

ირაკლი გიორგობიანი, ირაკლი გამყრელიძე,
მამუკა ლეჟავა, ელენე კავსაძე

ფსიქოთერაპიის და ფარმაკოთერაპიის
კომბინირებული გამოყენება ფსიქიატრიასა და
ნარკოლოგიაში

თბილისი

2011

ISBN 978-9941-0-3469-5

ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობის პრობლემის დამუშავება სრულყოფილად ეკუთვნის ზიგმუნდ ფრეიდს (17), რომელმაც შეიმუშავა კონცეფცია “ტრანსფერა” (“გადატანა”). აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს ქვეცნობიერად, ავადმყოფის ბავშვობაში მისთვის რომელიმე ემოციურად მნიშვნელოვან პიროვნებასთან (მაგ.: მამასთან, რომელთანაც ავადმყოფს წარსულში ჰქონდა დადებითი - სიყვარულის გრძნობა, ნდობა და ა.შ. ან უარყოფითი - მტრული ურთიერთობა) არსებული დამოკიდებულების გადატანას ექიმთან დამოკიდებულებაში, აქედან გამომდინარე, ექიმის მიმართაც მისი განწყობა იქნება შესაბამისი. პაციენტის მიერ წარსულში გადატანილი კონფლიქტი კვლავ ცოცხლდება ფსიქოანალიტიკურ სიტუაციაში ანუ, ფრეიდის გამოთქმით, ვითარდება “ტრანსფერის ნევროზი”, რომლის დაძლევა ნიშნავს წარსული კონფლიქტის გადალახვას და მოასწავებს ადამიანის გამოჯანმრთელებას. ჩვენის აზრით, გენიალური ზ. ფრეიდის მიერ ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის მსგავსი ინტერპრეტაცია ზედმიწევნით ვიწრო და ხელოვნურად გართულებულია, თუმცა გარკვეულად რაციონალურიც, რადგან ავადმყოფს, ექიმთან ურთიერთობა და ექიმის ქცევა მოცემულ სიტუაციაში, ალბათ ჩვეულებრივ მოაგონებს წარსულში გადატანილ ან განცდილ რაიმე დადებით ან უარყოფით მომენტებს, პირველ რიგში ცხოვრებისეულ გამოცდილებას და ურთიერთობას იმ პიროვნებასთან, რომელსაც ჰქონდა დიდი ემოციური მნიშვნელობა. ეს პიროვნება, მშობლების გარდა შეიძლება იყოს ბებია, ბაბუა, ბიძა, მამიდა, დეიდა, ძმები, დები, მასწავლებელი, ახლო მეგობარი და ა.შ.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მათი პირველი შეხვედრის დროს გამომუშავებულ ურთიერთ სიმპათიას. ლამაზი პიროვნება უფრო სწრაფად გამოიწვევს სიმპათიას, ვიდრე ულამაზო. სილამაზე განაპირობებს ქვეცნობიერად ლამაზი მეფისწულის, ხოლო ულამაზო – მახინჯი ჯადოქრის გახსენებას. სილამაზის წარმოდგენა უკავშირდება სიკეთეს, ხოლო ულამაზობა – ბოროტებას. ცხადია მსგავსი წარმოდგენები უსაფუძვლოა, მაგრამ ქვეცნობიერად ავადმყოფზე მაინც ახდენს საკმარისად მძლავრ ზემოქმედებას. ისიც ცხადია, რომ გარეგნულად სიმპათიური ავადმყოფი ექიმშიც იწვევს უფრო მეტ სიმპათიას და იმსახურებს მისგან მეტ ყურადღებას, მაშინაც კი, როდესაც ნაკლები დახმარება სჭირდება, ვიდრე ის ავადმყოფი, რომელიც თავისი გარეგნული შეხედულებით ექიმში იწვევს ანტიპათიას.

სიმპათიური გარეგნობის ექიმი ავადმყოფზე ახდენს ესთეტიურად დადებით ზეგავლენას და იმსახურებს მეტ ნდობას.

ექიმისა და ავადმყოფის პირველი შეხვედრისას, ფსიქოლოგიური და პიროვნული ურთიერთდამოკიდებულების გარდა, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო დაწესებულებაში არსებულ საერთო სიტუაციას, მის ესთეტიურ გაფორმებას, სამედიცინო პერსონალის ქცევას, როგორც მისაღებში, ისე კაბინეტებში და სტაციონარში, დამხმარე და ადმინისტრაციული მუშაკების დამოკიდებულებას მზრუნველი, ყურადღებიანი, კომფორტული სიტუაციის შესაქმნელად. ექიმთან პირველი შეხვედრისთანავე ავადმყოფს უნდა შეექმნას შთაბეჭდილება, რომ ექიმს უეჭველად სურს მისი დახმარება. სრულიად დაუშვებელია ავადმყოფმა შეამჩნიოს ექიმს, რომ მას ეჩქარება, ბოლომდე ვერ მოუსმენს და შესაბამისად ვერ გაუწევს სათანადო დახმარებას. პირველი შეხვედრისას აუცილებელია, რომ ექიმი მიესალმოს ავადმყოფს და ჩამოართვას ხელი, გაეცნოს მის პიროვნებას, გაეცნოს თავისი პერსონა, თუ ავადმყოფი მას აქამდე არ იცნობდა და გაემზადოს მისი ძირითადი ჩივილებისა და პრობლემების მოსასმენად. ამ წესის განუხრელი დაცვა უეჭველად დადებითად იმოქმედებს ავადმყოფზე, იგი დამშვიდდება, გაუჩნდება უშიშროების განცდა და გაუძლიერდება საკუთარი ღირსების შეგრძნება. ამ მომენტში დიდ როლს თამაშობს ემპათიის ფენომენი, ექიმის უნარი, რაც შეიძლება ღრმად ჩაწვდეს და გაერკვეს ავადმყოფის განცდებში, გრძნობებში, მოთხოვნილებებსა და ინტერესებში (38).

ემპათიას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა ექიმსა და ავადმყოფს შორის ეფექტური თერაპიული ურთიერთობის დასამყარებლად. ექიმი ვალდებულია თავისი ქცევითა და საუბრით დაარწმუნოს ავადმყოფი, რომ “მან კარგად გაიგო თუ რას გრძნობს ან განიცდის ავადმყოფი”. ემპათია მნიშვნელოვნად განსხვავდება სიმპათიისგან, ანუ არსებითად დადებითი ემოციური ურთიერთობისგან. იგი არის ემოციურად სრულიად ნეიტრალური კატეგორია, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას სასარგებლოდ, თუკი ის ხელს შეუწყობს ავადმყოფისადმი დახმარებას, მაგრამ შეიძლება გახდეს საზიანოც, თუკი გამიზნულია რეკლამისთვის, მატერიალური დაინტერესების ან სხვა ანტისოციალური დივიდენდების მოსაპოვებლად. პირველი შეხვედრისთანავე ექიმმა ავადმყოფს უნდა მისცეს საშუალება მოახდინოს ე.წ. “ფსიქიკური ვენტილაცია”, ანუ შესაძლებლობა, თავისუფლად, ყოველგვარი შეწყვეტის გარეშე, მოუყვეს ექიმს თავის განცდებზე, შეგრძნებებზე, საზრუნავზე და პრობლემებზე, მოსალოდნელ საშიშროებებზე, რომელიც მისი აზრით ემუქრება. სწორედ აქ გამოვლინდება და ამოტივტივდება ავადმყოფის აზრით დაავადებასთან დაკავშირებული შიშები, შეგრძნებანი, განცდები, საშიშროებანი და ფანტაზიები. მათ კიდევ უფრო რელიეფურად გამოსავლენად ექიმმა შეიძლება ავადმყოფს მისცეს მოკლე და გარკვეულობის შემტანი კითხვები, მაგრამ არავითარ შემთხვევაში ავადმყოფს არ უნდა დარჩეს შთაბეჭდილება,

რომ ექიმის შეკითხვები გამიზნულია საუბრის შესამოკლებლად. ავადმყოფი რა დაავადებითაც არ უნდა მიმართავდეს ექიმს, იგი იმყოფება ფსიქოლოგიური დამაბვის მდგომარეობაში, რაც დამახასიათებელია პირველი სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვამდე არსებულ პერიოდისთვის. ავადმყოფს ამ დროს ადელვებს ათასი კითხვა და ეჭვი, მის წინ დგას საბედისწერო კითხვები: რით არის ავად? რა ელოდება მას? ამ კითხვებზე იგი ელის პასუხს ექიმისგან. ექიმი კი გასცემს მათზე პასუხს თავისი განათლების, გამოცდილების და სინდისის კარნახით, სათანადო გამოკითხვისა და გამოკვლევის საფუძველზე. ამ დროს ექიმს დიდ დახმარებას გაუწევს ლოგიკურად მიზანმიმართული შეკითხვები, მაგრამ მაინც დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ბოლომდე მოსმენას და ექიმის შეკითხვების უშუალო დაკავშირებას ავადმყოფის მონაცოლთან (21). ექიმი მოვალეა ამ დროს ყურადღებით უსმინოს, რაც შეიძლება უკეთ გაუგოს და განიცადოს ყველაფერი ის, თუ რით ცხოვრობს მისი პაციენტი, ეცადოს შეიცნოს თუ რა ხდება პაციენტის სულში, მის აზროვნებაში. ექიმი მოვალეა გამოეხმაუროს ავადმყოფის მონათხრობს და მისი რეაქცია შესაბამისად უნდა იყოს რეზონანსი იმაზე, რაც მოისმინა, ასეთი საუბრით ავადმყოფი აუცილებლად განიტვირთება, მოეხსნება შინაგანი დამაბულობა და მღელვარების განცდა და სუბიექტურად უეჭველად იგრძნობს შემსუბუქებას. პირველი შეხვედრის დროს ავადმყოფის ჩივილების გულდასმით მოსმენის უნარი აუცილებლად დაეხმარება ექიმს არა მარტო სწორი დიაგნოზის დასმაში, არამედ პაციენტთან ურთიერთობის განმტკიცებაში შემდეგი შეხვედრების დროს. პაციენტმა არ უნდა შეამჩნიოს ექიმს, რომ მას დრო აქვს შეზღუდული და ბოლომდე უჭირს მისი მოსმენა ან სათანადო გულისყურით ვერ უსმენს. ამ შემთხვევაში, იგი რჩება საუბრით უკმაყოფილო და მიიჩნევს, რომ “ექიმმა მას სათანადოდ არ მოუსმინა” და წავა ექიმის კაბინეტიდან იმ განცდით, რომ ექიმმა იგი არ გამოიკვლია. მიუხედავად იმისა, რომ მან ჩაატარა სომატური სფეროს გამოკვლევა შესაბამისი მეთოდებით, ავადმყოფს რჩება აზრი, რომ ექიმი მას არ სთვლის პიროვნებად. სხვა შემთხვევაში, კიდევ უფრო ცუდია ავადმყოფის აღიარება, რომ ექიმმა “სრულიად არ გამოიკვლია იგი”, არ მისცა წინადადება გაეხადა, სასინჯი მილით არ მოუსმინა, ნევროლოგიური ჩაქუჩით არ გაუსინჯა ნერვული სისტემა, არ ჩაუტარა აუცილებელი ლაბორატორიული გამოკვლევები და ა.შ. ზედმეტად მოლაპარაკე პაციენტები, იუნგის (7) ტერმინოლოგიით ექსტრავერტები, ადვილად აღწევენ “ფსიქიკურ ვენტილაციას, უფრო მეტიც, მათ შესწევთ უნარი დააინტერესონ ექიმი თავისი, გარკვეულად საინტერესო მონაცოლით. რაც შეეხება ე.წ. ინტრავერტულ ავადმყოფებს, ისინი უფრო საჭიროებენ “ფსიქიკურ ვენტილაციას”, რადგანაც თავიანთი გაუბედავობის, მორცხვობის და გადაჭარბებული მოკრძალების გამო მალავენ საკუთარ პრობლემებს, ჩივილებსა და ზოგჯერ დაავადების მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ ნიშნებს.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობაში საფუძველთა საფუძველია ნდობის ფაქტორი. ექიმმა ავადმყოფში ნდობა რომ გამოიმუშავოს, ამისათვის მხოლოდ მისი პიროვნული თვისებები არ არის საკმარისი. ამას უნდა დაემატოს მთელი რიგი სოციალური კატეგორიები. პირველ რიგში პრობლემატურია ექიმის შრომის ანაზღაურების საკითხი. იქ, სადაც ექიმსა და ავადმყოფს შორის დამოკიდებულებას აქვს კომერციული ხასიათი, ექიმის ქცევის ნორმები თავიდანვე ცნობილია ავადმყოფისთვის, არსებობს პრეისკურანტი, თუ ავადმყოფმა რა სახის დახმარებაში რამდენი უნდა გადაიხადოს. ამ შემთხვევაში, თუ ექიმი უარს განაცხადებს ჰონორარზე, ეს ფაქტი ავადმყოფში გამოიწვევს უარყოფით რეაქციას. ფსიქოთერაპევტები ასეთ შემთხვევებში სრულიად დამაჯერებლად ამტკიცებენ, რომ ნევროზულ აშლილობათა წარმატებით მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ფულადი თანხის ხშირ და დიდი ოდენობით გადახდის ფაქტორს.

ექიმისა და პაციენტის ნდობის გამომუშავებას ზოგჯერ ხელს უშლის ზოგიერთი პროფესიული დეფორმაციები, რომლებიც ასე თუ ისე ახდენენ ზეგავლენას ექიმის ქცევებზე. ამგვარი დეფორმაციების ხვედრითი წილი რაც უფრო ნაკლები იქნება, მით მეტად ვიქნებით აღჭურვილი შესაძლებლობით, რათა მოვიპოვოთ პროფესიული ნდობა. ამგვარი დეფორმაციების ქვეშ იგულისხმება: ზოგიერთი ექიმის უსულგულო, განურჩეველი დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ, ზოგჯერ იმდენად გამოვლენილი, რომ ასეთი ექიმები სტოვებენ “ცინიკოსების” შთაბეჭდილებას, გრეგის ხატოვანი გამოთქმით “ავადმყოფის პიროვნება არ უნდა მივიჩნიოთ ექიმის მიერ ამოსაკვეთად განწირულ დაავადებულ ორგანოდ”. პროფესიულად დეფორმირებულად მიიჩნევა ექიმი, რომელიც დიაგნოზს სვამს თუნდაც ზუსტად, მაგრამ მხოლოდ უზუსტესი ტექნიკის ან ლაბორატორიული ანალიზის გამოყენებით, და არა დაავადებული პიროვნების პირველადი და დაწვრილებითი შესწავლის შემდეგ. ასეთი ექიმი ავადმყოფზე სტოვებს დაუინტერესებელი, განურჩეველი პიროვნების შთაბეჭდილებას და უნდობლობით განეწყობა მის მიმართ. ნდობის დაკარგვას ხელს უწყობს, ასევე, პროფესიული დეფორმაციის მაჩვენებელი ჟარგონები, როდესაც მორიგეობის გადაბარების დროს ერთი ექიმის შეკითხვაზე “რა გაქვს შენ აქ?”, მეორე ექიმი პასუხობს: “ოთხი კუჭი”, “სამი ნაღვლის ბუშტი”, “ერთი თირკმელი”, “ათი შიზოფრენია”, “რვა დეპრესია”, “12 ნევროზი” და ა.შ.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოთერაპიას, როგორც მკურნალობის წარმატებით გატარების ერთ ერთ ძირითად და გამსაზღვრელ საფუძველს. იგივე ფსიქოთერაპია განაპირობებს არა მარტო დადებით, არამედ ზოგჯერ უარყოფით ეფექტსაც, თუკი არსებობს დისჰარმონია ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტის პიროვნებას შორის. ამ შემთხვევაში თუ დაემატება თერაპიული ტექნიკის

უკმარისობაც ან ავადმყოფის სოციალური პრობლემების გადაუწყვეტლობა, მკურნალობის უარყოფითი შედეგები 3-6%-ს მიაღწევს (25).

ფსიქოთერაპიას დიდი მნიშვნელობა და ფართო გამოყენება უნდა ჰქონდეს არა მარტო ფსიქონევროლოგიაში, არამედ საერთოდ, მედიცინის ყველა დარგში. ცნობილია, რომ ზოგადი თერაპიის პრაქტიკაში ავადმყოფთა 60-80% შეპყრობილია ფსიქოსომატური აშლილობებით. ექიმი-სომატიკოსების უმრავლესობა ხშირად ვერ ფლობს ფსიქოთერაპიის ელემენტარულ მეთოდებს. იგი იძულებული ხდება ამგვარ ავადმყოფს დაუნიშნოს სიმპტომური მკურნალობა სულ სხვა და სხვა ძლიერმომქმედი მედიკამენტებით მაშინ, როდესაც ამ შემთხვევებში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ფსიქოთერაპიით და ზოგიერთი სელექტურად მომქმედი ანტიდეპრესიული მოქმედების პრეპარატთა მცირე დოზებით ისე, რომ მედიკამენტი იყოს ფსიქოთერაპიის დანამატი “აღმოსავლეთის სიბრძნე – პლუს თანამედროვე მეცნიერების მიღწევა” (37).

ფსიქოთერაპიისა და ფარმაცოთერაპიის ურთიერთობაში, ფსიქოთერაპიის პრიმატზე მიუთითებს ის ფაქტი, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ფსიქოფარმაცოლოგიური მრეწველობის უკიდევანო განვითარებისა და ფსიქოტროპული პრეპარატებით ჭარბი უზრუნველყოფის პირობებში, ამ ქვეყანაში არსებულ 2000-მდე ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, თანამშრომელთა შორის ექიმი-ფსიქიატრის ხვედრითი წილი შეადგენს 5%-ს, ხოლო დანარჩენი ადგილები უჭირავთ: კლინიკურ ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს და სხვა დარგის სპეციალისტებს. ამერიკაში, კლინიკურ ფსიქოლოგებთან ერთად, ფსიქოთერაპიას ატარებს 15000-მდე კლინიცისტი ფსიქიატრი.

ფსიქიატრიაში ფსიქოფარმაცოლოგიურმა ერამ მაინც დაჰყო ექიმები ფსიქოთერაპევტებად და ფარმაცოთერაპევტებად. შესაბამისად პირველნი მკურნალობაში უპირატესობას ანიჭებენ ფსიქოთერაპიას, ხოლო მეორენი – ფარმაცოთერაპიას. ამასთანავე, არიან ექიმებიც, რომლებიც პატივს სცემენ როგორც ერთ, ისე მეორე მეთოდს, მაგრამ მათ არ ჰყოფნიან სათანადო ცოდნა, რათა შეათავსონ ეს ორი მეთოდი. ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ძნელია იპოვოთ მონაცემები აღნიშნულის შესახებ, ან დაავადების რომელ სტადიაშია ნაჩვენები ფსიქოთერაპია და როდის უნდა იქნას დანიშნული მკურნალობა ფსიქოტროპული მედიკამენტებით. ასეთი მდგომარეობა ნაწილობრივ აიხსნება ფსიქიკური მოქმედების მთლიანი სრულყოფილი თეორიის არარსებობით, რომელიც დაადგენდა თავის ტვინის ბიოქიმიური მექანიზმების აშლის კავშირს ფსიქოლოგიურ კონფლიქტებთან და ქცევის ანომალიებთან. არ არსებობს გამოკვეთილი კონცეფცია, რომელიც ხაზს გაუსვამდა ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან (ფსიქოგენეტიკურ და ფსიქოდინამიკურ) ფსიქიკურ აშლილობათა ურთიერთობის თავისებურებებს. დღემდე არ არის სრულყოფილად გააზრებული თეორია, რომელიც განსაზღვრავდა ფსიქიკური აშლილობის პათოგენეზში

სომატური (გენეტიკური, ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური) მექანიზმების ჭეშმარიტ როლს. ჩვეულებრივ, ეს მექანიზმები ჯერ კიდევ განიხილებიან, როგორც ერთმანეთის გამომრიცხავი, ერთმანეთთან მიუღებელი მექანიზმები. აქედან გამომდინარეობს მცდარი წარმოდგენა ფსიქოთერაპიული და ფარმაკოთერაპიული მეთოდების შეუთავსებლობაზე. კლინიკური გამოცდილება კი გვკარნახობს, რომ ფსიქოფარმაკოლოგია და სხვა სახის სომატური მკურნალობის მეთოდი შესაძლებელია წარმატებით გამოვიყენოთ ფსიქოგენური დაავადებების სამკურნალოდ, ხოლო ფსიქოთერაპია – შესაბამისად სომატური დაავადებების დროს. მაგ.: ქლორპრომაზინი ეფექტური აღმოჩნდა მაიმუნებში, რომელთაც ქცევები ჰქონდათ აშლილი ფსიქოლოგიური სტრესის ზემოქმედებით (33).

ზოგად თერაპიაში გავრცელებულია შეხედულება, რომ ფარმაკოთერაპია უნდა იყოს ეთიოლოგიური, ე.ი. მიმართული დაავადების გამომწვევი მიზეზის კორექტირებისადმი. ყველა სხვა მეთოდი მიჩნეულია სიმპტომურად, პალიატიურად და ზოგჯერ საზიანოდაც. ეს მაშინ, როდესაც სამკურნალო მეთოდებისა და საშუალებათა დიდი უმრავლესობა და თვით ქირურგიული ჩარევაც კი არ არის ზუსტად ეთიოლოგიური.

ფსიქიკურ დაავადებათა უმეტესობა: შიზოფრენია, დეპრესია, ფსიქოპათია, ნევროზების ნაწილი და ა.შ. მეტად რთული და დაუზუსტებელი ეთიოლოგიის მქონე დაავადებებია. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ძნელია იმის გამოყოფა, თუ რა არის წამყვანი დაავადების გენეზისში: კონსტიტუციური, ფსიქოგენური თუ მაპროვოცირებელი ფაქტორი. ამის გამო, მკურნალობის ძირითადი მიზანია, პირველ რიგში, დაავადების ნიშნების რედუცირება ან სრული ლიკვიდირება, რომ შემდეგ მივმართოთ რეაბილიტაციურ, აღდგენით ღონისძიებებს და რეციდივის პროფილაქტიკას. რა თქმა უნდა, ეს არ გამორიცხავს კაზუისტური თერაპიის მეთოდების შემუშავების ძიებას.

ფსიქიატრიაში, ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდებით მკურნალობისადმი უპირატესობის მინიჭებამ, გარკვეულად უკანა პლანზე გადასწია მკურნალი ექიმისა და პაციენტის მჭიდრო თანამშრომლობის აუცილებლობა. ავადმყოფი სტაციონარში უფრო მჭიდროდ უკავშირდება საშუალო სამედიცინო პერსონალს, სოციალურ მუშაკს ან ფსიქოლოგს, რაც უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის საბოლოო შედეგზე, პიროვნების სოციალური სტატუსის აღდგენა-კომპენსირებაზე და აუცილებელს ხდის, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ფსიქოთერაპიისა და ფარმაკოთერაპიის ინტეგრირებას. უმართებულოდ უნდა მივიჩნიოთ ფსიქოფარმაკოლოგების ტენდენცია, ფსიქოტროპული ზემოქმედების პროცესში აღიარონ სხვა ფაქტორებთან ერთად ავადმყოფის პიროვნების, თერაპიული სიტუაციისა და გარემოს როლი. ამასთანავე, აღნიშნულ ფაქტორებს უნდა მიაკუთვნონ არა გადაამწყვეტი, მეორე ხარისხოვანი როლი

იმ თვალსაზრისით, რომ ფსიქოტროპული პრეპარატების ფარმაკოლოგიურ მოქმედებაზე ეს ფაქტორები არ ახდენენ არსებით ზეგავლენას თუ კი მათ შესაფერის დოზებში გამოვიყენებთ.

დადგენილია, რომ სამკურნალო პრეპარატის თერაპიული ეფექტი დიდად არის დამოკიდებული პაციენტის განწყობაზე ამ პრეპარატის მიმართ (34). მაგ.: პაციენტის დიაზეპამთან დამოკიდებულების შემთხვევაში აღმოჩნდა, რომ იქ სადაც კონფორმულობის დონე მაღალია, თერაპიული ეფექტი იყო მაღალი, ხოლო დაბალი კონფორმულობის დროს, “პლაცებო” ეფექტთან შედარებით, დიაზეპამის ეფექტიც დაბალი იყო. კატამნეზური მონაცემებით, ეს თანაფარდობა არ შეცვლილა მკურნალობის ჩათავებიდან 4 თვის შემდეგაც და შეინარჩუნა თავისი სახე, განსაკუთრებით შფოთვის, დეპრესიის და ფსიქოსომატური აშლილობის დროს. ამ შემთხვევებში, კონფორმულობის კატეგორია შეფასებულია უნარით “დედებითად აითვისონ გარკვეული სოციალური ხასიათის მსჯელობა და გაიზიარონ იგი”.

მკურნალობის პროცესში და მის წარმატებით გატარებაში დიდი ყურადღება ექცევა მკურნალი ექიმის პიროვნულ, კერძოდ მის ხასიათობრივ თავისებურებას და გუნებ-განწყობას (31). ის მკურნალი ექიმი, რომელიც ფსიქოთერაპიული ფაქტორის გათვალისწინების გარეშე, ფორმალური ქცევებით გამოირჩევა, უმაღვე კარგავს ნდობას ავადმყოფებში, რომლებიც მალე ანებებენ თავს მის მიერ დანიშნული წამლების მიღებას, ან მიმართავენ სხვა ექიმს. ფსიქიატრი და ყველა სხვა დარგის მკურნალი ექიმი, რომელიც ხშირად ესაუბრება პაციენტს, ავლენს დაინტერესების უფრო მაღალ საფეხურს, ხშირად არის პაციენტთან კონტაქტში და ამყარებს მასთან ემოციურ კავშირს ანუ სიმპათიას, თერაპიული ეფექტიც არ დააყოვნებს და იქნება უფრო მაღალი ხარისხის.

კლინიკური გამოცდილება გვკარნახობს, რომ ერთი და იგივე ფსიქოტროპული პრეპარატი, ერთგვარი სიმპტომების მქონე, ერთი ასაკის, სქესის და დაავადების სტაჟის მქონე ავადმყოფებში, დაახლოებით ერთი და იმავე სადღეღამისო დოზებში, სხვა და სხვა განყოფილებებში იძლევიან განსხვავებულ თერაპიულ ეფექტს. ეფექტის ხარისხში, არა იშვიათად, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პიროვნების პრემორბიდული პიროვნული სტრუქტურის და ინდივიდუალური მეტაბოლიტური პროცესების თავისებურებანი, რომელნიც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული ფსიქოტროპული მოქმედების სპექტრისა და სადღეღამისო, რაციონალური დოზების სიდიდის განსაზღვრის დროს.

ფსიქოტროპული პრეპარატებით მკურნალობის დროს, ფსიქიკური მდგომარეობის დინამიკაზე გავლენას ახდენს თვით აქტიური ნივთიერების გარდა რიგი

ექსტრაფარმაკოლოგიური ფაქტორი: ავადმყოფის სქესი, ასაკი, ეთნიკური თავისებურება, სოციალური და ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დაავადების განვითარების სტადია, ეტაპი, მანამდე ჩატარებული მკურნალობის თავისებურება, დაავადების სიმპტომური პროფილი, ნოზოლოგიური დიაგნოზი, მკურნალ ექიმთან კონტაქტის სიხშირე და მათ შორის ურთიერთობის თავისებურებანი, დაავადების სპონტანური მიმდინარეობისადმი მიდრეკილება, ავადმყოფის პიროვნების სტრუქტურა, სხვადასხვა ბიოლოგიური ფაქტორი (მაგ. კვება და ა.შ.), პაციენტის დამოკიდებულება მედიკამენტისადმი, “პლაცებო“-ეფექტისადმი მიდრეკილების ხარისხი და ა.შ. ჩამოთვლილი პარამეტრების პრედიქტორულ ღირებულებათა განსაზღვრა დაკავშირებულია მთელ რიგ სიმძნელებთან, ამიტომ, ამ თვალსაზრისით, უკვე ჩატარებული გამოკვლევები, ხასიათდება მთელი რიგი უზუსტობებითა და ურთიერთ გამომრიცხავი ფაქტორებით. ზოგი ამ ფაქტორთაგანი ზეგავლენას ახდენს მედიკამენტის ფსიქოტროპულ აქტივობაზე და ზოგიც “პლაცებო” ფაქტორზე.

ენდოგენურ დაავადებათა მკურნალობაში, ფსიქოთერაპია, რა თქმა უნდა არ არის კაუზალური და ალბათ ვერც შეძლებს ავადმყოფის მორჩენას (24). აქ ალბათ გადამწყვეტია ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომელთაც აქვთ უნარი მოახდინონ პროდუქციული სიმპტომების (ფსიქომოტორული აგზნება, სტუპორი, ბოდვები, ჰალუცინაციები, ფსიქიკური ავტომატიზმი და ა.შ.) რედუცირება და ფსიქოზის ავადმყოფისგან დისტანცირება, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს ავადმყოფის კონტაქტს ექიმთან, ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების გაუმჯობესებას და გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი ავადმყოფის ინტეგრირებას. ამ თვალსაზრისით, ფარმაკოთერაპია გამოდის, თითქოსდა, ფსიქოთერაპიის დამხმარე საშუალების როლში, მაგრამ არსებითად, რა თქმა უნდა ასე არ არის. ფსიქოფარმაკოლოგიამ, რომელმაც მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში ძირითადი სამკურნალო მეთოდის ადგილი დაიკავა, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ენდოგენურ დაავადებათა პროგნოზი. ამასთან ერთად, წამოიჭრა “ექიმისა და ავადმყოფის” ურთიერთდამოკიდებულების პრობლემები, რომელთა შორის, ზემოთ მითითებულის გარდა, დადგა საკითხი, ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობისათვის ერთ ერთი დამახასიათებელი და აუცილებელი მოთხოვნის, შედარებით ხანგრძლივი და რაციონალური დოზებით მიღების აუცილებლობის, ხშირ შემთხვევაში შეუსრულებლობა. როგორც ირკვევა, ფსიქიკურ ავადმყოფთა ნახევარი ამბულატორიულად და დაახლოებით ერთი მეოთხედი სტაციონარში არ ასრულებს მკურნალი ექიმის დანიშნულებას. ეს ფაქტი იწვევს ექიმის უკმაყოფილებას, ხოლო პაციენტი ირჩევს მისთვის კომფორტულ და, მისი აზრით, უფრო ეფექტურ მოდიფიკაციას, მკურნალობის კურსის უფრო რაციონალურ სქემას. მსგავს სიტუაციაში ექიმის მიერ შემუშავებული სქემისა და ფსიქოტროპული მოქმედების სპექტრის მედიკამენტის გამოყენებით უზრუნველყოფილი ეფექტით

გამოწვეული აღტაცება, არა იშვიათად, იცვლება იმედის გაცრუებით, როდესაც იგი შეიტყობს, რომ მისი პაციენტი სისტემატურად არღვევდა ექიმის დანიშნულებას, რეგულარულად არ იღებდა გამოწერილ მედიკამენტებს, ამიტომ იგი იძულებული ხდება დააწესოს კონტროლი წამლების დანიშნულებისამებრ მიღების შესრულებაზე და მოზრდილ ავადმყოფს მოექცეს ისე, როგორც არასრულწლოვანს. შექმნილი სიტუაცია ხშირად განაპირობებს პაციენტსა და მკურნალ ექიმს შორის “ხელისუფლებისათვის” ფარული ბრძოლის დაწყებას. მათ შორის, ურთიერთთანამშრომლობის დამყარების ნაცვლად, იწყება კონფრონტაცია, რაც უეჭველად გამოიწვევს მკურნალობის საბოლოო ეფექტის გაუარესებას.

ექიმის მიერ პაციენტისათვის გამოწერილ და დანიშნულ ფსიქოტროპულ მედიკამენტს შეიძლება ჰქონდეს სრულიად სხვა და სხვა მიზანი (32). იმ შემთხვევაში, თუ ფსიქოტროპული მედიკამენტი დაენიშნა პაციენტს ფსიქოთერაპიის ან სოციოთერაპიის კატალიზირების მიზნით, მაშინ მკურნალმა ექიმმა აუცილებლად უნდა მიაღწიოს პაციენტის შეგნებულ დამოკიდებულებას დანიშნული მედიკამენტის მიმართ. შეგნებულ პაციენტს, ამ შემთხვევაში აკმაყოფილებს მინიმალური გამხნევება ისე, რომ არ შეილახოს მისი ღირსების გრძნობა და ჯანმრთელობისადმი პასუხისმგებლობის ფარგლები. ამ შემთხვევაში პაციენტის დამოკიდებულება შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი: ზოგჯერ იგი მაქსიმალურად დაემორჩილება ექიმის რჩევას, ზოგი ასე თუ ისე დაუჯერებს და ზოგი კვლავ აქტიურად გაუწევს წინააღმდეგობას. აქტიური წინააღმდეგობის საფუძველი უფრო ხშირად არის მკურნალობისადმი ბოღვითი დამოკიდებულება. იქ, სადაც პაციენტი ზედმიწევნით გულდასმით დაემორჩილება დანიშნულებას, რადგან კარგად აქვს შეგნებული საკუთარი არასრულღირებულოვანების განცდა, ექიმს მართებს გარკვეული სიფრთხილე სადღეღამისო დოზების ზრდაში, რადგან არ არის გამორიცხული, რომ ხელი შეეწყოს ფსიქოტროპული მედიკამენტებისადმი მიჩვევისა და მათი ჭარბი მოხმარებისადმი ლტოლვის განვითარებას.

ზოგი ავადმყოფი თავს არიდებს წამლების მიღებას, რადგან უჩნდება შიში, რომ მისი საერთო მდგომარეობა შეიძლება შეიცვალოს და გაუარესდეს. იგი უკვე ასე თუ ისე შეეჩვია თავის განცდებს ან შეგრძნებებს და აშინებს ის გარემოება, რომ ხომ არ გადაიყვანს წამლების მიღება სხვაგვარ, მისთვის უჩვეულო მდგომარეობაში? ამგვარი პაციენტი ცდილობს დააჯეროს ექიმი, რომ იგი განუხრელად იღებს დანიშნულებას, ექიმს კი უკვირს, თუ რატომ ვერ იღებს სასურველ ეფექტს. სწორედ ამიტომ აწუხებს იგი ექიმს ხშირი მიმართვებით, სინამდვილეში კი ესწრაფვის, რომ ჰქონდეს ექიმთან ხშირი კონტაქტი, მაგრამ სასაუბროდ და გასამხნეველად, და არა წამლის მეშვეობით.

არჩევნ მედიკამენტისადმი ავადმყოფის უარყოფითი დამოკიდებულების პირველად და მეორად სახესხვაობებს. მეორადი წინააღმდეგობა ხშირად გამომდინარეობს ფსიქოტროპულად აქტიური მედიკამენტებისათვის დამახასიათებელი თანამოვლენებისა და გართულებებისგან, რომლებიც ზოგჯერ ძნელად ასატანია ავადმყოფისათვის და ხელს უწყობს ნეგატიური განწყობის გამომუშავებას. რაც შეეხება პირველად წინააღმდეგობას, იგი უპირატესად პიროვნული თავისებურებებიდან და მკურნალობისადმი ზერელე, დილექტანტური დამოკიდებულებიდან გამომდინარეობს. ზოგჯერ ავადმყოფს ახასიათებს ე.წ. “ფსევდორაციონალური განსჯა”, მაგ.: “ყველა წამალი საწამლავია”, “მე თვითონ შემიძლია გავართვა თავი ჩემს სიმნელებს უწამლოდ” და ა.შ. ზოგჯერ დანიშნული წამლის მიღებას სწყვეტენ და უარს ამბობენ მკურნალობაზე იმ მიზეზით, რომ “ვიღაცამ ურჩია არ დალიოს ქიმიური წამალი” ან “სადღაც ამოიკითხა ინსტრუქციაში, რომ ეს წამალი ზოგჯერ იძლევა სხვა და სხვა თანამოვლენებს ან გართულებებს და შეეშინდა”. უფრო ხშირია შემთხვევები, როდესაც წამლებს, კურსობრივი გრაფიკის დაცვის ნაცვლად იღებენ ეპიზოდურად (“როცა ცუდად ვარ მაშინ ვიღებ”). არაიშვიათად ზოგიერთი პაციენტი მიმართავს ე.წ. “პოლიპრაგმაზიას” – აქტიურად უარყოფს ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს, რადგან მიაჩნია, რომ თვითონ შესწევს უნარი მოირჩინოს თავი: დიეტით, ყავის ხშირი სმით ან სხვა ჰომეოპათიური მეთოდებით და ბალახებით.

ექიმის მიერ დანიშნული სამკურნალო კურსი პაციენტმა შეიძლება ნაადრევად შეწყვიტოს უცოდინარობის გამო. ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზემოქმედებით მიღებული თერაპიული ეფექტი ხშირად საჭიროებს ე.წ. გამამტკიცებელი მკურნალობის ჩატარებას, რის შესახებაც ექიმმა თავის დროზე არ განუმარტა პაციენტს, პაციენტმა კი არ იცოდა. სხვა შემთხვევაში პაციენტმა არ იცის, რომ მდგომარეობის გაუმჯობესება ხდება თანდათანობით და რადგან ექიმის მიერ დანიშნულმა წამლებმა ვერ უზრუნველყო სწრაფი და მაქსიმალური ეფექტი, ჩათვალა, რომ ეს წამალი მას არ მოუხდა და ამის გამო შეწყვიტა მისი მიღება. აუცილებელია, რომ ავადმყოფმა ექიმისგან მკურნალობის დასაწყისშივე მიიღოს სათანადო, დასაშვები ინფორმაცია მის მიერ დანიშნული მედიკამენტისგან თერაპიული ეფექტის თანდათანობით განვითარებისა და მკურნალობის პროცესში მოსალოდნელი თანამოვლენების შესაძლო განვითარების შესახებ.

ზოგჯერ წამლის მიღებაზე უარის თქმის საბაზია მკურნალობის დროს, ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით პოზიტიურ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენტარედუცირებასთან ერთად, გარკვეული “დემობილიზაციის” განვითარება: სიმხნევის, ენერჯის, გრძნობათა სიცხოველის დაქვეითების, ყურადღების გაფანტვის ან მიყრუების განცდა. ამ შემთხვევაშიც აუცილებელია ავადმყოფზე ახსნა-განმარტებითი ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების გატარება.

პაციენტსა და წამალს შორის ურთიერთობაში, ზემოთ მოყვანილის საწინააღმდეგოდ, ზოგჯერ პირიქით არის პოზიტიური დამოკიდებულება, როდესაც ავადმყოფი თვითნებურად ზრდის ექიმის მიერ დანიშნულ დოზებს, ან აგრძელებს დიდი ხნის წინ მოხსნილი დანიშნულების მიღებას. ამ გზით ზოგიერთი პაციენტი ზრდის დოზებს იმდენად, რომ შეიძლება დაიბადოს ექვი სუიციდური ტენდენციის არსებობის მიმართ, სინამდვილეში კი პაციენტს ჰქონდა წამლისმიერი ეფექტის დაჩქარების მიზანი. მსგავსი შემთხვევები ხშირად ავლენენ არასრულღირებულოვან, ინფანტილურ ნიშნებს, როდესაც პაციენტს ექიმი მიაჩნია მხოლოდ წამლით მომმარაგებელ სუბიექტად. ცხადია, მსგავსი თვითნებობისგან შეიძლება განვითარდეს ფსიქოტროპული მედიკამენტებისადმი მიჩვევის სხვა და სხვა გვარი საფეხურები, დაწყებული ე.წ. “სამკურნალწამლო” სტერეოტიპით და დამთავრებული მედიკამენტებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების სინდრომის ანუ ე.წ. “მცირე ნარკომანიის” სახით. აქვე, არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ მსგავსი მდგომარეობა არსებითად განსხვავდება ტიპური ტოქსიკომანიისგან, ვინაიდან განპირობებულია შიშით და შფოთვით, რადგან არ იციან თუ რა დაემართებათ წამლის შეწყვეტის შემდეგ. ხშირად ამ კატეგორიის ავადმყოფები აღნიშნავენ: “მკურნალობას ვაგრძელებდი, რადგან მეშინოდა, რომ უწამლოდ ვეღარ დავიძინებდი, ვერ ვიაზროვნებდი, ვერ ვიმუშავებდი” და ა.შ.

წამლისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება შეიძლება განპირობებული იყოს მისი ფორმის ან ორგანიზმში მისი შეყვანის გზების თავისებურებით. პერორალური მიღების დროს, პაციენტზე ზემოქმედებას ახდენს სრულიად სხვა და სხვა გაუცნობიერებელი ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ფაქტორები, დაკავშირებული კვებასთან და კვების ქცევის სახეებთან. დიდი მნიშვნელობა აქვს: წამლის გარეგნულ სახეს (ტაბლეტია, დრაჟე, თუ კაფსულა), მის ფერს, გემოს, სუნს, სილამაზეს (თუ რამდენად მოაგონებს იგი პაციენტს რომელიმე სასუსნავს). ავადმყოფებში უფრო პოპულარულია სხვა და სხვა ელიქსირები, სიროფები, წვენები, ნახარშები და მიქსტურები. ზოგიერთი მათგანი ავადმყოფს მოაგონებს ბავშვობაში დედის ან ბებულის მიერ მიწოდებულ ტკბილეულს. ზოგი ავადმყოფი საერთოდ ვერ იტანს ფერად ტაბლეტს იმ მოტივით, რომ “ასეთი ყვითელი ტაბლეტით გაემგზავრა იმ ქვეყნად მისი ახლობელი”. ამ შემთხვევაში, თუ იგივე წამალს სხვა ფერში დამზადებულს მივცემთ, ავადმყოფზე უფრო ეფექტურად იმოქმედებს.

წამლის პარენტერალური გზით მიღების დანიშვნის დროს, ზოგიერთი “უკრიტიკო” ავადმყოფი წინააღმდეგია კუნთებში ინექციით შეყვანის, რადგან ამ პროცედურას აღიქვამს როგორც დასჯას. რაც შეეხება ინტრავენურ ინექციას, ზოგისთვის ეს ნიშნავს დაავადების სიმძიმის დადასტურებას, რაც მოითხოვს სასწრაფო და ენერგიულ სამკურნალო ზემოქმედებას.

ამრიგად, ავადმყოფის დამოკიდებულება მედიკამენტური მკურნალობისადმი იქმნება სამი ძირითადი ელემენტისგან:

1. ავადმყოფის პიროვნული თავისებურება, როგორც პრემორბიდში, ისე დაავადების მოცემულ სტადიაზე;
2. პრეპარატის ფარმაკოდინამიკური პროფილი;
3. მკურნალ ექიმსა და პაციენტს შორის დამოკიდებულება, ანუ ნდობის ფაქტორი.

აღნიშნულ ფაქტორებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვთ პიროვნების სტრუქტურასა და დაავადების სინდრომულ პროფილთან. ასე მაგალითად, ფსიქასთენიური პიროვნებები და აკვიატებული ნევროზით დაავადებულნი მთლიანად ამყარებენ იმედს არა მარტო მკურნალ ექიმზე და მის გამოწერილ წამალზე, არამედ თავის ახლობლებზეც და ნათესავებზეც, რომელთაც ენდობიან, მიუხედავად იმისა არიან თუ არა ისინი კომპეტეტური თერაპიის საკითხში. ფსიქიკური პროცესების ინერტულობის გამო, ისინი ძნელად ეგუებიან წამლის სახეობის შეცვლას და ზედმეტი პუნქტუალობით ასრულებენ ექიმის დანიშნულებას. სამწუხაროდ, ამის მიუხედავად, ბოლო პერიოდამდე ასეთი დაავადება გამოირჩეოდა მედიკამენტების მიმართ მყარი რეზისტენტობით, მაგრამ ფსიქოფარმაკოლოგიის კვლევის როგორც კლინიკურმა, ისე ბიოლოგიურმა მონაცემებმა, დასახა დიდი პერსპექტივები ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების განვითარების პათობიოლოგიური მექანიზმების დაზუსტებისა და მიზანმიმართული მკურნალობის თვალსაზრისით.

ისტერიული წრის პიროვნებანი, ნევროზული აშლილობის დროს, ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიმართ ავლენენ არამყარ და მოულოდნელ დამოკიდებულებას. ზოგი იმდენად სიამოვნებით იღებს ამ ტიპის წამლებს, რომ ავლენს რისკს განავითაროს ამ მედიკამენტებზე ფსიქოლოგიური დაქვემდებარების რეაქცია. ზოგი პირიქით, ავლენს გაუმართლებელ, ზერელე დამოკიდებულებას. ისთერიული პიროვნებებისათვის დამახასიათებელი ინფანტილობით შეიძლება აიხსნას ზოგიერთი ავადმყოფის მიმართვა ექიმისადმი: “თუ დავლევ შენს მიერ დანიშნულ წამალს, ხომ მომცემ ტელევიზორის ყურების ნებას?” და ა.შ.

დეპრესიული აშლილობის დროს, თუ სახეზეა თვითბრალდებისა და თვითდანაშაულის ბოდვითი იდეები, ისინი წამლის მიღებაზე აცხადებენ უარს, რადგან მიაჩნიათ, რომ მათ დაიმსახურეს ტანჯვა და არ სურთ მორჩენის მიზნით მიიღონ ექიმის დანიშნულება. ზოგჯერ არ არის გამორიცხული, წამლების მიღება თვითმკვლელობის მიზნითაც. დეპრესიული ავადმყოფი, რომელიც მაინც თანხმდება ანტიდეპრესიული პრეპარატის მიღებაზე, მიზანდასახულად უარყოფს ობიექტურად უკვე დაწყებულ

გაუმჯობესებას, რაც ცხადია ართულებს ჯანმრთელობის დინამიკურ შეფასებას და მედიკამენტური ზემოქმედების შემდგომი ნაბიჯების გათვლას.

ყველაზე ძნელი და რთულია ექიმის მიერ შიზოფრენიით, განსაკუთრებით მისი ბოდვითი ფორმებით, დაავადებული პაციენტის ნდობის მოპოვება და მათი ურთიერთობის კოოპერირება. ამ შემთხვევებში, მათ შორის პიროვნული კონტაქტი ხშირად წყდება მანამ, სანამ მკურნალობა მოგვცემს დადებით თერაპიულ ეფექტს. მსგავსი ავადმყოფები ავლენენ მიდრეკილებას ყოველგვარი უსიამოვნო შეგრძნების ან განცდების მიზეზი ეძებონ გარემოში, საკვებში, სასმელში, ჰაერში ან სამკურნალო საშუალებებში. აქ ხშირად გადამწყვეტ როლს თამაშობს ფსიქოტროპული პრეპარატებისათვის დამახასიათებელი თანამოვლენები, რომლებიც ხდებიან ბოდვითი ინტერპრეტაციის საფუძველნი და ამიტომ კატეგორიულად წყვეტენ დანიშნული მედიკამენტის მიღებას. აღნიშნული გარემოება აიძულებს ავადმყოფის პატრონს, აუცილებელი მედიკამენტი მისცეს მალულად, საკვებში ან სასმელში შერეული. შიზოფრენიის ზოგიერთი სხვა ფორმით დაავადებული ავადმყოფები მედიკამენტების მიღებაზე უარს არ ამბობენ, მაგრამ ფენოთიაზინის ნაწარმ ნეიროლეფსიურ პრეპარატებზე უკეთ რეაგირებენ “პლაცებო“-თერაპიაზე. ასეთი ავადმყოფები ავლენენ გარკვეული რეგისტრის კრიტიკას და კარგად ესმით, რომ თუ შეწყვეტენ მედიკამენტებით გამამტკიცებელ მკურნალობას, რომელიც ზოგჯერ “პლაცებო-ფაქტორს” უახლოვდება, შესაძლებელია განვითარდეს დაავადების რეციდივი, ამიტომ კეთილსინდისიერად ასრულებენ ექიმის დანიშნულებას.

არსებობენ ავადმყოფები, რომლებიც საერთოდ ცუდად იტანენ წამლებს, ამ შემთხვევაში მედიკამენტისა და პაციენტის ურთიერთობა უნდა განვსაზღვროთ მკურნალობის დანიშვნამდე. იქ, სადაც გვაქვს წამლისადმი იდიოსინკრაზია, ან ეს წამალი შეიძლება გახდეს ავადმყოფისათვის პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი, უმჯობესია იგი სულ არ დავნიშნოთ.

ნეიროლეფსიური პრეპარატებით მკურნალობა ხშირად ტარდება არა დიფერენცირებულად და ხანგრძლივად. თერაპიული რეზისტენტობის დროს უკიდურესად ზრდიან სადღეღამისო დოზას. პაციენტები ამ პრეპარატებს იღებენ არა მარტო სტაციონარში, არამედ ამბულატორიულადაც, რეციდივის პროფილაქტიკის მიზნით. საავადმყოფოდან გაწერილი ავადმყოფი ხშირად მალავს სტაციონირების ფაქტს. სამუშაო საათებში დანიშნული მედიკამენტის მიღება მათ უქმნის გარკვეულ უხერხულობას, რის გამოც იძულებულნი ხდებიან თავი აარიდონ წამლის მიღებას, რაც განაპირობებს რეციდივის საშიშროებას. ამ უხერხულობისთვის თავის ასარიდებლად, უმჯობესია პაციენტს ნეიროლეფსიური მედიკამენტი დაუნიშნოთ დღის განმავლობაში ორჯერ მისაღებად: დილით – სამუშაოზე წასვლამდე და საღამოს – ძილის წინ.

ავადმყოფთა ქცევა შესაძლებელია გაუკუღმართებული იქნას არა მარტო დაავადებით, არამედ სხვა და სხვა მაკრო და მიკრო სოციალური ფაქტორების ზემოქმედებით, ამიტომ ფსიქოფარმაკოლოგია ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს ჩვენთვის სასურველ თერაპიულ ეფექტს. ნუ დაგვავიწყდება, რომ ზოგჯერ რაც არ უნდა მაღლა ავწიოთ ნეიროლევსიური მედიკამენტის სადღეღამისო დოზა ან გამოვიყენოთ პოლიფსიქოფარმაკოთერაპია, ჩვენთვის დამაკმაყოფილებელ თერაპიულ ეფექტს მაინც ვერ მივიღებთ. მკურნალობის დანიშვნის დროს მედიკამენტური თერაპია არ უნდა გადავქციოთ რიტუალად, რაც დაამშვიდებს ექიმს, რომ მან უკვე შეასრულა მოვალეობა. როგორც მას ისე პაციენტის პატრონს შეუქმნის ცრუ გრძნობას, წამლის მიღების აუცილებლობაზე, რადგან იგი სწორად არის დანიშნული ექიმის მიერ, როგორც აუცილებელი ღონისძიება. ფსიქოფარმაკოთერაპია აბსოლუტურად ვერ ითმენს სტანდარტულ და უნიფიცირებულ მკურნალობის წესებს, იგი განსაკუთრებულ დიფერენცირებას და ინდივიდუალიზირებას მოითხოვს. ფსიქოტროპული სპექტრის მედიკამენტის დოზირების განსაზღვრა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა იყოს ინდივიდუალური. ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში, ესა თუ ის ფსიქოტროპული მედიკამენტი მზადდება დიფერენცირებულ დოზებში: 1, 1,5, 2, 5, 10, 20, 25, 50, 100, 200, 300 და ა.შ. მილიგრამიანი ტაბლეტების, კაფსულების ან ამპულების სახით. ამის შესახებ საჭიროა ინფორმირებული იქნას მკურნალი ექიმი და ეცადოს, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, რეგულარულად განსაზღვროს ოპტიმალური სადღეღამისო დოზა. ცხადია, ერთჯერადად ტაბლეტების დიდი რაოდენობით მიღება უარყოფითად განაწყოფს პაციენტს მედიკამენტისადმი (35).

ფსიქოფარმაკოთერაპიამ განაპირობა ტრადიციულ დაავადების ისტორიებში ზოგიერთი კორექტივის შეტანა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამა თუ იმ მედიკამენტზე ავადმყოფის ინდივიდუალური რეაქციის უნარს. ამისათვის ხშირად ივიწყებენ ე.წ. საცდელი დოზების გამოყენების პრაქტიკას, რომელიც გაგვარკვევს მედიკამენტზე პიროვნების ინდივიდუალური რეაგირების თავისებურებაში. მსგავსი ცდა შესაძლებელია გახდეს თავისებური ინდიკატორი, რომელიც გაარკვევს გენეტიკურ წინაგანწყობას გარკვეული ნეირო-ფსიქიკური აშლილობის მიმართ. მაგ.: ინდივიდუალური რეაქცია პრეპარატ ლ-დოფაზე აღმოაჩენს წინაგანწყობას განტინგტონის ქორეას მიმართ; ფსიქოსტიმულატორ ამფეტამინზე – შიზოფრენიის მიმართ; რეზერპინზე – დეპრესიის მიმართ და ა.შ. შემოქმედებით ინტერესს იმსახურებს, აგრეთვე, ფსიქიკური ავადმყოფების და მათი ახლობლების ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე რეაგირების თავისებურების შესწავლა. ცნობილია, რომ ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებზე და ფერმენტ მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორებზე, რესპონდერები და მათი ახლობლები რეაგირებენ დაახლოებით ერთნაირად. ამ თვალსაზრისით, ტრანკვილიზატორები და ნეიროლევსიური პრეპარატები დღემდე არ

არის შესწავლილი. კლინიკური გამოცდილებიდან ცნობილია, რომ აღნიშნული მედიკამენტები შიზოფრენიით დაავადებულთა ერთ ჯგუფზე მოქმედებს დადებითად, მეორეზე – არავითარ გაუმჯობესებას არ იძლევა, ხოლო მესამე ჯგუფის პაციენტები ცუდად ან უარყოფითად რეაგირებენ მათზე. რეაგირების მსგავსი ნაირსახეობა უეჭველად უნდა უკავშირდებოდეს ინდივიდუალურ მეტაბოლურ ნაირსახეობას და დაავადების ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებებს. ამ ნიუანსების დაზუსტებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის შედეგად მიღებული თერაპიული ეფექტის პერსპექტივის განსაზღვრაში.

ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, მკურნალობის საბოლოო ეფექტი შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთ ფაქტორებთან, როგორცაა: პრემორბიდში სოციალური ადაპტაციის თავისებურება, ინტელექტუალური განვითარების დონე და ა.შ. პრემორბიდში ცუდი ხარისხის სოციალური ადაპტაციის მქონე ავადმყოფებში დამახასიათებელია ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების უფრო შენელებული რედუცირება, ვიდრე კარგი ხარისხის ადაპტაციის მქონეებში, მაშინ, როდესაც ზოგი ავტორი ასეთ განსხვავებას ვერ ნახულობდა (30). ამის მიზეზი უნდა ვეძებოთ თვით ტერმინის “პრემორბიდული სოციალური ადაპტაცია”-ს დეფინიციაში. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა, აგრეთვე, პარანოიდული სინდრომის და პიროვნების პრემორბიდული თავისებურების ურთიერთობა. არსებობს შეხედულება, რომ თუ ავადმყოფი პრემორბიდში კარგი ხარისხის ადაპტაციით ხასიათდება, ვიდრე კარგად ადაპტირებული, მაგრამ “არა პარანოიდული” ავადმყოფები, შიზოფრენიის პარანოიდული სიმპტომები უფრო ადვილად ემორჩილება ნეიროლევსიური პრეპარატებით მკურნალობას. ეს ორი ძირითადი ფაქტორი: “პრემორბიდული ადაპტაციის დონე” და “პარანოიდულობა ერთმანეთთან მჭიდროდ არიან დაკავშირებული.

არსებობს ვარაუდი, რომ შესაძლებელია არსებობდეს შიზოფრენიის ორი ტიპი, განსხვავებული ერთმანეთისგან თავისი ანატომიურ-ბიოქიმიური თავისებურებით (25). ერთისათვის დამახასიათებელია პროდუქციული სიმპტომები, რის გამოც მისი საფუძველი უნდა ვეძებოთ დოფამინერგული რეცეპტორული სისტემის პათოლოგიაში, რადგან ამ შემთხვევაში ეფექტურია დოფამინურ რეცეპტორთა მახლოკირებელი ნეიროლევსიური მედიკამენტების გამოყენება. რაც შეეხება შიზოფრენიის მეორე ტიპს, შიზოფრენიის საფუძველი უნდა იყოს თავის ტვინის ლიმბურ სისტემაში მიმდინარე ორგანული ცვლილებები, რადგან მათ ახასიათებთ ძირითადად დეფიციტარული სიმპტომები და ნეიროლევსიურ მოქმედებაზე არ რეაგირებენ.

ნეიროლევსიური მედიკამენტები, თავიანთი ფარმაკოლოგიური მოქმედების თავისებურებით, პირობითად იყოფიან ე.წ. “ტიპიურ და ატიპიურ” ფორმებად. ტიპიური

მოქმედების ნეიროლევსიური მედიკამენტები მოქმედებენ დიფუზურად, თავის ტვინის მეზოლიმბურ და ნიგროსტრიალურ სისტემებზე. სწორედ ნიგროსტრიალური სისტემის დოფამინერგულ რეცეპტორებზე ზემოქმედებით არის გამოწვეული მათთვის დამახასიათებელი ექსტრაპირამიდული თანამოვლენებისა და ე.წ. დაგვიანებული დისკინეზიის განვითარება. რაც შეეხება ატიპიურ ნეიროლევსიურ მედიკამენტებს (კლოზეპინ-ლეპონექსი, ბენზამიდის ნაწარმები: სულპირიდი, სულტოპრიდი, რემოქსოპრიდი, სოლიანი და ა.შ.), ისინი ახდენენ ზემოქმედებას მხოლოდ მეზოლიმბურ სისტემაზე, ამიტომ არ აწვითარებენ ექსტრაპირამიდულ თანამოვლენებს. ყველა სხვა ნეიროლევსიური მედიკამენტი არსებითად არ განსხვავდება ტიპიურისაგან თავისი ფსიქოტროპული მოქმედებით და განსხვავება შეიძლება იყოს მხოლოდ ფსიქოსედაციური აქტივობის ზედმეტ ან ნაკლებ გამოვლინებაში.

კლინიცისტებისთვის ცნობილია, რომ არა მარტო ნეგატიური, არამედ პოზიტიური შიზოფორმული სიმპტომებიც ავლენენ რეზისტენტობას ნეიროლევსიური მედიკამენტების მიმართ. ჩვენ ამ პრობლემას დეტალურად ცალკე განვიხილავთ, მაგრამ ზოგადად უნდა მივუთითოთ, რომ ნეიროლევსიური მკურნალობის ინტენსივობაზე შესაძლებელია ზეგავლენა მოახდინოს სხვა ქიმიური სტრუქტურის ფსიქოტროპული პრეპარატების კომბინირებამ. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა ლითიუმის მარილები. როგორც ირკვევა, ისინი ახდენენ ზეგავლენას არა მარტო შიზოფრენიის სტრუქტურაში არსებულ აფექტურ პათოლოგიაზე, არამედ აგრეთვე აძლიერებენ ნეიროდინამიკურ პროცესთა რეაქტიულობას, იქ სადაც აღინიშნება ნეიროლევსიურ ზემოქმედებაზე სუსტი რეაგირების უნარი. ამგვარ შემთხვევებში რეკომენდებულია ნეიროლევსიური მედიკამენტების ინტენსიფიცირება სხვა და სხვა ჯგუფის მედიკამენტებით (ლითიუმი, კარბამაზეპინი, ნოტროპები, ბეტა ადრენობლოკატორები და სხვა) და არამედიკამენტური მეთოდებით, როგორცაა: ელექტროშოკი, თავის ტვინის ელექტროსტიმულაცია, ლაზეროთერაპია, ჩვენციუთერაპია და ა.შ. (4,5).

ავტორთა გარკვეული ნაწილი უპირატესობას ანიჭებს ფსიქოტროპული პრეპარატებით მონოთერაპიას არა მარტო შიზოფრენიის, არამედ აფექტური აშლილობებისა და ნევროზული დონის დაავადებათა სამკურნალოდაც, რადგან მიიჩნევენ, რომ შიზომორფული სიმპტომები უნდა იყოს ერთიანი პროცესუალური დაავადების ზოგადი გამოვლინება. ისევე როგორც, დეპრესიის შემთხვევაში ძილის დარღვევა დეპრესიის გამოვლინებად მიიჩნევა და თუ ანტიდეპრესიული მკურნალობით დეპრესია მოიხსნება, ძილის დარღვევაც გამოსწორდება. არ შეიძლება არ დავეთანხმოდ ამ ავტორებს, რომ მსგავსი მონოთერაპიით ზოგჯერ ხდება დაავადების პოლიმორფული სიმპტომების რედუცირება. საკამათო არ არის, რომ ანქსიოლიზური მოქმედების ბენზოდიაზეპინის ნაწარმებმა მთლიანად გახადა უმიზნო ბარბიტურატების, როგორც საძილე საშუალებათა გამოყენების აუცილებლობა. ამასთან

ერთად ისმება სრულიად მართებული კითხვა, რომ განა ყოველთვის არის საკმარისი მონოთერაპია სრულყოფილი თერაპიული ეფექტის მისაღებად? რა თქმა უნდა არა. საკმაოდ ხშირად, სასურველი თერაპიული ეფექტის მისაღებად, იძულებული ვართ მეტად მაღალ დოზებში, ხანგრძლივად ვიხმართ ესა თუ ის ფსიქოტროპული მედიკამენტი, რასაც მოსდევს მთელი რიგი თანამოვლენები და გართულებანი. სწორედ ამიტომ, ავტორთა დიდი ნაწილი, რომელთაც ჩვენც ვუერთდებით, უპირატესობას აძლევს კომბინირ მკურნალობას, სხვა და სხვა მაპოტენცირებელი მედიკამენტების რაციონალური დოზით თერაპიული ეფექტის გაუმჯობესებას (5). სრულიად გამართლებულად მიგვაჩნია მშფოთვარე დეპრესიის სამკურნალოდ ანტიდეპრესიული მედიკამენტის კომბინირება ანქსიოლიზურ ტრანკვილიზატორებთან. მითუმეტეს, რომ მათ შორის არ აღმოჩნდა ბარბიტურატებისათვის დამახასიათებელი მეტაბოლიზური ინტეგრაცია, რომლებიც ამცირებენ სისხლის პლაზმაში ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების და ბენზოდიაცეპინის ნაწარმთა ნახევრად დაშლის პერიოდს.

დეპრესიის გენეზისში, ნორადრენერგული მექანიზმების როლიდან გამომდინარეობს დებულება, რომ ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულატორები აღჭურვილნი არიან იმავე აქტივობით, რაც ანტიდეპრესანტებისათვის არის დამახასიათებელი, მაგრამ ამ რეცეპტორთა ბლოკატორები ავლენენ გარკვეულ ანტაგონიზმს ანტიდეპრესანტების მიმართ. ამიტომ დეპრესიის მკურნალობაში პრობლემატური გახდა ბეტა-ადრენობლოკატორების გამოყენება, გამოითქვა ეჭვი, რომ ხომ მარ გააძლიერებდნენ ეს პრეპარატები დეპრესიას? საკითხის ამგვარი თეორიული დასმა კლინიკური გამოცდილებით არ დადასტურდა. ბეტა-ადრენორეცეპტორების ბლოკატორი - პროპრანოლოლი გამოიყენეს ადრენერგული რეცეპტორების მძლავრ სტიმულატორ ამფეტამინთან და იმინოდიბენზოლის ნაწარმ იმიპრამინთან ერთად, მაგრამ ამგვარი ანტაგონიზმი არ იქნა აღმოჩენილი. აღნიშნული გამოკვლევა მთლიანად ადასტურებს კლინიკურ გამოცდილებას (4), რომ ალფა და ბეტა ადრენობლოკატორები, პირდაპირ თუ ირიბად, ახდენენ ფსიქოტროპული, მათ შორის ანტიდეპრესიული პრეპარატების, პოტენცირებას და აჩქარებენ თერაპიული ეფექტის მიღებას ანტიდეპრესანტების შედარებით დაბალი ეფექტური დოზებით გამოყენების დროს.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოქმედებაზე განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პაციენტის არა მარტო ფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურას, არამედ იმ პათობიოლოგიური მექანიზმების თავისებურებებს, რომლებიც საფუძვლად უდევს აღნიშნულ სიმპტომთა აღმოცენებას, პაციენტის ორგანიზმში არსებულ ნეიროტრანსმიტერებისა და ენზიმურ პროცესთა ურთულეს მიმდინარეობას, ამიტომ აღსანიშნავია, რომ მკურნალობისათვის ფსიქოტროპული სპექტრის რაციონალურ განსაზღვრას და ამ სპექტრზე პაციენტის ინდივიდუალური რეაგირების პროფილზე დამოკიდებული თერაპიული ეფექტის სიძლიერე და

გამძლეობა. მოყვანილი ინდივიდუალობის გათვალისწინებით, ავადმყოფები სულ სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ არა მარტო განსხვავებული ჯგუფის, არამედ ერთი და იმავე ჯგუფის ფსიქოტროპულ პრეპარატებზე.

მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებაზე. დაავადების საწყის სტადიაში მიზანშეწონილია ხანმოკლე კურსის გატარება. რეციდივის შემთხვევაში მკურნალობა პერიოდულია, ხოლო უწყვეტი და ქრონიკული მიმდინარეობის შემთხვევებში – ხანგრძლივი. პირველ ორ შემთხვევაში, გამამტკიცებელი მკურნალობა არ უნდა აღემატებოდეს 4-5 თვეს, ხოლო ქრონიკულ შემთხვევებში შეიძლება გაგრძელდეს 4-5 წელი. რეციდივის პროფილაქტიკისათვის უფრო მიზანშეწონილია პროლონგების გამოყენება. ჩვეულებრივ უპირატესობა ეძლევა მცირე, მაგრამ ინდივიდუალურად შერჩეულ დოზებს. იქ, სადაც ექიმი იძულებული ხდება მკურნალობა ჩაატაროს დიდი დოზებით, მეტია თანამოვლენებისა და გართულებების მიღების შანსი. მითუმეტეს, რომ მწვავე ფსიქოზების დროს, ზემოაღნიშნული ჩვეულებრივი დოზებით მკურნალობისას, არსებითი განსხვავება არ აღმოჩნდა. მაღალი დოზები არსებითად ვერ აჩქარებს ფსიქოზიდან გამოსვლის ვადას და ვერც ახდენს შიზოფორმულ სინდრომთა სწრაფ რედუცირებას. კორექტორების მიღება მიზანშეწონილია მხოლოდ ექსტრაპირამიდული თანამოვლენების გაჩენისას. აღმოჩნდა, რომ კორექტორები სჭირდება ნეიროლეფსიურ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთაგან 25-35%-ს.

ვარაუდობენ, რომ უახლოეს მომავალში შეიქმნება სრულიად განსხვავებული მოქმედების ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომლებიც უფრო ენერგიულად მოახდენენ ფსიქოზურ სიმპტომთა რედუცირებას.

ამ თვალსაზრისით ინტერესს იმსახურებს სისტემატიკა ფენოთიაზინის პრეპარატების მიმართ შიზოფრენიით დაავადებულ ავადმყოფთა განსხვავებული რეაგირების უნარის შესახებ (30). აქ ავტორი გამოყოფს შემდეგ ჯგუფებს:

1. ავადმყოფები, რომელთა მდგომარეობა უმჯობესდებოდა ჰოსპიტალიზაციის პირველივე კვირის განმავლობაში, თუნდაც “პლაცებო-თერაპიაზე”;
2. ავადმყოფები, რომლებიც არ რეაგირებენ “პლაცებოზე”, მაგრამ კარგად რეაგირებენ ფენოთიაზინის ერთჯერად დოზებზე;
3. ავადმყოფები, რომლებიც არ რეაგირებენ არც “პლაცებოზე” და არც ფენოთიაზინურთა ერთჯერად მიღებაზე;
4. ავადმყოფები, რომლებიც ასევე არ რეაგირებენ არც “პლაცებოზე” და არც ფენოთიაზინის ერთჯერად დოზაზე, მაგრამ კარგად რეაგირებენ ამავე ფენოთიაზინურთა რამდენიმე კვირის განმავლობაში მიღებაზე;

5. ავადმყოფები, რომლებიც არ რეაგირებენ ფენოთიაზინური პრეპარატების ექვსი კვირის და მეტი ხნის განმავლობაში მიღებაზე.

ავადმყოფების ამგვარი დაყოფის საბაზი გახდა მათზე ჩატარებული მკურნალობის შედეგები და მათი შეფასება სპეციალური აღწერილობითი სკალებით (ვიტტენბერგის, ჰამილტონის და სხვ.). სისტემატიკის კრიტერიუმი იყო: I ჯგუფისათვის – მდგომარეობის გაუმჯობესება “პლაცებო“-ზემოქმედებაზე 1 კვირის განმავლობაში; II ჯგუფისათვის – მდგომარეობის გაუმჯობესება 24-48 საათის შემდეგ, თიორიდაზინის ერთჯერადი დოზის (4მგრ/კგრ-ზე ან 2მგრ/კგრ-ზე) მიღებაზე; III ჯგუფისათვის – უეფექტობა 24-48 საათის განმავლობაში თიორიდაზინით ან მეზორიდაზინით ზემოქმედებაზე და ა.შ. ამ თვალსაზრისით ავადმყოფები დაიყვნენ: ფარმაკორეზისტენტულ და ფარმაკოლაბილურ, “პლაცებო” რეზისტენტულ და “პლაცებო” ლაბილურ ჯგუფებად.

როგორც ირკვევა, სამკურნალოწამლო ზემოქმედებასა და თერაპიულ ეფექტურობაში, ფარმაკოლოგიურთან ერთად, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქოსოციალურ-ფსიქოთერაპიულ და რესპონდერის ფიზიოლოგიურ რეაქტიულობას ქიმიურ აგენტზე, ინდივიდუალურ – გენეტიკურად დეტერმინირებულ პასუხის თავისებურებაზე, ამიტომ, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, წამოიჭრება სამკურნალო საშუალება-მედიკამენტისა და პაციენტის ურთიერთობის პრობლემა.

მედიკამენტისა და პაციენტის ურთიერთობის პრობლემა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ნევროზებისა და მოსაზღვრე მდგომარეობათა ფარმაკოთერაპიაში. ცნობილია, რომ ნევროზული დონის აშლილობანი ხშირად წარმოადგენენ არა მარტო ფსიქიატრების, არამედ ზოგადი სამედიცინო პროფილის (უბნის ექიმის, თერაპევტის, ნევროპათოლოგის, ქირურგის, დერმატოლოგის და ა.შ.) საზრუნავს. კლინიკური გამოცდილება და სპეციალური გამოკვლევები მიუთითებენ, რომ ნევროზული დონის აშლილობანი 50%-ში შეიძლება დაემორჩილონ მკურნალობას სამედიცინო დახმარების ძირეულ – პოლიკლინიკურ დონეზე. დანარჩენი 30-35%-ის მკურნალობა შეიძლება შემოიფარგლოს ფსიქიატრის ერთჯერადი კონსულტაციით, ხოლო 15-20%-ს დასჭირდება სპეციალისტ-ფსიქიატრის უშუალო დახმარება.

ნევროზის, როგორც ნოზოლოგიური ერთეულის, სისტემატიკა მეტად ცვალებადია. ბოლო ხანებში ნევროზების ფარგლებში გაერთიანდა სხვა და სხვა დისტრესული რეაქციები, გარემოსთან შეგუების გაძნელების რეაქციები, ფსიქალგიები და ზოგიერთი დეპრესიული ექვივალენტები; ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისათვის დამახასიათებელი აფექტური აშლილობანი და ე.წ. ფიზიოლოგიური აბერაციები, დაკავშირებულნი კრიტიკულ პერიოდებთან (მენსტრუაციის დაწყება, პუბერტალური ვრიზები და სხვა).

აქვე განიხილება ზოგიერთი ფსიქოსომატური აშლილობანი და ა.შ. მათი ხვედრითი წონა სხვა და სხვა ქვეყნებში აღმოჩნდა განსხვავებული. განვითარებულ ქვეყნებში (ინგლისი, შვედეთი, აშშ დას. ხვ.) ზოგადი პრაქტიკის პოლიკლინიკაში, შემოსული ათასი ავადმყოფიდან, ნევროზული დონის აშლილობა აღენიშნებოდათ 56 მამაკაცს და 117 ქალს, ხოლო ფსიქოსომატური აშლილობანი – 25 მამაკაცს და 35 ქალს. აქედან ცხადი ხდება ნევროზული დონისა და ფსიქოსომატური აშლილობების ხვედრითი წონის სიდიდე საერთო პოპულაციაში და მათი სტაციონარული მკურნალობის უზრუნველსაყოფად სწორი მეთოდოლოგიური ხერხების შემუშავება.

ნევროზული დონის აშლილობის დროს, პაციენტთან პირველივე შეხვედრისას, ექიმი აღმოჩნდება სიძნელის წინაშე: დაუნიშნოს თუ არ დაუნიშნოს ავადმყოფს ძლიერ მომქმედი მედიკამენტი. საქმე ის არის, რომ თუკი იგი მაშინვე უნიშნავს ძლიერ მომქმედ პრეპარატს, ამით იგი უნებლიედ, უმეტეს შემთხვევაში გარდამავალი ხასიათის ფსიქიკურ დეკომპენსაციას აკანონებს როგორც ჭეშმარიტ დაავადებას, რითიც შესაძლებელია, დახმარების ნაცვლად უფრო გაართულოს მდგომარეობა. ავადმყოფის მიერ გამოთქმული ჩივილები უფრო ხშირად დროებითი და გარდამავალია, ე.ი. აუცილებლად გაივლის მედიკამენტის გარეშე და მედიკამენტის დანიშვნის ნაცვლად უმჯობესია შთავაგონოთ და შთავუნერგოთ რწმენა, რომ იგი არსებითად ჯანმრთელია და არ საჭიროებს ძლიერად მომქმედ წამლებს; რომ იგი უნდა დაეყრდნოს საკუთარი ენერჯის რესურსებს და მის მიერ განცდილი ან შეგრძნებული ეპიზოდური სიმპტომები (თავის ტკივილი, მღელვარება, ყელში ბურთის შეგრძნება და ა.შ.) თავისით გაივლის ან, უკიდურეს შემთხვევაში, მოეხსნება სედაციური ან მცირე ტრანკვილიზაციური პრეპარატების მცირე დოზების მიღებით. სრულიად ცხადია, რომ ძნელია ექიმმა წინასწარ განსაზღვროს თუ რა მოჰყვება ამგვარ მეთოდს. არ არის გამორიცხული, რომ სასურველი თერაპიული ეფექტი ვერ მივიღოთ და პირიქით, განმეორდეს იგივე ჩივილები, უფრო დაფიქსირდეს და გაართულდეს ნეიროვეგეტატიური გამოვლინებანი იმედის გაცრუებით და შფოთვის სინდრომის განვითარებით, მაგრამ ამას არ უნდა შევეუშინდეთ, რადგან ამ დაავადებისათვის ეფექტური მედიკამენტი არ არის ჩვეულებრივი პრობლემა და დაზღვეული ვიქნებით ყოველთვის არა მიზანშეწონილად დანიშნული მედიკამენტისგან გამოწვეული თანამოვლენებისა და გაართულებებისგან (დაავადების სიმძიმეში დარწმუნების ეფექტი, ტრანკვილიზატორების მიმართ ტოლერანტობის და მიჩვევის გამომუშავება და ა.შ.). ყოველ შემთხვევაში, პირველი შეხვედრისას უპირატესობა მიეცემა ფსიქოთერაპიას.

ფარმაკოთერაპიის თუ ფსიქოთერაპიის არჩევის წინ აუცილებელია გავითვალისწინოთ ვარაუდი, თუ რასთან გვაქვს საქმე: ნოზოლოგიურ აშლილობასთან თუ პიროვნულ რეაქციასთან, მასკირებულ დეპრესიასთან თუ სტრეს-რეაქციასთან. ამ საჭირობოტო პრობლემის გადაწყვეტაში უქველად გავვიწევს დახმარებას პიროვნების

თავისებურებების დადგენა, პაციენტის ცხოვრების ისტორიის ცოდნა და კონკრეტული სიტუაციური ფაქტორები, რომელთა ფონზე განვითარდა დაავადება. თუ კონკრეტულ შემთხვევაში აუცილებელია ფარმაცოთერაპია, გათვალისწინებული უნდა იქნას მკურნალობის ამ მეთოდის დინამიკური ურთიერთობანი პაციენტის პიროვნულ მახასიათებლებთან:

1.1 – პიროვნების მიდრეკილება შთაგონების დამორჩილებასა და ფანტაზიორობისადმი, რაც ხშირად ხელს უწყობს მედიკამენტის სპეციფიკური მოქმედების გაძლიერებას (“პლაცებო” რეაგენტი). არ არის გამორიცხული საწინააღმდეგო რეაქციაც – წამლის მიღებაზე უარის თქმა, თანამოვლენების მოსალოდნელი განვითარების საბაზით. ამგვარ ნეგატიურ განწყობას უპირატესად ავლენენ სენზიტიური და იპოქონდრიული რეაქციებისადმი მიდრეკილი პაციენტები;

1.2 – ეჭვიანობა და გაუბედავობა შესაძლებელია განპირობებული იყოს დეპრესიით, რომელიც საჭიროებს მკაცრად განსაზღვრულ და არა ორაზროვან მედიკამენტურ დანიშნულებას;

1.3 – გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტის მიდრეკილება დანიშნული მედიკამენტისადმი ტოლერანტობისა და მიჩვევის თვალსაზრისით. იქ, სადაც შეინიშნება დეპენდენციისადმი მიდრეკილების ნიშნები, უნდა მოვერიდოთ ტრანკვილიზატორებისა და საძილე საშუალებების ხანგრძლივი კურსის გატარებას. მიზანშეწონილია მედიკამენტების ხშირი ცვლა;

1.4 – პაციენტის მისწრაფების, ინტელექტუალური და მოტივაციური განწყობის დონე ფსიქოთერაპიისადმი. ხშირად მიზანშეწონილია პაციენტს ავუხსნათ ფარმაცოთერაპიის აუცილებლობა ამა თუ იმ სიმპტომის მოსახსნელად;

1.5 – რიგიდული, წარმოსახვებს მოკლებული, ცუდად ვერბალიზებული პაციენტი ძნელად ჩაირთვება ფსიქოთერაპიაში და ამიტომ უკეთ ახდენს რეაგირებას ფარმაცოთერაპიაზე;

2 – ნევროზული დონის ჩივილების მქონე ავადმყოფის ცხოვრების ისტორიიდან გამოყოფენ მოვლენებს, რომელშიც აგვიხსნიან ამა თუ იმ კონკრეტულ მედიკამენტზე წარსულში არსებული დადებითი თუ უარყოფითი რეაგირების ფაქტზე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის ემოციურ მდგომარეობას მოცემულ მომენტში. მაგ.: პანიკური აშლილობა ან კრიზისული სიტუაცია ყოველთვის მოითხოვს ინტენსიური მოქმედების მედიკამენტებს (ამინაზინი, მელერილი, ლეპონექსი და ა.შ.), ზოგჯერ ეს პრეპარატები თავისუფლად შეიძლება შეიცვალოს ჩვეულებრივი

სედაციური მოქმედების მედიკამენტებით (საგულე მიქსტურები, საძილე ტრანკვილიზატორები და სხვა) არა მარტო ღამით, არამედ დღისითაც;

3 – ნევროზული დონის ჩივილების მქონე პაციენტის ინდივიდუალური ფსიქოფიზიკური თავისებურებანი. მაგ. ფერმენტაციული სისტემის ისეთი მახასიათებლები, როგორცაა: სწრაფი ან ნელი აცეტილირება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მედიკამენტის ფარმაკოკინეტიკაზე, მისი ნახევრად დაშლის პერიოდის ხანგრძლივობაზე და მის კონცენტრაციაზე სისხლის პლაზმაში. ამ შემთხვევაში, აგრეთვე, გათვალისწინებული უნდა იქნას ნევროზთან თანხვედრილი რაიმე სომატური ფაქტორი (მაგ. ორსულობა), ავადმყოფის ასაკი და რეაქტიულობის დონე. რეკომენდებულია, ორსულობის პირველი სამი თვის განმავლობაში თავი შევიკავოთ ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნისგან, თუ ფარმაკოთერაპია არ არის გამიზნული ორსულობის შესანარჩუნებლად (მოსალოდნელი აბორტი, პირღებინება, პანიკური შიშები და ა.შ.). მოხუცებულ ასაკში, წამლისადმი ტოლერანტობა და რეაგირების უნარი შეცვლილია, ამიტომ მედიკამენტის ფსიქოტროპულ აქტივობას და სადღეღამისო დოზების სიდიდეს უნდა გაეწიოს მკაცრი კონტროლი.

ნევროზული დონის აშლილობათა შორის, თერაპიული თვალსაზრისით, ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება შიშისა და შფოთვის სინდრომის მოხსნას. როგორც ცნობილია, არსებითად, ნევროზი შიშისა და შფოთვის გარეშე არ არსებობს. კლინიკურ სურათში როგორც ერთი, ისე მეორე, სახეზეა დამოუკიდებელი სინდრომის ან სახეშეცვლილი სიმპტომის სახით. ნევროზული ავადმყოფი შიშს განიცდის როგორც მძიმე წინასწარგანწყობას, რასაც თან ერთვის დამაბულობა, აგზნება, მოუთმენლობა ან ირაციონალური შფოთვა (ფობია). მას თითქმის ყოველთვის თან ახლავს ვეგეტატიური კომპონენტი (ტაქიკარდია, კანის გაფერმკრთალება ან ჰიპერემია, ოფლიანობა, გულმკერდში მოჭერის შეგრძნება, ქოშინი, პირის სიმშრალე, ყელში ბურთის შეგრძნება, კუნთოვანი სპაზმები, კანკალი და ა.შ. ანუ ის სიმპტომები, რომლებიც წინათ კვალიფიცირდებოდა როგორც “დიენცეფალოზი” ან “ვეგეტატიური დისტონია”). მსგავს მდგომარეობას ხშირად თან სდევს: საერთო მოქანცულობა, ძილის მოშლა, სექსუალური სახის ჩივილები, ყურადღების კონცენტრაციის გამწვანება, მეხსიერების და ინტელექტუალური პროდუქტიულობის დაქვეითება და ა.შ.

იქ, სადაც შიში კონსტიტუციურია, ნაჩვენებია ფსიქოთერაპია. თუ შიში მოლოდინისაა (ე.ი. ანგიოგენურია და ვითარდება გამოცდის ან კბილის ექიმთან მისვლის წინ და ა.შ.), შეიძლება საკმარისი იყოს ე.წ. დღის ტრანკვილიზატორები (5) (ტრიოქსაზინი, ოქსაზეპამი ან მედაზეპამის 1-2 აბი), არა ნაკლებ ეფექტურია ვალერიანის წვეთები და სხვ. მსგავსი პრეპარატები შეიძლება ვიხმაროთ ხანგრძლივად, რადგან არ ახდენს ზემოქმედებას ცნობიერების სიმახვილეზე, კუნთოვან კოორდინაციაზე და

ინტელექტუალურ პროდუქტიულობაზე. ისინი ახდენენ, აგრეთვე, სექსუალური გენეზის შიშის რედუცირებას და არ იწვევენ მიჩვევას ისე, როგორც ბენზოდიაზეპინური ანქსიოლიზური მედიკამენტები, რომლებიც ითვლებიან შიშის სინდრომის სელექტიურ პრეპარატებად და გამოიყენებიან მეტად ფართოდ და სათანადო სიფრთხილის დაუცველად. უფრო მეტიც, შიშის დასათრგუნავად მიმართავენ ფენოთიაზინის ნაწარმებს, თიოქსანტენებს და ჰალოპერიდოლსაც კი, რაც, რა თქმა უნდა, მიზანშეწონილი არ არის.

შიშის მკურნალობაში უპირატესობა უნდა მივანიჭოთ ბეტა-ადრენობლოკატორებს, რომლებიც საკმაოდ ეფექტურად ამცირებენ შიშის პერიფერიულ სიმპტომებს (ტაქიკარდია, ტრემორი, ჰიპერვენტილაცია და ა.შ.), რითიც აღწევენ დადებითი უკუკავშირებით თვითგამაძლიერებელი მექანიზმების გადაკვეთას და იძლევიან სიმპათო-ადრენალინური აგზნების ცენტრალურ დამუხრუჭებას. მათი მოქმედებით განვითარებული სედაციური ეფექტი და კარდიოპროტექტორული მოქმედება ხელს უწყობს ნევროზული სიმპტომოკომპლექსის რედუცირებას და ავადმყოფის გამოჯანმრთელებას.

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა ითვალისწინებს კომპლექსურ მიდგომას, რომელიც გამოიხატება როგორც ფარმაკოლოგიურ, ისე ფსიქოსოციალურ დახმარებაში და ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს:

1. ალკვეთის სინდრომის მკურნალობა, რომელიც შეიძლება წარიმართოს როგორც მედიკამენტური, ისე არამედიკამენტური საშუალებებით. ეს უკანასკნელი ძირითადად ეყრდნობა პაციენტზე ფსიქოლოგიური და სხვა არამედიკამენტური მეთოდებით (აკუპუნქტურა, ლაზეროთერაპია, ელექტროსტიმულაცია, ფიზიოთერაპია, სამკურნალო მასაჟი და სხვა);
2. ალკვეთის სინდრომის ნარჩენი მოვლენების (ძილის დარღვევები, ასთენია, ვეგეტატიური დისბალანსი, შფოთვა, დეპრესია და სხვა) მკურნალობა, როგორც მედიკამენტური, ისე არამედიკამენტური და ზოგადგამაჯანსაღებელი საშუალებებით;
3. სომატური გართულებების მკურნალობა;
4. თანმხლები ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობა;
5. ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახური ფსიქოთერაპია, განმანათლებელი მუშაობა, პროფესიული სწავლება და დასაქმება, იურიდიული დახმარება და სოციალური უზრუნველყოფა;
6. დახმარება ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიმართ ლტოლვის დამღევაში რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით, ე.წ. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

ალკოჰოლზე დამოკიდებულების დროს, ალკვეთის სინდრომი გამოწვეულია დამოკიდებული ორგანიზმისთვის ალკოჰოლის მიცემის შეწყვეტით, ამდენად, მისი კუპირების საუკეთესო საშუალებაა ალკოჰოლის ჩანაცვლება ისეთი ნივთიერებით, რომელიც მსგავს ზემოქმედებას ახდენს ორგანიზმზე. ამ თვალსაზრისით, ყველაზე მოსახერხებელია ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომის მკურნალობა ბენზოდიაზეპინების (11) ან ბარბიტურატების კლებითი დოზებით. ეს ნივთიერებები, ისევე როგორც ალკოჰოლი, ზემოქმედებენ იმავე რეცეპტორულ კომპლექსზე და გააჩნიათ მასთან ჯვარედინი ტოლერანტობა. მათი გამოყენება იწვევს იმ ნეიროადაპტაციური მექანიზმების დარეგულირებას, რომლებიც საფუძვლად უდევს ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომის ჩამოყალიბებას. ამ მხრივ ყველაზე უსაფრთხოა ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა (12,14), ვინაიდან ისინი, ბარბიტურატებთან შედარებით ნაკლებად თრგუნავენ სუნთქვას, ნაკლებად ტოქსიურნი არიან და ნაკლებად ზემოქმედებენ სხვა პრეპარატების მეტაბოლიზმზე (18).

ბენზოდიაზეპინების გამოყენება, ასევე, მიზანშეწონილია ეპილეპტიფორმული გულყრების თავიდან აცილების მიზნით, მაგრამ თუ გულყრები მაინც განვითარდა, შესაძლოა გამოვიყენოთ კარბამაზეპინი, ვალპროატი და სხვა ანტიკონვულსიური პრეპარატები.

ავტონომიური ნერვული სისტემის დისფუნქციის (ტაქიკარდია, ტრემორი, ჰიპერტენზია, ჰიპერჰიდროზი, გამღიზიანებლობა) და ალკოჰოლისადმი ლტოლვის შესამცირებლად წარმატებით გამოიყენება ბეტა-ადრენობლოკატორები: პროპრანოლოლი (ანაპრინლინი, ინდერალი, ოზიდანნი), ატენოლოლი ან ალფა-2-ადრენორეცეპტორების აგონისტი – კლონიდინი (8).

ფსიქოპათოლოგიური აფექტური აშლილობების დროს, ალკოჰოლისადმი ლტოლვის შესამცირებლად და ძილის ნორმალიზების მიზნით, გამოიყენება მსუბუქი სედაციური მოქმედების მქონე ნეიროლეფსიური საშუალებები: ქლორპროტიქსენი, მელერილი, ტერალენი. უხეში ფსიქოპათიის მსგავსი აშლილობების (აგზნებადობა, განრისხება, გაუწონასწორებლობა და ა.შ.) დროს კარგ შედეგს იძლევა ნეულეპტილი. ძილის დარღვევების დროს საძილე პრეპარატების დანიშვნა მოითხოვს სიფრთხილეს, მათ მიმართ დამოკიდებულების სწრაფი ჩამოყალიბების საფრთხის გამო. დეპრესიული აშლილობების კუპირება ხდება: სედაციური მოქმედების კომპონენტის მქონე ანტიდეპრესანტებით (ამიტრიპტილინი, პირაზიდოლი) ან თიმოლეფსიური მოქმედების კომპონენტის მქონე თიორიდაზინით (მელერილი) და სხვა (1,2).

წყალ-მარილოვანი ბალანსის დარღვევის და ჰიპოვიტამინოზის აღდგენის მიზნით, რეკომენდებულია ინფუზიური თერაპიის (გლუკოზის, რინგერის, ფიზიოლოგიური

ხსნარები და სხვა) დანიშვნა, ფოსფატებთან, კალიუმის, მაგნიუმის პრეპარატებთან და ვიტამინოთერაპიასთან (B1, B6, B12, B15, C, PP და სხვა) ერთად.

აღკვეთის სიმპტომების პარალელურად უნდა მიმდინარეობდეს სომატური და ფსიქიკური გართულებების და თანმხლები დაავადებების მკურნალობა (13).

მედიკამენტური თერაპია ექიმისა და პაციენტის პირველივე შეხვედრიდან უნდა ტარდებოდეს ფსიქოთერაპიის ფონზე. ალკოჰოლური დამოკიდებულების მკურნალობა ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის გარეშე ნიშნავს, რომ იგი თავიდანვე მარცხისთვისაა განწირული. წამალდამოკიდებულების მკურნალობაში, ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნიდან, ფართოდ გამოიყენება სუგესტიური, ე.წ. შთაგონებითი, მეთოდები (16). განასხვავებენ სუგესტიის ორ ფორმას: 1. ჰეტეროსუგესტია – ანუ შთაგონება ფხიზელ თუ ჰიპნოზურ მდგომარეობაში და 2. აუტოსუგესტია – ანუ თვითშთაგონება. ტრადიციული ჰეტეროსუგესტიური მეთოდები განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს რუსეთის ნარკოლოგიურ კლინიკებში (1). ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულ პირებში იგი გამოიყენება გახანგრძლივებული ჰიპნოზური სეანსების, ხოლო ალკოჰოლზე დამოკიდებულებში - კოლექტიური ემოციურ-სტრესული ჰიპნოთერაპიის სახით. აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს, ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა მრავალრიცხოვან ჯგუფში, ალკოჰოლის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულების შთაგონებას, რომელიც ზემოქმედების ძირითადი სახეა, პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელებულ, ე.წ. “სტრეს-ფსიქოთერაპიის” ანუ კოდირების მეთოდში (8). კოდირება მოიცავს მკურნალობის პროცესის თეატრალიზების ელემენტს, რა დროსაც მიზანდასახულად მიმდინარეობს პაციენტის თვალში ექიმის პიროვნების კულტის შექმნა, რათა იგი იოლად დაწებდეს მის ნებას, რომლის შედეგადაც ხდება პაციენტის “კოდირება” გარკვეული ვადით, რომელიც მან თვითონ შეარჩია (1, 2, 3 წელი ან მთელი სიცოცხლის განმავლობაში). ასევე, პაციენტს ეძლევა საშუალება განთავისუფლდეს “კოდირებისგან” რა დროსაც მოისურვებს. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ასევე, შიშის შთაგონებას, რისთვისაც პაციენტი წერს ხელწერილს, რომ სხვადასხვა გართულებების, ან სიკვდილის შემთხვევაში პასუხისმგებელი თვითონ იქნება.

ნარკოლოგიურ პრაქტიკაში წარმატებით გამოიყენება “პლაცებო“-ეფექტი როგორც ფსიქოთერაპიის მეთოდი, ანუ სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ავადმყოფზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების მეთოდი, რა დროსაც მან არ იცის, რომ იგი ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების ქვეშაა. მედიკამენტური საშუალებების ზემოქმედების ფონზე ტარდება იმპერატიულ-ავტორიტარული სუგესტია, რომელიც მიმართულია ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების სრულ აკრძალვაზე. ყველაზე მარტივი მეთოდია ტეტურამის მსგავსი, უვნებელი ტაბლეტების გამოყენება, როგორცაა მაგ.: ფიტინი ან კალციუმის გლიცეროფოსფატი, რომლებიც იდება ტეტურამის ან ესპერალის ფლაკონში. ზოგ შემთხვევაში ამ პრეპარატებს არქმევენ სპეციალურ სახელებს, მაგ. “პრეპარატი №1, №2”, “ტორპედო” და სხვა. უფრო ეფექტურია ტეტურამ-ალკოჰოლის სინჯის იმიტაცია, რისთვისაც გამოიყენება სხვადასხვა მედიკამენტები ინტრამუსკულარული ან ინტრავენური შეყვანისათვის (მაგ. ნიკოტინის მჟავა). “პლაცებო” პრეპარატებს,

სუგესტიურ თერაპიასთან ერთად უნდა შეეძლოს გამოიწვიონ ხანმოკლე, მაგრამ აქტიური ზემოქმედება ორგანიზმზე: კანის ჰიპერემია, ტაქიკარდია, გულისრევა, ტემპერატურის მომატება და ა.შ.

“პლაცებო“-თერაპიის დროს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება წამლის სახელწოდებას, გარეგნულ ფორმას, გემოს, სუნს და რაც მთავარია, მასზე განსაკუთრებულ რეაქციას. ზოგიერთი ავტორის აზრით “პლაცებოს” შეიძლება დაემატოს ისეთი ნივთიერებაც, რომელიც იწვევს შარდის შეღებვას წითლად (15), მაგ. ფოსფობიონის 1%-იანი ხსნარი, კოკარბოქსილაზა და სხვა. “პლაცებო“-თერაპიის დროს მთავარია ექიმის მიერ პაციენტის შთაგონება მისი მიღების აუცილებლობაში. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ასევე, ექიმის ავტორიტეტს, რათა პაციენტმა ეჭვი არ შეიტანოს ტყუილში და არ გამოაშკარავოს იგი. მნიშვნელოვანია პრეპარატის სიახლე, რწმენა მის ეფექტურობაში და სხვა პაციენტების ინდუცირება ახალი პრეპარატის ან მკურნალობის მეთოდის ეფექტურობის შესახებ.

დასავლეთის ქვეყნებში დირექტიული ჰიპნოზი და შთაგონება დღეისათვის ნაკლებად პოპულარულია წამალდამოკიდებულების მკურნალობაში და გამოიყენება მხოლოდ როგორც დამხმარე საშუალება უფრო ვრცელ სამკურნალო პროგრამებში. ამის მიზეზი იმაში მდგომარეობს, რომ ტრადიციული სუგესტია გულისხმობს პაციენტის მაქსიმალურ პასიურობას მკურნალობის პროცესში ანუ ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტს შორის სუბიექტ-ობიექტის ტიპის დამოკიდებულებას. ამ შემთხვევაში პაციენტი გვევლინება მანიპულაციის ობიექტის როლში, რომელიც თითქმის სრულად განთავისუფლებულია პასუხისმგებლობისგან საკუთარი მდგომარეობის თაობაზე, არ შეაქვს წვლილი საკუთარი ცხოვრების ცვლილების საქმეში და ამდენად, სავარაუდოა, რომ ვერც დააფასებს ამ ცვლილებას. აქედან გამომდინარე, მკურნალობის აღნიშნული ფორმა ხელს უწყობს პაციენტის იმ თავისებურებების წახალისება-გაზვიადებას (პასუხისმგებლობისგან გაქცევა, დამოკიდებული პოზიცია, პასიურობა), რომელიც წამალდამოკიდებულების განვითარების მნიშვნელოვან ეთიოლოგიურ ფაქტორებს, და შეიძლება ითქვას, თვით დაავადების არსს წარმოადგენს. ამდენად, წამალდამოკიდებულების ტრადიციული ჰეტეროსუგესტიური მეთოდებით მკურნალობა თავის თავშივე შეიცავს რეციდივის რისკს და მას მხოლოდ დროებითი, არასტაბილური შედეგი შეიძლება მოჰყვეს. ამერიკელი ფსიქოთერაპევტის მილტონ ერიქსონის (28) მიერ შემოთავაზებულია არადირექტიული ჰიპნოზი, რომელმაც ტრადიციული შთაგონება თანამედროვე ეგზისტენციალურ-ჰუმანისტური მიდგომის რელსებზე გადაიყვანა. იგი გულისხმობს სუბიექტ-სუბიექტურ მიმართებას ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაში, რომელიც მიმართულია პაციენტის პიროვნული რესურსების აქტივიზაციაზე, რათა მან საკუთარი ძალებით დაძლიოს პრობლემა. აღნიშნული მეთოდი თავისუფალია არაკონსტრუქციული გვერდითი ეფექტებისაგან და წარმატებით გამოიყენება წამალდამოკიდებულების მკურნალობაში.

რაც შეეხება თვითშთაგონებას (40), ე.წ. აუტოტრენინგს, იგი გულისხმობს თვითრეგულაციის უნარის აღდგენა-განვითარებაზე მიმართული ფსიქოლოგიური ვარჯიშების ციკლს, რომელიც ეტაპობრივად მიმდინარეობს. პირველ ეტაპზე ანუ საფეხურზე პაციენტი ეუფლება თვითრეგულაციის უნარს, ხოლო მეორე, ე.წ. აუტოგენური მედიტაციის საფეხურზე – სხვა და სხვა დონის ტრანსული მდგომარეობის თვითგამოწვევას. პირველი საფეხური განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთა შემთხვევაში, რადგანაც ალკოჰოლის მოხმარების, ისევე როგორც რეციდივის, ერთერთი ყველაზე გავრცელებული მოტივი სწორედ დამაბულობის მოხსნა და რელაქსაცია. მეორე საფეხური განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულ პირთათვის, რაც გამომდინარეობს მათი ლტოლვიდან ცნობიერების არასტანდარტული მდგომარეობების განცდის მიმართ. მაგრამ, უნდა აღინიშნოს, რომ აუტოტრენინგი (ქართულად – საკუთარი თავის წვრთნა) დასაუფლებლად ძალიან რთული ამოცანაა, განსაკუთრებით წამალდამოკიდებულ პირთათვის. მეთოდის ათვისება გულისხმობს მიზანდასახულ, სისტემატურ, ორგანიზებულ მუშაობას საკუთარ თავზე, რაც ძალიან დიდ ნებისყოფას მოითხოვს, ხოლო წამალდამოკიდებულ პირთა უმთავრესი პრობლემა სწორედ ნებისყოფის დაქვეითებაა. ამიტომ ნარკოლოგიურ პრაქტიკაში მისი გამოყენება ეფექტურია მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში – მკურნალობის მაღალი მოტივაციის ან შენახული ნებისყოფის მქონე პაციენტებთან.

რუსეთის ნარკოლოგიურ კლინიკებში ფართოდ არის გავრცელებული ე.წ. რაციონალური ფსიქოთერაპია (10,26). ეს მეთოდი გულისხმობს ლოგიკური არგუმენტაციის, ახსნა-განმარტების, დასაბუთების და დიდაქტიკის გზით ექიმის მიერ პაციენტისათვის მისი დაავადების “შინაგანი სურათის” კორექციას, ანუ განუსაზღვრელობის, წარმოდგენათა არათანმიმდევრულობისა და წინააღმდეგობრიობის მოხსნას. თანამედროვე ფსიქოთერაპიის განვითარების დონიდან გამომდინარე, რაციონალური ფსიქოთერაპია უნდა განვიხილოთ როგორც ნებისმიერი პროფილის ექიმისათვის აუცილებელი საუბრის ხელოვნება, რომელიც ეხმარება პაციენტს შეიქმნას მართებული წარმოდგენა საკუთარ დაავადებაზე. რაციონალური საუბარი ექიმ-პაციენტს შორის ეფექტური ურთიერთობის აუცილებელი პირობაა, მაგრამ ნარკოლოგიურ პრაქტიკაში მისი განხილვა წამყვან მეთოდად დაუშვებელია, რამდენადაც იგი არ არის მიმართული ღრმა პიროვნულ ცვლილებებზე, რომელთა გარეშეც ამ დაავადების მკურნალობა არაეფექტურია.

წამალდამოკიდებულების მკურნალობის საქმეში ყველაზე მაღალეფექტურად ითვლება თანამედროვე ფსიქოთერაპიის სამი უმთავრესი მიმდინარეობა, როგორცაა: 1. ფსიქოდინამიკური, 2. ქცევითი და 3. ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური ფსიქოთერაპია.

1. ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია

ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია (სინონიმები: “ფსიქოანალიზური”, “ინსაით-ორიენტირებული”, “ექსპლორაციული”) წარმოიშვა ზიგმუნდ ფრეიდის (17) ფსიქოანალიზის მოძღვრებიდან, რომლის თანახმადაც წამლდამოკიდებულების განვითარების მიზეზი ადრეული ასაკიდან მომდინარე ღრმა არაცნობიერ შიდა პიროვნულ კონფლიქტებს უკავშირდება. კლასიკური ფსიქოანალიზი თერაპიის მეტად ინტენსიური ფორმაა, რომლის ხანგრძლივობა ვარირებს რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე. იგი საკმაოდ არაეკონომიურია როგორც დროის, ისე პაციენტის მხრიდან მატერიალური დანახარჯების თვალსაზრისით. წამლდამოკიდებულების მკურნალობაში ამ მეთოდმა არ გაამართლა, რამდენადაც დაავადების პროგრესირება აქ მნიშვნელოვნად წინ უსწრებს მკურნალობის შედეგებს. სამაგიეროდ, უკანასკნელ ხანს ეფექტურად გამოიყენება ფსიქოანალიზის ტრადიციებზე აღმოცენებული მოკლევადიანი ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია, რომელიც იზიარებს ფსიქოანალიზის შემდეგ ამოსავალ დებულებებს: ფსიქოლოგიური პრობლემების (მათ შორის წამლდამოკიდებულების) მიზეზია არაცნობიერი კონფლიქტები, რომლებიც ადამიანს არ აძლევს საშუალებას საკუთარი ფსიქოლოგიური რესურსები გამოიყენოს თავისი გრძნობებისა და ქცევის შესაცვლელად; აუცილებელია გაცნობიერდეს სიმპტომთა საზრისი და მიზეზი, რათა ადამიანი პირისპირ შეხვდეს თავის პრობლემებს, დაიწყოს მათი მართვა, გაცნობიეროს თავისი ჭეშმარიტი მოტივები, რაც “ego”-ს გაძლიერებას გულისხმობს; ამ მიზნების მიღწევა შესაძლებელია თავისუფალი ასოციაციების ტექნიკის, წინააღმდეგობის, სიზმრების, ტრანსფერის ანალიზის გამოყენებით, თუკი ეს პროცედურები ფსიქოთერაპიული სამუშაო ალიანსის უსაფრთხო, ურთიერთნდობაზე დამყარებულ ატმოსფეროში განხორციელდება. განსხვავებით ფსიქოანალიზისგან, მოკლევადიანი ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია ნაკლებად ინტენსიურია. შეხვედრები ტარდება საშუალოდ კვირაში ერთხელ, არაუმეტეს რამდენიმე თვისა. პაციენტის პრობლემების შეფასება ხდება თერაპიის საწყის ეტაპზევე, სწრაფად. პაციენტისა და ფსიქოთერაპევტის ურთიერთობის მიზანი არის არა საკუთრივ ფსიქოანალიზი, არამედ კონკრეტული, სპეციფიკური, აქტუალური პრობლემების თერაპია. თერაპიული პროცესი უფრო სტრუქტურირებული და მიზანმიმართულია. საუბრისას, განსაკუთრებით მკურნალობის საწყის ეტაპზე, პაციენტსა და ფსიქოთერაპევტს შორის აქტიური დიალოგი შესაძლებელია ჩატარდეს ჯგუფური ფორმითაც.

ადღერიანული ფსიქოთერაპია

აღფრედ ადღერი (9,19,20) იყო პირველი ფსიქოანალიტიკოსი, რომელმაც ადამიანი გაიაზრა, როგორც, უპირველეს ყოვლისა, სოციალური არსება. მან, მე-20 საუკუნის დასაწყისში პირველმა დაიწყო ფსიქოთერაპიის ჯგუფური და ოჯახური ფორმით ჩატარება. ადღერის თანახმად, პიროვნების განვითარებაში, ფსიქოპათოლოგიის ჩამოყალიბებასა და მკურნალობაში უდიდესი როლი მიუძღვის სოციალურ ფაქტორებს. მისი აზრით, ადამიანისათვის უნივერსალურია არასრულფასოვნების განცდა, რომელიც აუცილებლად ჩნდება ბავშვობაში, გამომდინარე გარშემომყოფ მოზრდილ ადამიანებზე ხანგრძლივი დამოკიდებული მდგომარეობიდან. იგი, ბავშვობის მატრავმირებელი მოვლენების ზეგავლენით შესაძლოა გადაიზარდოს უსუსურობის განცდასა და დაბალ თვითშეფასებაში - ე.წ. არასრულფასოვნების კომპლექსში. ადღერმა ეს მატრავმირებელი მოვლენები დააჯგუფა სამ კატეგორიად: 1. რომელიმე ორგანოს არასრულფასოვნება - ანუ რაიმე ფიზიკური დეფექტი; 2. მშობლების მხრიდან ბავშვის ემოციური უარყოფა; 3. მშობლების მიერ ბავშვის გამანებივრებელი წესით აღზრდა - ე.წ. ზემეურვეობა. ამ სამივე მატრავმირებელ მოვლენას ერთი და იგივე შედეგი მოჰყვება: დაბალი თვითშეფასება, საკუთარ ძალებში დაურწმუნებლობა, დამოუკიდებლობისა და პასუხისმგებლობის შიში, რაც, თავის მხრივ, საბოლოო ჯამში საფუძვლად ედება ფსიქოპათოლოგიურ დარღვევებს, მათ შორის წამალდამოკიდებულებასაც. არასრულფასოვნების განცდა უნივერსალური ადამიანური მოტივის, პიროვნების განვითარების მამოძრავებლის - თვითრეალიზაციის ("უპირატესობისაკენ სწრაფვის") მასტიმულირებელია. იმისდა მიხედვით, თუ რა გამოცდილება აქვს ადამიანს მიღებული ადრეულ ბავშვობაში (5 წლამდე), ამ სწრაფვამ შესაძლოა მიიღოს კონსტრუქციული ან დესტრუქციული ხასიათი. 5 წლის ასაკისათვის ადამიანს უკვე ჩამოყალიბებული აქვს ცხოვრების ერთგვარი გეგმა, ე.წ. ცხოვრების სტილი, რომელიც არსებობის მიზნებსა და მათი მიღწევის გზებს მოიცავს. მის განვითარებაში გადამწყვეტი როლი ადღერმა ადამიანის უახლოეს სოციალურ გარემოცვას - ოჯახს მიანიჭა. ცხოვრების სტილის ორი უმნიშვნელოვანესი მახასიათებელია სოციალური ინტერესი და აქტიურობა.

სოციალური ინტერესი, ადღერის თანახმად, სულიერი სიჯანსაღის კრიტერიუმი, ე.წ. "ნორმალურობის ბარომეტრია". ანუ, თუ ადამიანის ცხოვრების მიზნები სხვათა კეთილდღეობაში და საზოგადოების განვითარებაში წვლილის შეტანას გულისხმობს - იგი სულიერად ჯანმრთელი პიროვნებაა, ხოლო თუ ცხოვრებისეული მიზნები ეგოცენტრულია და სხვათა შევიწროების ხარჯზე საკუთარი უპირატესობის დამტკიცებას გულისხმობს - ადამიანი დესტრუქციის ან თვითდესტრუქციის გზას

ადგას. დაბალი სოციალური ინტერესისა და დაბალი აქტივობის შემთხვევაში ადგილი აქვს ფსიქოპათოლოგიურ დარღვევებს, რა დროსაც სიმპტომები საკუთარი არასრულფასოვნების განცდისაგან თავდაცვის, უმოქმედობისაგან თავის მართლების, სხვებზე ძალაუფლების მოპოვების საშუალებაა. მაგალითად: “მე ავადმყოფი ადამიანი ვარ, ყველაფერი მეპატიება, თქვენ კი იყავით დიდსულოვანნი, გამიფრთხილდით და მომიარეთ”. სწორედ ამგვარად განიხილავს ადღერი წამალდამოკიდებულებასაც.

ადღერიანული ფსიქოთერაპიის მიზნებია პაციენტის მიერ არაკონსტრუქციული ცხოვრების სტილის გაცნობიერება-გადალახვა, სოციალური ინტერესის გაღვივება და ამის საფუძველზე პოზიტიური ცხოვრების სტილის შემუშავება. ამ მიზნების განხორციელების აუცილებელი პირობაა თანამშრომლობითი ურთიერთობა ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტს შორის. პაციენტის გამოცდილებაში სოციალური თანამშრომლობის ამგვარი პრეცედენტის შექმნით იწყება მისი სოციალური ინტერესების განვითარების პროცესი, ხოლო სოციალური ინტერესის ზრდა თერაპიის ეფექტურობის კრიტერიუმია – პაციენტი სახავს კონსტრუქციულ ცხოვრებისეულ მიზნებს, ეძებს თავის ადგილს საზოგადოებაში ანუ იწყება გამოჯანმრთელების პროცესი. ამგვარი პოზიტიური ცვლილებების საფუძველს ადღერი ადამიანის შემოქმედებით პოტენციალში ხედავდა. იგი ამტკიცებდა, რომ ცხოვრების სტილი ყალიბდება ადამიანის თანდაყოლილი შემოქმედებითი უნარის მეშვეობით ანუ ყოველ ადამიანს შეუძლია თვითონ შექმნას თავისი ცხოვრების სტილი, ამიტომ თვითონ არის პასუხისმგებელი იმაზე, თუ რას წარმოადგენს და როგორ ცხოვრობს. სწორედ ამ ცნებების გამო, ადღერიანული ფსიქოთერაპია საბოლოოდ გასცდა ფსიქოდინამიკური მიდგომის ჩარჩოს და მისი გარდაცვალებიდან ათეული წლების შემდეგ განვითარება ჰპოვა ჰუმანისტური ფსიქოლოგიისა და ფსიქოთერაპიის წიაღში.

2. ქცევითი ფსიქოთერაპია

ქცევითი ფსიქოთერაპიის თეორიული საფუძველია ბიჰევიორიზმი (ქართულად – “ქცევათმეცნიერება”), რომლის ფუძემდებელია ამერიკელი მეცნიერი ჯონ უოტსონი (41). ბიჰევიორიზმის ცენტრალურ ცნებას წარმოადგენს დასწავლა. იგი გულისხმობს ინდივიდუალური გამოცდილების, ცოდნის, უნარ-ჩვევების შეძენის პროცესს. დასწავლას განაპირობებს განმტკიცება და დასჯა. განმტკიცება ზრდის ქცევის

მომავალში განხორციელების ალბათობას. იგი გულისხმობს ქცევის განხორციელებისას ან მის შედეგად ინდივიდისათვის მნიშვნელოვანი ამა თუ იმ მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას. მაგალითად, წამლის, თუ ნივთიერების მოხმარების ქცევის დასწავლისას განმამტკიცებლის როლში შესაძლოა გამოვიდეს თვით თრობის მდგომარეობა, როგორც მარელაქსირებელი, მასტიმულირებელი ან გუნებ-განწყობის გამაუმჯობესებელი და ა.შ. ასევე, განმამტკიცებლის როლი შეიძლება შეასრულოს თვით მოხმარების ქცევამ, როგორც თანატოლთა მხრიდან აღიარების მოპოვების ხელშემწყობმა.

დასჯა, პირიქით, ამცირებს “დასჯილი” ქცევის შემდგომში განხორციელების ალბათობას, რადგან ამა თუ იმ ღირებული მოთხოვნილების ფრუსტრაციას გულისხმობს. წამლის მოხმარების შემთხვევაში დასჯის როლი შესაძლოა შეასრულოს მოხმარებით გამოწვეულმა მატერიალურმა, სოციალურმა თუ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულმა უარყოფითმა შედეგებმა, როგორცაა: სამსახურის დაკარგვა, ოჯახური კონფლიქტები, ღვიძლის დაავადება და ა.შ., რომლებიც ხშირ შემთხვევებში გადამწყვეტ როლს თამაშობენ მკურნალობის მოტივაციის შექმნაში.

ბიჰევიორიზმის თანახმად, ქცევის ერთერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებელია მისი მიზანშეწონილება, ანუ, თუ რამდენად უწყობს ის ხელს ადამიანს სინამდვილესთან შეგუებაში. ავადმყოფობის სიმპტომები არამიზანშეწონილ ქცევას წარმოადგენს, ხოლო არამიზანშეწონილი პრობლემური ქცევა არასწორი დასწავლის შედეგია. შესაბამისად, მკურნალობა გულისხმობს არამიზანშეწონილი ქცევითი სტერეოტიპების შემცირება-გაქრობას და მიზანშეწონილი ქცევითი სტერეოტიპების შეთვისებას, რაც დასწავლის კანონზომიერებას ემყარება.

წამლდამოკიდებულების ქცევითი ფსიქოთერაპია, მკურნალობასთან ერთად, რეციდივის პროფილაქტიკასაც ემსახურება. აქ შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი მიმართულებები:

1. სიფხიზლის შენარჩუნების მიზანდასახული განმტკიცება;
2. პრობლემური ქცევის მიზანდასახული დასჯა;
3. სტრესისათვის თავის გართმევის უნარის დასწავლა;
4. წამლის თუ ნივთიერების აკვიატებული სურვილის დაძლევის დასწავლა;
5. ფხიზლად ცხოვრებისათვის აუცილებელი ქცევების დასწავლა.

სიფხიზლის შენარჩუნების მიზანდასახული განმტკიცება – იგულისხმება მავნე ქცევის მუდმივი კონტროლი (მაგალითად: პაციენტის თვითანგარიშები, შარდის სისტემატური ანალიზი და ა.შ.) და სიფხიზლის შენარჩუნების შემთხვევაში სისტემატური დაჯილდოვება (მაგ.: მცირედი ფულადი პრემია და ა.შ.).

პრობლემური ქცევის მიზანდასახული დასჯა – ეფუძნება ავერსიულ თერაპიას, მაგალითად: ე.წ. ქცევითი კონტრაქტის მეთოდი, რაც გულისხმობს შარდის სისტემატური გამოკვლევით გამოვლენილი წამლის მოხმარების ფაქტის შემთხვევაში პაციენტთან დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე დასჯის განხორციელებას (ფულადი ჯარიმა, თვითგამოაშკარავების წერილის გაგზავნა პაციენტის სამსახურში და ა.შ.). ალკოჰოლიზმის მკურნალობისას პავლოვისეული კლასიკური პირობითი რეფლექსის შემუშავებაზე დაფუძნებულ ავერსიულ თერაპიას ფართოდ იყენებდნენ რუსეთში (8,16,18). იგი გულისხმობს მიზნიდველი სტიმულის (ალკოჰოლი) შერწყმას ავერსიულ სტიმულთან (ჰიპნოზურ მდგომარეობაში შთაგონებული ღებინება), რის შედეგადაც ავადმყოფს უმუშავდება ღებინების რეფლექსი ალკოჰოლის სუნზე, გემოზე და ა.შ. დასჯამ, თავისი საფრთხის შემცველი ბუნების გამო, შესაძლებელია გამოიწვიოს ისეთი მძიმე შედეგები, როგორცაა: შფოთვა, შიში, თავისი თავის პატივისცემისა და საკუთარ ძალებში რწმენის დაკარგვა, რის გამოც ადამიანი შესაძლებელია ბევრად უფრო პრობლემურ ქცევამდე მივიდეს (თვითდესტრუქცია, ანტისოციალური ქმედებები და სხვა). ამასთანავე, დასჯით დათრგუნულ ქცევას აქვს ტენდენცია, თავი იჩინოს იქ, სადაც “დამსჯელი ინსტანცია” არ არსებობს. ამრიგად, ავერსიული ტექნიკების შედეგი დროებითია და ძალას მხოლოდ გარკვეულ კონტექსტში ინარჩუნებს. დასავლეთის ქვეყნების პრაქტიკაში ავერსიული მეთოდები ჩართულია უფრო ვრცელ სამკურნალო სისტემაში, რომელიც მოიცავს ინდივიდუალურ, ფგუფურ და ოჯახურ ფსიქოთერაპიას, თვითდახმარების ჯგუფებში მუშაობას, სოციალურ კონსულტირებას და ა.შ. ამგვარ კონტექსტში მატრავმირებელი გვერდითი ეფექტები რბილდება და მათი გამოყენება მორალური თვალსაზრისით შესაძლოა გამართლებული იყოს იმ თვალსაზრისით, რომ ეს მეთოდი ადამიანს ეხმარება შეუნარჩუნოს სიფხიზლე თავის დანებების ყველაზე მწვავე პერიოდში, ხოლო შემდგომში შესაძლოა მან იმგვარად შეცვალოს თავისი ცხოვრება, რომ მნიშვნელოვნად შემცირდეს რეციდივის ალბათობა.

სტრესისათვის თავის გართმევის უნარის დასწავლა – შემუშავებულია მთელი რიგი მეთოდები, რომლებიც სტრესის მიმართ ადამიანის მდგრადობის განვითარებაზეა მიმართული და ეფექტურად გამოიყენება წამალდამოკიდებულების მკურნალობაშიც. ერთერთი მათგანია სისტემატური დესენსიტიზაცია, რომელიც შფოთვის აღმძვრელი სიტუაციების მიმართ პაციენტის დამოკიდებულების შეცვლაზეა მიმართული. ეს მეთოდი გულისხმობს პაციენტის მიერ ზრდადი ინტენსივობის შფოთვის აღმძვრელი სიტუაციების წარმოდგენას რელაქსაციის მდგომარეობაში, დაცულ ფსიქოთერაპიულ ატმოსფეროში, რაც სიტუაციაზე საპასუხო ჩვეულ შფოთვის რეაქციას აქრობს. რეციდივის პროფილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს თვითრელაქსაციის უნარის დაუფლებას. ამ უნარის განვითარებაზე მიმართული მეთოდების ერთერთი მაგალითია სკინერის მიერ შემოთავაზებული ბიოლოგიური უკუკავშირი, რომელიც შემდგომში

მდგომარეობს: გარკვეული აპარატურის საშუალებით პაციენტი იღებს ინფორმაციას საკუთარი ფიზიოლოგიური პარამეტრების შესახებ (პულსი, წნევა, კუნთური დამაბულობა და ა.შ.), რაც მას ამ პარამეტრების კონტროლის უნარს უვითარებს.

წამლის თუ ნივთიერების აკვიატებული სურვილის დაძლევის დასწავლა – ყურადღების გადატანა ნივთიერებიდან თუ წამლიდან ან სხვა აქტივობაზე, ან თვით ამ სურვილის განცდის გაანალიზებაზე. ეს ტექნიკური ხერხი ემყარება დებულებას იმის თაობაზე, რომ განცდის თვითდაკვირვებით მისი ინტენსივობა მცირდება. ამ მიზნით შემუშავებულია მთელი რიგი ფსიქოლოგიური სავარჯიშოები: “აზრი-სტოპ”, “სერფინგი” და სხვა. ყურადღების გადატანა ეხმარება ადამიანს, გაუძლოს “სურვილის ტალღის პიკს”. პიკის მეორე ტალღა ტყდება, ადამიანი იღებს სურვილის მართვის კონსტრუქციულ გამოცდილებას, რაც მომავალ ტალღასთან შებრძოლობაზე აქეზებს.

ფხიზელი ცხოვრებისათვის აუცილებელი ქცევითი სტერეოტიპების დასწავლა – წამლდამოკიდებული პირები განიცდიან თვითდარწმუნებული ქცევითი სტერეოტიპების დეფიციტს, რა დროსაც ადამიანი არ ითვალისწინებს როგორც საკუთარ, ასევე მასთან მოურთიერთე ადამიანების მოთხოვნილებებსა და უფლებებს. ამგვარი ქცევითი სტერეოტიპების დაუფლებისათვის მოწოდებულია ე.წ. თვითდარწმუნებულობის ტრენინგი, რაც გულისხმობს მეცადინეობათა სისტემას, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის სოციალური ურთიერთობის ხელოვნების დახვეწას, მისი ქცევითი დიაპაზონის გაფართოებას ისეთი კონსტრუქციული ქცევების ხარჯზე როგორცაა: უარის თქმა გაუმართლებელ თხოვნასა თუ მოთხოვნაზე, პოზიტიური თუ ნეგატიური ემოციების გამოხატვა, საუბრის წარმართვა, საჭიროების მიხედვით შექება და გაკრიტიკება, მოთხოვნების წაყენება, სხვების მიერ გამოხატული ნეგატიური ემოციებისთვის თავის გართმევა. ტრენინგი მოიცავს შემდეგ აქტივობებს:

- პაციენტისა და ფსიქოთერაპევტის მიერ თანამშრომლობითი ურთიერთობის საფუძველზე მუშაობის მიზნების ერთობლივი ჩამოყალიბება;
- პაციენტის თვითდაკვირვება, ანუ იმის გაანალიზება, თუ როდის ჩნდება პრობლემური ქცევა და რა ფაქტორები უწყობს ხელს მის ამუშავებას;
- ტრენინგული მუშაობა: ქცევითი რეპეტიციები, პრობლემური ქცევის კორექცია, კონსტრუქციული ქცევითი სტერეოტიპების მოდელირება, მიღწეული შედეგების დადებითი განმტკიცება;
- საშინაო დავალებები: ფსიქოთერაპიულ სიტუაციაში ათვისებული ქცევითი მოდელების აპრობაცია და ცხოვრებაში დანერგვა.

კოგნიტური ფსიქოთერაპია

ქცევითი ფსიქოთერაპიის განვითარებამ მოიტანა მთელი რიგი კოგნიტური ორიენტაციის მქონე ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობები, როგორცაა: არონ ბეკის კოგნიტური ფსიქოთერაპია (22,23), ალბერტ ელისის რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპია (27), დონალდ მეიხენბაუმის კოგნიტურ-ბიჰევიორალური მოდიფიკაცია (36) და სხვა. კოგნიტური ფსიქოთერაპია ემყარება დებულებას, რომ გარემოდან მომდინარე ამა თუ იმ სტიმულზე, ადამიანის ქცევასა და ემოციურ რეაქციებს განსაზღვრავს ამ სტიმულის აღქმაზე დაფუძნებული კოგნიტური პროცესები. აქედან გამომდინარე, ფსიქოლოგიური პრობლემების, ქცევითი და ემოციური დარღვევების მიღმა დგას ინფორმაციის კოგნიტური გადამუშავების ხარვეზები, რომლებიც წარმოშობენ არაადექვატურ, არამიზანშეწონილ კოგნიციებს, ანუ დამახინჯებულ, არასწორ წარმოდგენებსა და აზრებს სამყაროსა და საკუთარი თავის შესახებ. კოგნიტური ფსიქოთერაპიის ძირითადი ამოცანაა პაციენტის მიერ ინფორმაციის გადამუშავების არაადექვატური წესების გაცნობიერება და მათი შეცვლა ადექვატური გადამუშავების წესებით, ამიტომ ამ ფსიქოთერაპიის პოტენციურ მომხმარებელს უნდა გააჩნდეს თვითდაკვირვებისა და საკუთარი აზრების ანალიზის უნარი. თვით ფსიქოთერაპიული პროცესი გულისხმობს პარტნიორულ ურთიერთობას ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტს შორის, მკურნალობის მიზნების ერთობლივ დაგეგმვას, ამ მიზნების მიღწევის საშუალებებსა და ვადებზე წინასწარ შეთანხმებას, მიღწევის პროცესში გულწრფელ ურთიერთთანამშრომლობას. კოგნიტური ფსიქოთერაპია ეფექტურად გამოიყენება წამალდამოკიდებულების მკურნალობაში ბიჰევიორულ მეთოდებთან კომბინაციაში – ე.წ. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სახით. ფსიქოთერაპიის პროცესი ეტაპობრივად მიმდინარეობს:

1. ზუსტდება პაციენტის პრობლემების ნუსხა: სომატური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები, ემოციური დარღვევები. შემდეგ ხდება მათი დაჯგუფება გამომწვევი მიზეზების შესაბამისად, დგინდება ფსიქოთერაპიული სამიზნეები;
2. ხდება ამ პრობლემათა მიღმა არსებული არამიზანშეწონილი კოგნიციების გაცნობიერება და კორექცია;
3. თვითრეგულაციის არასწორი წესების გაცნობიერება და ცვლილება;
4. თვითრეგულაციის ადექვატური, მოქნილი წესების შემუშავება და ცხოვრებაში გატარება.

3. ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური ფსიქოთერაპია

ჰუმანისტური ფსიქოლოგია იზიარებს ეგზისტენციალური ფილოსოფიის იდეებს, რომლის თანახმად, ერთადერთი არსებული რეალობა ეს არის სუბიექტური რეალობა: სამყაროს აზრი არ აქვს ადამიანის გარეშე და არც ადამიანი არ არსებობს სამყაროს გარეშე, დროსა და სივრცეში ადამიანის ყოფიერება უნიკალური მოვლენაა; ადამიანი აქტიური, გონიერი არსებაა, მას გააჩნია არჩევანის უფლება და პასუხისმგებელია ამ არჩევანის გამო, ის საკუთარი თავის შემოქმედია; ადამიანი მუდმივი ქმნადობის პროცესშია, იგი პასუხისმგებელია საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზაციაზე, პიროვნულ ზრდაზე, ცხოვრების საზრისის მოპოვებაზე. ეს პასუხისმგებლობა მძიმე ტვირთია – ადამიანი ერთი ერთზეა სამყაროს წინაშე – მისთვის უცხო არ არის მარტოობის, შფოთვის, სასოწარკვეთილების განცდები. თუ მას არ ეყოფა სიმამაცე, რომ მიიღოს ცხოვრების გამოწვევა, უარს იტყვის არჩევანის თავისუფლებაზე – ის უღალატებს საკუთარ ადამიანურ ბუნებას, ვერ ჰპოვებს ცხოვრების საზრისს, ვერ გაერკვევა საკუთარ თავში, იქნება უცხო როგორც სამყაროსთვის, ასევე საკუთარი თავისთვის, იქნება არააუტენტური. თუ ადამიანს ეყოფა სიმამაცე ზიდოს საკუთარი არსებობის ტვირთი, ის მიაღწევს ყველაზე მნიშვნელოვანს, რისი მიღწევაც შეუძლია – საკუთარი თავის განხორციელებას.

ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური ფსიქოთერაპია საკმაოდ არაერთგვაროვანი მიმდინარეობაა, რომელიც ზემოთ დახასიათებული იდეების საფუძველზე გაერთიანებული თეორიული და პრაქტიკული მიდგომების ფართო სპექტრს მოიცავს, როგორცაა: ლოგოთერაპია, კლიენტზე ცენტრირებული ფსიქოთერაპია, ვერბალიზაცია, დუმბილი, ანუ ფსიქოთერაპიული პაუზა, ალკოჰოლიზმის თერაპია მოტივაციის გაზრდის გზით, ტრანსაქტული ანალიზი, გემტალტთერაპია და სხვა.

ლოგოთერაპია – ეს არის ლოგიკურ არგუმენტაციაზე დაფუძნებული ინტელექტუალური საუბარი, რომლის დროსაც ფსიქოთერაპევტი ისე ახდენს შეკითხვების ფორმულირებას, რომ პაციენტმა მხოლოდ დამადასტურებელი დადებითი პასუხები გასცეს. ამგვარად წარმართულ საუბარს პაციენტი საკუთარი ცხოვრების საზრისის აღმოჩენამდე მიჰყავს. ცხოვრების საზრისის მოპოვება ადამიანის თანდაყოლილი მოტივაციური ტენდენციაა და პიროვნების განვითარების მთავარი მამოძრავებელია. ლოგოთერაპია მოწოდებულია დაეხმაროს ადამიანს მისი არსებობის კონკრეტულ ეტაპზე ცხოვრების კონკრეტული საზრისის მოძიებაში. იგი არ აწვდის მზა

საზრისს, არამედ აფართოვებს ადამიანის შესაძლებლობებს დაინახოს პოტენციური საზრისების მთელი სპექტრი, რომელსაც შეიცავს ნებისმიერი სიტუაცია, რაგინდ გამოუვალადაც არ უნდა გვეჩვენებოდეს ის. ამ მეთოდის ავტორია ავსტრიელი ფსიქოლოგი ვიქტორ ფრანკლი (29). მისი მონაცემების მიხედვით ნარკომანიით დაავადებულთა ლოგოთერაპიით მკურნალობის შემთხვევაში განკურნების მაჩვენებელი 40%-მდე აღწევს.

კლიენტზე ცენტრირებული ფსიქოთერაპია – ადამიანს განიხილავს როგორც გონიერ, აქტიურ, ნდობის ღირს, საკუთარი თავის სრულყოფასა და პიროვნულ ზრდაზე ორიენტირებულ არსებას. მისი ფუძემდებელია ამერიკელი კარლ როჯერსი (38,39). ადამიანის ზრდა-განვითარების მამოძრავებელ ძალად როჯერსს მიაჩნია ე.წ. აქტუალიზაციის ტენდენცია, ანუ საკუთარი თავის სრულყოფის და განხორციელების უნივერსალური ადამიანური მოტივი. აქტუალიზაციის ტენდენციის წყალობით ადამიანი იბადება, იწყებს სიარულს და ლაპარაკს, აზროვნებს, ქმნის მატერიალურ თუ სულიერ ფასეულობებს, უყვარს და სხვა. ზრდა-განვითარების პროცესში ერთგვარი შინაგანი კომპასის როლს ასრულებს ე.წ. ორგანიზმული შეფასების თანდაყოლილი უნარი, რომლის წყალობით ორგანიზმი აფასებს, თუ რამდენად შეესაბამება ესა თუ ის განცდა აქტუალიზაციის ტენდენციას. შესაბამისობის შემთხვევაში ხდება განცდის ინტენსიფიცირება, ხოლო შეუსაბამობის შემთხვევაში პირიქით – შემცირება. ამრიგად, ადამიანს დაბადებისთანავე აქვს მომადლებული ყოველგვარი წინაპირობა საკუთარი თავის განსახორციელებლად, მაგრამ ამისთვის აუცილებელია, აგრეთვე, შესაბამისი გარე პირობების არსებობა. ყველაზე მნიშვნელოვან გარე პირობად მას მიაჩნია ე.წ. უპირობო პოზიტიური ყურადღება გარშემომყოფთა მხრიდან. აქ იგულისხმება ზავშვის მიმართ სითბო და დაფასება მხოლოდ იმის გამო, რომ ის არსებობს და მხოლოდ იმისთვის, რასაც წარმოადგენს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ითრგუნება ადამიანის თვითგამოხატვის უნარი, რაც მას არჩევანის თავისუფლებას ართმევს, აუტენტურობას აკარგვინებს და საფუძვლად ედება მნიშვნელოვან ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, მათ შორის წამალდამოკიდებულებასაც.

როჯერსის თანახმად, ადამიანის ცენტრალურ პიროვნულ წარმონაქმნს წარმოადგენს მისი მე-კონცეფცია ანუ თვითობა – ინტეგრირებული თანმიმდევრული სტრუქტურა, რომელიც მუდმივი ქმნადობის პროცესშია და მოიცავს აზრებს, წარმოდგენებს, გრძნობებს საკუთარი თავის შესახებ. ადამიანის სულიერი ჯანმრთელობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მე-კონცეფციის მთლიანობის შენარჩუნების ტენდენციას. თუ ადამიანს გაუჩნდა ისეთი განცდა, რომელიც არ შეესაბამება მის მე-კონცეფციას, მასში იღვიძებს საფრთხის გრძნობა და შფოთვა. ჩვეულებრივ, ასეთ შემთხვევაში მოქმედებაში მოდის დაცვის მექანიზმები და შეუსაბამო განცდა იდევენება ცნობიერებიდან, მაგრამ თუ განცდის შეუსატყვისობის ხარისხი ძალიან მაღალია, ან

ამგვარი შეუსაბამო განცდები ხშირად ჩნდება ხოლმე, ეს იწვევს ძლიერ შფოთვის, ნევროტიზაციას, ადამიანის მე-კონცეფცია ინგრევა, ვითარდება ფსიქოპათოლოგია და პიროვნული დარღვევები. ამგვარად, წამალდამოკიდებულება შეიძლება განხილულ იქნას როგორც ადამიანის განცდებისა და მე-კონცეფციის შეუსატყვისობის შედეგი, ამ შეუსატყვისობიდან თავდაცვის არაკონსტრუქციული საშუალება.

სწორედ აქედან გამომდინარეობს კლიენტზე ცენტრირებული ფსიქოთერაპიის კრედო: კონსტრუქციული პიროვნული ცვლილებებისათვის აუცილებელი პირობების უზრუნველყოფა. ამდენად, კლიენტზე ცენტრირებული ფსიქოთერაპიის მთავარ თერაპიულ პირობას წარმოადგენს კლიენტისა თერაპევტის ურთიერდამოკიდებულება. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია როჯერსის მიერ შემოთავაზებული სიტყვა “კლიენტი”, რომელიც მან პაციენტის ნაცვლად შემოგვთავაზა. იგი ხაზს უსვამს კლიენტისა და ფსიქოთერაპევტის პარიტეტულობას, ზრუნავს ადამიანის პიროვნული ღირსების დაცვაზე და ერიდება ყოველგვარი იარლიყის (მაგ.: “ავადმყოფის”) გამოყენებას და თავის მხრივ, არც თერაპევტი ინიღბება რაიმე პროფესიული იარლიყით. ის არის არა ექიმი, ფსიქოლოგი, პროფესიონალი, არამედ უბრალოდ ადამიანი – ღია, უშუალო და გულწრფელი, არადირექტიული. ფსიქოთერაპევტის მისიაა შექმნას სათანადო ფსიქოთერაპიული პირობები, რომლის ქვეშაც როჯერსი გულისხმობს დაცულ და უსაფრთხო ფსიქოლოგიურ ატმოსფეროს, რომელიც კლიენტს მისცემს საშუალებას მოიხსნას ჩვეული სოციალური ნიღბები და გამოხატოს თავისი ჭეშმარიტი არსი, იყოს ის, რასაც წარმოადგენს. ამის უზრუნველსაყოფად ფსიქოთერაპევტი უნდა იყოს ემპათიურ დამოკიდებულებაში კლიენტთან, განიცადოს და აგრძნობინოს მას უპირობო პოზიტიური ყურადღება, მიიღოს და აღიაროს იგი შეფასების, გამართლება-გამტყუნების გარეშე, გაიზიაროს მისი სუბიექტური რეალობა, და რაც ყველაზე მთავარია – თვითონ იყოს აუტენტური, ღია საკუთარი განცდებისა და სამყაროს მოვლენების მიმართ. ამრიგად, კლიენტზე ცენტრირებული ფსიქოთერაპიის ძირითად თერაპიულ ფაქტორს თვით ფსიქოთერაპევტის პიროვნება წარმოადგენს, ხოლო ფსიქოთერაპიული ტექნიკები და პროცედურები მეორე პლანზეა გადასული და ისინი არ იმუშავებენ, თუ თერაპევტის პიროვნება არ აკმაყოფილებს შესაბამის მოთხოვნებს. ეს ტექნიკებია:

- **ვერბალიზაცია** – კლიენტის მიერ გამოთქმული აზრებისა და გამოხატული გრძნობების ფსიქოთერაპევტის მიერ საკუთარი სიტყვებით გამოთქმა, პერეფრაზირება. ამგვარად წარმართული საუბარი რამდენიმე ფუნქციას ასრულებს:
 - კლიენტი გრძნობს ფსიქოთერაპევტის ემპათიურ დამოკიდებულებას, გრძნობს, რომ მას უგებენ, აღიარებენ და იღებენ ისეთს, როგორც არის;

- კლიენტის პრობლემური ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ხშირად თავს იჩენს ქცევის ბლოკირებაში, თვითგამოხატვისათვის ადექვატური სიტყვების პოვნის სირთულეში, ხოლო ფსიქოთერაპევტი ეხმარება მას აზრებისა და ემოციების ადექვატურად გამოხატვაში;
 - ფსიქოთერაპევტის მიერ კლიენტის აზრებისა და გრძნობების ასახვა ეხმარება კლიენტსვე საკუთარი გაუცნობიერებელი განცდების გაცნობიერებაში, განცდათა და მოვლენათა ახალი მნიშვნელობების წვდომაში.
- **დუმილი, ანუ ფსიქოთერაპიული პაუზა** – დუმს ფსიქოთერაპევტის სიტყვიერი მეტყველება, მაგრამ არ სდუმს მისი სხეულის ენა (მიმიკა, პოზა, ჟესტები და ა.შ.), რომელიც პაციენტს ემპათიურ დამოკიდებულებას გამოუხატავს. ფსიქოთერაპევტის მხრიდან დუმილი კლიენტის მიმართ უპირობო პოზიტიური ყურადღების გამოვლენის საშუალებაა. პაუზა, ასევე, აქეზებს კლიენტის თვითგამოხატვას, დროსა და სივრცეს აძლევს იმისათვის, რათა მან თავისი თავი გამოხატოს, გამოთქვას გამოსათქმელი.

ალკოჰოლიზმის თერაპია მოტივაციის გაზრდის გზით – ეს მეთოდი სიმპტომური ბუნებისაა და ეფუძნება ჰუმანისტური ფსიქოთერაპიის ტრადიციებს და ეყრდნობა შემდეგ დებულებებს:

- კლიენტს გააჩნია ცხოვრების წესის კონსტრუქციული ცვლილებისათვის აუცილებელი შინაგანი პოტენციალი;
- იგი თვითონ აკეთებს ცხოვრების წესის შეცვლის არჩევანს და იღებს პასუხისმგებლობას საკუთარი მდგომარეობის, მისი დინამიკის გამო;
- ფსიქოთერაპევტის ამოცანაა უზრუნველყოს სათანადო პირობები, რათა მოხდეს კლიენტის ცვლილებებისათვის აუცილებელი შინაგანი რესურსების მობილიზაცია.

წინა ორი მიდგომისგან განსხვავებით, მისი სიმპტომური ბუნებიდან გამომდინარე, ეს მეთოდი უფრო დირექტიულია. ამ შემთხვევაში დასაშვებია ფსიქოთერაპევტის მხრიდან კლიენტისათვის კონკრეტული რჩევების მიცემა და უკუკავშირის მიწოდება მისი მდგომარეობის თაობაზე, ხოლო თვით ფსიქოთერაპიული სესიები, თემატური თვალსაზრისით, წინასწარ დაგეგმილი და სტრუქტურირებულია. აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს მუშაობის შემდეგ საკვანძო პრინციპებს:

- ფსიქოთერაპევტი ამყარებს ემპათიურ დამოკიდებულებას კლიენტთან;
- კლიენტს მიეწოდება ობიექტური უკუკავშირი მისი აქტუალური მდგომარეობის და სამომავლო პროგნოზის თაობაზე;

- კლიენტი თვითონ იღებს გადაწყვეტილებას ცვლილების შესახებ და თვითონ იღებს პასუხისმგებლობას მათ განხორციელებაზე;
- ფსიქოთერაპევტი ხელს უწყობს კლიენტის თვითშეფასებისა და საკუთარი ძალების რწმენის ამაღლებას, მის თვითეფექტურობას.

მეთოდი მოიცავს ოთხ ფსიქოთერაპიულ სესიას, რომელიც თორმეტი კვირის ინტერვალშია განაწილებული (პირველ, მესამე, მეექვსე და მეთორმეტე კვირას). ყოველი სესიის ჩატარების წინაპირობაა კლიენტის ფიზიკური მდგომარეობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეხვედრა გადაიდება. პირველი ორი სესია ემსახურება კლიენტის ცვლილებათა მოტივაციის გაზრდას. იგი მოიცავს ოჯახური ფსიქოთერაპიის ჩანასახოვან ელემენტებს – მასში მონაწილეობს კლიენტის სოციალური გარემოცვიდან უახლოესი ადამიანი (მეუღლე, მეგობარი და ა.შ.), რაც დამატებით თერაპიულ პირობას ქმნის მოტივაციის გაზრდისათვის. მესამე და მეოთხე სესია ემსახურება მიღწეული ცვლილებების ერთობლივ ანალიზს და შემდგომი ცვლილებების დაგეგმვასა და წაქეზებას. თერაპიული პროცესის მსვლელობაში გამოყენებული ძირითადი ტექნიკაა ვერბალიზაცია.

ჯგუფური ფსიქოთერაპია

ჯგუფური ფსიქოთერაპია წარმოადგენს მკურნალობას ჯგუფის შიგნით მიმდინარე ურთიერთდამოკიდებულებათა ერთობლიობის – ჯგუფური დინამიკის – მიზანდასახული გამოყენების საშუალებით და ხასიათდება შემდეგი სპეციფიკით: იგი გულისხმობს ერთი ან მეტი (ოპტიმალურად – ორი) ფსიქოთერაპევტის მუშაობას რამდენიმე (ოპტიმალურად – 8-12) ადამიანთან, ამდენად, ეკონომიურია როგორც დროის, ასევე მატერიალური ხარჯების თვალსაზრისით; თერაპიული პროცესის მსვლელობაში ფსიქოთერაპევტს აქვს საშუალება ჯგუფის წევრების ურთიერთობების დაკვირვების საფუძველზე უშუალოდ გაეცნოს მათ ფსიქოსოციალურ პრობლემებს; ძირითადი აქცენტი მიმართულია აქტუალურ, “აქ და ამჟამად” ურთიერთობებსა და განცდებზე; ჯგუფში მონაწილეობა ეხმარება პაციენტს იმის გაცნობიერებაში, რომ ის არ არის ერთადერთი, ვისაც ფსიქოლოგიური პრობლემები აწუხებს; ერთერთი წევრის მიერ დაძლეული პრობლემა კონსტრუქციულ მოდელს წარმოადგენს სხვა წევრებისათვის; თერაპიული პროცესის მსვლელობაში მონაწილეები უზრუნველყოფენ ერთმანეთს უკუკავშირით, რაც მათ შეზღუდული ქცევითი სტერეოტიპების გაცნობიერებასა და დაძლევაში ეხმარება; ჯგუფში მონაწილეობა საშუალებას აძლევს ადამიანს გამოხატოს თავისი თავი, გაიხსნას, მოსინჯოს ქცევის ახალი ნიმუშები დაცულ, უსაფრთხო ატმოსფეროში.

მეთოდი გამოირჩევა დიდი მრავალფეროვნებით – დაწყებული ცეკვითი თერაპიის, დამთავრებული ეგზისტენციური ანალიზის ჯგუფებით. იმის მიხედვით, თუ რომელი სკოლის ტრადიციებს ეყრდნობა და რა თეორიული პრინციპებით ხელმძღვანელობს, ჯგუფები განსხვავდება ერთმანეთისგან მიზნებითა და ამოცანებით, პროცესის ინტენსივობით, ტექნიკებით, პროცედურებით და სხვა. ასეთი მრავალფეროვნების მიუხედავად, გამოყოფენ ფსიქოთერაპიული ჯგუფის დინამიკის 5 ძირითად ფაზას. პირველი ფაზისათვის დამახასიათებელია პაციენტის პასიურობა, ინიციატივისა და პასუხისმგებლობის ფსიქოთერაპევტზე გადაბარების ტენდენცია, დამაბულობის მაღალი დონე. მეორე ფაზაში იზრდება დამაბულობა და პაციენტთა აქტიურობაც, ჩნდება კონფლიქტები. ამ კრიზისის დაძლევისათვის ერთად იწყება მესამე ფაზა: ჯგუფის სტრუქტურირება, საერთო ნორმებისა და ღირებულებების შემუშავება, თანადგომისა და შეკავშირებულობის – ე.წ. ჯგუფური შეჭიდულობის განვითარება. მეოთხე ფაზა ეს არის ე.წ. “სამუშაო ფაზა”, სადაც ჯგუფი აწარმოებს აქტიურ, მიზანმიმართულ მუშაობას ძველი, არაკონსტრუქციული განწყობების, დამოკიდებულებების, ქცევის ნიმუშების გადალახვისა და ახლის შეთვისების მიმართულებით. მეხუთე ფაზაზე ჯგუფი იშლება. ჟგუფური ფსიქოთერაპიის მიერ გამოყენებული ძირითადი მეთოდებია: დისკუსიები, როლური გათამაშებები, არავერბალური სავარჯიშოები, არტთერაპიული ტექნიკები და სხვა.

ჯგუფური ფსიქოთერაპიის მეთოდი ეფექტურია როგორც ალკოჰოლზე, ასევე ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების შემთხვევაში როგორც თვით დაავადებულთა, ასევე, მათი ოჯახის წევრთა მიმართ.

ოჯახური ფსიქოთერაპია

წამალდამოკიდებულების ერთერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს “თანადამოკიდებულება”. არსებობს თანადამოკიდებულების ფენომენის ამხსნელი რამდენიმე თეორია: ე.წ. პიროვნული დარღვევის ჰიპოთეზა, სოციალური სტრესის თეორია, მძევლობის ჰიპოთეზა და ა.შ.

პიროვნული დარღვევის ჰიპოთეზის თანახმად, ალკოჰოლზე დამოკიდებულ ან დამოკიდებულების მიდრეკილების მქონე პიროვნებებზე თხოვდებიან ქალები, რომელთაც ღრმა შიდაპიროვნული პრობლემები ახასიათებთ. თ.ვალენმა გამოყო ამგვარი ცოლების ოთხი ტიპი:

1. “ტანჯული მერი”, რომელიც ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირზე ქორწინების საშუალებით არაცნობიერ მაზოხისტურ ტენდენციებს იკმაყოფილებს;

2. “მაკონტროლებელი ესთერი”, რომელსაც მამაკაცთა მიმართ არაცნობიერი უნდობლობა ახასიათებს, ხოლო ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთან ქორწინება საშუალებას აძლევს მუდმივად აკონტროლოს ქმარი;
3. “მოყოყმანე კლარა”, რომელსაც საკუთარი არასრულფასოვნების განცდა აწუხებს, მაგრამ, ამავე დროს, ყოყმანობს იმის თაობაზე, რომ ეს გრძნობა ძალიან დიდ საფასურად უჯდება;
4. “დამსჯელი როზა” – პროფესიის მქონე მოსამსახურე ქალი, რომელსაც არაცნობიერი აგრესია აქვს მამაკაცთა მიმართ, ხოლო ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთან ქორწინება საშუალებას აძლევს მუდმივად აკრიტიკოს, გაკიცხოს, დასაჯოს ქმარი.

სოციალური სტრესის თეორიის თანახმად, ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთა ცოლების ემოციური თუ ქცევითი პრობლემები ქმრებთან თანაცხოვრებით გამოწვეული სტრესის შედეგად განვითარებული დაავადების სიმპტომებია. ამ დაავადებას ახასიათებს განვითარების უნივერსალური სტადიები: ადრეული, შუალედური და გვიანი. ადრეულ სტადიაზე ცოლი უარყოფს მეუღლის ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს, როგორც საკუთარი თავის, ასევე გარშემომყოფთა წინაშე, რითიც ხელს უწყობს ალკოჰოლიზაციის გაგრძელებას. შუალედურ სტადიაზე ცოლი საკუთარ თავს უტყდება ქმრის პრობლემების თაობაზე, მაგრამ გარშემომყოფებთან კვლავ უარყოფს ამას და იცავს ქმარს კრიტიკისგან. ამვე დროს, სხვებისგან ფარულად, ეჩხუბება, მოითხოვს რომ სმას თავი დაანებოს, ყველა ხერხს მიმართავს, რათა აკონტროლოს ქმრის ქცევა, უმაღლავს სასმელს, ემუქრება მიტოვებით და ა.შ. ამგვარი აფექტური ქცევა ქმარს საპროტესტო რეაქციებს უღვიძებს და იგი უფრო ინტენსიურად სვამს. ამდენად, განზრახვის გარეშე, ცოლი კვლავ უზიძგებს მეუღლეს ალკოჰოლიზაციისკენ. გვიანდელ სტადიაზე ცოლი უკვე ვეღარ უარყოფს მეუღლის სმასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. იგი დაღლილია ბრძოლით და ჩხუბით, ამიტომ თავიდან იხსნის პასუხისმგებლობას ქმრის მდგომარეობის გამო და ხდება განურჩეველი მის მიმართ, ემოციურად სცილდება მეუღლეს, რაც ქმრის მიერ კვლავ ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების გასამართლებელი მიზეზი ხდება.

ორივე ზემოთ მოყვანილი თეორია უშუალოდ ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთა ცოლებს ეხება, მაგრამ ეს შეხედულებები, ასევე, წამალდამოკიდებულ პირთა მეუღლეებზეც ვრცელდება, განურჩევლად სქესისა. ამასთან, თანადამოკიდებულებაში შემჩნეულ იქნენ არა მარტო მეუღლეები, არამედ ოჯახის სხვა წევრებიც. აღნიშნული თეორიები თანადამოკიდებულებაში მყოფ ადამიანს განიხილავს როგორც სულიერად დაავადებულს. განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ პირველის მიხედვით, დაავადება წინ უსწრებს ქორწინებას, ხოლო მეორეს თანახმად კი ქორწინების შედეგად ვითარდება.

მძევლობის ჰიპოთეზის თანახმად, წამალდამოკიდებულთა მეუღლეებს არა აქვთ რაიმე პიროვნული პათოლოგია, მათ ავადმყოფის იარღის დაუმსახურებლად აკერებენ. მძევალთა მსგავსად, მათ უვითარდებათ დაუცველობის და უსუსურობის განცდები, შფოთვის მაღალი დონე, აგრესორის (ამ შემთხვევაში წამალდამოკიდებული ადამიანის) შიში და ამ ყველაფრის ფონზე ის, რასაც თანამედროვე ლიტერატურაში “სტოკჰოლმის სინდრომს” უწოდებენ.

სამივე ზემოთ მოყვანილი თეორია პასუხობს შეკითხვაზე: “ვინ არის დამნაშავე და რატომ?”, ანუ პრობლემას უდგება დამნაშავეს ძიების სტრატეგიით, რასაც ლოგიკურად მოჰყვება დასჯა, ხოლო კონსტრუქციული არაფერი. პრობლემის კონსტრუქციული გადაჭრა კი მოითხოვს პასუხის გაცემას კითხვაზე “როგორ იქმნება პრობლემა?”, რაც საშუალებას იძლევა თვალყური მივადევნოთ მისი წარმოშობის მექანიზმებს და ვეძებოთ მოგვარების გზები. სწორედ ამგვარი სტრატეგიით უდგება თანადამოკიდებულების საკითხს ოჯახური ფსიქოთერაპია, რომელიც ცდილობს გაიზიაროს, თუ როგორ იქმნება თანადამოკიდებულება, გახსნას მისი მექანიზმები და დაეხმაროს ოჯახს კონსტრუქციული ცვლილებების განზორციელებაში. სწორედ ამიტომ, ოჯახური ფსიქოთერაპია წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ერთერთ ყველაზე უფრო ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს.

ოჯახური ფსიქოთერაპიის პაციენტი არის არა ცალკეული ადამიანი, არამედ მთელი ოჯახი. ფსიქოლოგიური პრობლემების მქონე ადამიანი აქ განიხილება, როგორც ოჯახური პათოლოგიის სიმპტომი. მას უწოდებენ “იდენტიფიცირებულ პაციენტს” და ითვლება, რომ მისი პრობლემური მდგომარეობა ოჯახში გამეფებულ მანკიერ ურთიერთობებს ასახავს. ოჯახური ფსიქოთერაპიის მიზანია ხელი შეუწყოს ოჯახს ურთიერთობათა ამ მანკიერი წრის გაცნობიერება – გადალახვაში და ოჯახური ურთიერთობების თერაპიული პოტენციალის აქტუალიზაციაში.

ოჯახური ფსიქოთერაპია აერთიანებს მრავალფეროვან მიდგომათა ფართე სპექტრს, როგორიცაა: ფსიქოანალიტიკური, ქცევითი, ჰუმანისტური, სიმბოლური და სისტემური (თავის მხრივ კიდევ რამდენიმე “შენაკადს” აერთიანებს) ფსიქოთერაპია. ყველა მათგანს აერთიანებს საერთო დაშვებათა რიგი: ოჯახი არის არა დამოუკიდებელ ინდივიდთა ჯამი, არამედ ურთიერთ-დამოკიდებულებაში მყოფ ადამიანთაგან შექმნილი მთლიანობა, რომელიც იმყოფება მეტ-ნაკლები წონასწორობის მდგომარეობაში და მისწრაფვის წონასწორობისკენ. სხვადასხვა სტრესორების ზეგავლენით ოჯახი კარგავს წონასწორობას, განიცდის კრიზისს. სტრესორის როლში შესაძლოა გამოვიდეს: 1. ცვლილებები, რომელსაც განიცდის ოჯახური სისტემა: შვილის დაბადება, მოზარდობაში შესვლა, დაქორწინება, ერთერთი წევრის გარდაცვალება, სამსახურის დაწყება, გამოცვლა ან თავის დანებება და ა.შ.; 2. ცვლილებები, რომელსაც განიცდის

უფრო მსხვილი სისტემები, რომელშიც შედის ოჯახი: სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური და ა.შ. სტრესორების ზემოქმედებით წონასწორობიდან გამოსული ოჯახი განიცდის კრიზისს – საჭიროებს ცვლილებების განხორციელებას, რათა მოახდინოს ადაპტაცია შეცვლილი სიტუაციის მიმართ, გადალახოს ის ქცევითი სტერეოტიპები, რომლებიც “ადარ მუშაობს” ახალ გარემოებებში. თუ ოჯახში სუფევს ნდობაზე დამყარებული გულწრფელი ურთიერთდამოკიდებულებები, ცხოვრებისა და თანაცხოვრების მოქნილი წესები, ამ შემთხვევაში ის გადალახავს კრიზისს, განახორციელებს კონსტრუქციულ გარდაქმნას და გადავა ფუნქციონირების თვისობრივად ახალ ეტაპზე. ხოლო თუ ოჯახში არაგულწრფელი ატმოსფერო და მოუქნელი წესებია, მან შესაძლოა ვერ დასძლიოს კრიზისი და შედეგად გაჩნდეს იდენტიფიცირებული პაციენტი, რომელიც ჰომეოსტაზის შენარჩუნების ფუნქციას იტვირთავს.

მუშაობის პირველი ეტაპი ეთმობა ე.წ. ოჯახური დიაგნოზის დასმას, სამუშაო ჰიპოთეზის ფორმულირებას, რაც საჭიროებს ოჯახის “ფარული დონის” (ოჯახში არსებული ფარული ემოციური კავშირების, ალიანსების, დაპირისპირებების, კონფლიქტების, ცხოვრებისა და თანაცხოვრების წესების) გამოკვლევას. ამ დონეს მართავს ოჯახის “რწმენათა სისტემა” (განწყობები, მოლოდინები, ცხოვრებისეული პოზიციები, ქცევითი სტერეოტიპები, წესები), რომლებიც “მემკვიდრეობით” ერგო თითოეულ მშობელს იმ ოჯახიდან, სადაც ისინი აღიზარდნენ. “რწმენათა სისტემა” ედება საფუძვლად ოჯახური ფუნქციონირების წესებს, ოჯახური კომუნიკაციის სტილს, ოჯახის ფარულ კონფლიქტოგენურ თემებს. სამუშაო ჰიპოთეზის ფორმულირებისას ფსიქოთერაპევტი ცდილობს გაერკვეს, თუ რომელ თემასთან (ძალაუფლება-დაქვემდებარება, პასუხისმგებლობა-უპასუხისმგებლობა, სიახლოვე-დისტანცია და ა.შ.) არის დაკავშირებული იდენტიფიცირებული პაციენტის სიმპტომები. მუშაობის შემდგომ ეტაპზე ხდება ღია და გახსნილი ურთიერთობაზე გადასვლა: ოჯახის წევრებს ეძლევათ საშუალება გამოუთქვან და გამოუხატონ ერთმანეთს ის ფარული გრძნობები და განცდები, რომელთა გაცნობიერების უნარი და სიძამაცე მათ ადრე არ ჰქონდათ და ამა თუ იმ ფორმით (არაპირდაპირ, სიმბოლურად ან დესტრუქციულად) ვლინდებოდა. ოჯახის წევრები იწყებენ შიდა ოჯახური სინამდვილის გაცნობიერებას ანუ იწყება კონსტრუქციულ ცვლილებათა პროცესი.

ოჯახური ფსიქოთერაპია გამოირჩევა მეთოდთა დიდი მრავალფეროვნებით, როგორცაა: გენოგრამა, ოჯახის სკულპტურა, ჩართული სუპერვიზია, ოჯახური დეტოქსიკაცია, ოჯახური ჩარევა და სხვა.

გენოგრამა – ამ მეთოდის მიზანია დაეხმაროს ოჯახის წევრებს იმის გაცნობიერებაში, თუ როგორ მოქმედებს ოჯახის აქტუალურ ცხოვრებაზე წინა თაობათა მიერ განცდილი

მოვლენები და გადაუჭრელი ფსიქოლოგიური პრობლემები. პირველ ეტაპზე გროვდება შეძლებისდაგვარად დაწვრილებითი ინფორმაცია 3-4 თაობის მანძილზე ოჯახის თითოეული წევრის ვინაობის, ბიოგრაფიული მონაცემების და ფსიქოლოგიური თავისებურებების შესახებ. შემდეგ ეტაპზე იკრიბება ინფორმაცია ოჯახური სისტემის ფუნქციონირების თაობაზე (კომუნიკაციის სტილი, ემოციური კავშირები და სხვა). საბოლოოდ დგება ოჯახის ერთგვარი რუქა – დიაგრამა, რომელიც ასახავს ოჯახის ისტორიას 3-4 თაობის მანძილზე.

ოჯახის სკულპტურა – ეს მეთოდი არავერბალურია და ხორციელდება “სხეულის ენის” დონეზე. იგი საშუალებას იძლევა თვალსაჩინოდ წარმოვიდგინოთ თითოეული წევრის ადგილი ოჯახურ სისტემაში. ოჯახის თითოეული წევრი რიგრიგობით განალაგებს დანარჩენებს სივრცეში და ქმნის ოჯახის “ცოცხალ სკულპტურას”, რაც ასახავს ოჯახური ურთიერთდამოკიდებულების მისეულ ხედვას. ამ მეთოდს გააჩნია შემდეგი დადებითი თვისებები: 1. განსახორციელებლად ადვილად ხელმისაწვდომია ბავშვებისთვისაც და 2. გვერდს უვლის პაციენტთა “წინააღმდეგობას” და ოჯახის ფარული ფსიქოლოგიური დონის გამოკვლევის საშუალებას იძლევა.

ჩართული სუპერვიზია – ოჯახთან მუშაობს ფსიქოთერაპევტთა გუნდი (4-8 კაცის შემადგენლობით), რომელიც თერაპიული პროცესის სრულყოფილებიანი წევრია. მათგან ერთი უშუალოდ ატარებს სესიას, ხოლო დანარჩენები გვერდითი ოთახიდან, ცალმხრივი ხედვის სარკის საშუალებით, აკვირდებიან პროცესს, პერიოდულად გამოჰყავთ იგი სესიიდან და უზიარებენ ოჯახური პრობლემების საკუთარ ხედვას. ეს მეთოდი მნიშვნელოვნად ზრდის ოჯახური ფსიქოთერაპიის შესაძლებლობებს, სძენს მას მოქნილობას და აძლევს საშუალებას სხვადასხვა ხედვის კუთხიდან განიხილოს და მიუდგეს კონკრეტული ოჯახის პრობლემებს.

ოჯახური დეტოქსიკაცია – გამოიყენება ალკოჰოლზე დამოკიდებულების მკურნალობისას. მისი მიზანია: მკურნალობის დაწყებისთანავე უზრუნველყოს პაციენტისათვის ალკოჰოლისაგან დაცული ფსიქოსოციალური გარემოცვა და გაუცნობიეროს ოჯახის წევრებს, რომ იდენტიფიცირებული პაციენტის პრობლემა არა ინდივიდუალურ, არამედ ოჯახის დონეზე არსებობს, რითიც საფუძველს ჩაუყრის რეციდივის პროფილაქტიკას. ოჯახური დეტოქსიკაციის დროს, ოჯახსა და ფსიქოთერაპევტს შორის იდება ე.წ. ოჯახური კონტრაქტი იმის თაობაზე, რომ მკურნალობის პროცესში პაციენტი და ოჯახი ერთობლივი ძალებით უზრუნველყვენ ალკოჰოლისგან თავისუფალ ატმოსფეროს.

ოჯახური ჩარევა – ეს მეთოდი მიმართულია წამალდამოკიდებული პირის მკურნალობის მოტივაციის შექმნაზე, იმ შემთხვევაში, როდესაც მას არ ესმის

მკურნალობის აუცილებლობა. მეთოდი გულისხმობს მისი ოჯახის წევრების და უახლოესი ნათესავების ჩართვას ფსიქოთერაპიულ მუშაობაში იმ მიზნით, რომ ისინი გაერთიანებული ძალებით დაუპირისპირდნენ (არა კონფლიქტით, არამედ ტაქტიანი, დახვეწილი, მიზანმიმართული, მზრუნველი ჩარევით) მას და დაარწმუნონ მკურნალობის აუცილებლობაში. მეთოდის ეფექტურობა იზრდება, თუ ოჯახის წევრთა და ნათესავების პარალელურად მონაწილეობას მიიღებენ უახლოესი მეგობრები და სამსახურის ხელმძღვანელი. თუ ჩარევა მარცხით დამთავრდა და პაციენტის მკურნალობაში ჩართვა ვერ მოხერხდა, ფსიქოთერაპევტის წინაშე ოჯახის წევრთა დახმარების ამოცანა რჩება.

წამალდამოკიდებულების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია

შეიქმნა ფსიქოლოგიური და სოციალური დახმარების გადაკვეთაზე და მულტიდისციპლინარული ხასიათისა: ფსიქოსოციალური სამსახური თავის თავში აერთიანებს ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს, ექიმებს პედაგოგებს, იურისტებს და ა.შ. იგი მოიცავს სამიზნე ჯგუფების ისეთ ფართე დიაპაზონს, როგორცაა: სულიერად დაავადებულები, ომებისა და კატასტროფების (მიწისძვრა, ხანძარი და ა.შ.) შედეგად დაზარალებულნი, ლტოლვილი და იძულებით ადგილნაცვალი პირები, ინვალიდები და სხვა. ყველა ამ შემთხვევებში, მათ საერთო სტრატეგიულ ხაზს წარმოადგენს: ადამიანის ან ადამიანთა ჯგუფის საზოგადოებასთან ინტეგრაციისა და საზოგადოების პროდუქტიულ წევრებად ჩამოყალიბების ხელშეწყობა.

წამალდამოკიდებულების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პრაქტიკაში მიღებული და აღიარებული ფორმებია: თვითდახმარების ჯგუფები, თერაპიული თემები და სხვა.

თვითდახმარების ჯგუფები

ამ ჯგუფების შექმნის ინიციატორების და ლიდერების როლში გამოდიან ადამიანები, რომელთაც ჰქონდათ ან აქვთ გარკვეული ფსიქოლოგიური პრობლემები. ისინი ერთიანდებიან ამ პრობლემის დასაძლევად და ანალოგიური პრობლემის მქონე სხვა ადამიანების დასახმარებლად. საზღვარგარეთულ პრაქტიკაში, ერთერთ ამგვარ ავტორიტეტულ გაერთიანებას წარმოადგენს “ანონიმურ ალკოჰოლიკთა საზოგადოება”.

“ანონიმურ ალკოჰოლიკთა საზოგადოების” კონცეპტუალური საფუძველი იმაში მდგომარეობს, რომ ალკოჰოლიზმი არის პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადება, რომელიც მოქმედებს ადამიანის სხეულზე, გონებაზე და იწვევს მძიმე შედეგებს. იგი ხასიათდება ალკოჰოლის მიღებაზე კონტროლის დაკარგვით და ამ ფაქტის უარყოფით ავადმყოფის მხრიდან. ამ დაავადების ერთადერთი წამალია ალკოჰოლის მიღებაზე

სრული თავის დანებება. თავის დანებების სურვილი საკმარისი პირობაა იმისათვის, რომ ადამიანი გაწევრიანდეს ანონიმურ ალკოჰოლიკთა საზოგადოებაში. საზოგადოებაში გაწევრიანება ნიშნავს: აღიარო ალკოჰოლთან დაკავშირებული პირადი პრობლემები; ირწმუნო უმაღლესი სულიერი ინსტანცია (არ გულისხმობს თეისტურ პოზიციას, ათეისტისთვის ამგვარი პოზიცია შეიძლება იყოს მაგ.: სინდისი); მოერიო ამპარტავნებას; გულწრფელად მოინანიო წარსული შეცდომები; მაქსიმალურად აქტიური მონაწილეობა მიიღო ანონიმურ ალკოჰოლიკთა საზოგადოების ცხოვრებაში – დაეხმარო შენს თავს და სხვა ადამიანებს.

ანონიმურ ალკოჰოლიკთა საზოგადოების სამოქმედო პროგრამა ჩამოყალიბებულია ე.წ. “12 ნაბიჯის” ფორმით:

- პირველი ნაბიჯი – “ჩვენ ვაღიარებთ ჩვენს უძლურებას ალკოჰოლის წინაშე, ვაღიარებთ, რომ დავკარგეთ კონტროლი ჩვენს ცხოვრებაზე”;
- მეორე ნაბიჯი – “ჩვენ მივუდით რწმენამდე, რომ მხოლოდ ძალა, ჩვენზე ძლიერი, დაგვიბრუნებს ჯანმრთელობას”;
- მესამე ნაბიჯი – “მივიღეთ გადაწყვეტილება გადავებაროთ ჩვენი ნებისყოფა და ჩვენი ცხოვრება ღმერთს (როგორც ჩვენ ის გვესმის)”;
- მეოთხე ნაბიჯი – “ღრმად და უშიშრად შევაფასეთ ჩვენი ცხოვრება ზნეობრივი თვალსაზრისით”;
- მეხუთე ნაბიჯი – “ვაღიარებთ ღმერთის, საკუთარი თავის და გარკვეული ადამიანების მიმართ ჩვენი შეცდომების ჭეშმარიტი ბუნება”;
- მეექვსე ნაბიჯი – “შევამზადეთ თავი იმისათვის, რომ ღმერთმა გაგვათავისუფლოს ჩვენი ნაკლოვანებებისგან”;
- მეშვიდე ნაბიჯი – “მორჩილად ვთხოვეთ ღმერთს ჩვენი ნაკლოვანებების გამოსწორება”;
- მერვე ნაბიჯი – “შევადგინეთ იმ ადამიანთა სია, რომელთაც ოდესმე ზიანი მივაყენეთ და აღვივსეთ დანაშაულის გამოსწორების სურვილით”;
- მეცხრე ნაბიჯი – “პირადად გამოვასწორებთ მიყენებული ზიანი, სადაც შესაძლებელი იყო, გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც ეს, პირიქით, ვნებას მიაყენებდა ადამიანს”;
- მეთათე ნაბიჯი – “ვავრძელებთ თვითნაალიზს, შეცდომების დაშვების შემთხვევაში ვაღიარებთ მათ”;
- მეთერთმეტე ნაბიჯი – “ვესწრაფვით ლოცვის და მოაზრების გზით გავალრმავოთ ჩვენი შეხება ღმერთთან (როგორც ჩვენ ის გვესმის);
- მეთორმეტე ნაბიჯი – “სულიერი გამოღვიძების შემდეგ ვცდილობთ მივიტანოთ ჩვენი იდეები სხვა ალკოჰოლიკებამდე და გამოვიყენოთ ეს პრინციპები ყველა ჩვენს საქმიანობაში”.

ამრიგად, ადამიანის მიერ გადადგმული ეს 12 ნაბიჯი მისი უმაღლესი სულიერი ღირებულებების აქტივიზაციაზეა მიმართული. მათი განხორციელება კი გულისხმობს ადამიანის ცხოვრების წესის სრულ რეკონსტრუქციას: დაწყებულს თავისუფალი დროის სტრუქტურირების პრობლემის მოგვარებით (საზოგადოების რეგულარულ შეხვედრებზე დასწრება), დამთავრებულს ცხოვრების საზრისის მოძიებით (სხვა გაჭირვებულის დახმარება და გადარჩენა). ამჟამად, ბევრ ქვეყანაში, ანონიმურ ალკოჰოლიკთა 12-ნაბიჯიანი პროგრამის საფუძველზე შექმნილია ნარკომანთა, აზარტულ მოთამაშეთა, ჭარბად მჭამელთა, ალკოჰოლიკთა და ნარკომანთა შვილებისა და მეუღლეების ანონიმური ჯგუფები. მათი რაოდენობის პერმანენტური ზრდა ამ მიდგომის ეფექტურობის დამადასტურებელია.

თერაპიული თემი

წამალდამოკიდებული ადამიანის მკურნალობა და რეაბილიტაცია თერაპიულ თემში ხორციელდება გამაჯანსაღებელ სოციალურ ატმოსფეროში, კონსტრუქციულ სოციალურ ურთიერთობათა ქსელში ჩაბმის გზით. თერაპიული თემის ცნება მოიცავს როგორც მოკლე და გრძელვადიანი რეზიდენტული (თემში ცხოვრება) პროგრამების დიდ მრავალფეროვნებას, ასევე ამბულატორიული და დღის სტაციონარის ტიპის პროგრამებს.

თერაპიული თემის მიდგომა წამალდამოკიდებულებას განიხილავს, როგორც მთლიანპიროვნულ დაავადებას, რომელიც აფერხებს პიროვნების განვითარებას და დამანგრეველ გავლენას ახდენს მისი ფუნქციონირების ყველა დონეზე (შემეცნება, ემოციები, ქცევა, ღირებულებები, ეგზისტენციალური პრობლემები, ზნეობა, სოციალური ურთიერთობები), ხოლო წამლისა თუ ნივთიერების ავადმობმარება წარმოადგენს ამ დაავადების სიმპტომს. დაავადების მიზეზი კი არის ფსიქოლოგიური ან სოციალური დისფუნქცია. სოციალური დისფუნქციის მქონე პაციენტებს არ გააჩნიათ საზოგადოების კონვენციონალური ნორმების შესაფერისი ცხოვრების გამოცდილება, რამდენადაც გამოსული არიან სოციალურად მოუწყობელი ფენიდან (მატერიალური სიდუხჭირე, კრიმინალური ან ქუჩის გარემო, დარღვეული ოჯახური ურთიერთობები), ხოლო ფსიქოლოგიური დისფუნქციის მქონე პაციენტების მიერ წამლისა თუ ნივთიერების ავადმობმარების მიღმა სულიერი დაავადება ან გადაუჭრელი ეგზისტენციალური პრობლემები დგას. მთელ რიგ პაციენტებში ზემოთ აღნიშნული ორივე სახის დისფუნქცია ერთდროულად გვხვდება. აღნიშნულის გამო, თერაპიული თემის მიზანია მონაწილეთა ცხოვრების სტილის სრული ცვლილება: სიფხიზლე, ანტი-სოციალური აქტივობის შეწყვეტა, პროსოციალური ღირებულებების, განწყობებისა

და შრომის უნარის განვითარება. ამის მისაღწევად თემში მიმდინარეობს მონაწილეთა აღზრდა განათლება, სოციალური და პროფესიული უნარ-ჩვევების სწავლება, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება. ყოველივე ეს ხორციელდება ინდივიდუალური და ოჯახური კონსულტაციების, ჯგუფური ფსიქოთერაპიის, შრომითი თერაპიის, სხვადასხვა საგანმანათლებლო სემინარების, უნართა ტრენინგის, სამედიცინო, სოციალური და იურიდიული მომსახურების საშუალებით. მაგრამ თემის უპირველესი თერაპევტი და პედაგოგი თვით თემია – თავისი სტრუქტურით და ცხოვრების წესით.

თერაპიული თემები განსხვავდებიან ერთმანეთისგან თავისი მასშტაბით (30-დან 600 მონაწილემდე). თემს პაციენტები მიმართავენ ნებაყოფლობით (თვითმომართვადობით, სოციალური სააგენტოს შუამავლობით) ან თვით თემის წარმომადგენელთა მიერ საპატიმროებში, საავადმყოფოებში, ქუჩებში გაწეული პროპაგანდის საფუძველზე. მიუხედავად ამისა, ზრდასრულთა 30%, ხოლო მოზარდთა 40-50% თემში იურიდიული ზეწოლის ამა თუ იმ ფორმის (პატიმრობის მუქარა, გამოსაცდელი ვადა, დადებული პირობა) ზეგავლენით ხვდება. თემი ატარებს ღია კარის პოლიტიკას დახმარების მსურველთა მიმართ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ადგილი აქვს რაიმე სერიოზულ სულიერ და ინფექციურ დაავადებას. რეზიდენტობის საწყის ეტაპზე მონაწილეთა გარკვეული რაოდენობა იცხრილება ან თვით პაციენტის ინიციატივით (თუ იგი ვერ შეეგუა თემის რეჟიმს) ან სათემო ავტორიტეტების გადაწყვეტილებით. გადაწყვეტილების მიღებისას ხელმძღვანელობენ ორი კრიტერიუმით: 1. მონაწილის შესაბამისობა – რამდენად შესწევს მონაწილეს უნარი შეასრულოს სათემო რეჟიმის მოთხოვნები (სრული სიფხიზლე, ჩართულობა თერაპიულ ჯგუფებში, შრომა, ცხოვრება, ძილი საერთო ოთახში და ა.შ) და 2. სათემო რისკი – გულისხმობს ხარისხს, რომლითაც პაციენტის თემში ცხოვრება წარმოადგენს მუქარას თემის დანარჩენი წევრების ჯანმრთელობისა თუ უსაფრთხოებისათვის (წამლების მოხმარების გაგრძელება, სექსუალური თუ სხვა სახის ძალადობა და ა.შ.).

თერაპიული თემის ცხოვრების წესს განსაზღვრავს: თერაპიულ-საგანმანათლებლო, თემის განვითარებაზე მიმართული და თემის კლინიკურ მართვაზე ორიენტირებული აქტივობები.

- თერაპიულ-საგანმანათლებლო აქტივობები უზრუნველყოფს თემის წევრთა აქტიურ მონაწილეობას ინდივიდუალურ კონსულტაციებსა და სხვადასხვა ჯგუფების (ფსიქოთერაპიული, უნართა ტრენინგის, პიროვნული ზრდის, სასემინარო) მუშაობაში.
- თემის განვითარებაზე მიმართული აქტივობები გულისხმობს ყოველდღიური საერთო-სათემო კრებების ჩატარებას. დღის განმავლობაში ტარდება სამი ამგვარი

თავყრილობა: 1. დილის შეხვედრები – სიმღერების ერთობლივი შესრულება, იუმორესკების გათამაშება, თემის მსოფლმხედველობის შესაბამისი ფილოსოფიური ან ლიტერატურული ტექსტების კითხვა; 2. სემინარები – ტარდება შუადღეზე, რა დროსაც ხდება წინასწარი გეგმის შესაბამისად შერჩეული საგანმანათლებლო საკითხებზე მსჯელობა და 3. საშინაო შეხვედრები - ხორციელდება ყოველ საღამოს და ეთმობა თემის საჭირბოროტო საკითხების გადაწყვეტას, განვლილი დღის ერთგვარ შეჯამებას, მონაწილეთა მიღწევების ან უწესო ქცევის საჯარო განცხადებას და შესაბამისი წახალისებისა თუ დასჯის ფორმების შერჩევას.

- თემის კლინიკურ მართვაზე ორიენტირებული ღონისძიებებია: პრივილეგიები, დისციპლინური სანქციები, ზედამხედველობა და შარდის ანალიზი. პრივილეგიები გულისხმობს ჯილდოებს, რომლებიც განამტკიცებს მონაწილის მიღწევებს. პრივილეგიათა ტიპი განსხვავდება მკურნალობის სტადიების შესაბამისად: საწყის სტადიაზე – დაწყებული სატელეფონო ზარის განხორციელების ნების დართვით, გვიანდელ სტადიაზე -დამთავრებული ღამის შვებულებით. თემის წესების შეუსაბამო ქცევის შემთხვევაში ხდება პრივილეგიების ჩამორთმევა, ქცევის გამოსწორების შემდეგ – დაბრუნება.

D დისციპლინური სანქციები ვარირებს დაწყებული სიტყვიერი საყვედურიდან, დამთავრებული თემიდან გარიცხვით. მათი მიზანია, ერთი მხრივ, თემის სიჯანსაღისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და მეორე მხრივ, მონაწილეთა აღზრდა დისციპლინის საშუალებით. სანქციები ხორციელდება ნებისმიერი ქცევის მიმართ, რომელიც არ შეესაბამება სათემო წესებს და ემუქრება თერაპიულ გარემოს. მათი სიმძიმე დამოკიდებულია: დარღვევის სიმძიმეზე, თემში მონაწილის ცხოვრების სტაჟზე, წარსულ დარღვევათა ისტორიაზე.

ზედამხედველობა გულისხმობს შტატისა და მაღალი სტატუსის მონაწილეთა მიერ თემის რეგულარულ შემოვლას და მისი ფსიქო-ფიზიკური კლიმატის შეფასებას დღეში რამდენჯერმე, რა დროსაც განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა: წესრიგს, სისუფთავეს, დაგეგმილი აქტივობების შესრულებას, ზნეობრივ და ფსიქოლოგიურ ატმოსფეროს და ა.შ.

სტრუქტურული თვალსაზრისით თემი შედგება შედარებით მცირერიცხოვანი შტატისგან და ე.წ. მონაწილეებისგან ანუ პაციენტებისგან. შტატი დაკომპლექტებულია ყოფილი წამალდამოკიდებული პირებით, რომლებმაც გაიარეს თემში მკურნალობა და სხვადასხვა დარგის პროფესიონალებით (ექიმები, პედაგოგები, სოციალური და იურიდიული მუშაკები, ფსიქოლოგები). შტატი მართავს თემს: აფასებს მონაწილეთა მდგომარეობას, ანიჭებს ამა თუ იმ სტატუსს, სწყვეტს დისციპლინასთან და

მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებს, უზრუნველყოფს ინდივიდუალურ კონსულტაციებსა და ჯგუფურ მუშაობას.

თემში ცხოვრების მანძილზე მონაწილე გადის სამ სტადიას: 1. საორიენტაციო სტადია (1-2 თვე), რა დროსაც მიმდინარეობს მონაწილის მდგომარეობის შეფასება და მისი თემთან ადაპტაცია; 2. ძირითადი მკურნალობის სტადია (3-12 თვე) თავის მხრივ იყოფა კიდევ სამ ფაზად: 4 თვიანი (3-4 თვე) – “იუნიორის” სტატუსი, რაც გულისხმობს: შეზღუდული თავისუფლება (თემიდან გასვლის ნებართვის გარეშე), დაბალი კატეგორიის სამუშაო (საჭმლის მომზადება, დალაგება, ჭურჭლის რეცხვა და ა.შ.); 8 თვიანი ფაზა (5-8 თვე) – “საშუალო” სტატუსი, რაც გამოიხატება შემდეგში: მეტი თავისუფლება (თემის მცირე ხნით დატოვების უფლება), შედარებით მაღალი დონის სამუშაო (შტატის თანამშრომლის თანაშემწეობა), მცირეოდენი სტიპენდია; 12 თვიანი (9-12 თვე) ფაზაში მონაწილე იძენს “სენიორის” სტატუსს, რაც გულისხმობს: თავისუფლების მაღალ ხარისხს (რეგულარული შვებულებები), შედარებით მაღალი სტიპენდია და მაღალი დონის სამუშაო (შტატის მხარდამხარ ზედამხედველობაში მონაწილეობა, იუნიორთა ინდივიდუალური კონსულტაციები, ტრენინგების გაძღოლა და ა.შ.); 3. გამოყოფის სტადია (13-24 თვე) – მონაწილე ცხოვრობს, მუშაობს, სწავლობს თემის გარეთ, მაგრამ ინარჩუნებს მასთან კონტაქტს პერიოდული სატელეფონო ზარების ან ვიზიტების საშუალებით. შესაძლოა იგი პარალელურად ჩართული იყოს ყოფილ ალკოჰოლიკთა ან ნარკომანთა ანონიმურ გაერთიანებაში, გადიოდეს ინდივიდუალური ან ჯგუფური ფსიქოთერაპიის გრძელვადიან კურსს, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ თავისი მოწოდება სათემო საქმიანობაში აღმოაჩინა, მას შეუძლია განაგრძოს თემში მოღვაწეობა, როგორც შტატის სრულუფლებიანმა წევრმა.

მე-20 საუკუნის ბოლოს კომპიუტერული ტექნიკისა და ინტერნეტით სარგებლობის საყოველთაო გამოყენებამ გამოიწვია მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულების გახშირება ისეთი მასშტაბებით, რომ მალევე სოციალურ პრობლემად გადაიქცა. კომპიუტერომანიისა და ინტერნეტომანიის, როგორც დაავადებების თუ პათოლოგიური ჩვევების, მკურნალობაში ფსიქოთერაპიის მეთოდებთან ერთად იყენებენ მთელ რიგ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს, რომელთა ეფექტურობა დადასტურებულია მრავალრიცხოვანი მეცნიერული გამოკვლევებით. მათში უპირატესობას ანიჭებენ თავის ტვინის ნეირონების სინაფსურ ნაპრალებში სეროტონინის უკუმიტაციების სელექციურ ინჰიბიტორებს (ანტიდეპრესანტებს), ნორმითიმული აქტივობის მქონე მედიკამენტებს (კარბამაზეპინი, ლითიუმის მარილები), ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტებს (ნალტრექსონი და სხვ.) და ა.შ. (3)

ამრიგად, დღემდე არსებული ფსიქოთერაპიული მეთოდების ნაირსახეობანი და მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში სინთეზირებული სხვადასხვა ძალისა და მოქმედების მქონე

ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატები, ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, არსებითად ვერ უზრუნველყოფენ ფსიქიკური და ნარკოლოგიური სპექტრის ავადმყოფთა მკურნალობის სრულ ეფექტურობას. აღნიშნული გარემოება აიძულებს ფსიქიატრებს და ნარკოლოგებს ინტენსიურად ეძებონ ახალი ფსიქოთერაპიული მიდგომები და შეიმუშავონ მაღალეფექტური, სელექციურად მომქმედი ფსიქოტროპული მედიკამენტები, რათა მიღწეული იქნას ფსიქიკური და ზოგიერთი მოსაზღვრე დონის აშლილობათა (სხვადასხვა ჯგუფის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი, აზარტომანია და სხვა) განვითარების თავიდან აცილება.

ჩვენი მრავალწლიანი გამოცდილების მიხედვით, ზემოთ აღნიშნული მეთოდების შემუშავებამდე აუცილებელია არსებული ფსიქოთერაპიული მეთოდების და მაღალეფექტური ფსიქოტროპული სპექტრის მედიკამენტების კომბინირებული გამოყენება. ფსიქოტროპული პრეპარატები, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, უნდა ინიშნებოდეს ადექვატურ და რაციონალურ დოზებში, ავადმყოფის პიროვნული ფსიქოპათოლოგიური ხაზების გათვალისწინებით, რათა მაქსიმალურად იქნას მიღწეული ამა თუ იმ დაავადების შედეგად შეცვლილი პიროვნების რეპერსონალიზაცია, რეაბილიტაცია და რესოციალიზაცია მისთვის ჩვეულ მიკრო და მაკრო სოციალურ გარემოცვაში.

ლიტერატურა:

1. გამყრელიძე ა., ნიკოლაიშვილი ნ. – “ფსიქოტროპული ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების სამკურნალო მედიკამენტები”. თბილისი, 2000;
2. გამყრელიძე ა., ნიკოლაიშვილი ნ. – “ფსიქოაქტიური ნივთიერებები”, I და II ტომი, თბილისი, 2002 და 2004 წწ.;
3. გამყრელიძე ა., გიორგობიანი ი., გამყრელიძე შ. – “აზარტომანია XXI საუკუნის ნარკომანია”, თბილისი, 2011;
4. გამყრელიძე შ. – “ფსიქიურ დაავადებათა მკურნალობა თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდებით”. თბილისი, 1968;
5. გამყრელიძე შ. – “ტრანკვილიზატორები სამედიცინო პრაქტიკაში”, თბილისი, 1989, გვ. 189;
6. გამყრელიძე შ. – “ფსიქიურ დაავადებათა მკურნალობა ანტიფსიქოზური მოქმედების მედიკამენტებით”. თბილისი, 1999;
7. იუნგი კ. – “ანალიზური ფსიქიატრიის საფუძვლები”, თბილისი, 1995;
8. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., «Лечение психически больных», М.1981;
9. Адлер А. – «Индивидуальная психология как путь к познанию и самосознанию человека», Киев, 1997.
10. Дюбуа П. – «О психотерапии», пер. с французского, М., 1913;
11. Кавсадзе Е.И. с соавт. – «Опыт применения Феназепама для купирования алкогольного делирия», В кн.: Проблемы клинической и экспериментальной фармакологии и побочных действий лекарственных средств/мат. II конф./., Тбилиси, 1981, с.159-162;
12. Кавсадзе Е.И. с соавт. – «О результатах клинического изучения терапевтической эффективности хлосепада», В кн.: Новые лекарственные препараты. Экспресс-информаця. №2. ВНИИ МИ, 1984, с.15-17;
13. Кавсадзе Е.И. с соавт. – «Опыт применения методов интенсивной терапии для купирования тяжелых форм алкогольного делирия», В кн.: Конференция молодых медиков Грузии/тезиси докладов/., Тбилиси, 1982, с.181;
14. Кавсадзе Е.И. с соавт. – «Эффективность инъекционной формы Сибазона при различных невротических и неврозоподобных состояниях», В кн.: Проблемы

- клинической и экспериментальной фармакологии и побочных действий лекарственных средств/мат. IV конф./., Тбилиси, 1985, с.13-17;
15. Минко А.И., Линский И.В., «Наркология, новейший справочник» Москва, 2004.
 16. Портнов А.А., Пятницкая И.Н., «Клиника алкоголизма», «Медицина» Ленинградское отд., 1971;
 17. Фрейд З. – «Психология бессознательного», М., 1989;
 18. Энтин Г.М., «Лечение алкоголизма», М.1979;
 19. Adler A. – “The Practice and Theory of Individual Psychology”, 1927, Psychology;
 20. Adler A. – “Neuropsychiatric complications in victims of Bostons coconut Grove disaster”//J. The American Medical association, 1943, p.1098-1111;
 21. Balint M. – “The doctor, his patient and the illness”, London: Charchill Livingstone, 1957;
 22. Beck A.T., Scott I., Williams I.M. – “Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook., Rouledge, 1989;
 23. Beck A.T. – “Cognitive Therapy and the Emotional Disorders”, Intl Universities Press, 1975;
 24. Bister W. – “Pharmakotherapeutische Moglidykeiten bei der psychotherapie von psychosen”. // Z. Psychother. Med. Psychol., 1966, 16, 3, 81-93//;
 25. Crow T. – “Posytive and negative schizoprenic symptoms and the role of dophamine”//Brit. J. Psychiatry, 1980, 137: 383-386;
 26. Dubois P. – “Psychonevrozy and their psychological treatment”, St.Peterburg, 1912;
 27. Elliss A. – “Rational Emotive Behavior Therapy: it Works for me – it can work for you”, Prometheus Books, 2004;
 28. Erickson M.H, Rossi E.L. – “Hipnotic Realities”, М.,2000;
 29. Frankl V. – “An Introduction to logotherapy, Boston: Beacon and Random House/Rider, London, 2004;
 30. Gottschalc L.A. – “A preliminary Approach to the problems of Releting the pharmacokinetic of phonthiatines to clinical response with Schizophrenia patients” // J. Psychopharm. Bul. 1978, 14, 3, 35-39//;
 31. Howard K. et all – “Thepeutic stils and Attrition Rate from psychiatric Drug Treatment”// Int. Nerv. Ment. Dis., 1970, 150,2, 102-110//;
 32. Kubacki L. – “Opor w Psychofarmmacotherapie”//Psychiatr. Pol., 1982,16, 4, 297-2306;
 33. Mac Neir R. – “The Psychology of peace: an introduction”, Westport, 2003;
 34. Mac Neir R., Fischer S., et al. – “Persistence of a drug-personality Interaction in Psychiatric outpatients Researche”//J. Psychiatr., 1970, 7,4, 293-305//;

35. Marder I., Dimascio A. – “Improving Scheduling and Reducing Costs of Psychotropic Drug for Outpatients”//Hosp. Community Psychiatr., 1973, 24, 8, 556-557//;
36. Meichenbaum D. – “Cognitive – Behavior Modification: in integrative approach”., Hardcover, Springer Dordrecht., 1977;
37. Peseschkian N – “Positive Psychotherapie unter Berücksichtigung der Fragestellungen der Psychopharmacologie”//Erfahrungskunde, 1983,32, 8, 497-503//;
38. Rogers C. – “Client-Centred Therapy”., 1951, p.64;
39. Rogers C. R. – “Empathic: an unappreciated way of being” // The counseling Psychologist, 1975, v.5, N2, p.2-10;
40. Schultz J. – “Psychotherapie”, Stuttgart, 1952;
41. Watson J.B. – “Psychology as the Behaviorist views it”., 1913;