოდვას ექსპანსიური ხასიათი აქვს, უფრო ხშირად გვხვდება პროგრესული პარალიზის დროს, ავადმყოფები დარწმუნებულნი არიან, რომ მათ აქვთ დიდი ღონე; ერთი ხელით გადააბრუნებენ დატვირთულ ვაგონს, მსოფლიო ფალავანი მოჭიდავენი არიან. მათ აქვთ აუარებელი ოქრო, ვერცხლი და ბრიალიანტები. ერთი ჩვენი ავადმყოფი გვეუბნებოდა, რომ იგი იყო ბუხარში და იქ მან შეიძინა ერთი ვაგონი ბრიალიანტები და ბაჭალო ოქროები. ჩვენს კლინიკაში პარალიტიკი გვარწმუნებდა, რომ თვითონ მთლიანად ოქროსგან არის გაკეთებული. განდიდების და სიმდიდრის პროდუქციები აბსურდამდე მიდის და მჭიდროდ არის დაკავშირებული ავადმყოფის გონებრივი დონის საერთო დაქვეითებასთან.

გამოგონების და აღმოჩენის ბოდვები ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათ აღმოაჩინეს და გამოიგონეს იშვიათი ნივთები და საშუალებანი. მაგალითად, მათ შეუძლიანთ აღმოაჩინონ „უკვდავი მამოძრავებელი“; ერთი შიზოფრენიკი მოგვითხრობდა, რომ შეუძლიან მოჭრილი თავი აღადგინოს და მიაკეროს სხეულს.

ბოდვის სიმტკიცე და დაძაფრულობა სხვადასხვა არის, როგორც ფსიქოზის დასაწყისში, ისე მისი მიმდინარეობის დროს. ბოდვა განიცდის ცვალებადობას ე. ი. დაძაფრულობის და სიაქტივის მხრივ ოსცილაციას (რყევას). ბოდვითი პროდუქციები ხან მკრთალდება, მხოლოდ ხან ისევ მწვავედება.

შესაძლებელია ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობისას შეიცვალოს ბოდვა არა მარტო რაოდენობითი გამოხატულებიდან მხრივ, არამედ თვისობრივად; მაგალითად, დევნის ბოდვა შეიძლება შეიცვალოს ექსპანსიური, განდიდებითი აზრებით; ამ შემთხვევაში ლაპარაკობენ ბოდვის ტრანსფორმაციის შესახებ.

ზოგიერთი შემთხვევაში ავადმყოფები დიდი სიამოვნებით მოგვითხრობენ თავიანთ ბოდვითი იდეებს (აღმოჩენებს, გამოგონებას); ხოლო არის შემთხვევები (მაგალითად: შიზოფრენიის დროს), როდესაც ავადმყოფები მალავენ ბოდვებს (უმთავრესად

დევნის და მოწამვლის ბოდეები) და ამ მხრივ ახდენენ დ ი ს ი მ უ-  
ლ ა ც ი ა ს.

საკითხი ბოდვების წარმოშობის, მიზეზის და განვითარების მექანიზმების შესახებ ფრიალ რთულია და ჭერ-ჭერობით არ არის გადაწყვეტილი.

თანახმად კ რ ე პ ე ლ ი ნ ც ს ა ბოდვა მიგვითითებს საერთო ფსიქიკურ აშლილობაზე და მას საფუძვლად პირველ რიგში უდევს ან ცნობიერების შეცვლა, ან საერთო ფსიქიკური სისუსტე. უკანასკნელი ორი მომენტი ავადმყოფს უკარგავს სწორი ორიენტაციის ანუ გარემოს კრიტიკული ასიმილაციის უნარს და წარმოშობს ბოდვითი დასკვნებს.

ვესტფალის შეხედულება, რომ ბოდვებს საფუძვლად უნდა ქონდეს გონებრივი აპარატის შესუსტება (ე. ი. ჰუასუსტობა) არ გამართლდა. პირიქით, შენიშნულია, რომ ბოდვების განვითარებისათვის საჭიროა გარკვეული ინტელექტური აქტიობა.

ცნობილია, რომ იდიოტიის დროს არა გვაქვს არანაირი ბოდვები, ხოლო ორგანული ფსიქოზების შემთხვევებში, ჰუასუსტობის წინსვლასთან ერთად პარალელურად ბოდვები თანდათანობით მცირდება, მკრთალდება და ბოლოს სრულიად იკარგება. უკანასკნელი მაგალითი მიგვითითებს იმაზე, რომ ბოდვები წარმოუდგენელია ინტელექტური მარაგის გარეშე.

ბოდვების განვითარების შემდგომ გზად შეიძლება მივიღოთ ადამიანის აფექტური ანუ კათათიმიური აზროვნება. ამ დროს ბოდვითი პროდუქციები უფარდდება არსებულ ძირითად აფექტურ ტონს, მაგალითად, ექსპანსიური ანუ აწეული გუნებ-განწყობა წარმოშობს განდიდების ბოდვითი იდეებს; ხოლო დეპრესიული ანუ დაწეული გუნებ-განწყობა—ბრუნებულობის და ცოდვიანობის ბოდვითი იდეებს. აფექტური ანუ კათათიმიური გზით წარმოშობილ ბოდვებს ბ ლ ე ი ლ ე რ ი უწოდებს გოლოთიმიური ბოდვითი იდეებს.

ცდილობენ ქარაქტეროლოგიით, ადამიანის კონსტიტუციურად წინაგანწყობით ახსნან ბოდვითი იდეების განვითარება, მაგალითად, კონსტიტუციურად ექვიან პიროვნებას ადვილად მოიცავს დევნის ან ზეგავლენის ბოდვითი იდეები. ამგვარი მიდგომა შესაძლებელია გამოყენებული იყოს, ისიც დიდი სიფრთხილით მხოლოდ ზოგიერთი შემთხვევებისათვის (რეაქტიული ფსიქოზები). ხსენებული თეორია ვერ ამოსწურავს ბოდვის სახეების მრავალფეროვნობას.

ადამიანის აზროვნებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ცნებებს.

ცნებების საშუალებით იგი ახდენს სხვადასხვა საგანთა და მოვლენათა გაერთიანებას, განზოგადობას.

აზროვნება ცნებებით წარმოადგენს აზროვნების უმაღლეს სახეს და განისაზღვრება ადამიანის სოციალური გამოცდილების სათანადო განვითარებით.

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქოზთა უმრავლეს შემთხვევებში ძლიერ მცირეა ცნებათა განვითარების შესაძლებლობანი. ამიტომ კლინიკური მუშაობის დროს ჩვენ ცნებებს უდგებით მხოლოდ მარტივად, ფორმალურად.

ფსიქიატრიული გაგებით ცნება არის წარმოდგენათა შეჯამების და ურთიერთ დაპირისპირების უნარი, რომლის საშუალებითაც ადამიანი ეცნობა საგნის შინაარსს და დანიშნულებას.

ცნება სამგვარია: ძირითადი ანუ უმარტივესი, საგნობრივი ანუ კონკრეტული და განყენებული ანუ აბსტრაქციული.

ძირითადი ანუ უმარტივესი ცნება გულისხმობს დროის, სივრცის და რიცხვის ცოდნას, ძირითადი ცნებები წარმოადგენს აუცილებელ პირობას ადამიანის ფსიქიკის განვითარებისათვის.

იდიოტიის დროს მოსპობილია ძირითადი ცნებების გამომუშავების უნარი. იდიოტმა არ იცის: რა არის დღე და ღამე, დღი და საღამო; არ იცის რომელი ჯოხი მოკლეა, რომელი გრძელი; არ იცის რა მეტია: 3 თუ 1,2 თუ 5. მათი პასუხები ამ დროს სრულიად შემთხვევითია, შეუგნებელი და მექანიკური. ამიტომ იდიოტები მოკლებულნი არიან ფსიქიკური განვითარების და წინსვლის ყოველგვარ შესაძლებლობას.

საგნობრივი ანუ კონკრეტული ცნება გულისხმობს ცალკე საგანთა ან მოვლენათა გაერთიანებას ერთი სახელწოდების ქვეშ, მაგალითად: ხარი, კამეჩი, ძროხა, ცხენი, თხა, ცხვარი და სხვა წარმოადგენენ „შინაურ ცხოველს“; ამნაირად „შინაური ცხოველი“ არის ცნება, რომელიც გულისხმობს სრულიად გარკვეულ საგანთა არსებობას. იმპერიკლებს (თანდაყოლილი ანუ ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის ერთ-ერთი ფორმა) აქვთ, როგორც ძირითადი, ისე კონკრეტული ცნებები.

განყენებული ანუ აბსტრაქციული ცნება წარმოადგენს რთულ გაერთიანებათა და განყენებულ განზოგადობათა უნარს. დებილებს (ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის იოლო



ზორებია) აქვთ, როგორც ძირითადი და კონკრეტული, ისე აბსტრაქციული ცნებები; მაგრამ აბსტრაქციული ცნებები ძლიერ ღარიბად აქვთ წარმოდგენილი.

აბსტრაქციული ცნებების გამოკვლევას ავალმოყვს ვეკითხებით რას ნიშნავს „ემირობა“, „სიკეთე“, „თავისდაღება“ „ზნეობა“, „ბოროტება“ და სხვა.

სხვადასხვა ფსიქონების დროს ჩვენ ვხვდებით ცნებათა თვისობრივ გაუქუღმართებას, ცნებათა დაშლას, გაფხვიერებას, მაგალითად, შესაძლებელია ერთი და იგივე სიტყვა სხვადასხვა დროს გამოხატავდეს სულ სხვადასხვა ცნებას.

#### 4. ემოციურ აზლილოგიათა კლინიკა

##### ა. გრძნობა, ემოცია, აფექტი, გამოკვლევის მეთოდები

როგორც გარეშე სამყაროდან, ისე შინაგან ორგანოებიდან აღამიანი იღებს უამრავ შეგრძნებებს და შთაბეჭდილებებს.

ხსენებული შეგრძნებები და შთაბეჭდილებანი არ აღიქვებიან მხოლოდ შშრალად, განურჩეველი სქემების სახით; პირიქით, ისინი აღამიანში წარმოშობენ გარკვეულ ფსიქიკურ რეაქციას. იწვევენ გარკვეულ საპასუხო გრძნობითი ანუ ემოციურ ტონს.

გრძნობითი ანუ ემოციური, ანუ აფექტური ტონი, ყოველთვის ზრის ან სასიამოვნო, ან უსიამოვნო.

ყველაზე მარტივ და ძირითად სასიამოვნო ანუ უსიამოვნო განცდას წარმოადგებს გრძნობა; ამ დროს ადგილი აქვს რეაქციას ცალკეულ შეგრძნებებზე და შთაბეჭდილებებზე.

ემოცია, პირიქით, უფრო რთული, გაცილებით მეტი ხანგრძლივობის გრძნობითი აქტია; საფუძვლად აქვს მრავალფეროვანი შთაბეჭდილებანი, რომელსაც აღამიანზე ახდენენ სხვადასხვა საგნები, მოვლენები და ცხოვრებითი ამბები.

აღამიანის ემოციური ცხოვრების შესწავლისას, გარკვეულ ყურადღებას მოითხოვს ე. წ. აფექტი, რადგანაც მას აქვს დიდი კლინიკური და ფსიქოპათოლოგიური ინტერესი.

შედარებით ემოციასთან აფექტი უფრო მეტი ინტენსიობის და დაძაფრულობის გრძნობითი განცდაა; სამაიიეროო გრძელდება შედარებით ხანმოკლე დროს. აფექტი, როგორც მძლავრი განცდა, აღამიანში იწვევს დიდ ფსიქიკურ და ფიზიოლოგიურ ძვრებს. ამასთან ერთად არაჩვეულებრივი ძალის და სიღრმის ფსიქიკური ჭანცდა აღამიანს აყენებს განსაკუთრებულ პირობებში და აიძულებს ჩაიდინოს მისი პიროვნებისთვის უჩვევი საქციელი.

აფექტს თან სდევს სისხლის მიმოქცევის, სუნთქვის, მოძრაობითი და სეკრეციული ფუნქციების ცვლილებანი. თანახმად კენონის დაკვირვებათა არსებობს ერთგვარი კავშირი აფექტური მდგომარეობის და შიდასეკრეციულ ორგანოთა მოქმედების ინტენსიობის შორის. ხსენებული კავშირი ხორციელდება ავტონომიური ნერვული სისტემის საშუალებით.

კენონის თანახმად აფექტების დროს სისხლში ძლიერ მატულობს ადრენალინის და შაქრის რაოდენობა.

აფექტური დაძაფრულობა იწვევს არა მარტო ფიზიოლოგიურ ძვრებს, სომატიური ხასიათის ცვლილებებს, არამედ იგი დიდ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებზე.

აფექტი მოქმედებს გონებრივ (ინტელექტურ) პროცესებზე და ამასთან ერთად სცვლის ადამიანის ნებითი გადაწყვეტილებას და მის ქცევებს.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ინტენსიური და დრამა ემოციური განცდები ორგანიზმში იწვევენ სომატიურ ცვლილებებს. მეორეს მხრივ, ორგანიზმის სომატიური მდგომარეობა დიდ ზეგავლენას ახდენს ემოციურ განცდათა ძირითად ტონზე. ამიტომ ემოციურ მდგომარეობათა შესწავლისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული აგრეთვე ადამიანის სომატიური მდგომარეობა ე. ი. მისი თვითგრძნობა.

ცნობილია, რომ ცუდი თვითგრძნობა, მაგალითად: საერთო ფიზიკური სისუსტე, დამტვრეულობა; ტკივილები და სხვა ადამიანს უქმნის უარყოფითი (ანუ უსიამოვნო) ტონის ემოციურ განცდებს.

როგორც ვხედავთ თვითგრძნობის ანუ ფიზიკური მდგომარეობის გრძნობის გამოკვლევა წარმოადგენს ემოციათა უშუალო შესწავლის წინარე ეტაპს.

ფსიქიკური შთაბეჭდილებები, რომლის გავლენის ქვეშაც ვიმყოფებით, და მასთან ერთად თვითგრძნობა ჩვენში წარმოშობს გარკვეულ ემოციურ მდგომარეობას ანუ გუნებ-განწყობას.

გუნებ-განწყობა ანუ ადამიანის ძირითადი ემოციური ტონი შეიძლება იყოს სასიამოვნო (სტენიური), უსიამოვნო (ასტენიური) და განურჩეველი (ინდიფერენტული) ხასიათისა.

ემოციებს საფუძვლად უდევს ცერებრული პროცესები. უკანასკნელთა ტემპი და ხასიათი განისაზღვრება ორგანიზმის საერთო ბიოლოგიური ტონუსით და აგრეთვე ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებით (ოსოპოვი, გილიაროვსკი, გურევიჩი).

მთელი რიგი ფაქტები ადასტურებენ, რომ ემოციურ ანუ აფექტურ განცდებს მკიდრო კავშირი აქვს ქერქქვეშა კვანძებთან, სახელობრ, თალამურ და სტრიალურ სისტემასთან.

პერიფერიიდან და საკუთარ სხეულიდან მომავალ ყოველგვარი შეგრძნებანი თავს იკრეფენ მხედველობის ბორცვში, რომელიც, ასე ვთქვათ, წარმოადგენს გრძნობითი განცდების ქერქქვეშა ცენტროს.

რომ ქერქქვეშა კვანძებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ აფექტური ტონის ჩამოყალიბებაში, განსაკუთრებულად ნათლად სჩანს ეპიდემიური ენცეფალიტის შემთხვევებში.

ცნობილია, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს, ქერქქვეშა კვანძთა დაზიანებასთან ერთად აღინიშნება აგრეთვე, აფექტური მძოდუნება და საერთოდ ემოციურ განცდათა გაუკუღმართება.

ლეთარგიული ანუ ეპიდემიური ენცეფალიტით შეპყრობილ პირებს ხშირად აქვთ აკვიატებული სიცილი ან ტირილი, რომელიც დადებითი, მხიარული გუნებგანწყობის მაგიერ წარმოშობს დაბოღმინებულ, აპათიურ მდგომარეობას.

აფექტურ განცდათა ბუნების შესახებ ჯერ-ჯერობით ამომწურავი თეორია არ არსებობს. ერთი შეიძლება ითქვას ნათლად, რომ ემოციების მთლიანად დაკავშირება ქერქქვეშა კვანძებთან არ არის სწორი; მით უმეტეს, როდესაც საქმე ეხება უმაღლეს ხასიათის ემოციებს, ადამიანის მორალური ანუ ზნეობრივი ხასიათის განცდებს.

უმაღლეს განცდათა მატერიალურ საფუძველს შეადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემა მთლიანად, და პირველ რიგში დიდი ტვინის ქერქი.

მოკლედ შევჩერდები ემოციათა პერიფერიულ ხასიათზე, რომელიც მე-19 საუკუნის მიწურულში წამოყენებული იყო ჯე მსელ ან გეს მიერ და რომელსაც აქვს თავისი ისტორიული ინტერესი.

სხენებული ავტორების თანახმად პერიფერიული ნერვული სისტემის ფუნქცია და ამასთან დაკავშირებული ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები წარმოადგენენ ძირითად და პირველად მომენტს ემოციათა წარმოშობა-განვითარებაში. ჯერ სომბტიური ცვლილებები და მერე განცდა; ჯერ ტირილი, ხოლო შემდეგ ბოღმა; ჯერ ცანცაზი, ხოლო შემდეგ შიშის აფექტი,—აი როგორ არის წარმოდგენილი ემოციათა ბუნება პერიფერიული თეორიის მიერ.

ჩვენ დამწუხრებულნი ვართ და ამიტომ კი არა ვტირით, არამედ, პირიქით, — „დამწუხრებულნი ვართ იმიტომ, რომ ვტირით“; ასევე შიშის აფექტს განვიცდით იმიტომ, რომ „უკანკალებთ“.

პერიფერიული თეორია ცალმხრივია, მექანიკური და გულუბრყვილო, ამიტომ მას ამჟამად სულ ცოტა მიმღევრები ყავს; ჩვენთვისაც მეთოდოლოგიურად სრულიად მიუღებელია.

მთელი რიგი ფაქტები ადასტურებენ, რომ პერიფერიულ მომენტს არ შეუძლია გასასაზღვროს და ამოსწუროს გრძნობითი განცდის მეტად რთული ბუნება. ჩვენ კარგად ვიცით, რომ ადრენალინის შეშხაპუნება იწვევს მხოლოდ ქანკალს, გულისცემას და არა ემოციებს. ძლიერ დამახასიათებელია აგრეთვე ფაქტი, რომ სხვადასხვა ემოციურ მდგომარეობას შეუძლია მოგვიცეს ერთი და იგივე სომატიური რეაქცია, მაგალითად გლიკემია მანიის და დეპრესიის დროს.

გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ი ს მ ე თ ო დ ე ბ ი. გონებრივი მდგომარეობის გამოსაკვლევად ჩვენ გვაქვს სხვადასხვა მეთოდები. რაც შეეხება გრძნობითი განცდებს, ემოციებს და აფექტებს, აქ ჩვენ მოკლებულნი ვართ ობიექტური გამოკვლევების ყოველგვარ შესაძლებლობას.

ექსპერიმენტული ფსიქოლოგია განსაკუთრებულად სუსტია აფექტური და ნებითი პროცესების გამოკვლევაში.

ემოციათა კვლევის არსებული მეთოდები არანაირად არ აკმაყოფილებენ კლინიკის მოთხოვნილებებს; ისინი უფრო წააგავენ ავადმყოფის დაკითხვას. ვიღრე მათ ზუსტ ობიექტურ შესწავლას.

ავადმყოფებს ეკითხებიან როგორა გრძნობენ თავს. როგორი გუნება აქვთ? ხომ არაფერი არ სტიკვიათ? მხიარულად არიან თუ მოწყენილად და სხვა.

ძველი ავტორები, რომელნიც იკვლევდნენ ადამიანის აფექტურ მხარეს, ომთავრისაო სწავლობდნენ სომატიურ ნიშნებს გულისა და ფილტვების მხრივ.

ფსიქოლოგები და ფსიქოპათოლოგები დარწმუნებულნი არიან, რომ შეუძლებელია აფექტური ცხოვრების ზუსტი ობიექტური ექსპერიმენტული გამოკვლევა. ავტორები აგრეთვე დარწმუნებულნი არიან, რომ ლაბორატორული თუ კლინიკური ექსპერიმენტი მხოლოდ ზერალედ ეხება აფექტურ ცხოვრებას და არ შეუძლია ჩასწვდეს ემოციათა სიღრმეს.

ემოციური მდგომარეობის გამოკვლევა, როგორც ვხედავთ, ძირითადში სწარმოებს დაკითხვით, ექსპერიმენტის ხმარობა აქ ძლიერ ძნელია და არა სრული; ამიტომ კლინიკურ-ფენომენოლოგიური გზა, ე. ი. ავადმყოფთა ყოველდღიური კლინიკური დაკვირვებ-

ბა, მათი მოქმედებების და აფექტური რეაქციების შესწავლა, წარმოადგენს ემპირიკულ გამოსაკვლევ ერთადერთ სწორ საშუალებას.

## ბ. ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტი

აფექტების შესწავლას აქვს დიდი მნიშვნელობა, როგორც კლინიკური, ისე სასამართლო ფსიქიატრიისათვის; აფექტებსა საკითხს დიდი ყურადღება უნდა ქონდეს მიქცეული ფსიქოპათოლოგიაში. ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს გაგებით ყველა ფსიქოპათოლოგიაში. ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს გაგებით ყველა ფსიქოპათოლოგიაში. ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს გაგებით ყველა ფსიქოპათოლოგიაში. ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს გაგებით ყველა ფსიქოპათოლოგიაში.

არჩევნ სამგვარ აფექტს:

1. ს თ ე ნ ი უ რ ი (დადებითი ტონის ძლიერი გრძობანი, როგორც მაგალითად: ალტაცება, სიხარული, ექსტაზი);

2. ა ს თ ე ნ ი უ რ ი (უარყოფითი ტონის ძლიერი გრძობები, როგორც მაგალითად: შიში, ელდა, სევდა, ბოლმა).

3. შ ე რ ე უ ლ ი ა ფ ე კ ტ ე ბ ი წარმოადგენენ მძლავრ განცდებს, რომელთაც აქვთ ნიშნები (ხაზები) რღვორც სთენიური, ისე ასთენიური აფექტისა.

სხენებულ აფექტს ეკუთვნიან: მოუთმენლობა, ლოდინი, მრისხანება.

ა რ ჩ ე ვ ე ნ ფ ი ზ ი ო ლ ო გ ი უ რ და პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ აფექტებს. ფიზიოლოგიური აფექტის დროს განცდა საშუალო ინტენსიობისაა და ადამიანს არ უსპობს ფსიქიკური წონასწორობის გრძობას. პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი აფექტი პირიქით, მძლავრი ინტენსიობისაა, ადამიანს უსპობს შეძრავებულ საშუალებებს და სავსებით უკარგავს წონასწორობის გრძობას.

ო ს ი პ ო ვ ი ფიზიოლოგიური აფექტის ნაცვლად ლაპარაკობს ჭანმრთელ პირთა აფექტზე, ხოლო პათოლოგიურის ნაცვლად ავადმყოფ პირთა აფექტზე.

ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტების გარდა არჩევნ კიდევ ე. წ. ფ ი ზ ი ო ლ ო გ ი უ რ აფექტს პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ნ ი ა დ ა გ ზ ე .

უკანასკნელ შემთხვევაში აფექტი თავისი კლინიკური გამოვლინებით და სურათით უფრო მოგვაგონებს ფიზიოლოგიურ აფექტს, ხოლო უნვითარდებათ ისეთ პირებს, რომელნიც ან ავად არიან ფსიქიკურად, ან აწვთ ძიდრეკილება ფსიქოზებისადმი.

ასეთი შუამდგარი აფექტი განსხვავდება სუფთა ფიზიოლოგიურიდან უფრო მეტი ინტენსიობით და სიღრმით და აგრეთვე იმით, რომ აფექტი არ ეტყვისება გამომწვევ მიზეზს.

პრაქტიკულად არა იშვიათად საშუალო აფექტი შედარებით ახლო დგას პათოლოგიურ აფექტთან ( გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ).

პათოლოგიური აფექტის შესწავლას აქვს დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა სასამართლო ფსიქიატრიისათვის, რადგანაც მისი განსაზღვრა საბოლოოდ გადასწყვეტს ადამიანის დანაშაულობის კვალიფიკაციის და ჩარაცხულება-ჩაურაცხველობის საკითხს.

მოვიყვანთ დასაყრდნობ ძირითად მომენტებს, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელი გახდება ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტის შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება (მოყვანილია ა ს ა თ ი ა ნ ი ს თანახმად).

**ფიზიოლოგიური აფექტი:**

1. საშუალო ინტენსიობა
2. შეფარდებულობა გამომწვევ მიზეზთან
3. ცნობიერება არ არის შეცვლილი
4. თავდაუქერლობა
5. იდეათა შეუღლების აშლა (ზოგჯერ)
6. მოგონების შენარჩუნება
7. რეაქციული სისუსტე

**პათოლოგიური აფექტი:**

1. გადაქარბებული ინტენსიობა, ხანგრძლივობა
2. შეუფარდებლობა გამომწვევ მიზეზთან
3. ცნობიერება შეცვლილია (უაღრესი შევიწროებიდან სრულ აბნევამდე)
4. ანგარიშ-მიუხედავლობა, დროებითი სულიერ აშლილობამდე
5. იდეათა უთავბოლო შეუღლება
6. ამნეზიები: შესაძლებელია შემდეგში ამნეზიები თავისით დაირღვეს
7. პათოლოგიური ძილი

**გ. ემოციური აშლილობანი**

აწეული აფექტური აგზნებულება ან უფსიქიკური ჰიპერესთეზია ფიზიოლოგიურად გვხვდება ბავშვთა შორის, აგრეთვე მოზრდალებში დადლილობის დეუძილობის დროს.

ფსიქიკურ ჰაპერესთეზიას უფრო ხშირად ვხვდებით მოსაზღვრე და სულთ ავადმყოფობათა შემთხვევებში (ეპილეფსია, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, მანია).

ფსიქიკური ჰიპერესთეზია, როდესაც ადგილი აქვს სთენიური ანუ დადებითი ტონის გუნებ-განწყობას და ამასთან ერთად აღინიშნება გონებრივი სფეროს აგზნებაც, ცნობილია ეიფორიის სახით.

ეიფორია მოგვაგონებს შეჯარხოშებულ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფი მსიარულად არის, ლაპარაკობს უხვად და ბევრს ოხუნჯობს.

ფსიქიკურ ანესთეზიას უფრო ხშირად ვხვდებით დეპრესიის შემთხვევებში. ამ დროს ემოციური რეაქცია შინაგან და გარეგან გაღიზიანებაზე ან სრულიად მოსპობილია, ან ძლიერ შესუსტებული.

სუსტსულოვნობა ანუ გრძნობათა აჩვილება, ანუ პათოლოგიური გულჩვილობა გვხვდება ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებისას, როგორც მაგალითად ტვინის არტერიოსკლეროზი, გაფანტული სკლეროზი და პირველად ყოვლისა პროგნოსული პარალიზი. სულიერი პროცესები მოკლებულია სიღრმეს და ამიტომ ადვილად იცვლება გუნებ-განწყობა. ავადმყოფები უცებ ატირდებიან, მაგრამ საკმარისია განხიზვევა, რომ ავადმყოფს ტირილი და ცრემლი აგრეთვე უცებ შეეცვალოს სიმზიარულით და სიცილით.

აწერილია მოხუცებულობითი ჰკუასუსტობის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ვერ აღეჭვა მის მიერ ჩადენილი ანტიმორალური საქმეები, მაგრამ როდესაც კი შეუგნია და შეუთვისებია, უცებ გადასულა მკვეთრ საშინელ აგზნებაში.

სხვადასხვა სახის თვისობრივ გაუკუღმართებას ადგილი აქვს შიზოფრენიის შემთხვევაში, როდესაც ადამიანის ფსიქიკა განლეჩილია. ამ დროს ცალკეული გრძნობითი პროცესები სხვა ფსიქიკურ აქტებიდან სრულიად ჩამოკვეთილნი არიან (იხილეთ ქვემოთ).

## 6. ნმბითი ფუნქციები და მათი აზლილოგანი

გარემოდან მიღებულ შთაბეჭდილებებს ადამიანი ამუშავებს, ახდენს მათ სინთეზ-ანალიზს და შემდეგ ლებულობს ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას. თავისთავად ცხადია, რომ ადამიანის ყოველგვარ გადაწყვეტილებას საფუძვლად უდევს მისი სოციალური გამოცდილება.

შთაბეჭდილებათა გადამუშავებას და მიღებულ გადაწყვეტილებას მოსდევს ეფექტორული რეაქციები ე. ი. სხვადასხვა რთული საპასუხო მოძრაობები, მოქმედებანი და ქცევები.

ხსენებული რთული საპასუხო მოძრაობები, მოქმედებები და ქცევები შეადგენენ ადამიანის ნ ე ბ ი თ ი ა ქ ტ ე ბ ს.

ნ ე ბ ი თ ი ა ქ ტ ე ბ ს ანუ ნ ე ბ ა ს აქვს თავისი ნეირო-დინამიკური, თავისი ფიზიოლოგიური მექანიზმები; მის ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემა მთლიანად, კერძოდ კი დიდი ტვინის ქერქი. ამასთან ერთად, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, უნდა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ ნებითი აქტები ანუ პროცესები გამოიქვლებიან სოციალური პირობებით, სოციალური ყოფა-ცხოვრებით.

ნებითი პროცესები გარემო წრის, სოციალურ მომენტებთან უშუალო კავშირშია; უნდა გვახსოვდეს, რომ ნება არ არის მხოლოდ და მხოლოდ ადამიანის ბიოლოგიური განვითარების პროდუქტი. ნება, პირველად ყოვლისა, ადამიანთა შრომითი-წარმოების ურთიერთდამოკიდებულებათა შედეგია და მას საფუძვლად აქვს ადამიანის ქცევის ისტორიული განვითარება ( გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი, გ უ რ ე ვ ი ჩ ი, ს ე რ ე ი ს კ ი, ო ს ი პ ო ვ ი ).

ჩვენთვის ყოვლად მიუღებელია იდეალისტური თეორიები სოციალური წრის, ადამიანის ისტორიული განვითარების გარეშე მდგომ თ ა ვ ი ს უ ფ ა ლ ი ნ ე ბ ი ს შესახებ. ზოგიერთი იდეალისტი-ფსიქოლოგები ნებითი აქტებს უშუალოდ უკავშირებენ ადამიანის გონებრივ ანუ ინტელექტურ მოქმედებებს; მათი აზრით ნება წარმოადგენს რეაქციათა და მოქმედებათა თანამიმდევარ კავშირს, ასოციაციას; აქ საქმე გვაქვს ინტელექტურ თეორიასთან. მეორენი იზიარებენ ე. წ. ემოციურ თეორიას და ნებითი აქტებს საფუძვლად უდებენ ადამიანის ემოციურ განწყობას, მის აფექტურ მდგომარეობას.

ემოციურ თეორიას ეკუთვნის აგრეთვე ე. წ. გ ე დ ო ნ ი ს ტ უ რ ი თეორია, რომელიც ნებითი ქცევის საფუძვლად იღებს სიამოვნების განცდას, თითქოს, ყველაფერი განისაზღვრებოდეს მხოლოდ სიამოვნებით (გედოს ნიშნავს სიამოვნებას).

მხოლოდ მესამეხი იზიარებენ ვ ო ლ უ ნ ტ ა რ ი ს ტ უ ლ თეორიას. ამ თეორიის მიმდევარ იდეალისტ-ფსიქოლოგებს მიაჩნიათ, რომ ნება სრულიად დამოუკიდებელი ფსიქოლოგიური პროცესია, რომელიც დგას, როგორც ინტელექტის, ისე ემოციების გარეშე.

ადამიანის ნებითი გადაწყვეტილებანი თავის საბოლოო გამოხატულებას პოულობს მოტორულ აქტებში; ამიტომ შეიძლება მოტორული სფეროს მდგომარეობის მიხედვით ერთგვარა წარმოდგენა ვიქონიოთ თვით ნებითი ფუნქციების შესახებ.



მოტორიკა და მასთან ერთად მეტყველება, მიმიკა და პანტომიმიკა წარმოადგენს ნებით მოქმედების მხოლოდ იარაღს.

ადამიანის ნება გულისხმობს ცნობიერ შეგნებულ და მიზანშეწონილ აქტებს. ადამიანის ნებითი გადაწყვეტილებას აქვს ვარკვეული წინასწარი მიზანდასახულება.

ინსტინქტური მოქმედებანი ანუ ჰიპობულური ნებითი აქტები პირიქით, მოკლებულნი არიან ასეთ მიზანდასახულებას.

გალიაში მოთავსებული ჩიტი იძლევა „მოძრაობათა ძირისხალს“ ე. ი. აწარმოებს ინსტინქტურ ანუ ჰიპობულურ მოქმედებას, რომ იპოვოს სანათური და განთავისუფლდეს. ცხადია, რომ ჩიტის ასეთ მოძრაობას მოჰყვება მისი განთავისუფლება. გაფრენა, გალიის ფანჯრიდან ე. ი. მისი მოქმედება არის მიზანშეწონილი. მაგრამ ჩიტის ხსენებული მოქმედება არაა მიზანდასახული; იგი მოკლებულია წინასწარ მოსაზრებას, სიტუაციის შეთვისებას და წინასწარ აწონ-დაწონას.

ნებითი ფუნქციების შესასწავლად ერთი რაიმე გარკვეული მეთოდიკის ხმარება არაა საკმარისი. საჭიროა ავადმყოფზე მოვანდინოთ დაკვირვება, შევისწავლოთ მისი მოტორული და ფსიქომოტორული რეაქციები; ამასთან ერთად უნდა გამოვკვებულ იქნეს—აქვს თუ არა ადგილი ნებითი აქტების გაუკულმართებას.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა ყურადღება მივაქციოთ მოტორულ და ფსიქო-მოტორულ აქტების გამრავლებას, შემცირებას და გაუკულმართებას; ამასთან ერთად, გამოვკვებულ უნდა იყოს ავადმყოფის ნებითი აქტივობა, აქტივობის ხასიათი და ცვალებადობა.

ნებითი ფუნქციების აშლილობანი. დიდაქტიურად უფრო მისაღებია ცალ-ცალკე შევჩერდეთ მოძრაობათა და ნებითი მოქმედებათა აშლის კლინიკაზე.

როგორც მოძრაობები, ისე ნებითი მოქმედებები შესაძლებელია იყოს გამრავლებული, შემცირებული და გაუკულმართებული.

მოძრაობათა გამრავლებას ადგილი აქვს სხვადასხვა ინტექტიურ დაავადებათა დროს, მაგ.: ეპილემიურ ენცეფალიტის შემთხვევებში და გამოწვეულია ქერქქვეშა კვანძთა გაღიზიანებით. აქ აღსანიშნავია ატეტოზური, ტიკის მაგვარი, ქორეას მაგვარი და სხვა მოძრაობები.

მოძრაობათა შემცირებას ჩვენ ვხვდებით სხვადასხვა ფსიქოზების დროს. არის შემთხვევები, როდესაც მოძრაობათა შემცირება იმდენად მძლავრად არის გამოხატული, რომ ავადმყოფი იმყოფება გაყუჩებულ სრულ უმოძრაო მდგომარეო-

პაშვი. ასეთი ნრული გაყუჩება ფსიქოპათოლოგიაში ცნობილია სტუპორის სახელწოდებით.

სტუპორს ყველაზე ხშირად ვხვდებით შიზოფრენიის (კატატონიის) და მელანქოლიის დროს.

შიზოფრენიული სტუპორის დროს ავადმყოფი იმყოფება მოტორულ გაყუჩებაში, წევს უმოძრაოდ; გაყუჩებასთან ერთად კუნთები დაჭიმული აქვს; ავადმყოფი მისი მდგომარეობის შეცვლაზე ღრმა წინააღმდეგობას გვიწევს და დევს გაშეშებული. ხსენებული სტუპორის დროს მოძრაობები სრულიად შეწყვეტილია და ავადმყოფი იმყოფება მოტორულ გაყუჩებაში. ამიტომ შიზოფრენიულ ანუ კატატონიურ სტუპორს უწოდებენ ს უ ფ თ ა მ ო ტ ო რ უ ლ ს ტ უ პ ო რ ს.

საჭიროა აქვე აღინიშნოს, რომ ფსიქოზების დროს არსებული აკინეზური და ჰიპერაკინეზური მდგომარეობა გარეგნულად ძლიერ წააგავს მოძრაობათა გაუკუღმართებას, რომელსაც ვხვდებით ექსტრაპირამიდული სისტემის დაზიანების შემთხვევებში. მაგრამ კლინიკურ-ფენომენოლოგიურად პრინციპული განსხვავება აღინიშნება ფსიქოზების დროს არსებულ და სუფთა ნევროლოგიურ აკინეზია-ჰიპერაკინეზიის შორის.

სუფთა ნევროლოგიური აკინეზია ან ჰიპერაკინეზია არ მოიხსობა ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლით ან თვით ავადმყოფის სურვილით. პირიქით, შიზოფრენიის დროს არსებული აკინეზია-ჰიპერაკინეზია წარმოადგენს ფსიქონერვულ აქტს და შეიძლება უცებ სრულიად შეწყვეტილი იქნეს ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლით ან თვით ავადმყოფისავე სურვილით.

მელანქოლიის ანუ დეპრესიის დროს შესაძლებელია აგრეთვე შევხვდეთ სტუპორს.

მელანქოლიური სტუპორის დროს გაყუჩება გვაქვს არა სუფთა მოტორული, არამედ ფსიქომოტორული, ე. ი. შენელებულია როგორც მოტორული, ისე ფსიქიკური პროცესების მსვლელობა; მაგალითად: ავადმყოფი მოძრაობებს აწარმოებს, მაგრამ ძლიერ ნელა; ამასთანავე ერთად ლაპარაკობს ძლიერ მძივიდ. საჭიროა გაიაროს დიდმა დრომ ან მოვიხდებათ რამდენჯერმე მისცეთ შეკითხვა, რამდენჯერმე გააღიზიანოთ, რომ მიიღოთ პასუხი.

მელანქოლიური ანუ ფსიქომოტორული სტუპორი სრულიად განსხვავდება კატატონიურ სტუპორიდან, სახელდობრ: მელანქოლიური სტუპორის დროს ფსიქო-მოტორული პროცესები მიმდინარეობენ, მაგრამ ძლიერ ნელა ე. ი. ამ დროს აღვიღი აქვს ფსიქიკურ და მოტორულ აქტთა შეკავებას.

კატატონიური სტუპორის დროს პირიქით, ფსიქო-  
მოტორულ აქტთა სვლა სრულიად შეწყვეტილია ე. ი. აქ აქვს  
ადგილი მოტორულ აქტთა შეჩერებას.

შეჩერების და შეკავების სიძლიერის არის პრინციპული, თვისებ-  
რივი განსხვავება და, როგორც დავინახეთ, გვხვდება სრულიად  
სხვადასხვა ფსიქოზების დროს.

შესაძლებელია სრული ფსიქო-მოტორული გაყუჩება მივი-  
ლოთ რაიმე მძიმე ფსიქიკური ტრავმის შედეგად (ელდა, შიში); ამ  
შემთხვევაში ავადმყოფი მოკლებულია ფსიქო-მოტორულ რეაქ-  
ციათა შესაძლებლობას და იმყოფება ე. წ. „ყალბი სიკვდი-  
ლი“ მდგომარეობაში. ხსენებულ სტუპორს უწოდებენ ფსი-  
ქოგენურს, რომლიდანაც შესაძლებელია გამოყვანილი იქნეს  
ავადმყოფი.

როგორც ვხედავთ, არსებობს სამი სახის სტუპორი: მოტო-  
რული, ფსიქომოტორული და ფსიქოგენური.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა შევჩერდეთ მოძრაობათა  
თვისებრივ გაუკუღმართებაზე. ხსენებული გაუკუღმართება შესაძ-  
ლებელია გამოხატული იყოს მოძრაობათა თავისებურ გამრავლება-  
ში ან შემცირებაში და ადგილი აქვს კატატონიის დროს. ამიტომ  
მოძრაობათა თვისებრივ გაუკუღმართებას განიხილავენ, როგორც  
სხვადასხვა სახის კატატონიურ მოვლენებს.

ვარჩევთ შემდეგი სახის კატატონიურ მოვლენებს:

1. ტეტანიი. ამ დროს ყველა მომხრელი და მომზიდავი  
კუნთები შეკუმშული და დაქიმულია. ავადმყოფი იმყოფება ემბ-  
რიონული მდებარეობის პოზიში; სრულიად მოხრილია, კიდურები  
მოკეცილია, ხოლო ნიკაბი მიბჯენილი აქვს მუცელთან.

2. კატალექსია. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს გადაჭარ-  
ბებულად, ავადმყოფურად გამოხატულ შთაგონებლობას.

ფიზიოლოგიურად აწეუჯი შთაგონებლობა აქვთ ბავშვებს,  
ხოლო შოზრდილებს დადლილობის და სიმთვრალის დროს.

გადაჭარბებული შთაგონებლობა აღინიშნება კატატონიის, ის-  
ტერიის და ჰიპნოზის დროს.

კრიტიკის შესუსტება და საერთოდ გონებრივი დონის დაქ-  
ვეითება იწვევს შთაგონებლობის გაძლიერებას, მაგ.: საკმარისია  
ერთი სიტყვა ვუთხრათ ასეთ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს,  
რომ მათ უცებ შესწყვიტონ თავიანთი მოქმედება.

შიზოფრენიის კატატონიურ ფორმაში შთაგონებლობა შესაძ-  
ლებელია გამოხატული იყოს ორი სახით: კატალექსია ან  
ავტომატური დამორჩილება.

კატალეფსიას უწოდებენ ცვილისებრ მოქნილობას, რადგანაც ამ დროს ავადმყოფის სხეულის ყოველ ნაწილს შეიძლება მიეცეთ სასურველი მდებარეობა, ან შეიძლება ავადმყოფს მიეცეთ სასურველი პოზა; ავადმყოფთა სხეული მოგვაგონებს ცვილს და ინარჩუნებს მიცემულ პოზას.

კატალეფსიის გამოკვლევისას საუბრის და სინჯვის დროს საჭიროა ავადმყოფს მისთვის შეუმჩნეველად მიეცეთ რაიმე პოზა, თორემ შესაძლებელია მან განზრახ, აქტიურად გააჩეროს კიდური (ფსევდოკატალეფსია).

ავტომატური დამორჩილების მაგალითს შეადგენს ეხოპრაქსია (მიბაძვა სხვისი მოძრაობებისა), ეხოლალია (სხვის მიერ თქმული სიტყვების გამეორება), ეხომიმია (სხვისი სახის გამომეტყველების მიღება).

ეხოლალიიდან განსხვავდება ე. წ. პალიალია, როდესაც ავადმყოფი იმეორებს თავისივე სიტყვებს (მაგალითად მის მიერ გამოთქმულ წინადადების უკანასკნელ სიტყვას). პალიალიას ვხვდებით, როგორც შიზოფრენიის, ისე ეპილეპტიური ენცეფალიტის დროს.

3. ნეგატივიზმი წარმოადგენს კატალეფსიის სრულიად მოწინააღმდეგე მდგომარეობას და გულისხმობს პათოლოგიურ ურჩობას: ავადმყოფი იჩენს საშინელ წინააღმდეგობას, რომ შეცვლილი იყოს მისი მდგომარეობა.

ამ შემთხვევებში ავადმყოფებს შთაგონებლობა ან ძლიერ შესუსტებული აქვთ, ან სრულიად მოსპობილი. ავადმყოფები შეკითხვებზე სრულიად არ პასუხობენ და მიცემულ წინადადებას, რომ შეასრულოს ესა თუ ის ამოცანა ან შესცვალოს სხეულის პოზა, სრულიად უყურადღებოდ სტოვებენ ან ჩადიან მოწინააღმდეგე რეაქციას.

არჩევენ პასიურ და აქტიურ ნეგატივიზმს.

პასიური ნეგატივიზმის შემთხვევაში ავადმყოფი არ ასრულებს ჩვენ მიერ მიცემულ ამოცანას, ხოლო აქტიური ნეგატივიზმის დროს ჩადენს მიცემული ამოცანის სრულიად მოწინააღმდეგე საქციელს (მაგალითად: წინადადებაზე, რომ ავადმყოფი ადგეს, იგი ჯდება ან პირიქით).

შესაძლებელია ერთ და იგივე ავადმყოფს, ერთ და იმავე დროს გამოხატული ქონდეს როგორც ნეგატივიზმი, ისე კატალეფსია. ნეგატივიზმს ეკუთვნის აგრეთვე უკვე ზემოთ მოყვანილთ ფენომენები: მუტიზმი და მუტაციზმი.

4. მიბაძვისადმი მიდრეკილება, მაგალითად: ეხოლალია (იმეორებს სხვის მიერ თქმულ სიტყვებს), ეხოპრაქსია

(ბაქავს სხვის მოძრაობებს), ეხომივია (იღებს სხვის მიმიკას), ეხო-  
ლექსია (შიაძვე წერაში) აიხანება ავადმყოფთა გადაქარბებული  
შთაფონებლობით.

5. ს ტ ე რ ე ო ტ ი ბ ი ა — გულისხმობს ერთ და იგივე მდგომარეობათა ან მოქმედებათა შეხარჩუნებას და განხეორეცას რამდენიმე საათის, დღის, კვირის და შეიძლება თვის განმავლობაშიაც. ვარჩევთ მეტყველების სტერეოტიპიას, მოძრაობათა სტერეოტიპიას და აგრეთვე პოზის (სხეულის მდებარეობას) სტერეოტიპიას.

6. ვ ე რ ბ ი გ ე რ ა ც ი ა. ავადმყოფი ხმარობს სრულიად უაზრო და უთავბოლო სიტყვიერ პროდუქციებს; მხოლოდ მათ ისე ალაგვის, ოთხ დაცული გრამატიკული ფორმები და გარეგნულად იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს ავადმყოფი ლაპარაკობდეს წინადადებებით.

7. ნ ე ო ლ ო გ ი ზ მ ე ბ ი. ამ დროს ავადმყოფები თხზავენ, იგონებენ ჩვენთვის სრულიად გაუგებარ და მიუწოდებელ ახალ სიტყვებს.

8. მ ა ნ ე რ ი ა ნ ო ბ ა ჩვეულებრივ მოძრაობებს და მოქმედებებს ავადმყოფები ასრულებენ უცნაურად, გაუკულმართებულად. უცნაურად დადიან, ავადმყოფურად კეკლუცობენ, ხელის ჩამორთმევის დროს შეიძლება მოგვაწოდონ მარცხენა ხელი ან, მხოლოდ ერთი თითი და სხვა.

რაც შეეხება ნ ე ბ ი თ ი მ ო ქ მ ე დ ე ბ ა თ ა ა შ ლ ა ს, აქაც შესაძლებელია ადგილი ქონდეს სამგვარ მდგომარეობას: შემციობებას, გამრავლებას (გაძლიერებას) და გაუკულმართებას.

ნ ე ბ ი თ ი მ ო ქ მ ე დ ე ბ ა თ ა შემციობება ანუ პიპოფუნქცია შეიძლება იმდენად მძლავრად იყოს გამოხატული, რომ ავადმყოფი იქნება სრულიად უმოქმედოთ; მას მოსობილი ექნება რაიმე საქმიანობის სურვილი და ინტერესი; ავადმყოფი მიცემულ წინადადებას შეასრულებს, მაგრამ თვითონ კი მოკლებული იქნება ყოველგვარ ინიციატივას; ხსენებულ მდგომარეობას უწოდებენ ა ბ უ ლ ი ა ს.

აბულიურ მდგომარეობას ხშირად ვხვდებით სხვადასხვა ნეე-  
როტიკთა შორის. უნდა აღინიშნოს, რომ აგრეთვე საკმაოდ ხშირად აბულიას ადგილი აქვს ტვინის ორგანული დაზიანების შემთხვევებში, მაგალითად: შუბლის, თხემის, საფეთქლის წილის და ქერქქვეშა მიდამოს დაზიანების დროს.

აღამიანოს ნებითი გადაწყვეტილებანი მჭიდრო კავშირში იმყოფებიან მის ინტელექტურ ფუნქციებთან და ემოციურ მდგომარეობასთან.

აქტივობის სისუსტის და უკმარისობის გამო ავადმყოფები ვერ ახდენენ გარემოს ზუსტ და მთლიან აღთქმას; მათ შესუსტებული აქვთ გარემოში ორიენტაციის, გარკვეულობის უნარი ე. ი. იმყოფებიან ჰიპოთრენიულ მდგომარეობაში.

ნებითი მოქმედებათა გამრავლებას უწოდებენ ჰიპერბულიას; ამ დროს ავადმყოფები არ იღლებიან და საცხენი არიან ინციატივით, გეგმებით და მოქმედებათა პერსპექტივებით. ასეთ გადაპარბეზულ აქტიურ მდგომარეობას ვხვდებით დათრობის დროს, ციკლოთრენიის მანიაკალურ ფაზაში და სხვა.

ნებითი მოქმედების თვისობრივ გაუკუღმართებას შესაძლებელია შევხედეთ სხვადასხვა მოსაზღვრე მდგომარეობათა და ფსიქოზების დროს. ამ მხრივ კლინიკურად საინტერესოა შემდეგისახეები:

ნებითი მოქმედების ანუნების „აცილება“.

ავადმყოფი იწყებს ერთ გარკვეულ მოძრაობას, მოქმედებას, მაგრამ დასახულ მიზანს ვერ აღწევს და ერთი მოქმედების ნაცვლად ასრულებს მეორეს, მაგალითად იმის მაგივრად, რომ დალიოს წყალი იიღვრის ჭიქიდან. ხსენებული მოვლენა ძლიერ მოგვაგონებს წ. ილდიატორულ აპრაქსიას, როდესაც ავადმყოფს არ შეუძლია აწარმოოს რთული მოძრაობანი და შეასრულოს მიცემული ამოცანა.

პრიმიტიული რეაქციები ანუ „მოკლე გადანაცვლებანი“, ხსენებულ რეაქციებს იჩენენ, როგორც ფსიქოპათიური პირები, ისე ფორმალური სულით ავადმყოფები. მოკლე გადანაცვლებათა შემთხვევებში რაიმე გალიზიანებაზე ჩვენ ვიღებთ მარტივ, მექანიკურ, ფორმალურ და შემოკლებული გზით განტვირთულ საპასუხო რეაქციებს. ხსენებული რეაქციების დროს ავადმყოფი ვერ ასწროებს გალიზიანების შეთვისებას, საპასუხო რეაქციის კრიტიკულ აწონ-დაწონას; ვერ ასწროებს მიღებულ შთაბეჭდილებათა გაცნობიერებას.

„მოკლე გადანაცვლება“ თავისი ნეიროდინამიკური მექანიზმების მხრივ წარმოადგენს რეაქციას, რომელიც უმთავრესად ხორციელდება ქერქქვეშა კვანძების მიერ (უახლოესი ქერქქვეშა კვანძები: სტრიალური და თალამური სისტემები, შუა ტვინი).

აკვიატიებული მოქმედებანი წარმოადგენენ აკვიატიებულ მდგომარეობის ერთ-ერთ სახეს, მაგალითად: რიტუალი აკვიატიებული იდეების დროს. როგორც ზევით იყო აღნიშნული, აკვიატიებული მოქმედებათა მიმართ ავადმყოფები იჩენენ სრულ კრიტიკას, ებრძვიან მათ; მიუხედავად ამისა ისინი ასრულებენ სხვადასხვა არა საჭირო მოქმედებებს უნებურად, თანახმად შინაგანი დაუძლეველი ლტოლვისა.

იმპულსური მოქმედებანი. ადგილი აქვს შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფები სრულიად უეცრივ, ყველასათვის მოუ-

ლოდნელად, უმოტივო ენდოგენური მოთხოვნილების თანახმად აწარმოებენ რთულ და მრავალსახოვან მოქმედებებს.

ავტომატური მოქმედებანი. ამ დროს ავადმყოფები აწარმოებენ რთულ ქცევებს, რთულ მოქმედებებს თავისთავად; ავტომატურად, ყოველგვარი სურვილის გარეშე.

ავტომატურ მოქმედებათა ერთ-ერთ რთულ სახეს წარმოადგენს ფსიქიკური ავტომატიზმი ანუ ფსიქიკური ტრანსი.

ფსიქიკური ავტომატიზმის არსებობისას გარკვეული დროის განმავლობაში ავადმყოფს აქვს შეცვლილი ცნობიერება. ასეთ შეცვლილ ცნობიერებაში ისინი სჩადიან მეტად რთულ სხვადასხვა მოქმედებებს, რომლის შესახებაც სრულიად ეკარგებათ ყოველგვარი მოგონება მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდგომ.

ფსიქიკურ ავტომატიზმს შეიძლება შევხვდეთ, ისტერიული სომნამბულიზმის, ეპილეფსიური და ალკოჰოლური ფსიქოზების დროს.

ერთ-ერთი ეპილეფტიკი ასეთ შეცვლილ ცნობიერებაში მიდიოდა მეორე ქალაქში, სადაც რჩებოდა რამდენიმე კვირას; ხოლო მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდგომ ცვიფრდებოდა, თუ როგორ მოხვდა და რამ მოიყვანა იგი სხვა ქალაქში.

ისტერიის დროს არსებული ფსიქიკური ავტომატიზმი დაკავშირებულია ავადმყოფის მიერ გადატანილ გარკვეულ ფსიქიკურ ტრავმასთან; ისტერიულ ფსიქიკურ ავტომატიზმს უანე უწოდებენ ფსიქოლოგიურ ავტომატიზმს.

## 6. ავტომატური და პასიური ყურადღება

### გამოკვლევის მეთოდები

ყურადღების საშუალებით ადამიანი ახდენს გარემოდან სრულიად გარკვეულ საგანთა და შთაბეჭდილებათა გამოყოფას, შეთვისებას; ამის გარდა იმავე ყურადღების საშუალებით ადამიანი დაძაფრავს პირად ფსიქიკურ ძალღონეს გარკვეულ საგანთა და მოვლენათა მიმართ.

ყურადღების აქტს გარეგნულად თან სდევს საორიენტაციო რეაქციათა გამახვილება, რის გამოც ადამიანი იღებს გარკვეულ „საორიენტაციო პოზებს“: იცვლის მიმიკას, უცქერის ან უსმენს გარკვეული მიმართულებით და სხვა.

არჩევენ პასიურ და აქტიურ ყურადღებას. ასეთს დაყოფას აქვს დიდი კლინიკური და ფსიქოპათოლოგიური ინტერესი.

პასიური ყურადღება დაძოვილებული გარედან ზომავალ გაღიზიანებათა ხასიათზე და ინტენსიობაზე.

აქტიური ყურადღება განისაზღვრება თვითონ პიროვნების ინტერესით, ემოციური დაყენებით და რაც უმთავრესია, მიღებული სოციალური გამოცდილებით.

ყურადღება მეტად რთული ბუნების ფსიქიკური პროცესია, რომელსაც მჭიდრო კავშირი აქვს, როგორც ინტელექტურ, ისე ემოციურ და ნებითი პროცესებთან.

ყურადღების ფიზიოლოგიური მექანიზმი შეიძლება შევადაროთ აგზნების დომინანტური კერის (უხტომსკის მოძღვრების მიხედვით) ან აგზნების ოპტიმალური ცენტროს (თანახმად პავლოვისა) მუშაობას.

კლინიკურ მასალაზე ყურადღების შესწავლისას ძლიერ საინტერესოა მხედველობაში იყოს მიღებული და ანგარიში გაეწიოს ყურადღების ზოგიერთ სპეციფიკურ მხარეებს, როგორც მაგალითად: ყურადღების მოცულობას, ცვალებადობას, კონცენტრაციას, გამძლეობას და დაღლილობას.

ყურადღების გამოსაკვლევად მოწოდებულია სხვადასხვა მეთოდები, მათ შორის კლინიკურად ყველაზე საინტერესო და ადვილი გამოსაყენებელია კრეპელინის და ბურდონის მეთოდები. ამასთან ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ როგორც სხვა ფსიქიკურ პროცესთა გამოკვლევის შემთხვევებში აქ მარტო ექსპერიმენტული მეთოდები არაა საკმარისი; ისინი ვერ ამოსწურავენ ყურადღების რთულ ბუნებას. საჭიროა კლინიკური დაკვირვება და ავადმყოფის დეტალური ფენომენოლოგიური შესწავლა.

კრეპელინის მეთოდის თანახმად ავადმყოფს ვაძლევთ წინადადებას 100-ს თანამიმდევრობით გამოაქლოს შვიდ-შვიდი ან ცამეტ-ცამეტი; ამასთან ერთად ვაკვირდებით შეცდომებს: თუ ავადმყოფი შეცდომებს უშვებს მხოლოდ ათეულების გამოთვლაში, ერთეულებს კი კარგად სთვლის, ეს მაჩვენებელი იქნება არა გონებრივი სფეროს დაწევისა (ჰქუასუსტობა), არამედ ყურადღების სისუსტისა.

ბურდონის მეთოდის ხმარებისას ცდის პირს ვაძლევთ წინადადებას ტექსტიდან ამოშალოს რომელიმე ასო გარკვეული დროს განმავლობაში. შიდაგის გამოჩანისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, თუ რამდენი ასო სწორად ამოშალა, რამდენი არასწორად (ყალბად) და რამდენი გამოუშვა ე. ი. ვერ შენიშნა.

ყურადღების პათოლოგია მეტად რთულია, რადგანაც მასზე ზეგავლენას ახდენს მრავალი სხვადასხვა მეორადი, შემთხვევითი



ჰომენტები, მაგალითად: ოლიგოფრენიით და სხვა ორგანული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფებს ყურადღების მოცულობა შემცირებული აქვთ ინტელექტის სიღარიბის გამო. რაც შეიხება მელანქოლიკთა და პარანოიკთა ყურადღების მოცულობის შესუსტებას უკანასკნელი უფრო გამოწვეული არის ავადმყოფთა ცალმხრივი ემოციური დაძაფვრით.

განსაკუთრებული კლინიკური ინტერესი აქვს ყურადღების პათოლოგიის ორგვარ სახეს, სახელდობრ ყურადღების შეკავებას და აცილებას.

ციკლოფრენიის ანუ მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიულ სტადიუმში ავადმყოფს შესაძლებელია ქონდეს შეკავებული ყურადღება. ამ დროს ავადმყოფი გაერთწერტილიანებულია პირად განცდებზე, ზის გამოც გარეგანი გაღიზიანებანი და შთაბეჭდილებანი ვერ აოწვენ ფსიქიკურ აპარატს და რჩებაან მისი ინტერესების გარეშე.

ყურადღების აცილებას ვხვდებით ორგანული და ინფექციური ფსიქოზების დროს; უფრო ხშირად კი ციკლოფრენიის მანიაკალურ სტადიუმში.

კლინიკურად ყურადღების აცილება გამოიხატება იმაში, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია გაერთწერტილიანდეს გარკვეულ საგნებზე მოვლენებებზე და შთაბეჭდილებებზე; ავადმყოფი ერთ საგნიდან სწრაფად გადადის მეორეზე. ვერ სწორდება ერთი საგნის და მოვლენის ბუნებას და ყველაფერს ითვისებს მხოლოდ ზერელედ.

ქუთასუსტ ავადმყოფობს (პროგრესული პარალიზი და სხვა ორგანული ფსიქოზები) ემჩნევათ ყურადღების სივიწროვე ან სრული სიბლაგვე; ასეთი ავადმყოფები განურჩეველნი არიან და გარემოსადმი იჩენენ მცირე ინტერესს.

## 7. მიზიდულობანი და მათი პათოლოგია

ქცევის უმაღლესი ფორმებრს, კერძოდ ნებითი აქტების ძირითად საფუძველს წარმოადგენს მიზიდულობები და ინსტინქტები.

მიზიდულობები უშუალოდ დაკავშირებულნი არიან ორგანიზმის ძირითად ვიტალურ ანუ სასიცოცხლო მოთხოვნილებებთან (თვითდაცვის და შთამომავლობის გაგრძელების ინსტინქტები).

მიზიდულობა იგივე ინსტინქტია, მხოლოდ ინსტინქტი ამოქმედებული და გამოსახული ნებითი ფუნქციებში. ამიტომ მიზიდულობა თავისი ბიოლოგიურ ბუნებით წარმოადგენს თანშობილად ფიქსირებულ აქტს და ფუნქციურად დაკავშირებულია დიდი ტვინის ღრმა ნაწილებთან.

ფსიქიკურ პროცესებიდან მიზიდულობასთან ყველაზე მჭიდრო კავშირი აქვს აფექტიობას; მიზიდულობის დაკმაყოფილება იწვევს სასიამოვნო გრძნობას, ხოლო დაუკმაყოფილება, პირიქით, — უსიამოვნო გრძნობას.

მეთოდოლოგიურად არა სწორად მიგვაჩნია ლაპარაკი უმაღლეს ანუ სოციალურ მიზიდულობათა შესახებ. სოციალური ქცევები გულისხმობენ პიროვნების აქტიურ, შეგნებულ, გაცნობიერებულ რეაქციებს და არავითარ შემთხვევაში ბიოლოგიურად არ არიან პირობადებულნი.

თვითშენახვის ანუ თვითდაცვის ინსტინქტი პირველად ყოვლისა გულისხმობს ჭამის მიზიდულობას, ხოლო შთამომავლობის გაგრძელების ინსტინქტი გულისხმობს სქესობრივ მიზიდულობას.

ჭამის და სქესობრივ მიზიდულობათა პათოლოგიას აქვს დიდი კლინიკური ინტერესი. ხსენებული მიზიდულობანი შესაძლებელია იყოს გაძლიერებული, შესუსტებული და გაუკუღმართებული. ჭამის მიზიდულობის შესუსტებას ან საჭმლის სრულ უარყოფას ადგილი აქვს დეპრესიის და აგრეთვე შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფური უმადობა ცნობილია ანორექსიის სახელწოდებით. ჰუასუსტ ავადმყოფებს (პროგრესულ პარალიტიკებს და იდიოტებს) აქვთ ჭამის გაძლიერებული მიზიდულობა (პოლიფაგია: ჭამენ ბევრს და განურჩევლად).

გადაჭარბებულად გამოხატულ მადას უწოდებენ ბულიმიას (მგლის მადა).

ჭამის მიზიდულობის გაუკუღმართების მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ ე. წ. კოპროფაგია, როდესაც შიზოფრენიკი ჭამს საკუთარ ექსკრემენტებს.

სექსუალური ანუ სქესობრივი მიზიდულობის გაძლიერებას ვხვდებით იმბეცილთა და ფსიქოპათთა შორის, აგრეთვე მანიაკალურ მდგომარეობაში და პროგრესული პარალიზის დაწყებითი სტადიუმში.

ნარკომანიები, დეპრესიები და ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩამოყალიბებული ლუესური დაავადებანი (პროგრესული პარალიზი, ტაბესი) იძლევიან სქესობრივი მიზიდულობის მკვეთრ დაწევას.

ცნობლია სქესობრივი გაუკუღმართების სხვადასხვა სახეები.

## 8. ცნობიერება, თვითცნობიერება, ცნობიერების კათოლოგია

თანახმად მარქსის განმარტებისა „ჩემი დამოკიდებულება ჩემ წრესთან არის ჩემი ცნობიერება“.

ცნობიერება წარმოადგენს ყველაზე რთულ, მხოლოდ ადამიანისათვის დამახასიათებელ და სპეციფიკურ ფსიქიკურ ფუნქციას.

გარემოდან მიღებულ შთაბეჭდილებათა და მოვლენათა დეტალური ანალიზ-სინთეზის შემდგომ ადამიანი აწარმოებს ცნობიერ და გარკვეული მიზანდასახულობის მქონე ქცევებს. იგი გამოყოფს თავის პიროვნებას, თავის „მე“-ს გარემოდან და ამასთანავე ერთად გარემოსთან იგი აწარმოებს რთულ, შეგნებულ, ცნობიერ დამოკიდებულებას.

ჩვენ კარგად ვიცით, რომ ადამიანის სოციალური, ცნობიერი დამოკიდებულება გარემო წრესთან გულისხმობს კლასთა ურთიერთ დამოკიდებულებას, რასაც საფუძვლად უდევს საწარმოო ძალთა განვითარება.

ცნობიერების სტრუქტურაში ცენტრალური ადგილი უკავია „თვითცნობიერებას“. უკანასკნელი გულისხმობს წარმოდგენას თავისი „მე“-ს შესახებ და „სუბიექტ-ობიექტის“ ურთიერთ გარჩევის უნარს.

თვითცნობიერებას ანუ „სუბიექტ-ობიექტის“ ცნებას საფუძვლად აქვს ადამიანის პრაქტიკა და პირველად ჩნდება დაახლოებით მეორე-მესამე წლის ასაკში.

როგორც ცნობიერების, ისე თვითცნობიერების ლოკალიზაცია ცენტრალური ნერვული სისტემის რომელიმე ნაწილში (მაგალითად: ქერქში, ქერქქვეშა კვანძებში ან მესამე პარაკუჭის რუხ ნივთიერებაში) ყოვლად დაუშვებელია.

ცნობიერება წარმოადგენს ფსიქიკურ მოქმედებათა უმაღლეს სინთეზს, ამიტომ მის ანატომიურ სუბსტრატს შეადგენს დიდი ტვინი მთლიანად.

სულით ავადმყოფთა ფსიქიკური ფუნქციების შესწავლისას ჩვენ ვისარგებლებთ ცნობიერების და თვითცნობიერების კლინიკური განმარტებით. ფსიქოზების დროს მთელი რიგი ფორმალური ნიშნების არსებობის გამო (ბოდვები, ფსიქიკურ ფუნქციათა გაზღვილობა, პალუცინაციები და სხვა) ავადმყოფს დაკარგული აქვს გარემო წრესთან ცნობიერი ურთიერთ დამოკიდებულების შესაძლებლობა.

ყოველდღიური კლინიკური მუშაობისას უფრო მისაღებია ცნობიერების განხილვას მივუდგეთ სუფთა ფორმალური თვალსაზრისით და გავიგოთ თუ რა შესაძლებლობანი აქვს ავადმყოფს პრაქტიკული ორიენტაციისათვის.

ასეთი ფორმალური და ვიწრო კლინიკური გაგებით ცნობიერება წარმოადგენს ადამიანის ორიენტაციის უნარს საკუთარ: აზრებში, გარემოში და ირგვლივ მყოფთა შორის.

ცნობიერების გამოკვლევებისას ავადმყოფთა დაკვირვებასთან ერთად ვახდენთ მათ გამოკითხვას, მაგალითად: სად იმყოფებიან ისინი, რა დროა ახლა (თვე, რიცხვი), ვინ არიან მის გარშემო და სხვა.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა გამოარკვეულ იყოს როგორ ერკვევა ავადმყოფი ადგილში, დროში, სივრცეში (აღოფსიკური ორიენტირება) და ირგვლივ მყოფთა შორის, პირად მდგომარეობაში, მაგალითად: იცის თუ არა ვინ არის იგი? სცნობს თუ არა თავის თავს ავადმყოფად? ერკვევა თუ არა ირგვლივ პირთა შორის (ავტოფსიქიკური ორიენტირება).

ცნობიერების პათოლოგია. თვითცნობიერების აშლას ვხვდებით სხვადასხვა მძიმე თსიქოზების დროს, საკმაოდ იშვიათად შიზოფრენიის შემთხვევებშიაც.

თანახმად ზემოხსენებული განმარტებისა, თვითცნობიერების აშლის დროს ავადმყოფს დაკარგული აქვს სუბიექტ-ობიექტის ურთიერთ გამოიჯენის შესაძლებლობა; მას არ შეუძლია თავისი პიროვნება, თავისი „მე“ გამოყოს გარემო სამყაროდან.

ფსიქო-პათოლოგიურად ძლიერ საინტერესოა, ცნობიერების აშლის ერთ-ერთი სახე, რომელსაც შესაძლოა საფუძვლად ქონდეს ე. წ. დეპერსონალიზაცია. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფებს შენახული აქვთ სუბიექტ-ობიექტის ცნება, წარმოდგენა თავისი „მე“-ს შესახებ და ამით პრინციპულად განსხვავდება დეპერსონალიზაცია თვითცნობიერების პათოლოგიიდან.

სუბიექტ-ობიექტის ცნების და თავისი „მე“-ს გრძნობის შენახვასთან ერთად, დეპერსონალიზაციის დროს დარღვეულია სწორი ურთიერთ დამოკიდებულება ავადმყოფის განცდათა, შთაბეჭდილებათა და მის პიროვნებას შორის. დეპერსონალიზაციის დროს ადგილი აქვს პიროვნების, ავადმყოფის „მე“-ს ერთგვარ გაორებას: ძირითადი „მე“-ს გარდა ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატში არსებობს მეორე „მე“. ერთ-ერთი შიზოფრენიკი დაჟინებით დადილი დარწმუნებით გადმოგვცემდა, რომ მასში არსებობს პარაზიტული მეორე პიროვნება, სახელად „გეტო“ სრულიად ნამდვი-

ლად და რეალურად; ამ მეორედ „მე“-სთან ავადმყოფი ხშირად აწარმოებდა დიალოგს. სხვა შიზოფრენიკი მოგვითხრობდა, რომ მასში წარმოშობილი აზრები არ ეკუთვნიან პირადად ავადმყოფს, არამედ ძალად არიან შეტანილი ვილაჯის მიერ.

დეპერსონალიზაციის სიმპტომს აგრეთვე აკუთვნებენ პიროვნებისავე სრულიად მოწყვეტილ იმპულსიურ მოქმედებებს. დრო და დრო სისტემატურად ერთი ჩვენი ავადმყოფი სრულიად წყნარ მდგომარეობაში ლეწდა ფანჯრების; ასეთს მოქმედებას იგი ვერანაირად ვერ ხსნიდა; ფორმალურად თითქოს აკრიტიკებდა თავის ქცევებს, მაგრამ ხსენებული საქციელს წარმოებდა ავადმყოფის პიროვნების უშუალო კონტროლის და მონაწილეობის გარეშე.

აღნიშნული სიმპტომის დროს ავადმყოფებს არ ახარებს მახლობელთა ნახვა. მახლობლები ავადმყოფებისათვის შეცვლილი და უცხონი არიან და ამიტომ მათ ავადმყოფები აღარ ღებულობენ.

დეპერსონალიზაციის ნიშანს ვხვდებით მელანქოლიურ მდგომარეობაში, შიზოფრენიის, თხემის ქვედა უბნის დაზიანების დროს და სხვა. მელანქოლიკთა დეპერსონალიზაციას საფუძვლად უნდა ედოს რეალობის გრძნობის შეუსტება აფექტური დაძაფრულობის გამო; რაც შეეხება შიზოფრენიას, აქ დეპერსონალიზაცია უფრო შედეგი უნდა იყოს პიროვნების გაბზარვის, ფსიქიკურ აქტთა ურთიერთ შორის კონტაქტის დარღვევისა.

ცნობიერების პათოლოგიის შესწავლისას გამორკვეული უნდა იყოს საკითხი: რით აიხსნება ფორმალური ორიენტაციის დაკარგვა? უნდა გამორკვეულ იყოს: ვერ ერკვევა იმიტომ, რომ ავადმყოფს აღქმა აქვს გაუკუღმართებული და ვერ ახდენს გარემოს სწორ ასახვას? თუ აღქმა არსებობს, მაგრამ არა სწორად სწარმოებს მათი გადამუშავება?

პირველ შემთხვევაში ცნობიერება უფრო ღრმად არის გაუკუღმართებული; მეორეში, პირიქით, პროცესი ზერელეა და ატარებს მეორად ხასიათს.

იმისდა მიხედვით, თუ რა უშლის სწორედ აღქმულ საგანთა და შთაბეჭდილებათა გადამუშავებას, ჩვენ ვარჩევთ ცნობიერების აბნევის შემდეგ სახეებს: ასოციაციური, მანიაკალური, ჰალუსინაციური, ბოღვითი, აფექტური, ამნეზიური და დემენციური.

ასოციაციური, ჰალუსინაციური და ბოღვითი აბნევის სახეები უფრო ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის დროს. მოყვანილ შემთხვევაში ავადმყოფები აწარმოებენ საგან-

თა აღქმას; მაგრამ ხსენებულ აღქმათა გადამუშავების და გარემო-  
ში ორიენტაციის უნარი მოსპობილია, გაფხვიერებული წყვეტილი  
ასოციაციების შედეგად ან ჰალუცინაციების და ბოდვების მოზღ-  
ვავეებისა გამო.

მ ა ნ ი ა კ ა ლ უ რ ი ა ბ ნ ე ვ ა გვხვდება ციკლოფრენის  
დროს და მოსდევს ავადმყოფთა მძლავრ აგზნებას და იღეათა და  
აზრთა ქარიშხლისებრ აჩქარებას.

ა ფ ე ქ ტ უ რ ა ბ ნ ე ვ ა ს ადგილი აქვს ეპილეფსიის, მე-  
ლანქოლიის, ოლიგოფრენიის და სხვა ორგანულ ფსიქოზთა შემთხ-  
ვევებში. ამ დროს ავადმყოფები დაძაფრულნი და გაერთწერტი-  
ლიანებულნი არიან გარკვეულ აფექტზე, რის გამოც ვერ ახდენენ  
გარშემო შთაბეჭდილებათა ასახვას და ანალიზს.

ა მ ნ ე ზ ი უ რ ი და დ ე მ ე ნ ც ი უ რ ი ა ბ ნ ე ვ ი ს სა-  
ხეები გვხვდება სხვადასხვა ორგანულ ფსიქოზთა დროს და აიხსნე-  
ბა ღრმა ქეუასუსტობით ან მეხსიერების მკვეთრი დაწევით.

ის შემთხვევები, როდესაც ცნობიერება შეცვლილია ღრმად  
და პირველად (ე. ი. აღქმის გაუკუღმართების გამო) ეკუთვნიან  
ც ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ი ს ა შ ლ ი ს პათოლოგიას.

კლინიკურად საინტერესოა ც ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ი ს ა შ ლ ი ს  
შემდეგი სახეები: გ ა ბ რ უ ე ბ ა (ანუ გაბრუებული მდგომარეობა),  
დ ე ლ ი რ ი ო ზ უ ლ ი, ა მ ე ნ ც ი უ რ ი და ბ ი ნ-  
დ ი ს ე ბ რ ა ც ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ა.

ც ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ი ს გ ა ბ რ უ ე ბ უ ლ მდგომარეობას ად-  
გილი აქვს თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებათა შემთხვევებში,  
აგრეთვე შიზოფრენიის, თეთრი ცხელების, ინფექციათა, ინტოქსი-  
კაციათა დროს და სხვა. გაბრუებული ავადმყოფები ადვილად  
იგზნებიან, მათი აღქმა მოკლებულია სიზუსტეს და სიცხადეს, რის  
გამოც დაკარგული აქვთ ორიენტაციის შესაძლებლობა. ღრმა გაბ-  
რუებას შესაძლებელია მოყვეს ს ო მ ნ ო ლ ე ნ ც ი ა, ს ო პ ო რ ი  
ა ნ კ ო მ ა.

ს ო მ ნ ო ლ ე ნ ც ი ი ს დროს ავადმყოფი ძილად არის მივარდ-  
ნილი; რეფლექსები შენახულია. ჩაციებითი კითხვებით შესაძლე-  
ბელია ავადმყოფი გამოვიყვანოთ ღრმა მივარდნილ მდგომარეობი-  
დან.

ს ო პ ო რ ი უფრო ღრმა მდგომარეობაა, ვიდრე სომნოლოენ-  
ცია და წარმოადგენს პათოლოგიური ძილის შემთხვევას. რეფლექს-  
ები აქაც შენახულია. ავადმყოფის გამოღვიძება შეიძლება მხო-  
ლოდ სულ რამდენიმე წუთის ხანგრძლივობით.

კომა წარმოადგენს სრულ უგონობას, რომლის დროსაც ყველა რეფლექსი დაკარგულია. კომის დროს ადგილი აქვს ქერქული ფუნქციის სრულ გამოვარდნას, რასაც მოსდევს ცნობიერების სრული დაკარგვა.

კომას ანუ სრულ უგონობას ვიღებთ ეპილექსიური გულყრის დროს და აგრეთვე ინსულტების და გულისწასვლის შემთხვევებში.

დელირიოზული ცნობიერება გეხვდება სხვადასხვა ინტოქსიკაციების და ინფექციების დროს; ხსენებულ მდგომარეობას იწვევს აგრეთვე ტვინის სიმსივნეები და ქალას ტრავმული დაზიანებანი. ცნობიერება მძიმედ არის შეცვლილი. გრძელდება შედარებით ხანმოკლე პერიოდს (დღეები, კვირეები და შეიძლება რამდენიმე თვეც).

დელირიოზული ცნობიერების დროს ავადმყოფები ძლიერ მოუსვენარნი და აგზნებულნი არიან. ამასთან ერთად ავადმყოფებს შენახული აქვთ თვითცნობიერება და წარმოდგენა თავიანთ „მე“-ზე, უკანასკნელი გარემოება ხელს უწყობს ავადმყოფს შეინარჩუნოს მოგონება ფსიქოზის პერიოდზე. ხშირია შიშის განცდები.

დელირიოზული მდგომარეობისას პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს ალქმის პათოლოგიას: უხვად არის წარმოდგენილი ჰალუცინაციები, ფსევდოჰალუცინაციები და ილუზიები. ყველაზე ხშირია მხედველობის ჰალუცინაციები. ავადმყოფთა აზროვნება შეუკავშირებელი და ქაოტიურია.

ამენციური ცნობიერება ახასიათებს მძიმე ინფექციურ და სხვადასხვა ორგანულ ფსიქოზებს. ეპიზოდის სახით შესაძლებელია შეგვხვდეს შიზოფრენიის ან ციკლოფრენიის დროს. გრძელდება რამდენიმე კვირა და ხანდისხან რამდენიმე თვეც.

ამენციური აშლა წარმოადგენს ყველაზე უფრო ღრმად შეცვლილ ცნობიერებას. ამ დროს ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ თვითცნობიერება; მათ არ შეუძლიანთ შეასრულონ სრულიად ელემენტარული ფსიქიკური ფუნქციები და სავსებით მოკლებულნი არიან ანალიზ-სინთეზის უნარს.

ამიტომ გამოკეთების შემდგომ ავადმყოფებს ფსიქოზის შეხახებ არ რჩებათ არავითარი მოგონება (სრული ანუ მთლიანი ამნეზია).

ავადმყოფები ვერ იგებენ მათდამი მიმართულ უბრალო კითხვებს, ვერ ერკვევიან საგნებში, გაფანტულნი არიან, იძლევიან უაზრო სიტყვიერ პროდუქციებს. წარმოდგენათა და ემოციურ განცდათა შორის დარღვეულია კოორდინაცია. აღინიშნება არა მყარი ჰალუცინაციები და ბოდვითი იდეები.

ავადმყოფები იმყოფებიან ან მძლავრ აგზნებაში, ან სრულიად გაყუჩებულ (სტუპოროზულ) მდგომარეობაში.

ბინდი სებრი ცნობიერება წარმოადგენს ცნობიერების მოცულობის შევიწროვებას.

ბინდი სებრი ცნობიერება გვხვდება ეპილეფსიური ფსიქოზების დროს. უფრო იშვიათად ბინდი სებრი მდგომარეობას ასწერენ შიზოფრენიის, პროგრესული პარალიზის, ქალას ტრავმების და ინფექცია-ინტოქსიკაციების დროს. უკანასკნელ შემთხვევებში ცნობიერება განსხვავდება ნამდვილ ბინდი სებრი მდგომარეობიდან და ფენომენოლოგიურად უფრო წააგავს დელირიოზულ ან სიზმრი სებრი ცნობიერებას.

ბინდი სებრი ცნობიერებას აკუთვნებენ აგრეთვე ისტერიელთა ცნობიერების შეცვლას.

კლინიკური თვალსაზრისით ჩვენ უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ცნობიერების მოცულობის შევიწროება დაყოფილი იყოს შემდეგ სამ ფორმად: ბინდი სებრი ანუ ეპილეფსიური ცნობიერება, სომნამბულური ანუ ისტერიული ცნობიერება და ონეიროიდული ანუ სიზმრი სებრი ცნობიერება.

ბინდი სებრი ცნობიერება ჩვეულებრივად ხანმოკლეა (გრძელდება რამდენიმე წუთიდან დაწყებული რამდენიმე დღე; იშვიათად გრძელდება რამდენიმე კვირა).

ბინდი სებრი ცნობიერება, როგორც წესი, თავდება ძილით და ფსიქოზის შესახებ არანაირი მოგონება არ რჩება (სრული ამნეზია). ამ დროს გარემოს აღქმა ხდება ჰალუცინაციურად და ილუზიურად. ხედავენ უსაშინელეს სურათებს. აზროვნება შენელებულია: მიღებულ შთაბეჭდილებას გადაამუშავებენ ბოღვითად. ავადმყოფებს აქვთ მძლავრი აფექტური დაძაფრულობა. აფექტი უფრო ხშირად უსიამოვნო ტონისაა: ავადმყოფები იმყოფებიან უსაშინელეს განცდათა მოლოდინში. ამის გამო ავადმყოფები მოდიან მძლავრ აგზნებაში. მიუკარებელნი არიან და სჩადიან სახიფათო ქცევებს.

ცნობიერების ბინდი სებრი შევიწროვებას ეკუთვნის კლინიკურად ძლიერ საინტერესო ფენომენი ე. წ. ეპილეფსიური ტრანსი. ეპილეფსიური ტრანსის დროს ავადმყოფი გარეგნულად სწორედ აწარმოებს სხვადასხვა ქცევებს; მაგრამ ყველა მისი ქცევები და მოქმედება ჩამოცილებულია ავადმყოფის „მე“-ს,



ავადმყოფის პიროვნებას; სწარმოებს ავტომატურად. ავადმყოფს მდგომარეობის შესახებ არანაირი მოგონება არ რჩება. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსიური ტრანსში მყოფი ავადმყოფები ასრულებდნენ მეტად რთულ ქცევებს, მაგალითად, ერთი ასეთი ავადმყოფი (პათოლოგიური მდგომარეობის გამო) გამგზავრებულა პარიზიდან ბომბეში.

სო მ ნ ა მ ბ უ ლ უ რ ი ცნობიერების დროს ავადმყოფი ახდენს გადატანილი ფსიქიკური ტრავმის გულყრითი განმეორებას; ამიტომ ავადმყოფი ვერ ხედავს რეალურ სინამდვილეს და ყველაფერს აღიქვამს კომპლექსურად, თანახმად მიღებული ფსიქიკური ტრავმის შინაარსისა. ბინდისებრი და სომნამბულური ცნობიერების შორის არსებობს არა მარტო გარეგანი, ფენომენოლოგიური განსხვავება, არამედ ცნობიერების შეცვლის ეს ორი მდგომარეობა განსხვავდება აგრეთვე შინაგანი, ფსიქოპათოლოგიური აღნაგობით. ბინდისებრი ცნობიერება გერმეტიულად არის დახშული; სომნამბულური ცნობიერების დროს, პირიქით, შესაძლებელია ავადმყოფთან დაევიწროთ კავშირი ან ურატო რტი. უნდა გვახსოვდეს, რომ სომნამბულიზმის დროს გვაქვს ცნობიერების უალრესი შევიწროება და იგი სრულიად არის არის გერმეტიულად დახშული.

ისტერიულთა ცნობიერების შევიწროებასთან ძლიერ ახლო დგას ცნობიერების შევიწროება ჰიპნოზის დროს.

ონეიროიდული ცნობიერება თავისი ფსიქოლოგიური ბუნებით მოგვაგონებს სიზმრისებრ მდგომარეობას, რის გამოც ავადმყოფს რჩება დეტალური მოგონება გადატანილი ფსიქოზის შესახებ.

ავადმყოფები გარემოს აღიქვამენ ჰალუცინაციურად და ილუზიურად. დიდი ემოციური დამატრულებით განიცდიან სხვადასხვა ფანტაზიურ ამბებს.

ონეიროიდოლულ მდგომარეობაში ისე, როგორც სიზმრის დროს შეცვლილია წარმოდგენა საკუთარ პიროვნებაზე. მოსპობილია ლოდიკური მსჯელობის და განცდათა კრიტიკული შეფასების უნარი; დაკარგულია წარმოდგენა დროზე და სივრცეზე. გარედან მომავალი გაღიზიანებანი ან სრულიად არ აღწევს ავადმყოფის ცნობიერებას, ან აღწევს ბუნდოვანად და ხელს უწყობს სხვადასხვა ფანტაზიათა წამოჭრას.

## თ ა ვ ი მ ე უ ვ ი დ ე

### უსიძიოური ავადმყოფობის ისტორია\*

გვარი, სახელი, მამის სახელი. წლოვანება. სოციალური მდგომარეობა. ოჯახური მდგომარეობა. განათლება. სამსახური ან ხელობა. ეროვნება. სადაურია, დაბადების ადგილი. მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, მისამართი. შემოვიდა კლინიკაში. გაეწერა კლინიკიდან. გარდაიცვალა. დიაგნოზი. ვისგან შეიკრიბა ავადმყოფზე ცნობები. ავადმყოფის ორდინატორი.

### ა ნ ა მ ნ ე ზ ი

1. ავადმყოფის მშობლები: დედა, მამა.

მათი ხასიათი: გულკეთილი, ფიცხი, მხიარული, ემოციური შეგულისხმების მქონე (სინტონიური), რეალური, მიუკარებელი, გულჩათხრობილი თუ ცივი, გადაჭარბებულად მგრძნობიარე, იჭვიანი, პედანტი, უცნაური, მიდრეკილი პათოლოგიური აფექტისადმი, მიდრეკილება ნარკოზულ ნივთიერებისადმი. ალკოპოლიზმი, მორფინიზმი, კოკაინიზმი და სხვადასხვა ფსიქიკური და ფიზიკური ავადმყოფობანი ღვიძლ ნათესაებში. გენეოლოგიის სქემა ავადმყოფობათა აღნიშვნით.

2. ავადმყოფის დაბადება. როგორ მოილოგინა დედამ? მშობიარობის დროს ხმარებული იყო თუ არა მანქანი.

3. ავადმყოფის ბავშვობა. მშობლების, ეკონომიური პირობები ამ დროს.

ჩვილ ბავშვობაში ავადმყოფს ღვინოს ხომ არ ასმევდნენ? კბილები როდის ამოუვიდა, სიარული ან ლაპარაკი როდის დაიწყო, ხომ არ ემჩნეოდა ბავშვს რაიმე გულყრები, კრუნჩხვები, ბავშვი ძილში ხომ არ ყვიროდა, ხომ არ სჭირდა სურავენდი ან რაქიტი; თუ სჭირდა რომელიმე მათგანი, რაიმე შედეგი ხომ არ დარჩა? მაღლიდან ხომ არ გადმრვარდნა. საერთოდ ბავშვობაში უფრო ჩანსალი იყო; თუ სნეული. ავადმყოფს ბავშვობაში ხომ არ ემჩ-

\* სქემა მოყვანილია მ. ასათიანის „გეგმა და მეთოდებიდან“ ზოგიერთი ცვლილებებით ისე, როგორც ამჟამად ვხმარობთ ჩემდამი რწმუნებულ დაწესებულებაში.

ნეოლა გონებრივი განვითარების შეჩერება? ბავშვის პიროვნების საერთო ხაზები: დამჯერე, შრომის მოყვარეობა, თვითნებობა, ჯიუტობა; ახასიათებს ადევნატურა თუ უცნაური ქცევები. სწავლა როდის დაიწყო. უყვარდა თუ არა სწავლა. ნიჭიერი იყო თუ უნიკო, ზარმაცი თუ ბეჯითი.

4. სქესობრივი მომწიფება. როდის შეეტყო სქესობრივი განვითარების ნიშნები: კაცებს ხმა როდის შეეცვალა, ქალებს თვიური როდის დაეწყო, რა დროიდან დაეწყო თვიურის სისწორით განმეორება; ნაადრევი ხომ არ იყო ფიზიკური ან გონებრივი განვითარება. სქესობრივი განვითარების ხანას ხომ არ დაერთო ნერვულობა, სისხლნაკლებობა, ქლოროზი, იქვიანობა და სხვა მოვლენანი. ხომ არ დაეტყო უცნაური ჩვეულებანი, ნაძალადევი იდეები, ზნეობრივი ნაკლოვანება. ხომ არ ემჩნეოდა მაგალითად: სიკერპე, ჯიუტობა, მშობლებისადმი გულგრილობა; მოვალეობისა და პასუხისმგებლობის შეუგნებლობა და სხვა. სქესობრივ მომწიფებას ხომ არ მოჰყოლია მეხსიერების შესუსტება, გულმავიწყობა და სწავლის ნიჭის შესუსტება. როგორი ნიჭის პატრონი იყო (სწავლაში როგორი უნარი გამოიჩინა).

5. სრული ასაკოვნობა. ფიზიკური ჯანმრთელობა.

ქალების თვიური, ორსულობა, მშობიარობა (მუცლის მოწყვეტა). წარსულში რა და რა ავადმყოფობა გადაიტანა: ნერვული ავადმყოფობანი, გადამდები სნეულებანი, ტრავმული დაზიანება, ათაშანგი. რამდენად ხანგრძლივი იყო მათი მიმდინარეობა და როგორი წამლობა ჩაატარა მათ წინააღმდეგ.

ფსიქიკური ავადმყოფობანი: ფორმა, ხანგრძლივობა, განვითარება და საბოლოო შედეგები. ცხოვრების პირობები. ღვინოს, თუთუნსა და სხვა ნარკოზულ ნივთიერებებს გადაჭარბებულად ხომ არ ხმარობდა? დაავადების წინა ხანაში ავადმყოფის ცხოვრებაში ხომ არ ჰქონია ადგილი სულიერად თავზარდამცემ უბედურებას?

6. მოხუცებულობის ხანა. ფსიქიკური და ფიზიკური ინვოლუციის ნიშნები (არტერიოსკლეროზი, გულის წასვლა; თავბრუს ხვევა, ინსულტები, გონებრივი მუშაობის უნარიანობა, მეხსიერება, ხასიათის შეცვლა და სხვა).

კლიმაქსური ხანა (ქალისა და კაცისა).

7. როდის და რაში გამოიხატა ავადმყოფობის წინასწარი ნიშნები? ადვილად გაჯავრება, უძილობა, სწრაფი დაღლილობა, გადაჭარბებული მზიარულობა, დაღვრემილობა, დარდიანობა, მეტი ლაპარაკი, ფლანგვა, იქვიანობა, სირცხვილის დაკარგვა, კრიტიკის დაქვეითება, უცნაურობანი, სხვადასხვა გულყრები, თავის ტკივილები, თავბრუს ხვევა, გულის წასვლა და სხვა.

ავადმყოფობა უცბად დაიწყო თუ თანდათანობითი განვითარება? სნეულების მიმდინარეობის ხანები და ამ ხანებში დაავადების ნიშნების ცვლებადობა (ფსიქიკური ნიშნები, ფიზიკური მდგომარეობა. ტემპერატურა, ძილი, მადა და სხვა).

8. წამლობა წარსულში. მკურნალობა: წყლით, ელექტრონით, სამკურნალო ნივთიერებებით და ფსიქოთერაპიით.

### ფიზიკური გამოკვლევა

1. გარეგანი გასინჯვა. აგებულების ნაკლოვანებანი, კანის საერთო მდგომარეობა თანდაყოლილი ან შექმნილი. ნაწიბურები. ეპილეფსიის შედეგი (ენაზე ნაკბენი ადგილები). მორფინიზმის შედეგები (კანზე ნახვლეტი ადგილები). ათაშანგით გამოწვეული ცვლილებანი.

2. შინაგანი ორგანოების დეტალური გასინჯვა.

3. ნერვული სისტემის გამოკვლევა. თავის ტვინის ნერვები (მხედველობა, გემოვნება, ყნოსვა, სქენა და სხვა); პარესთეზიები. ჰიპერესთეზიები, ანესთეზიები, კუნთების მგრძნობელობა, მამოძრავებელი აპარატი (აქტიური და პასიური მოძრაობა). პაროზები, სიღამბლე, კონტრაქტურები, კუნთების რიგიდობა, ატროფია, ატაქსია, სიარული, დგომა. რ ო მ ბ ე რ გ ი ს სიმპტომი, თვალის გუგა: კონფიგურაცია, მოხაზულობა, ანიზოკორია. რეფლექსები თვალის გუგისა, ხანისა, რქოვანასი, კონიუნქტივისა; რეფლექსები მუხლის მყესისა. აქილესისა, კრემასტერისა, მუცლის კანისა და ფეხის გულისა. ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს და სხვა პათოლოგიური რეფლექსები, ტერფის კლონუსი. ვეგეტაციური ნერვული სისტემის რეფლექსები. ვაზომოტორული და ტროფიკული ცვლილებანი.

მ ე ტ ყ ვ ე ლ ე ბ ი ს მ ო შ ლ ა, გამწვანებული არტიკულაციკ, ენაგასატეხ სიტყვების გამოუთქმელობა; ლულული. (ენაგასატეხი სიტყვების მაგალითი: „თეთრი თრითინა თეთრ თრთვილზე თრთოდა“; „შენი ყოჩი ჩემსა ყოჩსა რას ერჩოდა რას ელტოდა, რას ერქაგრეხილებოდა“).

4. სხვადასხვა რეაქციები სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში.

5. ანომალური განვითარების ფიზიკური ნიშნები: თავის ქალას და პირისახის ანომალიები. ნიშნები თვალის მხრივ (თვალის ბუდეთა სიდიდე, თანდაყოლილი სიელმე, რქოვანას და ირისის ჰიგმენტაცია). ყურების, ტუჩების, კბილების და რბილი სახის უსწორობანი. ჩონჩხისა და კიდურების განუვითარებლობა, პოლიდაქტილია. ხალაანი ადგილები, თმთანობა. არაჩვეულებრივ ფრჩხილები ია მათი ფერი.

## ფსიქიკური გამოკვლევა

1. ცნობიერების მდგომარეობა.

2. ემოციური მდგომარეობა: თვითგრძნობა, გუნებგანწყობა; გრძნობათა ავზნებულობა, გრძნობათა სიჩლუნგე.

3. ინტელექტური მდგომარეობა: აღქმა და მისი პათოლოგია; შეთვისება, ძიხვედრილობა, მოსაზრება; მეხსიერება ფაქსაცია, რეპროდუქცია); ასოციაციები (თავისუფალი, დაკავიშრებითი, ასოციაციური ექსპერიმენტი); ლოლიკური მსჯელობის უნარი; კრიტიკა; ნაძალადევი ანუ აკვიატებული აზრები და შიშები. ბოღვები.

4. ყურადღების მდგომარეობა.

5. მიზიდულობანი.

6. ნებითი აქტები (ავადმყოფის ქცევა და მოქმედებანი).

ზემოხსენებულის შემდგომ მიდის ავადმყოფის კურსუსი ანუ ყოველდღიური მიმდინარეობის დაკვირვება.

როგორც ვხედავთ ფსიქიატრიული ისტორიის წერა გართულე-ბულია იმ გარემოებით, რომ მასში შეტანილი არის ახალი გა-ნაკვეთი, რომელსაც მკურნალი ვერ შეხედება სხვა დაავადებათა ისტორიის წერის დროს. ხსენებული ახალი განაკვეთი ექება სუ-ლით ავადმყოფის ძირითად განცდებს, მის შთლიან ფსიქოპათო-ლოგიურ მდგომარეობას, მისი პიროვნების ანალიზს და ამიტომ წარმოადგენს ავადმყოფობის ისტორიის მეტად რთულ და სა-პასუხისმგებლო ნაწილს.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული ფსიქოზის დიაგნოსტიკის და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები ძირითადში სწყდებიან ავადმყოფის ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის მიხედვით, ამი-ტომ სომატიური სტატუსის შესწავლასთან ერთად მკურნალი ვალ-დებულია მთელი სიღრმით და შეგულისხმებით ჩასწვდეს ფსიქო-ზის მთლიან კლინიკურ სურათს.

ავადმყოფის ერთხელობრივი ანუ ორდინარული გამოკვლევა (რაც გინდ რთული და ზუსტი ფსიქოლოგიური ექსპერიმენტები არ იყოს ნახმარი), ვერ ამოსწურავს ცოცხალ განცდათა მთლიან სურათს; ამიტომ ავადმყოფის ფსიქიკური სტატუსის შესწავლი-სას პირველი ადგილი უნდა დაეთმოს ავადმყოფის თავისუფალ მოქმედებათა და ქცევათა შესწავლას ე. ი. ყოველდღიურ კლინი-კურ ფენომენოლოგიურ დაკვირვებას..

ფსიქიკური ავადმყოფობის ისტორიაში განსაკუთრებულ თა-ვისებურებას შეადგენს აგრეთვე ანამნეზი, რომელიც თავისი ში-ნაარსით უნდა წარმოადგენდეს ავადმყოფის პიროვნების მთლიან მსტორიას.

ანამნეზს ჩვენ ვარჩევთ სუბიექტურსა და ობიექტურს. სუბიექტური ანამნეზი გულისხმობს, რომ თვით ავადმყოფი გვაწვდის ცნობებს თავისი წარსულის და ავადმყოფობის შესახებ. რადგანაც უმეტეს შემთხვევებში, ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიერ მოწოდებული ცნობება შესაძლებელია იყოს გაშუქებული ან ბოღვითად ან ტენდენციურად, სუბიექტური ანამნეზი აუცილებელია გამოყენებული უნდა იყოს, მაგრამ ამასთანავე ერთად საჭიროა იგი შემოწმდეს უფრო ზუსტი და ობიექტური მონაცემებით. ამ მხრივ, ცხადია, ობიექტურ ანამნეზს პრინციპული უპირატესობა აქვს, ვიდრე სუბიექტურს; მაგრამ საჭიროა ობიექტური ანამნეზი შეკრებილი იყოს ავადმყოფის ისეთ მახლობელ პირისაგან, რომელიც იცნობს სულით ავადმყოფს მისი პიროვნების განვითარებას მთლიან გასწვრივ ჭრილში.

ეპიკრუსის შემთხვევაში ისტორიაში შეტანილი უნდა იყოს აგრეთვე პათოლოგიურ—ანატომიური სექციის ოქმი და კერძოდ ტვინის მაკრო-მიკროსკოპული გამოკვლევის შედეგები.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა ფსიქიატრიულ დაწესებულებიდან გაწერილ სულით ავადმყოფის შემდგომი ბედი: რამდენად იმყოფება გამოკვთებულ და კომპენსირებულ მდგომარეობაში? დაუბრუნდა თუ არა იგი თავის მუშაობას? ხომ არ მოხდა კიდევ ფსიქიკური შეტევის განმეორება და სხვა.

ხსენებული ცნობების გამორკვევა და შესწავლა წარმოადგენს ავადმყოფის კატამნეზს.

ზუსტი და მეცნიერული კატამნეზური ცნობების შეკრება ძლიერ უწყობს ხელს კლინიკური ფსიქიატრიის განვითარებას ე. ი. ხელს უწყობს ფსიქოზთა დიაგნოსტიკის და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხების დაზუსტებას.

## თ ა ვ ი მ ე რ ვ ე

### ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი

ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი, თავის-თავად ცხადია, დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმაზე.

ამასთან ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ არც ერთი ავადმყოფობა არ იძლევა ისეთ მრავალფეროვნებას და დინამიკურობას, როგორც ფსიქოზი.

ჩვენს დარგში განსაკუთრებულადაა საჭირო ყოველ ცალკეულ, კონკრეტულ შემთხვევაში დაწვრილებით შესწავლილ იქნეს ექზოგენური და ენდოგენური ფაქტორები და მათი ურთიერთ დამოკიდებულება, ურთიერთ ზეგავლენა.

კლინიკური სურათის, მიმდინარეობის და პროგნოზის მიხედვით სულით ავადმყოფობანი შესაძლებელია დავეყოთ ორ მთავარ ჯგუფად: ავადმყოფური პროცესები და ავადმყოფური მდგომარეობანი.

ავადმყოფური პროცესები ხასიათდება გარკვეული დასაწყისით და იძლევა ცვლილებებს განსაზღვრული დროს განმავლობაში.

ავადმყოფური მდგომარეობათა შემთხვევებში, პირიქით, საქმე გვაქვს პიროვნების განსაკუთრებულებასთან; დაედებას აქვს ხანგრძლივი და აჩაპროგრენდიენტული (არაწინმავალი) ხასიათი.

ავადმყოფური პროცესები იყოფა კიდევ ორ ნაწილად: ჰომონომური (თანამოსახელე) და ჰეტერონომური (არათანამოსახელე) პროცესები.

ჰომონომური პროცესი გულისხმობს პიროვნების ავადმყოფურ განვითარებას, პიროვნების ავადმყოფურ რეაქციას; ჰეტერონომური პროცესის შემთხვევაში, პირიქით, ადგილი აქვს ღრმა ფსიქიკურ და სომატიურ ცვლილებებს.

მონაკოვის მიხედვით ჰომონომური პროცესი მოგვაგონებს საათის ისეთ აშლას, როდესაც მხოლოდ სისწრაფეა შეცვ-

ლილი; ჰეტერონომური პროცესის დროს კი წახდენილია საათის თვით მექანიზმი.

ფსიქოზი შეიძლება დაიწყოს მწვავედ, ქვემწვავედ და შეპარვით (ქრონიკულად).

მკაცვ დასაწყისის შემთხვევებში ფსიქოზი ვითარდება უცბად, მოულოდნელად, რამდენიმე დღის განმავლობაში, გარკვეული წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ასეთი მწვავე დასაწყისი შედარებით იშვიათია და შეიძლება ჰქონდეს სიცხოვან ბოდეებს (ინფექციურ ფსიქოზებს), თეთრ ცხელებას და თანახმად ოსიპოვისა, მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზის, ეპილეფსიური ფსიქოზების და შიზოფრენიის ზოგიერთ შემთხვევას.

უფრო ხშირად ფსიქოზები იწყება ქვემწვავედ და ქრონიკულად. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფობა ვითარდება ძლიერ ნელი ნაბიჯით, შეპარვით, მახლობელთათვის სრულიად შეუმჩნეველად, რამდენიმე თვის და ხან წლის განმავლობაში.

ქრონიკული დასაწყისი სხევეია პარაფრენიას, პარანოიას და ხანდისხან მოხუცებულობითი ფსიქოზებს.

დასაწყისის მსგავსად შესაძლებელია ფსიქოზი ჩათავდეს ან უცბად (ეპილეფსიური ფსიქოზები), ან თანდათანობით.

ფსიქოზის დასაწყისს და დასასრულს შესაძლებელია ქონდეს მწვავე ან ქრონიკული ხასიათი.

საჭიროა აქ ხაზგასმით აღინიშნოს და გვახსოვდეს, რომ ტერმინები „მწვავე“ და „ქრონიკული“ ფსიქიატრიაში იხმარება სრულიად გარკვეული მნიშვნელობით; სახელდობრ: „მწვავე“ ფსიქოზი ნიშნავს წარმავალ, მოსარჩენ ავადმყოფობას; „ქრონიკული“ ფსიქოზი კი მოუჩინებელ, ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებას.

ფსიქოზის მიმდინარეობა სპეციფურად შეიძლება წარმოვიდგინოთ სამი ძირითადი პერიოდის სახით: წინამორბედი ნიშნების ანუ პროდრომალური პერიოდი, ფსიქოზის სრული განვითარების პერიოდი და ფსიქოზის გამოსავალი.

პროდრომალურ პერიოდში აღინიშნება ზოგადი ხასიათის ნარკოფსიქიკური აშლილობანი: თაღლილობა, გათანრულობა, ემოციური წონასწორობის და უმაღლესი გრძნობების დაკარგვა. შიში, შფოთიან-იჭენეული მდგომარეობა, უძილობა, მომქანცავი სიზმრები, უმადობა. თავის ტკივილები, თავბრუ, მუშაობაზე გულის აცრუება, მახლობლებისადმი განურჩევლობა, საერთო აპატიან, პირიქით, მრავალი მოქმედება, ზორილე ქცივები, თითქოს გადაქარბებული ენერგია და სხვა. არაიშვიათად ავადმყოფები წინასწარ გრძნობენ თავიანთ მძიმე მდგომარეობას და გამოსთქვამენ საშიშროებას, რომ ჰკარგავენ სულიერ ჯანმრთელობას.



ფსიქოზის სრული განვითარების პერიოდში აშკარად წაღობდება სულით ავადმყოფობის ფორმალური ნიშნები. ამასთან დაკავშირებით თანდათანობით რთულდება, ფართოვდება და მდიდრდება პათოფსიქოლოგიური სიმპტომატიკაც.

სხვადასხვა შემთხვევებში სრული განვითარების პერიოდს აქვს სხვადასხვა ხანგრძლივობა და მიმდინარეობა. ამ დროს ფსიქოზი სრულიად გაფურჩქნულია, ხოლო კლინიკური სურათი ჩამოყალიბებული და სტაბილური.

ფსიქოზის სტაბილური მდგომარეობა გულისხმობს მხოლოდ და მხოლოდ გარკვეული პათოფსიქოლოგიური სიმპტომოკომპლექსის ანუ სინდრომის არსებობას. ისე კი უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფურ სიმპტომთა ძალა, გამოხატულობა და დაძაფრულობა მეტად ცვალებადი და დინამიკურია.

ძალა და გამოხატულება შესაძლებელია იცვლებოდეს არა მარტო დღეების, არამედ საათების განმავლობაში, ამასთან ერთად ან სრული სიზუსტით ან სრულიად მოულოდნელად; მაგალითად, ფსიქასტენიკები და მელანქოლიკები ჩვეულებრივად დილით უფრო ცუდად გრძნობენ თავს, ვიდრე საღამოაღი.

ავადმყოფურ შეტევათა შუა პერიოდებს უწოდებენ რემისიებს; რემისიების დროს ავადმყოფის მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესებული და შერბილებულია, მაგრამ ვერ აღწევს სრულ ნორმას.

სრულ და მკვეთრ რემისიებს, როდესაც ავადმყოფი უახლოვდება ჯანმრთელ მდგომარეობას, უწოდებენ ნათელ პერიოდებს. ნათელი პერიოდები მიუთითებს იმაზე, რომ ფსიქოზს აქვს ხანგამოშვებითი ანუ ინტერმისიული მიმდინარეობა.

ზოგიერთ შემთხვევაში ისეთი მძიმე ფსიქოზები, როგორიც არის ნაადრევი ქეუსუსტობა და პროგრესული პარალიზი, აგრეთვე იძლევა ნათელ პერიოდებს და მეორდება რამდენიმეჯერ. აქ გამომრთლებას აქვს სრულიად დროებითი ხასიათი და ავადმყოფი ყოველი შეტევის შემდგომ გამოდის უფრო მეტი დეფექტით.

მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს ანუ ციკლოფრენიას უწოდებენ პერიოდულ ანუ ცირკულარულ ფსიქოზს. უკანასკნელი ხასიათდება პერიოდული შეტევებით, რომელთა გარეშე ავადმყოფები არ იჩენენ ფსიქიკური აშლის რაიმე ნიშნებს.

ერთი და იგივე ფსიქოზს, იმისდა მიხედვით, გვხვდება იგი მოზრდილთა თუ ბავშვთა შორის, შესაძლებელია ჰქონდეს სხვა-

და სხვა მიმდინარეობა. მაგალითად, ბავშვთა შორის პროგრესულს პარალიზი მიმდინარეობს უფრო შენარეული ტემპით, პირიქით, რეაქტიული მდგომარეობანი არის ხანმოკლე, მაგრამ სამაგიეროდ უფრო ადვილად იძლევა რეციდივს, ადვილად მეორდება.

ფსიქოზის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმაზე და იმ ენდო-ექზოგენურ პირობებზე, რომლებიც მას წარმოშობს. იგი შესაძლებელია გრძელდებოდეს რამოდენიმე საათი (სიცხოვანი და რნფექციური დელირი) დღე, თვე, წელიწადი და ათეული წელიწადიც.

უმეტეს შემთხვევებში ფსიქოზებს აქვთ ხანგრძლივი ხასიათი. ო ს ი პ ო ვ ი ფსიქოზის მწვავე მიმდინარეობაზე ლაპარაკობს მაშინ. როდესაც ავადმყოფობა თავდება დაახლოვებით ერთი წლის განმავლობაში; ხოლო ქრონიკულად სთვლის ისეთ შემთხვევებს, როდესაც ხანგრძლივობა აჭარბებს ორ წელიწადს. ლიტერატურაში აწერილია ფსიქოზების სრული გამომრთელების შემთხვევები რამდენიმე წლის ავადმყოფობის შემდგომ. სავსებით უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქოზის არსებობის ყოველი შემოგომი წელი საეჭვოდ ხდის დადებით პროგნოზს, ვინაიდან სამი წლის ავადმყოფობის შემდგომ ძლიერ იშვიათად ხდება ფსიქიკური გამოჯანსაღება ( ო ს ი პ ო ვ ი ).

სომატიურ ავადმყოფობათა მსგავსად პ რ ო გ ნ ო ზ ი ფსიქოზების დროს დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმაზე და მის წარმოშობა ეკზო-ენდოგენურ პირობებზე. ფსიქოგენურ და ინფექციური ფსიქოზები ჩვეულებრივად იძლევა დადებით პროგნოზს პაროენების სრული აღდგენის მხრივ.

პროგრესული პარალიზი და ტვინის სიმსივნეები იძლევა უარყოფით პროგნოზს, როგორც ფსიქიკური დეგრადაციის, ისე ლეტალური დაბოლოების მხრივ.

ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევაში (შიზოფრენია, ეპილეფსია და სხვა) საეჭვო პროგნოზი გულისხმობს ფსიქიკურ კატასტროფას, ფსიქიკურ დეგრადაციას, ამავე დროს ფიზიკური არსებობის მხრივ ჩვეულებრივად ავადმყოფებს არაერთგვაროვანი საშიშროება არ მოელოთ.

პროგნოზის გამოტანის დროს (განსაკუთრებულად ბავშვთა ფსიქოპათოლოგიაში) მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ორგანიზმის კომპენსატორული შესაძლებლობანი. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც მენინგიტების, ინცეფალიტების და მენინგოენცეფალიტების ნიადაგზე წარმოშობილი გონებრივი ჩამორჩენალობა თანდათანობით ისპობა და შემდგომ თითქმის შეუმჩნეველი ხდება.

ბავშვის ცენტრალური ნერვული სისტემა, რომელიც იმყოფება ანატომიური და ფუნქციური მომწიფების პერიოდში, ადვილად ზიანდება სხვადასხვა მავნე მიზეზებით; სამაგიეროდ იგივე ცენტრალური ნერვული სისტემა იმყოფება წინსვლის, განვითარების, მომწიფების მდგომარეობაში, ამიტომ იგი მეტად პლასტიკურია და აქვს კომპენსაციის დიდი შესაძლებლობანი.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო დროს ფსიქიატრია სავარაუდოდ გამდიდრდა სხვადასხვა სამკურნალო მეთოდით; ის დარბოდა სარგებლობს ე. წ. აქტიური თერაპიის მეთოდებით, ამასთან ერთად ძლიერ განვითარდა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქო-პიგიენაზე და ფსიქო-პროფილაქტიკაზე, ამიტომ თანდათანობით ისპობა და ქრება ძველ ფსიქიატრებისათვის ჩვეული ღრმა პესიმიზმი პროგნოზის გამოტანის დროს.

ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევებში არ ვღებულობთ ჰქუასუსტობას. ძლიერ ხშირად ადგილი აქვს ან სრულ განკურნებას, ან მყარ რემისიებს.

ზემოხსენებულ მასალიდან ნათლად სჩანს, რომ ფსიქოზთა გამოსავალი მდგომარეობა დასაშვებია შემდეგი ოთხი შესაძლებლობის სახით: 1. სრული განკურნება, 2. არასრული განკურნება, 3. ქრონიკული მოურჩენელი (განუკურნავი) მდგომარეობა და 4. სიკვდილი.

არასრული ანუ შედარებითი განკურნების დროს ავადმყოფი ფსიქიკურად ვერ უბრუნდება თავის წინანდელ, ჭანჭრთელ მდგომარეობას. ავადმყოფობა მასში სტოვებს წარუშლელ კვალს, რომელიც პიროვნებას ხდის არასრულღირებულოვანად და დეფექტურად; ამიტომ ხსენებულ მდგომარეობას აკრებთვე უშოდებენ დეფექტურ გამომართლებას.

ქრონიკული მოურჩენელი მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფთა პალუცინაციები და ბოღვითი იღვები თანდათანობით მკრთალდება და ძლიერ ხშირად გადადის მყარ ჰქუასუსტობაში.

ფსიქოზთა სხვადასხვა ფორმები იძლევა სიკვდილიანობის სავარაუდოდ პროცენტს. თავისთავად ცხადია, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე ორგანული დაზიანების დროს ხსენებული პროცენტი გაცილებით მაღალია. სიკვდილიანობა ფსიქოზების დროს საშუალოდ უდრის 5-6%-ს.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა სიკვდილიანობის მიზეზებს ოსიპოვი ანაწილებს შემდეგ სამ ჯგუფად:

სიკვდილი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ცენტრალური ნერვული სისტემის უშუალო დაზიანებით (სიმსივნეები, სისხლის ჩაქცევები, სკლეროზული დაავადებანი, სენილური და პარალიზუ-

რი წარაზმი და სხვ.), ავადმყოფის ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობით (ქრონიკული განლევა უკმელობის ნიადაგზე, მძიმე აგზნებები ე. ი. ატიტიური, ავთვისებიანად მიმდინარე ფსიქოზები, თვითმკვლელობანი და სხვა.) და აგრეთვე მკურნალი შემთხვევითი დაავადებებით (ტუბერკულოზი, ფილტვის ანთება და სხვა შინაგანი დაავადებანი).

რმა დეპრესიის ან დამწუხრების დროს საჭიროა ავადმყოფებს მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება სუიციდიუმის (თვითჩველობის) ასაცდენად.

## ფსიქოზების სტრუქტურა და ცნება სინდრომების შესახებ

ფსიქოზების შინაგანი ბუნების გასაგებად, მისი დიაგნოზის და პროგნოზის გამოსატანად აუცილებლივ საჭიროა შეფასებული იქნეს ავადმყოფობის გამომწვევი ეკზოგენური და ენდოგენური მოზენებები.

თანაბარი, მსგავსი კლინიკური ნიშნები, ერთ შემთხვევებში შესაძლებელია დამოკიდებული იყოს ეკზოგენურ ფაქტორებზე, ხოლო მეორე შემთხვევებში ენდოგენურზე.

ეკზო და ენდო, გარეგანი და შინაგანი მიზეზები იმყოფება მჭიდრო ერთიერთკაცში.

ჩვენს წინაშე ისმება ამოცანა შესწავლილ იქნეს არა მარტო კლინიკური სურათი, არამედ კლინიკურ ნიშანთა (სიმპტომთა) გამომწვევა მიზეზები. ხსენებული ამოცანა მოითხოვს ფსიქოზთა სტრუქტურულ ანალიზს ანუ ფსიქოზთა სტრუქტურის შესწავლას.

ფსიქოზების სტრუქტურის შესწავლისას, დიდ დახმარებას გვიწევს შეხედულებანი პათოგენეტიკის და პათოპლასტიკის შესახებ.

პათოგენეტიკა ანუ პათოგენეზური ფაქტორი წარმოადგენს ავადმყოფობის გამომწვევ, ძირითად მიზეზს, მაგალითად: პროგრესული პარალიზისათვის პათოგენეზური მომენტი არის ათაშანგი (მკრთალი სპიროქეტი).

პათოპლასტიკა ანუ პათოპლასტიკური ფაქტორები, პირიქით, წარმოადგენს დამატებით მანევ, მეორად მიზეზებს; პროგრესული პარალიზის შემთხვევაში ასეთ პათოპლასტიკურ ფაქტორებს ეკუთვნის ალკოპოლიზმი, ფიზიკური და ფსიქიკური მოქანტულობა, დაძაბული მუშაობა მძლავრი განცდები და სხვა.

პათოპლასტიკური ფაქტორები ხელს უწყობს და აჩქარებს ძირითადი დაავადების გამოძვლავნებას: ამასთან ერთად პათოპლასტიკა თავისებურად აფერადებს ძირითად ავადმყოფობას და ხშირად მას ატიპიურ მიმართულებას აძლევს.

პათოგენეტიკის და პათოპლასტიკის ცნებათა დაზუსტების და ურთიერთგანსაზღვრის დროს ჩერდებიან შემდეგ სამ დაძახას-სიათებელ მომენტებზე:

**პ ი რ ვ ე ლ ი:** პათოგენეტიკა იძლევა ავადმყოფობის დასაწყისის და გამოსავლის კლინიკურ სურათს, პათოპლასტიკა—თვით კლინიკური სურათის მიმდინარეობას და გადახრას.

**მ ე ო რ ე:** პათოგენეტიკა იძლევა ფსიქოზის ძირითად სტრუქტურას, პათოპლასტიკა—ფსიქოზის სპეციალურ გაფორმებას.

**მ ე ს ა მ ე:** პათოგენეტიკა კმნის ფსიქოზის ზოგად ბიოპათოლოგიურ და ფსიქოპათოლოგიურ ფუძეს, პათოპლასტიკა კი იძლევა კლინიკურ წაფენილობებს.

პათოგენეტიკის და პათოპლასტიკის შორის არსებობს დინამიკური ურთიერთ კავშირი.

**გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს** და **ს ე რ ე ი ს კ ი ს** თანახმად, ერთი და იგივე ექზოგენური ანუ ენდოგენური ფაქტორი სხვადასხვა შემთხვევებში შეიძლება იყოს, როგორც პათოგენეზური, ისე პათოპლასტიკური. მათი აზრით ალკოპოლიზმი წარმოადგენს პათოგენეზურ ფაქტორს თეთრი ცხელების დროს, ხოლო პათოპლასტიკურს ეპილეპტიკის დათრობისას; ასევე, პრემორბიდს აქვს პათოგენეზური მნიშვნელობა მახიაკალურ-დებრესიული ფსიქოზის შემთხვევაში, ხოლო პათოპლასტიკური—პროგრესული პარალიზის დროს.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, მოძღვრება პათოგენეტიკის და პათოპლასტიკის შესახებ ძლიერ გვეხმარება ფსიქოზის სტრუქტურის გაგებაში.

ფსიქოზის ანალიზის, მისი სტრუქტურის შესწავლისას ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ერთ და იგივე კლინიკურ ნიშანთა (სიმპტომთა) ჯამი ე. ი. **ს ი მ პ ტ ო მ ო კ ო მ პ ლ ე ქ ს ი** ანუ **ს ი ნ დ რ ო შ ი** შესაძლებელია შეგვხვდეს სულ სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს.

უახლოეს წარსულში ყოველი ცალკეული სიმპტომოკომპლექსი განიხილებოდა, როგორც დამოუკიდებელი ავადმყოფური ფორმა, მაგალითად მახია და მელანქოლია ითვლებოდა დამოუკიდებელ ავადმყოფობად.

შემდეგ გამოირკვა, რომ ერთი და იგივე ძირითადი კლინიკური სინდრომი შეიძლება შეგვხვდეს სულ სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს. ცნობილია, რომ მანიაკალური სინდრომი გვხვდება სუფთა მანიის, შიზოფრენიის, ალკოპოლიზმის, პროგრესული პარალიზის და სხვა ავადმყოფობათა შემთხვევებში.

უნდა ითქვას, რომ კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი ანუ სინდრომი ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ ავადმყოფობას. დამოუკიდებელი ავადმყოფობის ე. ი. ნოზოლოგიური ერთეულის არსებობისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, როგორც კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი, ისე მისი მიმდინარეობა, ავადმყოფობის პროგნოზი, გამოსავალი და პათოლოგიური ანატომია.

როგორც ვთქვით, ერთი და იგივე სინდრომი ანუ სიმპტომოკომპლექსი შეიძლება შეგვხვდეს სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს და პირიქით, ერთი და იგივე ნოზოლოგიური ერთეული პ ა თ ო ლ ა ს ტ ი კ უ რ ა დ შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა კლინიკური სინდრომის სახით.

მიუხედავად ზემოხსენებულისა, ცალკეული კლინიკური სინდრომების შესწავლას დღემდე დიდი ღირებულება და ინტერესი აქვს დიაგნოსტიკის და დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხთა დამუშავებაში.

არჩევნ სხვადასხვა სინდრომს, ანუ სიმპტომოკომპლექსს, ანუ ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას.

ფსიქიატრიის ყოველდღიურ მუშაობაში საყურადღებოა შემდეგი კლინიკური სინდრომები ანუ ფ ს ი ქ ო პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ნ ი: მანიაკალური ანუ აგზნების მდგომარეობა, დეპრესიის ანუ მელანქოლიური მდგომარეობა, ჰელაუსუსტოზის მდგომარეობა, ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობა, გულყრითი მდგომარეობანი, მოსაზღვრე ანუ ფსიქოპათიური მდგომარეობანი და სხვა.

## თ ა ვ ი მ ე ტ ხ რ ე

### ფსიქიატრიული მზრუნველობა და ფსიქოპათოლოგიის და ფსიქოპროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები

#### 1. ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა თავისებურებანი (ფენოზა, პერსონალი, რეჟიმი) და ოჯახანიზაციული ფსიქიატრიის ზრუნველობის საკითხი

ფსიქიატრიის, როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბებასთან და განვითარებასთან ერთად, პარალელურად უმჯობესდება ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიც.

ფსიქიატრიული დაწესებულება თავისი გარეგნობით და მოწყობით თანდათანობით უახლოვდება სომატიური საავადმყოფოს ტიპს. ფსიქიატრია სამედიცინო დისციპლინათა ერთ-ერთი დარგია; ფსიქიკური ავადმყოფი მოითხოვს ისეთსავე ზრუნვა-მკურნალობას, როგორც ყოველი სომატიური ავადმყოფი, ამიტომ ტენდენცია იქით უნდა იყოს მიმართული, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულება კეთილმოწყობის მხრივ არაფრით არ ჩამოუვარდებოდეს სომატიურ საავადმყოფოს.

მიუხედავად ზემოხსენებულისა, ფსიქიატრიული საავადმყოფო თავისი შენობით, მოსამსახურე პერსონალით და რეჟიმით საკმაოდ განსხვავდება სომატიურ დაწესებულებიდან.

ხსენებული განსხვავება უმოვივრებად გულისხმობს ფსიქიკურ ავადმყოფთათვის ისეთი პირობების და რეჟიმის შექმნას, რომ მათ არ დაზიანონ თავიანთი თავი, ან ირგვლივ მყოფი პირები.

როგორც წინა თავებში იყო აღნიშნული, სულით ავადმყოფები შეიძლება დაყოფილ იყვნენ ორ მთავარ ჯგუფად: მწვავე და ქრონიკი ავადმყოფები, რომელნიც მოითხოვენ სრულიად გარკვეულ მოვლას, მკურნალობას და საერთო მზრუნველობას. ამიტომ ხსენებული ორი ჯგუფის დაწესებულებანი ძირიანად განსხვავდება ერთიმეორისაგან.

მწვავე ავადმყოფთათვის დანიშნული დაწესებულება მოითხოვს სულ სხვა რეჟიმს და სტრუქტურას, ვიდრე ქრონიკთა საავადმყოფოები და ე. წ. კოლონიები.

მწვავე ავადმყოფთა დაწესებულება თავის მხრივ შედგება რამდენიმე განყოფილებისა ანუ პალატიდან, სადაც მოთავსებული არიან სხვადასხვა კატეგორიის ავადმყოფები, მაგალითად: განყოფილებანი მღელვარე, ნახევრად მღელვარე და მშვიდ ავადმყოფთათვის. თავისთავად ცხადია, რომ ყოველი საავადმყოფო უნდა შესჯგებოდეს ორ სიმეტრიულ და თანაბარ ღირებულოვან ხაწილიდან ქალ და მამაკაც ავადმყოფთათვის.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არის კიდევ ერთი ნაწილი, რომელსაც უწოდებენ მიმღებ განყოფილებას. ხსენებულ განყოფილებაში შედის ყოველი ახლად მიღებული ავადმყოფი, რომ ექიმი გაერკვას მათ, ავადმყოფურ ფორმაში და შემდეგ მდგომარეობისდა მიხედვით გაანაწილოს პალატებში.

მიზანშეწონილია ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იყოს ლაზარეთი, სადაც მოთავსებული იქნებიან სუსტი ან სომატიური ავადმყოფობით შეპყრობილი სულით ავადმყოფები.

სასურველია აგრეთვე ცალკე განყოფილება იყოს ეპილეპტიკებისათვის და ცალკე ნარკომანთათვის (პორფინისტები, კოკაინისტები, ალკოპოლიკები და სხვ), ვინაიდან ხსენებული ავადმყოფები მოითხოვენ გარკვეულ რეჟიმს და სამედიცინო პერსონალის მხრივ გარკვეულ მიდგომას.

რაც შეეხება მწვავე სულით ავადმყოფთა ფსიქიატრიული დაწესებულების შენობას, აქ ყველაზე მიზანშეწონილი არის პავილიონური სისტემა; ერთი ცენტრალური, მრავალ სართულიანი შენობის ნაცვლად სჯობია იყოს რამდენიმე პავილიონი თავისი გასადევრით და ბალით ავადმყოფთა სხვადასხვა კატეგორიისათვის.

თავისთავად ცხადია, რომ მწვავე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში უნდა არსებობდეს საოპერაციო, სხვადასხვა ლაბორატორია, ბიბლიოთეკა, პროზექტურა, თუ კლინიკა, — აუდიტორია სტუდენტთათვის და აგრეთვე ელექტრო-სამკურნალო კაბინეტი. რაც შეეხება წყლით მკურნალობას, უფრო მიზანშეწონილი არის ერთი ცენტრალიზირებული სამკურნალოს ნაცვლად ყოველ პალატაში იყოს აბაზანები, რომ შეიძლებოდეს მათი გამოყენება საჭიროების დროს.



გარდა ზემოხსენებულ განყოფილებათა, საქიროა აგრეთვე იყოს სხვადასხვა სახელოსნოები სისტემური შრომის თერაპიის ჩატარების მიზნით.

სახელოსნოების ფართოდ მოწყობას და გაშლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრიულ კოლონიებისათვის.

სასურველია აგრეთვე ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ავადმყოფთათვის იყოს საკლებო განყოფილება, რომ შეიძლებაოდეს (ცხადია სათანადო შერჩევით) სისტემატურად კინოს ჩვენება და კონცერტების და წარმოდგენების—სპექტაკლების მოწყობა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პალატა უნდა აკმაყოფილებდეს ზოგად სანიტარულ და ჰიგიენურ პირობათა ყოველგვარ მოთხოვნას და ამ მხრივ სრულიად უნდა უახლოვდებოდეს სომატიურ დაწესებულებას.

უნდა შექმნილი იყოს ყოველგვარი პირობები, რომ ავადმყოფი თავს გრძნობდეს სამკურნალო დაწესებულებაში.

ამ მხრივ ყველაზე მძიმე საკითხს წარმოადგენს ფანჯრების მოწყობა, რომელთაც ყოველად შეუძლებელია დატახებული ჰქონდეთ რკინის ჩარჩოები; მეორეს მხრივ საქიროა ფანჯრები გაკეთებული იყოს ისე, რომ ავადმყოფები ვერ გაძვრენ მასში თვითმკვლელობის ან გაქცევის მიზნით.

კეთილად მოწყობილ, თანამედროვე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც იმყოფება მოშლელი პერსონალის საკმაო რაოდენობა, წყნარ პალატებში შესაძლებელია დატოვებულ იყოს დიდი და ფართო ფანჯრები. უფრო მეტიც, ზოგიერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში შეიძლებული არის ე. წ. ღია კარები ის სისტემა: ამ შემთხვევაში კარები არ არის ჩაკტილი და პალატა თავისი რეჟიმით ძლიერ წააგავს სომატიურ საავადმყოფოს.

წყნარი ქრონიკი სულით ავადმყოფები, რომელთაც უკვე ჩატარებული აქვთ სათანადო მკურნალობა, უფრო მიზანშეწონილი არის იმყოფებოდნენ ფსიქიატრიულ კოლონიებში.

კოლონიებში, როგორც წესი, არსებობს ღია კარების სისტემა, ამიტომ აქ ავადმყოფები უფრო თავისუფლად გრძნობენ თავს. გარდა ამისა, ავადმყოფები შეიძლება ფართოდ იყვნენ ჩაბმულნი სხვადასხვა სახის შრომაში.

თანხმად ოსიპოვისა, კოლონიები განსხვავდება მწვავე ფსიქიატრიულ დაწესებულებიდან ორი ძირითადი თვისებით:

1. ქრონიკი ავადმყოფები არ საჭიროებენ ისეთ ყურადღებას, როგორც მწვავე ფორმებით დაავადებულნი, ამიტომ კოლონიებში

მოთავსებული უნდა იყოს ქრონიკთა დიდი რაოდენობა (შეიძლება ერთად რამდენიმე ასეულიც).

2. საჭიროა, რომ ფსიქიატრიული კოლონია დაკმაყოფილებულ იყოს მიწის სათანადო ფართობით; ამასთან ერთად კოლონიაში ფართოდ უნდა იყოს წარმოდგენილი სხვადასხვა სახის შრომა (სახელოსნოები, მეურნეობა და სხვ.) .

სულით ავადმყოფთა მზრუნველობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრიულ კოლონიებს. შრომა ააქტივებს და ართობს ქრონიკ სულით ავადმყოფს.

კეთილად მოწყობილ კოლონიებს, მედიკური მზრუნველობის გარდა, აქვთ აგრეთვე დიდი ეკონომიური მნიშვნელობა, რადგანაც თავისი შრომით კოლონიას შეუძლიან ნაწილობრივად მაინც აანაზღაუროს სახელმწიფოს მიერ გაღებული ხარჯები.

ქრონიკ ავადმყოფთა მოვლა-პატრონობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. „ოჯახური პატრონაჟის“ სისტემას, როდესაც ავადმყოფი იმყოფება მახლობლების ან სრულიად სხვის ოჯახში. ისეთი ოჯახი, რომელიც ინახავს სულით ავადმყოფს, ღებულობს სახელმწიფოდან ფულად დახმარებას და გარდა ამისა, თვით ავადმყოფი იმყოფება ფსიქიატრის მუდმივი და განუწყვეტელი დაკვირვების ქვეშ.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებული უნდა იქნეს ყველა მწვავე ავადმყოფი, რომ მათ თავი არ დაიზიანონ; გარდა ამისა, რაც უფრო ადრე დაეწყება ავადმყოფს მკურნალობა და რაც უფრო ადრე მოხვდება იგი სპეციალურ საავადმყოფოში, ცხადია, მით უფრო მეტი იქნება განკურნების იმედი. საავადმყოფოში აუცილებლად უნდა იყვნენ მოთავსებულნი აგრეთვე აგზნებული ქრონიკები და სოციალურად საშიში ავადმყოფები.

მწვავე პერიოდის განვლის შემდგომ არაა საჭირო სულით ავადმყოფი აუცილებლად იმყოფებოდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში; გარემო წრიდან მოწყვეტამ და საავადმყოფოში კარჩაკეტილმა ყოფნამ, პირიქით შეიძლება უფრო გააუარესოს ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა. ამიტომ მნიშვნელობა აქვს როგორც დროზე მიღებას, ისე ავადმყოფის საავადმყოფოდან დროზე გაწერას.

ჩვენს სინამდვილეში პატრონაჟის სისტემა აგებული უნდა იყოს სულ სხვა პრინციპებზე.

საბჭოთა კავშირში ჯანმრთელობის დაცვის საქმის გიგანტური ნაბიჯებით წინსვლასთან ერთად, კერძოდ ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მშენებლობასთან ერთად, მოსახლეობაში არსებული მწვავე და ქრონიკი სულით ავადმყოფები თანდათანობით ამოიკ-

რიფება და მოთავსდება სათანადო სპეციალურ დაწესებულებებში.

ნევროზების და ფსიქიკურ დაავადებათა დაწესებითი ფორმების მკურნალობაში საპასუხისმგებლო ადგილი უკავია ნ ე ვ რ ო - ფ ს ი ქ ი ა ტ რ ი უ ლ დ ი ს პ ა ნ ს ე რ ე ბ ს .

გარკვეულ ყურადღებას მოითხოვს ბავშვთა ფსიქიატრიული და ნევროფსიქიატრიული ქსელიც.

თანახმად ბავშვთა ფსიქონევროლოგიური კონფერენციის დადგენილებისა, რომელიც მოწვეული იყო 1934 წელს ქ. მოსკოვში, საჭიროა ბავშვებისათვის გახსნილი იყოს შემდეგი ოთხი სახის დაწესებულება ( გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ):

1. ნევრო-ფსიქიატრიული სტაციონარები (ფსიქიატრიულ საავადმყოფოთა ბავშვთა განყოფილებები, ბავშვთა ფსიქიატრიული საავადმყოფოები, ბავშვთა ფსიქიატრიული კლინიკები, პედიატრიულ საავადმყოფოთა ნევროფსიქიატრიული განყოფილებები).

2. სანატორიული დაწესებულებანი სკოლის წინა და სასკოლო ასაკის მოსაზღვრე შემთხვევებისათვის.

3. ნევრო-ფსიქიატრიული დაწესებულებანი სხვადასხვა ქრონიკათთვის (იპილექტიკთა სამკურნალო სკოლები, ასეთივე დაწესებულება მძიმე ფსიქოპათებისათვის და აგრეთვე პოსტრეცეფალიტიკებისათვის ბავშვთა სამკურნალო შრომითი კოლონიები).

4. დაწესებულებანი შრომის უნარმოკლებულ და მოუზრუნელ ქრონიკათთვის.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა პერსონალს მოეთხოვება სულით ავადმყოფთა მიმართ იქონიოს განსაკუთრებული ყურადღება, ზრუნვა, პატივისცემა და ლმობიერება.

ამისათვის საჭიროა ყოველ ფსიქიატრულ საავადმყოფოში გარკვეული პროგრამის მიხედვით იკითხებოდეს ლექციები საშუალო და დაბალ პერსონალისათვის, რათა მათ ასწიონ თავიანთი კვალიფიკაცია, გამდიდრდნენ ჭიროვანი ცოდნით ფსიქიატრიაში და შეგნებულად ესმოდეთ თავიანთი მოვალეობა და დანიშნულება.

საავადმყოფოში მოთაქსების მოპირტიდან ავადმყოფი ექცევა გარკვეულ რეჟიმში, რომელიც ზუსტად უნდა იყოს დაცული მის მიერ.

სამედიცინო პერსონალი, დაწყებული მომვლელიდან რა გათავებული ექიმით, ვალდებულია სულით ავადმყოფის მიმართ გამოიჩინოს განსაკუთრებული მზურველობა. პატივისცემა რა მოთმინება. ექიმი ვალდებულია თავისი ქცევით და მოქმედებით ასწიოს პირადი ავტორიტეტი და ავადმყოფის თვალში დაიმსახუროს ნდობა და პატივისცემა.

ხშირად ავადმყოფის მნახველები ექიმის მიმართ აცხადებენ სხვადასხვა პრეტენზიებს და მოითხოვენ ავადმყოფისათვის სხვადასხვა პირობების შექმნას. ამ მხრივ საჭიროა ექიმი იდგეს ზუსტ და გარკვეულ პოზიციებზე; არავითარი „დათმობა“ აქ არ შეიძლება. მკურნალი ვალდებულია ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფის ინტერესებით.

მნახველთა მიერ ავადმყოფის ნახვა ან მათ სხვადასხვა მოთხოვნათა შესრულება დასაშვებია, თუ ეს საჭირო არის ავადმყოფისათვის, რამდენადაც ამას მოითხოვს ავადმყოფის მდგომარეობა.

ექიმი ვალდებულია ყოველდღიურად გაიგოს როგორ იკვებება ავადმყოფი, როგორა სძინავს, დაიარება თუ არა სასიეროდ ან შრომის თერაპიაზე, ღებულობს თუ არა აბაზანებს, წამლებს?

განსაკუთრებულ ყურადღებას და რეჟიმს მოითხოვენ ე. წ. დეპრესიული ანუ დაბოლომნიანებული ავადმყოფები, რადგანაც ასეთი ავადმყოფები ღრმა დამწუხრების გამო ხშირად თვითმკვლელობას მიმართავენ (ს უ ი ც ი დ ე უ მ ს).

## 2. ფსიქოპათოლოგიის და ფსიქოპათოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის ძირითადი საკითხები

ფსიქიატრიული საქმის ჯეროვან დონეზე დაყენებას აქვს ფრიად დიდი მნიშვნელობა. მწვავე ავადმყოფთა მკურნალობა, ხოლო ქრონიკთა შრომის რეჟიმში ჩაბმა საზოგადოებას უადვილებს ავადმყოფთა მოვლის მძიმე უღელს.

საზოგადოებრივი ფსიქიატრია გულისხმობს ფსიქო-პათოლოგიის და ფსიქოპათოლოგიის ფართო ჩარჩოებს და მას უშუალო კავშირი აქვს სოციალურ პათოლოგიასთან.

ჩვეულებრივ, ფსიქიატრიული საქმე იწყება სტატისტიკით, რათა გაგებულ იქნეს სულით ავადმყოფთა რიცხვობრივი გავრცელება; საკითხის მეორე საფეხურს შეადგენს პირდაპირი და გვერდითი მიზეზების გამოკვლევა, ხოლო ამას უნდა მოჰყვეს პროფილაქტიკურ მკურნალობითი მუშაობა. სპეციალურ-მედიკური ზუსტი სტატისტიკის ჩატარება შეადგენს მძიმე საქმეს. პრაქტიკულ ღონისძიებათა მისაღებად უპირველესი მნიშვნელობა აქვს სულით ავადმყოფთა აღრიცხვას. ასეთ აღწერას აქვს დიდი მეცნიერული ინტერესიც, ვინაიდან თითქმის ყველა ქვეყანაში სულით ავადმყოფთა რაოდენობა გამოიხატება 3% -ით.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, სულით ავადმყოფთა ზუსტი სტატისტიკა მეტად მძიმე საქმეა და მოითხოვს დიდ დროს.

არსებული წინასწარი ცნობები საბჭოთა კავშირში სულით ავადმყოფთა რაოდენობის შესახებ ნაოლად ადასტურებს სულით ავადმყოფობათა განსაკუთრებულ შემცირებას ჩვენში. მშრომელთა მასების კეთილდღეობის განსაკუთრებული გაუმჯობესება და დიდი მიღწევები, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში ნიადაგს უსაობს ყოველგვარ სოციალურ სნეულებას და ამასთან ერთად ამცირებს სულით ავადმყოფთა პროცენტს. თანახმად არსებული მასალისა, ჭეხის პირობებში სულით ავადმყოფთა რაოდენობა არ აღემატება  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{10}$ -ს, ე. ი. 1000 კაცზე მოდის ფსიქოზის  $1\frac{1}{2}$  2 შემთხვევა.

ფსიქოპიგიენის და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხები, როგორც პრაქტიკულად, ისე თეორიულად, ძლიერ მჭდროდ არის დაკავშირებული ერთიმეორესთან.

საბჭოთა კავშირში რევოლუციის პირველ დღეებიდანვე დიდი ყურადღება მიექცა ფსიქიატრიულ საქმეს, შრომის დაცვას, ბავშვთა აღზრდას, სასკოლო ჰიგიენას, დედათა და ბავშვთა დაცვას და ამნაირად ფართოდ წამოიჭრა ფსიქოპიგიენის სხვადასხვა საკითხი.

ფსიქოპიგიენასთან და ფსიქოპროფილაქტიკასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ამოცანა პრაქტიკულ განხორციელებას პოულობს ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერების საშუალებით.

ფსიქოპიგიენის მიზანს და შინაარსს შეადგენს სხვადასხვა ზომების შესწავლა, გამომუშავება და პრაქტიკული განხორციელება მშრომელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დასაცავად.

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქოპიგიენის და აგრეთვე ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხების დამუშავებისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ადამიანის არამარტო სომატიური ნევროლოგიური და ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მხარე, არამედ ფართოდ უნდა იყოს გამოკვლეული აგრეთვე ავადმყოფის ირგვლივ წრე, მისი ყოფაცხოვრება, ეკონომიური და ოჯახური პირობები.

ფსიქიატრს, როგორც ფსიქოპიგიენისტს და ფსიქოპროფილაქტიკს აქვს დიდი სამუშაო სარბიელი.

ფსიქოპიგიენის და ფსიქოპროფილაქტიკის ჩარჩოებში მოქცეულია მეტად ბევრი და მრავალფეროვანი ამოცანა.

ჩვენ შევჩერდებით მხოლოდ ზოგიერთ, პრაქტიკულად მნიშვნელოვან საკითხზე.

კვება. ადამიანის ფიზიკური და ნევრო-ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კვებას, მას რაოდენობას და ხარისხს.

გონებრივი შეშაობის დროს საჭიროა დაცული იყოს ტვინის სისხლის მიმოქცევისათვის მაქსიმალური პრობები; ამიტომ ქამის შემდგომ აუცილებელია დასვენება, ვიდრე შეუდგებოდეთ ფიზიკურ თუ გონებრივ შრომას.

ნევრო-ფსიქიკური ენერგიისათვის საჭიროა ადამიანი იღებდეს ნოყიერ, საღ და გემრიელ საკმელთან ერთად, ვიტამინებით და ფოსფორით მდიდარ პროდუქტებს. ამ მხრივ პირველ ადგილზე უნდა იყოს დასახლებული რძე, რძის პროდუქტები, კვერცხი, ნედლი ხილი, მწვანილეულობა, ისპანახი, ხიზილალა, თევზის ქონი, და სხვა. გახსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფოსფორით მდიდარ საკმელს (ხიზილალა, კვერცხის გული), ვანაიდან ფოსფორი ითვლება ნერვული სისტემის გამამაგრებელ, ძალმომგვრელ და ტონუსის მიმცემ ნივთიერებად. საკმარისია გავიხსენოთ, რომ ფოსფორი თამაშობს დიდ როლს ნერვული სისტემის სხვადასხვა ფიზიკურ-ქიმიურ პროცესში.

კვება დამოკიდებულია არა მარტო მიღებული პროდუქტების ხასიათზე, არამედ იმაზედ, თუ როგორ ხდება მიღებული საკმელის შეთვისება ორგანიზმის მიერ. ამ მხრივ დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭნაწლავთა ტრაქტის ნორმალურ მოშაობას და აგრეთვე პირის ღრუს მდგომარეობას (კბილთა სანაცოიას).

ფიზკულტურა. ძველი გამოთქმა, რომ „ჯანმრთელ სხეულში იმყოფება ჯანმრთელი სული“ არასდროს არ დაჰკარგავს თავის აზრს და აქტუალურ მნიშვნელობას. ჯანმრთელი სხეული ბადებს ჯანმრთელ და ნორმალურ ფსიქონერვულ რეაქციებს. ფიზიკური სიჯანსაღე ნევრო-ფსიქიკური ჰიგიენის ერთ-ერთი მთავარი მომენტია.

ადამიანის ფიზიკური და მასთან ერთად ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში მთავარი ადგილი უნდა დაეთმოს აგრეთვე ფიზიკურ კულტურას.

ფიზკულტურა აწვითარებს ადამიანის ძალღონეს და ჯსპობს მას მანკიერ ჩვევებს და ჩვეულებებს. ფიზიკური ვარჯიშობის დროს ადამიანი მაქსიმალურად უნდა სარგებლობდეს მზით, სინათლით და ჰაერით; მზე, სინათლე და ჰაერი წარმოადგენს ორგანიზმის ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ წყაროს—უნდა გვახსოვდეს რომ ფიზიკურად სუსტი ადამიანი ადვილად ავადმყოფდება, როგორც სომატიურად, ისე ნევრო-ფსიქიკურად.

სექსუალური ანუ სქესობრივი ჰიგიენა. ფსიქოჰიგიენაში და ფსიქოპროფილაქტიკაში დიდ როლს თამაშობს სექსუალური ცხოვრება და მისი მოწესრიგება. ადამიანში სექსუალური მიზიდულო-

ზები თავს იჩენს გაცილებით ადრე, თვით სქესობრივი აპარატის მომწიფებამდე; მაგალითად ონანიზმი ანუ მასტურბაცია (ხელცთუნება) შესაძლებელია იყოს ძლიერ ნაადრევ ასაკში.

ძველ სპეციალურ ლიტერატურაში ონანიზმს დათმობილი აქვს დიდი ადგილი, იგი აღიარებულა საშინელ სენად; მას სთვლიან ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზად. უნდა გვახსოვდეს, რომ დიდ უმეტეს შემთხვევაში მასტურბაცია შეადგენს წარმავალ მოვლენას, რომელიც არ სტოვებს არავითარ ავადმყოფურ კვალს.

სულით ავადმყოფთა შორის მასტურბაციის შემთხვევები წარმოადგენს არა მიზეზს, არამედ შედეგს, ძირითადი ავადმყოფობის ერთ-ერთ პათოლოგიურ ნიშანს.

საჭიროა აღზრდით, შრომის რეჟიმით, ფიზიკური ვარჯიშით და სხვადასხვა კულტურულ ინტერესის გაღვივებით (მუსიკა, სპორტი, თეატრი და სხვა) ვაწარმოთ ბრძოლა ამ მძიმე ზნესთან, რომელიც ქანცავს ბავშვის ფიზიკურ და ნევროფსიქიკურ ენერჯიას. ამ მხრზე ბრძოლის სხვა გზა არ არსებობს. საჭიროა ამადლეჯულ იქნას მასტურბანტის შეგნება, საჭიროა იგი დატვირთული იქნეს სხვა ინტერესებით.

მასტურბანტ ბავშვის დაშინება სიტყვიერად ან ლიტერატურის მიწოდებით, რომ ამ ცუდმა ზნემ შეიძლება იგი მიიყვანოს უპაშინელებს შედეგებამდე. სულით ავადმყოფობამდე, არ იძლევა დაღებით რეზულტატს. საჭიროა დახმარება, ბავშვებისათვის რეჟიმის შექმნა და არა დაშინება.

დაშინებული მასტურბანტი იბნევა, იფანტება, ხდება იქნეული, იძებს თავის თავში სულით ავადმყოფობის ნიშნებს, თავს გრძნობს ინვალიდად, ხდება ნევროტიული და ზნესთან ბრძოლის მხრივ სრულიად უძლური. სქესობრივი საკითხებს ირგვლივ არსებული ლიტერატურა ბავშვებს შეიძლება მივაწოდოთ მხოლოდ შერჩევით. ასეთ ლიტერატურაში სქესობრივი საკითხები (გამრავლება, სქესობრივი მომწიფება, სქესთა ანატომო-ფიზიოლოგია, მასტურბაციის მნიშვნელობა) გარჩეული უნდა იყოს მოზარდისათვის გასაგებად და სრულიად მეცნიერულ-პოპულარულად. ყოველგვარი სპეკულაციური მასალის და დასკვნების გარეშე.

ნევრო-ფსიქიკური ჰიგიენის თვალთახედვით 17—18 წლის ასაკზე ადრე სქესობრივი ცხოვრება არ არის სასურველი. დაუშვებელია აგრეთვე სქესობრივი ექსცესები.

ფსიქოპათიის მოთხოვნისგან თავიანთად დაუშვებელია ყოველგვარი გადახრა ნორმალური სქესობრივი აქტიდან (შეწყვეტილი აქტი; ჩასახვის საწინააღმდეგოდ მექანიკურ და ქიმიურ საშუალებათა ხმარება და სხვა). არანორმალურად ჩათვებული აქტი

მეტად ქანცავს ადამიანის ორგანიზმს, ასუსტებს მის ნევრო-ფსიქიკურ ძალღონეს და უხვითარებს სხვადასხვა ნევროზულ სიმპტომებს.

აქცს შეხედულება, თითქოს სქესობრივი თავდაპყრილობა იწვევდეს ფსიქიკურ აშლილობას. ხშირად ვხვდებით შემთხვევებს, როდესაც მახლობლები აქორწინებენ ან ათხოვებენ ფსიქიკურად დაავადებულ ავადმყოფს თერაპიული მოსაზრებით. ხსენებულ მოსაზრებას არავითარი გამამართლებელი საფუძველი არა აქვს.

პირაქით, სქესობრივი ზომიერება წარმოადგენს ნევრო-ფსიქიკური ჰიგიენის ერთ-ერთ მთავარ მოთხოვნილებას.

სქესობრივი აქტი განსაკუთრებულად ცუდად მოქმედებს ხანში შესულ, არტერიოსკლეროზის და სისხლის მაღალი წნევის მქონე პირებზე.

შრომა. სოციალისტური ტექნიკა და შრომის სოციალისტური ორგანიზაცია სპობს იმ უფსკრულს, რომელსაც ბადებს კაპიტალისტური სისტემა გონებრივი და ფიზიკური შრომის წარმომადგენელთა შორის; ამიტომ შრომა სოციალისტურ სინამდვილეში ხელს უწყობს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ძალღონის გაფურჩქვნას, ზრდას, გაკაქებას და არ იწვევს მშრომელთა ენერჯის მოქანტულობას.

მშრომელთა მასების უკიდურესი ექსპლოატაცია, რომელსაც ადგილი აქვს კაპიტალისტურ სახელმწიფოებში, შესამჩნევად ასუსტებს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ ენერჯიას. კაპიტალისტურ ქვეყნებში შრომა მოკლებულია სიამოვნების ყოველგვარ განცდას, ხოლო მუშა წარმოადგენს მანქანის მექანიკურ „დანამატს“.

დადლილობის რაოდენობის და ხარისხის განმსაზღვრელი ნიშნები არ არსებობს: მაგრამ არის მთელი რიგი სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებს დადლილობაზე, როგორც მაგალითად: უძილობა, შრომის შინაარსის აკვიატება, ყურადღების დასუსტება, მუშაობის უნარის მკვეთრი დაცემა.

გადაქარბებული მოქანტულობის მოსასპობად საჭიროა ხანგრძლივი დასვენება და შრომის პირობების გაუმჯობესება.

სოციალისტური წარმოების თუ კოლექტიური მეორნობის ყოველმა მუშაკმა მშვენიერად იცის, რომ იგი მუშაობს თავისი სოციალისტური სამშობლოს და პირადი კეთილდღეობის გაუმჯობესებისათვის.

კაპიტალისტურ პირობებში მუშა კი ნათლად გრძნობს თავის თავზე მშრომელთა ექსპლოატაციის მთელ საშინელებას.



საბჭოთა კავშირში, პირიქით, მშრომელთა მიზნობრივი დასა-  
ზღვრება აგებულია მათ სოციალისტურ შეგნებაზე და სოციალის-  
ტური შრომის შეთოდებზე.

დედათა დაცვა. ხშირად ფსიქიკური უკმარისობის ფესვები  
დაკავშირებულია სხვადასხვა დაზიანებასთან, რომელიც ძაუღია  
ნაყოფს ჭერ კიდევ ეძარიოხული ცხოვრების პერიოდში.

ამ მხრივ უხდა გვახსოვდეს, რომ დედისათვის ყოველგვარი  
ფსიქოპათიიენური პირობების შექმნას მნიშვნელობა აქვს არა მარ-  
ტო პირადად მისთვის, არამედ ნაყოფისთვისაც.

ორსულობის დროს დეცამ არ უხდა ასწოოს მძიმე საგნები;  
იგი დაზღვეული უხდა იყოს ყოველგვარ ფიზიკურ და ფსიქიკურ  
მავნე მოძიხებისაგან (ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები, ინტოქ-  
სიკაციები და სხვა).

ბავშვის და ძით უმეტეს ნაყოფის განვითარებაზე განსაკუთ-  
რებულ ცუდ გავლენას ახდენს ალკოჰოლი, რომელიც ძლიერ  
ხშირად წარმოადგენს ბავშვთა გონებრივი ჩამორჩენილობის და  
გულყრების ეტიოლოგიურ მომენტს.

როგორც ვიცით, აბორტი საშინელებას წარმოადგენს დედის  
და ბავშვის ჯანმრთელობისათვის იმ შემთხვევაშიაც, როდესაც მას  
აქვს ცდის ხასიათი და არ ჩათაგებულა ძუელის მოწყვეტით,  
აბორტის მიზნით ხმარებული სხვადასხვა მექანიკური მანიპულა-  
ცია და ქიმიური ნივთიერება აფერხებს ნაყოფის შედგომ ხორკა-  
ლურ განვითარებას.

კაბიტალისტური სისტემის შრომის პირობები სცვეთს დედის  
ძალღონეს; პირიქით, ჩვენც კანონმდებლობა, სოციალისტური სი-  
ნამდვილე მაქსიმალურად უწყობს ხელს დედის და ბავშვთა ძალ-  
ღონის გაფურჩქვხას, დედის და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას.

ბავშვთა დაცვა. როგორც უკვე სჯივთ იყო აღნიშნული, ფიზი-  
კური სიჯანსაღე წარმოა გენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საწინ-  
დარს. ხშირად ბავშვთა ინფექციები რთულდება მენინგიტებით და  
ენცეფალიტებით, ხოლო ამას მოსდევს სხვადასხვა ხასიათის და  
გამოხატულების ფსიქიკური ანომალიები.

ფრიად საინტერესოა მასალები, რომელსაც იძლევა ეპიდემი-  
ური ენცეფალიტის კლინიკა. ხსენებული ავადმყოფობა იწვევს არა  
მარტო გონებრივი განვითარების შეფერხებას, არამედ ღრმა ემო-  
ციურ ძვრებს ბავშვის პიროვნებაში.

თავისთავად ცხარია, რომ ბავშვთა შორის ფსიქოპათიიენური  
ნორმების და ფსიქოპროფილაქტიკურ ღონისძიობათა გამომოშავე-  
ბა უხდა ხდებოდეს მათი ასაკის მიხედვით. ამ მხრივ შეუძლებელია  
ჩასებობდეს რაიმე ჩამოყალიბებული, სტატიკური სტანდარტი.

ავტორთა უმეტესობა (და მათ შორის ოზერეცკი) ბავშვთა ასაკს ჰყოფს შემდეგ პერიოდებად: 1. ჩვილი ბავშვობის პერიოდი, 2. სკოლის წინარე პერიოდი, 3. სასკოლო პერიოდი და 4. პუბერტული ანუ მომწიფების პერიოდი.

ჩვილი ბავშვობის პერიოდი დაახლოვებით გრძელდება მეოთხე წლის დაწყებამდე („ბავშვთა ბავის პერიოდი“). ნორმალური ბავშვი პირველი ორი წლის განმავლობაში მეტ დროს ატარებს ძილში; ერთ წლამდე ბავშვს დაახლოვებით სძინავს დღე-ღამეში 15—20 საათი, ხოლო მეორე წელში 13—15 საათი, ამიტომ ხსენებულ პერიოდში ჰიგიენის ცენტრალურ საგანს შეადგენს ძილი და კვება: საჭიროა ბავშვი იკვებებოდეს გარკვეული რეჟიმის თანახმად; ამასთან, მას უნდა შეექმნას ყოველი პირობა, რომ ძილის დროს არ იყოს გადაჭარბებული ხმაურობა და ყვირილი.

ბავშვს ფრთხილი და სათუთი მოპყრობა სჭირდება. ბავშვი მეტად მგრძობიარე, შთაბეჭდილებიანია და ამიტომ ყოველმა არაშესატყვისმა გალიზიანებამ ან ბავშვის ყურადღების არაშესატყვისი შთაბეჭდილებებით დატვირთვამ შესაძლებელია მოგვეცეს სხვადასხვა ნევროზულ სიმპტომთა განვითარება და გამკვრივება (ფიქსაცია).

ამიტომ არ არის სასურველი ბავშვს ვექცეოდეთ დიდი სინაზით, ბავშვს უნდა ჰქონდეს თავისი საწოლი და არ უნდა ეძინოს ღედასთან, ძმებთან ან დებთან. განსაკუთრებით საჭიროა, რომ ბავშვი არ უსმენდეს რაიმე საუბარს სექსუალურ თემებზე; აგრეთვე ყოველად დაუშვებელია ბავშვმა მიიღოს სექსუალური შინაარსის რაიმე შთაბეჭდილება.

დიდი დადებითი ზეგავლენა აქვს ბავშვთა კოლექტივებს, სადაც ბავშვი ღებულობს ახალ ჩვევებს, ჩვეულებებს და თავისუფლდება ვიწრო ოჯახურ შთაბეჭდილებებიდან.

ხაზვასმით უნდა აღინიშნოს, რომ უკვე ჩვილ ასაკში ყოველად დაუშვებელია ბავშვთა დაშინება, მათი გადაჭარბებული ქება-ხობა ან მუდმივად შენიშვნების მიცემა.

ჩვილი ასაკის პერიოდის დასასრულს, ბავშვები განიცდიან თავისებურ კრიტიკულ მდგომარეობას: ამ დროისათვის ისინი გრძობენ ერთგვარ დამოუკიდებლობას, იჩენენ ინიციატივას, პირად სურვილებს და მოთხოვნილებებს, ამიტომ ისინი ხსენებულ მომენტისათვის მეტად კერპები, უინიანი და ჯიუტნი არიან („ჯიუტობის ფაზა“). აღნიშნული კრიტიკული მდგომარეობა, „ჯიუტობის ფაზა“ სრულიად ფიზიოლოგიურია, გარდამავალი და მოგვაგონებს მომავალი დამოუკიდებელი მოქმედების და ცხოვრების ონტოგენეზურ ჩანასახს.

თანახმად მოყვანილი მოსაზრებებისა. ამ დროს დაუშვებელია აღმზრდელის მხრივ გადაჭარბებული ნერვიულობა. ბავშვს უნდა შეეუქმნათ პირობები, რომ თავისით დასძლიოს კრიტიკული პერიოდი: აქ საჭიროა საშუალო, ზომიერი გეზის აღება და დაუშვებელია როგორც გადაჭარბებული სიმკაცრე და დასჯა, ისე ზედმეტი დათმობა.

სკოლის წინარე ასაკის პერიოდში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვისათვის შრომის და დასვენების რეჟიმის გამომუშავებას. ბავშვი ვალდებულია აქედანვე მიეჩვიოს სისტემატურ და მოწესრიგებულ შრომას. ხსენებულ ასაკში ბავშვები ადვილად ეჩვევიან ონანიზმს; ამ მხრივ საჭიროა მათი ყურადღება ლოგინში წოლის ან სატუალეტოდ წასვლისას. ამასთანავე ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ ხსენებული ყურადღება არ უნდა ატარებდეს დაზვერვის ხასიათს, ვინაიდან მოსპობის ნაცვლად დაზვერვა უფრო ხელს შეუწყობს ცუდი ჩვევის ფიქსაციას.

სასკოლო პერიოდის ფსიქოპათოლოგიის განვითარებას ხელს უწყობს პირობების შექმნას სკოლაში, ვინაიდან ბავშვი აქ იღებს საბოლოო აღზრდას, აქ ეჩვევა შრომის სოციალისტურ ფორმებს და იწყებს მონაწილეობას სხვადასხვა საზოგადოებრივ ორგანიზაციაში; ერთი სიტყვით ამ პერიოდში ბავშვი მთელ თავის შეგნებულ ცხოვრებას ატარებს სკოლაში.

სკოლა მას უმყნობს ახალ რეაქციებს, ჩვევებს, ჩვეულებებს, რომელიც მას გადააქვს თავის ოჯახში, უკეთ რომ ესთქვათ, თავისი ცხოვრების პირად რეჟიმში.

ხასიათის სტრუქტურა ძლიერ ნაკლებად არის დაკავშირებული კონსტიტუციურ მიზეზებთან; ხასიათის დინამიკური განვითარება განისაზღვრება სოციალური მომენტებით, რომელთა შორისაც ერთ-ერთი მთავარი როლი ეკუთვნის სკოლაში მიღებულ აღზრდას.

ბავშვთა მომწიფების პერიოდი ქალებისათვის მოდის 13—14 წლის, ხოლო ვაჟებისათვის 14—15 წლის ასაკზე.

ხსენებულ პერიოდში არჩევენ ორ სტადიუმს; ნეგატიურს და პოზიტიურს.

ნეგატიური სტადიუმი დაახლოებით გრძელდება 9—10 თვე და თანდათანობით იცვლება პოზიტიურით.

ნეგატიურ სტადიუმში ბავშვი იმყოფება ერთგვარ პასიურ მდგომარეობაში: იგი გულჩახვეულია. გარემოსადმი იჩენს ნაკლებ ინტერესს, მეტად მგრძნობიარეა და პეპსიმისტურად განწყობილი.

პოზიტიური სტადიუმის დროს ბავშვი იმყოფება სრულიად მოწინააღმდეგე მდგომარეობაში: იგი აღსავსეა ენერგიით, პერსპექტივებით, გეგმებით.

თავისთავად ცხადია, რომ ხსენებულ ორ მდგომარეობაში ბავშვი მოითხოვს სულ სხვადასხვა მიდგომას და შრომით სხვადასხვანაირ დატვირთვას.

ალკოპოლიზში და მასთან ბრძოლა. ალკოპოლიზში წარმოადგენს ერთ-ერთ სოციალურ სენს.

ცნობილია, რომ კაპიტალისტური სისტემა, რომელსაც თან სდევს ფართო მასების სიღატაკე და უუფლებო მდგომარეობა, ხელს უწყობს ლოთობას. პირიქით, სოციალისტური სახელმწიფოს სინამდვილეში, განსაკუთრებულად იზრდება მოსახლეობის კულტურული დონე, ყოველწლიურად იზრდება და უმჯობესდება მოქალაქეთა ეკონომიური კეთილდღეობა; ამის გამო ჩვენს პირობებში მოსპობილია ალკოპოლიზმის ხელშემწყობ ყველგვარი ობიექტური პირობები.

ისმება მეტად ძნელი გადასაწყვეტი საკითხი: ვინ არის ქრონიკული ალკოპოლიკი და ვინ არის შემთხვევითი ლოთა?

თანახმად კ რ ე ლ ი ნ ი ს ა ქრონიკი ალკოპოლიკი არის ის, „ვინც იმყოფება ალკოპოლის ხანგრძლივი მოქმედების ქვეშ და ღებულობს ალკოპოლის ახალ რაოდენობას მაშინ, როდესაც ძველის მოქმედება ჯერ კიდევ სრულიად არ არის განვლილი“.

სხვა ავტორები საკითხს უდგებიან უფრო პრაქტიკული განმარტებით და ლოთს უწოდებენ ისეთ ადამიანს, რომელიც „ალკოპოლის ხმარებით აზიანებს თავის თავს და თავის ოჯახს და არ ესმის შხამის მავნებლობა“.

საჭიროა ხშირ და გადაჭარბებულ ზარზომობას ვებრძოლოთ ისევე ენერგიულად, როგორც განიადაგებულ ქრონიკულ ალკოპოლიზმს. ქრონიკულად ხმარებული პატარა დოზებიც იძლევიან დიდ უარყოფით შედეგებს, მაგალითად: ესპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ ალკოპოლის 5—10 გრამი იძლიერა ფსიქიკური პროცესების შესუსტებას და მოქმედებს ორგანიზმზე.

ალკოპოლიზმთან ბრძოლაში სხვადასხვა სახელმწიფოები იკავებდნენ სხვადასხვა პოზიციებს და თვით ამ საკითხს აქვს საკმაოდ დიდი ისტორია.

იყო ცდები ადმინისტრაციული გზით სრულიად ან ნაწილობრივად აეკრძალათ ალკოპოლის ხმარება; იყო ცდები აგრეთვე, რომ მაგარი სასმელების ნაცვლად მოსახლეობისათვის მიეწოდებინათ სუსტი ალკოპოლური სასმელები, მაგალითად: არაყის ნაცვლად ღვინო და ლუდი.

არც ერთმა ზემოხსენებულმა ღონისძიებამ არ მოგვცა შესამჩნევი შედეგი. პირიქით, ალკოჰოლის სრულ აკრძალვას, როგორც ამას ჰქონდა ადგილი ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მოჰყვა სხვადასხვა არალეგალური გზით ალკოჰოლის შემოტანა, სხვადასხვა სუროგატების ხმარება და ალკოჰოლიზმის უფრო გაძლიერება.

ალკოჰოლიზმთან ბრძოლის ერთადერთ სწორ და ექსპერიმენტულ გზას წარმოადგენს სანგანმანათლებელი მუშაობა; მოსახლეობის შეგნების და კულტურული ღონის აწევა; მათი ეკონომიური მდგომარეობის გაუმჯობესება; ფიზიკულტურის და სხვადასხვა სახის სპორტის შემოღება; თავისუფალი საათების დროს „გონიერი დასვენების“ ტრადიციების გამომუშავება (სარგებლოა თეატრით რადიოთი და კინოთი).

დ ა ს პ ა ნ ს ე რ ი ს მ ნ ი შ ვ ნ ე ლ ო ბ ა და როლი მეტად რთული და საპასუხისმგებლოა ფსიქოპიგიენის და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხების პრაქტიკულად გატარების მხრივ.

რაციონული ფსიქიატრი თავისი მუშაობით მჭიდროდ არის დაკავშირებული თავისივე რაციონის ფსიქიატრიულ დისპანსერთან; იგი ვალდებულია აწარმოოს არა მარტო მკურნალობა, არამედ სულით ავადმყოფთა აღწერა, მათთვის ყოველგვარი მზრუნველობის გაწევა და პატრონაჟული დახმარება. დისპანსერი არ არის მხოლოდ პოლიკლინიკა, მხოლოდ ამბულატორია; იგი მოწოდებულია მოსახლეობაში ფართოდ აწარმოოს აქტიური ფსიქოპიგიენური და ფსიქოპროფილაქტიკური მუშაობა.

ფსიქიკურად არასრულდირებულთგან პირთა ფსიქოპიგიენა და ფსიქოპროფილაქტიკა. თანდაყოლილი ან ნაადრევად შექმნილი ფსიქიკური უკმარისობის შემთხვევებში საჭიროა სპეციალური პედაგოგიური ღონისძიებანი. -

როგორც პედაგოგი, ისე ფსიქიატრი ვალდებულია არიან განავითარონ ბავშვის ფსიქიკური შესაძლებლობანი, შეაჩვიონ იგი სწორ და მიზანშეწონილ რეაქციებს და ნაწილობრივად მაინც დაეფიციუროს შრომას.

გამოყენებულ უნდა იყვნენ აგრეთვე ის პირები, რომელთაც გადატანილი აქვთ ფსიქიკური დაავადება, მაგრამ მთლიანად არ არიან გამოკეთებულნი. ასეთ ავადმყოფთა შრომიდან სრული მოწყვეტა აღრმავებს მათ სოციალურ და ფსიქიკურ დეგრადაციას. მშვიდ და ნაწილობრივად შრომის უნარის მქონე ავადმყოფთა უსაქმურობა ყოველად დაუშვებელია. საჭიროა მათი ამოქმედება და ახალი, უფრო ნაკლები საპასუხისმგებლო მუშაობით და-

ტვირთა. სოციალურ წრისადმი, შრომისადმი დაბრუნება ააქტივებს მათ, ამკვრივებს ავადმყოფთა ფსიქიკურ და სომატიურ ტონუსს.

ყოვლად დაუშვებელია აგრეთვე უცებ მოვწყვიტოთ სოციალურ წრეს და გამოვაცხადოთ შრომის ინვალიდებად ისეთი ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ ფსიქონევროზები, ნევროზები, დუნედ და რბილად მიმდინარე ფსიქოზები ან რომელნიც იმყოფებიან სულთ ავადმყოფობის დასაწყისში.

სათანადო დასვენების და მკურნალობის შემდგომ ასეთი ავადმყოფები უნდა დაუბრუნდნენ წარმოებას მდგომარეობის მიხედვით.

ე ვ გ ე ნ ი კ ა წარმოადგენს მიმდინარეობას, რომელიც წარმოიშვა მეოცე საუკუნის დასაწყისში და მიზნად ისახავს ადამიანის შთამომავლობის ანუ ადამიანის მოდგმის გაუმჯობესებას.

თავისთავად ცხადია, რომ ევგენიკა იმ სახით, როგორც იგი წარმოიშვა და შემდეგ განვითარდა ბურჟუაზიულ სახელმწიფოებში, ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია. ადამიანის ცნობიერება, მისი ქცევები და მოქმედებები განისაზღვრება სოციალური ურთიერთობით; როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ადამიანი ბიოსოციალურ ერთეულს წარმოადგენს, ხოლო სპეციფიკურ ადამიანურ ქცევებში წამყვანი როლი ეკუთვნის არა ბიოლოგიურს, არამედ სოციალურს, ამიტომ ყოვლად დაუშვებელია ადამიანისადმი ულტრაბიოლოგიური „ჯიშის“ თვალთახელით მიდგომა.

ჩვენთვის ევგენიკა მისაღებია, რამდენადაც იგი დაინტერესებულია ფსიქოპიგიურ და ფსიქოპროფილაქტიური საკითხებით. ჩვენს პირობებში ევგენიკური მოძრაობა, იგივე ფსიქო-პიგიურ მოძრაობაა.

ამიტომ საბჭოთა ცხოვრების სინამდვილეში ევგენიკის, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების არსებობა, მოხსნალად უნდა ჩაითვალოს.

ჯანმრთელი შთამომავლობის მიზნით დაუშვებელია სიფილისის მქონე ჯერ კიდევ განუკურნებელ პირთა ან ქრონიკ ალკოჰოლიკთა შეუღლება.

საბჭოთა კანონმდებლობა წინააღმდეგია ქორწინებისა, თუ ერთ-ერთი პირი ფსიქიკურად ავადმყოფია ან ჰკუასუსტი.

ამასთან ერთად საბჭოთა კანონმდებლობა დასაშვებად სთვლის და ნებას რთავს ხელოვნურად მუცლის მოშლას ავადმყოფობათა შემდეგ შემთხვევებში: მძიმე ბაზედოვიზმის დროს, სავადმყოფ-

ვოს მიერ დადასტურებულ ეპილეფსიის შემთხვევაში და სხვა. აბორტი ოფიციალურად დაშვებულია აგრეთვე იმ შემთხვევებში, თუ ერთერთ მშობელს (მამას ან დედას) აქვს რომელიმე მძიმე ავადმყოფობა, როგორც მაგალითად: ჰემოფილია, იდიოტია, შიზოფრენიის ან ციკლოფრენიის მძიმე ფორმები.

საბჭოთა სოციალისტურ რესპუბლიკაში ფსიქოპროფილაქტიკა არის აგებული არა აკრძალვის, არამედ სანიტარული განათლების გავრცელების სისტემაზე.

სოციალისტური სახელმწიფოს მოქალაქეთა უალრესმა შეგნებად და მათი ეკონომიური და კულტურული დონის განსაკუთრებულმა ამაღლებამ მოგვცა უფრო მეტი სანჰიგაენური შედეგები, ვიდრე ნაძალადემა ზომებმა ქორწინების შეზღუდვის ან აკრძალვის სახით.

## **2. სულით ავადმყოფთა და ფსიქოპათთა უზღვეარვი მდგომარეობა, ფსიქიატრული მძსხვარბიზა და სიშულა-ცია-ღისიშულაციის საკითხები**

სულით ავადმყოფები მოკლებულნი არიან სრულიად დამოუკიდებელი ცხოვრების შესაძლებლობას; შემთხვევათა უმეტეს ნაწილში ისინი მოითხოვენ მეთვალყურეობას, მზრუნველობას.

ფსიქიკური ავადმყოფი უფლებრივად იმყოფება სრულიად შეზღუდულ მდგომარეობაში, თვით ის ფაქტი, რომ ძლიერ ხშირად ავადმყოფებს (მათი სურვილის წინააღმდეგ) ძალად ათავსებენ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, მაჩვენებელია მათი მოქალაქეობრივი უფლებების დარღვევისა.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში უკანონოდ მოთავსების შემთხვევები ძლიერ იშვიათია.

ანგარებით ან სხვა რაიმე პირადი მიზნებით ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსება დაისჯება სისხლის სამართლის კოდექსის 148 მუხლის თანახმად. ყოველი საექვო შემთხვევა შემოწმებული უნდა იყოს სპეციალისტების მიერ ჯანმრთელობის განყოფილებაში ან სხვა ოფიციალურ დაწესებულებაში.

იძულებითი მკურნალობის დანიშვნას ან ავადმყოფისათვის შეურვეობის დაწესებას აქვს დიდი იურიდიული მნიშვნელობა და მოითხოვს ფსიქიატრთა დასკვნას.

განსაკუთრებულად უნდა იყოს ფორმალობა დაცული მაშინ, როდესაც საჭირო ხდება დაენიშნოს იძულებითი მკურნალობა სოციალურად საშიშო ალკოპოლიკებს, ნარკომანებს ან მოსაზღვრე პირებს (ფსიქოპათებს).

აგრესიულ, აღელვებულ ან ნეგატივისტურად განწყობილ ავადმყოფთა მოთავსება მეტად მძიმეა და ამასთან ერთად მოითხოვს საჭირო ფორმალობის დაცვას.

ავადმყოფთა მოსათავსებლად ადმინისტრაციული ორგანოებისადმი მიმართვა ყოველად დაუშვებელია; ამ მხრივ გამოყენებული უნდა იყოს „სასწრაფო დანმარება“.

ფსიქოზის არსებობისას ავადმყოფს არ ძალუძს მთლიანად დუკრიტიკულად გაერკვას თავის მოქმედებებში, ამიტომ მათზე არ შეიძლება გავრცელებული იყოს სოციალური თავდაცვის ადმინისტრაციული ზომაები; ხსენებული ავადმყოფები იმყოფებიან ჩაუტრაცხველ მდგომარეობაში და მათ მიმართ ხმარებული უნდა იყოს სოციალური თავდაცვის საბედიციხო ღონისძიებანი.

თანახმად სისხლის სამართლის კოდექსის ერთ-ერთი მუხლისა, სამედიცინო ღონისძიებას უნდა აქონდეს ორი მიზანი: 1. იძულებითი მკურნალობა და 2. სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსება ავადმყოფის იზოლიაციისათვის.

საჭიროა ხაზგასმით იყოს აღნიშნული, რომ თანახმად იმავე სისხლის სამართლის კოდექსისა, ჩაუტრაცხველ მდგომარეობაში იმყოფებიან ისეთი პირები, რომელთაც ბოროტმოქმედება ჩადენილ აქვთ ქრონიკული ან მწვავე ფსიქიკური დაავადების არსებობისას ან ისეთ ავადმყოფურ მდგომარეობაში, რომ მათ არ შეეძლოთ ანგარიში გაეწიათ თავიანთი მოქმედებისათვის.

თავისთავად ცხადია, რომ სულით ავადმყოფი აგრეთვე არ შეიძლება გამოყენებული და დაკითხული იყოს, როგორც მოწმე.

უფრო მეტიც, იმ შემთხვევაში, როდესაც ბრალდებული მოწმედ დაასახელებს ფსიქიკურად აშკარა ავადმყოფს ან ისეთ პირს, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობას მხრივ იწვევს ერთგვარ ეჭვს, კანონის თანახმად გამოწვეული უნდა იყოს ექსპერტი, როგორც მოწმის, ისე თვით ბრალდებულის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესამოწმებლად.

ექსპერტის შოვალეობა ფრიად მძიმე და უღარესად საპასუხისმგებლოა. იგი ვალდებულია დაადასტუროს ბრალდებულის არა მარტო არსებული ფორმალური მდგომარეობა, არამედ დაწერილობით გაიყნოს სასამართლო გამოძიების მასალებს, შეისწავლოს ბრალდებულის პიროვნება და გაერკვას, თუ როგორ მდგომარეო-



ბაში იყო ბრალდებული დანაშაულის ჩადენის წინ, დანაშაულის ჩადენის დროს და ამის შემდეგ.

კრიმინალურ ე. ი. ბოროტმოქმედ ფსიქიკურ ავადმყოფთა დიდი რაოდენობით ჩვეულებრივ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება არ არის სასურველი, მათ შეუძლიანთ დეზორგანიზაცია შეიტანონ საავადმყოფოში, ამიტომ ფრიალ მიზანშეწონილია სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ინსტიტუტების არსებობა, როგორც მას ადგილი აქვს საბჭოთა კავშირის სხვადასხვა ქალაქებში.

იძულებითი მკურნალობა ხორციელდება ჩვეულებრივი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების პირობებში; მიზანშეწონილია მხოლოდ ასეთ ავადმყოფთათვის შექმნილი იყოს ცალკე განყოფილებები გარკვეული სამკურნალო—შრომითი რეჟიმით.

ბუნდოვან და გაურკვეველ შემთხვევებში სასამართლო ექსპერტს შეუძლია ოფიციალურად დასვას საკითხი, რომ მდგომარეობის საბოლოო გამორკვევისათვის საჭირო არის ბრალდებულის მოთავსება სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

გამოკვლევისათვის ყოფნის ვადა განისაზღვრება თვით საავადმყოფოს მიერ, მაგრამ არ უნდა აღემატებოდეს ორ თვეს.

ხსენებული დროის ზევით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ბრალდებულის გაჩერება შეუძლია მხოლოდ სასამართლოს.

დამოუკიდებელ საგანს შეადგენს საკითხი მცირეწლოვანთა ბოროტმოქმედების შესახებ. ამ მხრივ საჭიროა მედიკურ-პედაგოგიური ზასიათის ღონისძიებანი.

მცირეწლოვანთა შორის ბოროტმოქმედების სწრაფი ლიკვიდაციის მიზნით 1935 წლიდან სისხლის სამართლის კოდექსში შეტანილია ცვლილება.

ხსენებული ცვლილების თანახმად არასრულწლოვანი ბოროტმოქმედნი 12 წლის ასაკიდან პასუხს აგებენ სისხლის სამართლის წინაშე და მათ მიმართ ხმარებული იქნება სისხლის სამართლის დასჯის ყოველი ზომა.

ფსიქოპათები, ნარკომანები და ნევროპათები იმყოფებიან სრულ ჩარაცხულ მდგომარეობაში და მთლიანად აგებენ პასუხს სასამართლოს წინაშე. მათ მიმართ ხმარებული უნდა იყოს განსაკუთრებული რეჟიმი.

პრაქტიკულმა ცხოვრებამ დაამტკიცა, რომ ლმობიერი რეჟიმი უფრო უწყობს ხელს ფსიქოპათთა, ნარკომანთა და ნევროპათთა თავდაუქერლობას: ისინი ხდებიან სოციალურად მიუღებელნი და საშიშნი.

ფსიქოპათებს უფრო ახასიათებთ ემოციური და ნებისმიერი აშლილობანი, გარდა ამისა, ისინი თავისუფლად იმყოფებიან მოსახლეობაში, ამიტომ მათ უფრო მეტი კრიმინალური მნიშვნელობა აქვთ, ვიდრე ნამდვილ ფსიქიკურ ავადმყოფებს.

ამასთან ერთად საჭიროა ზაზგასმით იყოს აღნიშნული, რომ ყოვლად მიუღებელი და დაუშვებელია ფსიქოპათთა დანაშაულობანი განხილული იყოს მხოლოდ და მხოლოდ ბიოლოგიური თვალთახედვით; ყოვლად მიუღებელია კრიმინალურ-დეგენერაციული კონსტიტუციის დაშვება.

ფსიქოპათთა ქცევებში და მოქმედებებში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სოციალურ ფაქტორებს.

თეორიულად და პრაქტიკულად ფრიად საინტერესოა საკითხები ს ი მ უ ლ ა ც ი ი ს და დ ი ს ი მ უ ლ ა ც ი ი ს შ ე ს ა ხ ე ბ:

სიმულაციის დროს ადამიანი სხვადასხვა მიზნის გამო იგონებს ავადმყოფობას; დისიმულაციის შემთხვევაში პირიქით, ავადმყოფი ძალაგს თავის ავადმყოფურ მდგომარეობას.

ჩვენს დროში, როდესაც საკმაოდ დაზუსტებულია ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკის საკითხები, თითქმის წარმოუდგენელია ფსიქიკური ავადმყოფობის სიმულაცია.

საერთოდ, სიმულაციის შემთხვევები იშვიათია. ერთ-ერთ ავტორს 4338 სულით ავადმყოფს შორის უნახავს სიმულაციის მხოლოდ 4 შემთხვევა (მოყვანილია ო ს ი პ ო ვ ი თ).

როგორც ვხედავთ, სიმულაცია ძლიერ იშვიათია. ამ დროს ყოველთვის საჭიროა ვეძიოთ პათოლოგიური საფუძველი. დეტალური გამოკვლევა ხშირად ადასტურებს, რომ სიმულაცია გარეგნულია, ყალბია და სინამდვილეში სჩქმე გვაქვს ნამდვილ სულით ავადმყოფობასთან.

უფრო ხშირად ვხვდებით არსებული, ავადმყოფური ნიშნების გაძლიერებას ე. ი. ა გ რ ა ვ ა ც ი ა ს.

როგორც სიმულაცია, ისე აგრავაცია მაჩვენებელია არასრულღირებულოვანი ფსიქიკისა.

დისიმულაციას ჩვეულებრივ ახდენენ ფსიქიკურად შედარებით შენახული ავადმყოფები. დისიმულაციის შემთხვევებში ავადმო-

ფები უფრო ხშირად მალავენ ბოდვებს, პალუცინაციებს, დამწუხრებულ გუნებგანწყობას და სხვა.

პათოლოგიური სიმპტომების დამალვით ავადმყოფები ცდილობენ თავი ჯანმრთელად მოაჩვენონ, რომ ადრე გაეწერხონ სახლში ან საავადმყოფოში იმყოფებოდნენ უფრო თავისუფალ რეჟიმში.

განსაკუთრებულად საჭიროა დროზე იყოს გაგებული ისეთ ავადმყოფთა დისიმულაცია, რომელთაც აქვთ მიდრეკილება თვითმკვლელობისადმი; თორემ უდროოდ სახლში გაწერა ან რეჟიმის შეცვლა შესაძლებელია გახდეს საბედისწერო და ავადმყოფებმა სისრულეში მოიყვანონ თვითმკვლელობის ზრახვა.

## კათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები ფსიქოზების დროს

ფსიქიკურ ავადმყოფთა გვამის გაკვეთა და პათოლოგიურ-ანატომიური დეტალური შესწავლა ისევე აუცილებელი და სავალდებულოა, როგორც ეს მიღებულია მედიცინის სხვა დარგში.

ორგანიზმის საერთო ცვლილებების შესწავლასთან ერთად განსაკუთრებულ აქცენტს მოითხოვს ცენტრალური ნერვული სისტემის, კერძოდ აღამიანის, დიდი ტვინის მაკრო-მიკროსკოპიული გამოკვლევა.

ავადმყოფური ფსიქიკის (განსაკუთრებულად ორგანიულ შემთხვევებში) ძირითად ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს ტვინის პათო-მორფოლოგიური ცვლილებები; ამიტომაც, რომ ფსიქოზების დროს დიდი ყურადღება ექცევა დიდი ტვინის შესწავლას. ამასთანავე ერთად ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მომუშავე პათოლოგო-ანატომი ვალდებულია, რომ ტვინის დარგში მას ჰქონდეს თეორიული მომზადება და პრაქტიკული დახელოვნება.

პათო-მორფოლოგიური ცვლილებების მხრივ ფსიქოზები დაყოფილია ორ მთავარ ჯგუფად: 1. ორგანული და 2. არაორგანული ანუ ფუნქციური ფსიქოზები.

ორგანული ფსიქოზების დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ადგილი აქვს მკვეთრად გამოხატულ მაკრო-მიკროსკოპიულ ცვლილებებს. რაც შეეხება არაორგანულ ფსიქოზებს, ამ დროს თავის ტვინში შესამჩნევი პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები არ აღინიშნება; არის მხოლოდ ფუნქციური ცვლილებები ცენტრალური ნერვული სისტემის და ენდოკრინულ-ვეგეტაციური აპარატის მხრივ.

განმეორებით აღვნიშნავთ, რომ „ფუნქციური“ დაავადება აგრეთვე არ არის მოკლებული ანატომიურ, მატერიალურ სუბსტრატს.

უკანასკნელ შემთხვევაში ფუნქციურს ვუწოდებთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არ არის აღმოჩენილი შესამჩნევი პისტოლოგიური ცვლილებები.

რაც ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოზების ბიოლოგიური ბუნების შესახებ მდიდრდება და ზუსტდება, იმდენად უფრო ვიწროვდება ე. წ. „უსუბსტრატო“ ანუ „ფუნქციური“ დაავადებათა რეალი; მაგალითად: შიზოფრენია, რომელიც წინა დროებში ითვლებოდა ფუნქციურ დაავადებად, დეტალური შესწავლის შემდგომ აღმოჩნდა, რომ იგი წარმოადგენს ორგანულ ავადმყოფობას: ამ დროს აღმოჩენილი იქნა სრულიად გარკვეული მიკროსკოპიული ცვლილებები დიდი ტვინის სხვადასხვა უბნებში.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული ცნება „ფუნქციური“ არ ნიშნავს ცნებას „უსუბსტრატო“; ამასთანავე ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ ფუნქციის და სტრუქტურის შორის არსებობს დიალექტიკური ერთიანობა.

ფსიქოზთა პათოლოგიური მორფოლოგია არ ამოიწურება მხოლოდ თავის ტვინის შესწავლით; საჭიროა აღნიშნული და გამოკვლეული იყოს ორგანიზმის საერთო ცვლილებები.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გულის, ფილტვების თირკმელების, ღვიძლის, კუჭ-ნაწლავის. შიდასეკრეციის ჰორმონების და სიმპათიკურ ნერვულ კვანძთა შესწავლას.

სიმპათიკური კვანძები მძიმე ცვლილებებს განიცდიან ინფექციური და ინტოქსიკაციური ფსიქოზების დროს.

სულით ავადმყოფთა შორის ხშირად აღინიშნება ძლიერი და მკვეთრი არტერიოსკლეროზი.

აგრეთვე ხშირია ტუბერკულოზი; ქრონიკ სულით ავადმყოფთა 40% და შიზოფრენიკთა 70% აღუპება ტუბერკულოზისაგან.

დეტალურად შეეჩერდებით, თავის ტვინის მიკროსკოპიულ და მიკროსკოპიულ ცვლილებებზე.

ანთებადი პროცესების შედეგად ხშირად თავის ტვინის მაგარი და რბილი გარსი გასქელებული და შემღვრეულია.

ჩვეულებრივად მაგარი გარსი შემღვრეული და გასქელებულია ჰემისფეროების დორზალურ და ლატერალურ ზედაპირზე. ტვინის სიფილისის დროს რბილი გარსის მკვეთრი ცვლილებები აღინიშნება უფრო ტვინის ფუძეზე (გ ა ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი, ს ნ ე ს ა რ ე ვ ი).

ფსიქიკურ ავადმყოფთა ტვინი დიდ ცვლილებებს განიცდის, როგორც წონის, ისე მოცულობის მხრივ. ამასთან დაკავშირებით ყველაზე საინტერესოა მ ი კ რ ო ც ე ფ ა ლ ი ი ს შემთხვევები.

მიკროცეფალის დროს საყურადღებოა ტვინის შემცირება. არა მარტო წონის, არამედ თვით ღარების და ხვეულების დალაგების მხრივ.

მიკროცეფალური ტვინის წონა ძლიერ შემცირებულია: მაგალითად, თუ ნორმალურ შემთხვევაში ტვინის საშუალო წონა შეადგენს 1400 გრამს, მიკროცეფალური ტვინი შეიძლება იწონიდეს 900, 600, 400 გრამს ( გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ). ამ დროს ჰემისფეროები ძლიერ სუსტად არიან განვითარებული და ცხოველთა ტვინის მსგავსად ვერ ხურავენ ნათხემს.

მიკროცეფალური ტვინის ჰემისფეროებზე შესაძლებელია იყოს რამოდენიმე ბრტყელი ხვეული; ან პირიქით, ჰემისფეროები შეიძლება ძლიერ უხვად იყოს დაღარული. პირველ შემთხვევას უწოდებენ მ ა კ რ ო გ ი რ ი ა ს, მეორე მ ი კ რ ო გ ი რ ი ა ს. სურათ 29-ზე მოყვანილია მიკროცეფალური ტვინი, რომელზედაც ძლიერ კარგად მოსჩანს მ ა კ რ ო გ ი რ ი ა : ჰემისფეროები წარმოდგენილი არის რამოდენიმე ბრტყელი, დიდი ხვეულით.

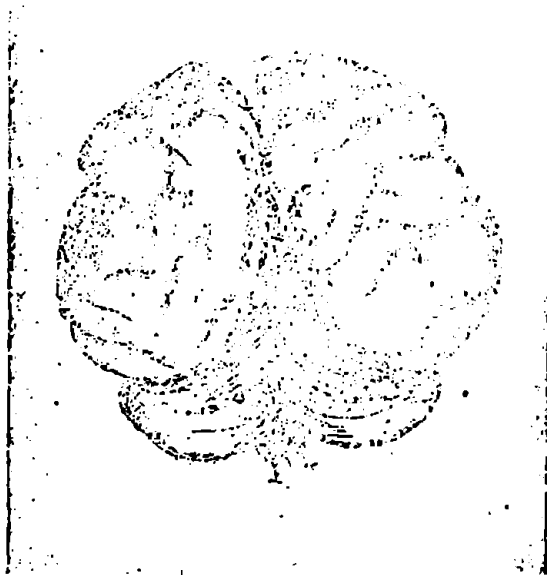
როგორც მიკრო ისე მაკროგირია წარმოდგენს განვითარების დეფექტს.

ამ მხრივ აღსანიშნავია კიდევ ჰეტეროტოპია, რომელიც საკმაოდ ხშირად გვხვდება თანდაყოლილი ჰედასუსტობის შემთხვევებში.

ჰეტეროტოპიის დროს ნერვულ ქსოვილს არ უკავია მისთვის დამახასიათებელი ტოპოგრაფიული უბანი (შესაძლებელია ქერქის ქსოვილი მდებარეობდეს სულ სხვა ადგილას, მაგალითად ქერქქვეშა არეში).

თანდაყოლილი ჰედასუსტობის მსგავსად შეძენილი ჰედასუსტობაც იძლევა ტვინის ატროფიას და წონის შემცირებას, ცნობილია, რომ პროგრესული პარალიზის და მოხუცებულობითი ანუ სენილურა ფსიქოზების დროს აგრეთვე აღანიშნება ტვინის ატროფი და წონის შემცირება, მაგრამ უკანასკნელ შემთხვევებში ატროფი და წონის შემცირება არასდროს არ მიაღწევს იმ ხარისხს, რომელსაც ჩვენ ვხვდებით თანდაყოლილი ჰედასუსტობის არსებობისას.

გარდა ამისა შექნილი კუქასუსტობისათვის დამახასიათებელი ატროფია არ არის მთლიანი და ეხება ჰემისფეროების მხოლოდ ცალკეულ უბნებს (უმთავრესად შუბლის და თხემის წილს).



სურ 29. თავის ტვინის თანდაყოლილი განუვითარებლობა. ნათხემი სრულიად ღიაა, დიდი ჰემისფეროები ღარიბაა ხეცულეებით. მკვანა-ღია გილიართოფსკით.

ორგანული ფსიქოზების შემთხვევებში უფრო მღიდავ რეზულტატებს იძლევა ქერქის და უახლოეს ქერქქვეშა კვანძების მიკროსკოპული გამოკვლევა.

ნატიფი, მიკროსკოპული მეთოდების საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია ნერვულ ქსოვილში აღმოვაჩინოთ ანთებითი და დეგენერაციული ზასიათის სხვადასხვა მოვლენები.

ტვინის ქსოვილის ანთება ცნობილია, როგორც ენცეფალიტი; ხოლო თუ ანთებითი პროცესი ტვინის ქსოვილის გარდა ეხება ტვინის გარსებსაც, მაშინ ლაპარაკობენ მენინგოენცეფალიტიის შესახებ.

ნერვულ ქსოვილისათვის განსაკუთრებულად დამახასიათებელია არაჩირკოვანი ენცეფალიტები, რომლის დროსაც მონაწილეობას იღებს როგორც მეზენქიმა, ისე გლიოზური ქსოვილი.

პათოლოგიური უჯრედები, რომელიც მოცემულია სურათებზე 30 b და 30 c მკვეთრად განსხვავდება იმ სურათიდან, რომელიც გვაქვს ნორმულ შემთხვევაში (იხ. სურათი 30 a).

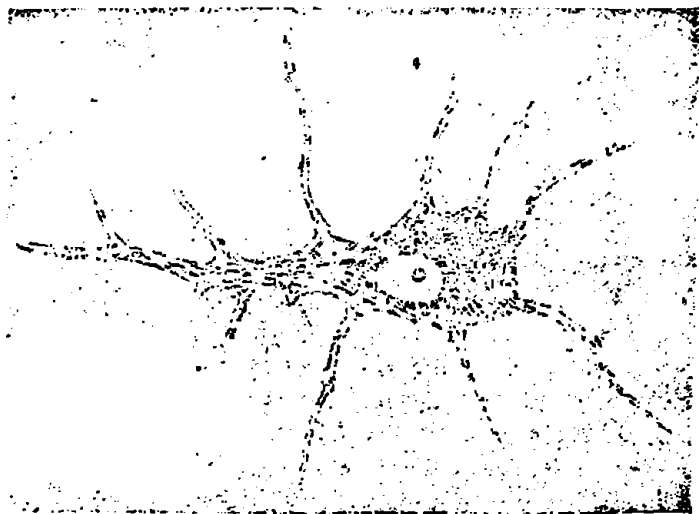
მეზენქიმური ცვლილებების დროს ჩვენ გვაქვს სისხლძარღვთა გამრავლება და მათი ინფილტრაცია ლიმფოციტებით და პლაზმური უჯრედებით.

გლიოზური ქსოვილი უმთავრესად იძლევა პრილიფერაციულ ცელილებებს და ევტელოზს მაკვარ მონაწილეობას გლიოზური ნაწიბურების წარმოშობაში.

ორგანული ფსიქოზების დროს ნერვულ ქსოვილში ყველაზე ხშირად გვხვდება დეგენერაციული პროცესები.

მძიმე შემთხვევებში ნერვულ ელემენტთა დეგენერაციას შესაძლებელია მოჰყვეს უჯრედთა ხეკრიზი. არჩევან გაბაგოიზურ უჯრედთა დაავადების ანუ გადაყვარების სხვადასხვა სახეებს.

თანახმად შპილმაიერიისა შეიძლება გამოყოფილი იყოს განგლიოზურ უჯრედთა დაავადების შერეული ძირითადი ფორმა, როგორც მაგალითად: შეკუმხვნა, შედედება და სხვა.



სურ. 30a. ხორბლი დადი პიროიდული უჯრედი ქორქის მტოვულ ზოხიდან. ფელეილ ახისლით. ნათლ დაა წითლდენილა ბირთვი, ბიოთე.კ. დენდროტული მარხები და ხისლი ანუ ციტოლოიდული ნაწილი. უკანასკნელი ბილტეის მკვარად გაფხტულია უჯრედის სხეულში. საკუთარი და.ვიოვება.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ საერთოდ განგლიოზურ ანუ ფუნქციურ უჯრედთა დაავადების კლასიფიკაცია წარმოადგენს მეტად ძნელ საქმეს, რადგანაც ერთ და იმავე პროცესის დროს შესაძლებელია არსებობდეს სულ სხვადასხვა ფორმის დაზიანებანი.

შედარების მიზნით მოგვყავს ნორმული და პათოლოგიური უჯრედები, რომლებიც შეღებულია ნისლის მეთოდით (იხ. სურათები 30 a, 30 b და 30 c.).



მეტად საყურადღებოა აგრეთვე ის გარემოება, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიამ არ იცის განგლიოზურ უჯრედთა სპეციფიკური დავადებანი.

ი ა კ ბ ი ს ვ ა მ ს უ ლ ე ვ ა თ ა თ ა ნ ა მ ა დ ც ე ნ ტ რ ა ლ უ რ ი ნ ე რ ვ ლ ო ს ის ტ ე მ ის პ ა თ ო ლ ო გ ი ა მ ც ნ ბ ი ლ ი ა მ უ ლ ო დ ო თ ხ ი შ ე მ თ ხ ე ვ ა , როდესაც განგლიოზური უჯრედები განიცდიან იმდენად ტიპურ



სურ. 30). დიდი პარაზიდული უჯრედები მოტარულ ზონი-  
და პათოლოგიურ რეაქციებში: თროვი და თროთაკი  
არა სჩ ხს. სხეული და მორჩერი გ დ ა კ ა რ ბ ე რ ლ დ არ ს მ ე -  
ლ ი დ ი . ო ს უ ც ე ბ ლ ო ბ ი თ ო ფ ს ი ქ ო ზ ო ს ზ ე მ თ ხ ე ვ ა . მ ა სა ლ ა  
შ ე ლ ბ ი ლ ი ა ნ ის ლ ი ს მ ე თ ო ლ ი თ . სა ყ უ თ ა რ ი დ ა ვ ა რ ე ვ ა .

და პათოგნოპოზიურ ცელილებს, რომ მხოლოდ პისტოლოგიური პრეპარატის მიხედვით შესაძლებელია დაისვას ავადმყოფობის დიაგნოზი. ხსენებულ ოთხ შემთხვევას შეადგენენ შემდეგი ფორმები: ოჯახური ამავროზული იდიოტია, მოკლონური ეპილეფსია, ტუბეროზული სკლეროზისათვის დამახასიათებელი ატიპიური განგლიოზური უჯრედები და სენილური ფსიქოზების დროს არსებული ნერვულ ფიბრილთა ალცჰაიმიერიის ცელილებები. სურათი 31 გადმოგვცემს განგლიოზურ უჯრედთა და მათი მორჩების ფიბრილარულ ცელილებებს, (იმ დროს ფიბრილები შეწებებულია, გასქელებული და დაკლანძობი).

ფსიქოზთა ცალკეული ფორმების განხილვისას დავინახავთ, რომ ხშირად ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პათოლოგიურ ცელილებებს აქვს შერჩევითი ხასიათი, მაგალითად: პროგრესული პარალიზის დროს განგლიოზურ უჯრედთა რღვევითი პროცესები უფრო მძიმედ და აშკარად წარმოდგენილია შუბლის წილის ველებში (ველები: 6, 8, 9 და 10); ნაადრევი კჟუასუსტობის დროსაც აგრეთვე დაინტერესებულა ველები 8, 9 და 10.

შესაძლებელია პათოლოგიური ცვლილებები შერჩევითი ლოკალიზაციას იჩენდნენ არა მარტო ველებს მიხედვით, არამედ ლამინარულად (შრეების თანახმად), მაგალითად, იმავე პროგრესული პარალიზის ან შიზოფრენიის დროს უჯრედების და მათ



სურ. 30c პათოლოგიური მდგომარეობა. დიდი პირამიდული უჯრედი; სხეულის შემადგენელი ნაწილები არ იოსხ.ხს, ხოლო დებდრიტი გაღიზანებულია და დაკლაკნილი. მოხუცებულობითი ფსიქოზის შემთხვევა. მასალა შეღებილია ნ ი ს ლ ი ს მეთოდით. საკუთარი დაკვირვება.

მორჩების დეგენერაციული მოვლენები უფრო მკვეთრად გამოხატულია ქერქის გარეთა შრეებში (შრეები I, II და III).

სხენებული მასალები მიგვიჩიბებენ იმაზე, რომ დიდი ქემისფერობის ქერქში პათოლოგიური ცვლილებები შესაძლებელია

გავრცელებული იყოს სხვადასხვა ველების და შრეების მიხედ-  
ვით ე. ი. ავადმყოფურ პროცესს შესაძლებელია ჰქონდეს ლ ა მ ი  
ნ ა რ უ ლ ი და ა რ ე ა ლ უ რ ი ლოკალიზაცია. დიდი ტვინის  
ქერქის პათოლოგიის შესწავლისას პროცესის ლოკალიზაციის გან-  
საზღვრას აქვს დიდი თეორიული და პრაქტიკულ-კლინიკური ინ-



სურ. 31. განგლიოზური უჯრედები იმყოფება ღრმა პათო-  
ლოგიურ მ. გომარეობაში. უჯრედები განიცხ ან ალკაიმე-  
რის მიერ აწეული მ. წ. ფიბრილარულ ცალილებებს.

ტერესი; ამიტომ ფსიქიატრიაში პათოარქიტექტონიკის  
საკითხების დამუშავებას ამ ბოლო დროს ექცევა განსაკუთრებუ-  
ლი ყურადღება.

ქერქის პათოარქიტექტონიკის საგანია შეისწავლოს, როგორც  
ავადმყოფური პროცესის თვისობრივი მხარე, ისე მისი არეა-  
ლური და ლამინარული ლოკალიზაცია.

ლოკალურ ამორჩევითი დაზიანებას ხსნიან სხვადასხვაგვარად.

ფოგტის გაგებით ლამინარული არეალური ლოკალიზაციით  
ჩიხსნება თვით ნერვული ქსოვილის ფიზიკო-ქიმიური (პათოკლ-  
ზური) თავისებურებით.

შპილმაიერი არ ეთანხმება ფოგტს. მისი გაგებით  
პათოლოგიური ცვლილებების ლოკალიზაციო შედეგია ტვინის უბ-  
ნებში სისხლძარღვთა სხვადასხვაგვარად დანაწილებისა, რასაც  
შოსდევს კვების თავისებურებაც.

როგორც ვხედავთ პროცესის შერჩევითი ლოკალიზაციაში  
შპილმაიერი არ აწერს გადამკრულ მნიშვნელობას ნერვუ-  
ლი ქსოვილის ფიზიკო-ქიმიურ თვისებებს და დგას ჰემო-დინამი-  
ურ პოზიციებზე.

## თ ა ვ ი მ ე თ ე რ თ მ ე ტ ი

### ფსიქოზთა მკურნალობის უკმალო კარინციპები და სხვადასხვა თერაპიული მეთოდები

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში ფსიქიატრთა შორის განსაკუთრებულად გაიზარდა და გაცხოველდა ლტოლვა ფსიქოზთა მკურნალობის მეთოდების გამონასვისადმი; ფსიქიატრთა თანდათანობით გამოდის თერაპიული ნიჰილიზმის ბურუსიდან. აქამდე ფსიქიატრიის პრაქტიკული მოღვაწეობის საგანს უფრო შეადგენდა ს უ ლ ი თ ა ვ ა დ მ ყ ო ფ თ ა მ ზ რ უ ნ ვ ე ლ ო ბ ა, ვიდრე მათი აქტიური მკურნალობა. წინა დროის ფსიქიატრი იყო ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობის მოწმე და პასუხისმგებელი. ახლა, პირიქით, ფსიქიატრი აქტიურად ეძებს მკურნალობის ახალ მეთოდებს და ამასთან ერთად ცოილობს ფსიქოზთა თერაპიის საქმე დააყენოს სულ ახალ პრინციპებზე.

წარსულში ფსიქოზთა დიდ უმეტეს შემთხვევებს უკავშირებდნენ მემკვიდრეობას; მაშინდელი წარმოდგენებით სულით ავადმყოფთა ბედი უკვე წინასწარად და ფატალურად იყო განსაზღვრული.

ფსიქოზთა თერაპიის აქტიური მეთოდების გამოძებნას ხელს უშლიდა კიდევ ერთი არასწორი დაყენება: რადგანაც გამოურკვეველია ფსიქოზთა შინაგანი არსი და უშუალო მიზეზები, უნაყოფო უნდა იყოს აქტიური თერაპიული მეთოდების ძიება.

მოყვანილი მოსაზრებების გამო წარსულში ფსიქიატრები იღვნენ მხოლოდ და მხოლოდ ს ი მ პ ტ ო მ უ რ ი მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს პ ო ზ ი ც ი ე ბ ზ ე: მკურნალობდნენ ავადმყოფობის ამა თუ იმ ნიშანს და არა თვით ავადმყოფობას.

უკანასკნელი წლების ფაქტიურმა მასალამ ძირიანად შესცვალა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოზთა ბუნების შესახებ.

სრულიად ნათელი შეიქნა, რომ სულით ავადმყოფობა არ არის სტაბილური და ფატალურად განსაზღვრული შოვლენა.

ფსიქოზი წარმოადგენს დინამიურად მიმდინარე პროცესს, რომელსაც ახასიათებს გამწყვდევების და შერბილებების ტალღები.

შეადარება მასალებსა, რომელიც მოგვეცა პროგრესული პარალიზის მალანჩო-თერაპიამ და სულ ბოლო წლებში შიზოფრენიის აქტიურმა, პოლიგითურმა თერაპიამ (ინსულინო-თერაპია, მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით, მკურნალობა კრუნჩხვის მომგვრელი ნვთიერებებით) ახალი, ცხოვლმყოფელი ნაკადი შეიტანა ჩვენს აზროვნებაში. აღმოჩნდა, რომ არაა აუცილებლად საჭირო თერაპიული ღონისძიება მოქმედებდეს ავადმყოფობის ძირითად მოვლენებზე და მიზეზებზე.

თერაპიული ეფექტის მისაღებად სრულიად საკმარისია ორგანიზმში მოვასდინოთ ზოგადი ბიოლოგიური ძვრები, გაეძლიეროთ მისი თავდაცვითი ძალაობა.

ფსიქოზთა მკურნალობისას ანგარიში უნდა გაეწიოს კიდევ ერთ გარემოებას.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ყოველი ფსიქოზის დროს საქმე გვაქვს პათოგენეზურ და პათოპლასტიკურ მომენტებთან. ხოლო პათოპლასტიკურ მომენტთა შორის განსაკუთრებული ადგილი ეკუთვნის ფსიქიკურ წაფენილობებს, პიროვნების ავადმყოფურ რეაქციას და ავადმყოფურ განვითარებას.

თერაპია მიმართული უნდა იყოს არა მარტო ძირითად, არამედ პათოპლასტიკურად გამოწვეულ სიმპტომებისადმი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მეორადი, დამატებითი სიმპტომების ჩამოცლა (კორექცია), ზგავლენას ახდენს ფსიქოზის ძირითად მსვლელობაზე და აძლიერებს თერაპიულ ეფექტს.

როგორც ვხედავთ, ფსიქიატრია უკვე გამოვიდა თერაპიული ნიპილიზმის და პესიპიზმის პერიოდიდან. დღეს ჩვენს განკარგულებაშია მთელი რიგი თერაპიული მეთოდები, რომლებიც საკმაოდ წმირად გვაძლიერებს დაძაქმყოფილებელ შედეგს; ხსენებულ მეთოდებს შეადგეხენ: შრომის თერაპია, ფსიქოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ფარმაკოთერაპია და ბიოლოგიური აქტიური თერაპია.

თერაპიული ნიპილიზმი შეიცვალა მკურნალობის მეთოდთა ძიების ენტუზიაზმით.

როგორც სხვა დარგში, ისე აქ მეცნიერული ენტუზიაზმი დადებით ძოვლენას წარმოადგენს; ხსენებული გზა ევრისტიულია და სასურველი. მაგრამ აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ მეცნიერული ენტუზიაზმი არ ნიშნავს ზერეულ გატაცებას და საკითხის დაწვრილიანებას. თერაპიულ ძიებასთან ერთად საჭიროა სწარმოებდეს

ღრმა კვლევითი მუშაობა ფსიქოზის ძირითადი ბუნების გასაგებად; საჭიროა ნაუცბადევი თერაპიული დასკვნების ნაცვლად, ღრმად ვსწავლობდეთ სამკურნალო ზეგავლენის ძირითად მექანიზმებს.

ფსიქიატრიაში არსებული თანამედროვე თერაპიული ენტუზიაზში მნიშვნელოვანია არა იმით, რომ იგი ამჟამად გვაძლევს დამაკმაყოფილებელ ეფექტებს, არამედ თავისი პერსპექტივებით. ამ მხრივ საილუსტრაციო მაგალითს წარმოადგენს შიზოფრენიის მკურნალობის თანამედროვე მდგომარეობა.

შრომის თერაპია. ფსიქიკურ ავადმყოფების შრომაში ჩაბმას აქვს დიდი თერაპიული მნიშვნელობა.

შრომის რეჟიმი ავადმყოფებს უწვდის და უმკვრივებს ფსიქიკურ ძალღონეს, ხელს უწყობს მათ კონტაქტს გარემო წრესთან.

ავადმყოფისათვის იმნაირად უნდა იყოს შერჩეული ესა თუ ის შრომითი თერაპია, რომ იგი მას ესიამოვნებოდეს, უფარდებოდეს მის გემოვნებას და ფაქტიურ შესაძლებლობას. ავადმყოფი უნდა გრძნობდეს, რომ მისი შრომა უბრალო გართობას კი არ წარმოადგენს, არამედ მოაქვს სარგებლობა.

შრომის თერაპია ფართოდ უნდა იყოს ხმარებული ქრონიკ და მშვიდ სულით ავადმყოფთა შორის; ამასთანავე ერთად საჭიროა ვიცოდეთ, რომ მდგომარეობის მიხედვით მწვავე, აგზნებულ ავადმყოფიც ჩავაბათ შრომის რეჟიმში.

კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში შრომის თერაპიაში ჩაბმულნი არიან ავადმყოფთა თითქმის 98 %.

ყველა ახლად მიღებული ავადმყოფი ვალდებულია პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში მაინც ზუსტად დაიცვას წოლის რეჟიმი.

წოლის რეჟიმის დაცვას აქვს სხვადასხვა დადებითი მხარე; ამ დროს ავადმყოფი წყნარდება, მშვიდდება, ისვენებს ფიზიკურად და ფსიქიკურად; გარდა ამისა, წოლის რეჟიმი მომვლელებს უადგილებს ავადმყოფთა მოვლას და მეთვალყურეობას.

წოლის რეჟიმი, როგორც სამკურნალო მეთოდი, უმთავრესად შემოღებულია რუსი ფსიქიატრების მიერ და ძირითადად დაკავშირებულია ცნობილ რუს მეცნიერ კო რ ს ა კო ვ ი ს სახელთან.

მწვავე და მკვეთრი პერიოდის განვლის შემდგომ, საჭიროა ავადმყოფთა გააქტივება და მათში სხვადასხვა ინტერესების გაღვივება; ამისათვის ყველაზე მიზანშეწონილია დროზე ჩავაბათ ხსინი შრომის თერაპიაში.

ფსიქოთერაპია. შევჩერდებით მხოლოდ მოკლედ ზოგიერთ საერთო პრინციპულ მომენტებზე.

როგორც თვით ტერმინი გვიჩვენებს, ხსენებულ მეთოდის დროს ექიმი მკურნალობას აწარმოებს ფსიქიკური ზეგავლენის საშუალებით.

ყოველი ექიმის, მით უმეტეს ფსიქიატრის მუშაობაში, საბატიო ადგილი უნდა დაეთმოს ფსიქოთერაპიას.

გილიაროვსკის რწმუნებით ფსიქოთერაპიული მნიშვნელობა აქვს თვით ფსიქიატრულ დაწესებულებას, მის რეჟამს და პერსონალს; ცხადია, პირველ რიგში—ექიმის პიროვნების ზეგავლენას.

არსებობს სხვადასხვა თერაპიული გზაწესები, როგორც მაგალითად: შთაგონების მეთოდები (შთაგონება მღვიძარ მღგომარეობაში, შთაგონება ჰიპნოზში); ასათიანის მიერ მოწოდებული განცდათა რეპროდუქციული მეთოდი, დიუბუას რაციონალური ფსიქოთერაპიის მეთოდი და ფსიქოანალიზი.

საინტერესოა, რომ ზოგიერთი ავტორი აქტიურ შრომის თერაპიას აგრეთვე განიხილავს, როგორც ფსიქოთერაპიის მეთოდის ერთერთ სახეს.

ფსიქოთერაპიის დიაპაზონი მეტად დიდია. იგი ხმარებული უნდა იყოს არა მარტო ფსიქოგენურ დაავადებათა დროს, არამედ ფსიქოზების სხვა ფორმებშიაც.

ყოველ ორგანულ ფსიქოზში წარმოდგენილია როგორც ძირითადი სომატიური ძვრები, ისე პიროვნების რეაქცია, მისი ძირითადი ხაზების პათოლოგიური განვითარება.

ფსიქოთერაპიის დროს საჭიროა განსაკუთრებული ანგარიში გაეწიოს ავადმყოფის ინდივიდუალურ თვისებებს; ყოველ ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში მღგომარეობის მიხედვით შერჩეული უნდა იყოს ესა თუ ის ფსიქოთერაპიული გზაწესი, აქ შაბლონი ყოველად დაუშვებელია.

ფსიქიკურმა ზეგავლენამ, ისე როგორც ყოველმა სამკურნალწამლო საშუალებამ შეიძლება მოიცეს უარყოფითი (პირდაპირ მავნე) შედეგებიც. უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოთერაპია არ არის ავადმყოფისათვის ინდიფერენტული საშუალება, რომ იგი მძლავრად მომქმედი გზაწესია, ამიტომ აქ ექიმს მოეთხოვება დიდო სიფრთხილე და დაკვირვება.

ასათიანის გაგებით ფსიქოთერაპია წარმოადგენს ფსიქიატრიული მეცნიერების ერთერთ დარგს, რომელიც ავადმყოფებს არა მარტო კურნავს, არამედ მათ ანთავისუფლებს შეცდომებიდან, ცრუმორწმუნეობიდან და მისტიციზმიდან.

თანამედროვე შეხედულებათა თანახმად ფსიქოთერაპია წარმოადგენს მძლავრ თერაპიულ საშუალებას, მაგრამ იგი კურნავს

მხოლოდ სიმპტომებს და არა ავადმყოფობას მთლიანად (ოსიპოვი, ოსტანკოვი, გილიაროვესკი, გურევიჩი და სერეისკი).

ფიზიოთერაპია: ფსიქოზთა და ფს. ქომპეროზთა ზოგადი ფორმებზე დამკამყოფილებელ ზეგავლენას ახდენს ფიზიოთერაპიული პროცედურები.

სრულიად სამართლიანად, ამ ბოლოდროს გაძლიერდა ფსიქიატრთა ინტერესი ფიზიოთერაპიისადმი.

ყოველი ფსიქიატრი ვალდებულია იცნობდეს მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს: ამასთანავე ერთად საჭიროა, რომ ყოველკეთილად მოწყობილ ფსიქიატრულ საავადმყოფოში არსებობდეს ფიზიოთერაპიული კაბინეტი. ვეგეტაციური ნევროზების ზოგადი ფორმებზე დამკამყოფილებელ ზეგავლენას ახდენს პროვესიო-შჩერბაკის მიერ მიწოდებული „კალკანოლი საყელო“.

როგორც ვიცით ვალვანიური ნაკადი იხმარება აგრეთვე ორგანიზმში სხვადასხვა იონების შესაყვანად.

უფრო ხშირად ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მიღებულია დიათერმია და დარსონვალი.

არის ცდები, რომ მალარიო-თერაპია შეცვლილი იყოს დიათერმიით, მაგრამ ჭერჭერობით ხსენებულმა ცდებმა შედეგი არ მოიცა.

ზოგადი დარსონვალი დადებითად მოქმედებს ინვოლუციურ ფორმებზე და ტვინის არტერიოსკლეროზზე.

გურევიჩ-სერეისკის შენიშვნების თანახმად, ულტრაიისფერი სხივები მოქმედებას ახდენს ვეგეტაციურ ნერვულ სისტემაზე და იწვევს ჰიპოსიმპათიკოტონიის მოვლენებს. ამიტომ ხსენებული სხივები შეიძლება ხმარებულ იქნეს ფსიქოზთა ისეთ ფორმებში, სადაც აწეული არის სიმპათიკუსის ფუნქცია, როგორც მაგალითად, ცოლოფრენის, შინოფრენის შემთხვევებში და სხვა.

შიდროთერაპიას ეკუთვნის ერთი მთავარი ადგილი ფსიქიატრიაში ხმარებულ ყველა სამკურნალო მეთოდებიდან.

თბილი აბაზანები განსაკუთრებულად კარგად მოქმედობს მღელვარე და დეპრესიულ ავადმყოფებზე, აგრეთვე უძილობის დროს

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ინდიფერენტიული პროცედურები უფრო აწყენარებს ავადმყოფებს; ცივი კი, პირიქით, იწვევს აღელვებას.

როგორც ვთქვით, აბაზანებს გადამჭრელი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრულ პრაქტიკაში, ამიტომ მათ მოწყობას და რეგულარულ მუშაობას უნდა მიექცეს ექიმის მთავარი ყურადღება.



აბაზანები მოთავსებული უნდა იყოს პალატის მახლობლად და შათი გამოყენება უნდა შეიძლებოდეს ყოველ დროს და ყოველპირობებში.

ბოლო ხანებში რენტგენო-თერაპია თანდათანობით იჭრება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ახლა უკვე საკმაოდ ვამორაკვეულია, რომ რენტგენის გარკვეული დოზების ხმარებით შეიძლება ტვინის ქერქის მოქმედება (აგზნებადობა) როგორც გაძლიერდეს, ისე შესუსტდეს.

ენცეფალოგრაფია და ვენტრიკულოგრაფია სულ მეტად და მეტად იკაფავს გზას ფსიქიატრიაში.

კლინიკოსტათა ინტერესი არ კანისაზღვრება მხოლოდ დაავადების დიაგნოსტიკით; პირიქით ხსენებული გზაწესი შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც ერთ-ერთი თერაპიული საშუალება, სახელდობრ ფსიქოზთა რენტგენოთერაპია.

წარმოადგენს რა ცოცხალი ადამიანის „პათოლოგიურ ანატომიას“, რენტგენოლოგიას შეუძლია დააზუსტოს ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების ცერებრული ლოკალიზაციის საკითხები.

ლენინგრადის ფსიქიატრიული სკოლა (რატნერი, გოლანტი და სხვები) რენტგენოთერაპიას ხშირად მიმართავს პრესენილური ანუ ინვოლუციური ბუნების დეპრესიის შემთხვევებში.

ფარმაკოთერაპია. მკვეთრი აღლელების დროს, როდესაც ავადმყოფს შეუძლია დაისახიჩროს ან საკუთარი თავი ან მახლობლები, შეიძლება მიემართოს სკოპოლამინის კანქვეშ ინექციას. ჩვეულებრივად ხმარობენ სკოპოლამინს მორფიუმთან ერთად.

სკოპოლამინს უფრო მიმართავენ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს გარეშე პირობებში. სკოპოლამინი და მორფიუმი მოქმედებენ, როგორც ქერქზე, ისე ქერქქვეშა კენადებზე.

ბოლო როდესაც ავადმყოფი უკვე იმყოფება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, მაშინ ყოველნაირად უნდა ვერიდოთ სკოპოლამინის ან სხვა ნარკოზულ ნივთიერებათა ხმარებას. უფრო მიზანშეწონილია ასეთ შემთხვევებში მიემართოთ აბაზანებს.

ხანგრძლივი თბილი აბაზანები ამშვიდებს ყოველ მკვეთრ აგზნებას.

ფსიქიატრი თავის მუშაობაში მიმართავს სხვადასხვა მედიკამენტებს; რომლებიც მოქმედებენ ან ქერქზე, ან ქერქქვეშა კენადებზე.

ქერქული ხასიათის მედიკამენტებიდან უფრო ხშირად ხმარობენ პარალდეგიდს (5,0—10,0 ლამით), რომელიც იძლევა საკმაოდ მშვიდ ძილს. ხსენებული პრეპარატის უარყოფით თვისებას შეად-

გენს ცუდი სუნი და გემო და ლორწოიანი გარსზე გამაღიზიანებელი მოქმედება.

ქლორალჰიდრატის ხმარებისას (2,0—3,0 ერთ მიღებაზე) მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, რომ იგი ძლიერ აღიზიანებს ლორწოიან გარსს და გარდა ამისა იძლევა სისხლის წნევის შესამჩნევ დაწევას; ამიტომ გულის და სისხლის ძარღვთა დაავადების შემთხვევებში ქლორალჰიდრატის დანიშვნა არ არის ნაჩვენები. ქერქულ პრეპარატს ეკუთვნის აგრეთვე ბრომის მარილები, რომლებიც კარგად მოქმედებენ ფსიქომოტორული და მოტორული აგზნების დროს.

სუბკორტიკალურ მედიკამენტოზურ ნივთიერებებს წარმოადგენენ: დიალი, ვერონალი და ლუმინალი.

ნარკოზულ თერაპიას ეკუთვნის ე. წ. მკურნალობა ხ ა ნ გ რ ძ ლ ი ვ ი ძ ი ლ ი თ, მავალითად, შიზოფრენიის დროს.

ბიოლოგიური აქტიური თერაპია. ბოლო ხანებში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში შეიქმრა ბიოლოგიური აქტიური თერაპია, რომელიც მიზნად ისახავს ორგანიზმში გამოიწვიოს ღრმა სომატიური ძვრები, შესცვალოს ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობა და ამით შეებრძოლოს თვით ავადმყოფობას.

აქტიურ თერაპიას ეკუთვნის მკურნალობა მალარიით, ინსულინით, ქაფურით, კარდიოზოლით და სხვა.

პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში მალარიოთერაპიამ სრულიად გაამართლა თავისი დანიშნულება.

ინსულინს, ქაფურს და კარდიოზოლს ხმარობენ ისეთი მძიმე და ხშირი ავადმყოფობის მკურნალობის მიზნით, როგორც არის შიზოფრენია.

ხსენებული პრეპარატები იწვევენ კრუნჩხვებს ანუ გულყრებს, ამიტომ თვით მკურნალობანაც უწოდებენ კ რ უ ნ ჩ ვ ი თ ი ანუ გულყრითი თერაპიას.

შიზოფრენიის მკურნალობაში აქტიურმა თერაპიამ ჯერჯერობით ვერ მოიცა ისეთი გამამხნეველი შედეგები, როგორც მალარიოთერაპიამ პროგრესული პარალიზის დროს.

ყოველ შემთხვევაში შიზოფრენიის მკურნალობაში ბიოლოგიური აქტიური თერაპია ჯერ-ჯერობით წარმოადგენს ერთად-ერთ ანგარიშგასაწევ საშუალებას. ფრიად ავტორიტეტული მასალების თანახმად აქტიური თერაპია ორჯერ და სამჯერ აღიღებს შიზოფრენიის რემისიის შემთხვევებს.

ინტერესი აქტიური თერაპიის მიმართ ამით არ ამოიწურება.

აქტიური თერაპია აგრეთვე გვაძლევს საშუალებას გავერკვათ ფსიქოზის ბიოლოგიურ და პათოფსიქოლოგიურ მექანიზმებში.

ფსიქოქირურგია. კლინიკური ნევროლოგიის და ნეიროქირურგის განვითარება და წინსვლა გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ფსიქიატრიაზე.

ჩვენი დარგის წარმომადგენლებიც დაძაბულ ინტერესს იჩენენ ქირურგიული მეთოდების, თავის ტვინზე ოპერაციების მიმართ: ყალიბდება ახალი მიმართულება ფსიქოქირურგიის სახელწოდებით.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოზთა მკურნალობის ხსენებულ მეთოდს სულ მოკლე ისტორია აქვს, მაინც ამ გზით მიღებული შედეგები გამამხსევებელი და უეჭველად საინტერესოა.

ფსიქოქირურგია ჩვენთვის პირველ რიგში მნიშვნელოვანია იმით, რომ იგი ფსიქოზთა პათოგენეზში პრიმატის როლს აწერს თავის ტვინს (ცენტრალურ ნერვულ სისტემას) და ამით კიდევ ერთხელ ამკვირვებს მატერიალისტურ პოზიციებს ფსიქიატრიის კლინიკაში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველი ნეიროქირურგიული ჩარევა ე. ი. ყოველი ოპერაცია თავის ტვინზე, ცხადია, არ შეადგენს ფსიქოქირურგიული მიმართულების საგანს.

ფსიქოქირურგიის შემთხვევებში ჩვენ ოპერაციებს ვახდენთ სულიერ დაავადებათა ისეთ ფორმებში, რომლებიც წარმოდგენენ განფენილ, არა ლოკალიზირებულ ეკზო—თუ ენდო-გენურ ბუნების ცერებრალურ დაავადებას, როგორც მაგალითად: შიზოფრენია, ინვოლუციური ფსიქოზები, პერიოდულ-დიენცეფალური აშლილობანი და სხვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოქირურგია არანაირად არ წარმოადგენს კაუზალურ მკურნალობას; იგი ერთ-ერთი სიმპტომური დახმარებაა, რომელიც გარკვეულად მოქმედებს და სცვლის არა ეტიოლოგიურ მექანიზმებს, არამედ პათოგენეზურ, პათოფიზიოლოგიურ წინამძღვრებს.

ფსიქოქირურგიულ წესებიდან დღეს ფსიქიატრიის კლინიკისათვის ყველაზე პოპულარულია ე. წ. ლობოტომია, რომელსაც მიმართავენ პირველ რიგში შიზოფრენიის შემთხვევებში.

ლობოტომია წარმოდგენს მეტად ნატიფ ფსიქოქირურგიულ ოპერაციას, რომლის დროსაც ხდება შუბლის წილის ქერქ-ქვეშათვითი ნივთიერების დონეზე გამტარი გზების ზოგიერთი კონების გადაკვეთა; ამას მოსდევს ქერქქვეშა იმპულსაციის ბლოკირება და ამით თვით ქერქული აპარატის დაზღვევა პათოლოგიურ ვალიზიანებიდან. ოპერაციის შედეგად შიზოფრენიის შემთხვევებში

ავზნებული ავადმყოფები წყნარდებიან, მშვიდდებიან და არა იშვიათად მისაღები ხდებიან ოჯახური პირობებისათვისაც.

დიეტა. მკურნალობის სხვადასხვა გზაწესების გარჩევის შემდგომ მოკლედ შევჩერდებით ავადმყოფთა დიეტის და საერთოდ კვების რეჟიმის საკითხებზე.

მწვავე ფსიქოზური ფორმების დროს და აგრეთვე ხშირი ეპილექსიური გულყრების შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფებს დაენიშნოს რძის დიეტა, ნედლეულის და მწვანილეულობა; ცილებით მდიდარი საკმელები (ხორცი) რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა იყოს ხმარებული.

ფსიქიატრი მოვალეა მიიღოს აქტიური ზომები, როდესაც ავადმყოფი გარკვეული ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გამო სასტიკ წინააღმდეგობას იჩენს კვებაზე.

ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფს მიუღვეთ დაყვავებით, რჩევით და შევეცადოთ ვკვებოთ ჩვენი ხელით.

მაგრამ თუ ჭამის აკრძალვა გრძელდება უკვე რამდენიმე (3—4) დღე და ლებულობს მტკიცე ხასიათს, მაშინ საჭიროა ავადმყოფი ვკვებოთ ხელოვნურად.

კვების სრული აკრძალვის ან სუსტად კვების შემთხვევებში, ძლიერ კარგია ვინმართ იხსულისი მცირე დოზებით; უკანასკნელი ავადმყოფს უღვიძებს მადას და ამით შეიძლება თავიდან ავიცილოთ ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული სიძენლეები და უსიამოვნებანი.

ხელოვნურ კვებას ვაწარმოებთ ზონდის საშუალებით, რომელიც შეიძლება შეყვასილ იყოს კუჭში პირის ღრუდან ან ცხვირის ნესტოდან.

საჭიროა სიფრთხილე, რომ ზონდი არ მოხვდეს სასუნთქ მილში. საკმელი კუჭში უნდა შევიყვანოთ ნელა.

ჩვეულებრივად კვებისთვის იღებენ ერთ ლიტრ რძეს, 3—4 გათქვეფილ კვერცხს, ბულიონს, უმატებენ აგრეთვე ვიტამინებს (ლიმონის ან ფორთოხლის წვენი), ატარებენ სამტკიცეში და მხოლოდ ამის შემდგომ აძლევენ ავადმყოფს.

# ქ ე რ კ რ ნ ა ნ ი ლ ე

## თ ა ლ ი მ ა თ ი რ ა მ ე ზ ა

### ფ ს ი კ ი უ რ ა უ ლ ი ლ ი ბ ა თ ა კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა

უ ვ ე მ ე ო ც ე სა უ კ უ ნ ის პ ი რ ვ ე ლ ი ა თ ე უ ლ ი წ ლ ე ბ ის მ ა ნ ძ ი ლ ზ ე ფ ს ი კ ი უ რ ა თ ა ლ ი ა ნ ა დ ი ზ ი ა რ ე ბ ს ნ ო ზ ო ლ ო გ ი უ რ პ ო ზ ი ც ი ე ბ ს; ი გ ი მ ა ლ ი ა ნ ა დ ე ქ (კ ე ვ ა მ ე დ ი კ ო - ბ ი ო ლ ო გ ი უ რ დ ის ც ი ბ ლ ი ნ ა თ ა რ ი გ შ ი .

ს ს ე ა გ ვ ა რ ა დ ა რ ც შ ე ი ძ ლ ე ბ ო დ ა , ნ ო ზ ო ლ ო გ ი უ რ ა თ ა პ რ ი ნ ც ი ბ ი დ ა მ ე დ ი კ ო - ბ ი ო ლ ო გ ი უ რ ა თ ა რ ო ვ ე ნ ე ბ ა უ რ თ ო ფ რ ა თ გ ა ნ უ ყ რ ე ლ ი ც ნ ე - ბ ე ბ ა .

ც ნ ე ბ ა „ ნ ო ზ ო ლ ო გ ი უ რ ი ე რ თ ე უ ლ ის “ შ ე ს ა ხ ე ბ რ ო გ ო რ ც ა მ ა ს კ რ ე ბ ე ლ ი ხ ი ს ა მ ა რ თ ლ ი ა ხ ა დ ა ლ ნ ი შ ნ ა ვ ს , გ უ ლ ის ხ მ ო ბ ს გ ა რ კ ე ვ ე - უ ლ ი ე ტ ი ლ ო გ ი უ რ ი მ ო მ ე ნ ტ ე ბ ის , პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ უ რ ი მ ე ქ ა ნ ი ზ მ ე ბ ის ( პ ა თ ა ნ ა ჯ ო მ ი ის ) , კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ს უ რ ა თ ის დ ა ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ის ა გ რ ე თ ე ვ ე გ ა რ კ ე ვ ე უ ლ ი დ ა ს ა ს ი ა უ ლ ის ა რ ს ე ბ ო ბ ა ს , ხ ო ლ ო ხ ს ე ნ ე ბ ე უ ლ ი პ ო ზ ი ც ი ე - ბ ის ჩ ა მ ო ყ ა ლ ბ ე ბ ა შ ე ს ა ძ ლ ო ი ყ ო მ ხ ო ლ ო დ დ ა მ ო ი ლ ო დ ს ა ბ უ ნ ე ბ ს - მ ე ტ ყ ვ ე ლ ო მ ე ც ნ ი ე რ ე ბ ის გ ა რ კ ე ვ ე უ ლ მ ი ლ წ ე ვ ა თ ა შ ე მ დ გ ო მ .

ა ი რ ა ტ ო მ ნ ო ზ ო ლ ო გ ი უ რ ა თ ა პ რ ი ნ ც ი ბ ი ს შ ე რ ა ნ ა ფ ს ი კ ი ა ტ რ ი ა შ ი მ ო ხ ნ დ ა მ ხ ო ლ ო რ . მ ე - X I X სა უ კ უ ნ ის მ ი წ უ რ უ ლ ს .

მ გ ე ლ ე ვ ა რ ო ა წ ი ნ ა შ ე წ ა მ ო ი კ რ ა ა მ ო ც ა ნ ა , რ ო მ ნ ო ზ ო ლ ო გ ი უ რ ა თ ა ს ის ტ ე მ ა შ ე ე ტ ა ნ ა თ მ დ ი დ ა რ დ ა მ ე ტ ა დ მ რ ა ვ ა ლ ფ ე რ ო ვ ა ნ კ ლ ი ნ ი კ უ რ მ ა ს ა ლ ა შ ი .

ს ა ქ ი რ ო შ ე ი ქ ნ ა ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი უ რ ი მ ი მ ა რ თ ე უ ლ ე ბ ის ნ ო ზ ო - ლ ო გ ი უ რ ი მ ი მ ა რ თ ე უ ლ ე ბ ი თ შ ე გ ვ ლ ა ; ს ა ქ ი რ ო შ ე ი ქ ნ ა ფ ს ი კ ი უ რ ა თ ა უ ლ ი ლ ო ბ ა თ ა თ ე ვ ის ჩ ა მ ო კ ვ ე თ ი ლ ი ს ქ ე მ ის შ ე მ უ შ ა ვ ე ბ ა , რ ო მ ე ლ ს ა ც ს ა ფ უ ძ ლ ა დ ე ქ ნ ე ბ ო დ ა ე რ თ ი ; ს ა ხ ე ლ დ ო ბ რ , კ ლ ი ნ ი კ უ რ - ნ ო ზ ო ლ ო - გ ი უ რ ი კ რ ი ტ ე რ ი უ მ ი .

მ ა გ რ ა მ ფ ს ი კ ი უ რ ა თ ა უ ლ ი ლ ო ბ ა თ ა კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა ის ს ა ქ მ ე ე ს ო ლ ე ნ ა დ ვ ი ლ ი დ ა მ ა რ ტ ი ვ ი რ ო დ ი გ ა მ ო დ გ ა .

ქ ნ ე ლ ი ი ყ ო ტ ლ ა ნ ქ ო რ გ ა ნ უ ლ დ ა ფ ს ი კ ო გ ე ნ უ რ დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა თ ა ე რ თ ი ს ა ზ ო მ ის ქ ე ვ შ მ ო ქ ც ე ვ ა . მ ა გ რ ა მ ს ი ძ ნ ე ლ ის დ ა ს ი რ თ ე უ ლ ის მ თ ა ვ ა რ ი მ ი ზ ე ზ ი ა მ ი თ ა რ გ ა ნ ის ა ზ ლ რ ე ბ ა .

თეორიულ და პრაქტიკულ ფსიქიატრიაში ჩვენ ვხვდებით ორ გარემოებას, რომელიც შეადგენს მხოლოდ ფსიქიატრიული კლინიკური მასალის სპეციფიკურ თავისებურებას და რომელსაც არასდროს არ ვხვდებით სხვა კლინიკურ დისციპლინებში.

ხშირად ერთი და იგივე ეტიოლოგიური მიზეზი (იქნება იგი ორგანული თუ ფსიქოგენური) იწვევს სხვადასხვა სურათის მქონე კლინიკურ გამოვლინებებს და პირიქით სხვადასხვა ეტიოლოგიური მომენტი იწვევს ერთნაირ და ზუსტად თანამგზავს კლინიკურ გამოვლინებას.

მეორე გარემოებას შეადგენს ის ფაქტი, რომ მხოლოდ ფსიქიატრიის კლინიკაში ჩვენ ვხვდებით მოსაზღვრე პირებს ანუ მოსაზღვრე ავადმყოფურ მდგომარეობებს.

ხსენებულ ორ გარემოებას აქვს აგრეთვე თავისი მიზეზები: სახელდობრ: ეტიოლოგიური ფაქტორების და ინდივიდუუმის სომატო-ფსიქიკურ თავისებურებათა დიალექტიკურ ურთიერთობაში განხილვა არსად არაა ასე საჭირო და აუცილებელი, როგორც კლინიკურ ფსიქიატრიაში.

პიროვნების თავისებურებანი, მისი ქარაქტეროლოგიური ხაზები სცელის და აფერადებს ძირითად კლინიკურ სურათს, ხოლო ე. წ. მოსაზღვრე შემთხვევებში არაიშვიათად ასრულებს ეტიოლოგიური (თვით გამომწვევი) მიზეზის როლსაც.

ნოზოლოგიური პრინციპებს ჩამოყალიბებაში მთავარი დამსახურება მიუძღვის ცნობილ რუს მეცნიერს, ფსიქიატრს კო რ ს ა კ ო ვ ს

იყო ცდა ფსიქიატრია გაეთიშათ ორ დარგად, სახელდობრ: დიდი და მცირე ფსიქიატრიად. მაგალითად დიდ ფსიქიატრიაში ათავსებდნენ ორგანული ბუნების მქონე, განვითარებულ და ჩამოკვეთილ ფსიქოზებს, ხოლო მცირე ფსიქიატრიის საგნად აღიარებდნენ მოსაზღვრე მდგომარეობებს და ფუნქციურ აშლილობებს.

ხსენებულ ცდას აქვს მხოლოდ და მხოლოდ ისტორიული ინტერესი და შეადგენს ფსიქიატრიული მეცნიერების უკვე განვლილ ეტაპს.

არ შეიძლება არსებობდეს დიდი და მცირე ფსიქიატრია, ისე როგორც არ არსებობს დიდი და მცირე მეცნიერება.

ფსიქიატრია და მისი მიზანდანიშნულება ერთია; შეიძლება მხოლოდ ლაპარაკი სტაციონარულ და არასტაციონარულ კლინიკურ მასალებზე. უკანასკნელ შემთხვევაში

ავადმყოფები არ საჭიროებენ ფსიქიატრიის სტაციონარში მოთავსებას და მათი მკურნალობა შეიძლება სპეციალური (ფსიქონევროლოგიური) დისპანსერების, პოლიკლინიკების და კაბინეტების პირობებში.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ძნელი შეიქნა ერთი ნოზოლოგიური საზომის გამოძებნა ორგანული და ფუნქციურ-ფსიქოგენურ დაავადებებისათვის; აგრეთვე ძნელი შეიქნა ერთი საზომის დადგენა სიმპტომატოლოგიურ ბუნების მქონე (სინდრომები) ფსიქიკურ რეაქციათა და ნოზოლოგიური ბუნების მქონე ჩამოკვეთილ დაავადებათა შორის.

ფუნქციურ-ფსიქოგენური ბუნების მქონე ე. წ. „უსუბსტრატო“ დაავადებებმა თითქოს შეარყია ნოზოლოგიზმის საფუძვლები და ამნაირად შეფერხდა ფსიქიატრიული სისტემატიკის გამომუშავება.

ცხადია, არსებითად ეს ასე არ არის.

მოდერნება ნოზოლოგიების და ფსიქიკურ რეაქციათა (პიროვნების რეაქციები, ფსიქიკური აბრაციაები) შესახებ შიოგინს თამედროვე კლინიკური ფსიქიატრიის მნიშვნელოვან განძს. შეადგენს ფსიქიატრიული მიცნიერების განვითარების გარკვეულ ეტაპს და არანაირად არ შეიძლება ამოარი მიმართულების ურთიერთ გამორიცხვა, ან ალტერნატიკური ურთიერთ დაპარისპირება.

ერთის მხრივ, რაც უფრო გამძიდრდება ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოზთა ბიოლოგიური არსის შესახებ და, მეორეს მხრივ, პარონების როლის შესახებ ფსიქოზთა სტრუქტურაში, იმდენად უფრო დაზუსტდება, როგორც ნოზოლოგიური, ისე რეაქტოლოგიური მიმართულებანი.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ არავითარი უსუბსტრატო დაავადებანი არ არსებობს. ნორმაში თუ პათოლოგიაში ყოველ ფსიქონერვულ, თუ სუფთა ფსიქიკურ გამოვლინებას აქვს თავისი ანატომო-ფიზიოლოგიური ე. ი. გარკვეული ნეიროდინამიკური წინამძღვრები.

ბიოლოგიური კვლევის ნატიფი მეთოდები (ელექტრო-ენცეფალოგრაფია, სინაფსო-არქიტექტონიკა, ელექტრო-ქიმიკა და სხვა) დღეს შესაძლებლობას გვაძლევს დავადგინოთ ე. წ. ფუნქციურ-ფსიქოგენურ დაავადებათა პათოფიზიო-დინამიკური პროფილი.

ფსიქიკურ დაავადებათა დროს, იქნება იგი ტლანქი ორგანული, ფუნქციური თუ სუფთა ფსიქოგენური, გარკვეულად იცვლება ცერებრული ნეიროდინამიკა.

ამიტომ ცერებრული ნეიროდინამიკის განსაზღვრა წარმოადგენს იმ საერთო საზომს, რომელთაც შეიძლება გაერთიანდეს სხვა-  
18. ფსიქიატრია.

დასტვან აშლილობახი და შემუშავდეს ფსიქიკურ დაავადებათა სასტემატიკა.

ვსარგებლობთ რა ზემოხსენებული მოსაზრებებით და საბკოთა ცნობილი მკვლევარების მასალებით (პირველ რიგში გურევიჩის, სერეისკის, გილიაროვსკის და ოსიპოვის მასალებით) მართებულად მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ფსიქიკურ აშლილობათა შემდეგი კლასიფიკაცია.

## **I. ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ფსიქიკური დაავადებანი**

### **ა. ენდოგენური ფსიქოზი**

1. შიზოფრენია (მარტივი, კატატონიური, ჰებეფრენიული, პარანოიდული, ჰიპოქონდრიული, ცირკულარული, რემისიული და რბილად მიმდინარე ფორმები). პარაფრენია.

2. ეპილეფსია.

3. ნარკოლეფსია.

4. პიკნოლეფსია.

### **ბ. სისხლძარღვოვანი აშლილობანი**

1. თავის ტვინის არტერიოსკლეროზი (არტერიოსკლეროზული ცერებრული ასთენია; არტერიოსკლეროზული ფსიქოზები და ჰქუასუსტობა).

2. ჰიპერტონია, ჰიპოტონია.

3. ვაზოპათიები.

### **გ. უკუგანვითარების ფსიქოზები**

1. ფსიქოპათოლოგიური ძვრები ქლიმაქსურ პერიოდში.

2. პრესენილურ აშლილობათა ფორმები; ინვოლუციური მელანქოლია; ინვოლუციური პარანოია; ინვოლუციური ისტერია.

3. სენილური ფსიქოზები: სენილური ჰქუასუსტობა; სენილური ჰქუასუსტობის ატიპური ფორმები (პიკის და ფლცქაიპურის დაავადებანი).



## დ. ენდოგენური ფსიქოზები

1. მწვავე ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები.
2. ტვინის ლოკალური ინფექციური დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.
3. ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები: ეპიდემიური ენცეფალიტი; ნევროლუსი; ტვინის ათაშანგი და პროგრესული პარალიზი.
4. ინტოქსიკაციით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი. ნარკომანიები: ალკოჰოლიზმი, მორფინიზმი, გაშიშიზმი, კოკაინიზმი. საწარმოო შხამებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი. საბრძოლო მომშხამავი ნივთიერებებით გამოწვეული აშლილობანი. სამკურნალწამლო ინტოქსიკაციები: საკვებ ნივთიერებათა შხამით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.
5. თავის ქალას ტრავმით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.
6. თავის ტვინის მძიმე ენდოგენური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.

## ე. სომატოგენური ფსიქიკური აშლილობანი

1. ფსიქოზები სხვადასხვა შინაგან ორგანოთა დაავადების დროს.
2. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული აუტოინტოქსიკაციური ფსიქოზები.
3. ავიტამინოზები.
4. ენდოკრინოპათიები.
5. გენერაციული ფსიქოზები

## ვ. ფსიქიკური განუვითარებლობა ანუ ოლიგოფრენიები

1. კლინიკური სახეები (იდროტია, იმბეცილობა, დებილობა).
2. მიკროცეფალიები და ჰიდროცეფალიები.
3. ტვინის ორგანული დაზიანების ნაშთები (რეზიდუალური ფორმები).
4. ენდოკრინოპათიული ფორმები: პლურეგლანდულარული ფორმები.  
და უნიკალური ავადმყოფობა.

## II. ფუნქციური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ფსიქიკური დაავადებანი

1. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი.
2. ატიპური ფორმები.
3. ციკლოთიმია.
4. ე. წ. პერიოდული (დიენცეფალური) ფსიქოზები.

## III. ფსიქოგენური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ავლილობანი

### 1. რეაქტიული ფსიქოზები.

მწვავე ოფექტოგენური რეაქციები.  
ფსიქოგენური სტუპორი.  
ფსევდომენცია.  
დეპრესიული რეაქციები.  
პარანოიდული რეაქციები და პარანოია.  
ისტერიული რეაქციები.

### 2. ნევროზები

ნევრასტენია.  
შიშის რეაქცია.  
მოტორული ნევროზები.  
ნევროპათიები.

## IV. კონსტიტუციური ნეიროდინამიკით განსაზღვრული ფსიქიკური ანომალიები

ფსიქასტენია.  
შიზოიდური ფსიქოპათია  
ციკლოიდური ფსიქოპათია.  
ეპილეპტოიდური ფსიქოპათია.  
ისტერიოიდული ფსიქოპათია  
პარანოიდული ფსიქოპათია.  
პერვერზიები.

# თ ა ვ ი მ ე ც ა მ ე ტ ე

## შიზოფრენია

### 1. ზოგადი შენიშვნები

შიზოფრენია წარმოადგენს თეორიული და პრაქტიკული ფსიქიატრიის ძირითად და ცენტრალურ პრობლემას. შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიატრიულ მეცნიერებაში არ არსებობს არც ერთი საკითხი, რომელსაც უშუალო კავშირი არ ჰქონდეს შიზოფრენიის თეორიასთან და პრაქტიკასთან. ამიტომ ფსიქიატრიის ყოველი მიღწევა წინ სწევს ჩვენს ცოდნას შიზოფრენიაზე და პირიქით: შიზოფრენიის თეორიის დაზუსტება გვეხმარება ზოგადი ფსიქიატრიულ პრობლემების გადაჭრაში.

რით და რატომ არის საინტერესო შიზოფრენია?

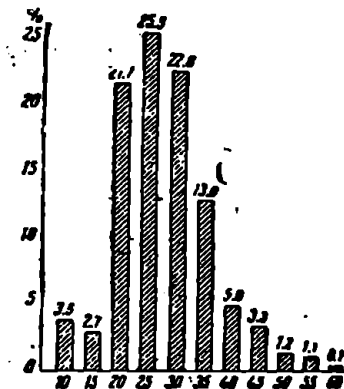
შიზოფრენია საინტერესოა კლინიციისტიკისათვის თავისი პრაქტიკული შედეგებით, ვინაიდან მიუხედავად მთელ რიგ თერაპიულ ღონისძიებათა არსებობისა, დღემდე შიზოფრენიის მკურნალობის საკითხი არ არის გადაწყვეტილი. ამასთანავე ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ ხსენებული დაავადების პროგნოზი მეტად საბედისწერო და მძიმეა. შიზოფრენია იძლევა ღრმა ფსიქიკურ ინვალიდობას, ე. ი. გარკვეული ხასიათის მძიმე კჟუასუსტობის მდგომარეობას.

შიზოფრენია საინტერესოა იმით, რომ მისი თეორიის და პრაქტიკის საკითხები მოითხოვს შემდგომ დაზუსტებას და დამუშავებას. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს უამრავი ლიტერატურა, მაინც შიზოფრენის არსის კარდინალური საკითხები ჯერ კიდევ დღად არის დატოვებული და ელოდება მომავალ მკვლევარებს.

და ბოლოს, შიზოფრენია საინტერესოა თავისი სიზშირით; მით უმეტეს ეს ავადმყოფობა ძირითადად მოდის ახალგაზრდა ასაკზე, როდესაც ადამიანის ფსიქიკური და ფიზიკური ძალები საერთო

განვითარების, გაფურჩქვნის და წინსვლის პერიოდშია. სურათი 32-ზე მოცემულია გრაფიკული სქემა. რომელიც გვიჩვენებს შიზოფრენიის სიხშირეს სხვადასხვა ასაკში.

სურ. 32. გრაფიკული სქემა გვიჩვენებს შიზოფრენიის გავრცელებას ასაკის იხვედით. ვერტიკალურ ხაზზე მოცემულია სიხშირე პროცენტაში, ხოლო ჰორიზონტალურ ხაზზე—ასაკი. მოყვანილია გილიაროვისკით.



როგორც ვხედავთ შიზოფრენიის შემთხვევათა 21,7% მოდის ოცი წლის ასაკზე; 25,5%—25 წლის ასაკზე, ხოლო 22,8%—30 წლის ასაკზე, ე. ი. ასაკზე 20-დან 30 წლამდე საერთო ჯამით მოდის 70%. ამნაირად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შიზოფრენია ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფობაა, ამასთანავე ერთად ავადმყოფობა მძიმე და არაიშვიათად უარყოფითი პროგნოზის მქონე.

ამას გარდა სულით ავადმყოფობათა შორის ყველაზე დიდი პროცენტი მოდის შიზოფრენიაზე.

დღეს, როდესაც შიზოფრენიის ცნება შედარებით დაზუსტებული და შემოხაზულია, აღნიშნული ფსიქოზი მწვავე ფსიქიატრიულ სტაციონარებში შეადგენს არანაკლებ 40—45%-ს; ხოლო ფსიქიატრიულ კოლონიების ავადმყოფთა თითქმის მთელი კონტინგენტი მოდის ქრონიკ შიზოფრენიკებზე.

აი რატომ, შიზოფრენიის პრობლემას ფსიქიატრიაში დღესაც უკავია ცენტრალური ადგილი.

მას შემდეგ, რაც „ფუნქციურ ფსიქოზთა“ ჯგუფიდან გამოყოფილ იქნა პროგრესული პარალიზი და სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზები, მთელი რიგი წლების განმავლობაში ფსიქიატრიული მეცნიერება კიდევ ბურუსში და გაურკვეველ ძიებაში იყო. მან იცოდა, რომ არსებობს შეტად ხშირი და გავრცელებული ავად-

მყოფობა, რომელიც ჩვეულებრივად იწყება ახალგაზრდა ასაკში მწვავედ და შემდეგ მთელი რიგი წლების განმავლობაში თანდათანობით იძლევა ჰქუასუსტობას. მაგრამ, ფსიქიატრიამ არ იცოდა აღნიშნული ავადმყოფობის მთლიანი კლინიკა, არ იცოდა რა ადგილი დაეთმო მისთვის კლინიკურ სისტემატიკაში და ამიტომ შემოიღო ცნება „ძ ე ო რ ა დ ი ჰ ქ უ ა ს უ ს ტ ო ბ ი ს“ შესახებ, რომელმაც გასტახა დაახლოვებით მე-XIX საუკუნის მიწურულამდე.

მდიდარი კლინიკური მასალების შესწავლის შედეგად კრეპელინი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ არ არსებობს არავითარი „მეორადი“ ჰქუასუსტობა; რომ საქმე გვაქვს ერთ მთლიან ავადმყოფობასთან, რომელიც იწყება ნაადრევ ასაკში და, როგორც წესი, რამდენიმე წლების შემდგომ თავდება ჰქუასუსტობის მდგომარეობით. ხსენებულ ფსიქოზს კრეპელინი მისცა გარკვეული ნოზოლოგიური ერთეულის აღწერილობა და უწოდა ნ ა ა დ რ ე ვ ი ჰ ქ უ ა ს უ ს ტ ო ბ — dementia praecox.

მოძღვრებამ ნაადრევი ჰქუასუსტობის შესახებ დიდი გარდატეხა მოახდინა ფსიქიატრიულ კლინიკაში, ვინაიდან ამით შესაძლო გახდა ფსიქოზთა ნოზოლოგიური კლასიფიკაციის ჩამოყალიბება. ამნაირად ჩვენს დარგში იჭრება მედიკო-ბიოლოგიური აზროვნება და ფეხს იკიდებს მატერიალისტური პოზიციები.

ეტიოლოგია, კლინიკური მიმდინარეობა, პათანატომია და გამოსავალი წარმოადგენს იმ ძირითად პრინციპებს, რომლითაც დაიწყო სარგებლობა ფსიქიატრიის კლინიკამ ყოველი ფსიქოზის ანალიზის დროს. აღნიშნული მოძღვრების ჩამოყალიბება-განვითარებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ცნობილ რუს მეცნიერ და კლინიცისტს გ ა ნ უ შ კ ი ნ ს.

მეოცე საუკუნის დასაწყისის უკვე პირველ წლებში ცნება ნაადრევი ჰქუასუსტობის შესახებ წარმოადგენს ჩამოკვეთილ კლინიკურ მოძღვრებას.

შემდგომმა დაკვირვებებმა და ფაქტიურმა მასალამ ვერ გაამართლა ძირითადი შეხედულებანი ნაადრევი ჰქუასუსტობის შესახებ. აღმოჩნდა, რომ ნაადრევი ჰქუასუსტობა შეიძლება განვითარდეს არა ნაადრევ ასაკშიაც და არ არის სავალდებულო ყოველთვის ჩათავდეს ჰქუასუსტობით. როგორც ვხედავთ კრეპელინის ძირითადი შეხედულება „ნაადრეობის“ და „ჰქუასუსტობის“ შესახებ მნიშვნელოვნად შეირყა. საჭირო გახდა ახალი კრიტერიუმის გამოძებნა.

კრეპელინის პოზიციების რევიზია მოახდინა ფსიქიატრმა ბ ლ ე ი ლ ე რ შ ი ა. 1911 წელს გამოქვეყნებულ მონოგრაფიაში

მან სცადა ნაადრევი კვუასუსტობის ცნების ახალი საზომით გა-  
შუქება.

ბ ლ ე ი ლ ე რ მ ა შენიშნა, რომ ნაადრევი კვუასუსტობის სა-  
ხელწოდების მქონე ფსიქოზი იძლევა მრავალგვარ კლინიკურ გა-  
მოვლინებას: ავადმყოფობა ხან მიძღინარეობს ქრონიკულად, ხან  
კი იძლევა უკუგანვითარებას—ავადმყოფის გამომრთელებას, ხო-  
ლო უკუხასკველი ვერასდროს ვერ აღწევს პიროვნების სრულ  
აღდგენას.

ბ ლ ე ი ლ ე რ მ ა ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ნაადრევი კვუ-  
ასუსტობის კლინიკისათვის წამყვანია არა კვუასუსტობა, არამედ  
აზროვნების, გრძნობების და პიროვნების გამოვლინებათა გარკ-  
ვეული პათოლოგია, სახელდობრ: ფსიქიკურ ფუნქციათა გახლე-  
ჩილობა, შეუთახხმებელი, დისკორდინირებული მოქმედება.

ნაადრევი კვუასუსტობა ბ ლ ე ი ლ ე რ მ ა შესცვალა ახალი  
სახელწოდებით; მან მოგვანოდა ახალი ტერმინი: „შ ი ზ ო ფ რ ე-  
ნი ა“; უკანასკნელს მისდევდა ორი სიტყვისაგან: „შიზო“ (გახლენა)  
და „ფრენია“ (სულიერი ძოვლენები, ფსიქიკა) და ნიშნავს „ფსი-  
ქ ი კ ი ს გ ა ხ ლ ე ჩ ა ს“.

დღეს პრაქტიკულ ხმარებაში უფრო მიღებული და გავრცელებ-  
ულია ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს ტერმინი, თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ  
ტერმინები „dementia praecox“ და „schizophrenia“ წარმოად-  
გენს სინონიმებს ე. ი. ერთი და იგივე სულიერი აშლილობის სა-  
ხელწოდებას.

შიზოფრენიით შეპყრობილ ავადმყოფთა ფსიქიკურ გამოვლი-  
ნებათა გახლეჩილობას ს ტ რ ა ნ ს კ ი განიხილავს, როგორც  
ი ნ ტ რ ა ფ ს ი ქ ი კ უ რ ა ტ ა ქ ს ი ა ს.

ვინაიდან ნაადრევი კვუასუსტობის დროს ფსიქიკურ ფუნქ-  
ციათა გახლეჩილობის გარდა საქმე გვაქვს გარკვეული შინაარსის  
მქონე კვუასუსტობასთან, ო ს ი პ ო ვ ს უფრო მართებულად  
მიაჩნია შეერთებულად გადმოგვეცეს კ რ ე პ ე ლ ი ნ ი ს და  
ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს ტერმინები და გვაწვდის ახალ სახელწოდებას:  
dementia schizophrénica.

ყურადსაღებია აგრეთვე ო ს ტ ა ნ კ ო ვ ი ს პ ო ზ ი ც ი ე ბ ი, რო-  
მელიც კ რ ე პ ე ლ ი ნ ი ს მიერ მოწოდებულ ნაადრევი კვუასუს-  
ტობას აღნიშნავს, როგორც ataxia intrapsychica progressiva.

დღეისთვის ერთი ცხადია, რომ შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა წარმოად-  
გენს ყველაზე გავრცელებულ ფსიქიკურ დაავადებას, რომლითაც  
თანაბრად ხდებიან ავად როგორც მამაკაცები, ისე დედაკაცები.  
შიზოფრენია განხილული უნდა იყოს როგორც პ რ ო გ რ ე ნ დ ო-  
ე ნ ტ უ ლ ი (წინ მავალი) ო რ გ ა ნ უ ლ ი ბ უ ნ ე ბ ი ს მ ქ ო-

ნე პროცესი, რომელიც იძლევა ჰიროენების მკვეთრ ცვლილებებს. უკანასკნელს საფუძვლად უდევს ფსიქიკურ ფუნქციათა ატაქსია და თავისებური, შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი აშლილობანი.

## 2. ეტიოლოგიის საკითხები

თუმცა შიზოფრენია წარმოადგენს მძიმე და ძეტად გავრცელებულ ფსიქიკურ დაავადებას, მაინც დღემდე მისი ეტიოლოგიის საკითხი გაუვალაი ბურუსითაა მოცული.

არის მხოლოდ ცალკეულ ავტორთა თეორიები, ჰიპოთეზები და შეხედულებანი, მაგრამ შიზოფრენიის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ გადაუწყვეტელია.

შეხედულება თითქოს ნაადრევი ჰქუასუსტობა ანუ შიზოფრენია წარმოადგენდეს მხოლოდ ნაადრევ ანუ კაბუჯობის ასაკის ავადმყოფობას არ გამართლდა. შიზოფრენია გვხვდება აგრეთვე ნაადრევი ბავშვობის ასაკში (dementia praecocissima) და ანვოლუციის პერიოდში ე. წ. მოგვიანებული შიზოფრენია.

როგორც ვხედავთ, ასაკით არ შეიძლება განისაზღვროს დაავადების ეტიოლოგიური სპეციფიკა.

ეროვნებას ან გეოგრაფიულ პირობებს არა აქვს ეტიოლოგიური ფაქტორის მნიშვნელობა: შიზოფრენია გვხვდება ყველგან და ყველა ხალხთა შორის.

შიზოფრენიის ერთ-ერთ ეტიოლოგიურ ფაქტორად აღიარებენ მემკვიდრეობრივ მიდრეკილებას. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ხსენებული მიზეზი არ უნდა იყოს გადაჭარბებით შეფასებული, არ უნდა იყოს წარმოდგენილი, როგორც მემკვიდრეობითი „ბედისწერა“ ანუ ფატუმი.

შენიშნულია, რომ შიზოფრენიკთა მემკვიდრეობაში, როგორც მამის, ისე დედის ხაზით არა იშვიათად ვხვდებით მემკვიდრეობრივ ლატერითვას; მხედველობაში გვაქვს მძიმე სულიერ და ფიზიკურ ავადმყოფობათა არსებობა.

ავადმყოფთა დეტალური გენეოლოგიური შესწავლა გვარწმუნებს, რომ შიზოფრენია არ წარმოადგენს შთამომავლობით მომავალ ფსიქიკურ აშლილობას.

ზრლო თანშობილი, ანუ თანდაყოლილი ფაქტორები, როგორც მაგალითად ნაყოფის ნაადრევი დაზიანება (ბლასტოფორი), წარმოადგენს ხელშემწყობ და არა წამყვან მიზეზს.

კონსტიტუციურ თავისებურებას, ანუ პრემორბიდის პიროვნებას, მის სომატოფსიკიკურ პროფილს მეორეხარისხოვანა მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს შიზოფრენიის განვითარებაში.

ირკვევა, რომ შიზოფრენიით შეპყრობილ ავადმყოფთა დაახლოებით 60% ასთენიური და ატლექტიკური სხეულხაგებობის მქონეა, ხოლო ფსიქიკურ თავისებურებათა მხრივ შიზოიდური ხასიათისანი არიან.

ზაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ შიზოფრენიული ფსიქოზი არანაირად არ შეადგენს მხოლოდ და მხოლოდ ასთენიკური სხეულხაგებობის ანუ შიზოიდური ქარაქტეროლოგიის გარდაუვალ ხვედრს. ფაქტიური მასალები გვიჩვენებს, რომ შიზოფრენიის 5-6% მოდის პიკნიური სხეულხაგებობის მქონე პირებზე. უკანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფობა ღებულობს უფრო შერბილებულ და კეთილთვისებიან მიმდინარეობას.

დღეს ჩვენთვის ცხადია ერთი: შიზოფრენიის, ეტიოლოგია რთულია, მრავალხაირ-მრავალგვარი და განისაზღვრება მთელი რიგი ეკზოგენური ფაქტორებით.

შიზოფრენიის ეტიოლოგიურ ფაქტორთა განხილვისას ოსიპოვი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევს ორგანიზმის აუტონოტოქსიკაციას, რაც თავის მხრივ შედეგაა შიდა სეკრეციის ჭირკველთა პათოლოგიისა; ამიტომ იგი შიზოფრენიას იხილავს, როგორც პლურიგლანდულარულ დაავადებას.

ჩვენ მიერ დასახელებულ ენდოგენურ ფაქტორებზე ნაკლები მნიშვნელობა არა აქვს ეკზოგენურ მიზეზებსაც.

ორკანული ხასიათის ეკზოგენურ ფაქტორებს შეადგენენ ინფექციები, ინტოქსიკაციები და ქალას ტრავმები.

ხსენებული მიზეზები უფრო ხშირად იწვევენ შიზოფრენიის მაგვარ გამოვლინებებს, ვიდრე ნამდვილ შიზოფრენიულ მდგომარეობას.

რაც შეეხება ეკზოგენურ ფსიქოგენურ მომენტებს უქველად მათაც ძალუძთ შიზოფრენული მდგომარეობის პროვოცირება.



ერთი ცხადია, რომ აფექტურ დაძაფერას და კომპლექსურ განცდებს არ შეუძლიათ ორგანული, დესტრუქციული პროცესების გამოწვევა. მათ აქვთ მხოლოდ პათოპლასტიკური მნიშვნელობა: აფერადებენ კლინიკურ სურათს და გარკვეულ მიმართულებას აძლევენ ავადმყოფის ფსიქიკურ გამოვლინებებს.

შიზოფრენია არ არის მემკვიდრეობით დაპირადებული აბიოტროფიული პროცესი. ამ დროს ჩვენ საქმე გვაქვს ეკზო-ენდოგენური ფაქტორებით გამოწვეულ ორგანიზმის ზოგად ინტოქსიკაციასთან, რომელიც მოქმედებს ც. ნ. სისტემაზე და იძლევა მის ფსიქონერვულ შესაძლებლობათა ავადმყოფურ გაუკუღმართებას.

### 8. შიზოფრენიის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია

გაუზვიადებლივ შეიძლება ითქვას, რომ შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიის პრობლემა ეს არის მთელი ფსიქიატრიის პრობლემა, ვინაიდან ფსიქიატრიაში არ არსებობს არც ერთი თეორიული და პრაქტიკული საკითხი, რომელიც მკვიდროდ არ იყოს დაკავშირებული შიზოფრენიის კლინიკასთან.

რა არის მთავარი შიზოფრენიის კლინიკურ ფენომენოლოგიაში? შეიძლება თუ არა შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიაში გამოვყოთ ე. წ. პათოგნოზიური სიმპტომი ანუ სიმპტომები?

თანახმად ბერიანგერიისა მთავარი ნიშანი უნდა ვეძიოთ შიზოფრენიის აზროვნებაში. მისი აზრით აქ ადგილი აქვს ინტენციური წრის (აზროვნების მოკრეფის, დაძაფრის) შესუსტებას.

ბერცე, პირიქით, ლაპარაკობს საერთო ფსიქიკური აქტიობის შესუსტებაზე: ცნობიერების ჰიპოტონია. ბოლო დროს ავტორთა უმრავლესობა ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ უმართებულო და შეუძლებელია გამოყოფილ იქნეს შიზოფრენიის კლინიკის ე. წ. მთავარი, კარდინალური, პირველხარისხოვანი ანუ ქეშმარიტი სიმპტომები; არ არსებობს არც ერთი ნიშანი, რომელიც შეიძლებოდა მიჰველო შიზოფრენიის პათოგნომონიურ სიმპტომად.

ცდები, რომ შიზოფრენიის კლინიკურ სურათში აღმოეჩინათ პათოგნომონიური ნიშნები, ღღემდე დამთავრდა უშედეგოდ; „კარდინალური“ სიმპტომები შილდერით, „შიზოტრაპული“ სიმპტომები გილდაროვსკით ან „უპირატესი“ სიმპტომები ვნუკოვიტ აუცილებლად ხმარებული უნდა იყოს ბრჭყალებში.

ჩვენს აზრით შიზოფრენიის დიაგნოსკიტაში შეთავაზა და კარდინალური არის არა ცალკეული ნიშანი (სიმპტომი) ან ნიშანთა ჯამი (სინდრომი), არამედ კლინიკური სურათის მთლიანობის თვალთახედვით განხილვა.

ხსენებული მთლიანობის ქვეშ ჩვენ ვგულისხმობთ ავადმყოფური პიროვნების მთლიან შეფასებას და ყოველი ცალკეული სიმპტომის ამ კრილში დინამიკურ განხილვას.

შემთხვევითი არ არის ის გარემოება, რომ ბლეილერის ტერმინი „შიზოფრენია“ დღეს შერჩა. ხსენებული ტერმინი უქველად ყველაზე სწორად ასახავს ავადმყოფობის ფენომენოლოგიური სურათის თეორიულ და პრაქტიკულ შინაარსს.

ფსიქიკის გახლეჩილობა ანუ ინტრაფსიქიკური ატაქსია კლინიკურად გამოვლინდება სხვადასხვა სახის, ფორმის და შინაარსის პათოლოგიურ უცნაურობებში.

უცნაური ე. ი. ჩვენთვის სრულიად გაუგებარი და ლოგიკურად დაუსაბუთებელი გონებრივი გამოვლიხებანი, ემოციები, სურვილები და მოქმედებანი წარმოადგენს ძირითად ნიშნებს, რომლებიც განსაზღვრავენ ავადმყოფის ყოფაქცევას, მის ფსიქოპათოლოგიურ პროფილს.

ავადმყოფები არა მარტო სხვისთვის ხდებიან უცნაურნი და გაუგებარნი, არამედ გარემო წრე მისთვის იცვლება. გარემო წრე შიზოფრენიკის ფსიქიკაში ახდენს პათოლოგიურ გარდატეხას.

ავადმყოფები სწყდებიან გარემოს, პირველ რიგში ირგვლივ მყოფებთან კარგავენ აფექტურ კონტაქტს და მთლიანად ეძლევიან საკუთარ სულიერ სამყაროს. მათი ფსიქიკა, ასე ვთქვათ „შემოიგარსება“, ხდება აუტიისტური.

შიზოფრენიის დასაწყისს სტადიუმში აუტიზმი შედეგია იმისა, რომ ავადმყოფები ხდებიან განსაკუთრებულად ფრთხილი და მგრძნობიარენი (სენსიტიურნი) და ამიტომ გარემოს გაურბიან, ეძლევიან პირად განცდებს, ხდებიან უკონტაქტონი.

შიზოფრენიის მოგვიანებულ სტადიუმში აუტიზმს საფუძვლად უდევს ავადმყოფთა ემოციური სიჩლუნგე, ცხოველი ინტერესების თანდათანობითი წაშლა და პიროვნული ინიციატივის დაკარგვა.

სურათ 33-ზე მოცემულია განურჩეველ ავადმყოფთა ჯგუფი, რომელნიც იმყოფებიან შიზოფრენიის მოგვიანებულ სტადიუმში. მათი საწოლები პალატაში მეზობლად დგას. ავადმყოფები ერთად არიან ათეული წლების განმავლობაში, მიუხედავად ამისა

მათ შორის არავითარი ემოციური კონტაქტი არ არსებობს; მათ არავითარი ინტერესი არა აქვთ, როგორც ურთიერთ, ისე გარშემომყოფთა მიმართ.



სურ. 33. შიზოფრენიის მოგვიანებული სტადიუ-ში ავადყოფნის ახასიათებთ განურჩევლობა, აფექტური სიკარიელე ინტერესების უქონლობა, საკუთარი დაკვირვება,

შიზოფრენიის კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში ცენტრალურ ყურადღებას იპყრობს აზროვნების და აფექტურ-ნებითი სფეროს აშლა. რაც შეეხება აღქმის გაუკუღმართებას, ბოდიითი იღვებს და კატატონიურ სიმპტომებს, ისინი წარმოადგენენ შიზოფრენიისათვის თუმცა არა სავალდებულო, მაგრამ მინც საკმაოდ დამახასიათებელ ნიშნებს.

ჩამოთვლილ სიმპტომებზე შევჩერდებით ცალკეულად.

#### ა. აზროვნების პათოლოგია (შიზოფრენიული გუჟასუსტობა)

აზროვნების აშლა მუდმივი და აუცილებელი ნიშანია შიზოფრენიის კლინიკისათვის. ინტელექტურ გამოვლინებათა პათოლოგიის სხვადასხვა ხარისხის მიხედვით შესაძლებელია ჩვენ გვეკონდეს მთელი რიგი გარდამავალი მდგომარეობანი დაწყებული აზროვნების შეუმჩნეველი შესუსტებიდან გათავებული აზროვნების გაფხვიერებით, გონებრივ ფუნქციათა სრული გაღარიბებით.

შიზოფრენიის დროს გვაქვს თუ არა საქმე აზროვნების სპეციფიკურ პათოლოგიასთან?

თანახმად ბ ლ ე ი ლ ე რ ი ს ა შიზოფრენიული აზროვნება შინაარსეულად წარმოადგენს აუტისტურ აზროვნებას, რომლის დროსაც მსჯელობას წარმართავს არა ლოგიკური მოსაზრებანი და ფაქტიური შენაძლებლობანი, მსჯელობას წარმართავს

არა რეალური სამყარო, არამედ ავადმყოფის აფექტური მოთხოვნ-  
ნილებანი და სურვილები.

აუტისტური აზროვნების დროს აფექტური სამყაროს წამოკ-  
რასთან ერთად ავადმყოფი სწყდება რეალობას და ჰქარგავს შემოკ-  
მედებითი ინიციატივას. აზრთა აქტიური და მიზანდასახული შე-  
ჯამების ნაცვლად აღვილი აქვს ს ი მ ბ ო ლ უ რ ფ ო რ მ უ ლ ე ბ ს,  
ა ზ რ თ ა ხ ა ნ ა ც ვ ლ ე ბ ა ს და შ ე ჯ გ უ ფ ე ბ ა ს.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ფორმალურად გონებ-  
რივი სფერო რაიმე ძვრებს არ განიცდის. ექსპერიმენტული ფსი-  
ქოლოგური შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფის ფაქტიური  
ცოდნის ძირითადი მარაგი შენახულია; დაცულია აგრეთვე ფორ-  
მალური ინტელექტის თითქმის ყველა ფუნქციები.

როგორც ვხედავთ შიზოფრენიული აზროვნება შინაარსეულად  
გაუკუღმართებულია; აქ საქმე გვაქვს არა რაოდენობრივ, არამედ  
თვისობრივ ძვრებთან: ა ლ ო გ ი კ უ რ ი ა ნ უ დ ი ს ლ ო გ ი კ უ-  
რ ი აზროვნება.

რადგანაც შიზოფრენიკი მოწყვეტილია რეალურ სინამდვი-  
ლეს, მას არ ძალუძს აწარმოოს გარკვეულ ფაქტიურ მასალებზე  
დაფუძნებული კონკრეტული აზროვნება.

მაგრამ რეალობიდან განსვლა წყაროა აგრეთვე აბსტრაქციულ  
შესაძლებლობათა აშლა-გაუკუღმართებისა.

ავადმყოფებს შეცვლილად აქვთ წარმოდგენილი ობიექტური  
რეალობა. ისინი არ აქცევენ ყურადღებებს ნიშანთა კომპოზიქსს: მათ  
იპყრობს რეალობის მხოლოდ ცალკეული, სრულიად შემთხვევი-  
თი, უმნიშვნელო, მეორე ხარისხოვანი. ფორმალური მხარე. ავად-  
მყოფი მოკლებულია უნარს შეიმუშაოს და გამდიდრდეს ახალი  
ცნებებით.

რეალობის მოწყვეტას მოსდევს ყალბი ანუ გაუკუღმართებუ-  
ლი უნარი აბსტრაქციისა. სწორად ამიტომ შიზოფრენიკს კონკრე-  
ტულ აზროვნებასთან ერთად აშლილი აქვს აგრეთვე ა ბ ს ტ რ ა ქ-  
ც ი უ ლ ი აზროვნება.

მოწესრიგებული და ლოგოკურად გამართლებული აზროვნება  
მოითხოვს, რომ გიროვანად დაცული იყოს ასოციაციათა თანამიმ-  
დევრობა და თანაშეუღლება.

წარითი თუ მეტყველებითი პროლოჟაციებში ჩვენ ვიგებთ,  
რომ შიზოფრენიკთა ასოციაციური მოქმედება განიცდის მნიშვნე-  
ლოვან თვისობრივ გაუკუღმართებას: ასოციაციათა მიზნობრივი  
თანამიმდევრობა სრულიად დარღვეულია, ხოლო მათ შორის შე-  
უღლება აბსოლუტურად მოუწესრიგებელი, შემთხვევითი, სრუ-  
ლიად გაუმართლებელი და გაუგებარი.

ინტრაფსიკიური ატაქსიის ფენომენი პირველ რიგში შეაფიქროდ გამოხატულია ასოციაციური მოქმედების სფეროში. ასოციაციური გზები სრულიად გადახვიერებული და დაწყვეტილია, რის გამოც წარმოდგენები არსებობს როგორც შემთხვევითი. გროვა ე. ი. საქმე გვაქვს ასოციაციურ დომხალთან. ხსენებულ მდგომარეობაში ავადმყოფთა სიტყვიერი თუ წერილობითი პროდუქცია წარმოადგენს ფრაზების და სიტყვების გროვას, რომელიც ჩვენთვის სრულიად გაუგებარია.

ასეთ პროდუქტებში არანაირად არ ხერხდება რაიმე სისტემის თუ გეგმის შეტანა; ასოციაციურ ძეძვეში აბსოლუტურად შეუძლებელი ხდება შემაერთებელი რგოლების გამოხატვა.

როგორც ვხედავთ შიზოფრენიული აზროვნება არის არამართა აუტისტური, არამედ იმავე დროს ატაქსიური.

აუტიზმი და ატაქსია წარმოადგენს შიზოფრენიული ფსიქიკის ორ ძირითად ნიშანს, რომლებიც თანადროულად არსებობენ და ურთიერთ აპირობადებენ.

უნდა აღინიშნოს, რომ გაფხვიერებული და გაუგებარი ასოციაციები ხანდისხან ავადმყოფის მიერ წარმოდგენილია თითქოს სწორ გრამატიკულ ფორმაში. რის გამოც გარეგნულად ბაასის ახუ საუბრის შთაბეჭდილება იბადება.

ასოციაციური გაფხვიერების და რგოლთა გამოვარდნის გარდა აღსანიშნავია კიდევ ე. წ. ასოციაციათა შეჩერება. ამ დროს ასოციაციური მიმდინარეობა უცებ სწყდება; ადგილი აქვს სრულიად უცნაურ და დაუსაბუთებელ პაუზას.

ინტელექტური ტენზიის დაქვეითების და ასოციაციურ რგოლთა გამოვარდნის გამო, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ავადმყოფთ არ ძალუძთ მიზნის მქონე წარმოდგენების ამოკრეფა. ისინი იმყოფებიან უამრავ თავმოყრილ და შეუკავშირებელ ასოციაციათა შთაბეჭდილების ქვეშ, რის გამოც განიცდიან აზრთა ერთგვარ მოზღვაებას. უკანასკნელ ფენომენს ფრანგი ავტორები უწოდებენ მანტიზმს.

მაგრამ ხსენებული მოზღვაებული აზრები მოკლებულნი არიან კავშირს პიროვნებასთან. ამიტომ ავადმყოფები ფიქრობენ, რომ აზრები მათ არ ეკუთვნის, შეტანილია სხვების მიერ და იმყოფებიან სხვათა გავლენის ქვეშ.

რადგანაც ავადმყოფებს არ შეუძლიათ საჭირო დროს მოახდინონ ასოციაციების ჭეროვანი ურთიერთ შეუღლება, ისინი ხშირად იმყოფებიან ერთხელ აღებული წარმოდგენის თუ სიტყვის გავლენის ქვეშ (პერსევერაციის ფენომენი); ხოლო

მათი მსჯელობა და აზროვნება განსაკუთრებულად ს ა ლ ნ და ო ე-  
ზ ო ნ ი უ რ ი ა.

შიზოფრენიული პერსევერაცია მაჩვენებელია სულიერი სი-  
ცარიელების, ხოლო რეზონიორობა აზროვნების ჩამოქვეითებისა.

ასოციაციური მოქმედების გაუკუღმართებით უნდა აიხსნას  
ავადმყოფთა სრულიად უმართებულო და გაუგებარი პასუხები.

ინტრაფსიქიკური ატაქსია და ასოციაციათა გაფხვიერება სა-  
ფუძვლად უდევს ე. წ. გ ო ნ ე ბ რ ი ვ ა მ ბ ი ვ ა ლ ე ნ ტ ო ბ ა ს.  
უკანასკნელის დროს ადგილი აქვს ორ სრულიად მოწინააღმდეგე  
და ურთიერთ გამომრიცხველ წარმოდგენას ანუ ცნებას. ერთ-ერ-  
თი ჩვენი ავადმყოფი გვიმტკიცებდა, რომ მას კუჭი არა აქვს; მაგ-  
რამ ამავე დროს მას საჭიროდ მიაჩნდა ყოფილიყო გაძლიერებულ  
უღუფაზე.

შიზოფრენიის დასაწყისში ფორმალურად სუსტადაა შებლა-  
ლული ინტელექტური სფერო; მაგრამ ავადმყოფობის ხანგრძლი-  
ვობასთან ერთად იგი თანდათან სუსტდება და ბოლოს ყალიბდება,  
როგორც შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი უ ლ ი ჰ ე ჯ უ ა ს უ ს ტ ო ბ ა. თუმცა  
შიზოფრენიული ჰეჯუასუსტობა პროგრენდიენტული (წინმავალი)  
ბუნებისაა და დაპირადებულია გარკვეული ანატომიურ-ფიზიოლო-  
გიურ ძვრებით, იგი მაინც მკვეთრად განირჩევა ე. წ. ტლანქი ორ-  
განული დემენციისაგან.

შიზოფრენიული ჰეჯუასუსტობას უწოდებენ ს ტ რ უ ქ ტ უ-  
რ უ ლ ს, რადგანაც ამ დროს გონების ცალკეული ფუნქციები კი  
არ არის დაქვეითებულ-შებლაღული, არამედ აზროვნების სტრუქ-  
ტურაა მთლიანად შეცვლილი.

ინტრაფსიქიკური ატაქსიის შედეგად ავადმყოფებს უწვითარ-  
დებათ აზროვნების დეზინტეგრაცია, ლოგიკური კავშირებს და-  
რღვევა (პ ა რ ა ლ ო გ ი ი ს ფ ე ნ ო მ ე ნ ი) და ცნებითი მსჯელო-  
ბის უნარის მკვეთრი დაქვეითება. ყ ვ ე ლ ა ფ ე რ ი ე ს ხ ე ლ ს  
უ შ ლ ი ს გ ო ნ ე ბ რ ი ვ ი ს ფ ე რ ო ს, როგორც ს ტ რ უ ქ-  
ტ უ რ უ ლ ა დ მ თ ლ ი ა ნ ი ე რ თ ე უ ლ ი ს ა მ ო ქ მ ე დ ე-  
ბ ა ს. ავადმყოფი უმწუკარეა რეალურ მოთხოვნილებათა მიმართ. მათ  
არ შესწევთ ძალა და უნარი საჭიროების დროს ისარგებლონ ცოდ-  
ნის მარაგით და ამოქმედონ ინტელექტის პოტენციური შესაძ-  
ლებლობანი. შიზოფრენიის დროს ინტელექტის ფორმალური ფუნ-  
ქციები სრულიად გამოუყენებელია; ავადმყოფები იმყოფებიან  
სტრუქტურული ანუ შიზოფრენიული ჰეჯუასუსტობის მდგომარეო-  
ბაში.

შიზოფრენიული კეუსუსტობა კლინიკურად ნათელი ხდება უფრო ავადმყოფობის მოგვიანებულ, ფინალურ ე. წ. გამოსავალ სტადიუმში.

როგორც ვთქვით, მეხსიერება შიზოფრენიის დროს არ განიცდის ფორმალურ ცვლილებებს. მაგრამ ინტრაფსიქიკური ატაქსიის გამო პოტენციურად არსებული ფიქსაციის—რეპროდუქციის შესაძლებლობანი ავადმყოფისათვის რჩება სრულიად გამოუყენებელი; შიზოფრენიკი ვერ იყენებს ახალ მასალას ან უკვე წარსულში მიღებულ ფაქტებს; ამის მიზეზი არის არა მეხსიერების უშუალო პათოლოგია, არამედ ფსიქიკის გახლეჩილობა, პიროვნული ინიციატივის მოსპობა და ცოდნის მარაგისადმი ცხოველი ინტერესის დაკარგვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის შორსწარსულ ფორმებში ე. წ. გამოსავალი ანუ ფინალური დეფექტის არსებობისას, როდესაც შიზოფრენიული დემენცია მაქსიმუმს აღწევს, არ გამოირიცხება მეხსიერების ფუნქციის დაზიანებაც.

შიზოფრენიის გონებრივი სფეროს თავისებურებანი გარკვეულად გამოვლინდება მეტყველებით და წერითი პროდუქციებში.

ასოციაციათა გაფხვიერებისა და წყვეტის შედეგად ავადმყოფთა მეტყველება სრულიად გაუგებარი და უცნაურია. მეტყველებითი აგზნებისას ცნებათა და წარმოდგენათა შემთხვევითობა და შეუთანხმებლობა ხშირად აღწევს ე. წ. შიზოფრენიის სურათს, როდესაც აზრთა ნაცვლად ავადმყოფი იძლევა სიტყვათა დომხალს.

არის შემთხვევები, როდესაც სრულიად შეუთანხმებელი ასოციაციები მოცემულია თითქოს გრამატიკულად გაფორმებული მასალის სახით ან ავადმყოფი გვაძლევს სრულიად ახალ სიტყვებს; იქმნება შთაბეჭდილება თითქოს იგი სთხზავს ახალ ენას; უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ახალი სახის პათოლოგიურ მეტყველებასთან ე. წ. ნეოლოგიზმთან.

მეტყველების და წერის შესაძლებლობანი იცვლება, როგორც შინაარსით, ისე ფორმის მხრივ. ავადმყოფებს ეცვლებათ ხმა, მეტყველების ტემბრი, ტონი; ზოგნი ბავშვურ კილოზე გადადიან და ენას უკიდებენ; ზოგნი ხმარობენ ან მეტად მაღალ ან დაბალ რეგისტრებს; ლაპარაკობენ „ჩანა შეკრულნი“; ჰკარგავენ მეტყველების მელოდიას და ემოციურ გამოხატულებას; ასევე ეცვლებათ ხელწერა.

ფსიქიკური ფუნქციების გახლეჩა-გაბზარვის გამო მეტყველება სწყდება გონებრივ—გრძობითი სფეროს და არა იშვიათად იქმნება შთაბეჭდილება ენის უშინაარსო მოტორული ამოქმედებისა:

უკანასკნელი შემთხვევა ცნობილია გლოსოლალის სახელწოდების ქვეშ.

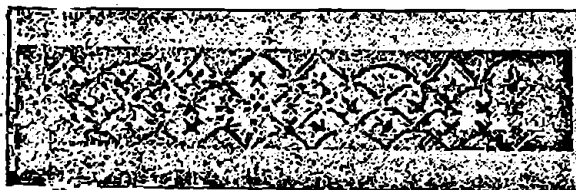
შიზოფრენიის დროს მეტყველების ფუნქცია პოტენციურად შეჩინილია. ამით შიზოფრენიული მეტყველების კლინიკა პრინციპულად განსხვავდება აფაზიის სინდრომიდან.

არის შემთხვევები, როდესაც აუტისტური დაყენების, ნეგატივისტური განწყობის, ემოციური სიბლაგვის თუ გონებრივი გაღარიბების გამო ავადმყოფები სრულიად არ ლაპარაკობენ და არც შეკითხვებზე პასუხობენ. ისინი იმყოფებიან მუტიზმის მდგომარეობაში, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს კვირაობით და თვეობით. აქ, გავიხსენებთ ერთ-ერთ შიზოფრენიკს, რომელიც თითქმის ერთი წელი იმყოფებოდა მკვეთრი მუტიზმის მდგომარეობაში და გარემოსთან კავშირს ამყარებდა მხოლოდ წერის საშუალებით.

გონებრივ სიღარიბეზე მიგვითითებს აგრეთვე ასოციაციათა სტერეოტიპული განმეორებანი. სტერეოტიპიას არა იშვიათად



სურ. 34. სტერეოტიპული განმეორებანი.



სურ. 35. სტერეოტიპული განმეორებანი. სურათები 34 და 35 მოყვანილია გილიაროვსკიმ.

ვხედებით როგორც მეტყველებაში და წერაში, ისე სახვითო პრაქტიკებში.



ყურადღების ღირსია სურათები 34 და 35, რომლებიც შესრულებულია შიზოფრენიკების მიერ. ხსენებულ მასალაზე ნათლად ჰოსჩანს ავადმყოფთა შემოქმედებითი ფანტაზიის სიღარიბე და ერთ და იგივე სახის სტერეოტიპული განმეორებანი.

## ბ. ემოციური სფეროს პათოლოგია

შიზოფრენიის კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში ემოციურ სფეროს აშლას ეკუთვნის ცენტრალური ადგილი.

ავადმყოფობის ინიციალურ სტადიუმში აფექტური რეაქციები შედარებით შენახული; ამ დროს აღინიშნება გადაჭარბებული მგრძობიარობა, გაღიზიანებლობა. ხოლო შემდგომ ავადმყოფობის გაშლასთან ერთად ემოციური შესაძლებლობანი თანდათანობით ქრება.

ავადმყოფები ხდებიან აფექტურად ცივი და განურჩევლნი; ჰკარგავენ გრძობათა ყოველგვარ სიცხოველეს, სითბოს და ირგვლივ მყოფთა მიმართ არ იჩენენ—არავითარ შეგულისხმებას—ემოციურ კონტაქტს.

მათ არაფერი არ აინტერესებთ: თუგინდ—ყველაფერი მოისპოს, გადაიბურგოს, წაილეკოს.

აფექტურ სიბლაგვეს და განურჩევლობას ჩვენ ვხვდებით, როგორც აგზნების, ისე შიზოფრენიულ დეპრესიის დროს. მაგრამ აგზნების და დეპრესიის დროს ყალბ ემოციურ გამოვლინებასთან გვაქვს საქმე: აგზნება თუ დეპრესია ყალბია, სინამდვილეში ავადმყოფები განურჩევლნი არიან.

მკვეთრი ატაქსიის გამო ფსიქიკური ყოველი გამოვლინება მოკლებულია ემოციურ მხარეს.

შიზოფრენიკთა აფექტური აფეთქებები შემთხვევითია, ცივი, დაუსაბუთებელი და შინაარსით არავითარ კავშირში არაა გამომწვევ მიზეზთან. ამ დროს სიცილი თუ ტირილი მექანიკურია, მოკლებულია სიცხოველეს, მაყურებელში არ იწვევს შესატყვის გამოძახილს. უმოტივო, იმპულსიური ხასიათის განტვირთვანი შედეგია პიროვნების გახლეჩისა, მოკლებულია „კომპლექსურობას“.

შიზოფრენიის დროს ადგილი აქვს პ ა რ ა მ ი მ ი ა ს, პ ა რ ა თ ი მ ი ა ს და აფექტურ ამბივალენტობას. პ ა რ ა მ ი მ ი ა გულისხმობს ატაქსიას, შეუთანხმებლობას, ემოციურ რეაქციათა და სახის გამომეტყველების შორის; ხოლო პ ა რ ა თ ი მ ი ა გულისხმობს მოწინააღმდეგე რეაქციას: სიცილი, სიმხიარულე, სამწუხარო შინაარსზე და პირიქით.

ნორმულ პირობებში ყოველი ემოციურ-აფექტური განცდა ალტერნატიული ბუნებისაა: ან სასიამოვნო ან უსიამოვნო (სთენიური ან ასთენიური).

სულ სხვა მდგომარეობაა ემოციური ამბივალენტობის დროს. შედეგად შიზოფრენიული გახლეჩილობისა აქ ერთსა და იმავე დროს შესაძლოა ორი ურთიერთგამომრიცხველი გრძნობითი აქტის არსებობა. ავადმყოფს ერთსა და იმავე დროს კიდეც უყვარს, კიდეც სძულს, კიდეც უნდა—კიდეც არ უნდა, კიდეც სურს—კიდეც არ სურს და სხვა.

შიზოფრენიის გამოსავალ ფორმებში, აფექტური სიბლაგვე აღწევს ისეთ ხასიათს, რომ ავადმყოფებს ესპობათ თავდაცვითი ინსტინქტური რეაქციებიც. აწერილია შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენიკებს არ გამოუჩენიათ არავითარი თავდაცვითი რეაქცია ხანძარზე. ჩვენის აზრით, აღნიშნული მაგალითი შედეგი უნდა იყოს არა მარტო ემოციური უკმარისობისა, არამედ პიროვნების თვისობრივი შეცვლის და მკვეთრი გონებრივი დაქვეითებისა.

შიზოფრენიის დროს უმაღლეს ემოციურ გამოვლინებათა გაუკულმართების გარდა შეცვლილია აგრეთვე ორგანული გრძნობები, ძირითადი მიზიდულებანი.

ავადმყოფებს აღენიშნებათ სქესობრივი მიზიდულებების დაწევა და გაუკულმართება (ხელცთუნება, იმპოტენციო, პომოსექსუალიზმი).

გაუკულმართებულია აგრეთვე კამის მიზიდულება (ბულიმიამგლის მადა, ან სრული უმადობა—ანორექსია, ან თვისობრივად გაუკულმართება—კობროფაგია, ე. ი. ექსკრემენტების კამა).

### გ. ნებითი სფეროს ფსიქოპათოლოგია

შიზოფრენიის დაწყებისთანავე აღინიშნება ნებითი და ნებითი-მოტორული ფუნქციების გაუკულმართება.

ავადმყოფები ხდებიან უნიციიატივო, ინერტულნი; ჰქარგავენ აქტიობას და მოქმედებისადმი სტიმულს. განსაკუთრებულად საინტერესო და მრავალფეროვანია ნებითი-მოტორულ რეაქციათა კლინიკა.

სხენებული აშლილობანი ყველაზე ხშირია შიზოფრენიის კატატონიურ ფორმის დროს, ამიტომ ნებითი-მოტორული სფეროს პათოლოგია ჩვენს დარგში ცნობილია, როგორც კატატონიური მოვლენები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ნებითი-მოტორული სფეროს პათოლოგიაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ან გალიზიანების ან მოღუნების

ფენომენს. ორივე შემთხვევაში, რაოდენობრივ ცვლილებებს თან  
ზღვეს თვისობრივი გაუკუღმართებაც.

შევიჩერდები კატატონიურ მოვლენათა ცალკეულ სახეებზე.

ავტომატური დამორჩილება ანუ ცვილი-  
სებრი მოქნილობა ანუ კატალექსია. ამ დროს  
ნებისმიერ შემთხვევაში განსაკუთრებულად მოღუწებულია. ავად-  
მყოფები ემორჩილებიან არა მარტო ყოველ აქტიურად მიცემულ  
წინადადებას, არამედ იმეორებენ პასიურად ყველაფერს, რაც მათ  
გარშემო ხდება და მათზე გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს.

ავადმყოფი ამ დროს ზუსტად ასრულებს ჩვენს მიერ მიცემულ  
ამოცანას; ხოლო მის სხეულის ნაწილებს შეიძლება მივცეთ მღე-  
ბარეობა ჩვენი სურვილის მიხედვით. ამგვარ შემთხვევებში ავად-  
მყოფთა კუნთოვან-მოტორული აპარატი იჩენს ცვილისებრ მოქნი-  
ლობას.

კატალექსიის რიგს ეკუთვნის ფენომენები ეხოპრაქსია  
(სხვის მოძრაობათა და მოქმედებათა გამეორება), ეხომიპია  
(სხვისი მიმიკის გამოხატულების გამეორება), ეხოლალია  
(მოსაუბრის სიტყვების ზუსტი გამეორება), ეხოგრაფია (სხვი-  
სი წერილის ზუსტი-ფოტოგრაფიული გადაღება) და გხოლექ-  
სია (დასტამბული მასალის ზუსტი-ფოტოგრაფიული კითხვა).

კატატონიური ანუ მოტორული სტუპორის  
დროს ავადმყოფები მოწყვეტილნი არიან გარემოს, არ მოძრაო-  
ბენ, არ ლაპარაკობენ, განუჩრეველად წვანან; მათი კუნთოვან-მო-  
ტორული აპარატი მკვეთრად დაჭიმულია.

სტუპორს მოგვაგონებს ტეტანის სიმპტომი, როდესაც  
დაჭიმულია ყველა მოძრავი კუნთები, ხოლო ავადმყოფი თითქოს  
იმყოფება ადამიანის ემბრიონული პოზის მდგომარეობაში. ოსი-  
ტოვის დაკვირვებათა თანახმად მოტორული დაჭიმულობა ძილში  
ან სუსტდება ან სრულიად ქრება.

ჰიპერკინეზული ბუნების სტერეოტიპუ-  
ლი მოძრაობანი—ამ დროს ავადმყოფები აწარმოებენ კა-  
ტატონიური სიზუსტით ერთ და იგივე ან მოქმედებებს ან მოძრაო-  
ბებს.

ჰიპერკინეზული ბუნების სტერეოტიპუ-  
ლი პოზები—ავადმყოფები შინაგანი „სურვილის“ თანახმად  
ღებულობენ უცნაურ პოზებს.

სტერეოტიპიულ მოძრაობებს თუ პოზებს ავადმყოფები ჩვეუ-  
ლებრივად ინარჩუნებენ ხანგრძლივად, მაგალითად, თვეების და  
ხან წლების განმავლობაში.

სურათებზე 36, 37 და 38 მოცემულია კატატონიური პოზები, რომელსაც ავადმყოფები ინარჩუნებდნენ ხანგრძლივად.

სურათზე 38 ავადმყოფი წევს დაძაბულ კატატონიურ პოზაში; კისრის კუნთები დაჭიმულია; თავი წამოწეულია, ნათლად ვხედავთ ე. წ. ფსიქიკური ანუ პაეროვანი ბალიშის ნიშანს.



სურ. 36. კატატონიური პოზა, მოყვანილია გილიაროვსკით

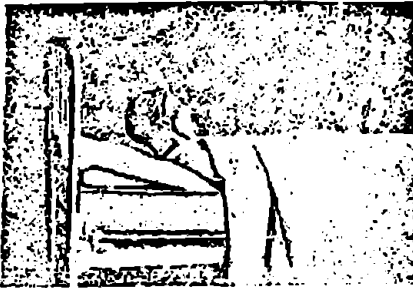


სურ. 37. განუჩეველი ავადმყოფი კატატონიურ პოზაში. საკუთარი დაკვირვება.

ზოგიერთ შემთხვევებში კატატონიურ დაჭიმვას განიცდის სახის კუნთები. ავადმყოფებს აქვთ გაყინული გამომეტყველება, შუბლი დანაკლებული, ხოლო ტუჩები წინწამოწეული ხორთუმის მსგავსად (ე. წ. სახის კრუნჩხვა ანუ ხორთუმის ფენომენი).

ნებითი მოქნილობის დაკარგვა ხელს უწყობს ნეგატივიზმის გამოვლინებებს. ხსენებული ფენომენი ძლიერ ხშირია—შიზოფრენიკთა შორის. ამ დროს ავადმყოფი წინააღმდეგობას ვციწევს და არ ასრულებს ჩვენს მიერ მიცემულ წინადადებას (პ ა ს ი-

უ რ ი ნ ე გ ა ტ ი ვ ი ზ მ ი), ან ასრულებს, მაგრამ სრულიად მო-  
წინააღმდეგე შედეგებით, მაგალითად: ჩვენს თხოვნაზე, რომ წიგ-  
ნი არ დახუროს, იგი თითქოს „განგებ“ ხურავს (ა ქ ტ ი უ რ ი ნ ე -



სურ. 38. კატატონიური  
პოზა: ფსიქიკური ანუ  
ჭაეროვანი „დაღიში“.  
მოყვანილია გოლიაროვ-  
ს კ ი თ.

გ ა ტ ი ვ ი ზ მ ი ა ნ უ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ი ს ნ ე გ ა ტ ი ვ ი ზ მ ი). აწე-  
რილია ფენომენი, რომელსაც უწოდებენ შინაგან ნეგა-  
ტ ი ვ ი ზ მ ს. უკანასკნელი შეიძლება ეხებოდეს, როგორც მოტო-  
რულ, ისე გონებრივ გამოვლინებებს.

პირველ შემთხვევაში ავადმყოფს უნვითარდება შეჩერებები  
და ვერ გადაუწყვეტია შეასრულოს თუ არა მოძრაობა ან მოქმე-  
დება, მაგალითად აილოს კოვზი თუ არა: კოვზს იღებს, ისევე სდებს.  
ან კოვზი მიაქვს პირთან, მაგრამ ისევე სდებს ძველ ადგილას. ხსე-  
ნებული ფენომენი ძლიერ ახლო დგას მოქმედებათა ამბივალენტო-  
ბასთან (ამბიტენდენცია).

როდესაც შინაგანი ნეგატივიზმი ეხება წარმოდგენებს, ცნებებს  
ან აზრებს, მაშინ ავადმყოფს ვერ მიუღია გარკვეული გადაწყვე-  
ტილება: იგი ყოყმანობს, იკმნება გონებრივი ამბივალენტობის სუ-  
რათი.

ავტომატური ანუ იმპულსიური მოქმედებანი (უეცარი აგზნე-  
ბანი, უმოტივო აფექტური განტივრთვანი) შედეგია ატაქსიური  
პიროვნების სპონტანური ამოქმედებისა (ი მ პ უ ლ ს ი უ რ ი ა ნ უ  
კ ა ტ ა ტ ო ნ ი უ რ ი ა გ ზ ნ ე ბ ა).

მოტორულ მოძრაობათა შექცევების, მოქნილობის დაკარგვის  
და სხვადასხვა კატატონიურ მოვლენათა გარდა, შიზოფრენიის  
დროს ვხვდებით კიდევ ერთ თავისებურ ამოვლილობას, რომელსაც  
უწოდებენ პათოლოგიურ პრანკვა-ვრეხვას ანუ მ ა ნ ე რ ი ა ნ ო -  
ბ ა ს.

ავადმყოფებს არაჩვეულებრივად დადიან, იცვამენ. ზელს ართ-  
მენენ და სხვა.

გ უ რ ე ვ ი ნ - ს ე რ ე ი ს კ ი ს მოყავთ ე. წ. ხ ე ლ ი ს ჩ ა მ ო -  
რ თ მ ე ვ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ი: ავადმყოფები გაშლოლად აწვდიან მაქას  
და ხელის ჩამორთმევისას თითებს არ ხრიან.

სულ მოკლედ ყ უ რ ა დ ლ ე ბ ი ს შ ე ს ა ხ ე ბ. შიზოფრენიის  
შემთხვევებში აქტიური ყურადღება შესამჩნევად დაწეულია: ავად-  
მყოფები მოკლებულნი არიან ანიციატივას, გარემოსადმი ინტე-  
რესს და ამიტომ არ შეუძლიანთ აქტიურად გაერთიანებულნი და  
მიცემულ მასალაზე.

რაც შეეხება პასიურ ყურადღებას, იგი ჩვეულებრივად შენა-  
ხულია და ზოგჯერ გამახვილებულიც. ცალკეული ავტორები მიუ-  
თითებენ ყურადღების მოქანცულობაზე.

#### დ. ცნობიერების პათოლოგია

შიზოფრენიის მწვავე აგზნებისას ან კატატონური სტუპორის  
შემთხვევებში ფორმალური ორიენტაცია დროში, სივრცეში ან გა-  
რემოში დარღვეულია. მაგრამ აღნიშნული მდგომარეობა წარმოად-  
გენს მხოლოდ ეპიზოდს და შედარებით ხანმოკლეა.

როგორც წესი, შიზოფრენიის შემთხვევებში ფორმალური  
ორიენტაცია ე. ი. ა ლ ო ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი ც ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ა  
მთლიანად დაცულია. ამასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორი  
პასუხები დროის, სივრცის თუ გარემოს შესახებ სრულიად ფორ-  
მალურია.

ინტრაფსიქიკური ატაქსიის, ემოციური სიბლაგვის, ფსიქიკური  
ჰიპოტონიის, ბოდვების, პალუცინაციების და, ბოლოს, პიროვნე-  
ბის თვისობრივი შეცვლის გამო ავადმყოფებს არ ძალუძთ მართე-  
ბულად შეათვანონ გარემო სიტუაცია: მათ აქვთ შეცვლილი  
• შ ტ ო ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი შ ე ს ა ძ ლ ე ბ ლ ო ბ ა ნ ი.

ავადმყოფმა იცის, რომ იმყოფება ფსიქიატრიულ კლინიკაში;  
მაგრამ ეს ცნობა ზერელეა, სქემატიური და არანაირ კავშირში არ  
არის შიზოფრენიის „მე“-სთან. იგი ბოდვითად დარწმუნებულია,  
რომ მას კლინიკაში სწამლავენ, აწვალებენ და მოელის უსაშინე-  
ლესი ტანჯვანი.

უამრავი ავადმყოფური ხასიათის სომატო-ფსიქიკური შეგრძ-  
ნებანი ატაქსიურ და გახლეჩილ ფსიქიკურ აპარატში ახდენენ  
სრულ დეზორგანიზაციას, დეზორიენტაციას. ავადმყოფები რწმუნ-  
დებიან, რომ მათი სახე შეიცვალა, სხეულის ნაწილები გამოუცვა-  
ლეს ან მთლიანად მოაცილეს: აქ ჩვენ საქმე გვაქვს შ ი ზ ო ფ რ ე -  
ნ ი უ ლ ი დ ე ბ ე რ ს ო ნ ა ლ ი ზ ა ც ი ი ს ს ი ნ დ რ ო მ თ ა ნ.

იგივე ატაქსია და ბოღვითი დაძაბულობა წყაროა გარემოს თვისობრივი გაუქუღმართებისა.

შიზოფრენიკები ხშირად აღნიშნავენ, რომ მამა მისი შეცვლილია: მხოლოდ გარეგნული სახე აქვს შენარჩუნებული სინამდვილეში კი სხვა ადამიანია; ეს მისი ღვიძლი მშობელი არ არის.

ასევე ავადმყოფებმა იციან, რომ იმყოფებიან თავიანთ სოფელში; მაგრამ ამავე დროს დარწმუნებულნი არიან, რომ აქ მხოლოდ გარეგნული მსგავსებაა, არსებითად ეს სულ სხვა სოფელია. უკანასკნელ შემთხვევაში ჩვენ ვლაპარაკობთ შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი უ ლ ი დ ე რ ე ა ლ ი ზ ა ც ი ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ზ ე .

დეპერსონალიზაცია და დერეალიზაცია შიზოფრენიისათვის წარმოადგენს ცენტრალური მნიშვნელობის სინდრომებს.

ავტოფსიქიკურ დეზორიენტაციას პირველ რიგში ხელს უწყობს ფსიქიკური ჰიპოტონია და ატაქსია.

ხსენებული მიზეზებით უნდა აიხსნას აგრეთვე სინდრომი, რომელიც ცნობილია შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი უ ლ ი ა ვ ტ ო მ ა ტ ი ზ მ ი ს სახელწოდების ქვეშ.

გახლეჩილი და მკვეთრი ატაქსიის მქონე ფსიქიკაში არსებობს მთელი რიგი წარმოდგენები, აზრები და სხვადასხვა მოქმედებათა ტენდენციები. მაგრამ ხსენებული ფსიქიკური და ფსიქონერვული გამოვლინებანი სრულიად თავმოუყრელია, ურთიერთდაუკავშირებელი, პიროვნების ბირთვიდგან განკერძოებული. ხშირად ეს ჩამოკვეთილი და განკერძოებული ფუნქციები ავტომატურად იწყებენ დამოუკიდებელივ ამოქმედება-ამოძრავებას და თავისებურ შეგავლენას ახდენენ ავადმყოფის პიროვნებაზე.

ე. წ. ფსევდო—ანუ—ფსიქიკური ჰალუცინაციებიც ეკუთვნის ფსიქიკური ავტომატიზმის მსგავს მოვლენათა რიგს.

ფსიქიკური ავტომატიზმის მოვლენები ფსიქიატრიაში ცნობილია, როგორც კ ლ ე რ ა მ ბ ო ს ს ი ნ დ რ ო მ ი ანუ როგორც ზ ე მ ო ქ მ ე დ ე ბ ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი კ ა ნ დ ი ნ ს კ ი ს ა .

იყო ცდა გამოენახათ საერთო ფსიქოლოგიური ფესვები შიზოფრენიის ცნობიერების და სიზმრისებრი მდგომარეობის შორის. მასალებმა გვიჩვენეს, რომ აქ შეიძლება მხოლოდ და მხოლოდ შორეული მსგავსება და ანალოგიები.

სიზმრის და შიზოფრენიის შორის არაფერი საერთო არ უნდა იყოს.

სიზმრის ფსიქო-ფიზიოლოგიას საფუძვლად უდევს ქერქული აპარატის განფენილი შეკავება; ხოლო შიზოფრენიის ცნობიერების ფსიქოფიზიოლოგიური წინამძღვრები უნდა ვეძიოთ პიროვნების გახლეჩაში და ქერქული აპარატის ტონუსის მკვეთრ დაქვეითებაში.

## ე. ალქმის ფსიქოპათოლოგია

შიზოფრენიის დროს საგანთა ალქმა არ არის სრული (შევიწროებულია).

კლინიკურად მნიშვნელოვანია ალქმის არა რაოდენობრივი შესუსტება ან ილუზორული ალქმელობა, არამედ თვისობრივი გაუქულმართება: ალქმათა მცდარობა, ჰალუცინაციები.

ალქმის თვისობრივი გაუქულმართების შედეგად გარკვეულად იცვლება შიზოფრენიის კლინიკური სურათი. ალქმის ფსიქოპათოლოგია მაჩვენებელია ცენტრალური ნერვული აპარატის ნეიროდინამიკური ძვრებისა, ისე როგორც ფსიქიკური ატაქსიის ან ფსიკური პიპოტონიის სინდრომი.

ამიტომ ალქმის პათოლოგიას და პირველ რიგში ჰალუცინაციათა კლინიკას ცენტრალური ყურადღება უნდა დაეთმოს შიზოფრენიის ფენომენოლოგიაში.

შიზოფრენიკები ზოგჯერ თვითონ მოგვითხრობენ ჰალუცინაციათა შესახებ, მაგრამ ხშირად უარყოფენ და ერთგვარ დისიმულაციას ახდენენ; ისინი შთანთქმულნი არიან ჰალუცინაციათა შინაარსით, ბოღვითად გადაამუშავებენ მას და ვერ გარკვეულან შექმნილი მდგომარეობის არსებით მხარეში.

ხანგრძლივი დაკვირვების და ავადმყოფთა ქცევის შედეგად შეიძლება გაშიფრებულ იქნეს შიზოფრენიკთა ჰალუცინაციური განცდები. არსებობს ობიექტიური ნიშნები, რომლებიც მიგვითითებს ალქმის თვისობრივ პათოლოგიაზე; ავადმყოფები გაშტერებულინი უცქერაან ერთ წერტილს მხედველობის ჰალუცინაციის დროს, ხოლო სმენის ჰალუცინაციის შემთხვევებში ყურებს თითქმის ან ბამბით იცობენ.

ჩვენს შემთხვევაში განსაკუთრებულად უსიამოვნო ხასიათის ყნოსვის და გემოს ჰალუცინაციების დროს ავადმყოფს მთელი დღეების განმავლობაში ბამბით და ჩვრებით დაცული ჰქონდა პირი და ცხვირის ნესტოები.

სურათზე 39 მოყვანილია შიზოფრენიკი, რომელიც ჰალუცინაციებიდან განთავისუფლების მიზნით ყურებზე ორმხრივად იფარებს ხელეპს.

შინაარსის მხრივ ჰალუცინაციებს აქვთ განსაკუთრებულად უსიამოვნო ხასიათი. როგორც მაგალითად: ცული დახასიათება, მოწოდება დაუშვებელი საეციელისადმი, ტანჯვა-წამების გადაწყვეტილებანი, სიბინძურის სუნი ან გემო და სხვადასხვა.



არის შემთხვევები ე. წ. რ მ პ ე რ ა ტ ი უ ლ ი (ბრძანებით) შინაარსის სმენის ჰალუცინაციისა, უკანასკნელის ზეგავლენით შესაძლებელია ავადმყოფმა დაისახიროს თავი ან სხვა დააზიანოს.

სთენიური სასიაშოვნო შინაარსის ჰალუცინაციები ძლიერ იშვიათია.



სურ. 39. შიზოფრენიის სმენის  
ჰალუცინაციების მდგომარეობაში.  
გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი თ

როგორც სხვა დაავადებათა დროს, ისე შიზოფრენიის შემთხვევებში შებინდებისას, ძილის წინ ან ღამე ჰალუცინაციათა მოზღვაება, დაძაბვა და სხეულოვანობა შესამჩნევად მატულობს.

შიზოფრენიის დროს ვხვდებით სმენის, ტაქტილურ, სომატო-უსიქიკურ, კან-კუნთოვან, გემოვნების და ყნოსვის ჰალუცინაციებს; მხედველობის ჰალუცინაციები გვხვდება უფრო იშვიათად.

ს მ ე ნ ი თ ი ჰ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ე ბ ი. ავადმყოფობის დასაწყისში ჩვეულებრივად მოესმებათ ხოლმე ცალკეული სიტყვები, ძახილი ან შეძახებანი. შემდეგში უკვე ესმით სიტყვები ან მთელი წინადადებები. ხმები შეიძლება ყოს ერთ ან ორ ყურზე. ლაპარაკი ესმით ერთის, ორის ან მრავალი ადამიანის, ნაცნობის ან უცნობის, ქალის, კაცის ან ბავშვის; არის შემთხვევები, როცა ხმები ესმით ჩურჩულის სახით.

ხმები მოდის ახლო ან შორეულ მანძილიდან. ერთი ჩვენი ავადმყოფი გადმოგვცემდა, რომ მას ხმა ესმის შორეულ ქალაქიდან.

ავადმყოფები ხმების რეალობაში მთლიანად დარწმუნებულნი არიან; ხოლო როგორ და რა გზით ხდება ამ ხმების მიღება ან ვინ გზავნის ხმებს, ეს საკითხები მათ სრულიად არ აინტერესებთ; კრიტიკა ხმების, ისე როგორც სხვა სახის ჰალუცინაციურ შეგარძნება-

თა მიმართ, მთლიანად მოსპობილია. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ცდილობენ ჩვენ მიერ დასმული შეკითხვა გაგვიმართონ და თავისებურად „ხსნიან ხმების მექანიზმებს“, მაგალითად: მიაწერენ რადიოტალღებს, ჰიპნოზს ან გამოურკვეველ და უჩინარ გამტარ მავთულებს, რომლებიც შესაძლოა იატაკ ქვეშ არსებობდნენ და სხვა.

მაგრამ ეს „ახსნა“ და „განმარტება“ მეტად მარტივია და მოკლებული ყოველგვარ ლოგიკურ დასაბუთებას.

ზოგჯერ პალუცინაციური ხმების ლოკალიზაცია ხდება თვით ავადმყოფის სხეულში: ხმები მოდის შინაგან ორგანოებიდან. არის შემთხვევები ე. წ. შინაარს და მიზანმოკლებულ პალუცინაციებში. ამ დროს ავადმყოფებს ესმით ხმები, მაგრამ აზრი, მნიშვნელობა და დანიშნულება მათთვის სრულიად გაუგებარია. ასეთ შემთხვევებში იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს იყოს მხოლოდ და მხოლოდ სარეცეპტორო უბნის ლოკალური ამოქმედება, რადგანაც შეგრძნების განცდითი და შინაარსეული მხარე მოკვეთილია გონებრივ სფეროს. ხსენებული გარემოება უეჭველად მაჩვენებელია ღრმა ატაქსიის არსებობისა არა მარტო ფსიქიკის სფეროთა შორის, არამედ თვით ცალკეულ ფსიქიკურ სფეროებშიაც.

შეხება ანუ ტაქტილური გრძნობა ფილო-ონტოგენეზურად ყველაზე ძველი რეცეფციული ფუნქციაა, რომლის დროსაც შესაძლებელია დაზუსტებულ იქნეს ლოკალიზაცია, ძალა, ხანგრძლიობა, ინტენსიობა, გამძლეობა და თვისობრივი მხარე (ბლაგვი თუ მკრეღი საგანო, ცივი თუ თბილი და სხვა).

შიზოფრენიის დროს ხსენებული გრძნობის გაუქვლმართებას (ტაქტილური პალუცინაციები) აქვს დიდი კლინიკური ინტერესი.

ავადმყოფები გრძნობენ, რომ მათ სჩხვლეტენ სადგისებით, ნემსებით; მაგრამ ყველაზე ხშირად ისინი უჩივიან ელიქტრონულ დენს, რომელიც მთლიანად უვლის სხეულის ყოველ ნაწილში, ხოლო ხანდისხან იძლევა ელდენის ძლიერ დარჩყმას.

ტაქტილურ შეგრძნებებს მოსდივს საშინელი და აუტანელი განცდები. შეხებითი ანუ ორგანიზმის საერთო სახის პალუცინაციები არა იშვიათად აღიქვებიან ლორწოიან გარსებიდანაც. ამ მხრივ ავადმყოფები ყველაზე ცუდ შეგრძნებებს უჩივიან სასქესო ორგანოებიდან.

ორგანიზმის საერთო სახის პალუცინაციებს ეკუთვნის ე. წ. სტომატოფსიქიკური პალუცინაციები. ავადმყოფები შეიგრძნობენ ნორმალურ ადამიანისათვის სრულიად წარ-

მოუდგენელ შესაძლებლობას, მაგალითად: ფილტვებს ჰკუწავენ და გადააქვთ კუჭში, ღვიძლი მოაგლიჯეს; კუჭში ზის არსება, რომელიც მოძრაობს და ამოძრავებს თვით ავადმყოფს; ტვინი გადაბრუნებულია, შიგ მოძრაობს მრგვალი სხეული, რომელიც ეფამდე მიდის, მერე იქიდან ეშვება გულში და სხვა. განსაკუთრებულ სახეს ლებულობს სქესობრივი შეგარძნებები.

ცხადი წარმოსადგენია, რომ სომატოფისიკიური შეგარძნებები შესაძლებელია გახდეს წყარო ავადმყოფთა უსაშინელესი განცდებისა და ბოღვითი წარმოდგენებისა.

შიზოფრენიის დროს, როგორც დამოუკიდებელი სახე, შეიძლება გამოყოფილი იყოს ე. წ. კუნთთა მგრძობელობის ანუ კან-კუნთოვანი ანუ კინესთეზურ და პალუცინაციები. ავადმყოფები შეიგარძნობენ ორგანოთა სპონტანურ მოძრაობას, მაგალითად ენის კუნთოვან მოძრაობას, რასაც მოსდევს მეტყველებითი გამოვლინებანი.

როგორც აღვნიშნეთ გემოვნების და ყნოსვის პალუცინაციები გვხვდება ხშირად; უფრო აქვთ უსიამოვნო ხასიათი და შესაძლებელია მრავალგვარად იყოს გამოსახული. როგორც წესი ეს ორი სახის პალუცინაციები პარალელურად ერთმეორეს სდევს. ავადმყოფებს აქვთ სუნი და გემო შარდისა, განაჟლისა, მძორე ზორცისა, შხამისა და სხვა.

პალუცინაციათა გაცხოველება ბევრ შემთხვევებში დამოკიდებულია ავადმყოფის პიროვნულ დაყენებაზე; მათ შეუძლიანთ ხელი შეუწყონ. პალუცინაციათა გაინტენსივება-შემცირებას.

როგორც წესი, პალუცინაციები დიდ ზეგავლენას ახდენს პიროვნებაზე და მათგან განთავისუფლება ავადმყოფებს არანაირად არ ძალუძთ; მაგრამ შეიძლება შევხვდეთ ქრონიკულ შემთხვევებს, როდესაც პალუცინაციები თითქოს შემოიგარსებიან და ჩამოკვეთილნი არიან ავადმყოფის მთლიან პიროვნებისაგან.

შიზოფრენიის დროს არაიშვიათად ვხვდებით ფსევდო-პალუცინაციებს, რომლებიც კლინიკურად გამოვლინდებიან აზრთა აქტების ახუ ხმოვანი აზროვნების სახით.

ავადმყოფებს ესმით თავისივე აზრები, მაგრამ უკანასკნელი აგრეთვე მისაწვდომი ხდება გარეშე მყოფ პირთათვისაც.

საინტერესოა ყურადღება მიექცეს იმ გარემოებას, რომ არამარტო ესმით ავადმყოფის ახმაურებული აზრები და წარმოდგენები, არამედ გარემო სიტუაცია მოქმედებს და სურვილისამებრ ახმაურებს შიზოფრენიკის აზრებს.

ხსენებული ზეგავლენა ავადმყოფთა წარმოდგენით შეიძლება მიხსნას ბუნებრივი ფაქტორებით ან შეიძლება შეადგინოს ავადმყოფზე წარმოებული მეცნიერული ექსპერიმენტისა.

### ვ. ბოლღეთი იღებო შიზოფრენიის დროს

შიზოფრენიის კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ბოლღეთი იღებო ანუ აზრებო. იმისდა მიხედვით თუ ავადმყოფობის რომელ სტადიასთან გვაქვს საქმე, იცვლება ბოლღეთა შინაარსი და დაძაბვა.

შიზოფრენიის დასაწყისში უფრო ვხვდებით ბოლღეთი და ყ ე ნ ე ბ ა ს თ უ გ ა ნ წ ყ ბ ა ს, ვიდრე ჩამოკვეთილ ბოლღეთი პროდუქციებს. ამ დროს ავადმყოფები იმყოფებიან თუმცა გაურკვეველ, მაგრამ უსაშინელესი კატასტროფის მოლოდინში. ისინი გაფანტულნი არიან, იმყოფებიან მწვავე შეგრძნებათა შთაბეჭდილების ქვეშ, ყოყმანობენ, ეჭვით უცქერიან გარემოს, მაგრამ ჯერ კიდევ ვერ აყალიბებენ ბოლღებს.

სულ სხვა სურათია ავადმყოფობის განვითარებისას: აქ ბოლღეთი აზრები ჩამოკვეთილია და ხანდისხან სისტემური პროდუქციების სახე აქვს.

შიზოფრენიის მოგვიანებულ ფორმებში პიროვნების საერთო გაღარიბებასთან და გონებრივი სფეროს დაქვეითებასთან ერთად ბოლღეთი აზრები მკრთალდება და ბოლოს სულ ისპობა. ატაქსიურ და ემოციურად განურჩეველ კუუსუსტ შიზოფრენიკს არ შესწევს ძალა ბოლღეთი განვითარებისათვის.

შიზოფრენიის დროს ძირითადში ჩვენ ვხვდებით ორგვარ კატეგორიის ბოლღეთი იღებებს.

ერთ შემთხვევაში ბოლღების მიზეზია ატაქსიური, შიზოფრენიულად გაფხვიერებული ფსიქიკური აპარატი.

მეორე შემთხვევაში შეიძლება ბოლღებს საფუძვლად დაედოს პალუცინაციები და სხვადასხვაგვარი სომატიური შეგრძნებანი.

პირველგვარ ანუ პირველად შიზოფრენიულ ბოლღებს შეადგენს დ ე ვ ნ ი ს, მ ო წ ა მ ვ ლ ი ს, დ ა მ ო კ ი დ ე ბ უ ლ ე ბ ი ს ანუ ზეგავლენის და ახანა-განმარტების ანუ ინტერპრეტაციის ბოლღები.

მეორე გვარ ანუ მეორად ბოლღებს ეკუთვნის პ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი უ რ ი, კ ი მ ო ქ ო ნ დ რ ი უ ლ ი და ე. წ. კ ა თ ე ს თ ე ზ ი უ რ ი ბ ო ლ ღ ე ბ ი.

#### 4. შიზოფრენიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

შიზოფრენიის დროს ყურადსაღებია, როგორც ანიმალური ნერვული სისტემის, ისე ენდოკრინულ-ვეგეტაციური აპარატის პათოლოგია. განსაკუთრებულად საინტერესოა ნივთიერებათა ცვლის აშლა და შინაგან ორგანოთა სისტემების დაზიანება.

ვეგეტაციური ნერვული სისტემის პათოლოგიის განხილვისას აღსანიშნავია ვაგოტონიის და ამფოტონიის მოვლენები და აგრეთვე ვეგეტაციურ მექანიზმთა აუტორეგულაციის დაზიანება.

ვაზომოტორული აშლილობანი, ტემპერატურის ქანაობა და სეკრეციული ფუნქციების პათოლოგია შეადგენს ვეგეტაციური რიგის სიმპტომებს.

შიზოფრენიის დროს ყოველთვის შეიძლება შევხვდეთ სხვადასხვა სახის და ინტენსიობის ვაზომოტორულ აშლილობებს; აკროციანოზი, ცივი კიბურები, გაფითრებული ან გალურჯებული სახე. შესუსტებული ან შენელებული პულსი და ბოლოს განფენილი ან ნაწილობრივი (ადგილობრივი) შეშუპებები საკმაოდ დამახასიათებელია შიზოფრენიის კლინიკური სურათისათვის.

სტუპოროზულ მდგომარეობისას ყურადღებას იპყრობს სხეულის ტემპერატურის ქანაობა. ოსიპოვს მოყავს შემთხვევები ტემპერატურის უეცარი დაცემისა (35 გრადუსამდე) ან აწევისა 40,5 გრადუსამდე. კატატონიკთა ჰიპერთერმია ცნობილია კატატონიური ცხელების სახელწოდების ქვეშ.

მწვავე სტადიუმში წონა კლებულობს, ხოლო ქრონიკულ მოგვიანებულ შემთხვევებში აღნიშნავენ წონის მკვეთრ მომატებას: ჰიპუსუსტობის განვითარებასთან ერთად ავადმყოფთა გამსუქნებას.

კუჭნაწლავთა პათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია ხშირი ყაზბობა. მწვავე სტადიუმში ქალთა რიგი ან შეცვლილია, ან სრულიად მოსპობილი. შიზოფრენიის დროს შესაძლებელია შევხვდეთ ტროფიკულ აშლილობას სხვადასხვაგვარ ალოპეციის სახით.

სეკრეციულ ფუნქციითა აშლა, როგორც მაგალითად გაქონილი სახე, გადაჭარბებული ნერწყვის დენა ან ოფლიანობა უარყოფითი პროგნოზის მაჩვენებელია.

ძირითადი ცვლა დაწეულია განსაკუთრებულად კატატონიურ სტუპორის შემთხვევებში; აქ პირველ რიგში დასახელებული უნდა იყოს აზოტის ცვლა.

სისხლის მორფოლოგიური შემადგენლობის შესწავლას უფრო აქვს ზოგადი პათოლოგიური მნიშვნელობა, ვიდრე დიაგნოზური.

ჰემოგლობინის რაოდენობა ჩვეულებრივად ნორმის ფარგ-  
ლებშია; ერიტროციტთა რიცხვი ოდნავ მომატებულია. ლეიკო-  
ციტარული ფორმულის მხრივ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს  
ორგვარ მდგომარეობას: ან ნეიტროფილთა რიცხვი მომატებულია  
და ლიმფოციტ-ბაზოფილური ელემენტები დაკლებული, ან პი-  
რიქით, ნეიტროფილთა შემცირებასთან ერთად გაზრდილია ლიმ-  
ფოციტ-ბაზოფილთა პროცენტი. სისხლის პირველგვარი სურათი  
უფრო დამახასიათებელია შიზოფრენიის მწვავე სტადიუმისათვის.

ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ შიზოფრენიის დროს  
ვერ ვპოულობთ ცენტრალური ნერვული სისტემის შესამჩნევო  
ორგანული დაზიანების ნიშნებს. კვლევა-ძიება ამ მხრივ უფრო  
უნდა იყოს მიმართული მიკრო-სიმპტომატიკის დადგენის მიზნით.

ანიზოკორია, მიოზი ან მიდრიაზისი გარდამავალია და უფრო  
გვხვდება კატატონიურ სტუპორის შემთხვევებში. სხვადასხვა ემო-  
ციურ რეაქციაზე გუგები უპასუხებენ მოდუნებულად ე. ი. ფარ-  
თოვდებიან ზანტად. ხსენებული ნიშანი ე. ი. ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი  
რ ე ფ ლ ე ქ ს ე ბ ა ს უ ქ ო ნ ლ ო ბ ა გვხვდება შიზოფრენიის  
დაახლოებით 60% და არ შეიძლება მივიღოთ დაავადების სპე-  
ციფიკურ სიმპტომად.

ზოგიერთ შემთხვევებში შესაძლებელია იყოს ეპილეფსიის ან  
ისტერიის მაგვარი გულყრები ან ვაგოკრიზული გულის წასვლები.  
ზოგჯერ შესაძლებელია მივიღოთ ტვინის მწვავე შეშუპების მოვ-  
ლენები; უკანასკნელი დამახასიათებელია ე. წ. ავთვისებიანი ანუ  
სასიკვდილო კატატონიურ ფორმებისათვის.

ცენტრალური ნერვული სისტემის მოტორულ პათოლოგიიდან  
უნდა აღინიშნოს შემდეგი სიმპტომები: ტიკის მაგვარი მოძრაობა-  
ნი, საერთო კანკალი და მანერიანი მოქმედებანი.

მოტორული აშლილობები ძირითადად ექსტრაპირამიდული ბუ-  
ნებისაა და ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის კატატონიურ ფორ-  
მებში. ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის განხილვისას განსაკუთრე-  
ბული ყურადღების ღირსია ელექტროენცეფალოგრაფიული მონა-  
ცემები, რომლებიც სულ უახლოესი დროის მონაპოვარს შეადგენს  
და მოითხოვს ნატიფ და ზუსტ აპარატურას.

შიზოფრენიის დროს ქერქული აპარატის ელექტრული აქტილ-  
ბა დაკნინებულია და ამასთანავე ერთად აღინიშნება დ ი ს კ ო რ-  
დ ი ნ ა ც ი ა მარჯვენა და მარცხენა ჰემისფეროების ბიოელექ-  
ტროდენტა ურთიერთ დამოკიდებულებაში.

## ნ. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

შიზოფრენია ყველაზე გავრცელებული ავადმყოფობაა ფსიქიკურ დაავადებათა შორის. მის სწორ, დროულ გამოცნობას და შეძლებისდაგვარად მისი ზუსტი პროგნოზის რადგენას აქვს დიდი პრაქტიკული ინტერესი, რათა დროზე დაეხმაროთ ავადმყოფს და ჩაუტაროთ ჭიროვანი მკურნალობა. უნდა ითქვას, რომ შიზოფრენიის დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები მეტად რთულია; აქ გვაქვს მთელი რიგი დაბრკოლებები როგორც მაგალთად: შიზოფრენიის სიმპტომები ზოგჯერ შეიძლება შეგვხვდეს სხვა დაავადებათა დროს და პირიქით, სხვა ავადმყოფობათაათვის დამახასიათებელი ნიშნები შეიძლება გამოჩნდეს შიზოფრენიის ფენომენოლოგიაში. შეცდომის ასაცდენად საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე და დაკვირვება. როგორც უკვე იყო აღნიშნული, შიზოფრენიის დროს გვაქვს ტიპური ნიშნები, სახელდობრ: ფსიქიკურ ფუნქციათა ატაქსია, თავისებური კვლავსტობა, შიზოფანია, აზროვნების გაფხვიერება, აუტიზმი, მუტიზმი, ნეგატივიზმი, ბოდვები და ჰალუსინაციები. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ დასახელებული ყოველი ნიშანი უნდა იყოს განხილული კლინიკური სურათის მთლიანობაში; საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფობის კლინიკურ სურათს ჰქმნის არა ცალკეული ნიშნები, არამედ მათი კომპლექსი; აქვე უნდა იყოს მხედველობაში მიღებული პრემორბიდული პიროვნების ქარაქტეროლოგიური თავისებურებანი.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ჩვენ მოგვიხდება მთელი რიგი ფუნქციურ, ორგანულ და ფსიქოგენურ დაავადებებთან. შიზოფრენიის დროს შესაძლებელია გვეჩონდეს მანიაკალური (აგზნების) ან დეპრესიული (გაყუჩების) სინდრომი; ან კიდევ შესაძლებელია თვით ავადმყოფობას ჰქონდეს ინტერმისიულ შერტევათა ხასიათი. საჭიროა ასეთ შემთხვევებში დიფერენციული დიაგნოზი პირველ რიგში გატარდეს მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზთან ანუ ციკლოფრენიასთან.

შიზოფრენიკთა მანიაკალური მდგომარეობა შინაარსით მკვეთრად განსხვავდება სუფთა მანიაკალური ანუ ციკლოფრენიული ბუნების მანიაკალურ სინდრომიდან.

შიზოფრენიული აგზნება ატაქსიურია, არა ჰარმონიული, მოკლებულია შინაგან მთლიანობას, გარემომყოფთათვის სრულიად გაუგებარია და ამიტომ მოკლებულია ყოველგვარ შეგულისხმებას: ასინტონიურია. ამ დროს აგზნების მიზეზი თუ მიზეზები

ენდოგენურ-იმპულსიური ბუნებისაა; ავადმყოფებთან ემოცურის კონტაქტი შეუძლებელია; ავადმყოფთა დაყვავება და დამშვიდება ვერ ხერხდება.

სუფთა მანიაკალური აგზნება პირიქით რეაქტიულ ბუნებისაა, ჰარმონიული და სინტონური.

შიზოფრენიის დროს უფრო ხშირად გვაქვს ინტელექტური ან მოტორული სფეროების (ფუნქციების) აგზნება. ასეთ შემთხვევებში გონებრივი აგზნება ძირითადადში წარმოდგენილია მეტყველებითი აგზნებით, ხოლო თვით—პროდუქციები შიზოფრენიულია და ასოციაციურად გაფხვიერებული.

მანიაკალურ ავადმყოფთა მეტყველებითი აგზნება, რაც გინდა იგი აბნეული და მოუწესრიგებელი იყოს, არასდროს არ აღწევს შიზოფრენიურ მდგომარეობას და ყოველთვის შეიძლება მასში შინაარსიანი კავშირების დადგენა.

შიზოფრენიულ, მოტორულ აგზნებისას საქმე გვაქვს კატატონური ბუნების ცალკეულ მოძრაობებთან; მანიაკალური მდგომარეობის დროს პირიქით, არის მაყურებელისათვის გასაგები მოქმედებები და ქცევები.

შიზოფრენიკთა დეპრესიები აგრეთვე პრინციპულად განსხვავდება სუფთა ანუ ციკლოფრენიულ დეპრესიებიდან. უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიული დეპრესია ყ ა ლ ბ ი ა; ამ დროს ავადმყოფები სრულიად განურჩევლნი არიან, ან კატატონიურად გაყუჩებულნი. მათ არა აქვთ შინაგანი განცდები და რაიმე ცხოველი სურვილები. როგორც ვხედავთ შიზოფრენიის დროს საქმე გვაქვს გუნებ-განწყობის დაწვეასთან ანუ ბოღმა-მწუხარებასთან კი არა, არამედ განურჩევლობასთან. აუტიზმთან, მუტიზმთან და ნეგატივიზმთან. სწორედ ამიტომ შიზოფრენიკთა დეპრესია ყალბია და უნდა აღინიშნოს ბრჭყალებში.

იმ დროს როდესაც შედარებით ადვილად შეიძლება განვასხვაოთ შიზოფრენიული აგზნების თუ დეპრესიის სინდრომები ციკლოფრენიის მსგავს მდგომარეობიდან, გაცილებით უფრო ძნელია ინტერმისიული ანუ ცირკულარული შიზოფრენიის დადგენა. ხსენებულ შემთხვევებში ჩვენ შეგვიძლია ვიხილმძოვანლოთ ორი ძირითადი მოსაზრებით. რაც გინდა კეთილთვისებაანი არ იყოს შიზოფრენიული შარტევა, იგი ყოველთვის პიროვნებაზე გარკვეულ დალს სტრუქტურას, მას გარკვეულად აინვალიდებს. გარდა ამისა მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ავადმყოფის პრემორბიული ქარაქტეროლოგიური თვისებები.



შიზოფრენიის დიფერენციაცია პ ა რ ა ნ ო ი ა ს ჩამოკვეთილ ფორმებიდან შედარებით ადვილი საქმეა. უნდა გვახსოვდეს, რომ პარანოიას შემთხვევებში აფექტიური სფერო სრულიად შენახულია, პიროვნებას არანაირი გახლეჩილობის ნიშნები არა აქვს და საკმაოდ მოწესრიგებულია. უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ პარანოიას დროს ადგილი არა აქვს პალუცინაციებს და ქუქასუსტობას, ხოლო ბოდვები შვეთრი სისტემური ხასიათისაა.

შედარებით ადვილია შიზოფრენიის დიფერენციაცია ოლიგოფრენიული ჯგუფის დაავადებებიდან. როგორც ვიცით, შიზოფრენიული ქუქასუსტობა ატაქსიურია, სტრუქტურულად მანკიერი, თუმცა ცალკეული გონებრივი უუნქციები შესაძლოა უფრო მალაილგეს, ვიდრე უმაღლესი ფორმის, განვითარებული ოლიგოფრენიკის გონებრივი შესაძლებლობანი.

ოლიგოფრენიის დროს პიროვნების დაქვეითება აიხსნება ინტელექტის ფორმალური უკმარობით, განუვითარებლობით და არა ფსიქიკური ატაქსიით.

ე პ ი დ ე მ ი უ რ ი ე ნ ც ე ფ ა ლ ი ტ ი არაიშვიათად იძლევა მოტორული სფეროს პათოლოგიას, რომელიც თავისი ფენომენოლოგიური გამოვლინებით მოგვაგონებს კატატონიურ სტუპორს.

ეპიდემიური ენცეფალიტის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები დაკავშირებულია ქერქ-ქვეშა, ექსტრაპირამიდულ ძვრებთან; პირიქით, შიზოფრენიის დროს მთავარი ადგილი უკავია ქერქულ კომპონენტს. ეს ორი გარემოება უნდა იყოს მხედველობაში მიღებული ხსენებული ორი დაავადების კლინიკურ განსაზოარისას.

ენცეფალიტის დროს საქმე გვაქვს მოტორულ შებოქვასთან, შიზოფრენიის დროს—ნეგატივიზმთან. ენცეფალიტურ კატალექსიას თუ აკინეზიას თან სდრვს კუნთთა რეგიდობის გაძლიერება; შიზოფრენიის დროს უკანასკნელს ადგილი არა აქვს. შიზოფრენიკის ფსიქიკური აპარატისათვის დამახასიათებელია ატაქსია და შეჩერებები, ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს გვხვდება ბ რ ა დ ი ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი მოვლენები.

მნიშვნელოვანია ყურადღების თავისებური გაელენა მოტორულ სფეროზე. შიზოფრენიის დროს ყურადღების მოკრეფა და გაერთიერტილიანება კუნთთა ტონუსს აძლიერებს, ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს პირუკუ მოვლენას აქვს ადგილი.

დიფერენციულ დიაგნოზში დაგვეხმარება აგრეთვე ეპიდემიური ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი ანამნეზი (გაძლიერებული ძილიანობა, სრული უძილობა და ძილის ფაზური გაუკუღმარ-

თება) და ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია, პირველ რიგში თვალის სიმპტომები.

ტვინის ათაშანგის დროს, ხოლო პრაგრესული პარალიზის მალარიოთერაპიის შედეგად შეიძლება მივიღოთ პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომი, რომელიც კლინიკურად მოგვაგონებს შიზოფრენიას. აქ გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის ჰუმორალურ სინდრომს და ნევროლოგიურ სიმპტომატოლოგიას.

ამასთანავე ერთად გადაჭრიო უნდა გვახსოვდეს, რომ ლუესური ბუნების მქონე პალუცინაციურ პარანოიდული სინდრომისას არ არსებობს სულიერი სფეროს გახლეჩილობის ნიშნები, აუტიზმი და ემოციური განუჩეგლობა.

საკმაოდ ძნელია ეპილეფსიური პარანოიდის და შიზოფრენიის შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება.

ლიტერატურაში არსებობს აზრი შიზოფრენიის და ეპილეფსიის შორის ბიოლოგიური შეუთავსებლობის და ანტაგონიზმის არსებობის შესახებ. მიუხედავად ამისა გენურნური ეპილეფსიის დროს შესაძლებელია განვითარდეს დევენის და ზეგავლენის ბოღვითი აზრები, რომლებიც კლინიკურად ძლიერ მოგვაგონებს შიზოფრენიულ პარანოიდს. აქ ჩვენ მოგვიხდება მიემართოთ ანამნეზს და ავადმყოფის პრემორბიდს. ამასთანავე ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმების დროს არსებული ეპილეფსიური გულყრები წარმოადგენს ავადმყოფობის მხოლოდ ეპიზოდს, ხოლო ეპილეფსიური ბოღვები არ არის მოკლებული ემოციურ სიმხურვალს. გარდა ამისა პიროვნების შიზოფრენიული დეგრადაცია მკვეთრად განსხვავდება ეპილეფსიური დეგრადაციისაგან. პირველს საფუძვლად უძევს სტრუქტურული ჰქუასუსტობა. ხოლო მეორეს—ეპილეფსიური, ე. ი. აპერცეფციული ჰქუასუსტობა.

საკმაოდ რთულია შიზოფრენიის ნამდვილი ანუ ჰქუშმარიტი ანუ ბირთოვანი ფორმების განსხვავება შიზოფრენიის მაგვარ სიმპტომატიურ მდომარეობებიდან.

როგორც ცნობილია, ორგანიზმის ქიმიური ნივთიერებებით მოწამვლები, სომატიური დაავადებანი და ქალას ტრავმაბი იძლევა შიზოფრენიის მაგვარ სულიერ აშლილობას ე. წ. სიმპტომურ ანუ ეკზოგენურ შიზოფრენიას. უკანასკნელი ფსიქოზები ეკუთვნის ეკზოგენურ ოსიქოზთა რიგს.

მაშასადამე, ჩვენ მოგვიხდება ნამდვილი და სიმპტომური შიზოფრენიის შორის კლინიკურ-დიაგნოზური ზღვარის გავლება. გარდა ანამნეზისა და სომატოდიავგნოზურ ნიშანთა, რომელიც შე-

საძლებელია გამოვიყენოთ დასმული საკითხის გადაწყვეტაში ჩვენ დაგვეხმარება მთავარი, ასე ვსთქვათ პათოგნომონური ბუნების სიმპტომი, სახელდობრ ცნობიერების მდგომარეობა. შიზოფრენიის შემთხვევებში შესაძლებელია იყოს ცნობიერების გაოგნება, როდესაც ავადმყოფები გაფანტულნი არიან და მათ ვერ მოუკრეფიათ საკუთარი ფსიქიკური შესაძლებლობანი, ხოლო სიმპტომურ, ეკზოგენურ მდგომარეობისას ვხვდებით ცნობიერების გაბრუნებას ან პირველადი პათოლოგიის უფრო ღრმა სახის გამოვლინებებს (დელირიუმი, ამენცია და სხვა).

ინვოლუციური თუ პრესენილური დეპრესიები და პარანოიდული მდგომარეობანი ადვილი გამოსარიცხია: ამ დროს პიროვნების ბირთვი ძირითადში შენახულია; ავადმყოფებს შერჩენილი აქვთ აგრეთვე ემოციური რეაქციები და ცხოველი ინტერესები. შიზოფრენიის დროს ავადმყოფები განურჩევლნი და უცნაურნი არიან.

ალკოჰოლური ჰალუცინაციური - პარანოიდული მდგომარეობანი პრინციპულად განსხვავდება შიზოფრენიიდან. ალკოჰოლურ ჰალუცინაციებს აქვს ეკზოგენური ელფერი და ავადმყოფისათვის შეადგენს „თავისებურ გარეგან სამყაროს“, ასევე შეიძლება ითქვას ბოდვებზე. შიზოფრენიის დროს, პირიქით, ჰალუცინაციები თუ ბოდვები უშუალოდ დაკავშირებულია პიროვნების ბირთვთან, მის ძირითად ტენდენციებთან, გარდა ამისა ალკოჰოლური დეგრადაციის ტიპი ძირეულად განსხვავდება შიზოფრენიული ბუნების მქონე პიროვნების დაქვეითებიდან.

შიზოფრენიის კლინიკის განხილვისას საჭიროა გამოირიცხოს ფსიქოგენური ფსიქოზები, რეაქტიული განვითარებანი და კონსტიტუციური მდგომარეობანი.

ფსიქოგენური ბუნების მქონე რეაქტიული პარანოიდი ფენომენოლოგიურად შეიძლება ძლიერ ახლო იდგეს შიზოფრენიულ მაგვარ ბოდვებთან, მაგალითად: იგივე დევნის, ზეგავლენის თუ განადგურების ბოდვითი პროდუქციები.

ანამნეზის შესწავლა, პიროვნების პრემობილის დაზუსტება და კლინიკური მასალის სტრუქტურული ფსიქოლოგიური ანალიზი მოგვცემს შესაძლებლობას გავერკვიოთ საქმის ნამდვილ ვითარებაში. ამასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ რეაქტიული პარანოიას შემთხვევაში პიროვნების ძირითადი ბირთვი შენახულია, დაცულია აგრეთვე ემოციური მხარე და მოკლებულია ფსიქიკური ატაქსიის ყოველგვარ ნიშნებს.

უკანასკნელი მოსაზრებებით უნდა ვისარგებლოთ აგრეთვე ფსიქოპათიების და ფსიქონევროზების (შიზოიდური ფსიქოპათიე-

ბი, ფსიქიასთენიკთა, ანუ ანანკასტთა აკვიატებული აზრები დ მ სხვა) გამორიცხვისას.

უფრო ძნელია შიზოფრენიის გამიჯვნა ისტერიული ფსიქოზების ზოგიერთ ფორმებიდან, როდესაც ავადმყოფებს აქვთ ისტერიული ბუნების თეატრალობა, მანერიანობა, პალუცინაციები და ენინიანობა-ნეგატივიზმი. მით უმეტეს, არის შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენია იწყება ისტერიული დებიუტით. აქ უნდა მივზართოთ უკვე ზემოთაღნიშნულ ხერხს, სახელდობრ: ანამნეზს, პრემორბიდის ფსიქო-ფიზიკურ თავისებურებებს და სტრუქტურულ ანალიზს. ისტერიის დროს პიროვნება შენახულია, მოკლებულია ფსიქიკური ატაქსიის ყოველგვარ ნიშნებს, ხოლო ფსიქოზის კლინიკური სურათი გაშლილია კომპლექსურ განცდებზე და პირადლებულია ფსიქიკური ტრავმით.

**8. შიზოფრენიის პათოგენეზის ზოგიერთი საკითხები**

შიზოფრენიის ეტიოლოგიის და უშუალო პათოგენეზის საკითხები ჭერ კიდევ ღიაა და მოითხოვს სათანადო გაშუქებას.

ერთი ცხადია, რომ შიზოფრენია წარმოადგენს პიროვნების მთლიანი ფსიქო-ფიზიკური აპარატის დაავადებას. ამ დროს პათოლოგოლოგიური და პათო-დინამიკური ძვრები აღანიშნება მთელ ორგანიზმში. ავადმყოფურ პროცესში ჩართულია სისხლძარღვოვანი, ენდოკრინულ-ვეგეტაციური და კუჭნაწლავის სისტემები.

საკირთა გვანსოვდეს, რომ ინდივიდუუმის სომატიური აპარატის მთლიან დაზიანებაში წამყვანი ადგილი უკავია მის ცენტრალურ-ნერვულ სისტემას, ამიტომ შიზოფრენია ძირითადში წარმოადგენს ცერებრულ დაავადებას.

უკანასკნელი გარეშობით ე. ი. ცერებრული მექანიზმებით მთლიანად პირადლებულია შიზოფრენიის ფიზიკური და ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია. თავის ტვინის ქერქული და ქერქქვეშა აპარატის დაზიანებას მეორადად მოსდევს პათობიოლოგიური ძვრები, სახელდობრ: ვეგეტაციურ-ტროფიკული, ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის ფუნქციის თვისობრივი გაუქუღმართება.

როგორც ვთქვით, პათო-ცერებრული ძვრებით შეიძლება განისაზღვროს ფსიქოპათოლოგიური და ზოგადი სომატო-ბიოლოგიური მოვლენები. აქედან ცხადია, რომ შიზოფრენიის პათოგენეზის საკითხები განხილული უნდა იყოს ცერებრული პათოლოგიის თვალსაზრისით.

ცერებრულ პოზიციებს ადასტურებს თანამედროვე მასალა, რომლებიც მოგვეპოვება შიზოფრენიის თეორიიდან და პრაქტიკიდან.

აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის პრაქტიკა (ხანგრძლივი ძილი, ინსულინოთერაპია და კრუნჩხვითი თერაპია) გადაკრით ძიგვითითებს იმაზე, რომ შიზოფრენიის პათოგენეზი უნდა ვეძიოთ ცერებროპათოლოგიაში და თვით თერაპიული ეფექტიც უეჭველად ცერებრულია.

შეხედულება იმის შესახებ, თითქოს შიზოფრენია წარმოადგენდეს ცერებრული მექანიზმების გარშე მდგომ პირვლად ენდოკრინოპათიას, ან განფენილ სომატო-ბიოლოგიურ დაავადებას, ამჟამად სრულიად მოხსნილია.

პ ა ვ ლ ო ვ შ ა და მისმა მოწაფეებმა დაამტკიცეს, რომ შიზოფრენიის დროს ავადმყოფის დიდი ტენიის ქერქული აპარატი იმყოფება გარკვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობაში. მათ გვიჩვენეს, რომ თავის ტენიის ნივთიერება და პირველ რიგში ქერქული უჯრედები ინტოქსიკაციის შედეგად განიცდის პათოლოგიურ გაღიზიანებას, ე. ი. ავადმყოფურ გადაქანცვა-დაღლილობას.

თანახმად პ ა ვ ლ ო ვ ი ს ა პათოლოგიურ გაღიზიანებიდან გამოსვლის მიზნით ქერქულ სისტემაში ვითარდება თ ა ვ დ ა ც ვ ი თ ი გ ა ნ ფ ე ნ ი ლ ი შ ე კ ა ვ ე ბ ა.

პათოლოგიური პროცესის სიმძიმის და განფენილობის მიხედვით შესაძლოა თავდაცვითი შეკავება დაეშვას ქერქულ აპარატიდან და მოეფინოს ქერქვეშა კვანძების ზოგიერთ უბნებს.

მოდღერება ქერქული თავდაცვითი შეკავების შესახებ წარმოადგენს პათოფიზიოლოგიური წინამძღვრების ძირითად პრინციპს, რომლებითაც შეიძლება გავიგოთ შიზოფრენიის მთლიანი კლინიკური სურათის, მისი პათოფსიქოლოგიის ნეიროდინამიკული არსი.

ვიმეორებთ, პ ა ვ ლ ო ვ ი ს კონცეფციის თანახმად შიზოფრენია ცერებრული დაავადებაა, რომლის დროსაც ქერქული ელემენტები იმყოფება ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში.

მეორე გარემოება, რომელიც ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული შიზოფრენიის პათოგენეზის განხილვისას არის ის, რომ ცერებრულ ინტოქსიკაციის ცხება უეჭველად გულისხმობს ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკურ ძვრებს.

ინტოქსიკაციის ინტენსივობის, ძალის, სიღრმის და სიმწვავის მიხედვით ქერქულ ელემენტთა ორგანიული ძვრები შესაძლებელია იყოს შედარებით კეთილთვისებიანი, რ ე ვ ე რ ზ ი ბ ი ლ უ რ ი ხასიათისა; მაგრამ აღნიშნული ორგანული დაზიანება აგრეთვე შესაძლებელია იყოს ესოდენ ძლიერი და ღრმა, რომ ქერქული უჯ-

რედები მოექცნენ მძიმე მდგომარეობაში და განიცადონ ტლანქი, ავთვისებიანი ხასიათის არა რევერზიბილური ძვრები.

მეორე შემთხვევაში საქმე გვექნება ნერვული ქსოვილის დესტრუქციასთან.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ზერელე რევერზიბილური ბუნების მქონე დაზიანებიდან ტლანქორგანულ დესტრუქციამდე არსებობს გრძელი დიაპაზონი, რომელიც საფუძვლად უდევს ავადმყოფური პროცესის აგრეთვე გრძელ კლინიკურ სურათს: დაწყებული შეუმჩნეველ უცნაურობებიდან (ფსიქიკური ატაქსია) და გათავებული შიზოფრენიული ტიპის პიროვნების ღრმა დეგრადაციით.

მართლაც, შეუძლებელი იქნებოდა, რომ გამოსავალ მდგომარეობისას ღრმა შიზოფრენიულ კეუსუსტობას საფუძვლად არ ჰქონდეს გარკვეული დესტრუქციული პროცესები.

ამნაირად, შიზოფრენია წარმოადგენს ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ცერებრულ დაავადებას.

შიზოფრენიის პათოგენეზის შესახებ არსებობს სხვა შეხედულებანიც, ძაგრამ მათ არა აქვთ წამყვანი მნიშვნელობა; ხოლო ზოგიერთი ამჟამად სრულიად მოხსნილად უნდა ჩაითვალოს.

შევჩერდებით ჰუმორალურ-ტოქსინურ თეორიაზე, რომლის მიხედვითაც შიზოფრენიის პათოგენეზური წყარო უნდა ვეძიოთ ენდოკრინული აპარატის პათოლოგიაში და პირველ რიგში, სასქესო ჯირკვლავის დისფუნქციაში.

როგორც ვიცით, შიზოფრენიას ვხვდებით სქესობრივი განვითარების (pubertas) ან სქესობრივი უკუგანვითარების და ზოგადი კენობის პერიოდში (involutio, climax); ორსულობამ, მშობიარობამ და ლაქტაციურმა პერიოდმა შეიძლება გამოავლინოს „ლატენტურად“ არსებული შიზოფრენია. ამას გარდა ხსენებული დაავადების დაწყებამდე თუ სრული განვითარებისას არაიშვიათად აღვილი აქვს ამენორეას, დისმენორეას, იმპოტენციოს, ხელცთუნებას და მრავალგვარ სექსუალურ პერვერსიებს. ყველა ზემოხსენებული ფაქტები და აგრეთვე ის გარემოება, რომ შიზოფრენიის დროს ხშირად ვხვდებით დისგლანდულარული და დისგენიტალური ხასიათის სომატიურ ტიპებს, გადაჭრით მიგვითითებს ჰუმორალურ-ტოქსინური თეორიის სისწორეზე.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულ მოსაზრებათა ცხოვრებამ არ გაამართლა ენდოკრინული თეორია: გამოირკვა, რომ ორგანოთერაპიი

უშედეგოა, დაავადება შეიძლება განვითარდეს სქესობრივი კრიზისების გარეშე, ხოლო კასტრაცია და სასქესო ჯირკველთა გამოვარდნა არ იძლევა შიზოფრენიის მაგვარ კლინიკურ სურათს.

არ გამართლდა აგრეთვე ჰუმორალურ ტოქსინური თეორია აღებული ნივთაერთებათა ცვლის პათოლოგიის კრილში. ცილის დაშლის შედეგად წარმოშობილი აუტოინტოქსიკაციური პროდუქტები პირველ რიგში ჰისტამინი, შეადგენს ამინოტოქსიკოზური თეორიის საფუძველს. ასევე დაზუსტებულია საკითხები შიზოფრენიული ორგანიზმის სითხეთა (ლიქვორი, სისხლის შრატის, ცრემლი, ქსოვილთა სითხე, შარდი) ზოგადი ბიოლოგიური ტოქსინურობის შესახებ.

არის ავტორები, რომლებიც შიზოფრენიის პათოგენეზს უკავშირებენ ჰემო-ენცეფალური ბარიერის ზღურბლის დაწვეას და ამასთან დაკავშირებით რეტიკულურ-ენდოთელიური სისტემის ჰიპოფუნქციას.

ზოგიერთი მკვლევარი, შიზოფრენიის პათოგენეზს უკავშირებენ ინფექციურ-ტოქსინურ ფაქტორებს, როგორც მაგალითად: ორალურ სეფსისს, ნევროტროპულ ვირუსს, ათაშანგს, ტუბერკულოზს ან კოლიბაქტერიულ ინფექციას.

დასასრულს უნდა აღვნიშნო, რომ აგრეთვე სრულიად უმართებულო გამოდგა თეორია, რომელიც შიზოფრენიას განიხილავდა, როგორც განსაზღვრულ აბორტოფიულ პერედო-დენეგაციულ პროცესს:

როგორია პათოგენეზური, უკეთ რომ ვსთქვათ პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები შიზოფრენიის კლინიკური სურათის ზოგიერთი ნიშნებისა?

ფსიქიკური ატაქსიის პათოფიზიოლოგიურ წინამძღვრებს ოსიპოვი უკავშირებს ქერქის და ქერქქვეშა უბნების შეუთანხმებელ მოქმედებას.

ქერ კიდევ 1907 წელს იმავე პათოფიზიოლოგიურ პოზიციებიდან ოსიპოვი იხილავს კატატონიის სინდრომს და. დასძენს, რომ ხსენებული სინდრომი „ფსიქოლოგიურად“ არ შეიძლება იყოს ახსნილი.

კატატონიურ მოვლენათა (სტერეოტიპია, ნეგატივიზმი, შთაგონებლობა, პოზათა შენარჩუნება) პათოგენეზურ მექანიზმებს ავტორი ეძებს ქერქული ტონუსის დაქვეითებაში და ქერქქვეშა აპარატის ფუნქციურ გამოვლინებათა გაძლიერებაში.

ემბრიონის მაგვარი პოზები ანუ ტრტანია, რომელსაც საკმარად ხშირად ვხვდებით შიზოფრენიის კლინიკურ სურათში, შედე-

გია ქერქული შემკავებელი ფუნქციის მოხსნისა და ქერქვეშა უბნების განსაკუთრებული გააქტივებისა.

პათოგენეზური და პათოფიზიოლოგიური საკითხების დაზუსტებისას ამჟამად დიდ ყურადღებას იპყრობს ელექტროენცეფალოგრაფიული მეთოდის, რომელიც ფართოდ, შეიქრა თანამედროვე ფსიქიატრიაში.

ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემების თანახმად ირკვევა, რომ ადგილი აქვს სპონტანურ აქტიობის (ელექტრული ბიოდენები) შეუთანხმებლობა—შეუტყვისებლობას ორ ჰემისფეროთა შორის. აგრეთვე თხემის მიდამოში და ზოგჯერ ზოგიერთი ქერქვეშა უბანში აღინიშნება სპონტანური აქტიობის მკვეთრი დაქვეითება.

ჩვენის აზრით ჰემისფეროთა შორის არსებული დისკოორდინაცია შეიძლება მივიღოთ როგორც ინტრაფსიქიკური ატაქსიის პათოფიზიოლოგიური საფუძველი; ხოლო თხემის მიდამოს გარკვეული დაინტერესება შესაძლებელია ჩვენ დაგვეხმაროს გნოსტიკურ გამოვლენებათა აშლის ხეიროდინამიკური საფუძვლების დადგენაში.

გაკვრით აღვნიშნავთ, რომ სპონტანური აქტიობის შესუსტება თუ დისკოორდინაცია გულისხმობს გარკვეულ პათომორფოლოგიურ ძვრებს, რომელიც შეიძლება გავრცელდეს ნერვულ უჯრედებზე, მათ მორჩებზე და სინაფსურ აპარატზე.

## 7. შიზოფრენიის პათოლოგიური ანატომია

დღეს ყველასათვის ცხადია, რომ შიზოფრენია არ არის ჩამოკვეთილი ნოზოლოგიური ცნება. იგი წარმოადგენს ავადმყოფობათა ჯგუფს, სადაც შეიძლება შევხვდეთ მთელი რიგი ფუნქციური ხასიათის მქონე მდგომარეობებს (მხედველობაში მაქვს რეაქტიული ანუ პათოლოგიური განვითარების შემთხვევები). სრულიად გასაგებია, რომ ყოველ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენს აქვს შესატყვისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური საფუძველი.

შიზოფრენია არის თუ არა ორგანული დაავადება ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით? გვხვდება თუ არა ორგანოთა სისტემებში და კერძოდ თავის ტვინში მკვეთრი ცვლილებები, რომლითაც შეიძლება და ახსნილი ყოფილიყო ავადმყოფობის კლინიკური სურათი?

ერთეულ ავტორთა გაგებით შიზოფრენიის ანატომია ე. ი. პათოლოგიური ანატომია არ არსებობს.



ესვაშთ საკითხს: არ არსებობს, თუ არ შეიძლება არსებობდეს?

არ არის საკამათო, რომ კუასუსტობისა და პიროვნების დეგრადაციის მომცემი პროცესი უეჭველად უნდა იყოს ორგანული; საჭიროა მხოლოდ ანატომიური სუბსტრატის გამოძებნილა იყოს უფრო მეტი მუყაითობით, საჭიროა მხოლოდ თანამედროვე მიკრომაკრომორფოლოგიის თეორიის და ტექნიკის მთლიანი გამოყენება.

ვერ დავეთანხმებით ზოგიერთ სკეპტიკებს, თითქოს შიზოფრენიის მიმართ პათოლოგიურ-ანატომიურმა მეთოდმა სრულიად ამოსწურა თავის შესაძლებლობანი, თითქოს კვლევა-ძიების მორფოლოგიური მეთოდი ჩიხში იყოს მოქცეული.

სრულიად მართალია ავტორთა შენიშვნა, რომ ორგანული ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში შიზოფრენიის დროს არ ატარებს სისხლძარღვოვანი პროცესის ხასიათს; ამასთანავე ერთად სრულიად მართალია ის ფაქტიც, რომ დღემდე შიზოფრენიის ანგოარქიტექტონიკა წარმოადგენს ხელუხლებელ საკითხს.

ორგანოტოპიის მხრივ შიზოფრენიას უკავშირებდნენ სულ სხვადასხვა სისტემათა დაავადებას. მაგ.: სისხლ-ძარღვოვან სისტემას (ე. წ. წვეთოვანი გული), ღვიძლს, ფილტვთა ტუბერკულოზს, შიდასეკრეციულ ჭირკვლებს, კუჭნაწლავთა აპარატს.

შემდეგმა დაკვირვებებმა დაადასტურა, რომ პირველადი და წამყვანი როლი ანატომიური ცვლილებების მხრივ ეკუთვნის ცენტრალურ ნერვულ სისტემას და ამით მთლიანად გამტკიცდა დებულება, რომ ორგანული ფსიქოზი ეს არის პირველ რიგში ტვინის ავადმყოფობა. ამასთანავე ერთად გარკვეულად უნდა გვახსოვდეს, რომ სულით ავადმყოფობა (მით უმეტეს ორგანული ფსიქოზი) არის მთლიანი ორგანიზმის დაავადება მრავალფეროვანი პათოფიზიოლოგიური და პათომორფოლოგიური ძვრებით.

ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი მოვლენა, სახელდობრ: მეზენქიმური ე. ი. რეტიკულურ-ენდოთელური სისტემის სუსტი რეაქტიული თვისებები ან სრული არეაქტიულობა. უკანასკნელ გარემოებას თავის მხრივ მოსდევს გლიოზური რეაქციის განსაკუთრებული სისუსტე.

• შიზოფრენიის ანატომიის შესწავლისას ინტერესი აქვს, როგორც მოძველებულ (მოგვიანებულ) შემთხვევებს, ე. წ. გამოსავალ მდგომარეობას, ისე ნაადრევ შემთხვევებსაც.

ქრონიკულ, მოგვიანებულ შემთხვევებში ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში აღგილი აქვს მკაფიო ორგანულ ცვლილებებს, რომლებიც მიგვითითებენ თუ რა დაიღუპა და რა გადარჩა ავადმყოფობის მწვავე პერიოდისა.

მწვავე, ნაადრევი შემთხვევები განსაკუთრებულად საინტერესოა როგორც დიაგნოსტიკის, ისე რევერზიბილობის, ე. ი. უჯრედთა აღდგენის შესაძლებლობის მხრივ.

პ ი ს ტ ო ტ ო პ ი ი ს მხრივ მწვავე და ქრონიკულ შემთხვევათა შორის პრინციპულ განსხვავებას ადგილი არა აქვს. ცვლილებები პირველ რიგში გვხვდება ფრონტალურ, პარიეტალურ ვენლებში და განსაკუთრებულად ხსენებულ ველთა I, II და III შრებში.

შიზოფრენიის გამოსავალ შემთხვევებში ადგილი აქვს განგლიოზურ უჯრედთა შემდეგ პათოლოგიას: ქერქოვან გამოვადნებს, უჯრედთა შეშუპებითი ცვლილებებს და განგლიოზურ უჯრედთა იშემიურ და ციტოლიზურ დაავადებას. ამ დროს აგრეთვე ხშირად ვხვდებით უჯრედთა ჩრდილებს.

რაც შეეხება ნაადრევ, ინიციალურ ფორმებს, იქ პათოლოგიურ ანატომიური დიაგნოსტიკა ისევე ძნელია, როგორც კლინიკური.

ერთი ცხადია, რომ ნაადრევ შემთხვევებში ადგილი აქვს განგლიოზურ უჯრედთა შემდეგ პათოლოგიას: ქერქოვან გამოვადნებს.

თავის დროზე ჩვენს მიერ გამოთქმული იყო აზრი, რომ განგლიოზურ უჯრედთა მწვავე ცვლილებებზე მიგვიბრუნებს უჯრედთა ჰიპერკარბოქრომია და ჰიპერსომატოქრომია. ვარდა ამისა ამ დროს ნ ი ს ლ ი ს მეთოდი იძლევა მორჩთა შედეგებს (ზოლიანი ფონი მიკროსკოპის ქვეშ) და ძირითადი სუბსტანციის გამოვლინებას.

ფრიად საინტერესოა საკითხი ძირითადი სუბსტანციის შესახებ, რომლის სახელწოდებაც ეკუთვნის ნ ი ს ლ ს.

ჩვენი უკანასკნელი გამოკვლევებიდან ირკვევა, რომ ნ ი ს ლ ი ს ძირითადი სუბსტანცია არ უნდა წარმოადგენდეს მხოლოდ გლიოზური ბუნების ნერვული სისტემის ჩონჩხს. მის სტრუქტურაში მონაწილეობას იღებს დენდრიტთა ბადის უნატიფესი, საბოლოო წვრილი ბოჭკოები ე. ი. ნეიროპილური ელემენტები თავისი სინაფსური აპარატით.

ხსენებული ნეიროპილური ელემენტები თანახმად ბერიტაშვილის მოძღვრებისა წარმოადგენს შეკავების ანატომიურ სუბსტრატს.

თუ ეს ასეა, მაშინ შიზოფრენიის ნაადრევ შემთხვევებში, რადესაც პირველ რიგში ადგილი აქვს ძირითადი სუბსტანციის გაღიზიანებას, კლინიკურად გამოსახული უნდა იყოს ნერვული სისტემის შეკავების ფენომენი.

უკანასკნელი მოსაზრების მართებულება სრულიად დასტურდება პ ა ვ ლ ო ვ ი ს კონცეფციით, რომ შიზოფრენიის დროს ადგილი აქვს თავდაცვითი ხასიათის ზოგადი შეკავების მოვლენებს.

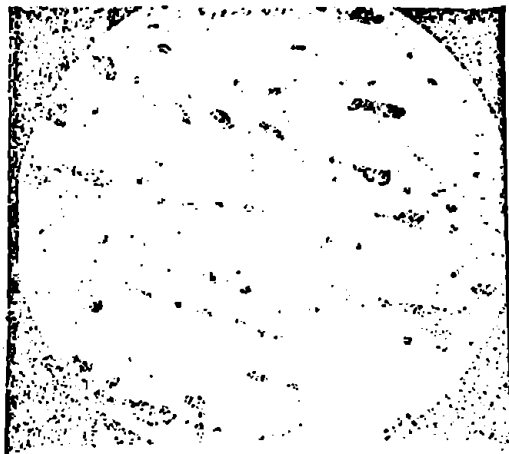
ასეთი მიდგომით მთლიანად ურთიერთს ემთხვევა მორფოლოგიური და პათოფიზიოლოგიური მონაცემები.

შიზოფრენიკთა ტვინი მაკროსკოპიულ ცვლილებებს განიცდის მხოლოდ შორს წასულ, ქრონიკულ შემთხვევებში. ამ დროს ტვინის გარსები შემღვრეულია, პარაკუქები ჯაგანიერებული, ხოლო ზოგიერთ ფორმებში ტვინი მთლიანად შეშუპებულია.

მიკროსკოპულად ნერვული ელემენტები განიცდის მკვეთრ დეგენერაციულ ცვლილებებს, როგორც მაგალითად: სკლეროზს, ცხიმოვან გადაგვარებას, ვაკუოლიზაციოს ან სრულ დაშლას.

შიზოფრენიის ინიციალურ ე. ი. მწვავე ფორმებში ქერქის პარენქიმულ ელემენტები იძვრება ისეთ მდგომარეობაში, რომელიც შეიძლება განხილული იყოს, როგორც რევერზიბილური სტადიუმში: უჯრედები განიცდის მწვავე დეგენერაციულ ძვრებს.

აღნიშნული ხასიათის დაზიანება ნათლად მოსჩანს მე-40 სურათზე. აქ საქმე გვაქვს ნადრევ (მწვავე) დეგენერაციულ ცვლილებებთან: უჯრედთა სხეული მუქად არის შეღებილი, ხოლო მორჩები მოსჩანს გრძელ მანძილზე; უკანასკნელი გარემოების შედეგად მიკროსკოპულ ფონს ეჩმხევა ერთგვარი ზოლიანობა, ამავე სურათზე ადგილი აქვს ნეირნოფაგიის მოვლენებს.



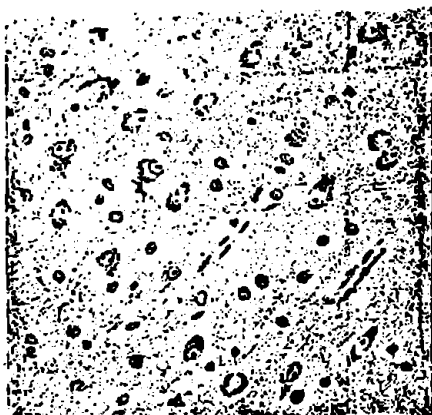
სურ 40. მიკროფოტოგრაფია. შეღებილია ნისლით. განგლიოზურ უჯრედთა მწვავე დეგენერაციული ცვლილებები. საკუთარი დაკვირვება.

პარენქიმულ უჯრედთა მწვავე დეგენერაციულ ცვლილებების დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აგრეთვე ცხიმოვან გადაგვარებას (იხ. სურათი 41).

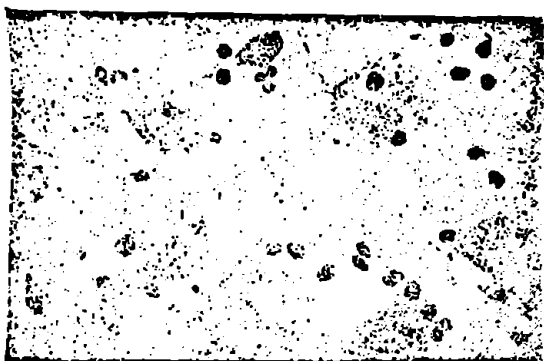
როგორც უკვე აღნიშნეთ განგლიოზურ უჯრედთა მძიმე დაზიანების სხვადასხვა სახეებს ვხვდებით შიზოფრენიის მოგვიანებულ შემთხვევებში. ყურადღების ღირსია სურათები 42 და 43, რომ-

ლებზედაც გადმოცემულია ქრონიკული ბუნების მძიმე დეგენერაციული ცვლილებები. სურათზე 42 განგლიური უჯრედები განიცდის შეშუპებას ნეირონოფაგიით, ხოლო სურათზე 43 პარენქიმული ელემენტები მკვეთრად შეკუმხნულია და განიცდის სკლეროზს.

სურ. 41. განგლიურ ელემენტებში მოსახანს ცხიმოვანი წველები. საკუთარი დაკვირვება.



აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ქრონიკული პარენქიმული ძვრები ზოგჯერ აღწევს ისეთს ხარისხს, რომ უჯრედები მთლიანად ნადგურდება—ისპობა და მათ ადგილს ვხვდებით ცარიელ კერებს.

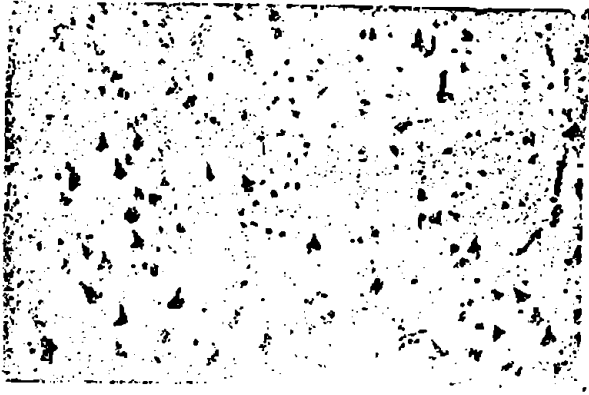


სურ. 42. პარენქიმულ ელემენტთა მკვეთრი ქრონიკული ცვლილებები; შეშუპება ნეირონოფაგიით. მოყვანილია გილიაროვსკით. შეღებილია ნისლით

ამგვარი ცარიელი ანუ გამოვარდნის კერა ნათლად არის წარმოდგენილი სურათზე 44.

პარენქიმულ ელემენტთა მწვავე თუ ქრონიკული დეგენერაციული ცვლილებები პირველ რიგში წარმოდგენილია ონტოგენურად ახალგაზრდა ქერქულ უბნებში, სახელდობრ შუბლის და თხემის ველეებში (ველები: 8, 9, 10, 11, 37, 39, 40).

განსაკუთრებულად ყურადსიღებია კიდევ ის მოვლენა, რომ ყველაზე მძიმე დეგენერაციული ცვლილებები გვხვდება ზემოხსენებულ ქერქულ არეთა შრეების გარეთა კომპლექსში, პირველ რიგში მცირე პირამიდებში (მე-III შრე).



სურ. 43. პარენქიმულ ელემენტთა მ.გ. არი ქრონიკული ცვლილებები სკლეროზის სახით. მოყვანილია გილიაროვსკით. შეღებილია ნისლით.

ქერქვეშა უბნების ნერვულ ელემენტებში და აგრეთვე ქოროიდეულ წნულში დეგენერაციულ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს.

## 8. შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმები

### ტიპური ფორმები

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, შიზოფრენიის ფენომენოლოგია იძლევა მეტად მდიდარ და მრავალფეროვან სურათს. ამასთანავე ერთად ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ კლინიკური სიმპტომატოლოგია სხვადასხვა შემთხვევებში გამოვლინდება სხვადასხვა სიცხადით. ხსენებულთან დაკავშირებით არჩევენ შიზოფრენიის შემდეგ ოთხ ტიპურ ფორმას: მარტივი შიზოფრენია (schizophrenia simplex), ჰებეფრენია (Hebephrenia), კატატონია (schizophrenia catatonica) და ბოლვიოფორმა (schizophrenia paranoides).

შიზოფრენიის მარტივი ფორმა საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ხსენებული ფორმა თავისი ავთვისიანობით და პროგნოზის სერიოზულობით არახაირად არ არის მარტივი. კლინიკურ ფსიქიატრიაში იგი ითვლება თითქოს მარტივად მხოლოდ მიმდინარეობის გამო, ვინაიდან იწყება შეპარვით, თანდათანობით და გარშემომყოფთათვის—მახლობელთათვის შეუმჩნევლად.

როგორც ვსთქვით, პროგნოზი ამ დროს ფრიად სერიოზულია.

მკვეთრი ინტრაფსიქიკური ატაქსია პათოლოგიური უცნაურობების სახით, გრძნობათა სფეროს გაცივება, მკვეთრი განურჩევლობა და აზროვნების გაფხვიერება წარმოადგენს დამახასიათებელ მომენტებს შიზოფრენიის მარტივი ფორმისათვის.

ავადმყოფობა ჩვეულებრივად იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, იგი პიროვნებას თანდათანობით არღვევს და სოციალურად აინვალიდებს.

ოდესღაც ნიჭიერი, აქტიური, ინტერესის მქონე და სიცოცხლით სავსე ახალგაზრდა თანდათანობით იცვლება, ჰკარგავს ხალისს გარემოსადმი და შრომისადმი; ამასთანავე ერთად მახლობლები-სადმი ხდება ემოციურად ცივი და განურჩეველი.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის დასაწყისი შეიძლება გამოვლინდეს სრულიად მოულოდნელი და გაურკვეველი უცნაურობებით.

ავადმყოფები ჰკარგავენ მახლობლებისადმი სიყვარულის და მზრუნველობის გრძნობას.

ფორმალურად გონებრივი ფუნქციები შენარჩუნებული აქვთ, კრატიკა დაცული, მაგრამ მათ არ ძალუძთ არსებული ცოდნის თავმოყრა, ჭეშოვანი გამოყენება; მათ არ შეუძლიათ გარშემო მომხდარ მოვლენათა კრიტიკული ათვისება; ისინი მთლიანად მოკლებულნი არიან სინთეზ-ანალიზის უნარს. ცხოველი ინტერესების და შემოქმედებითი ინიციატივის მოსპობასთან პარალელურად მათ უძლიერდებათ ვეგეტაციური მიზიდულებანი. სხვა ფორმებთან შედარებით შიზოფრენიის მარტივი ფორმა პროცენტულად გვხვდება ყველაზე ხშირად.

იგი, როგორც ვსთქვით, მიმდინარეობს მძიმედ, ნელად, დუნედ და ხანგრძლივი წლების განმავლობაში. თანდათანობით დაძაბუნებული პიროვნება საბოლოოდ მიყავს შიზოფრენიული ტიპის ღრმა ქუჟასუსტობამდე.

ძირითად კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას ავადმყოფობის მსვლელობაში შეიძლება ეპიზოდურად დაერთოს ჰალუცინაციები (ყნოსვის, გემოვნების, სმენის, მხედველობის ან ზოგადი მგრძნობელობის—ტაქტილური) და შემთხვევითი ბოდვითი პროდუქციები.

წყნარი და დუნე მიმდინარეობა დროდადრო შესაძლებელია შეიცვალოს იმპულსიური აფეთქებებით ან ამა თუ იმ ხანგრძლივობის მქონე აგზნების მდგომარეობით.

საზოგადოებრივ წრეს და შრომას ავადმყოფები მთლიანად სწყყდებიან და იძულებულნი არიან თავიანთი სიცოცხლე გაატარონ

ქრონიკ და მოუჩინელ სულით ავადმყოფთათვის განკუთვნილ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

ხალაო თუ ზოგიერთი რჩებიან საზოგადოებრივ წრეში, მათ მანც არ შეუძლიათ ძველ თანამდებობაზე მუშაობა: მათი პიროგნება მნიშვნელოვხად დაქვეითებულია.

ჰ ე ბ ე ფ რ ე ნ ი ა. იწყება მწვავე შეტევით ან თანდათანობით. მარტივ ფორმასთან შედარებით იგი გვხვდება უფრო ნაადრევ ასაკში, სახელდობრ: ჰაბუჯობის დროს 16—18 წლებში. ხსენებულ ფორმის კლინიკური სურათისათვის წამყვანია მეტად უცნაური, ავადმყოფური ს ი ც ე ლ ქ ე.

შიზოფრენიის როგორც მარტივი, ისე ჰებეფრენიული ფორმა შეიძლება დაიწყოს ნევრასთენიული ხასიათის ჩივილებით. ამ ორივე ფორმის პროგნოზი არის სერიოზული და ყოველთვის დამაფიქრებელი. ჰებეფრენიკთა სიცელქეს თან სდევს მანერული მოქმედებები და გონებრივი სილატაკე-სიცარიელის ნიშნები.

უკანასკნელს თანდათანობით მოყვება გამოსაეალი ე. ი. შიზოფრენიული კუუსუსტობის საბოლოო მდგომარეობა.

კატატონია ანუ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმა. ამ დროს კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაში წამყვანია ე. წ. კატატონიური მოვლენები მთელი თავასი მრავალგვარობით და მრავალსახეობით. უნდა აღინიშნოს, რომ კატატონიურ მოვლენათა ყოველი ფორმა, იქნება იგი წარმოდგენილი გა-  
21. ფსიქიატრია.



სურ. 44. მიკროფოტოგრაფია. წებებილია ნისლით. სურათზე მოჩანს ქერქელი შრეები და კარგად გამოხატული გამოვარდნის კერა.

ლოზიანების, თუ შეჩერების ნიშნით, დაკავშირებულია ქერქის და ქერქ-ქვეშა ურთიერთწონასწორობის დარღვევასთან.

შიზოფრენიის სხვა ფორმებთან შედარებით კატატონია უფრო კეთილთვისებიანი დაავადებაა. ამ დროს სპონტანური რემისია გვხვდება დაახლოებით 12—13%-ში.

ერთეულ შემთხვევებში შესაძლებელია კატატონიამ მიიღოს მეტად ავთვისებიანი და ავადმყოფისათვის საბედისწერო მიმდინარეობა. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფები იძლევიან მძიმე აგზნებას, იმყოფებიან ბოღვითი პალუცინაციური ხასიათის მძიმე განცდებში, არ იკვებებიან, არ სძინავთ, ცნობიერება შეცვლილი აქვთ ონეიროიდულად, აღენიშნებათ მკვეთრი ვეგეტაციური ძვრები და არაიშვიათად იძლევიან კოლაპსს.

შ ი შ ო ფ რ ე ნ ი ი ს ბ ო ღ ვ ო თ ი ( ბ ა რ ა ნ ო ი დ უ ლ ი )  
ფ ო რ მ ა . შედარებით წინა სამ ფორმასთან იწყება მოგვიანებულად (უფრო ხშირად 30 წლის შემდეგ). ახსიათებს აგრეთვე ნელი და ღუნე მიმდინარეობა, რომლის დროსაც ცნობიერების ნათელ ფონზე ავადმყოფებს აქვთ უხვი ბოღვითი პროდუქციები და პალუცინაციური გახცდები. რემისიები იშვიათია, თანდათანობით ეითარდება ჰუასუსტობის მდგომარეობა.

შინაარსის მხრივ ეხვდებათ დამოკიდებულების, ახსნა-განმარტების, ზეგავლენის, დეენის და მოწამელის ბოღვითი იდეებს. ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათზე მოქმედებენ ელექტრობით, პიანოზით, მოწამლული აირით და სხ.

ავადმყოფებს უხვად აქვთ სმენის, გემოვნების, ყნოსვის და ტაქტილური პალუცინაციები.

გარემოს ბოღვითი აღქმა და სხეულში უამრავი ბოღვითი შეგრძნებები წარმოშობს პირობებს შიზოფრენიული ბუნების მქონე დეპერსონალიზაცია-დერეალიზაციის სინდრომისათვის.

ავადმყოფები გარემოში ერკვევიან ფორმალურად, მაგრამ ამავე დროს ბოღვითად დარწმუნებულნი არიან, რომ ყველაფერი გამოცვლილია, რომ გარემო სრულიად გარდაქმნილია—შეცვლილია ახალი სამყაროთი.

პარანოიდული შიზოფრენიის დროს შინაგან შეგრძნებებს ჩვეულებრივად აქვს დ ე პ ე რ ს ო ნ ა ლ ი ზ ა ც ი უ რ ი ბ ო ღ ვ ე ბ ი ს ხასიათი, როგორც მაგალითად: ტვინი გადაბრუნებული აქვთ; გრძნობენ, რომ ტვინი იჭრება ნაწილ-ნაწილ და შიგ ზის რალაცა ცხოველი; ამავე დროს იგი გამშრალია და მოფენილია ქვიშით. ერთი ჩვენი ავადმყოფი მოგვითხრობდა, რომ შუბლიდან და ცხვირის ნესტოებიდან გამოდის ძაფები, რომლებიც შემდეგ შე-



დის გულში; აქედან უკვე იგი იხივდა ძაფებს გორგლად და მერე „სწყვეტდა“, რომ განთავისუფლებულიყო უსიამოვნო განცდებიდან.

### ატიპური ფორმები

შიზოფრენიის ატიპურობა შეიძლება გამოიხატოს მიმდინარეობის, სომატოფრენული შეგრძნებების ან ავადმყოფური განცდების თავისებურებათა მხრივ.

ფსიქიკასთენიურ ჰიპოქონდრიული ფორმა შიზოფრენიის კლინიკური სურათის მიმდინარეობაში არა იშვიათად გვხვდება აკვიატებული მოქმედებანი და ჰიპოქონდრიული შეგრძნებები. უნდა გვახსოვდეს, რომ ხსენებულ შემთხვევებში აკვიატებას უფრო აქვს კატატონურ სტერეოტიპითა ხასიათი, ხოლო ჰიპოქონდრიის მაგვარი სომატოფრენიული შეგრძნებები არსებითად ზოგვაგონებს დეპერსონალიზაციურ ბოდვითი პროდუქციებს.

დიფერენციული დიაგნოზის მხრივ უფრო ძნელია ის შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენიის დასაწყისი ე. ი. კლინიკური დებიუტი წარმოდგენილია ფსიქიკასთენიურ-ჰიპოქონდრიული სინდრომით, რომელიც როგორც წესი, ვითარდება უცბად, მოულოდნელად და გრძელდება წლების განმავლობაში.

რასთან გვაქვს საქმე, ფუნქციურ ნევროზთან, თუ ავთვისებიანი პროგნოზის მქონე სულიერ დაავადებასთან?

საჭიროა აქ გვახსოვდეს, რომ იმ თავითვე ფსიქიკასთენიურ-ჰიპოქონდრიულ სინდრომს თან სდევს ინტრაფსიქიკური ატაქსიის მოვლენები და პიროვნების ძირითადი ბირთვის თვისობრივი გამოცვლის ნიშნები.

შიზოფრენია ანუ მეტყველებითი აბნევის მქონე ფორმა ხსენებული ფორმის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ორგვარ გარემოებას, სახელდობრ: მეტყველებითი აგზნებულებას და ასოციაციური მოქმედების მკვეთრ გაფხვიერებას. ავადმყოფები გვაწვდიან სრულიად გაუგებარ და აბნეულ მეტყველებითი პროდუქციებს ე. წ. „სიტყვიერ დომხალს“.

რადგანაც ავადმყოფებს ემოციურ ნებითი ფუნქციები შეღარებით შენახული აქვთ, ხოლო დაავადება მიმდინარეობს დუნე და ნელი ტემპით, მათ შეუძლიათ ეპიზოდურად შეასრულონ კლემენტარული ხასიათის შრომითი დაავლებანი.

შიზოფრენია ალკოჰოლური ფსიქოზის დებიუტით. შეხედულება იმის შესახებ, რომ თითქოს ქრონიკული ალკოჰოლიზმის და შიზოფრენიული პროცესის შორის უნდა არსებობდეს ბიოლოგიური ანტაგონიზმი და კლინიკური სიმპტომატოლოგიის შეუთავსებლობა, არ მართლდება.

ფსიქიატრიის პრაქტიკაში შეიძლება შევხვდეთ შემთხვევებს, როდესაც შიზოფრენია იწყება თეთრი ცხელების ან ალკოჰოლური სხვა რომელიმე ფორმის დებიუტით.

ასეთ შემთხვევებში ალკოჰოლური დებიუტი საბედისწერო ხდება ავადმყოფთათვის, რადგანაც მის ჩათავებას მოსდევს შიზოფრენიულ ფენომენოლოგიის გაშლა.

შიზოფრენიის ცირკულარული ფორმა. აღნიშნული ფორმის დროს ძირითადად შიზოფრენიულ ფონზე გვაქვს მანიის ან დეპრესიის მაგვარი შეტევები. ავადმყოფები სინტონურნი არიან და კონტაქტს არ ჰკარგავენ. მიმდინარეობა შედარებით უფრო კეთილთვისებიანი აქვს და შესაძლებელია მივიღოთ ხანგრძლივი რემისიები.

ხსენებული ფორმის დროს უფრო ხშირად გვაქვს პიქნიურის ხეულნაგებობა (ნაცვლად ასთენიურისა), ხოლო პრემორბიდში აღინიშნება შერეული (შიზოფრენიული და ცირკულარული) ხაზები.

პერიოდული ტოქსიკოზის ბუნების მქონე შიზოფრენიის რემისიული ფორმა. ავადმყოფობას საფუძვლად უდევს პერიოდული ხასიათის ავტოინტოქსიკაციური კრიზისები, რომელსაც მოსდევს ასევე პერიოდული შიზოფრენიული შეტევები.

შიზოფრენიას აქვს ექვოგენური ე. ი. ტოქსინური დაავადების ერთგვარი დალი: მიმდინარეობს მწვავედ, აბნევით, მკვეთრი ჰალუცინაციებით, აგზნებით და დისთიმური მოვლენებით.

შეტევების შემდგომ, რემისიის პერიოდში ჩვეულებრივად აღინიშნება მხოლოდ ქარაქტეროლოგიური ძვრები (აუტისტური დაყენებები), მაგრამ პიროვნების ბირთვი ძირითადში შენახულია და ავადმყოფებს შეუძლიათ განაგრძონ შრომითი ცხოვრება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიული ყოველი შეტევა არანაირად არ შეიძლება იყოს განურჩეველი ფსიქიკურ აპარატისათვის. ყოველი შეტევა ავადმყოფის პიროვნებაში სტოვებს დაღს და საბოლოოდ იძლევა მკვეთრად გამოხატულ გონებრივ დეფექტს.

შიზოფრენიის რბილად მიმდინარე ფორმა. ხსენებული ფორმის ცალკეულ სახედ გამოყოფა თავის დროზე შედეგი იყო ფსიქიატრიაში ფენომენოლოგიური და ფსიქოანალიზური მიმართულების ცალმხრივად გაძლიერებისა. ამას თავის დროზე მოჰყვა შიზოფრენიის ჩარჩოების განსაკუთრებული გაგანიერება, რომელშიაც მოექცა ფორმალური ფსიქოზების გარეშე მდგომი მთელი რიგი ფუნქციური დაავადებანი (ნევროზები, ფსიქონევროზები). მიკროსიმპტომების გაშმაგებულმა ძიებამ ში-

ზოფრენია მოსწყვიტა მედიკო-ბიოლოგიურ რელსებს და მისი ძიე-  
პის საკითხები მოექცა ფსიქოანალიზური კვლევის ორბიტაში.

გასაგებია, ყალბ თეორიულ ძიებას, მოპყვებოდა არა ჭანმრთე-  
ლი პრაქტიკა. ერთის მხრივ შიზოფრენიის ჭგუფში მოექცა ფუნქ-  
ციური აშლილობანი; ხოლო მეორეს მხრივ, იმავე შიზოფრენიის  
ჭგუფიდან გამოვარდა ავთვისებიანი პროგნოზის მქონე შიზოფრე-  
ნიული ფსიქოზები.

ამჟამად ფსიქიატრიის მიერ უკვე დაძლეულია არა სწორი და  
მცდარი ძიებანი.

გარეგნული, მიახლოებითი და მზგავსებითი მიკროსიმპტომებით  
არ შეიძლება დაისევას შიზოფრენიის მეტად საპასუხისმგებლო  
დიაგნოზი.

ე. წ. რბილი შიზოფრენიის ჭგუფის ფორმებიდან ნაწილი აღ-  
მოჩნდა ფუნქციური ბუნების მქონე, ხოლო ნაწილი მიეკუთვნა  
შიზოფრენიის მარტივ ფორმას.

შიზოფრენიის ტიპურ და ატიპურ ფორმათა გარჩევის შემდ-  
გომ მოკლედ შეეჩერდებით ე. წ. გამოსავალ ანუ საბო-  
ლოლო მდგომარეობათა კლინიკაზე.

კლინიკურ ფსიქიატრიაში არსებობს აზრი იმის შესახებ, რომ  
შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმებად დაყოფას აქვს სქემური ხა-  
სიათი, რომ ერთი ფორმისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს შეიძ-  
ლება შევხვდეთ მეორე ფორმის დროს.

ხსენებული მოსაზრებიდან გამომდინარე ზოგიერთი ავტორები  
ფიქრობენ, რომ უფრო მიზანშეწონილი იქნება შიზოფრენიის  
კლინიკა წარმოვიდგინოთ ორი ფორმის ანუ ორი ფაზის სახით, სა-  
ხელდობრ: მწვავე ანუ პროცესული ანუ აქტიუ-  
რი ფაზა და ქრონიკული ანუ პოსტპროცეს-  
სული, ანუ დეფექტური, ანუ არააქტიური  
ფაზა.

ბიოლოგიურად პირველი ფაზა წარმოადგენს მწვავე რევერ-  
ზიბილური ხასიათის პროცესს, ხოლო მეორე—ღრმა დესტ-  
რუქციული ბუნების მქონე არარევერზიბილურ პროცესს.

კლინიკურად პირველი ფაზის დროს წარმოდგენილია გალი-  
ზიანების ე. ი. პროდუქციული ხასიათის სიმპტომატოლოგია; მეო-  
რე ფაზაში, პირიქით, ჩვენ გვაქვს გამოვარდნის სამპტომატოლო-  
გია: პროცესი ქრება და ყალიბდება შედარებით სტაბილური დე-  
ფექტი.

ადვილი გასაგებია, რომ დეფექტური ფაზა წარმოადგენს კრე-  
პელინის მიერ მოწოდებულ ე. წ. გამოსავალი მდგომარეობის  
აინონიშს.

თუმცა ხსენებული პოზიციები თეორიულად საინტერესო და გამართულია, მაინც პრაქტიკულად მისი მიღება ძნელი გამოდგა და ზოგჯერ შეუძლებელიც.

პრაქტიკულად მეტად ძნელი შეიქნა სტაბილური დეფექტი-სათვის ურყევი თვისებების დადგენა და დიაგნოზური განსაზღვრა.

მეტად ძნელია დემარკაციული ზღვარის გატარება ორ მდგომარეობის შორის, თუ სად სწყდება რევერზიბილობა და სად იწყება არევერზიბილობა, თუ სად თავდება მწვავე ფაზა და სად იწყება სტაბილური ქრონიკული მდგომარეობა, თუ სად ღვივის პროცესი და სად არის მთლიანად ჩამქრალი მდგომარეობა. როგორც ვსაქვით, აღნიშნული ორი ფაზის გამოყოფა საინტერესოა, მაგრამ ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ შესაძლებელია მათი მხოლოდ შედარებით განსაზღვრა.

ე დ ე ლ შ ტ ე ი ს ი შიზოფრენიის გამოსავალ მდგომარეობათა კლინიკურ სურათში გამოყოფს შემდეგ ოთხ ტიპს:

ა) ასთენო-აბულიური სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს ასთენია, აბულია, აპათია; ბ) დეფექტის „ორგანული“ ტიპი; ამ დროს აღინიშნება კრიტიკის დაწევა, საერთო ფსიქიკური გაღარიბება მსჯელობის აშლით, ცხოველი ინტერესების დაკარგვა და მკვეთრი სულაერი მოქანცულობა;

გ) ფინალური გახლეჩილობის ანუ დეზინტეგრაციის სინდრომი, რომლის დროსაც ყურადღებას იპყრობს პიროვნების ღრმა დეგრადაცია, ემოციური სიბლადგვე და უცნაური მოქმედებები, და ბოლოს

დ) ფსიქიკური მარაზმის ანუ პიროვნების ტოტალური დარღვევის ანუ ფსიქიკური ნანგრევების სინდრომი; ამ დროს აღინიშნება ამიბია, უაზრო გამომეტყველება, გაურკვეველობა ელემენტარულ კითხვებში და ვეგეტაციური სურვილების გამრავლება.

### შ. პროფშიზოფრენია და სხვადასხვა ასაკის კლინიკური ფორმები

შიზოფრენიის შემთხვევები, რომლებიც ვითარდება ოლიგოფრენიული ქუთასუსტობის ფონზე, ცნობილია, როგორც პროფშიზოფრენია ანუ „ატარილი“ შიზოფრენია.

ხაზვასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ ხსენებული ფორმის დროს აშკარად ჩანს ავადმყოფთა გონებრივი სფეროს უკმარისობა.

შიზოფრენიის შირითადი ნიშნების არსებობისას, კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს ემოციურ რეაქციითა შესაძლებლობა. კატატონიური მოვლენები იშვიათია; ზოგადი ფენომენოლოგიური სურათი წარმოდგენილია ღარიბად და მკრთალად.

ავადმყოფური პროცესი თავდება ჩვეულებრივი გამოსავალით: შიზოფრენიული ჰქუასუსტობით.

ჰებეტრენიის მზგავსად პროფშიზოფრენია ვითარდება ნაადრევ ასაკში და ძლიერ იშვიათად 20 წლის ზევით.

ცენტრალური ყურადღების ღირსია საკითხი შიზოფრენიის შესახებ ბავშვთა ასაკში. ხსენებული ფორმა ცნობილია, როგორც dementia praecocissima seu schizophrenia praecocissima. ბავშვური ასაკის სპეციფიურობა თავისებურად ცვლის შიზოფრენიული პროცესით გამოწვეულ კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას. ამ დროს ძლიერ იშვიათად შევხვდებით პალუცინაციურ განცდებს და ბოდვითი პროდუქციებს. ავადმყოფებს პირველ რიგში ძვრები აღენიშნებათ ემოციურ-ნებითი სფეროში.

ბავშვთა ასაკში ყველაზე ხშირად გვხვდება მარტივი და კატატონიურ-ჰებეტრენიული ფორმები.

გამოსავალი ისეთივეა, როგორც მოზრდილთა შიზოფრენიის დროს. უნდა ითქვას, რომ რაც უფრო ნაადრევ ასაკში შეგვხვდება შიზოფრენიული პროცესი, იმდენად უფრო მეტად შეჩერდება ბავშვის ტვინის განვითარება და იმდენად უფრო ღრმა და მყარი იქნება თვით შიზოფრენიული დეფექტი.

არ შეიძლება გამოირიცხოს შიზოფრენიის განვითარების შესაძლებლობა მოგვიანებულ ასაკში.

თუ ბავშვთა შიზოფრენიის შემთხვევებში იშვიათია ბოდვითი პროდუქციები, პირუკუ მდგომარეობას ვხვდებით მოგვიანებული (პრესენილური) ასაკის შიზოფრენიის დროს.

მოგვიანებული ასაკისათვის ჩვეულ არტერიოსკლეროზულ პროცესს შეაქვს თავისი სპეციფიკა შიზოფრენიულ სიმპტომატოლოგიაში: ავადმყოფები არიან ლაბილურნი და ადვილად ღიზიანდებიან.

## 10. პროგნოზი შიზოფრენიის დროს

შიზოფრენიის პროგნოზი რთული და სერიოზულია. თუმცა ამჟამად ჩვენს განკარგულებაში არის მთელი რიგი მომკმედი თერაპიული ღონისძიებანი, მაინც შიზოფრენიის პროგნოზი ყოველთვის მოითხოვს დაფიქრებას, ვინაიდან პიროვნების სრული აღდგენის შემთხვევები არც ისე ხშირია.

ფიზიკური ჯანმრთელობის მხრივ ავადმყოფებს უახლოესი საშიშროება არ მოელოთ. საბედისწერო ხდება ინდგომარეობა ფსიქიკურ შესაძლებლობათა მხრივ, ვინაიდან შიზოფრენიული ჰქუასუსტობა პიროვნების სრული განადგურებით შეადგენს ავადმყოფობის გამოსავალს.

შიზოფრენიის კლინიკურ ფორმებიდან ყველაზე ავთვისებიანია პარანოიდული ფორმა; კატატონია შედარებით ხშირად იძლევა სპონტანურ რემისიებს.

ნელად და ღუნედ მიმდინარე მსვლელობა და სპონტანური რემისიების სრული უქონლობა, როგორც წესი, მაჩვენებელია მძიმე მდგომარეობისა.

ავადმყოფობის გაუარესებაზე და უარყოფით პროგნოზზე მივითითებს ემოციური გაყინვა, გარემოსადმი ინტერესების დაკარგვა ფორმალური ორიენტაციის შენახვისას, უაზრო უმიზნო და ყოველგვარ დანიშნულებას მოკლებული ბოდვითი პროდუქციები და აგრეთვე ფიზიკურად მოკეთება ფსიქიკური ცხოვრების დაქინებასთან ერთად.

უფრო კეთილთვისებიან პროგნოზს იძლევა რემისიული შიზოფრენია.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ შიზოფრენიის დროს ზუსტი პროგნოზის გამოტანა მეტად ძნელ საქმეს წარმოადგენს.

## 11. შიზოფრენიის მკურნალობა და პროფილაქტიკა

როგორც ვიცით, შიზოფრენიის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის საკითხები დღემდე ბურუსით არის მოცული.

ხსენებული გარემოება სრულიად ხსნის შესაძლებლობას, რათა გამოძებნილი იყოს ავადმყოფობის მიზეზზე პირდაპირ მომქმედლ სამკურნალო ღონისძიება.

დაახლოებით უკანასკნელ 15 წლამდე შიზოფრენიის სამკურნალოდ ნაცადი იყო მრავალი გზაწესი, უანრავი საშუალებანი, მაგრამ მათ ყველას ჰქონდა ემპირიული, მეცნიერულად სრულიად დაუსაბუთებელი, უფრო შემთხვევითი ხასიათი; მათ ხმარებას ჰქონდა მხოლოდ და მხოლოდ სიმპტომური თერაპიის აზრი.

არ არსებობდა რაიმე საშუალება, რომელსაც შეეძლო შორეულად მაინც ზეგავლენა მოეხდინა შიზოფრენიის პათოგენეზურ მექანიზმებზე. ამჟამად მდგომარეობა სრულიად შეცვლილია.

ბოლო წლებში, პირველ რიგში საბჭოთა მეცნიერთა მეოხებით, მოწოდებულია მთელი რიგი თერაპიული გზაწესები, რომლებაც ახდენს აქტიურ ბიოლოგიურ ზეგავლენას შიზოფრენიის ნეირობიოლოგიურ არსზე; იწვევს ავადმყოფში ცერებრულ და ენდოკრინო-ვეგეტაციურ ძვრებს.

ეს მეთოდები თანამედროვე ფსიქიატრიაში ცნობილია, როგორც მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდები.

ხანგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ აქტიურმა ბიოლო-  
გიურმა თერაპიამ არა მარტო მოხსნა თერაპიული ნიპილიზმი ში-  
ზოფრენიის მიმართ, არამედ ფარდა ახადა ამ რთული ფსიქოზის  
შინაგანი ბუნების (არსის!) მთელ რიგ საკითხებს. უკანასკნელმა გა-  
რემოებამ მნიშვნელოვნად გაამდიდრა ჩვენი წარმოდგენები შიზო-  
ფრენიის თეორიის და პრაქტიკის შესახებ.

უფრო მეტიც, აქტიურ-ბიოლოგიურ მეთოდთა ხმარების შე-  
დეგად წამოიჭრა სრულიად ახალი პრობლემები საერთოდ სულით  
ავადმყოფთა კლინიკაში და პათობიოლოგიაში; ამით შეიქმნა ა ხ ა-  
ლ ი ხ ა ნ ა ფსიქიატრიაში.

შიზოფრენიის აქტიური ბიოლოგიური თერაპია უკვე გადაიზარ-  
და ახალ დარგში, რომელიც ცნობილია ე ქ ს პ ე რ ი მ ე ნ ტ უ ლ ი  
პ ა თ ო ლ ო გ ი ი ს სახელწოდებით და შეადგენს თეორიულ  
ფსიქიატრიის სრულიად ახალ, დამოუკიდებელ და უაღრესად საინ-  
ტერესო უბანს.

აქტიური ბიოლოგიური თერაპიის განსაკუთრებულ წინსვლას  
ხელი შეუწყო საბჭოთა ნეიროფიზიოლოგიის დიდმა მიღწევებმა;  
მხედველობაში მაქვენ პ ა ვ ლ ო ვ ი ს, ბ ე რ ი ტ ა შ ვ ი ლ ი ს,  
ო რ ბ ე ლ ი ს, ბ ი კ ო ვ ი ს და ს პ ე რ ა ნ ს კ ი ს მოძღვრებანი.

თერაპიის აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდებიდან ჩვენ გვაქვს სა-  
მი საშუალება, სახელდობრ: მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ხ ა ნ გ რ ძ ლ ი-  
ვ ი ძ ი ლ ი თ, შ ო კ ო თ ე რ ა პ ი ა ა ნ უ ი ნ ს უ ლ ი ნ ო თ ე-  
რ ა პ ი ა და კ რ უ ნ ჩ ხ ვ ი თ ი ა ნ უ გ უ ლ ყ რ ი თ ი თ ე-  
რ ა პ ი ა (ქაფური, კორაზოლი, კარდიაზოლი, ელექტროდენი).

ცხადია ყველა ამ მეთოდებს აქვს თავისი დადებითი და უარყო-  
ფითი მხარეები, თავისი ჩვენებანი და წინააღმდეგ ჩვენებანი: მათი  
შერჩევის დროს საჭიროა ფრთხილი და განსაკუთრებული ყურად-  
ღება მიექცეს ავადმყოფობის კლინიკურ ფორმას, მიმდინარეობის  
ტემპს, დაავადების ხანგრძლივობას და თვით ავადმყოფის პიროვ-  
ნების მთლიან სომატო-ფსიქიკურ პროფილს, მის ინდივიდუალო-  
ბას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ხ ა ნ გ რ ძ ლ ი ვ ი ძ ი ლ ი თ. ხსენებუ-  
ლი მეთოდის თეორიული საფუძვლები შეიძლება გამართლებული  
იყოს პ ა ვ ლ ო ვ ი ს ცნობილი კონცეფციით შიზოფრენიის პათო-  
ფიზიოლოგიის შესახებ. მაგრამ ეს მეთოდი მძიმე გასატარებელია,  
მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს, მასობრივად მისი ხმარება  
ყოვლად შეუძლებელია და ამიტომ მან ვერ ჰპოვა ფართო პრაქ-  
ტიკული სარბიელი. პ ა ვ ლ ო ვ ი ს თანახმად შიზოფრენიის დროს  
ცენტრალური ნერვული სისტემის და პირველ რიგში ქერქული  
აპარატის პარენქიმული უჯრედები იმყოფებიან ინტოქსიკაციის

მდგომარეობაში, პათოლოგიურად გაღიზიანებულნი არიან; ამიტომ მათთვის გადაუღებლად საჭიროა ხანგრძლივი დასვენება, შეუწყვეტელი ხანგრძლივი ძილი, რომ უჭრედებმა შესძლონ ინტოქსიკაციის დაძლევა და ავადმყოფურ მდგომარეობიდან გამოსვლა.

როგორც ვხედავთ, ხანგრძლივი ძილით და დამამშვიდებელი ჯეროვანი პიროვნების შექმნით შესაძლოა მოიხსნას შიზოფრენიული ინტოქსიკაცია; უკანასკნელს კი მოყვება 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 მეექვსე დღეზე უკვე აშკარად ჩნდება ქერქის ზოგადი შეკაების და ქერქქვეშა უბნების მკვეთრი გაღიზიანების საერთო მოვლენები.

ავადმყოფი ფიზიკურად სუსტდება, თანდათანობით განილევს, ეწყობა სიცხეები (ჰიპერთერმია) და თავს იჩენს ენცეფალოპათიური ბუნების ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, როგორც ვსთქვით, უახლოესი ქერქქვეშა კვანძების და ტვინის ღეროს სიმპტომატიკით და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის მკვეთრი გაღიზიანებით. ენცეფალოპათია უნდა აიხსნას ავადმყოფის ხანგრძლივი სიმშობილით, რომელსაც მოსდევს ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია.

ტემპერატურის აწევა, გულის რევა, აჩქარებული მჯა, გაძლიერებული და ჩქარი სუნთქვა, სისხლის წნევის მომატება, და ქორეას მაგვარი მოძრაობანი შეადგენს ხანგრძლივი ძილის სემიოლოგიას.

ძილიდან გამოსვლა ხდება კ რ ი ტ ი კ უ ლ ა დ; უკანასკნელს მოსდევს სომატო-ფსიქიკური ასთენია.

ხსენებულ მეთოდი გამამხნეველ შედეგებს იძლევა შიზოფრენიის კატატონიურ და ცირკულარულ ფორმებში და აგრეთვე ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი აქვს ცნობიერების სიზმრისებრ აშლას. შენიშნულია, რომ შიზოფრენიის მოგვიანებულ ქრონიკული შემთხვევები თითქოს 30%-ში იძლევა გამომრთლებულ-გაუმჯობესებას ხანგრძლივი ძილის შედეგად.

თერაპიული ეფექტი განსაკუთრებულად სუსტია პარანოიდული, პეზეფრენიული და მარტივი ფორმების დროს.

ხანგრძლივი ძილით მკურნალობის წინააღმდეგ ჩვენებად ითვლება: მკვეთრი არტერიოსკლეროზი, გულის, სასუნთქვე ორგანოების და თირკმელთა მძიმე დაავადება და აგრეთვე ფიზიკური მძიმე ასთენია.

მკურნალობის დროს შესაძლებელია მივიღოთ შემდეგი სახის მძიმე გართულებანი: კოლაფსი, ბრონქოპნევმონია და ტემპერატურის მკვეთრი აწევა.



ნარკოზული მეთოდის ხმარებისას შეიძლება მივმართოთ წყვეტილ ძილს ან საძინებელი ნივთიერება ვაძლიოთ ესოდენ მცირე დოზებში, რომ მივიღებთ სუბონეიროიდულ მდგომარეობას (ვერონალი 0,25 დღეში 3—4 ჯერ, ან შეიძლება 3—4 ჯერ გავუკეთოთ ოყნა ათ გრამ პარალდეჰიდიდან და 0,3 მილიგრამ სკოპოლამინიდან).

ხანგრძლივი სრული და შეუწყვეტელი ძილის ძილების მიზნით ხმარობენ ე. წ. კლოეტას ნარევს, რომელიც შედგება პარალდეჰიდიდან, ამილენჰიდრატიდან, ქლორალ-ჰიდრატიდან, ალკოპოლიდან, ბარბიტურის სიმჟავის დერივატიდან, დიგალენიდან და ეფედრინიდან.

კლოეტას ნარევი შეგვყავს 8—10 დღის განმავლობაში წვეთოვანი ოყნის სახით. უნდა ვიცოდეთ, რომ ავადმყოფის წინის ყოველ თითოეულ კილოგრამზე იღება ნარევი 0,15—0,1-ის რაოდენობით.

ყოველ 9—10 საათში ავადმყოფს ვაძლეეთ 6—10 კუბ. სანტიმეტრს კლოეტას ნარევს + 60,0—100,0 4% გლუკოზა.

ხსენებული 9—10 საათის მანძილზე ავადმყოფი ყოველ 3—4 საათში ღებულობს გლუკოზას; დამე გლუკოზის ნაცვლად ოყნის სახით ეძლევა 400,0 ფიზიოლოგიური ხსნარი.

ექტონურიასთან საბრძოლველად პროფილაქტიკური მოსაზრებით დღე-ღამის განმავლობაში ორჯერ ავადმყოფს სისტემატურად უკეთდება ინსულინის ათ-ათი ერთეული კანქვეშ.

კლოეტას ნარევის პირველი შეყვანიდან ნახევარი საათის შემდგომ, ჩვეულებრივად ვითარდება ძილი.

ავადმყოფი უნდა იწვეს ცალკე, სპეციალურად მოწყობილ პალატაში; საჭიროა ყურადღება ექცეოდეს ავადმყოფის პირის ღრუს. სისუფთავეს და ზოგად ფიზიკურ სტატუსს.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ კლოეტას ნარევის ხმარებაში ავადმყოფს სჭირდება სპეციალური მომზადება.

ავადმყოფები რამდენიმე დღით ადრე იმყოფებიან რძის დიეტაზე; შემდეგ საღამოთი უკეთდებათ ოყნა. მეორე დღით ღებულობენ მხოლოდ მაგარ და დამტკბარ (200 გრამი შაქარი) ჩაის, მერე აბაზანას და მხოლოდ ამის შემდეგ კლოეტას ნარევის პირველ პორციოს.

წყვეტილი ხანგრძლივი ძილის მისაღებად ბოლო დროს ფართოდ ხმარობენ ამიტალნატრიუმს ანუ ბარბამილს; დოზა იღება 0,3—0,5 დღეში რამოდენიმეჯერ ჯამის განსაზღვრით 2—5 გრამი დღე-ღამეში.

შეიძლება ეს ნივთიერება მიეცეთ ოყნის სახით: Sol. Barbani 2%—30 კუბ. სანტიმეტრი ოყნაზე.

ჩვენებანი, წინააღმდეგ ჩვენებანი, თერაპიული ეფექტიანობა და მკურნალობის დროს გართულებები ისეთივეა, როგორც ცლოტას ნარევის ხმარებისას.

მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ამიტალ ნატრიუმი ანუ ბარბამილი უფრო ნაზად მოქმედებს, ნაკლები ტოქსიზმის მქონე პრეპარატია და ამიტომ მისი ფართო ხმარება პრაქტიკულად უფრო გამართლებული გამოდგა.

მკურნალობის კურსი დაახლოვებით გრძელდება 10—15 დღე. ბარბამილის მიღების 4—6 საათის შემდგომ იწყება ძილი; სასურველია დღე-ღამეში ავადმყოფებს ეძინოთ 17—18 საათი. მკურნალობის ჩათავება ხდება თანდათანობით გადაჩვევის გზით (პრეპარატის დოზა თანდათანობით მცირდება).

პირველ დღეებში ძილიდან გამოსვლის შემდგომ ჩვეულებრივად ვიღებთ ეიფორიულ მდგომარეობას, ან ფსიქომოტორულ აგზნებას, ან დელირიოზული სახის ცნობიერების შეცვლას.

ამიტალ ნატრიუმი კარგ თერაპიულ შედეგებს გვაძლევს კატატონიური სტუპორის შემთხვევებში.

შოკოთერაპია ანუ ინსულინოთერაპია. როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ინტერესის მხრივ ხსენებული მეთოდი წარმოადგენს ერთ-ერთ დიდ მნიშვნელოვან მონაპოვარს თანამედროვე ფსიქიატრიაში.

მისი თერაპიული ეფექტიანობა საკმარისად გამამხნეველია; ამასთან ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ ტექნიკურად იოლი გასატარებელია, უფრო ჰუმანიურია და ორგანიზმის ზოგად დეზინტოქსიკაციასთან ერთად იძლევა სომატური მდგომარეობის განსაკუთრებულ გაუმჯობესებას.

ექსპერიმენტული ე. ი. ინსულინური ჰიპოგლიკემიის შედეგად ავადმყოფებს ცნობიერება ჭერ ებინდება, შემდეგ გამოერთვება; ხოლო ამას მოსდევს ღრმა შოკური მდგომარეობა.

ინსულინო-თერაპიის მოქმედება ცერებრულთა. ჰიპოგლიკემიას და ტეინის ანოქსიას მოსდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ბიოტონუსის მკვეთრი დეპრესია. უკანასკნელი გარემოება თავის მხრივ იძლევა ცენტრალური ვეგეტაციური აპარატის გაღიზიანება-გააქტივებას.

ინსულინი დადებით შედეგებს გვაძლევს შიზოფრენიის ნაადრევ შემთხვევებში, როდესაც პიროვნების დეფექტი ჭერ კლდე არა სჩანს და ემოციური სფერო შენახულია. ყველაზე გამამხნეველ მკურნალობითი ეფექტს ვღებულობთ პალუცინაციურ-პარანოი-

დულ, კატატონიურ-პარანოიდულ, პარანოიდულ-დეპრესიულ და კატატონიურ-ონეიროიდულ ფორმების დროს.

თუ შიზოფრენიას თანსდევს სიცხე, სისხლძარღვოვანი სისტემის დეკომპენსაცია ან ტუბერკულოზური პროცესის გააქტივება, შოკური თერაპია არ შეიძლება იყოს გამოყენებული.

ინსულინი ჩვეულებრივად იხმარება კან ქვეშ.

შოკოთერაპიის ანუ ინსულინოთერაპიის დროს გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი არჩევენ შემდეგ სამ ფაზას: მოსამზადებელი ფაზა, შოკური ფაზა და გამოღვიძების ფაზა.

საჭიროა მტკიცედ იყოს დაცული წესი, რომ ინსულინი უკეთოთ დილით უზმოზე და ყოველდღე კვირაში ერთი დღის დასვენებით.

შევჩერდები ცალკეულ ფაზებზე. მოსამზადებელი ფაზა. ვიწყებთ ინსულინის ოთხი ერთეულით, შემდეგ ყოველდღე უმატებთ აგრეთვე 4 ან 6 ერთეულს; ვღებულობთ ჰიპოგლიკემიურ მდგომარეობას, რომელიც ყოველდღიურად გრძელდება დაახლოვებით 3—4 საათი; 100—200 გრამი შაქარით, ანუ გლუკოზით ვახდენთ ჰიპოგლიკემიის კუპირებას. მოსამზადებელი ფაზა ჩვეულებრივად გრძელდება 8—14 დღე.

შოკური ფაზა. ინსულინის დოზის ყოველდღიურ გაზრდას მოსდევს ჰიპოგლიკემიური მუხრათის გაღრმავება, ხოლო 30—70 ერთეულზე ჩვეულებრივად ვითარდება შოკი, რომელშიაც ავადმყოფი უნდა გვყავდეს 20—30 წუთი. შოკის შეწყვეტის მიზნით საჭიროა ვენაში შევიყვანოთ 20 კუბ. სანტიმეტრი 40%-ი გლუკოზა და ამის შემდეგ მივცეთ შაქარი ან მურაბა, ან საერთოდ. სხვა რამ ტკბილეულობა (ბადაჭი, ბეჭმეზი) და საჭმელიც.

ვენაში შეყვანის შემდგომ ავადმყოფი სულ მალე უნდა გამოვიდეს მდგომარეობიდან, ხოლო, თუ შოკი გაგრძელდა, გახანგრძლივდა, საჭიროა გლუკოზის ინექცია გავიმეოროთ, ან ზონდით მივცეთ შაქარი; ამასთან ერთად ენერგიულად უნდა ვიხმაროთ გულის ამპლორძინებელი საშუალებანი.

შოკური ფაზა გრძელდება საშუალოდ 1—1½ თვე, რომლის განმავლობაშიაც ავადმყოფი ლეზულობს 25—30 შოკს.

როგორც წესი მკურნალობა თავდება უცებ, აბორტულად, დოზათა თანდათანობითი შემცირების გარეშე.

შოკიდან გამოსვლისას ავადმყოფებს ემჩნევათ ფსიქიკური გამოკელება: ჰკარგავენ აუტისტურ შემოგარსულობას, უჩნდებათ ინტერესი გარემოსადმი, უღვიძდებათ კრიტიკა, ხდებიან ამოციურად რბილნი და სინტონიურნი; ჰალუცინაციების და ბოდვე-

შის გამკრთალებასთან ერთად ავადმყოფებს ემჩნევათ პიროვნების ალდგენის ნიშნებიც.

აღნიშნული დადებითი თერაპიული მოვლენები თუ ყოველი შოკის შემდგომ უფრო ნათლად და მტკიცედ არის წარმოდგენილი, მაშინ შეიძლება იმედი ვიქონიოთ ავადმყოფის ფსიქიკურ გამომართელებაზე.

ჰიპოგლიკემიური შოკის დროს ადგილი აქვს მთელ რიგ ფსიქიკურ და ნირო-ვეგეტაციურ ძვრებს.

ინსულინის ინექციის ნახევარი ან ერთი საათის შემდგომ ავადმყოფები გადადიან მთელმავ ანუ მიბინდულ მდგომარეობაში, რომლის დროსაც ისინი პირდაპირ „იწურებიან“ ოფლში.

საერთოდ არჩევენ „სველ“ და „მშრალ“ ე. ი. ოფლიან და უოფლო ჰიპოგლიკემიურ მდგომარეობას.

ჩვენის დაკვირვებით „სველი“ შოკი პროგნოზულად უფრო გამამხნეველია.

ოფლიანობას თან სდევს ვეგეტაციური აპარატის გალიზიანება, რაც გამოიხატება ჯერ ვაგოტონიურ და შემდეგ სიმპათიკოტონიურ სინდრომებში.

ვაგოტონიურ სინდრომს შეადგენს ბრადიკარდია, სისხლის წნევის დაწევა, ტემპერატურის დაქვეითება და ლეიკოპენიის ნიშნები. სიმპათიკოტონიურ სინდრომს პირიქით, შეადგენს ტახიკარდია, ტახიპნოე, სისხლის წნევის აწევა, ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერების და ლეიკოციტოზის ნიშნები.

სიმპათიკოტონიის სტადიუმში, ავადმყოფებს აქვთ გაძლიერებული წყურვილი, თელმა და დისტომიური მოვლენები ეიფორიის ან დეპრესიის სახით. ამავე სტადიუმში შესაძლებელია მივილოთ ფსიქოზური სურათის გააქტივება მეტყველებითი და მოტორული ხასიათის მკვეთრი აგზნებით.

სიმპათიკოტონიის სინდრომის შემდგომ ჩვეულებრივად ვითარდება პრეშოკური და შოკური მდგომარეობა, რომლის დროსაც უხვად არის წარმოდგენილი ქერქული და ქერქვეშა კვანძთა სემიოლოგია.

შოკის დროს ავადმყოფის ფსიქიკური შესაძლებლობანი მთლიანად გამორთულია: გარემოს მოწყვეტილნი არიან, წვანან უმოძრაოდ, სახე აქვთ გაფითრებული; აღენიშნებათ მიდრიაზისი ან პიოზისი; მყესის რეფლექსები ჩამქრალია; მუსკულატურა მთლიანად მოღუნებული.

ჰიპოგლიკემიის მდგომარეობაში შესაძლებელია შევხვდეთ უპილესიფორმულ 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. პ რ ი ნ-  
ციპი კრუნჩხვითი თერაპიისა, რომელიც მოწოდებული იყო 1935  
წელს. მდგომარეობს იმაში, რომ ეპილექსიის და შიზოფრენიის  
შორის არსებობს როგორც კლინიკური, ისე ბიოლოგიური ანტაგო-  
ნიზმი და შეუთავსებლობა. ხსენებული პრინციპის თანახმად, შეიძ-  
ლება დაუშვათ, რომ ეს ორი დაავადება—შიზოფრენია და ეპი-  
ლექსია—უერთიერთს გამორიცხავენ (ეპილექსია გამორიცხავს  
შიზოფრენიას). თუ ეს ასეა, მაშინ ხელოვნურად გამოწვეული ეპი-  
ლექსიური გულყრებით შეიძლება ვებრძოლოთ შიზოფრენიულ  
პროცესს.

ხელოვნური გულყრებისათვის იხმარება კორაზოლი, ქაფური,  
ნახშირმჟავა ამონიუმი, ქლოროვანი ამონიუმი და ბოლოს, ელექ-  
ტროდენი. პოზიციები კლინიკური და ბიოლოგიური მკვეთრი „ან-  
ტაგონიზმის“ შესახებ არ გამართლდა, მაგალითად: აწერილია  
შემთხვევები ეპილექსიისა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი  
ბოდეებით და, პირიქით, შიზოფრენია ეპილექსიფორმული გულ-  
ყრებით.

მიუხედავად ამისა, კრუნჩხვითი თერაპია პრაქტიკულად გამამხ-  
ნევებელია, რადგანაც არა იშვიათად ვიღებთ რემისიას—გამომრ-  
თელებას.

ერთი ცხადია, რომ ხელოვნურად გამოწვეული ეპილექსიებ-  
რივი გულყრები იძლევა ნეიროდინამიკურ ძვრებს, როგორც  
ქერქში, ისე ქერქქვეშა კვანძებში.

ხელოვნური კრუნჩხვების დროს ღიზიანდება არა მარტო  
ცენტრალური ვეგეტაციური აპარატი და ამნაირად აღვილი აქვს  
არამარტო ენდოკრინულ-ვეგეტაციურ შესაძლებლობათა მობილი-  
ზაციას, არამედ ამ დროს განსაკუთრებულად აქტივდება ინტრა-  
ნეირონალური სინაფსური კავშირები, რასაც შესაძლებელია მოჰ-  
ყვეს დაშლილ-დენინტეგრირებულ ფსიქონერვულ გამოვლინება-  
თა ხელახალი აღდგენა, ე. ი. რ ე ი ნ ტ ე გ რ ა ც ი ო.

კრუნჩხვითი თერაპია გამამხნევებელ შედეგებს იძლევა შიზო-  
ფრენიის კატატონურ-სტუპოროზულ ფორმებში; თუმცა იშვია-  
თად, მაგრამ დადებითი ეფექტი შეიძლება მივიღოთ ქრონიკულ  
მოგვიანებულ შემთხვევებშიაც.

შიზოფრენიის სხვა ფორმებში გულყრები არავითარ გავლენას  
არ ახდენს.

ხანში შესულობა (50—55 წელი და ზევით), ფიზიკური გან-  
ლევა, აქტიური ტუბერკულოზი, სისხლის მიმოქცევის და სასუნთ-  
ქავ ორგანოთა დაავადებანი, ჰიპერტონია, ღვიძლის და თირკმელე-  
ზის დაავადებანი, შიდა სეკრეციულ ჯირკველთა პათოლოგია და

ცენტრალური ნერვეული სისტემის ორგანული დაავადებანი შეადგენს კრუნჩხვითი თერაპიის წინააღმდეგ ჩვენებას.

სხვადასხვა გართულებებიდან, რომლებსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გულყრითი განტვირთვების დროს, უნდა დავასახელოთ: ძვალთა ამოვარდნილობა—მოტეხილობანი, ასპირაციული მოვლენები (ენის „გადავარდა“). განსაკუთრებით ყურადსაღებია გულს დაკნინება და სუნთქვის ფუნქციის აშლა. უკანასკნელ შემთხვევაში საჭირო გახდება მიემართოთ გულის და ფილტვის ფუნქციის ამპლორძინებელ საშუალებებს: კოფეინს, ადრენალინს, ლობელინს, ჟანგბადის ბალიშს და, ბოლოს, ხელოვნურ სუნთქვას.

ხელოვნური გულყრა გრძელდება დაახლოებით ერთი წუთი, რომლის დროსაც გვაქვს ტიპური ეპილეფსიური განტვირთვა ცნობიერების სრული გამოვარდნით, სახის გაფითრებით, სუნთქვის შეჩერებით, კიდურთა და ტუჩთა ციანოზით, ოფლის და ნერწყვის გაძლიერებული დენით და შარდის დაქცევით.

გულყრითი ფაზას მოსდევს უგულყრო, ანუ „პასიური“ ფაზა, რომელიც გრძელდება დაახლოებით 2—3 წუთი და რომლის დროსაც გვაქვს ცნობიერების სრული უგონობა და მკვეთრი ვეგეტაციური სემიოლოგია.

უკანასკნელს მოსდევს გულყრიდან სრული გამოსვლის პერიოდი, რომელმაც შესაძლოა გასტანოს 20—30 წუთი.

მსგავსად ეპილეფსიისა, ავადმყოფები გულყრიდან გამოდიან გაბრუებულ მდგომარეობაში, დაღლილნი და მოქანცული არიან. გულყრის შემდგომ ავადმყოფები ჩვეულებრივად გადადიან ღრმა ძილში, ხოლო ზოგჯერ იძლევიან მოტორულ აგზნებას ეიფორიით. ან, პირიქით, დეპრესიულ-დისტომიურ მოვლენებს ჰიპოქონდრიულ ფსიქასთენიური გამოვლინებებით.

რადგანაც არ არის გამოარიცხული გულყრის განმეორების შესაძლებლობა, ამიტომ საჭიროა ავადმყოფი 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 საათი იწვეს თავის საწოლზე თავისუფლად. სასურველია საჭმელი მივცეთ ავადმყოფს ხსენებული საცდელი პერიოდის განვლის შემდგომ.

გულყრის გამომწვევი ნივთიერება უნდა მივცეთ უზმოზე დილით; პრეპარატი შეიძლება შეუშხაპუნოთ ვენაში ან გაუკეთოთ კუნთებში.

ადვილად გასაგებია, რომ ინტრავენური გზა თვალსაჩინოდ ამოკლებს გულყრის წინარე პერიოდს, რომელიც ავადმყოფთათვის მეტად მძიმე და აუტანელია, ამ დროს ავადმყოფებს აქვთ უსიამოვნო შეგრძნობები გულის მიდამოში; აქვთ შიში, იმყოფებიან რალაც მძიმე განცდების მოლოდინში.

ინტრავენურად შეყვანის მიზნით შეიძლება ავილოთ Sol. Co-  
rasoli 10%—3,0, რომელიც შეყვანილ უნდა იყოს სინწრაფით ერთ  
წამში ერთი კუბიკური სანტიმეტრი. გულყრებს ვიღებთ 3—5  
გრამზე.

კუნთებში (დუნდულოებში) სახმარად შეიძლება ავილოთ Ol.  
Cemphorati 20%—5,0 ვიწყებთ 5—10 გრამიდან და ათ ეუექტი-  
ვერ მივიღეთ, უმატებთ ყოველდღიურად კორაზოლს 0,5 კუბ. სან-  
ტიმეტრს, ხოლო ქაფურს 3—5 კუბ. სანტიმეტრს.

ამონიუმის ხსნარი იღება 5 %; იგი შეყვანილ უნდა იყოს ვენა-  
ში 5—6 კუბ. სანტიმეტრის დაწყებით. კრუნჩხვითი თერაპიის  
დროს პირველ რიგში ვხმარობთ ქაფურს ან კორაზოლს.

ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია ტარდება გარკვეული ხელსაწ-  
ყოს საშუალებით. მისი დადებითი მხარე არის ის გარემოება, რომ  
გულყრა ვითარდება უცბად, წამიერად და ამნაირად გულყრის წი-  
ნარე პერიოდს უსიამოვნო განცდები და შეგრძნებანი იხსნება  
სრულიად.

შიზოფრენიის მკურნალობა მაღალი სიც-  
ხით. აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდებთან შედარებით სიცხით  
მკურნალობის თერაპიული ეფექტი მნიშვნელოვნად სუსტია. მიუ-  
ხედავად ამისა პიროგენული გზაწყის გამოყენებას არა ეშვიათად  
ვხვდებით ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში.

მკვს გარეშე, რომ მაღალი სიცხე გარკვეულ ზეგავლენას ახ-  
დენს შიზოფრენიული პროცესის ბიოლოგიურ არსზე. ყველაზე  
მეტ თერაპიულ ეფექტს იგი იძლევა, ჰიპერკინეზური კატატონიე-  
ბის დროს, რომელსაც თან ერთვის ფსიქომოტორული აგზნებები.  
საერთოდ სიცხით მკურნალობას შეიძლება მივმართოთ, როგორც  
უებრო საშუალებას, სიმპტომური მიზნებით; მხედველობაში მაქვს  
ბრძოლა შიზოფრენიული ბუნების ქრონიკულ აგზნებებთან.

მაღალი სიცხე შეიძლება გამოვიწვიოთ ორგანიზმში რაიმე ინ-  
ფექციის შეტანით ან ქიმიური პრეპარატის საშუალებით. როგორც  
ვხვდავთ ამ შემთხვევაში შინაარსით საქმე გვაქვს პიროგენ-  
ულ-ინფექციურ თერაპიასთან.

გულის და სისხლძარღვოვანი სისტემის მძიმე დაავადებანი,  
ტუბერკულოზური პროცესი, თირეოგენული აშლილობანი და ზო-  
გადი ფიზიკური ასთენია წარმოადგენს სიცხით მკურნალობის წი-  
ნააღმდეგ ჩვენებას. ინფექციურ საშუალებებიდან ყველაზე ხში-  
რად იხმარება სამდღიური მალარია.

რაც შეეხება ქიმიურ პრეპარატებს, აქ ყველაზე მეტი პრაქტი-  
კული გამართლება ჰპოვა სულფოზინიამა. ხსენებული პრეპა-  
რატი წარმოადგენს გოგირდის ერთ პროცენტთან ხსნარს ცხიმში.

Sulfuris depurali 0,1; Ol. Persicorum 10,0; ინექცია ხდება კუნთებში (დუნდულოებში) თვითოჯერად ორ-ორი გრამი. მკურნალობის კურსი გრძელდება საშუალოდ ერთი თვე, რომლის მანძილზეც ავადმყოფი ლეზულობს 10—12 ინექციას.

ერთი-ორი თვის შუალედით შეიძლება კურსი კიდევ იქნეს განმეორებული.

ინექცია საკმაოდ მტკივნეულია; ეს გარემოება წარმოადგენს სულფოზინოთერაპიის ყველაზე უარყოფით და მძიმე მომენტს.

ინექციის 2—6 საათის შემდგომ ტემპერატურა თანდათან მატულობს; ხოლო 12—14 საათის შემდგომ აღწევს ოდენობის მაქსიმუმს. რამდენიმე საათის შემდეგ სიცხე იწყებს დაცემას და დღე-ღამის განმავლობაში ხდება მისი ხელახალი რეგულაცია.

სულფოზინოთერაპიის დროს სიცხის ფაქტორის გარდა მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული აგრეთვე ის გარემოება, რომ თვით გოგირდი ორგანიზმზე ახდენს ერთგვარ დეზინტოქსიკაციურ და დესენსიბილიზაციურ ზეგავლენას.

სხვა თერაპიულ ღონისძიებებიდან, რომელთაც უფრო აქვთ სიმპტომური მნიშვნელობა და ღირებულება საჭიროდ მიმაჩნია დასახელებული იყოს ფიზიოთერაპია (თბილი აბაზანები და სველი შეხვევები), ჟანგბადის გაძლიერებული ხმარება (კანქვეშ შეყვანა), ბოგოსოლეციის მიერ მოწოდებული ანტირეტიკულური შრატის და, ბოლოს, ცხენის შრატი.

გილიაროესკის თანახმად საჭიროა ყოველდღე კანქვეშ ვიზმართ 5—10 კუბ. სანტიმეტრი ცხენის შრატი.

ამ ბოლო დროს შიზოფრენიის მკურნალობაში ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე სისხლის გადასხმა.

სიმპტომურ მკურნალობასთან დაკავშირებით საკითხების განხილვისას საჭიროა შევჩერდეთ ფსიქოთერაპიულ გზაწესზედაც, მით უმეტეს შიზოფრენიის პათოგენეზში ზოგჯერ შეიძლება შეეხედეთ ფსიქოგენურ ფაქტორებს.

ენერგიული ფსიქოთერაპიული ჩარევა განსაკუთრებულად საჭიროა შიზოფრენიული პოსტპროცესული სიმპტომების მოსახსნელად.

თავისთავად ცნადია, ფსიქოთერაპია ვერ შესძლებს ბიოლოგიურად პირადღებულ სიმპტომთა დაძლევას; შიზოფრენიის შემთხვევებში მოიხსნება მხოლოდ ფსიქოგენური წაფენილობანი.

სულ მოკლედ შიზოფრენიის პროფილაქტიკის შესახებ, რადგანაც ის რაც ვიცით ზოგადი ფსიქოპიგიენიდან და ფსიქოპროფილაქტიკიდან აქაც რჩება სრულ ძალაში.



მართალია შიზოფრენია არ გადაეცემა ქემკვიდრობის ხაზით, მაინც სასურველი და საჭიროა დაცული იქნეს გარკვეული რეჟიმი.

შიზოფრენიული ქემკვიდრობის მქონე ბავშვები არ უნდა იტვირთებოდნენ გონებრივად და რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა ზვდებოდნენ ფსიქოტრავმულ ფაქტორებს. ასეთ ბავშვთა გონებრივი დატვირთვა შეზავებული უნდა იყოს ფიზიკური და სისტემური ხასიათის პრაქტიკული შრომით.

თუ კი შეენიშნეთ სულბით ავადმყოფობის მაჩვენებელი სიმპტომები, საჭიროა დაუყოვნებლივი სპეციალური დახმარების გაწევა და მტკიცე რეჟიმის დანიშვნა, რომ დასაწყისშივე დავძლიოთ ავადმყოფობა.

თუ ოჯახის პირობებში ვერ მოხერხდა ავადმყოფობის კუპირება, საჭიროა მივმართოთ ფსიქიატრიულ სტაციონარს. ვინაიდან შიზოფრენიით შეპყრობილი ავადმყოფები საშიშნი არიან, როგორც პირადად თავისთვის, ისე გარშემომყოფთათვის.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის პროგნოზი ძირითადად მიდამოკიდებულია ნაადრევი დიაგნოზის დროულ დადგენაზე და მკურნალობის აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდთა ასევე დროულად გამოყენებაზე.

შიზოფრენიის მწვავე ქრონიკულ ფორმებში განსაკოთრებული მნიშვნელობა აქვს შრომათერაპიის გამოყენებას. სისტემური შრომა ავადმყოფებს უღვიძებს გრძნობებს რა ინტერესს გარემოსადმი, უნვითარებს დარჩენილ ფსიქიკურ ფუნქციებს და აძლევს ხელახალი განვითარების და წინსვლის შესაძლებლობას.

## 12. შიზოფრენიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

შიზოფრენია წარმოადგენს ერთ-ერთ მეტად საინტერესო თავს აგრეთვე სასამართლო ფსიქიატრიისათვის. ამ დროს ჩვენ ვხვდებით თავისი სიმძიმისა და გამოვლინების ფორმის მხრივ ბოროტმოქმედებათა მრავალგვარ სახეს.

გამოსავალ მდგომარეობაში მყოფნი, ღრმა ჰქუასუსტობის მქონე შიზოფრენიკები არ არიან საშიშნი; მათ არ ძალუძთ რაიმე ბოროტმოქმედებითი ინიციატივის გამოჩენა.

ყველაზე სახიფათოა ფსიქოზის დაწყების და გაშლის პერიოდი, როდესაც ავადმყოფები იმყოფებიან ჰალუცინაციითა და ბოლდითი დაძაბვის გაღლენის ქვეშ.

იმპერატორულმა ე. ი. ბრძანებითი სახის ჰალუცინაციებმა ან დენის, მოწამელის და ზეგავლენის ბოლდებმა შესაძლოა ავადმყოფი მიიყვანოს თვით ან სხვის მკვლელობამდე;

ჩვეულებრივად ბოროტმოქმედებას სჩადიან ფორმალურად სრულიად ნათელ ან ოდნავად შევიწროებულ ცნობიერებაში, რის გამოც მახსოვრობა ჩადენილი ბოროტმოქმედების მიმართ მთლიანად შენახულია.

ჩვენი გამოცდილებიდან მოვიყვანთ მხოლოდ ორ შემთხვევას.

პირველ შემთხვევაში საქმე გვქონდა უკვე 4 წლის „სტაჟის“ მქონე შიზოფრენიულ დაავადებასთან, მიუხედავად ამისა პალუცინაციები ავადმყოფს დრო და დრო უმწვევებდებოდა.

ავადმყოფი იყო სოფლად დედის მზურნელობა-მეთვალყურეობის ქვეშ. ოჯახში 2—3 წლის განმავლობაში იყო წყნარად და ცოტ-ცოტა კიდევ მუშაობდა. ერთ-ერთი პალუცინაციური ეპიზოდი ხდება მისთვის და მის დედისათვის საბედისწერო: ღამე ავადმყოფი დედას გამოსჭრის ყელს წალდით. დედის წალდით დაკვლის ამბავი მას კარგად ახსოვს, მაგრამ არავითარ სინანულს არ გამოსთქვამს; მორალურად და ემოციურად იგი აბსოლუტურად განურჩეველი და სრულიად გაყინულია.

მეორე შემთხვევაში საქმე გვაქვს შიზოფრენიის დასაწყის, ე. ი. ინიციალურ მდგომარეობასთან, როდესაც მახლობელთათვის ავადმყოფობა ჭერ-კიდევ შეუუმჩნეველი იყო.

ოცდა ხუთი წლის ახალგაზრდა ვაჟი თავის დას, თორმეტი წლის გოგონას, საღამოთი მოტყუებით წაიყვანს ქალაქ გარეთ და იქ მდინარეში დაახრჩობს.

სასამართლო ექსპერტიზა არკვევს, რომ ხსენებული თავზარდამცემი საქციელი ჩადენილია შიზოფრენიკის მიერ, რომელიც სავსეა შიზოფრენიული ბუხების ბოდვითი იდეებით.

აქაც ავადმყოფს დანაშაული ახსოვს, მაგრამ არა აქვს არავითარი მორალური შეგნება ან სინდისის ქეჩნა. შესაძლოა შიზოფრენიკმა დანაშაული ჩაიდინოს კატატონიური ანუ იმპულსიური აგზნების დროს ყოველგვარი „მოტივაციის“ ე. ი. პალუცინაციების თუ ბოდვების გარეშე.

თუ დადასტურდა, რომ ბოროტმოქმედება ჩადენილია შიზოფრენიით შეპყრობილ სულით ავადმყოფის მიერ, ცხადია აქ დანაშავე არ შეიძლება იყოს პასუხისმგებელი თავის მოქმედებაში; მანზე უნდა გავრცელდეს სამედიცინო ღონისძიება იძულებითი მკურნალობის და სავადმყოფოს პირობებში იზოლაციის სახით.

13. შიზოფრენიის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები \*)

აკადემიკოსი ტ. ს. 32 წლის, მუშა, უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 25/III 1936 წელს.

შემოსვლას მწვავე ხასიათის აგზნება. ბოლოები მისი მოკვლის ირგვლივ. აქვს სმენითი ხასიათის პალუცინაციები შემზარავი შინაარსის, უმთავრესად დაკავშირებული მის სიკვდილთან. ესმის და სჯერა, რომ მისი ძმა უკვე შეიქმნა მსხვერპლი გარკვეული ჯგუფისა. ავადმყოფი მოწყვეტილია გარემოს. შთანთქმულია შინაგანი განცდებით.

შთამომავლობის მხრივ დატვირთვა არ აღინიშნება. ავადმყოფი ბავშვობაში ყოფილა დამჯერი და მშვიდი ხასიათისა. 8 წლის ასაკიდან სწავლობს, რაც ნაკლებად ეხერხებოდა: ძლივ-ძლივობით დაამთავრა ორი ჯგუფი. 22 წლის ასაკიდან ავადმყოფი თავისი ხასიათების მხრივ საგრძნობლად იცვლება: გაურბის საზოგადოებას, ზდება გულჩახვეული, შეიძულა ამხანაგები, ხშირად ხმარობს უწყალო სიტყვებს; იწყებს სისტემურ ხელცდუნებას; მიუხედავად ამისა ავადმყოფი განაგრძობს მუშაობას, თუმცა ძალიან ხშირად იცვლის სამუშაო ადგილებს. ერთ ადგილზე დიდხანს ვერ სძლებს, ხშირად აქვს კონფლიქტები. 13/III—36 წ. უარი სთქვა სამსახურში წასვლაზე; გამოაცხადა, რომ მისი ღირებურობი მისი მოსისხლე მტერია. შეეცადნენ ავადმყოფი დაემშვიდებინათ, მაგრამ იგი საშინლად აიგზნო და გამოიჩინა მთელი რიგი გაუგებარი, იმპულსიური მოქმედებანი გარემო მყოფთა მიმართ.

ამჯამად ავადმყოფს მკაფიოდ აქვს გამოჩატული ნეგატივიზმი: შეკითხვებზე სტერეოტიპულად გვიპასუხებს „არ ვიცი“. განუწყვეტლივ წევს ლოჯინში საბან წაფარული. ტიპური აუტისტური მდგომარეობა. სახის გამომეტყველება ყოველთვის მკაცრი, დაღვრემილი. დარწმუნებულია, რომ ძმა უკვე მოუკლეს და ეხლა მასაც ისეთივე ბედი მოელის. სიკვდილის მოლოდინშია; აღენიშნება სმენითი პალუცინაციები, გარემოსადმი არავითარი ინტერესი; გარემო მისთვის არ არსებობს იგი შთანთქმულია შინაგანი სამყაროთი.

შიგა და შიგ იმპულსიური საქციელნი, რომელთა ახსნა არ ძალუძს. ექსპერიმენტულად—ინტელექტური აპარატი შენახულია. დიაგნოზი—შიზოფრენია.

აკადემიკოსი გ. ი. 30 წლის, ინჟინერი, უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 17/III—1934 წელს.

ავადმყოფი მოვიდა კლინიკაში პირადი ინიციატივით, საშინ-

\*) ისტორიები ეყუთენის ი. მენთეშაშვილს.

ლად აღელვებული, გადაფითრებული, პანიკურ მდგომარეობაში: როგორც გადმოგვცა თვითონ, უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში ატყობს, რომ მის პიროვნებაში მოხდა რაღაცა მისთვის გაუგებარი და ამავე დროს სრულიად უმიზეზო გარდატეხა. არაფერი არ სჯერა, ყველაფერს ეჭვის თვალით უყურებს, დასჩემდა დაუძლეველი ყოყმანი, დაურწმუნებლობა; გარდა ამისა გრძნობს, რომ იგი ჩავარდნილია ვიღაცის ზეგავლენის ქვეშ, რომლის ნებთაც მიმდინარეობს მისი აზროვნება; გამოსთქვამს აზრს, რომ იგი უღაოდ მოყოლილია მძლავრი, მისთვის უცნობი ადამიანის ჰიპნოზის ქვეშ, რომელსაც ებორჩილება ყოველგვარი წინააღმდეგობის გაწევის გარეშე; ამავე დროს აღნიშნავს, რომ აქვს მთელი რიგი ისეთი საქციელები, რომელნიც მისთვისაც გაუგებარანი რჩებიან, მაგ.: მოძრაობანი ხელებით ზევით, უმიზნო ხეტიალი.

ავადმყოფი გაფანტულია, აღელვებული.

შთამომავლობის მხრივ აღსანიშნავია დედის ხაზით პაპის ფსიქიკური უკმარისობა: ადვილად ასაგზნები, ისტერიული პიროვნება. დედა მკაფიო ფსიქოპათიური პიროვნება. მამა გულჩახვეული, დინჯი, შიზოიდური ხასიათისა.

თვითონ ავადმყოფი მშობლების მეორე შვილია. სწავლა 6 წლიდან დაიწყო, სწავლა ეხერხებოდა, ყოველთვის დინჯი, განმარტობის და ოცნებების მოსიყვარულე, ნაკლებად რეალური. 23 წლისამ დაამთავრა უმაღლესი სასწავლებელი.

22 წლის ასაკში სრულიად დაუსაბუთებელი, გაუგებარი და უაზრო გადმოხტომას სწრაფად მიმავალ მატარებლიდან, რომლის დროსაც დაიზიანა ორივე კვირისთავი.

მიუხედავად ასეთი საქციელისა იგი განაგრძობს მუშაობას, თუმცა აღენიშნება მთელი რიგი უცნაურობანი.

1933 წლის მეორე ნახევარში საერთო მდგომარეობის გამწვავება: გახდა მეტად მოწყენილი, შეიძულა ამხანაგები, უფროსები, ბრალს სდებდა ყველას, რომ სურთ მისი გაუბედურება და საერთოდ მოსპობა. შეიძულა ნათესავები, განსაკუთრებულად დედა.

1934 წლიდან ავადმყოფი განუწყვეტლივ წევს ფსიქიატრიულ კლინიკაში. აქვს მრავალი უცნაური იმპულსიური საქციელი. აქვს გამომუშავებული თავისებური, მოკლებული ყოველგვარ კრიტიკას, მკურნალობითი წესები, მაგ.: ხის ნახერხით, მტვრით, მძლავრი ელექტრო ნაკადით და სხვა.

განსაკუთრებულად აუტიტურია. არავითარ კონტაქტში არ არის გარემო-მყოფებთან. მოკლებულია ცხოველ სურვილებსა და ინტერესებს. შეკითხვებზე იძლევა პასუხებს სწორად; სავსებით შენახული აქვს უნარი თავის ზოგადი სპეციალური ცოდნის გამო-

ულაგნების. ამავე დროს ხშირად არა-ადეკვატური, გაუგებარი, თავისი საქციელებისა და მოქმედების მხრივ. ინტელექტური აპარატის მხრივ საკვებით შენახულია. შეკითხვებზე, თუ რით უნდა აიხსნას ჩვენთვის გაუგებარი მოქმედებანი ვეიპასუხებს, რომ ეს მისთვის ისევეა გაუგებარი, როგორც ჩვენთვის.

ავადმყოფი გრძობს, რომ იგი აღარ არის თავისი აზრებისა და სურვილების პატრონი. იგი მოყოლილია რატომღაც მისთვის გაუგებარ, მის გარეშე მყოფ ძალის ზეგავლენის ქვეშ, რომელსაც იგი აღიქვამს, როგორც ჰიპნოიდურ ზემოქმედებას.

ღიაგზოზი: შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა .

ავადმყოფი ხ. რ. 41 წლის, სტუდენტი. უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 1931 წ. 9/IV-ს.

ავადმყოფი მოთავსებულია კლინიკაში მთელ რიგ უცნაურ მოვლენათა და ქცევათა გამო: დაიწყო სიარული სრულიად უმიზეზოდ ქალაქის ქუჩებში; მთელი საათობით ჩერდებოდა შუა ქუჩებში და ასევე სრულიად უმიზეზოდ ესროდა ქვებს გამვლელებს. იძლეოდა საშინელ აგზნებას—ასეთი აგზნების დროს დარბოდა, იჩენდა აგრესიას.

კლინიკაში მოთავსებამდე თითქმის ერთი კვირის განმავლობაში სახლში არ დარჩებულა.

კლინიკაში შემოსვლისთანავე აღსანიშნავია უცნაური საქციელები, კატატონიური მოძრაობანი, შიგა და შიგ ნეგატივიზმი, ავადმყოფი გამოსთქვაშს მრავალ უთავბოლო ბოდვებს: თავის თავს ე. წ. „ასტროტანგიის“ სპეციალისტად აღიარებს. სურს მთვარის ჩამოღება; ანვითარებს თავის მოსაზრებებს კავკასიის შავი და კასპიის ზღვით მორწყვის შესახებ. ამავე დროს მორწყვის ტექნიკა თავისებური აქვს „მიღები უნდა ჩალაგდეს და სხვა არაფერიო“. გარშემომყოფთ არ აქცევს ყურადღებას. შთანთქმულია საკუთარი იდეებით. დედა შეიძულა. ერკვევა დროში და ადგილში. შთამომავლობის მხრივ აღსანიშნავია მამის ალკოჰოლიზმი და ლუესი. ბიძამამის ხაზით—ქრონიკული სულით ავადმყოფი. ჩვილობის და სკოლის წინა პერიოდში—ჩვეულებრივი, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ბავშვი მეტად ძტირალა ყოფილა. 8 წლის ასაკიდან სწავლა, საგნების შეთქმება ეხერხებოდა. სქესობრივი მომწიფება 14 წლიდან და პარალელურად მასთან ხასიათის შეცვლა: ეტანება მარტოობას, გახდა არაჩვეულებრივად მოწყენილი, გაზარმაცდა; სწავლა შეტად ეძნელება; ძლივს ძლივობით ამთავრებს საშუალო სასწავლებელს.

ბოლო დროს უფრო გაუცნაურდა, გახდა განსაკუთრებულად მოწყენილი. შიგა და შიგ ჩაიციინებს ხოლმე; ხშირად სრულიად

უმინჯეზოდ ჩერდება ქუჩაში; ხანდისხან სახლში სრულიად არ ბრუნდება. ეტყობა განსაკუთრებული ეგოიზმი. დედის მიმართ ტლანქი და უხეში მოპყრობა. ექსპერიმენტული გამოკვლევის მიხედვით ირკვევა, რომ ინტელექტური აპარატი ნაწილობრივ შენახულია, მაგრამ მკაფიოდ მოუწყესრიგებელია. დიაგნოზი შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა.

#### 14. ცნობები პარაფრენიის შესახებ

პარაფრენია არ წარმოადგენს ნოზოლოგიურად ცალკე დაავადებას. მედიკო-ბიოლოგიური აოსის მხრივ იგი ეკუთვნის შიზოფრენიული ჯგუფის ფსიქოზებს.

პარაფრენიის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში და, პირველ რიგში, დიდა ტვინის ქერქში ჩვენ ვხვდებით შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ პათოლოგიურ-ანატომიურ ცვლილებებს.

ტვინის დესტრუქციო ამ დროს მოდებულია და ატარებს პარენქიმულ-დეგენერაციული პროცესის ხასიათს, რომელიც ყველაზე უკეთ და მძლავრად გამოხატულია შუბლის, საფეთქლის და ქვედა თხემის ველთა მესამე და მეხუთე შრეებში. ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული ის გარემოება, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პარენქიმულ-დეგენერაციული პროცესი მიმდინარეობს განსაკუთრებულად ნელა და დუნედ.

ტვინის ღრმა დესტრუქციული მოვლენები ვიფარდება დიდი მოგვიანებით. ამიტომ კლინიკური სურათიც მიმდინარეობს მეტად ნელი, მოდუნებული ტემპით, ხოლო პიროვნება ინეალიდდება და ფინალური დეფექტი ყალიბდება მრავალწლიანი მანძილის განვლის შემდგომ. ამასთანავე ერთად უნდა ვიცოდეთ, რომ შიზოფრენია და პარაფრენია იძლევა აბსოლუტურად თანაგვარ საბოლოო გამოსავალს ე. ი. შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი უ ლ დ ე ფ ე ქ ტ ს.

პარაფრენიაზე, როგორც დამოუკიდებელი ქვეჯგუფზე ლაპარაკი შეიძლება იმდენად, რამდენადაც მას აქვს დამახასიათებელი, თავისებურად მიმდინარე კლინიკური სურათი.

პარაფრენიის დიფერენციული დიაგნოზი, პროგნოზი და თერაპია ისეთივეა, როგორც შიზოფრენიის შემთხვევებში.

პარაფრენია ძლიერ ახლო დგას შიზოფრენიის პარანოიდულ ფორმასთან, მაგრამ იმავე დროს მკვეთრად განსხვავდება თავისი კლინიკური სურათით.

პარაფრენიის დროს ბოლოვითი აზრები უფრო მოწყესრიგებული და მთლიანია, ვიდრე შიზოფრენიის პარანოიდულ ფორმებში. ამასთანავე ერთად პარაფრენიის დროს პიროვნების დეგრადირება ხდება გვიან, აფექტურ-ემოციური გამოვლინებანი შერჩენილია

ჰეტ მანძილზე; კატატონიური სიმპტომები არ არსებობს და თვით ფსიქოზი ვითარდება მოგვიანებულ ასაკში (30—35 წლის შემდეგ).

პარაფრენიის შედარებითი კეთილთვისებიანობა და ამ შემთხვევაში ნეირო-ფსიქიკური აპარატის თითქოს მეტი რეზისტენტობა (გამძლეობა) შეიძლება დაუკავშიროთ პიროვნების პრემორბიდულ თავისებურებას, სახელდობრ: ჰიპოპანიაკალურ, პარანოიდულ ხანებს და ავადმყოფის პიკნიურ თვისებებს. რადგანაც ავადმყოფთა ემოციურ ნებითი სფერო შენაჩულია და მათ არა აქვთ ინტრაფსიქიკური ატაქსიის მკვეთრი ნიშნები, პარაფრენიები დიდხანს ინარჩუნებენ შრომის უნარიანობას.

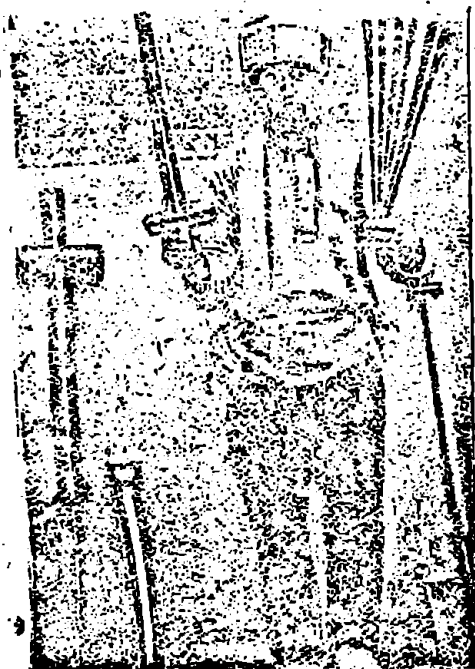
არჩევნ პარაფრენიის შემდეგ კლინიკურ სახეებს: სისტემური, ექსპანსიური, კონფაბულური და ფანტაზიური პარაფრენია.

სისტემური ფორმა წარმოადგენს პარაფრენიის ყველაზე უხშირეს ქვე სახეს. ავადმყოფობა იწყება 30—40 წლების შუალედში. პროცესი მიმდინარეობს ნელი ტემპით და პიროვნების შესამჩნევ დეგრადაცია ვითარდება მოგვიანებით, ორი-სამი ათეული წლების შემდგომ. როგორც წესი ავადმყოფობა იწყება დევნითი ხასიათის ბოღვითი იდეებით; უკანასკნელს მალე თან ერთვის სმენის ჰალუცინაციები და „მეხსიერების ჰალუცინაციები“ ანუ კონფაბულაციები. ბოღვები და ჰალუცინაციები განსაზღვრავენ ავადმყოფის ქცევას და ცხოვრებითი გადაწყვეტილებებს. ისინი ყველაფერს უცქერიან უნდობლობით, ეჭვით, ხშირად იცვლიან სამსახურს, საცხოვრებელ ადგილს. ამ პერიოდში აღენიშნებათ დაწეული გუნებგანწყობა და უსიამოვნო გრძნობები.

შემდეგ, კლინიკური სურათის გაშლასთან და გონებრივ შესაძლებლობათა შეზღუდვასთან ერთად ავადმყოფებს ასთენიური გუნებგანწყობა ეცვლება სთენიურად და უნვითარდებათ განდიდების აზრები.

ბოღვითი იდეების ჩამწყალიბების ამ მეორე პერიოდში დევნითი აზრები იფარება სთენიური წარმოდგენებით, რომ ისინი არიან დიდი დანიშნულების და მოწოდების ადამიანები, ისინი წარმოადგენენ ღვთივ მოვლინებულ წინასწარმეტყველს, მესიასს და სხვა ხსენებული სთენიური ბოღვები და აწეული გუნებგანწყობა განსაზღვრავს ავადმყოფთა ქცევებს; რეაქციებს, დამოკიდებულებას გარემოსთან და თვით გარეგნობასაც. სურათი 45 გადმოგვცემს პარაფრენიკის გარეგნობას, რომელსაც თავისი თავი წარმოდგენილი აქვს ამ ქვეყნად მოვლინებულ წინასწარმეტყველად.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას საჭიროა პარაფრენია შეცდომით არ იყოს მიღებული პარანოიად, ან პირიქით. უნდა გვახსოვდეს, რომ პარანოიას შემთხვევებში არას დროს არა გვაქვს გონებრივი სფეროს დეფექტი ან ალქმის პათოლოგია პალუცინაციების სახით; ამასთანავე ერთად ბოდვები სუფთა პარანოიას დროს წარმოადგენს მტკიცე სისტემის მქონე პათოლოგიურ პროდუქციას.



სურ. 45. პარაფრენიკი „წინაწარმტყველი“ განდიდების ბოდვითი იდეებით. მოყვანილია გილიაროვსკით.

ექსპანსიური პარაფრენია გვხვდება უფრო ხშირად დედაკაცთა შორის; იწყება უფრო სწრაფად, ვიდრე სისტემური ფორმის დროს.

პრემორბიდს ახასიათებს ციკლოთიმიური ხაზები ხასიათში, რასაც შეიძლება დაუკავშირდეს კლინიკური სურათის განსაკუთრებულება, როგორც მაგალითად: 'სთენიური' შინაარსის ბოდვითი პროდუქციები, აწეული გუნებგაჩქარება, ადვილი აგზნებადობა და კლინიკურად სურათის ზოგადი ჰომოქანიაკალური ფონი.

კონფაბულური პარაფრენია თანაბარი სიხშირით გვხვდება ორივე სქესში. კლინიკური სურათი დაწყების და განვითარების მხრივ თუმცა იხლო დგას ექსპანსიურ პარაფრენიასთან.



მანც ხსენებული ფორმის დროს წამყვანია შინაარსით მდიდარი და მრავალფეროვანი კონფაბულაციები. ავადმყოფები იძლევიან ცრუ მოგონებებს თავიანთი წარსულის შესახებ. კონფაბულაციები იწიძლება იყოს როგორც ასთენიური (დევნის, ტანჯვის), ისე სთენიური (განდიდების) ხასიათისა.

ფ ა ნ ტ ა ზ ი უ რ ი პ ა რ ა ფ რ ე ნ ი ა ხშირია მამაკაცთა შორის. ამ დროს ზოგადი ასთენიური გუნებგანწყობის ფონზე წარმოადგენილია სრულიად უაზრო, ერთ დედა აზრს მოკლებული და ცვალებადი შინაარსის მქონე ბოდვითი ფანტაზიები (ფანტაზიურა, ბოდვები). არა იშვიათად ბოდვებს, თან სდევს ზეგავლენის იდეები და ტაქტილური პალუცინაციები.

## ეპილეფსია და ეპილეფსიფორმული ფსიქოზები

### 1. ზოგადი შენიშვნები

ეპილეფსია ანუ ბნედა და ეპილეფსიური კრუნჩხვები ანუ გვეშულება ცნობილია უძველესი დროიდან. ტერმინი ეპილეფსია უცხო სიტყვაა და ნიშნავს შეტევას, რომლის დროსაც აღამიანი ეცემა.

გულყრის მოულოდნელობა, ფსიქიკური ცხოვრების მთლიანი, სწრაფი გამორთვა, უეცარი, მოსხლეტილი დავარდნა, მკვეთრი კრუნჩხვითი მოძრაობები, დუჟი პირიდან და სახის გაფითრება-გალურჯება საზარელ და თავზარდამცემ შთაბეჭდილებას ახდენს მაყურებელზე, დამსწრეზე.

როგორც ავადმყოფთათვის, ისე მახლობელთათვის გულყრა იშლება ესოდენ მოულოდნელად, რომ შეუძლებელი ხდება წინასწარი დახმარება ან რაიმე ზომების მიღება.

კრუნჩხვითი შეტევები ცნობილია აგრეთვე ცხოველთა შორის.

ძველ დროში შენიშნული იყო ერთგვარი კავშირის არსებობა გულყრათა სიხშირის და მთვარის მოძრაობის შორის მაგ. გულყრებში თითქოს განხირება ახალი მთვარის გამოჩენაზე; ამიტომ უძველეს დროიდან ეპილეფსიას ხალხი განიხილავდა, როგორც „სამთვარეულოს“—*morbis lunaticus*.

როგორც ვხედავთ ხალხის წარმოდგენაში ეპილეფსია უკავშირდება უცნობ კოსმიურ ძალებს. უფრო მეტი, ძველ დროს ბნედას უცქეროდენ, როგორც ღვთიური განგებით მოვლინებულ ავადმყოფობას და მას უწოდებდნენ *morbis sacer*.

ბნედიითი შეტევები ცნობილია მითოლოგიაშიც, მაგალითად, თქმულებით ჰერკულესს ჰქონია გულყრები, აქედან სახელწოდებაც *morbis herculeus*.

საბუნებისმეტყველო დარგის წინსვლასთან ერთად ხდება ეპილეფსიის და ეპილეფსისებრივ მოვლენათა მეცნიერული შესწავლა.

ამჟამად დადგენილია, რომ გულყრითი განტვირთვას საფუძვლად აქვს ტვინის უბნების გალიზიანებით გამოწვეული გარკვეული ნეიროდინამიკური საფუძვლები.

დღეს გამოარკვეულად უნდა ჩაითვალოს, რომ გულყრითი განტვირთვანი წარმოადგენს სინდრომს, რომელიც გვხვდება მრავალ ავადმყოფობათა დროს და შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალგვარი, სულ სხვადასხვა მიზეზებით.

უკანასკნელ შემთხვევაში კრუნჩხვითი განტვირთვა წარმოადგენს, მხოლოდ ავადმყოფობის ნიშანს—სიმპტომს და არანაირად არადამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულს.

სიმპტომური ეპილექსია შეიძლება შეგვხვდეს პროგრესული პარალიზის, ტვინის ათაშანგის, ტვინის არტერიოსკლეროზის, ქალას ღია თუ დახურული ტრავმების, ტვინის სიმსივნეების, ურემიის, ეკლამპსიის, მოწამვლების და კიდევ სხვა მრავალ ავადმყოფობათა დროს.

ეკზოგენური ბუნების მქონე გულყრათა ზემოხსენებული ფართო ჯგუფის გარდა ფსიქიატრიაში მნიშვნელოვანი ინტერესი აქვს ენდოგენურ ე. წ. გ ე ხ უ ი ნ უ რ ე პ ი ლ ე ფ ს ი ა ს.

კლინიკური გამოვლინებანი და ბიოლოგიური წინამძღვრები ენდოგენური ეპილექსიისა იბდენად ჩამოკვეთილი და შემოხაზულია, რომ იგი განხილული უნდა იქნეს, როგორც დამოუკიდებელი, ნოზოლოგიური სახის დაავადება.

ფსიქოპათოლოგიური მხარის შესწავლისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ე. წ. გენუინური ეპილექსიის დროს ჩვენ გვაქვს სრულიად სპეციფიკური და მხოლოდ ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი ქარაქტეროლოგიური თვისებები, ეპილექსიური ჰუასუსტობა და პიროვნების დეგრადაციის ტიპი.

ქვემოდმოყვანილი მასალები მეთოთხმეტე ქვეთავამდე ეხება ენდოგენურ ეპილექსიას.

## 2. ეპილექსიის ეტიოლოგია

ეპილექსია გვხვდება ყველა ქვეყნებში ძლიერ ხშირად. მოსახლეობაში ეპილექტიკთა რიცხვი საშუალოდ შეადგენს 1—2% ე. წ. მოსახლეობის ყოველ ათას სულზე უნდა მოდიოდეს 1 ან 2 გულყრითი ავადმყოფი.

ძველი სტატისტიკური მასალების მიხედვით არსებობს შეხედულება, რომ ეპილექსიის სიხშირე თითქოს უფრო უნდა სჭარბობდეს მამაკაცთა, ვიდრე დედაკაცთა შორის. მაგრამ ხსენებული აზრი უახლეს და ზუსტად შერჩეულ მასალებზე არ მართლდება:

ორივე სქესი თითქმის თანაბრად იჩენს მიდრეკილებას გენუინური ეპილეფსიისადმი.

ასაკის მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ შემთხვევათა დიდი უმრავლესობა, სახელობრ 75%, მოდის 25 წლამდე; დანარჩენი 25% მოდის უფრო მოგვიანებულ ასაკზე. 45—50 წლებში ეპილეფსიის შემთხვევათა სიხშირე ხელახლად მატულობს.

ეპილეფსიის ეტიოლოგიის განხილვისას ავტორები დიდ როლს აკუთვნებენ წინაგანწყობას ეპილეფსიისადმი. ო ს ი პ ო ვ ი ს გაგებით ხსენებული წინაგანწყობა ვულისხმობს თავის ტვინის, კერძოდ ქერქული აპარატის გარკვეულ აგზნებადობას. უკანასკნელი გარემოება წარმოადგენს ხელსაყრელ ფონს, რომელზედაც სხვადასხვა ეკზო-ენდოგენურ გავლენათა შედეგად ადვილად იშლება გულყრითი სინდრომი.

გენუინური ეპილეფსიის დროს მემკვიდრეობის მნიშვნელობაზე მიგვიითივებს შემდეგი გარემოებანი: თავის ტვინის თანდაყოლილი ანომალიების (აქლანოზა-ჰიპოპლანოზა-დისპლანოზის მოვლენები) სიხშირე, გულყრათა სიხშირე ერთი ოჯახის შთამომავლობაში (უები; ძმები; მეტყველების განუვითარებლობის, ეპილეპტიოდური ფსიქოპათიების შემთხვევების არსებობა და სხვა ნიშნები.

ამასთან ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ მზგავსად ფსიქოზების სხვა ფორმებისა ეპილეფსიის დროს მემკვიდრეობითი ფაქტორს არანაირად არა აქვს და არც შეიძლება ჰქონდეს საბედისწერო ფაქტუმის როლი. ჩვენს შეგვიძლია ვილაპარაკოთ მხოლოდ ხელის შეწყობაზე და არანაირად არა წინარედ დადგენილ აუცილებლობაზე.

მართო ნიადაგის არსებობა არ კმარა, საჭიროა უშუალოდ გამოწვევ და ბიძგის მიძემ ეკზო-ენდოგენურ ფაქტორთა არსებობა, როგორც მაგალითად: მშობელთა ათამანგი, ალკოჰოლიზმი და თვით ავადმყოფთა ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციური, ინტოქსიკაციური თუ ტრავმული დაზიანებანი.

თანახმად გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს ა და ს ე რ ე ი ს კ ი ს ა მეორად ხელშემწყო ფაქტორებმა ერთ შემთხვევაში შეიძლება მოგვეცეს სიმპტომური ბუნების ეპილეფსიფორმული რეაქციები, ხოლო მეორე შემთხვევაში გამოამყლავნოს ე. წ. გენუინური ბუნების მქონე ეპილეფსიური პროცესი.

როგორც ვხედავთ ეპილეფსიური დაავადების ეტიოლოგიური შომენტები მეტად მრავალნაირია. აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მემკვიდრეობითი და ენდო-ეკზოგენურ ფაქტორთა დინამიკური ურთიერთობა.

ეპილეფსიის ეტიოლოგიაში გარკვეული ადგილი უნდა დაეთმოს ავადმყოფთა ინდივიდურ წინაგასწყობას. გილიაროვსკის თანახმად ეპილეფსიის დროს დისპლაზიურ კონსტიტუციონს ვხვდებით 27%-ში, ატლეტურს 36%-ში, ხოლო ლეპტოზომურს ანუ ასთენიურს 12%-ში.

ენდოგენური ეპილეფსიის დროს ადგილი აქვს დამახასიათებელ გარეგან ქვეყებს, მოძრაობათა მანერას და სახის გამომეტყველებას.

მათი მოძრაობები ნელია, ტლანჭი და მოკვეთილი.

სურათი 46-ზე მოყვანილია ტლანჭი და გაყინული ე. ი. მიმიკას მოკლებულ სახის გამომეტყველების მქონე ჰეუსუსტ ეპილეპტიკთა ჯგუფი.

ალკოპოლიზმს ანუ ლოთობას უნდა დაეთმოს ერთ-ერთი წამყვანი როლი ეპილეფსიის ეტიოლოგიაში. ამ შემთხვევაში ალკოპოლს აქვს მავნე გავლენა ორი მიმართულებით, სახელდობრ: შვილების დატვირთვის და პირადი ინდივიდუარიზაციის მიყენების მხრივ.



სურ. 46. ჰეუსუსტ ეპილეპტიკთა უმოდრო და ტლანჭი სახის გამომეტყველება. მოყვანილია გილიაროვსკით.

შზობელთა ალკოპოლიზმს ოსიპოვი აწერს დიდ როლს; შისი მასალების თანახმად ეპილეპტიკთა 75%-ში შეიძლება შევხვდეთ ალკოპოლურ დატვირთვას.

ინდივიდუარი ალკოპოლიზმის შესახებ საკითხის განხილვისას კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ეპილეპტიკთა დიდ რაოდენობას

აღნიშნებათ ალკოჰოლისადმი ერთგვარი მიდრეკილება; მათ აქვთ შინაგანი ლტოლვა: სპირტუელი „უყვართ გუნებით“.

გვექნება გენუინური თუ ალკოჰოლური წარმოშობის სიმპტომური ეპილეფსია, ორივე შემთხვევაში აუცილებელი უნდა იყოს ნერვული აპარატის მხრივ გარკვეული თვისებები: სახელდობრ გადაჭარბებული აგზხებადობა.

სხვა მშხამავ ნივთიერებებიდან, რომელთა ქრონიკულ ხმარებასაც შეიძლება მოჰყვეს სისტემური თუ ეპიზოდური ხასიათის გულყრითი განტვირთვები, პირველ რიგში დასახელებული უნდა იქნეს ე. წ. აბსენტი.

ოსიპოვის და ჩენი ექსპერიმენტული დაკვირვებანი გვიჩვენებს რომ ცხოველებზე აბსენტის სულ მცირე დოზა (ინტრავენური შეყვანა) სწრაფად იძლევა ტიპიურ ეპილეფსიურ გულყრებს.

ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიის და პირველ რიგში ღვიძლის უკმარისობის ნიადაგზე წარმოშობა ტოქსინური ნივთიერებანი, რომელთაც უეჭველად უნდა ჰქონდეს გარკვეული როლი გულყრათა გამოწვევა-განვითარებაში.

ენდოტოქსინურ ეტიოლოგიაზე პირველ რიგში შეიძლება ვიფიქროთ ინვოლუციური ანუ კლიმაქსური და ე. წ. მოგვიანებული ეპილეფსიის შემთხვევებში.

### მ. პათოგენეზის და პათოფიზიოლოგიის საკითხები

გენუინური ეპილეფსიის ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორს შეადგენს ენდოტოქსინური მომენტები.

მოწამელის შედეგად როგორ და რანაირად ჩნდება გულყრითი განტვირთვა, ეპილეფსიური შეტევების განმეორებანი, ავადმყოფის პიროვნების დაქვეითება ან სხვადასხვა სურათის მქონე ფსიქოზურ მდგომარეობათა გამოვლინება? ხსენებული საკითხები მეტად რთულია და შეადგენს ეპილეფსიის პათოგენეზის და პათოფიზიოლოგიის საგანს.

ცხოველებზე, განსაკუთრებით ძაღლებზე, ძლიერ ადვილად იწვევა ხელოვნური ეპილეფსიური გულყრები, ამ მხრივ არსებობს ფრიად საინტერესო და მნიშვნელოვანი ექსპერიმენტული დაკვირვებანი.

კლინიკურ და ექსპერიმენტულ გამოკვლევათა თანახმად მკვლევარნი აზუსტებენ საკითხებს თუ რა როლი უნდა მიეკუთვნოს ნერვული სისტემის უბნებს გულყრის გამლაში.

არსებობს სამგვარი შეხედულება: ერთნი გულყრითი მექანიზმებს უკავშირებენ დიდი ტვინის ქერქს; მეორენი—დიდი ტვინის უახლოეს ქერქქვეშა კვანძებს; ხოლო მესამენი მნიშვნელოვან როლს აწერენ როგორც ქერქს და ქერქქვეშა კვანძებს, ისე ვეგეტაციურ ნერვულ სისტემას.

ხსენებული საკითხების დამუშავებაში წამყვანი როლი ეკუთვნის საბჭოთა მკვლევარებს. ქერქული თეორიის წარმომადგენელია ო ს ი ბ ო ვ ი და მისი სკოლა, ქერქქვეშა თეორიისა—ს პ ე რ ა ნ ს კ ი და მისი სკოლა, ხოლო მესამე თეორიისა—გ რ ი ნ შ ტ ე ი ნ ი და სხვები.

სამივე თეორიის წარმომადგენელთა მიერ დაგროვილი ფაქტური მასალა უეჭველად საინტერესო და ანგარიშგასაწევია.

ამეამად ერთი ცხადია, რომ ყოველი გულყრითი განტვირთვა, ეპილეფსიური რიგის ყოველი გამოვლინება შედეგია ნერვული სისტემის მთლიანი ამოქმედებისა. ეპილეფსიური პაროქსიზმების დროს, როგორც წესი, ჩვენ კბიდავთ ქერქულ გამოვლინებებს (კლონური კრუნჩხვები), ქერქქვეშა კვანძების გაღიზიანებას (ტონური კრუნჩხვები) და ვეგეტაციურ, აპარატის გააქტივებას (ძვრებში შინაგანი ორგანოების მხრივ, ნიუთიერებათა ცვლის აშლა და სხვა).

გულყრის დროს აუცილებელი და საპიროა ნერვული სისტემის ზემოხსენებული სამივე ნაწილის ამოქმედება, მაგრამ გოლყობა მეტად მრავალნაირია; იმისდა მიხედვით თუ ნერვული სისტემის რომელი ნაწილი განიცდის მეტ გაღიზიანებას (თუ წამყვან დაინტერესებას) ყალიბდება გულყრის გარკვეული კლინიკური სურათი.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ კლონური კრუნჩხვები დაკავშირებულია ქერქული აპარატის პათოფიზიოლოგიასთან, ხოლო ტონური კრუნჩხვები ქერქქვეშა უბნების ნეიროლინამიკურ ძვრებთან.

თანახმად ო ს ი ბ ო ვ ი ს ა ეპილეფსიური გოლყრის დასაწყისში ხდება ქერქული აპარატის აგზნებადობის სწრაფი მომატება; ამდროს გვაქვს ტვინის ქსოვილის ჰიპერემია და კლონური კრუნჩხვები.

აგზნებადობის მომატება სწრაფად ვრცელდება ქვემდებარე უბნებზე, რასაც მოსდევს კუნთოვანი სისტემის ტონური დაძაბვა.

ნერვული ქსოვილის აგზნებადობის სწრაფი და განსაკუთრებული მომატება არ შეიძლება იყოს ხანგრძლივი; იგი სწრაფად იწუ-

რება; აგზნებადობის მომატებას მოსდევს ასევე ძლიერი მოქანცულობა და ეპილექსიური გულყრა თავდება, შესწყდება.

აგზნებადობის სწრაფი მომატება შედეგია ტვინის ქსოვილზე შშხამავი ნივთიერებების ენდოტოქსინების ზეგავლენისა. მაგრამ გულყრის განვითარებისათვის მარტო ეს გარემოება არ გმარა. საჭიროა ცენტრალურ ნერვულ სისტემას ჰქონდეს ერთგვარი მზადყოფნა კრუნხხვითი რეაქციებისადმი.

ეპილექტიკის ნერვული სისტემის ზღურბლი მეტად დაბალია. სულ მცირე გაღიზიანება შეიძლება გახდეს მიზეზი მორიგი პაროქსიზმისათვის.

ხსენებული პათოფიზიოლოგიური თავისებურება შეიძლება საფუძვლად დაედოს ეპილექტიკთა ქარაქტეროლოგიურ თვისებებს. ისინი მეტად ამგზნებადი და ექსპლოზიური არიან, ადვილად იძლევიან აფექტიურ აფეთქებებს.

გაღიზიანების ზღურბლის დაწევა და ეპილექსიფორმულ რეაქციითა გაძლიერება პირადდებულია ეპილექტიკთა ზოგადი პათოლოგიური, კერძოდ ენდოკრინული აპარატის თავისებურებით.

საჭიროა გავიხსენოთ, რომ თირკმელზედა და ფარისებრივ ჯირკვლთა, ეპიფიზის და ჰიპოფიზის წინა წილის პორმონები განსაკუთრებულად აძლიერებს ტვინის ქსოვილის სპაზმოგენურ თვისებებს. ხსენებულ კომპონენტებს უნდა დაეთმოს ერთ-ერთი მთავარი როლი გულყრათა პათოგენეზში. არ შეიძლება შემთხვევითად მივიღოთ ის ფაქტი, რომ თირკმელზედა ჯირკვლის ექსტირპაციის შემდგომ ცხოველი ჰკარგავს ეპილექსიფორმულ რეაქციითა თვისებებს. ასეთ ცხოველზე ქერქული აპარატის მოტორული ზონის ჰევეთრი ელექტრონული გაღიზიანება არ იძლევა გულყრითი განტვირთვის.

ზოგჯერ ეპილექსიის შემთხვევებში ენდოკრინული აპარატის პათოლოგია ესოდენ მკვეთრად არის წარმოდგენილი, რომ სერეისკის მართებულად მიაჩნია გამოყრის დაავადების ცალკე ჯგუფი ენდოკრინულ-ტოქსინური ეპილექსიის სახეწოდებით.

ენდოკრინული აპარატის მანკიერ მოქმედებას მოსდევს ნივთიერებათა ცვლის, პირველ რიგში აზოტური წონასწორობის დაბილობა.

ნერვული ქსოვილის აგზნებადობის სწრაფი აწევა და შემდეგ ასევე სწრაფი დაცემა ამ ბოლო დროს დასტურდება აგრეთვე ქერქული აპარატის ბიოდენების, ანუ ელექტრონული აქტიობის შესწავლით.



არა მარტო მოტორული არე, არამედ ქერქული ყოველი ველი შესაძლებელია იყოს საწყისი, საიდანაც მოხდება ეპილეფსიური გულყრის გაშლა. სხვადასხვა ველის მონაწილეობა თავის ბუზრად აფერადებს შეტევის დასაწყისს, ამიტომ გულყრის კლინიკური სურათის ანალიზის შედეგად შესაძლოა ერთგვარად ვიმსჯელოთ თვით ქერქული კერის ადგილმდებარეობაზე, ე. ი. გულყრის საწყისის ლოკალიზაციაზე.

ქვემოთ მოვიყვანთ ფორსტერის მასალებს ქერქული კერის და გულყრის დასაწყისის (აურის) კლინიკური სურათის ურთიერთკავშირის შესახებ.

მოტორული ზონის ანუ ცენტრალური ხეულის (მე-4 ველი) ჩართვისას ადგილი აქვს განაკერძობულ კრუნჩხვებს, რომლებიც რბრიგობით გადადის სხეულის ერთი ნაწილიდან მეორეზე.

მეექვსე ველის ე. ი. შუბლის პირველ და მეორე ხეულთა უკანა წილის ჩართვისას ადგილი აქვს თვალების და თავის ტრიალს მოწინააღმდეგე მიმართულებით და ასევე მოწინააღმდეგე მხარის კიდურების ტონურ-კლონურ-კრუნჩხვებს.

მეჩვიდე ველის ე. ი. შუბლის მეორე ხეულის ჩართვისას გულყრა იწყება თვალის კაკლების კლონური ძიგძიგით დაზიანების მოწინააღმდეგე მხარის მიმართულებით.

ცენტრალური ხეულის ქვედა ნაწილის ჩართვისას შესაძლებელია შევხვდეთ ყლაპვითი და ლეკვითი მოძრაობებს ან კრუნჩხვებს.

მგრძობიარე ველების (ველები 1, 2 და 3) ჩართვისას გულყრა იწყება მრავალი სხვადასხვა სახის შეგრძნებებით, რომლებიც შესაძლოა წამოიჭრას სხეულის სხვადასხვა ნაწილში და თანდათანობით ადგილი ინაცვლოს.

მეშვიდე ველის ჩართვისას ადგილი აქვს აგრეთვე სენსორულ პათოლოგიას პირველ რიგში ფსიქო-სენსორულ აშლილობათა მაგვარ მოვლენებს.

მხედველობითი ქერქის (ყფის ველები 17, 18 და 19) ჩართვისას შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა სახის ოპტიკურ შეგრძნებებს.

სმენითი ქერქის ჩართვისას (ველი 22) შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა სახის აკუსტიკურ შეგრძნებებს.

4. ეპილეფსიური გულყრის (გვეშულების) სიმპტომატოლოგია

რთული და მრავალნაირია ეპილეფსიური გულყრის კლინიკური სურათი. მიუხედავად ამისა არსებობს მთელი რიგი ძირითადი

ნიშნები, რომლის მიხედვითაც შეიძლება დადგინდეს ეპი-  
ლეფსიური გულყრის მთლიანი და ერთიანი ფორმულა.

ტიპური შემთხვევების დროს აღნიშნულ ფორმულაში ვარ-  
ჩევთ შემდეგ ფაზებს: ა უ რ ა ა, ტ ო ნ უ რ და კ ლ ო ნ უ რ.  
კ რ უ ნ ჩ ხ ვ ე ბ ს და კ ო მ ა ს.

როგორც მთლიანი გულყრა, ისე მისი შემადგენელი ფაზები  
მეტად ხანმოკლეა და ასევე მეტად სწრაფად სცვლის ურთიერთს.  
აურას სახელწოდებით ცნობილია ის წინარე კლინიკური გამოვლი-  
ნებანი, რომელსაც ადგილი აქვს კრუნჩხვითი განტვირთვამდე და  
რომლის ხანგრძლივობაც იზომება სეკუნდებით. აურას დროს ავად-  
მყოფი გრძნობს მეტად უსიამოვნო შეტევის აუცილებლობას, მაგ-  
რამ, როგორც წესი, იგი ვერ ასწრებს რაიმე ზომების მიღებას;  
თუ ფეხზე დგას, ვერ ასწრებს დაჯდომას ან დაწოლას და ეცემა  
უცებ ვით მოჭრილი ხე.

ძლიერ იშვიათად ეპილეფსიის ზოგიერთ შემთხვევაში ავილ-  
მყოფები ასწრებენ საწყისშივე გულყრის შეწყვეტას—კუპირებას.  
უკანასკნელის მიზნით ზოგი ავადმყოფი ლეზულობს მარილის-  
კენიტს, ზოგნი აწარმოებენ გაძლიერებულ მოძრაობებს, ან პირი-  
ქით. აწარმოებენ დაინტერესებული კიდურის გადაქერას და სხვა-  
მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, ჩვეულებრივად ეს ზომები მიზანს  
ვერ აღწევს და ხდება გულყრის გაშლა: შემდგომი ფაზების განვი-  
თარება.

არჩევენ მოტორულ, სენსორულ, ვეგეტაცი-  
ურ და ფსიქიკურ აურას.

უფრო ხშირად აურას აქვს თანამგზავრი და ერთტიპური ში-  
ნაარსი, ძლიერ იშვიათად შეიძლება შეგხვდეთ შერეული სახის  
აურასაც.

მოტორული აურის შემთხვევებში ავადმყოფები  
აწარმოებენ სხედასხვა სირთულის მოძრაობებს, მაგალითად: კი-  
დურებს სტერეოტიპიულად აქანავებენ, ირგვლივ ტრიალებენ,  
ლილს ხსნიან, თავს ამოძრავებენ, წამოიძახებენ სიტყვებს ან ფრა-  
ზებს, აქვთ ცემინება, ან სპაზმური ხელო და ასე შემდეგ; ხოლო  
ზოგჯერ უაზროდ და უმიზნოდ გარბიან ე. წ. ეპილეფსიური  
ფუგა, რომელიც ჩვეულებრივად წამიერი ხანდაზმულობისაა:  
ავადმყოფი ასწრებს მხოლოდ რამოდენიმე ნიბიჯის გაკეთებას და  
გულყრითი შეტევებით მოკვეთილი ეცემა სწრაფად.

ძლიერ იშვიათად ეპილეფსიური ფუგა შესაძლებელია გაგრ-  
ძელდეს რამდენიმე საათი და დღეც. ასეთ შემთხვევებში უნდა  
ვივარაუდოთ ატიპური გულყრის არსებობა.

სენსორული აურის დროს ვხედებით ძრავალხაირ შეგრძნებებს. ავადმყოფები გრძნობენ ნიავს; თავზე ან ზურგზე მათ უბერავენ ცივად, თბილად და ხან მღუღარედ (შეხების შეგრძნება); აღნიშნავენ სხვადასხვა სახის და ინტენსიობის ტკივილებს სხეულის სულ სხვადასხვა ნაწილში (ტკივილის შეგრძნება). სენსორული აურის შემთხვევებში ხშირად შევხვდებით ყნოსვის, გემოვნების, სმენის და მხედველობის შეგრძნებებს. აღნიშნავენ სტვენას, ხმაურს და ზოგჯერ რთული სახის მელოდიასაც. ერთ-ერთ ჩვენ ავადმყოფს ეპილეფსიური გულყრები ეწყებოდა სანეტარო განცდების მომგვრელი მეტად სასიამოვნო გელოზის შეგრძნებით. მხედველობითი შეგრძნებისას უფრო ხშირია ფოტოფსიები. ხედავენ ნაპერწყალს, ნისლს, დაბინდული ღრუბლის ნაგლეჯს, ხანძარს, მუქი წითელი ფერის სისხლს და სხვა.

სენსორული აურის ქვესახედ ჩვენ გამოვყოფთ ფსიქოსენსორული ბუნების თუ ხასიათის შეგრძნებებს (ფსიქოსენსორული აურა), რომლის დროსაც ავადმყოფებს აქვთ მაკროფსიის და მიკროფსიის მოვლენები, მანძილის გრძნობის აშლა (საგნები უახლოვდებიან ან შორდებიან) და საკუთარი სხეულის ნაწილების გაუკუღმართებული აღქმა, მაგალითად: გრძნობენ კიდურების მოკვეთას, გაზრდას, დაპატარავებას ან შებრუნებას.

ვეგეტაციური აურა გულისხმობს ვეგეტაციური ნერვული სისტემის აკცენტუაციას: სეკრეციულ და სისხლძარღვოვან აშლას. ამ დროს შესაძლებელია იყოს ვესტიბულარული მოვლენები: თავის ბრუილი, წონასწორობის დაკარგვა პარესთეზიების თანდართვით. ოსიპოვი ვეგეტაციურად განიხილავს გულის რევას, გულის-ზიდვას, სლოკინს და სქესობრივ აგზნებას.

ფსიქიკური აურის დროს ავადმყოფებს აღენიშნებათ ჰალუცინაციები, დისფორიული მოვლენები (საზარელი შიშები), სრულიად მოულოდნელი და უმიზნო აზრის აკვიტება და სხვა.

ეპილეფსიური გულყრისათვის არ არის სავალდებულო აურის არსებობა; უკანასკნელი შესაძლებელია განვითარდეს სწრაფად, ყოველგვარი წინასწარი ნიშნის გარეშე.

როგორც წესი, ეპილეფსიურ აურას უნდა მოყვეს გულყრის გაშლა. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც მხოლოდ აურით ამოწურება გულყრა და ავადმყოფი არ იძლევა კრუნჩხვებს ან მთლიანად არ ჰკარგავს ცნობიერებას. ასეთი მდგომარეობა უფრო მოგვაგონებს გულის წასვლას.

როგორც წესი, ეპილეფსიურ აურას მოსდევს მთელი კუნთოვანი სისტემის სწრაფი მოღუნება, რის გამოც ავადმყოფი ეცემა მისთვის სრულიად მოულოდნელად. იგი შეიძლება ჩავარდეს წყალში,

ეცხლში, ანთებულ თონეში, ამოძრავებულ მანქანაში, მიმავალი-  
ეტლის ქვეშ და სხვა. უფრო ხშირად ავადმყოფი ეცემა წინ—  
პირქვე, რაც იწვევს ზოგად და, პირველ რიგში, სახის და თავის  
დაზიანება-დასახიჩრებას.

ავადმყოფის მოკვეთისთანავე ხდება ცნობიერების სრული გა-  
მთიშვა—ქერქული მოქმედების სრული მოსპობა. ამიტომ მოკვე-  
თილი ავადმყოფი სრულიად უძწეოა: იგი შეიძლება დაიხრჩოს  
სულ პატარა რუში ან ლოგინზედ წოლისას რბილი ბალიში შეიძ-  
ლება საბედისწერო გახდეს პირქვე მყოფ ავადმყოფისათვის. ხსენე-  
ბული მომენტები მხედველობაში უხდა იყოს მიღებული შრომითი  
ექსპერტიზის დროს.

მოკვეთას და დაცემას სწრაფადვე მოსდევს ტონური კრუნჩხ-  
ვები, რომლებიც საშუალოდ გრძელდება 20—30 წამი და შემდეგ  
გადადის კლონური ბუნების კრუნჩხვითი მოძრაობებში. ამ დროს  
მუსკულატურა მთლიანად დაძაბულია, სისხლის წნევა სწრაფად მა-  
ტულობს და მაჯა აჩქარებულია.

ტონური ფაზის დროს სხეული მთლიანად გახევებული და გა-  
ჭიმულია; თავი გვერდზედ აქვთ მოღრეცილი; ორივე ყბა უმოძ-  
რაოა და შეკრული. ქუთუთოები ღიაა, თვალის კაკლები მივარდნი-  
ლია ერთი მიმართულებით. გულები გაგანიერებულია და სინათლე-  
ზე რეაქცია სრულიად მოსპობილი. ამ დროს გაფითრებული სახე  
უცებ ხდება ციანოზური.

როგორც ვთქვით, ტონურ ფაზას მოსდევს კლონური. უკანასკ-  
ნელი ჩვეულებრივად იწყება ცალკეულ კიდურთა მცირე ძიგძი-  
გით, რომელიც სწრაფად იღებს კლონური შეტევების სახეს და  
ეფინება მთელ სხეულს.

ტონური თუ კლონური ფაზის დროს შესაძლოა ავადმყოფმა  
ენა, ლოყა ან ტუჩი დაიძეკოს, რის შედეგადაც ტუჩებში შევნიშ-  
ნავთ წითელ ან ვარდისფრად შუფერილ დუქს.

გულყრის დროს, უფრო ხშირად კლონურ ფაზაში ადგილი აქვს  
შარდის და განავალის დაუქვრობას: ავადმყოფი მოქცეულია თავისივე  
უსუფთაობაში.

სურათი 47-ზე ნაჩვენებია კრუნჩხვითი შეტევის სხვადასხვა  
მომენტები.

ემილეფსიური გულყრის დროს ყოველგვარი რეფლექსები მოს-  
პობილია. შესაძლებელია როგორც გულყრის დროს, ისე უახლოეს  
პერიოდში მის შემდგომ ჩვენ შევხვდეთ პათოლოგიურ რეფლექსს  
და პირველ რიგში ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს ნიშანს.

კლონური ფაზის ხანდაზმულობა საშუალოდ შეადგენს 2—3  
წუთს და ხან მეტსაც.

საერთოდ ეპილეფსიური გულყრის ხანგრძლივობა აუზრის და ტონურ-კლონური ფაზების ჩათვლით ჩვეულებრივად არ აღემატება 8—10 წუთს. ამიტომ თუ გულყრითი შეტევა ხანგრძლივია და აღწევს ნახევარ ან ერთ საათს, მაშინ ეპილეფსია უნდა ავიღოთ დიდი ექვის ქვეშ; ასეთ შემთხვევებში იგი უფრო ხშირად გამოირიცხება.



სურ. 17. ეპილეფსიური კრუნჩხვები სხვადასხვა მომენტში. მუკვ. ნილია გურგვიჩ-სერეისკით

კლონურ ფაზას მოსდევს კუნთოვანი სისტემის მოღუნება; ავადმყოფი ამ დროს მოთენთილია, მეტად დაღლილია, ოფლში არის გავლებული, გრძნობს ზოგად დამტვრეულობას. უფრო ხშირად ავადმყოფები გადადიან ღრმა ძილში, რომელიც ჩვეულებრივად გრძელდება ნახევარი საათი.

გულყრიდან გამოსვლის შემდგომ, იქნება ეს ძილით გამოსვლა, თუ ძილის გარეშე, ავადმყოფები ცალკე-მოქანცავსთან ერთად იმყოფებიან ერთგვარ ძილ-მღვიძარ მდგომარეობაში. გარემოში ვერ ერკვევიან, უძნელდებათ ლაპარაკი, ენას ვერ აგებენ—ე. წ. ო ლ ი გ ო ფ ა ზ ი ის მდგომარეობა.

გულყრის შემდგომ გაბრუებულმა და დამტვრეულმა მდგომარეობამ შესაძლოა რამოდენიმე დღეც გასტანოს.

ეპილეფსიური გულყრის მიმართ ავადმყოფებს აქვთ სრული ა მ ნ ე ზ ი ა: მათ არ ძალუძთ არავითარი მოგონება გადატანილი შეტევების შესახებ. ავადმყოფობის შესახებ იგებენ სხვისი მოყოლილთა; ისინი განცვიფრებულნი რჩებიან ეხის დაძვევით ან ღამის გულყრების დროს საწოლის უსუფთაობით.

არის შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსიური გულყრა ერთი შეტევით არ ამოწურება და იგი რამოდენიმეჯერ მოსდევს ერთი-შეორეს; ასეთ შემთხვევების დროს საქმე გვაქვს ე. წ. ე პ ი ლ ე ფ ს ი უ რ ს ტ ა ტ უ ს თ ა ნ (status epilepticus).

## ნ. მცირე გულყრის სიმპტომატოლოგია

„მცირე გულყრა“ აღებულია ბრკეალებში იმიტომ, რომ იგი მხოლოდ შეიძლება ჩაითვალოს მცირედ ანუ პატარად თავისი გარეგანი გამოხატულების მხრივ. არსებითად სრულიად მოწინააღმდეგე მდგომარეობაა: პროგნოზის მხრივ ე. წ. მცირე გულყრები ავადმყოფისათვის არანაირად არ არის განურჩეველი.

პირიქით, ხანდისხან აღნიშნული გულყრების მქონე ეპილეფტიკები უფრო ნაადრევად განიცდიან პიროვნების დაქვეითებას; ავადმყოფობას მოსდევს უფრო ათვისებრიანი გამოსავალი.

მცირე გულყრა, ანუ petit mal გრძელდება სულ რამოდენიმე წამი; ამ დროს ავადმყოფი არ ეცემა; მას არა აქვს არავითარი კრუნჩხვითი შეტევები. იგი მხოლოდ წამიერად კარგავს ცნობიერებას—გადადის წამიერ პროსტრაციაში.

თვით ავადმყოფები აპას ვერ გრძნობენ. მათ შეუძლიანთ შენიშონ მხოლოდ თვალთა დაბინდვა; სხვა მხრივ აქვთ სრული ა მ ნ ე ზ ი ა.

მუშაობის დროს ან სიარულისას ისინი უცებ შეჩერდებიან. „გაკაელებიან“, წამიერად სწყდებიან გარემოს; სახე უფითრდებათ, შავრამ სტატიკას არ კარგავენ. ხელში თუ რამე უჭირავთ შესაძლებელია ამ დროს გაუვარდეთ.

ავადმყოფები უცებ და თითქოს გარემომყოფთათვის შეუმჩნევლად გამოდიან მდგომარეობიდან და ისევ განაგრძობენ წარმოებულ საუბარს თუ საქმიანობას.

მცირე გულყრების დროს აურა არ არის; ასევე არ არსებობს დიდი გულყრისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნები. ფრანგულ ლიტერატურაში ხსენებული „მცირე“ გულყრების მაგვარი მოგომარეობა ცნობილია, როგორც წამიერი გაოგნება, ანუ წამიერი ო ბ ნ უ ბ ი ლ ა ტ ი ო (Obnubilation).

არის შემთხვევები, როდესაც გენუინური ეპილეფსია წარმოდგენილია მხოლოდ „მცირე“ გულყრებით და დიდი შეტევები მეტად იშვიათად არის, მაგალითად მოლიან კლინიკურ ფონზე შეიძლება აღინიშნებოდეს დიდი გულყრა მხოლოდ ორ-სამჯერ:

„მცირე“ და დიდ გულყრებს ზოგჯერ ვხვდებით თანაბარი სიხშირით.

## 6. ფსიქიკური ეპილეფსია ანუ ფსიქიკური ექვივალენტები

გულყრები, იქნება იგი მცირე თუ დიდი შეტევების სახით, ჩანაიჩინებს არ ამოსწურავს გენუინური ეპილეფსიის კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას. გულყრა ეს არის მხოლოდ ეპიზოდი, რომელიც დაკავშირებულია შეტევით, მაგრამ იმავე დროს გარდამავალი ხასიათის მქონე პათობიოლოგიურ ძვრებთან.

არა იშვიათად კრუნჩხვითი შეტევების ნაცვლად ავადმყოფებს უნვითარდებდად სხვადასხვა გამოსახულების ფსიქოპათოლოგიური შოვლენანი. მზგავსად გულყრებისა, უკანასკნელთ აქვს გარდასავალი ხასიათი და მეორდება სულიერ აშლათა პაროქსიზმების მაგვარად.

აღნიშნული ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი, როგორც გულყრების თანადირებულოვანი გამოსახულება, ცნობილია ფსიქიკური ეპილეფსიის ანუ ფსიქიკური ექვივალენტის სახელწოდებით. ჩვეულებრივად ფსიქიკური ექვივალენტები ანუ ფსიქიკური შეტევები იწყება სწრაფად და მოულოდნელად; თავდება აკრეთვე სწრაფად, კრიტიკულად.

მრავალგვარ ფსიქოპათოლოგიურ გამოსახულებას, რომელსაც აღვილი აქვს ექვივალენტების დროს, კლინიკურად წარმართავს წაწყვახი, საერთო ნიშანი: ეს გახლავთ სხვადასხვა სახის, ხარისხის და ხანგრძლივობის მქონე ცნობიერების პათოლოგია, მისი აშლა.

კლინიკური თვალთახედვით საინტერესოა ექვივალენტთა შემდეგი სახეები:

- ა) ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზი;
  - ბ) ეპილეფსიური ტრანსი;
  - გ) განსაკუთრებული მდგომარეობანი ცნობიერების ნაწილობრივი შეცვლით;
  - დ) ფსიქოსენსორული ეპილეფსია;
- ამავე ჯგუფს შეიძლება მივაკუთვნოთ ეპილეფსიური პარანოიდ და ეპილეფსიური დისფორიული მდგომარეობანი.

ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზი გაშლილია ცნობიერების პათოლოგიის ძირითად ფონზე, რომლის დროსაც შესაძლოა შეეხვდეთ ბინდისებრ, ბინდისებრ-დელოირულ ან სიზმრისებრ მდგომარეობებს.

ფსიქოზი იწყება მწვავედ რაიმე გარკვეული ექზოგენური მიზეზების გარეშე და თავდება ასევე კრიტიკულად. ავადმყოფები ამ დროს არიან მკვეთრად დეზორიენტირებულნი, გარემოსაგან მოწყვეტილნი; მათდამი რაიმე კონტაქტის დამყარება შეუძლებელი ხდება; იმყოფებიან საკუთარი შემზარავი ხასიათის მქონე ავადმყოფური განცდების ქვეშ; მოდიან უსაშინელეს აგზნებაში; საშიშნი არიან, როგორც თავიანთ თავის, ისე მახლობელთა მიმართ, ამიტომ მათთვის განსაკუთრებულად აუცილებელია სტაციონარული მკურნალობა და საავადმყოფოს რეჟიმი.

ხსენებულმა მდგომარეობამ შესაძლოა გასტანოს დაწყებული რამოდენიმე საათიდან რამოდენიმე კვირამდე, ხან რამოდენიმე თვემდეც.

სმენის და მხედველობის ჰალუცინაციები უსაშინელეს ხარისხს აღწევენ. ავადმყოფებს ესმით ქვემეხთა შემზარავი სროლა, ან ხედავენ ასევე შემზარავ ხანძარს და სხვა.

ხსენებულ შთაბეჭდილებათა შედეგად ისინი იძლევიან აფექტურ აფეთქებებს, განრისხებას; აზიანებენ თავიანთ თავს ან გარემომყოფთ (მახლობლებს, მომვლელ პერსონალს).

აწერილია ეპილეფსიური ფსიქოზის შემთხვევები, რომლის დროსაც ავადმყოფს ჩაუდენია რამოდენიმე მკვლელობა.

როგორც წესი, გადატანილი ფსიქოზის მიმართ ავადმყოფებს უნვითარდებათ სრული ამნეზია.

ნევროლოგიურ ნიშნებიდან ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მოჩებული შემდეგი: მყესის რეფლექსების აწევა, გუგების მკვეთრი გავანიერება, სინათლეზე გუგათა ზანტი რეაქცია, ბრადიკინეზიური მოვლენები, გაურკვეველი არჩიკულაციო, ვესტიბულარული და ვეგეტაციური აშლილობანი (წონასწორობის დაკარგვა, თავბრუ, ოფლიანობა, სალივაცია და სხვა.).

ეპილეფსიური ტრანსი წარმოადგენს შეტად საინტერესო მდგომარეობას, რომელიც თავისი შინაგანი ბუნებით და ფსიქოლოგიური მექანიზმებით უნდა იყოს მკვეთრად გამოჩნული ე. წ. ალკოჰოლური და ფსიქოგენური (ისტერიული) ტრანსის შემთხვევებიდან.

ენდოგენური სომატო-ბიოლოგიური ძვრების შედეგად ძირეულად იცვლება ეპილეფტიკის ცნობიერება, მისი პიროვნული რეაქ-



კიები და ავადმყოფი იწყებს ცხოვრებას სრულიად სხვა ფსიქიკური სამყაროთი; იგი იმყოფება ტრანსის მდგომარეობაში. ამ დროს მეცვლილია არა მარტო ავადმყოფის ცნობიერება და მისი პიროვნული რეაქციები, არამედ მისი „მე“ მთლიანად.

ავადმყოფური „მე“-ს და ჯანმრთელი „მე“-ს შორის არავითარი ფსოქოლოგიური ხიდი არ არსებობს, ამიტომ ავადმყოფებს ტრანსში ჩადენილი საქციელის მიმართ აღენიშნებათ სრული ამეზია.

ეპილეფსიური ტრანსის შემთხვევებში ავადმყოფურად შეცვლილი „მე“ სხადის მთელ რიგ მეტად რთულ ქცევებს, მოქმედებებს, რომლებიც გარეგნულად თითქოს მოწესრიგებულია, მიზანდასახულების მქონეა, მაგრამ არავითარი გამართლება არა აქვს ჯანმრთელი ადამიანის ინტერესის და მოთხოვნილებათა თვალთახედვით.

ხსენებულ მდგომარეობაში შესაძლოა ავადმყოფი წაეიდოს ირთი ქალაქიდან მეორეში; უცხო ადგილას იცხოვროს და იმოქმედოს ისე, რომ არ დააეჭვოს გარშემომყოფნი. ხოლო ამ ახალ ადცილზე „გამოფხიზლების“ ე. ი. ტრანსიდან გამოსვლის შემდგომ ავადმყოფები საშინლად ცვიფრდებიან თუ საიდან, რატომ და როჯორ მოექცნენ ამ ახალ და მათთვის მოულოდნელ პირობებში. ანსაკუთრებული მდგომარეობანი ცნობიეებების ნაწილობრივი შეცვლით შეადგენს კლინიური ფსიქოპათოლოგიის სრულიად ახალ, მაგრამ პრაქტიკულად ვრიად მნიშვნელოვან თავს. ხსენებული მდგომარეობა უფრო ხშირია სიმპტომური ეპილეფსიის დროს და შედეგია ტვინის ლოკალური დაზიანებისა (ჯეკსონის ეპილეფსიის ტიპი), მაგრამ შესაძლებელია შევხვდეთ გენუინური ეპილეფსიის დროსაც. ამ დროს ცნობიერება არ არის მთლიანად დაბინდული, ანუ შემოახულად შეცვლილი.

გაბრუება და დაბინდვა ნაწილობრივადაა მოფენილი ცნობიეების აპარატზე, რის გამოც ავადმყოფები ინარჩუნებენ ხსოვნას. კადატანილი მდგომარეობის ზოგიერთ მომენტების მიმართ; ხოლო თვითონ ავადმყოფური მდგომარეობის ეამს პიროვნება გარელოდან არ არის ჰერმეტულად შემოგარსული.

მას შეუძლია შეკითხვაზე პასუხიცი გაგვეცეს.

აფექტურ დაძაბვასთან ერთად ავადმყოფებს არ ძალუძთ აღქსულის სრული და სწორი შეფასება: მათი აზრები და წარმოდგენეხი თითქოს ჩერდებიან. ისინი მოკლებულნი არიან როგორც აღქსულის, ისე საკუთარი ფსიქიკური მასალის სინთეზს და ლოგიკურათვისებას.

ალსანიშნავია ამ დროს თავბრუ, თავის ტკივილი, ოპტიკო-ვესტიბულარული მოვლენები ან აშკარად წარმოდგენილი ვეგეტო-ლისტონიური აშლილობანი.

ფ ს ი ქ ო ს ე ნ ს ო რ უ ლ ი ე პ ი ლ ე ფ ს ი ა თავისი კლინიკური არსით და პათოგენეზური ბუნებით ეკუთვნის განსაკუთრებულ მდგომარეობათა ქვესახეს, რომლის დროსაც მკვეთრადაა წამოჭრილი დროის, სივრცის, რაცხვის და აგრეთვე სხეულის სქემის აღქმის გაუქვლმართება ე. ი. დეპერსონალიზაციის და დერეალიზაციის კლინიკა.

სხენებულ შემთხვევებში ავადმყოფები ვერ აღიქვამენ მანძილს, დროს, დროის შუალედს, ჭკუფის რაოდენობას, სხეულის ნაწილებს, საკუთარ კიდურებს და სხვა.

ე პ ი ლ ე ფ ს ი უ რ პ ა რ ა ნ ო ი დ ს ჩვეულებრივად აქვს ქრონიკული მიმდინარეობა. იგი უფრო ხშირად გვხვდება გენუონური ეპილეფსიის ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ფსიქიკური ექვივალენტები წარმოდგენილია განსაკუთრებულ მდგომარეობათა სახით.

უკანასკნელის დროს მიღებულ შთაბეჭდილებებს და უსიამოვნო განცდებს ვერ უკეთდება ჭეროვანი კრიტიკული ანალიზი.

პირიქით, ფსიქიკური ექვივალენტიდან შერჩენილი წარმოდგენები თუ განცდები ხდება იმ ხელშემწყობ ნიადაგად, რომლის ფონზედაც იშლება და ვითარდება დევნის, მოწამვლის (უფრო იშვიათად განდიდების) ბოღვითი აზრები.

ე პ ი ლ ე ფ ს ი უ რ ი დ ი ს ფ ო რ ი ა ანუ გუნებგანწყობის ქანაობა ჩვეულებრივად გრძელდება რამოდენიმე დღე, ხან კვირაც. ავადმყოფებს უფრო ხშირად აქვთ ასთენიური გუნებგანწყობა აფექტური დაძაბვით და გაურკვეველი შიშით.

უფრო იშვიათად შესაძლოა შევხვდეთ სთენიურს, ექსტაზურ მდგომარეობას, რომელიც გაშლილი იქნება ზოგადი ფსიქიკური პროცესების შენელებულ (ბრადიფსიქიკურ) ფონზე.

ეპილეფსიური დისტორიის შედეგად განვითარებული შიში, აფექტური დაძაბვა და მოუსვენრობა არა იშვიათად ხელს უწყობს დიპსომანიის (პერიოდული ლოთობა) და დრომომანიის (პერიოდული ხეტიალი თუ მგზავრობა) განვითარებას.

## 7. ეპილეფსიის ფსიქოპათოლოგია

ეპილეფსიის კლინიკური თავისებურება არ შეიძლება ამოწურული იყოს მხოლოდ გულყრითი განტვირთვებით ან ექვივალენტური შეტევებით.

ავადმყოფური პროცესის შედეგად თავის ტენი, მისი ქერქული და ქერქვეშა აპარატი განიცდის ორგანულ ცვლილებებს, რასაც მოსდევს მძიმე ფსიქოპათოლოგიური ძვრები ფსიქიკურ სფეროში.

ავადმყოფთა გონებრივი შესაძლებლობანი თანდათანობით სუსტდება და საბოლოოდ ყალიბდება ეპილეფსიური კუასუსტობა. გონებრივ და ემოციურ სფეროების ძვრებთან ერთად, ვიდრე ჩამოყალიბდებოდეს ჩამოკვეთილი კუასუსტობა, გარკვეულად იცვლება ავადმყოფის ქარაქტეროლოგიური პროფილი.

გენუინური ეპილეფსიის შემთხვევებში ხსენებული პროფილი იმდენად თავისებურია, რომ გამოყოფენ სპეციფიკურ სურათს. ეპილეფსიური ხასიათის სახელწოდებით.

ეპილეფსიური კუასუსტობა და ეპილეფსიური ხასიათი წარმოადგენს იმ ძირითად კრიტერიუმს, რომელიც განსაზღვრავს ე. წ. გენუინურ ეპილეფსიას, როგორც დამოუკიდებელ ფორმას.

რა არის ძირითადი ნიშანი ეპილეფსიური ხასიათისათვის?

ეპილეფსიურე ხასიათის ძირითად ნიშანს შეადგენს ბიპოლარობა ე. ი. დიამეტრულად მოწინააღმდეგე ორი პოლუსებრივი მდგომარეობა პიროვნულ რეაქციებში, მათ ყოფაქცევაში. ბიპოლარობის დაღი მკვეთრად სჩანს ფსიქიკური ცხოვრების ყოველ სფეროში.

ეპილეპტიკთა ლოგიკური ოპერაციები, ემოციური განტვირთვანი თუ ნებითი გამოვლინებანი მთლიანად წარიმართება ზემოხსენებული ბიპოლარობით. ისინი არიან ერთ და იმავე დროს განსაკუთრებულად როგორც მომთმენნი, ისე ამგზნებადნი (ექსპლოზიურნი); როგორც ამაყნი და ქედმაღალნი, ისე თავმდაბალნი და ქედმოხრბილნი; როგორც რბილნი, კეთილნი და სათნოიანი, ისე ტლანქი, ბორბოტი და დაუნდობელნი; სიტკბო და სიმწარე, სითბო და სიცივე, სიკეთის ვედრება და მახვილის ტრიალი, სასოებით აღვსილი პატიება და უსაშინელესი განსჯით დასჯა-წამება წარმოადგენს ბიპოლარული ხასიათის სპეციფიკურ თვისებებს.

აფექტურად ისინი მუდამ დაჭიმულნი არიან; გუნებგანწყობა ხშირად ეცვლებათ და როგორც წესი, გუნება დანასლული აქვთ მუდამ მოწყენილნი, უგუნებო და დაღვრემილი არიან; ადვილად ფეთქდებიან და იძლევიან აფექტურ განტვირთვებს ცნობიერების შეცვლით.

მისტიციზმისადმი და რელიგიურობისადმი მიდრეკილებასთან ერთად ისინი არიან მეტად ეგოისტნი და ეგოცენტრულად განწყობილნი. მათი მიზანია პირველ რიგში ზრუნვა თავიხ თავზე, თავის კეთილდღეობაზე.

ეპილეფსიური ქკუასუსტობა უნდა განხილული იყოს, როგორც დამოუკიდებელი, სპეციფიკური მდგომარეობა, რომელიც გვხვდება მხოლოდ და მხოლოდ ენდოგენური ეპილეფსიის დროს.

თანდაყოლილი ანუ შექმნილი ორგანული ქკუასუსტობისას შესაძლოა არსებობდეს ეპილეფსიფორმული გულყრები, მაგრამ ეს სრულიად არ ნიშნავს ეპილეფსიური ქკუასუსტობის შემთხვევას.

Dementia epileptica სრულიად გარკვეული კლინიკური ცნებაა. იგი შედეგია პროგრადიენტული ბუნების მქონე ავადმყოფობისა და ვითარდება შეუქმნევლად და თანდათანობით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ გენუინური ეპილეფსიის დროს ყოველთვის არ ვითარდება ქკუასუსტობის მდგომარეობა. პირიქით, ცნობილია გენუინური ეპილეფსიის შემთხვევები ინტელექტის განსაკუთრებული გამოხატულებით; როგორც მაგალითი შეიძლება დასახელებულნი იყვნენ იულიოს კეისარი, ნაპოლეონი, მაკმადი, ჰელმჰოლცი და სხვები.

ეპილეფსიური ქკუასუსტობა სწრაფი ნაბიჯით ყალიბდება ე. წ. petit mal-ის დროს, ბავშვურ ასაკში და პრეენიულ პერიოდში, როდესაც ადგილი აქვს გულყრათა ხშირ შეტევებს.

ეპილეფსიური ქკუასუსტობის დამახასიათებელ ნიშანს ეკუთვნის მეხსიერების ყველა ფუნქციების შესუსტება; ასოციაციური პროცესების შენელება-გალარიბება, მოსაზრება-მოფიქრების მკვეთრი დაქვეითება და ზოგადად ბრადიფსიკური გამოვლინებანი. აზრების მსვლელობა მეტად ნელია, ტლანქი და ყოველგვარ მოქნილობას (ელასტიობას) მოკლებული.

აზროვნების და ზოგად გონებრივ შესაძლებლობათა დაკნინებასთან ერთად მცირდება და კნინდება მათი ინტერესი. ავადმყოფები ხდებიან მეტად წვრილმანნი და პედანტები; მათ უნვითარდებათ ავადმყოფური პუნქტუალობა. ჩაციებითი ძიება წვრილმანი დეტალებისა მათ უკარგავთ შესაძლებლობას გაერკვენ მთავარ ფაქტებში, თუ მოვლენებში.

მე-48-ე სურათზე მოყვანილია ეპილეპტიკის მიერ შესრულებული ნახატი. აქ ყოველი ხაზი მოყვანილია განსაკუთრებული სიზუსტით და პრიანტური სისწორით, პუნქტუალობით, მაგრამ სუხათის მთლიანობა მოცემულია სქემის მაგარად ცოცხალი რელობის განცდის გარეშე.

ასოციაციური პროცესების შენელება, მოუქნელობა, წარმოდგენათა გაღარიბება და ანალიზ-სინთეზის ფუნქციების შესამჩნევი დაქვეითება აუადმყოფს არ აძლევს მოვლენათა ჭეროვანი შეფასების და მათში გარკვევის შესაძლებლობას. ამის შედეგად ეპილეპ-



სურ. 48. სურათი შესრულებულია გენუენური ეპილეფსიით შეპყრობილ აუადმყოფის მიერ. მოყვანილია გილიაროვსკით.

ტიკები ჩაფლულნი არიან ერთხელ წამოჭრილ აზრებში, სტერეოტიპულად იმეორებენ ერთს და იმავეს. „სტიკეპნიან“ ერთდაიგივე წინადადებებს; მათი აზროვნება არ არის ეკონომიური, ხოლო მსჯელობაში ადწერილობითი მომენტი ბევრად სჭარბობს მოთხრობითს. ეპილეპტიკები ძლიერ ბევრს ლაპარაკობენ, შლიან დიდ ძალ სიტყვიერ მასალას, პუნქტუალურად აღწერენ ყოველგვარ ფაქტს, მოვლენას, ამბავს, მაგრამ ამავე დროს ძლიერ ძუნწად გამოაქვთ ლოგიკური დასკვნები და საბოლოო დებულებანი.

ხსენებულის გამო ეპილეფსიურ ჰეპასუსტობას აქვს აპერაციული ჰეპასუსტობის ხასიათი.

ავადმყოფური პროცესის წინსვლასთან ერთად ქკუასუსტობა მატულობს, გონებრივი სფერო სულ მეტად და მეტად ლარიბდება და პიროვნების დეგრადაცია იღებს ზოგადი ფსიქიკური მარაზმის სახეს. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფები კარგავენ სოციალურ ინტერესებს; ისინი მთლიანად ექცევიან ვეგეტაციური ბუნების მიზიდულებებში.

#### 8. ეპილეფსიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

ეპილეფსიური ფსიქოზის შემთხვევებში ბინდისებრი ცნობიერების დროს ადგილი აქვს ქერქული აპარატის შეკავენას და ამის



სურ. 49. დისპლაზიური კონსტრუქცია პაოლოგურის სიისუქნით. მოყვანილია მორგული სით.

შედევად ფილოგენურად უქველესი მოტორიკის გამოვლინებას. ავადმყოფები ბევრს მოძრაობენ, ხტიან, აჩენენ მეტად დიდ ფიზი-

კურ ღონეს. ამავე დროს აღსანიშნავია კიდურთა კანკალი, აწეული მუცთა რეფლექსები, გაგანიერებული გუგები და მკვეთრად წარმოადგენილი ეგვეტო-დისტონიის მოვლენები.

საინტრესოა ფიზიკური სიმპტომატიკა გულყრათა გარეშე ვ. წ. ნათელ პერიოდში.

აქ პირველ რიგში შევჩიარდებით სხეულნაგებობაზე და ნევროლოგიურ ნიშნებზე.

ეპილეფსიის დროს, როგორც წესი. ვხვდებით მეტად ტლანჭ სხეულნაგებობას, უფრო ხშირად დისპლასიურს და ატლეტიურს.

მაღალი ტანი, სახის უხეში ხაზები, ძლიერი, მაგრამ მეტად ტლანჭი ძვალ-კუნთოვანი სისტემა დამახასიათებელია ეპილეპტიკთა ფიზიკურ სხეულნაგებობისათვის.

ზოგჯერ ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგია და ზოგადი დისპლასია აღწევს განსაკუთრებულ ხარისხს, რის შედეგადაც ვითარდება პათოლოგიური გამსუქნება (იხილეთ სურათი 49).

ეპილეფსიის დროს უფრო იშვიათია ინტანტილური და ინტანტილურ-გრაციული სხეულნაგებობა.

ფიზიკური მდგომარეობის ჯადგენისას ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის გარეგან დათვალურებას. როგორც ვიცით, გულყრის დროს ავადმყოფები საკმაოდ ხშირად ლებულობენ სიღამწვრეს და ამის შედეგად მათ კანზე უნვითარდებათ მკვითრი ნაწიბურები, რომლებიც იკავებენ ზოგჯერ საკმაოდ დიდ ფართობს (იხ. სურათი 50).

აქვე აღვნიშნავთ ნაწიბურებს ენაზე (ხშირად ენის წვერზე), რომელიც ვითარდება მისი დაძევის შედეგად.

ავადმყოფებს აღვნიშნებათ ღამის შიშები ან შარდის შეუკავებლობა ღამით.

თავისებური და დამახასიათებელია ეპილეპტიკთა მოტორიკა; სახელდობრ, ამ დროს ვხვდებით პრადიკინეზურ და ბიპოლარულ, კანეზურ მოვლენებს. ავადმყოფთა მოძრაობანი ერთის მხრივ მძიმეა, ნელი და ზანტი, ხოლო მეორეს მხრივ მსუბუქი, სწრაფი და ექსპლოზიური.

ზწირ და მძიმე გულყრათა შედეგად შესაძლოა განვითარდეს გარდამავალი ხასიათის მქონე პარეზები, პარალიზები, აფაზია, კანის და კუნთის მგრძნობელობის აშლა და აგრეთვე პათოლოგიური მოვლენები გრძნობთა ორგანოების მხრივ.

ეპილექსიური გულყრები უშუალო ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლაზე. გულყრის შემდგომ შარდში ჩნდება ცილა, შაქარი, მატულობს მისი ტოქსინური თვისებები; ადგილი აქვს პოლიურიას.



სურ. 50. ჭიკასუსტი ეპილექსიკი მრავალი ნაწი-  
[ ბურებით სახეზე, კიდურებზე,  
გულმკერდს და თუკოს  
მიდამოებში. მოყვანილია  
გ ი ღ ი ა რ ო ვ ს კ ი თ .

ვკლყრების ზეგავლენის შედეგად იცვლება სისხლის ქიმიური და მორთოლოგიური შემადგენლობა; შესამჩნევად მატულობს სისხლის ტოქსინური გამოვლინებანი. გულყრის დასაწყისში ჰემოგლობანის რაოდენობა მატულობს, გულყრის დროს შესამჩნევად კლებულობს, ხოლო შეტევის შემდგომ ისევ აღწევს ნორმულ რიცხვს.



ერიტროციტთა რაოდენობა გულყრის დასაწყისში საკმაოდ მკირდება, ხოლო მძიმე შეტევების დროს იცვლება მათი ფორმაც — პოიკილოციტოზი. გულყრის დასაწყისში ლეიკოციტთა რაოდენობა უცებ კლებულობს, დასასრულს კი ადგილი აქვს ლეიკოციტოზს.

შეტევის გაშლისას ეოზინოფილთა რაოდენობა შესამჩნევად კლებულობს და ზოგჯერ აღწევს ნულს.

გულყრის ჩათავებიდან საშუალოდ ორი საათის განვლის შემდგომ ეოზინოფილია რიცხვით ისევ აღწევს ნორმას.

ზურგის ტვინის სითხის წნევა გულყრის დროს მატულობს, აცვლება აგრეთვე მისი მორფოლოგია: ლიმფოციტთა რიცხვი მიკროსკოპის მხედველობის არეში საშუალოდ 20—25 შეადგენს.

გულყრა იწვევს ვეგეტაციური ნერვული სისტემის მკვეთრ გაღიზიანებას, რასაც მოსდევს ნერწყვის და ოფლის გადაჭარბებული გამყოფა, პოლიფრია და დიარეა; ხოლო ყველა ამის შედეგად ვითარდება გამხდრობა; ავადმყოფები წონაში ზოგჯერ შესამჩნევად კლებულობენ.

### მ. პროგნოზი და გამოსავალი მდგომარეობა

გენუინური ეპილეფსია წარმოადგენს მძიმე დაავადებას მეტად სერიოზული და არაკეთილთვისებიანი პროგნოზით.

ავადმყოფურ პროცესს აქვს წინმავალი, პროგრენდიენტული ხასიათი, რომელიც საბოლოოდ იძლევა ჰქუასუსტობას და ავადმყოფის პიროვნების მკვეთრ დეგრადაციას.

ჩვეულებრივად ეპილეპტიკები იღუპებიან გულყრათა სტატუსში ან ხდებიან მსხვერპლნი უბედური შემთხვევებისა, რომელსაც ადგილი აქვს დიდი შეტევების და ფსიქიკური ექვივალენტების დროს.

ხშირი გულყრები ჩრგანიზმში იძლევა ღრმა პათოზოლოგიურ ძვრებს, ჰქანცავს მას. ამასთანავე ერთად ხშირი შეტევები ავადმყოფს სწყვეტს გარემო სოციალურ წრეს, უკარგავს შრომითი კავშირების შესაძლებლობას და ხელს უწყობს პიროვნების დაქვეითებას.

ეპილეფსიას აქვს შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა იმ შემთხვევებში, როდესაც ხასიათის ცვლილებები არამკვეთრადაა წარმოდგენილი და გულყრითი შეტევები გვხვდება იშვიათად. ასეთ ავადმყოფებს შრომის უნარი შერჩენილი აქვთ და ჰქუასუსტობაც უნვითარდებამ მოგვიანებით.

ძნელია გულყრებში რაიმე თანამიმდევრობის დაქვერვა.

არის შემთხვევები, როდესაც გენუინური ეპილეფსია უმთავრესად წარმოდგენილია დიდი გულყრებით, ხოლო ფსიქიკური ექვივალენტები გვხვდება ძლიერ იშვიათად; ან პირიქით: შეიძლება გენუინური ეპილეფსიის დროს უმთავრესად ვხვდებოდეთ ექვივალენტებს, ფსიქოზურ მდგომარეობებს და დიდი გულყრები კი იყოს იშვიათად.

იმის და მიხედვით თუ რა დროს უფრო ვითარდება გულყრითი შეტევები რატონერი გამოყოფს სეზონურ (წლის დროის და მიხედვით) ლამის, დღის და მენსტრუალურ ფორმებს.

ზოგჯერ ავადმყოფებს აქვთ გადაჭარბებული მიდრეკილება ეპილეფსიურ სტატუსისადმი, რის შედეგადაც შეტევის დროს ისინი იძლევიან სერიალურ გულყრებს. ხსენებული ფორმა ყველაზე ავთვისებიანია, ვინაიდან ყოველი ასეთი სერიალური შეტევა შეიძლება ავადმყოფისათვის საბედისწერო გამოდგეს.

თუ რამდენად საშიშო და სერიოზულია ეპილეფსიური სტატუსი, საკმარისია გავისხენოთ, რომ ამ დროს სხეულის ტემპერატურამ შესაძლოა მიაღწიოს 42 გრადუსს. უფრო მეტიც, როგორცა სჩანს ასეთ შემთხვევებში ტოქსინურობა იმდენად ძლიერია, რომ სიკვდლის შემდეგაც პირველ წუთებში სხეულის ტემპერატურა იწევს მაღლა.

ლიტერატურაში აწერილია გულყრათა ხშირი შემთხვევები, მაგალითად, ერთ ასეთ ავადმყოფს თვის განმავლობაში მოუტია 2500 გულყრა. ხსენებული მაგალითი იშვიათ კაზუსტიკას შეადგენს.

როგორც წესი, სამ თვეში ერთხელ ეპილეფსიური შეტევა უკვე ითვლება დამაფიქრებელ შემთხვევად, როდესაც შეიძლება დაისვას საკითხი ავადმყოფის პრაქტიკული ვარგისიანობის შესახებ, მაგალითად: სამხედრო სამსახურისათვის.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ჩვეულებრივად ეპილეფსიური გულყრები იწყება ენდოგენურად, მაგრამ ზოგჯერ ექსოგენურ ფაქტორსაც შეუძლია მოახდინოს გარკვეული გავლენა კრუნჩხვითი შეტევაზე.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ალკოჰოლი; რომლის ხმარებაც იძლევა გულყრათა მნიშვნელოვან გამრავლებას და ავადმყოფურ პროცესს აძლევს მეტად ავთვისებიან მიმდინარეობას. ალკოჰოლის ჭარბოფითი გავლენა უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში უფრო იმიტომ, რომ ჩვენი დაკვირვებით ავადმყოფთა დიდ უმრავლესობას აღენიშნება გადაჭარბებული ლტოლვა და „შინაგანი სიყვარული“ მაგარი სასმელებისადმი.

## 10. პათოლოგიური ანატომია

გენუინური ეპილეფსიის დროს, როგორც ქიონიკულ, ისე პწყავე (ეპილეფსიური სტატუსი) შემთხვევებში ვხვდებით მთელ რაოდენობის პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს—ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხსენებული ცვლილებებს (ქერქში თუ ქერქქვეშა კვანძებში) არა აქვს სპეციფიკური ხასიათი. თავის ტვინის ორგანული-ცვლილებები წარმოადგენს ეპილეფსიური კვუასუსტობის პათომორფოლოგიურ საფუძველს.

ცერებრული ცვლილებები ორგანოა, სახელდობრ: თანდაყოლილი და ავადმყოფური პროცესით გამოწვეული, შენაძენი ცვლილებები.

თანდაყოლილი ანუ თანშობილი რიგის პათოლოგიას ეკუთვნის დისპლაზიური მოვლენები, რომლებიც მიგვიითითებს საერთოდ თავის ტვინის არასრულ ღირებულოვან განვითარებაზე.

ჩვეულებრივად ქერქული აპარატის პირველ შრეში არ არსებობს განვლიური უჯრედები, ამასთანავე პირველი შრე ზუსტად გამიჯნულია მეორე შრიდან. გენუინური ეპილეფსიის დროს დიდი ტვინის ქერქი თითქოს იმყოფება ემბრიონულ პერიოდში: პირველ შრეში შეიძლება ვნახოთ ე.წ. პარენქიმული, განვლიური უჯრედები, ხოლო თვით პირველი შრე არ არის გამიჯნული მეორე შრიდან და უშუალოდ გადადის მასში. დისგენეზიაზე მიგვიითითებს აგრეთვე ჰეტეროტოპიის მოვლენები, როდესაც რუხი ნერვული ნივთიერება ადგილს იცვლის და არ არის მოთავსებული ჩვეულებრივად მისთვის განკუთვნილ მიდამოში. პათოლოგიური ძვრები, რომელიც გამოწვეულია თვით ავადმყოფური პროცესის მიერ დეგენერაციული ხასიათისაა.

ხსენებული დეგენერაციული ცვლილებები ყველაზე მკვეთრად წარმოდგენილია ქერქული აპარატის მოტორულ, საფეთქლის, შუბლის და უფრო სუსტად კეფის უბნებში. ცვლილებებს განიცდის ქერქული ნივთიერების, როგორც გარეშე, ისე შინაგანი შრეები. სახელდობრ მეორე, მესამე და მეხუთე შრეები.

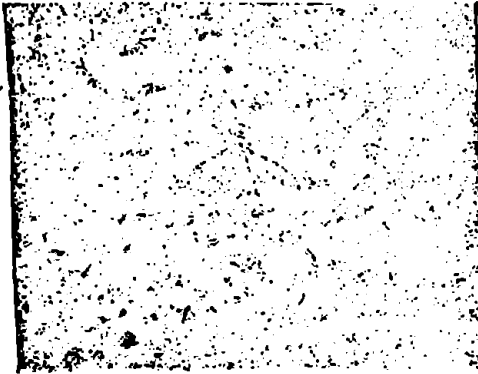
პარენქიმულ უჯრედთა პათოლოგია უფრო მკვეთრად წარმოდგენილი ეპილეფსიური სტატუსის შემთხვევებში.

ამ მხრივ ფრიად საინტერესო შედეგებს იძლევა ექსპერიმენტული ეპილეფსიის დროს მიღებული მასალები.

ხელოვნური ეპილეფსიური სტატუსის დროს, იქნება იგი გამოწვეული ცხოველის მოწამვლით, თუ მისი გალიზიანებით (მხედველობაში გვაქვს ა ბ ს ე რ უ რ ი და ე ლ ე ქ ტ რ უ ლ ი ე პ ი

ლევსია), მწვავე დეგენერაციულ ცვლილებებს ვიღებთ პირველ რიგში მესამე და მეხუთე შრეებში.

ყურადსაღებია სურათები 51 და 52, სადაც ჩვენ ვხედავთ, რომ პირამიდული უჯრედები ინტენსიურადაა შეღებილი, უჯრედთა მორჩები მოსჩანს შორ მანძილზე, უჯრედთა ბირთვის კონტური წაშლილია და შიგადაშიგ აღინიშნება ნეირონოფაგიაც. სურათი 51 გადმოგვცემს მოტორული ზონის ქერქული აპარატის მესამე შრის მდგომარეობას, გამოწვეულს აბსენტური ეპილევსიის სტატუსით (აბსენტრი მშხამავი ნივთიერება); ხოლო სურათი 52 გადმოგვცემს



სურ. 51. მოტორული ქერქის მესამე შრე. პირამიდული უჯრედები განიცდის დეგენერაციულ ცვლილებებს. აბსენტური ეპილევსია. საკუთარი დაკვირვება.

აგრეთვე მოტორული ზონის მეხუთე შრის ე. ი. განგლიურ პირამიდთა დეგენერაციულ ძვრებს, გამოწვეულს ელექტრული ეპილევსიის სტატუსით.



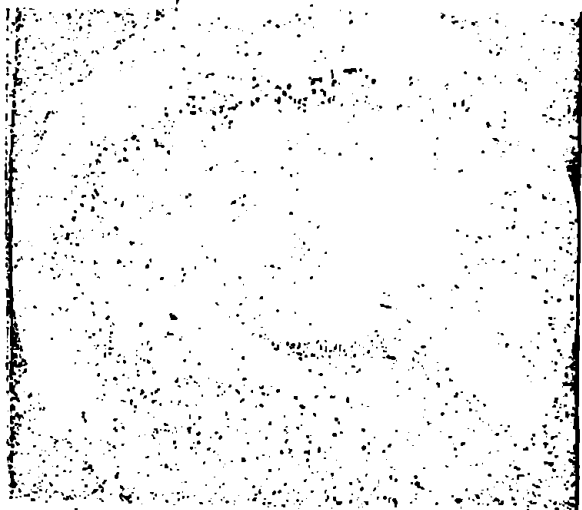
სურ. 52. მოტორული ქერქის მეხუთე შრე განგლიური პირამიდები განიცდის დეგენერაციულ ცვლილებებს. ელექტრული ეპილევსია. საკუთარი დაკვირვება.

აღნიშნული ორივე სურათი ხაზგასმით მიგვითითებს იმ გარემოებაზე, რომ ეპილევსიის დროს დანტერესებულია დიდი ტვინის ქერქული აპარატი.

როგორც ქრონიკული, ისე მწვავე შეტევების დროს დეგენერაციული ბუნების პათომორფოლოგიური ძვრები აღინიშნება აგრეთვე ქერქული აპარატის ფილოგენეზურად ძველ უბნებში, ძველ ქერქში, სახელდობრ—ამონის რქაში.

საინტერესოა, რომ დეგენერაციული მოვლენები ყველაზე მწვავედ და მკაცრად წარმოდგენილია ამონის რქის შუა ნაწილში ე. წ. ზომაერი სექტორში. ამ მხრივ საინტერესოა სურათი 53, რომელზედაც მოცემულია ამონის რქა ქრონიკულად მიმდინარე ექსპერიმენტული (აბსენტური) ეპილეფსიის შემთხვევაში.

ჯერებს შორის მოთავსებული არე წარმოადგენს ზომაერი სექტორს, რომელშიაც უჯრედები შექმუხენილია და ინტენსიურადაა შეღებილი (პათოლოგიური მდგომარეობა).



სურ. 53. ზომერის სექტორი დეგენერაციული უჯრედებით სკეთარი დაკვირვება.

დეგენერაციული მოვლენები მკაფიოდაა გამოხატული ქერქქვეშა კვანძთა ზოგიერთ უბნებში; აქ პირველ რიგში უნდა იყოს დასახელებული ქვედა ოლივეების რუხი ნივთიერება.

პათოლოგიური ძვრები გვხვდება ნათხემის ქერქულ აპარატშიც, მის მეორე შრეში ე. წ. პურკინიეს უჯრედებში.

რაც შეეხება ასოციაციურ ბოჭკოთა პათოლოგიას (ვარიკოზულობა, დაწყვეტა ან სრული მოსპობა) ყველაზე მკვეთრად გამოხატულია ქერქული აპარატის პირველ (მოლეკულურ) შრეში.

გლიოზური ქსოვილი იჩენს გარკვეულ დაინტერესებას—გადაქარბებულ ზრდას—გენუინური ეპილეფსიის დროს. ხსენებული გლიოზური რეაქცია გამოხატულია ყველაზე ნათლად ქერქული

აპარატის ზედაპირზე და ამიტომ ცნობილია ზედაპირული გლიოზის სახელწოდების ქვეშ.

გლიოზური პროცესი გამოიხატება გლიურ უჯრედთა მომატებაში და გლიის ბოჭკოთა განსაკუთრებულად გამრავლებაში (იხილეთ სურათი 54).



სურ. 54. გლიოზური პროცესი ქერქის ზედაპირზე. გლიური უჯრედები და ბოჭკოები ტარბადაა მომატებული. მოყვანილია შპილმაიერით.

ეპილეფსიური სტატუსის შემთხვევებში ადგილი აქვს ტვინის შეშუპებას; ამასთანავე ერთად აღინიშნება წვრილი სისხლის ჩაქცევები, როგორც ტვინის პარენქიმაში, ისე მის ზედაპირზე რბილ გარსში.

### 11. გენუინური ეპილეფსიის დიფერენციული დიაგნოზი

გენუინური ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი დიდი შეტევების, მცირე გულყრების თუ ფსიქიკური ექვივალენტების კლინიკური სურათი საკმარისად ჩამოკვეთილია.

მიუხედავად ამისა არსებობს მთელი რიგი ორგანული; ფუნქციური და ფსიქოგენური დაავადებანი, რომლებიც იძლევა გენუინური ეპილეფსიის გამოვლინებათა მაგვარ ფენომენოლოგიას და აქ აუცილებელი ხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება.

ზშირად ამოცანა არც ისე ადვილი გადასაწყვეტია და გვიხდება მხედველობაში მივიღოთ ჩვენ განკარგულებაში მყოფი ყველა ფსიქოპათოლოგიური და სომატო-ნევროლოგიური მასალები.

სწორი დიაგნოზის აუცილებლობა დაკავშირებულია მეტად მნიშვნელოვან პრაქტიკულ საკითხებთან: რასთანა გვაქვს საქმე გენუინურ ეპილეფსიასთან თუ სხვა გვარი ბუნების და შინაარსის მქონე კრუნჩხვითი განტვირთვისთან?

საკითხის სწორ გადაწყვეტაზე დამოკიდებულია შედეგებით ზუსტი პროგნოზის დადგენა, სწორი მკურნალობის და შესატყვისი რეჟიმის დანიშვნა და აგრეთვე სასამართლო ფსიქიატრიული და სამხედრო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება.

თუმცა ჩვენ ვიცით გენუინური ეპილეფსიის დიდი და მცირე გულყრების ფორმულა, მაინც მოგვიხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ისეთ დაავადებასთან როგორც არის ისტერია, შიზოფრენია, ციკლოფრენია, ორგანული ბუნების ავადმყოფობანი—ნევროლუესი (ტენინის ათაშანგი და პროგრესული პარალიზი). ტენინის არტერიოსკლეროზი, ქალას ტრავმები, ურემიული ეკლამფსიური და ალკოჰოლური შეტევები და აგრეთვე ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიფორმული რეაქციები.

რით განსხვავდება გენუინური ეპილეფსიის გულყრა ისტერიულ შეტევებიდან?

აღნიშნულ დაავადებათა ეტიოლოგია და შინაარსი განსაზღვრავს თვით დიფერენციული დიაგნოზის საკითხებს.

გულყრა გენუინური ეპილეფსიის დროს დაკავშირებულია ორგანიზმის აუტონტოქსიკაციასთან, ამიტომ იგი იწყება ავადმყოფისათვის სრულიად მოულოდნელად და ყოველგვარი ექზოგენური ფაქტორების გარეშე. პირიქით, ისტერიული გულყრა პირადებულაა ფსიქიკური ტრავმით და კომპლექსური განცდებით. ამიტომ იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს შემხვედრი უსიამოვნო ემოციებით; ავადმყოფი ამ დროს არ ეცემა უცბად და შეიძლება სარეცელსაც კი მიაღწიოს.

ეპილეფსიური გულყრის დროს ადგილი აქვს ცნობიერების მთლიან გამოთიშვას (ეპილეფსიური კომა); ხოლო ისტერიის დროს ცნობიერების მოხსნა კი არ ხდება. არამედ მისი გაუქვლმართება—სომნამბულურად შეცვლა.

ხსენებულის გამო ეპილეფსიის დროს აღინიშნება სრული ამნეზია. რასაც ადგილი არა აქვს ისტერიულ განტვირთვათა შემთხვევებში.

ისტერიული სომნამბულიზმის დროს ცნობიერება არ არის გერმეტიულად შემოგარსული და ამიტომ თვით შეტევისას შესაძლო ხდება ავადმყოფთან კავშირის ანუ რაპორტის დამყარება.

ეპილეფსიური გულყრის ხანდაზმულობა განისაზღვრება წუთებში, ხოლო ისტერიული გულყრისა—საათებში; უკანასკნელ შემთხვევაში დროის სიდიდე დამოკიდებულია ტრავმულ განცდათა შინაარსის სირთულეზე.

პათობიოლოგიური მიზეზებით წამოჭრილი ეპილეფსიური გულყრა იძლევა ავადმყოფის ფსიქო-ფიზიკურ მოქანცვას. მის

დალა-დამტკრეულობას. პირიქით, ისტერიული შეტევის დროს ხდება კომპლექსურ განცდათა განტვირთვა, უსიამოვნო მოგონებათა „გამოტირება“, თავისებურად გულის მოხება, ბოლმის „მოქ-მა“; ამიტომ ისტერიული გულყრის შემდგომ ავადმყოფი უფრო უკეთეს მდგომარეობაშია: უსიამოვნო განცდათა განტვირთვის გა-მო იგი ერთგვარად მოსვენებულია, აქვს უკეთესი გუნებ-განწყობა და თვითგრძნობა.

გენუინური ეპილეფსიის გულყრები ხშირად ვითარდება ღამით, ძილში (დაგროვილი ტოქსინები მოქმედებს ქერქზე და ქერქქვეშა უბნებზე). სამაგიეროდ ისტერია ჩვეულებრივად არ გვხვდება ძი-ლის დროს.

გენუინური ეპილეფსიის გულყრა იძლევა ღრმა პათობიოლო-გიურ ძვრებს ნივთიერებათა ცვლის, სხეულის ტემპერატურის და ანიმალურ-ვეგეტაციური ნერვული აპარატის მხრივ. უკანასკნელ მოვლენებს ადგილი არა აქვს ისტერიის დროს.

ცხადია ისტერიის დროს აგრეთვე არ უნდა შევხვდეთ უსუფ-თაობას შარდით თუ განავლით.

კლონური და ტონური მოძრაობების ნაცვლად ისტერიული გულყრის დროს ჩვენ გვაქვს შინაარსობრივად გასაგები და კომპ-ლექსურად პირადღებული რთული მოძრაობები, მოქმედებები, ზოგჯერ ტირილი ან სიცილი და ემოციურად ცოცხალი მიმიკური სცენები.

ანამნეზი და ავადმყოფთა ფსიქო-ფაზიკური კონსტიტუციო, მათი ქარაქტეროლოგიური პროფილი გადამწყვეტად დაგვეხმარება ისტერიის და ეპილეფსიის ურთიერთ გამიჯვნაში.

ეპილეპტიკებს ჩვეულებრივად აქვთ ატლეტური ან დისპლა-ზიური სხეულნაგებობა, პირიქით ისტერიულთათვის დამახასიათე-ბელია ნაზი ინფანტილურ-გრაკილური აღნაგობა.

როგორც ვიცით ისტერიულნი მეტად ელასტიურნი არიან, მათზე ადვილად შეიძლება ვაწარმოთ შთაგონება და ამ გზით მოვახდინოთ თვით გულყრის გამოწვევაც.

გენუინური ეპილეფსიის დროს შთაგონებით ვერაფერს ვერ გავხდებით. საჭიროა ავადმყოფზე მოვახდინოთ მნიშვნელოვანი ბიოლოგიური ზეგავლენა, რომ გაიშალოს გულყრა. ამ მხრივ ხში-რად მიმართავენ ე. წ. პ ი ბ ე რ ე ნ ტ ი ლ ა ც ი ო ს: ავადმყოფს მოვათავსებთ საწოლზე და ეძლევეთ წინადადებას ისუნთქოს ღრმად და ხშირად.

ჰიპერვენტილაციო იწვევს აირთა და საერთოდ ნივთიერებათა ცვლის აშლას, რასაც შეიძლება მოყვეს ეპილეფსიური გულყრა.



დიფერენციული დიაგნოზის განხილვისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ მოგვიხდება გავატაროთ ზღვარი ქეშმარიტი, ეპილეფსიური გულყრის და ხელოვნური, სიმულაციური გულყრის შორის.

ხსენებულ საკითხს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სასამართლო და სამხედრო საექსპერტიზო შემთხვევებში.

დაყენებითი გულყრის დროს შესაძლოა დაინტერესებულმა პირმა მოიცეს კრუნჩხვები წინასწარი შეყვირებით, ენის დაძვება და უსუფთაობა შარდით. სამაგიეროდ არანაირად არ შეიძლება ხელოვნურად მოხდეს თვალის გუგის რეაქციის მოსპობა ან ევგეტაციურ და სისხლძარღვოვან აშლილობათა გამოვლინებანი. ამასთანავე ერთად სიმულაციის დროს არ არსებობს ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს რეფლექსი, ხოლო მყესთა რეფლექსები შენახულია. სიმულანტებო აღვსილნი არიან თეატრალობით: გულყრებს იძლევიან დაინტერესებულ პირთა წინაშე.

ეპილეფსიური გულყრის დაზუსტებაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის კვლევის თანამედროვე ნატიფ და ზუსტ ობიექტურ მეთოდებს.

ხსენებული მეთოდები საშუალებას გვაძლევს წარმოდგინა ვიქონიოთ გენუინური ეპილეფსიის გულყრათა ნეიროდინამიკურ წინამძღვრებზე.

ანიმალური და ევგეტაციური ნერვული სისტემის თავისებურებაზე მიგვიითებდა ჩ ი უ ი ჯერ კიდევ ორმოცი წლის წინად. იგი აღნიშნავდა, რომ ეპილეპტიკებს თვალის გუგები აქვთ პრიალა, ელვარე და ამასთანავე კალას ფერის მაგვარი.

ამჟამად ჩვენს განკარგულებაშია მთელი რიგი ობიექტური შესაძლებლობანი, ვიდრე შედარებები და ანალოგიები.

ეპილეპტიკათა ქერქული აპარატის ელექტრული აქტიობის ე. წ. დიდი ჰემისფერობის ბიოდენების შესწავლამ მნიშვნელოვნად წასწია გენუინური ეპილეფსიის პათოფიზიოლოგიის და დიფერენციური დიაგნოზის საკითხები.

საბჭოთა მეცნიერების და პირველ რიგში ბ ე რ ი ტ ა შ ვ ი ლ ი ს მიერ ამჟამად უკვე დამტკიცებულია, რომ ეპილეფსიას აქვს დამახასიათებელი ელექტრო-ენცეფალოგრაფიული პროფილი. აღმოჩენილია, რომ შეტევების გარეშეც კი ეპილეპტიკის ქერქული აპარატი იმყოფება კრუნჩხვითი მდგომარეობაში, რაც მტკიცდება დროაღდრო სრულიად სპონტანურად კრუნჩხვითი ტალღების და მთელი რიგი პათოლოგიური პოტენციალების გამოვლინებით.

ეპილეფსიის ელექტროენცეფალოგრაფიულ გამოკვლევას აქვს მეტად დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა.

დიაგნოზური მიზნისათვის ასევე გამამხნეველებელია ქრონაქსი-  
მეტრიული მეთოდი. თანახმად ს ე რ გ ი ს კ ი ს ა გენუინური ეპი-  
ლეფსიის დროს ადგილი აქვს ზედა კიდურთა ქრონაქსიმეტრიულ  
ასიმეტრიას და თვით ქრონაქსიმეტრიულ სიდიდეთა მკვეთრ ქანაო-  
ბას.

ჩვენ მოგვიხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება არა  
მარტო ეპილეფსიურ და ისტერიულ გულყრათა შორის, არამედ  
ეპილეფსიური და ისტერიული ფსიქოზების შორის.

უნდა გვანსოვდეს, რომ ეპილეფსიური ბუნების ფსიქოზური ექ-  
ვივალენტა იწყება და თავდება კრიტიკულად, გაშლილია უფრო  
ხშირად ცნობიერების ბინდისებრ და ბინდისებრ-დელირიულ ფონ-  
ზე, რომლის დროსაც ადგილი აქვს შემზარავი შინაარსის ჰალუცი-  
ნაციებს და ასევე შემზარავ შიშებს.

პირიქით, ისტერიული ფსიქოზი წარმართება კომპლექსური  
განცდებით და გაშლილია სომნამბულური ცნობიერების ფონზე.  
ეპილეფსიური ფსიქოზის გამიჯვნა შიზოფრენიული ან ციკლოფრე-  
ნიული აგზნებებიდან საკმაოდ ადვილია.

უნდა გვანსოვდეს, რომ ყოველგვარი აგზნებითი შეტევები  
შიზოფრენიის და ციკლოფრენიის დროს უფრო ხშირად ხდება ნა-  
თელი ცნობიერების მდგომარეობაში. უკანასკნელ შემთხვევებში  
ცნობიერება შეიძლება იყოს თავისებურად მხოლოდ და მხოლოდ  
აბნეული და არას დროს არ აღწევს ღრმა აშლას. ყურადსაღებია  
აგრეთვე ის გარემოება, რომ შიზოფრენიული ჰალუცინაციები  
შინაარსობრივად განსხვავდება შემზარავი ხასიათის მქონე ეპი-  
ლეფსიურ ჰალუცინაციებიდან; ხოლო ციკლოფრენიის დროს ჩვეუ-  
ლებრივად ვერ ვხვდებით აღქმის პათოლოგიას.

ცხადია დიაგნოზის დადგენის დროს მხედველობაში აგრეთვე  
უნდა იყოს მიღებული ავადმყოფთა ქარაქტეროლოგიური პრო-  
ფილი.

ამ მხრივ როგორც პრაქტიკულად, ისე თეორიულად საინტე-  
რესოა დაპირისპირებული იქნეს შიზოფრენიკთა ა მ ბ ი ვ ა ლ ე ნ -  
ტ ო ბ ა და ეპილეპტიკთა ბ ი პ ო ლ ა რ ო ბ ა.

როგორც ვიცით ამბივალენტობის და ბიპოლარობის შემთხვე-  
ვებში ადგილი აქვს ორ პოლუსოვანი, დიამეტრიულად სრულიად  
მოწინააღმდეგე რეაქციათა გამოვლინებას.

მზგავსება აქ მხოლოდ გარეგნულია; აღნიშნული ორი მდგომ-  
რეობა განსხვავდება ურთიერთისაგან არსებითი პათო-ფსიქოლო-  
გიური მექანიზმებით. შიზოფრენიულ ამბივალენტობას საფუძვე-  
ლად უღვეს პიროვნების გახლეჩვა და ფსიქიკურ ფუნქციათა დე-

ზინტეგრაცია; ხოლო ეპილეფსიური ბიპოლარობა განისაზღვრება ძლიერი პიროვნების ინტეგრირებული რეაქციებით.

ამაირად ეპილეფსიის დროს ადგილი აქვს არა გახლეჩას, არამედ მოწინააღმდეგე სურვილთა. დაყენებათა და განწყობათა ამოქმედებას.

ტვინის ათაშანგის და პროგრესული პარალიზის დროს შესაძლოა შევხედეთ სიმპტომური ბუნების მქონე ეპილეფსიის მავნარ (ეპილეფსიფორმულ) გულყრებს. ეპილეფსიიდან ხსენებულ გულყრათა გამიჯვნა შედარებით ადვილია, თუ მხედველობაში მივიღებთ ნევროლუესისთვის დამახასიათებელ ჰუმორალურ სინდრომს და ნევროლოგიურ (ორგანულ) სიმპტომატოლოგიას.

არტერიოსკლეროზული ანუ მოგვიანებითი ეპილეფსია კლინიკური სურათით თითქმის არაფრით არ განსხვავდება გენუინურ შეტევებიდან. მოგვიანებულ ასაკში შეიძლება განვითარდეს როგორც დიდი გულყრები, ისე მცირე შეტევები და ექვივალენტური მდგომარეობანი. აქ საჭიროა მხედველობაში იყოს მიღებული ასაკი, გულყრათა მოგვიანებული განვითარება და არტერიოსკლეროზის ფენომენოლოგია, როგორც მაგალითად: პიროვნების შენახვა, მეხსიერების დაქვეითება, საერთო ჰეუსუსტობის ნიშნები, გრძნობათა აჩვილება; თავბრუ, გუგათა რეაქციის შესუსტება, სისხლძარღვთა გამეკრივება წნევის მომატებით და სხვა.

ქალას ტრავმებმა ე. ი. კონტუზიო-კომაციომ შეიძლება მოიქცეს უშუალო ან მოგვიანებული ტრავმული გულყრები. ხსენებული შეტევები იწყება ნაწილობრივ (პარციალურად) სხეულის რომელიმე უბანში; შემდეგ ხდება კრუნჩხვითი მოძრაობების გენერალიზაცია და ცნობიერების გამოთიშვა.

კონტუზიო-კომაციური ანუ ტრავმული გულყრები წარმოადგენს გ ე კ ს ო ნ ის ტიპის ეპილეფსიას.

ურემიული და ეკლამფსიური გულყრების დადგენისას საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ანამნეზი და ობიექტური მასალები. პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს ცილას შარდში.

გენუინური ეპილეფსიის დროს გულყრა სწყდება უცებ, კრიტიკულად, ხოლო ურემიის ან ეკლამფსიის დროს ავადმყოფი თანდათანობით გამოდის გულყრითი შეტევებიდან.

საკმაოდ ძნელია გენუინური ეპილეფსიის და ალკოჰოლური ეპილეფსიის შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება; მთი უმეტეს ალკოჰოლი ხშირად იძლევა არა მარტო გულყრათა განვითარებას, არამედ ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს, რომლებიც მოგვაგონებს ეპილეფსიურ ფსიქიკას, როგორც მაგალითად: ექსპლოზიობას, პათოლოგიურ აფექტისადმი მიდრეკილებას და სხვა.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ალკოპოლური ეპილექსიის დროს არ გვხვდება მცირე გულყრები; ამასთანავე ერთად არა აქვს ადგილი ბრადიფსიქიურ მოვლენებს და პიროვნების მხრივ ბიპოლარულ რეაქციებს.

დასასრულს, საჭიროა გენუინური ეპილექსიის გამიჯვნა ბავშვთა ასაკის ეპილექსიფორმულ განტვირთვებიდან. უკანასკნელ შემთხვევებში პროცესი კეთილთვისებიანია და არ იძლევა პიროვნების დეგრადაციოს.

ხსენებული გულყრები მაჩვენებელია ავადმყოფური ტვინის გარკვეული რეაქციისა და არანაირად არაა დაკავშირებული პროგრესიული ბუნების მქონე პათობიოლოგიურ ძვრებთან.

## 12. მკურნალობა და პროფილაქტიკა

გენუინური ეპილექსიის და საერთოდ ეპილექსიურ მდგომარეობათა საკითხები მკიდრო კავშირშია შრომის, კვების და მემკვიდრეობის ჰიგიენის და პროფილაქტიკის ზოგად საკითხებთან.

ეპილექსიასთან ბრძოლა პირველ რიგში გულისხმობს ენერჯიულ ბრძოლას სიფილისის და ალკოპოლიზმის წინააღმდეგ.

როგორც ვიცით, ტრავმული და ინფექციურ-ინტოქსიკაციური ბუნების მქონე ეპილექსია არ განისაზღვრება მემკვიდრეობითი თავისებურებით. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში არ არის საჭირო ავადმყოფთა რაიმე შეზღუდვა ან აკრძალვა, რომ იყოლონ შეილები და განაგრძონ თავიანთი შთამომავლობა.

პირაქით, გენუინური ეპილექსიის შემთხვევებში, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ორივე ხაზით, ე. ი. დედის და მამის მხრივ აღინიშნება პათოლოგიური დატვირთვა ეპილექსიით ან ეპილექტოიდური ფსიქოპათიის მკვეთრი ხაზებით, ასეთ შემთხვევებში საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე.

ეპილექსიის ენერჯიულ მკურნალობასთან ერთად საჭიროა შრომის და კვების რეჟიმის მტკიცე დაცვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგადი გაღალატვა, ღამის ტეზაუდილობა და მაგარი სასმელების ხმარება იწვევს ეპილექსიურ გულყრათა შესამჩნევ განშირებას.

ავადმყოფობის მსვლელობაზე ძლიერ უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ხორცში არსებული ექსტრაქტული ნივთიერებები და აგრეთვე მყავე, მწვავე, მწარე და მლაშე საკმელები.

ამის გამო გენუინური ეპილექსიის შემთხვევებში ავადმყოფებს ჩვენ კატეგორიულად უკრძალავთ მთელი რიგი წლების განა

მკვლევარმა სპირტუელს, ოთხ-ფუნის (წითელ) ხორცს და მკავე-  
მწარე-მწვავე-მლაშეს.

ავადმყოფები გადაგვყავს რძეზე, რძის პროდუქტებზე და მცენარეულობებზე; აქვე ვაძლევთ ნებას იშვიათად ინმარონ მხოლოდ და მხოლოდ ფრინველთა (თეთრი) ხორცი. სასურველია მშრალ დიეტაზე ყოფნა და სითხეების რაც შეიძლება ნაკლებად ხმარება.

ყოვლად დაუშვებელია ეპილეფტიკი მუშაობდეს ისეთ სამსახურში, სადაც მას მოუხდება საკმე იქონიოს ცეცხლთან, მოძრავ მანქანასთან; დაუშვებელია მიათვის აგრეთვე შორეულ მანძილზე მოგზაურობა.

მათთვის ყველაზე მიზანშეწონილია ადგილობრივი, საკანცელარო ხასიათის მუშაობები.

კვუსუსტი ეპილეფტიკები ან ეპილეფსიურ ფსიქოზში მყოფნი ავადმყოფები საჭიროებენ მოვლა-მკურნალობას ფსიქიატრიული სტაციონარის პირობებში.

სასურველია ხსენებული რიგის ავადმყოფთათვის იყოს ცალკე განყოფილებები, ვინაიდან მათი გათქვეფა საერთო სტაციონარში უარყოფითად მოქმედებს როგორც სხვა სულით ავადმყოფებზე, ისე თვით ეპილეფტიკებზე.

ასევე საჭიროა ცალკე სკოლის შექმნა გენუინური ეპილეფსიით შეპყრობილ ბავშვთათვის. საერთო კლასში ეპილეფტიკთა დატოვება ყოვლად მიუღებელი და დაუშვებელია.

კრუნჩხვითი განტვირთვანი ფსიქოტრავმულად მოქმედებს ბავშვებზე; გარდა ამისა თვით ეპილეფტიკებს არ შეუძლიათ დასძლიონ ნორმალურ ბავშვთათვის ჩვეული სასწავლო დატვირთვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ საჭირო და აუცილებელია რაც კი შეიძლება ადრე დავიწყოთ ავადმყოფთა მკურნალობა.

პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა მიღებასთან და კვების რეჟიმის დანიშვნასთან ერთად ავადმყოფებს აგრეთვე უნდა დაენიშნოს ენერგიული მკურნალობა სამკურნალ-წამლო პრეპარატებით.

თავის თავად ცხადია, ვიდრე არ იქნება დაზუსტებული გენუინური ეპილეფსიის პათობიოლოგიის საკითხები, მანამდე ძნელია რაციონალური თერაპიის გამონახვა.

ჯერ-ჯერობით ჩვენი ღონისძიებანი მიმართულია იქით, რომ შესამჩნევად დავწიოთ ავადმყოფთა ქერქული აპარატის აგზნებლობა და ამნაირად ხელი შეუშალოთ კრუნჩხვითი განტვირთვებს.

ამ მხრივ კლასიკურ საშუალებას წარმოადგენს ბრომის პრეპარატები, როგორც მაგალითად: ბრომ-კალიუმი, ბრომ-ნატრიუმი, ბრომ-ამონიუმი, ბრომ-ლითიუმი და ბრომ-სტრონციუმი.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ ბრომის მარილები დაბლა სწევს ტვინის ქერქის ქსოვილის აგზნებადობას.

სხნებულ დადებით თვისებასთან ერთად ბრომს აქვს უარყოფითი მხარეებიც. ბრომის ხანგრძლივი ხმარება ზოგჯერ იძლევა ე. წ. ბ რ ო მ ი ზ მ ი ს მოვლენებს, სახელდობრ: ზოგად სისუსტეს, ხან მკვეთრ კახექსიასაც. აპათიას, ძილიანობას, პალუცინაციებს, გონებრივი ფუნქციების შესუსტებას, კანის და ლორწოვან გარსთა კალიზიანებას და სხვა.

ბრომის პრეპარატებით მკურნალობა ჩვეულებრივად გრძელდება თვეობით და წლობით; ხოლო ბრომიზმის მოვლენების წამოქრისას საჭიროა ავადმყოფს დასვენება ორი-სამი კვირით.

სჯობია ბრომიდები ვიხმაროთ შერეული ფხვნილების სახით: Natrii, Kalii, Ammonii bromati ან 0,3 D. t. dos. № 60. S. 3-ჯერ დღეში თითო ფხვნილი. ხშირი გულყრების შემთხვევებში სასურველია იგივე ფხვნილები მივცეთ დღეში სამის ნაცვლად 6—8 ჯერ.

ბრომიდები შეიძლება ვიხმაროთ ე. წ. „მ ე ნ დ ე ლ ე ე ვ ი ს ფხვნილების“ სახით: Natrii bromati 0,75, Kalii bromati 0,6, Acidi arsenicosi 0,0004, Pulv. belladonnae 0,001 M. f. pulv. D. t. dos. № 60. S. დღეში 2—3 ფხვნილი ას კუბიკურ წყალზე კამის შემდეგ.

განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს მიერ მოწოდებული მიქსტურა. ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი გამოდის იმ მოსაზრებიდან, რომ ეპილეფსიის დროს საჭიროა არა მარტო ქერქული აპარატის აგზნებადობის დაწევა, არამედ თვით ნერვული ქსოვილის კვების გაძლიერება. ამ მიზნით იგი ბრომთან ერთად იღებს გულის ამალორძინებელ პრეპარატს, როგორცაა კუმულაციურ თვისებებს მოკლებული ადონის ინფუზი. რომ არ მოხდეს ნაწლავთა ტრაქტის გალიზიანება ავტორი მიქსტურას უმატებს კოდეინს.

ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს მიქსტურის საბოლოო ფორმულა შემდეგია: Jnf. Adonis vernalis 2,0 : 200,0 Natrii bromati 12,0 Codeini 0,2. M. d. s. თითო სუფრის კოვზი დღეში ორ-სამ ჯერ.

ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს ფორმულა ო ს ი პ ო ვ ი ს მიერ შეცვლილია შემდეგნაირად: Jnf. Adonis vernalis 4,0 : 180,0 Kalii bromati, Natrii bromati ან 6,0, Dionini 0,1, T-rae Menthae 1,0 M. d. s. თითო სუფრის კოვზი დღეში 3—4 ჯერ.

ბოლო დროს მიმართავენ ლ უ მ ი ნ ა ლ ს, რომელიც მოქმედებს უფრო ეფექტიურად, ვიდრე ბრომი.

სჯობია ლუმინალის ხმარება დავიწყოთ მცირე დოზით (0,05-დღეში ორ ჯერ) და შემდეგ თანდათანობით გავაძლიეროთ, ვიდრე

არ შეჩერდება გულყრები. ლუმინალის დღე-ღამის დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,4-ს.

ლუმინალს ვერ მივცემთ ისე ხანგრძლივად, როგორც ბრომს.

ამასთან ერთად უნდა ვიცოდეთ, რომ ლუმინალის უეცარი შეწყვეტა ზოგჯერ უფრო ხელს უწყობს გულყრათა გამოვლინებას. ლუმინალის შეწყვეტა უნდა მოხდეს თანდათანობით.

კარგ შედეგებს იძლევა ბრომის კომბინაცია ლუმინალთან ან ლუმინალის კომბინაცია ანტიპირინთან.

შენიშნულია, რომ ანტიპირინის 0,02 პლიუს ლუმინალის 0,05 ისევე ეფექტიურია, როგორც ლუმინალის 0,1 რაოდენობა.

კარგ შედეგს იძლევა ბ უ რ ა ს კომბინაციო ბრომთან ან ლუმინალთან; მაგალითად შეიძლება დღისით მივცეთ ბურა. ხოლო რამით ლუმინალი. ბურას აძლევენ ან ფხვნილის ან მიქსტურის სახით.

borax 1,0; D. t. dos. № 20 S. 2 X დღეში თითო ფხვნილი; ან Kalium borico-tartaricum 20,0 Aq. dest. 300,0, s. თითო სუფრის კოვზი დღეში 4—6 ხელ.

პრეპარატებით მკურნალობასთან ერთად საჭიროა ვიზრუნოთ, რომ ავადმყოფის კუჭნაწლავთა ტრაქტი კარგად მოქმედებდეს, არ ქონდეს ადგილი ყაბზობას და ამით შევამციროთ 'მისასლებლობა, რომ ნაწლავებიდან ტოქსინები არ გადავიდეს სისხლში.

საჭიროა აგრეთვე ენერგიული ბრძოლა ნაწლავთა ინფაზიებიზ — კიების წინააღმდეგ.

ეპილეფსიურ სტატუსის შემთხვევებში უნდა მივმართოთ ოყნას: ამილენჰაიდრატი 2,0—4,0 ოყნაზე, ქლორალ-ჰიდრატი მოქმედებს უფრო სუსტად. ოყნას უკეთებთ 3—4 ხელ 10—15 წუთის შუალედით.

გენუინური ეპილეფსიის დროს შესაძლოა ვცადოთ პროტეინოთერაპია ლაქტოთერაპიის სახით ან ალბომინოთერაპია, მაგრამ მათი თერაპიული ეფექტიანობა არ არის ვაიმამხევებელი.

რამდენადაც ქირურგიული მკურნალობა უადეებით შოკოვებს იძლევა სიმპტომური ეპილეფსიის შემთხვევებში (სიმსივნეები, ქალას ტრავმები), იმდენად იგი გენუინური ეპილეფსიის დროს ნაკლებად ეფექტიურია.

### 18. ეპილეფსიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

გენუინურ ეპილეფსიას აქვს მეტად დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული და სამხედრო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა.

საზარელი შინაარსის წარმოდგენები და უაღრესად დაძაბული აფექტური განცდები, რომლებსაც აქვს ადგილი ფსიქიკურ ეპილეფსიის დროს წარმოადგენს ნეტად ხელსაყრელ ფსიქოპათოლოგიურ ფონს ბოროტმოქმედებისათვის. ამას გარდა ავადმყოფები ხშირად ჩადიან ბოროტმოქმედებას გულყრის წინარე ან გულყრის შემდგომ მომყოლ მდგომარეობებში.

დაწყებული დისციპლინის დარღვევიდან, ბრძანების შეუსრულებლობიდან, უხეშ ქცევებიდან და სხვა, ეპილეფსიის დროს შეიძლება ჩვენ შევხვდეთ უსაშინელეს და უმძიმეს დანაშაულს.

საერთოდ უნდა ვიცოდეთ, რომ ეპილეფტიკები იძლევიან ყველაზე დაუნდობელ, სასტიკ და საზარელ ბოროტმოქმედებებს. სპეციალურ ლიტერატურაში აწერილია გენუინურ ეპილეფტიკთა სისასტიკის მრავალი შემთხვევები, მაგალითად: ბინდისებრი ცნობიერების მდგომარეობაში ერთ ასეთ ავადმყოფს ცუდით ამოუყვლეტია მთელი თავისი ოჯახი.

ღრმა ჰჰუასუსტობა და მიდრეკილება პათოლოგიურ აფექტისადმი აგროთვე წარმოადგენს სხვადასხვა ბოროტმოქმედებისათვის ხელშემწყობ ნიადაგს.

ისინი საშიშხი არიან არა მარტო სხვის, არამედ თავიანთ თავის მამართ; მათ შეუძლიანთ დაასახიჩრონ საკუთარი ორგანიზმი ან ჩაიდინონ თვითმკვლელობა.

სასამართლო ფსიქიატრიამ იცის შემთხვევები, როდესაც ფსიქოტიურ მდგომარეობაში გაუჩინიათ უსაშინელესი ხანძარი, შვილისათვის ხერხით მოუკვითიათ ხელი, ან უცდიათ შვილის ცეცხლზე დაწვა და სხვა.

ეპილეფტიკთა ბოროტმოქმედებებს აქვს სრულიად მოულოდნელი ემპულსური და უმოტივო ხასიათი. უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფთა ქცევები შეიძლება იყოს არა მარტო უმოტივო და ყოველგვარ ანგარიშს მოკლებული, არამედ ასეთი ქცევები აგრეთვე მოკლებულია ყოველგვარ გასაგებ ფსიქოლოგიურ მექანიზმებს. ჩადენილი ბოროტმოქმედების შემდგომ ავადმყოფები არ იჩენენ რაიმე თავდაცვითი რეაქციებს ან ქცევებს; ფსიქო-ფიზიკური მოქანცვის შედეგად ისინი ხშირად იძინებენ თავიანთივე მსხვერპლის გვერდით.

ბოროტმოქმედება, რომელიც ჩადენილია მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობის ან ღრმა ჰჰუასუსტობის დროს ცხადია არ შეიძლება იყოს შეფასებული ჩარაცხულ ქმედებად; ასეთ შემთხვევებში ბოროტმოქმედი პირები არ არიან პასუხისმგებელნი და მათზე უნდა გავრცელდეს იძულებითი მკურნალობა ჯეროვანი ფსიქიატრიული სტაციონარის პირობებში.



აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ გენუინური ეპილეფსიის დიაგნოზის დადგენა ჭერ კიდეც არ ნიშნავს პასუხისმგებლობის მოხსნას. ხსენებული დიაგნოზი ჭერ კიდეც არ მიკვითითებს ე კ ს კ უ ლ პ ა ც ი ი ს აუცილებლობაზე ე. ი. ავადმყოფის გარემო სოციალური წრიდან გამყოფის საჭიროებაზე.

ფსიქოზური შეტევების ან ღრმა ჰკუასუსტობის გარეშე ყოველგვარი ეპილეფტიკი პასუხისმგებელია თავის ქმედობაში. ხსენებული გარემოება უნდა კარგად გვახსოვდეს, ვინაიდან ზოგჯერ ბოროტმოქმედნი თავს აფარებენ თავიანთ ავადმყოფობას და ყოველნაირად ცდილობენ ისარგებლონ ამ გარემოებით.

#### 14. ეპილეფსიფორმულ მდგომარეობათა სახეები და ეპილეფსიფორმული რეაქციები.

გარდა გენუინური ეპილეფსიისა, რომელიც წარმოადგენს დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულს, არსებობს ეპილეფსიის მაგვარი ანუ ეპილეფსიფორმული მთელი რიგი გულყრითი მდგომარეობანი.

ასეთ შემთხვევებში გულყრა მხოლოდ გარეგნულად წააგავს გენუინური ეპილეფსიის შეტევებს და თავისი პათობიოლოგიური თუ ფსიქოპათოლოგიური ბუნებით უკანასკნელთან არავითარი კავშირი არა აქვს.

ეპილეფსიფორმული გულყრები განხილული უნდა იყოს როგორც გარკვეული დაავადების სიმპტომური გამოვლინება (ს ი მ პ ტ ო მ უ რ ი ე პ ი ლ ე ფ ს ი ა) ან როგორც განსაკუთრებულ მდგომარეობაში მყოფ ორგანიზმის ე პ ი ზ ო დ უ რ ი რ ე ა ქ ც ი ა.

როგორც ვხედავთ, გენუინური ანუ ესენციური ეპილეფსიის გარდა, რომლის კლინიკა და დიფერენციული დიაგნოზი ჩვენითვის უკვე ცნობილია, მოგვიხდება გულყრითი ბუნების მქონე სიმპტომურ მდგომარეობათა და ეპიზოდურ რეაქციათა განხილვა.

ცნება გულყრის ანუ პერიოდული კრუნჩხვითი შეტევების შესახებ სცილდება ადამიანის პათოლოგიის ჩარჩოებს.

გულყრითი დაავადება ცნობილია ცხოველთა შორის. ამას გარდა ყოველ ცხოველზე, რომელსაც აქვს გარკვეული განვითარების ცენტრალური ნერვული სისტემა და პირველ რიგში. ქერქული აპარატი ხელოვნურად შეიძლება გამოვიწვიოთ ეპილეფსიფორმული გულყრები. ექსპერიმენტული შიკვებები შეიძლება გამოწვეული იყოს ელექტრული ნაკადით ან მოწამვლით მაგალითად: ელექტრული ეპილეფსია, აბსენტური ეპილეფსია და სხვა.

როგორც ვხედავთ კრუნჩხვითი განტვირთვა ეს არის თავის ტენიის ბიოლოგიურ გამოვლინებათა ანუ შესაძლებლობათა ერთ-ერთი სახე. კრუნჩხვითი გულყრა არის ნერვული სისტემის რეაქციის ერთ-ერთი ფორმა, რომელსაც არაა მოკლებული ადამიანის ნერვული აპარატიც.

კრუნჩხვითი განტვირთვას იძლევა მხოლოდ გარკვეული ფიზიკური და ქიმიური ფაქტორები, რომლებიც ცნობილია გულყრის გამომწვევ ანუ იკტოგენურ ფაქტორებად, როგორც მაგალითად: ფარადიული დენი, აბსენტი, კარდიოზოლი, კორაზოლი, ქაფური და სხვა.

იკტოგენურ ფაქტორთა მოქმედებას ხელს უწყობს და ააქტივებს პიპერენტილაციო, ორგანიზმში აღრენალინის შეყვანა, ან საძილე არტერიისზე ხელის დაჭერა.

მაღალმა ტემპერატურამ ან ნაწლავთა ჭიებმა შეიძლება გამოიწვიოს ეპილეფსიფორმული განტვირთვანი.

შიშით ან ტკივილით გამოწვეული კრუნჩხვები განხილული უხდა იყოს როგორც ნევროპათიულ პიროვნებათა ისტერიული გამოვლინებანი, ვიდრე ეპილეფსიფორმული გულყრები.

მართო იკტოგენური ფაქტორებით არ შეიძლება განისაზღვროს კრუნჩხვითი მექანიზმები. ხსენებულ ფაქტორთა გარდა საჭიროა შედევლობაში იყოს მიღებული ადამიანის ინდივიდური მზადყოფა: რაც უფრო დაბალია ცენტრალური ნერვული სისტემის გალიზიანების ზღურბლი, სხვაგვარად რომ ვსთქვათ, რაც უფრო მაღალია ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნებაობა, იმდენად უფრო ეფექტიური იქნება იკტოგენურ ფაქტორთა ზოგავლენა, იმდენად უფრო აღვილად განვითარდება კრუნჩხვითი რეაქცია.

ასაკის მიხედვით იცვლება კრუნჩხვითი რეაქციათა შესაძლებლობანი; მაგალითად: კრუნჩხვითი მზადყოფა აწეულია ბავშვთა შორის, სქესობრივი მომწიფებისას და ახვოლუციოს დროს.

ქვემოლ შევჩერდებით სიმპტომური ეპილეფსიის სახეებზე და ნევროპათ-ფსიქოპათ პიროვნებათა ეპილეფსიფორმულ განტვირთვებზე.

სიმპტომური გულყრები შეუძლია მოგვეცეს როგორც თავის ტენიის ზოგადმა და კერობრივმა დაავადებამ, ისე ქალას შიდაწინების მომატებამ და სხეულის ზოგადმა ინფექციო-ინტოქსიკაციომ.

სიმპტომური ეპილეფსიის ცოველი ფორმის დროს საჭიროა შებრძოლება ძირითად დაავადებასთან. ხოლო თვით გულყრა განხილული უხდა იყოს, როგორც ავადმყოფობის ცალკეული ნიშანი.

შეტევები ზოგჯერ წააგავს გენოინური ეპილეფსიის დიდ გულყრებს, ზოგჯერ მოგვაგონებს ექვივალენტურ მდგომარეობას, ხო-

ლო უფრო ხშირად აქვს ჭეკოსონის ტიპის გულყრათა ხასიათი.

როგორც წესი, ჭეკოსონის ტიპის გულყრა იწყება სხეულის რომელიმე ნაწილში (შეეტყვისება თავის ტვინის დაზიანებულ უბანს) და შემდეგ ახდენს გენერალიზაციოს.

სიმპტომური ეპილექსია შეიძლება შოგცეცს თავის ტვინის სიმსივნეებმა, ენცეფალიტებმა, მენინგიტებმა და აბსცესებმა, თავის ტვინის პარაზიტებმა (ექინოკოკი და სხვა), ქალას ტრავმებმა, ნეიროლექსმა (პროგრესული პარალიზი და ტვინის ათაშანგი), ტუბერკულოზმა სკლეროზმა და თავის ტვინის არტერიოსკლეროზმა.

ორგანიზმის ჰეტერო-და აუტო-ინტოქსიკაციას შესაძლებელია მოჰყვეს ეპილექსიფორმული გულყრები: ურემიული, ეკლამფსიური, ენდოკრინო-ტოქსინური და ალკოჰოლური ეპილექსია.

ზოგჯერ შიზოფრენიაც იძლევა გულყრითი შეტევებს, მაგრამ უკანასკნელს აქვს უფრო კატაპლექსიური, ვიდრე ეპილექსიური ხასიათი. კატაპლექსიური გულყრის დროს ხდება კუნთთა ტონუსის უეცარი მოულოდბელი მოდუნება; ავადმყოფი ეცემა თუშცხ ცნობიერება არ აქვს შეცვლილი.

ნევროპათ-ფსიქოპათიური პირები, განირჩევიან ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ლაბილობით და აფექტური სფეროს გადაჭარბებული მგრძნობიარობით. მათი ნერვული აპარატი ამგზნებადობ და ადვილად იძლევა კრუნჩხვითი განტვირთვებს.

ამ მხრივ საინტერესოა სპაზმოფილია, აფექტ-ეპილექსია, ფსიქასთენიური გულყრები და შაკიკი. ყველა ხსენებული სახეები ანარეკლია გარკვეული სომატო-ფსიქიკური თავისებურებისა, არ წარმოადგენს პროცესულურ დაავადებას და არ იძლევა პიროვნების დეგრადაციას. მათ აქვს კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა; ხოლო მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს იქით, რომ გაძლიერდეს ინდივიდუუმის ფსიქიკური და ფიზიკური შესაძლებლობანი.

სპაზმოფილია გვხვდება ბავშვთა ჩვილ ასაკში. აქ შეუღლის მდგომარეობები, რომლებიც წინად განიხილებოდა, როგორც ბავშვური ეკლამფსია, ლარინგოსპაზმი და ტეტანია.

სპაზმოფილიური ბავშვები სუსტნი არიან, ხშირად რაქიტის მქონენი; მათ პერიფერიულ ნერვულ სისტემას ახასიათებს გადაჭარბებული მექანიკური და გალვანიური აგზნებადობა.

თუმცა სპაზმოფილია კეთილთვისებიანი მდგომარეობაა და ძირეულად განსხვავდება გენუინურ ეპილექსიიდან, მაინც ასეთ ბავშვებს შემდეგშიაც რჩებათ ფსიქო-ფიზიკური ზოგადი განუვითარებლობის დაღი.

შიშვე და ტკივილზე ნევროპათიულ ბავშვებს ზოგჯერ უნი-  
თარდებთ ლარინგოსპაზმი, რაც თავის მხრივ იწვევს სუნთქვის  
ინსპირაციულ შეჩერებას და გულყრებს (აფექტური რეს-  
პირაციური კრუნჩხვები). მდგომარეობა კეთილთვის-  
სებიანია; საჭიროა საერთო გამამაგრებელი მკურნალობა.

აფექტ-ეპილეფსია ემართებათ ამგზნებად ფსიქოპა-  
თიურ პიროვნებებს, უფრო ხშირად ბავშვობის ასაკში. ამ დროს  
გულყრები წააგავს გენუინური ეპილეფსიის კრუნჩხვებს; ხოლო  
თვით შეტევები ჩვეულებრივად მოსდევს დაძაბულ პათოლოგიურ  
აფექტს.

აფექტ-ეპილეფსიის შემთხვევებში განსაკუთრებულად არის  
წარმოდგენილი ვეგეტაციური (სისხლძარღვოვანი) მოვლენები.

ფსიქოპათები, რომელთაც აქვთ მიდრეკილება აფექტ-ეპილეფ-  
სიისადმი, ხშირად იჩენენ ოლიგოფრენიული ტიპის გონებრივ ჩა-  
შორჩენილობას; როგორც ვხედავთ, ამ დროს საქმე გვაქვს თავისე-  
ბურ ოლიგოპათიურ, ანუ ფსიქოპათიის ოლიგოფრენიით გართუ-  
ლებულ მდგომარეობასთან.

თუ ახალგაზრდა ამგზნებადი ფსიქოპათები იჩენენ მიდრეკილე-  
ბას აფექტ-ეპილეფსიისადმი, მოზრდილ ასაკში უფრო ხშირად  
ვხვდებით ეპიზოდური (ერთხელობრივი) ბუნების მქონე ბინდი-  
სებრ აგზნებებს.

უკანასკნელ შემთხვევებში ბინდისებრი მდგომარეობა უფრო  
წარმოდგენს სახეშეცვლილ დაჭიმულ პათოლოგიურ აფექტს, ვიდრე  
გულყრითი შეტევას.

მკურნალობა ჩატარებული უნდა იყოს ზოგადი ფსიქოპათიურ-  
ფონის წინააღმდეგ: შრომითი რეჟიმი, ნერვული სისტემის გამა-  
შაგრებელი და დამამშვიდებელი საშუალებანი, ამასთანავე მაგარდ  
სასმელების სრული აკრძალვა.

ფსიქასთენიური გულყრები გვხვდება ასთენურ-  
ფსიქასთენიური ჩგუფის ფსიქოპათთა შორის და უფრო მოკვაგო-  
ნებს ვეგეტაციური ბუნების გულის წასვლას, ვიდრე კრუნჩხვითი  
გულყრას. მიმდინარეობა კეთილთვისებიანია; მკურნალობა ზოგა-  
დი, გამამაგრებელი ხასიათისა.

შაკიკი, ანუ ჰემიკრანია იძლევა მძიმე და შეტრევიითი ხასია-  
თის ჩქონე თავის ტკივილებს, რომლის დროსაც ზოგჯერ ცნობიე-  
რების დაბანდვასაც კი ვლბებულობთ.

თავის ტკივილები (უფრო ხშირად ნახევარ მხარეზე) აღწევს  
შაქსიმალურ ხარისხს; ამ დროს ვითარდება მკვეთრი ვეგეტაციური  
მოვლენები, როგორც მაგალითად: გაწითლებული ან გაფითრებუ-  
ლი შუბლი, ცრემლის გაძლიერება, გულის ზიდვა, მაჯის ცემის შე-

ცვლა და სხვა. ამ დროს ორიენტაციის უნარი სუსტდება და ავადმყოფის ცნობიერება იბინდება.

შაკიკის გენეზური კავშირი გენუინური ეპილეფსიასთან საეჭვოა; ეს საკითხი მოითხოვს დაზუსტებას. ერთად ერთი მოსაზრება, რომელიც მიგვიტოვებს ხსენებულ კავშირზე, არის ის, რომ შაკიკის დროს შემკვიდრებაში უნიშნულია გენუინური ეპილეფსიის და ეპილეპტოიდური ფსიქოპათიის შემთხვევები.

ჩვენის ფიქრით, შაკიკის დროს საქმე უნდა გვექონდეს ევგეტაციური ნერვული სისტემის პათოლოგიის განსაკუთრებულ გამოვლინებასთან.

მკურნალობა საერთო გამამაგრებელი; ბრომის პრეპარატები გამამხნეველ შედეგებს არ იძლევა.

თანახმად ო ს ი პ ო ვ ი ს ა შაკიკის ყველაზე ავთვისებიან ფორმას წარმოადგენს ე. წ. თ ვ ა ლ ი ს შ ა კ ი კ ი (migraine ophthalmique).

ამ დროს თავის ტკივილებს თან ერთვის ვაზომოტორული მოვლენები და აგრეთვე ტკივილები თვალის კაკალში. ზოგჯერ ვხვებით ოპტიკური ხასიათის შეგრძნებებსაც: ფოსტრენები, ნაპერწკალის შეგრძნება და სხვა. თვალის შაკიკის შეტევა შესაძლოა ჩათავდეს კრუნჩხვითი გულყრით.

## 16. პ ი კ ნ ო ლ ე ფ ს ი ა

გვხვდება ბავშვთა შორის, ხშირად 3—12 წლების ასაკში. მიზეზი არ არის დაზუსტებული. ზოგჯერ აღინიშნება ფსიქოგენური მომენტები. შეტევა ხასიათდება მრავალი გულყრებით, მაგალითად, ღღეში შეიძლება განვითარდეს შეტევა 50-ე.

უფრო ხშირად პიკნოლეფსია გვხვდება ნერვულ და ანემიურ პირთა შორის. მკურნალობაა ზოგადი გამამაგრებელი და ამალორიძინებელი საშუალებანი. პროცნოზი, როგორც წესი, დადებითია. ავადმყოფობა რამოდენიმე თვის განმავლობაში თავდება და არ სტოვებს არავითარ გართულებას.

პიკნოლეფსიური გულყრა მოგვაგონებს ეპილეფსიის მცირე შეტევას, მაგრამ უფრო ხანგრძლივია; გრძელდება საშუალოდ 20—30 წამს. ავადმყოფს ამ დროს ეცვლება ცნობიერება, მაგრამ იგი არ იტყევა.

კლონური თუ ტონური კრუნჩხვები არ ემართებათ; ავადმყოფებს მხოლოდ თავი აქვთ უკან გადაეარდნილი, თვალები ღრმად ჩაეარდნილი და აღენიშნებათ კიდურთა კუნთების ტონუსის მომატება.

ნ ა რ კ ო ლ ე ფ ს ი ა დროს-საქმე გვაქვს დაუძლეველი ხალხთის მქონე ძილის შეტევასთან.

ნარკოლეფსია მოგვაგონებს ძილისადმი დაუძლეველი მადრეკილებით გართულებულ კატაფლესიურ შეტევას: ავადმყოფს უღუნდება კუნთოვანი სისტემა და უცებ გადადის ძილში.

ძილის მდგომარეობა საშუალოდ გრძელდება ნახევარი საათი, რომლიდანაც ავადმყოფი გამოდის თავის თავად. შესაძლოა გულყრის ჩათაყვებამდე ავადმყოფები გამოვალდებოთ, მაგრამ მათ ისევ ძილი სძლევს.

ნარკოლეფსიის შემთხვევებში ანამნეზში აღინიშნება, როგორც ეპილეფსიური მემკვიდრეობა, ისე ეპიდემიური ენცეფალიტი. დავადების ზუსტი ეტიოლოგია ჯერ-ჯერობით დაუზუსტებელია.

გადაკრით შეიძლება ითქვას, რომ ნარკოლეფსიის დროს კეთილთვისებიან მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე და არ ვიღებთ პიროვნების დეგრადირებას.

სამკურნალო მიზნით გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი ხმარობენ ფენამინს 0,01 დღეში 2—3 ხელ, ან ეფედრინს 0,025 აგრეთვე 2—3 ხელ.

ძილის პათოლოგიის ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს აგრეთვე პიპერსომნია ანუ პერიოდული ძილად მივარდნა.

პიპერსომნია ანუ გადაჭარბებული ძილიანობის პერიოდული შეტევება განსხვავდება ნარკოლეფსიიდან ძილის ხანგრძლივობით (გრძელდება რამოდენიმე საათი და ხან რამოდენიმე დღე-ღამეც) და კატალეფსიური მოვლენების უქონლობით.

გარეგნულად პიპერსომნიური მდგომარეობა ძლიერ წააგავს ნორმალურ ძილს: ავადმყოფს სძინავს მშვიდად და რაიმე აშლილობათა სიმპტომებს არ იჩენს.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი არ არის გამოკვლეული. ზოგი ავტორები ნახულობენ კავშირს ეპილეფსიასთან. ავადმყოფობა იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, არ იძლევა ავთვისებიან მსვლელობას, პიროვნების დეგრადაციას არ იწვევს და სპონტანურად ხდება თანდათანობითი გამომრთელება.

მკურნალობა: ზოგადი გამაჰაგრებელი საშუალებანი; შეიძლება ვინმართთ იგივე ფენამეხი ან ეფედრინი.

## სისხლძარღვოვანი აულილოგანი

**1. ზოგადი შენიშვნები თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შესახებ**  
 ორგანიზმში განვითარებული არტერიოსკლეროზული მოვლენები თავის დაღს ასვამს ადამიანის ფსიქიკას.

სისხლის ძარღვთა სკლეროზის შედეგად ეცემა ორგანოთა კვების ნორმალური შესაძლებლობა; ამასთან ერთად იცვლება მთლიანად ორგანიზმის და ცალკე ორგანოთა ფუნქცია.

ზოგჯერ სისხლძარღვთა სკლეროზი თანაბრად არ არის განვითარებული და ზოგიერთ ორგანოებში იგი უფრო ჭარბადაა წარმოდგენილი, როგორც მაგალითად: სკლეროზი გულის, თირკმელების, ტვინის და სხვა.

ფსიქიატრიის კლინიკას პირველ რიგში აინტერესებს ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზი.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ ძარღვთა სკლეროზულ გამაგრება-გამკვრივებას მოყვება ტვინის ქსოვილის, მისი პარენქიმული ელემენტების კვების დაქვეითება. უკანასკნელი გარემოება ტვინის ქსოვლში მეორადად იწვევს სხვადასხვა სახის და ხარისხის პათომორფოლოგიურ ძვრებს. ამიტომ თავის ტვინის არტერიოსკლეროზს ფსიქიატრიის კლინიკისათვის აქვს დიდი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი.

ჩვეულებრივად ძარღვთა სკლეროზი მოწიფული ასაკის თანამგზავრია. იგი გვხვდება 40—45 წლის შემდგომ; მაგრამ შესაძლოა უფრო ნაადრევ ასაკშიაც, მაგალითად, აწერილია ძარღვთა სკლეროზის შემთხვევები 25—30 წლებში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ცნება სკლეროზის შესახებ არ განიზარტება მხოლოდ ასაკით. აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ადამიანის ინდივიდუალური მზადყოფნა (თუ წინაგანწყობა) და ის მანერე ეკზოგენური მომენტები, რომლებიც მას შეხვედრია ცხოვრების გზაზე.

მავნე ეკზოგენურ ფაქტორებიდან საჭიროა აღინიშნოს შემდეგი: მძიმე, დაძაბული, განსაკუთრებულად მომქანცველი და ყოველგვარ რეჟიმს მოკლებული ფიზიკური და ფსიქიკური შრომა, ზოგიერთი ქრონიკულად მიმდინარე ინფექცია-ინტოქსიკაციები, პირველ რიგში, ათაშანგი, სინდიყი, ტყვია, ლა სხვა.

მავნე ფაქტორთა რიგს აკუთვნებენ აგრეთვე თამბაქოს გადაჭარბებულ ხმარებას; ხოლო რაც შეეხება ალკოჰოლის როლს, ამ მხრივ არ არსებობს შეთანხმება პათოლოგ-ანატომთა და ფსიქიატრთა შორის.

პირველნი სდგანან იმ პოზიციებზე, რომ მაგარი სასმელების ჭარბი ხმარება არ უნდა იწვევდეს ძარღვთა სკლეროზს.

კლინიკური მასალები იძლევა სულ სხვა შედეგებს: ირკვევა, რომ ქრონიკულ ალკოჰოლიკთა შორის ხშირად ვხვდებით ტვინის არტერიოსკლეროზს.

როგორც ვთქვით, თავის ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზი არ არის ყველგან წარმოდგენილი თანაბარი ავთვისებიანობით.

ზოგჯერ სკლეროზი უფრო მკვეთრადაა მოდებული მსხვილ სისხლის ძარღვებზე; ამ დროს ადგილი აქვს ტვინის უბნების ტლანქ დაზიანებას, რასაც ფუნქციურად მოყვება გამოვარდნის სიმპტომები.

ზოგჯერ, პირიქით, სკლეროზი უფრო განფენილი ხასიათისაა და ავადმყოფურ პროცესში მოქცეულია წვრილი, ნატიფი ძარღვები. უკანასკნელ შემთხვევებში გამოვარდნილობის ნიშნებს ვერ ვხვდებით, სამაგიეროდ ფსიქო-ნერვული ფუნქციები უკრო მეტადაა შეწუხებული.

ზოგჯერ ძარღვთა სკლეროზი უფრო მძიმედ არის გამოხატული ტვინის ქერქულ აპარატში, ზოგჯერ კი ქერქქვეშა უბნებში და ასე შემდეგ.

ტვინის სისხლძარღვთა განფენილობის და სიმძიმის მიხედვით შეიძლება მივიღოთ სხვადასხვა სახის ფსიქოპათოლოგიური ძვრები ემოციური, გონებრივი და ნებთი-მოტორული ფუნქციების მხრივ.

ავადმყოფებს ეცვლებათ ემოციური და ნებთი სფერო, უქვეითდებათ ინტელექტური ფუნქციები. გონებრივი სფეროს პათოლოგიამ შესაძლოა მიიღოს არტერიოსკლეროზული კუალუსტობის სახე; უკანასკნელ შემთხვევაში საჭირო იქნება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება, პირველ რიგში, ლუესურ ალკოჰოლურ და ტრავმულ ბუნების დემენციურ მდგომარეობასთან.



ცერებრული არტერიოსკლეროზი წარმოადგენს ქრონიკულ დაავადებას, რომლის დროსაც პროგნოზი საკმაოდ სერიოზულია.

პროგნოზის სერიოზულობა ღრმავდება იმდენად, რაც უფრო მოგვიანებულია შემთხვევა, რაც უფრო მკვეთრია ძარღვთა სკლეროზული ცვლილებები, რაც უფრო მძიმედაა შეწუხებული ტვინის ფუნქციური შესაძლებლობანი, რაც უფრო ძნელია ექსოგენურ მავნე ფაქტორთა მოცილება და, ბოლოს, რაც უფრო მაღალია სისხლის წნევა.

თავის თავად ცხადია, რომ ნაადრევი მკურნალობა ე. ი. ავადმყოფის ენერგიული დახმარება მაშინ, როდესაც ჭერ კიდევ არაა განვითარებული მყარი პათომორფოლოგიური ძვრები, მოგვეცემს გამამხნეველ შედეგებს. პირიქით, როდესაც სკლეროზს მოსდევს ნერვულ ელემენტთა გადაგვარება და დაღუპვა, ძნელია რაიმე თერაპიული ეფექტის მოლოდინი.

ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკური რეჟიმის სასტიკ და მტკიცე დაცვას.

საჭიროა მთლიანად მოიხსნას მავნე ექსოგენური გავლენანი (თუთუნი, სპირტული და სხვა).

ამასთან ერთად საჭიროა თვით ავადმყოფმა ნათლად შეიგნოს, რომ ადამიანის ძალთა მარაგი არ არის უღვეელი და დაუშრეტელი, რომ აბსოლუტურად აუცილებელია დასვენების და კვების ჭეროვანი რეჟიმის დაცვა.

ზოგჯერ ცერებრული არტერიოსკლეროზი ღებულობს ავთეისგზიან ხასიათს და სწრაფად იძლევა კეუსუსტობას და ფსიქო-ფიზიკური მარაზმის (დაკნინების) საერთო მოვლენებს.

პროგნოზი ხდება უფრო საბედისწერო, თუ ტვინის პათოლოგიას დაერთო სხვა იარგახთთა არტერიოსკლეროზიც.

საექვეოა აგრეთვე ავადმყოფთა მდგომარეობა, როდესაც ვითარდება ინსულტის ან ინსულტისმაგვარი მოვლენები.

ჩვეულებრივად თავის ტვინის ძარღვთა სკლეროზის დროს კლინიკურ მიმდინარეობაში ადგილი აქვს თავისებურ ქანაობას: უკეთესობა და გაუარესება, რემისიო და მდგომარეობის გამწვავება ცვლის ურთიერტს.

## 2. პათოლოგიური ანატომია და პათოგენეზი

არტერიოსკლეროზის პათო-მორფოლოგია წარმოადგენს ცერებრული პათოლოგიის ერთ-ერთ ყველაზე დამუშავებულ თავს.

კლინიკური სიმპტომატოლოგიის, პათოფიზიოლოგიის და პათოგენეზის საკითხებში გაშუქებას პოულობს ცენტრალური ნერვული სისტემის სტრუქტურის თავისებურებაში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თავისი ძირითადი ბუნებით არტერიო-სკლეროზი წარმოადგენს შემაერთებელი ქსოვილის პათოლოგიის ამას მოსდევს სისხლძარღვთა გამკვრივება, ელასტიობის დაკარგვა და სისხლის ნორმალური ცირკულაციის შეფერხება.

არ არის სავალდებულო თავის ტვინის ძარღვთა სკლეროზს დაერთვას შინაგან ორგანოთა სკლეროზული ცვლილებები.

მიუხედავად ამისა, არტერიოსკლეროზული ფსიქოზების დროს სასექციო მაგიდაზე ხშირად ვხვდებით გულის ჰიპერტროფიას, ათერომატოზულ ცვლილებებს აორტაში, თირკმელთა სკლეროზს, პერიფერიულ სისხლ-ძარღვთა გამკვრივებას და სხვა.

სკლეროზის შორსწასულ შემთხვევებში თავის ტვინში ვითარდება ატროფიული მოვლენები, ღოღო უკანასკნელს მოსდევს ტვინის წონის და მოცულობის მკვეთრი დაქვეითება.

მნიშვნელოვანი და ყურადსაღებია თავის ტვინის მაკროსკოპული სურათიც: რბილი გარსი შემღვრეული და გასქელებულია, მკვეთრად მოსჩანს ე. წ. პაქიონის გრანულაციები, ქერქული რუხი ნივთიერების ატროფიის შედეგად ხვეულები განლეული და დაწვრილებულია.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ სკლეროზული ატროფია განსხვავდება პარალიზურისაგან, სახელდობრ: სკლეროზი არ აძლევს სისტემური ხასიათის შერჩევითი ცვლილებებს; სკლეროზის დროს ხვეულთა ატროფია ვრცელდება არა თანახმად ქერქული უბნებისა, არამედ მკვებავი სისხლძარღვოვანი აუზის მიხედვით.

ქერქის ნივთიერების ატროფიას ჩვეულებრივად მოსდევს გვერდითი პარაკუჭების გაგანიერება.

პარაკუჭთა ეპენდიმა ჰკარგავს თავის სიგლუვეს, ხდება ხორკლიანი.

მკვეთრი ათეროსკლეროზი პირველ რიგში გამოხატულია მსხვილ სისხლის ძარღვებში.

ამ მხრივ ცენტრალურ ყურადღებას იპყრობს ტვინის ფუძის ანუ ბაზილარული არტერია.

ფუძის არტერიის ათერომატოზული ცვლილებები თვალსაჩინოდ არის გადმოცემული სურათზე 55. ჩვენ აქ ვხედავთ, რომ ფუძის არტერია და მისი შემადგენელი ხერხემლის ორივე არტერია არაჩვეულებრივად გასქელებული, გამკვრივებულია და მოგვგავონებს დახორკლილ, სქელ თოკს. სურათზე მოსჩანს აგრეთვე, რომ მკვეთრი სკლეროზის შედეგად ტვინის შუა არტერიათა ნასვრეტები ორ-

ვე მხარეზე დარჩენილია ღიად. ვარდა ამისა სკლეროზირებულია უშუალოდ ტვინის ხვეულებზე მდებარე წვრილი სისხლძარღვები. თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში ხშირად ეხვდებათ სისხლძარღვთა დაზარალების ანომალიებს. უფრო მეტი, ამ დროს შეიძლება შევხვდეთ სიმეტრიული უბნების, თანამოსახელე ძარღვთა არა თანაბარ განვითარებას.



სურ. 55. თავის ტვინის მსხვილ ძარღვთა მკვეთრი სკლეროზი. ბაზილარული არტერია გასქილებული და გამკვრივებულია. მოქნილობის დაკარგვის გამო ტვინის შუა არტერიის ნასვრეტები ორივე ნხაოხე ღიავ. საკუთარი დ კვირვება.

ანომალიები და არათანაბარი განვითარება იწვევს ცირკულაციის აშლას და ზოგიერთ ძარღვებში წნევის მკვეთრ მომატებას; უკანასკნელი გარემოება თავის მხრივ ხელს უწყობს ათერომატოზულ ცვლილებათა განვითარებას.

ფსიქიატრიის კლინიკისათვის ნაკლებ საინტერესოა ისეთი შემთხვევები, როდესაც ძარღვთა სკლეროზს მოსდევს მსხვილი სისხლჩაქცევები, ჰემორაგიები ან მკვეთრი ბუღობრივი დაზიანება. ხსენებული შემთხვევები არ იძლევა შესაძენვე ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს და ამიტომ წარმოადგენს უფრო მასალას ნერვული კლინიკისათვის.

ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს ანუ ფსიქიკურ აშლილობათა წიშნებს ჩვეულებრივად იძლევა განფენილი და მოდებული წვრილი სისხლჩაქცევები ქერქულ აპარატში.

სისხლძარღვთა სკლეროზს შეიძლება მოყვეს სანათურის სრული დაზნვა ან იარღვის კედლის გასკდომა. ორივე შემთხვევაში აღნილი აქვს ნერკული ქსოვილის პარენქიმულ ელემენტთა დაზიანე-

ბას: კვების მოსპობა თუ ჩაქცეული სისხლის მექანიკური ზეგავლენა იწვევს ნერვულ უჭრედთა დაზიანებას, მათ დეგენერაციოს და, ბოლოს, სიკვდილს (ნეკროზს).

წერილი, მიკროსკოპული ხასიათის ნეკროზული უბნები უხვად გვხვდება ქერქულ აპარატში. ასეთ ნეკროზულ კერაში მკვდარი მასის გატანას („შესრუტვას“) ჩვეულებრივად მოსდევს მიკროსკოპული სიცარიელების განვითარება ან ასევე მიკროსკოპული ნაწიბურების (გლიოზური ნაწიბური) განვითარება.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის სიმპტომატოლოგიის გადმოცემისას ჩვენ დავინახავთ, რომ დაავადების კლინიკა მეტად ცვალებადია, ხოლო სიმპტომები მეტად რყევადი: გამწვავება-გაუარესებას შეიძლება მოყვეს შერბალება-გაუმჯობესება და პირიქით. აღნიშნულ გარემოებას აქვს თავისი პათომორფოლოგიური მიზეზი.

უნდა გვანსოდეს, რომ ძარღვთა სკლეროზი ქერქულ აპარატზე არასდროს არ შეიძლება იყოს აბსოლუტურად მოდებული: იშემიური არეს მეზობლად ჩვეულებრივად მოთავსებულია ნორმალური ქსოვილი, რომელსაც შეუძლიან თავის თავზე იკისროს გამოვარდნალი ფუნქციის კომპენსატორულ-ვიკარული ჩანაცვლება.

ამას გარდა შეწუხებული იშემიური უბნის ფუნქციური გამოცოცხლება შეიძლება მოხდეს მეორე გზითაც, სახელობრ: სკლეროზულ სისხლძარღვს შესცვლს გვერდითი ტოტები (კოლატერალური სისხლის მიმოქცევა).

იქნება ეს ფუნქციის ვიკარული ჩანაცვლება, თუ კვების კოლატერალურა კომპენსაცია, ორივე შემთხვევაში ჩვენ უნდა მივიღოთ პათოლოგიური სიმპტომის მოხსნა და ამ მხრივ კლინიკური გაუმჯობესება.

აი, რატომ ტვინის არტერიოსკლეროზის კლინიკა ესოდენ დინამიკურა და ცვალებადია.

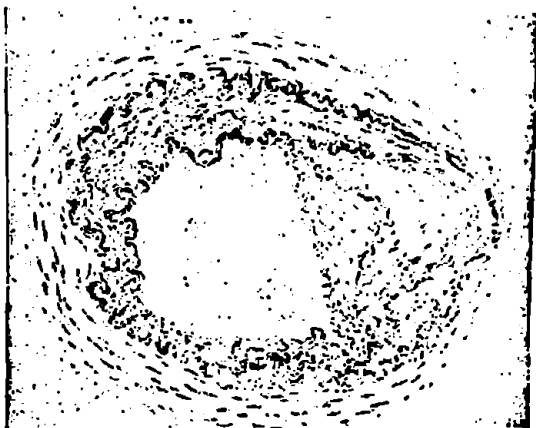
ძარღვთა სკლეროზის პათობიოლოგიის განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ორი მომენტი: ერთის მხრივ აქ აქვს ადგილი შემაერთებელი ქსოვილს გამრავლებას, ხოლო მეორეს მხრივ—ელასტიური ბოჭკოების შეწუხება-განადგურება-მოსპობას.

აღნიშნული გარემოება იწვევს ძარღვის კედლის გამსხვილებას, გამაგრებას, გამკვრივებას და მოქნილობის უნარის მოსპობას.

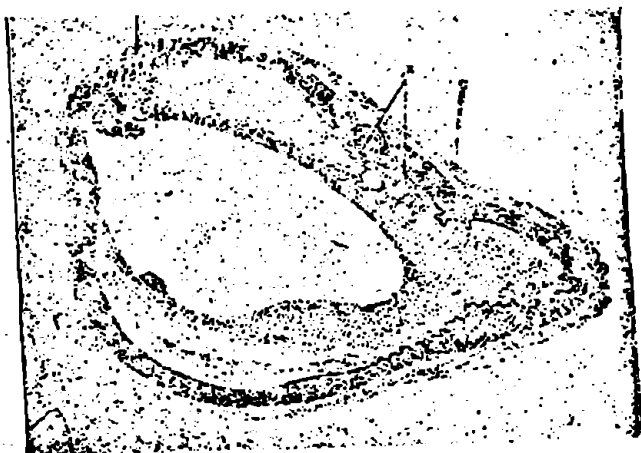
ადვილი წარმოსადგენია, რომ გამკვრივებული ე. ი. სკლეროზული ძარღვი ვერ შესძლებს სისხლის ნორმალური ცირკულაციის დაცვას; როგორც წესი, სკლეროზულ ძარღვში სასხლის წნევა მობატებულია.

ელასტიობის დაკარგვა და წნევის მომატება არა მარტო ხელს უშლის სისხლის მიმოქცევას, არამედ ხელს უწყობს თვით ძარღვის კედლის გასკდომას.

სურათებზე 56 და 57 ნაჩვენებია ტვინის მსხვილ სისხლის ძარღვთა სკლეროზი: ნასვრეტი აქ შევიწროებულია, ხოლო ელასტიური შრე არის შეწუხებული: უკანასკნელი ადგილ-ადგილ დაწყვეტილია ან სრულიად მოსპობილი.



სურ. 56 ბაზილარული არტერიის ათეროსკლეროზი, შიდა შრე ისტორა მიპირკლასილი; ადგილ-ადგილ დაძლილია შიდა ელასტიურა შრე (გადაწყვეტილი შაი ხაზი). შეღებული არის ვახგინონის მეთოდით. მოყვანილია შვილძაიერით.



სურ. 57 სოლვიის ფოსოს არტერია. გალიზიანებული შიდა ელასტიური შრე შეღებულია (დაკლანჩილ-დანაოკებულა შაი ხაზი), დან გიხონის მეთოდით. მოყვანილია შვილძაიერით.

ქერქული აპარატის სისხლძარღვთა სკლეროზის შემთხვევებში დაზიანების მიკროსკოპული კერები უფრო ხშირად გვხვდება მეორე და მესამე შრეებში (შერჩევითი ლამინარული ლოკალიზაცია).

კლინიკური სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია იმაზე, თუ ტვინის რომელ უბანში უფრო სპარბოზს სკლეროზული მოვლენები.

ქერქული აპარატის სისხლძარღვთა განფენილი სკლეროზი იძლევა მდიდარ ფსიქოპათოლოგიურ სურათს; სტრიალური სისტემის ძარღვთა დაზიანებას მოსდევს ნებითი-მოტორული სფეროს შეწყუხება (რიგიდობა, შებოჭილობა, ფსიქონერვული ფუნქციათა შეფერხება და სხვა), ხოლო ჰიპოთალამური უბნის დაზიანება იძლევა ვეგეტაციურ სიმპტომატოლოგიას და ნარკოლეფსიის მაგვარ შეტევას.

პარენქიმული ქსოვილის ე. ი. უჯრედთა და ასოციაციურ ბოქკოთა განადგურებას მოსდევს ბრადიფსიქიკური მოვლენები, ყველა ფსიქიკური გამოვლენებები შეფერხებულია; თანდათანობით სოსტდება და ქრება უმაღლესი ინტერესები და შემოქმედებითი ინიციატივა; ამასთანავე ერთად პიროვნების ძირითადი ბირთვი შენახულია. ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში კუჟასუსტობა ნაწილობრივია, ვინაიდან იგი ეხება ფსიქიკური ცხოვრების მხოლოდ რომელიმე ცალკეულ მხარეს, ამიტომ არტერიოსკლეროზულ დემენციას აქვს ლაკუნარული (ხაწილობრივი) და არა გლობალური (მთლიანი) ხასიათი.

### 3. თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის სიმპტომატოლოგია და კლინიკური ფორმები

ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის კლინიკა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე და ხარისხზე. აქ შეიძლება ჩვენ შევხვდეთ ავადმყოფურ მდგომარეობათა მთელ გამას დაწყებული ასთენონევრასთენიიდან და გათავებული ფსიქოზური შეტევებით.

ზოგ შემთხვევებში დაავადების კლინიკა უფრო მოკავშირეებს ნევრო-სომატიურ მდგომარეობას, რომლის დროსაც აღინიშნება ზოგადი სომატიური ჩივილები და ნარკოფი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა. ხსენებული ფორმები არ იძლევა შესამჩნევ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს და ამიტომ შეიძლება განხილული იყოს, როგორც ტვინის არტერიოსკლეროზის მსუბუქი ანუ „ნერვული“, ანუ „სომატიური“ ფორმები.

მეორე რიგ შემთხვევებში, პირიქით, დაავადებას აქვს მძიმე, ავთვისებიანი მიმდინარეობა, რასაც თან ერთვის მკვეთრი ფსიქო-

პათოლოგიური ძვრები და ნერვული სისტემის ტლანჭი ცვლილებები. აღნიშნული მეორე რიგის შემთხვევები შეფასებული უნდა იყოს, როგორც არტერიოსკლეროზის მძიმე ფორმები.

თავისთავად ცხადია, რომ ცნებები მსუბუქი და შიძიმე ფორმების შესახებ პროვიზორულია და იხმარება მხოლოდ პრაქტიკული ორიენტაციის მიზნით.

არსებითად ფორმათა სიმძიმის დადგენა ხშირად მეტად ძნელია: მსუბუქი ფორმა შეიძლება გადაიქცეს შიძიმედ ან შეიძლება დაავადებამ თავიდანვე მიიღოს ავთვისებიანი, სწრაფმავალი მიმდინარეობა.

ტვინის არტერიოსკლეროზის შიძიმე ფორმების დროს ყურადსაღებია შემდეგი სომატიური აშლილობანი: გარეგნულად ავადმყოფები მობერებულნი არიან, ნამდვილ ასაკთან შედარებით ხშირად ისინი გვერდებთან უფროსად 10—12 წლით, სახე მობერებული და დანაოკებული აქვთ, უდროვოდ გაქალარავებულნი არიან: კანი და კუნთოვანი სისტემა შესამჩნევად მოღუნებულია. აღნიშნებათ ფიზიკური და ფსიქიკური შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითება; უჩივიან ზოგად სისუსტეს, თავბრუს, თავის ტკივილებს, საერთო უღონობას, მომქანცველ უძილობას, ხოლო ზოგჯერ გადაქარბებულ ძილიანობას. მოტორიკა კარგავს თავის მოქნილობას, ავადმყოფები დადიან ძლივს, პატარა ნაბიჯებით, მხედველობა უსუსტდებათ; გუგის რეაქცია სინათლეზე მოღუნებულია. აქვთ ენის და კიდურთა კანკალი.

ამავე დროს შესაძლოა ნახული იყოს მთელი რიგი ობიექტური ცვლილებები სისხლ-ძარღვოვანი სისტემის მხრივ, სახელობრივ: მკვეთრი მიოკარდიტი, აორტის ანევრიზმა, პერიფერიულ ძარღვთა სკლეროზული გამკვრივება, სისხლის წნევის აწევა, იოლი ტაქიკარდია ან მაჯის რითმის შეცვლა და სხვა.

ტვინის არტერიოსკლეროზის შიძიმე ფორმები იძლევა ასევე შიძიმე გამოსავალს, როგორც წავალითად: ღრმა ჰქუასუსტობა, აპოპლექსიური ინსულტები, ეპილეფსიფორმული გულყრები და შიძიმე ხასიათის ბუდობრივი ნიშნები.

მდგომარეობას მეტად ართულებს და სახიფათოდ ხდის ინსულტები და გულყრები.

როგორც წესი, აპოპლექსიფორმული თუ ეპილეფსიფორმული მდგომარეობანი ვითარდება უცბად, მოულოდნელად: ავადმყოფები გრძნობენ თავბრუს, თვალეები უბინდდებათ, ცნობიერება ეცვლება და ეცემიან.

ასეთი გულის წასვლის მდგომარეობა ჩვეულებრივად გრძელდება რამოდენიმე წუთი, რომლის შემდგომაც ავადმყოფები

გრძნობენ ძლიერ სისუსტეს, კიდურთა გაბუჩებას და შეტყველების გაძნელებას.

ინსულტები და გულყრითი შეტევები გვხვდება ტვინის არტერიოსკლეროზის მოგვიანებულ სტადიუმში და წარმოადგენს ფინალური მდგომარეობის ერთ-ერთ გამოვლინებას. იშვიათად სკლეროზის დასაწყისშიაც შეიძლება შევხვდეთ ინსულტებს და გულყრითი შეტევებს.

ფსიქო-ფიზიკური ყოველი გადაქარბებული დაძაბვა, ემოციური ლელვა, აფექტური განტვირთვები და ცხოვრების რეჟიმის მკვეთრი დარღვევა იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას და ხელს უწყობს ინსულტისმაგვარ მდგომარეობათა გამოვლინებას.

ავადმყოფთათვის საბედისწერო ხასიათი აქვს ტვინში სისხლის ჩაქცევებს ანუ აპოპლექსიას, რომლის დროსაც ავადმყოფები ჰკარგავენ ცნობიერებას რამოდენიმე საათის თუ დღის განმავლობაში.

ამობლექსია იძლევა მკვეთრ და მტკიცე ბუდობრივ მოვლენებს, როგორც მაგალითად: ქარეზები, მგრძნობელობის პათოლოგია, აფაზია, აგნოზია, აპრაქსია, ფსიქოსენსორული აშლილობანი და სხვა.

სრული პარალელიზმი არსებობს ფიზიკური და ფსიქიკური სიმპტომატოლოგიის შორის.

ფიზიკურ მოქანცვას, განლევას, და მობერებას ასევე თანსდევს შესატყვისი ფსიქიკური ნიშნები. იოლი დაღლა, მოქანცვა, სუსტ-სულოვნება, აღვილი ცრემლიანობა, ემოციური ლაბილობა, აღვილი აგზნებები, იოლი გაღიზიანება, აფექტისადმი მიდრეკილება, თვითგრძნობის და გუნებ-განწყობის ქანაობა, დეპრესული ტონის განცდათა სიხშირე, მახსოვრობის დაქვეითება, შემოქმედებითი ინიციატივის შესუსტება და ცხოვრებითი ინტერესების შეეწროება.

ავადმყოფები აზროვნებენ მეტად ნელა და მძიმედ.

ფიქსაცია-რეპროდუქციის ე. ი. მ ნ ე ზ ი უ რ ფ უ ნ ქ ც ი ა თ ა პათოლოგიამ და ამასთან ერთად ასოციაციური მოქმედების შეგვიანებამ შესაძლოა მიიღოს ისეთი სახე, რომ ავადმყოფები სტოვებენ უაზრო და უგუნურ პირთა შთაბეჭდილებას და საბოლოოდ ვიღებთ ორგანული ტიპის ჰქუასუსტობას.

აქვე უნდა ითქვას, რომ ბუდობრივ მოვლენებს თავის მხრივ მოსდევს ბუდობრივი ფსიქოპათოლოგია.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ტვინის არტერიოსკლეროზის დროს ფსიქოპათოლოგიური ძვრები ეხება ფსიქიკური ცხოვრების ცალკეულ მხარეებს და არანაირად არ აზიანებს მთლიან პიროვნებას;



ამის გამო ავადმყოფებს ხშირად შენახული აქვთ კრიტიკა თავის თავის და გარემომყოფთა მიმართ.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომებიდან ღირსშესანიშნავია შემდეგი კლინიკური მდგომარეობანი: არტერიოსკლეროზული დეპრესია, არტერიოსკლეროზული პარანოიდული მდგომარეობა, არტერიოსკლეროზული დელირიოზული მდგომარეობა, არტერიოსკლეროზული ქეჟასუსტობა და, ბოლოს, არტერიოსკლეროზული გულყრითი სინდრომი ე. წ. მოგვიანებული ეპილეფსიის სახით.

არტერიოსკლეროზული დეპრესია. ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს, მძიმე, ხშირად შეტევითი სახის, თავის ტკივილებს; დაწეული გუნებ-განწყობა არა იშვიათად იღებს ღრმა დეპრესიის სახეს, რომელსაც შეიძლება დაერთოს ასევე დეპრესიული შინაარსის ბოღვითი პროდუქციები და ეპიზოდური ზასიათის მქონე ჰალუცინაციებიც.

ავადმყოფთა პიროვნება შენახულია: კრიტიკულად უდგებიან თავიანთ დაავადებას, აღვსილნი არიან უიმედობის და პესიმიზმის გრძნობებით. დიაგნოზის დროს განსაკუთრებული ანგარიში უნდა გაეწიოს ანამნეზს და ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიას.

არტერიოსკლეროზული პარანოიდული მდგომარეობა, როგორც წესი, წარმოდგენილია პარანოიდული დეპრესიის სახით. აქ ბოღვებს აქვს მყარი და მტკიცე ზასიათი; ხოლო თვით დაავადება ჩვეულებრივად იღებს ავთვისებიან მსვლელობას და შედარებით მალე იძლევა ავადმყოფთა ფსიქო-ფიზიკურ მარაზმს.

არტერიოსკლეროზული დელირიოზული მდგომარეობა გვხვდება უფრო იშვიათად. ცნობიერების საერთო შეცვლის ფონზე ავადმყოფთ აღენიშნებათ შიშები, ჰალუცინაციები, შემთხვევითი ბოღვითი პროდუქციები და უაზრო და უშიზრო აგზნებები.

არტერიოსკლეროზულ ქეჟასუსტობას, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ახასიათებს მნეზიურ ფუნქციათა პათოლოგია, ასოციაციურ შესაძლებლობათა შეფერხება და დემენციის შემოთარგვლა-ლაკუნარობა.

მოგვიანებული ანუ არტერიოსკლეროზული ეპილეფსია წარმოადგენს სიმპტომურ გულყრათა ერთ-ერთ სახეს. აქ არტერიოსკლეროზული ფსიქოპათოლოგია გართულებულია ეპილეფსიფორმული შეტევებით.

#### 4. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის დიფერენციული დიაგნოზი არ არის დაკავშირებული დიდ სიძნელეებთან, თუ კი მხედველობაში მივიღეთ ანამნეზი, ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია და ის შედეგები, რომელსაც გვაძლევს ნევროლოგიური და სეროლოგიური გამოკვლევები და აგრეთვე სისხლძარღვოვანი სისტემის შესწავლა: აღნიშნული მასალების კომპლექსური განხილვა სწორი დასკვნის საწინდარია.

პერიფერიულ ძარღვთა გამკვრივება გართულებული სისხლის წნევის მომატებით, თავის ტვიცილით, თავბრუსი და შრომის უნარის დაქვეითებით ექვს ბაღებს აგრეთვე ცერებრულ ძარღვთა სკლეროზზე.

ხსენებულ შემთხვევებში მარტო დასვენება არაა საკმაო; აქ საჭიროა აქტიური სამკურნალო დახმარება.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში სისხლის წნევა მკვეთრად მომატებულია: ნაცვლად 70-სა მინიმალური წნევისათვის და 110-სა მაქსიმალური წნევისათვის არა იშვიათად ვიღებთ 90—100 პირველისათვის და 180—200 მეორისათვის.

ძარღვთა სკლეროზის დროს ყველა სპეციფიკური სერორეაქციები, როგორც მაგალითად ვასერმანი და კანი უარყოფითია, პლეოციტოზი არ არის; ხოლო გლობულინური რეაქციები ისე მკაფიოდ არაა გამოხატული, როგორც ლუესის შემთხვევებში.

ნევროლოგიურ და სეროლოგიურ მონაცემთა დახმარებით პროგრესული პარალიზი და ტვინის ათამანგი ადვილი გამოსარჩევია.

სენილური კუჟასუსტობის უარსაყოფად საჭიროა მივიღოთ მხედველობაში არტერიოსკლეროზული დემენციის თავისებურება (ლაკუნარული ხასიათი, პიროვნების ბირთვის დაცვა), ფიზიკური სიმპტომატოლოგია და, ბოლოს, ავადმყოფთა ასაკიც.

არტერიოსკლეროზული ეპილეფსიის დროს არა აქვს ადგილი ბიპოლარულ ქარაქტეროლოგიას და აპერცეფციულ კუჟასუსტობას, რითაც განსხვავდება იგი გენუინური ბუნების გულყრებიდან. ამასთანავე ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ ტვინის არტერიოსკლეროზის დროს უფრო ხშირად გვაქვს თავბრუ და შეტევები გულისწასვლის მაგვარი, ვიდრე გაშლილი ეპილეფსიური გულყრა.

საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ტვინის არტერიოსკლეროზის და ვაზოპათიურ, ვაგოკრიზულ ანუ ცერებრული ანგიოდისტონიის მოვლენათა შორის.

უკანასკნელ შემთხვევებში ე. ი. ვაზოპათიების დროს საქმე გვაქვს უფრო კეთილთვისებიან დაავადებასთან; სკლეროზულ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს აქ არა აქვს ადგილი. ვაზოპათიები (ყერძოდ ჰიპერტონია) გვხვდება შედარებით უფრო ახალგაზრდა ასაკში.

## 5. თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობა

არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში ფართოდ მიემართაეთ მედიკამენტურ და ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს.

ამასთანავე ერთად კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ პირველ რიგში საჭიროა შრომის და კვების რეჟიმის დაცვა.

უფრო მეტი, საერთო მოვლას და მკურნალობის რეჟიმის მტკიცე დაცვას ავადმყოფთათვის ხშირად აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა.

ალკოჰოლი სრულიად უნდა აეკრძალოს. საჭიროა მტკიცედ იყოს დაცული რძის და მწვანელიულობათა დიეტა. ყოფნა სუფთა ჰაერზე, სრული დასვენება, დროზე ძილი, ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ მსუბუქი ფიზიკური მოქმედება მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობისას.

ავადმყოფებზე ცუდად მოქმედებს სიცხე. კარგ შედეგებს იძლევა ინდიფერენტული აბაზანები (35—20 წუთით ყოველდღე ან დღე გამოშვებით. ნაწილობრივი (ქვედა კიდურთა) თბილი აბაზანებიც სასურველად უნდა ჩაითვალოს.

წნევის ძლიერი მომატებისას ნაჩვენებია სისხლის გამოშვება 200—300 კუბიკური სანტიმეტრის რაოდენობით.

ინსულტის შემთხვევებში საჭიროა სრული სიმშვიდე, თავი მაღალ ბალიშზე, თავზე ყინული, სისხლის გამოშვება ჯან წურბელები, კუჭის გაწმენდა და სხვა.

ფიზიოთერაპიულ მეთოდებიდან გამამხნეებელ შედეგებს იძლევა ზოგადი დარსონვალიზაცია, თავის დიათერმია და იოდონოგალვანიზაცია.

მძიმე აგზნების შემთხვევებში ნაჩვენებია თბილი აბაზანები, წოლის რეჟიმი, ხოლო უძილობისას პარალდეჰიდი. ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობისას პირველ რიგში ნახმარი უნდა იყოს იოდის პრეპარატები: T-rae jodi, საიოდინი, sol. Natrii (ან Kalii) jodati და სხვა.

სჯობია ვიხმაროთ T-rae jodi 3,8 წვეთი დღეში 2—3 ხელ ქამის შემდეგ რძით ან ბორჯომის წყლით.

იორტიზმის მრავლენებისას კარგ შედეგს იძლევა sol. 20%,  
Calcii chlorati—დღეში სამხელ თითო სუფრის კოვზი.

სასარგებლო შედეგებს იძლევა ე. წ. „ჰიპერსოლის“ ხმარება.

სასურველია „ს პ ე რ მ ი ნ ი“ წვეთებში: დღეში 2 ან 3-ხელ  
25—30 წვეთი ბორჯომის წყლით ან რძით.

შესაძლოდ მიგვაჩნია კურსობრივი ინექციების ჩატარება (30  
ინექცია ყოველ დღე ან დღეგამოშვებით) გრავიდანისა ან ტ რ უ-  
ნ ე ჩ ე კ ი ს მიერ მოწოდებული შრატისა.

სისხლის წნევის დაწევის მიზნით მიმართავენ რ ო დ ა ნ ო ვ ა ნ  
კ ა ლ ი უ მ ს, ს ა ლ ს ო ლ ი ნ ს და სხვა.

### 6. ჰიპერტონიული, ჰიპოტონიული და ვაზოპათიური მდგომარეობანი.

ჰი პ ე რ ტ ო ნ ი ა, რომელიც ინტერნისტათეინ წარმოადგენს  
გარკვეულ პათობიოლოგიურ და კლინიკურ ცნებას, ამ ბოლო  
დროს გახდა აგრეთვე საგანი ფსიქიატრიის კვლევა-ძიებისა.

გამოირკვა, რომ ზოგადი არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში  
ხშირად სისხლის წნევა მომატებულია ე. ი. ადგილი აქვს ჰიპერტონურ  
სინდრომს.

მასალების კლინიკური და პათოლოგიურ ანატომიური შესწავლის  
შედეგად ვრწმუნდებით, რომ აღნიშნულ დებულებას ყოველ-  
თვის არ ვხვდებით. პირუკუ: ჰიპერტონულ სინდრომს ხშირად არ  
სდევს ძარღვთა სკლეროზული მოვლენები.

ჰიპერტონული მდგომარეობა ჩვეულებრივად გვხვდება არა  
პრესენილურ, არამედ ინვოლუციურ-პრესენილურ პერიოდში და  
თავის პათობიოლოგიური არსით პრინციპულად განსხვავდება არ-  
ტერიოსკლეროზისაგან.

ძარღვთა კედლის არტერიოსკლეროზული ცვლილებები არაა  
დამახასიათებელი ჰიპერტონიისათვის; უკანასკნელის დროს შენიშ-  
ნულია ტერმინალურ არტერიათა მიღრეკილება ხანდაზმულ სპაზ-  
მებისადმი.

ჰიპერტონული ბუნების ინსულტს თუ აპოპლექსიას საფუძე-  
ლად აქვს ფუნქციური მოვლენები და არანაირად არა ძარღვთა პა-  
თოლოგიურ ანატომიური ცვლილებები.

ჰიპერტონია განხილული უნდა იქნეს, როგორც სისხლძარღვთა  
ინერვაციის პათოლოგია.

ხსენებულის გამო ჰიპერტონიკთა შორის უფრო ხშირია სისხლ-  
ჩაქცევები ტვინში, ხოლო არტერიოსკლეროტიკთა შორის—ნერ-  
ვული ქსოვილის გარბილებანი.

ზოგჯერ ჰიპერტონიასაც შეუძლიან მოგვეცეს მძიმე აპოპლექსია. ჩვეულებრივად კი ავადმყოფები ადვილად გამოდიან ჰიპერტონულ ინსულტიდან.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ თუ ტერმინალურ არტერიათა სპაზმი ხანგრძლივად გაგრძელდა, მაშინ შესაძლოა მივიღოთ უშუალოდ თვით ნერვული ქსოვილის ორგანული შეწყუბება.

სპაზმური იშემიის ე. ი. ქსოვილის კვების დაქვეითების ნიადაგზე შესაძლოა ფუნქციურ ცვლილებებს მოყვეს მყარი ორგანული ბუნების ძვრები. ის, რაც დაიწყო ფუნქციურად, შესაძლოა ჩათავდეს ორგანულ დესტრუქციულად. სწორედ ჰიპერტონია წარმოადგენს ცერებრომათოლოგიის ისეთ უბანს, სადაც ურთიერთ ზედება ცნებები ფუნქციურის და ორგანულის შესახებ. როგორც ვხედავთ, ჰიპერტონია არ არის უცნებელი ცენტრალური ნერვული სისტემისათვის; იგი ხშირად ავადმყოფის პიროვნებას ასევე გარკვეულ დალს.

ფიზიკურ სიმპტომებიდან აღსანიშნავია სისხლის წნევის მკვეთრი მომატება, წამოწითლებული აპოპლექსიური სახე, გულის ჰიპერტროფია და ზოგჯერ თირკმელზედა ჯირკველთა დაავადება.

ძირითადი კლინიკური გამოვლინება, რომელსაც ჩვენ ვხვდებით ჰიპერტონიკთა შორის, ეს არის ასთენო-ნევროზული სინდრომი. ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს და თავის ტკივილს; ჰეარგავენ შრომის უნარს, იღლებიან და იქანცებიან ძლიერ ადვილად.

ბოლო ხანებში აწერილია აგრეთვე ჰიპერტონული გენეზისის მქონე ფსიქოზური აშლილობანი: შიშები ზოგჯერ პალუცინაციებით, მწვავე აგზნებით და ცნობიერების ხანმოკლე დაბინდვით.

უკანასკნელ შემთხვევებში შეიძლება ვილაპარაკოთ ჰიპერტონული ბუნების მქონე დელირიოზულ ან დეპრესიულ დელირიოზულ მდგომარეობებზე.

ჰიპოტონული მდგომარეობა უფრო ნაკლებადაა შესწავლილი ფსიქიატრების მიერ. ერთი ცხადია, რომ ჰიპოტონიის დროს დაქვეითებული უნდა იყოს ნერვული ქსოვილის ნორმალური კვების შესაძლებლობა.

ჰიპოტონიის დროს შესაძლოა შევხვდეთ ასთენო-ნევროსთენიულ სინდრომს და ვაგოკრიზული ბუნების მქონე გულისწასვლებს.

ვაზოპათიურად მდგომარეობანთა წარმოადგენს კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ საინტერესო თავს.

ვაზოპათიები გვხვდება არც ისე იშვიათად. მათ გამოვლინებას ხელს უწყობს სხვადასხვა მავნე მომენტები, როგორც მაგალითად:

ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ქალას კომოციო-კონტუზიო, ალკო-პოლიზმი და ასე შემდეგ.

კლინიკური გამოსახულებით ვაზოპათია ძლიერ წააგავს ჰიპერტონული და არტერიოსკლეროზული ბუნების ასთენო-ნევროსთენიულ სინდრომს.

ამ დროს აღინიშნება შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითება, აფექტური ლაბილობა, მეხსიერების შესუსტება და ადვილი მოქანცულობა.

ჩამოთვლილ ნიშნებს გ უ რ ე ვ ი ჩ ი აერთიანებს ც ე რ ე ბ რ - ა ს თ ე ნ ი უ რ ი სინდრომის საჩელწოდების ქვეშ.

მზგავსება მხოლოდ გარეგნულია; პათობიოლოგიური არსის მხრივ საქმე გვაქვს სრულიად სხვა მოვლენასთან.

ვაზოპათიებისათვის არ არის დამახასიათებელი არც ძარღვთა სკლეროზული ცვლილებები და არც მტკიცე და სტაბილური ხასიათის მქონე სისხლის წნევის აწევა.

ვაზოპათია წარმოადგენს ფუნქციური ბუნების მქონე ნეიროდინამიკურ მდგომარეობას, რომლის დროსაც პირველ ადგილზე წამოჭრილია ძარღვთა ინერვაციის აშლა. აქ შეცვლილია ვეგეტაციური ტონუსი; შეცვლილია მისი ტროფიკულ-ადაპტაციური შესაძლებლობანი.

როგორც ვხედავთ, ვაზოპათია წარმოადგენს ცენტრალური ე. ი. ცერებრული ბუნების ა ნ გ ი ო დ ი ს ტ ო ნ ი უ რ მდგომარეობას.

ფიზიკურ სიმპტომებიდან ხაზი უნდა გაეყვას თავის ტკივილს, თავბრუს და ვაზომოტორული სისტემის განსაკუთრებულ ლაბილობას.

ვაზოპათიის კლინიკა ჩვეულებრივად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობისაა; აქ დამახასიათებელია დაავადების არა მარტო სწრაფი გაშლა-განვითარება, არამედ დაავადების ასევე სწრაფი შეჩერება-უკუგანვითარება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მყარი და მძიმე სიმპტომები (კეჟუსუსტობა, ინსულტები, ეპილექსიფორმული შეტევები და სხვა) არ სდევს ვაზოპათიას და თვითონ ავადმყოფობის ზოგადი ფონი მოგვაგონებს უფრო ნევროზულ, ვიდრე ფსიქოზურ მდგომარეობას.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ნევროზებთან და ფსიქონევროზებთან საკმაოდ ადვილია: ვაზოპათიის შემთხვევებში არ აღინიშნება ფსიქოტრავმული მომენტები, ხოლო სიმპტომები უფრო მკვრივი და მტკიცეა; ვიდრე ნევროზების დროს.

ექსოცერებრული ბუნების მკონე ასთენო-ნევრასთენიული სინ-დრომის გამორიცხვისას მხდველობაში უნდა იყოს მიღებული ის გარემოება, რომ შინაგან ორგანოთა (ფილტვები, გული, თირკმე-ლები და სხვა) დაავადება არ სდევს თან ვაზოპათიებს.

რაც შეეხება ვაზოპათიების მკურნალობას, ამ მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიდროთერაპიას, ფიზიოთერაპიას და დასვენება-მკურნალობას სანატორულ პირობებში.

მედიკამენტოზურ საშუალებებიდან სასურველია ვიხმაროთ საერთოდ გამამაგრებელი, ძალმომგვრელი და დამამშვიდებელი პრეპარატები.

## უკუბანვითარების ანუ პრესენილური და სენილური ფსიქოზები

### I ზოგადი შენიშვნები

(კლიმაქსი ანუ ინვოლუციო, პრესენიუმი და სენიუმი).

მსგავსად ყოველი ცოცხალი არსებისა, ადამიანი თავისი ცხოვრების მანძილზე გაივლის სამ ძირითად ანუ კვანძოვან ეტაპს, სახელდობრ: განვითარების, უკუგანვითარების და სიბერის პერიოდებს. როგორც წესი, ხსენებული პერიოდები იძლევა მნიშვნელოვან ბიოლოგიურ და ფსიქიკურ ძვრებს, სცვლის ადამიანის ფსიქოფიზიკურ ძალთა უნარს და შესაძლებლობას.

ყოველი კვანძოვანი ეტაპი მტკიცე დალს ასვამს ადამიანის პიროვნებას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ განვითარება, ჰქნობა თუ სიბერე ძირითადად პირობადებულთა ენდოკრინულ-ვეგეტაციური აპარატის მოქმედებით და თვით ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობით.

მოწიფულობის, ჰქნობის და სიბერის დროს საქმე გვაქვს არა მარტო ბ ი ო ტ ო ნ უ ს ი ს ცვლილებებთან, არამედ ქ ა რ ა ქ ტ ე რ ო ლ ო გ ი უ რ ძვრებთან; ამ დროს იცვლება აგრეთვე პიროვნების რეაქტივობა: იგი ზდება უფრო „ხელმისაწვდომი“ გარკვეული რიგის დაავადებისათვის.

როგორც ვხედავთ, ესათუის კვანძოვანი პერიოდი შეიძლება მოექცეს ნორმალური ე. ი. ფიზიოლოგიური ჩარჩოების გარეშე და პიროვნებისათვის მიიღოს კრიტიკული ხასიათი. ჩვეულებრივად ასაკი არა მარტო ხელს უწყობს ამათუიმ ფსიქოზის განვითარებას, არამედ მიმართავს კლინიკურ გამოხატულებას და გარკვეულ ელფერს აძლევს დაავადების სტრუქტურულ შინაარსს.

პათოლოგიურ შემთხვევებში ასაკი პიროვნებას უქმნის ერთგვარ განწყობას ამა თუ იმ ფსიქოზისადმი.

ყრმობის და ჰაბუკობის პერიოდში (დაახლოვებით 18—22 წლები) ხშირად ვითარდება ნაადრავი ჰქუასუსტობა ანუ შიზო-



ფრენია; ამ დროს ხშირია აგრეთვე ციკლოფრენიის მანიაკალური ფაზების შეტევები.

შიზოფრენიის ბოლდითი ფორმები უფრო ხშირად მოდის 30—35, ხოლო პროგრესული პარალიზი მოდის 35—40 წლებზე.

ჰენობის ანუ უკუგახვითარების ანუ კლიმაქსურ პერიოდს ეკუთვნის ქალებისათვის 45—50 წლების ასაკი, ხოლო მამაკაცებისათვის 50—55 წლების ასაკი.

უნდა აღინიშნოს, რომ კლიმაქსი ანუ ბიოლოგიური ჰენობის პერიოდი ქალებს დაკავშირებული აქვთ რიგის დაკარგვასთან, უნვითარდებათ მამაკაცებზე რამდენიმე წლით აღრე და იტანენ უფრო მწვავედ და შესამჩნევად.

კლიმაქსი ანუ ინვოლუციო გამოწვეულია ვეგეტაციური და შინა სეკრეციული აპარატის აშლით

ირღვევა შინავეკრეციულ ჯირკვლთა წონასწორობა: სექსუალური ჯირკვლების გამოვარდნის გამო წინ წამოიჭრება თირკმელზედა და ფარისებრივი ჯირკვლების მოქმედება, ხოლო ამას მოსდევს ნივთიერებათა ცვლის ზოგადი აშლა, ავტონომიური ნერვული სისტემის გაღიზიანება და ვაზოპათიური კომპონენტის განვითარება. კლიმაქსის დროს ავადმყოფები უჩივიან გულის ცემას (ფრიალს), შეცხელება-შეხურებას, „ალებს“, ხშირ შეწითლებას, კისრის ძარღვების დაჭერას, უსიამოვნო შეგრძნებებს, ზოგჯერ უძილობას და თავბრუს. ეცვლებათ აგრეთვე ხასიათი: ადვილად ღიზიანდებიან, აღენიშნებათ გრძნობათა ლაბილობა; სხვა პირობებში სრულიად უმნიშვნელო განცდამ კლიმაქსის დროს შეიძლება მიიღოს ფსიქიკური ტრავმის ხასიათი.

კლიმაქსური ანუ ინვოლუციური ბუნების პათოლოგიური რეაქტიულობა ჩვეულებრივად გარდამავალია; ენდოკრინულ-ვეგეტაციური აპარატის აშლა ხელახლად აღწევს ფუნქციურ სიმშვიდეს და პიროვნებას უბრუნდება ფსიქოფიზიკური წონასწორობა.

თუმცა კლიმაქსი იძლევა პიროვნების ბიოლოგიური რეგისტრის ჩამოწევას, მაინც ინვოლუციური ბუნების ძვრები ფუნქციური ე. ი. წარმავალი ხასიათისაა და ფიზიოლოგიურ შემთხვევებში არ იძლევა ფსიქიკურ გამოვლინებათა რაიმე შესამჩნევ ძვრებს.

სიბერის ანუ მოხუცებულობის პერიოდი, ანუ სენიუმი მოდის დაახლოებით 65—75 წლების ასაკზე. ამ პერიოდში (ხოლო განსაკუთრებულად პათოლოგიურ შემთხვევებში) ექტოდერმა ე. ი. ნერვული ქსოვილის პარენქიმული ელემენტები განიცდის სენილური ბუნების გაცვეთას და ზოგჯერ განადგურებას.

კლიმაქსის და სენიუმის შორის გამოყოფენ კიდევ ეტაპს ე. წ. მ. ხ. უ. ც. ე. ბ. უ. ლ. ბ. ი. ს. წ. ი. ნ. ა. რ. ე, ანუ პრესენილურ ეტაპს, რომელიც მოდის დაახლოვებით 55—65 წლებზე.

პრესენიუმის დროს ფსიქიკური ფუნქციები უფრო მეტადაა შებლალული, ვიდრე კლიმაქსის შემთხვევებში და უფრო შენახულია ვიდრე სენიუმის დროს.

ხსენებული ეტაპი ბიოლოგიურადაც დგას სენიუმის და კლიმაქსის შუა.

აქ ცვლილებები არ აღწევს სენიუმისათვის დამახასიათებელ ორგანულ ხასიათს; სამაგიეროდ აუტონტოქსიკაციის და არტერიოსკლეროზის შედეგად აქ გვაქვს მეორადი (იშემიური) ბუნების უფრო მტკიცე ცვლილებები, ვიდრე ამას ვნახულობთ კლიმაქსურ მასალაზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ პრესენილური ბუნების პათომორფოლოგიური ძვრები არაა მყარი, აბსოლუტურად მტკიცე და მეტ შემთხვევებში იჩენს ხელახალი აღდგენის ე. ი. რევერზიბილობის უნარს.

კლიმაქსური ძვრების ფუნქციური ხასიათი თუ პრესენილურ ცვლილებათა რევერზიბილობის ხარისხი მოითხოვს ცალკე განხილვას ყოველ კერძო შემთხვევაში და დამოკიდებულია სხვა არსებულ გამაუარესებელ ენდო ეკზოგენურ ფაქტორებზე.

ასევე ცალკე ეტაპებისათვის ზემოაღნიშნული ასაკოვანობა ფართოდაა შემოხაზული და ყოველ კონკრეტულ მაგალითზე ინდივიდურად შეიძლება შეიცვალოს წლოვანობის ჩარჩოები.

მსგავსად ტვინის ძარღვთა სკლეროზისა, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს როგორც ნაადრევ, ისე მოგვიანებულ კლიმაქსს, პრესენიუმს თუ სენიუმს, მაგალითად აწერილია მოხუცებულთათვის დამახასიათებელი მიკრო-ნეკროზული ფოლაქები 30—35 წლების ასაკში და სხვა.

კლიმაქსს უფრო სჩვევია ვეგეტო-ნევროზული და ფსიქონევროზული მდგომარეობანი, ხოლო პრესენიუმს—დეპრესიულ-ბოდეთი ხასიათის ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები.

აღნიშნული საკითხი მოითხოვს შემდგომ კლინიკურ დაზუსტებას.

ამჟამად ჩვენს დარგში ცნებები კლიმაქსი—ინვოლუცია და პრესენიუმი იხმარება, როგორც კლინიკური სინონიმები; კლიმაქსური და პრესენილური აშლილობები განიხილება ერთ მთლიან ჯგუფში.

როგორც ვიცით, პიროვნების ფსიქო-ფაზიკური შესაძლებლობანი და ბიოტონუსი დაღს ასევე მს ფსიქიკურ აშლილობათა კლინიკურ სურათს.

ახალგაზრდა და ძალღონით აღვსილი პიროვნება უფრო ხშირად გვიდგენს მანიაკალურ, ექსპანსიური გრძნობებით და აზრებით აღვსილ ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობებს; პირიქით, უკუგანვითარების პერიოდის ფსიქიკურ აშლილობათათვის დამახასიათებელია დეპრესიულ-მელანქოლიური ტონის მქონე გრძნობები და აზრთა პროდუქციები. პრესენილურ-სენილურ ფსიქოზებში ნათლად მოსჩანს პიროვნების ძალთა ზოგადი ასთენია და კენობა.

ავადმყოფთა მოქმედებები თუ ქცევები, სურვილები თუ გადაწყვეტილებანი დაფერადებულია მომავლისადმი პესიმიზმით.

აღნიშნულ მდგომარეობას ხელს უწყობს შემდეგი გარემოებანი; ავადმყოფების ფიზიკური და ფსიქიკური შესაძლებლობანი მკვეთრად შემცირებულია, ამის გამო მათ არ ძალუძთ რაიმე მომავლის დასახვა, ხოლო აწმყოშიაც ვერ ერკვევიან ჭეროვანი კრიტიკით. ავადმყოფები ხდებიან ბოღმიანი, მათ უნვითარდებათ თვითდამცირების, თვით ბრალდობის, მოწამელის, დევნის, ლაზოიანობის და სხვაგვარი ბოღვითი აზრები.

პრესენიუმის და სენიუმის ფიზიოლოგიის და ფსიქო-ფიზიოლოგიის შესწავლა აზუსტებს თვით სენილური და პრესენილური ფსიქოზებს კლინიკის, პათოგენეზის და პროფილაქტიკის საკითხებს.

საინტერესოა მოკლედ შევჩერდეთ მოხუცთა ფსიქოლოგიურ ხაზებზე; ანუ ფიზიოლოგიურ მოხუცებულობაზე.

ღრმა მოხუცებულობის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის „გაცეკათას“ და ფუნქციის საერთო დაკნინებას მოყვება მეხსიერების აქტიური ფუნქციის შესამჩნევი შესუსტება.

ხსენებულ შემთხვევებში ძლიერ შესუსტებული ან მთლიანად მოსპობილია ახალ შთაბეჭდილებათა აქტიური დახსოვების უნარი. მათი გონებრივი აპარატი არამცთუ ვერ მდიდრდება ახალი მასალებით, არამედ ღარიბდება უკვე შექმნილი ცოდნის მხრივ.

მოკლებულნი არიან რა ახალ შემოქმედებითი შესაძლებლობას, მოხუცნი კარგავენ ინტერესს მომავლისადმი და ღია სასიამოვნო უერებში იხსენიებენ შორეულ ამბებს: ცხოვრობენ წარსულით.

უფრო ზუსტად; რომ გამოვსთქვათ, მოხუცნი ცხოვრობენ არა „წარსულით“, არამედ „წარსულში“. ისინი ცხოვრებას ჩამორჩენილნი კი არიან, არამედ გადასროლილნი არიან შორეულ წარსულში, აღნიშნული გარემოება ხელს უწყობს კონსერვატიზმს აზროვნებაში და შეხედულებებში; ხელს უწყობს მკვეთრი მიზონეიზმის განვითარებას.

საქიროა გვახსოვდეს, რომ ცნება მოხუცებულობის შესახებ არანაირად არ შემოიხაზება მხოლოდ პასპორტის ასაკით; იგი ფუნქციური ცნებაა.

როგორც ვიცით, დიდ უმეტეს შემთხვევებში 70—75 წლის მქონე პირთ შენახული აქვთ გონებრივი სიმდიდრე, გრძნობათა სიცოცხლე, სურვილთა სიხალისე და პიროვნების ზოგად გამოვლინებათა სიაქტივე.

## 2. პრესენილურ აშლილობათა კლინიკური ფორმები

ინვოლუციური მელანქოლია გვხვდება პრესენილურ ფსიქოზთა შორის ყველაზე ხშირად.

ჩვეულებრივად იგი ვითარდება ფსიქოტრავმულ მომენტთა ზეგავლენის შედეგად; ასთენიური განცდები და ცხოვრების სხვადასხვა უსიამოვნებანი ხელს უწყობს ამ დაავადების ჩამოყვეთას.

ზოგ შემთხვევებში ინვოლუციური მელანქოლია იწყება შემჩნეულად, შეპარვით, ქარაქტეროლოგიურ თვისებათა თანდათანობითი შეცვლით.

იგი უფრო ხშირია ქალთა შორის და ზოგჯერ უშუალოდ მოსდევს რიგის (ქალური წესის) აკრეფას ან სრულ შეწყვეტას.

რადგანაც ავადმყოფთა ხასიათში შემჩნეულია ციკლოთიმიური ხაზები (კონსტიტუციური ერთგვარი მზადყოფნა), ცალკეული ავტორები ინვოლუციურ მელანქოლიას განიხილავენ, როგორც მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის (ციკლოფრენიის) ერთ-ერთ კლინიკურ გამოვლინებას. აქ თითქოს ადგილი უნდა ქონდეს ფსიქოზის მოგვიანებულ გამოვლინებას, რის გამოც მელანქოლიური ფაზის შეტევა ხდება პრესენილურ პერიოდში; ხოლო თვით ფსიქოზი ძირითადად დაპირადებულია ასაკობრივი სპეციფიკით.

მასალების ფართო და დეტალური შესწავლა არ ამართლებს მოყვანილ შეხედულებებს.

იჩვენება, რომ ინვოლუციური მელანქოლია, როგორც თავისი ბიოლოგიური არსით, ისე კლინიკური სურათის სტრუქტურით მკვეთრად განსხვავდება ციკლოფრენიული ბუნების მქონე მელანქოლიურ ფსიქოზიდან და წარმოადგენს სრულიად დამოუკიდებელ ავადმყოფურ ფორმას.

ინვოლუციური მელანქოლიის დროს არა გვაქვს პიქნიურ-ციკლოთიმიურ კონსტიტუციოს სიჭარბე; დაავადების გამოვლინება უფრო დაკავშირებულია ეკზოგენურ, ვიდრე ენდოგენურ ფაქტორებთან.

განსხვავებით ციკლოფრენული მელანქოლიისაგან პრესენილური დეპრესიის შემთხვევებში ნათლად სჩანს ავადმყოფის პიროვნების სომატო-ფსიქიკური გაცევა. ავადმყოფები მობერებულნი და ფიზიკურად გაცვეთილნი არიან; თავიანთ ასაკთან შედარებით გამოიყურებიან უხუცესად.

ფსიქიკური ტოხუსის დაქვეითებას, ზოგჯერ თანსდევს ცერებრული არტერიოსკლეროზის მოვლენებიც. სურათი 58-ზე მოყვანილია ავადმყოფი პრესენილური ანუ ინვოლუციური მელანქოლიით. ღრმა მოწყენილობის, ბოლმის გამომეტყველებასთან ერთად ავადმყოფი სტოვებს სრულიად მობერებული და ძალმოკლებული ადამიანის შთაბეჭდილებას.



სურ 58. დასევჟიანებული გამომეტყველება და მობერებული სახე ინვოლუციური მელანქოლიის დროს საკუთარი დაკვირვება.

დამახანიათებელი და თავისებურია ინვოლუციური მელანქოლიის კლინიკური სურათიც.

დაძაბული, განუწყვეტელი და ხანგრძლივი შფოთვა, რომელსაც თან ერთვის საზარელების და საშინელების ლოდინი წარმოადგენს პრესენილური (ინვოლუციური) კლინიკის ძირითად ღერძს; პირიქით, ციკლოფრენიული მელანქოლიის დროს აღინიშნება ბოლმა შინაგანი დამწყურებით და ენდოგენურ-აუტოხტონური ბუნების გუნებგანწყობის მკვეთრი დაქვეითებით.

ციკულარული ფსიქოზის დროს დევნის ბოდვები არ დგას წინა პლანზე.

სულ სხვაგვარია სურათი პრესენილურ მელანქოლიის შემთხვევებში: აქ თვითბრალდების, ცოდვიანობის, გალატაკების, აობრება-განადგურების ბოდვებთან ერთად ნათლად მოსჩანს აგრეთვე დევნითი ხასიათი. ბოდვითი პროლუქციები. ისინი დაძაბულად ელიან სიკვდილს, დახვრეტა-ჩამოხრჩობას, დაწვას და გრძნობენ, რომ უკვე წინასწარ დახოცილნი, მოსპობილ-განადგურებულნი არიან:

ავადმყოფთა გუნებ-განწყობა განსაკუთრებულად დეპრესიულია, ხოლო თვითგრძნობა მკვეთრად დაქვეითებული.

თვითგრძნობის დაქვეითებას ხელს უწყობს საერთო ფიზიკური ასთენია და შიდასეკრეციულ-ვეგეტაციური ძვრები, რომლებიც წარმოადგენს ბიოლოგიურ ფონს უამრავ ჰიპოქონდრიული ხასიათის ჩივილებისა და შეგრძნებებისათვის.

ციკლულარული მელანქოლიის დროს გრძნობითი და გონებრივი სფეროების ასთენიურ გამოვლინებებს პარალელურად სდევს მოტორული ფუნქციების და ნებითი რეაქციების დეპრესია, რომელიც ზოგჯერ ფსიქომოტორული ან დეპრესიული სტუპორის ხარისხსაც კი აღწევს.

პრესენილური მელანქოლიის დროს გვაქვს პირუკუ მდგომარეობა.

თვითგრძნობის, გუნებგანწყობის მკვეთრი შეცვლა და პრესენილური ბუნების ბოდვები ავადმყოფის პიროვნებაში ხელს უწყობს შფოთვის წარმოშობას და ნაცვლად მოტორულ-ნებითი შეფერხება-შეკავებისა ვითარდება აქ ი ტ ა ც ი ო: ავადმყოფნი მოუსვენარნი არიან, ერთ ალაგს ვერ ჩერდებიან, აქვთ მტკიცე უძილობა, განუწყვეტლივ შფოთვენ; დაბოღმანებული ავადმყოფები სულ მოძრაობენ, ფუსფუსებენ, მაგრამ ვერ პოულობენ სიმშვიდეს.

კლინიკური გამოვლინების მხრივ პრესენიუმის დროს საქმე გვაქვს აქ ი ტ ი უ რ მ ე ლ ა ნ ქ ო ლ ი ა ს თ ა ნ. სურათი 59-ზე მოყვანილია ავადმყოფი, რომელიც მთელი რიგი თვეების განმავლობაში იყო მკვეთრი აქიტიაციის მდგომარეობაში. ავადმყოფის სახე დამწუხრებული, დახაოკებულია და გადმოგვეცემს საერთო შფოთვიანობას.

საკიროა აღინიშნოს, რომ ბოდვითად დაძაბულ, შფოთვიან ავადმყოფებს ხშირად აქვთ თვითმკვლელობის ცდა. რადგანაც გონებრივი ფუნქციები შენახულია, ავადმყოფები ახდენენ დისიმულაციას და ღებულობენ ყოველგვარ ზომებს მათ შერე მიღებულ საბედისწერო გადაწყვეტილების შესასრულებლად.

პრესენილური მელანქოლია ხშირად გრძელდება რამოდენიმე თვე, ზოგჯერ რამოდენიმე წელიც.

თუ აღგილი არა აქვს თავის ტვინის ძარღვთა მძიმე არტერიო-სკლეროზს ან სხვა რაიმე მეორად გართულებას, ჩვეულებრივად ავადმყოფობა იძლევა გამომრთელებას. მართალია ავადმყოფები



სურ. 59. აეტიური ანუ შფოთვანი მელანქოლია. საკუთარი დაკვირვება.

უბრუნდებიან თავის ოჯახს და პრაქტიკულად ჯანმრთელნი არიან, მაინც გამოჯანსაღება არ არის მთლიანი; ავადმყოფთა ფსიქიკურ აპარატს, ემჩნევა პიროვნების ტონუსის ერთგვარი შესუსტება.

ინვოლუციური შიზოფრენია ანუ მოგვიანებული კატატონია. პრესენილურ ფსიქოზთა შორის სიხშირის მხრივ ხსენებულ ფორმას უკავია მეორე ადგილი. ავადმყოფობას აქვს შიზოფრენიული გამოსახულება: აღინიშნება დევნის ბოდვები, დაუსაბუთებელი შიშები და მთელი რიგი კატატონიური მოვლენები (უფრო ხშირად ნეგატივიზმი და სტერეოტიპები).

მიუხედავად გარეგნული მზგავსებისა მოგვიანებული შიზოფრენია მკვეთრად განირჩევა ნამდვილ შიზოფრენიიდან. განსხვავება ეხება ფსიქოზის როგორც სტრუქტურას, ისე მიმდინარეობას.

პრესენილური ანუ ინვოლუციური შიზოფრენიის დროს ემოციური სფერო ცოცხლადაა შენახული; დაცულია აგრეთვე გონებრივი შესაძლებლობანი.

ხანგრძლივი აუტიტაციები ან საკმელზე მტკიცე უარის თქმა არა სასურველი პროგნოზის მომასწავებელია. უკანასკნელ შემთხვევებ-

ში ფსიქიკურ დეფექტს თან სდევს აგრეთვე მკვეთრი ფიზიკური ასთენია.

ინვოლუციური პარანოია წარმოადგენს ერთ-ერთ კლინიკურად მნიშვნელოვან ფორმას პრესენილური ბუნების შქონე ფსიქოზთა შორის.

გარკვეული კონსტიტუციური ფონის არსებობისას (მიდრეკილება ფაქტების თუ მოვლენების ბოღვითი გადამუშავებისადმი) პიროვნების ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა დაქვეითება და ჭკნობა წარმოადგენს მდიდარ წყაროს, რომელიც ბოღვითი პროდუქციებს აძლევს არა მარტო ბიძგს, არამედ შინაარსეულ გაფორმებასაც.

ბოღვები ასთენიური, მეტად უსიამოვნო ტონისაა. ვხვდებით დევნის, ზიანის მიყენების და სხვა შინაარსის ბოღვებს; მაგრამ აქ ყველაზე ხშირად ვხვდებით ლაზოიანობის ბოღვებს, რომლებიც ჰარბად დაფერადებულია სექსუალური წარმოდგენებით, შეგრძნებებით და განცდებით.

ლაზოიანობის ბოღვითი აზრები გვხვდება იმდენად ხშირად და ჩამოკვეთილად, რომ ინვოლუციურ ანუ პრესენილურ პარანოიას შეიძლება უწოდოთ ლაზოიანობის პარანოია.

ინვოლუციური ბუნების ლაზოიანობის ბოღვების გამოვლინებას ხელს უწყობს, როგორც ეპიზოდური, სიტუაციური მომენტებით დაპირადებული ფსიქიკური ტრავმები, ისე ენდოგენურ, აუტო-ენტოქსიკაციურ ძვრებთან დაკავშირებული უსიამოვნო შეგრძნებები და ჰალუსინაციები (პირველ რიგში სმენითი ჰალუსინოზი).

გონებრივი ფუნქციების შენახვის გამო პრესენილურ ავადმყოფთა ბოღვები მკვეთრად განსხვავდება პროგრესული პარალიზის და შიზოფრენიის ბოღვებიდან. როგორც ვიცით, პროგრესული პარალიზის დროს ბოღვებს აქვს ზოგადი ჰქუასუსტობის დალი, ხოლო შიზოფრენიის დროს ნათლად მოსჩანს ასოციაციურ შესაძლებლობათა გახლეჩვა.

მიუხედავად ინტელექტური სფეროს შენახვისა არა იშვიათად ლაზოიანობის ბოღვას აქვს ყოვლად დაუშვებელი და წარმოუდგენელი შინაარსი, მაგალითად: ავადმყოფები ამბობენ, რომ ქმარი ლალატობს საკუთარ დასთან ან შეილთან ან პირიქით ცოლი ლალატობს საკუთარ ძმასთან ან შეილთან და სხვა.

ლაზოიანობის ბოღვებთან ერთად ავადმყოფებს უნვითარდებათ აგრეთვე დევნის და მოწამვლის ბოღვები: მოლალატე ქმარს ან ცოლს განზრახული აქვს თავის საყვარელთან ერთად შეიმუშაოს გეგმა ავადმყოფის ფიზიკური მოსპობა-განადგურების მიზნით.



პრესენილური ბოდვები მოკლებულია ზოგად გაურკვეველობას, არა აქვს დიფუზური ხასიათი და მისთვის ყოველთვის არსებობს ბოდვითი „ძიების“ საგანი. უნდა აღინიშნოს, რომ ავადმყოფური „ძიების“ კონკრეტულ ობიექტებს ისინი იღებენ გარემოწრიდან (სახელდობრ: ნაცნობებიდან და მახლობლებიდან).

ლაზოიანობის გარდა, ზოგჯერ ეხვდებით (უფრო ხშირად დედაკაცთა შორის) სხვა სახის სექსუალურ ბოდვებს, რომლის დროსაც ავადმყოფები მოგვითხრობენ მრავალგვარ და მრავალფეროვან შეგარძნებათა შესახებ სასქესო ორგანოებში. ავადმყოფები ალტყინებით გადმოგვცემენ, რომ მათ არ აძლევენ სექსუალურ მოსვენებას არც დღე, არც ღამე, რომ რაღაცა მახინაცობით განუწყვეტილივ მოქმედებენ მათ სასქესო აპარატზე, რომ ისინი უკვე ორსულნი არიან, რომ მზად არიან მშობიარობისათვის და სხვა.

ძლიერ იშვიათ შემთხვევებში პრესენილურ ბოდვას შესაძლოა აქონდეს განდიდების ხასიათიც: ავადმყოფები არიან ყველაზე მდიდარნი, ლამაზნი და ჭკვიანნი.

პრესენილურ ბოდვებს აქვს ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ამასთან ერთად ავადმყოფობას სჩვევია ერთგვარი ქანაობა: ბოდვითი დაძაბვას შეიძლება მოჰყვეს შერბილება-კომპენსაციის პერიოდი და პირუკუ.

ეკზოგენური გამართულებელი ფაქტორების მოხსნას და კლიმაქსის ჩათავებას შესაძლოა მოჰყვეს ავადმყოფური მოვლენების შესუსტება ან სრული მოხსნა. უნდა გვახსოვდეს, რომ პრესენილური პარანოია დიდ დიდს ასვამს ადამიანის ფსიქიკურ აპარატს; გამომართულების დროსაც კი პიროვნებას ეტყობა ერთგვარი დაქვეითების (დეგრადაციის) ნიშნები.

საერთოდ, ინვოლუციურ მელანქოლიასთან შედარებით ინვოლუციური პარანოიას დროს პროგნოზი უფრო საეკუო და სერიოზულია.

ტივინის არტერიოსკლეროზის თუ სენილური მოვლენების თანდართვა აუარესებს ავადმყოფობის კლინიკას: ბოდვები უფრო მკვერივდება, აბსურდული აზრები მატულობს, ამასთან ერთად ვითარდება პიროვნების დეფექტის უფრო მყარი და მტკიცე ნიშნები.

ინვოლუციური ისტერია, რომელიც პირველად აწერილია საბჭოურ მეცნიერ გეიერიის მიერ, წარმოადგენს პრესენილური პერიოდისათვის დამახასიათებელ ფუნქციურ მდგომარეობას და ეკუთვნის პრესენილური რიგის ფსიქოგენიებს.

ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა შესუსტება და ენდოკრინულ-ვეგეტაციური მკვეთრი ძვრები, რომელსაც ადგილი აქვს ინვოლუციის დროს, მზგავსად ცერებრული არტერიოსკლეროზისა ხელს უწყობს

პირენების მზადყოფნას ნევროზულ და ფსიქონევროზულ რეაქციებისადმი.

ავადმყოფთა ემოციური სფერო ხდება მეტად ლაბილური და გადაქარბებულად მგრძობიარე; ვითარდება ისტერიული გულყრითი შეტევები.

პრესენილური ბუნების ფსიქოპათოლოგიური ნიშნები (ძვრები) ამ დროს წარმოდგენილია უფრო შერბილებულად და სუსტად.

### 8. პრესენილურ ფსიქოზთა მიმდინარეობა და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

პრესენილურ ფსიქოზთა ფსიქოპათოლოგია თეორიულ-პრაქტიკულად მეტად მნიშვნელოვანია და საინტერესოა; ამავდროულს უნდა ითქვას, რომ ფსიქიატრიის კლინიკის ხსენებული უბანი მოითხოვს ჭეროვან დამუშავებას და ამ მხრივ ჭერ კიდევ მრავალი საკითხი დასაზუსტებელია.

გადაჭრით შეიძლება ითქვას, რომ საკითხი პრესენილურ ფსიქოზთა ფუნქციურობის შესახებ ამჟამად სრულიად მოხსნა.

მიუხედავად ნევროლოგიური სიმპტომების უქონლობისა, პრესენილური ფსიქოზები წარმოადგენს პროგრადიენტულ დაავადებას, რომელიც იძლევა შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს.

პათოპისტოლოგიურ ცვლილებებს აქვს დეგენერაციული ხასიათი და პირველ რიგში ეხება ექტოდერმულ ე. ი. პარენქიმულ (განგლიურ) ელემენტებს.

მსუბუქი გამოვლინების მქონე პრესენილური ფსიქოზების დროს პისტოლოგიურ ცვლილებებს შესაძლოა ქონდეს რევერზიბილური ხასიათი.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ფიქრობს, რომ ყველაზე მძიმე პათომორფოლოგიური ძვრები უნდა იყოს პრესენილური, აეტიური მელანქოლიის შემთხვევებში. შეიძლება დაუშვათ, რომ მკვეთრი აგზნების და ამასთანავე ცნობიერების აშლის მქონე ფორმებისას თავის ტვინის ნერვული ქსოვილი უნდა განიცდიდეს მძიმე ინტოქსიკაციას.

პარანოიდულ ფორმას ახასიათებს ნელი და დუნე მიმდინარეობა.

პრესენილური ფსიქოზების დროს პროგნოზი გამოტანილი უნდა იყოს განსაკუთრებული სიფრთხილით. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ზუსტად მივიღოთ მხედველობაში ავადმყოფთა ფსიქოფიზიკური პროფილის თავისებურებანი, ორგანიზმის აუტოინტოქსიკაციის ხარისხი და აგრეთვე მეორადი გამართლებელ მნიშვნელობის ეკზო-ენდოგენური ფაქტორები (ენდოკრინულ-ვე-

გეტაციური აპარატის მდგომარეობა, ტვინის ძარღვთა სკლეროზის ნიშნები, სენილური გამოვლინებანი და სხვა).

პრესენილური ფსიქოზების დიფერენციალური დიაგნოზის დროს, როგორც ყოველთვის, საჭიროა მხედველობაში იყოს მიღებული მთელი რიგი ფაქტორები, მოვლენათა კომპლექსი. მარტო ასაკით ვერც დადგინდება და ვერც გამოირიცხება პრესენილური ფსიქოზი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პრესენიუმის ასაკში (45—65 წლები) ადვილად შეიძლება განვითარდეს სხვაგვარი ბუნების ფსიქოზებიც; ხოლო თვით ინვოლუციური ფსიქოზი შესაძლოა შეგვხვდეს პრესენილური პერიოდის აღნიშნული ჩარჩოების გარეშე: ან უფრო ადრე, ან უფრო მოგვიანებით. პირველ რიგში საჭიროა დავრწმუნდეთ პრესენილური ხასიათის ფსიქო-სომატიურ ძვრებში.

ამასთანავე ერთად ხსენებული ფსიქო-სომატიური ძვრები ჩაქსოვილი უნდა იყოს თვით პრესენილურ ფსიქოზთა კლინიკურ ფენომენოლოგიაში.

დიფერენციალური დიაგნოზის დროს უნდა გამოირიცხოს, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, ცირკულარული მელანქოლია, შიზოფრენია, ქრონიკული პარანოია, სენილური ფსიქოზი და თავის ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზი.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ პრესენიუმის დროს გონებრივი ფუნქციები საკმაოდ შენახულია; ცალკეული გაღიზიანება ემჩნევა მხოლოდ ემოციურ ნებითი სფეროს: თვითგრძობა-გუნებ-განწყობის ზოგად დაწვეასთან ერთად ავადმყოფებს გამოხატული აქვთ შფოთვა და მოუსვენრობა. ცირკულარულ მელანქოლიას ახასიათებს ავადმყოფური ბოღმის შეტევითი ხასიათი და შფოთვის უარსებობა.

აფექტური სფეროს შენახვა და ფსიქიკური გახლეჩილობის უქონლობა ლაპარაკობს შიზოფრენიის საწინააღმდეგოდ.

ინვოლუციური ბოდვებისთვის დამახასიათებელია გარკვეული შინაარსი (დაზოიანობის ბოდვები), ნაკლები სისტემურობა, პალუცინაციების და ჰიპოქონდრიულ შეგრძნებათა თანარსებობა, რასაც ადგილი არა აქვს ქრონიკული პარანოიას დროს.

სენილური ფსიქოზის გამოირიცხვისას საჭიროა ვიხელმძღვანელოთ იმ გარემოებით, რომ სენიუმისათვის დამახასიათებელია ნეკროლოგიური ნიშნების, პიროვნების ღრმა ცვლილებების და გონებრივი სფეროს მკვეთრი დეგრადაციის არსებობა.

ინვოლუციური და არტერიოსკლეროზული მელანქოლიათან ურთიერთგამიჯვნის დროს საჭიროა გვახსოვდეს შემდეგი თავისებურებანი: არტერიოსკლეროზულ ფსიქიკას ახასიათებს ლაბილობა,

პრესენილურ ფსიქოპათოლოგიას კი უფოთვა და დევნის ბოდვები; არტერიოსკლეროზთან შედარებით პრესენიუმში იძლევა გონებრივ ფუნქციათა ნაკლებ აშლას, მიუხედავად ამისა პრესენიუმის დროს პიროვნებას ემჩნევა უფრო მეტი ზოგადი ცვლილებები და ღრმადვრები, ვიდრე ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებს.

#### 4. პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა

პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა მკიდროდ დაკავშირებულია ფსიქოპიგიენის და ფსიქოპროფილაქტიკის ზოგად საკითხებთან.

ფსიქოტრავმულ მომენტთა მნიშვნელოვანი შემცირება, ჭეროვანი კვება და შრომის რეჟიმის დაცვა წარმოადგენს ხელშემწყობ და დამხმარე მომენტებს იმისათვის, რომ რევოლუციურმა პერიოდმა არ დაარღვიოს პიროვნების წონასწორობა, არ მოგვეცეს ფსიქოსომატიური აშლილობანი.

თუ პრესენილურმა დაავადებამ მიიღო ჩამოკვეთილი ფსიქოზის სახე, აუცილებლად საჭიროა ავადმყოფთა მოთავსება ფსიქიატრიულ სტაციონარში, ვინაიდან ოჯახურ პირობებში ავადმყოფმა ადვილად შეიძლება ჩაიდინოს თვითმკვლელობა. თბილი აბაზანები, წოლის რეჟიმი, ნარკოზული საშუალებები, ზოგჯერ ძილის მომგვრელი პრეპარატები; შერჩევითი შრომა-თერაპიის დანიშვნა და ბოლოს ფსიქოთერაპიული ღონისძიებები წარმოადგენს იმ შესაძლებლობებს, რომლებიც ჩვენ გაგვაჩნია ინვოლუციურ ანუ პრესენილურ ფსიქოზთა მკურნალობის დროს.

ფართოდ არის ნაჩვენები ენდოკრინული პრეპარატების ხმარება (ო ვ ა რ ი ნ ი, ს პ ე რ მ ი ნ ი).

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კვებას. სასურველია რძე, რძის პროდუქტები, მწვანეხელოვანი, ყურძენი, ვაშლი, მსხალი, ციტრუსები, ხშირად ნედლი თევზი; იშვიათად ფრინველი; წითელი ხორცის აკრძალვა, აგრეთვე სრული აკრძალვა მაგარი სასმელებისა.

ფიზიოთერაპიულ საშუალებებიდან საჭიროა ვიხმაროთ დარსონვალის და იონოგალვანიზაცია იოლით.

ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერების და კვების აწვევის მიზნით შეიძლება ვიხმაროთ ინსულინი მცირე დოზებში (უზმოზე 1—2—3 გრთეული; ინექციიდან ორი საათის განვლის შემდგომ ვაძლევეთ 80—100 გრ. შაქარს).

სასურველია ვიხმაროთ ვიტამინი B<sub>1</sub>; Vitamini B<sub>1</sub> 9,03, sacchari albi 0,3 M. f. p. s. დღეში 3-ჯერ თითო ფხენილი.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი გვირჩევენ ორ-სამ დღეში ერთხელ ავადმყოფებს ვაძლიოთ თითო ფხვნილი შემდეგი შემადგენლობისა: Luminali 0,03, Extr. Belladonnae 0,01, Papaverini hydrochlorici 0,02 და Diuretini—0,25.

## ნ. სენილური ჰკუასუსტობის კლინიკა

### ა) სენილური ჰკუასუსტობის ფსიქოპათოლოგია

სენილური ბუნების ფსიქოპათოლოგიური ძვრები, როგორც წესი გვხვდება 60—65 წლის შემდგომ. ხსენებული ფსიქოზის მოზეზი დაკავშირებულია თავის ტვინის ნერვული ქსოვილის სენილური ბუნების ცვლილებებთან (დეგენერაციული ცვლილებები), ამიტომ დაავადების კლინიკური სურათი და მისი ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებანი მთლიანად გაშლალია ორგანულ ფონზე.

აქვე აღვნიშნავთ, რომ სენილური ფსიქოზი თანაბარი სიხშირით გვხვდება დედაკაცთა და მამაკაცთა შორის.

განსხვავებით ინვოლუციურ-პრესენილურ ფსიქოზებიდან მოხუცებულობითი აშლილობის დროს ფსიქოტრავმულ მომენტებს ეკუთვნის ნაკლები მნიშვნელობის როლი. დაავადების ძირითად ბიოლოგიურ მიზეზს წარმოადგენს ორგანიზმის მძიმე აუტონტოქსიკაცია, რომელიც თავის მხრივ დაკავშირებულია ენდოკრინული აპარატის ლა სხვა შინაგან ორგანოთა სენილურ ინვოლუციოსთან. აღნიშნული აუტონტოქსიკაციოს გამოვლინება-გაძლიერებას ხელს უწყობს სხვადასხვა ხელშემწყობ ფაქტორები, როგორც მაგალითად: ცხოვრების მძიმე და მომქანცველი პირობები, ალკოჰოლიზმი, ტოქსი-ინფექციურ დაავადებათა თანდამთხვევა და სხვა.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მოხუცებულობითი ფსიქოზის შემთხვევებში საქმე გვაქვს არა მარტო ფიზიოლოგიური შეზღუდვის ხაზთა გამკაცრება-გამრავლებასთან, არამედ პიროვნების სრულიად ახალ თვისებებთან. ბიოლოგიური არსის და ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის მხრივ სენილური ფსიქოზები ძირფესვიანად განსხვავდება ფიზიოლოგიურ მოხუცებულობიდან; ადგილი აქვს თვისობრივ და არა რაოდენობრივ ცვლილებებს.

დაავადების ცენტრალური ფსიქოპათოლოგიური ნიშანი წარმოდგენილია ორგანული ხასიათის მქონე პიროვნების მკვეთრი დაქვეითებით, მკვეთრი დეგრადაციით: აქ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს მოფენილი ანუ მთლიანი ჰკუასუსტობა და ასევე მთლიანი აფექ-

ტური სიბლაგვე. კჳუსუსტობა იწყება შეუმჩნევლად თანდათანობით. პროგრესულად სუსტდება მოვლენათა და ფაქტთა, როგორც დასნომების, ისე გახსენების უნარი. შეხსიერების პათოლოგიის გამო ავადმყოფები ვერ ახერხებენ გარეშე შთაბეჭდილებათა ფიქსაციას და ხსენებული დეფექტის თავისებურ კომპენსაციას ახდენენ მიდრეკილებით კონფაბულაციებისადმი.

მათი გონებრივი სფერო ბლაგვდება, ეკარგებათ ინტერესი გარემოსადმი, ესპობათ შემოქმედებითი ინიციატივა.

ინტლექტთან ერთად ბლაგვდება და ჩლუნგდება აფექტურ-ემოციური სფეროც. ავადმყოფები კარგავენ ემოციურ განცდათა და მორალურ წარმოდგენათა სინატიფეს. მახლობლებისადმი ცხოველ ინტერესს და გრძნობებს კარგავენ; უსიამოვნო ამბებისადმი არიან განუჩიველნი.

ავადმყოფთა პიროვნებაში თავს იჩენს პათოლოგიურად შემოხაზული ეგოიზმი, რომელიც ასევე ავადმყოფურად ავიწროებს ადამიანურ ინტერესებს და მაღალ სოციალურ წარმოდგენათა ნაცვლად აღვივებს ვეგეტაციურ ფუნქციებს და ორგანულ მიზიდულებებს.

მაღალი ინტერესები და ნატიფი სურვილები შეცვლილია ჰამისადმი გადაჭარბებული მიდრეკილებით. ოდესღაც თავდაპირილი და დარბაისელი პირები, ახლა ადვილად ღიზიანდებიან, თავდაუქუჩელნი არიან, ლაპარაკობენ ბევრს, სულ ბუზღუნებენ, აგროვებენ ძველმანს, ესიამოვნებათ სექსუალურ და ეროტიულ თემებზე ლაპარაკი, განსაკუთრებულად მცირეწლოვანთადმი იჩენენ ცინიზმს და სხვა.

ქერქული აპარატის სენილური ატროფიის და მკვეთრი იშემიის გამო ავადმყოფები დღისით მოთენთილნი არიან; ჭდომის და ხან ლაპარაკის დროსაც ისინი თვლემენ. სამაგიეროდ ღამე მათი ცენტრალური ნერვული სისტემა გაღიზიანებულია: ავადმყოფები თვითონ მოუსვენრობენ და სხვასაც არ ასვენებენ: ღამე არ ეძინებათ, დადიან-დაფუსფუსებენ, მახლობლებს აღვიძებენ, თითქოს ეძებენ რალაცას, კარებს და ფანჯრებს ათვალიერებენ, რომ კარგად იყოს დაკეტილი და ავაზაკები არ შეიჭრნენ.

მხოლოდ გათენების უამს წყნარდებიან, მშვიდდებიან და ახერხებენ ძილს.

გუნებ-განწყობა-თვითგრძნობა, როგორც წესი, დაქვეითებულია.

ხშირად სენილური ფსიქოზების დროს ვხვდებით ბოდვითი აზრებს, რომლებიც უსისტემო შინაარსის, სიღარიბის, უაზრობის

და შემთხვევითობის მხრივ ძლიერ მოგვაგონებს პროგრესული პარალიზის მქონე ჰქუასუსტთა ბოღვითი პროდუქციებს.

ჩვეულებრივად საქმე გვაქვს თვით დანაშაულობის, თვითდამცირების, დევნის, განადგურების, ყველაფრის უარყოფის ხოლო იშვიათად განდიდების ბოღვებთან.

ავადმყოფები გამოსთქვამენ აზრს, რომ ისინი განწირულნი არიან გასანადგურებლად, რომ მათ არავითარი საარსებო წყარო არა აქვთ, რომ ავაზაკებმა მათ ყველაფერი ჰოსტაცეს და სხვა.

გაქურდვის ბოღვებს ხელს უწყობს აგრეთვე მეხსიერების პათოლოგია. მათ ყველაფერი ავიწყდებათ, ამიტომ საგნებს და თავიანთ პირად „ქონებას“ (საკუთარი გრაგნილი) კარგავენ ან ევლარ პოულობენ.

ყველაფრის უარყოფის ბოღვა მაქსიმალურად იღებს უნივერსალურ ხასიათს; ისინი უარყოფენ, როგორც გარემოს, ისე თავიანთ თავს: ისინი არიან გვამები, უკვე კარგა ხანია დაიხოცნენ, მათ აღარა აქვთ ფილტვები, გული, კუჭი ან ტვინი. აღნიშნული სახას ყველაფრის უარყოფის ბოღვას უწოდებენ კოტარის სინდრომს.

ავადმყოფებს კრიტიკა სრულიად მოსაპობილი აქვთ; თავს ავად არ სთვლიან, პირიქით სხვას ადანაშაულებენ და „ჰქუას ასწავლიან“.

სენილურ ფსიქოპათოლოგიაში მოცემულია დეპრესიულ-დემენციური ფონი; მაგრამ შეიძლება შეეხვდეთ ისეთ შემთხვევებსაც, სადაც მოცემული იქნება პარანოიდული ან ექსპანსიური ელემენტების სიჭარბე.

სენილური ჰქუასუსტობა დრო და დრო შეიძლება გამწვავდეს ცნობიერების შეცვლით, ბოღვათა და პალუცინაციათა მოზღვაუებით და მოტორული აგზნებით.

არტერიოსკლეროზით გართულებული სენილური პროცესი იძლევა ინსულტებს. ან ინსულტისმაგვარ მოვლენებს, რაც ხელს უწყობს თავის მხრივ გონებრივ სფეროს გაღარიბებას და აჩქარებს პიროვნების საერთო დაქვეითებას.

ფსიქიკურ და ფიზიკურ დაქვეითებას მოსდევს ე. წ. სენილური მარაზმის პერიოდი: ავადმყოფები ფსიქიკური ფუნქციების მხრივ სრულიად უმწეონი არიან, ხოლო ფიზიკურად დავრდომილნი. ისინი ლოგინად არიან ჩაეარდნილნი, იჩენენ უსუფთაობას, უნვითარდებთ ნაწოლები.

ჩვეულებრივად 3—4 წლის შემდეგ სენილური მარაზმი თავდება ექსიტუსით. სიკვდილის უშუალო მიზეზი შეიძლება შეიქნეს რაიმე მეორადი შემთხვევითი დაავადება (ფილტვების ანთება, ნაწლავთა აშლილობანი, სეპტიცემია და სხვა).

სენილურ ფსიქოზთა შორის, როგორც დამოუკიდებელი ქვე-  
ფორმა ვერნიკეს მიერ გამოყოფილია ე. წ. პრესბიო-  
ფრენია.

აღნიშნული ფორმის დროს წამყვან ფსიქოპათოლოგიურ ნი-  
შანს შეადგენს მეხსიერების პათოლოგია, სახელდობრ: ფიქსაციის  
სრული უქონლობა და კონფაბულაციათა წამოჭრა. ქცევის გარეგ-  
ნული გამოვლინების მხრივ ავადმყოფები ძლიერ ზრდილობიანი  
არიან და სტოვებენ თითქოს მოწესრიგებულ ადამიანთა მთაბეჭ-  
დილებას. არსებითად უსუსურნი და უმწეონი არიან. ფიქსაციის  
სრული მოსპობისა გამო გარემოში ვერ ახდენენ ვერავითარ ორი-  
ენტაციას: არ იციან სად არიან, ვის ესაუბრებიან, ერთ და იმავე  
პირს მრავალჯერ ეცნობიან და სხვა. მათი დეზორიენტირება იღებს  
ამნეზური დეზორიენტაციის სახეს.

მართალია პრესბიოფრენიის დროს ბოდვები, პალუცინაციები  
ან სხვა ფსიქოპათოლოგიური ნიშნები არა გვაქვს, მაინც მეხსიე-  
რების პათოლოგია აქ აღწევს ისეთ ხარისხს, რომ ავადმყოფის პი-  
როვნება მოკლებულია გონიერი ორიენტირების და ქცევის ყო-  
ველგვარ შესაძლებლობას.

ავადმყოფებს აქვთ ანტეროგრადული ამნეზიები; ამ მხრივ მა-  
თი მდგომარეობა ძლიერ მოგვაგონებენ კორსაკოვის სინდ-  
რომს.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ კორსაკოვის სინდრომის დროს მეხ-  
სიერების პათოლოგია უმთავრესად წარმოდგენილია ფსევდორემი-  
ნისცენცია-კონფაბულაციებით; პრესბიოფრენიის შემთხვევებში,  
პირიქით, პიროვნება უფრო მეტადაა შებლაღულთ: აქ კონფაბულა-  
ციათა და ანტეროგრადული ამნეზიების გარდა წარმოდგენილია აგ-  
რეთვე შორეული რეტროგრადული ამნეზიებიც და საერთო გონებ-  
რივი გაღარიბების—დემენციის ნიშნები.

ზოგჯერ ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები იმდენად შორს  
არის წასული, რომ პრესბიოფრენიის მქონე ავადმყოფებს დაკარგუ-  
ლი აქვთ ყოველგვარი ფაქტიური მასალის, როგორც შეთვისების  
ისე გახსენების უნარი. მათ ძალუძთ მხოლოდ და მხოლოდ ზო-  
გიერთი ფაქტების გახსენება ბავშვობის ან ყრმობის პერიოდიდან.  
სურათი 60-ზე მოყვანილია ავადმყოფი მეხსიერების ფუნქციის  
სრული წაშლით, რასაც მოსდევს ამნეზური დეზორიენტაცია.

## ბ) ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

სენილურ ფსიქოზთა როგორც სომატიური, ისე ნევროლოგიუ-  
რი სიმპტომატოლოგია განისაზღვრება სენილური ინვოლუციით,  
ასაკოვანი გატეხვით და მოქანცულობით.



ორგანოთა და ქსოვილთა ყველა სისტემები განიცდის სენილურ-განლევის, მოხუცებულობითი ატროფიას.

ავადმყოფები მთლიანად (წვერ-ულვაშის ჩართვით) გაკალარა-ვებულნი არიან; სცივიათ თმა, კბილები; ხდება კანქვეშა ცხიმის განლევა, კანი ძლიერ ნაოკდება, კარგავს დაკიმულობას (ტურ-გორს), ელასტიურობას, ხმება და მშრალდება. კანის დანაოკება.



სურ. 60. კრესბიოფრენით  
შეპყრობილი ავადმყოფი.  
ზოყვანილია გ ი ღ ი ა -  
რო ვ ს კ ი თ .

განსაკუთრებულად წარმოდგენილია სახეზე (თვალის კაკლის გარე-თა კუთხეში) და ხელის მტევნებზე.

ორგანოთა ატროფია, პირველ რიგში, ხდება ძვლოვან და კუნ-თოვან სისტემათა განლევის ხარჯზე. ოდესღაც ახოვანი და წარმო-სადეგი სწეულ-ნაგებობის მქონე პირი ზურგში მოიხრება და თვალ-საჩინოდ კლებულობს მოცულობაში.

სახე მცირდება ქვედაყბის ატროფიის შედეგად, ზიკაპი პატა-რავდება და წვეტიანდება, ხოლო კბილთა დაკარგვის გამო ტუჩები-ღრმად ჩავარდნილია. სურათ 61-ზე ნათლად მოსჩანს სენილური სახის ცვლილებები და ზოგადი გამომეტყველება.

ატროფიას განიცდის შინაგან ორგანოთა ყველა სისტემები, სადაც ხდება ფუნქციური დანიშნულების მქონე პარენქიმულ-ელემენტების შეცვლა შემაერთებელი ქსოვილით. იღლება გული,

ჩნდება სისხლის ძარღვთა სკლეროზი, ვითარდება ფილტვთა ემ-  
ფიზემა.

ძვალთა ატროფიულ პროცესს მოსდევს ხშირი მოტეხილობანი.



სურ. 61. მოხუცებულობითი  
ქვუასუსტობა; სახის და-  
ნაოკება და ცვლილებები.  
მოყვანილია გილია-  
როვსკით.

სუსტდება ორგანიზმის ზოგადი იმუნო-ბიოლოგიური თავდაც-  
ვითა შესაძლებლობანი. კანზე ჩნდება ნაყარი; აქვთ კანის ქავილი;  
ვითარდება დიდი ფართობის მქონე ნაწიბურები.

სახის ცოცხალი მიმიკა იცვლება პარეზული გამომეტყველე-  
ბით, რაც შეიძლება მიეწეროს, როგორც კუნთთა ატროფიას, ისე  
ნერვული ცენტრების გადაგვარებას. პირის კუთხეები ჩამოშვე-  
ბულია, ხოლო ქვედა ტუჩი ჩამოვარდნილი, რის შედეგადაც ხში-  
რად პირი გაღებული რჩება.

კიდურთა კუნთების ატროფია იძლევა ატაქსიურ მოძრაობებს;  
ავადმყოფები დადიან ნელა, პატარ-პატარა ნაბიჯებით და სიარუ-  
ლის დროს ემჩნევათ ფიზიკურ ძალთა სისუსტე.

აქვთ მკვეთრად გამოხატული ენის და ხელის თითთა კანკალი.  
ზოგჯერ კისრის კუხთის კანკალის გამო ავადმყოფებს აღენიშნებათ  
თავის ქანაობა. კანკალის შედეგად ავადმყოფთ ეცვლებათ ხელ-  
წერა: სტრიქონები და თვით ხაზები დაკლაკნილია; სწერენ მეტად  
მცირე და მიტმასნარლი ასოებით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სენილური კანკალი რითმულია; ამით-  
იგი განსხვავდება პროგრესული პარალიზის, განფენილი სკლერო-  
ზის და ალკოპოლიზმის დროს არსებული კანკალიდან.

შეცვლილია მეტყველების ფუნქცია—არტიკულაციო.

ბლაგვდება აგრეთვე ყველა ექსტერო-რეცეპტორთა ე. ი. გრძნობათა ორგანოთა შესაძლებლობანი. ავადმყოფები ჰკარგავენ სმენას, მხედველობას, უჩნდებათ სენილური კატარაქტა და სხვა. როგორც წესი, სენილურ ავადმყოფთა გულები მიოზურია (შევიწროებული), ხოლო რეაქციები სინათლეზე და აკომოდაციო-კონვერგენციოზე მნიშვნელოვნად დაქვეითებული.

თუ სენილური ფსიქოზი გართულდა ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზის მძიმე მოვლენებით (მხედველობაში გვაქვს სენილური დემენციის არტერიოსკლეროზული ფორმა) შესაძლოა განვითარდეს ინსულტის მაგვარი შეტევები და ეპილეფსიფორმული გულყრები. როგორც ვხედავთ, უკანასკნელ შემთხვევებში ნერვული ე. ი. ექტოდერმული ქსოვილის ცვლილებებს თან ერთვის სისხლის ძარღვთა ე. ი. მეზოდერმულ ელემენტთა პათოლოგიაც.

### გ) სენილური ფსიქოზების პათოლოგიური ანატომია

მზგავსად პროგრესული პარალიზისა სენილური ფსიქოზების პათოლოგიური ანატომია საკმაოდ კარგად და ამომწურავად არის დამუშავებული.

ფიზიოლოგიური სენიუმის შემთხვევებში ნერვული ელემენტები იმყოფებიან მხოლოდ ასაკობრივი განლევის თუ გაცვეთის მდგომარეობაში. აქ აღგილი აქვს უჯრედთა მხოლოდ ზომიერ ატროფიას და ცხიმის (ლიპოფუსციინის) წვეთების წარმოშობას განვლილ ნერვულ უჯრედთა სხეულში.

სულ სხვა მდგომარეობაა პათოლოგიური სენიუმის ანუ მოხუცებულობითი კუასუსტობის დროს, რომელიც დაკავშირებულია ნერვული ქსოვილის აქტიურ აუტო-ინტოქსიკაციურ პროცესთან.

უნდა ვიფიქროთ, რომ მოხუცებულობითი ფსიქოზებში თავის ტვინის ნერვული ქსოვილი მოკლებულია ნივთიერებათა ნორმალური ცვლის შესაძლებლობას. იქ გროვდება და თავს იყრის ცვლის პროდუქტები, რადგანაც მათი გატანა სისხლძარღვთა სისტემის საშუალებით შეფერხებულია. ქსოვილთა შიდა ცვლის აშლას მოსდევს ნორმული კვების დარღვევა და თვით ქსოვილზე ტოქსინური ზემოქმედება.

ინტოქსიკაციო და კვების აშლა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში წარმოშობს ატროფიულ და დეგენერაციულ ცვლილებებს. ანათებადი ჰასიათის მოვლენებს ამ დროს აღგილი არა აქვს.

არ არის სავალდებულო აგრეთვე ტვინის ძირღვთა არტერიო-სკლეროზი. უფრო მეტი, სუფთა, გაურთულებელი სენილური ფსიქოზების დროს ნერვულ სისტემაში არტერიოსკლეროზული ცვლილებები არ გვხვდება.

პათობიოლოგიურად სენილური ფსიქოზი წინმავალი ორგანული პროცესია, რომელიც მოკლებულია აღდგენა-რევერზიბილობის შესაძლებლობას. უკანასკნელი გარემოებით აიხსნება რემისიების და ნათელი პერიოდების სიიშვიათე სენილურ ფსიქოზთა მსვლელობაში.

დეგენერაციულ მოვლენებისათვის დამახასიათებელია განგაღიურ უჯრედთა სხეულში ლიპოფუსცინის ქარბი დაგროვება, პარენქიმულ ნერვულ ელემენტთა სკლეროზი (უჯრედთა შეკუმშვნა, პროტოპლაზმურ მორჩთა ე. ი. დენდრიტთა დაკლაკვნა) და გლიური ქსოვილის გაღიზიანება (ცრუ და ჰემორაგიული ნეირონთფაგია, გლიის პროლიფერაცია).

დეგენერაციული პროცესის შედეგად ქერქის და ქერქქვეშა კვანძთა რუხ ნივთიერებაში ვითარდება მიკროსკოპული ოდენობის ნეკროზული ფოლაქები და გამოვარდნის უბნები (მიკროსკოპული ოდენობის „სიცარაღლები“). ქსოვილის მთლიანი ციტოარქიტექტონიკური სურათი არ არის შეცვლილი.

დეგენერაციული და ნეკროზული მოვლენები უფრო მკვეთრად წარმოდგენილია ქერქულ ველთა მესამე, მეხუთე შრეებში და ე. წ. უახლოეს ქერქ-ქვეშა კვანძებში (სტრიალური და თალამური სისტემები).

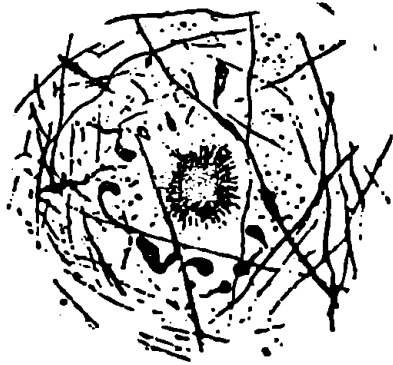
ნერვულ უჯრედთა გარდა პათოლოგიური ძვრები ეხება გამტარ ბოქკოებსაც; პირველ რიგში ატროფიას და წყვეტას განიცდის ტანგენციური ბოქკოების სისტემა.

სენილური ფსიქოზებისათვის განსაკუთრებულად დამახასიათებელია დენდრიტული სისტემის ნეიროფიბრილთა თავისებური ცვლილებები მხედველობაში გვაქვს ალცმაიერიის მიერ აღწერილი ნეიროფიბრილთა პათოლოგია: ნეიროფიბრილები ძლიერ სქელდება, განიცდის ურთიერთ შეწებებას და იძლევა უცხო და უჩათ დაკლაკვნას.

ფიბრილთა ცვლილებების გარდა კიდევ ვხვდებით ერთ მოვლენას, რომელიც წარმოადგენს მხოლოდ პათოლოგიური სენილუმი-სათვის ჩვეულ სპეციფიკას; მხედველობაში გვაქვს მიკროსკოპული ნეკროზული უბნები, რომლებიც სპეციალურ ლიტერატურაში ცნობილი არის რედლიხ-ფიშერი-სენილური ფოლაქების ანუ დრუზების სახელწოდებით.

აღნიშნული მიკრო-ნეკროზული უბნები მოგვაგონებს მრგვალ ფოლაქს, რომლის ცენტროც უფრო მორუხია, ვიდრე პერიფერია. ცენტრო დაკავებულია დაშლილ უჯრედთა ნეკროზული, ამორფული მასით; სენილური ფოლაქის პერიფერიულ ზონაში შეიძლება გავარჩიოთ მკვდარი, გადაგვარებული უჯრედები, მათი ნაშთები და აგრეთვე დეგენერაციულ ნერვულ ბოჭკოთა და მორჩთა ნაწყვეტები (იხილეთ სურ. 62).

სურ. 62. სენილური ფოლაქი თავისი ცენტრალური და პერიფერიული უბნებით: მოყვანილია ალკაი-მერიტ.



როგორც ვთქვით, დრუზები წარმოადგენს პარენქიმული ქსოვილის მიკრონეკროზულ უბნებს; მათ არავითარი კავშირი არა აქვს სისხლის ძარღვებთან; გვხვდება გაფანტულად, როგორც ქერქული აპარატის ველებში, ისე ქერქვეშა კვანძებში და ამონის რქაში. ხსენებული ფოლაქები სენიუმის გარეშე თითქმის არას დროს არ გვხვდება, ამიტომ მათ აღმოჩენას აქვს პათოგნომიური, სადიფერენციო დიაგნოზური ძნიშვნელობა.

ატროფიული და დეგენერაციული პროცესების შედეგად თავის ტვინის მთლიანი წონა კლებულობს, დიდი ჰემისფეროების ხეულები განიცდის ატროფია-განლევას; ამის გამო ჰემისფეროთა ლარები გაგანიერებულია და ნაპრალებს მოგვაგონებს.

მეტად ზიანდება დიდი ჰემისფეროების კონვექსური (გამობურცული) ზედაპირი; ნაკლებ ძერებს ვხვდებით ტვინის ქვედა-ზედაპირზე (ბაზალური მხარე) და ნათხეშში.

ზოგჯერ ატროფიული მოვლენები ეფინება ქერქული აპარატის ცალკეულ უბნებს; უფრო ხშირად შუბლის და თხემის ველებს. სპიროთა აღინიშნოს, რომ პათოლოგიური სენიუმის დროს ავადმყოფური პროცესი უფრო ეფინება დიდი ჰემისფეროების ფილოჯენეზურად ახალ, ვიდრე ძველ სისტემებს. ქერქული აპარატის

ატროფიული მოვლენები, თავის ტვინის გარსთა შემღვრევა და გასქელება, პარკუჭთა გაგანიერება და აგრეთვე ტვინის წყალმანკა (წინაგანი და გარეგანი) შეიძლება იყოს აღმოჩენილი და შენიშნული მასალის მაკროსკოპიული შესწავლის დროს.

#### დ) ხენილურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

მოხუცებულობითი ფსიქოზებს აქვთ გარკვეული პათანატომიური და პათოანატომიური საფუძვლები; ამიტომ დაავადების კლინიკური სიმპტომატოლოგიის და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები განხილული უნდა იყოს ხსენებული პოზიციებიდან.

არა იშვიათად ჩვენ მოგვიხდება ზუსტი დადგენა რასთანა გვაქვს საქმე: ფიზიოლოგიურ თუ პათოლოგიურ სენიუმთან. ცხადია, საკითხის ჭეროვან გადაჭრას აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა, რასაც უნდა მოჰყვეს ავადმყოფთა შესატყვისი უფლებრივი შედეგებიც. მართო ასაკით არ შეიძლება განისაზღვროს ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მოხუცებულობა. ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის ცალკეული შეფასებაც არ წარმოადგენს უტყუარ სადიაგნოზო კრიტერიუმს.

როგორც ვიცით ფიზიკურ მიზერებას ყოველთვის თან არასდევს ფსიქიკური უკმარისობა; ამ მხრივ ყოველთვის არ არის დაცული ზუსტი პარალელიზმი.

გ ა ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ს აზრით მოხუცებულობითი ქუთასუსტობისათვის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია ა ხ ა ლ ი მ ა ს ა ლ ე ბ ი ს შე თ ვ ი ს ე ბ ი ს უ ნ ა რ ი ს დ ა კ ა რ გ ვ ა: აღნიშნული გარემოება წარმოადგენს ფიზიოლოგიების მიერ შენიშნულ ფაქტის კლინიკურ გამოვლინებას, რომ მოხუცებულ ტვინს არ ძალუძს (ან შეტად შეზღუდული აქვს) პირობითი რეფლექსების შემუშავება.

მეხსიერების პათოლოგიის, ბოღვითი პროდუქციების არსებობა და დეზორიენტაცია გარემოში მიგვითითებს ხენილურ ფსიქოზზე.

ფიზიოლოგიური სენიუმის გამორიცხვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ქუთასუსტობის გამოვლინებანი, პიროვნების დეგრადაციის ხარისხი და სოციალურ წრესთან შრომითი კავშირების გაწყვეტის ფაქტი.

თეორიული და პრაქტიკული ინტერესის მხრივ შეტად მნიშვნელოვანია ხენილური და პრესენილური კლინიკის ურთიერთ გამიჯვნა; აქ ჩვენ მოგვიხდება მხედველობაში მივიღოთ პიროვნების მდგომარეობა და ცალკეული ცვლილებები გონებრივი სფეროს მხრივ.

კლინიკური მასალის ანალიზისას ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ ვარაუდებს, რომ პრესენილური და სენილური ფსიქოზების ჩამოკვეთა-ჩამოყალიბებამდე ავადმყოფთა ფსიქიკურ სფეროში ადგილი აქვს შეუმჩნეველად და ნანგრძლივად მიმავალ წინარე ძვრებს. როგორც ყოველთვის, შეუდარებელ დახმარებას გაგვიწევს პრემორბიდის დეტალური შესწავლა და ჯეროვანი ანალიზი.

საჭიროდ მიგვაჩნია გავისხენოთ გილიაროვსკის „მუხედულება „პრეფსიქოზური პიროვნების“ და „პრეფსიქოზური მდგომარეობის შესახებ“. მისი აზრით მოყვანილი ორი ცნება წარმოადგენს დიამეტრიულ სხვადასხვაგვარობას, როგორც გამოვლინებათა, ისე პათოზიოლოგიის არსის მხრივ.

ავტორის გაგებით ცნება „პრეფსიქოზური პიროვნების“ შესახებ გულისხმობს კონსტიტუციურ წინაგანწყობას—მზადყოფას და მას წამყვანი მნიშვნელობა ეძლევა ფუნქციური ფსიქოზების შემთხვევებში (მაგალითად ცირკულარული ფსიქოზი).

პირიქით „პრეფსიქოზური მდგომარეობა“ ანუ ძვრები სჩვევია პარაცესური ბუნების მქონე დაავადებებს, მაგალითად: პროგრესულ პარალიზს, ცერებრულ არტერიოსკლეროზს, უკუგანვითარების (სენილურ-პრესენილურ) ფსიქოზებს და ნაწილობრივად შიზოფრენიას.

გილიაროვსკი აღნიშნავს, რომ სულ სხვადასხვაა პრეფსიქოზური მდგომარეობის სურათი და მიზეზები სენილური, პრესენილური და არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში.

არტერიოსკლეროზის დროს წინარე ფსიქოზური ცვლილებები რაოდენობრივი ხასიათისაა (ფსიქიკურ ფუნქციათა ტემპი შეზღუდულია) და ნერვული ქსოვილის კვების დაქვეითების შედეგია.

პრესენილურ ფსიქოზთა წინარე ძვრები გულისხმობს ინვოლუციურ მომენტებს და ამის ნიადაგზე გუნებ-განწყობის ძირითადი ტონის ცვლილებებს.

სენილური ქუასუსტობისას გვაქვს ემოციურ-ნებითი აშლილობანი, მაგრამ წამყვანი როლი ეკუთვნის ინტელექტის პათოლოგიას.

როგორც ვიცი, სენილურ ფსიქოპათოლოგიას საფუძვლად აქვს თავის ტვინის ნერვულ ელემენტთა ორგანული დაზიანება.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას საჭიროა სიფრთხილე, რომ სენილური დემენციის პრესბიოფრენიული ფორმა არ მხოლოდ კორსაკოვის ფსიქოზად.

როგორც ვიცი, კორსაკოვის ფსიქოზი არ ემართებათ ხანში შესულ პირებს, არ იძლევა ფსიქიკის განფენილ დაზიანებას და თანდართულია პოლინევრიტი.

## ე) სენილური ფსიქოზების პროფილაქტიკა და მკურნალობა

სენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა დაკავშირებულია ზოგადი ფსიქოპროფილაქტიკის და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხებთან.

ცხადია, შრომის და კვების რეჟიმის დაცვა ხელს შეუშლის ორგანიზმის მობერებას და მის ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა გაცვეთას.

მკურნალობა ძირითადადში სიმპტომურია და პირველ რიგში უნდა ისახავდეს ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობის გაძლიერება-გაწაფრებას.

დადებით და დამამშვიდებელ ზეგავლენას ახდენს თბილი აბა-ზანები.

პრეპარატებიდან შეიძლება მიემართოთ იოდს, ბრომს და სხვა-დასხვა ძალმომგვრელ საშუალებებს.

მეავე, გამაღიზიანებელი საჭმელები და სპირტული სრულიად უნდა აიკრძალოს.

სასურველია რძე, მაწონი, ტკბილეულობა, ხილი, მწვანილეულობა, ნედლი თევზი და სხვა. ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭის მოჭმელებას.

განსაკუთრებულად სენილური მარაზმის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთო მოვლას და სისუფთავეს, რომ არ მივიღოთ ძალთა მოტეხილობანი ან ნაწოლები. ავზნებული და მოუსვენარი ავადმყოფები მოითხოვენ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებას; ხოლო მშვიდნი შესაძლოა დარჩნენ ოჯახის პირობებში და იყვნენ სპეციალური დისპანსერის საექიმო ყურადღების ქვეშ.

ავადმყოფები მოითხოვენ სუფთა ჰაერს, მშვიდ და მყუდრო პირობებს.

თუ კი შესაძლოა, სასურველია ავადმყოფებს ქონდეთ სულ ადვილი და არა მომქანცველი შრომითი დავალებები. უნდა გვახსოვდეს, რომ უსაქმობა ხელს უწყობს პიროვნების დაქვეითებას, მის გონებრივ გაღარიბებას.

## 6. მრსუტეაბულოგიითი ფსიქოზების ატიპიური ფორმები

### ა) პიკის დაავადება

არსებობს სენილური ატროფიის შემოსაზღვრული ფორმები, რომელსაც პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია დიდი ჰემისფეროების ცალკეული უბნები, უფრო ხშირად შუბლის, ქვედა თხემის და საღებჭლის წილის ხვეულები. აღნიშნული ლოკალიზაციის გამო



დიფუზური აშლის ნაცვლად წარმოდგენილია ბუდობრივი სიმპტო-  
მატოლოგია. ხსენებული დაავადება ცნობილია პიკის (ავტორის  
გვარია) ავადმყოფობის სახელწოდებით.

სურათ 63-ზე მოყვანილია თავის ტვინი პიკის დაავადები-  
სათვის დამახასიათებელი ატროფიით: შუბლის წილის წინა უბნის  
(სურათზე ზედა ნაწილი) ხვეულები მკვეთრად ატროფიულია, გან-  
ლეული და დანაოკებული.



სურ. 63. შუბლის წილის  
მკვეთრი ატროფია შემო-  
სახდრფული სენილური დი-  
მენციის დროს. მოყვანილია  
გ ი ლ ი ა რ თ ე ს კ ი თ.

ავადმყოფობა უფრო ხშირად გვხვდება ქალთა შორის. პასაჟის  
მხრივ დამახასიათებელია შუალედი 50—ან 60 წლამდე; გამოწე-  
ლისის სახით ავადმყოფობა შეიძლება შეგვხვდეს აღრევ, ან უფ-  
რო გვიან.

პათოგენეზი გამოურკვეველია. ავადმყოფობას ახასიათებს  
ზანგრძლივი (12—14 წელი) მიმდინარეობა; აწერილია აგრეთვე  
შემთხვევები, როდესაც ფიზიკური მარაზში განვითარებულა დაავა-  
დების დაწყებიდან 3—4 წლის შემდგომ.

სენილური ფსიქოზისათვის ჩვეული და დამახასიათებელი მიკ-  
რონეკროზული უბნები (ფოლაკები ანუ დრუზები) და ფიბრილთა  
პათოლოგია აქ არ გვხვდება.

თავის ტვინის სისხლ-ძარღვთა განლაგების და განვითარების  
ანომალიას, რომელიც აწერილია პიკის ავადმყოფობის დროს

თვით დაავადებასთან არა აქვს უშუალო პათოგენეზური კავშირი. ხსენებული მოვლენა განიხილება, როგორც შემთხვევითი თანარსებობა.

ქერქული აპარატის და ქერქქვეშა თეთრი ნივთიერების ატროფია გამოხატულია ჰემისფეროების მხოლოდ ცალკეულ უბნებში. დეგენერაციას განიცდის აგრეთვე სტრიალური კვანძები.

ქერქში ყველაზე შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს იძლევა მეორე და მესამე შრეები.

დეგენერაციული მოვლენების შედეგად ნერვული უჯრედები სივდება-იქლინება, ისპობა ნეიროფიბრილები და ქრომატინური ნივთიერება, უხვად ჩნდება ე. წ. არგენტოფილური მარცვლები.

მოყვანილი დაავადების დროს პროდუქციულ სიმპტომებს, როგორც მაგალითად: პალუცინაციებს, ბოდვებს და კონფაბულაციებს არა აქვს ადგილი.

პროცესის ლოკალიზაცია განსაზღვრავს დაავადების სინდრომოლოგიას.

დაავადების დასაწყისში ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფთა ყოფაქცევის თავისებურება; ემჩნევათ ერთგვარი გაბაჟშეება, კარგავენ პასუხისმგებლობის გრძობას, იჩენენ თავდაუჰქერლობას და ზერელობას. თავიდანვე აგრეთვე ემჩნევათ აქტიური ყურადღების შესუსტება, ცხოველი ინტერესების და ინიციატივის თვალსაჩინო შევიწროება.

გარემოს მიმართ ხდებიან განურჩევლნი. მათი ემოციური სფერო ბლაგვდება და კარგავს მორალურ სინატიფეს.

პიროვნება ხდება ზერელე; ამ მხრივ დაავადება მოგვაგონებს პროვრესული პარალიზისათვის ჩვეულ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს.

პროცესის შემდგომ განვითარებასთან ერთად ყალიბდება სენილური კეჟასუსტობა და ბუდობრივი სიმპტომატიკა: ამნეზური აფაზია, ავნოზიური და აპრაქსიული აშლილობანი. ავადმყოფთა აპათია და პასიურობა აღწევს მაქსიმუმს.

მეტყველებითი პროდუქცია თანდათანობით სუსტდება, ღარიბდება და ბოლოს თითქმის სრულიად ისპობა: ავადმყოფებს შეიძლება შერჩეთ მხოლოდ ორიოდ ადვილი გამოსათქმელი და მარტივი შინაარსის სიტყვა.

აწერილია პიკის დაავადების შემთხვევა, როდესაც უმაღლესი განათლების და მდიდარი ინტელექტის მქონე ადამიანს მეტყველების მრავალფეროვან არსენალიდან შერჩა ერთად ერთი სიტყვა: „ჩაატარე“. მხოლოდ ამ ერთი სიტყვით იგი ამქდავნებდა თავის პიროვნულ სურვილებს, განცდებს, გადაწყვეტილებებს.

ბებს და ამყარებდა კავშირს გარემო სოციალურ წრესთან (ნათესაელებთან და მახლობლებთან).

ზოგჯერ აღინიშნება აკვიატებული სიცილი, სტერეოტიპული მოძრაობები ან უმიზნო ხეტიალი.

## ბ) ალცჰაიმერის დაავადება

პათობიოლოგიური არსის მხრივ ალცჰაიმერის დაავადება ეკუთვნის სენილურ ფსიქოზთა რიგს, მხოლოდ აქ პათომორფოლოგიური ძვრები (ატროფიები, ნეიროფიბრილთა პათოლოგია და ღრუხები) წარმოდგენილია უფრო მრავლად და ავთვისებიანად.

ავადმყოფობა გვხვდება ძლიერ იშვიათად. ვითარდება შედარებით ადრე; უფრო ხშირად პრესენილურ ასაკში (50—60 წლებში).

თანდათანობით ყალიბდება მკვეთრი ექუასუსტობა მეხსიერების პათოლოგიით და ბუღობრივი სიმპტომატიკა (აფაზია, აგნოზია, აპრაქსია). მეტყველება იზღუდება ძლიერ. ავადმყოფები არიან აპათიურნი და მთლიანად დეზორიენტირებულნი.

სრულიად ესპობათ პირადი ინიციატივა და ინტერესი გარემოსადმი.

უსუსურნი და უმწეონი არიან. იჩენენ უსუფთაობას. თავიანთ თავზე ზრუნვა არ შეუძლიათ; რაც მოხვდებათ იღებენ პირში. საჭირო ხდება მათი ხელრეზური კვება.

დაავადების გამოსავალი მოგვაგონებს პარალიზურ მარაზმს.

ავადმყოფობის თანდათანობითი განვითარებასთან ერთად ყალიბდება ნევროლოგიური სიმპტომატიკა: ქალას ნერვთა პარეზები, ბუღბარული მოვლენები, კონტრაქტურები, ენის და კიდურთა მკვეთრი კანკალი და მოტორულ ფუნქციათა აშლა; ხსენებულ მოვლენებს შეიძლება დაერთოს ეპილეფსიფორმული გულყრებიც.

## თ ა ვ ი მ ე ჩ ვ ი ლ მ ე ტ ი

### მეცხე ინფექციური ბუნების ეკზოგენური ფსიქოზები

#### 1. ზოგადი ხასიათის ცნობები

ფსიქიკურა ფუნქციების და შესატყვის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ კორელატთა შორის, რომელიც მათთვის ქმნის გარკვეულ სომატიურ ფონს, არსებობს მკიდრო კავშირი.

პიროვნების სომატიური პროფილით (ფიზიკური მდგომარეობით) განსაზღვრულ ნეიროდინამიკური საფუძვლების გარეშე ჩვენ ვერ წარმოვიდგენთ ვერც ერთ ფსიქიკურ გამოვლინებას. ყოველი მძიმე სომატიური დაავადება მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, სცვლის მის ნეიროდინამიკას. ამას მოსდევს მრავალი უსიამოვნო შეგრძნებანი და გარკვეული ძვრები ფსიქიკურ სფეროში.

უფრო მეტი, მძიმე სომატიურმა დაავადებამ შეიძლება მოგვცეს ეკზოგენური ბუნების მქონე ფსიქოზები: სახელდობრ: ინფექციები, ინტოქსიკაციები. ქალას ტრავმები, შინაგან ორგანოთა და ენდოკრინულ ჭირკველთა დაავადებანი, წარმოადგენს ტვინის გარეშე არსებულ (ე. ი. ეკზოცერებრულ) ეტიოლოგიურ მომენტებს, რომლებსაც შეიძლება მოჰყვეს სულით ავადმყოფობა.

აქ ჩვენ გვაინტერესებს სხვადასხვაგვარი ინფექციებით გამოწვეული ეკზოგენური ფსიქოზები.

ეკზოგენურ ფსიქოზთა კლინიკა თეორიულად და პრაქტიკულად წარმოადგენს თანამედროვე ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან, საინტერესო და საჭირო თავს. იგი შეიძლება დაგვეხმაროს სულიერ დაავადებათა ფსიქოპათოლოგიის და ბიოპათოლოგიის ზოგადი და კერძო საკითხების კვლევა-ძიებაში.

ბოლო დრომდე ჩვენი დარგის ეს მეტად დიდი უბანი იღვავა კლინიკის ფსიქიატრთა ყურადღების გარეშე. უკანასკნელი გარემოება, ვფიქრობთ, უნდა აიხსნას ორი მიზეზით, სახელდობრ: ერთის მხრივ ინფექციური მასალები რატომღაც შეადგენდა მხოლოდ

შანაგან სნეულებათა პრეროგატივას და მეორეს მხრივ, ფსიქიატრიის კლინიკის და სხვა კლინიკურ დისციპლინათა შორის არსებობდა უფსკრული, რაც თავის მხრივ შედეგი იყო ფსიქიატრიის ულტრამსიქოლოგიური პოზიციებისა.

ძველი შეხედულება თითქოს შეიძლებოდა სიცხოვანი (ფებრილური) და ინფექციური (სუფთა ტოქსინურა) ფსიქოზები, ან თითქოს შეიძლებოდა ინიციალური, ინფექციური ან „კოლაფსის“ ბოდეების ცალკე არსებობა, ამჟამად საკმაოდ გამორკვეულია. სიცხის ანუ ხურვების განვითარება დამოკიდებულია ინფექციური ეტიოლოგიის ცერებრულ ძვრებზე (ყურადსაღებია ლენინგრადელი ცნობილი მეცნიერის რატნერის შრომები); ამით საკითხები ფებრილური დელირიის დამოუკიდებლობის შესახებ იხსნება. {

ასევე იხსნება საკითხი ბოდეების კლინიკური დამოუკიდებლობის შესახებ ინფექციური დაავადების სხვადასხვა სტადიის მიხედვით. ირკვევა, რომ ზემოაღნიშნულ შემთხვევებში ბოდვის კლინიკას განსაზღვრავს არა მწვავე ინფექციური დაავადების სტადიუმი, არამედ მისი სიმძიმე და ვირულენტობა.

კლინიკური მასალები მიგვითითებს, რომ ინიციალური ბოდვის (ე. ი. ბოდვებს ინფექციური დაავადების წინ ან მის დასაწყისშივე) ყოველთვის აქვს სიმძიმე პროგნოზი; ხოლო კოლაფსის ბოდვა პირობადებულია ორგანიზმის ფიზიკურ ძალთა განღვეით.

ექზოგენურ ფსიქოზთა შემთხვევებში წამყვანი ე. ი. პათოგენეზური როლი გუთუნის გარეშე მავნე აგენტებს (ინფექციურს ან ინტოქსიკაციურს), რომლებიც მოქმედებს ნერვულ ნივთიერებაზე. ენდოგენურ მომენტებს, პირიქით, აქვს მხოლოდ და მხოლოდ ხელშემწყობი ანუ პათოპლასტიკური როლი.

აქვე ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ ექზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორთა ურთიერთ დამოკიდებულება მეტად რთული, დინამიკურია და არანაირად არ შეიძლება განისაზღვროს მართივი სქემებით. ზოგჯერ ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა ინდივიდური შესაძლებლობანი ესოდენ ნაკლებია, ხოლო ავადმყოფისადმი პიროვნული მზადყოფნა იმდენად ძლიერი, რომ სულ მცირე და უმნიშვნელო ექზოგენურ მომენტს შეუძლია სულით ავადმყოფობის გამოწვევა.

ყველა ექზოგენური, კერძოდ ინფექციური ფაქტორები, შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად: ერთ შემთხვევაში საქმე გვაქვს მხოლოდ სიმპტომურ მდგომარეობასთან (სიმპტომატიური ფსიქოზები), როდესაც სხვადასხვა მიზეზები იძლევა თანაგვარ და თანამსგავს სინდრომებს; მეორე შემთხვევაში შეიძლება

ლაპარაკი ნოზოლოგიურად ჩამოკვეთილ ეკზოგენურ ფსიქოზზე.

გურევიჩის და სერეისკის შენიშვნით მანვე აგენტის მარტო სპეციფიკური ვირულენტობით არ განისაზღვრება საკითხი, თუ როგორ მიმართულებას მიიღებს ავადმყოფობა: ვიქნებით სინდრომოლოგიის თუ ნოზოლოგიის ფარგლებში. საჭიროა მხედველობაში იყოს ძილებულა დაავადების მიმდინარეობა, მისი ტემპი და განვითარების სტადიუმი; მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკა, რომელიც მწვავე სტადიუმში გვაძლევს მწვავე ინფექციური ბუნების სიმპტომატიური ფსიქოზებისათვის დამახასიათებელ სურათს, ხოლო ქრონიკულ სტადიუმში წარმოგვიდგენს ეპიდემიური ენცეფალიტის სპეციფიკურ ფსიქოპათოლოგიას.

ეკზოგენურ ფსიქოზთა გამოვლინება, მიმდინარეობა და გამოსავალი (პროგნოზი) დამოკიდებულია აგრეთვე იმაზე, თუ როგორი პათომორფოლოგიური შედეგი მოსდევს მანვე ფაქტორის ზემოქმედებას: ვითარდება მყარ დესტრუქციული ძვრები, თუ პათომორფოლოგიური ცვლილებები ინარჩუნებს ხელახალი აღდგენის (რევერზიბილობის) უნარს.

როგორ უპასუხებს ნერვული ქსოვილის პარენქიმული ელემენტები სხვადასხვა ტოქსი-ინფექციურ ზემოქმედებას? როგორია განგლიურ ელემენტთა სპეციფიკური რეაქციის შესაძლებლობა? როგორია განგლიურ ელემენტთა საპასუხო რეაქციის გამოვლინებათა დიაპაზონი ანუ რეაქციათა ნაირობა?

წამოჭრილი საკითხები პათობიოლოგიურად და კლინიკურად შეტად საინტერესოა და იმავე დროს განსაკუთრებულად რთული.

არსებული მასალების მიხედვით ამჟამად შეიძლება მხოლოდ ითქვას, რომ ნერვული ქსოვილის პათოფიზიოლოგიური და პათომორფოლოგიური პასუხი ჩვეულებრივად, თანავგარი და ერთფეროვანია; საპასუხო გამოვლინებათა რაოდენობა ღარიბია და ვიწროდ შემოხაზული.

ასევე ერთფეროვანია ეკზოგენურ (ინფექციურ) ფაქტორთა საპასუხო ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი.

მოყვანილი ფაქტიური მასალა არის მიზეზი, რომელმაც წარმოშო მოძღვრება „რეაქციათა ეკზოგენური ტიპების“ ანუ „ეკზოგენური რეაქციების“ შესახებ.

თეორიულად და პრაქტიკულად ეკზოგენიათა კლინიკა წარმოადგენს კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან თავს, რომლის შესახებაც კლასიკური გამოკვლევები ეკუთვნის საბჭოურ მკვლევარებს.

ექზოგენურ ფსიქოზებს ყოველთვის აქვს ერთფეროვანი და სიმპტომური გამოსახულება; მათი ნაირობა ძლიერ შემოფარგლულია და განისაზღვრება მხოლოდ რამოდენიმე ტიპური ფორმით.

ექზოგენური ტიპის რეაქციების დროს ჩვენ ვარჩევთ ექზოგენური კლინიკისათვის საერთო დამახასიათებელ, საერთო სავალდებულო და ცალკეულ, კერძო, არასავალდებულო სიმპტომებს.

საერთო, სავალდებულო ნიშანს ეკუთვნის მთლიანი ფსიქონერვული აპარატის დიფუზური რეაქცია, რაც გამოიხატება ცნობიერების მწვავე. პირველად პათოლოგიაში: ცნობიერების მწვავე აშლა; მხედველობაში გვაქვს ცნობიერების აშლა (ა მ ე ნ ც ი ა), დელირიოზული მდგომარეობა (დ ე ლ ი რ ი უ მ ი) და ცნობიერების იოლი დაბინდვა (გ ა ო გ ნ ე ბ ა).

ამ დიფუზური რეაქციის ე. ი. ცნობიერების პირველადი პათოლოგიის მიზეზს წარმოადგენს ზოვადი ტოქსი-ინფექციური ზემოქმედება, რომელსაც განიცდის ცენტრალური ნერვული სისტემა.

ცალკეულ არა სავალდებულო კლინიკურ ნიშნებს საფუძვლად უდევს ან მავნე აგენტის ლოკალური (შერჩევითი) გავლენა, ან პიროვნების კონსტიტუციური ხაზების ამოქმედება.

როგორც ვთქვით, ცნობიერების პათოლოგია წარმოადგენს ფსიქონერვული აპარატის უშუალო პასუხს.

რაც შეეხება პიროვნების კონსტიტუციური ხაზების ინდივიდურ ამოქმედებას თუ უღერას, აქ შეიძლება დავასახელოთ მანიაკალური მდგომარეობა, პარანოიდული სინდრომი, ფსევდოლოგიური პროლექციები, ისტერიოიდული რეაქციები, ეპილეფსიფორმული განტვირთვანი და სხვა.

მწვავე ინფექციურა ფსიქოზები, ჩვეულებრივად, მიმდინარეობს როგორც ექზოგენური ტიპის რეაქციები; ქრონიკული ინფექციური ფსიქოზები, პირიქით, იძლევა სპეციფიკურად ჩამოკვეთილ ნოზოლოგიურ დავადების კლინიკას.

ექზოგენური ტიპის რეაქციათა კლინიკაში ე. ი. ექზოგენური ბუნების მწვავე ფსიქოზების დროს ჩვენ მოგვიხდება გარჩევა, თუ რასთანაა გვაქვს საქმე: ფსიქოზი გამოვლინდება ინფექციის დასაწყისში ან ინფექციის აქტიური მოქმედების დროს, თუ ინფექციის ჩათავებისას ან მის შემდგომ.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ამ ორი პერიოდის დროს (სახელდობრ: ინფექციის აქტიური მოქმედების და მის ჩათავების— ინფექციური ვანლევის პერიოდები) გვაქვს სულ სხვადასხვა კლინიკური სურათის მქონე ფსიქიკური აშლილობანი.

ინფექციებს ძალუძს მოგვცეს არა მარტო ექზოგენური ტიპის რეაქციები ან პიროვნების კონსტიტუციური ხაზების მკვეთრი

ელერა, არამედ ზოგჯერ აძლევს ბიძგს და ხელს უწყობს სუფთა ენ-  
დოგენური ბუნების მქონე ნოზოლოგიური ერთეულების გამოვლი-  
ნებას.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც ინფექციას მოჰყვია მანიაკა-  
ლურ-დეპრესიული ფსიქოზის პირველი შეტევა ან შიზოფრენიის  
დებიუტი; ხოლო ალკოჰოლური დელირიის (თეთრი ცხელება) კავ-  
შირი მწვავე ინფექციებთან წარმოადგენს ფართოდ ცნობილ მაგა-  
ლითს.

როგორ და რა პათოგენეზური მექანიზმებით უნდა ხდებოდეს  
ენდოგენური ფსიქოზების ინფექციური გამომყვანება? დასმული  
საკითხი მოითხოვს ჭეროვან დაზუსტებას. ამჟამად შეიძლება მხო-  
ლოდ ითქვას, რომ ინფექცია პირველ „დარტყმას“ უნდა ახდენდეს  
ვეგეტაციურ აპარატზე, მის ცენტრალურ რეგულიაციაზე.

სასურველად მიგვაჩნია ძოვიყვანოთ გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ს  
აზრი ამენციური და დელირიული სინდრომების ნეიროდინამიკური  
(პათო-ფიზიოლოგიური) საფუძვლების შესახებ. ავტორი ამოსაუალ  
წერტილად იღებს ზოგად შეხედულებას საინტეგრაციო უფუნქცია-  
თა აგზნების და შეკავების ურთიერთ დამოკიდებულების შესახებ.

გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ფიქრობს, რომ დელირიული სიმპტო-  
მოკომპლექსის დროს ცენტრალური ნერვული აპარატი (თავის  
ტვინი) ინფექციო-ანტოქსიკაციოზე უპასუხებს აქტიურად,  
ასე ვთქვათ შეტევის თი თ ა ვ დ ა ც ვ ი თ. ამას მოსდევს ანა-  
ლიზატორთა აგზნება (პალუცინაციური სინდრომი), ზოგადი მო-  
რული გაღიზიანება და დისთიმიური განცდების გამოვლინებანი;  
აქ დროს ცნობიერება არ არის ძთლიანად დამუხრუჭებულ.

სრულიად მოწინააღმდეგე მდგომარეობასთან უნდა გვეკონდეს  
საქმე ამენციის დროს. აქ საინტეგრაციო აპარატი, პირველ რიგში  
უპალესა ქერქული ფუნქციები, აგზნებული კი არ არის, არამედ  
დამუხრუჭებულ-შეკავებულა; თავის ტვინი უპასუხებს ასთენიუ-  
რად. რომლის დროსაც პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია პი-  
როვნების ღრმოვანი ფენები. ამის გამო ამენციური ტიპის ექზოგენ-  
ურ რეაქციას გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი სთვლის ნაკლებღირებულო-  
ვანი ანუ დაანვალიდებული ტვინის პასუხად. იგი აღნიშნავს, რომ  
ტვინის არტერიოსკლეროზის მქონე პირები ან შიზოფრენიით შეყ-  
რობილი ადამიანები იძლევიან ხოლმე ამენციური გამოვლინების  
ექზოგენურ რეაქციებს.

ჩვენის აზრით გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი ს შეხედულებები უეკვე-  
ლად ღირსშესანიშნავია, რამდენადაც აქ არის ცდა ნეიროფიზიო-  
ლოგიური პოზიციებიდან გამუჭებული იყოს ფსიქოზის პათოგენე-  
ზური არსი.



ამავე დროს უხდა ითქვას, რომ მხოლოდ აგზნება-შეკავების ურთიერთ დაპირისპირებით, ან ტვინის კონსტიტუციური ინვალიდობით არ შეიძლება ამოიწუროს ამენცია-დელირიუმის პათოფიზიოლოგიის ურთულესი საკითხები.

საკუთარი მასალები გვარწმუნებს იმაში, რომ ეკზოგენური რეაქციების დროს წამყვანი როლი უნდა მიეკუთვნოს ტვინის კონსტიტუციურ ინვალიდობას კი არა. არამედ მავნე აგენტის ვირულენტურ სიძლიერეს და მთლიანად ფსიქოზური კლინიკის სიმძიმეს.

საკმარისია გავიხსენოთ, რომ კლინიკური სურათით პათოგენური სირთულით და გინდ პროგნოზის სერიოზულობით ამენცია დელირიუმზე მულამ მძიმეა.

რით აიხსნება ეკზოგენური ტიპის რეაქციათა ერთგვარობა? სხვადასხვა გამალიზიანებელზე თავის ტვინი რატომ იძლევა ერთფეროვან პასუხებს?

ხსენებული საკითხების გასაშუქებლად გამოთქმულია თეორია ე. წ. „საშუალო ეტიოლოგიურ რგოლთა“ არსებობის შესახებ. ამ თეორიის თანახმად ყოველგვარი ეკზოგენური ე. ი. ეკზოცერებრული მავნე აგენტი (ინფექციო თუ ინტოქსიკაციო) თავის ტვინზე არ მოქმედებს უშუალოდ. მისი მოქმედება საფეხურებით გაშუალედებულია (აქედან თეორიის თვით სახელწოდებაც); მაგალითად: აქ ჭერ აღინიშნება მოქმედება ღვიძლის სისტემაზე, ნივთიერებათა ცვლის ტონუსზე და სხვა; ხოლო ამის შემდგომ ადგილი აქვს ერთფეროვან და თანაგვარ მოქმედებას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, რასაც აგრეთვე მოსდევს ეკზოგენურ რეაქციათა ერთგვარობა ან თანაგვარობა.

მოხსენებული თეორიით მთლიანად არ შეიძლება ამოიწუროს პრობლემის შინაარსი; მაგალითად: ერთფეროვან რეაქციებს ადგილი აქვს მავნე აგენტთა უშუალოდ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში შეყვანის დროსაც.

გადამწვევტი როლი უნდა მიეკუთვნოს ეკზოგენური პროცესის ტემპს და სიმწვავეს.

მწვავე სტადიუმში, როდესაც საქმე გვაქვს, ასე ვთქვათ, ინფექციურ-ინტოქსიკაციურ „ხანძართან“, კლინიკური სურათის ელვარე ალში ძნელი იქნება ინდივიდური მრავალფეროვანების დადგენა ან პიროვნების ხაზების მოქმედებათა შენიშვნა. არამც თუ ძნელი, პრაქტიკულად შეუძლებელია მწვავე ხანძრის დროს ცალკეულ ფორმათა დაჯგუფება მიუღი თავისი კლინიკური დეტალებით და შესაძლო ინდივიდური ნიუანსებით; თუმცა უნდა ითქვას,

რომ ამ უკანასკნელი ამოცანის მხრივაც ბოლო დროს სწარმოებს საკმაო დაძაბვის მქონე კვლევითი მუშაობა; ჩვენის აზრით, თეორიულ პრაქტიკულად არც ისე უშედეგო.

## 2. მწვავე ინფექციების და ფსიქიკურ ავლილობათა ურთიერთ კავშირი

ინფექციების და ფსიქოზების შორის არსებული ურთიერთ კავშირი მეტად რთულია.

ანამნეზში ინფექციის აღნიშვნა ან ინფექციური დაავადების ობიექტური დადგენა ჯერ კიდევ არ შეიძლება ჩაითვალოს ფსიქოზის უტყუარ (უცილობელ) მიზეზად.

ინფექციური ფსიქოზი წარმოადგენს გარკვეულ ნოზოლოგიურ ცნებას, რომლის დროსაც ადგილი აქვს დამახასიათებელ ფენომენოლოგიას, დამახასიათებელ გამოსავალს და პათოლოგიურ ანატომიას.

ინფექციის არსებობა ჯერ კიდევ არაფერს არ ნიშნავს: შეიძლება ფსიქოზი და მწვავე ინფექცია შემთხვევით დაემთხვენენ ურთიერთს, ან ინფექციას ეკუთვნოდეს მხოლოდ და მხოლოდ ბიძგის როლი.

ღიაგნოზის დაზუსტებისას საჭიროა ანგარიში გაეწიოს მთელ რეჟე ტაქტორებს და მხედველობაში იყოს მიღებული მთელი რიგი ფარემოებანი. თავის ტვინის კონსტიტუციური ან შექმნილი უკმარისობა ასუსტებს პიროვნების ფსიქოფიზიკურ ძალთა გამძლეობას და ჰქმნის ერთგვარ მზადყოფას ექზოგენური ტიპის რეაქციებისადმი; ამ მხრივ ყურადსაღებია ქალას ტრავმები, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი და წარსულში გადატანილი სხვადასხვა ინფექციები.

განსაკუთრებული ანგარიში უნდა გაეწიოს ექზოგენურ აგენტთა ვირულენტობას, მოქმედების სივრცეს (განფენილობას) და შერჩევითი ლოკალიზაციას; ამასთანავე ერთად დაავადების ტემპს და მიმდინარეობის სისწრაფეს.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, მწვავედ მიმდინარე ინფექციებს სჩვევია ექზოგენური ტიპის რეაქციები, ქრონიკულს—კინოზოლოგიური ფორმები; პირველ შემთხვევაში ცენტრალური ნერვული სისტემა პასუხობს მთლიანად, დიფუზურად, ხოლო მეორე შემთხვევაში—ადგილი აქვს ნერვული აპარატის ცალკეული უბნების შერჩევითი დაზიანებას.

უკანასკნელი დებულების გამონაკლისს წარმოადგენს ადამიანის ცოფი, რომლის დროსაც ავადმყოფური პროცესი მიმდინა-

რობს მეტად მწვავედ, სწრაფად და ხანმოკლედ; ამის და მიუხედავად ცოფის დროს თავის ტვინის, ლეროში ვხვდებით სრულაად შეშოფარგულულ, შერჩევითი ხასიათის მქონე პათომორფოლოგიურ ძვრებს.

თავის ტვინის ცალკეული უბნების ლოკალური დაზიანება შეიძლება მივიღოთ პირველადად, ყოველგვარი დიფუზურა რეაქციების გარეშე ან მათთან ერთად პარალელურად.

### 3. მწვავე ინფექციური ბუნების სიმპტომური ფსიქოზები

#### ა) ინფექციური დელირიუმი

მაღალი ტემპერატურის და ინფექციური ტოქსინის შედეგად იცვლება ცენტრალური ნერვული სისტემის კვების ნორმული პირობება.

სისხლის ცირკულაციის გაძლიერებასთან ერთად ხდება პარენქიმულ ელემენტებზე ტოქსინური ზეგავლენა. ქერქის და ქერქქვეშა უბნების ნერვული უჯრედები განიცდის მწვავე ხასიათის დეგენერაციულ ცვლილებებს, რომელსაც უფრო ხშირად აქვს წარმავალი, რევერზიბული ხასიათი.

აღნიშნულ ორგანულ ფონზე შესაძლოა განვითარდეს ფსიქოკური აშლილობა, რომელსაც აკრეთვე ექნება მწვავე და წარმავალი ფსიქოზის თვისებები.

ინფექციების გართულება ფსიქოზებით სერიოზული პროგნოზის მაჩვენებელია. უნდა ითქვას, რომ პროგნოზი იღებს უფრო მძიმე და ავადმყოფისათვის საპედისწერო ხასიათს, როდესაც ფსიქოზი მიმდინარეობს ცნობიერების ღრმა დახშვის ფონზე.

ინფექციური დელირიუმი, შეიძლება განვითარდეს მწვავე სომატიური დაავადების სხვადასხვა სტადიუმში. როგორც მაგალითად: ინფექციური ავადმყოფობის დასაწყისში (ე. წ. ინიციალური ბოდვა), სრული განვითარების პერიოდში (ე. წ. ინფექციური ბოდვა), ინფექციის კრიტიკული ჩათავებსას (ე. წ. კოლაფსის ბოდვა) და ბოლოს, ინფექციის ჩათავების შემდგომ (ე. წ. რეზიდუალური ბოდვა).

ინიციალური ბოდვის ორგანული ფონი განისაზღვრება ცენტრალური ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციით; ინფექციური ბოდვას საფუძვლად აქვს ნერვულ აპარატზე ტოქსინური ფაქტორების და ტემპერატურის ზეგავლენა; კოლაფსის და რეზიდუალური ბოდვის განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის ფიზიკურ ძალთა ზოგადი განღევა.

ჩამოთვლილი ყველა ოთხი სახის ბოღვის შემთხვევებში კლინიკური სურათი იმდენად თანაგვარი და თანამზგავსია, რომ შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ინფექციური (ბოღვის) დიფტერიის ერთი, მთლიანი კლინიკა.

### ინფექციური (ბოღვის) დელირიუმის ერთი, მთლიანი კლინიკა.

ამ დროს მთავარ ყურადღებას იპყრობს რეცეპტორთა (პირველ რიგში მხედველობის და სმენის) გაღიზიანება, რომელიც ქმნის ნეიროდინამიურ საფუძველს უხვი და მდიდარი ჰალუცინოზის განვითარებისადმი.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ინფექციური ჰალუცინოზი თავისი შინაარსის მხრივ მკვეთრად განსხვავდება სხვა ბუნების მქონე ჰალუცინაციურ სინდრომიდან.

ინფექციების დროს ჰალუცინაციები წარმოდგენილია არა ცალკეული საგნების, არამედ რთული სცენების სახით.

ავადმყოფი ხედავს ან მას ესმის რთული შინაარსის მქონე სცენები, რომელშიაც იგი ჩართულია და იღებს პირად მონაწილეობას. ჰალუცინოზს ავადმყოფისათვის უფრო ხშირად აქვს უსიამოვნო ტონი.

ექსტერო-და ინტერო-რეცეფციის აშლით გამოწვეული უსიამოვნო შეგრძნებები და ჰალუცინაციური აღქმელობა წარმოშობს ბოღვითი პროდუქციებს და დისთიმიურ გუნებ-განწყობას.

ავადმყოფთა ცხოვბიერება იბინდება, ისპობა გარმოში ორიენტაციის უნარი და ავადმყოფები იძლევიან მძიმე მოტორულ აგზნებებს.

ბოღვები, ჰალუცინაციები, ცნობიერების დაბინდება, შიშები, ასთენიური გუნებ-განწყობა და მოტორული აგზნებები წარმოადგენს ინფექციური დელირიუმის კარდინალურ ნიშნებს.

აღნიშნული სიმპტომები, ჩვეულებრივად, ვითარდება თანდათანობით; ფსიქოზურ სურათს წინ უსწრებს ხოლმე ზოგადი დამტვრეულობა, გაბრუება და თავის ტკივილები.

ბოღვითი პროდუქციებში ავადმყოფები ხშირად ამჟღავნებენ პირად ცოდნას და გამოცდილებას (პროფესიული შინაარსის ბოღვები), პირად სურვილებს და ფანტაზიებს, ხოლო ზოგჯერ საკუთარ ფსიქოფიზიკურ ძალთა უმწეობას (მოუტრჩენლობის, დაღუპვის, მოსპობა განადგურების, დევნის, გაქურდვის და სხვა ასთენიური შინაარსის ბოღვები).

ინფექციური დელირიუმის დროს შესაძლოა შევხვდეთ ფსიქო-ნენსორულ აშლათა სინდრომს დერეალიზაციის და დეპერსონალიზაციის სახით. ავადმყოფები თავიანთი სხეულის ნაწილებს (მაგალითად კიდურებს) გრძნობენ შეცვლილად, განსხვავებულად. ზოგჯერ გამოსთქვამენ ბოდვებს თავიანთი სხეულის გაორების შესახებ: საწოლზე წევს მეორე პირი. რომელიც არის მისი ძმა ან ნათესავი ან მისი მზგავსი მეორე ადამიანი: ეს მეორე პირი დაკავშირებულია მასთან. ავადაა არა თვითონ, არამედ ის.

ინფექციური დელირიუმის მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა მივიღოთ ეპილეფსიფორმული აგზნების მდგომარეობა. ამგვარი მძიმე აგზნება შემზარავი პალუცინაციებით, ძლიერი შიშებით და ცნობიერების მკვეთრი დაბინდვით გრძელდება მხოლოდ რამოდენიმე საათი, რომლის შემდგომაც ვითარდება ჩვეულებრივი დელირიოზული მდგომარეობა ან სტუპოროზული გაყუჩება ან ფსიქოფიზიკური პროსტრაცია სომნოლენციით.

ეპილეფსიფორმული მდგომარეობები იწყება უცბად და ასევე სწრაფად თავდება.

ცერებრული უბნების გალიზიანებისას შესაძლოა მივიღოთ კრუნჩხვითი განტვირთვები.

ტემპერატურის დაცემის შემდგომ, ინფექციური დაავადების ჩათავებასთან ერთად დელირიოზული მდგომარეობა სწყდება; სომატიურ გაჯანსაღებასთან ერთად ავადმყოფთ ემჩნევათ ფსიქიკური გამომართელება.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადების საწინააღმდეგოდ.

ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ მოვლას და მზრუნველობას. ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციის გამოსაწვევად საჭიროა მიღებული იყოს ჭეროვანი ღონისძიებანი.

## ბ) მწვავე აშლა, ამენცია ანუ ამენციური სიმპტომოკომპლექსი

ცნობიერების აშლას შეიძლება შევხვდეთ სხვადასხვა ფსიქოზების დროს (ეპილეფსია, შიზოფრენია, პროგრესული პარალიზი და სხვა). აქ ცნობიერების პათოლოგია წარმოადგენს მხოლოდ ფსიქოზის გამოვლინების ერთ-ერთ ნიშანს და არ შეიძლება განხილული იქნეს დამოუკიდებელ ავადმყოფურ მდგომარეობად.

ამჟამად ამენციის კლინიკური შინაარსი საკმარის შემოხაზულია; ცნება ამენციის შესახებ გულისხმობს გარკვეულ პათოგენეზს და ფენომენოლოგიას.

პათოგენეზურად ამენცია ყოველთვის დაკავშირებულია მწვავე ინფექციებთან, ხოლო ფენომენოლოგიაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ცნობიერების პირველად აშლას.

ამენციური სინდრომის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ვხვდებით ისეთსავე პათომორფოლოგიურ ფონს, როგორც ინფექციური დელირიუმის შემთხვევებში; განსხვავება შეიძლება იყოს მხოლოდ პათოპისტოლოგიურ ცვლილებათა სიჭარბის მხრივ ამენციის სასარგებლოდ.

ცნობიერების პირველად აშლას თანდაერთვის ბოდვები, ჰალუცინაციები, ილუზიები და მოტორული აგზნება.

ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით მოუსვენრობით, უძილობით, შიშებით და გაფანტულობით, რომელიც კლინიკურად წააგავს ორგანული ბუნების მქონე მძიმე ასთენო-ნევროსის სინდრომს.

აღნიშნულ მდგომარეობას მოსდევს ორიენტაციის შესაძლებლობის მწვავე აშლა; უცნაური, დაბნეული და გაფანტული ავადმყოფები გადადიან სრული დეზორიენტაციის მდგომარეობაში: გარემოში ვერ ერკვევიან, კონტაქტი მათთან გაძნელებულია, მოუსვენრობენ, საწოლზე ვერ ჩერდებიან, უმიზნოდ სადღაც მიისწრაფვიან. მხოლოდ წინააღმდეგობის შეხვედრისას მოდიან მკვეთრ აგზნებაში.

ავადმყოფები ბევრს ლაპარაკობენ; მეტყველებითი პროდუქციებს აქვს შემთხვევითი ხასიათი და შინაარსის მხრივ მოკლებულია ყოველგვარ ლოგიკურ კავშირებს.

ზოგჯერ მეტყველებითი პროდუქციები იღებს უსისტემო ბოდვების ხასიათს.

აღქმის პათოლოგიიდან ინტერესს იპყრობს სმენის და მხედველობის ჰალუცინაციები, რომელთაც ავადმყოფთათვის აქვთ შემზარავი და თავზარდამცემი შინაარსი: ხედავენ გამზადებულ სახრჩობელას, ესმით ხმა ჯოჯოხეთიდან, ელიან დახვერტას, გრძნობენ კონკონის მოახლოვებას, ესმით უმძიმესი განაჩენი და სხვა.

აღნიშნული თავზარდამცემი შინაარსი ბადებს ასევე თავზარდამცემ ბოდვითი პროდუქციებს შიშებს. შინაგან ნებითი-ემოციური განწყობას და გუნებ-განწყობის ფონს.

ზოგჯერ ცნობიერების პათოლოგიას თან ერთვის კატატონიური მოვლენები ნეგატივიზმის და სტერეოტიპიული პოზების სახით.

ავადმყოფთა მდგომარეობა ღამე უარესდება; ამ დროს ფსიქო-პათოლოგიურ გამოვლინებათა დაძაბვა განსაკუთრებულად მატულობს.

ხანგრძლივ აგზნებას, უძილობას და კვების რეჟიმის დარღვევას მოსდევს ავადმყოფთა ფიზიკური პროსტრაცია: სწრაფად ხდებიან, ალენიშნებათ ზოგადი განლევა და მოქანცულობა.

ფსიქოზური მდგომარეობის მკვეთრი სურათი გრძელდება რამდენიმე კვირა, რომლის შემდგომაც ავადმყოფები თანდათანობით მშვიდდებიან და 3—4 თვის განვლისას იძლევიან გამოპრთელებას.

ღელირიუმთან შედარებით ამენცია უფრო ხანგრძლივი დაავადებაა. გამოპრთელება როგორც ვთქვით, აქ ხდება თანდათანობით.

ინფექციის და ფსიქოზის ჩათავება დროის მხრივ ურთიერთს არ ემთხვევა.

ჩვეულებრივად, ინფექციის ამოწურვის (ჩათავების) მხოლოდ 2—3 თვის შემდგომ ხდება ფსიქიკური აშლილობას მოხსნა.

ავადმყოფებს გადატანილი ფსიქოზის შესახებ ალენიშნებათ ძლიერ ღარიბი და წყვეტილი მოგონებანი.

პროგნოზი დამოკიდებულია ავადმყოფთა ფიზიკურ მდგომარეობაზე. ამენციის მძიმე ფორმებს შესაძლებელია მოჰყვეს საბედისწერო შედეგები.

მკურნალობა სიმპტომურია და მიმართული უნდა იყოს ძირითადი ინფექციური დაავადების საწინააღმდეგოდ.

#### **4. პოსტინფექციური ფსიქოზები და მწვავე ინფექციური ფსიქოზთა ქრონიკული შედეგები**

##### **ა) პოსტინფექციური ბუნების ცერებრასტენია ანუ დისტონიური ასტენია**

ინფექციის მწვავე პერიოდის ჩათავება და ტემპერატურის დაცემა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ორგანიზმის მთლიან და სრულ გაჯანსაღებას. საჭიროა განვლოს დრომ, რომ ტოქსინური ზეგავლენის შედეგები ამოიწუროს, რომ მოხდეს პიროვნების ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა ჯეროვანი აღდგენა.

მძიმე ინფექციითა შემთხვევებში, მით უმეტეს თუ საქმე გვაქვს კონსტიტუციურად სუსტ და ლაბილურ პიროვნებასთან, ტოქსინთა ზემოქმედება გრძელდება დიდ ხანს, ზოგჯერ რამდენიმე თვეც ინფექციის მწვავე კლინიკის ჩათავების შემდგომ.

ასეთი მასალის დროს ქერქში და ქერქვეშა კვანძებში ვნახულობთ მკვეთრი ორგანული ბუნების მქონე პათო-მორფოლოგიურ ძვრებს.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც თავის ტვინის რუხ უბნებში მკვდარ, განადგურებულ, მოსპობილ პარენქიმულ ელემენტთა აღ-

გილზე განვითარებულა გლიოზური ნაწიბური. აღნიშნულ მოვლენებს იძლევა განსაკუთრებულად მძიმე ინფექციები, როგორცაა პარტახტიანი ტიფი.

პოსტინფექციური ცერებრასტენიის ბიოლოგიური ფონი არ ამოიწურება მხოლოდ და მხოლოდ ტოქსინთა მოქმედებით.

ავადმყოფთა ფიზიკურ ძალთა აღდგენა ფერხდება არა მარტო ქსოვილთა უშუალო დაძაბუნებით, არამედ აგრეთვე იმ გარემოებით, რომ დაზიანებულია ვეგეტაციური, ნერვული სისტემის ცენტრალური აპარატი, პირველ რიგში თალამურ-ჰიპოთალამური ვეგეტაციური ცენტროები.

საჭიროა განვლოს რამოდენიმე თვემ, რომ ამოიწუროს ფიზიკური განლევა და აღდგეს პიროვნების სომატო-ფსიქიკური შესაძლებლობანი.

ხოლო ზოგჯერ შესაძლოა პოსტინფექციურმა ასტენიამ ანუ ცერებრასტენიამ მიიღოს იმდენად მძიმე მსვლელობა, რომ საბედისწეროდ ჩათავდეს ავადმყოფისათვის ან განვითარდეს ამნეზიური (კორსაკოვი) სინდრომი შემდგომი ორგანული ტიპის კუასუსტობით.

ავადმყოფები განლელუნი არიან, მათი კანი და კუნთოვანი სისტემა მკვეთრად ატროფიულია. აღენიშნებათ ვაზომოტორული და ტროფიკული მკვეთრი ცვლილებები; ჰიპერკინეზული აშლილობანი; ამასთანავე ერთად—მკვეთრი კუნთოვანი ბორცვი მექანიკური აგზნებადობის მომატების გამო. ადგილი აქვს ნევრალგიურ მოვლენებს, კიდურთა სისუსტეს და სიარულის გაძნელებას. მუცსთა რფლექსები აწეულია; აღენიშნებათ ენის და გაშლილ თითთა კანკალი; ზოგჯერ არტიკულაციო გაძნელებულია.

მთავარი და დამახასიათებელი პოსტინფექციური მდგომარეობისათვის არის ის, რომ ავადმყოფები ფსიქო-ფიზიკურად ძლიერ ადვილად იღლებიან, იქანცებიან და იფიტებიან.

ზოგჯერ სულ რამოდენიმე წუთის ლაპარაკი ჰქანცავს ავადმყოფთ ფსიქო-ფიზიკურ პროსტრაციამდე.

ტერმინი პოსტინფექციური ცერებრასტენია (გურევიჩი) ჩვენის აზრით სრულიად გამართლებულია, რამდენადაც ამ დროს საქმე გვაქვს ორგანული (ინფექციური) ბუნების ცენტრალური ნერვული სისტემის ასტენიასთან.

ასევე გამართლებულად მიგვაჩნია აღნიშნული ტერმინის სინონიმი: დისთიმიური ასტენია (გილიაროვსკი).

პირველი ტერმინი უფრო ასახავს ავადმყოფობის პათობიოლოგიურ ვითარებას, ხოლო მეორე ტერმინი—კლინიკურ შინაარსს.



კლინიკურად ასთენიური სინდრომები გვხვდება სხვადასხვა ავადმყოფურ მდგომარეობათა დროს (ტრავმა, მოწამვლები და სხვა); ასთენიური მდგომარეობა ხშირად ვითარდება აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის შედეგად.

მაგრამ მოყვანილ ასთენიურ მდგომარეობათა კლინიკური სტრუქტურა სულ სხვა გვარია.

ინფექციური ასთენიის სპეციფიკას წარმოადგენს ცუდი თვითგრძნობა და გუნებ-განწყობის უკვეთრი დაქვეითება.

ინფექციური ასთენია შინაარსეულად დისტომიურია. კლინიკურ გამოვლინებათა მხრივ შეიძლება შევხვდეთ ოთხ შემდგომ სინდრომს: ასთენო-ნევრასთენიულს, ასთენო-ჰიპოქონდრიულს, ასთენო-ბოდვიტს და ფსიქო-ფიზიკურ პროსტრაციოს.

ასთენო-ნევრასთენიის შემთხვევებში ავადმყოფები აპათიურნი, მოღუნებულნი არიან; ადვილად იჩანცებიან, იძულებულნი არიან იყენენ ცლოგინად; აწუხებთ უძილობა და უმადობა, ემოციური სფერო აქვთ მეტად ლაბილური და ჰიპერესთეზიული.

სულ პატარა ხმაურს ან სხვა რაიმე სულ მცირე გაღიზიანებას ავადმყოფები გამოყავს ფსიქიკურ წონასწორობიდან. აღენიშნებათ შიშები; განსაკუთრებით ღამეობით. შესუსტებულია აგრეთვე მეხსიერების (ფიქსაციო-რეპროდუქციო) და ყურადღების (აქტიური და პასიური) ფუნქციები.

ასთენო-ჰიპოქონდრიის დროს ზოგადი დისტომიური ფონი გართულებულია მეტად უსიამოვნო ხასიათის შეგრძნებებით.

რაც შეეხება ბოდვიტის პროდუქციების თანდართვას (ასთენო-ბოდვიტის სინდრომი), აქ უფრო ხშირად ვხვდებით აზრებს სიკვდილის, მოწამვლის და დაღუპვის შესახებ.

ფსიქო-ფიზიკური პროსტრაციოს სინდრომს აქვს მძიმე კლინიკური პროგნოზი: ავადმყოფები ლოგინად არიან ჩავარდნილნი, თავისით ვერ ბრუნდებიან, უსუფთაონი არიან, უნვითარდებათ ნაწოლები. ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობა მოგვაგონებს სომნოლენციოს ე. ი. ძილმდვიძარ მდგომარეობას, როდესაც კავშირი ავადმყოფებთან გაძნელებულია ან სრულიად მოსპობილი.

მკურნალობა. სიმპომატიური. საპირთა ძირითადად ჩვენ ღონისძიებები მიმართული იყოს იქით, რომ მოხდეს ორგანიზმის დეზინტოქსიკაცია და ავადმყოფთა ფიზიკური ძალების აღდგენა. ნაჩვენებია სისხლის გადასხმა, აუტო-ჰემოთერაპია, პროტეინოთერაპია, გლუკოზა ვენაში და სხვა.

## ბ) პოსტინფექციური ბუნების ამნეზიური ანუ კორსაკოვის სიმტო- მოკომპლექსი

ინფექციური ბუნების ამნეზიური სინდრომი ძირითადად გუ-  
ლისხმობს მეხსიერების პათოლოგიას, სახელობრ ფიქსაციის უნა-  
რის მკვეთრ შესუსტებას (ან სრულ მოსპობას) და ანტეროგრადალულ  
ამნეზიებს; შესაძლებელია არსებობდეს პოლინევრიტის მოვლენე-  
ბიც. ამ მხრივ წარმოდგენილი სინდრომი ძლიერ წააგავს კორსაკო-  
ვიის მიერ აწერილ პოლინევრიტულ ფსიქოზს.

მზგავსებასთან ერთად არსებობს აგრეთვე თვისობრივი განსხ-  
ვავება.

ინფექციური ბუნების მქონე ამნეზიური სინდრომის დროს პი-  
როვნება იმყოფება ზოგადი ფსიქო-ფიზიკური ასთენიის მდგომარე-  
ობაში და იგი მოკლებულია საკომპენსაციო ჩანაცვლებათა ინი-  
ციატივას; პირიქით, კორსაკოვის ფსიქოზის შემთხვევებში  
პიროვნება აქტიურია, მას შერჩენილი აქვს შესაძლებლობა ფსევ-  
დორემინისცენციების და კონფაბულაციების გზით დაფაროს მეხ-  
სიერების პათოლოგია, შეავსოს მეხსიერების საკუთარი ხარვეზები.

პოსტინფექციური ამნეზიური სინდრომი ჩვეულებრივად  
გვხვდება მწვავე დელირიოზული მდგომარეობის შემდგომ; ამავე  
დროს იგი სჩვევია საშუალო და მოწიფულ ასაკს.

პროგნოზი ჩვეულებრივად დადებითია: ავადმყოფობა თავდება  
რამოდენიმე კვირის ან თვის შემდგომ.

როგორც წესი, ავადმყოფები არიან წყნარად; აღენიშნებათ ზო-  
გადი მოღუნება.

გამონაკლისის სახით შესაძლოა ეპიზოდურად ავადმყოფს გა-  
ნუვითარდეს დელირიოზული შეტევა შიშით და გუნებ-გახწყო-  
ბის ცვალებადობით, რომელსაც თან ერთვის სმენის და მხედველო-  
ბის პალუცინაციები. მკურნალობა სიმპტომურია.

## ნ. მწვავე ინფექციური ბუნების ფსიქიკური ავლილობა- ნი დიდი ტვინის ლოკალური დაზიანების დროს

### ა) მწვავე ჩირქოვანი მენინგიტი

ტვინის გარსთა მწვავე ჩირქოვანი ანთება შესაძლებელია გარ-  
თულების სახით მოჰყვეს მძიმე ინფექციურ დაავადებებს, შუა ყუ-  
რის ჩირქოვან ანთებას ან ცხვირის ღრუს ჩირქოვან პროცესს. გარ-  
და ამისა იგი შეიძლება განვითარდეს როგორც პირველადი ჩირქო-  
ვანი პროცესი დაკავშირებული ქალას ღია დაზიანებასთან ან ეპიდე-  
მიურ ცერებრო-სპინურ მენინგიტთან.

ავადმყოფობა მიდის პეტალ მწვეველ, სწრაფად, მაღალი ტემპე-  
რატურით და შესაძლოა საბედისწერო გამოსავალი მივიღოთ და-  
ვადების პირველ დღესვე.

ცერებროსპინური სითხე მკვეთრად შეცვლილია; ლიმფოციტ-  
თა და ლეიკოციტთა რაოდენობა დიდია; აგრეთვე განსაკუთრებუ-  
ლად მომატებულია ცალების რაოდენობა (ჩირქოვანი ჰუმორალუ-  
რი სინდრომი).

აღსანიშნავია თავის მძიმე ტკივილები, გულის რევა, გულის  
ზიდვა; მაჯა უფრო ხშირად შენელებულია, თუმცა შეიძლება იყოს  
აჩქარებულიც; აღინიშნება მხედველობის ნერვის შეშუპება.

ყურადღების ღირსია ნევროლოგიური სიმპტომატიკა: ზოგადი  
ჰიპერესთეზია, კერძო ნიშანი, ტვინის ნერვების გაღიზი-  
ანება, ჭეკონის მაგვარი ეპილექსიფორმული განტვირთვები და  
სხვა.

კლინიკური ფსიქოპათოლოგია წარმოდგენილია ცნობიერების  
მწვევე აბნევით, უსისტემო ბოდვითი პროდუქციებით და ქალუცი-  
ნაციებით (უფრო მხედველობისა).

ავადმყოფები უფოთავენ, მოუსვენრობენ.

მკურნალობა. ნაჩვენებია ხშირი ლუმბალური პუნქციე-  
ბი (უშვებთ 10—15 კუბ. სანტიმეტრს თავ-ზურგის სითხეს). ვენაში  
ურორტროპინის ხსნარი (ურორტროპინი 40%-ი 5 კუბ. სანტიმეტრი)  
და გლუკოზა (40%)—20—30 კუბ. სანტიმეტრი.

ზოგადი ხასიათის სიმპტომური ღონისძიებანი. საჭიროების  
დროს ქირურგიული ჩარევა.

სტრეპტოკოკული მენინგიტის შემთხვევებში გამამხნეველ შე-  
დეგს იძლევა სტრეპტოციდი, ხოლო პნევმოკოკური მენინგიტის  
დროს—სულფიდინი.

სეროზული მენინგიტი თავისი ფსიქოპათოლოგიური და ნევრო-  
ლოგიური სურათის მხრივ განსხვავდება იმით, რომ აქვს უფრო  
დუნე და ხანგრძლივი მიმდინარეობა; ხოლო თავ-ზურგის სითხეში  
ჭარბადაა ლიმფოციტთა რაოდენობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მენინგიტი, იქნება იგი ჩირქოვანი თუ  
სეროზული, რთული პროგნოზის მქონეა.

ხოლო თუ ავადმყოფი გადარჩა, მას შეიძლება დაჰყვეს მთელი  
რიგი ე. წ. მენინგიტის დანაშთი ანუ რეზიდუალური მოვლენები  
(არაქნოიდიტები, ჰიდროცეფალია და სხვა).

ბავშვთა ასაკში მენინგიტის რეზიდუალურ მოვლენებს ჩვეუ-  
ლებრივად მოსდევს ფსიქიკური განვითარების ზოგადი შეჩერება.  
რომელიც შეიძლება შემდგომ გართულდეს აგრეთვე ეპილექსი-  
ფორმული გულყრებით.

## ბ) მწკავე ენცეფალიტები

ეპიდემიური ენცეფალიტის ანუ ე კ ო ნ ო მ ო ს ენცეფალიტის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია წარმოადგენს ფსიქიატრიის ერთ-ერთ საინტერესო თავს. იგი, როგორც ჩამოკვეთალა ნოზოლოგიური დაავადება, განხილული იქნება დამოუკიდებლივ.

აქ ჩვენ მხედველობაში გვაქვს მხოლოდ სხვადასხვა ინტექციებით გამოწვეული ენცეფალიტები და მენინგო-ენცეფალიტები. უკანასკნელ შემთხვევებში კლინიკა განისაზღვრება დაავადების არა სპეციფიკით, არამედ მისი განტენილობით და ლოკალიზაციით; ამიტომ მათ განიხილავენ, როგორც სპეციფიკური ენცეფალიტის გარეშე მდგარ ფორმებს, ე. ი. პ ა რ ა ი ნ ფ ე ქ ე ტ ი უ რ ე ნ - ც ე ფ ა ლ ი ტ ე ბ ს.

პარაინფექციური ენცეფალიტების კლინიკა ძლიერ წააგავს მენინგიტურ სიმპტომატოლოგიას. ავადმყოფები არიან მოუსვენარნი, აქვთ თავის ტკივილი, გულისრევა, ცნობიერების აბნევა, უსისტემო ბოდვითი პროდუქციები (დევნის, ზოგჯერ განდიდების ხასიათისა).

მენინგიტებთან შედარებით სიცხე ამ დროს უფრო ნაკლებია, ხოლო ავადმყოფობის ხანგრძლივობა უფრო მეტი, სახელდობრ: რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე.

ხშირად ვხვდებით პარალიზებს, პარეზებს და ეპილეფსიფორმულ გულყრებს.

სიკვდილიანობის პროცენტი მაღალია. მკურნალობა სიმპტომატიური.

## 6. ფსიქოზთა თავისებურებანი სხვადასხვა მწკავე ინფექციების დროს

(მასალები მთლიანად მოყვანილია გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს და ს ე რ ე ი ს კ ი ს სახელმძღვანელოდან ზოგიერთი ცვლილებებით და დამატებებით).

მ უ ე ლ ი ს ტ ი ფ ი ხშირად იძლევა ფსიქიკურ აშლას. ინიციალური (ე. ი. კლინიკური სურათის გაშლამდე განვითარებული) ბოდვა მძიმე და საბედისწერო პროგნოზის მომასწავებელია.

სიცხის დროს ჩვეულებრივად გვაქვს დელირიოზული მდგომარეობა, ხოლო ტემპერატურის დაცემის შემდგომ—ეპილეფსიფორმული გულყრები და ბინდისებრივი ცნობიერება.

შესაძლებელია შევხვდეთ რეზიდუალურ (ან კოლაფსის) ბოდვებს.

რეკონვალესცენციის პერიოდი, როგორც წესი, ფსიქიკურ აშ-  
ლას არ იძლევა. ამ დროს აწერილი ამნეზიური სინდრომი, ეიფო-  
რია ან პოსტინფექციური სისუსტე შეადგენს ძლიერ იშვიათ გამო-  
ნაკლისს.

**პ ა რ ტ ა ხ ტ ი ა ნ ტ ი ფ ს** სჩვევია უფრო ხშირი და ამავე  
დროს უფრო მძიმე ფსიქოპათოლოგიური ძვრები.

ავადმყოფობის დასაწყისში აღნიშნავენ მანიაკალურ მდგომარეობას, რომელიც შემდეგ რთულდება ბოდვითი პროდუქციებით, ფანტაზიური ხასიათის განცდებით, პალუცინაციებით და ილუზიებით.

სიცხის დაცემისას ასწერენ რეზიდუალურ ბოდვებს და ამენ-  
ციურ მდგომარეობებს.

პარტახტიანი ტიფი იძლევა ენცეფალატურ კერებს ქერქში და ქერქქვეშა უბნებში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მტკიცე ხასიათის ჰქუასუსტობის მოვლენები.

პარტახტიანი ტიფის მიერ გამოწვეულ დელირიოზულ მდგომარეობათა საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ორი სანიმუშო შემთხვევის მოკლე ისტორიებს.

**შ ე მ თ ხ ვ. № 1** ავ-ფი ქალი კ. ა. 34 წლის, დაავადების მე-  
დღე, ტემპ. 38,5—39 გრადუსი. ფსიქოზური მდგომარეობა ეწყება დაავადების მე-4 დღეს. ავ-ფი აცხადებს, რომ ის უკვე მოკვდა, ამჟამად ის ცხედარს წარმოადგენს. მას მხოლოდ წამლების საშუალებით ალაპარაკებენ. არა აქვს თვალები, არა აქვს ვენები, სუკვე-  
ლაფერი გაშრა. ავადმყოფს აღენიშნება ინტენსიური მხედველობითი სახის პალუცინაციები: ხედავს ლამაზად მორთულ ქალებს, ხედავს ძალზე ლამაზი ქალების თავებს. ეს უამრავი ქალების თავები გაფანტულია იატაკზე, კედლებზე, ქერზე... ხედავს ბაღს, ბევრ ხეებს და ყვავილებს. ესმის თავისი დის ხმები. შემდეგ დღეებში ავადმყოფი აცხადებს, რომ ის უკვე გაცოცხლდა; რამდენიმე დღის განმავლობაში ის მკვდარი იყო, ამჟამად კი ცოცხალია. აქვს უამრავი სახის პალუცინაციები. ხედავს ბევრ ხალხს, ლამაზ მამაკაცებს, ქალებს, ბავშვებს. ჭრელი ლამაზი საგნები გარს ახვევია და სხვა ძილი დამაკმაყოფილებელი. გუნებ-განწყობა ეიფორიული. ავადმყოფი თანდათანობით გამოდის ფსიქოზურ მდგომარეობიდან. თანდათან გრძნობს იმას, რასაც წინათ ვერ გრძნობდა. გადატანილი პალუცინაციური განცდები ნაწილობრივად ახსოვს.

**დ ი ა გ ნ ო ზ ი:** დელირიოზული სინდრომი.

\*) ისტორიები ვაჟოვანის ე. გობრონიძეს.

შ ე მ თ ხ ვ. №2. ავ-ფი ქალი კ. ტ. 20 წლის, დაავადების მე-17 დღე. ტემპ. 39—40 გრადუსი, გრძელდებოდა ორი კვირის განმავლობაში. პრემორბიდული პიროვნება ადვილად ამგზნებადი, ნერვული, შთაბეჭდილებიანი. სწავლობს კარგად (სტუდენტია); ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები დაავადების მე-15 დღეს გამოჩვენდნ. ავადმყ. აგზნებულია, მოუსვენარია; გუნებ-განწყობა მეტ წილად აწეული: იცინის, მღერის, ცნობიერება პერიოდულად შეცვლილი, დრო და დრო ნათელი; აღენიშნება პალუცინაციურ განცდათა შეტევები: ავადმყოფი ხედავს, რომ დადის ტყეში, ტყეში ბევრი ხილია, ბევრი არომატი, სქამს ბიას და სხვა ხილს. ესმის ფრინველთა საუცხოვო გალობა... უკან დაბრუნებისას ტყე გაჩეხილია... მეზობელი ავადმყოფები ართმევენ მას ერბო-კვერცხს და ხილს. ქურდებს მისი მოკვლა უნდათ, აყენებენ მას ჭრილობებს დანებით. ამავე დროს ესმის ხმები, რომ უნდათ მისი მოკვლა და მიწაში დამარხვა. ადამიანები ეჩვენება შეცვლილი, დამახინჯებული სახეებით. ისინი შავ სამოსელში არიან ჩაცმული, ზოგიერთებს აქვთ ვეებერთელა სხეული და პატარა სახე. ზოგიერთებს კი პირიქით. თითქმის ყველას შაფი წვერი და უღვაშები აქვთ. ხედავს გველებს, რომლებიც მას უძვრება ლოგინში. პატარა თევზები დარბაან მის ირგვლივ. ამ პალუცინაციურ შეტევათა გარეშე ცნობიერება შედარებით ხათელი აქვს. გუნებ-განწყობა აწეული, ჰიპომანიაკალური. ასეთი მდგომარეობა გრძელდება რამდენიმე ხანს ტემპ. დაცემის და საერთო გაუმჯობესების შემდეგ. ავ-ფი სრულიად გამოდის ფსიქოზურ მდგომარეობიდან და განაგრძობს მის ჩვეულებრივ საქმიანობას.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი: დელირიოზული სინდრომი.

შ ე ბ რ უ ნ ე ბ უ ლ ტ ი ფ ს არ სჩვევია ენცეფალიტები; ამიტომ იგი არ იძლევა ფსიქიკურ აპარატში მყარ და მტკიცე დეფექტებს.

ხშირია ფებრილური და კოლაფსური ბუნების მქონე ბოდვები და აგრეთვე მენინგიური მოვლენები.

პ ა რ ა ტ ი ფ ი შედარებით იშვიათად იძლევა ფსიქოზებს. აწერილია გართულებანი ბოდვებით და ფანტაზიური განცდებით.

ფ ი ლ ტ ვ თ ა ა ნ თ ე ბ ე ს საკმაოდ ხშირად მოსდევს ფსიქიკური ცვლილებები. დამახასიათებელია მკვეთრო, სიცხოვანი ბოდვა; ხოლო ლოთებს ზოგჯერ უნვითარდებათ თეთრი ცხელება. აწერილია კოლაფსიის ბოდვა და მენინგიტები.

ინფექციის შემდგომი მტკიცე, ქრონიკული ფსიქოპათოლოგიური ცვლილებები ფილტვთა ანთებების დროს არ გვხვდება.

წ ი თ ე ლ ი ქ ა რ ი არა იშვიათად რთულდება მკვეთრი ფსიქიკური აშლილობით და ეპილექსიფორმული გულყრებით. ალკო-

პოლიკთა შორის იგი იწვევს თეთრ ცხელებას, ზოგჯერ კი ამნე-  
ზიურ სიმპტომოკომპლექსს.

ყ ვ ა ვ ი ლ ი ხშირად იძლევა ეპილეფსიფორმულ აგზნებებს და ამენციურ მდგომარეობებს. ზოგჯერ ყვავილის შემდეგ ამენცია გრძელდება თვეობით, მაგრამ, ჩვეულებრივად იგი თავდება გამომრთელებით. აწერილია მენინგიტები და ენცეფალიტები შემდგომი მტკიცე ცვლილებებით. პიროვნება იღებს ფსიქოპათიურ ხაზებს; უნვითარდებათ მიდრეკილება აფექტური რეაქციებისადმი.

ქ უ ნ თ რ უ შ ა ს დასაწყისში ხშირია მკვეთრი სიცხოვანი ბოდვა და ძლიერი აგზნება, რომელიც გრძელდება რამოდენიმე დღე. ყურის დაავადებას შესაძლოა მოჰყვეს მენინგიტი ან ტვინის აბსცესი, ხოლო თირკმელთა დაავადებას—ურემიული მოვლენები.

წ ი თ ე ლ ა იძლევა ქუხთრუშასავით ფსიქოპათოლოგიურ და პათონეიროდინამიკურ ძვრებს. ხშირად ვხვდებით ენცეფალიტებს და მის მომდევნო მტკიცე ფსიქოპათოლოგიურ ცვლილებებს.

ყ ი ვ ა ნ ა - ხ ვ ე ლ ა ს დროს აწერილია მენინგიტები, დეპრესიული მდგომარეობანი და ზოგჯერ სისხლის ჩაქცევები ტვინის ქსოვილში.

დი ფ ტ ე რ ი ა იძლევა პათოლოგიას პერიფერიულ ნერვთა მხრივ; იშვიათია ტვინში ტლანქი ცვლილებები. ხსენებულ დაავადებას არ სჩვევია ფსიქოპათოლოგიური ძვრები.

ქ ო ლ ე რ ი ს დროს ფსიქოზები გვხვდება იშვიათად. აწერილია ე. წ. კოლაფსის ბოდვა, ამენცია, მანიაკალური მდგომარეობა და ამნეზიური სიმპტომოკომპლექსი პოლინევრიტით.

შ ა ვ ი ჭ ი რ ი ს დროს შესაძლოა განვითარდეს სომნოლენცია ან აგზნების სინდრომი შიშების თანდართვით და თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილებით.

გ რ ი პ მ ა ზოგჯერ იცის გართულება ნეიროფსიქიკური სფეროს მხრივ. იგი იძლევა ე. წ. გრიპოზულ ენცეფალიტებს, რომლებიც თავისი ტლანქი გამოხატულებით და ლოკალიზაციის სხვადასხვაობით (უფრო ხშირად ქერქული ენცეფალიტები) პრინციპულად განირჩევა ეპიდემიური ენცეფალიტის კერებიდან. გრიპის ეტიოლოგიის მქონე მძიმე ენცეფალიტებს მოსდევს მტკიცე ფსიქიკური აშლილობანი.

თვით. გრიპოზული ინფექციის მიმდინარეობაში იშვიათია ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებები. ჩვეულებრივად აქ ფსიქიკურ ძვრებს აქვს პოსტ-ინფექციური დაავადების სურათი. აწერილია ამენციები კატატონიური ხასიათის აგზნებით ან იგივე კატა-

ტონიური ხასიათის სტუპორით. უფრო ნშირია პოსტინფექციური ასთენიები, რომლებიც მიმდინარეობს ზოგადი დეპრესიის ფონზე. გრიპოზული დეპრესია წარმოდგენილია შიშებით და პიპოქონდრიულ, პარანოიდული გამოვლინებებით.

პ ი ე მ ი უ რ ა და ს ე პ ტ ი ც ე მ ი უ რ ი პროცესები, როგორც წესი, იძლევა გაბრუნების სინდრომს, ხოლო ზოგჯერ დელირიოზულ მდგომარეობებს.

გაბრუნების სინდრომს იძლევა აგრეთვე მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზები, ფილტვთა განგრენა, ფლეგმონები, ავთვისებიანი ანგინა და სხვა სომატიური დაავადებანი.

ბ რ უ ც ე ლ ო ზ ს მალალი სიცხის დროს სჩვევია დელირიოზული მდგომარეობა; უფრო იშვიათად აპათია და გაბრუნება. აწერილია დამოკიდებულების (ზეგავლენის, დევნის, ზემოქმედების, მოწამვლის) ბოღვითი პროდუქციები. ცალკეულ შემთხვევებში ნახულია მცირე ანუ ფსიქიკური გულყრების მაგვარი შეტევები. გულყრითი მდგომარეობა გრძელდება სულ რამოდენიმე წუთს; ამ დროს ავადმყოფები გრძნობენ სხეულის ნაწილების გაბუყებას და სრულიად სწყდებიან გარემოს.

პ ა პ ა ტ ა ჩ ი ზოგჯერ იძლევა დელირიოზულ სინდრომს (უფრო ხშირად ტემპერატურის შეტევისას).

ს ა ხ ს ა რ თ ა რ ე ე მ ა ტ ი ზ მ ი ს კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ავადმყოფობის სტადიუმზე (მწვავე თუ ქრონიკული) და მიმდინარეობის თავისებურებაზე (დაავადების გაშვავება თუ შერბილება). რევმატიული ენცეფალიტის კერები მოფენილია ცენტრალური ნერვული სისტემის უბნებში, მაგრამ ყველაზე მეტად სჭარბობს ქერქული ლოკალიზაცია.

დაავადების დასაწყისში აწერილია ეპილეფსიფორმული აგზნება ხანმოკლე ბინდისებრივი მდგომარეობის სახით. სიცხის დაცემის შემდგომ შესაძლოა განვითარდეს ამენცია სტუპოროზული სიმპტომებით ან ძილისმაგვარი სურათი, სომნოლენცია. უკანასკნელი მდგომარეობისას ავადმყოფი მოგვაგონებს დაბანგულს: გაყუჩებულია, ტკივილებს აღარა გრძნობს და იძლევა კატალექსიის მოვლენებს.

მ ა ლ ა რ ი უ ლ ი ფ ს ი ქ ო ზ ე ბ ი დაყოფილი უნდა იყოს ორ ჯგუფად იმის და მიხედვით თუ რასთანა გვაქვს საქმე: მალარიის მწვავე თუ ქრონიკულ ფორმებთან. ფსიქიკურ აშლილობათა პათომორფოლოგიურ საფუძვლებს შეადგენს მალარიული მენინგიტები, მენინგო-ენცეფალიტები და ენცეფალიტები.

აღსანიშნავია, რომ მალარიული ეტიოლოგიის ენცეფალიტური კერები არ იჩენს გარკვეულ და შერჩევითი ლოკალიზაციას; ისინი



გვხვდება ცენტრალური ნერვული სისტემის სულ სხვადასხვა უბნებში.

ზოგჯერ ენცეფალიტურ კერათა ქერქ-ქვეშა ლოკალიზაცია იმდენად შერჩევითია, რომ შესაძლოა მივიღოთ მალარიული პარკინსონიზმის კლინიკა ამიოსტატური სინდრომით.

მწვავე მალარიული შეტევების დროს აწერილია შემდეგი ფსიქო-პათოლოგიური გამოვლინებანი: დელარიოზული ეპიზოდები, პალუცინაცურ-ბოდვითი სინდრომები, ეპილექსიფორმული აგზნებები, ეპილექსიფორმული გულყრითი განტვირთვები, მწვავე აბნევა, გაბრუება და სხვა.

მალარიას შეუძლია მოგვეცეს კორსაკოვის სინდრომი, ხასიათის ქრონიკული ცვლილებები და ჰუასუსტობის ნიშნები.

ქრონიკული მალარიის შემთხვევებში ყველაზე ხშირად ვხვდებით ნევრასთენიულ-ჰიპოქონდრიულ მდგომარეობებს; შესაძლოა აგრეთვე მივიღოთ ინახციური ანუ განლევის სინდრომები (ამნესტიური ან ფსიქიკური ასთენიის მდგომარეობები).

ტუბერკულოზი ძლიერ იშვიათად იძლევა ფსიქოზურ მდგომარეობებს. ამ დროს ვხვდებით ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს პიროვნებაში. ხსენებული ძვრები უფრო დაკავშირებულია ორგანიზმის ზოგად ტუბერკულოზურ მოწყამვლასთან.

ტვინის ლოკალურ დაზიანებაზე შეგვიძლიან ვიფიქროთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფურ პროცესს მოსდევს მენინგიტების ან სოლიტარული ტუბერკულოზის განვითარება.

ტუბერკულოზური ინფექციით გამოწვეული ქარაქტეროლოგიური ცვლილებები გაშლილია გუნებ-განწყობის და თვითგრძობის ზოგადი დაწევის ფონზე. ავადმყოფები სუსტად გრძნობენ თავს, ადვილად ღიზიანდებიან და იღლებიან, სულ მცირე მიზეზს ისინი გამოყავს ფსიქო-ფიზიკურ წონასწორობიდან; უჩლუნგდებათ ინიციატივა, ჰეარგავენ პერსპექტივას ცხოვრებაში, ხდებიან გულჩახვეულნი, გულჩაკეტილნი, საკუთარ ჯანმრთელობას და პირად მომავალს აძლევენ ღრმა პესიმისტურ შეფასებას; ყველაფრის მიმართ უნვითარდებათ მტკიცე დეპრესიული განწყობა.

სამაგიეროდ, ფილტვთა ტუბერკულოზის უკანასკნელ სტადიუმში ავადმყოფები ვადადიან ე. წ. ტუბერკულოზური, ეფთანაზის მდგომარეობაში. ამ დროს (სიკვდილის წინა დღეები, ზოგჯერ რამოდენიმე კვირაც) ავადმყოფთ ემჩნევათ ეიფორია; აქვთ კარგი გუნება და სანეტარო ფიქრები.

კეთრიანულეპრა ფსიქიკურ აშლილობებს იძლევა ძლიერ იშვიათად. აქ უფრო ხშირად ვხვდებით რეაქტიულ მდგომარეობებს და ფსიქოგენურ განვითარებებს.

ცალკეული ავტორების მიერ (სერეისკი და ფრუმაჯინი) აწერილი ცნობიერების პათოლოგიის და პალუცინაციურ-ბოდვითი სინდრომის შემთხვევები წარმოადგენს იშვიათ გამოწვევას.

ადამიანის ცოფის კლინიკა იმდენად თავისებურია, ხოლო პროგნოზი იმდენად მძიმე და კატასტროფიული, რომ ერთხელაც ნახული შემთხვევა წარუშლელად აღიბეჭდება მკურნავ ექიმის მეხსიერებაში.

ცოფის პროდრომული პერიოდი სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა; ჩვეულებრივად შემოსისაზღვრება ერთი ან ორი თვით.

დაავადება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში იწვევს მეტად მძიმე და ავადმყოფისათვის საბედისწერო შედეგებს.

პათოლოგიურ-ანატომიური სურათის მხრივ ცოფის დროს ყურადღებას იპყრობს ტვინის და მის გარსთა მკვეთრი ჰიპერემია, მცირე სისხლჩაქცევები და დეგენერაციულ-ანთებითი ცვლილებები, რომლებიც ყველაზე მკვეთრად გამოხატულია ტვინის ღეროს (მოგრძო და შუა ტვინი) უბნებში.

ავადმყოფობა იწყება თავის ტკივილით, შიშებით, მოუსვენრობით და ზოგადი დეპრესიით. ამას მოსდევს გადაქარბებული რეაქცია გარეშე გაღიზიანებაზე, რაც თავის მხრივ წარმოშობს წყლის, ნიაგის და სინათლის განსაკუთრებულად დაძაფრულ შიშებს (ე. წ. ჰიდროფობია, აეროფობია და ფოტოფობია).

ავადმყოფები იჩენენ შემზარავ რეაქციას სულ მცირე ნიაგზე; სინათლე მათ აღიზიანებს; მიუხედავად უსაშინლესი წყურვილისა, ავადმყოფები არამთუ ვერ იკლავენ წყურვილს და ვერ ღებულობენ სითხეს, წყლის მარტო დანახვა მათ განსაკუთრებულად აღიზიანებს, სახელდობრ: იწვევს ან აძლიერებს საყლაპავ მილთა სპაზმებს.

ტემპერატურის თანდათანობითი აწევასთან ერთად ძლიერდება სასუნთქვე და საყლაპავ ორგანოთა სპაზმები; პირი ძლიერ უშრებათ; წყურვილი უძლიერდებათ.

ამას მოსდევს ავადმყოფთა უსაშინლესი აგზნება პალუცინაციებით, ბოდვითი პროდუქციებით, შიშებით და ცნობიერების პირველადი შეცვლით.

აგზნების სინდრომი და ცნობიერების პათოლოგია (დელირიული აბნევა ან სრული დახშვა) იცვლება პარალიზებით (პირველ რიგში კიდურთა), ეპილეფსიურა გულყრებით და მეტყველების აშლით. ორი-სამი დღის შემდგომ მდგომარეობა თავდება ექსიტუზიით (სიკვდილით).

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ადამიანის ცოფის მკურნალობა სრულიად უიმედო და უშედეგოა. ერთადერთი გზა, რომელიც ამჟამად კაცობრიობის განკარგულებაშია, ეს არის დროულად და ენერგიულად მიღებული პროფილაქტიკური ღონისძიებანი.

საექვო კბენის თუ დაგლეჯის შემთხვევებში სავალდებულოა სასწრაფოდ ჩატარებული იყოს პ ა ს ტ ე რ ი ს მიერ მოწოდებული პროფილაქტიკური აცრები.

## თავი მეთვრამეტე

# ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები

### ეპიდემიური ენცეფალიტი

#### 1. ეპიდემიური ენცეფალიტის პათოგენეზი, მიმდინარეობა და პათოლოგიური ანატომია.

ქრონიკულ ინფექციათა შორის თავისი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესის მხრივ ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უკავია ეპიდემიურ ენცეფალიტს. იგი იძლევა არა მარტო ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს პიროვნებაში, არამედ მას შეუძლია გამოიწვიოს სხვადასხვა გამოვლინების მქონე ფსიქიკური აშლილობანი.

ფსიქიატრთა ინტერესი ეპიდემიური ენცეფალიტის ანუ ე.კ.ონ.ო.მ.ო.ს\*) ენცეფალიტის მიმართ აიხსნება იმ გარემოებით, რომ იგი იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის სრულიად გარკვეულ უბანთა დაზიანებას და იძლევა საკმაოდ დამახასიათებელ ნეიროფსიქო-პათოლოგიურ სიმპტომატოლოგიას.

ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ ქრონიკული ინფექციური ენცეფალიტების კლინიკა მკვეთრად განსხვავდება მწვავე ინფექციების კლინიკიდან.

როგორც ვიცით, მწვავე ინფექციების დროს კლინიკურ სურათში წამყვანია არასპეციფიკური თვისებების მქონე ე. წ. ეკზოგენური ტიპის რეაქციები.

პირიქით, ქრონიკული ინფექციური ენცეფალიტები (კერძოდ ე.კ.ონ.ო.მ.ო.ს. ენცეფალიტი) ტვინის ზოგად რეაქციებთან ერთად იძლევა გარკვეული ეტიოლოგიური მომენტისათვის დამახასიათე-

\*) პეცნიერის გვარია, რომელმაც 1916 და 1917 წლებში აწერა ხსენებული დაავადება.

ბელ. სრულიად სპეციფიკურ კლინიკურ სურათს, სადაც მოჩანს თავის ტვინის პათოლოგიურად დაინტერესებულ უბანთა ქღერა.

ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკური შემთხვევები წარმოადგენს მეტად მდიდარ და ხელსაყრელ მასალას ფსიქიატრიის მთელი რიგი პრინციპული საკითხების გადასაწყვეტად, როგორც მაგალითად, საკითხები; ქერქ-ქვეშა ფსიქოპათოლოგიის, პიროვნებათა ფსიქოპათოზაციის, მოტორიკის პათოლოგიის და აკვიატებულ მოქმედებათა შესახებ.

ეპიდემიური ენცეფალიტის გრიპოზული ბუნება ვერ იქნა დადასტურებული. ამჟამად გარკვეულად შეიძლება ითქვას მხოლოდ ის, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტი წარმოადგენს ინფექციურ დაავადებას, რომელსაც იწვევს ჩვენთვის ჯერ კიდევ უცნობი ვირუსი.

დაავადების ეპიდემიურობა, პათოლოგიური ანატომიის თავისებურება (ანთებადი ბუნება), დამახასიათებელი კლინიკური სურათი და აგრეთვე ადამიანისაგან ადამიანის დასნებოვნების შესაძლებლობა (ხშირად ერთი და იგივე ოჯახის პირები) უტყუარად ადასტურებს ეპიდემიური ენცეფალიტის ინფექციურ ბუნებას.

ავადმყოფობის ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება რამოდენიმე კვირიდან ერთ-ორ თვემდე.

ეპიდემიური ენცეფალიტის განვითარებაში კონსტიტუციურ მიდრეკილებას ან მემკვიდრეობაში პათოლოგიურ დატვირთვას არა აქვს რაიმე მნიშვნელობა. არ აღინიშნება განსხვავება დაავადების სისწირეში სქესის მხრივაც. ფსიქო-ფიზიკურ გადაღალვას თუ ტრავმებს აწერენ დაავადების გამოვლინებისათვის ერთგვარად ხელშემწყობ როლს; ჭაბუკობის ასაკში აღინიშნება გადაჭარბებული მიდრეკილება; მოხუცი ან ბავშვნი ავადდებიან შედარებით იშვიათად.

ავადმყოფობის გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს ფილტრში გამაჟალი ვირუსი, რომელიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემას აღწევს თავ-ზურგტვინის სითხის საშუალებით.

ცერებრო-სპინური სითხის ინფიცირება (გაქუჟყიანება) შეიძლება დადასტურდეს შემდეგი ექსპერიმენტით: ეპიდემიური ენცეფალიტის მქონე ავადმყოფის ლიქვორის შეყვანა ბავიის თავზურგტვინის არხში იწვევს ცხოველის სიკვდილს და დამახასიათებელ პათომორფოლოგიურ ძვრებს მის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

ავადმყოფობის კლინიკური სურათის მანიფესტაციას წინ უსწრებს თავის ტკივილები, ზოგადი სისუსტე, ნევრალგიური ტკივილები და ჰიპოქონდრიული შეგრძნებები.

თუმცა ძლიერ იშვიათად, მაგრამ შესაძლოა ავადმყოფობა დაიწყოს მწვავედ, სრულიად მოულოდნელად. უცბად ვითარდება თავის ტკივილები გულის რევით, ჰიპერკინეზური მოვლენები, კრუნჩხვები, ცნობიერების მწვავე აშლა, ჰალუცინაციები და ბოდვები.

ეპიდემიური ენცეფალიტის პირველი შეტევა სიცხის აწევას იძლევა ჩვეულებრივად 37,5—38,5 გრადუსის ფარგლებში, რომელიც შემდგომ თანდათანობით ეცემა.

შემდგომი შეტევებისას სიცხე მიმდინარეობს უფრო დაბალ რეგისტრზე.

დაავადებას აქვს ქრონიკული მიმდინარეობა, რომელიც გრძელდება დიდხანს და ზოგჯერ იძლევა საკმაოდ თვალსაჩინო რემისიებს.

ჩვენ ვარჩევთ მწვავე და ქრონიკულ სტადიუმს. თუ მწვავე სტადიუმის ხანგრძლივობა განისაზღვრება თვეებით, ქრონიკულმა სტადიამ შესაძლოა გასტანოს წლებით.

რემისიები ორი-სამი წლის ხანგრძლივობით აწერილია, როგორც მწვავე და ქრონიკულ სტადიათა შორის, ისე ავადმყოფობის თვით ქრონიკულ მიმდინარეობაში.

ზოგჯერ ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული მსვლელობა იღებს იმდენად წინმავალ ხასიათს, რომ ავადმყოფი იღუპება ენცეფალიტური მარაზმისაგან (ავადმყოფები განილევიან, ხდებიან უსუფთაონი, ვარდებიან სრულიად უმწეო და უსუსურ მდგომარეობაში).

პროგნოზი ყოველთვის შეფასებული უნდა იყოს სერიოზულად: მწვავე სტადიუმი სიკვდილიანობას იძლევა საშუალოდ შემთხვევათა 10 %-ში.

როგორც თვით სახელწოდება მიგვითითებს, ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ძირითადად ვხვდებით ანთებითი ცვლილებებს. გასაგებია, რომ ყოველი ანთება გავლენას მოახდენს პარენქიმულ ელემენტებზე, მით უმეტეს ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევებში.

ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიუმის ძირითადი პათომორფოლოგიური ფონი წარმოდგენილია მწვავე ცვლილებებით; პირიქით, ქრონიკულ სტადიუმში ანთებითი გამოვლინებანი შედარებით ცხრება, ნელდება და პირველ ადგილს იკავებს დეგენერაციული ცვლილებები. აქ განგლიურ, ე. ი. პარენქიმულ უჯრედთა გალიზიანების ნიშნები იღებს ქრონიკული დაავადების ხასიათს; ხოლო ქრონიკულ დეგენერაციას ადგილ-ადგილ მოყვება ნერვულ უჯრედთა სიკვდილი, დაღუპვა. მკვდარ უჯრედთა ადგილას წარ-

მოიშობა გლიის ნაწიბური ან სიცარიელის (ე. წ. გამოვარდნის) კერები.

სისხლძარღვთა ირგვლივ ადგილი აქვს ლიმფოციტთა და პლაზმოციტთა ინფილტრაციოს.

ენდოთელიური უჭრედები და თვით კაპილარები შესამჩნევად მრავლდება.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ჯერ კიდევ მწვავე პერიოდის პათომორფოლოგიური შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფური ცვლილებები პირველ რიგში, ხდება შუა ტვინში, რომ არსებითად ეპიდემიური ენცეფალიტი არის მეზენცეფალიტი (მეზენცეფალონის ე. ი. შუა ტვინის ანთება). სწორედ აღნიშნული ლოკალიზაციითი უნდა აიხსნებოდეს კლინიკური სიმპტომატოლოგია (ძილის აშლა, სიმპტომები თვალის მხრივ და სხვა).

ავადმყოფთა ძილად მივარდნის ზოგიერთი შემთხვევები გახდა იმის მიზეზი, რომ დაავადება განეხილათ, როგორც ლეტარგიული ენცეფალიტი.

მწვავე სტადიუმში ცხელების ბოდვის მაგვარი მდგომარეობის წამოჭრა შედეგი უნდა იყოს ქერქული აპარატის ტვინის ქსოვილის მწვავე ინტოქსიკაციური ცვლილებებისა.

შუა ტვინის დაზიანების განხილვისას ცენტრალურ-ყურადღებას იპყრობს ანთებითი და დეგენერაციული ცვლილებები ე. წ. წაფი სუბსტანციის უბანში.

ქრონიკული სურათის ჩამოყალიბებასთან ერთად პათომორფოლოგიური ძვრები იღებს ამავალ ხასიათს: მეზენცეფალურ პათოლოგიას დაერთვის ჰიპოთალამური, თალამური, სტრიალური და, ბოლოს, ზოგჯერ ქერქული აპარატის (პირველ რიგში შუბლის წილი) დაზიანებაც.

აღნიშნული ლოკალიზაციო აპრობადებს არა მარტო ემოციურ-ნებითი სფეროების კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას, არამედ ავადმყოფთა პიროვნების (ქარაქტეროლოგიური ძვრები) ფსიქოპათოლოგიას.

## 2. ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიუმის კლინიკა.

პროდრომალური ნიშნების შემდგომ, ხშირად უცებ და მოულოდნელად ავადმყოფობა იწყება სიცხის აწევით, რომელსაც უფრო აქვს სუბფებრილური ხასიათი; იშვიათად აღწევს 38 გრადუსს.

ავადმყოფები იძლევიან მწვავე ექზოგენური ტიპის გამოვლინებებს: გაბრუებულნი არიან, აქვთ ბოდვითი პროდუქციები; მაგრამ ამასთან ერთად პირველ დღეებშივე კლინიკაში გამოსჭვივის ცენ-

ტრალური ნერვული სისტემის ლოკალური დაზიანების სიმპტომები. ყურადღება უნდა მიექცეს მოტორული სისტემის პათოლოგიას—პიპერკინეზიებს (ქორეატიული, ატეტოზური და მიოკლონიური მოძრაობები), თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანებას (დიპლოპია-საგახთა გაორება და აკომოდაციოს მოშლა), სახის ნერვის პარეზს და პიპერესთეზიას; ზოგჯერ შესაძლოა ადგილზე ჰქონდეს ეპილეფსიფორმულ გულყრებს; ჩვეულებრივად პირამიდული ნიშნები არ სჩანს.

კლინიკურ სურათში ცენტრალური ადგილი უნდა დაეთმოს ძილის პათოლოგიას: ავადმყოფებს აქვთ სრული უძილობა ან ძილად არიან მივარდნილნი ან აქვთ ძილის ფაზური გაუკუღმართება (დღისით სძინავთ, ხოლო ღამე ფხიზლობენ). ავადმყოფთა ძილის მდგომარეობა მხოლოდ გარეგნულად წააგავს ნორმალურ ძილს; მათი სრული გამოღვიძება ვერ ხერხდება.

აგრეთვე განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ქერქ-ქვეშა კვანძთა პათოლოგია, რაც გამოიხატება ნაძალადეგ და სრულად მიზან მოკლებულ მოქმედებებში.

მოტორული სფეროს აღნიშნული პათოლოგია ხშირია ბავშვთა შორის.

მწვავე პერიოდში ზოგჯერ შეიძლება მივიღოთ ფსიქოზურ მდგომარეობათა სურათიც.

ამ მხრივ გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი ჩერდებიან აპათიურ დელირიოზულ და მანიაკალურ-დეპრესიულ მდგომარეობებზე.

აპათიური სინდრომის შემთხვევაში ავადმყოფთ ემჩნევათ განურჩევლობა, ინტერესის დაკარგვა, უინიციურობა და გონებრივი ფუნქციების შეზოკვა. ჩამოთვლილი სიმპტომები მოცემულია გაოგნების ან იოლი გაბრუნების ფონზე.

დელირიოზული მდგომარეობა წარმოადგენს უპიღემიური ენცეფალიტის მწვავე პერიოდისათვის ჩვეულ და ყველაზე ხშირ გამოვლინებას.

ავადმყოფებს ცნობიერება ეცვლებათ, აქვთ შიშები, შემთხვევითი ბოდვითი პროდუქციები ზოგჯერ პროფესიული ბოდვის შინაარსისა და უხვი პალუცინაციები. კლინიკური სურათი შეიძლება გართულდეს მიიმე და ავადმყოფის მომქანცავი აგზნებებით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ დელირიოზულ მდგომარეობას აქვს მძიმე და სერიოზული პროგნოზი.

რაც შეეხება მანიაკალურ და დეპრესიულ მდგომარეობებს, ამ შედევლობაში უნდა იყოს მიღებული ის გარემოება, რომ სიმპტო-



ჭური ბუნების მქონე გამოვლინებები გაშლილია ცნობიერების გაოგნების ან გაბრუებას ფონზე.

## 8. ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული სტადიუმის კლინიკა

ნ ე ვ რ ო ლ ო გ ი უ რ ი ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ქრონიკულ სტადიუმში ნევროლოგიური სიმპტომები წარმოდგენილია როგორც მწვავე პერიოდისათვის დამახასიათებელი, ისე ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული დაზიანების მაჩვენებელი ნიშნებით.

ძილის პათოლოგიის მხრივ ყურადღებას იპყრობს არა ძილად მივიარდნილობა, არამედ ძილის ტემპის და რითმის შეცვლა. ავადმყოფებს უძნელდებათ და თითქოს ვერ ახერხებენ დაძინებას; ამასთანავე ერთად ადგილი აქვს ძილის მოთხოვნილებიზ ფაზის გაუქვლმართებას: დღისით თვლენა ან ძილი, სამაგიეროდ ღამით შტიციე უძილობა.

ყურადღებას იპყრობს მოვლენები თავის ტვინის ნერვების მხრივ, როგორც მაგალითად: ცხვირ-ქუთუთოს ანუ ნაზოპალაქებრალური რეფლექსის აწევა (ცხვირის ფუქეზე ჩაქუჩით ან თითით დარტყმის შედეგად ქუთუთოთა გაძლიერებული ხამხამი), საზის ნერვის პარეზი, ენის მამოძრავებელი ნერვის პარეზი და სხვა.

განსაკუთრებულად უნდა აღინიშნოს თვალის კაკლის და გუვის მდგომარეობა, სახელდობრ: გუვის რეაქციის სიზანტე ანუ მოღუენება, კონვერგენციის პარეზი და ნისტაგმის მაგვარი მოძრაობები.

ნევროლოგიურ სიმპტომატოლოგიაში ქრონიკული სტადიუმის დროს ცენტრალური ადგილი უნდა დაეთქოს ექსტრაპირამიდული ზასიათის გამოვლინებებს, რომლებიც ცნობილია პარკინსონიზმის სინდრომის სახელწოდებით.

მსგავსად მწვავე სტადიუმისა, აქაც პირამიდული ნიშნები გვხვდება ძლიერ იშვიათად.

პარკინსონიზმის დროს ადგილი აქვს მოძრაობათა ტემპის, რითმის, მოქნილობის, ამპლიტუდის და სახეითი გამომეტყველების მკვეთრ აშლას. დარღვეულია არა მარტო მოძრაობათა სახეითი გამომეტყველება და მათი კოორდინაცია, არამედ დარღვეულია ან სრულიად მოსპობილია ავტომატური მოძრაობანი. ამიმიური სახე სტოვებს ნილაბის შთაბეჭდილებას.

სახის გამომეტყველება თავისებურად და დამახასიათებლად შეცვლილია კიდევ იმის გამო, რომ ავადმყოფთ ღილ აქვთ თვალის ნაპრალეზი და ამავე დროს განსაკუთრებულად შენელებულია ქუ-

თუთოთა ხამხამი. მათ აქვთ გაყინული და უმოძრაო სახის გამო-  
ხატულება.

პასიური მოძრაობება აძლიერებს კუნთებს ისედაც მკვეთრად  
გამოხატულ პიპერტონიას.

ყოველგვარი მოძრაობები და წინსვლებები განსაკუთრებულად  
შენელებელია (ე. წ. ბ რ ა დ ი კ ი ნ ე ზ ი ს ფენომენი).

შეცვლილია სიარული და სტატია.

ავადმყოფები თავისებურად მოხრილნი და წაფერდილნი არიან.  
აღინიშნება პროპულსიის, რეტროპულსიის ან ლატეროპულსიის  
მოვლენები ე. ი. სიარულის დროს ავადმყოფები ზოგჯერ ვარდუ-  
ბიან წინ, უკან ან გვერდით. აღინიშნება სხეულის ნაწილთა კან-  
კალი, რომელიც ყველაზე ძლიერ გამოხატულია ზედა კიდურთა  
თითებში.

როგორც წესი მეტყველება ნელია, ერთფეროვანი, მოდულა-  
ციის უნარს მოკლებული; ზოგჯერ შეიძლება უზომოდ აჩქარებუ-  
ლიც იყოს.

აწერილია შემთხვევები ყლაპვის და ლეჰვის აშლით ან სლო-  
კინით.

ზოგჯერ ზემოხსენებული ექსტრაპირამიდული მოვლენები გა-  
ნაცდის გაძლიერებას შეტევის სახით.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული სტადიუმის დროს  
უხვად არის აგრეთვე წარმოდგენილი ვეგეტაციური მოვლენები;  
აქ აღვნიშნავთ ქონიან სახეს, ნერწყვის დენის გაძლიერებას, გადა-  
ქარბებულ ოფლიანობას, ტემპერატურის ცვალებადობას, მაცის  
აჩქარებას და გაძლიერებულ წყურვილს.

ფ ს ი ქ ო პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა  
ეპიდემიური ენცეფალიტის შემთხვევები წარმოდგენს შეტად მდი-  
დარ, მარჯვე და ხელსაყრელ მასალას ქერქ-ქვეშა ფსიქოპათოლო-  
გიის შესასწავლად.

თუმცა აქ ქერქული აპარატის როლი არ გამოირიცხება; მაინც  
კლინიკური ფენოლოგიის მთავარ ფონს იძლევა თალამურ-მეზენცე-  
ფალურ უბნების ამოქმედება („ახმაურება“).

სწორედ აღნიშნული ლოკალიზაციით უნდა აიხსნებოდეს პი-  
როვნების ღრმოვანი ფსიქიკური ფენების ე. ი. თიმოფსიკიკური  
ფენების დაზიანება.

ლეთარგიული ენცეფალიტის ფსიქოპათოლოგიის მთლიანი სუ-  
რათი განისაზღვრება შემდეგი სამი მომენტით: მიზიდულებათა პა-  
თოლოგიით, ფსიქიკური ტონუსის (აგრეთვე რითმის) შეცვლით და  
ფსიქონერვულ ფუნქციათა გადაქარბებული მოქანტულობით.

შესაძლოა ძირითადი მიზიდულებანი (შიმშილი, წყურვილი და სექსეს) ან სრულიად ჩაქრეს ან მკვეთრად გაძლიერდეს.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც სექსეს შესუსტებას მოსდევს ლაზიანობით შექმნილი კონფლიქტები; ასევე შესაძლოა სექსეს გაძლიერებამ გამოიწვიოს შესატყვისი შინაარსის ძალდატანებანი—ბოროტმოქმედებანი.

სულიერი ცხოვრების ტონუსის და რითმის დაქვეითებით ზოგადად განისაზღვრება ე. წ. ბ რ ა დ ი ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი გამოვლინებანი.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის არც ერთი ორგანული დაავადება არ იძლევა ფსიქიკურ შესაძლებლობათა ესოდენ მკვეთრ მოქანცვის, როგორც ეპიდემიური ენცეფალიტი.

ინიციატივის და აქტიურობის დაკარგვასთან ერთად ავადმყოფთ აღენიშნებათ ყურადღების დაქვეითებაც; განსაკუთრებულად შესუსტებულია ყურადღების გადანაცვლების და ჩართვის (ან გამორთვის) უნარი.

ემოციურ-ნებითი სფეროსთან ერთად შეზოკებულია გონებრივი სფეროც. ავადმყოფებს ემჩნევათ აზრთა და წარმოდგენათა თავისებური სიღარიბე, თუმცა ცოდნის მარაგი და მეხსიერება ფორმალურად დაცული აქვთ.

ზოგჯერ აზრთა სიღარიბე და ასოციაციური მოქმედების სიჩლუნგე იღებს იმდენად მკვეთრ ხასიათს, რომ შესაძლო ხდება კლინიკურად ცალკე გამოყოფილ იქნეს ენცეფალიტური დემენცია.

ჰქუასუსტობის შორს წასულ შემთხვევებში აწერილია ბოღვითი პროდუქციები, რომლებიც შინაარსის მხრივ ძლიერ წააგავს პარალიზურ ბოდვებს.

კორტიკო-თალამო-მეზენცეფალური პათომორფოლოგიური რადიკალი შესაძლოა შეიქნეს აღქმის აშლილობათა მიზეზი. ამ მხრივ პირველ რიგში დასახელებული უნდა იყოს ფსიქოსენსორული აშლილობანი, როგორც მაგალითად: სხეულის სქემის აშლა, დერეალიზაცია-დეპერსონალიზაციის ფენომენი, ოპტიკო-ვესტიბულარული ნიშნები და სხვა.

დიფერენციული დიაგნოზის და სასაქმართლო ექსპერტიზის ზოგიერთი საკითხები. ეპიდემიური ენცეფალიტის ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია იმდენად დამახასიათებელია, რომ ჩამოკვეთილ შემთხვევებში მისი დიაგნოსტიკა არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. დაავადების მწვავე სტადიუმი შესაძლოა შეცდომით

მივიდოთ, როგორც ტიფი, გრაპი, პარატიფი ან სხვა რომელიმე მწვავე ინფექციური ავადმყოფობა.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ მთელი რიგი ძირითადი ნიშნებისა არსებობს იმთავითვე და დამახასიათებელია ენცეფალიტის მწვავე სტადიუმისათვის. აქ პირველ რიგში მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ნევროლოგიური ნიშნები, ძილის გაუქვლმართება, დაბალი ტემპერატურა და ჰიპერკინეზული მოუხვენრობა.

რაც შეეხება ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკულ ფორმებს, აქ მოგვიხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება სხვადასხვა დაავადებებთან.

ენცეფალიტური პარკინსონიზმი განსაზღვრულ უნდა იყოს მოხუცთა პარკინსონიზმისაგან.

როგორც ვიცით უკანასკნელი დაავადების (პარალიზი კანკალით) დროს არ არსებობს ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია; არ არსებობს აგრეთვე ეპიდემიური ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი მწვავე სტადიუმი. ამას გარდა (ენცეფალიტისაგან განსხვავებით) პარალიზი კანკალით წარმოადგენს მოხუცებულობის ასაკის დაავადებას.

ნევროლოგიური ე. ი. ორგანული ფონის არსებობა გადაჭრით გამორიცხავს შიზოფრენიის კატატონიურ, პალუცინაციურ-ბოლდეთი თუ ფსიქო-სენსორულ ფორმებს.

ეპიდემიური ენცეფალიტი იმით განსხვავდება შიზოფრენიიდან, რომ იგი არის უფრო ნევროლოგიურ-სომატიური, ვიდრე ფსიქიკური დაავადება. არას დროს ეპიდემიური ენცეფალიტი არ მოგვეცემს შიზოფრენიული ბუნების მქონე ინტრაფსიქიკურ ატაქსიას.

იგივე ორგანულ-ნევროლოგიური ფონი გამორიცხავს ნევროზულ და კონსტიტუციურ ფსიქოპათიურ მდგომარეობებს.

კონსტიტუციურ ფსიქოპათიებს, მით უმეტეს ნევროზებს და ფსიქონევროზებს აქვს კეთილთვისებიანი პროგნოზი.

სამაგიეროდ ეპიდემიური ენცეფალიტის შემთხვევებში მიზიდულებათა პათოლოგიას, აკვიატებას და იმპულსიურობას თანსდევს მტკიცე ორგანული დალი.

საინტერესოა ეპიდემიური ენცეფალიტის შეფასება სასამართლო ფსიქიატრიული თვალთახედვით, ვინაიდან ამ დროს საკმაოდ ხშირად ვხვდებით სხვადასხვა შანაარსის მქონე ბოროტმოქმედებებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პაროვნებაში ღრმა ფსიქოპათოლოგიური ძვრების დადასტურება (გინდ ინტელექტი ფორმალურად იყოს შენახული), ან ასევე მკვეთრი ნევროლოგიური შებოქვად

ავადმყოფებს ხსნის პასუხისმგებლობას. ხსენებული ავადმყოფები მოითხოვენ სამედიცინო რეჟიმს და ჯეროვან მკურნალობას.

ამასთან ერთად საჭიროა კარგად ვიცოდეთ, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტის ყოველი ცალკეული შემთხვევის შეფასებისას საჭიროა შკაცრი ინდივიდური მიღგომა.

როდესაც მდგომარეობა არაა შორს წასული და არა ჩანს პიროვნების დაქვეითება, ავადმყოფს პასუხისმგებლობა ვერ მოეხსნება; იგი უნდა წარსდგეს კანონის წინაშე.

#### 4. ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული სტადიუმის კლინიკურ გამოვლინებათა ცალკეული ფორმები

პოსტენცეფალიტური ცერებრასთენია. ამ დროს საქმე გვაქვს ცენტრალური ნერვული აპარატის თავისებურ გადაღალვა-გაცვეთასთან; ხოლო კლინიკურად ფენომენოლოგია უჭირო წააგავს ნევროტიული მდგომარეობის სურათს. პარკინსონიზმი ჯერ კიდევ არ არსებობს, ხოლო ფსიქონერვული ტონუსი მკვეთრად დაქვეითებულია.

ავადმყოფურ გამოვლინებათა მთლიანი კლინიკური სურათი შეიძლება კვალიფიცირებული იყოს, როგორც ფსევდონევრასთენიული სინდრომი.

ჩვეულებრივად, პოსტენცეფალიტური ცერებრასთენია წარმოადგენს გარდამავალ საფეხურს შწვავე, სტადიუმის და პარკინსონიზმის შორის. უკანასკნელ დებულებას არა აქვს აბსოლუტურად ზუსტი ფორმულის ხასიათი; ცნობილია აგრეთვე გამონაკლისებიც. აწერილია შემთხვევები, როდესაც პოსტენცეფალიტურ ცერებრასთენიას არ მოსდევს პარკინსონიზმი; პროგრესიული პროცესი თითქმის აბორტულად სწყდება და ავადმყოფობა დებულობს შედარებით კეთილთვისებიან ხასიათს.

ავადმყოფები იქცევიან შეგნებულად, ორიენტაციის უნარი შენახული აქვთ. ამასთან ერთად მათ ემჩნევათ ადვილი მოქანცულობა, გრძნობათა ლაბილობა, გაუბედაობა, ყოყმანი, ზოგჯერ აკვიატებული აზრებიც.

საკმაოდ ხშირად ავადმყოფთა ნევროტიული მდგომარეობა წაღიბდება ნევრასთენულ-ჰიპოქონდრიული ან ნევრასთენულ-ფსიქასთენიური სინდრომების მსგავსად.

ამ პერიოდში შესაძლოა შევჩვედეთ კატაპლექსიურ და ეპილეპსიფორმულ გულყრითი შეტევებს (თავბრუ კუნთოვანი სისტემის საერთო მოღუნებით, ან ცნობიერების დაბინდვა შიშით და მოტორული აგზნებით).

ფსიქიკური აშლილობანი პარკინსონიზმის დროს პირობადებულია დაავადების ნეიროდინამიკული სპეციფიკურობით. ჩვეულებრივად რეცეპტორთა მოქმედება ნორმალურადაა წარმოდგენილი, გონებრივი ფუნქციები და ცოდნათა მარაგი შენახულია; შედარებით დაცულია აგრეთვე თავისი ავადმყოფობის და პირადი მდგომარეობის კრიტიკული შეფასების უნარი.

პარკინსონიზმის ფსიქოპათოლოგიის ძირითადი ღერძი განისაზღვრება აკინეზურ-ჰიპერტონიული მოვლენებით და წარმოდგენილია ზოგადი ფსიქიკური (თუ ფსიქონერვული) ადინამიით; ამასთან ერთად ბრადიკინეზიის პარალელურად წარმოდგენილია ფსიქიკურ ფუნქციათა შენელება—„შემუხრუჭება“ ე. ი. ბრადიფრენია.

ზოგადი ფსიქიკური ადინამია, პირველ რიგში ეხება პიროვნების აქტიურ ფუნქციებს: ავადმყოფები ხდებიან უნიციტატეო და აპათიური, ადვილად იღლებიან, უჩლუნგდებთ ყურადღება და ვეარგებათ შრომის უნარი.

ბრადიფრენიის და ფსიქიკური ადინამიის გარდა უნდა აღინიშნოს „გრძნობათა შემუხრუჭება“, ემოციური ლაბილობის წაშლა და აფექტიური სფეროს ერთგვარი გახევება.

პარკინსონიზმისათვის დამახასიათებელ, ზემოხსენებულ, ემოციური რიგის ძვრებს ჩვენ აღვნიშნავთ, როგორც ბრადიტიმიას; ჰალუცინაციებს, ბოდვებს ან ჰეუსუსტობას ადგილი არა აქვს პარკინსონიზმის შემთხვევაში; შესაძლოა, შეეხვდეთ მხოლოდ და მხოლოდ ჰიპნოგოგიური ბუნების რეცეფციის აშლას.

აქვე უნდა ითქვას, რომ ზოგჯერ ჰიპნოგოგიური ჰალუცინოზი ისე მკვეთრადაა წარმოდგენილი, რომ დღასით (ძილის გარეშე) ჰალუცინაციურ განცდებს ავადმყოფები აფერადებენ ბოდვითა პროდუქციებით (ე. წ. ჰალუცინაციურ-ბოდვითი ფორმა).

წამოწყებითი ხალისის, ინიციატივის და მიზნობრივი სურვილების მკვეთრი შესუსტების (ზოგჯერ მოსპობის) გამო ავადმყოფთ არ ძალუძთ თავისით რაიმე მუშაობის შესრულება.

ავადმყოფები ადვილად ექცევიან გარეშე პირთა ზეგავლენის ქვეშ.

საერთო ადინამიასთან ერთად პარკინსონიზმის დროს ადგილი აქვს იმპულსური და შეტევითი ხასიათის მქონე გამოვლინებებს, როგორც მაგალითად: შებოჭვა შეიძლება უცებ მოიხსნას და რამოდენიმე წუთით ავადმყოფმა აწარმოოს თავისუფალი მოძრაობა.

ბები, ან შეფერხებული და ნელი მეტყველება შეიცვალოს თავი-  
სუფალი და სწრაფი მეტყველებით და სხვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პარკინსონიზმის დროებით შერბილებას  
თუ „მოხსნას“ მოსდევს ავადმყოფური მდგომარეობის გაუარე-  
სება: საერთო აღინამია უფრო მწვაედება, ფსიქო-ფიზიკური შე-  
ბოძვა მატულობს; ამასთან ერთად თავს იჩენს ზოგადი სისუსტე  
და დამტვრეულობა.

ფსიქოსენსორული ფორმა გვხვდება ქრონიკული  
ენტეფალიტის მოგვიანებულ სტადიუმში, როდესაც პარკინსონიზ-  
მის სინდრომი სუსტადაა განვითარებული. ამ დროს ბოდეები ან  
ჰუასუსტობის ნიშნები არ არსებობს.

სხეულის სქემის აშლასთან ე. ი. ფსიქოსენსორულ პათოლო-  
გიასთან ერთად ადგილი აქვს მრავალ პარესთეზიებს; ავადმყოფები  
უჩივიან სრულრად უცნაურ შეგრძნებებს სხეულის სხედასხვა ნა-  
წილებში.

ფსიქოსენსორული აშლა ეხება, როგორც პიროვნების სარე-  
ცეფციო მასალებს, ისე გარემო სივრცეს და ირგვლივ მყოფ საგან-  
თა რაოდენობას (რიცხვს) და ოდენობას (სიდიდეს).

ავადმყოფებს საკუთარი ლაპარაკი ესმით ან ძლიერ ხმამაღლა  
ან ძლიერ ყრულდ; ვერ ერკვევიან ირგვლივ მდებარე საგანთა რიც-  
ხვში, სიდიდეში; ვერ ერკვევიან მანძილში, ეცვლებათ დროის  
სწორი აღქმის შესაძლებლობა და სხვა.

ფსიქო-სენსორული აშლილობანი ზოგჯერ იღებს დერეალი-  
ზაციის და დეპერსონალიზაციის სინდრომის სახეს. როგორც წესი  
მას აქვს პაროქსიზმების (შეტევით) ხასიათი და გვხვდება უფრო-  
ძილის წინ (ჰიპნოგოგიური ბუნების ფსიქოსენსორული აშლა).

დამოუკიდებელი ყურადღების ღირსია ბ ა ვ შ ვ თ ა უ პ ი დ ე-  
მ ი რ ი ე ნ ც ე ფ ა ლ ი ტ ი ს კლინიკა.

ბავშვთა ასაკში ეპიდემიური ენტეფალიტის ფსიქოპათოლო-  
გია პირველ რიგში წარმოდგენილია პიროვნების ქარაქტეროლო-  
გიური ძვრებით; ამ დროს თითქმის სრულად არ არსებობს პარ-  
კინსონიზმის მოვლენები, ძილის ფაზის გაუყუღმართება ან მო-  
ტორული და ვეგეტაციური აშლილობანი.

ბავშვთა და მოზრდილთა პოსტენტეფალიტურ პერებს მოს-  
დევს პიროვნების ფსიქოპათოზაცია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ  
პიროვნების ძირითადი ხაზები შეიძლება შეიცვალოს ორი მიმარ-  
თულებით, სახელდობრ, ჰიპერდინამიკური, ან დისტიმული გზით.

ჰიპერდინამიკური ფორმის დროს ავადმყოფები აღინაშინის ნაცვლად იჩენენ გადაჭარბებულ ინიციატივას, ზედმეტ მოძრაობებს, აგრესიას, მიზილულებათა გამრავლებას და ჩამციებლობას. დისთიმური ფორმის შემთხვევაში ადგილი აქვს თვითგრძნობის დაწევის და გუნებგახწყობის ტონის ხშირ და მკვეთრ ცვალებადობას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბავშვთა ასაკში ეპიდემიური ენცეფალიტის შედეგად განვითარებული პათომორფოლოგიური ძვრები ასწორივი მიმართულებით აღწევს შორეულ უბნებს, სახელდობრ: უანლოეს ქერქვეშა კვანძებს (სტრიოთალამურ სისტემას) და თვით ქერქულ აპარატს. უკანასკნელი გარემოება იძლევა ბავშვთა ფსიქიკური აპარატის განვითარების და წინსვლის შეჩერებას, რამაც შეიძლება სხვადასხვა შემთხვევებში მოგვცეს ფსიქიკური უკმარისობის და განუვითარებლობის სხვადასხვა ხარისხი.

აქვე მოკლედ შეგჩერდებით ეპიდემიური ენცეფალიტის ქურნალობაზე.

თერაპიულ ღონისძიებათა ხმარებისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ის გარემოება, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიუმი ძირითადად დაკავშირებულია ანთებად და ტოქსინურ პროცესებთან, ხოლო ქრონიკული სტადიუმი—დეგენერაციულ პროცესებთან და ნაწიბურების განვითარებასთან.

დეზინტოქსიკაციის მიზნით ნიმართავენ შემდეგ საშუალებებს: Sol. 40 % Urotropini 20,0 s. ყოველდღიური ინექცია ვენაში, დაწყებული ორი კუბიკური სანტიმეტრიდან ყოველდღიურად თითო კუბიკური სანტიმეტრის მიმატებით; თითო საინექციო დოზა შეიძლება გადიდდეს 10—15 კუბიკურ სანტიმეტრამდე. ხმარობენ კოლარგოლსაც ვენაში—Sol. Collargoli—2%—20,0 s ინექცია ვენაში ხუთ-ხუთი კუბიკური სანტიმეტრი ყოველდღე.

სასურველადაა მიჩნეული იოდის ხმარება ვენაში: Sol. 10 % Natrii iodati—50,0 s. 10—15 კუბ. სანტ. ვენაში დღეგამოშვებით. არსებობს შეხედულება თითქოს იოდი სპეციფიკურად მოქმედებდეს ენცეფალიტის ვირუსზე.

მიმართავენ აქტიურ და პასიურ იმუნისააციას, პიროგენულ თერაპიას (სულფოზინი კანქვეშ ან მალარიოთერაპია) და აგრეთვე უანგბადის შეყვანას კანქვეშ (ოქსიგენოთერაპია).

ქრონიკული სტადიუმის დროს პირველ რიგში ნაჩვენებია ე. წ. ალკალიდოთერაპია, სახელდობრ: Scopolamini hydrobromici—0,01, Aq. dest.—10,0; s. კანქვეშ დღე გამოშვებით ხუთ-ხუთი კუბ. სანტიმეტრი. უფრო ადვილი სახმარია წვეთები: Scopolamini hydrobromici—0,01. Atropini sulfurici—0,02, Aq. laurocerasi—10,0; s. დღეში სამჯერ ხუთ-ხუთი წვეთი.



ზემოხსენებულ ღონისძიებათა გარდა სასურველია ხმარებულ—იყოს თბილი აბაზანები, დარსონვალი და აგრეთვე იონტოვორეზი ქლორიან კალციუმით ან გოგირდმჟავა მაგნიუმით.

## ნ. სეზონური ვირუსული ენცეფალიტები.

ბოლო დროს, განსაკუთრებით საბჭოთა კავშირის მეცნიერთა ჰეონებით, აწერილია ვირუსული ბუნების მქონე ე. წ. სეზონურ ენცეფალიტთა სხვადასხვა ფორმები. ამ მხრივ მრავლდება და ჰიდრდება კლინიკური მასალები; იზრდება და ფართოვდება ნევროპათოლოგ-ფსიქიატრთა ინტერესი სეზონურ ენცეფალიტის მიმართ.

საკითხის სიახლის მიუხედავად, ამჟამად შეიძლება გადაჭრითათქვას, რომ სეზონური ვირუსული ენცეფალიტები შეადგენს ენცეფალიტთა კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის ერთ-ერთ საინტერესო და მნიშვნელოვან თავს.

ირკვევა, რომ სეზონურ ენცეფალიტთა გეოგრაფიული გავრცელება საკმაოდ ფართოა. იგი გვხვდება არა მარტო შორეულ აღმოსავლეთში და ციმბირის სხვადასხვა რაიონებში, არამედ საბჭოთა კავშირის ევროპულ ნაწილშიც. აქედან ცხადი და გასაგებია ხსენებული დაავადების მნიშვნელობა სამხარეო პათოლოგიის თვალსაზრისით.

აწერილია სეზონური ვირუსული ენცეფალიტების ორი ძირითადი კლინიკური ფორმა, სახელდობრ, გაზაფხულ-ზაფხულის და ზაფხულ-შემოდგომის ფორმები.

ყველაზე გავრცელებულია გაზაფხულ-ზაფხულის ფორმა, რომლის გადატანა თუ გავრცელება ხდება ტიპების საშუალებით.

როგორც სხვა დაავადებათა შემთხვევაში, ისე სეზონური ენცეფალიტების დროს პათოლოგიური ცვლილებების გავრცელება და ლოკალიზაცია განსაზღვრავს ავადმყოფობის კლინიკურ სურათს: მწვავე პერიოდში აღვილი აქვს ზოგადი ხასიათის ცერებრულ მოვლენებს; ავადმყოფობის ჩამოყალიბებისას ეხვდებით ლოკალურ გამოვლინებათა ამოქმედებას.

გაზაფხულის ფორმა პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს იძლევა ზურგის ტვინის კისრის ნაწილში და თავის ტვინის ღეროს უბნებში.

ზაფხულის და ზაფხულ-შემოდგომის ფორმები ან იაპონური ტიპის ვირუსული ენცეფალიტები იძლევა უფრო ასწრაფი ხასიათის ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს და აზიანებს დიდი ტვინის შორეულ, ორალურ უბნებს.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ ენცეფალიტთა მეორე ფორმების დროს უფრო მკვეთრად იქნება მოცემული ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი, ხოლო დაავადების ჩათავებისას თავს იჩენს პოსტენცეფალიტური მოვლენები, სახელობრ: პარალიზები და ზოგჯერ კეუასუსტობაც.

ზაფხულის ფორმის ქრონიკული სტადიუმისათვის დამახასიათებელია პალუცინაციურ-პარანოიდული და ფსიქოსენსორული გამოვლინებანი.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მწვავე სტადიუმისას (მაღალი ტემპერატურა) ვხვდებით ცნობიერების ღრმა აშლას (დელირიუმი, ამენცია), ფსიქომოტორულ აგზნებას და მენინგიალურ სიმპტომებს.

სეზონური ვირუსული ენცეფალიტების შემთხვევებში ფსიქოზურ გამოვლინებათა სურათი და ხასიათი განისაზღვრება ვირუსის ხასიათით, ავადმყოფობის ხანგრძლივობით (ხანდაზმულობით), პროცესის ცერებრული ლოკალიზაციის თავისებურებით. და ავადმყოფის ფსიქოსომატიური ინდივიდუალობით.

## 8. ინფექციური ქორეის კლინიკა

ინფექციური ქორეა ყველაზე ხშირად გვხვდება ბავშვთა და მოზარდილთა შორის.

ავადმყოფობის კლინიკისათვის დამახასიათებელია თავისებური კრუნჩხვები (რომელიც ძლიერდება აღელვებისას) და ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებანი: ყურადღების შესუსტება, ცუდი ძილი, იოლი მოქანცულობა, ხოლო ზოგჯერ პალუცინაციები აგზნებით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თუმცა ქორეა ინფექციური დაავადებაა, იგი ან სრულიად არ იძლევა სიცხეს, ან იძლევა მეტად მცირე სუბფებრილს.

სიმშვიდისას ქორეული მოძრაობები მცირდება, ხოლო ძილის დროს თითქმის სრულიად ქრება.

ბავშვთა შორის ქორეის ფსიქოპათოლოგია ამოიწურება მოტორული აგზნებით, ემოციურა ჰიპერესთეზიით, ჭირვეულობით, გაფანტულობით, ყურადღების მოღუნებით და მეჩსიერების სისუსტით; პირიქით, მოზარდილები ხშირად იძლევიან ფსიქოზურ გამოვლინებებს. უკანასკნელის დროს შეიძლება შევხვდეთ დეპრესიულ, ბოდვით, პალუცინაციურ, ბოდვით-პალუცინაციურ ან მანიაკალურ მდგომარეობებს; ცნობიერების პათოლოგიას ვხვდებით ძლიერ იშვიათად.

ჩვეულებრივად ავადმყოფობა თავდება ორი-სამი თვის განმავლობაში.

მძიმე შემთხვევებში ქორეულმა მოძრაობებმა და მოუსვენრობამ შეიძლება მიიღოს ისე გააფენილი ხასიათი, რომ ავადმყოფი კვარგვას სიარულის უნარს, არტიკულაცია უძნელდება, ეშლება ყლაპვის და სუნთქვის ფუნქციები. უკანასკნელ მდგომარეობებში ქორეა იღებს ავთვისებიან ხასიათს, რის გამოც საკითხი დაავადების პროგნოზის შესახებ მეტად მძიმე და საეჭვო ხდება.

კლინიკურ სურათს საფუძვლად აქვს სრულიად გარკვეული, ლოკალური ბუნების მქონე პათომორფოლოგიური ცვლილებები, პირველ რიგში ქერქვეშა კვანძებში და დიდი ტვინის თეთრ ნივთიერებაში.

ავადმყოფობას სჩვევია რეციდივები. მკურნალობის მიზნით სასურველია მივმართოთ პოლივალენტურ ვაქცინას (ათი შეშხაპუნება 0,1—0,8 რაოდენობით); ხმარობენ ვენაში 40%-იან უროტროპინს (ათი ინექცია თითო შეშხაპუნებაზე ერთ-ორი კუბ. სანტიმ.). ნაჩვენებია დარიშხანის და სალიცილის პრეპარატები.

მკურნალობისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფისათვის პირველ რიგში საჭიროა დასვენება და ჭეროვანი რეჟიმის შექმნა; აუცილებელია სრულიად წყნარი და მყუდრო პირობები.

## 7. ცნობები მრავლობითი ანუ გაფანტული სკლეროზის შესახებ

დაავადების ინფექციური ბუნება აღიარებულია სულ ბოლოდროს, ინფექციის გავრცელების და პათოგენზის საკითხები ჯერ სრულიად ღიაა და ჭეროვან გადაწყვეტას ელის.

მამაკაცები ავადდებიან დედაკაცებზე ხშირად; ჩვეულებრივად გვხვდება 20—40 წლებში.

ავადმყოფობა, როგორც წესი, იწყება ნელა, თანდათანობით, მაგრამ შეიძლება დაიწყოს აგრეთვე მწვავედ.

მიმდინარეობის მხრივ აღსანიშნავია ხშირი რემისიები: მდგომარეობა ხან რბილდება, ხან მძიმდება და მწვავედება. ავადმყოფები იღუპებიან 8—12 წლის შემდგომ.

კლინიკური სურათი განისაზღვრება სკლეროზულ ფოლაქთასიმრავლით, გავრცელებით და ადგილ-მდებარეობით.

სკლეროზული ფოლაქები წარმოადგენს ანთებითი ბუნების მქონე მიკროსკოპულ კერებს, რომლებიც გაფანტულია თეთრ ნივთიერებაში. აქ იღუპება (ისპობა) მიელინი და შიშვლდება ლერძოცილინდრული მორჩები (აქსონები); ხსენებულ ადგილას ვითარდება გლიური ნაწიბურები; ამნაირად წარმოიშობა სკლეროზული ფოლაქები, ანუ სკლეროზული მიკროსკოპული კერები.

როდესაც ფოლაქები გაფანტულია მხოლოდ ზურგის ტვინის სეგმენტებში, გაფანტულ სკლეროზს აქვს უფრო ნევროლოგიური დაავადების ხასიათი. ფოლაქების ლოკალიზაცია მდგრად ტვინში მეტად სახიფათოა სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის ნორმალური მოქმედებისათვის. ხოლო თუ ფოლაქების ლოკალიზაცია მოხდა დიდი ტვინის ზედა ანუ ორალურ უბნებში (ქერქში თუ უახლოეს ქერქ-ქვეშა კვანძებში) ნევროლოგიურ სინდრომს თან დაერთვის ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებები, პირველ რიგში პიროვნულ-ქარაქტეროლოგიური და ემოციურ-აფექტური ძვრები. შესაძლოა ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების (ყურადღება, მეხსიერება და სხვა) დაზიანებაც.

ფოლაქთა ქერქული და სუბქერქული ლოკალიზაციის შემთხვევაში მკვეთრად სჩანს ინტელექტურ ფუნქციათა შესუსტება-დაძაბუნება. ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევები მიგვითითებს, რომ პირველ რიგში დაზიანებულია ფსიქიკური ტონუსი და უმაღლესი გონებრივი ფუნქციები; მეხსიერება ან ცოდნის მარაგი ფორმალურად შეიძლება შერჩენილი იყოს.

აღსანიშნავია, რომ განფენილი სკლეროზის დროს (თუნდ ქერქ-ქვეშა ლოკალიზაციის შემთხვევაში) პიროვნების ქარაქტეროლოგიური ძვრები არ მოგვაგონებს ე. წ. ფსიქოპათიზაციის მდგომარეობებს; ავადმყოფები არ არიან აგრესიულნი, არ იჩენენ მორალურ უკმარობას, ან ემოციურ აფეთქებებს—აფექტურ განტვირთვებს.

ავადმყოფებს ემჩნევათ ერთგვარი გაბავშვება, იძლევიან ფსიქიკური ინფანტილიზმის სურათს, ხოლო ეს გარემოება ქმნის ზოგად ფონს ავადმყოფთა ისტერიული რეაქციებისათვის. ზოგჯერ კიდევ ავადმყოფობის დასაწყისში. აღინიშნება ერთგვარი „მიჩვევა“ ისტერიული გულყრებისადმი.

აგრეთვე შეიძლება შევხვდეთ მანიაკალურ-დეპრესიულ ან ბოლღითი მდგომარეობებს ცნობიერების ნათელ ფონზე.

მიუხედავად მძიმე ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობისა, ავადმყოფები ზოგჯერ გვიდგენენ ეიდოლიის სურათს (მხიარულნი და კმაყოფილნი არიან; ავადმყოფობა არ აწუხებთ; მომავალზე არ ფიქრობენ).

ნევროლოგიური სტატუსის მხრივ საჭიროა გავიხსენოთ, რომ განფენილი სკლეროზის დროს შესაძლოა გამოხატული იყოს სპანტიკურ-პარეზული სიარული, ინტენციუჯი კანკალი, მყესის რეფლექსთა აწევა, ტერფის კლონუსი, ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს ნიშანი, ატაქ-

სია, ადიოდოხოკინეზი, შეცვლილი (დამარცვლული) მეტყველება,  
ნისტაგმი და სხვა.

რაც შეეხება მკურნალობას, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ  
ამ ბოლო დროს გამამხნეველ შედეგებს აწერენ მალარიოთერაპი-  
კიას (მალარიის ხელოვნური აცრა).

## თავი მეცხრამეტი

# ფსიქიკური აზლილობანი ნევროლუესის შედგად

(ტენის ათაშანგი)

### 1. სპირტო ხსნითი ცნობები

ამჟამად საკმაოდ ცნობილია ათაშანგის ეტიოლოგიის (მკრთა-  
ლდ სპირტეტა) და პროფილაქტიკის საკითხები. ათაშანგის ნა-  
დაგზე განვითარებული აზლილობანი შეადგენს თეორიული და  
კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან, საინ-  
ტერესო და საბასუხისმგებლო თავს.

ლუესური ფსიქონერვული დაავადებები ეკუთვნის ქრონი-  
კულ ინფექციურ ავადმყოფობათა რიგს და ცნობილია—ნევრო-  
ლუესის სახელწოდებით.

ტერმინი ნევროლუესი წარმოადგენს მეტად ფართო კლინიკურ  
ცნებას, აქ შედის მრავალი სხვადასხვა ფორმა.

ნევროლუესის განვითარებას ხელს უწყობს მთელი რიგი ფაქ-  
ტორები, როგორც მაგალითად: ალკოპოლიზმი, გონებრივი გადა-  
ლაღვა, ფიზიკური გაცევა და სხვა.

ნევროლუესის კლინიკამ არა მარტო გაამდიდრა ჩვენი წარ-  
მოდგენები ორგანული ფსიქოპათოლოგიის და ფსიქოზთა პათოლო-  
ლოგიის შესახებ, არამედ აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით  
მკურნალობის ცდა, რომელიც პირველად შემოტანილი იყო ფსი-  
ქიატრიულ მეცნიერებაში, ეხება ლუესური დაავადების მკურნა-  
ლობას; მხედველობაში მაქვს პროგრესული პარალიზის მალარიო-  
თერაპია.

უფრო მეტი, ლუესურ ფსიქოზთა მასალაზე პირველად ფარ-  
თოდ იქნა დამუშავებული ფსიქოზთა პათოლოგიური ანატომიის  
საკითხები და შესაძლო გახდა, ასევე პირველად, ფსიქიატრიაში შე-  
მოტანილი ყოფილიყო ნოზოლოგიზმის ცნება.

შიზოფრენიის ანუ ნაადრევი კუჟასუსტობის გამოყოფამდე უკვე ბევრად ადრე იყო ცნობილი პროგრესული პარალიზის პათანატომია; ცნობილი იყო, რომ იგი წარმოადგენს დამოუკიდებელ კლინიკურ ერთეულს.

როგორც ვხედავთ, ნევროლუესის პრობლემების დამუშავებამ ბევრად წინ წასწია ფსიქიატრიის თეორიის და პრაქტიკის საკითხები.

ლუესის ნიადაგზე ვითარდება მრავალი, სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინებების მქონე ფორმა.

კლინიკური მრავალფეროვანობის და სიჭრელის მიუხედავად, ნევროლუესური ყველა ფორმა შეიძლება შემოახაზოს ორ ჯგუფად, რომლებსაც საფუძვლად აქვს ცერებრული ორგანიკის სპეციფიკური თავისებურება.

წამოჭრილ საკითხში, რომ გავერკვიოთ, საჭიროდ მიგვაჩნია მოკლედ შევჩერდეთ მკრთალი სპიროქეტის ვირულენტობის თავისებურებაზე, ანუ ლუესური პათობიოლოგიის თავისებურებაზე. ფაქტიური მასალების მიხედვით ჩვენ ვრწმუნდებით, რომ არსებობს დერმოტროპული და ნევროტროპული (ლუესური ინფექცია). ერთ შემთხვევაში მკრთალი სპიროქეტი მიღრევილებას იჩენს კანისადმი, ხოლო მეორე შემთხვევაში, პათოლოგიურ ძვრებს იძლევა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. ის გარემოება, რომ კანის ფორმების დროს ხშირად არ გვხვდება ნერვული ფორმები და მეორეს მხრივ, ის გარემოება, რომ ვხვდებით ე. წ. ნევროლუესის ოჯახურ შემთხვევებს (მაგალითად: პროგრესული პარალიზით ავადდება, როგორც ქმარი, ისე ცოლი) მიგვიბთითებს ლუესის დერმოტროპულ და ნევროტროპულ ფორმათა დამოუკიდებლობაზე. თავის მხრივ ლუესის ნევროტროპული შემთხვევები იძლევა ორგვარ გამოვლინებას: მკრთალი სპიროქეტი ქარბად აზიანებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას ან ეკტოდერმულ, ან მეზოდერმულ ელემენტებს.

ეკტოდერმული ლუესის დროს წამყვანი პათოლოგიური ძვრები ეხება ტვინის ეკტოდერმულ ე. ი. პარენქიმულ ელემენტებს (უშუალოდ ფუნქციურ უჯრედებს და მათ მორჩებს); ხოლო მეზოდერმული ლუესის დროს დაზიანებულია არა ფუნქციური ნერვული ელემენტები, არამედ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არსებული მეზოდერმული ელემენტები, პირველ რიგში სისხლძარღვთა სისტემა.

ცერებრული ორგანიკა შეიძლება მიიმართებოდეს ეკტოდერმული, ან მეზოდერმული პათოლოგიის გზით.

პათოლოგიურ ძვრათა ორგეარი არსი იძლევა კლინიკურ გა-  
შოვლინებათა ორგეარ ჯგუფს.

მეზოდერმულ ლუესს მოსდევს ტვინის ათაშანგის,  
ხოლო ეკტოდერმულ ლუესს—პროგრესული პარალიზის  
კლინიკური ფორმები.

უნდა აღინიშნოს, რომ პროგრესულ პარალიზთან შედარებით  
ტვინის ათაშანგი მოითხოვს უფრო ხანმოკლე საინკუბაციო პე-  
რიოდს და ვითარდება უფრო ნადრევე ასაკში (25—35 წლებში).  
აწერილია აგრეთვე ზოგიერთი შემთხვევა, როდესაც ტვინის ლუე-  
სი განვითარებულა მოხუცებულობის ასაკში (60—70 წლებში),  
მეტად ხანდაზმული ინკუბაციური პერიოდის შემდგომ.

ცერებრული ლუესის კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფე-  
როვანობა, სიჭრელე და ცვალებადობა დამოკიდებულია ლუესური  
ინფექციის სიმძიმე-სიმწვავეზე, მის ლოკალიზაციაზე, პათოლო-  
გიური ძვრების სპეციფიკაზე (ანთებადი პროცესები, გუმები, ძარ-  
ღვთა სიფილისური ძვრები), ლუესის განფენილობაზე (დაზიანე-  
ბულია მატრო თავის ტვინი თუ ორგანიზმი მთლიანად) და ბიოსის  
პრემორბიდის ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებაზე.

დაავადების კერის ადგილმდებარეობის მიხედვით შეიძლება  
მივიღოთ პარალიზები, ჰიპერკინეზები, აპრაქსიული და აგნოზი-  
ური აშლილობანი.

ყველაზე მდიდარ ნევროლოგიურ სიმპტომატიკას იძლევა ტვი-  
ნის ლეროს და ფუძის დაზიანებანი.

თუ ლუესურ ინფექციას აქვს მწვავე ხასიათი და განფენი-  
ლადაა მოდებული ტვინზე, ასეთ შემთხვევაში ფსიქიკური აშლი-  
ლობა შესაძლოა გავდეს ეკზოგენური ტიპის ფსიქოზებს.

ტვინის ათაშანგის კლინიკის ძირითად მომენტს შეადგენს ის,  
რომ დაავადება ტლანქი ორგანული ბუნებისაა; ამიტომ საბოლოოდ  
აგი იძლევა ორგანული ტიპის ჰჰუსუსტობას—ლუესურ დემენ-  
ციას.

## 2. ლუესური ფსიქოზების პათომორფოლოგიის საკითხები

ტვინის ათაშანგის პათომორფოლოგიის შესწავლისას საჭი-  
როდ ვთვლით გარჩეული იქნეს შემდეგი სამი ფორმა: ლუესური  
მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი, გუმოზური მენინგიტი და მე-  
მენინგოენცეფალიტი და, ბოლოს, ტვინის ძარღვთა სიფილისი.

ლუესური მენინგიტი და მენინგოენცეფა-  
ლიტი. ხსენებული ფორმა შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს გან-  
ფენილი ან შემოსაზღვრული სახის არასპეციფიკური პროცესით.



ჟველაზე ხშირად და ქარბად ეს პროცესი გამოხატულია ტვინის ლეროს და თვით დიდი ჰემისფეროების ფუძეებზე. ანთებადი მოვლენები შესაძლოა აგრეთვე შეგვეხედეს დიდი ჰემისფეროების და ნათხემის კონვექსურ უბნებში. როდესაც ლუესური მენინგიტი ეფსანება ქვემდებარე ტვინოვან ნივთიერებას, იგი იღებს მენინგო-ენცეფალიტის ხასიათს. უქანასკნელი მოგვაგონებს ჩვეულებრივ ანთებად პროცესს და არა აქვს რაიმე სპეციფიკური თავისებურება.

მენინგიტმა ისევე, როგორც მენინგო-ენცეფალიტმა, შესაძლოა მიიღოს მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა.

მწვავე და ქვემწვავე ფორმები კლინიკურად მოგვაგონებს ტვინის გარსთა დაავადებას მაღალი ტემპერატურით. ჰისტოპათოლოგიურად ამ დროს გვაქვს რბილ გარსთა წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია (ქარბობს ლიმფოციტები; პლაზმური უჯრედები ჩვეულებრივ არ გვხვდება).

მენინგოენცეფალიტური კერები ხშირად არსებობს ტვინის ნივთიერების სისხლძარღვთა მეზობლად.

თანახმად ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ე ის ა, მენინგოენცეფალიტის ქრონიკულ ფორმას მოსდევს ლუესური ქ ქ უ ა ს უ ს ტ ო ბ ა.

ქრონიკული მიმდინარეობის მქონე შემთხვევებში რბილი გარსი ტლანქად სქელდება შუბლის წილში.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მწვავე და ქრონიკული ანთებადი პროცესი მოკლებულია სპეციფიკურ თავისებურებას. მისი ეტიოლოგიური ბუნების დადგენა შესაძლოა მხოლოდ და მხოლოდ კლინიკური და სეროლოგიური მასალების მიხედვით; მეტად საინტერესოა, რომ მენინგოენცეფალიტების დროს ცალკეული ავტორების მიერ ნახულია სპიროქეტები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე სიცხოვანი ლუესური მენინგიტი ეპიდემიურ მენინგიტისაგან განსხვავდება ლიქორის თავისებური შემადგენლობით; მხედველობაში გვაქვს ლუესური მენინგიტის დროს ლიმფოციტების და დადებითი სერორეაქციების არსებობა.

გ უ მ ო ზ უ რ ი მ ე ნ ი ნ გ ი ტ ი და მ ე ნ ი ნ გ ო ე ნ ც ე ფ ა ლ ი ტ ი. ხსენებულ ფორმებში ადგილი აქვს არა მარტო ანთებად პროცესს, არამედ სპეციფიკური გრანულაციური ქსოვილის განვითარებას.

გუმების სალოკალიზაციო ადგილს წარმოადგენს მაგარი და რბილი გარსი (ტვინის ფუძეზე და კონვექსურ უბნებში), სილ-ვ ი ის ნაპრალი, ცენტრალური ხვეული და აგრეთვე პარაკუქთა მისხლძარღვოვანი წნული.

ჰემისფეროებში გუმები ყველაზე ხშირად გვხვდება შუბლის და კეფის წილებში.

გუმების წარმოშობა-განვითარებაში მთავარი როლი ეკუთვნის მეზოდერმული აპარატის რეაქციას (ამოქმედებას); აქ ეკტოდერმული ელემენტები ან სრულიად არაა წარმოდგენილი, ან განსაკუთრებულად სუსტად იღებს წონაწილეობას.

გუმოზური გრანულაციური ქსოვილი წარმოიშობა ძარღვთა-შემაერთებელი ქსოვილიდან.

ძარღვის კედლის უჯრედოვანი ინფილტრაცია (ლიმფოციტებით და პლაზმური ელემენტებით), ერთის მხრივ, და ნამდვილი გრანულაციური ქსოვილის განვითარება, მეორეს მხრივ, წარმოადგენს ორ ძირითად პროცესს, რომლებიც პარალელურად მონაწილეობს გუმოზური კერების ჩამოყალიბებაში.

როგორც ვიცით, გუმოზური ნივთიერების კვება სრულიად მოკლებულია საჭირო და აუცილებელ ჰემოდინამიკურ პირობებს; ამიტომ საბოლოოდ გუმა განიცდის გადაგვარებას: მისი მეზოდერმული ელემენტები იშლება-ირღვევა.

ჩვენს დროში დიდ გუმოზურ კვანძებს უკვე აღარა ვხვდებით.

როდესაც გუმა მოთავსებულია ტვინის სუბსტანციაში, მსგავსად სიმსივნისა, იგი მეზობელ ქსოვილში რეაქციულ ცვლილებებს და მთელი არქიტექტონიკურ ძვრებს იწვევს.

როგორც წესი, გუმოზურ კვანძებში ვარჩევთ სამ ზონას, სახელდობრ: შიგნითა ანუ ბირთვოვან, შუა და გარეთა ზონებს. შიგნითა ზონა წარმოადგენს ნეკროზულ მასას, სადაც უჯრედები დაღუპულია და არ მოსჩანს ცალკეული ელემენტები. მეორე ზონა ვიწროა, შედგება თითისტარა და ოვალურ შემაერთებელ-ქსოვილოვან უჯრედებიდან; ჩვეულებრივად აქ ვხვდებით გიგანტურ უჯრედებსაც.

გარეთა ზონა მდიდარია ლიმფოციტებით, პლაზმატიური გიგანტური უჯრედებით და სისხლის ძარღვებით.

კვანძების გარდა, შესაძლოა გუმოზურმა პროცესმა მიიღოს დიფუზური ხასიათი—მხედველობაში გვაქვს გუმოზური მენინგიტები და მენინგოენცეფალიტები.

თანახმად ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს ა, დიფუზური გუმოზური მენინგიტი შერჩევითად გვხვდება მხედველობის ნერვების გადაჯვარედინების ადგილზე, ს ი ლ ვ ი ი ს ნ ა პ რ ა ლ შ ი, ტვინის ფეხთა-შუა, შუბლის და ცენტრალურ ზვეულებში და აგრეთვე ნათხემში.

გუმოზურ მენინგოენცეფალიტს მეორადად შეიძლება მოჰყვეს მეზობლად მდებარე პარენქიმული ელემენტების გადაგვარება და

ნეკროზიც. უკანსკელი გარემოება თავის მხრივ მოგვცემს უჯრედოვან ელემენტთა გამოფარდნის (ე. წ. „სიცარიელის“) კერებს.

ზოგჯერ პარენქიმულ ელემენტთა დეგენერაციულ ცვლილებებს აქვს სრულიად შერჩევითი ხასიათი, რომლის დროსაც ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემის გარკვეული ნაწილები; მხედველობაში გვაქვს თვალის მამოძრავებელი ნერვის ბირთვთა გადაგვარება, მხედველობის ნერვის შერჩევითი ატროფია და სხვა.

გუმოზური მენინგოენცეფალიტების დროს აწერილია ტვინის „გაჟიჟინების“ ანუ „გაჭირჩევის“ („набухание“) შემთხვევები, რომლებიც თავის მხრივ იძლევა განგლიურ და გლიურ უჯრედთა მძიმე დეგენერაციულ ცვლილებებს.

როგორც წესი, გუმებში მკრთალ სპიროქეტს ვერ პოულობენ; ისინი მოთავსებულია პერივასკულარულ ლიმფურ ძარღვებში და ადვენტიციაში.

ტვინის ძარღვთა სიფილისი. ცერებრულ ძარღვთა ლუესურ დაავადებას აქვს დიდი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი. ძარღვთა კედლის უშუალო დაავადება, ან ძარღვთა სანათურის დახურვა სათანადო უბნებში გვაძლევს კვების აშლას, ქსოვილის იშემიას; უკანსკელ გარემოებას შესაძლოა მოჰყვეს ქსოვილის არა მარტო გადაგვარება, არამედ ნეკროზიც.

ადილი წარმოსადგენია, რომ დაზიანებული ტვინის ნივთიერების მოედანი დამოკიდებული უნდა იყოს სისხლის ძარღვთა სისხლზე (სანათურის სიდიდეზე), ე. ი. სისხლის ძარღვის მიერ მკვებავი ზონის განფენილობაზე.

პათოლოგიური პორცესი მოდებულია არამარტო არტერიულ, არამედ ვენურ ძარღვებზედაც, პანფლებიტების და ენდოფლებიტების სახით.

ტვინის ძარღვთა ათაშანგის დროს სეროლოგიური რეაქციები ზშირად უარყოფითია (ნეგატივურია).

ძარღვთა დაავადების ლუესური ბუნების დასადგენად ყურადღება უნდა მიექცეს საერთო სომატიური ლუესის და სპეციფიკური მეზარტიტის არსებობას.

ცერებრულ ძარღვთა ლუესის შემთხვევებს ყოფენ შემდეგ ოთხ ფორმად: ენდარტერიტი თანდართული ინფილტრაციული ანუ გუმოზური მოვლენებით, ძარღვთა ქრონიკული ლუესური დაავადება, ლუესური არტერიოსკლეროზი და ტვინის სისხლის ძარღვთა ლუესური ენდარტერიტი.

## 3. თავის ჩვინის ლუესის ცალკეული კლინიკური ფორმებზე (ლუესური ფსიქოზები)

### ა. ლუესური ნევრასთენია

ნევროლუესის ყველაზე ნადრევე და შედარებით კეთილთვისებიან ფორმას წარმოადგენს ე. წ. ლუესური ნევრასთენია. ჩვეულებრივად იგი ვითარდება ინფექციის მეორად პერიოდში. კლინიკურად ამ დროს გაშლილია ნევრასთენული ანუ ცერებრასთენული სინდრომი: თავის ტკივილი, ცუდი თვითგრძნობა და გუნებაგანწყობა, ადვილი დაღლილობა, ემოციური ჰიპერესთეზია, უძილობა, ხოლო ზოგჯერ მეხსიერების სიმახვილის დაკარგვა, შიში და შემზარავი მომავალის ლოდანი.

წარსულში ლუესური ნევრასთენია განიხილებოდა, როგორც თავისებური ფუნქციურ-ფსიქოგენური მდგომარეობა; როგორც ფსიქოგენური სტრუქტურის მქონე ლუესო-ანუ სიფილიდოფობია.

არსებობდა შეხედულება თითქოს ინფიცირების შემდგომ მიღებული ლუესოფობია ყოფილიყო ნევროპათიულ პიროვნებათა ხვედრი.

ლუესის პათობიოლოგიის განვითარებასთან ერთად აღნიშნულმა შეხედულებამ სრულიად დაკარგა ნიადაგი და მიიღო დიამეტრულად მოწინააღმდეგე გაშუქება.

გამოირკვა, რომ ლუესურა ნევრასთენიის შემთხვევებში წამყვანი როლი უნდა მიეკუთვნოს არა ფსიქიკურ ტრავმას, არამედ ავით ლუესს, რომელიც ინფიცირების უკვე მეორე პერიოდში ცენტრალურ ნერვულ აპარატზე ტოქსინურ ზეგავლენას ახდენს; აქ კლინიკურ სინდრომს აქვს გარკვეული სპეციფიკური ბუნება და ამიტომ ტერმინი „ლუესური ნევრასთენია“ სრულიად მისაღები და გამართლებულია.

დაავადების ორგანულ ფონზე მიგვითითებს მიკრონევროლოგიური სიმპტომატიკის (მყესთა რეფლექსების შეცვლა, მოვლენებში თვალის გუგების მხრივ) და სპეციფიკური ციტო-სერორეაქციების არსებობა (გლობულინები და პლეოციტოზი). ავადმყოფობას აქვს შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა; ჭეროვანი სპეციფიკური მკურნალობა კარგ შედეგებს იძლევა.

გადაჭრით უნდა გვახსოვდეს, რომ სპეციფიკურ ციტო-სეროლოგიურ რეაქციათა ნადრევეი გამოჩენა მძიმე და არასასურველ პროგნოზის მომასწავებელია. ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს ნერვული აპარატის ნადრევე ორგანულ გაღიზიანებას, რასაც შე-

საძლოა ძლიერ ადვილად მოჰყვეს პროგრესული პარალიზის ან ტაბესის განვითარება.

### ბ. მენინგო-ენცეფალიტური ფსიქოზები

კლინიკური სურათი განისაზღვრება ცერებრული პათომორფოლოგიით: მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მენინგო-ენცეფალიტური პროცესის გავრცელება, ადგილმდებარეობა და მიმდინარეობის ხასიათი (სიმწვავე).

უკანასკნელ გამოკვლევებიდან ვრწმუნდებით, რომ თავის ტვინის გარსთა გაღიზიანებას (მენინგიზმის თუ მენინგიტის სახით) შესაძლოა შევხვდეთ ლუესის ან მარტო მეორე პერიოდში, არამედ სულ ადრე ე. ი. ინფიცირების შემდგომ პირველ ორ თვეში.

ხსენებულ შემთხვევებში ციტო-სეროლოგიური რეაქციები ჩვეულებრივად დადებითია.

ავადმყოფებს თავის ტვინთან, თავბრუსთან, გულისრევასთან და მაღალ ტემპერატურასთან ერთად, აღენიშნებათ გუნება-განწყობის დაწევა და ცნობიერების პათოლოგია. უკანასკნელს შეიძლება ჭონდეს გაოგნების ან გაბრუების ხასიათი, ხოლო ზოგჯერ შესაძლოა მან მიიღოს დელირიული ან დელირიულ-ამენციური მდგომარეობის ხასიათი.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც ზემოხსენებული კლინიკური ფორმები გართულებულია გულყრითი (კრუნჩხვითი) მოვლენებით.

როგრც ვხედავთ, მენინგო-ენცეფალიტურ ფორმათა კლინიკური გამოვლინებანი შესაძლოა მოექცეს ნევროპათოლოგიისათვის ჩვეულ ჩარჩოების გარეშე და მიიღოს ფსიქოზური ხასიათი.

მენინგო-ენცეფალიტის მწვავე შემთხვევებში ფსიქიკური ამოღობები მოგვაგონებს მწვავე ეპიზოდური ტიპის მდგომარეობებს, ხოლო ქრონიკულ შემთხვევებში ვხვდებით პიროვნების დაქვეითებას და კუასუსტობის მოვლენებს.

### გ. გუმების და ლუესური ფსევდოპარალიზის კლინიკა

თავის ტვინის ფუძე წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის იმ უბანს, სადაც ყველაზე ხშირად გვხვდება გუმები და გუმოზური მენინგო-ენცეფალიტები.

გუმების მიერ გამოწვეული ფსიქოპათოლოგიური ძვრები მოგვაგონებს თავის ტვინის სიმსიენთა კლინიკას.



თა ცვლილებები, სახის ნერვის პარეზი და სპეციფიკური ციტონე-როლოგიური ძვრები.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ დაავადების კლინიკა მდიდარია უფრო ფსიქიკური, ვიდრე ნევროლოგიური სიმპტომებით.

კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია გონებრივი ფუნქციების შესუსტება, დაქვეითება, რამაც შეიძლება ზოგჯერ მიიღოს მკვეთრი ჰკუასუსტობის გამოხატულება. შენიშნულია უსიამოვნო ხასიათის პალუცინაციები (ზშირად სმენისა და მხედველობისა) და აგრეთვე ასევე უსიამოვნო შინაარსის ბოდვითი პროდუქციები (დევნის ან ლაზოიანობის ბოდვები და სხვა).

შესაძლოა კლინიკურ სურათს დაერთოს კატატონიური გამოვლინებები (სტერეოტიპია, ნეგატივიზმი, იმპულსივობა და სხვ.): უკანასკნელ შემთხვევებში საჭირო ხდება შიზოფრენიის (საერთოდ შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებათა) დიფერენციალ-დიაგნოზური გამორიცხვა.

თავის ტვინის წვრილ ძარღვა ლუესი უფრო ხშირად გვხდება 30-40 წლების ასაკში. ავადმყოფობას ახასიათებს ქრონიკული მსვლელობა, რომლის დროსაც შესაძლოა მივიღოთ რემისიები, ან კლინიკური მდგომარეობის გამწვავება-გაუარესება.

გამამხნეველ შედეგებს იძლევა სპეციფიკური მკურნალობა; თუმცა არის შემთხვევები, როცა სამკურნალო ჩარევა მიზანს ვერ აღწევს და ავადმყოფობა გადადის ლუესური ჰკუასუსტობის საბოლოო მდგომარეობაში.

### ე. პალუცინაციურ-პარანოიდული ფორმა

ტვინის ათაშანგის დროს აწერილია პალუცინაციური და პარანოიდული სინდრომები, რომლებიც შესაძლოა გაერთიანდეს და გამოყოფილი იყოს, როგორც კლინიკურად დამოუკიდებელი პალუცინაციურ-პარანოიდული ფორმა.

ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით და მას ახასიათებს ნელი მიმდინარეობა.

კლინიკურ სურათში ძირითადად წარმოდგენილია აღქმის გაუკუღმართება (პალუცინაციები) და ბოდვები.

უფრო ხშირად ადგილი აქვს სმენის პალუცინაციას, რომელმაც თან ერთვის დევნის, ზეგავლენის და ზოგჯერ განდილების ბოდვითი პროდუქციები.

ავადმყოფობას ახასიათებს რემისიები; ჰქუასუსტობა ვითარდება მოგვიანებით; ამიტომ გარემოსადმი კრიტიკა და შრომის უნარიანობა დიდხანს არის დაცული.

კლინიკურ მიმდინარეობაში ეპიზოდურად აღინიშნება აგზნებები ცნობიერების აბნევით.

დამახასიათებელია ნევროლოგიური მიკროსიმპტომატიკა. სეროლოგიურ ძვრებს ყოველთვის ვერ ვხვდებით.

### 3. თავის ტვინის ლუესის გულყრითი ფორმები და ტახესური ფსიქოზები

თავის ტვინის ათაშანგის დროს ჩვენ ვხვდებით ძირითადად ორგვარ კრუნჩხვითი განტვირთვებს, სახელდობრ: აპოპლექსიფორმულ და ეპილეფსიფორმულ გულყრებს.

აღნიშულ ორივე სახის გულყრებს საფუძვლად აქვს სისხლძარღვთა ლუესური დაზიანება; ამიტომ ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლოა შევხვდეთ შერეული სახის მქონე გულყრითი განტვირთვებს.

აპოპლექსიფორმული გულყრა შედეგია ძარღვთა კედლის მთლიანობის დარღვევისა, ხოლო ეპილეფსიფორმულ განტვირთვათა მიზეზი უნდა დაუფკავშიროთ წვრილ ძარღვთა განფენილად მოდებულ ენდარტერიტს.

აპოპლექსიფორმული გულყრა შედეგია ძარღვთა კედლის დაზიანებისა, რასაც შესაძლოა მოყვეს ავადმყოფის დაღუპვა-ეპილეფსიფორმულ გულყრა-ა შემთხვევებში სპეციფიკური მკურნალობა ზოგჯერ გამამხნეებელ შედეგებს იძლევა.

ლოკალიზაციის მიხედვით აპოპლექსიის მოვლენები კლინიკურად იძლევა პარალიზებს, პარეზებს, აფაზიას, აპრაქსიას, აგნოზიას და სხვა; რაც შეეხება ავადმყოფთა ფსიქიკურ მხარეს აღსანიშნავია ორგანული ტიპის ჰქუასუსტობა (მეხსიერების დაქვეითება სუსტსულოვნებით).

ეპილეფსიფორმული შეტევების სურათი წააგავს გენუინური ეპილეფსიის გულყრებს; ხსენებულ შემთხვევებში ადგილი აქვს მკვეთრ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს, როგორც მაგალითად: გუნებ-განწყობის ცვალებადობას, ბინდისებრივ ცნობიერებას და ორგანული ტიპის საერთო დაქვეითებას (ამნეზიური ჰქუასუსტობა).

დიფერენციული დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, როგორც ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, ისე



ციტო-სეროლოგიური სინდრომი.

საჭიროდ მიგვაჩნია სულ მოკლედ შევჩერდეთ ე. წ. ტ ა ბ ე-ს უ რ ფ ს ი ქ ო ზ ე ბ ზ ე.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც პროგრესული პარალიზი და ტაბესი აქვს ერთსა და იმავე ავადმყოფს. უკანასკნელი ფორმები ცნობილია ტ ა ბ ო პ ა რ ა ლ ი ზ ი ს სახით და გულისხმობს, როგორც თავის ტვინის, ისე ზურგის ტვინის სისტემების დაზიანებას.

აღნიშნული გარემოება მიგვითითებს იმაზე, რომ ტაბესის უფრო ცალკეულ შემთხვევაში შესაძლოა მდგომარეობა გართულდეს ცერებრული (თავის ტვინის) პათოლოგიით.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ გართულების ე. ი. პროგრესული პარალიზის გარეშეც ტაბესის, ასე ვთქვათ, სრულიად „სუფთა“ შემთხვევებში არ შეიძლება გამოირიცხოს ფსიქოპათოლოგიური ძვრები.

ზურგის ტვინის სპეციფიკურ ტაბესურ ცვლილებებს შესაძლოა თან დაერთოს სიფილისური (მეზოდერმული) ბუნების მქონე გართულებანი თავის ტვინის სხვადასხვა უბნებში.

ტაბესური ფსიქოპათოლოგია ძირითადადში წარმოდგენილია შემდეგი სამი კლინიკური სინდრომით, სახელდობრ: მძიმე ნევრასთენიული, ეიფორიულ-ჰიპომანიაკალური და ჰალუცინაციურ ბოდვითი სინდრომებით.

უკანასკნელი ე. ი. ჰალუცინაციურ-ბოდვითი სინდრომი შესაძლოა თავის მხრივ გართულდეს ცნობიერების მწვავე აბნევითა და ხანმოკლე მკვეთრი აგზნებებით.

#### 4. თავის ტვინის ლუეხი ბავშვთა ასაკში

ბავშვთა ლუესურ დაავადებებს და კერძოდ ნევროლუესს ბჭვს თანდაყოლილი ანუ თანშობილი ინფექციის ხასიათი.

არათანშობილი ე. ი. დაბადების შემდეგ შექმნილი ლუესის შემთხვევებს ვხვდებით განსაკუთრებით იშვიათად. დასნებოვანება შესაძლოა მოხდეს, როგორც დედისაგან, ისე მამისაგან; აგრეთვე დადასტურებულია ლუესური ინფექციის გადაცემა პლაცენტური-სისხლის მიმოქცევის საშუალებით.

თანდაყოლილი ლუესი აფერხებს ჩანასახის ნორმალურ განვითარებას და იძლევა, როგორც მთლიანი პიროვნების ფსიქოფიზიკური პროფილის, ისე ორგანიზმის ცალკე სისტემების დეფექტს.

ამას გარდა თანშობილი ანუ თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის (ჰოლიგოფრენიები) უმეტეს შემთხვევებში დადგენილია, ასევე თანდაყოლილი ლუესის როლი.

მოყვანილი გარემოებები ნათელყოფს თანშობილი ნევრო-ლუესის თეორიის და პრაქტიკის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას.

სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომები თავს იჩენს ბავშვთა ასაკის პირველი ერთნახევარი ათეული წლის განმავლობაში, უფრო ხშირად 14—16 წლებში.

ამასთან ერთად აწერილია მოგვიანებული თანშობილი ნევრო-ლუესის ფორმები, როდესაც აკადემყოფობა განვითარებულა დაბადებიდან 20—30—35 წლის შემდეგ.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში თანშობილი ლუესის იწვევს, როგორც მეზოდერმული, ისე ექტოდერმული ბუნების მქონე პათომორფოლოგიურ ძვრებს, როგორც მაგალითად: მენინგიტებს, მენინგოენცეფალიტებს, ცერებრულ სისხლის ძარღვთა ცვლილებებს, ტვინის წყალმანკს, პარენქიმულ (ფუნქციურ) ე. ი. ექტოდერმულ უჯრედთა დეგენერაციას, სისხლის ჩაქვევებს და ზოგჯერ გუმებსაც.

ლუესის მქონე ბავშვები მეტწილად იღუპებიან ჩვილი ასაკში. ხოლო უფრო გამძლე შემთხვევებში შესაძლოა მივიღოთ ფსიქიკური აშლილობანი; პირველ რიგში გონებრივი ჩამორჩენილობის ანუ ინტელექტის უკმარისობა-განუვითარებლობის სახით.

თანშობილი ნევროლუესის კლინიკა განისაზღვრება თანდაყოლილი ფსიქო-ფიზიკური განუვითარებლობის ხარისხით და თვით ორგანული პროცესის ადგილ-მდებარეობით (ლოკალიზაციით).

პევიპარეზის, ჰქუასუსტობის და კრუნჩხვითი გულყრების ერთდროული არსებობა საკმაოდ ხშირი მოვლენაა ბავშვთა ასაკში. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ მოყვანილი ტრიადის ეტიოლოგიურ ფაქტორს დიდ უმეტეს შემთხვევებში ლუესი შეადგენს.

ნევროლოგიურ სიმპტომებიდან ყურადსადებაა შემდეგი ნიშნები: ქალას ნერვების დაზიანება (რომლის მიზეზიც შესაძლოა იყოს ტვინის ფუძეზე გაშლილი მენინგიტური ცვლილებები ან შენატყვისი ბირთვების უშუალო დაზიანება), ორმხრივი ან ცალმხრივი პტოზი, მხედველობის ბადურას ცვლილებები, თვით მხედველობის ნერვის ატროფია, სახის ნერვის პარეზი, მეტყველებების განუვითარებლობა, სმენის ფუნქციის შესუსტება და სხვა.

თანდაყოლილ ათამანკს შესაძლოა მოყვეს ტვინის შიდაწყალმანკი, შინაგანი ყურის დაზიანება და აგრეთვე სპეციფიკური ზუნების მქონე კერატიტები და ქორიოიდიტები.

რაც შეეხება ციტო-სეროლოგიურ სინდრომს, ამ დროს შესაძლოა სპეციფიკური რეაქციები (როგორც სისხლში, ისე ლიქვორში) უარყოფითი იყოს; სამაგიეროდ უფრო ხშირად აღვილამქვს ცილოვან რეაქციებს და სუსტად გამოხატულ პლეოციტოზს.

როგორც უკვე ზევით იყო აღნიშნული, თანშობილი ანუ თანდაყოლილი ლუესი აზიანებს ცენტრალურ-ნერვულ სისტემასთან ერთად მთლიან ორგანიზმს, მის სხვადასხვა ორგანოებს.

ნერვული აპარატის შემდგომ თავისი შედეგებით და კლინიკური გამოვლინების მხრივ ყურადღების ღირსია შიდა სეკრეციის ორგანოების დაზიანება; უკანასკნელ გარემოებას მოსდევს სხეულნაგებობის მხრივ მკვეთრი დისპროპორციულობა და ენდოკრინული აპარატის ზოგადი დისფუნქციის ნიშნები, როგორც მაგალითად: მიქსედემის, კრეტინიზმის, ჰიპოთიზური ინფანტილიზმის, ადიპოზოგენიტალური დისტროფიის მოვლენები და სხვა.

საერთო ფიზიკურ სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ქონდრისკაცობა, სუსტი მუსკულატურა, თმის უქონლობა, სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია, ქალას ძვლების გასქელება, მიკროდონტია (პატარა მძივისებრი კბილები), უნაგირისებრი ცხვირი და სხვა.

ფსიქოპათოლოგიური ძვრები პირველ რიგში ეხება ცოდნის სფეროს ე. ი. გონებრივ ფუნქციებს. ინტელექტის პათოლოგია შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის სხვადასხვა ხარისხით, დაწყებული ღრმა იდიოტიის საფეხურიდან და გათავებული სუსტად გამოხატული დებილობით.

ემოციურ-ნებითი სფეროს აშლა იძლევა პიროვნების ფსიქოპათიზაციას.

შესაძლოა თანშობილი ათაშანგის ნიადაგზე შევხვდეთ ისეთ გართულებულ შემთხვევებს, როდესაც ჰქუასუსტობას თან ერთვის ნებითი-ემოციური სფეროს დარღვევა (აშლა), მხედველობაში გვაქვს ე. წ. ოლიგოპათიის შემთხვევათა არხებობა.

### **სინფილისურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა**

თავის ტვინის ათაშანგით გამოწვეული ფსიქოზების დადგენისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული როგორც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური, ისე სომატონევროლოგიური კვლევის მონაცემები.

საკიროა გავიხსენოთ, რომ თავის ტვინის ლუესი არაა ხვედრამხოლოდ მესამე პერიოდისა; იგი შესაძლოა განვითარდეს ინფექ-

უკის პირველ პერიოდშია ც. საშუალოდ პროდრომალური პერიოდი მოქცეულია 8—10 წლის ფარგლებში.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას პირველ რიგში მოგვიხდება გამოფრინცხოთ ტვინის არტერიოსკლეროზი, გენუინური ეპილეფსია, შიზოფრენია და პროგრესული პარალიზი. ტვინის ძარღვთა არტერიოსკლეროზის წინააღმდეგ მიგვითითებს ავადმყოფთა შედარებით ახალგაზრდა ასაკი, ჰუმორალური (სეროლოგიური) სინდრომის არსებობა, კლინიკური სიმპტომების სიჭრელე და განსაკუთრებული ცვალებადობა და, ბოლოს, მიღებული უნდა იყოს მხედველობაში აგრეთვე სპეციფიკური თერაპიის დადებითი შედეგები.

ეპილეფსიური ხასიათის, ასევე ეპილეფსიური ჰქუასუსტობის უქონლობა ერთის მხრივ, და ციტო-სეროლოგიური და ნევროლოგიური სინდრომების არსებობა, მეორეს მხრივ, გადაჭრით გამოორიცხავს გენუინური ეპილეფსიის შესაძლებლობას.

სპეციფიკური სეროლოგიური და ნევროლოგიური პროფილი და ინტრაფსიქიკური ატაქსიის უარსებობა ლაპარაკობს შიზოფრენიის წინააღმდეგ.

ფსევდოპარალიზური ჰქუასუსტობის და ტაბესური ფსიქოზების განსაზღვრისათვის პროგრესული პარალიზიდან, საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ პროგრესულ პარალიზისათვის დამახასიათებელი პროცესის პროგრენდიენტობა და მდიდარი კლინიკური ფენომენოლოგია (პარალიზური ეიფორია, დამახასიათებელი ბოლდვითი პროლუქციები, კონფაბულაცია—ფსევდორემინისენციები და სხვა).

ტაბესი შესაძლოა გართულდეს არა სპეციფიკური ბუნების მქონე სულიერი აშლილობებით (სენილური, ალკოჰოლური ფსიქოზები და სხვა); ამიტომ ტაბესის დროს არსებულ ფსიქოზთა შემთხვევაში აუცილებლად საჭიროა დაზუსტდეს, თუ რამდენად შესაძლოა, რომ სულიერი დაავადება ტაბესურ პროცესს დაუკავშირდეს.

გადაჭრით უნდა გვახსოვდეს, რომ ტაბესურ ფსიქოზებს საერთოდ ანასიათებთ ეპიზოდური შეტევები; მათ არ სჩვევია ავთვისებიანი პროგრენდიენტობა.

უნდა ვიცოდეთ, რომ ლუესური ფსიქოზების ზუსტი დიაგნოზის დადგენა წარმოადგენს აუცილებელ პირობას (ანუ მოთხოვნას), რომ გავერკვეთ სასამართლო ფსიქიატრიის საკითხებში.

აქვე უნდა დავსძინოთ, რომ სწორი დიაგნოზი ჯერ კიდევ ვერ განდასწყვეტს ჩარაცხადობის მეტად რთულ და საპასუხისმგებლო საკითხებს.

ლუესურ ფსიქოზებს ახასიათებს დიდი ვარიაბილობა, (მერყეობა, ცვლილებები); ამ დროს ფუნქციათა დეკომპენსაცია შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა ხარისხით და სიმძიმით, შით უმეტეს, სპეციფიკური მკურნალობის შედეგად.

საქროა ყოველი ცალკეული შემთხვევის ზუსტი ინდივიდუური აწონა, შეფასება.

ჩაურაცხველად უნდა იყოს ცნობილი მხოლოდ ის შემთხვევები, სადაც ლუესის კლინიკა ატარებს ავთვისებიან მსვლელობას, როდესაც ინფექცია მოდებულად მოფენილია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და პიროვნებას აშკარად ეტყობა გონებრივი დაქვეითება (ლუესური ჰუასუსტობა).

#### 6. ტვინის ათაზანჯის მკურნალობა.

ნაჩვენებია და გამამხნეველ შედეგებს იძლევა კანში სინდიჯის მალამოს შეზღვევა თითო ჯერზე Ung. Hydrargiri cinerei—4,0; სასურველია მოვანდინოთ 30 შეზღვევა, რომლის შემდეგაც ავადმყოფებს ვასვენებთ 2—3 კვირა, ხოლო დასვენების ჩათაგებისას ვიწყებთ სინდიჯის მალამოთი მკურნალობის მეორე კურსს.

შეზღვევა კანში უნდა ხდებოდეს ბეჯითად; აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ გალიზიანების აცდენის მიზნით შეზღვევას აწარმოებენ რიგრიგობით: მარჯვენა ფეხი, მარცხენა ფეხი, მარჯვენა ხელი, მარცხენა ხელი. მომდევნო მეხუთე დღეს, როგორც წესი, ავადმყოფი ისვენებს და შემდეგ პროცედურა მეორდება იმავე წესით.

სინდიჯით მკურნალობის პერიოდში ავადმყოფს ვაძლევეთ იოდს: T-ae iodii 10,0 pro usu interno; დღეში სამჯერ ექვს-ექვსი წვეთი რძით.

თუ ავადმყოფები ვერ იტანენ სინდიჯს და იოდს, მაშინ საჭირო ხდება მივმართოთ ნეოსალვარსანის ინექციებს.

სასურველია ხმარებულ იქნეს აგრეთვე ბიოქინოლი (ოცი ინექცია კუნთებში, ორ-ორი გრამი თითო ინექციაზე). ანტილუესური სპეციფიკური მკურნალობა საჭიროა ჩატარდეს არა მარტო ენერგიულად, არამედ დროზე.

დროული თერაპიული ჩარევა განსაკუთრებულად გამამხნეველ შედეგებს იძლევა ბავშვთა ასაკის პერიოდის ლუესის შემთხვევებში.

სინდიყის მალამოს შეზღვევას ნაკლები ხმარება აქვს ბავშვთა შორის, რადგანაც მათი კანი აღვილად ღიზიანდება და თვით კანის ფართობიც მოზრდილებთან შედარებით მნიშვნელოვნად მცირეა. ბავშვთა ასაკის ლუესის შემთხვევებში კარგ შედეგებს იძლევა: სალვარსანი, ბიოქინოლი და იოდის პრეპარატები.

ამ ბოლო დროს ნევეროლუესის შემთხვევებში (ტვინის ათა-შანგი, თუ პროგრესული პარალიზი) მიმართავენ პ ე ნ ი ც ი ლ ე ნ ო თ ე რ ა პ ი ა ს.

ხსენებული მეთოდი ახალია და უეჭველად საგულისხმეოა; მაგრამ ამ მხრივ ჭერჭერობით არსებობს ძლიერ მცირე მასალა. მხოლოდ მომავალი კვლევა-ძიება მოგვცემს პასუხს პენიცილინო-თერაპიის მნიშვნელობის შესახებ კლინიკურ ფსიქიატრიაში.

## თავი მეოცე

# პრონოკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები. პროგრესული პარალიზი

### 1. ზოგადი ხასიათის ცნობა

თავისი პრაქტიკული და თეორიული მნიშვნელობის მხრივ პროგრესული პარალიზი წარმოადგენს ფსიქიატრიის ერთერთ ფრიად საინტერესო და საპასუხისმგებლო თავს.

მნიშვნელოვანია პროგრესული პარალიზის შესწავლა იმიტომ, რომ იგი წარმოადგენს კლინიკურ ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიურად ყველაზე გამოკვეთილ ფორმას; საკითხები მისი პათოფსიქოლოგიის და პათობიოლოგიის შესახებ საკმაოდ ამოწურულია.

ფსიქოზთა შორის პროგრესული პარალიზი ყველაზე უმძიმესი დაავადებაა; ამის გამო კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ დიაგნოზის სწორი დადგენა და დროული ენერგიული მკურნალობა წარმოადგენს ავადმყოფისათვის ყოფნა-არყოფნის საკითხს.

პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში, ისე როგორც არანდროს, კლინიკური სიმპტომატოლოგია პირობადებულაა ორგანული ბუნების მქონე ცერებრული და ზოგადი სომატო-ბიოლოგიური ძვრებით.

პარალიზური კვლახუსტობის ჩამოყალიბებასთან ერთად ვითარდება მკვეთრი და მრავალფეროვანი ნევროლოგიური ცვლილებები.

ქერქული აპარატის დამახასიათებელი პათომორფოლოგიური სურათის შესახებ პირველი კლასიკური გამოკვლევები ეკუთვნის რუს-მეცნიერს მ ე რ შ ე ე ვ ს კ ი ს; მან ჯერ კიდევ 1878 წელს აღმოაჩინა ქერქში ტანგენციურ ნერვულ ბოჭკოთა ცვლილებები და ამით პროგრესული პარალიზი პათომორფოლოგიურად იქნა გამოყოფილი ორგანული ბუნების მქონე სხვა დაავადებებიდან.

ფსიქიატრთა ყურადღებას პროგრესული პარალიზი იპყრობს მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში, ვინაიდან ამ დროისთვის მან სწრაფი გავრცელება მიიღო.

მეცხრამეტე საუკუნის უკვე მეორე ნახევრისათვის დაავადების გავრცელება იმდენად ფართო იყო, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ავადყოფთა ერთ მეოთხედს პროგრესული პარალიზით დაავადებულნი შეადგენდნენ.

ისტორიულ წყაროებიდან ირკვევა, რომ მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისამდე ევროპაში პროგრესული პარალიზი არ ყოფილა ცნობილი, მხოლოდ ამ პერიოდიდან ხდება მისი სწრაფი გავრცელება.

მეტად საინტერესოა, რომ პარალიზურ შემთხვევათა დაწყება და გავრცელება დაკავშირებულია მეცხრამეტე საუკუნესთან.

პირიქით, მეოცე საუკუნის დასაწყისშივე აღინიშნება პროგრესული პარალიზის პათოლოგიაში ერთგვარი გარდატეხა: იგი თანდათანობით იწყებს კლებას.

ჩვენი დროისათვის პროგრესულ პარალიზის შემთხვევათა რიცხვობრივი შემცირება საკმაოდ თვალსაჩინოა; ვხვდებით მხოლოდ ერთეულ მაგალითებს.

შემთხვევათა რიცხვობრივი შემცირება აიხსნება დაავადების პათობიოლოგიის შეცვლით, თუ მკურნალობის ენერგიული მეთოდების შემოღებით, ჯერ კიდევ დაზუსტებას მოითხოვს.

ამჟამად ცხადია მხოლოდ ერთი: იცვლება არა მარტო შემთხვევათა რიცხვი, არამედ ავადმყოფობის თვით კლინიკური გამოხატულება; ექსპანსიურ და ტაბესურ ფორმათა ნაცვლად ამ ბოლო დროს უფრო ხშირად ვხვდებით დემენციურ და ატიპურ ფორმებს.

რომ პროგრესულ პარალიზს აქვს ლუესური ეტიოლოგია, ამასზე პირველად იყო მითითებული მხოლოდ 1857 წელს.

თუ წინად ლაპარაკობდნენ ეჭვით და მითითებებით. მეცხრამეტე საუკუნის დასასრულს და მეოცე საუკუნის დასაწყისში საკითხი პარალიზის ლუესური ეტიოლოგიის შესახებ ავტორთა მიერ უკვე საბოლოოდ იქნა მიღებული.

სტატისტიკური და კლინიკური მასალების მიხედვით ამ დროისათვის სავსებით გამოირკვა, რომ პროგრესული პარალიზი წარმოადგენს ლუესურ დაავადებას.

მაგრამ აღნიშნული კავშირი ლუესის და პარალიზურ პროცესს შორის მკვლევართ წარმოდგენილი ჰქონდათ არა სრულად, არა მთლიანად. ისინი ფიქრობდნენ, რომ პროგრესული პარალიზი



უფრო უნდა ყოფილიყო ლუესურ ცვლილებათა შედეგი, ამიტომ პარალიზი განიხილებოდა, როგორც მეტალუესური ან პარალუესური დაავადება.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ცნება მეტა-პარალუესის შესახებ გულისხმობს უშუალოდ ლუესურ დაავადებას კი არა, არამედ ლუესთან ახლო დგომას, ე. ი. შორეულ შედეგთა ამოქმედებას.

საკითხის საბოლოო გადაწყვეტა და პარა-მეტალუესის ცნების სრული მოხსნა შესაძლო გახდა მას შემდგომ, რაც აღმოჩენილი იქნა სპიროქეტი პროგრესული პარალიზით შეპყრობილთა ტვინში (ნოგუში, 1911 წელი). ამით მხოლოდ დადასტურდა, რომ პროგრესული პარალიზი წარმოადგენს სიფილისურ დაავადებას.

უფრო მეტი, გამოირკვა, რომ პარალიზის შემთხვევებში პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ნერვული ნივთიერების მაღალდიფერენცირებული, ფუნქციური ელემენტები.

ტვინის ათაშანგისაგან განსხვავებით, პროგრესული პარალიზი ექტოდერმული პროცესია. ამიტომ პარალიზის დროს უფრო მკვეთრად და მყარადაა მოცემული ჰუმორალური სინდრომი (სპეციფიკური ციტო-სეროლოგიური მონაცემები), ვიდრე ტვინის ლუესის დროს.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ დაავადების განვითარებისათვის ლუესური ეტიოლოგიის გარდა, საჭიროა მეორადი ხელშემწყობ პირობები, როგორც მაგალითად: ალკოჰოლიზმი, ქალას ტრავმა, ორგანიზმის მომქანცველი ფიზიკური და ფსიქიკური მომენტები და სხვა.

ლუესით შეპყრობილ პირთა შორის პროგრესული პარალიზი გვხვდება დაახლოებით 4, 5%-ში.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ლუესის არასრული მკურნალობა ხელს უწყობს პარალიზის შემთხვევათა ზრდას.

## 2. დაავადების ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

პროგრესული პარალიზი ტიპური ორგანული დაავადებაა, რომელიც იძლევა ტლანქად და მკვეთრად გამოხატულ პათობიოლოგიურ ძვრებს, როგორც ცენტრალურ ნერვულ აპარატში, ისე ორგანოთა ყველა სისტემაში. ნერვო-სომატიური რღვევა და პიროვნების დაინვალიდება მიმდინარეობს პარალელურად.

აღნიშნული გარემოება გასაგებად ხდის ფიზიკური სიმპტომო-  
ტოლოგიის სიმდიდრეს, მრავალფეროვანობას და მრავალგვარო-  
ბას, რასაც ადგილი აქვს პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში.

როგორც ვიცით, ეს ავადმყოფობა არის პროგრენდიენტუ-  
ლად და სწრაფად წიხ მავალი. დასაწყისში სუსტად და ნატიფად  
წარმოდგენილი ნევროლოგიური ნიშნები ავადმყოფობის დასას-  
რულისათვის იღებს ტლანქი ორგანიკის სახეს. ფიზიკური და მას-  
თან ერთად ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია გაივლის დაავადების  
მთელ რიგ საფეხურებს (სტადიებს).

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქო-ნერვულ გამოვლინე-  
ბათა ძირითადი პათოლოგია ვითარდება ზემოდან ქვემოდ: უმაღ-  
ლეს ქერქულ ფუნქციათა აშლას თუ მოხსნას მოსდევს სტრიალუ-  
რი მოქმედების აშლა, ხოლო უკანასკნელს მეზენცეფალურ-  
მიელენცეფალური პათოლოგია. ფუნქციათა საფეხურებრივი და-  
ზიანება ნათლად სჩანს მოტორული სფეროს მაგალითზე.

ნატიფი, კოორდინირებული და მოწესრიგებული მოძრაობები  
იცვლება ტლანქი, კოორდინაციას მოკლებული და სინკინეზიებით  
დართული მოტორიკით. ავადმყოფებს უძნელდებათ მიზნობრივ  
მოძრაობათა შესრულება; სიარულის დროს ქანაობენ.

აგრეთვე იცვლება კუნთების ტონუსი; ადგილი აქვს ენის და  
კიდურთა კანკალს, აკვიატებულ ტირილს ან სიცილს და კბილთა  
კრაჭუნს.

ექსტრაპირამიდულმა პათოლოგიამ შეიძლება მიიღოს მკვეთ-  
რი პარკინსონიზმის, ხოლო ზოგჯერ ქორეის მსგავსი სინდრომის  
ხასიათი.

ხელწერა შეცვლილია, ასოების მოხაზულობა კლასილია;  
ავადმყოფები უშვებენ ასოებს, ხოლო ზოგჯერ მთელ სიტყვებსაც.  
ადგილი აქვს ენაბორძიკობას, რაც განსაკუთრებით გამოხა-  
ტულია ენა-გასატენ სიტყვების განმეორებისას.

ავადმყოფის მეტყველება კარგავს მისთვის ჩვეულ ტემბრს,  
ინტონაციას და გარკვეულობას.

პროგრესული პარალიზის დროს (უფრო ხშირად ინსულტების  
შემდგომ) შესაძლოა შევხვდეთ აფაზიას, პარაფაზიას და აგრამა-  
ტიზმს.

მოტორული აპარატის ზოგად სისუსტესთან და კუნთთა კან-  
კალთან ერთად აღინიშნება თავის ტვინის ნერვების პარეზი, სა-  
ხის არათანაბარი ინერვაცია, ენის წვერის გადახრა და პტოზი.

კუნთთა ტონუსის დაქვეითების და ჭეროვანი ინერვაციის და-  
კარგვის გამო სახე კარგავს მიმიკის უნარს, ინდივიდუალური გამომეტ-  
ყველებს და შოგვაგონებს ნიღაბს (ნიღაბისებრი სახე).

უნდა ითქვას, რომ თანშობილი, ახუ თანდაყოლილი ლუესის  
შემთხვევებში ნიღაბისებრი სახეს შესაძლოა დაერთოს სხვა სპეცი-  
ფიკური მოძენებებიც, როგორც მაგალითად კეხისმაგვარი ცხვირი  
(იხ. სურათი 64).



სურ. 64. სახის გამომეტყველება  
თანშობილი ათაშანგის ფროს,  
მოყვანილია გილიაროვ-  
სკით.

მყესთა რეფლექსები ჩვეულებრივად აწეულია (ზოგჯერ არა-  
თანაბრად, არასიმეტრიულად); მაგრამ შესაძლოა შევხედეთ შემთ-  
ხვევებს, როდესაც მყესთა რეფლექსები შესუსტებულია.

როგორც წესი, პათოლოგიური რეფლექსები არ გვხვდება; ბ ა-  
ბ ი ნ ს კ ი ს, ან სხვა პათოლოგიური რეფლექსები ჩნდება ინსუ-  
ლტის მომდევნოდ და აქვს არამტკიცე ხასიათი.

პროგრესული პარალიზის ნევროლოგიური სიმპტომატოლო-  
გიის განხილვისას ცენტრალურ ყურადღებას იპყრობს ცვლილე-  
ბები გუგის მხრივ. აღნიშნული ცვლილებები მყარია და ჩნდება  
ძლიერ ადრე; მათ აქვს დამახასიათებელ და სავალდებულო სიმ-  
პტომა მნიშვნელობა.

გუგის პათოლოგიას ეკუთვნის ანიზოკორია (გუგათა უთა-  
ნაბრობა), მიოზი ან მიდრიაზი (გუგათა შევიწროება ან გაგანიე-  
რება), უსწორო ან დაკბილული მოხაზულობა, სინათლეზე რეაქ-

ციის შესუსტება, ან სრული უქონლობა და ბოლოს, ე. წ. არ-  
ქილ-როზერტსონის ნიშანი (გუგის რეაქცია სინათლეზე  
მოსპობილია, ხოლო აკომოდაციაზე შენახული).

სინათლეზე გუგათა რეაქციის შესუსტება აღინიშნება აგრეთ-  
ვე სენსორულ და ფსიქიკურ გალიზიანებათა შემთხვევებში.

ეპილეფსიფორმულ და აპოპლექსიფორმულ გულყრებს, რომ-  
ლებიც საკმაოდ ხშირად გვხვდება პროგრესული პარალიზის მიმ-  
დინარეობაში, შესაძლოა მოყვეს ბუდობრივი აშლილობანი (პარა-  
ლიზები, აფაზია, აპრაქსია და სხვა).

დიაგნოზის დაზუსტებისათვის ძლიერ დახმარებას გვიწევს  
ჰემორალური სინდრომის ხასიათი.

როგორც წესი, პროგრესული პარალიზის დროს სისხლში და  
თავზურგტვინის სითხეში გვაქვს მკვეთრად დაღებიანი სპეციფი-  
კური რეაქციები (ვასერმანი, კანი); გარდა ამისა, თვით თავ-  
ზურგტვინის სითხეში აღინიშნება აგრეთვე პლეოციტოზი (ფორ-  
მიან ელემენტთა—ლიმფოციტთა მომატება) და მთელი რიგი ცი-  
ლოვანი რეაქციები.

სურ. 65. პარალიზური

მარახში.



პროგრესული პარალიზის უკანასკნელ სტადიაში მკვეთრად  
წარმოდგენილი ვაზომოტორულა, ტროფიკული და ნევთიერებათა  
ცვლის აშლილობანი.

ავადმყოფები ხდებიან უსუფთაონი. ორგანიზმს ემჩნევა თანდათანობითი გახლევა და ყალიბდება პარალიზური მარაზმის ხაზბოლოო სურათი (იხ. სურათი 65).

### 3. პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომია

პროგრესული პარალიზი წარმოდგენს ორგანულ ავადმყოფობათა რიგის ყველაზე ტიპურ დაავადებას, რომლის დროსაც მკვეთრადაა გამოხატული პათომორფოლოგიური ქერები ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანში, ამავე დროს უნდა ითქვას, რომ გარკვეული შერჩევითი ლოკალიზაცია არაა გამორიცხული.

პარალელურადაა გამოხატული, როგორც ანთებითი, ისე დეგენერაციული ცვლილებები.

პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომიის შესწავლისას ცენტრალურ ყურადღებას იპყრობს დიდი ტვინის ქერქის არქიტექტონიკის დარღვევა. უკანასკნელი მოვლენა შედეგია ნერვული ქსოვილის ტლანქი დაზიანებისა (იხილეთ სურათი 66).



სურ. 66. დ. დი ტვინის ქერქი პროგრესული პარალიზის დროს. გარეა და ძარღვთა ინფილტრაცია. ქერქის ციტოარქიტექტონიკა შეცვლილია, მოყვანილია გ უ რ ე ვ ი ჩ ი თ.

ქერქულ აპარატიდან პათოლოგიური ცვლილებები ყველაზე მკვეთრად წარმოდგენილია შუბლ-თხემ-საფეთქლის მიდამოებში; ხოლო ქერქვეშა კვანძებიდან პირველ რიგში დაზიანებულია სტრიპალური სისტემის უბნები.

მიჯროსკოპულად ყურადღებას იპყრობს ტვინის რბილ გარსთა შემღვრევა და შესქელება, შინაგანი და გარეგანი წყალმანიკი, პარკუჭთა (განსაკუთრებით მეოთხე პარკუჭში) ეპენდიმის განფენილი ზრდა და თავის ტვინის მთლიანი ატროფია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ტვინის ატროფია პირველ რიგში ეხება შუბლის წილს, რის გამოც მთლიანად ტვინი იღებს „წვეტიანი“ წარმონაქმის ფორმას—ე. წ. „ნისკარტის მაგვარი ტვინი“.

თავის ტვინის სისხლძარღვთა ადვენტიციის ლიმფურ სივრცეებში გროვდება ლიმფოციტები და აგრეთვე პლაზმური და ბაზოფილური უჯრედები.

პროგრესული პარალიზის სპეციფიკურ ნიშანს წარმოადგენს ე. წ. რკინის მქონე უჯრედები.

რკინის შეცულობის მხრივ აეტორები არჩევენ ორგვარ განლაგებას, სახელობრ—სიფილისურს და პარალიზურს.

სიფილისური განლაგების დროს რკინა განფენილია ტვინის გარსებში, პარალიზური განლაგების შემთხვევაში კი—ქერქულ ნივთიერებაში.

როგორც აღვნიშნეთ, რკინის შეცულობას თუ განლაგებას აქვს სპეციფიკური ნიშნის როლი პროგრესული პარალიზის პათობიოლოგიაში.

საინტერესოა, რომ ამ დროს ადგილი აქვს აგრეთვე რკინის შეცულობის გაუკუღმართებას, ე. ი. ხდება რკინის მქონე უბნების გაღარიბება (ქერქვეშა კვანძები) და სამაგიეროდ ურკინო უბნების (ქერქული აპარატი) გამდიდრება.

ანთებადი ინფილტრაცია გვხვდება თავის და ზურგის ტვინის ყველა ნაწილში, მაგდამ ყველაზე მკვეთრად წარმოდგენილია შუბლ-საფეთქლის უბნებში და უახლოეს ქერქვეშა კვანძებში (სტრიალური და თალამური სისტემები).

ინფილტრატთა ელემენტებს შეადგენს პლაზმური უჯრედები, ლიმფოციტები და ლეიკოციტები. პოლიმორფული ბირთვების მქონე ლეიკოციტები მიგვითითებს პროგრესული პარალიზის გართულებაზე (გართულება შეიძლება მოგვეცეს მილიარულმა აბსცესებმა, ან ჩირქოვანმა მენინგიტიებმა).

ქერქში და ქერქვეშა კვანძებში მრავლდება ადვენტიციური ელემენტები, რის გამოც ხსენებული მიდამოები მდიდრდება არგენტოფილური ბოჭკოებით.

ექტოდერმული ქსოვილის პათოლოგიიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია პარენქიმულ ნერვულ ელემენტთა (განგლიურ უჯრედთა) დაზიანება, განადგურება-გამოვარდნა.

ქერქული შრეები წაშლილია, მკვეთრად დარღვეულია აგრეთვე ქერქული არქიტექტონიკის ნორმალური სურათი.

ჰისტოპათოლოგიური მეთოდით აღმოჩენილია სპიროქეტები ტვინის ნივთიერებაში. ხსენებული გარემოება მიგვითითებს იმაზე, რომ პროგრესული პარალიზი წარმოადგენს ლუესურ პროცესს, უშუალოდ ლუესურ და არაეიოზარ "შემთხვევაში" მეტა-თუ-პარასიფილისურ დაავადებას.

სპიროქეტები ყველაზე უხვად შემჩნეულია ქერქული აპარატის შუბლის წილში.

#### 4. პროგრესული პარალიზის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია

პროგრესული პარალიზი ტლანქი ორგანული დაავადებაა, რომელიც იძლევა ქერქულ და ქერქვეშა აპარატთა ონტოგენეზურად უახლეს. უბნების რღვევას.

ხსენებულ ფონზე გაშლილია კლინიკური ფსიქოპათოლოგია. აქ პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ორგანული ტვინის ჰუასუსტობა, რომელიც იძლევა პიროვნების მკვეთრ დაქვეითებას და ცნობილია პარალიზური დემენციის სახელწოდებით.

ხსენებული ფენომენი-პარალიზური ჰუასუსტობა-წარმოადგენს ძირითად (დერძოვან) ნიშანს, რომელიც აპირობადებს ყველა სხვა ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებას. იქნება იგი გონებრივი, ემოციური თუ ხეებითი-მოტორული რიგისა.

პროგრესული პარალიზის დროს არსებული უმართებულო ბოღვითი იდეები, ემოციური სიჩლუნგე, თუ ნებითი-მოტორულ გამოვლინებათა უკმარისობა, განხილული უნდა იყოს, როგორც მეორადი, ღრმა დემენციაზე დანართი სიმპტომატოლოგია.

პარალიზური დემენცია თავისი ბუნებით წარმოადგენს ამნეზიურ ჰუასუსტობას, რომლის დროსაც მკვეთრად დაქვეითებულია მეხსიერება. როგორც დანართების, ისე წარსულის გახსენების უნარი. გარდა ამისა, ამ დროს შებღალულია მთელი რიგი ფუნქციები (ყურადღება, აფექტიურობა და სხვა), რომლებიც შეადგენს აუცილებელ პირობას გონებრივი ფუნქციების ჯეროვანი წარმოებისათვის.

ცნობიერების პათოლოგიაც (შესაძლოა წარმოადგენილი იყოს გაოგნების თუ გაბრუების სახით) აგრეთვე ხელს უწყობს ჰუასუსტობის განვითარებას.

როგორც ვხედავთ, პარალიზური დემენცია თავისი შინაარსით და სტრუქტურით არ შეიძლება შემოისაზღვროს მხოლოდ და

მხოლოდ ინტელექტური ფუნქციების ჩარჩოებით; აქ აშლილია (დარღვეულია) აგრეთვე დინამიკური ურთიერთობა ფსიქიკურ სფეროების სხვა გამოვლინებებთან.

ჭკუასუსტობა იწყება უმაღლესი ინტელექტური ფუნქციების შესუსტებით, რომელიც თანდათან ღრმავდება და ძლიერდება.

ავადმყოფებს ჯერ ეტყობათ სინთეზ-ანალიზის და ცნებით-შესაძლებლობათა (ცნებითი აღქმა, განყენებული ფორმულირება) დაქვეითება. უკანასკნელს მოსდევს აზროვნების, მოფიქრება-მოსაზრების და კრიტიკა-თვითკრიტიკის შესუსტება.

გონებრივი სფეროს პათოლოგია რთულდება ყურადღების აშლით: ავადმყოფები ხდებიან გაფანტულნი; მათ არ ძალუძთ ყურადღების გარკვეული მოკრეფა. ხდებიან ზერელენი; კარგავენ პასუხისმგებლობის გრძნობას; მათ ქცევებს, მიზიდულობებს და მიზანდასახულებას ატყვია ფსიქიკური ინფანტილიზმის (პათოლოგიური გაბავშვება) დაღი.

მეხსიერების პათოლოგიამ, რომელიც ჩვეულებრივად იწყება ფიქსაციის შესუსტებით და უახლოეს ფაქტთა თუ მოვლენათა მივიწყებით, შესაძლოა მიიღოს მკვეთრი ამნეზიის ხასიათი, მეხსიერების ფუნქციათა მთლიანი გამოვარდნით.

მეხსიერების, თვითკრიტიკის და ცნებითი აღქმის პათოლოგიის ფონზე წამოიჭრება ცრუ მოგონებანი (ფსევდორემინისცენციები-ანუ მეხსიერების პალუცინაციები), რომლებიც ხშირად იღებს კონფაბულაციების ხასიათს.

პიროვნების უმაღლესი ფუნქციების დაქვეითებას თავიდანვე თან სდევს მორალური სფეროს დეფექტი.

ავადმყოფები კარგავენ წარმოდგენებს სინდისის შესახებ და სირცხვილის გრძნობას.

პიროვნების დაქვეითებას, მის გონებრივ და მორალურ დეფექტს მოსდევს მიზიდულობათა აღვირახსნა და ავადმყოფთა მხრივ მთელი რიგი მოუფიქრებელი ცინიკური, ასოციალური ქცევები და ხშირად ბოროტმოქმედებანიც (გაფლანგვა, სქესობრივი თავდაუპყრობა და სხვა).

ჭკუასუსტობა, თვითკრიტიკის დაქვეითება და მიზიდულობათა გამრავლება წარმოადგენს ზოგად ფონს, რომელიც ხელს უწყობს თვითგრძნობა გუნებგანწყობის აწევას ე. წ. ეიფორიას. უკანასკნელმა შესაძლოა მიიღოს მანიაკალური მდგომარეობის ხასიათი.



ავადმყოფები არიან მხიარულნი და თვითკმაყოფილნი. თავს ავად არ გრძნობენ და თავიანთი მდგომარეობას აძლევენ „სანეტარო“ შეფასებას (იხ. სურ. 67).



სურ. 67. პროგრესული პარალიზის ექსპანსიური ფორმა, მხიარული გამომეტყველება. საკუთარი დაკვირვება.

ემოციური სფეროს პათოლოგიის მხრივ პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს სუსტსულოვნობა, ანუ პათოლოგიური გულჩვილობა. შათი გრძნობები, ემოციები თუ აფექტები განსაკუთრებულად ლაბილურია, რომლის დროსაც ადვილად იცვლება სტენოური ტონის ასტენიურით, ღიმილი ცრემლით და პირიქით.

შესაძლოა ქუუასუსტი ავადმყოფები იყვნენ სრულიად განუჩიველნი, მოკლებულნი რაიმე ემოციურ შესაძლებლობას. ნიღბისებრი სახე და განუჩიველობა აღრმავებს ავადმყოფთა ემოციურ სიბლაგვეს და უნიციატყო გამომეტყველებას (იხ. სურათი 68).

პროგრესული პარალიზის დროს ზოგჯერ ვხვდებით სმენის, მხედველობის და ყნოსვის პალუცინაციებს.

აღქმის პათოლოგია უფრო ხშირად შენიშნულია ისეთ შემთხვევებში, სადაც ანამნეზში აღინიშნება ქრონიკული ალკოჰოლიზმი ან მალარიოთერაპია.

პარალიზის დროს ძლიერ ხშირად ვხვდებით ექსპანსიურ (განდიდების) ბოდვითი პროდუქციებს, რომლებსაც აქვს შემთხვევითი,

პრამყარი ხასიათი და თავისი უმართებულობით და უაზრობით მიგვეთითებეს გონებრივი სფეროს დეფექტზე. ავადმყოფები მოგვითხრობენ, რომ ისინი არიან ფიზიკურად და გონებრივად ყველაზე ძლიერნი (ერთი ხელით ასწევენ ათ, ას, ათას ფუტს და ასე შემდეგ); ისინი არიან ყველაზე ლამაზნი, კეთილნი და სახელოვანი; ისინი არიან მსოფლიოში პირველი მსახიობები, მომღერალნი, მოცეკვავენი, მწერალნი, მეცნიერები, ინჟინრები, პროფესორები, პილოტები და სხვა; მათი სიმდიდრეც ასევე უსაზღვროა და აურაცხელი. ერთი ავადმყოფი გადმოგვცემდა, რომ მას აქვს რამოდენიმე ათეული ვაგონიდან შემდგარი მატარებელი, რომელიც მძიმედ დატვირულია ბაჯალლო ოქროთი, ბრილიანტებით და სხვა საკანძურით; რომ თვით ორთქლმავალი სუფთა ოქროსია და სხვა.

სურ. 68. ნილაბისებრი სახე და განურჩეველი გამომეტყველება პარალიზური კეუასუსტობის დროს. საკუთარი დაკვირვება.—



ზოგჯერ ბოღვას აქვს ნიპილისტური ხასიათი, რომელსაც თან ჰდევს დებერსონალიზაციის მოვლენებიც.

**ნ. პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობა და კლინიკური ფორმები**

პროგრესული პარალიზი მძიმე ორგანული დაავადებაა, რომელსაც აქვს მეტად სერიოზული და სახიფათო პროგნოზი.

აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ მალარიოთერაპიის შემდგომ პარალიტიკთა სრული გამომრთელების, ასევე სრული თუ ნაწილობრივი რემისიის შემთხვევათა პროცენტი საკმაოდ გაიზარდა.

იმ დროს; როდესაც პროგრესული პარალიზი სპონტანურ რემისიას იძლევა შემთხვევათა 10—12% -ში, მალარიოთერაპიის შემდგომ რემისიათა პროცენტი გაზრდილია 4—5-ჯერ და აღწევს 60% -ს.

არაიშვიათად, მალარიოთერაპია იძლევა ავადმყოფთა შრომის უნარიანობის სრულ აღდგენას.

პროგრესული პარალიზის საინკუბაციო ანუ პროდრომალური პერიოდი შეადგენს საშუალოდ 10—15 წელს; თუმცა აწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფობა განვითარებულა 2—4 წლის ან 30—40 წლის შემდგომ.

პროგრესული პარალიზის პროდრომული პერიოდის შემოკლება თუ გაგრძელება დამოკიდებულია მთელ რიგ მეორეხარისხოვან ე. წ. პათოპლასტიკურ ფაქტორებზე: ალკოჰოლიზმი და მოქანცულობა (ფიზიკური და ფსიქიკური) ხელსუწყობს დაავადების სწრაფ გამოვლინებას. მოწიფულ ასაკშიც აგრეთვე შემოკლებულია დაავადების პროდრომი.

თუ გავიხსენებთ იმ გარემოებას, რომ ლუესური ინფექცია ჩვეულებრივად გვხვდება 20—30 წლის ასაკში, გასაგები გახდება დაავადების სიხშირე 35—45 წლის მანძილზე.

მოხუცებულობის ასაკში ავადმყოფობა გვხვდება საკმაოდ ხშირად.

თანდაყოლილი ლუესი მიზეზია ბავშვთა პროგრესული პარალიზისა. უკანასკნელ შემთხვევებში დატულია პროდრომის ჩვეული ხანდაზმულობა; რის გამოც ავადმყოფობა გვხვდება ბავშვთა 10—15 წლის ასაკში.

პროგრესული პარალიზი მძიმე და სწრაფმავალი დაავადებაა, რომელიც (მუკრნალობის გარეშე) დახლოებით  $1\frac{1}{2}$ —2 წელში თავდება ადამიანის სრული განადგურებით და პარალიზური მარაზმით.

დაავადების გულყრითი და აქტიურ ფორმებს აქვს უფრო ავთვისებიანი მსვლელობა; ეს ფორმები ზოგჯერ სულ რამოდენიმე კვირის თუ თვის განმავლობაში იძლევა ექსიტუსს.

პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობაში ვარჩევთ სამ ძირითად სტადიას:

პირველი, ინიციალური (დაწყებითი) ანუ ნევრასთენიული სტადია ანუ სასამართლო პერიოდი;

მეორე, ავადმყოფობის სრული გაშლის ანუ განვითარების პერიოდი;

მესამე, ფინალური მდგომარეობა ანუ პარალიზური მარაზმი.

დაწყებითი სტადია ძირითადად წარმოდგენილია ნევრასთენიული სინდრომით, რომელიც გაშლილია სპეციფიკურ ორგანულ (ლუესურ) ფონზე.

კლინიკურ გამოვლინებათა მხრივ ხსენებული სტადია შოგვაგონებს ნევრასთენიას; მაგრამ იგი საეჭვო და მძიმე პროგნოზის მქონეა. ავადმყოფობის სურათს თან ერთვის ნევროლოგიური და სეროლოგიური მონაცემები. თავბრუ, თავის ტკივილები, ადვილი მოქანცულობა, დაღლილობის გრძნობა, ფიქსაცია-რეპროდუქციის შესუსტება, უძილობა, გაღიზიანებლობა და ცუდი თვითგრძნობა წარმოადგენს პირველი სტადიისათვის დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებს.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ პროგრესული პარალიზის დასაწყისშივე თანდათანობით აშკარავდება ავადმყოფური პიროვნების მორალური დეფექტი, მისი ზნეობრივი ხარვეზები, რომლებიც ცნობილია მორალური სიბლაგვის სახელწოდებით.

მორალური დაქვეითება წარმოშობს მიზიდულობათა (ჰამა, ეროტიული სურვილები) გამრავლებას, ეგოისტურ განწყობას, პასუხისმგებლობის დაკარგვას და ბოროტმოქმედებებს, რასაც შესაძლოა მოყვეს ავადმყოფთა მიმართ სასამართლო ძიება.

პროგრესული პარალიზის თითქმის ყველა შემთხვევაში პირველი და მით უმეტეს მესამე სტადია (პარალიზური მარაზმის პერიოდი) ერთნაირი და თანამსგავსია.

ავადმყოფობის მეორე სტადიაში მოცემულია კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფეროვანობა, როგორც მაგალითად ექსპანსიური ახუ მანიაკალური, დემენციური, დეპრესიული, ცირკულარული, აჟიტიური, გულყრითი, პალუცინაციურ-პარანოიდული და კატატონიური ფორმები.

#### 6. დაავადების ატიპური ფორმები და ჭაბუკთა პროგრესული პარალიზი

აწერილია პროგრესული პარალიზის შემთხვევები, როდენსაც თავისებურადაა წარმოდგენილი დაავადების ლოკალიზაცია, მიმდინარეობა და ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია. აქ დაავადების კლინიკა იმდენად განსხვავდება პროგრესული პარალიზის ზოგადსურათიდან, რომ საჭირო ხდება გამოყოფილი იყოს ატიპურ ფორმათა ცალკე ჯგუფი:

ხსენებულ ატიპურ ფორმებს ეკუთვნის შემდეგი სამი დანავადება: სტაციონარული პარალიზი, ლისაუერიის პარალიზი და ტაბოპარალიზი.

სტაციონარული ფორმა ხასიათდება ნელი მიმდინარეობით და შედარებით ნაკლები ავთვისებიანობით. ავადმყოფობის ხანგრძლივობა ზოგჯერ აღწევს 20—25 წელს და სიკვდილის მიზეზი შესაძლოა გახდეს სრულიად შემთხვევითი სხვა რომელიმე დაავადება.

ტლანქ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს არა აქვს ადგილი; ასევე ხუსტადაა წარმოდგენილი ნევროლოგიური ნიშნები. პუმორალური სინდრომი შესაძლოა გამონატული იყოს ნაწილობრივად.

მალარიოთერაპიის შედეგად ბოლო დროს განშირებულია სტაციონარული პარალიზის შემთხვევები.

ლისაუერიის პარალიზის დროს პათომორფოლოგიურ ძვრებს აქვს უფრო ლოკალური ხასიათი და შერჩევით ეხება ცენტრალური ნერვული სისტემის გარკვეულ უბნებს, როგორც მაგალითად: ქერქული აპარატის კეფის და ქვედა-თხემის ველებს, ნათხემს და მხედველობითი ბორცვს.

კლინიკური, მით უმეტეს ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია განისაზღვრება დაავადების ლოკალიზაციით. აქ პირველ რიგში დასახელებული უნდა იყოს ჰემიანოფსია, სულიერი სიბრძნე, აფაზიური, აგნოზიური და აპრაქსიული აშლილობანი, აშლილობანი ნათხემის მხრივ და სხვა.

დაავადება მიმდინარეობს ნელა, მაგრამ ნაკლებ ხანგრძლივად, ვიდრე სტაციონარული პარალიზი.

პარალიზური შარაზმი წარმოადგენს აგრეთვე ლისაუერიის ფორმისათვის გამოსავალ მდგომარეობას ან ფინალს.

ტაბოპარალიზის კლინიკაში მოცემულია როგორც ტაბესის, ისე პარალიზის ნიშნები. ტაბესის სიმპტომატოლოგია ჩვეულებრივად რამოდენიმე წლით უსწრებს პროგრესული პარალიზისათვის დამახასიათებელ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს.

ტაბოპარალიზის დროს უფრო ხშირად ვხვდებით დემენციურ სინდრომს; სადაც ხშირია აგრეთვე პალუცინაციები (ზოგადი ტაქტილური და სმენის). ნევროლოგიურ ნიშნებიდან ყურადღება უნდა მიექცეს მყესთა და აქილესის რეფლექსების უქონლობას, უგრძნობელობის მოშლას, ატაქსიას, ტაბესურ კრიზებს (ტკივილების შეტევებს), მხედველობის ნერვის ატროფიას და სხვ. ცალკე უნდა იქნეს განხილული ე. წ. იუვენალური ანუ ჭაბუკთა პროგრესული პარალიზი. ხსენებული დაავადება ვითარდება თანმობილი

ლუესის ნიადაგზე. საინტერესოა, რომ ავადმყოფთა მშობლებში (დედის თუ მამის მხრივ) საკმაოდ ხშირად აღინიშნება ნევროლოგიის ფორმები, კერძოდ პროგრესული პარალიზი.

ავადმყოფებს ბავშვობაში ემჩნევათ სისუსტე, ინფანტილიზმი და საერთოდ ფსიქო-ფიზიკური განუვითარებლობა ანუ უკმარისობა; თუმცა არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ბავშვები კარგად ვითარდებიან, ნიჭიერად სწავლობენ, მაგრამ შემდეგ თანდათანობით ყალიბდება პროგრესული პარალიზის სურათი.

აქაც ინკუბაციური პერიოდი უდრის 13—15 წელს, ამიტომ იუვენალური პარალიზი გვხვდება ჩვეულებრივად 15—18 წლების ასაკში.

კლინიკური სურათის განხილვისას ყურადღებას იპყრობს დემენციური სინდრომი და ბუდობრივი ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია; უკანასკნელს შესაძლოა დაერთოს აგრეთვე ნათხემობ მხრივ ნიშნები და ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს რეფლექსი.

სპონტანური რემისიები იუვენალური პარალიზის დროს ძლიერ იშვიათია. 4—5 წლის შემდგომ ავადმყოფობა თავდება მკვეთრად გამოსატყულო პარალიზური მარაზმით.

## 7. დიაგნოზიკური დიაგნოზის საკითხები და პროგნოზული პარალიზის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

პროგრესული პარალიზის ზუსტი დიაგნოზის დადგენას მნიშვნელობა აქვს არა მარტო პროგნოზის დაზუსტების, არამედ თერაპიულ ღონისძიებათა დროულად მიღების მხრივ.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, როგორც ფსიქოპათოლოგიური და ნევროლოგიური, ისე სეროლოგიური მონაცემები.

პარალიტიკთა ფსიქო-ფიზიკური პროფილი იმდენად დამახასიათებელი და გამოკვეთილია, რომ დიდ უმეტეს შემთხვევებში დიაგნოზის დადგენა არ არის დაკავშირებული სიმწიფეებთან.

უნდა აღინიშნოს, რომ სეროლოგიური და ნევროლოგიური სიმპტომების გარეშე პროგრესული პარალიზის კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში არსებობს მთელი რიგი ნიშნები, რომელთა დახმარებითაც შესაძლოა დადგენილი იქნეს ავადმყოფობის დიაგნოზი.

ექსპანსიური, ანუ მანიაკალური ფორმა პირველ რიგში უნდა გაიმიჯნოს სუფთა (ენდოგენურ ანუ ვიტალურ) მანიაკალურ მდგომარეობიდან. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ექუთენის პიროვნების მორალურ მხარეს: პროგრესული პარალიზის დროს ადგილზე

აქვს ზნეობრივ დეფექტს (მორალურ სიჩლუნგეს) ანუ სირცხვილის გრძნობის დაკარგვას (ავადმყოფები შიშვლდებიან, ბიოლოგიურ მოთხოვნილებებს ასრულებენ მოურიდებლად და სხვა); პირიქით, სუფთა მანიაკალური ავადმყოფები შედარებით თავაზიანნი არიან და ნაკლებად უწყააწყურნი. ამასთან ერთად, მანიაკალურ მდგომარეობაში მყოფ პარალიტიკთა ბოდვების შინაარსი მანევრებელია ავადმყოფთა გონებრივი სფეროს მკვეთრი გაღარიბებისა.

პროგრესული პარალიზის დეპრესიული ფორმა, განსხვავებით ენდოგენური დეპრესიისაგან, გაშლილია ქეუასუსტობის ფონზე; აქ საქმე გვაქვს გუნებ-განწყობის დაწვეასთან კი არა, არამედ ქეუასუსტ და უინიციიტივო ავადმყოფთა განურჩევლობასთან.

შიზოფრენიის გამიჯვნა პროგრესულ პარალიზისაგან საკმაოდ ადვილია. როგორც ვიცი, შიზოფრენიის დროს მეხსიერება შენახულია (დაცულია), ხოლო ფსიქიკურ ფუნქციებს ატყვია გახლეჩვის დაღი (პათოლოგიური უცნაურობა); პირიქით, პარალიზური ქეუასუსტობა ტლანქი ორგანული ამნეზიური ბუნებისაა.

ქრონიკული მოწამვლები, პირველ რიგში ალკოჰოლიზმი, ზოგჯერ იძლევა პარალიზური კლინიკის სურათს, მაგალითად ე. წ. ალკოჰოლური ფსევდო-პარალიზი. უკანასკნელ შემთხვევაში ფენომენოლოგიური სურათი შესაძლოა იყოს იმდენად მსგავსი, რომ დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას მოგვიხდება მივმართოთ ნევროლოგიურ და სეროლოგიურ მონაცემებს.

თავის ტვინის სიმსივნეში, მით უმეტეს ლოკალიზაციით შუბლის წილში, შესაძლოა მოგვეცეს პარალიზური გაბრუნების, დიზართრიის, თუ ბოდვების მაგვარი მდგომარეობა, რომლის დროსაც ზოგჯერ თავზურგტვინის სითხეში ვნახულობთ ლეიკოციტოზის და ცილის მომატებას.

უარყოფითი სპეციფიკური რეაქციები და შეგუბებულნი დვრილები მიგვითითებს თავის ტვინის სიმსივნის არსებობაზე.

პროგრესული პარალიზის და სენილური ფსიქოზების ურთიერთ განსაზღვრისას უნდა ვისარგებლოთ იმ გარემოებით, რომ სენილური ფსიქოზი იძლევა ლაკუნარული ბუნების მქონე ფსიქოპათოლოგიურ და ნევროლოგიურ სიმპტომატოლოგიას და ნეგატიურ სეროლოგიურ მონაცემებს.

ტვინის ათაშანგის გამორიცხვის დროს დაგვეხმარება მკვეთრად გამოხატული ჰუმორალური სინდრომი და მოდებული, განფხეხილი ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები.

პროგრესული პარალიზი მძიმე ორგანული სულით ავადმყოფობაა; ამიტომ დაავადების ყოველი ცალკეული შემთხვევა, რაიმ-

ლის დიაგნოზიც დადგეხილია ფსიქოპათოლოგიურად, ხევეროლო-  
გიურად და სეროლოგიურად, განხილული უნდა იყოს, როგორც  
ჩაუკაცხადი მდგომარეობა.

ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ მალარიოთერაპია, მაგ-  
რამ მთლიანად ვერ აღდგნენ და შერჩათ კუუასუსტობა, აგრეთვე  
უნდა ჩაითვალოს ჩაუკაცხველად.

ჩარაცხულობის შესახებ შეიძლება წამოიჭრას საკითხი მხო-  
ლოდ მაშინ, როდესაც მკურნალობის შემდგომ მოხდება ავადმყო-  
ფის პიროვნების სრული და მთლიანი აღდგენა, როდესაც ავად-  
მყოფს მთლიანად უბრუნდება შრომის უნარი და ფსიქიკური შე-  
საძლებლობანი.

როგორც ვიცით, დაწყებითი (ინიციალური) სტადია პიროვ-  
ნებაში იწვევს ღრმა მორალურ ხარვეზებს; ამიტომ ხსენებულ  
შემთხვევაშიაც ავადმყოფებს ვერ ვაღიარებთ პასუხისმგებლად.

## 8. პროგრესული პარალიზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

პროფილაქტიკა პროგრესული პარალიზის მიმართ გულის-  
ხმობს იმავე ზომების მიღებას, რომლებიც ფართოდაა ცნობილი  
ლუესის საწინააღმდეგოდ; პირველ რიგში გატარებული უნდა იყოს  
სოციალურ-ჰიგიენური ღონისძიებანი; ამასთანავე ერთად საჭიროა  
ენერგიული სანაგანმანათლებელი მუშაობის წარმოება.

ინფექციის ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს  
სრულღირებულოვანი, ანტილუესური სპეციფიკური მკურნალობა.  
სისტემატურად უნდა ისინჯებოდეს სისხლი და თავზურგტვინის  
სითხე სპეციფიკურ რეაქტივებზე.

პროგრესული პარალიზის დროს სპეციფიკური ანტილუესუ-  
რი მკურნალობა არ იძლევა გამამხნეველ შედეგებს. როგორც  
ჩანს, სისხლში არსებული სამკურნალწამლო-პრეპარატები ვერ  
მოქმედებს ეტოდერმულ ქსოვილში შეჭრილ ლუესურ ინფექ-  
ციაზე (სპიროქეტებზე).

ერთად-ერთი საშუალება, რომელიც ამ დროს გვაძლევს გა-  
მამხნეველ შედეგებს, არის მკურნალობა სიცხით. ამ მხრივ შეუ-  
ღარებელ შედეგებს იძლევა მალარიოთერაპია-მკურნალობა სამ-  
ღდიური მალარიით.

მალარიოთერაპია, რომელიც პირველად შემოღებული იყო  
ოდესელი რუსი ექიმის მიერ, მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში;  
უკანასკნელ 20—30 წელიწადში ფართოდ გავრცელდა. მან გაამარ-  
თლა თავისი დანიშნულება. დღეს, მას შემდეგ, რაც ჩვენს განკარ-



ჯულებშია მალარიოთერაპია, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ პროგრესული პარალიზი დაძლეულია, რომ შესაძლოა ამ უსაშინელეს დაავადებასთან ეფექტური ბრძოლა.

თუ როგორ და რანაირი გზით მოქმედებს მალარია პარალიზურ პროცესზე, ეს საკითხი მოითხოვს შემდგომ დაზუსტებას. ამჟამად მხოლოდ ერთი შეიძლება ითქვას: მალარიოთერაპიის დროს მოქმედებს მთელი რიგი ფაქტორები, სახელდობრ-თერმული (სიცხის უარყოფითი გავლენა სპიროქეტებზე), ბიოლოგიური (მალარიის პლაზმოდების გამანადგურებელი მოქმედება ლუესურ ინფექციაზე) და, ბოლოს, ორგანიზმის დამცველ იმუნო-ბიოლოგიურ შესაძლებლობათა მობილიზაცია.

ძნელია დაზუსტება, თუ რომელი ფაქტორი უნდა იყოს წამყვანი თუ გადამწყვეტი.

ცხადია მხოლოდ ის, რომ მალარიოთერაპიის შედეგად ხდება თვით პარალიზური პროცესის პრინციპული შეცვლა; იგი უფრო ხდება კეთილთვისებიანი და ქერქული ექტოდერმული პროცესი იღებს ქერქვეშა-მეზოდერმული პროცესის ხასიათს.

მალარიით მკურნალობის შემოღებამ თითქმის სრულიად მოსპო, ან მნიშვნელოვნად შეამცირა პარალიზური მარაზმის შემთხვევები. რემისიები. მკურნალობის შედეგად შეიძლება იყოს ნაწილობრივი, როდესაც ავადმყოფობა იღებს კეთილთვისებიან სტაციონარული ფორმის სახეს; ხოლო ზოგჯერ ადგილი აქვს სრულ რემისიას, ავადმყოფთა ფსიქოფიზიკურ შესაძლებლობათა სრულ და მთლიან აღდგენას.

უკანასკნელ შემთხვევებში ნევროლოგიური ნიშნები მოიხსნება, ჰუმორალური სინდრომი იღებს ნეგატიურ ხასიათს და ავადმყოფები უბრუნდებიან თავიანთ წარსულ მუშაობას.

აწერილია სრული რემისიები 10—15 წლის ხანგრძლივობით, ზოგჯერ 20—30 წლითაც.

თუ ავადმყოფებს აქვთ შინაგან ორგანოთა (ღვიძლი, გული, თირკმელები) პათოლოგია, არიან ძლიერ გასუქებულნი, ან ძლიერ განლეულნი, სახიფათოა მალარიული შეტევების ხმარება. ასეთ შემთხვევებში მიმართავენ შედარებით სუსტ და უფრო ნაზ ინფექციურ საშუალებებს, როგორც მაგალითად: შებრუნებითი ტიფს, იპონურ ტიფს ე. წ. სოდოკუს და სხვა.

სამდლიური მალარიის აკრა შეიძლება მოხდეს სისხლის (რომელიც იღება აპერექსის დროს) კანქვეშ ან ვენაში შეყვანით.

ხელოვნური მალარიის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ შეადგენს 12—15 დღეს, რომლის შემდგომაც იწყება ჩვეულებრივი შეტევები.

როგორც წესი, ვეპაყოფილებით 16—20 შეტევით; ამის შემდგომ ხელოვნურად აცრილი მალარია თითონ შეწყდება, ან ჩვენ ვახდენთ მის კუპირებას (ქინაქინის მიცემით).

მალარიოთერაპიასთან ერთად ტარდება სიმპტომატიური მკურნალობა.

მალარიოთერაპია მოითხოვს ექიმის მხრივ დამატულ ყურადღებას; იგი ჩატარებული უნდა იყოს ფსიქიატრიული სტაციონარის პირობებში.

### 9. პროგრესული პარალიზის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები \*)

შემთხვევა 1. ავადმყოფი ე. ბ., 44 წლის, ცოლიანი, წერა-კითხვის მცოდნე. შემოვიდა კლინიკაში 1930 წლის 10 თებერვალს, გაეწერა იმავე წლის 14 მაისს.

დიაგნოზი—პროგრესული პარალიზი. პოსტმალარიული პალეოცინოზი.

ანამნეზი: მშობლები გარდაიცვალენ მოხუცებულობაში. ავადმყოფი ბავშვობაში იყო ჯანსაღი. სწავლობდა გიმნაზიაში. 1915 წ. გაწვეული იყო სამხედრო სამსახურში; მსახურობდა ფლოტში, იღებდა მონაწილეობას იმპერიალისტურ ომში. ფლოტში დარჩა 1922 წლამდე. შემდეგ მუშაობდა სოფლის მეურნეობაში. 1924 წლიდან მუშაობდა ზეინკლად; ჰყავს ორი შვილი.

ათაშანგით ავად გახდა 1922 წელს; მკურნალობდა სისტემატურად. უკანასკნელ ორ კვირაში გახდა ძლიერ მოუსვენარი, ადვილად ღიზიანდებოდა.

თავს სთვლის ჯანმრთელად, ეიფორიულია, საავადმყოფოში არ უნდა დარჩენა, იმუქრება, რომ ჩაამტვრევს ფანჯრებს და გაიქცევა. გამოსთქვამს განდიდებისა და სიძლიერის ბოდვებს. ნევროლოგიური სფეროს მხრივ ავადმყოფს გუგების რეაქცია აქვს სინათლეზე დუნე, ენა გამოყოფისას ეხრება მარჯვნივ, ზედა კიდურზე რეფლექსები აწეულია, ქვედაზე ცოცხალია, არათანაბარი ბაბინსკის რეფლექსი ოდნავ გამოხატული, მგრძნობელობა მკვეთრად დაწეული; RW სისხლში და ლიქვორში მკვეთრად დაღებით.

\*) ისტორიები ევლანის ი. სეგმანოვს.

20 თებერვალს აცრილი აქვს მალარია. ავადმყოფმა გადაიტანა 15 შეტევა. 8 მარტიდან ტემპერატურის დროს ცნობიერების შეცვლა; ავადმყოფი ხტება ლოგინიდან, აპირებს გაქცევას.

15 მარტიდან 19 შეტევის შემდგომ, ავადმყოფს აღენიშნება მხედველობის ჰალუცინაციები; ესმის ხმები, რომლებიც ეშუქება მოკვლით; ესმის ხმები მისი ბავშვების, ცოლის, მეზობლების. ღამით ავადმყოფი ხტებოდა ლოგინიდან; უნდოდა გაქცევა, თავს იცავდა ვილაცასაგან, ყვიროდა: „აი ისინი მოვიდნენ ჩემს მოსაყლაკად“.

2 აპრილიდან ლებულობს ბიოქინოლის ინექციებს. 15 აპრილიდან იჩენს თავისი აზრების მიმართ კრიტიკულ დამოკიდებულებას. ჰალუცინაციები მკრთალდება; ორიენტირებულია, აქვს სურვილი გაეწეროს კლინიკიდან და დაუბრუნდეს მუშაობას და ოჯახს. 14 მაისს გაწერილია, ცოლის სურვილით, ოდნავი გაუმჯობესებით.

აღნიშნულ შემთხვევაში განვითარდა მალარიული ჰიპერთერმიის დროს სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები.

შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა 2. ავადმყოფი 0. ბ. 44 წლის, ცოლიანი, წერა-კითხვის მცირე მცოდნე. დიაგნოზი—პროგრესული პარალიზი. შემოვიდა კლინიკაში 23 აგვისტოს 1933 წელს. ავად გახდა თვენახევრის წინად. ღამით არ სძინავს, ლაპარაკობს ბევრს, შეკითხვაზე პასუხობს ადეკვატურად. ავადმყოფი ყოფილა კარგი მეოჯახე, იშვიათად სვამდა, დაავადებამდე ჰქონდა უსიამოვნება; ამის შემდეგ გამოამყლავნა უცნაური ქცევები; ეშინოდა ყველასი, ლაპარაკობდა, რომ უნდათ მისი მოკვლა; აწუხებდა უძილობა, იჩენდა აგრესიულობას გარშემო მყოფთა მიმართ; ერთხელ სცადა დაეხრჩო თავისი ბავშვი, გარბოდა სახლიდან, საავადმყოფოში მოიყვანეს დიდი სიძნელით.

გამოკვლევის შედეგები: ავადმყოფი საშუალოზე მაღალი ტანის. გულის ტონები მოყრუებული, პულსი რითმული, ცხვირტურჩის ნაოჭი გამოხატულია არათანაბრად. გუგები უთანაბრო, სინათლეზე რეაქცია არაა. მეტყველება დიზართორიული, სახე ნიღბისებრი. RW—სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში მკვეთრად დადებითი. რეაქციები ცილაზე: ნონე-აპელტის და პანდის მკვეთრად დადებითი; უჯრედების რაოდენობა—26.

ორიენტაცია დარღვეული. ავადმყოფი გამოსთქვამს განდიდების, სიმდიდრის და სიძლიერის ბოდვებს; ეიფორიული, გულკეთილი, ადვილად შთაგონებად. ღამლამობით ელვიძება, ითხოვს შუსიკას, ცეკვებს, ქეიფს და მხიარულობას. საავადმყოფოში ყოფნით კმაყოფილია.

13 სექტემბერს აეცრა მალარია. გადაიტანა 12 შეტევა. თანდათან ბოლდითი იღეები ისპობა. ვითარდება კრიტიკული მიდგომა თავის თავისადმი. 4 დეკემბერს გაწერილია საავადმყოფოდან რემისიის მდგომარეობაში. კატამნეზიდან ცნობილია, რომ იგი მუშაობდა 4 თვეს. 27 მარტს ავადმყოფი ხელმეორედ შემოვიდა საავადმყოფოში; ორი კვირით ადრე ავადმყოფის მდგომარეობა იმდენად გაუარესდა, რომ შეუძლებელი გახდა მისი სახლში გაჩერება.

4 აპრილს მოყვანილია კლინიკაში. განუწყვეტილად წევს ზურგზე, იყურება ერთ წერტილში, რაღაცას ჩურჩულებს თავისთვის. ესმის ხმები და ხედავს სანახაობას; ყოველთვის ვერ გადმოგვეცემს მათ შინაარსს. ხშირად წამოხტება ლოგინიდან, გარბის კარებისაკენ, ვიღაცას ემუქრება, ელაპარაკება, იხევს თეთრეულს, ხშირად სიარულისას ორივე ხელს ისევამ თმებზე და რაღაცას ჩურჩულებს. ავადმყოფს მდგომარეობა ხშირად ეცვლება. იგი ხან ორიენტირებულია, ხან კი ხედავს ხოცოებს, თავგებს, გველებს, რომელნიც ავადმყოფის თქმით მისკენ მოიწევიან.

ამავე დროს ავადმყოფს აღენიშნება სმენითი ხასიათის პალუცინაციები.

მოყვანილ შემთხვევაში ადგილი აქვს პროგრესული პარალიზის რეციდივს, რომელიც მიმდინარეობს დელირიოზული სინდრომის სახით.

## თავი ოცდამათე

### თავის ქალას ტრავმებით გამოწვეული ფსიქიკური ავლილოგანი

#### 1. ზოგადი ხასიათის ცნობები და ქალას ტრავმულ დაზიანებათა პათომორფოლოგიის ხასიათები

თავის ქალას ტრავმების პათოლოგიის და კლინიკის შესწავლას აქვს დიდი მნიშვნელობა ფსიქიატრიის მთელ რიგ თეორიულ და პრაქტიკულ საკითხთა დაზუსტებაში.

ამ მხრივ უკანასკნელ წლებში დაგროვილმა მასალებმა განსაკუთრებულად გაამდიდრა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ საფუძველთა შესახებ და განამტკიცა ე. წ. ცერებროპათოლოგიური პოზიციები ფსიქიატრიაში.

დადგენილ იქნა ცენტრალური ნერვული სისტემის ცალკეული უბნების ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა კლინიკა.

არჩევენ თავის ქალას ღია და დახურულ ტრავმებს ანუ დაზიანებებს.

ღია ტრავმების დროს დარღვეულია, როგორც ქალას რბილი სახურავის და ძვალთა, ისე ტვინის მაგარი გარსის მთლიანობა. ამით ზიანდება არა მარტო ჰემისფეროთა ქერქის ზედაპირი, არამედ ტვინის ქერქ-ქვეშა სხედასხვა უბნები; ამასთან ერთად არსებობს ტვინში ინფექციის შეჭრის შესაძლებლობა, რის შედეგადაც ზოგჯერ ვითარდება მენინგიტები, მენინგოენცეფალიტები და ტვინის აბსცესები.

ღია ტრავმებს ვიღებთ ქალაზე მაგარი საგნის დარტყმით, ტყვიით ან რაიმე ბასრი იარაღით გამოწვეული ჭრილობით.

როგორც აღვნიშნეთ ღია ტრავმის შემთხვევებში თავის ტვინის დაზიანება ხდება გარედან შიგნით მიმართულებით. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ტვინის ღეროს დაზიანებას არაფიზიკურად მოსდევს სიკვდილი, რასაც ვიღებთ მით უფრო ხშირად, რაც უფრო

ახლოა დაზიანების კერა ბულბარულ, სასიცოცხლო ცენტროვთან (შუა და მოგრძო ტვინის უბნები).

პირიქით, ქალას დახურული ტრავმების დროს გვაქვს მხოლოდ რბილი საფარის და ქალას ძვლების დაზიანება, მაგრამ რბილი გარსის მთლიანობა დარღვეული არაა; თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ ტრავმის შედეგად დარტყმის შესატყვის ადგილას ტვინში შესაძლოა წარმოიშვას სისხლის ჩაქცევა ან სხვა რაიმე პათოლოგიური ცვრები.

ცხადია, ტრავმის სიძლიერე და ლოკალიზაცია განსაზღვრავს ტვინის დაზიანების სიმწვავეს, სიმძიმეს და სიღრმეს.

ღია დაზიანებებთან შედარებით ქალას დახურული ტრავმები წარმოადგენს უფრო ხშირ და ძირითად ტრავმულ მასალას, რომელსაც ვხვდებით ფსიქიატრიულ სტაციონარებში თუ პოლიკლინიკებში.

ქალას დახურულ ტრავმებს ყოფენ ორ ჯგუფად: ტვინის შერხვევა ანუ კომოცია და ტვინის დაშავება (დაჟევევა) ანუ კონტუზია.

პირველის დროს (კომოცია) საქმე გვაქვს ტვინის საერთო შერხვევასთან, ზოგად დაზიანებასთან; ამიტომ მისი კლინიკაც წარმოდგენილია ზოგადი, ანუ განფენილი ხასიათის სიმპტომატოლოგიით.

პირიქით, ტვინის კონტუზიის დროს უფრო გვაქვს ლოკალური (ადგილობრივი) პათოლოგიური ცვრები და მისი სიმპტომატოლოგია მდიდარია ბუღბრივი ნიშნებით.

სრულიად ცხადია, რომ მოყვანილ ორ ჯგუფთა შორის არამცთუ ძნელია, არამედ შეუძლებელია ზუსტი პათობიოლოგიური ზღვარის გატარება.

სრულიად ცხადია, რომ კომოციას შესაძლოა თანდაერთოს (ან გაერთულდეს) კონტუზიური მოვლენები და შებრუნებით: კონტუზიამ შესაძლოა მოგვეცეს ტვინის შერხვევაც.

კომოციურ-კონტუზიურ მდგომარეობათა გამიჯვნის ხელოვნურობაზე მიგვიბრუნებს ის გარემოება, რომ ამჟამად სრულიად მოხსნილია საკითხი კომოციის მხოლოდ ფუნქციური და კონტუზიის მხოლოდ ორგანული ბუნების შესახებ.

მეტად ზუსტი და დამაჯერებელი ექსპერიმენტულ-კლინიკური გამოკვლევები (დაკვირვებები ბერიტაშვილისა და მისი სკოლის, გურევიჩის, პინესის, გილიაროვსკის, ჩენი და მრავალი სხვების) ადასტურებს, რომ ორივე დაავადება, როგორც კომოცია, ისე კონტუზია წარმოადგენს ორგანული ბუნების მქონე დაზიანებას. უკვე დამტკიცებული და მიღებულია, რომ

კომოციის დროს გვაქვს არა მარტო ფუნქციურ-დინამიკური ძვრები, არამედ ორგანული ცვლილებებიც. უკანასკნელთ აქვთ ნატიფი, მხოლოდ მიკროსკოპულად შესამჩნევი პათომორფოლოგიური ძვრების ხასიათი.

კომოცია-კონტუზიის შესწავლისას ანგარიში უნდა გაეწიოს კიდევ ორ პრინციპულად მეტად საინტერესო და მნიშვნელოვან გარემოებას. პირველი—ტვინის ტრავმა არის ეპიზოდური, უეცარი (ზოგჯერ სრულიად მოულოდნელი) და მწვეავე ფიზიკური დაზიანება; ამის გამო კომოცია-კონტუზია თავისი პათობიოლოგიური არსით რეგრედირებული და არა პროგრადირებული პროცესია. აქ არ არის გამორიცხული ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ რევერზიბილურ და კომპენსატორულ-ვიკარულ შესაძლებლობათა ამოქმედება. ტრავმულ დაზიანებას შესაძლოა მოჰყვეს ფუნქციის ამა-თუიმ ხარისხით აღდგენა ან განვითარდეს მტკიცე ე. წ. რეზიდუალური მოვლენები; მაგრამ ყველაფერი ეს არის „სტატიკური“, როგორც ეპიზოდი და არა-ნაირად არა პროგრესულად წინმავალი პათოლოგიური პროცესი.

მეორე—თავის ქალას ტრავმულ დაზიანებათა პათობიოლოგიაში მოცემულია ნერვული ქსოვილის ცვლილებათა მეტად რთული და დინამიკური გამა რევერზიბილურ მდგომარეობებიდან არარევერზიბილურ მდგომარეობებამდე და პირუკუ. უკანასკნელი გარემოება წარმოადგენს პათობიოლოგიურ საფუძველს, რომელიც აპირობადებს დინამიკურ სიახლოვეს ტრავმული ბუნების შქმნე ფუნქციურ და ორგანულ გამოვლინებათა შორის.

პრაქტიკულად ჩვენ მოგვიხდება კომოციურ და კონტუზიურ მდგმარეობათა კლინიკის ცალკალკე განხილვა.

საჭიროა წინასწარ მოკლედ შევჩერდეთ აღნიშნულ მდგომარეობათა პათონეიროდინამიკის თავისებურებაზე.

კომოციის დროს ადგილი აქვს ტვინის ღეროს უბნების და ჰემისფეროთა ბაზალური ქერქის შერხვეას, რადგანაც ხდება მათი დარტყმა ქალას შესატყვის ძვალოვან ნაწილებზე. ამიტომ კომოციის დროს წამყვანი ძვრები ვითარდება შუბლის და საფეთქლის წილთა ცენტრალურ ზედაპირზე და ღეროს მიდამოებში.

შერხვეა იძლევა არა მარტო დარტყმას ძვალოვან ნაწილებზე, არამედ ლიქვორის წნევის მკვეთრი ქანაობის შედეგად პარაკუტთა კედლების და სილვიის სადინარის კედლის ტრავმას. ამას მოსდევს ნატიფი პათომორფოლოგიური ძვრები თალამურ, მეზენცეფალურ, მეტენცეფალურ და მიელენცეფალურ უბანთა რუხ და თეთრ ნივთიერებაში.

კონტუზია, პირიქით, იძლევა დიდ ჰემისფეროთა ღართის, მათი ზედაპირის (პალიუმო, კონვექსი) დაზიანებას.

როგორც ვხედავთ, პათობიოლოგიურად და კლინიკურად კომოცია ძირითადადში არის დეროვან ქერქქვეშა, ხოლო კონტუზია—ქერქულ-კონვექსური პროცესი.

კომოციის დროს პირველ რიგში გვაქვს ვეგეტაციური, ვაზომოტორული და ვესტიბულარული ძვრები, ხოლო კონტუზიის დროს ქერქული სიმპტომატოლოგია.

ცალკე უნდა იყოს განხილული ყუმბარათა აფეთქების შედეგად განვითარებული ე. წ. ბაროტრავმული ანუ ჰაეროვანი კონტუზიურ-კომოციური მდგომარეობანი. აქ მნიშვნელობა აქვს მთელი თვისებურ ფაქტორებს, როგორც მაგალითად: ტრავმული ტალღის სიძლიერეს, სისწრაფეს, მიმართულებას, ტალღით გამოწვეულ თერმულ და აკუსტიკურ პირობებს, ატმოსფერული წნევის სიმაღლეს და ცვალებადობათა სისწრაფეს, თავზარდამცემ-შემზარავე განცდებს და სხვა.

კვეთებითი ტალღა ზეგავლენას ახდენს როგორც ქალას რბილ და მაგარ საფარ ნაწილებზე, ისე მის შიგთავსზე, უშუალოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის უბნებზე. მას შეუძლია გამოიწვიოს არა მარტო კონტუზიურ-კომოციური მოვლენები, არამედ ტლანქი სისხლჩაქცევები და თვით ნერვული ნივთიერების მკვეთრი დაზიანება.

აღსანიშნავია ტრავმული დეგენერაცია და ნერვული ქსოვილის დარბილება-რამოლიცია ან ნეკროზი, ხოლო უკანასკნელს მოსდევს გამოვარდნის ანუ სიცარიელის ქერათა განვითარება.

როგორც წესი, ჰაეროვანი ტრავმა არ განისაზღვრება მხოლოდ თავის ტვინის კონტუზია-კომოციით; ამ დროს ადგილი აქვს ორგანიზმის მთლიან დაზიანებას, ზოგად კონტუზიას ანუ სხეულის მთლიან „დაშავებას“.

ჰაეროვანი ტალღის დინამიკა და მის მიერ გამოწვეული ტრავმული პათობიოლოგიური ძვრები იმდენად თავისებურია, რომ ბერიტაშვილი გვიჩვენებს ჰაეროვანი ტალღით გამოწვეული ორგანიზმის დაზიანება განვიხილოთ, როგორც „აფეთქებითი ჰაეროვანი ტრავმა“ ანუ „აფეთქებითი დაზიანება“.

ჩვეულებრივად, ბაროტრავმას მოსდევს მკვეთრი აშლილობანი გულის და სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ. ამ დროს შევხვდებით სისხლის დენას ცხვირიდან, ხახიდან ან ყურებიდან, რომელიც შედეგია ბაროტრავმის, და სრულიადაც არაა მაჩვენებელი ქალას ფუძის დაზიანებისა.



პეროვანი ტალა ხშირად იწვევს აგრეთვე სმენის და მეტყველების აპარატის დაზიანებას (ე. წ. კონტუზიური ყრუმუნჯობა).

გურევიჩის აზრით, ბაროტრავმის დროს კონტუზიასთან ერთად იმდენად ხშირადა გვაქვს ტვინის ზოგადი შერხვევის ქოლენები, რომ ბაროტრავმული დაზიანება არსებითად წარმოადგენს „პეროვან კომოციას“.

ტრავმული ბუნების მქონე კლინიკურ გამოვლინებათა განხილვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ორგვარ სიმპტომებს, სახელდობრ: ლოკალურს და ზოგად ცერებრალურს.

ლოკალური ნიშნები ასახავს ცენტრალური ნერვული სისტემის გარკვეული უბნების პათოლოგიას, რაც შეიძლება წარმოდგენილი იყოს გალიაზიანების (გარკვეული უბნების უღერა), ან გამოვარდნის სიმპტომებით.

ზოგადი ცერებრული ნიშნები, პირიქით, მაჩვენებელია თავის ტვინის პათოლოგიური მდგომარეობისა მთლიანად; როგორც მაგალითად, თავის ტვინის განფენილი შერხვევა, ტვინის ღეროს ვეგეტაციური ცენტრების განფენილი დაზიანება და სხვა.

ზოგადი ცერებრული ხასიათის სიმპტომატოლოგიას ეკუთვნის ტვინში სისხლის და ლიქვორის მიმოქცევის აშლა, ცერებრასთენია და ექზოგენური სტრუქტურის ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები. ცნობიერების აშლით.

არის შემთხვევები, როდესაც ქერქ-ქეეშა კვანძთა პათოლოგიას მოსდევს ცნობიერების აშლა. ხსენებული გარემოება სრულიადაც არ შეიძლება ჩაითვალოს იმის მაჩვენებლად, თითქოს უმაღლესი რიგის ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის (როგორცაა ცნობიერების პათოლოგია) ლოკალიზაცია შესაძლოა დაუკავშიროთ ტვინის ღეროს; ასეთი აზრი ყოველად უმართებულო და მიუღებელია.

უმაღლესი რიგის ფსიქიკური ფუნქციები, როგორც ნორმაში, ისე პათოლოგიაში, თავისი ანატომოფიზიოლოგიური საფუძვლებით ყოველთვის დაკავშირებულია დიდი ჰემისფეროების ქერქული აპარატის ინტეგრირებულ მოქმედებასთან.

ტვინის ღეროს ძალუძს მოგვეცეს ცნობიერების აშლა მხოლოდ და მხოლოდ მეორადად.

უკანასკნელ შემთხვევებში ცნობიერების პათოლოგიას საფუძვლად უდევს სისხლის და სუნთქვის ვიტალური ცენტრების დაზიანება.

თანახმად გურევიჩისა, ცნობიერების მეორადი აშლის შემთხვევებში აღინიშნება ფსიქიკურ ფუნქციათა ზოგადი დაკნი-

ნება, რომლის დროსაც ადგილი არა აქვს ფსიქიკური აპარატის დეზინტეგრაციულ მოქმედებას.

პირიქით, ცნობიერების პირველადი პათოლოგია გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს გაგებით ყოველთვის გაშლილია ფსიქიკურ სფეროთა დეზინტეგრაციული მოქმედების ფონზე.

მოკლედ შევჩერდებით ლოკალურ სიმპტომატოლოგიაზე.

სხენებული საკითხი საინტერესოა უფრო იმით, რომ ბოლო დროს მასალების მიხედვით შესაძლოა ლაპარაკი ლოკალური ბუნების მქონე, როგორც ნევროლოგიურ, ისე ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებზე.

ლოკალურ ნევროლოგიურ ნიშნებს ეკუთვნის პარალიზები; შიპერკინეზიები, აპრაქსია და სხვა. ხოლო ლოკალურ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებად გ უ რ ე ვ ი ჩ ი განიხილავს შემდეგი სახის პათოლოგიურ გამოვლინებებს: შუბლის წილის ფსიქოპათოლოგიას (მორია, აპათიურ-აბულიური სინდრომი, ფიქსაციის ამნეზია; ყურადღების პათოლოგია და სხვა), ქვედათხემის და თხემ-კეფის სიმპტომებს (ფსიქოზენსორული, გნოსტიკური და მნესტიკური აშლილობანი, დათელის უნარის აშლა, კითხვის პათოლოგია და სხვა) და, ბოლოს, საფეთქლის წილის ფსიქოპათოლოგიას (სმენის ჰალუცინაციები, გულყრითი შეტევები და სხვა).

ქერქქვეშა ლოკალურ ნიშნებს ეკუთვნის ვეგეტაციური სინდრომი (ზოგჯერ ჰემისინდრომის სახით), ძილის აშლა (თალამურ-ჰიპოთალამური მიდამო), პარკინსონიზმი, თვალის სიმპტომები კონვერგენციის აშლის ან ნისტაგმის სახით (შუატვინი ანუ შეზენცეფალური მიდამო) და ვესტიბულარული ნიშნები (შუა და მოგროძო ტვინის მიდამოები).

ქალას დახურული ტრავმების შესწავლისას (განსაკუთრებით კომოციების დროს) გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ცენტრალურ ყურადღებას აქცევს ვესტიბულარულ სიმპტომებს, რომლებიც შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს არა მარტო სუბიექტური ჩივილებით (თავბრუ); არამედ ობიექტური ნიშნებითაც; მხედველობაში გვაქვს სტატიკის აშლა, როგორც მაგალითად ცქერის აშლა და გ უ რ ე ვ ი ჩ ი ს შიერ აწერილი ე. წ. ო კ უ ლ ო ს ტ ა ტ ი კ უ რ ი ფ ე ნ ო მ ე ნ ი (სტატიკის დარღვევა თვალის მოძრაობის დროს).

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, კომოცია-კონტუზიის დროს უხვადაა წარმოდგენილი ვაზომოტორული და ვეგეტაციური სიმპტომატოლოგია: ოფლიანობა, ხელ-ფეხის გაცივება, სილურჯე და სხვა.

დახურული ტრავმების დროს აგრეთვე ყურადსაღებია ლიქვორის შესწავლა. აქ შესაძლოა მომატებული იყოს წნევა; ხოლო

თვით თავზურგტვინის სითხეში ზოგჯერ შევხვდებით ცილას, ფორმინ ელემენტებს და იშვიათად სისხლსაც.

სულ ბოლოხანებში თავის ქალას ღია და დახურულ დაზიანებათა შესწავლისას მკვლევართა დიდ ინტერესს იპყრობს ელექტროენცეფალოგრაფიული დაკვირვებანი.

შენიშნულია, რომ კომოცია-კონტუზიის დროს ქერქული აპარატის სპონტანური ელექტრული აქტივობა მკვეთრად დაწეულია; ამავე დროს ადგილი აქვს მთელ რიგ პათოლოგიურ პოტენციალების წამოკრას (კრუნჩხვითი პოტენციალები, ე. წ. დელტა-ტალღები და სხვა).

მოკლედ შევჩერდებით ქალას ტრავმულ დაზიანებათა პათოლოგიის საკითხებზე.

ზევით უკვე იყო აღნიშნული, რომ ტვინის კომოცია იძლევა ნატიფ და ჩვეულებრივად რევერზიბილური ბუნების მქონე ცვლილებებს. კონტუზიის დროს, პირიქით, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მკვეთრადაა წარმოდგენილი პათოლოგიური ძვრები.

მწვავე პერიოდში კონტუზია იძლევა სისხლის ჩაქცევებს ტვინის გარსებში, ქერქში და თეთრ ნივთიერებაში, რაც შედეგია სისხლძარღვთა ტრავმული დაზიანებისა.

სისხლის და ლიმფის მიმოქცევის აშლის და თვით ტვინის პირდაპირი დაზიანების შედეგად ზიანდება პირველ რიგში ქერქული ნივთიერება; მისი პირველი, მეორე და მესამე შრეები ე. ი. ფსიქიკური ფუნქციების უშუალო ანატომიური სუბსტრატი. აქ ადგილი აქვს ნერვულ ელემენტთა ტრავმულ დაზიანებას (დეგენერაცია, ნეირონოფაგია, გაფანტული მიკრონეკროზული კვრები, განგლიურ უჯრედთა მორჩების წყვეტა და სხვა).

## 2. ძალას ტრავმების სიმტომატოლოგია და მიმდინარეობა.

საბკოთხ მკვლევარებს, პირველ რიგში ბურდენკოს, ხოროშკოს, გურევიჩს და სხვებს მიუძღვით განსაკუთრებული ღვაწლი ქალას ტრავმულ დაზიანებათა კლინიკური სიმპტომატოლოგიის დამუშავებაში.

კლინიკური მიმდინარეობა და საბოლოო პროგნოზი დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე. აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული დაზიანების სახე (დაზიანება კვეთებითი ტალღით, მაგარი საგნის დარტყმით, ტყვიით, ყუმბარის ნამსხვრევით, თუ ცივი ბასრი წარადით), პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის განფენილობა, სიმწვავე, სიმძიმე, ხანგრძლივობა, განვითარების პერიოდი (სტადია) და პრემორბიდის ზოგადი ფსიქო-ფიზიკური

თავისებურებანი; აგრეთვე მისი ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობა ტრავმის მიღების უამს.

ჩვენ მოგვიხდება ცალკეულად შეეჩერდეთ კომოციებზე, კონტუზიებზე და ქალასკრილობებზე.

ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მოხსენებული ყოველი ფორმის დინამიკის განხილვისას ავტორები არჩევენ ოთხ სტადიას ანუ პერიოდს: დაწყებითი ანუ ბურდენკოს თქმით „ქალასის“ პერიოდი, მწვავე პერიოდი, მოგვიანებული პერიოდი და შორეული შემდეგების პერიოდი.

ტვინის კომოცია. დაწყებითი პერიოდი ხასიათდება ზოგადი ცერებრული რეაქციით, რაც გამოიხატება ცნობიერების პათოლოგიაში; უკანასკნელი სიმძიმისდა მიხედვით შესაძლოა გარძელდეს რამოდენიმე წუთიდან დაწყებული რამოდენიმე დღემდე. ხოლო ცნობიერების აშლის კლინიკა შესაძლოა იმავე სიმძიმის მიხედვით წარმოდგენილი იყოს გაოგნების, გაბრუების სპორის ან კომის სახით. უკანასკნელ შემთხვევაში ფსიქო-ფიზიკურ რეაქციათა შესუსტება-შენელების ხარისხმა შეიძლება მიიღოს სრული უგონობის ხასიათი, ასევე სრული არეფლექსიით.

როგორც ზევით უკვე იყო აღნიშნული, შერხვევის ნიადაგზე წარმოშობილ ტვინის ღეროს დაზიანებას მეორადად მოსდევს ქერქული აპარატის პათოლოგიური ძვრები, ხოლო უკანასკნელს თავის მხრივ—ცნობიერების აშლაც.

ავადმყოფს უცებ მუხლი ეკვეთება, ფითრდება, შემდეგ ლურჯდება, ოფლში იწურება და უცებ ეცემა.

პაეროვანი კომოციოს შემთხვევებში დაწყებით სტადიაში ზოგჯერ ადგილი აქვს ცხვირიდან, ხახიდან და ყურებიდან სისხლის დენას და აგრეთვე გულისრევასაც.

აღნიშნული დაწყებითი პერიოდი წარმოადგენს მეტად მძიმე მდგომარეობას, რომელიც შეიძლება ლეტალურად დამთავრდეს.

ცნობიერების აშლა ჩვეულებრივად გრძელდება რამოდენიმე დღე; ამას მოსდევს მდგომარეობიდან თანდათანობითი გამოსვლა. იწყება კომოციის მეორე ანუ მწვავე პერიოდი, რომელიც თავისი კლინიკური სურათით წარმოადგენს ცერებრალს თენიას ანუ ცერებრალურ აღინამიას.

ავადმყოფები ფიზიკურად არიან სუსტნი, მოწყვეტილნი და მოსხლეთილნი; უჩივიან თავის ტკივილებს, თავბრუს, სიმძიმეს და შუილს თავში; გუნებგანწყობა აქვთ დაწყებული და ძლიერ ცვალებადი (დისფორია); ფსიქიკური ფუნქციები მიმდინარეობს ზანტად. აღნიშნებათ ვაზომოტორული, ვეგეტაციური და ვესტიბულარული

აშლილობანი, რომლებიც განსაკუთრებით ძლიერდება ავადმყოფთა ფეხზე წამოდგომისას.

მეორე პერიოდში ჰაეროვანი კომოცია ზოგჯერ იძლევა ყრუმუნჯობას, რომელიც გრძელდება რამოდენიმე დღე, კვირა ან თვე. უნდა გვახსოვდეს, რომ ხსენებული ყრუმუნჯობა თავისი გენეზით არ წარმოადგენს ჰისტერიულ მდგომარეობას და დაკავშირებულია მეტყველების და სძიხას აპარატის ნეიროდინამიკულ ძვრებთან.

მწვავე პერიოდში ადგილი აქვს ცვლილებებს თავზურგტვინის სითხეში.

მეორე პერიოდი საშუალოდ გრძელდება 5—6 კვირა, რომლის შემდგომაც თანდათანობით ხდება გაჯანსაღება.

მძიმე შემთხვევებში, მით უმეტეს, თუ საქმე გვაქვს ხანში შესულ სუბიექტებთან, შესაძლოა მეორე პერიოდში ავადმყოფობა არ ჩათავდეს გამომრთლებით და მივიღოთ მესამე, ანუ მოგვიანებული პერიოდი. უკანასკნელი მდგომარეობა ხასიათდება იმით, რომ ამ დროს ტვინის კომოციის მწვავე სტადიისათვის დამახასიათებელი ნიშნები მკრთალდება—სუსტდება, მაგრამ ამ ფონზე იშლება ახალი სიმპტომატიკა. ახალ აშლილობათა განვითარებას ზელს უწყობს ცერებრული ასთენია და სისხლის და ლიქვორის მიმოქცევის დროდადრო გაუარესება.

მესამე პერიოდში შესაძლოა შევხვდეთ ჰისტერიულ რეაქციებს, ბინდისებრ მდგომარეობებს, ფსევდოდემენციის სურათს, მკვეთრად გამოხატულ რეაქტიულ დეპრესიას და სხვა.

ტვინის კომოციის შერეული შედეგები ჩვეულებრივად წარმოდგენილია ასთენოვერასთენიული სინდრომით (ცერებრასთენია), რომელსაც თან ერთვის ვაზომოტორული, ვეგეტაციური და ვესტიბულარული აშლილობანი.

ტვინის კონტუზია. აქაც მსგავსად ტვინის კომოციისა, დაწყებითი სტადია წარმოდგენილია ცნობიერების აშლით (გაბრუნება, აბნევა, სოპორი, კომა).

პათოლოგიურ-ანატომიურად კონტუზიის დროს ადგილი აქვს სისხლჩაქცევებს, შეშუპებას და ნერვული ელემენტების უშუალო ტრავმულ დაზიანებას: ადგილმდებარეობის მხრივ, აღნიშნული ძვრები პირველ რიგში გვხვდება ქერქული აპარატის (კონვექსი) სწვადასხვა უბნებში.

ჯერ ისევ დაწყებით სტადიაში წარმოდგენილია ლოკალური სიმპტომატოლოგია, რომელიც გარკვეულად გამოიკვეთება კლინიკური სურათის მწვავე პერიოდში.

ტვინის კონტუზიის შემთხვევებში გურევიჩის ჟურნალსაღებად მიჩნია შემდეგი ლოკალური სიმპტომები:

1. შუბლის სიმპტომები — პათოლოგიური ცეცხობა, პუერილიზმი, მორია-ვიფორია ან აპათიურ-აბულიური მდგომარეობა, ყურადღების პათოლოგია, ინიციატივის შესუსტება, ფიქსაციის შესუსტება და მიმდინარე ყოველდღიურ ამბავთა დაეწევა, ემოციური ჰიპერესთეზია, თვითკრიტიკის უკმარისობა; ხოლო შუბლის წილის კალდალური უბნების ჩართვისას — მოტორული აფაზია, აპრაქსია, აგრაფია; ხსენებულ ნიშნებს შესაძლოა დაერთოს ნათხემის და მხედველობის ბორცვთა სიმპტომები, როგორც შედეგი ფრონტო-ცერებელურ და ფრონტო-დიენცეფალურ სისტემათა დაზიანებისა.

2. ქვედა-თხემის და თხემ-კეფის სიმპტომები — აპრაქსია, აგნოზია, აქნეზიური აფაზია, ალექსია, აგრაფია, აკალკულია, დეპერსონალიზაცია, დერეალიზაცია, სხეულის სქემინაშლა; აგრეთვე აშლა დროის, სივრცის, საგანთა სიდიდის, ფორმის და პერსპექტივის.

3. საფეთქლის სიმპტომები — სენსორული აფაზია, ამუზია, სმენის პალუცინაციები, სმენითი ყურადღების პათოლოგია, გემოს და ყნოსვის აშლა და აგრეთვე ეპილეფსიფორმული გულყრითი განტვირთვები.

4. ცენტრალურ ხვეულთა სიმპტომები — პარალიზები, პარეზები, ჯექსონის ტიპის ან განფენილი გულყრები და სხვა.

5. კეფის სიმპტომები — სიბრმავე, ჰემიანოფსია, სულიერი სიბრმავე ანუ ოპტიკური აგნოზია, აშლა საგანთა ფერის, ფორმის, სიდიდის, მდებარეობის და რიცხვის აღქმისა.

6. ნათხემის სიმპტომები — წონასწორობის, სიარულის, მოძრაობათა კოორდინაციის აშლა; ნისტაგმი, დისმეტრია, დამარცვლული მეტყველება და ადიოდოპოკინეზი.

იმისდა მიხედვით, თუ რა სიმძიმით და სიფართოთ იქნება დაზიანებული შუბლის და თხემის წილთა ქერქული უბნები, ვიღებთ პიროვნების ინტელექტურ დეგრადაციას (გონებრივი დაქვეითება), რომელიც ზოგჯერ შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს, როგორც ტრავმული ჰქუასუსტობა.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ტვინის კონტუზიან გართულებულია კომოციური მოვლენებით, ვითარდება ზოგადი ცერებრული რეაქცია ეკზოგენური ფსიქოზების სახით და აგრეთვე ქერქქვეშა (ტვინის ღეროს) სიმპტომატოლოგია (ვეგეტაციური, ვაზომოტორული და ვესტიბულარული აშლილობანი). ტვინის კონტუზიის მოგვიანებული პერიოდი ხასიათდება იმით, რომ აქ სისხლის ჩაქ-

ცეხები შეიწოვება, ადგილი აქვს რევერზიბილურ—რეპარაბილურ მოვლენებს და დაზიანების ადგილას ვითარდება ნაწიბური.

ორგანული პროცესის უკუგანვითარების ხარისხის მიხედვით ვიღებთ ფუნქციურ გამოვლინებათა აღდგენას (გაჯანსაღებას), ხოლო ნაწიბური შესაძლოა გახდეს ეპილეფსიფორმულ გულყრათა მიზეზი.

კონტუზიის შორეულ შემთხვევებში, თუ კი თავის დროს ვერ მოხერხდა პათომორფოლოგიური ცვლილებების აღდგენა, ვიღებთ ქრონიკულად ფიქსირებულ განფენილ დეგენერაციულ ძვრებს, ე. წ. ტრავმული ენცეფალოპათიის სახით.

აღნიშნულმა ტრავმულმა ენცეფალოპათიამ, როგორც კონტუზიის შორეულმა შედეგმა, კლინიკურად შესაძლოა მოგვეცეს მკვეთრად გამოხატული ჰეპასუსტოზა (ტრავმული დემენცია), ეპილეფსიფორმული განტვირთვები (ტრავმული ეპილეფსია). პიროვნების მტკიცე ნევროფსიქიკური დაინვალიდება (ტრავმული ასთენია) და ბოლოს, პერიოდული შეტევების სახის მქონე ცნობიერების პათოლოგია (ტრავმული გენეზის ბინდიისებრივი და ე. წ. განსაკუთრებული მდგომარეობანი).

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ შორეულ შემთხვევებში დაინვალიდებულ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ადვილად ახდენს უარყოფით ზეგავლენას და ასევე ადვილად იკიდებს ფეხს ყოველგვარი მანენ აგენტები. ამ მხრივ აღსანიშნავია უარყოფითი ზეგავლენა მაგარი სასმელებისა, ინფექციებისა, ფიზიკური და ფსიქიკურ ტრავმებისა და სხვა.

ქალას კრილობები. კლინიკური სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია კრილობის ხასიათზე, სიმძიმეზე და ადგილმდებარეობაზე. ინფექციით გართულებულმა კრილობებმა შესაძლოა მოგვეცეს მენინგიტები, ტვინის აბსცესები და მწვავე ეკზოგენური ფსიქოზური შეტევები.

გურევიჩის მიერ აწერილია ყუმბარათა გასკდომის შედეგად წარმოშობილი ლითონის უუწვრილესი ნაწილების (ლითონის მტვერი) ტვინში შეჭრის შემთხვევები და იგივე ქერქული აპარატის განფენილი დაზიანება. ხსენებული სურათი კლინიკურად მძიმე მდგომარეობაა, რადგანაც მრავლად მოფენილი უუწვრილესი და უნატიფესი ნამსხვრევები მოჩანს მხოლოდ რენტგენოსურათზე და მათი ამოღება პრაქტიკულად შეუძლებელია.

როგორც ვთქვით, უკანასკნელ შემთხვევებში საქმე გვაქვს კლინიკურად მეტად მძიმე და მტკიცე მდგომარეობასთან, რომელიც მოგვაგონებს ცერებრულ ასთენიას (თავის ტვი-

ვილები, საერთო სისუსტე, ადვილი მოქანცულობა, დაღლილობის გრძნობა და ფსიქონერველ ფუნქციათა ზოგადი მოღუნება აღინაშნა).

### ჰ. კლინიკურ გამოვლინებათა ცალკეული ფორმები

ტრავმული ეტიოლოგიის მქონე ფსიქო-ნერველ დაავადებათა განხილვისას ყურადღებას იპყრობს ის გარემოება, რომ დაავადების ყოველ ცალკეულ შემთხვევას საფუძვლათ უდევს ტვინის კომოციო-კონტუზია: ტრავმული ორგანული ფონი განსაზღვრავს კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ს საჭიროდ მიაჩნია განხილული იყოს ტრავმული ბუნების მქონე შემდეგი კლინიკური ფორმები: ე კ ზ ო გ ე ნ უ რ ი ფ ს ი ქ ო ზ უ რ ი ფ ო რ მ ე ბ ი, ც ე რ ე ბ რ ა ს თ ე ნ ი ა, ე ნ ც ე ფ ა ლ ო პ ა თ ი ა, ე პ ი ლ ე ფ ს ი ა და მ ო მ დ ე ვ ნ ო რ ე ა ქ ტ ი უ ლ ი მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ნ ი. ტ რ ა ვ მ უ ლ ი ე კ ზ ო გ ე ნ უ რ ი ფ ს ი ქ ო ზ უ რ ი ფ ო რ მ ე ბ ი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს მწვავე ან მოგვიანებული დაავადებების სახით. აქ ძირითადი კლინიკური სურათი ძლიერ წააგავს ინფექციით თუ ინტოქსიკაციით გამოწვეულ ეკზოგენიებს; მაგრამ არის მთელი რიგი მომენტები, რომლებიც მიგვითითებს გარკვეულ ეტიოლოგიურ სპეციფიკაზე. ლოკალურ სიმპტომათა, ქერქქვეშა რთული სიმპტომატოლოგიის (ვაზომოტორულ-ვეგეტაციურ-ვესტიბულარული აშლილობანი), ლიქვორის ცვლილებების და მომატებული წნევის (ჰიპერტენზია) არსებობა ლაპარაკობს ტრავმული დაავადების სასარგებლოდ.

კომოციური ბუნების მქონე ეკზოგენური ფსიქოზების დროს უხვდებით დელირიუმის სურათს, ბინდისებრ ცნობიერებას ან კ ო რ ს ა კ ო ვ ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი ს მ ა გ ვ ა რ ა მ ნ ე ზ ი უ რ მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ს.

ტრავმული დელირიუმის დროს ცნობიერების შეცვლას არა აქვს ხანგრძლივი და მყარი ხასიათი; კლინიკურ სურათში ხშირად მოსჩანს, თუმცა ხანმოკლე, მაგრამ ნათელი პერიოდები. ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე მხედველობის ჰალუცინაციებს და შემზარავ განცდებს, რომლებიც ავადმყოფს უკარგავს ორიენტაციის უნარს.

დელირიული სურათი შესაძლოა გადავიდეს კ ო რ ს ა კ ო ვ ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი ს მ ა გ ვ ა რ მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა შ ი, რომელიც განსხვავდება შესატყვის ალკოჰოლურ ფსიქოზიდან არა მარტო ნევროლოგიური, არამედ ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგიით. ქრონიკულ ლოთთაგან განსხვავებით ტრავმების შედეგად ავადმყოფები არიან



მოდუნებულნი, ასთენიურნი და დისფორიულნი. ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ ტრავმული ეტიოლოგიის მქონე ამნეზიური სინდრომის დროს ცენტრალურ ნიშანს წარმოადგენს დროის აღქმის თავისებური პათოლოგია. ავადმყოფები კარგავენ დროში თანამიმდევრობითი გარკვევის უნარს, დროის მხრივ თანამიმდევრობით ვერ ალაგებენ გადატანილ განცდებს და წარსულის ამბებს, ამიტომ მეხსიერებაში აღენიშნებათ დიდი ხარვეზები და იჩენენ სრულ დეზორიენტაციას.

ტრავმული პარკინსონიზმი საკმაოდ ხშირად გვხვდება კონტუზიის და უფრო კოშოციის შედეგად. უკანასკნელ შემთხვევებში ტვინის ღეროს ძირივ ცელილებებს აქვს ამაველი ზასიათი, პროცესში წართულია ექსტრაპირამიდული სისტემაც.

ტრავმული ბუნების ამიოსტატიზმი ძლიერ წააგავს ეხცეფალიტურ პარკინსონიზმს: ამიბია, შებოქვა, კუნთთა რიგიდობა, ნელი მეტყველება და თვალის კაკლების სიმპტომები; ხოლო ფსიქიკის მხრივ აღსანიშნავია განურჩევლობა, აპათია, ინიციატივის უქონლობა და ადვილი მოქანცულობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ძილის აშლას ეპიდემიური ენცეფალიტი იძლევა უფრო მეტად.

მწვავე ფსიქონერვულ აშლილობათა რიგს ეკუთვნის აგრეთვე ე. წ. კომოციური ყრუმუნჯობა, რომელიც ხშირად გვხვდება ომის პირობებში კვეთებითი (ბაროტრავმის) შედეგად. ავადმყოფობა ვითარდება უცებ, ყუმბარათა აფეთქების შემდგომ და ჩვეულებრივად გაურთულებელ შემთხვევებში გრძელდება რამოდენიმე დღე.

კომოციური ყრუმუნჯობა (სურდომუტიზმი) არაა ჰისტერიული ზასიათისა; იგი დაქავშირებულია კომოციის დროს წარმოშობილ გარკვეულ ნეიროდინამიკულ ძვრებთან. ჰისტერიულ ზასიათს, ან სტიგმატებს ამ დროს არ ვხვდებით; ფსიქოთერაპიაც ასევე არ იძლევა გამამხნეველ შედეგებს.

გურევიჩის აზრით, კომოციის დროს მეტყველების და სმენის აპარატში ადვილი უნდა ჰქონდეს ასინათესურ დეზინტეგრაციას.

#### 4. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და ტრავმულ დაავადებათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

ქალას ტრავმულ დაავადებათა ზუსტი დიაგნოზის დადგენა მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ შეცდომები შესაძლოა ორი მიზეზისა გამო. ერთის მხრივ, ხშირად უგულებელყოფილია შორეული ტრავმები და, მეორეს მხრივ, ასევე ხშირად ორგანულ შემთხვევებს განიხილავენ ფუნქციურ-ფსიქოგენურად, თუ კი არ იყო აღმოჩენილი ტლანქი ნევროლოგიური ძვრები.

წარსულში მიღებული ტრავმები მოითხოვს ჯეროვან შეფასებას. არაიშვიათად ის, რაც განიხილება დაღლილობის, ალკოჰოლის, თუ ღუნედ მიმავალი ინფექციის შედეგად, დაკავშირებული უნდა იყოს გადატანილ (ზოგჯერ შორეულ წარსულში) ტრავმებთან. ასევე ტლანქი ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგიის უარსებობა ჯერ კიდევ არ გამორიცხავს ტრავმული ეტიოლოგიის შესაძლებლობას.

ჩვენ მოგვიხდება ავადმყოფთა დეტალური შესწავლა ფსიქოპათოლოგიურად, ნევროლოგიურად, სეროლოგიურად, ელექტროდიაგნოზურად (რენტგენი, ქრონაქსია, ბიოდენები).

ანგარიში უნდა გაეწიოს აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ მეცნიერების თანამედროვე დონე გვაძლევს საშუალებას, მხოლოდ ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის დაზუსტებით ვიმსჯელოთ ორგანულ დაავადებაზე, გავიხსენოთ: შუბლის, ქვედათხემის სინდრომები და სხვა.

მოკლედ შევჩერდებით კონკრეტულ საკითხებზე.

კომოციური სინდრომების ფსიქოგენური მდგომარეობიდან გამიჯნისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ტრავმებისათვის დამახასიათებელი ნეირო-ფიზიოლოგიური ძვრები (ვაზომოტორული და ვეგეტაციური მოვლენები). აქვე უნდა გავიხსენოთ ის გარემოება, რომ ფსიქოგენიების სტრუქტურას და შინაარსს წარმართავს ფსიქოტრავმული მომენტები და კომპლექსური განცდები.

საჭიროდ მიგვაჩნია გაკვირით შევხვით ე. წ. ტრავმულ ნევროზს. ხსენებული ცნება თავის დროზე სარგებლობდა ჯეროვანი მოქალაქეობრივი უფლებებით და უკანასკნელი 5-10 წლამდე შეადგენდა მეტად დაძაბული აკადემიური დისკუსიის საგანს. აქ იყო სამი მიმდინარეობა: ერთნი იღვანენ იმ პოზიციებზე, რომ თავის ტვინის ტრავმა წამყვანია, ხოლო ფსიქიკური მომენტები იძლევა მეორად წაფენილობებს; მეორენი იზიარებდნენ დიამეტრულად სრულიად მოწინააღმდეგე შეხედულებას, რომ წამყვანი-ფსიქოგენური ფაქტორებია; ხოლო ტვინის ორგანული დაზიანება ჰქმნის დაავადებისათვის ხელშემწყობ ფონს; მესამენი თანაბარ მნიშვნელობას აძლევდნენ ფსიქო-ფიზიკურ ფაქტორებს და ავადმყოფობის შინაარსი და კლინიკური აღნაგობა წარმოედგინათ, როგორც ფიზიკურის და ფსიქიკურის „ამალგამა“.

უკანასკნელ დროს ნატიფმა საღიაგნოზო მეთოდებმა თუ მე-  
ოლოდიკებმა (ბიოლენები, ნატიფი ნევროლოგიური ნიშნები, ქრო-  
ნაჟსია, გრძობათა ორგანოების პათოფიზიოლოგია) მოგვცა შესაძ-  
ლებლობა ზუსტად გამიჯნულიყო ორგანული ფსიქოგენურიდან.  
ამიტომ ამჟამად ცნება ტრავმული ნევროზის შესახებ წარმოადგენს  
ანაქრონიზმს; იგი მაჩვენებელია განვლილი ეტაპისა მეცნიერებაში.  
მან დაკარგა თავისი შინაარსი და მნიშვნელობა. ტერმინი „ტრავმუ-  
ლი ნევროზი“ აღარ იხმარება ჩვენს დარგში.

მანიაკალურ მდგომარეობათა გამოსარიცხავად დაგვეხმარება  
ნევროლოგიური სიმპტომატიკა; ხოლო შიზოფრენიის საწინააღ-  
მდეგოდ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ფსიქიკური ატაქ-  
სიის უქონლობა და პიროვნების ძირითადი ხაზების შენარჩუნება.

საკმაოდ ძნელია ტრავმული ბუნების მქონე ეპილეფსიფორ-  
მულ გულყრათა თუ ფსიქოზურ მდგომარეობათა განსაზღვრა გე-  
ნუინურ ეპილეფსიიდან; მით უმეტეს, რომ ტრავმულმა ეპილეფ-  
სიამ შესაძლოა მოგვცეს აგრეთვე ფსიქიკურ ექვივალენტის სუ-  
რათიც (ბინდისებრი ავზნება და სხვა).

აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ ტრავმული ეპილეფ-  
სია თავისი ანატომო-ფიზიოლოგიური საფუძვლებით წარმოად-  
გენს ტრავმული ენცეფალოპათიის კლინიკის ერთ-ერთ ვარიანტს;  
ამიტომ მისი გამოვლენების სახეები მრავალფეროვანია და განი-  
საზღვრება პროცესის ადგილმდებარეობით (დაზიანების ლოკალი-  
ზაცია; ქერქული, ქერქვეშა და სხვა).

დიფერენციული დიაგნოზის დროს მხედველობაში უნდა იყოს  
მიღებული ნევროლოგიურ, სეროლოგიურ და რენტგენოლოგიურ  
მონაცემთა არსებობა ტრავმული ეპილეფსიის შემთხვევებში.

ტრავმული ეპილეფსიის დროს შესაძლოა, აგრეთვე, შევხვდეთ  
იმპულსივობას, გრძობათა ჰიპერესთეზიას და გუნებგანწყობის  
ცვალებადობას (დისფორიას); მაგრამ ამ დროს ვერ შევხვდებით  
გენუინური ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელ ქარაქტეროლო-  
გიურ მომენტებს, როგორც მაგალითად: ბიპოლარობას, ბრადიფსი-  
ქიას (შენელებულ ფუნქციებს) და ე. წ. წებოვანობას (აკაირია).

განსხვავებით გენუინური ეპილეფსიიდან, ტრავმულ ენცეფა-  
ლოპათიას ახასიათებს ფსიქიკური აპარატის ადვილი დაღლილო-  
ბა-მოქანცულობა.

ტრავმული კეუსუსტობა (ტრავმული დემენცია) შეადგენს  
ენცეფალოპათიის ვარიანტს, რომლის დროსაც მკვეთრი პათომორ-  
ფოლოგიური ცვლილებები არსებობს ჰემისფეროთა ქერქული აპა-  
რატის შუბლ-თხემის მიდამოებში.

ტრავმული ჰეპათიტის დაზიანების დამახასიათებელია პროცესის არაპროგრესიულობა და დაზიანების ლოკალურ ნიშანთა არსებობა.

ძირითადი დებულება, რომლითაც უნდა ვიხელმძღვანელოთ თავის ტვინის ტრავმულ დაზიანებათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობის დაზუსტების თუ გადაწყვეტის დროს, არის შემდეგი: თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება არ წარმოადგენს პროგრესიულ პროცესს, არ იძლევა მკვეთრ და ტლანქ ჰეპათიტობას-პიროვნების დაქვეითებას და ამიტომ ტრავმულ დაზიანებათა მეტწილ შემთხვევებში ავადმყოფები პასუხს აგებენ კანონის წინაშე.

მწვავე კომოციურ-კონტუზიური მდგომარეობები სასამართლო-ფსიქიატრიის პრაქტიკაში ძლიერ იშვიათად გვხვდება.

სასამართლო-ფსიქიატრიული კვლევის საგანს უფრო შეადგენს ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მოგვიანებული შემთხვევება, როდესაც ტრავმული ენცეფალოპათიის შედეგად ავადმყოფი ხდება იმპულსიური, ემოციურად მეტად ლაბილური, აგრესიული და ირგვლივ მყოფთათვის მძიმე-ასატანი. ისინი ზოგჯერ იძლევიან ემოციურ განტვირთვებს პათოლოგიური აფექტის სახით.

#### 5. ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მკურნალობა

ტრავმულ მდგომარეობათა თერაპიის საკითხები საჭიროა განხილული იყოს სტადიათა მიხედვით.

დაწყებითი სტადია. სავალდებულო პირობა, რომელიც აუცილებლად დატული უნდა იყოს ამ დროს, ავადმყოფთა აბსოლუტური იზოლაცია, მაქსიმალური სიმყუდრობა. ყოვლად დაუშვებელია ავადმყოფთა მოძრაობა, ან მათი შორეული ევაკუაცია.

საჭიროა შუბლზე ვახმართ ცივი ტილოები, ან ყინული. საჭიროა აგრეთვე კუჭის გაწმენდა.

აგზნების შემთხვევაში მიემართათ ლუმინალს ან ქლორალჰიდრატის ოცნას.

მორფიუმი, ან მისი დერივატები სრულიად წინააღმდეგ ნაჩვენებია. მისი ხმარება იწვევს ქალას შიდა-წნევის მომატებას და აუარესებს სისხლის და ლიმფის მიმოქცევის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

გულის სისუსტისას მიემართათ სათანადო ამალორძინებელ საშუალებებს (ჟაფური, კოფეინი, ლობელინი).

ცნობიერების მძიმე პათოლოგიის, ძლიერი ჰიპერტენზიის და თავის ტკივილების დროს კარგ შედეგებს იძლევა თავზურგ-ტვინის

სითხის გამოშვება: ორ-სამ დღეში ერთხელ, შესაძლებელია ავართვათ ლიქვორის 15-20-30 კუბიკური სანტიმეტრი.

სუსტი დაზიანების შემთხვევებში ცნობიერების აშლა გრძელდება საშუალოდ 5—10 დღე; საშუალო სიმძიმისას 2—4 კვირა, ხოლო მძიმე შემთხვევებში 4—6 კვირა.

ძილის გამოსწორება, თავბრუს და თავის ტკივილების მოხსნა და ამასთან ერთად ორიენტაციის დაბრუნება მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებელია.

მ წ ვ ა ვ ე პ ე რ ი ო დ შ ი მიემართავთ ფიზიოთერაპიას და სიმპტომური მიზნით სამკურნალწამლო საშუალებებს. პირველ რიგში მიღებული უნდა იყოს ზომები ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციისათვის; სახელდობრ დღეგამოშვებით რამოდენიმეჯერ ვენაში ვუკეთებთ შემდეგ ხსნარს:

sol. 40 % glucosae—20,0.

Natrii hyposulfurosi—25 %—10,0.

ტრავმული ყრუმუნჯობის დროს გ უ რ ე ვ ი ჩ ი გვირჩევს ეთერის ზერელე ნარკოზს, ან გენაში სპირტის შეყვანას (spiritali vini rectificati—33%—20-30 კუბიკური სანტიმეტრი).

მოგვიანებულ და შორეულ სტადიებში მოგვიხდება სიმპტომური ხასიათის თერაპიული ზომების მიღება.

გასაგებია, რომ ქალას ტრავმულ დაზიანებათა და ქრილობების შემთხვევებში ხშირად მოგვიხდება მიემართოთ ნეიროქირურგიულ დახმარებას.

## 6. სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები \*)

შ ე მ თ ხ ვ ე ე ა 1. ავადმყოფი 21 წლ., შემოვიდა 20/II-42 წ. დიაგნოზით—ტ რ ა ვ მ უ ლ ი ფ ს ი ქ ო ზ ი.

ანამნეზი—მემკვიდრეობაში დატვირთვას არ აღნიშნავს. გათავებული აქვს 3 კლასი. პროფესიით მკედელი. ყავს ცოლი და ერთი შვილი. 1941 წლიდან მობილიზებულია, იღებდა მონაწილეობას ბრძოლებში. 1942 წლის იანვრიდან არაფერი არ ახსოვს. არ ახსოვს განვლილი ეტაპები, საიდან და როდის შემოვიდა ფსიქიატრიულ ინსტიტუტში.

ფ ი ზ ი კ უ რ ი მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ —საშუალო სიმაღლის, ატლეტური კონსტიტუციის; დამაკმაყოფილებელი კვების. შინაგანი ორგანოების მხრივ გადახრა არ აღინიშნება. ც. ნ. ს. მხრივ გუგები თანაბარი—ოდნავ გაგანიერებული, რეაქცია შენახული; თა-

\*) ისტორიები ეკლფენის ე. ნაკაშიძეს.

ვის ტვინის ნერვების ფუნქცია შენახული; მყესკუნთთა რეფლექსები თანაბრად ცოცხალი. პათ. რეფლექსები არა აქვს; აღინიშნება ზოგადი ტრემორი, სიარული ბარბაციით; დიფუზური წითელი დერმოგრადიზმი; გაძლიერებული ოფლიანობა. ეაზომატორების ლაბილობა. RW უარყოფითი. ზურგის ტვინის სითხე გამკვირვალე. პანდი დადებითი.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ინსტიტუტში შემოსვლისას არ ესმის ჩვენი შეკითხვები; გვიყურებს გაკვირვებული, ლაპარაკი არ შეუძლია. იმეორებს გაურკვეველ ბგერებს „ა, ა, ა, არა, არა“, დადის ბარბაციით. განყოფილების პირობებს ყურადღებას არ აქცევს (მღელვარე განყოფილებას); ავადმყოფებთან კონტაქტს არ იჭერს. ყურადღებას იპყრობს აპრაქსიის მსგავსი მოვლენები; ვერ იცვამს ფეხსაცმელს, ვერ ახერხებს ხელების დაბანას. მთელ დღეებს ატარებს ლოგინში; დამოუკიდებელივ ვერ ჭამს; უყურებს თეფშს და კოვზს; არ იცის რა გააკეთოს, ჭამს მხოლოდ მაშინ, როდესაც საჭმელს უშუალოდ პირში ჩაუღებთ; ასევე თამბაქოს მოწვევისას, — პაპიროსი მიაქვს პირში ანთებული ბოლოთი. თავის საწოლს ვერ პოულობს. საგნების სახელს ვერ ასახელებს, იცის მხოლოდ „ქრუჟკა“ და უთავბოლოდ ახდენს ამ სიტყვის პერსევერაციას. თანდათან უმდიდრდება სიტყვების მარაგი, იცნობს სიტყვები — თეფში, ფახქარი, მაგიდა. თავისი გვარი გაახსენდა. ჭამს დამოუკიდებელივ. ტესტებს აპრაქსიაზე სწორად ასრულებს. გარემოში და დროში ვერ ერკვევა, არ იცის სად იმყოფება, რომელი წელიწადია, არ შეუძლია აღადგინოს ფაქტები პირადი ცხოვრებიდან.

ქცევა ასპონტანური, უინციპატივო, არავითარი ჩივილებს არ გამოსთქვამს, მთელი დღე მარტოა, სახეზე სასიამოვნო ღიმილი. ექიმს ვერ სცნობს, ძილი და მადა კარგი, თუმცა თვითონ საჭმელს არასოდეს არ მოგვთხოვს, თანდათანობით ეტყობა გამოკეთება; ლაპარაკობს ძლიერ ნელა. რეაქცია შეკითხვებზე განხანგრძლივებული; უნდა რამდენჯერმე გაუმეოროთ ელემენტარული კითხვა, რომ მიიღოთ პასუხი. საუბარი მასთან შესაძლებელია მხოლოდ სიტყვა-პასუხის ფორმამი; პასუხებს ხშირად პერსევერაციის ხასიათი აქვს. ინტელექტის მხრივ წარმოდგენათა მარაგი ღარიბი; აზროვნება დუნე, ნელი, კონკრეტული.

შეშთხვევა 2. ავადმყოფი 21 წლ., შემოვიდა ინსტიტუტში 28 მარტს 1943 წ. ანამნეზური ცნობებში შემკვიდრებია საღი. გათავებული აქვს 4 კლასი. მობილიზებულია 1941 წლიდან; მონაწილეობას იღებდა ბრძოლაში, დაიჭრა და ცენტრშია მიიღო 1943 წ. თებერვალში, უგონო მდგომარეობაში

იმყოფებოდა 6 საათის განმავლობაში. ფიზიკური მდგომარეობა: საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულების, ასთენიური კონსტიტუციის. შინაგანი ორგანოების მხრივ გადახრა არა აქვს. ც. ნ. ს. მხრივ გუგები თანაბარი, რეაქცია შენახული, სახე ამიმიური, მყესთა რეფლექსები თანაბრად ცოცხალი, აღინიშნება დიფუზური ხანგრძლივი წითელი დერმოგრაფიზმი, გადაჭარბებული ოფლიანობა. თვალის ფსკერის მხრივ პათ. ცვლილებები არ არის. ზურგის ტვინის სითხე პანდი ++. ფსიქიკური მდგომარეობა: შემოსვლისას ვერ ერკვევა დროში და სივრცეში. არავითარ ჩივილებს არ გამოსთქვამს. ავადმყოფებთან კონტაქტში არ შედის; ასპონტანური. სიტყვების მარაგი ძლიერ მცირე; სასკოლო მარაგი—სრულიად დავიწყებული. ამნეზიას აქვს ანტერო-რეტროგრადული ხასიათი. თანდათან ეტყობა უკეთესობა, საუბარი მასთან თითქოს შესაძლებელი ხდება, თუმცა სპონტანურ პროდუქციებს არ იძლევა. საუბრის დროს აღენიშნება აზროვნების "მეჩერება და პერსევერაცია, უფრო ადვილად იხსენებს შორეული წარსულის ფაქტებს. გუნებ-განწყობა განურჩეველი, თავის მდგომარეობის მიმართ უკრიტიკო. ინტელექტის მხრივ ზოგადი სიღარიბე.

შემთხვევა 3. ავადმყოფი 40 წლ. შემოსულია სან. ნაწოლიდან 10/3—1943 წ. დიაგნოზი—ზოგადი კონტუზია; ანამნეზი—ყავს ცოლი და 4 შვილი; 1941 წლიდან არმიის რიგებშია. არ ახსოვს როდის მიიღო კონტუზია. ფიზიკური მდგომარეობა—საშუალოზედ მაღალი; ასთენიური კონსტიტუციის. შინაგანი ორგანოების მხრივ გადახრა არა აქვს. ც. ნ. ს. მხრივ აღენიშნება იოლი პარეზი მარჯვენა სახის ნერვისა ცენტრალური წარმოშობის; პათოლოგიური რეფლექსები არ არის. მეტყველებაში აღენიშნება იოლი აფაზიური მოშლა. ფსიქიკური მდგომარეობა—გარემოში ვერ ერკვევა, შეკითხვებზე გაურკვეველად გვიპასუხებს, ხშირად არა ადექვატურად. მაგრამ მრავალგზის განმეორების შემდეგ შესაძლებელი ხდება სწორი პასუხის მიღება. სპონტანურად უჩივის თავის ტკივილს. მთელ დროს ატარებს ლოჯინში, არ ახსოვს სადაურია. ძნელად ახსენდება, რომ ყავს ოთხი შვილი; მაგრამ არ შეუძლია გაიხსენოს მათი სახელები და ასაკი; ხელით გვიჩვენებს ბავშვების სიმაღლეს თანდათან ეტყობა უკეთესობა. ადგილში ერკვევა, დროში არა; არ იცის რომელი წელია. არ შეუძლია დაათარილოს არცერთი მნიშვნელოვანი ფაქტი. თავისი პირადი ცხოვრებისა. სათანადო შეკითხვების მიცემისას ირკვევა, რომ თავის მდგომარეობას ავადმყოფურად სთვლის. აღნიშნავს, რომ დაკარგა აზრები. ქცევა—ღუნენელი, ასპონტანური კონტაქტში არ შედის ავადმყოფებთან. პერ-

სონალთან თავაზიანი. ინტელექტის მხრივ აღსანიშნავია სიტყვების მარაგის სიღარიბე. ანგარიში გამწვანებულია ასის ფარგლებში. ელემენტარული კითხვები ესმის, მაგრამ პასუხის ფორმულირებას ადვილად ვერ ახერხებს. ანდაზების არაპირდაპირი აზრი არ ესმის. ამნიზიას აქვს ანჰიროგრაფიული ხასიათი.



## თავი ოცდამოხა

### თავის ტვინის მძიმე ენდოგენური დაავადებებით გამოწვეული უსიძიკური აზლილობანი

#### 1. ზოგადი ხასიათის შენიშვნები

არსებობს მთელი რიგი ენდოგენური დაავადებანი. როგორც მაგალითად, ტვინის სიმსივნეები, ტუბეროზული სკლეროზი, მიოკლონუს ეპილეფსია, ამავროზული იდიოტია და სხვა, რომლებიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მეტად ტლანქ და მკვეთრ პათო-მორფოლოგიურ ცვლილებებს იძლევა. ხსენებული რიგის დაავადებებს მოსდევს ასევე მკვეთრი და მძიმე ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია.

საკითხი კლინიკურ გამოვლინებათა სიმძიმის შესახებ კიდევ იმ გარემოებით რთულდება, რომ ტვინის მძიმე ენდოგენურ დაავადებათა დროს თერაპიულ ჩარევას არ მოსდევს რაიმე გამამხნევებელი შედეგები.

მეტად საინტერესოა დაავადებათა პისტოპათოლოგია, ვინაიდან აქ ხშირად ვხვდებით არა მარტო მკვეთრ, არამედ მიკროსკოპულ სურათის მხრივ სრულიად სპეციფიკურ ცვლილებებს.

ტვინის ზოგადი პათომორფოლოგიიდან ცნობილია, რომ ნერვულ ქსოვილში სპეციფიკურ ჭერებს იძლევა მხოლოდ და მხოლოდ შემდეგი ოთხი დაავადება: ალცჰაიმიერიის ავადმყოფობა, ტუბეროზული სკლეროზი, მიოკლონუს ეპილეფსია და ამავროზული იდიოტია. როგორც ვიცით, აღნიშნულ დაავადებათა დროს უჩრედის პათოლოგიის სურათი იმდენადაა დამახასიათებელი, რომ შესაძლო ხდება დაავადების დიაგნოზის დადგენა მარტო მიკროსკოპული შესწავლით.

განსაკუთრებულ ინტერესს იპყრობს ტვინის სიმსივნეთა პისტოპათოლოგია, ვინაიდან მათი უჩრედოვანი ელემენტების ხასიათის და დალაგების შესწავლა საშუალებას გვაძლევს წარმოდგენა ვიქონიოთ თვით სიმსივნის ავთვისებიანობაზე და ადგილმდებარეობაზე.

ტვინის სიმსივნეები შეიძლება იყოს, როგორც ადგილობრივი, ისე მეტასტაზური (მაგალითად, კიბო).

ადგილობრივი სიმსივნეები ვითარდება ნერვულ ქსოვილიდან, ტვინის გარსებიდან, თავის ტვინის ჭირკლოვან დახამატებიდან (ჰიპოფიზი და ჯალღუზისებრი სხეული).

კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (ფიბრომები) პირველრიგში მექანიკურ ზეგავლენას ახდენს ნერვულ აპარატზე თავისი დაწოლით; პირიქით, ავთვისებიანი სიმსივნეები (კიბო, სარკომა) არა მარტო მრავლად ეფინება ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, არამედ უხვად ანადგურებს ნერვული ქსოვილის პარენქიმულ ელემენტებს.

ტვინის სიმსივნეთა სიმპტომატოლოგიის განხილვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ორგვარ ნიშნებს: ზოგად ცერებრულს და ბუდობრივს.

დასაწყისში ზოგადი ნიშნები წარმოდგენილია ნევრასთენიული-ბოქონდრული სინდრომის სახით. ავადმყოფებს აქვთ მრავალგვარი სხვადასხვა შეგრძნება გუნებგანწყობა თვითგრძნობის დაწვევით, თავბრუ, თავის ტკივილები, საერთო დაღლილობა, ადვილი მოქანტულობა, ემოციური ჰიპერესთეზია და ზოგჯერ მეხსიერების დაქვეითება.

განვითარების სტადია ხასიათდება ფსიქოზურ მდგომარეობათა გაშლით, რომლის დროსაც წარმოდგენილია სულით ავადმყოფობის მთელი რიგი ფორმალური სიმპტომები, როგორც მაგალითად: ცნობიერების პათოლოგია (გაოგნება, გაბრუება ან აბნევა), პალუცინაციები, ბოდვითი პროდუქციები, სოპორი (ძილად შეიარდნილობა), ზოგჯერ ამნესტიური სინდრომი და სხვა.

რაც შეეხება ბუდობრივ სიმპტომათიკას, აქ აღსანიშნავია ფუნქციის გაღიზიანების (გულყრითი განტვირთვები და ჰიპერკინეზიები) და გამოვარდნის (პარეზები, პარალიზები) ნიშნები.

ეპილეფსიფორმული გულყრები შესაძლოა განვითარდეს არა მარტო, როგორც ბუდობრივი (ლოკალური), არამედ ზოგადი ცერებრული გამოვლინება. უკანასკნელ შემთხვევაში თავისი გენეზით ოგი დაკავშირებულია შიდაწნევის განსაკუთრებულ მომატებასთან.

ჰიპერტენზია ანუ ქალას შიდაწნევის მომატება წარმოადგენს ცენტრალურ სინდრომს ტვინის სიმსივნეთა კლინიკაში; მას მოსდევს გულისზიდვა, გულის რევა, ბრადიპულსია (მაჯის შენელება); მეტყველების აშლა, დაურწმუნებელი სიარული და მხედველობის ნერვის დერილის შეშუპება, ზოგჯერ მხედველობის ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითებით.

რაც შეეხება ბუდობრივი ხასიათის მქონე ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომებს, ამ მხრივ ყველაზე მდიდარ კლინიკურ სურათს იძლევა შუბლის, თხემ-საფეთქლის და კორძიანი სხეულის მიდამოების დაზიანება.

ცერებროპათოლოგიის თვალთახედვით საინტერესოა ის გარემოება, რომ სიმსივნეთა შემთხვევებში მარცხენა ჰემისფერო იძლევა უფრო მდიდარ და ჩამოკვეთილ ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომებს, ვიდრე მარჯვენა ჰემისფერო.

თავზურგ ტვინის სითხის გამოკვლევას უნდა დაეთმოს მნიშვნელოვანი ადგილი ტვინის სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ტუმორი ლიქვორში იძლევა ცილის მომატებას იმ დროს, როდესაც ფორმიან ელემენტთა რაოდენობა არაა შეცვლილი.

როგორც ვხედავთ, ტუმორების დროს ლიქვორში ცილის მომატებას თან არ სდევს პლეოციტოზი.

დიფერენციული დიაგნოზის დაზუსტებისას ჩვენ მოგვიხდება: მივმართოთ რენტგენს (ენცეფალოგრაფია, ვენტრიკულოგრაფია), ბიოდენებს (ელექტროენცეფალოგრაფია), თავზურგტვინის სითხის პუნქციას და ზოგჯერ სასინჯ ტრეპანაციას.

აგრეთვე მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, რომ ტუმორთა სიმპტომებს აქვს მუდმივი, ჩამოკვეთილი და პროგრესიული (წინმავალი) ხასიათი.

## 2. ტვინის სიმსივნეების კლინიკური გამოვლინებანი

შუბლის წილის სიმსივნეებს დროს ყურადღებას იპყრობს როგორც ნევროლოგიური, ისე ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია. უკანასკნელი იცვლება დაზიანების განფენილობის და ადგილმდებარეობის მიხედვით.

დიფერენციული დიაგნოზის მხრივ აქ მოგვიხდება მხედველობაში მივიღოთ კლინიკურ მონაცემებთან ერთად ლაბორატორიულ გამოკვლევათა შედეგებიც.

ზოგჯერ შუბლის წილის სიმსივნის კლინიკა ძლიერ წააგავს პროგრესული პარალიზის სურათს.

შუბლის წილის კაუდალური უბნების დაზიანებისას ზოგჯერ პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება წინა და უკანა ცენტრალურ ხვეულებზე; ამის გამო შესაძლოა განვითარდეს ჯექსონის ტიპის გულყრითი შეტევები და აგრეთვე ჰემიანესთეზია და პარესთეზიები.

ეპილეფსიფორმულ განტვირთვებს ვხვდებით სხვაგვარი ლოკალიზაციის შემთხვევებშიაც, მაგალითად შუბლის წილის კონვექსი ან პოლუსი.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ გულყრის დასაწყისში ხშირად თავი და მასთან ერთად თვალის კაკლები მიიჭკეცვა კრუნჩხვითი მდგომარეობაში მყოფ კიდურისაკენ.

ნევროლოგიურ ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს ყნოსვის დაკარგვა (რადგანაც საყნოსავი სისტემა განიცდის ზედღაწოლას), ატაქსია, ვერტიკალური მდგომარეობის და სიარულის შეუძლებლობა; ამასთან ერთად ადგილი აქვს ფსიქომოტორული და უშაღლესი მოტორული ფუნქციების აშლას. ავადმყოფები ვერ ახერხებენ წერას, კითხვას და მოქმედებასთან დაკავშირებულ რთულ მოძრაობებს (აპრაქსია).

ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის მხრივ აღსანიშნავია ე. წ. ფიქსაციის ამნეზია, გუნებგანწყობის ქანაობა, მორია, აპათია, აბულია და ინიციატივის დაკარგვა.

მარჯვენა თხემის წილს ახასიათებს ასტერეოგნოზია, სხეულის სქემის აშლა და სხვა.

კლინიკურად განსაკუთრებულ მდიდარ სურათს იძლევა მარცხენა თხემის წილი; სახელდობრ, აქ ყურადღებას იპყრობს დერეალიზაციის და დებერსონალიზაციის მოვლენები, სხეულის სქემის მოშლა, ამნესტიური აფაზია, წერის, კითხვის და დათვლის უნარის აშლა, აპრაქსია, ასტერეოგნოზია. ავადმყოფები ვერ ახდენენ სივრცის და დროის აღქმას, ვერ ერკვევიან მარჯვენა-მარცხენაში. აღნიშნებათ აგრეთვე აზროვნების თავისებური პათოლოგია; ასოციაციათა მოკრება-შეჯამების და ურთიერთცვლის უნარი შესუსტებულია, აზროვნების დონე დაწეულია, მსჯელობა დაქვეითებული; აზროვნებაში სჭარბობს მოთხრობითი დეტალები. ავადმყოფთა მსჯელობიდან გამომდინარე დასკვნებს ატყვია კონკრეტულობის და პრიმიტულობის ელფერი.

მარცხენა საფეთქლის წილის პათოლოგიას ახასიათებს სენსორული და ამნესტიური აფაზია, ეპილეფსიფორმული განტვირთვები (უკანასკნელის დროს ვხვდებით ყნოსვის და გემოს აურას); ჰიპერაკუზიის მოვლენები (ავადმყოფს ყველაფერი ესმის განსაკუთრებულად ხმამაღლივ) და აგრეთვე ჰალუცინაციები (სმენის, ყნოსვის, გემოვნების).

მარჯვენა საფეთქელს წილს არ ახასიათებს აფაზია, და ამასთანავე ერთად ტემპორალური ფსიქოპათოლოგია წარმოდგენილია შედარებით მკრთალად და სუსტად.

კეფის წილის დაზიანებისას ყურადღებას იპყრობს სხვადასხვა სახის ოპტიკური აგნოზია (სულიერი სიბრმავე), ჰემიანოფსია, მხედველობის პალუცინაციები და ოპტიკო-ვესტიბულარული აშლილობანი.

სხენებულ სიმპტომებს მარცხენა კეფის წილის პათოლოგიისას, თან ერთვის აგრეთვე ალექსიაც.

კორძიანი სხეულის სიმსივნეები იძლევა მეტად მდიდარ ფსიქოპათოლოგიურ სურათს. კაუდალური მიდამოების დაზიანებისას ვხვდებით დელირიოზულ მდგომარეობას შიშებით და პალუცინაციებით; ხოლო ორალური მიდამოების ფსიქოპათოლოგიას ახასიათებს გონებრივი სფეროს დაქვეითება (აგრეთვე მეხსიერების), ემოციური სიბლაგვე და პიროვნების საერთო შეცვლა.

კორძიანი სხეულის კლინიკა ძლიერ მოგვაგონებს პროგრესულ პარალიზს, ამიტომ აქ საჭიროა ლუესური ეტიო-პათოგენეზის გამორიცხვა.

ქერქვეშა კვანძთა (ტვინის ღერო) და ნათხემის სიმსივნეები უფრო შეადგენს ნევროლოგიური კლინიკის მასალებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ტვინის სიმსივნეები წარმოადგენს მეტად მძიმე პროგნოზის მქონე მდგომარეობას.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გამომრთელება შესაძლო და მოქალაქეობისა, უნდა მიემართოთ ქირურგიულ ჩარევას.

## ეკოგონური ინტოქსიკაციის ბუნების მკვლე ფსიქოზები

ალკოჰოლიზმი, მორფინიზმი და კოკაინიზმი

### 1. ზოგადი ხასიათის ცნობები

არსებობს მთელი რიგი მშხამავი ნივთიერებანი, რომელთა მოხვედრაც ადამიანის ორგანიზმში იწვევს უარყოფით გავლენას ინდივიდუუმის ფიზიკურ და ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

ცნობილია, რომ ცალკეული მშხამები, გარკვეული დოზით იხმარება, როგორც სამკურნალო საშუალება.

ორგანიზმის მოწამვლა შესაძლოა იყოს მწვავე, რომელიც შედეგია ნივთიერების ერთხელობრივი გავლენისა და ქრონიკული უკანასკნელ შემთხვევებში საქმე გვაქვს ნივთიერების მრავალჯერ მოხვედრასთან, რომლის შუალედებშიაც მშხამავი ზემოქმედება შერჩენილია და ორგანიზმში ხდება უარყოფითი მომენტების კუმულაცია.

მოწამვლა შესაძლოა მოგვეცეს საკვებ ნივთიერებებში შემთხვევითად არსებულმა მშხამებმა, წარმოების ტექნოლოგიასთან დაკავშირებულმა მშხამებმა და აგრეთვე საბრძოლო მნიშვნელობის მქონე მომწამლავმა ნივთიერებებმა.

ორგანიზმში შესული მშხამები იძლევა ადამიანის ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა არა მარტო შესუსტებას, დაკნინებას, არამედ საკმაოდ ხშირად შინაგან ორგანოთა პათოლოგიას, ნერვულ და ფსიქიკურ აშლილობას.

ფსიქიატრიის თეორიაში და პრაქტიკაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია იმ მშხამავ ნივთიერებებს, რომლებსაც კაცობრიობა მიმართავს უძველეს დროიდან; მხედველობაში მაქვს დამბანგველი ე. წ. ნარკოზული ნივთიერებანი. ხსენებულ ნარკოზულ ნივთიერებათა რიგს ეკუთვნის ალკოჰოლი, მორფიუმი, კოკაინი და

მრავალი სხვა; ხოლო მათი ხპარება ცნობილია ნ ა რ კ რ მ ა ნ ი ნ ს  
სახელწოდებით.

კაცობრიობა ნარკოზულ ნივთიერებებს მიმართავს, თითქოს  
გამხიარულების მიზნით, მაგრამ მათი ხპარება იძლევა პიროვნების  
ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა არა აღორძინება-გაძლიერებას, არამედ  
დაძაბუნება-დაკნინება-განადგურებას.

ა ლ კ ო ჰ ო ლ ი ზ მ ი ს პათობიოლოგია და კლინიკა, იქნება იგო  
წარმოდგენილი მწვეავე დათრობით, თუ ქრონიკულ-  
ლი განიადაგებული ლოთობით, შეადგენს ჩვენი დარგის  
ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და საკურადლებო უბანს.

ლოთობა ანუ ალკოჰოლიზმი ეკუთვნის სოციალურ სენტა-  
რიგს, ვინაიდან იგი იკიდებს ფეხს იქ, სადაც ადგილი აქვს უარ-  
ყოფით სოციალურ-ეკონომიურ პირობებს.

საბჭოთა სინამდვილეში შრომისა და ყოფაცხოვრების პირო-  
ბები ხელს უწყობს მოსახლეობის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ძალთა  
გაშლას, აღორძინებას, გაძლიერება—აყვავებას; ამიტომ აქ სრუ-  
ლიად მოხსნილია ის ობიექტური მომენტები, რომლებიც წარმო-  
შობს და აპირობადებს ლოთობას.

საბჭოთა ფსიქიატრიისათვის ცნობილია ლოთობის ანუ ალ-  
კოჰოლურ ფსიქოზთა მხოლოდ ერთეული, ცალკეული შემთხვე-  
ვები.

ჩვენ კარგად ვიცით, რომ ლოთობას იწვევს და ხელს უწყობს  
კაპიტალისტური წესწყობილების სოციალურ-ეკონომიური სპეცი-  
ფიკა, სახელდობრ: მშრომელთა შიმშილი, სიღატაკე და უუფლო-  
ბობა.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ალკოჰოლიზმს აპირობადებს  
არა მემკვიდრეობითი-დღეგენერაციული ფაქტორები, არამედ ყოფა-  
ცხოვრებითი მომენტები.

სპირტულ ან მაგარ სასმელებს ეკუთვნის აჩაყი, ღვინო, კო-  
ნიაკი, ლუდი და ალკოჰოლის შემცველი ყველა სხვა ნივთიერება.

ცნობილია სხვადასხვა ხარისხის სიმძიმის და კლინიკური გა-  
მოსახულების დათრობა; აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული  
ინდივიდუური ხასიათის წინაგანწყობა, მაგალითად: ნევროპათები  
და ფსიქოპათები არა მარტო იჩენენ ერთგვარ მიდრეკილებას ალ-  
კოჰოლისადმი, არამედ ისინი ადვილად ითვრებიან და ამ დროს  
ასევე ადვილად იძლევიან ფსიქოზურ აფეთქებებს.

ლოთობას ვხვდებით აგრეთვე ზოგიერთ სულით ავადმყოფურ  
ფორმებში (ციკლოთიმია, ეპილეფსია, ზოგჯერ შიზოფრენია და  
სხვა).

ალკოჰოლი უშუალო ზეგავლენას ახდენს ნერვულ სისტემაზე, გულზე, სისხლის ძარღვებზე და აგრეთვე შინაგან ორგანოებზე (ღვიძლზე, თირკმელებზე). გარდა ამისა, ალკოჰოლის ქრონიკული ხმარების შედეგად ჰემოენცეფალური ბარიერი გამავალი ხდება და ამის გამო ტოქსინური ნივთიერება ადვილად გადადის ლოთთა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

## 2. მწვავე დათრობა

ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურად დადასტურებულია, რომ ალკოჰოლის სულ მცირე დოზები, უარყოფით ზეგავლენას ახდენს აღამიანის ფსიქიკური აპარატის მოქმედებაზე.

მწვავე დათრობის კლინიკის მრავალფეროვანობის შესასწავლად ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიულ დაკვირვებებზე უფრო საინტერესო არის ის მასალები, რომლებსაც შესაძლოა შევხვდეთ ჩვეულებრივ ყოფა-ცხოვრებითი პირობებში. აქ ბუნებრივ სიტუაციებში „მაგიდასთან“ ანუ „გაშლილ სუფრაზე“ მოცემულია მწვავე დათრობის სურათი ზერელე შეზარხოშებიდან ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მძიმე მდგომარეობამდე.

მცირე დოზები იძლევა ცენტრალურ ნერვულ სისტემის, პირველ რიგში ქერქის გაღიზიანებას, აგზნებას, ხოლო დიდი დოზები—დეპრესიას, დაკნინებას, შეკავებას.

ხსენებული ორი ნეიროფიზიოლოგიური გარემოება საფუძვლად უდევს მწვავე დათრობის კლინიკისათვის ცნობილ აგზნების და შეკავების ფაზებს.

პირველ პერიოდში (აგზნების ფაზა) ადგილი აქვს ფსიქიკურ და ფსიქომოტორულ ფუნქციათა გამუხრუჭებას.

წინა დავადაპირილი და დარბაისელი პირები ეხლა იჩენენ ზერელობას; აქტიური ყურადღება უსუსტდებათ, პასიური უძლიერდებათ, ამასთან ერთად ემჩნევათ ყურადღების რხევადობა და აცილება. მოძრაობები უმრავლდებათ, მაგრამ მოტორული გამოვლინებანი მოკლებულია სიზუსტეს, სიფაქიზეს და მიზნობრივობას. მოქმედებებში და ქცევებში ეტყობათ ზერელობა, პასუხისმგებლობის გრძნობის და კრიტიკის შესუსტება.

ასოციაციათა აჩქარება და გამრავლება მხოლოდ გარეგნულია; შინაარსის მხრივ პირიქით, ასოციაციები ზერელე, დაბალხარისხოვანია, სადაც დასკვნის შესაძლებლობა დაფარულია მხოლოდ გარეგნული და ფორმალური მსგავსების მქონე შეუღლებული ასოციაციებით.



კრიტიკის შესუსტების და უმაღლესი რიგის პიროვნულ რეაქციათა გამუხრუჭების შედეგად მთვრალი ადამიანი ბევრს ლაპარაკობს, ოხუნჯობს; მის სიტყვიერ პროდუქციაში მოსჩანს რითმები და ლექსთა წყობა.

გარეგნულად ისეთი შთაბეჭდილებაა, თითქოს ალკოჰოლის გაუღენის შედეგად პიროვნება ახდენს თავისი „ნიჰის“, „ქკუამახვილობის“ და „მჭერმეტყველების“ გადაშლას.

მაგრამ ყველაფერი ეს მხოლოდ გარეგნული შთაბეჭდილებაა; არსებითად აქ დადებითი ხასიათის პროდუქციებთან ჯი არ გვაქვს საქმე, არამედ კრიტიკის და უმაღლეს მორალურ წარმოდგენათა მხრივ გამუხრუჭებული პიროვნების რეაქციებთან.

მეორე ფაზის დროს ავადმყოფები ჰკარგავენ ფსიქიკურ აქტივობას, ლაპარაკობენ ენაბორძიკით, ლულულუღით, იჩენენ მორალურ სიჩლუნგეს, ადვილად ღიზიანდებიან, ემჩნევათ ცრემლიანობა; მოძრაობანი დისკორდინული და ატაქსიური, დასასრულს ქერქული შეკავება ეფიხება ქერქვეშა კვანძებს და ადამიანი გადადის ღრმა ძილში; მოქეიფე პირს შესაძლოა იქვე სუფრაზე დაეძინოს.

ზემოხსენებული სურათი წარმოადგენს ე. წ. ფიზიოლოგიური ანუ გაურთულებელი მწვავე დათრობის კლინიკურ გამოვლინებას.

მაგრამ შესაძლოა მწვავე დათრობა გართულდეს; ძილის ნაცვლად მავილებთ ფსიქოზის მსგავს მდგომარეობას.

უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვექნება ფსიქოპათოლოგიურად და კრიმინოგენულად (სასამართლო ფსიქიატრიის თეალსაზრისით) მეტად საინტერესო მდგომარეობასთან.

მხედველობაში მაქვს ე. წ. პათოლოგიური დათრობა, რომელიც ცალკე იქნება აწერილი.

ფიზიოლოგიური დათრობის დროს ადგილი აქვს მთელ რიგ ფსიქოპათოლოგიურ და პათოფიზიოლოგიურ ძვრებს: ამიტომ ტერმინი „ფიზიოლოგიური“, რომელიც იხმარება ფსიქიატრიაში, არც ისე მართებულია—შეუძლებელია მოწამულა ე. ი. ავადმყოფური მდგომარეობა ფიზიოლოგიურ გამოვლინებად ჩაითვალოს.

შინაარსობრივად აქ მდგომარეობა ფიზიოლოგიურია მხოლოდ იმიტომ, რომ ფსიქოზურ გართულებას არ ვღებულობთ და მოწამულა თავდება მშვიდი ძილით, რომლიდანაც ადამიანი გამოდის თავისთავად, რაიმე მნიშვნელოვანი დანმარების გარეშე (იშვითად მიემართავთ მხოლოდ გულის ამალორძინებელ საშუალებებს).

მწვავე დათრობის დროს დაახლოებით ერთ-ორი საათის შემდეგ შესაძლოა სისხლში აღმოვაჩინოთ ალკოჰოლი. უნდა აღი-

ნიშნოს, რომ სისხლში აღმოჩენილი ალკოჰოლის რაოდენობა არ აღემატება მიღებული ალკოჰოლის 5—7%-ს.

სისხლში ალკოჰოლი ქრება მიღებიდან დაახლოებით 6 საათის შემდგომ.

მწვავე დათრობის დროს ადამიანის ორგანიზმში ვიღებთ მთელრიგ პათოფიზიოლოგიურ ძვრებს, პირველ რიგში ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ.

აღსანიშნავია რეფლექსთა აწევა, სინათლეზე თვალის გუგის რეაქციის შესუსტება (ზოგჯერ მოსპობა), ნისტაგმი და გაშლილ-თითთა კანკალი; ამასთან ერთად ადგილი აქვს ტაქიკარდიას, სისხლის წნევის დაქვეითებას და კანის ძარღვთა გაგანიერებას.

ჰემოენცეფალური ბარიერის დაქვეითებას ადგილი აქვს არამარტო ქრონიკული ალკოჰოლიზმის, არამედ მწვავე დათრობის (ინტოქსიკაციის) დროს; უფრო მეტიც, უკანასკნელ შემთხვევაში ლიქვორში შენიშნულია ფორმინი ელემენტების მომატება.

მეტად საზიფათოა მეთილოს ალკოჰოლით მიღებული მოწამვლა. იგი იძლევა ფსიქონერვულ ფუნქციათა მკვეთრ დაკნინებას, მაგრამ მთავარია მხედველობის ნერვის შედეგად გამოწვეულ სიბრმავე.

### 3. ე. წ. პათოლოგიურ დათრობის კლინიკა

იმ შემთხვევაში, როდესაც ალკოჰოლით მწვავე მოწამვლას მოსდევს ფსიქოზური გამოვლინებანი ცნობიერების შეცვლით, ჩვენ საქმე გვაქვს გ ა რ თ უ ლ ე ბ უ ლ, პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ, ან უ ე პ ი ლ ე ფ ს ი ფ ო რ მ უ ლ და თ რ ო ბ ა ს თ ა ნ.

პათოლოგიური დათრობა იძლევა მეტად რთულ და მრავალფეროვან სურათს; მდგომარეობა ამ დროს ითვლება ჩაურაცხველად; ამიტომ პათოლოგიური დათრობის კლინიკას და დიაგნოსტიკას აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა სასამართლო-ფსიქიატრიის თეორიასა და პრაქტიკაში.

პათოლოგიური დათრობისათვის საჭიროა გარკვეული ნიანდანი; იგი ემართებათ ფსიქოპათიურ და ნევროპათიურ პირებს, სულთ ავადმყოფებს, ქრონიკულ ალკოჰოლიკებს და აგრეთვე იმ პირთ, რომელთაც აქვთ ეპილეფსია, წარსულში გადაუტანიათ ქალას ტრავმები (კომოცია-კონტუზია), ან იმყოფებიან მკვეთრად გამოხატულ ფიზიკურ ასთენიაში.

მეტად დამახასიათებელი და საყურადღებოა ის გარემოება, რომ მის გამოსაწვევად სრულიადაც არაა საჭირო ალკოჰოლის დი-

ღი რაოდენობა; ზოგჯერ სულ უმნიშვნელო დოზა იწვევს ძლიერ ეპილეფსიფორმულ ფსიქოზურ რეაქციებს.

ფიზიოლოგიური დათრობის ნეიროდინამიკა შესაძლოა წარმოვიდგინოთ, როგორც მრუდი ასწვრივი და დასწვრივი ნაწილებით (ანუ მუხლით).

როგორც ვიცი, ასწვრივი მუხლი წარმოადგენს აგზნების ფაზას, ანუ კლინიკურად ეფორიას, სასიამოვნო-სანეტარო განცდებით; დასწვრივი მუხლი—შეკავების ფაზას, ანუ კლინიკურად ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა დეპრესიას, რომელიც თავდება მშვიდი ძილით.

სულ სხვაგვარია პათოლოგიური დათრობის ნეიროდინამიკა და კლინიკა. აქ სასიამოვნო, სანეტარო გრძნობების ნაცვლად წამოიჭრება მძიმე აფექტი უსაშინელესი, შემზარავი ხასიათის განცდებით; ავადმყოფები არიან დეზორიენტირებულნი; იმყოფებიან თავზარდამცემი პალუცინაციების და ილუზიების გავლენის ქვეშ. პალუცინაციები უმთავრესად მხედველობისა (იშვიათად სმენისა) და თავისი მრავალფეროვნობით, უცნაურობით და შემზარავობით, მოგვაგონებს ალკოჰოლური დელირისათვის დამახასიათებელ აღქმის პათოლოგიას.

აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს ასევე შემზარავი ხასიათის ფანტაზიების და ბოდვითი წარმოდგენების განვითარებას. როგორც მაგალითად: ავადმყოფს მოელის წარმოდგენელი წამება, მას დასწვავენ, დასჭრიან ნაწილებად, მის საწინააღმდეგოდ ყველა შეტევაზე გადადის, ყველა მას ემუქრება, უწმარად აგინებს და სხვა.

უსაშინელესი ასთენიური აფექტის და ბოდვითი წარმოდგენების შედეგად ავადმყოფები გარბიან, თავს იცავენ სრულიად უღაშაშულო და შემთხვევით შემხედარი პირებისაგან; ჩადიან, თავისი ჩინისასტიკის და უმოტიეობა-მოულოდნელობის მხრე, განსაკუთრებით მძიმე ბოროტმოქმედებას.

კლინიკური სურათი წააგავს ეპილეფსიური ბუნების მქონე აგზნებას, რომელიც გაშლილია ბინდისებრი ცნობიერების ფონზე.

პათოლოგიური დათრობა ხასიათდება ნაკლები ხანდაზმულობით და ჩვეულებრივ, გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე საათი. ამ პერიოდში ავადმყოფთა მდგომარეობა შეფასებული უნდა იყოს როგორც ხანმოკლე ალკოჰოლური ტრანსი ანუ ამბულატორიული აეტომატიზმი.

შესაძლოა პათოლოგიურ დათრობას დაერთოს ეპილეფსიფორმული ან ჰისტერიის მაგვარი გულყრითი განტვირთვები.

როგორც ვხედავთ, პათოლოგიური დათრობის ხეიროდიხაძიკის მრუდე მოკლებულია ჩამავალ (შეკავების) მუხლს და მთლიანად მოკემულია შეუჩერებლად მხარდი. აგზნების ფაზით, რომელიც აღწევს ფსიქო-ფიზიკური მოქანცულობის საკულმინაციო წერტილს. აქ „ეპილეფსიფორმულ პათოლოგიურ დაღლილობას“ მოსდევს ზოგადი პროსტრაციო და რეაქტიული დაღლილობის საპასუხო ძილი.

ფიზიოლოგიურ დათრობისათვის დამახასიათებელი სომატიური ძვრები წარმოდგენილია აგრეთვე პათოლოგიური დათრობის შემთხვევებშიც, მაგრამ აღინიშნება განსხვავებაც. პირველ რიგში საყურადღებოა პათოლოგიური დათრობის ე. წ. ფიზიკური ნიშნები: ავადმყოფებს ატაქსია არ ემჩნევათ, სიარულისას არ ქანაობენ და მოძრაობენ გამართულად.

როგორც წესი, პათოლოგიური დათრობის მდგომარეობა იძლევა სრულ ამნეზიას. ავადმყოფებს გადატანილი ამბების შესახებ არ რჩებათ არაერთი მოგონება; იშვიათი გამონაკლისის სახით შესაძლოა გაახსენდეთ ზოგიერთი მომენტი, მაგრამ ისიც ძლიერ ბუნდოვანად და ცალკეული ნაწყვეტებით.

პათოლოგიური დათრობის დროს ნაჩვენებია ძილმომგვრელ-დამამშვიდებელ და გულის ამღორძინებელ საშუალებათა ხმარება.

პათოლოგიური დათრობის დადგენისას ზუსტად უნდა იყოს აწონილი, როგორც ფსიქიკური, ისე ფიზიკური მონაცემები, რომ დიაგნოზში არ შევცდეთ.

სწორი სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნის საწინდარი მხოლოდ ზუსტი დიაგნოზია. ვიმეორებთ, პათოლოგიური დათრობა კვლითიფიცირებული უნდა იყოს, როგორც ჩატრაცხადი მდგომარეობა; ხოლო ფიზიოლოგიური დათრობისას ჩადენილი საქციელი (რაც გინდ მძიმე არ იყოს დათრობა) ყოველთვის ჩარაცხადია.

#### 4. ქრონიკული ალკოჰოლიზმი

ქრონიკული ალკოჰოლიზმი ანუ განიადაგებული ლოთობა პროვნებაში იძლევა მკვეთრ ძვრებს, მისი საბოლოო შედეგები მეტად მძიმეა. იგი თანდათანობით იწვევს ადამიანის ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა დაძაბუნებას, განადგურებას.

ხსენებულ შემთხვევებში ჩვენ საქმე გვაქვს არა მარტო ხანგრძლივ და მრავლობითი ხასიათის მქონე ალკოჰოლურ მოწამვლასთან, არამედ ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიის ნიადაგზე წარმოქმნილ აუტონტოქსიკაციურ მოვლენებთანაც. ყურადღებას იპყრობს ერითროციტთა დალექვის რეაქციის აჩქარება, ბილირუ-

ბინის და აცეტონურ სხეულთა მომატება, ჰემოგრამის ტოქსინური სურათი და სხვა.

გასაგებია, რომ ქრონიკული ლოთობის შემთხვევებში ორგანიზმში შედის ალკოჰოლის (ან მაგარ სასმელთა) ახალი რაოდენობა მაშინ, როდესაც წინა მომენტში მიღებული ალკოჰოლი ჯერ კიდევ არაა მთლიანად ათვისებული და ორგანიზმში არაა განთავისუფლებული მშხამავ ნივთიერებისაგან.

მოყვანილი განმარტება უფრო თეორიული ხასიათისაა.

ისმება საკითხი: როგორ შეიძლება კლინიკურად გამოვიცნოთ ქრონიკული ლოთობა, ანუ რა არის ქრონიკული ლოთობის მარკენბელი პრაქტიკული კრიტერიუმი?

წამოჭრილი საკითხის სიძნელე ადვილი წარმოსადგენია, თუ გავიხსენებთ იმ გარემოებას, რომ პირადი საუბრის დროს არც ერთი ქრონიკი ლოთი არ აღიარებს თავის თავს ლოთ ან გადაჭარბებულ მსმელად. გამოკითხვისას შესაძლოა შევხვდეთ სხვადასხვაგვარ ლოთებს, მაგრამ საერთო ყველასათვის დამახასიათებელი ნიშანი არის ის, რომ არც ერთი ლოთი თავის საქციელს დეფექტად არ თვლის; უფრო მეტიც, ექვს ლოთობაზე ისინი იღებენ პირად შეურაცყოფად.

შევჩერდებით სხვადასხვა შემთხვევებზე, თუ როგორ და რა გზით ქრონიკი—ლოთები ცდილობენ „მდგომარეობიდან გამოსვლას“.

ერთნი ჩვენს შეკითხვებს სპირტულთან დამოკიდებულების შესახებ სტოვებენ სრულიად უყურადღებოდ; საჭიროდ არ სცნობენ პასუხის გაცემას შეკითხვის ნაკლები სერიოზულობის გამო.

მეორენი პასუხს იძლევიან იმ მდგომარეობის აღნიშვნით, რომ სვამენ, როგორც ყველანი („როგორც თქვენ ან სხვა“); რომ შეუძლებელია სუფრაზე არ იქნეს გაზიარებული ამხანაგთა სურვილი.

მესამენი, თავიანთ ქცევას ასე ვთქვათ „აქანონებენ“, ობიექტურ პირობათა აუცილებლობით. ავადმყოფები გვიპასუხებენ, რომ სვამენ რასაკვირველია „ნორმალურად“, მაგრამ ეს შეადგენს სამსახურებრივ „აუცილებლობას“, რომ ამას მოითხოვს შრომის პირობები; ერთნი სვამენ იმიტომ, რომ ძლიერ ცივა, ხოლო მეორენი, იმიტომ რომ ძლიერ ცხელა.

მეოთხე ჯგუფის ლოთები თავიანთ ქცევას, ამართლებენ „მაგალითებით“. ასახელებენ გვარებს, პირებს და თავს იმართლებენ: „ისინი თუ სვამენ, მე რატომ არ უნდა დავლიოვო“.

ზოგნი სპირტულს „ხმარობენ მადისათვის“, ზოგნი „გრაიბის და ანგინის საწინააღმდეგოდ“, ხოლო ზოგიერთი ლოთი აღნიშნავს, რომ „ჰაშნიკი კარგად მოქმედებს გუნებაზე“. მაგრამ უკანასკნელთ

აფიწყდებათ, რომ „კაშნიკი“ ხშირად აჭარბებს მცირე დოზას დღ  
ოდებს სისტემური ლოთობის ხასიათს.

ერთად-ერთი პრაქტიკული კრიტერიუმი, რომელიც შესაძლოა  
გამოვიყენოთ ყოველდღიურ ჩვენს მუშაობაში ქრონიკული ალკო-  
პოლიზმის დასადგენად არის „გ ა მ ო ზ ა რ ხ ო შ ე ბ ე ს სინდრო-  
მი“ („შ ე ბ რ უ უ ე ბ ა“ ანუ „გ ა მ ო ზ ა რ ხ ო შ ე ბ ე ა“, ანუ რუ-  
სულად „პ ო ხ მ ე ლ ი ე“).

ხსენებული სინდრომი ალკოპოლური აბსტინენციის („შემ-  
შილის“) მაჩვენებელია და ხასიათდება საკმაოდ რთული ფსიქო-  
ფიზიკური სიმპტომატოლოგიით.

გამოზარხოშება ანუ „პოხმელიე“ ქრონიკული ალკოპოლიზ-  
მის უცილობელი, ამავე დროს, სავალდებულო და საკმარისი ნი-  
შანია.

გამოზარხოშება ნიშნავს, იმას, რომ ქრონიკი ალკოპოლიკი  
იძულებული ხდება ყოველ დღით მიიღოს სპირტეულის მეტი თუ  
პატარა რაოდენობა, რომ დასძლიოს აბსტინენციის მდგომარეობა  
და შესძლოს რაიმე მოქმედების თუ მუშაობის შესრულება.

ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს, თავის ტკივილებს, უძილო-  
ბას, საერთო სისუსტეს, უფუნებობას, კიღურთა კანკალს და შიშს.  
ხსენებული სურათი მაჩვენებელია ალკოპოლური აბსტინენციისა,  
რომლის დასაძლევადაც მიმართავენ გამოზარხოშებას.

შევიჩრდებით ქრონიკული ალკოპოლიზმის ფსიქო—და სომა-  
ტო-პათოლოგიაზე.

ზოგად მოქანცულობასთან და შრომის უნარის დაკარგვასთან  
ერთად ყურადღებას იპყრობს ფსიქიკური ფუნქციების განსაკუთ-  
რებულად ადვილი გადაღალვა.

იოლი მოქანცულობა, ყურადღების დაქვეითება, ფსიქიკურ  
შესაძლებლობათა მოკრების და გაერთფერტილანების შეუძლებ-  
ლობა და, ბოლოს წამოჭრილ ამოცანებისადმი სრული დაუდევარი  
და გარეწარი დამოკიდებულება ავადმყოფთ უკარგავს რაიმე და-  
დებითი საქმიანობის უნარს; მათ მუშაობა არ შეუძლიანთ.

გონებრივი სფეროს დაქვეითების მხრივ ყურადღებას იპყრობს  
ა ზ რ ო ვ ე ნ ე ბ ი ს გ ა ს ა დ ა ვ ე ბ ა, მსჯელობისას მთავარი და  
არსებითი დასკვნების გამოტანის შეუძლებლობა, ლოგიკური ფუნქ-  
ციების შესუსტება, სიტყვა-პასუხში გარეგანი ასოციაციების სი-  
ჭარბე, რითმული შეუღლებანი და აგრეთვე მეხსიერების (განსა-  
კუთრებულად დახსომების) დაქვეითება.

ავადმყოფთ აღენიშნებათ შინაგანი სურვილი, რომ იოხუნ-  
ჯონ, მხედველობაში მაქვს ლოთთა ი უ მ ო რ ი, მაგრამ მათ „მოს-

წარებულ სიტყვა-პასუხს“ ნათლად ეტყობა ინტელექტურ-ემოციური დაქვეითების და პიროვნების საერთო დეგრადაციის დალი.

ავადმყოფები კრიტიკულად ვერ აფასებენ საკუთარ და მათ გარშემო შექმნილ სიტუაციას; პირად მარცხში და საკუთარ საქმეთა წარუმატებლობაში სხვას ადანაშაულებენ.

კრიტიკის, მეხსიერების და აზროვნების უნარი ზოგჯერ ისე დაქვეითებულია, რომ ვიღებთ ა ლ კ ო პ ო ლ უ რ ჭ კ უ ა ს უ ს ტ ო ბ ა ს.

ემოციურ სფეროში ყურადღებას იპყრობს სუსტსულოვნების ნიშნები, გრძობათა ლაბილობა, რყევადობა და პიპერესთეზია. ავადმყოფები ადვილად ღიზიანდებიან, აქვთ ასევე ადვილი თვალცრემლიანობა.

გარდა ამისა, ქრონიკულ ლოთთა ქცევაში აღინიშნება მორალურ და ეთიკურ წარმოდგენების მკვეთრი დეფექტი.

ლოთთა პიროვნების მამოძრავებელ ღერძს შეადგენს მიზიდულობა ალკოჰოლისადმი და ამ მიზიდულობის დაკმაყოფილება; სხვა რაიმე საზოგადოებრივი და ოჯახური ინტერესი, ან მოთხოვნილება მათთვის არ არსებობს.

ჭკუასუსტნი, მორალურად დაქვეითებულნი და ნებისყოფის ფუნქციებს სრულიად მოკლებულნი ქრონიკული ლოთები ძლიერ ადვილად „სტეხენ“ მათ მიერვე საზეიმოდ მიცემულ სიტყვას თუ დაპირებას.

მათთვის ყველაზე უძვირფასესია „ქიქა არაყი“, რომელსაც ყველაფერს ანაცვლებენ.

უკანასკნელ შემთხვევაში კლინიკურად გვაქვს ქრონიკ-ლოთთა პ ი რ ო ვ ნ ე ბ ი ს დ ე გ რ ა დ ა ც ი ა.

არანაკლებ მრავალფეროვანია ფიზიკური სიმპტომატოლოგია.

ქრონიკული ლოთობა იძლევა მთელრიგ ცვლილებებს შინაგანი ორგანოების მხრივ. კუჭის კატარი, ღვიძლის, თირკმელთა და პანკრეასის დაავადება ქრონიკულ ალკოჰოლიზმის ჩვეულებრივი და ხშირი თანამგზავრია.

იცვლება ნივთიერებათა ცვლის ხასიათი: ლუღს მოსდევს ტლანქი გასუქება, ხოლო ღვინოს და არაყს—დიდი სიგამხდრე.

ზიანდება აგრეთვე გულის და სისხლძარღვთა სისტემა. გულის კუნთი განიცდის გადაგვარებას, სისხლძარღვთა კედლები მკვრივდება (ნაადრევი სკლეროზი) და კარგავს ტონუსს. უკანასკნელ მოვლენას მოსდევს სისხლის მიმოქცევის აშლა და პირველ რიგში ვენური შეგუბება.

სახეზე ვენური შეგუბება იწვევს ცხვირის გაწითლებას (ე. წ. „ლოთთა ცხვირი“).

ნევროლოგიურად ყურადსადებია გამლილ თითთა და ენის მკვეთრი კანკალი, რომ ბერგის ნიშანი, თავბრუ, თავის ტკივილი, ყურებში ხმაური, ანიზოკორია, სინათლეზე რეაქციის სიღრუნე, გუგის დეფორმაცია, ატაქსია, მყესის რეფლექსების აწევა, გრძნობელობის აშლა, პოლინევრიტული მოვლენები და ზოგჯერ კუნთთა ატროფია.

პოლინევრიტული მოვლენები განსაკუთრებულად, წარმოდგენილია ქვედა კიდურებზე: წვივის მიდამო, ხელის დაქერისას მტკივანია.

აღსანიშნავია აგრეთვე ვეგეტოდისტონიის მოვლენები: გადაჭარბებული ოფლიანობა, ანგიონევროზული მოვლენები და სხვ.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ადგილი აქვს მაკრო-მიკროსკოპული ხასიათის მთელ რიგ პათომორფოლოგიურ ძვრებს: წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევები ტვინის გარსებში და თვით ნივთიერებაში, გარსთა ძარღვების ჰიპერემია, პაქიმენინგიტის და ლებტომენინგიტის მოვლენები, შორს წასულ შემთხვევებში ადგილი აქვს აგრეთვე ხვეულთა ატროფიას.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანში, რა პირველრიგში დიდ ჰემისფეროთა ქერქში, ადგილი აქვს პარენქიმულ უჭრედთა გადაგვარებას (ცხიმოვანი გადაგვარება). ამას გარდა ქერქში ტანგენციური ბოჭკოები განიცდის გადაგვარებას და მოსპობას.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის კლინიკის გარჩევისას საჭიროა აღინიშნოს ე. წ. ალკოპოლური პარანოია, ანუ ქრონიკულ ლოთთა ბოდვები.

სხენებული მდგომარეობისას ძირითადად საქმე გვაქვს ლაზოიანობის აზრებთან.

გონებრივად და მორალურად დეგრადირებულ პიროვნება მოკლებულია კრიტიკის უნარს თავის თავის და გარემოს მიმართ.

ავადმყოფთა ფიზიკური და ფსიქიკური შესაძლებლობანი მკვეთრად შეზღუდულია. ისინი ეჭვიანობენ სულ მცირე და აბსოლუტურად უმნიშვნელო საბაბზე.

ხოლო პიროვნების ავადმყოფურ განვითარებასთან ერთად ეჭვიანობა თანდათანობით იღებს ჩამოკვეთილი ბოდვების სახეს.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ალკოპოლური პარანოიის დროს ავადმყოფები აგრესიულად განწყობიან არა მოქიშპე თუ მოცილე პირთა მიმართ, არამედ მეუღლისადმი.

## 5. თეთრი ცხელება (delirium tremens)

თეთრი ცხელება წარმოდგენს მწვავე ფსიქოზს, რომელიც გვხვდება ქრონიკული ალკოპოლიზმის შემთხვევებში. იგი საშუა-



ლოდ გრძელდება ერთი კვირა და თუ კი ავადმყოფმა გაუძლო ძირითად სომატიურ დაავადებას, როგორც წესი, თავდება მთლიანი გაჯანსაღებით.

თეთრი ცხელება ეკუთვნის დადებითი პროგნოზის მქონე მწვავე ფსიქოზთა რიგს.

მაგრამ ყოველთვის ეს ასე არაა: ზოგჯერ თეთრა ცხელება იძლევა ხშირ რეციდივს. ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია მდგომარეობის გართულება. შესაძლოა მწვავე დელირიუმს მოჰყვეს ალკოჰოლური დემენცია, ალკოჰოლური პარანოია ან კორსაკოვის მეორე აწერილი ფსიქოზური სურათი.

დადებითი პროგნოზის შემთხვევებში დაავადება თავდება მწვავე ტოქსიკოზის მაგვარად: ავადმყოფთ ე. წ. კ რ ი ტ ი კ უ ლ ი ძ ი ლ ის შემდგომ მთლიანად უბრუნდებათ რიჩენტაცია გარემოში. მწვავე სიმპტომატოლოგია (პალუკინაციები, შიში) სრულად იხსნება და შესაძლოა მოკლე მანძილზე შეჩჩეთ მხოლოდ ზოგადი მოქანცულობა ფსიქო-ფიზიკური ასთენიის ნიშნებით.

თეთრ ცხელებას მოსდევს, როგორც წესი, სრული ამნეზიები; თუმცა ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფთ შეჩჩეთათ ხოლმე მოგონებები ზოგიერთი მომენტის (ფსიქოპათოლოგიური ეპიზოდების) შესახებ.

პროგნოზს აუარესებს მოხუცებულობა, განფენილი არტერიოსკლეროზი და სისხლის მიმოქცევის სისტემის ზოგადი სისუსტე.

სიკვდილობა გვხვდება საშუალოდ 5—6%—ში; ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ამ დროს აწერილია ჰემორაგიული ენცეფალიტის ანუ ფსევდოენცეფალიტის სურათი.

თუმცა ჰემორაგიულ ენცეფალიტს აქვს მრავლობითი ანუ მრავლებული პროცესის ხასიათი (პოლიენცეფილიტი), ამის მიუხედავად, ყველაზე მეტ და მკვეთრად გამოხატულ პათოლოგიურ ცვლილებებს ადგილი აქვს ტვინის ღეროს უბნებში, სახელობრ: მეზენცეფალონის (შუა ტვინი) და მეტენცეფალონის (ტვინის ხიდი) მიდამოებში.

როგორც ვთქვით, თეთრი ცხელება ქრონიკული ლოთობის თანამგზავრია; ქრონიკული ალკოჰოლიზში წარმოდგენს იმ აუცილებელ და საჭირო ფონს, რომელზედაც ვითარდება მწვავე დელირიუმი.

ავადმყოფური სურათის განვითარებისათვის ქრონიკული ალკოჰოლიზმის არსებობა აუცილებელია, მაგრამ ამავე დროს არაა საკმარისი.

აქ საჭიროა მეორადი გამართლებელი ფაქტორები; რომელთაც უშუალოდ მოსდევს ფსიქოზური მდგომარეობა.

აღნიშნულ გამართულებელ ანუ ფსიქოზის უშუალო გამომწვევ ფაქტორებს ეკუთვნის ინფექციები (ხშირად პნევმონიები), ქალას ტრავმები და აგრეთვე ძლიერი ემოციური განცდები (ფსიქიკური ტრავმები).

თეთრი ცხელება არ შეიძლება განხილული იყოს, როგორც ალკოჰოლური ტოქსიკოზის გამწვავება, ან ლოთთა აბსტინენცია.

აბსტინენციის წინააღმდეგ მიგვიითებებს ის გარემოება, რომ ალკოჰოლის მიცემა არ ხსნის ავადმყოფობას. ხოლო პირდაპირი ალკოჰოლური ტოქსიკოზი უნდა გამოირიცხოს იმიტომ, რომ თეთრი ცხელების ფსიქოპათოლოგია კატეგორიულად განსხვავდება დათრობის სურათიდან.

თეთრი ცხელებისათვის დამახასიათებელია ალკოჰოლური უიფორია ანუ ქერქული თანდათანობითი გამუხრუჭება კი, არა, ხრამედ ცნობიერების პირველადი შეცვლა და უხვი ვეგეტაციური გამოვლინებანი.

როგორც ვხედავთ, თეთრი ცხელება წარმოადგენს თავისებურ „მეტალკოჰოლურ“ დაავადებას. პათოგენეზის განხილვისას აქ შეიძლება გადაჭრით ითქვას მხოლოდ ის, რომ ინფექციები და ტრავმები (გამართულებელი მომენტები) ალკოჰოლურ ფონზე იძლევა ახალ სომატო-ბიოლოგიურ ძვრებს (ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგია, ღვიძლის ფუნქციის უკმარისობა და სხვა), რომელსაც მოსდევს ცნობიერების დელირიული აშლა.

საინტერესოა, რომ თეთრი ცხელება ზამთრობით უფრო იშვიათია, ვიდრე ზაფხულობით; ასევე ღვინო და ლუდი უფრო იშვიათად იძლევა ალკოჰოლურ დელირიუმს, ვიდრე არაყის გადაჭარბებული ხმარება.

დაავადება ხშირად გვხვდება 35—45 წლის ასაკში.

სახელწოდება delirium tremens ნიშნავს ბოდვითი მდგომარეობას კანკალით; ხოლო რუსულად, იგი ცნობილია, როგორც „белая горячка“ ე. ი. თეთრი ცხელება.

უკანასკნელი ტერმინი გულისხმობს იმას, რომ თეთრი ცხელების მიზეზს შეადგენს არაყის („თეთრი სითხე“) გადაჭარბებული ხმარება.

თეთრი ცხელებას ჩვეულებრივად წინ უსწრებს პროდრომალური ნიშნები: სომატიური სისუსტე თვითგრძნობა—გუნებგანწყობის შესამჩნევი დაქვეითებით, უძილობა, ნერვულობა და გაურკვეველი შიში, განსაკუთრებით ღამით. ამას მოსდევს ავადმყოფობის სწრაფი და მოულოდნელი გაშლა, რაც ოსიპოვის თქმით, წარმოადგენს მწვავე ჰალუცინაციური-ბოდვითი მდგომარეობას.

ცნობიერება შეცვლილია სიზმრისებრივად, რომლის ფონზე-  
დაც უხვად მოცემულია მხედველობის და სმენის ჰალუცინაციები.  
განსაკუთრებული სიჭარბით და სიცხოველით წარმოდგენი-  
ლია მხედველობითი ჰალუცინოზი.

პათოლოგიური აღქმელობა აქ ესოდენ ხორციელია, რომ ავად-  
მყოფები ჰალუცინაციებს იღებენ რეალობად.

ამასთან ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ თეთრი ცხელების  
დროს არსებულ მხედველობითი ჰალუცინოზს ახასიათებს რიგი  
თავისებურებანი, რომლებიც მათ აძლევს სპეციფიკურ ნიშანთა ხა-  
სიათს; მხედველობაში მაქვს ჰალუცინაციურ საგანთა განსაკუთ-  
რებული სიმცირე, მრავალფეროვანობა, მუდმივი მოძრაობა და  
თავზარდამცემ-შემზარავი გამოსახულებანი.

ასევე უსიამოვნო და მოსაბეზრებელია სმენითი ჰალუცინა-  
ციები.

პათოლოგიური აღქმელობა წარმოდგენს მეტად ნოყიერ ნია-  
დაგს, რომელიც ხელს უწყობს ბოდვითი აზრების და დაძაბულა-  
შიშის განვითარებას.



სურ. 69. ჰალუცინაციური  
გამოსახულება ალკოჰოლუ-  
რი დელირიუმის დროს.  
მოყვანილია გილია-  
რ თ ვ ს კ ი თ.

ავადმყოფები ხშირად ხელაყენ წვრილ ცხოველ არსებებს, რო-  
გორც მაგალითად: კატებს, თაგვებს, ვირთხებს, მწერებს, ბაყაყებს  
და სხვა. ისინი თავს ესხმიან მათ ყოველმხრივ და მოსვენებას არ  
აძლევენ. ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი ჰოვითხრობდა, რომ უამ-  
რავი მწვანე წვრილი ბაყაყი თავზე ეცემა მას კერიდან; მეორე  
გვეუბნებოდა, რომ იგი ხელავს, თუ როგორ მოცოცავს მწვანე

გრძელი გველი, რომელიც ეხვევა მას ყელზე და ლამობს მის დახრჩობას.

როგორც ვთქვით, აღქმულ სურათთა უცნაურობა და შემზარაობა აღწევს განსაკუთრებულ ხარისხს (იხ. სურათი 69 და 70).

სურ. 70 ჰალუცინაციური გამონათულებანი ალკოჰოლური დელირიუმის დროს. მოყვანილია გ ი ლ ი ა - რ თ ვ ს კ ი თ.



ზოგჯერ შეეხვდებით აგრეთვე შეხების და კინესთეზიურ ჰალუცინაციებს. უკანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფები გრძნობენ, რომ როგორც თვით, ისე მათ გარშემო მყოფი საგნები მოძრაობენ.

არსებობს რიგი ობიექტური წესები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლოა გამოვიკვლიოთ ალკოჰოლური ბუნების მქონე პათოლოგიური აღქმელობა. ამ მხრივ ყურადსაღებია ორი წესი, სახელდობრ თვალის გუგაზე ზედააწოლის ნიშანი და თეთრი (დაუწერელი) ქაღალდის კითხვის წესი.

პირველ შემთხვევაში თვალის გუგაზე ხელის დაჭერა არა მართო აძლიერებს, არამედ ბადებს ახალ ჰალუცინაციურ შეგრძნებებს.

მეორე შემთხვევაში ავადმყოფებს ვაჩვენებთ სრულიად სუფთა ქაღალდს და ვეკითხებით, რა სურათს ხედავს იგი ქაღალდზე შავალითად: ხედავს თუ არა გაჭენებულ რაშს.

ამ დროს ავადმყოფებს ძლიერ აწეული აქვთ შთაგონებლობა, რის გამოც ჩვენს შეკითხვებზე გვაძლევენ ფანტაზიებით დაფერადებულ დადებით პასუხებს.

ჰალუცინაციები, შეცვლილი ცნობიერება და შიში საირთო მოუსვენრობით, შეადგენს თეთრი ცხელების წამყვან ფსიქო-პათოლოგიურ სიმპტომებს.

ფიზიკურ ნიშნებიდან ყურადსაღებია ენის და გაშლილ თითთა, ზოლო ზოგჯერ თავის და კიდურების მკვეთრი კანკალი, წონასწორობის და მოძრაობათა კოორდინაციის დარღვევა, დიზართრია, ჰე-

მიპარეზები, აფაზიური და აპრაქსიული აშლილობანი. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ადგილი ქონია თვალის გუგათა აშლას და აგრეთვე თვალის ფსკერზე ჰიპერემიას და ანთებად შოვლევებს.

ვეგეტაციური პათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია მყარი უძილობა, კვების საერთო დაქვეითება და ქარბი ოფლიანობა. ზოგჯერ ტემპერატურა აწეულია (delirium tremens febrile).

სისხლის მიმოქცევის სისტემის მხრივ ყურადღებას იპყრობს გულის გაგანიერება, აჩქარებული მაჯა და სისხლის მაღალი წნევა.

ღვიძლის ფუნქციის უქმარისობაზე მიგვითითებს გლუკოზურიის და ურობილინურიის არსებობა. მნიშვნელოვნად იცვლება აგრეთვე სისხლის შორფოლოგიური სურათი, მაგალითად, ბონდარივი (ოსიპოვის კლინიკიდან) თეთრი ცხელებისათვის და მახასიათებლად სთვლის ეოზინოპენიას.

## 6. მწვავე და ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი

განიადგებული ანუ ქრონიკული ლოთობის საფუძველზე არა-აშვიათად ვითარდება პალუცინოზი, უკანასკნელი სურათი იმდენად თავისებურია, რომ იგი სრულიად მართებულად განიხილება. როგორც ალკოჰოლური კლინიკის დამოუკიდებელი ფსიქო-პათოლოგიური სინდრომი.

მიმდინარეობის მხრივ ცნობილია მწვავე და ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი.

იმ დროს, როდესაც მწვავე ფორმა შესაძლოა ამოიწეროს რამოდენიმე (4—6) კვირაში, ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი ჩვეულებრივად გრძელდება რამოდენიმე (ზოგჯერ ათეული) წელი.

მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და ავთვისებიანობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად მძიმეა ლოთობით გამოწვეული საერთო-სომატობიოლოგიური და ცერებრული ცვლილებები.

ცხადია, ცენტრალური ნერვული სისტემის მკვეთრი დაზიანების შემთხვევებში უფრო მეტადაა მოსალოდნელი პაროენების დრმა ძვრები.

მეორადად თანდართული მომენტები (ტვინის არტერიოსკლეროზი, ინვოლუცია და სხვა) აგრეთვე ართულებს პალუცინოზის კლინიკას.

მწვავე ალკოჰოლური პალუცინოზი ხშირად გვხვდება იმ პირთა შორის, რომელთაც გადატანილი აქვთ ან ემართებათ ხოლმე თეთრი ცხელება.

მწვავე ალკოჰოლური პალუცინოზის ერთხელობრივი შეტევა, როგორც წესი, პაროენებაში არ იძლევა რაიმე ხარვეზს; ხო-

ლო მრავალჯერ შეტევებს შესაძლოა მოჰყვეს ქრონიკული მიმდინარეობა და ზოგჯერ პიროვნების დეფექტიც.

უკანასკნელ შემთხვევებში მივიღებთ ე. წ. ლოთთა ჰალუცინაციური ქეჟასუსტიაზას.

მწვავე თუ ქრონიკული ალკოჰოლური ჰალუცინოზის წამყვან ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომს შეადგენს სმენის ჰალუცინაციები, რომლებიც განსაკუთრებულად მწვავედ და მძიმედ და ძირითადში მიმდინარეობს ცნობიერების ნათელ ფონზე. სხვა სახის ჰალუცინაციები (მხედველობის, შეხების და სხვა) ამ დროს გვხვდება ძლიერ იშვიათად.

რაც შეეხება ფიზიკურ სიმპტომატროლოგიას, აქ შესაძლოა ადგილი ქონდეს კიდურთა იოლ კანკალს და ოფლიანობას; სხვა მხრივ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები ჩვეულებრივად არ არსებობს.

როგორც ვთქვით, ჰალუცინოზის კლინიკის წინა პლანზე წამოჭრილია სმენითი შეგრძნებები: ავადმყოფს გამუდმებით ესმის ხმები და საუბრები. უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლოა საუბარი მიმართული იყოს არა მარტო ავადმყოფისადმი („მას ესაუბრებიან“), არამედ შესაძლოა ავადმყოფი საუბარს ისმენდეს სხვა ორი ადამიანის დიალოგის სახით.

ორივე შემთხვევაში სმენის ჰალუცინაციები განსაკუთრებულად არასასიამოვნო შინაარსისაა; ავადმყოფთ აფრთხილებენ, ანიშნებენ, უქადიან ცუდ მომავალს, აგინებენ, ემუქრებიან, უწინასწარმეტყველებენ მძიმე ავადმყოფობას და სხვა და სხვა.

მიუხედავად ნათელი ცნობიერებისა, ავადმყოფები ჰალუცინაციების მიმართ ვერ იჩენენ ჯეროვან კრიტიკას: ლელავენ, პასუხობენ, იძლევიან ემოციურ რეაქციებს და ანვითარებენ ბოლდვიანი წარმოდგენებს, აზრებს.

ქრონიკული ჰალუცინოზის შემთხვევებში ზოგჯერ ავადმყოფები იმდენად ეჩვევიან პათოლოგიურ შეგრძნებებს, რომ ინარჩუნებენ შრომის უნარს და შედარებით დამაკმაყოფილებლად ასრულებენ ყოველდღიურ პრაქტიკულ მუშაობას.

დიფერენციული დიაგნოზის გახხილვისას ჩვენ ძოგვიხდება პირველ რიგში გამოვრიცხოთ თეთრი ცხელება, ციკლოფრენიის დეპრესიული მდგომარეობა გართულებული ჰალუცინაციებით და შიზოფრენიული ბუნების ჰალუცინოზი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ნათელი ცნობიერება, პიროვნების შენახვა და ვეგეტაციური სინდრომი მიგვითითებს ალკოჰოლურ ჰალუცინოზზე; ხოლო ცნობიერების შეცვლა, ნებითი—მოტორული სფეროს შეფერხება (შეკავება) ან ინტრაფსიქიკური ატაქსიის ნიშნები გამოირიცხავს ლოთთა ჰალუცინოზს.

## 7. კორსაკოვის ფსიქოზი

### Polyneuritis alcoholica. Cerebropathia psychica loxaemica.

1887 წელს მსოფლიოში ცნობილმა რუსმა მეცნიერმა—ფსიქიატრმა კორსაკოვმა აწერა ალკოჰოლური ეტიოლოგიის მქონე მეტად მძიმე ფსიქოზი, რომელსაც უწოდა ალკოჰოლური პოლინევრიტული ფსიქოზი ანუ ფსიქიკის ტოქსემიური ცერებროპათია.

აღნიშნული დაავადება შემდეგ მსოფლიო ლიტერატურაში ცნობილი იქნა, როგორც კორსაკოვის ფსიქოზი.

ეს დაავადება ყველაზე მძიმე ფორმაა ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ნიადაგზე წამოჭრილ ყველა ავადმყოფობის შორის.

პროგნოზი უარყოფითია, რადგანაც ძლიერ იშვიათად ვიღებთ სრულ რესტიტუციოს. როგორც წესი, ფსიქოზი იძლევა მეხსიერების და აღქმის მტკიცე დეფექტს. პროგნოზს აუარესებს, ე. ი. პიროვნების აღდგენას ხელს უშლის, კიდევ ის გარემოება, რომ ფსიქოზი ვითარდება 50—65 წლების ასაკში (მხედველობაში მაქვს არტერიოსკლეროზულ და ინვოლუციურ ფაქტორთა უარყოფითი გავლენა).

იმ დროს, როდესაც სხვა ალკოჰოლური ფორმები ყველაზე ხშირად გვხვდება მამაკაცთა შორის, კორსაკოვის ფსიქოზი თითქმის თანაბრად ემართებათ, როგორც მამაკაცებს, ისე ქალებს.

ალკოჰოლის შეწყვეტას და თერაპიულ ღონისძიებებს ზოგჯერ მოსდევს დადებითი შედეგები.

კლინიკურ სურათს ახასიათებს შემდეგი საში ძირითადი ნიშანი (ე. წ. კორსაკოვის ტრიადა): მეხსიერების თავისებური პათოლოგია კონფაბულაციებით (რასაც მოსდევს გარემოში მკვეთრი დეზორიენტაცია), პიროვნების ძირითადი ბიოტივის, შენახვა და პოლინევრიტები.

ჯერ ისევ კორსაკოვის სიცოცხლის დროს გამოირკვა, რომ ნერვული სისტემის საერთო შეწყუხებას ანუ დასუსტებას, იქნება იგი გამოწვეული ინფექციებით, ინტოქსიკაციებით, ტრავმებით, არტერიოსკლეროზით თუ სიმსივნეებით; შესაძლოა მოყვეს შემოადნიშნული კლინიკური ტრიადა.

ამით თითქოს კორსაკოვის ფსიქოზმა მიიღო კლინიკური სინდრომის ხასიათი და მოექცა ნოზოლოგიის ნაცვლად სინდრომოლოგიის ჩარჩოებში.

მასალების დეტალური შესწავლა გვარწმუნებს, რომ არსებობს კორსაკოვის სინდრომი სხვადასხვა დაავადებათა დროს რაიმე სპეციფიკური ეტიოლოგიის გარეშე.

მაგრამ აგრეთვე არ უნდა დავივიწყოთ, რომ კორსაკოვის მიერ აწერილი და კლინიკურად გამოცალკევებული ალკოჰოლური ეტიოლოგიის მქონე ტრიადა იმდენად თავისებური და შემოფარგლულია, რომ განხილული უნდა იყოს, როგორც ნოზოლოგიურად დამოუკიდებელი ალკოჰოლური ფსიქოზი.

როგორც ჩანს, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი იწვევს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციას („ტოქსემიას“), ხოლო ამას მოსდევს ფსიქიკური აპარატის დაზიანება და პოლინევრიტის მოვლენები.

კორსაკოვის მიერ მოწოდებულ ტერმინებში „ალკოჰოლური პოლინევრიტული ფსიქოზი“ ანუ „ფსიქიკის ტოქსემიური ცერებროპათია“ მოცემულია დაავადების, როგორც ეტიოლოგიური, ისე პათომორფოლოგიური და კლინიკური შინაარსი.

ამით კორსაკოვს კრეპელინზე ბევრად ადრე ფსიქიატრიაში შემოაქვს ცნებები ეტიოლოგიის, პათომორფოლოგიის და კლინიკური მიმდინარეობის შესახებ ე. ი. ნოზოლოგიის პრინციპები.

სრულიად მართალია გურევიჩი, რომ აღნდმული გარემოება კორსაკოვს აძლევს საეპოქო მკვლევარის მნიშვნელობას, გამოყავს იგი მსოფლიო ფსიქიატრიის კორიფედ და ხდის მას ნოზოლოგიური ფსიქიატრიის ფუძემდებლად.

კორსაკოვის ფსიქოზი შესაძლოა დაიწყოს სხვადასხვაგვარად.

ერთ შემთხვევაში შესაძლოა ფსიქოზი მოყვეს თეთრი ცხელების შეტევას, მეორე შემთხვევაში—დაიწყოს მწვავედ ალკოჰოლური გულყრის განტვირთვის შემდგომ, მესამე შემთხვევაში შესაძლოა დაიწყოს თანდათანობით, (შეუმჩნეველად.

ფსიქოზის დიაგნოზის დადგენას ხელს უწყობს საკმაოდ მდიდარი და დამახასიათებელი ფიზიკური და ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია.

ფიზიკურ სიმპტომებიდან ყურადსაღებია ალკოჰოლური პოლინევრიტი, პარაპარეზები, რომ ბერგის ნიშანი, კუნთთა (განსაკუთრებით წვივის) ატროფია, შეგრძნებათა აშლა, მყესთა რეფლექსების დაქვეითება (ზოგჯერ მოსპობა), გაშლილ თითთა კანკალი, სინათლეზე გუგის რეაქციის შესუსტება, ზოგჯერ ანიზოკორია, ვეგეტოღისტონიის მკვეთრი მოვლენები და უარყოფითი სპეციფიკური რეაქციები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური სფეროს დაზიანების და პოლინევრიტულ მოვლენათა შორის არ არსებობს პირდაპირი შე-



ზატყვისობა. შესაძლოა ფსიქიკური აპარატის მძიმე დაზიანებისას არსებობდეს პოლიხევერიტის იოლი ნიშნები და პირიქით.

მდიდარი და დამახასიათებელია ფსიქოპათოლოგიური სურათი.

აქ წამყვანი როლი უნა დაეთმოს მეხსიერების პათოლოგიას: დარღვეულია, როგორც ფიქსაცია, ისე უახლოეს და უშორეს ამბავთა რეპროდუქციის უნარი.

ამნაირად, ფიქსაციის აშლას თან სდევს ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები.

ფიქსაციის უნარის წაშლის გამო ავადმყოფები ვარდებან სრულ დეზორიენტაციაში. არ იციან სად იმყოფებიან, რა ხდება მათ გარშემო, სადაა მათი საწოლი და სხვა.

პიროვნების ბირთვის შენაწვის და გარეგნული მოწესრიგების მიუხედავად, ავადმყოფნი სრულიად უსუსური და უმწეონი არიან; ისინი იმყოფებიან შთაბეჭდილებათა მხოლოდ უსწრაფესი ზეგავლენის ქვეშ; შთაბეჭდილებათა ფიქსაციის შეუძლებლობა მათ უსპობს გარემოში გარკვეულობის უნარს.

უკანასკნელი დროის გამოკვლევები ადასტურებს, რომ ავადმყოფებს მეხსიერების პათოლოგიასთან ერთად აქვთ აგრეთვე დროის გრძნობის აშლა. ავადმყოფთ დაკარგული აქვთ ე. წ. დროის გნოზია. ისინი ვერ ახდენენ მომხდარ ამბავთა ქრონოლოგიურ ლოკალიზაციას; ვერ განსაზღვრავენ წარსულს აწმყოდან და პირიქით.

უკანასკნელი გარემოებაც აღრმავენს ავადმყოფთა დეზორიენტაციას.

მეხსიერების ხარვეზის კომპენსაცია და შევსება სწარმოებს ცრუმოგონებათა საშუალებით, ამიტომ კორსაკოვის ფსიქოზის კლანიკურ სურათში მრავლადაა მოციმული კონფაბულაციები.

ფსიქოზის დასაწყისში ავადმყოფთ ემჩნევათ ერთგვარი მოუსვენრობა, შიშები, გაღიზიანებულობა, ხოლო შემდგომ ისინი ხდებიან აპათიურნი და განურჩევლნი.

**8. ცნობები დიფსომანიის და ალკოჰოლური ეპილეფსიის შესახებ.**

დიფსომანია ანუ პერიოდული ლოთობა არ ეკუთვნის განიდაგებული ალკოჰოლიზმის რიგს. ამ დროს საქმე გვაქვს ცალკეულ დათრობასთან, რომელიც დროდადრო მეორდება ავადმყოფობას, თუ შეიძლება ასე ითქვას, აქვს შეტევითი ლოთობის ხასიათი.

შეტევის დროს ავადმყოფთ აღენიშნებათ დაუძლეველი მიზიდულობა ალკოჰოლისადმი; ხოლო მის გარეშე მაგარი სასმელები ეზიზღებათ: თვითონ აღნიშნავენ, რომ „წვეთს არ სვამენ“.

შეტევის პერიოდები დაახლოებით გრძელდება 14—16 დღე; იწყება უცებ და ასევე წყდება უცებ. რაც უფრო ხშირია დიფსომანიური შეტევები და რაც იშვიათია ნათელი პერიოდები, იმდენად ცუდია პროგნოზი, ვინაიდან მსგავს შემთხვევებში მოსალოდნელია ფსიქიკური აპარატის მტკიცე დაზიანება.

ზოგჯერ შესაძლოა შემთხვევითმა მომენტებმა დააჩქაროს ანუ ბიძგი მისცეს ავადმყოფობას. ასეთ ხელშემწყობ მომენტებს შეადგენს გადაღალვა, მოქანცულობა და ფსიქიკური ტრავმები.

როგორც უკვე აღენიშნეთ, დიფსომანია არ შეიძლება ჩაითვალოს ალკოჰოლიზმად; აქ ალკოჰოლისადმი მიზიდულობა უფრო სიმპტომია, ვიდრე თვით ავადმყოფობა, მისი არსი. პერიოდულ ლოთობას ვხვდებით ფსიქოპათთა შორის, გენუინური ეპილეფსიის და ციკლოფრენიის დეპრესიული ფაზის (ციკლოთიმური დეპრესიის) დროს.

ყველა ამ შემთხვევაში ავადმყოფობის ძირითად ფონს წარმოადგენს გუნებ-განწყობის დაწვევა, ფსიქო-ფიზიკურ შესაძლებლობათა შეფერხება, დეპრესია.

უკანასკნელი გარემოება ავადმყოფთ უღვიძებს და უღვივებს ბიოლოგიურ სურვილს, რომ ხელოვნური გაღიზიანებით ასწიონ-ორგანიზმის ფსიქო-ფიზიკური ტონუსი; მათ უძლიერდებათ მიზიდულობა მაგარი სასმელებისადმი.

ნათელ პერიოდში საჭიროა პროფილაქტიკური ზომების-გატარება, რომ ასეთ პირთ ჰქონდეთ ცხოვრების და შრომის ჯეროვანი პირობები.

დიფსომანიის შეტევისას ნაჩვენებია სტაციონარი ალკოჰოლის-სრული აკრძალვით და სიმპტომატიკური მკურნალობით.

ალკოჰოლური ეპილეფსია ეკუთვნის სიმპტომური ბუნების მქონე დაავადებათა რიგს.

მაგარი სასმელები ხელს უწყობს კრუნჩხვითი განტვირთვებს და აუარესებს გენუინური და ტრავმული ეპილეფსიის მიმდინარეობას.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შემთხვევებში შესაძლოა შევხვდეთ ტიპურ ეპილეფსიურ ან ეპილეფსიფორმულ განტვირთვებს. აღნიშნულ შემთხვევებში მაგარი სასმელების სრული აკრძალვა ჩვეულებრივად იძლევა გამამხნეველ შედეგებს.

## მ. ალკოპოლიზმის პროფილაქტიკის და მკურნალობის საკითხები

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ალკოპოლიზმის საწინააღმდეგო ბრძოლა პირველ რიგში გაშლილი უნდა იყოს ფართო პროფილაქტიკის გზით.

შრომისა და დასვენების ჯეროვანი პირობების შექმნა და სანაგათლებელ ფართო გავრცელება მოსახლეობაში შეადგენს ლოთობასთან ბრძოლის ძირითად საშუალებებს.

ამ საქმეში აგრეთვე ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და პოლიკლინიკებთან არსებული ნეიროფსიქიატრიული კაბინეტები.

მწვავე ალკოპოლური ფსიქოზების შემთხვევებში ავადმყოფი უნდა მოთავსდეს ფსიქიატრიულ სტაციონარში; ხოლო ქრონიკულ ლოთობის საჭიროა ცალკე სტაციონარების შექმნა, სადაც ალკოპოლის სრულ აკრძალვასთან და სამკურნალო ღონისძიებათა (ფიზიოთერაპია, ჰიდროთერაპია, ორგანიზმის გამამაგრებელი და ამალორძინებელი მედიკამენტები) პარალელურად საჭიროა ავადმყოფები ჩაებან სისტემურ შრომაში.

აგზნებული ანუ მწვავე მდგომარეობისას საჭიროა მივმართოთ დამამშვიდებელ და ძილმომგვრელ საშუალებებს (ბრომი, მედინალი, ლუმინალი, ბრომურალი, ძლიერ იშვიათ და გამონაკლის შემთხვევებში სკოპოლამინი). გარდა ამისა, აღნიშნული შემთხვევები მოითხოვს მომვლელი პერსონალის მხრივ ყურადღების განსაკუთრებულ გამახვილებას.

ქრონიკულ ლოთებს მთლიანად უნდა აეკრძალოს მაგარი სასმელები. მათ კარგად უნდა განუმარტოთ, რომ ნაწილობრივად ხმარება (მცირე დოზებით ანუ „მხოლოდ თითო ჭიქა“) დაუშვებელია და არავითარ შედეგს არ მოიტანს, ვინაიდან „თითო ჭიქას“ ჩვეულებრივად მოსდევს შემდგომი მრავალი სასმისი და ამ გზით ავადმყოფები თავიანთ ქრონიკულ სენს ვერ შეებრძოლებიან.

ოსიპოვის თქმით, მკურნალობის მხრივ ის შემთხვევები უნდა ჩაითვალოს გამამხნეებლად და მტკიცედ, როდესაც ქრონიკი ლოთები შეგნებულად შესძლებენ სრულიად შეიკავონ თავი ალკოპოლისაგან მათი „თანამესასმისეთა“ მიერ მოწყობილ საქეიფო მაგიდაზე.

მკურნალობის მხრივ უშედეგო უნდა იყოს ის შემთხვევები, სადაც პიროვნება იძლევა ორგანულ ძვრებს.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ მაგარი სასმელების აკრძალვისას, ავადმყოფს უნდა ჩამოუთვალოთ რაც შეიძლება მეტი სასმელი. ამ მხრივ ლოთები ძლიერ „ზუსტნი“ არიან და უმდეგ შე-

საძლოა გვიტხრან თქვენ ბრძანეთ ღვინოს ნუ მიიღებთ და არაყის შესახებ არაფერი გითქვამთო.

ერთერთ ქრონიკ ლოთს ჩვენ ავეუკრძალებთ ყველა მაგარი სასმელი, მაგრამ შემთხვევით კონიაკი გამოგვკრჩა.

ვრცელი და თითქოს დამაჯერებელი საუბრის შემდგომ, ავადმყოფი შემობრუნდა კაბინეტში და მოგვმართა: „თქვენ კონიაკის შესახებ არ გითქვამთ; ხომ შეიძლება კონიაკი ვიხმარო?“.

ქრონიკ ლოთებს კარგად უნდა განუმარტოთ, რომ მარტო სამკურნალწამლო ზომები არაა საკმარისი, რომ საჭირო და აუცილებელი გამოიჩინონ სათანადო შეგნება, ნებითი დაძაბვა და გულწრფელი სურვილი ალკოჰოლიზმთან ბრძოლაში, რომელიც თავისი შედეგებით მეტად მძიმე და გამანადგურებელია.

ალკოჰოლიზმის საწინააღმდეგო ზომების განხილვისას ოსიპოვი ჩერდება შემდეგ ხუთ პირობაზე:

პირველი და ყველაზე მთავარი პირობაა მაგარ სასმელთა აბსოლუტური აკრძალვა;

მეორე პირობა—რაც შეიძლება კარგი კვება;

მესამე პირობა—შრომათერაპია, განსაკუთრებულად ფიზიკური მუშაობა სუფთა ჰაერზე;

მეოთხე პირობა—ენერგიული ფსიქოთერაპიული ზეგავლენარაციონალური ფსიქოთერაპიის და ჰიპნოზური შთაგონების გზით;

დასასრულ, მეხუთე პირობა—ხმარება ჰიდროთერაპიულ, ფიზიოთერაპიულ და ფარმაკოთერაპიულ ღონისძიებათა.

მძიმე აგზნების დროს სჯობია მივემართოთ მედინალს და ზოგჯერ სკოპოლამინსაც, ვიდრე ოპიუმს ან ქლორალჰიდრატს. ოპიუმი იძლევა ყაბზობას, ხოლო ქლორალჰიდრატი აქვეითებს სისხლის წნევას.

საერთო გამამაგრებელ საშუალებებიდან სასურველია ვიხმაროთ სტრიქნინი ან არსენიკუმი; კარგ შედეგებს იძლევა ინექცია  $\text{Natrii kakodylici}$  2%, თითო კუბიკური სანტიმეტრი კანქვეშ; აგრეთვე მნიშვნელოვან ეფექტს იძლევა კანქვეშ ეანგბადის შეყვანა (200—300 კუბ. სანტ. კვირაში 2—3-ჯერ).

## 10. მორფინიზმი და კოკაინიზმი

მორფინიზმი. მორფიუმი ცნობილია; ზოგორც ტყვილის გამაყუჩებელი კლასიკური საშუალება, მაგრამ მისი გადაქარბებული და ხშირი ხმარება იძლევა შეჩვევას, რასაც მოსდევს ადამიანის პიროვნებისთვის მეტად გამანადგურებელი შედეგები.

მორფინიზმი ხშირად გვხვდება ნევროპათიულ და ფსიქოპათიურ პართა შორის; ამ მხრივ იგი განსხვავდება ალკოჰოლიზმისა-

გან, რომლის დროს წამყვანი მნიშვნელობა აქვს არა პიროვნების კონსტიტუციურ ფონს, არამედ გარეშე სოციალურ მომენტებს.

არის შემთხვევები, როდესაც ლოთები კრიტიკულად აფასებენ საკუთარ სენს და თავისთავად მიატოვებენ მაგარ სასმელებს. მსგავს მაგალითებს ვერასდროს ვერ შევხვდებით მორფინისტთა შორის. და თუ ასეთი შემთხვევა სადმე მოიძებნა, ო ს ი პ ო ვ ი ს აზრით, იგი განხილული უნდა იქოს, როგორც უნიკალური კაზუს-ტური მასალა.

მორფიუმი უშუალოდ მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანზე, პირველ რიგში დიდი ჰემისფეროების ქერქულ აპარატზე.

იგი პირველ ხანს იძლევა ეიფორიულ მდგომარეობას გუნებ-განწყობა—თვითგრძობის აწევით და სანეტარო განცდებით.

უკანასკნელი მოვლენები მალე იცვლება პირუკუ მდგომარეობით: ფსიქოფიზიკური ასთენიით, ზოგადი დეპრესიით, ადვილი მოქანცულობით, საკუთარ ძალთა მოთენთვით და საერთო დამტრეულობის გრძნობით.

იქმნება ბიოლოგიური ფონი მორფიუმის ხელახალი მოთხოვნილებისათვის; წამოიჭრება ნარკოზული ნივთიერებისადმი ხელახალი დაუძლეველი მიზიდულობა.

განმეორებითი დოზის მიღებით ორგანიზმი თითქოს ახდენს მდგომარეობის გამოსწორებას, უარყოფითი ტონუსის ნიველირებას, მაგრამ ეს ყველაფერი ისევ დროებითი და ხანმოკლეა. ამით პიროვნების მდგომარეობა კიდევ უფრო მეტად უარესდება—ადგილი აქვს ადამიანის ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა შემდგომ რღვევას და განადგურებას.

საკმარისია გავცხენოთ, რომ მორფიუმი იძლევა პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს, როგორც განგლიოზურ, ისე გლიოზურ უჯრედებში. დეგენერაციული მოვლენები ნახულია თავის ტვინის არა მარტო ზედა, უმაღლეს უბნებში (ქერქი თუ ქერქქვეშა კვანძები), არამედ ზურგის ტვინშიაც.

პროგნოზი უარყოფითია, ეინაიდან ავადმყოფობა იძლევა ხშირ რეციდივებს.

მორფინიზმს არ მოსდევს ნამდვილი ფსიქოზები. როგორც წესი, იგი იძლევა, მხოლოდ ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს. პიროვნებას ეცვლება მისწრაფებანი, განწყობები, ინტერესი, ინიციატივა, პასუხისმგებლობის გრძნობა, მორალური წარმოდგენები და წებითი ტონუსი.

ავადმყოფები ხდებიან გულჩახვეულნი, ეგოისტურნი; წარსულში დისციპლინის და ორგანიზაციის მოყვარულ პირებს მორ-

ფინიზმის შედეგად ემხნევათ გაფანტულობა, რეზონიორობა, ოჯახინაღმი განურჩევლობა და ძატყუარობა. ერთადერთი ინტერესი, რომელიც წარმოადგენს ავადმყოფური პიროვნების მამოძრავებელ ბირთვის, ეს არის დაძაბული სურვილი—იშოვოს ნარკოზული ნივთიერება; ამ მიზნით არაფრის წინაშე არ დაიხვეს.

სომატიურ სიმპტომატოლოგიიდან ყურადსაღებია ძილის აშლა. ჰიპნოგოგიური პალუცინაციები, ყაბზობა, სიგამხდრე, პოლიდიფსია, ანორექსია, ზოგჯერ ბულიმიაც, გადაჭარბებული ოფლიანობა, გამონაყარი კანზე, ნაკლები ნერწყვის დენა, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და კანის სიმშრალე, კბილის ქსოვილის რღვევა, თავბრუ, სახის შეშუპება; სიცივის შეგრძნება და ზოგჯერ სუბფებრული სიცხეც. გული გაგაჩერებული აქვს, სისხლის წნევებ დაქვეითებულია, აგრეთვე ლიბიდოც.

რომ ბერგი დადებითია, აღინიშნება საერთო კანკალი, ენაბორძიკობა; ამასთანავე ადგილი აქვს ანიზოკორიას, სინათლეზე გუგათა რეაქციის შესუსტებას (ზანტა რეაქცია), მიოზს და აგრეთვე მეტყველების გაძნელებას.

როგორც ვხედავთ, მორფინიზმის დროს მკვეთრადაა გამოხატული ვესტიბულარული, ვეგეტაციური და ვაზომოტორული მოვლენები.

ფიზიკური სიმპტომების განხილვისას ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ მეტად მნიშვნელოვან მომენტებს.

როგორც ვიცით, მორფინიზმის დროს ავადმყოფები იღებენ ოპიუმის დერივატებს სულ სხვადასხვა გზით, მაგალითად: ფხვნილების, წვეთების, მიქსტურის და ბოლოს ინექციების სახით.

მორფინიზმის დროს მიღებული ნარკოზული ნივთიერების ყოველდღიური რაოდენობა დადგენილ ფარმაკოკოპიულ დოზებს აქარბებს ზოგჯერ 60—80-ჯერ.

ყველაზე ხშირად მიმართავენ ხოლმე ინექციებს, რადგანაც ამ დროს ეფექტი ვითარდება უფრო სწრაფად.

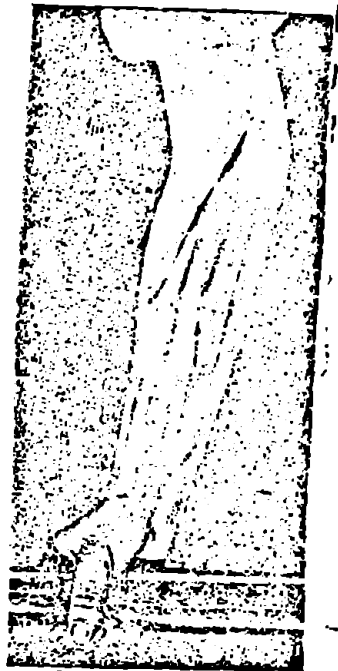
ავადმყოფები თვით ხმარობენ შპრიცს, ხოლო ამ დროს ისინი არ იცავენ არავითარ ასეპტიკას და პირდაპირ ტანსაცმელში შეაქვთ საინექციო ნემსი.

უკანასკნელი იწვევს მრავალ აბსცესს და შემდეგ ნაწიბურებს (იხ. სურ. 71).

ნარკოზული ნივთიერების უეცარი შეწყვეტა უკვე 5—6 სანთის შემდეგ იძლევა მორფიუმის შიმშილის კლინიკურ სურათს ანუ აბსტინენციას. ავადმყოფები უცებ სუსტდებიან, უძლიერდებიან ზოგადი დამტვრეულობა; ცუდ თვითგრძნობასთან ერთად უნვითარდებით ცუდი გუნებგანწყობაც; სცივათ (ვერ

ჯამთბარან); გულის მუშაობა და სისხლის წნევა ეცემა, სუნთქვა უძნელდებათ; უძლიერდებათ კანკალი და თავბრუ. ავადმყოფები ზოგჯერ ალიგზნებიან, ზოგჯერ კი ცნობიერება ებინდებათ.

სურ. 71. ნაწიბურები კანზე მორ-  
ფინიზმის შემთხვევაში.



ავადმყოფები დაბეჭითებით მოითხოვენ მორფიუმს.

აღნიშნულ შემთხვევაში ნაჩვენებია ენერგიული მკურნალობა სტაციონარის პირობებში.

საავადმყოფოში ყოფნისას საჭიროა სასტიკი და განსაკუთრებული ყურადღება ექიმთა მხრივ, რომ ავადმყოფებს თან არ ჰქონდეთ მორტანილი, ან შემდეგ არ მიიღონ მორფიუმი.

სტაციონარში შემოსვლისას სჯობია უცებ და მთლიანად შეუწყვიტოთ მორფიუმი.

აბსტინენციის მოვლენების დროს მივმართავთ ამალორძინებელ საშუალებებს (ფიზიოთერაპიას, ჰიდროთერაპიას და ფსიქოთერაპიას).

ავადმყოფები თანდათან უნდა ჩაევათ შრომაში და ვიყოლიოთ სუფთა ჰაერზე.

ინსულინის მცირე დოზების ხმარება აძლიერებს ავადმყოფთა კვებას და მოქმედობს, როგორც საერთო ამალორძინებელი საშუალება.

კოკაინიზმი. ალკოჰოლის და მორფიუმის შემდგომ ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთრებული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს კოკაინის ქრონიკულ ხმარებას.

უკანასკნელი იძლევა მტკიცე და ღრმა დეგენერაციულ ძვრებს. თავისი პათოფიზიოლოგიური მოქმედებით კოკაინი უფრო მოგვაგონებს ალკოჰოლს, ვიდრე მორფიუმს.

მსგავსად ალკოჰოლისა, შხამის ერთხელობრივი მიღების უკვე 10—20 წუთის შემდგომ შესაძლოა განვითარდეს ე. წ. კოკაინური დათრობა, რომელიც ძლიერ წააგავს მაგარი სასმელით გამოწვეულ შეზარხოშებას.

კოკაინი იძლევა ვაზომოტორულ და ვეგეტაციურ მოვლენებს; ამ დროს ფსიქომოტორული აგზნება არ არის ძლიერი და ყველაზე მკვეთრადაა გამოხატული აღქმის პათოლოგია.

კოკაინით გამოწვეული ეიფორია დროებითია, მას მოსდევს სომატო-ფსიქიკურ შესაძლებლობათა ასთენია; უკანასკნელი მდგომარეობა ბადებს შხამის ხელახალ მოთხოვნილებას და ამნაირად ვიღებთ ქრონიკულ მიჩვევას—კოკაინიზმს.

ამ დროს ავადმყოფები შემოქმედებითი ინიციატივას ჰკარგავენ, გონებრივი სფერო უჩლუნგდებათ, ნებითი გამოვლინებანი (ნებელობა) უსუსტდებათ, ოდნავ აგზნებულნი, მოუსვენარნი, მაგრამ აბულიურნი არიან.

საინტერესოა ის გარემოება, რომ ცხოველთა ექსპერიმენტული მოწამელისას კოკაინი არ იძლევა ქერქული აპარატის ნერვულ ელემენტთა შესამჩნევ ცვლილებებს. ამ დროს მკვეთრი პათომორფოლოგიური ძვრები ყველაზე მეტად ვითარდება ღვიძლში, სადაც პარენქიმული ელემენტები რღვევას განიცდის.

უკანასკნელი გარემოება თავის მხრივ ხელს უწყობს ორგანიზმის ზოგად ინტოქსიკაციას, ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიას, რასაც საბოლოოდ მოსდევს ორგანიზმის სომატოფსიქიკური დაკნინება და დეგრადაცია.

ავადმყოფები ჰკარგავენ წონას; ცუდი ძილი აქვთ; ძლიერ ხშირად აღენიშნებათ მუდმივი სურდო (კოკაინის შეყნოსვის შედეგად ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი გაღიზიანებულია).

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მსგავსად კოკაინიზმის დროს ხშირად ვხვდებით ეპილეფსიფორმულ რეაქციებს.

კოკაინიზმის დროს ადგილი აქვს აღქმის პათოლოგიას (სმენის, მხედველობის და შეხების ჰალუცინაციებს), რომლებიც მიმდინა-



რეობს ცნობიერების ნათელ ფუნზე და ხელს უწყობს ბოდვითი იდეების განვითარებას. როგორც ჰალუცინაციები, ისე ბოდვები, უსიამოვნო შინაარსისაა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეხების პათოლოგიური შეგრძნებები: ავადმყოფები გრძნობენ კანქვეშ წერილ ჰიანქველათა მოძრაობას.

ოსიპოვი ასწერს შემთხვევას, როდესაც შეხების ჰალუცინაცია იმდენად მკვეთრი და უსიამოვნო ყოფილა, რომ ავადმყოფს დანით დაუსერია კანი ჰიანქველათა ამოღების მიზნით.

კოკაინი არ იძლევა აბსტინენციის მძიმე მოვლენებს, ამიტომ მკურნალობის დროს შესაძლოა ავადმყოფები მოვითავსოთ ფსიქიატრიულ სტაციონარში და ზეცებ მთლიანად მოვწყვიტოთ კოკაინს.

თერაპიის მიზნით მოგვიხდება ძილმომგრეველ, დამამშვიდებელ და საერთო ამალორქინებელ საშუალებათა ხმარება; აგრეთვე სასურველია მიემართოთ რაციონალურ ფსიქიკურ ზეგავლენას (რაციონალური ფსიქოთერაპია).

## თავი ოცდამეოთხე

### ე. წ. სომატოგენური აზლილობანი

#### 1. ზოგადი ფენიფენები

განმეორებით აღარ შეეჩერდებით სომატოგენიის ცნების განმარტებაზე, ვინაიდან ამის შესახებ უკვე საკმაოდ ვიძსჯელეთ საზღვრმძღვანელოს ზოგად ნაწილში.

ცერებრული პათოლოგია რასაკვირველია ეკუთვნის იმავე სომატოგენიას და საერთოდ სომატოგენიის—ე. ი. გარკვეული მატერიალური საფუძვლების—გარეშე, ცხადია, არ არსებობს არავითარი მოვლენა, როგორც ნორმალურ ისე სვადმყოფურ შემთხვევებში.

ე. წ. სომატოგენურ დაავადებების დროს პირველი მავნე ზეგავლენა ხდება ექსტრაცერებრულად. ჯერ იცვლება შიდა ორგანოთა ან ენდოკრინული სისტემის წონასწორობა, ნორმალური შესაძლებლობანი; ირღვევა პირობები ფიზიოლოგიურ მოქმედებისათვის და მხოლოდ შემდეგ ამას მოსდევს პათოლოგია ფსიქიკური აპარატის მხრივ.

აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ორგვარი გარემოება: ჯერ ერთი ის, რომ ტვინის ქსოვილი ვარდება ერთგვარ შიმშილში შინაგან ორგანოთა პათოლოგიის გამო და მეორე ის, რომ შინაგან ორგანოთა პათოლოგიას და ენდოკრინოპათიას მოსდევს ტოქსინური ზემოქმედება ტვინის ნივთიერებაზე.

ფსიქონერული აპარატის დეკომპენსაციის სიღრმე და ხასიათი, დაავადების პროგნოზი და მიმდინარეობის კეთილთვისებიანობა დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად რევერზიბილურია მდგომარეობა: გამოვა თუ არა ტვინის ნივთიერება ავადმყოფურ მდგომარეობიდან და რამდენად სრული, მტკიცე და ხარისხოვანი იქნება რესტიტუციო; მხედველობაში მაქვს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური და მორფოლოგიური აღდგენის უნარი.

ჩვენი ექსპერიმენტული დაკვირვებები გვარწმუნებს, რომ ნერვული სისტემა თავისი ბუნებით და შესაძლებლობებით მეტად დინამიკური აპარატია. არც ერთ ორგანოს და ქსოვილთა სისტემას არა აქვს ესოდენ ფართო ვიკარულ-კომპენსატორული შესაძლებლობანი, როგორც ცენტრალურ ნერვულ სისტემას.

აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ ნერვულ სისტემაში სწარმოებს ფუნქციის აღდგენა არა მარტო ჩანაცვლებათა ან კომპენსატორულ გამოვლინებათა გზით, არამედ ნერვული პარენქიმული ელემენტების უშუალო რევერსიბილური უნარის გამო.

ექსპერიმენტულად ჩვენს მიერ აწერილია ფუნქციური და მორფოლოგიური რევერსიბილობის მქონე პარანეკროზული მდგომარეობანი.

აღნიშნული პარანეკროზი გამოწვეული იყო ხანმოკლე იშემიით (სისხლის მიმოქცევის დროებითი გამოთიშვით) ან ელექტრული დენის ქერქულ აპარატზე უშუალო გავლენით.

საკვიროდ მიგვაჩნია აქვე გავიხსენოთ გურევიჩის კონცეფცია მწვავე ფსიქოზთა ფიზიოლოგიური საფუძვლების შესახებ.

მისი გაგებით, მწვავე ფსიქოზი გაშლილია ცენტრალური ნერვული სისტემის დეზინტეგრირებული მოქმედების ფონზე; ხოლო მწვავე ფსიქოზიდან გამოსვლა გულისხმობს ხელახალ რეინტეგრაციას.

გურევიჩის გაგებით დეზინტეგრაციას და შემდგომ რეინტეგრაციას საფუძვლად აქვს ქერქული აპარატის სინაფსური სისტემის გარკვეული მდგომარეობა, სახელდობრ:—დეზინტეგრაცია გულისხმობს ნერვული აპარატის ასინაფსურ მოქმედებას (ასინაფსია).

ჩვენი შეხედულებით საკითხი დეზინტეგრაცია-რეინტეგრაციის შესახებ ე. ი. ნერვული სისტემის ავადმყოფური ფუნქციის აღდგენის შესახებ მეტად დინამიკური საკითხია, რომელსაც აქვს შემთხვევათა ვარიაბილობის და აღდგენის შესაძლებლობათა მეტად გრძელი დიაპაზონი.

დეზინტეგრაცია-რეინტეგრაცია საკითხები ეკუთვნის ნერვული ქსოვილის ფუნქციური და მორფოლოგიური რევერსიბილობის (აღდგენის) პრობლემათა რიგს.

უკანასკნელი პრობლემა შეადგენს სულ უახლეს გამოკვლევათა საგანს.

მხოლოდ ნატიფი ფიზიოლოგიის და მორფოლოგიის (მხედველობაში მაქვს სინაფსური პათომორფოლოგია და პათოფიზიოლო-

ვია) საკითხების დამუშავების შემდგომ გახდა შესაძლო რევერზი-  
ბილობის ცნების შეტანა კლინიკურ პათოლოგიაში.

## 2. ფსიქოზები შინაგან ორგანოთა დაავადების დროს

### ა) გულის დაავადების და ანოქსემიის მნიშვნელობა

გულის მძიმე დაავადება ავადმყოფთათვის წარმოადგენს მნიშ-  
ვნელოვან ფსიქოტრავმულ მომენტს. ისინი იმყოფებიან გამუდმე-  
ბულ შიშში, კატასტროფის გამუდმებულ მოლოდინში.

შფოთიანი და მოუსვენარი მდგომარეობა, შფოთიანი ძილი,  
უინიანობა, ადვილი გაღიზიანებულობა და ეგოცენტრიზმი შეად-  
გენს გულით ავადმყოფთა ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებას.

დეკომპენსაციის შემთხვევებში ფერხდება ცერებრული სის-  
ხლის მიმოქცევა, ხოლო ამას შესაძლოა მოჰყვეს ტვინის ქსოვი-  
ლის კვების დარღვევა (იშემიის მოვლენები) და აგრეთვე პერიცე-  
ლულარული და პერივასკულარული წესუბება.

სისხლის მიმოქცევის მწვავე ნაკლოვანების შედეგად შესაძ-  
ლოა მივიღოთ ფსიქოზი, რომელიც თავისი ფენომენოლოგიით  
ჩვეულებრივად მოგვაგონებს ექზოგენური ტიპის რეაქციას.

ავადმყოფები აგზნებულნი არიან, აქვთ შიში, შფოთავენ,  
მოუსვენრობენ; აღენიშნებათ ილუზიები და ჰალუცინაციები (ხში-  
რად მხედველობისა); აღქმის პათოლოგიას უფრო აქვს ჰიპნოგო-  
გიური ხასიათი; ძილი დაკარგული აქვთ, კენესენ; მდგომარეობა  
მოგვაგონებს მწვავე დელირიუმს. ფსიქოზით გართულება ხშირია  
ლაბილურ სისხლძარღვთა სისტემის შემთხვევებში.

ინვოლუცია და ტვინის არტერიოსკლეროზი ართულებს და  
ამკვრივებს ავადმყოფურ მდგომარეობას.

დეკომპენსაციის მოხსნას ჩვეულებრივად მოსდევს ფსიქიკუ-  
ლი გამომრთლება.

მკურნალობა სიმპტომატიკურია: საჭიროა ვიხმაროთ გულის  
ამბლორძინებელი და დიურეზის გამაძლიერებელი საშუალებანი.

მწვავე იშემიის კლინიკასთან პრინციპულად ახლო დგას  
ანოქსემია (ყანგბადის უკმარისობა) გამოწვეული იქნება იგი სი-  
მალლით (ბაროანოქსემია), თუ სისხლძარღვთა მწვავე გამოთიშვით  
(თვითმკვლელობის ცდის მიზნით კისრის ძარღვთა ხანმოკლე გა-  
დაქერა).

ყანგბადის შესუნთქვას მოსდევს მწვავე ფსიქოზური მდგო-  
მარეობის მოხსნა.

## ბ. საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადება

ბიკოვის სკოლის მდიდარი გამოკვლევების შემდგომ სრულიად დამტკიცებულია, რომ არა მარტო ქერქული აპარატი მოქმედობს შინაგან ორგანოებზე, არამედ შინაგან ორგანოთა ცვლილებებიც პოულობს გარკვეულ გამოძახილს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ.

ინტერორეცეფციის ფიზიოლოგია და პათოფიზიოლოგია იყრობს კლინიკური ფსიქიატრიის ყურადღებას.

ფსიქიკური ფაქტორების ზოლი უეპველია კუჭნაწლავთა სისტემის კლინიკაში და პირიქით; კუჭნაწლავთა ტრაქტის გარკვეულ მდგომარეობას ზოგჯერ მოსდევს თავისებური ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებები.

მწვავე ენტერიტები იძლევა ასთენიურ სინდრომს, სახელდობრ: მოქანცვას, ძილიანობას, ყურადღების აშლას და თვითგაძნობა-გუნებგანწყობის დაქვეითებას.

კუჭნაწლავთა ტრაქტის აშლა ბაევეთა შორის იწვევს ნეკროზულ მოვლენებს.

აწერილია შემთხვევები, როდესაც ნაწლავთა პარაზიტების შედეგად განვითარებულა დელირიოზული მდგომარეობა, აგზნება და ეპილეფსიფორმული გულყრები.

## გ. ღვიძლის პათოლოგია

ღვიძლის დაავადებების შემთხვევებში, ისე როგორც სხვა ორგანოთა პათოლოგიის დროს, არ ეხედებით რაიმე სპეციფიკურ ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომებს.

სიყვითლე (იქტერუსი) იძლევა ხშირად ასთენო-ნევრასთენიულ მდგომარეობას, რომელმაც ზოგჯერ შესაძლოა მიიღოს მწვავე ფსიქოზის ხასიათი ცნობიერების აშლით და პალუცინაციებით (დელირიუმი, ამენციური და სიზმრისებრივი მდგომარეობანი).

ცნობიერების ღრმა აშლის სურათს იძლევა ისეთი მძიმე დაავადება, როგორიცაა ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია.

უკანასკნელის დროს მძიმე პათომორფოლოგიური ცვლილებები, გამოხატულია როგორც დიდი ტვინის ქერქში, ისე ნათხების ბირთვებში, სახელდობრ დაკბილული ბირთვის უჯრედებში.

## დ. პელაგრა

სომატოგენურ ავადმყოფობათა განხილვისას შეეჩერდებით აგრეთვე ისეთ ავითამინოზურ დაავადებაზე, როგორიცაა პელაგრა.

უკახასკებელი იძლევა არა მარტო ხევროზულ მდგომარეობებს ას-  
თენო-ნევრასთენიული ან ასთენო-ჰიპოქონდრიული სინდრომის სა-  
ხით, არამედ გაშლილ ფსიქოზურ სურათსაც.

პელაგროზული ფსიქოზის კლინიკას ახასიათებს ტრიადა, რო-  
მელიც ცნობილია სამი „ღ“ სახელწოდებით; მხედველობაში მაქვს  
დერმატიტი, დიარეა და დემენცია.

უკაანსკენელი გამოკვლევებიდან ვხედავთ, რომ მესამე „ღ“,  
ე. ი. დემენცია ხმარებული უნდა იყოს ბჭყალბში.

პელაგროზული ფსიქოზის შემთხვევებში საქმე გვაქვს მწვავე  
ექზოგენურ რეაქციასთან ცნობიერების შეცვლით; აქ ავადმყოფთა  
უმართებულო პასუხები, თუ ქცევები, ჰქუასუსტობას კი არ უნდა  
მიეწეროს, არამედ უნდა აიხსნას ცნობიერების პათოლოგიით.

გაზაფხულ-შემოდგომით იგი გვხვდება უფრო ხშირად. ავად-  
მყოფობა ზოგჯერ იღებს ეპიდემიის ხასიათს.

კუდი კვება და ქრონიკული ალკოჰოლიზმი წარმოშობს ბიო-  
ლოგიურ ფონს, რომელზედაც ვითარდება პელაგროზული ბუნე-  
ბის მქონე სომატიური, ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური  
აშლილობანი.

ნევროლოგიურ სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ატაქსიური პა-  
რაპარეზები და პირამიდული მოვლენები.

ფსიქოპათოლოგიურად საქმე გვაქვს დელირიულ ან დელი-  
რიულ-ამენციურ მდგომარეობასთან. ავადმყოფები მოუსვენარნი  
არიან, აქვთ შიში და პალუცინაციური შეგრძნებები.

ზოგჯერ აგზნება იღებს ეპილეფსიფორმულ სახეს, რომლის  
დროსაც ავადმყოფებს შეუძლიათ დააზიანონ გარემომყოფნი ან  
თავიანთი თავი.

პელაგრის დროს ნაჩვენებია ამალორძინებელი, ძალმომგვრელი  
საშუალებანი და ვიტამინებით მდიდარი კვება.

კარგ შედეგებს იძლევა ნიკოტინის მქავა:

Acidi nicotinic 0,05; sacchari albi 0,3 m. f. p. № 20.

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ.

## 8. ენდოკრინოპათიები და გენერაციული ფსიქოზები

### ა. აკრომეგალია

აკრომეგალია დაკავშირებულია ტვინის დანაშაულის ანუ ჰიპო-  
ფიზური ჯირკვლის წინაწილის ჰიპერფუნქციასთან. ავადმყოფობა  
ჯირკვლის ჰიპერპლაზიური სიმსივნის შედეგია.

აკრომეგალიის დროს ყურადღებას იპყრობს არა მარტო გი-  
განტური სიმადლე, არამედ სხეულნაგებობის განსაკუთრებულად-

ტლანქი ხაზები, როგორც მაგალითად: დიდი და ტლანქად წინ წა-  
მოწეული ნიკაპი, ასევე ტლანქი მაჭა, ტერფი, ხელ-ფეხთა თითები  
და სხ. (იხ. სურათი 72).

სურ. 72. ს.ხის ხაზები და  
ხელის თითები აკრომეგა-  
ლიის დროს. მოყენილია  
მორგული სით.



გიგანტიზმის შემთხვევებში ფსიქიკურ აპარატს აქვს ზოგადი  
ინფანტილიზმის დაღი. უკმარისობა ემჩნევა, როგორც გონებრივი,  
ისე ემოციურ-ნებითი სფეროს.

თავიანთ მდგომარეობის კმაყოფილებასთან ერთად ავადმყოფ-  
ფები არიან უმოქმედონი; მათ მოკლებული აქვთ ინიციატივა და  
აქტიურ რეაქციათა შესაძლებლობანი.

ზოგჯერ შესაძლოა შევხვდეთ ინტელექტურ ფუნქციათა (მენ-  
სიერება, მოსაზრება) ფორმალურ დაქვეითებასაც.

სიმსივნის პროგრესიულად ზრდის შემთხვევებში, როდესაც  
მკვეთრად მატულობს ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის მოვლე-  
ნები და ამის პარალელურად სუსტდება მხედველობა, შესაძლოა  
წამოიჭრას ეკზოგენური ხასიათის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტო-  
მატოლოგია (გაოგხება, გაბრუება, დელირიუმე და ზოგჯერ კორ-  
საკოვის სინდრომი).

ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა.

რენტგენოთერაპიას უნდა მივმართოთ დიდი სიფრთხილით,  
ვინაიდან უკანასკნელმა შესაძლოა გაართულოს ავადმყოფობა ეპი-  
ლეფსიფორმული გულყრებით.

ჰიპოფიზის ჰიპოფუნქციაც ჩვეულებრივად იძლევა ფსიქიკური ინფანტილიზმის ნიშნებს; ხოლო ფიზიკურად ამ დროს საქმე გვაქვს მდგომარეობასთან, რომელიც ცნობილია, როგორც ქონდრისკაცობა ანუ ნანიზმი.

არაიშვიათად ნანიზმის დროს საქმე გვაქვს ნორმალურ ფსიქიკურ აპარატთან; მაგრამ ასეთი პირები სავსენი არიან ფიზიკური უქმარისობის გრძნობებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნანიზმი ყოველთვის არაა დაკავშირებული ტვინის დანაშაულის წინა წილის ჰიპოფუნქციასთან; ზოგჯერ შესაძლოა მას საფუძვლად ჰქონდეს ფარისებრი ჯირკვლის უქმარისობა (იხ. სურათი 73).



სურ. 73. თირეოგენული ნანიზმის შემთხვევა. ავადმყოფი 21 წლისაა, სიმაღლე 116 სანტიმეტრი, წონა 35 $\frac{1}{2}$  კილო. მენხესი 18 წლიდან. ფსიქიკური სფეროს მხრივ მოგვაგონებს 5 წლის ბავშვს.  
მოყვანილი, მორგული სით.

### ბ. ბაზედოვის დაავადება (ჰიპერთირეოზი)

ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპროდუქციით (ჰიპერთირეოზი) გამოწვეული ავადმყოფური მდგომარეობა ცნობილია ბაზედოვიზმის ანუ ბაზედოვის ავადყოფობის სახელწოდებით.

ხსენებული დაავადება იძლევა სურათს, რომელიც თავისი გამოვლინებით ძლიერ წააგავს ჰიპომანიაკალურ (და ზოგჯერ მანიაკალურ) მდგომარეობას; ამიტომ მას აქვს დიდი ინტერესი ზუსტი



ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკის და შემდგომ შესატყვისი თერაპიის მხრივ.

საჭიროა აქვე აღინიშნოს, რომ ჰიპერ-ჰიპო-ფუნქციის თავისებურება არ იმყოფება უშუალო და პირდაპირ კავშირში სუფთა-მანიაკალურ და დეპრესიულ ფაზათა კლინიკასთან.

თუ ჰიპერთირეოზის დროს ერთგვარად შესაძლო ხდება დაუშვან შესატყვისობა ჰიპერფუნქციის და მანიაკალურ სტატუსის შორის, ჰიპოფუნქციის დროს ასეთი შესაძლებლობა გამოირიცხება: ცნობილია, რომ ჰიპოფუნქცია დეპრესიას კი არ იძლევა, არამედ აპათიურ, აბულიურ, უინიციტივო მდგომარეობას.

ფარისებრი ჭირკველი განიცდის უშუალო ზეგავლენას ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ და თითონაც მოქმედებს ნერვული აპარატის ფუნქციურ გამოვლინებაზე.

ამეამად უკვე ცნობილია, რომ რუხი ბირთვი, ჰიპოფიზი და ფარისებრი ჭირკველი წარმოადგენს ერთ მთლიან ცენტრალურ ნერვულ სარეგულაციო მექანიზმს.

ჰიპერფუნქცია ამ შემთხვევაში მარტო რაოდენობრივ გადახრას არ შეადგენს. აქ საქმე გვაქვს პათოლოგიურ თავისებურებათა თვისობრივ განსხვავებასთან, მაგალითად: ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ ბაზედოვიზმის დროს ჰორმონის ტოქსიკოსურება გაცილებით მეტი და მაღალია, ვიდრე ნორმალური ჭირკველის შემთხვევებში.

აგრეთვე ექსპერიმენტულად აღმოჩენილია, რომ თირეოქსინი მოქმედებს ქერქ-ქვეშა კვანძებზე, ხოლო ქერქულ აპარატზე ნაკლებ გავლენას ახდენს. ნახულია პათომორფოლოგიური ძვრები ზურგის და მოგრძო ტვინში, გარდამავალ ტვინში, ნათხევში და სპინალურ და სიმპათიკურ კვანძებში.

ბაზედოვიზმის ეტიოლოგიად აღიარებულია რიგი ფაქტორები, როგორც მაგალითად: ფსიქოგენური ტრავმები. ინფექციები და აგრეთვე საცხოვრებელი ადგილის პირობათა თავისებურებანი (სიმაღლე, ჰავა, წყალი და სხვა).

არ არსებობს პირდაპირი პარალელიზმი. ჭირკვლის ფიზიკური განვითარების (ჩიყვის სიდიდე) და ბაზედოვიზმის ინტოქსიკაციის შორის. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ჭირკვლის სულ მცირე და შეუმჩნეველ გადიდებას თან დაერთვის მეტად მძიმე ინტოქსიკაციის მომენტები და პირუკუ. უკანასკნელ შემთხვევაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს პიროვნების თავისებურებანი (ხასიათი, ტემპერამენტი, ვაზოვეგეტაციური სისტემის ლაბილობა, ჰორმონის გამავლობის ზღურბლი თუ ხარისხი ჰემოენცეფალურ მარჯვარში და სხვა).

ბაზედოვური ფსიქიკური აპარატის განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული შემდეგი სამი თავისებურება: გადაჭარბებული ავზნებადობა, ცუდი გამძლეობა და იოლი მოქან-ულობა.

როგორც ვთქვით, ავადმყოფები გარეგნულად იძლევიან ჰიპო-მანიაკალურ სინდრომს, რომელიც მიმდინარეობს ცნობიერების სრულიად ნათელ ფონზე. საღამოობით შესაძლოა წამოიჭრას ჰალუცინაციური შეგრძნებები. ზოგჯერ აღვილი აქვს ბოლდვითი პროდუქციებს (ჰიპოქონდრიულ ზეგავლენის ბოლდვითი აზრები) - ძილა მეტად ფრთხალია და შფოთვიან-მოუსვენარი.

მძიმე ინტოქსიკაციამ შესაძლოა მოგვეცეს ცნობიერების აშ-ლაც დელირიულ-ამენციური სინდრომის სახით, რომელიც მეტად-ცუდ პროგნოზს იძლევა.

მკურნალობის მიზნით ვხმარობთ დამამშვიდებელ და გამამა-გრებელ საშუალებებს (ლუმინალი, ბრომი, დარიშხანი, ინსულინი და სხვა). აუცილებელია კვების რეჟიმის დაცვა, ზორცეულის აკრძალვა და უფრო რძის პროდუქტთა და მცენარეულობათა ფართო ხმარება.

მიემართავთ ორგანოთერაპიულ პრეპარატებს (ანტითირეოი-დინი წვეთებში ან ტაბლეტებში სამჯერ დღეში).

რენტგენოთერაპია და ქირურგიული ჩარევა მოითხოვს სიფ-რთხილეს და ჯეროვან ჩვენებას.

ფართოდაა გავრცელებული იოდის ხმარება მცირე დოზებით  $\text{iodi puri } 0,1, \text{ Kalii iodati } 0,2, \text{ Aq. destill. } 190$ , დღეში სამჯერ ხუთ-ხუთი წვეთი, სამი-ოთხი კვირის განმავლობაში.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი გვირჩევენ იოდის აღნიშ-ნული წვეთები ვაძლიოთ 10 დღის განმავლობაში სამჯერ დღეში ხუთ-ხუთი წვეთი; შემდეგ 15 დღის განმავლობაში სამჯერ დღეში სამ-სამი წვეთი და დასასრულ, ორმოცი დღის განმავლობაში თათო-თითო წვეთი.

### გ. მიქსედემა (ჰიპოთირეოზი) და კრეტინიზმი

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური უკმარისობა (ჰიპოთი-რეოზი) იძლევა მთელ რიგ ტროფიკულ, ვეგეტაციურ და ფსიქიკურ აშლილობებს, ვინაიდან მისი გამოვარდნა იწვევს ცენტრალურ ნერვულ სარეგულაციო მექანიზმის წონასწორობის დარღვევას.

ტროფიკული ცვლილებები პირველ რიგში ეტყობა ექტო-დერმულ წარმონაქმებს.

მიქსედემის დროს ადგილი აქვს ჭირკვლის პარენქიმულ ელემენტთა ატროფიას და მის ნაცვლად ფიბროზული ქსოვილის გამჩაელებას.

ეთიოლოგიურ ფაქტორთა მხრივ ყურადღებას იპყრობს ინფექციური დაავადებანი და ცუდი კვება.

ზოგჯერ შესაძლოა კლამაქსია გართულდეს მიქსედემური მოვლენებით.

მწვავე ჰიპერთირეოზს შესაძლოა მოჰყვეს ეკზოგენური ხასიათის ფსიქოზური მოვლენები პალუცინაციებით, აგზნებით, შიშით და ზოგჯერ ცნობიერების შეცვლითაც (დელირიული მდგომარეობა).

აწერილია შემთხვევები, როდესაც მიქსედემას გამოუწვევია მანიაკალური შეტევა; უკანასკნელი განსხვავდება სუფთა მანიაკალურ მდგომარეობიდან.

მიქსედემური მანია მოკლებულია გუნებგანწყობის დადებით ტონს და გონებრივ აგზნებას. კლინიკურად იგი მოგვაგონებს არა პარმონიულ მანიაკალურ სტატუსს, არამედ აგზნებითი მდგომარეობას (მოუსვენრობა, იმპულსიობა, იოლი აგზნებადობა, შფოთვა და სხვა).

ჩვეულებრივად, მიქსედემა არ იძლევა ფსიქოზურ მდგომარეობებს; მისთვის უფრო დამახასიათებელია ფსიქიკურა აპარატის თავისებური შეცვლა, რაც პირველ რიგში ეხება ფსიქიკური ცხოვრების ტემპს, პიროვნების ტემპერამენტს.

მიქსედემური ფსიქოპათოლოგიის ძირითად ღერძს წარმოადგენს ბ რ ა დ ი ფ ს ი ქ ი ზ მ ი.

ხსენებულ ავადმყოფთა ყველა ფსიქიკური ფუნქცია, პირველ რიგში ემოციურ-ნებითი გამოკლინებანი, მიმდინარეობს განსაკუთრებით ნელი, ზანტი ტემპით, რაც უკვე იღებს პათოლოგიის ხასიათს. ავადმყოფთა ემოციურ-ნებითი შესაძლებლობები მკვეთრად შეფერხებულია, შეკავებულია; მათი ფსიქომოტორიკა დამუხრუჭებულია. ავადმყოფები ლაპარაკობენ და მოქმედებენ ზღაზვნით, სწრაფად იღლებიან; ხოლო ემოციურად ხდებიან აპათიურნი; გამომეტყველება აქეთ ტლანქი, სულ თვლემენ და მოკლებულნი არიან ყოველგვარ ცოცხალ სურვილებს და ინტერესებს.

სპეციფიკური ორგანოთერაპიული ჩარევა იძლევა გამამხნეებელ შედეგებს: თირეოიოდინი 0,1—0,15 დღეში სამჯერ. საჭიროა აგრეთვე კვების გაძლიერება, სახელდობრ: ცილით განსაკუთრებულად მდიდარი პროდუქტების ხმარება.

კრეტინიზმი პათობიოლოგიურად დაკავშირებულია ფარისებრი ჭირკვლის მძიმე ატროფიასთან; ამ დროს, როგორც ორგა-

ნიშმის მთლიანი ზრდა, ისე ქალას მოცულობა ვერ აღწევს ჯეროვან განვითარებას, ხოლო ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარება ელემენტებში ჩნდება დეგენერაციული ცვლილებები.

ავადმყოფთ ეტყობათ მკვეთრი და მძიმე ჩამორჩენილობა, როგორც სხეულის განვითარების, ისე გონებრივი სფეროს მხრივ; ხშირად ჰქუასუსტობა აღწევს იდიოტიის ხარისხს, ზოგჯერ კი შესაძლოა გონებრივი უკმარისობა წარმოდგენილი იყოს იმბეცილობის ან ჩამოკვეთილი დებილობის ფარგლებში. კრეტინიზმის კლინიკას ახასიათებს სამი ძირითადი ნიშანი: სხეულის განვითარებლობა (ქონდრის კაცი), მკვეთრი მიქსედემა და ღრმა ჰქუასუსტობა.

არჩევნ ორგვარი სახის კრეტინიზმს: ე ნ დ ე მ ი უ რ ს და ს პ ო რ ა დ ი უ ლ ს.

ენდემიური კრეტინიზმი გვხვდება მუდმივად გარკვეულ ადგილებში, რომლებიც წარმოადგენს დაავადების „ბუდეს“. ასეთია ზოგიერთი მაღალ-მთიანი ადგილები, მაგალითად შვეიცარიაში, ავსტრიაში, ესპანეთში; ხოლო ჩვენში ურალის, იმერბაიკალის და სვანეთის ზოგიერთი ადგილი.

სპორადული კრეტინიზმი შესაძლოა შეგვხდეს ყველგან, ადგილმდებარეობის შერჩევის გარეშე.

ენდემიური კრეტინიზმის გავრცელებას ხსნიან ადგილის ბიოლოგიური და კლიმატური თავისებურებით. შენიშნულია სასმელი წყლის განსაკუთრებული სიღარიბე იოდით. ამის გამო ავადმყოფებს ეძლევათ თირეოიდინის ან ცილებით მდიდარი პროდუქტების გარდა აგრეთვე იოდით.

როგორც წესი, იოდი იხმარება სისტემურად და მცირე დოზებით.

ენდემიურ კრეტინიზმის შემთხვევებში ღრმა ჰქუასუსტობის გარდა, ვხვდებით პათოლოგიას მეტყველების და სმენის აპარატის მხრივ; ავადმყოფები ხშირად შეპყრობილნი არიან ყრუმუნჯობით. სმენა მთლიანად მოსპობილი აქვთ; ასევე მეტყველების უნარი შესაძლოა სრულიად დაკარგული იყოს, ან შერჩენილი ქონდეთ ზოგიერთი ბგერები (ლულულური, ან გაუგებარი და გაურკვეველი ბგერები).

სპორადული კრეტინიზმის დროს, როგორც წესი, მეტყველების და სმენის პათოლოგიას ადგილი არა აქვს.

ენდემიური კრეტინიზმის შემთხვევებში ავადმყოფთა სახე შე-  
შუბებულია. ამასთანავე, მათი გამომეტყველება მიგვიჩვენებს ემო-  
ციური და გონებრივი აპარატის განსაკუთრებულ უკმარისობაზე  
(საინტერესოა სურათი 74 და 75).



სურ. 74. სხეულის აგებუ-  
ლება, სახის ხაზები და გა-  
მომეტყველება კრეტინიზმის  
დროს. მოყვანილია  
გილიარტესკით.



სურ. 75. მიქსედემური  
კრეტინიზმი. მოყვანილია  
მორგულით.

ავადმყოფები ტორპიდულნი არიან, იშვიათად აღიგზნებიან.

ავადმყოფობის კლინიკა ყალიბდება ჩვილ ასაკში, პირველი  
ორი წლის განმავლობაში. კრეტინიზმის დროს სიცოცხლის ხან-  
გრძლივობა საშუალოდ უდრის 30—40 წელს.

ანატომიური ლოკალიზაციის მხრივ აღნიშნული დაავადება დაკავშირებულია ტვინის დანამატის (ჰიპოფიზი) შუა და უქანა წილის დაზიანებასთან, ან შუამდებარე (გარდამავალი) ტვინის პათოლოგიასთან; მხედველობაში მაქვს მესამე პარკუჭის ფსკერი.

ხსენებულ მიდმოებში დეგენერაციული ცვლილებები ან ატროფიები შესაძლოა გამოწვეული იყოს ხორცმეტებით (ხშირად აღენომები, ცისტები), ხოლო ზოგჯერ პათობიოლოგიურ პროცესს აქვს სპეციფიკური ლუესური ეტიოლოგია.

გარკვეული ლოკალიზაციის გამო ადიპოზური გენიტალური დისტროფიის შემთხვევებში უფრო სქარბობს სომატო-ვეგეტაციური სიმპტომატოლოგია, ვიდრე ფსიქოპათოლოგიური ძვრები.

პირველ რიგში ყურადღებას იპყრობს ცერებრული გენეზის მქონე გამსუქნება, რომლის დროსაც ზრდის და სხეულნაგებობის მხრივ შესამჩნევი გადახრა არ აღინიშნება; ხოლო ცხიმის განაწილება მთელ ორგანიზმში წარმოდგენილია თანაბრად და თანაზომიერად (იხ. სურ. 76).



სურ. 76. ადიპოზური გენიტალური დისტროფიის შემთხვევა. მოყვანილია გილიაროვსკით.

ადიპოზური გენიტალური დისტროფიის შემთხვევებში ხშირად ფსიქიკური აპარატი მნიშვნელოვან გადახრებს არ იძლევა;

ზოგჯერ შევხვდებით ქარაქტეროლოგიურ ცვლილებებს, ხოლო უფრო იშვიათად ფსიქოზურ მოვლენებს.

განსაკუთრებული ინტერესი აქვს ემოციური სფეროს მდგომარეობას (ე. წ. „ჰიპოფიზური გუნებგანწყობა“), რომლის დროსაც ეიფორია არაა სუფთა და გამოკვეთილი; ავადმყოფები ნაკლებად აქტიურნი არიან და გარემოსადმი განურჩეველნი.

ფსიქოზურ გამოვლინებათა მხრივ შესაძლოა შევხვდეთ ჰალუცინაციებს, ბოდვითი აზრებს, დელირიუმს და ძლიერ იშვიათად ეპილეფსიფორმულ კრუნჩხვებსაც. ხოლო გონებრივი სფეროს მხრივ აღნიშნავენ ე. წ. ერეტიული ჰეუსუსტობის არსებობას. უკანასკნელ შემთხვევებში გონებრივი სფეროს მკვეთრ ჩამორჩენილობასთან ერთად ავადმყოფები იჩენენ ემოციურ—ნებითი სფეროს გალიზიანების ნიშნებს: მხიარულად არიან, იგზნებიან, მოუსვენრობენ და მოკლებულნი არიან მდგომარეობის კრიტიკული შეფასების უნარს.

მკურნალობა სიმსივნის დროს ოპერაციულია, ხოლო ლუესური ეტიოლოგიისას—სპეციფიკური ღონისძიებანი.

საჭიროდ მიგვაჩნია აქვე სულ გაკვრით შევჩერდეთ ეპიფიზის დაავადებაზე, რომლის როლიც მეტად ბუნდოვანადაა ცნობილი ნორმულ და პათოლოგიურ ფიზიოლოგიაში; მის მიერ გამოწვეული ავადმყოფური აშლილობები იძლევა მძიმე პროგნოზს; მკურნალობის მხრივ ჯერჯერობით ძლიერ ხელმოკლენი ვართ.

არაა დაზუსტებული, ეპიფიზის დროს არსებული კლინიკური სიმპტომატოლოგია გამოწვეულია ჯირკვლის ჰიპერ—თუ ჰიპო—ფუნქციით.

ეპიფიზის დაავადების შემთხვევებში (სიმსიენე, ატროფია, დეგენერაცია და სხვა) ყურადღებას იპყრობს ორი ძირითადი სიმპტომი, სახელდობრ: ძლიერი ზრდა სხეულ-ნაგებობის მხრივ ზოგადი პროპორციის დაცვით და მეტად ნაადრევი ფსიქო-ფიზიკური მომწიფება (pubertas praecox).

ზოგად ცერებრულ სიმპტომებიდან აღსანიშნავია თავბრუ, თავის ტკივილები, გულის ზიდვა, გულის რევა, ბრადიპულსია, ძილიანობა და ზოგჯერ კრუნჩხვითი განტვირთვები.

აწერილია შემთხვევა, როდესაც 4—5 წლის ბავშვს შეეძლო ესაუბრა ზოგიერთ ფილოსოფიურ საკითხზე.

ავადმყოფურად ნაადრევ განვითარებას მოსდევს პიროვნების ფსიქო-ფიზიკურ ძალთა ასევე პათოლოგიურად ნაადრევი ამოწურვა.

## ე. ენდოკრინული სისტემის პათოლოგია და ფსიქიკის განუვითარებლობა

ენდოკრინული აპარატის და ცენტრალური ნერვული სისტემის შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირი არსებობს.

ტვინი გარკვეულ გავლენას ახდენს შიდა სეკრეციულ ჯირკვლებზე, ხოლო უკანასკნელები თავის მხრივ ორგანიზმის ბიოტონუსზე მოქმედებს.

უკვე ზევით იყო აღნიშნული, რომ ტვინი და შიდა—სეკრეციული სისტემა შეადგენს მთლიან ნევრო-ჰუმორალურ აპარატს, რომელიც საფუძვლად უდევს და უქმნის მატერიალურ ფონს პიროვნების სომატობიოლოგიურ, ნევრო-ფსიქიკურ თავისებურებებს.

მომწიფება (pubertas) და უკუგანვითარება (climax, involutio) წარმოადგენს ადამიანის ცხოვრების კრიტიკულ პერიოდებს, რომლის დროს ვითარდება ჩვენთვის საკმაოდ ცნობილი სულით ავადმყოფობანი: შიზოფრენია, ციკლოფრენია, ეპილეფსია, ინვოლუციური ანუ პრესენილური ფსიქოზები და სხვა.

ამნიარად, შიდასეკრეციის ჯირკველთა ნორმალური და წონასწორი მუშაობა აუცილებელი პირობაა ფსიქიკური აპარატის სრული განვითარებისა და ჯეროვანი მოქმედებისათვის.

საკმარისაა გავიხსენოთ, რომ ფსიქოპათოლოგიაში ლაპარაკობენ ე. წ. „სუპრარენულ დებილობაზე“; საკმარისია გავიხსენოთ კრეტინიზმის დროს არსებული სხეულნაგებობა, სახის გამომეტყველება და სხვა (იხ. სურათები 77 და 78).

სურ. 77. ენდემური კრეტინიზმის შემთხვევები. მოკვანილია გურგვიჩი და სერეისკი.



ცნობილია ენდოკრინული ბუნების მქონე ოლიგოფრენიული მდგომარეობაში. ამ მხრივ შევჩერდებით ე. წ. ლანგდონ-დაუნის ავადმყოფობაზე, რომლის დროსაც არსებითად აღვილი აქვს პოლი—ანუ პლური—გლანდულარულ უკმარისობას: დარ-



ღვეულია ფუნქციური მოკმედება ფარისებრ, ჰიპოფიზურ და სასქესო ჯირკველთა მხრივ.

პორმონული უკმარისობის შედეგად დიდი ჰემისფეროები ვერ აღწევს სრულ განვითარებას; ლართი ღარიბია ხვეულებათ, სუსტადაა წარმოდგენილი ქერქული აპარატის დაღარვა, უკმარისი და ღარიბია ქერქული არქიტექტონიკა და სხვა.

ავადმყოფთ ემოციური სფერო ერთგვარად გაღიზიანებული აქვთ: ადვილად იგზნებიან, ზოგჯერ მოუსვენრობენ.

ინტელექტის მხრივ აღინიშნება ოლიგოფრენიული სახის კეუსუსტობა. უკანასკნელის ხარისხი შეიძლება იყოს სულ სხვადასხვა, დაწყებული ღრმა იდიოტიიდან და გათავებული დებილობის იოლა მოვლენებით.

სურ. 78. მიქსედემური კრეტინიზმი. მოყვანილია გილიანოვის კით



რადგანაც კეუსუსტობას თან სდევს ემოციური სფეროს გაღიზიანება, ლ ა ნ გ ღ ო ნ - დ ა უ ნ ი ს ავაღმყოფობის დროს არსებული გონებრივი უკმარისობა განიხილება, როგორც „ერეტიული უკმარისობა“.

ს ე რ ე ი ს კ ი არჩევს ორგვარი ტიპის მდგომარეობებს: ერთრიგ შემთხვევებში შესაძლოა სჭარბოდეს ჰიპოთირეოიდული მოვლენები მიქსედემური ხიშნებით, ხოლო მეორე რიგ შემთხვევებში — ჰიპოგენიტალური სიმპტომები (კრიპტორქიზმი, სასქესო მეორადი ნიშნების უკონლობა და სხვა).

ავადმყოფობის ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიიდან ყურადსაღებია მეტად დიდი ენა („მანძილანი ენა“, მაკროგლოსია), რომე-

ლიც მკვეთრად დადარული (იგოგრაფიული ენა“). კარგადაა გამოხატული ბრაქიციფალია, პატარა ფოლაქისებრი ცხვირი, კუნთთა ჰიპოტონია სახსართა განსაკუთრებული ექსტენზიით, ზოგჯერ მეტყველების მკვეთრი დეფექტი და სხვა.

სახსართა განსაკუთრებული ექსტენზია და მოძრაობა ავადმყოფთ საშუალებას აძლევს მიიღონ სრულიად არაჩვეულებრივი და უცნაური მდებარეობანი (იხ. სურ. 79).



სურ. 79. ლანგდონ-დაუნის ავადმყოფობის შემთხვევა. მოყვანილია გილიართვისკით.

აღწერილი ავადმყოფობის დროს ნაჩვენებია ორგანოთერაპიული და ზოგადი სიმპტომატიკური დახმარება.

**ვ. გენერაციულ მდგომარეობათა კლინიკა**  
(თვიური, ორსულობა, ძუძუს წოვება)

თვიური ანუ რიგი ანუ მენსტრუაცია, როგორც წესი, არ იძლევა ნევროფსიკური აპარატის მხრივ მნიშვნელოვან გადახრას. ამ დროს აღინიშნება მხოლოდ ერთგვარი დაღლილობა, მოთენთვა და გუნებგანწყობის დაწყება; უფრო იშვიათად შესაძლოა კარგი, სტენიური ტონის გუნებგანწყობაც.

როგორც იშვიათი გამონაკლისი, ნევროპათები და ფსიქოპათიური ხაზების მქონე პირები იძლევიან დებრესიულ-ჰიპოქონდრიულ სინდრომს, რომელსაც შესაძლოა თან დაერთოს ბოდვითი პროდუქციები (უმთავრესად ლაზოიანობის შინაარსისა).

ფსიქოზების შემთხვევებში თვიურის მოსვლა, ჩვეულებრივად აუარესებს და ამწვავებს კლინიკურ მიმდინარეობას (ავადმყოფები იძლევიან აგზნებებს და იმპულსიურ რეაქციებს, ეპილეფსიურ გულყრები უხშირდებთ).

ორსულობა არ იძლევა სპეციფიკური ხასიათის ფსიქოზებს. ამ დროს უფრო ხშირია ქორეის მაგვარი მოტორული შეტევები, ხოლო ორსულობის მიწურვისას შესაძლოა გართულება ეკლამფსიური კრუნჩხვებით და ეკლამფსიური ფსიქოზებით.

მცირეოდენი ნერვიულობა, რომელსაც ვხვდებით ორსულობის დროს, ატარებს სრულიად ფიზიოლოგიურ ხასიათს და აიხსნება იმავე ფიზიოლოგიური ხასიათის მქონე ვაზო-ვეგეტაციური ძვრებით.

ორსულობის პერიოდის პირველ ნახევარში გვხვდება ნერვული აშლილობანი; პირიქით—ფსიქოზური მდგომარეობანი უფრო ხშირია ორსულობის მეორე პერიოდში.

მშობლობის შემდგომი და ლაქტაციის (ძუძუს წოვების) პერიოდის ფსიქოზები ასეპტიკის შემოღების შემდგომ წარმოადგენს ძლიერ იშვიათ მოვლენას.

ზოგჯერ მშობიარობის შემდგომი პერიოდი ბიძგს აძლევს და ხელს უწყობს ენდოგენურ ფსიქოზთა (შიზოფრენია, ციკლოფრენია) გამოვლინებას.

გენერაციულ ფსიქოზთა შემთხვევებში ნაჩვენებია სიმპტომური მკურნალობა და დახმარება.

## თავი ოცდამეხუთე

### ფსიქიკურ განუვითარებლობათა ანუ ოლიგოფრენიების

#### კლინიკა

##### 1. ოლიგოფრენიის ცნება და კლინიკური ფსიქოპათოლოგია

(იდიოტია, იმბეცილობა, დებილობა)

ოლიგოფრენია წარმოადგენს ავადმყოფურ მდგომარეობათა საკმაოდ ვრცელ ჯგუფს, რომლის დროსაც აღინიშნება პიროვნების ფსიქოფიზიკური ნაკლოვანება, ჩამორჩენა-განუვითარებლობა.

მართალია აქ საქმე გვაქვს ავადმყოფთა როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ დეფექტთან, მაინც ფსიქიატრიის კლინიკას პირველ რიგში აინტერესებს გონებრივი მდგომარეობა, ანუ საკითხის ფსიქოპათოლოგიური მხარე; სწორედ ამით აიხსნება თვით სახელწოდებაც ანუ ტერმინი „ოლიგო-ფრენია“ (ფსიქიკის შეჩერება—განუვითარებლობა, სიღარიბე).

ოლიგოფრენიული მდგომარეობა ე. ი. ფსიქიკურ ფუნქციათა განუვითარებლობა პიროვნებას ეხება მთლიანად. აქ ჩამორჩენილია ფსიქო-ნერვული აპარატის ყოველი მხარე, როგორც მაგალითად: მოტორული შესაძლებლობანი, მეტყველება, ემოციურ-აფექტური მხარე, ნებითი რეაქციები და სხვა.

ამის მიუხედავად, ოლიგოფრენიის კლინიკურ ფსიქოპათოლო-  
გიაში ცენტრალური ადგილი ეკუთვნის გონებრივი აპარატის ე. ი.  
ანტელექტის მდგომარეობას.

ოლიგოფრენიკთა გონებრივი სფერო ქმნის გარკვეულ ფონს,  
რომელზედაც ძირითადად გაშლილია ავადმყოფური პიროვნების  
ინტერესები, სურვილები, მოქმედებები და რეაქციები. ამიტომ  
ოლიგოფრენიის კლინიკის განხილვისას პირველ რიგში საჭიროა  
შევჩერდეთ ე. წ. ოლიგოფრენიული კუასუსტობის დამა-  
ხასიათებელ მომენტებზე.

ოლიგოფრენიული კუასუსტობა წარმოადგენს თანშობილ  
მდგომარეობას. მას საფუძვლად უდევს ჯერ ისევ ემბრიონულ  
პერიოდში მიღებული ორგანიზმის მთლიანი (პირველ რიგში თავის  
ტვინის) დეფექტი. გარდა ემბრიონული პერიოდის მიზეზისა, შე-  
საძლოა გონებრივი შეჩერება მოხდეს ცენტრალური ნერვული  
აპარატის დაზიანების (ინფექცია, ინტოქსიკაცია, ტრავმები) შედე-  
გად ჩვილ ბავშვობაში ორი-სამი წლის ასაკამდე.

მამასადამე, ოლიგოფრენიული კუასუსტობა ბიოლოგიურად  
პირობადებულია იმ ცვლილებებით, რომელთაც ადგილი აქვს ემ-  
ბრიონულ ან ნაადრევ პოსტემბრიონულ პერიოდში.

დაბადებამდე შესაძლებელია აგრეთვე ადგილი ჰქონდეს თავის  
ტვინის უბნების არასრულ (ჰიპოპლაზია) ან სრულ (აპლაზია) გა-  
ნუვითარებლობას; ხოლო დაბადების შემდგომ სხვადასხვაგვარი  
დაზიანება თავის ტვინში იწვევს დანაშთ ანუ რეზიდუალურ მოვ-  
ლენებს.

ოლიგოფრენიისათვის მთლიანად და კერძოდ ოლიგოფრენიულ  
კუასუსტობისათვის კიდევ ერთ-ერთი დამახასიათებელი თავისე-  
ბურება არის ის, რომ ამ დროს საქმე გვაქვს სტაბილურ მდგომარე-  
ობასთან და არა წინმავალ პროგრადიენტულ პროცესთან.

ავადმყოფურ მიმდინარეობაში არ აღინიშნება რაიმე გაუარე-  
სების ან გამწვავების პერიოდი; ერთხელ ჩამოყალიბებული სტა-  
ტუსი ატარებს მუდმივ და სტაბილურ ხასიათს.

გამონაკლისი შემთხვევები, როდესაც ოლიგოფრენიულ კუასუს-  
ტობას თან სდევს აგრეთვე ემოციური სფეროს დეფექტი (ფსი-  
ქოპათიური ხაზები), განხილული უნდა იყოს, როგორც გართუ-  
ლებული ოლიგოფრენიული მდგომარეობანი.

კუასუსტობა ოლიგოფრენიის დროს ძირეულად განსხვავდება  
შეძენილი კუასუსტობის ყველა ფორმისაგან. აქ არა აქვს ადგილი  
ატაქსიური (შიზოფრენია), ამნეზიური (პროგრადული პარალიზი,  
სენილური ფსიქოზი), აპერცეფციული (გუნუინური ეპილეფსია)

თუ ტრავმული (ქალას ფიზიკური დაზიანებანი) კვუასუსტობის ნიშნებს.

ოლიგოფრენიული კვუასუსტობის ხარისხი პირობადებულია გონებრივი შესაძლებლობებით. აქ მთავარი არის ის, რომ ოლიგოფრენი—ავადმყოფები მოკლებულნი არიან აუცილებლად საჭირო გონებრივ სიმდიდრეს, ურომლისოდაც აბსოლუტურად შეუძლებელია ადამიანის წინსვლა და განვითარება.

მხედველობაში მაქვს ცნებათა მარაგი და ცნებითი აზროვნების შესაძლებლობანი. ამ მხრივ ისინი შეზღუდულნი არიან.

ოლიგოფრენიული კვუასუსტობის ხარისხი პირობადებულია ცნებათა მარაგით.

ყველაზე ღრმა ოლიგოფრენიულ ფორმას წარმოადგენს ი დ ი ო ტ ი ა, როდესაც განვითარება არ აღემატება 2—3 წლის შესაძლებლობათა ფარგალს და ავადმყოფები სრულიად მოკლებულნი არიან უმარტივეს, ანუ ძირითად ცნებებს. მათ არ აქვთ ცნება სივრცის, დროის, რიცხვის და ამიტომ იმ თავითვე გამოირიცხულია რაიმე პოზიტიური ცოდნის მიღება და გონებრივი გამოდიდება.

არის შემთხვევები, როდესაც იდიოტიის დროს, ადგილი აქვს აგრეთვე მეტყველების პათოლოგიას. ამ დროს გონებრივი უსუსურობის გარდა, ავადმყოფებს აღენიშნებათ სხვა ფსიქიკური ფუნქციების დეფექტიც; მათ შეუძლიათ მხოლოდ ვეგეტაციური ცხოვრების წარმოება (ძილი, კვება).

ოლიგოფრენიის შემდგომ საფეხურზე (იმბეცილობა) ძირითადი ცნებების გარდა, ავადმყოფთ საკმაოდ აქვთ წარმოდგენილი კონკრეტული ანუ საგნობრივი ცნებები (მაგალითად ცნებები: „შინაური ფრინველი“, „ავეჯი“, „სასკოლო ნივთი“ და სხვა) და მათი განვითარების დონე მოგვაგონებს 6—7 წლის ბავშვის გონებრივ სამყაროს.

ასეთ ავადმყოფებს, გასაგებია, არ ძალუძთ თეორიული წინსვლა, საკმარისი გონებრივი გამოდიდება; მათ შეუძლიათ მხოლოდ ზოგიერთი მარტივი ხასიათის ფიზიკური სამუშაოს შესრულება; მუშაობას ასრულებენ სხვისი გეგმის და მეთვალყურეობის ქვეშ.

მესამე, ყველაზე უმაღლესი ჯგუფის ოლიგოფრენიულ ფორმას შეადგენს ე. წ. დ ე ბ ი ლ ო ბ ა.

დებილთა გონებრივი დონე არ აღემატება 12—13 წლის ბავშვის დონეს; მათ აქვთ ძირითადი, კონკრეტული და აგრეთვე აბსტრაქციული ცნებები. მაგრამ უმაღლესი ე. ი. განყენებული ანუ

აბსტრაქციული ცნებების მხრივ ისინი ძლიერ ღარიბნი და შეზღუდულნი არიან.

როგორც ვხედავთ, დებილებს აქვთ შრომის მეტი შესაძლებლობა და ცოდნის მიღების მეტი უნარი.

ოლიგოფრენიის მრავალრიცხოვანი შემთხვევები ძირითადად შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სამი ჯგუფის სახით: ი დ ი ო ტ ი ა, ი მ ბ ე ც ი ლ ო ბ ა და დ ე ბ ი ლ ო ბ ა; უკანასკნელთა შორის არსებობს უამრავი გარდამავალი საფეხურები.

ოლიგოფრენიის ხარისხის და სიღრმის ზუსტ დადგენას აქვს განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა, ვინაიდან ამაზეა დამოკიდებული რიგი მედიკურ-პედაგოგიური, სასამართლო—ფსიქიატრიული და სამხედრო ფსიქიატრიული საკითხების პრაქტიკული გადაჭრა.

ი დ ი ო ტ ი ა ს დროს თითქმის სრულიად მოსპობილია ყოველგვარი ფსიქიკური ფუნქცია. ავადმყოფები მოკლებულნი არიან რაიმე ემოციურ რეაქციებს; შეუძლებელი ხდება მათი ყურადღების დაჭერა. ისინი ხშირად მხოლოდ ლულულუდებენ; უსუფთაონი არიან; საკვებ პროდუქტებში ვერ ერკვევიან.

ხელცდუხობას აწარმოებენ ცხადლივ და, როდესაც უშლით, მოდინ საშინელ განრისხებაში.

არის შემთხვევები, როდესაც საქმე გვაქვს „კულტურულ“ და „ნიკიერ“ იდიოტებთან; ასეთი ავადმყოფები მოკლებულნი არიან ცნებებს, მაგრამ მათ სრულიად შერჩენილი აქვთ მეტყველება, გარკვეული მარაგი სიტყვებისა, წინადადებებისა; შერჩენილი აქვთ უმარტივესი ემოციები (მახლობლებისადმი ერთგვარი სიყვარული) და შესაძლოა მათ გამოუჩნდეთ უმარტივესი საყოფაცხოვრებო ჩვევები (იხილეთ ქვემოთ ოლიგოფრენ „ჟორჯის“ ისტორია).

ი მ ბ ე ც ი ლ ე ბ ი, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, შესაძლოა გამოვიყენოთ მარტივი ხასიათის სამუშაოზე.

ავადმყოფთა ყოფაცქევა დამოკიდებულია იმაზე, თუ ემოციური სფერო რამდენადა აქვთ მოწესრიგებული. იმბეცილებს ჩვევით იმპულსიური აგზნებები. ალკოჰოლი მათ მდგომარეობას ძლიერ აუარესებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ, ოლიგოფრენიის ყველა ფორმაზე ცუდად და გამაუარესებლად მოქმედებს ინფექციები, ინტოქსიკაციები და აგრეთვე ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები.

**მ. ოლიგოფრენიის ეტიოლოგიის, ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის  
და პათოლოგიური ანატომიის საკითხები**

სხვადასხვა მავნე მომენტებს, რომელთაც ადგილი აქვს ემბრიონული ცხოვრების პერიოდში, შეუძლია გამოიწვიოს მთლიანად ნაყოფის და კერძოდ მისი ნერვული სისტემის განვითარების შეჩერება (აპლაზიურ-ჰიპოპლაზიური მოვლენები) ან გაუქულმართება (დიზგენეზიური მოვლენები).

სხვებულ მავნე მომენტებს წარმოადგენს ორსულობის პერიოდის ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ტრავმები და მშობელთა ქრონიკული ინფექციები და ინტოქსიკაციები.

უკანასკნელ შემთხვევებში თავისი უარყოფითი შედეგების მხრივ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ათაშანგს, ტუბერკულოზს და განიდაგებულ ლოთობას.

ასევე, ჩილი ასაკის ინფექციები თუ ქალას ტრავმები, შეიძლება გახდეს ოლიგოფრენიის გამომწვევი მიზეზი; პირველრიგში დასახელებული უნდა იყოს ბავშვთა ინფექციების მიერ უშუალოდ გამოწვეული მენინგიტები, ენცეფალიტები და აგრეთვე ინფექციურ დაავადებათა არაპირდაპირი შედეგები ე. წ. პ ა რ ა ი ნ ფ ე კ ტ ი უ რ ი ე ნ ც ე ფ ა ლ ი ტ ე ბ ი.

გასაგებია, რომ მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმებიც შესაძლოა გადაიქცეს ოლიგოფრენიების საწყისად.

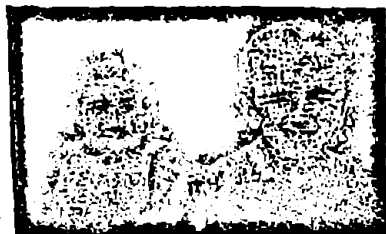
როგორც უკვე იყო აღნიშნული, ოლიგოფრენიის კლინიკა მდიდარია, როგორც ფსიქოპათოლოგიური, ისე ფიზიკური სიმპტომატოლოგიით.

პირველ რიგში ყურადღებას იპყრობს განვითარების მანკები და ნევროლოგიური ნიშნები.

თავის ქალას განვითარების დეტექტის მხრივ შესაძლოა არსებობდეს, როგორც - მიკროცეფალია, ისე ჰიდროცეფალია (იხ. სურ. 80).

ქალას ასიმეტრია, სახის საღეჭი აპარატის ზედმეტი განვითარება, ზოგჯერ სახის ნაწილების მკვეთრი ჰიპოპლაზია, მეჩხეროკბილები, მგლის სასა, კურდღლის ტუჩი, ალბინიზმი, პოლიდაქტილია (მრავალთითიანობა), პოლიმასტია (ზედმეტი ძუძუ); „იხვის კიდური“ (თითთა შუა ძვლებების არსებობა), ცაცის შემთხვევები, ყურის ბიბილოს მახინჯი განვითარების, ფორმის და ადგილმდებარეობის უამრავი ვარიანტი, შინაგან ორგანოთა ანომალიები და სიმახინჯეები, განსაკუთრებული ჰიპერტრიქოზი და, ბოლოს

საქქესო ჯირკველთა ანომალიები (ჰერმაფროდიტიზმი, ჰიპოსპადია, კრიპტორქიზმი) შეადგენს ოლიგოფრენიების დროს არსებულ ფიზიკურ სიმპტომთა „კოლეიდოსკოპს“. ჩამოთვლილი ზოგიერთი



სურ. 80. მიკროცეფალიის და ჰიდროცეფალიის შემთხვევები  
გ ი ლ ი ა რ ო ვ ს კ ი თ.

ნიშნის საკმაო ილუსტრაციას იძლევა სურათები 81 და 82.

თავის ტვინის ბუდობრივი დაზიანებანი ეკუთვნის რეზიდუალური ბუნების ნევროლოგიურ ნიშნებს.

სურ. 81. დიბილობის შემთხვევა. საკუთარი დაკვირვება. სურათზე ყურადღებას იპყრობს საღეჭი აპარატის ტლანქი განვითარება, დანაკლებული და მეტად დაბალი შუბლი, მოკლე და განიერი თითები და აგრეთვე გადაკარბებული ბალნიანობა (ჰიპერტრიქოზი).



ცაცია—ხელი, მეტყველების დეფექტი და შარდის დაუკერლობა (enurensis) ოლიგოფრენიისათვის ჩვეული სიმპტომებია.

ფსიქო-სომატურ ჩამორჩენილობას თან სდევს აგრეთვე მოტორული დეფექტიც ე. წ. „მოტორული დიბილობა“.

ზოგჯერ ღრმა ოლიგოფრენები (იდიოტები) გამუდმებით ქანაობენ, მოძრაობენ, ხტიან და გვიდგენენ კატატონიის მაგვარ აწილობებს.



უკანასკნელ შემთხვევაში უნდა ვითქვით, რომ ქერქული აპარატის გარდა, ქერქვეშა სისტემაც (ნეო-და პალეო-სტრიატუმი) უნდა იყოს დაზიანებული.

ოლიგოფრენ-ბაეშეებს საერთოდ გვიან ამოუკრებათ კბილები და ასევე დიდი შოგვიანებით იწყებენ სიარულსა და შეტყველებას.

სურ. 82. ედიოტის შემთხვევა —  
საკუთარი დაკვირება. სურათზე საყურადღებოა დაბალი შუბლი, საღეკი აპარატის სიკვარბე, მეჩხერი კბილები და სიელმე.



სხეულნაგებობის მხრივ ყურადღებას იპყრობს ზოადი დისპლაზიური და დისპარმოხიული განვითარება. აღინიშნება დაბალი, ზოგჯერ მაღალი ტანი; ასევე—გამსუქნება, ხოლო ზოგჯერ გადაკარბებული სივამხდრე.

სასქესო აპარატს ახასიათებს ძლიერი ან მახინჯი განვითარება ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე მეტად ნაადრევი, ხოლო ზოგჯერ ასევე მეტად მოგვიანებული სქესობრივი მომწიფება.

რაც შეეხება პათოლოგიური ანატომიის საკითხებს, უნდა ითქვას, რომ ცვლილებათა ხასიათი და თავისებურებები დამოკიდებულია ეტიოლოგიურ და პათოგენეზურ ფაქტორებზე.

დისგენეზური ბუნების მქონე ოლიგოფრენიის შემთხვევებში აღდგილი აქვს მიკროცეფალიას, ზოგჯერ შეგალენცეფალიას \*).

\*) თავის ტვინის სიდიდე შეადგენს მოღვინის ნხოლოდ გარეგნულ მზარეს. არსებითად აქ პარენქიმულ ელემენტა ნაცულად სკარაობს გლიოზური წარმოქმნანი.

ანეცეფალიას, აგირიას (ხვეულთა სრული უქონლობა), კორძიან-სხეულის სუსტ განვითარებას ან სრულ უქონლობას (მაჩვენებელია ასოციაციურ გზათა განსაკუთრებული სიღარიბისა); რუხი ნივთიერების ჰეტეროტოპიას (არაჩვეულებრივ და სრულიად უცნაურ ადგილზე რუხი ნივთიერების არსებობა), არქიტექტონიკის დარღვევას (6—7 შრის ხაცვლად 3, 4 ან 5) და დიდი ტვინის ქერქის პირველ შრეში განვლიერ უჯრედთა არსებობას (ე. წ. კ ა ხ ა ლ ი ს უჯრედები მაჩვენებელია ქერქული აპარატის განუვითარებლობისა, მისი ემბრიონულ საფეხურზე შეჩერებისა).

ანეცეფალიის (თავის ტვინის სრული განუვითარებლობა) შემთხვევები პრაქტიკულად მოკლებულია ყოველგვარ ინტერესს, რადგანაც ასეთი ხაყოფი დაბადების შემდგომ ცოცხლობს მხოლოდ ორიოდ საათი.

ანეცეფალურ მასალებს აქვს უფრო თეორიული მნიშვნელობა, რადგანაც აქ ვხვდებით სრულიად უცნაურ და მოულოდნელ შესაძლებლობებს, ვხვდებით განვითარების მრავალგვარ მანკს.

ლენინგრადში, ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს სახელობის ტვინის ინსტიტუტში მუშაობინას (1932 წ.) ჩვენ ვნახეთ ანეცეფალიის მეტად საინტერესო შემთხვევა; ახალშობილი ცხოვრობდა დაბადების შემდგომ ექვსა საათის განმავლობაში. შემთხვევის პისტოლოგიური შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ მოგრძო და ზურგის ტვინის ნაწილები შედარებით კარგად იყო განვითარებული; ხოლო მოგრძო ტვინის ზემოდ თავის ტვინის ელემენტების ნაცვლად განვითარებული იყო შემაერთებელ-ქსოვილოვანი წარმოქმნები.

რეზიდუალური ბუნების მქონე ოლიგოფრენიების დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ვხვდებით გადატანილი მენინგო-ენცეფალიტური პროცესების დანაშთ მოვლენებს, სახელობრ-გლიოზურ ნაწიბურებს, გარსთა გასქელებას, სკლეროზულ კერებს, პარენქიმულ ელემენტთა განადგურების ადგილას „ცარიელ“ კერებს, ცისტებს და სხვა.

### 3. ტვინის ენდოგენური სიმახინჯით გამოწვეული ოლიგოფრენიული მდგომარეობები

მ ი კ რ ო ც ე ფ ა ლ ი ა. გონებრივი განვითარების მხრივ ამ დროს საქმე გვაქვს ღრმა ჩამორჩენილობასთან. ხშირია იდიოტია, უფრო იშვიათად ღრმა იმბეცილობა.

სხეულის ზოგად განუვითარებლობასთან ერთად (სიმაღლე ჩვეულებრივად არ აღემატება 130—150 სანტიმეტრს) განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ქალას სიმცირე და თავის ტვინის

მეტად დაბალი წონა (როგორც წესი, ტვინის წონა ათას გრამზე ნაკლებია, ხოლო ზოგჯერ არ აღემატება 400—500 გრამს).

განსაკუთრებით განუვითარებელია დიდი ტვინის ჰემისფეროთა ქერქული აპარატი, პირველ რიგში შუბლის წილი. მიკროცეფალიის დროს დარღვეულია აგრეთვე ქერქის ციტოარქიტექტონიკული სურათი: განვლიურ უჯრედებს ეტყობა ჩამორჩენა განვითარებაში, უჯრედები დალაგებულია უთანაბროდ.

ქვემოდ მოვიყვანთ მოკლე ცნობებს ე. წ. ოჯახური ამავეროზული იდიოტიის შესახებ. ავადმყოფობა გვხვდება ჩვილ ბავშვთა შორის და მეტად მძიმე პროგნოზი აქვს.

კლინიკურად დამახასიათებელ სიმპტომებს შეადგენს ღრმა ჰქუასუსტობა, კიდურთა პარეზები, პარალიზები და მხედველობის პროგრესული შესუსტება.

ავადმყოფობის სრული განვითარებისას მხედველობის პათოლოგია თავდება მთლიანი სიბრპვეით. უკანასკნელ შემთხვევებში ოფტალმოსკოპიურად ყვითელ ლაქაში ნახულობენ დამახასიათებელ ცვლილებებს.

ოჯახურ ამავეროზულ იდიოტიას საფუძვლად უდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის პარენქიმულ ელემენტთა განსაკუთრებით მძიმე და შეუბრუნებელი მორფოლოგიური ცვლილებები, რაც საბოლოოდ იძლევა უჯრედთა სრულ განადგურებას, მოსპობას.

პათომორფოლოგიური ძვრები ეხება, როგორც უჯრედის სხეულს, ისე შორჩებს (იხ. სურ. № 83).

სურ. 83. უჯრედის მკვეთრი გადაჯვარება ამავეროზული იდიოტიის დროს. (მოყვანილია გილიაროვის კით).



#### 4. ოლიგოფრენიის მკურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

მკურნალობისათვის საჭიროა ეტიოლოგიური მომენტების დასუსტება:

ცხადია, განვითარების მანკის შემთხვევებში თერაპია შემოიმაზღვრება მხოლოდ სიმპტომური ჩარევით.

ლუესური მიზეზის დროს ნაჩვენებია სპეციფიკურა თერაპია; თუნცა უნდა გვახსოვდეს, რომ აქ საქმე გვაქვს სიფილასურ ინფექციასთან კი არა, არამედ შეუბრუნებელ და სტაბილურ პათოლოგიურ ცვლილებებთან, რის გამოც შესაძინევი გაუმჯობესება ნაკლებ მოსალოდნელია.

ჭირურგიული მეთოდით მკურნალობასაც აქვს მხოლოდ სიმპტომური ღირებულება.

ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის მკურნალობა და პროფილაქტიკა პირველ რიგში გაშლილი უნდა იყოს სამკურნალო პედაგოგიურ ღონისძიებათა ხაზით.

ღრმა ჰქუასუსტ ავადმყოფთათვის (იდიოტები, ღრმა იმბეცილები) ნაჩვენებია ფსიქიატრიული სტაციონარი. ხოლო მაღალი იმბეცილებისათვის და ზომიერი ხასათის დებილეებისათვის საჭიროა სწავლის და შრომის სპეციალური პირობების შექმნა.

სწავლა-განათლების მხრივ ყველაზე გამამხნეველ შედეგებს ვიღებთ სუსტად გამოხატული დებილობის შემთხვევებში.

რაც შეეხება ოლიგოფრენთა მიმართ სასამართლო-ფსიქიატრიული საკითხების გადაჭრას, აქ უპირველესად ყოვლისა დადგენილი და დაზუსტებული უნდა იყოს თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის ხარისხი, სიღრმე და სიფართოვე.

საკუთარი ინიციატივის უქონლობის და გონებრივი სიღარიბის გამო ბოროტმოქმედებანი აქ უფრო ხშირად ხდება სხვა პიროვნებათა ზეგავლენის შედეგად; ოლიგოფრენებს ძლიერ აწეული აქვთ შთაგონებულობა, ამიტომ ადვილია მავნე მიზნით მათი „გამოყენება“.

ღრმა ოლიგოფრენებს არ ძალუძთ სათანადოდ გაერკვენ ჩადენილ მოქმედებაში; ისინი იმყოფებიან უფრო „მექანიკურად“ შექმნილებელ“ პირთა როლში, ამიტომ მათ მიერ ჩადენილი საქციელი კვალიფიცირებული უნდა იყოს, როგრც ჩაურაცხადი მდგომარეობა.

პირიქით, დებილობის სუსტი ფორმები, როდესაც ავადმყოფები იმყოფებიან გონებრივ შესაძლებლობათა მხრივ საკმაოდ კომპენსირებულ მდგომარეობაში, წარმოადგენს ჩარაცხად შემთხვევებს: ასეთი პირები პასუხს აგებენ კანონას წინაშე.

## 6. სანიმუშო შემთხვევა

ღრმა ოლიგოფრენი უ ო რ უ ი \*

მექანიკური ცოდნის მარაგის მიხედვით უ ო რ უ ი წარმოადგენს ღრმა იმბეცილს, ხოლო წარმოდგენათა, ცნებათა მარაგის მი-

ხედვით—იდიოტს, რომელიც დგას მაღალ ინტელექტურ დონეზე. უორუი ნაკმაოდ რთული პიროვნებაა; მას უყვარს დედა და გარშემომყოფნი, იგი ყველასათვის სასიამოვნოა.

უორუი ფსიქიატრიულ სტაციონარში შემოვიდა 1921 წელს და დაპყო 22 წელიწადი (გარდაიცვალა 1943 წელს 1 აპრილს, მწვავე ავადმყოფობით).

ამ მასალაზე გაიზარდა სტუდენტთა და ახალგაზრდა ექიმთა დიდი რაოდენობა. უორუს იცნობდა მედიკ-სტუდენტთა 22 და იურისტ-სტუდენტთა 15 გამოშვება.

უორუს მემკვიდრეობა დატვირთულია: მამის მხრივ პაპა შეპყრობილბ ყოფილა პროგრესული პარალიზით, ხოლო ბებია— დიაბეტით; დედის მხრივ პაპას აგრეთვე ქონია პროგრესული პარალიზი, ხოლო ბებიას ნეფროლითიაზი.

უორუი დაბადებულა ნორმალური; დედის ავადმყოფობის გამო იზრდებოდა ხელოვნურ კვებაზე; 15 თვის ასაკში ამოეკრა კბილები, ამავე პერიოდისათვის დაიწყო ლაპარაკი და სიარული. 18 თვის ასაკში შემთხვევით თავში მოხვდა ჯოხი, რის შემდგომაც მას დაეწყო შეტევები ცნობიერების დაკარგვით და კრუნჩხვებით. სპეციალისტების მიერ დასმული იყო მენინჯიტის დიაგნოზი. ამ პერიოდიდან ბავშვს დაეწყო გონებრივი განვითარების შესამჩნევო ჩამორჩენა.

უორუი ყავდათ სამკურნალოდ გამოჩენილ რუს და უცხოელ ნევროპათოლოგებთან და ფსიქიატრებთან, მაგრამ შობლების ყოველგვარი ცდა უშედეგოდ დამთავრდა.

ფიზიკური სტატუსი. კვება დამაკმაყოფილებელი. შინაგანი ორგანოების მხრივ შესამჩნევ გადახრას აღვილი არა აქვს. მკაფიოდ გამოხატული ჰიპერტრიქოზი. თავის ტვინის ნერვები ნორმის ფარგლებში. მხედველობა და სმენა დამაკმაყოფილებელი რეაქცია სინათლეზე და აკომოდაციაზე შენახულია. მყესთა რეფლექსები აწეულია. პათოლოგიური რეფლექსები არ არის. აღსანიშნავია მოტორიკის საერთო უკმარისობა ე. წ. ბავშვური ანუ ინტანტილური აპრაქსიის სახით.

სხეულნაგებობის მხრივ აღვილი აქვს მთელ რიგ გადახრას. პატარა, დაქანებული შუბლი, ქალას ტვინის ნაწილი ფრიალ მცირეა. მკვეთრად არის წარმოდგენილი საღეჭი აპარატი, კბილების დალაგების მხრივ აღენიშნება მკვეთრი ანომალია.

ქალას გარშემოწერილობა 51 სანტიმეტრი, საგიტალური დიამეტრი 16 $\frac{1}{2}$  სანტიმეტრი, გარდიგარდმო დიამეტრი 13 სანტიმეტრი.

ფსიქიკური სტატუსი. ავადმყოფი გარეგნულად ორიენტირებულია, „იცის“, რომ იმყოფება თბილისში, ფსიქიატრიულ ინსტიტუტში; „იცის“ სად ცხოვრობს მისი დედა, „იცის“, რომ იგი არის 33 წლის და სხვა.

ეორეს აქვს სიტყვათა და გამოთქმათა საკმაოდ მდიდარი ლექსიკონი. განსაკუთრებით უკანასკნელ წლებში ამ მხრივ შეტად გამდიდრდა მისი ცოდნის მარაგი. იცის გვარი, სახელი და მამის სახელი გარშემო მყოფ პერსონალისა; იცის პატარა ლექსები; ყველას მიმართ თავაზიანია, უყვარს ბუნება; ზოგჯერ მთელი საათობით გადასცქერის მდინარე მტკვარს; უყვარს კინო, სიმღერა, ხშირად თითონაც მღერის და არაიშვიათად სწორად იღებს მოტივს.

ეორეს უყვარს მუშაობა და ხშირად ასრულებს რთულ დავალებებს, მაგალითად, განყოფილებაში არიგებს გაზეთებს, ალაგებს აფთიაქის კალათას, ეხმარება მომვლელ პერსონალს და სხვა.

შეხვედრისას მიმართავს: „დილაშვიდობისა ექიმო“, ან „გამარჯობა“. თუ გააჩაგრებთ ბრაზობს, ყვირის, მაგრამ ეს აფექტური განტვირთვა ძლიერ ხანმოკლეა.

ავადმყოფს კარგი ძაღა აქვს. დეტალურად აქცევს ყურადღებას კვების რეჟიმს, რომ არაფერი გამოჩნდეს. იცის თავისი საწოლი, აქვს საკუთარი კოვზი და თითქოს ყურადღებას აქცევს ლოგინის და საკუთარი ტანცხამთისის სისუფთავეს.

გულთბილად ხვდება თავის დედას. მისგან მიღებულ ტკბილეთულობით უმასპინძლებს სხვებსაც. ლექციებზე სადემონსტრაციოდ სიამოვნებით მოდის.

როგორც ვხედავთ, ეორე იწარმოადგენს ფრიად რთულ პიროვნებას; მაგრამ ეს მხოლოდ გარეგნული მხარეა მისი ფსიქიკური აპარატისა. დეტალური გამოკვლევა გვიჩვენებს, რომ მისი ცოდნა ატარებს მხოლოდ და მხოლოდ მექანიკურ ხასიათს და ავადმყოფი სრულიად მოკლებულია ასოციაციურ, შინაგანი ლოგიკური კავშირის მქონე მეხსიერებას.

ეორეს არ შეუძლია შეადაროს ორი საგანი; იგი სრულიად მოკლებულია გახზოვადობების უნარს.

ეორეს სრულიად მოკლებულია გონებრივი ზრდისთვის აუცილებელ ძირითად შესაძლებლობებს. არ იცის რა უფრო მეტია — ერთი თუ ორი; ვერ არჩევს დღეს დამისაგან, დილას საღამოსაგან; ვერ ერკვევა საგანთა სიგრძეში, მათ სიმძიმეში. ამნაირად ეორეს მოკლებულია ძირითად ე. ი. უმარტივეს ცნებებს.

როგორც აღენიშნეთ, უო რ ე ს აქვს ცოდნის მარაგი, მაგრამ სრულიად მოკლებულია უნარს მოახდინოს შედარებანი და დაპირისპირებანი.

ჩვეხის აზრით შედარებათა უნარიანობა შეადგენს ცნების წარმოშობის პროტოტიპს, ე. ი. საძირკველს ანუ წინარე სტადიუმს, რომელზედაც შენდება რთულ- ინტელექტური აქტი: საგახთა, ფაქტთა და მოვლენათა განზოგადობა, მაგრამ, რომ შეეძლოთ შედარება, დაპირისპირება ან განზოგადობა, საჭიროა არა მარტო სტატიკური ინტელექტური მარაგი, არამედ პირველ რიგში აუცილებელია დინამიკური, ასოციაციური მოქმედება. რომ გადაეწყვიტოთ ამოცანა ორი შეტია თუ სამი, ან განვასხვავოთ „ადრე“ და „გვიან“, აუცილებელია მოხდეს კონკრეტულ წარმოდგენათა ასოციაციური შეუღლება. ექსპერიმენტული გამოკვლევა გვიჩვენებს, რომ უ.ო რ ე ს ფსიქიკური აპარატი მოკლებულია დინამიკურ, ასოციაციურ მოქმედებას.

გადავიდეთ უ.ო რ ე ს ფსიქიკური აპარატის ანატომიური სუბსტრატის შესწავლაზე.

თავის ტვინის გამოკვლევა. ფორმალისში ფიქსაციის შემდგომ ტვინის წონა უდრის 1056 გრამს. რბილი გარსი გამკვირვალეა და ადვილად სცილდება ჰემისფერობის რუხ ნივთიერებას. კარგად არის გამოხატული პაქიონის გრანულაციები: პარაქუქები გაგანიერებულია; გაგანიერებულია აგრეთვე სილივის წყალსადენი. მკვეთრად არის წარმოდგენილი ტვინის შინაგანი წყალმანკი.

თავის ტვინის მაკრო-ენცეფალომეტრიული შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ჰემისფეროთა ყველა დისტანცია თავისი სიდიდით ნორმას ჩამორჩება; ხოლო ეს ჩამორჩენა განიცდის ვარირებას ერთი მილიმეტრიდან 160 მილიმეტრამდე.

ის გარემოება, რომ ჰემისფეროს შედიალური კიდის სიგრძე ნორმას ჩამორჩება 160 მილიმეტრით და აგრეთვე ტვინის წონის სიმცირე (ნორმა 1400 გრ. უ.ო რ ე ს ტვინი 1056 გრ.; ჩამორჩენა 344 გრ.) მიგვითითებს დიდი ტვინის ჰემისფერობის მთლიან განუვითარებლობაზე; ხოლო ხსენებული ჩამორჩენა განვითარებაში პირველ რიგში ეხება შუბლის წილს (განსაკუთრებით მის ზედა და შუა ხვეულებს), თხემის წილს და ცენტრალურ უბანს—როლანდოს ლარის ხვეულთა სისტემას.

ხაზგასმით აღნიშნული უნდა იყოს, რომ ცენტრალური, შუბლის და თხემის წილების განუვითარებლობას თან სდევს ლარების ანომალია: ხსენებული უბნები ძლიერ სუსტად არის მოფენილი ახსრულიად მოკლებულია ე. წ. მესამედ ლარებს. ვინაიდან შუბ-

ლის მიდამოს ქვედა ხვეულის ოპერკულარული ნაწილი განუვითარებელია, ორივე ჰემისფეროზე ღიად მოსჩანს. რ ე ი ლ ი ს კუნ-  
ძული.

კეთის წილი შედარებით სხვა წილებთან უფრო კარგად არის დაღარული.

ორივე ჰემისფეროს ხვეულები და ღარები უფრო ხშირად წარმოდგენილია სიმეტრიულად; ეს გარემოება აგრეთვე მიუთითებს ტვინის სტრუქტურის სიღარიბესა და ერთტიპიურობაზე.

ფრიად მნიშვნელოვანია აგრეთვე ის მომენტი, რომ შუბლის და თხემის წილების ღართა სიღარიბესთან ერთად, საფეთქლის წილი პირიქით კარგად არის დაღარული; აგრეთვე ჰემისფეროთა მედიალური ნაწილი კარგად არის დაღარული და მათზე ძლიერ არის განვითარებული, როგორც მესამედი ღარები, ისე როსტრალური ღარები.

კარგად არის წარმოდგენილი ღარები ჰემისფეროების ვენტრალურ ზედაპირზედაც.

ღართა და ხვეულთა შენების ზემოხსენებული თავისებურებანი ე ო რ ე ი ს ც. ხ. სისტემისათვის უეჭველად შეადგენს მ ი ხ უ ბ ფენომენებს; მათ აქვს რეგრესიული მაჩვენებლის ხასიათი და მიუთითებს ტვინის ოსტოგენეზურად ყველაზე ახალგაზრდა, ე. ი. ადამიანისათვის სპეციფიკური უბნების განუვითარებლობაზე (მხედველობაში მაქვს შუბლის და თხემის წილები).

ე ო რ ე ი ს დიდი ტვინის ქერქული აპარატის მიკროსკოპული შესწავლისას ყურადღებას იქცევს ქერქის სტრუქტურის ზოგიერთი ემბრიონული თავისებურება, რაც აგრეთვე მიუთითებს ქერქული აპარატის დეფექტზე და მის განვითარების შეჩერებაზე. მეოთხე ველის პირველ შრეში ჩვენ აღმოვაჩინეთ განგლიოზური ელემენტები ე. წ. კ ა ე ს-კ ა ხ ა ლ ი ს უჯრედები. მეოთხე ველის მეორე შრე მდიდარია წვრილ მარცვლოვანი ელემენტებით, ხოლო მესამე შრე მდიდარია პირამიდული უჯრედებით.

ემბრიონული უკმარისობა აგრეთვე შევეთრადა აღბეჭდილი ნათხემის ქერქის არქიტექტონიკაში: პ უ რ კ ი ნ ი ე ს უჯრედთა შრე გამოთიშულია მარცვლოვან შრისაგან; ეს არქიტექტონიკული თავისებურებაც განხილული უნდა იყოს, როგორც ემბრიონულ განვითარების გარკვეულ სტადიუმზე შეჩერება და მისი ფიქსაცია.

როგორც ვხედავთ, დიდ ჰემისფეროთა და აგრეთვე ნათხემის ჰემისფეროთა ქერქის საერთო არქიტექტონიკა ძირითადად მი-  
ლია; მაგრამ აქ აღგილი აქვს ზოგიერთ თავისებურებას, რაც დამა-



ხასიათებელია ონტოგენეზური ცხოვრების ფეტალურ პერიოდით-  
ხათვის.

როგორც ვხედავთ, უორეოს დეფექტურ-ფსიქიკურ აპა-  
რატს მატერიალურ საფუძვლად უდევს ანატომიურად დეფექტუ-  
რი ცენტრალური ხერხეული სისტემა.

## თ ა ვ ი ო ც დ ა მ ე ე ჯ მ ს ე

### ფუნქციური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ფსიქიკური დაავადებანი

#### 1. ზოგადი ფენიფენები მანიაკალურ-დეპრესიული ფსი- ქოზის, ანუ ციკლულარული ფსიქოზის, ანუ ციკლო- ფრენის შესახებ

ფუნქციური ბუნების მქონე ფსიქოზები წარმოადგენს კლინი-  
კური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად საპასუხისმგებლო თავს. ორ-  
განულ ფსიქოზის უარყოფა და ფუნქციური დაავადების შტაციე  
დადგენა გვაძლევს არა მარტო მკურნალობის სრულიად გარკვეულ  
გეზს, არამედ შტაციე და ურყევი პროგნოზის გამოტანის შესაძ-  
ლებლობას.

ტერმინები „მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი“, ანუ „ციკ-  
ლულარული ფსიქოზი“, ანუ „ციკლოფრენია“ ერთი და იგივე სუ-  
ლიერი დაავადების სინონიმებია; ხოლო თვით სახელწოდებაში  
მოცემულია ფსიქოზის კლინიკური შინაარსი.

კლასიკური გამოკვლევები აღნიშნული ფსიქოზის შესახებ  
ეკუთვნის ცნობილ რუს მეცნიერებს ოსიპოვს, ოსტან-  
კოცს, გოლანტს და სხვებს.

თუმცა ფსიქოზი წარმოადგენს ერთ მთლიან ნოზოლოგიურ  
ერთეულს, იგი თავისი კლინიკურ მიმდინარეობაში მოცემულია  
ორი სრულიად მოიწნაალმდევე ფაზის სახით: მხედველობაში შაქვზ  
მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები.

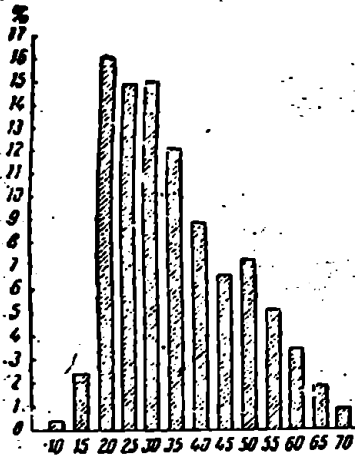
რადგანაც ხსენებული ორი ფაზა გვხვდება ერთდროივე ავად-  
მყოფთა შორის, ხშირად სცვლის ურთიერთს და ზოგჯერ შერეულ  
მდგომარეობებთან გვაქვს საქმე, \*) მკვლევარნი მივიდნენ იმ გა-  
დაწყვეტილებამდე, რომ აქ უნდა არსებობდეს ერთი ნოზოლოგიუ-  
რი დაავადება.

\* კლინიკურ სურათში ერთ და იმავე დროს მოცემულია, როგორც მანი-  
აკალური, ისე დეპრესიული ფაზების ელემენტები.

ტერმინი „ციკლოფრენი“, „პერიოდული“ ანუ „ციკლოფრენია“ გულისხმობს იმას, რომ ფსიქოზის კლინიკა წარმოდგენილია პერიოდული შეტევებით.

შეტევების გარეშე ე. ი. ნათელ პერიოდებში ბავშვს გვაქვს პიროვნებათა სრულ კომპენსირებულ (კლინიკურად ჯანმრთელ) მდგომარეობასთან.

ციკლოფრენია არა პროგრენდიენტული დაავადებაა: კვუსუსტობას იგი არ იძლევა. ასაკის მხრივ შეტევათა მაქსიმუმი შობის 20—25; წლებზე (იხ. სურ. 84):



სურ. 84. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის სიხშირე ასაკის მიხედვით. მოყვანილია გილიაროვსკით.

შეტევების ხანგრძლივობა ახალგაზრდა ასაკში ხანმოკლეა (საშუალოდ 4—6 თვე); ხოლო მოწიფურ ასაკში უფრო ხანგრძლივი (ერთი წელი და ზოგჯერ მეტიც).

შეტევების რაოდენობა მეტად ვარიაბილურია. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფის ცხოვრების მანძილზე გვხვდება მხოლოდ ერთი ან მეტი შეტევა; ხოლო ზოგჯერ შეტევების რიცხვი დაღია. ამის მიხედვით ხათელი პერიოდის ხანდაზმულობა ქანაობს რამოდენიმე თვედან, რამოდენიმე ათეულ წლამდე.

მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები ყოველთვის თანაბარი ძალით და ხანგრძლივობით არაა გამოხატული; სკარბობა-ხან ერთი, ხან მეორე.

ჩვეულებრივად, ფაზებ შორის ნათელი პერიოდია შოცემული; ზოგჯერ კი მანიაკალური ფაზა უშუალოდ გადადის დეპრესიულში და პირიქით.

ციკლოფრენია თავისი არსებითა ბუნებით კეთილთვისებიანა და დადებითი პროგნოზის მქონე ავადმყოფობაა.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ შემთხვევები, როდესაც ფსიქოზური შეტევები მეტად ხშირია, ხოლო ნათელი შუალედები მეტად მოკლე, არ შეიძლება განხილულ იყოს, როგორც აბსოლუტურად დადებითი პროგნოზის მქონე მდგომარეობა.

უკანასკნელ შემთხვევებში პიროვნება ერთგვარად ილახება, ადგილი აქვს ფსიქიკური აპარატის ზოგიერთი ფუნქციების დაქვეითებას.

ციკლოფრენის შერეული ფორმები იძლევა არასასურველ პროგნოზს.

## 2. ციკლოფრენის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის და ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის საკითხები

ციკლოფრენა ძირითადად წარმოადგენს ენდოგენურ დაავადებას. მისი ეტიოლოგიისათვის ქალას ტრავმებს, ფსიქიკურ განცდებს, ინფექცია-ინტოქსიკაციებს თუ გენერაციულ ფაზებს აქვს ბიძგის მიმცემი მომენტების ან სრულიად შემთხვევითად თანარსებულ (თუ თანდართულ) მდგომარეობათა მნიშვნელობა.

ძლიერ ხშირად ავადმყოფთა სხეულნაგებობა პიენიურია, ხოლო პრემორბიდულ პიროვნებაში აღინიშნება ციკლოთიმიური ხაზები.

როგორც ვიცით, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი ფუნქციური დაავადებაა; ამ დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში რაიმე პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს.

ნევრო-ფსიქიკური აპარატის გაღიზიანება და ორგანიზმის „ენდოგენური მოწამელის“ ნაშნები ფუნქციურია, დროებითი და სრულიად წარმავალი.

შეცვლილია, როგორც ქერქული და ქერქ-ქვეშა აპარატის ელექტრული აქტივობა (ბიოდენები), ისე ენდოკრინულ-ჰეგეტაციური აპარატის დინამიკური შესაძლებლობანი.

განსაკუთრებით საყურადღებოა დიენცეფალური სისტემის \*) (შუამდებარე ტვინი) პათოფიზიოლოგიური ძვრები: შეცვლილია ძილი, მადა, წონხა, ტემპერატურა, აღინიშნება ტროფიკული აშლილობანი, ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგია და სხვა.

ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიას საფუძვლად აქვს ფუნქციური ბუნების მქონე ხეიროდინამიკული ძვრები.

ორივე ფაზას ახასიათებს სისხლის წნევის მომატება და შაჯის აჩქარება, ამასთან ერთად პულსი მანჩის დროს რბილია, ხოლო დეპრესიის დროს დაჭიმული.

\* პირველ რიგში მხვედრებაში მაქვს ჰიპოთალამურა უბნები.

ტროფიკული ცელილებების მხრივ აღსანიშნავია თმის გა-  
ცენა, რიგის შეჩერება (ან დაკარგვა); შრალი კანი და სიგამხდრე.  
განსაკუთრებით საინტერესოა მოვლენები წონის და ძილის  
მხრივ.

წონის და ძილის აშლა გეხედება ორივე ფაზაში, ხოლო მათი  
გამოსწორება მდგომარეობის გაუმჯობესების მომასწავებელია.

მანიაკალური ფაზისათვის პროტოპოპოვს დამახასია-  
თებლად მიაჩნია შემდეგი სამი ნიშანი (ტრიადა): მაჯის აჩქარება,  
გუგების შევიწროება და ყაბზობა.

დებრესიის დროს მადა დაწეულია; ავადმყოფები კარგავენ წო-  
ნას; ზოგჯერ გვიხდება ხელოვნური კვება.

მანიაკალურ ავადმყოფებს აქვთ განსაკუთრებით ძლიერი მ-  
და, მაგრამ მოუსვენრობენ და მოძრაობენ, რის გამო ძლიერ  
ხდებიან.

წონის დაცემა მანიის დროს უნდა აიხსნას არა-მარტო იმ გა-  
რემოებით, რომ ავადმყოფები დიდ ენერგიას ჰკარგავენ, არამედ  
თვით საკვები პროდუქტების ჭეროვანი ათვისების შეუძლებლო-  
ბითაც (ჰამენ ძლიერ ჩქარა და საჭმელს სათანადოდ ვერ რეჰავებს).

ძილის აშლას ეკუთვნის ცენტრალური ადგილი, როგორც  
მანიაკალური, ისე დებრესიული ფაზების დროს.

წყნარი და მშვიდი ძილი ძივეითიეთბს მდგომარეობის გაუმ-  
ჯობესებაზე.

## ა. მანიაკალური ფაზის ფსიქოპათოლოგია

სუფთა მანიაკალური ანუ ენდოგენური მანიაკა-  
ლური მდგომარეობა ხასიათდება, იმით, რომ ამ დროს ფსიქიკუ-  
რი აპარატის სამივე სფეროში (გრძნობა, გონება, ფსიქომოტორი-  
კა) ადგილი აქვს თანაბარ აგზნებას. აქ სამივე სფერო გალიზი-  
ანებულია ჰარმონიულად; ხოლო გალიზიანების ხარისხისა და მიხედ-  
ვით შესაძლოა საქმე გვექონდეს ჰომომანიაკალურ, მანიაკალურ ან  
მძიმე მანიაკალურ სტატუსთან.

გარეგანი მომენტების მიხედვით აგზნების მდგომარეობა  
შეიძლება გაძლიერდეს.

მცირე მიზეზით ავადმყოფები განრისხებაში მოდიან, ხოლო  
ზოგჯერ დაყვავება და თბილი მოპყრობა მათ ამშვიდებს.

ფსიქიკური აპარატის ყველა ფუნქციების შედეგად ვიღებთ  
ავადმყოფის პიროვნების მთლიან ჰარმონიულ აგზნებას. სწორედ  
ეს უკანასკნელი გარემოება წარმოადგენს ცენტრალურ სიმპტომს  
შიზოფრენიული ბუნების მქონე აგზნების გამოსარიცხად.

ავადმყოფთ აქვთ აწეული თვითგრძნობა და გუნებგანწყობა.

ისინი არიან მძლავრნი და ყოველმხრივ კმაყოფილნი. სახის გამო-  
შეტყველება ხშირად მზიარული და სასიამოვნო (იხ. სურ. 85).

გონებრივი სფეროც გაღიზიანებულია. კრიტიკული შესაძლებ-  
ლობა და აზრთა კონტროლი დაქვეითებულია, ამის შედეგად  
ასოციაციათა აჩქარებას აქვს ადგილი; ხოლო ასოციაციების შეუღ-  
ლება და აზროვნება განსაკუთრებულად ზერელეა.

სურ. 85 მზიარული და თვითმ-  
ყოფილების გრძობით აღე-  
სილი სახის გამოშეტყველება.  
ავადმყოფი იმყოფება მანი-  
აკალურ ფაზაში.

საკუთარი და ვირვება.



ასოციაციათა აჩქარებამ ზოგჯერ შეიძლება ისე მძიმე ხასიათი  
შვილოს, რომ ავადმყოფი ვერ ასწრებს გარკვეულ წარმოდგენებ-  
ზე შეჩერებას, მათ ანალიზს და სტოვებს აბნეული ავადმყოფის  
შთაბეჭდილებას.

ავადმყოფები აზრებს ვერ იკრებენ ყურადღების ატაკებუ-  
ლობის გამო: მათი პასიური სურადლება აწეულია, ხოლო აქტიუ-  
რი განსაკუთრებულად დაწეული.

ემოციურ-ინტელექტური სფეროს გაღიზიანებასა და სასი-  
ამოვნო განცდებთან ერთად ავადმყოფები აღვილად მოდიან გან-  
რისხებაში, მაგრამ მალე წყნარდებიან და ხლებიან ღმობიერნი.

ავადმყოფთა პიროვნების ბირთვი მორალურად შენახულია;  
ამ მხრივ პროგრესული პარალიზის დიამეტრულად მოწინააღმდე-  
გე მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე.

დაუშვებელ და უწმაწურ სიტყვიერ პროდუქციებს ზოგჯერ  
შესაძლოა შეეხედეთ სუფთა მანიის შემთხვევებშიაც, მაგრამ

დაწყნარებისას ავადმყოფები იხდიან ხოლმე ბოდიშს და გრძობენ ჩადენილი საქმის უხერხულობას.

პალუცინაციებს ადგილი არა აქვს; ავადმყოფთ აღენიშნებათ შემცდარი ილუზორული აღქმელობა, რასაც საფუძვლად უნდა ჰქონდეს აქტიური ყურადღების შესუსტება და საგახზე ჭეოვანი გაერთწერტილიანების შეუძლებლობა.

ასევე ადგილი არა აქვს ბოღვითი იდეებს. აწეული გუნებგანწყობის ფონზე წამოჭრილი თითქოს განდიდების პროდუქციები მოკლებულია ბოღვითი იდეების სიმტკიცეს და უფრო მოვკავონებს ფანტაზიურ წარმოდგენებს.

ავადმყოფთ მკვეთრად აქვთ გამოხატული მოტორული და ფსიქომოტორული ფუხეციების აგზნება.

ფსიქომოტორიკის აგზნება მოცემულია პათოლოგიური პიროვნების მთლიანობაში; ამიტომ ავადმყოფებს აღენიშნებათ მოქმედებათა და არა მოძრაობათა აგზნება.

ისინი ბევრს მოქმედებენ: დარბიან, დახტიან, ცეკვავენ, აწუხებენ მუხობლებს, მრმვლელ პერსონალს მოსვენებას არ აძლევენ; ამასთან ერთად ლაპარაკობენ იმდენს, რომ ხმა ეხლიჩებათ; არ სძინავთ და არ ისვენებენ, მათ არ ეტყობათ დაღლილობის ან მოქანცულობის ნიშნები.

#### 4. დეპრესიული ფაზის სიმპტომატოლოგია

თუ მანიაკალური ფაზის დროს ფსიქიკური აპარატის სამივე სფეროში აღინიშნება თანაბარი აგზნება, ციკლოფრენიულ, სუფთა ანუ ენდოგენურ დეპრესიის დროს იგივე სამი სფერო ერთნაირად და თანაბრად დაკნინებულია და შეფერხებული.

გრძნობითი-ემოციური სფერო დაწეულია, ხოლო ინტელექტი და ფსიქომოტორიკა შეფერხებული.

დაკნინების და შეფერხების სიღრმისდა მიხედვით ვარჩევთ სუბდეპრესიულ, დეპრესიულ და მძიმე დეპრესიულ მდგომარეობებს.

როგორც წესი, ცნობიერება ნათელია; ხოლო მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა ცნობიერება აბნეული იყოს.

ავადმყოფთ აღენიშნებათ განსაკუთრებულად მძიმე, უსიამოვნო გუნებგანწყობა და აფექტური შთანთქმელობა.

ავადმყოფთა სახე დაღვრემილია, დანაოკებული და გადმოგაცემს მწუხარება-კმუნვარებას.

მძიმე დეპრესიაზე მოწმობს, როგორც შუბლის, ისე ქუთუთოს დანაოკება (იხ. სურ. 86).

თვითგრძობა-გუნებგანწყობის დაწევა, ვიტალური, ენდოგენური ბუნებისა და დაკავშირებულია ორგანიზმის ზოგადი ბიოტონუსის დაქვეითებასთან.

ცხოველი განცდები, ნამდვილი დამწუხრება ეკუთვნის იმ ძირითად სიმპტომთა რიცხს, რომლითაც ციკლოფრენიული ანუ სუფთა დეპრესია განსხვავდება შიზოფრენიკთა და პროგრესულ პარალიზიანთა დეპრესიისაგან.



სურ. 86. შარჯვნივ ნორმალური ზედა ქუთუთთა, მარცხნივ მოკუმულია ზედა ქუთუთთა ღრმა დეპრესიის დროს. ყურადღება უნდა მიექცეს მკვეთრად გაზაზულ ნაოკს.

როგორც ვიცით, შიზოფრენიული დეპრესია ყალბია და პირობადებულია ემოციური სფეროს განუჩრეველობით; ხოლო პროგრესული პარალიზის დროს ემოციური განუჩრეველობას საფუძვლად აქვს ავადმყოფთა გონებრივი სიღარბე, კეჟასუსტობა.

ასოციაციები შეფერხებულია: ავადმყოფები ლაპარაკობენ ძლიერ ნელა, დაბალი ხმით და კარგავენ აზროვნების ინოციატივას; ზოგჯერ აღვილი აქვს დეპრესიული ტონის ბოდვითი პროდუქციებს, როგორც შავალითად თვითბრალდების, თვითგანადგურების, ცოდვიანობის, დევნის და ნიჰილისტურ-ჰიპოქონდრიული ბოდვები.

ფსიქო-მოტორული სფერო შეფერხებულია.

მოტორიკის და ფსიქომოტორიკის შეფერხება-შეკავება ზოგჯერ იძლევა ე. წ. დეპრესიულ ანუ ფსიქომოტორულ სტუპორს.

### 5. ციკლოფრენიის ატიპური ფორმები

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ატიპური ფორმების განხილვისას პირველ რიგში საჭიროა აღინიშნოს ე. წ. შერეული მდგომარეობები.

უკანასკნელ შემთხვევებში ერთდამავე 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 ვიღებთ ფაზების ურთიერთშეცვლის (ანუ ურთიერთგადასვლის) პერიოდში.

შერეულ ფორმათა განხილვისას პრაქტიკულად საინტერესოა შემდეგი კლინიკური მდგომარეობანი:

დეპრესიული ახუგანრისხების მანია (მანიაკალური მდგომარეობა, რომლის დროსაც დაწეულია ემოციური სფერო, ზოგჯერ თან ერთვას მიღრეკილება განრისხებისადმი);

აქტიური მელანქოლია (დეპრესიას თან სდევს ფსიქომოტორიკის გაღიზიანება, რის გამოც ავადმყოფები მოტორულად მოუსვენარი და მშფოთავი არიან; ხშირია ინვოლუციის ჰერიოდში);

სტუპოროზული მანია (მანიაკალური მდგომარეობა ფსიქომოტორიკის შეკავებით);

უპროდუქციო მანია (მანიაკალური მდგომარეობა შეტყვევებითი აგზნების გარეშე, რაც შედეგია გონებრივი სფეროს შეფერხებისა).

ზემოხსენებულ ფორმათა გარდა კლინიკურად დასაშვებია კიდევ სხვაგვარი ვარიაციებიც.

ფსიქოზის ატიპიურობა შესაძლოა გამოიწვიოს სრულიად შემთხვევით თანდართულმა მომენტებმა, როგორც მაგალითად, ინფექცია-ინტოქსიკაციებმა და სხვა. უკანასკნელ შემთხვევებში ციკლოფრენიის ესა თუ ის ფაზა გართულებულია ცნობიერების პირველადი შეცვლით (დელირიული ანუ დელირიულამენციური მოვლენებით).

ციკლოფრენიის ერთ-ერთ დამოუკიდებელ ფორმას შეადგენს უ: შ. ციკლოთიმი, რომელიც თავისი კლინიკური მიმდინარეობით მოგვეგონებს გაშლილი ფსიქოზის მინიატურ ანუ აბორტულ სახეს. ამ დროს საქმე გვაქვს ჰიპომანიაკალურ ან სუბდეპრესიულ მდგომარეობასთან.

ავადმყოფები ზოგჯერ ინარჩუნებენ შრომის უნარსაც; ამიტომ ციკლოთიმიის შემთხვევათა მკურნალობა შესაძლოა ჩატარდეს ოჯახურ პირობებში ან პოლიკლინიკურად. ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში.

პერიოდული ანუ ცირკულარული ფსიქოზის განხილვისას სა-



ჭიროდ მიგვაჩნია გავიხსენოთ ე. წ. დიენცეფალური ბუნების მქონე ფსიქოქური აშლილობანი.

დიენცეფალური ფსიქოზების თეორიულ და პრაქტიკულ დასუშავებაში დიდი დამსახურება მიუძღვის ლენინგრადის სკოლას, პირველ რიგში გოლანტს.

დიენცეფალოზის ე. ი. შეამდებარე ტვინის თანშობილი ახ. შექენილ უკმარისობას შესაძლოა მოყვეს ციკლოფრენის სურათის-მაგვარი პერიოდული ფსიქოზი. ამ შემთხვევაში მანიაკალური თუ დეპრესიული ფაზები გართულდება დიენცეფალური სიმპტომატოლოგიით; მხედველობაში მაქვს ცნობიერების შეცვლა (გაბრუნება ან სიზმრისებრივი მდგომარეობა) და მდიდრად წარმოდგენილი ვეგეტაციური სიმპტომატოლოგია.

### 6. ციკლოფრენიის მკურნალობა

ავადმყოფთა მოთავსება სტაციონარში სავალდებულოა. საჭიროა რეჟიმის შექმნა და სათანადო მოვლა-ყურადღება.

დაძაბულ მზრუნველობას მოითხოვენ დეპრესიული ავადმყოფები, რადგანაც მათ აქვთ თვითჩვეულობის ცდები. უკანასკნელ შემთხვევაში განზრახვა რომ სისრულეში მოიყვანონ, ავადმყოფები ზშირად ახდენენ დისიმულაციას. ცდილობენ როგორმე თავი დააღწიონ სტაციონარს ან მომვლელი პერსონალის ზრუნვას.

როგორც მანიაკალური, ისე დეპრესიული ავადმყოფები მოითხოვენ გულთბილ ყურადღებიან მოპყრობას.

მართალია მათზე აქტიური ფსიქოთერაპია უშუალო ზეგავლენას არ ახდენს, ამისდა მიუხედავად რაციონალური ფსიქოთერაპიული ხასიათის ხანგრძლივი საუბრები ავადმყოფებზე ძლიერ დამამშვიდებლად მოქმედებს.

მანიაკალურ ფაზაში ხაჩვენებია ლუმინალი, მედინალი ან ვერონალი. ძლიერ კარგ შედეგებს იძლევა სისტემატურად ხმარებული ხანგრძლივი თბილი აბაზანები.

ჰიდროთერაპია ნაჩვენებია აგრეთვე დეპრესიულ ფაზაში.

დასამშვიდებლად მიეძმართავეთ ლუმინალს, ბრომურალს, ან ვერონალს. ფენამინი ამხნევებს ავადმყოფებს (Phenamini 0,01 დღეში 2—3-ჯერ).

აქტიური დეპრესიის და შიშის დროს კარგ შედეგებს იძლევა ოპიუმი წვეთებში (T-ae Opii 5—6 წვეთი დღეში სამჯერ).

**ფსიქოგენური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე აზლილოზანი**

**1. ზოგადი ფენიშვნები ფსიქოგენური ჩეაქციების ანუ ჩეაქტიული ფსიქოზების შესახებ**

ფსიქოგენური რეაქციები ანუ რეაქტიული ფსიქოზები წარმოადგენს კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან თავს.

ხსენებული რიგის ფსიქოზები თუ ფსიქოზური მდგომარეობანი არ იძლევიან რაიმე შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს. ეს გარემოება სრულიადაც არ ნიშნავს იმას, თითქოს შესაძლო იყოს ყოველგვარ მატერიალ საფუძვლებს მოკლებული უსუბსტრატო ფსიქოზების არსებობა.

უფრო მეტი, უახლესი ნატიფი ელექტრო-ენცეფალოგრაფიული გამოკვლევები ნათლად გვიჩვენებს, რომ ფსიქოგენიების დროსაც აქვს ადგილი ქერქული აპარატის ბიოდენების ნეიროდინამიკის შეცვლას.

ფსიქოგენიები, იქნება იგი წარმოდგენილი მარტივი რეაქციების, თუ პიროვნების რთული ავადმყოფური განვითარების სახით, უთუოდ გულისხმობს სამი მომენტის აუცილებლობას: მხედველობაში მაქვს ფსიქოგენური ეტიოლოგია; ავადმყოფობისადმი განმაწყობელი პირობები ანუ წინასწარი მზადყოფნა და დადებითი პროგნოზი (პიროვნების სრული აღდგენა).

მოკლედ შევჩერდეთ ჩამოთვლილ ცალკეულ მომენტებზე.

ფსიქოგენური ტრავმა, ე. ი. მძლავრი უსიამოვნო განცდა, რომელსაც პიროვნება გამოყავს წონასწორობიდან და იძლევა მის შრომითი-სოციალურ ძალთა დეკომპენსაციას, შესაძლოა იყოს წარმოდგენილი ხანმოკლე და ერთხელობრივი შოკური (ფსიქიკური შოკი) ან ხანგრძლივი პროტრაგირებული ტრავმის სახით.

ფსიქიკურ შოკს (მაგ. მძლავრი შეშინება; თავზარდამცემი უსიამოვნო ამბავის შეტყობა და სხვა) ჩვეულებრივად მოსდევს უეცარი და ხანდაწმულობას მოკლებული ავადმყოფური რეაქციები; აქ მექანიზმები მარტივი და პრემიტიულია. მაგალითისათვის დავასახელებთ ფსიქიკურ სტუპორს ან ე. წ. ცრუ სიკვდილის რეფლექსს, როდესაც მძლავრ შიშზე ავადმყოფები უცებ იძლევიან ფსიქიკურ გაკეება-გაყუჩებას ან ვარდებიან სრულიად უმოძრაო „მომკვდარიებულ“ მდგომარეობაში.

ზოგჯერ შოკტრავმა იძლევა პიროვნების რთულ პათოლოგიურ ჯანვითარებას, რისთვისაც საჭირო ხდება ხანდაზმულობის არსებობა ტრავმულ მომენტთან ავადმყოფურ რეაქციამდე.

სხეუბული პერიოდი სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა (დღე, კვირა, თუ თვე) და ცნობილია, როგორც ფსიქოგენური რეაქციის გამოკვეთის ანუ ჩამოყალიბების პერიოდი.

აღნიშნული დროის მანძილზე პიროვნება ავადმყოფურად გადაამუშავებს და „იციხნის“ (ფსიქოპათოლოგ უანეს ტერმინია) ფსიქოტრავმულ განცდებს.

პროტრაგირებული ფსიქიკური ტრავმის შემთხვევებში აღდილი აქვს პიროვნების ხანგრძლივ და მრავალგზის ტრავმატიზაციას, რის შედეგადაც ხდება ფსიქიკური აპარატის „მშხამავი გაუქმნთვა“ ასთენიური ემოციებით.

როგორც წესი, პროტრაგირებულ ტრავმას მოსდევს რთული ფსიქოპათოლოგიური მექანიზმების მქონე რეაქტიული მდგომარეობანი.

რეაქტიული ფსიქოზების შემთხვევებში ფსიქიკური ტრავმა არის არა მარტო ეტიოლოგიური, არამედ პათოგენეზური, წამყვანი ფაქტორი.

აქ ფსიქოზური კლინიკური სურათი გაშლილია ფსიქო-ტრავმულ განცდებზე ანუ პირიქით, ასთენიური განცდები ჩაქსოვილია რეაქტიულ მდგომარეობათა ფენომენოლოგიაში.

იქ, სადაც აღნიშნული შეუღლება არ არსებობს, ვერ შევჩერდებით რეაქტიული ბუნების მქონე ფსიქოზებზე.

უნდა ითქვას, რომ ფსიქიკური ტრავმით და ფსიქოტრავმული შინაარსის მქონე კლინიკური ფენომენოლოგიით ვერ ამოიწურება ფსიქოგენიების არსი.

მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული პრემორბიდის მზადყოფა.

ავადმყოფობისადმი მიდრეკილება ანუ მზადყოფა თავის მხრივ განისაზღვრება პიროვნების თავისებურებით (ლაბილური ფსიქიკური აპარატი, ნევროპათიული სტიგმები და ხასიათში ფსიქოპათიური ხაზები) და ევზოგენური პირობებით, რომელშიაც მოქცეულია ავადმყოფი.

ყველა გარეგანი თუ შინაგანი ფაქტორი, რომლებიც იწვევს პიროვნების ფსიქო-სომატიურ ასთენიზაციას (დაძაბუნებას), ხელს უწყობს რეაქტიულ მდგომარეობათა განვითარებას. საჭიროა გვიხსენოთ ინფექციების, ინტოქსიკაციების (პირველ რიგში ალკო-

პოლიზმი), ქალას ტრავმების, უძილობის, დადლილობის, შიმშილობის და ინვოლუციური ასაკის უარყოფითი ზეგავლენა.

ფსიქოგენიის მესამე აუცილებელ ნიშანს შეადგენს დადებითი პროგნოზი ე. ი. პროგნოზიბილულ პიროვნების სრული აღდგენა.

ფსიქოთერაპიულ ღონისძიებათა ფართო ხმარება, ჯეროვანი რეჟიმის და პირობების შექმნა და აგრეთვე ფსიქოტრავმულ ფაქტორთა სრული მოხსნა დადებითი პროგნოზის მტკიცე და უტყუარი საწინდარია.

## 2. რეაქტიული დეპრესია

ფსიქოგენურ რეაქციათა შორის ერთერთ უხშირეს ფორმას წარმოადგენს რეაქტიული დეპრესია. მას საფუძვლად აქვს პიროვნებისათვის განსაკუთრებულად უსიამოვნო და კატასტროფიული ამბები (მახლობლის დაკარგვა და სხვა). აქ საქმე გვაქვს სხვადასხვა ხანგრძლივობის ემოციურ აშლილობასთან, რომელიც სცილდება ჩვეულებრივი დამწუხრების ფიზიოლოგიურ ფარგლებს და იძლევა პიროვნების შრომითი-სოციალური კავშირის დარღვევას.

მსგავსად ყოველი ფსიქოგენიისა, რეაქტიული დეპრესიის შემთხვევებშიაც ხდება პიროვნულ შესაძლებლობათა ანუ ფსიქიკური აპარატის ნორმული მექანიზმების ამოქმედება-გამოყენება.

მაგრამ ამასთან ერთად რაოდენობა 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; შეიძლება გავლებული იყოს ანალოგიები და შედარებითი პარალელები, ხოლო ფსიქოზურ გამოვლინებათა ფიზიოლოგიურ მექანიზმებამდე დაყვანა და ამოწურვა ყოველად შეუძლებელია.

კონსტიტუციური ნერვულობა და პრემორბილულ პიროვნებაში სენსიტიური ან ციკლოთიმიური ხაზების არსებობა არის ის ძირითადი ფონი, რომელიც ხელს უწყობს დეპრესიულ რეაქციათა განვითარებას.

რეაქტიული-დეპრესია მხოლოდ გარეგნულად წააგავს ენდოგენურ (ვიტალურ ანუ ციკლოფრენიულ) დეპრესიას.

ფსიქოგენური დეპრესია არ იძლევა პიროვნების სიღრმიდან (ღრმოვან შრეებიდან) მომავალ ემოციურ-აფექტური ხასიათის ძვრებას; მას არ ახასიათებს აგრეთვე თვითდამცირების ან თვით-

ზრალდების ბოდვითი წარმოდგენები და ფსიქომოტორული სფეროს შეფერხება.

ფსიქოგენური დეპრესიის შემთხვევებში ავადმყოფთა ბოლძა ექზოგენურად პირობადებულია; ისინი ბრალს სდებენ „რა თა-ვიანთ თავს, არამედ სხვებს—გარშემომყოფ პირებს.

### მ. მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე ფსევდოდეპრესიის და ფსიქიკური პუერილიზმი

მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე გვხვდება თავზარდამცემ მდგომარეობათა შემთხვევებში, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე დიდ საშიშროებაში მოექცევა.

პიროვნების ყოფნა-არყოფნის ბიოლოგიური შიში უფრო ხშირად ვითარდება სტიქიურ უბედურებათა დროს (მიწისძვრა, წყალდიდობა და სხვა).

მდგომარეობა გრძელდება რამოდენიმე დღე, კვირა, ზოგჯერ თვე და არ იძლევა რაიმე გართულებებს.

გადატანილი ამბების მიმართ ავადმყოფთ მეხსიერებაში აღენიშნებათ ხარვეზები.

მწვავე ფსიქოგენური რეაქცია კლინიკურად შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ორგვარი სიმპტომოკომპლექსის სახით.

ერთ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფები მოდიან მოტორულ აგზნებაში, იძლევიან ე. წ. მოძრაობათა ქარიშხალს. ელდა-შიშის დრომ განვითარებული მწვავე აფექტური დაძაბვა პიროვნებას უსპობს ჟმალღესი ქერქული მოქმედების უნარს და უფიწროებს ცნობიერების ველს; ხოლო უკანასკნელი გარემოება იწვევს ქერქ-ქვეშა ბუნების მქონე მოტორულ აგზნებას.

მეორე რიგ შემთხვევებში ცნობიერების ველის მაქსიმალურ შევიწროებას მოსდევს პიროვნების ზოგადი გაკავება-გაყუჩება, ე. წ. ფსიქიკური სტუპორი.

როგორც მოძრაობათა ქარიშხალი, ისე ფსიქიკური სტუპორი წარმოადგენს პიროვნების თავდაცვით რეაქციებს; მაგრამ აქ თავდაცვას აქვს ავადმყოფური ხასიათი, ვინაიდან ქერქული რეაქციების დაკნინების გამო ამოქმედებულია ქერქქვეშა მექანიზმის მქონე პიროვნების პრიმიტიული მექანიზმები.

ფსევდოდეპრესიის სინდრომი აგრეთვე ეკუთვნის ფსიქოგენურ რეაქციათა ჯგუფს.

აქაც ავადმყოფურ თავდაცვასთან გვაქვს საქმე. სხვადასხვა რთული და გამოუვალი სიტუაცია, რომელშიაც პიროვნებაა მოქ-

ცუელი, წარმოშობს სურვილს და შინაგან განწყობას ავადმყოფობისადმი.

ამით პიროვნება თავს იცავს არასასურველ შედეგებიდან; ავადმყოფობაში გახსელის გზით სწარმოებს თავდაცვა და თავის დაზღვევა; ავადმყოფური გზით ხდება რთული ვითარების განეიტრალება.

კლინიკურად ფსევდოდემენციის დროს საქმე გვაქვს ჰეპათოსუსტ ავადმყოფებთან. მაგრამ აქ ჰეპათოსტობა ყალბია, რადგანაც იგი არის არა გონებრივი ფუნქციების დაქვეითების არამედ პიროვნების შინაგანი ავადმყოფური განწყობის შედეგი.

ფსევდოდემენცია გაცილებით უფრო ტლანქი და ტოტალურია, ვიდრე სხვა რომელიმე სახის ორგანული ჰეპათოსტობა.

ფსევდოდემენციის დროს ავადმყოფებმა არ იციან რა გვარი აქვთ, სად იმყოფებიან, რამდენი თითი აქვთ, ვერ გვაჩვენებენ ხელს ან ფეხს, თვლა არ შეუძლიანთ, არ იციან, ერთი მეტია თუ ორი და ასე შემდეგ. ავადმყოფები ჰეპათოსტნი არიან აგრეთვე ქცევის, სიძარული, მოქმედების, რეაქციების, სახის გამომეტყველების თუ ლიშილის მხრივ. აქ ვხედავთ ყოველგვარ ცდას დაგვარწმუნონ, რომ მათ აქვთ მძიმე ავადმყოფობა, სულიერი აშლილობა და ყოველმხრივ უმწეო უსუსურნი არიან.

ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურით ფსევდოდემენციასთან მსგავსი ახლო დგას ე. წ. ფსიქიკური პუერილიზმი ანუ ფსიქიკური ინფანტილიზმის სინდრომი.

შუანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფები ახდენენ განსვლას ბავშვობაში: ენას უკიდებენ, აკეთებენ თოჭინებს, ხმარობენ სააღვრსო სიტყვებს და სხვა.

როგორც ვხედავთ, მოძრაობათა ქარიზხალის, ფსიქიკური სტრუქტურის, ფსევდოდემენციის თუ პუერილიზმის დროს ავადმყოფები ახდენენ თავდაცვას პათოლოგიის გზით ე. ი. სინამდვილის უარყოფით და ფსიქოზში განსვლით.

ბიადება საკითხი: თავდაცვითი ფსიქოგენიები განხილული უნდა იყოს, როგორც ტლანქი სიმულაცია, თუ ნამდვილ ავადმყოფურ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე?

ხსენებულ შემთხვევებში სიმულაციაზე ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ იმიტომ, რომ აქ გამოსკვივის პიროვნების შინაგანი სურვილები, მისი განწყობა. მაგრამ ეს მხოლოდ საკითხის ერთი მხარეა.

თავდაცვითი ფსიქოგენიების ფსიქოპათოლოგიური არსი არ ამოიწურება მხოლოდ პიროვნების სურვილებით თუ ტენდენციე-

ბით. აქ მთავარია ავადმყოფურ მექანიზმთა ამოკმედება და მათი გამოყენების შესაძლებლობა.

პიროვნება მხოლოდ სურვილით ვერაფერს ვერ მისღწევს; ვერაფერს ვერ გახდება.

წამყვანია ჯეროვანი მექანიზმების არსებობა.

პრიმიტიულ ფსიქონერვულ მექანიზმთა სიჭარბე და ადვილი გამოვლენება უთუოდ პათოლოგიის მაჩვენებელია. ხსენებული მექანიზმები კმნის არა მარტო ფონს, არამედ აყალიბებს ავადმყოფობას; აძლევს შინაარს და მიმართებას ფსიქოზს.

#### 4. პარანოიდული რეაქციები და ე. წ. ინფუციური ფსიქოზი

ბოლღითი პროდუქციები მხოლოდ იმ შემთხვევაში ატარებენ რეაქტიულ ხასიათს, როდესაც ისინი თავისი გენეზით და შინაარსით დაკავშირებულია გარკვეულ უსიამოვნო ამბებთან.

ფსიქოტრავმულ მომენტთა არსებობა, ფიზიკური ასთენია და მოწიფული ასაკი ამტკიცებს და ახანგრძლივებს პარანოიდულ რეაქციებს.

არსებობს მწვავე ბოლღითი მდგომარეობები, რომლებიც შესაძლოა ჩათავდეს რამოდენიმე დღეში თუ კვირაში.

როგორც ვთქვით, ფიზიკური ასთენია და ასევე ფიზიკური არასრულღირებულოვანების გრძნობა (სრული სიბრმავე ან სიყრუე) ხელს უწყობს ბოლღითი წარმოდგენების რეაქტიულ განვითარებას.

გარეგანი სიტუაციური მომენტებით და ორგანიზმის ფიზიკური უკმარისობის გრძნობებით ვერ ამოიწურება პარანოიდულ რეაქციათა პათოგენეზი. საჭიროა პიროვნების მზადყოფა, ჯეროვანი ქარაქტეროლოგიური ხაზების არსებობა.

ჩვენ ვხვდებით შემთხვევათა ორ ჯგუფს: პარანოიდული განვითარება შეიძლება მოგვეცეს, როგორც სთენიური, ისე ასთენიური ხაზების მქონე პირებში.

სთენიური შემთხვევითი რეაქციების მტარებელნი ე. ი. ჰიპერთიმულ-ექსპანსიური პირები უფრო ხშირად იძლევიან მოდავეობის ბოლღებს; პირიქით, სუსტ, ლაბილურ, მგრძნობიარე, სენსიტიურ პირებს სჩვევიათ ბოლღითი პროდუქციები თვითღამცირების და საკუთარი უკმარისობის შესახებ.

ზოგჯერ სთენიური ბოლღითი იდეების მქონე პირები თავიანთ ზრებში ითრევენ სხვებს; ახდენენ საკუთარი ავადმყოფური აზ-

რების გადაცემას და ამნაირად ყალიბდება ინდუქციურ ბოლდვითი მდგომარეობა.

ბოლდვითა გარდა პალუცინაციურ და გულყრითი სინდრომსაც შეუძლია მოგვეცეს ინდუქციური აშლილობა.

ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ინდუქციურ ფსიქოზს მიუღია ეპიდემიის ხასიათი და გავრცელებულა მასობრივად.

ინდუქციურ ფსიქოზთა პათოგენეზში წამყვანი როლი ეკუთვნის პრემორბიდულ პიროვნებას.

გონებრივად უქმარისხი, მგრძობიარე და ემოციურად ლაბილური პირები ადვილად იძლევიან ინდუქციურ ფსიქოზებს.

## 5. 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 შემოიფარგლა და შევიწროვდა აგრეთვე პარანოიას კლინიკური ჩარჩოებიც.

ამჟამად საკმაოდ დამტკიცებულია, რომ თავისი პათოგენეზის და ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის მხრივ პარანოიას არაფერი საერთო არა აქვს შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებებთან.

პარანოიას კლინიკა ვითარდება ფსიქოგენური ბუნების მქონე კანონზომიერებათა თახახმად და იგი წარმოადგენს რეაქტიულ ფსიქოზთა ერთერთ დამოუკიდებელ, მაგრამ ამავე დროს განსაკუთრებულ ფორმას.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ პარანოიას კლინიკური დამოუკიდებლობა პირობადებულია დაავადების პათოგენეზის თავისებურებით.

თუმცა პარანოია ეკუთვნის რეაქტიულ ფსიქოზთა რაგს, მას მაინც აქვს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკურობა იგი დგას ჩვეულებრივ ფსიქოგენიათა გარეშე.

მთავარ მომენტს შეადგენს ის გარემოება, რომ სხვა რეაქტიულ ფსიქოზებთან შედარებით, პარანოიას დროს განსაკუთრებული სიჭარბითაა წარმოდგენილი პიროვნების კონსტიტუციური თავისებურებანი. სიტუაციური კონფლექტები და ცხოვრების უსიამოვნებანი პრემორბიდის გარკვეულ ქარაქტეროლოგიურ ფონზე იძლევა პიროვნების პათოლოგიურ განვითარებას, ხდება ლოგიკურ შე-



საძლებლობათა გაუქმდებარება, ავადმყოფობა იღებს მტკიცე ქრონიკულ მიმდინარეობას და მოუარჩენელ სახეს.

მხოლოდ „ავადმყოფური ბრძოლის“ მრავალწლიანი გამოცდილება და მოწიფული ასაკის ფიზიკური ჰერობა არბილებს და ერთგვარად აუფერულებს პარანოიკის ბოღვითი დაძაბვას.

პიროვნების თანდათანობით, მაგრამ მტკიცე და შეურყეველი პათოლოგიური განვითარების შედეგად ლოგიკური აპარატი იმდენად მრუდდება, რომ ავადმყოფის პიროვნება იმოსება ახალი ბოღვითი მსოფლმხედველობით.

ეს ახალი „მსოფლმხედველობა“ ქმნის პიროვნების ასევე ახალ ტენდენციებს და ბაღებს ცხოვრების და მოქმედების ახალ ხაზს.

ბოღვითი მსოფლმხედველობა ავადმყოფური პიროვნების განუყოფელი ნაწილია; ბოღვები და ავადმყოფური „მე“ მოცემულია ერთიან მთლიანობაში; შეუძლებელი ზღება მათი ურთიერთ დაშორება ან დაპირისპირება.

გარემო სამყარო, ყველაფერი ის, რაც ზღება ავადმყოფის ირგვლივ, გარდატეხას განიცდის ავადმყოფურად გამრუდებულ ლოგიკაში. ავადმყოფური მსოფლმხედველობა წარმოშობს დამოკიდებულებათა ახალ შეფარდებას: „მე“ და „გარემო“ ან „მე“ და „ისინი“ და ასე შემდეგ.

პარანოიას დროს ფსიქოპათოლოგიური ძვრები დრმა ხასიათისაა. აღდილი აქვს პიროვნების კათათემიური ტენდენციების წამოჭრას წინა პლახზე.

თანდათანობით გამოიმუშავდება და ყალიბდება ხასიათის ახალი ხაზები; ყველაფერს უცქერა ეჭვით და უნდობლობით; ყველგან ხედავენ დამცირებას და შეურაცყოფას; ეძებენ „სიმართლეს-ქეშმარიტებას“.

ურყევი ბოღვითი სისტემასთან ერთად ავადმყოფებს აზროვნება, ემოციურ-ნებითი რეაქციები და მოქმედებები სრულიად მოწესრიგებული აქვთ.

პარანოია არასდროს არ იძლევა ჰეუსუსტობის ფორმალურ ნიშნებს, ან სულით ავადმყოფობის სხვა რაიმე სიმპტომებს; არ არსებობს აგრეთვე აღქმის პათოლოგია. ცნობიერება სრულიად ხეთელია. ამასთან ერთად კრიტიკა ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ სრულიად მოსპობილია.

როგორც უკვე ვთქვით, პარანოიკთა პრემორბიდში აღინიშნება მკვეთარი ფსიქოპათოლოგიური ხაზები, სახელდობრ: თვითღი-რებულების გადაჭარბებული გრძნობა, ეგოცენტრიზმი, კათათემიური აზროვნება, შეუჩერებელი ფანტაზიები, ტენდენციები ცალ-

მხრივი კრიტიკისადმი და თავის თავის კრიტიკის სრული უქონლობა; ზოგჯერ აღინიშნება სექსუალური გაუქუღმართებანი.

ბოღვითი პროდუქციების კლინიკაში ეხვდებით ორგვარ მიმართულებას: უფრო ხშირად განდიდების; ხოლო იშვიათად დევნის ბოღვებს.

სთენიური ანუ განდიდების შინაარსის მხრივ საყურადღებოა აღმოჩენის, დიდკაცობის, დიდ შთამომავლობის, რელიგიური და ეროტიული ბოღვითი აზრები.

თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფობა ვითარდება 30 წლის შემდგომ, დიფერენციული დიაგნოზი პირველ რიგში უნდა გატარდეს შიზოფრენიული ჭგუფის დაავადებებთან (პარანოიდული ფორმა შიზოფრენიისა; სისტემური პარაფრენია).

მკურნალობა სიმპტომატურია. ის შემთხვევები, სადაც ბოღვების შინაარსი ექვს ბაღებს ავადმყოფთა სოციალურ საშიშროებაზე, აუცილებლივ მოითხოვს სტაციონარულ დახმარებას.

## 8. ჰისტერიის კლინიკა

### ა. ზოგადი შენიშვნები

თეორიულად და პრაქტიკულად ჰისტერია წარმოადგენს ფსიქოგენურ რეაქციასთა ერთერთ მეტად მნიშვნელოვან თავს.

მრავალფეროვანი და მრავალსახოვანია ჰისტერიულ გამოვლინებათა კლინიკა. ამასთანავე, უნდა ითქვას, რომ არსებობს ერთი ზოგადი ნიშანი, რომელიც საფუძვლად უდევს ყველა სახის ჰისტერიულ მდგომარეობას; მხედველობაში მაქვს პიროვნების ფსიქოფიზიკური აპარატის ფუხქციური (ნეიროდინამიკული) თავისებურებანი.

ჰისტერიული ტიპის რეაქციები და გამოვლინებანი შეტად დინამიკურია და არ არის პირობადებული მხოლოდ ენდოგენური კონსტიტუციური ფაქტორებით.

ეკზოგენური მიზეზები (ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ფსიქიკური ტრავმები) და აგრეთვე ორგანიზმის ბიოტონუსის შეცვლა (ასაკი, გენერაციული პერიოდები) აძლიერებს პიროვნების ჰისტერიულ თვისებებს.

ჰისტერიის შესახებ არსებობს უამრავი ლიტერატურა, მაგრამ პრობლემის შესწავლის ნამდვილი მეცნიერული პერიოდი იწყება მას შემდეგ, რაც ჰისტერია განთავისუფლდა სუფთა ფსიქოლოგიის, იდეალისტური ფსიქოლოგიის და მექანიკური მატერია-

ლიზმის ბურუსიდან და დაიწყო მისი კვლევა-ძიება ნეიროფიზიო-  
ლოგიის მონაცემთა, პირველ რიგში პ ა ვ ლ ო ვ ი ს მოძღვრების  
ქრილში.

ამ მხრივ პრიორიტეტი ეკუთვნის საბჭოთა მკვლევარებს.

დღეს უკვე დადსტურებულია, რომ ჰისტერიას! საფუძვლად  
აქვს უმაღლეს ფსიქიკურ (ნეიროდინამიკურ) მექანიზმთა უკმა-  
რისობა.

უმაღლეს ქერქულ შესაძლებლობათა სისუსტის შედეგად გა-  
მუხრუჭებული ემოციები უშუალოდ მოქმედებს პიროვნების არა  
მარტო ფსიქიკურ, არამედ სომატიურ აპარატზე; იცვლება ავად-  
მყოფთა ქცევა, სურვილები და აგრეთვე ფსიქიკური და სომატიუ-  
რი ფუნქციები.

გ უ რ ე ვ ი ჩ ი და ს ე რ ე ი ს კ ი გარკვეულად აღნიშნავენ,  
რომ ემოციურ-აფექტურ გამოვლინებათა ადვილი ირადიაცია ე. ი.  
გავრცელება-გადანაცვლება სომატიურ ფუნქციებზე არის ჰის-  
ტერიის ძირითადი თავისებურება.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ს თანახმად, ჰისტერიელთა ფსიქიკური აპარატი  
ადვილად გადადის ჰიპნოზურ მდგომარეობაში, რადგანაც აქ სულ  
მცირე გაღიზიანება ხშირად იძლევა ქერქული აპარატის შეკავენას.

ქერქულ შეკავენას მოსდევს ე. წ. უარყოფითი ინდუქცია,  
ვინაიდან ქერქის შეკავენა თანაგვარ მოვლენას კი არ იწვევს ქერქ-  
ქვეშა უბნებში, არამედ აგზნებას, ამოქმედებას.

ქერქული შეკავენით და ქერქ-ქვეშა უბნთა ამოქმედებით  
შეიძლება აიხსნას ჰისტერიული ბუნების მქონე დამბლები, ანეს-  
თეზიები, ჰიპერკინეზიები, გულყრითი განტვირთვები და აგრეთვე  
მოულოდნელი და სწრაფი რეაქციები (ე. წ. „მოკლე გადანაცვ-  
ლები“).

ემოციურ-აფექტურ ფუნქციათა გადანაცვლების შესახებ დიდი  
ხანია იწერება ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში, მაგრამ მისი ფი-  
ზიოლოგიური საფუძვლების გამოკვლევა შესძლო ცნობილმა მეც-  
ნიერმა—კლინიცისტმა, გამოჩენილმა ფსიქოთერაპევტმა, საქართვე-  
ლოში ფსიქიატრიული დარგის ფუძემდებელმა მიხეილ ასა-  
თ ი ა ნ მ ა .

ის ჯერ კიდევ 1913 წელს, პირველად მსოფლიოში, შეეცადა.  
ჰისტერიული მექანიზმები აეხსნა პ ა ვ ლ ო ვ ი ს გენიალური  
მოძღვრების თვალთახედვით. ამით იგი აძლიერებს ფსიქიატრიის  
მატერიალისტურ პოზიციებს და გადაჭრით ებრძვის იდეალისტური  
ფსიქოლოგიის წარმომადგენლებს.

თავის კლასიკურ მონოგრაფიაში („ფსიქონევროზები“, 1933 წელი; ქალ. თბილისი) მიხეილ ასათიანმა დეტალურად დაამუშავა საკითხები ჰისტერიის და საერთოდ ფსიქონევროზების ფსიქოლოგიური მექანიზმების და ფიზიოლოგიური საფუძვლების შესახებ.

მას შემოაქვს ფსიქიატრიის კლინიკაში ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიობის სრულიად ახალი ცნება, რომელსაც მიაწერს წამყვან როლს ჰისტერიულ სიმპტომთა განხილვისას.

საჭიროდ მიძახნია შევჩერდეთ მიხეილ ასათიანის კონცეფციაზე.

ასათიანი სწერს: „უკვე წარსული საუკუნის ბოლოში ნევროპათოლოგებმა და ფსიქიატრებმა შენიშნეს, რომ იმ პირთ, რომელთაც აქვთ მიდრეკილება ჰისტერიული რეაქციებისადმი, ახასიათებთ აწეული აგზნებულება, შთაბეჭდილიანობა და მგრძობიანობა და ამას გარდა მათ აქვთ შესაძლებლობა თავის ნებისყოფილობას დაუმორჩილონ ისეთი ორგანო, როგორც არის გული“.

„მე არ მოვიყვან სხვა ავტორებს, არც ძველსა და არც ახალს, რომელნიც იძლევიან სხვადასხვა ახსნა-განმარტებას ჰისტერიულების ამ განსაკუთრებულ თვისებისას, რაც გულისხმობს იდეის გარდაქმნას სხეულოვან სახედ. რა არის საჭირო ფსიქიკის ასეთი განსაცვიფრებელი თვისებისათვის? საჭიროა ერთის მხრით—იდეის პლასტიობა, და მეორეს მხრით—ფიზიოლოგიური პროცესების პლასტიობა. პლასტიკური ფსიქო-ფიზიკური აჭარატის ამ თვისებას მე ვუწოდებ ფსიქო-ფიზიოლოგიურ პლასტიობას.“

იბადება საკითხი,—ეს თვისება წარმოადგენს აგრეთვე ნორმალური ორგანიზმის კუთვნილებას, თუ იგი გამოხატავს განსაზღვრულ პათოლოგიას? ჩვეულებრივი გამოხატულების ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიობა ახასიათებს ყველას; ხოლო უზომო გამოხატულების ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიობა, როდესაც რაოდენობა იქცევა თვისებად, უკვე წარმოადგენს პათოლოგიურ პიროვნებათა კუთვნილებას. სიტყვა „ლიმონი“ ყველა ადამიანს მოგვრის ნერწყვს, მაგრამ ის პირი, რომელიც ამ შემთხვევაში იგრძნობს მკაფიე გემოს და რძქელიც მოგვცემს სახის შესაფერის გამომეტყველებას და პირი გაევისება ნერწყვით, უეჭველად იქნება პათოლოგიური რეაქციის მტარებელი; მისი ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიობა უნდა იყოს არანორმალურად აწეული. გაზაფხულზე, როდესაც ხელახლად ვიცვამ რეზინის ფარაჯას, რომელიც ნაყიდი მაქვს რამდენიმე წლის წინად, მე უცებ განვიციდი სასიამოვნო

ჯრძნობათა ერთგვარ მოზღვაებას, ენერგიას, კარგ გუნებ-განწყობას; ვცდილობ როგორმე გავიგო ამის მიზეზი და აი რამდენიმე წუთის შემდგომ მაგონდება შარშანდელი წელი, როდესაც პირველად ჩავიცვი ეს ფარაჯა და მოულოდნელად შევხვდი ერთ პირს, რომელმაც ამაწყო რომანტიკულად და რალაც საკვირველებით ასწია ჩემი გუნებ-განწყობა. ჯრძნობათა და შეგრძნებათა ასეთი გაცხოველება სრულიად ბუნებრივია და არ შეიცავს არაფერ პათოლოგიურს. სულ სხვა იქნებოდა, რომ აღმედგინა შარშანდელი სცენა, დაწერილებით გამემეორებინა შარშანდელი სიტყვები, მსმენოდა მასუხები, მეწარმოებინა უესტები და თავი დამეკირა ისე, თითქმის სინამდვილეში ჩემს მახლობლად ყოფილიყო ჩემი ჯრძნობების ობიექტი“ (ასათიანი).

თანახმად ასათიანისა, ცნობიერების გაფანტულობა თუ მკვეთრი აფექტი აძლიერებს ფსიქოფიზიოლოგიურ პლასტიობას და ამნაირად კმნის ნეიროდინამიკულ პირობებს ჰისტერიული სიმპტომების განვითარებისათვის. ხოლო უკანასკნელთა (ჰისტერიულ გამოვლინებათა) ფიქსაცია და განმეორებანი (განცდათა რეპროდუქცია თუ გულყრითი განტვირთვები) ხდება თანახმად პათოლოგიური პირობითი რეფლექსებისა.

ჰისტერიულ ფსიქონევროზს მიხეილ ასათიანი აღწევს შემდეგ საბოლოო განმარტებას:

„ფსიქონევროზები წარმოადგენს წმინდა ფსიქოგენური რეაქციების ტიპს, რომელიც უმრავლეს შემთხვევაში ონტოგენური მიდრეკილების (ყარჯიშობის) შედეგი უნდა იყოს. პიროვნების ბირთვის შეცვლა-დარღვევა ამ დროს არ არის, ხოლო ფსიქიკური ტრავმის შემდგომ აფექტური ინერვაციის გაძლიერების გამოისობით იქმნება კონფლიქტი პიროვნების და აპარატს (აფექტური ინერვაცია) შორის. ძლიერი აფექტები სცელის ცნობიერებას, რასაც მოსდევს ფსიქოფიზიოლოგიურ პლასტიობის აწევა და შესაფერისი ფიქსაციები, ხოლო სიმპტომები ხშირად ორგანიზაციასწმინდია თანახმად ფსიქოგენურად აგებული პათოლოგიური პირობითი რეფლექსებისა“.

ეგოიზმი, ეგოცენტრიზმი, თეატრალობა, მუდმივი სურვილი, რომ გამოჩნდნენ და იყვნენ უფრო მეტი, ვიდრე სინამდვილეში არიან, წარმოადგენს პრემორბიდის ქარაქტეროლოგიურ თვისებებს.

ჰისტერიის კლინიკა იგივე ფსიქოგენიათა კლინიკაა, ხოლო ჰისტერიული ფსიქოზი ეკუთვნის რეაქტიულ ფსიქოზთა რიგს.

ისმება საკითხი: მოველოდეთ უნდა ჰისტერიის დროს პიროვ-

ნების შინაგანი სურვილებიდან გამომავალ თავდაცვითი რეაქციებს თუ არა?

შესაძლოა თუ არა, რომ ჰისტერიის დროს კლინიკური სურათი უფარდებოდეს (ეხამებოდეს) ავადმყოფური პიროვნების ძირითად განწყობას?

არამცთუ შესაძლოა, კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ჩვეულებრივად ყოველი ჰისტერიული სიმპტომი ავადმყოფური თავდაცვითი რეაქციის გამომშატველია.

ამ მხრივ მწვავე ფსიქიკური რეაქცია, ფსევდოდემენცია, პუერილიზმი თუ ჰისტერია სდგას ერთ რიგში; ყველა ამ შემთხვევაში გამოსკვივის პიროვნების ძირითადი სურვილები და თავდაცვითი ტენდენციები. უფრო მეტიც, ჩვენ მიგვაჩნია მიზანშეწონილად ხსენებული კლინიკური სინდრომები განვიხილოთ თანამსგავსი და თანაბარი პათოგენეზის მქონე მდგომარეობად.

ამ მხრივ ყურადსაღებია ე. წ. ჰანსერიის მიერ გამოყოფილი ფსიქოზის პათოფსიქოლოგიური ანალიზი.

ცნობიერების სომნამბულური (ჰისტერიული) შეცვლა, ფსევდოდემენცია და პუერილიზმი, რომელიც შეადგენს ჰანსერიის სინდრომის კლინიკას, მთელი რიგი ავტორების მიერ განიხილება, როგორც ჰისტერიული ფსიქოზი.

ასათრახს მოყავს შემთხვევა, როდესაც დედა სრულიად ვერ ურიგდება ემოციურ-აფექტურ კატასტროფას, რომელიც დაატყდა მას შვილის სიკვდილის გამო და იძლევა ფსიქოზს.

ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობაში დედა უარყოფს არსებულ სინამდვილეს; იგი ავადმყოფურად დარწმუნებულია, რომ ბავშვი ცოცხალია და იქცევა ამის შესატყვისად: ათამაშებს მას, ელაპარაკება ბავშვის თოჯინებს და სხვა.

აწერილი სურათი მოგვაგონებს მდგომარეობას, რომელიც ფსიქიატრიაში ცნობილია სახელწოდებით: „ფსიქოზში განსვლა“.

ჩვენის აზრით აქ აღილი აქვს არა „ავადმყოფობაში განსვლა“, არამედ „განსვლა სინამდვილიდან“.

უკეთ, რომ ვთქვათ, თავდაცვითი რეაქცია სწარმოებს სინამდვილის უარყოფით ე. ი. ავადმყოფი გაურბის მის გარშემო შემქმნილ აუტანელ ვითარებას.

„განსვლა სინამდვილისაგან“, წარმოადგენს ჰისტერიული ბუნების მქონე კლინიკურ გამოვლინებათა ერთერთ მნიშვნელოვან „პათოგენეზურ მექანიზმს“.

## მ. ჰისტერიის ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია

მეტად მრავალფეროვანია ჰისტერიის ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია. მას შეუძლია ზოგჯერ არაჩვეულებრივი და სრულიად მოულოდნელი ნევროლოგიური სიმპტომები; უკანასკნელთ ფსიქიატრიის კლინიკაში უწოდებენ ჰისტერიის სტიგმებს ანუ ნიშნებს.

შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს, როგორც ცალკეულ სიმპტომებს, ისე სიმპტომთა განსაკვირვებელ კომბინაციებს.

ჰისტერიას ახასიათებს მგრძობელობითი, მოძრაობითი და გულყრითი პათოლოგია.

ძირითადი და საყურადღებო არის ის გარემოება, რომ ფიზიკური (ნევროლოგიური) სიმპტომატოლოგია ფსიქიკურად (ე. ი. ფსიქოგენურად) პირობადებულია. სიმპტომები ვითარდება და ისპობა შთაგონების და თვითშთაგონების საშუალებით. აღნიშნული მომენტი ხელს უწყობს სიმპტომთა მერყეობას, მოძრაობას და ცვალებადობას.

ჰისტერიული სიმპტომატოლოგია აბაოლუტურად გამორიცხავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნებს, მაგალითად: ამ დროს გამორიცხულია პათოლოგიური რეფლექსები, ორგანული დამბლები და სხვა.

მგრძობელობის თუ მოძრაობის ჰისტერიულ გამოთიშვას სწავუძღვლად არ უდევს ანატომიური სუბსტრატის პათომორფოლოგიური ძვრები; იგი დაკავშირებულია ფსიქოგენურად პირობადებულ ნეიროდინამიკულ აშლასთან; აქ საქმე გვაქვს ემოციურ-აფექტური ტონით განსაკუთრებულად დაფერადებული, ჰისტერიული ბუნების მქონე წარმოდგენებთან, წარმოსახვასთან და ფანტაზიასთან.

აღნიშნული მიზეზის გამო პათოლოგიური ნიშანი განისაზღვრება არა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური პრინციპით, არამედ ავადმყოფის განკარგულებაში მყოფი ცოდნით და წარმოდგენებით. საკმარისია მაგალითისათვის გავიხსენოთ, რომ არსებობს დამბლამთლიანი ხელის, მგრძობელობის გამოვარდნა ხელთათმანის მაგვარად და სხვა.

ცნობილია ჰისტერიული ბუნების მქონე ანესთეზიები, ანალგეზიები, ჰიპერესთეზიები, ჰიპერალგეზიები, ამავროზი (სიბრმავე), სიყრუე, ყრუმუხეობა და სხვადასხვა.

ავადმყოფები უჩივიან სპაზმებს, ყელში მოჭერას, ასახელებენ ტკივილის ადგილებს; ამბობენ, რომ ყელში ბურთიღ მაგვარად

რადაცა აწევბათ, ნერწყვი ან ლუკმა ვერ ჩაუკლაპიათ, რომ ეხუ-  
თებათ, ეკვრებათ სუნთქვა \*) და ასე შემდეგ.

ტივილის წერტილებს შევხვდებით ქალაზე, ხერხემლის, ნეკნ-  
თაშუა ან მუცლის მიდამოებში და აგრეთვე „გულის კოვზთან“.

აღნიშნულ ადგილებში ტივილის წერტილებზე ხელის დაჭე-  
რამ შესაძლოა გამოიწვიოს ან შეწყვიტოს ჰისტერიული გულყრა;  
ამის გამო ტივილის წერტილის ადგილებს განიხილავენ, როგორც  
გულყრის გამომწვევ ანუ გულყრის შემწყვეტ ზონებს—ე. წ. სპაზ-  
მოგენური და სპაზმოფრენული ზონები.

მოძრაობათა აშლილობას ეკუთვნის პარეზები, პარალიზები,  
მეტყველების პათოლოგია და ასტაზია-აბაზიის მოვლენები.

ასტაზია-აბაზიის დროს ავადმყოფთ არ ძალუძთ არც დგომა,  
არც ჯდომა; მაგრამ მწოლიარე მდგომარეობაში მათ შეუძლიათ  
კიდურების მოძრაობა.

ჰისტერიის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს სრულ სიმუნჯეს, აფო-  
ნიას (ძლივს ლაპარაკობენ, ხმა მეტად დაბალი და ჩახლუჩილი  
აქვთ), ენაბორძიკობას და აგრაფიას (წერის აშლას).

მოძრაობის სფეროს გაღიზიანების შემთხვევებში ყურადსა-  
ღებია კანკალი, ქორეის მაგვარი მოძრაობანი, ტიკები, უცნაური  
სიარული, სახის მკვება, ხოლო ზოგჯერ წამოყვირებანი, სიცილი და  
ცხოველების მიბაძვით სხვადასხვა ბგერები; ავადმყოფები ჰყეფენ,  
ზმუიან ძროხის მაგვარად და სხვა.

ლორწოვანას რეფლექსები (ხახის და კონიუნქტივის) ჩვეუ-  
ლებრივად დაწყულია, ან სრულიად მოსპობილია.

მდიდრადაა წარმოდგენილი აგრეთვე ვეგეტაციური სიმპტომა-  
ტიკა: ვაზომოტორთა ლაბილობა, მაჯის აჩქარება, ციანოზი, რიგის  
აშლა, მყარი დერმოგრაფიზმი, ძლიერი ოფლიანობა და სხვა.

ჰისტერიულ გულყრებზე არ შეეჩერდებით, ამის შესახებ უკ-  
ვე საკმარისად იყო აღნიშნული წინა თავებში (ეპილეფსია).

საჭიროა მხოლოდ გავიხსენოთ, რომ ჰისტერიულ გულყრათა  
ფორმულა მთლიანად პირობადებულია ფსიქიკური შექანისშემებით;  
მასში მოცემულია ფსიქოტრავმული მომენტები და, პირველ რიგ-  
ში, აფექტურად დაფერადებული წარმოდგენები (ავადმყოფთა  
კო მ პ ლ ე ქ ს უ რ ი გ ა ნ ც დ ე ბ ი).

### გ. ჰისტერიის ფსიქოპათოლოგია

ფსიქოპათოლოგიურად საინტერესოა ჰისტერიულ მდგომარეობათა ისეთი შემთხვევები, სადაც ადგილი აქვს სულით ავად-

\* ე. წ. ჰისტერიულთა გლობუსი.



მყოფობის ფორმალურ ნიშნებს: ცნობიერების შეცვლას, ბოღვით პროდუქციებს, ალქმის პათოლოგიას, აგზნების ან დეპრესიის გამოვლინებებს და სხვა. ამ მხრივ ყურადსაღებია ე. წ. პისტერიული ფსიქოზთა კლინიკა. უკანასკნელი, როგორც ყოველი ფსიქოგენია, თავისი ეტიო-პათოგენეზით დაკავშირებულია ფსიქოტრავმულ მომენტებთან. ფსიქოზი ჩვეულებრივ რამოდენიმე კვირა გრძელდება (ხოლო ზოგჯერ თვე).

ცნობიერება შეცვლილია სომნამბულურად, ვხვდებით ჰალუცინაციებს; განდიდების ან დევნის ბოღვითი იდეებს; ავადმყოფები მოუსვენრობენ, ტირიან ან იცინიან.

პისტერიული ფსიქოზების დროს კლინიკური სურათის შინაარსი გაშლილია ფსიქოტრავმულ ფონზე; აქ აუცილებლივ უნდა ვეძიოთ გასაგები ფსიქოლოგიური კავშირები.

ზემოხსენებული შენიშვნები ზოგადი ხასიათისაა.

სინამდვილეში პისტერიული ფსიქოზის ყოველი ცალკეული შემთხვევა მეტად რთულია და მოითხოვს ინდივიდურ ანალიზს.

ერთ შემთხვევაში ფსიქოპათოლოგიური სურათი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ცნობიერების სომნამბულური შეცვლით, მეორე შემთხვევაში სჭარბობდეს ფსევდოდემენციის და ფსიქიკური ინფანტილიზმის ხაზები, ხოლო მესამე შემთხვევაში ადგილი ქონდეს ე. წ. სისტემური ხასიათის ამნეზიებს და ასე შემდეგ.

სისტემური ანუ პისტერიული ამნეზია სინამდვილიდან განსვლის მაგალითია.

პრემორბიდული ხაზების (პისტერიული ხასიათი) და ფსიქოტრავმულ მომენტთა ურთიერთდაჯახება და ამის შედეგად რთული ფსიქოპათოლოგიური სურათის შექმნე ფსიქოზის ჩამოყალიბება მიზანშეწონილია განხილულ იქნეს კონკრეტულ კლინიკურ მასალაზე.

ანისათვის მივმართავთ პისტერიის თეორიის და პრაქტიკის დიდ მცოდნეს ასათიანს და მოვიყვანთ სამ კლინიკურ შემთხვევას მისი კლასიკური მონოგრაფიიდან („ფსიქონევროზები“).

ქვემოთ მოყვახილ ისტორიებში, რომლებიც ეკუთვნის პირადად ასათიანს, განსაკუთრებული სიცხადითაა გაშლილი კლინიკური ფენომენოლოგიის სიმდიდრე და მრავალფეროვნობა.

პირველი შემთხვევა წარმოადგენს პისტერიას სომნამბულური გულყრით, ხოლო მეორე და მესამე შემთხვევებში პისტერიული აშლილობა იძლევა ე. წ. „ფსიქოზში განსვლის“ სურათს\*).

\* მასალები-გადმოცემულია სიტყვა-სიტყვით; გამოშვებულია მხოლოდ ზოგიერთი ადგილები.

შემთხვევა მირველი: ჰისტერიის სომნამბულური გულყრით; რთული კომპლექსი.

ავადმყოფი მ. 18 წლისა, გათხოვილი, უჩივის პათოლოგიურ ძილს და სომნამბულურ გულყრებს. მამა ლოთი, მოჩხუბარი, თავზე ხელაღებული, მოუკლავთ ჩხუბში. დედა ცოცხალია, ახალგაზრდობაში ქონია ჰისტერიული გულყრები, უწამლია მოლასთან. ავადმყოფის დები და ძმები (რიცხვით 9) ჯანმრთელნი არიან. ერთი ძმა ლოთია, მოჩხუბარი, ჰგავს მამას, თავზეხელაღებულია; მას ეკუთვნის დიდი როლი ჩვენი ავადმყოფის დაავადებაში.

ავადმყოფს ჯერ ისევ ბავშვობაში ქონია ღამის შიში. ღამე მოულოდნელად მოსჩვენებია ადამიანი თეთრებში, ძლიერ შეშინებულა; თუშცა ავადმყოფი ფიზიკურად არაჩვეულებრივად გამბედავი ყოფილა, მაისც დიდი შიში ქონია მოჩვენებების, ძაცვალებულების, ტყის კაცებისა და ჯადო ხალხის.

1925 წლის დეკემბერში ერთერთ დღეობაზე მისი მთვრალი ძმა ეჩხუბება ერთ სტუმართაგანს. ჩხუბი ღებულობს სამიშარ ხასიათს, ხანჯალგაშიშვლებული ძმა მიემართება მოწინააღმდეგისაკენ; და მივარდება ძმას; მარცხენა ხელით წვდება ხელში, რამდენიმე წუთით აკავებს მას; არ უშვებს სისხლის ღვრაზე. იმავე ღამეს ავადმყოფს აქვს კოშმარი: მას ხანჯლით ხელში დაეცემა ვიღაც უცნობი, იგი ხელში სწვდება მტერს და უძლებს მის შეტევას. ამის შემდეგ თითქმის ყოველდღიური გულყრა: ავადმყოფი იძინებს მკვდარივით; ორი-სამი საათის მერე იწყება კრუნჩხვითი გულყრა; აღენიშნება თვითდაცვის კოორდინული, ემოციური მოძრაობანი მარცხენა ხელის კანკალითურთ, რომლითაც აღნიშნავდა ძმისათვის ხელის წაღებისა და მასთან შებრძოლების მომენტს. გულყრის დროს—სიტყვიერი პროდუქცია, რომელიც მოწმობდა, რომ ავადმყოფი ახდენს სახელდობრ იმ სცენის რეპროდუქციას, რომელიც განიცადა ძმასთან. გულყრა გაუხშირდა. ავადმყოფი დაწოლილა, შემდეგ ამდგარა, დაუწყია მუშაობა, ხოლო მოშაობისას მკვდარივით ეცემოდა, იძინებდა, ამას მოსდევდა კრუნჩხვითი გულყრა, რომლითაც ახდენდა ძმასთან განცილდ ერთდღიამავე სცენის რეპროდუქციას. ავადმყოფობის გამო იგი დამწუხრებოლა, დაუკარგავს გაჯანსაღების იმედი, განუზრახავს თვითმკვლელობა. ქმარს დაუნახავს თუ არა მის ხელში თოფი, მაშინვე წაურთმევეია და დაუწყია ცოლისათვის თვალის დევნება. გაზაფხულზე გულყრა შეწყვეტილა, მაგრამ ავადმყოფი არ ყოფილა მშვიდათ. მისის დასაწყისში გულყრები დასწყებია ახალი ძალით და ქმარს (სოფლის მასწავლებელა) წაუყვანია იგი თბილისში საექიმოდ.

ავადმყოფის გამოკვლევისას არც ფიზიკურ და არც ფსიქიკურ სფეროში გულყრის გარეშე არ აღინიშნებოდა არავითარი განხრა, გარდა მკვეთრი დერმოგრაფიზმისა. ავადმყოფის პიროვნება ერთგვარად თავისებურია: გრძნობთ ბუნების შვილს, რომელსაც აქვს გრძნობათა განხაცვიფრებელი სინორჩე, სამართლის სიყვარული და გულწრფელობა; იგი პრიმიტივია, მას არა აქვს თავისი ფიზიკური არსებობის შიში, ადვილად სწყვეტს თვითმკვლელობის საკითხს, ვინაიდან „მას თავისი თავი თვითონ შესძულდა“. კითხვაზე—რას ფიქრობს იგი ქმარზე, ახალგაზრდა, ლამაზმა, მიმზიდველმა მანდილონაიძმა გვიპასუხა, რომ თუ დღეს არა, ხვალ იგი მასაც მობეზრდება და მისგან განთავისუფლების მოხარულიც იქნება. ქმარი, რომელიც მისდამი გულწრფელადაა განწყობილი, აღშფოთებულია ამ სიტყვებით; ხოლო ქალი ნაზად იღიმება, ჩუმადაა, არ უჭავრდება, არ უსაყვედურებს, არ თვალთმაქცობს, მაგრამ დგას თავის გადაწყვეტილებაზე. ვეუბნები, რომ მისი ავადმყოფობა შედეგია შარშან დეკემბერში მიღებულ შეშინებისა; ვუმტკიცებ, რატომ იგი პირველად ეცემა მკვდარივით, რატომ მას უკანკალებს მარცხენა ხელი; ავადმყოფი ფიქრთანდება, თანხმდება მკურნალობაზე.

მთელი კვირის განმავლობაში წამლობაზე ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს: გულყრა ისპობა, გუნებგანწყობა უმჯობესდება, თვით გრძნობა ხალისიანდება. მისდა საუბედუროდ იგივე ძმა, რომელიც მას თბილისში თან ახლდა, ხელახლად თვრება და გაშიშვლებული ხანჯლით იწვეს ჩხუბში. ჯგუფი წასულა ჯგუფის წინააღმდეგ და აქ, რომ ავადმყოფი არ ჩარეულიყო, რომელიც, ცხადია, ვერ გაჩერდებოდა, მოხდებოდა სისხლის ღერა. უძლიერესი გაუარესება, ხელახლად ძილი. ხიდზე თათარს და მის ძმას მოსვლიათ ჩხუბი. თათარი დასცემია ძმას, ავადმყოფი კი ძმას უჭერს ხელს. ძილში ავადმყოფი გამოხატავდა თავის ამ ბრძოლას. მას უკანკალებდა იგივე მარცხენა ხელი. მოვითხოვე ჩამოშორებოდა კირვეული ძმა და ხელახლად დაუწყე წამლობა. გაუარესებული მდგომარეობა თანდათანობით სწორდებოდა და ავადმყოფი სამი კვირის შეზღვრულ მიემგზავრება გულყრიდან განთავისუფლებული.

მკურნალობა მდგომარეობდა იმაში, რომ ავადმყოფის კოხსნილი დაავადყოფების მიზეზებს, ვაცნობდი გულყრათა სურათს, განუმარტავდი გულყრათა ცალკეულ მოვლენებს.

შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა მ ე ო რ ე—„ფ ს ი ქ ო ზ შ ი გ ა ნ ს ვ ლ ა“.  
ავადმყოფი ტ., 19 წლისა, ქალი, მზა ტანისამოსის ერთ-ერთ დიდ შალაზიანი მსახურობდა გამყიდველად. შემოვიდა მოსკოვის უნივერსიტეტის კლინიკაში 1909 წლის ოქტომბრის 15-ს, გაე-

წერა იმავე წლის დეკემბრის 13-ს, შამის მხრივ მძაფრი ალკოჰოლიზმი და გულის ავადმყოფობა; დედა სასტიკი ხასიათის ქალაა, რომელიც თავის შვილებს პირდაპირ აწვალებდა: დები და ძმები—ნერვიულნი, სწავლაში უნიჭონი. თვით ავადმყოფს ბავშვობის დროს და უკახასხელი 6 თვის განმავლობაში ქონდა დამდამობით შარდის შეუკავებლობა. ცუდ პირობებში იზრდებოდა, ხშირად დედის მხრივ დიდ ცემა-ტყეპას ითმენდა. თვითონაც შეუბრალებელი ხასიათისა იყო. პატარაობიდანვე პათოლოგიური ცრუობა: იგონებდა სხვადასხვა ფანტასტიკურ ამბავს: სწავლაში კარგ ნიჭს იჩენდა: დიდობისას, როდესაც მალაზიაში მსახურობდა, შეეტყო სიფიცხე, დაუდევრობა, უხეშობა, და ეგოისტობა. ამასთანავე მას უყვარდა საზოგადოება, მუსიკა და ცეკვა. დასთან ცხოვრების დროს მან გაიცნო ერთი ახალგაზრდა ვაჟი, რომელთანაც დაიჭირა ახლო კავშირი: თავის საქმროს ეძახდა. პირველ ხანებში ეს ახალგაზრდა მას ხშირად ხახულობდა. მაგრამ შემდეგში სხვადასხვა მიზეზების მოგონებით მასთან სიარულს უკლო. ავადმყოფს ეს ძალიან აღელვებდა: ეკვიანობდა, სატრფოს უთვალთვალებდა და ხშირად საშინელ სცენასაც უმართავდა. ზაფხულში უსახელო წერილით შეატყობინეს, რომ საქმრო დალატობდა; ამის გამო თავის მოკვლის განზრახვით მან მიიღო ძმრის ესენცია. ისევე ჩქარა განიმეორა თავის მოკვლის ცდა: თოკის ყულფიდან გალურჯებული ჩამოიღეს; ზაფხულშივე—იმავე პირის რჩევით—აბორტი გაიკეთა, რომლის შემდეგ ორი კვირა იწვა მაღალი ტემპერატურით. დიასახლისის სიტყვების მიხედვით, 12 ოქტომბერს ავადმყოფმა ამხანაგი ქალიდან გაიგო, რომ მისი საქმრო სხვაზე დაინიშნა და რომ ამხანაგი ქალი კიდევ დაესწრო ამ ნიშნობას. იმ საღამოს მოუვიდა პისტერიული გულყრა: ყვიროდა, ტიროდა; ამასთანავე ხარხარებდა, თმებს იგლეჯდა, თავით ეხეთქებოდა და იატაკზე კოტრიანლებდა: მეორე დღეს უკვე დილიდანვე ემჩნეოდა ახირებული ყოფა-ქცევა: მალაზიაში მისვლისას ეტყობოდა აღელვება... ტიროდა, თან ხარხარებდა, ამბობდა, რომ სატრფოს თვალებს სიმკვავით ამოუწვავს მალე მისი მდგომარეობა საგრძნობლად შეიცვალა: გამხიარულდა, სიხალისე და გამოცოცხლება დაეტყო: გარშემომყოფებს ეძახდა ნაცნობების სახელებს და მიმართავდა სხვადასხვა კითხვით. სახლში რომ მიჰყავდათ, გზაზე შეხვედრილი მამაკაცები თავის საქმროდ ეჩვენებოდა; არარსებულ პირებს ელაპარაკებოდა... მოკლებული იყო სინამდვილის აღქმას. სახლში განაგრძობდა მხიარულ აგზნებას. ასეთ მდგომარეობაში მოვიდა კლინიკაში.

ფ ს ი ქ ი ე უ რ ი ს ტ ა ტ უ ს ი : ავადმყოფის ცნობიერება აშ-

ლია თავისებურად. მისი სიტყვებით იგი სახლში იმყოფება. პროფესორი მისი ბიძაა, სხვა ექიმები—კოლა, ვასო და ვიქტორ ალექსანდრეს ძენი არიან; გახყოფილების ორდინატორი კი მისი საქმროა—მიშა. გუხნებგახწყობა მეტად აწეული აქვს—ხარხარებს, მხიარულად წამოიძახებს ხოლმე და თავის საქმროზე ოცნებით განცუდის სასიამოვნო ემოციებს: საქმრო მისი ერთგულ ადა არ უღალატებს არავითარ შემთხვევაში. იგი იჩენს გადაქარბებულ აგზნებულობას ყოველივე იმის მიმართ, რაც მის პიროვნებას შეეხება: ხოლო დანარჩენის მიმართ იგი ყრუა, არ აღიქვამს, კითხვაზე არ იძლევა პასუხს. აღქმა თავისებურად არის შეცვლილი: სტეტოსკოპს ეძახის სანათს, ჭიქას—ვაშლს, წინის საცობს—მსხალს, პრეს-ბიუვარს—პურს, წაძლის ორიგინალური შესახვევის გარეთა კანს—წმინდა ნიკოლოზის ხატს, პატარა ჩაქუჩს—ქუდის ქინძისთავს და სხვა. მხედველობის პალუცინაცია უხვია: ხედავს ბატებს, პაერში ჭიალუებს და ხარაბუზებს იჭერს და პირისაკენ მიაქანებს; სუფთა ქალაქზე ხედავს თავის საქმროს, ვასოს და სხვებს. ავადმყოფის ინტელექტური მოქმედების სხვა მხარეების შესახებ მსჯელობა ძნელია, რადგანაც საკუთარი გახცდების გარეშე იგი მიუვალა; შეუძლებელია მისი ყურადღების ისეთ რამეზე გაერთიანება, რომლისათვისაც იგი გულგრილად არის განწყობილი; ამის მიხედვით შეიძლება ითქვას, რომ ავადმყოფი მოკლებულია პასიურ ყურადღებას; რაც შეეხება აქტიურს, იგი ცალმხრივია და შთანთქმულია შინაგანი გახცდებით; ავადმყოფის მიზიდულებები მეტად ინტენსიურია და ადვილად იღებს მოძრაობითი აქტების გამოხატულებას; ყოფაქცევა 6—8 წლის ბავშვისა: თვითნებობა, ჭირვეულობა და სისასტიკე. პიროვნება თავისებურად არის შეცვლილი: აშკარა სომხამბულური მდგომარეობა: ფსიქიკა ადვილად ნაწევრდება ცალკეულ დამოუკიდებელ ჯგუფებად; სინამდვილე იცვლება პიროვნების ემოციური მოთხოვნილების თანახმად; სინამდვილის აღქმის შეუძლებლობა და ძალდატანებითი ამნეზია: ყველაფერი ეს ქმნის „ფსიქოზში განსვლის“ სურათს.

ფიზიკური მდგომარეობა: შინაგანი ორგანოები ნორმალური, მგრძნობელობის მძაფრი დარღვევა: ნორმალური რეფლექსები შენახულია. პათოლოგიური—არ არის; მკვეთრი დერმოგრაფიზმი.

კლინიკაში ყოფნის პირველი ორი თვე: აშლილი ცნობიერება; სინამდვილის დამახინჩება მფლობელი ემოციის თანახმად; ბავშვობის განცდები—ცელქობა, აგრამატიზმი, ენაბრგვილობა, და შესაფერზი ყოფაქცევა; აღქმის დარღვევა; სონამბულური მდგომარეო-

ბა. ჰისტორიული კრუხხხვითი გულყრა და სხვა. დროდადრო ჰიპ-  
ნოზური შთაგონებით შესაძლებელი ხდება ავადმყოფის რამდენი-  
მე საათით გამოყვანა სომხამბულურ მდგომარეობიდან. ასეთ მო-  
მენტში ცნობიერება მას მთლიანად უბრუნდებოდა; მაგრამ რამდენ-  
იმე ხნის შემდგომ ავადმყოფი, რომელსაც ალბად სინამდვილის  
მიღება არ სურდა, ისევ ფსიქოზში გადადიოდა და სინამდვილეს  
ცვლიდა პირადი სურვილების მიხედვით.

შე მ თ ხ ე ე ვ ა მ ე ს ა მ ე — „ ფ ს ი ქ ო ზ შ ი გ ა ნ ს ვ ლ ა “

ავადმყოფი კ., ქალი, 20 წლისა. შემოვიდა მოსკოვის ახლო  
მდებარე ერთერთ სახატორიუმში 1912 წლის ნოემბრის დამლევის  
გამოთქვამდა ჩივილს, რომ ექიმები და მახლობლები მას თვლიან  
ავადმყოფად, თუმცა იგი თავს მშვენიერადა გრძობს და უცნაუ-  
რად მიაჩნია სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებაში ყოფნა.  
ავადმყოფის მახლობლებმა და მისმა ექიმმა მოგვაწოდეს შემდეგი  
ანამნეზი: მემკვიდრეობაში მამის მხრივ ყოფილან იჭენეულნი და  
წონასწორობას მოკლებული პირები; დედის მხრივ აღინიშნება  
მემკვიდრეობითი დატვირთვა: სულით ავადმყოფობა და ჰისტერიის  
შემთხვევები. დედის ხათესავთა შორის საყურადღებოა ერთი გან-  
საკუთრებულება: ქალთა სქესის თითქმის ყველა წარმომადგენელს  
ქონია უწესრიგობა სქესობრივ სფეროში, ხოლო ზოგიერთს რიგი  
სრულიად არ გამოსჩენია. ბავშვობაში ავადმყოფი ყოფილა ცოც-  
ხალი და ემოციური ხასიათისა; გარდა ამისა, აღინიშნება შთაბეჭ-  
დილიანობა, ცხობის მოყვარეობა, ხოლო რეაქციებში თავისებუ-  
ლება და ექცენტრიობა. რიგი გამოსჩენია დროზე. გარდამავალ  
ასაკში აღინიშნება უზომო რომანულობა. ავადმყოფი მრავალჯერ  
იყო შეყვარებული, გადაჭარბებულად განიცდიდა თავის რომა-  
ნებს, არა ერთხელ უცდია თავის მოკვლა, ასე რომ მშობლები  
ძალელებული იყვნენ წაეყვანათ სწავლას. გათხოვილა 18 წლისა, მა-  
ლე დაორსულებულა, ჰყოლია ჯერ ვაჟი, შემდეგ ქალი. ყოფილა  
ბედნიერი დედა, სიცოცხლით აღესილი და კმაყოფილი. მიუხედა-  
ვად ამისა, — ქმართან ცუდი განწყობილება. ქმარი მას ეპყრობოდან  
ნაკლები ყურადღებით; იყო ქალიაღდის მოთამაშე, ატარებდა მხია-  
რულ უდარდელ ცხოვრებას, რაც მეუღლეთა შორის ხშირად ბა-  
დებდა უთანხმოებას. ავადმყოფი ქმრისადმი განურჩეველი იყო,  
შვილებისადმი კი, პირიქით, იჩენდა დიდ სიყვარულს. განსაკუთ-  
რებულ სიყვარულს იჩენდა თავის პირველ შვილისადმი, რომელ-  
თანაც იგი ატარებდა მთელ დღეებს და თითქმის, როგორც მეგო-  
ბარი, ღებულობდა მონაწილეობას მის თამაშში. თვეზედ მეტია,

რაც ავადმყოფის სამი წლის ეგვი განდა ავად დიფტერიით. აღგრილობრივ ექიმს ვერ შეუხიზნავს მძიმე ინფექცია და არ მიუძართავს შრატისათვის; ხოლო როდესაც უნახავს სპეციალისტს, უკვე დაგვიანებული ყოფილა. ბავშვი კვდებოდა; ბავშვი გარდაიცვალა დედის მკლავზედ. ყველამ იცოდა, თუ დედას რანაირად უყვარდა ეს ვაჟიშვილი, ამიტომ ქალის მშობლები შეშინებული იყვნენ მათ შვილს (ავადმყოფს) არ გაუარესებოდა სულიერი ჯანმრთელობა. პირველსავე ღამეს, ვაჟის სიკვდილის შემდგომ დედა გადავიდა სომნამბულურ მდგომარეობაში, მან ხელახლად განიცადა თავისი პირველი მშობიარობა. ნათესაეების სიტყვით ეს იყო სინამდვილის სრული აღდგენა: იგივე ლაპარაკი, იგივე მოძრაობანი, განიცდიდა მშობიარობის ჭიდილს, და ბოლოს, როდესაც განთავისუფლდა, მიმართა იქვე მდგარ ბებია ქალს იმავე სიტყვებით, როგორც წინათ: „ვაჟია?“ და თითონვე მიუგო: „რასაკვირველია ვაჟია“. როდესაც სომნამბულიზმა გაიარა, ავადმყოფი სრულიად გამოიკვალა; იგი არ სტოვებდა ისეთ დედის შთაბეჭდილებას, რომელსაც ხელიდან გამოეცალა საყვარელი შვილი. მზიარული, აღტაცებული ლაპარაკობდა თავის ვაჟზე; იგი მის მკერდზეა, რასაკვირველია, ცოცხალია. უხდა წავიდეს მისთვის სათამაშოების საყიდლად. დროდადრო ხალვლიანდებოდა; ჯაერიანი დაეძებდა პატარა ქალიშვილს, რომელიც შეიჭავრა იმდენად, რომ მშობლები იძულებული იყვნენ ბავშვი მოეცილებინათ. მეორე და მესამე ღამეს ავადმყოფმა განიცადა თავისი ვაჟიშვილის სიცოცხლის პირველი და, მეორე წელი, მეოთხე ღამეს ავადმყოფმა განიცადა ვაჟიშვილის მეოთხე წელიწადი; თავის მოგონებაში მიაღწია გასული წლის ზაფხულს და როგორც ჩანდა, მოგონებათა შემდეგ გაგრძელებას არ აპირებდა. ვაჟის დასაფლავების დროს ავადმყოფმა გამოიჩინა შემდეგი უცნაურობა: წინა საღამოს ავადმყოფი გაემგზავრა ქალაქში, იყიდა ბევრი სათამაშო, აძობდა, რომ შვილს უხდა წაუღოს; არჩევდა, ეკითხებოდა, სათამაშო როგორ უხდა მოემართნა. სათამაშოები დააწყო კუბოზე, გამოსვენება სრულიად არაჩვეულებრივი იყო. ავადმყოფს არ ეტყობოდა არავითარი მღელვარება; პირიქით, ის იყო მზიარული და აღტაცებული. დასაფლავების შემდგომ ავადმყოფს მალე გამოაჩნდა პალუცინაციები. იგი ხედავდა მინდვრის ლურჯ ყვავილებს, გრძნობდა მათ სუნს, ეს სუნი მას სტანჯავდა— ახრჩობდა. ეს ლურჯი ყვავილები განსაკუთრებით უყვარდა მის შვილს. ასეთს, აღლევებულ მდგომარეობაში, ავადმყოფი, თავზარდაცემული დაეძებდა ექიმს და როგორც ბავშვი გამზრდელს, ეკვროდა მას და სთხოვდა მფარველობას. ავადმყოფს დაებადა ამ ექი-

მისადმი განსაკუთრებული სიყვარული; მას უძახდა ძიძას, სთხოვდა აეყვანა მუხლებზედ, ცელქობდა, ხშირად ამბობდა, რომ „ექიმი ღონიერი კაცია, გამოექიმაგება მას, ყველას განდევნის, სცემს“. პალუცინაციებს ხან თანსდევდა გულყრა ცნობიერების შეცვლით. ამ დროს ავადმყოფი გარემოს ვერ ამჩნევდა, მის მოძრაობებს ეტყობოდა ნებითი ხასიათი, ერთ ადგილას არ ჩერდებოდა, სადღაც მიილტვოდა, შემდეგ თითქოს უცებ მშვილდებოდა და, გადადიოდა რა სომნამბულიზმში, იმეორებდა სხვადასხვა სცენას იმ გახცლებიდან, რომელნიც წარსულში ქონია შეილთან ერთად. ექიმების რჩევით ავადმყოფი მოთავსებული იქნა მოსკოვთან ახლო მდებარე ერთერთ სანატორიუმში.

სტატუსი შოკლედ: ცნობიერება სრულიად ნათელი—ორიენტირება გარემოსა, ადგილსა, დროსა და თავის წარმოდგენებში—სრული; თვითგრძნობა სავსებით კარგი. გუნებ-განწყობა აწეული ავადმყოფი ყველაფერზედ საუბრობს დიდი ინტერესით, ოხუნჯობს, საუბრობს ყოველ წვრილმანზე. გვიჩვენებს შეილის სურათს და ამასთანავე არ კარგავს სიმზიარულეს და არაფრით არ არის დანალელიანებულ-დამწუხრებულნი. ავადმყოფობის ისტორიის შედგენა მას მიაჩნია დროს ტარებად და ყველაფერზე იგი იძლევა დაწვრილებით პასუხს. გრძნობათა აგზნებულება არაა აწეული. იჩენს გადაჭარბებულებას მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი გადადის სომნამბულურ მდგომარეობაში. ამ დროს ავადმყოფი ძლიერ ლელავს, იგი დაბნეულია, ლაპარაკობს აკანკალებული ხმით და გაწითლებულ სახეზე ჩამოსდის მდულარე ცრემლი. ავადმყოფს ხელში უჭირავს თავისი შეილის ფოტოგრაფია და არ იშორებს აგრეთვე მის უკანასკნელ სათამაშოს,—ეს არის თეთრი კურდღელი; იგი მას ათამაშებს როგორც ბავშვი: ეალერსება, ზოგჯერ მომართავს მას და, როდესაც კი კურდღელი დაუკრავს, პირველ ბგერებზევე იგი აფორიაქებულია,—მას აკანკალებს. მაშინ იგი სწყვეტს მუსიკას და ამბობს: „არა, არ შეიძლება“. ავადმყოფის ინტელექტურ სფეროში არ აღინიშნება რაიმე განსაკუთრებული ცვლილება, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ მოვლენას აღქმის მხრით. მაგ. ავადმყოფი ამბობს, რომ შემოდგომა სრულიად არ ახსოვს, კარგად ახსოვს მხოლოდ ზაფხული. უარზეა აღიქვას ზამთარი, თოვლი. ცხადია იგი ხედავს თოვლს, მაშასადამე, ზამთარია; მიუხედავად ამისა, გრძნობს ზაფხულს, მისთვის ზამთარი ცარიელი სიტყვაა, მისი გრძნობით სინამდვილეში—ზაფხულია; გარეთ ცხელი მზეა, ლურჯი ცა, ხოლო ბაღში თამაშობს მისი შეილი. უნაყოფია ავადმყოფის გადაჯერება, მას გონებით ესმის ეს, მაგრამ



გრძნობები სულ სხვას ეუბნება. ავადმყოფის ყურადღება უმეტეს შემთხვევაში მიპყრობილია ყოველგვარ წვრილმანზე. შვილის სიკვდილი თითქოს დავიწყებული აქვს. შვილზე იგი არ ფიქრობს და ხალისიანად ესაუბრება მომვლელ ქალს ყოველ წვრილმანზე. ავადმყოფის პიროვნება ერთგვარად შეცვლილია, პიროვნების მთლიანობა დარღვეულია ცალკეულ ფსიქიკურ ჯგუფთა არსებობის გამო: შთაგოიზრობა, ქვეცნობიერი მოქმედება კარგად გაძლიერებულია. ავადმყოფს აქვს შვილის ცხოვრებიდან აღებული განცდათა გარკვეული ჯგუფი, რომლის ხელახალი განცდაც ხდება გულყრისას, ხოლო სომნაბულიზმის შემდგომ მას არ რჩება არავითარი მოგონება ამ გულყრებზე.

სანატორიუმში შემოსვლის რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფი დაწვა ლოჯიხში, დაწოლისას პირი კედელს შეაქცია, ხოლო ზურგი სინათლეს და მოითხოვა ოთახის დაბნელება. მას აღიზიანებდა თოვლი, იგი არ ცნობდა ზამთარს: „ჩა, ახლა ზაფხულია—გარეთ ცხელა, მზეა, ლურჯი ცა, ბაღში კი თამაშობს ჩემი შვილი“. მისი გადაჯერება შეუძლებელი იყო. თუმცა იგი გვეთანხმებოდა რომ გარეთ ზამთარია, შვილი გარდაიცვალა, მაგრამ ყველაფერი ეს მისთვის ცარიელი სიტყვებია. იგი გრძნობს ზაფხულს. ეს იყო მას შვილი ეჭირა ხელში. ავადმყოფი გრძნობს შვილის სხეულს თავის თითების ბოლოებზე. შეეძლო ზუსტად აღენიშნა შვილის სხეულის ზომებიც, მიუხედავად ამისა, მას არ შეუძლია უყუროს თოვლს; იგი ოცნებობს ცხელ ქვეყნებზე, სადაც იგი აპირებს გამგზავრებას. პირველი გულყრა ავადმყოფს დაეწყო მაშინვე, როდესაც კი მომართა კურდღელი, იგი მიეცა დაეიწყებას, აღარ იძლეოდა პასუხს შეკითხვებზე, თითქმის არ გრძნობდა ქინძისთავის ჩხვლეტას; მიუხედავად ამისა, იგი დიდ წინააღმდეგობას გვიწყევდა, როდესაც ვცდილობდით იგი დაგვეკავებინა. მალე დაიწყო მოძრაობანი, რომელთაც უფრო ქონდათ ნებითი ხასიათი; ავადმყოფი ერთ ადგილს არ ჩერდებოდა, აწარმოებდა მრავალ მოძრაობას, კრუნჩხვები არ შეგვიჩინა, მერე ვითომც დაშვრიდა და დაიწყო ლაპარაკი. ბავშვი მას მოუყვანეს საწოლ ოთახში, ბავშვი აცყვანა, დაიწყო თამაში, უმღეროდა, ეალერსებოდა, პირდებოდა ყველაფერს, რასაც ის მოითხოვდა, ბავშვს უძახდა ერთად ერთ თავის ბედნიერებას, ზევრ ხანს და ნაზად იმეორებდა: „შენ პატარა, პატარა ხარ... ფუნჩულა, ფუნჩულა.“

ავადმყოფმა მალე დაიწყო მოუსვენრობა, თავს იცავდა ვილაცასაგან, მერე სახე დაითარა ხელებით და როგორც ჩანდა, განიცდიდა საშინელ ტანჯვას; ამის შემდგომ უეცარი შიშის განცდა და

ჩურჩულით წამოთქმული სიტყვები: „ყვაილები, ლურჯი ყვანებლები მახრობენ, მახრობენ“. ავადმყოფთან რაპორტით შესვლის ყოველი ცდა დარჩა უშედეგოდ, რამდენიმე წუთის შემდგომ მან უცებ გაახილა თვალები და მალე დაუბრუნდა თავის ჩვეულებრივ, მხიარულ, აწეულ გუნებგანწყობას; დაიწყო კითხვა, თუ მას რა დაემართა; მალე მიაქცია ყურადღება იმას, რომ მას ფეხები რბილი აქვს, მოითხოვა გადაგვეყვანა საწოლზე, გავლაზე უარი თქვა, შევეზინდი არ განვითარებულისა და მბლა: შევეცადე ავადმყოფი გამეტარებინა და ეცილობდი ავადმყოფისათვის მიმეცანათელი წარმოდგენა დაკარგული ფუნქციის შესახებ. როდესაც ავადმყოფი ფეხზე დაგაყენე, იგი უნდა მაგრად დამეჭირა, რადგანაც მართლა ფეხები ეკრებოდა ისე, თითქოს ფეხები დარბილებული ყოფილიყო, ტერფები ქონდა ჩამოკიდებულა და შიგნით შებრუნებული, ვიფიქრე პერონეალური ჯგუფის დიფტერიტულ შესაძლებლობაზე. მე მივატოვე ავადმყოფი მით უმეტეს, რომ სიარულის დროს მას ქონდა გულის მძლავრი ძგერა, თავბრუ და აგრეთვე არაჩვეულებრივი აღელვება. დაწვა რა ავადმყოფი ლოგინში, იგი რამდენიმე დღის განმავლობაში არ ამდგარა; ხოლო, როდესაც ავადმყოფს ხელახლად დაემართა სომნამბულური მდგომარეობა, მან მშვენივრად გაიჩინა და მე დავრწმუნდი, რომ ამ დამბლას ქონდა სრული ფსიქოგენური ხასიათი; მაგრამ როდესაც კი ავადმყოფმა გამოიღვიძა, მას ჩველებურად ფეხები მოეკვეთა. ავადმყოფს ეთხოვე გაეგლო ჩემი დახმარებით, მაგრამ აქ წავაწყდი დიდ წინააღმდეგობას: ავადმყოფმა არ მოისურვა დამბლიდან განთავისუფლება; მან თქვა, რომ არ ადგება, საკმელზე უარს იტყვის და მოკვდება. მომივიდა აზრი, რომ შეიძლება დედა ბაძავდეს შვილს, რომელსაც სხეული და ფეხები ქონდა რბილი; შვილი ჩაეარდა ლოგინად, აღარ დადიოდა, უარი თქვა ჭამაზე და შემდეგ მოკვდა. ჩემი ასეთი დაშვება შემდეგში არაფრით არ იყო დადასტურებული ავადმყოფის მიერ: ავადმყოფი, რომელიც სიამოვნებით გვესაუბრებოდა თავის განცდებზე, უარზე იყო ელაპარაკა ამ თემაზე. რამდენიმე დღის შემდგომ ავადმყოფს უცებ მოეკვეთა მარცხენა ხელი. სავსებით დავრწმუნდი, რომ სიმპტომს ქონდა ფუნქციური ხასიათი; ავადმყოფს შევატყვე რა ნამდვილი სურვილი განთავისუფლებულიყო ამ დამბლიდან, ეთხოვე ნათლად წარმოედგინა ხელის მოძრაობა, ვაიძულე მარჯვენაც აემოძრაებინა და 5 წუთის შემდგომ ხელმა დაიწყო მოქმედება. ავადმყოფს მივეცი წინადადება იგივე ცდა მოეხდინა უმოძრაო ფეხებზე, მაგრამ მივიღე სრულიად გარკვეული უარი. დადგა ავადმყოფის გაწერის

დღე, მოიყვანეს ეტლი, მოიტანეს საკაცე, სწორედ ამ დროს ავად-  
მყოფი გადავიდა სომნამბულინში; შეესძელ რაპორტში შესვლა;  
ფანტაზიებში მას ქობლა წარმოდგენილი გამგზავრება: ხედავდა,  
თუ როგორ იყო საკაცეზე მოთავსებული მატარებელთან და შემ-  
დეგ იმ ქალაქში, სადაც იგი უნდა წაეყვანათ. მე განზრახ დამყავდა  
ამ დროს ავადმყოფი, რადგანაც მინდოდა მოძრაობის დროს გა-  
მეღვიძებინა და ამნაირად მომეხდინა ფუნქციის ფიქსაცია მის  
მოქმედებაში; გამოღვიძება ვერ შეეძელი და რადგანაც მან მოი-  
სურვა დაჯდომა, დავსვი სხვა ადგილას, როდესაც ავადმყოფმა გა-  
იღვიძა და იკითხა, როგორ მოხვდა იგი სხვა ადგილას, მე ვუპასუ-  
ხე, რომ იგი მოვიდა თავისით და მივეცი წინადადება გაეცლო, მან  
გადაქრით უარი განაცხადა. ეტლი ელოდებოდა, მშობლები აჩქა-  
რებდნენ, მივმართე უკანასკნელ ზომას. მე მას დავუსურათე, თუ  
რანაირ განცვიფრებაში მოიყვანდა იგი სიხარულისაგან დაბნეულ  
მშობლებს, როდესაც წარსდგებოდა მათ წინ თავისი ფეხით. ავად-  
მყოფმა მიიღო ჩემი წინადადება. „თქვენ მართალი სთქვით, ეს  
საინტერესო უნდა იყოს; მხოლოდ თქვენ უნდა დამეხმაროთ. რო-  
გორ ამბობთ თქვენ; უნდა წარმოვიდგინო ნათლად, სრულიად  
ნათლად, ეს ფუნქცია (იყო თქმული ირონიით), კარგი, ახლავე, აი  
მე შემიძლია გავიარო. მე თითქმის კარგად მივედივარ. ახლა გა-  
მიშვით ხელი, მე თვითონ გავივლი“. ავადმყოფმა გაირა და ძლი-  
ერ კმაყოფილი დარჩა იმ ეფექტით, რომელიც მან მოახდინა მახ-  
ლობებზე.

ავადმყოფის სხვა სიმპტომებიდან საყურადღებოა კრუნჩხვები,  
რომელიც დაეძარტა მოულოდნელად, ნათელ ცნობიერებაში ყოფ-  
ნის დროს. კრუნჩხვებმა მიიღო ინტენსიური ხასიათი. ავადმყოფი  
გრძნობდა დიდ ტკივილებს, როდესაც ავადმყოფთან მივედი, მან  
მომმართა შემდეგი სიტყვებით: „მიყურეთ, ვიზმორები, რატომ?  
მე თვითონ არ ვიცი, მე სრულიად არ მინდა ეს“.

ავადმყოფს ვთხოვე—გაეხსენებინა, ხომ არ ქონდა მას ისეთი შემ-  
თხვევა, რომ წარსულში ისე გაზმორებულყო, როგორც ახლა.  
მან წყენით მიპასუხა, რომ ასეთი შემთხვევა ალბათ მეც მქონია  
წარსულში. მეც სიამოვნებით დავეთანხმე, ხოლო ვთხოვე მაინც  
მოეგონებინა, იქნებ ასეთ მოვლენას ქონდა ადგილი განსაკუთრე-  
ბულ პირობებში—ან პლეურების, ახ რაიმე დარდის დროს. ჩე-  
მი შეკითხვა არ დარჩა უშედეგოდ; ავადმყოფმა შესძლო გახსენე-  
ბა: შვილის ავადმყოფობის დროს ბავშვს საათობით დადებული  
ქონდა თავი დედის მარჯვენა მკლავზე, მკლავი უბუჟებოდა,

ზურგი უშეშდებოდან და როდესაც ბავშვს გადაცემდა ძიძას, იგი გადიოდა მეორე ოთახში და დიდხანს და სიამოვნებით იზმორებოდა. ავადმყოფს კრუნჩხვები მოესპო, როდესაც კი გაიხსენა ეს შემთხვევა. არის კიდევ მეორე, პატარა, მაგრამ მეტად საინტერესო და დემონსტრაციული სიმპტომი. მეორე დღეს, სომნამბულური გულყრის შემდგომ ავადმყოფს გამოაჩნდა შემდეგი აკვიატებული მოძრაობა: მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი ქონდა მოხრილი და უსვამდა ზედა ტუჩს შუა ხაზიდან გარეთ, ტუჩი თითქოს შესივდა, მაგრამ ავადმყოფი მოძრაობას მაინც განაგრძობდა; ავადმყოფი ძლიერ იტხვებოდა, მაგრამ არ შეეძლო ამ მოძრაობის შეწყვეტა. ავადმყოფის სიტყვით მას კავშირი უნდა ქონოდა ღამის გულყრასთან. დაწვრილებით გამოვკითხე ავადმყოფის დედას; როდესაც დედამ დაიწყო ამბავი ის მივიდა იმ მომენტამდე, როდესაც ღორის ნაჭერი უნდა მიეცა შვილისათვის, რომელიც ჭამაზე უარს ამბობდა, ავადმყოფმა უცებ ჩამოიღო ხელი: „მე ამნაირად ვიწმენდი ტუჩს, ქონისაგან“. ამნაირად გადაწყვეტილი მქონდა ამოცანა და ავადმყოფს აღარ გაუმეორებია აღნიშნული მოძრაობა. უკანასკნელი სიმპტომის ანალიზი ადვილად გასაგებია, ხოლო ის კრუნჩხვები, რომლებიც გამოხატავს ზმორებას, საჭიროებს მეტ დამტკიცებას; აქაც ავადმყოფმა თვით მოგვცა ფაქტები. ის არ საჭიროებს ახსნა-განმარტებას, საკმარისია მხოლოდ მათი მოყვანა. ერთერთ სომხამბულიზმში მან განიცადა სცენა, რომლის დროსაც მას შვილი ეწვა მკლავზე. მან დაიჩოქა საწოლთან, მარჯვენა ხელი თითქოს მოათავსა შვილის თავის ქვეშ, მეორე ხელს კი უსვამდა სახეზე (ეალერსებოდა). ავადმყოფმა დამიწყო ლაპარაკი შვილის ავადმყოფობაზე, კითხულობდა მორჩენის შესაძლებლობის შესახებ და სხვა. შემდეგ დაუძახა ძიძას, გადასცა მას ბავშვი და, გაიარა რა რამდენიმე ნაბიჯი, დაიწყო სიამოვნებით ზმორება. ამით მან დაამტკიცა, რომ ამ ფაქტს მართლაც ქონია ადგილი წარსულში, რითაც მტკიცდება მისი უტყუარი კავშირი კრუნჩხვებთან.

## დ. ჰისტერიის კლინიკური ფორმები და მიმდინარეობა

კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფეროვანობის გამო მეტად ძნელია ჰისტერიის სისტემატიკა.

პისტერიული ფსიქოზი ახალგაზრდა ასაკის დაწვადებაა. მოწი-  
ფულობასთან ერთად რბილდება ხასიათის პისტერიული ხაზები  
და თვით ფსიქოზიც შედარებით იშვიათია.

ცნობილია მთელი რიგი ექზოგენური მომენტები (ქალას ტრავ-  
მები, ინფექციები, ინტოქსიკაციები, კრიტიკული მნიშვნელობის  
მქონე ჰასაკოვანი ფაზები და გენერაციული პერიოდები), როდეს-  
საც პიროვნებაში მწვავედება და მაკვრდება პისტერიული ხაზები.

აქ სომატოლოგიური ძვრებით წამოჭრილი ორგანული ფონი  
ხელს უწყობს პისტერიული ფსიქოზის და პისტერიულ წაფენილო-  
ბათა გამოვლინება-განვითარებას.

აღნიშნულ შემთხვევებში წამყვანია ორგანული (ექზოგენური)  
ფონი, ხოლო ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებს აქვს შემხვედ-  
რი თანდართული ფაქტორის მნიშვნელობა.

მსგავს შემთხვევებში მარტო ფსიქოთერაპიული ხერხით ან  
ფსიქოტრავმულ მომენტთა მოცილებით საბოლოო მიზანს ვერ  
მივალწევთ; აქ საჭიროა ყურადღება მიმართული იყოს ორგანული  
ფონის მოსახსნელად. ამიტომ პირობითად უნდა მივიღოთ ისეთ  
ცალკეულ კლინიკურ ფორმებზე შეჩერება, როგორც მაგალითად:  
განვითარების პისტერია, ალკოჰოლური პისტერია, პრესენილური  
პისტერია, ტოქსინური პისტერია, ან ქალას ფიზიკური ტრავმით  
გამოწვეული პისტერიული რეაქციები.

მოყვანილ შემთხვევებში ორგანული ფონი ქმნის ნეიროდი-  
ნამიკურ ძვრებს, რაც კლინიკურად იძლევა პისტერიის მაგვარ  
(პისტერიოდულ) გამოვლინებებს.

უმართებლოდ უნდა მივიღოთ აგრეთვე მხოლოდ ფსიქოტრავ-  
მულ ეტიოლოგიურ ფაქტორთა მიხედვით ავადმყოფურ მდგომა-  
რეობათა დაჯგუფება.

არ არის საკამათო, რომ ფსიქოტრავმა იწვევს ფსიქოზს და  
აძლევს მას შინაარსს, მაგრამ აქვე არ უნდა დავივიწყოთ, რომ  
ეტიოლოგიას არ ძალუძს პათოგენეზურ მექანიზმთა პირობადება  
თუ ფსიქოზის მიმართულების განსაზღვრა.

ამიტომ ასევე ცალმხრივი და პირობითია შემდგეი კლინიკუ-  
რი ფორმები: მიწისძვრის პისტერია, სამხედრო პისტერია, ოჯახურ  
უსიამოვნებათა პისტერია, გრძნობათა იმედგაცრუების პისტერია,  
ციხის პისტერია და ასე შემდეგ.

პისტერიულ მდგომარეობათა ანალიზის ა-  
თვის ერთნაირად უნდა იყოს მხედველობაში  
მიღებული ეტიოლოგია, პათოგენეზი, შინაარ-  
სი და პროგნოზი. მხოლოდ ასეთი კომპლექსური მიდგო-

მით არის შესაძლო ჰისტერიულ მდგომარეობათა სწორი დიაგნოზის დადგენა და თვით კლინიკურ სურათში ჭეროვანი გარკვევა.

ჰისტერიულ კლინიკურ ფორმათა სისტემატიკაში წამყვანი ადგილი ეკუთვნის პათოგენეზის პრინციპს.

ჰისტერიის პათოგენეზის გარკვევა ნიშნავს ავადმყოფობის ნეიროდინამიკულ მექანიზმთა დაზუსტებას; უკანასკნელზე დამოკიდებულია ფსიქოზის, როგორც სტატიკური შინაარსი, ისე შემდგომი კლინიკური დინამიკა.

ამ მხრივ, გამოვდივართ რა ასათიანის პოზიციებიდან, შესაძლოთ მიგვაჩნია გამოყოფილი იქნეს შემდეგი კლინიკური ფორმები ანუ მდგომარეობანი: მონოსიმპტომური ჰისტერია; გულყრითი ჰისტერია; ჰისტერიული ფსიქოზი სომნამბულიზმით; ჰისტერიული ფსევდოდემენცია პუერილიზმით და ჰისტერიული ფსიქოზი სინამდევლიდან განსვლით.

პირველი ორი ფორმის შემთხვევაში ნეიროდინამიკული მექანიზმები მოგვაგონებს გამკვრივებულ პათოლოგიურ პირობითი რეფლექსებს.

უხდა აღინიშნოს, რომ მონოსიმპტომური ჰისტერიის დროს ერთხელ აღმოცენებული პათოლოგიური სიმპტომი მკვრივდება და დებულობს ასევე პათოლოგიურ ავტომატიზმის სახეს; მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ კიდურის გაავტომატებული კანკალი, ქოშინი, ბოყინი ან სლოკინი და სხვა.

რაც შეეხება ჰისტერიულ ფსიქოზებს, აქ უმაღლესი ფსიქიკური ბეჭანიზმების შესუსტების (თუ მოხსნის) გამო ადგილი აქვს ემოციათა გამუხრუჭებას და პიროვნების სურვილთა და ტენდენციათა წამოჭრას.

აქვე სულ მოკლედ შევჩერდებით საკითხებზე ჰისტერიის დიფერენციული დიაგნოზის, პროფილაქტიკას და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობის შესახებ.

ჰისტერიის კლინიკური დიაგნოზის დადგენის მიზნით ჩვენ მოგვცნდება გამოვრიცხოთ ე. წ. სომატოგენური და უშუალოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი, აგრეთვე შიზოფრენია და ეპილეფსიური მდგომარეობანი.

აქ საჭიროა ზუსტად იყოს გაშიფრული ფსიქიკური ტრავმის ადგილი, როლი და მნიშვნელობა; ამასთან ერთად გამოძეხნილი უნდა იქნეს გასაგები ფსიქოლოგიური კავშირი.

მეორეს მხრივ საჭიროა აბსოლუტურად გამოირიცხოს ორგანული დაავადების სიმპტომატოლოგია, ინტრაფსიქიკური ატაქსიის

ნიშნები და ეპილეფსის კარდინალურ სიმპტომები (ეპილეფსიური კლუასუსტობა და ხასიათი)

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, საჭიროა ავადმყოფთ შეუქმნათ ცხოვრების და შრომის ჯეროვანი პირობები. სასურველია კვების გაძლიერება, რადგანაც სომატიური ასთენია ხელს უწყობს ჰისტერიულ სიმპტომთა როგორც გამოვლინებას, ისე ფიქსაციას.

ავადმყოფები უხდა ერიდონ კონფლიქტებს და ფსიქოტრავმულ მომენტებს.

ფსიქიატრიული სტაციონარი ნაჩვენებია მხოლოდ გაშლილი ფსიქოზის შემთხვევებში. სულთ ავადმყოფები და საერთოდ ფსიქიატრიული სტაციონარის რეჟიმში და პირობებში უარყოფით მოქმედებს ჰისტერიულებზე.

ფსიქოგენიები, კერძოთ რეაქტიული ფსიქოზები და ჰისტერია, აგრეთვე მათთან ერთად ფსიქონევროზები, მოითხოვს სპეციფიკურ, ცალკე სტაციონარულ დახმარებას.

რაც შეეხება ჰისტერიის სასამართლო-ფსიქიატრიულ მნიშვნელობას, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტერიის დიაგნოზი ავადმყოფებს არ ხსნის პასუხისმგებლობას; ჰისტერია თავისთავად არ ვულისხმობს ჩაურაცხად მდგომარეობას.

ჰისტერიით შეპყრობილ პირებს მხოლოდ მაშინ ეხსნებათ პასუხისმგებლობა (ე. ი. ხდებიან ჩაურაცხადნი), როდესაც დანაშაული ჩადენილია ცხოვრების სრული შეცვლის ე. ი. ფსიქოზის მდგომარეობაში.

ჰისტერიის დროს ძლიერ იშვიათია მკვლევლობები. აქ უფრო ხშირია შემდეგი სახის დანაშაულებანი: მოტყუება, ცილისწამება, დაბეზღება, ცრუჩვენებანი, გაუპატიურების მოგონება და სხვა.

## **2. ძირითადი ცნობები ფსიქოთერაპიული მეთოდების შესახებ**

ფსიქოგენიების, საერთოდ ფსიქოგენური ნეიროდინამიკის მქონე დაავადებათა მკურნალობაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ფსიქოთერაპიას.

ცხოვრების პირობების შექმნა, შრომა-თერაპია, მკურნალობა სამკურნალწამლო საშუალებებით, ჰიდროთერაპია თუ ფიზიოთერაპია, არაა საკმარისი რეაქტიულ მდგომარეობათა მოსახსნელად. აქ საჭიროა გარკვეული ზეგავლენა მოვახდინოთ ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატზე.

არ შევჩერდებით ექიმის ავტორიტეტის მნიშვნელობაზე და ზოგადად ფსიქოთერაპიაზე.

სრულიად მართალია გილიაროვსკი, რომლისაც 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 შოთხოვს ყურადღების განმეორებით შეჩერებას.

ჩვენ აქ გვაინტერესებს ფსიქოთერაპიული მეთოდები პირდაპირი და უშუალო გავებით; ვგულისხმობთ მკურნალის სიტყვის უშუალო გავლენას ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატზე.

უკანასკნელი დროის თეორიული და კლინიკური ხასიათის გამოკვლევები ადასტურებს სრულიად გადაჭრით, რომ „სიტყვა“ საკმაოდ ძლიერი და სერიოზული გამაღიზიანებელია.

საბჭოთა ფსიქოთერაპიამ მიიღო სრულიად გამოკვეთილი მეცნიერული პროფილი; იგი დაფუძნებულია თანამედროვე ნეიროფიზიოლოგიის, პირველ რიგში პავლოვის გენიალური მოძღვრების მონაცემებზე.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა გამოარკვეეს ფსიქოგენიების (ნეეროზთა) არა მარტო ნეიროდინამიკული საფუძვლები, არამედ აგრეთვე მოგვაწოდეს ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის ფიზიოლოგიური ახსნა.

პავლოვი ჰიპნოზს განიხილავს, როგორც დიდ ჰემისფეროთა ქერქის გახფენილ შეკავებას. ამით ჰიპნოზს უკვე მოსცილდა გაუგებარი სენსაციის საძოისი და მან მიიღო მეცნიერული კვლევის ექსპერიმენტული მეთოდის სახე.

პავლოვის სკოლამ დაამტკიცა, რომ დაბალი და მონოტონური სიტყვით მრავალხელ გაღიზიანება იწვევს ქერქის განფენილ შეკავებას. ხოლო უკანასკნელს მოსდევს ე. წ. ჰიპნოზური ძილი.

უფრო მეტი, გამოირკვა, რომ სიტყვიერ გაღიზიანებას მოსდევს აგრეთვე მნიშვნელოვანი ძვრები ნივთიერებათა ცვლის მხრივ, მაგალითად: შაქრის მიღების შთაგონება იძლევა შაქრის მომატებას სისხლში.

ბიკოვმა გვიჩვენა განსაკუთრებული სიცხადით, რომ შინაგან ორგანოთა სისტემა მოქმედებს ქერქულ აპარატზე და ქმნის ადამიანის „ქვეცნობიერი“ ცხოვრებისათვის ბიოლოგიურ ბაზისს.

ქერქი ფართოდ მოქმედებს ორგანიზმის პროცესებზე.

აქვე ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ ფსიქიკურის და სომატოვეგეტაციურის ურთიერთ კავშირი არ უნდა იყოს გაგებულში მარტივად.



რასაკვირველია წარმოუდგენელი, მარტივი და პირდაპირი კავშირი სიტყვის და ბიოლინამიკურ მოვლენათა შორის.

მაშინ ყოველი სიტყვა მოგვცემდა სომატოვეგეტაციურ კრიზებს და, პირიქით, სულ მცირე შინაგანი ბიოლოგიური ძვრა უარყოფითად იმოქმედებდა ადამიანის ფსიქო-ნერვულ აპარატზე.

ცხადია, ეს არაა და არც შეიძლებოდა ყოფილიყო.

აქ მხედველობაში უხდა იყოს მიღებული ნერვული აპარატის ტიპი და თავისებურება.

რაც უფრო სუსტი, მსხვერველადი, ლაბილური და მგრძობიარეა ნერვული აპარატი, იმდენად უფრო ადვილად მოსდევს სიტყვით გაღიზიანებას სომატოვეგეტაციური ცვლილებები.

მომქმედია სიტყვა; ასევე მომქმედად უხდა ჩაითვალოს ფსიქოთერაპიული გზა-წესები ფსიქიატრიის კლინიკაში.

როგორც მედიცინის ყველა სხვა დარგში, აქაც უხდა გვახსოვდეს მკაცრი ინდივიდუალური მიდგომის აუცილებლობა; ფსიქოპენიის გარკვეული კლინიკური ფორმა საჭიროებს ასევე გარკვეულ ფსიქოთერაპიულ დახმარებას.

ფსიქოთერაპიულ გზა-წესთა განხილვისას საჭიროდ კთვლით გარჩეული იყოს შემეგი მეთოდები:

პ ი ბ ნ ო ზ ი,   გ ა ხ ც დ ა თ ა   რ ე პ რ ო დ უ ქ ც ი უ ლ ი მ ე-  
თ ო დ ი   ა ს ა თ ი ა ნ ი ს ა,   რ ა ც ი ო ნ ა ლ უ რ ი   ფ ს ი ქ ო თ ე-  
რ ა ბ ი ა   დ ა ე. წ.   თ ვ ი თ შ თ ა გ ო ნ ე ბ ა.

შევჩერდებით აღნიშნულ მეთოდთა ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ მხარეზე.

საჭიროა წინასწარ აღინიშნოს, რომ ფსიქოთერაპიის დროს ფსიქიკურ აპარატზე ზეგავლენა ხდება შთაგონების გზით.

შთაგონების მიწოდების შემთხვევებში შესაძლოა საქმე გვექონდეს ორგვარ მდგომარეობასთან: ერთ შემთხვევაში ავადმყოფთ ვაწვდით პოზიტიურ (ამალორძინებელ და გამამაგრებელ) ნიშნებს (მაგალითად: იგი არის „ჩანმრთელი“ „მხნე“, „მედგარი“, და ასე შემდეგ); ხოლო მეორე შემთხვევაში ავადმყოფებს იმავე შთაგონებით ვუსპობთ პათოლოგიურ სიმპტომებს (მაგალითად—„არასდროს აღარ ექნებათ კანკალი“, „უძილობა გაუქრებათ“ და ასე შემდეგ).

პირველ შემთხვევაში საქმე გვაქვს სიმპტომთა პოზიტიურ შთაგონებასთან; ხოლო მეორე შემთხვევაში—ნიშანთა ნეგაციურ შთაგონებასთან.

ჰიპნოზის უმთავრესი ნიშანია. ჰიპნოზი გულსხმობს ხელოვნურ ძილს, რომელშიც გადადის ადამიანი რომელიმე მეორე პირის (ჰიპნოტიზორის) ზეგავლენით. მის ნეიროდინამიკული (ნეიროფიზიოლოგიურ) საფუძვლების შესახებ უკვე იყო ლაპარაკი. აქ შევიჩრდებით ჰიპნოზის მხოლოდ კლინიკურ მხარეზე.

ვის შეუძლია გამოიწვიოს ადამიანის ხელოვნური ძილი? ვის შეუძლია ჰიპნოზის თეორიის და პრაქტიკის დაუფლება? ამჟამად, დასმული საკითხი სრულიად ნათელია: ჰიპნოზი არის მეცნიერული კვლევა-ძიების ერთერთი გზაწესი; მის შესახებ არსებობს საკმაო პოზიტიური მეცნიერული მონაცემები და მან უკვე დიდი ხანია მოიცილა „მისტიკური“, რაღაც შინაგანი ჰიპნოზური ძალის ბურუსი. ამიტომ ჰიპნოზის დასაუფლებლად, ისე როგორც ყველა სხვა მეცნიერული მეთოდის დასაუფლებლად, არაა საჭირო რაიმე სპეციფიკური ნიჭი, პიროვნების რაიმე გარკვეული თვისებები („შავი და მოქმედი თვალები“ და სხვა).

ჰიპნოზის შეთვისება შეუძლია ყოველ ექიმს სპეციალისტს, ყოველ ფსიქიატრს, ვინც ამას მოისურვებს, გამოიჩინოს საჭირო ენერჯიას, გულმოდგინებას, სიყვარულს და პატივისცემას; ვინც მიიღებს საჭირო ცოდნას, გამოცდილებას და გაიმსჭვალება პასუხისმგებლობით ამ დიდი და რთული საქმისადმი. ცხადია, არაა საკმაო მარტო სურვილი ან შრომა, საჭიროა აგრეთვე ჯეროვანი ხელმძღვანელობა.

ჰიპნოზურ ძილს ყველა ადამიანი არ იძლევა. ექიმის გამოცდილების გარდა, აუცილებელ პირობას შეადგენს სათანადო ლაბილური ფსიქონერვული აპარატის არსებობა.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰიპნოზი სერიოზული მეთოდია; მას არ უნდა ქონდეს საჩვენებელი სენსაციის ხასიათი და მას უნდა აწარმოებდეს, მხოლოდ და მხოლოდ ექიმი-სპეციალისტი.

როგორ ხდება ხელოვნური ძილის გამოწვევა? საჭიროა პირველ რიგში ავადმყოფი დავაწყნაროთ, დავამშვიდოთ და მივცეთ წინასწარი ახსნა-განმარტება, რომ იგი სრულიად მოსვენებული უნდა იყოს და შეეცადოს დაიძინოს.

ამას გარდა საჭიროა გარეგანი პირობებიც, ოთახში უნდა იყოს სრული სიმშვიდე, ხოლო საწოლი თუ სხვა რბილი ავეჯი შესატყვისად მოწყობილი.

ექიმმა არასდროს მარტო არ უნდა აწარმოოს ჰიპნოზის სენსი. ყოველგვარი მოულოდნელობის და ავადმყოფთა მიერ უსაფუძვლო პრეტენზიების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ჰიპნოტიზორმა დაისწროს დამხმარე პირი (ექიმი ან ექიმის თანაშემწე).

ჰიპნოზის გამოაწვევად არსებობს სხვადასხვა ხერხი.

ექიმის თითოებაზე შეიძლება ავადმყოფმა დაკომულად უცქიროს ერთ წერტილს და ასეთ მდგომარეობაში თანდათანობით მივაწოდოთ შთაგონება; ის სრულიად მშვიდადაა, მას აქვს ძილის სურვილი, ქუთუთოები უძძიმდება და ასე შემდეგ.

სხვა შემთხვევაში შესაძლოა დაწოლილ და თვალდახუჭულ ავადმყოფს ექიმმა შუბლზე ხელი დაადოს და ასევე ჩუში, ხელი, მაგრამ სრულიად გასაგები და ავტორიტეტული სიტყვებით შთაგონოს ძილი.

ძირითადში ჰიპნოზური ძილი მოგვაგონებს ფიზიოლოგიურ ძილს.

ჰიპნოზში ფიზიოლოგიური ძილის მსგავსად აწეულია შთაგონებლობა და ადგილი აქვს ჰიპერამნეზიებს.

ამის გამო ჰიპნოზური ძილი წარმოადგენს მეტად მარჯვე და ხელსაყრელ მდგომარეობას პოზიტიურ თუ ნეგატიურ შთაგონებისათვის.

ამასთან ერთად ექიმს აქვს შესაძლებლობა ისარგებლოს ჰიპნოზური ჰიპერამნეზიით და ავადმყოფს გაახსენოს სხვა პირობებში მისთვის თითქოს მიევიწყებული ფაქტები და მოახდინოს ფსიქოტრაექული კვანძის გახსნა; მოახდინოს ავადმყოფური მდგომარეობის ფსიქოლოგიური ახალიზი.

ჰიპნოზური ქერქული შეკავების ერთერთ სპეციფიკურ მომენტს შეადგენს ის გარემოება, რომ ამ დროს ქერქში რჩება ნათელი დინამიკური კერა, რომლის საშუალებითაც არ სწყდება კავშირი ექიმსა და ავადმყოფს შორის ე. ი. აქ ადგილი აქვს რ ა პ ო რ ტ ს.

რაპორტის არსებობა წარმოადგენს იმ შესაძლო „ფანჯარას“, რომლითაც ექიმი იცქირება ავადმყოფის განცდებში და მასზე შთაგონებითი ზეგავლენას ახდენს.

ჰიპნოზური შთაგონება განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს მონოსიმპტომური და გულყრითი ჰისტერიის შემთხვევებში.

გ ა ნ ც დ ა თ ა რ ე პ რ ო დ უ ქ ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ი ა ს ა თ ი ა ნ ი ს ა. ხსენებული ფსიქოთერაპიული გზა-წესი განსაკუთრებული ყურადღებებს ღირსია, როგორც თავისი პრაქტიკული ღირებულების, ისე ფიზიოლოგიურ მექანიზმთა დასაბუთების მხრივ.

აღნიშნული მეთოდი, რომლის ავტორიც არის გამოჩენილი საბჭოთა ფსიქოთერაპევტი ა ს ა თ ი ა ნ ი, კარგ შედეგებს იძლევა გულყრითი ჰისტერიის, რთული კომპლექსის მქონე სომხაშბულიზმის შემთხვევებში და სხვა.

სსფნებულნი მეთოდის პირველ მომენტს შეადგენს ფსიქოტრაექ-

მული ამბავის გახსენება და რაც შეიძლება სრული რეპროდუქცია. მეთოდის შინაარსი ამით არ ამოიწურება, ეს არ არის მხოლოდ განცდათა გახსენება—კათარზისი; აქ ექიმი-ფსიქოთერაპევტი აქტიურად ერევა ავადმყოფის განცდათა პათოლოგიურ სამყაროში და მას აძლევს შიმართლებას სურვილისამებრ.

თნახმად ასათიანისა, მისი მეთოდი გულისხმობს ხელოვნურ სომნამბულიზმს ე. ი. ჰიპნოზის მდგომარეობას, როდესაც ხდება წარსულის რეპროდუქცია და ექიმთან არსებობს სრული რაპორტი.

ასათიანე თავის მეთოდს აძლევს ნეირო-ფიზიოლოგიურ დასაბუთებას, რისთვისაც იგი იყენებს უხტომსკის ცხებებს აქტუასტას და დომინანტას შესახებ. იგი სწერს: „აქტუანტა უნდა გვესმოდეს, როგორც უძლიერესი მულამ მღვიძარი (ძილს გარდა) და მომქმედი აგზნებულების კერა, რომელიც აერთიანებს ნერვულ კავშირთა მნიშვნელოვან სისტემას, ხოლო აღნიშნული ნერვული კავშირები ღებულობს ჩვენი სხეულის მთელ ზედაპირიდან და ყველა ორგანოდან მომავალ გაღიზიანებებს; ნერვულ კავშირთა ეს სისტემა ფუნქციურად და მორფოლოგიურად უფრო ძლიერია ქერქში ყველა სხვა სისტემაზე და ფსიქოლოგიურად გამოხატავს „მე“—კომპლექსს, რომელიც ხასიათდება იმით, რომ წარმოადგენს სუვერენულ ძალას და მფლობელობს ყველა დომინანტურ კომპლექსს. ფხიზელ მდგომარეობაშიც ნევროტიკთა დომინანტა ხშირად სძლევს აქტუანტას, ვინაიდან აგზნების ერთი მთავარი კერის ირგვლივ გაერთიანებულ ქერქოვან კავშირთა სისტემა მათ სუსტად და ხაკლებად აქვთ განვითარებული, ე. ი. ფსიქოლოგიური ტერმინით რომ გამოვთქვათ, მათი პიროვნება ნაკლებ მყარია, მათ არა აქვთ არავითარი შინაგანი გამძლეობა, ხოლო ფსიქონევროტიკთა დომინანტის ადვილად ასაგზნები, გამტანი გზები თავისი კრუნჩხვითი დაძაფრვით მხოლოდ გულყრის დროს ჩაგრავს აქტუანტის მოქმედებას. რას აკეთებს ფსიქოთერაპევტი, რომელიც ცდილობს ავადმყოფთან რაპორტით შესვლას სწორედ გულყრის დროს? იგი ამით აღაგზნებს და ამოქმედებს აქტუანტას, რომელიც დომინანტიდან გამოძვინარე აგზნების ირადიაციის მიღებით ამ დროს განაგრძობს თავის მოქმედებას და ამით მნიშვნელოვნად ასუსტებს დომინანტური გზების აგზნების ძალას. რაც უფრო მაგარი და მყარია პიროვნება, მით უფრო ნაკლებად გამოდის იგი წონასწორობიდან. აქ მოქმედებს არა მორალური კონფლიქტი და პიროვნებასთან შეუთავსებელი შთაბეჭდილებანი; არამედ ავადმყოფის ფსიქოფიზიკური პიროვნების ფიქსაციური ძალები, მისი

ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიობა, რომელიც განმარტავს როგორც ფიქსაციის პროცესებს, ისე გულყრათა განმეორებლობას. ექიმის თაბდასწრებით, რეპროდუქციული განცდების დროს გახკურნება ახსნება აქტუახტის გაძლიერებით, რომელიც იკრებს შესუსტებული დომინანტის აგზნებებს; აქტუახტის აგზნებით თქვენ ამარცხებთ დომინანტას, ისე როგორც ადამიანას გამოღვიძებით თქვენ სპობთ თვით ძილს“.

რ ა ც ი ო ხ ა ლ უ რ ი ფ ს ი ქ ო თ ე რ ა პ ი ა თ ა ვ ი ს ი პ რ ი ნ ც ი ბ უ ლ ი დ ე დ ა ა ზ რ ი თ გახსნავადება შთაგონების მეთოდებიდან. აქ ავადმყოფები არიან სრულიად ხათელ მღვომარეობაში, რომლის დროსაც ფსიქოთერაპევტი სათანადო საუბრის გზით ცდილობს მოკრიბიას პიროვნების ფსიქიკურ ძალთა შესაძლებლობანი და გააქტივოს მისი ლოგიკური აპარატი. ამით უნდა მოხდეს ავადმყოფობიდან გადაჭერება და ჟანმრთელობის დაჭერება. აქ მახვილდება პიროვნების ცხოზიერება და ნებითი ფუნქციები. გაშკერივებული ლოგია და გაღვიძებული კრიტიკა უნდა შეებრძოლოს პათოლოგიურ სიმპტომს და დაამარცხოს იგი.

თ ვ ი თ შ თ ა გ ო ხ ე ბ ა შედარებით ყველაზე ახალი თერაპიული გზაწესია. მიზანი აქაც იგივეა, როგორც რაციონალური ფსიქოთერაპიის დროს. აქ ექიმი ავადმყოფებს აძლევს განმარტებას, რომ მათ თვითშთაგონების გზით უნდა დასძლიონ ავადმყოფობა. პრინციპი უეჭველად საიხტერესოა. ხსენებული მეთოდი ხშირად იძლევა გამამხნევებელ შედეგებს.

თვითშთაგონების დროს ავადმყოფს ვაძლევთ რჩევა-დარიგებას, რომელიც მახ უხდა შეასრულოს რიტუალის სიზუსტიით.

## 7. ზოზიერთი ცნოზები ნევროზების შესახებ \*)

ნევროზების ცნება დღემდე არაა ზუსტად განსაზღვრული. ასევე არაა შემოხაზული ნევროზთა კლინიკურს ჩარჩოები.

რიგი მკვლევარები არ სთვლიან საჭიროდ და მიზანშეწონილად, რომ ნევროზები გამოყოფილი იყოს დაავადებათა დამოუკიდებელ ჯგუფებად: ერთნი მას მიაწერენ ფსიქოპათიებს, ხოლო მეორენი განიხილავენ ფსიქოგენიების კრილში.

საბჭოთა ფსიქიატრია ამჟამად იზიარებს იმ შეხედულებას, რომ ნევროზები გამოყოფილი უნდა იყოს, როგორც კლინიკურად დამოუკიდებელი ჯგუფი.

\* ნევროზების და ფსიქოპათიათა სისტემატიკა ძირითადად მოყვანილია ჯ რ ე ე ი ჩ ი ს მიხედვით.

უნდა ითქვას, რომ თანაშედროვე ფსიქიატრიას და ნევროლო-  
გიას თავის განკარგულებაში აქვს ფსიქოლოგიურ, ფიზიოლოგიურ  
და ექსპერიმენტულ კლინიკურ გამოკვლევებათა მთელი რიგი ნატიფი  
მეთოდები, რომლებიც საშუალებას გვაძლევს შევნიშნოთ და და-  
ვადგინოთ სულ ნაზი და ჭერ კიდევ შეუქმნიველი ორგანული ბუ-  
ნების მქონე ავადმყოფური ძვრები.

ხსენებული გარემოება უეჭველად ხელს უწყობს ნევროზთა  
კლინიკის დაზუსტებას და შემდგომ განვითარებას.

მთელი რიგი ფორმები, რომლებიც წარსულში ეკუთვნოდა  
ნევროზთა ჯგუფს, ეხლა სრულიად გარკვევით შეადგენს შინაგან  
ჭირკველთა, ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ან ქერქქვეშა კვანძ-  
თა პათოლოგიის საგანს; მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ  
ბავშვთა ქორეა, ტეტანია, ბაზედოვიზმი და სხვა.

შევჩერდებით ნევროზების კლინიკისათვის დამახასიათებელ  
სპეციფიკურ მომენტებზე.

ნევროზი კეთილთვისებიანი და სრულიად რევირზიბილური  
ბუნების ფუნქციური დაავადებაა, რომლის დროსაც ნერვული  
სისტემა (როგორც ანიმალური, ისე ვეგეტაციური) არ განიცდის  
რაიმე დესტრუქციულ ცვლილებებს.

დესტრუქციულ-ორგანული ფონის სრული უქონლობა შე-  
ადგენს წამყვან ღერძს ნევროზების კლინიკისათვის.

ღიაგანოზი ნევროზისა სრულიად გამორიცხავს სულით ავად-  
მყოფობის ფორმალურ ნიშანთა არსებობას.

ამ დროს მთლიანად შენახულია პიროვნება და ავადმყოფური  
მდგომარეობის კრიტიკული შეფასების უნარი.

პიროვნება და კრიტიკა სრულიად შერჩენილი უნდა იყოს  
ავადმყოფობის მთელ მანძილზე.

ფსიქიატრიის კლინიკისათვის ცნობილია ნევროზებისმაგვარი  
მდგომარეობახი პიროვნების და კრიტიკის შენახვით, რომლებიც  
ზოგჯერ წარმოადგენს მძიმე ორგანული ფსიქოზების (შიზოფრე-  
ნია, პროგრესული პარალიზი) დებიუტს. აღნიშნულ მდგომარეო-  
ბებს ნევროზთა კლინიკასთან არაფერი საერთო არა აქვს და განხი-  
ლული უნდა იყოს, როგორც ფ ს ე ვ დ ო ნ ე ვ რ ო ზ ე ბ ი (მ ი ა-  
ს ი შ ჩ ე ვ ი, შ ე გ ა ლ ი ო ვ ი და სხვანი).

ნევროზის ბუნების მქონე ავადმყოფურ გამოვლინებათა ყველა შემთხვევაში ცენტრალური ადგილი უნდა დაეთმოს ვეგეტაციური აპარატის ფუნქციურ აშლას. უკანასკნელი მოვლენა იძლევა ასევე ფუნქციური ბუნების მქონე ძვრებს ორგვარი მიმართულებათ; მხედველობაში მაქვს ზოგადი ვეგეტატორიუმის მქიდრო კავშირი ემოციურ სფეროსთან და ორგანიზმის სომატიურ ფონთან.

აღნიშნულ ემოციურ-ვეგეტაციურ და სომატიურ ფუნქციათა ურთიერთკავშირი და ურთიერთგავლენა პათოფიზიოლოგიურად ქმნის ტილოს, რომელზედაც იქარგება ნევროზების სურათი, შინაარსი და მრავალფეროვანობა.

ვეგეტაციური სისტემის პათოლოგიას მოსდევს ემოციური სფეროს აშლა: გრძობათა ლაბილობა, ემოციური ტონის ტალღობრივი ქანაობა, გუნებგანწყობის დაწევა და თვითგრძობის გაუარესება.

მეორეს მხრივ, ვეგეტაციური სისტემის პათოლოგია იძლევა სომატიურ ფუნქციათა და საერთოდ ბიოტონუსის ფუნქციურ დარღვევას.

სომატიური აშლილობა ამწეავებს ვეგეტაციურ და ემოციურ სფეროთა ავადმყოფურ მდგომარეობას და პირუკუ.

ამნიარად წამოიჭრება ფუნქციური ბუნების მქონე პათოლოგიური წრე, რომელშიაც მოცემულია სამი ურთიერთმომკმედი კომპონენტი.

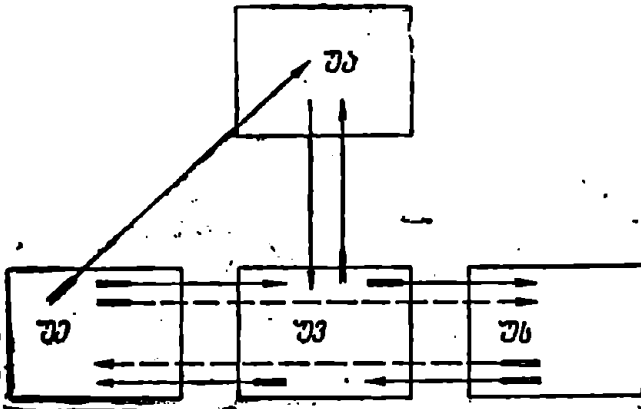
სომატოვეგეტაციური აპარატის აშლა თავის მხრივ ხელს უწყობს ნევროზების შემდგომი კარდინალური ნიშანის განვითარებას; მხედველობაში მაქვს ფსიქიკურ ფუნქციათა, პირველ რიგში უმაღლესი რიგის ფსიქიკურ ფუნქციათა, ადვილი დაღლილობა და განსაკუთრებით სწრაფი მოქანცულობა.

უკანასკნელი გარეობების შედეგად სუსტდება უმაღლეს ფსიქიკურ ფუნქციათა შემაკავებელი და საკორექციო გავლენა ემოციებზე, მიზიდულობაზე და ქერქქვეშა მოტორიკაზე. თავს იჩენს შიში, აკვიატებული მოქმედებანი და აგრეთვე ექსტრაპირამიდული ხასიათის ავტომატური მოძრაობები (ჰიპერკინეზიები).

ქვემოთ მოგვყავს სქემა, რომელიც ნათლად გვიჩვენებს ნევროზის პათოგენეზურ კომპონენტთა ურთიერთგავლენას.

ემოციურ, ევგეტაციურ, ექსტრაპირამიდულ და სომატიურ ფუნქციებაა ურთიერთგავლენისა.

(უ ე — უბანი ემოციათა; უ ვ — უბანი ევგეტაციურ ფუნქციათა; უ ს — უბანი სომატიურ ფუნქციათა; ემოციურ-სომატიური დამოკიდებულება გადმოცემულია პუნქტირით; უ ა — უბანი ავტომატური მოძრაობათა).



ნევროტიკები ადვილად იღლებიან და სწრაფად იქანცებიან; მათ უნებთარდებთ საკუთარი უკმარისობის გრძობა; ბიოლოგიური ფონი ხელს უწყობს პიროვნების ასთენიზაციას.

უჩივიან საკუთარ ავადმყოფობას; მდგომარეობა მათ აწუხებთ, აშფოთებთ.

ნევროზების პათოგენეზის პრობლემა, რასაკვირველია არ ამოიწურება მხოლოდ ბიოლოგიური ფონის თავისებურებით.

აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული უამრავი კონფლიქტები, რომელთაც ესოდენ ადვილად ხვდება ნევროტიული პიროვნება თავის ცხოვრებაში და მოქმედებაში. კონფლიქტი შეიძლება იყოს სამსახურებრივი ხასიათის (მუშაობას ვერ ასრულებს; დავალეძულ ამოცანებს ვერ სწყვეტს), ოჯახური, რომანიული, სექსუალური და ასე შემდეგ.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ შინააოსის და გამომწვევი წყაროს მხრივ არსებობს უამრავი კონფლიქტი. მიუხედავად ამისა,



ყველგან და ყოველ პირობაში კონფლიქტი გულისხმობს ერთი წამყვანი მომენტის არსებობას; ეს არის წამოჭრილი მოთხოვნილებების და ნევროტიკის შესაძლებლობათა ურთიერთ დაპირისპირება-შეჯახება.

როგორ ამოიწურება მოთხოვნილება და შესაძლებლობის პირისპირ შეხვედრა-შეჯახება? მოხდება თუ არა ამოცანის გადაწყვეტა? გაიხსნება თუ არა ცხოვრების კვანძი? პიროვნება დროებით დაიხვეს უყან, თუ გამარჯვებას იზეიმებს?

დამუღ საკითხთა გადაწყვეტაზე დამოკიდებული ნევროზის განვითარების შესაძლებლობა.

თანამედროვე ძოწინავე ფსიქოლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური მეცნიერების მთავარ მომენტს შეადგენს ის გარემოება, რომ ფსიქიკურ და ფსიქოპათოლოგიური ფუნქციები შეისწავლება ნეიროდინამიკულ თავისებურებათა კრილში.

საბჭოთა ფსიქოლოგია და პათოფსიქოლოგია დაფუძნებულია იმ მდღარ მონაცემებზე, რომელთაც იძლევა საბჭოთა ნეიროფიზიოლოგია და პათოფიზიოლოგია.

დიალექტიკური მატერიალიზმის პოზიციებზე მღგომ ფსიქიატრისათვის სრულიად უცხოა აზრი ე. წ. სუფთა ფსიქოლოგიურ, ნეიროდინამიკულ მოვლენებს მოკლებულ დაავადებათა არსებობის შესახებ. ამ მხრივ კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ არ არსებობს არავითარი სუფთა ფსიქოლოგიური ნევროზი, ან ასევე სუფთა ფსიქოლოგიური კონფლიქტი.

გენიალურმა პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა ნათლად დაამტკიცეს, რომ ის, რაც ცნობილია პათოლოგიური კონფლიქტის სახელწოდების ქვეშ, დაკავშირებულია გარკვეულ ნეიროფიზიოლოგიურ (ქერქული ფიზიოლოგია) მოვლენასთან; სახელდობრ, ექსპერიმენტული „კონფლიქტის“ შემთხვევებში აღვილი აქვს ორი სრულიად მოწინააღმდეგე ნეიროფიზიოლოგიური ფენომენის დაპირისპირება-შეჯახებას შ ე კ ა ვ ე ბ ა ს ა და ა გ ზ ნ ე ბ ა ს.

რაც შეეხება ნევროზთა ეტიოლოგიას, აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული პრემორბიდის ქარაქტეროლოგიური თვისებურებანი (სუსტი ნერვული სისტემის მქონენი პ ა ვ ლ ო ვ ი თ), პიროვნების ფიზიკური ასთენიზაციის გამაძლიერებელი ფაქტორები (ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ფიზიკური ტრავმები, უძილობა, დაღლილობა, გადაქანცვა) და აგრეთვე კონფლიქტის შემქნელი ფსიქოტრავმული მომენტები.

ამნაირად, ნევროზის წარმოშობისათვის საჭიროა ინდივიდუალური, სომატოგენური და ფსიქოგენური პირობათა არსებობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სხვადასხვა შემთხვევაში შესაძლოა სხვადასხვა წამყვანი პირობა იყოს წარმოდგენილი.

გასაგებია, რომ ფსიქოგენური ეტიოლოგიის კარბობისას თავისებური იქნება ნევროზის კლინიკური სურათი, რომელიც შესაძლოა განხილული იქნეს, როგორც „ფსიქონევროზი“.

ფსიქონევროზების ცალკე ჯგუფად გამოყოფის აზრს იცავენ ამ დარგის ცნობილი მკვლევარები ოსიპოვი და მიასიშჩივი.

საჭიროა აქვე იყოს აღნიშნული, რომ ასათიანი ტერმინს „ფსიქონევროზები“ ხმარობს ფართო გაგებით და მას აკუთვნებს სხვადასხვა სახის ფსიქოგენიებს.

სულ მოკლედ ნევროზთა მკურნალობის შესახებ.

ნაჩვენებია დასვენება, ჰიდროთერაპია, გამამაგრებელი, დამამშვიდებელი მედიკამენტები და აგრეთვე ფსიქოთერაპია. საერთოდ კარგ შედეგებს იძლევა შრომათერაპია და სამკურნალო ფიზკულტურა. ამასთან ერთად უნდა აეკრძალოს მაგარი სასმელები, თამბაქო.

საჭიროა ენერგიული ზომები იყოს მიღებული ფსიქოტრაუმულ მომენტთა მოსასპობად.

## 8. ნევროზების კლინიკური სახეები

ნევრასთენია. დაავადება ჩვენ გვიანტერესებს, როგორც გარკვეული ავადმყოფური მდგომარეობა და არა სიმპტომი.

საკმაოდ ხშირად ნევრასთენიული დებიუტი აღესრულა მძიმე ორგანულ ფორმებს, რგორც მაგალითად: პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ტვინის არტერიოსკლეროზი და შიზოფრენია. უკანასკნელ შემთხვევებს განვიხილავთ, როგორც ფსევდონევრასთენიას.

ნევრასთენია პირველ რიგში განსაზღვრული უნდა იყოს ე. წ. ნევროპათიებიდან.

ბიოლოგიური ბუნების მხრივ ნევრასთენიის დროს საქმე გვაქვს ნერვული სისტემის მკვეთრ მოქანცულობასთან, რომელიც შესაძლოა გამოწვეული იყოს სომატიური დაავადებით და აგრეთვე ფიზიკური და გონებრივი გადაღალავით.

ნევრასთენიის დროს ჯანმრთელ პრემორბიდულ პიროვნებასთან გვაქვს საქმე.

სომატიური ხახიათის ჩვევები, რომლითაც ესოდემ მდიდარია ნევრასთენიული სიმპტომატოლოგია, პირობადებულია ემოციურ-ვეგეტაციური ძვრებით.

კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს უმადობა, უძილობა, თვითგრძობა-გუნებგანწყობის დაწვევა, აჩქარებული გულისცემა, დაღლილობა-მოქანცულობა, გრძობათა ქანაობა, ხოლო ყველ. ჯერს მას შესაძლოა თან დაერთოს ჰიპოქონდრიულ შეგრძნებათა და ჩველთა რაჟული კომპლექსა.

ფიზიკურ სიმპტომებიდან ყურადღების ღირსია ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური გაღიზიანების ნიშნები და ვეგეტოლისტონიის მკვეთრი მოვლენები.

ზოგჯერ ვეგეტაციური აქცენტი ცალკეულ ორგანოებზე იმდენადაა წარმოდგენილი, რომ გვიხდება ლაპარაკი თვით ორგანოს ნევროზზე.

ორგანოთა ნევროზის რიგიდან შეიძლება დასახელებული იყოს გულის ნევროზი, კუჭის ნევროზი, ცალკეულ შემთხვევებში ბროქიალური ასთმა და სხვა.

როგორც წესი, ნევრასთენია დადებით პროგნოზს იძლევა.

თერაპიულ ღონისძიებათა შესახებ უკვე ზევით იყო აღნიშნული.

ლოდინის ნევროზი და ე. წ. შიშის ნევროზი იძლევა კლინიკურად თანამსგავს გამოვლინებებს. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფს მფლობელობს შიში. უკანასკნელს მოსდევს ვაზომოტორთა და ვეგეტაციური სისტემის გაღიზიანება; ავადმყოფთ უკვეითდებათ შრომის უნარი.

აღნიშნულ მდგომარეობათა ბათოგენეზის განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული პრემორბიდის ასთენიური ხაზები და ეპზოგენური ფაქტორები.

ფიზიოლოგიურ შემთხვევაშიაც ლოდინის ემოციაში მოცემულია ასთენიური ე. ი. უსიამოვნო გრძობის კომპონენტი. ზოლო პათოლოგიის დროს ხსენებული უსიამოვნო მომენტი იღებს ავადმყოფურ გამწვავებას და პიპერტროფიას.

ლოდინის ემოცია ბადებს მწვავე დაურწმუნებლობას, ყოყმანს, შესაძლებლობის ეჭვს და ამის შედეგად დასახული ამოცანა ვერ სრულდება; მოქმედებანი ფერხდება.

ყურადღების ნევროტიული მოკრეფა არამცთუ ეხმარება, არამედ ავადმყოფთ ამოცანის გადაჭრაში ხელს უშლის და იწვევს ახალი რიგის სომატოვეგეტაციურ ნიშნებს, მაგალითად: ჩნდება თავის ტკივილი, თავბრუს, კანკალი, უძილობა, შფოთვა, ენაბორძი-

კობა და რთული მოქმედებები მოკლებულია საჭირო და აუცილებელ ნატიფ კოორდინაციას.

შიშის ნევროზის შემთხვევებში ადგილი აქვს აბსოლუტურად უმოტივო და დაუსაბუთებელ შიშს.

ავადმყოფს აწუხებს ასევე სრულიად უმოტივო და დაუსაბუთებელი შესაძლებლობანი: ეშირიათ გულის გაჩერების, სიკვდილის, ხანძრის, სხვადასხვა სტიქიური უბედურების, მძიმე—მოურჩენელი ინფექციის შეხვედრის და ასე შემდეგ.

შიშის ნევროზების დროს ნაჩვენებია ფსიქოთერაპიული, კერძოდ ჰიპნოზური ჩარევა.

შიშის ნევროზს ვხვდებით აგრეთვე ბავშვთა ასაკშიც ე. წ. ღამის შიში (წამოყვირებანი ღამით, შესაზარი სიზმრები, სიბნელის შიში და სხვა).

ფსიქოტრაპეული მომენტები ხელს უწყობს შიშის ნევროზის განვითარებას ბავშვთა შორის.

მოდრაობითი ანუ მოტორული ნევროზების შემთხვევებში საქმე გვაქვს ექსტრაპირამიდული ბუნების მქონე ვავტომატებულ მოძრაობებთან. პირველ რიგში დასახლებული უნდა იყოს ტიკი, ენაბოძიკოზა და ე. წ. პროფესიული კრუნჩხვები.

ტიკის შემთხვევაში ვხვდებით სხვადასხვა სახის და სირთულის პათოლოგიურ ავტომატიზმებს (ქუთუთოთა ხამხამი, შუბლის კუნთთა მოძრაობები, მხრის მოძრაობა და სხვა), რაც ხშირია ბავშვთა შორის; გრძელდება თვეობით, წლობით და ხელახლად მწვავედა პიროვნებისათვის არასასურველ ფსიქო-სომატიურ მომენტთა თანდართვისას.

ენაბოძიკოზა ხშირია ბავშვთა შორის (განსაკუთრებით სკოლის წინარე ასაკში). ბავშვთა ლოგონევროზის კლინიკა და პათოგენეზი დაკავშირებულია პიროვნების ფიზიკურ ასთენიზაციასთან და ფსიქოტრაპეულ მომენტებთან.

ლოგოპათოლოგია და ლოგონევროზები ამჟამად ბავშვთა ფსიქონევროლოგიის ერთერთ საინტერესო უბანს შეადგენს. ფართოა თერაპიული ჩარევის შესაძლებლობანიც.

პროფესიული კრუნჩხვები თავისი პათოგენეზის და სტრუქტურით მოგვაგონებს შიშის ნევროზს, მხოლოდ გარკვეულ პროფესიულ ჩვევათა მიმართ.

ცნობილია ე. წ. „წერის კრუნჩხვები“, „მბეჭდავთა თითების კრუნჩხვები“, „მუსიკოსთა ნევროზები“ და სხვა.

საინტერესოა, რომ პროფესიული ხასიათის ჩვევათა გარეშე მოძრაობათა კოორდინაცია სრულიად შენახულია და სწორი.

ზოგჯერ პროფესიული კრუნჩხვები იმდენად მტკიცე და უსიამოვნოა, რომ ავადმყოფები იძულებულნი ხდებიან გამოიცივალონ პირვანდელი ხელობა.

ნ ე ვ რ ო პ ა თ ი ა ა ნ უ კ ო ხ ს ტ ი ტ უ ც ი უ რ ი ნ ე რ ვ უ ლ ო ბ ა. აქ საქმე გვაქვს თანშობილ მდგომარეობასთან, რომელსაც საფუძვლად უდევს ექპ.რიონულ პეოიოდში ნაყოფის მიერ მიღებული დაზიანება.

ფსიქიკური აპარატის ფუნქციები არათანაბარი განვითარებისა ე. ი. დისპარმონიულადაა წარმოდგენილი; ეს გარემოება ნევროპათიას უახლოებს ფსიქოპათთა ჯგუფს.

მაგრამ არსებობს პრინციპული განსახვევებელი ნიშნებიც.

ფსიქოპათიებიდან განსხვავებით ნევროპათია მდიდარია ვეგეტაციური და სომატო-ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგიით.

იმ დროს, როდესაც გონებრივი სფეროს ფუნქციები სრულიად დამაკმაყოფილებელია, ემოციურ-ნებითი და ყურადღების ფუნქციებს ემჩნევა ავადმყოფური დაღი.

ემოციური ლაბილობა, გრძობათა ჰიპერესთეზია, ყურადღების მოკრების სისუსტე და გადაქარბებული დალილობა აგრეთვე ერთგვარად ზღუდავს პიროვნების გონებრივ წინსვლას და საერთო მიღწევებს ცოდნით გამდიდრების მხრივ.

ემოციურ-აფექტური აშლა იძლევა სულ სხვადასხვა სახის მდგომარეობებს: ერთნი არიან აგზნებადნი, მეორენი—სენსიტიურნი, მესამენი განსაკუთრებულად მგრძობიარენი და შთაბეჭდილებიანი, მეოთხენი ადვილად გამოდიან ემოციური წონასწორობიდან და ასე შემდეგ.

სომატიურ სიმპტომატოლოგიიდან ყურადსაღებია ცუდი ძილი (ავადმყოფები ძნელად იძინებენ, მაგრამ ასევე ძნელად იღვიძებენ), თავის ტკივილი და მკვეთრი ვეგეტო-დისტონიის მოვლენები.

ნევროლოგიურად აღინიშნება ცოცხალი მყესთა რეფლექსები, კონუნქტივის და ხახის რეფლექსების დაწევა ან სრული მოსპობა, მზღველობის კონცენტრირული შევიწროება, ამასთან ერთად ადვილი აქვს ენის, თითების და ქუთუთოთა კანკალს.

ნევროპათიის შემთხვევებში უხვადაა წარმოდგენილი სხვადასხვა სახის ტიკები. ტუჩების კბენა, ფრჩხილთა კენეტა, კბილთა დრკება, ყბის თაქაში და ხმის კანკალი.

ნევროპათთა ბიოლოგიურა გამძლეობის ზღურბლი მეტად დაბალია. ავადმყოფები ადვილად იღლებიან და სუსტად მუშაობენ (ძლიერ ადვილად იქანცებიან); ზშირად ცივლებიან და სულ მცირე მიზღუზე იძლევიან ტემპერატურის აწევას; ზოგაერთი საკვები პროდუქტების მიმართ იჩენენ იდიოსინკრაზიას.

ნევროპათიან უნდა განვიხილოთ, როგორც მტკიცე და ხტაბი-  
ლური მდგომარეობა. იგი იწყება ბავშვობის ასაკში და გრძელდება  
პიროვნების ცხოვრების მთელ მანძილზე.

ნევროპათიულ თვისებებს შერბილება ეტყობა მხოლოდ მოწი-  
ვულობის პერიოდში.

შრომათერაპია, რაციონალური ფსიქოთერაპია, გაძლიერებუ-  
ლი კვება, შრომის და დასვენების ჭეშოვანი რეჟიმი, სუფთა ჰაერი,  
ვიზუალტურა და ჰიდრო-ფიზიოთერაპიული პროცედურები ასუს-  
ტებს ნევროპათიულ პიროვნებათა ავადმყოფურ გამოვლინებას და  
ამკვრივებს პიროვნების ბირთვის.

## თ ა ვ ი რ ც ლ ა მ შ რ ვ ე

### კონსტიტუციური ნეიროდინამიკით განსაზღვრული უსიმიკური ანომალიები

#### 1. ზოგადი შენიშვნები უსიმიკური ანომალიების შესახებ

ფსიქოპათიები განხილული უნდა იყოს, როგორც პიროვნების ანომალიური ვარიანტები.

ფსიქოპათია არ ნიშნავს ფსიქოზს, რადგანაც ფსიქოპათიის შემთხვევებში არ არსებობს სულით ავადმყოფობის ფორმალური ნიშნები.

ცხადია, რომ ფსიქოპათია შეიძლება მოგვეცეს ფსიქოზური აშლილობა. მაგრამ ეს არ ნიშნავს ფსიქოპათიის ფსიქოზად გადაზრდას.

მეორეს მხრივ ფსიქოპათიური პიროვნება არ შეიძლება ჩაითვალოს ჯანმრთელ ადამიანად, ვინაიდან მისი ფსიქიკური აპარატი დასაზარალებელია. წარმოდგენილი, უმთავრესად და პირველ რიგში ემოციურ-აფექტური აქცენტუაციის, თუ ჰიპერტროფიის ხარჯზე. უკანასკნელ გარემოებას მოსდევს ფსიქოპათია მხრივ არაადექვატური და მოუწესრიგებელი რეაქციები.

პიროვნების ქცევა და მოქმედებათა ანომალია აკნინებს ფსიქოპათია შრომის უნარიანობას.

ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფის შრომის უნარი ისე დაქვეითებულია, რომ ფსიქოპათები გარემოსთან სწყვეტენ შრომითი-სოციალურ კავშირს.

როგორც ვხედავთ, ფსიქოპათია არ არის არც ნორმა და არც ფსიქოზი.

ნიშნავს თუ არა ეს იმას, რომ ფსიქოპათია წარმოადგენს ერთგვარ მოსაზღვრე მდგომარეობას ჯანმრთელობის და სულიერი დავადების შორის?

1 რასაკვირველია არა.

ამჟამად აბსოლუტურად უარყოფილია პოზიციები ე. წ. ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა ურთიერთ გადაზრდის შესახებ. ყოვლად მიუღებელია აგრეთვე დებულება, თითქოს ნორმის და პათოლოგიის შორის მხოლოდ რაოდენობრივი (კვანტიტატიური) განსხვავება არსებობდეს.

ყოველი ავადმყოფობა, მით უმეტეს ისეთი რთული ბუნების მქონე პათოლოგია, როგორც არის ფსიქოზი, გულისხმობს ახალ თვისებას, ავადმყოფურ ახალ სპეციფიკას.

არაა საკამათო, რომ ფსიქოპათიური პიროვნების თავისებურებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს და გამოაყვინოს ფსიქოზური სიმპტომატოლოგია. არაა საკამათო, რომ შესაძლოა ფსიქოპათთა ქარაქტეროლოგიური მომენტები პათოპლასტიკურად აღიბეჭდოს სულით ავადმყოფობის კლინიკურ სურათში.

მაგრამ ზემოდტყმული არ ნიშნავს ნორმის ფსიქოპათიად გადაზრდას და შექმდე უკანასკნელის ფსიქოზად ჩამოყალიბებას.

მდგომარეობათა გადაზრდის პრინციპი ჩვენ უარყვავით. 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.

ამასთანავე უნდა ითქვას, რომ ფსიქოპათიები არ უნდა გაითქვიფოს არც ფსიქოგენიებში და არც ნევროზებში.

ფსიქოპათია ეს არის პიროვნების მტკიცე ანომალიური ვარიანტი; ხოლო ფსიქოგენიები და ნევროზები წარმოადგენს საკმაროდ რთულ, მოძრავ და ლაბილურ ჩარჩოვბის 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 საწინააღმდეგოდებულებაში: 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 ბიოლოგიურ ფაქტორებს შეუძლია ფსიქოპათიურ ხაზთა, როგორც შერბილება, ისე გამკაცრება-გამწვავება.

მართო კონსტიტუციურად პირობადებული ბიოლოგიური მომენტები ვერ მოგვცემს ფსიქოპათიას, ამისათვის საჭიროა შემხვედრი უარყოფითი სოციალური მიზეზების არსებობა.

სწორედ ამიტომ დაუშვებელია ბავშვთა ასაკში ადვილად და თავისუფლად დავსვათ ფსიქოპათიურ პიროვნების დიაგნოზი.

ჩვენ არ ვიცით, როგორი გეზით და მიმართულებით განვითარდება ბავშვის პიროვნება; ჩვენ არ ვიცით ეპზოგენური ფაქტორები მის ანომალურ ხაზებს შეარბილებს, თუ განავითარებს.

ზემოხსენებულ მასალები მიგვითითებს იმაზე, რომ ფსიქოპათიები არც ისე ხშირია და მათი ჩარჩოები მოითხოვს გარკვეულ შემთავარგვლას.

ფსიქოპათიათა ჯგუფის განხილვისას ჩვენ შეეჩერდებით მხოლოდ და მხოლოდ ინდივიდური ნეიროდინამიკით განსაზღვრულ მდგომარეობებზე.

ფსიქოპათიებიდან საჭიროა გამოირიცხოს პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ ცვლილებათა ყველა ის შემთხვევები, რომლებიც დაკავშირებულია პროცესულ დაავადებასთან.

უკანასკნელი შემთხვევები განხილული უნდა იყოს, როგორც ფსევდოფსიქოპათიები; მაგალითისათვის გავიხსენოთ უპიდემიური ენცეფალიტის შედეგად განვითარებული ქარაქტეროლოგიური თავისებურებანი.

## 2. ფსიქოპათიების კლინიკური ფორმები

ფსიქოპათიების კალსიფიკაცია ანუ სისტემატიკა შეტად მძიმე საკმეა.

დღემდე არ ზრსებობს ერთი და ყველას მიერ მიღებული კრიტერიუმი, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი იქნებოდა ფსიქოპათიურ ფორმათა დაჯგუფება.

მიუღებელია და მოითხოვს ძირითად კრიტიკას, როგორც სუფთა ფსიქოლოგიური; ისე სუფთა ბიოლოგიური კრიტერიუმი.

ფსიქოლოგიური კრიტერიუმი ყურადღებას არ აქცევს საკითხის სომატობიოლოგიურ მხარეს; ხოლო ბიოლოგიური კრიტერიუ-



ში უგულვებელყოფს ეკზოგენურ, პირველ რიგში, სოციალურ ფაქტორთა მნიშვნელობას.

ფსიქოპათიათა პრობლემა მოითხოვს შემდგომ დამუშავება-დაზუსტებას და უეჭველად მოსალოდნელია დიდი ცვლილებები ფსიქიატრიის ამ მეტად საინტერესო განაკვეთის თეორიაში და პრაქტიკაში.

ჩვენს თანამემამულეებს სუხანოვს, განუშკინს, ოსიპოვს და სხვებს ეკუთვნით კლასიკური გამოკვლევები ფსიქოპათიის კლინიკის შესახებ.

განსაკუთრებული ღვაწლი მიუძღვის განუშკინს, რომელმაც მოგვცა კლინიკურ ფორმათა არა მარტო კლასიკური სურათი, არამედ ბევრად წასწია წინ ფსიქოპათიათა სისტემატიკის, სტატიკის და დინამიკის პრობლემები.

კლინიკურ-ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებათა მახედვით ყურადღებას იპყრობს ფსიქოპათიათა ქვემოდ მოყვანილი ფორმები.

ამგზნებადი ანუ ჰიპერთიმიული ფსიქოპათია შეადგენს შედარებით ხშირ ფორმას; ავადმყოფებს აქვთ აწეული ბიოტონუსი და ძლიერ აღვილად იძლევიან პათოლოგიური აფექტის მსგავს აგზნებებს, ხოლო წონასწორობის პერიოდში ისინი არიან მოქმედები, თავაზიანები და საკმაოდ ენერგიულად მომუშავენი.

სრულიად მოწინააღმდეგე ჯგუფს ეკუთვნიან ე. წ. ინერტულნი (გულგრილნი) ანუ ჰიპოთიმიური ფსიქოპათები.

ლაბილურ ანუ ემოციურ სიმპტიციკს მოკლებული ფსიქოპათები ხასიათდებიან გრძობათა პერყვობით, ზოგადი ფსიქო-ფიზიკური სისუსტით, შრომის უნარის დაქვეითებით; ადვილად ექცევიან უარყოფითი ზეგავლენის ქვეშ და ასევე ადვილად ეჩვევიან ნარკოზულ ნივთიერებებს (ალკოჰოლს, კოკაინს, მორფიუმს და სხვა).

მითომანია ანუ ფსევდოლოგია. აქ მხედველობაში გვაქვს პათოლოგიური ცრუობა და ფანტაზიორობა. ავადმყოფები ერთ შემთხვევაში სტოვებენ ნაკითხი და მცოდნე. ადამიანთა შთაბეჭდილებას. არსებითად მათი ცოდნა მოკლებულია სიღრმეს, სერიოზულ საქმიანობას; მათი მეტყველებითი პროდუქციები, ქცევა თუ მოქმედება ადვსილია თავაშვებული, კრიტიკას მოკლებული ფანტაზიებით.

ფანტაზიათა თავაშვება იმდენად დიდია და ამავე დროს უმაღლესი კრიტიკული კორექცია იმდენად სუსტი, რომ ავადმყოფებს ზჯრათ 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. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფთა პიროვნება მოკლებულია შინაგან მთლიანობას და ჰარმონიულ სინთეზს.

ისინი გაუბრძან საზოგადოებას, უყვართ მარტოობა, მოქმედებაში ხელმძღვანელობენ პირადი მოტივაციით. სისტემურ შრომას ვერ ახერხებენ. საკუთარი ფსიქიკური აპარატის მთელ სიმდიდრეს და ძალას ახდომებენ უსარგებლო ბრძნობას.

მოჩხუბარი ფსიქოპათები მთელ თავის ენერგიას და შესაძლებლობას ახდომებენ ჩხუბს და დავას. თავის თავზე დიდი წარმოდგენა აქვთ; სულ მცირე და უმნიშვნელო უსამართლობა მათ აღიზიანებს, გამუდმებით ეძებენ კუშიმარტებას და ამის ნიადაგზე ისინი პერმანენტულ უსიამოვნებაში არიან. აქვთ განუწყვეტელი კონფლიქტები და შეჯახებანი.

დაუდგრომელი და მოუსვენარი ხასიათით სხვას სტანჯავენ. მაგრამ თვითაც იტანჯებიან.

ცალკე ფსიქოპათიურ ფორმას შეადგენს მიზიდულობათა გაუკუღმართების შემთხვევები. აქ ავადმყოფები მთლიანად ემორჩილებიან იმპულსიურად წამოჭრილ დაუძლეველ პათოლოგიურ მიზიდულობებს. რაც შეეხება გაუკუღმართების სახეს, ამ მხრივ დასაშვებია შესაძლებლობათა მრავალი მაგალითი.

ჩვენ დავასახელებთ მხოლოდ პირომანიას (მიზიდულობა ხანძრისადმი), კლექტომიას (მიზიდულობა ქურდობისადმი, რომლის დროსაც ქურდობა არის მხოლოდ თვითმიზანი და სრულად მოკლებულია ანგარების გრძნობას), დრომომანიას (მიზიდულობა ხეტიალისადმი) და სქესობრივი მიზიდულობის პათოლოგიას, პირველ რიგში ჰომოსექსუალიზმს.

უკანასკნელის გარდა ყველა სახის პათოლოგიური მიზიდულებანი ასაკის მოწიფულობის პარალელურად მკრთალდება და პიროვნებისათვის კარგავს პირვანდელ კატეგორიულობას.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, წარმოდგენილი სისტემატიკა იძლევა მხოლოდ და მხოლოდ აღწერილობითი სურათს, რომელიც ვერ საზღვრავს გამოყოფილი ტიპის ვერც ბიოლოგიურ ვითარებას და ვერც სოციალურ ღირებულებას.

ფსიქოპათიის დინამიკა პირობადებულია გარემო სოციალური წრით. ცხოვრების და შრომის ხელშემწყობ პირობები არბილებს,

ხოლო ფსიქოტრავმული მომენტები უფრო მეტად ამჩუვდებიან პიროვნების ხაზით ანომალიას.

ამასთანავე საჭიროა იმ მატერიალური სუბსტრატის შესწავლა, რომელზედაც იშლება პიროვნების ანომალიური თავისებურებანი.

საჭიროა დაზუსტდეს ფსიქოპათიურ მდგომარეობათა სომატო-ბიოლოგიური, კერძოდ ენდოკრინო-ვეგეტაციური და ნეირო-ჰუმორალური საფუძვლები.

ფსიქოპათის ქარაქტეროლოგია არ არის სომატიურ თავისებურებათა პირდაპირი და უშუალო ანარეკლი; მიუხედავად ამისა, პათოფსიქოლოგიას ვერ მოეწყვეტთ პათობიოლოგიას.

ზემოხსენებულის გამო უეჭველად ანგარიშ გასაწევია გურევიჩის და სერეისკის პოზიციები, რომლებიც ფსიქოპათთა კლინიკური სურათის შესწავლასთან ერთად იკვლევენ ავადმყოფთა სხეულნაგებობას, ენდოკრინოვეგეტაციურ ფუნქციების და მოტორიკის თავისებურებას. წარმოდგენილ კრილში მოვიყვანთ ფსიქოპათიათა ცალკეულ ფორმებს თანახმად გურევიჩისეისკისა.

შიზოიდური ფსიქოპათია. ფიზიკურად უფრო ზმირად ვხვდებით ასთენიურ ანუ დისპლაზიურ სხეულნაგებობას. მოტორიკის ხაზით ყურადსაღებია 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.

ციკლოიდური ფსიქოპათია. ფიზიკურად ვხვდებით პიკნიურ სხეულნაგებობას. მოტორიკა მოხერხებული, მარჯვე და ელასტიური. ფსიქიკურ თავისებურებათა მხრივ საქმე გვაქვს შიზოიდური ხასიათის დიამეტრულად მოწინააღმდეგე მდგომარეობასთან. ციკლოიდები არიან გულდია, ამხანაგების მოყვარულნი. მათ ახასიათებთ ემოციური შეგულისხმება და განსაკუთრებით რეალური აზროვნება.

ეპილეპტოიდური ფსიქოპათია. სხეულნაგებობა ატლეტური ან დისპლაზიურია. მოტორიკის მხრივ აღსანიშნავია შენელებული, წყვეტილი, ხოლო ზოგჯერ ექსპლოზიური მოძრაობები. ფსიქიკურ სფეროში ყურადღებას იპყრობს ხასიათის ბიპოლარობა, ხშირი აფექტური განტვირთვები, ეგოიზმი და არაეკონომიური აზროვნება (ფაქტთა და ამბავთა დეტალიზაცია; აზროვნებაში აღწერილობითი მომენტები სჭარბობს მოთხრობითს).

რეაქტიული-ლაბილური ანუ ისტეროიდული ფსიქოპათია. როგორც ფსიქიკურ, ისე ფიზიკურ აპარატს ატყვია ზოგადი ინფანტილიზმის დალი. სხეულნაგებობა ე. წ. ინფანტილურ-გრაცილური. მოტორიკა ასევე გრაცილური, განუვითარებელი და ნაკლებად ზუსტი მოძრაობებით. ფსიქიკური სტატუსის მხრივ ყურადსაღებია აწეული შთაბეჭდილიანობა, გაძლიერებულ შთაგონებლობა, გადაჭარბებული ფანტაზიორობა, ემოციური ლაბილობა, უნიანობა, თეატრალობა, ზოგჯერ ბავშვური ქცევები და მოქმედებები.

ფსიქასთენიური ფსიქოპათია ახუ ფსიქანსთენია. მთავარი და დამახასიათებელია ის გარემოება, რომ ფსიქასთენიის დროს ადგილი აქვს ფსიქიკური ტონუსის ანუ დაქიმვის (ტენზიო) დაქვეითებას. ფსიქიკური აპარატი მთელი თავისი მოცულობით განუწყვეტლივ მოქანცულია, გადაღლილი და მოღუნებული. ამის გამო ფსიქასთენიური პიროვნება ვერ ახერხებს გარემოს დროულ, სრულ და მთლიან აღქმას; მათ დაკარგული აქვთ „რეალობის ფუნქცია“ და ყველაფერი ეჩვენებათ სქემის მსგავსად.

ფსიქიკური აპარატის ასთენიზაცია, ფსიქიკური ტენზიის (დაქიმვის) შესუსტება და „რეალობის გრძობის“ მკვეთრი დაქვეითება (ან დაკარგვა) პიროვნებას უწვდის უფროსს, დაურწმუნებლობას, გაუბედაობას და შინაგანი, გაურკვეველი შიშის მოლოდინს.

ფსიქასტენიკი ყოყმანობს და დაურწმუნებელია თავის აზრებში, გრძობებში და მოქმედებებში. იგი იძულებული ხდება ყოველ ფუნქციას გაუწიოს კონტროლი; ყოველი ფუნქცია ხელახლად გაიმეოროს, რომ განახლებით, განმეორებით და გადაჭარბებულ კრიტიკით მოახდინოს შესუსტებული ტენზიის გამოსწორება. უკანასკნელი გარემოება ხელს უწყობს აკვიტებულ ანუ ნაძალადევ მდგომარეობათა განვითარებას; მხედველობაში მაქვს აკვიტებული აზრები ანუ ავადმყოფური ბრძნობა, აკვიტებული ასთენიური ემოციები ანუ ფობიები (ზოგჯერ ფობიები ფობიისა—შიში შიშისა) და აკვიტებული მოქმედებანი ფსიქასთენიური რიტუალის სახით.

როგორც ვხედავთ, ფსიქასთენიკი რეალობის გრძობის კორექციას თუ კომპენსაციას ახდენს ნაძალადევ მდგომარეობათა საშუალებით (სწორედ ამიტომ ფსიქასთენიკებს განიხილავენ, როგორც ანანკასტებს).

ფსიქასთენიის საფუძვლად სუხანოვი და განუშკინი აღიარებენ შფოთიან-იქვნიულ ხასიათს.

ფსიქიკის მუდმივი თანამგზავრია ყოყმანი, დაურწმუნებლობა, ეჭვი, შიშები და ჰიპოქონდრიული შინაარსის მქონე სიტყვიერი პროდუქციები, შეგრძნებები და ჩივილები.

პერვერსიები. ხსენებული ჯგუფის 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. სექსუალური მიზიდულობა თავისივე სქესის მიმართ. იშვიათად შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ე. წ. ბისექსუალიზმს, როდესაც სექსუალური მიზიდულობა გამოხატულია, როგორც ჰომო, ისე ჰეტერო-სექსუალური მიმართულებით. ჰომოსექსუალიზმი უფრო ხშირია მამაკაცთა შორის. სხეულნაგებობა ჰომოსექსუალიზმის დროს ასტენოდისპლაზიურია. ფიზიკურ სიმპტომებიდან მამაკაცთა შორის ყურადღებას იპყრობს ფემინიზმი, ხოლო დედაკაცთა შორის მასკულიზმი.

მოკლედ შევეხებით აგრეთვე სხვა სახის პერვერსიებს.

ონანიზმი ანუ მასტურბაცია, ანუ ხელცთუნება ზოგჯერ იმდენადაა გამოხატული, რომ ნორმალური ხასიათის მქონე სექსუალური მიზიდულობა სრულიად ისპობა.

ნარციზმი დროს საქმე გვაქვს სექსუალურ თვითშეყვარებასთან და განსხვავდება მასტურბაციიდან.

ბედოფილია გულისხმობს სექსუალურ მიზიდულობას ბავშვებისადმი, ხოლო სოდიოლია—ცხოველთადმი.

სადიზმი დროს ადგილი აქვს მიზიდულობას, რომ ტყვილი მიაყენოს სექსუალურ პარტნიორს, ხოლო მასოქიზმი დროს—პირიქით, რომ ტყვილი მიიღოს პარტნიორისაგან.

ფეტისმი დროს ეძებენ რაიმე ნივთებს (ხშირად თეთრეულს, ფეხსაცმელს და სხვა), რომელსაც იღებენ მასტურბაციის მიზნებისათვის.

არის შემთხვევები, როდესაც ტანსაცმელს იცვამენ მოწინააღმდეგე სქესის მიხედვით: ვალები იცვამენ ქალურად, ხოლო ქალები ვაურად; აღნიშნული რიგის სექსუალური გაუკუღმართება ცნობილია, როგორც ტრანსვესტიციზმი.

### 3. ფსიქოპათიათა მიმდინარეობა, მკურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

ექსპერტული პირობები (როგორც სოციალური, ისე ბიოლოგიური) გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ფსიქოპათიების მიმდინარეობაზე.

იმისდა მიხედვით, თუ რასთანა გვაქვს საქმე (ხელშემწყობ თუ გამაფარესებელ მომენტებთან), იცვლება ფსიქოპათიურ მდგომარეობათა ნეიროდინამიკული საფუძვლები და კლინიკური გამოხატულება.

ფსიქოპათია წარმოადგენს დინამიკური შესაძლებლობით აღვსილ ცნებას.

აღნიშნულ პრობლემის დინამიკურ კრილში განხილვისას, გ ა ნ უ შ კ ი ხ ი ფსიქოპათიათა მიმდინარეობაში არჩევს სამ მდგომარეობას, რომლის დროსაც კლინიკური სურათი უფრო უახლოვდება ფორმალურ აშლილობას და გარემოსთან გაწყვეტილია სოციალურ-შრომითი კავშირი.

იგი გამოყოფს ფაზურ მდგომარეობას ე. წ. ფ ა ზ ე ბ ი და ე ბ ი ზ ო დ ე ბ ი, პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ რ ე ა ქ ც ი ე ბ ს და პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ ა ს.

ფაზების და ებიზოდების შემთხვევებში ფსიქიკური აპარატის დეკომპენსაცია გაძლიერებულია შინაგანი (ენდოგენური) მომენტებით; მაგალითისათვის შეიძლება დასახელებული იყოს დეპრესიული ტალღის ხანმოკლე შეტევა.

პათოლოგიური რეაქცია თავისი სტრუქტურით მოგვეგონებს ფსიქოგენიებს; ხოლო კლინიკური სურათი შესაძლოა იყოს, როგორც მწვავე, ისე გახანგრძლივებული.

პიროვნების პათოლოგიური განვითარების მაგალითად შეიძლება დასახელებული იყოს პარანოიალური გამწვაება.

სტატიკურ თუ დინამიკურ მდგომარეობათა დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, როგორც კლინიკური სურათის ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურა, ისე ფიზიკური სიმპტომატოლოგია.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ ფიზიკური სიმპტომებით გართულებული კლინიკური სურათი უფრო დაგვაფიქრებინებს პროგრესიული ფსიქოზის არსებობაზე, ვიდრე ფსიქოპათიურ მდგომარეობაზე.

რაც შეეხება ფსიქოპათიათა მკურნალობას, აქ პირველ რიგში საჭიროა პირობების შექმნა, რომ აღდგენილი იყოს სოციალურ შრომითი კავშირები.

პიროვნების რეაქციათა მოწესრიგება, საზოგადოებრივი ინტერესების გაღვივება, პასუხისმგებლობის გრძნობათა, გაძლიერება და შინაგანი დისციპლინის შექმნა-განვითარება წარმოადგენს დადებითი პროგნოზის მთავარ მომენტს.

საკუროა ნარკოზულ ნივთიერებათა და პირველ რიგში მაგარი ხახმელების სრული აკრძალვა.

ამასთან ერთად საკურო შემთხვევებში მიემართავენ ფიზიო-დამპირრო-თერაპიას, აგრეთვე პიროვნების გამამაგრებელ და დამამშვიდებელ სამკურნალოწამლო საშუალებებს.

არაიშვიათად მოგვიხდება ფსიქოთერაპიული ჩარევაც. უკანასკნელ შემთხვევაში აუცილებელია მკურნალობის მეთოდის ზუსტი ინდივიდუალიზაცია.

ფსიქოპათიებს აქვს დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოპათია არ არის სულით ავადმყოფობა და ამიტომ 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—წესიერ მოქმედებისაკენ, უნვითარებს მას შინაგან დისციპლინას და უღვიძებს საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომის აუცილებლობის შეგნებას.

ფსიქოპათთა მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არაა სასურველი.

სულით ავადმყოფები მათზე ცუდნათ მოქმედებენ; ასევე, ფსიქოპათები ფსიქიატრიული სტაციონარისათვის მიუღებელი კონტიგენტია, რადგანაც ისინი არღვევენ წესრიგს და დეზორგანიზაცია შეაქვთ სტაციონარს მუშაობაში.

ძლიერ იშვიათად ფსიქოპათს შეიძლება მოეხსნას პასუხისმგებლობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც დანაშაული ჩადენილია აშკარა და ნამდვილ ფსიქოზურ მდგომარეობაში; აქ ჩვენ გვმართებს განსაკუთრებული სიფრთხილე შეცდომის თავიდან ახადდენად.

# ს ა რ ჩ ე ვ ი

▼ ნ ი ნ ა ს ი ტ ყ ვ ა ო ზ ა . . . . . 3

## ზოგადი ნაწილი

### თავი პირველი

ფსიქიატრიის საგანი, შინაარსი და ამოცანები . . . . .	5
ფსიქიატრიის კავშირი მედიცინის სხვადასხვა დისციპლინებთან . . . . .	7
ცნობები ნორმის შესახებ და სულით ავადმყოფობის ცნების განსახდერა . . . . .	10

### თავი მეორე

ფსიქიატრიის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა, მისი განვითარება და შთავარი თანამედროვე მიმართულებანი . . . . .	12
---	----

### თავი მესამე

თავის ტვინი, როგორც ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიური სუბსტრატი . . . . .	19
ცნობები დიდი ტვინის ქერქის მორფოლოგიის შესახებ . . . . .	23
სინაფსოარქიტექტონიკური მეთოდი . . . . .	30
ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის ზოგიერთი საკითხი . . . . .	33
მოკლე ცნობები ფსიქო-ნერვულ ფუნქციათა შესახებ დიდი ჰემისიფეროების ქერქის სხვადასხვა წილის დაზიანების დროს . . . . .	43
ცნობები ქერქქვეშა კვანძებში ლოკალიზაციის შესახებ . . . . .	45
ძილი . . . . .	48
ფსიქიატრიისა და ფსიქოლოგიის ურთიერთკავშირი . . . . .	50

### თავი მეოთხე

ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგია . . . . .	54
--	----

### თავი მესამე

ნევროლოგიური და ზოგადი სომატიური აშლილობანი ფსიქოპათიის დროს . . . . .	100
1. სომატოდიანოზტიკის ცნება . . . . .	100
2. ნევროლოგიური აშლილობანი . . . . .	101
3. ძილის გაუკუღმართება . . . . .	123
4. ელექტროენცეფალოგრაფია ფსიქიატრიაში . . . . .	124
5. სხეულის ტემპერატურა . . . . .	126
6. სისხლის წნევა, ვაზომოტორული აშლილობანი და ფორმიანი ელემენტთა შემადგენლობა . . . . .	127



7. ტრაფიკული აშლილობანი . . . . .	136
8. სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლა . . . . .	132
9. სხეულის წონა . . . . .	134
10. ენდოკრინული სისტემა . . . . .	135
11. ნივთიერებათა ცვლა . . . . .	136
12. ცვლილებები შარდში . . . . .	136
13. ცვლილებები შინაგან ორგანოებში . . . . .	137
14. ზურგის ტვინის სითხე და მისი ცვლილებები . . . . .	138

**თავი მეექვსე**

ფსიქიკურ ფუნქციათა პათოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები . . . . .	146
1. ალქმის პათოლოგია . . . . .	147
2. მენსიერება, მისი პათოლოგია, კლინიკური სახეები და გამოკვლევის მეთოდები . . . . .	162
3. ინტელექტის პათოლოგია: შეთვისება, მოფიქრება, მოსახრება, კრიტიკა და აზროვნება; მათი კლინიკური ინტერესი და გამოკვლევის მეთოდები . . . . .	171
4. ემოციურ აშლილობათა კლინიკა . . . . .	195
5. ნებითი ფუნქციები და მათი აშლილობანი . . . . .	201
6. აქტიური და პასიური ყურადღება . . . . .	209
7. მიზიდულობანი და მათი პათოლოგია . . . . .	211
8. ცნობიერება, თვითცნობიერება, ცნობიერების პათოლოგია . . . . .	213

**თავი მეშვიდე**

ფსიქიკური ავადმყოფობის ისტორია . . . . .	220
ანამნეზი . . . . .	220
ფიზიკური გამოკვლევა . . . . .	222
ფსიქიკური გამოკვლევა . . . . .	223

**თავი მერვე**

ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი . . . . .	225
ფსიქოზების სტრუქტურა და ცნება სინდრომების შესახებ . . . . .	230

**თავი მეცხრე**

ფსიქიატრიული მზრუნველობა და ფსიქოპიციენის და ფსიქოპროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები . . . . .	233
--	-----

**თავი მეათე**

პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები ფსიქოზების დროს . . . . .	254
--	-----

**თავი მეთერთმეტე**

ფსიქოზთა მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და სხვადასხვა თერაპიული მეთოდები . . . . .	262
---	-----

# ქ ე რ ძ ო ნ ა ო ი ლ ი

## თავი მეთორმეტე

ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია . . . . .	271
--	-----

## თავი მეცამეტე

### შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა

1. ზოგადი შენიშვნები . . . . .	277
2. ეტიოლოგიის საკითხები . . . . .	281
3. შიზოფრენიის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია . . . . .	283
4. შიზოფრენიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია . . . . .	303
5. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები . . . . .	305
6. შიზოფრენიის პათოგენეზის ზოგიერთი საკითხები . . . . .	310
7. შიზოფრენიის პათოლოგიური ანატომია . . . . .	314
8. შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმები . . . . .	319
9. პროფიზიოფრენია და სხვადასხვა ასაკის კლინიკური ფორ- მები . . . . .	326
10. პროგნოზი შიზოფრენიის დროს . . . . .	327
11. შიზოფრენიის მკურნალობა და პროფილაქტიკა . . . . .	328
12. შიზოფრენიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	339
13. შიზოფრენიის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები . . . . .	341
14. ცნობები პარაფრენიის შესახებ . . . . .	344

## თავი მეოთხმეტე

### ეპილეფსია და ეპილეფსიფორმული ფსიქოზები

1. ზოგადი შენიშვნები . . . . .	348
2. ეპილეფსიის ეტიოლოგია . . . . .	849
3. პათოგენეზის და პათოფიზიოლოგიის საკითხები . . . . .	352
4. ეპილეფსიური გულყრის (გვეშულების) სიმპტომატოლოგია . . . . .	355
5. „მცირე გულყრის“ სიმპტომატოლოგია . . . . .	360
6. ფსიქიკური ეპილეფსია ანუ ფსიქიკური ექვივალენტები . . . . .	361
7. ეპილეფსიის ფსიქოპათოლოგია . . . . .	364
8. ეპილეფსიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია . . . . .	368
9. პროგნოზი და გამოსავალი მდგომარეობა . . . . .	371
10. პათოლოგიური ანატომია . . . . .	373
11. ეპილეფსიის დიფერენციული დიაგნოზი . . . . .	376
12. მკურნალობა და პროფილაქტიკა . . . . .	382
13. ეპილეფსიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	385
14. ეპილეფსიფორმულ მდგომარეობათა სახეები და ეპილეფსი- ფორმული რეაქციები . . . . .	387
15. პიკნოლეფსია . . . . .	391
16. ნარკოლეფსია . . . . .	392

თავი მეხუთმეტე

სისხლძარღვოვანი აშლილობანი

1. ზოგადი შენიშვნები თავის ტვინის არტერიო-სკლეროზის შესახებ . . . . .	393
2. პათოლოგიური ანატომია და პათოგენეზი . . . . .	395
3. თავის ტვინის არტერიო-სკლეროზის სიმპტომატოლოგია და კლინიკური ფორმები . . . . .	400
4. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები . . . . .	404
5. თავის ტვინის არტერიო-სკლეროზის მკურნალობა . . . . .	405
6. ჰიპერტონიული, ჰიპოტონიური და ვაზოპათიური მდგომარეობანი . . . . .	406

თავი მეთექვსმეტე

უკუგანვითარების ანუ პრესენილური და სენილური ფსიქოზები

1. ზოგადი შენიშვნები . . . . .	410
2. პრესენილურ აშლილობათა კლინიკური ფორმები . . . . .	414
3. პრესენილურ ფსიქოზთა მიმდინარეობა და [დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები . . . . .	420
4. პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა . . . . .	422
5. სენილური კეჟანსუსტობის კლინიკა . . . . .	423
6. მოხუცებულობითი ფსიქოზების ატიპური ფორმები . . . . .	434

თავი მეჩვიდმეტე

მწვავე ინფექციური ბუნების ენცეფალური ფსიქოზები

1. ზოგადი ხასიათის ცნობები . . . . .	438
2. მწვავე ინფექციების და ფსიქიკურ აშლილობათა ურთიერთკავშირი . . . . .	444
3. მწვავე ინფექციური ბუნების სიმპტომური ფსიქოზები . . . . .	444
4. პოსტინფექციური ფსიქოზები. მწვავე ინფექციურ ფსიქოზთა ქრონიკული შედეგები . . . . .	449
5. მწვავე ინფექციური ბუნების ფსიქიკური აშლილობანი დიდი ტვინის ლოკალური დაზიანების დროს . . . . .	452
6. ფსიქოზთა თავისებურებანი სხვადასხვა მწვავე ინფექციების დროს . . . . .	454

თავი მეთვრამეტე

ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები. ეპიდემიური

ენცეფალიტი . . . . .	462
1. სეზონური ვირუსული ენცეფალიტები . . . . .	475
2. ინფექციური ქოჩეის კლინიკა . . . . .	476
3. ცნობები მრავლობითი ანუ გაფანტული სკლეროზის შესახებ . . . . .	477

თავი მეცხრამეტე

ფსიქიკური აშლილობანი ნევროლუქსის შედეგად (ტვინის ათა-  
შანგი)

1. საერთო ხასიათის ცნობები . . . . .	480
2. ლუქსური ფსიქოზების პათომორფოლოგიის საკითხები . . . . .	482
3. თავის ტვინის ლუქსის ცალკეული კლინიკური ფორმები	
4. თავის ტვინის ლუქსი ბავშვთა ასაკში . . . . .	491
5. სიფილისურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	493
6. ტვინის ათაშანგის მქურნალობა . . . . .	495

თავი მეოცე

ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები. პროგრესული პარალიზი

1. ზოგადი ხასიათის ცნობები . . . . .	497
2. დაავადების ფიზიკური სიმპტომატოლოგია . . . . .	499
3. პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომია . . . . .	503
4. პროგრესული პარალიზის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია . . . . .	505
5. პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობა და კლინიკური ფორმები . . . . .	508
6. დაავადების ატიპური ფორმები და კაბუკთა პროგრესული პარალიზი . . . . .	510
7. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და პროგრესული პარალიზის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	512
8. პროგრესული პარალიზის პროფილაქტიკა და მქურნალობა . . . . .	514
9. პროგრესული პარალიზის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები . . . . .	516

თავი ოცდამეერთე

თავის ქალას ტრავმებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი

1. ზოგადი ხასიათის ცნობები და ქალას ტრავმულ დაზიანებათა პათომორფოლოგიის საკითხები . . . . .	519
2. ქალას ტრავმების სიმპტომატოლოგია და მიმდინარეობა . . . . .	525
3. კლინიკურ გამოვლინებათა ცალკეული ფორმები . . . . .	530
4. დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და ტრავმულ დაავადებათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	531
5. ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მქურნალობა . . . . .	534
6. სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები . . . . .	535

თავი ოცდამეორე

თავის ტვინის მძიმე ენდოგენური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი

1. ზოგადი ხასიათის შენიშვნები . . . . .	539
2. ტვინის სიმსივნეების კლინიკური გამოვლინებანი . . . . .	541

თავი ოცდამესამე

ექსპოგენური ინტოქსიკაციის ბუნების მქონე ფსიქოზები. ალკოჰოლიზმი, მორფინიზმი და კოკაინიზმი

1. ზოგადი ხასიათის ცნობები . . . . .	544
2. მწვავე დათრობა . . . . .	546
3. ე. წ. პათოლოგიური დათრობის კლინიკა . . . . .	548
4. ქრონიკული ალკოჰოლიზმი . . . . .	550
5. თეთრი ცხელება . . . . .	554
6. მწვავე და ქრონიკული ალკოჰოლური ქალუცინოზი . . . . .	559
7. კორსაკოვის ფსიქოზი . . . . .	561
8. ცნობები დიფსომანიის და ალკოჰოლური ეპილეფსიის შესახებ . . . . .	563
9. ალკოჰოლიზმის პროფილაქტიკის და მკურნალობის საკითხები . . . . .	565
10. მორფინიზმი და კოკაინიზმი . . . . .	566

თავი ოცდამეოთხე

ჟ. წ. სომატოგენური აშლილობანი

1. ზოგადი შენიშვნები . . . . .	572
2. ფსიქოზები შინაგან ორგანოთა დაავადების დროს . . . . .	574
3. ენდოკრინოპათიები და გენერაციული ფსიქოზები . . . . .	576

თავი ოცდამეხუთე

ფსიქიკურ განუვითარებლობათა ანუ ოლიგოფრენიების კლინიკა

1. ოლიგოფრენიის ცნება და კლინიკური ფსიქოპათოლოგია . . . . .	589
2. ოლიგოფრენიის ეტიოლოგიის, ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის და პათოლოგიური ანატომიის საკითხები . . . . .	593
3. ტვინის ენდოგენური სიმანჩიჯით გამოწვეული ოლიგოფრენიული მდგომარეობები . . . . .	596
4. ოლიგოფრენიის მკურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა . . . . .	597
5. სანიმუშო შემთხვევა: ღრმა ოლიგოფრენი ე ლ რ ე ი . . . . .	598

თავი ოცდამეექვსე

ფუნქციური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე ფსიქიკური დაავადებანი . . . . .

603

თავი ოცდამეშვიდე

ფსიქოგენური ბუნების ნეიროდინამიკის მქონე აშლილობანი . . . . .

612

თავი ოცდამერვე

კონსტიტუციური ნეიროდინამიკით განსაზღვრული ფსიქიკური ანომალიები . . . . .

656

**რედაქტორი პროფ. ი. მენტეშაშვილი**

**შელმოწერილია დასაბეჭდათ 201XII—1948**

**ნაბეჭდ ფორმათა რაოდენობა 42,0**

**სააღრიცხვო ფორმათა რაოდენობა 42,7**

**ბეჭედა № 924**

**ტირაჟი 2000**

**შე 17276**

---

**საქმედგამის სტამბა. თბილისი, აკ. წერეთლის ქ. № 3/5**