

დავსემართ  
ფსიქიკურად  
დაავადებულ  
ადამიანებს

როზალინ კარტერი

სუზან ქ გოლანტის თანაავტორობით

გამომცემლობა «ჯისიაი»

თბილისი 2002

მხოლოდ სახელით მოხსენიებულ პირთა სახელები და  
აღწერა შეცვლილია, მათი უფლებების დაცვის მიზნით

Copyright © 1998, 1999 by Rosalynn Carter

Rosalynn Carter, with Susan K. Golant  
HELPING SOMEONE WITH MENTAL ILLNESS

Originally published in hardcover by Times Books,  
a division of Random House, Inc. in 1998.

ISBN 0-8129-2898-9 (alk. paper)

დავებმართი უსიძიკურად დაავადებულ ადამიანებს  
როზალინ კარტერი  
სუზან კ. გოლანტის თანაავტორობით

გამომცემლობა „ჯისიაი“

ISBN 99928-21-66-3

წიგნი იბეჭდება საქართველოს  
ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციის მიერ,  
საერთაშორისო ორგანიზაციის  
„უენევის ინიციატივა ფსიქიატრიაში“  
ხელშეწყობით

The book is published by the  
Georgian Association for Mental Health  
by support of the  
Geneva Initiative on Psychiatry

მიხარია, რომ წიგნი ითარგმნა და ხელმისაწვდომია ქართულენოვანი მკითხველისთვის. ოცდაათი წლის წინ, როდესაც ჩემი მეუღლე ჯიმ კარტერი გუბერნატორის პოსტზე იყრიდა კენჭს, პირველად შევეჯახე ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეულ პრობლემებს. სწორედ მაშინ გადავწყვიტე, დაეხმარებოდი ფსიქიკურად დაავადებულებს. ყველამ კარგად ვუწყით, რაოდენ დიდი სატანჯველია ფსიქიკური პათოლოგია, მით უმეტეს სოციალურ-ეკონომიკური არასტაბილურობის პირობებში, რასაც განიცდის მრავალი პოსტკომუნისტური ქვეყანა. თანამედროვე სასოგადოების ყველა პრობლემის, სიღარიბისა და სოციალური დაუკველობის მიუხედავად, მრავალ დაავადებულს მაინც აქვს უკეთესი მომავლის იმედი. ეს ნაშრომიც სწორედ ამ იმედის გაღვივებას ემსახურება.

ამ წიგნის წაკითხვით თქვენ ესიარებით იმ მიღწევებს, რომლებიც დაგროვდა ფსიქიკური დაავადებების შესწავლისა და მკურნალობის პროცესში. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ კვალიფიციური დახმარება ხელმიუწვდომელია, დაავადებულებს და მათ ახლობლებს დამოუკიდებლად ბევრი რამის გაკეთება შეუძლიათ. ამიტომაც, ვეცადე დაწერილებით მომეთხრო იმ მეთოდებისა და მიდგომების შესახებ, რომელთა მეშვეობით შესაძლებელია დაავადებულის ცხოვრების გაუმჯობესება.

ნებისმიერ ბრძოლაში უნდა გახსოვდეთ, რომ მარტო არ ხართ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 1999 წლის მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ საშუალო- და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, ე. წ. „დაავადებათა ტვირთის“ (რაც განისაზღვრება წლებით, როდესაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციები დაკარგულია) 10% სწორედ ფსიქიკურ დაავადებებზე მოდის. ეს რიცხვი ახლოსაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შესაბამის

მაჩვენებელთან. დეპრესიით განპირობებული ავადობის სიმძიმე, რომელიც ინვალიდობის გამომწვევე მიზეზებში მე-4 ადგილზე დგას, განუხრელად იზრდება როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებშიც.

შეიდი წლის წინ, ჩემი ინიციატივით შეიქმნა ლიდერ ქალთა საერთაშორისო კომიტეტი, რომლის მიზანია ფსიქიკურად დაავადებულებზე ზრუნვა მთელ მსოფლიოში. სიამოვნებით გამცნობთ, რომ სადღეისოდ ამ კომიტეტის წევრია 41 ქალი-ლიდერი, რომლებიც თავიანთ ქვეყნებში აქტიურად იღვწიან ფსიქიატრიული დახმარების გაუმჯობესებისათვის. კომიტეტის საქმიანობის კიდევ ერთი, არანაკლებ მნიშვნელოვანი მიმართულებაა სტიგმის და დისკრიმინაციის დაძლევა, რაც ჯერ კიდევ წინ ედობება ეფექტურ მკურნალობას და სრულფასოვან ცხოვრებას. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრესი თვალსაჩინოა, გასაკეთებელი კიდევ ძალზე ბევრია.

ამ წიგნის წაკითხვით თქვენ გაიგებთ, რომ დახმარების მიღებისა თუ მხარდაჭერის მრავალი მეთოდი არსებობს. აქვე, მაღლიერებას გამოვხატავ საერთაშორისო ორგანიზაციისადმი „ჟენევის ინიციატივა ფსიქიატრიაში“, რომელმაც ხელი შეუწყო წიგნის ქართულ ენაზე გამოცემას. მე მოუთმენლად ველი იმ დღეს, როცა ყველა ფსიქიკურად დაავადებული უფლებრივად გაუთანაბრდება სხვა სნეულებებით შეპყრობილებს. როგორც აღნიშნულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოხსენებაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობა ზოგადი ჯანმრთელობის აუცილებელი კომპონენტია და საჭიროებს ყურადღებით მოპყრობას და ყოველმხრივ ხელშეწყობას.

„ოცდახუთ წელზე მეტია, რაც როზალინ კარტერი მთელ ამერიკას ასწავლის, რას ნიშნავს ფსიქიკური დაავადებები. მისი მიღწევები სტიგმის წინააღმდეგ მიმართულ ბრძოლასა და დაავადებულთა უფლებების დაცვის საქმეში მართლაც რომ შთამბეჭდავია. რაც შეეხება ამ მეტად სათუთ წიგნს, ის ალბათ განუყრელი გზამკვლევი გახდება ყველა იმ ადამიანისთვის, ვისაც ფსიქიკურ დაავადებასთან ჰქონია შეხება“.

*ბეტი ფორდი*

„ქალბატონმა კარტერმა თავის წიგნში არა მხოლოდ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების სატიკვარი გეინვენა, არამედ მათი ნათესავებისა და ახლობლების პრობლემებიც თვალნათლევ დაგვანახა. უახლესი და უმნიშვნელოვანესი ცნობებით დატვირთული ეს სახელმძღვანელო ფასდაუდებელ შენაძენად იქცევა მათთვის, ვისაც ფსიქიკურ პრობლემებთან უწევს გამკლავება“.

*ტიპერ გორი*  
*პრეზიდენტის მრჩეველი ფსიქიკური ჯანმრთელობის*  
*პრობლემათა სფეროში*

„ამ მეტად სასარგებლო წიგნით როზალინ კარტერი აგრძელებს დიდი ხნის წინათ დაწყებულ მეტად საშურ საქმეს, რომელიც სასოგადოებისა და მისი ფსიქიკურად დაავადებული წევრების მსახურებაში გამოიხატება. წიგნი უდიდეს დახმარებას გაუწევს როგორც თავად პაციენტებს, ასევე მათ ახლობლებს და, საერთოდ, ამ სფეროში მომუშავე ყველა ადამიანს“.

*ქეი რეიფილდ ჯემისონი*  
*ფსიქიატრიის პროფესორი,*  
*ავტორი წიგნისა „მოუსვენარი სული“.*

„ეს წიგნი ნამდვილი მოწოდებაა მოქმედებისკენ. ეს არის პროექტი, რომელიც უცოდინარობას ცოდნად აქცევს, პასიურობას წინააღმდეგობის ძალას ანიჭებს, სასოწარკვეთას კი იმედად გარდასახავს“.

*მარტა მ. მენინგი*  
*ავტორი წიგნისა*  
*„შიდა დინებები: სიცოცხლე ზედაპირს ქვემოთ“*

„ეს არის მნიშვნელოვანი სახელმძღვანელო ოჯახის წევრებისთვის, ნათესაებისთვის, მეგობრებისთვის... ყველასთვის, ვისაც ფსიქიკურ დაავადებასთან ბრძოლის მძიმე გამოცდილება აქვს. გულწრფელობით, ადამიანური სიყვარულით და სისადავით გამოირჩეული ეს წიგნი პირნათლად ასრულებს თავის დანიშნულებას“.

*ლორი ფლინი*  
*ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური კავშირის*  
*აღმასრულებელი დირექტორი*

„ფსიქიკურად დაავადებულთა ნათესაეები და მეგობრები მიმართავენ ქალბატონი კარტერის წიგნს, რათა მიიღონ თანაგრძნობა, ინფორმაცია და რჩევა. ეს შესანიშნავი სახელმძღვანელოა“.

*ემერეტ კოპი*  
*აშშ-ის ყოფილი მთავარი ქირურგი*

„ექვპარეშეა, რომ როსალინ კარტერმა წინებულად გაართვა თავი მის წინაშე მდგარ ამოცანას. დიახ, მან შექმნა ამომწურავი, გულთბილი, გასაგები და ზედმიწევნით საჭირო წიგნი ფსიქიკური აშლილობებით გატანჯული ადამიანებისთვის. თუმცა, არანაკლებ სასარგებლოა ეს წიგნი დაავადებულთა ნათესაეებისა და ახლობლებისთვის, ვისაც უმძიმესი განსაცდელის პირისპირ უწევს ცხოვრება“.

*მაიკლ უოლესი*

„ექიმის კაბინეტს გაოგნებული ტოვებთ – როგორ მოხდა, რომ ჩემს ახლობელს ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი დაუდგინეს? ვის მიემართო? რა ვიღონო? აი, სწორედ ასეთი ვითარებისთვის არის შექმნილი ეს წიგნი. ნება მიბოძეთ, რეკომენდაცია გავუწიო, როგორც ძალიან სასარგებლო და საჭირო გამოცემას“.

*ტონი რენდალი*

„გულმოწყალებით სავსე, ამ მეტად სასარგებლო წიგნმა კიდევ ერთხელ დაგვანახა, თუ რატომ რჩება როსალინ კარტერი ამერიკელთა ყველაზე საყვარელ „პირველ ქალბატონად“.

*ჯოან უდუორდი*

„ქალბატონი კარტერის წიგნი უსარმასარ ინფორმაციას მოიცავს. ამასთან, აქ გვხვდება ნათელი, მკაფიო და მეტად გულისხმიერი მიდგომა ფსიქიატრიული პრობლემატიკის მიმართ. აქ დანახული და გათვალისწინებულია როგორც თავად დაავადებულთა, ასევე მათი ახლობლების სატკივარი“.

*მაიკლ ფ. ფენზა*  
*ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ასოციაციის*  
*პრეზიდენტი და აღმასრულებელი დირექტორი*

„მისის კარტერმა თქვა ის, რაც უნდა თქმულიყო. ფსიქიკური დაავადებები რეალობაა. მათი დიაგნოსტიკაც შესაძლებელია და ეფექტურად მკურნალობაც. ეს წიგნი დიდძალ ინფორმაციას გვაწვდის და იმედით ავსებს პაციენტთა იმ ახლობლებსა და ნათესაურებს, რომელთაც კვლავაც ფსიქიკური დაავადებების მწარე რეალობაში უწევთ არსებობა“.

*სტივენ ი. პაიჩენი*  
*ექიმი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის*  
*ნაციონალური ინსტიტუტის დირექტორი*

„ამ წიგნმა იდუმალების საბურველი ჩამოხსნა ფსიქიკურ დაავადებებს. ის გვეხმარება ჩვენც, ამ დაავადებებისგან გატანჯულ ადამიანებს, და ჩვენს იმ ახლობლებსაც, ვისაც ჩვენ ვტანჯავთ. ეჭვი არ შეპარება, რომ ეს წიგნი დიდ წვლილს შეიტანს სტიგმის დაძლევაში, რომელსაც ბევრი ადამიანი შეცდომით სისუსტედ ან ბოროტებად აღიქვამს. სასიამოვნოა, რომ განსაკუთრებული ყურადღება ეპყრობა ფსიქიკური დაავადებების პრევენციასა და კორექციას, ისევე, როგორც მათ გამოუვლენას და მკურნალობის მეთოდების სრულყოფასა თუ დახვეწას“.

*მარგო ქიდერი*

„ასეთი წიგნები სწორედ თავისი გულისხმიერებითა და გულმოწყალებით არის მნიშვნელოვანი. ის იმედს გვმატებს. ჩვენ მადლობელნი უნდა ვიყოთ მისის კარტერის, რომ ესოდენ ერთგულად ემსახურება დაწყებულ საქმეს“.

*როდ სტაიგერი*

„ეს ერთობ ინფორმაციული წიგნია. ის იმ პრობლემებს ეხება, რომელიც აქამდე უცნობი იყო ჩვენთვის. ეს წიგნი დაავადებისგან დატანჯულ ადამიანებსაც დაეხმარება და მათ ახლობლებსაც“.

*ალმა პაუელი*

„როსალინ კარტერმა უდიდესი წიგნი დაგვიწერა. ეს ფასდაუდებელი შენაძენია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების ოჯახის წევრებისა და ნათესაეებისათვის. როსალინ კარტერი იმედსაც გვაძლევს, და შესანიშნავი სახელმძღვანელოთიც გვაძლდრებს, რომელიც უსათუოდ დაგვეხმარება ჩვენი ახლობლების უკეთ მოვლასა და მათი პრობლემების გაგებაში“.

*პერბ პეიტსი  
კოლუმბიის უნივერსიტეტის ქირურგიული  
და ფსიქიატრიული კოლეჯის დეკანი*

„ეს შესანიშნავი ნამუშევარია, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებულთა უფლებების მგზნებარე დამცველს ეკუთვნის. წიგნი ცოდნას გვიღრმავებს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა თუ ფსიქიკური ავადმყოფობის შესახებ. ქალბატონი კარტერი თვალნათლივ გეიხევენებს, რომ პრობლემის ღრმა წყდომამ შესაძლოა მეტად ხელშესახები ცვლილებები მოიტანოს პაციენტთა მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და სტიგმის დაძლევის თვალსაზრისით. ეს წიგნი ყველამ უნდა წაიკითხოს, რადგან ის უთუოდ დაგვეხმარება უფრო წიგნიერ, უფრო ჰუმანურ და უფრო კეთილგონიერ საზოგადოებად ჩამოყალიბდეთ“.

*იულიუს ბ. რინმონდი  
ექიმი, ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის პედაგოგი,  
ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ყოფილი მდივანი,  
მთავარი ქირურგი, ნაციონალური პროგრამა  
„მთავარი სტარტის“ პირველი დირექტორი*



## მადლიერების გამოხატვა

დიდი ხნის განმავლობაში მიხდოდა ამ წიგნის დაწერა. ბოლო ათი წლის მანძილზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღში მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწიეთ. ტვინის შესახებ ახალი ცოდნის შექმნასთან ერთად, ფსიქიკური მოშლილობის რეურნალობისა და უახლესი პრეპარატების შემუშავების მიმართულებამ მძლავრი იმპულსი შეიძინა. ამჟამად, ჩვენ უკვე შეგვიძლია ამ ავადმყოფობის დიაგნოსტიკა და რეურნალობა. დღეს უკვე უამრავ შემთხვევაში აღამიანს შეუძლია იცხოვროს სრულფასოვანი ცხოვრებით - ჰქონდეს სახლი, სამსახური და იყოს ჩვეულებრივი მოქალაქე. მე მიხდა, მათ იცოდნენ: ფსიქიკურ აშლილობათა უმეტესობა ბიოლოგიური ბუნებისაა; ამიტომ, არაერთარი მიზეზი არ არსებობს იმისთვის, რომ გრცხვენოდეთ თქვენი ან თქვენი ოჯახის წევრების ავადმყოფობის გამო. თქვენ არ გაქვთ არაერთარი საფუძველი განცდისა და ტანჯვისათვის, თუკი არსებობს აუცილებელი დახმარების მიღების შესაძლებლობა.

მე ვერ დაწერდი ამ წიგნს სხვადასხვა ადამიანების დახმარების გარეშე, რომლებიც მასწავლიდნენ, სასარგებლო რჩევებს მაძლევდნენ და ჩემს მხარდამხარ იღვწოდნენ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით ჩემი დაინტერესების პირველივე დღიდან. მსურს, მადლობა გადაეკუხადო მათ ამ წლების განმავლობაში ჩემთვის აღმოჩენილი დახმარებისათვის. მე მადლიერი ვარ კარტერის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის თანამშრომლებისა; აგრეთვე, ჩვენი ჯგუფის ყველა წევრისა, რომელთა თანადგომა ახალ ძალებს მმტებდა წიგნზე მუშაობის პროცესში. განსაკუთრებით მიხდა აღვნიშნო პროგრამის დირექტორის ჯონ გეიტსის ღვაწლი. იგი თვითონ კითხულობდა წიგნის ხელნაწერს და ბუერი ფასეული რჩევაც მომცა.

მიხდა, კეთილგანწყობა გამოეხატო ქვეთი კედლის მიმართ, რომელთანაც მრავალი წლის განმავლობაში ვიმუშავე. ქვეთმა გულდასმით გადაამუშავა წიგნი და შემომთავაზა უაღრესად

სასარგებლო, დეტალური კომენტარები და რჩევები, რომლითაც სიამოვნებით ვისარგებლეთ.

მადლობას ვუხდით ჩემს მეგობრებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტიდან; განსაკუთრებით სტივ გიმანს, გამოკვლევებისადმი მიძღვნილი თავების მიმოხილვისა და შესწორებებისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს წარმოდგენილი ინფორმაციის უტყუარობას. წიგნის მომზადების საქმეში მნიშვნელოვანი წვლილი აქვთ შეტანილი რექს კოულდრის, დევიდ პიკარს, სუსან სვედოს, დევიდ შორს, გრეისონ ნორკეისტს, სტენ შნაიდერს, სტივ მოლდინს და მარშა კორბეტს. გარდა ამისა, მადლიერი ვარ იმის გამოც, რომ ინსტიტუტმა დახმარების ხელი გამომიწოდა და სარგებლობაში გადმომცა ადამიანის თავის ტვინის გამოსახულება.

ასევე, არ შემოძლია დავივიწყო სხვა მრავალი ადამიანიც, რომელთა წვლილი ფრიად ფასეული იყო ჩემი საქმის წარმატებით დასაგვირგვინებლად და რომელთა მიმართაც ღრმა მადლიერების გრძნობას განვიცდი.

დიდი მოწიწებით მინდა მოვიხსენიო ისინი, ვინც საკუთარი ისტორიების მკითხველისთვის მოთხრობის უფლება მომცა. მათგან ზოგიერთის სახელები ზემოთ ჩამოვთვალე, სოგისა კი შეცვლილია მათი პიროვნებების დაცვის მიზნით. ისინი გაბედული ადამიანები არიან და ესწრაფვიან, გაგვიზიარონ საკუთარი გამოცდილება, რათა ცხოვრება გაუადვილონ ფსიქიკური მოშლილობით გატანჯულ თანამოძმეებს.

მინდა აგრეთვე მადლიერება გამოუხატო მადლენ ედვარდსის და კრისტალ უილიამსის მიმართ, რომლებიც მუშაობდნენ ჩვენს ოფისში, პლეინსში; ჩვენი აგენტის, ლინ ნესბიტის და რედაქტორის, ბეტსი რაპოპორტის მიმართ. ასევე, მადლობას ვუცხადებ „რანდომ ჰაუსის“ ყველა თანამშრომელს. ბეტსი რაპოპორტი მუდამ მამხნეებდა და ძალ-ღონეს არ იშურებდა, რათა წიგნი პიროვნებაზე ორიენტირებული ყოფილიყო.

უაღრესად ძნელია, სიტყვებით გამოხატო გრძნობა უდიდესი მადლიერებისა, აღტაცებისა და პატივისცემისა, რომელსაც განვიცდი წიგნის თანაავტორის სუსან გოლანტის მიმართ.

მე ბედნიერი ვარ, რომ შევძელი გამომეყენებინა ღრმა ცოდნა საგნისა, რომელსაც იგი ფლობდა. შევძელი, ჩვენი საქმის სასიკეთოდ მიმემართა სუსანის უნარი, მიენიჭებინა წიგნისთვის დასრულებული სახე. ამ წიგნის დაწერამ მოითხოვა ხანგრძლივი და დამქანცველი გამოკვლევების ჩატარება, რაც გაცილებით უყრო როული აღმოჩნდა, ვიდრე მე და სუსან

გოლანტს წარმოგვედგინა სამუშაოს დაწყების წინ. გამოკვლევების ჩატარებაში მისი დახმარების გარეშე ეს წიგნი დღის სინათლეს ვერ იხილა. ასევე, მადლობა მინდა გადავუხადო სუსანის ქმარს მის გოლანტს ფასეული წინადადებებისათვის.

დასასრულ, მადლობას უუხდი ჩემს მეუღლეს ჯიმს, მისი სიყვარულისა და განუსომელი მოთმინებისთვის მთელი იმ დროის განმავლობაში, რომელიც წიგნის დაწერას დასჭირდა. იგი ხელს მიწყობდა ტექნიკური ინფორმაციის შეგროვებაში, რედაქტირებას უკეთებდა ჩემს ნაწერებს და ამ სამეცნიერო ინფორმაციის მკითხველისთვის გასაგები ენით მიწოდებაში მეხმარებოდა. იგი მუდამ მამხნეებდა და მხარში მედგა ყველა შესაძლო ხერხით.

– როზალინ კარტერი

როზალინ კარტერთან თანამშრომლობა დიდი პატივია ჩემთვის. აღფრთოვანებული ვარ მისი ხედვის უნარით და საქმის ერთგულებით; ასევე, უზომოდ მადლიერი ვარ იმ ნდობისთვის, რომელიც მან გამომიცხადა. ჩემთვის ყოველთვის სამაგალითო იქნება ამ ქალბატონისა და პრეზიდენტ კარტერის ძალისხმევა იმ ადამიანების დასახმარებლად, ვინც ამას საჭიროებს.

ასევე, მადლობა მინდა გადავუხადო ჩემს აგენტს რობერტ ტაბიანს და Times Books-ის რედაქტორს ბეტსი რაპოპორტს თანადგომისა და თანამშრომლობისთვის. ჩემი სულიერი მეგობარი და მეუღლე, დოქტორი მიჩ გოლანტი თავისი სიყვარულით და სიმტკიცით შთამაგონებდა, გამეკეთებინა კეთილი საქმე. ჩვენი ქალიშვილების შერის და ეიმის მეშვეობით მთელი სისრულით შევიგრძენი ცხოვრების მშვენიერება. ჩემი მშობლები, არტურ და მერი კლეინჰანდლერები, ჰოლოკოსტის მსხვერპლნი, თვალსაჩინო მაგალითია იმისა, თუ როგორი უნარი აქვს ადამიანს, აღიდგინოს სულიერი სიმრთელე. დიდი მადლობა ყველას, ვინც შთამაგონებდა და მეხმარებოდა ამ წიგნზე მუშაობის პროცესში.

– სუზან ქ. გოლანტი

# ს ა რ ჩ ე ვ ი

<b>ნანილი პირველი – სტიგმის მემკვიდრეობა</b>	<b>1</b>
1. დედის უსასღერო განცდა... და იმედის ერთი ისტორია	7
2. რას ნიშნაყს ფსიქიკური დაავადება?	41
3. თანაბარი ალბათობის პრობლემა	76
4. როგორ მიაგნოთ სწორ მკურნალობას, როცა თქვენთვის საყვარელ ადამიანს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს	110
5. დიაგნოზის დადგენის შემდეგ: სამსახურეობრივი საქმიანობის აწყობა, ფინანსური, იურიდიული და სხვა პრობლემები	142
<b>ნანილი მეორე – მკურნალობის ახალი მეთოდები. ახალი იმედები</b>	<b>164</b>
6. შეგუება გამოფხიზლებასთან: შიზოფრენიის გაგებისათვის	177
7. შავი ნაგაზის მოთვინიერება: დეპრესიის გაგებისათვის	195
8. ცხოვრება, რომელიც უკეთეს ხვედრს იმსახურებს: მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი	211
9. რაც უფრო მაღალია ზღვარი: შიშებით გამოწვეული აშლილობა	219
<b>ნანილი მესამე – ინტერვენციები ანუ ჩარევა: პრევენციული, პირველადი და საზოგადოებრივი</b>	<b>235</b>
10. შესაძლებელია თუ არა ფსიქიკური დაავადების პრევენცია?	239
11. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის მოვლა	271
12. ფსიქიკურად დაავადებულთა დაცვა	306

<b>დანართები</b>	<b>346</b>
➤ გამოყენებული ტერმინების ლექსიკონი	347
➤ სხვა გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებები	354
➤ ფსიქიკური დაავადებების გავრცელება ქალებსა და მამაკაცებს შორის	357
➤ ანტიდუპრესანტების გვერდითი ეფექტები	358
➤ წმინდა იოანეს სიროფი	359
➤ ვის მიემართოთ დასახმარებლად?	361
➤ ლიტერატურა	379

# ნანილი პირველი

## სტიგმის მექანიზმობა

„სუპერმენი დაიღუპება... მას კოსმიური საგიჟეთიდან გამოქცეული სუპერმთვარეული განგშირავს!“ ასე ამცნობდნენ ქვეყნიერებას კომიქსების გმირის – ფოლადის კაცის გარდაუვალი სიკვდილის ამბავს მყვირალა საგაზეთო სათაურები. ეს სერია 1992 წლის სექტემბერში გამოდიოდა. ზუსტად ერთი თვის შემდეგ ჯორჯიის გაზეთები უკვე ახალ ამბავს იუწყებოდნენ: „ჯორჯიის თავსე ექვსი დროშა ფრიალებს, იხსნება პელოუინის ახალი ატრაქციონი – საგიჟეთის საშინელებები“.

ამ სიტყვებით დავიწყე ჩემი ერთ-ერთი გამოსვლა 1992 წელს. სამწუხაროდ, პრესა და საინფორმაციო საშუალებები ხელს უწყობს იმ ადამიანთა დისკრიმინაციას, რომელთაც ფსიქიკური პრობლემები აწუხებთ და ფაქტობრივად საფუძველს ქმნის, რათა კიდევ დიდხანს არ იქნას ჩამორეცხილი ამ დაავადებათა სამარცხვინო ლაქა.

„სატელევიზიო რეკლამა წარმოგვიდგენს გიჟის პერანგში გამოწყობილ კაცს, რომელიც საქმიანად გემოძღვრავს ფსიქიატრიულის პალატიდან“. გაზეთებში ასეთი სათაურით აღინიშნა აქცია – სტიგმის დასაძლევად. ეს აქცია ეროვნული კონტროლის პალატის მიერ იყო ორგანიზებული 1997 წლის ოქტომბერში ფსიქიატრთა და მონათესავე სპეციალობების წარმომადგენელთათვის და სტიგმის წინააღმდეგ იყო მიმართული. შოუს სპონსორები „უნივერსალ სთადიოზ“ და „პეპსი-კოლა“ გახლდნენ, რომელთაც ხელიდან არ გაუშვეს შესაძლებლობა, რომ მათი კომპანიების რეკლამები სამხრეთ კალიფორნიის ცნობილ პარკში, პოპულარული „პელოუინის საშინელებათა ღამის“ ახალი ატრაქციონის ფონზე ყოფილიყო გამოსახული. რეკლამაში

კი გვინვენებდნენ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პალატას, გიჟის პერანგში ჩაცმულ კაცს, რომელიც თან რაღაცას ქადაგებდა, თან კი კედლებს ეხეთქებოდა. პალატის გარეთ მყოფი დაცვის თანამშრომელი მშვიდად მიირობებდა „პეკსი-კოლას“, მერე უეცრად ბრაზდებოდა და სათვალთვალს სარკმელს უკეტავდა პალატაში მყოფ მწყურვალე ადამიანს.

მანამდე კი, რამდენიმე თვით ადრე, „ნიკელოდინმა“ გამოუშვა საზაფხულო ფილმი ბავშვებისთვის „კეთილი ბიურგერი“. სერიალის ერთ-ერთი სიუჟეტი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ვითარდებოდა. ფილმის გმირებს იტაცებდნენ, გიჟის პერანგებში კოჭავდნენ და პალატაში ამწყვდევენდნენ.

როცა 1996 წლის საზაფხულო ოლიმპიური თამაშების დროს ატლანტაში ბომბი აფეთქდა, ადგილობრივი გაზეთის სათაური იუწყებოდა: „გამოძიება ფსიქიკურად დაავადებულ ბოროტმოქმედს ეძებს“, საკუთრივ წერილში კი ვკითხულობდით: „ოლიმპიურ პარკში მოწყობილი აფეთქების გამო გამოძიება თავდაპირველად თვითნასწავლ ტერორისტს ეძებდა, მაგრამ მოგვიანებით ახალი ვერსია შემუშავდა ფსიქიკურად დაავადებული მანიაკის შესახებ“.



ათწლეულებია გასული მას შემდეგ, რაც ფსიქიკური დაავადებების შესახებ არსებულ მითებს, სტერეოტიპებსა და გაურკვეველობას ვებრძვით მეც და ბევრი ჩემნაირიც. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი რამ თითქოს შეიცვალა, გაზეთებისა და ჟურნალების თვალის გადავლება ისევ და ისევ გვარწმუნებს, ჯერ კიდევ უამრავია გასაკეთებელი. ასე რომ არ იყოს, მაიკლ უოლასს, გადაცემა „60 წუთის“ ვეტერანს, არ გაუჭირდებოდა თავისი დეპრესიის შესახებ საჯარო აღიარებით გამოსვლა: „არ მინდოდა, რომ ადამიანებს რაიმე სცოდნოდათ ჩემი ფარული პრობლემების შესახებ. მრცხვენოდა. მეგონა, ეს საკუთარი

სისუსტის აღიარება იყო, რადგან წლების მანძილზე უამრავი ადამიანის აღქმაში დეპრესია საგიჟეთთან ასოცირდებოდა“<sup>4</sup>

ან თუნდაც მსახიობი მარგო ქიდერი, რომელიც განმარტავდა, რომ როცა მისი ავადმყოფობის ამბავი გახმაურდა, იგი ამჯობინებდა, ადამიანებს ეფიქრათ, რომ ფსიქიატრიულში ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების გამო იწვა, ოღონდ კი არავენ მიმხვდარიყო, თუ როგორი მძიმე დეპრესია ტანჯავდა. ბარბარა უოლტერსისთვის მიცემულ სატელევიზიო ინტერვიუში ის ასეთ კომენტარს უკეთებდა თავის ავადმყოფობას: „ფსიქიკური დაავადება თითქოს უკანასკნელი ტაბუა, სულ ბოლო ზღვარია, რომელიც ყველას სიკვდილივით აშინებს. სულ რამდენიმე თვის წინ მეც მათ რიცხვს მივეკუთვნებოდი“.

ხომ ფაქტია, რომ ამ ადამიანთაგან არც ერთს სირცხვილის გრძნობა არ შეაწუხებდა, მათთვის რაიმე სომატური დაავადების, თუნდაც შაქრიანი დიაბეტის ან კიპერტონიის დიაგნოზი რომ დაედგინათ? მიუხედავად სულ უფრო მზარდი ცოდნისა, მაინც უზარმაზარი ნაპრალი რჩება იმ ორ წარმოდგენას შორის, რომელიც მეცნიერებაში არსებობს ტვინთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ და როგორც ფართო საზოგადოება აღიქვამს იმავე პრობლემებს. ამერიკაში უამრავი საშუალებაა ამოქმედებული ჩვენი მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, მაგრამ სათანადოდ ვერც ერთი ვერ ეხმარება უმთავრეს აუცილებლობას – გარდატეხა შეიტანოს ჩვეულებრივი ადამიანების დამოკიდებულებაში ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ.

როცა პირველად დავიწყე მუშაობა ამ სფეროში, დიდი დრო არ დამჭირებია, რომ სტიგმის მთელი სიმძიმე შემეგრძნო. თუნდაც ის შეკრებები რად ღირდა, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი აწყობდა, როცა ჯიმი ჯორჯის შტა-

---

<sup>4</sup> Cronkite, Kathy, "On the Edge of Darkness: Conversations About Conquering Depression" (New York: Delta books, 1994), p.17.



ტის გუბერნატორი იყო. ამ შეხვედრებს მხოლოდ რამდენიმე აქტივისტი თუ ესწრებოდა, რომლებიც ისედაც იყვნენ ჩართულნი ამ საქმეში და კიდევ თითო-ორიოლა სახელმწიფო მოხელე; ისინიც ალბათ მხოლოდ იმიტომ მოდიოდნენ, რომ ჩემი ქმარი შტატის გუბერნატორი იყო. ეს ის დრო გახლდათ, როცა არავინ გამოვიტყდებოდათ, რომ ფსიქიკური ხასიათის პრობლემები აწუხებდა ან ფსიქიკურად დაავადებული ოჯახის წევრი ჰყავდა სახლში. დაავადებათა დაფინანსებაც სრულიად არაადეკვატური იყო. ისეთი შთაბეჭდილება იქმნებოდა, თითქოს აქეთქენ მხოლოდ იმ თანხებს მიმართავდნენ, რაც სხვა სნეულებათა მიკურნალობის პროგრამებიდან რჩებოდა. როცა პირველად დავიწყეთ ფსიქიკურად დაავადებულთათვის თემის ტიპის ოჯახური დასახლებების შექმნა, ლამის ყველა სახის წინააღმდეგობის გადალახვა გვიწევდა, მონათესავე ორგანიზაციებთან ურთიერთობების მოგვარებით დაწყებული და ქალაქის სათათბიროებით დამთავრებული, რომლებიც სასწრაფოდ ახალ კანონებს იღებდნენ, რათა როგორმე შეეშალათ ხელი ჩვენი პროექტის განხორციელებისთვის.

შესანიშნავად მახსოვს ის დღე, როცა ჯორჯიის შტატის ქალაქ ვალდოსტას აეროპორტში დავადგი ფეხი. იქ შეკრებას უნდა დავსწრებოდი თემის ტიპის ერთ-ერთი დასახლების მშენებლობის დაწყებასთან დაკავშირებით, რომელიც წინასწარ შეთანხმებული და მოგვარებული მეგონა; აეროპორტშივე მაცნობეს, რომ წინა დამეს ქალაქის საბჭომ გააუქმა დადგენილება მშენებლობის შესახებ... ეს ძალიან უსიამოვნო დღე იყო!

საგანგებოდ უნდა აღვნიშნო, რომ ფსიქიკურად დაავადებულთათვის განკუთვნილ ამგვარ დასახლებებს ყოველთვის ცუდად ხვდებიან, მაგრამ თუ მაინც მივალწიეთ თანხმობას და მოვახერხეთ მათი აშენება, გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ, როგორც კი მეზობლები „კარგად გაიცნობენ“ ერთმანეთს, ეს უარყოფითი განწყობა უკვალოდ ქრება. სხვათა შორის, ამ წესს გამონაკლისი არ ჰქონია. ასე მოხდა ვალდოსტაშიც,

სადაც ბოლოს და ბოლოს მოვიპოვეთ თანხმობა ჩვენი დასახლებების ასაშენებლად. მოსახლეობა მალევე შეეჩვია ჩვენს პაციენტებს, თანაგრძნობით განეწყო მათ მიმართ და დღეს ვალდოსტა მისაბაძი მაგალითია სხვა ქალაქებისთვის.

ათასობით წერილს ვიღებ იმ ადამიანებისგან, ვინც იცის, რომ ფსიქიკურად დაავადებულთა პრობლემებით ვარ დაინტერესებული, ამიტომ თითქმის ამომწურავი ინფორმაცია მაქვს სტიგმის საშინელი წნების შესახებ. ერთმა სტუდენტმა, რომელმაც 1972 წელს მომწერა წერილი, მშვენიერად ჩამოაყალიბა არსებული დილემა:

„მართლა კარგად მესმის, რომ ადამიანების უმრავლესობა ძალიან ცუდად იცნობს ფსიქიკური დაავადებების რეალურ ხასიათს, ამიტომ ვმაღავ, რომ ფსიქიატრთან მიწევს სიარული. ამას მხოლოდ იმიტომ კი არ ვაკეთებ, რომ მინდა თავიდან ავირიდო „შეშლილის“ იარლიყი, რომელსაც ამ ამბის შეტყობის შემთხვევაში აუცილებლად მომაწებებენ, არამედ იმიტომ, რომ ჯერ მხოლოდ 21 წლის ვარ და კოლეჯის დამთავრების შემდეგ, დაახლოებით ერთ წელიწადში, აუცილებლად დამჭირდება სამსახური. ხოლო ის ფაქტი, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ვარ, ალბათ ხელს შემშლის კარგი სამსახურის პოვნაში.

ისეთი შეგრძნება მაქვს, ადამიანები უკეთ რომ ერკვეოდნენ ფართოდ გაერცელებულ ფსიქიკურ დაავადებათა პრობლემებში, მართლა რომ ესმოდეთ მათი ბუნება, თუნდაც ის, რომ ამ დაავადებათა დიდი ნაწილი განკურნებას ექვემდებარება, ჩვენც უფრო გულგახსნილნი ვიქნებოდით ჩვენს პრობლემებთან დაკავშირებით. და მაშინ უამრავი ჩვენგანი უპრობლემოდ შეიძლება იმ დახმარებისა და თანაგრძნობის მიღებას, რომელზეც არასოდეს ეუბნებიან უარს სხვა ტიპის ავადმყოფებს. წარმატებული მკურნალობის შემდეგ ისინი ნორმალური ცხოვრების წესით იცხოვრებდნენ – სისხლსავესედ და შინაარსიანად, როგორც ამას სომატური დაავადებებისგან განკურნებული ავადმყოფები ახერხებენ“.

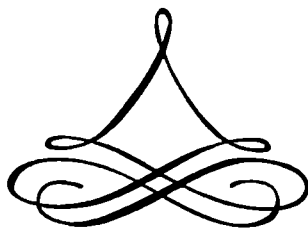
ვეთანხმები წერილის ავტორს, მაგრამ სამწუხარო ის არის, რომ თვით ოცდახუთი წლის შემდეგაც პრობლემა პრობლემად რჩება. ამიტომაც გადავწყვიტე ამ წიგნის დაწერა. მრავალი წლის მანძილზე ჩემი მიზანი იყო გამექარწყლებინა სტიგმის ნაშთები. დარწმუნებული ვარ, რაც უფრო მეტად ჩაეუღრმადებოდა ამ პრობლემას და რაც უფრო მეტს გავიგებთ ჩვენი ფსიქიკურად დაავადებული ახლობლის შესახებ, მით უფრო მიუეახლოვდებით ამ სასურველი მიზნის განხორციელებას.

დღეისათვის მეცნიერებამ უკვე მოახერხა უმნიშვნელოვანესი გარდატეხის მოხდენა ჩვენს ცნობიერებაში ფსიქიკურ სნეულებებთან დაკავშირებით. დღეს ჩვენ ვიცით, რომ ბევრ შემთხვევაში მემკვიდრეობითობა ან რომელიმე ბიოლოგიური ფაქტორია ამ დაავადებათა გამომწვევი და არა სისუსტე, უნებისყოფობა ან არასწორი აღზრდა, როგორც ადრე ფიქრობდნენ. დღეს უკვე დანამდვილებით შეიძლება იმის თქმა, რომ თუ თქვენ ან იმ ადამიანს, რომელიც გიყვართ, ასეთი სენი ტანჯავს, ამაში სამარცხვინო არაფერია.

ბედნიერი ვარ, რომ შესაძლებლობა მაქვს იმის შესახებ მოგიტხროთ, რაც წლების მანძილზე თითქმის სრულად გაეთავისუფლეთ; აგრეთვე, გიამბოთ ამ სფეროში არსებული უახლესი აღმოჩენებისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შესახებ. ვიცი, რომ კიდევ ბევრია სასწავლიც და გასაკეთებელიც, რათა ნამდვილად გაუმჯობესდეს იმათი ცხოვრება, ვინც აქამდე მარტოობაში იტანჯებოდა.

მაგრამ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დასახმარებლად უკვე გამოწვდილია მეგობრული ხელი და მომავლის იმედიც კიაფობს.

# თავი პირველი



## დედის უსაზღვრო განცდა... და იმედის ერთი ისტორია

ს მ ცოტა ხნის წინ წერილი მივიღე ერთი ქალისგან, რომლის ოჯახის წევრიც ფსიქიკურად დაავადებულია. ამგვარ წერილებს ხშირად ვიღებ. ელისი მაღლობას მიხდიდა ნემს მიერ გაწეული შრომისთვის ამ სფეროში. მან აგრეთვე მაცნობა, რომ ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსის (NAMI)<sup>7</sup> ადგილობრივ ოფისში მოხალისეებს ეძებდნენ, რომლებიც შეძლებდნენ სასოგადოების სწორად ინფორმირებას ფსიქიკურად დაავადებულთა მშობლების უმძიმესი ხვედრისა და მათი განცდების შესახებ. ეს ორგანიზაცია მოწოდებულია, წარმოადგინოს და დაიცვას ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების და მათი ოჯახების ინტერესები.

„ბედნიერი ვიქნებოდე, რომ შემედლოს მონაწილეობის მიღება იმგვარ აქციაში, რომლის მიზანია გააფაქიზოს საზო-

---

<sup>7</sup> NAMI family survey, "Family Perspectives on Meeting the Needs for care of Severely Mentally Ill Relatives: A National Survey," founded by John D. Catherine T. McArture Foundation, 1991.

Johnstone E.C., et al., "The Harrow (1975-1985) Study of the Disabilities and Circumstances of Schizophrenic Patients," British Journal of Psychiatry 159, suppl. 13 (1991).

გადოების დამოკიდებულება ფსიქიკური ავადმყოფების მიმართ, – მწერდა ელისი, – მაგრამ ეს ჩემს ძალეებს აღემატება, რადგან ყოველთვის, როცა ვცდილობ, ვინმეს მოვეუთხრო ჩემი ქალიშვილის თხუთმეტწლიანი უთანასწორო ბრძოლის შესახებ ამ უსასტიკეს დაავადებასთან, ტირილს ვერ ვიკავებ.

ყოველდამე ვტირი, ვტირი ძილის წინ და დღისით, როცა ქუჩაში ჩვეულებრივად მოსეირნე ხალხს ვხედავ; ვტირი, როცა წარმოვიდგენ, რომ ჩემს სტეფანის დაკარგულ წლებს ველარაფერი დაუბრუნებს, თვით ისეთი სასწაულმოქმედი წამალიც რომ გამოიგონონ, რომელიც მართლა შეძლებდა ფსიქიკურად დაავადებულთა განკურნებას; ვტირი, როცა ვფიქრობ, რომ ის არასდროს ყოფილა საცეკვაოდ საყვარელ მამაკაცთან ერთად, რომ არასოდეს გათხოვდება, არასოდეს ეყოლება შვილები, არასოდეს დატკბება ჩვეულებრივი, მყუდრო ცხოვრებით, რაც სხვებისთვის არც პრობლემაა, არც ოცნების საგანს არ წარმოადგენს.

ცრემლები მახრჩობს, როცა ჩემი უფროსი ქალიშვილი თავისი იურიდიული ფირმის მივლინებით მთელ მსოფლიოში მოგზაურობს, სტეფანი კი ამ დროს საწოლში ზის და უაზროდ ქანაობს. მეტირება, როცა შუათანა ქალიშვილი წერილებს აქვეყნებს ჩვენს გაზეთში, სტეფანი კი გაუთავებლად ეწევა და თავის „ხმებს“ უსმენს.

ვტირი მაშინაც, როცა ვხედავ, თუ რა უბედურება ტრიალებს სომალიში, ბოსნიაში, ახლა უკვე ოკლაჰომაში. მეცოდება ის ხალხი, ვინც ახლობლები და საყვარელი ადამიანები დაკარგა ამ ომებში. ისინი იტანჯებიან და კიდევ დიდხანს დაიტანჯებიან, მაგრამ ბოლოს და ბოლოს აუცილებლად კპოვებენ სიმშვიდეს... ჩვენთვის კი, ვისაც შვილები ამ საშინელმა სენმა დაგვაკარგინა (დიახ, სტეფანი დაკარგულია, მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიკურად ცოცხალია), ცხოვრება დაუსრულებელ პანაშვიდად გადაიქცა, როგორც ერთმა ჩემნაირად გაუბედურებულმა მამამ აღნიშნა მეტად ზუსტად და ხატონად...

ყველაფერს გავიღებდი, ოღონდ კი კვალიფიციურად და დამაჯერებლად საუბარი შემეძლოს იმის შესახებ, რაც ასე მაწუხებს, მაგრამ, ჩემდა სამწუხაროდ, მოკლებული ვარ ამ უნარს. ამიტომ მეც და მილიონობით ჩემნაირი ადამიანი სამუდამოდ თქვენი მადლიერნი ვრჩებით“.

ჩემთვის პატივია, ვიყო ელისის და სხვა მრავალთა ხმა, ვისაც ფსიქიკური დაავადება აწუხებს ან ახლობლის გამო იტანჯება. სხვათა მონოყოლით არ ვიცი მათი უსასღერო განცდის შესახებ – თავად ვყოფილვარ იმ სატანჯველის მოწმე და თანამონაწილე, რომელსაც ეს ადამიანები უმკლავდებიან თავისი გაუსაძლისი ცხოვრების ყოველ ცისმარე დღეს.

უსარმაზარ ინფორმაციას ვიღებ ჩემი კორესპონდენციის თუ მოგსაურობის მეშვეობით. ადამიანები, რომლებიც კარგად იცნობენ ჩემს ინტერესებს, განუწყვეტლივ მიაშობენ სხვადასხვა ისტორიებს ფსიქიკურად დაავადებულთა შესახებ. მომითხრობენ პატარა ბიჭუნას შესახებ, რომელსაც ემოციური აშლილობა აწუხებს, ხოლო მკურნალობა უშედეგოდ მიმდინარეობს და მას აუცილებლად სჭირდება ოჯახური ტიპის სტაციონარში მოხვედრა; ვიცი ერთი გაუბედურებული დედის ამბავი, რომლის მოსარდი ეაჟიშვილი შიზოფრენიამ მოცელა და ახლა მთელ ცხოვრებას საავადმყოფოსა და სახლს შორის ატარებს; ცოცხალი ქმრის ხელში დაქვრივებული იმ ქალის სადარდელიც ვიცი, რომლის ფერმერი ქმარი ყელარ უმკლავდება ღრმა დეპრესიას და თანადათანობით კარგავს ცხოვრების ინტერესს, ხოლო ოჯახიც და ფერმაც ნელ-ნელა ნადგურდება; ჩემთვის იმ მშობლების მძიმე ხედრიც ნაცნობია, ვინც მთელი მრავალწლიანი დანასოვი შესწირა ერთადერთი ქალიშვილის მკურნალობას, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობა აწუხებდა, მისი გამოჯანმრთელება კი ვერ მოხერხდა. ერთი სიტყვით, ნამდვილი სატანჯველი მინახავს, რომლას გადმოცემა ან ჩატევა სტატისტიკური თუ სამთავრობო ანგარიშების შეზღუდულ ჩარჩოებში შეუძლებელიც არის და წარმოუღგენელიც.

მე ისიც ვიცი, რომ მეცნიერებას თუმცა ჯერ მთლიანად ვერ ამოუხსნია ადამიანის ტვინის ყველა საიდუმლო, მაგრამ უკვე იმდენია ცნობილი და გარკვეული, რომ ბევრი რამის შეცვლა შესაძლებელია. ფსიქიკურად დაავადებულ თითქმის ყველა ადამიანს დღეს უკვე შეუძლია უფრო ნორმალური ცხოვრებით იცხოვროს. ჩვენ ვიცით, რომ ფსიქიკური პრობლემა ცხოვრების სტილი კი არა, დაავადებათა უმრავლესობის მსგავსად, ადამიანის ტვინში წარმოქმნილი სნეულებაა, რომლის განკურნების გზებს დიდი ხანია ვეძებთ და აუცილებლად ვიპოვით.

ამ იმედის წიგნს ელისსა და მილიონობით მისნაირს, ანუ თქვენ გიძღვნი, ჩემო მკითხველო, ვისაც მსგავსი პრობლემების პირისპირ გიწევთ ცხოვრება წლების მანძილზე; და თქვენს გვერდით იმ ადამიანებსაც მოვიხსენიებ, რომლებიც თავდაუსოგავად შრომობენ, რათა ფსიქიკურ დაავადებათა ბუნება და გამომწვევი მიზეზები დაადგინონ ყველა ტანჯულის ხვედრის შესამსუბუქებლად.

## რობ(ო)რ ჩავები ამ საქმეში

ადამიანები, რომლებმაც ფსიქიკურ დაავადებებთან ჩემი ბრძოლის ხანგრძლივი ისტორიის შესახებ იციან, მეკითხებიან ხოლმე, თუ როგორ მოხდა, რომ ამ საქმემ ასე ძლიერ გამიტაცა? მათ აინტერესებთ, რაიმე პიროვნულმა ფაქტორმა ხომ არ განაპირობა ჩემი ამგვარი მისწრაფებები, მაგალითად, ფსიქიკურად დაავადებული ოჯახის წევრი ხომ არ მყოლია? პასუხი ცალსახაა – არა. თუმცა, როცა პატარა ვიყავი, ფლეინსში ერთ ახალგაზრდა კაცს ვიცნობდი, რომელსაც ფსიქიკური აწილილობა ტანჯავდა. ეს კაცი ჯიმის ბიძაშვილი იყო. მას პერიოდულად აწვენდნენ ჯორჯიის შტატის ცენტრალურ საავადმყოფოში, მაილდეფვილში. მაშინ ჯერ კიდევ არ

ვიყავი გარკვეული ამ ტიპის დაავადებებში, ამიტომ ახლა გამიჭირდება თქმა, მას შიშოფრენია აწუხებდა, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი თუ რაიმე სხვა პრობლემა ჰქონდა. ამ კაცს მაშა გარდაეცვალა და დედა მარტო ცდილობდა მის მოვლას, მაგრამ ეს იმდენად ღიდი ხნის წინ იყო, რომ დარწმუნებული ვარ, სათანადო ცოდნისა და მედიკამენტების არარსებობის პირობებში ეს საცოდავი ქალი მოკლებული იყო თავისი ვაჟიშვილისთვის რეალური დახმარების გაწევის შესაძლებლობას.

როცა ტომს საავადმყოფოდან უშვებდნენ, მეშინოდა მასთან შეხვედრა. როგორც კი თვალს მოჰკრაუდი ქუნაში, გაეცქევოდი და სადმე დავიშვებოდი ხოლმე. არ ვიცი, რატომ გაეუბოდი. მას არც აგრესიული ადამიანი ვთქმობდა, არც საშიში. უბრალოდ ძალიან ნერვული და ხმაურიანი იყო.

ხანმოკლე უკეთესობის შემდეგ, საშინელ ღრიალს იწყებდა და ყველა ხედებოდა, რომ ისევ შეუტია ავადმყოფობამ. მალევე პოლიციელები მოაკითხავდნენ, უკვრემონიოდ დააგდებდნენ მანქანის უკანა სავარძელზე, ხელბორკილებს დაადებდნენ ან გიჟის პერანგს წააცმევდნენ და ისევ საავადმყოფოში მიჰყავდათ.

ტომის მდგომარეობამ და მკურნალობის ამ უხეშმა მეთოდებმა ჩემს ბავშვურ აღქმას ღრმა კვალი დაამჩნია. მოგვიანებით, როცა მე და ჯიმი დაექორწინდით, საავადმყოფოშიც კი ვესტუმრეთ ტომს.

მაგრამ სერიოზულად ამ საქმეში მხოლოდ 1970 წელს ჩაეხები, როცა ჯორჯიის გუბერნატორის პოსტზე მიმდინარე არჩევნების დროს ჯიმის წინასაარჩევნო კამპანიაზე ვმუშაობდით. როგორც ახლა მახსენდება, ჩემი ინტერესი იმ ადამიანების შეკითხვებზე გაადვივდა, რომლებიც თავისი ოჯახის წევრების შესახებ მესაუბრობდნენ: თქვენი მეუღლე რომ ავირჩიოთ, რით დაეხმარება ჩემს პატარა შვილს, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობა აწუხებს? რა შეიცვლება ჩემი დეპრესიული ძმისთვის?



რას გააკეთებს თქვენი ქმარი ჩემი დეიდისთვის, რომელიც შიზოფრენიით არის დაავადებული?.. და მაშინ ერთი უნებლიე კითხვაც გაჩნდა: საკუთარი ბიძაშვილისთვის რისი გაკეთება შეუძლია შტატის გუბერნატორს?

იმ პერიოდში მე და ჯიმს სხვადასხვა სამუშაო განრიგი გვქონდა. ჩვენ ვცდილობდით, რაც შეიძლება მეტ ადამიანს შეხვედროდით, ამიტომ ცალ-ცალკე ვაწყობდით შეხვედრებს ამომრჩევლებთან. ერთხელ სასიამოვნო სიურპრიზი მოხდა: გავიგე, რომ ჯიმი იმ ქალაქში აწყობდა შეხვედრას, სადაც გვიანობამდე შევრჩი. გადავწყვიტე დავლოდებოდი ჯიმს და შეკრებას დავსწრებოდი. მან არ იცოდა, რომ იქ ვიყავი. როცა საუბარი დაამთავრა, სხვებთან ერთად რიგში ჩავდექი, რათა ხელი ჩამომერთმია გუბერნატორობის კანდიდატისთვის.

როგორც ეს ხშირად ხდება ხოლმე ასეთ დროს, როცა ჯიმმა ხელი ჩამომართვა, ის ჯერ კიდევ ჩემს წინ მდგომს ელაპარაკებოდა, მერეღა დამინახა და სიცილით მითხრა: „აქ რა გინდა“?

„მოვედი, რომ გავიგო, რას გააკეთებ ფსიქიკურად დაავადებულთათვის, გუბერნატორი როცა გახდები“, – ვუპასუხე მე.

მან ისევ გამიღიმა: „ჩვენ მთელ შტატებში საუკეთესო სისტემას შეექმნით და მის სათავეში თქვენ დაგნიშნაეთ“.

ცხადია, ამ სისტემის სათავეში ვერ დამნიშნა, მაგრამ სამთავრობო კომისია კი ჩამდვილად შეიქმნა, რომელიც მოწოდებული იყო გაეუმჯობესებინა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მომსახურება. მე ამ კომისიის რიგითი წევრი გაუხდი პროფესიონალებთან, მოხალისეებთან, მშობლებთან და ჩვეულებრივ გულმონწყალე მოქალაქეებთან ერთად.

ასე დაიწყო ჩემი განათლება ამ სფეროში. ბევრი რამ მქონდა სასწავლი.

იმ პერიოდში კომისიის ყველა სხდომას ვესწრებოდი, კვირაში ერთხელ კი ჯორჯის ცენტრალურ საავადმყოფოში ემორიგებოდი, დავდიოდი სხვა რეგიონულ კლინიკებშიც, კომისი-

ისტვის ვამისადები ანგარიშებს ფსიქიკურიული საავად-  
მყოფობის მდგომარეობის შესახებ და პირად ურთიერთო-  
ბებშიც კი განუწყვეტლივ ამ პრობლემებს ვუტრიალებდი, რათა  
ისინი ჩვეულებრივ სასაუბრო თემად ჩექცია.

საავადმყოფოში მუშაობის ჩემი პირველი გამოცდილება  
ჯერ კიდევ შორს იყო სრულყოფილებისგან. ვეხმარებოდი  
ფსიქიკურად დაავადებულ ბავშვებს, ვუელიდი ყვავილებს თავი-  
სუფლად მოსიარულე პაციენტებთან ერთად, ვესაუბრებოდი იმ  
ავადმყოფებს, რომლებიც ალკოჰოლიზმის გამო მკურნალობ-  
დნენ. თუ ვინმეს რაიმე დახმარება სჭირდებოდა, ვეხმარებოდი;  
ვიღაცას უკითხავდი, ვიღაცას უბრალოდ ვუსმენდი... ერთი  
სიტყვით, ვცდილობდი ყველასთვის მიმეცა ის, რასაც ჩემგან  
ითხოვდნენ.

მაგრამ რეალურად ეს საქმიანობის უმძიმესი პერიოდი გახ-  
ლდათ. ერთხელ, დაავადებულ ბავშვებთან თითქმის მთელი  
დღე დაეყავი და ისე მიმძიმდა მათი ყურება, რომ ამ ხნის მან-  
ძილზე ცრემლებს ძლივს ვიკაეებდი. დღის ბოლოს უფროსმა  
თავისთან გამიხმო და შენიშვნა მომცა: „დღეს გიყურებდით და  
ვალდებული ვარ გაგაფრთხილოთ, რომ თუ ნამდვილად გინდათ  
ჩვენი დახმარება, ცრემლები უნდა დამალეთ. მოთოკეთ თქვენი  
გრძნობები, ისინი საქმეში ხელს შეგიშლიან. ჩვენ გეჭირდება  
თქვენი თანადგომა“.

ის, რასაკვირველია, მართალი იყო, მაგრამ ჩემთვის მეტად  
ძნელი იყო ამ ბავშვებისთვის უცრემლოდ ყურება. ძალიან მე-  
ცოდებოდნენ. და არა მხოლოდ ბავშვები; იმ ზრდასრული  
ადამიანების დანახვაზეც სიბრაღულით მევსებოდა გული,  
რომელთაც ცხოვრების დიდი ნაწილი ამ კედლებს შორის  
ქჟონდათ გატარებული. ძალიან მტკიენეული იყო იმაზე ფიქრი,  
რომ მიუხედავად ყველაფრისა, შესაძლოა ვერ მოგვეხერხებინა  
ჩაგმანული კარის შემტერევა, რომლის უკანაც ის საშინელება  
იმალებოდა, რაც ამ ადამიანებს ხელს უშლიდა, ეცხოვრათ  
ნორმალური ცხოვრებით. სხვას რომ ყველაფერს თავი დავანე-

ბოთ, იმხანად ის წამლებიც არ არსებობდა, რომლებიც დღეს გვაქვს.

დროთა განმავლობაში შევიმუშავე ამ საქმისთვის აუცილებელი თავშეკავეების უნარი. ერთი რამ, რასაც ცხადად ვხედავდი, ის იყო, რომ ჩვენი ავადმყოფები ძალიან დამოკიდებული ხდებოდნენ იმ ადამიანებზე, ვინც მათზე ზრუნავდა, მათ შორის ჩემსეც. ისინი თვითონ ვერ უვლიდნენ საკუთარ თავს; მათ მშობლებს ან ოჯახის წევრებს კი ეუხერხულდებოდათ თუ რცხვენოდნენ თავიანთი ახლობლების ფსიქიკურ პრობლემებზე საუბარი. რაც უფრო მეტს ემოგზაურობდი კომისიის მივლინებით და რაც უფრო ეუხერხულდებოდა ამ პრობლემებს, მით უფრო კარგად ეაცნობიერებდი, რამდენი რამ იყო შესაცვლელი და მოსაგვარებელი ამ სფეროში. იმასაც შესანიშნავად ვხედავდით, რომ მეტად სერიოზული და მნიშვნელოვანი საქმისთვის მქონდა ხელი მოკიდებული.

მომდევნო ოთხი წლის მანძილზე ჩვენ მნიშვნელოვნად წავწიეთ წინ ფსიქიკურად დაავადებულთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები ჩვენს შტატში. ავადმყოფები დიდი საავადმყოფოდან უფრო პატარა და მყუდრო რეგიონულ კლინიკებში გადავიყვანეთ. ცოტა ხანში ოჯახური ტიპის სტაციონარების შექმნის იდეაც გაჩნდა. დეინსტიტუციონალიზაციის ამ პროცესს – ანუ დიდი დაწესებულებებიდან უფრო მცირე, ოჯახური ტიპის საავადმყოფოებზე გადასვლას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრების დაარსება მოჰყვა. ჩვენ იმედი გვაქვს, რომ ეს წინგადადგმული ნაბიჯი გახლდათ, რადგან უფრო პროგრესული და ჰუმანური გზა იყო ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მოსაგვლად და მათი ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

ერთხელ თომასვილში ჩავედი ჩვენი პაციენტების მოსახანხულებლად. მათი დასახლება საპირო ჯარების ყოფილ ბაზაზე იყო განლაგებული, რომელიც საავადმყოფოდ გადაკეთდა. იქ გადასვლის პირველივე დღეს თითოეულმა ავადმყოფმა

მილოცვის პირადი წერილი მიიღო მერისგან. უმრავლესობისთვის ეს პირველი საფოსტო გზაენილი იყო მათ ცხოვრებაში. იყო კიდევ ერთი სიახლე: იმის მაგივრად, რომ ყველასთვის ერთნაირი ფორმები დაერიგებინათ, როგორც ეს დიდ სააუად-მყოფობებში ხდება ხოლმე, ავადმყოფებს ნება დართეს თვითონვე შეერჩიათ ტანისამოსი საგანგებოდ მოწყობილ პატარა მაღაზიებში, რომელთაც დიდი ასობით ეწერა „ქალის ტანსაცმელი“, „კაცის ტანსაცმელი“. გარდა ამისა, აქ იყო პატარა კაფეც, სადაც გემრიელი კერძების შეკვეთა შეიძლებოდა.

თომასვილის თანამშრომლები პაციენტებს ტანისამოსის შერჩევაში ეხმარებოდნენ, უხსნიდნენ პატარა ყოფით წერილ-მანებს, ხშირ შემთხვევაში ჭამასაც კი ასწავლიდნენ. დიდ დაწესებულებაში, სადაც ისინი მანამდე მკურნალობდნენ, უფრო მარტივი ჩანდა ხელით ეკვებათ ისინი, ვიდრე თითოეულისთვის ცალ-ცალკე ესწავლებინათ დანისა თუ ჩანგლის სწორად ხმარება. ამრიგად, ჩვენი პაციენტები ფაქტობრივად ახლა სწავლობდნენ, როგორ ეცხოვრათ მეტ-ნაკლებად დამოუკიდებლად. ისინი პატარა ბავშვებივით იყვნენ.

მახსოვს, როგორ ეუთვალთვალებდი ორ ავადმყოფს, რომლებიც კიბის საფეხურსე ჩამომსხდარიყვნენ. ისინი სულ ახალი ჩამოსულები იყვნენ და ჯერ არ იცოდნენ, როგორ დაემყარებინათ ერთმანეთთან კონტაქტი. ერთ-ერთს აშკარად უნდოდა გაებოლებინა სიგარეტი, რომელსაც მეორე ეწეოდა. ის ნელ-ნელა, თანდათანობით მიუახლოვდა თავის მეზობელს, მერე უეცრად ხელით შეეხო და უსიტყვოდ, მიმიკით აგრძნობინა, რომ სიგარეტის მოწევა უნდოდა. უკვე რამდენიმე კვირაში ამ პაციენტებს ერთმანეთთან ურთიერთობაში პრობლემები აღარ ჰქონდათ. ისინი იმდენ ხანს იყვნენ დადუმებულნი და დათრგუნულნი, რომ ერთ რამედ ღირდა იმის დანახვა, როგორ ყვავილებივით გაიფურჩქნენ მცირე თავისუფლების პირობებში.

ერთ უქმე დღეს ოსილაში ჩავედი. ეს პატარა სოფელია ჯორჯიაში. აქაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრი

უნდა მომენახულებიან. ოსილაში თვალნათლივ დავინახე ჩვენი გარჯის რეალური შედეგები. ერთი მოხუცი კაცის ხმა, რომელსაც მეტი მღელვარებისგან საშინლად ებმებოდა ენა, ახლაც კი ჩამესმის ყურში: „მ-მ-მე ქ-ქ-ქალაქის გ-გ-გივი ვიყავი, ს-ს-სანამ ამ ადგილს არ გ-გ-გააშენებდნენ“. თავის ცხოვრებას ეს უბედური ადამიანი დამამცირებელ პირობებში, ქუჩებში მათხოვრობასა და ხეტიალში ატარებდა. აქ კი არც ერთი დღე არ გაუცდენია, განუწყვეტლივ შრომობდა, ალაგებდა ეზოებს, სააეად-მყოფოს პერსონალს ეხმარებოდა სამეურნეო საქმიანობაში. ადგილობრივი თანამშრომლები მეუბნებოდნენ, რომ მის გარეშე ძალიან გაუჭირდებოდათ იქაურობის მოვლა.

როცა ის იმპროვიზირებულ სცენაზე გამოიძახეს, რათა ემღერა მნახველებისთვის მოწყობილ სახელდახელო კონცერტზე, ცრემლები ვერ შევიკავე, რადგან მისი ხმა, რომელიც სუფთად და მკაფიოდ ისმოდა, წაბორძიკების გარეშე გამოთქვამდა მადლიერების სიტყვებს საგალობლიდან: „დიდია უფალო შეძლება შენი“...

მოგვიანებით, როცა უკვე თეთრ სახლში ვცხოვრობდით, ჯიმმა დააფუძნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საპრესიდენტო კომისია, რომლის საპატიო თავმჯდომარეც მე გაეხდი. კანონის თანახმად, ჩემი დანიშვნა თავმჯდომარის პოსტზე არ შეიძლებოდა, რადგან პრესიდენტის მეუღლე ვიყავი. ჩვენ ერთი წლის ვადა მოგვეცეს, რათა შეგვესწავლა არსებული სისტემა და შეგვემუშავებინა რეკომენდაციები ახალი საკანონმდებლო ბაზის შესაქმნელად.

ჩვენ პროფესიონალთა კვალიფიციური რჩევები გეჭირდებოდა, მაგრამ ამასთან ერთად დაინტერესებულნი ვიყავით სხვა სფეროში მომუშავე ის სპეციალისტებიც მოგვეზიდა, ვისი ცოდნა და გამოცდილებაც ამ საქმეს წაადგებოდა, რადგან მიგვაჩნდა, რომ ჩვენს მიერ დანერგილი ინიციატივა მხოლოდ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს კი არა, თითოეულ ჩვენგანს, მთელ საზოგადოებას, ჩვენს ახლობლებს, ჩვენს მეგობ-

ბლებს, ჩვენს მეგობრებსაც ეხებოდა. დღემდე მიმაჩნია, რომ ამ პროგრამაში ყველაზე მნიშვნელოვანი წამოწყება სწორედ საჯარო მოსმენათა ის სერია გახლდათ, რომლებსაც მთელი ქვეყნის მასშტაბით ვატარებდით. მრავალი და მრავალი საათის მანძილზე ვუსმენდით მომხმარებლებს, ფსიქიკურად დაავადებულითა ოჯახის წევრებს, მათ ნათესავეებს, ფსიქიატრებს, ადვოკატებს, სოციალურ მუშაკებს, თემის ლიდერებს, ოფიციალურ და არაოფიციალურ პირებს, ყველას, ვისაც კი რაიმე შეხება შეიძლება ჰქონოდა ამ პრობლემებთან.

იმ მოსმენების შთაბეჭდილებები დღემდე ცოცხლად და მკაფიოდ შემორჩა ჩემს მეხსიერებას.

ახლაც მახსოვს ერთი ინვალიდი ბავშვის დედა. ავადმყოფი შტატის სპეციალიზებულ საავადმყოფოში იწვა, მაგრამ მკურნალობა უშედეგოდ მიმდინარეობდა. ბავშვი ფიზიკურადაც და გონებრივადაც ჩამორჩენილი იყო. ქალმა ასე გამოთქვა თავისი გულისტკივილი: „რა იქნებოდა, ჩემს შვილს ერთხელ მაინც ეთამაშა ბურთი“!?! მან იცოდა, რომ სწორი მკურნალობისა და მოვლის პირობებში, მისი ვაჟიშვილის მდგომარეობა შესაძლოა სულ რამდენიმე წელიწადში გაუმჯობესებულიყო; წინააღმდეგ შემთხვევაში კი მთელ დარჩენილ სიცოცხლეს საავადმყოფოში გაატარებდა. შტატს მრავალი ათასი დოლარი დაუჯდებოდა მისი იქ შენახვა.

ქალმა ტირილით მკითხა: „რა უღირს ეს საზოგადოებას? მთელი ამერიკა კანალიზაციაში იქნება ჩასაშვები, თუ ამ ქვეყნად არაეინ არის, ვისაც ერთი ინვალიდი ბავშვის შველა შეუძლია“.

შოკირებული ვიყავი, როცა შევიტყვე, რამდენი ბავშვი იღუპება ყოველწლიურად. ასეთივე შოკი განვიცადე, როცა გავიგე, თუ როგორი ჩავარდნები არსებობდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში. აღმოჩნდა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სხვადასხვა შტატში განსხვავებული იყო. ადამიანებიც სხვადასხვაგვარ დახმარებას იღებდნენ სახელმწი-

ფოსგან მათი ასაკის, სქესისა და რასობრივი განსხვავებულობიდან გამომდინარე.

ამას ისიც დაემატა, რომ მიუხედავად უდავოდ ჰუმანური მიზნებისა, რომელიც საფუძვლად დაედო დენისტიტუციონალიზაციის პროცესს, ისიც ხარვეზებით მიმდინარეობდა. ადამიანებმა მთელი ქვეყნის მასშტაბით ზურგი შეაქციეს დიდ დაწესებულებებს, საკმარისი რაოდენობის პატარა სათემო პროგრამები კი ჯერ არ არსებობდა, რომ ყველა მსურველი დაეკმაყოფილებინა. ყოველი მხრიდან ახალ-ახალი ამბები გვესმოდა სერიოზულად დაავადებული ადამიანების უმძიმესი პრობლემების შესახებ, რომლებიც სამკურნალო დაწესებულებების დატოვების შემდეგ საზოგადოებისგან გარიყულნი, უსახსრონი, მიუსაფარნი და იმედგაცრუებულნი ნახვერადმწიერნი ცხოვრობდნენ ლამის იატაკქვეშეთში. მათმა პრობლემებმა ჩვენი სისტემის სუსტი მხარეები წარმოაჩინა, რაც ძირითადად სწორი დაგეგმვისა და ურთიერთშეთანხმებული მუშაობის არარსებობაში გამოიხატებოდა. ფედერალურ, შტატის და ადგილობრივ პროგრამებს შორის დარღვეული იყო კოორდინაცია. სრულიად გაუმიჯნავე გახლდათ მათი პასუხისმგებლობისა და უფლებამოსილებათა სფეროები. სამკურნალო პროგრამები საკომპენსაციო მექანიზმის კარნახით მუშაედებოდა და არა ავადმყოფების რეალური საჭიროებიდან გამომდინარე.

დასდევვა მაშინაც პრობლემა იყო და ახლაც პრობლემად რჩება. არსებული სადასდევვო სისტემები ფსიქიკურ დაავადებებს არ მოიცავს. ამის გარეშე კი მეტად ძნელია, ადამიანებმა დაძლიონ თანდაყოლილი შიში ამ დაავადებათა მიმართ და საჭიროების პირველივე შემთხვევაში დროულად მიმართონ ფსიქიატრს.

ჩვენ აღმოვაჩინეთ, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილი, რომელსაც სპეციფიკური ხასიათის პრობლემები აწუხებდა, ლამის გარიყული იყო საზოგადოებიდან. ასე მაგალითად, ცნობილია, რომ ფსიქიკური დაავადებების და ემოციური აშლილობის

შემთხვევები უფროს თაობაში უფრო ხშირია, ვიდრე დანარჩენ მოსახლეობაში (იხ.: თავი მესამე), მაგრამ არსებული პროგრამების შესწავლისას აღმოვაჩინეთ, რომ აქ არ იყო გათვალისწინებული ეს გარემოება. ისეთი პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფდა მოხუცების სტაციონარულ ან ამბულატორიულ მკურნალობას, ფაქტობრივად არც არსებობდა. ჩვენი ქვეყანა აქცენტს თავშესაფრის ტიპის საავადმყოფოებზე აკეთებდა, რაც სულაც არ არის საუკეთესო საცხოვრებელი ადგილი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის. ისიც ხომ უნდა გავგეთვალისწინებინა, რომ ეროვნულ უმცირესობათა წარმომადგენლები თეთრკანიან პერსონალთან ურთიერთობას უფრთხიან. ისინი მიიჩნევენ, რომ თეთრი ექიმები კარგად ვერ უბებენ, ამ დროს კი ამერიკელ ფსიქიატრთა შორის მხოლოდ 2%-ია შავკანიანი, ანუ უფრო ნაკლები, ვიდრე ესპანური წარმოშობის ექიმი, და მხოლოდ 13% – საკუთრივ ამერიკელი.

ერთხელ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტი მოვიწახულე და შევიტყვე, რომ საკვლევი პროგრამებისთვის განსაზღვრული ფედერალური გრანტები სრულიად არასაკმარისი იყო სერიოზული მუშაობისთვის. ამიხსნეს, რომ მეცნიერები ტვინთან დაკავშირებული უახლესი აღმოჩენების ზღურბლთან იყვნენ მისულნი, მაგრამ მწირი დაფინანსების გამო მუშაობას ვეღარ აგრძელებდნენ.

ასევე ცუდად ფინანსდებოდა პრევენციული, პროფილაქტიკური პროგრამები. ჩემთვის სრულიად გაუგებარია, რატომ ამჯობინებს ხელისუფლება უკვე ჩამოყალიბებულ და შორსწასულ პრობლემაზე რეაგირებას, როცა შესაძლებელია საფუძველშივე აღმოიფხვრას ეს ბევრი ხარვეზი? იმ დედისა არ იყოს, რომელიც თავისი შვილის ავადმყოფობაზე საუბრობდა რეგიონული მოსმენის დროს. არ სჯობს, ბავშვი ერთხელ მოკარჩინოთ, ვიდრე მთელი ცხოვრების მანძილზე ვიზრუნოთ მის შერყეულ ჯანმრთელობაზე? გარდა ამისა, უამრავი ბავშვი იტანჯება ძალადობისა და გულგრილობისაგან, სრულიად



უბუღებელყოფილია იმ მოზარდთა პრობლემებიც, რომელთაც სირთულეები აქვთ სასწავლო მასალის ათვისებასთან დაკავშირებით. სათანადო მზრუნველობის გარეშე დარჩენილი ამგვარი ბავშვების მდგომარეობა დროთა განმავლობაში შესაძლოა დამძიმდეს და სერიოზულ ფსიქიკურ აშლილობაში გადაიზარდოს.

შესწავლილ მასალებზე დაყრდნობით, ჩვენმა კომისიამ რეკომენდაციათა ვრცელ სია მოამზადა, რომელიც ოვალურ დარბაზში წარუდგინა პრეზიდენტს 1978 წლის აპრილში (ერთ წელიწადში მოვასწარით ამის გაკეთება!). ჩვენ ვიმედოვნებდით, რომ ამ რეკომენდაციების გათვალისწინებით, დაახლოებით ათ წელიწადში, მოხერხდებოდა სრულყოფილი სისტემის დანერგვა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. თანაც ეს არც ისე ძვირი დაუჯდებოდა სახელმწიფოს.

ჩვენ წამოვაყენეთ წინადადება, შეტანილიყო ცვლილებები თავშესაფართა გაუმჯობესების პროგრამებსა და სამედიცინო კანონმდებლობაში უფასო სამედიცინო მომსახურების შემოღების ინიციატივით; ვითხოვდით ქმედით და ეფექტიან მომსახურებას ფსიქიკურად დაავადებულთათვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრების ქსელის დანერგვასა და განვითარებას იმ მიზნით, რომ დაავადებულ ადამიანებს სადღაც ქუჩაში კი არ ამოხდომოდათ სული, არამედ მყუდროდ ეცხოვრათ თავიანთ მსგავსთა გვერდით; გვინდოდა, სამედიცინო დაზღვევის შემოღება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებისთვის; ვზრუნავდით, რათა გაზრდილიყო გრანტები და სტიპენდიები ფსიქიატრიული ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის; დაგვეგმილი გვექონდა სპეციალური ტრენინგ-პროგრამების შემუშავება ეროვნულ უმცირესობათა და ცალკეული ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის; ცალკე იყო გამოტანილი საკითხი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის დაქვემდებარებაში არსებული პრევენციული ფსიქიატრიის საკვლევე ცენტრის შექმნის შესახებ. რეკომენდაციებში ისიც კი იყო გათვალისწინებული, რომ, ადამიანის უფლებათა დაცვის კონტე-

ქსტიდან გამომდინარე, მომსადაბულოყო საკანონმდებლო ხასი-  
ათის ცვლილებები ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების  
დისკრიმინაციის მცდელობის წინააღმდეგ.

1979 წლის მაისში ჯიმა ეს დოკუმენტი კონგრესს წარუდ-  
გინა. კონგრესმა დადებითი შეფასება მისცა ჩვენს მიერ მომზა-  
დებულ აქტს და უკვე 1980 წლის სექტემბრიდან ფსიქიკური  
ჯანმრთელობის სისტემა უფრო მნიშვნელოვნად დაფინანსდა,  
ვოდრე წინა წლებში. ჩვენს სიხარულს საზღვარი არ ჰქონდა!

სამწუხაროდ, ეს სიხარული ნაადრევი აღმოჩნდა. რამდენიმე  
კვირაში რონალდ რეიგანი აირჩიეს პრეზიდენტად. აღმინის-  
ტრაციაში მომხდარ ამ ცვლილებებს ჩვენი დიდი იმედგაცრუება  
მოჰყვა. რეიგანის დამოკიდებულება ჰუმანიტარული პრობლემე-  
ბისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების მიმართ რადი-  
კალურად განსხვავდებოდა ჩვენი მრწამსისგან. აირჩიეს თუ  
არა, რეიგანმა სხვა ფასეულობებზე აიღო ორიენტაცია და პა-  
სიური კონგრესიც მის ინტერესებზე გადაერთო. ამდენად,  
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის აქტი ფაქტობრივად ნუ-  
ლაძედ დავიდა და 1981 წელს კიდევ გაუქმდა ბიუჯეტის კა-  
ნონის ძალით.

ეს ძალიან დიდი დანაკარგი იყო. მაგრამ კომისიის არსებო-  
ბისა და რეკომენდაციებზე მუშაობის პერიოდი ყოველთვის  
კეთილად მახსენდება. გარდა ამისა, მოგვიანებით, ბევრ  
ცალკეულ შტატში ჩვენი რეკომენდაციები საფუძვლად დაედო  
შედარებით ჰუმანურ ინოვაციებს ამ დარგში. ხოლო ყველაზე  
პრინციპული საკითხები მაინც შევიდა 1980 წელს შემუშავებულ  
ფედერალურ პროგრამებში.

თეთრი სახლის დატოვების შემდეგ, მაინც მქონდა შესაძ-  
ლებლობა, ამ დარგში გამეგრძელებინა მუშაობა. ეს უკვე ატ-  
ლანტაში ხდებოდა, იქ არსებული კარტერის ცენტრის ფარ-  
გლებში. ჩვენი ინტერესები სტიგმის და ბავშვების პრობლემე-  
ბით, აგრეთვე ფსიქიკურად დაავადებულთათვის შესაფერისი  
მსრუენელობის უსრუენელოფის საკითხებით განისაზღვრა.

1985 წლიდან უკვე ყოველწლიურად ვაწყობდით სიმპოზიუმებს, სადაც თავს ეუყრიდით ქვეყნის მასშტაბით ამ დარგის ყველაზე თვალსაჩინო წარმომადგენლებს, რათა ერთად განგვეხილა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში არსებული უმთავრესი პრობლემები. დღემდე სისტემატურად ვატარებთ გეგმიურ სამუშაოებს ავტორიტეტულ სპეციალისტებთან და მათთან ერთად ვსაზღვრავთ სამოქმედო ორიენტირებს.

### ცვლილებები, რომელთა მოწვევც ვიყავი

იმ ხნის მანძილზე, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით ვარ დაინტერესებული, უამრავი რამ შეიცვალა. ასე მაგალითად, მეცნიერებამ უზარმაზარ წარმატებებს მიაღწია ადამიანის ტვინთან დაკავშირებული საიდუმლოებების ამოხსნაში. ასევე, მნიშვნელოვანი პროგრესი განიცადა ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობისა და გამომწვევი მიზეზების სიღრმისეულმა კვლევამ. გაჩნდა ახალი წამლები, მკურნალობის მეთოდები რადიკალურად შეიცვალა და დაიხვეწა. ფსიქიკური დაავადებები დღეს ისეთი ამოუცნობი აღარ არის, შესაძლებელია ადრეულ ეტაპზე მათი დიაგნოსტიკა და ეფექტური მკურნალობა.

დღეს ჩვენ ვიცით, რომ ბევრ შემთხვევაში ფსიქიკური დაავადებები ბიოლოგიური წარმოშობისაა. მეცნიერება უკვე თითქმის დარწმუნებულია, რომ ყველაზე გავრცელებული დაავადებები, როგორცაა შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი და აკეიატებულ მდგომარეობათა ნეუროზი, გენეტიკური მიდრეკილებებით არის განპირობებული, რომელიც ტვინში მიმდინარე სტრუქტურული და ქიმიური პროცესების სახეცვლილებას იწვევს და ავადმყოფობის წარმოქმნის მიზეზი ხდება. ასე მაგალითად, დეპრესიის დროს, შესაძლოა, შინაგანი ქიმიური ცვლილებები ისევე უემოქმედ-

ბდნენ ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე, როგორც სის-  
ხლში ინსულინის შემცველობის დონე შემოქმედებს შაქრიანი  
დიაბეტის ფორმირებაზე. სწორი მკურნალობის პირობებში ამ  
დისბალანსის ნორმაში მოყვანა სირთულეს არ წარმოადგენს.  
ზოგჯერ, ერთდროულად რამდენიმე ფაქტორის თანხვედრა  
ხდება დაავადების პროვოცირების მიხედნით. სტრესულმა გარე-  
მომ და შინაგანმა დაძაბულობამ შეიძლება დაანქაროს ფსიქი-  
კური აშლილობის უკვე დაავადებულ ჩამოყალიბება.

აგრეთვე, ანგარიშგასაწვევი ცვლილება იყო ოჯახებისა და  
მომხმარებელთა მძლავრი მოძრაობის გაშლა, რომელმაც  
ბრძოლა ფსიქიკურად დაავადებულთათვის უკეთესი პირობების  
შესაქმნელად სერიოზულ და პერსპექტიულ საქმედ აქცია.  
აღრე, სტიგმის გამო, ადამიანები ერიდებოდნენ საკუთარი თა-  
ვის ისეთ ცნებებთან იდენტიფიცირებას, რომლებიც ფსიქიკურ  
სნეულებებს უკავშირდებოდა. მხოლოდ ბოლო ათწლეულია,  
რაც მომხმარებლები და მათი ოჯახის წევრები ჩრდილიდან  
გამოვიდნენ და სერიოზული ღობის ფორმირება მოახერხეს  
უკეთესი მომსახურების მოთხოვნით.

ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე ამ ცვლილებებმა კონ-  
გრესის კედლებშიც შეადწია. ფსიქიკური ჯანმრთელობა სერი-  
ოზული დებატების საგანი გახდა ჯანმრთელობის დაცვის სის-  
ტემის რეფორმის განხილვის დროს, 1994 წელს, და ამ  
დროიდან მოყოლებული, ეს პრობლემა საერთო-ეროვნული  
საზრუნავი გახდა, რაც აქამდე არასდროს მომხდარა. ჩვენ  
ძალიან კმაყოფილები ვიყავით ამ ცვლილებით, რადგან მხურ-  
ვალედ მივესალმებით ყველა იმ ნაბიჯს, რომელიც ფსიქიკურ  
დაავადებებს უფლებრივად გაუთანაბრებს სომატურ დაავადე-  
ბებს.

პრეზიდენტმა ჯონ კენედიმ ერთხელ ასეთი სიტყვები წარმოთქვა: „სიძარტლის ყველაზე საშინელი მტერი ტყუილი კი არა, დამაჯერებელი და შეუვალი მითებია. თვით ყველაზე დახვეწილი, ყველაზე უნამუსო ან ყველაზე ოსტატურად შეთხზული ტყუილიც კი ახლოს ვერ მივა ამგვარ მითებთან“. ფსიქიკურ დაავადებებთან მიმართებაში ეს სიტყვები კიდევ უფრო მეტ დამაჯერებლობას იძენს.

ფსიქიკური სნეულებით შეპყრობილი ადამიანების დიდ უმრავლესობას უნარი შესწევს, უფრო ნორმალური ცხოვრებით იცხოვროს. მათ შეუძლიათ საავადმყოფოებში კი არა, სხვა ადამიანებივით სახლებში იცხოვრონ, იარონ სკოლაში, სამსახურში, იყვნენ საზოგადოების სრულფასოვანი წევრები, გადაიხადონ გადასახადები და სხვა. თვით უსახლკაროთა შორის, ფედერალური სამსახურის მონაცემებით, მხოლოდ 5-7%-ს სჭირდება სპეციალური ზედამხედველობა. არ არსებობს არავითარი სერიოზული მიზეზი იმისთვის, რომ ადამიანებს ფსიქიკური დაავადებების რცხვენოდეთ. მიუხედავად ამისა, სტიგმიდან გამომდინარე, მათ ხელოვნურად დამძიმებულ პირობებში უწევთ არსებობა, ისინი გაუცხოებულნი არიან საზოგადოებისგან. ლექსიკონი ამგვარად განმარტავს „სტიგმის“ მნიშვნელობას: „დამამცირებელი ან სამარცხვინო ნიშანი“. მაგრამ მათ, ვისაც სტიგმის საშინელი წნეხის ქვეშ უწევს ცხოვრება, კარგად იციან, რომ ამ სიტყვის გამანადგურებელი მნიშვნელობა არავითარ ახსნას არ ექვემდებარება.

ჩვენს საზოგადოებას დიდი სირთულეები აქვს ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარების საქმეში. თვით ბოლო ათი წლის განმავლობაშიც, როცა ჩვენს ქვეყანაში ამ მხრივ ცოტათი გაუმჯობესდა მდგომარეობა და ბევრი რამ გაეიგეთ ხსენებულ დაავადებათა წარმოშობისა და მკურნალობის შესახებ, სტიგმა მაინც პრობლემად რჩება. მისი

ზეგავლენა, რომელიც მითებზე და დეჰინფორმაციაზეა დაფუძნებული, დღემდე გაუკუღმართებულად აყალიბებს ადამიანების წარმოდგენას ამ ავადმყოფობის შესახებ. ასე მაგალითად, წმიდა წელის გამოწვევით, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები აგრესიულნი და საშიშნი, მეტიც – ბოროტებით აღსავსე ურჩხულები არიან. ის, რომ დაავადებულთა მცირე ნაწილი ნამდვილად შეიძლება აგრესიული და საშიში იყოს, სიმართლეა, მით უმეტეს თუ ავადმყოფი მოკლებულია სწორ მკურნალობას, ხოლო სწეულება ალკოჰოლით ან ნარკოტიკებით არის დამძიმებული. მაგრამ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის აგრესიულობის სტერეოტიპი სერიოზული შეცდომაა. ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაცია საგანგებოდ განმარტავს, რომ: „ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები, სხვა ინვალიდების მსგავსად, უფრო ხშირად ხდებიან დანაშაულის მსხვერპლნი, ვიდრე თავად სჩადიან რაიმე დანაშაულს“. ეს ნამდვილად ასეა. ფსიქიკურად დაავადებულნი უფრო გარიყულნი, პასიურნი და მგრძნობიარენი არიან, ვიდრე სხვა ადამიანები.

ქეთი ქრონქაითი, სატელევიზიო ჟურნალისტის უოლტერ ქრონქაითის ქალიშვილი და თავადაც ცნობილი ჟურნალისტი, ერთ-ერთი პოპულარული გადაცემის წამყვანი, მძიმე დეპრესიით იტანჯება. კარტერის ცენტრის პროგრამის მიერ 1996 წლის აპრილში მოწყობილ გასაუბრებაში „დაუეპირისპირდეთ სტიგმას“, ქეთი ქრონქაითმა დაწერილებით ისაუბრა სტიგმასთან ბრძოლის თავისი პირადი გამოცდილების შესახებ: „მე ძალიან მრცხვენოდა, – უხსნიდა ის ატლანტაში შეკრებილ 400-კაციან აუდიტორიას, – ვცდილობდი ჩემი ავადმყოფობის დამალვას, ასევე არავის არაფერს ვეუბნებოდი მკურნალობის კურსის შესახებ, რომელსაც პერიოდულად ვიტარებდი. სტიგმის შიში თავად ჩემს შიგნით დაიბადა, გარდაუვალი კრახის შინაგანი შეგრძნებიდან. მეშინოდა, რომ როცა ჩემი მეგობრები გაიგებდნენ ჩემს პრობლემებს, მოერიდებოდნენ ჩემთან ურთიერ-

თობას. მეშინოდა, რომ დაეკარგაუდი სამსახურს, გადახდის-  
უნარიანობას. მეშინოდა, რომ ჩემსუ ისე იფიქრებდნენ, როგორც  
შეშლილზე. მეშინოდა, რომ ყველას სუსტი პიროვნება ვეგონე-  
ბოდი“.

ქეთი ქრონქაითის შიში სრულიადაც არ არის საფუძველს  
მოკლებული. 1992 წელს, ფსიქიკურად დაავადებულთა პენსილ-  
ვანიის ალიანსმა ფართომასშტაბიანი სატელეფონო გამოკითხვა  
მოაწყო, რათა გაერკვია შტატის მაცხოვრებელთა დამოკიდე-  
ბულება ფსიქიკური დაავადებების მიმართ. გამოკითხული 350  
რესპონდენტის 40%-ს მიაჩნდა, რომ „ფსიქიკურად დაავადებულ-  
თა უმრავლესობა აუცილებლად გამოიკვდებოდა, ამის სერიო-  
ზული სურვილი რომ ჰქონდეს“. ამასთანავე 93% ეთანხმებოდა  
იმ აზრს, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები  
განიცდიან სხვადასხვა სახის დისკრიმინაციას. ისინი, ვინც თა-  
ვად შესწრებიან ამგვარი დისკრიმინაციის ფაქტებს, მაგალითად  
სიტყვიერ შეურაცხყოფას და დაცინვას ასახელებდნენ.  
ჩამონათვალში იმის შემთხვევებიც იყო მოყვანილი, რომ ადამი-  
ანს უარს ეუბნებოდნენ სამსახურზე, როცა მისი ავადმყოფობის  
ამბავს იგებდნენ.

ეს ნამდვილი ტრაგედიაა, რომელიც უამრავ ადამიანს უწამ-  
ლავს სიცოცხლეს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური  
ინსტიტუტის მონაცემები<sup>1</sup> მეტად ხატოვნად წარმოგვიჩენს, თუ  
რაოდენ ფესვგადგმულია ამერიკაში ეს პრობლემა. ყოველწლი-  
ურად ამერიკის მოსახლეობის 22%-ზე მეტი, ანუ 18 წლის ასაკს  
გადაცილებული 50 მილიონი ადამიანი იტანჯება ფსიქიკური  
აშლილობისგან. 7,5 მილიონი ბავშვი, ანუ მოზარდთა დაახლო-

---

*წიგნში მოხმობილი სტატისტიკური მონაცემები სხვადასხვა მე-  
თოლიკით ჩაგარებულ კვლევებს ეყრდნობა და შესაძლოა,  
მოვიერთი მათგანი წინააღმდეგობრივი ჩანდეს; ასე მაგალითად,  
ერთი გამოკითხვა შეიძლება მხოლოდ 18-55 წლის ასაკობრივ  
მონაცემებს ეყრდნობოდეს, მაშინ როდესაც სხვა გამოკვლევა 55-70  
წლის ადამიანების შესახებ არსებულ მონაცემებს შეიყავს.*

ებით 12% იმავე სენით არის შეუპყრობილი. ეს ამერიკის მთელი მოსახლეობის თითქმის მესამედია და შეუდარებლად უფრო მეტია, ვიდრე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე ადამიანების რიცხვი, რომელთა რაოდენობა მოსახლეობის 20%-ს შეადგენს. მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ ფსიქიკურად დაავადებულთა 90% განკურნებას ექვემდებარება უახლესი სამკურნალო მეთოდების წყალობით, მაგრამ სტიგმის დამღუპველი ზეგავლენიდან გამომდინარე, უმრავლესობა დროულად არ მიმართავს სამკურნალო დაწესებულებებს.

ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული არაპირდაპირი ხარჯები (ხარჯები, რომლებიც არ გამომდინარეობს ფსიქიატრიული ან სამედიცინო მომსახურებიდან და სოციალური მოუწყობლობით, უმუშევრობითა და არაქმედობაუნარიანობით არის განპირობებული) 1990 წელს დაახლოებით 75 მილიარდ დოლარს შეადგენდა და გულის დაავადებებით გამოწვეულ დანახარჯებს უთანაბრდებოდა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ლოგინად ჩაფარდნისა და სამსახურის გაცდენის მიზეზი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემდეგ, ყველაზე ხშირად დეპრესია ხდება ხოლმე. მაგრამ ამ ორი ავადმყოფობის მიმართ დამოკიდებულებაში რადიკალური განსხვავება არსებობს. ჩვენი აზრით, პირველი რატომღაც უფრო „მისაღებია“, ვიდრე მეორე. და ეს მაშინ, როდესაც ზოგიერთი ექსპერტის მონაცემების მიხედვით, ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯები წელიწადში 150 მილიარდ დოლარს აღემატება. მაგრამ სხვა საზღაურიც არსებობს, რომლის ათელას ან აზომეას ვერაფერს შეძლებს. ეს არის ადამიანური ტკივილი, სიღარიბე, დანგრეული ოჯახები, გაცრუებული იმედები, ღირსების დაკარგვა, საკუთარი თავის პატივისცემის გარეშე ცხოვრება, საზოგადოებრივი სტერეოტიპებით გამოწვეული ტანჯვა – ყველაფერ ამას საზღაური არ გააჩნია.



ნემზე ძალიან იმოქმედა, როცა ფსიქიკურად დაავადებულმა ბევრმა ადამიანმა ერთი და იგივე ისტორია მომითხრო იმის შესახებ, თუ როგორ გაურბოდნენ ახლობლები მათ მკვლელობას, ესაუბრათ თავისანთი პრობლემების შესახებ. ადამიანებმა არ იციან, როგორ უნდა ელაპარაკონ ფსიქიკურად დაავადებულებს და ხშირად მათგან თავის დასაღწევად არაჩვეულებრივ გამომგონებლობას ამჟღავნებენ. როგორც ერთხელ შენიშნა ვილაკამ: „დაგინახავენ თუ არა, შეტრიალდებიან და სხვა მხარეს წავლენ“. რა საზომით უნდა გაიზომოს ადამიანებისთვის სტიგმით მიყენებული ზიანი?

ხოლო, უფრო ფართო გაგებით, სწორედ იგივე სტერეოტიპები და სტიგმაა დამნაშავე იმ ხარვეზებსა და ნაკლოვანებებში, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფსიქიკურად დაავადებული მოსახლეობის დახმარებისა და მკურნალობის სფეროში არსებობს.

### პრობლემების ზოგადი არეალი

ნაწილობრივ, ისევე და ისევე სტიგმით თუ შეიძლება აიხსნას ის გარემოება, რომ ვერც მსოფლიო და ვერც ჩვენი ქვეყანა სათანადოდ ვერ აცნობიერებს ფსიქიკურ დაავადებათა საფრთხის რეალურ მასშტაბებს. გლობალური თვალსაზრისით, ყველაზე მძიმე შედეგების მქონე დაავადების გამოსავლენად 1990 წელს ჩატარებული გამოთვლების თანახმად, რომელშიც მონაწილეობდნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კარვარდის სკოლა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და მსოფლიო ბანკი, დადგინდა, რომ იმ ათი უმთავრესი მიზეზის ნახევარი, რომელიც ყველაზე ხშირად იწვევს ინვალიდობას (ათვლა უუნარო მდგომარეობაში ყოფნის წლების მიხედვით მიმდინარეობდა), ფსიქიატრიული წარმოშობის იყო: დეპრესია, ალკოჰოლიზმი, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი, შიზოფრენია

და აკვირებულ მდგომარეობათა ნევროზი. იმავე გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ 2020 წლისთვის მთელ მსოფლიოში ინვალიდობის უხშირესი მიზეზი დეპრესია იქნება. ქარვადის უნივერსიტეტის პროფესორის ჯ. ლ. მიურეის და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჟენევა, შვეიცარია) წარმომადგენლის, ალან დ. ლოპესის მიერ გამოქვეყნებულ ნაშრომში ვკითხულობთ: „ფსიქიკურ დაავადებათა მიერ გამოწვეული მძიმე შედეგების სტატისტიკური მონაცემები სერიოზულად არის დამახინჯებული იმის გამო, რომ, ტრადიციულად, მის ყველაზე მძიმე შედეგად სიკვდილიანობას მიიჩნევენ და არა ადამიანის დაინვალიდებას. საკუთრივ ფსიქიკური დაავადებების მიხედვით გამოწვეული სიკვდილიანობის დონე ძალიან დაბალია, სულ ოდნავ აღემატება 1%-ს, დაინვალიდების შემთხვევები კი მთელი მსოფლიოს მასშტაბით 11%-ს აღწევს“.

1993 წლის მაისში, კარტერის ცენტრში ვიზიტის დროს, დოქტორმა მიურეიმ ისაუბრა ამ ნაშრომის შესახებ. მან გვითხრა, რომ ისიც და მისი კოლეგებიც გაოცებულნი იყვნენ, როცა ფაქტების ამგვარი დამახინჯება აღმოაჩინეს: „როგორც არაფსიქიატრი, ყოველთვის სკეპტიკურად ვიყავი განწყობილი ფსიქიატრების მტკიცების მიმართ, რომ ფსიქიკური დაავადებების მიმართ გარკვეული უზულებელყოფა არსებობდა. ასე რომ, ჩვენს მიერ მიღებულმა შედეგებმა თითქმის გამაოგნა“.

სულაც არ მინდა თავი მოგაბეზროთ სტატისტიკით, მაგრამ ვფიქრობ, რომ ზოგიერთი უმნიშვნელოვანესი ციფრი დაგვეხმარება, უკეთ გავაცნობიეროთ ჩვენს წინაშე არსებული პრობლემის მასშტაბები, რომლის როგორც ადამიანური, ასევე ფინანსური განსომილებები საგანგაშოა:

- ფსიქიკურად სერიოზულად დაავადებულთა 80% უმუშევარია, თუმცა სწორი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის შემთხვევაში, ისინი სავსებით შეძლებდნენ მუშაობას.

ფსიქიკურ დაავადებათა ნაციონალური ალიანსის მონაცემებით, ციხეებში მყოფი პატიმრების 7,5%-ს სერიოზული ფსი-

ქიკური აშლილობა აწუხებს.

გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ მოხუცებში დეპრესიას შეუძლია მეტად საშიში გართულებები გამოიწვიოს ინსულტების, დამბლის, გულის შეტევების და სერიოზული ინფექციური დაავადებების ჩათვლით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, მოხუცების 8%-ს დეპრესიის სიმპტომები აწუხებს, რაც აუცილებელ მკურნალობას საჭიროებს. მიუხედავად ამისა, დაავადებულთა 63% საერთოდ ვერ იღებს ამ მომსახურებას. მოხუცთა თავშესაფარში მცხოვრებთა შორის ფსიქიკურ დაავადებათა შემთხვევები უფრო ხშირია. მათ ორ მესამედს მკურნალობა ესაჭიროება, მაგრამ 90%-ისთვის ამგვარი მკურნალობა ხელმისაწვდომი არ არის.

1992 წელს ფედერალური სამსახურის მიერ ჩატარებული სპეციალური გამოკვლევის შედეგად, რომელიც უსახლკაროებს და ფსიქიკურად დაავადებულებს ეხებოდა, აღმოჩნდა, რომ ზრდასრული მარტოხელა უსახლკარო მოსახლეობის ერთ მესამედს სერიოზული ფსიქიკური დაავადება აწუხებს. ხშირად ამას ალკოჰოლიზმი ან ნარკომანია ემატება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურსების განმსაზღვრელი პოლიტიკის ვაშინგტონის ცენტრის თანამშრომლის დოქტორ ქელი ქელკერის სიტყვებით, იმ ჩივილთა 30-დან 80%-მდე, რომლითაც ადამიანები აკითხავენ პირველადი გამოკვლევის კაბინეტებს, დაუდგენელი ხასიათის ფსიქიკური აშლილობებია, მაგრამ პირველად კაბინეტებში ექიმებს არც კვალიფიკაცია, არც ცოდნა არ ჰყოფნით იმისთვის, რომ სწორად დასვან დიაგნოზი ან შესაფერისი მკურნალობა დანიშნონ. წმიდა ჰუმანიტარული ხასიათის პრობლემების გარდა, ეს დიდ მატერიალურ დანაკარგებთანაც არის დაკავშირებული, რადგან ყოველგვარი საჭიროების გარეშე ინიშნება ანალიზები, რომელთა გაკეთებაც აუცილებლობას

არ წარმოადგენს. ასეთ შემთხვევათა რიგს მიეკუთვნება პანკური აშლილობა, რომლის დროსაც ავადმყოფები უნივიან ტკივილებს მკერდის არეში და სუნთქვის გართულებას. მათ, როგორც წესი, ანგიოგრაფიას უტარებენ, რაც სახელმწიფოს წელიწადში 33 მილიონი უჯდება.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში თვითმკვლელობა მე-9 ადგილზე დგას სიკვდილიანობის მიხედვითა შორის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, თვითმკვლელობა უმრავლესობას ფსიქიკური დაავადება, ტოქსიკომანია ან ნარკოტიკებისა თუ ალკოჰოლისადმი მიდრეკილება აწუხებდა. ფაქტია, რომ სწორი მკურნალობის შემთხვევაში თვითმკვლელობა შეიძლება არ მომხდარიყო.

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო დროს კანონმდებლობაში მართლაც შეტანილი იქნა სოგიერთი ცვლილება, სამედიცინო დასლვევა ჯერ კიდევ შორსაა სრულყოფილებისგან. აქამდე ვერ მოხერხდა ფსიქიკური დაავადებების სომატურ დაავადებებთან გათანაბრება. წლების მანძილზე თავდაუსოგავად ვიბრძოდი ამ უსაძართლობის წინააღმდეგ. და მაინც, თვით ჩემს მიერ შემუშავებული ოჯახური დასლვევის გეგმა, რომლის შედგენაში ემორის უნივერსიტეტის თანამშრომლები მეხმარებოდნენ, მხოლოდ სხვებთან შედარებით არის კარგი, თორემ ბევრი რამ აქაც შესაცვლელი და გასაუმჯობესებელია. ასე მაგალითად, ფსიქიკური დაავადების ამბულატორიული მკურნალობისთვის წელიწადში მხოლოდ 60 დღე ექვემდებარება ანაზღაურებას, მაშინ როცა სომატური დაავადებების დროს საავადმყოფოში პოსპიტალიზაციასზე საერთოდ არ არსებობს არაერთარი ღირძიტი. გარდა ამისა, სპეციალისტებთან საკონსულტაციო ვიზიტების რაოდენობაც შესლდუღულია, სხვა ექიმებთან მიღება კი ღირძიტს არ ექვემდებარება.

ერთმა განრისხებულმა მომხმარებელმა წერილი მისწერა ჟურნალ USA Today-ს: „სადასდევო კომპანიები ფსიქიკურ დაავადებებს საერთოდ არ მიიჩნევენ ავადმყოფობად, მაშ როგორ წარმოგიდგენიათ საზოგადოების დაცვა ამ სნეულებებისგან?“ ყველაფერში ვეთანხმები ამ ქალბატონს, რადგან გულწრფელად მჯერა – სტიგმის გაქარწყლებას იმაზე უკეთესად ვერაფერი მოახერხებდა, სომატური და ფსიქიკური დაავადებები რომ გათანაბრებულიყო დასდევების თვალსაზრისით.

როგორც ზემოთ მოყვანილი ფაქტებიდან და სტატისტიკიდან დავინახეთ, ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევები, რომლებიც სწორი დიაგნოზისა და სათანადო მკურნალობის გარეშე მიმდინარეობს, შემაშფოთებელი თანხები უჯდება ჩვენს საზოგადოებას. და ეს იმ დროს, როცა ფსიქიკურ სნეულებებზე საერთო სამედიცინო ხარჯებზე გამოყოფილი თანხების მხოლოდ 10-12% თუ იხარჯება. ეს კი იმას მოწმობს, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები ამ თვალსაზრისითაც განიცდიან დისკრიმინაციას.

ბატონმა როზენტალმა საკმაოდ შთაბეჭდავად ჩამოაყალიბა ეს პრობლემა „ნიუ-იორკ ტაიმის“ 1995 წლის იანვრის ერთ-ერთ ნომერში: „თუ ადამიანი ქუჩაში ფეხს იღრძობს, საზოგადოება მას უმალ აღმოუჩენს ყოველმხრივ დახმარებას. ამაში ყველა მიიღებს მონაწილეობას – საავადმყოფოც, ექიმებიც, პოლიციაც. მაგრამ თუ ტენის იღრძობთ, ნურავისგან დაელოდებით შევლას. ამერიკის საზოგადოება ყველაფრისთვის პოულობს თანხებს: ღარიბებისთვის, მოხუცებისთვის, ფიზიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის. მაშ გაუგებარია, ფსიქიკურად დაავადებულმა ადამიანებმა რა დააშავეს? რატომ არიან ისინი მოკლებულნი ამ დახმარებას?“ სტიგმაა ამის მთავარი მიზეზი და კიდევ პრობლემათა ის მრავალგვარობა, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლას სჭირდება. თუმცა, დარწმუნებული ვარ, რომ სამომავლოდ ესეც ნელ-ნელა გამოსწორდება.

მაგრამ, მკითხველი ალბათ დაინტერესდება, როგორ მოვახერხებთ სტიგმის დაძლევას? პასუხი მარტივია – ამაში განათლება დაგვეხმარება. ჩემს პირად გამოცდილებაზე დაყრდნობით, დანამდვილებით ვაცხადებ: როგორც კი ადამიანები უფრო მეტს იგებენ ფსიქიკური დაავადებების შესახებ, სტიგმა უკან იხევს. სწორედ ამიტომ არის, რომ, მწადია გაგიზიაროთ ყველაფერი, რაც ვიცი ფსიქიკური აშლილობების შესახებ. აგრეთვე, მინდა გაცნობოთ ამ დაავადებათა მკურნალობის დარგში ბოლო წლებში მიღწეული წარმატებების შესახებ. მიმაჩნია, რომ აუცილებელია სათანადოდ გამოვამზეუროთ ის დამახინჯებული წარმოდგენები, რომელიც ხალხში არსებობს ამ სნეულებებთან დაკავშირებით. ერთი სიტყვით, განზრახული მაქვს ვამხილო „დამაჯერებელი და შეუვალი მითების“ ცრუ შინაარსი, რადგანაც დანამდვილებით ვიცი, რომ მხოლოდ სიმართლე შეძლებს სტიგმის დაძლევას.

### იმედის ერთი ისტორია

ზოგჯერ, მეტად ძნელია სტატისტიკური მონაცემების გრძელი ჩამონათვალი სრულად აღიქვა. გააცნობიერო, თუ რას ნიშნავს აქ მოხმობილი ფაქტები შენი მეგობრებისთვის, მეზობლებისა და ოჯახის წევრებისთვის. აი, რატომ გადავწყვიტე, თქვენთვის გამეზიარებინა ანჯელა ქოფენოლის ისტორია.

ანჯელა, 17 მილიონი სხვა ამერიკელის მსგავსად, ძლიერი დეპრესიით და პიროვნების გაორებით იტანჯება. პირველად ამ სასტიკ სენთან მისი გააფთრებული ბრძოლის შესახებ „მექონ ტელეგრაფის“ სტატიიდან შევიტყვე. ფსიქიკური დაავადებების გაცნობიერების ნაციონალური კვირეულის დროს, რომელიც ყოველი ოქტომბრის პირველ სრულ კვირას იმართება ხოლმე, გაზეთმა ინტერვიუ აიღო ანჯელასგან. ჩემი ყურადღება იმთავითვე მიიპყრო ამ ახალგაზრდა ქალის მზადყოფნამ, სხვის-

თვისაც შექმს უბუქებიანა ფსიქიკური პრობლემები: „თუ შემიძლია ვინმეს იმით შევეუმსუბუქო ყოფა, რომ გელახდილად ვისაუბროს ჩემი პირადი პრობლემების შესახებ, არ მოვერიდები ამას. ალბათ, შევძლებ დავეხმარო ადამიანებს, გააცნობიერონ, რომ ისინი, ვისაც ფსიქიკური დაავადებები აწუხებს, სრულიად ჩვეულებრივი ადამიანები არიან, უბრალოდ დაავადებულნი. ეს ისეთივე მსიძე სნეულებაა, როგორც სიმსივნე... ასეთი რამ ხდება ხოლმე, ავადმყოფობისგან დასლევული არავინ არ არის“.

ამავე თვეში, ხანგრძლივი სატელეფონო საუბრისას, ანჯელა სრულიად ღიად და გულწრფელად მიაშობდა თავისი ავადმყოფობისა და განკურნების ისტორიას. მას არც მსგავს მდგომარეობაში ჩავარდნილი მილიონობით ადამიანის წინაშე ერიდება იმავე თემაზე საუბარი. თავისი პრობლემების შესახებ ანჯელა გულისტკივილით საუბრობს, მაგრამ მის სიტყვებში დიდი იმედიც იგრძნობა.

„მე ლაბილური ფსიქიკის ადამიანი ვარ. ძალიან დიდი ხნის მანძილზე, არც დიაგნოზი მქონდა დასმული და მკურნალობასაც მოკლებული ვიყავი. მგონია, რომ სადღაც სულის სიღრმეში ვიცოდი, რა სენიც მტანჯავდა, მაგრამ რეალურად მხოლოდ იმას ვაცნობიერებდი, რომ სხვებისგან განსხვავებული ვიყავი. ისინი ყველანი უფრო ბედნიერები ჩანდნენ. მე არასოდეს ვყოფილვარ ბედნიერი.“

ფაქტობრივად, ღვთის გამოებაში ვიყავი, მიუხედავად იმისა, რომ ეკლესიისაც მწამდა და მთელი გულითაც ვლოცულობდი. ისეთი შეგრძნება მქონდა, თითქოს ოდესღაც ცუდად მოვიქეცი და ახლა ღმერთი მსჯიდა იმ დანაშაულისთვის. ამიტომაც ვიყავი ასეთი უბედური და დათრგუნული.

დროთა განმავლობაში რაღაცნაირად ვისწავლე ჩემი ავადმყოფობის დამალვა. ალბათ იმიტომ, რომ მეშინოდა, სხვას არ გაეგო ამის შესახებ. ყოველი მხრიდან ხომ გაუთავებლად ისმის სხვადასხვა ისტორიები ფსიქიკურად დაავადებულთა აგრესიულობის შესახებ, ან უბილო ანეკდოტებს ჰყვებიან მათი

განსაკუთრებული სისულელის თაობაზე. ხშირად იმასაც გაიგონებთ, ფსიქიკურად დაავადებულნი საშიშნი იმიტომ არიან, რომ ზიანის მოყენება შეუძლიათო. მაგრამ თავად მე ხომ შესანიშნავად ვიცოდი, რომ არასოდეს არავისთვის ცუდი არ მდომებია, საკუთარი თავისთვის კი ბევრი ზიანი მიმიყენებია. ძალიან მეშინოდა, რომ ადამიანები დამცინებდნენ ან ცუდად იფიქრებდნენ ჩემზე.

უნდა ითქვას, რომ ამ სენისგან ჩემი ოჯახის სხვა წევრებიც იტანჯებოდნენ. მყავდა ფსიქიკურად დაავადებული დეიდა, რომელიც წლების მანძილზე ავადმყოფობდა. მგონია, რომ ის ახლა უკეთ გრძნობს თავს. სანამ არ წამოვიზარდეთ, დედაჩემი სულ ცდილობდა, არ მიემხედარიყავით, რომ დეიდა მძიმედ იყო ავად. ის ასე ხსნიდა მის ავადმყოფობას: დეიდას უბრალოდ უნდა, რომ ჩვენი ყურადღება მიიქციოს. დედა მაშინაც ასე ამბობდა, როცა დეიდამ თავის მოკვლა სცადა.

ამრიგად, ბავშვობიდან მივეჩვიე აზრს, რომ ადამიანი, ვისაც ფსიქიკური დაავადება აწუხებს, სინამდვილეში ამ დაავადების სიმულაციას ახდენს სხვათა ყურადღების მიპყრობის მიზნით. გაეუბრბოდი მკურნალობას, რადგან მეშინოდა, რომ ჩემი ოჯახის წევრები სიმულანტად ჩამთვლიდნენ. რაღაცნაირად ვახერხებდი დაავადების სიმპტომების ოსტატურად დამალვას“.

პიროვნების გაორებამ ძალიან იმოქმედა ანჯელას დამოკიდებულებაზე ადამიანების მიმართ, სერიოზული პრობლემები შეუქმნა მეგობრებთან ურთიერთობაში: „ჯერ კიდევ ძალიან, ძალიან ახალგაზრდა ვიყავი და უკვე ვიცოდი, რომ ბევრი მეგობარი არ შეიძლებოდა მყოლოდა, ამიტომაც გაეუბრბოდი ახლო ურთიერთობებს. მეგობრები ან ძალიან კეთილად და კარგად მექცეოდნენ, ან ისეთ საშინელებებს მიკეთებდნენ, რომ მიჭირდა მათი პიროვნებისა და ამ საზიზღარი საქციელის რამენაირად დაკავშირება ერთმანეთთან. ამან სერიოზული სირთულეები შემიქმნა სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში“.



ანჯელა იძულებული გახდა თავის თავში ჩაკეტილიყო: „მახსოვს, ბავშვობაში მამანემი შემოვიდოდა ხოლმე ჩემს ოთახში და მკითხავდა: „რას ზიხარ აქ მარტო, რატომ არ შემოგვიერთდები? წამოდი, ერთად ვუყუროთ ტელევიზორს“. მე კი ლოგინზე ბიბლიოთეკიდან გამოტანილი წიგნი მედო, რომელიც მუდამ გადაშლილი იყო. ძალიან ბევრს ვკითხულობდი. წიგნის გმირები ჩემი ნამდვილი მეგობრები იყვნენ. კითხვა იყო ის მიზეზი, რომლითაც ყოველთვის შემეძლო ამეხსნა, თუ რატომ არ მქონდა ოჯახთან მეტი დროის გატარების შესაძლებლობა.

მაგრამ ის უმნიშვნელო ეპიზოდებიც, როდესაც ნათესავებთან ერთად ვიყავი, თვით ჩვენი ურთიერთობებიც კი სრულიად არასტაბილური ხასიათისა იყო. ასეთივე არასტაბილური იყო ჩემი თვითშეფასება. მენვენებოდა, რომ კარგი ადამიანი არ ვიყავი. მაგრამ, ამასთან ერთად, გააფთრებით ვცდილობდი უკეთესი გამეხდარიყავი. ვცდილობდი, ყველაფერი კარგად და ლაზათიანად მეკეთებინა. მეგონა, ამით მოვახერხებდი, ბედნიერების იმ შეგრძნებისთვის მიმეღწია, რომელიც ასე მაკლდა. იმ პერიოდში, ჩემი პრობლემების ლომის წილი იმაში მდგომარეობდა, რომ განუწყვეტლივ ვაიძულებდი საკუთარ თავს, ყველაფერში, რასაც ვაკეთებდი, სრულყოფილებისთვის მიმეღწია“.

ბედის ირონიით, ანჯელას სწრაფვამ სრულყოფილებისკენ თავისი შედეგები გამოიღო და ის მართლაც საუკეთესო მუშაკი გახდა. „საბუნლატრო საქმე ავირჩიე, რადგან მიმანდა, რომ ეს სწორედ ის სფეროა, სადაც ადამიანს ყველაზე მეტად სჭირდება სიზუსტე და სრულყოფილება. ანგარიშები დღის ბოლოს ისე უნდა აეწყოს, რომ არავითარი უზუსტობა ან შეცდომა არ გაიპაროს. ყოველგვარი, თვით მცდირედი ცდომილებაც კი, დაუშვებელია. ყველა ქალაქი ისეთ წესრიგში უნდა გქონდეს, რომ ბრმად შეგეძლოს ნებისმიერი ქვითრის მოძიება. თვით კომპიუტერზე მუშაობის დროსაც, ქალაქები ისე

მქონდა დალაგებული, რომ ნებისმიერ მომენტში შეიქმლო მათი შესამოწმებლად წარდგენა.

პროფესია, რომელიც ავირჩიე, საუკეთესოდ ეხმიანებოდა ჩემს არანორმალურ სწრაფვას სრულყოფილებისკენ. მეგონა, რომ თუ ჩემს საქმეს უნაკლოდ გავაკეთებდი, თითქოს ის საშინელი შეგრძნებები, რომელიც მაწუხებდა, თავისთავად გაუჩინარდებოდა, ან რაიმე სხვა სიკეთის სახით მომეზღვებოდა ამგვარი გარჯისთვის. უფროსობის ოდნავი შექებაც კი საკმარისი იყო ჩემი განწყობის გასაუმჯობესებლად. ასეც ხდებოდა და ხშირად ხელფასის მომატებასაც ვიმსახურებდი. ეს მეტად სასიამოვნო იყო და, ცხადია, ჩემს მატერიალურ მდგომარეობაზე კარგად მოქმედებდა, მაგრამ უფრო მეტად თითქოს იმას ვესწრაფეოდი, რომ კიდევ ერთი დადასტურება მიმელო – დიახ, არც ისე ცუდი ვარ, როგორც მგონია“.

მართალია, არჩეული პროფესია ანჯელას ბევრ რამეში ეხმარებოდა, ამავდროულად ის სერიოზული სტრესების წყაროც იყო: „თუ შემთხვევით რაიმე შეცდომა გაიპარებოდა ან ანგარიშების ჩასწორება გახდებოდა აუცილებელი, ამაში ჩემი სიცუდის ცხად დადასტურებას ვხედავდი. ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, ნებისმიერ კრიტიკას საპასუხოდ საშინელი თეიტაგემა მოჰყვებოდა. ხშირად კი კრიტიკაც არ იყო აუცილებელი, უბრალო ცვლილებებიც მაფორიაქებდა, რადგან ვფიქრობდი, რომ ისინი ჩემი მიზეზით იყო გამოწვეული. ლამის თვითმკვლელობამდე მივყავდი ამგვარ აზრებს. ეს ნამდვილად მძიმე გადასატანი იყო“.

1986 წელს, 23 წლის ასაკში, ანჯელამ პირველად სცადა თავის მოკვლა: „რალაც ტაბლეტები დაეღიე, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ სხეულის მოკვლა არც ისე იოლია. ეს გაცილებით უფრო ძნელია, ვიდრე სულის მოკვდინება. ვუფიქრობდი, რომ წამლების დიდი მუჭა სრულიად საკმარისი იქნებოდა, მაგრამ იმ ღამეს გადაურჩი. მანამდე, დაახლოებით ერთი თვით ადრე, კინალამ გამაუპატიურეს. საბედნიეროდ, ხელიდან დავესხლტი მოძალა-

დეს და ეს უსიამოვნო ისტორია მხოლოდ ხელჩანთის წართმევით დამთავრდა. მეც დავიჯერე, რომ ეს ქურდობა იყო და მეტი არაფერი, მაგრამ მოგვიანებით, როცა პოლიციამ დამკითხა, ჩემს მიერ შედგენილი აღწერილობა სიტყვასიტყვით დაემთხვა იმავე პერიოდში გაუპატიურებული ქალების მიერ აღწერილი მოძალადის პორტრეტს“.

ამ ტრავმამ და კიდევ იმან, რომ ანჯელა იძულებული გახდა მშობლებთან გადასულიყო საცხოვრებლად, კიდევ უფრო დაამძიმა გოგონას მდგომარეობა: „მშობლების სახლში უკვე ჩემს ჭკუაზე ვეღარ ვცხოვრობდი და ეს ძალიან მთრგუნავდა.

როცა ფსიქიკურად ხარ ავად, თითქოს წყვედიადში სახლობ, ყველაზე საშიშ ადგილას ცხოვრობ და თანაც სრულიად მარტო ხარ. ფსიქიკური დაავადება ყოველგვარ შინაარსს, ყოველგვარ იმედს ართმევს შენს არსებობას. სწორედ ეს უიმედობა არის ყველაზე საშინელი განცდა, რომლის დაძლევაც ასე უჭირთ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს. შენი საკუთარი თავიც და მთელი მსოფლიოც იმდენად ბნელით ჩანს მოცული, რომ ცხოვრება გაუსაძლისი ხდება. ამ წყვედიადში შეუძლებელია საკუთარი თავის პონა. ერთადერთი, რასაც ვიძიებ, შეებაა. მთელი შენი არსება ერთადერთი სურვილის გარშემო ფოკუსირდება – იპოვო ვინმე, ვინც დაგეხმარება უკეთ იგრძნო თავი; გამოძებნო საშუალება, რათა მეტად აღარასოდეს დაგეუფლოს ამგვარი შეგრძნება“.

პირველი თვითმკვლელობის მცდელობა განგაში იყო – ანჯელა შეელას ითხოვდა. მაგრამ კიდევ 10 წელიწადი დასჭირდა იმას, რომ მას ეს დახმარება ეპოვა.

„დროთა განმავლობაში განმვიფითარდა მიდრეკილება თვითდასახინრებისკენ. ამგვარად თითქოს თავს ვითავისუფლებდი იმ ტკივილისა და დანაშაულის გრძნობისგან, რომელიც ჩემთვის ჩვეული და ბუნებრივი იყო, რადგან ვიცოდი, რომ სხვა ადამიანების მსგავსად ვერასდროს ვიცხოვრებდი. ნამდვილად არ შემეძლო იმ ტკივილით ცხოვრება, რომელსაც ფსიქიკური

დაავადება მგერიდა. ამიტომ ვფიქრობდი, რომ თუ მე თვითონ მივაყენებდი ტკივილს საკუთარ თავს, ამის სანაცვლოდ ღმერთი მთავარი სატანჯველისგან გამათავისუფლებდა“.

თვითმკვლელობის არაერთი მცდელობის და რამდენიმე ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ანჯელამ ბოლოს და ბოლოს მიაგნო სწორ მკურნალობას. ეს 1993 წელს მოხდა: „ჩემი ფსიქიატრი ძალიან გულისხმიერი აღამიანი აღმოჩნდა. ექიმი უდიდესი უურადლებით მისმენდა და არ მაძალებდა იმ წამლეუბის მიღებას, რომელიც ჩემზე ცუდად მოქმედებდა. ბოლოს ჩვენ მივაგენით ერთ ძველ, ტრადიციულ წამალს, დეზირელს.“

ამ პრეპარატის მიღების შემდეგ გარკვეული უკეთესობა შევნიშნე. დროთა განმავლობაში ეს უკეთესობა სტაბილური გახდა. ღუთის წყალობით, მისი გვერდითი ეფექტები მაინც და მაინც არ ვნებდა ჩემს ჯანმრთელობას. ჩვენ სხვადასხვა დოზები მოვსინჯეთ და გამოვქებნეთ ყველაზე ოპტიმალური ვარიანტი. უკვე ორი თუ სამი წელიწადია სწორედ ამ დოზას ვიღებ“.

სწორად შერჩეული წამლის წყალობით მისი მდგომარეობა სტაბილური გახდა, მაგრამ სერიოზული სტრესის ზეგავლენით, დაავადების სიმპტომები ისევ შეახსენებს ხოლმე ანჯელას თავს: „ამრიგად, ვისწავლე ჩემი სტრესებისა და სიმპტომების ურთიერთსემოქმედებაზე დაკვირვება და ახლა უკვე შემიძლია თავის დასდევვა გაუარესებისგან, თუ დროულად ჩავერეკი საქმეში. როცა სედმეტად გადავიღლები, ვეუბნები ხოლმე ჩემს თავს: „ახლა საგანგაშო ზონას ვუახლოვდები, მაგრამ აღარ მინდა იმ საშინელ დროში დაბრუნება, – და ვახერხებ კიდევ ამ მდგომარეობიდან გამოსვლას. ამან მიმაჩვია იმ აზრს, რომ თვითონვე შემიძლია ჩემი მდგომარეობის გაკონტროლება. ცხადია, ვიცო, რომ მთლიანად ვერასოდეს დაუძლევე ამ ავადმყოფობას, რადგან აღრეულ ასაკში დაწეებელი ჩემი აწლილობა ძალიან დიდხანს მიმდინარეობდა მკურნალობის გარეშე. ავა-

დობას ღრმად აქვს ფესვები გადგმული და წამლები გარეშე მას ალბათ ვედარასოდეს მოვერევი“.

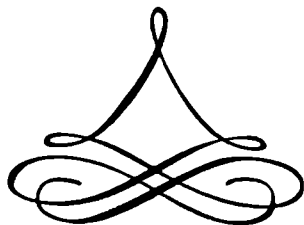
მიუხედავად ამისა, როგორც თავადვე ამბობს, მისი ბრძოლა დეპრესიასთან ჯერ არ დამთავრებულა. „ახლა დროის უფრო დიდ ნაწილს ჯანმრთელი ადამიანის ცხოვრებით ვცხოვრობ. ეს ისეთი მდგომარეობაა, რასაც სიმსივნით დაავადებული ადამიანები რემისიას უწოდებენ. მაგრამ უბრალოდ უკეთესობას კი არ ვგრძნობ, არამედ ასე კარგად ჯერ არასდროს ვყოფილვარ. ფაქტობრივად, დეპრესია აღარ მაწუხებს. ბედნიერი ვარ. მაქვს კარგი სამსახური, ოჯახი. მართალია ოდესღაც მეგონა, რომ ახლო ურთიერთობებს უცხო ადამიანთან ვერასდროს ავიტანდი, მაგრამ უკვე ხუთი წელია, რაც გათხოვილი ვარ და ძალიან მოყვარული, გულისხმიერი ქმარი მყავს. არასდროს მეგონა რომ 30 წელს მივალწევდი. დარწმუნებული ვიყავი, გაცილებით ადრე მოეკვდებოდი, მაგრამ არც ეს პროგნოზი გამართლდა. ვერ წარმოიდგენთ, როგორი აღფრთოვანებით გადავაბიჯე 30-წლიან ზღვარს. უკვე 33 წლისა ვარ და სამი წელიწადია ისე ვცხოვრობ, თითქოს ვიღაცამ მაჩუქა ეს წლები.“

მაქვს სამომავლო გეგმები. მათ ერთი ან ხუთი წლით ადრე ვსაზღვრავ, დასახული მაქვს მიზნები, რომელთა მიღწევას აუცილებელ საკმედ ვთვლი. და რაც მთავარია, ყოველ ცისმარე დღეს მეტი იმედით ვხედები, ვიდრე ოდესმე. მთელი ჩემი წინა ცხოვრების ყველა იმედი რომ ერთად შეეკრიბო, ახლანდელი ერთი დღის იმედსაც კი ვერ შეედრება.

ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი ცვლილებაა ჩემს ცხოვრებაში. საერთოდ, ჩემი ამჟამინდელი მდგომარეობა ასე შემიძლია დავახასიათო: ახლა, სხვა ადამიანების მსგავსად, მეც სინათლეში ვცხოვრობ, უბრალოდ დროდადრო ჩრდილში მიწევს სიარული, მაგრამ ეს იშვიათად ხდება“.

ღმერთმა ქნას, ანჯელას ისტორია აღმაფრენისა და იმედის წყაროდ იქცეს ყველა ჩვენგანისთვის.

## თავი მეორე



### რას ნიშნავს ფსიქიკური დაავადება?

**ფ**სიქიკური დაავადებები იმდენად ფართო თემაა, რომ მათი გაშუქება მეტად რთულ საქმედ წარმოგვიდგენია. სულ რამდენიმე წლის წინ ის საიდუმლოებისა და შიშის საფარველში იყო გახვეული. თვით 1960 წელს მკვლევართა და ექიმთა შორის ჯერ კიდევ არ არსებობდა საკმარისი ცოდნა, რომ ერთი დაავადება მეორისგან განესხვავებინათ. წარმოიდგინეთ, რაოდენ რთული უნდა ყოფილიყო იმხანად ამ დაავადებათა მკურნალობა, თუ მათი სწორი დიაგნოსტიკის მეთოდებიც კი არ არსებობდა. 1970-იანი წლების დასაწყისშიც კი, როცა მე ჩავერთე ამ საქმეში, ჩვეულებრივი პრაქტიკა გახლდათ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის ერთი სამკურნალო დაწესებულებიდან მეორეში გადაყვანა ყოველგვარი ხელშესახები შედეგების გარეშე. საბედნიეროდ, მას შემდეგ ბევრი რამ შეიცვალა და ახლა ფსიქიკური აშლილობების არა მხოლოდ სწორი დიაგნოსტიკა, არამედ ეფექტური მკურნალობაც კი შესაძლებელია.

ფსიქიკური დაავადებები ზემოქმედებენ ადამიანის აზროვნების, მოქმედებისა და შეგრძნებათა წყობაზე. მრავალი სხვა დაავადების მსგავსად, ამ სნეულებებსაც ერთმანეთში გადა-

ჯაჭკული ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და გარეგანი მოტივების ურთიერთსემოქმედება უდევს საფუძვლად. ყველაზე უფრო სერიოზული ფსიქიკური სნეულებები ტვინის დაავადებით არის განპირობებული, რაც აზროვნების, ქცევისა და შეგრძნებათა აშლილობას იწვევს. როგორც ეს სომატური დაავადებების დროს ხდება, ფსიქიკური დაავადების შემთხვევაშიც, აშლილობის სხვადასხვა დონეებსა და სტადიებს გამოარჩევენ:

*შიზოფრენია.* უმთავრესი ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც იწვევს აბნეულ ფიქრებს და ემოციებს. ხშირია თანმხლები ბოღვა, ჰალუცინაციები, დარღვეული მეტყველება და არეული ურთიერთობები; ასევე ხშირია ფიქრების შინაარსის, აღქმების, ემოციების მოშლილობა; პიროვნების და სამყაროსთან ურთიერთკავშირის შეგრძნების დარღვევა, თვითკონტროლის და მოტორიკის მოშლა. შიზოფრენია ნაწილობრივ უუნარობას იწვევს. შიზოფრენიით დაავადებულნი ვერ მისახურობენ, ვერ ურთიერთობენ ადამიანებთან, სხვას ვერ უწევენ მზრუნველობას.

• *ხასიათის პათოლოგია, ანუ აფექტური აშლილობა.* ამ ჯგუფში შედის კლინიკური დეპრესია, მანია (ეიფორია) და მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი. ჩვეულებრივი „უგუნებობისგან“ განსხვავებით, რაც ასე ნაცნობია ნებისმიერი ადამიანისთვის, კლინიკური დეპრესია იწვევს ხანგრძლივ უგუნებობას, მოწყენილობას, დათრგუნულ მდგომარეობას და იმედგაცრუებას, რომელიც ყოველდღიურ პრობლემებს უკავშირდება, მაგრამ მათგან არ არის ნაკარნახევი. მანია (ეიფორია) ამისგან განსხვავებით, ზეაწეული განწყობილებით, ეგზალტაციით, აგზნებული მდგომარეობით, კარგად ყოფნის გასვლიდებული შეგრძნებებით, იდეათა მოძალეობით და გადაჭარბებული აქტივობით გამოირჩევა. ადამიანები, რომელთაც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებთ, ამ ორი მდგომარეობის ურ-

თიერთცვალებადობებს შორის მერყეობენ.

*შფოთვით-ფობიკური აშლილობა.* აქ შედის დაავადებათა ის ჯგუფი, რომელშიც აფორიაქებული მდგომარეობა განმარტობებულ როლს თამაშობს ან მონაწილეობს მასში, როგორც ფობიის (არანორმალური შიშების) ერთ-ერთი რეზისტენტული (წინააღმდეგობის უნარის მქონე) მექანიზმი. იგივე რეზისტენტულის ფუნქციას ასრულებს აფორიაქება აკვიატებული იდეების (მდგრადი იდეები) და აკვიატებული მოქმედების (რაიმეს კეთების იმპულსი, რომელიც დაუძლეველი ჩანს) დროს. ამგვარი აფორიაქება სრულიად არაპროპორციულია მის გამომწვევ მიზეზად დასახელებული პრობლემისა და ადამიანში იწვევს პერმანენტული დაძაბულობისა და შიშის მდგომარეობას. ამ ჯგუფის ორი ყველაზე უფრო ხშირი დაავადებაა პანიკური აშლილობა, როცა ამ სენით შეპყრობილი ადამიანები პერიოდულად განიცდიან პანიკური შიშის შემოტევას სრულიად უსაფუძვლო მიზეზის გამო და აკვიატებული მოქმედება, როდესაც ავადმყოფებს აწუხებთ განმეორებადი ასრები და ქცევები, რომელთა გაკონტროლება შეუძლებელი თუ არა, ხშირ შემთხვევაში მეტად რთულია.

ტერმინი ფსიქოზი ხშირად იხმარება მძიმე ფსიქიკური დაავადების აღწერისას. ის ისეთ ფსიქიკურ მდგომარეობას გამოხატავს, როცა პიროვნებას დარღვეული აქვს რეალობის აღქმა. ფსიქოზით დაავადებულ ადამიანებს აწუხებთ ქალუცინაციები (ისინი ხედავენ, ესმით ან შეიგრძნობენ ისეთ რამეს, მაგალითად სუნს, რაც იქ არ არის) და ბოდვები (სჯერათ არარსებული ან დამახინჯებული რეალობის). ისინი არაადეკვატურები ხდებიან და უცნაურად იქცევიან. ფსიქოზი შიზოფრენიის ერთ-ერთი სიმპტომია, მაგრამ შეიძლება კლინიკურ დეპრესიასთან ან რაიმე სხვა მანიასთან ერთადაც განვითარდეს.



შიზოფრენია, კლინიკური დეპრესია და მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი, აგრეთვე სოციურთი შფოთებით-ფობიკური აშლილობა ფსიქიკურ დაავადებათა ყველაზე გავრცელებული ფორმებია ამერიკის შეერთებულ შტატებში. ჩვენს სასოგადოებაში ყველაზე ხშირად სწორედ ეს სნეულებები იწვევს ადამიანთა დაინვალიდებას, ამიტომ ამ წიგნშიც ძირითადად მათზე იქნება საუბარი.

გონებრივი ჩამორჩენილობა ფსიქიკური დაავადებებისგან სრულიად განსხვავებული მოვლენაა და მათი ერთმანეთში არევა არ შეიძლება. გონებრივი ჩამორჩენილობა გულისხმობს ინტელექტუალური შესაძლებლობების შესუსტებას, როგორც არის სწავლის დროს ათვისების პროცესის გართულება ან უუნარობა და მათ არავითარი კავშირი არა აქვთ ფსიქიკურ დაავადებებთან. გონებრივი ჩამორჩენილობა განვითარების მანკი გახლავთ, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს აუტიზმთან, დაუნის სინდრომთან, აგზნების ცენტრების დაქვეითებასთან ან სხვა სახის მანკებთან. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანი არ ნიშნავს გონებასუსტ ადამიანს. მეტიც, ის შეიძლება ზედმიწევნით ინტელექტუალური პიროვნება იყოს. ასე მაგალითად, მწერლები უილიამ სტაირონი, ერნესტ ჰემინგუეი და სილვია პლასი, მიუხედავად მძიმე დეპრესიისა, ინტელექტუალური თვალსაზრისით არანეულებრივად ნიჭიერი, მეტიც, ბრწყინვალე გონებრივი შესაძლებლობებით დაჯილდოებული ადამიანები იყვნენ.

ყველა ჩვენგანისთვის ნაცნობია ხანმოკლე უგუნებობა, აფორიაქება ან მწუხარება. ეს ფსიქიკური დაავადება კი არა, ჩვენი ყოველდღიური ცხოვრების სრულიად ნორმალური მოვლენებია. ფსიქიკური დაავადების ჩამოყალიბება მაშინ ხდება, როცა ხანმოკლე დისკომფორტის ხსენებული ეპისოდები შესაბამის სიმძაფრეს იძენენ. ანუ ეს სიმპტომები იმდენად ინტენსიური ხდება, რომ ერევა და ხელს უშლის მშვიდ ძილს, ჭამას, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობებს, სამსახურს, ადეკვა-

ტურ საქციელს და სხვა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ხუთიდან ერთ ადამიანს ჰქონია ან ექნება ფსიქიკური პრობლემები თავისი ცხოვრების რომელიღაც ეტაპზე. ზრდასრული მოსახლეობის დაახლოებით 3%-ს ანუ 5 მილიონ კაცს აწუხებს სერიოზული და ქრონიკული ფსიქიკური დაავადება. მაგრამ, სანამ ამ დაავადებათა ცალკეულ სიმპტომებს ჩაუედრმავდებოდეთ, მოდით გავარკვიოთ, რა შეიძლება იქცეს ფსიქიკური დაავადების გამომწვევ მიზეზად.

### რა წარმოშობს ფსიქიკურ დაავადებას?

ანჯელა ქოფენოლი მომითხრობდა დაავადების მიმდინარეობის პროცესზე სტრესების ზეგავლენის შესახებ. ახლა მან იცის, როგორ ამოიცნოს ის მიჯნა, რომლის იქით საგანგაშო ზონა იწყება. მისი გამოცდილება შესანიშნავად გამოხატავს ფსიქიკური დაავადების წარმოშობის ზოგად პრობლემას.

ეფიქრობ, აზრსმოკლებული არ იქნება მკითხველისთვის იმის შესხენება, რომ ფსიქიკური დაავადების განვითარება დამოკიდებულია ორი ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორის ზემოქმედებაზე:

- ⇒ *თანდაყოლილი მგრძნობელობა სპეციფიკური პირობების მიმართ;*
- ⇒ *გარეშე მიზეზებით განპირობებული სტრესი.*

ასე მაგალითად, ანჯელას ალბათ გენეტიკური მიდრეკილება ჰქონდა დეპრესიისადმი, რასაც ის ფაქტი ადასტურებს, რომ მისი დეიდაც იმავე დაავადებით იტანჯებოდა. სწორედ ეს იყო მისი თანდაყოლილი მგრძნობელობა ფსიქიკური დაავადების მიმართ. მას, რასაკვირველია, ჰქონდა გადახრა ნეგატიური, პესიმისტური შეგრძნებებისადმი. სტრესი გამოიწვია გაუპატიურების მცდელობამ და მისმა იძულებითმა დაბრუნებამ მშობლების

ბის სახლში. 23 წლის ასაკში ეს ნამდვილად რთული გადასატანი იყო და სრულიად ბუნებრივად შეეძლო გამოეწვია გამოცეპილი დეპრესიული ეპიზოდი.

ამ ორმა ფაქტორმა – მიდრეკილებამ და სტრესმა ერთგვარად შეავსო ერთმანეთი. მათი თანაარსებობა, როგორც წესი, აშლილობის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ანჯელას გენეტიკური მიდრეკილება რომ არ ჰქონოდა დეპრესიისადმი, იქნებ ამ უსიამოვნო ფაქტს ისე ჩაეელო, რომ დროთა განმავლობაში კიდევ შეგუებოდა მას. მაგრამ ობიექტური მოცემულობიდან გამომდინარე, ყველა ეპიზოდმა თავისი კონკრეტული ფუნქცია შეასრულა და შედეგად თვითმკვლევლობის პირველი მცდელობა მივიღეთ.

მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ პიროვნება, რომელსაც ფსიქიკური დაავადებების მიმართ გამოსატული მგრძობელობა ახასიათებს, დაავადების პროვოცირებისთვის, სულ მცირე, გარეგან სტრესს საჭიროებს. ამას ანჯელას სიტყვებიც ადასტურებს – ხომ გახსოვთ მისი არანორმალურად გაზვიადებული განცდა ნებისმიერი სახის კრიტიკის ან შექების გამო.

სამწუხაროდ, სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს დროთა განმავლობაში სულ უფრო ნაკლები სტრესი სჭირდებათ იმისთვის, რომ მოხდეს შეტევის პროვოცირება. ტვინი ეჩვევა საპასუხო რეაქციის მიცემას დაძაბულობაზე და ყოველ შემდგომ ეტაპზე ამას უფრო იოლად აკეთებს. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დროული და სწორი მკურნალობა, რათა დაავადება აღმავალი ხარისხით არ განვითარდეს.

გარკვეული მიზეზების გამო, რომელიც ჯერაც არ არის ბოლომდე შესწავლილი, ფსიქიკური დაავადებები ძირითადად გარდატეხის პერიოდში იჩენს თავს. შესაძლოა, ტვინის მომწიფების პროცესი ამ დროისათვის თავის პიკს აღწევს, ან უბრალოდ ერთმანეთს ემთხვევა თანდაყოლილი მგრძობელობა და ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი ბუნებრივი სტრესები და დაძაბულობა. მაგრამ რაც არ უნდა იყოს მიზეზი, ფაქტია, რომ

დაავადების გამოვლენა, სოგჯერ უეცარი, სოგჯერ კი შენელებული, ოჯახის წევრებსაც, მეგობრებსაც და თავად მსხვერპლსაც კალაპოტიდან აგდებს და სრულიად ანადგურებს.

## შიზ(ო)პრენია

სწორედ ასეთ მდგომარეობაში აღმოჩნდა დონ რინარდსონი. ის ლოს-ანჯელოსის სკოლების სამეთვალყურეო სისტემის ყოფილი თანამშრომელი იყო. მოგვიანებით კი ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსის ერთ-ერთი თანადამფუძნებელი გახდა. დონი კარტერის ცენტრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ერთ-ერთი მრჩეველიც არის.

„ჩვენი უფროსი ვაჟი სანიმუშო მოსწავლე იყო, – ამიხსნა მან ერთხელ, – ყველაფერს წინებულად აკეთებდა. იყო სკაუტი, ბეჯითად სწავლობდა. არასდროს ესაჭიროებოდა შეხსენება, რომ გაკეთილები დროულად მოემზადებინა. ახლა, როცა უკან ვიყურები, მგონია, რომ ბევრი ეს ნიშანი დამახასიათებელია ფსიქიკური დაავადებისთვის. თანდათანობით მას განმარტოების სურვილი გაუჩნდა. გეიჭირდა მასთან კონტაქტი, საუბარი. მაშინ ეფიქრობდით, რომ ეს გარდამავალი ასაკისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები იყო. იგი ჩვენი უფროსი ვაჟი იყო და ჯერ არ გეკონდა სათანადო გამოცდილება“.

დონის ვაჟმა სანტა ბარბარაში არსებულ კალიფორნიის უნივერსიტეტის კოლეჯში და ბერკლიში ჩააბარა: „ამ ოთხი წლის მანძილზე ჩვენ დროდადრო ჩავდიოდით ხოლმე მის მოსანახულებლად და თითქოს ყველაფერი რიგზე იყო. ის კელავაც კარგად სწავლობდა. ერთ-ერთი საუკეთესო სტუდენტი იყო. მართალია, ჩვენ ცოტას მაინც ვნერვულობდით იმის გამო, რომ მარტო იყო, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ის წარმატებით

ართმევედა თავს პრობლემებს, სანამ ერთ მშვენიერ დღეს არ გაისმა სატელეფონო "ხარი"...

ეს 1972 წელს მოხდა. ღონის ვაჟს ახალი დამთავრებული ჰქონდა ბერკლის უნივერსიტეტი და კომპიუტერულ ინდუსტრია-ასთან დაკავშირებული სამსახურის დაწყებას აპირებდა სილიკონ ველიში: „ერთ დღეს სან-ხოსეს საავადმყოფოდან დაგვირეკეს. ჩვენი ვაჟი საავადმყოფოში იწვა. იქ ის პოლიციამ მიიყვანა. აღმოჩნდა, რომ რესტორნიდან პოლიციის დახმარებით მაშინ გაიყვანეს, როცა ჩანგლით საკუთარი თვალის ამოჩინებას ცდილობდა. მას მხედველობითი პალუცინაცია ჰქონდა. ასეთი იყო ჩვენი პირველი შეხება ამ სასტიკ დაავადებასთან. იმ დროს, როცა ფსიქიკური დაავადების სიმპტომები იწყებდა გამოვლენას, შვილი ჩვენგან შორს იყო, ამიტომაც გამოგვეპარა მისი ავადმყოფობა. შედეგი სრულიად გამოაზნებელი აღმოჩნდა. ამ დარტყმას ჩვენ მოუმზადებლები შევხვდით“.

რიჩარდსონებმა გადაწყვიტეს, მეტი შეცდომა აღარ დაეშვათ: „ჩვენმა უმცროსმა ვაჟიშვილმა უკვე სკოლის ასაკში გამოავლინა ის ნიშნები, რომელშიც ჩვენ ფსიქიკური დაავადება ამოვიცანით. დარწმუნებულნი ვიყავით, რომ ის ნარკოტიკებსაც იღებდა და ეს მართლაც ასე აღმოჩნდა“ (ნარკომანიისა და ფსიქიკური დაავადების ერთობლიობას დღეს ორმაგ დიაგნოზს ეუწოდებთ; თუმცა იმ პერიოდში ბილი უბრალოდ მოზარდი იყო, რომელიც ნარკოტიკებს „ეთამაშებოდა“, ის ჯერ არ იყო ჩამოყალიბებული ნარკომანი). „როგორღაც ისე მოხდა, რომ ჩვენი შვილი მაღალ კლასებში კარგი ნიშნებით და წამახალისებელი სიგელებით გადავიდა. მაგრამ მე და ჩემი მეუღლე უკვე ვხედავდით, რომ კატასტროფა გარდაუვალი იყო. ჩვენ ენაცვლებოდით ერთმანეთს და ბილი პერმანენტული მეთვალყურეობის ქვეშ გვყავდა. ერთხელ, 30-საათიანი მორიგეობის შემდეგ, როცა უძძიმესი პალუცინაციებით შეპყრობილი ჩვენი შვილი მთელი ამ ხნის მანძილზე გაუთავებლად ელაპარაკებოდა ვიღაცას და პერიოდულად ოთახიდან გაქცევას ცდილობ-

და, საშინელი ამბის მომსწრენი გავხდით. ბილმა უეცრად ნაჯახს წამოაელო ხელი და თავისი ოთახის ნგრევას შეუდგა. მას აინტერესებდა, საიდან მოდიოდა ხმები. ჩვენ იძულებულნი გავხდით კლინიკაში მოგვეთავსებინა ბილი. ის ახლა 25 წლისაა და თავისი ასეთი ხანმოკლე ცხოვრების მანძილზე უკვე 42-ჯერ იყო იძულებით ჰოსპიტალიზებული. ჩვენი შვილი, რასაც აგრესიულს ეძახიან, ისეთი ავადმყოფია. მეორე, უფროსი ვაჟი დაავადების დამძიმებასთან ერთად, სულ უფრო უკონტაქტო და ჩაკეტილი ხდება, ის აპათიაშია. ბილს კი, რაც უფრო მეტი დრო გადის, შფოთიანობაც, ბორგვაც და დაუდგრომლობაც ემატება. ჩვენ საკუთარ თავზე გამოვცადეთ ამ დაავადების მთელი სიმძიმე, რადგან ის ჩვენს თვალწინ ჩაისახა და განუთარდა“.

რინარდსონებმა გადაწყვიტეს, მთელი თავიანთი ცოდნა და შესაძლებლობები იმისკენ მიემართათ, რომ მათი სწეული შეიღებისა და მილიონობით მათნაირის უმძიმესი მდგომარეობა რამენაირად შეემსუბუქებინათ. მათ თავის გარშემო შემოიკრიბეს სხვა დაავადებულ ადამიანთა ოჯახის წევრები და ერთად შეუდგნენ ამ საშინელი სენის წინააღმდეგ ბრძოლას. ისინი ცდილობენ ასწავლონ ადამიანებს, რომ რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე გამოავლინონ თავიანთი ოჯახის წევრების ფსიქიკური პრობლემები, რათა შესაძლებელი გახდეს დროული და ეფექტური მკურნალობა. სწორედ ამ მიზნით დაარსდა ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსი და მის მთავარ მიზანს, დაავადებულთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვასთან ერთად, ფსიქიკური დაავადებების შესწავლა და ფართოდ გაშუქება წარმოადგენს.

ყველა ფსიქიკურ დაავადებას შორის შიზოფრენია ყველაზე უფრო მძიმე და პრობლემურია. ის დამანგრეველ ზემოქმედებას ახდენს ადამიანზე. ეს საშინელი სენი მოსახლეობის დაახლოებით 1%-ს აწუხებს და თანაბრად საშიშია როგორც ქალებისთვის, ასევე მამაკაცებისთვის. ამერიკის შეერთებულ შტატებში

ყოველწლიურად დაავადების დაახლოებით 100.000 ახალი შემთხვევა ვლინდება. იმის გამო, რომ ის ადრეულ ასაკში (15-19 წლის ასაკში) იჩენს თავს და ხშირ შემთხვევაში მთელი ცხოვრების მანძილზე გრძელდება, მისი ზეგავლენა ისეთ ოჯახებზე, როგორც რიჩარდსონების ან, შესაძლოა, თქვენი ოჯახია, ჩემო მკითხველო, კატასტროფულია.

მთარეული წარმოდგენების მიუხედავად, შისოფრენია არ ნიშნავს „პიროვნების გაორებას“ ან „გახლეჩვას“. ეს უფრო ტვინის დეფექტია, რომელიც აზიანებს ადამიანის ნორმალური ფუნქციონირების ნებისმიერ ასპექტს. იწვევს ნაწილობრივ ინვალიდობას, აბნეულ ფიქრებს და არაადეკვატურ შეგროვებებს. როგორც დონის შეილები მაგალითზე ვნახეთ, ეს დაავადება სხვადასხვაგვარად შეიძლება გამოვლინდეს. ზოგიერთი თავის თავში იკეტება და დარდიანი, უკონტაქტო, გარე სამყაროსადმი უგრძობი ხდება. ზოგიერთში კი, პირიქით – შისოფრენია აგრესიულობისა და შფოთიანობის გამომწვევია.

დაავადების გამწვავების ფაზაში ავადმყოფებს უჭირთ რეალობისა და წარმოსახვის ერთმანეთისგან გარჩევა. ამ ფაზას ფსიქოზს უწოდებენ. შეიძლება ამგვარი ეპისოდი მხოლოდ ერთხელ მოხდეს ადამიანის ცხოვრებაში, შეიძლება მან მრავალჯერადი ხასიათი მიიღოს, მაგრამ რემისიის პერიოდში ავადმყოფი შედარებით ნორმალური ცხოვრებით ცხოვრობდეს. სამწუხაროდ, ძალიან ბევრისთვის ეს უმძიმესი ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მთელი ცხოვრების მანძილზე ტანჯავს ადამიანს.

### *შისოფრენიის სიმპტომები*

შისოფრენიით დაავადებულ ადამიანს შეიძლება აწუხებდეს:

### *აბნეული აზროვნება*

ავადმყოფს უჭირს „გამართულად აზროვნება“ გარკვეული დროის მანძილზე ან შესაძლოა მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მისი ფიქრები აბნეულად და სწრაფად ენაცვლება ერთმანეთს. დარღვეულია ლოგიკური თანმიმდევრობა. წინადადებები ფრაგმენტული და არეულ-დარეულია.

### *ჰალუცინაციები*

როცა საქმე ეხება სმენით ჰალუცინაციებს, ადამიანს შეიძლება ესმოდაეს ხმები, რომელიც კარნახობს, რა გააკეთოს და რა არ გააკეთოს; ხმებმა შეიძლება გააფრთხილონ მოსალოდნელი საშიშროების შესახებ; შეიძლება მიაყენონ შეურაცხყოფა; აიძულონ გარკვეული ქმედება ჩაიდინოს. თუ ეს მხედველობითი ჰალუცინაციებია, მათი მსხვერპლნი შეიძლება ისეთ რამეს ხედავდნენ, რასაც სხვები ვერ ხედავენ, მაგრამ მათთვის ეს ჰალუცინაცია სრულიად რეალური იყოს.

### *ბოდვები*

ადამიანს შეიძლება შთაგონებული ჰქონდეს მცდარი რწმენა ან წარმოდგენები. მაგალითად, შეიძლება ეგონოს, რომ მის აზრებს ტელევიზია ან რადიო გადასცემს, ან მის მოქმედებას ამერიკის შეერთებული შტატების ქვეითი დანაყოფების ალიანსი აკონტროლებს. შეიძლება თვითგანდიდების მანიით იყოს შეპყრობილი და თავი იესო ქრისტედ ან ნაპოლეონად ჰყავდეს წარმოდგენილი; ან გადაჭარბებული ეჭვიანობა აწუხებდეს და საჩუქრად მორთმეულ შოკოლადის ფილაში მოწამვლის მცდელობას ხედავდეს (პარანოია ან დეენის მანია).

### *არაადეკვატური ემოციები*

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი შეიძლება იცინოდეს, როცა ვითარება ტირილს მოითხოვს და პირიქით, მაშინ ტირო-



დეს, როცა სატირელი არაფერი ხდება. შესაძლოა ზოგჯერ სრულიად უემოციოც იყოს.

### აპათია

პაციენტი შეიძლება ემოციურად და სოციალურად გაუცხოებული იყოს. ამ მდგომარეობას მოტივაციის დეფიციტი, შემცირებული სამეტყველო ლექსიკა და ემოციების ნაკლებობა ახასიათებს. ამ ავადმყოფებს თითქმის არ შესწევთ უნარი, დაამყარონ პირადი ურთიერთობები.

შიზოფრენიის ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები ორ კატეგორიად იყოფა: ეს გახლავთ პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები. პოზიტიურ სიმპტომებში შედის ჰალუცინაციები, ბოდვები, აბნეული აზროვნება, ემოციების გამოხატვის უნარის შეზღუდვა; ნეგატიურ სიმპტომებს განეკუთვნება ემოციური და სოციალური გაუცხოება, მოტივაციის დეფიციტი, უკონტაქტობა და უნებლიე ქცევა და შეგრძნებები.

### დეპრესია

მსახიობი როდ სტაიგერი, რომელსაც კინოაკადემიის არაერთი პრიზი აქვს მოპოვებული, დეპრესიით არის დაავადებული. მას 72 როლი აქვს ნათამაშები და მკითხველს ალბათ ახსოვს მისი ფილმები „სანაპირო ზოლი“ (რომლისთვისაც „ოსკარზე“ იყო წარდგენილი), „ღამის საბურველი“ (რომლისთვისაც „ოსკარი“ მიიღო), „ოკლაჰომა“ და „დოქტორი ჟივაგო“. 1996 წლის აპრილში როდ სტაიგერი ქეთი ქრონჩაიტს შემოუერთდა კარტერის ცენტრის პროგრამის მიერ მოწყობილ გასაუბრებაში, რათა მსმენელისთვის გაეზიარებინა მეტად შთამბეჭდავი ემოციები თავისი დეპრესიის შესახებ.

როდი იმდენად დამაჯერებლად და გულისშემძკერელად საუბრობდა, რომ დარბაზში სულგანაბულნი ვისხედით. დასაფრულეები ვუსმენდით მის აღსარებას, რომელიც ისე იყო აგებული, რომ შესაძლებლობას გვაძლევდა დეპრესიის ყველაზე ღრმა, ყველაზე ბნელ კუნჭულებში შეგვეღწია როდ სტაიგერის გულახდილობისა და ნიჭის წყალობით. მინდა მკითხველს გაუუხიარო ზოგიერთი იმდროინდელი შთაბეჭდილება.

„მე კლინიკური დეპრესია მაწუხებს, – დაიწყო მან საქმიანად, – ეს ტვინის გარკვეულ ქიმიურ დისბალანსთან არის დაკავშირებული. დაახლოებით დიაბეტის მსგავსი დაავადებაა. თუ დილა-სალამოს წამალს არ მივიღებ, რაღაც ხანი ნორმალურად ვიქნები, მაგრამ დაახლოებით ორიოდ კვირაში უეცრად დამეწყება შეტევა. ეს შეტევა ყოველთვის მოულოდნელი და ვერაგულია.“

აი, მაგალითად, ვიღაცა უბრალოდ გეკითხება: „სად არის ტელეფონი“?

„იქ დევს!“ – როდმა დაიღრიალა, რომ ჩვენთვის თვალნათლივ დაენახებინა თავისი არაადეკვატური რეაქცია ამ სრულიად უწყინარ შეკითხვაზე.

„ვეუბნები საკუთარ თავს, რა ჯანდაბა გემართება, რაზე ცოფდები“?

„ცუდად ხომ არა ხარ“?

„არაფერი ცუდად არა ვარ... და ამ მომენტიდან იწყება“...

როდი ცოტა ხნით გაჩერდა. მან რაღაც ქაღალდები გადაშალა და შეკველილი ხმით მოგემართა: „ეს იმ დროს დაეწერე, როცა ძალიან ცუდად ვიყავი. საშინლად ვიტანჯებოდი. ჩემი ცოლისთვის და შვილისთვის დაეწერე. მინდა თქვენც წაგიკითხოთ“.

„სიკვდილი მინდა. განძრევის თავი არა მაქვს. არ შემიძლია განძრევა. მარტო ყოფნა მინდა. ყველამ დამტოვოს. მინდა გაექრე, ავორთქლდე. მინდა, აღარ მჭირდებოდეს დაბანა, გაპარსვა, ლაპარაკი, სიარული, ძილი... ოღონდ ამ საშინელი

გვირახიდან გამომაძვრინა, ოღონდ ამ ცივი და ზეთიანი სიბნელისგან დამაღწევინა თავი, რომელიც ასე გაუსაძლისად აწვება ჩემს ტვინს, მთელ ჩემს არსებას“...

ის აგრძელებდა თავისი საშინელი ტანჯვის აღწერას. შემდეგ იმ ეპიზოდს მიუახლოვდა, როცა შეიგრძნო, რომ თამაში აღარ შეეძლო. მას დაუძლეველი შიში გაუჩნდა, რომ ტექსტს ვერ დაიმახსოვრებდა. ის უმძაფრესი ტკივილი, რომელიც როდმა ჩვენს წინაშე გაითამაშა, ძნელად ექვემდებარება აღწერას: „ყველა მე მომჩერებია. ის ვირთხაც, სტუდიის ბნელ კუთხეში, ისიც კი არ მაშორებს თვალს!

მე ამას ვერ გავაკეთებ, უბრალოდ ვერ დავიმახსოვრებ. ისინი ბოლოს და ბოლოს აღმოაჩენენ, რომ არანორმალური ვარ, რომ უკვე ეუღარც ვითამაშებ, ვეღარც ვერაფერს გავაკეთებ. ნამდვილი ინვალიდი ვარ, – როდის თითქმის ტიროდა, – მე სუსტი ვარ, ძალა არ მყოფნის.

არ უნდა ვიყვირო. იმათ არ უნდა დავანახო, რომ ღმრული მინდა. უნდა გაეუძლო. არ უნდა ვუსმინო იმას, რაც ჩემს ავადმყოფ თავში ხდება. არ უნდა გავიქცე, არ უნდა გავიქცე სტუდიიდან... არ უნდა გავიქცე. ისინი მიხვდებიან, რომ სუსტი ვარ. ისინი მიხვდებიან, რომ საშინლად მტკივა. ოჰ, ღმერთო“!

„რა ღმერთო, რა ღმერთო“?! – როდის ხმა მეხის გავარდნასავით იყო მდუმარე დარბაზში. შემდეგ გაჩერდა და ხანმოკლე პაუზის მერე ჩურჩულით დაიწყო ლაპარაკი: „ჩემი ამბავი დამთავრებულია. როგორც ნამდვილი იდიოტი, ისე გამოვიყურები. ისინი მიხვდებიან, რომ იდიოტი ვარ. არა, ვერ ვითამაშებ“! – ისევ ტირილი.

„მაგრამ არა, მოიცა... მე ვიცი, არის ერთი რაღაც. არის გზა. მე მშვენიერი თოფი მაქვს. მშვენიერი ცივი თოფი“...

და როდმა ჩვენს წინაშე გაითამაშა, როგორ აპირებდა თავის მოკვლას: „ყოველგვარი ჭუჭყის და ლაქების გარეშე არავითარი სისხლი კედლებზე, ხალიჩაზე, ყვავილებზე... ნავი... ნავში ჯობია. ჩაუჯდები ნავში, გადავეკიდები კედლეზე, პირში

ლულას ჩაეიდებ, ერთი ხელით ნავს მოვეჭიდები, მეორე ხელით ჩახმახს გამოვეკრა... გავისერი, არაერთარი ჭუჭკი. თვესების სატმელი... მეტი არაფერი“.

თავსარღაცემული ვიყავი.

ყველაფრიდან ჩანდა, რომ როდი არ თამაშობდა. ის უბრალოდ ჩვენს თვალწინ აცოცხლებდა დეპრესიის მძიმე და ხანგრძლივ წლებს. როგორი სასარგებლო გამოცდილება იყო ეს ჩვენთვის. როცა საუბარი დაამთავრა, აუდიტორია ერთხანს გარინდებული იყო, თითქოს დრო იყო საჭირო იმისთვის, რომ მისი სიტყვები სრულად აღგვექვა. და უეცრად აპლოდისმენტებმა იქუხა. ეს აღფრთოვანება ჩვენს წინაშე მდგომ არაჩვეულებრივად მამაც ადამიანს ეკუთვნოდა.

დეპრესიას, რომელის შესახებაც როდმა მოგვითხრო, კლინიკური დეპრესია ეწოდება. ამ სენით 17 მილიონი ამერიკელი იტანჯება. ოთხიდან ერთი ქალი და ათიდან ერთი მამაკაცი, თავის ცხოვრების რომელიღაც ეტაპზე, სავარაუდოა, რომ დეპრესიით დაავადდეს. ის ნებისმიერ ასაკში შეიძლება დაემართოს ადამიანს და უსარმაზარ ტივილსა და განცდას გამოიწვევს როგორც დაავადებულში, ასევე მის ახლობლებშიც, რომელთაც ავადმყოფს უნდა მოუარონ. ამ მართლაც ვერაგ ავადმყოფობას ოჯახის დანგრევეაც შეუძლია და პიროვნების განადგურებაც.

შესაძლოა, ყველაზე სამწუხარო აქ ის იყოს, რომ უამრავი ადამიანი ტყუილად იტანჯება. დაავადებული სამი ადამიანიდან მხოლოდ ერთი მკურნალობს. და ეს იმ დროს, როცა დიდი უმრავლესობის შეველა სრულიად შესაძლებელია, თვით იმ შემთხვევაშიც კი, როცა დაავადების მძიმე ფორმასთან გვაქვს საქმე. კლინიკური დეპრესიით დაავადებულთა 80%-ს სწორი მკურნალობის რამდენიმე კვირა ესაჭიროება იმისთვის, რომ ნორმალურ ცხოვრებას დაუბრუნდეს. საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მონაცემების თანახ-

მად, თვითმკვლელობათა უდიდეს ნაწილს საფუძვლად დეპრესია უდევს.

დეპრესიული აშლილობები, სხვა დაავადებების, თუნდაც, იგივე გულის დაავადებების მსგავსად, განსხვავებული ფორმით ვლინდება. როგორც როდის სიტყვებიდანაც გამოჩნდა, კლინიკური დეპრესია ის დაავადებაა, რომლის მწვავე პერიოდები ცხოვრების მანძილზე შეიძლება მხოლოდ ერთხელ გამოვლინდეს, მაგრამ შეიძლება რამდენჯერმეც განმეორდეს. ამავე დაავადების სხვა ფორმაა მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი, რომლის შესახებ ქვევით გვექნება საუბარი.

### *დეპრესიის სიმპტომები*

როდი სრულიად მართალი იყო – მას დაავადება ტანჯავს და არა ადამიანური სისუსტე ან რაღაც ობიექტური გარემოებები, რომელთა სიმძიმეშიც შეიძლება შთანთქას ადამიანი. ეს რეალურად არსებული, ჩვეულებრივი დაავადებაა, რომელიც მხოლოდ გონებას არ ერჩის. მაგრამ, სანამ უფრო დაწვრილებით ვისაუბრებდეთ ამის შესახებ, აუცილებელია მკაფიოდ გაიმიჯნოს ერთმანეთისაგან კლინიკური დეპრესია და ჩვეულებრივი ყოფითი უგუნებობა ან მოწყენილობა.

ყველა ჩვენგანს ჰქონია ცხოვრებაში მძიმე მომენტები. ძვირფასი ადამიანის დაკარგვა, უსიამოვნებები სამსახურში, სხვა სახის სერიოზული გართულებები ხშირად იწვევს ხოლმე დარდს, ნაღვლიან ფიქრებს ან მოწყენილობას. გარკვეული დროის შემდეგ ეს განწყობილება იცვლება და ისევ ხალისიანი და მხიარულნი ვხდებით. ეს ნორმალურია. დეპრესიის დროს კი მოწყენილობისა და უიმედობის განცდა ფაქტობრივად არ ტოვებს ადამიანს.

დეპრესია არა მხოლოდ გუნება-განწყობილების დამძიმებას იწვევს, არამედ აზროვნების წყობასაც ცვლის, ადამიანის ორ-

განიზმსაც ანგრევს და მის საქციელზეც ზემოქმედებს. მოდით, დაწვრილებით განვიხილოთ ამ დაავადების სიმპტომები:

### *გუნება-განწყობილება*

დეპრესიულ პიროვნებას აწუხებს მელანქოლია, მოწყენილობა, მოსალოდნელი უბედურების განცდა. მას დაკარგული აქვს ცხოვრების ხალისი და სიამოვნების შეგრძნების უნარი. ყოველივე ამან შეიძლება გამოიწვიოს ენერჯის დაქვეითება, დაღლილობა, მიდრეკილება ტირილისკენ და გაღიზიანებადობის ძალიან მაღალი ხარისხი.

როდ სტაიგერის დაავადებამ ყველა ეს სიმპტომი ცხადად დაგვანახა. მისი მღელვარება, უიმედობა და უღონობა მართლაც რომ დაუძლეველი ჩანდა.

### *ფიქრები*

დეპრესიით დაავადებულ ადამიანებს გამოხატულად უარყოფითი ხასიათის ფიქრები აქვთ ხოლმე. მათ აგრეთვე ახასიათებთ სრული სასოწარკვეთილება აწმყოსა და მომავალთან დაკავშირებით. თუმცა ეს სასოწარკვეთა რეალობით არ არის ნაკარნახები. გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ დეპრესიულ ადამიანთა 60% ძლიერ აფორიაქებას განიცდის. როდმა ეს მდგომარეობა მეტად რეალისტურად აღგვიწერა თავისი მსახიობური ნიჭის წყალობით. დეპრესიულ ადამიანებს ხშირად უჭირთ ერთ ან რამე კონცენტრირება, ასევე უძნელდებათ გადაწყვეტილების მიღება. მათ აწუხებთ დანაშაულის გრძნობა, სიძულვილი საკუთარი თავის მიმართ და იმის განცდა, რომ ქვეყნად ყველაზე უარესნი არიან. ასეთ დროს ხშირია სიკედილზე ფიქრი და თვითმკვლელობის მცდელობა.

### *ორგანიზმი*

დეპრესია ფიზიკური დაავადებაც არის. მის გამო ადამიანს შეიძლება კვებისა და ძილის ციკლი დაერღვეს. ზოგიერთი

ავადმყოფი საერთოდ ვერ იძინებს ან ძალიან ადრე ეღვიძება. სხვებს კი, პირიქით, არანორმალურად დიდი ხანი შეიძლება ეძინოთ.

თავის წიგნში „კარგი ახალი ამბები დეპრესიის შესახებ“ დოქტორი მარკ ს. გოლდი წერს: „დეპრესიული ადამიანები მოკლებულნი არიან ღრმად ჩაძინების უნარს, რაც ასე აუცილებელია ორგანიზმისთვის, რადგან ტენიცი და სხეულიც მოსვენებულ მდგომარეობაშია და ძალებს იკრებს ახალი დღისთვის“. შეიძლება ეს იყოს იმის მიზეზი, რომ დეპრესიული ადამიანები თვით ხანგრძლივი ძილის შემდეგაც კი ისევ აფორიკებულები და დაღლილები იღვიძებენ.

დეპრესიული მდგომარეობისთვის აგრეთვე დამახასიათებელია როგორც მადის დაკარგვა და აქედან გამომდინარე წონის სწრაფი კლება, ასევე არანორმალური შიმშილის განცდა და უზომოდ ბევრი საკვების მიღება. დეპრესიული ადამიანები ზოგჯერ სექსის მიმართაც კარგავენ ინტერესს. აწუხებთ თავისა და მუცლის ტკივილები, აგრეთვე გაურკვეველი წარმოშობის ტკივილები, რომელიც სხეულის სხვადასხვა ნაწილში შეიძლება გაჩნდეს და ერთი ორგანოდან მეორეზე გადავიდეს.

### *საქციელი*

ლეთარგია, მუშაობის დაქვეითებული უნარი, სირთულეები წაკითხულისა და ნასწავლის აღქმაში – ესეც დეპრესიის ნიშნებია. ზოგიერთ შემთხვევაში თვით ისეთი მარტივი საქმიანობაც კი როგორც არის რეცხვა, ჩაცმა, ჭამა, შეიძლება გაძნელებული იყოს დაავადების ზეგავლენის შედეგად. ან პირიქით, დეპრესიამ შეიძლება ენერგიის მოჭარბება, აგზნება და ეგზალტაცია გამოიწვიოს. თუმცა, უფრო ხშირია შენელებული მოძრაობები, დამუხრუჭებული ასროვნება და მეტყველება, მომწვარული სიარული და სხვა ადამიანებზე ძლიერი დამოკიდებულების განცდა.

‘სოგიერთ შემთხვევაში დეპრესიის სიმპტომების გამოვლენას არავითარი გარეგანი ფაქტორი ან სტრესი არ ესაჭიროება. მეტიც, ავადმყოფობა სრულიად კეთილგანწყობილ რეალობაში შეიძლება დაიწყოს. ხშირად, დაავადება იმდენად მწვავედება, რომ პაციენტები შევლასაც კი აღარ ითხოვენ. ალბათ ფიქრობენ, რომ ეს უშედეგოა, იმდენად სასოწარკვეთილნი არიან.

არ არის აუცილებელი, რომ დეპრესიით დაავადებულ ყველა ადამიანს ზემოთ აღწერილი სიმპტომები ჰქონდეს. ‘სოგიერთ შემთხვევაში დაავადება უფრო მწვავედ ვლინდება, ‘სოგ შემთხვევაში უფრო იოლი ფორმით ვითარდება და, ცხადია, პიროვნულ ფაქტორზეც ბევრადაა დამოკიდებული, საბოლოოდ რა ხასიათს შეიძენს მისი კლინიკური მიმდინარეობა.

### მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი

ბრექსტონ მოლარდი დაახლოებით სამოცი წლის კაცია. ის ჩემი მეზობელია ფლეინსში. მას მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებს. ჩვენ ერთმანეთი აფთიაქში გაეცანით, როცა დედანემისთვის წამალს ვყიდულობდი. ჩვენი პროვიზორი ბრექსტონს პერიოდულად ამარაგებს ხოლმე ლიტერატურით მისი დაავადების შესახებ, თანაც პატარ-პატარა საქმეებში იხმარს და ცოტაოდენი ფულის შოვნაშიც ეხმარება.

ამ წიგნზე მუშაობის დროს, ვთხოვე ბრექსტონს, მოსულიყო ჩემთან ოფისში და თავისი დაავადების შესახებ მოეთხრო. ის სიამოვნებით დათანხმდა ჩემს წინადადებას, „თუკი ეს ეინმეს დაეხმარება“... მითხრა მან.

ის სავარძელში მოკალათდა და თავისი ამბის მოყოლა დაიწყო: „ყოველთვის ვიციოდი, რომ რაღაც პრობლემები მქონდა, მაგრამ სანამ 30 წელს არ გადავაბიჯე, ბოლომდე ვერ გავაცნობიერე, რომ სხვებისგან განსხვავებული ვიყავი. ბევრ ადამიანს ვუშლიდი ნერვებს. არასწორად ვიქცეოდი. ჯარში



„უკვე საბოლოოდ დაერწმუნდი, რომ ადამიანების სასოგადოებაში ყოფნას მარტოობა მერჩივნა“.

ბრექსტონი, რომელიც გადამდგარი სამხედრო მოსამსახურის ძალიან მკვეთრად გამოხატული ტიპია, კორეაში ყოფნის დროს მიხვდა, რომ აეად იყო. ის იქ ატომური იარაღის საწყობის დაცვის სამსახურში მსახურობდა: „დროდადრო ღრმა დეპრესიაში ევარდებოდი. ვხვდებოდი, რომ რაღაც ისე არ იყო. უამრავ ვალიუმს ვიღებდი, ერთმა ექიმმა გამომიწერა. შაკიკის ტიპის საშინელი თავის ტკივილები მაწუხებდა და ლამის კოლოფიანად ყელაპავდი ამ ვალიუმს. წამალი ვერაფერს მშველოდა. შეტევები მიძლიერდებოდა და სულ უფრო და უფრო მეტ წამალს ყელაპავდი.“

ერთ მშვენიერ დღესაც ვიგრძენი, რომ ყელში ამომივიდა ყველაფერი, რაც ჩემს გარშემო ხდებოდა. ალბათ მაქსიმალისტის ვიყავი. პოდა, ამოვიღე ჩემი ვალიუმი და მთელი ფლაკონი გადავყლაპე. ერთ-ერთმა ოფიცერმა მიპოვა გონდაკარგული“.

ბრექსტონი კორეის სამხედრო ჰოსპიტალში დააწვინეს. დიაგნოზი ასეთი იყო: მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი და მიდრეკილება თვითმკვლელობისკენ. „არ გაეუბრებარ ამ დაავადებას. ჩემი თავიც კარგად ვიცი და რაც მჭირს, იმასაც მშვენიერად ვაძნობიერებ“.

თუმცა, ბრექსტონისგან განსხვავებით, ბევრი ადამიანი გაურბის ამ დაავადებას. მსახიობმა მარგო ქიდერმა მეტად ნათლად დაახასიათა ეს მდგომარეობა ბარბარა უოლტერისთვის მიცემულ თავის სატელევიზიო ინტერვიუში. ეს მას შემდეგ მოხდა, რაც ერთი გახმაურებული სკანდალური ინციდენტის შემდეგ, ლოს-ანჯელოსის გასეთებმა მისი დიაგნოზი პირველი გვერდების სათაურებში გამოიტანეს: „მე ნარკოტიკებით ვემადებოდი ამ დაავადებას. სახმელთ ვემადებოდი; ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით, სახლში ვემადებოდი მას. ვიკეტებოდი ჩემს ოთახში და არც გარეთ გამოვდიოდი, არც ტელეფონს

ეპასუხობდი. ყველანაირად ვკრუბოდი, ოღონდ კი ეს დამემალა. ბოლოს და ბოლოს ჩემმა ტყუილებმა ლამის ისეთივე შემაშფოთებელი სახე მიიღო, როგორც ავადმყოფობამ”.

დეპრესიისგან განსხვავებით, რომელიც ნებისმიერ ასაკში შეიძლება დაემართოს ადამიანს, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი ადრეულ ასაკში, თითქმის გარდამავალ პერიოდში იწყება. ამერიკის მოსახლეობის 1% (2,2 მილიონი ადამიანი) ყოველწლიურად ავადდება ამ მძიმე სენით. დაავადება ქალებსაც ემართებათ და მამაკაცებსაც.

ახალი პრეპარატების წყალობით მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებულთა უმრავლესობას შეუძლია ნორმალური ცხოვრებით იცხოვროს. ბრექსტონი ამის შესანიშნავი მაგალითია. წამლები სრულად აკონტროლებენ მის მდგომარეობას. ის და მისი მეუღლე, რომელიც აგრეთვე ფსიქიკურად არის დაავადებული, უვლიან და მეთვალყურეობას უწევენ ერთმანეთს. როგორც ბრექსტონმა მიაგმო, ყოველ დილა-საღამოს ის და მისი მეუღლე ამოწმებენ ერთმანეთს, რათა წამლების დროულად მიღება არ დაავიწყდეთ და „საგანგაშო ზონას“ არ მიუახლოვდნენ. ორივე ძალიან ამაყობს იმით, რომ აგერ უკვე მესამე წელიწადია, არც ერთს შეტევა არ ჰქონია. მეც ვამაყობ ამ ადამიანებით.

### *მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის სიმპტომები*

მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებულ ადამიანებს ახასიათებთ ზემოთ აღწერილი დეპრესიული მდგომარეობის მკვეთრი მონაკველეობა მანიის ეპიზოდებთან. ეს ურთიერთსაპირისპირო ფაზები შეიძლება ნორმალურ მდგომარეობასაც ენაცვლებოდეს. ბრექსტონ მილარდის შემთხვევაში უფრო დეპრესიული მდგომარეობა ჭარბობს, მარგო ქიდერი კი პირიქით – ეიფორიისკენ არის მიდრეკილი. ცხრამეტი წლის ასაკში მიცუ-

მულ ერთ-ერთ ინტერვიუში ის ამბობდა: „მე განწყობილების ისეთი ვარდნები მახასიათებს, რომ ეს მერყეობა ალბათ დიდ ქალაქსაც კი დაანგრევდა“. მაგრამ იმ დროისთვის მან ჯერ კიდევ არ იცოდა, თუ რა ერქვა განწყობილების ამ ვარდნას.

„უფრო აქტირებული მდგომარეობისკენ ვიყავი მიდრეკილი, ვიდრე დეპრესიისკენ. ეს ჩამოყალიბებული მანია იყო. ასეთ დროს ჩემი ტვინი არანეულებრივი სისწრაფით მუშაობდა და თითქოს თვალნათლივ ვხედავდი, როგორ მატულობდა ალქმის ინტენსივობა. მერე დაიწყო ეს უჩვეულო, ნახტომისებური გადარბენები, რომელიც ჩემს ტვინში ხდებოდა. ასეთ დროს თითქოს რაღაც ძალა გაბზრიალებს და ბრუნვათა რიცხვი არანეულებრივი სისწრაფით მატულობს. რაღაც პერიოდში ძილიც აღარ გჭირდება. ყველაზე საშინელი ის არის, რომ ლამის საერთოდ აღარ გძინავს“.

როგორც ეს ზოგადად დაავადებისთვის არის დამახასიათებელი, ამ ფაზაში ადამიანი გამორჩეულად კარგად გრძნობს თავს: „ზოგჯერ გგონია, რომ უცნაურად განათებულ სივრცულ სამყაროში დაფრინავ, სადაც ყველაფერი ლამაზი და არანეულებრივია“ – მაგრამ ამგვარ აღმაფრენას, როგორც წესი, დაცემის მძიმე ფაზა ენაცვლება, – „სხვა დროს კი, არანორმალური შიში გეუფლება, რადგან იცი, რომ სიშორეებს, რომელსაც თანდათანობით უახლოვდები, სიგიჟე მოაქვს. ამას ყველა სიგიჟედ თვლის... დიახ, ეს სიგიჟეა... სიმართლეს თვალი უნდა გაეუსწორო, ეს უკვე ნამდვილი შეშლილობაა... და არანორმალური შიში უკვე საშინელ პანიკაში გავდებს“...

ეიფორიული ფაზის დასაწყისში ადამიანები ენერჯის მოჭარბებას განიცდიან; ისინი ძლევამოსილ და წარმატებულ პიროვნებებად შეიგრძნობენ თავს, არა აქვთ საფრთხის განცდა; კგონიათ, რომ ცხოვრება ჩქეფს მათ გარშემო. დარწმუნებულნი არიან თავიანთ მომხიბვლელობაში; აღფრთოვანებულნი და აქტირებულნი ხდებიან, მიკლედ, შესანიშნავად გრძნობენ თავს. ერთ-ერთ ინტერვიუში მარგო ქიდერმა ასე დაახასიათა ეს

მდგომარეობა: „ბეთქოვენის მე-9 სიმფონიის მოსმენისგან მიღებული სიამოვნება ახლოსაც ვერ მივა იმ ექსტაზთან, რომელსაც ეიფორიის დროს განიცდი“.

ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია ასე განსაზღვრავს მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის სიმპტომებს:

- სწრაფი და ხშირად ხანმოკლე საუბარი თითქმის შეუსწერებელივითი აზრიდან მეორესე გადახტომა. ხშირად დარღვეულია ლოგიკური კავშირი ერთმანეთთან მონაცვლე თემებს შორის. იდეათა ამგვარი „დადაფრენა“ შეიძლება აზრსმოკლებულ სისულელებებში გადაიზარდოს, რომლის აღქმაც მსმენელისთვის შესაძინევად რთულდება.
- უმიზესო კარგი განწყობილება, რომელსაც ობიექტური უსიამოვნება ვერაფერს აკლებს. თვით ტრაგედიაც კი უძლეურია, ცვლილება შეიტანოს ამ აღფრთოვანებულ მდგომარეობაში. ამავდროულად, ხშირია განწყობილების ასევე უმიზესო, მკვეთრი ცვლილება, სიბრაზისა და პარანოიის შემოტევა (ბოდვები თანმიმდევრულად ენაცვლება ერთმანეთს. ასე მაგალითად, დენის მანიას შეიძლება მოჰყვეს სრული უსაფრთხოების განცდა).
- სწრაფი მოძრაობა, გეგმებისა და პროექტების დახვევა, შემოჭარბებული აქტივობა.
- ხანგრძლივი უძილობა ყოველგვარი დადლილობის გარეშე. ასეთ ავადმყოფებს ზოგჯერ უედიზედ რამდენიმე ღამე არ სძინავთ. ხშირად ჭამის მოთხოვნილებაც შეზღუდულია.
- თვითდაჯერებულობა და საკუთარი პერსონის გაზვიადებული შეფასება, უადგილო ოპტიმიზმი. ხშირია თვითგანდიდების მანიის ნიშნები (ასეთ დროს ღმერთთან ან ცნობილ პოლიტიკურ ფიგურებთან აიგივებენ თავს) და სრულიად უსაფუძვლო რწმენა, რომ ბუნების კანონები მათზე არ მოქმედებს.
- ერთდროულად რამდენიმე საქმისთვის ხელის მოკიდება, რომელთა ბოლომდე მიყვანა წინასწარვეა განწირული გა-

ნუხორციელებლობისთვის. ამის საპირისპიროდ, უმნიშვნელო წერილმანებს შესაძლოა არაადეკვატური გაღიზიანება და მწყობრიდან გამოსვლა მოჰყვეს.

- ზომიერებისა და საჭიროების აღქმის დაკარგვა რაიმეს ყიდვის დროს. ხშირია იმპულსური, არამოტივირებული საქციელი, მაგალითად, მანქანის გაუფრთხილებლად ტარება ან გაუთვლელი, მოუფიქრებელი და წამგებიანი ბიზნეს-ინვესტიციების გაკეთება.
- დამახასიათებელია შემთხვევითი და არაორდინალური სექსუალური ურთიერთობები.
- მოუთმენლობა, გაღიზიანება, ნერვული აგზნება, დაძაბულობა. ხშირია შემთხვევები, როცა მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებული ადამიანი ციხეში ხვდება, რადგან მისი არაორდინალური მდგომარეობა და მისწრაფებები კანონის დარღვევას იწვევს.

ეიფორიის ამ ეპიზოდებს, როგორც წესი, ღრმა დეპრესია მოჰყვება ხოლმე. ხანდახან ეს დაუყოვნებლივ ხდება, ხანდახან კი ამ ფაზის დადგომას რამდენიმე თვე სჭირდება. ასეთ შემთხვევაში, შუაში ნორმალური მდგომარეობის დიდი ინტერვალი ჩნდება ხოლმე. სერიოზულად დაავადებულ ადამიანებთან ეს ფაზები შეიძლება სწრაფად ჩანაცვლებად ციკლურ ხასიათს ატარებდეს, როცა გუნება-განწყობილება პერმანენტულ მერყეობას განიცდის.

ამის შედეგად შეიძლება სუიციდური მდგომარეობა მივიღოთ. მარგო ქიდერისთვის ნაცნობია თვითმკვლელობისა და თვითდასახინრების ამგვარი მცდელობები: „თითქოს ყოველთვის თვითმკვლელობის მიჯნაზე ვცხოვრობ, ამიტომ წინასწარ არაფერს ვგეგმავ“. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, თვითმკვლელობათა საერთო რიცხვის 20% სწორედ მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით არის გამოწვეული.

## შფოთვეით-ფობიკური აშლილობა

ყოველი ჩვენგანისთვის ნაცნობია შიშის გრძნობა. ამგვარ რამეს გამოცდის წინ, უფროსობასთან უსიამოვნო ინციდენტის შემდეგ ან რაიმე რთული პრობლემის პირისპირ განვიცდით ხოლმე. შიშის მცირე დოზები თითქოს ძალების მობილიზებაშიც კი გვეხმარება, რათა უფრო ეფექტურად დაეუპირისპირდეთ შემთხვევით თუ მოსალოდნელ უსიამოვნებებს.

მაგრამ იმ ადამიანებში, ვისაც შფოთვეით-ფობიკური აშლილობა აწუხებს, შეტევის პერიოდში დაძაბულობა მაქსიმუმს აღწევს და თითქმის დაუძლეველი ხდება. ეს შიში მათ იმაში კი არ ეხმარება, რომ საკუთარ ძალებს მობილიზება გაუკეთონ გარედან მომდინარე საფრთხის წინაშე, არამედ აიძულებს, რეალობას გაექცნენ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, შფოთვეით-ფობიკური აშლილობები არ არის დამოკიდებული ადამიანის ნერვულ მდგომარეობაზე. ეს დაავადება ფსიქიკურ სნეულებათა შორის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო გავრცელებულია; მისი ფორმებიდან უფრო პანიკური აშლილობა, აკვიატებული მოქმედება და ფობიების შემთხვევები ჭარბობს.

## შიშის აჟეპტი და ფობიები

ჯერილინ როსს არასოდეს ჰქონია სიმაღლის შიში. პირიქით, მას კიდევც მოსწონდა თვალუწვდენელი სიმაღლეები. უყვარდა ფრენა, წინებული მოთხილამურე იყო. ის რისკიანი და გაბედული ქალიშვილი გახლდათ, რომელსაც ემპაირ სტიმტი ბილდინგის თაეზე, ლამის კიდევზე მდგარს შეეძლო ქვევით

გადაშლილი ხედის თვალთვლება. მაგრამ, ერთ მშვენიერ დღეს, როცა ის 25 წლის იყო და კოლეჯის მეგობართან ერთად ევროპაში მოგზაურობდა, მოხდა ისეთი რამ, რამაც მთელი მისი ცხოვრება შეცვალა. „გავიგეთ, რომ ავსტრიის ქალაქ ზალცბურგში მუსიკალური ფესტივალი ტარდებოდა“, – ასე დაიწყო თავისი ამბის მოყოლა ჯერილინმა.

„ასე აღმოვჩნდით ზალცბურგში. ვიღაცამ მთებში აშენებულ რესტორან „უინქერის“ შესახებ გვიამბო და ჩვენც გადაწყვიტეთ ამ არაჩვეულებრივ ადგილას წასვლა საცეკვაოდ, გასართობად და მუსიკის მოსასმენად. რესტორანი ლამის მთის წვერზეა აშენებული. ჩვენც ჩავსხედით ლიფტში და მთის წვერს რომ მივადწიეთ, რესტორანიც გამოვინდა. ეს რესტორანი ისეა აშენებული, რომ იქ ყოფნის დროს, სრული შეგრძნება გეუფლება, თითქოს შენობაში კი არა, მთაზე იმყოფებოდე.

აქ უზარმაზარი ვერანდა იყო, რომელიც ქალაქს გადაჰყურებდა. ფესტივალის გამო მთელი ქალაქი გაბრდღვიალებული იყო. ეს არაჩვეულებრივი სანახაობა გახლდათ. ვერანდიდან ლამის ლამპიონებით განათებული უზარმაზარი ეკლესია ჩანდა და შესანიშნავი მუსიკა ისმოდა. ჩემს მეგობარ გოგონასთან ერთად ვიჯექი მაგიდასთან, როცა ახალგაზრდა ყმაწვილი მომიახლოვდა და მთხოვა, მასთან მეცეკვა. ჩვენ ვაღსს ვცეკვავდით და ქვევით მოლიცლიცე ქალაქს გადაყურებდით. მახსოვს როგორი აღფრთოვანებით უფიქრობდი: „რა ბედნიერებაა, ერთ-ერთ ყველაზე უფრო რომანტიკულ ადგილას ვიმყოფები და მშვენიერ პრინცს ვეცეკვები“... ამ დროს, სრულიად მოულოდნელად, ყოველგვარი წინაპირობის გარეშე, ლამის მომცელა პანიკის ძლიერმა შეგრძნებამ. ისეთი განცდა მქონდა, თითქოს რაღაც ძალა მაგნიტივით მიზიდავდა ვერანდის კიდისკენ. ვერ ვხედებოდი, რა მემართებოდა. გული გადარეულივით მიცემდა, ოფლი მასხამდა; მეგონა, რომ ჭკუიდან ვიშლებოდი.

მიუხედავად ამ არანორმალური შეგრძნებისა, ჩემს პარტნიორს თითქმის მშვიდად ეუთხარი, რომ დასარეკი მქონდა, ბოდიში მოვუხადე და ცეკვას თავი დავანებე. არსად დასარეკი არ მქონდა, ან კი ავსტრიაში ვისთვის უნდა დამერეკა? ჩემს მეგობარს ვანიშნე, რომ პრობლემები მქონდა და წამოვედით იქიდან. მახსოვს, როგორ ვცდილობდი, ტურისტებს შორის გამეღწია და როგორმე ლიფტში აღმოვჩენილიყავი.

როგორც კი ქვევით ჩამოვედით, კარგად ვიგრძენი თავი. ვერაფრით მიემხვდარიყავი, მაღლა რა უბედურება დამემართა. იმას კი ვგრძნობდი, რომ რაღაც ძლიერი ტრავმა მივიღე, მაგრამ ეს ტრავმა რა წარმოშობისა იყო, ვერ ვარკვევდი. არა, დეპრესიული არ ვიყავი, არც თავის მოკვლა მინდოდა. ჩვენ ისევ ჩავსხედით ლიფტში, მაგრამ მივეუახლოვდით თუ არა გარკვეულ სიმაღლეს, ისევ ცუდად ვიგრძენი თავი. იძულებულნი გახდით, უკანვე დაებრუნებულიყავით“.

ჯერილინს, რომელიც ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის ერთ-ერთი დამფუძნებელი იყო, ეს ეპიზოდი ვერ გატეხავდა: „როცა ნიუ-იორკში დაებრუნდი, ჩემს მეგობარ მამაკაცთან წავედი სტუმრად. ის მრავალსართულიან სახლში ცხოვრობდა. როგორც კი ლიფტში შევაბიჯე, იმწუთშივე პანიკა დამეწყო. ვერ გაჩერდი მის სახლში და ვთხოვე, ქვევით ჩავსულიყავით. ექვსი თვის მანძილზე უკვე დანამდვილებით დავადგინე, რომ მეთე სართულამდე პრობლემა არ მქონდა. მერე კი პანიკა მეწყებოდა. ვერაფრით ვხვდებოდი, რატომ. ფსიქოლოგიის ფაკულტეტი მაქვს დამთავრებული, ამიტომ ცოტა ვერკვევი ამ პრობლემებში. ბიბლიოთეკებში უამრავი წიგნი გადავკექე, მაგრამ ამაოდ. ვერსად ვერაფერი ვიპოვე. არც გადახტომა მინდოდა სიმაღლიდან, არც დეპრესიული ვიყავი, არც სუიციდური მიდრეკილებები მქონდა. ასეთ მდგომარეობაზე არსად არაფერი იყო ნათქვამი“.

ჯერილინს არავისთვის უთქვამს თავისი პრობლემების შესახებ. ოჯახისთვისაც კი არაფერი გაუმხელია, რადგან ფიქ-



რობდა. რომ „რალაც ბნელი დემონები“ შეუწინდნენ, რაც ძნელი ასახსნელიც იყო და ძნელი გასაგებიც: „ხუთი წლის მანძილზე მანკეტენში ვცხოვრობდი, მაგრამ მათე სართულზე მადლა ერთხელაც არ ავსულვარ. თხილამურებით სრიალს ვაგრძელებდი. ამ პერიოდში ევროპაშიც კი წაყვანილი სათხილამუროდ. არავითარი ახალი შეგრძნებები აღარ მქონია. ეს არ იყო სიმადლის შიში. უბრალოდ, გარკვეულ სიმადლზე საშინელ დისკომფორტს განვიცდიდი, თითქოს რალაც ძალა მიწიდავდა. ეს მდგომარეობა ლოგიკურ ახსნას არ ექვემდებარებოდა. აბა, ვისთვის უნდა მეთქვა: შემძლია შენთან ერთად თხილამურებით ვისრიალო, საბაგირო გზით ავიდე მთაზე და იქიდან დავეშვა ქვევით, მაგრამ ვერასოდეს მოვალ სტუმრად, თუ მე-12 სართულზე ცხოვრობ... ერთადერთი, რაც დანამდვილებით გავიგე ამ ავადმყოფობის შესახებ, ის არის, რომ ფობია სრულიად ალოგიკური რამ გახლავთ“.

ოცდაათი წლის ასაკში, ჯერილინმა ნიუ-იორკში არსებული პატარა თერაპიული ჯგუფის შესახებ წაიკითხა, რომელსაც თითქოს ფობიებთან ბრძოლაში კარგი შედეგები ჰქონდა. ის გაწვერიანდა ამ ჯგუფში. „იქ ძირითადად ძალიან ნორმალური ადამიანები იყვნენ, ჩემნიარები, – ადვოკატი, ბიზნესმენი, მასწავლებელი... მივხვდი, რომ მარტო არ ვიყავი. და რაც მთავარია, დაერწმუნდი, რომ გიყი არა ვარ. თითქოს მამშვიდებდა იმის შეგრძნება, რომ ვილაც მაინც გავიცანი, ვისაც ჩემი მსგავსი პრობლემები ჰქონდა. ჩვენ ყველანი მეტ-ნაკლებად წარმატებული ოჯახებიდან ვიყავით, არც ერთს არ გვექონდა აუწყობელი ცხოვრება და ნორმალურად გამოვიყურებოდით, უბრალოდ ერთი პატარა „რალაც“ გვაწუხებდა, რომელიც ძნელი გასაგები და ასახსნელი იყო.

ამ ჯგუფში ის დახმარება მივიღე, რომლის მეშვეობითაც ახლა მე თვითონ ვმკურნალობ სხვა ადამიანებს. ჩემმა ექიმმა მომიკიდა ხელი, ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით, და ჩვენ ერთად ავედით მეცხრე სართულამდე. ასე დაიწყო ჩემი მკურნა-

ლობა. ათი კვირის შემდეგ უკვე ნიუ-იორკის ნებისმიერ ცათამბჯენზე შემოდლო ასვლა და იქ კოქტეილის დაღვევა ყოველგვარი შიშისა და დისკომფორტის გარეშე. მახსოვს, პირველად როგორ ავედი ორმოცდამეხუთე სართულზე. ვუყურებდი ჩემს ქვევით ზანტად მოცურავე ღრუბლებს და ვფიქრობდი, რომ მაინც გავიმარჯვე. ეს ჩემი ოლიმპიური მედალი იყო. ცხოვრებაში ასეთი უცნაური და მშვენიერი წამი არასდროს მქონია“.

როგორც ჯერილინის ისტორიიდან დავინახეთ, პანიკის შეტევა მოულოდნელად იწყება. მას სპეციფიკური გამომწვევი მიზეზი არ სჭირდება და თავსარდაცემის შეგრძნებას იწვევს. აართალია, ის სულ რამდენიმე წუთი გრძელდება, მაგრამ ამ მცირე პერიოდშიც კი ისეთ ინტენსივობას აღწევს, რომ ადამიანს აკონია, თითქოს კვდება, გული მისდის ან გონებას კარგავს. ხშირ შემთხვევაში პანიკის შეტევები სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას და ექიმთა მეთვალყურეობას საჭიროებს და რეანიმაციით შეიძლება დამთავრდეს.

პანიკური აშლილობის დროს დამახასიათებელია შეტევათა პერიოდული გამეორება, ამიტომ ის ადამიანები, რომელთაც ეს დაავადება აწუხებთ, პერმანენტული შიშის ქვეშ იმყოფებიან, რომ უეცრად შეტევა არ დაეწყით. დაავადებულს აშინებს იმ მოქმედებათა გამეორება, რომლის დროსაც პანიკური აშლილობა განვითარდა. ასე მაგალითად, თუ ვინმეს პანიკური შიში პირველად მანქანის ტარების დროს დაემართა, მას შემდგომშიც გაუჭირდება მანქანის მართვა. ჯერილინსაც ხომ ასევე ეშინოდა სიმალლეზე ასვლის, რადგანაც გარკვეულ სიმალლეზე რაღაც მიზიდულობის მაგვარს გროხობდა.

პანიკური აშლილობით ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანი ავადდება. თუმცა, ბოლო დრომდე პანიკური შიში სერიოზულ ფსიქიკურ დაავადებად არ ითვლებოდა. „ჩვენ იმ ადამიანებს მიგვაკუთვნებდნენ, ვისი საწუხარიც ფაქტობრივად საწუხარიც კი არ არის – ისე, კარგი ცხოვრებიდან გამომდინ-

ნარე პატარა კაპრიზია. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაავადებას ძალიან სერიოზული შედეგები შეიძლება ჰქონდეს და ხშირ შემთხვევაში მძიმე ფსიქიკური დაავადების მსგავსად მიმდინარეობდეს, ადამიანებს მაინც ჰგონიათ, რომ ეს გამოგონილი პრობლემებია“.

სამწუხაროდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, დაავადებულთა 25%-იც კი არ მიმართავს შეულისთვის სამკურნალო დაწესებულებებს.

ამ წიგნის წინასიტყვაობაში, სადაც ჯერილინმაც ჩამიწერა რამდენიმე წინადადება სათაურით „შიშხე გამარჯვება“, შეეცადა ამეხსნა, რომ პანიკური შიშით დაავადებული ადამიანების უმრავლესობა, რომელიც ამბულატორიის ექიმებს მიმართავს თავისი პრობლემებით, მხოლოდ ზოგად რჩევებსა და არაფრისმთქმელ ახსნა-განმარტებას თუ იღებს პასუხად. ისინი ძირითადად ნეეროზით, იპოხონდრიითა და გადაღლილობით ხსნიან პაციენტთა მდგომარეობას და სწორი დიაგნოზისა და მკურნალობის გარეშე ტოვებენ მათ.

როცა დიაგნოზი დაუდგენელია ან დაავადებას არასწორად მკურნალობენ, ეს თავად ავადმყოფსაც და მისი ოჯახის წევრებსაც უფრო ძვირი უჯდებათ. საბოლოო ჯამში კი ეს გარემოება საზოგადოებისთვისაც წამგებიანია. ბევრი ადამიანის ცხოვრება სრულიად მახინჯდება პანიკური შიშის გამო, რადგან მათ უჭირთ მოგზაურობა ან სახლიდან შორს წასვლა, ეს კი ხელს უშლის ნორმალური ოჯახების ჩამოყალიბებას, კარიერის გაუმჯობესებას და საზოგადოებრივი მოვალეობების სრულად აღსრულებას. საგანგებოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ადამიანებს ალკოჰოლის მიმართ უნდებიათ მიდრეკილება, რადგან სასმელი შიშის დაძლევის ილუზიას ქმნის, მაგრამ ეს ცალკე საუბრის თემაა და მის შესახებ ქვევით გვექნება მსჯელობა.

სახალხო და პროფესიული განათლების ნაციონალური სისტემის პროგრამების წყალობით, რომელთა შემუშავებაში

ჯერილინის ორგანიზაცია ცილებს მონაწილეობას, აგრეთვე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტისა და პანიკური აშლილობის ამერიკული ასოციაციის თანადგომით, დღეს ამ მხრივ გაცილებით უკეთესი მდგომარეობაა და უზრავლეს შემთხვევაში დაავადების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უკვე სწორად მიმდინარეობს.

### *პანიკური აშლილობის სიმპტომები*

პანიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელი ტიპური სიმპტომებია:

- თავბრუსხვევა, ოფლიანობა, ხელების გაცივება, რყევის შეგრძნება, კანკალი და სისუსტე;
  - გულსრევის შეგრძნება ან ტკივილი მუცლის არეში;
  - სიმძიმის შეგრძნება გულმკერდის მიდამოში, აჩქარებული ან შენელებული მაჯისცემა;
  - გართულებული სუნთქვა, ქოშინი და სულის ხუთვის შეგრძნება;
- შიშისზარი – შეგრძნება, რომ რაღაც გამოუსწორებელი და შემოსარავი ხდება და ამის თავიდან აცილება შეუძლებელია; საკუთარ ქცევაზე კონტროლის დაკარგვა და შიში, რომ რაღაც სამარცხვინო მოხდა;
- სიკედელის შიში;
- არარეალურობის განცდა.

ავადმყოფობა იწვევს პერმანენტულ შიშს, რომ შეტევა ისევ განმეორდება, აქედან გამომდინარე, ადამიანი მკვეთრად იცვლის ცხოვრების წესს იმის მცდელობაში, რომ თავი დაიხსნას ახალი შეტევისგან.

ხშირ შემთხვევაში, ადამიანები დაავადების ისეთ სეგაულუნაში ექცევიან, რომ თავის დაზღვევის მიზნით, მაღალში გასულას და საჯესთან დაჯდომასაც ერიდებიან. სოგიერთი შინაპატიმრობაშიც კი იკეტება რამდენიმე წლის განმავლობაში, ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით. დაავადების ამ ფორმას აგორაფობია (agoraphobia) ჰქვია.

აგორაფობია პანიკური აშლილობით დაავადებულთა თითქმის მესამედს უვითარდება. ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მონაცემებით, ამ ჯგუფის დიდ უმრავლესობას, თითქმის ორ მესამედს, ქალები წარმოადგენენ. ეს იმას ადასტურებს, რომ ქალები უფრო მგრძობიარენი არიან ფსიქიკური დაავადების ხსენებული ფორმის მიმართ. თუმცა, სოგიერთი ექსპერტი მიიხნევს, რომ მამაკაცები ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების საშუალებით ეწევიან დაავადების „თვითმკურნალობას“.

პანიკური შიშები იმდენად მძიმე ავადმყოფობაა, რომ ადამიანის უნარობაც კი შეიძლება გამოიწვიოს. მაგრამ დღეს მისი ეფექტურად მკურნალობა სრულიად ხელმისაწვდომია. დროულმა მკურნალობამ შეიძლება აღკვეთოს პანიკური შიშების გადაზრდა აგორაფობიაში. ამით დაავადებულ ადამიანებს სერიოზულად უნდა მიუდგეთ, დაუშვებელია ავადმყოფისთვის ისეთი სოგადი ფრაზების თქმა, როგორც არის: „აქ არაფერია სერიოზული“, „ეს მხოლოდ შენს თავში ხდება“, „ამისი ნუ შეგეშინდება“ და მისთანანი, რადგან ეს ნიშნავს, რომ განსაცდელში ჩავარდნილ ადამიანს შეეღისა და მკურნალობის გარეშე ვტოვებთ.

## აკვიატებული აზრები და მოქმედებები

ჯაფრი შვარცს, მკვლევარსა და ფსიქიატრს, რომელიც კალიფორნიის უნივერსიტეტში მუშაობს, ათასობით ადამიანი ჰყავს განკურნებული აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებებისგან. ის

ამ დაავადებას ახასიათებს, როგორც „ტენის გადა“.

ამავე სახელწოდების წიგნში ის წერს: „ჩვენ ამ პრობლემას ტენის გადაკეტვას ვუწოდებთ, რადგან აკვიატებული ახრიალ და მოქმედებების დროს ერთდროულად იკეტება ტენის ოთხი მთავარი ფუნქცია და ის იწყებს არასწორი, უმართებულო ცნობების დაგზავნას, ადამიანი კი ვერ ახერხებს გაერკვეს ამ ახრების უმართებულობაში“.

დოქტორი შეარცი გვიხსნის, რომ აკვიატებული ახრებისა და მოქმედებების მსხვერპლნი ჩართულნი არიან უცნაურ და თვითდამანგრეველ მოქმედებებში, რადგანაც ფიქრობენ, რომ ამ გზით მოსალოდნელი კატასტროფისგან დაიზღვევენ თავს, „მაგრამ სინამდვილეში არავითარი კავშირი არ არსებობს მათ საქციელსა და იმ მოსალოდნელ კატასტროფას შორის, რომელსაც ისინი ასე გაურბიან“.

### *აკვიატებული ახრებისა და მოქმედებების სიმკატრომები*

ადამიანებს, რომელთაც აკვიატებული ახრები და მოქმედებები აქვთ, აწუხებთ:

- არამოტივირებული შიშები ოჯახის უსაფრთხოების ან დაბინძურების გამო; აგრეთვე გაზვიადებული მისწრაფება სისუფთავისა და სიმეტრიისკენ; ლოგიკას მოკლებული კითხვები, რომლებიც გაუთავებლად მეორდებიან; დაუსაბუთებელი შიშები გადასახადების გადაუხდელობისა და ყოველდღიური მოვალეობის შეუსრულებლობის გამო; გადაჭარბებული განცდები მკრეხელობის ან მორალური ნორმების დარღვევის გამო; შიში, რომ ეინმეს ტკივილი არ მიადგეს, აგრეთვე გადაჭარბებული სიფრთხილე შესაძლო ძალადობის ნებისმიერი ფორმის გამოვლინებასთან დაკავშირებით.

აკვიტებული აზრები ან მოქმედებები, რომელთა მეშვეობითაც ეს ადამიანები ცდილობენ საფრთხის, დაბინძურების თუ მკრეხელობის თავიდან აცილებას, შემდეგში გამოიხატება:

პერმანენტული ბანა;

განუწყვეტელი თვლა;

კარების საკეტების გამუდმებული შემოწმება;

ძველი, გამოუსადეგარი ნივთების შენახვა;

განუწყვეტელი ლაგება, რათა ყველაფერი ყოველთვის წესრიგში იყოს და თავისი ადგილი ჰქონდეს მიწინაღობა;

საბანკო ანგარიშების შემოწმება და გადამოწმება;

გარკვეულ ნივთებზე რიტუალური შეხების აუცილებლობა რამდენჯერმე ან ამავე რიტუალს დაქვემდებარებულ რიცხვთა ოდენობით.

შეარცი ასე ხსნის ამ მდგომარეობას: „როცა ტყინი უკვე ამოვარდნილია ჩვეული ნორმიდან, მას შეუძლია გიკარნახოს, რომ ხელები ისევ დასაბანი გაქვს. და შენც იბან, თუმცა ამის საჭიროება არ არსებობს“. სამწუხაროდ, თუ ეს მექანიზმი ჩაირთო, დროთა განმავლობაში აკვიტებული ჩვევები უფრო ინტენსიური გახდება: „ადამიანები, რომელთაც აკვიტებული აზრები და მოქმედებები აქვთ, იბანენ და იბანენ ხელებს, მაშინაც კი როცა ეს პროცედურა მათ ტკივილს აყენებს და უსიამოვნო შეგრძნებებს იწვევს. ისინი გრძნობენ, რომ მათი მოქმედება არაადეკვატურია, რცხვენიათ და ეუხერხულებათ ამის, ამიტომ მართლაც მონდომებულნი არიან, შეიცვალონ ცხოვრების წესი“.

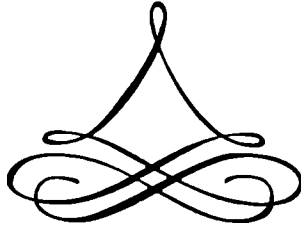
მიუხედავად იმისა, რომ ეს დაავადებაც შეიძლება უუნარობის გამომწვევი იყოს, ის ძალიან კარგად ექვემდებარება მკურნალობას. როგორც ჯერილინ როსმა ამიხსნა: „ჩემთვის ყველაზე მისაღები ფორმაა, როცა ამ დაავადებების შესახებ ასე საუბრობენ: ღიახ, ეს მძიმე დაავადებაა, სერიოზული

დაავადება, მაგრამ მისი განკურნება შესაძლებელია. ჩვენ დაავადებულთა დაახლოებით 90%-ს ვშველით – აი, ამას ვეძახი კარგ და სასიამოვნო ამბავს“.



ამ თავში შევეცადე, გამეშუქებინა ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებების მთავარი მახასიათებლები. მინდოდა მათ შესახებ რეალურად არსებული ადამიანების პიროვნული განცდების მეშვეობით მომეთხრო. ამ ადამიანებს სურდათ, ჩვენთვის თავიანთი ტკივილის თუ გამარჯვების ისტორიები გაეზიარებინათ. მათ სჯერათ, რომ მათი გამოცდილება ვიღაცას მაინც დაეხმარება, რათა უკეთ გაერკვეს თავისი დაავადების არსში და იმედი იქონიოს, რომ დამქანცველი ბრძოლა ამ მიმე სენტან წარმატებით დამთავრდება სწორი მკურნალობის წყალობით. მომდევნო თავებში ჩვენ თვალს მივადევნებთ ახალ, განსაცვიფრებელ აღმოჩენებს ადამიანის ტვინის შესწავლისა და მკურნალობის სფეროში, რაც უამრავ ადამიანს ასე ნანატრ შეებას ჰპირდება. მაგრამ მანამდე მინდა ერთად განვიხილოთ საკითხი იმის შესახებ, თუ რატომ უწოდებენ ფსიქიკურ დაავადებებს „თანაბარი ალბათობის პრობლემებს“.





## თანაბარი აღბათობის პრობლემა

○ ცოდით, რომ დიკ კავეტს, მაიკლ უოლესს და და არტ ბანჟელდს დეპრესია აწუხებდა? Today-ს შოუს ამინდის წამყვანმა პანიკური მდგომარეობა დაძლია, ხოლო პეტ დიუკმა მემუარები დაწერა მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით თავისი დაავადების შესახებ.

ფსიქიკური დაავადების ერთ-ერთი თვისება ისიც არის, რომ იგი არავითარ საზღვრებს არ ცნობს. ყველა სოციალური ჯგუფის ადამიანი, იმისდა მიუხედავად, თუ ვინ არის, სად ცხოვრობს, რამდენი წლის არის, მდიდარია თუ ღარიბი, შავკანიანია, ყვითელკანიანი თუ თეთრკანიანი, შეიძლება დაავადდეს ამ სენით. მაგრამ არსებობს ერთი გარემოება – ზოგიერთი ჯგუფი შეიძლება სხვაზე მეტად დაუცველი აღმოჩნდეს ფსიქიკური სნეულებების მიმართ.

სხვადასხვა ადამიანებს ამ პრობლემათა გადაწყვეტის სხვადასხვა მეთოდები აქვთ. ზოგიერთი სრულიად არამართებულად ცდილობს თვითონვე უმკურნალოს თავის თავს დამამშვიდებელი პრეპარატებისა თუ ალკოჰოლის საშუალებით. მათთვის, ვინც სიღარიბეში ცხოვრობს და სამედიცინო დახმავება არ გააჩნია, კვალიფიციური სამედიცინო მეთვალყურეობა ხელმისაწვდომი არ არის. განათლების დაბალი დონე, გაუთ-

ვითცნობიერებლობა ან ფსიქიკური დაავადებების შესახებ ტრადიციული წარმოდგენები ასევე შეიძლება ხელისშემწელო ფაქტორი გახდეს სწორი მკურნალობის მიღებისთვის; ბავშვები მშობლებზე არიან დამოკიდებულნი, ხოლო მათ შეიძლება გამოეპაროთ შეილების ავადმყოფობა; მოხუცები კი პირიქით — შეილების მეთვალყურეობის იმედად არიან და თუ ისინი არ დაეხმარნენ, მარტო ვერ გაართმევენ თავს ფსიქიკურ პრობლემებს. ასეა თუ ისე, ფაქტია, რომ თვითშეგნებას, განათლებას და სწორად მკურნალობას დღეს საგრძნობლად შეუძლია შეამსუბუქოს უამრავი ადამიანის მდგომარეობა, რომელიც ყოველგვარი აუცილებლობის გარეშე იტანჯება.

### ქალებს უფრო ერევა ეს დაავადება თუ კაცებს?

ზოგიერთი ფსიქიკური დაავადება, კერძოდ კი დეპრესია და შფოთვით-ფობიკური აშლილობა, ქალებს უფრო ხშირად ემართებათ ვიდრე კაცებს, მაშინ, როდესაც შიზოფრენია და მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის შემთხვევები თანაბარი რაოდენობით გვხვდება როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. მეცნიერები ბევრს წერენ ამ უცნაური კანონზომიერების შესახებ, მაგრამ ერთმნიშვნელოვნად ვერავის აუხსნია ეს მოვლენა.

პრობლემა იმის შესახებ, თუ რატომ ერევა დეპრესია უფრო მეტად ქალებს, ვიდრე მამაკაცებს, მკვლევარებმა რამდენიმე ზოგად ჰიპოტეზამდე დაიყვანეს, რაც ასე გამოიყურება:

ქალები მეტად არიან მიდრეკილნი იმისკენ, რომ შეველითხოონ, ამიტომ, მათი მონაცემები უფრო ხშირად ხვდება სხვადასხვა სტატისტიკურ ჩამონათვალში.

დეპრესიული მდგომარეობის ჩამოყალიბებაზე, შესაძლოა, ქალსა და მამაკაცს შორის არსებული კორმონული და ბიოლოგიური განსხვავებაც მოქმედებდეს (განსაკუთრებით კი პრემენსტრუალურ და მენსტრუაციისშემდგომ სინდრომთან მიმართუ-

ბაში. ეს მდგომარეობა ხშირად უშვილობისა და მიუსაფრობის პრობლემებთან დაკავშირებულმა ემოციურმა განცდებამაც შეიძლება გაამწვავოს).

ხშირად გაიგონებთ სპეკულაციურ აზრს, რომ ქალები მიდრეკილნი არიან დეპრესიისკენ „გამომდინარე თანამედროვე კულტურის დისკრიმინაციული დამოკიდებულებიდან ზოგადად ქალის მიმართ“. მაპროვოცირებელ ფაქტორად ითვლება ნაკლებად პრესტიჟული სამსახური, უფრო მოკრძალებული ეკონომიკური შესაძლებლობები და განსხვავებული ანუ შედარებით დაბალი სასოგადოებრივი მდგომარეობა.

ქალები და ბავშვები სიღარიბეში მცხოვრებ ამერიკელთა 75%-ს შეადგენენ, ხოლო სიღარიბე განისაზღვრება როგორც „პირდაპირი გზა დეპრესიისკენ“.

ბავშვობაში გოგონები უფრო ხშირად ხდებიან ძალადობის, სექსუალური ან ფიზიკური შეურაცხყოფის მსხვერპლნი, რაც მოგვიანებით ტრავმის შემდგომ სტრესებსა და ფსიქიკურ აშლილობებს იწვევს (ასეთია კომარული სისმრები, აფორიაქებული მდგომარეობა, შიშები, სტრესული ეპიზოდების გაელეება) და დეპრესიის განვითარების მიზეზი ხდება.

ქორწინება და შეილების განენაც დეპრესიის ფაქტორად შეიძლება იქცეს ქალის ცხოვრებაში – რაც უფრო მეტი შეილი ჰყავს, მით უფრო დიდია დეპრესიის წარმოქმნის ალბათობა.

თუმცა, თვითმკვლელობის მცდელობები მამაკაცებს შორის ოთხჯერ უფრო ხშირად გეხდება, ვიდრე ქალებს შორის. ამას იმით ხსნიან, რომ ქალები და მამაკაცები, ჩვეულებრივ, განსხვავებულად უდგებიან მათ წინაშე არსებული პრობლემების გადაჭრის საკითხს. ფსიქოლოგებმა აღმოაჩინეს, რომ

---

<sup>10</sup> McGrath, E., G.P. Keita, Bonnie Strickland, at al., 'Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1990).

<sup>11</sup> იქვე.

როცა ქალის ცხოვრებაში უსიამოვნებები ხდება, ის პირველ რიგში საკუთარ თავს ადანაშაულებს, კაცო კი პირიქით – მიზეზს გარეთ ეძებს და ცდილობს, სხვას გადააბრალოს თავისი პრობლემები<sup>7</sup> ტერენს რეალი, ფსიქიატრი, რომელმაც მამაკაცთა დეპრესიის შესახებ დაწერა წიგნი სათაურით „არ მინდა ამაზე საუბარი“, ასე ხსნის ამ ფაქტს: „სწორედ ეს არის ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, რომ დეპრესიული მამაკაცები ხშირად ენხუბებიან თავიანთ ცოლებს, შვილებს, თანამშრომლებს. მაგრამ, თუ ამას ვერ ახერხებენ, მაშინ სხვა გზებს ეძებენ დეპრესიის გასაქარვებლად. ანარტული თამაშები, სასმელი და ქაღუბი მათთვის თვითმკურნალობის ის საშუალებებია, რომელიც დეპრესიის დაძლევაში ეხმარება“<sup>8</sup>.

ალკოჰოლს, რომელიც საბოლოო ჯამში ერთ-ერთი ძლიერი დეპრესანტია, დროებით შეუძლია დადებითად იმოქმედოს ადამიანის გუნება-განწყობილების გაუმჯობესებაზე. ხშირად, სასმელი დეპრესიის ისეთი მსუბუქი ფორმების დათრგუნვასაც უწყობს ხელს, როგორც არის უმადობა, საერთო სისუსტე, მოთენთილობა. მაგრამ ეს მხოლოდ დროებითი ეფექტია. რაც შეეხება კოკაინსა და სხვა ნარკოტიკულ საშუალებებს, მათაც ახასიათებს გუნება-განწყობილების დროებითი გაუმჯობესება, მაგრამ მხოლოდ დროებით და საბოლოოდ ისინი მანე ზეგავლენას ახდენენ ადამიანის ფსიქიკაზე და მათი მოქმედება მხოლოდ მოწვევებითი უკეთესობით შემოიფარგლება.

ისეთი რელიგიური სექტის წარმომადგენელთა შორის ჩატარებულმა გამოკვლევებმა, როგორც ემიშები არიან, რომლებიც არც სვამენ და არც ნარკოტიკებს იღებენ, გვიჩვენა, რომ ამ

---

Riger, Stephanie, and Pat Gilligan, "Women in Management: An Exploration of Competency Paradigms" *American Psychologist* 35 (1980): pp. 902-11.

<sup>7</sup> Warrick, Pamela, "The Sad Truth About Men," *Los Angeles Times* (February 10, 1997), p.E1.

კვლასგან განსხვავებულ სასოგადოებაში დეპრესიის შემთხვევები ქალებსა და მამაკაცებს შორის თანაბარი სიხშირით გვხვდება. აქედან შეიძლება მარტივი დასკვნა გავაკეთოთ, რომ ქალებიც და მამაკაცებიც ერთნაირად მგრძნობიარენი არიან დეპრესიის მიმართ, უბრალოდ, კაცების შემთხვევაში, ეს მიდრეკილება ალკოჰოლიზმითა და ნარკომანიით ინიღბება\*.

იგივე შეიძლება ითქვას შიშების მიმართაც. თუმცა, ოფიციალური მონაცემების თანახმად, ქალები აქაც ლიდერობენ. ისინი ორჯერ უფრო ხშირად იტანჯებიან ამ დაავადებით, ვიდრე მამაკაცები. გამოკვლევები ადასტურებს, რომ სოციალური ფობიებით დაავადებულთა 20% (ასეთია, მაგალითად, უკიდურესი მორცხვობა) სწორედ ალკოჰოლის საშუალებით ცდილობს დისკომფორტის მოხსნას. ხოლო ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა თითქმის მესამედი ადასტურებს, რომ სმის დაწყებამდე პანიკური ან სოციალური შიშები აწუხებდა. მედიცინაში ორი ფსიქიკური დაავადების ან ფსიქიკური დაავადებისა და ალკოჰოლიზმის ან ნარკომანიის ერთად მიმდინარეობას ორმაგი დიაგნოზი ეწოდება\*.

---

\* Rosen, Laura Epstein, and Xavier F. Amador, "When Someone You Love Is Depressed" (New York: Free Press, 1996), p. 165.

ორმაგი დიაგნოზი შეიძლება გაცილებით უფრო რთულ ფორმებს იღებდეს, ვიდრე უბრალოდ ორი დაავადების თანაარსებობაა. უახლესი გამოკვლევების თანახმად, ფაქტობრივად, 18-დან 54 წლამდე 8 ათას ამერიკელზე მეტი, რომელიც არასდროს ყოფილა პოსპიგალიზებული, სამ ან მეტ ფსიქიკურ დაავადებას ებრძვის. ასე მაგალითად, ადამიანს შეიძლება ერთდროულად აწუხებდეს დეპრესია, შიშებით გამოწვეული აშლილობა და ალკოჰოლიზმი.

Kessler, Roland C., Kathrine A. McGnagle, et al., "Lifetime and 12 month Prevalence of DSM-III-R "Psychiatric Disorders in United States: Results from the National Comorbidity Study," "Archives of General Psychiatry 51" (1994) pp. 8-19.

მწერალი უილიამ სტაირონი თავის მემუარებში „ხილული წყვილი“ მეტად ხატოვნად აღწერს იმ ურთიერთმიმართებას, რომელიც არსებობდა მის ალკოჰოლიზმსა და დეპრესიას შორის. ერთ მშვენიერ დღეს, მან აღმოაჩინა, რომ ალკოჰოლმა, რომელიც აქამდე მის „უდიდეს მოკაეშირეს“ წარმოადგენდა „სურგი აქცია“: „ვეღარ ვსვამდი, თითქოს ჩემი ორგანიზმი და ფსიქიკაც, ორივე ერთად აღსდგა იმ ჩვევის წინააღმდეგ, რომელსაც აქამდე მხოლოდ მიესალმებოდა. ეს ერთგვარი პროტესტი იყო. ღიახ, ჩემი დემონების დამაფრთხობელი ძლიერი მოკაეშირე სადღაც გაუჩინარდა და მარტო დამტოვა ამ საშინელ დემონებთან. ემოციურად სრულიად დაუცველი, უმწეო და გაშიშვლებული დაერჩი. ასეთი მძაფრი განცდა მანამდე არასდროს მქონია... ამას შემადრწუნებელი კოშმარებიც დაემატა“.

სტაირონის სიტყვები მეტად საცნაურია. ალკოჰოლს ან ნარკოტიკებს ნამდვილად შეუძლია ფსიქიკური დაავადებების დაჩქარება ან გამწვავება. ასევე, როგორც ადრე აღვნიშნეთ, სმის ან ნარკოტიკების მიმართ მიდრეკილება თავდაპირველად შეიძლება თვითმკურნალობის ხასიათს ატარებდეს და მოგვიანებით ჩამოყალიბდეს ახალ, უკვე თავისთავად პრობლემად<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> *Styron, William, "Darkness Visible: A Memoir of Madness" (New York: Vintage Books, 1992), p.43.*

<sup>11</sup> *ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის ნაციონალური ინსტიტუტის ღირექტორის ალან ი. ლეშნერის თანახმად, ადამიანები ფსიქიკური ამლილობით 2,7-ჯერ ხშირად აელენენ ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლიზმის მიმართ მიდრეკილებას, ვიდრე სხვა ადამიანები, ხოლო ალკოჰოლიზმით დაავადებულებს 4,5-ჯერ ხშირად უვლინდებათ ფსიქიკური დაავადებები.*

*Leary, Warren E., Depression Travels in Disguise with Other Illnesses, The New York Times, January, 17, 1996.*

ჯორჯიაში არსებული მომხმარებელთა ურთიერთობების ატლანტას შტატის განყოფილების თავმჯდომარის, ლარი ფრიქსის სიტყვები ადასტურებს ამ მოსაზრებას. სანამ მას მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის დიაგნოზს დაუდგენდნენ და სათანადო მკურნალობას დაუნიშნავდნენ, მანიის პერიოდებში ის ალკოჰოლს ეტანებოდა, რათა მოჭარბებული აღფრთოვანება და ენერჯია ოდნავ დაექვევითებინა, დეპრესიის ფაზაში კი კოკაინს ხმარობდა, რომ განწყობილება ხელოვნურად გაეუმჯობესებინა<sup>7</sup>. ჩემი მესობელი ბრექსტონ მოლარდი ვალიუმის დიდი დოზებით ახშობდა დეპრესიას, მსახიობი მარგო ქიდერი კი ცდილობდა დაავადება ალკოჰოლითა და ნარკოტიკებით შეენიღბა. ის ფიქრობდა, რომ სასოგადოებისთვის ეს უფრო მისაღები მანკი იქნებოდა, ვიდრე ფსიქიკური დაავადება.

ერთმა მწერალმა ამ მდგომარეობას ხატოვანი შეფასება მისცა: „ხასიათის პათოლოგია ან პიროვნების გაორება უხილავი წყალქვეშა ნავია, რომელიც ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ოკეანის სიღრმეში იმალება“<sup>8</sup>

## ფსიქიკური დაავადებები ბავშვებსაც აწუხებთ

წლების მანძილზე, ფსიქიატრები ვერ იჯერებდნენ, რომ ღიდუბის მსგავსად, ბავშვებიც იტანჯებიან ფსიქიკური დაავადებებისგან. ისინი მიიჩნევდნენ, რომ ბავშვის გონება გარკვეულ ასაკამდე არ არის ჯეროვნად განვითარებული იმისთვის, რომ ემოციური ან ფსიქიკური სახის პრობლემები გამოამჟღავნოს. მაგრამ ასე არ აღმოჩნდა – ბავშვთა ფსიქიკური და ემოციური პრობლემები, სამწუხაროდ, რეალობაა, ხოლო დეპრესია ადამი-

---

<sup>7</sup> იქვე.

<sup>8</sup> Sleek, Scott, "When Depression Lurks Beneath an Addiction" American Psychological Association Monitor, January, 1990.

ანს 7-8 წლის ასაკშიც კი შეიძლება განუვითარდეს. სხვა ფსიქიკური დაავადებები უფრო ადრეულ ასაკშიც შეიძლება გამოვლინდეს. ჩვენ არაფერი ვიცით იმის შესახებ, თუ რა წარმოქმნის ფსიქიკურ პრობლემებს ესოდენ ადრეულ ასაკში, მაგრამ, ვფიქრობთ, რომ ბიოლოგია და გარემო პირობები თანაბრად უნდა მონაწილეობდნენ ამ დაავადებათა წარმოშობაში.

სანამ მეცნიერები ამ პრობლემის ბიოლოგიურ საფუძვლებს სწავლობენ, ჩვენ უამრავი გარემო პირობა შეგვიძლია დავასახელოთ, რომელიც სამართლიანად შეიძლება ჩაითვალოს ფსიქიკური დაავადებების გამომწვევ მიზეზად. ამ ფაქტორებს შორის არის: ძალადობის მცდელობა, შეურაცხყოფა, გარყენილება, უყურადღებობა, მშობლების დაშორება, ოჯახის ნგრევა, ახლობელთა გარდაცვალება. შესაძლებელია, დაავადების გამომწვევი მიზეზი სხვა დამთრგუნველი პირობებიც გახდეს. ასეთია რასობრივი ან რელიგიური დისკრიმინაცია ან სიღარიბე.

გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ხუთიდან ერთი ამერიკელი მოზარდი ფსიქიკური აშლილობისგან იტანჯება. ამათგან 7,5 მილიონი ბავშვი სერიოზულად არის დაავადებული, მაგრამ, სამწუხაროდ, მოკლებულია სათანადო მკურნალობას<sup>1</sup>. ზოგჯერ მშობლები, მასწავლებლები ან ექიმები ვერც კი ხედებიან, რომ ამ ბავშვებს ფსიქიკური პრობლემები აწუხებთ. და ეს მაშინ, როცა ხშირ შემთხვევაში, მათი წარმატებული მკურნალობა საცხებით შესაძლებელია. ამის სანაცვლოდ, ასაკის ზრდასთან ერთად, ეს ბავშვები უკვე ჩამოყალიბებულ ფსიქიკურ დაავადებას იძენენ წარსულისგან მძიმე მემკვიდრეობად.

---

*როგორც აღნიშნულია კონგრესის მოხსენებაში „ნაციონალური გეგმა ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიკურ დაავადებათა კვლევის საკითხებში“, 1990. აგრეთვე ჩვენი ბავშვების 17-დან და 22%-ს, ანუ 11-დან 14 მილიონ ახალგაზრდა ამერიკელს ფსიქიკურ დაავადებებთან ერთად შეიძლება აუტიზმი, ტუტორის სინდრომი და ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიული აშლილობა აწუხებდეს.*



შიშები და ფობიები მეტად ნოყიფიერ ნიადაგს ქმნის მომავალში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი მიდრეკილების გასავითარებლად, ხოლო ბავშვობაში გადატანილმა დეპრესიამ, რომელიც მკურნალობისა და მეთვალყურეობის გარეშე მიმდინარეობდა, შეიძლება მოზრდილ ასაკში სუიციდური ქცევა და მიდრეკილებები გამოიწვიოს. თვითმკვლელობა მოზარდთა შორის სიკვდილიანობის ხშირ მიზეზად სახელდება. სუიციდს მესამე ადგილი უჭირავს სხვა მიზეზთა შორის 15-დან 24 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში, ხოლო 10-დან 14 წლამდე ასაკში სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის მეოთხე ადგილზე სახელდება.

ნუგეშისმომცემია ის გარემოება, რომ ბოლო დროს დიდი წარმატებები იქნა მიღწეული ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობის საქმეში. არსებობს ახალი წამლები, რომლებიც მეტად ეფექტურად კურნავს ამ დაავადებებს. მათი მაღალი ეფექტურობის გამო კვებისა და სამკურნალო საშუალებათა ადმინისტრაცია თავის პროსპექტებში ხშირად აშუქებს ამ მედიკამენტებს (1996 წელს ნახევარ მილიონზე მეტ ბავშვსა და მოზარდს ჰქონდა გამოწერილი ისეთი წამლები, როგორც არის პაკსილი, ზოლოფტი ან პროზაკი, შიშებისა და დეპრესიის სამკურნალოდ<sup>2</sup>). თუმცა, წამლები დეპრესიის მკურნალობის ერთადერთი საშუალება სულაც არ არის. ინდივიდუალური და ოჯახური თერაპია მეტად წარმატებულად ართმევს თავს ბავშვთა ფსიქიკური პრობლემების მკურნალობის საქმეს.

მეტიუ სტოფერის ავადმყოფობის ისტორია ნათლად გვიჩვენებს ბავშვებს შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ფსიქიკური დაავადების სიმპტომებს და მიმდინარეობის დინამიკას. ამ დაავადებას მედიცინაში ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიურ აშლილობას უწოდებენ, შემოკლებით კი მხოლოდ

---

<sup>2</sup> Tanoye, Elyse, "Antidepressant Makers Study Kids' Market," *The Wall Street Journal*, April 4, 1997.

პირველ ასობებს ხმარობენ მის აღსანიშნავად – Attention Deficit Hiperactivity Disorder – ADHD. იმავე დაავადებას სამედიცინო ლიტერატურაში ზოგჯერ ყურადღების დეფიციტით გამოწვეულ აშლილობადაც მოიხსენიებენ<sup>7</sup>. მასწავლებლებსა და მშობლებს ამ დაავადებასთან შეურიგებელი ბრძოლა უწევთ, რადგან ის საკმაოდ არის გავრცელებული ბავშვებს შორის.

მეტეიუს დედა ჟურნალში USA Today წერდა, რომ პირველად ამ დაავადების სიმპტომები თავის ბიჭუნას იმ ზაფხულს შეამჩნია, როცა ბავშვი 7 წლის გახდა<sup>8</sup>: „ის გამწარებით ჯდაბნიდა ფანქრით თავის ოთახის კედლებზე ცუდ სიტყვებს. მაშინ ეს ჩვეულებრივი ბავშვიური ამონეშება მეგონა“.

როგორც კი სასწავლო წელი დაიწყო, მეტეიუს მდგომარეობა დამძიმდა. მისი მოქმედება არაადეკვატური გახდა. მას უკვე აღარ შეეძლო დიდი ხნით ყურადღების კონცენტრირება და გაკეთილის მოსმენა. მაგრამ ერიდებოდა მასწავლებლისთვის ეთხოვა, გაემეორებინა ნათქვამი და ამიტომ ჯამბაზივით იქცეოდა, რათა თავისკენ მიეპყრო კლასის ყურადღება და ამ უდიერი ონავრობით დაეფარა, რომ მოსმენა უჭირდა. მისი ღირსებისა და საკუთარი თავის პატივისცემის შეგრძნება იმდენად აუდმოყოფური გახდა, რომ ნებისმიერ შენიშვნას ან საყვედურს მეტისმეტად მტკივნეულად განიცდიდა. სრულიად გასაგებია მასწავლებლის რეაქციაც – ის ღიზიანდებოდა, როცა მეტეიუ ჯამბაზობას იწყებდა.

ნოემბრამდე ყველაფერი ასე გრძელდებოდა, სანამ მეტეიუ ფსიქიატრთან არ მიიყვანეს გასასინჯად. სწორედ ამ ვიზიტის დროს დაუდგინდა მას დაავადება. უნდა აღინიშნოს, რომ ყურადღების დეფიციტის პიპერაქტიური აშლილობა ცხრიდან

---

1994 წელს დაახლოებით 2 მილიონ ბავშვს დაუდგინეს ამ დაავადების დიაგნოზი.

<sup>7</sup> Sperling, Dan, "Families Struggle with Kid's Hyperactive Behavior," USA Today, February 6, 1990, p.4D.

ექვს შემთხვევაში ბიჭუნებს ემართებათ. მისი სიმპტომები მოიცავს უკიდურეს აგზნებას, დაბნეულობას, ყურადღების გაფანტვას (კონცენტრირების მოკლე ეპიზოდებს და ისეთი წერილმანების გაზვიადებას, რომელთა მიმართ სხვები სრულიად გულგრილნი არიან) და იმპულსურობას (თითქოს არ ფიქრობენ, ისე მოქმედებენ)\*.

მიუხედავად იმისა, რომ ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიური აშლილობა არ იკურნება, დღეს მაინც შესაძლებელია იმ ბავშვების დახმარება, რომელთაც ეს დაავადება აწუხებთ. სასწავლო და ოჯახური თერაპიის ერთობლიობა ქცევის კოორდინირების სეანსებთან და წამლებთან ერთად კარგ შედეგებს იძლევა. ამ კურსის შემდეგ ბავშვები უფრო ყურადღებიანი ხდებიან და ახერხებენ სასწავლო პროცესისა და საზოგადოებრივი ურთიერთობების უკეთ რეგულირებას. მეტიუს მდგომარეობა საგრძნობლად გააუმჯობესა რიტალინის მიღებამ. ის ამ პრეპარატს „ფიქრის წამალს“ უწოდებს.

ბავშვთა შორის ასევე ხშირია შიშებისა და ფობიის შემთხვევებიც<sup>2</sup>, რომელიც ძალიან ადრეულ ასაკში შეიძლება გამოვლინდეს. დაშორების შიში (ასეთ დროს ბავშვებს სახლთან და მშობლებთან განშორების გადაჭარბებული შიში აწუხებთ) დაახლოებით 7 წლის ასაკში ჩნდება. ცოტა უფრო მოზრდილ ასაკში, დაახლოებით 10 წლიდან, ბავშვს შეიძლება გარეთ გასვლის შიში განუვითარდეს, რაც სკოლისადმი უნდობლობასა და უცხოთა მიმართ არაბუნებრივ შიშში გამოიხატება. პანიკური შიშის პირველი სიმპტომები დაახლოებით 6-7 წლის ასაკში იჩენს თავს.

ბავშვს შეიძლება ერთდროულად ორი ან მეტი სახის ამგვარი დაავადება აწუხებდეს. ცალკეულ შემთხვევებში, ისინი

---

\* *Larry B. Silver of Georgetown University School of Medicine in Washington, D.C.*

\* *ბავშვების 5-10%-ს შიშებით გამოწვეული აშლილობა აწუხებს.*

შეიძლება დეპრესიასთან ერთადაც იყოს წარმოდგენილი. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ასაკთან ერთად ეს დაავადებები შეიძლება გაღრმავდეს. ჯერილინ როსის გამოკვლევების თანახმად, პანიკური შეშები და აშლილობა ზრდასრულ ადამიანებში სათავეს ადრეული ასაკიდან იღებს: „ძალიან ბევრი პაციენტი, რომელსაც დაავადება მოსრდილ ასაკში დაუდგინდა, ადასტურებს, რომ ბავშვობაშიც აწუხებდა შეშები“.

ბავშვებს, რომელთაც ღამის განმავლობაში რამდენჯერმე ეღვიძებათ და უფროსებისგან უწვეულო რიტუალიზებულ დაპირებებს ითხოვენ, აგრეთვე თავნებობენ და ცდილობენ, ოჯახის წევრებს თავიანთი ჩვევები თავს მოახვიონ, შესაძლოა აკვიტებული მოქმედება აწუხებდეთ. ამგვარი ბავშვი შეიძლება ოჯახისთვის ნამდვილ უბედურებად იქცეს. ფსიქიატრი ჯეფრი შვარცი თავის წიგნში „ტვინის გადაკეტვა“ განმარტავს, რომ მშობლები თანდათანობით სულ უფრო მეტად ხდებიან ჩათრეულნი ბავშვის უცნაურ მოქმედებებში, რადგან დანაშაულის გრძობა აწუხებთ მის მიმართ: „ისინი ფიქრობენ, რომ თვითონ არიან ბავშვის დაავადების მიზეზი“. ცხადია, ეს არ არის სიმართლე, მშობლები აქ არაფერ შუაშია.

ქცევის აშლილობა (Conduct disorder) შეიძლება სკოლამდელ ასაკშიც კი გამოვლინდეს, მაგრამ სრულად მხოლოდ მოგვიანებით განვითარდება. ამ სენით დაავადებული ბავშვები უკონტაქტონი და აგრესიულნი არიან. მათ შორის ხშირია ქურდობის, ხანძრის გაჩენის, ვანდალიზმის შემთხვევები. ასეთი ბავშვები სასტიკნი არიან სხვა ადამიანებისა და ცხოველების მიმართ. ისინი ხშირად აცდენენ სკოლას და შინიდან გარბიან.

აქამდე, ბავშვთა შიზოფრენია აუტიზმის ერთ-ერთ სახეობად იყო მინიწული, მაგრამ თანამედროვე ტექნიკურმა მიღწევებმა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს ტვინის მუშაობას მოქმედებაში დაეკვირდეთ, გვიჩვენა, რომ საქმე გვაქვს ტვინის იმავე არანორმალურ ცვლილებებთან, რომელიც შიზოფრენიით

დაავადებულ მოზრდილ ადამიანებს აღენიშნებათ<sup>7</sup>. სამწუხაროდ, ბავშვის შემთხვევაში შიზოფრენიას გაცილებით უფრო მძიმე შედეგები შეიძლება მოჰყვეს, ვინაიდან ტვინის დაზიანება აღრეულ ასაკში იწყება და შემდგომ განუწყვეტლივ პროგრესირებას განიცდის.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადება უმძიმეს გართულებებს იწვევს როგორც თავად ბავშვების, ასევე მათი ოჯახის წევრების ცხოვრებაში. თუმცა, ჯერ კიდევ ათწლეულების წინ ამ დაავადებათა ჯეროვანი დიაგნოსტიკაც კი არ ხერხდებოდა. ფსიქიკური გართულებების მქონე პატარებს ან „მძიმე ბავშვად“ ნათლავენ, ან სულაც უბრალოდ უსრდელ მოსარდად აღიქვამდნენ და ამით მთავრდებოდა საქმე. ახლა, საბედნიეროდ, შესაძლებელია ამ ბავშვების მკურნალობა. მათ უმრავლესობას სწორი მკურნალობის შემთხვევაში შეუძლია ნორმალური ადამიანის ცხოვრებით იცხოვროს, მაგრამ აუცილებელია ავადმყოფობის დროული ამოცნობა. ნებისმიერი დაყოვნება შეიძლება დამღუპველი აღმოჩნდეს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ბავშვობაში ფსიქიკური პრობლემების იგნორირება ან მიჩუმება სერიოზულ დაავადებას იწვევს მოზრდილ ასაკში.

### უსიძიებარი დაავადებები მოხუცთა შორის

ყველა ჩვენგანს გაუგია უფროსი მეგობრის, მეზობლის ან ნათესავის მისამართით ნათქვამი სიტყვები: „ცხადია ნენსი ცოტა დეპრესიულია, მაგრამ ეს მის მდგომარეობაში სრულიად ნორმალურია, ის ხომ დიდი ხანი არ არის, რაც დაქვრივდა“. ან კიდევ: „ჯეკი გამომჯობინდება. გულის შეტევის შემდეგ ასე

---

<sup>7</sup> Frazier, Jean A., et al. "Brain Anatomic Magnetic Resonance Imaging in Childhood-Onset Schizophrenia." *Archives of General Psychiatry* 53 (1996) pp. 617-24.

ხდება ხოლმე, რამდენიმე თვეში ყვესე დადგება“. ფსიქიატრიული აღიანსის მიერ ჩატარებულმა სოციოლოგიურმა გამოკვლევებმა გეიჩენა, რომ ამერიკელთა 93% დარწმუნებულია, რომ დეპრესია დაავადება კი არა, ადამიანის ბუნებრივი რეაქციაა თავის ავადმყოფობაზე ან სხვა რაიმე უბედურებაზე.

სიმართლე კი ის არის, რომ არა აქვს მნიშვნელობა, რა ასაკის არის ადამიანი ან რაოდენ მძიმე დროება უდგას. დეპრესია არ შეიძლება ჩაითვალოს ნორმალურ მოვლენად. ეს არის დაავადება, რომელიც წარმატებით ექვემდებარება მკურნალობას. როგორც მე და ჯიმი აღენიშნავდით ჩვენს წიგნში – „გამარჯვებისთვის საჭიროა თვითონვე გარდაექმნათ ჩვენი ცხოვრება“, მოხუცი ამერიკელების უმრავლესობა სულაც არ არის დეპრესიული. ისინი კარგად ართმევენ თავს მათ წინაშე არსებულ პრობლემებს, ხალისიანნი, აქტიურნი, პროდუქტიულნი არიან. თვით ის მოხუცებიც კი, ვისაც მძიმე დაავადებები, მატერიალური შეჭირვება ან ახლობელთა დაკარგვით გამოწვეული ტკივილი აწუხებთ, ფსიქიკურად ჯანმრთელნი არიან. და მიუხედავად იმისა, რომ ზოგჯერ ადამიანს ასაკთან ერთად მართლაც შეიძლება დაეწყოს გარკვეული აშლილობა, ეს სულაც არ ნიშნავს, რომ ფსიქიკური პრობლემები მოხუცებულობის თანმხლები აუცილებლობაა.

თუმცა, მთლად უპრობლემოდ არც აქ არის საქმე. 65 წლის ასაკს მიახლოებულ 32 მილიონ ამერიკელს შორის დაახლოებით 4 მილიონს აწუხებს ფსიქიკური და ნერვული აშლილობა, რომელშიც ათეროსკლეროზიც შედის. დაახლოებით 5 მილიონს სერიოზული დეპრესიის სიმპტომები აღენიშნება, ხოლო 1 მილიონი კლინიკური დეპრესიით არის დაავადებული. გარდა ამისა, ბევრ მოხუცს აწუხებს შიშები, სტრესები, უძილობა, მარტოობა, სოციალური უფუნქციობა და იმის განცდა, რომ აღარავის სჭირდება.

მოხუცებულთა შორის თვისამკვლევლობის შემთხვევების ყველაზე გავრცელებული მიზეზი დეპრესიაა. ეს იმ დროს,

როცა აშშ-ს მოსახლეობის 13%-ს დაახლოებით 65 წელს გადაცილებული ადამიანები შეადგენენ, ხოლო თვითმკვლელობათა საერთო რიცხვის 20% სწორედ ამ ასაკზე მოდის. მთელ მსოფლიოში მამაკაცების თვითმკვლელობათა ყველაზე დიდი რაოდენობა 75 წლის ზემოთ ასაკში ხდება<sup>1</sup>, ხოლო თვითმკვლელთა 90%-ს სხვადასხვა დროს რომელიმე ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი პქონდა დადგენილი.

რა შეიძლება ამგვარი დისპროპორციის მიზეზი იყოს? საქმე ის გახლავთ, რომ მოხუცთა შორის ძალიან ბევრი ვერ ან არ იღებს კვალიფიციურ ფსიქიატრიულ დახმარებას, რადგან ვერც თვითონ, ვერც მათი ოჯახის წევრები ვერ ხვდებიან, რომ მათ ამგვარი დახმარება ესაჭიროებათ. ხშირად ამბულატორიის ექიმებსაც უჭირთ სწორი დიაგნოზის დასმა და პრობლემის სწორად ამოცნობა<sup>2</sup>.

ზოგჯერ დეპრესიის შენიღბვა აპათიას ან არასუსტ ჩივილებსაც შეუძლია. გამოკვლევები უჩვენებს, რომ მოხუც ადამიანთა სამი მეოთხედი თვითმკვლელობამდე ცოტა ხნით ადრე თერაპევტს ესინჯება, მაგრამ პრაქტიკულად არაფერს მიმართავენ ხოლმე ფსიქიატრს. ფაქტიურად, მოხუცთა მხოლოდ უმცირესი ნაწილი იღებს სწორ, კვალიფიციურ დახმარებას.

დეპრესია კიდევ იმიტომაც არის საშიში ამ ასაკში, რომ ის სხვა დაავადებების დამძიმებასაც უწყობს ხელს. გამოკვლევები უჩვენებს, რომ დეპრესია ხშირად ხდება გულის შეტევების, მალალი წნევისა და ინსულტის მიზეზი. სამედიცინო წრეებში კა-

---

*ამერიკის შეერთებულ შტატებში 80 წელს მიახლოებულ თეთრკანიან მამაკაცებს შორის თვითმკვლელობის შემთხვევები დანარჩენ მოსახლეობასთან შედარებით ორჯერ უფრო ხშირია.*

*<sup>1</sup> იმ მოხუცთა შორის, ვისაც ფსიქიკური მკურნალობა სჭირდება, მხოლოდ ერთი მესამედი იღებს კვალიფიციურ დახმარებას; ერთი მესამედი ჩვეულებრივ თერაპევტთან მკურნალობს, რომელმაც ხშირად შეიძლება არც კი იცოდეს ამგვარი დაავადებების მკურნალობა, ხოლო ერთი მესამედი საერთოდ არ მკურნალობს.*

მათობენ კიდევ იმის შესახებ, რომელი დაავადება ჩაითვალოს პირველად პრობლემად – ფსიქიკური თუ სომატური. ასე მაგალითად, მეცნიერთა ერთი ჯგუფი მიიჩნევს, რომ გულის დაავადებათა უმრავლესობა შეიძლება ტვინში მიმდინარე იმ ბიოქიმიური ცვლილებებით იყოს განპირობებული, რომელიც ქოლესტერინის მომატებას და აჩქარებულ მაჯისცემას იწვევს. სხვები კი ფიქრობენ, რომ დეპრესიული ადამიანები ნაკლებად სრუნავენ დიეტას, არ აქცევენ ყურადღებას წნევის ცვალებადობას, არ უვლიან თავს და, ამიტომაც, მეტად არიან მიდრეკილნი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისადმი”

ამის საპირისპიროდ, არცთუ იშვიათად, სომატურ დაავადებას შეუძლია ფსიქიკური დაავადების პროვოცირება გამოიწვიოს. ასე მაგალითად, დეპრესია და შიშები შეიძლება სიმსივნემ, დიაბეტმა, უძილობამ, გრიპმა, პოსტოპერაციულმა გართულებებმა, პარკინსონის დაავადებამ გამოიწვიოს.

ბშირია შემთხვევები, როცა მოხუც ადამიანებს სწორად ვერ უდგენენ დიაგნოზს. ამის მიზეზი ძირითადად სკლეროზი შეიძლება გახდეს, როცა ფსიქიკური დაავადების ამოცნობა გართულებულია პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გამო. თუმცა, ხდება ხოლმე, რომ „გულმაეიწიობის“ მიზეზი დეპრესიაა და არა ათეროსკლეროზი. სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, დეპრესიით გამოწვეული გულმაეიწიობის დაძლევა საკვებით შესაძლებელია, რაც თითქმის შეუძლებელია სკლეროზის შემთხვევაში, რომელიც ტვინის გადაგვარებასა და კვდომას იწვევს.

იმის გამო, რომ დეპრესიით დაავადებულ ადამიანებს ბშირად უძნელდებოდა სწორი გადაწყვეტილების მიღება, საჭიროა

---

*Kolata, Gina, "Which Comes First: Depression or Heart Disease? The New York Times, January, 14, 1997.*



ინიციატივა მათი ოჯახის წევრებმა აიღონ თავის თავზე, როგორც ეს ეინის მაკკინერის შემთხვევაში მოხდა”.

„ერთადერთი რამ მინდოდა – ვგადავწყვიტო ჩემთვის და არავის შევეწუხებინე. საშინელი შეგრძნება მქონდა“. მაგრამ ეინის ოჯახის წევრები მიხედნენ, რომ ამგვარი აპათია და უმადობა მისი ასაკისთვისაც კი არ იყო ნორმალური და ეინის ფსიქიატრთან წაიყვანეს. რამდენიმე კვირაში ეინის შინ დაბრუნდა: „უგუნებობა და აპათია გაქრა. ფანტასტიკურად ვგრძნობდი თავს“.

სამწუხაროდ, მოხუცთა უმრავლესობა ეინისივით იღბლიანი არ არის. ჰარი ნეინსი ათწლეულების მანძილზე სწორედ იმის გამო იტანჯებოდა, რომ სწორი დიაგნოზი ვერ დაუსვეს, მაგრამ როდესაც მან სახელმწიფოსგან დახმარება მოითხოვა უმწეობის გამო, აუცილებელი სამედიცინო შემოწმების დროს ფსიქიატრსაც ეხვეწა. რამდენიმეკვირიანი წარმატებული მკურნალობის შემდეგ, ჰარი ნეინსი ისევ თავის ძველ პროფესიას დაუბრუნდა.

მე ვეთანხმები ფსიქიატრთა ალიანსის ყოფილ პრეზიდენტს აირა რ. კეტს, რომელმაც კონგრესის წინაშე ამგვარი სიტყვები წარმოთქვა: „ჩვენ ოპტიმისტურად ვუყურებთ ხანდაზმულთა პრობლემებს. გეჯერა, რომ სხვადასხვა ავადმყოფობებისა და ასაკთან დაკავშირებული სტრესების მიუხედავად, ეს ადამიანები შეძლებენ ნორმალური, ხალისიანი ცხოვრების გაგრძელებას, თუ მათ დეპრესიას დროულად ამოვიცნობთ და განვკურნავთ“.

---

*Volz, Joe, "Depression Treatable Quickly and Effectively", The plain Dealer (Cleveland) February 21, 1995, p.10.*

*“ Katz Ira R., "Prevention of Suicide Through Education on Late Life Depression, testimony before the Senate Select Committee on Aging, Washington, D.C., July 30, 1996.*

სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფები და  
ფსიქიკური დაავადებები

– არც ერთი ერი დაზღვეული არ არის  
ამ პრობლემისგან

არსებობს მიზეზები, რომელთა გამო ფსიქიკური პრობლემების მოგვარება გაცილებით რთულდება გარკვეული ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებს შორის.

ზემოთქმული განსაკუთრებულ სიმწვავეს ისეთ შემთხვევებში იძენს, როცა ახალგაზრდებს შორის სუიციდური მიდრეკილებები ფსიქიკური დაავადებითაც არის დამძიმებული. კენია ნაკერ ბელო არის ქალი, რომელსაც დიდი მისია აქვს. ეს მისია ტრაგედიამ წარმოშვა. 1994 წლის ნოემბერში რეზაკთან მისი ხანმოკლე, ექვსთვიანი ქორწინების შემდეგ, მისი მეუღლე მრავალსართულიანი სახლიდან გადმოხტა და თვითმკვლელობით დაასრულა სიცოცხლე. რეზაკი სრულიად ახალგაზრდა იყო, მხოლოდ 27 წლის. ის საკმაოდ წარმატებულ ადამიანად ითვლებოდა, ერთ-ერთი პრესტიჟული კოლეჯის კურსდამთავრებული „კოკა-კოლას“ კომპანიაში მუშაობდა აღმასრულებლად.

კენიას მეორე ქმარს ზაკი ჰქვია. მას მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებს, მაგრამ რატომღაც რცხვენოდა წამლების მიღება. ის ზედმეტად ამაყი იყო იმისთვის, რომ თავისი დაავადება ეცნო და მიაჩნდა, რომ სწორი დიეტით და ფიზიკური ვარჯიშით მისი ინტელიგენტური ბუნება ადვილად მოახერხებდა ტვინში მიმდინარე ბიოქიმიური პროცესების კონტროლს. ზაკს, რომელიც აფრიკული წარმოშობის ამერიკელია, იმდენად ჰქონდა გამჯდარი სტიგმის შიში, რომ ეგონა, დაავადება ხელს შეუშლიდა მის წარმატებულ კარიერასა და უზრუნველ მომავალს. ბოლოს და ბოლოს მან იქამდე მიიყვანა საქმე, რომ მანიაკალური ფაზების ზეგავლენით, როცა თავისი ქცევის გაკონტროლება უჭირდა, მაინც დაკარგა სამსახური. ამ

დარტყმას უმძიმესი დეპრესიული ეპიზოდი დაემატა, რომელმაც დათრგუნა ზაკის ათვისების უნარი და ახლა უკვე სწავლაც გაუჭირდა. ყოველივეს კი შედეგად ის მოჰყვა, რომ ერთ დროს წარმატებული ახალგაზრდა იმედგაცრუებულ და ყველაფერზე ხელჩაქნეულ ადამიანად იქცა.

კენიას წერილი, რომელიც მან თავის მიერ დაარსებული ორგანიზაციის გასეთში Free Mind Generation („თავისუფალი შეხედულებების თაობა“) გამოაქვეყნა, სწორედ ამ ისტორიას გვიამბობდა. კენიას ორგანიზაცია მოწოდებულია, შეკვანიან ახალგაზრდებს დაეხმაროს სტიგმის დაძლევაში და ცდილობს ფსიქიკური პრობლემების მიმართ სწორი მიდგომა განუვითაროს ადამიანებს: „მიჯეროდა, რომ ძლიერი ხასიათის კაცს, რომელსაც გვერდით მოსიყვარულე, ერთგული ცოლი, მეგობრები და ნათესავები ედგა, როგორღაც უნდა დაეძლია ეს დაავადება. სამწუხაროდ, ეს რწმენა არა თუ გულუბრყვილო, ფატალურიც კი აღმოჩნდა. რეზაკს მხოლოდ მოსიყვარულე ცოლი და ძლიერი ნება კი არა, სერიოზული მეკურნალობა ესაჭიროებოდა“<sup>10</sup>

რეზაკ ბელოუს ნაადრევი სიკვდილი მეტად საცნაურია ჩვენი რეალობისთვის. თუ ადრე შეკვანიან მოსახლეობაში ძალიან იშვიათი იყო თვითმკვლელობის შემთხვევები, რადგან არსებობდა ერთგვარი რწმენა, რომ „შეკვანიანი მამაკაცი არავითარ შემთხვევაში თავს არ მოიკლავს“, დღეს, სამწუხაროდ, სუიციდური მომენტები მეტად გახშირებულია ამერიკის მოსახლეობის თვით ამ ჯგუფშიც კი. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (Centres for Disease Control – CDC) მიერ 1996 წელს ჩატარებული გამოკვლევების თანახმად, 1980 წლის შემდეგ შეკვანიან მოსახლეობაში 63%-ით არის გაზრდილი თვითმკვლელობის შემთხვევები 15-დან 24 წლამდე ასაკის მამაკაცებში, ხოლო 10-

---

<sup>10</sup> Bello, Kenya Napper, "Acute Depression is a Disease...Not a Character Flaw," "Black Men Don't Commit Suicide," Spring 1995, p. 1

დან 14 წლამდე ასაკობრივ შუალედში ეს მონაცემი თითქმის 300%-ს აღწევს<sup>5</sup>

თვითმკვლელობათა რაოდენობის ამ მატების მიზეზად მრავალი ფაქტორი სახელდება. მათ შორის არის: იარაღის ტარების შეუსაბამო უფლება, რასობრივი დისკრიმინაციის შემთხვევები სამუშაო ადგილებში, სიღარიბე, უიმედობა და სტრესები, რომელსაც ახალგაზრდობა აწყდება ნეკნის ურბანიზებულ ყოველდღიურობაში; ამას ოჯახების ნგრევაც ემატება; მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ეკლესიის გავლენის შესუსტებაც ამერიკის შავი მოსახლეობის ცხოვრებაში; ხოლო ყოველივეს პერმანენტული ძალადობის ქვეშ არსებობის ეთნიკური გამოცდილებაც ამძაფრებს.

ამერიკის თეთრკანიან მოსახლეობასთან შედარებით, სუიციდური ეპისოდების ტრადიციულად დაბალ რიცხვს შავკანიანთა შორის შეკვირვები იმითაც ხსნიან, რომ ამ სამყაროში არსებობს თვითმკვლელობის სხვისი ხელით განხორციელების პრაქტიკა. მსხვერპლმა შეიძლება გამიზნულად შექმნას ისეთი ვითარება, რომ თავისი ბანდის რომელიმე წევრის მიერ იყოს მოკლული, რადგან შავკანიანთა შორის ითვლება, რომ მკვლელობა ნაკლებ სამარცხვინოა, ვიდრე თვითმკვლელობა. ამ სოციუმში ხშირია ავტოკატასტროფის მოწყობა, ასევე ნარკოტიკების გადაჭარბებული დოზების მიღება ან მეგობართა თანდასწრებით შემთხვევითი გასროლის იმიტაცია. ასეთ ვითარებაში ეს ინციდენტები უკვე აღარ ითვლება თვითმკვლელობად და უბედურ შემთხვევას მიეწერება.

„ზოგიერთი მართლაც თვითონ იკლავს თავს, სხვები კი გამიზნულად აყენებენ თავს გარდაუვალი სიკვდილის პირას, – წერდა კენია ბელო, – ის ახალგაზრდები, რომლებიც ამგვარ

---

<sup>5</sup> Centers for Disease Control and Prevention, "CDC Surveillance Summaries," *Morbidity and Mortality Weekly Report* 45, noSS-4 (September 27, 1996).

გზას ირჩევენ, როგორც წესი, გაუსაძლისი ტკივილის გამო აკუთვებიან ამას, რომლის სათავე უიმედობაში ძეგს. ციხიდან ხშირად მწერენ წერილებს აფრიკული წარმოშობის მამაკაცები. მათი მდგომარეობა იმდენად შემაძრწუნებელია, რომ სიცოცხლე ყოველგვარ ფასს კარგავს. ეს ადამიანები არად აგდებენ როგორც თავის, ასევე სხვათა სიცოცხლეს“.

ესპანურენოვან ამერიკულ მოსახლეობაში თვითმკვლევლობას, როგორც წესი, განსხვავებული მიზეზები აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ თეთრკანიანებთან შედარებით აქაც დაბალია თვითმკვლევლობათა რიცხვი, მაინც ორჯერ უფრო მეტია ვიდრე აფრიკული წარმოშობის საზოგადოებაში. გამოკვლევები აჩვენებს, რომ ეს ტენდენცია განსაკუთრებით თვალშისაცემია მოზარდთა შემთხვევაში“

დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების თანახმად, სკოლის მოსწავლე ლათინურ-ამერიკული წარმოშობის გოგონები 15.5%-ით უფრო ხშირად ფიქრობენ თვითმკვლევლობის შესახებ, ვიდრე მათი შვეკანიანი თანატოლები.

რატომ გახშირდა თვითმკვლევლობის შემთხვევები ასე თვალშისაცემად ამ პოპულაციაში? შესაძლოა ამის მიზეზი ის იყოს, რომ ემიგრანტი მშობლების ბავშვებს უჭირთ ახალ კულტურულ გარემოსთან შეგუება. შესაძლოა, მათ ოჯახებში მოუგვარებელი პრობლემების გამო უფრო შფოთიანი და დაძაბული ატმოსფეროა. სამედიცინო გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ემიგრანტ მშობელთა შეილემების დიდ ნაწილს აწუხებს შიშები და სხვა სახის ფსიქიკური აშლილობები. ამის ახსნა ნაწილობრივ იმითაც შეიძლება, რომ ფსიქიატრთა შორის არც ისე ბევრი პროფესიონალია, რომელიც ესპანურ ენას ფლობს,

---

<sup>27</sup> *National Collection of Hispanic Health and Human Service Organizations, "Growing Up Hispanic. Vol II, National Chartbook (Washington, D.C., National Collection of Hispanic Health and Human Service Organizations, 1995).*

რაც პაციენტებთან სრულფასოვან კონტაქტს საგრძნობლად ართულებს, არ არსებობს ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება და ამის გამო, მხოლოდ მცირე ნაწილი იღებს კვალიფიციურ დახმარებას. ასეა თუ ისე, ფაქტია, რომ ლათინურ-ამერიკული წარმოშობის მოსარდთა შორის ძალიან მაღალია დაუცველი და მეთვალყურეობას მოკლებული ბავშვების რიცხვი.

ეს პრობლემები რომ მოგვარებულიყო, შესაძლოა, თვით-მკვლევლობების, შიშებისა და დეპრესიათა რიცხვი საგრძნობლად შემცირებულიყო.

აზიური წარმოშობის უფრო ახალი ტალღის ემიგრანტების მდგომარეობა ჯერ კიდევ შესასწავლია და ჯერჯერობით ვერ იძლევა ნათელ სურათს, რადგან აზიურ ქვეყნებში ფსიქიკური დაავადებები უმძლავრესი სტიგმის წნეხქვეშ იმყოფება. ოჯახის წევრის ფსიქიკურმა პრობლემებმა აქ შესაძლოა ადამიანის სოციალურ სტატუსზე მეტად უარყოფითად იმოქმედოს. ასეთებს ხშირად ცოლის შერთვაც კი უძნელდებათ. ამიტომ, ამ ქვეყნებში ამგვარი დაავადებები იმალება და ოჯახის წევრები ცდილობენ გარეთ არ გავიდეს ინფორმაცია მათი „უბედურების“ შესახებ. ამ სოციუმებში მხოლოდ უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში თუ მიმართავენ საშველად ექიმს.

ყველა ეს თაეისებურება უფრო სრულად წარმოაჩენს ზოგად სურათს და ცხადად გვიჩვენებს, რომ კულტურული განსხვავებულობა გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დაავადებული ადამიანებისადმი მიდგომის მრავალწახნაგოვან პრობლემაზე.

როცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საპრესიდენტო კომისია საჯარო მოსმენებს ატარებდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, 1978 წელს ერთ ჰაიტელ ემიგრანტ ქალს შეეხვედი. იმხანად ის ფონიქსში ცხოვრობდა. მან მიაჩნო, რომ ექიმს ეჩვენა, რადგან ფიქრობდა, რომ მისი ქმრის პირველი ცოლი ჯადოს უკეთებდა და ეს ცუდად მოქმედებდა მის ჯანმრთელობაზე. ექიმმა მიიჩნია, რომ ქალს პარანოია აწუხებდა და უძლიერესი ფსიქოტროპული მედიკამენტი ტორაზინი დაუნიშნა. მოგვიანებით ისეთ ფსიქიატრთან შეხვედრამ, რომელიც ქალის კულტურულ გარემოს კარგად იცნობდა, ცხადია, გააუქმა ეს დიაგნოზი. ფსიქიატრი მიხვდა, რომ აქ არაერთი პარანოია არ იყო, უბრალოდ, საქმე ჰაიტში ფართოდ გავრცელებულ რწმენას ეხებოდა, რომელიც ქალის ცხოვრებაში ურთულეს დილემას ქმნიდა.

იმხანად, ჩვენ ერთი ქალაქიდან მეორეში გადავდიოდით და სხვადასხვა წარმოშობის ამერიკელებისგან უამრავ ასეთ ისტორიას ვისმენდით. ისინი ჩიოდნენ, რომ ვერ იღებდნენ შესაფერის ფსიქიატრიულ დახმარებას, რომელიც გაითვალისწინებდა მათი კულტურული გარემოსთვის დამახასიათებელ თავისებურებებს.

მსოფლიოში ყველა ადამიანი რომელიმე კულტურულ არეალს მიეკუთვნება. სწორედ ეს კულტურული თავისებურება დიდწილად განაპირობებს ჩვენს დამოკიდებულებას გარე სამყაროსთან და სხვა ადამიანებთან. არსებობს სპეციალური სახელმძღვანელო, რომელსაც ფსიქიატრები იყენებენ, როცა საქმე სპეციფიკური კულტურული გარემოს გათვალისწინებას ეხება დიაგნოზის დასმის დროს. ამ წიგნს ასე ჰქვია: „ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკა და სტატისტიკა“<sup>1</sup>. ამ ბოლო

<sup>1</sup> First, Michael B., Allen Frances and Harold Alan Pincus, "Diagnostic

დროს სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფთა კულტურული თავისებურებების შესახებაც შეიტანეს სახელმძღვანელოში მონაცემები. ასე მაგალითად, დღეისთვის წიგნში უკვე დეტალურად არის აღნუსხული მაღაიზიელთათვის მეტად პრობლემური ისეთი მოვლენის სიმპტომების ჩამონათვალი, როგორიცაა ამოკი. მაღაიზიაში არსებობს რწმენა, რომ ამოკს შეუძლია დაეუფლოს ადამიანის სულს, გამოიწვიოს უცაბედი კივილი, სიცილი ან კედელზე თავის ხეთქება, მაგრამ საზოგადოება ამ მოვლენას არანორმალურობად არ მიიჩნევს.

პაციენტთა კულტურული არეალის ცოდნა და გათვალისწინება აუცილებელია როგორც სწორი დიაგნოსტიკის, ასევე სწორი მკურნალობისთვის. თუ ავადმყოფსა და ფსიქიატრს არ ესმით ერთმანეთის ენა და ისინი განსხვავებულ ეთნიკურ გარემოს ეკუთვნიან, მაშინ კულტურულ თავისებურებასთან დაკავშირებული ნიუანსები ფსიქიატრისთვის ამოუცნობი დარჩება, ეს კი ხელს შეუშლის ეფექტურ მკურნალობას. ის, რაც ერთ ეთნიკურ გარემოში უპირობოდ ჩაითვლებოდა ბოდვად ან ქალუცინაციად, შესაძლოა სხვა კულტურულ არეალში ნორმალურ მოვლენად იქნას მიჩნეული. აზიური ტიპის საზოგადოებაში, სადაც პირველ პლანზე ოჯახის პრობლემები დგას და არა ინდივიდუალური სატკივარი, შესაძლოა ინდივიდუალური თერაპია ნაკლებეფექტური, მეტიც, გამოუსადეგარი აღმოჩნდეს. ზოგჯერ, შეიძლება ადამიანები ნდობის დეფიციტს განიცდიდნენ ფსიქიატრის მიმართ, თუნდაც იმის გამო, რომ უცხოესთან პირად პრობლემებზე საუბარი მათ სოციალურ გარემოში მკაცრად არის ტაბუირებული.

აი, თუნდაც ბავშვის აღზრდის პრობლემა. სხვადასხვა კულტურა სხვადასხვაგვარად უდგება ამ პრობლემას. ასე მაგალითად, ინდიელთა ბავშვები ჩუმები, მშვიდები და თავშე-



კავებულნი არიან, ლათინურ-ამერიკელთა ბავშვები კი პირიქით, ხმაურიანობითა და ექსპანსიურობით იქცევენ ყურადღებას. მაშინ, როცა სირცხვილის გრძნობას წამყვანი როლი ეკისრება აზიური სამყაროს ყოფით და ტრადიციულ ორიენტაციაში, ლათინურ-ამერიკელს შეიძლება სიღარიბე და წარუმატებლობა აწუხებდეს ისე ძლიერ, რომ სხვა ხალხებისთვის ეს გაუგებარიც კი იყოს. შავკანიან ამერიკელებს სრულიად განსხვავებული სახის პრობლემები აქვთ, მაგრამ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ეთნიკურ ჯგუფს, ამა თუ იმ ხარისხით, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ უწევს წინააღმდეგობის გაწევა რასიზმისა და ეთნიკური შევიწროების ცალკეული ტენდენციებისათვის.

New York Times-ში მწერალმა დანიელ გოულმენმა მოგვითხრო ერთი ისტორია, რომელიც ცხადად წარმოსახავს კულტურული განსხვავებულობის პრობლემის მნიშვნელობას ფსიქიატრიაში. საყვარელი ბიძის გარდაცვალების შემდეგ, რომელიც ეკვადორში ცხოვრობდა, ნიუ-იორკელმა ქალმა მოთქმა დაიწყო: „სულმა დამტოვა, ვერაფრით ვერევი თავს, სული აღარ არის ჩემთან“! რაკი ქალს ადრეც ჰქონდა ფსიქოსური ეპიზოდები, ოჯახის წევრებმა მისი მოთქმა შეტევად მიიჩნიეს და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დააწვიანეს. საბედნიეროდ, ქალი ისეთი ექიმის ხელში მოხვდა, რომელიც კარგად იცნობდა ლათინურ-ამერიკულ კულტურულ გარემოს და უმაღლ მიხვდა, რომ ქალს „სუსტო“ აწუხებდა, ე. წ. „სულის დაკარგვა“, რაც დაკავშირებულია საყვარელი ადამიანის გარდაცვალებასთან. ჩვენ ეს შეიძლება დეპრესიად მოგვეჩვენოს, მაგრამ ეკვადორელი ქალი რეალურად შეიგრძნობდა, რომ სული გარდაცვლილ ბიძას გაჰყვა თან.

ეს ისტორია მშვიდობიანად დამთავრდა. გარკვეული დროის შემდეგ ქალმა აღიდგინა ჩვეული მდგომარეობა და დამშვიდდა.

სწორი მკურნალობისა და დიაგნოზისათვის მნიშვნელოვანია, რომ ყოველ ცალკეულ ადამიანს მისი კულტურული სპეციფიკის გათვალისწინებით მიუდგეს ფსიქიატრი.

ტიში ატლანტის მიტოვებულ სახლებში ათევედა ღამეს. თავის ძველმანებიან ბოლნას სულ თან დაათრეულა. ღამის გასათევში შემთხვევით რომ რაჟე დარჩენოდა, უკან ვეღარ დაიბრუნებდა – იპარავდნენ. ის ახალგაზრდა იყო. მაღალი, კარგად აგებული, ლამაზი, შავი გრუსა თმით. უკვე წელიწადი ან წელიწადნახევარია, რაც უსახლკარო იყო. მის უთვისტომობას ისიც ამძაფრებდა, რომ ასთმაც აწუხებდა.

ადამიანების უმრავლესობას არასდროს განუცდია მარტობის, შიშისა და მიუსაფრობის ის გრძნობა, რომელიც ასე ნაცნობი და ჩვეულია ნებისმიერი უსახლკაროსთვის. ამერიკაში ასიათასობით ასეთი ადამიანი ცხოვრობს. ზიგიერთი ამ მდგომარეობაში ფსიქიკური დაავადებების გამო ვარდება. ტიშს კლინიკური დეპრესია აწუხებს.

„ოჰკერნ ჰაუსში“ ის 1997 წლის მარტში გადმოვიდა საცხოვრებლად. ეს არის ატლანტის ერთ-ერთი პროგრამა, რომელთანაც წლების მანძილზე ვთანამშრომლობ. აქ ძირითადად ფსიქიკურად დაავადებული ის ადამიანები ცხოვრობენ, რომელთაც მძიმე სნეულება აწუხებთ, მაგრამ ძნელად ეგუებიან მკაცრ რეჟიმს. ისინი პოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ნეგატიური გამოცდილებიდან გამომდინარე, აღარ ენდობიან დიდ კლინიკებს და ნებისმიერ მკურნალობას სიფრთხილით ეკიდებიან. ამიტომ არის, რომ „ოჰკერნ ჰაუსში“ მეტად თავისუფალი რეჟიმია, რათა არ შეიზღუდოს მათი დამოუკიდებლობა. თუ უნდათ, იატაკზეც კი შეუძლიათ დაიძინონ. ლიბერალური შინაგანაწესი აიოლებს მათ შეგუებას ახალ საცხოვრებელ პირობებთან და მეტი ნდობით განაწყობს საავადმყოფოს თანამშრომელთა მიმართ, რაც ხელსაყრელ პირობებს ქმნის უფრო წარმატებული მკურნალობისთვის.

ცოტა ხნის წინ ტიშს ვესაუბრე მისი დაავადებისა და წარსული გამოცდილების შესახებ. მან „ოჰკერნ ჰაუსზე“ გამიზი-

არ შთაბეჭდილებები. ტიმმა ამიხსნა, რომ მისი დეპრესია ბავშვობისდროინდელი განცდებისგან მომდინარეობდა. მის ოჯახს დაწყობილი, მშვიდი ოჯახი არ ეთქმოდა. არ არსებობდა არავითარი წესრიგი და დისციპლინა. ბავშვებს ყველაფრის ნებას აძლევდნენ. ალკოჰოლის სმა ათი წლის ასაკში დაიწყო. ამავ პერიოდს ემთხვევა მისი პირველი „ექსპერიმენტები“ ნარკოტიკებთან დაკავშირებით. არც ამასე რეაგირებდა ვინმე. მისი და-ძმაც ასევე ცხოვრობდა. არც სკოლაში სიარულს აიძულებდნენ მშობლები.

ტიმს არასოდეს უგრძენია რაიმე მხარდაჭერა ოჯახის მხრიდან. პირიქით, მათგან გარიყულადაც კი ცხოვრობდა. ბავშვობიდანვე თვითონვე იღებდა გადაწყვეტილებებს თავისი მომავლისა და გეგმების შესახებ. 13 წლის ასაკიდან უკვე იშვიათად ათევედა ღამეს სახლში და სხვაგან რჩებოდა ხოლმე, ან ძალიან გვიან ბრუნდებოდა შინ. ეს არავის აწუხებდა. არავინ რეაგირებდა მის არყოფნასა თუ დაგვიანებაზე.

მიუხედავად ამგვარი პირობებისა, ტიმმა ადრეულ ასაკშივე მიიღო სწორი გადაწყვეტილება და არ მიატოვა სკოლა. მან უმაღლესი სასწავლებელიც კი დაამთავრა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაიწყო მუშაობა. აქ მან 14 წელი დაჰყო.

ტიმი ამბობს, რომ ამ პერიოდშიც კი არ იყო სტაბილური მისი მდგომარეობა, მაგრამ ის ახერხებდა ნორმალურ ცხოვრებას. თუმცა, მისი დაავადება პერიოდულად იჩენდა თავს და დიდხანს ვერც ერთ სამუშაო ადგილზე ვერ ჩერდებოდა.

1987 წელს ტიმს შიდსის დიაგნოზი დაუდგინეს. ხუთი წლის მანძილზე ის სრულიად მარტო უმკლავდებოდა თავის დარდსა და განცდებს. მას არავისთვის გაუმჩვლია ავადმყოფობის შესახებ – არც ახლობლებისთვის, არც ოჯახის წევრებისთვის, არც მეგობრებისთვის. დიაგნოზის დადგენის შემდეგ, ცოტა ხანი კიდევ უწევდა წინააღმდეგობას თავის პრობლემებს და აგრძელებდა სამსახურს. მაგრამ, ბოლოს და ბოლოს, ყველაფერზე ჩაიქნია ხელი და უმუშევარი, უსახლ-

კარო, სრულიად მიუსაფარი გახდა. ერთადერთი გამოსავალი ნარკოტიკები ჩანდა, რომელიც თითქოს ეხმარებოდა, რათა დროებით მაინც არ ეფიქრა თავის უბედურებაზე.

„1993 წლისთვის უკვე ყველაფერი აირია. ვეღარ ვუმკლავდებოდი ჩემს პრობლემებს და ერთ მშენიერ დღეს აღმოვაჩინე, რომ სრულიად დესორიენტირებული ვარ. ერთ-ერთ მაღაზიაში ვიდექი, არ ვიცოდი, რა მიხდოდა, არ ვიცოდი, ვინ ვიყავი და რისთვის შემოვედი. პოლიციელმა საავადმყოფოში წამიყვანა. აქ პირველად ჩემს სიცოცხლეში ოფიციალურად დამიდგინეს კლინიკური დეპრესიის დიაგნოზი“.

საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ ტიმი ცოტა ხანი იღებდა წამლებს. მაგრამ „შემდეგ, როგორც კი თავი უკეთ ვიგრძენი, მივანებე თავი მკურნალობას. შედეგადც არ დააყოვნა. ისევე დაეკარგე ორიენტაცია და კვლავ საავადმყოფოში აღმოვჩნდი“. მომდევნო წლებში, ტიმი რამდენჯერმე დააწვინეს კლინიკაში, სადაც კლინიკური დეპრესიისა და ნარკომანიისგან მკურნალობდნენ.

1997 წლის დასაწყისში ატლანტას საავადმყოფოში, იმდენად ცხადი გახდა, რომ ტიმს უფრო ქმედითი მკურნალობა ესაჭიროებოდა, რომ ექიმებმა გადაწყვიტეს „ოპერნ ჰაუსის“ პროგრამაში ჩაერთოთ.

„ეს ნამდვილი ღვთის წყალობა იყო, – ამბობს ტიმი, – ახლა უსაფრთხო და კეთილგანწყობილ გარემოში ვცხოვრობ. უპრობლემოდ ვსვამ ჩემს წამლებს და ვიცი, რომ აქ ნებისმიერ წამს შემოძლია მივიღო დახმარება“.

„ოპერნ ჰაუსის“ პერსონალი ძალიან ოპტიმისტურად არის განწყობილი ტიმის შემთხვევასთან დაკავშირებით. ისინი მიიჩნევენ, რომ ტიმს სტაბილური უკეთესობის ნიშნები აქვს და ალბათ კიდევ განიკურნება.

ის ახლა თვითონაც მუშაობს, აქვე, „ოპერნ“ ჰაუსში. პროგრამის ბეჭდვითი ორგანოს თანაგამომცემელია. შობამდე ცოტა ხნით ადრე, ტიმი მონაწილეობას იღებდა ოპერნ ჰაუსის პაცი-

ენტათების სამთრის ტანსაცმლის შეგროვების კამპანიის ორგანიზებაში. „ტანსაცმელი დღემდე ჩამოგედის ამერიკის სხედასხვა კუთხიდან. ასე რომ, თუ ვინმეს დასჭირდება, ჩვენ შესაფერის ტანისამოსს შეუურჩეთ“. ტიმი ცოტა ხნის წინ ადგილობრივი გუნდიც ჩამოაყალიბა.

„უფალმა არ მიმატოვა განსაცდელში. თუ ჩემი ფიზიკური განკურნება შეუძლებელია, იმედად ფსიქიკური ჯანმრთელობა მაინც მარგუნა. მინდა მადლობა გამოვხატო მის მიმართ ამ სიკეთისთვის“.

ტიმის ისტორია ჩვენც იმედით გვაესებს, რადგან ცხადლივ ვხედავთ, რომ თვით ყველაზე მიუსაფარი, მძიმედ დაავადებული ადამიანისთვისაც კი შესაძლებელია შევებისა და სასოების პონა. გარდა, ამისა, ეს ისტორია კიდევ ერთხელ გვახსენებს, რომ ამ უსახლკართო არმიის უკან უსახო მაწანწალები კი არ დგანან, არამედ ჩვენსავით ჩვეულებრივი ადამიანები, თავიანთი ბიოგრაფიებით, ტკივილებით, განცდებითა და უკეთესი მომავლის შესაძლებლობებით, რომელთაც ფსიქიკური ხასიათის პრობლემებთან ერთად, ხშირად უმძიმესი სომატური დაავადებებიც შეიძლება აწუხებდეთ“.

მეტად გაძნელებულია იმ ადამიანთა ზუსტი რიცხვის დადგენა, ვისაც სახლი არ გააჩნია და ქუჩებში ცხოვრობს“. 1996

---

*უსახლკარო ადამიანებს ყველაზე ხშირად აწუხებთ სტომატოლოგიური, ვინეკოლოგიური, დერმატოლოგიური, გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული დაავადებები; აღსანიშნავია აგრეთვე სქესობრივი გზით გადამდები პათოლოგიები. ამავე დროს, უსახლკარობა დაკავშირებულია ისეთ პრობლემებთან, რომლებსაც იწვევს გამუდმებული ყოფნა ძალიან ცხელ ან ძალიან ცივ გარემოში, საკვების ქრონიკული ნაკლებობა, ინფექციური სნეულებები და სხვ. Kass, Frederic, "Mental Illness and Homelessness", Psychiatric News, October 6, 1989, p. 3*

“ მართლაც, ძნელია მისამართის არმქონე ადამიანების აღრიცხვა; გარდა ამისა, უსახლკარობის ცნების განსაზღვრაც არაერთგვაროვანია.

წელს ნაციონალურმა საკანონმდებლო საბჭომ დაასახელა მი-  
ახლოებითი რიცხვი, რომლის თანახმად ამერიკის შეერთებულ  
შტატებში 700.000 უსახლკარო ადამიანი მაინც არის. ფსიქი-  
კური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების  
თანახმად, მათ 30%-ს მძიმე ფსიქიკური დაავადებები აწუხებს.  
თუმცა, სოციერთი კვლევის თანახმად, დაავადებულთა რიცხვი  
გაცილებით მეტია”.

მას შემდეგ, რაც შინიდან სამსახურში მიმავალმა ა. მ.  
როსენტალმა რამდენიმე ფსიქიკურად დაავადებული მაწანწალა  
შენიშნა ქუჩაში, „ნიუ-იორკ ტაიმსში“ წერილი გამოაქვეყნა,  
სადაც წერდა: „როგორ აღმოჩნდით ისეთ მდგომარეობაში,  
როცა ამერიკელთა უმრავლესობას აღარ აწუხებს ის ფაქტი,  
რომ ასობით ათასი მათი თანამემამულე ქუჩებში ცხოვრობს?  
როდის და რატომ დააქანონა ამ ქვეყანამ ჩვეულებრივ მოე-  
ლენად ქუჩებში ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების  
ხეტიალი? რატომ შევაქციეთ სურგი ამ ისედაც დატანჯულ  
ადამიანებს“?..

ჩვენს რეალობაში ჩვეულებრივი მოვლენაა თავად უსახლ-  
კარო და ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დადანა-  
შაულება იმაში, რომ ისინი გაურბიან სამედიცინო დაწესებუ-  
ლებებს და ამით კიდევ უფრო ამძიმებენ თავიანთ მდგო-  
მარეობას. როგორც ცნობილი ფსიქიატრი და მკვლევარი ე-  
ფულერ ტორეი წერდა თავის წიგნში „ჩრდილიდან“, „ბევრის-

---

1989 წელს ბალტიმორში გამოკვლეული 528 უსახლკარო ადა-  
მიანიდან მამაკაცების 60%-ს და ქალების 70%-ს აღმოაჩნდა  
შიზოფრენია, ავრეთვე, აუქტური და შიმშებით გამოწვეული აშ-  
ლილობები.

Breakey, William R., Pamela J. Fischer, M. Kramer, et al., "Homeless Men  
and Women in Baltimore", *Journal of the American Medical Association*  
262 (1989): pp. 1352-57.

” Rosenthal, A. M. "Park Avenue Lady" *The New York Times*, November  
23, 1990.

თვის დაწესებულებებიდან წამოსეღა ნამდვილ „ტიტანიკად“ იქცა“.

ეს საკითხი მნიშვნელოვანია, თუმცა არც ამ პოლიტიკის გაზუიადება იქნებოდა მიზანშეწონილი. ამ პაციენტთა უმრავლესობა საავადმყოფოებიდან 60-70-იან წლებში გამოწერეს, როცა ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაიწყეს ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დიდი სტაციონარებიდან უფრო პატარა, ამბულატორიული ტიპის კლინიკებში გადაყენა. ამავ პერიოდს დაემთხვა დავადებულთა რიცხვის შემამწოთებელი ზრდა, რასაც აქამდე პრეცედენტი არ ჰქონია. თუმცა, დღემდე ბოლომდე არ არის გარკვეული, რატომ ხდება, რომ ზოგიერთ პაციენტს უსახლკარობა ემუქრება, ზოგი კი თავიდან იცილებს ამ ხვედრს. უსახლკაროთა ნაციონალური კოალიცია შეგვახსენებს, რომ სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სადასღვეეო და საკომპენსაციო ხარჯები უსახლკაროთათვის 80-იან წლებში მნიშვნელოვნად შეიკუცა.

ადამიანებს დაბალი შემოსავლით უჭირთ ნორმალურ პირობებში ცხოვრება. ამას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული ხარვეზებიც ემატება. მილიონობით ამერიკელს არა აქვს სადასღვეეო პოლისი. მათთვისაც კი, ვისთვისაც დასღვეევა ხელმისაწვდომია, მაღალი ფასების გამო შეუძლებელი ხდება კვალიფიციური ფსიქიკური მკურნალობის მიღება.

აღკოპოლიზმი და ნარკომანია ცალკე პრობლემად რჩება. მაშინაც კი, როცა დაავადება ემორნილება მკურნალობას და რემისია სახეუა. ქუჩაში დაბრუნების შემდეგ უსახლკარო პაციენტები ისევ უბრუნდებიან ჩვეული ცხოვრების წესს.

ერთი სიტყვით, დღევანდელი სიტუაცია მეტად უნუგეშო სურათს ხატავს. ადამიანები, რომლებიც ქუჩაში ცხოვრობენ, თითქმის ვერავითარ სამედიცინო დახმარებას ვერ იღებენ. მათთვის მიუწვდომელია კვალიფიციური ფსიქიატრიული მკურნალობა. თუმცა, არის შემთხვევები, როცა სათანადო კურსის

გაეღოს შემდეგ ადამიანი ისევ ქუნას უბრუნდება, აქ კი რე-  
ციდივი გარდაუვალია.

დღევანდელი შეკვეცილი ბიუჯეტის პირობებში, თითქმის არ არსებობს იმის იმედი, რომ ამ პრობლემებს როდესმე მოეწეება. ფედერალური და ადგილობრივი პროგრამები არ კყოფნის ამ სატკივარის მოგვარებას. როგორც ფ. მ. როზენტა-  
ლი წერს: „თუ თანხებს არ გამოვნახავეთ, პრობლემა პრობლე-  
მად დარჩება“. მაგრამ, როგორ შეიძლება ამ საკითხების უყ-  
ურადღებოდ დატოვება, რის ხარჯზე ვაკეთებთ ეკონომიას? –  
ადამიანების დაკარგულ ცხოვრებაზე, მარტოობაზე, უმწიობაზე,  
უბედურებაზე? ასე ხომ არც ჩვენი კეთილდღეობა აშენდება.

რა უნდა ვიღონოთ? უნდა ვიბრძოლოთ ჯანმრთელობის  
დაცვის უკეთესი სისტემის ლობირებისთვის. იმ მოქალაქეებს  
უნდა შევეუერთდეთ, რომელთაც მართლა აწესებთ ეს პრობლე-  
მები და მათი გამოსწორებისთვის იღწვიან.

ატლანტის პროექტი ამ ძალისხმევის შესანიშნავი მაგალი-  
თია. პროექტი კერძო პირების მიერ არის ორგანიზებული. ამ  
მოქალაქეებს არ სურთ, შეეგუონ ათასობით ფსიქიკურად  
დაავადებული ადამიანის უსახლკარობასა და მიუსაფრობას.  
პროექტის ფარგლებში მუშაობს სამი დაწესებულება, რომელიც  
160 პაციენტს ემსახურება. ოქტერ ჰაუსი, სადაც ტიმი მოხვდა,  
ამავე პროგრამის შემადგენელი ერთი კონკრეტული დაწესე-  
ბულებაა. გათვალისწინებულია, რომ 2000 წლისთვის 250 ამ-  
გვარი დაწესებულება იმუშავეს. მიუხედავად იმისა, რომ  
ოქტერ ჰაუსი ჯერჯერობით ერთადერთი დაწესებულებაა,  
რომელიც სრული დატვირთვით მუშაობს. სხვა განყოფილებე-  
ბიც მაქსიმალურ დამოუკიდებლობას ანიჭებენ პაციენტებს,  
რომელთაც ექიმების შედარებით დელიკატური მეთვალყურეო-  
ბის ქვეშ მუშაობაც შეუძლიათ და უფრო ნაყოფიერადაც  
ცხოვრობენ.

ამგვარი თავშესაფრების მცხოვრებლებს ფინანსურად შტა-  
ტი და ფედერალური სუბსიდიები ეხმარება. ატლანტაში აქტი-



ურად ვთანამშრომლობთ შტატის ხელისუფლებასთან, მაგრამ თვითონ მოქალაქეთა შემოწირულობებიც ძალიან გვეხმარება.

ასეთივე პროექტი ლოს-ანჯელოსშიც მუშაობს. მას „კარიბჭე“ ეწოდება. ეს დაწესებულება ატლანტის სააეადმყოფოების მსგავსად კერძო პირებისა და სასოგადოებრივი ფონდების შემოწირულობებით არსებობს. ასეთია, მაგალითად, ქალაქის მშენებლობისა და დასახლების დეპარტამენტის გრანტები. გარდა ამისა, თავად პაციენტებსაც შემოაქვთ ცოტაოდენი თანხები იმ ანაზღაურებიდან, რომელსაც ეხოს დალაგებაში, სადილების მომსახურებაში, ბეჭდვითი პროდუქციის გაერცელებაში იღებენ.

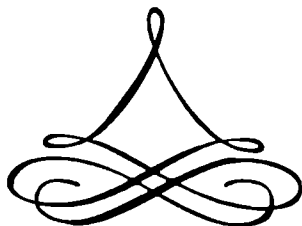
ვიქტორ ენჯელსი 41 წლის წარმოსადეგი მამაკაცია. მას შინოფრენია და ალკოჰოლიზმი აწუხებს. „კარიბჭემ“ სრულიად შეცვალა მისი ცხოვრება. „ეს ნამდვილი სასწაულია“, – ამბობს ვიქტორი.

რამდენიმე წარუმატებელი ჰოსპიტალიზაციის, „ანონიმური ალკოჰოლიკების“ უშედეგო პროგრამებისა და სპირიტუზმით გატაცების შემდეგ, მან ბოლოს და ბოლოს მიაგნო ადგილს, სადაც გაგებით მოეკიდნენ მის პრობლემებს. სწორი მკურნალობა დაუნიშნეს და ტრენინგის კურსში ჩართეს. როცა ცხადი გახდა, რომ მას უკვე შეეძლო მუშაობა, სამსახურიც უპოვეს. მან „კარიბჭეს“ ბეჭდვითი ორგანოს კორესპონდენტად დაიწყო მუშაობა. მოგვიანებით კოლეჯში ჩააბარა და დაკაბადონება ისწავლა. როცა „კარიბჭეში“ გაჩნდა პაციენტებთან ურთიერთობის სპეციალისტის ასისტენტის ვაკანსია, ვიქტორმა დაიკავა ეს თანამდებობა და ახლა თავად ეხმარება სხვა დაავადებულებს.

„ეს კარგად მოქმედებს ჩემს სულიერ და ზნეობრივ მდგომარეობაზე. ვიცი, რა მძიმეა გზა ჯანმრთელობის აღდგენისკენ. ჩემი ძველი გამოცდილება განსაკუთრებული სიფაქიზით განმაწყობს ამ ადამიანების მიმართ. არ დამეიწყებია უსახლკარობისა და მიუსაფრობის ჩემს მიერ განელილი საშინელი წლები.

ადამიანები ახლა სხვანაირად მეპყრობიან. მაქვებენ, კომპლიმენტებს მეუბნებიან, მამხნევენ – საკუთარი თავით უნდა

იამაყო, – მეუბნებიან. მაგრამ ვიცი, რომ დახმარების გარეშე ვერაფერს გაეხდებოდი. ვცდილობდი, ღმერთმა ხომ იცის, რომ ვცდილობდი, მაგრამ მარტოს არაფერი გამომდიოდა. დამეხმარნენ და იმიტომ ვარ ახლა კარგად“.



*როგორ მიაგნოთ სწორ მკურნალობას,  
როცა თქვენთვის საყვარელ ადამიანს  
ფსიქიკური დაავადება ანუხებს*

სუზი ახალგაზრდა ქალია, ის ჩემი ვაჟის კოლეჯის მეგობარია. ერთხელ დამირეკა, რათა რჩევა ეკითხა. მის მეუღლეს ბობს ფსიქიკური დაავადება აწუხებდა, სუზი კი ძალიან აღელვებული და დაბნეული იყო და არც კი იცოდა, ვისთვის მიემართა ან რა ელონა. როცა ამ წიგნის წერა დაიწყო, მან შემოშთაგაზა, მისი იმდროინდელი განცდებიც აღმეწერა, რადგან მიაჩნდა, რომ მისი მწარე გამოცდილება, შესაძლოა, ვინმესთვის სასარგებლო აღმოჩენილიყო.

მას შემდეგ, რაც სუზი და ბობი დაქორწინდნენ, ბობმა საბუღალტრო საქმის შესწავლა დაიწყო. თავიდან ისინი ბედნიერები იყვნენ, მაგრამ ბოლო კურსზე ბობს უამრავი სამეცადინო ჰქონდა და განუწყვეტილად წიგნებს ჩაჰკირკიტებდა. ერთ კვირა დილას, როცა ბოლო გამოცდაზე უნდა გასულიყო, ბობმა უეცრად ტირილი დაიწყო და განაცხადა, რომ გამოცდაზე ვერ გავიდოდა: „არ შემოდლია, ტვინში სიმსივნე მაქვს“.

სუზი მიხვდა, რომ რაღაც ისე არ იყო, მაგრამ არ იცოდა, რა ელონა და რჩევისთვის თავის მოძღვარს მიმართა. საუბედუ-

როდ, მოძღვარი სუსის განცდებს უფრო მეტი სერიოზულობით მოეკიდა, ვიდრე ბობის პრობლემებს. მან რატომღაც მიიჩნია, რომ სუსი ზედმეტად მტკივნეულად განიცდიდა იმ ფაქტს, რომ ბობი პატარა ბავშვივით ატირდა სრულიად უმიზეზოდ: „ასე რატომ გაფრთხილდები ცრემლები?“ ამ საუბარს ბობიც ესწრებოდა, ეს მეტად სანიათირო სიტუაცია იყო და სუსიმ ვეღარ გამოსთქვა ყველაფერი, რასაც ამ ეპისოდის შესახებ ფიქრობდა. ეს შესვედრა უმედვად დამთავრდა. მოძღვარმა ისინი ზოგადი სიტყვებით გამოისტუმრა სიყვარულისა და ურთიერთმიტევების შესახებ.

დროთა განმავლობაში ბობის მდგომარეობა უარესდებოდა. ის განუწყვეტლივ ცდილობდა, რაიმე ზიანი მიეყენებინა საკუთარი თავისთვის. ერთხელ იმდენი ურტყა მუშტი კედელს, რომ მთლიანად დაისისხლიანა ხელი. შეპრწუნებული სუსი ცდილობდა, როგორმე შეენერებინა ქმარი, მაგრამ მისი მცდელობა ამას აღმოჩნდა. შემდეგ ბობმა კარადიდან გადმოყარა მთელი ჭურჭელი და ნამსხერევეებად აქცია.

საფხელის მანძილზე ბობი ან ამსხერევედა რაიმეს, ან ცდილობდა საკუთარი თავისთვის მიეყენებინა ტკივილი. სუსიმ უკვე აღარ იცოდა, რა წყალში გადაეარდნილიყო. როცა შესთავაზა ფსიქიატრთან წასვლა, ბობმა მტკიცე უარი განაცხადა. ის ოჯახის ექიმის კონსულტაციაზეც კი უარს ამბობდა. სუსი ბობის მშობლებს შეხვდა და შეეცადა მათი მხარდაჭერა მოეპოვებინა, მაგრამ ბობის მამამ, რომელიც წარმატებული ბიზნესმენი იყო და თვლიდა, რომ ყველამ თვითონ უნდა ისწავლოს თავისი პრობლემების მოგვარება, სათანადო ყურადღება არ მიაქცია მის სიტყვებს, მაგრამ ბობის მაინც ურჩია ფსიქიატრს ჩვენებოდა.

ბობმა დაუჯერა მამას, მაგრამ ფსიქიატრთან ვიზიტმა დიდად ვერაფრით შეცვალა ბობისა და სუსის ცხოვრება. ბობის ოჯახის სტატუსისა და მდგომარეობიდან გამომდინარე, ექიმს გაუჭირდა იმის აღიარება, რომ მის პაციენტს ფსიქიკური

დაავადება ტანჯავდა. მან წამლები გამოწერა და ცოლ-ქმარს ალუთქვა, რომ მოკლე ხანში ყველაფერი გამოსწორდებოდა. ცხადია, არაფერი არ გამოსწორდა.

ბობი დარწმუნებული იყო, რომ უკურნებელი, სასიკვდილო სენი სჭირდა. ის ეკითხებოდა ხოლმე სუსის: „ხედავ ამ ლაქებს ნემს ხელებზე“. როცა სუსი პასუხობდა, რომ ვერაფერს ვერ ხედავდა, ბილი მწყობრიდან გამოდიოდა. სოგჯერ კი ტრანსში ვარდებოდა და სრულიად გაუნძრევლად შეიძლება მჯდარიყო რამდენიმე საათის განმავლობაში. თუ ამ დროს რამეს ეტყობდი, უხეში და დაუნდობელი ხდებოდა.

ცოლ-ქმარს უამრავი ფული ეხარჯებოდა ექიმებთან სიარულში, თუმცა უშედეგოდ – ვერავინ ვერაფრით შველოდა. ერთმა ექიმმა პრობლემას „გამოგონილი დაავადება“ უწოდა და მამობრივად დაარიგა სუსი, თავი ხელში აეყვანა.

„ეს იყო წარმოუდგენელი იზოლაციის პერიოდი“, – იხსენებს სუსი. მან არ იცოდა, ვისთვის მიემართა კონსულტაციისთვის, ფსიქიატრიდან დაწყებული, ქირურგით დამთავრებული ვერავინ სცემდა პასუხს მის კითხვას – რა დაემართა ბობს? თვით ბობის მშობლებსაც კი არ სურდათ მასთან ამ თემაზე საუბარი. მეზობლები, მართალია, ხვდებოდნენ რაღაცას, რადგან მათი სახლიდან განუწყვეტელი მსხვერვის ხმა გამოდიოდა, მაგრამ არაფერს ამბობდნენ.

ბობს სამჯერ ჰქონდა თვითმკვლელობის მცდელობა, სანამ ისინი რეალურ შველას იპოვნინდნენ. სწორედ მესამე შემთხვევის შემდეგ დამირეკა სუსიმ. ბობი ჯერ კიდევ საავადმყოფოში იწვა. მე შევთავაზე პირველ რიგში ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსის (NAMI) ადგილობრივ განყოფილებას დაკავშირებოდა, რადგან ეს ორგანიზაცია ძირითადად იმ ადამიანებისგან შედგება, ვისაც თავად განუცდია ახლობლის ავადმყოფობა. სუსიმ ცნობარში მოძებნა მათი ტელეფონი და დაუყოვნებლივ დარეკა. ეს კონტაქტი მეტად ნაყოფიერი გამოდგა, რადგან ალიანსის წევრებმა აუხსნეს, რო-

გორ უნდა მოეთხორო ექიმისთვის ბოზის მდგომარეობა და ასწავლეს, რა კითხვები უნდა დაესვა მისთვის.

ამ სატელეფონო საუბრის შემდეგ სუზი ისევ საავადმყოფოში დაბრუნდა და გაოცებულმა აღმოაჩინა, რომ ექიმი ბოზს გასაწერად ამზადებდა: „ჩვენი პაციენტი გამოჯანმრთელდა“, – მშვიდად განაცხადა მან. ბოზი რაღაცნაირად ყოველთვის ახერხებდა ყველას გაცურებას.

მაშინ კი სუზის ისტერიკა დაემართა: „არ გაბედოთ!“ ამ დროისთვის უკვე ბოზის მშობლებიც ჩაერთნენ საქმეში. ისინი სერიოზულად შეშინდნენ თვითმკვლელობის მცდელობათა მთელი სერიით, რომელიც ბოზმა მოაწყო. საბოლოოდ, ბოზმა რამდენიმე თვე დაჰყო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. აქ მას მეტად კვალიფიცირებული სპეციალისტი მკურნალობდა. ეს პრაქტიკულად პირველი ადამიანი იყო, რომელიც მთელი სერიოზულობით მიუდგა ბოზის პრობლემებს. ბოზს აკვიატებული აზრები და მოქმედებები დაუდგინეს და შესაფერისი მკურნალობაც დაუნიშნეს. ეს 1988 წელს მოხდა. ბოზი გაცილებით უკეთ გრძნობდა თავს, მაგრამ ჯერ კიდევ არ იყო სრულად გამოჯანმრთელებული.

1990 წლის 15 თებერვალს კვების პროდუქტებისა და წამლების ფედერაციამ ახალი წამლის ფართო მოხმარება დაუშვა. ეს იყო ანაფრანილი და ბოზმა მისი მიღება დაიწყო. ახალი მედიკამენტი გაცილებით უფრო ეფექტურად აკონტროლებდა მის აშლილობას. ახლა ის მხოლოდ ორი სახეობის წამალს იღებს და ძალიან წარმატებული ბუღალტერია.

სუზი ფილოსოფიურად უდგება თავის წარსულ განსაცდელს: „ეს ჩვენი დროისა და ზოგადი კულტურის პრობლემაა. შედეგად კი ისეთ აბსურდულ მოცემულობას ვიღებთ, როცა ექიმსაც კი რცხენია სწორი დიაგნოზის დასმა. ჩვენ კიდევ გაგვიმართლა, რადგან მდიდრები მაინც ვიყავით და მშობლების წყალობით გექონდა შესაძლებლობა ამდენი ფული

გადაგვეყარა უაზრო ექსპერიმენტებში. მაგრამ იმ ადამიანებმა რა უნდა ქნან, ვისაც ამის საშუალება არა აქვს“?

საუბედუროდ, მართლაც უამრავი ადამიანია, ვისაც სუსისა და ბობის მსგავსი პრობლემები აწუხებს. იქნებ თქვენც ერთ-ერთი იმათგანი ხართ? როგორ უნდა ამოიცნოთ დაავადების სიმპტომები? რა უნდა იფიქროთ? ვის მიმართოთ საშველად?

იმდენი კითხვით, რომელიც აუცილებელ პასუხს საჭიროებს. არსებობს გარკვეული სიმპტომები, რომელთა მეშვეობით შესაძლებელი ხდება დაავადების ამოცნობა, ხოლო როცა დაავადება დადგენილია, შეეძლება გაცილებით უფრო იოლია.

### შსჩიკურ დაავადებათა გამაფრთხილებელი ნიშნები

ამ წიგნის მეორე თავში მე უკვე აღვწერე ძირითად ფსიქიკურ დაავადებათა სიმპტომები. ცხადია, ყველა ჩვენგანს თავისი ცხოვრების რომელიღაც ეტაპზე ჰქონია შეგრძნებები, რომელიც ძალიან ჰგავს ამ სიმპტომებს. როგორ უნდა გაარკვიოს ჩვეულებრივმა ადამიანმა, მისი განცდები ბუნებრივი გამოხმაურებაა ყოფით უსიამოვნებებზე, თუ ფსიქიკური დაავადების ნიშნები? იქნებ ეს სულაც რაიმე წამლის გვერდითი მოვლენები ან რომელიმე სხვა რეაქცია იყოს? პასუხი ცალსახაა – არასპეციალისტი ამაში ვერ გაერკვევა. ამიტომაც არის აუცილებელი კვალიფიციური სამედიცინო შეფასება. თუ თქვენთვის ძვირფასი ადამიანი ზემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომებს გამოხატული პერიოდულობით ავლენს ან მისი რეაქციები სიმწვავეთ გამოირჩევა, აუცილებლად დაარწმუნეთ, რომ ყოველი მიზეზის გარეშე ფსიქიატრს უნდა ეწვენოს დაუყოვნებლივ.

აღბათ, აზრსმოკლებული არ იქნებოდა, კიდევ ერთხელ გადაგვევლო თვალი მეორე თავში ჩამოთვლილი სიმპტომე-

ბისტვის და შეგვეფასებინა ფსიქიკურ დაავადებათა შემდეგი გამაფრთხილებელი ნიშნები<sup>5</sup>:

- დროდადრო პიროვნულობის გამოხატული ცვალებადობა;
- აბნეული ასროვნება, უცნაური ან გრანდიოზული იდეები;
- ხანგრძლივი, სერიოზული დეპრესია; აპათია ან ხასიათის არაბუნებრივი მერყეობა ეიფორიიდან სტაგნაციამდე;
- მიდრეკილება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ;
- სასოგადოებისგან გარიყულობა;
- ფიქრები ან საუბარი თვითმკვლელობის შესახებ;
- სიტუაციასთან შეუსაბამო და არაადეკვატური სიბრაზე ან გულჩვილობა;
- ბოდვები, ქალუცინაციები, ხმები.

*ფსიქიკურ დაავადებათა გამაფრთხილებელი ნიშნები  
ბავშვებში*

ბავშვებში უფრო ძნელია ფსიქიკური დაავადებების ნიშნების ამოცნობა, მაგრამ მოზრდილთა და ბავშვთა ფსიქიატრიის ამერიკული აკადემიის (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) კვლევებზე დაყრდნობით, მაინც შეგვიძლია გამოვარჩიოთ ნიშნები, რომლებიც შესაძლოა საგანგაშო აღმჩნდეს:

- აკადემიური მოსწრების გამოხატული გაუარესება;
- ცუდი ნიშნები, მიუხედავად მეცადინეობისა და სიბეჯითისა;
- მტკივნეული განცდები ან შიშები, უარის თქმა სკოლაში სიარულზე, ჭინჭყლობა ძილზე, მოდუნება, გულგრილობა

---

<sup>5</sup> National Mental Health Association awareness campaign, "Understanding Mental Illness," 1992.



მისი ასაკის ბავშვებისთვის დამახასიათებელი ინტერესებისა და თამაშების მიმართ;

- ჰიპერაქტიურობა, აგზნება, განუწყვეტელი ცქმუტვა;
- პერიოდულად განმეორებადი კოშმარები;
- გამოხატული თაენებობა ან აგრესიულობა (ექვეს თვეზე ხანგრძლივი ვადით);
- ხშირი და მოულოდნელი უგუნებობა ან მრისხანება.

### *სხვა სპეციფიკური ნიშნები მოზარდთა შორის*

- გამოხატული ცვლილება აკადემიურ მოსწრებაში;
- მიდრეკილება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ;
- მოუგვარებელი პრობლემები და მოუწესრიგებელი ყოფა;
- გამოხატული ცვლილებები ძილისა და კვების რეჟიმში;
- ჩივილები ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებით;
- სხვათა უფლებების პერმანენტული ხელყოფა, უნდობლობა ავტორიტეტების მიმართ, სკოლის უმიზეზო გაცდენა, ქურდობა, ვანდალიზმი;
- აღნაგობის მიუხედავად, იმის გამძაფრებელი შიში, რომ სუქდება ან გასუქებულია;
- დეპრესია, რომელიც ხანგრძლივ და პერიოდულ უგუნებობასა და დათრგუნულ მდგომარეობაში გამოიხატება. უმადობა, უძილობა, ფიქრები სიკვდილის შესახებ;
- მრისხანების ხშირი შემოტყევები.

მაგრამ, ეს სიმპტომები შესაძლოა სხვა დაავადებებისთვისაც იყოს დამახასიათებელი ან იმიტირებული მათ მიერ. ასე განსაჯეთ, ზოგჯერ შუა ყურის ანთებასაც კი შეუძლია ამ სიმპტომების გამოწვევა. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია სპეციალისტის კონსულტაცია და კვალიფიციური მეთვალყურეობა.

რადგანაც თვითმკვლელობის შემთხვევათა დიდი უმრავლესობა ფსიქიკურ დაავადებებს უკავშირდება, თქვენ ძალიან ყურადღებით უნდა იყოთ იმ ნიშნების მიმართ, რომლებიც შეიძლება თან ახლდეს სუიციდურ ფიქრებს:

- ❑ ინტერესის დაკარგვა იმ საქმიანობისა და გატაცებების მიმართ, რომელიც ადრე სიამოვნების წყაროს წარმოადგენდა;
- ❑ საყვარელი ნივთებისა და კოლექციების, ფულისა და ძვირფასეულობის გაჩუქება;
- ❑ ანდერძის დაწერა;
- ❑ საუბრები, რომელიც თავისთავად არ არის აზრსმოკლებული, მაგრამ არაბუნებრივად უიმედოდ ჟღერს და მათში სიკედილის თემა დომინირებს;
- ❑ განუწყვეტლივ იმ ადამიანების მოგონება, რომლებიც ცოცხლები ადარ არიან; თუმც კი არაპირდაპირი საუბარი მათი სიკედილის ფაქტის შესახებ, მაგრამ გარკვეულწილად იდენტიფიკაციის ან თანაგრძნობის მცდელობა მსხვერპლის მიმართ;
- ❑ სევდითა და უიმედობით აღბეჭდილი ლექსების ან მოთხრობების წერა, სადაც სიკედილისა და მარტოობის მხატვრული სახეები სჭარბობს;
- ❑ განუწყვეტლივ იმის მცდელობა, რომ მოხდეს კარგის ნიველირება, ცუდის მიმიმართ კი გაზვიადებული მგრძნობელობა;
- ❑ მიდრეკილების ზრდა ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ;
- ❑ თვითმკვლელობისთვის მზადება ან სუიციდური საუბრები, რომლებიც კონკრეტულობით, დეტალისმითა და საქმიანობით გამოირჩევა. ეს ძალიან დიდი საფრთხის ნიშანია! მოარული აზრი იმის შესახებ რომ ადამიანები, რომლებიც

ხშირად ლაპარაკობენ თვითმკვლელობაზე, არასოდეს იკლავენ თავს, მხოლოდ მითია და არა რეალობა!!!

- გულგრილობა, მეგობრებისა და ოჯახის წევრთა ინტერესებისგან დაშორება;
- დეპრესიული მდგომარეობის შეცვლა ნორმალური განწყობილებით. ბედის ირონიით, ადამიანები, რომლებიც თავს აღწევენ დეპრესიულ მდგომარეობას, შესაძლოა თვითმკვლელობის უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებოდნენ. დეპრესიის მიერ გამოწვეული აპათია ხშირად სუიციდური ფიქრების განხორციელების სურვილზე უარყოფითად მოქმედებს, ხოლო არადეპრესიულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი უფრო ენერგიული და ქმედობაუნარიანია, ამიტომ, სწორედ ამ დროს შეიძლება ჰქონდეს თვითმკვლელობის მცდელობა.

აქ მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, რომ კითხვების დასმა სუიციდური ფიქრების გარშემო არავითარ შემთხვევაში არ გაამწვავებს მდგომარეობას. მით უმეტეს, არ გახდება მპაროვოცირებელი ფაქტორი თვითმკვლელობის განხორციელებისთვის. ამიტომ, თუ თქვენ ან თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრი დეპრესიულია, ძალიან მნიშვნელოვანია შემდეგი კითხვების დასმა:

- ⇒ ბევრს ფიქრობ სიკვდილის შესახებ?
- ⇒ ოცნებობ ხოლმე, რომ მკვდარი იყო ან ერთ მშენებელ დღეს აღარ გაგეღვიძოს?
- ⇒ ფიქრობ ხოლმე საკუთარი თავისთვის რაიმე ზიანის მიყენების ან სხვისი მკვლელობის შესახებ?
- ⇒ გაქვს რაიმე გეგმა თვითმკვლელობასთან დაკავშირებით?\*

---

\* Swedo, Susan E., and Henrietta Leonard, *It's Not All in Your Head: The Real Causes and the Newest Solutions to Women's Most Common Health*

თუ რომელიმე ამ კითხვაზე დადებით პასუხს მიიღებთ, ეს იმას ნიშნავს, რომ აუცილებელია სასწრაფო კვალიფიციური დახმარება.

თუ თქვენთვის საყვარელ ადამიანს რომელიმე ზემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომს შეამჩნევთ, უმალ გაიხსენეთ, რომ ფსიქიკური დაავადება ჩვეულებრივი დაავადებაა, რომელსაც ისევე ესაჭიროება ექიმი, როგორც ნებისმიერ სხვა დაავადებას და ყოველგვარი დაყოვნების გარეშე მიმართეთ ფსიქიატრს. შესაძლოა, სუზის მსგავსად, თქვენც აქტიურად მოგიხდეთ ჩაბმა ამ პროცესში, სანამ მკურნალობის სწორ გეზს მიაგნებდეთ საყვარელი ადამიანისთვის. და თუ თქვენი ახლობელი აპათიაშია ან ზედმეტად არის აგზნებული, თქვენ აუცილებლად დაგჭირდებათ ე. წ. საშუამავლო ორგანიზაციების უფასო კონსულტაციები, ვის უნდა მიმართოთ დახმარებისთვის ამგვარ სიტუაციაში. ყველაზე მნიშვნელოვანი, რაც თქვენთვის საყვარელი ადამიანისთვის შეგიძლიათ გააკეთოთ, არის ის, რომ ავადმყოფობის დროს დაეხმაროთ, მიიღოს დროული და პროფესიული სამედიცინო დახმარება.

## შარის უარსაყოფად

ზოგჯერ ხდება, რომ მაშინაც კი, როცა ავადმყოფობა ამოცნობილია, ძნელდება პაციენტის თანხმობის მიღება სამედიცინო შემოწმების გავლაზე. ზოგიერთი ავადმყოფი, შესაძლოა დაავადების გამო ისეთ მდგომარეობაში იყოს, რომ ვერ ხვდებოდეს, მისთვის რა უმჯობესია და რა უარესი. სხვებს იმის შიშით, რომ „შეშლილად“ მონათლავენ, აფრთხობთ ექიმთან ვიზიტი. სტიგმის წყალობით ხომ ფსიქიკური დაავადებები მრავალი წლის მანძილზე რაღაც სამარცხვინოსთან იყო გაიგივებული.

ეს რეაქცია სრულიად გასაგები და ბუნებრივია, მაგრამ დაუშვებელია, რომ მან თქვენი ემოციები მართოს.

არა მხოლოდ ავადმყოფს, არამედ თავად თქვენც შეიძლება უარყოფის სურვილი დაგეუფლოს, როცა პირველად მიხვდებით, რომ ფსიქიკურ დაავადებასთან გაქვთ საქმე. ეს ჩვეული რეაქციაა, რომელიც აუცილებლად მოჰყვება სიმართლის გაგების პირველ შოკს. მაგრამ უნდა გახსოვდეთ, რომ სასირცხვილო ფსიქიკურ დაავადებაში არაფერია. ადამიანები არ ირჩევენ თავიანთ დაავადებებს და არავის ოცნების საგანს არ შეიძლება წარმოადგენდეს აშლილი ფსიქიკა და არეული ქცევა. როგორც მომდევნო თავებში დავინახაეთ, ეს დაავადებები ბიოლოგიური აშლილობის შედეგია, რომელიც ტვინის ნორმალურად ფუნქციონირებას უშლის ხელს<sup>1</sup>. თუ თქვენთვის საყვარელი ადამიანი ფსიქიკურად არის დაავადებული ან ეჭვი გაქვთ, რომ ეს ასეა, არავითარ შემთხვევაში არ შეეცადოთ ამ ფაქტის იგნორირებას და ისე მოქცევას, თითქოს არაფერიც არ ხდებოდეს. ამ ფაქტს გაგებითა და თანაგრძნობით მოეკიდეთ და აუცილებლად მიმართეთ შევლისთვის პროფესიონალს.

ზოგჯერ ისეც ხდება, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანი, რომელიც გადაუდებელ მკურნალობას საჭიროებს, უარს აცხადებს ექიმთან წასვლაზე. თუ თქვენს შემთხვევაშიც ხდება ასეთი რამ, აუცილებლად მიმართეთ მხარდაჭერის ჯგუფს. მათ რიგებში გაერთიანებული ადამიანების უმრავლესობას ჰქონია შეხება ანალოგიურ გართულებებთან, ამიტომ ისინი გირჩევენ, როგორ სჯობს მოქცევა ასეთ ვითარებაში. ასევე შეგიძლიათ მიდებოთ ჩაეწეროთ კერძო ფსიქიატრთან ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში მიხვიდეთ და მათგან მიიღოთ კონსულტაცია. აქ თქვენ ნებისმიერ კითხვაზე გაგცემენ პასუხს, აგიხსნიან, რას ნიშნავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა, რა ტიპის ორგანიზაციები და მხარდამჭერი პრო-

---

<sup>1</sup> იქვე.

გრამები არსებობენ, გაგაცნობენ ინფორმაციას ახალი პროგრამების შესახებ და სხვა. ამდენად, თქვენ უკვე გარკვეული და გათვითცნობიერებული იქნებით თქვენს წინაშე არსებულ პრობლემათა ძირითად სექტორში და ექიმთან მისვლისას უკვე გეცოდინებათ, რა სახის დახმარება უნდა მოითხოვოთ მისგან. მაშინაც კი, როცა თქვენთვის საყვარელი ადამიანი კატეგორიულად უარყოფს ყოველგვარ მკურნალობას, თქვენ მაინც უნდა გააგრძელოთ მხარდაჭერის ჯგუფებთან მუშაობა, რადგან მხოლოდ აქ ნახავთ ადამიანებს, რომელთაც სრულად ესმის თქვენი პრობლემები და დილემის სიდრმე. ყოველი ახალი ინფორმაციის შემდეგ საქმის კურსში ჩააყენეთ თქვენი ახლობელი. იქნებ ასე ნაბიჯ-ნაბიჯ მოახერხოთ მისი წინააღმდეგობის დაძლევა და ბოლოს და ბოლოს დაითანხმოთ სრულფასოვან მკურნალობაზე.

### ვის მივმართოთ ძველითი დახმარებისთვის

სუსიმ და ბობმა უამრავი საშინელი განსაცდელი გამოიარეს, სანამ კარგ ექიმს იპოვიდნენ. ეს ჩვეულებრივი მოვლენაა. თქვენც შეიძლება იმავე მდგომარეობაში აღმოჩნდეთ და არ იცოდეთ, ვის მიმართოთ. ქვევით მოყვანილი მონაცემები შესაძლოა მეტად საჭირო გამოადგეს ადამიანებისთვის, ვინც ახლა იწყებს პირველი ნაბიჯების გადადგმას.

*კარგი იქნებოდა, მიგემართათ:*

- თქვენი ოჯახის ექიმისთვის;
- მეგობრებისა და ოჯახის სხვა წევრებისთვის;
- ადგილობრივი ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური საზოგადოებისთვის;
- ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსისა (NAMI) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ასო-

კიაცის (NMHA) ადგილობრივი ან ეროვნული ორგანიზაციების მუშაკებისთვის;

- თქვენი სადაზღვევო კომპანიისთვის, რომელსაც შესაძლოა აქონდეს მასთან თანამშრომლობაში მყოფ ფსიქიატრთა სია;
- კერძო ან სახელმწიფო კლინიკებისთვის;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრებისთვის, სადაც როგორც წესი, მეტად ხელმისაწვდომი ფასებია და ამასთანავე არსებობს შედავათების მეტად მოქნილი სისტემა მათთვის, ვისაც ფულის გადახდა უსახსრობის გამო არ შეუძლია;
- თუ დაავადებული პატარა ბავშვია, მიმართეთ სკოლის ფსიქიატრსაც.

ადამიანების უმრავლესობა, უწინარეს ყოვლისა, ოჯახის ექიმისგან იღებს პირველ კონსულტაციას. ეს სწორია, რადგან მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ასეთ დროს სრულად გამოირიცხოს რაიმე სომატური დაავადება, რომელიც შეიძლება ანალოგიურ სიმპტომებს იწვევდეს. მაგრამ ოჯახის ექიმებს ხშირად გამოცდილება არ ჰყოფნით ფსიქიკური დაავადების დასუსტებით ამოსაცნობად; მათ მიერ შემუშავებული სამკურნალო დანიშნულება უფრო სოციალური ხასიათის არის ხოლმე და ეფექტური აღბათ არ აღმოჩნდება. ამიტომ მე აუცილებლად გირჩევდით პროფესიონალი ფსიქიატრის ნახვას. საბედნიეროდ, დღეისათვის სპეციალისტთა უსარმაზარი არჩევანი არსებობს. ვისაც აქამდე შეხება არ აქონია ფსიქიკური დაავადებების პრობლემებთან, შეიძლება განაცვიფროს სხვაობამ ჰონორარებს შორის, რომელიც ამ სპეციალისტთა მომსახურებას ესაჭიროება, მაგრამ ეს განსხვავებულობა პიროვნების განათლებისა და კვალიფიკაციის ხარისხიდან გამომდინარეობს.

} ფსიქიატრი – არის ექიმი, რომელსაც სამედიცინო ინსტიტუტი აქვს დამთავრებული და გავლილი და ჩაბარებული აქვს ფსიქიატრიის სრული კურსი. როგორც წესი, წამლების

გამოწერა მხოლოდ მას შეუძლია. სოციალური მათგანი მძიმე ფსიქიკური დაავადებების თერაპიულ და მედიკამენტურ მკურნალობაში არის სპეციალისებული, სოფი კი ფსიქოთერაპიის სეანსებს უტარებს პაციენტებს.

} ფსიქოლოგი – არ არის სამედიცინო პერსონალი. ეს არის სპეციალისტი, რომელსაც დიპლომი და ხშირად დისერტაცია აქვს დაკრული ფსიქოლოგიისა და ფსიქოლოგიური კონსულტაციების დარგში. ისინი კერძო პირებთანაც მუშაობენ, ოჯახებთანაც და ბავშვებთანაც. ისინი თერაპიის სხვადასხვა კურსებში არიან დახელოვნებულნი, რომელშიც ხშირად საგანგებოდ გადიან ტრენინგს ხარისხის დაცვის შემდეგ.

} კლინიკის სოციალური მუშაკები – ხარისხის მქონე სპეციალისტები, რომლებიც კუმანიტარული სამსახურების ფართო სპექტრში არიან დახელოვნებულნი ფსიქიკურ დაავადებათა გარემოცვის ჩათვლით. ისინი ხშირად ფოკუსირებას ახდენენ თავიანთი პაციენტების ცხოვრების სოციალურ შინაარსზე. შტატების დიდ ნაწილში სოციალურ მუშაკთა უმრავლესობას ევალება სპეციალური ტრენინგ-კურსების გავლა, სანამ ისინი თერაპიულ პრაქტიკას შეუდგებოდნენ კერძო პირებსა და ცალკეულ ოჯახებთან.

} საშუალო ფსიქიატრიული პერსონალი – ეს არის რეგისტრირებული საშუალო პერსონალი სპეციალური ფსიქიატრიული მომსახურებით. ისინი ხშირად მუშაობენ ფსიქიკურ დაავადებათა გარემოცვის პრობლემებზე თერაპიული მიზნებიდან გამომდინარე. მათ შეიძლება ხარისხი ჰქონდეთ და აქედან გამომდინარე ფსიქოთერაპიის ჩატარებისა და პრეპარატების გამოწერის უფლებასაც ფლობდნენ.

} ქორწინებისა და ოჯახის თერაპევტები – ესენიც ხარისხის მქონე სპეციალისტები არიან, სპეციალური დამატებითი განათლებით ოჯახის და ქორწინების დარგში. აუცილებელია, რომ მათთან კონსულტაციამდე დარწმუნდეთ, რომ ლიცენზირებულ სპეციალისტთან გაქვთ საქმე, რომელიც უფლუ-



ბამოსილია ჩაგიტაროთ კონსულტაცია, რადგან ბევრ შტატში ისინი ლიცენზირების გარეშე აწარმოებენ საქმიანობას.

} სასულიერო პირები – მათ შეუძლიათ ფსიქოლოგიური კონსულტაცია რელიგიურ კონტექსტში. მიუხედავად იმისა, რომ სასულიერო პირები საამისოდ არ საჭიროებენ ლიცენზიას, მათ შეიძლება გაეღილი ქჰონდეთ დამატებითი ფსიქოლოგიური მომზადების კურსები და ჰჰონდეთ ამერიკის რელიგიური კონსულტანტების ასოციაციის სერთიფიკატი\*.

როგორ უნდა მიხედეთ, რომელი სპეციალისტი უმჯობესია თქვენთვის? როგორც უემოთ მოყვანილი სიიდანაც დაინახავდით, სრულფასოვანი სამედიცინო განათლება მხოლოდ ფსიქიატრებს აქეთ, ექიმები ისინი არიან და ძირითადად სწორედ მათ შეუძლიათ დიაგნოზის დასმა და შესაფერისი მკურნალობის უზრუნველყოფა. ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები და საშუალო პერსონალი უფრო დაბალი ღირებულების სერვისს შემოგთავაზებენ, თუმცა დღეისთვის მათი როლი სულ უფრო მეტად იზრდება. ისინი ყველანი გაწაფულნი არიან ფსიქიკური დაავადების ამოცნობაში და ზოგიერთი საშუალო მედპერსონალის გარდა, ყველას აქვს უფლება თერაპიული მომსახურება გაგიწიოთ. გარდა ამისა, მათი კონსულტაცია მეტად სასარგებლო შეიძლება აღმოჩნდეს თქვენთვის საჭირო ექიმის მოძებნის თვალსაზრისით, იქნება ეს კლინიციისტი მედიკოსი, უნივერსიტეტთან არსებული სამედიცინო-საკვლევო ცენტრის პროფესორი თუ უბრალოდ პრაქტიკოსი ფსიქიატრი. თუმცა ისიც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ფსიქიკური დაავადებების მკურნალ სამედიცინო პერსონალს სხვადასხვა სპეციალისაცია შეიძლება ჰჰონდეს და მნიშვნელოვანია,

---

\* Tills list is adapted from Baron-Faust, Rita, *Mental Wellness for Women* (New York: William Morrow & Co., 1997), pp. 252-53.

სწორედ ის ექიმი შეარჩიოთ, რომელიც თქვენს დაავადებას მკურნალობს.

ხშირ შემთხვევაში, აზრსმოკლებული არ ჩანს, სანამ ექიმს შეარჩევდეთ, მის შესახებ წინასწარ შეკრიბოთ თქვენთვის საჭირო ცნობები მისი სპეციალობის, საგადასახადო ნიხრებისა და ზოგადი სამედიცინო ავტორიტეტის შესახებ. პაციენტსა და ფსიქიატრს შორის უშუალო შეხვედრის შემდეგ აუცილებლად დეტალურად უნდა იქნეს მოთხრობილი დაავადების სიმპტომებისა თუ პაციენტის პიროვნული მახასიათებლების შესახებ, ხოლო თუ შეამჩნევთ, რომ პაციენტსა და ექიმს შორის სრულფასოვანი ურთიერთკონტაქტი ვერ შედგა, მაშინ სხვა მკურნალი უნდა მოძებნოთ.

თქვენ რამდენიმე რამ უნდა გაითვალისწინოთ:

- ფსიქოთერაპევტი ნებისმიერმა ადამიანმა შეიძლება დაირქვას. ეს ოფიციალური ტერმინი არ არის. ამიტომ შეეცადეთ, ისეთი სპეციალისტი იპოვოთ, რომელსაც ამგვარი საქმიანობის კანონიერი უფლება, ანუ ლიცენზია აქვს. ეს დაგარწმუნებთ, რომ თქვენს შერჩეულ ფსიქოთერაპევტს სპეციალური მომზადება აქვს გავლილი და კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა შეუძლია.

- იკითხეთ, არის თუ არა თქვენს მიერ შერჩეული სპეციალისტი ამერიკის ფსიქიატრთა ან ფსიქოლოგთა ასოციაციების ან სხვა ისეთი ავტორიტეტული ორგანიზაციების წევრი, რომლებში გაწევრიანებისთვისაც გარკვეული სტანდარტების დაკმაყოფილებაა აუცილებელი.

- ადამიანებს ხშირად აბნევთ ისეთი ტერმინები, როგორიც არის ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფსიქონალიტიკოსი. ფსიქონალიტიკოსები საკუთრივ ფსიქონალიზში გადიან სპეციალურ მომზადებას. ფსიქონალიზი ხანგრძლივი თერაპიული კურსია, რომელიც ზიგმუნდ ფროიდის მეთოდისაზეა დაფუძნებული, თუმცა, ეს ერთადერთი ფსიქოთერაპიული მეთოდი სულაც არ

არის. ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი და კლინიციისტი სოციალური მუშაკი, შესაძლოა აგრეთვე იცნობდნენ ფსიქონალიზის მეთოდს. მაგრამ ვიდაც შესაძლოა იტყუებოდეს, რომ აქვს ფსიქონალიზის ლიცენზია და სინამდვილეში ჩვეულებრივი შარლანტანი იყოს.

▪ ბევრ ავადმყოფს, შესაძლოა, ერთდროულად რამდენიმე თერაპევტთან უხდებოდეს სიარული. შესაძლოა ის ფსიქოლოგთან და სოციალურ მუშაკთან დადიოდეს, მაგრამ დანიშნულების მისაღებად ფსიქიატრთანაც უწევდეს შეხვედრა. წამლების მიღების დროს მნიშვნელოვანია სისხლზე რეგულარული დაკვირვება, რათა ფსიქოტროპული პრეპარატების სეგავლენით სისხლის ფორმულა არ შეიცვალოს.

▪ თუ ექიმი გულისყურით არ ეკიდება თქვენი ოჯახის წევრების ჩივილებს, როგორც ეს სუნის შემთხვევაში მოხდა, ასეთი სპეციალისტი დაუყოვნებლივ უნდა დატოვოთ და ახალი მოძებნოთ.

იმ შემთხვევაშიც უნდა დაიწყოთ ახალი ექიმის ძებნა, თუ თქვენსა და თქვენს ექიმს შორის გულითადი ურთიერთობები ვერ მყარდება. გახსოვდეთ, წარმატებული მკურნალობის უმნიშვნელოვანესი წინაპირობა სწორედ სრული ნდობის არსებობაა პაციენტსა და ექიმს შორის.

## თანამშრომლობის დამყარება

ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ თავი იმ ერთიანი გუნდის სრულფასოვან წევრად შეიგრძნოთ, რომელიც მოწოდებულია თქვენთვის ძვირფასი ადამიანის ტანჯვის შესამსუბუქებლად. ამიტომ, აუცილებელია ექიმებთან შეთანხმებით იმოქმედოთ. თვით ისეთი უმძიმესი დაავადების დროსაც კი, როგორც შიზოფრე-

ნიაა, ექიმთან გონიერ თანამშრომლობაზე დაფუძნებული დახმარება მეტად საშური და სასურველი საქმეა.

თავის წიგნში „კარგი ახალი ამბები დეპრესიის შესახებ“ ფლორიდელი ფსიქიატრი მარკ ს. გოლდი აღნიშნავს: „დამთავრდა ის დრო, როცა ექიმი მხოლოდ პაციენტთან მუშაობდა და მისი ოჯახის წევრებს ერთი-ორჯერ თუ შეხედებოდა გარკვეული ინფორმაციის მიღების მიზნით... დღეს ექიმიც, პაციენტიც და მისი ოჯახიც მკურნალობის ერთიან სისტემაში უნდა იყვნენ ჩართულნი და ეს სისტემა არ იმუშაებს, თუ ყოველმარგობა თავისი ფუნქცია კარგად არ გააცნობიერა“<sup>57</sup>. აქედან გამომდინარე, უნდა გახსოვდეთ, რომ თქვენი თანადგომა არამარტო სასურველი, არამედ აუცილებელიც კი არის.

არის შემთხვევები, როცა მკურნალობის კურსი ერთზე მეტი პროფესიონალი მედიკოსის მეთვალყურეობას მოითხოვს, ხოლო ცალკეულ შემთხვევაში, თუნდაც იმავე სტაციონარში, შესაძლოა რამდენიმე ექიმიც კი იყოს ჩართული ერთი პაციენტის მკურნალობაში. აქ სხვადასხვა სახის ფსიქოთერაპიული და სარეაბილიტაციო კურსი იგულისხმება და ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მთელი გუნდი შეთანხმებულად და კოორდინირებულად მოქმედებდეს.

სოგჯერ, საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ, ავადმყოფს მისი ოჯახის წევრის მეთვალყურეობის ქვეშ ტოვებენ, ამიტომ აუცილებელია იმის ზუსტი ცოდნა, თუ რა შემთხვევაში როგორი სახის დახმარებაა სასურველი და რა შეიძლება გაკეთდეს, რათა შემცირდეს რეციდივის შანსი. როგორც სამკურნალო ჯგუფის სრულფასოვანი წევრი, თქვენ საავადმყოფოშივე მიიღებთ ინსტრუქციებს ავადმყოფის მოვლის შესახებ.

განსაკუთრებით მიზანმიმართულად განისაზღვრება თქვენი როლი ოჯახური თერაპიის სეანსების დროს. ამგვარი სეანსები

---

<sup>57</sup> Gold, Mark S., and Lois 13. Morris, *The Good News About Depression* (New York: Bantam Books, 1995), p. 238.

გულისხმობს მკურნალობის პროცესში თავად ავადმყოფის და მისი ოჯახის წევრის მონაწილეობას. იგი შეიძლება იყოს მეუღლე, მშობლები, და-ძმა ან შვილები. სეანსების დროს მეტად ხელსაყრელი პირობები იქმნება სრულფასოვანი კომუნიკაციისთვის ავადმყოფს, მისი ოჯახის წევრსა და მკურნალს შორის. აქ თქვენ ისწავლით მოსალოდნელი კრიზისების თავიდან აცილებას და გაიწაფებით ავადმყოფის დახმარებაში. თუ ახლობლის ავადმყოფობა თქვენსე მძიმედ მოქმედებს და თავადაც სტრესულ მდგომარეობაში იმყოფებით, აქ დეპრესიის დაძლევაშიც დაგეხმარებიან.

ფსიქიკური დაავადება ოჯახური ტრაგედიაა და ის მძიმედ მოქმედებს არა მხოლოდ ავადმყოფზე, არამედ ოჯახის ყველა წევრზე. ჯონ ჰოფკინსის უნივერსიტეტის პროფესორი რიჩარდ ა. ფერლმატერი გვიხსნის, რომ: „ოჯახის წევრთა მწუხარების, ტკივილის, შეშფოთების და შიშის გათვალისწინებით, მეტად მნიშვნელოვანია მათი ჩართვა მკურნალობის პროცესში. ამგვარი ერთობლივი თერაპია, როგორც წესი, სასარგებლოა არა მხოლოდ თვით ავადმყოფისთვის, არამედ მისი ოჯახის წევრებისთვისაც და, რაც მთავარია, მეტად იმედისმომცემ შედეგებს იძლევა“.

როცა ადამიანს ისეთი მძიმე ფსიქიკური დაავადება აწუხებს, როგორც არის შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი და კლინიკური დეპრესია, ოჯახური თერაპიის სეანსები, შესაძლოა თავად ავადმყოფისთვის არც ისე ეფექტური აღმოჩნდეს. მე ვიცნობ ერთ ქალს, რომლის შვილიც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით არის შეპყრობილი. ერთ-ერთი შეხვედრისას მან მითხრა, რომ მის მდგომარეობაში მყოფ ადამიანს, შესაძლოა, ოჯახური თერაპიის სეანსების ნაცვლად, კონსულტაციათა კარგი კურსი უფრო სჭირდებოდეს მისი

---

*Perlmutter, Richard A., "A Clinical Family Approach to Anxiety Disorders," ADAA Reporter, Spring 1997, p. 2.*

შვილის მკურნალი ჯგუფისგან. მეტი ინფორმაცია და კონკრეტული, პრაქტიკული ინსტრუქციები იქნებ უფრო დახმარებოდა შვილის სწორად მოვლაში.

მსგავს ვითარებაში აზრი აქვს დახმარების სპეციალიზებულ ჯგუფებთან შეხვედრასაც, რადგან ეს ჯგუფები ძირითადად იმ ადამიანებისგან შედგება, ვისაც პირადად აქვს გამოცდილი ახლობლის ავადმყოფობა და ამიტომ, მეტად საჭირო რჩევას მოგცემენ. ინფორმაცია ამ ჯგუფების შესახებ შეგიძლიათ მიიღოთ ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალურ ალიანსში, რომელიც ამერიკის ყველა დიდ ქალაქში ფუნქციონირებს. მთავარია, გახსოვდეთ, რომ მარტო არ ხართ. რაც უფრო მეტად გაირჯებით, რომ თქვენთვის ახლობელი ადამიანის გადასარჩენად ძლიერი ჯგუფი შემოიკრიბოთ, მით უფრო დაცულად იგრძნობთ თავს.

### მკურნალობის მეთოდები და საშუალებები

სანამ თქვენთვის ძვირფასი ადამიანი მკურნალობას შეუდგებოდეს, თქვენც სათანადოდ უნდა მოემზადოთ, რადგან შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ ეს იოლი და უმტკივნეულო გზა სულაც არ არის. სამწუხაროდ, ფსიქიკური დაავადებებისთვის იოლი პრობლემები არ არსებობს. შესაძლოა, მკურნალობას ძალიან დიდი დრო დასჭირდეს. ხშირად, თვით დიაგნოზის დადგენის პროცესიც კი საკმაოდ ჭიანჭურდება ხოლმე. ექიმს უამრავ კითხვაზე სჭირდება პასუხი. ის აუცილებლად დაინტერესდება თქვენი ოჯახის ისტორიით, პაციენტის ბიოგრაფიით, მისი სამსახურით, მეგობრული ურთიერთობებით, ოჯახის სხვა წევრების ფსიქიკური მდგომარეობით. იქნება სხვა კითხვები იმის შესახებაც, თუ როდის გამოვლინდა დაავადების პირველი სიმპტომები, ხომ არ იყო ისინი დაკავშირებული ისეთ სტრესულ სიტუაციებთან, როგორც არის ვინმეს გარდაცვალება ან

საკუთარად ადამიანთან განშორება; სამსახურის დაკარგვას ან სხვა უსიამოვნებას ხომ არ თანხედება ავადმყოფობის გამოვლინება? ზოგიერთი კითხვა უადგილოც კი შეიძლება მოგეჩვენოს. მაგრამ გახსოვდეთ, რომ ექიმს თავისი მოტივაცია აქვს, როცა ამგვარ კითხვებს სვამს. ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა ადვილი საქმე როდია. ხშირ შემთხვევაში ორ სხვადასხვა დაავადებას ერთნაირი სიმპტომები შეიძლება აქონდეს და მნიშვნელოვანია მთლიანი სურათის შექმნა, რათა ყველა დეტალი მკაფიოდ გამოიკვეთოს. რაც უფრო დიდ ინფორმაციას ფლობს მკურნალი, მით უფრო უადვილდება დაავადების სწორად განსაზღვრა. შესაძლოა, ფსიქიატრს პიროვნულობის მახასიათებელი ან ინტელექტუალური კოეფიციენტის განმსაზღვრელი ტესტების ჩატარებაც დასჭირდეს.

როცა დიაგნოზი დაისმება, სათანადო მკურნალობაც შეიძლება, რომელიც, სავარაუდოდ, რამდენიმე მეთოდის კომბინაციისგან შეიძლება შედგებოდეს, მაგალითად, ფსიქოთერაპია, მედიკამენტური მკურნალობა და ქცევის კორექციის სეანსები. ხშირად, ერთი რომელიმე მეთოდიც საკმარისია, სხვა შემთხვევაში იქნებ მეთოდთა კომბინირება იყოს უფრო ეფექტური – ეს დაავადების ხარისხსა და მის სიმპტომებსა და მოკიდებული. იმისთვის, რომ უკეთ წარმოიდგინოთ, თუ რა შეიძლება გელოდებოდეთ ყველა ცალკეულ შემთხვევაში, მოკლედ დაგიხასიათებთ ამ მეთოდებს.

### *ფსიქოთერაპია*

ფსიქოთერაპიას ხშირად „საუბრის თერაპიასაც“ უწოდებენ. მისი მეთოდი დაფუძნებულია იმ ამოსავალ პრინციპზე, რომ ავადმყოფობის სიმპტომები პიროვნებაში მიმდინარე კონფლიქტთა შედეგია და საუბრების მეშვეობით შესაძლებელია ამ კონფლიქტების გამოვლენა, ხოლო შემდგომ ეტაპზე – შემსუბუქება, რასაც საბოლოო ჯამში ავადმყოფის გამოკეთება უნდა მოჰყვეს. ზოგჯერ საუბრები ფოკუსირებულია პაციენტის

შეგრძნებებსა და რეაქციებზე ყოველდღიური პრობლემების მიმართ, როგორც არის კონფლიქტური ურთიერთობები ახლობლებთან, მეგობრებთან და თანამშრომლებთან. ზოგჯერ კი საუბრის თემა ბავშვობაში განცდილ იმ ტკივილებსა და ტრავმებს ეხება, რომელნიც ხანგრძლივი დროის მანძილზე ითრგუნებოდა მეხსიერების მიერ. „საშინაო დავალება“ ამგვარი თერაპიის მეტად მნიშვნელოვანი, მეტიც – აუცილებელი ელემენტია. „საშინაო დავალება“ ავადმყოფს ავალდებულებს, თავისუფალ დროს გააანალიზოს ის ინფორმაცია თავისი „შინაგანი ცხოვრების“ შესახებ, რომელიც ფსიქოთერაპიის სეანსის დროს ამოტივტივდა. ამგვარი „ვარჯიში“ ძალიან უწყობს ხელს ადამიანში საკუთარი თავის რწმენის აღდგენას.

„საშინაო დავალება“ შეიძლება ითვალისწინებდეს ავადმყოფის ყოველდღიური საქმიანობის ჩამონათვალს და ამ საქმეებთან დაკავშირებულ მექანიკურ ფიქრებს, აგრეთვე, სასიამოვნო თუ უსიამოვნო განცდების განსაზღვრასა და დახარისხებას, სპეციალური ლიტერატურის გაცნობას, თერაპევტის მიერ სეანსის დროს ჩაწერილი აუდიო- თუ ვიდეო მასალის თავიდან გადახედვას, გადამუშავებას და სხვა.

### *ქცევის კორექცია*

თუ ფსიქოთერაპია ძალისხმევის ფოკუსირებას ახდენს ავადმყოფის ცვალებად ფიქრებსა და შეგრძნებებზე, ქცევის კორექციის მიზანი „ცუდი“ ჩვევების „კარგი“ ჩვევებით ჩანაცვლებას გულისხმობს. ეს მკურნალობა ქცევის კორექციაზე იღებს ორიენტაციას. გახსოვთ ჯერილინ როსი წიგნის მეორე თავიდან? მას პანიკური აშლილობა აწუხებდა და სიმაღლის შიში ჰქონდა. მისმა ექიმმა, რომლის სპეციალობაც სწორედ ქცევის კორექციის თერაპია გახლდათ, ნაბიჯ-ნაბიჯ დააძლევინა ჯერილინს აკვიტებული შიში. გახსოვთ, ალბათ, როგორ აღიოდნენ ხელიხელჩაკიდებულნი სულ უფრო და უფრო მაღალ სართულებზე.



„საშინაო დავალებას“ აქაც მნიშვნელოვანი ფუნქცია ეკისრება. დიაგნოზიდან გამომდინარე, პაციენტს შეიძლება დაევალოს იმ საქმიანობის კიდევ და კიდევ გამეორება, რომელიც მას ერთ დროს სიაპოვნებას ანიჭებდა, რათა სოციალური თვალსაზრისით უფრო მეტად გააქტიურდეს. თავდაპირველად, ეს შესაძლოა რთულ ამოცანადაც კი ეჩვენოს ადამიანს, მაგრამ გარკვეული დროის შემდეგ ის დარწმუნდება, რომ ამგვარ სავარჯიშოებს თვალშისაცემი გაუმჯობესება ახლავს თან და ნორმალური ცხოვრებისკენ უძღვება ავადმყოფს.

### *მედიკამენტური მკურნალობა*

როგორც უკვე არაერთხელ აღგვინიშნავს, ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის მედიკამენტური საშუალებები საგრძნობლად დაიხვეწა. წამლები მეტად ეფექტურად შეეღის ბევრ ფსიქიკურ დაავადებას, მძიმე აშლილობებისთვის კი დღემდე ერთადერთ სამკურნალო საშუალებად რჩება. ამის შესახებ უფრო დაწვრილებით წიგნის შემდგომ თავებში ვისაუბრებთ, მაგრამ ამჯერად მხოლოდ გაგაფრთხილებთ: ფსიქიატრის მიერ გამოწერილი წამალი მანამ უნდა მიიღოს პაციენტმა, სანამ ექიმი თვითონ არ მოხსნის დანიშნულებას. თავად პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება არ შეიძლება ამ შემთხვევაში განმსაზღვრელი ფაქტორი იყოს. ექიმმა უკეთ იცის, თუ რა დროს რა არის საჭირო. შესაძლოა, მან გარკვეული ხნით შეაჩეროს დანიშნულება, რათა ორგანიზმს წამლისგან დასვენების საშუალება მისცეს. მაგრამ, ისეთი დაავადების შემთხვევაში, როგორც მაგალითად შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი ან კლინიკური დეპრესიაა, ავადმყოფს შესაძლოა მთელი ცხოვრების მანძილზე დასჭირდეს წამლების შეუსვენებელი მიღება.

სწორი მკურნალობა ნებისმიერი ფსიქიკური დაავადების შემსუბუქებას უწყობს ხელს. რაც დრო გადის, სულ უფრო ხშირად ვიგებ იმ ადამიანთა შესახებ, რომელთაც დაძლიეს ფსიქიკური პრობლემები:

– „მე ქცევის კორექციის კურსი ჩაეიტარე, რამაც საგრძნობლად შეცვალა ჩემი ცხოვრება. ვისწავლე საკუთარი თავის მობილიზება და ახლა ნორმალური ადამიანის ცხოვრებით ვცხოვრობ“.

– „სხვადასხვა ტიპის თერაპიული კურსების შედეგად, როგორც არის საუბრები, მხატვრობა, ცეკვები, აგრეთვე, ლითიუმის მეშვეობით, თითქმის დაგძლიე ჩემი ავადმყოფობა და საგრძნობელ გაუმჯობესებას მივადწიე. ახლა სრულიად ახალი ცხოვრებისთვის ვემზადები“.

– „1979 წელს, ერთ-ერთი ჩემი ქალიშვილი, 28 წლის ტყუპისცალი, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადდა. ათი წლის შემდეგ, იგივე დაავადება ჩემს 32 წლის ვაჟსაც აღმოაჩნდა, რომელსაც ცოლი და ორი წლის ბიჭუნა ჰყავს. იძულებულნი გახდით, სასწრაფოდ საავადმყოფოში მოგვეთავსებინა. ასე რომ, თითქმის ოცი წელიწადია, რაც ჩვენი ოჯახი ამ საშინელი დაავადების მძევლად იქცა.“

ამ პერიოდში არაერთხელ მიგვიმართავს საავადმყოფოსთვის. ქალიშვილიც და ვაჟიც მიატოვეს მეუღლეებმა; მეგობრებიც თანდათანობით ჩამოშორდნენ. ავადმყოფობის გამო ჩვენი ვაჟიშვილი ორჯერ მოხვდა ციხეში. ერთი სიტყვით, ჩვენი ცხოვრება ნამდვილ უბედურებად გადაიქცა.

საბედნიეროდ, ჩვენს ისტორიას კეთილი დასასრული აქვს. ქველი წამლებით უშედეგო მკურნალობის შემდეგ, ჩვენი

შვილები ახალ, ეგრეთ წოდებულ ატიპურ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე გადაიყვანეს და უკვე სამი წელიწადია, მათ მდგომარეობაში სტაბილური გაუმჯობესება შეიმჩნევა. ძველი წამლების საშინელი გვერდითი ეფექტები (ხელების კანკალი, ოფლიანობა, ჩაყარდნები მეხსიერებაში) გაფერმკრთალდა ან თითქმის შეუმჩნეველი გახდა. ასე რომ, ახლა ჩვენს ქალიშვილს მუშაობაც კი შეუძლია. მან ძალიან კარგი სამსახური იპოვა ფსიქიკურად დაავადებულთა დაცვის ერთ-ერთ ორგანიზაციაში, ჩვენი ვაჟიშვილი კი ავადმყოფობის გამო შეწყვეტილი სწავლა-განათლების გაგრძელებას აპირებს“.

– „მას შემდეგ, რაც ვისწავლე ჩემი დაავადების საკუთარი ძალებით მართვა და ახალ წამლებზე გადავედი, ისეთი უკეთესობა ვიგრძენი, რაზეც ადრე ოცნებაც არ შემიძლო“.

– „ჩემში თითქოს რაღაც უბედურება ცხოვრობდა, რომელმაც სრულიად გამანადგურა. წლების მანძილზე თითქოს გაურკვეველობის შავ ბურუსში ვცხოვრობდი, არ ვიცოდი, ვინ ვიყავი, რა მინდოდა... პალუცინაციები მქონდა, არ მტოვებდა იმის შეგრძნება, რომ შევიშალე. ეს საშინელება იყო.“

ჩემი ამხანაგები პროსაკ კიდს მეძახიან ხუმრობით, რადგან სწორედ პროსაკი და კიდევ, ჩემი ცოლი და ოჯახი დამეხმარნენ იმ საშინელების დაძლევაში... ახლა მე ნორმალურად ვარ. ისევ ვმუშაობ. ოთხი წლის მანძილზე სამსახური ერთი დღითაც კი არ გამიცდენია...“

ღმერთმა თითქოს თავიდან მანუქა სიცოცხლე. სწორედ მისი წყალობაა, რომ ყოველდღე შემიძლია შესვენებაზე სახლში მივირბინო, ფანჯრიდან გადავიხედო ჩემს პატარა ბაღში, სადაც კალათბურთს თამაშობს ჩემი ოცი წლის მსეთუნახავეი ქალიშვილი. ის ამომხედავს, აუცილებლად გამიღიმებს და მხიარულად შემომთავაზებს: მოდი, კიდ, ერთი-ერთზე პატარა ბლიც-პარტია ვითამაშოთ“.

ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის სამოქმედო ინსტრუქციების თანახმად, მხოლოდ დაბალი რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებები იძლევა დადებით შედეგს არამედიკამენტური ანუ მხოლოდ თერაპიული მკურნალობის დროს. თერაპიას შეუძლია შეასუსტოს დაავადების სიმპტომები, მას რეციდივის რისკის შემცირებაც ძალუძს და ავადმყოფის ცხოვრების გაუმჯობესებაც. თუმცა, ხშირია შემთხვევები, როცა ავადმყოფი იოლად არ ექვემდებარება მკურნალობას და სულ ცოტა 20 სეანსი მაინც არის საჭირო იმისთვის, რომ უკეთესობის პირველი ნიშნები განსდეს; ზოგჯერ კი, სრულიად მოულოდნელად, ავადმყოფობა შეიძლება დაიძიმდეს. აი, ამიტომ არის, რომ ფსიქიატრები მაინც მედიკამენტურ მკურნალობას უწევენ რეკომენდაციას და მიიჩნევენ, რომ სრული გამოჯანმრთელებისთვის წამლები მაინც აუცილებელია.

პულიკერის პრემიის ლაურეატმა, პუბლიცისტმა არტ ბუჰვალდმა, რომელსაც დიდი ხანია დეპრესია აწუხებს, 1996 წელს რადიოგადაცემაში, სადაც თავისი მეგობრები მაიკლ უოლასი და უილიამ სტაირონი ჰყავდა მოწვეული, დაწვრილუბით ისაუბრა ამ პრობლემის შესახებ:

„როცა აღამიანს, რომელსაც წელის ტკივილი ტანჯავს, კარგ ტკივილგამაყუჩებელს ურჩევ, ის დაუფიქრებლად მიიღებს წამალს. მაგრამ მათ, ვისაც დეპრესია აწუხებს, რატომღაც მიანინიათ, რომ ყოველგვარი გარე დახმარების გარეშე უნდა ებრძოლონ თავის დაავადებას. ჩემი ნაცნობების უმრავლესობა უარს აცხადებდა პროსაკისა და ზოლოფტის მიღებაზე, თუმცა

---

*Produced in association with the Dana Alliance for Brain Initiatives, a nonprofit organization of 150 neuroscientists. Grey Matters: A Conversation with Art Buchwald, William Styron, and Mike Wallace, 1996 (audiotape).*

სერიოზული ფსიქიკური პრობლემები კქონდათ. ისინი ფიქრობდნენ, რომ წამლებზე გადასვლა ავადმყოფობასთან ორთაბრძოლაში განცდილი მარცხის უტყუარი მანიფესტაციაა. ეფიქრობ, ყველაზე მარტივი და საჭირო რამ, რომელიც ადამიანების ცნობიერებაში უნდა დაეყვანოთ, ის არის, რომ უაზრობაა წამალზე უარის თქმა. მით უმეტეს, როცა პრობლემა რეალურად არსებობს, წამალს კი ამ პრობლემის მოხსნა შეუძლია. ბოლოს და ბოლოს იმის უამრავი საბუთი გვაქვს, რომ ეს მედიკამენტები მართლა ეხმარება ადამიანებს“.

„აი, ეს წამლები... მათ უამრავ ავადმყოფს მოჰგვარეს შეება“. დიახ, ასეა, დღემდე ბევრს რცხენია თუ ემძიმება მედიკამენტურ მკურნალობაზე გადასვლა. ვიდაცას ჰგონია, რომ ეს პრეპარატები ერთგვარი „ყავარჯნებია“ და დროთა განმავლობაში დამოკიდებული გახდება მათზე; ვიდაც ფიქრობს, რომ მათი მიღება პიროვნულობის „წაშლას“ გამოიწვევს, ვიდაც გვერდით მოვლენებს უფრთხის. არც ერთ ამ მოგონილ საფრთხეს რეალობასთან კავშირი არა აქვს. მედიკამენტთა უმრავლესობის, თვით შიზოფრენიის წამლების მიმართაც კი ეს არ არის სიმართლე.

ცხადია, არსებობენ ადამიანები, ვისაც შესაძლოა მთელი ცხოვრების მანძილზე სჭირდებოდეს ამ წამლების მიღება. ალბათ, ეს არის ერთგვარი დამოკიდებულება, მაგრამ დიაბეტით ან ჰიპერტონიით დაავადებული ადამიანებიც ხომ ფაქტობრივად ასევე ცხოვრობენ? მეც მაქვს ჩიყვთან დაკავშირებული პრობლემა და ყოველდღიურად მიწევს სინტროიდის ერთი აბის მიღება. სულაც არ მგონია, რომ ეს პრეპარატი ჩემს ცხოვრებაში ყავარჯნის ფუნქციას ასრულებს. ხომ არავის არა აქვს იგივე დამოკიდებულება ინსულინის ან წნევის დამგდები საშუალებების მიმართ? ჩვენ ხომ არ ვხდებით მათზე დამოკიდებულნი? ცხადია, არა. ეს პრეპარატები უბრალოდ ცხოვრების გაუმჯობესებაში გვეხმარება.

მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, რომ ფსიქოტროპულ საშუალებებს მიეისიერი გაუმჯობესება არასდროს მოჰყვება. რამდენიმე კვირა მაინც უნდა გავიდეს მათი მიღებიდან, რომ თვალში სიცხეში შედეგები ვიგრძნოთ. ეს განსაკუთრებით დეპრესიისა და პანიკური აშლილობის საწინააღმდეგო მედიკამენტებს ეხება. თუ მათ მიღებას არასასურველი გვერდითი ეფექტები ახლავს, შესაძლებელია მათი შეცვლა და უფრო უვნებელი პრეპარატის მოძებნა. ხშირად რამდენიმე თვე სჭირდება ხოლმე „სწორი“ წამლის პოვნას, ყველაფერი ხომ ავადმყოფის ინდივიდუალურ მონაცემებზეა დამოკიდებული. აუცილებლად მოგიწევთ მოთმინების მოშველიება, რადგან შესაძლოა თქვენთვის ძვირფასმა ადამიანმა უცბად ვერ შეძლოს სწორი წამლისა და სწორი დოზის მიღება. ამისთვის დროა საჭირო, მაგრამ არსებული რეალობიდან გამომდინარე, დარწმუნებული უნდა იყოთ, რომ საბოლოოდ სასურველი შედეგი აუცილებლად იქნება მიღწეული და შეიძლებთ დაავადების რეგულირებას.

### ორმაგი დიაბნოზი

ბევრმა ოჯახმა საკუთარი მწარე გამოცდილებიდან იცის, თუ რაოდენ ძნელდება ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობა, როცა მათ ალკოჰოლიზმი ან ნარკომანია ემატება. თუ თქვენთვის ძვირფას ადამიანს ორივე ეს პრობლემა აწუხებს, თქვენ გარკვეული ენერჯის დახარჯვა მოგიწევთ, რათა იპოვიოთ ის პროგრამა, რომელიც ორივე დაავადებაზე მუშაობს. ეს საკმაოდ რთული საქმეა, რადგან ხშირ შემთხვევაში ნარკოლოგიური ცენტრები ხელს არ კიდებენ ფსიქიკურად დაავადებულთა მკურნალობას, ფსიქიატრიული პროგრამები კი უარს აცხადებენ ნარკომანთა და ალკოჰოლიკთა მიღებაზე. ამიტომ, ხშირად პაციენტს ორ სხვადასხვა პროგრამას შორის უწევს მოგზაურობა, რაც საგრძნობლად ამძიმებს მის მდგომარეობას.

პირველ რიგში, აუცილებელია ორივე დაავადების დიაგნოსტიკა და ეს პროფესიონალმა ფსიქიატრმა უნდა გააკეთოს. ორმაგი დაავადების დიაგნოსტიკა არც ისე იოლი საქმეა, რადგან ერთი დაავადების სიმპტომები შესაძლოა მეორე დაავადების სიმპტომებით ინიღბებოდეს. დიაგნოზის დადგენის შემდეგ აუცილებელია მკურნალობის შერჩევა და კვალიფიციური კონსულტაციების მიღება სწორი მეთვალყურეობისა და მოვლისათვის.

თუ თქვენს ახლობელს უკვე დაუდგინეს ალკოჰოლიზმის ან ნარკომანიის დიაგნოზი, მასთან ურთიერთობისას კარგი იქნებოდა, თუ ჩვენს რჩევებს გაითვალისწინებდით:

- } ნუ ჩათვლით, რომ ეს სამარცხეინო და დამამცირებელია თქვენი ოჯახისთვის. ამ დაავადების განკურნება ისევე შესაძლებელია, როგორც სხვა დაავადებების.
- } ნუ შეაწყენთ თავს ავადმყოფს გაუთავებელი ლექციებით და ჭკუის სწავლებით ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მავნებლობის შესახებ. მან უკვე თითქმის ზეპირად იცის ყველაფერი, რის თქმასაც აპირებთ. ამგვარი მოქმედებით იმას მიაღწევთ, რომ ადამიანს იძულებულს გახდით, მოგატყუოთ ან ისეთი დაპირება მოგცეთ, რომელსაც ვერ შეასრულებს.
- } მიუერიდეთ იმის აღნიშვნას, რომ მასთან შედარებით არათუ წამებული, წმიდანიც კი ხართ.
- } ნუ ამოიხიშებთ ფრაზას: „ოდნავ მაინც რომ გიყვარდე“... ამის თქმა იგივეა, რაც ადამიანს უსაყვედურო: არ გიყვარდი და ტუბერკულოზი იმიტომ დაგემართაო.
- } არასოდეს დაიმუქროთ ტყუილად. შეეცადეთ, ისეთი რამ დაიქადნოთ, რისი განხორციელებაც არ გაგიჭირდებათ. გახსოვდეთ, ფუჭ მუქარას შეუძლია თქვენი ურთიერთობისთვის სერიოზული ზიანის მიყენება. მნიშვნელოვანია, რომ თქვენს სიტყვას ფასი არ დაკარგოს.

- } ნუ დაიწყებთ ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის გადამაღლვას. ამან შეიძლება უარესი შედეგი გამოიწვიოს და მანია სასოწარკვეთილებაში გადაიზარდოს.
- } არავითარ შემთხვევაში არ დაუშვათ, რომ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღებაზე დაგიყოლიონ. თქვენმა ამგვარმა უნებისყოფობამ შესაძლოა საერთოდ აადებინოს ხელი დაავადებულს გამოსავლის ძიებაზე.
- } ნურასდროს გამოთქვამთ ხმამაღლა ეჭვებს მკურნალობის მიმდინარეობის ეფექტურობასთან დაკავშირებით, რათა უსაფუძვლო იმედგაცრუება არ გამოიწვიოთ ავადმყოფში.
- } ნუ მოითხოვთ დაუყოვნებელ უკეთესობას. სრულ განკურნებას შესაძლოა დიდი დრო დასჭირდეს. ნურც დროებითი გაუარესება ან გართულება დაგაფრთხობთ.
- } ნუ აიძულებთ ავადმყოფს, უარი თქვას სასმელზე ან ნარკოტიკზე. მან ეს ნებაყოფლობით უნდა გააკეთოს. სხვა შემთხვევაში, პირველივე შესაძლებლობისთანავე, ისევე აღიდგენს მავნე ჩვევას.
- } არასოდეს გააკეთოთ ნარკომანიის ან ალკოჰოლიკის საკეთებელი საქმე მის მავიერად. ნუ მოუხსნით პრობლემას, რომლის დაძლევაც მას თვითონვე შეუძლია.
- } სიყვარული, მზრუნველობა და გულისხმიერება დაუპირისპირეთ მავნე ჩვევას<sup>57</sup>.

### ურჩობის დაძლევა

ურჩობა ნიშნავს ავადმყოფის სურვილს, შეეწინააღმდეგოს ექიმის ინსტრუქციებს. როგორც სამკურნალო გუნდის წევრს, თქვენ მნიშვნელოვანი როლი გაკისრიათ, რაც იმას გულისხმობს, რომ დაიყოლიოთ ავადმყოფი ექიმის დანიშნულების

<sup>57</sup> *The CAMI News, January/February 1997.*



შესრულებასა და წამლების მიღებაზე. წამლის მიღებაზე უარის თქმა ხშირად გვერდითი ეფექტებით არის ხოლმე განპირობებული, მაგრამ სხვა, უფრო სერიოზული მიზეზებიც შეიძლება არსებობდეს.

შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს ზოგჯერ ხმები „უბრძანებენ“ შეწყვიტოს მკურნალობა, რასაც უეჭველად მოჰყვება სერიოზული გაუარესება. მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით შეპყრობილ ისეთ ადამიანებს, როგორც მაგალითად როდ სტაიგერია, შეიძლება დაესაბამებოდა წამლის მიღება, როგორც კი თავს უკეთ იგრძნობენ. ცხადია, რომ გართულებების გარეშე არც ეს „ექსპერიმენტი“ ჩაივლის, რასაც შედეგად აუცილებლად მოჰყვება ტვინში ბიოქიმიური პროცესების დარღვევა. ვილაცამ სასოწარკვეთის ფაზაში შეიძლება გადაწყვიტოს, რომ მანაც არაფერი არ ეშველება და ხელი აიღოს მკურნალობაზე. ერთი სიტყვით, მკურნალობაზე უარის თქმისთვის ათასი საბაბი შეიძლება გამოიჩინდეს.

ფსიქიატრიის პროფესორი, ქალბატონი ქეი რედფილდ ჯემისონი, რომელიც თავადაც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით არის დაავადებული, წიგნში „მოუსვენარი გონება“ მეტად ცოცხლად აღწერს თავის პირად განცდებს წამლის მიუღებლობის ფაზასთან დაკავშირებით. აქ იმდენად წამლის გვერდით მოვლენებზე (კოორდინაციის დაკარგვა, წაკითხულის გაგების უნარის დაქვეითება, ჩავარდნები მესხიერებაში) კი არ არის საუბარი, რამდენადაც მანიის პერიოდის სასიამოვნო შეგრძნებებზე. ავადმყოფს ეჩვენებოდა, რომ ზეაწეულობის ეს პერიოდები იმდენად მშვენიერს ხდიდა მის ცხოვრებას, რომ წამლის მიღება გაუმართლებელი იყო. მაგრამ მანიას აუცილებლად მოჰყვებოდა მეორე ფაზა და ქალბატონი ჯემისონი კვლავ დეპრესიის უიმედო წყვილადში ვარდებოდა:

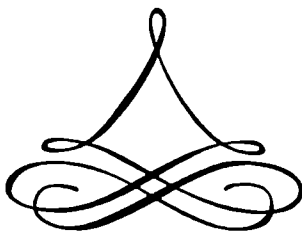
„ავადმყოფებს ძალიან უჭირთ უარის თქმა ამ ვერაგი დაავადების პოზიტიურ ასპექტებზე, როცა ადამიანი ენერჯის მოჭარბებას გრძნობს, როცა მისი ემოციები და გონებრივი

შესაძლებლობები ზედმიწევნით არის გამახვილებული, მას თავისუფალი, ორიგინალური, თითქმის გენიალური აზრები მოსდის თავში, გამორჩეულად კარგ ხასიათზეა და სიყვარულის მოთხოვნილება ეუფლება... ყოველივე ეს უცნაური და სასიამოვნოა. ამ ფაზაში ადამიანს არ ტოვებს შთაგონების მშვენიერი შეგრძნება. ამასე უარის თქმა ძალიან ძნელია. ჩემთვისაც ძნელი იყო“.

სწორედ აქ დგება კრიტიკული პერიოდები ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობაში. პაციენტები უარს აცხადებენ ექიმის დანიშნულებაზე. ექიმ მარკ ს. გოლდის მონაცემების თანახმად, ავადმყოფების 20-25%-ის აღიარებით, ისინი ცდილობდნენ, შუა გზაზე მიეტოვებინათ მკურნალობა და მხოლოდ ახლობელთა ენერგიული ჩარევის წყალობით მიიყვანეს საქმე ბოლომდე. „ოჯახის წევრების როლი ამგვარ კრიტიკულ სიტუაციაში განუზომლად დიდია“<sup>2</sup>. ხშირ შემთხვევაში, მხოლოდ მათი მეშვეობით ხერხდება ავადმყოფის დაყოლიება მკურნალობის გაგრძელებაზე. თქვენმა ჩარევამ, შესაძლოა, დააძლევინოს ავადმყოფს მკურნალობისთვის წინააღმდეგობის გაწევის სურვილი, რაც მეტად ბუნებრივია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის. ამ წიგნის მე-6 თავში ჩვენ შევიტყობთ შიზოფრენიით შეპყრობილი ახალგაზრდა კაცის – სემის ისტორიას, რომელმაც დისა და დედის დახმარებით შექლო თავისი დაუმორჩილებლობის გადალახვა, რის შედეგადაც მისი ფსიქიკური მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარ ბედნიერ ისტორიებს ხშირად ვერ გაიგონებთ. სამწუხაროდ, ავადმყოფების დაყოლიება მკურნალობაზე ჯერ კიდევ სერიოზულ პრობლემად რჩება.

---

<sup>2</sup> Gold, p. 268.



*დიაგნოზის დადგენის შემდეგ:  
სამსახურებრივი საქმიანობის აწყობა,  
ფინანსური, იურიდიული და სხვა პრობლემები*

უსიძიკური დაავადება და დასაქმების პრობლემა

მას შემდეგ, რაც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანი პროფესიულ დახმარებას მიიღებს და ავადმყოფობას მკურნალობის კონტროლს დაუქვემდებარებს, მას კარგი სამსახურის მოძებნაზეც შეუძლია ფიქრის დაწყება. ვილაცისთვის ეს შეიძლება პირველი სამსახური იყოს თავის ცხოვრებაში, სხვას, შესაძლოა, იძულებითი შესვენების შემდეგ კვლავ სურდეს თავისი პროფესიული საქმიანობის გაგრძელება.

ამ ცოტა ხნის წინ, პუბლიცისტმა ენ ლენდერსმა მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომისგან განკურნებული მამაკაცის წერილი გამოაქვეყნა. ოდესღაც დიდი კომპანიის ვიცე-პრეზიდენტი, ვინმე მ. კ. სამსახურიდან დაითხოვეს. ამის მიზეზი მისი ავადმყოფობა გახდა. ერთ-ერთი შეტყვის დროს მ. კ.-მ თავის უფროსს, მმართველი საბჭოს თავმჯდომარეს უღრიალა. მკურნალობა წარმატებული აღმოჩნდა და ლითიუმის მეშვეობით მ. კ.-მ დაძლია თავისი ავადმყოფობა. გამოჯანმრთელების შემდეგ მან დაურეკა თავის ყოფილ ბოსს და სამსახურში დაბრუნების

ნებართვა სთხოვა, მაგრამ კომპანიის თავმჯდომარეც და სხვა თანამშრომლებიც თავშეკაფებულად შეხედნენ მის თხოვნას<sup>7</sup>

უმრავლესობის მსგავსად, ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანსაც სჭირდება სამსახური და თუ მას პროფესიული საქმიანობის ნორმალურად შესრულებისთვის საჭირო უნარი, ცოდნა და საქმის კეთების მოთხოვნილება აქვს, დაუშვებელია, უარი ეთქვას ადამიანის ერთ-ერთი უმთავრესი ფუნქციის აღსრულებაზე. სამსახური უსარმაზარ როლს ასრულებს ნებისმიერი ადამიანის ცხოვრებაში. ის განაპირობებს ჩვენს ყოველდღიურობის სტრუქტურასა და შინაარსს, გვანიჭებს შესაძლებლობების განხორციელების ბედნიერებას, უზრუნველგვეყოფს მატერიალური თვალსაზრისით, მიიჩნევა მეტ-ნაკლებად დაცული მომავლის გარანტიად და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, სამსახური წარმოადგენს იმ ადგილს, სადაც ჩვენ ურთიერთობას ვამყარებთ კოლეგებთან, მეგობრებთან და საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად შევიგრძნობთ თავს.

სამწუხაროდ, შესაძლებელია, თქვენი ახლობედის ადმონინდეს მ. კ.-ს მდგომარეობაში. დასაქმების თანაბარი შესაძლებლობების კომისიის (Equal Employment Opportunity Commission – EEOC) მიერ გამოქვეყნებული 1997 წლის აპრილის მონაცემების თანახმად, შემოსულ საჩივართა 13% სწორედ ემოციური და ფსიქიკური პრობლემების გამო სამსახურიდან დათხოვნის ფაქტებს შეიცავდა<sup>8</sup> ამერიკის შეერთებულ შტატებში ინვალიდთა მდგომარეობის შესახებ 1990 წელს მიღებული აქტის თანახმად, ნებისმიერ ბიზნეს-კომპანიას, რომელსაც 15 თანამშრომელზე მეტი ჰყავს, კვალიფიციურ სამსახურზე კანდიდატების შერჩევის დროს ეკრძალება ადამიანთა დისკრიმი-

---

*Landers, Ann, "Mental Illness Is Often a Treatable Condition," Los Angeles Times, September 4, 1997, p. E3.*

<sup>7</sup> *Pear, Robert, "Employers Told to Accommodate the Mentally Ill," The New York Times, April 30, 1997.*

ნაცია ინეალიდობის ნიშნით. ამასთან, კომპანია ვალდებულია, გაგებით მოექიდოს ფსიქიკური პრობლემების მქონე თანამშრომელთა სპეციფიკურ მოთხოვნებს, თუ ეს მოთხოვნები გონიერების ფარგლებს არ სცილდება. ასეთებია, მაგალითად:

- ნებართვა სამსახურიდან ცოტა ხნით დათხოვნის შესახებ (როცა ეს საჭიროა ექიმთან შესახვედრად);

სამსახურის მცოცავი, შედარებით თავისუფალი გრაფიკი (ადამიანები, რომლებიც ანტიდეპრესანტებს იღებენ, დილაობით ხშირად გაბრუებულნი არიან; ამიტომ მათთვის, შესაძლოა, უფრო მოსახერხებელი იყოს სამსახურის ცოტა გვიან დაწყება და შესაბამისად გვიან დამთავრება. ამის საპირისპიროდ, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებული ადამიანები მკაცრ გრაფიკს ამჯობინებენ, რათა მეტი ორგანიზებულობა შეიტანონ თავიანთ ცხოვრებაში და მანიის თუ დეპრესიის ფაზები გარკვეულ რეჟიმს დაუქვემდებარონ);

ნებართვა, სურვილისამებრ გადაადგილონ ავეჯი ან ნივთები, რომლითაც სამსახურში სარგებლობენ. ვიღაცას შესაძლოა შუქის ნაკლებობა აწუხებდეს და ამიტომ მაგიდის ფანჯარასთან დადგმა ერჩიოს, ვიღაცას სხვებისგან ტიხრით გამოყოფა უნდოდეს, რადგან ამ პირობებში უკეთ ახერხებდეს აზრის კონცენტრირებას.

დასაქმების თანაბარი შესაძლებლობების კომისიის მიერ შემუშავებული მითითების თანახმად, დამქირავებელს არა აქვს უფლება, თანამშრომელი მხოლოდ დაავადების გამო დაითხოვოს, თუ საფუძვლიანად არ არის დასაბუთებული, რომ სამსახურიდან გათავისუფლება საქმიანი აუცილებლობით იყო ნაკარნახევი. თუმცა, დამქირავებელს უფლება რჩება, არ დაუშვას დაქირავებული ხელქვეითის მიერ სხვა თანამშრომლის შეურაცხყოფა, თუნდაც ამგვარი ინციდენტი ავადმყოფობის შეტევით იხსნებოდეს.

ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის სტიგმის მიზეზით გართულებულია თავისუფალი საუბარი ავადმყოფობაზე. ხშირად, მათ ისიც კი უძნელდებათ, რომ სამუშაო ადგილის მიხედვით მიმართონ ექიმს შევლისთვის იმის შიშით, რომ სამსახურში ცნობილი გახდება მათი ავადმყოფობის შესახებ. თუმცა, არსებობს რამდენიმე პროგრესული კომპანია, როგორც არის Southwest Airlines და First Chicago Corporation, რომლებიც ცდილობენ გადაჭრან ეს პრობლემები. ისინი სპეციალურ სასწავლო კურსებს უტარებენ თავიანთ მენეჯერებს, რათა მათ შეძლონ დეპრესიის ნიშნების ამოცნობა და ფსიქიკურად დაავადებული თანამშრომლის დაყოლიება, რათა მათ კომპანიაში არსებულ დახმარების პირველად ცენტრებს მიმართონ შევლისთვის. სხვა კომპანიებმა, რომელთა რიცხვს General Telephone & Electronics და Delta Airlines მიეკუთვნებიან, შეცვალეს თავიანთი სადაზღვევო პოლიტიკა და ახლა ისინი თანამშრომლებს გარანტირებული უფასო მკურნალობით უზრუნველყოფენ დაავადების საწყისი ეტაპიდანვე. ძალიან ბევრ კომპანიაში ფუნქციონირებს უფასო ე. წ. „ცხელი ხაზები“ (Hotline), სადაც თანამშრომლებს შეუძლიათ დარეკონ, როცა ემოციური თუ ფსიქიკური პრობლემები აქვთ.

იმ ადამიანს, ვისაც დაავადება ყრმობის ასაკში გამოუვლინდა და მხოლოდ ახლა იწყებს სამსახურის ძებნასა და დამოუკიდებელ ცხოვრებას, შეიძლება სერიოზული პრობლემები გაუჩნდეს, თუ არ იცის, ვის უნდა მიმართოს დახმარებისთვის. ასეთი ადამიანებისთვის ფუნქციონირებს სამსახური, რომელსაც „დასაქმების მხარდამჭერი სააგენტო“ ეწოდება. აქ არსებობს სპეციალური პროგრამები ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის და სააგენტოც მთავარ აქცენტს სწორედ მათი პრობლემების მოგვარებაზე აკეთებს. „რეალური სამუშაო რეალურ

---

*Kunde, Diana, "Employers Offer Help to Depressed Workers," Sunday Oregonian, March 12, 1995, p. B1.*

სამსახურში“ – აი, ასეთია ამ სააგენტოს კრედიტო. მთავარი ის არის, რომ თვით მიძიმე ინვალიდებისთვისაც კი ახერხებენ შესაფერისი სამსახურის პოვნას. სააგენტოს ჰყავს ინსტრუქტორები, რომელთაც სპეციალური მომზადება აქვთ გაეღილი და იციან, თუ როგორ დაეხმარონ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს, გამოუმუშაონ გარკვეული საქმიანი ჩვევები, რათა მათ სამსახურებრივი მოვალეობების შესრულება არ გაუჭირდეთ. ამგვარი მოსამზადებელი „კურსები“ იმდენ ხანს გრძელდება, რამდენიც ამა თუ იმ პირს ესაჭიროება იმის სასწავლებლად, რომ დამოუკიდებლად გაუძღვეს მასზე დაკისრებულ საქმიანობას.

ამ თვალსაზრისით, ჩემთვის ცნობილ პროგრამათა შორის საუკეთესოა ვაშინგტონის „მწვანე კარის“ (Green Door) პროგრამა. ეს პროგრამა დაიწყო, როგორც ნახმარი ტანსაცმლის პატარა ბიზნესი, რომლის მთავარი ამოცანა მიძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების დასაქმება იყო. მათ აქწევრებს უწოდებენ. ეს პატარა ბიზნესი რამდენიმე წელიწადში დიდ, სერიოზულ, მასშტაბურ პროგრამად გარდაიქმნა, რომელიც თავის წევრებს არათუ დასაქმებით, არამედ, ცალკეულ შემთხვევაში, საცხოვრებელითაც კი უზრუნველყოფს.

„მწვანე კარის“ წევრები საქმიანი ჩვევების ათვისებით იწყებენ სამსახურს. ისინი სწავლობენ ტექნიკის მოხმარებას და საზოგადოებრივი კვების ინდუსტრიის მომსახურებისთვის აუცილებელ ჩვევებს გამოიმუშაებენ. შემდეგი ნაბიჯი უკვე უშუალოდ სამსახურის დაწყებაა იმ კომპანიაში, რომელთა ხელმძღვანელები უარს არ ამბობენ „მწვანე კართან“ თანამშრომლობაზე. თავიდან ეს შეიძლება არა მთლიანი, არამედ ნახევარი განაკვეთი იყოს და მუშაობა ინსტრუქტორის უშუალო მეთვალყურეობით მიმდინარეობდეს. როგორც წესი, ეს გარანტირებული მომსახურებაა და პროგრამა თავის თავზე იღებს ვალდებულებას, რომ სამუშაო ხარისხიანად შესრულდება. თუ რაიმე მიზეზით წევრი ვერ ახერხებს სამსახურში მისვლას და თავისი მოვალეობის შესრულებას,

„მწვანე კარი“ უზრუნველყოფს მისი შემცველების პოვნას. გარკვეული პერიოდის მანძილზე, წვერი ეჩვევა სამსახურს და დროებითი დასაქმების შემდეგ პროგრამა მისთვის უკვე მუდმივ სამსახურს პოულობს. თუმცა, საჭიროების შემთხვევაში, მათ აქაც შეიძლება აღმოუჩინონ დახმარება.

1997 წელს „მწვანე კარის“ წევრმა, რენე მაკფერსონმა ორგანიზაციის ბიულეტენში შეტად გულთბილი წერილი გამოაქვეყნა. სტატიას ასე ერქვა: „სამსახური, რომელიც ფეხზე დადგომაში დამეხმარა“:

„თავდაპირველად, „მწვანე კარის“ პროგრამით ერთ კაფეში დაეიწეე მუშაობა. აქ მასწავლეს სალარო აპარატის მოხმარება და კლიენტების მომსახურება. გარდა ამისა, ავითვისე კომპიუტერი და გასამრავლებელი აპარატურა. ცოტა ხანში უკვე კარგად დაეუფლე ჩემს საქმეს.

„მწვანე კარმა“ თავდაპირველად დროებითი სამსახური მიპოვა, სადაც სხვა წევრებთან ერთად ვმუშაობდი. შემდგომ, კიდევ ორი გარდამავალი საფეხური გავიარე ერთ-ერთ დიდ ფონდში და ამერიკის ფსიქოლოგიურ ასოციაციაში. პროფესიული საქმიანობის აქ მიღებული გამოცდილება დამეხმარა, წარმატებით გამერთვა თავი მუდმივი სამსახურისთვისაც. ახლა სწორედ ასეთი სამსახური მაქვს და ჩემთვის მისი შესრულება პრობლემას არ წარმოადგენს.

ძალიან მომწონს თანადგომის ის ფორმა, რომელიც „მწვანე კარშია“ დამკვიდრებული. თუ ადამიანი მოწადინებულია, ისწავლოს დამოუკიდებლობა და საკუთარი თავის დახმარება, აქ მისთვის კარი ფართოდ არის გაღებული. „მწვანე კარმა“ მომამზადა იმისათვის, რომ საზოგადოების სრულფასოვან წევრად შემეგრძნო თავი“.

ეს, რაც შეეხება „მწვანე კარს“, რომელსაც უამრავი ადამიანი ჰყავს მომადლიერებული. მაგრამ სამსახურის ეს ფორმა ყველას არ აკმაყოფილებს, რადგან არიან ისეთებიც, რომელთაც აქვთ საპასუხისმგებლო პოსტებზე მუშაობის გამოც-



დიდება. ასეთებს თავიანთი კვალიფიკაციის შესაბამისი სამსახური ესაჭიროებათ, რომელიც იოლი საპოვნელი არ არის. ამ წიგნის ბოლოს დართულია სპეციალური საძიებელი, რომელშიც დაწერილებით არის მოთხრობილი იმ ცენტრების შესახებ, სადაც შესაძლებელია რეაბილიტაციის კურსის გავლა.

მათთვის კი, ვისაც უკვე ნაპოვნი აქვს შესაფერისი სამსახური, ურიგო არ იქნებოდა ჩვენი რჩევების გათვალისწინება:

- არავითარ შემთხვევაში არ მიატოვოთ მკურნალობა და შეეცადეთ, შეინარჩუნოთ სტაბილური მდგომარეობა;
- შეეცადეთ, რომ ფოკუსირება თქვენი სამსახურის ისეთ დადებით ასპექტებზე მოახდინოთ, როგორც არის ფინანსური უზრუნველყოფა, დამოუკიდებლობა, პიროვნული შესაძლებლობების რეალიზების საშუალება;
- ისწავლეთ, რომ თქვენს წინაშე არსებული ბარიერები უბრალო დისკომფორტის რანგში განიხილოთ და ნურასდროს ეცდებით მათ გაზვიადებას;
- შეიმუშავეთ ინდივიდუალური მიდგომა თქვენი კარიერის სტრატეგიის მიმართ;
- შეისწავლეთ თქვენი დაავადების მიმდინარეობის სპეციფიკა და მისი სიმპტომების დროული ამოცნობა. შეეცადეთ, გამოიჩინოთ სამსახურის მიმართ მისი უარყოფითი ზეგავლენის მინიმუმამდე შემცირების უნარი;
- ზოიპოვეთ აქტი ამერიკელ ინვალიდთა შესახებ და რაც შეიძლება დაკვირვებით შეისწავლეთ თქვენი უფლებები\*.

---

\* Adapted from SAMHSA, *Mental Illness Is Not a Full-Time Job*, DHHS publication no. (SMA) 96-3102, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1996; and Lavin, Don, and Andrea Everett, *Working on the Dream: A Guide to Career Planning and Job Success* (Spring Lake Park, Minn.: Rise, Inc., 1996).

ამ სფეროში უამრავი კითხვა არსებობს, რომელიც აუცილებლად მოითხოვს პასუხს. დაზღვევის პრობლემები განსაკუთრებით იმათ აწუხებთ, ვისაც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანი კყავს ოჯახში. ასეთი კითხვებია: როგორ მივალწიოთ ბალანსს ფასებს, ხარისხიან მომსახურებას და ამ მომსახურების ხელმისაწვდომობას შორის? შესაძლებელია თუ არა ხელმისაწვდომი მკურნალობის შემთხვევაში მკურნალობის მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა? შესაძლებელია თუ არა დაზღვევის ჩარჩოებში კვალიფიციური დახმარების მიღება? დამოკიდებულია თუ არა მკურნალობის შედეგები მასზე დახარჯული თანხის ოდენობაზე? შეძლებს თუ არა თქვენი დაზღვევა ხარჯების დაფარვას, თუ მკურნალობა დიდხანს გაგრძელდება? ფსიქიკურად დაავადებულებთან პროფესიულად დაკავშირებულ ადამიანებს უკვე მრავალი წელია გვაწუხებს ეს პრობლემები, იქიდან გამომდინარე, რომ სადაზღვევო პოლიტიკაში არსებობს დისკრიმინაციული მიდგომა ფსიქიკური დაავადებების მიმართ. ამას ისიც ემატება, რომ მომსახურების უფასო სისტემა ჯერ კიდევ შორს არის სრულყოფილებისგან და ხშირად ვერ უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის ეფექტურ მკურნალობას.

კარტერის ცენტრში გამართულ ყოველწლიურ სიმპოზიუმებზე წევნ არაერთხელ გეისაუბრია ამ პრობლემათა შესახებ. ერთ-ერთ სიმპოზიუმზე, რომელსაც პაციენტებთან ერთად სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკები, ოჯახის წევრები, სოციალური მუშაკები, სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომლები და ჯანმრთელობის სისტემის ოფიციალური წარმომადგენლებიც ესწრებოდნენ, ცნობილმა ეკონომისტმა კარენ დევისმა<sup>1</sup> ასეთი სიტყვები წარმოთქვა: „სავალდებულო სამედიცინო

---

*Karen Davis, „თანამეგობრობის ფონდის“ პრეზიდენტი, ეკონომიკისა და სახელმწიფო პოლიტიკის აღიარებული ექსპერტი.*

მომსახურება პოტენციურად მზად არის მომხმარებლებს უფრო მეტი ხელმისაწვდომობა და მკურნალობის გაუმჯობესებული ხარისხი შესთავაზოს მომსახურების ისეთ სფეროებში, როგორც არის პრევენციული მედიცინა, პირველადი დახმარება და მწვავე დაავადებები, თუმცა, შესაძლოა, სასოგადოებისთვის გაცილებით უფრო მომგებიანი ყოფილიყო, ქრონიკული და კომპლექსური დაავადებების მკურნალობა გაგვეხადა ხელმისაწვდომი. სამწუხაროდ, საბაზრო ეკონომიკის კანონებიდან გამომდინარე, სავალდებულო სამედიცინო მომსახურების ზოგადი პოლიტიკა მხოლოდ ავადმყოფთა ინტერესების გათვალისწინებით არ იგეგმება“. ზემოთქმული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიკურ დაავადებებთან მიმართებაში.

1997 წლის სექტემბერში, სიტყვით გამოვედი დასაქმების ხელშემწყობი ორგანიზაციების ყოველწლიურ შეკრებაზე და ხაზი გავესვი იმ გარემოებას, რომ აუცილებელია სავალდებულო სამედიცინო მომსახურების უარგლების გაფართოება, რომ კომპანიები ვალდებულნი არიან, ისრუნონ, რათა დაზღვევამ ფსიქიკური დაავადებებიც მოიცვას. ეს არა მხოლოდ იმით არის მნიშვნელოვანი, რომ ფსიქიკურად ჯანსაღი სამუშაო გარემო უფრო სასურველ და ხელშემწყობ პირობებს ქმნის თანამშრომელთა შრომის ეფექტიანობის ასამაღლებლად, არამედ იმიტომაც, რომ ეს მეტად ხელსაყრელია ეკონომიკური თვალსაზრისით. ყველა დიდ კომპანიაში, სადაც ასეთი დაზღვევა დაინერგა, სულ რამდენიმე წელიწადში თვალშისაცემი გახდა ამგვარი სისტემის ეკონომიკური უპირატესობა. მაგალითად, კომპანია „დიჯიტალიზა“ ოთხ წელიწადში თანამშრომელთა სადაზღვევო ხარჯებზე გაცემული თანხების რაოდენობა 100 მილიონი დოლარით შეამცირა. ეს კი მხოლოდ იმიტომ მოხდა, რომ კომპანიაში სათანადო დონეზე დააყენეს ფსიქიკურ დაავადებათა ორივე რეგისტრის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მთლიანი სისტემა.

როგორც ყველგან, ამ სფეროშიც არსებობს კარგი და უვარგისი პროგრამები. ერთხელ ატლანტაში, ჩემს ოფისში, ერთმა ახალგაზრდა კაცმა დამირეკა. ის სუიციდურ მდგომარეობაში იყო. სანამ მე დამირეკავდა, რამდენიმე კვირით ადრე დეპრესიული მდგომარეობა დაეწყო, თუმცა სამსახურში მაინც დადიოდა და ცდილობდა თავისი საქმე ეკეთებინა. ეს მეტად კეთილსინდისიერი ახალგაზრდა კაცი გახლდათ და თავისი სიბუჯითის წყალობით, ერთ-ერთ ნომინაციაში წლის საუკეთესო მუშაკადაც კი იყო დასახელებული. თუმცა, ამჯერად მან ვერ დაძლია თავისი ფსიქიკური მდგომარეობა და სამსახურიდან დაუთხოვა ექიმის კონსულტაციის მისაღებად. ის კომპანიის სამედიცინო მომსახურების ცენტრში გაგზავნეს. ერთი კაბინეტიდან მეორეში უშედეგო სიარულის შემდეგ, ის ფსიქიატრთანაც შევიდა გასასინჯად, რომელმაც უტაქტო კითხვა დაუსვა პაციენტს: „ვერ გავიგე, რა გინდა, ამის მკურნალობას რანაირად აპირებ? წამალი გინდა, რომ დაგინიშნო?“ ეს ბოლო წვეთი აღმოჩნდა.

ახალგაზრდა კაცი შინ დაბრუნდა და ლოგინად ჩავარდა. მის მოსანახულებლად მისული მეგობარი მიხვდა, რომ ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იყო და შესთავაზა, რათა ჩემთვის დაერეკა. როგორც კი გავიგე, თუ რა ხარისხის სავალდებულო სამედიცინო დახმარებას უსრუნველყოფდა მისი სამსახური, დაუყოვნებლივ დაეუკაშირდი მისი კომპანიის სამედიცინო ცენტრს და მოვითხოვე, ამ კაცისთვის კვალიფიციური მკურნალობის ხარჯები აენაზღაურებინათ.

ამ ბოლო დროს, ძალიან ბევრი კომპანია უნაზღაურებს თავის თანამშრომლებს ფსიქიკურ სნეულებათა მკურნალობის ხარჯებს, თუმცა ეს მკურნალობა არ ითვალისწინებს უახლესი ფსიქოტროპული მედიკამენტებით უსრუნველყოფას. სტაციონარებში აცხადებენ, რომ მათი შესაძლებლობები შესლუდულია და დამატებითი ანაზღაურების გარეშე უმძიმეს ავადმყოფებსაც კი უარს ეუბნებიან სტაციონარულ მომსახურებაზე. ამგვარი

სავალდებულო სისტემების ძირითადი ნაკლი ის გახლავთ, რომ ისინი მკურნალობის პროცესში ავადმყოფის ობიექტური მდგომარეობის შეფასებით კი არ ხელმძღვანელობენ, არამედ, სამწუხაროდ, გადახდილი თანხის რაოდენობით.

სადაზღვევო პოლიტიკაში ბევრი რამ არის შესაცვლელიც და დასახვეწიც, რათა მართლაც გაუმჯობესდეს ფსიქიკურად დაავადებულთა მდგომარეობა, თუმცა იმ კომპანიათა ინოვაციები, რომელიც სვეით დავასახელებ, იმედს იძლევა, რომ მომავალში ამ თვალსაზრისითაც გაუმჯობესდება მდგომარეობა. დღესდღეობით კი, რეალობა ჯერ კიდევ ძალიან შორს არის იდეალისგან და კიდევ ბევრი რამ გვაქვს გასაკეთებელი ამ მიმართულებით.

### იურიდიული პრობლემები

სანამ თქვენთვის საყვარელ ადამიანს საავადმყოფოში დააწვენდეთ, თუ ამის აუცილებლობის წინაშე აღმოჩნდით, კარგად უნდა მოემზადოთ და ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან გაარკვიოთ, თუ რა კანონები იცავს თქვენს უფლებებს და რა განსაზღვრავს შტატის მოვალეობებს თქვენს მიმართ. კონსულტაცია ამ თვალსაზრისით შეიძლება გაგიწიონ პაციენტის უფლებათა დამცველმა საზოგადოებებმა, საზოგადოებრივმა დამცველმა ან კერძო იურისტმა.

შტატების უმრავლესობის კანონმდებლობის თანახმად, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის ჰოსპიტალიზაცია აუცილებლად მოითხოვს თანხმობას მისი მხრიდან და მკურნალობის სრულ კონფიდენციალობას, ხოლო იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია იმ შემთხვევაში ხდება, როცა იგი ვინმეს ფიზიკურად შეურაცხყოფს ან ცდილობს ჯანმრთელობისთვის საშიში ზიანის მიყენებას. მიუხედავად იმისა, რომ მოქმედ კანონმდებლობაში ასე თუ ისე აისახება დაავადებულ პირთა ინ-

ტერესები, ის ხშირად დამატებითი უხერხულობის წყარო ხდება ხოლმე როგორც თავად დაავადებულის, ასევე მისი ოჯახის წევრებისთვის, მაგრამ უკმაყოფილების მიზეზი, როგორც წესი, ამ შემთხვევაში ერთმანეთისგან განსხვავებულ ხასიათს ატარებს.

ასე მაგალითად, მოქმედი კანონმდებლობა საგრძნობლად ზღუდავს იძულებითი ქოსპიტალიზაციის პრაქტიკულ შესაძლებლობას. თუ, ერთი მხრივ, ეს მიზანშეწონილია თავად ავადმყოფის უფლებებიდან გამომდინარე და მის ნებას ითვალისწინებს, დაავადებულის ოჯახის წევრების თვალსაზრისით, შესაძლებელია იგივე კანონი ზედმეტად ლიბერალური ჩანდეს, რადგან ხშირად, მაშინაც კი, როცა ეს აუცილებლობით არის ნაკარნახევი, ძნელდება ავადმყოფის ნებართვის მიღება მკურნალობაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა შტატში განსხვავებული კანონმდებლობა მოქმედებს, მაგრამ ერთ საკითხში ყველა ცალკეული კოდექსი თანხვედრა ერთმანეთს, რომ იძულებითი ქოსპიტალიზაცია მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფის მოქმედება სერიოზულ საფრთხეს უქმნის მის ან სხვა ადამიანების სიცოცხლეს. დაავადებულთა ოჯახის წევრები მიიჩნევენ, რომ ეს კანონი ზედმეტად სწორხაზოვანია და უმჯობესი იქნებოდა მისი შეესება, რადგან ხშირია შემთხვევები, როცა დაავადების შემდგომი გართულების თავიდან აცილების თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია დაუყოვნებელი ქოსპიტალიზაცია; განსაკუთრებით კი იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზი მაღალი რეგისტრის ფსიქიკური დაავადების მძიმე ფორმას ითვალისწინებს.

თვით კონფიდენციალობის დაცვის კანონით განსაზღვრული აუცილებლობაც კი ხშირად კამათისა და უკმაყოფილების საფუძველი ხდება ხოლმე პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს შორის. ექიმსა და პაციენტს შორის სრული ნდობის ატმოსფეროსა და მკურნალობისთვის უშფოთველი გარემოს შესაქმნელად, მოქმედი კანონმდებლობა მკურნალობის სეანსების

შინაარსის სრულ გასაიდუმლოებას მოითხოვს. ექიმი ვალდებულია, დაიცვას კანონის ეს მოთხოვნა და მხოლოდ იმ შემთხვევაში დაარღვიოს დუმილი, თუ საქმე ეხება თვითმკვლევლობის საშიშროებას, ვინმეს სიცოცხლის ხელყოფას ან გაუპატიურების მცდელობას. სხვა შემთხვევაში, პაციენტის წერილობით ნებართვის გარეშე, ექიმს თვით მისი ოჯახის წევრებთანაც კი არა აქვს მკურნალობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გახმაურების უფლება. ასე განსაჯეთ, პაციენტის თანხმობის გარეშე სხვა ექიმთანაც კი ეკრძალება ამ თემაზე საუბარი.

ეს ლამის გადაუჭრელ დილემას უქმნის იმ ადამიანებს, რომლებიც ჩართულნი არიან ფსიქიკურად დაავადებულთა მზრუნველობისა და მოვლის პროცესში. როცა ამ პრობლემების შესახებ ერთი ყმაწვილის დედას ვესაუბრებოდი, მან გულისტკივილით შემომჩივლა, რომ ოჯახი სულაც არ არის დაინტერესებული ფსიქიატრსა და პაციენტს შორის მიმდინარე საუბრების კონკრეტული შინაარსის გაგებით. „ერთადერთი, რაც გეჭირდება, ეს არის არსებითი ინფორმაცია დიაგნოზის, მკურნალობის გეგმებისა და წამლების შესახებ, რათა უკეთ შევძლოთ ავადმყოფის მოვლა. ერთი სიტყვით, ჩვენ მხოლოდ ის ინფორმაცია გვესაჭიროება, რომელსაც ექიმები სადაზღვევო კომპანიებს აწვდიან“.

ეს ქალი მართლაც ძალიან დადარდიანებული ჩანდა: „პიპოკრატეს ფიცი ორ ეთიკურ პრინციპს აერთიანებს – ერთია კონფიდენციალობის დაცვა ნდობის ატმოსფეროსა და უშფოთველი გარემოს უზრუნველსაყოფად, მეორე კი, მკურნალობის ინტერესებიდან გამომდინარე, პაციენტისთვის მაქსიმალურად ხელშემწყობი პირობების შექმნა.“

მაგრამ, ჩვენი კანონმდებლობა რატომღაც უფრო დიდ მნიშვნელობას პირველ პრინციპს ანიჭებს, მეორე პრინციპი კი ლამის იგნორირებულია, რადგან პაციენტისთვის მკურნალობის მაქსიმალურად მომგებიანი პირობების შექმნა გულისხმობს მის

დაავადებასთან დაკავშირებული არსებითი ინფორმაციის გა-  
სიარებას იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც ავადმყოფს უეღიან.  
ჩვენ ხშირად ოცდაოთხი საათის მანძილზე ვუვლით პაციენტს  
იმ ვითარებაში, როცა მოკლებულნი ვართ ვინმეს კვალიფი-  
ციურ დახმარებას და ხომ უდავოდ დიდი უსამართლობაა ჩვენ-  
გან ამ ინფორმაციის დამალვა“.

ჩვენთვის სრულიად გასაგებია ოჯახის წევრთა უკმაყოფი-  
ლება ამ მეტად მნიშვნელოვან პრობლემასთან დაკავშირებით  
და დილემის სერიოზულობასაც სრულიად ვაცნობიერებთ.  
ზოგიერთ შტატში უკვე მიღებულია კანონმდებლობა, რომლის  
თანახმად, მომვლელს უფლება ეძლევა, მიიღოს სათანადო ინ-  
ფორმაცია, რათა გაუადვილდეს ავადმყოფსზე ზრუნვა, მაგრამ  
ბევრ შტატში ჯერ კიდევ არ არსებობს ამგვარი შესაძლებ-  
ლობა.

ოპტიმალური ბალანსის მიგნება იმ ორ მდგომარეობას შო-  
რის, როცა პაციენტის პიროვნული უფლებებიც სრულიად არის  
დაცული და მისი ოჯახის წევრებიც ფლობენ საჭირო ინფორ-  
მაციას მზრუნველობის უფრო ეფექტურად განხორციელების  
მიზნით, საშურიც არის და აუცილებელიც. მაგრამ, სანამ კან-  
ონმდებლობა დაარეგულირებდეს ამ პრობლემას, შესაძლებე-  
ლია კომპრომისული გადაწყვეტილების არსებობაც, როცა თა-  
ვად ავადმყოფი ხელს აწერს დოკუმენტს, რომლის თანახმად  
მკურნალ ექიმს უფლება ეძლევა, პაციენტის ნდობით აღჭურ-  
ვილ პირს, საჭიროების ფარგლებში, გაუზიაროს ინფორმაცია  
ავადმყოფობის მიმდინარეობისა და მკურნალობის შესახებ. თუ  
პაციენტი უარს აცხადებს ამგვარი დოკუმენტის ხელმოწერაზე,  
მაშინ თქვენ ერთადერთი გამოსავალი გრჩებათ – წერილობით  
აცნობოთ ექიმს იმ ფაქტების შესახებ, რომელსაც ავადმყოფი,  
შესაძლოა, უმაღავედეს მას. ეს წერილები დაახლოებით ასე  
გამოიყურება: „გაცნობებთ, რომ პაციენტი ესა და ეს ამა და ამ  
რიცხვიდან უარს აცხადებს წამლების მიღებაზე“... ან „ქონდა  
საკუთარი თავის დასახიზრების მცდელობა“... „თავშეუკავებლად



და უხეშად მოექცა თავის თანამშრომლებს“<sup>1</sup> და სხვა. მაგრამ აზრსმოკლებული არ იქნება, თუ წერილის გაგზავნამდე თავად ავადმყოფს დაელაპარაკებოდით მისი შინაარსის შესახებ. ზურგსუკან გადადგმულმა ამგვარი ნაბიჯებმა შესაძლებელია სამართლიანი გულისწყრომა გამოიწვიოს.

თუკი თქვენთვის ახლობელ ადამიანს სუიციდურ ფიქრებს ან ქცევას შეამჩნევთ, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ მის მკურნალ ექიმს; თუმცა ინფორმაციის კონფიდენციალობიდან გამომდინარე, მან შეიძლება არც კი დაგიდასტუროთ თქვენი ეჭვების მართებულობა, მაგრამ გეცოდინებათ, რომ ყველაფერი გააკეთეთ უბედურების თავიდან ასაცილებლად.

მცირეწლოვან პაციენტებთან მიმართებაში ამგვარი კანონმდებლობა არ მოქმედებს. თუმცა, ხშირია შემთხვევები, როცა ფსიქიატრი თავის ეჭვებს მოზარდის ადრეული სექსუალური აქტივობის ან ნარკოტიკების მიმართ მისი მიდრეკილების შესახებ მშობლებს კი არა, ოჯახური თერაპიის ინსტრუქტორს ამცნობს და სწორედ ამ სეანსების დროს ხდება ბავშვის დაყოლიება, რათა უარი თქვას ხსენებულ მავნე ჩვევებზე.

როგორ უნდა მოვიქცეთ იმ შემთხვევაში, როცა ჩვენი ოჯახის წევრი მოკლებულია უნარს, თავად გააკონტროლოს თავისი მოქმედება? წიგნში „საკუთარი თავის შევლით სხვასაც უშველით“ მე ზედმიწევნით დეტალურად მაქვს განხილული ეს პრობლემა. ერთადერთი გამოსავალი აქ თქვენს სახელზე გრძელვადიანი მინდობილობის დაწერაა, სადაც ავადმყოფი დაადასტურებს თქვენს განსაკუთრებულ უფლებას, რომ მისი მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში იყოთ მისი ინტერესების წარმომადგენელი. ამგვარი მინდობილობა თქვენთვის ხელმისაწვდომს გახდის როგორც პაციენტის ფინანსურ და საბანკო ოპერაციებში მონაწილეობას, ასევე სხვა სახის

---

*Fox, Candace Smith, "The Most Powerful Family Intervention-The Letter," Contra Costa AMI Newsletter, November/December 1996.*

მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების უფლებამოსილუ-  
ბას. კრიზისული პერიოდის ჩაელის შემდეგ კი სრულიად  
შესაძლებელია ამ მინდობილობის გაუქმება და თქვენი ოჯახის  
წვერი თავად განახორციელებს კონტროლს თავის საქმიანო-  
ბაზე.

ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანზე მეურვეობის განხორ-  
ციელება უფრო უკიდურესი სომიაა და ამას სჭირდება სა-  
სამართლოს გადაწყვეტილება დაავადებულის არაქმედობაუნა-  
რიანად ცნობის შესახებ. ამგვარი იძულებითი ნაბიჯის  
გადადგმა ოჯახის წევრებისთვის, როგორც წესი, მეტად მტკიუ-  
ნეულია და აქედან გამოიძინარე, ცდილობენ მხოლოდ  
უკიდურეს შემთხვევაში მიმართონ სასამართლოს ასეთი გად-  
აწყვეტილებისთვის.

მძიმედ დაავადებული ბავშვების მშობლებს ხშირად აწუ-  
ხებთ პრობლემა, თუ რა ეშველებათ მათ შეილებს მათი გარ-  
დაცვალების შემთხვევაში. ადამიანების უმრავლესობა თავის  
დანაშოგს მეუღლეს ან შეილებს უტოვებს; მაგრამ იმ  
შემთხვევაში, როცა მემკვიდრე არაქმედობაუნარიანად არის  
ცნობილი ფსიქიკური დაავადების გამო, შესაძლებელია ამ  
დანაშოგის მეურვისთვის ან ნდობით აღჭურვილი პირისთვის  
დატოვება შესაფერისი დაწერილებითი მითითებით, თქვენი  
გარდაცვალების შემთხვევაში როგორ იქნებოდა უმჯობესი ამ  
თანხების განკარგვა.

### დახმარების სხვა შესაძლებლობები

როცა თქვენთვის ახლობელი ადამიანი ფსიქიკურად არის  
დაავადებული, თქვენი თაეგანწირვა შესაძლოა უმნიშვნელო-  
ვანესი ფაქტორი აღმოჩნდეს მისი მკურნალობისა და გამო-  
ჯანმრთელების პროცესში.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ამ ვითარებაში ძალიან მნიშვნელოვანია „საშინაო დაავადების“ აკურატულად შესრულება, მთელი თანმდევი ინსტრუქციების სრული არსენალის ჩათვლით, რომელიც მკურნალობის მიმდინარეობის, მედიკამენტების მიღებისა და გვერდითი მოვლენების აღნუსხვას გულისხმობს. სიმპტომებისა და მკურნალობის პროცესზე დაკვირვების შედეგად, თქვენ შეიძლება ისწავლით რეციდივის პირველი სიმპტომების დროული ამოცნობა. ეს უსათუოდ მეტად სასარგებლო აღმოჩნდება, რადგან შესაძლოა თავიდან აგვაცილოს ფსიქიკური ეპიზოდის განვითარების საშიშროება.

აგრეთვე, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ თქვენმა თანაგრძნობამ ავადმყოფს სიყვარულის, გაგებისა და სიმშვიდის ატმოსფერო შეუქმნას. ერთხელ, ერთ ჩემს მეგობართან შევირბინე მოსანახულებლად, რომელსაც დეპრესია აწუხებდა. მას მძიმე პერიოდი ჰქონდა და ძალიან გაღიზიანებული იყო, რომ მისი ოჯახის წევრები არასერიოზულად უყურებდნენ მის ავადმყოფობას. „ისინი საერთოდ არ თვლიან, რომ ეს ავადმყოფობაა. დარწმუნებულნი არიან, რომ თვითონაც შემოიძლია მოვერიო ამ პრობლემას. მაგრამ ეს არც ისე იოლია. ნეტაუი ცოტათი მაინც ესმოდეთ, თუ როგორ მძიმე მდგომარეობაში ვარ“... ერთადერთი, რაც ამ ქალს სჭირდებოდა, თავისი ოჯახის წევრების თანადგომა იყო. მის მდგომარეობას ალბათ საგრძნობლად შეამსუბუქებდა, მისი ოჯახის რომელიმე წევრს რომ უბრალოდ ეთქვა: „ვიცი, ეს ძალიან ძნელია, მაგრამ ერთად უნდა შევეცადოთ, დავძლიოთ ეს ავადმყოფობა. ალბათ, ძალიან ცუდად ხარ, მაგრამ ერთად ვიბრძოლოთ“. დიახ, კეთილ სიტყვას ან გამამხნეებელ საქციელს ასეთ დროს შეიძლება ძალიან დიდი მნიშვნელობა ჰქონდეს.

დოქტორი მინ გოდანტი, ლოს-ანჯელოსის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ფსიქიატრი, თავის წიგნში - „როგორ მოვიქცეთ, როცა ჩვენთვის საყვარელ ადამიანს დეპრესია აწუხებს“ ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ დეპრესიის დროს აუცილებელია ავად-

მეოფის სისტემატური გამხნეება და დარწმუნება, რომ არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დამორჩილდეს ავადმყოფობას. ის გვირჩევს, რომ რაც შეიძლება ხშირად გაუუმეოროთ ჩვენთვის საყვარელ ადამიანს უბრალო სიტყვები: „მე და ჩვენი ოჯახის სხვა წევრებს ისევე გვაწუხებს შენი პრობლემები, როგორც თავად შენ, მაგრამ შენ უნდა იცოდე, რომ ჩვენ ერთად მოვახერხებთ ამ უიმედობის დაძლევას“<sup>7</sup> ეს დაეხმარება პაციენტს ძალების მოკრებაში ბრძოლის გასაგრძელებლად.

ერთი ავადმყოფი ბიჭუნას დედის დაკვირვებაც მინდა გაგიზიაროთ. ეს ქალი წლების მანძილზე უფლიდა ფსიქიკურად მძიმედ დაავადებულ თავის შვილს და ხანგრძლივი გამოცდილებიდან გამომდინარე დაადგინა, რომ მის შვილზე ყველაზე კარგად ის მოქმედებდა, რომ პატივისცემითა და გაგებით ეპყრობოდა. მაშინაც კი, როცა გაბრაზებული იყო მასზე. იგი მიხსნიდა, რომ ძალზე დიდი დრო დასჭირდა, სანამ სრულად გააცნობიერებდა, რომ მისი შვილი დაავადების და არა უსაქციელობის ან ახირების გამო სწადიოდა გაუგებარ და გაუმართლებელ ქმედებებს. დღეს ის ცდილობს, არასოდეს დაივიწყოს ეს და გაგებით შეხედეს ყველა ახალ ეპიზოდს, თუმცა ეს სულაც არ არის იოლი.

არსებობს დახმარების სხვა საშუალებებიც: დაიყოლიეთ ავადმყოფი იმაზე, რომ ბევრი ისეირნოს, ივარჯიშოს და უფრო აქტიურად წაერთოს ცხოვრებაში. შესაძლოა, არ იყოს ცუდი კომედიების ერთად ყურებაც. ხშირად, კარგ მუსიკასა და რელიგიურ რწმენასაც ძალუძს მდგომარეობის გაუმჯობესება. კარგი იქნებოდა, თუ ეცდებოდით იმ საქმიანობისადმი ავადმყოფის ინტერესის გაღვიძებას, რომლის მიმართაც ადრე არ იყო გულგრილი. ასეთი შეიძლება ჰობი, სხვა გატაცებები ან სპორტი აღმოჩნდეს. მაგრამ, ზომიერების დაცვა აქაც აუცილე-

---

<sup>7</sup> Golant, Mitch, and Susan Golant, *What to Do When Someone You Love is Depressed* (New York: Villard Books, 1996), pp. 89-91.

ბელია, რათა ზედმეტი აქტიურობით უფრო მეტად არ დააფრთხოთ ავადმყოფი.

თუ თქვენს ახლობელს ფსიქოზი აწუხებს (რაც შეიძლება შიზოფრენიის, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის ან კლინიკური დეპრესიის გამოვლინება იყოს), თქვენ შესაძლოა ვერ პოულობდეთ პასუხს მის ბოდვებსა და აკეიატებულ აზრებსზე, მაგრამ ნურც აქ მიატოვებთ თქვენს ახლობელს ავადმყოფობის პირისპირ და ეცადეთ ესაუბროთ ამ ბოდვების შესახებ. უთხარით ხოლმე: „მე არ მენვენება, რომ ყველაფერი ისეა, როგორც შენ აღწერ“... ან „ამ შემთხვევაში მიჭირს დაგეთანხმო“... და სხვა. ხშირად, ფაქტების სწორი გაცნობიერება თვით მიძიმე ავადმყოფისაც კი ეხმარება აკეიატებული აზრების დაძლევაში<sup>■</sup>.

აგრეთვე, მნიშვნელოვანია მკურნალობის პროცესის წახალისება, თვით მაშინაც კი, როცა რეალურ ცვლილებებს ჯერ ვერ ამჩნევთ. გახსოვდეთ, რომ შექება ხშირად უფრო ეფექტური იარაღი შეიძლება აღმოჩნდეს, ვიდრე მკაცრი კრიტიკა.

დაუშვებელია ფსიქიკური დაავადების გასაიდუმლოება ოჯახის სხვა წევრებისა და მეგობრებისგან. ამან მხოლოდ უარყოფითი შედეგი შეიძლება იქონიოს, რადგან თვით დაავადებულს დააბრკოლებს, თუ ეცოდინება, რომ რაღაც სამარცხვინო ან დასამალი სენი აწუხებს და სტიგმამ შესაძლოა კიდევ უფრო გააუარესოს მისი მდგომარეობა. ჩემი აზრით, სიმართლე დაავადების შესახებ მაშინაც არ უნდა დაიმალოს, როცა თავად დაავადებულია მოწადინებული, არ გაამხილოს ავადმყოფობა. როგორც წესი, პატიოსნება და კეთილსინდისიერება საუკეთესო იარაღია; მით უმეტეს, რომ ამ დაავადებაში სამარცხვინო და დასამალი არაფერია. დოქტორი გოლანტი გვიხსნის: „ყველაზე მნიშვნელოვანი, რის გარკვევაც

---

<sup>■</sup> *National Institute of Mental Health, Schizophrenia: Questions and Answers, 1990, DHHS publication no. (ADM) 86-1457, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, 1990.*

აუცილებლად გჭირდებათ ერთმანეთთან თქვენ და თქვენს დაავადებულ ახლობელს, არის ამ დაავადების რეალური ბუნების დადგენა; მაგრამ უნდა ეცადოთ, რომ ამ საუბრებში თქვენი ურთიერთობები არ გააუარესოს<sup>10</sup>. ასეა თუ ისე, ეს დაავადება მთელ ოჯახს ეხება, თქვენ ყველანი ერთად მონაწილეობთ მის მიმდინარეობაში. პირველი დისკომფორტის შემდეგ, რომელიც აუცილებლად თან ახლავს აღიარებას, რომ თქვენს ახლობელს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს, თქვენ უსათუოდ დაგტოვებთ უხერხულობის შეგრძნება და მომავალში შეგეძლება მშვიდად განიხილოთ თქვენი პრობლემები ახლობლებთან: „ფრედს შისოფრენია დაუდგინეს. ახლა ჩვენ ექიმთან დავდივართ და სწორი მკურნალობის შერჩევის პროცესში ვართ. იმედი გვაქვს, რომ გაგებით მოეკიდებით ჩვენს პრობლემებს და საჭიროების შემთხვევაში მოგეცემთ უფლებას, რომ დახმარებისთვის მოგმართოთ“. ან „ბევერლის კლინიკური დეპრესია აღმოაჩნდა. ცხადია, ეს არ შეიძლება მისი ბრალი იყოს და, ალბათ, ვერც კვალიფიციური დახმარების გარეშე მოახერხებს დაავადების დაძლევას. ჩვენ ახლა ვცდილობთ დაავადგინოთ ის წამლები, რომლებიც ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდება მისი მდგომარეობისთვის. ალბათ, თქვენი დახმარებაც დაგეჭირდება ბევერლისთვის ნორმალური პირობების შესაქმნელად“.

რეკს დიკენსმა რამდენიმე მეტად საჭირო რჩევა შემუშავა და უფიქრობ, რომ კარგი იქნებოდა მათი თქვენთვის გაზიარება:

- ☞ თქვენ თვითონ ვერ შეძლებთ თქვენი ოჯახის წევრის განკურნებას.
- ☞ შესაძლოა, აშლილობა პერიოდულ ხასიათს ატარებდეს და მისი ფაზების მონაცვლეობასთან ერთად, თქვენც განიცდიდეთ ოპტიმისტური და პესიმისტური პერიოდების ურთიერთმანაცვლებას.

---

<sup>10</sup> Golant and Golant, p. 78.

- ⊕ ბოდვებს თქვენი ლოგიკა ვერაფერს დააკლებს და, აქედან გამომდინარე, იქნებ აზრიც არ ჰქონდეს დაავადებულთან დაუსრულებელ კამათს.
- ⊕ ისწავლეთ პიროვნების მისი დაავადებისგან განცალკევება. დაავადება შეიძლება გძულდეთ, მაგრამ პიროვნება აუცილებლად უნდა გიყვარდეთ.
- ⊕ ყოველთვის წაახალისეთ დაავადებული ადამიანი ავადმყოფობასთან ბრძოლაში.
- ⊕ უცნაური საქციელი დაავადების უტყუარი სიმპტომია. არასდროს ჩათვალთ ამგვარი მოქმედება პირადად თქვენს წინააღმდეგ მიმართულ აგრესიად.
- ⊕ ნუ მოერიდებით, კითხვები დაუსვათ ახლობელს სუიციდური ფიქრების შესახებ. მხოლოდ ამ თემაზე გულახდილ საუბარს შეუძლია თვითმკვლელობის თავიდან არიდება.
- ⊕ ალბათ, ხშირად შემოგაწევბათ გაღიზიანება, სიბრაზე, მწუხარება, სირცხვილი, ტკივილის განცდა. ასეთ დროს გაიხსენეთ, რომ თქვენი დაავადებული ახლობლისგან განსხვავებით, თქვენ პასუხისმგებელი ხართ თქვენს საქციელზე და შეეცადეთ, მთოყოთ გრძნობები.

სამწუხაროდ, ფსიქიკურად დაავადებულთა მკურნალობის დროს, ხშირად არის შემთხვევები, როცა ერთ წინგადადგმულ ნაბიჯს ორი ნაბიჯით უკან დახევა მოჰყვება ხოლმე. სწორედ ამიტომ, ეს პროცესი უდიდეს მოთმინებას საჭიროებს. როგორც დილან აბრაჰამი გვიხსნის: „ხშირად... და ეს მეც მეხება... ექიმები, ოჯახის წევრები, მეგობრები, საზოგადოება ერთობლივად ცდილობენ დააჩქარონ გამოჯანმრთელების პროცესი და „ჩაეჭიდონ“ ერთხელ „ხელიდან გაშვებულ“ მომენტს. თუმცა, ამგვარი სისწრაფე შესაძლოა დამღუპველიც აღმოჩნდეს. გამოჯანმრთელება ძალიან მნიშვნელოვანია, მაგრამ სულაც არ არის აუცილებელი ის დროის მკაცრ გრაფიკში მოვაქციოთ. ეს ხომ დოღი არ არის. სერიოზულ მკურნალობას დრო, მთ-

მინება და დაკვირვება სჭირდება. ამ პროცესში გაუმჯობესებაც შეიძლება დადგეს და გაუარესებაც... ადამიანებს, რომელთაც ფსიქიკური დაავადების უმძიმესი ტრავმა აქვთ განცდილი, პატარ-პატარა ულუფებით უნდა მივაწოდოთ უკეთესობა, რადგან მოუწიებელმა დიდმა ლუკმამ შეიძლება მხოლოდ გაუარესება გამოიწვიოს. დრო სჭირდება იმას, რომ გამოჯანმრთელების პროცესი სწორად წარიმართოს“<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup> Abraham, Dylan, "Getting Well is Not a Race," *NAMI Advocate*, January/February, 1997, p.10.



# ნანილი მკორა

## მკურნალობის ახალი მეთოდები. ახალი იმედი

პრეზიდენტმა ჯორჯ ბუშმა 1990-ანი წლები „ტვინის დეკადად“ გამოაცხადა და ამ ათწლეულმა მართლაც გაამართლა ეს სახელი. სწორედ ამ ბოლო ათი წლის მანძილზე მიაღწია მეცნიერებამ განსაცვიფრებელ შედეგებს ტვინის შესწავლის დარგში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, იმ ცოდნის 95%, რომელსაც კაცობრიობა ფლობს ტვინის შესახებ, სწორედ ამ ათი წლის მანძილზეა დაგროვილი.

დაახლოებით კილონახევრიანი ეს ორგანო გონების საუფლოს წარმოადგენს და სწორედ ის არის პასუხისმგებელი ადამიანის ნორმალურ თუ არანორმალურ ქცევაზე. ტვინში თავმოყრილია ასობით მილიონი ნერვული უჯრედი და მილიარდობით მათი შემაერთებული ნაწილაკები. სწორედ ამ ნაწილაკების წყალობით უკავშირდებიან ნერვული უჯრედები ერთმანეთს და ამ პროცესში ასობით განსხვავებულ ქიმიურ ნივთიერებას, მათ შორის სეროტონინსა და დოფამინს მოიხმარენ. ყოველდღიურად, მეცნიერები სულ ახალ და ახალ აღმოჩენებს აკეთებენ ამ არაჩვეულებრივი ორგანოს ფუნქციონირების კვლევის დარგში. ფაქტობრივად, ნენს თვალწინ რევოლუცია მიმდინარეობს, რომელიც ყოველწამიერ გვაახლოებს ტვინის არსის უკეთ გაგებასთან.

მეცნიერები წლების მანძილზე დაობდნენ იმის შესახებ, თუ რა განაპირობებს ტვინის განვითარების პროცესებს, თანდაყოლილი მონაცემები თუ აღზრდითა და გარეშე ზეგავლენით

გამოწვეული ფაქტორები. ამ დებატებს ასევე ერქვა: „ბუნება და აღსრდა ერთმანეთის წინააღმდეგ“. დღესდღეობით მეცნიერთა უმრავლესობა შეთანხმებულია, რომ ორივე ამ ფაქტორს ერთნაირად მნიშვნელოვანი ფუნქცია ენიჭება ტვინის განვითარების პროცესში და ისინი კი არ ეწინააღმდეგებიან ერთმანეთს, არამედ ერთობლივად აყალიბებენ ტვინის მთლიან სტრუქტურას.

დღეს მეცნიერებამ უკვე ამცნო კაცობრიობას ტვინის ერთი განსაცვიფრებელი უნარის შესახებ, ცვლილება განიცადოს გარემო პირობების საპასუხოდ. გამოცდილება, სწავლა, თვალსაწიერის გაფართოება, ერთი მხრივ, და ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მიმართ მიდრეკილება, მეორე მხრივ, აგრეთვე, პრენატალური ტრავმები ან ინფექციური დაავადებები, აისახებიან ტვინის განვითარებაზე და მათი ზეგავლენით ტვინის ფუნქციური ცირკულაცია მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის. ნერვული უჯრედების რაოდენობა შეიძლება გაიზარდოს ან შემცირდეს, აგრეთვე, შეიძლება ახალი კავშირები წარმოიქმნას, იქიდან გამომდინარე, თუ რას სწავლობს ან იმახსოვრებს ადამიანი. ამ უჯრედების აქტიუობა ტვინის სტრუქტურას აყალიბებს და იწვევს ცალკეული არეების გაზრდას ან შემცირებას. ტვინის ამ უნარს – განიცადოს სახეცვლილება – პლასტიკურობას უწოდებენ. ეს ნიშნავს, რომ თანდაყოლილი თვისებები და გარეშე ზეგავლენა მილიონობით სხვადასხვა საშუალებით განუწყვეტლივ ურთიერთზემოქმედებენ და, საბოლოო ჯამში, განაპირობებენ ტვინის ფორმირებას.

რაც შეეხება დეპრესიას, დღეს უკვე დადასტურებული ფაქტია, რომ ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეულმა პესიმისტურმა აზრებმა ტვინის ქიმიური შემადგენლობა შეიძლება შეცვალოს, რაც საბოლოოდ უთუოდ გახდება დეპრესიული ეპისოდის გამომწვევი მიზეზი, თუ ადამიანს გენეტიკური მიდრეკილებაც აქვს დეპრესიის მიმართ. როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტი განმარტავს, „ადამიანები ოდენ უღონო მარიონეტები არ არიან, რომელთა

ძაფებსაც მხოლოდ ბუნებრივი პროცესები მართავენ. ქცევის, ფსიქიკურ და სოციალურ ფაქტორებსაც ზეგავლენა აქვს მათ ბუნებაზე, რაც ბიოლოგიური ფუნქციების ცვლილებასაც განაპირობებს“.

სწორედ ამ პროცესებზე გვექნება შემდგომში საუბარი, რათა უკეთ ჩავწვდეთ ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობის მიზეზებს და გავერკვეთ მათი მკურნალობის არსში.

### ნეირომეცნიერება:

#### ახალი მეცნიერება ტვინის შესახებ

წარმოიდგინეთ შესაძლებლობა, რომ ყოველგვარი სკალპელის გარეშე ჩაიჭყიტოთ ტვინში და დააკვირდეთ მის მოქმედებას მუშაობის პროცესში. წარმოიდგინეთ, ნორმალური ტვინისთვის რომ სურათები გადაგელოთ და შემდგომ ისინი შიზოფრენიით ან სხვა ფსიქიკური დაავადებით დასნეულებული ადამიანის ტვინისთვის შეგედარებინათ. ახლა წარმოიდგინეთ, რაიმე აპარატი რომ არსებობდეს, რომელიც შეძლებდა ტვინის მილიონობით უჯრედს შორის თქვენთვის საინტერესო უჯრედებისთვის მიეგნო და მათზე მეთვალყურეობა განეხორციელებინა.

არც ეს, არც ამაზე განსაკვიფრებელი მიღწევები ნეირომეცნიერებისთვის დღეს უკვე აღარ წარმოადგენს პრობლემას. მეცნიერები აკვირდებიან ნერეული სისტემის მუშაობის პროცესს და სწავლობენ, თუ რა სახეცვლილებას განიცდიან ტვინის უჯრედები ფსიქიკური დაავადების ზეგავლენის წნეხქვეშ. ისინი იმედოვნებენ, რომ ამოხსნან უძველესი საიდუმლო ტვინისა და ცნობიერების ერთიანობის შესახებ, ამოიცნონ არანორმალური ფიქრებისა და მოქმედებების წარმოშობი ზუსტი მიზეზები. ეს უბრალოდ იმედი არ არის, ეს რეალური მიღწევებია.

იმის გამო, რომ მეცნიერებაში დიდი ტექნოლოგიური პროგრესი მოხდა, მეცნიერებს უკვე შესწევთ უნარი, შეისწავლონ ნერეული უჯრედების (ნეირონების) ინდივიდუალური ხასიათი და თვისებები. მეცნიერებს იმის განსაზღვრაც კი შეუძლიათ, თუ რომელ ცალკეულ უჯრედში რომელი გენია აქტიურად წარმოდგენილი და რომელი „მოიკოჭლებს“. მათ შეუძლიათ დაკვირვება აწარმოონ უჯრედთა შეკავშირების პროცესზე, რის შედეგადაც ჩვენი ფსიქიკური ორიენტაციის განმსაზღვრელი „კირკულაცია“ წარმოიქმნება და, რაც მთავარია, ახალი გამომსახველობითი ტექნოლოგიების წყალობით, უკვე დღეს შესაძლებელია ცოცხალი ადამიანის ტვინში ამ „კირკულაციის“ დანახვა.

ახალი თაობის გამომსახველობითმა ტექნოლოგიებმა უფართოესი შესაძლებლობები დასახა ტვინის ფუნქციონის ასახვას: ხელად:

კომპიუტერული ტომოგრაფია – ივენებს კომპიუტერს რენტგენის სერიათა კომბინირებისთვის, რათა ტვინის სტრუქტურის მაქსიმალურად მკაფიო სურათი წარმოადგინოს, რაც მხოლოდ რენტგენის საშუალებით შეუძლებელი იქნებოდა. თუმცა, ეს მეთოდი ჯერჯერობით მხოლოდ სტატიკურ სურათებს გვაძლევს.

ჰოსიტრონის ემისარული ტომოგრაფია და მარტივი ფოტონ-ემისარული ტომოგრაფია – იძლევა ტვინის აქტივობის გამოსახულებას მთელ ტვინში. შეგვიძლია ტვინის მუშაობას სისხლის მიმოქცევისა და გლუკოზის ათვისების პროცესში დავაკვირდეთ. გამოკვლევის ეს მეთოდი ტვინის მუშაობის ამსახველი პროცესის დინამიკურ სურათს იძლევა.

მაგნიტურ-რეზონანსული სკანირება – ეს უახლესი ტექნოლოგიური მიღწევაა. ის შესაძლებლობას გვაძლევს ტვინის მოქმედება მუშაობის პროცესში შევისწავლოთ. ამგვარი სკანირება მაგნიტურ ველს იყენებს ტვინის აქტივობის გამოსაფლენად. ეს ტექნოლოგია ტვინის განსაცვიფრებლად მკაფიო სურათებს გვაძლევს მისი მუშაობის პროცესში. სტატიკურ მაგნიტურ-რეზონანსულ სკანირებას შეუძლია მოგვცეს ამომწურავი ინფორმაცია ტვინის სტრუქტურაში არსებული ნებისმიერი ანომალიის შესახებ.

ახალი ტექნოლოგიები შესაძლებლობას გვაძლევს, ტვინის მუშაობას დინამიკაში დავაკვირდეთ, რაც დაგვეხმარება იმ ანომალიათა აღმოჩენაში, რომელიც ფსიქიკურ დაავადებებთან ასოცირდება. მეცნიერებს, მაგალითად, უკვე დადგენილი აქვთ, ტვინის რომელ კონკრეტულ ნაწილში იწყება დეპრესიით გამოწვეული არანორმალური ცვლილებები. აგრეთვე, იციან ის „ცხელი წერტილები“, სადაც ნორმიდან ამოვარდნილი ზეაქტიურობა შეიძინევა, როცა საქმე გვაქვს აკვიატებულ აზრებსა და მოქმედებასთან.

სკანირებამ ისიც შეიძლება გვიჩვენოს, თუ ტვინის რომელი არეებია გააქტიურებული, როცა შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანს ვიზუალური და სმენითი ქალუცინაციები აწუხებს. დიახ, ეს ქალუცინაციები სრულიად რეალურ სახეს იძენს და ტვინის იმავე ნაწილში წარმოიქმნება, რომლის მეშვეობითაც ნორმალურ ვითარებაში ხმისა და ხედვის სიგნალებს აღვიქვამთ. ახალ ტექნოლოგიათა მეშვეობით მკურნალობის პროცესის დაკვირვებაც ხდება შესაძლებელი. სკანირება გვიჩვენებს ნორმალისაციის პროცესის მიმდინარეობას, რომელიც სწორი მედიკამენტური მკურნალობისა თუ ფსიქოთერაპიის შედეგად იწყება დაავადებული ადამიანის ტვინში.

წარსულში ტვინის ფუნქციონირებაზე მხოლოდ მკითხაობა შეგვეძლო, დღეს კი უკვე თვალნათლივ ვხედავთ, ტვინის

რომელი არეალი მონაწილეობს სწავლის, დამახსოვრებისა და ქცევის პროცესებში. სკანირების შედეგად მიღებულ გამოსახულებებზე „გამონათებულია“ ის ადგილები, რომლებიც ამ მოქმედებებით არის დაკავებული. როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის წარმომადგენელი სტივენ ჰაიმენი აღნიშნავს, „პირველად კაცობრიობის ისტორიაში ჩვენ შეგვიძლია დავაკვირდეთ ადამიანის ფიქრისა და შეგონებების პროცესს. ერთი სიტყვით, ჩვენი თვალთ შეგვიძლია დაინახოთ, თუ როგორ ფუნქციონირებს ადამიანის ტვინი“.

სერიოზული პროგრესია ტვინის ქიმიური შემადგენლობის დადგენის საქმეშიც. მაგნიტურ-რეზონანსული სკანირების მეშვეობით მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ ნერვული უჯრედები ურთიერთკავშირებს ერთმანეთის ქიმიური ნივთიერებებით „დაბომბვით“ ახორციელებენ. ამ ნივთიერებებს „ნეიროგადამცემები“ (ტრანსმიტერები) ეწოდება. მათი მეშვეობით ნერვული უჯრედები უტყევენ მომიჯნავე უჯრედებს, რათა მათ თავიანთი ინფორმაცია ამცნონ. ინფორმაციის ამგვარი გადაცემა საკეტისთვის გასაღების შერჩევასა და მორგებას ჰგავს. ხშირად, ნეიროგადამცემებს „ქიმიურ მაცნებსაც“ კი უწოდებენ.

ყოველ ნეიროგადამცემს განსაკუთრებული რეცეპტორი აქვს, რომლის მეშვეობითაც ის კავშირს ამყარებს თავის მომიჯნავე უჯრედთან. ხოლო ყველა ცალკეული უჯრედი აღჭურვილია უამრავი განსხვავებული რეცეპტორით, რათა შესაძლებლობა ჰქონდეს, განსხვავებული ნეიროგადამცემი მიიღოს. ნეიროგადამცემთა ნაწილი ხელს უწყობს ნერვული უჯრედების გააქტიურებას, სოგიერთი კი პირიქით – თრგუნავს ამ აქტივობას. არიან სხვა ნეიროგადამცემებიც, რომლებიც ღრმა ცვლილებებს იწვევენ მიმღები უჯრედების ქიმიურ შემადგენლობაში.

---

*როგორც კი ინფორმაცია გადაიყვება, ნეიროგადამცემი უკანვე უბრუნდება ნერვულ უჯრედს ან ქიმიურ შლას განიყლის.*

ადამიანის ტვინში არსებობს ნეიროგადამცემები, რომელთა შემადგენლობის დონის დარღვევა ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობასთან ასოცირდება. შემჩნეულია, რომ შიზოფრენიის დროს, როგორც წესი, ადგილი აქვს დოფამინად წოდებული ნეიროგადამცემის არასწორ მუშაობას. ხშირად, სეროტონინის არასწორი ფუნქციონირებაც იმავე შედეგს იწვევს. ასეთ დროს, ალბათ, ეს ნივთიერებები ზედმეტად ჭარბი რაოდენობით გამოიყოფა, ან გარკვეულ მიზეზთა გამო, კერ ხერხდება მათი სწორი „დეკოდირება“ (ჩვენ ამ ორ ნეიროგადამცემს უფრო ვრცლად შემდგომ თავებში შევხებით, რადგან ისინი, განსაკუთრებით კი სეროტონინი, უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებენ მიიმი ფსიქიკური დაავადების განვითარებაში“.

გენეტიკა – მეორე მნიშვნელოვანი სფერო, რომელიც ნელ-ნელა იწყებს პასუხების გაცემას ჩვენთვის საინტერესო შეკითხვებზე. ბევრი ფსიქიკური დაავადება ოჯახიდან მომდინარეობს. ტყუპების შესწავლამ მეცნიერებას სრულად გაუფანტა ეჭვები იმის შესახებ, რომ ფსიქიკურ დაავადებათა უმრავლესობა დანამდილებით გენეტიკური წარმოშობისაა.

მიუხედავად იმისა, რომ მემკვიდრეობითობის როლი ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობის საქმეში სრულიად ეჭვგარეშეა, მეცნიერები ფიქრობენ, რომ სხვა ფაქტორებმაც შესაძლოა სერიოზული ზეგავლენა მოახდინონ ადამიანის ფსიქიკაზე. გარემო პირობებს თვით ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდშიც კი შეუძლია თავისი უარყოფითი ზეგავლენის მოხდენა. ნებისმიერი გარეშე სტრესი, მაგალითად, ახლობლის

---

*სეროტონინის შემცირებულ დონეს უკავშირებენ სუიციდურ ქცევას, აგრესიულობას, იმპულსურობას და მიღრერეკილებას ძალადობისკენ. კვლევებმა აგრეთვე გვიჩვენა, რომ სეროტონინის მაღალი დონე დამახასიათებელია იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც ლიდურობის გამოკვეთილი თვისებები აქვთ. ისეთი ნარკოტიკული ნივთიერებების მიმართ მიღრეკილება, როგორც არის კოკაინი და პეროინი, ასევე სეროტონინის დონეებით იხსნება.*

გარდაცვალება, სამსახურის დაკარგვა და სხვა, შეიძლება დაავადების მაპროუოცირებელი მიზეზი გახდეს.

კიდევ ბევრი რამ არის შესასწავლი ამ სფეროში. რევოლუცია ადამიანის ტვინის კვლევაში დაწეებულია და წინ კიდევ ბევრი აღმოჩენა გველოდება. ალბათ, შორს არ არის ის დრო, როცა მეცნიერებას შეეძლება სრული პასუხები გაგვცეს კითხვებზე: რატომ ემართება ადამიანს ფსიქიკური დაავადება? როგორ შემოქმედებს ეს დაავადებები ტვინზე? და რაც მთავარია, როგორ განვკურნოთ ეს დაავადებები? დღეს უკვე საკმაოდ ბევრი ვიცით და ამ ცოდნას ახალ საფეხურზე აყავს ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის საქმე. სხვას რომ ყველაფერს თაღი დავანებოთ, ის მაინც შეგვიძლია დასუსტებით ვთქვათ, რომ ეს ნამდვილი დაავადებაა და არა მორალური სისუსტე ან ვინმეს დანაშაულით გამოწვეული უსიამოვნება.

## მკურნალობის ახალი მეთოდები სიცოცხლის გადასარჩენად

მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვის პროცესიც ისევე წარმატებულად და ნაყოფიერად წარიმართა, როგორც ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობის მიზეზების გამოკვლევები. მეცნიერებს დღეს უფრო ზუსტი წარმოდგენა აქვთ იმის შესახებ, თუ როგორ შემოქმედებს ესა თუ ის პრეპარატი ნეიროგადამცემების მუშაობაზე ადამიანის ტვინში. უახლესმა აღმოჩენებმა ახალი ერა შექმნა ფარმაკოლოგიაში. ამ ახალ პრეპარატებს ხშირად „კონსტრუქტორ წამლებს“ უწოდებენ. მათი მოქმედება მეტი სიზუსტითა და ეფექტურობით გამოირჩევა. ძველ წამლებთან შედარებით, ახალ მედიკამენტებს თითქმის არ აღენიშნება გვერდითი მოვლენები.

თუ მიხედველობაში მივიღებთ დარეღის მაგალითს, დაერწმუნდებით მეცნიერების წინსვლაში. დარეღი 37 წლის იყო,



როცა მას შეეხვადი. მას შინოფრენია აწუხებდა და ბოლო ოცი წელიწადი სანახევროდ საავადმყოფოში ჰქონდა გატარებული. რემისიის პერიოდებში ქუჩაში ცხოვრობდა. ხან ერთ წამალს იღებდა, ხან მეორეს – სრულიად უშედეგოდ. ვერც ერთი მათგანი ვერ ახერხებდა დაეთრგუნა მისი უცნაური „ხმები“. ქუჩაში ხეტიალისას და საავადმყოფოში დანიშნული ჰქონდა, რომ მისი ლტოლვა სამყაროს გადაარჩინდა. 1989 წელს მან ახალი პრეპარატით დაიწყო მკურნალობა. ეს კლოსიაპინი იყო. როცა მას შეეხვადი, ის უკვე გაცილებით უკეთ გრძობდა თავს. იმდენად კარგად, რომ კოლეჯში სწავლაც კი შეეძლო.

ღიახ, სულ რაღაც ათწლეულის წინ თითო-ორი წამალი არსებობდა და ყოველთვის ეფექტური როდი იყო მათი ზემოქმედება. ვიღაცას შეელოდა ეს წამლები, ვიღაცას – ვერა. გარდა ამისა, მათ უმძიმესი გვერდითი მოვლენები ახლდათ. დღეს კი უამრავი ახალი წამალი განჩნდა, რომელიც უფრო ეფექტურიც არის, უფრო უვნებელიც. ისინი შინოფრენიით დაავადებულ ადამიანებსაც კი საგრძნობლად უმსუბუქებენ ცხოვრებას. ამის თვალსაწირო მაგალითია დარელი, რომელსაც ძველი წამლები არ მოქმედებდა.

ფსიქოთერაპია (რომელსაც ხშირად „საუბრის თერაპიასაც“ უწოდებენ) და ქცევის კოორდინაციის თერაპია, გარკვეული დაავადებებისთვის მეტად ეფექტურია<sup>❖</sup>, მაგრამ ეს მეთოდები საუკეთესო შედეგებს შედეკამენტურ მკურნალობასთან ერთად იძლევა. ფსიქოთერაპია და ქცევის კოორდინაციის თერაპია პაციენტებს ასწავლის არასასურველი იმპულსების გაკონტროლებას და ეხმარება პრობლემათა გადაჭრის უფრო კონსტრუქციული საშუალებების პოვნაში. სკანირება ცხადლივ გვინუნებს იმ კეთილისმყოფელ ზემოქმედებას, რომელსაც ფსიქო-

---

<sup>❖</sup> განსაკუთრებით კი იმ ადამიანთა მკურნალობის დროს, რომელთაც შიშებით გამოწვეული აშლილობა, აკეთილებული აზრები და მოქმედებები და ღებრესია აწუხებთ.

თერაპია დაავადებული ადამიანის ტვინზე ახდენს. ხშირად, ეს პროცესი ძალიან ჰგავს წამლის 'სეგავლენას.

ყოველდღიურად უამრავ წერილს ვიღებ იმის დასტურად, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის მეცნიერების ეს ახალი აღმოჩენები, როგორი კეთილისმყოფელი სეგავლენა აქვთ მათ ამ ადამიანების ცხოვრებაზე. ბევრი დღესაც ეგვიტა და უნდობლობით არის გამსჭვალული, მაგრამ ბევრნი, ისეთები, როგორიც არიან ქეთი ქრონქაითი, ჯერილინ როსი და ანჯელა ქოფენოლი, ოპტიმისტურად, იმედის თვალთ უყურებენ მომავალს.

მკურნალობის ახალ მეთოდებს შესწევთ უნარი, საგრძნობლად შეამცირონ დაავადების სიმპტომები და ადამიანს ქმედობაუნარიანობა აღუდგინონ – თუმც არა ყველა, მაგრამ საქმარისად ბევრ შემთხვევაში; თუმც არა ყოველთვის, მაგრამ ძალიან ხშირად; თუმც ეს გაუმჯობესება საბოლოო შესაძლოა არ აღმოჩნდეს, მაგრამ საქმარისად ხანგრძლივი აუცილებლად იქნება. ზოგიერთი ფსიქიკური დაავადებისთვის წარმატებული მკურნალობა საბოლოო გამოჯანმრთელებას ნიშნავს, მაგრამ არის დაავადებები, რომელთა მხოლოდ გაკონტროლება შეიძლება. მაგრამ არც ეს არის უმნიშვნელო შედეგი. რადგან მისი წყალობით მძიმე სენით შეპყრობილ ადამიანებს შესაძლებლობა ეძლევათ, უფრო სისხლსაყსედ, უფრო უმტკივნეულოდ, უფრო ნორმალური ცხოვრებით იცხოვრონ”.

თვით უმძიმესი ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირებს უკვე დღეს შეუძლიათ თერაპიისა და მედიკამენტების საშუალებით გაიუმჯობესონ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. მაგრამ, სამწუხაროდ, უამრავი ადამიანი მოკლებულია ამ შესაძლებლობას. შესაძლოა, ეს მატერიალური სიდუხჭირის გამო ხდებოდეს, შესაძლოა, სტიგმიდან გამომდინარე, შესაძლოა, ამის მიზეზი

---

*Antony, William a., "Changing Visions, Changing Lives: New Resolutions, The CAMI Statement, May/June, 1993, p. 1.*

ის იყოს, რომ ბევრს არ აქონდეს შესაბამისი ინფორმაცია მკურნალობის ახალი მეთოდების შესახებ.

წლების მანძილზე დაგროვილი გამოცდილებიდან ვიცი, და ამას ჩემი კორესპონდენციაც ადასტურებს, რომ უამრავი ადამიანი, განსაკუთრებით კი ისინი, ვისაც დეპრესია ან პანიკური აშლილობა აწუხებს, ექიმიდან ექიმთან დადიან და დაავადების სწორი მიზეზი ვერ უპოვიათ, რადგან ვერ ხვდებიან, რეალურად რა აწუხებთ. უამრავი დრო და ენერგია იხარჯება ფუჭად, სანამ სწორი დიაგნოზი დადგინდება.

დადგა დრო, როცა უნდა გადავხედოთ ჩვენს დამოკიდებულებას ფსიქიკური დაავადებების მიმართ. გაუარესების შიში ადამიანებს აღარ უნდა აქონდეთ. როგორც ერთმა ძალიან ცნობილმა ფსიქიატრმა აღნიშნა, „არც ისე დიდი ხნის წინ არავის წარმოედგინა, რომ ადამიანები დაუნის სინდრომით შეძლებდნენ საავადმყოფოს გარეთ ეცხოვრათ. ახლა ამგვარი რამ უფრო გამონაკლისია, ვიდრე ნორმა. დღეს ეს ადამიანები ჩვეულებრივად ცხოვრობენ ჩვენს გვერდით. ხომ ფაქტია, რომ თავად დაავადების ბუნება არ შეცვლილა; მაშ რა მოხდა? არაფერი, შეიცვალა დამოკიდებულება იმის მიმართ, რაც აქამდე მიღებული ნორმად ითვლებოდა“.

მომდევნო თავებში ჩვენ იმ წინსვლაზე ვისაუბრებთ, რომელიც ფსიქიკური დაავადებების კვლევისა და მკურნალობის დარგში მოხდა და რომელთა წყალობით თანდათანობით იცვლება დამოკიდებულება ამ დაავადებათა მიმართ. დროთა განმავლობაში ამ სენით დაავადებულ ადამიანებს შესაძლებლობა მიეცათ, უფრო ნორმალური ცხოვრების წესით იცხოვრონ, რაც სრულიად ახალი კუთხით წარმოსახავს აქამდე არსებული შესაძლებლობის სღვარს.

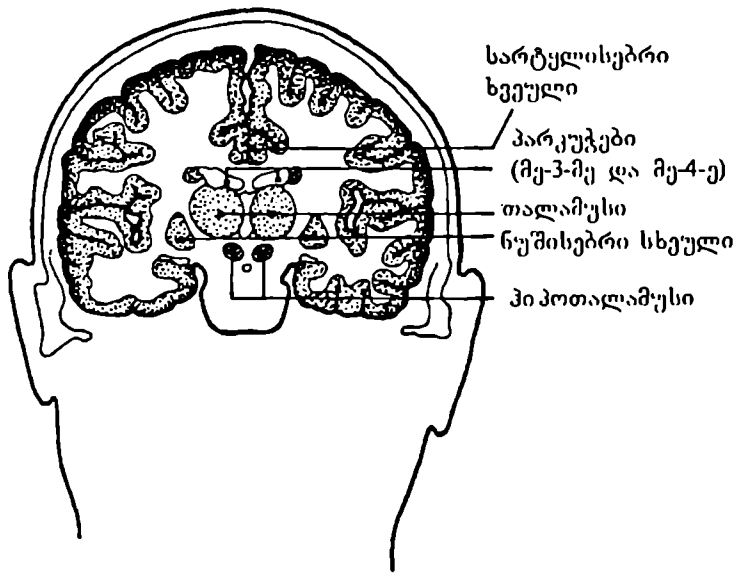
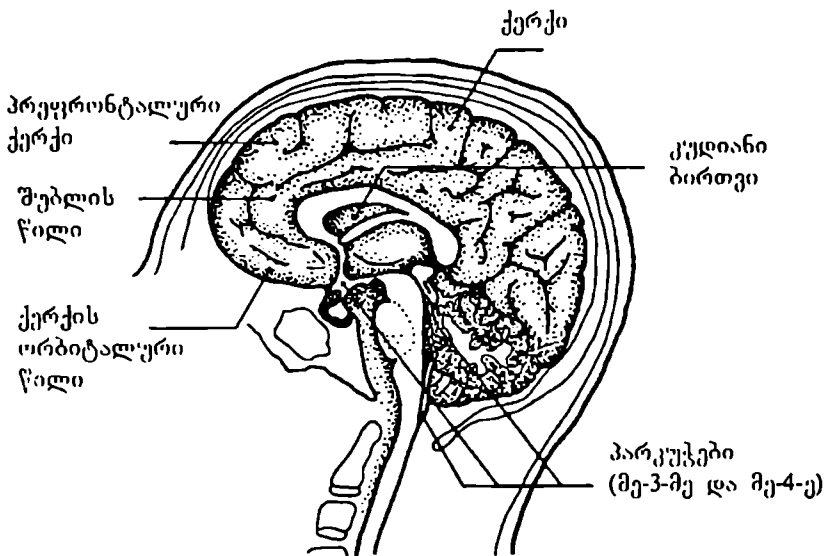
ჩემი ერთი მეგობარი ამბობს: „ავადმყოფობა, რომლის გამომწვევი მიზეზების გაგებაც შეგიძლია, რატომღაც უფრო

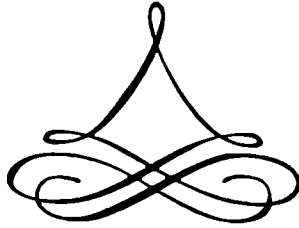
კეთილშობილური ჩანს ხოლმე“. სწორედ იმისთვის გვჭირდება საუბარი ამ ახალ აღმოჩენებზე, რომ უფრო გასაგები გავხადოთ თქვენთვის ამ დაავადებათა გეშმარიტი ბუნება. მე იმის იმედი მაქვს, რომ დღეისთვის მიმდინარე გამოკვლევები მართლაც შემატებს კეთილშობილებას ამ დაავადებებს და რადგან ადამიანებისთვის ისინი უფრო გასაგები გახდება, ნაბიჯ-ნაბიჯ შეიცვლება დამოკიდებულება მათ მიმართ.

ახლა კი უფრო კონკრეტულ საკითხებზე გადავიდეთ. ჩვენ შიზოფრენიით დავიწყებთ ახალ მედიკამენტებსზე საუბარს, რადგან სწორედ შიზოფრენიაა ყველაზე მძიმე და უიმედო ყველა არსებულ ფსიქიკურ დაავადებათა შორის.

მაგრამ, სანამ კონკრეტულ საუბარზე გადავიდოდეთ, ერთი შენიშვნა მინდა ჩაუერთო. იმისთვის, რომ ტენისის მუშაობის სპეციფიკაში ჩავღრმავდეთ, სულ ცოტა ბიოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორის ცოდნა მაინც დაგვჭირდება. მე ამგვარი ცოდნა არ მაქვს. მეცნიერული ინფორმაცია ამ ახალ აღმოჩენებთან დაკავშირებით მეტად რთული და სპეციფიკურია და მათი აღწერა სულაც არ არის იოლი საქმე. მე შეეცაადე გამე-მარტივებინა მეცნიერული ენა და მაქსიმალურად იოლი და გასაგები გამეხადა, ისე, რომ თავად ინფორმაციის შინაარსი არ დამემახინჯებინა. ვფიქრობ, ჩვენთვის მეტად მნიშვნელოვანია ამ თვალსაზრისით ცოდნის შეესება, რათა გავერკვეთ, რეალურად რა ხდება ტენში, როცა მას დაავადება უტყვს.

თავად ტექსტში ბევრი ტექნიკური ტერმინია ახსნილი და განმარტებული, მაგრამ, ყოველი შემთხვევისათვის, წიგნს მოკლე ლექსიკონიც ახლავს თან. ზოგიერთი განსაკუთრებით რთული ადგილების გაგებაში ალბათ სქოლიოებიც დაგვეხმარება. მაშ ასე, წარმატება ვესურვოთ ერთმანეთს და საქმეს შეეუდგეთ!





*შეგება გამოფხიზლებასთან:  
შიზოფრენიის გაგებისათვის*

შიზოფრენიის წარმოშობის ჩვენეული გაგება ბოლო ათწლეულის მანძილზე არსებითად შეიცვალა. შეგახსენებთ, რომ ეს დაავადება ხასიათდება არეული ფიქრებით, კალუცინაციებით, ბოდვით და აპათიისადმი მიდრეკილებით. დიდი ხნის მანძილზე შიზოფრენიის წარმოშობაში აღზრდის დეფექტებს და სხვა ამგვარ ფაქტორებს ვადანაშაულებდით. ასევე, დიდი ხნის მანძილზე ვიყავით დარწმუნებულნი, რომ ვერასდროს მოვახერხებდით მისი ფენომენის ახსნას. მაგრამ მეცნიერულად დადასტურებული ფაქტები დღეს საწინააღმდეგოზე მეტყველებს. როგორც ირკვევა, შიზოფრენიის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს ადრეულ ასაკში განვითარებული დეფექტების ერთობლიობა, სადაც მნიშვნელოვანი როლს თამაშობს გენეტიკური მიდრეკილება პლუს გარეშე პირობები, რომლებიც სავსებით ფიზიკური წარმოშობისა შეიძლება იყოს.

დოქტორი ილენი უოლკერი, ატლანტის ემორის უნივერსიტეტის ფსიქოლოგი და კარტერის ცენტრის დიდი მეგობარი, გასაოცარ მეცნიერულ კვლევას ატარებს. შიზოფრენიის საიდუმლოში შესაღწევად მას საკმაოდ არაორდინალური მეთოდი აქვს ნაპოვნი. ილენი უოლკერი აგროვებს შიზოფრენიით დაავადებულთა ბავშვობისდროინდელ ვიდეო- და კინოფირებს. მას აინტერესებს, ბავშვობაშივე არსებობდა თუ არა რაიმე მახასიათებელი, რომელიც მიგვანიშნებდა იმის შესახებ, რომ მოგვიანებით შიზოფრენია ჩამოყალიბდებოდა. მისი დაკვირვებით, ვიდეო- და კინოფირებზე აღბეჭდილი ჩვილები, რომლებიც ახლა სწავლობენ ფორთხვას ან სასა(კილოდ დაბარბაცებენ, უკვე ამ ასაკში ავლენენ გარკვეული არანორმალურობის ოდნავ შესამჩნევ ნიშნებს. რაღაც არის განსხვავებული იმაში, თუ როგორ ამოძრავებენ ეს პატარები ხელებს, მხრებს, ფეხებს. მათი თითები, როგორც წესი გაფარჩხულია, მოძრაობები კი მოუქნელი, მოუხეშავი და ოდნავ არეული. ისინი თითქოს უხერხულად გრძნობენ თავს, გაღიზიანებულნი არიან, მაგრამ ისეთ ემოციებს, როგორც სიბრაზე ან სიძულვილია, უფრო იშვიათად გამოხატავენ ვიდრე სხვა მათი თანატოლები.

„ეს თითქმის შეუქმნეველი დეტალებია, — ამიხსნა ილენი უოლკერმა, — ნორმისგან ამგვარი გადახვევის გამო არც ერთი მშობელი არ შემოჰკრავს ზარს და არ დაიწყებს ნერვულობას იმაზე, რომ მის შვილს რაღაც რიგზე არა აქვს. მაგრამ, ეს დეტალები გვაფიქრებინებს, რომ ტუინის გარკვეული დეფექტი, რომელიც შემდგომ მძიმე ფსიქიკურ დაავადებად გარდაისახება, შესაძლოა ადამიანს ბავშვობიდანვე ჰქონდეს თანდაყოლილი“.

სხვა მეცნიერთა დაკვირვებით, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს ჩვილობაში განვითარების ოდნავ შესამჩნევი შენელება, უსაფუძვლო ფორიაქი და დისკომფორტის შეგრძნება ახასიათებდათ, რაც სკოლის პერიოდში, როგორც წესი, უკონ-

ტაქტობასა და ათვისების შედარებით დაქვეითებულ უნარში გადაიხრდებოდა. ცხადია, რომ ეს დაავადება ძალიან ადრეულ ასაკში იწყება, თვით მაშინაც კი, როცა მისი სერიოზული სიმპტომები დიდი ხნის მანძილზე გამოუვლენელი რჩება.

### ტვინის მუშაობის ანომალიები

ეველა ის შესაძლებლობა, რომელიც დაკავშირებულია შიზოფრენიის წარმომქმნელი მიზეზების დადგენასთან, ახალი გამომსახველობითი ტექნოლოგიების დანერგვას უკავშირდება. ხშირად, მეცნიერების კვლევის საგანს ტვინის რომელიმე გარკვეული ნაწილი წარმოადგენს. ერთ-ერთი ასეთი სამიზნე კორტექსი (cortex) ანუ ტვინის ქერქი გახლავთ, რომელიც რუხი ნივთიერებისგან შედგება. ტვინის ქერქი მონაწილეობს ფიქრის, მოძრაობისა და შეგრძნების პროცესში. როცა შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს იმ პრობლემათა გადაჭრას სთხოვენ, რისთვისაც გარკვეული ფსიქიკური მოქნილობაა საჭირო, წარმოსახვითი ტექნოლოგიების მეშვეობით გადაღებული სურათები აჩვენებს, რომ შუბლის წილი (frontal lobes).— ანუ ტვინის წინა ნაწილში განთავსებული რუხი ნივთიერება — არასდროს ისე აქტიურად არ მონაწილეობს ამ პროცესში, როგორც მსგავს სიტუაციაში მყოფი ჩვეულებრივი ადამიანის შუბლის წილი.

არსებობს იმის მეცნიერული დასაბუთებაც, რომ სითხის შემცველი პარაკუები (ventricles), რომლებიც აგრეთვე ტვინშია განთავსებული, შიზოფრენიის დროს გაცილებით უფრო გადიდებულია, ვიდრე ნორმალურ პირობებში\*. რატომ შეიძლება

---

\* ჩვეულებრივ, ტვინის პარაკუების მომები უმნიშვნელოდ მერყეობს, მაშინ, როცა იღენტური გყუების შემთხვევაში, თუ ერთ-ერთს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს, მეორე კი ჯანმრთელია. დადგენილია, რომ შიზოფრენიით დაავადებული გყუის პარაკუები საგრძნობ-



პარაკუჯების ზომა მეცნიერებისთვის რაიმე ინტერესს წარმოადგენდეს? იმიტომ, რომ გადიდებული პარაკუჯი უფრო დიდ ადგილს იკავებს, ხოლო ჩვენ ვიცით, რომ რაც უფრო ნაკლებია ტვინის მთლიანი ქსოვილი, მით უფრო ნაკლებია რუხი ნივთიერებაც. ეს მაგნიტურ-რესონანსული გამოკვლევითაც დასტურდება.

დოქტორი ნენსი ანდერსონი აიოვას უნივერსიტეტიდან აღნიშნავს, რომ შუბლის წილი (frontal lobes), რომელიც მთელი ტვინის დაახლოებით 30%-ს შეადგენს, დაკავშირებულია ტვინის უმნიშვნელოვანეს ფუნქციებთან. მისი მოცულობის შემცირება აუცილებლად იწვევს შიზოფრენიის ისეთი სიმპტომების გამოვლინებას, როგორც არის სირთულეები ინფორმაციის ათვისებასთან დაკავშირებით, აზრის მწყობრად ჩამოყალიბების უნარის დაქვეითება და ფიქრისა და ქცევის ორგანიზების გაძნელება<sup>17</sup>.

ზუსტად თვალების უკან განთავსებული ტვინის ნაწილი, რომელსაც თხემის წილს (prefrontal lobes) უწოდებენ, აგრეთვე შეიძლება გახდეს შიზოფრენიის სიმპტომების გამოვლენის მიზეზი. ტვინის ამ ნაწილს სხვაგვარად „მუშა მესსიერებასაც“ უწოდებენ და ის არის პასუხისმგებელი ჩვენს უნარზე, მივიღოთ ახალი ინფორმაცია, შევუსატყვისოთ ის ადრე აღქმულს, ხოლო გამოუსადეგარი ინფორმაცია უკუვაგდოთ. სწორედ ეს

---

ლად გადიდებულია. იმის ვათვალისწინებით, რომ ამგვარი ანომალია თანაბრად აღენიშნება შიმოფრენიით დაავადებულ ყველა პაციენტს, ასაკისა და დაავადების ხანგრძლივობის მიუხედავად, ექიმები ვარაუდობენ, რომ პარაკუჯების გადიდება არც წამლების გვერდითი ეფექტი შეიძლება იყოს, არც დაავადების შედეგად გამოწვეული ანომალია.

<sup>17</sup> მეკლევარებმა აღმოაჩინეს ასიმეტრიისა და ანომალიის ნიშნები ტვინის ქერქის სხვა არეებშიც. ზოგ შემთხვევაში ნეირონები ჩახვეულია ქერქის ქსოვილში, სხვაგან კი ნეირონები გადაადგილებულია თავისი ჩვეული ადგილიდან, რაც განუწყვეტელ აყდენას იწვევს ამროვნებასა და ქცევაში.

ორგანო გვანიჭებს შესაძლებლობას, გავიგოთ ადამიანური ენა და მასთან ერთად დავიმახსოვროთ იმ საგნების წარმოსახვითი ხატები, რომლებიც უკვე აღარ არის ჩვენს თვალწინ. შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს აღენიშნებათ ტვინის ამ ნაწილის ფუნქციის მოშლა. მათ უჭირთ თავიანთი „მუშა მეხსიერების“ გასუფთავება გამოუსადეგარი ინფორმაციისგან, აგრეთვე, უძნელდებათ ვიზუალური ხატების აღდგენა თვალთახედვიდან მათი გაუჩინარების შემდეგ”

თალამუსიც (thalamus) ერთ-ერთი ის ორგანოა, რომელიც აგრეთვე იმჩნევს შიზოფრენიის კედელად წარმოქმნილ ანომალიებს. თალამუსი მონაწილეობს სვენი აღქმის მიერ იმ ინფორმაციის გადამუშავებაში, გაფილტვრასა და დახარისხებაში, რომელიც გრძნობების, ემოციებისა და მეხსიერების მეშვეობით შემოდის ჩვენს ცნობიერებაში. დოქტორ ანდერსონის დაკვირვების თანახმად: „ადამიანი, რომელსაც თალამუსის დეფექტი აქვს, ინფორმაციული წარღვნის მიერ წალეკილ ტივტივას ჰგავს. ასეთ ადამიანებს სხვადასხვა სახის უფუნქციო სტიმიულების მოსღვევებაც აწუხებთ“. ანდერსონმა აღმოაჩინა, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებს თალამუსი უფრო პატარა აქვთ, ვიდრე ჩვეულებრივ ადამიანებს.

ყველა ამ დეფექტის ერთობლიობა აყვრებს ტვინის სხვადასხვა ნაწილებს შორის სრულფასოვანი კონტაქტის განხორციელებას და გარდუეალად იწვევს ჩაყარდნებს მეხსიერებაში, აგრეთვე, აძნელებს ინფორმაციის გადამუშავებას.

რა იწვევს ამ პრობლემებს? გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ ტვინის უჯრედებთან დაკავშირებული განვითარების მანკი მაშინ შეიძლება წარმოიქმნას, როცა ნაყოფი 4-6 თვისაა და

---

*Schooler, Carmi, et al., "A Time Course Analyses of Stroop Interference and Facilitation: Comparing Normal Individuals and Individuals with Schizophrenia," Journal of Experimental Psychology: General 126 (March 1997).*

ტვინი იწყებს თავისი სტრუქტურის ნამოყალიბებას. ამ პერიოდში ტვინის უჯრედები აღვივლები იმკვიდრებენ, რის შედეგადაც რუხი მასა ინტენსიურად იზრდება.

ყუჩობის კვების არასრულფასოვანმა რეჟიმმა, ორსულობის დროს გადატანილმა გრიპმა ან რომელიმე სხვა ვირუსულმა ინფექციამ შესაძლოა უარყოფითი 'სეგავლენა' იქონიოს ნაყოფის ტვინის სტრუქტურის ნამოყალიბებაზე და გამოიწვიოს სტრუქტურული დეფექტები ან ტვინის ცირკულაციის პროცესის დარღვევა, მით უმეტეს, თუ ფსიქიკური დაავადებებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება (არსებობს ვირუსული ინფექციის თეორია ანტისხეულების აღმოჩენას უკავშირდება (ანტისხეულები არის მალეკულები, რომელსაც ადამიანის ორგანიზმი გამოიმუშავებს ვირუსებისა და ბაქტერიებისაგან თავის დასაცავად). ანტისხეულებს ხშირად ვპოულობთ შისოფრენით დაავადებული ადამიანების სისხლში.

---

\* ფინეთში 1957 წელს მომხდარი გრიპის დიდი აჟუთიჟების ეპიდემიოლოგიური კვლევები გვიჩვენებს, რომ იმ ადამიანთა შორის, რომელთა დედებიც მათზე ორსულად ყოფნის დროს (3-6 თვის ფეხმძიმობა) გრიპით დაავადდნენ, შემდგომში ძალიან მაღალი იყო შიმოფრენით დაავადების მაჩვენებელი. უამრავი სხვა მკვლევარიც ადასტურებს იმ ვარაუდს, რომ ყველაზე საშიში ორსულობის სწორედ ეს პერიოდია.

Mednick, S.A., R.A. Machon, M.o. Huttunen. et al., "Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic," "Archives of General Psychiatry 45" (1988) pp. 189-92. აგრეთვე Wyatt, Richard Jed and Ioline D. Henter, "Schizophrenia: An Introduction". Brain Work: The Neuroscience Newsletter, May/June 1997. p. 3.

სხვა კვლევა გვიჩვენებს, რომ დანიაში ბავშვებს შორის ფსიქიკური დაავადების მაღალი მაჩვენებელი პირდაპირ უკავშირდებოდა მათი დედების შიმშილობას ორსულობის პერიოდში, მეორე მსოფლიო ომის დროს.

Weinberger, Daniel R., "From Neuropatology to Neurodevelopment" The Lancet 346 (1995): pp.552-57.

ნაყოფის განვითარების პროცესში ჟანგბადის უკმარისობა-  
მაკ მეტად არასახარბიელო როლი შეიძლება შეასრულოს.  
ასეთი რამ ძირითადად მაშინ ხდება, როცა ნაყოფს ჭიპლარი  
შემოეხვევა ეელსე, რის გამოც იზღუდება ორგანიზმისთვის  
ჟანგბადის მიწოდება. რაც უფრო მეტი პრობლემა ექმნება ნა-  
ყოფს ჟანგბადის მიღებასთან დაკავშირებით, მით უფრო დიდია  
იმისი შანსი, რომ მოგვიანებით "შისოფრენია განვითარდეს"<sup>•</sup>

ხშირად, მეცნიერებს წმიდა თეორიულ ინტერესთან ერთად,  
პირადული მოტივაცია (აქვთ ხოლმე, შეისწავლონ ესა თუ ის  
პრობლემა. ასე იყო კლინიციისტი ფსიქოლოგის, პენსილვანიის  
უნივერსიტეტის თანამშრომლის მეგინ პოლისტერის  
შემთხვევაშიც. საკმე ის გახლავთ, რომ მის დას. ანიქს  
შისოფრენია აწუხებს. მეგინ პოლისტერმა აღმოაჩინა, რომ  
ბავშვები, რომელთა რესუს-ფაქტორიც არ ემთხვევა დედის რე-  
სუს-ფაქტორს, ხშირად ავადდებიან შისოფრენიით. როგორც  
ნანს, მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფს უხდება წინააღმდეგო-  
ბის გაწევა დედის იმუნური სისტემისთვის, რაც საბოლოო  
ჯამში ნევროლოგიურ დასიანებებს იწვევს<sup>•</sup>

ცხადია, რომ ამ მიზეზთაგან რომელიმე ერთი ან რამდენი-  
მეს კომბინაცია პირდაპირ არის დაკავშირებული ტვინის  
ანომალურ განვითარებასთან და ეს დეფექტები სრულად აისა-  
ხება ახალი ტექნოლოგიების დახმარებით შესრულებულ ვი-  
სუალურ მასალაში.

არსებობს ტვინთან დაკავშირებული კიდევ ერთი პრობლე-  
მა. ეს გახლავთ დოფამინის ფაქტორი. როგორც უკვე აღ-  
ვნიშნეთ, დოფამინი ნეიროტადამცემია, რომელიც არეგულირებს

---

<sup>•</sup> პენსილვანიის უნივერსიტეტის ფსიქოლოგი ტაირონ ქენონი  
სწავლობს ჟანგბადის ნაკლებობის როლს შიმოფრენიის განვი-  
თარების პროცესში.

<sup>•</sup> Hollister, J. Megginson, Peter Laing and Sarnoff a Mednick, "Rhesus  
Incompatibility as a risk Factor for Schizophrenia in Male Adults," "Ar-  
chives of General Psychiatry 53" (1996) pp. 19-24.

შეადრობას და შემოქმედებს ადამიანის გუნებასა და მოტივაციას. დადასტურდა, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა ტვინი დოფამინის ჭარბ რაოდენობას შეიცავს.

40-50-იან წლებში მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ ამფეტამინისა და კოკაინის ტიპის ნარკოტიკების მიღება რიგ შემთხვევებში შიზოფრენიის მსგავს სიმპტომებს იწვევდა, ხოლო უკვე დაავადებული ადამიანის მდგომარეობას მკვეთრად აუარესებდა. მოგვიანებით აღმოჩნდა, რომ ეს ნარკოტიკები ტვინში ნეიროგადამცემების, კერძოდ კი დოფამინის რაოდენობის მკვეთრ ზრდას უწყობდა ხელს და სიმპტომების გამომწვევაც ამით აიხსნებოდა. შედეგად, გაჩნდა ახალი მედიკამენტები, რომლებიც თრგუნავდნენ დოფამინის შემოქმედებას<sup>10</sup>. მიუხედავად ყველაფრისა, დღემდე ამოუცნობი რჩება, დოფამინის და მის რეცეპტორთა რომელი თვისება განაპირობებს ასეთ საბუღისწერო გავლენას შიზოფრენიის სიმპტომების პროვოცირებაზე.

მეცნიერულად ასევე დასტურდება, რომ შიზოფრენია გენეტიკური წარმოშობის დაავადებაა და წინა თაობებში იღებს სათავეს. თუმცა, შესაძლოა, მემკვიდრეობითობას თავად დაავადება კი არ ექვემდებარებოდეს, არამედ მიდრეკილება მის მიმართ. ტყუაბესე ჩატარებული დაკვირვება აჩვენებს, რომ იდენტური ტყუაბების შემთხვევაში (რომელთაც ერთნაირი

---

<sup>10</sup> ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის კვლევები დასტურებს ამ თეორიას. დოქტორმა ალან ბრეირმა და მისმა კოლეგებმა სკანირების შედეგად დაადგინეს ის ურთიერთკავშირი, რომელიც არსებობს ადამიანის ქეეასა და ტვინის მიერ გამოყოფილი დოფამინის რაოდენობას შორის. ძლიერი ფსიქომური სიმპტომების მქონე პაციენტებს დოფამინის მკვეთრი აქტივობა აღენიშნებოდათ.

იპონელმა მეცნიერებმა აგრეთვე აღმოაჩინეს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს დოფამინის რეცეპტორთა (რომელსაც D1-ს უწოდებენ) თვალმისაყებად დაბალი რიცხვი ახასიათებდათ.

გენები აქეთ) იმის შესაძლებლობის 50% არსებობს, რომ ორივე ტყუპი დაავადდება, ხოლო არაიდენტური ტყუპების შემთხვევაში ეს შანსი მხოლოდ 4%-ს უტოლდება. ნაშვილებ ბავშვებს, რომელთა ბიოლოგიური მშობლებიც შიზოფრენიით იყვნენ დაავადებულნი, უფრო ხშირად ემართებათ ეს დაავადება, ვიდრე იმ ბავშვებს, რომელთაც ამგვარი გენეტიკური მიდრეკილება არ გააჩნიათ.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, ამ დაავადების გენეტიკა საკმარისად რთულ საკითხად რჩება. ის რაც მემკვიდრეობითია, თავად დაავადება კი არა, მის მიმართ მიდრეკილებაა, როგორც ეს დიაბეტისა და გულის დაავადებათა შემთხვევაში არის ხოლმე. გენები ქმნიან იმის წინაპირობას, რომ მეცლადყოფნის დროს ჟანგბადის უკმარისობამ, ვირუსულმა დაავადებამ ან რომელიმე სხვა გარეშე მიზეზმა ხელსაყრელი გარემო შექმნას დაავადების პროვოცირებისთვის.

იქიდან გამომდინარე, რომ ამ დაავადებას ამდენი გამოვლინება ან გამოიწვევ მიზეზთა ამგვარი ნაირსახეობა ახასიათებს, ექიმები ვარაუდობენ, რომ, შესაძლოა, ეს არათუ ერთი დაავადება, არამედ რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებული პირობისათუ მიზეზის ფატალური ერთობლიობა იყოს, რომელიც საბოლოო ჯამში შიზოფრენიის კლინიკურ სურათს იძლევა.

## რეკოლუცია მაკრნალობაში

ბოლო ათწლეულის მანძილზე ჩვენ უზარმაზარი ცვლილებების მოწმენი გავხდით. გამოჩნდა ფსიქოტროპულ მედიკამენტთა ახა-

---

*ვირჯინიის უნივერსიტეტის დოქტორები კენეტ ს. ქენდლერი და სკოტ რ. დილი მეტად სერიოზულ საბუთებს ფლობენ იმის დასამტკიცებლად, რომ შიზოფრენია ოჯახიდან მომდინარეობს.*

ლი თაობები<sup>9</sup> და მოუხედავად იმისა, რომ საბოლოო განკურნებაზე ჯერ ადრეა საუბარი, ამ წამლებს შეუძლიათ საგრძნობლად გააუმჯობესონ დაავადებულთა ფსიქიკური მდგომარეობა და უფრო ბედნიერი, მშვიდი ცხოვრების იმედით აღაქვონ ეს მრავალტანჯული ადამიანები.

ტრადიციული ანტიფსიქოსური მედიკამენტების - ნეიროლეპტიკების ხმარება 50-იანი წლებიდან დაიწყო. ეს წამლები პალუცინაციების, ბოდეების და დე'სორგანი'სებულის ა'სროფენების, ანუ 'შისოფრენის „პო'ზიტიური ნი'შნების“ დასათრგუნად ისმარებოდა და გარკვეულწილად დადებით როლს ასრულებდა ამ თვალსა'სრისით.

ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი ნეიროლეპტიკია ტორა'სინი, რომელიც თავდაპირველად გამოიყენებოდა როგორც ანტიპსიქოტინური საშუალება, მაგრამ მეცნიერები მიხვდნენ, რომ მას ანტიფსიქოსური თვისებებიც აქონდა და ამ პრეპარატის გამოყენება დაიწყო შისოფრენის სამკურნალოდ. როგორც კი ეს კანონ'სომიერება დადგინდა, მეცნიერები დაინტერესდნენ, თუ რატომ 'ხემოქმედებდა ტორა'სინი შისოფრენის სიმპტომებზე. მათ აღმოაჩინეს, რომ ტორა'სინი დოფამინურ სისტემაზე მუშაობდა და არათუ ამცირებდა მათ რაოდენობას, არამედ ეფექტურად თრგუნავდა კიდევ დოფამინთა აქტიურობას, რაც საბოლოო ჯამში სახიკეთოდ მოქმედებდა შისოფრენის პოსიტურ სიმპტომებზე.

---

*1992 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში უკვე არსებობდა შისოფრენის 74 დასახელების წამალი, ხოლო ევროპაში კიდევ 42 სხვა პრეპარატს ხმარობდნენ.*

*PJB Publications, Pharmacoprospects (Surrey, England: PJB Publications, 1992).*

*1995-96 წლებში სულ ცოცა 6 ახალი პრეპარატი გადიოდა შემოწმებას მოხალისე პაციენტებზე.*

სამწუხაროდ, იგივე პრეპარატი ევრანაირად ვერ მოქმედებდა შიზოფრენიის „ნეგატიურ სიმპტომებზე“ – აპათიასზე, უკონტაქტობაზე, უემოციობაზე.

უფრო მეტიც, იყვნენ პაციენტები, რომლებსაც ეს პრეპარატი ვერ შეელოდა ან უმძიმეს გვერდით ეფექტს იწვევდა და ისინი იძულებულნი ხდებოდნენ, შეეწვივებინათ წამლის მიღება. გვერდითი მოვლენები კი მართლაც ძალიან მძიმე იყო – ეს გახლდათ კენტების სპაზმები, პარკინსონის დაავადების მსგავსი კანკალი, შენელებული მეტეველება და სექსუალური ფუნქციის მოშლა. ერთ-ერთი ეველაზე სერიოზული გვერდითი მოვლენა უნებლიე მოძრაობები იყო, რომელიც განმეორებდა, არაკონტროლირებად მოქმედებებს – ტიკებს, უცაბედ შესტებსა და მიმიკებში გამთიხატება. ამგვარი რამ, ძირითადად, წამლის ხანგრძლივი მოხმარების შემდეგ ემართებოდა ადამიანს და მიუხედავად გარკვეული დადებითი შემოქმედებისა, ამ პრეპარატის თანმხლები გვერდითი მოვლენები იმდენად მძიმე შედეგებს იძლეოდა, რომ დაავადებაზე არანაკლებ სერიოზულ პრობლემებს უქმნიდა ავადმყოფებს<sup>5</sup>

ახალი თაობის ანტიფსიქოტური პრეპარატები შიზოფრენიის ნეგატიურ სიმპტომებზეც უკეთ მოქმედებენ და გვერდითი მოვლენებიც ნაკლები აქვთ. კლოზაპინი, რომლის სასაქონლო სახელწოდებაც კლოზარილია, და რომელსაც წემი ნაცნობი დარული იღებდა, პირველი წამალია ახალი თაობის მედიკამენტებს შორის და შიზოფრენიით დაავადებულთა სულ ცოტა ერთ მესამედზე დადებითად მოქმედებს. ამ ადამიანთა უმრავლესობა ძველ მედიკამენტებს ვერ ეგუებოდა<sup>6</sup> ის ერთნაირად ეფექტურ

---

*Risby, Emile, Deane Donningan, and Charls Nemoroff, "formulary Considerations for Treating Psychiatric Disorders: Schizophrenia. Formulary 23 (1997: pp.194-98).*

<sup>5</sup> პაციენტების დაახლოებით 60%. რომლებზეც სხვა ნეიროლეგიკები არ მოქმედებს. კლოზაპინით მეურნალობას კარვად ექვემდებარება.



რია როგორც პოზიტიური, ასევე ნეგატიური სიმპტომებისთვის<sup>7</sup> გვერდითი ეფექტები მინიმუმამდეა დაკვანილი და მათი ხანგრძლივი მიღება უნებლიე მოძრაობებს თითქმის არ იწვევს, მაგრამ ერთი სერიოზული საფრთხე მასაც ახლავს – ზოგიერთ ცალკეულ შემთხვევაში (1-2%) კლოზარული იწვევს უძიძის სისხლის დაავადებას. ამიტომ, მისი მიღების დროს, მეტად მნიშვნელოვანია პერიოდულად სისხლის ანალიზის გაკეთება და სისხლის ფორმულის კონტროლი.

ბევრი პაციენტისთვის ეს მედიკამენტი ლამის ხელახლა დაბადების ტოლფასია, რადგან „დაკარგული“ პიროვნულობის აღდგენაში ეხმარება. თანამედროვე ფსიქიატრიულ ჟურნალში, რომელიც ეგრეთ წოდებული გამოფხიზლების, ანუ შემეცნების დაბრუნების პროცესს ეხებოდა, ერთ-ერთი პაციენტი ასე აღწერდა გამოჩვობინებასთან დაკავშირებულ თავის განცდას: „ისეთი შთაბეჭდილება მქონდა, თითქოს ფსიქოზური უცნობი სადღაც გაუჩინარდა და მისი ადგილი ჩემმა აქამდე ჩაკეტილმა თავისთავადობამ დაიკავა“<sup>8</sup>.

კლოზაპინის წარმატებით, რომელიც იმით არის განპირობებული, რომ კარგ შედეგს იძლევა მძიმე გვერდითი ეფექტების გარეშე, შიზოფრენიის მკურნალობის სფეროში აღორძინების

---

Sharma, Tonmoy, "Schizophrenia: Recent Advances in Psychopharmacology" *British Journal of Hospital Medicine* 55 (1996) pp. 194-98.

<sup>7</sup> კლოზაპინი ავადმყოფებში აუმჯობესებს ყურადღების კონცენტრირების უნარს, მეხსიერებას, აწესრიგებს ამროვნებას და გემოქმედებს სწორი არჩევანის შესაძლებლობაზე. ის ასევე ამცირებს მიდრეკილებას ავრესიულობისა და სუიციდური ქცევისკენ. შესაძლოა, ასე იმიტომ ხდება, რომ პრეპარატი თრგუნავს უიმედობის განცდასა და ღეპრესიულ ფიქრებს (იქვე).

<sup>8</sup> მაიაშის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის პროფესორი, დოქტორი პარიეტ ლეული ამ შემთხვევას აღწერს თავის წიგნში "Awakenings and Recovery; Learning the Beat of a Different Drummer", *The Journal of the California Alliance of the Mentally ILL* 7 (July 1996): p. 4.

პროცესი დაიწყო. მისი შთაგონებით მეცნიერებმა დაიწვეს ახალი და უფრო ეფექტური მედიკამენტების ძიება.

ერთ-ერთი ასეთი მედიკამენტი რისპერიდონი (სასაქონლო დასახელება რისპერდალი) 1996 წელს გამოჩნდა და მალევე ძალიან პოპულარული გახდა. ეს წამალი იმით იყო უფრო ეფექტური, რომ სისხლის დაავადების წარმოშობის საშიშროებას აღარ ქმნიდა<sup>■</sup>. თუმცა, ნეგატიური სიმპტომების მკურნალობას კლოსაპინით წარმატებულად ვერ ახერხებდა.

65 წლის ქალი, რომელსაც წლების მანძილზე აწუხებდა შიზოფრენია, ასე აღწერდა თავის მდგომარეობას წამლის მიღების შემდეგ:

„ჩემი აზროვნება დღითიდღე სულ უფრო ლოგიკური ხდებოდა... მიზნებმა და ოცნებებმა რეალისტური შეფერილობა შეიძინა. ადრე უფრო ბაჟშუკრი, თითქმის ფანტასტიკური წარმოდგენები მქონდა. დღეს, მე უკვე მსხვერპლი კი არა, ის აღამიანი ვარ, რომელსაც არჩევანის შესაძლებლობა აქვს. ის, რომ დღეს ჩემი წარსულის, აწმყოსა და მომავლის შეფასება შემიძლია, რისპერდალის დამსახურებაა, რომელმაც ჩემი ტვინის მუშაობა გააუმჯობესა. რაც უფრო მეტი ხანი გადის წამლის მიღების დაწყებიდან, მით უკეთ ვგრძნობ თავს... უკვე შემიძლია ჩემი ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების მოწესრიგება და თავის მოვლა... თავს ისე ვგრძნობ, როგორც ჩვეულებრივი, ნორმალური ადამიანი. და ეს მართლაც ასეა, მე ჩვეუ-

---

<sup>■</sup> რისპერდონის გამოწერა იმ ადამიანებისთვისაც შეიძლება, რომელთაც ახლახან დაუდგინდა მიმოფრენიის დიაგნოზი. ამ შემთხვევაში ყოველკვირეული სისხლის ანალიზი არ არის აუცილებელი. პრეპარატი აუადმყოფს მეტ თავისუფლებასა და მობილურობას ანიჭებს და ღრთთა განმავლობაში ისინი სულ უკეთ ვგრძნობენ თავს. უკეთ აკონტროლებენ საკუთარ აბსტრაქტულ ფიქრებს და სატყეიელს.

Raleigh, Fred, "A New Beginning," *The Journal of the California Alliance of the Mentally ILL* 7 (July 1996): p. 7-9.

ლებრივი ადამიანი ვარ, წვეულებრივი 'შეგრძნებებით, წვეულებრივი ფიქრებით და წვეულებრივი სურვილებით. წემს თავისუფალი აღარ ვფიქრობ, როგორც ფსიქიკურად დაავადებულ ავადმყოფსე“.

ღიას, მიუხედავად იმისა, რომ ახალი თაობის მედიკამენტები ძალიან ეფექტურია, არსებობს იმის პერსპექტივა, რომ მეცნიერები კიდევ უკეთეს წამლებს შეიმუშავებენ, რომლებიც უფრო უსაფრთხოც იქნება და უფრო ეფექტურიც. თუმცა, დღეს უკვე არსებობს მედიკამენტები, რომლებიც ბევრ პრობლემას აგვარებენ. ასეთია ოლან'საპინი (სასაქონლო დასახელება ციპრექსა – Zyprexa), რომელსაც ტვინის უფრო დიდ ფართობზე შეუძლია შემოქმედება და შედარებით უსაფრთხოც არის. ის 1996 წლის შემოდგომიდან გამოიყენება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტში ჩემი ერთ-ერთი ვიზიტის დროს, შეესხვი შიზოფრენიით დაავადებულ ორ პიროვნებას, რომლებიც წამლის გამოცდის პროგრამით, ციპრექსით მკურნალობდნენ. ესენი გახლდნენ ლატაშა, აფრიკულ-ამერიკული წარმოშობის მშვენიერი ახალგაზრდა ქალი და რონი, 35-40 წლის თეთრკანიანი მამაკაცი. ლატაშა სულ ექვსიოდე თვე იტანჯებოდა შიზოფრენიისგან, რონი კი უკვე რამდენიმე წლის მანძილზე ებრძოდა ამ დაავადებას. ავადმყოფობამდე ის კოლეჯში სწავლობდა, მისი დამთავრების შემდეგ კი მსახურობდა. მას ხელების კანკალი აქონდა – ძველი მედიკამენტების მემკვიდრეობა.

„სანამ აქ მოვიდოდა, ხელები უარესად უკანკალებდა. როცა ახალი წამალი დაუწიწნეთ, მდგომარეობა ცოტა გამოსწორდა. საბოლოო პროგნოზების გაკეთება ჯერ ნაადრევია. თუმცა, ცხადია, რომ გაცილებით უკეთ გრძნობს თავს“, – მითხრა ექიმმა.

მე ძალიან მერაყეობოდა რონის და ლატაშას საქციელი, რომელნიც არ შეუშინდნენ ახალი წამლის გამოცდას და ეუთხარი კიდევ მათ ამის შესახებ: „რასაც თქვენ აკეთებთ,

მართლაც ძალიან მნიშვნელოვანია. თქვენმა ძალისხმევამ, შესაძლოა, მარტო თქვენ კი არა, ათასობით სხვა ტანჯულ ადამიანსაც "შეუმსუბუქოს მდგომარეობა".

მე მართლა მგონია, რომ ეს ძალიან მნიშვნელოვანია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტს ყოველთვის ესაჭიროება მოხალისეები, რომლებიც მსად არიან მონაწილეობა მიიღონ ახალი წამლების გამოცდაში. ეს მედიკამენტებისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების აპრობაციის ერთადერთი გზაა. მოგვიანებით, მე შევიტყვე, რომ ლატაშაც და რონიც თავს უკეთესად გრძნობენ. ახალმა მედიკამენტმა მათ ჯანმრთელობაზე კეთილისმყოფელი გავლენა იქონია და ამ უკეთესობის გამო ორივე წამოშორდა კიდევ პროგრამას.

უამრავი წამალი, რომელიც შეამსუბუქებს შიზოფრენიით დაავადებულთა ტანჯვას, ჯერ კიდევ გამოცდის პროცესშია. თუმცა, წამალი ამ დაავადების მკურნალობის ერთადერთი საშუალება ხელაღ არ არის.

## ბამოზნიზება

ძალიან ბევრ პროფესიონალს აქვს აღწერილი ეგრეთ წოდებული გამოყვანილობა. ანუ ცნობიერების დაბრუნების პროცესი, რომელიც აუცილებლად თან ახლავს ავადმყოფების მიერ მედიკამენტების მიღებას. მათ ხშირად ახარებთ ცნობიერ ცხოვრებაში დაბრუნება, მაგრამ სოფჯერ ამ პროცესს მწუხარება და დისკომფორტიც ახლავს ხოლმე.

არიან ავადმყოფები, რომლებიც შეა გზაზე ანებებენ თავს მკურნალობას, რადგან ძალიან უსუნდლებათ თავიანთ ფსიქოსურ ინდივიდუალობასთან განშორება, რომელიც მრავალი წლის მანძილზე მათ ერთადერთ „მეს“ წარმოადგენდა. დეინ ვირგენსონი, ცნობილი ფსიქიატრი სიეტლიდან, ერთ ასეთ ისტორიას გვიამბობს თავისი პრაქტიკიდან: მას ჰყავდა პაციენტი

ჰენრი, რომელიც დარწმუნებული გახლდათ, რომ ღმერთი იყო. ახალი ფსიქოტროპული მედიკამენტით ორკვირიანი მკურნალობის შემდეგ მან გადაწყვიტა, თავი დაენებებინა მკურნალობისთვის, თავის ექიმს კი ამგვარი ახსნა-განმარტება მისცა: „აუტანელია იმ ახრთან შეგუება, რომ ღმერთი აღარ ვარ“.

თავად დეინ ვირჯინსონი ამ ფენომენს ასე ხსნის: „მკურნალობის დაწყებამდე ჰენრის მეტად მნიშვნელოვანი საქმეები ჰქონდა. ის ძალიან დაკავებული და მოუცლელი იყო. მას არც აღიარება აკლდა, არც პატივისცემა. მერე რა, რომ მეგობრები არ ჰყავდა და თითქმის მიწურში ცხოვრობდა. ბოლოს და ბოლოს, როცა ღმერთი ხარ, არც ისე მნიშვნელოვანია, სად ცხოვრობ. მაგრამ წამლის მიღებამ ყველაფერი ყირაზე დააყენა. ჰენრი აღარ იყო არანორმალური, ის გამოფხიზლდა და აღმოაჩინა, რომ სრულიად მარტო იყო. ორმოც წელს გადაცილებული კაცისთვის ეს არც ისე იოლი აღსაქმელია. თავისი მწირი დახმარების, ცარიელი მიწურისა და იაფფასიანი სიგარეტების გარდა, მას არაფერი გააჩნდა. ბუნებრივია, რომ ამ უცხო სამყაროში ის შეაშინა, დააფრთხო, ააფორიაქა“.

დეინ ვირჯინსონის ეს სიტყვები თვალნათლივ გვიჩვენებს, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ფსიქო- და ოჯახური თერაპია რეაბილიტაციის პროცესში. დიახ, დეპრესია და სუიციდური ფიქრები ის სერიოზული საფრთხეა, რომელიც შიზოფრენიისგან თავდახსნილ ადამიანებს ემუქრება. მათ, როგორც წესი, ღრმა სინანული ეუფლებათ, რომ ამდენი დრო ფუჭად დაუხარჯავთ. უმრავლესობას ავადმყოფობის გამო არ უსწაველია კოლეჯში, არ უმსახურია, არა აქვს ურთიერთობების ნევეა, არ იცის, თუ როგორ დაწეროს საქმიანი წერილი, როგორ დაუნიშნოს ქალს პაემანი, როგორ დაპატიჟოს მეგობარი ბარში... და უამრავი ამგვარი რამ. ერთი სიტყვით, მათ ყველაფრის თავიდან სწავლა და თავიდან დაწყება სჭირდებათ, რაც მართლაც რომ არ არის იოლი საქმე.

ამ ვითარებაში, შესაძლოა, ძალიან კარგი ეფექტი ჰქონდეს პრობლემის ჯგუფურ განხილვას იმ ადამიანთა წრეში, რომელთაც მსგავსი პრობლემები აწუხებთ. იქნებ, ერთნაირი სატკივარით დაკავშირებული ადამიანები უკეთ დაეხმარონ ერთმანეთს ახალ რეალობასთან შეგუების სირთულეების დაძლევაში. ჯგუფური თუ ინდივიდუალური თერაპია ასეთ დროს შეუცვლელია. მხოლოდ თერაპიის დახმარებით არის შესაძლებელი შისოფრენით დაავადებულთა ეგრეთ წოდებული გამოფხიხლების შემდეგ პიროვნულობისა და საკუთარი თავისადმი პატივისცემის აღდგენა<sup>2</sup> მართალია, ფსიქოთერაპიას არ შეუძლია შისოფრენიის განკურნება, მაგრამ მას უდავოდ ძალუქს ავადმყოფის ცხოვრების გაუმჯობესება. ცხადია, არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ოჯახურ თერაპიასაც<sup>3</sup>.

ჰენრიხან განსხვავებით, რომელმაც ვერ აიტანა გამოფხიხლება, სემმა, ექიმ ვინგერსონის მეორე პაციენტმა, კარგად გადაიტანა ახალი მედიკამენტებით მკურნალობა და ეს დიდწილად მისი ოჯახის წევრების დამსახურებაა. სემი ადრე ძველ ნეიროლეპტიკებს ხმარობდა, მაგრამ გეერდითი მოვლენების გამო, იძულებული გახდა შეეწვიტა მათი მიღება. თუმცა, დაიწყო თუ არა ახალი წამლებით მკურნალობა, იმდენად გამოიფხობინდა, რომ სამსახურიც კი იშოვა არასრული დატვირთვით. მოგვიანებით, უკვე სრულფასოვან სამსახურში გადავიდა დიდ მარკეტში, სადაც მისი ძმა მენეჯერად მუშაობდა. მან ისწავლა ადამიანებთან ურთიერთობა, რამდენიმე ახალი მეგობარიც შეიძინა. ცოტა ხანში დედის სახლიდან წამოვიდა და დამოუკიდებლად დაიწყო ცხოვრება უფროს ძმასთან ერთად.

---

<sup>2</sup> Strauss, John S., "Pulling Themselves Together, The Journal of the California Alliance of the Mentally ILL 7 (July 1996): p. 19-29.

<sup>3</sup> Bellack, Alan s., and Kim T. Mueser, "Psychosocial Treatment for Schizophrenia," in special Report: Schizophrenia, 1993 (National Institute for Mental Health, 1993).

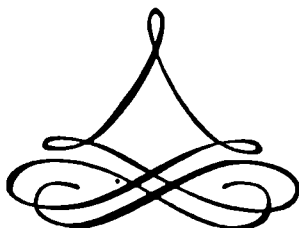
ეს ამბავი ასე წარმოგებულად იმიტომ წარიმართა, რომ მკურნალობის პირველივე დღეებიდან სემს გვერდით ედგნენ დედა და და. ისინი აკონტროლებდნენ წამლების მიღების პროცესს, უიოლებდნენ ახალ რეალობასთან შეგუებას, უმზადებდნენ გემრიელ სადილებს; სწორედ მათი თხივნით მიიწვია სემი ძმამ ახალ სამსახურში: „გამოგონილი ანგელოზები აღარ მკირდება, ჩემი ოჯახი მკაეს. მოსიყვარულე და ალერსიანი ოჯახი“, – უთხრა სემმა ექიმ ვინგერსონს.

„წამალი მკურნალობის ქვაკუთხელია, – აცხადებს ექიმი ვინგერსონი, – მაგრამ თუ ავადმყოფს არა აქვს სათანადო ხელშეწყობა, მკურნალობა წარმოგებულ იქნება. თუ ადამიანს წინ არაფერი ელოდება, ის თავს ვერ გაართმევს ამ პრობლემას“.



მიუხედავად იმისა, რომ ჯერჯერობით არ არსებობს ამომწურავი მეცნიერული ახსნა შისოფრენიის წარმოშობის შესახებ, ეს უმძიმესი დაავადება თანდათანობით თმობს პოზიციებს და მის საიდუმლოებებს ფარდა ეხსნება. მეცნიერებიც აგრძელებენ კვლევა-ძიებას და იმედია, რომ წინ კიდევ ბევრი მნიშვნელოვანი აღმოჩენა გველოდება. ეს მოლოდინი რეალური ოპტიმიზმით ავსებს არა მხოლოდ ავადმყოფებს, არამედ მათი ოჯახის წევრებსაც. როგორც დენ ვისბარდმა აღნიშნა ფსიქიკურად დაავადებულთა აღიანისის კალიფორნიულ უურნალში, „იმედმა გამოიღვიძა და ის იმდენად რეალურია, რომ გგონია, თუ მიინდომებ, ხელსაც კი შეახებ“.

## თავი მეშვიდე



### შავი ნაგაზის მოთვინიერება: დეპრესიის გავებისათვის

რა განაპირობებს იმას, რომ ისეთი წარმატებული ადამიანები, როგორიც როდ სტაიგერი, ქეთი ქრონჟაითი, ტელეუქურნალისტი მაიკლ უოლესი, ან ისეთი ცნობილი პიროვნება, როგორიც ბრიტანეთის პრემიერ-მინისტრი სერ უინსტონ ჩერჩილი იყო, პერიოდულად დეპრესიის შემოტევებს განიცდიან? ანუ მათ აწუხებთ დაავადება, რომელიც უტუნებობით, სასოწარკვეთილებით და მწუხარების საშინელი განცდით გამოირჩევა? ჩერჩილი თავის ავადმყოფობას „შავ ნაგაზს“ უწოდებდა. შიშოფრენიის მსგავსად, არც დეპრესიის წარმოშობის მიზეზებია ჯერჯერობით დადგენილი, თუმცა მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ სხვა ფსიქიკური დაავადებების ანალოგიით, დეპრესიაც რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებული არასასურველი ფაქტორის შედეგი უნდა იყოს.

ხშირ შემთხვევაში, კლინიკური დეპრესია თაობიდან თაობას გადაეცემა ერთი ოჯახის ფარგლებში. ეს შემკვიდრებობა მიგვანიშნებს, რომ დაავადება გენეტიკური წარმოშობისა უნდა იყოს. გამოკვლევებით დასტურდება, რომ თუ ერთ-ერთ იდენტურ ტყუპს მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებს, 70%-იანი შანსი არსებობს იმისა, რომ დაავადება მის ტყუპის-



ცალსა(ც გამოუვლდნება. მეორე მხრივ, ირკვევა, რომ ნაშვილებ ბავშვს, რომლის ახალ ოჯახშიც დეპრესიით დაავადებული წევრია, დაავადების იგივე შანსები აქვს, რაც თითოეულ ჩვენგანს. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ დაავადების წარმოშობაში უპირატესი როლი გენეტიკას ენიჭება და არა გარემოს<sup>❖</sup>.

თუმცა, არის შემთხვევები, როცა დეპრესია ისეთ ადამიანებსაც ემართებათ, რომელთაც გენეტიკა „სუფთა“ აქვთ. როგორც ეს დიაბეტის შემთხვევაშიც ხდება, როცა დაავადება გენეტიკურადაც გადაეცემა და გარემო პირობებიც ახდენენ მის პროვოცირებას, მაგრამ ხშირია შემთხვევები, როცა ის „თაობას გამოტოვებს“ ხოლმე. საკუთარ თავში ნაკლებად დარწმუნებულ ადამიანებს, რომლებიც ცხოვრებას და საკუთარ შესაძლებლობებს პესიმისტურად უყურებენ, ან ვისაც სუფთად რამდენიმე სერიოზული სტრესის გადატანა უხდებათ, ხშირად ემართებათ დეპრესია. არცთუ იშვიათად, ამის მიზეზი თანდაყოლილი მიდრეკილებებისა და არასახარბიელო გარემო პირობების ერთობლიობა ხდება ხოლმე.

ისეთ სტრესს, როგორიც არის დიდი პიროვნული იმედგაცრუება, შეუძლია დაავადების პირველი ეპისოდი გამოიწვიოს, მით უმეტეს, თუ გენეტიკური მიდრეკილებაც არსებობს. ამგვარი მაპროვოცირებელი ფაქტორი შეიძლება გახდეს საყვარელ ადამიანთან განშორება, სამსახურის დაკარგვა, ახლობლის გარდაცვალება, იძულებითი გადაადგილება, სტიქიური უბედურება, ფიზიკური ტრავმა, საკანონმდებლო ხასიათის უსიამოვნებები ან ფიზიკური ანგარიშსწორების მუქარა (გახსოვთ, ასეთი რამ ანჯკელა ქოფენოლის ცხოვრებაში მოხდა – ამის შესახებ პირველ თავში ვისაუბრეთ). მოგვიანებით,

---

<sup>❖</sup> ამავდროულად, არსებობს გამოკვლევები, რომლის თანახმად, აშლილობა ნაშვილებ ბავშვებში, რომელთა ბიოლოგიური მშობლებიც დაავადებულნი იყვნენ ფსიქიკური დაავადებით, სამჯერ უფრო ხშირად ვხვდება.

შეიძლება შეტყუა ყოველგვარი მაპროეოცირებელი ფაქტორის მონაწილეობის გარეშე განვითარდეს და ღრთა განმავლობაში სულ უფრო გახშირდეს.

ადრეულ ასაკში დედის ან მამის დაკარგვამაც შესაძლოა არასახარბიელო როლი ითამაშოს დეპრესიის ჩამოყალიბებაში. ქრონიკული სომატური ავადმყოფობაც არასასურველ ფონს ქმნის ფსიქიკური პრობლემებისთვის. ასეთი დაავადებებია გულის ავადმყოფობა, სიმსივნე ან ინსულტი. 1996 წლის 17 იანვრის „ნიუ-იორკ ტაიმის“ ერთ-ერთი სტატია იუწყებოდა, რომ იმ ადამიანთა 50%-ს, რომელიც ინსულტით იყო პოსტიტალიზებული, ექვსი თვის შემდეგაც აწუხებდა დაავადების შედეგად გამოწვეული დეპრესიული მდგომარეობა<sup>4</sup>

რატომ არის, რომ სტრესი დეპრესიის მიზეზი ხდება?

მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ დაძაბულობა ნუშისებრი სხეულის გაღიზიანებას იწვევს. ნუშისებრი სხეული მომწვანო ფერის პატარა არეებია ადამიანის ტვინში, რომელიც ემოციუბის, განსაკუთრებით კი სიბრაზისა და შიშის ამოცნობასა და რეგულირებაში მონაწილეობს. სტრესული სიტუაციები პიოსთალამუსზეც აისახება, რომელიც აგრეთვე ტვინშია განთავსებული. შესაძლოა, ამ ორგანოების შემგრძობულობა დაძაბულობის მიმართ, ერთი მხრივ, მემკვიდრეობითობით განპირობებული მანკის შედეგი იყოს, მეორე მხრივ კი – აგზნების საპასუხოდ ტვინში მიმდინარე ჯაჭვური რეაქციის გამოძახილი<sup>5</sup>

მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ ტვინში სეროტონინისა და სხვა ნეიროგადამცემების რაოდენობის შემცირებაც პირდაპირ

---

<sup>4</sup> Leary, Warren E., "Depression Travels in Disguise with Other Illnesses, The New York Times, January, 17, 1996.

<sup>5</sup> სტრესი იწვევს ვარკვეული პორმონების ჭარბ გამოყოფას. როგორც არის, მაგალითად, კორტიზოლი. იმ ადამიანების სისხლში, ვისაც დეპრესია აწუხებს, ეს პორმონები უფრო ჭარბი რაოდენობით გვხვდება, რამაც ნეიროგადამცემების დისბალანსი შეიძლება გამოიწვიოს.

დაკავშირებულია დეპრესიული ეპიზოდების პროვოცირებასთან, რაც უძილობას, მოთენთილობას, გაღიზიანებას, გადაღლილობას და უგუნებობას იწვევს<sup>7</sup>.

ტვინში სეროტონინის დაბალი შემადგენლობა შეიძლება სუიციდური ფიქრების მიზეზი გახდეს. ეს დაკვირვება კოლუმბიის უნივერსიტეტის ფსიქიატრს ჯონათან მანს ეკუთვნის. თვითმკვლელობის შედეგად გარდაცვლილი ადამიანების გვამების გაკეთა სრულად ადასტურებს ამ ვარაუდს. მსხვერპლთა უმრავლესობას ტვინის გარსსა და ზურგის ტვინში სეროტონინის რაოდენობის ნაკლებობა აღენიშნებოდა, რასაც თან ტვინის უჯრედებში სეროტონინისთვის განკუთვნილი რეცეპტორების სიმრავლე ერთვოდა, თითქოსდა მათი ნაკლებობის შევსების მიზნით<sup>8</sup>.

მაგნიტურ-რეზონანსულმა სკანირებამ და პოსიტრონის ემისარულმა ტომოგრაფიამ დააფიქსირა დაქვეითებული აქტივობა დეპრესიით დაავადებულთა ტვინის თხემის წილში. ტვინის ეს ნაწილი დეპრესიით შეპყრობილ ადამიანებს გაცილებით უფრო პატარა აქვთ, ვიდრე ჩვეულებრივ ადამიანებს. თუმცა, დღემდე გაურკვეველია, რად უნდა ჩაითვალოს ნორმიდან ამგვარი გადახვევა – ამ ბიოქიმიური დაავადების გამომწვევ მიზეზად თუ მის შედეგად<sup>9</sup>. მით უმეტეს, რომ მეცნიერთა აზრით, დეპრესიის გამომწვევი მიზეზი მხოლოდ ეს არ უნდა იყოს და მის წარმოქმნაში ტვინის სხვა ფუნქციებიც უნდა მონაწილეობდეს<sup>10</sup>.

---

*სხვა ნეიროგადამტეხები, განსაკუთრებით კი ნორადრენალინი. მისი ლეფიციტი განაპირობებს დაღლილობის შეგრძნებასა და ლუპრესიულ განწყობას.*

<sup>7</sup> *ნეირონები, რომლებიც ლოკალიზებულია თხემის წილში.*

*Drevets, Wayne C., Joseph L. Price, Joseph R. Simpson, et al., "Subgenual Prefrontal Cortex Abnormalities in Mood Disorders" Nature 386 (1997: pp. 824-27).*

<sup>8</sup> *თხემის წილი ტვინის სხვა ორგანოებს უკავშირდება, როგორც არის ნუმისებრი სხეული, რომელიც რეგულირებას უწევს სერო-*

საინტერესოა, რომ ზოგჯერ მეცნიერული კვლევა სრულიად მოულოდნელი კუთხით განვითარდება ხოლმე. დეპრესიის ექსპერტმა, დოქტორმა მარკ ს. გოლდმა ამ ვოტა ხნის წინ განაცხადა, რომ „დეპრესიულ ადამიანთა ძილისა და უძილობის პრობლემები ალბათ სულ მალე წარსულს ჩაბარდება“. ძილის ნორმალური ციკლი რამდენიმე ოთხმოცდაათწუთიანი ფაზისგან შედგება, როცა ღრმა ძილისა და ფხიზელი ძილის ფაზები გარკვეული სიხშირით ენაცვლება ერთმანეთს ღამის განმავლობაში. ადამიანი სიძმრებს სწორედ ფხიზელი ძილის ფაზაში ხედავს. უმრავლესობისთვის ღრმა ძილის ფაზა ღამის ძილის ქვედაზე ადრეულ მონაკვეთში დგება და მას ფხიზელი ძილის ძალიან მოკლე ფრაგმენტი ახლავს პირველივე ოთხმოცდაათწუთიან მონაკვეთში, ხოლო ყველა მომდევნო ეტაპზე ფხიზელი ძილის ფაზა უფრო ხანგრძლივი ხდება ხოლმე.

ძილის ეს ნორმალური ციკლი დეპრესიულ ადამიანებს, როგორც წესი, დარღვეული აქვთ. მათ შემთხვევაში, ჯერ ფხიზელი ძილის ფაზა დგება, რომელიც მეტი ხანგრძლივობით გამოირჩევა. ციკლის ამგვარი აღრევა გამოვლიძებისას დაქანცულობის, გამოფიტვისა და დაღლილობის განცდას იწვევს. ეს დაკვირვება გვიბიძგებს ვარაუდისკენ, რომ დეპრესია შეიძლება შინაგანი ბიოლოგიური „საათის“ მოშლის შედეგი იყოს.

ბევრი მეცნიერი დეპრესიის მიზეზად ადამიანისა და მზის სინათლის ურთიერთმიმართებასაც ასახელებს. არსებობს დეპრესიული დაავადება, რომელსაც სეზონურ-ემოციური აშლილობა ეწოდება და რომელიც მთლიანად დამოკიდებულია წელიწადის დროების მონაცვლეობაზე. გართულების ფაზები

---

*ტონინისა და ნორადრენალინის მსგავსი ნეიროვადამეუმების წარმოქმნას. პიგსბურგის უნივერსიტეტის დოქტორის უეინ დრევეგის გამოკვლევების თანახმად, ნუშისებრი სხეული დეპრესიულ ადამიანებს უფრო ვააქტიურებული აქვთ. ვიდრე ჩვეულებრივ ადამიანებს. რაც უფრო აქტიურია ნუშისებრი სხეული. მით უფრო მძიმეა დეპრესია.*

შემოდგომისა და ზამთრის გრძელ დამეებს ემთხვევა. ზამთრის დადგომის პირას, თითქოს ზამთრის ძილისთვის ემზადებიან, ამით დაავადებული ადამიანები „აგროვებენ საკვებ ნიუთიერებებს“ და მათი ნიუთიერებათა ცვლა კლებულობს; ბევრი სძინავთ, იმატებენ წონაში და გამუდმებით გრძნობენ დაღლილობასა და გამოფიტვას.

დოქტორი ნორმან ე. როსენტალი<sup>1</sup> ერთ-ერთი პირველია, რომელმაც ეს დაავადება აღმოაჩინა და მისი სიმპტომები განსაზღვრა. მისი აზრით, დეპრესიის ეს სახეობა პირდაპირ დაკავშირებულია გეოგრაფიულ განედსა და წლის მანძილზე მზიანი დღეების რაოდენობაზე. „სრულიად დასაშვებია, რომ იმ ადამიანს, რომელიც სადღაც მერილენდში ცხოვრობს, ტორონტოში ყოფნის დროს დაავადება გაუერთუდდეს, ყლორიდაში რამდენიმეწლიანმა ცხოვრებამ შეუმსუბუქოს მდგომარეობა, ხოლო გუამაში ყოფნამ საერთოდ მოუხსნას სიმპტომები“.

მეცნიერთა დაკვირვებით, სეზონურ-ემოციური აშლილობის სიმპტომები დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა რაოდენობით მზის შუქი ხვდება ადამიანის თვალის ბადურას. რაც ნაკლებია მზის შუქი, მით უფრო მეტი ძილის ჰორმონი ცირკულირებს ორგანიზმში. თავებზე ჩატარებულმა ექსპერიმენტმა აჩვენა, რომ მათ ორგანიზმში ძილის ჰორმონის შეყვანა გადაჭარბებულ ძილიანობას, მომატებულ მადას და ლეთარგიულ მდგომარეობას იწვევდა.

დეპრესიული ადამიანებისთვის დამახასიათებელია კვებისა და სექსუალური ინტერესების მარეგულირებელი ჰორმონების დისფუნქცია(კ. ქალებში ჰორმონალური დისბალანსი, რომელიც

---

*Norman E. Rosenthal, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის სხიური თერაპიის კვლევების ხელმძღვანელი. ციტატა მოყვანილია მისი ინტერვიუდან, რომელიც გამოქვეყნდა ქეთი ქრონქაიის წიგნში: "On the Edge of Darkness: Conversations About Conquering Depression".*

მენსტრუალურ ციკლს, ორსულობას, მშობიარობას ან მენოპაუზას უკავშირდება, ხშირად ხდება დეპრესიის გამომწვევი მიზეზი. ეს დაკვირვება გვაფიქრებინებს, რომ შესაძლოა ჩვენი ძორძონებიც გარკვეულწილად დაკავშირებული იყოს იმ ნეიროგადამცემებთან, რომლებიც ჩვენს ხასიათსა და გუნება-განწყობილებას არეგულირებს.



როცა როდ სტაიგერი გეიხსნიდა, რომ მისი კლინიკური დეპრესია ტვინში არსებული ქიმიური დისბალანსის შედეგი იყო, მან იცოდა, რასაც ამბობდა.

ახლა ენახოთ, რა მექანიზმზეა დაფუძნებული ახალი, ეგრეთ წოდებული „კონსტრუქტორი წამლები“ მოქმედება და რა განპირობებს იმას, რომ დეპრესია აღარ ითვლება „დამღუპულ“ დაავადებად.

### **მკურნალობა: უფრო ეფექტური, ვიდრე ოდესმე**

რამდენიმე წლის წინ, ერთ-ერთ მიღებაზე ჩემმა მეგობარმა, ძალიან ცნობილმა და წარმატებულმა ბიზნესმენმა ფრედმა მოხივა, სადმე შევხვედროდით ერთმანეთს, რადგან დალაპარაკება უნდოდა ჩემთან. იმხანად ის ერთი პროექტის განხორციელებაში შეხმარებოდა და ჩავთვალე, რომ საკმეზე უნდოდა საუბარი.

ჩვენ მართლაც შევხვდით ერთმანეთს. რამდენიმე უმნიშვნელო, ზოგადი ფრაზის შემდეგ, მან მოულოდნელად განმიცხადა: „მე აღბათ ამ საკმეში ვერ დაგეხმარები, რადგან ძალზე სერიოზული პრობლემები მაქვს“.

გამოაცა მისმა სიტყვებმა. ფრული ეოველთვის გაწონას-  
წორებული და თავშეკავებული ადამიანი იყო და ჩვენ არას-  
დროს გვისაუბრია მისი პირადი პრობლემების შესახებ:

„არ ვიცი, რა მეძარბოება. მიჭირს კონცენტრირება. არაფრის  
კეთების ხალისი აღარ მაქვს. მთრგუნავს სამსახური, მთრგუ-  
ნავს ოჯახი. ერთადერთი, რაც მინდა, ვეგდო ჩემთვის ლოგინში  
და არავინ შემაწუხოს. მაგრამ ეს დღისით. აღარც კი მახსოვს,  
ღამე როდის მეძინა უკანასკნელად. ამქვეყნად აღარაფრისთვის  
და არავისთვის აღარ ვეარბოვარ“. ის შეშინებული იყო და  
მართლა ძალიან დათრგუნული ჩანდა. დარწმუნებული იყო,  
რომ სიმსივნე ჰქონდა, თუმცა უქიმები სერიოზულს ვერაფერს  
პოულობდნენ მის მდგომარეობაში.

ფრედმა ამიხსნა, რომ მისი გულახდილობის მიზეზი იყო  
ჩემს მიმართ დანაშაულის გრძნობა. განიცდიდა, რომ დაპირე-  
ბის მიუხედავად ვეღარ დამეხმარებოდა. მე ვარაუდი გამოთქვი,  
რომ მისი დაუძლეულების მიზეზი, შესაძლოა, ფსიქიკური  
პრობლემები ეოფილიყო, რადგან ბევრისგან მქონდა მოსმენილი  
ამგვარი ჩივილები და დაახლოებით ეხედებოდი მათი წარმო-  
შობის მიზეზს. მან თითქოს შეებით ამოისუნთქა და დამპირდა,  
დაუეოვნებლივ მიემართა ფსიქიატრისთვის. მეც ვურჩიე ერთი  
მეტად ავტორიტეტული ექიმი. რამდენი ადამიანია ფრედის  
მსგავს მდგომარეობაში, როცა შიში ან რაიმე ცუდის მოლო-  
დინი აწუხებს და არ იცის, თავს რით უშველოს.

ფსიქიატრმა ფრედს დეპრესია დაუდგინა და ანტიდეპრესან-  
ტი დაუნიშნა. თუმცა, მათ რამდენიმე მედიკამენტის გამოცვლა  
დასჭირდათ. სანამ საუკეთესო საშუალებას შეარჩევდნენ. სულ  
რამდენიმე კვირაში ფრედმა თავი უკეთ იგრძნო და ჩვეულ  
საქმიანობასაც დაუბრუნდა. დღეს ის სრულიად ჯანმრთელია,  
სამსახურშიც და ოჯახშიც ეველაფერი რიგზე აქვს და ისევე  
რესპექტაბელური და წარმატებული ბიზნესმენია.

ბევრს ჰგონია, რომ დეპრესიის ერთი ეპიზოდი აუცილებ-  
ლად ხანგრძლივ და უკუნრებულ ფსიქიკურ დაავადებას ნიშ-

ნავს. სინამდვილეში კი, პირველი ეპიზოდის შემდეგ დროულ სამედიცინო სარეკლამო ხშირად საბოლოო განკურნება მოსვენება ხოლმე, ხოლო უწყურადღებობამ იგივე ეპიზოდი შეიძლება მძიმე, ქრონიკულ დაავადებად გადააქციოს. დღევანდელი მედიკამენტები რეალურად იძლევა იმის იმედს, რომ სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, მისი რეციდივები აღარ განმეორდეს. თუმცა, აქ ის გარემოებაც არის ანგარიშგასაწვეი, რომ სოგს საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე შეიძლება დასჭირდეს ამ პრეპარატების მიღება, სოგმა კი შეიძლება მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე, მხოლოდ ფსიქოთერაპიის შედეგად დააღწიოს თავი დაავადებას.

ცხადია, კლინიკური დებურების სიმპტომებს ეველაზე უკეთ ფსიქოთერაპიასთან შეხამებული მედიკამენტური მკურნალობა უხდება. ისინი ავსებენ და ეხმარებიან ერთმანეთს. ფსიქოთერაპია არეგულირებს პაციენტის ფიქრებს, რეჟიმსა და წამლების მიღების განრიგს, წამლები კი ადამიანს გონებას უწყობს, რაც უფრო წარმატებულს ხდის ფსიქოთერაპიული მკურნალობის საბოლოო შედეგებს.

ის, რომ ეს ნამდვილად ასეა, ამას პოზიტრონის ემისარული ტომოგრაფიაც ადასტურებს. მკურნალობის პროცესში გადაღებული ტვინის გამოსახულება აშკარად აფიქსირებს სასიკეთო ცვლილებებს თხემის წილში (prefrontal cortex) <sup>❖</sup>.

### *მედიკამენტური მკურნალობა*

უამრავი მითი ყრცელდება ანტიდეპრესანტების მიხედვით სემიოქმედების შესახებ. მთავარი ამ ბრალდებათა შორის ის არის, რომ ანტიდეპრესანტები ნარკოტიკების მსგავსად მოქმედებენ

---

<sup>❖</sup> Clinton D. Kilts, Ph.D. Department of Psychiatry, Emory University, Atlanta, Georgia.



ადამიანსუ, იწვევენ მიწვევასა და მათდამი დამოკიდებულებას. შესაძლოა, ამ უნდაობლობის საფუძველი იმაში მდგომარეობდეს, რომ 50-60-იან წლებში დეპრესიის წინააღმდეგ ვალიუმის მსგავს ტრანკვილიზატორებს იყენებდნენ. ამ პრეპარატებს ნამდვილად ჰქონდათ გარკვეული ნარკოტიკული ეფექტი და დაავადების მკურნალობის ნაცვლად, მათ შემსუბუქებას თუ შენიღბვას ემსახურებოდნენ. დღევანდელ ანტიდეპრესანტებს არაფერი აქვთ საერთო ამ ტრანკვილიზატორებთან; ისინი არც მისწევას იწვევენ, არც დამოკიდებულებას. ეს სულ სხვა სახის მედიკამენტებია და ისინი ძირითადად ადამიანის ტვინის ქიმიურ შემადგენლობაზე ზემოქმედებენ. ახალი თაობის ანტიდეპრესანტებით მკურნალობამ მილიონობით ადამიანი გაათავისუფლა კლინიკური დეპრესიის სიმპტომებისგან<sup>წ</sup>. მათი მიღება თვით ბავშვებისთვისაც კი უსაფრთხოა.

როგორც ჩემი მეგობარი ფრედი მიხსნიდა, დღეისთვის უამრავი ანტიდეპრესანტია და წინასწარ ძნელია იმის განსაზღვრა, რომელს ექნება ყველაზე ეფექტური ზეგავლენა. იქიდან გამომდინარე, რომ ყოველი ცალკეული ადამიანი განუქორებელი, უნიკალური მოვლენაა, მის მიმართ მიდგომაც ინდივიდუალური უნდა იყოს და წამალიც მისი პიროვნული თვისებებიდან გამომდინარე უნდა შეირჩეს. ექიმო შეიძლება ცდისა და შეცდომის საშუალებით ეძებდეს ყველაზე ეფექტურ პრეპარატს. ზოგჯერ, სისხლის ძალიან რთული ანალიზის გაკეთება ხდება აუცილებელი, რათა გამოვლინდეს ნეიროგადამცემების, ჰორმონებისა და ენსიმების მიმართულება როგორც ერთმანეთთან, ასევე

---

<sup>წ</sup> დაავადებულთა 70-80% კარგად რეაგირებს ამ სახის თერაპიაზე. ნეიროგადამცემების დისბალანსი დეპრესიის გამომწვევ მიზეზად არის მიჩნეული. ანტიდეპრესანტების უმრავლესობა მოქმედებს ტვინში ამ ნივთიერებების რაოდენობის რეგულაციაზე.

დაავადებასთან და წამალი მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა შეირჩეს.

უკეთესობის პირველი ნიშნები მკურნალობის დაწყებიდან დაახლოებით სამ კვირაში შეიძინება: რეგულირდება ძილის პრობლემები, ძირითადი სიმპტომები ფერმკრთალდება, მომდევნო რამდენიმე კვირაში კი საერთოდ ქრება.

მაგრამ, მიუხედავად უკეთესობისა, ავადმყოფმა არაერთად შემთხვევაში არ უნდა შეწყვიტოს წამლის მიღება. ეს საშინელი შეცდომა იქნებოდა. ეპისოდური მკურნალობა დადებით შედეგს ვერ გამოიღებს. ძალიან მნიშვნელოვანია დეპრესანტების რეგულარული მიღება. რადგან სისხლში მისი შემცველობა სტაბილური უნდა იყოს გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. თვით დეპრესიის სიმპტომების გაქრობის შემდეგაც კი, უკმაყოფილო შეიძლება კიდევ რამდენიმე თვით, სოფჯერ კი ერთი წლით გააგრძელოს დანიშნულება და საბოლოოდ, მხოლოდ დოზის თანდათანობითი შემცირების შემდეგ მოხსნას წამალი, რათა მაქსიმალურად გამოირიცხოს ახალი რეციდივის შანსი.

არსებობს ანტიდეპრესანტთა რამდენიმე კლასი. ყოველი მათგანი განსხვავებულ ნეიროგადამკვეთზე ზემოქმედებს და ტვინს ეხმარება მათ შემადგენლობებს შორის ბალანსის დამყარებაში. ყველაზე ახალი კლასის მედიკამენტებს სეროტონინის შემთავივებელი პრეპარატები წარმოადგენს. მათ რიცხვს

---

*მეცნიერები ჯერჯერობით ვერ ხსნიან, თუ რაგომ სჭირდება ამ მედიკამენტს ამდენი დრო ავადმყოფზე სასურველი გემოქმედების მოსახდენად. ისინი ვარაუდობენ, რომ სეროტონინის რეკეპტორების ერთი კონკრეტული სახეობა მოქმედებს როგორც მუხრუჭი, რის შედეგადაც ანულებს ბუნებრივ სეკრეციას. თვით მედიკამენტის გემოქმედების დროსაც კი ის აგრძელებს თავის მუშაობას. მედიკამენტის მოქმედების ვადები მეტისმეტად მერყეობს ინდივიდუუმიდან ინდივიდუუმამდე. მოხუცებს გაცილებით უფრო დიდი დრო სჭირდებათ წამლის "ასათვისებლად". ვიდრე ახალგაზრდებს. გარკვეული დრო სჭირდება სწორი დოზის შერჩევასაც.*

მიეკუთვნება პროზაიკი, სოლოფტი და პაქილი. ეს წამლები ხამართლიანად ითვლება უდიდეს მიღწევად მეცნიერებაში. გარდა ამისა, მათ ძალიან უმნიშვნელო უკუწვევება აქვთ და სხვა მედიკამენტებთანაც თავსებადნი არიან. აქედან გამომდინარე, მათი დანიშვნა თვით მოხუცებისთვისაც კი უსაფრთხოა, რომლებიც სხვა დაავადებების საწინააღმდეგო წამლებსაც იღებენ<sup>❖</sup>

თუმცა, გარკვეული უკუწვევებები ამ პრეპარატებსაც ახასიათებს. მათ შორის შეიძლება იყოს უძილობა, მოთენთილობა, გულისრევის შეგრძნება, ყაბ'ხობა, თავის ტკივილები, სექსუალური ფუნქციის დაქვეითება. ეს გვერდითი მოვლენები თითქმის მინიმუმამდე დაყვანილი და თუ ადამიანი ერთ რომელიმე მედიკამენტს ვერ ეტეება, თავისუფლად შეუძლია სხვა წამლის მიღება სცადოს. ყველა შემთხვევაში, ნებისმიერი უკუწვევების შესახებ აუცილებლად უნდა ეცნობოს ექიმს.

### ფსიქოთერაპია

მარტო ფსიქოთერაპია მხოლოდ დეპრესიის იოლი ფორმების სამკურნალოდ არის ეფექტური. უფრო რთულ შემთხვევებში აუცილებელია მისი კომბინირება მედიკამენტურ მკურნალობასთან.

---

<sup>❖</sup> ციკლური ანტიდეპრესანტები ბლოკავს ისეთი ნეიროვადამეცემების გაწოვას, როგორიც არის ნორადრენალინი და სეროტონინი. უფრო ძველი პრეპარატები მუშაობენ ნორადრენალინზე, რომელიც ტვინში არეგულირებს მიშებისა და პანიკის წარმოშობას. ახალი მედიკამენტები კი ხელს უშლიან ორგანიზმის მიერ სეროტონინის შეწოვას. პროზაიკი ისეთი ფსიქოტროპიკი დაავადებების წინააღმდეგაუ გამოიყენება, როგორიც არის კვების რეგულაციის მოშლა, იპოქონდრია და აკვიატებული აზრები და მოქმედებები.

თერაპევტიკა შეიძლება ფასდაუდებელი დახმარება გაუწიოს პაციენტს, რათა მან დაძლიოს პესიმისტური აზრები, თავდაუჯერებლობა და უკონტროლო ფიქრები. დეპრესიით დაავადებული ადამიანები, როგორც წესი, თავს დამარცხებულად გრძნობენ და ფიქრობენ, რომ ვერასდროს მიაღწევენ წარმატებას. ფსიქიატრი მათ ძალიან ეხმარება იმ კითხვებით, რომლებიც ნეგატიურ შეგრძობებსა თუ გამოცდილებას დადებითი ემოციებით ანაცვლებს, ახსენებს რა მათი ცხოვრების უფრო წარმატებულ ეპიზოდებს. საბოლოო ჯამში, ეს დადებითად აისახება პაციენტის გუნება-განწყობილების გაუმჯობესებაზე.

სოფჯერ, ფსიქოთერაპევტი შეიძლება ნეგატიურ ეპიზოდებსაც განიხილავდეს პაციენტთან, რათა შესწავლისა და ერთობლივი ანალიზის გზით მათი უარყოფითი ზემოქმედება გაანეიტრალდოს. ეს ავადმყოფს ეხმარება საკუთარი თავის უკეთ გაგებასა და დეპრესიის დაძლევაში.

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ თერაპიული მკურნალობა მეტად რთული პროცესია და სწრაფი შედეგები უცბად არ მოსვენება. სოფჯერ, ის კეს ნაბიჯებთან მიიწევს წინ, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს მეტად ნაცადი მეთოდია და ადრე თუ გვიან აუცილებლად გამოიღებს სასურველ შედეგს.

### *ქვეყნის კორექცია*

იმ დროს, როცა ფსიქოთერაპია ძირითად აქცენტს აზრებისა და ფიქრების მოწესრიგებაზე აკეთებს, ქვეყნის კორექციის მთავარ ამოცანას ნეგატიური ჩვეულების პოზიტიური ჩვეულებით ჩანაცვლება შეადგენს. ამ ტიპის თერაპიაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საშინაო დაეალებას, რომელიც პაციენტის სასოგადოებრივი ურთიერთობების გაუმჯობესებისკენ არის მიმართული და მიზნად ისახავს ავადმყოფის ცნობიერებაში ძველი გატაცებუ-

ბის მიმართ ინტერესის ხელახლა გაღვიძებას. თავდაპირველად, მკურნალობა შეიძლება აქაც რთულად მიმდინარეობდეს, მაგრამ დროთა განმავლობაში, როცა ლეთარგიისა და დაქანცულობის შეგრძნება მოიხსნება, ავადმყოფი უსათუოდ იგრძნობს უკეთესობას.

*ელექტროკონვულსიური თერაპია*

*(მ. წ. შოკური თერაპია ანუ ელექტროშოკი)*

აღბათ, უმრავლესობას შიშის ხარისხს სცემს იმის წარმოდგენა, რომ ოდესმე შეიძლება ელექტროკონვულსიური მკურნალობა დასჭირდეს. საბედნიეროდ, ეს შიშის მომგვრელი პროცედურა დღესდღეობით სულაც არ არის საშიში და მტკივნეული. როგორც წესი, ის უმტკივნეულოა ანესთეზიის მეშვეობით და გამოვლიძების შემდეგ ავადმყოფებს ისიც კი არ ახსოვთ ხოლმე, ჰქონდათ თუ არა რაიმე უსიამოვნო განცდა.

კლინიკური დეპრესიით დაავადებულ ადამიანს, ჩვეულებრივ, ელექტროკონვულსიური თერაპიის 6-12 სეანსი სჭირდება, სეანსებს შორის 2-3-დღიანი ინტერვალით. ეს ელექტრული პროცედურა დადებითად მოქმედებს ადამიანის ტვინის გარკვეულ ნაწილებზე და მათი ქიმიური შემადგენლობის სტიმულირებას ახდენს. სეანსის შემდეგ შეიძლება განჩნდეს უზნიშვნელო ნაყარდნები მეხსიერებაში, მაგრამ მოკლე ხანში მეხსიერება აუცილებლად აღდგება.

დღემდე, ელექტროკონვულსიური თერაპია მკურნალობის არასასურველ ფორმად არის მიჩნეული და მას უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში მიმართავენ ხოლმე, როცა სხვა სახის თერაპია ფაქტობრივად უძლურია დაავადების წინაშე. თუმცა, ფსიქიატრი ჯონ კ. გრისთი თავის წიგნში „დეპრესია და მისი მკურნალობა“ ერთმიშვნელოვნად განმარტავს: „აპარატურა, რომელიც ელექტროკონვულსიური თერაპიის დროს გამოიყენება, ელექტრობის მინიმალურ რაოდენობას გამოყოფს და მეტად დადებითად მოქმედებს დეპრესიის სიმპტომების აღ-

მოფხერაზე. ყოველი ახალი სეანსი არსებითად ამცირებს თეთრი ლაქების რაოდენობას მესხიერებაში“<sup>1</sup>.

ელექტროკონვულსიური თერაპია კარგად მოქმედებს მძიმე დეპრესიით დაავადებულ პაციენტებზე, რომლებიც არ ექვემდებარებიან მედიკამენტურ მკურნალობას. მკურნალობის ეს მეთოდი სწრაფი და ეფექტური შემოქმედებით გამოირჩევა.

ამ ცოტა ხნის წინ, ერთ წვენს მეგობარს დასჭირდა ელექტროკონვულსიური თერაპია. როდესაც ამის შესახებ შევიტყვეთ, ყველანი ძალიან შევწუხდით, მაგრამ ფსიქიატრებმა დაგეარწმუნეს მის უსაფრთხოებასა და აუცილებლობაში და წვენც დაეთანხმდით სეანსებზე. სწორადაც მოვიქეცით, რადგან წენი მეგობრის დეპრესია თვალის დახამხამებაში გაქრა. ის ისევ წეულებრივი, იმედიანი და გაწონასწორებული ადამიანი გახდა.

ელექტროკონვულსიური თერაპია სასარგებლოა სუიციდური ფიქრებისა და მცდელობების დროს, აგრეთვე შეუცვლელია იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტები ვერ ეგუებიან ანტიდეპრესანტებს, სხვა წამლებთან უკურეაქციის ან ალერგიის გამო.

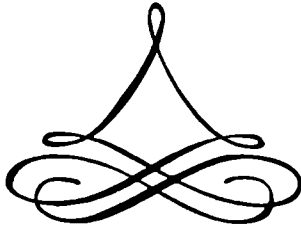
უნდა აღინიშნოს, რომ ელექტროკონვულსიური თერაპიის დადებითი შედეგები ჯერ კიდევ არ არის სათანადოდ შესწავლილი მისი სიახლის გამო. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ მკურნალობის ეს მეთოდი შედარებით ხანგრძლივი რემისიებით გამოირჩევა.

---

*ვისკონსინის სამედიცინო უნივერსიტეტის ინგერნი და პროფესორი: Greist, John H., and James W. Jefferson, Depression and Its Treatment, rev. ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992).*



კლინიკური დეპრესია. სხვა ფსიქიკურ დაავადებებთან შედარებით. კარგად ექვემდებარება მკურნალობას. ბოლო წლების მანძილზე ტვინის შესახებ დაგროვილმა ცოდნამ მეცნიერებს ფართოდ გაუღო უფრო ზუსტი დიაგნოსტიკისა მკურნალობის ახალი შესაძლებლობების კარი. თუ შეამჩნევთ, რომ პირადად თქვენ ან თქვენს ახლობელ ადამიანს დეპრესიის მსგავსი სიმპტომები აწუხებს, დაუყოვნებლივ მიმართეთ ფსიქიატრს. სრულიად უსაფუძვლოა ჭოჭმანი და ფუჭი განცდები, როცა დახმარების ამდენი ეფექტური საშუალება არსებობს.



*ცხოვრება, რომელიც უკეთეს ხვედრს იმსახურებს:  
მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი*

**1** 996 წლის აპრილში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა სენსაციური განცხადება გააკეთა, რომ მეცნიერებმა მიაგნეს იმ ცალკეული ხუთი გენის მდებარეობას, რომელიც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის განვითარებაში მონაწილეობს და მის ბიპოლარულ ციკლს განაგებს. ექიმმა ელუარდ გინსმა<sup>1</sup>, ამ კვლევის წამყვანმა სპეციალისტმა, განაცხადა, რომ „აღმოჩენა ადასტურებს მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის წარმოშობაში მემკვიდრეობითობის რთული მოდელის მონაწილეობას, როგორც ეს დიაბეტის შემთხვევაში ხდება.

დაავადების რისკი მატულობს იმის მიხედვით, თუ რამდენი დაინტერესებული გენია წარმოდგენილი ამა თუ იმ ინდივიდუუმის გენეტიკურ ბაზაში. აქედან გამომდინარე, შესაძლოა, მემკვიდრეობითობის მატარებელი ერთი გენი არ იყოს საშიში დაავადების განვითარებისთვის“.

---

*ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის ნეირომეცნიერების განყოფილების უფროსი.*



ელეუარდ გინსის გამოკვლევები დაფუძნებული იყო უძველესი ამერიკული სექტის – ემიშების<sup>17</sup> ოჯახის შესწავლაზე. გამოკვლეულ ოჯახებს ბიოლოგიური დაავადების ძალიან მაღალი მანევენებული კონცენტრაცია და აღმოჩნდა, რომ გენეტიკურად ყველა ეს ოჯახი დაკავშირებული იყო საერთო წინაპართან, რომელიც მუ-18 საუკუნეში ჩამოვიდა ამერიკაში და ფსიქიკურად დაავადებული იყო.

ეს გამოკვლევა კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს იმ გარემოებას, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია მემკვიდრეობითობის როლი ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობაში<sup>18</sup> ზოგადი მონაცემები ადასტურებს, რომ მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებულთა 80-90%-ის ოჯახის რომელიმე წევრსაც იგივე დაავადება აწუხებს. თუმცა, არის შემთხვევები, როცა მიუხედავად გენეტიკური მიდრეკილებისა, ადამიანს არ უვითარდება დაავადება. ისევე, როგორც ყველა სხვა ფსიქიკური დაავადების შემთხვევაში, აქაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გარემო პირობები.

მიუხედავად იმისა, რომ გენეტიკური ფაქტორი ერთმნიშვნელოვნად არის დადასტურებული, ფაქტია, რომ მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით შეპყრობილ ავადმყოფებზე კარგად მოქმედებს მედიკამენტები, რომლებიც ტვინში ნეიროგადამცემების ქიმიურ შემადგენლობას არეგულირებენ. როგორც ჩანს, ამ დაავადების ერთ-ერთი მიზეზი ისევე და ისევე ტვინთან დაკავშირებული ანომალია უნდა იყოს.

---

<sup>17</sup> ემიშები ღღემლე კონსერვატორულ, კარჩაკეცილ ცხოვრებას ეწევიან. მათი სამოგადოება დახურულია უცხოთათვის და საქორწილო კავშირებიც ძირითადად სამოგადოების შივნიით მყარდება. ახალი სისხლი მათ ფაქტობრივად არ ერევათ.

<sup>18</sup> ფსიქიატრთა ასოციაციის მონაცემების თანახმად, ფსიქიკურად დაავადებულთა ახლო ნათესავები სხვა ადამიანებზე 10-20-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან კლინიკური დეპრესიით ან მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით.

მეცნიერული კვლევების შედეგად აღმოჩნდა, რომ ბიპოლარული დაავადებით შეპყრობილ ადამიანებს სტრესული ძორმონების სიჭარბე აღენიშნებოდათ და როგორც მე-7 თავშიც იყო ნახსენები, ამ შემთხვევაშიც ხდებოდა ცვლილებები თხემის წილში, კერძოდ კი ტვინის ეს არე უფრო შემცირებული იყო, ვიდრე ჩვეულებრივ ადამიანებს აქვთ ხოლმე<sup>1</sup>.

შესაძლოა, ინდივიდუუმის გენეტიკური მიდრეკილებები ტვინის გარკვეულ ანომალიას იწვევდეს, რომელიც სტრესული ფორმების ზემოქმედებით ტვინში ქიმიური დისბალანსის სახით ვლინდებოდა. თუმცა, მეცნიერები აგრძელებენ კვლევას და ახლო მომავალში, ალბათ უფრო მეტს გავიგებთ ამ დაავადებების წარმოშობის შესახებ.

#### მედიკამენტური მკურნალობა

მე-5 თავში ჩვენ უკვე ვახსენეთ ენ ლენდერსის მიერ გამოქვეყნებული წერილი, რომელსაც ვინმე მ. კ. აწერდა ხელს. ამ პუბლიკაციამ უსარმაზარი რეზონანსი გამოიწვია. მისი გამოქვეყნების შემდეგ მე მსგავსი შინაარსის უამრავი წერილი მივიღე. აი, ერთ-ერთი მათგანი:

„დაახლოებით 7 თვის წინ, მე ერთ-ერთი კომპანიის ფრიად პატივცემული ეიცე-პრეზიდენტი გახლდით, მაგრამ ერთ ღამეს აღმოვაჩინე, რომ საძაგელი პიროვნება ვიყავი – ქედმაღალი, უხეში, ენამწარე. ჩემი საქციელისა და ხასიათის ამ ცვლილების შესახებ უკვე ჩემი თანამშრომლებიც ჭორაობდნენ. ერთხელაც, უფროსს შეურაცხყოფა მივაყენე და სამსახურიდან დამითხოვეს.

---

*Drevets, Wayne C., Joseph L. Price, Joseph R. Simpson, et al., "Subgenual Prefrontal Cortex Abnormalities in Mood Disorders" Nature 386 (1997; pp. 824-27).*

რამდენიმე თვის მანძილზე ჩემი მდგომარეობა გაუარესდა. იქამდე დავეცი, რომ ტელევიზორის ყურების მეტს არაფერს ვაკეთებდი. განუწყვეტელ დისკუსიებს ვმართავდი ტელეწამყვანებთან. მჯეროდა, რომ ასტეროიდი ააფეთქებდა დედამიწას. ბოლოს და ბოლოს, სრულიად არანორმალური გაქხდი და ოჯახის წევრებმა საავადმყოფოში დამაწვინეს.

იქ შევიტყვე, რომ ტვინში ქიმიური დისბალანსი მქონდა, რაც მანიაკალურ-დეპრესიულ სინდრომს იწვევდა. ამ დაავადებას ლითიუმი კარგად მკურნალობს. ცოტა ხანში მე ისევ ნორმალური ადამიანი გახდი“.

ლითიუმი მართლაც რომ ღვთის წყალობაა მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით დაავადებული ადამიანებისთვის. ჩემი მესობელი ბრექსტონი უკვე რამდენიმე წელიწადია იღებს ამ პრეპარატს, რათა დაავადების სიმპტომები გააკონტროლოს. ფაქტობრივად, ეს არის ყველაზე გავრცელებული წამალი ამგვარი დაავადებებისთვის, რადგან ის კარგად არეგულირებს როგორც მანიის, ასევე დეპრესიის ფაზებს და ხელს უწყობს ახალი შეტევების პრევენციას. მაგრამ, აუცილებელია ამ წამლის რეგულარული მიღება, რადგან ეპისოდური მიღების დროს მისი ეფექტურობა იკარგება“.

---

*ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის უახლესი გამოკვლევების თანახმად, ლითიუმით მკურნალობამ ამერიკის შეერთებულ შტატებს 145 მილიარდი დოლარის ეკონომია მოუტანა. U.S. Department of Health and Human Services, Justification of Estimates for Appropriations Committees, Fiscal Year 1997, Public Health Service National Institutes of Health-Volume IV; Administration, 1996; National Institute of Mental Health 1997, p. 15.*

*პრეპარატს ერთ კვირამე ნაკლები დრო სჭირდება სიმპტომების შესასუსტებლად. მიუხედავად იმისა, რომ მეცნიერებს ჯერ არა აქვთ დადგენილი. თუ კონკრეტულად რა მექანიზმი განაპირობებს წამლის ეფექტურ შემოქმედებას ადამიანის გვინზე, არსებობს აზრი, რომ პრეპარატი ნეიროგადამცემებზე მუშაობს. ლითიუმს კლინიკური დეპრესიით დაავადებულ ავადმყოფებსაც აძლევენ.*

ლითიუმის გვერდითი ეფექტები შემდეგია: წყურვილის გრძნობა, პრობლემები შარდის გამოყოფასთან დაკავშირებით, დაქვეითებული კოორდინაცია, ხელების კანკალი, გულისრევა, გამოფიტვა. სწორედ ამ უკუხვეწებებისა და იმის გამო, რომ ლითიუმი დააეადებულთა მხოლოდ 30-40%-ს შევლის მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის დაძლევაში, მკვლეუარები ინტენსიურად აგრძელებენ ახალი, უფრო ეფექტური და უფრო უსაფრთხო მედიკამენტების ძიებას.

ერთ-ერთი ასეთი პრეპარატია დაპაკოტი – ანტიკონვულსიური საშუალება. ეს მედიკამენტი 1996 წელს გამოინდა. ლითიუმის შემდეგ დაპაკოტი პირველი წამალია, რომელიც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის სამკურნალოდ დაამტკიცა ამერიკის კვებისა და მედიკამენტების სახელმწიფო ადმინისტრაციამ, სხვა ანტიკონვულსანტებიც დივალპრექსისა და ტეგრეტოლის ნათვლით, ამასწინანდელი აღმონენების თანახმად, ეფექტურია მანიის ფაზების მიმართ. მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის დროს შიზოფრენიის წამლები – კლოზაპინი და რისპერიდონიც იხმარება და, მიუხედავად იმისა, რომ ბიოლარული დააეადების საბოლოო განკურნების შანსები ჯერჯერობით არარეალური ნანს, ეს წამლები უამრავ ადამიანს ეხმარება მისი სიმპტომების დაძლევაში.

მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის მკურნალობისთვის ფსიქოთერაპია მეტად ეფექტური საშუალებაა, მაგრამ სასურველ შედეგებს ის მხოლოდ მედიკამენტურ მკურნალობასთან კომბინაციაში აღწევს. თავის არანეუულებრივ წიგნში „მოუსვენარი გონება“ ფსიქიატრიის პროფესორი, დოქტორი ქეი რედფილდ ჯემისონი, რომელსაც თავადაც აწუხებს მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი, ასე აღწერს თავის სუანსებს ფსიქოთერაპევთან:

„აღბათ, ვერასდროს ვიპოვი ისეთ სიტყვებს, რომლებიც დამეხმარება სრულად გამოეხატო მადლიერების გრძნობა ჩემი ფსიქოთერაპევტის მიმართ. მე ისე ვარ მისგან დაეადებული,

როგორც არავეისგან. მახსენდება ასობით შემთხვევა, როცა მის კაბინეტში ვიჯექი სასოწარკვეთილი და ვფიქრობდი: ნეტავ რა უნდა მითხრას ახლა ამ კაცმა, რომ სიცოცხლისკენ მომბრუნოს? ყველა არგუმენტი თითქოს დიდი ხნის წინ იყო ნათქვამი და ამოწურული. მაგრამ, სიტყვებსა და არგუმენტებში კი არ იყო საქმე, ან დაზეპირებულ ოპტიმისტურ ფრაზებში, არამედ იმ სიყვარულში, მოთმინებასა და თანაგრძნობაში, რომელსაც მისგან ვიღებდი. და კიდევ... ალბათ, ყველაზე მეტად მისი ურყევი რწმენა მოქმედებდა, რომ ჩემი ცხოვრება უკეთეს ხვედრს იმსახურებდა, ვიდრე ეს საცოდავი, დათრგუნული არსებობაა. მან მასწავლა, რომ გზა თვითმკვლელობიდან სიცოცხლემდე სუსხიანი და რთულია, დროთა განმავლობაში კი შეიძლება უფრო გართულდეს, მაგრამ ღვთის წყალობით ადამიანში ის ძალაც არსებობს, რომელიც ამ გზას ბოლომდე გაატარებს. ჩემი ექიმის წყალობით მე დავიჯერე, რომ მაქვს ამ გზის გავლის ძალა“<sup>5</sup>.

ჯემისონი თავის სტუდენტებს ეუბნება: „ჩემი ავადმყოფობა დამეხმარა, გამეცნობიერებინა, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ფსიქოთერაპევტისთვის ავადმყოფის ტკივილის სრულად გათავისება. მხოლოდ ურთიერთგაგების ამგვარ ატმოსფეროს შეუძლია დაიყოლიოს ავადმყოფი წამლების მიღებაზე, რათა დაძლიოს პრობლემები და უკმაყოფილება“<sup>6</sup>.

ოჯახურ თერაპიასაც ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ერთ-ერთ გამოკვლევაში შესწავლილი იყო მონაცემები ოჯახური თერაპიის შესახებ და აღმოჩნდა, რომ ის პაციენტები, ვისი ოჯახის წევრებიც მონაწილეობდნენ ოჯახური თერაპიის სეანსებში, გაცილებით უკეთ ექვემდებარებოდნენ მკურნალობას“<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Jamison, Kay Redfield, *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness* (New York: Knopf, 1995), p.118.

<sup>6</sup> იქვე, გვ. 127-128.

ფსიქიატრიის პროფესორის, გაბორ ქეითნერის გამოკვლევების

ამგვარი თერაპია ყურადღებას ამახვილებს ოჯახური ურთიერთობებისა და ოჯახური პრობლემების მოგვარებაზე. აქ ოჯახის წევრები სწავლობენ, თუ როგორ მოეპყრონ დაავადებულ ადამიანს, როგორ დაეხმარონ პაციენტს წამლების მიღების რეჟიმის დაცვაში და სხვა.

სუზან სეედო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის დირექტორი და მოქმედი ექიმი, აგრეთვე ადასტურებს ოჯახის წევრთა მონაწილეობის აუცილებლობას მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის მკურნალობის პროცესში: „ბიპოლარული აშლილობა მოითხოვს ერთიანი გუნდის (ექიმი, ოჯახის წევრი, პაციენტი) ყველა წევრის აქტიურ მონაწილეობას, რათა შესაძლებელი გახდეს მანიის ფაზის დროული იდენტიფიცირება და ამოცნობა მის გასაუვნებელყოფად, რომ არ გადაიზარდოს შემდგომ ფაზაში, რომელსაც მიიმე შედეგები მოჰყვება ხოლმე. ეს მით უმეტეს მნიშვნელოვანია ისეთ ვითარებაში, როდესაც თავად ავადმყოფს სიამოვნებას ანიჭებს მანიის ფაზის ზეაწეული განწყობა და ეწინააღმდეგება მკურნალობას. ძალიან მნიშვნელოვანია თვალყურის მიდევნება, რათა პაციენტმა ზუსტად დაიცვას ექიმის დანიშნულება, თვით იმ დროსაც კი, როცა ის შესამჩნევ უკეთესობას გრძნობს და მიაჩნია, რომ წამალი აღარ სჭირდება. მხოლოდ ამგვარი მოქმედება აგეაცილებს ხშირ რეციდივებს. მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი ქრონიკული დაავადებაა და აქედან გამომდინარე, გამუდმებულ მეთვალყურეობასა და მკურნალობას საჭიროებს“<sup>17</sup>.

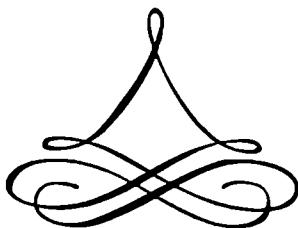
---

თანახმად; *The New York Times*, May 20, 1997.

<sup>17</sup> Swedo and Leonard, p. 153.

სამწუხაროდ, ყველას არ სჯერა, რომ კლინიკური დეპრესია და მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი ხშირ შემთხვევაში წარმატებით ექვემდებარება მკურნალობას. ასე მაგალითად, ადამიანები მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით, რომლებიც ლითიუმით მკურნალობენ, საშუალოდ 7 წლით უფრო დიდხანს ცოცხლობენ, ვიდრე პაციენტები, რომლებიც მიზესტა გამო მოკლებულნი იყვნენ ამგვარ შესაძლებლობას. მკურნალობის შედეგად საგრძნობლად უმჯობესდება დაავადებულთა ფსიქიკური მდგომარეობა და რეციდივები სულ უფრო იშვიათი ხდება. მთავარია, რომ ამ პრეპარატების გაქვლინით დაავადება აღარ პროგრესირებს, რაც ძალიან მნიშვნელოვანი შედეგია.

მეცნიერები აგრძელებენ კვლევას ამ დაავადებათა მკურნალობის მიმართულებით. მაგრამ, დღეს უკვე არსებული შედეგები უამრავი ადამიანისთვის სიცოცხლის გადარჩენის ტოლფასია. 30 წლის წინ მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომით შეპყრობილი ყოველი მეხუთე ადამიანი სიცოცხლეს თვითმკვლელობით ამთავრებდა. დღეს ლითიუმის, ანტიდეპრესანტების, ანტიკონვულსანტებისა და ელექტროკონვულსიური თერაპიის დახმარებით, აგრეთვე ფსიქოთერაპიის და ოჯახური თერაპიის წყალობით, ყველა დაავადებული თუ არა, ძალიან ბევრი პაციენტი კპოვებს რეალურ შველას. მკვლევარები კი აგრძელებენ ძიებას და მალე ეს შველა ალბათ უფრო თვალსაჩინო გახდება.



## *რაც უფრო მატალია ზღვარი: შფოთვით-ფობიკური აშლილობა*

**ს**მ შემთხვევაშიც, ისევე როგორც ჩვენს მიერ შესწავლილი სხვა ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში, როგორც ჩანს, საქმე გვაქვს ტვინის ფუნქციონირების გარკვეულ ანომალიასთან, რომლის მიზეზად მემკვიდრეობითი მიდრეკილებებისა და გარედან პროვოცირებული ფაქტორების ერთობლიობა შეიძლება მივიჩნიოთ. „ამ დაავადებისადმი მიდრეკილების საფუძველი ოჯახიდან იღებს სათავეს, – განმარტავს ჯერილინ როსი, აშლილობათა ამერიკული ასოციაციის დამაარსებელი, რომელსაც თავად აწუხებდა შფოთვით-ფობიკური აშლილობა. ჩვენ ვიკითხვით, რომ აქ აუცილებლად მონაწილეობს გენეტიკური კომპონენტი. თუმცა, დაავადების ბუნება და მისი სპეციფიკური სიმპტომები ოჯახის სხვადასხვა წევრს სხვადასხვაგვარად შეიძლება გამოუვლინდეთ. ცხადია, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სხვა გარეშე ფაქტორების მონაწილეობის სრულიად გამორიცხვაც არ იქნებოდა მიზანშეწონილი.

უამრავ ადამიანს შფოთვით-ფობიკური აშლილობის პირველი შეტევა გარკვეული სტრესული სიტუაციების სეგავლენის შედეგად ემართება. ასეთი რამ ძირითადად ისეთი არასასურვე-



ლი ცვლილებების შემდეგ ხდება, როგორც არის ცხოვრების პირობების შეცვლა, იძულებითი განწმორება, საეკარელი ადამიანის დაკარგვა. ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს ეს დაავადება „გამორთულ“ მდგომარეობაში იმყოფება, სანამ რაღაც შემთხვევითი „კონტაქტი“ არ მოხდება ტვინში, რომელსაც შედეგად „ნართვა“ მოჰყვება. რეალურად, აფექტისთვის უამრავი მიზეზი არსებობს. როცა ვინმეს მინდა აუხსნა ამ დაავადების ბუნება, ვთხოვ ხოლმე ძლიერი მიწისძვრა წარმოიდგინოს. ასეთ დროს ადამიანს გული უჩქარდება, თფლი ასხამს, გაქცევა, სადმე დამალვა უნდა. ეს ნორმალური, ბუნებრივი თავდაცვითი რეაქციაა. ბიოლოგიურად ნეენში ორი ინსტინქტი თანაარსებობს – გაექცე საფრთხეს ან შეებრძოლო მას.

არანორმალური სხვა რამ არის. გარკვეული ქიმიური დისბალანსის შედეგად, ნეენი ორგანიზმში უმიზეზოდ ვარდება აფექტში. ანუ განგაშს მაშინ ტეხს, როცა რეალური საფრთხე არ ემუქრება. მაგალითად, მშვენიერი მზიანი დღეა, არანეულებრივ ხასიათზე ხარ და უეცრად საიდანღაც გუუფლება საშიროების, უბედურების შეგრძნება. ტვინი იღებს ამ სიგნალს და გკარნახობს, რომ დაუყოვნებლივ გაიქცე, დაიშალო, თავი დააღწიო ამ საშიელებას, გადარნე— და შენც შესაბამისად იქცევი. ასე რომ, არსებითად ეს ნორმალური რეაქციაა, პრობლემა ის არის, რომ არანორმალურ დროს გემართება“.

მე ვკითხე ჯერილინს თავისი პირველი შეტყვის შესახებ, რომელიც მე-2 თავშია აღწერილი. ბოლოს და ბოლოს, მუსიკალური ფესტივალი ზაღცბურგში არც ისეთი ტრაგიკული მოვლენაა, რომ პანიკური აშლილობა გამოიწვიოს. ჯერილინმა ამიხსნა, რომ, როგორც ჩანს, მისმა ტვინმა ვერ გაარჩია ერთმანეთისგან კარგი და ცუდი სტრესი, და კარგ შთაბეჭდილებებზე ისეთივე რეაქცია აქონდა, როგორც უარყოფით ემოციაზე უნდა აქონოდა. „როგორც ჩანს, ემოციური გადატვირთვა მომივიდა. ის მართლაც განუმეორებელი, ზღაპრულად მშვენიური საღამო იყო და მან შემთხვევით რომელიღაც არასწორი სადენი

ნართო წემს ტუინ'ში. ეს საკმარისი აღმოსნდა დაავადების გამო-  
სავლენად... ერთი შეტევაჯ კმარა, რომ ეს პროცესი დაიწყოს  
და მერე აღარ დაგანებოს თავი“, – დასძინა ჯერილინმა მკირე  
პაუზის შემდეგ.

სოგიერთი მკვლევარი მიინნევს, რომ დაავადების პროვოცი-  
რების წინაპირობები უკვე ბავშვობის ასაკში შეიძლება ჩამო-  
ყალიბდეს. ნიუ-იორკის სახელმწიფო ფსიქიატრიული ინსტიტუ-  
ტის ფსიქოლოგიის განყოფილების ხელმძღვანელი რანელ  
გიტლენ კლენი აღნიშნავს, რომ სოგიერთი ადამიანი,  
რომელსაც მოგვიანებით დაავადება უყალიბდება. ბავშვობაში  
ხშირად იტანჯება მშობლებთან განშორების შიშით<sup>9</sup> ჯერი-  
ლინი ეთანხმება ამ მოსაზრებას: „ჩემი შემთხვევა კლასიკურია  
ამ თვალსაზრისით, ერთხელ დედანემს ღამის კაბაც კი შემო-  
ვახიე ქუჩაში, რადგან სკოლაში არ მიინდოდა წასვლა. მე  
არასდროს ვრჩებოდი ღამე ამხანაგებთან, არასდროს ვისვენე-  
ბდი საზაფხულო ბანაკში. მშობლების გარეშე არსებობა ვერ  
წარმომედგინა“.

### ახალი აღმონენები დაავადების გამომწვევებ მიუხედავად კვლევებში

1996 წლის დეკემბერში სენსაციური განცხადება გაკეთდა იმის  
შესახებ, რომ ადამიანები, რომელთაც ერთი კონკრეტული  
გენის გარკვეული თავისებურება ახასიათებთ, უფრო მეტად  
არიან მიდრეკილნი ამ დაავადებისადმი, ვიდრე ისინი, ვისაც  
ამგვარი თავისებურება არ აღენიშნება. მეცნიერები ვარაუ-  
დობდნენ, რომ ზემოთ აღნიშნული გენი გარკვეული თვალ-

---

*Klein, Rachel Gittleman, "Is panic Disorder Associated with Childhood Separation Anxiety Disorder? Clinical Neuropharmacology 18. suppl 2 (1995): pp.S. -S14.*

სასრისით ახდენდა ზეგავლენას ტვინის მიერ სეროტონინის არასწორ მოხმარებაზე. თუმცა, 6 თვის შემდეგ, სხვა მეცნიერებმა უარყვეს ეს აზრი იმაზე დაყრდნობით, რომ მათ მიერ შესწავლილი ადამიანების საკმაოდ დიდი ჯგუფის შემთხვევაში ეს ვარაუდი არ დადასტურდა.

ამგვარი დებატები სრულიად ბუნებრივი მოვლენაა მეცნიერებაში. მით უმეტეს, როცა საუბარი ისეთ რთულ დისციპლინას ეხება, როგორც ნეირომეცნიერებაა, სადაც კიდევ ამდენია გასარკვევი და დასაზუსტებელი. მაგრამ, როგორი წინააღმდეგობრივიც არ უნდა იყოს კვლევის პროცესი, კვლევა მაინც გრძელდება, რადგან ეს ერთადერთი გზაა ახალი აღმოჩენებისა და ახალი მკურნალობისკენ.

შიში სრულიად ბუნებრივი ადამიანური გრძნობაა, რომელიც ყოველ ჩვენგანს განუცდია. მაგრამ, სოფ შემთხვევაში ის არანორმალურ სახეს იღებს და ყობიებში და პანიკურ აშლილობაში გადაიზრდება. რა ჭიციტ ჩვენ ამ შიშების განენის შესახებ? მონაწილეობს ტვინის გარკვეული არეები მის პროვოცირებაში? მიმდინარე კვლევათა ინტერესები ძირითადად პანიკურ აშლილობასა და აკვიატებულ ასრებსა და მოქმედებებს მოიცავს, ამიტომ ჩვენც სწორედ მათ შესახებ ვისაუბრებთ.

## შიშის აუქტი

შიშის აფექტის ასახსნელად რამდენიმე თეორია არსებობს. ერთ-ერთის თანახმად, სოგიერთი ადამიანი ოფლიანობისა და აჩქარებული გულისცემის ნიშნებზე ისე რეაგირებს, როგორც ძლიერი შიშის ფაქტორზე. ოფლიანობისა და ტაქიკარდიის ამ ნიშნებს ის მოსალოდნელი გულის შეტევის ან რაიმე სხვა კატასტროფის უტყუარ დადასტურებად აღიქვამს. შიშის შეტევა თანდათანობით მძაფრდება, სანამ სრულ პანიკად არ გადაიქცევა. ზემგრძნობელობის მქონე ამ ინდივიდუუმებს

დარღვეული აქვთ ნიშანთა სწორი ამოცნობის უნარი. ადამიანთა უმრავლესობას, მათგან განსხვავებით, არ უძნელდება იგივე ნიშნების სწორი შეფასება ან მათი იგნორირება.

ისევე, როგორც სხვა ფსიქიკურ დაავადებათა შემთხვევაში, აქაც საქმე გვაქვს რამდენიმე ფაქტორის თანხედრას: მეცნიერთა აზრით, ეს არის გენეტიკა, ტვინის ქიმიური შემადგენლობა (ნეიროგადამცემები) და ტვინის სპეციფიკური აგებულება. პანიკური აშლილობით დაავადებული ადამიანების ოჯახის წევრთა უმრავლესობა მეტ-ნაკლები ინტენსივობით ამჟღავნებს იმავე დაავადების სიმპტომებს. იქიდან გამომდინარე, რომ სეროტონინზე მოქმედი მედიკამენტები პანიკურ აშლილობასაც კარგად მოქმედებენ, მეცნიერები დადასტურებულ ფაქტად მიიხსენებენ ნეიროგადამცემების მონაწილეობას დაავადების ფორმირებაზე. ფაქტობრივად, დეპრესიით დაავადებულთა საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომელიც კარგად ექვემდებარება სეროტონინზე მოქმედი წამლებით მკურნალობას, პანიკური აშლილობის ნიშნებსაც ამჟღავნებს. ეს გარემოება გეაფიქრებინებს, რომ ორივე დაავადება მჭიდროდ არის დაკავშირებული ტვინში მიმდინარე პროცესებთან. მაგრამ მათ შორის ერთი მნიშვნელოვანი სხვაობა არსებობს – შფოთვით-ფობიკური აშლილობის საწინააღმდეგო მედიკამენტები კლინიკურ დეპრესიას ვერ ერევა.

რაც შეეხება ტვინის სპეციფიკურ აგებულებას, მეცნიერები გვასწავლიან, რომ ტვინის ნერვული უჯრედები ისეა დაპროგრამებული, რომ კონკრეტული ქიმიური ნივთიერებების გამოყოფაში შიშის ნიშნები ამოიცნონ, რაც განგაშისა და აფორიაქების შეგრძნებას ბადებს<sup>1</sup>. დაავადებულ ადამიანთა შემთხვევაში,

---

*ცხოველებზე ჩაგარებულმა ექსპერიმენტებმა უჩვენა, რომ ის ნეირონები, რომლებიც განაპირობებს ორგანიზმის რეაქციას სტრესულ სიტუაციებზე, იმგვარად არის დაპროგრამებული, რომ ამოიცნოს მოულოდნელი სიტუაციები. როცა ამგვარი რამ ხდება, ნეი-*

იგივე ნივთიერებები უფრო ჭარბი რაოდენობით გამოიყოფა და არათუ შიშის, არამედ აფექტის სიმპტომებს ბადებს და, რაც გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია, ეს სიმპტომები შეიძლება ყოველგვარი რეალური საფუძვლის გარეშეც განვითარდეს.

ტვინის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი – ნუშისებრი სხეული მონაწილეობს იმ პროცესში, რომლის მთავარი დანიშნულებაა ამოიცნოს, ხომ არ გვიქადის რაიმე საშიშროებას ჩვენს წინაშე არსებული ხმები ან ვიზუალური შთაბეჭდილებები<sup>2</sup> (იგივე ნუშისებრი სხეული გარკვეული თვალსაზრისით დეპრესიის განვითარებაშიც მონაწილეობს – ამის შესახებ ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ). ეს ტვინის ბუნებრივი და ნორმალური რეაქციაა და მისი დანიშნულება გახლავთ ჩვენი დაცვა ნამდვილი საშიშროებისგან. ჩვეულებრივ, ნუშისებრი სხეული სწრაფად რეაგირებს საშიშროებაზე და მისი ამოცნობისთანავე, მომდევნო ეპისოდის შეფასებას იწყებს. უახლეს მეცნიერებაში არსებული თეორიის თანახმად, პანიკური აშლილობის დროს, ნუშისებრი სხეული ყალბ სიგნალებზე იწყებს რეაგირებას ან ერთ რომელიღაც ეპისოდზე ფიქსირდება, ისე რომ წინ აღდარიყურება. ის განუწყვეტლივ უგზავნის ტვინს ცნობებს მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ, რასაც ნეიროგადამცემების გამოყოფა მოჰყვება. ეს გულის აჩქარებას, ოფლიანობას, თავბრუსხვევას და სხვა ამგვარ შეგრძნებებს იწვევს.

---

*რონები განვაშს გეხენ და შესაბამისად იმრდება მათი აქტიუობაც, რის შედეგადაც ნორადრენალინი გამოიყოფა. ეს ნეიროგადამცემი ქმნის შიშის, პანიკისა და აფორიაქების ვანცდას.*

<sup>2</sup> *პარეარდის უნივერსიტეტის ლოქტორის პანს ბრეიტერისა და მისი კოლეგების მიხედვით.*

თავის წიგნში „შიშზე გამარჯვება“ ჯერილინ როსი აღწერს სამეცნიერო დისპუტს, რომელიც 80-იან წლებში მიმდინარეობდა. კამათის მონაწილენი ორ ბანაკად იყვნენ გაყოფილნი. ერთნი მიიხვედნენ, რომ პანიკური აშლილობის დროს ერთადერთი ეფექტური საშუალება ფსიქოთერაპია გახლდათ; მეორენი კი თვლიდნენ, რომ აუცილებელი იყო მედიკამენტური მკურნალობა. ხოლო ფსიქოთერაპიას საერთოდ არ აქონდა რაიმე შედეგი. ერთი სიტყვით რომ ვთქვათ, დებატები ბიოლოგიასა და ფსიქოლოგიას შორის მიმდინარეობდა.

„ძალიან საინტერესო იყო, რომ შეხვედრა ამ შეურიგებელ ბანაკებს შორის ურთიერთგაგებისა და ურთიერთპატივისცემის საყოველთაო ატმოსფეროში ჩატარდა. გარკვეულწილად, ორივე მხარე ერთდროულად მივიდა იმ გადაწყვეტილებამდე, რომ ამ ორი მეთოდის ერთობლიობა შესაძლოა გაცილებით უფრო წარმატებული მკურნალობის საწინდარი გამხდარიყო“.

„ანტიდეპრესანტთა უმრავლესობა, ისეთი, როგორიც არის პროზაკი, პაკსილი და ზოლოფტი, რომლებიც სეროტონინის სისტემაზე მოქმედებს, პანიკურ აშლილობასაც მკურნალობს, – წერს ჯერილინი, – ასევე ეფექტურია საკუთრივ შფოთვით-ფობიკური აშლილობის საწინააღმდეგო ისეთი საშუალება, როგორიც არის ქსანაქსი. თუმცა, არსებობს უამრავი დადასტურება იმისა, რომ შემეცნებით-ქვევისმიერი თერაპიაც მეტად კარგ შედეგებს იძლევა. მაგრამ, მეცნიერება ჯერ საკმარისად განვითარებული არ არის იმისთვის, რომ ერთი შეხედვით განსაზღვროს, რომელ აუადმყოფს მკურნალობის რომელი მეთოდი მოუხდება ყველაზე მეტად. სვენ ხელების ფათურით მივიწვეთ წინ. ამიტომ, აუადმყოფებისთვისაც და მათი ახლობლების-

---

Ross Jerilin, "Triumph over Fear" (New York: Bantam Books, 1994), p.78.

ოქისაც მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ როცა მკურნალობას დაუყოვნებელი შედეგები არ მოჰყვება, ეს აუცილებლად შეცდომის ბრალი არ არის. უბრალოდ, სწორი კომბინაცია ჯერ კიდევ არ არის შერჩეული.

ერთი და იმავე სიმპტომების მქონე ორ ადამიანს შეიძლება სხვადასხვა წამალი მოუხდეს. ვიღაცას შეიძლება შემეცნებით-ქვევისმიერი თერაპია დასჭირდეს, სხვაზე კი ამ მეთოდმა საერთოდ არ იმოქმედოს. ყველა ავადმყოფს ინდივიდუალური მიდგომა ესაჭიროება. ასეა თუ ისე, მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ეს დაავადება ექვემდებარება მკურნალობას და ავადმყოფთა 90% საბოლოოდ აუცილებლად განიკურნება“.

როცა ჯერილინი შემეცნებით-ქვევისმიერი თერაპიის შესახებ საუბრობს, მას მხედველობაში აქვს ფსიქოთერაპიის სპეციფიკური მეთოდი. ის წერს: „შემეცნებით-ქვევისმიერი თერაპიის პიონერებმა დაამტკიცეს, რომ პაციენტებთან ინდივიდუალურ მუშაობას ძალიან დიდი შედეგი მოჰყვება. ამ მეთოდის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ თერაპევტი ეხმარება პაციენტს, დაძლიოს შიშები და ისინი ერთად, ლამის ხელი-ხელსაკიდებულნი უპირისპირდებიან ავადმყოფისთვის უსიამოვნო შეგრძნებებსა და სიტუაციებს. მკურნალობის ეს მეთოდი სასწაულებრივ მოქმედებს ტვინში მიმდინარე ქიმიურ პროცესებზე და საბოლოო განკურნებას იწვევს“.

თავად ჯერილინიც ამ მეთოდმა განკურნა. მისმა თერაპევტმა ჯომ იგი ერთ-ერთ მრავალსართულიან შენობასთან მიიყვანა და მათ ერთად დაძლიეს სიმაღლე, რომელიც მანამდე ჯერილინში პანიკურ შიშს იწვევდა. „მე და ჯომ ვმერდებოდით ყოველ ახალ სართულზე და ის მარწმუნებდა, რომ რეალურად არაფერი საშიში არ ხდებოდა; თუ არ დავემორჩილებოდი შიშის გრძობას, ის ბოლოს და ბოლოს გაუჩინარდებოდა. მართლაც, ყველაფერი ასე მოხდა. რაღაც პერიოდში მე უკვე მეთხუთმეტე თუ მეთვრამეტე სართულზე ვიდექი და ამაში

არაფერი საშიში აღარ იყო. ეს ძალიან მნიშვნელოვანი მოტივაცია გახლდათ, უფრო მნიშვნელოვანი, ვიდრე ჩემი შიშები“.

დღეისათვის ჯერილინი თვითონაც მკურნალობს შიშის აფექტს. შეეცნებით-ქვევისშიერი თერაპიის მისეული მეთოდი რამდენიმე ამოსავალ პუნქტს ეფუძნება:

- ს ელოდეთ, დაუშვით და შეეგუეთ აზრს, რომ შიში შეიძლება დაგეუფლოთ.
- ს როცა ეს მომენტი დადგება, შეჩერდით, ცოტა დააყოვნეთ და დაელოდეთ მის განვითარებას.
- ს შეეცადეთ ყურადღების კონცენტრირებას და ისე იმოქმედეთ, როგორც ამას სიტუაცია გკარნახობთ.
- ს წარმოსახვით ათბალიან შკალაზე 0-დან 10-მდე განსაზღვრეთ, რომელ დანაყოფს შეესატყვისება შიშის თქვენეული შეგრძნება. დაელოდეთ, სანამ არ აიწვეს ან დაიწვეს მისი ინტენსივობა.
- ს შეეცადეთ, არ მიიქციოთ ყურადღება შიშს და იმოქმედეთ – ეს ძალიან მისასალმებელი გადაწყვეტილებაა.
- ს ელოდეთ, დაუშვით და შეეგუეთ აზრს, რომ შიშის შეგრძნება შეიძლება კვლავ განმეორდეს.

ჯერილინს შემუშავებული აქვს თერაპიის ეტაპობრივი კურსი, რომელშიც ყველაფერი ნაბიჯ-ნაბიჯ არის განსაზღვრული და რომელსაც უკვე უთვალავი ადამიანი ჰყავს განკურნებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების თანახმად, დაეადებულთა მხოლოდ 23% იღებს შესაფერის მკურნალობას. „ეს ძალიან სამწუხაროა, – ამბობს ჯერილინი, – რადგან დაეადებულთა უმრავლესობას სრულიად განკურნავდა ჩვენი თერაპია“.



ცოტა ხნის წინაც კი აკვიატებული აზრები და მოქმედებები თითქმის უკურნებელ სენად ითვლებოდა. თითქმის არ ჩანდა იმის იმედი, რომ დაავადებული ადამიანი ოდესმე შეძლებდა თავისი აკვიატებული მოქმედებებისგან გათავისუფლებას. დღეისათვის, უკვე არსებობს იმედიც და იმის პრაქტიკული გამოცდილებაც, რომ ეს დაავადება დაძლეულია და ის ქვემდებარება მკურნალობას.

მეცნიერთა დაკვირვებით, 'სოგიერთი ანტიდეპრესანტი, კერძოდ კი პროზაკი, აკვიატებულ აზრებსა და მოქმედებებზეც კარგად მოქმედებს. რადგანაც ეს მედიკამენტი ტვინში სეროტონინის რაოდენობის შემცირებას იწვევს, მკვლევარები მიიზნევენ, რომ დაავადების წარმოშობაში გარკვეულწილად ნეიროგადამცემებიც მონაწილეობენ" ეს ანტიდეპრესანტები ტვინში არსებული სხვა ქიმიური ნივთიერებების რეგულირებასაც უსრუნველყოფენ. აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებების დროს კი სწორედ ცალკეულ ნივთიერებათა სიჭარბე აღინიშნება. ექსპერიმენტები ადასტურებს, რომ თავების ორგანიზმში ამ ქიმიური ნივთიერებების ხელაღწეობით შეყვანა აკვიატებული მოქმედებების პროვოცირებას უწყობს ხელს"

ამ დოზაჰიმინის სისტემაზე შეიძლება იყოს ჩართული. ტვინის ის ნაწილი, რომელიც აზროვნებისა და გადაწყვეტილებების

*აკვიატებული აზრებითა და მოქმედებებით შეპყრობილი ადამიანების ტვინში ნაპოვნია ათობით სხვადასხვა სახის სეროტონინის რეცეპტორი.*

*" არსებობს თეორია, რომლის თანახმად სეროტონინის კონკრეტულ რეცეპტორთა დეფიციტს შეუძლია სტრესულ სიტუაციაზე ადამიანის რეაქციის გაძლიერება, რაც აკვიატებული აზრებითა და მოქმედებებით შეპყრობილ ადამიანებში აფორიაქების შევრძნებას იწვევს.*

მიღებაში მონაწილეობს”, ნეიროგადამცემების მაღალი კონცენტრაციით ხასიათდება. დოფამინის სისტემის დაზიანების შემთხვევაში, შესაძლოა ადამიანს აკვიატებული აზრები და მოქმედებები განუვითარდეს<sup>10</sup>

მეცნიერულმა კვლევებმა უარდა ახადა ამ დაავადების საიდუმლოებებს. პოსტრონის ემისარულმა ტომოგრაფიამ აჩვენა, რომ დაავადების ჩამოყალიბებაში ტვინის ოთხი ნაწილი შეიძლება მონაწილეობდეს<sup>11</sup> ეს არის ფიქრისა და აზროვნების ფუნქციასთან დაკავშირებული სფეროები, რომელიც გეგარნახობს, თუ რომელი ქმედებებია სწორი და რომელი მცდარი, გარდა ამისა, განაგებს წვენს უპირობო რეფლექსებს.

დოქტორი ჯეფრი შვარცი თავის წიგნში „ტვინის გადაკეტვა“ ავითარებს თეორიას, რომლის თანახმად გენეტიკური თუ გარე ფაქტორების სეგავლენით სიანდება რაღაც მექანიზმი. ეს დაზიანება ტვინში არსებულ გარკვეულ სფეროებს მუდმივად „ჩართულ“ მდგომარეობაში ამყოფებს. როცა ამგვარი რამ ხდება, ადამიანს შიშისმომგვრელი აზრები უნდება, ეუფლება წინათგრძნობა, რომ გარდაუკალი უბედურება ემუქრება და

---

კუდიანი ბირთვი. გორგის სინდრომი - გენეტიკური წარმოშობის ნევროლოგიური დაავადება. რომელსაც აკვიატებული აზრები და სიგყვიერი ან ფიზიკური ტიკები ახასიათებს. არსებობს აზრი, რომ დაავადების მიმეში ტვინის ისეთი პათოლოგიაა, რომლის შედეგად დოფამინ-კუდიანი ბირთვის დისფუნქცია აღინიშნება.

<sup>10</sup> არსებობს თეორია, რომ სეროტონინის დონის არანორმალურ მრდას დოფამინის აქტივობის დათრგუნვა შეუძლია.

Leonard, Henrietta L., Marge C. Lenane, and Susan E. Swedo, "Obsessive Compulsive Disorder." *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2 (1993): pp.655-66.

<sup>11</sup> ეს ოთხი ნაწილია: ბაზალური განვლიები, ორბიგალური ქერქი, სარგელისებრი ხვეული და თალამუსი. თითოეულის აღწერა მოცემულია ლექსიკონში.

ისიც იწყებს აკვიატებულ მოქმედებას, რათა მისაღლოდნელი უბედურება როგორმე აიცილოს თავიდან”.

საინტერესოა, რომ რომ ერთ-ერთი ის ფაქტორი, რომელიც აგრეთვე მოქმედებს დაავადების განვითარებაზე, განსაკუთრებით კი ბავშვებში, ყელის სტრეპტოკოკული ინფექციაც შეიძლება იყოს. ეს აღმოჩენა ლამის სენსაციურ მნიშვნელობას ატარებდა და კარგად ასურათხატებდა იმ მოულოდნელობებს, რომელიც ხშირად თან სდევს ხოლმე მეცნიერულ კვლევებივს.

დოქტორი სუზან სვედო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მოქმედი დირექტორი, დაკვირვებას აწარმოებდა ბავშვთა პატარა ჯგუფზე, რომელთაც ყელის სტრეპტოკოკული ინფექციის შემდეგ, უეცრად აკვიატებული აზრები და მოქმედებები გამოუმჟღავნდათ. დაავადება აღმავალ-დაღმავალ ხასიათს ატარებდა – ყოველგვარი მიზეზის გარეშე ხან რთულდებოდა, ხან კი პირიქით – მისი სიმპტომები ძლივს შესამჩნევი ხდებოდა (ეს ცვალებადობა საერთოდ დამახასიათებელია დაავადებისთვის).

„ამ აღმოჩენაში თანაავტორი მყავს, – ამიხსნა ქალბატონმა სუზან სვედომ შეხვედრისას, – ამ ახალგაზრდა ქალმა ჩემთან თავისი შვილი მოიყვანა, რომელსაც აკვიატებული მოქმედებების გამწვავებული ფორმა აღენიშნებოდა. გართულებული დაავადების შედეგად, ის უკვე ვეღარ იმორჩილებდა კიდურებს და განუწყვეტლივ აკეთ-იქით აქნევდა მათ. გარდა ამისა, დღეში ათასჯერ მაინც იბანდა ხელებს“.

ექიმი თავდაპირველად ფიქრობდა, რომ ბავშვი ამას ყურადღების მისაკცევად აკეთებდა. მაგრამ დედა, რომელიც აგრეთვე სამედიცინო მუშაკი იყო, მიხვდა, რომ ბავშვის სიმპტომები ახლახან გადატანილ სტრეპტოკოკულ ინფექციასთან იყო დაკავ-

---

*Schwartz, Jeffrey M., Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior (New York: HarperCollins, 1996), p. 56.*

შირებელი და დაუყოვნებლივ მოიყვანა ჩვენთან. ჩვენ შევისწავლეთ ბავშვის მდგომარეობა და სრულიად კონკრეტულ დასკვნებამდე მივედით.

დოქტორმა სვედომ და მისი ჯგუფის წევრებმა აღმოაჩინეს, რომ ყელის სტრუქტოკოკული ინფექციები სრულიად ცალსახად შემოქმედებდა დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილებების მქონე ბავშვებზე და აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებების ჩამოყალიბებას უწყობდა ხელს. ანტიბიოტიკები, რომლებიც წესით ინფექციას უნდა ებრძოდნენ, შეცდომით თუ რაიმე ანომალიის შედეგად იკვლიან მისამართს, ტვინს უტევენ და მის ანთებას იწვევენ. ნებისმიერი მკურნალობა, რომელიც სისხლში ანტიბიოტიკების შემცველობას ასუფთავებს და აკონტროლებს, თვით პენიცილინიც კი, დადებითად მოქმედებს დაავადების სიმპტომების აღკვეთაზე.

დოქტორმა სვედომ მანვენა ბავშვის ადრინდელი ვიდეოფირი. ეკრანზე მყოფი პატარა ბიჭუნა ისე იქნეკდა ხელებს, ისე ტორტმანებდა სიარულის დროს, რომ აუცილებლად ესაჭიროებოდა დამხმარე, რათა არ დაეარდნილიყო. მკურნალობის შემდეგ გადაღებულ ფირზე ბავშვი უკვე ნორმალურად ხმარობდა ხელ-ფეხს და დამოუკიდებლად შეეძლო გადაადგილება. მკურნალობიდან 2-4 კვირის შემდეგ სიმპტომთა 60% უკვე დაძლეული იყო. „ჩვენ შეიძინეთ ბავშვი განეკურნეთ აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებების სიმპტომებისგან. მკურნალობა გაცილებით უფრო იოლდება, როცა ის უშუალოდ თან სდევს ინფექციურ დაავადებას და მათ შორის დიდი შუალედი არ იქმნება. ორი-სამი წლის დაგვიანებას შეიძლება გამოუსწორებელი შედეგები მოჰყვეს“.

ფსიქიატრი ჯეჯერი შეარცი პაციენტთა ტომოგრაფიებითა და ავადმყოფობის ისტორიებით გადავსებულ მაგიდასთან ზის და, როგორც ყოველთვის, გატაცებით საუბრობს თავის საყვარელ თემაზე, რომელსაც შემეცნებით-ქცევისმიერი თერაპია ჰქვია:

„აკვიატებული აზრებით და მოქმედებებით დაავადებული ადამიანების „ამონეშებები“ გენეტიკურად განპირობებულ ტვინის ფუნქციონირების პრობლემებს უკავშირდება. ის, თუ როგორ რეაგირებენ ისინი ყალბ სიგნალებზე, შემდგომში უშუალოდ მოქმედებს ტვინის საპასუხო რეაქციაზე. თუ ეს საპასუხო რეაქცია აკვიატებულ მოქმედებას თანხვედება, მდგომარეობა უარესდება, ხოლო თუ ამგვარი თანხვედრა არ ხორციელდება, ტვინის მდგომარეობა უმჯობესდება.

მკურნალობა მხოლოდ კარგი წამლის შერჩევას არ ნიშნავს. ეს გმირული, თავგანწირული ბრძოლაა. თუნდაც, უინსტონ ჩერჩილი ავიღოთ; მას მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებდა, მაგრამ არასდროს მიუცია დაავადებისთვის უფლება, მასზე გამარჯვება ესეიმა. მოტივაციას უსარმაზარი მნიშვნელობა აქვს. ყველაფერი იმაზეა დამოკიდებული, დანებდები ამ ტკივილს, თუ თავს ხელში აიყვან და ბრძოლას გააგრძელებ.

ერთი წემი პაციენტი წემთან ერთად უნდა გამოსულიყო ტელევიზიით. ეს მისთვის იმდენად მნიშვნელოვანი მოტივაცია აღმოჩნდა, რომ, ყველას გასაკვირად, 10 სეანსში დაძლია დაავადება.

თქვენც შეგიძლიათ თქვენი წევებისა და საქციელის შეცვლა, თქვენი ტვინის ქიმიური შემადგენლობის შეცვლა; თქვენ დნმ-ს სურათიც კი შეგიძლიათ შეცვალოთ. შიშს აქვს უნარი, სემოქმედება იქონიოს ტვინის ბიოლოგიურ პროცესებზე. ადამიანებს შეუძლიათ საკუთარი თავის დახმარება. აი, თუნდაც ეკლესიაში სიარულით. აქ ისინი აუცილებლად კპოეებენ სუ-

ლიერ ძალებს გარიყულობისა და შიშის დასაძლევეად. ადამიანის ცხოვრებაში ნებისმიერ მნიშვნელოვან ცვლილებას შეუძლია ტვინის ცირკულაციის უკეთესობისკენ შეცვლა. ამგვარი რამ კი იმის უტყუარი ნიშანია, რომ ადამიანი მსად არის, წინააღმდეგობა გაუწიოს თავის დააეადებას და ტვინის უკეთეს ფუნქციონირებას შეუწყოს ხელი“.

დოქტორი შვარცი სიამოვნებით გვათავალიერებინებს პაციენტების პოსიტრონის ემისარული ტომოგრაფიის შედეგებს, რომლებსეც გამოსახულია ადამიანების ტვინი მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ. შედეგები განსაკვიფრებელია: შემეტნებით-ქცევისმიერ თერაპიის შედეგად, მედიკამენტების მიღების გარეშე, ტვინის „ცხელი უბნების“ ფუნქციონირება ნორმალურ რიტმს უბრუნდება. თავის წიგნში „ტვინის გადაკეტვა“ ბატონი შვარცი წერს: „პირველად ნემი ფსიქიატრიული პრაქტიკის მანძილსე განხდა მეთოდი, რომელსაც წამლების გარეშე შეუძლია აკვიატებული აზრებისა და მოქმედების კორექტირება და ამ მეთოდს შემეტნებით-ქცევისმიერი თერაპია კეია“.

დოქტორ შვარცს მართლაც რომ ფასდაუდებელი შრომა აქვს გაწეული, რადგან ფაქტობრივად ის იყ პირველი, ვინც ტვინის სკანირების მეშვეობით შემეტნებით-ქცევისმიერი თერაპიის უპირობო ეფექტურობა დაამტკიცა. უფრო მეტიც, მან აღმოაჩინა, რომ ამ მეთოდს მედიკამენტურ თერაპიასე ნაკლები შედეგები როდი აქვს.

პროსაკისა და ლუვოქის ტიპის ანტიდეპრესანტები აგრესევე წარმატებულად მკურნალობენ აკვიატებულ აზრებსა და მოქმედებებს. კარგია ბუსპარი, კლომიპრამინი. თემცა, სამი თვე მაინც უნდა გავიდეს, რომ უკეთესობის პირველი ნიშნები გამოინდეს.

---

*ბაშალური ვანკლიები. ორბიგალური ქერქი. სარტყლისებრი ხეული და თალამუსი.*

<sup>5</sup> Schwartz, p. xv.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ შემეცნებით-ქვეყნისმიერი თერაპია და მედიკამენტები სულაც არ გამორიცხავს ერთმანეთს და ხშირად ეს ორი მეთოდი შეიძლება წარმატებულადაც ეხამებოდნენ.

აკვიატებული ასრებითა და მოქმედებებით დაავადებული ბავშვების შემოსევაში კარგი შედეგებს იძლევა პროზაკი, ლუ-ვოქსი და კლომიპრამინი. ხოლო იმ ბავშვებს, რომელთაც დაავადება სტრუპტოკოკური ინფექციის შედეგად გამოუვლინდათ, ყველაზე კარგად სისხლის გამჟღავნება, ანუ იმუნოლოგიური საშუალებები მოქმედებს.



მეცნიერები აგრძელებენ კვლევას შფოთვით-ფობიკური აშლილობების მკურნალობისა და შესწავლის დარგში. აღაშინებობისთვის, ვისაც ეს დაავადება აწუხებს, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ მათ საკმარისად სერიოზული პრიბლემა აქვთ, თუმცა ის სრულიად დაძლეულია. მათ ასევე უნდა იცოდნენ, რომ მარტონი არ არიან — კვალიფიციურ მკურნალობას შეუძლია მათი მდგომარეობის გაუმჯობესება, რის შედეგადაც მათი ცხოვრება უფრო სისხლსავსე და ნაყოფიერი გახდება.

# ნანილი მასაჰე

## ინტერვენციები ანუ ჩარევა: პრევენციული, პიროვნული და საზოგადოებრივი

უბსტერის ახალი განმარტებითი ლექსიკონი ასე განმარტავს სიტყვა ინტერვენციას: „რაიმეში ჩარევა მისი 'შეცვლის, მოდიფიცირების, მოწესრიგებისა და აღკვეთის მიზნით“. დიახ, ჩვენ სიამოვნებით მოვახდენდით ინტერვენციას ფსიქიკური დაავადებების გასაკონტროლებლად, მისი უარყოფითი 'ზეგავლენის მოდიფიცირების, დამღუპველი 'ზეგავლენის თავიდანვე აღკვეთის, ანუ პრევენციის მიზნით.

დღეს უკვე არსებობს პირობები ამგვარი ინტერვენციისთვის. ბოლო წლებში ფსიქიკური დაავადებების შესახებ დაგროვილი ცოდნა ჩვენთვის უფრო გასაგებს ხდის მათი წარმოშობისა და მიმდინარეობის მიზეზებს. ეს ფართო პერსპექტივებს ქმნის ახალი მკურნალობისთვის, ახალი წამლებისთვის. ჩვენ ენახეთ, რომ ისინი უკვე ახერხებენ დაავადების უკეთ გაკონტროლებას და მათი გამინადგურებელი 'ზეგავლენის 'შესუსტებას. მაგრამ, რაც მთავარია, ჩვენ უკვე გვაქვს 'შესაძლებლობა, უფრო ღრმად ჩაეწვდეთ ამ დაავადებების გამომწვევ რისკის ფაქტორებს და მათი თავიდან აცილებით იქნებ თავად ავადმყოფობის პრევენციაც მოვახერხოთ უახლოეს მომავალში.

კარტერის ცენტრში ნატარებელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მეათე მსოფლიო სიმპოზიუმის თემა იყო „რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვები და მათი ოჯახები“. აქ ჩვენ სწორედ ბავშვთა შორის გაერცვლებული ფსიქიკური დაავადების რისკის ფაქტორებზე და პრევენციის 'შესაძლებლობებზე შევანერეთ უკრადლება.



ბოსტონის ბავშვთა საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილების მოქმედმა თაემჯდომარემ და ჰარვარდის სამედიცინო სკოლის ბავშვთა ფსიქიატრიის კათედრის პროფესორმა უილიამ ბირდსლიმ აუდიტორიას შეახსენა იმის შესახებ, რომ ისტორიულად ყოველთვის ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ პრევენციას. თუმცა, ბოლო ათი წლის მანძილზე, ამ თვალსაზრისითაც იყო რიგი საინტერესო აღმოსწრებები. მეცნიერული თვალთახედვით, პრევენციული მეთოდოლოგიის შემუშავება საჭიროებს ხანგრძლივი დაკვირვების ჩატარებას ადამიანთა იმ ჯგუფზე, რომელთაც ფსიქიკური დაავადების განვითარების მაღალი რისკი აქვთ. პრევენცია გულისხმობს იმის გათვლას, თუ რა შეიძლება მოხდეს სამი, ხუთი, ათი ან თხუთმეტი წლის შემდეგ. პრევენცია არ ფიქსირდება მოკლევადიან, თუნდაც ერთწლიან შედეგებზე.

თავისი ცხოვრების რიტმიდან გამომდინარე, ჩვენს სასოგადოებას უჭირს გროულეადიანი გეგმების დასახვა და ისეთი პროგრამების შემუშავება, რომლის შედეგები 10-15 წლის შემდეგ გახდება თვალსაჩინო. სამწუხაროდ, სასოგადოება ჯერჯერობით ვერ ხედავს საკმარის მოტივაციას ამგვარი პროგრამების შემუშავებისათვის.

ამერიკის ეროვნული მეცნიერებათა აკადემიის სამედიცინო ინსტიტუტმა ამ კოტა ხნის წინათ შეისწავლა ძირითადი ფსიქიკური დაავადებების რისკის ფაქტორები, კლინიკური დეპრესიის ჩათვლით. დეპრესიის შემთხვევაში, მაგალითად, რისკის ფაქტორში შედის როგორც ოჯახის რომელიმე წევრის დაავადება დეპრესიით (რაც გენეტიკურ მიდრეკილებას ვარაუდობს), ასევე, სტრესული ფაქტორები, როგორიცაა, მაგალითად, საყვარელ ადამიანთან განშორება, ახლობლის გარდაცვალება, სამსახურის დაკარგვა. თხუთმეტი წლის წინ, ჩვენ ისიც კი არ გვეჩინდა გაცნობიერებული, თუ როგორი ზეგავლენა შეიძლება მიახდინოს ძალადობამ ან სიღატაკეში ცხოვრებამ ფსიქიკური დაავადების განვითარებაზე. ჩვენ დღეს დანამდვილებით ვიცით,

რომ ეს უდიდესი რისკის ფაქტორებია, განსაკუთრებით კი დემოკრატისის შემთხვევაში. <sup>4</sup>

როგორც ლექტორი ბირდსლი აღნიშნავს, „ფსიქიკური დაავადებების მიხედვითა და პრევენციის უკეთ გაგების მცდელობის-თანავე, ჩვენ სოციალურ ფაქტორთა თვალუწვდენელ სიდრმეებთან გვიწევს შეჯახება (მარტოობა, უმუშევრობა, სიღარიბე)“...

რა ტიპის საბუთებს უნდა დავეყრდნეთ? რა დასკვნებს უნდა მივიღოთ ბავშვთა და მოზარდთა შორის ფსიქიკური დაავადებების პრევენციული პროგრამების შემუშავებისას? რით შევამჯიროთ რისკის ფაქტორი ჯერ კიდევ დაუბადებელი ბავშვის შემთხვევაში, რომელსაც უკვე დედის მუცელში, გუნეტიკიდან დაწვებული, ვირუსული ინფექციით დამთავრებულ, უამრავი საფრთხე ემუქრება? ერთადერთი გამოსავალი აქ ისეთი საერთო პრობლემების მოწესრიგებაა, როგორც არის პრენატალურ პერიოდში ქალისთვის და ნაყოფისთვის სრულფასოვანი კვებისა და ჯანმრთელი გარემოს უზრუნველყოფა, იმუნიზაციის გარანტირება. ცხადია, ჯანსაღ ფსიქოლოგიურ და ემოციურ გარემოსაც უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება და ჩვენი ამოცანაც სწორედ ამგვარი პირობების შექმნა უნდა იყოს.

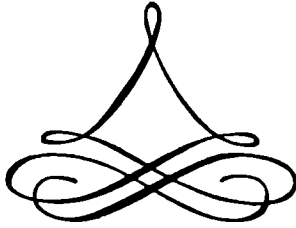
მართალია, ჩვენ ჯერ კიდევ არ ვიცით ყველაფერი რისკის ფაქტორების შემცირების შესახებ, მაგრამ ინტერვენციები დაწვებულია და პროცესი წარმატებულად მიმდინარეობს, როგორც ამას შემდეგ თავში დავინახავთ. როცა ამგვარი ჩარევის სპეციფიკაში გავერკევით, ახალი ცოდნის დამკვიდრებას ჩვენს ოჯახებშიც შევძლებთ, რათა ახლობელთა შორის შევამჯიროთ ფსიქიკური დაავადებების წარმოშობის რისკი.

ჩვენ აგრეთვე გავეცნობით პირადი ხასიათის რამდენიმე დაკვირვებას, რომელიც დაგვეხმარება ფსიქიკურად დაავადებული ჩვენი ახლობლისთვის ცხოვრების შემსუბუქებაში. ამგვარი ცოდნა განსაკუთრებით სასარგებლო იქნება იმ ადამიანისთვის, ვინც ავადმყოფს უვლის და იმდენად არის ჩართული ამ საქმეში, რომ ხშირად თავის ინტერესებსა და ემოციებს

სრულიად უზულებელყოფს. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის მოვლა მეტად სანერუელო, გამომწვიტავი, უძძიმესი სტრესებით დატვირთული საქმეა. ამიტომ, აუცილებელია, რომ ავადმყოფის პატრონს თავისი თავისთვისაც რწებოდეს დრო, რათა ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის შენარწუნება შეძლოს, რომ მომავალშიც გააგრძელოს ავადმყოფის მოვლა. წყენს სასოგადოებაში უამრავი ადამიანია, რომელსაც აქვს მძიმე ავადმყოფის მოვლის ხანგრძლივი გამოცდილება და ისინი სიამოვნებით გაუწიარებენ მკითხველს ამ გამოცდილებას.

დღეისათვის, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების ახლობლები ცალკეულ ჯგუფებს აყალიბებენ, რათა საერთო ძალისხმევით უკეთესი პირობები უსრუნველყონ თავიანთი ავადმყოფებისათვის. ისინი უმნიშვნელოვანეს რწლას თამაშობენ სტიგმის დაძლევაში, ეწევიან რა ახსნა-განმარტებით საქმიანობას ახლობელთა და ნაცნობების წრეში. მეგობრებთან, ნათესაებებთან, მესობლებთან ისინი გულახდილად საუბრობენ თავიანთი ტკივილის შესახებ; ხშირად კი ხელისუფლებისა და სამთავრობო სტრუქტურების წარმომადგენლებსაც ხვდებიან, რათა მათი ყურადღება ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებულ ურთულეს პრობლემატიკას მიაპყრონ.

გაერთიანებით, ერთმანეთთან შეკავშირებით, ამ სასოგადოებებში წყენი მეგობრებისა და ახლობლების ჩართვით, წყენ უფრო ეფექტურად შეუძლებთ ინტერვენციის განხორციელებას. ცნობა, რომელიც წყენს გაერთიანებას მოაქვს სასოგადოებისთვის, იმედია და ოპტიმისტურია – დღეს ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკა პრობლემა აღარ არის, ისინი ექვემდებარებიან მკურნალობას და დაავადებულთა უმრავლესობას უფრო ნაყოფიერი ცხოვრებით შეუძლია იცხოვროს. წყენს ამგვარ გაერთიანებას შედეგად აუცილებლად მოჰყვება ის სასურველი ცვლილებები, რომელიც უკეთეს ცხოვრებას უსრუნველყოფს არა მხოლოდ დაავადებული ადამიანებისთვის, არამედ მათი ოჯახის წევრებისთვისაც.



შესაძლებელია თუ არა ფსიქიკური დაავადების  
პრევენცია?

ჩვენ ვიცით, რომ ჯანსაღ მიგვიწვევს პირობებს, როგორც არის უსაფრთხო წყალი და სრულფასოვანი საკვები, უზარმაზარი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანის ნორმალური ცხოვრებისა და ფუნქციონირებისათვის. ამ მიმართებით განხორციელებულ ნებისმიერ პროფილაქტიკურ ზომას შეუძლია სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირება.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯერჯერობით კიდევ ვერ ვფლობთ სრულ ინფორმაციას ფსიქიკური დაავადებების შესახებ, დღეს უკვე ბევრი პრობლემისგან შეგვიძლია წინასწარ თავის დაცვა. არც ალკოჰოლიზმისა და შიდსის მკურნალობა შეგვიძლია დღესდღეობით, მაგრამ მათი გავრცელების წინააღმდეგ არსებული პრევენციული ზომები თვით ბავშვებისთვისაც კი არის ცნობილი.

შეგვიძლია კი რამენაირად აღვკვეთოთ ფსიქიკური დაავადების განვითარება? ეს ის კითხვაა, რომელსაც ყველაზე ხშირად ვფიქრობ იმ 25 წლის მანძილზე, რაც ამ დარგში ვმუშაობ.

---

Albee, George, "Revolutions and Counterrevolutions in Prevention", *American Psychologist* 51 (1996): p. 1132.

იქიდან გამომდინარე, რომ პირადად არაერთხელ გავმხდარვარ მოწმე იმისა, თუ რაოდენი ადამიანიერი პოტენცია იხარჯება სრულიად უნაყოფოდ, არ შემოძლია გვერდი ავუარო ამ პრობლემის სათანადო განხილვას.

ვფიქრობ, რომ უკვე სერიოზულად და მძიმედ დაავადებული ადამიანების მკურნალობაზე ამდენი სახსრების ხარჯვასთან შედარებით (რაც ნაკლებეფექტურია), გაცილებით უფრო მიზანშეწონილი იქნებოდა თანხების იქითკენ მიმართვა, რომ ეს დაავადებები ასე არ გართულებულიყო. იქნებ გააზრებულად წარმართული ძალისხმევა დაგეხმარებოდა ამ სიმპტომთა შემცირებასა და პრევენციაში. ეს უფრო საშუაო საქმედ მესახება.

ბოლო ათი წლის მანძილზე ჩატარებულმა მეცნიერულმა სამუშაოებმა ჩვენ იმდენი რამ გვასწავლა ტვინის შესახებ, რომ შესაძლებელი გახდა ახალი წამლების აღმოჩენა და წარმოება. ეს კვლევები აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს, მაგრამ პრევენციულ საშუალებებსაც მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს.

ეს მარტო ჩვენი დროის პრობლემა არ არის. როგორც წესი, ყოველთვის უფრო ძნელი იყო სახსრების გამონახვა პრევენციისკენ მიმართული კვლევა-ძიების დასაფინანსებლად. მაგრამ ბოლო ხანებში ამ მხრივაც იცვლება მდგომარეობა და დღეს პრევენციას მართლაც უფრო მეტ ყურადღებას უთმობენ, ვიდრე ოდესმე. 1994 წელს გამოცემულ დიდ, ავტორიტეტულ პუბლიკაციაში „ფსიქიკურ დაავადებათა რისკის შემცირება: პრევენციული ინტერვენციის კვლევის საზღვრები“, რომელიც ეროვნული მეცნიერებათა აკადემიის სამედიცინო ინსტიტუტის მონაწილეობით მომზადდა, მოცემულია მაქსიმალურად სრული ინფორმაცია ფსიქიკური დაავადებების პრევენციასთან დაკავშირებული მეცნიერული კვლევა-ძიების შესახებ. გამოცემა თვალნათლივ ადასტურებს ჩვენს წარმატებებს ამ დარგში, თუმცა იმაზეც გვიმახვილებს ყურადღებას, რომ კიდევ ძალიან ბევრი რამ არის დასაზუსტებელი, დასახვეწი და გასაკეთებელი.

1978 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საპრეზიდენტო კომისია პრევენციის პრობლემას სოციალურ-ეკონომიკურ ჭრილში განიხილადა. ჩვენი ინტერესის საგანს წარმოადგენდა იმის შესწავლა, თუ რაგვარად შემოქმედებდა მოუწყობელი ცხოვრება და ეკონომიკური სიდუხჭირე ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ჩვენ ვსაუბრობდით სიღარიბისა და შიმშილის ფაქტორზე, დიდი ქალაქების ღარიბთა უბნების კრიმინალურ გარემოცვაზე, ნარკოტიკებზე, მშობელთა გაყრის ან გარდაცვალების შედეგად დანგრეულ ოჯახებზე, ნარკომან ან ლოთ მშობლებთან ერთად ცხოვრებაზე, ოჯახებზე, სადაც განუწყვეტლივ ჩხუბობენ და სიყვარულის დეფიციტია, უმუშევრობაზე, მოუწყობელ სკოლებზე და ყველა სახის დისკრიმინაციაზე.

დღეს, როდესაც ამდენი რამ გავიგეთ ტვინის შესახებ, ფსიქიკური დაავადებების პრევენციისთვის მართლაც რომ არაჩვეულებრივი შესაძლებლობები გაჩნდა. ჩვენი თვალსაწიერიც უფრო გაფართოვდა და მხოლოდ გარემო პირობებზე აღარ ვამახვილებთ ყურადღებას. ჩვენს მიზანს დაავადებების წარმომშობი წმიდა ფიზიოლოგიური ფაქტორების შემცირება და პროფილაქტიკა შეადგენს.

უახლესმა გამოკვლევებმა ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დარგში შესაძლებლობა მოგვცა, შეგვემცირებინა მათი უაღრესად უარყოფითი ზეგავლენა ადამიანის ცხოვრებასა და მოქმედებაზე. თუ დღეს რომელიმე დაავადების ბოლომდე განკურნება არ შეგვიძლია, ის მაინც შეიძლება, რომ მისი პროგრესირება შევანეროთ და ნაკლებად დესტრუქციული გაეხადოს. მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები საგრძნობლად არის შესუსტებული და უამრავ ადამიანს, რომელსაც ძველ დროში ოთხ კედელში გამოკეტულს უნდა ეცხოვრა, დღეს უფრო თავისუფალი და ნაყოფიერი არსებობა

შეუძლია. ეჭვგარეშეა, რომ ამ დაავადებებზე განხორციელებული ეფექტური კონტროლი ბევრი უსიამოვნო შედეგისგან, თუნდაც შესაძლო თვითმკვლელობისგან იცავს ადამიანს.

დაავადების კვლევის საბოლოო მიზანს ისეთი ინფორმაციის მიღება წარმოადგენს, რომელიც საშუალებას მოგვცემს, თავიდან ავიცილოთ ეს დაავადება<sup>7</sup>. მეცნიერები, მაგალითად, სწავლობენ ბავშვობისდროინდელი სტრესების ზემოქმედებას ზრდასრული პრიმატების ქცევასა და ცხოვრების წესზე (პრიმატები ადამიანთან ყველაზე ახლოს მდგომი მაიმუნებია). მეცნიერები ცდილობენ დაახუსტონ, არსებობს თუ არა რაიმე უშუალო კავშირი სტრესსა და სეროტონინის დაბალ დონეს შორის; მათ ალკოჰოლიზმთან, დეპრესიასთან, აგრესიასა და თვითმკვლელობასთან ამ პროცესების მიმართებაც აინტერესებთ<sup>8</sup>.

ადამიანებზე დაკვირვების შედეგად მეცნიერები სულ უფრო მეტ ახალ ინფორმაციას იღებენ იმის შესახებ, თუ რა ტიპის ურთიერთკავშირები არსებობს სასკოლო ასაკში<sup>9</sup> აკადემიურ მოსწრებასა და ქცევის აშლილობის ან დეპრესიის განვითარებას შორის.

სხვა მეცნიერები სწავლობენ ნეიროგადამცემთა ფორმირების ეტაპებს და მეტად სინტერესო დასკვნებამდე მიდიან იმის შესახებ, რომ სხვადასხვა ნეიროგადამცემები ასაკობრივი გან-

---

<sup>7</sup> *National Advisory Mental Health Council, National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders, DHHS publication no. (ADM) 90-1683, U.S. Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1990, p. 22.*

<sup>8</sup> *Azar, Betli, "Environment Is Key to Serotonin Levels," American Psychological Association Monitor, April 1997.*

<sup>9</sup> *Reiss, David, The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda, a report from the National Institute of Mental Health, 1994, quoted in "MH Coalition Highlights Value of Prevention, Research, Training", Psychiatric News, January 7, 1994, p. 10.*

ვითარების სხვადასხვა ეტაპზე ამთავრებენ საბოლოო ფორმირებას. ასე მაგალითად, სეროტონინის სისტემა უკვე აღრეულ ასაკში სრულიად არის ჩამოყალიბებული, მაშინ როდესაც დოფამინი (რომლის უტყუარი სეგავლენა შიზოფრენიის მიმდინარეობაზე უკვე დადასტურებული ფაქტია) საბოლოოდ მხოლოდ გარდატეხის ასაკის შემდეგ ასრულებს ფორმირებას. ეს დაკვირვება იოლად ხსნის იმ გარემოებას, რომ შიზოფრენია, როგორც წესი, გარდამავალ ასაკში უმქდაუნდებიათ ადამიანებს<sup>20</sup>.

მომავალში, ფსიქიკური დაავადებების პრევენციისთვის, ალბათ განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა იმუნოზაციის პრობლემებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის ნეიროფსიქიატრიული განყოფილების უფროსის რინარდ ჯედ უათის სიტყვების თანახმად, ათეულობით კვლევა გვაფიქრებინებს, რომ შიზოფრენიის წარმოშობაში მაპროვოცირებელი ფაქტორი შესაძლოა გახდეს ორსულობის პერიოდში დედის დაავადება გრიპით. ამ თვალსაზრისით გრიპი განსაკუთრებით საშიშია ორსულობის პერიოდის ბოლო სამი თვის მანძილზე: „თუ ჩვენი დაკვირვება სწორია, მაშინ დედის სათანადო დაცვა გრიპოსული ინფექციისგან შესაძლოა შიზოფრენიის პრევენციის ერთ-ერთი ეფექტური საშუალება გახდეს“<sup>21</sup>, განმარტავს დოქტორი ჯედ უათი. ღირსშესანიშნავი მოვლენა გახლდათ ქალბატონ სვედოს აღმოჩენა ბავშვებში ყელის სტრეპტოკოკული ინფექციის ზემოქმედების შესახებ აკვიატებული აზრებისა მოქმედებების პროვოცირებაზე.

პრევენციული ინტერვენციის სპექტრი შემდეგ სფეროებს მოიცავს:

---

<sup>20</sup> National Advisory Mental Health Council, p. 10.

<sup>21</sup> Wyatt and Henter, p. 3.



- ⊖ *საყოველთაო* – ეს ზომები მისაღები და სასარგებლოა ადამიანების განუსაზღვრელი რაოდენობისთვის და, ცხადია, ადამიანთა ისეთ სპეციფიკურ ჯგუფებსაც მოიცავს, როგორიც არის ორსული ქალები, მოხუცები, ბავშვები. ჩვეულებრივ, ამ სახის პრევენციულ ზომებს სპეციალური სამედიცინო კონსულტაცია არ ესაჭიროება და გულისხმობს ჯანსაღ კვებას, მოვლის კარგ პირობებს პრენატალურ პერიოდში, ფიზიკურ ვარჯიშს, დადებით ემოციებს, ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის საწინააღმდეგო პროგრამებს.
- ⊖ *შერჩევითი* – ეს ზომები მოიცავს მოსახლეობის იმ სპეციფიკური ქვეჯგუფების წარმომადგენლებს, ვისაც მაღალი რისკის ფაქტორი შეიძლება ჰქონდეს. ეს ქვეჯგუფები შეიძლება სქესის, ასაკის, პროფესიის, ოჯახის ისტორიის, სასოციალური მდგომარეობის მიხედვით იყოს დაყოფილი. ამგვარ ქვეჯგუფს შესაძლოა ორსული მოსარდები და მათი მომავალი შეილებიც შეადგენდნენ.
- ⊖ *განსაზღვრული* – ეს ზომები მიმართულია იმ ადამიანთა დასაცავად, რომელთაც ჯერ არ გამოუმუდავებიათ დაავადების სიმპტომები, მაგრამ მათი ცხოვრების წესი, სოციალური პირობები, გარკვეული გადახრები იძლევა საფუძველს მომავალში ფსიქიკური დაავადების განვითარების ეჭვებისთვის. აქ შედის საყმაწვილო პროგრამები იმ ბავშვებისთვის, რომელთაც პრობლემები აღენიშნებათ სწავლასთან დაკავშირებით, დარღვეული აქვთ ქცევის ნორმები, გაუცხოებულნი არიან მშობლებისაგან.

1994 წელს კონგრესის დაკვეთით სამედიცინო ინსტიტუტმა ჩაატარა გამოკვლევები ფსიქიკური დაავადებების პრევენციის დარგში. ინსტიტუტმა შეისწავლა მთელი არსებული სამეცნიერო ლიტერატურა, დაურთო მას კომენტარები და თავის რეკომენდაციებთან ერთად წარუდგინა კონგრესს, როგორც 21-ე საუკუნეში განსახორციელებელი სამოქმედო პროგრამა. სამედიცინო ინსტიტუტის დასკვნების თანახმად, ფსიქიკურ დაავადებათა სრულფასოვანი პრევენცია გულისხმობს მეცნიერების ისეთი დარგების განვითარებისთვის ხელშეწყობას, როგორიც არის ნიურომეცნიერება, გენეტიკა, ეპიდემიოლოგია და ბავშვის განვითარება.

კომისია მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ რეალურად ძალიან მცირე შანსი არსებობს იმისთვის, რომ მოხერხდეს რომელიმე ცალკეული დაავადების პრევენცია. თუმცა, მათ დასძინეს, რომ „დღეს უკვე არსებობს შესაძლებლობა ფსიქიკური დაავადების ნებისმიერი რისკის ფაქტორის სრულიად ნათლად და ცალსახად განსაზღვრისთვის“.

რისკის ფაქტორი გახლავთ მახასიათებელი ან რეალური საფრთხე იმისა, რომ მისი არსებობის პირობებში მოსალოდნელია ფსიქიკური დაავადებების გამოვლინება. მაგალითად, სამსახურის დაკარგვა შეიძლება რისკის ფაქტორი გახდეს დეპრესიისა და ალკოჰოლიზმისთვის, მაგრამ უდიდესი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ ადამიანის ცხოვრების რომელ ეტაპზე იწინებს თავს ამგვარი რისკის ფაქტორი<sup>7</sup>. თავად განსაჯეთ,

*Mrazek, Patricia J., and Robert J. Haggerty, Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. (Washington, D.C.: National Academy Press, 1994), pp. vi-vii.*

<sup>7</sup> *National Institutes of Health, A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health: A Report to the National Advisory Mental Health Council, NIH publication no. 96-4093 (National Institutes of Health,*

შეიძლება თუ არა ერთნაირი განცდის საგანი გახდეს დედის გარდაცვალება მცირეწლოვანი ბავშვისა და შუახნის ადამიანისთვის? ცხადია, არა – ბავშვის ცხოვრება ალბათ არსებითად შეიცვლება დედის გარდაცვალების შემდეგ. ასევეა ალბათ სამსახურის დაკარგვაც – მოზარდი, რასაკვირველია, ნაკლებად იღარდებს, თუ საზაფხულო დროებითი სამსახურიდან დაითხოვენ, 57 წლის მამაკაცისთვის კი სამუშაოს დაკარგვა შეიძლება ნამდვილ კატასტროფად იქცეს, მით უმეტეს, თუ თავის საქმეს მრავალი წლის მანძილზე ერთგულად ემსახურებოდა.

როგორც სამედიცინო ინსტიტუტის მოხსენებაშია ხაზგასმული, მეცნიერებს იდენტიფიცირებულს აქვთ ის მთავარი ფაქტორები, რომლებიც ფსიქიკური დაავადების დიდი ნაწილისთვის და მათთან მომიჯნავე პრობლემებისთვის რეალურ საფრთხეს წარმოადგენენ. ეს არის ალკოჰოლიზმი, ნარკოტიკები და ძალადობა. მაგრამ მათ ის ფაქტორებიც იდენტიფიცირებული აქვთ, რომელთაც ჩვენი დაცვა შეუძლიათ.

### რისკის უაქტორების შეცვლა

იმისთვის, რომ უკეთ გავიგოთ ის მექანიზმი, თუ როგორ ხდება რისკის ფაქტორებზე პოზიტიური 'ხემოქმედების განხორციელება, უნდა გავიხსენოთ მეთოდები, რომლითაც სხვა დაავადებათა რისკის ფაქტორებზე ვახდენთ 'ხემოქმედებას. თუნდაც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები ავიღოთ საილუსტრაციოდ. ყველამ იცის, რომ გულის დაავადებათა თავიდან ასაცილებლად უნდა მოვერიდოთ ცხიმსა და ქოლესტერინს, რაც შეიძლება მეტი ბოსტნეული და ხილი ნავრთოთ რაციონში, მიუიშოროთ ჭარბი წონა, ვივარჯიშოთ, სუფთა ჰაერზე

ვისუიროთ და გადაეწვიოთ მოწევას. თუ მიხედავთ გამო ამ მოთხოვნების დაცვა არ გამოგედის, იმ პრეპარატების მიღებას გვირწყვენ, რომლებიც სისხლში ქოლესტერინის შემცველობას არეგულირებენ. გენეტიკური მიდრეკილებაც რომ გექონდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მიმართ, სწორი რაციონისა და სწორი რეჟიმის პირობებში, დაავადების გართულების თავიდან აცილება საესებით რეალურია.

საქმე ის გახლავთ, რომ სომატური დაავადებების წინააღმდეგ მიმართული პრევენციული ღონისძიებების დადგენა მრავალწლიანი მასშტაბური კვლევების შედეგად მოხერხდა, რასაც ვერ ვიტყვით ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებით.

ჯერჯერობით, მიუხედავად იმისა, რომ პირველი წარმატებული ნაბიჯები უკვე გადადგმულია, ფსიქიკური დაავადების პრევენცია მედიცინის სრულიად ახალი სფეროა. ამიტომ, უპირველეს ყოვლისა, ჩვენ თვითონ უნდა გავაცნობიეროთ ის ინფორმაცია, რომელიც დაგვეხმარება როგორც რისკის ფაქტორების, ასევე მათგან დამცავი მექანიზმის განსაზღვრაში. შემდგომ კი ეს ცოდნა მიზანმიმართულად უნდა გამოვიყენოთ.

## რა არის რისკის ფაქტორები?

წიგნის მეორე ნაწილში ჩვენ ვისაუბრებთ ტვინის „პლასტიკურობის“ შესახებ. ეს გახლავთ ტვინის არანეკულებრივი უნარი, გამოეხმაუროს დადებით ან უარყოფით ინფორმაციას. მეცადინეობა, გამოცდილება, ფართო თვალსაწიერი, ალკოჰოლი, პრენატალური „შემთხვევები“ – ყველაფერი ეს შემოქმედებს ადამიანის ტვინის ცირკულაციასზე და იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებს მის ავტორეგულაციაში. ნერვული უჯრედები შეიძლება გამრავლდეს, ახალი ურთიერთკავშირები წარმოქმნას, ან შეიკუმშოს და დაპატარავდეს, იქიდან გამომდინარე, თუ როგორ „ავარჯიშებს“ ადამიანი ტვინს. მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ

საუბრის ტონიც კი მოქმედებს ბავშვის ტვინის ცირკულაციაზე. ცოტა ხნის წინ, მე უნახე ვიდეოფილმი, რომელსაც გამოსახულია რამდენიმე ჩვილი ბავშვის ტვინის სურათები. გასაოცარია, მაგრამ ეს სურათები სხვადასხვაგვარად გამოიყურება იმისდა მიხედვით, დედები უყვირიან მათ, როცა თავს აბესრებენ თავისი მოუსვენრობით, თუ მშვიდად, სიყვარულით და მოთმინებით ესაუბრებიან. ეს ძალიან თვალსაჩინო მაგალითია იმისა, თუ როგორ აისახება ადამიანის ფსიქიკაზე გარემოსა და აღზრდის თავისებურებები.

ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემების მიხედვით, „ფსიქიკური დაავადებების რისკის ფაქტორები უკვე ჩაბუდებულია ადამიანის ტვინში, მისი ოჯახის ისტორიაში, სოციალურ ურთიერთობებში, გარემომცველ პირობებში. ისინი შეიძლება იყოს ბიოლოგიური და ფსიქო-სოციალური წარმოშობის“.

### *ბიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნება:*

გენეტიკა – მემკვიდრეობითი მიდრეკილება ფსიქიკური დაავადების მიმართ;

პრენატალური ტრავმები – გრიპოზული ინფექცია, არასრულფასოვანი კვება, ნაყოფისა და დედის რეზუს-ფაქტორების შეუთავსებლობა;

არანორმალურად პატარა წონა დაბადებისას;

ბიოლოგიური ტრავმები – ფიზიკური ტრავმები, არასრულფასოვანი კვება, შხამ-ქიმიკატებისგან დაუცველობა, ალკოჰოლი და ნარკოტიკები;

- ქრონიკული სომატური დაავადებები – ლეიკემია, დიაბეტი, ასთმა, ეპილეფსია, შიდსი, სიბრმავე, სიყრუე და სხვა“.

---

<sup>5</sup> *Mrazek and Haggerty, p. 12.*

<sup>6</sup> *National Advisory Mental Health Council, pp. 10-15.*

მაგრამ, ნვენ ვიცით, რომ ბიოლოგიურ რისკის ფაქტორებთან ერთად ფსიქოლოგიური რისკის ფაქტორებიც არსებობს. ასე რომ არ იყოს, ფსიქიკური დაავადება ორივე იდენტურ ტყუპს 100%-ის ალბათობით განუვითარდებოდა და არა 50%-ის ალბათობით, როგორც ეს რეალურად ხდება<sup>7</sup>.

### *ფსიქო-სოციალური ფაქტორები შემდეგია:*

უეურადღებობა ორსულობის პირობების მიმართ, როცა ცუდი კვება და ცხოვრების არაჯანსაღი წესი შეიძლება ბავშვის სუდმიტად მცირე წონის მიზეზი გახდეს;

- უკიდურეს სიღატაკში ცხოვრება, როცა ადამიანი არ არის დაცული ნებისმიერი სახის მოსალოდნელი სტრესებისგან, როგორც ბავშვობის პერიოდში, ასევე ასაკობრივი ფორმირების შემდეგ. აქ შედის ჯანმრთელობის დაცვის ცუდი პირობები, უხარისხო კვება, შიმშილი, მშობლების უეურადღებობა, არაჯანსაღი ოჯახური ურთიერთობები; ძალიან ახალგაზრდა ან ჩამოუყალიბებელი დედობა, როცა მშობელს ჯერ კიდევ არ აქვს გაცნობიერებული თავისი ვალდებულებები შვილის მიმართ; გონებრივი განვითარების დაბალი დონე და ათვისების სუსტი უნარი; პერმანენტული სოციალური უსიამოვნებები, დაბალი საზოგადოებრივი სტატუსი, არაორგანიზებული და დაბალი დონის სასკოლო განათლება, ძალადობა, ოჯახისა და საკუთარი კუთხის გარეშე ცხოვრება;

---

<sup>7</sup> Kandler, Kenneth S., and Scott R. Diehl, "The Genetics of Schizophrenia: A Current Genetic-Epidemiologic Perspective," in *Special Report: Schizophrenia 1993* (National Institute of Mental Health, 1993).

ისეთი ტრავმული შემთხვევები, როგორც არის: გაუპატიურება ან გაუპატიურების მცდელობა, ყანადობა, ძალადობა ოჯახის მხრიდან, კატასტროფები, სტიქიური უბედურებები, ხაომარი მღგომარეობა (ყველა ეს ფაქტორი იწვევს პოსტ-ტრავმულ სტრესულ აშლილობას, რომლის შედეგად პაციენტს აღენიშნება შიშის აფექტი, კოშმარები, დეპრესია); ბავშვობისდროინდელი შეურაცხყოფა, უმეთვალყურეობა, გარიყელობა, რაც პირდაპირ არის დაკავშირებული დეპრესიასთან, ართულებს აღამიანებთან ურთიერთობას და 'ზრდასრულ ასაკში ხშირად იწვევს მიდრეკილებას ძალადობის მიმართ;

გაშვილება ან ისეთი პირობები, როცა აუცილებელი ხდება ხელმეორე გაშვილება. ამგვარი მღგომარეობა იწვევს ბავშვის უკონტაქტობას, რაც, ფსიქოლოგთა აზრით, გამოწვეულია ჩვილობაში ზრუნვის დეფიციტით".

დაძაბული ოჯახური ურთიერთობები. აქ შედის სერიოზული და პერმანენტული უსიამოვნებები მშობლებს შორის, მშობლების მონაწილეობა კრიმინალურ საქმიანობაში, ოჯახური ძალადობა, შიშის ქვეშ ცხოვრება (იწვევს იმპულსურ, დაუფიქრებელ, ძალადობისკენ მიდრეკილ, უნდო და არაკეთილგანწყობილ მოქმედებას ბავშვის მხრიდან);

მშობელთა ფსიქიკური დაავადებები, რომელიც ოჯახური ურთიერთობების ნგრევასა და გართულებებს იწვევს. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ დეპრესიული დედების ბავშვებს სტრესული პორმონების სიჭარბე და დეპრესიის ისეთი ნიშნები აღენიშნებათ, როგორც არის უმადობა და უძილობა"

---

*DeAngelis, Tori. "When Children Don't Bond with Parents," APA Monitor, June 1997.*

→ *"Psychologists Strive to Offset Effects of Maternal Depression on Young Children," APA Monitor, June 1997.*

მიუხედავად იმისა, რომ ბიოლოგიური ფაქტორები შედარებით მდგრად ხასიათს ატარებს, ფსიქოლოგიური ხასიათის რისკის ფაქტორებმა შეიძლება უფრო დამანგრეველი ზეგავლენა იქონიოს ადამიანის ფსიქიკაზე. მაგრამ მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ყოველთვის არ არის აუცილებელი, რისკის ფაქტორს დაავადება მოჰყვებოდეს შედეგად. რისკის ფაქტორი სულაც არ არის ფსიქიკური დაავადების განვითარების გარანტი. ეს სამედიცინო ინსტიტუტის მიერ შემუშავებულ დასკვნათა შორის ერთ-ერთი ყველაზე იმედისმომცემი და ოპტიმისტური პოსტულატია – რისკი ნამდვილად არ ნიშნავს გარდაუვალობას<sup>2</sup>

მაგრამ, მიუხედავად ყველაფრისა, როცა ადამიანი ექცევა რომელიმე რისკის ფაქტორის ზეგავლენის ქვეშ, აისრისმკლებული არ უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად სიტუაციის კორექციის მცდელობა ან უსაფრთხოების სომების დაცვა. ასე მაგალითად:

- ორსულმა ქალებმა აუცილებლად რეგულარულად უნდა მიმართონ ექიმს როგორც მშობიარობამდე, ასევე მშობიარობის შემდეგ.
- მშობლებმა ყველა დონე უნდა იხმარონ, რათა მათმა მონარდმა შეიღებმა ადრეულ ასაკში არ დაიწიონ აქტიური სექსუალური ცხოვრება, ან, უკიდურეს შემთხვევაში, თავი დაიცვან არასასურველი ორსულობისგან.
- ახალგაზრდა დედებისა და მათი პატარა შეიღებისთვის უსრუნველყოფილი უნდა იყოს მაქსიმალური ემოციური მხარდაჭერა.

---

*Beardslee, William, "Mental Disorders: Time to Consider Prevention" (Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." the Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, Atlanta, Ga., November 2-3, 1994).*



- მოშობლებმა, რომელთაც აეჭვებთ შვილის ათვისების უნარი, უნდა იზრუნონ ადრეულ დიაგნოსტიკაზე და ბავშვზე რეგულარული ფსიქიატრიული მეთვალყურეობის დაწესებაზე. ათვისების დაბალი უნარი, როცა ის ამგვარი მეთვალყურეობის გარეშე რჩება, ზრდასრულ ასაკში იწვევს თავდაუზღერებლობას, დეპრესიას და ეჭვიანობას.
- ნებისმიერი სერიოზული ტრავმის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ფსიქიატრს ან ფსიქოლოგს. როცა მკურნალობა დაგვიანებული არ არის, პოსტტრავმული აშლილობა სწრაფად და იოლად იკურნება.
- როცა ცნობილი ხდება ბავშვზე მომხდარი ძალადობის შესახებ, აუცილებელია ექიმის მეთვალყურეობა.
- იმ ადამიანებმა, რომელთაც სპეციფიკური ოჯახური ისტორია აქვთ, ანუ გენეტიკურად მიდრეკილნი არიან ფსიქიკური დაავადებებისადმი, პირველივე სახიფათო ნიშნებისთანავე უნდა მიმართონ ფსიქიატრს, რათა დაავადება არ გართულდეს და მძიმე სიმპტომებში არ გადაიზარდოს. ფსიქიკურ დაავადებებში ადრეული ჩარევა მათი წარმატებული მკურნალობის საწინდარია.
- მიდრეკილება ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მიმართ შეიძლება იმის სიგნალი იყოს, რომ ადამიანს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს.

### დამცნვი ფაქტორები

მაშინაც კი, როცა რისკის ფაქტორის თავიდან აცილება ვერ ხერხდება, შესაძლებელია გარკვეული დამცავი ფაქტორების გააქტიურება. ეს ძალიან კარგი ახალი ამბავია, რადგან დაავადების შანსების შემცირებას უწყობს ხელს ნეენთვის

მნიშვნელოვანია ჩვენი ოჯახის ყსიქიკური პრობლემების ისევე კარგად ცოდნა და გაკონტროლება, როგორც ეს სომატური დაავადებების დროს ხდება ხოლმე, როგორც რისკის, ასევე ღამცავი ფაქტორებისთვის არსებობს კრიტიკული პერიოდები, განსაკუთრებით კი ბავშვების შემთხვევაში.

1996 წლის თებერვალში კარტერის ცენტრში შეეკრიბეთ სამომავლო გეგმების განსახილველად. მსჯელობის საგანი იყო კონკრეტული სტრატეგიისა და ტაქტიკის შემუშავება ბავშვებისთვის უკეთესი ცხოვრების უზრუნველყოფის მიზნით. ჩვენ რამდენიმე საკითხთან დაკავშირებით სრულ თანხმობას მივალწით და გვწამს, რომ ჩვენს მიერ პრიორიტეტულად განსაზღვრული პირობების განხორციელება ნამდვილად უზრუნველყოფს უკეთეს მომავალს ნებისმიერი ბავშვისთვის:

❖ ეკონომიკური და ფიზიკური უსაფრთხოება, როგორც შინ ასევე მთელ მიკროსოციალურ გარემოში;

ეკოლოგიური და სასოგადოებრივი უსაფრთხოება;

სტაბილური აღმზრდელობითი გარემო სახლში;

პირადი მაგალითის აღმზრდელობითი მნიშვნელობა უფროსების მხრიდან;

თანატოლთა მისაბაძი საქციელი;

ბუნებრივი და პარმონიული განვითარების შესაძლებლობა, წარმატების მიღწევის პერსპექტივა;

სრულფასოვანი სამედიცინო მეთვალყურეობა;

ნორმალურად მოწყობილი სკოლა და სწავლის კარგი პირობები;

პრობლემის წარმოქმნის შემთხვევაში, კვალიფიციური დახმარების მიღების ხელმისაწვდომობა<sup>7</sup>.

---

*conjunction with the Florida Mental Health Institute of the University of South Florida and the Center for the Study of Social Policy.*

<sup>7</sup> *The Carter Center, "The Case for Kids: Community Strategies for Children and Families: Promoting Positive Outcomes" (Symposium, Atlanta, Ga., February 14-16, 1996), pp. 23-24.*

ხემოთ თქმული იმას სრულიად არ ნიშნავს, რომ ბავშვებისთვის ამგვარი პირობების შექმნა მთლიანად გამორიცხავს ფსიქიკური დაავადების წარმოშობის ფაქტორს. ცხადია, არა. მაგრამ, ძლიერი დამცავი მექანიზმი ამ დაავადებების განვითარების შანსს ამცირებს, ხოლო განვითარების შემთხვევაში მის მკურნალობას გაცილებით აიოლებს. რაც უფრო ძლიერია დამცავი ფაქტორი, მით უფრო ნაკლებია რისკის საშიშროება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ბავშვებს ნორმალური განვითარებისთვის მხოლოდ ძალადობის, დამცირებისა და სიღატაკის აღკვეთა კი არ სჭირდებათ, არამედ მოსიყვარულე და მსრუნველი გარემოც, რომელიც ყველაზე ძლიერი დამცავი საშუალებაა ნებისმიერი უბედურების წინაშე.

### რატომ შევანერეთ ყურადღება ბავშვებს?

როცა ფსიქიკური დაავადებების პრევენციაზე ვსაუბრობთ, უფრო ხშირად ბავშვები გვჩვენებს მხედველობაში. ამას, ცხადია, ლოგიკური დასაბუთება აქვს. გაცილებით უფრო ეფექტურია ადრეული ჩარევა, ვიდრე ძალადობის, სიღატაკის, დამცირების შეგავლენით წარმოქმნილი შორსწასული შედეგების გამოსწორება და გაკონტროლება<sup>7</sup>

ადრეული ინტერვენცია შესაძლებლობას იძლევა, საგრძნობლად შემცირდეს მოგვიანო სტრესების დარტყმის ძალა<sup>8</sup>. ადამიანის ცხოვრების პირველი წლები მეტად მნიშვნელოვანია ამ თვალსაზრისით:

---

<sup>7</sup> *National Institutes of Health, p. 7.*

*Personal communication from Nelba Chavez, administrator of Substance Abuse and Mental Health Services Administration, April 17, 1995. Also, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "School-Based/School Linked Activities".*

ტვინის განვითარების პროცესი ერთ წლამდე მეტად სწრაფად და ინტენსიურად მიმდინარეობს. მიუხედავად იმისა, რომ ტვინის უჯრედები უკვე დაბადებამდე ყალიბდება, ტვინი შემდგომ განვითარებას მომდევნო წლებშიც აგრძელებს.

ბავშვის ტვინი გაცილებით უფრო მგრძობიარეა ნებისმიერი გარე სეგაველენის მიმართ, ვიდრე სრდასრული ადამიანის ტვინი. უხარისხო კვებამ ან სხვა სახის ტრავმებმა, როგორც არის, მაგალითად, შხამ-ქიმიკატების მანე სეგაველენა დაბადებამდე და ცხოვრების პირველი რამდენიმე თვის განმავლობაში, მოგვიანებით შეიძლება ნევროლოგიური ან ფსიქიკური აშლილობები გამოიწვიოს.

არაჯანსაღი ეკოლოგიური გარემოც შემოქმედებს ტვინის გარკვეულ უჯრედებზე და მათ ურთიერთმიმართებაზე სხვა უჯრედებთან.

ადრეულ ასაკში ცხოვრების კონკრეტულმა პირობებმა ბავშვის მთელ მომდევნო ცხოვრებაზე შეიძლება იქონიოს გავლენა. იმ ბავშვებს, რომელთაც უსრუნველყოფილი ჰქონდათ ნორმალური კვება, მათი ასაკისთვის შესაფერისი სათამაშოები, აღერსიანი და თბილი გარემოცვა, გაცილებით უკეთესი მანევენებელი აქვთ ტვინის ფუნქციონირების მხრივ 12 წლის ასაკში, ვიდრე იმ ბავშვებს, რომლებიც მოკლებულნი იყვნენ განვითარების ნორმალურ პირობებს.

ადრეულმა სტრესმა შეიძლება მუდმივი შემოქმედება იქონიოს ტვინის შემდგომ ფუნქციონირებაზე, მეხსიერებაზე, სწავლაზე. ბავშვებს, რომელთაც ძლიერი სტრესი აქვთ გადატანილი ადრეულ ასაკში, ფსიქიკური დაავადებების განვითარების ძალიან სერიოზული საფრთხე ემუქრებათ<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> *Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children, Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children (New York: Carnegie Corporation of New York, 1994), cited in Young, Mary Eming, Early Child*

დროული ინტერვენცია ბავშვების შემთხვევაში ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან მეცნიერული კვლევები გვჩვენებს, რომ იმ ადამიანთა დაახლოებით ნახევარს, ვისაც ერთხელ უკვე ჰქონია დეპრესიული ეპიზოდი, აუცილებლად უმეორდება შეტევა<sup>11</sup>. ამიტომ, რაც უფრო სწრაფად აღიკვეთება პირველი ეპიზოდის შედეგები, მით უფრო დაცულად იგრძნობს თავს ადამიანი დაავადებისგან.

ბავშვებს მოუვლაც სჭირდებათ და დაცვა(ც. როგორც მშობელს, თქვენ გაქვთ შესაძლებლობა ინტერვენცია განახორციელოთ. თქვენი ნარევა ანუ ხელის შეშლა რისკის ფაქტორის წარმოქმნისთვის ბავშვისთვის სიყვარულით სავსე და თბილი გარემოცვის შექმნით უნდა დაიწყოს. მნიშვნელოვანია ურთიერთპატივისცემა შეიღებსა და მშობლებს შორის; ნდობის იმგვარი ატმოსფეროს შექმნა, როცა ბავშვებს არ უჭირთ მშობლებისთვის თავიანთი პრობლემების გაზიარება; ფხიზელი მეთვალყურეობა, რათა ბავშვებს არ განუვითარდეთ მიდრეკილება ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მიმართ და სხვა.

საერთოდ, გარდამავალი პერიოდი კრიტიკულ ეტაპად ითვლება. როგორც წესი, სწორედ ამ დროს ვლინდება ფსიქიკური დაავადების პირველი ნიშნები. ამიტომ, თქვენ განსაკუთრებული ყურადღება გმართებთ თქვენი შეილის ჩვევებსა თუ საქციელში ნებისმიერი ცვლილების მიმართ. აი რამდენიმე საგანგაშო ნიშანი, რომელიც დაავადების სიმპტომების ადრეულ ამოცნობაში დაგეხმარებათ:

სირთულეები სასოგადოებრივი ფუნქციების შესრულების პროცესში, მოულოდნელი ცვლილებები თანატოლებთან ურთიერთობაში;

---

*Development: Investing in the Future (Washington, D.C.: The World Bank, 1996), p. 5.*

<sup>11</sup> *Mrazek and Haggerty, p. 87.*

ინტერესის ნაკლებობა ოჯახური პრობლემების მიმართ;  
დაბალი აკადემიური მოსწრება, გაკვეთილების გაცდენისა  
და საყვარელი საგნების მიმართ ინტერესის დაკარგვის  
ნათვლით;

მუდმივი უზუნებობა, უკმაყოფილება, მოუსვენრობა, აგრესი-  
ულობა, ინტერესის დაკარგვა საკუთარი გარეგნობისადმი;  
'სელმეტი მგრძნობელობა საკვების მიმართ;

(კვლილებები კვებისა და ძილის რეჟიმში;

გაზვიადებული რეაქცია უსიამოვნებებსა და 'შენიშვნებზე';  
აფორიაქებული მდგომარეობა;

მიდრეკილება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ;

მიდრეკილება იარაღის, ძალადობის, ქურდობის მიმართ.

ჩვენ გვესმის, რომ ბევრი ეს ნიშანი ბუნებრივად ახასია-  
თებს გარდამავალ ასაკს, როცა ბავშვი გამოადის მშობლების  
კონტროლიდან და ცდილობს მეტი დამოუკიდებლობა მოი-  
პოვოს. როგორ გავერკვეთ, ეს ნორმალური პროცესია თუ  
ფსიქიკური დაავადების პირველი სიმპტომები? აქ მხოლოდ  
გრძნობით და ინსტინქტებით არ უნდა ვიხელმძღვანელოთ. თუ  
გრძნობთ, რომ ბავშვი კალაპოტიდან არის ამოვარდნილი და  
მისი საქციელი დღითიდღე უარესდება, დაუყოვნებლივ უნდა  
მიმართოთ ექიმს. უმჯობესია აღმოჩნდეს, რომ ზედმეტი ეჭვი-  
ანობის გამო გააზვიადეთ პრობლემა და ტყუილად მიმართეთ  
ექიმს, ვიდრე რამე გამოგეპაროთ და გამოუსწორებელ შედეგ-  
ბამდე მიხვიდეთ.

## ადრეული ინტერვენციები საზოგადოების მხრიდან

ადრეული ინტერვენციების წარმატება მრავალწილად ჩვენს სა-  
ზოგადოებაზეც არის დამოკიდებული. რეალურ პროგრესს მა-  
შინ მივაღწევთ, როცა შევძლებთ პოლიტიკური ნებისა და სა-

სოციალური ძალისხმევის მიზნების მიხედვით, სასოციალური მოდელი აკეთებს პროგრამების განხორციელებისთვის, რომლებიც ბავშვებისთვის უკეთეს მომავალს უზრუნველყოფენ.

1994 წლის ნოემბერში, მეათე ყოველწლიურ სიმპოზიუმზე, კარტერის ცენტრში მოვიწვიეთ განათლების, ბიზნესის, ჯანმრთელობის სისტემის, აგრეთვე ახალგაზრდულ პრობლემატიკაში წართულ ავტორიტეტულ სპეციალისტთა ფართო სპექტრი, რათა ერთად გვემსჯელა იმ ბავშვებისა და ოჯახების შესახებ, რომელთაც რისკის ფაქტორის პირისპირ უწევთ ცხოვრება. ჩვენ იმის შესახებ ვსაუბრობდით, თუ რა შედეგებოდა გაკეთებულიყო ჩვენს ადგილობრივ სასოციალურებში იმისთვის, რომ მაქსიმალურად გაგვეუმჯობესოთ ის შედეგები, რომელსაც ძალადობა, სიღარიბე, სისასტიკე იწვევს ბავშვის ფსიქიკაში.

დოქტორმა უილიამ ბირდსლიმ, რომელიც სამედიცინო ინსტიტუტის საბჭოს წევრი გახლდათ, ასე მოგვმართა: „ჩვენ არ უნდა დაველოდოთ იმას, რომ ბავშვი ავიდ გახდეს, ეს უაზრობაა. ყველაფერი უნდა ვიღონოთ იმისთვის, რომ ეს არ მოხდეს“. ამ ბოლო დროს, მსოფლიო ბანკიც უჭერს მხარს საპრევენციო პროგრამებს. საერთაშორისო ორგანიზაციებიც დაინტერესდნენ ისეთი პროგრამებით, რომლებიც ბავშვებისთვის ნორმალური განვითარების პირობებს უზრუნველყოფენ. ასეთია ჯანსაღი გარემო პირობები, სწორი კვება, ტანსაცმელი, ინტელექტუალური სტიმულირება და სხვა. 30-წლიანმა სამეცნიერო კვლევა-ძიებამ გვიჩვენა, რომ ამგვარ პროგრამებს მართლაც შეუძლიათ გააჯანსაღონ საერთო მდგომარეობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის პროგრამები, რომლებიც ბავშვების ათვისების უნარს აუმაღლებსებენ. ამგვარი მხარდამჭერი თუ მოსამზადებელი პროგრამები დაწყებითი და საშუალო სკოლებისთვის ბავშვთა ინტელექტუალური შესაძლებლობების ზრდას უწყობს ხელს და იმის წინაპირობას

---

<sup>7</sup> *Beardslee, p. 13.*

ქმნის, რომ მომავალში ისინი უნარიან, მცოდნე ადამიანებად წამოყალიბდებიან და ნაკლებ პრობლემებს შეუქმნიან როგორც სასოგადოებას, ასევე ბიუჯეტს.

სასოგადოების მხრიდან ადრეული ინტერვენცია ნიშნავს:

- ორსული ქალის დიეტის გაუმჯობესებას და მის დაყოლოებას, რათა ორსულობის დროს თავი დაანებოს მოწვევას და სხვა მავნე ჩვევებს;  
დედების დახმარებას ბავშვის მოვლის ჩვევების დაუფლებაში და ბავშვის განვითარებისთვის მაქსიმალურად ხელშემწყობი პირობების შექმნას;  
მშობლების, განსაკუთრებით კი მათი, ვისაც მავნე მიდრეკილებები ჰქონია, განათლებას, დარიგებას და იმის სწავლებას, თუ როგორ იმუშაონ თავიანთ შვილებთან, რათა მათ შორის ჯანსაღი ურთიერთობა დამყარდეს;  
მშობლებისთვის იმ პროგრამების შემუშავებას, რომელიც მათ სამსახურს უზრუნველყოფს;  
მშობლებისთვის სასწავლო პროგრამების დამუშავებას იმის შესახებ, თუ როგორ დაეხმარონ ბავშვებს სწავლაში;  
ბავშვებში პრობლემების გადაჭრისა და გადაწყვეტილების მიღების ჩვევების გამომუშავებას.

სასოგადოების მხრიდან ადრეული ინტერვენცია იმასაც ნიშნავს, რომ ჩვენ ყველამ ერთად ვიმუშაოთ. ჩვენს კონფერენციაზე დოქტორმა ბირდსლიმ ხა'სი გაუსვა იმ გარემოებას, რომ: „ჩვენ ახალი გაერთიანებები უნდა შეექმნათ ოჯახებს, სკოლებს, სააგენტოებს, ჯგუფებს, საავადმყოფოებს, ცალკეულ პიროვნებებს და სასოგადობრივ ორგანიზაციებს შორის, რათა ერთად განვაითაროთ პრევენციული სტრატეგია. სასოგადოებამ თავად უნდა მიიღოს მონაწილეობა პრევენციის პროგრამის დაგეგმვასა და განხორციელებაში.



„აღამიანები არ უნდა ცხივრობდნენ იზოლაციაში. ჩვენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში დაეძლევთ პრობლემებს, თუ ყველანი ერთად ვიმუშაებთ“.

## პრობრამები, როგლებიც უკვე ხორციელდებიან

სიმპოზიუმზე ბევრი შემამყობებელი სტატისტიკური მონაცემი მოვისმინეთ ძალადობისა და სიღარიბის შესახებ, რაც ფსიქიკური დაავადებების ზრდის საფრთხესაც უქმნის ჩვენს საზოგადოებას. თუმცა მოვისმინეთ იმედიანი განცხადებებიც იმის თაობაზე, რომ დღეს ინტერვენციის სტრატეგია უფრო დახვეწილი და განვითარებულია. ადრეული ინტერვენცია კი ის ამოსავალი წერტილია, საიდანაც პრობლემათა გადაწყვეტა უნდა დაიწყოს.

სიმპოზიუმზე რამდენიმე სასიამოვნო ახალი ამბავიც შევიტყვეთ იმ წარმატებული პროექტების შესახებ, რომლებსაც ჩვენს საზოგადოებებში გაერთიანებული ენთუზიასტები ახორციელებენ. ეს პროგრამები მოწოდებულია, რისკის ფაქტორების მქონე ბავშვებს საკუთარი თავის პატივისცემა და თავდაჯერებულობა განუვითაროს; აგრეთვე, დაეხმაროს მათ მშობლებს, რათა მათ გამოიძეონ არსებული პრობლემების გადაჭრის სპეციფიკური ჩვენები და კომპეტენცია.

დოქტორმა ბირდსლიმ მოგვითხრო იმ პროგრამების შესახებ, რომლებიც სამედიცინო ინსტიტუტმა შეისწავლა კონგრესის მოხსენების მომსაღების პროცესში. ერთ-ერთი მათგანი ბალტიმორში განხორციელდა და მისი ხელმძღვანელია დოქტორი შეფ ქელამი. დოქტორმა ქელამმა შემოიღო სპეციალური აღმზრდელობითი სესიები. მეცადინეობის ეს ფორმა გულისხმობს გაკვეთილების დამთავრების შემდეგ იმ ბავშვებთან მუშაობას, რომელთაც სირთულეები აქვთ პროგრამის ათვისებასთან დაკავშირებით. ბავშვებთან მუშაობა სპეციალური მე-

თოდლოლოგიის მიხედვით მიმდინარეობს. სატონი ქელამის პროექტმა დაგვიანახა, რომ როცა ბავშვი კარგად სწავლობს კითხვას და სწავლის ინტერესი უნდა, მისი დეპრესიული სიმპტომები თვალშისაცემად მცირდება. სხვა პროგრამა, რომელიც აგრეთვე სკოლასთან არის დაკავშირებული, ტაქო-მაში ხორციელდება, ვაშინგტონის შტატში. ამ პროგრამას „ოჯახის მშენებლები“ ჰქვია. ის ცდილობს, ერთად მოუყაროს თავი იმ ოჯახებს, რომელთაც დაშლა ემუქრებათ. პროგრამის ფარგლებში არსებულ ოჯახებში ბავშვები გაცილებით უფრო დაცულად გრძნობენ თავს, ვიდრე იმ ოჯახებში, რომლებიც აგრეთვე დანგრევის პირას არიან, მაგრამ მათთან არაფერი შეშაობს<sup>17</sup>. მნიშვნელოვანია სკოლისა და ოჯახების თანამშრომლობაც.

მარკ როსენბერგმა, ნაგერის და უსამართლობის კონტროლისა და პრევენციის ნაციონალური ცენტრის დირექტორმა, გვითხრა, რომ როცა სამედიცინო დები სახლში მიდიან ახალგაზრდა მშობლებთან, რათა ასწავლონ, თუ როგორ აღზარდონ და მოუყარონ ბავშვს, ამით ისინი გამორიცხავენ ბავშვის ნაგერასა და შეურაცხყოფას ამ ოჯახების ყოველდღიურობიდან. მან ისიც შეგვახსენა, რომ სკოლამდელ აღმზრდელობით პროგრამებს, რომლებიც ბავშვებს პირველი სოციალური ურთიერთობების ჩვენებას ასწავლის სხვა პატარა პატარა საგანმანათლებლო საკითხებთან ერთად, უზარმაზარი შედეგი მოაქვს, რადგან ბავშვებს გამოუმუშავენ გამოცდილებას, რათა მოგვიანებით პერიოდში უკონფლიქტოდ გადაწყვიტონ თანატოლებთან ურთიერთობაში წარმოქმნილი პრობლემები, რაც ბუნებრივად ამცირებს მათ აგრესიულობას<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Beardslee, p. 15.

<sup>18</sup> Rosenberg, Mark, "Violence: Solutions Are at Hand" (Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools," the Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, At-

დოქტორმა ჯოისელაინ ენდერსმა გაგვიზიარა თავისი 'შთაბეჭდილებები „კარგად ყოფნის“ კლინიკის შესახებ ლითლ როქის ცენტრალურ უმაღლეს სკოლაში, არკანზასში. ამ სკოლის ბაზაზე არსებული კლინიკის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების 40%-ს ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობა შეადგენს. საავადმყოფოს 13 განსხვავებული საკონსულტაციო ჯგუფი ჰყავს, რომლებიც სტრესულ სიტუაციებზე და ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ მიდრეკილებაზე მუშაობენ.

„ერთმა ახალგაზრდა კაცმა, – გვიამბო დოქტორმა ჯოისელაინ ენდერსმა, – პირად საუბარში მითხრა: აქ ჩვენ გვახწავლიან, რომ გოგონებს პატივი უნდა ვცეთ, კარი გაეუღოს და წინ გავატაროთ. ჩვენ მათ კარგად უნდა მოვუქცეთ. ადრე არც კი მეგონა, თუ ასეთი რამის გაკეთებას შეუძლებდი“.

მეორე ემაწვილმაც გამანდო თავისი გულისნაღები: „ჩვენი სკოლა ისეა მოწყობილი, როგორც ოჯახი. რა სჯობს იმას, რომ მშობლები აქვე არიან, შენს გვერდით? და მართლაც, რა შეედრება იმის შეგრძნებას, რომ კეთილი და მხრუნველი მშობლები შენს გვერდით არიან ყოველდღე, თვით სკოლაშიც კი?“ ასე დაასრულა თავისი ისტორია დოქტორმა ჯოისელაინ ენდერსმა“.

ერთ-ერთ სკოლას, რომლის შესახებ ჩვენს კონფერენციაზე იყო საუბარი, მეც კარგად ვიცნობ. ის მანჩესტერში მდებარეობს და გარემო, სადაც სკოლა დგას, სულაც არ არის უსაფრთხო, მაგრამ საკმარისია გადააბიჯო მის 'სღურბლს, რომ მშვიდობიან, ნათელ და კეთილმოსურნე ატმოსფეროში აღმოჩნდები. მოსწავლეთა 90%-ს დომინიკანელები შეადგენენ. აქ მშობლები ბავშვებთან ერთად სწავლობენ. შვილები ჩვეულებრივ გაიქვ-

---

*lanta, Ga., November 2-3, 1994), p. 23. Notes.*

“ *Elders, Joycelyn, "Protecting the Nation's Future" (Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools," the Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, Atlanta, Ga., November 2-3, 1994), p. 31.*

თიღებს ესწრებიან, მშობლებისთვის კი ინგლისურის, კომპიუტერის და სხვა სახის უამრავი კურსები არსებობს. ხოლო ნიუ-იორკის ბავშვთა დახმარების საზოგადოებამ სამედიცინო და სტომატოლოგიური კლინიკაც კი გახსნა სკოლის ტერიტორიაზე”

არსებობს კიდევ ერთი პროგრამა, რომელსაც „ავანსი“ (AVANCE) ეწოდება. ეს პროგრამა სან-ანტონიოში, ტეხასში მიწაობს და 5.000 ხელმოკლე ოჯახს ემსახურება. მას გლორია როდრიგესი უდგას სათავეში. გლორია მასწავლებელი იყო და იგი შესარა იმ საშინელმა მდგომარეობამ, რომელსაც სკოლაში წააქცა. ძაღადობისა და ნარკოტიკების გამო, უამრავი ბავშვი თითქმის სრულიად იყო გამოთიშული სწავლის პროცესს. გლორიამ გადაწყვიტა, აუცილებლად შეეცვალა ეს მდგომარეობა და „ავანსი“ დაარსა. „ჩვენ იმ მშობლებით დავიწყეთ, ვისაც დაახლოებით სამი წლის შვილი ჰყავდა. მათ ვასწავლიდით ექვლაფერს, რაც ბავშვის აღზრდასა და მოვლას შეეხება. ვასწავლიდით სათამაშოების გაკეთებას ბავშვებისთვის, მათთან თამაშს, წიგნების თვალყურებას, ზოგიერთ წიგნს ისინი თვითონ უყვარდებდნენ ბავშვებს; ერთი სიტყვით, მშობლები სერიოზულად იყვნენ ჩართულნი დაწყებითი სწავლების იმ პროცესში, რომელსაც სკოლაში მათი შვილებისთვის მასაღის შეთვისება უნდა გაეიღებინა“.

მშობლებს აქ ბავშვის განვითარების უმთავრეს პრინციპებს ახიარებენ, უხსნიან, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სიყვარულსა და მზრუნველობას, ასწავლიან, თუ როგორ ეთამაშონ და როგორ ამეცადინონ ბავშვები. შედეგები განსაკვიფრებელია. პროგრამის მეურვეობის ქვეშ მყოფი ოჯახებიდან გამოსული

---

*Kunin, Madeleine K., "Education Is the Gateway to the Future" (Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools," the Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, Atlanta, Ga., November 2-3, 1994), p. 35.*

ბავშვები უფრო კარგად სწავლობენ და მიიღებენ სეგაულენასაც ნაკლებად ექვემდებარებიან. მიუხედავად იმისა, რომ მათ რთულ კრიმინოლოგიულ სიტუაციაში უსდებათ ცხოვრება, ბავშვების დიდი ნაწილი კოლეჯში აგრძელებს სწავლას.

დოქტორმა როდრიგესმა ერთი ახალგაზრდა დედის სიტყვები გადმოგვცა: „არ ვიცი, როგორი იქნებოდა ჩემი ცხოვრება, „ავანსში“ რომ არ მოესულიყავი. შეიძლება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ამომეყო თავი, წამალზე „შეუმჯდარიყავი“ ან ისევე მეძაყად გავსულიყავი ქუჩაში (ერთი პერიოდი ის მართლაც მეძაობდა და ნარკოტიკებსაც ეტანებოდა. საქმე იქამდე მივიდა, რომ კინაღამ ჩამოართვეს დედობის უფლება ორ მკირვლოვან ბავშვს), მაგრამ, საბედნიეროდ, „ავანსი“ შემოიჭრა ჩემს ცხოვრებაში და ყველაფერი შეცვალა. დღეს მე იმედინად ვცხოვრობ. ქუჩის ქალი აღარ ვარ. ორი პატარა შვილის დედა ვარ, რომელთა მომავალზეც მე ვარ პასუხისმგებელი“.

ყველა ამ პროგრამის საერთო მიზანი ერთია – შეამციროს რისკის ფაქტორების შემოქმედება და ჩვენი შვილების უკეთესი მომავალი უზრუნველყოს.

### უსიქიკური ჯანმრთელობისა და უსიქიკური მოქნილობის განმტკიცება

პირველადი პრევენცია ნიშნავს ფსიქიკური დაავადებებისგან თავის დაზღვევას და ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის ხელის შეწყობას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ორი მიზანი ძალიან

---

*Rodriguez, Gloria, "Programs that Work: A Multifaceted Approach" (Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools," the Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, Atlanta, Ga., November 2-3, 1994), pp. 47-49.*

პგავს ერომანეთს, მაინც სხვადასხვა მნიშვნელობის მომცველია და ახლა სწორედ ამ განსხვავებაზე გვექნება საუბარი. პრევენცია ნიშნავს ფსიქიკური დაავადების შესაძლებლობის აღკვეთას, ჯანმრთელობისთვის ხელის შეწყობა კი გულისხმობს ჩვენი შინაგანი რესურსების, შესაძლებლობების, ჩვევების და პიროვნული მახასიათებლების გაძლიერებას და განვითარებას. ამგვარი ხელის შეწყობა ადამიანს ასწავლის, თუ როგორ გაართვას თავი უფრო ეფექტურად მის წინაშე არსებულ პრობლემებს, უსიამოვნებებსა და ბედის ცვალებადობას და უნერგავს იმის რწმენას, რომ მას შესწევს უნარი, დაძლიოს ეს გართულებები. ეს უფრო პოზიტიური ძალისხმევაა, ვიდრე რეაქცია უკვე არსებულ პრობლემაზე. ისეთი ტრადიციული საქმიანობა, როგორც თუნდაც ეკლესიაში სიარულია, ან მისგან არსებითად განსხვავებული ფიზიკური ვარჯიში, რაიმე კობი თუ გატაცება უკვე თავისი არსით უწყობს ხელს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას.

ბევრელი ლოგის აზრით, რომელიც უკვე ძალიან დიდი ხანია ამ პრობლემებზე მუშაობს, „ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის ხელის შეწყობა ალბათ დაავადების პრევენციის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. ასე მაგალითად, სამეცნიერო კვლევებმა გვინვენა, რომ ადამიანების ჩართვა აქტიურ საზოგადოებრივ საქმიანობაში ოჯახის, სკოლის, თუ ზოგადად თანატოლებთან ურთიერთობების სახით, ძალიან უწყობს ხელს ჯანსაღი იმპულსების განვითარებას თვით მიდრეკილების მქონე ბავშვებშიც კი. თუ ახალგაზრდებს ვასწავლით, როგორ გაართვან თავი ემოციურ სტრესებს, ისინი უფრო მომზადებულინი შეხვედებიან შესაძლო სერიოზულ უსიამოვნებებს“.

ამ ცოტა ხნის წინ მეცნიერებმა ძალიან საინტერესო კუთხით დააყენეს საკითხი. ისინი დააკვირდნენ, რომ არიან მოზარდები, რომელთა ფსიქიკაზეც არ აისახება უმძიმესი გარემო პირობები. მათ არათუ ფსიქიკური დაავადება არ ემართებათ, არამედ განსაკვივრებლად იოლად გამოდიან ნებისმიერი

სტრესული სიტუაციიდან. ასეთ ფენომენალურ მოსარდებს „ფსიქიკურად მოქნილ ბავშვებს“ უწოდებენ. ამ ბავშვებს ყველაფერი კარგად გამოსდით და ისინი იოლად ართმევენ თავს როგორც სტრესულ სიტუაციებს, ასევე თავიანთ საქმიანობასა და ურთიერთობებს.

დოქტორი ბირდსლი აწარმოებდა დაკვირვებას იმ მოქნილ ბავშვებზე, რომელთა მშობლებიც დეპრესიით არიან დაავადებულინი: „ჩვენ აღმოვაჩინეთ, რომ მიუხედავად მშობლის დაავადებისა, ამ ბავშვებს მეტად კარგი ურთიერთობები აქვთ ყველასთან. ხშირად ისინი შუამავლის როლსაც კი ასრულებენ თავის დაავადებულ მშობელსა და ოჯახის სხვა წევრებს შორის. გარდა ამისა, ისინი აქტიურად მონაწილეობენ სასოგადოებრივ ცხოვრებაში. ოჯახის გარეთაც. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი არ გაურბიან ოჯახურ ურთიერთობებს, გრძნობენ, რომ მხოლოდ ოჯახით არ უნდა შემოიფარგლონ. უფრო მეტიც, მათ გამოიჩინებულნი აქვთ კონსტრუქციული დამოკიდებულება მშობლების დაავადების მიმართ. მათ არც დანაშაულის, არც განსაკუთრებული უბედურების გრძნობა აწუხებთ ამ დაავადების გამო. ისინი როგორღაც მისგან დამოუკიდებლად არსებობენ და სწორედ ეს ეხმარებათ ჯანსაღი ფსიქიკის შენარჩუნებაში“.

დოქტორი ჯონ გეთსი<sup>1</sup>, კარტერის ცენტრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დირექტორი, ძალიან დიდი ხანია მუშაობს ბავშვებში ამგვარი ჯანსაღი მიდგომის შემუშავების პრობლემებზე. ის მიიჩნევს, რომ ფსიქიკური მოქნილობა საერთო კეთილდღეობის აუცილებელი წინაპირობა, მისი საწინდარია: „არა მხოლოდ რისკის საფრთხის ქვეშ მყოფი, არამედ ჩვეულებრივი ადამიანებისთვისაც მეტად მნიშვნელოვანია

---

*John Gates – ჯორჯიის შტატის ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის საკითხების კომისიის ყოფილი წევრი.*

იმგვარი უნარის გამოიმუშავება, რომელიც ხელს შეუწყობს კარგად ყოფნასა და ჯანსაღ ურთიერთობებს“.

ფსიქიკურად მოქნილი ბავშვებისთვის დამახასიათებელია:

*სოციალური კომპეტენტურობა.* ისინი კონტაქტურები, ელასტიურები, გულისხმიერები, სხვისი ინტერესებისადმი მგრძობიარენი არიან, იოლად ამყარებენ ურთიერთობებს ადამიანებთან, აქვთ იუმორის გრძობა და უმრავლესობას პოზიტიურად განაწყობენ თავის მიმართ.

*პრობლემათა მოგვარების წყევა.* მათ აქვთ აბსტრაქტული აზროვნების უნარი, მიდრეკილნი არიან განზოგადებისკენ და ადვილად პოულობენ გამოსავალს სოციალური თუ კონცეფტუალური სირთულეებიდან.

*დამოუკიდებლობა.* ისინი თავდაჯერებულნი არიან და ფიქრობენ, რომ საკმარისი ძალა აქვთ, გაუმკლავდნენ ყოფით სიძნელეებს.

*მომაველისა და საკუთარი მიზნების წარმართვის უნარი.* მათ აქვთ ჯანსაღი გეგმები, მიზნები და მკაფიო მოტივაცია განათლებასა თუ კარიერასთან დაკავშირებით. ისინი სანდონი არიან, როგორც წესი, მომავალს იმედინად უყურებენ და აქტიურად მონაწილეობენ ცხოვრებაში“

ითვლება, რომ ამ ბავშვებს გამოიმუშავებული აქვთ საკუთარი მიდგომა მათ წინაშე არსებული პრობლემებისადმი. გარდა ამისა, მათ აქვთ უნარი, თვით სერიოზულ უსიამოვნ-

---

“ Gates, John, "Fostering Resiliency" (Speech delivered at "The Case for Kids: Community Strategies for Children and Families: Promoting Positive Outcomes," Carter Center symposium, Atlanta, Ga., February 14-16, 1996), p. 12. Based on the work of Benard, Bonnie, "Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community," *Prevention Forum* 12 (1992):pp. 1-16.



ნებებსაც კი მეტ-ნაკლები კონსტრუქციულობით შეხვდნენ და ყველა მოვლენაში გარკვეული აზრი ეძიონ<sup>5</sup>.

ეს თვისებები ეხმარება ბავშვებს, რათა გაართვან თავი ყოფით სირთულეებსა და სიდატაკის უმძიმეს შედეგებს. ისინი ადვილად უმკლავდებიან ყველა სტიქიურ, სოციალურ თუ პიროვნულ უბედურებას. დოქტორ გეითსის მშენიერი შედარებისა არ იყოს, ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს ეს ბავშვები „აკრიდნი“ იყვნენ ყოფითი ჭირ-ვარამის, უიღბლობისა და ტკივილის მიმართ.

როგორ დაეხმაროთ ჩვენს შვილებს, გამოიმუშაონ ამგვარი მოქნილობა? თავის წიგნში „დღევანდელი ბავშვები: მომავლის უსრუნველყოფა კრიზისში მყოფი თაობისთვის“ დოქტორ დევიდ ჰამბურგს მოყვანილი აქვს ის 7 ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს ამგვარი მოქნილობის გამოიმუშავებას, თუმცა არ არის აუცილებელი ეს ფაქტორები უცვლელი სახით იყოს წარმოდგენილი ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში:

1. მთლიანი, შეკავშირებული ოჯახი, რომელიც ერთიერთ-შეთანხმებულად ცხოვრობს;
2. მრავალმხრივი კონტაქტი ბავშვსა და მშობლებს ან ბავშვსა და ერთ-ერთ მშობელს შორის, რომელიც დიდ დროს ატარებს თავის პირმშოსთან, უკითხავს, ეთამაშება, ესაუბრება, მსრუნველობით და სიყვარულით ექცევა;
3. ოჯახში სხვა წევრების არსებობაც, რომლებიც აგრეთვე მონაწილეობენ ბავშვის აღზრდაში, დიდ დროსა და ყურადღებას უთმობენ მას;

---

<sup>5</sup> *Werner, Emily E., "Resilient Children," in E. M. Hetherington and R. D. Parke, eds., Contemporary Readings in Child Psychology (New York: McGraw-Hill, 1987).*

4. კეთილგანწყობილი გარემო. იგულისხმება უბნის სპეციფიკიდან გამომდინარე სამეცნიერო ურთიერთობები; რელიგიურ, ეთნიკურ ან პოლიტიკურ თანამოაზრეთა გარემოცვა;
5. მშობლების პირადი გამოცდილება. დედას ან მამას უკვე აქვს პატარებთან ურთიერთობის ნეყვა, იმ პერიოდიდან, როცა თვითონაც ბავშვი იყო;
6. ბავშვის უნარი, შეიგრძნოს მომავლის შესაძლებლობები და წარმატებული მერმისის რეალური პერსპექტივა;
7. მაქსიმალურად ხელშემწყობი პირობები ბავშვიდან სიმწიფის ასაკში ეტაპობრივი და პარამონიული გადასვლისთვის.

ერთი მხრივ, ბავშვს იმედების დამყარება და მომთხიენულობა, მეორე მხრივ, მასზე ზრუნვა და მხარდაჭერა დიდ როლს თამაშობს პოზიტიური გარემოს შექმნაში. ამაში მონაწილეობა უნდა მიიღონ როგორც მშობლებმა, ასევე მასწავლებლებმაც.



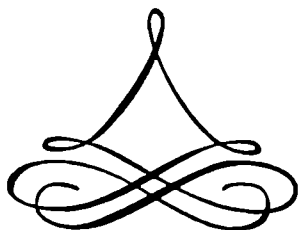
დაღეს შეიძლება სრულად ვერ ვფლობდეთ ფსიქიკური დაავადების პრევენციის ყველა საიდუმლოს, მაგრამ მეცნიერები მეტად აქტიურად მუშაობენ ამ მიმართულებით. თუმცა, დროის ამ კონკრეტულ მონაკვეთში უკვე საკმარისად ბევრი ვიცით იმის შესახებ, თუ როგორი დადებითი შედეგები შეიძლება მოჰყვეს ისეთი რისკის ფაქტორების შემცირებას, როგორიც არის ძალადობა, მიდრეკილება სასმელის ან ნარკოტიკების მიმართ. ნეენ ვიცით, რომ წარმატებულ ინტერვენციას, მეტადრე კი ადრეულ ასაკში, შეიძლება ძალიან ეფექტური შედეგები აქონდეს. ის პროგრამები, რომელთა შესახებ სევეით ვისაუბრეთ, ალბათ შეიტანს თავის პოზიტიურ წვლილს, რათა მოხერხდეს

ადრეული ასაკიდანვე ბავშვებში მეტი ფსიქიკური მოქნილობისა თუ იმუნიტეტის გამოჩენა.

როგორც ბავშვთა პრობლემების ცნობილია მკვლევარმა, დოქტორმა ჯულიუს რიჩმონდმა აღნიშნა: „თუ შევძლებთ განვაზოგადოთ ის გამოცდილება, რომელიც წარმატებამდე მიგვიყვანა; თუ შევეცდებით კიდევ და კიდევ დაეუბრუნდეთ იმ სიხარულს, რომელიც გვქონია, თუ მობილიზებას გაეუკეთებთ ჩვენს საუკეთესო მისწრაფებებს, ალბათ მთელი ერისა და ჩვენი თავის საკეთილდღეოდ ბავშვების ცხოვრების შეცვლასაც მოვახერხებთ უკეთესობისკენ... დადგა დრო, რომ ყველაფერი რაც ვიცით, ერთ მიზანს ვამსახუროთ“.

---

*Dr. Julius Richmond, pediatrician by profession, helped develop Head Start. He is the former Surgeon General of the U.S.*



## ფსიქიურად დაავადებული ადამიანის მოვლა

რევერენდ ჯონ რექსმა ვირჯინიიდან წერილი მომწერა თავისი ოცდახუთი წლის ვაჟიშვილის, კრისის შესახებ, რომელსაც მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი აწუხებდა. სამწუხაროდ, მისი შემთხვევა არ ექვემდებარებოდა ლითონით მკურნალობას: „როცა ოჯახის რომელიმე წევრს სერიოზული პრობლემები აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, მთელი ოჯახიც მასთან ერთად იტანჯება. ის წლები ჩვენ ყოველდღიური შიშით ეცხივრობდით ამ დაავადების გამო, რომელიც პროგრესირებდა, საშველი კი არსაიდან ჩანდა“.

რევერენდმა გამომიგზავნა მოხსენებითი ბარათის ასლი, რომელიც მან კრისის გარდაცვალების შემდეგ დაწერა სამედიცინო საპროტესტო საბჭოსთვის. კრისი დაუდგენელ ეითარებაში გარდაიცვალა 1995 წელს.

„1991 წლის საფხულში კრისი „ბუფალო ბილსის“ თამაშზე წავიდა. იქიდან შინ ფეხით დაბრუნდა. კრისმა შეუღამისას დაახლოებით 40 კილომეტრი გაიარა ფეხშიშველმა. მეორე დღეს, სანამ კრისისთვის სასწრაფო დახმარებას ვიძახებდით, ის სასეირნოდ გავიდა. იქვე დახეცტილობდა უბანში, ჩვენს სამუსობლოში. სახლიდან სახლში გადადიოდა. ერთ-ერთ სახლში

ის საცურაო აუზში ჩახტა ტანსაცმლიანად. მერე დამირეკა და მითხრა, რომ წამომყვებოდა საავადმყოფოში.

მე გავეუარე მანქანით და საავადმყოფოში წავიყვანე. აქ ჩვენ რამდენიმე საათის მანძილზე ველოდებოდით, რომ პალატა გათავისუფლდებოდა... როგორც საბოლოო შედეგმა გვიჩვენა, კრისი სასწრაფოდ უნდა მოეთავსებინათ საავადმყოფოში, მაგრამ გვითხრეს, რომ ადგილები არ ჰქონდათ და კარგი იქნებოდა დილით მივსულიყავით. გაოგნებული და განცვიფრებული გამოვედი მისაღებიდან, კრისს ვთხოვე მოსაცდელში დამლოდებოდა, სანამ მანქანას მოვიყვანდი შესასვლელთან. კრისს ფეხები დაიარებული ჰქონდა, ამიტომ ფეხსაცმელი არ ეცვა და უჭირდა სიარული. როცა მანქანა მოვიყვანე, დავინახე, რომ ის შუა გზაზე ეგდო. მიუუახლოვდი და წამოვაყენე. კრისი წინააღმდეგობის გარეშე ჩაჯდა მანქანაში და წამოვედით.

შინ დავბრუნდით. მეც და ჩემი მეუღლეც ძალიან ვღელავდით, რადგან არ ვიცოდით, ღამე რა გველოდა. გადავწყვიტეთ, სამაშველო სამსახურისთვის დაგვერეკა. მათ გვითხრეს, რომ ვერ ჩაეროდნენ, თუ ჩვენს სიცოცხლეს რეალური საფრთხე არ დაემუქრებოდა. სანამ ტელეფონით ვსაუბრობდით, კრისი თავის ოთახში ბობოქრობდა, ლეწავდა ავეჯს, ამტვრევდა ყველაფერს, რაც ხელში ხვდებოდა. ქალმა სამაშველო სამსახურიდან პოლიციას დაურეკა. ისინი დაუყოვნებლივ ჩვენთან განდნენ. კრისმა პოლიციაში წახელას საავადმყოფოში დაწოლა ამჯობინა. პოლიციელებმა საკაცზე დააწვინეს და საავადმყოფოში წაიყვანეს.

მე მანქანით გავეყვი უკან და ცოტა ხანში ისევ საავადმყოფოს მოსაცდელში აღმოვჩნდი... ცხადია, კრისთან ერთად. ჩვენ უამრავ სხვა ავადმყოფსა თუ მათ ახლობლებთან ერთად. ორი საათი ველოდებოდით ჩვენს რიგს... მაშინ მივხვდი, რა არის ჯოჯოხეთი. ჩვენ ნამდვილ ჯოჯოხეთში ვიყავით. ადამიანისთვის ამქვეყნად უფრო დიდი განსაცდელი არ არსებობს“.

ჩვენს ქვეყანაში ამგვარ ისტორიებს ყოველ ნაბიჯზე მოისმენთ. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის მოვლა ურთულესი საქმეა. ამის შესახებ ამ სფეროში მუშაობის 25-წლიანი გამოცდილებიდან ვიცი.

ჯერ კიდევ თეთრ სახლში ცხოვრების დროს დავდიოდი საავადმყოფოში, სადაც პერსონალს ფსიქიკურად დაავადებულების მოვლაში ეხმარებოდი.

როცა ვაშინგტონიდან ჯორჯიაში დავბრუნდით, გავიგე, რომ სამსრეთ-დასაუღეს ჯორჯიის უნივერსიტეტს პატარა პროგრამა ჰქონდა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. მაშინ განიდა უნივერსიტეტის ტერიტორიაზე როზალინ კარტერის ინსტიტუტის დაარსების იდეა. რამდენადაც კარტერის ცენტრში უკვე მქონდა ამგვარი მუშაობის გამოცდილება, ინსტიტუტშიც მთავარი აქცენტი ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლის სხვადასხვა ასპექტებზე გადავიტანეთ.

სწორედ ინსტიტუტში მუშაობამ დამანახა ყველაზე ცხადად, თუ რაოდენ ძნელია ამგვარი ავადმყოფების მოვლა. მაგრამ, მთავარი ის არის, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ავადმყოფის მოვლა ადამიანს იმდენ დროს, ემოციასა და ენერჯიას ართმევს, რომ ხშირად საკუთარი თავი და საკუთარი ჯანმრთელობა ავიწყდება, რაც საბოლოო ჯამში ისევ ავადმყოფზე აისახება, რადგან ემოციურად გამოფიტული და დაღლილობისგან დაუძლურებული მეურვე სრულფასოვნად ვეღარ უვლის პაციენტს. ინსტიტუტში მუშაობის დროს, ჩემი დაკვირვებების შესახებ წიგნი დავწერე: „საკუთარი თავის შველით სხვასაც უშველით“. წიგნის მიზანი გახლდათ იმ ადამიანების დახმარება, ვისაც წლების მანძილზე უხდება მძიმე ავადმყოფის მოვლა.

ამ წიგნში ჩვენ უკვე ვწერდით იმის შესახებ, თუ როგორ მოუუაროთ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანს. ამჯერად კი ყურადღებას იმაზე შევაჩერებთ, თუ მომელელმა როგორ უნდა წარმართოს თავისი საქმიანობა იმგვარად, რომ ავადმყოფსაც

მიხედოს და თავის ჯანმრთელობასაც არ ავნოს. ბევრ რწმევას ძველი წიგნიდან გადმოვიღებთ, ბევრ რამეზე კი პირველად ვისაუბრებთ. ვფიქრობ, ეს ინფორმაცია სასარგებლო აღმოჩნდება მათთვის. ვინც სიყვარულით და მოთმინებით იტვირთა უძძიმესი ჯვარი.

### ტკივილი, როგორსაც მთელი ოჯახი ბანიცლის

ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის გვერდით ცხოვრება უძძიმეს განსაცდელს წარმოადგენს ოჯახის ყველა წევრისთვის. რაც უფრო მძიმეა დაავადების სიმპტომები, მით უფრო მტანჯველია ავადმყოფთან ცხოვრება. ამ მტკივნეულ განცდაში ნათრეულია ყველა ასპექტი – გრძნობა, ემოცია, შრომა, ენერჯია, ფიზიკური ძალები, ჯანმრთელობა, ურთიერთობები ოჯახის სხვა წევრებთან, ახლობლებთან, მეგობრებთან, მესობლებთან<sup>3</sup> რაც მთავარია, თვითონ თქვენი ცხოვრებაც საშინლად უპერსპექტივო ჩანს.

ერთმა ასეთმა გაუბედურებულმა ქალმა ცოტა ხნის წინ წერილი მომწერა:

„ნემი მეუღლე წარმატებული ბიზნესმენი იყო. შარშან იელისში მას მძიმე ფსიქიკური აშლილობა გამოუქმდებოდა. ეს იმ დროს მოხდა, როცა ჯეკი დააპატიმრეს ნარკოტიკების შემოტანის ბრალდებით. მას თავისი ნეულებრივი, ძვირფასი ტანსაცმელი ეცუა, საკუთარ მანქანას მართავდა და რისი გრანდულან მოდიოდა. ეს ისე უცნაური იყო მისთვის. ჯო ყოველთვის კანონის მორჩილი და წესიერი მოქალაქე იყო.

---

<sup>3</sup> Johnson, Dale L., "The Family's Experience of Living with Mental Illness," in Harriet P. Lefley and Dale L. Johnson, eds., *Families as Allies I'M Treatment of the Mentally III: New Directions for Mental Health Professionals* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990), p. 35.

სასამართლომ სამედიცინო ექსპერტისა დანიშნა და მოწვეულმა ფსიქიატრმა დაადგინა, რომ ჯექის უცნაური საქციელის საფუძველი ფსიქიკური დაავადება იყო. ცოტა ხანში მისი მდგომარეობა გაუარესდა. მე კარგა ხანს ვერ ვხვდებოდი, თუ რა სერიოზულ პრობლემასთან გვექონდა საქმე. არც ჩვენმა ექიმმა ამიხსნა რაიმე. ციხის საავადმყოფოში ჯექს უმკურნა-  
ლეს. ახლა ის უკეთ გრძობს თავს, მაგრამ ჩვენი ცხოვრება აირია.

ჯექის დაპატიმრებამდე კარგ უბანში ვცხოვრობდით. გვეყო-  
და მდიდარი და პატივცემული მეზობლები, გვექონდა საცურაო აუზი, ორი მანქანა – „მერსედესი“ და „ბრონქო“, ძვირფასი ავეჯი, კარგი სახლი. ბავშვები კარგ სკოლაში სწავლობდნენ, დასასვენებლად პრესტიჟულ კურორტებზე დავდიოდით. ერთი სიტყვით, კარგად ვცხოვრობდით. ახლა ჩემი ქმარი ციხეშია. მისი ფირმა გაკოტრდა, კეთილდღეობა გაქრა. ოთხი მცირეწ-  
ლოვანი შვილი დამრჩა. მანქანა აღარ მყავს, ავეჯი გავეიღე. ახლა აღარც დასვენება მაქვს, აღარც ფული, არც გასაყიდი დამრჩა რაიმე. ანტიდემპრესანტების მიღება მიხდება. მეშინია, რაიმე არ დამეზარტოს.

არც ბავშვები არიან უკეთეს მდგომარეობაში. ორ მათგანს უკვე აქვს ფსიქიკური პრობლემები“...

რა კარგი იქნებოდა, რომ ეს გამოგონილი ისტორია იყოს და არა რეალურად მომხდარი ტრაგედია. არა, სამწუხაროდ, ეს ნამდვილი ამბავია.

როცა ფსიქიკური დაავადება ელინდება, ეს თქვენც და თქვენს დაავადებულ ნათესავსაც უნარესად რთულ, სტრესულ სიტუაციაში აყენებს. ადამიანი, რომელიც აქამდე ჯანმრთელი, ეურადღებიანი და ადექვატური იყო, უეცრად ირაციონალური ხდება, თავის მოვალეობებს ვეღარ ასრულებს, ცდილობს, თავი დაიხიანოს, იპარება შინიდან, დახეტიალობს ქუჩებში, ან ისეთ უაზრობებს აკეთებს, ჯექი რომ სწავლიდა. დაავადებამ



შეიძლება სრულიად არიოს თქვენი ყოფითი ჩვევები, საკმია-  
ნობა და მთელი ცხოვრება ქაოსად აქციოს. თქვენ უკვე დამოუ-  
კიდებელი ადამიანი კი არა, ამ საშინელი დაავადების მძვეალი  
ხარო და სწორედ ის გკარნახობთ ცხოვრების ახალ წესებს. ეს  
მართლაც შემადრწუნებელია!

მძიმე ფსიქიკური დაავადების მახასიათებელი ისეთი სიმ-  
პტომები, როგორც არის ბოდვები, პალუცინაციები, მანია-  
კალური ცხელება, დაქვეითებული აზროვნება, აკვიატებული  
აზრები, თვით აპათია და გათიშულობა, მეტად მძიმე ასატანია  
და დამანგრეველი ზემოქმედება აქვს ოჯახის წევრებსზე<sup>7</sup>.

ერთმა ჩემმა ძველმა მეგობარმა, რომელსაც უკვე ძალიან  
დიდი ხანია ვიცნობ, ცოტა ხნის წინ წერილი გამომიგზავნა. ის  
იმ პერიოდის თავის ბავშვურ შთაბეჭდილებებსე მწერდა, როცა  
მის უფროს დას, როგორც მაშინ ამბობდნენ, „ნერეული შოკი“  
დაემართა. იმდროინდელი ემოციები დღემდე განცდის საგანია  
მისთვის.

ჩემი მეგობარი ასე იხსენებს ამ ამბებს: „მახსოვს, ეკლესია-  
ში ვიყავი თანატოლ პატარა გოგონებთან ერთად, რომლებიც  
ჩემს მეგობრებად ითვლებოდნენ. შეიძლება თვითონ ეგონათ,  
რომ ჩემი მეგობრები იყვნენ, მაგრამ მე ასე არ ვფიქრობდი. სა-  
შინლად გაუცხოებული ვიყავი. ჩემს ცხოვრებაში ყველაფერი  
უკუღმა დატრიალდა. იმხანად ჩემი ყველაზე მტკივნეული  
განცდები მუდმივად უკავშირდებოდა სირცხვილისა და არას-  
რულფასოვნების საშინელ შეგრძნებას.

მე გაეხდი ისეთი ტრაგედიის თანამონაწილე, რომლის შე-  
სახებ ადრე წარმოდგენაც კი არ მქონდა. ჩემს ერთ-ერთ დას,  
ველმას, რომელიც ჩემსე 8 წლით უფროსი იყო, ფსიქიკური  
აშლილობა დაემართა. ველმამ უეცრად, ყველასთვის სრულიად

---

<sup>7</sup> Maurin, Judith T., and Carlene Barmann Boyd, "Burden of Mental Illness on the Family: A Critical Review," *Archives of Psychiatric Nursing* 4 (1990): p. 99.

მოულოდნელად, რეალობის შეგრძნება დაკარგა. მის ავადმყოფობას არავითარი მიზეზი ან წინაპირობა არ ჰქონია. თანატოლებთან ერთად ეკლესიის იმ მერხზე ჯდომა ჩემთვის იმიტომ იყო ასე მტანჯველი, რომ ცოტა მოშორებით ვიღმა იჯდა და ძალიან უცნაურად იქცეოდა. მას, როგორც ჩანს, ხმები ესმოდა და ისიც ეპასუხებოდა ამ ხმებს. ამ დროს ეკლესიაში წირვა მიმდინარეობდა. ვიღმას რეპლიკებზე გოგონები ხითხითებდნენ და მე მიყურებდნენ. ამდენი წლის შემდეგაც კი არ ვიცი დასუსტებით, რატომ მიყურებდნენ; ვერ გავიგე, ჩემი რეაქცია აინტერესებდათ, თუ ფიქრობდნენ, რომ მეც დავიწყებდი საკუთარ თავთან ლაპარაკს.

ეს ეკლესიაში ხდებოდა – იმ ადგილას, სადაც ადამიანი ყველაზე მეტად უნდა გრძობდეს თავს დაცულად დაცინვისა და შეურაცხყოფისგან. და ამდენ ხალხში არ იყო არც ერთი ადამიანი, ვინც გვერდით მომიჯდებოდა, მანუგეშებდა ან გამამხნეებდა პატარა, ათი წლის გოგოს. ამაზე არაფერი ფიქრობდა. დღესაც, როცა მრავალი წელია გასული იმ საშინელი დღიდან, მე არ ვიცი, ნორმალური იყო თუ არა ის რეაქცია, რომელიც ჩვენს ოჯახს ჰქონდა ვიღმას ავადმყოფობაზე. თითქოს, თავად დაავადება კი არ აწუხებდა ვინმეს, არამედ სირცხვილი და უხერხულობის განცდა, რომელიც დაავადებას უკავშირდებოდა. მშობლები იმდენად შოკირებულები იყვნენ ამ ფაქტის გამო, რომ ახრადაც არ მოსდიოდათ ჩემი გამხნეება. არაფერი ფიქრობდა იმაზე, თუ რა ძნელი გადასატანი უნდა ყოფილიყო ამგვარი დარტყმა პატარა, სრულიად უსუსური ბავშვისთვის“.

დარწმუნებული ვარ, ვიღმას მშობლები მტკივნეულად განიცდიდნენ შეილის ავადმყოფობას. ისინი ალბათ განუწყვეტლივ დასტიროდნენ ქალიშვილის დაკარგულ ჯანმრთელობას და სრულფასოვნებას. პეგი მაკგრეგორი, ფილადელფიის საავადმყოფოს სოციალური მუშაკი, რომლის ვაჟიშვილსაც შიხოფრენიის დიაგნოზი დაუდგინეს, მეტად შთამბეჭდავად

აღწერს, მშობლების განცდას ამ მომენტთან დაკავშირებით: „იმის გამო, რომ ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში ფიზიკურად ადამიანს არ ვეარგავთ, – ის ცოცხალია, უფრო მეტიც, შეიძლება სრულიად ჯანმრთელიც იყოს, – სასოგადოება ნაკლები გულისხმიერებით ეკიდება ამ ტრაგედიას. არ არსებობს სასოგადოებრივი თუ რელიგიური რიტუალი, რომელიც ოჯახის ამგვარი უბედურების გაზიარებასთან იქნებოდა დაკავშირებული. ეველაფერს კი ისიც ემატება, რომ სტიგმის გამო, თვითონ ოჯახებსაც ეთაკილებათ ოჯახის წევრის დაავადებასთან დაკავშირებული განცდების სააშკარაოზე გამოტანა... ამიტომ მათი მეგობრებიც ხელფეხშეკრულები არიან და თავისუფლად ვერ გამოხატავენ თანადგომას“.

მკვლევართა ერთი ჯგუფი შიზოფრენიას ახასიათებს, როგორც „მოუხელთებელ, სიკვდილივით გამანადგურებელ უბედურებას, რომელიც არა მხოლოდ თავად დაავადებულსე ცხოვრებას ანგრევს, არამედ მთელ ოჯახს გამოუვადი მდგომარეობის წყვილადში აქცევს“<sup>57</sup>. ეს სიტყვები განსაკუთრებით მტკივნეულად უღერდა ახალი წამლების გამოგონებამდე თუმცა, პეგი მაკგრეგორი მიიჩნევს, რომ პრობლემა დღესაც აქტუალურია და აუადრესოფის ახლობლები დღემდე იძულებულნი არიან მარტოობაში ზიდონ თავიანთი მძიმე ჯვარი“

ყოველივეს ისიც ემატება, რომ დაავადებულ ადამიანთან ხანგრძლივი ურთიერთობა თავად პატრონების ფსიქიკასაც ამნევს დაღს. სულ უმნიშვნელო უსიამოვნებამაც კი, რომელიც ნებისმიერ ნეულებრივ ოჯახში ყოველგვარი გართულების გარეშე ჩაივლიდა, აქ უმძიმესი შედეგები შეიძლება გამოიწვიოს,

---

MacGregor, Peggy, "Grief: The Unrecognized Parental Response to Mental Illness in Children," *Social Work* 39 (1994): p. 164.

<sup>57</sup> Titelman, D. and L. Psyk, "Grief, Guilt, and Identification in Siblings of Schizophrenic Individuals," *Bulletin of the Menninger Clinic* 55(1991): p. 8.

<sup>58</sup> MacGregor, p. 164.

ამიტომ, პერმანენტული სტრუქტურის პირობებში ცხოვრება ოჯახის ყველა წევრის ცნობიერებაზე მტკივნეულად აისახება.

როსაღინ კარტერის ინსტიტუტში მუშაობის დროს წვენ დანამდვილებით დაეადგინეთ, რომ ოჯახის წევრთა შეხვედრების მოწყობას შეუძლია მათ შორის არსებული დაძაბულობების განმუხტვა. ამგვარი შეკრებები, ავადმყოფის თანდასწრებით ან მის გარეშე, თითოეულს შესაძლებლობას აძლევს, ბოლომდე, დაუფარავედ გამოხატოს თავისი გრძნობები, რასაც, როგორც წესი, შედეგად გარკვეული შემსუბუქება მოჰყვება ხოლმე. შეხვედრებზე გადაწვევტილებების მიღებაც უფრო იოლდება. განსახილველ საკითხთა სპექტრი მეტად მრავალფეროვანი შეიძლება იყოს, უმნიშვნელო დეტალებიდან დაწყებული, როგორც არის სადილის დროის შერწყვა, თვით ყველაზე მტკივნეული პრობლემებით დამთავრებული. ასეთია, მაგალითად, დაავადებული ადამიანის ადაპტირების აუცილებლობა კვებისა და ძილის რეჟიმთან, რომელსაც მთელმა ოჯახმა უნდა დაუქვემდებაროს თავისი გრაფიკი.

მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახის წევრებმა სრულად გააცნობიერონ ის ცვლილებები, რომელიც მათ ოჯახში მოსდა ერთ-ერთი წევრის დაავადების გამო და ამიერიდან ახალ ვითარებათა შესაბამისად იმოქმედონ. მათ ერთიანობაც ესაჭიროებათ, ერთიერთის გამხსნევებაც და უურადღებაც. ოჯახის ერთობლივი მონაწილეობა ნებისმიერი გადაწვევტილების მიღებაში მეტნაკლებად უსრუნველყოფს პარმანიული ოჯახური ურთიერთობების შენარსუნებას. ამისთვის კი ნამდვილად ღირს გარჯა.

ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის მოვლა იოლი საქმე არ არის. თქვენს ოჯახს ალბათ ურთულესი წინააღმდეგობების დაძლევა მოუხდება ამ გზაზე. მაგრამ არიან ადამიანები, რომლებსაც შეუძლიათ თქვენი მეტსურები გახდნენ და საჭირო რწყით ან ადამიანური მხარდაჭერით შეგიმსუბუქონ ეკლიანი საკადი.

ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის მოკლის პროცესი შეიძლება სხვადასხვა კუთხით განვიხილოთ. ვეინის უნივერსიტეტის პედაგოგი, დოქტორი ქეროლინ ლინდგრენი, რომელიც ამ საკითხებზე მუშაობს, მოკლის შემდეგ სტადიებს გამოიყოფს:

*დაავადებასთან პირველი შეხვედრა*

ეს ის სტადიაა, როცა ადამიანი პირველად იგებს, რომ მის ახლობელს ფსიქიკური დაავადება დაუდგინეს. ეს უმიძიესი სტრესის პერიოდია ოჯახის ყველა წევრისთვის. არც ისე იოლია იმის გაგება, თუ რეალურად რას ნიშნავს ფსიქიკური დაავადება. ეს საერთო პრობლემაა. პირველი, რასთან შეგუებაც მოგიწევთ, ის არის, რომ თქვენი ცხოვრება შეიცვალა და იქნებ აღარასოდეს დაუბრუნდეს ჩვეულ კალაპოტს. თუ დაავადებული ადამიანი თქვენი მეუღლეა, უნდა დაივიწყოთ, რომ ოდესღაც თქვენს შორის თანაბრად განაწილებული, გაწონასწორებული ურთიერთობები არსებობდა და გადახვიდეთ ურთიერთობის ახალ ფორმაზე, როცა პასუხისმგებლობა ყველაფერზე მხოლოდ თქვენ დაგეკისრებათ და ყველა სიძნელე სწორედ თქვენს მხრებზე გადაივლის.

პირველი დარტყმის სტადია, როგორც წესი, დაკავშირებულია შიშთან და განხეთქილებასთან. შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ თქვენ უნდა მოაგვაროთ ურთიერთობები სააყვამყოფობთან, ექიმებთან, ნაერთით მკურნალობის საქმეში, თვალის ადევნოთ სპეციალისტთა დანიშნულების შესრულებას და სხვა. ერთი სიტყვით, შეიძლება გაგინდეთ უამრავი ახალი საქმე, რომელსაც საერთოდ არ იცნობთ. ამის შესახებ ჩვენ დაწერილებით ვისაუბრეთ მე-4 თავში.

სანამ რეალობის აღქმა დაგობრუნდებოდეთ, აუცილებლად გექნებათ შოკის ეტაპი. პირველი რეაქცია ის არის, რომ არ გჯერათ დიაგნოზის, მაგრამ დროთა განმავლობაში დაიწებთ რეალობასთან შეგუებას. უმრავლეს შემთხვევაში, პირველი განცდები ღრმა მწუხარებასა და სასოწარკვეთასთან არის დაკავშირებული. მიუხედავად უმძიმესი განცდებისა, შესაძლოა გარემომყოფთაგან თანაგრძნობის დეჟივიკიტსაც განიცდიდეთ. ამგვარი რამ ხშირად ხდება, განსაკუთრებით კი პირველ ეტაპზე ექიმების და ოჯახის სხვა წევრთა ყურადღება პაციენტისკენ არის მიმართული, ამიტომ თქვენსე „არაფინ ფიქრობს“. ამ ეტაპზე ყველაზე მეტად სწორი ინფორმაცია გჭირდებათ. როგორც კი თქვენ შეიძენთ საჭირო ცოდნას ავადმყოფობასა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ, დაიწებთ სიტუაციის გაკონტროლებას და ეს გაგიიოლებთ მდგომარეობას.

### *ბაძლება*

ეს ყველაზე ხანგრძლივი და დამქანცველი პერიოდია. ის მოიცავს მოვლის უმძიმეს შრომას. ამ სტადიაზე თქვენ უკვე შეგუებული ხართ დიაგნოზს და იწებთ ავადმყოფის მოვლის ყოველდღიური წვრილმანების შესრულებას. თქვენი ახლობლის დაავადების სიმძიმიდან გამოდინარე, ერთ მშენიერ დღეს შეიძლება აღმოაჩინოთ, რომ საერთოდ არ გრძებათ დრო თქვენი თავისთვის, რომ ავადმყოფის მიუღია მთლიანად შთანთქავს თქვენს ურთიერთობებს ოჯახის სხვა წევრებთან და მეგობრებთან. ამ ეტაპზე, მით უმეტეს, თუ მაღალი რეგისტრის დაავადებასთან გაქვთ საქმე, თქვენ უიმედოდ, გატანჯულად და ყველასგან მიტოვებულად გრძნობთ თავს, ამიტომ მნიშვნელოვანია, ოდნავი დრო მაინც გამოითავისუფლოთ, რომ თქვენს თავსაც მიხედოთ. მომავლისთვის ასეა საჭირო.

თუ გრძნობთ, რომ ძალები გუელეკათ, ემოციურად გადაქან-  
ცული და გამოყოფილი ხართ, ნუ დატოვებთ უეცრადღებოდ  
ნუნს რჩევას და აუცილებელად დაუთმეთ ცოტაოდენი დრო  
საკუთარ თავს და ურთიერთობებს.

### ბაკოსიკალი

ამ სტადიაში მოვლის ეტაპი დასასრულს უახლოვდება. თქვენი  
ახლობლის მდგომარეობა თანდათანობით უმჯობესდება და  
სტაბილურდება. ყველა შესაძლო ვარიანტიდან ეს საუკეთესო  
მდგომარეობაა.

მაგრამ, სამწუხაროდ, ყოველთვის ასე არ ხდება. ზოგჯერ,  
პირიქით, დაავადება მიიმდება და ავადმყოფის საქციელი იმდენ-  
ნად არაპროგნოზირებადი ხდება, რომ მარტო ვეღარ უმკლავ-  
დებით დაავადებას. ამ შემთხვევაში თქვენ სხვა გამოსავალი  
უნდა ეძიოთ. ალბათ, აუცილებელი გახდება პაციენტის ჰოსპი-  
ტალიზაცია ან პროფესიონალი მედიკოსის მეთვალყურეობა. თუ  
ავადმყოფი აკონტროლებს თავის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილუ-  
ბებს, შესაძლოა მას ნაწილობრივი მეთვალყურეობა დასჭირ-  
დეს, სადაც კომბინირებული იქნება სამკურნალო პროგრამების,  
წამლების და დროებითი ჰოსპიტალიზაციის პერიოდები.

მათთვის, ვისაც სახლში მძიმე ავადმყოფი ჰყავს, მნიშვნე-  
ლოვანია იმის გათვალისწინებაც, რომ მიუხედავად თავდა-  
დებულ მსრუნველობისა, ხშირად მაინც ხდება გაუთვალის-  
წინებელი უსიამოვნებები. ასე მაგალითად, ავადმყოფმა  
შეიძლება უარი განაცხადოს წამლის მიღებაზე, მოგატყუოთ,  
არ დაემორჩილოს თქვენს რჩევებს, უგულვებელყოს ექიმის  
დანიშნულება. დიახ, მოვლენები შესაძლოა ყველაზე ცუდი  
სცენარით განვითარდეს. ასეთ დროს თქვენ უნდა იცოდეთ, რომ  
თქვენი ძალისხმევა აქ არაფერ შეაწია, თქვენ მართლა  
ყველაფერს სწორად აკეთებთ მისთვის, უბრალოდ, ამ ძალისხ-

მეუბნება 'შედეგი არ მოხვედრა. ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში ასეთი რამ ხშირად ხდება ხოლმე.

სამწუხაროდ, სოფჯერ დაავადებას ლეგალური დასასრული აქვს. მიუხედავად თქვენი მსრუნველობისა, ავადმყოფი შეიძლება გარდაიცვალოს. ასე მოხდა რევერენდის შემთხვევაში. მათ ვერ გადაარჩინეს კრისი. ასეთ დროს მომუდელს საშინელი სასოწარკვეთილება იპყრობს, სოფი გარკვეულწილად შეეპყრობა გრძნობს, რომ მისი ახლობლის ტანჯვა ბოლოს და ბოლოს დასრულდა, ვიღაცა კი თავის თავს ადანაშაულებს ამ ტრაგიკული შემთხვევაში. ეს ნორმალური რეაქციებია. მაგრამ, როგორც არ უნდა იყოს ავადმყოფთან დაკავშირებული განცდები, რჩება კიდევ რეალობა. ამ რეალობის თანახმად, თავისუფლება ის დრო და ენერგია, რომელსაც აქამდე ავადმყოფს ახარჯავდით. თქვენ წარმოიდგინეთ, ამ ვითარებაში ისევე ძნელია ჩვეულებრივი ცხოვრებისა და საქმიანობისკენ შემობრუნება, როგორც რთულიც ერთ დროს დაავადებასთან ბრძოლაში წართუნი და მთელი თქვენი ცხოვრების დაავადების კაპრიზებისაღმძიმე დაქვემდებარება ჩანდა.

## თქვენს წინაშე მდგარი ემოციური დილემა

როცა მძიმე ავადმყოფის მოვლა გიწევთ, არა აქვს მნიშვნელობა, ეს სომატური დაავადებაა თუ ფსიქიკური. უამრავი პრობლემა იწინებს თავს, რომელიც იოლი გადასაწყვეტი და მოსაგვარებელი სულაც არ არის. მნიშვნელოვან როლს ემოციური ფონიც თამაშობს. ხშირად ეს შეტად რთულად დასაძლევია ეტაპია.

თქვენ შეიძლება სასოწარკვეთილებაში იყოთ ბავშვის ავადმყოფობის გამო, ან ადამიანურ ტკივილს გრძნობდეთ, რადგან თქვენი, ერთ დროს უკრადლებიანი და მოსიყვარულე მეუღლე, დღეს სრულიად შეუსაბამოდ იქცეოდეს. მეგობარი, ახლობელი,



ნათესავი, პარტნიორი, რომელთანაც ადრე სრულფასოვანი, მეგობრული და ადამიანური ურთიერთობა გქონდათ, შესაძლოა დროებით ან სამუდამოდ დაკარგულად ითვლებოდეს თქვენთვის მძიმე ფსიქიკური დაავადების გამო.

ასეთ დროს ადამიანს შიში იპყრობს. როცა დაავადების სიმპტომები ძლიერდება, მისი ოჯახის წევრები პერმანენტული სტრესის პირობებში ცხოვრობენ, რადგან არ იციან, თუ რას უნდა ელოდნენ ხეაღინდელი დღისგან. ეს ხელს უშლის არა თუ შორეული, არამედ თვით უახლესი მომავლის დაგეგმვას. ასეთ დროს განუხორციელებია უმწუბრისა და ტკივილის განცდა.

ბევრს დანაშაულის გრძნობაც აწუხებს ხოლმე. ისინი ფიქრობენ, რომ მეტ ყურადღებას შესაძლოა უკეთესი შედეგები მოჰყოლოდა. მაშინაც კი, როცა სრულად აცნობიერებენ დაავადების გამომწვევი მიზეზების ობიექტურ საფუძველს, მას დღეთს წერომად ან მძიმე ცოდვებისთვის დამსახურებულ სასჯელად აღიქვამენ. თვითგვემისკენ მიდრეკილი დამოკიდებულება ავადმყოფობის მიმართ ადამიანს უამრავ ენერჯიას ართმევს და ხშირად ავადმყოფის მოვლაშიც უშლის ხელს.

ასეთი დამოკიდებულება ადამიანში პიროვნების გაორებას, სიბრაზეს, დაბნეულობას, უიმედობას იწვევს და საბოლოო ჯამში კიდევ უფრო ამძიმებს მდგომარეობას. იმ რესპონდენტთა საქციელზე დაკვირვებამ, რომლებიც წყნთან თანამშრომლობდნენ როსალინ კარტერის ინსტიტუტში, გვინყენა, რომ ძლიერი ემოციური განცდის საგანს ხშირად სწორედ ის გარემოება წარმოადგენს, რომ მომვლელის უმძიმეს შრომას თითქმის არასდროს მოჰყვება მაღლიერების გამოხატვა დაავადებულის მხრიდან. უფრო მეტიც, ის შეიძლება სუდმიწვევით აგრესიულიც კი იყოს მომვლელის მიმართ.

კვლავ ვიმეორებ, რომ მომვლელის განცდები, მით უმეტეს, თუ მას თავის უმაღურ შრომაში არც მხარდამჭერი და არც გულშემატკივარი აქვას ვინმე, ნორმალური და ბუნებრივია. თავისთავად ცხადია, რომ სასიხარულო აქ არაფერია. იმ ოჯახუ-

ბის უმრავლესობა, რომელთაც სახლში მიიმე ავადმყოფი აყავთ, დაგუკთანსმება, რომ მათ მეტად პირქუშ რეალობაში უწვეთ ცხოვრება. ხშირად ადამიანს თავადაც სჭირდება საკუთარ გრძნობებში გარკვევა, რომ გააანაღიზოს თუ გადააფასოს თავისი მდგომარეობა და ადნავ გვერდიდან შეხედოს მის წინაშე არსებულ პრობლემებს.

თქვენი გრძნობების უკეთ გარკვევაში შემდეგი კითხვები დაგუხმარებათ:

- უ მაქვს თუ არა იმის შეგრძნება, თითქოს ცხოვრება აღარ ექვემდებარება ნემს კონტროლს?
- უ მაქვს თუ არა იმის შეგრძნება, რომ სრულიად სხვა ადამიანი გაეხდი მას შემდეგ, რაც ნემი ოჯახის წერი ფსიქიკურად დაავადდა?
- უ მადისიანებს თუ არა, რომ ნემი ოჯახის წერი მთლიანად ნემსეა დამოკიდებული?
- უ მეთაკილება თუ არა ნემი ოჯახის წერის ავადმყოფობა და ვევიქრობ თუ არა იმაზე, რას იტყვიან სხვები მის გარეგნობასა თუ მდგომარეობასე? რამდენად შემაწეხებელია ამაზე ფიქრი?
- უ მქონია თუ არა ისეთი პერიოდები, როცა მინდა ყველაფერი მივეყარო და სადღაც გავიქცე?
- უ ვბრაზობ თუ არა დაავადებულ ახლობელზე იმის გამო, რომ მას გამუდმებით ესაჭიროება ნემი ყურადღება?
- უ ვბრაზობ თუ არა საკუთარ თავზე, რომ უკეთ ვერ ვასრულებ ნემს მოვალეობას?
- უ ვბრაზობ თუ არა სხვებზე იმის გამო, რომ ასე გულგრილნი არიან ნემი პრობლემების მიმართ?
- უ ვბრაზობ თუ არა თავად დაავადებაზე?
- უ მაქვს თუ არა ურთიერთობები ნემს მეგობრებსა და ახლობლებთან; თუ მიტოვებულ, ყველასგან დავიწეებულ ადამიანად ვგრძნობ თავს?

ს ვფიქრობ თუ არა შესაძლო ლეიტალურ გამოსავალზე? მაშინებს თუ შეუებას მგერის ამგვარი გამოსავლის შანსი?

თუ რომელიმე ამ კითხვაზე დადებითი პასუხი გაქვთ, ნუ შეგრცხვებათ. თქვენს მდგომარეობაში ეს ნორმალური რეაქციაა. ახლა ვნახოთ, თუ რით შეგვიძლია იმ დამაბული ემოციური ფონის განმუხტვა, რომელშიც თქვენ ცხოვრობთ.

პირველი, რაც უნდა გაითვალისწინოთ, არის ის გარემოება, რომ არც ერთი თქვენი რეაქცია შეუფერებელი ან უხერხული არ შეიძლება იყოს. როგორც კი ამას გააცნობიერებთ, დანაშაულის შეგრძნება, რომელიც თქვენზე სიბრახის, მოუთმენლობის, გაღიზიანების ან წამიერი სისუსტის გამო გტანჯავთ, მოგეხსნებათ ან ნაკლებ მტკივნეული გახდება.

იქნებ ასრი კქონდეს იმ საქმიანობათა სრული ჩამონათვალის ჩამოწერას, რომელზეც ახლობლის აკადმიოფობის გამო უარის თქმა მოგიხდათ და რომელიც გაკლიათ ახალ ცხოვრებაში. ეს შეიძლება იყოს უბრალოდ გასართობი, თავშესაქცევი ნივთები, მაგალითად, ბრიჯის ყოველკვირეული პარტია, პიკნიკები, სტუმრად სიარული და სხვა; ან ისეთი აბსტრაქტული თუ კონკრეტული განცდები, რომელშიც ხელშესახები თითქოს არაფერია, მაგრამ მეტად მტკივნეულად აისახება ადამიანის ემოციებზე. ასეთია თავისუფლების, მომავლის რწმენის, მეგობრის თუ სექსუალური პარტნიორის, შეილის თუ მშობლის დაკარგვა, ურთიერთობების დამახინჯება, გაცრეებული იმედები და სხვა.

თუ ყოველივე იმის გაცნობიერების შემდეგ, რაც თქვენ და თქვენმა ახლობელმა დაკარგეთ, ტირილი მოგიხდებათ, არავითარ შემთხვევაში არ შეიკავოთ თავი. ეს მხოლოდ შეუებას მოგვრით. ტირილი ძალიან ეფექტური საშუალებაა ტკივილის, სიბრახის, გაღიზიანების და დარდის შესამსუბუქებლად. დოქტორი ლეონარდ ფელდერი რეკომენდაციას უწევს „ყოველკვირეულ ტირილს“. თავის წიგნში „როცა თქვენთვის საყ-

ვარელი ადამიანი აეად არის“ ის წერს: „კარგი ტირილი თითქოს ერთიანად ჩამოგრეცხავთ იმ ტკივილს, რომელიც თქვენში დაღუპილია“. დოქტორი ფელდერი გვირჩევს სევილიანი ფილმების ეურებას, ძველი, ბელნიერებისდროინდელი სურათების დათვალიერებას, ხალამოს მდინარესთან სეირნობას, ერთი სიტყვით, იმ საქმიანობას უწევს რეკომენდაციას, რომელიც ცრემლებისა და ტირილისთვის განაწყოებს ადამიანს“

სკადეთ, ეოველდლიურად სულ ცოტა დრო მაინც გამოითავისუფლოთ, რომელსაც მხოლოდ საკუთარ თავს მიახმართ. ეს დრო შეიძლება თქვენს ბაღში ყვავილების მოვლაზე ან კროს-ვორდის ამოხსნაზე დახარჯოთ. მოძებნეთ გზები თქვენი სტრესის შესამკირებლად. იქნებ კინოში შეირბინოთ დღისით თქვენს მეგობართან ერთად, უბრალოდ სუფთა ჰაერზე გაისეირნოთ, ან ფინჯანი ყავა მოიშალოთ ისე, როგორც გიყვართ და მშვიდ სიტუაციაში მიირთვათ. ეს უსათუოდ დაგეხმარებათ ძალების აღდგენაში და საშუალებას მოგცემთ, ახალი ენერგიით ჩაებათ ეოველდლიურ საქმიანობაში.

წიგნში „საკუთარი თავის შევლით სხეასაც უშველით“ მე ვწერდი, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია სწორი ფორმის შერწყვა იმისთვის, რომ გამოხატოთ სიბრაზე. ანხსლობას, წივილ-კივილს და წვევლა-კრულვას არასოდეს კარგი შედეგი არ მოჰყვება; შეგონება და არგუმენტირებული შენიშვნები კი შეიძლება ეფექტური აღმოჩნდეს.

სიბრაზის გასამუხტად საუკეთესო საშუალებაა ფიზიკური ვარჯიში. ის დაგროვილ ენერგიასაც გამოათავისუფლებს და აგრესიულობის მუხტსაც ასუსტებს. გარდა ამისა, შესაძლებლობას იძლევა, სრულიად სხვა მხარეს გადაიტანოთ ყურადღება. კარგია საყვარელი ფეხბურთის გუნდის თამაშის გულშე-

---

*Felder, Leonard, When a Loved One Is Ill: How to Take Better Care of Your Loved One, Your Family, and Yourself (New York: Plume/Penguin, 1991).*

მატკიერობა. ამ დროს განენილი ემოციები შვებისა და დარდისგან გათავისუფლების ეფექტს ქმნის. ხშირად კი მანქანითაც შეიძლება სადმე გასვლა, მაგნიტოფონისთვის ხმის აწევა და საყვარელ ჯგუფთან ერთად თავდავიწყებით სიმღერა, რაც შეიძლება ხშირად.

მეორე მხრივ, ურიგო არ იქნებოდა თქვენც მიგელოთ წამლები ან თერაპიის კურსი ჩაგეპარებინათ ნერვების დასამშვიდებლად. მიმართეთ თქვენს სამედიცინო კონსულტანტს, ადგილობრივ ექიმს ან ნეუროპათოლოგს. მოკლედ, მთავარია იმოქმედოთ, რაიმე იდონოთ, რომ გრძნობებესა და ემოციებს არ დააჯაბნინოთ თავი და როგორმე მოერიოთ ტკივილს.

### იზოლაციის ღაქლქქა

სანდრა ვოლფენბერგერი ჩვენი საზოგადოების წევრია ჯორჯიიდან. მის ქმარს მძიმე კლინიკური დეპრესია აწუხებდა, რის გამოც სანდრა თითქმის სრულ იზოლაციაში მოექცა. მან ასე მიმართა როზალინ კარტერის ინსტიტუტის მიერ მოწყობილი კონფერენციის მონაწილეებს: „ერთი ადამიანიც კი არ იყო ჩემს გარშემო, ვისთანაც უბრალოდ სულის მოსათქმელად დაერეკავდი, როცა ძალიან მიჭირდა. არავინ არაფერში მეხმარებოდა, მრჩეველიც კი არ მყავდა. სრულიად მარტო ვიყავი. ჩვენ ახალი გადმოსულები გახლდით ამ ქალაქში, ამიტომ არათუ მეგობრები, უბრალო ნაცნობებიც კი არ მყავდა.“

იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ის ადამიანები, რომლებიც მძიმედ დაავადებულ ავადმყოფს უვლიან, თითქოს უწინარნი არიან. მათ უწევთ ოჯახზე სრუნევა, საჭირო თანხების შოვნა, წესრიგის დამყარება გარშემომყოფთა ემოციური, ფსიქიკური თუ ადამიანური პრობლემების ქაოსურ სივრცეში. მაგრამ თავად მათზე არავინ სრუნავს. ეს ადამიანები კი პროფესიონალებიც არ არიან და ხშირად მათ ძალიან უჭირთ პრობლემების-

თვის თავის გართმევა. მით უმეტეს, რომ მარტონი აწარმოებენ ამ უთანასწორო ბრძოლას“.

საბედნიეროდ, სანდრამ იპოვა დახმარებაც და მხარდაც. ის თავისი რელიგიური თემის აქტიური წევრი გახდა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ალიანსის ადგილობრივი განყოფილების გამგეობაშიც შევიდა. მაგრამ უძრავლესობისთვის ის პრობლემები, რომლის შესახებაც სანდრა საუბრობდა, დღემდე პრობლემად რჩება.

როცა თავს „მეორე პლანზე“ გადასროდილად გრძნობთ და გვერდით არაყინ გყავთ, რომ ტკივილი გაუზიაროთ, თქვენ თავს მძევლად, ტუსად აღიქვამთ, თვით საკუთარი ოჯახის წევრებს შორისაც კი. ამგვარმა შეგრძნებამ შეიძლება ისეთ დეპრესიამდე ან დათრგუნულ მდგომარეობამდე მიიყვანოს ადამიანი, რომ სრულად დააშოროს მეგობრებს ან ოჯახის წევრებს.

როსალინ კარტერის ინსტიტუტში ჩატარებული კვლევების შედეგად მიყვლით დასკვნამდე, რომ იმ ადამიანებს, ვისაც მძიმე ავადმყოფი პყავს მოსაველელი, ძალიან უმსუბუქებს მდგომარეობას მსგავს სიტუაციაში მეოფ პირებთან ურთიერთობა. მათ გარკვეულ შევბას ჰგერის ერთმანეთის პრობლემების განხილვა. ისინი გრძნობენ, რომ მარტონი არ არიან და ეს გარკვეულწილად უმსუბუქებს მდგომარეობას. იზოლაციის დასაძლევად საუკეთესო გზაა, სიტყვები – „მე მარტო არ ვარ“ ისეთ გარემოცვაში წარმოსთქვა, სადაც ეს ფრაზა მაქსიმალურად დამაჯერებლად გაიჟღერებს“

სწორედ ამიტომ, მხარდაჭერის ჯგუფები კარგი საშუალებაა მარტონობის გასაქარვებლად. ამგვარ ჯგუფებთან თქვენმა

---

*Nottingham, Jack A., David Haigler, David L. Smith, and Pam Davis, Characteristics, Concerns, and Concrete Needs of Formal and Informal Caregivers: Understanding and Appreciating Their Marathon Existence (Americus, Ga.:The Rosalynn Carter Institute for Human Development, 1993).*

ერთიერთობამ მართლაც რომ თვითგადარჩენის ფუნქცია შეიძლება შეიძინოს:

აქ თქვენ დაგეხმარებიან, მეტი ინფორმაცია მიიღოთ თქვენთვის საინტერესო დაავადების, მისი მკურნალობისა და სამომავლო პერსპექტივების შესახებ;

გასწავლიან, თუ როგორ გაართვათ თავი ჰალუცინაციებს, ბოლევებს და სხვა; როგორ გადაიაროთ კრიზისი, თავიდან აიცილოთ სერიოზული კონფლიქტი და სხვა სახის გართულებები;

მოგაწვდიან ინფორმაციას იმ სასოგადოებების შესახებ, რომლებიც ყველაზე წარმატებულად მუშაობენ ამ დარგში, მიგასწავლიან ყველაზე კომპეტენტურ და სანდო პროფესიონალებს;

ნაგრთავენ მომსახურების ქსელში, რის შედეგადაც თქვენი აუადმიყოფისთვის ხელმისაწვდომი გახდება მოვლის უფრო დახვეწილი, გაუმჯობესებული მეთოდები;

შეამსუბუქებენ იმ საშინელ ზეგავლენას, რომელსაც სტიგმა ახდენს თქვენზე;

აქ თქვენ შეგეძლებათ იხუმროთ და იცინოთ თქვენი მდგომარეობის შესახებ, რადგან დანამდვილებით გეცოდინებათ, რომ არავინ დაგძრახავთ და არც ბოროტად დაგცინებენ;

შესაძლებლობას მოგცემენ, რამდენიც გინდათ იტიროთ, ისე, რომ ამის არ შეგრცხვით;

აქ თქვენ შეგეძლებათ, ყურადღება მთლიანად გადაიტანოთ საკუთარ თავზე და საკუთარ პრობლემებზე;

დაგეხმარებიან გადაწყვეტილების მიღებაში;

შეგიმსუბუქებენ სტრესს და აღვიდგენენ თვითკონტროლის უნარს;

დაგიბრუნებენ იმედს, რადგან მიხედვით, რომ მარტო არ ხართ და სხვებთან ერთად თქვენც შეძლებთ, თავი გაართვათ პრობლემებს.

ისეთ ორგანიზაციებს, როგორც არის ფსიქიკურად დაავადებულითა ნაციონალური ალიანსი, მხარდაჭერის ადგილობრივი ჯგუფები კეებს. დიდ სააუადმოფობთანაც მუშაობენ ოჯახის წევრთა დახმარების ფსიქოლოგიური ჯგუფები. შეიძლება ამხანაგობის მსგავსი ორგანიზაციის შექმნაც, ხადაც თქვენს პრობლემებს გაიშიარებენ და თავისას გაგანდობენ.

ამ ცოტა ხნის წინ რვეერენდ ჯონ რექსს ვიდეოკასეტა გაეუბსაენეთ, რომელსეც ჩაწერილი იყო კარტერის ცენტრის მიერ მომზადებული დოკუმენტური ფილმი „როგორ დაეძლიოთ სტიგმა“. მან ეს ფილმი ამხანაგობის ტიპის თავის ადგილობრივ ორგანიზაციაში უნენა და შემდეგ წერილი მოგვწერა: „მე ჩეენი ამხანაგობის წევრებს ვუჩვენე ეს ფილმი წინა შაბათს. ჩეენ ერთობლივი სადილი და მეტად საინტერესო დისკუსია გეკონდა. 22 ადამიანი ვესწრებოდიოთ განხილვას. ფილმის შემდეგ ამხანაგობის წევრებმა ისაუბრეს ფსიქიკურ დაავადებებთან ბრძოლის თავიანთი გამოცდილების შესახებ. ისინი გამოთქვამდნენ აზრს ახალი წამლების, მკურნალობის, პოსპიტაღიზაციის პრობლემებზე... ძალიან კარგი განხილვა გამოვიდა“.

თუ თქვენთვის ინტერნეტი ხელმისაწვდომია, იქ უამრავ საინტერესო მასალას ნახავთ იმ ორგანიზაციების შესახებ, რომლებიც თქვენთვის მტკივნეულ საკითხებზე მუშაობენ. აქ არის ოფიციალური ვებ-გვერდები და ჩეთ-პროგრამები.

არსებობს მეტად სერიოზული და ძლიერი ორგანიზაცია, რომელსაც მოხალისე მომფელთა ურთიერთნდობის ეროვნული ფედერაცია ეწოდება. ფედერაცია 1984 წლიდან არსებობს. ეს არამომგებიანი ორგანიზაციაა და მისი დამაარსებელი გახლავთ რობერტ ვუდ ჯონსონის ფონდი, ამერიკის შეერთებული შტატების უდიდესი დონორი ორგანიზაცია, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე მუშაობს. მოხალისეები ყველა სახის დახმარებას უწევენ ფსიქიკურად დაავადებულითა ოჯახის წევრებს.



იმის საილუსტრაციოდ, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია მათ მიერ გაწეული სამუშაო, ერთ ისტორიას გიამბობთ. ეს ამბავი ფედერაციის აღმასრულებელმა დირექტორმა მომითხრო. ის ვაშინგტონელ ფოსტალიონს, ვილის ეხება. ვილის ცოლს, ალისას თვითმკვლავობის მცდელობა აქონდა. ალისა საავადმყოფოდან შობამდე ერთი კვირით ადრე გამოწერეს. ვილი გააფრთხილეს, რომ მისი მარტო დატოვება არ შეიძლებოდა, რადგან კლინიკური დეპრესიით დაავადებული ავადმყოფები დღესასწაულებს, როგორც წესი, მიძიმედ იტანენ.

მაგრამ ვილისთვის ეს მუშაობის მეტად გადატვირთული პერიოდი, რადგან ადამიანები ერთმანეთს საშობაო მილოცვებს უგზავნიან და არ შეეძლო სამსახურის მიტოვება. მან ფედერაციის ადგილობრივ ორგანიზაციას მიმართა თხოვნით. პროექტის დირექტორმა მოხალისეები გააგზავნა ალისასთან, რომლებიც მთელი ღამე მორიგეობდნენ მასთან, სანამ ვილი მისალოცებს არიგებდა.

ვილის თავდაპირველად არც კი სჯეროდა, რომ მოიძებნებოდა ადამიანი, ვინც შობის ღამეს მიატოვებდა საკუთარ ოჯახს და მისი პრობლემების შესამსუბუქებლად მთელ ღამეს სხვის სახლში, მიძიმედ დაავადებულ ადამიანთან გაატარებდა. მაგრამ არა, არიან ასეთი ადამიანები! ამან შინაგანად გააძლიერა ვილი, დაამშვიდა, რწმენა აღუდგინა და კელავ შეარიგა ეკლესიას, სადაც ალისას გამო აღარ დადიოდა.

მხოლოდ თქვენი გადასაწყვეტია, დახმარების რომელი ფორმაა ყველაზე მისაღები თქვენთვის და აუცილებლად იმით ამ დახმარებას. რეალურად არსებობს იმის შესაძლებლობა, რომ თქვენი მდგომარეობა შემსუბუქდეს. ნუ გაუშვებთ ხელიდან ამ ბედნიერ შანსს, ნუ იტყვით უარს მეგობრულ თანადგომასე.

სტიგმის დამღუპველი ზეგავლენა ხშირად გამხდარა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის ოჯახის სრული იზოლაციის მიხეზი ახლობლების, მეგობრებისა და მეზობლებისგან. სტიგმის გამო უამრავი ოჯახი იძულებულია, ყველასგან გარიყულად, მწუხარე მარტოობაში იცხოვროს. ხშირად ამ მარტოობის ინციკატორები თავადვე არიან, რადგან ახლობლის აუადმყოფობის რცხენიათ. ზოგჯერ ამის მიხეზი მათი თავდაუჯერებლობა ან ერთგვარი უხერხულობის განცდა ხდება, რომ ვინმე არ გააკრიტიკოს დაავადებული ახლობლის მოვლის ხარისხის გამო.

სტიგმის გამო ადამიანებს ეშინიათ, რომ მათ დასცინებენ, გულგრილად მოეკიდებიან. მათ სარტკივარს ან ზურგსუკან იტორაკებენ. ამის გამო, ისინი სრულიად მარტონი არიან. ისეთი შეგრძნება აქვთ, თითქოს არავის აინტერესებს მათი პრობლემები, როგორც ეს სანდრა ვოლფენბერგერის შემთხვევაში იყო. მეგობრებმა დროდადრო შეიძლება კადეც შემოიარონ, მაგრამ ამას მოვალეობის ან სიბრალულის გრძნობიდან გამომდინარე აკეთებენ და რეალურად ვერაფრით ეხმარებიან უმძიმეს მდგომარეობაში მყოფ ოჯახს.

წიგნში „საკუთარი თავის შევლით სხვასაც უშევლით“ მე ვწერდი ერთი მამაკაცის შესახებ, რომელიც ირწმუნებოდა, რომ ახლობლები და მეგობრები მას მხოლოდ იმის გამო გაუბრუნენ, რომ მის ვაჟიშვილს შიზოფრენია დაუდგინდა: „სტიგმის გამო მე უამრავი ადამიანი დაეკარგე. ასე განსაჯეთ, თვით საკუთარი ოჯახის მხარდაჭერაც კი მომაკლდა. თითქოს ყველა გამირბის“.

ჯონ რექსიც წერდა ამის შესახებ თავის ახსნა-განმარტებით ბარათში: „ამქვეყნად რამდენი ადამიანია, ვისაც კრისის მსგავსად ფსიქიკური დაავადება აწუხებს. იმდენის ცხოვრებაა დამახინჯებული და გაუბედურებული. ჩვენ კი ვაგრძელებთ

მათი და მათი ოჯახების „დადალვას“, დამცირებას. ჯანმრთელობის დაცვის ჩვენი სისტემა თითქოს სპეციალურად მათ დისკრიმინაციაზე მუშაობს და ყველაფერს აკეთებს იმისთვის, რომ უკანასკნელი იმედიც წაართუას ამ გაუბედურებულ ადამიანებს. ოჯახები სრულ მდუმარებაში იტანჯებიან. ადამიანებს ეშინიათ მათთან საუბარი, მიუხედავად იმისა, რომ სწორედ საუბარია ის ერთადერთი რამ, რაც მათი პრობლემების გაგებაში დაგვეხმარება“.

რაც უფრო ძლიერია სტიგმა, მით უფრო დამძიმებულია ოჯახი. რუთგერსის უნივერსიტეტის თანამშრომლებმა ალან ვ. ჰორვიციმა და სუზან ს. რეინჰარდმა შეისწავლეს ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლასთან დაკავშირებული პრობლემები. ისინი ამ პრობლემებს ძირითადად ავადმყოფის მოვლაში ჩართული მშობლებისა და მეუღლეების მაგალითზე სწავლობდნენ. მათი დაკვირვების თანახმად, აღმოჩნდა, რომ „მხოლოდ დაავადების სიმპტომები არ ქმნის სიძნელეებს ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მოვლაში. სტიგმა აქაც უმძიმეს პრობლემად რჩება. ასე მაგალითად, ფსიქიკურად მიძიმედ დაავადებული ბავშვის მშობლები დარწმუნებულნი არიან, რომ მათ შეიძლება სრულიად სტიგმატიზებულ პირობებში უწყვეტ დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლა“.

სტიგმას ყოველ ფეხის ნაბიჯზე აწყდები, მეგობრების, ახლობლების, სრულიად უცხო ადამიანების წრეში, როცა საბინაო პირობების შეცვლა გჭირდება, ან სამსახურს ეძებ შენი დაავადებული ახლობლისთვის. თვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალთა შორისაც კი გადააწყდებით არაკეთილგანწყობას. ჩემთვის არაერთხელ

---

*Horwitz, Allan V, and Susan C. Reinhard, "Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parents and Siblings of Persons with Severe Mental Illnesses, "Journal of Health and Social Behavior 36 (1995):pp. 138-50.*

უთქვამთ, რომ ამ დაუძლეველი წინააღმდეგობის დაძლევა მხოლოდ მასთან შეგუებით არის შესაძლებელი, სხვა შემთხვევაში, მართლა გაგაგიჟებს დაავადების მიმართ არსებული ეს უსიტყუო მეთქმულება.

ასე ცხოვრება ნამდვილად ძალიან მძიმეა, მაგრამ თვალს უნდა გაუხსწოროთ სიმართლეს. თავის წიგნში „როცა თქვენთვის საყვარელ ადამიანს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს“ რუბეკა ეულისი წერს: „იმის გამო, რომ სტიგმა უწინურობითა და მითებით სასრდლობს, მის ერთადერთ ანტიდოტს განათლება და პირადი გამოცდილება წარმოადგენს... თქვენ იდეალური შესაძლებლობა გაქვთ, მიაწოდოთ ადამიანებს ის ინფორმაცია, რომელიც ამ უსაფუძვლო შიშებს, ცრურწმენებსა და შაბლონებს გააქარწყლებს და ადამიანს გულს გაუხსნის მათ მიმართ, ვინც ფსიქიკურ დაავადებას ებრძვის...“

ახლო მეგობრებთან უფრო გულახდილი შეგიძლიათ იყოთ. მესობლებთან, თანამშრომლებთან და უბრალოდ ნაცნობებთან საუბრისას სოგადი ინფორმაციაც საკმარისია. უნდა დაარწმუნოთ გარშემომყოფნი, რომ თქვენი დაავადებული ახლობელი მათთვის სულაც არ არის საშიში და არაუფროს დააკლებს მასთან მისაღმება, თუნდაც ის საკუთარ თავთან საუბრით იყოს გართული.

აუხსენით მათ, რომ ფსიქიკური დაავადება ისეთივე სწეულებაა, როგორც სიმსიენე ან დიაბეტი. მათ შორის არსებულ განსხვავებებზე საუბრისას, თქვენ იმის შესაძლებლობაც მოგეცემათ, რომ უფრო დაწვრილებით მოუთხოროთ თქვენი პრობლემების შესახებ და ისინიც მეტი გულისხმიერებით მოექიდებიან თქვენს სატკივარს.

---

*Woolis, Rebecca, When Someone You Love Has a Mental Illness: A Handbook for Family, Friends, and Caregivers (Los Angeles: J. P. Tarcher, 1991).*

მე მესმის, რომ ამგვარი ახსნა-განმარტებითი საუბრები კიდევ ერთი სუბტილური მოვალეობაა, რომელიც თქვენ უნდა იტვირთოთ, მაგრამ ამის გაკეთება აუცილებელია, რათა ისოლაციაში არ დარჩეთ და თქვენმა ახლობელმა ადამიანებმა უკეთ გაგიგონ. არაკითარ ახლობლობაზე არ შეიძლება იყოს საუბარი, თუ მათთვის თქვენი ყველაზე მტკივნეული პრობლემების გაზიარება ვერ გაგიბედათ“.

მე ერთადერთს დავამატებდი ამ სიტყვებს: თქვენი ახლობლების განათლებით, მათი თვალსაწიერის გაფართოებით თქვენ მხოლოდ საკუთარ თავს კი არა, უამრავ ისეთ ადამიანსაც ეხმარებით, ვისაც მარტოობასა და უიმედობაში უწევს ცხოვრება.

**როგორ მოვიქცეთ, როცა ვბრძობთ, როცა „გადავიწყით“?**

„გადაწვა“ – არსებობს ასეთი ტერმინი. იმ მდგომარეობას, რომელსაც ეს სიტყვა გამოხატავს, კარგად იცნობს ნებისმიერი ადამიანი, ვისი ოჯახის წევრსაც მძიმე ფსიქიკური დაავადება აწუხებს. ეს ტერმინი მოვლის ფსიქოლოგიაშიაც არის დამკვიდრებული. ამგვარი რამ მაშინ ხდება, როცა ერთმანეთს ემთხვევა რამდენიმე ფაქტორი: გადაღლილობა, უმწეობის განცდა, დანაშაულის გრძნობა, ოჯახური არეულობა, ისოლაცია, უიმედობა და უმადურება ავადმყოფის მხრიდან. დაამატეთ ამას ის სიტუაცია, რომელიც ადამიანისგან გამუდმებით მოითხოვს ახალ ძალებს, დროს, ენერჯიას, ყურადღებას და სრულიად ცხადი გახდება, რომ რაღაც ეტაპზე მომწეულს შეიძლება გამოუელიოს ძალები და იფიქროს, რომ ამ დამაბულობას მეტს ვეღარ გაუძლებს.

ერთმა ქალმა წერილი მომწერა თავისი მეგობარი ოჯახის შესახებ. ქმარი მძიმე ფორმის კლინიკური დეპრესიით არის დაავადებული, მიუძღუე კი მას უყვლის:

„ეს ქალბატონი უკანასკნელ ზღვრამდეა მისული. ის სრულიად გამოფიტულია ემოციურადაც და ფიზიკურადაც. სამედ-  
ცინო ხარჯების გამო უსარმასარი ვალები დაედოთ. ქალი  
ლამის სრულ იხოლაციაში ცხოვრობს და პრაქტიკულად დე-  
მორალიზებულია. ის იმდენად ხელნაქნეულია ეველაფერზე,  
იმდენად უიმედო და უმწეოა, რომ გაერახეც კი ფიქრობს, რათა  
თაყი მაინც გადაირჩინოს, მაგრამ ეშინია, რომ ამან შეიძლება  
მისი მეუღლე თვითმკვლელობამდე მიიყვანოს და ვერ ბედავს  
ამ ნაბიჯის გადადგმას“.

ამ ქალს სწორედ ის დაემართა, რაზეც ზემოთ ვსაუბრობ-  
დით – ის გადაიწვა. სამწუხაროდ, ეს ჩვეულებრივი მოვლენაა  
მათთვის, ვინც მძიმე ავადმყოფს უვლის ხანგრძლივი პერიოდის  
მანძილზე. როსალინ კარტერის ინსტიტუტის გამოკითხვების  
თანახმად, მომუშაულთა 50%-ს თავად განუცდია ეს მდგომარე-  
ობა, ხოლო გამოკითხულთა 85% სრულიად გასავათებულად  
გრძნობს თავს დღის ბოლოსთვის და ეს მათი ყოველდღიური  
განცდაა.

ფსიქოლოგიისა და „გადაწვის“ სპეციალისტის, დოქტორ  
ჰერბერტ ფრიუდენბერგის თანახმად, „გადაწვის“ სიმპტომები  
შეიძლება შეიცავდეს თავის ტკივილებს, უძილობას, წელის  
ტკივილს, ლეთარგიას, შეკვივებას, კარდიოლოგიურ პრობლე-  
მებს. ამ მდგომარეობას ისეთი ემოციური კომპონენტებიც ახა-  
სიათებს, როგორიც არის გადაღლილობისა და სიცარიელის  
შეგრძნება, სიბრახე, გაღიზიანება, პესიმისტური განწყობა,  
დაუცველობის განცდა, დეპრესიული მდგომარეობა.

ეს საკმაოდ არასასიამოვნო სიმპტომებია და თუ დიდი ხნის  
მანძილზე უყურადღებოდ დარჩა, შეიძლება მისმაეალში მძიმე  
შედეგები გამოიწვიოს, თვით უბედური შემთხვევაც კი. ხშირად,  
გადაწვის შედეგად, მომვლელები გაურბიან თავიანთ მოვალეო-  
ბებს, უბრუნდებიან ძველ ინტერესებს, გარეთ ეძებენ შეებას და  
ავადმყოფს სულ უფრო ნაკლებ დროს უთმობენ. ბევრი

ნარკოტიკებში ან ალკოჰოლში ეძებს ნუგეშს, რაც რეალურად კიდევ უფრო მეტად ამძიმებს მათ მდგომარეობას.

როგორც აღრევე აღვნიშნეთ, მომვლელთა მხარდაჭერის ჯგუფებს ამ შემთხვევაში მეტად პოზიტიური ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ. მაგრამ, არსებობს რამდენიმე სტრატეგიული მომენტი, რაც აგრეთვე გასათვალისწინებელია:

1. მოუსმინეთ თქვენს მეგობრებს. პირველი, ყველაზე ეფექტიური საშუალება „გადაწვის“ თავიდან ასაცილებლად არის იმის გაცნობიერება, რომ ახლოს ხართ ამ უკიდურეს მიჯნასთან. თუ მეგობრებმა რაიმე ცვლილებები შეგამჩნიეს მოქმედებაში ან ხასიათში, უური დაუკდეთ მათ და აუცილებლად დაფიქრდით, ახლოს ხომ არ არის მათი ეჭვები სიმართლესთან.
2. მეტი ყურადღება დაუთმეთ თვითგანათლებას. „კარგი იქნებოდა, მომვლელებისთვის გ'სამკვლევებო დაგვერიგებინა“, – განაცხადა ერთხელ როზალინ კარტერის ინსტიტუტის ერთ-ერთი კონფერენციის მონაწილემ. მართლაც, ადამიანის წინაშე იმდენი პრობლემა წამოიჭრება ხოლმე ასეთ დროს, რომ მას სრულიად ბუნებრივია, თავგ'სა აებნეს. მაგრამ, იმის გაგება, თუ რა იწვევს დაავადებას, როგორ შეიძლება განვითარდეს მკურნალობა, რა გვერდითი ეფექტები შეიძლება აქონდეს წამლებს და სხვა ამგვარი ინფორმაცია, ძალიან დაგეხმარებათ შემთხვევითობის მინიმუმამდე დაყვანასა და მომავლის დაგეგმვაში. ეს თქვენს უმწეობის განცდასაც შეასუსტებს და კრიზისის დაძლევის შესაძლებლობასაც მოგცემთ. ინფორმაციის მოძიებაში პროფესიონალებთან სათანადო კონსულტაციები, სპეციალური ლიტერატურა და ინტერნეტი გაგიწევთ მეჭურვობას.
3. შეადგინეთ დღიურის ტიპის ჟურნალი. დოქტორი ფრიუდენბერგი მომვლელებს სთავაზობს დღიურის ტიპის ჟურნალის შევსებას, სადაც მეტწილი იქნება ინფორმაცია ყოველ-

დღიური საქმიანობის შესახებ. რამდენიმე კვირაში დღიური შესაძლებლობას მოგცემთ დაადგინოთ, თქვენი საქმიანობის რომელი ასპექტები განიჭებთ ყველაზე დიდ დისკომფორტს და შესაფერისი დასკვნები გააკეთოთ ნანაწერების ანალიზის შედეგად. ეს გადაწყვეტილებების მიღების პროცესშიც დაგეხმარებათ. მაგალითად, დღიურიდან თქვენ შეიტყობთ, თუ რამდენი ხანია არ გასულხართ სასეირნოდ, ან არ გადაგიშლიათ საინტერესო წიგნი, რომელიც გეხმარებათ ცოტა ხნით მაინც გამოეთიშოთ რეალობას.

4. ინტენსიური ურთიერთობა იქონიეთ მეგობრებთან. მაშინაც კი, როცა თავს უკიდურესად ცუდად გრძნობთ, სახლში ნუ გამოიკეტებით. აუცილებლად მოძებნეთ ვინმე, ვინც, დაგეხმარებათ ან თუნდაც ცოტა ხნით სხვა ინტერესებზე გადაიტანს თქვენს ყურადღებას. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ იმ ადამიანებს, ვისაც ბევრი მეგობრები ჰყავს, უფრო ძლიერი იმუნური სისტემა აქვს და ისინი უფრო ღიდხანს ცოცხლობენ.
5. შეეცადეთ ყოველდღიურობის რიტუალიზებას. ხშირად, როცა ვინმე ფსიქიკურად არის დაავადებული, მთელი ოჯახი ამოუარდნილია კალაპოტიდან. ის ფაქტი, რომ დაავადების გამოვლინებები მსოფლოდნელი და არაპროგნოზირებადია, ხშირად განაპირობებს სრულიად ქაოსურ სიტუაციებს ოჯახში. დაავადება ყველაფერს თავდაყირა აყენებს. ამიტომ, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს სოციალური წვევის თუ წესის რიტუალიზებას.
6. კარგი იქნებოდა, თუ დააწესებდით სადილს კონკრეტულ, უცვლელ დროს, ყოველ კვირადღეს ივლიდით ეკლესიაში, საღამოს ერთსა და იმავე დროს მიუჯდებოდით ტელევიზორს საყვარელი პროგრამის საყურებლად და სხვა.
7. შეინარჩუნეთ ინტერესები და ურთიერთობები. მაშინაც კი, როცა თქვენთვის საყვარელი ადამიანი ძალიან მძიმედ არის, არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დაივიწყოთ, რომ დამოუ-



კიდებული პიროვნება ხართ და საკუთარი ცხოვრებაც გაქვთ. ამის გაცნობიერება მნიშვნელოვანია ოჯახის ყველა წევრისთვის. კარგში იქნებოდა, თუ არ დაივიწყებდით ძველ ინტერესებს ან ახალ პროფესიულ ნივთებს შეიძენდით. ნაწერეთ კურსებსა და სემინარებს, რომლებიც თქვენს პროფესიონალურ სრდას შეუწყობს ხელს. ბევრს მიაჩნია, რომ დასვენებისა და გადართვის საუკეთესო საშუალებაა ცურვა. ეს არა მხოლოდ კარგი ფიზიკური ვარჯიშია, არამედ მშენიერი დამაშვიდებელი საშუალებაც გახლავთ. ვილაც ფოტოგრაფირებას აკიდებს ხელს, რომ ცხოვრების სასიამოვნო წუთები დააფიქსიროს ან ბაღში ყვავილებსა და ჩიტებს გადაუღოს სურათები.

8. შეისწავლეთ რელაქსაციის ტექნიკა. სოგ ადამიანს შეიძლება დამაშვიდებელი წამლებმა ან იოგამ მოჰგვაროს გარკვეული შეება. სხვებისთვის იმავე როლს ბიოეელის მეშვეობით მკურნალობა ასრულებს. მთავარია, რომ განმუხტვის თქვენს მიერ შერჩეული მეთოდი სიამოვნებას განიჭებდეთ. არა აქვს მნიშვნელობა, ვარჯიში იქნება ეს, მუსიკის მოსმენა, ბაღში მუშაობა, კარგი წიგნის წაკითხვა, კერვა, სეირნობა თუ უბრალოდ ძილი.
9. შეეცადეთ, თვალი დახუჭოთ უმნიშვნელო წერილმანებს. არაყის შეუძლია მთელი პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება და ყველაფრის ერთდროულად კეთება. საშუალება მიეცით ოჯახის სხვა წევრებს, რომ დაგეხმარონ. გაანაწილეთ პასუხისმგებლობა. ნაკლებად მომთხოვნი და ნაკლებპრეტენზიული იყავით. დახუჭეთ თვალი იმაზე, რომ ყველაფერი უსაღოდ არ არის გაკეთებული; ნუ გაირეცხება ჭურჭელი დაუყოვნებლივ, არაფერი ამით არ დაშავდება. შეეცადეთ პრიორიტეტების მიხედვით წარმართოთ თქვენი საქმიანობა და ენერჯია ნაკლებმნიშვნელოვანი საქმეების ხარჯზე დასოგოთ.

10. მიხედვით საკუთარ ჯანმრთელობას. გამოკვლევებში აჩვენა, რომ სტრესულ სიტუაციაში ცხოვრება ადამიანს უბიძგებს მავნე ნევეებისკენ, როგორც არის სიგარეტის მოწევა, ნარკოტიკები, ალკოჰოლი, ზედმეტი ჭამა, არაჯანსაღი ცხოვრების წესი და სხვა. თუ თქვენ საკუთარ ჯანმრთელობას არაფრად წააგდებთ, აუცილებლად დასუსტდებით და გამოიფიტებით. ეს კი უთუოდ შეაფერხებს ავადმყოფის მოვლის პროცესსაც. ამიტომ, უურადლება მიიქციეთ კვებისა და ძილის რეჟიმს და შეძლებისდაგვარად ივარჯიშეთ. თუ საუარჯიშო დარბაზში ვერ ახერხებთ წასუფლას და არც აერობიკისთვის გეოფინით დრო, სახლში მაინც ივარჯიშეთ. ეს არც დროს წაგართმევთ, არც ღიდ ენერგიას. რაც მთვარია, ყოველთვის მიმართეთ ექიმს დახმარებისთვის. ნუ დატოვებთ უყურადღებოდ თქვენი ჯანმრთელობის პრობლემებს.
11. შეეცადეთ, სოგჯერ იუმორით შეხედოთ სოგიერთ პრობლემას. რა ჯობია გულისანად გაცინებას, როცა სიტუაცია ზედმეტად მოქუყრული ნანს? კარგ სიცილს შეუძლია ბევრი ცუდი შთაბეჭდილების გაფერმკრთალება. ამგვარ ვითარებაში, მხარდაჭერის ჯგუფები შეუკვლელნი არიან. შეეცადეთ, რაიმე პოზიტიური იპოვოთ თვით ყველაზე მძიმე სიტუაციაშიც კი და დროდადრო გაიცინეთ იმაზე, რაც თქვენს გარშემო ხდება. დარწმუნებული იყავით, ამის შემდეგ მთელი მომდევნო საქმიანობა უფრო იოლი და ხალისიანი მოგეწყენებათ.
12. მიმართეთ პროფესიულ დახმარებას. შესაძლოა დაგჭირდეთ იმ სპეციალისტის კონსულტაცია, რომელიც ავადმყოფის ოჯახის წევრების სტრესის შემცირების პრობლემებზე მუშაობს. მასთან შეიძლება გულახდილად ისაუბროთ თქვენი შეგრძნებებისა და გაღიზიანების შესახებ. თქვენ დაგეხმარებიან ყოველდღიური პრობლემების დაძლევაში და თქვენს გარშემო არსებული სიტუაციის რეალურად შეფასებაში.

13. შეეცადეთ, გაამდიდროთ თქვენი სულიერი ცხოვრება. ჩვენს საზოგადოებების მუშაობაში ჩართვა ძალიან დაგეხმარებათ საკუთარი პრობლემების დაძლევაში. მნიშვნელოვანია რელიგიურ ცხოვრებაში მონაწილეობაც. სულიერება აძლიერებს ადამიანს და ასწავლის, იოლად შეხედოს ყოფით უსიამოვნებებს.

### კვლავ იმედის ისტორია

თაყის მემუარებში „ხილული წყევლიადი“ უილიამ სტირონი საგანგებოდ საუბრობს იმ უმნიშვნელოვანესი როლის შესახებ, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის ოჯახის წევრებს ეკისრებათ: „ეს უმძიმესი შრომაა, მაგრამ არაერთხელ დადასტურებულა, რომ მხოლოდ მოსიყვარულე ადამიანის „ძალურ ერთგულებას“ შეუძლია გადაარჩინოს დაავადებული, რომელსაც უკვე ყველას ხელი აქვს ჩაქნეული. ეს იმ მეგობრების, მშობლების, შეყვარებულების, ახლობლების დამსახურებაა, რომელთაც თითქმის რელიგიური დამოკიდებულება აქვთ საევარელი ადამიანის პრობლემების მიმართ და ალბათ ყველაფერს გააკეთებდნენ, რომ ისინი საფრთხისთვის გამოეკლიჯათ ხელიდან. ამგვარ ერთგულებას არაერთი ადამიანი გადაურჩენია თვითმკვლელობისგან“<sup>7</sup>

სტიუარტ პერი<sup>8</sup> ავტონაწილების მადლიაში მუშაობს. მას მძიმე დეპრესია აწუხებდა. სტიუარტი მიიჩნევს, რომ ის სწორედ ძალღივიტ ერთგულმა ოჯახის წევრებმა გამოსტაცეს ამ

---

<sup>7</sup> *Styron, p. 76.*

<sup>8</sup> *Stuart Perry is a member of the Georgia State Mental Health Consumer Network and a regional representative on the State Consumer Council for the Georgia Division of Mental Health, Mental Retardation, and Substance Abuse.*

სასტიკ დაავადებას. ერთ-ერთ ნეუნს კონფერენციაზე როსადინ კარტერის ინსტიტუტში მან მოგვითხრო ამის შესახებ.

სტიუარტი აუდიტორიას თავისი მეუღლის, ბავშვების და სიდერ-სიმამრის სურათები აჩვენა, შემდეგ კი დასძინა: „აი, ნემი საყრდენი. სწორედ მათი დამსახურებაა, რომ მე დღეს თქვენს წინაშე ვდგავარ“. იგი ასე ახასიათებს საკუთარ თავს „მე ვარ ადამიანი, რომელმაც ისიც კი არ ვიცოდი, ვინ ვიყავი, მაგრამ ნემი ოჯახის წევრები ნემს გვერდით იდგნენ. სწორედ მათ მიხსნეს ამ დაავადების კლანჭებიდან.“

მამა 1981 წელს დაეკარგა. მასაც დეპრესია ჰქონდა და ერთ მშვენიერ დღეს თვითმკვლელობით დაასრულა სიცოცხლე. 8 წლის შემდეგ მეც აღმომჩინდა დეპრესია. საშინელი ძალუკონა ციებები და ბოდეები მქონდა“. მან თავისი ამ პერიოდის სურათი დაათვალიერებინა აუდიტორიას. მართლაც საშინლად გამოიყურებოდა ამ სურათზე – დაუვარცხნელი, დაუბანელი, ნამკრალი თვალებით. გასაოცარი იყო მასში მომხდარი ცვლილება, რომელსაც ნემს თვალნათლივ ვხედავდით.

ახლა მე იმიტომ დავდივარ თქვენს სასოგადოებაში, რომ მინდა სხვა ადამიანებსაც გაეგებინო, თუ როგორი ძალა შეიძლება ჰქონდეს სიყვარულს და ერთგულებას. არ მინდა, რომ ვინმეს იგივე დაემართოს, რაც მამაჩემს დაემართა. მე ამცდა ეს საშინელი ხვედრი და ეს მთლიანად ნემი ოჯახის დამსახურებაა. ისინი დამეხმარნენ, დამეძლია დაავადება“.

სტიუარტი ძალიან საინტერესოდ საუბრობდა. დროდადრო ხუმრობასაც ჩაურთავდა თავის ისტორიაში, რაც აცოცხლებდა და ახალისებდა მის მონათხრობს.

„როცა ცუდად ვიყავი, სიმამრი მოვიდა ნემთან. მხარზე ხელი გადამხვია და მოხოვა: შეილო, ნემთვის მართლა არა აქვს მნიშვნელობა, რა გაგიკეთებია ცხივრებაში. არ მაინტერესებს, მდიდარი ხარ თუ ღარიბი. ერთადერთი რაც მადლეუებს, ის არის, რომ მინდა ამ მდგომარეობიდან გამოხვიდე. ეკადე, გამოხვიდე, გეხეკწები, ეკადე გამოხვიდე!“

იმ დღეს ბევრი ვისაუბრეთ. ზოგჯერ მაწყვეტილებდა სიტყვას და დაჟინებით მთხოვდა: მითხარი, რა გაეცათო, რაც გინდა დამავალე, ოღონდ ექიმთან იარე და წამლები მიიღე. მათ გარეშე ვერ გამოკეთდები. ჩვენ ახალ სახლს გიყიდი. ოღონდ კი შენ გამოჯანმრთელდი. მერე მართლა გვიყიდეს ახალი სახლი მიწის პატარა ნაკვეთით. შემდეგ კოინდარის მცვლავი მანქანა გვანუქქეს. სატარებელი მანქანა არ გვიყიდე, მისაწოლი მანქანა გვიყიდე. ცხოვრებასაც ასევე მინდა მიაწვე“...

დარბაზს გაეცინა, როცა სტუარტმა მცვლავი მანქანის ამბავი მოყვა.

„მეც ყოველდღე ვცვლავდი გაზონს ჩემს ორაკრიან მიწაზე. ერთხელაც ბიძანემი მოვიდა და მირჩია ბალახისთვის სასუქი დამეყარა. დაუფჯერე, წავედი მაღაზიაში, ვიყიდე სასუქი, მოვყარე ჩემს გაზონს და რას ვხედავ! ბოლომდე არ ვარ გასული, რომ ბალახი თავიდან ამოდის. მაგათთვის რომ მეყურებიან, არც ავადმყოფობისთვის, არც არაფრისთვის დამრჩებოდა დრო. დღე და ღამე გაზონი უნდა მეცვლა. ერთი რამ, რაც უთუოდ გამოვიმუშავე იმ პერიოდში, მარათონელის ჩევეები. გამძლეობით და ამტანობით, ვისაც გინდათ, იმას ვაჯობებ, ისეთი წვრთნა მაქვს გავლილი.“

ხუმრობა იქით იყოს და მართლა ბედნიერი ადამიანი ვარ, რომ ამდენი ვინმე მეხმარებოდა. მე ყოველდღე ვხვდები უამრავ ადამიანს, ვისაც ძალიან სჭირდება დახმარება, მაგრამ ვერ გაუბედათ ამ დახმარების თხოვნა. ისინი ალბათ ასე ფიქრობენ: რა უნდა ვუთხრა ადამიანს, გიჟი ვარ და დამეხმარე მეთქი?“ სტიუარტი ისე მხიარულად, ხატოვნად და შთამბეჭდავად საუბრობდა, რომ ყველასთვის ცხადი გახდა, მას დააყადებაც დაძლეული ჰქონდა და სტიგმაც. თეითონ უკვე აღარ ესაჭიროებოდა ოჯახის დახმარება, ახლა უკვე მისი ხელი იყო გაწვდილი სხვათა დასახმარებლად.

დასასრულს, მან გვიმღერა სელინ დიონის სიმღერა „შენ რომ გიყვარდი“<sup>1</sup> ეს სიმღერა ნეენ, ანუ იმ ადამიანებს მოგვიძღვნა, ვინც ფსიქიკურად დააკადებულთ ეხმარება ავადმყოფობის დაძლევაში, ოღონდ შეკვალა სიტყვები და სადაც სელინ დიონი ამბობდა „ძვირფასო ჩემო“, მან „მომეღელეო ჩემო“ ჩასვა. სიმღერა დაახლოებით ასე უღერდა:

„ჩემს გვერდით ყოფნის ყველა წამისთვის,  
შენი თვალებით დანახული სიშარტლისათვის,  
სიხარულისთვის, რომელიც ჩემთვის გინეკებია,  
ყველაფერ ცუდისთვის, რაც შენს სიყვარულს სიკეთედ მოუქცევია,  
ახდენილი ოცნებებისთვის, იმედისთვის, ნეტარებისთვის,  
მარადიულს გწირავ მადლობას, მომეღელეო ჩემო!“

სტიუარტის სიმღერას აუდიტორია ცრემლებითა და მქუხარე ტაშით მიესალმა.

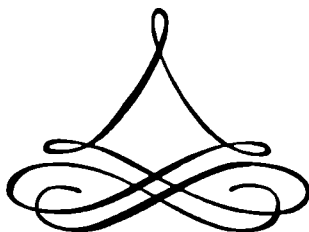


მინდა მჯეროდეს, რომ თქვენთვის სასარგებლო აღმოჩნდება ის ინფორმაცია, რომელიც ამ თავში მოგაწოდეთ. იქნებ, ამ რჩევებმა თქვენი უმძიმესი შრომა ოდნავ მაინც შეამსუბუქოს და მკვირვდი ამოსუნთქვის საშუალება მოგცეთ. თქვენი ძალები, ენერჯია და ჯანმრთელობა თქვენთვის საყვარელ ადამიანს ესაჭიროება, რათა მან ბრძოლის გაგრძელება შეძლოს. თქვენ ერთ-ერთი ის უსახელო გმირი ხართ, ვის თაგვანწირვასაც ახლობლის ტკივილის შემსუბუქება მოსყვება.

ღმერთმა ხელი მოგიმართოს ამ მძიმე ღვაწლში.

---

*Celine Dion's "Because You Loved Me": Stuart Perry substituted the word caregivers for baby in the original song.*



## ფსიქიკურად დაავადებულთა დაცვა

**1** 996 წლის აპრილის მოსამენების დროს კარტერის ცენტრში კვლავ და კვლავ სტიგმა იყო საუბრების ძირითადი თემა. თავისი სრულიად შეუდარებელი პირდაპირობით როდ სტაიგერმა განაცხადა: „სტიგმა არის სამარცხეინო გადმონაშთი; დიახ მახინჯი გადმონაშთი, რომელიც ისეთ უსაფუძვლო წინასწარგანწყობაზეა დაფუძნებული, როგორც, მაგალითად რასიზმია. როცა სტიგმასთან გაქვს საქმე, უნდა ვიცოდეთ, რომ მის უკან ინსტიტუტების გარდა არაფერი დგას“.

შემდეგ კი მან უფრო დააკონკრეტა თავისი აზრი: „წარმოდგინეთ, რომ მეწამული კაცი სეირნობს ტყეში. სადღაც შორი-ახლოს ყვითელი კაციც სეირნობს. თითოეული მათგანი ფიქრობს, რომ ამ ქვეყნის გულზე ის ერთადერთი ადამიანია. სინამდვილეში კი ორნი არიან. მაგრამ არც ერთმა არ იცის მეორის არსებობის შესახებ. ისინი არასდროს არ შეხვედრილან ერთმანეთს. ყვითელი კაცი იწყებს ნადირობას, ის ირჩევს სათვალთვალ ადგილს და ოჰ, ღმერთო ჩემო, მეწამულ ადამიანს ხედავს! მისი ინსტიტუტები (და არა გონება!) ყალბედგება... მეწამული კაცი – ეს რაღაცა გაუგებარი და შეუსაბამოა... ამავ ენსტიტუტების გამო გუერევა სტიგმა. ამიტომ არის, რომ მხოლოდ ცოდნა ახერხებს მასთან გამკლავებას“.

ჩემი მეგობარი პოლ ჯეი ფინკი<sup>7</sup> თავის წიგნში „სტიგმა და ფსიქიკური დაავადებები“ ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებულ სტიგმას განსაზღვრავს, როგორც სასოგადოების მიერ ზოგიერთი პიროვნების მარგინალიზაციისა და გარიყვის მცდელობას მხოლოდ იმის გამო, რომ ისინი ფსიქიკურად არიან დაავადებულნი. ერენ კოფმანი კი, სოციოლოგი და ფსიქოლოგი, ამგვარად ახასიათებს სტიგმას<sup>8</sup>: „ეს არის მდგომარეობა, როცა ადამიანი სრულიად დისკვალიფიცირებულია სასოგადოების ცხოვრებაში მონაწილეობისგან; ის სრულიად დისკრედიტირებულია“.

რატომ ხდება სასოგადოების მიერ ფსიქიკურად დაავადებულთა მარგინალიზაცია, დისკვალიფიკაცია და დისკრედიტაცია? ალბათ, როდი მართალია. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები ჩვენგან განსხვავდებიან გარეგნობით, საქციელით, ნაცმულობით. შესაძლოა, სწორედ ეს განსხვავება გეაფრთხობს. ჩვენ ინსტიქტურად გაეურბივართ იმას, რაც არ ვიცით, მით უმეტეს, რომ ამ ადამიანებს ხშირად მართლაც უცნაური ქცევა ახასიათებთ და ეს მეტად თვალშისაცემია.

ჩემს ბავშუობაში ადამიანები ასევე უფრთხოვნენ სიტყვას „სიმსივნე“. ეს სიტყვა არასოდეს ხმამაღლა არ წარმოთქმებოდა. ეს სასიკვდილო, საიდუმლოების საბურველით გარემოცული დაავადება იყო და ადამიანებს ეშინოდათ მისი. მას-სოვს, ჯიშის მამას სიმსივნის დიაგნოზი 50-იან წლებში დაუდგინეს. ის უკვე რამდენიმე წელი იყო ავად და ოპერაციის შემდეგ, მას არც კი უკითხავს ექიმებისთვის, თუ რა აღმოუჩინეს მუცელში. როგორც ჩანს, ის რაღაცას ხედებოდა, იმიტომ

---

*Paul Jay Fink's coauthor, Allan Tasman, is chair of the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at the University of Louisville School of Medicine. In Stigma and Mental Illness, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992).*

<sup>7</sup> *Goffman, Erving. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1963).*



რომ მისი თანდასწრებით, თვით გარდაცვალების დღემდე, არასოდეს არავის წარმოუთქვამს სიტყვა „სიმისინე“. არც თვითონ უხსენებია როდესმე ეს სიტყვა.

დღეს, კვლევების მრავალწლიანი პრაქტიკისა და მოსახლეობის ფართო ფენების განათლების შემდეგ, დამოკიდებულება დაავადების მიმართ არსებითად შეიცვალა. ჩვენ, ცხადია, ნაკლებად არ გვეშინია ამ დაავადების, მაგრამ ფაქტია, რომ აღარ გვრცხვენია მისი.

ასევე იყო ისეთი დაავადებების შემთხვევაშიც, როგორც არის კეთრი, ჰლეკი, ეპილეფსია. მე მოუთმენლად ველი იმ დღეს, როცა ფსიქიკური დაავადების მიმართაც შეიცვლება დამოკიდებულება და ის უსიამოვნო, მიძიმე, საშინელ, მაგრამ ჩვეულებრივ დაავადებად იქცევა, რომლისაც აღარავის შერცხვება.

### სტიგმის მ(ო)კლე ისტორია

სტიგმას მრავალი საუკუნის ისტორია აქვს. თავად სიტყვა მომდინარეობს ძველი ბერძნულიდან და დადაღვას, დამლის დასმას ნიშნავს. იმ ძველ დროშიც კი სიშლევე გულზვიადი ღმერთების რისხვის გამოვლინებად ითვლებოდა და დიდ სირცხვილად იყო მიჩნეული. მასაჩუსეტის შტატის კემბრიჯის სააქადემიოფოს ფსიქიატრის, პროფესორ ბენეტ საიმონის თანახმად, ბერძნული საზოგადოება „ფსიქიკურ დაავადებას უკეთეს შემთხვევაში არასასურველ მოვლენად მიიჩნევდა, უარეს შემთხვევაში კი სიკვდილით სჯიდა დაავადებულებს, მით უმეტეს თუ საქმე ფსიქიკური დაავადების ქრონიკულ ფორმას ეხებოდა“.

სულ რამდენიმე საუკუნის წინ ფსიქიკური დაავადება ეშმაკისეულ უბედურებად იყო მიჩნეული. რუტგერსის უნივერ-

სიტუაციის პროფესორის, ისტორიკოს ნორმან დაინის<sup>1</sup> აზრით, „მე-17 საუკუნის ამერიკულ საზოგადოებაში ქრისტიანებს შორის დამინირებდა აზრი იმის შესახებ, რომ სიგიჟე უყვლის რისხვის გამოხატულება იყო ადამიანის ან მისი გვარის მიმართ“. აქედან გამომდინარე, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები განუწყვეტელი თავდასხმისა და აგრესიის საგანს წარმოადგენდნენ. მათ, როგორც წესი, ციხეებში ან საპრობოლენტებში ყრიდნენ და სიკვდილამდე ისლავაციაში ჰყავდათ.

პენსილვანიის ფსიქიატრიული კლინიკა კოლონიური ამერიკის ერთ-ერთი პირველი საავადმყოფო იყო ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ „გოუებს“, როგორც მათ უწოდებდნენ, აქ უკეთესი პირობები ჰქონდათ, შეურაცხყოფისგან არც საავადმყოფო იცავდა. სხვა დამცირებათა შორის, იმხანად ასეთი პრაქტიკაც არსებობდა – ნუბისმიერ მსურველს მცირე თანხის საფასურად შეეძლო მისი ულიყო შაბათ-კვირას ოჯახთან ერთად საავადმყოფოში და „გოუები“ დაეთვალაიერებინა. ალბათ, ამის გამოძახილი იყო, რომ კვაკერებმა საავადმყოფოს 175 წლისთავზე დააარსეს საავადმყოფოს მეგობართა ორგანიზაცია, რომელიც მეც მოვინახულე რამდენიმე წლის წინ. ორგანიზაციის მთავარი მიზანია ფსიქიკურად დაავადებულთა დაცვა მორალური შევიწროებისა და დუენისაგან.

ამგვარი წარსული ალბათ ნაწილობრივ მაინც ჰყენს ნათელს იმ გარემოებას, თუ რა სიდრმეებიდან იღებს ხათავეს ნეუელებრივი ადამიანების არაკეთილგანწყობა ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ.

---

*Dain, Norman, "Madness and the Stigma of Sin in American Christianity," in Stigma and Mental Illness.*

კარტერის ცენტრში გამართული დისკუსიების დროს, ქეთი ქრინქაითმა ასე დაიწყო საუბარი ამ პრობლემის შესახებ: „რადაც, როგორც ჩანს, მართლა იცვლება, რადგან ყველაზე მნიშვნელოვან ახალ ამბებთან ერთად უთუოდ წააწყდებით ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ თურმე მე და ვილაც ცნობილი ტერორისტი ერთი და იმავე წამლებს ვიღებთ, როცა ცუდად ვგრძობთ თავს. სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ ბევრი რამ იწერება პრესაში ისეთი, რაც სტიგმის გავლენის გაერკვლებას უწყობს ხელს და არა მის შემცირებას.“

მახსოვს, ნიუ-იორკში ვიყავი და მეტროში ვილაცამ ბომბი შეაგდო. იმავე საღამოს გახეთის პირველი გვერდი უსარმაზარი ასოებით ამცნობდა ქვეყნიერებას: „გიუი ტერორისტი! ნუთუ პროზაკს უნდა ვუმაღლოდეთ ამას?“ როგორც აღმოჩნდა, ეს ადამიანი ანტიდემპრესანტებს იღებდა. რატომ არასოდეს არსად დაიბუკდება წერილი სათაურით: „დიდი კორპორაცია ახალ ფაბრიკას ხსნის, რომელიც ათასობით სამუშაო ადგილს შექმნის. ნუთუ პროზაკს უნდა ვუმაღლოდეთ ამას?“ ასევე, ვერასდროს ნახავთ სატელევიზიო გადაცემას, სადაც გეტყვიან: „ამა და ამ დიდი ფირმის წარმომადგენელმა დაიღვინა ფსიქიკური დაავადება და ახლა მეტად წარმატებულ ბიზნესს ახორციელებს“.

ქეთი მართალია. ფსიქიკური დაავადებები ძირითადად უარყოფით კონტექსტში მოიხსენიება პრესისა და ტელევიზიის მიერ. ეს დიდწილად განაპირობებს ჩვეულებრივი ადამიანების ფრთხილ დამოკიდებულებას ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ. ერთმა გამოკვლევამ უჩვენა, რომ ამერიკელების უმრავლესობას ინფორმაცია ფსიქიკური დაავადებების შესახებ ტელევიზიიდან აქვს მიღებული<sup>7</sup>, ისიც ყურმილით. რესპონ-

<sup>7</sup> George Gerbner, Ph. D., dean emeritus and professor of communica-

დენტოა 77% დარწმუნებულია, რომ დაავადებული ადამიანები საფრთხეს უქმნიან სასოგადოებას, მიუხედავად იმისა, რომ რეალურად დაავადებულთა მხოლოდ 3%-ია საშიში სხეებისთვის.

პრესაში, რადიოსა თუ ტელევიზიაში ისეთი უხამსი ანუკლოტები, გამონათქვამები ან ფრანზები შეგხედებათ, რომელთაც არავითარი გამართლება არ შეიძლება აქონდეთ. ხშირად, თვით ფსიქიატრებიც კი არ არიან დაზღვეულნი უარყოფითი წინასწარგანწყობისგან პრესისა და მასმედიის მხრიდან. ფსიქიატრი სტივენ შარფსტეინი, რომელსაც მე ჯერ კიდევ თეთრი სახლიდან ვიცნობ, ამბობს: „ფსიქიატრებს ხშირად აწყენებენ ფილმებში. ნემსე ყოველთვის შთაბეჭდილებას ახდენს ეს ფილმები. იშვიათია, რომ ფსიქიატრი პუმიანურ და კომპეტენტურ ადამიანად გამოიყვანონ, როგორც არის, მაგალითად, ფილმი „ნევეულებრივი ადამიანები“. როგორც წესი, ფსიქიატრი ლამის პომიციდალურ მანიაკად არის ნაჩვენები; მაგალითად, ფილმი „მკვლევრობისთვის მომართული“.

ღიახ, ფილმი „ნევეულებრივი ადამიანები“ გამონაკლისია. უმრავლეს შემთხვევაში ამის საპირისპირო ტენდენციასთან გვაქვს საქმე. ნვენი სიტყვების საილუსტრაციოდ გავიხსენოთ თუნდაც ყველაზე ცნობილი ფილმი „ვიდაცამ გუგულის ბუდეს გადაუფრინა“. რა უნდა იყოს ამქვეყნად უფრო უსიმბათიო, ვიდრე ამ ფილმში გამოყვანილი სამედიცინო პერსონალი. ისეთ სიტყვებს შეხედებით ფსიქიატრთა შესახებ, რომ აუცილებლად გაგისინდებთ ანტიპათია მათ მიმართ: „ლიბიდოსური გარყვნილი“, „ექსცენტრული პამპულა“, „სატანისტკინიანი ექიმი“, „კიკისისხლიანი თეესი“ – ვის მოუნდება ასეთ ექიმთან მისვლა?

მე პოლიფუდში ორჯერ მივედი; ერთხელ, როცა ჯიმი პრეზიდენტი იყო და მეორედ, როცა უკვე ჯორჯიაში ვცხოვ-

---

tions, Annenberg School for Communications, University of Pennsylvania, in "Images that Hurt: Mental Illness in the Mass Media," *Life Journal of the California Alliance of the Mentally Ill* 4, no. 1 (1993): p. 17.

რობლით, რათა შევხვედროდი სცენარისტებს, პროდიუსერებს და რეჟისორებს, რომლებიც მხატვრულ თუ სატელევიზიო ფილმებზე მიუწაობენ, რათა მათთვის ამეხსნა, თუ რაოდენ მნიშვნელოვან, მტკივნეულ და დელიკატურ პრობლემებთან აქვთ საქმე.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები ხელს უწყობენ იმ აზრის დაკანონებას და სტერეოტიპიზაციას, რომ ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები საშიშნი არიან საზოგადოებისთვის. როგორც ფილადელფიის ფსიქიატრიული ცენტრის თანამშრომელი, ექიმი უილიამ დაბლინი წერს, „იმ იშვიათ შემთხვევაში, როცა ყოფილი ავადმყოფი დანაშაულს სწადის, ჟურნალისტი არასდროს იკითხავს, თუ რა მიზეზით წარიმართა წარუმატებლად მკურნალობის პროცესი, რა ხნის მანძილზე იყო იგი წამლების გარეშე. ერთი სიტყვით, არავის აინტერესებს მიზეზი, რომელმაც ავადმყოფობის გართულება გამოიწვია“...

ქეთის ირონიული სიტყვებისა და ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი ფაქტის მიუხედავად, ჩვენ, საბედნიეროდ, ვგრძნობთ, რომ სიტუაცია მართლაც იცვლება. ეს დიდწილად ფსიქიკურად დაავადებულთა ოჯახის წევრების მოძრაობის აქტივობის შედეგია, რომელსაც თავის უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად სწორედ სტიგმის წინააღმდეგ ბრძოლა აქვს განსაზღვრული.

### სტიგმის შეღებვა

1972 წელს პრეზიდენტობის კანდიდატმა დემოკრატიული პარტიიდან, სენატორმა მაკგოვერნმა ვიცე-პრეზიდენტობის კანდიდატად თომას იგლტონი დაასახელა.

ცოტა ხანში, როცა საარჩევნო კამპანია ძალაში შევიდა, პრესაში განჩნდა ცნობები იმის შესახებ, რომ სენატორი თომას იგლტონი ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანია. იგლტონმა

ნაატარა პრეს-კონფერენცია, სადაც დაადასტურა თავისი მიდრეკილება ფსიქიკური დაავადების მიმართ და აღნიშნა, რომ სამჯერ იყო ჰოსპიტალიზებული „ნერეული გამოფიტვის“ გამო.

მოუხედავად იმისა, რომ სენატორმა მაკგოვერნმა და დემოკრატიულმა პარტიამ სრულად გამოხატეს თავიანთი ნდობა და მხარდაჭერა იგლტონის მიმართ და მას ყველა ახასიათებდა როგორც კომპეტენტურ და უნარიან პიროვნებას. პრეს-კონფერენციიდან ორი კვირის შემდეგ მისი კანდიდატურა მოიხსნა. ამრიგად, სენატორი იგლტონი გახდა ვიცე-პრეზიდენტობის პირველი ნომინანტი, რომელიც კანდიდატობას ნამოაშორეს ფსიქიკურ დაავადებასთან დაკავშირებული სტიგმის გამო.

რა არის სტიგმის 'შედევები'? ამაზე ცალსახა პასუხი არ არსებობს. მისი შედეგები რთული და მრავალფეროვანია. როგორც ეს იგლტონის შემთხვევაში მოხდა, სტიგმამ შეიძლება დაანგრის ადამიანის კარიერა. მას შემდეგ, რაც ქეთი ქრონქაითმა და როდ სტაიგერმა პირველი საჯარო განცხადებები გააკეთეს თავიანთი დაავადების შესახებ, მათ უამრავი ადამიანი გამოეხმაურა, რომლებიც თავიანთი პრობლემების შესახებ საუბრობდნენ:

„გუშინ ვერაფრით დაგმწვიდდი მთელი ღამე, — ყეებოდა ერთი ახალგაზრდა ქალი, — ვტიროდი, აღუღებელი ვიყავი. სამწუხაროდ, ნემს გვერდით არ იყო არავინ, ვინც ნემს განცდას გაიზიარებდა.

ნემი ოჯახის წევრებს ამგვარი რაღაცეები არ აინტერესებთ. მახსოვს, როგორი შთაბეჭდილება მოახდინა ნემსე იმ ფაქტმა, რომ თქვენი ქმარი ყოველთვის გვერდით გედგათ, — მიმართავდა ის ქეთის, — მე კი ვლოცულობ, რომ სასწაული მოხდეს და ნემი დახმარებაც ვინმემ მოინდომოს. ნემს მეუღლეს ვთხოვე, რომ დღეს მაინც ვყოფილიყავით ერთად, მაგრამ მან ცივი უარი მითხრა“.

შემდეგ, ერთი დედა მივიდა მიკროფონთან: „როცა ნემი ვაჟიშვილი 18 წლის იყო, ის შტატების ერთ-ერთ საუკეთესო უნი-

კერსიტეტში სწავლობდა. ერთხელ ცუდად გახდა და საავად-  
მყოფოში დააწვინეს. სამ კვირაში უკვე უნივერსიტეტში  
დაბრუნდა. მას ფსიქოზი ჰქონდა და ადგილობრივ საავადმყო-  
ფოში იწვა. იმ სამი კვირის მანძილზე, რაც წემმა შეიღმა  
საავადმყოფოში დაყო, არც ერთ ადამიანს უნივერსიტეტიდან  
არ დაურეკავს მასთან, არავის მოუნახულებია, ერთი ყვაილი  
არავის გამოუგზავნია. წექნს გარდა მის სანახავად არავინ  
დადიოდა.

ჩემი შეიღის გვერდით ავტოკატასტროფაში მოხვედრილი  
ახალგაზრდები იწვნენ. მათი პალატები ყვაილებით იყო სავსე.  
მთელი ფაკულტეტი იქ იყო. სტუდენტები განუწყვეტლივ მიდი-  
მოდიოდნენ. ჩემი შეიღი სრულიად იგნორირებული გახლდათ.  
მას შემდეგ 13-14 წელიწადი გავიდა. ის სრულიად მორჩა,  
მუშაობს, გადასახადებს იხდის, მაგრამ მე, როგორც დუდას,  
არასოდეს დამავიწყდება ის განსხვავებული მიდგომა, რომელ-  
საც ამ უნივერსიტეტის სტუდენტები და მასწავლებლები ამ-  
ჟღავნებდნენ ფსიქიკური და სომატური დაავადებების მიმართ“.

იყო კიდევ ერთი გამომსვლელი: „მე დავბრუნდი სამსახურ-  
ში. აქ იანვრის თვიდან ემუშაობ. იძულებული ვიყავი მეცრუა,  
რომ ამ სამსახურში მოვხვედრილიყავი. შემეშინდა სიმართლის  
თქმა ჩემი ქალიშვილის შესახებ, რომელსაც ყურადღების დე-  
ფიციტით გამოწვეული აშლილობა აწუხებს. მე ძალიან კარგ  
სპეციალისტად ვითვლებოდი 11 წლის მანძილზე, მაგრამ დღეს  
ეს არაფერს არ ნიშნავს“.

ეს ისტორიები შესანიშნავად აღწერენ იმ ზეგავლენას,  
რომელსაც სტიგმა ახდენს ჩვენს ცნობიერებაზე. ის მოქმედებს  
ოჯახურ კავშირებზე, სასოგადოებრივ ურთიერთობებზე, კარი-  
ერაზე, მაგრამ მგონია, რომ სტიგმის ყველაზე საშინელი  
შედეგი ის არის, რომ უამრავი ადამიანი ყოველგვარი აუცი-  
ლებლობის გარეშე იტანჯება. იმის საწინაშეობა, რომ სასოგა-  
დობა მათ არ მიიღებს სამარცხვინო დამღის გამო, ამ ადამი-

ანებს იძულებულს ხდის, დამაღონ დააგადება, რაც ხშირად სწორი დიაგნოსისა და ეფექტური მკურნალობის გარეშე ტოვებს მათ.

თუნდაც აკვიატებული აზრები და მოქმედებები ავიღოთ. წლების მანძილზე გაურცვლებული იყო აზრი, რომ ეს იშვიათი დაავადებაა და 200 ადამიანიდან მხოლოდ ერთს ემართება. ეს მონაცემი ეყრდნობოდა იმ ადამიანთა რაოდენობას, რომლებიც პროფესიული დახმარების მისაღებად აკითხავდნენ ექიმს. მაგრამ იმ გამოკითხვებმა, რომელმაც მოსახლეობის ყარათო ფენები მოიცვა და ანონიმურობის დაცვით მიმდინარეობდა, აჩვენა, რომ 40 გამოკითხულიდან ერთს მაინც აწუხებს ამ დაავადების სიმპტომები, და არა 200-დან ერთს, როგორც აქამდე იყო მიჩნეული.

„ირველად ვიფიქრეთ, რომ რაღაც შეგვეშალა, – ამბობს ჯეფრი მ. შვარცი, გამოკითხვის ერთ-ერთი ინიციატორი და ორგანიზატორი, – მაგრამ მოგვიანებით აღმოჩნდა, რომ არავითარი შეკლომა არ ყოფილა. ადამიანებმა იციან, რასთან არის დაკავშირებული ამ დაავადების სიმპტომების აღიარება და გაურბიან ამ უსიამოვნებას; უფრო მეტიც, ისინი მაღავენ მას და არ მიმართავენ ექიმს. ამის შედეგად კი დაავადება მხოლოდ შეიძლება გამწვავდეს. ფსიქიატრიაში არც ერთი სხვა დაავადება არ არსებობს, რომელსაც ასე თვალნათლივ აისახება სტიგმის ზეგავლენა“.

სტიგმის ზეგავლენას ვერავინ აუეღის გვერდს. სტიგმა ჩვენს ცხოვრების ყველა სფეროში მონაწილეობს, კანონმდებლობიდან დაწყებული და მკურნალობით დამთავრებული. ამასთან დაკავშირებით მეც იმავეს ვგრძნობ, რასაც ერთ-ერთი დედა, რომელმაც ასეთი წერილი მომწერა: „მე ვერაფერი გაეუზგე იმ კანონებს, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მიმართ მოქმედებს ჩვენს ქვეყანაში. მათ ხომ თავად არ აურჩევიათ თავიანთი ხეუდრი“?



სტიგმის ეკელაზე საშინელი შედეგი გამოუთქმელი მწუხარება და დაკარგული ადამიანური შესაძლებლობებია.

### რობორ შევცვალოთ სასობალოიბრივი აზრი

ფსიქიკური დაავადებების მიმართ არსებული შიში, გაუგებრობები, დესინფორმაცია და ემოციური პრობლემები, რომელიც ასე ღრმად იყო ფესვგადგმული ჩვენს საზოგადოებაში, ჩელნელა თმობს პოზიციებს. ჩემი ოცდახუთწლიანი მეშაობის გამოცდილება მაძლევს ამის მტკიცების შესაძლებლობას. მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ არსებობს სხვადასხვა უარყოფითი გადმონაშთები, გარკვეული წარმატებები სახეზეა და ეს ალბათ უახლესი გამოკვლევების შედეგია.

იმის გამო, რომ მასმედიას ასეთი სეგაყლენა აქვს ადამიანების შეხედულებებისა და აზრების ფორმირებაზე, განნდა თანამშრომლობის იდეა პრესის მეშაეებსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომხრეთა შორის. ჩვენ მოწმენი გაეხდით ახალი ორგანიზაციების შექმნისა, სადაც ძირითადად გაწვევრიანებულინი არიან ფსიქიკურად დაავადებულთა ოჯახის წევრები, რომლებიც მეტად ინტენსიურად მეშაობენ პრესასთან, რათა მეცნიერების ახალი აღმონენები ფართო აუდიტორიისთვისაც გასაგები გახდეს.

ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური აღიანსი მაშინ ეალიბლებოდა, როცა 1981 წელს მე და ჯიმმა დაეტოეეთ თეთრი სახლი. იმხანად ის ღამის იღეის დონეზე არსებობდა, დღეს კი უძლიერესი მოძრაობაა ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის ბრძოლის ისტორიაში. მის ძლიერებას მრავალათასიანი მხარდამჭერები განაპირობებენ, რომლებიც თავიანთი ახლობლების თუ ნათესაეების გადასარმენად იღწიან.

1987 წელს დავესწარი ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსის ყოველწლიურ შეკრებას. მე სადილის შემდეგ უნდა გამოვსულიყავი და შესვენებაზე ალიანსის ერთ-ერთ თანამშრომელს ჩემი მონაცემები ვუხვევე ალიანსში გაწვერიანების მსურველთა რაოდენობის შესახებ. არ მინდოდა რაიმე შემწოდოდა. „არა მისის კარტერ, ეს არ არის სწორი მონაცემები, ეს ერთი კვირის წინ იყო სწორი“. როცა ის ამას მეუბნებოდა, იმ მომენტისთვის ყოველ ექვს წუთში ალიანსს ახალი წევრი ემატებოდა. წარმოვიდგენიათ, როგორი ზრდაა?

მეშაობის სულ ადრეული წლების გამოცდილებიდან ვიცი, რომ სტიგმის აღმოსაფხვრელად ეფელაზე ვფიქტური საშუალებაა ფსიქიკური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა. 70-იან წლებში, როცა ჩვენი პროგრამები იწყებოდა, ხშირ შემთხვევაში ადამიანებს არც კი ესმოდათ, რის შესახებ ვესაუბრებოდი; ჩვენს შორის დიალოგიც კი არ გამოდიოდა. მაშინ ვფიქრობდი ხოლმე, რომ თუ მეც და სხვა სასოგადო მოღვაწეებიც მეტს ვისაუბრებდით ამ პრობლემაზე, ჩვენი სტიკეები უფრო დამაჯერებელი გახდებოდა ადამიანებისთვის.

ჩვენი პირველი სიმპოზიუმი კარტერის ცენტრში 1985 წელს შედგა. ის სტიგმის წინააღმდეგ იყო მიმართული. 1988 წლის სიმპოზიუმი ფსიქიკური დაავადებებისა და პრესის პრობლემებს ეხებოდა. ჩვენ ერთმანეთს შევახვედრეთ, ერთი მხრივ, პრესისა და ტელევიზიის, მეორე მხრივ კი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წარმომადგენლები. სიმპოზიუმის შემდეგ ბუკლეტები გაავრცელეთ. აქ ჩამოყალიბებული იყო რეკომენდაციები იმ ტერმინებისა და გამოთქმების შესახებ, რომლებიც არ შეურაცხყოფდა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების, მათი ოჯახის წევრებისა და ფსიქიატრთა ღირსებას და აღკვეთავდა დამამცირებელი ეპითეტების ხმარებას მათ მიმართ.

მომართობის გაფართოებასთან ერთად ძლიერდებოდა და აქტიურდებოდა სტიგმის წინააღმდეგ ბრძოლაც. მთელი ქვეყნის მასშტაბით ბევრმა ორგანიზაციამ დაიწყო საგანმანათლებლო

მოდრალობა, რომელშიც შედიოდა სარეკლამო განცხადებები, ახსნა-განმარტებითი ბუკლეტები, უფასო სატელეფონო კონსულტაციები და სხვა.

ბევრ ორგანიზაციაში განიდა „პრესის მეთვალყურეთა“ ჯგუფები, რომლებიც სწავლობდნენ საგაზეთო პუბლიკაციებს, სატელევიზიო თუ რადიოგადაცემებს, რეკლამებს და როგორც კი რაიმე შეურაცხმყოფელს პოულობდნენ, წერილობით მიმართავდნენ გაზეთს თუ გადაცემას. ერთი სიტყვით, მცირე სააგენტაციო კამპანიას აწყობდნენ შეურაცხმყოფელის მიმართ. ამგვარ კამპანიაში მეც მიმიღია მონაწილეობა ზოგიერთი ორგანიზაციის თხოვნით. ასე მაგალითად, პირადად მაქვს მიწერილი წერილი დენ რაზერისთვის, რომელმაც საღამოს ახალ ამბებში სრულიად აღმაშფოთებელი სიუჟეტი გაუშვა. აქ მეტად დამამცირებელი გამოთქმები იყო გამოყენებული ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მიმართ.

მაისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ალიანსის თვედ არის გამოცხადებული. ეს ერთ-ერთი უძველესი ორგანიზაციაა მდიდარი და მყარი ტრადიციებით, რომელიც მთელი ქვეყნის მასშტაბით ეწევა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროპაგანდას. მაისის თვეში სახელმწიფო ორგანიზაციები და სპონსორები ეხმარებიან ალიანსს ფართო საგანმანათლებლო კამპანიების ჩატარებაში. 80-იანი წლების დასაწყისიდან, კონგრესმა ყოველი ოქტომბრის პირველი სრული კვირა ფსიქიკური დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის კვირად გამოაცხადა. ერთ-ერთი ტრადიციული ღონისძიება, რომელსაც ამ კვირაში აქვს ადგილი, დეპრესიისგან დაცვის ეროვნული დღე გახლავთ, როცა ათასობით ადამიანი გადის ფსიქიკურ შემოწმებას.

ბოლო ათი წლის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიღწევად შეიძლება ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ ამერიკელები ზოგადად გაცილებით უკეთ გაათვითცნობიერდნენ სამედიცინო თვალსაზრისით. პრესის ფურცლებსა და სატელევიზიო გადაცემებში დღეს ხშირად შეხვდებით სპეციალისებულ რუბრიკებს, რომ-

ლებიც ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებს ეხება. ამ წიგნის წერის დროს, ერთ-ერთ ტელეარხზე შესანიშნავი გადაცემა ენახე ფობიების შესახებ. ის კვალიფიციურად, საქმის ცოდნით იყო გაკეთებული. ეკრანზე დაავადების სიმპტომები იყო ნამოთვლილი, ექიმი კი მკურნალობის მეთოდების და შესაძლებლობის შესახებ გვესაუბრებოდა. ამგვარი გადაცემები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჩვეულებრივი ადამიანების განათლების საქმეში, ესმარება მათ, დროულად ამოიცნონ ამა თუ იმ დაავადების სიმპტომები და ექიმს მიმართონ. ნებისმიერი ინფორმაცია სტიგმის დაძლევაში გვეხმარება, ამიტომ მისასაღწეველია, რომ ფსიქიკური დაავადებები სულ უფრო ხშირად ხდება ინტერვიუების, რადიოგადაცემების, ერთი სიტყვით, ფართო საზოგადოების განხილვის საგანი.

დარწმუნებული ვარ, რომ ამგვარი გადაცემები ადამიანებში ბადებს სურვილს, მეტი გაიგონ ფსიქიკური დაავადებების შესახებ და გულისხმიერებით, სიბრალულითა თუ კეთილგანწყობით მოექილონ მათ, ვისაც ეს საშინელი დაავადებები აწუხებს.

ისტორიულად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდამჭერი ორგანიზაციების წარმოშობა ერთ ან რამდენიმე პიროვნებას უკავშირდება, ვისაც თავად პქონია დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის გამოცდილება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ასოციაცია იმ დროიდან იღებს სათავეს, როცა ვინმე კლიფორდ ბიარსს ფსიქიკური დაავადების ნიშნები გამოსუქდა და ამ მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ, 1900-იანი წლებიდან თავისი ცხოვრება ფსიქიკური დაავადებების შესწავლასა და მათ წინააღმდეგ ბრძოლას მიუძღვნა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ასოციაცია იმ ადამიანებისგან შედგება, რომელთა ახლობლებსაც ეს საშინელი დაავადება აწუხებს. როცა ქეროლ და ჯიმ ჰოუები, რომელთაც ფსიქიკურად დაავადებული ორი ვაჟიშვილი ჰყავთ, აგნეს კეთფილდს შეხვდნენ, ის საერთო სატკივარით გაერთიანებული ადამიანების ჯგუფს აგროვებდა. აგნესის ოჯახის წევრიც

დაავადებულია. ქეროლი და ჯიმი დაუყოვნებლივ გაერთიანდნენ აგნესის ჯგუფში. მოგვიანებით მათ სხვებიც შემოეერთდნენ.

ტერენს კასტერი, მოძრავი ქონების ცნობილი კალიფორნიელი მაგნატი, სრულად იზიარებს ამ ადამიანების ინტერესებსა და მისწრაფებებს. მან დააფინანსა პროექტი, რომლის სახელწოდებაა „წავშალოთ ფსიქიკურ დაავადებათა სტიგმა“. ტერენსი დარწმუნებულია, რომ მის მიერ დაწყებული მოძრაობა მთელ ქვეყანას მოედება. მისი მოდელაწეობა ოჯახის წევრის დაავადებასთან არის დაკავშირებული, რომელსაც შედეგად უხეში ძალადობა მოჰყვა. „ნემი ოჯახის წევრს წლების მანძილზე სერიოზული პრობლემები ჰქონდა ნარკოტიკებსა და ალკოჰოლთან დაკავშირებით, მაგრამ ნვენ გვერცხვინებოდა ამის; თან არც ვიცოდით, რა უნდა გველონა“.

„ის“. რისივე კასტერს ერცხვინებოდა, შიშოფრენია აღმოჩნდა: „მანამდე მე არც კი ვიცოდით, თუ რა საშინელი დაავადებაა შიშოფრენია. სრულიად წარმოუდგენელია ის ტანჯვა და ტკივილი, რომელიც მას მოაქვს. თანაც, ყველაფერი ეს უსარმაზარ ხარჯებთან არის დაკავშირებული. წინ მძიმე, გრძელი სასამართლო პროცესი გველოდება. მტკივნეულია, როცა ხედავ ხელებზე ბორკილებდადებულ შენს ახლობელს, რომელსაც ციხის ბნელი საკანი ელოდება. ეს ნამდვილი საშინელებაა... საშინელება.“

მას შემდეგ, რაც პირადად ვიწვნიეთ ამ დაავადების მთელი სიმძიმე, მე და ნემმა ცოლმა ერთმანეთს ეუთხარით: „ღმერთო, ნვენ რაღაც უნდა გავაკეთოთ. ალბათ, ქვეყნად მილიონობით ადამიანია, რომელიც ნვენნაირად იტანჯება“.

ტერენსმა გადაწყვიტა ისეთი ორგანიზაციის შექმნა, რომელიც დაეხმარება ადამიანებს, არასოდეს მივიდნენ იმ ზღვრამდე, რომელიც მისმა ახლობელმა თავისდა საუბედუროდ გადალახა. ასე დაიბადა ორგანიზაცია, რომელსაც ჰქვია „წავშალოთ ფსიქიკურ დაავადებათა სტიგმა“. მას საგანმანათლებლო მისია აქვს. ორგანიზაციის მიზანია, ადამიანებს

დაეხმაროს ფსიქიკური დაავადების შეცნობაში და დაიყოლიოს დროულ მკურნალობაზე. ორგანიზაცია აერცვლებს ვიდუოფილმებს, ბროშურებს, სააგიტაციო ფურცლებს, ატარებს ლექციებსა და საუბრებს. ტერენსი ამბობს, რომ ბოლო 5 წლის განმავლობაში არ ყოფილა შემთხვევა, რომ ამგვარი ლექციის შემდეგ მსმენელები არ მისულიყვნენ მომხსენებელთან და არ ეთქვათ: „ეს მართლაც პრობლემაა. იცით, მე და, ძმა, დედა მყავს დაავადებული... თქვენ კარგ საქმეს აკეთებთ. სასიხარულოა, რომ ბოლოს და ბოლოს გამოინდა რაღაც იმედი“.

რაც შეეხება ტერენსის ოჯახის წევრს, მას პატიმრობაში ყოფნის დროს დაუსევს დიაგნოზი და დაუნიშნეს წამალი, რომელმაც მასზე კარგად იმოქმედა. „ბოლო ხუთი წელია, გაცილებით უკეთ არის“, – მითხრა მის შესახებ ტერენსმა.

ყველა ეს ძალისხმევა მთლიანობაში მართლაც ცვლის სურათს. ბოლო დროს მოძრაობამ ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის პოლიტიკური გავლენაც მოიპოვა. ეს კარგად გამოჩნდა სამედიცინო რეფორმასთან დაკავშირებული დებატების მიმდინარეობის დროს.

ბოლო წლების სოციოლოგიური გამოკითხვები გვაფიქრებინებს, რომ არსებითად იცვლება ადამიანების დამოკიდებულება ამ დაავადებათა მიმართ. ასე მაგალითად, 1996 წლის სექტემბერში კარტერის ცენტრის მიერ ჯორჯიის შტატში ჩატარებულმა სოციოლოგიურმა გამოკვლევამ მეტად იმედისმომცემი შედეგები უჩვენა:

- ⇒ გამოკითხულთა 94,8%-ს სჯერა, რომ სწორ მკურნალობას შეუძლია ფსიქიკურად დაავადებულთა შევლა;
- ⇒ გამოკითხულთა 90,8%-ს მიაჩნია, რომ სადაზღვევო პოლისები თანაბარ პირობებს უნდა გულისხმობდეს სომატური და ფსიქიკური დაავადებებისთვის;
- ⇒ გამოკითხულთა 82,4% დაუჭერდა მხარს კანდიდატს არჩევით თანამდებობაზე, თუ ის ამისთვის საჭირო პროფესიონა-

ლიზმის გამოავლენდა, ხოლო იმას, უმკურნალია თუ არა ფსიქიკური დაავადების გამო, არ მიაქცევდა ყურადღებას.

თუმცა, ერთი „ნამტრელი“ კითხვა მაინც არსებობდა: 48,9%-მა გულახდილად აღიარა, რომ არ ისურვებდა, სამსახურში სკოლნობდათ მისი ფსიქიკური პრობლემების შესახებ. სტიგმა!

### რა შიშვენილია ბავშვებთან დაკავშირებით

მართალია, გარკვეული ოპტიმიზმისთვის რეალური მიზეზები არსებობს, რადგან უამრავი ადამიანის ძალისხმევით შედეგად მართლაც იცვლება დამოკიდებულება ფსიქიკური დაავადებების მიმართ და ეს ფაქტი სოციოლოგიურ გამოკითხვებზეც აისახება, მაგრამ კიდევ ძალიან ბევრი გვაქვს გასაკეთებელი ამ სფეროში. ჩვენ ყველანი ერთად უნდა გავისარჯოთ იმისთვის, რომ სტიგმა ბოლოს და ბოლოს დაძლეული იქნას.

პირადად თქვენ რა შეგიძლიათ იღონოთ სტიგმის წინააღმდეგ? უამრავი რაღაცის შეცვლა შეიძლება თქვენს სახლში, სკოლებში, სასოფადოებში და თვით საერთო-ეროვნულ დონეზეც კი.

### რჩაბში

- ესაუბრეთ თქვენს შვილებს ფსიქიკური დაავადებების შესახებ. აუხსენით, რომ ეს ისეთივე დაავადებაა, როგორც ნებისმიერი სხვა ავადმყოფობა.
- როცა ტელევიზიით ან ფილმში ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანს უჩვენებენ, ესაუბრეთ ბავშვებს იმის შესახებ, თუ რამდენად შეესაბამება ეკრანზე ნანახი სინამდვილეს. თუ

ფაქტების უხეშ დამახინჯებასთან გაქვთ საქმე, აქციეთ ეს თემა ოჯახური განხილვის საგნად.

- უამბოთ ბავშვებს სტიგმის შესახებ. აუხსენით რატომ არის, ამგვარი დამოკიდებულება მიუღებელი. ისაუბრეთ გადმონ-აშთებისა და წინასწარგანწყობის შესახებ, რომელიც სტიგ-მის გავერცელებას უწყობს ხელს. გააგებინეთ მათ, რომ მო-არული ახრი ფსიქიკურად დაავადებულთა აგრესიულობის შესახებ მხოლოდ სტერეოტიპებს ემყარება და არაფერი აქვს საერთო სინამდვილესთან.
- იფიქრეთ იმაზე, ხომ არ წაგეყვანათ ბავშვები რომელიმე ფსიქიატრიულ ცენტრში, სადაც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები მკურნალობენ, რადგან მათი შიში ამ ადამიანე-ბის ნახვის შემდეგ ალბათ გაქარწყლდება. მაგრამ, სანამ ამგვარ ნაბიჯს გადადგამდეთ, კარგად აწონ-დაწონეთ ყველაფერი. გახსოვდეთ, ამისთვის აუცილებელია ბავშვების სათანადო მომზადება. ერთი მეგობარი მიაჩბობდა, თუ რო-გორი დამორტუწეული შთაბეჭდილება მოახდინა მასზე ამ-გვარმა ვიზიტმა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ბავშვობის დროს. ისინი სკოლიდან წაიყვანეს კლინიკაში საშობაო კონცერტის ჩასატარებლად, მაგრამ წინასწარ არავითარი ახსნა-განმარტება არ ჩაუტარეს. არ აუხსნეს, რომ ზოგიერ-თი ავადმყოფი შეიძლება კატატონიურ მდგომარეობაში ყო-ფილიყო, ზოგი კი უცნაურად მოქცეულიყო: „შედგმა მართლაც გაადაჭარბა მოლოდინს, იქიდან ყველანი დაში-ნებულნი და გაუბედურებულნი წამოვედით. იმასაც კი ვერ მივხვდით, სჭირდებოდა თუ არა ეინმეს ჩვენი კონცერტი“.
- არასოდეს არ იხმაროთ სიტყვები შემოკლებით, მაგალითად „შისოფრენიკი“; ყოველთვის განმარტეთ: „ადამიანი, რომელსაც შისოფრენია აწუხებს“.
- არასოდეს იხმაროთ ისეთი შეურაცხმყოფელი გამოთქმები, როგორიც არის „შეშლილი“ ან „გიჟი“ და ბავშვებსაც შეუსწორეთ, როცა ამგვარი რამ წამოსცდებით.



## სკოლაში

თუ ფსიქიკური დაავადებები, დეპრესიისა და სხვა დაავადებების პირველი გამაფრთხილებელი ნიშნების ჩათვლით, არ შედის თქვენი სკოლის სამედიცინო სწავლების პროგრამაში, მოითხოვეთ, რომ ეს თემები დაემატოს პროგრამას. როგორც მე გაეარკეიე, ამგვარი საგნის დაწყება უმჯობესია სწავლების მეხუთე წელს, როცა ბავშვებს უკვე აქვთ აბსტრაქტული აზროვნება და შეუძლიათ ნაწევდნენ ამ პრობლემებს.

სტუდენტებსა და მოწაფეებს გაუწიეთ რეკომენდაცია, ისევე შეისწავლონ ინვალიდთა უფლებები, როგორც ადამიანის უფლებებს და ქალთა უფლებებს სწავლობენ.

თუ შეიტყობთ, რომ რომელიმე მოსწავლე ან სტუდენტი სტიგმატიზებულია ფსიქიკური დაავადების გამო, დაუყოვნებლივ შეატყობინეთ ამის შესახებ მასწავლებელს ან დირექციას, მონაწილეობა მიიღეთ ამ უსამართლობის აღკვეთაში.

თუ მასწავლებელი დაუდევრად ხმარობს სიტყვებს „შეშლილი“ ან „გიჟი“, გაუსწორეთ მას.

## სახორგალოებაში

- გაწვევრიანდით ადგილობრივ ორგანიზაციაში, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებულთა ინტერესებს იცავს.
- აუცილებლად მისწერეთ ადგილობრივი ჟურნალ-გაზეთებისა და სატელევიზიო პროგრამების ადმინისტრაციას, როცა შეამჩნევთ, რომ პუბლიკაცია ან გადაცემა შეურაცხყოფს ფსიქიკურად დაავადებულთა ღირსებას.

- აგრეთვე მისწერეთ, რომ შემოიღონ პროგრამები, რომელთა მიზანშეწონიერებას განსაზღვრავს მსახიობების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემატიკაში. კარგი იქნებოდა, თუ ამგვარ გადაცემებში და პუბლიკაციებში ჩართავდნენ იმ ადამიანთა ისტორიებს, რომელთაც დააღწიეს თავი დაავადებას.
- შეუერთდით მასმედის მეთვალყურეობის პროგრამებს.
- მიადევნეთ თვალს, რომ არ გავიდეს რეკლამები, რომელიც ფსიქიკურად დაავადებულთა დისკრიმინაციას ეწევა.
- შეძლებისდაგვარად გაანათლეთ თქვენი მეზობლები და მეგობრები. მიიღეთ მონაწილეობა სამართლიანი კანონების დაცვაში, ხმა მიეცით იმ კანდიდატებს, ვინც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების გაუმჯობესებას უწყობს ხელს. ყველაფერი გააკეთეთ, რათა წარსულს ჩაბარდეს სასოგადოების ნეგატიური წინასწარგანწყობა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მიმართ.

### *საერთო-ეროვნულ დონეზე*

მიმართეთ ეროვნულ ტელევიზიას, არა მხოლოდ დისკრიმინაციული ეპიზოდების აღკვეთის მიზნით, არამედ იმის მოთხოვნითაც, რომ აქტიურად დაუჭირონ მხარი ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დაცვის პოლიტიკას.

მისწერეთ გამომცემლებს, გაზეთებისა და ჟურნალების რედაქტორებს, მეტი დელიკატურობით მოეკიდონ ფსიქიკურად დაავადებულთა ხსენებას თაყიანთ პუბლიკაციებში. ხმა მიეცით იმ კანდიდატებს, რომელთა წინასაარსებო კამპანიაში გამოკვეთილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემატიკა.

პირადი წერილებით მიმართეთ პოლიტიკოსებს იმ ადამიანთა შესახებ, რომელთაც ფსიქიკური დაავადება აწუხებთ. გახსოვდეთ, ნებისმიერი ამგვარი ისტორია სასოგადოების

დესტიგმატიზაციას უწყობს ხელს. ამიტომ, არასოდეს გაუშვათ ხელიდან შესაძლებლობა, კიდევ ერთი ადამიანი განაწყოთ თანაგრძნობით ფსიქიკურად დაავადებული ავადმყოფის მიმართ.

გაერთიანდით ან თვითონ ჩამოაყალიბეთ ორგანიზაციები, რომლებიც ფსიქიკურად დაავადებულთა ინტერესებს დაიცავენ.

მისწერეთ დეპუტატებსა და სენატორებს, რათა გაუმჯობესდეს ფსიქიკურად დაავადებულთა სოციალურ-ეკონომიკური პირობები.

## რას ვაკეთებთ სტიგმასთან დაკავშირებით კარტიერის ცენტრში?

კარტიერის ცენტრში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩვენი პროგრამა მოიცავს სტიგმის საწინააღმდეგო რამდენიმე ინიციატივას. ჩვენ მეტად კარგი ვიდუოფილმები შეექმენით ქეთი ქრონკაითისა და როდ სტაიგერის მონაწილეობით, რომელიც ორგანიზაციის მიერ მთელ ქვეყანაში ვრცელდება ხსენებულ ინიციატივათა ფარგლებში.

გვაქვს ჟურნალისტებთან თანამშრომლობის პროგრამა. უკვე 5 წელია, რაც ეს პროგრამა მუშაობს და ყოველწლიურად ჩვენ ხელს უწყობთ ხუთ ჟურნალისტს, შეისწავლოს ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა პრობლემები. ღრთთა განმავლობაში ჩვენ გავზარდეთ იმ ჟურნალისტთა რიცხვი, რომლებიც პრესაში აშუქებენ ამ საკითხებს და დღეს მათი ნამუშევარი აკურატულობითა და ღრმა ცოდნით გამოირჩევა.

ჩვენ ესწავლობთ, თუ რა შეგავლენას ახდენს სტიგმა ადამიანის მოღვაწეობის ისეთ სფეროებზე, როგორც არის ბიზნესი, განათლება, ჯანმრთელობის დაკვის სისტემა, მასშ-

დია, რელიგიური კონფესიები. ნვენ ვიკვლევთ, თუ რა შესაძლებლობები აქვს თითოეულ ამ სფეროს. როგორ შეიძლება მივაღწიოთ იმას, რომ თუნდაც ბიზნეს-სექტორმა უკეთ იზრუნოს თავისი თანამშრომლებისთვის დასვენების ხელშემწყობი პირობების უზრუნველსაყოფად? როგორ შეუძლია ეკლესიას, დაეხმაროს თავის მრევლს სტიგმის დაძლევაში? რა ნაბიჯებია გადასადგმელი იმისთვის, რომ უფრო დაისველოს სამედიცინო პროგრამების სწავლება სკოლებში და უმაღლეს სასწავლებლებში? ნვენ ვცდილობთ, სრულად ამოვწყოთ ის შესაძლებლობები, რომელსაც თითოეული სეგმენტი მოიცავს.

ნვენ ვაგრძელებთ რეკომენდაციათა ჩამონათვალს, რომელიც მასმედიას ხელს უწყობს, უფრო მარჯვე ტერმინები და გამოთქმები იხმაროს ფსიქიკურად დაავადებულთა და მათი ოჯახების წევრთა მიმართ. ეს რეკომენდაციები ხელმისაწვდომია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციების ნებისმიერი წარმომადგენლისთვის, რათა შემდგომ ფართოდ გავრცელდეს მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

აი, ამგვარი ბუკლეტის ნიმუში:

ქართველის ცენტრის რეკომენდაციები  
მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებისთვის

შსიპიკურად ღააკვალეგულებთან მიმართებაში  
ქარბი იქნებ(ოღ):

- გამოკვეთილიყო ახრი იმის შესახებ, რომ მშობლების დადანიშნულება ბავშვის ავადმყოფობის გამო არ არის გამართლებული;
- პუბლიკაციებში იმ ეპისოდების ჩართვა, რომელიც მაყურებელს თუ მკითხველს თანაგრძნობით განაწყობს დაავადებული ადამიანის ოჯახის წევრთა მწუხარების მიმართ;
- იმ ორგანიზაციებისა და დაწესებულებების მოხსენიება, სადაც ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს შეუძლია მიმართოს დახმარებისთვის;
- ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანისა და მისი ოჯახის წევრთა შორის მშვიდობიანი და ჰარმონიული ურთიერთობების ჩვენება და იმის ხაზგასმა, რომ რეალურად არსებობს უკეთესობისა და გამოჯანმრთელების იმედი.

*იმ კრიზისიონალურებთან მიმართებაში, კინც უსიძიკურად დაავადებულ ადამიანებთან მუშაობს, კარგი იქნებოდა:*

- ფსიქიატრის ჩვეულებრივ ადამიანად ჩვენება. არ არის საჭირო მისი წარმოჩენა არც „ყოველისშემძლე ღმერთად“, არც „ბინძურ მაქინატორად“, რომელიც სხვისი უმწუბობით მანიპულირებს. ფსიქიატრთა უმრავლესობა პატიოსნად და კეთილსინდისიერად ემსახურება თავის საქმეს და სრულიად ჩვეულებრივი ადამიანის ცხოვრებით ცხოვრობს;
- კარგი იქნებოდა შეზღუდულიყო ე. წ. ფროიდისტული სტერეოტიპი – ნიბუხი, თეთრი წვერი, გერმანული აქცენტით...
- მძიმე ავადმყოფთან მუშაობის პროცესში ფსიქიატრის ჩვენების დროს, ხაზგამული უნდა იყოს, რომ მას რეგულარულად არ უწევს ისეთ ავადმყოფებთან მუშაობა რომელთაც შისოფრენიის ან კლინიკური დეპრესიის მძიმე ფორმა აწუხებთ;
- სოგჯერ კარგი იქნებოდა ფსიქიატრების მოხსენიება ისეთ კონტექსტში, რომელიც არ არის დაკავშირებული ფსიქიკურ დაავადებებთან.

*შსიქიკურად დაავადებულთა მკურნალობის საპრობლემატიკო მიმართულებაში, კარგი იქნებოდა:*

- იმის ხაზგასმა, რომ ფსიქიკურ დაავადებებს, ფსიქოთერაპიასთან ერთად, მედიკამენტური მკურნალობა სჭირდება;
- ტრადიციული ფსიქიატრიული საავადმყოფოების საპირისპიროდ, მათი ალტერნატივის – ოჯახური ტიპის მომცრო სტაციონარების ჩვენება;
- პროფესიონალთა ჯგუფის ურთიერთშეთანხმებული მუშაობის პროცესის ჩვენება ავადმყოფის მკურნალობის დროს;
- იმ ეპიზოდების ჩვენება, სადაც ადამიანები მაღლიერებით საუბრობენ ეფექტურ მკურნალობასა და განკურნებაზე. მაგალითად, „მკურნალობის სრულფასოვანი კურსის შემდეგ სხვა ადამიანად ვგრძნობ თავს“ და სხვა.



როცა რომში, ჯორჯიაში ან ნებისმიერ სხვა ადგილას, რადიოსა თუ ტელევიზიით, უხამსი ანეკდოტი ისმოდა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის შესახებ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციათა აქტივისტები იკრიბებოდნენ და მეტად მწვავედ განიხილავდნენ ამ შემთხვევას. ამგვარ აქტივობას შედეგად ის მოჰყვა, რომ რადიო- და ტელესადგურების უმრავლესობამ ხელი მოაწერა შეთანხმებას, სადაც (ვალსახად არის აღნიშნული: „ჩვენ, ქვემოთ ხელისმომწერნი, ვაღიარებულებას ვიღებთ, რომ ჩვენი მოქმედებით არ შევუწყობთ ხელი სტიგმის გაერცვლებას. ვაღიარებულება ძალაში რჩება მანამ, სანამ სტიგმას თავისი გავლენა აქვს გარშემოემყოფთა გრძნობებზე და აზროვნებაზე“.

ამოღებული იქნა რეკლამები, რომლებიც შეურაცხყოფენ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანის ღირსებას. გარდა ამისა,

სატელევიზიო პროგრამამ და კინოსტუდიამ, რომლის მომზადებულისაც გახლდათ განსაკუთრებით შეურაცხმყოფელი რეკლამა, ბოდიში მოიხადა თავისი პროდუქციის გამო და საკომპენსაციოდ ვალდებულება აიღო, რამდენჯერმე ენვენებინა სააგიტაციო რეკლამები მოსახლეობის შემეცნების დონის ასამაღლებლად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში.

იქნებ, ისეთი დღეც დადგეს, როცა ამგვარი ზომები აღარ იქნება საჭირო, როცა ყველა შეიცნობს ფსიქიკური დაავადებების რეალურ არსს და სტიგმაც აღარ იარსებებს. დიახ, იქნებ დადგეს ის დრო, როცა ადამიანების ბუნებრივი რეაქცია ფსიქიკურ დაავადებებზე თანაგრძნობა გახდება და არა გაკიცხვა. მე მოუთმენლად ველი ამ დღის გათენებას.

# ე ვ ი ლ ო ბ ი

## მომავლის იმედი

ნელ-ნელა გამოყვდიართ ფსიქიკური დაავადებების მიმართ ნეკნი დამოკიდებულების შეასახუკენვიობრივი წყუდიადიდან. დიდ პროგრესს მივალწიეთ სასოზადლოებრივი აზრის შეცვლასთან დაკავშირებით. 20 წელსე ნაკლებია გასული მას შემდეგ, რაც სენატორი იგლტონი იძულებული გახდა, ჩამოშორებულყო საპრეზიდენტო არნიენებს ფსიქიკური დაავადების მკურნალობის გამო, ხოლო ცოტა ხნის წინ ფლორიდის შტატის გუბერნატორად აირნიეს ლოუტონ ჩაილსი – ადამიანი, რომელიც არასდროს არ მალავდა, რომ პროზაკს იღებს. ჩაილსს გულის მძიმე ოპერაციის შემდეგ დაემართა დეპრესია და იძულებული შეიქნა, დაეტოვებინა სენატი. ამის მიხეხი „გადაწუა“ გახდა. მაგრამ, 1990 წელს, მან დემოკრატთა შორის შიდა არნიენებში გამარჯვების შემდეგ, რესპუბლიკური პარტიის კანდიდატიც დაამარცხა და ფლორიდის შტატის გუბერნატორი გახდა: „ნუ ტავი ადრე მკოდნოდა პროზაკის შესახებ. ის მე ძალიან დამეხმარა“, – ღიად აცხადებს ლოუტონ ჩაილსი<sup>7</sup>.

ფსიქიკურად დაავადებულთა და მათი ოჯახების მხარდამკერი ისეთი სერიოზული და ძლიერი ორგანიზაციები, როგორებიც არიან ფსიქიკურად დაავადებულთა ნაციონალური ალიანსი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ასოციაცია და შფოთვით-ფობიკური აშლილობით დაავადებულთა ასოციაცია გაერთიანდნენ, რათა ერთიანი კოალიცია შექმნან. ამან მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინა ჯანმრთელობის დაცვის და სადაზღვევო პოლიტიკის რეფორმასთან დაკავშირებული დებატების მიმდინარეობაზე.

<sup>7</sup> Quoted in Gold, p. 290.



ბევრი სასარგებლო კანონი იქნა შემუშავებული ფსიქიკურად დაავადებულთა და ინვალიდთა უფლებების გასამტკიცებლად და დასაცავად. დღეს ეს ადამიანები უფრო დაცულად გრძნობენ თავს და გაცილებით ბევრი პროექტი მუშაობს, რომელიც მათ ინტერესებს ითვალისწინებს.

ჩვენ ვისწავლეთ მასმედიაზე "ხემოქმედება, რათა მან, თავის მხრივ, შეგავლენა მოახდინოს საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაზე. მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანი აღბათ ის არის, რომ ძალიან ბევრი რამ შევიტყვეთ ადამიანის ტვინისა და ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობის ახალი მეთოდების შესახებ. წიგნში „მოუსვენარი გონება“ ქეი რედფილდ ჯემისონი წერს: „თანამედროვე ნეირომეცნიერებაში საოცარი მდელვარებაა. ეს გახლავთ ახალი სასწავლების ძიებისა და დადგენის რომანტიკული პერიოდი, თავისი მთვარის შუქითა და აღმოჩენების ისეთი სწრაფი თანმიმდევრობით, რომ ადამიანს თავბრუს კი ეხვევა“.

ყოველდღიურად, სულ უფრო მეტად ვრწმუნდები, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ეს აღმოჩენები, რაოდენ ნაყოფიერი შედეგები აქვს ათასობით ადამიანის თავგანწირულ შრომას იმათ გადასარჩენად, ვინც ფსიქიკური დაავადებებისგან იტანჯება. უამრავი ადამიანისგან ვიღებ ამის შესახებ წერილებს. ბევრი თავის სატკივარს მიზიარებს, მაგრამ ბევრი, ქეთი ქრონქაითის, ჯერილინ როსის, ანჯელა ქოფენოლისა და ბევრ სხვათა მსგავსად, სასიხარულო ამბავს მიაჩნობს დაავადების დამარცხების, ახალი, ჯანმრთელი ცხოვრებისა და ხელმეორედ დაბადების შესახებ. ეს წერილები ჩვენც იმედით გვაკვსებს:

– „დაახლოებით 5 თვის წინ, ბოლოს და ბოლოს ვიპოვე შეველა ჩემი დეპრესიისთვის. იმდენად ცუდად ვიყავი, რომ თავის მოკვლა მინდოდა, მაგრამ ექიმებმა სიცოცხლე გადა-

---

<sup>~</sup> Jamison, p. 196.

მირსინეს. მათ ფსიქიატრთან გამგზავნეს, რომელმაც ჯან-მრთელობა დამიბრუნა. ოჯახის ექიმიც კი განცვიფრებულად არსა ჩემში მომხდარი ცვლილებებით. 180 გრადუსით ვარ შექობრუნებული“.

- „მე ჩვენს მეგობარი, რომელსაც წლების მანძილზე აკე-ატეებული აზრები და მოქმედებები აწუხებდა. ის გააფთრებით ებრძოდა ამ დაავადებას. მე არასოდეს შემხედვრია, რომ ადამიანში ერთდროულად შიშისა და ძალის ასეთი უნიკალური თანაფარდობა არსებობდეს. მან დაძლია შიში და ახლა სასოგადოების სრულფასოვანი წევრია“.
- „ეს პროგრამა ძალიან დაეხმარა ჩემს დისწულს, რომელიც აუცილებლად ციხეში მოხვდებოდა, კვალიფიციური დახმარება რომ არა. ახლა ის კოლეჯის სტუდენტია. მე კი ნუბაიოფლობით საწყისებზე ვთანამშრომლობ ამ პროგრამასთან, რადგან ეფექტობ, რომ მის წინაშე მთელი ოჯახი ვალში ვართ ჩემი ბიჭუნას გადარჩენისთვის“.
- „ჩვენ ვიპოვეთ ფსიქიატრი, რომელიც დაეხმარა ჩემს ცოლს. სწორი მედიკამენტური მიკურნალობის შედეგად, დღეს ის ნორმალური ადამიანის ცხოვრებით ცხოვრობს“.
- „მე ერთ-ერთ სარეაბილიტაციო პროგრამაში ვმონაწილეობდი. მათ გადამიხადეს თანხა, რათა შემძლებოდა მიკურნალობის გაგრძელება. ერთი სიტყვით, დახმარება აღმომიჩინეს, რომ ფეხზე დადგომა მომეხერხებინა. ბედნიერი ადამიანი ვყოფილვარ. გაუყოფელი ინტენსიურ თერაპიას და ახლა თავს კარგად ვგრძნობ. ვაპირებ სკოლის დამთავრებას და სამედიცინო კოლეჯში ჩაბარებას. მინდა ფსიქიატრიის მედლა გავხდე, რათა ჩემნაირ ადამიანებს დავეხმარო“.
- „მე ქვევის კორექციის სეანსებზე დავიწყე სიარული. ამან სრულიად შეკვალა ჩემი ცხოვრება. ახლა საკუთარი თავის მოვლა შემძლია და ნორმალური ადამიანის ცხოვრებით ვცხოვრობ, რისთვისაც ძალიან მადლიერი ვარ“.

- „ჩემმა ექიმმა აგორაფობიისგან განმკურნა. მე ჩემი ოთახის ტუსალი ვიყავი ოცდასამი წლის მანძილზე. ექიმი დამეხმარა პირველი ნაბიჯების გადადგმაში. ის, რომ შინიდან გარეთ გამოსვლა შეეძლო, მთლიანად ჩემი ექიმის დამსახურებაა, რომელიც ყოველდღიურად მუშაობდა ჩემთან და ნაბიჯ-ნაბიჯ მანუევრა ახალი სამყაროს აღქმას. დღეს ჩემმა გონებამ სრულად აღიდგინა დაკარგული შესაძლებლობები, შედეგად კი ნორმალური ცხოვრება შემიძლია“.
- „ჩემს ვაჟიშვილს არანუეულბერივი ექიმი დაეხმარა, რომ სწორი წამალი ეპოვა. ის ახლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის კურსს გადის და თავს გაცილებით უკეთ გრძნობს... ექიმი უეხება, რომ ძალიან კარგი პერსპექტივები აქვს და დაუღალავად მუშაობს მასთან. ახლა ჩვენ ვემზადებით სკოლის დასამთავრებლად. ჩემს შვილს უნდა, რომ მომავალში თვითონაც ფსიქიატრიაში იმუშაოს“.
- „მე ვაგრძელებ წამლების მიღებას და დარწმუნებული ვარ, რომ არაფერი შემიშლის ხელს დისერტაციის დაცვაში. ინგლისური ლიტერატურის სპეციალისტი გახლავართ. ცხოვრება მშვენიერია. ათი წლის წინ კინაღამ უარი ვთქვი სიცოცხლეზე... თავის მოკვლა ვცადე. ახლა კი ისეთი შეგრძნება მაქვს, თითქოს ცხოვრება ის თიხა იყოს, რომლისგანაც ჩემს თვალწინ მშვენიერი ქანდაკება იძერწება“.

აღბათ, ფსიქოტროპულ საშუალებათა გასაოცარი ახალი თაობაც გაფერმკრთალდება იმ აღმონებთან შედარებით, რომლებიც წინ გვაქვს. მეცნიერები წინასწარმეტყველებენ, რომ უახლოეს ხუთ წელიწადში გაცილებით უფრო ეფექტურ მედიკამენტებს შეიმუშავენ, რომლებიც უშუალოდ კონკრეტულ ნეიროგადამცემებს იმუშავენ, ამიტომ მათი ზემოქმედება უფრო ზუსტი და ეფექტური იქნება. ბევრი მეცნიერი იმასაც კი ვარაუდობს, რომ 10-20 წელიწადში აუცილებლად მიაგნებენ

მეთოდს, რომელიც უსრუნველყოფს ფსიქიკური დაავადების განვითარების სრულ პრევენციას გენ'ზე სემოქმედების გზით”

ამ მიმართულებით უკვე გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები. ჩვენ ბევრი რამ ვიცით ფსიქიკური დაავადებების გამომწვევი ბიოლოგიური ფაქტორების შესახებ. ასევე, გავერკვიეთ ფიზიოლოგიური და სოციალური რისკის ფაქტორებში. მთელი ქვეყნის მასშტაბით დღეს უკვე მუშაობს უამრავი პროგრამა, რომელიც პრევენციული სტრატეგიის განვითარებას და რისკის ფაქტორების ქვეშ მცხოვრები ადამიანების დაცვას უწყობს ხელს. დოქტორმა ბევრელი ღლომა, რომელიც 1978 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საპრესიდენტო კომისიაშიც მუშაობდა და 1994 წელს სამედიცინო ინსტიტუტის საპრევენციო კვლევებშიც მონაწილეობდა, შემახსენა, რომ დღეს საპრევენციო სტრატეგია არსებითად განსხვავდება ათწლეულების წინ მიმდინარე პროცესებისგან. „სამეცნიერო კვლევების მიმართულება, ახალი ცოდნა და ახალი აღმოჩენები ტვინის შესწავლაში, ნევროლოგიასა და ფსიქიატრიაში ცალსახად ადასტურებს ამას“.

ჯიმის დედა, ქალბატონი ლილიანი ბეისბოლის ჯიდი თავი ვანისმცემელი იყო და ხშირად იმეორებდა ბეისბოლის ვარსკვლავის იოჯი ბერას სიტყვებს: „მომავალი არასდროს ისეთი არ არის, როგორიც ჩვენ გვგონია, რომ იქნება“. რა ელოდება წინ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს? ის ნათელი მომავალი, რომელსაც დღეს ვჭვრეტთ, ძალიან ძნელი წარმოსადგენი იყო 1971 წელს, როცა პირველად ჩავერთე მოძრაობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის.

---

*Goleman, Daniel, "Research on Brain Leads to Pursuit of Designer Drugs," The New York Times, November 19, 1996.*

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს მიერ მიღწეული წარმატებები სრულიად ცხადი და თვალნათელია, ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი მდგომარეობის კარდინალურად შესაცვლელად. ახლა რომელი მიმართულებით ვაპირებთ ძალისხმევის წარმართვას?

*მკურნალობის ხელმისაწვდომობა*

ძალიან ბევრი ადამიანი, ვისთვისაც მკურნალობა მეტად სასარგებლო იქნებოდა, მიზეზთა გამო ვერ იღებს ამგვარ მკურნალობას. ახალ წამლებსა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს თვით უმძიმესი ავადმყოფების მდგომარეობის საგრძობლად გაუმჯობესებაც კი შეუძლიათ, მაგრამ იმის გამო, რომ ამგვარი მკურნალობა ყველასთვის ხელმისაწვდომი არ არის, უამრავი ადამიანი რჩება მის გარეშე.

ხშირ შემთხვევაში ამის მიზეზი უსახსრობა შეიძლება იყოს, ხშირად კი ასეთი რამ იმის გამო ხდება, რომ ადამიანი ისეთ ადგილას ცხოვრობს, სადაც ამგვარი მომსახურება არ არსებობს. ასიათასობით ავადმყოფი და მათი ოჯახის წევრები, შესდუდული სადაზღვევო ვალდებულებების გამო, მოკლებულნი არიან შესაძლებლობას, არსებითად გაიუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი და სამომავლო პერსპექტივები. მე უამრავ წერილს ვიღებ ხელმოკლე ოჯახებისგან, რომლებიც მძიმე ეკონომიკური პირობების გამო, ვერ ახერხებენ თავიანთი ოჯახის წევრისთვის სათანადო მკურნალობის უზრუნველყოფას. სერიოზულ პრობლემად რჩება ის გარემოება, რომ ჩვენი სადაზღვევო პოლიტიკა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დისკრიმინაციულად უდგება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს. ასეთი დამოკიდებულება უსათუოდ უნდა შეიცვალოს.

სამეცნიერო კვლევების სფეროში ჯერ კიდევ არსებობს პრობლემები. ასე მაგალითად, შიზოფრენია მეტად ძნელად თმობს თავის საიდუმლოებებს და მეცნიერებს წინ კიდევ დიდი შრომა ელით, რათა საბოლოოდ დადგინდეს მისი გამომწვევი ფიზიოლოგიური თუ ნევროლოგიური მიზეზები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის თანამშრომელმა დევიდ პიკარმა<sup>1</sup> ცოტა ხნის წინ, პირად საუბარში ასე დაიხასიათა ეს პრობლემა: „ჩვენ გზის მხოლოდ ერთი მესამედი გვაქვს გავლილი, განსაკუთრებით კი შიზოფრენიის მკურნალობაში. ოქროს ხანისთვის ჯერ არ მიგვიღწევია, მაგრამ თანდათანობით ეუახლოვდებით ამ საოცნებო მიჯნას“. მე ღრმად მწამს, რომ ეს დღე სულ მალე დადგება

### ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა

ბავშვთა მკურნალობას და ადრეულ ჩარევას ჯერ კიდევ არ ექცევა სათანადო ყურადღება. ბავშვთა პრობლემების შესახებ თეთრი სახლის მიერ 1909 წელს მოწყობილი პირველი კონფერენციის შემდეგ, უამრავი შეხვედრა, კონფერენცია და კომისია შედგა, მაგრამ რეალობა მეტად სამწუხაროა – ბავშვები, რომელთაც ემოციური პრობლემები აქვთ, სათანადო დახმარებას კვლავაც ვერ იღებენ.

რატომ არის, რომ მიუხედავად პრობლემის შეცნობის მეტად ხანგრძლივი ისტორიისა, მაინც ასე წარუმატებლნი ვართ ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების

---

*David Pickar – NIMH-ის კვლევების პროგრამის ფარგლებში არსებული მკურნალობის ექსპერიმენტული მეთოდების განყოფილების ხელმძღვანელი.*

გადაწვევტაში? ძნელად თუ იპოვით იმ ადამიანს, რომელიც არ დაგეთანხმებათ, რომ ბავშვებს სერიოზული რისკის ფაქტორების წინაშე უწევთ ცხოვრება. ოჯახების დანგრევა, სიღარიბე, დამცირება, შეურაცხყოფა, უყურადღებობა, ძალადობა, შიში, სიბრაზე, სიძულვილი, საშინელ საფრთხეს უქმნის ჩვენი ბავშვების და ჩვენი ოჯახების მომავალს.

მაშ საიდან განდგა გულგრილობის ის ფონი, რომელიც ხელს გვიშლის ჩვენი შეილებითვის მორალური, ფსიქიკური და ყოფითი თვალსაზრისით ჯანსაღი პირობების შექმნაში? რატომ არ არსებობს უფრო ქმედითი საერთო-ეროვნული მიდგომა ამ პრობლემათა მიმართ? რატომ არ ჩამოვკრავთ განგაშის ზარს, რათა ჩვენი შეილების უფრო უსაფრთხო მომავალი უზრუნველდეს?

ჩვენი მეთე სიმპოზიუმი კარტერის ცენტრში მთლიანად რისკის ფაქტორის მქონე ბავშვებსა და ოჯახებს მიუძღვნით. აქ წარმოდგენილი იყო ბავშვთა ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული სპეციალისტების ფართო სპექტრი, რადგან გვესმის, რომ დღესვე უნდა დაეიწყოთ ზრუნვა მომავლის ყველაზე ნაღი, ყველაზე მყიფე, მაგრამ ყველაზე იმედისმომცემი ოცნების განხორციელებისთვის.

ცხადია, არის ცვლილებები. ჩვენ ვხედავთ როგორ უმჯობესდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, განათლება, უმუშევრობასთან ბრძოლა. ხელისუფლება თითქოს გარკვეულ ზომებს იღებს ბავშვების მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. მაგრამ იმ დროს, როცა ამერიკის კონგრესი აკანონებს სახსრების გაზრდას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთვის, ქვეყანაში მაინც რჩება 2,5 მილიონზე მეტი ბავშვი, რომელიც უკიდურეს გაჭირვებაში ცხოვრობს. როგორც ჩანს, მეტია გასაკეთებელი, რომ რეალურად გაუმჯობესდეს ბავშვებისა და მათი ოჯახების მდგომარეობა.

შესაძლოა, მთელი პრობლემა იმაში იყოს, რომ არ არსებობს ნათელი წარმოდგენა საბოლოო მიზნების შესახებ, ან

იქნებ პოლიტიკური ნება არ გვეყოფნის, ან ჩვენი საზოგადოება მოკლებულია უნარს, წინასწარ განჭკვრიტოს მომავლის ყველაზე მტკივნეული პრობლემები? ასეა თუ ისე, ერთი ხელის მოსმით ამგვარი პრობლემები არ გვარდება.

ჩვენ გეჭირდება მკაფიოდ წამოყალიბებული ხედვა, სწორი სტრატეგია და ერთობლივი ძალისხმევა. აუცილებელია ინვესტიციების მოზიდვა იმ გამოკვლევებში, რომლებიც დაგეხმარება, მინიმუმამდე დავეყვანოთ რისკის ფაქტორები და ხელი შევუწყოთ საპრევენციო პირობების გაუმჯობესებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

ძალიან კარგად მუშაობენ ამ თვალსაზრისით ალიანსები სააგენტოებს, ოჯახებს, ჯგუფებს, სკოლებს და საზოგადოებრივ ინსტიტუტებს შორის<sup>5</sup>. ამგვარი ერთობლიობა ძალიან უწყობს ხელს ერთიანი საპრევენციო სტრატეგიის განვითარებას. უკვე ძალიან ბევრი შტატი მუშაობს ამ მიმართულებით. მართლაც, რომ მოხერხებულყო ისეთივე ურთიერთდაკავშირებული ქსელისა და სამედიცინო სისტემის ორგანიზება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, როგორც ეს ეპიდემიური დაავადებების შემთხვევაში ხდება ხოლმე, ეს ადამიანების სიცოცხლესაც დაზოგავდა და უამრავ ფულსაც.

2009 წელს თეიორ სახლში აღნიშნავენ ბავშვთა პრობლემებისადმი მიძღვნილი პირველი კონფერენციის 100 წლისთავს. მოდით, ისე გავისარჯოთ, რომ მართლაც საზეიმოდ გექონდეს საქმე. ჩვენი მომავალი და ჩვენი ბავშვების სიცოცხლე ამაზავადამოკიდებული.

---

<sup>5</sup> *Beardslee, p. 17.*



ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობა  
მსოფლიოში

ის პრობლემები, რომელთა შესახებ ამ წიგნში ვისაუბრეთ, მხოლოდ ამერიკისთვის არ არის მტკივნეული. 1995 წლის ჰარვარდის მოხსენებაში, რომელიც მსოფლიოს ყველაზე ღარიბ მოსახლეობას ეხებოდა, ვკითხულობთ: „მაშინ როცა, ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობა გაუმჯობესდა მთელ მსოფლიოში, ფსიქიკური დაავადებათა მკურნალობაში ჯერ კიდევ დიდი ხარვესები შეიმჩნევა“<sup>■</sup>.

მთელი მსოფლიოს მასშტაბით დაახლოებით 500 მილიონ ადამიანს აწუხებს ფსიქიკური დაავადება. ამ დაავადებათა სპექტრი მრავალფეროვანია – დაბალი რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით დაწყებული და ისეთი მძიმე ფორმებით დამთავრებული, როგორც არის შიზოფრენია და კლინიკური დეპრესია. ყველა სხვა სახის ინვალიდობასთან შედარებით, ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული ინვალიდობა მე-11 ადგილზე დგას.

მაგრამ, როგორ შეუძლია ციფრებს ის ტკივილი გადმოსცეს, რომელსაც ეს ადამიანები და მათი ოჯახის წევრები გრძნობენ დაკარგული ადამიანური შესაძლებლობების, უღიმღამო არსებობისა და უიმედო მომავლის გამო? სამწუხაროდ, ძალიან ბევრ ქვეყანაში ფსიქიკური დაავადებები იმდენად სტიგმატიზებულია, რომ ავადმყოფებს საზოგადოებისგან სრულ იზოლაციაში უწევთ ცხოვრება. ჩვენ არ შეგვიძლია, გულგრილნი დავრჩეთ ამ უბედურების მიმართ.

---

<sup>■</sup> *Harvard Medical School, Department of Social Medicine, World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries (New York: Oxford University Press, 1995).*

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მსოფლიო ფედერაცია არასამთავრობო ორგანიზაციაა, რომელშიც პროფესიონალები და მოხალისეები შედიან. მის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ცოდნისა და განათლების გავრცელება, რაც მთელი მსოფლიოს მასშტაბით დაეხმარება ადამიანებს ფსიქიკური პრობლემების დაძლევაში. ფედერაცია უზრუნველყოფს ფინანსურ და მორალურ მხარდაჭერას იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც ფსიქიკურად იტანჯებიან.

დღეს მე გახლავართ თაემჯდომარე ორგანიზაციისა, რომელსაც ჰქვია „ფსიქიკური ჯანმრთელობის მსოფლიო ფედერაციის საერთაშორისო კომიტეტი – ლიდერი ქალები ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის“. კომიტეტი 1992 წლიდან არსებობს და ორმოცზე მეტ წევრს ითვლის სამეფო ოჯახებიდან, სახელმწიფოს მეთაურებისა და პირველი ქალბატონების ჩათვლით. კომიტეტი მოწოდებულია, გააუმჯობესოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაც შეიძლება მეტი რესონანსი მიანიჭოს ამ პრობლემათა გადაჭრის საქმეს.

1996 წლის სექტემბერში, ვაშინგტონში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მსოფლიო ფედერაციამ კარტერის ცენტრთან ერთად შეხვედრა მოაწყო კომიტეტის წევრებთან. შეხვედრას დაესწრნენ კომიტეტის წევრები, ჯანმრთელობის დაცვის ქალი მინისტრები და სამხრეთ ამერიკის სამედიცინო ექსპერტები. კომიტეტის მუშაობაში მონაწილეობას იღებდა რვა პირველი ქალბატონი. წარმოდგენილი იყო 25 ქვეყანა. დისკუსიები ეხებოდა სახელმწიფოს მეთაურთა მეუღლეების მიერ თავიანთი სტატუსის გამოყენებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოპულარიზაციისა და ავტაცის საქმეში. ყველანი შეთანხმდნენ, რომ თავიანთ სახელმწიფოებში კონკრეტულ, კმედით ნაბიჯებს გადადგამენ ამ მიმართულებით. ფაქტია, რომ ქალები და ბავშვები უფრო ხშირად ხდებიან სიღარიბის, ძალადობის, მძიმე ყოფითი პირობების, ომის და გართულებების მსხვერპლნი. ჩვენ

სრულად ვაცნობიერებთ ამას და ვცდილობთ, რომ ჩვენი ძალისხმევა მათი მდგომარეობის შესამსუბუქებლად წარემართოს.

1997 წელს მსგავსი სემინარი ფინეთშიც მოეწყო. ამ სემინარის მუშაობაში ევროპული სახელმწიფოების ლიდერთა მუუღლები იღებდნენ მონაწილეობას. ძალიან ბევრი დამსწრე იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის სახელმწიფოებიდან. ყველა აღწერდა თავის ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას. ყურადღება ამ შემთხვევაშიც ოჯახის პრობლემატიკისკენ გექონდა მიმართული. ეს საინტერესო და ნაყოფიერი შეხვედრა გახლდათ.

ჩვენ ვერ დაეცინებოდა გულგრილნი იმ ტკივილის მიმართ, რომელიც ფსიქიკურ დაავადებებს უკავშირდება მთელ მსოფლიოში. ჩვენი შეხვედრა მაგალითად უნდა იქცეს საზოგადოების სხვა წევრებისთვის, რათა მათაც იზრუნონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოპულარიზაციისა და დატანჯული ადამიანების მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად თავიანთ ქვეყნებში. მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში დღის წესრიგში უნდა დადგეს მოსახლეობის ფსიქიკური გაჯანსაღების აუცილებლობა.

### რისი ბაკეთება შპპპპპპპპა?

დღეს ჩვენ გზაჯვარედინზე ვდგავართ. მეტად საპასუხისმგებლო მისია გვაკისრია და არ გვაქვს შეცდომის დაშვების უფლება. არსებობს სამი უმთავრესი პრინციპი, რომელიც ყველა ჩვენგანმა უნდა დაისახოს სამოქმედო ორიენტირად.

*პირველი*, წერტილი უნდა დაეუსვათ ფსიქიკურად დაავადებულთა დისკრიმინაციას, რომლის გამო უამრავი ადამიანი მკურნალობის გარეშე რჩება.

ნატარებელი სამუშაოებისა და სტიგმის წინააღმდეგ მიმართული ძალისხმევის მიუხედავად, ფსიქიკური დაავადებები ჩვენი საზოგადოებისთვის ძნელად მისაღებ და გაუგებარ მოვლენად რჩება. ჩვენ გვჭირდება რაც შეიძლება მეტი მოხალისე -

ადამიანები, რომელთაც იცნობენ და პატივს სცემენ სა'სოგადოება'ში, რათა მათ დაუფარაუად ისაუბრონ თავიანთი პრობლემების შესახებ და სირცხვილის დამლა ნამოა'მორონ ამ დააუადლებს. ჩვენ ისეთი მოხალისეები გვკვირდება, როგორებიც არიან პეტ დიუკი, უილიამ სტაირონი, მაკ უოლასი, არტ ბუნეკალდი, უილარდ სკოტი, მარგო ქიდერი, როდნი დანჯერფილდი, დიკ კავეტი, ქეთი ქრონქაითი, ქეი ჯემისონი და როდ სტაიგერი, რათა მათ მოუთხრონ ადამიანებს თავიანთი დააუადების, მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების შესახებ.

სტიგმა სიკვარულმა, სიკეთემ და გულისხმიერებამ უნდა შეცვალოს. ეს ნიშნავს მთელი ჩვენი დამოკიდებულებების გადაფასებას; ეს ნიშნავს ჩვენი შეილების ისე აღზრდას, რომ მათ არ რცხვენიოდეთ არც თავისი, არც ახლობელთა ფსიქიკური დააუადების – დედა იქნება ის, მესობელი, მეგობარი, და თუ ძმა. ჩვენი მოქალაქეობრივი პასუხიმგებლობისა და დაუღალავი გარჯის გარეშე ასეთი რამ არ მოხდება, მაგრამ ეს სამართლიანი საქმეა და მის უკან უამრავი ადამიანის ტკივილის შემსუბუქება დგას. ამიტომაც ღირს ამის კეთება.

*მეორე*, ჩვენ უნდა გავაცნობიეროთ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე სრული ფიზიკური ჯანმრთელობა არ მიიღწევა. ფსიქიკური ჯანმრთელობა ნებისმიერი ადამიანის ფიზიკური ჯანმრთელობის განუყოფელი აუცილებლობაა. ამიტომ, ჩვენ უნდა შევეაღწიოთ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და შეეცვალოთ მისი დამოკიდებულება ფსიქიკური პრობლემების მიმართ. ძალიან კარგი იქნებოდა, პოლიკლინიკების ექიმებს მეტი ინფორმაცია აქონოდათ ფსიქიკური დააუადებების შესახებ, რათა უფრო ადვილად შეიძლებოდათ მათი ამოცნობა და აუადმყოფის სპეკიალისტთან გაგზავნა.

უმრავლესობამ არც კი იცის, რომ ბევრი ფსიქიკური დააუადება ექვემდებარება მკურნალობას. ამიტომ, რაც შეიძლება მეტ ადამიანს უნდა გავაგებინოთ, როგორია საქმის რეალური ვითარება.

ძალზე მნიშვნელოვანია. უნდა ვისწავლოთ ჩვენი ძალის-  
ხმების სწორი მიმართულებით წარმართვა. უფრო ახალი, უფრო  
ეფექტური გზები უნდა ვეძებოთ. შესაფერისი ფსიქიკური მკურ-  
ნალობა არც ისე ძვირი ღირს, მაგრამ მის არარსებობას  
მართლაც დიდი ფინანსური და მორალური დანაკარგი მოს-  
დევს. ადრეულ ჩარევას, სწორ მკურნალობას და შემდგომ მეთ-  
ვალყოფობას არათუ ზედმეტი ხარჯების, არამედ ლეიტალური  
შესაძლებლობის თავიდან აცილებაც კი შეუძლია.

ჩვენ ერთი წამითაც არ უნდა დავეკვდეთ იმის შესახებ,  
დავეხმართოთ თუ არა შიზოფრენიით, ანუ ყველაზე მძიმე ფსიქი-  
კური დაავადებით დასნეულებულ ადამიანებს. დარწმუნებულნი  
უნდა ვიყოთ, რომ ისინი სათანადო სამედიცინო დახმარებას  
იღებენ და შესაძლებლობა აქვთ, უფრო ნორმალური ცხოვრე-  
ბით იცხოვრონ, მაგრამ არც მილიონობით სხვა ადამიანს უნდა  
შევაქციოთ ზურგი – ახალგაზრდებს და მოხუცებს, მდიდრებს  
და ღარიბებს, ნებისმიერი რასისა და ეროვნების წარმო-  
მადგენლებს, ვისაც რაიმე სახის ფსიქიკური მკურნალობა  
სჭირდება.

თქვენც, მეც – ჩვენ ყველანი ვიცნობთ ამ ადამიანებს. ისინი  
ჩვენი მეგობრები, მეზობლები, თანამშრომლები არიან. შეიძ-  
ლება ჩვენი ოჯახის წევრები ან ჩვენ თვითონ ვიყოთ.

ახალგაზრდა გოგონა, რომელსაც საშინელი სასოწარკვეთა  
დაუფლებია, რადგან ყველაფერი, რასაც მისი ოჯახი ერქვა,  
ერთ წამში გაანადგურა ქარბორბალამ; ორმოცდაათ წელს მი-  
ტანებული მამაკაცი, რომელსაც ორი შვილი ჰყავს სარჩენი,  
სამსახურიდან დაითხოვეს და ახალ სამსახურს ვერ პოულობს;  
დედა, რომელსაც უეცრად პრობლემები აღმოაჩნდა გარეთ  
გასვლასთან დაკავშირებით...

ყველაფრის ერთიანად შეცვლა ადვილი არ არის. ჩვენ  
უცოდინრობის, არაკეთილგანწყობის, ნაკირული შეხედულე-  
ბების და ინერციის წინააღმდეგ გვიწევს ბრძოლა, მაგრამ ყოვე-  
ლთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ უიბრძოთ:

- ⇒ ადამიანის პირადი ღირსებისთვის;
- ⇒ ავადმყოფობის მიუხედავად, ყოველ ადამიანში ღირებულისა და მნიშვნელოვანის დანახვისთვის;
- ⇒ ყველასთვის თანაბარი უფლებებისა და შესაძლებლობების უზრუნველსაყოფად, რათა მიიღოს შესაბამისი მკურნალობა, ფსიქიატრიული დახმარების ნათელით;
- ⇒ იმ უმწევობის დაძლევისთვის, რომელიც ასე დამახასიათებელია ფსიქიკური და ემოციური პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის;
- ⇒ ნებისმიერი ადამიანისთვის ახალი შესაძლებლობების შექმნისთვის, მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების ნათელით, რათა მან სისხლსავე ცხოვრებით იცხოვროს ჩვენს სასოგადოებაში.



გარდაცვალებამდე ცოტა ხნით ადრე, თეთრ სახლში უდიდესი ანთროპოლოგი მარგარეტ მილი მეწვია. ჩვენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებსე ვსაუბრობდით. ეს ჩვენი საერთო ინტერესი გახლდათ. მარგარეტ მიდმა მითხრა მაშინ, თუ ჩვენ შეუძლებთ, რომ ათვლის წერტილად ჩვენი საზოგადოების ყველაზე დაუცველი წევრები ავიღოთ, თუნდაც ბავშვი, რომელსაც ფსიქიკური პრობლემები აწუხებს, ან საავადმყოფოში გამოკეტილი შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი ან ქუჩის მაწანწალა, ჩვენი კულტურა გაცილებით უფრო ჰუმანური გახდება. მას სჯეროდა, რომ პიროვნული ღირებულება, ისევე როგორც სასოგადოების წარმატებულობა, იზომება სუსტი და უმწევო ადამიანისადმი თანაგრძნობით. მარგარეტ მიდს ასე სჯეროდა.

გავუტოვოთ ოდესმე მის სტანდარტებს?

დ ა ნ ა რ თ ე ბ ი

აგრანულოციტოზი - სიცოცხლისთვის სახიფათო სისხლის დაავადება, რომელიც იწვევს ინფექციებთან მეტროლი თეთრი ბურთულაკების უცვარ შემცირებას სისხლში. ეს დაავადება კლოსაპინის - შიზოფრენიის სამკურნალო მედიკამენტის გვერდითი მოვლენებით შეიძლება იყოს გამოწვეული.

ანაფრანილი - იხ. ქლომიპრამინი.

ბენზოდიაზეპინები - ქსანაქსის ტიპის ფობიების საწინააღმდეგო მედიკამენტების ჯგუფი.

ბლუტამატი - ტვინის ერთ-ერთი უმთავრესი ნივთიერება, რომელიც მონაწილეობს მისი აქტიუობის დაახლოებით 40%-ში.

დეპაკოტი - იხ. დივალპროუქსი.

დივალპროუქსი - ახალი მედიკამენტი, რომელიც კარგად მკურნალობს მანიასა და მანიაკალურ-დეპრესიულ სინდრომს.

დოჟამინი - ნეიროგადამცემი, რომელიც არეგულირებს ტვინის ნერვული უჯრედების აქტიურობას, განსაკუთრებით კი ისეთ სფეროებში, როგორც არის მოძრაობა, შემეცნება და ემოციური მდგომარეობა. შიზოფრენია გარკვეულწილად უკავშირდება ამ ნივთიერების ჭარბი რაოდენობით გამოყოფას. პარკინსონი კი, პირიქით - მის მცირე რაოდენობით გამოშვებასთან არის ასოცირებული.

ელექტრო-კონვულსიური თერაპია (ელექტროშოკი) - კლინიკური დეპრესიის მკურნალობის საშუალება. ეს ელექტრული პროცედურა სემოქმედებს ადამიანის ტვინის გარკვეულ ნაწილებზე და ახდენს მისი ქიმიური შემადგენლობის სტიმულირებას.

თხემის წილი - ტვინის ნაწილი, რომელსაც „მუშა მეხსიერებასაც“ უწოდებენ და ის არის პასუხისმგებელი ჩვენს უნარზე, მივიღოთ ინფორმაციის ახალი ულუფა, შევუხატვეისოთ ის აღრე აღქმულ ინფორმაციას, ხოლო გამოუსადეგარი ინფორმაცია უკუვაგდოთ. შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს



აღენიშნებათ ტვინის ამ ნაწილის ფუნქციის მოშლა. მათ უკვე თავიანთი „მუშა მეხსიერების“ გასუფთავება გამოუსადეგარი ინფორმაციისგან. აგრეთვე, უძნელდებათ ვი-სუალური ხატების აღდგენა თვალთახედვიდან მათი გაუწინარების შემდეგ.

თალამუსი – ტვინის ნაწილი რომელიც გვესმარება ემოციებისა და მეხსიერების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის გადა-მუშავებაში, გადაწყობასა და გაფილტვრაში.

კლოსაპინი – შისოფრენიის უახლესი სამკურნალო საშუალება, რომელიც გაცილებით უფრო უვნებელია, ვიდრე ტრადიციული პრეპარატები, როგორც არის, მაგალითად, ტორაზინი. კლოსაპინი კარგად მოქმედებს შისოფრენიის როგორც პოზიტიურ, ასევე ნეგატიურ სიმპტომებსზე; აგრეთვე, დადებითად შემოქმედებს პაციენტის დამახსოვრებისა და ეურადღების კონცენტრირების უნარზე. მას შეუძლია აგრესიული და სუიციდური იმპულსების დათრგუნვაც. ის კარგი სედატიური საშუალებაა არის, მაგრამ სოფჯერ გვერდითი ეფექტის სახით აგრანულოციტოზი, ანუ სიცოცხლისთვის სახიფათო სისხლის დაავადება შეიძლება გამოიწვიოს. თუმცა, თუ მედიკამენტის მიღების დროს, რეგულარულად ხდება სისხლზე დაკვირვება, წამლის მიღება უსაფრთხოა.

კლოსარილი – იხ.: კლოსაპინი.

კომპიუტერული ტომოგრაფია – ახალი ტიპის გამომსახველობითი ტექნოლოგია, რომელიც ახდენს რენტგენის სერიათა კომპიუტერულ კომბინირებას, რათა ტვინის სტრუქტურის მაქსიმალურად ნათელი სურათი წარმოადგინოს, რაც მხოლოდ რენტგენის საშუალებით შეუძლებელი იქნებოდა.

კორტიზოლი – პორმონი, რომელსაც ადამიანის ორგანიზმი გამოყოფს სტრესის დროს.

ლითიუმი – მედიკამენტი, რომელსაც ყველაზე ხშირად ხმარობენ მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის წინააღმდეგ. ის არეგულირებს ავადმყოფის გუნება-განწყობას და ხელს უშლის მანისს ან დეპრესიის რეციდივების სშირ გამეორებას.

ლუკოქსი - ის ფლუკოქსამინი.

მაგნიტურ-რესონანსული სკანირება - შესაძლებლობას იძლევა, ტვინის მოქმედება მუშაობის პროცესში შევისწავლოთ. ამგვარი სკანირება მაგნიტურ ველს იყენებს ტვინის აქტივობის გამოსავლენად. ეს ტექნოლოგია ტვინის განსაკვივრებლად მკაფიო სურათებს გვაძლევს მისი მუშაობის პროცესში. მაგნიტურ-რესონანსულ სკანირებას შეუძლია მოგვცეს ამომწურავი ინფორმაცია ტვინის სტრუქტურაში არსებული ნებისმიერი ანომალიის შესახებ.

მიდრეკილება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიმართ - ძლიერი ფსიქოლოგიური ან ფიზიოლოგიური დამოკიდებულების გრძნობა ტოქსინების მიმართ. როცა ორგანიზმს ტოქსინები არ მიეწოდება, ამ დაავადებით შეპყრობილი ადამიანი აპათიაში ვარდება. ნარკოტიკებსა და ალკოჰოლთან ერთად, სუდატიურმა საშუალებებმაც შეიძლება გამოიწვიოს მიდრეკილების წარმოქმნა.

მონომინი - ნივთიერება, რომელსაც ტვინი იყენებს სეროტონინისა და ნორადრენალინის მსგავსი ნეიროგადამცემების შეწოვის დროს.

მონომინის გამოყოფის შემაკავებელი ანტიდეპერსანტები - ანტიდეპრესიული მოქმედების პრეპარატები, როგორც არის მარპლინი, ნარდელი და პარნატი.

ნეიროგადამცემები - ამ ქიმიური ნივთიერებების მეშვეობით ნერვული უჯრედები ახორციელებენ შეტევას თავის მომიჯნავე უჯრედებზე, რათა მათ ინფორმაცია მიაწოდონ.

ნეიროლეპტიკები - შიზოფრენიისა და ფსიქოზების საწინააღმდეგო პრეპარატები, რომლებიც 50-იანი წლებიდან იხმარება. ისინი კარგად მოქმედებს პალუცინაციების, ბოდეებისა და არეული აზროვნების, ანუ ე. წ. პოზიტიური სიმპტომების დათრგუნვაზე. მაგრამ ნაკლებეფექტურია ნეგატიური სიმპტომების წინააღმდეგ. მათ ხშირად ახლავთ გვერდითი ეფექტები პირის სიმშრალის, მხედველობის დაბინდვის, წონაში დაკლების, კანკალის და უნებლიე მოძრაობების

სახით. მედიკამენტთა ამ ჯგუფში შედის ტორაზინი, მელარ-  
ილი, პალდოლი, მობანი და სტელაზინი.

ნეირომეცნიერება — ტვინის შემსწავლელი მეცნიერება, რომელიც აერთიანებს ანატომიას, ფიზიკას, ფსიქოლოგიას, ბიოქიმიას, ელექტრონიკას, ფიზიოლოგიას, ფსიქიატრიას, კომპიუტერულ ინჟინერიას, ნევროლოგიას, გენეტიკას, ფარ-  
მაკოლოგიას და ნეიროქირურგიას.

ნუშისებრი სხეული — ტვინის პატარა, მომწვანო ფერის ნაწილი, რომელიც ემოციათა, განსაკუთრებით კი შიშისა და მრისხანების ამოცნობასა და რეგულირებაში იღებს მონაწი-  
ლეობას, აგრეთვე, კოორდინაციას უწყევს ნეენს რეაქციას შიშის ფაქტორზე.

ოლანსაპინი — შიზოფრენიის საწინააღმდეგო უახლესი პრეპა-  
რატი, რომელიც უფრო ეფექტურად მოქმედებს, ვიდრე კლო-  
'საპინი და ტვინის უფრო ფართო არეებს მოიცავს. ეს პრეპა-  
რატი ნაკლები გვერდითი ეფექტებითაც გამოირჩევა.

ორბიტალური ქერქი — ტვინის ნაწილი, რომელიც სუსტად თვალუბის უკან, თხემის წილის ქვევით მდებარეობს. მისი ცირკულაცია ეხმარება ტვინს, ამოიცნოს შეცდომები და ადა-  
მიანს შეატყობინოს, როცა რაიმე რიგზე არ არის (შეცდომე-  
ბზე ან ხიფათზე ის „განგაშით“ რეაგირებს. არსებობს აზრი, რომ აკვიატებული აზრების და მოქმედების სათავე ტვინის სწორედ ამ რეგიონში ძევის. სკანირების დროს გადაადებული სურათები უსვენებს, რომ ტვინის ეს ნაწილი აკვიატებული აზრებითა და მოქმედებით დააყადებულ ადამიანებს უფრო მეტად აქვთ გაააქტიურებული. ამით შეიძლება იოლად აიხსნას, რატომ აქვთ ამ პაციენტებს გაზვიადებული მგრძნობელობა კორექტული ქცევისა და მოქმედების მიმართ.

პარანოია — ბოდეები, რომელიც დაკავშირებულია დეენის მა-  
ნიასა და გარემოსადმი ეჭვიან დამოკიდებულებაში.

პარკუჭები — ტვინის ნაწილი, რომელიც თავსურგტვინის სითხის რესეროვუარის ფუნქციას ასრულებს. შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს ეს ორგანო გადიდებული აქვთ.

პოზიტრონის ემისარული ტომოგრაფია და მარტივი ფოტონ-ემისარული ტომოგრაფია - იძლევა ტვინის აქტიუობის გამოსახულებას მიუღ ჭრილში. შესაძლებელია, ტვინის მუშაობას სისხლის მიმოქცევისა და გლუკოზის ათვისების პროცესში დაეკვირდეთ. სკანირების ეს სახეობა ტვინის მუშაობის პროცესს დინამიკაში ასახავს.

პროზაკი - იხ. ფლუოქსეტინი.

რისპერიდონი - მედიკამენტი, რომელსაც დღეისთვის ყველაზე ხშირად ხმარობენ შიზოფრენიის წინააღმდეგ. ის არეგულირებს დოფამინის გამოყოფას. კარგად მოქმედებს, შიზოფრენიის როგორც პოზიტურ, ასევე ნეგატიურ სიმპტომებზე სისხლის დაავადებების გამომწვევი გვერდითი ეფექტების გარეშე.

სეროტონინი - ნეიროგადამცემი, რომელიც დეპრესიის წარმოქმნას უკავშირდება. მისმა ნაკლებობამ შეიძლება ძილის რეჟიმის დარღვევა, შიშები, აფორიაქებული მდგომარეობა, სუიციდური ფიქრები და მიდრეკილებები გამოიწვიოს.

სეროტონინის შემაკაველებელი პრეპარატები - ანტიდეპრესანტები, როგორც არის პროზაკი და ზოლოფტი, რომლებიც ბლოკირებას უკეთებენ ტვინის მიერ სეროტონინის ჭარბი რაოდენობით შეწოვას.

ტვინის ქერქის შუბლის წილი - „რუხი ნიეთიერება“, რომელიც უშუალოდ არის დაკავშირებული შემეცნებისა და აზროვნების პროცესთან. მას ტვინის ზედაპირის დაახლოებით 30% უჭირავს და დაკავშირებულია თითქმის ყველა უმთავრეს სტრუქტურასთან. ტვინის ქერქის შუბლის წილი ითვისებს ინფორმაციას, რომელიც სხვადასხვა წყაროებიდან მომდინარეობს და გაეხმარება, ჩვენი ფიქრების თანმიმდევრულად დაწყობასა და ურთიერდაკავშირებაში; აქვე წარმოიქმნება აბსტრაქტული იდეები და მომავლის გეგმები.

ტორაზინი - იხ. ქლოპრომაზინი.

უნებლიე მოძრაობები - დაუგეგმავი, უცაბედი, განმეორებადი მოძრაობები, როგორც არის ტიკები, უცაბედი ვესტები და

მიმოკები. ამგვარი რამ ძირითადად შიზოფრენიის საწინააღმდეგო სოციურთი წამლის ხანგრძლივი მიღების შემდეგ ემართება ადამიანს და სერიოზულ პრობლემებს უქმნის.

ფლუოქსამინი – ანტიდეპრესანტი, რომელიც აფერხებს ტვინის მიერ სეროტონინის ჭარბი რაოდენობით გამოყოფას. გამოიყენება აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებების დროსაც.

ფლუოქსეტინი – აშშ-ში ყველაზე პოპულარული ანტიდეპრესანტი, რომელიც ტვინში სეროტონინის რაოდენობას არეგულირებს. მას ძველ პრეპარატებთან შედარებით გაცილებით ნაკლები გვერდითი ეფექტები ახასიათებს.

ფობია – არარაციონალური შიშები, როგორც არის, მაგალითად, ძაღლების, სიმაღლის, წყლის, ღია ან დახურული სივრცის შიში და სხვა.

ფსიქოზი – ფსიქიკური მდგომარეობა, როცა ადამიანს რეალობის გაორებული აღქმა აღენიშნება. მას შეიძლება ქალუციონაციები და ბოდვები აწუხებდეს და უცნაური ქცევით გამოირჩეოდეს. ფსიქოზი შიზოფრენიის ერთ-ერთი სიმპტომია, მაგრამ მისი ნიშნები შეიძლება კლინიკურ დეპრესიასა და მანიაკალურ-დეპრესიულ სინდრომსაც ახლდეს.

ქლომიპრამინი – სეროტონინის გამოყოფის მარეგულირებელი პრეპარატი, რომელიც გამოიყენება როგორც ანტიდეპრესანტი. ქლომიპრამინით აკვიატებული აზრებითა და მოქმედებებით დაავადებულ ადამიანებსაც მკურნალობენ.

ქლორპრომასინი – ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული ნეიროლეპტიკი, რომელიც ჯერ კიდევ 50-იანი წლებიდან იხმარება შიზოფრენიის წინააღმდეგ. ის ეფექტურად მოქმედებს ქალუციონაციების, ბოდვებისა და არეული აზროვნების, ანუ ე. წ. პოზიტიური სიმპტომების დათრგუნვაზე. ეს შედარებით იაფფასიანი პრეპარატია და მას დღეში ერთხელ იღებენ. ქლორპრომასინი ხელს უწყობს D2 დოფამინის რეცეპტორების დაბლოკვას.

შემეცნებით-ქცევითი თერაპია პენსილვანიის უნივერსიტეტის ფსიქოლოგის, დოქტორ აარონ ტ. ბეკის მიერ შე-

მიუმავეებული მეთოდი, რომელიც კარგად უმკლავდება დეპრესიას. ის დაფუძნებულია თეორიაზე, რომ ადამიანის ფიქრები 'ემოქმედებს' მის 'შეგრძნებებს', 'შეგრძნებები კი - ფიქრებს'.

სარტყელისებრი ხეული - ტვინის ცენტრალური სტრუქტურა, რომელიც განაპირობებს საფრთხის წინაშე გაქცევის ან თავდასხმის ავტომატურ რეაქციას. შეიძლება, ტვინის სწორედ ეს ნაწილი იყოს პასუხისმგებელი აკვირებული აზრებითა და მოქმედებებით დაავადებული ადამიანის საქციელზე, როცა გარკვეული 'შიშების' ზეგავლენით ის იძულებულია, წამდაუნუმ დაიბანოს ხელები, ან გაუთავებლად შეამოწმოს, საიმედოდ არის თუ არა წარაწული ყველა კარი.

შიზოფრენიის ნეგატიური სიმპტომები - ემოციული და სოციალური გათიშულობა, მოტივაციის დეფიციტი, შესაძლებელი მეტყველება და შეკავებული ემოციები.

შიზოფრენიის პოზიტიური სიმპტომები - დაავადების იოლად შესამჩნევი სიმპტომები, როგორც არის ქალუცინაციები, ბოდვები, არეული აზროვნება და სხვა.

ჰიპოთალამუსი - ტვინის შემადგენელი ნაწილი, რომელიც პორმონების გამოყოფას არეგულირებს.

ჰიპომანია - მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის ზეაწეული ფაზა, როცა ადამიანი ეფორიული, ზეაქტიური, ატაკებულია, მაგრამ ეს მდგომარეობა სომიერებით გამოირჩევა საკუთრივ მანიასთან შედარებით, რადგან ამ ფაზაში პაციენტი ჯერ კიდევ აკონტროლებს საკუთარ გრძნობებსა და ემოციებს.

აგოროფობია (Agorophobia) – პირდაპირი მნიშვნელობით ნიშნავს ღია სიერცის შიშს. ადამიანებს, რომელთაც ამგვარი აშლილობა აწუხებთ, საზოგადოებრივი თავშეყერის აღვიღებში უნრღებათ შიში, რომ საჭიროების შემთხვევაში ვერ მოახერხებენ იქიღან გასვლას. აგოროფობია ხშირად პანიკურ აშლილობასთან ერთად გეხედება.

აღკპაიღერის ღაავადება (Alzheimer's disease) – ღაავადება, რომელიც იწვევს ტვინის ფუნქციის შეუქცევად, პროგრესულ გაუარესებას, რაც გონებრივი შესაღლებლობების შესუსტებასა და სიკვდილს იწვევს.

აუტიზმი (Autism) – ღაავადება, რომელიც ადრეულ ასაკში იწვეება და მთელი ცხოვრების მანძილზე გრძელდება, რაც, საბოლოოდ, ანგრევეს ადამიანის პიროვნებას. ადრე მას წმიდა ფსიქოლოგიურ ანომალიად მიიწვევდნენ და აღზრდის პრობლემებით თუ ადრეული ტრავმებით ხსნიდნენ. მაგრამ, დღეს მეცნიერები ფიქრობენ, რომ ღაავადებას ბიოლოგიური მიზეზები უღვევს საფუძვლად. უახლესმა კვლევებმა უწვენა, რომ ღაავადება ტვინში დაფიქსირებულ კონკრეტულ ანომალიურ პროცესებს უკავშირდება. აუტიზმით ღაავადებული ბავშვები ძნელად ამყარებენ კონტაქტს თვით ვეღლაზე ახლობელ ადამიანებთანაც კი (იმისდა მიუხედავად, თუ რამდენად ყურადღებრიანი არიან ეს უკანასკნელი მათ მიმართ). ისინი თავისებურად, უცნაურად რეაგირებენ გარემო პირობებზე, რიგიღულნი არიან, უძნელდებათ ინფორმაციის გადამუშავება, ზედმეტად მგრძობიარენი (ან სრულიად გულგრილნი) არიან უბრალო, ყოველღლიური მოვლენების მიმართ, შეუძლიათ საათების მანძილზე გაიღვრონ ერთი და იგივე ამონებებული ფრაზა. აუტიზმით ღაავადებული ბავშვების ერთ მესამედს ფსიქიკური პრობლემებიც აწუხებს.

კეების ღარღვევა – როცა ადამიანი ძლომას ვერ შეიგრძნობს (ბულემია) ან საერთოდ არ აწუხებს შიმშილის გრძნობა (თვითსტარვაიცია).

ღისტიმია (Dysthymia) – ღაბალი რეგისტრის ქრონიკული ღებრესია.

იპოქონდრია (Hypochondria) – ღაავეადებას გამოარსევს აკვიატე-ბული აზრებისა და მოქმედების მსგავსი სიმპტომები. ადამიანი შეიძლება გადაჭარბებულ ყურადღებას უთმობდეს ჯანმრთელობის საკითხებს და არასწორად ხსნიდეს ორგანიზმის სხვადასხვა სიგნალებს. იპოქონდრია აკვიატეული აზრებისა და მოქმედების სარკისებურ ანარეკლს ჰგავს.

პარანოიდული აშლილობა – დამახასიათებელია ადამიანებისთვის, ყისაც გადაჭარბებული ეჭვიანობა, უნდობლობა და უარყოფითი წინასწარგანწყობა გამოარსევს. ეს ადამიანები ხშირად რიგიდულნი და უკომპრომისონი არიან. მათ ჩვევიათ გასუვიადებულად კრიტიკული დამოკიდებულება სხვების მიმართ და სოგადი შენიშვნების საკუთარ თავსე მიდება.

პიროვნების გაორება (Borderline personality disorder) – ძირითადად ახასიათებს ადამიანებს, რომელთაც არასტაბილური პერსონალური იმიჯი აქვთ შექმნილი საკუთარი თავის შესახებ. ამგვარი მდგომარეობისთვის ხშირია გუნება-განწყობილების პოლარული ცვლა. შეიძლება უკავშირდებოდეს ბავშვობაში გადატანილ ძალადობის ეპისოდს.

პიროვნული აშლილობა (Personality disorders) – აშლილობა, რომლის დროს ადამიანი, რომელიც განსაკუთრებული უნდობლობით გამოირჩევა, მოუქნელობას, სიხისტეს და არაკეთილგანწყობას ამჟღავნებს.

პოსტ-ტრავმული აშლილობა (Post-traumatic stress disorder – PTSD) მყოთვით-ფობიკური აშლილობა, რომელიც ტრავმის შემდგომ პერიოდში ვითარდება. ასეთი შეიძლება იყოს ავტოკატასტროფა, ძალადობა, გაუპატიურება, ომისშემდგომი პერიოდის განცდები, სტიქიური უბედურებები და სხვა ტრავედიები. ადამიანები, რომელთაც პოსტ-ტრავმული აშლილობა აწუხებთ, სიზმარში ხშირად უბრუნდებიან განცდილ ეპისოდებს ან დეპრესიული მდგომარეობა იყრობთ და საკუთარ თავში იკეტებიან. მათ შეუძლიათ უცრად გაწყვიტონ ურთიერთობა მეგობრებსა და ოჯახის წევრებთან. პოსტ-ტრავმული აშლილობას ხშირად პანიკური მიშებიც ახლავს, რაც ნარკოტიკების და ალკოჰოლიზმისაკენ მიდრეკილებაში შეიძლება გადაისარდოს.



სეზონურ-ემოციური აშლილობა (Seasonal affective disorder – SAD) – მთლიანად დამოკიდებულია წელიწადის დროების ცვალებადობის ციკლზე. დაავადებულებს ბევრი სიმნათ, იკლებენ წონაში და გამოფიტვა ეწეებათ.

ვილ დე ტურეტის სინდრომი – გენეტიკური წარმოშობის ნეუროლოგიური დაავადება, რომელსაც აკვიატებული აზრები და სიტყვიერი ან ფიზიკური ტიკები ახასიათებს.

ქცევის აშლილობა (Conduct disorder) – ძირითადად დამახასიათებელია 18 წლამდე ახლგაზრდებისთვის. გამოიხატება ქცევის ნორმებისა მიღებული წესების იგნორირებასა და უგულებელყოფაში. სიმპტომები შეიძლება შეიცავდეს ქურდობას, შინიდან გაქცევას, სხვისი საკუთრების დაზიანებას, სახლის გატყუვას, იარაღის ხმარებას, უხეშობასა და სისასტიკეს. ბავშვთა დაახლოებით ნახევარი, რომელთაც ამგვარი გადახრა ახასიათებთ, მომავალში ანტისასოგადოებრივი ქმედებებისკენ სტაბილურ მიდრეკილებას ავლენენ.

ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიური აშლილობა (Attention Deficit Hiperactivity Disorder – ADHD) – ბავშვებში ყველაზე მეტად გავრცელებული ფსიქიკური დაავადება, რომელიც იწვევს ჩამორჩენას აკადემიური მოსწრების მიხრივ, რაც გონებრივ მონაცემებსა და ნიჭს კი არ უკავშირდება, არამედ ტინის ფუნქციის დარღვევას, რომელიც აძნელებს მშეიდად ყოფნას და ყურადღების კონცენტრირებას. დაავადებული ბავშვები შეიძლება უკონტროლოდ და შეუსაბამოდ საუბრობდნენ, გაუთავებლად ცქმუტავდნენ და უჭირდეთ წაკითხულის ათვისება.

შიზოაფექტური აშლილობა (Schizoaffective disorder) – მდგომარეობა, რომელსაც ორივე დაავადების – შიზოფრენიისა და მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომის სიმპტომები ახასიათებს.

ზსიძიკური დაავადებების ბაზრცულმა  
ქალებსა ღა მამაკაცებს შორის

დაავადება	მამაკაცი	ქალები
პიროვნების ანტისოციალური გადახრები (მანიპულაციური, ექსპლუატატორული, იმპულსური, აგრესიული)	5,8%	1,2%
შფოთვით-ფობიკური აშლილობა	19,2%	30,5%
ეურადლების დეფიციტის ჰიპერაქტიული აშლილობა	მონაცემები მერყეობს. გოგონებთან შედარებით, ბიჭებში 3-9-ჯერ მეტია	
ბიპოლარული აშლილობა (მანიაკალურ-დეპრესიული)	1,6%	1,7%
დეპრესია	12%	21,3%
შიზოფრენია	0,6% (ტიპურია ადრეული დაწყება – 15-45 წლის ასაკში)	0,8% (ტიპურია მოგვიანებით დაწყება – 45 წლის სუეით ასაკში)
ფსიქოაქტიური ნიეთიერებების გამოყენება	35,4%	17,9%

მონაცემები აღებულია შემდეგი წყაროდან:

Ronald C. Kessler, Katherine A. McGonagle, Shanyang Zhao, et al. "Life-time and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Co-Morbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, January 1994, and NIMH, *Women's Health Research Bulletin*, NIH publication no. 95-3827, Spring/Summer 1995.

ანტიდემკრანტიზმის გვერდითი ეფექტები

როგორც მედიკამენტთა უმრავლესობის შემთხვევაში, ანტიდემკრანტიზმსაც ახასიათებს გარკვეული გვერდითი ეფექტები, როგორც არის: ოფლიანობა, წონაში დაკლება, პირის სიმშრალე, აჩქარებული მადისცემა, კუჭის აშლილობა. სოფჯერ ეს გვერდითი მოვლენები წამლის მიღებისთანავე მუდგაუნდება, სოფჯერ კი რამდენიმე კვირაში. როცა ისინი განსაკუთრებით მძიმე ხასიათს ატარებს, პაციენტმა შეიძლება უარიც კი თქვას წამლის მიღებაზე. თუმცა, როგორც კლინიკური სურათი გვჩვენებს, ამ გვერდითი ეფექტების უმრავლესობა დროთა განმავლობაში შეუმჩნეველი ხდება.

ანტიდემკრანტიზმის მიღებისას გვერდითი ეფექტების განვითარების შესაძლებლობა

(- არა + სუსტი + ზომიერი ++ ძლიერი)

შესაძლო გვერდითი მოვლენები				
პირის სიმშრალე, ყაბზობა, მხედავლობის დაქვეითება	ძილიანობა	უძილობა	წონაში მომატება	თავბრუსხვევა

(ციკლური პრეპარატები

ტოფრანილი	+	+ -	+ -	+ -	+ -
ელავილი	++	+	-	+ -	+ -

ახალი ციკლური პრეპარატები

პროზაკი	-	-	+	-	-
ზოლოფტი	-	-	+	-	-
პაქსილი	-	-	+	-	-

მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები

ნარდილი	+ -	+ -	+ -	++	++
პარნატი	-	-	+	-	++

ყველგან, სადაც კი წამოიხატეს ღმერთისა და სოფა-  
დად ფსიქიკური პრობლემების შესახებ, ყველაზე დიდ დაინტე-  
რესებას „წმინდა იოანეს სიტყვის“ საკითხი იწვევს. წმინდა  
იოანეს სიტყვი“ დეპრესიის მკურნალობის ის „ალტერნა-  
ტიული“ საშუალებაა, რომელიც სულ უფრო და უფრო პოპუ-  
ლარული ხდება ჩვენს ქვეყანაში. როგორც, „ლოს-ანჯელოს  
თაიმს“-ში ახლახან გამოქვეყნებული სტატია იუწყება, მილი-  
ონობით ამერიკელი იყენებს „სიტყვას“, როგორც ანტიდეპრე-  
სიულ საშუალებას.

არსებობს საყუქველი იმისა, რომ ეს მკვნიარული ექსტრაქ-  
ტი, რომელიც ასევე პიპერიუმის სახელით არის ცნობილი,  
საკმაოდ ეფექტური ანტიდეპრესანტია. როგორც წინასწარმა  
გამოკვლევებმა ცხადყო, ეს პრეპარატი მსუბუქი და ქვემდომე  
დეპრესიების სამკურნალოდ გამოიყენება, ამასთანავე, გვერ-  
დითი მოვლენები თითქმის არა აქვს. იმის გათვალისწინებით,  
რომ აღნიშნულ პრეპარატზე დიდი მოთხოვნილებაა, საჭიროდ  
მივიჩნევთ, სოფიერთი განმარტება მიეცეთ მათ, ვინც  
თვითმკურნალობას ეწევა.

განსხვავებით ფარმაცევტული პრეპარატებისგან, მკვნიარე-  
ულ დანამატებს სახელმწიფო შემოწმება უსაფრთხოებაზე არ  
უტარდებათ. როგორც მინიგანის უნივერსიტეტის ფარმაცევ-  
ტიკის პროფესორი სალი გათრი აღნიშნავს, ადამიანები, რომ-  
ლებიც „წმინდა იოანეს სიტყვას“ ღებულობენ, ვერ იქნებიან  
დარწმუნებულნი იმაში, რომ ყველა შეფუთვაში ერთნაირი  
რაოდენობისა და ხარისხის სამკურნალო ნივთიერებას მიიღე-  
ბენ.

დეპრესიებისა და მანიაკალურ-დეპრესიული აშლილობების  
ნაციონალური ასოციაციის ცნობით, საოჯახო მეურნეობის ინ-  
სტიტუტის ბოლო პერიოდის გამოკვლევების შედეგებმა აჩვენა,  
რომ ათი სხვადასხვა სავაჭრო ნიშნით წარმოებული „წმინდა  
იოანეს სიტყვი“ სხვადასხვა რაოდენობით სამკურნალო  
ნივთიერებას შეიცავს, ხოლო „ლოს-ანჯელოს თაიმსის“ ცნო-  
ბით, შემოწმებული ათი მწარმოებლიდან სამის მიერ გამოშ-  
ვებული „წმინდა იოანეს სიტყვი“ არ შეიცავს შეფუთვაზე აღ-  
ნიშნული მანვენებლის 50%-საც კი, სხვა ოთხი მწარმოებლის  
პროდუქტიაში ეფექტური სამკურნალო ინგრედიენტები ეთი-  
კეტზე მითითებულ რაოდენობაზე 90%-ით ნაკლებია. დეპრესიე-  
ბისა და მანიაკალურ-დეპრესიულ აშლილობათა ასოციაცია  
აცხადებს, რომ ამგვარი შეუსაბამობა ვერ უზრუნველყოფს

შესაფერის მკურნალობას და ზრდის გახანგრძლივებული და მძიმე დეპრესიული პერიოდების რისკის ფაქტორს.

ამჟამად აშშ-ში მიმდინარეობს ორი მნიშვნელოვანი გამოკვლევა, რომლის მიზანია კიდევ უფრო მეტი სიზუსტე შეიტანოს აღნიშნული პრეპარატით დეპრესიის მკურნალობის საქმეში. ერთ გამოკვლევას აწარმოებს ვანდერბილტის უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრი, რომელსაც ფრაიზერის ფარმაცევტული კომპანია აფინანსებს, ხოლო მეორე გამოკვლევას ატარებს დიუკის უნივერსიტეტი. ფსიქიატრიის ნაკიონალური ინსტიტუტისა და ალტერნატიული და დამხმარე მედიცინის განყოფილების ზედამხედველობის ქვეშ.

ჩვენ ვურჩევთ ყველას, ვისაც დეპრესია აწუხებს, კონსულტაციისთვის მიმართონ ექიმ-ფსიქიატრს, ვიდრე ჩვენს ხელო არ იქნება დაზუსტებული მონაცემები აღნიშნული პრეპარატის შესახებ და არ დაწესდება მკაცრი კონტროლი გამოშვებული პროდუქციის ხარისხზე. არაერთარ შემთხვევაში არ შეიძლება უკვე დანიშნული ანტიდეპრესანტის შეცვლა „წმინდა იოანეს სიროფით“. ამგვარი ქმედებით თქვენ საფრთხეში იგდებთ თავს. ჩვენი რჩევაა, ყოველთვის ჩააყენოთ თქვენი ექიმი საქმის კურსში.

# ვის მივხარტოთ დასახეარებლად?

წიგნები

ზრებელი

- Alliance for the Mentally Ill. *Mental Illness: A Handbook for Families*. Quebec, Canada: Alliance for the Mentally Ill, 1992.
- Baron-Faust, Rita. *Mental Wellness for Women*. New York: William Morrow & Co., 1997.
- Carter, Rosalynn, with Susan K. Golant. *Helping Yourself Help Others: A Book for Caregivers*. New York: Times Books, 1996.
- Dowling, Collette. *You Mean I Don't Have to Feel This Way? New Help for Depression, Anxiety, and Addiction*. New York: Bantam Books, 1993.
- Esser, Aristide H., and Sylvia D. Lacey. *Mental Illness: A Homecare Guide*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Fink, Jay Paul, and Allan Tasman. *Stigma and Mental Illness*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Frankl, Viktor. *Man's Search for Meaning*. New York: Pocket Books, 1988.
- Goleman, Daniel. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books, 1995.
- Hales, Dianne, and Robert E. Hales. *Caring for the Mind: The Comprehensive Guide to Mental Health*. New York: Bantam Books, 1995.
- Hamburg, David. *Today's Children: Creating a Future for a Generation in Crisis*. New York: Random House, 1992.
- Hatfield, Agnes B. *Coping with Mental Illness in the Family: A Family Guide*. Arlington, Va.: National Alliance for the Mentally Ill, 1992.
- Herman, Judith Lewis. *Trauma and Recovery*. NY: Basic Books, 1992.
- Kass, Fredrick I., John M. Oldham, and Herbert Pardes, eds. *The Columbia University College of Physicians and Surgeons Complete Home Guide to Mental Health*. New York: Henry Holt & Co., 1992.
- Koplewicz, Harold S., M.D. *It's Nobody's Fault: New Hope and Help for Difficult Children*. New York: Times Books, 1996.
- Laskin, P., and A. Moskowitz. *Wish upon a Star: A Story for Children with a Parent Who Is Mentally Ill*. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Lavin, Don, and Andrea Everett. *Working on the Dream: A Guide to Career Planning and Job Success*. Spring Lake Park, Minn.: Rise, Inc., 1996.
- McElroy, Evelyn, ed. *Children and Adolescents with Mental Illness: A Parents' Guide*. Rockville, Md.: Woodbine House, 1988.
- Pipher, Mary. *Reviving Ophelia: Saving the Selves of Adolescent Girls*. New York: Ballantine Books, 1994.
- Pollin, Irene, with Susan K. Golant. *Taking Charge: How to Master the*

- Eight Most Common Fears of Long-Term Illness. NY: Times Books, 1996.
- Shapiro, Joseph P. No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement. New York: Times Books, 1994.
- Swedo, Susan E., and Henrietta Leonard. It's Not All in Your Head: The Real Causes and the Newest Solutions to Women's Most Common Health Problems. San Francisco: HarperSanFrancisco, 1996.
- Torrey, E. F. Hidden Victims: An Eight Stage Healing Process for Families and Friends of the Mentally Ill. New York: Doubleday, 1988.
- Yudofsky, Stuart C., and Tom Furguson. What You Need to Know About Psychiatric Medications. New York: Ballantine Books, 1992.

*საკვიშიკური მსიქიკური აშლილობები*

*შფოთეით-ფობიკური აშლილობა*

- Baer, Lee. Getting Control: Overcoming Your Obsessions and Compulsions. New York: Plume Books, 1992.
- De Silva, W. P., and Stanley Rachman, eds. Obsessive-Compulsive Disorder The Facts. New York: Oxford University Press, 1995.
- De Silva, W. P., and Stanley Rachman, eds. Panic Disorder-.The Facts. New York: Oxford University Press, 1996.
- Dowling, Collette. You Mean I Don't Have to Feel This Way? New Help for Depression, Anxiety, and Addiction. New York: Bantam Books, 1993.
- Dumont, Raeanne. The Sky Is Falling: Understanding and Coping with Phcbias, Panic, and Obsessive-Compulsive Disorder. New York: W. W Norton, 1996.
- Levenkron, Steven. Obsessive Compulsive Disorders: Treating and Understanding Crippling Habits. New York: Warner Books, 1992.
- Neziroglu, Fugen A., and Jose A. Yaryura-Tobias. Over and Over Again: Understanding Obsessive-Compulsive Disorder. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- Rapoport, Judith. The Boy Who Couldn't Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. New York: NAL-Dutton, 1990.
- Ross, Jerilyn. Triumph over Fear: A Book of Help and Hope for People with Anxiety, Panic Attacks, and Phobias. New York: Bantam Books, 1994.
- Schwartz, Jeffrey M. Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior, New York: HarperCollins, 1996.
- Steketee, Gail S. Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. New York: Guilford Press, 1996.
- Zuercher-White, Elke. An End to Panic: Breakthrough Techniques for Overcoming Panic Disorder. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1995.

ბიპოლარული აშლილობა (მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი)

- Berger, Diane, and Lisa Berger. *We Heard the Angels of Madness: A Family Guide to Coping with Manic Depression*. Quill, 1992.
- Copeland, Mary Ellen. *Living Without Depression and Manic Depression: A Workbook for Maintaining Mood Stability*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1994.
- Duke, Patty, and Gloria Hochman. *A Brilliant Madness: Living with Manic Depressive Illness*. New York: Bantam Books, 1993.
- Goodwin, Fredrick K., and Kay Redfield Jamison. *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Knopf, 1995.
- Torrey, E. Fuller, Ann E. Bowler, Edward H. Taylor, et al. *Schizophrenia and Manic Depressive Disorder: The Biological Roots of Mental Illness as Revealed by the Landmark Study of Identical Twins*. New York: Basic Books, 1995.
- Whybrow, Peter C. *A Mood Apart: Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self*. New York: HarperCollins, 1997.

## დეპრესია

- Appleton, William S. *Prozac and the New Antidepressants: What You Need to Know About Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox, Wellbutrin, Effexor, Serzone, and More*. New York: Plume Books, 1997.
- Beck, Aaron. *Love Is Never Enough*. New York: Harper & Row, 1988.
- Burns, David D. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Avon Books, 1992.
- Copeland, Mary Ellen. *Living Without Depression and Manic Depression: A Workbook for Maintaining Mood Stability*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1994.
- Cronkite, Kathy. *On the Edge of Darkness*. New York: Delta Books, 1994.
- Dowling, Collette. *You Mean I Don't Have to Feel This Way? New Help for Depression, Anxiety, and Addiction*. New York: Bantam Books, 1993.
- Dukakis, Kitty. *Now You Know*. New York: Simon & Schuster, 1990.
- Elfenbein, Debra. *Living with Prozac and Other Serotonin-Reuptake Inhibitors*. San Francisco: HarperSanFrancisco, 1995.
- Golant, Mitch, and Susan K. Golant. *What to Do When Someone You Love Is Depressed*. New York: Villard Books, 1996.
- Gold, Mark S., and Lois B. Morris. *The Good News About Depression*. New York: Bantam Books, 1995.
- Greist, John H., and James W. Jefferson. *Depression and Its Treatment*, rev. ed. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1992.



- Heckler, Richard A. *Waking Up Alive: The Descent, the Suicide Attempt, and the Return to Life*. New York: Ballantine Books, 1994.
- Jack, Dana Crowley. *Women and Depression*. New York: HarperCollins, 1991.
- Klein, Donald E, and Paul H. Wender. *Understanding Depression: A Complete Guide to Its Diagnosis and Treatment*. New York: Oxford University Press, 1994.
- Kleinman, Karen R., and Valeric Raskin. *This Isn't What I Expected: Overcoming Post-Partum Depression*. New York: Bantam Books, 1995.
- Kramer, Peter D. *Listening to Prozac*. New York: Viking Penguin, 1993.
- Manning, Martha. *Undercurrents: A Therapist's Reckoning with Her Own Depression*. New York: HarperCollins, 1995.
- Oster, Gerald D, and Sarah S. Montgomery. *Helping Your Depressed Teenager: A Guide for Parents and Caregivers*. New York: John Wiley & Sons, 1995.
- Papolos, Dimitri, and Janice Papolos. *Overcoming Depression*, 3d ed. New York: HarperCollins, 1997.
- Podell, Ronald M., with Porter Shimer. *Contagious Emotions: Staying Well When Your Loved One is Depressed*. New York: Pocket Books, 1992.
- Rosen, Laura Epstein, and Xavier F. Amador. *When Someone You Love Is Depressed*. New York: Free Press, 1996.
- Rosenthal, Norman E. *Winter Blues: Seasonal Affective Disorder: What It Is and How to Overcome It*. New York: Guilford Press, 1993.
- Seligman, Martin E. P. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York: Pocket Books, 1990.
- Somer, Elizabeth. *Food and Mood: The Complete Guide to Eating Well and Feeling Your Best*. New York: Henry Holt & Co., 1995.
- Styron, William. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Random House, 1990.
- Whybrow, Peter C. *A Mood Apart: Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self*. New York: HarperColUns, 1997.
- Wurtzel, Elizabeth. *Prozac Nation: Young and Depressed in America*. New York: Riverhead Books, 1995.
- Yapko, Michael D. *Breaking the Patterns of Depression*. New York: Doubleday, 1997.

### შინოვრება

- Backlar, Patricia. *The Family Face of Schizophrenia: True Stories of Mental Illness with Practical Advice from America's Leading Experts*. Los Angeles: J. P. Tarcher, 1995.
- Degen, Kathleen, and Ellen Deborah Nasper. *Return from Madness: Psy-*

- chotherapy with People Taking the New Antipsychotic Medications and Emerging from Severe, Lifelong, and Disabling Schizophrenia. Northvale, NJ.-Jason Aronson, 1996.
- Deveson, Anne. Tell Me I'm Here: One Family's Experience of Schizophrenia. New York: Penguin, 1992.
- Holley, Tara Elgin, and Joe Holley. My Mother's Keeper: A Daughter's Memoir of Growing Up in the Shadow of Schizophrenia. New York: William Morrow & Co., 1997.
- Johnson, Angela. Humming Whispers. Point, 1996. (A young adult novel.)
- Keefe, Richard S. E., and Philip D. Harvey. Understanding Schizophrenia: A Guide to the New Research on Causes and Treatment. New York: Free Press, 1994.
- Moorman, Margaret. My Sister's Keeper: Living with a Sibling's Schizophrenia. New York: Viking Penguin, 1993.
- Mueser, Kirn T., and Susan Gingerich. Coping with Schizophrenia: A Guide for Families. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1994.
- Siegel, Ronald K. Whispers: The Voices of Paranoia. NY: Crown, 1994.
- Simon, Clea. Mad House: Growing up in the Shadow of Mentally Ill Siblings. New York: Doubleday, 1997.
- Torrey, E. Fuller. Surviving Schizophrenia: A Family Manual. New York: Harper & Row, 1983.
- Torrey, E. Fuller, Ann E. Bowler, Edward H. Taylor, et al. Schizophrenia and Manic Depressive Disorder: The Biological Roots of Mental Illness as Revealed by the Landmark Study of Identical Twins. New York: Basic Books, 1995.

### *სხვა პრობლემები*

სიბერისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები

- Butler, Robert N., Myrna I. Lewis, and Trey Sutherland. Aging and Mental Health, 4th ed. New York: Merrill/Macmillan. 1991.

ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიული აშლილობა

- Barkely, Russell. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press, 1990.
- Garber, Stephen W, Marianne Daniels Garber, and Robyn Freedman Spizman. Beyond Ritalin. New York: Villard Books, 1996.
- Hallowell, Edward M., and John J. Ratey. Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood Through Adulthood. New York: Touchstone, 1995.

- Grandin, Temple. *Thinking in Pictures, and Other Reports from My Life with Autism*. New York: Vintage, 1996.
- Greenfield, Josh. *A Place for Noah*. New York: Pocket Books, 1979.
- Harris, Sandra L. *Siblings of Children with Autism*. Rockville, Md.: Woodbine House, 1994.
- Hart, Charles A. *A Parent's Guide to Autism*. New York: Pocket Books, 1993.
- Williams, Donna. *Nobody Nowhere: The Extraordinary Autobiography of an Autistic*. New York: Avon Books, 1994.
- Williams, Donna. *Like Color to the Blind*. New York: Times Books, 1996.
- პრობლემები ოჯახში, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობები
- Alien, Jon G. *Coping with Trauma: A Guide to Self-Understanding*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995.
- Bass, Ellen, and Laura Davis. *The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse*. New York: HarperCollins, 1994.
- Brooks, Barbara, and Paula M. Siegel. *The Scared Child: Helping Kids Overcome Traumatic Events*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
- DeBecker, Gavin. *The Gift of Fear: Survival Signs That Protect Us from Violence*. Boston: Little, Brown, 1997.
- Dutton, Donald G., with Susan K. Golant. *The Batterer: A Psychological Profile*. New York: Basic Books, 1995.
- Engel, Beverly. *The Emotionally Abused Woman: Overcoming Destructive Patterns and Reclaiming Yourself*. New York: Fawcett, 1992.
- Engel, Beverly. *The Right to Innocence: Healing the Trauma of Childhood Sexual Abuse*. New York: Ivy Books, 1991.
- Frankl, Viktor. *Man's Search for Meaning*. New York: Pocket Books, 1988.
- Herman, Judith Lewis. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- Hybels-Steer, Mariann. *Aftermath: Survive and Overcome Trauma*. New York: Fireside, 1995.
- Magid, Ken, and Carole A. McKelvey. *High Risk: Children Without a Conscience*. New York: Bantam Books, 1988.
- Matsakis, Aphrodite. *Can't Get over It: A Handbook for Trauma Survivors*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1996.
- Miller, Alice. *The Drama of the Gifted Child: The Search for the True Self*. New York: Basic Books, 1994.
- Miller, Alice. *Thou Shall Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child*. New York: NAL-Dutton, 1991.
- Walker, Lenore E. *The Battered Woman*. New York: HarperCollins, 1980.

### კვების დარღვევა

Bruch, Hilda. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. New York: Vintage, 1979.

Claude-Pierre, Peggy. *The Secret Language of Eating Disorders: The Revolutionary New Approach to Understanding and Curing Anorexia and Bulimia*. New York: Times Books, 1997.

Roth. Geneen. *When Food is Love*. New York: Plume Books, 1992.

### ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენება

Alcoholics Anonymous. *Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1990.

Blum, Kenneth, and James E. Payne. *Alcohol and the Addictive Brain*. New York: Free Press, 1990.

Covington, Stephanie S. *A Woman's Way Through the Twelve Steps*. Center City, Minn.: Hazelden Foundation, 1994.

Dowling, Collette. *You Mean I Don't Have to Feel This Way? New Help for Depression, Anxiety, and Addiction*. New York: Bantam Books, 1993.

Evans, Katie, and J. Michael Sullivan. *Dual Diagnosis*. New York: Guilford Press, 1990.

### ჟილ დე ტურეტის სინდრომი

Bruun, Ruth Dowling, and Bertel Bruun. *A Mind of Its Own: Tourette's Syndrome: A Story and a Guide*. New York: Oxford University Press, 1994.

Haerle, Tracy, ed. *Children with Tourette's Syndrome: A Parent's Guide*. Rockville, Md.: Woodbine House, 1992.

შემდგენელი:

*Ed Francell, Georgia Alliance for the Mentally Ill, Education Committee.*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry\*  
www.aacap.org/web/aacap

American Psychiatric Association\*  
www.psych.org

American Psychiatric Press\*  
www.appi.org

Americans with Disabilities Act  
www.Usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm

Center for Psychiatric Rehabilitation\*  
www.bu.ed.sarpsych

Center for the Study of Issues in Public Mental Health\*  
www.rfrnh.org/csipmh

The Dana Alliance for Brain Initiatives  
www.dana.org

Dartmouth/New Hampshire Psychiatric Research Center\*  
www.dartmouth.edu/dms/psychrc

Department of Labor – America's Job Bank  
www.AJB.dni.us/

Depression After Delivery  
www.behavenet.com/dadinc

Depression FAQ (frequently asked questions) avocado.pc.helsinki.fi: 81/128.214.75.66/%7Ejanne/asdfaq

Florida Mental Health Institute\*  
www.finhi.usf.edu

Health Care Financing Administration\*  
www.hcfa.gov

Internet Depression Resource List  
earth.execpc.com/%7Ecorbeau

Joint Commission on Accreditation Healthcare Organizations\*  
www.jcaho.org

Journal of the California Alliance for the Mentally Ill\*  
www.mhsource.com/hy/journal.htm

Knowledge Exchange Network, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
www.mentalhealth.org

Mental Health Infosource\*  
www.mhsource.com

Michigan Department of Mental Health\*  
www.mdmh.state.mi.us/bh

- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)**  
[www.cais.net/vikings/nami](http://www.cais.net/vikings/nami)
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)\***  
[www.nami.org](http://www.nami.org)
- National Association of State Mental Health Program Director's Institute\***  
[www.nasmhpd.org](http://www.nasmhpd.org)
- National Depressive and Manic-Depressive Association**  
[www.ndmda.org](http://www.ndmda.org)
- National Federation of Interfaith Volunteer Caregivers, Inc.**  
[www.NFIVC.org](http://www.NFIVC.org)
- National Foundation for Brain Research**  
[www.brainnet.org](http://www.brainnet.org)
- National Institute of Child Health and Human Development**  
[www.nih.gov/nichd](http://www.nih.gov/nichd)
- National Institute of Mental Health**  
[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
- National Institute on Aging, Alzheimer's Disease Education and Referral Service**  
[www.alzheimers.org](http://www.alzheimers.org)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism**  
[www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)
- National Institute on Drug Abuse**  
[www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)
- National Mental Health Association\***  
[www.nmha.gov](http://www.nmha.gov)
- Ohio Department of Mental Health\***  
[www.mh.state.oh.us/system/prime.html](http://www.mh.state.oh.us/system/prime.html)
- Open Minds (managed careconsulting)\***  
[www.openminds.com](http://www.openminds.com)
- Schizophrenia—Doctor's Guide to the Internet\***  
[www.pslgroup.com/shizophr..htm](http://www.pslgroup.com/shizophr..htm)
- Texas Department of Mental Health/Mental Retardation\***  
[www.mhmr.state.tx.us/mrmrco.htm](http://www.mhmr.state.tx.us/mrmrco.htm)
- U.S. Department of Housing and Urban Development\***  
[www.hud.gov](http://www.hud.gov)
- U.S. Department of Veterans Affairs\***  
[www.va.gov](http://www.va.gov)
- World Wide Web Mental Health Home Page** [www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)

## ინფორმაციის ცენტრები

### *(INFORMATION CLEARINGHOUSES)*

ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Rehabilitation The Ohio State University 2500 Kenny Road Columbus, OH 43210-9983 (800) 848-4815

Knowledge Exchange Network P.O. Box 42490 Washington, DC 20015 (800) 789-CMHS (2647) (301) 443-9006

Electronic bulletin board: (800) 790-CMHS (2647)

E-mail: ken@mentalhealth.org

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information P.O. Box 2345 Rockville, MD 20847-2345 (301) 468-2600 (800) 729-6686

National Mental Health Consumer's Self-Help Clearinghouse 211 Chestnut Street, Suite 1000 Philadelphia, PA 19107 (215) 751-1810 (800) 553-4539

National Stigma Clearinghouse 275 Seventh Avenue, Lobby Desk New York, NY 10001 (212)255-4411

### *საერთაშორისო ინფორმაციის ცენტრები*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 3615 Wisconsin Avenue, N.W. Washington, DC 20016 (202) 966-7300

American Association for Marriage and Family Therapy 1100 Seventeenth Street, N.W. Tenth Floor Washington, DC 20036 (202) 434-2277

American Association of Pastoral Counselors 9504-A Lee, Highway Fairfax, VA 22031 (703) 385-6967

American Association of Suicidology 2459 South Ash Denver, CO 80222 (303) 692-0985

American College of Physicians Department of Public Education Independence Mall West, Sixth Street at Race Philadelphia, PA 19106-1572 (800) 523-1546 (215) 351-2400 (in Pennsylvania)

American Group Psychotherapy Association 25 East Twenty-first Street, Sixth Floor New York, NY 10010 (212) 477-2677

American Medical Association 515 North State Street Chicago, IL 60610

- (312) 464-5000
- American Psychiatric Association 1400 K Street, N.W. Washington, DC 20005 (202) 682-6000
- American Psychological Association 750 First Street, N.E. Washington, DC 20036 (202) 336-5500
- American School Health Association 7263 State Route 43 P.O. Box 708 Kent, OH 44240 (216) 678-1601
- Association for the Advancement of Behavioral Therapy 15 West Thirty-sixth Street New York, NY 10018 (212) 279-2677
- The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research GSB Building City Line and Belmont Avenues, Suite 700 Bala-Cynwyd, PA 19004-1610 (610) 664-3020
- Black Psychiatrists of America 2730 Adeline Street Oakland, CA 94607 (510) 465-180P
- The Center for Cognitive Therapy University of Pennsylvania 133 South Thirty-sixth Street, Room 602 Philadelphia, PA 19104 (215) 898-4100
- The Dana Alliance for Brain Initiatives 745 Fifth Avenue, Suite 700 New York, NY 10151 (212) 223-4040
- Erase the Stigma (ETS) c/o The Mental Health Association of San Diego 2047 El Cajon Boulevard San Diego, CA 92104 (619) 543-0412
- National Alliance for Caregiving 7201 Wisconsin Avenue, Suite 620 Bethesda, MD 20814-4810 (301) 718-8444
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) 200 North Glebe Road, Suite 1015 Arlington, VA 22203 (703) 524-7600 (800) 950-NAMI
- National Association for the Advancement of Psychoanalysis American Board for Accreditation and Certification, Inc. 80 Eighth Avenue, Suite 1210 New York, NY 10010 (212) 741-0515
- National Association of Psychiatric Health Systems 1317 F Street, N.W., Suite 301 Washington, DC 20004-1105 (202) 393-6700
- National Association of Social Workers  
750 First Street, N.E., Suite 700 Washington, DC 20002-4241 (202) 336-8200
- National Community Mental Healthcare Council 12300 Twinbrook Parkway, Suite 320 Rockville, MD 20852 (301) 984-6200
- National Family Caregivers Association 9621 East Bexhill Drive Kensington, MD 20895-3104 (800) 896-3650 (301) 942-6430



National Federation of Interfaith Volunteer Caregivers, Inc. 368 Broadway,  
Suite 103 Kingston, NY 12401 (914) 331-1358 (800) 350-7838

National Institute of Child Health and Human Development 31 Center Drive,  
MSC 2425 Building 31, Room 2A32 Bethesda, MD 20892-2425 (301) 496-  
5133

National Institute of Mental Health (NIMH) Information, Resources, and In-  
quiries Branch 5600 Fishers Lane, Room 7C-02 RockviUe, MD 20857 (301)  
443-4513

National Mental Health Association 1021 Prince Street Alexandria, VA 22314-  
2971 (800) 969-NMHA

Recovery, Inc. 802 North Dearborn Street Chicago, IL 60610 (312) 337-5661

Suicide Research Unit National Institute of Mental Health (NIMH) 5600 Fish-  
ers Lane, Room 10C-26 RockviUe, MD 20857 (301) 443-4513

*ცალკეულ ღიაკვანძებზე მომუშავე  
ორგანიზაციები*

**შფოთვით-ფობიკური აშლილობა**

Anxiety Disorders Association of America 6000 Executive Boulevard, Suite  
513 Rockville, MD 20852 (301) 231-9350

National Anxiety Foundation 3135 Custer Drive Lexington, KY 40517-4001

Obsessive Compulsive Anonymous P.O. Box 215 New Hyde Park, NY 11040  
(516) 741-4901

Obsessive Compulsive Foundation P.O. Box 70 Milford, CT 06460 (203) 874-  
3843 (twenty-four-hour information line) (203) 874-5669  
[www.iglou.com.fairlight/oca](http://www.iglou.com.fairlight/oca)

Obsessive Compulsive Information Center Dean Foundation 8000 Excelsior  
Drive, Suite 302 Madison, WI 53717-1914 (608) 836-8070

Panic Disorder Education Program National Institute of Mental Health 5600  
Fishers Lane, Room 7C-02 Rockvi Ue, MD 20857 (800) 64-PANIC

**დეპრესია და ბიპოლარული აშლილობა**

Depression After Delivery P.O. Box 1282 Morrisville, PA 19067 (215) 295-  
3994 (800) 944-4PPD

Depression and Related Affective Disorders Association Johns Hopkins  
Hospital Meyer 3-181 600 North Wolfe Street Baltimore, MD 21287-7381

(410) 955-4647

Foundation for Depression and Manic Depression 24 East Eighty-first Street,  
Suite 2B New York, NY 10028 (212) 772-3400

Lithium Information Center 8000 Excelsior Drive, Suite 302 Madison, WI  
53717 (608) 836-8070

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression 60 Cutter  
Mill Road, Suite 200 Great Neck, NY 11021 (516) 829-0091

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) 200 North Glebe Road, Suite  
1015 Arlington, VA 22203(703) 524-7600 (800) 950-NAMI

National Depressive and Manic Depressive Association 730 North Franklin,  
Suite 501 Chicago, IL 60610 (800) 82-NDMDA (312) 642-0049

National Institute of Mental Health (NIMH) Depression Awareness, Recog-  
nition and Treatment (D/ART) Program 5600 Fishers Lane, Room 10-85  
Rockville, MD 20857 (301) 443-4140

National Organization for Seasonal Affective Disorder P.O. Box 40133  
Washington, DC 20016

Postpartum Support International (805) 967-7636

### **შინოფრენია**

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression 60 Cutter  
Mill Road, Suite 200 Great Neck, NY 11021 (516) 829-0091

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) 200 North Glebe Road, Suite  
1015 Arlington, VA 22203 (703) 524-7600 (800) 950-NAMI

Tardive Dyskinesia/Tardive Dystonia 4244 University Way, N.E. P.O. Box  
45732 Seattle, WA 98145 (206) 522-3166

### **მსბავსი პროფილის (ორგანიზაციები)**

#### **სიბერით გამოწვეული ცვლილებები**

Administration on Aging 330 Independence Avenue, S.W. Washington, DC  
20201 (202) 619-0724

American Association of Geriatric Psychiatry 7910 Woodmont Avenue, Sev-  
enth Floor Bethesda, MD 20814 (301) 654-7850

American Association of Retired Persons (AARP) 601 E Street, N.W.,  
Washington, DC 20049 (800) 424-2277

National Council on the Aging 409 Third Street, S.W., Suite 200 Washington, DC 20024 (202) 479-1200

National Geriatric Psychiatry Alliance 1201 Connecticut Avenue, Suite 300 Washington, DC 20036 (888) INFO-GPA

National Institute on Aging Alzheimer's Disease Education and Referral Service P.O. Box 8250 Silver Spring, MD 20907-8250 (800) 438-4380

### შიდსი

AIDS Hotline (800) 342-AIDS The U.S. Department of Health and Human Services Public Health Services Centers for Disease Control (800) 368-1019

### ალცჰაიმერის დაავადება

Alzheimer's Disease and Related Disorders Association 919 North Michigan Avenue Suite 1000 Chicago, IL 60611 (800) 272-3900

National Institute on Aging Alzheimer's Disease Education and Referral Center P.O. Box 8250 Silver Spring, MD 20907-8250 (800) 438-4380

### ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიული აშლილობა

Children and Adults with Attention Deficit Disorders (CHADD) 499 N.W. Seventieth Avenue, Suite 101 Plantation, FL 33317 (800) 233-4050

Learning Disabilities Association of America 4156 Library Road Pittsburgh, PA 15234 (412) 341-1515

### აუტიზმი

Autism Society of America 7910 Woodmont Ave., Suite 650 Bethesda, MD 20814 (301) 657-0881 (800) 3-AUTISM

National Autism Hotline (304) 525-8014

### კიბო

American Cancer Society 1599 Clifton Road, N.E. Atlanta, GA 30329 (800) 227-2345

The Wellness Community, National 10921 Reed Hartman Highway. Suite 215 Cincinnati, OH 45242 (513)794-1116

### ბავშვებზე ძალადობა

Parents Anonymous, Inc. 675 West Foothill Boulevard, Suite 220 Claremont, CA 91711 (909) 621-6184

National Child Abuse Hotline ChildhelpUSA 1345 El Centro Avenue P.O. Box 630 Hollywood, CA 90028 (800) 4ACHILD (422-4453) (800) 2ACHILD (222-4453) (TDD)

National Committee to Prevent Child Abuse 322 Michigan Avenue, Suite 1600 Chicago, IL 60604 (800) CHILDREN (244-5373)

National Council on Child Abuse and Family Violence 1155 Connecticut Avenue, N.W., Suite 400 Washington, DC 20036 (800) 222-2000

Survivors of Incest Anonymous P.O. Box 21817 Baltimore, MD 21222-6817 (301) 282-3400

Chronic Fatigue Syndrome/Epstein Bar CFIDS Association (800) 442-3437

National Chronic Fatigue Syndrome Association (816) 931-4777

### შაქრიანი დიაბეტი

American Diabetes Association P.O. Box 25757 1660 Duke Street Alexandria, VA 22314 (800) 828-8293

Domestic Violence Batterers Anonymous 8485 Tamarind Avenue, Suite D Fontana, CA 92335 (714) 355-1100

National Domestic Violence Hot Line (800) 799-SAFE (7233) (800) 787-3224

National Organization for Victim Assistance 1757 Park Road, N.W. Washington, DC 20010 (800) TRY-NOVA (879-6682) [access.digex.net/~nova](http://access.digex.net/~nova)

National Victim Center 2111 Wilson Boulevard, Suite 300 Arlington, VA 22201 (703) 276-2880 [www.nvc.org](http://www.nvc.org)

### კეპის დარღვევა

American Anorexia/Bulimia Association (AABA) 293 Central Park West, Suite 1R New York, NY 10024 (212) 879-8351

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. (ANRED) P.O. Box 5102 Eugene, OR 97405 (541) 344-1144

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD) P.O. Box 7 Highland Park, IL 60035 (847) 831-3438

National Eating Disorders Organization (NEDO) 6655 South Yale Avenue Tulsa, OK 74136 (918) 481-4044

Overeaters Anonymous (310) 618-8835 [www.hiwaay.net/recovery](http://www.hiwaay.net/recovery)

Heart Disease Mended Hearts c/o American Heart Association 7272  
Greenville Avenue Dallas, TX 75231 (214) 706-1442

### უსახლკარობა

National Coalition for the Homeless 1621 K Street, N.W., Suite 1004  
Washington, DC 20009 (202) 775-1322

### პარკინსონის დაავადება

National Parkinson's Foundation 1501 N.W. Ninth Avenue Miami, FL  
33136 (800) 327-4545

Parkinson Support Groups of America 11376 Cherry Hill Road, Suite 204  
Beltsville, MD 20705 (301) 937-1545

### ინსულტი

National Institute of Neurological Disorders and Stroke 9000 Rockville ark-  
way, Building 31, Room 8A-16 Bethesda, MD 20892 (301) 496-5751

Stroke Connection of the American Heart Association 7272 Greenville  
Avenue Dallas, TX 75231 (800) 553-6321

### ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების გამოყენება

Al-Anon, Alateen, and Adult Children of Alcoholics Al-Anon Family  
Group Headquarters (800) 344-2666 [www.solar.rtd.utk.edu/~al-anon](http://www.solar.rtd.utk.edu/~al-anon)

Alcoholics Anonymous World Services (212) 870-3400 [www.casti.com/aa](http://www.casti.com/aa)  
American Council for Drug Education 204 Monroe Street Rockville, MD  
20850 (301) 294-0600

American Methadone Treatment Association 217 Broadway, Suite 304 New  
York, NY 10007 (212) 566-5555

Center for Substance Abuse Treatment National Drug Information Treat-  
ment and Referral Hotline (800) 662-HELP (800) 66AYUDA (Spanish)

Cocaine Anonymous World Services (310) 559-5833 (national referral serv-  
ice) (800) 347-8998 (for meeting locations) [www.ca.org](http://www.ca.org)

Cocaine Hotline (800) COCAINE

National Center for Substance Abuse Prevention Workplace Helpline De-  
partment AL P.O. Box 1909 Rockville, MD 20852 (800) 843-4971 (800)  
WORKPLACE

National Council on Alcoholism and Drug Dependence 12 West Twenty-  
first Street New York, NY 10010 (800) NCA-CALL

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Office of Scientific Communication 6000 Executive Boulevard, Suite 409 Rockville, MD 20892-7003 (301) 443-3860 National Institute on Drug Abuse 5600 Fishers Lane, Room 10-05 Rockville, MD 20857 (301) 443-6480

თეიტომკვლელობის პროფილაქტიკა

American Foundation for Suicide Prevention 120 Wall Street, 22nd Floor New York, NY 10005 (888) 333-AFSP (212) 363-3500 (in New York)

ჟილ დე ტურეტის სინდრომი

Tourette Syndrome Association 42-40 Bell Boulevard Bayside, NY 11361-2820 (800) 237-0717 (718) 224-2999 (in New York)

### *ღასახეობა*

Center for Psychiatric Rehabilitation Boston University 730 Commonwealth Avenue Boston, MA 02215 (617) 353-3549 (617) 353-7701 (TDD)

Department of Justice Office of Americans with Disabilities Act Civil Rights Division P.O. Box 66118 Washington, DC 20035 (202) 514-0301

Equal Employment Opportunity Commission 1801 L Street, N.W. Washington, DC 20507 (202) 663-4900 (800) 800-3302

Fountain House 425 West Forty-seventh Street New York, NY 10036-2304 (212) 582-0340

Job Accommodation Network West Virginia University P.O. Box 6080 Morgantown, WV 26506 (800) 526-7234

Matrix Research Institute/ Penn Research and Training Center on Mental Illness and Work 6008 Wayne Avenue Philadelphia, PA 19144 (215) 438-8200 (215) 438-1506 (TDD)

National Empowerment Center 20 Ballard Road Lawrence, MA 01843 (800) 769-3728

National Rehabilitation Information Center 8455 Colesville Road, suite 935 Silver Spring, MD 20910 (800) 346-2742

National Research and Training Center on Psychiatric Disability and Peer Support 104 South Michigan Avenue, Suite 900 Chicago, IL 60603

(312) 422-8180 (312) 422-0740

Rehabilitation Services Administration U.S. Department of Education  
Switzer Building, Room 3211 330 C Street, S.W. Washington, DC  
20202-2574 (202) 205-5474 (for a free list of state vocational rehabilitation agencies)

Rise, Inc. 8406 Sunset Road. N.E. Spring Lake Park, MN 55432 (612)  
786-8334

## ლიტერატურა

- Abraham, Dylan. "Getting Well Is Not a Race." *NAMI Advocate*. January/February 1997. p. 10.
- Akbarian, Schahram, James J. Kim, Steven G. Potkin, et al. "Maldistribution of Interstitial Neurons in Prefrontal White Matter of the Brains of Schizophrenic Patients." *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): pp. 425-35.
- Albee, George W. "Revolutions and Counterrevolutions in Prevention." *American Psychologist* 51 (1996): pp. 1130-33.
- Albee, George W., and Thomas P. Gullota, eds. *Issues in Children's and Families' Lives*. Vol. 6, Primary Prevention Works. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1997.
- Alien, Albert J., Henrietta L. Leonard, and Susan E. Swedo. "Case Study: A New Infection-Triggered Autoimmune Subtype of Pediatric OCD and Tourette's Syndrome." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (1995): pp. 307-11.
- Alliance for the Mentally Ill of Pennsylvania. *How Pennsylvania Residents View Persons with Mental Illness*. Harrisburg, Pa.: Alliance for the Mentally Ill of Pennsylvania 1992.
- American Psychiatric Association. *Derision Makers: Mental Illness Awareness Guide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, Division of Public Affairs, 1995.
- American Psychiatric Association. *Image Makers: Mental Illness Awareness Guide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, Division of Public Affairs, 1993.
- American Psychiatric Association. *Let's Talk Facts About Schizophrenia*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Division of Public Affairs, 1994.
- American Public Health Association. *Helping Mentally Ill Homeless People: A Manual for Shelter Workers*. Washington, D.C.: American Public Health Association, 1989.
- "Atlanta Communities Urged to See the Warning Signs of Mental Illness." *Mental Health Notes*, Mental Health Association of Metropolitan Atlanta, April 1992, p. 1.
- Andreasen, Nancy C., Stephan Arndt, Victor Swayze II, et al. "Thalamic Abnormalities in Schizophrenia Visualized Through Magnetic Resonance Image Averaging." *Science* 266 (1994): pp. 294-99.
- Andreasen, Nancy C., Laura Flashman, et al. "Regional Brain Abnormalities in Schizophrenia Measured with Magnetic Resonance Imaging." *Journal of the American Medical Association* 272 (1994): pp. 1763-69.
- Andreasen, Nancy C., Daniel S. O'Leary, Ted Cizadlo, et al. "Schizophrenia



- and Cognitive Dysmetria: A Positron-Emission Tomography Study of Dysfunctional Prefrontal-Thalamic-Cerebellar Circuitry." *Proceedings of the National Academy of Science USA* 93 (1996): pp. 9985-90.
- Anthony, William A. "Changing Visions, Changing Lives: New Revolutions." *The CAMI Statement XIII*, no. 1 (May/June 1993): p. 1.
- Anxiety and Stress Disorders Institute of Maryland. *Panic Disorders: Guidelines for Loved Ones*. Baltimore, Md.: Anxiety and Stress Disorders Institute of Maryland, 1992.
- Azar, Beth. "Environment Is Key to Serotonin Levels." *APA Monitor*, April 1997.
- Azar, Beth. "Nature, Nurture: Not Mutually Exclusive." *APA Monitor*, May 1997.
- Azar, Beth. "Research Reveals Clues to Who Suffers Panic Attacks." *APA Monitor*, December 1996, p. 23.
- Bachrach, Leona L. "The Carter Commission's Contributions to Mental Health Service Planning." *Hospital and Community Psychiatry* 45 (1994): pp. 527-43.
- Baron-Faust, Rita. *Mental Wellness for Women*. New York: William Morrow & Co., 1997.
- Beardslee, William. "Mental Disorders: Time to Consider Prevention." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." *The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy*. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994.
- Beck, Aaron. *Love is Never Enough*. New York: Harper & Row, 1988.
- Bellack, Alan S., and Kirn T. Mueser. "Psychosocial Treatment for Schizophrenia." In *Special Report: Schizophrenia 1993*. National Institute of Mental Health, 1993.
- Bello, Kenya Napper. "Acute Depression is a Disease . . . Not a Character Flaw." *Black Men Don't Commit Suicide*, Spring 1995, p. 1.
- Bello, Kenya Napper. "Shakur's Unheard Cry." *Atlanta Journal-Constitution*, September 30, 1996.
- Benard, Bonnie. "Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community." *Prevention Forum* 12 (1992): pp. 1-16.
- Blakeslee, Sandra. "Fear and Anger Heard Deep Inside the Brain." *The New York Times*, January 21, 1997.
- Blakeslee, Sandra. "Studies Pinpoint Region of Brain Implicated in Tourette's Syndrome." *The New York Times*, September 17, 1996.
- Bock, James. "A Personal Tragedy, A Nationwide Trend." *Baltimore Sun*, December 9, 1996.
- Bourdon, Karen H., Donald S. Rae, et al. "National Prevalence and Treatment of Mental and Addictive Disorders." In *Mental Health, United States*,

- 1994, Center for Mental Health Services. R. W. Manderscheid and M. A. Sonnenschein, eds. DHHS publication no. (SMA)94-3000. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, 1994.
- Boutros-Ghali, Boutros. Speech delivered at the launch of "World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries" symposium. New York, May 15, 1995.
- Bower, B. "Working Memory May Fail in Schizophrenia." *Science News*, March 22, 1997.
- Boyd, Robert S. "What's Going on Inside the Brain?" *The Orange County Register*, December 24, 1996.
- Breakey, William R., Pamela J. Fischer, M. Kramer, et al. "Health and Mental Health Problems of Homeless Men and Women in Baltimore." *Journal of the American Medical Association* 262 (1989): pp. 1352-57.
- Breakey, William R., Pamela J. Fischer, Gerald Nestadt, and Alan Romanoski. "Stigma and Stereotype: Homeless Mentally Ill Persons." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1992.
- Breier, Alan, et al. "Schizophrenia is Associated with Elevated Amphetamine-Induced Synaptic Dopamine Concentrations: Evidence from a Positron Emission Tomography Method." *Proceedings of the National Academy of Science* 94 (1997), pp. 2567-74.
- Breiter, Hans C., Nancy Etcoff, et al. "Response and Habituation of the Human Amygdala During Visual Processing of Facial Expressions." *Neuron* 17 (1996): pp. 875-87.
- Britton, Gene. "Hospital Sanitation Branded Deplorable by Mental Prober." *The Atlanta Constitution*, August 6, 1959.
- Brizendine, Louann. "The Devon Asylum: A Brief History of the Changing Concept of Mental Illness and Asylum Treatment." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1992.
- Buchanan, Robert W. "Clozapine: Efficacy and Safety." *Schizophrenia Bulletin* 21 (1995): pp. 579-91.
- Burns, David D. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Avon Books, 1992.
- Caldwell, Bettye. "Early Intervention: A Crucial Component of Family Support." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994. pp. 24-26.
- Canino, Ian A. "Latino Children and Adolescents: Who Are They?" *Idea & Information Exchange*. 1995: Reaching Underserved Populations. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the American Psychiat-

- ric Association, Division of Public Affairs, Washington, D.C., 1995, p. 47.
- Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*. New York: Carnegie Corporation of New York, 1994. Cited in Mary Eming Young, *Early Child Development: Investing in the Future*. Washington, D.C.: The World Bank, 1996.
- The Carter Center. "The Case for Kids: Community Strategies for Children and Families: Promoting Positive Outcomes. Symposium at The Carter Center. Atlanta, Ga., February 14-16, 1996.
- Carter, Jimmy, and Rosalynn Carter. *Everything to Gain: Making the Most of the Rest of Your Life*. New York: Random House, 1987.
- Carter, Rosalynn. "Don't Slight Mental Health Benefits." *The Washington Post*, August 9, 1993.
- Carter, Rosalynn. *First Lady from Plains*. New York: Fawcett/Ballantine, 1984.
- Carter, Rosalynn. "A Positive Link of Mind and Body." *Los Angeles Times*, May 7, 1996.
- Carter, Rosalynn. Statement before the Senate Subcommittee on Health and Science Research, Washington, D.C., February 7, 1979.
- Carter, Rosalynn. "Women Leaders of the World Make Mental Health a Priority." *APA Monitor*, May 1997.
- Carter, Rosalynn, with Susan K. Golant. *Helping Yourself Help Others*. New York: Times Books, 1996.
- Centers for Disease Control and Prevention. "Attempted Suicide Among High-School Students—United States, 1990." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 40 (September 20, 1991).
- Centers for Disease Control and Prevention. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1995." *CDC Surveillance Summaries. Morbidity and Mortality Weekly Report* 45, no. SS-4 (September 27, 1996): p. 8.
- Chen, Edwin, and Robert A. Rosenblatt. "Mental Health Provisions May Imperil Reform Bill." *Los Angeles Times*, April 23, 1996.
- Congress of the United States, Office of Technology Assessment. *The Biology of Mental Disorders: New Developments in Neuroscience*. Document OTA-BA-538. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, September 1992.
- Coyle, Joseph T. "Glutamate and Schizophrenia's Symptoms." *Brain Work: The Neuroscience Newsletter* 7 (May/June 1997): pp. 4—5.
- Cronkite, Kathy. *On the Edge of Darkness: Conversations About Conquering Depression*. New York: Delta Books, 1994.
- Crossette, Barbara. "Noncommunicable Diseases Seen as a World Challenge." *The New York Times*, September 16, 1996.
- Crow, T. J. "Prenatal Exposure to Influenza as a Cause of Schizophrenia: There Are Inconsistencies and Contradictions to the Evidence." *British Journal of Psy-*

- chiatry 164 (1994): pp. 588-92.
- Culbertson, Frances M. "Depression and Gender: An International Review." *American Psychologist* 52 (1997): pp. 25-31.
- Dain, Norman. "Madness and the Stigma of Sin in American Christianity." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Darnasio, Antonio R. "Towards a Neuropathology of Emotion and Mood." *Nature* 386 (1997): pp. 769-70.
- The Dana Alliance for Brain Initiatives. *Brain Research for the Life of Your Mind: Progress and Promise*. Washington, D.C.: The Dana Alliance for Brain Initiatives, 1996.
- The Dana Alliance for Brain Initiatives. *Grey Matters: A Conversation with Art Buchwald, William Styron, and Mike Wallace*. Audiotape. Washington, DC.: The Dana Alliance for Brain Initiatives, 1996.
- DeAngelis, Tori. "Chromosomes Contain Clues to Schizophrenia." *APA Monitor*, January 1997, p. 26.
- DeAngelis, Tori. "When Children Don't Bond with Parents." *APA Monitor*, June 1997.
- Drevets, Wayne C., and Kelly Botteron. "Neuroimaging in Psychiatry." In *Adult Psychiatry*, Samuel B. Guze, ed. New York: Moseby, 1997.
- Drevets, Wayne C., Joseph L. Price, Joseph R. Simpson, et al. "Subgenual Prefrontal Cortex Abnormalities in Mood Disorders." *Nature* 386 (1997): pp. 824-27.
- Drevets, Wayne C., Tom O. Videen, Joseph L. Price, et al. "A Functional Anatomical Study of Unipolar Depression." *Journal of Neuroscience* 12 (1992): pp. 3628-41.
- Dubin, William R., and Paul Jay Fink. "Effects of Stigma on Psychiatric Treatment." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1992.
- Eakes, Georgene G. "Chronic Sorrow: The Lived Experience of Parents of Chronically Mentally Ill Individuals." *Archives of Psychiatric Nursing* 9 (1995): pp. 77-84.
- Elders, Joycelyn. "Protecting the Nation's Future." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, pp. 29-31.
- Employee Benefit and Research Institute. *Analysis of the March 1995 Consumer Population Survey: Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured*. Baltimore, Md.: Employee Benefit and Research Institute Publications, 1996.
- "Family Therapy May Aid Recovery from Manic Depression." *The New*

- York Times, May 20, 1997.
- Farina, Amerigo, Jeffrey D. Fisher, and Edward H. Fisher. "Societal Factors in the Problems Faced by Deinstitutionalized Psychiatric Patients." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, DC.: American Psychiatric Press, 1992.
- Felder, Leonard. *When a Loved One Is Ill: How to Take Better Care of Your Loved One, Your Family, and Yourself*. New York: Plume/Penguin, 1991.
- Fink, Paul Jay, and Allan Tasman, eds. *Stigma and Mental Illness*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992. »
- First, Michael B., Allen Frances, and Harold Alan Pincus. *DSM-IV™ Handbook of Differential Diagnosis*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995.
- Fish, Barbara. "Neurobiological Antecedents of Schizophrenia in Childhood." *Archives of General Psychiatry* 34 (1977): pp. 1297-313.
- Fox, Candace Smith. "The Most Powerful Family Intervention—The Letter." *Contra Costa AMI Newsletter*, November/December 1996.
- Frazier, Jean A., et al. "Brain Anatomic Magnetic Resonance -Imaging in Childhood Onset Schizophrenia," *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): pp. 617-24.
- Freud, Anna. *War and Children*. Greenwood Publishing Group, 1993.
- Freudenberger, Herbert J. "Recognizing and Dealing with Burnout." In *The Professional and Family Caregiver—Dilemmas, Rewards and New Directions*, Jack A. Nottingham and Joanne Nottingham, eds. Amicus, Ga.: The Rosalynn Carter Institute for Human Development, 1990.
- Frith, Chris. "Functional Imaging and Cognitive Abnormalities." *The Lancet* 346 (1995): pp. 615-20.
- Gabbard, Glen O., and Krin Gabbard. "Cinematic Stereotypes Contributing to Stigmatization of Psychiatrists." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Gates, John. "Fostering Resiliency." Speech delivered at "The Case for Kids: Community Strategies for Children and Families: Promoting Positive Outcomes." Symposium at The Carter Center. Atlanta, Ga., February 14-16, 1996, pp. 12-14.
- Gates, John, and Judy Fitzgerald. "Carter Center Focuses on Reducing Problems Confronting Children and Families at Risk." *NMHA Prevention Update* 6 (Spring/Summer 1995): p. 1.
- Gerbner, George. "Images that Hurt: Mental Illness in the Mass Media." *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 4, no. 1 (1993): p. 17.
- Gilbert, Susan. "Lag Seen in Aid for Depression." *The New York Times*,

January 22, 1997.

- Ginns, Edward, J. Ott, and Janice Egeland, et al. "A Genome-Wide Search for Chromosomal Loci Linked to Bipolar Affective Disorder in the Old Amish Order." *Nature Genetics* 12 (1996): pp. 431-35.
- Goetinck, Sue. "The Biology Behind Suicide: Brain Chemistry Examined to Help Find People at Risk." *Dallas Morning News*, December 23, 1996, p. 6D.
- Goffinan, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood ClifE, N.J.: Prentice Hall, 1963.
- Golant, Mitch, and Susan K. Golant. *What to Do When Someone You Love Is Depressed*. New York: Villard Books, 1996.
- Gold, Mark S., and Lois B. Morris. *The Good News About Depression*. New York: Bantam Books, 1995.
- Goleman, Daniel. "Brain Images Show the Neural Basis of Addiction as It Is Happening." *The New York Times*, August 13, 1996.
- Goleman, Daniel. "Evidence Mounting for Role of Fetal Damage in Schizophrenia." *The New York Times*, May 28, 1996.
- Goleman, Daniel. "Making Room on the Couch for Culture." *The New York Times*, December 5, 1995.
- Goleman, Daniel. "Research on Brain Leads to Pursuit of Designer Drugs." *The New York Times*, November 19, 1996.
- Goodman, W. K., C. J. McDougle, et al. "Beyond the Serotonin Hypothesis: A Role for Dofamine in Some Forms of Obsessive-Compulsive Disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (1990): pp. 36-43.
- Govig, Stewart. "Wilderness Journal: Parental Engagement with Young Adult Mental Illness." *Word & World* 9 (1989): pp. 147-53.
- Grady, Denise. "Brain-Tied Gene Defect May Explain Why Schizophrenics Hear Voices." *The New York Times*, January 21, 1997.
- Greist, John H., and James W. Jefferson. *Depression and Its Treatment*, rev. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Hamburg, David A. *Today's Children: Creating a Future for a Generation in Crisis*. New York: Random House, 1992.
- Harvard Medical School, Department of Social Medicine. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press, 1995.
- Hollister, J. Megginson, Peter Laing, and Sarnoff A. Mednick. "Rhesus Incompatibility as a Risk Factor for Schizophrenia in Male Adults." *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): pp. 19-24.
- Horwitz, Allan V, and Susan C. Reinhard. "Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parents and Siblings of Persons with Severe Mental Illnesses." *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1995):

- pp. 138-50.
- Hymowitz, Carol, and Ellen Joan Pollock. "Psychobattle: Cost-Cutting Firms Monitor Couch Time as Therapists Fret." *The Wall Street Journal*, July 13, 1995, p. 1.
- Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Knopf, 1995.
- Johnson, Dale L. "The Family's Experience of Living with Mental Illness." In *Families as Allies in Treatment of the Mentally III: New Directions for Mental Health Professionals*, Harriet P. Lefley and Dale L. Johnson, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990.
- Johnstone, E. C., et al. "The Harrow (1975-1985) Study of the Disabilities and Circumstances of Schizophrenic Patients." *British Journal of Psychiatry* 159, suppl. 13 (1991): pp. 34-36, 44-46.
- Kandler, Kenneth S., and Scott R. Diehl. "The Genetics of Schizophrenia: A Current Genetic-Epidemiologic Perspective." In *Special Report: Schizophrenia 1993*. National Institute of Mental Health, 1993.
- Kanowski, S. "Depression in the Elderly: Clinical Considerations and Therapeutic Approaches." *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (1994): pp. 166-73.
- Karno, Marvin. "The Prevalence of Mental Disorder Among Persons of Mexican American Birth or Origin." In *Latino Mental Health: Current Research and Policy Perspectives*, Cynthia Telles and Marvin Karno, eds. Los Angeles: Neuropsychiatric Institute, University of California, Los Angeles (1994): p. 3.
- Karno, Marvin, and A. Morales. "Community Mental Health Service for Mexican-Americans in a Metropolis." *Comprehensive Psychiatry* 12 (1971): pp. 116-21.
- Kass, Fredric. "Mental Illness and Homelessness." *Psychiatric News*, October 6, 1989: p. 3.
- Katz, Ira R. "Prevention of Suicide Through Education on Late Life Depression." Testimony before the Senate Select Committee on Aging, Washington, D.C., July 30, 1996.
- Kelleher, Kathleen. "Do-It-Yourself Love Potion Explains a Lot." *Los Angeles Times*, June 12, 1997, p. E3.
- Kelleher, Kelly. "Mental Health in Primary Care: Major Trends and Issues." *Policy in Perspective*. The Mental Health Policy Resource Center, June 1995, p.1.
- Kelleher, Susan. "Attending to A.D.D." *The Orange County Register*, December 25, 1996.
- Kessler, Ronald C., Katherine A. McGonagle, et al. "Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United

- States: Results from the National Comorbidity Study." *Archives of General Psychiatry* 51 (1994): pp. 8-19.
- Kilts, Clinton D., Department of Psychiatry. Emory University, Atlanta, Ga. Personal communication, 1996.
- Klein, Rachel Gittleman. "Is Panic Disorder Associated with Childhood Separation Anxiety Disorder?" *Clinical Neuropharmacology* 18, suppl. 2 (1995): pp. S7-S14.
- Knitzer, Jane. *Unclaimed Children: The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescents in Need of Mental Health Services*. Washington, DC.: Children's Defense Fund, 1982.
- Kolata, Gina. "Which Comes First: Depression or Heart Disease?" *The New York Times*, January 14, 1997.
- Koyanagi, Chris, and Howard H. Goldman. "The Quiet Success of the National Plan for the Chronically Mentally Ill." *Hospital and Community Psychiatry* 42 (1991): pp. 1-7.
- Kramer, Peter D. *Listening to Prozac*. New York: Viking, 1993.
- Kunde, Diana. "Employers Offer Help to Depressed Workers." *Sunday Oregonian*, March 12, 1995, p. B1.
- Kunin, Madeleine K. "Education Is the Gateway to the Future." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, p. 34-35.
- Lamy, R. E. "Social Consequence of Mental Illness." *Journal of Consulting Clinical Psychology* 30 (1966): pp. 450-55.
- Landers, Ann. "Mental Illness Is Often a Treatable Condition." *Los Angeles Times*, September 4, 1997, p. E3.
- Lavin, Don, and Andrea Everett. *Working on the Dream: A Guide to Career Planning and Job Success*. Spring Lake Park, Minn.: Rise, Inc., 1996.
- Leary, Warren E. "Depression Travels in Disguise with Other Illnesses." *The New York Times*, January 17, 1996.
- Lebowitz, Barry D. "'Depression is Diabetes'—Demanding Parity for Mental Health." *Aging Today*, July/August 1994.
- Kelleher, Kelly. "Mental Health in Primary Care: Major Trends and Issues." *Policy in Perspective*. The Mental Health Policy Resource Center, June 1995, p.1.
- Kelleher, Susan. "Attending to A.D.D." *The Orange County Register*, December 25, 1996.
- Kessler, Ronald C., Katherine A. McGonagle, et al. "Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study." *Archives of General Psychiatry* 51 (1994): pp. 8-19.



- Kilts, Clinton D., Department of Psychiatry, Emory University, Atlanta, Ga. Personal communication, 1996.
- Klein, Rachel Gittleman. "Is Panic Disorder Associated with Childhood Separation Anxiety Disorder?" *Clinical Neuropharmacology* 18, suppl. 2 (1995): pp. S7-S14.
- Knitzer, Jane. *Unclaimed Children: The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescents in Need of Mental Health Services*. Washington, DC.: Children's Defense Fund, 1982.
- Kolata, Gina. "Which Comes First: Depression or Heart Disease?" *The New York Times*, January 14, 1997.
- Koyanagi, Chris, and Howard H. Goldman. "The Quiet Success of the National Plan for the Chronically Mentally Ill." *Hospital and Community Psychiatry* 42 (1991): pp. 1-7.
- Kramer, Peter D. *Listening to Prozac*. New York: Viking, 1993.
- Kunde, Diana. "Employers Offer Help to Depressed Workers." *Sunday Oregonian*, March 12, 1995, p. B1.
- Kunin, Madeleine K. "Education Is the Gateway to the Future." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, p. 34-35.
- Lamy, R. E. "Social Consequence of Mental Illness." *Journal of Consulting Clinical Psychology* 30 (1966): pp. 450-55.
- Landers, Ann. "Mental Illness Is Often a Treatable Condition." *Los Angeles Times*, September 4, 1997, p. E3.
- Lavin, Don, and Andrea Everett. *Working on the Dream: A Guide to Career Planning and Job Success*. Spring Lake Park, Minn.: Rise, Inc., 1996.
- Leary, Warren E. "Depression Travels in Disguise with Other Illnesses." *The New York Times*, January 17, 1996.
- Lebowitz, Barry D. "'Depression is Diabetes'—Demanding Parity for Mental Health." *Aging Today*, July/August 1994.
- Lebowitz, Barry D. *Fact Sheet: How Physical and Mental Health Interact in Older Persons*. NIMH Mental Disorders of Aging Research Branch; Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; Public Health Service; U.S. Department of Health and Human Services, July 1991.
- Lefley, Harriet P. "Awakenings and Recovery: Learning, the Beat of a Different Drummer." *The Journal of the California Alliance for the Mentally ill* 7 (July 1996): pp. 4-6.
- Lefley, Harriet P. "The Stigmatized Family." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Leonard, Henrietta L., Marge C. Lenane, and Susan E. Swedo. "Obsessive

- Compulsive Disorder." *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2 (1993): pp. 655-66.
- Leonard, Henrietta L., Susan E. Swedo, Judith L. Rapoport, et al. "Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Clomipramine and Desipramine in Children and Adolescents." *Archives of General Psychiatry* 46 (1989): pp. 1088-92.
- Leshner, Alan. *Outcasts on Main Street: A Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*. Rockville, Md.: National Institute of Mental Health, Office of Programs for the Mentally Ill, 1992.
- Lewin, Tamar. "Questions of Privacy Roil Arena of Psychotherapy." *The New York Times*, May 22, 1996.
- Lindgren, Carolyn L. "The Caregiver Career." *Image: Journal of Nursing Scholarship* 25 (1993): p. 214.
- Link, Bruce G., Francis T. Cullen, Jerold Mirotznik, and Elmer Streuning. "The Consequences of Stigma for Persons with Mental Illness: Evidence from the Social Sciences." In *Stigma and Mental Illness*. Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- MacGregor, Peggy. "Grief: The Unrecognized Parental Response to Mental Illness in Children." *Social Work* 39 (1994): pp. 160-66.
- "Majority of Homeless People Found to be Mentally Ill." *Psychiatric News*, October 6, 1989, p. 11.
- Manderscheid, Ron, and Mary Anne Sonnenschein. *Mental Health, United States, 1996*. Center for Mental Health Services of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 1997.
- "Marker Identified for Children at Risk for OCD After Strep." *Psychiatric News*, January 17, 1997.
- Maurin, Judith T., and Carlene Barmann Boyd. "Burden of Mental Illness on the Family: A Critical Review." *Archives of Psychiatric Nursing* 4 (1990): pp. 99-107.
- Marquis, Julie. "Erasing the Line Between Mental and Physical Ills." *Los Angeles Times*, October 15, 1996, p. 1A.
- McGrath, E., G. P. Keita, Bonnie Strickland, et al. *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1990.
- McGuffin, Peter, Michael J. Owen, and Anne E. Farmer. "Genetic Basis of Schizophrenia." *The Lancet* 346 (1995): pp. 678-82.
- Mednick, S. A., R. A. Machon, M. O. Huttunen, et al. "Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic." *Archives of General Psychiatry* 45 (1988): pp. 189-92.
- Mental Health Policy Resource Center. "Themes and Variations: Mental

- Health and Substance Abuse Policy in the Making." *Policy in Perspective*, April 1996.
- Miller, Andy. "Columbus Firms Champion Mental Health Coverage." *Mental Health Association of Georgia Messenger*, May 1997, p. 1.
- Moldawsky, Stanley. "Managed Care and Psychotherapy are Incompatible." *APA Monitor*, July 1997, p. 24.
- Moller, Mary D. "Learning from the Awakening." *The Journal of the California Alliance of the Mentally Ill* 7 (July 1996): pp. 10-11.
- Monmaney, Terence. "Alternative Treatments: The Benefits—and the Risks." *Los Angeles Times*, Health Section, August 31, 1998.
- Mrazek, Patricia J., and Robert J. Haggerty, eds. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.
- Murray, Christopher J. L., and Alan D. Lopez, eds. *Summary: The Global Burden of Disease*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1996.
- National Advisory Mental Health Council. *Basic Behavioral Science Research for Mental Health: A National Investment*. NIH publication no. 95-3682. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, 1995.
- National Advisory Mental Health Council. *National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders*. DHHS publication no. (ADM) 90-1683. U.S. Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1990.
- National Alliance for the Mentally Ill. *Family Perspectives on Meeting the Needs for Care of Severely Mentally Ill Relatives: A National Survey*, funded by the John D. and Catherine T. Mac Arthur Foundation. Arlington, Va.: National Alliance for the Mentally Ill, 1991.
- National Coalition for the Homeless. "Why Are People Homeless?" *JVCH Fact Sheet #1*. Washington, D.C.: National Coalition for the Homeless, 1996.
- National Coalition of Hispanic Health and Human Service Organizations. *Growing Up Hispanic*. Vol. II, National Chartbook. Washington, D.C.: National Coalition of Hispanic Health and Human Service Organizations, 1995.
- National Coalition of Hispanic Health and Human Service Organizations. *Mental Health of the Immigrant Child: A Report to the Annie E. Casey Foundation*. Washington, D.C.: National Coalition of Hispanic Health and Human Service Organizations, 1995.
- National Depressive and Manic-Depressive Association. "It's Time to Be More Discerning about St. John's Wort." *Outreach*. Winter, 1998.
- National Institutes of Health. *A Plan for Prevention Research for the National Insti-*

- tute of Mental Health: A Report to the National Advisory Mental Health Council. National Institute of Health, NIH publication no. 96-4093. 1996.
- National Institute of Mental Health. Memorandum from Alan Leshner, deputy director, concerning cost-effectiveness of mental health services, March 1993.
- National Institute of Mental Health. The Neuroscience of Mental Health II. NIH publication no. 95-4000. Rockville, Md.: U.S. National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1995.
- National Institute of Mental Health. Schizophrenia: Questions and Answers. DHHS publication no. (ADM) 86-1457. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, reprinted, 1990.
- National Institute of Mental Health, Depression Awareness, Recognition, and Treatment (D/ART) Program. Sex Differences in Depressive Disorders: A Review of Recent Research. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, 1987.
- Nelson, Jack. "Disturbed Georgia Children Get Clinic, Private Help." The Atlanta Constitution, July 19, 1959.
- Nelson, Jack. "Do Patients Just Mark Time in Milledgeville Slack?" The Atlanta Constitution, March 15, 1959.
- Nelson, Jack. "House Mental Unit Asks 5-Year Plan." The Atlanta Constitution, June 19, 1959.
- Nelson, Jack. "Ineligibles Given Surgery; Mental Patients Wait Turns." The Atlanta Constitution, March 26, 1959.
- Nelson, Jack. "Mental Hub Slated Here." The Atlanta Journal, August 27, 1960.
- Nelson, Jack. "Milledgeville Probe Hears Key Figures." The Atlanta Constitution, March 16, 1959.
- Nelson, Jack. "Psychiatrists' Extra Duty Frees 25 at Milledgeville." The Atlanta Journal, March 20, 1961.
- Nelson, Jack. "State Mental Care for Youth Lagging." The Atlanta Journal, August 7, 1960.
- Nelson, Jack. "Unapproved Drugs Given Mental Cases." The Atlanta Constitution, March 5, 1959.
- Nelson, Jack. "Use of Drugs, Anesthesia Investigated." The Atlanta Constitution, March 18, 1959.
- Nolen-Hoeksema, Susan K. Sex Differences in Depression. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1990.
- Nottingham, Jack A., David Haigler, David L. Smith, and Pam Davis. Characteristics, Concerns, and Concrete Needs of Formal and Informal Care-givers: Understanding and Appreciating Their Marathon Existence. Americus, Ga.: The Rosalynn Carter Institute for Human Development, 1993.

- Palmer, Jodi White. "Woman Wins Battle with Mental Illness." *The Macon Telegraph*, October 5, 1996.
- Pear, Robert. "Employers Told to Accommodate the Mentally Ill." *The New York Times*, April 30, 1997.
- Pearson, Jane L. Testimony before the Senate Select Committee on Aging, Washington, D.C. July 30, 1996.
- Pennisi, Elizabeth. "Key Protein Found for Brain's Dopamine-Producing Neurons." *Science Magazine Online*, April 11, 1997.
- Perlmutter, Richard A. "A Clinical Family Approach to Anxiety Disorders." *ADAA Reporter*, Spring 1997, p. 2.
- Pines, Marion. "Programs That Work: Taking Services to Families." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." *The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy*. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994. pp. 40-43.
- PJB Publications. *Pharmacoprojects*. Surrey, England: PJB Publications, 1992.
- Potter, Pat, and Gordon Roberts. "Mind Without Hope Thinks of Fire." *The Atlanta Constitution*, August 24, 1960.
- Potter, Pat, and Gordon Roberts. "State Youth Mental Care Is Lagging." *The Atlanta Constitution*, August 22, 1960.
- President's Commission on Mental Health. *The Report to the President from the President's Commission on Mental Health, 1978*. Document 040-000-00390-8. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978.
- "Psychologists Strive to Offset Effects of Maternal Depression on Young Children." *APA Monitor*, June 1997.
- Radcliffe, Donnie. "A Former First Lady's Second Opinion." *The Washington Post*, June 24, 1993.
- Raleigh, Fred. "A New Beginning." *The Journal of the California Alliance of the Mentally Ill* 7 (July 1996): pp. 7-9.
- Rautkatis, Mary Elizabeth, Gary F. Koeske, and Olga Tereshko. "Negative Social Interactions, Distress, and Depression Among Those Caring for a Seriously and Persistently Mentally Ill Relative." *American Journal of Community Psychology* 23 (1995): pp. 279-99.
- Real, Terrence. *I Don't Want to Talk About It*. New York: Scribners, 1997.
- Recer, Paul. "Gene Triggers, Wanes Anxiety." *Los Angeles Times AP Online, Health*, December 1, 1996.
- Regier, Darrel A., Mary E. Farmer, Donald S. Rae, et al. "Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study." *Journal of the American Medical Association* 264 (1990): pp. 2511-18.
- Reifman, A., and R. J. Wyatt. "Lithium: A Brake in the Rising Cost of

- Mental Illness." *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): pp. 385-88.
- Reiss, David. "The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda." National Institute of Mental Health, 1994. Quoted in "MH Coalition Highlights Value of Prevention, Research, Training." *Psychiatric News*, January 7, 1994, p. 10.
- "Research Begins to Yield Understanding of Childhood Schizophrenia." *Psychiatric News*, January 17, 1997.
- Reveley, A. M., M. A. Reveley, et al. "Cerebral Ventricular Size in Twins Discordant for Schizophrenia." *The Lancet* ii (1982): pp. 540-41.
- Rex, John. "Oh My Son: A Sermon." Delivered at the Unitarian Universalist Fellowship of Fredricksburg, Va., September 15, 1995.
- Rice, D. P., S. Kelman, et al. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985*. DHHS publication no. (ADM) 90-1694. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, 1990.
- Potter, Pat, and Gordon Roberts. "State Youth Mental Care Is Lagging." *The Atlanta Constitution*, August 22, 1960.
- President's Commission on Mental Health. *The Report to the President from the President's Commission on Mental Health, 1978*. Document 040-000-00390-8. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978.
- "Psychologists Strive to Offset Effects of Maternal Depression on Young Children." *APA Monitor*, June 1997.
- Radcliffe, Donnie. "A Former First Lady's Second Opinion." *The Washington Post*, June 24, 1993.
- Raleigh, Fred. "A New Beginning." *The Journal of the California Alliance of the Mentally III* 7 (July 1996): pp. 7-9.
- Rautkatis, Mary Elizabeth, Gary F. Koeske, and Olga Tereshko. "Negative Social Interactions, Distress, and Depression Among Those Caring for a Seriously and Persistently Mentally Ill Relative." *American Journal of Community Psychology* 23 (1995): pp. 279-99.
- Real, Terrence. *I Don't Want to Talk About It*. New York: Scribners, 1997.
- Recer, Paul. "Gene Triggers, Wanes Anxiety." *Los Angeles Times AP Online*, Health, December 1, 1996.
- Regier, Darrel A., Mary E. Farmer, Donald S. Rae, et al. "Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (EGA) Study." *Journal of the American Medical Association* 264 (1990): pp. 2511-18.
- Reifman, A., and R. J. Wyatt. "Lithium: A Brake in the Rising Cost of Mental Illness." *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): pp. 385-88.
- Reiss, David. "The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda." National Institute of Mental Health, 1994. Quoted in "MH

- Coalition Highlights Value of Prevention, Research, Training." *Psychiatric News*, January 7, 1994, p. 10.
- "Research Begins to Yield Understanding of Childhood Schizophrenia." *Psychiatric News*, January 17, 1997.
- Reveley, A. M., M. A. Reveley, et al. "Cerebral Ventricular Size in Twins Discordant for Schizophrenia." *The Lancet* ii (1982): pp. 540-41.
- Rex, John. "Oh My Son: A Sermon." Delivered at the Unitarian Universalist Fellowship of Fredricksburg, Va., September 15, 1995.
- Rice, D. P., S. Kelman, et al. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985*. DHHS publication no. (ADM) 90-1694. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, 1990.
- Rice, D. P., and L. K. Miller. *The Economic Burden of Mental Disorders*. Rockville, Md.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993.
- Riger, Stephanie, and Pat Gilligan. "Women in Management: An Exploration of Competency Paradigms." *American Psychologist* 35 (1980): pp. 902-11.
- Risby, Emile, Deane Donnigan, and Charles Nemeroff. "Formulary Considerations for Treating Psychiatric Disorders: Schizophrenia." *Formulary* 32 (1997): pp. 142-55.
- Risby, Emile, Deane Donnigan, and Charles Nemeroff. "Psychotherapeutic Considerations for Psychiatric Disorders: Depression." *Formulary* 32 (1997): pp. 46-59.
- Ritter, Malcolm. "Study Finds No Sign 'Anxiety Gene.'" *Los Angeles Times AP Online, Health*, May 1, 1997.
- Robins, Lee N., Ben Z. Locke, and Darrel A. Regier. "An Overview of Psychiatric Disorders in America." In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, Lee N. Robins and Darrel A. Regier, eds. New York: Free Press, 1991.
- Rodriguez, Gloria. "Programs That Work: A Multifaceted Approach." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, pp. 47-49.
- Rosen, Laura Epstein, and Xavier F. Amador. *When Someone You Love Is Depressed*. New York: Free Press, 1996.
- Rosenberg, Mark. "Violence: Solutions Are at Hand." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, pp. 21-23.
- Rosenthal, A. M. "Park Avenue Lady." *The New York Times*, November

- 23, 1996.
- Rosenthal, N. E., D. A. Sack, J. C. Gillin, et al. "Seasonal Affective Disorder: Description of the Syndrome and Preliminary Findings with Light Therapy." *Archives of General Psychiatry* 41 (1984): pp. 72-78.
- Ross, Jerilyn. *Triumph over Fear: A Book of Help and Hope for People with Anxiety, Panic Attacks, and Phobias*. New York: Bantam Books, 1994.
- Rue, David. "Depression and Suicidal Behavior Among Asian Whiz Kids." In *The Emerging Generation of Korean-Americans*, Ho-Youn and Shin Kim, eds. Seoul, Korea: Lyung Hee University Press, 1993.
- Rue, David. "Understanding Shame in Asian American Youths." In *Idea & Information Exchange, 1995: Reaching Underserved Populations*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Rutter, M. "Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder." *British Journal of Psychiatry* 147 (1985): pp. 598-611.
- SAMHSA. *Mental Illness Is Not a Full-Time Job*. DHHS publication no. (SMA) 96-3102. US. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1996.
- Sartorius, N. "WHO's Work on the Epidemiology of Mental Disorders." *Social Psychiatry* 1 (1993): pp. 30-31.
- Schooler, Carni. et al. "A Time Course Analysis of Stroop Interference and Facilitation: Comparing Normal Individuals and Individuals with Schizophrenia." *Journal of Experimental Psychology: General* 126 (March 1997).
- Schwartz, Jeffrey M. *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: HarperCollins, 1996.
- Sedvall, Goren, and Lars Farde. "Chemical Brain Anatomy in Schizophrenia." *The Lancet* 346 (1995): pp. 743-49.
- Sharma, Tonmoy. "Schizophrenia: Recent Advances in Psychopharmacology." *British Journal of Hospital Medicine* 55 (1996): pp. 194-98.
- Silbersweig, David, and E. Stern. "Functional Neuroimaging of Hallucinations in Schizophrenia: Toward an Integration of Bottom-Up and Top-Down Approaches." *Molecular Psychiatry* 1 (1996): pp. 367-75.
- Silbersweig, David, E. Stern, C. Frith, et al. "A Functional Neuroanatomy of Hallucinations in Schizophrenia." *Nature* 378 (1995): pp. 176-79.
- Simmons, Adelle. "All Children Are Our Children." Speech delivered at "Children & Families at Risk: Collaborating with Our Schools." The Tenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Atlanta, Ga., November 2-3, 1994, pp. 9-12.
- Simon, Bennett. "Shame, Stigma, and Mental Illness in Ancient Greece." In *Stigma and Mental Illness*, Paul Jay Fink and Allan Tasman, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.



- Sleek, Scott. "When Depression Lurks Beneath an Addiction." *American Psychological Association Monitor*, January 1997, p. 33.
- Sperling, Dan. "Families Struggle with Kids' Hyperactive Behavior." *USA Today*, February 6, 1990, p. 4D.
- Spurlock, Jeanne. "African American Families." In *Idea & Information Exchange, 1995: Reaching Underserved Populations*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Washington, D.C., p. 55.
- Steinberg, Neil. "Drug Firms Want to Market Antidepressants for Kids." *Sun-Times (Chicago)*, April 7, 1997.
- Strauss, John S. "Pulling Themselves Together." *The Journal of the California Alliance of the Mentally Ill* 7 (July 1996): pp. 19-20.
- Stroul, Beth A. *Children's Mental Health: Creating Systems of Care in a Changing Society*. Baltimore, Md.: Paul H. Brookes Publishing, 1996.
- Styron, William. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Vintage Books, 1992.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. "School-Based/School Linked Activities."
- Suddath, R. L., G. W. Christison, et al. "Cerebral Anatomical Abnormalities in Monozygotic Twins Discordant for Schizophrenia." *New England Journal of Medicine* 322 (1990): pp. 789-94.
- Susser, E., and R. Neugebauer, et al. "Schizophrenia after Prenatal Exposure to Famine." *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): pp. 25-31.
- Swedo, Susan E. "Bad News and Good News About Obsessive-Compulsive Disorder." *Contemporary Pediatrics*, September 1989, pp. 130-51.
- Swedo, Susan E. "Sydenham's Chorea: A Model for Childhood Autoimmune Neuropsychiatric Disorders." *Journal of the American Medical Association* 272 (1994): pp. 1788-91.
- Swedo, Susan E., and Henrietta Leonard. *It's Not All in Your Head: The Real Causes and the Newest Solutions to Women's Most Common Health Problems*. San Francisco: HarperSanFrancisco, 1996.
- Talan, Jamie. "Depression Forecasts: Researchers Focus on Brain Scans and Drug Therapy." *Newsday*, March 11, 1997.
- Talan, Jamie. "Schizophrenia 'Trigger' Described/Brain Chemical Tests Clue to Psychosis." *Newsday*, March 19, 1997.
- Talan, Jamie. "Where Fear Resides: Scientists are Mapping the Area of the Brain That Regulates This Response." *Newsday*, March 11, 1997.
- Tanoye, Elyse. "Antidepressant Makers Study Kids' Market." *The Wall Street Journal*, April 4, 1997.
- Terkelson, K. G. "The Meaning of Mental Illness to the Family." In *Families of the Mentally Ill*, A. B. Hatfield and H. P. Lefley, eds. New York: Guilford Press, 1987.

- Titelman, D., and L. Psyk. "Grief, Guilt, and Identification in Siblings of Schizophrenic Individuals." *Bulletin of the Menninger Clinic* 55 (1991): pp. 72-84.
- Torrey, E. F. *Hidden Victims: An Eight Stage Healing Process for Families and Friends of the Mentally Ill*. New York: Doubleday, 1988.
- Torrey, E. F. *Out of the Shadows*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Justification of Estimates for Appropriations Committees, Fiscal Year 1997*. Public Health Service, National Institutes of Health-Volume IV; National Institute of Mental Health, 1997.
- U.S. Department of Health and Human Services. *National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders*. ADM publication no. (ADM) 90-1683. Washington, DC.: Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1990.
- U.S. Department of Health and Human Services Steering Committee on the Chronically Mentally Ill. *Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill*. Washington, DC.: Public Health Service, 1980.
- Umland, Beth, and Foster Higgins. "Foster Higgins National Survey: Trends and Behavioral Benefits." *Behavioral Healthcare Tomorrow*, June 1997, p. 58.
- Valleni-Basile, Laura A., Carol Z. Garrison, Kirby L. Jackson, et al. "Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (1994): p. 782.
- Vamer, Bill. "Depression, Suicide Prey on the Elderly." *USA Today*, October 8, 1996, p. 2A.
- Vitiello, Benedetto, and Peter S. Jensen. "Psychopharmacology in Children and Adolescents: Current Problems, Future Prospects: Summary Notes on the 1995 NIMH-FDA Conference." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 5 (1995): pp. 5-7.
- Vobejda, Barbara, and Judith Havemann. "Large U.S. Cities Target Homeless, Advocates Say." *The Washington Post*, December 12, 1996, p. A23.
- Volz, Joe. "Depression Treatable Quickly and Effectively." *Plain Dealer (Cleveland)*, February 21, 1995, p. 10E.
- Wahl, Otto F. "Messages About Mental Illness from the Serial Killer Movie." *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 4 (1993): p. 41.
- Walker, Elaine E, Kathleen Grimes, Dana Davis, et al. "Clinical Precursors of Schizophrenia: Facial Expressions of Emotion." *American Journal of Psychiatry* 150 (1993): pp. 1655-60.

- Walker, Elaine E, Tammy Savoie, and Dana Davis. "Neuromotor Precursors of Schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 20 (1994): pp. 441-51.
- Walker, John R. *Orphans of the Storm: Peacebuilding for Children of War. Between the Lines*, 1993.
- Warrick, Pamela. "The Sad Truth About Men." *Los Angeles Times*, February 10, 1997, p. E1.
- Watson, Traci. "Quieting the Voices: Schizophrenia Slowly Yields to New Treatments and New Understanding." *U.S. News and World Report*, October 28, 1996, p. 58.
- Waxman, Laura. *A Status Report on Hunger and the Homeless in America's Cities: 1995*. Washington, D.C.:U.S. Conference of Mayors, 1995.
- Weinberger, Daniel R. "From Neuropathology to Neurodevelopment." *The Lancet* 346 (1995): 552-57.
- Werner, Emily E. "Resilient Children." In *Contemporary Readings in Child Psychology*, E. M. Hetherington and R. D. Parke, eds. New York: McGraw-Hill, 1987.
- "Why Suicide Is Increasing Among Young Black Men." *JET*, August 1996, pp. 12-15.
- Wingerson, Dane. "Awakenings—To What?" *The Journal of the California Alliance of the Mentally Ill* 7 (July 1996): pp. 12-14.
- Woo, Elaine. "Prison Spending Hurts Schools and Black Students, Report Says." *Los Angeles Times*, October 23, 1996.
- Wood, David. "The Children of War." *Atlanta Journal-Constitution*, March 31, 1996.
- Woolis, Rebecca. *When Someone You Love Has a Mental Illness: A Handbook for Family, Friends, and Caregivers*. Los Angeles: J. P. Tarcher, 1991.
- Wyatt, Richard Jed, and Ioline D. Henter. "Schizophrenia: An Introduction." *Brain Work: The Neuroscience Newsletter*, May/June 1997, p. 1.
- Young, Mary Eming. *Early Child Development: Investing in the Future*. Washington, DC.: The World Bank, 1996.

*Grateful acknowledgment is made to the following for permission to reprint previously published material:*

*Ann Landers:* Letters from the September 4, 1997 Ann Landers column. Permission granted by Ann Landers and Creators Syndicate

*William Beardslee, M.D.:* Excerpt from a speech given by William Beardslee, M.D., at the 10th Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, November 2-3, 1994. Used by permission of William Beardslee, M.D., Gardner Monks Professor of Child Psychiatry, Harvard Medical School

*Green Door News:* Excerpt from "Working My Way Up" by Renee McPherson from the *Green Doors News*. Reprinted by permission of *Green Door News*.

*The Journal for the California Alliance for the Mentally HI:* Excerpts from "Awakenings—to What?" from the July 1996 issue (Volume 7, #2) of *The Journal for the California Alliance for the Mentally HI*, Dan F. Weisburd, Editor and Publisher. Copyright © 1996. Complete copies of this issue may be obtained for \$10 by writing to: The JOURNAL, 1111 Howe Avenue, Suite 475, Sacramento, CA 95825. Reprinted by permission.

*Alfred A. Knopf, Inc., and International Creative Management:* Excerpts from *An Unquiet Mind* by Kay Redfield Jamison. Copyright © 1995 by Kay Redfield Jamison. Rights in the British Commonwealth are controlled by International Creative Management. Reprinted by permission of Alfred A. Knopf, Inc., and International Creative Management.

*National Alliance for the Mentally HI:* Excerpt from a letter by Dylan Abraham entitled "Getting Well Is Not a Race" (*NAMI Advocate*, January/February 1997, p. 10) and excerpts from "52 Tips on Coping With Mental Illness in the Family" by Rex Dinkens from the NAMI Sibling and Adult Children Network. Reprinted by permission of NAMI.

*The New York Times:* Excerpt from an Op-Ed article by A. M. Rosenthal from November 23, 1990. Copyright © 1990 by The New York Times Company. Reprinted by permission.

*Psychiatric News:* Excerpt from a letter to the editor from Richard Shadoan, M.D., from the September 5, 1997 issue of *Psychiatric News*. Reprinted by permission of the American Psychiatric Association, publishers of *Psychiatric News*.

*Gloria Rodriguez, M.D.:* Excerpt from a speech given by Gloria Rodriguez, M.D., at the 10th Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, November 2-3, 1994. Reprinted by permission of Gloria Rodriguez, M.D.

*Sigma Theta Tau International:* Close paraphrasing and summarization of "The Caregiver Career" from *IMAGE: The Journal of Nursing Scholarship* (Issue 25, 1993, p. 214). Reprinted by permission of Sigma Theta Tau International.

*Times Books, a division of Random House, Inc.:* Excerpts from *Today's Children* by David Hamburg. Copyright © 1992 by David Hamburg. Reprinted by permission of Times Books, a division of Random House, Inc.

*Warner Bros. Publications U.S. Inc.:* Excerpts from "Because You Loved Me" by Diane Warren (with one-word lyric change: "baby" to "caregivers"). Copyright © 1996 by Realsongs (ASCAP) and Touchstone Pictures Songs & Music, Inc. (ASCAP). All rights reserved. Used by permission of Warner Bros. Publications U.S. Inc., Miami, FL 33014

როზალინ კარტერი, სუსან ქ. გოლანტი

დავეხმარ(“)თ უსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს

რედაქტორი მანანა შარაშიძე  
ტექნიკური რედაქტორი უნა ვახანია

ინგლისურიდან თარგმნა თამარ ებრაღიძემ

ტირაჟი 1000 ეგზემპლარი

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია  
თბილისი, ასათიანის ქ. №10