აკაკი გამყრელიძე, ირაკლი გიორგობიანი,
შოთა გამყრელიძე

აზარტომანია XXI საუკუნის ნარკომანია

თბილისი, 2011

წიგნი მიეძღვნა ფსიქიკური დაავადებების ისეთ ჯგუფს, რომელნიც დღემდე არსებულ ფსიქიკურ და ქცევით დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურის მე-10 და ამერიკის ფსიქიატრული ასოციაციის მე-4 გადასინჯვაში მუდმივი ადგილი ვერ მოიპოვეს. მათი ცალკეული სახეობები გაფანტულია სხვადასხვა ავადმყოფურ ფორმებში ან, საერთოდ, განიხილებიან ძირითადი დაავადებების ატიპურ ვარიანტებად. სინამდვილეში კი ყველა მათგანისათვის გამაერთიანებელია პათოლოგიური დამოკიდებულება (ადდიქცია). ასეთი დაავადების კლასიკურ მაგალითს კაცობრიობა იცნობს დასაბამიდან და ესაა ალკოჰოლიზმი. XX საუკუნეში ეპიდემიური ხასიათი მიიღო ნარკომანიამ, ხოლო ფუტუროლოგები ვარაუდობენ, რომ XXI საუკუნეში ალკოჰოლიზმსა და ნარკომანიას უკან ჩამოიტოვებენ ე.წ. არაქიმიური ფაქტორებით გამოწვეული ფორმები კომპიუტერომანია, ინტერნეტომანია და ქცევითი ადდიქტიური, იმპულსური, ობსესური და კომპულსური ფორმები, რომლებიც თავისი შედეგებით არ ჩამოუვარდებიან ნარკომანიისა და შიდსის გავრცელებას და საშიშროებას. XXI საუკუნის ადამიანის გენიის იგავმიუწვდომელმა გაბრწყინებამ კაცობრიობას მისცა კომპიუტერი და ინტერნეტის ვირტუალურ სამყაროში შეღწევის და მანიპულირების საშუალება და პერსპექტივები კიდევ ისეთია, რომ მათი განსაზღვრა აღემატება ადამიანის ფანტაზიებს. მაგრამ, როგორც გაირკვა, ამ ახალი და ფანტასტიური შესაძლებლობების მქონე სიახლეებს მიზანმიმართულად და რაციონალურად თუ არ გამოვიყენებთ, სიკეთის ნაცვლად ადამიანი უმძიმეს დაავადებას შეიძენს.

პოპულარული საგაზეთო რეპლიკების გარდა, ქართულ ენაზე ამ პრობლემისადმი მიძღვნილი თუნდაც მეცნიერული სტატია და წინამდებარე წიგნი დღემდე არის პირველი ცდა. ცხადია, მასში იქნება ბევრი საკამათო საკითხები, მისი ავტორები დიდი ინტერესით და მადლიერებით მიიღებენ ყველა შენიშვნას.

Данная книга посвящена актуальной проблеме современной медицины и социальных наук – патологической зависимости от азартных игр. Авторы на основании опыта западных стран по изучению эпидемиологии, этиологии, патогенезу, психопатологических особенностей, методов лечения и собственных данных по лечению подобных больных. По существу старого но после открытия во второй половине XX веке и внедрения в практике новых достижении человеческой гении кибернетики, компьютера и с ее помощью возможностью проникновения в виртуальном мире интернета, появились и новые страшные формы азартомании – т.н. компьютеромания и интернетомания, которые распространяются в ускоренном виде среди широких слоев населения и особенно среди одаренной молодёжи.

Авторы впервые в странах бывшего коммунистического мира попытались в виде монографии на грузинском языке опубликовать и ознакомить заинтересованного читателя с данными многолетнего изучения этой проблемы и собственным опытом. Безусловно в книге могут быть некоторые неточные и спорные вопросы, которые с большой благодарностью будут приняты авторами.

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

მხატვრული ლიტერატურით დაინტერესებული მკითხველი ყურადღებას მიაქცევდა, რომ ბევრი მწერალი ადამიანების ცხოვრებას და მოღვაწეობას თამაშებს ადარებს. თამაში არა მარტო ადამიანების, არამედ ცხოველთა სამყაროშიც ფართოდ არის გავრცელებული. ევოლუციის კიბეზე რაც უფრო მაღალ საფეხურზეა ცხოველი, მით უფრო რთული ხასიათისაა მისი თამაშები. დადებითი ემოციების მომგვრელ და გამომხატველ ქცევის ამ სახეობისადმი მიდრეკილებას უფრო ბავშვები და ახალგაზრდები იჩენენ, როგორც გართობის ისე ფიზიკური ჯანმრთელობის, და მწვავე განცდებით გამოწვეული სიამოვნებისათვის. ბოლო ხანს სპორტული თამაშების მიმდევრებში ჩვეულებრივად და, საყოველთაოდ გასაგებ ტერმინად გამოიყენება ადრენალინის მატება-ნაკლებობა, რადგან საყოველთაოდ ცნობილი გახდა, რომ სპორტული თამაშებისაგან მწვავე განცდების და აზარტის ერთ-ერთი გამაცხოველებელი ფაქტორია ადრენალინის გამოყოფა თირკმელზედა ჯირკვალიდან სისხლში. ადრენალინი ანუ ეპინეფრინი არის ჰორმონი, რომელიც სისხლის მიმოქცევაში გადასვლის შემდეგ მონაწილეობს მთელ რიგ სასიცოცხლო პროცესებში. ეს ჰორმონი წამყვან როლს თამაშობს სპორტული თამაშების დროს წაგებით თუ მოგებით გამოწვეულ განცდებში და მწვავე ემოციური რეაქციების გამოვლინებაში. მსგავსი განცდები ზოგჯერ უკიდურესად სასიამოვნოა, ხოლო ზოგჯერ, პირიქით, იმედგაცრუების ე.ი. უარყოფითი განცდების საფუძველია.

ბავშვობაში თამაში თუ სასიამოვნო ემოციების მომგვრელია, ზრდასთან ერთად თანდათან მარტივდება და კარგავს თავის დანიშნულებას — განაპირობოს მოთამაშეში მწვავე განცდები; ამიტომ საკვირველი არ არის რომ თამაშების დიდი ნაწილი კარგავს თავის აქტუალობას ადამიანის ასაკის მატებასთან ერთად, თუმცა ხანდაზმულებში თამაშების ზოგიერთ სახეობას, შესწევს უნარი გამოიწვიოს ფსიქიკური და ფიზიკური ძალების დაძაბვა, სისხლის მიმოქცევაში ადრენალინის ჭარბი გამოყოფის გზით.

თუ თამაშებს აქვთ არამარტო ეპიზოდურად გასართობი, არა მედ აზარტული გატაცების ხასიათი, და პიროვნების ფსიქოფიზიკური დაძაბულობა აღწევს მაღალ რეგისტრებს, მაშინ სუსტდება პიროვნების გამძლეობა და თამაშით გამოწვეული ემოციური რეაქციები, რაც თავის მხრივ იწვევს პიროვნებაში დადებითი-სასიამოვნო განცდების დეფიციტს. ამ დეფიციტის შესავსებად საჭირო ხდება თამაშის განმეორებითი წარმოება. როგორც ჩანს სწორედ ამ გზით ყალიბდება თამაშების აზარტული სახეობები, რომელთა შორის ჩვენთვის ამჟამად საინტერესოა სხვადასხვა სახის აზარტომანიები.

ცნება აზარტომანია ანუ ლუდომანია ნიშნავს რაიმე თამაშისადმი ან რაიმე საყოფაცხოვრებო ქცევისადმი მიჩვევას და ამ მოქმედებისადმი ყოველდღიური, აუცილებელი მოთხოვნილების გამომუშავებას. Homo Ludens ლათინურად ნიშნავს მოთამაშე ადამიანს. ლუდომანიას, როგორც დაავადებას პირველად ყურადღება მიაქციეს ამერიკელებმა. 1980 წელს ამერიკის ფსიქიატრიულმა ასოციაციამ მიუთითა, რომ იგი არის დაავადება, რომელსაც სჭირდება მკურნალობა.

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის მე-10 გადასინჯვაში ლუდომანია შეტანილია, როგორც პიროვნების ერთ-ერთი სერიოზული აშლილობა, დაავადება, რომლის რადიკალური მკურნალობის მეთოდი ჯერ კიდევ არ არის შემუშავებული.

ჩვენ ყველანი აზარტულნი ვართ, მაგრამ ყოველ ინდივიდს აზარტი თავისებურად გამოუვლინდება. ერთნი აზარტულად უმზერენ ფეხბურთს, მეორენი აზარტულად კითხულობენ წიგნებს, მესამენი აზარტულ თამაშებში მონაწილეობას იხდის ყოველდღიური მოთხოვნილების საგნად და ა.შ. ეს უკანასკნელი ზოგჯერ იღებს პრობლემატურ ხასიათს, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, როდესაც აზარტულ თამაშებში მონაწილე ახალგაზრდა ან თუნდაც მოზრდილი სუბიექტი ვერ ტოვებს სათამაშო ავტომატს და ხარჯავს ფულს უკანასკნელ თეთრამდე. ცხადია იმასაც, რომელიც სხვა დანიშნულებით აქვს ჯიბეში. ამგვარ ქცევას ავლენს არამარტო ახალგაზრდა, არამედ არაიშვიათად ზრდასრული და ოჯახის მჭონე მამაკაცი ან ქალი, რომელიც კაზინოში მოხვდა მიზანმიმართულად ან შემთხვევით და სანამ სულ არ დაიცარიელებს ჯიბეებს ვერ ახერხებს გაეცალოს მისთვის უკვე მიმზიდველ და საინტერესო სიტუაციას.

როდესაც, ესა თუ ის ქცევითი აქტი პიროვნებაში იწვევს დროებით სასიამოვნო შეგრძნებებს, და შემდეგ მისი განმეორებისადმი მოთხოვნილებას იქამდე, რომ პიროვნებაში ჩნდება გადაულახავი სურვილი, ჯერ გაბშირდეს, და შემდეგ გახდეს ყოველდღიური მოთხოვნილების აღსრულების ქცევად, მოქმედებად ან ჩვევად, რაც იპყრობს პიროვნებას და გახდის მას ამგვარი ჰედონისტური მოთხოვნილების დაკმაყოფილებისადმი დამოკიდებულს. ამგვარ ქცევას უწოდებენ აზარტომანიას (გემბლინგი) დევიანტური ქცევის ადდიქტიურ ფორმას. იგი განიხილება ფსიქიკური აშლილობის თავისებურ სახეობად, რომლისათვისაც დამახასიათებელია პიროვნების ყურადღების მუდმივი ფიქსირება სათამაშო მოქმედებისადმი, ამ დროს პაციენტის ემოციები და ნებელობა მთლიანად ექვემდებარება იმპულსური ხასიათის აზარტული თამაშისადმი პათოლოგიური ლტოლვის გამომუშავებას. როგორც ზემოთ ვახსენეთ იგი შეტანილია „ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის მე-10 გადასინჯვაში, როგორც ადამიანის „ჩვევებისა და მიზიდულობების აშლილობები“ და კოდირებულია, როგორც F-63.0. დასაწყისში ამ სახის ქცევის მოტივია ე.წ. „მსუბუქი ფულის შოვნა“ ან ცნობისმოყვარეობა ჩაერთოს ისეთ სოციალურ ჯგუფში, რომელიც ისწრაფვის განერიდოს რეალობას და დრო ატაროს ემოციურად გაჟღენთილ სიტუაციაში.

აზარტომანიაზე მსჯელობის დროს დასაწყისშივე უნდა განვასხვაოთ ერთმანეთისაგან, თამაში გართობის მიზნით, ფულის მოგების მიზნით თუ გემბლინგი (თამაში თუ გადაიქცევა მყარ დამოკიდებულებად ეს უკვე დაავადებაა, რომელსაც უწოდებენ აზარტომანიას ანუ პათოლოგიურ გემბლინგს). ამ უკანასკნელის თავისებურება არის ის, რომ ნებისმიერი სახეობის თამაში ხდება თვითმიზანი და არა ფულის მოგების საშუალება. ამასთან ერთად გარკვეული დროის შემდეგ თავს იჩენს პიროვნების მთლიანობის რღვევის ნიშნები, რაც გამოვლინდება სხვა, ცალკე სფეროში განსვლით რაც აკარგვინებს მას საკუთარ თავს და ააცდენს საზოგადოებასთან ურთიერთობის განვითარების გზას და ხდება სუბიექტის ცხოვრებაში დომინირებულ ქცევად. იგი თანდათან მიიყვანს პიროვნებას სოციალურ, პროფესიულ, მატერიალურ და საოჯახო ფასეულობების მკვეთრ დაქვეითებამდე. ამასთან ერთად აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება საჭიროა განვასხვავოთ პიროვნების გარკვეული მიდრეკილებისაგან აზარტული თამაშებისადმი, რომელიც რეალიზდება ორ პიროვნებას შორის შეჯიბრში გართობის მიზნით. ასეთი

შეჯიბრი აზარტულ თამაშში, შესაძლებელია იყოს გამდიდრების სურვილით მოტივირებული, მაგრამ ცხადია ეს არ არის ლუდომანია (აზარტომანია) და ამ სახის მოთამაშეები ჩვეულებრივ დიდი ოდენობის ფულის მოგებისას თავს იკავებენ აზარტულ თამაშებში შემდგომი მონაწილეობისაგან.

ამგვარად, აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულება, გარკვეული მექანიზმებით უახლოვდება ალკოჰოლიზმს და ნარკომანიას, რომელნიც ქიმიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლური სასმელები, ნარკოტიკული ნივთიერებები) მიჩვევისა და დამოკიდებულების გამომუშავებასთან ერთად პათოგენეტიკურ როლს თამაშობენ აზარტული თამაშების სულ სხვადასხვა სახეების შემუშავებაში. კაცობრიობის ისტორიის მანძილზე სხვადასხვა სახეობებისა და მეთოდების სახით, რომელნიც დაკავშირებული არიან მატერიალურ ფასეულობების მოგება-წაგებასთან. ამ მიზნით შეიქმნა ე.წ. სათამაშო ინდუსტრია-სხვადასხვა სახის კაზინოები, ბანქოს სათამაშო სახლები, სათამაშო ავტომატები, რომლებიც ზოგიერთ ქვეყანაში და, პირველ რიგში, საბჭოთა კავშირში აკრძალული იყო, მაგრამ ე.წ. დემოკრატიულ ქვეყნებში იმდენად არის განვითარებული, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტის შევსების ერთ-ერთი ძირითადი წყაროა.

აზარტომანიის ერთ-ერთი ნაირსახეობის-სათამაშო ავტომატების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე გემბლერი კაზინოში ან ტოტალიზატორში მრავალჯერადი წაგების შემდეგ დაძაბულია, მას იპყრობს კვლავ და კვლავ წაგების შიში, მაგრამ მაინც ვერ აღწევს თავს ლტოლვას ითამაშოს და აუცილებლად დაიბრუნოს წაგებული, სწორედ ეს იმედი ამხნევებს მოთამაშეს და აღუძრავს გადაულახავ სურვილს კვლავ ჩაერთოს აზარტულ თამაშებში. მოთამაშის ფიქრი და ზრუნვა მიემართება მხოლოდ იქით თუ სად იშოვოს სათამაშო ფული, შემდეგ სათამაშო პარტიაში ჩასართავად, ამ დომინანტური იდეის აღსრულებისათვის არ ერიდება სიცრუეს ან ქურდობას. ბოლოს კარგავს ოჯახს, სამსახურს, მეგობრებს, რჩება გაღატაკებული, მიუსაფარი შერყეული ფსიქიკით.

ლუდომანია, კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურების გამო სანამ განვითარების თვალსაჩინო სიმპტომატიკას არ გამოავლენს ძნელად გამოსაცნობ დაავადებას წარმოადგენს, და, ამასთან ერთად, იგი გადამდებიცაა. ხშირად იგი გადაეცემა ლუდომანისაგან ჯანმრთელს ურთიერთობის დროს. თვითონ მოთამაშე დაინტერესებულია, რაც შესაძლებელია მეტი და მეტი ნაცნობ-მეგობრები ჩააბას აზარტულ თამაშებში, ისევე, როგორც ნარკომანები, ცდილობენ

ახალგაზრდობის ჩათრევას ამგვარ მავნე ჩვევებში, რათა გაიადვილონ თავიანთი გაუკუღმართებული ჩვევებისა და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება.

XX საუკუნის მეორე ნახევრის სამეცნიერო-ტექნიკური ერთერთი რევოლუციური მონაპოვარია კომპიუტერული ტექნიკის შექმნა და ინტერნეტის ზღვარდაუდებელი ინფორმაციული შესაძლებლობანი, რომლებმაც ძირფესვიანად გარდაქმნა და სრულყოფილი გახადა ადამიანის ინტელექტუალური შესაძლებლობები და მათი პრაქტიკაში გამოყენების საშუალებები. სამწუხაროდ, XX-ე საუკუნის იგავმიუწვდენელი მეცნიერული აზროვნების პირმშო — კომპიუტერული ტექნიკა და მის მიერ შექმნილი ინტერნეტის უკიდეგანო ინფორმაციული შესაძლებლობანი, ზოგიერთი პიროვნებისათვის აღმოჩნდა გატაცების, მიჩვევის, ფსიქო-ფიზიკური დამოკიდებულებისა და ყოველდღიური სასიცოცხლო მოთხოვნილების ობიექტი.

ყოფილ საბჭოთა კავშირში და ე.წ. სახალხო დემოკრატიულ ქვეყნებში სათამაშო კლუბები, კაზინოები და ა.შ. აკრძალული იყო, მაგრამ საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყველგან, და მათ შორის ჩვენს ქვეყანაში საქართველოში ფართოდ გაიშალა სათამაშო ინდუსტრია, სადღეისოდ თბილისში და სხვა ქალაქებშიაც მრავალი სათამაშო დაწესებულება ფუნქციონირებს, მთელ რიგ შემთხვევებში ხდება ტრადიციული ფასეულობების და გასართობი მეთოდების ნაცვლად აზარტული სათამაშო ავტომატების მქონე კაზინოების, კლუბებისა და სხვა გასართობი დაწესებულებების ბიზნესის სტიმულირება, სადაც დიდი ფული ტრიალებს. ხშირად ვრცელდება ხმები, რომ ამა თუ იმ ოჯახის მამა ან დედა, ქალიშვილი ან ვაჟიშვილი, ისე ჩაება აზარტულ თამაშებში, რომ გაფლანგა როგორც საკუთარი ისე საერთო საოჯახო ქონება, ნივთები, ავეჯი და ბინაც კი. მსგავს სიტუაციას ცხადია მოსდევს ოჯახების რღვევა, დაშლა, გაკოტრება და მისგან განპირობებული უბედურება. საკვირველია, რომ მსგავსი უბედურების უშუალო მიზეზი — მოთამაშე იმ იმედით, რომ ისევ თამაშის გაგრძელებით დაიბრუნებს წაგებულს აგრძელებს მისი ოჯახის გამძარცველ და დამღუპველ სათამაშო დაწესებულებაში რეგულარულ სიარულს. მას კვლავ იზიდავს იქაური სიტუაცია, გაკაშკაშებული და მდიდრულად ბრწყინვალე ავეჯი, ულტრამოდური მუსიკის ჟღერადობა, სასიამოვნო აკუსტიკური ეფექტებით. ცხადია, რომ მსგავსი ეფექტები უზრუნველყოფენ არამარტო ახალგაზრდობაზე, არამედ ხანდაზმულ კლიენტებზე სუგესტურ ზემოქმედებას.

ფსიქიატრიულ ამბულატორულ სამსახურში პროგრესიულად მატულობს კონტინგენტი, რომელიც ისე ეტანება სათამაშო ინდუსტრიის ობიექტებს, როგორც ლოთები-ალკოჰოლს, ნარკომანები ნარკოტიკულ და ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს. ახალგაზრდობა ღამეებს ათევს კომპიუტერებთან, რათა დაიკმაყოფილოს თავის უკვე ჩვეულად ჩამოყალიბებული მოთხოვნები კომპიუტერულ თამაშებში, ინტერნეტში, და ა.შ

სადღეისოდ, მსოფლიოში ალკოჰოლოზმის, თამბაქოს წევის, ნარკომანიის, ტოქსიკომანიის პარალელურად პროგრესიულად იზრდება კომპიუტერისა და ინტერნეტის არარეგლამენტირებული, რეგულარული, ბოროტად გამოყენება,. რომელიც ზოგიერთ პიროვნებაში ავითარებს, როგორც მწვავე ისე ქრონიკული მიმდინარეობის პათოლოგიურ დამოკიდებულებას ამავე თამაშებისადმი და შესწევს უნარი განავითაროს ე.წ. კომპიუტერომანია და ინტერნეტომანია.

გარდა იმისა, რომ ზემოთ ხსენებული პათოლოგიური ჩვევები, ანგრევს პიროვნების როგორც ინტელექტუალურ ისე მორალურ-ეთიკურ ფასეულობების შეფასების უნარს, მის მიმართ პათოლოგიურ დამოკიდებულების განვითარების შემთხვევაში, როგორც წესი განაპირობებს პიროვნების მატერიალური შესაძლებლობის გაუარესებას, რადგან ამგვარი თამაშები მოითხოვენ დიდ ფულად სახსრებს, რომელიც ილექება უპირატესად სათამაშო ინდუსტრიის ორგანიზატორებისა და ხელმძღვანელების ჯიბეში.

ამრიგად, აზარტული თამაშებიდან მიღებული შემოსავალი, ხოლო კომპიუტერული თამაშებით და ინტერნეტის გამოყენებით მიღებული უმნიშვნელოვანესი ინფორმაციული მასალების ფანტასტიკურად გაზრდილი შესაძლებლობების პარალელურად ამ საშუალებებისადმი მიჩვევისა და დამოკიდებულების ჩამოყალიბება განაპირობებს უფრო მეტად გამანადგურებელ ზარალს, ვიდრე დადებით შედეგებს.

აზარტომანიის ხსენებულ და უახლეს ფორმებთან ერთად ბოლო ხანებში ყურადღებას იქცევენ აზარტომანიის ისეთი ანაქრონული ნაირსახეობები როგორიცაა უპირატესად მამაკაცებისათვის დამახასიათებელი ჩვევა გაუთავებელი დროსტარებისა და ქეიფებისადმი (Binge Eating), ხოლო უპირატესად მანდილოსნებისათვის, სავაჭრო დაწესებულებებში გამუდმებული ხეტიალი და ხშირად მისთვის არაუცილებლად საჭირო ნივთების შესყიდვის გადაულახავი ცდუნება (კომპულსური ბუინგი). ეს უკანასკნელები, ცხადია ისეთივე ძველია, როგორც გონიერი ადამიანი, მაგრამ აქამდე დაავადებად არ მიიჩ-

ნეოდა. ვინაიდან, როგორც ერთ, ისე მეორე უმართებულო ქცევას მოსდევს ოჯახის ბიუჯეტის სერიოზული დანაკარგები და მათი უპირველესი მოვალეობის — მათივე ოჯახის ახალი თაობის ან შრომის უნარმოკლებული მოხუცების მიმართ ზრუნვის თავიდან აცილება.

ვინაიდან, ზემოთ ხსენებული აზარტომანიული ნაირსახეობები უშუალოდ უკავშირდებიან პიროვნების ქცევის გამრუდებას, მიკროსოციალურ გარემოში აზარტული თამაშებით გატაცებულ პიროვნების უპირველესი მოვალეობებისადმი გულის აცრუებისა და თავის არიდების სახით დასაწყისში და შემდეგ, თანდათან ხდებიან იძულებულნი უარი არ თქვან კრიმინალური ხერხებით აზარტულ თამაშებში ჩართვისთვის აუცილებელი ფულადი თანხის მოპოვებაზე. ცხადია, მედიცინა და საკუთრივ ფსიქიატრია გულგრილი ვერ დარჩება ამა თუ იმ ასპექტში სრულფასოვანი პიროვნების ქცევის გამრუდების მიმართ პიროვნების მორალურ-ეთიკური და ოჯახის მიმართ პასუხისმგებლობის დაქვეითებისა და აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებისადმი. იგი მოვალეა მატერიალური კატასტროფის პერსპექტივის მქონე პიროვნებას გაუწიოს სათანადო სამედიცინო დახმარება.

აზარტომანიულ პათოლოგიასთან ეფექტური ბრძოლა, ცხადია ძნელია რადგან აზარტული თამაშების ე.წ. ძველი სახეობები (ბანქო, ძვლის კოჭები, კამათლები და მრავალი ნაირსახეობა), მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული და ცხადია რომ ყველას, ვინც აზარტულ თამაშებს მიმართავს გასართობად, ან თუნდაც ფულის მოგების მიზნით არ ხდება ამ თამაშებისადმი პათოლოგიურად დამოკიდებულები, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში მთელ მსოფლიოში კომპიუტერული ტექნიკის და ინტერნეტის შესაძლებლობების გამოყენების გავრცელებას გასაგები გახდება თუ რა საშიშროებას წარმოადგენს ამ უნიკალური პროგრესის მომტანი ტექნიკის არამართლზომიერი გამოყენება და მისდამი ავადმყოფური მიჩვევა.

აზარტომანიის თანამედროვე ნაირსახეობები როგორიცაა: კომპიუტერომანია და ინტერნეტომანია ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით საყურად ღებოა, მათი სწრაფი გავრცელებით მოსახლეობის ფართო ფენებში განსაკუთრებით ინტელექტუალურ დარგის მოსახლეობაში და ამ მხრივ პერსპექტიულ ახალგაზრდობაში.

გემბლინგის ნაირსახეობებია: 1. აზარტული თამაშები; 2. შოპოგოლია; 3. განიადაგებული ქეიფები; 4. შრომოგოლია (გადაჭარბებული და ფაქტობრივად დაუსვენებელი ფიზიკური შრომისადმი მისწრაფება); 5. ფიზიკური ვარჯიშებისადმი გადაჭარბებული და

ზღვარდაუდებელი ლტოლვა; 6. კოფეინოფაგია (ყავისა და მაგარი ჩაის სმისადმი ზღვარდაუდებელი მოხმარება დღეში 10-12 ულუფა და ზოგჯერ უფრო მეტის მიღება); 7. დღე და ღამეში ჭარბი და მრავალსაათიანი ძილისადმი მისწრაფება და ჩვევა; 8. რელიგიური ფანატიზმის ზღვარგადასული და აკვიატებული გამოვლინება; 9. აკვიატებული სურვილი ზღვარდაუდებელი კოლექციონერობისადმი, როდესაც ამ გატაცების მქონე პიროვნება მისთვის საინტერესო ექსპონატის დაუფლებისათვის მზად არის ჩაიდინოს კრიმინალური ქცევა ან უსახსროდ დატოვოს მისი ოჯახის წევრები და ა.შ. ცხადია, ჩვენ მხოლოდ იმ ფორმებზე შევაჩერებთ მკითხველის ყურადღებას, რომლებიც თავისი სიმძიმით ან გავრცელებით პრობლემატურებია.

ისმება კითხვა: აზარტომანია და მისი ნაირსახეობები, თამაშებით თავაწყვეტილი გატაცება და უკრიტიკოდ დიდი ფულადი თანხის ფლანგვა, წარმოადგენს ჭეშმარიტ დაავადებას თუ ქცევის გამრუდებას? როგორც ირკვევა ერთიც და მეორეც, დასაწყის სტადიაში თუ გართობის ნაირსახეობებად შეფასდება და პიროვნება იშვიათად მხოლოდ გართობის მიზნით მიმართავს და ამავე მიზნით იხდის თამაშის საფასურს, ცხადია მსგავსი შემთხვევა დაავადებად არ უნდა მივიჩნიოთ. გასაგებია, რომ ასეთი მოთამაშე მკურნალობას არ საჭიროებს, ხოლო იმ შემთხვევებში, როდესაც აზარტული გატაცება ეხება კომპიუტერული თამაშებისა და ინტერნეტის გამოყენებას ხანგრძლივი, შეუსვენებელი და ღამისთევების სახით პიროვნება ფლანგავს ამ სასარგებლო ტექნიკაში ჩართვისათვის დიდ ფულს და სათამაშო ფულის შოვნისათვის იღებს გადაუხდელ ვალებს, ამისათვის არ ერიდება სიყალბეს ან ქურდობას, ცხადია აქ უკვე საქმე გვაქვს დაავადებასთან, რომელიც საჭიროებს მიზანმიმართულ და მაღალკვალიფიციურ მკურნალობას, ფსიქოთერაპიული და მედიკამენტური მეთოდების დიფერენცირებული კომბინირებით.

გასაგებია, რომ ყოველგვარი სახის აზარტომანიის გენეზისში ბიოლოგიურთან ერთად მონაწილეობენ სოციალური ფაქტორები, რომლებიც ადამინების ერთ ნაწილზე მოქმედებენ ისეთი თავისებურებით, რომ ხელს უწყობენ აზარტომანიის ჩამოყალიბებასა და განვითარებას, ხოლო უმრავლესობაზე საბედნიეროდ, რაც არ უნდა მრავალი ხელის შემწყობი პირობები ზემოქმედებდეს აზარტომანია არ ჩამოუყალიბდება. რაც შეეხება დაავადებების ბიოლოგიურ წანამძღვრებს, ირკვევა, რომ აზარტომანიის სხვადასხვა ნაისახეობის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ პიროვნების მემკვიდრეობაში აზარტული თამაშებისადმი მიდრეკილების მქონე

შემთხვევების სიხშირე, პიროვნების პრემორბიდული ხასიათის თავისებურება: მისი სტრუქტურა, ტიპი, აფექტური სფეროს სტაბილურობა, ხასიათში იმპულსურობისა და მიზიდულობათა მიმართ თავისებური სიცხოველე და სხვა მთელი რიგი პიროვნული თავისებურებები, რომლებიც უეჭველად მონაწილეობენ მსგავსი ფსიქოფიზიკური მექანიზმების ამუშავებაში, რაც გამოვლინდება თამაშისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულების გამომუშავებაში.

ამრიგად, აზარტომანია, თავისი ნაირსახეობებით წარმოადგენს ადამიანის ქცევისა და მოქმედების პათოლოგიას, ფორმალურად შენახული ცნობიერების და ინტელექტუალური ფუნქციების ფონზე, ამასთან ერთად იგი, როგორც ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია და ტოქსიკომანია არის თავისებური ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც გამოვლინდება ქცევის პათოლოგიაში, მიზიდულობებისა და ლტოლვების ტყვეობაში, იმდენად ძლიერად და უკრიტიკოდ, რომ თამაშებისადმი გადაუდებელი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად პიროვნება არ ერიდება სიცრუეს, ქურდობას და ძალადობას, მისთვის დეპრივირებულია გონიერი ადამიანისათვის აუცილებელი პასუხისმგებლობისა და ოჯახის წევრებისადმი ზრუნვის მოთხოვნილება. აზარტულ თამაშებში ჩასართავი თანხის მოსაპოვებლად იგი ხშირად იპარავს მეუღლის სამკაულებს, შვილების გამოსაკვებად გამიზნულ თანხას და ასე შემდეგ.

ამასთან ერთად ისმება მეორე კითხვაც, თუ აზარტომანია არის თავისებური ფსიქიკური აშლილობა, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურაში სად უნდა იყოს განსაზღვრული მისი ადგილი? იგი უნდა მოთავსდეს ნევროზების თუ ფსიქოზების ჯგუფში, როგორც რომელიმე მათგანის ტიპური ან ატიპური ვარიანტი?

თანამედროვე ფსიქიატრიის განვითარების ე.წ. ფსიქოფარმაკოლოგიურ ერამდე ფსიქიკური დაავადებების კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურაში ფსიქიკური დაავადებების კლასიკური დიფერენცირება ითვალისწინებდა დაავადებების დაყოფას ნევროზებად და ფსიქოზებად. ამ საკითხში ორიგინალურად გამოირჩევა ბოლო მე-10-ე გადასინჯვა, რომელმაც მხედველობაში მიიღო რა, როგორც ფსიქიკური, ისე ნევროზული რეგისტრის აშლილობების პათომორფოზი მთელი რიგი კლასიკური ფორმების ფენომენოლოგიური საბეცვლილებების დიაგნოსტიკური სიძნელეები, საერთოდ უარყო კლასიკურად აღიარებული ფსიქიკური აშლილობების დიქოტომიური დაყოფა ნევროზებად და ფსიქოზებად, ხოლო ნერვული სისტემის

ე.წ. ფუნქციური დაავადებები (ნევროზები) გადანაწილდა ფსიქოსომატიურ, პოსტსტრესულ და ე.წ. „პერსონოლოგიურ აშლილობებში“.

რუსულენოვანი ფსიქიატრიის ისეთი გამოჩენილი ნევროზოლოგები, როგორიც იყო Г. К. Ушаков (1987) და ამჟამადაც ნაყოფიერად მოღვაწე რუსეთის სამედიცინო აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი პროფ. Ю. А. Александровский (2000) თავიანთ მონოგრაფიებში ნევროზის კლასიკურ ფორმებს აერთიანებენ ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებში“, სადაც ერთიანდებიან, როგორც კლასიკური ნევროზული რეგისტრის ისე რუსულენოვან ფსიქიატრიაში გასული XX საუკუნეში გაბატონებული შეხედულება ნაკლებად პროგრედიენტული, ნევროზისმაგვარი შიზოფრენიის ცალკეული ფენომენოლოგიურად განსხვავებული ფორმები (А. Б. Смулевич-1987).

ფსიქიატრიის ისტორიაში ფსიქოფარმაკოლოგიურმა ეპოქამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ფსიქიატრების კლინიკური აზროვნების განვითარებაში, როგორც ნევროზული, ისე ფსიქოზური დონის სიმპტომოგენეზში, ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომების დინამიკურ თავისებურებაში, მათ სიხშირეში, ზოგიერთ ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებების კაზუისტურ იშვიათობად გადაქცევაში და საბოლოოდ ფსიქოპათოლოგიურ პათომორფოზში. არსებითი შესწორება შევიდა ნევროზების, როგორც ფსიქოგენურად დეტერმინირებულ ფუნქციურ დაავადების რაობაში, ისე მათ ნაირსახეობათა კლასიფიკაციაში.

ცნება „ნევროზი“ მედიცინაში შემოიტანა შოტლანდიელმა ექიმმა და ფიზიკოსმა. ქ. გლაზგოს უნივერსიტეტის, ფიზიკისა და მედიცინის პროფესორმა W. Cullen-მა 1772 წელს, რომელიც ითვალისწინებდა ნერვული სისტემის ფუნქციურ აშლილობას, პრინციპულად დროებით და აღდგენად აშლილობად. ცნება ნევროზი კულენის მიერ იქნა მოწოდებული, როგორც დაავადების განმარტებითი და არა აღწერილობითი კატეგორიის აღმნიშვნელი, განსხვავებული სხვა უფრო მძიმე და არააღდგენადი ან ძნელად აღდგენადი ფსიქიკური აშლილობებისაგან. როგორებიც იყო მოყვანილი Sidengaim-ის ნომენკლატურაში (კლასიკური ვეზანიის ცალკეულ ფორმებში: ამენციასთან, მელანქოლვასთან, დემონომანიასთან და ონეიროიდთან ერთად). ცხადია, მათი განსხვავებული სიმსუბუქისა და ადვილად უკუგანვითარებადობის ნიშნით. თვით ავტორის შეხედულებით ნევროზის დიაგნოზის დასმისათვის საჭიროა შემდეგი ხასიათის კრიტერიუმები:

1. ეტიოლოგიაში წამყვანი უნდა ყოფილიყო ფსიქოგენია;

2. კლინიკურ გამოვლინებაში სიმსუბუქე (არაფსიქოზური რეგისტრი);

3. ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდით ზემოქმედებაზე მაღალი ეფექტურობა, რაც პრინციპულად განასხვავებდა ნევროზებს, მძიმე და ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებებისაგან;

შემდგომ პერიოდში ნევროზების შესახებ წარმოდგენები მუდამ იცვლებოდა, მათი ნაირსახეობანი ხან აღიწერებოდა და მრავლდებოდა, ხან ისევ მცირდებოდა არსებითად არანევროზული ხასიათის დაავადებების ეტიოპათოგენეზური ფაქტორების დაზუსტების შემდეგ. მათგან მხოლოდ კლასიკური ფორმები — ისტერია და იპოქონდრია რჩებოდა ნევროზების მუდმივ შემადგენლობაში.

4. ნევროზების კლასიკური 3 ფორმიდან — ისტერია, ფსიქასტენია და ნევრასტენია არსებითად სხვადასხვა დროსაა აღწერილი მხოლოდ ფენომენოლოგიური მონაცემების საფუძველზე და ყოველთვის იწვევდა პოლემიკას მკვლევრებს შორის, მათი ნოზოლოგიური დამოუკიდებლობის საკითხში (Е.А.Попов 1940).

ფსიქოფარმაკოლოგიურ ეპოქაში ნევრასთენიის საზღვრები მკვეთრად შევიწროვდა და დიდი ნაწილი გადავიდა ფსიქოსომატურ აშლილობებში. ფსიქასთენია თითქმის მთლიანად გაერთიანდა ოფსესურ-კომპულსურ აშლილობებში; კლასიკური ისტერიული ნევროზები მთლიანად გაერთიანდა ისტერიულ ქარაქტეროლოგიური ტიპის ფსიქოპათიასთან. იგი უპირატესად უვითარდება მანდილოსნებს. ნევროზები, როგორც ფსიქოგენურად პროვოცირებული რეაქცია, კვლავ ინარჩუნებს თავის კლინიკურ თავისებურებას, თუმცა მათი ხვედრითი წონა კლინიკურ ფსიქონევროლოგიაში მკვეთრად შემცირდა მას ჩამოსცილდა ე.წ. ნევროზისმაგვარი ფენომენოლოგიის მქონე ფსიქონერვული კლინიკური ფორმები, რომლებიც მიმდინარეობით და გამოსავალით უფრო უახლოვდებიან ე.წ. ენდოგენურ ფსიქიკურ დაავადებებს და ამიტომ, მრავალი მკვლევრის მიერ დიაგნოსტირდებიან კვლავ „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებად“.

წინამდებარე მონოგრაფიის შექმნა და გამოქვეყნება მიზნად ისახავს ჩვენს ქვეყანაში გარკვეულად ძველი დროიდან უკვე რამდენადმე ცნობილ, მაგრამ ბოლო 20-30 წლის განმავლობაში სწრაფი გავრცელების ტენდენციის მქონე დაავადების — სხვადასხვა აზარტული სათამაშო მეთოდებისა და ფორმების წინააღმდეგ მიმართულ პროპაგანდას. სანამ დროა ფართო საზოგადოებას უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია, თუ რა ფარული და საშიში შედეგები შეიძლება მოჰყვეს ნებისმიერი ფორმისა და შინაარსის აზარტული თამაშებით გატაცებას, თუნდაც ეს ეხებოდეს თანამედროვე ტექნიკისა და აზროვნების უკიდეგანო შესაძლებლობების მქონე კომპიუტერულ

ტექნიკას და ინტერნეტს, რომლებსაც შესწევთ არარაციონალური და არამართებული აზარტული გატაცების შემთხვევაში საბოლოოდ მათდამი ფსიქიკური და არაიშვიათად ფიზიკური დამოკიდებულების გამომუშავების უნარი.

წიგნის ავტორებმა მიზნად დაისახეს ფართო საზოგადოებისათვის მიეწოდებინათ აუცილებელი ცნობები აზარტომანიის სხვადასხვა ძირითადი ფორმების წარმოშობის, განვითარების და ხელისშემწყობი, პირველადი და მაპროვოცირებელი ფაქტორების შესახებ. მათდამი მიდრეკილების მქონე პიროვნებების მიმართ პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება და შემდეგ უკვე განვითარებული დაავადების მკურნალობის სოციალური, ფსიქოლოგიური და ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდების მიზანმიმართული გამოყენების და პირველადი ღახმარების აღმოჩენის უნარი.

1. საკითხის ისტორია და აზარტომანიის ჩამოყალიბების სავარაუდო მექანიზმები

აზარტული თამაშების ისტორია ისეთივე ძველი და ხანდაზმულია, როგორც კაცობრიობის ისტორია და დადებით ემოციაში თამაშით ერთობიან არამარტო ადამიანები, არამედ, როგორც ხერხემლიანი ისე უხერხემლო და უმარტივესი ცოცხალი ორგანიზმები, ბაქტერიები და ვირუსებიც კი, რომელთა მოქმედებებში ემოციების დაშვება ფანტაზიების საზღვრებს მიღმა შეიძლება ვივარაუდოთ.

ადამიანი გარესინამდვილესთან კავშირს ჩვილი ასაკიდან, უპირატესად თამაშით იწყებს. ფიზიოლოგიური მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შემდეგ პირველ რიგში მიმართავს თამაშს. ასაკის მატებასთან ერთად მოზარდი თამაშების სახეობას ართულებს და ამრავალებს. ზრდასრულ ასაკში ცხადია გასართობად გამოსაყენებელი თამაშების სახეობები იკლებს, მათდამი ინტერესის დაქვეითების ან სრული დაკარგვის გამო.

ადამიანებმა დასაწყისში ურთიერთობის გასაუმჯობესებლად შეიმუშავეს შედარებით პრიმიტიული შინაარსის თამაშები, შემდეგში უფრო საინტერესო რომ გამხდარიყო, ისინი თანდათან მეთოდიკურად რთულდებოდა და იმავე მიზნით იქნა შემუშავებული ფულზე თამაშები, რომლებსაც მიმართავდნენ აუცილებელი შრომითი საქმიანობისაგან თავისუფალ დროს. ამისათვის გამოიყენებოდა ე.წ. სათამაშო კამათლები, კოჭები, ბანქოს ბარათები და ა.შ., რომელმაც ხელი შეუწყო გასართობად შემუშავებული თამაშების გადაქცევას შემოსავლის წყაროდ და აზარტომანიის, როგორც ერთ-ერთ მძიმე და ძნელად სამკურნალო დაავადებად ჩამოყალიბებას.

ლიტერატურაში აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური ლტოლვის პრობლემა დიდი ხნის განმავლობაში ყურადღებას ნაკლებად იქცევდა, მაგრამ XVIII საუკუნის ბოლო წლებში ფსიქიატრები დარწმუნდნენ, რომ ეს საკითხი აუცილებლად საჭიროებდა, როგორც სოციალურ ისე სამედიცინო ყურადღებას და აქტიურ ჩარევას.

ამ საკითხს ფსიქიატრიულ საზოგადოებაში განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცია გამოჩენილმა გერმანელმა ფსიქიატრმა E. Krepelin-მა, რომელმაც იგი მიიჩნია პიროვნულ აშლილობად ე.წ. პათოლოგიურ კოლექციონერობასთან ერთად. აზარტომანიის პრობლემით დაინტერესებას იჩენდა აგრეთვე შვეიცარიაში მოღვაწე ტომით გერმანელი E.Bloiler, რომელიც თავისი მოღვაწეობის პირველ პერიოდში, დაინტერესებული იყო ნარკომანიის საწინააღმდეგო ორგანიზაციული პრობლემებით. სამწუხაროდ, ამ საკითხში მან რაიმე ღირსშესანიშნავი სიახლე ვერ შეიტანა, მაშინ, როდესაც 1911 წელს მის მიერ გამოქვეყნებული ნაშრომით, „ნაადრევი ჭკუასუსტობა თუ შიზოფრენიები“, გასული XX საუკუნის 20-ანი წლიდან მთლიანად ჩაანაცვლა ე. კრეპელინის მიერ ნოზოლოგიურ ერთეულად აღიარებული სახელწოდება „ნაადრევი ჭკუასუსტობა“, ხოლო მისი ავტორი E. Bloiler-ი აღიარებული იქნა მსოფლიო კლინიკური ფსიქიატრიის კლასიკოსად.

წლები გადიოდა და აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების საკითხს, ფსიქიატრები მხოლოდ ერთეული შემთხვევებით აღწერდნენ და მოაგონებდნენ საზოგადოებას, რომ იგი ავლენს გავრცელების უნარს და საჭიროდ მიიჩნევდნენ მისთვის ყურადღების მიქცევას. ამ მნიშვნელოვანი პრობლემის მეცნიერული დასაბუთება მოხდა ჩრდილოეთ ამერიკის ფსიქიატრების ასოციაციის მიერ ფსიქიკური დაავადებების ნომენკლატურისა და კლასიფიკაციის მესამე გადასინჯვაში (DSM-111). პირველად აქ იქნა შეტანილი აზარტომანია, როგორც ქცევის პათოლოგიის ერთ-ერთი გამოვლინება, ხოლო იმავე ასოციაციის მე-1V გადასინჯვაში მითითებული იქნა ამ ტიპის აშლილობის მთავარი ნიშანი-მიმდინარეობაში „ქრონიკული და პროგრესირებადი ხასიათი“ არსებითად უუნარობა პიროვნებამ გაუწიოს წინააღმდეგობა თამაშისადმი ლტოლვის იმპულსურ ქცევას. ამ ტიპის ფსიქიკური დაავადება პიროვნულ კომპულსურ აშლილობებად არის გათვალისწინებული ფსიქიატრების მსოფლიო ასოციაციის მე-10 გადასინჯვაში (MKb-10-ში), რომელიც 1992 წ.

დაამტკიცა ფსიქიატრიის მსოფლიო ასოციაციამ, ხოლო მისი ადაპტირებული ვარიანტი რუსულენოვანი ფსიქიატრებისათვის გამოქვეყნდა 1994 წელს.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1996 წელს-აზარტომანია ანუ „ლუდომანია“ (Ludo ლათინურად ნიშნავს თამაშს) გამოაცხადა, როგორც ახალი ტიპის ფსიქიკური დაავადება, რომელიც ემართება პიროვნებას, რომელსაც აღენიშნება აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური მიდრეკილება. ამავე ორგანიზაციის ინიციატივით ჩატარებული სამეცნიერო გამოკვლევების საფუძველზე გამოიყო ამ დაავადების ცალკე ჯგუფი, რომლებისთვისაც საერთოა აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის აზარტული თამაშების მავნე ზემოქმედების შესახებ დიდი ხნის წინ იყო ცნობილი, ამიტომ ცივილიზირებული ქვეყნების საზოგადოებები და ქვეყნის ხელმძღვანელობა ცდილობდა გაეტარებინათ მისი შემზღუდველი წესები. პირველი მსგავსი ღონისძიება ჩატარებულა საბერძნეთში 4000 წლის წინათ. კაცობრიობის ისტორიამ არ იცის, რომელიმე ისეთი გავრცელებული გასართობი საშუალება, რომელმაც გამოიწვია ისეთი ინტერესი საზოგადოებაში, რაც წილად ხვდა ბანქოს თამაშებს. ერთის მხრივ მას სასტიკად კრძალავდენ, როგორც ადამიანისათვის და მისი კეთილდღეობისათვის მავნე მოქმედებას. ამიტომ მას სასტიკად სდევნიდნენ. ზოგიერთ ქვეყნებში კი იატაკქვეშ იგი არალეგალურად ვრცელდებოდა.

ბანქოს თამაში, როგორც ვარაუდობენ სპეციალისტები ძველ ეგვიპტეში ან იმ რეგიონში არსებულ, რომელიმე ქვეყანაში უნდა იყოს შემოღებული. სხვა სპეციალისტების შეხედულებით ბანქოს თამაშები ჩინელებმა შემოიღეს. თავდაპირველად იგი სამკითხაოდ გამოიყენებოდა, ხოლო ბანქოს აზარტული თამაშებისათვის გამოყენების ზუსტი თარიღი და ქვეყანა დღემდე უცნობია, ისევე, როგორც ნარდის, ჭადრაკის, ბილიარდის და ა.შ. ხალხური გადმოცემები და ლეგენ-

დები იუწყებიან, რომ ევროპაში სათამაშო ბანქო გამოჩნდა 1392 წელს, იგი შემოიტანა საფრანგეთის მეფემ კარლოს VI-მ, რომელიც ცნობილია ისტორიაში, როგორც სულით დაავადებული. ზოგიერთი წყარო იუწყება, რომ ამ თამაშით გატაცებული მეფე ფსიქიკურად გამოჯანმრთელდა და ამის შემდეგ ევროპაში ბანქოს თამაშები ხან მასობრივად ტარდებოდა ოჯახებში ან პრივილეგირებულ ფენის სალონებში და ხან იკრძალებოდა, როდესაც ამ თამაშების შედეგად გაღატაკებული პიროვნებების მიერ ხდებოდა ხშირი ძარცვები და დანაშაულებრივი ქმედებები..

რუსეთში ბანქოს თამაშები, როგორც გასართობი და ფულის მოგების საშუალება პირველად მოხსენებულია 1645 წელს მეფე ალექსეი მიხეილის ძის დებულებაში, საერთოდ აზარტული თამაში მიიჩნეოდა სისხლის სამართლის დანაშაულად და მოთამაშე ისჯებოდა როგორც ქურდი, მძარცველი ან ქუდის მომგლეჯი. 1761 წელს სენატის ბრძანებაში მოცემულია თავი „აზარტული თამაშების აკრძალვის შესახებ და ნებართვაზე აზნაურთა სახლებში გართობის მიზნით და არა დიდ ფულად თანხებით, ლომბერისა და მისი მსგავსი თამაშებით“.

შედარებით ახლო წარსულში აზარტული თამაშების საწინააღმდეგო კანონმდებლობა ითვლის 190 წელს. 1820 წელს ამერიკის კოლონიებში აიკრძალა ფოსტით გზავნილებებში ლატარიის გავრცელების წესი.

რუსეთის იმპერატორი პეტრე დიდის დროს აზარტულ მოთამაშეებს „ლოთებს“ უწოდებდნენ და აიძულებდნენ სოლიდური თანხა შეეტანათ ქვეყნის ბიუჯეტის შესავსებად.

ამის მიუხედავად რუსეთში როგორც ცენტრალურ ისე პერიფერიულ პროვინციულ ქალაქებში მე- XVIII საუკუნის ბოლოს იწყება ბანქოს თამაშების ბუმი (აურზაური). მთელი რუსული საზოგადოება ამ დროს იყო ჩართული ბანქოს თამაშებში. რუსული პოეზიის სრული „ოქროს საუკუნე“ დაწყებული Г.Р. Державин-დან, რომელიც ქ. პეტერბურგში გადასვლისის პირველ წლებში ცხოვრობდა ძირითადად ბან-

ქოს თამაშებში მოგებული ფულით. უსაზღვროდ ყოფილა გატაცებული ბანქოს თამაშებით ა.ს. პუშკინი, ამ პერიოდში ბანქოს თამაში რუსეთში იყო აუცილებელი და ერთ-ერთი თუ არა ერთადერთი გასართობი საზოგადოებრივ წვეულებებზე, ბანკეტებზე და დიპლომატიურ მიღებებზე. ამ პერიოდში ახალგაზრდობა თუ ერთობოდა ცეკვებით, უფროსი ასაკის პირები გასართობად უპირატესობას აძლევდნენ ბანქოს თამაშებს. XIX საუკუნის ბოლოს ბანქო იჭრება და ვრცელდება რუსეთის საზოგადოების ყველა ფენაში, მის საშუალო და დაბალ ფენებში ვრცელდება ბანქოს განსხვავებული თამაშის წესები, მიიჩნევენ, რომ ალბათ ამ დროს მოხდა დაყოფა ბანქოს თამაშების კომერციულ ნაირსახეობების (ვინტი, ვისტი, პრეფერანსი, ხოლო უფრო გვიან ყოველგვარი ბანქოს თამაშების გვირგვინის-ბრიჯის გავრცელება), რომელიც ეფუძნება სუფთა მათემატიკურ გამოთვლას და მოთამაშისაგან მოითხოვს გარვეულ ოსტატობას. ზოგიერთი აზარტული თამაშები (სეკა, ქულა, ბაკკარა, შტოსი და ა.შ.) არ მოითხოვს დიდ ცოდნას, რადგან შედეგი დამოკიდებულია ბედისწერაზე.

განსაკუთრებული აქტუალობა ბანქოს თამაშების დაყოფამ კომერციულ და აზარტულ ნაირსახეობებად მოიპოვა საბჭოთა ხელისუფლების დროს, საბჭოთა კავშირის სისხლის სამართლის კოდექსში იყო სტატია, რომელიც აზარტულ თამაშებს კრძალავდა და სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები უძლურნი იყვნენ და არც ცდილობდნენ განესხვავებინათ აზარტული თამაშები დიდ ფულზე ოჯახში გათამაშებულ პრეფერანსისაგან ან სპორტული ბრიჯისაგან, ამიტომ ბანქოს ყოველგვარი თამაშისათვის ცდილობდნენ მოთამაშეების დასჯას. ეს ხდებოდა მაშინ, როდესაც ცივილიზირებულ ქვეყნებში, ბანქოს ნებისმიერი თამაში არ იკრძალებოდა, ხოლო სპორტულ ბრიჯს პირიქით ხელს უწყობდნენ რომ ფართოდ ყოფილიყო გამოყენებული. ამჟამად ბრიჯის თამაში წარმოადგენს აუცილებელ საგანს ნატოს ქვეყნების სამხედრო აკადემიების სტუდენტებისათვის. ასევე ასწავლიან ბრიჯის თამაშს საფრანგეთის, შვედეთის, პოლონეთის, ჰოლანდიის და ზოგი-

ერთი სხვა ქვეყნების სკოლებისა და კოლეჯების მოსწავლე ახალგაზრდობას.

აზარტული თამაშების, როგორც ბიზნესის ახალ სახეობის ისტორია შედარებით ხანმოკლეა და საფუძველი ჩაუყარეს ამერიკელმა განგსტერებმა. ამ ქვეყანაში ე.წ. „მშრალი კანონის“ შემოღებისას ქ. ნიუ-იორკის ორმა ფხიანმა კრიმინალმა ლანსკიმ (მისი ნამდვილი გვარი იყო სუხომლინსკი, რუსი ებრაელის შვილი ემიგრირებული ამერიკის შეერთებულ შტატებში და ბ. სიგელი (მისი ნამდვილი გვარი იყო სიგელბაუმი) ამ ორმა გაქნილმა განგსტერმა შეისყიდეს იმ დროისათვის ეგზოტიკური სატვირთო მანქანები, რითაც ეზიდებოდნენ შენიღბულად სპირტიან სასმელებს. მალე მათი გამოცდილება ნიუ-იორკში გამოიყენეს იტალიელებმა და ირლანდიელებმა. გასული XX საუკუნის 20-იან წლებში ნიუ-იორკის აღმოსავლეთ სანაპიროზე გამოჩნდენ სატვირთო მანქანები, რომელნიც არალეგალურად ეზიდებოდნენ სპირტიან სასმელებს, ამ საქმით დაკავებული იყო 22 წლის ახალგაზრდა ბენჟამენ სიგელი, რომელიც მეგობრობდა ცნობილ განგსტერ ალ კაპონესთან.

მალე სპირტიანი სასმელების ბიზნესით ნაშონი კაპიტალით ბ. სიგელი, საქმიან წრეებში ცნობილი სახელით „ბაქსი“ გახსნის პირველ კაზინოს ამერიკის შეერთებულ შტატებში სახელით „ფლამინგო“ და სწორედ აქედან დაიწყო ამ ქვეყანაში სათამაშო ბიზნესი, ხოლო ქ. ლას-ვეგასი ჩამოყალიბდა, ამერიკაში აზარტული თამაშების დედაქალაქად. ბენჟამენ სიგელმა (ბაქსიმ) გადაწყვიტა შეეცვალა ცხოვრება და ამ მიზნით შეისყიდა ლოს-ანჯელოსში მიწის დიდი ნაკვეთი და ააშენა შესანიშნავი კაზინოები. სწორედ მათგან ყველაზე ბრწყინვალე სასტუმრო-კაზინოს უწოდა „ფლამინგო“. მათმა პატრონმა ბენჟამენ სიგელმა თანდათან შეძლო ამ დარგიდან დიდი შემოსავლების მიღება, მაგრამ იგი 1947 წელს მოკლეს და მის ქონებას დაეუფლენ სხვები. ამის შემდეგ ლას-ვეგასის სათამაშო ბიზნესში პირველი ადგილი ფლამინგოდან გადავიდა ჰილტონის სასტუმროების ჯგუფის ხელში.

ცხადია, რომ აზარტული თამაშები თუ გართობის მიზნით გამოიყენება არ უნდა იკრძალებოდეს, მაგრამ, როდესაც იგი ხდება პათოლოგიური დამოკიდებულების და პიროვნების ემოციურ-ნებელობითი სფეროს პათოლოგიური შეცვლის მიზეზი საჭიროებს შეფასებას, როგორც თავისებური ძნელად მოსარჩენი დაავადების გამომწვევ ფაქტორად.

აზარტულ თამაშებში თითქმის ყოველი ადამიანი შეიძლება ჩაერთოს თავისუფალ დროს გართობის მიზნით, მაგრამ მხოლოდ რამდენიმე თუ ხდება ამ დაავადების მსხვერპლი. როგორც ირკვევა აზარტომანიის ჩამოყალიბებისათვის საჭიროა პიროვნებას ჰქონდეს წინასწარ განწყობა მისი განვითარებისადმი.

2. აზარტომანია, როგორც ფსიქიკური დაავადება

ადამიანებში, რომლებიც ხასიათდებიან ემოციური ლაბილობით, მერყეობით, იმპულსურობით და აზარტულობით თუ გასართობად შერჩეული თამაში უკავშირდება ფულად მოგებას, როგორც წესი პროცედურულად რთულდება, მოითხოვს გარკვეულად დახელოვნებას, და სათამაშო მეთოდების ნიუანსების ცოდნას.

ჩვეულებრივ აზარტულ თამაშებში ჩართვა ხდება შემთხვევით, მაგალითად გასართობად კაზინოში, ტოტალიზატორში, კროკერკლუბში და ა.შ. დათვალიერების მიზნით შესულს აინტერესებს თუ რა ხდება იქ, მით უმეტეს თუ პირველივე ცდას აზარტულ თამაშში მოჰყვება თუნდაც უმნიშვნელო თანხის მოგება, ჩნდება აზრი, რომ იღბლიანია, კვლავ გაუღიმებს ბედი და ასე ადვილად მოიგებს დიდ თანხას. უკვე მოგების მოლოდინში კვლავ და კვლავ ბრუნდება, მოუხშირებს სიარულს და იქ ყოფნის ხანგრძლივობას. თანდათან გამოუმუშავდება თამაშებისადმი ჯერ მერკანტილური ინტერესი, რომელიც აი-

ძულებს ხშირად და დიდხანს იაროს ამ ადგილებში. თანდათან მოეძალება აზარტი და მზად ხდება გადაიხადოს ოჯახისათვის საჭმელის შესაძენი უკანასკნელი ფული ან იშოვნოს იგი არაკანონიერი გზით, რათა ჩაერთოს თამაშებში. ასე თანდათან ყალიბდება პიროვნების პათოლოგიური დამოკიდებულება აზარტული თამაშებისადმი, რის შედეგადაც პიროვნება კარგავს თავისი ქცევების კრიტიკული შეფასების უნარს: უგულებელყოფს მოსალოდნელ განმეორებით წაგების შესაძლებლობას და ოპტიმისტურად განწყობილს იპყრობს იმედი, რომ მალე წაგებებს მოჰყვება მოგებები. მას თითქოს ავიწყდება წაგებები და უფრო აგონდება ის მცირეოდენი მოგებები, რომლებმაც მოუტანა დიდი სიხარული და მომავალი მოგების იმედი. ამრიგად ყალიბდება პიროვნული ქცევის პათოლოგია, რომელსაც უწოდებენ აზარტომანიას. ოჯახში და სამსახურში თანდათან ჩამოყალიბებული სტრესის შემდეგი განცდები მოეხსნება, როგორც კი შევა კაზინოში, ამიტომ სურვილი აზარტული თამაშისადმი ძლიერდება. ამასთან ერთად ოჯახის წევრებისადმი სიყვარული, ზრუნვა, ძილი და დროულად ჭამის მოთხოვნა გადადის მეორე პლანზე. მორიგი წაგებისთანავე აზარტული მოთამაშე კვლავ ჩქარობს და ცდილობს რაც შესაძლებელია ადრე ჩაერთოს სათამაშო სიტუაციაში, რათა დაიბრუნოს წაგებული აუცილებელი მოგებით. აზარტულ თამაშებზე დამოკიდებულების მქონე პიროვნება ხდება ოპტიმისტი, სრულიად დარწმუნებული, რომ მოიგებს. ავიწყდება ახლახან წაგებით განცდილი სინანული. აზარტომანს მიაჩნია, რომ არამართებულია შეხედულება, რომ აზარტული თამაშებით, ფულის მოგება უარესია, ვიდრე ვაჭრობით ნაშოვნი თანხა. დასანანად მიაჩნიათ, რომ ამ გზით ფულის შოვნა ძნელია და იგი არ შეიძლება იყოს მუდმივად სტაბილური მოგების წყარო. როგორც ითქვა აზარტულ თამაშს უმრავლესობა მიმართავს გართობის და არა მარტო ფულის მოგების მიზნით. ამასთან ერთად, როგორც ძველად ისე თანამედროვე მხატვრულ ლიტერატურაში (ფ.მ. დოსტოევსკი, ა.ს. პუშკინი და სხვები) მოჰყავთ მოთამაშე პერსონაჟები,

რომლებიც არიან აზარტული თამაშებით შეპყრობილები და მათი გატაცება იღებს ავადმყოფურ ხასიათს, რომელიც შესაძლებელია სამწუხარო შედეგით დამთავრდეს. ცხადია, რომ აზარტომანია პიროვნების ავადმყოფური დამოკიდებულების ერთ-ერთი ნაირსახეობაა. ამის მიუხედავად იგი იურიდიულად არ გამორიცხავს უმართებულო და ზოგჯერ კრიმინალური ქცევის მიმართ შერაცხადობის აღიარებას და ჩადენილის მიმართ პასუხისგებას. ყოველივე ზემოთ მოყვანილის გამო, აზარტული თამაშებით გატაცება წარსულშიაც იღებდა რა პერმანენტულ ხასიათს და უარყოფით ზეგავლენას ახდენდა პიროვნების მიზანმიმართულ საზოგადოებრივად სასარგებლო შრომით საქმიანობაზე, საზოგადოება სიფრთხილით განეწყო და მრავალ ქვეყანაში ხელისუფლება კრძალავდა აზარტულ თამაშებს. ამიტომ მკაცრად სჯიდა მის მიმდევრებს. კვლავ შევახსენებთ დაინტერესებულ მკითხველს, რომ საბჭოთა კავშირში მისი არსებობის 70 წლის მანძილზე აზარტული თამაშები იყო აკრძალული და დასჯადი.

აზარტულ თამაშებისადმი მიჩვევისა და ე.წ. დამოკიდებულების გამომუშავების შემდეგ იკარგება თამაშის პირვანდელი დანიშნულება — გართობის მიზნით თამაში. პიროვნებას აღარ ძალუძს წინ აღუდგეს მიზიდულობას, რომ კვლავ განიცადოს თამაშისაგან მოსალოდნელი მოგებით გამოწვეული ექსტაზი ან თუნდაც წაგებით გამოწვეული დროებითი უარყოფითი განცდა, რომელსაც ხშირად არ შესწევს უნარი უკვე განცდილმა წაგებამ შეასუსტოს პერსპექტიული მოგების იმედი, ამიტომ აზარტით შეპყრობილი პიროვნება კვლავ ყოველგვარი მეთოდებით ცდილობს იშოვნოს აზარტული თამაშისათვის აუცილებელი თანხა.

თამაშებით გატაცებამ და პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებამ, როგორც დაავადებამ თავის დროზე მიიქცია ფსიქიატრების და ფსიქოანალიზატორების ყურადღება, ერთ-ერთი პირველი ნაშრომი აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური ლტოლვის მქონე პიროვნების კვლევის შესახებ გამოაქვეყნა ფსიქოანალიტიკოსმა J. Von Hattinberg-მა 1914

წელს. E.Simmel-ი იკვლევდა რამდენიმე პიროვნებას, რომლებსაც აღენიშნებოდა პათოლოგიური ლტოლვა აზარტული თამაშებისადმი და აღნიშნავდა, რომ აზარტული თამაშები აკმაყოფილებს პიროვნების ნარცისულ ბისექსუალურ იმპულსებს და, მაშასადამე, უზრუნველყოფს აუტოეროტიულ კმაყოფილებას. გვიან 1947 წელს R. Greenson-მა არ გაიზიარა მსგავსი ინტერპრეტაცია და აზარტულ თამაშებში დაინახა ფსიქოლოგიური დაცვის ფუნქციის გამოვლინება. მისი შეხედულებით „აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვა არის თამაშის ნევროზი, ისეთივე, როგორც სხვა დანარჩენი კომპულსური ნევროზები და ემსახურება დეპრესიისაგან დაცვას, ამის გარდა აზარტული თამაშები პირდებიან მოთამაშეს შეუსრულდეს მათი ყოველგვარი სურვილი და აძლევენ შესაძლებლობას დაიკმაყოფილოს ლატენტურად არსებული ჰომოსექსუალური, ანალურ-სადისტური, ორალურ-რეცეპტორული და დასჯის გაუცნობიერებელი მოთხოვნილებები". 1957 წლისათვის აზარტულ თამაშების შესახებ მსოფლიოში გამოქვეყნებული იყო დაახლოებით 20-მდე მეცნიერული ნაშრომი, რომლებშიც მოცემული იყო ახალი პათოლოგიური ლტოლვის ფსიქოლოგიური ანალიზი. მხოლოდ 1957 წელს დაიწყო შესამჩნევი პროგრესი აზარტული თამაშების, როგორც ახალი პათოლოგიური ლტოლვის მიზეზების მეცნიერულ შესწავლაში.

E.Berg-ის წიგნში „თამაშის ფსიქოლოგია" (1957), განზოგადებულია ავტორის 30 წლიანი გამოცდილება აზარტულად მოთამაშეების კვლევის მონაცემები, რის საფუძველზედ ავტორი აყალიბებს ჰიპოთეზას, რომ მოთამაშე იმყოფება აკვიატებულ ინფანტილურ განცდებში იმით, რომ მიიჩნევს თავს უსამართლობის მსხვერპლად. ფსიქოანალიზურ ინტერპრეტაციას არც XXI საუკუნეში დაუკარგავს თავისი პოზიციები აზარტომანიის ფსიქოანალიზურ მეთოდებით ახსნაში. P. Telle (2002) მიუთითებს, რომ აზარტული თამაშისადმი პათოლოგიური ლტოლვის გაჩენაში ყველაზე არსებით როლს თამაშობენ ნარცისული და ოიდიპოსის კომპლექსები. ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე მის მკურნალობაში ძირითად მეთოდად

მიიჩნევს ამბულატორულ ფსიქოთერაპიას. В. А. Сольдаткин-ის (2008) მტკიცებით, სწორედ E.Berg-ის მონოგრაფიაში იყო მოცემული ამ ახალი სახის პათოლოგიური ლტოლვის მქონე პაციენტების ფსიქოლოგიური ანალიზი, რომელმაც სწორედ 1957 წლიდანვე განაპირობა თვალსაჩინო პროგრესი აზარტული თამაშების, როგორც პათოლოგიური ჩვევის მეცნიერულ შესწავლაში. აზარტომანიის ფსიქოანალიზური თეორია ცდილობს ახსნას თამაშისადმი ლტოლვა ე. წ. „იმპულსიური ნევროზის“ კონტექსტში (О.Фенихел-2004) არაკონტროლირებადი თამაშისადმი ლტოლვა, როგორც ფსიქიკური მდგომარეობა მიუთითებს, ამ ავტორით არადიფერენცირებულ, გაუცნობიერებელ ანუ არასაკმარისად გაცნობიერებულ მიზიდულობის შესახებ თეორიაზე, რომელიც თამაშობს წამყვან როლს პიროვნული სტრუქტურის ფორმირებაში. აქ მნიშვნელოვან მონაწილეობას იღებენ შინაგანი კონფლიქტები ჭეშმარიტ მოთხოვნილებებსა და სოციალურ-პიროვნულ ინტერიორიზებულ დაყენებებს შორის (Л.Н. Собчак-2002).

აზარტომანიის მსხვერპლად უპირატესად ხდებიან პიროვნებები, რომლებიც ხასიათდებიან დაბალი თვითშეფასებით, რომლებიც აზარტული თამაშების გამო ეკონომიკურ გაღატაკებაში ადანაშაულებენ არა საკუთარ თავს, არამედ ფორტუნას, რომელიც ჯერჯერობით მას არ წყალობს ან კიდევ ოჯახის სხვა წევრებს, რომლებიც მას ვერ უგებენ. მსგავსი ქცევებით პიროვნება თანდათან მიდის დეგრადაციამდე და ოჯახი მიჰყავს სრულ გაღატაკებამდე, რასაც ცხადია მოსდევს ოჯახური კონფლიქტები, შექმნილი სიტუაციის გამო. აზარტომანი არ ერიდება სიცრუეს, სიყალბეს, რათა დაფაროს აზარტული თამაშებისადმი შეუნელებელი ლტოლვა და ამ დამღუპველი გატაცების დასაკმაყოფილებლად აუცილებელი კრიმინალური ქმედება, სიყალბე, ქურდობა და არაიშვიათი სუიციდური აქტები.

საერთოდ, ადამიანისათვის დამახასიათებელია წარსული გამოცდილებიდან მეხსიერებაში უფრო სასიამოვნო ფაქტების შენახვა, ვიდრე უსიამოვნოსი, რომლებიც უფრო სწრაფად

გამოიდევნებიან მეხსიერებიდან. ეს თავისებურება განსაკუთრებით დემონსტრაციულად გამოვლინდება აზარტული თამაშების მოტრფიალე და მის მიმართ დამოკიდებულების გამომუშავების დროს მოთამაშეთათვის, რომელიც უფრო იმახსოვრებს თუნდაც მცირე თანხის მოგებით გამოწვეულ სიამოვნებას, ვიდრე იმ წყენას, რომელიც მიაყენა წაგებამ. რადგან, თამაშის პროცედურა იქნება ეს სათამაშო ავტომატი, ბანქო, კომპიუტერი თუ ინტერნეტი მოთამაშეზე ახდენს ისეთი ხარისხის ზემოქმედებას, რომელიც ანეიტრალებს ყველა უსიამოვნო განცდას.

არაქიმიური ნივთიერებებისმიერი „პათოლოგიური დამოკიდებულების“ შესახებ პირველი ცნობები რუსულენოვან პრესაში გაცილებით გვიან (1945) წელს გამოქვეყნდა Ც.პ.Короленко-ს მიერ. მან ამ გზით წარმოშობილ ადდიქციიდან (მიჩვევა, დამოკიდებულება,) გამოჰყო ავადმყოფური მდგომარეობის სხვადასხვა სახეები და ფორმები. მათგან საკუთრივ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებას ამ ავტორის აზრით უფრო შეესაბამება სახელი — ლუდომანია. იგულისხმება სხვადასხვა ფორმის და სახეობის თამაშებისადმი მიჩვევის (გემბლინგი) და პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება, როდესაც მოთამაშე ხდება ამ ტიპის თამაშებისადმი პათოლოგიურად მიჩვეული (მისწრაფება, ლტოლვა). მსგავსი თავისებური ავადმყოფური მდგომარეობის ჩამოყალიბებისადმი ერთგვარ მიდრეკილებას ავლენენ ქარაქტეროლოგიურად თავისებური ემოციურად ლაბილური, არამყარი, შთაბეჭდილებიანი პიროვნებები. ამ დაავადების კლინიკურ თავისებურებად მან მიიჩნია ის, რომ დასაწყისში უვნებელი გართობის მიზნით დაწყებული თამაშები, განსაკუთრებით მოგებულის დასაჯილდოვებლად ფულადი თანხით დაინტერესება თანდათან გადაიქცევა პიროვნებისათვის უცილებელ მოთხოვნილების საგნად. ამ გზით ერთ დროს გართობისათვის გამიზნული თამაში ყალიბდება პიროვნების თავდავიწყებული დამოკიდებულების ანუ დაქვემდებარების (Addiqtion) ობიექტად.

ამავე ჯგუფში შეტანილია აკვიატებული სურვილი ყოველდღიურად თუ არა, რეგულარულად მაინც იხეტიალოს მაღაზიებში, სავაჭრო ადგილებში, და ფლანგოს ფული მთლიანად რაც გააჩნია, ხშირად ისეთ საყიდლებში, რომელთა შესყიდვა არ იყო საჭირო და შემდეგ იძულებული ხდება ვინმეს უსასყიდლოდ დაუთმოს. ამგვარ პათოლოგიურ ქცევას უწოდებენ შოპოგოლიზმს.

აზარტომანია უპირატესად ემართება მამაკაცებს, ხოლო შოპინგოლიზმი უპირატესად მანდილოსნების დაავადებად მიიჩნევა.

არაქიმიური დამოკიდებულების თავისებური ნაირსახეობაა აგრეთვე უპირატესად მამაკაცებისათვის დამახასიათებელ რეგულარულ და გაუთავებლად ქეიფებში დროის და ფულის ფლანგვა, როგორც პათოლოგიური დამოკიდებულების ნაირსახეობა. ლიტერატურაში მიუთითებენ აგრეთვე ე.წ. სიყვარულის ადდიქციაზე და სხვადასხვა სექსუალურ იმპულსიებზე, რომლებიც ასეთივე ადდიქციას ავითარებენ ემოციურად გაუწონასწორებელ პიროვნებებში და თავისი გამოვლინებით განიხილებიან ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებებს შორის, როგორც მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის ნაირსახეობები. არაქიმიურ ადდიქციურ აშლილობის ნაირსახეობად მიიჩნევენ აგრეთვე ე.წ. შრომოგოლიზმს, როდესაც პიროვნებას უჩნდება თავდავიწყებული, შრომისადმი აკვიატებული დამოკიდებულება, სრულ ფსიქოფიზიკურ გამოფიტვამდე. მომქანცველი და ასევე შეუსვენებელი სპორტული ვარჯიშების ადდიქციური დამოკიდებულება და ა.შ.

არაქიმიური ფაქტორით პათოლოგიურ დამოკიდებულებებს შორის ზოგიერთი ავტორი განიხილავს აგრეთვე ისეთი დაავადებების ნაირსახეობებს, როგორებიცაა: კვებითი ქცევის აშლილობები – ნერვული ანორექსია, ნერვული ბულიმია და ბულიმორექსია. ეს დაავადებები განსხვავდებიან ზემოთ განხილული არაქიმიური ადდიქციური ფორმებისაგან იმით, რომ მათ ეტიოლოგიაში ფსიქოლოგიურთან ერთად მონაწილეობს ორგანიზმის ბიოლოგიური წინამძღვრები. კვებითი ქცევის

მოყვანილი აშლილობებს В. С. Солдаткин (2008) მიიჩნევს ქიმიურ და არაქიმიურ ადდიქციებს შორის მდებარე დაავადების ფორმებად.

გასართობად და ფულის მოგების მიზნით ბანქო დღემდე რჩება ბიზნესმენებისა და დიპლომატიური თავყრილობების მონაწილეების გასართობ საშუალებებს შორის მთავარ მეთოდად. ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში XX საუკუნის 80-იან წლებამდე ბანქოს მრავალსახეობრივ სათამაშო მეთოდებს სერიოზულ კონკურენციას უწევდა გოლფის თამაშები. თუმცა გოლფი მოითხოვს სპეციალურ სათამაშო მოედანს და საკმაოდ რთულ მოწყობილებებს. ბანქოს თამაშებისათვის პრაქტიკულად არაფერი არ არის საჭირო მაგიდისა და 2-3 პარტნიორის გარდა. ბანქოს თამაშების მრავალ სხვადასხვა წესებიდან განსაკუთრებული პოპულარობით XX საუკუნეში სარგებლობდა ბრიჯი და პოკერი.

ისტორიკოსები იუწყებიან, რომ როდესაც უინსტონ ჩერჩილი იყო ინგლისის საგარეო საქმეთა მინისტრი, მის სამინისტროში იყო სპეციალური საშტატო თანამდებობა-ბატონ ჩერჩილის პარტნიორი ბრიჯის თამაშისათვის. უ. ჩერჩილი უდიდესი პოლიტიკოსი ძლიერ იყო გატაცებული ბანქოს ამ თამაშით, მაგრამ ამასთან ერთად ახასიათებენ, როგორც აუტანელ პარტნიორს. სანამ ამ თანამდებობას შემოიღებდენ ინგლისის საგარეო საქმეთა სამინისტროში მას პარტნიორობდა ბრაზილიაში ინგლისის ელჩი, რომელთან თამაშისა და წაგების დროს განრისხებული არ ერიდებოდა უკიდურეს უხეშობას და პარტნიორის შეურაცხყოფას. ინგლისის მეორე გამოჩენილი სახელმწიფო მეთაური მარგარიტ ტეტჩერი პირიქით, არ საჭიროებდა ოფიციალურ პარტნიორს, ყველა ამაყობდა თუ კი მასთან ითამაშებდა ბრიჯს, რადგან „რკინის ქალბატონი“, არა მარტო დიდ სულგრძელობას იჩენდა პარტნიორების მიმართ, არამედ ბრწყინვალედ მიჰყავდა თამაში. იგი იმდენად დახელოვნებული იყო ამ თამაშით, რომ მისი ულამაზესი ქუდებიდან გარკვეული ნაწილი იყო შეძენილი ბრიჯის თამაშებში მოგებული ფულით. ამ აზარტულ

თამაშებს უკავშირდება როგორც დადებითი, ისე სხვადასხვა უარყოფითი ისტორიები. ავღანეთის მომავალი ემირი ამანულახი, ოქსფორდის უნივერსიტეტში სწავლის დროს გაიტაცა ბრიჯის თამაშმა, რისთვისაც სამშობლოში დაბრუნებისთანავე დასაჯეს და ისე სასტიკად აწამეს, რომ სიკვდილამდე მიიყვანეს. ისლამის ღალატისათვის, როგორც ამას კარნახობდა ყურანი.

როგორც ირკვევა მთელ მსოფლიოში თამაშობენ ბანქოს და ალბათ, ითამაშებენ მომავალშიაც.

ზემოთ უკვე იყო მითითებული, რომ გასული XX საუკუნის ინტელექტუალური და ტექნიკური რევოლუციის ყველაზე თვალსაჩინო მონაპოვარია კომპიუტერი და ინტერნეტი, რომელთა შესაძლებლობები სადღეისოდაც და მომავალშიაც იგავმიუწვდომელია, სამწუხაროდ ამ ფანტასტიკური შესაძლებლობების ტექნიკის გამოყენება შესაძლებელია ბოროტებისა და აგრესიის საშუალებად. ეს ტექნიკა მსოფლიო მასშტაბით და ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებშიც ისევე სწრაფად ვრცელდება, როგორც ინფექციური დაავადებები აზარტომანიის უახლესი სახეობების კომპიუტერომანიისა და ინტერნეტომანიის სახით, მათ წინააღმდეგ პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებები ჯერჯერობით ვერ გვაძლევენ სასურველ შედეგებს.

მკვლევრების ნაწილი აზარტომანიას განიხილავს არაკლასიკურ ადდიქციად, როგორც ეს მიიღება ქიმიური ნივთიერებებისადმი მიჩვევით და მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების შედეგად. არაქიმიურ ნივთიერებებით ანუ ამა თუ იმ მოქმედებით ან ცხოვრების წესით ჩამოყალიბებულ ჩვევას უწოდებენ ,,ქცევით დამოკიდებულებას“ (ა. გამყრელიძე, 2001), რომლის ტიპური მაგალითია ,,აზარტომანია.“ აღსანიშნავია, რომ სპეციალურ ლიტერატურაში დღემდე გრძელდება დისკუსია მკვლევართა შორის, აზარტომანია (გემბლინგი) წარმოადგენს ჭეშმარიტ ადდიქციას თუ უფრო მეტად იგი უნდა განიხილებოდეს სხვა დანარჩენ არაქიმიურ ფაქტორებით გამოწვეული ქცევის პათოლოგიად,

რომლებიც შეიძლება განვიხილოთ ობსესურ-კომპულსური სპექტრის ფარგლებში.

ევროპისა და ჩრდილო ამერიკის ქვეყნებში სათამაშო ინდუსტრია დიდი ხანია შეუფერხებლად ვითარდება და სახელმწიფო შემოსავლებისა და ქვეყნის ბიუჯეტის შევსების ერთ-ერთ სოლიდურ წყაროდ არის მიჩნეული, რომ არ გავითვალისწინოთ ამ დაწესებულებების მეპატრონეების მილიონობით და მილიარდობით შემოსავლები. ამავე ქვეყნებში ბოლოს და ბოლოს გასული XX საუკუნის 70-ან წლებში მიაქციეს ყურადღება, რომ აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების გამომუშავება წარმოადგენს სერიოზულ ფსიქიკურ დაავადებას, რომელიც აზიანებს ადამიანის ფსიქიკას თითქმის ისე, როგორც ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია და ტოქსიკომანია. სწორედ ამ პერიოდიდან ქვეყნდება სპეციალურ პრესაში ამ აქტუალური პრობლემისადმი მიძღვნილი მრავალრიცხოვანი მეცნიერული პუბლიკაციები, რომლებიც სტენენ განგაშს ამ თავისებური მიზიდულობის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ზომებისა და სამკურნალო მეთოდების შესამუშავებლად. ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ამ მიზნით გახსნილია სპეციალიზირებული სამეცნიერო ლაბორატორიები, პრობლემური ცენტრები და კლინიკები. მათი გამოკვლევები ამ ერთი შეხედვით გასართობად განკუთვნილ მიზიდულობის რეგულარული აღსრულება იწვევს თანდათან აუცილებელი მოთხოვნილების და, მაშასადამე, პათოლოგიურ დამოკიდებულების გამომუშავებას, რომელიც პრინციპულად ბევრად არ განსხვავდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმით, ნარკომანიით და ტოქსიკური და ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხანგრძლივი და უკონტროლოდ გამოყენებით განპირობებულ პიროვნების დეგრადაციისაგან, საკუთარი ოჯახისა და საზოგადოების წინაშე მოვალეობისადმი უპასუხისმგებლობისა და მატერიალური გაღატაკებისაგან. ამიტომ, განსაკუთრებულად ამახვილებენ ყურადღებას, რათა უმოკლეს დროში განხორციელდეს აუცილებელი პროფილაქტიკური, სამკურნალო მეთოდებისა და საშუალებების დამუშავება,

რათა კაცობრიობა იხსნას კიბერნეტიკის, კომპიუტერის და ინტერნეტის ფანტასტიკური შესაძლებლობების ეპოქაში ადამიანის მადემენტირებელი დაავადების გავრცელებისაგან.

რაც შეეხება ყოფილი საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ რუსეთის იმპერიიდან გასულ სუვერენულ რესპუბლიკებს, აქ პირიქით, სათამაშო დაწესებულებების ლეგალიზაციამ გამოიწვია აზარტული სათამაშო დაწესებულებების (კაზინოების, სამორინეების, ტოტალიზატორების, სათამაშო ავტომატების, კროკერკლუბების და ა.შ.) სოკოებივით გამრავლება, არამარტო დიდ ქალაქებში, არამედ სასოფლო რაიონებსა და სოფლის ადგილებშიაც კი.

საინტერესოა, რომ აზარტომანიის მკურნალობა პირველ რიგში პარამედიცინის წარმომადგენლებმა (ექსტრასენსებმა, წინასწარმეტყველებმა, მკითხავებმა, ნათელმხილავებმა და ა.შ.) ჩაიგდეს ხელში და დაშვებული თუ დაუშვებელი ხერხებით ცდილობდნენ მსგავსი ავადმყოფები ჩამოეშორებინათ კვალიფიცირებულ სამედიცინო დახმარებისაგან, მაგრამ ასეთი „მკურნალობის“ ძლიერ იშვიათი, არამყარი და უმნიშვნელო ეფექტურობა თავიდანვე აშკარავდება, მით უმეტეს ისეთ პრინციპულად მკურნალობისადმი რეზისტენტულ დაავადებებში, როგორიცაა: ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია, ტოქსიკომანია და მათთან ახლოს მდგომი არაქიმიური პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი აზარტომანიის ნაირსახეობები. სადღეისოდ, დაგროვილია მნიშვნელოვანი გამოცდილება საზღვარგარეთულ დემოკრატიულ ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში, რომ შესაძლებელია დაავადების ამ ფორმების მკურნალობა, როგორც ამბულატორულად, ისე განსაკუთრებით რეზისტენტულ შემთხვევებში სტაციონარულად ფსიქოთერაპიული და მედიკამენტური მეთოდების კომბინირებით.

აზარტომანიის სხვადასხვა ნაირსახეობებით დაავადებულები საკუთარი ინიციატივით იშვიათად მიმართავენ ექიმს, განსაკუთრებით ექიმ ფსიქიატრს, რადგან თავი ფსიქიკურ ავადმყოფად არ მიაჩნიათ. მათი უდიდესი უმრავლესობა,

ძირითადად ახალგაზრდობაა და ექიმთან მიჰყავთ მშობლებს, ახლობლებს, ან მეუღლეს, რომლებიც დარწმუნდნენ, რომ მრავალჯერადი დაპირების მიუხედავად, აზარტულ თამაშებს თვითონ დაანებებენ თავს და დადგებოდნენ სწორ გზაზე, როგორც წესი არ სრულდებოდა. აზარტულ თამაშებში წაგებული ფულის საშოვნელად ისინი არ ერიდებიან კრიმინალური დანაშაულის ჩადენას. ხშირად მხოლოდ ეს არგუმენტი აიძულებთ დახმარებისათვის მიმართონ ექიმ ფსიქიატრს, რაც არაიშვიათად დაგვიანებულია და ძნელად ემორჩილება სამკურნალო ღონისძიებებს.

გასაგებია, აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ე.ი. პათოლოგიური მიჩვევის მსხვერპლი თუ თავს დაავადებულად არ მიიჩნევს ექიმთან მისვლა და რაიმე მკურნალობის მიღების წინააღმდეგიც არის და, ცხადია, არ თვლის საჭიროდ სამედიცინო დახმარებას მანამდე, სანამ ოჯახი მატერიალურ გაღატაკებამდე არ მიდის. ხშირად მოთამაშის ოჯახის წევრებიც არ მიიჩნევენ ასეთ მოთამაშეს ავადმყოფად და ცდილობენ მოახდინონ მასზე მორალური ზემოქმედება, იმ იმედით, რომ იქნება როგორმე შეაგნებინონ აზარტომანს რომ აზარტული თამაშები თუ გააგრძელა ოჯახს გააჩანაგებს, მოთამაშე ყველას შეპირდება რომ აზარტულ თამაშებს თავს აუცილებლად დაანებებს, მაგრამ როგორც წესი დანაპირებს იქვე დაივიწყებს ან პასუხისმგებლობის განცდის სრული დაკარგვის გამო აგრძელებს სათამაშო დაწესებულებაში ფულის ფლანგვას.

კვლავ დგება საკითხი აზარტომანი არის სერიოზული ფსიქიკურად დაავადებული თუ იგი წარმოადგენს თავისებურ სტრესოგენულ ან მიკროსიტუაციური ფაქტორების ზეგავლენით მორალურ-ეთიკური შეხედულებების დეპრივირებულ ნევროზული რეგისტრის დაავადებას, რომელსაც ზოგიერთი ავტორი (Н. Д. Лакосина и М. М. Трунова, М.М., 1994 და სხვები) მიიჩნევენ ნევროზულ განვითარებად. ჩვენი აზრით აზარტომანია არც ერთ და არც მეორე ავადმყოფურ ფორმად არ უნდა იქნას განხილული, რადგანაც იგი ფენომენოლოგიურად

უფრო უახლოვდება ნევროზული რეგისტრის აშლილობას, მაგრამ მიმდინარეობით და გამოსავალით პრინციპულად განსხვავდება ნევროზისაგან ამ დაავადების კლასიკური გაგებით და უახლოვდება ენდოგენურ მკურნალობისადმი რეზისტენტულ ფსიქიკურ დაავადებას. ბოლო ხანებში აზარტომანიის სხვადასხვა სახის ფორმები განიხილებიან სხვადასხვა ფენომენოლოგიური სტრუქტურის მქონე ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობების შემადგენლობაში, კერძოდ, ამ სპექტრის შემადგენელ კომპულსურ და იმპულსურ კლინიკურ ფორმებს შორის.

ამრიგად, აზარტომანია და მისი ნაირსახეობები: პათოლოგიური გემბლინგი, თავაწყვეტილი დროსტარების და ქეიფებისადმი ლტოლვა უფრო მამაკაცებში, კომპულსური ფულის ხარჯვისა და არასაჭირო საყიდლებისადმი ლტოლვა უფრო მანდილოსნებში, შედარებით ახალი სახეობის კომპიუტერო და ინტერნეტომანია და სხვა შედარებით კეთილთვისებიანი გატაცებანი, თავისი ბუნებით არ თავსდებიან ნოზოლოგიურ პრინციპით განსაზღვრულ რომელიმე მანიფესტურ ფსიქიკურ და ქცევის პათოლოგიის ფორმაში, ამიტომ უკანასკნელ ხანებში მრავალი ავტორი მიზანშეწონილად მიიჩნევს აზარტომანია, როგორც ქცევის თავისებური პათოლოგია განხილული იქნას ობსესურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენელ, მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობის ნაირსახეობად.

3. ცნებები „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობანი“ და „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის“ დაავადებების ურთიერთობის შესახებ

ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები“ ანუ „მოსაზღვრე ფსიქიკური მდგომარეობები“ ფსიქიატრიულ კლასიფიკაციაში იქნა შემოღებული გაცილებით გვიან, ვიდრე ცნებები: „ნევროზი“ და „ფსიქოზი“. გავიხსენოთ, რომ ცნება

– „ნევროზი“ პირველად შემოიტანა 1772 წელს შოტლანდიელმა განმანათლებელმა ექიმმა W. Cullen-მა, და ამ დაავადებას განასხვავებდა ორგანიზმის სომატური სფეროს დაზიანებით გამოწვეული დაავადებებისაგან. რაც შეეხება ცნებას „ფსიქოზი“ მისი შემომღები ნათლია იყო ავსტრიელი Baron von Feutersleben (1806-1849), ვენის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის დეკანი, ფსიქიატრი და მან პირველმა 1845 წელს სულით დაავადებას ანუ ფსიქიკურ აშლილობას უწოდა – ფსიქოზი, რაც განასხვავებდა მას ასევე ფსიქიკური სფეროს შედარებით უფრო იოლი დაავადებისაგან, ანუ ნევროზისაგან. შემდეგ წლებში შესაძლებელი შეიქმნა განესხვავებინათ ნერვული და ფსიქიკური აშლილობების მსუბუქი ფორმები ანუ ნევროზები უფრო მძიმე და არსებითად მოურჩენელი ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქოზებისაგან. ცხადია, შემდგომ პერიოდში W. Cullen-ის ნევროზს თანდათან ჩამოს ცილდა მრავალი არანევროზული სომატურ პათოლოგიად დიაგნოსტირებული ფორმები და საბოლოოდ დადგინდა, რომ ნევროზი არის ნევროფსიქიკური სისტემის ფსიქოგენური ფუნქციური დაავადება. ე.ი. ძირითადად კვალიფიცირებული ფსიქოთერაპიული მეთოდებით განკურნებადი დაავადება.

უილიამ კულენის მიერ 1772 წელს შემოღებულ ნევროზის ცნებას მალე 1777 წელს მხარი დაუჭირა Whytt-მა და გამოაქვეყნა გამოკვლევები, რომლებშიაც გამოყოფილია ნევროზების სამი ნაირსახეობა: ისტერიული, იპოქონდრიული და ე. წ. სუფთა ნერვიულობა, რაშიც გულისხმობდა პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ ნევროტიზმს.

1869 წელს ამერიკელმა ფსიქიატრმა G. Board-მა ქარხნებში მომუშავე მუშებში აღწერა მომქანცველი შრომის პროცესში განვითარებული და გამოვლენილი დაავადება „გამღიზიანებლური სისუსტე“, რასაც ევროპელი მკვლევრები თავიდანვე არ იზიარებდნენ და ირონიულად უწოდებდნენ „ამერიკულ დაავადებას.“ მანვე 1880 წელს გამოაქვეყნა მონოგრაფია, რომელშიაც ამ დაავადებას უწოდა ნევრასთენია. მონოგრაფიამ უკვე მაშინვე გამოიწვია დიდი შემოქ-

მედებითი ინტერესი ევროპელ ფსიქიატრებს შორის და 1881 წელს გერმანელმა S. Neisser-მა და ფრანგმა J. Mitchell-მა გადათარგმნეს თავიანთ ენებზე და გამოაქვეყნეს. G. Board-ის საინტერესო ნაშრომი. პირველ ხანებში ნევრასთენიაში განიხილებოდა ზოგიერთი ორგანული დაავადებებიც. 1897 წელს J. Westphal-მა ნევროზებად აღიარა ისტერია, ნევრასთენია და აკვიატება, რაც გახდა შემდგომი კვლევის სტიმული. 1892 წელს E. Kahn-მა, ხოლო 1893 წელს E. Hecker-მა ნევროზების შემადგენლობაში შეიტანეს ისეთი ფორმა, როგორიცაა შიშის ნევროზი, ხოლო 1903 წელს P. Janet-მა აკვიატებისა და შიშის ნევროზების გაერთიანებით და ნევრასთენიის მსგავსად ჩამოაყალიბა თავისი შეხედულება ფსიქასთენიის, როგორც თავისებური ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის ნევროზის შესახებ. ამ უკანასკნელმა XX საუკუნის მანძილზე დაიკავა მტკიცე ადგილი ნევროზების მესამე ნაირსახეობად ისტერიისა და ნევრასთენიის შემდეგ. მომდევნო წლებში ნევროზების ჩამონათვალი უკიდეგანოდ იზრდებოდა და იქამდე მივიდა საქმე, რომ ორგანიზმის ცალკე ორგანოების (გულის, კუჭის, ნაწლავების, სქესობრივი ორგანოებისა და ფუნქციების) ნევროზებსაც კი აღწერდენ ზოგიერთი ფსიქიატრები.

ფსიქიატრიაში ფსიქოფარმაკოლოგიური ეპოქის დადგომისა და ფსიქონერვული მოქმედების ჭეშმარიტ საფუძვლებში უფრო ღრმად ჩახედვით ნეიროტრანსმიტერებისა და ნეირორეცეპტორების ფუნქციური როლისა და მნიშვნელობის დაზუსტების და ხსენებული კლასიკური ნევროზების პათოგენეზურ მექანიზმებში გარკვევის საფუძველზე, ნევრასთენია გადანაწილდა ასთენიურ აშლილობასა, ფსიქოსომატურ და ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებს“ შორის, ფსიქასთენია თითქმის მთლიანად გადავიდა „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობაში“, ობსესურ-კომპულსური ან ფსიქასთენიური ფსიქოპათიის სახით, რაც შეეხება კლასიკურ ისტერიას იგი რჩება ნევროზული დონის აშლილობად, რომლის სტატიკური სახე განიხილება ფსიქოპათიის, ხოლო დინამიკა — ფსიქოგენურ აშლილობის სახით.

ნევროზების და ფსიქოზების დიფერენცირება შედარებით ადვილია, ძირითად სიძნელეს წარმოადგენენ ე.წ. „მოსაზღვრე მდგომარეობები“, რომლებიც ფენომენოლოგიურად ხასიათდებიან ნევროზული სიმპტომატიკით, ხოლო მიმდინარეობით და გამოსავალით უფრო უახლოვდებიან ქრონიკულად მიმდინარე ენდოგენურ ფსიქოზებს.

მას შემდეგ, რაც მედიცინაში უდიდესი მედიკოსების Lui Paster-ის, Wilhelm Koch-ის და მათი მიმდევრების ბრწყინვალე გამოკვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბდა სომატური დაავადებების დიფერენცირების ნოზოლოგიური პრინციპი, ამ უდიდესი მეცნიერული მონაპოვრით მოხიბლულმა გამოჩენილმა ფსიქიატრმა Karl Kalbaum-მა აღწერა ფსიქიკური დაავადება –კატატონია, მისმა თანამებრძოლმა და მოწაფემ Ewald Heccer-მა – ჰებეფრენია, შემდეგ წლებში აღიწერა ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებების სხვა ვარიანტები, რომლებიც შემდეგ იმავე ნოზოლოგიური პრინციპის მოტრფიალემ გამოჩენილმა გერმანელმა ფსიქიატრმა Emil Krepelin-მა (1896) ყველა მათგანისათვის საერთო პროგნოზული მაჩვენებლის საფუძველზე, რაც გამოიხატა თავისებურ ჭკუასუსტობაში გააერთიანა „ნაადრევი ჭკუასუსტობის“ ნოზოლოგიურ ერთეულად, შემდეგში უკვე 1911 წელს შვეიცარიელმა ფსიქიატრმა Eugen Bleuler-მა უწოდა შიზოფრენიები (მსგავსი დაავადებების ჯგუფი) ბოლოს კი ყველა ეს დაავადებები აღიარებული იქნა, როგორც დამოუკიდებელ ნოზოლოგიური ერთეულის შიზოფერნიის კლინიკურ ფორმებად.

ამერიკის გამოჩენილმა ფსიქიატრებმა Adolf Meier-ის მეთაურობით და კლასიკური რუსი ფსიქიატრის Владимир Сербский-ს მეთაურობით თავიდან არ გაიზიარეს კლინიკურ ფსიქიატრიაში კრეპელინისეული ნოზოლოგიური პრინციპი და პუბლიკაციებში მკვეთრად აკრიტიკებდნენ ე. კრეპელინის „ნაადრევი ჭკუასუსტობის“ ანუ ე. ბლოილერისეული“ შიზოფრენიის“ ნოზოლოგიურ ერთეულად აღიარების პრინციპს, რადგან ე.წ. ნაადრევი ჭკუასუსტობის არც ეტიოლოგია და პათოგენეზი, არც პათომორფოლოგია არ იყო ცნობილი და

არც ჭკუასუსტობა იყო ტიპური ორგანული ჭკუასუსტობის მსგავსი, მაგრამ, E.Bleuler-ის მონოგრაფიის გამოქვეყნების შემდეგ (1911) ხსენებული დისკუსია შენელდა და შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიურ-ფსიქოანალიზურმა წინამძღვრებმა იმდენად განამტკიცა ამ დაავადების, როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ერთეულის კონცეფცია, რომ გასული XX საუკუნის მეორე ნახევრის ფსიქიატრები ნევროზული დონის, ე.წ. მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებს და ზოგიერთ ნევროზსაც განიხილავდნენ ე.წ. ნევროზისმაგვარ ნაკლებად პროგრედიენტულ შიზოფრენიად.

ე. კრეპელინის ნოზოლოგიური სისტემა ითვალისწინებდა ე.წ. ენდოგენური ფსიქოზების დიქოტომიურ დაყოფას ნაადრევ ჭკუასუსტობად, როგორც პრინციპულად მოურჩენელ დაავადებას და მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს, როგორც პრინციპულად მორჩენად ნოზოლოგიურ ერთეულს. ამავე პერიოდში დაავადების ამ ფორმის დიდი ნაწილი კვლავ ნაკლებად პროგრედიენტული შიზოფერნიის ფარგლებში განიხილებოდა, ამიტომ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ერთეულის ხვედრითი წონა თანდათან შემცირდა და შეიცვალა ბიპოლარულ აფექტურ აშლილობად, რომელიც თავისი კლინიკური სტრუქტურით, მიმდინარეობისა და გამოსავალის თავისებური ცვალებადობით და განვითარებით აღმოჩნდა არა დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ერთეული, არამედ პერიოდულად მიმდინარე ბიპოლარული აფექტური აშლილობა.

ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა“ ანუ „მოსაზღვრე ფსიქიკური მდგომარეობანი“ ერთ-ერთმა პირველმა ინგლისის კლინიკური ფსიქიატრიის ფუძემდებელმა U.Moudsly-მ შეიმუშავა და დაამკვიდრა კლინიკურ ფსიქიატრიაში და ამ ჯგუფში შეიყვანა მთელი რიგი ავადმყოფური ფორმები, როდესაც დაავადებულები არ ავლენენ ჭეშმარიტ ჭკუააშლილობას, მაგრამ ამასთან ერთად ახასიათებთ მთელი რიგი ავადმყოფური თავისებურებები და დასვა საკითხი ხომ არ უნდა იყოს აღნიშნული სიმპტომები „გრძნობების, მოქმედე-

ბების, აზროვნების, მიმდინარეობის და გამოსავალის თავისებურების მხრივ ე.წ. „პათოლოგიური განვითარების“ შედეგი? საყურადღებოა, რომ თვითონ U.Moudsly-ს მიერ აღწერილი არა ფსიქოზური, შედარებით მსუბუქად გამოვლენილი ფსიქიკური აშლილობა ვერ აღწევს ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ ჭკუააშლილობის დონეს, მაგრამ შედარებით მსუბუქად გამოხატული გრძნობები, მოქმედებები და აზროვნება პათოლოგიური განვითარების შედეგად მძიმდება, კლინიკურად უარესდება და ზოგჯერ უახლოვდება ფსიქოზურ დონეს, არსებითად ისინი წარმოადგენენ „მოსაზღვრე“ ფსიქიკურ აშლილობას. გერმანიაში ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობის“ პირველ შემომღებად მიიჩნევენ ფსიქიატრ ქალს Schmideberg-ს, რომელმაც ამ ფორმით დიაგნოსტირებულ დიდ მასალაზე კატამნეზის შეკრებით სრულიად დამაჯერებლად მიუთითა, რომ ამ კატეგორიის 51 დაავადებულს 20 და მეტი წლის განმავლობაში დაკვირვებით დაადგინა, რომ მხოლოდ 3-ს განუვითარდა ფსიქოზის ხანმოკლე ეპიზოდი და ყველანი „რჩებოდენ მუდმივად თავიანთ არამუდმივობაში“ ეს ფაქტი დაადასტურა აგრეთვე ფსიქიატრმა J.Rinber-მა რომ ე.წ. „მოსაზღვრე“ ფორმები ძლიერ იშვიათად თუ მოიცავენ ფსიქოზურ აშლილობას. მათი შეხედულებით მსგავსი პაციენტების ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურა არა მარტო ნევროზსა და ფსიქოზისათვის დროს არსებულ ნიშნებს ავლენენ, არამედ ხშირად მათ კლინიკურ სტრუქტურაში ვხვდებით სრულიად განსხვავებულ კლინიკურ ნიშნებს. მაგალითად დეპერსონალიზაციურ, დისმორფულ და სხვადასხვა სახის ობსესურ-კომპულსურ სიმპტომებს. ამავე კონტინგენტისათვის დამახასიათებლად მიიჩნევენ ასოციალობას, ხასიათის არასიმყარეს შიშებს, ფლუსტრაციის აუტანლობას, ინტროსპექციის უკმარობას, ინსტინქტებისადმი ტყვეობას და იმპულსურობას.

დღესაც კი გაძნელდება ამაზე უკეთ დასაბუთდეს „მოსაზღვრე“ ფსიქიკური აშლილობის რეალობა. ამ ჯგუფშივე განიხილებოდა ავადმყოფური მდგომარეობა, რომელმაც მიიღო საერთო სახელწოდება-ფსიქოპათია, ამ სახის დაავადე-

ბები თავიანთი მრავალსახეობით და სიმპტომატური მრავალფეროვნებით ერთიანდება და წარმოადგენს ე.წ. „მცირე ფსიქიატრიის“ შემადგენელ ფორმებს.

XIX საუკუნის 80-იან წლებში, კერძოდ 1883 წელს В. Х. Кандинский-იმ გამოაქვეყნა ნაშრომი, რომელშიც სცადა ჩამოეყალიბებინა ფსიქოპათიის ძირითადი მახასიათებლები, რომლებსაც გააჩნიათ ნაადრევ ასაკში ჩამოყალიბებული ნერვული სისტემის არასწორი ორგანიზაცია, რის შედეგადაც ფორმირდება თავის ტვინის ფუნქციების დისჰარმონია (გარკვეული სახის ფუნქციების გაძლიერების და სხვა დანარჩენი სახის ფუნქციების პირიქით ნაკლოვანი განვითარება) ანუ სხვადასხვა ფუნქციების განვითარებაში გამოხატული დისჰარმონია. ფსიქოპათიის კლინიკური თავისებურებების ახსნაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ასევე რუს ფსიქიატრ П. Б. Ганушкин-ს, რომელმაც გასული XX საუკუნის 30-იან წლებში ჩამოაყალიბა და 1933 წელს გამოაქვეყნა თავისი მონოგრაფია ფსიქოპათიის სტატიკური და დინამიკური კლინიკური თავისებურების შესახებ. „ამ უნატიფეს კლინიკურ აღწერაში დაიბადა П. Б. Ганушкин-ს ფილიგრანული დიფერენცირება „მოსაზღვრე“ ნერვულ-ფსიქიკური აშლილობის ორგვარი მდგომარეობის შესახებ- წერს Г.К.Ушаков-ი (1987).

ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიური პრინციპის გაბატონებამ ფსიქიკური აშლილობა წარმოადგინა, როგორც კონტინიუმი „ჯანმრთელობა – ნევროზი – ფსიქოზი“ ე.ი. ყველა სახის ნევროზი და ფსიქოზი თავსდებოდა ამ კონტინიუმის ფარგლებში თავიანთი ტიპური და ატიპური გამოვლინებებით. კლინიცისტებისათვის კი დიდ სიძნელეს წარმოადგენდა მოეხდინათ ზოგიერთი ატიპური ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომოკომპლექსის ან მიმდინარეობისა და გამოსავალის მქონე ატიპური ფორმების დიფერენციალური დიაგნოსტირება, ხსენებული ფორმები ამავე მაჩვენებლებით თავსდებოდნენ ერთი მხრივ ჯანმრთელობასა და ნევროზებს, ხოლო მეორე მხრივ ნევროზებსა და ფსიქოზებს შორის. მათი უმრავლესობის მიკუთვნება მარჯვნივ ან მარცხნივ განლაგებულ

ფორმებთან შესაძლებელია მხოლოდ კლინიცისტ ფსიქიატრის იმ სახელმძღვანელო იდეოლოგიით, რომელსაც აძლევს სპეციალისტი უპირატესობას თავის აკადემიურ მოღვაწეობაში. როგორც ჩანს ამიტომ იქნა წამოყენებული „მოსაზღვრე სინდრომის“, „მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობის“ და „მოსაზღვრე ფსიქიკური მდგომარეობის“ ცნებები. მსგავსი შეხედულება განსაკუთრებით პოპულარული გახდა გასული XX საუკუნის 40-იან წლებში. რამაც მაშინვე გამოიწვია მწვავე პოლემიკა ფსიქიატრებს შორის იმის გამო, რომ მსგავსი შეხედულება მთელი XX საუკუნის მანძილზე ეწინააღმდეგებოდა ამ დროს ფსიქიატრიაში გაბატონებულ ორთოდოქსულ ნოზოლოგიურ პრინციპს. ცნობილია, რომ ნოზოლოგიური პრინციპი დამოუკიდებელ ერთეულებად მიიჩნევს, როგორც ენდოგენურ ფსიქოზებს, ისე ძირითად ნევროზებს, ამიტომ იგი შერეულ, ატიპურ ან უფრო მეტად „მოსაზღვრე“, შუამდებარე ფორმების რეალობას პრინციპულად არ უარყოფს, ამიტომ ყოველ ატიპურ გამოვლინებას განიხილავს მხოლოდ ძირითადი ნოზოლოგიური დაავადების ქვევარიანტად. უნდა ვიფიქროთ, რომ რუსულენოვანი ფსიქიატრია, როგორც ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის გულანთებული მოტრფიალე, ყოველგვარ „მოსაზღვრე“, „შუამდებარე“ და „შერეული“ ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის მქონე კლინიკურ შემთხვევებს განიხილავდა ძირითადი ნოზოლოგიური ერთეულების შიზოფრენიისა და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ქვევარიანტებად, კერძოდ, შიზოფრენიის ნაკლებად პროგრედიენტულ, ნევროზისმაგვარ ვარიანტად. აღსანიშნავია, რომ რუსულენოვან ფსიქიატრიას, როგორც მსოფლიო ფსიქიატრიული აზროვნების ერთ-ერთ მძლავრ და მრავალრიცხოვან ორგანიზაციას ამ საკითხშიაც მხარი დაუჭირეს დასავლეთ ევროპისა და ჩრდილო ამერიკის ზოგიერთმა წამყვანმა ფსიქიატრებმა, რამაც გამოიწვია ის, რომ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის მეათე გადასინჯვაში ნევროზებისათვის, როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ერთეულებისათვის ადგილი

აღარ დარჩა. ხოლო ე.წ. „მოსაზღვრე", „შუამდებარე" „გარდამავალი" ფორმები გაიფანტა ძირითადი ნოზოლოგიური ერთეულების ქვევარიანტებად: სომატოფორმულ, ქცევით აშლილობებში, ე.წ სპეციფიკურ პიროვნულ ან დაუზუსტებელ ნევროტიულ აშლილობებში. რაც შეეხება საკუთრივ ცნებას „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა" როგორც შესავალშიც ავღნიშნეთ, რუსულენოვანმა ყველაზე გამოჩენილმა ნევროზოლოგებმა Г.К.УШАКОВ-მა თავის მონოგრაფიაში – „ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВО" (მეორე გადამუშავებულ გამოცემაში 1987 წელს), ხოლო ამჟამად რუსულენოვან ე.წ. „მცირე ფსიქიატრიის" აღიარებულმა მოთავემ Ю. А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ-მ წიგნში – ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (მესამე შესწორებულ გამოცემაში 2000 წელს) ნევროზებს გამოუნახეს ადგილი „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების შემადგენლობაში, რაც იწვევს ერთგვარ გაუგებრობას. ცნება ნევროზი რის მოსაზღვრედ უნდა იქნას განხილული? თუ იგულისხმება ჯანმრთელობა ეს აბსურდია, ხოლო ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა" კლასიკურად გულისხმობს დაავადების სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებას, რომლებიც ესაზღვრებიან ერთი მხრივ ნევროზულ, ხოლო მეორე მხრივ ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობებს, ამიტომ, იგი არც ნევროზად უნდა იყოს დიაგნოსტირებული და არც ფსიქოზად. „მოსაზღვრე" ფორმებისადმი შემოქმედებითი ინტერესის გამოცოცხლებას M. Berg-ი (1982) ხედავს გასულ XX საუკუნის მხოლოდ 40-იანი წლების შემდეგ, როდესაც ფსიქიატრებმა კლასიკური ნოზოლოგიური ერთეულების შემადგენელ ატიპურობის ახსნაში გამოიყენეს Ernst Crechmer-ის პერსონოლოგიური სწავლებანი და ფსიქონერვული აშლილობების დიაგნოსტირებაში დიდი როლი ითამაშა პიროვნების ქარაქტეროლოგიურმა თავისებურებამ და იმავე დიაგნოსტიკაში წინა პლანზე წამოიწია ცნებებმა „შიზოთიმიური", „ციკლოიდური" პიროვნება, „არასტაბილური პიროვნება" და მისმა როლმა დაავადების კლინიკოფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინე-

ბაში. J.G. Gunderson-ის (1986) მონაცემებით „დეტალური“ მეცნიერული კვლევები „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებების საკითხში დაიწყო კლინიკური ფსიქოფარმაკოთერაპიის განვითარების პარალელურად გასული XX საუკუნის 70-იანი წლების დასაწყისიდან, როდესაც ბევრი იწერებოდა ამ ჯგუფის ავადმყოფების მკურნალობაში ფარმაკოლოგიური პრეპარატების არა მარტო არაეფექტურობის, არამედ მავნე მოქმედების შესახებ. მსგავსი შეხედულება იქმნებოდა მოსაზღვრე აშლილობების შესახებ ამ დროისათვის დიაგნოსტიკური საზღვრების გაუთვალისწინებლად. ამ ფორმების სამკურნალოდ სხვადასხვა ავტორების მიერ მძლავრი მოქმედების ნეიროლეფსიურ მედიკამენტებით (ჰალოპერიდოლის და ფენოთიაზინის პიპერაზინული ნაწარმების მიერ) განვითარებული გვერდითი მოვლენების გამო. რაც მთავარია, ამ დროს ჯერ კიდევ არ იყო შემოღებული ახალი თაობის ე.წ. სეროტონინული ანტიდეპრესანტები და სეროტონინული ანტიფსიქოზური მედიკამენტები-არსებითად მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების მთავარი და წამყვანი სამკურნალო საშუალებები. ამ მოსაზრებას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ ამჟამად, იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს დაავადებული „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობებით“, რომლებიც არ იღებდნენ სამკურნალოდ ახალი თაობის ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს ადეკვატურად შერჩეულ რაციონალურ დოზებში.

ფსიქიატრიის განვითარებაში ფსიქოფარმაკოლოგიური ეპოქის დადგომამ, ანუ ფსიქონერვულ აშლილობების მკურნალობაში ფსიქოტროპული მედიკამენტების ფართო გამოყენებამ ძირფესვიანად შეცვალა უკვე მოძველებული შეხედულებები ნევროზული და ფსიქოზური დონის აშლილობების ურთიერთდამოკიდებულების, მათი დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის, მიმდინარეობისა და გამოსავალის საუკუნეების მანძილზე დოგმებად ჩამოყალიბებული შეხედულებები. სხვა მნიშვნელოვან ეკზო და ენდოგენურ ფაქტორებთან ერთად განსაკუთრებული როლი შეასრულა სამკურნალწამლო პათომორფოზმა და ხელი

შეუწყო ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ უკიდეგანო გამრავლებას. რამაც თავის მხრივ განაპირობა „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობისადმი“ შემოქმედებითი ინტერესი. საყურადღებოა, რომ ამ ცნების რეანიმირების ინციატივა გამოვლინდა არა Uzdei Moudsli-ის სამშობლო – ინგლისში, არამედ ამერიკის შეერთებულ შტატების ფსიქიატრების მიერ, რომლებიც ტრადიციულად არასდროს არ გამოირჩეოდნენ ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მიმდევრობით.

ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა“ დღემდე საბოლოოდ არ არის განსაზღვრული და სხვადასხვაგვარად გაიგება ფსიქიატრიაში სხვადასხვა ნაციონალურ სკოლებში. თუ მანამდე „მოსაზღვრე პიროვნება-“ს ჰქონდა ფსიქოანალიზური შინაარსი და ითვალისწინებდა პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ თავისებურების პრიმატს, როდესაც ამისათვის საკმარისი იყო ცნება „მოსაზღვრე პიროვნება“ Goldstein W.N.-ის შეხედულებით პირველად მხოლოდ 1983 წელს მიეცა „მოსაზღვრე“ ფსიქიკურ აშლილობას 10-მდე კრიტერიუმი, ამ ფორმის პათოლოგიის დიაგნოსტირებისათვის. ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მიმდევარი რუსულენოვანი ფსიქიატრებისათვის „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები“ თავიანთი ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურით იჭერენ ადგილს ფსიქიკურ სიჯანმრთელესა და ფსიქოზურ აშლილობებს შორის, მაშინ როდესაც დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის უმეტესი წარმომადგენელი ·დაავადების ამ ფორმების ადგილს ხედავენ ნევროზულ და ფსიქოზური რეგისტრის დაავადებებს შორის, ამასთან ერთად ფენომენოლოგიური სტრუქტურის თავისებურების მიხედვით ზოგი უახლოვდება ნევროზულ, ხოლო ზოგი ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობას, ცხადია აქ იგულისხმებიან შიზოფრენიული სპექტრის და აფექტური სპექტრის აშლილობები. „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის“ ფენომენოლოგიურ სტრუქტურაში თუ ჭარბობს აფექტური და ნევროტიული გამოვლინებები, დაავადება შედარებით უფრო იღებს კეთილთვისებიან მიმდინარეობას და გამოსავალს და დაემორჩილება მკურნალობის, როგორც ფსიქოთერაპიულ

მეთოდებს, ისე ფარმაკოთერაპიას, ხოლო იქ, სადაც კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაში ადგილი აქვს დამოკიდებულების იდეებს, აღქმის პათოლოგიის თუნდაც რედუცირებულ ეპიზოდებს და აზროვნების აშლილობის ნიშნებს, მკურნალობისადმი გარკვეული რეზისტენტობით დაავადება უფრო განლაგდება ფსიქოზურ რეგისტრის აშლილობასთან. J. Steiner-ის (1979) შეხედულებით „მოსაზღვრე მდგომარეობა“ სხვა არაფერია თუ არა ატიპური და შერეული სიმპტომების მქონე შემთხვევები, რომლებიც იყოფიან ისე რომ ნაწილი უახლოვდება ნევროზს, ხოლო მეორე ნაწილი ესაზღვრება ფსიქოზს, ამ ავტორით მნიშვნელობა აქვს თუ რომელ ფსიქოზს უახლოვდება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა“ შიზოფრენიას თუ ბიპოლარულ აფექტურ აშლილობას. შიზოფრენიასთან მიახლოებული ფორმებისათვის ამერიკელმა ფსიქიატრებმა S. Keti-იმ და D. Rozental-მა (1968) მოგვაწოდეს ცნება „მოსაზღვრე შიზოფრენია,“ რაც იგივე რუსულ „ნაკლებად პროგრედიენტულ, ნევროზისმაგვარ შიზოფრენიას“ მოგვაგონებს. ასეთი დეფინიცია „მოსაზღვრე“ ფორმებს აძლევს აგრეთვე S. H. Koehler-ი (1983) რომელსაც მიაჩნია, რომ „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა“ შეიძლება იყოს შუამდებარე, როგორც ნევროზსა და შიზოფრენიას შორის ისე შიზოფრენიასა და აფექტურ ბიპოლარულ ფსიქოზს შორის. ამ თვალსაზრისით მკვლევრები „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობის ნოზოლოგიურ შეფასების საკითხში ურთიერთ განსხვავებული შეხედულებას ავითარებენ. XX1 საუკუნეში ე.წ. ენდოგენური ფსიქიკური აშლილობების ძირითადი კლასიკური ფორმები შიზოფრენია და ციკლოფრენიაც აღარ აკმაყოფილებენ იმ მოთხოვნებს, რომელიც საჭირო და აუცილებელია ნებისმიერი დაავადების ნოზოლოგიურ ერთეულად აღიარებისათვის, ამიტომ სადღეისოდ უფრო მიღებულია ფსიქიკური და ნერვული აშლილობების სპექტრალური დაყოფა – „შიზოფრენიული სპექტრის“, „აფექტური სპექტრის“, „ნევროზული სპექტრის“ და ახლად მოწოდებულ დაავადებათა ჯგუფი „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებები“, სადაც ერთიანდები-

ან ის ფორმები, რომლებიც ჩამოთვლილია E.Hollander-ის, C. Wong-ის და მათი მრავალრიცხოვანი თანაავტორებისა და თანამშრომლების მიერ (1993, 1995, 2000 და ა.შ.). ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია სწორედ ეს ფორმები იქნას გათვალისწინებული „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობების" შემადგენლობაში, ყველა მათგანი ხასიათდება ობსესურ-კომპულსურ და იმპულსური აშლილობების ამა თუ იმ სახის გამოვლინებებით, რომლებიც ფენომენოლოგიურად უახლოვდებიან ნევროზული რეგისტრის, ხოლო მიმდინარეობით და გამოსავალით ენდოგენურ-შიზოფრენიული ან აფექტური სპექტრის აშლილობებს. როცა სპეციალურ ლიტერატურულ წყაროებს ვეცნობით გამოგვაქვს დასკვნა, რომ ამ ფორმებს ნოზოლოგისტები უფრო შიზოფრენიის თავისებურ რბილადმავალ ვარიანტად მიიჩნევენ, ხოლო ნაწილი „მოსაზღვრე" შემთხვევებს მიიჩნევენ აფექტური სპექტრის აშლილობად. ზოგიერთი ფსიქიატრი, როგორც მაგალითად, ეროვნებით სომეხი გამოჩენილი ამერიკელი ფსიქიატრები H. S. Akiskal , B. J. Yerevanian, et al (1985ა და 1985ბ) მათ კლინიკაში სტაციონირებულ ე.წ. „მოსაზღვრე მდგომარეობად" დიაგნოსტირებულ 130 პაციენტიდან 16 დიაგნოსტირდა შიზოთიმიურ პიროვნებად, რომლებსაც აღმოაჩნდათ კვლევის მომენტში უნიპოლარული დეპრესია, ხოლო დანარჩენ 114 პაციენტს აღენიშნებოდათ აფექტური სპექტრის აშლილობები (დისთიმია, ციკლოთიმია, ან ბიპოლარული აშლილობა) ამიტომ გამოაქვთ კატეგორიული დასკვნა, რომ „ზედსართავი სახელწოდება – „მოსაზღვრე" არ შეეფერება რაიმე სპეციფიკურ ფსიქოპათოლოგიურ დიაგნოზს. ამიტომ გვირჩევენ, აღარ გამოვიყენოთ ეს ტერმინი, რადგან მათი აზრით ამ ტერმინის ხმარება მიუთითებს ფსიქიატრების უმწეობაზე .კლინიკურად მოახდინონ ნევროზული და ფსიქოზული აშლილობის ატიპური შემთხვევების ნოზოლოგიური შეფასება. ჩვენი აზრით ეს არის მეტად თამამი, პრეტენზიული და ცალმხრივი განცხადება, რომელიც ვოლუნტარისტულად უარყოფს კლასიკური კლინიკური ფსიქიატრიის მრავალსაუკუნოვან გამოც-

დილებას, მხოლოდ სუბიექტური ფენომენოლოგიური შეხედულების საფუძველზე.

„მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის“ ცნების მომხრე მკვლევრები მიიჩნევენ, რომ დაავადების ეს ვარიანტი უპირატესად გამოვლინდება ახალგაზრდა 18-20 წლის ასაკში. დაავადების კლინიკური სურათი რთულდება 30-40 წლის ასაკში და ამის შემდეგ მისი სიმპტომები თანდათან სუსტდება და მათი 40-50% ავადმყოფური გამოვლინებები (იმპულსურობა, მარტოობისადმი შიში და სხვა ამ ფორმებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები რედუცირდება სპეციალური მკურნალობის გარეშე). იმატებს იდენტიფიცირების და ადამიანებთან ადაპტირების უნარი. პაციენტების ეს კატეგორია ხშირად გამოირჩევა მაღალი ხარისხის პროდუქტიულობით ურთიერთობით გარშემომყოფების მიმართ და იძენენ საზოგადოებაში კარგ სოციალურ მხარდაჭერას.

XX საუკუნის მეორე ნახევრის 80-იან წლებში, როდესაც ნერვულ-ფსიქიკური აშლილობის სამკურნალოდ გამოიყენება დიფერენცირებულად მოქმედი ფსიქოტროპული მედიკამენტები პოტენცირებული ფსიქოთერაპიული მეთოდებით, შეიქმნა ნერვულ-ფსიქიკური პროცესების როგორც ნორმალური, ისე პათოლოგიური ფუნქციონირების მართვის შესაძლებლობა. ფსიქიკური პროცესების მექანიზმებში ამა თუ იმ დონით ჩახედვამ სტიმული მისცა სრულიად ახალი და პროგრესული ბიოლოგიური ფსიქიატრიის შექმნას და განვითარებას. მან მოგვცა კვლევისათვის ახალი და პროგრესული ხერხები და მეთოდები. შესაძლებლობა შეიქმნა ნეირორეცეპტორებისა და ნეიროტრანსმიტერების ურთიერთობების საფუძველზე მთელი რიგი თეორიული კონცეფციების და თეორიების წამოყენება, რამაც ხელი შეუწყო არა მარტო ეგზოგენურ-სტრესულ ნერვულ-ფსიქიკურ აშლილობების, არამედ ე.წ. ენდოგენურ ფსიქიკურ დაავადებების ეთიოპათოგენეზურ მექანიზმების ახსნაში მთელი რიგი ახალი კონცეფციები და ჰიპოთეზების წარმოშობას. ჩამოყალიბდა ფსიქიკური აშლილობების დოფამინერგიული, ნორადრენალინერგიული, სეროტონინერგიული,

ოპიატური და ზოგადად ნეიროტრანსმიტერული თეორიები. საქმე ისაა, რომ რაც უფრო ღრმად ჩაწვდნენ ნორმალურ და პათოლოგიურად შეცვლილ ფსიქიკური ფუნქციების მექანიზმებში, მით უფრო დიდი სირთულეები წამოიმართნენ მკვლევრების წინაშე.

თანამედროვე ფსიქიატრიის ფსიქოფარმაკოლოგიური (ბიოლოგიური) მიმართულების სირთულემ საჭირო გახადა ჯერ ნევროზული დონის დაავადებების შესახებ წარმოდგენების, ხოლო შემდეგ ფსიქიატრიაში ორთოდოქსული ნოზოლოგიური პრინციპის საფუძვლებზე შექმნილი, ენდოგენური ფსიქოზების დიქოტომიური დაყოფის კონცეფციის გადასინჯვის აუცილებლობა.

იმის მიუხედავად, რომ მსოფლიო ფსიქიატრიულმა აზროვნებამ ჩრდილოეთ ამერიკის შეერთებული შტატების ინიციატივით ფსიქიკური დაავადებების და ქცევითი აშლილობების ნომენკლატურისა და კლასიფიკაციის მე-111 გადასინჯვაში საერთოდ ამოიღო ნევროზები, რაც შემდეგში გაიმეორა იმავე სახელწოდების საერთაშორისო ფსიქიატრიული ასოციაციის მე-10 გადასინჯვამ. თუ მივიღებთ მხედველობაში ე.წ. ნევროზული რეგისტრის ფსიქიკურ აშლილობის ფენომენოლოგიურ თავისებურობის რეალობას და ნევროზის, როგორც ფსიქოგენურად დეტერმინირებულ დაავადებისათვის დამახასიათებელ თავისებურებებს, მსგავსი ვოლუნტარისტული გადაწყვეტილება და, რაც მთავარია, საერთაშორისოდ გამოყენებისათვის რეკომენდირება არ მიგვაჩნია მართებულად, რადგან ცნება „ნევროზი“ არის კლინიკური რეალობა, რომელიც განისაზღვრება 6 ძირითადი მახასიათებლის ერთობლიობით, ასეთებია:

1. დაავადების ფუნქციონალური ხასიათი, სრული ან თითქმის სრული აღდგენადობა და პათოლოგოანატომიური საფუძვლების არ არსებობა;
2. ცენტრალური (და არაპერიფერიული) წარმომავლობა;
3. ფსიქოგენური ეტიოლოგია;
4. მანიფესტირება პიროვნების შიგა კონფლიქტების ნიადაგზე;

5. ფსიქოზური რეგისტრის სიმპტომების არ არსებობა;
6. დაავადების მიმართ კრიტიკული თვითცნობიერების შენახვა.

მთელი რიგი სიმპტომები და სინდრომები ტრადიციულად მიღებულია, როგორც ნევროზული რეგისტრის დაავადების გამომხატველი ნიშნები, როგორიცაა: ნევრასთენიული, ობსესური, კომპულსური, იმპულსური, ფობიკური, კონვერსიული, და ა.შ. ყველა ჩამოთვლილი განიხილება, როგორც ნევროტიული რეგისტრის აშლილობები, რადგანაც ყველა მათგანი უეჭველად გამოდიან შინაგანი კონფლიქტებიდან სხვა დანარჩენი სიმპტომები და სინდრომები, როგორიცაა: დეპრესიული, იპოქონდრიული, დისმორფული, დეპერსონალიზაციური, აუტისტური, დისფორიული და ა.შ. შესაძლებელია განვითარდეს, როგორც ნევროზის, ისე ფსიქოზის დროს, ამიტომ U. Modsli-მ თავის დროზე შემოიღო „მოსაზღვრე ფსიქიკური დაავადების“ ცნება, რომელიც ზოგიერთ თანამედროვე ფსიქიატრისათვის არადამაჯერებელია და წარმოადგენს „ზოგიერთ კლინიცისტ-ფსიქიატრების უცოდინარობის და უმწეობის ნაყოფს გამოიცნოს ატიპურად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებების ჭეშმარიტი ბიპოლარული აფექტური აშლილობის ციკლთიმიური ვარიანტი“. H.Hofman-ი (1921) მათ განიხილავდა „ნევროზისმაგვარ“ სინდრომებად, რომლებიც შესაძლებელია გამოვლინდეს ენდოგენური ფსიქოზების ფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურაშიაც და ფსიქოგენურადაც, როდესაც ისინი გამოვლინდებიან, ნევროტიული რეგისტრის აშლილობის კლინიკოფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურაში, როგორც უშუალოდ პიროვნების შინაგანი კონფლიქტების ექსტერიერების შედეგი.

ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიური პრინციპის გაბატონების წლებში ანუ XX საუკუნის პირველი ნახევრის მანძილზე მოხდა უკიდეგანოდ გამრავლებული ნევროზული დონის აშლილობების ნაირსახეობების გადაისინჯვა და გადანაწილება ფსიქოსომატურ, სომატოფსიქიკურ და მოსაზღვრე ფსიქოპათიის ნაირსახეობებად. ნევროზი, როგორც ფსიქო-

გენურად განვითარებული კლინიკური რეალობა წარმოადგენს დროებით ფსიქიკურ და სომატური სიმპტომების მქონე დაავადებას, რომელიც ძირითადად ემორჩილება ფსიქოთერაპიულ და სომატოფსიქიკურ ფუნქციურ პათოლოგიაზე ზემოქმედების უნარის მქონე ტრანკვილიზატორებით მკურნალობას.

რაც შეეხება, ფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკურ აშლილობას მათი დიქოტომიური დაყოფის კრეპელინისეულმა კონცეფციამ ამავე ეპოქაში დაკარგა თავისი მნიშვნელობა, რადგან შიზოფრენიასა და მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზებს შორის დემარკაციული საზღვრის გაკლებამ არ გაამართლა და აქტუალური გახდა ე. წ. „ატიპური" (შიზოაფექტური) და მათ შორის მრავალი სხვადასხვა შერეული ფორმის დიაგნოსტირების საკითხი. უფრო მიზანშეწონილი გახდა ენდოგენური ფსიქოზების არანოზოლოგიური პრინციპით დაყოფა, ვიდრე „შიზოფრენიული სპექტრის" და „აფექტური სპექტრის" აშლილობებად დაყოფა, რომელთა შორის განლაგდებიან ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები" და იგივე შიზოაფექტური ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც ხშირად ერთმანეთში გადადიან იმ წესით, რომ თვით J. Casanini (1933) „შიზოაფექტური ფსიქოზი", თანამედროვე რუსული ფსიქიატრიის ფლაგმანის რუსეთის მეცნიერებათა აკადემიის ინსტიტუტის თანამშრომლების ავტორობით 1999 წელს გამოქვეყნებულ ორტომიან სახელმძღვანელოში, ენდოგენური ფსიქოზების დიქოტომიური დაყოფა უკუგდებულია და 4-მდეა გაზრდილი შიზოაფექტურ ფსიქოზის და მოგვიანებული ასაკის ენდოგენური ფსიქოზის სახით. შიზოაფექტური ფსიქოზის, ცალკე მესამე ენდოგენურ ფსიქოზად აღიარება ჩვენ უსაფუძვლოდ მიგვაჩნია, რადგან, თავის მხრივ იგი იყოფა შიზოფრენიისადმი მიმსწრაფ და აფექტური აშლილობისადმი მიმსწრაფ ფორმებად, სინამდვილეში საქმე გვაქვს ე.წ. ატიპურად, შერეულად, ლეგირებულად დიდი ხნის წინათ ცნობილ ფორმებთან, რომელიც უფრო მართებული იქნება თუ ვაღიარებთ „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობად", როგორც ეს ჰქონდა კვალიფიცირებული კლასიკურ ფსიქიატრიას, რო-

გორც ენდოგენური ფსიქიკური აშლილობის ფენომენოლოგიურად შერეულ ფორმად. იგი თავის თავში შეიცავს, როგორც შიზოფრენიისათვის, ისე აფექტური აშლილობისათვის და ნევროზული რეგისტრის დაავადებისათვის დამახასიათებელ ფენომენებს იმდენად, რომ მათ შორის მხოლოდ წარმოსახვით საზღვარზე განლაგდებიან დაავადების ფორმები, რომელთა შორის საზღვრების დადგენა პრაქტიკულად შეუძლებელია თუ კვლავ არ გამოვიყენებთ ორთოდოქსულ ნოზოლოგიურ ყავლგასულ პრინციპს. როგორც ირკვევა დღევანდელი ბიოლოგიური ფსიქიატრიის მონაპოვრები უფრო ესადაგება ენდოგენურ ფსიქოზურ აშლილობების სპექტრალურ დიფერენციირების კონცეფციას.

ამრიგად, ცნება „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები" წარმოადგენენ კლინიკურ რეალობას და აერთიანებენ იმ შუამდებარე დაავადების ფორმებს, რომლებიც ენდოგენური დაავადებების არც შიზოფრენიის და არც მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზის ფარგლებში არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც მათი ატიპური ფორმები. მათი ამ გვარი სახით შეფასება მხოლოდ ვოლუნტარიზმის საფუძველზეა შესაძლებელი, ამის გამოცდილება თანამედროვე ფსიქიატრიას აქვს და ისიც გასაგებია რომ ამ იდეოლოგიამ ფსიქიატრიის განვითარებას ხელი არ შეუწყო. როგორც ჩანს ენდოგენურ ფსიქოზთა დიფერენცირების საკითხი ბოლომდე დარჩება საკამათო, სანამ არ დაზუსტდება მათი ეტიოლოგიური ფაქტორები.

„მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობა" როგორც ავადმყოფური მდგომარეობა და მისი კლინიკური შემთხვევების დიაგნოსტირება, უკიდურესად პრობლემატურია ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მომხრე ფსიქიატრებისათვის, ამიტომ მსგავსი შემთხვევები დიაგნოსტირდებიან ზოგის მიერ ე.წ.„ ნევროზისმაგვარ შიზოფრენიად (Kroll J., Sines L. ,Martin, K. et al.-1981; Skodol A.E.,Buckley P.,Charles E.-1983; Modezin J., Abrech , J., Tschaggelar W.,Hoffmann H.-1983; Evans R.W., Ruff R.M., Braff D.) და მრავალი სხვა. მეორე ნაწილი პირიქით ამ შემთხვევებში ხედავს მხოლოდ აფექტური სპექტრის აშლილობას (Soloff

P.H.,-1981; Snider S., Sajadi C., Pitts W. et al-1982; Kroll J.,Carey K. Sincs L.,et al-1982; Akiskal H.S. Chen S.E. Davis G.C., Puzantian V.R. Kashayarian M. et al(1985). Akiskal H.S., Yerevanian B.I., Davis C.C. et al-1985) და მრავალი სხვა.

„ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებების“ კონცეფცია ემყარება კლინიკურ რეალობას, როდესაც დაავადების გარკვეული ფორმები ხასიათდებიან ისეთი სიმპტომებით და მიმდინარეობით, რომ ვერ აკმაყოფილებენ ენდოგენური ფსიქოზების დიქოტომიური პრინციპით დაყოფის მოთხოვნილებას, ფსიქოპათოლოგიური თავისებურების მიხედვით თავსდებიან ნევროზული და ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების საზღვარზე და განიხილებიან მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებად. ეს შემთხვევები წამყვანი სინდრომის გარშემო ერთიანდებიან შემდეგ კლინიკურ ფორმებად:

პირველი. იმპულსური სურვილები და ქცევები, რომლების ცენტრალური კონტროლი დაკნინებულია ან სრულიად დაკარგულია, რაც განაპირობებს ინტერმისიულად მიმდინარე ზოგიერთ ექსპლოზიურ აშლილობას, მაგალითად,: კლეპტომანია, პირომანია, დრომომანია, პათოლოგიური აზარტული თამაშებისადმი თავაწყვეტილი მისწრაფება, ტრიქოტილომანია, ზოგიერთი პარაფილიები, სექსუალური იმპულსიები და გაუკუღმართებები, იმპულსური აგრესიული პერსონოლოგიური დარღვევები (ბავშვების მოსაზღვრე აშლილობები, ნარცისული, თეატრალური, ანტისოციალური ქცევითი აშლილობანი და ა.შ.)

მეორე. კლასტერი ხასიათდება გადაჭარბებულ და ზღვარდაუდებელ შეპყრობილობაში საკუთარი გარეგნული ან სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის სიმახინჯის, სიუშნოვის, რაც ზოგჯერ იღებს დისმორფულ (დისმორფოფობია, დისმორფომანია) ხასიათს. აქვე შედიან კვებითი ქცევის აშლილობები ნერვული ანორექსიისა და ბულიმიის სახით, დეპერსონალიზაციური აშლილობანი, იპოქონდრიული და სენესტოპათიური შეგრძნებები და ა.შ.

მესამე. ჯგუფია უპირატესად ნევროლოგიური აშლილობები, რომლებიც ხასიათდებიან სტერეოტიპულად განმეორებად

ქცევითი აშლილობებად, როგორიცაა: ბავშვთა ნაადრევი აუტიზმი, ასპერგერის დაავადება, ტურეტის სინდრომი და სიდენჰამის ქორეა.

ყველა ჩამოთვლილი სამივე ჯგუფის დაავადებები კლინიკურად შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ, როგორც დამოუკიდებელი ერთსახოვანი, ისე კომბინირებულად მათი ორი, სამი ან ოთხი ნიშნის ერთდაიმავე დროს კლინიკურ სტრუქტურაში თანაარსებობა. საინტერესო ფაქტი გამოქვეყნდა ჯერ კიდევ 1987 წელს „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობების" მკურნალობისადმი მიძღვნილ კრებულში, რომ ამ ფორმების შესახებ გამოვლენილი იქნა ფაქტები, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობების დროს არსებობს ბიოლოგიური წინასწარგანწყობა, რომელიც შესაძლებელია უკავშირდება ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის მეტაბოლიზმის აშლას.

„ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობების" ცალკე გამოყოფის ერთ-ერთ სარწმუნო კრიტერიუმად შეიძლება იქნეს მიღებული მათი თავისებური და თითქმის საერთო, მაგრამ ცხადია მეტნაკლები ძალით რეაგირება ე.წ. სეროტონინერგიულ ანტიდეპრესანტების რაციონალურ სადღეღამისო დოზებით მკურნალობაზე. ამ საკითხზე ჩვენ ქვემოთ სპეციალურად შევჩერდებით აზარტომანიის სხვადასხვა ნაირსახეობების მკურნალობის განხილვის დროს.

სრულიად გასაგებია, რომ „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის" აშლილობების შემადგენლობაში გათვალისწინებული ავადმყოფური ფორმებისადმი XXI საუკუნის ფსიქიატრების შემოქმედებითი ინტერესი განსაკუთრებით გაცხოველდა, როდესაც ფსიქონერვული აშლილობების სამკურნალო არსენალში ხელმისაწვდომი გახდა ახალი თაობის სეროტონინული ანტიდეპრესანტები და ანტიფსიქოზური მედიკამენტები. მათი რაციონალურ დოზებში გამოყენებით შეიქმნა ამ ჯგუფის დაავადებებისათვის დამახასიათებელი და წამყვანი სიმპტომების ხელოვნური მართვის შესაძლებლობა. სწორედ ამ კლინიკური სტრუქტურით საინტერესო ფორმების, ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებისა და მკურნალობის საკითხებს მიეძღვნა ჩვენს

მიერ, ბოლო წლებში შესრულებული და გამოქვეყნებული მონოგრაფიები:

1. დისმორფული აშლილობები და მათი მკურნალობის საკითხები, 2006 წ., გვ. 120;
2. დეპერსონალიზაციური აშლილობა და მისი მკურნალობის საკითხები, 2006 წ., გვ. 130;
3. ფსიქოდერმატოლოგია (ტრიქოტილომანია და სხვა ნეიროდერმიტები და მათი მკურნალობის საკითხები, დერმატოლოგ ნ. ცისკარიშვილთან ერთად, 2007 წ., გვ. 179;
4. აკვიატების აშლილობანი და მათი მკურნალობის საკითხები, 2008 წ., გვ. 567.
5. კვებითი ქცევის აშლილობანი (ნერვული ანორექსია, ბულიმია) და მათი მკურნალობის საკითხები. 2009 წ., გვ. 291.

ობსესურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში განხილულ მრავალფეროვანი აშლილობებისათვის საერთო მახასიათებლად შესაძლებელია იყოს ფენომენოლოგიურად ნევროზული რეგისტრის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიური შემადგენლობა და მასთან ერთად ამ სიმპტომების ტიპური ნევროზული სიმპტომების მოულოდნელი რეზისტენტობა ანქსიოლიზურ, ისე ნეიროლეფსიური მედიკამენტების მიმართ. ამ თვალსაზრისით ხშირად მიღებული დადებითი ეფექტი ე.წ. სეროტონინულ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობაზე. ამასთან ერთად გასათვალისწინებელია რომ სხვა დანარჩენ მსგავსებებთან ერთად მასალის გენეალოგიური მონაცემები ცხადყოფენ, რომ ჩვენი ინტერესის წყაროს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების და სხვადასხვა იმპულსურ ფსიქიკურ აშლილობების კლინიკურ ფენომენოლოგიურ და სიმპტომატოლოგიურ თავისებურებები ხშირად მსგავსია, ცხადია მათ შორის ფენომენოლოგიური განსხვავებასთან ერთად განპირობებულები უნდა იყოს, ფსიქიკური ფუნქციების დინამიკური თავისებურებებით. მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობების გენეზისში პირველხარისხოვან როლს

თამაშობენ ანალოგიური დაავადებებით ან მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების სპექტრში შესული დაავადებებით დატვირთვის ფაქტორები. რაც უეჭველად უნდა მიუთითებდეს მათ ურთიერთახლო გენეტიკურ ნათესაურ დამოკიდებულებაზე. ხსენებულ სპექტრში შემავალი დაავადებების კომორბიდულად ხშირი კავშირი „აფექტური სპექტრის აშლილობებთან“ და პირველ რიგში დეპრესიასთან, რაც გახდა დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის ზოგიერთი ფსიქიატრის ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების საბაბი უარეყოთ ზოგადად “მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობის“ რეალობა. როგორც ჩანს სწორედ დიაგნოსტირებაში ვოლუნტარისტული მეთოდის უადგილო გამოყენებით უნდა აიხსნას.

ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობის ჯგუფში გაერთიანებული ფორმები ერთმანეთს უახლოვდებიან თავის ტვინის ე.წ, „ბნელ“ უბნად მიჩნეულ, მაგრამ არსებითად ფსიქიკის უნატიფესი პროცესების ნავთსაყუდელში – თავის ტვინის შუბლის წილებში, ანუ ე.წ. ფრონტალურ უბნებში. მეტაბოლური პროცესების ცვლილებები სადღეისოდ დადგენილია, თანამედროვე უახლესი კომპიუტერული კვლევის მეთოდებით, რომ სწორედ თავის ტვინის ფრონტალურ უბნებში არსებულ ნეირორეცეპტორებში და ნეიროტრანსმიტერების ფუნქციონირებაში გამოვლინდება ის ცვლილებები, რომლებიც უნდა იქნეს აღიარებული ობსესურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში შემავალი ფორმების გენეზისის საფუძვლად.

რაც შეეხება ამჟამად ამ წიგნის ავტორებისათვის შემოქმედებითი ინტერესის წყაროს წარმოადგენს – აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების და სხვადასხვა იმპულსურ ფსიქიკურ აშლილობების კლინიკურ ფენომენოლოგიური და სიმპტომატოლოგიური განსხვავება, იგი უნდა იყოს განპირობებული ფსიქიკური ფუნქციების დინამიკური ლოკალიზაციით, როგორც ნორმის, ისე პათოლოგიური ცვლილებების შემთხვევებში, ცხადია, ეს უნდა იყოს დამოკიდებული იმაზე თუ მოცემული ფორმის აშლილობის კლინიკური სურათის ჩამოყალიბებაში, რამდენად იღებს

მონაწილეობას ფსიქიკის აფექტური, იდეატორული და ნებითი ფუნქციები. ეჭვს არ იწვევს, რომ ამგვარი დაავადების გენეზისში ენდოგენურ წინასწარ განწყობასთან ერთად მონაწილეობენ ეგზოგენური ტოქსიკოლოგიური ან ტრავმულ-ორგანული ფაქტორები. განსაკუთრებით ქიმიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული და ტოქსიკომანიური ფაქტორები) და ორგანული დაზიანებები, ტურეტის და მისი მსგავსი დაავადებების შემთხვევებშ.ი). წინამდებარე მონოგრაფიაში განზრახულია ფსიქიკურ და ქცევითი აშლილობების კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურაში – 60 კოდით აღნიშნულ „პიროვნების სპეციფიკურ აშლილობაში“, 60.7 რუბრიკით აღნიშნულ ე.წ. პიროვნების არაქიმიური ნივთიერებებით განპირობებულ პათოლოგიური დამოკიდებულების (აზარტომანიისა და ზოგიერთი იმპულსური, სექსუალური ქცევითი ანომალიების) ადგილი ფსიქიკურ და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურის მე-11 გადასინჯვაში. საჭიროდ მიგვაჩნია ამ ფორმების განხილვა ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობების“ შემადგენლობაში, რაც თავისთავად აღადგენს ამავე მე-11 გადასინჯვაში ნევროზების თავის ადგილზე განთავსებას.

აღსანიშნავია, რომ მსგავსი ნევროზისმაგვარი აშლილობები, რომელნიც აღმოჩნდნენ რეზისტენტულები მკურნალობის, როგორც ფსიქოთერაპიული ისე ფსიქოფარმაკოლოგიური და სხვა მაღალეფექტური მეთოდებისადმი, უცილობრივ გამორიცხავს ამ დაავადებების ნევროზის ფარგლებში განხილვას, თუნდაც ნევროზული განვითარების სახით. მეორეს მხრივ გასული XX საუკუნის მეორე ნახევრის რუსულენოვანი ფსიქიატრიის ხელმძღვანელების (А. В. Снежневский, Р. А. Наджаров, А. Б. Смулевич) შეხედულებით ყველა ეს ფორმა უნდა იქნას განხილული, შიზოფრენიის ფარგლებში, მისი ე.წ. ნაკლებად პროგრედიენტულ ნევროზისმაგვარ ფორმის კლინიკურ ვარიანტად. მსგავსი კონცეფცია ამ ურთულესი დაავადებების განსაზღვრაში უდავოდ საინტერესოა, მაგრამ თანამედროვე ევროამერიკელი მოწინავე კლინიცისტი ფსიქი-

ატრების უმრავლესობა არ იზიარებს და მხარს არ უჭერს შიზოფრენიის საზღვრების უკიდეგანო გაფართოებას.

ამ ამოცანის წარმატებით შესრულებაში მნიშვნელოვანი როლი უნდა შეასრულოს E.Hollander-ის კლასიფიკაციურმა სქემამ, რომელიც შეიცავს ექსტრანოზოლოგიურ პოზიციაზე მყოფ ობსესიურ, კომპულსურ სპექტრში გაერთიანებულ მთელ რიგ ობსესურ, კომპულსურ, იმპულსურ და ე.წ. პათოლოგიურ ჩვევებსა და მიზიდულობებს, სქესობრივი იდენტიფიკაციისა და ზოგიერთი გაუკუღმართებების განსაზღვრას და გაერთიანებას ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ სახით.

E.Hollander-ის და მისი თანაავტორების მიერ ობსესსიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში შემავალი ფორმებია უპირატესად კომპულსიები და იმპულსიების ნაირსახეობები, რომელნიც განლაგდებიან შემდეგი თანმიმდევრობით.

უპირატესად კომპულსიები, უპირატესად იმპულსიები

OCD, RDD, AN, DEP, HSP, TS, TR, BE, CB, KL, PG, SIB, SEX, ASPD. BPD,

1. OCD-ოფსესურ-კომპულსური აშლილობები, წარმოდგენილი ამ ფორმის დაავადებისათვის დამახასიათებელი შიშებით, ფობიებით, იმპულსიებით, კომპულსიებით;
2. BDD-სხეულის დისმორფული აშლილობები;
3. AN და BN – კვებითი ქცევის აშლილობები: ნერვული ანორექსია და ბულიმია;
4. DE – დეპერსონალიზაციური აშლილობები:
5. H. and S. - ჰიპოქონდრია და სენესტოპათია;
6. TS – ტურეტის სინდრომი ვოკალურ-მიმიკური ტიკებით;
7. TRIC – ტრიხოტილომანია, ჰეილოფაგია და ონიხოფაგია;
8. BINGE EATING –ქეიფებისა და გაუთავებელი დროს ტარებისადმი ლტოლვა;

9. COMPULSIVE BUYNG — იმპულსურ-კომპულსური ლტოლვა სავაჭრო დაწესებულებებში ხეტიალისა და ფულის ხარჯვის სურვილი;
10. KLEP — კლეპტომანია, პირომანია და სხვა იმპულსიები;
11. PG — პათოლოგიური გემბლინგი ანუ აზარტომანია;
12. SIB — სხეულის თვითდაზიანებისადმი გადაულახავი სურვილი და ქმედება:
13. SEXUAL COMPUL — სექსუალური იმპულსიები, კომპულსიები და პარაფილიები;
14. BORDERLINE PD — მოსაზღვრე პერსონოლოგიური აშლილობანი;
15. ANTISOCIAL PD — ანტისოციალური პერსონოლოგიური დარღვევები.

ამრიგად, აღნიშნული სპექტრის შემადგენლობაში ერთიანდებიან ზოგიერთი ატიპური ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის მქონე დაავადებები: აზარტული თამაშებისადმი აკვიატებული და ძნელად გადასაჩვევი მიზიდულობა; კომპიუტერული და ინტერნეტის საშუალებით გართობისადმი გადაულახავი ლტოლვა და მიჩვევა პათოლოგიურ დამოკიდებულების გამომუშავებამდე და მთელი რიგი ე.წ. ექსტრანოზოლოგიური კომპულსური, იმპულსური და თავაშვებული ინსტიქტური, სექსუალური, მაზოხისტური და პიროვნულ ადეკვატურ კონტროლს დაუქვემდებარებადი ქცევები, რომელთა გარკვეული ნაწილი აღწევს კრიმინალური ქცევების კატეგორიამდე, მაგრამ გარდამავალია, უპირატესად დროებითია, შეტევების სახით მიმდინარეობს და გამოსავალში არ ავითარებს პროცესუალური ფსიქიკური აშლილობისათვის დამახასიათებელ პიროვნულ ცვლილებებს, ამიტომ არც ნევროზებს მიეკუთვნება და არც ფსიქოზებს. უფრო უპრიანია განვიხილოთ ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობებში. „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ ფენომენოლოგიურად განსხვავებულ ფორმებში თვალსაჩინოა ყველა მათგანისათვის საერთო მახასიათებლები. რომლებიც ძირითადად წარმოადგენენ ნევ-

როზული დონის ფსიქიკურ აშლილობას, მაგრამ მიმდინარეობის და გამოსავალის თავისებურებით უფრო უახლოვდებიან ფსიქოზური რეგისტრის დაავადებებს. რაც შეეხება საკითხს მოყვანილი „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ გამოსავალში პიროვნების შეცვლის თავისებურებას აღნიშნულ კონტინგენტის დაავადების მკურნალობის პირობებში მიმდინარეობაზე ხანგრძლივი დაკვირვების მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელი ხდება ვამტკიცოთ, რომ პიროვნული ცვლილებები ამ შემთხვევებში უფრო უახლოვდება იმ მონაცემებს, რომლებიც რეგისტრირდებიან ტოქსიკური და ორგანული ხასიათის დაავადების შედეგად გამოწვეული პიროვნების შეცვლის სპეციფიკურ ხასიათს.

სტრუქტურულად „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის“ ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევაში განვითარებული პიროვნული ცვლილებები უფრო გამოვლინდება ფსიქიკური ფუნქციების რაოდენობით შეცვლაში, ვიდრე თვისებრივ-სტრუქტურულში, რაც დამახასიათებელია შიზოფრენიისათვის. აქ უპრიანია გავიხსენოთ, რომ თვითონ ე.კრეპელინი ენდოგენურ ფსიქოზების დიქოტომიური დაყოფისას პროგნოზულად აუცილებლად მოსარჩენ მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზის მიმდინარეობაში ხშირი აფექტური შეტევების შემდეგ მიუთითებდა პიროვნების შეცვლაზე, დეფიციტარული ხასიათის სიმპტომებით, რასაც უწოდა Lichtum-ი (ფსიქიკური ფუნქციების დაძაბუნება რუსულად – Дряхлость психики), რომელიც ცხადია მიუთითებს უფრო ფსიქიკის რაოდენობრივ დეფიციტზე, ვიდრე სპეციფიკურ თვისებრივზე.

E.Hollander-ის სქემაში გაერთიანებული მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები მას შემდეგ, რაც შემუშავდა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაცია და ნომენკლატურა და 10-ჯერ ჩასწორდა, ამ სქემაში გაერთიანებული დაავადებებისათვის მუდმივი ადგილი ვერ იქნა განსაზღვრული, ამიტომ მისი ცალკეული ფორმები ყოველ გადასინჯვაში იფანტებოდა დაავადებების სხვადასხვა ჯგუფების შემადგენლობაში. ისევე, როგორც დიდ ფსიქი-

ატრიაში ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მკაცრი ბორკილებიდან გათავისუფლების მიზნით მსოფლიო ფსიქიატრია უპირატესობას აძლევს შიზოფრენიის, როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ერთეულის და უკიდურესად მასტიგმირებელი დაავადების სახელწოდების ნაცვლად იმსჯელოს მხოლოდ „შიზოფრენიული სპექტრის დაავადებებზე“, ხოლო ციკლოფრენიის ანუ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის, როგორც ნოზოლოგიური ერთეულის ნაცვლად მიუთითებენ ე.წ. „აფექტური სპექტრის აშლილობაზე“. ამიტომაც, ჩვენთვის ამჟამად საინტერესო „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობები“ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გაერთიანდნენ „ობსესურ – კომპულსური სპექტრის“ დაავადებების სახით, რადგან მათ ფენომენოლოგიური ხასიათის განსხვავებასთან ერთად აქვთ ქვემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვანი გამაერთიანებელი ნიშან-თვისებები:

1. E. Hollander-ის და მისი მიმდევრების მიერ შექმნილ დაავადებათა სპექტრში შემავალი მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობებისა და მათი მომიჯნავე ფორმების გენეალოგიური გამოკვლევები ადასტურებენ, რომ მათ გენეზისში პირველხარისხოვან როლს თამაშობს მემკვიდრეობაში დატვირთვა იმავე სპექტრში შემავალი ფორმის დაავადებებით და კომორბიდულად თითქმის ყველა შემთხვევაში თანაარსებული „აფექტური სპექტრის აშლილობები,“ როდესაც მშობლებიდან შვილებზე ან მეორე და მესამე კატეგორიის წინა თაობის ნათესავიდან პრობანდს გადაეცემა ანალოგიური სტრუქტურის ან ამ სპექტრში შემავალი დაავადების მსგავსი ფორმა.

2. ნეირობიოლოგიური კვლევის და თანამედროვე კომპიუტერული ტექნიკის მონაცემებით, ამ სპექტრში გაერთიანებულ ფენომენოლოგიურად განსხვავებული ფორმების კვლევის მონაცემები ლოკალიზდებიან უპირატესად თავის ტვინის, ახლო წარსულში „ბნელ“ უბნად მიჩნეულ, მაგრამ სწორედ ფსიქიკის უნატიფესი პროცესების შტაბში – თავის ტვინის ფრონტალურ ნაწილში. აქ მიმდინარე მეტაბოლიტურ პროცესებში აღმოჩენილია „ობსესურ-კომპულსური აშლილო-

ბის სპექტრში გაერთიანებული აშლილობების პათოგენეტიკური საფუძვლები.

შემოქმედებითი ინტერესს იწვევს „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ კლინიკო-ფენომენოლოგიური და სიმპტომატოლოგიური თავისებურებებისა და მათ გენეზისში ფსიქიკური ფუნქციების დინამიკური ლოკალიზაციური თავისებურებების დაზუსტება. „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის“ დაავადებების შემადგენლობაში წამყვან მონაწილეობას იღებენ საკუთრივ ობსესიური და კომპულსიური აშლილობები, რომლებიც თავის მხრივ მოიცავენ ფართო სპექტრის, მაგრამ მათთვის ასე თუ ისე დამახასიათებელ სიმპტომებს, სადაც ძირითად როლს ასრულებენ საკუთრივ ობსესიები (გაურკვეველი და ზოგჯერ გარკვეული ხასიათის შეპყრობილობა, განმეორებადი აკვიატებული, ხოლო შინაარსობრივად უსიამოვნო ფიქრები, იდეები, სურვილები, იმპულსიები, წარმოდგენები და ა.შ.) ისევე, როგორც სხვა სახის თანმხლები მოვლენები, რომლებიც უქმნიან პიროვნებას დისკომფორტს. მსგავსი აკვიატებული ობსესიები, განცდები, წარმოდგენები ქცევები, მოთხოვნილებები და მიზიდულობები უფრო დეტალურად არის მოყვანილი ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის DSM-IV-ში. აღმოჩნდა რომ ამ დაავადების მსგავსი მოვლენები შესაძლებელია აღმოვაჩინოთ სხვა სახის „მოსაზღვრე“ ან ფსიქოზურ კლინიკო ფსიქოპათოლოგიურ სტატუსში არამარტო ფენომენოლოგიურად, არამედ გენეტიკურ ურთიერთდამოკიდებულებაშიაც. სწორედ ამ ტიპის „მოსაზღვრე მდგომარეობების“ კლინიკურ სურათში მეორდებიან ობსესურ-კომპულსური აშლილობისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები, ამ მხრივ თვალსაჩინოა ზოგიერთი სხვაგვარი ფენომენოლოგიური თავისებურების მქონე დაავადებები, რომლებიც ავლენენ მსგავს სიმპტომოკომპლექსს, ნეირობიოლოგიურ, ეტიოლოგიურ და სამკურნალწამლო მეთოდებზე იდენტურ რეაგირების მოდუსს (Hollander E. 1993).

მოყვანილ სპექტრში შესატანი დაავადებების ჯგუფის ურთიერთსიახლოვემ ჩაუყარა საფუძველი ე. ჰოლანდერის კონცეფციას „ობსესიურ-კომპულსიური სპექტრის აშლილობების“ შესახებ. ამ მხრივ თვით ავტორისა და მისი მრავალრიცხოვანი მიმდევრების მიერ ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე ჩამოგვიყალიბდა შეხედულება, რომ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების კლასიფიკაციასა და ნომენკლატურაში ცალკე იქნას გამოყოფილი ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებათა გაერთიანებული ჯგუფი, სადაც თავი მოეყრება ხსენებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის წინათ ჩატარებულ 10-ვე გადასინჯვაში სრულიად სხვადასხვა ფორმებში გაფანტულ „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ ძირითად ფორმებს. როგორც უკვე იყო მითითებული ეს ფორმები ზოგჯერ ნევროზებში იყო გაერთიანებული, ზოგჯერ სომატოფორმულ, ზოგჯერ ქცევით, ან პათოლოგიურ მიზიდულობებში და ზოგიც ტიკოზურ აშლილობების ჯგუფებშია განხილული. რაც შეეხება XX საუკუნის მეორე ნახევრის რუსულენოვანი ფსიქიატრიის მოსკოვის სკოლის წარმომადგენლებისათვის იგივე ფორმები განიხილებიან შიზოფრენიის ნაკლებად პროგრედიენტულ ნევროზისმაგვარ ფორმებად, რაც საერთაშორისო ფსიქიატრიისათვის ნაკლებად დამაჯერებელია და ამ დაავადების ფორმებს შიზოფრენიასთან უფრო მეტი განმასხვავებელი არგუმენტები გააჩნიათ, ვიდრე გამაერთიანებელი. ამ უკანასკნელს ერთგვარად ადასტურებს უკვე საკმაოდ დასაბუთებული არგუმენტი, რომ ამ სახით „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების“ ძირითადი ფორმების სამკურნალოდ დღემდე გამოყენებული ეფექტური სამკურნალო მეთოდები უზრუნველყოფენ სრულიად თვალსაჩინო მარედუცირებელ ან ხშირად ხანგრძლივი რემისიის მომცემ ეფექტს. ამ თვალსაზრისით ხსენებული „მოსაზღვრე ფორმების“ დადებითი რეაგირება თვალსაჩინოა ქცევითი-კოგნიტური ფსიქოთერაპიაზე და ე.წ. სეროტონინულ ანტიდეპრესანტებით (კლომიპრამინი, და ახალი თაობის სეროტონინული ანტიდეპრესანტები) ზემოქმედებაზე.

ობსესურ-კომპულსური სპექტრის კონცეფცია იმითაც არის უმნიშვნელოვანესი, რომ იგი აერთიანებს ისეთ თავისებურ აშლილობებს, რომლებმაც გაიარეს რამდენიმე სადიაგნოსტიკო კატეგორია, მაგრამ საბოლოოდ ვერცერთ მათგანში ვერ დამკვიდრდნენ. ყველა მათგანი მეტნაკლებად ატარებს ობსესურ-კომპულსური აშლილობის ღერძოვან თვისებებს, უფრო გამოკვეთილად საკუთარი სხეულის გარეგნობასთან დაკავშირებით, ამ თავისებური დაავადებების ერთ ჯგუფში გაერთიანების და ცალკეულ ფორმების ურთიერთმსგავსებისა და განსხვავების საკითხს იკვლევდნენ F. Fare და G. Perugy (2004) და მიუთითებენ, რომ ეს ფენომენოლოგიურად განსხვავებული დაავადებები არაიშვიათად არიან კომორბიდულ ურთიერთობაში, აკვიატებულ აშლილობებთან დეპერსონალიზაციურ აშლილობასთან, ანორექსიათან, ბულიმიასთან, აზარტომანიასთან და აკვიატებული განიადაგებული ქეიფებისა და დროსტარების შეუნელებელ მისწრაფებასთან და ა.შ. ყველა მათგანს გააჩნია, როგორც საერთო, ისე განსხვავებული ფენომენოლოგიური თავისებურებები,

ამრიგად, ობსესიურ-კომპულსიური სპექტრის შემადგნლობაში გაერთიანებული დაავადებები ფაქტობრივად წარმოადგენენ პოლისიმპტომატურ ფსიქოპათოლოგიის მქონე ავადმყოფურ აშლილობებს, რომლებშიაც მოცემული არის, როგორც ნევროზული ისე ზოგიერთი ფსიქოზური რეგისტრის სიმპტომატოლოგია, თუმცა ამ კატეგორიის ავადმყოფური მდგომარეობებისათვის მაინც დამახასიათებლად მიიჩნევა ფენომენოლოგიურად ნევროზული რეგისტრის და ნევროზისმაგვარი სიმპტომატიკის სიჭარბე და მეორეს მხრივ მიმდინარეობაში ქრონიკული და ყოველგვარი სამკურნალო მეთოდებისადმი რეზისტენტობა. ტენდენცია ქრონიფიცირებისადმი, რაც ხშირად წარმოადგენს მსგავსი „მოსაზღვრე" ფორმების შიზოფრენიის ნევროზისმაგვარი, ნაკლებად პროგრედიენტულ ფორმებად აღიარების საბაბს.

ობსესურ-კომპულსური აშლილობების სიმპტომატიური პირველი კლასტერი – შეიცავს ე.წ. იმპულსურ კონტრო-

ლის დაქვეითებისა და ინტერმისიულ-ექსპლოზური აშლილობების სხვადასხვა ავადმყოფურ გამოვლინებებს როგორებიცაა: კლეპტომანია, პირომანია, დრომომანია, ტრიქოტილომანია, პათოლოგიური აზარტული თამაშები, სხვადასხვა პარაფილიები, სექსუალური იმპულსიები, ზოგიერთი სხვა სახის სექსუალური გადახრებისადმი მიდრეკილებები და გაუკუღმართებები, იმპულსიური თვით და ჰეტეროაგრესიული და (ანტისოციალური, თეატრალური, ნარცისული) მოსაზღვრე პერსონოლოგიური აშლილობები და ა.შ.

იმპულსური მოქმედება არის განუსაზღვრელი ლტოლვა შეასრულოს ამა თუ იმ ხასიათის არამართლზომიერი ქცევა, რომელიც აღეძვრება უეცრად და მთლიანად დაიპყრობს პაციენტის გონებას. ამასთან ერთად ითრგუნება პიროვნების ყველა დანარჩენი სურვილები, წარმოდგენები და მისწრაფებები. მსგავსი მოქმედების საფუძვლად გულისხმობენ ფსიქიკაში ხანმოკლე, სწრაფ და ინტენსიურ ფსიქიკურ გადახრებს, რომლის საფუძვლად გულისხმობენ უეცრად აღძრულ სურვილს ამა თუ იმ დადებით, მაგრამ უფრო ხშირად უარყოფით ქმედების დაუყოვნებლივ შესრულებისათვის და, რომელიც, კრიტიკულ გააზრებას არ ექვემდებარება. უკვე შესრულებული იმპულსური ქმედების არასრული და არათანმიმდევრული მოგონება ჩადენილზე. ასეთი იმპულსური ქცევის დროს პიროვნებას არ ესმის ბოლომდე, რას აკეთებს, ან რისთვის სჩადის საზოგადოებისათვის მიუღებელ ქცევას. ძველ ავტორებს მიაჩნდათ, რომ იმპულსური ქცევა იყო ცალკე დაავადება და უწოდებდენ „ინსტიქტურ ჭკუააშლილობას“ მაგრამ XX საუკუნის დასაწყისშივე ჩამოყალიბდა შეხედულება, რომ იმპულსური მიზიდულობა არის არა დაავადების ფორმა, არამედ მხოლოდ სინდრომი, რომელიც შესაძლებელია აღმოჩნდეს სხვადასხვა სახის ფსიქიკურ დაავადების კლინიკურ სურათში. მიმდინარეობის რომელიმე ეტაპზე. ინსტიქტური ანუ იმპულსური აშლილობის კლინიკური სურათი ფენომენოლოგიურად ურთიერთგანსხვავებულია და მათგან რამდენიმე წარმოადგენს დამოუკიდებელ სინდრომალურ

სახესხვაობას როგორებიცაა: იმპულსებზე კონტროლირების დაქვეითებაში თუ სხვა ნევროლოგიური რეგისტრის და აფექტური აშლილობის მაჩვენებელი სიმპტომები ამა თუ იმ ხარისხით ჟღერადობაში (A.Allen, A.King, E.Hollander (2003) ერთმანეთისაგან ძირითადად ფენომენოლოგიური განსხვავების პარალელურად მიუთითებენ საინტერესო საერთო ნიშნებზე მათ ეტიოლოგიაში, პათოგენეზში და, რაც მთავარია, მედიკამენტურ მკურნალობაზე რეაგირების თავისებურებით.

წინამდებარე მონოგრაფიის ერთ-ერთი თანაავტორის მიერ 2007 წელს გამოქვეყნებულ მონოგრაფიაში „აკვიატების აშლილობები და მათი მკურნალობის საკითხები" გვ. 35-ზე მითითებულია, რომ ე.წ. ობსესურ-კომპულსური სპექტრის ნებისმიერი კლინიკური ფორმის დიაგნოსტირებაში განსაკუთრებულ დახმარებას წევს ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზემოქმედებაზე რეაგირების თავისებურება და მოქმედების პროფილი. ყველა მათგანისათვის არჩევით სამკურნალო საშუალებად რჩებიან თავის ტვინის ნეირონების სინაფსური ნაპრალებიდან სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები და მათგან ეტალონურ საშუალებად მიიჩნევაა ანტიდეპრესანტი-კლომიპრამინი (ანაფრანილი). ამ ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტის რაციონალური სადღეღამისო დოზები უზრუნველყოფენ (ცხადია, მეტნაკლები ხარისხით) დადებით თერაპიულ ეფექტს, როგორც, ქიმიურ ისე არაქიმიური ფაქტორებით განპირობებულ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობით შეპყრობილ პაციენტებში. ანაფრანილის და ზოგიერთ ე.წ. ახალი თაობის სეროტონინული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ეფექტი ამ სპექტრში შემავალი ავადმყოფური ფორმების მიმართ ზოგჯერ იმდენად დემონსტრატიულია, რომ მათ მიიჩნევენ ანტიობსესურ მედიკამენტებად. მათი თერაპიული აქტიურობა კომპულსურ და იმპულსური აშლილობების მიმართ გარკვეულად ჩამორჩება ანტიობსესურს, მაგრამ სხვა დანარჩენი სამკურნალო მეთოდების და საშუალებების მიმართ მაინც ინარჩუნებენ

უპირატესობას. ზოგიერთი განსაკუთრებით რეზისტენტული კომპულსური და იმპულსური ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში რეკომენდებულია ხსენებული ანტიდეპრესანტების კომბინირება ახალი თაობის სეროტონინულ ანტიფსიქოზურ მოქმედების მედიკამენტების შედარებით მცირე დოზებთან. ყოველივე აღნიშნული მიუთითებს, რომ ზოგადად ობსესურ-კომპულსურ და, კერძოდ, აზარტომანიის და სხვა დანარჩენ ე.წ. არაქიმიური ფაქტორებით გამოწვეულ პათოლოგიური დამოკიდებულების პათოგენეზში წამყვან როლს უნდა თამაშობდეს სეროტონინული მექანიზმები.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩვენ დავინტერესდით შეგვესწავლა ობსესურ-კომპულსური სპექტრში გათვალისწინებული ე.წ. არაქიმიური ფაქტორებით განპირობებული პათოლოგიური დამოკიდებულების რამდენიმე ავადმყოფური ფორმის (აზარტული თამაშები, გაუთავებელი სმა-ჭამის და ქეიფების პათოლოგიური გატაცება, კომპულსური ხასიათის ხეტიალი, ფულის ფლანგვით არასაჭირო საგნების შესყიდვით აგრეთვე ზოგიერთი იმპულსიები, რომლებიც პერიოდულად იპყრობენ პიროვნების ცნობიერებას, ახდენენ მათი ქცევითი აქტების კრიტიკულად განსჯის უნარის დაქვეითებას, რის შედეგადაც ხდება ზოგჯერ უმართებულო და მიზანშეუწონელი, არაიშვიათად კრიმინალური ქცევები, რომელთა ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებები ნოზოლოგიური მიკუთვნების საკითხები და მკურნალობის მეთოდები დღემდე არასაკმარისადაა შესწავლილი.

ბოლო 10-15 წლის მანძილზე, ხელისუფლების მიერ აზარტული თამაშების ლეგალიზირების და ნებართვის შემდეგ ამ სახის თამაშებით გატაცებული როგორც მამაკაცების, ისე მანდილოსნების გარკვეულმა ნაწილმა ოჯახების წევრების საერთო ქონება გაფლანგეს და მატერიალურ კატასტროფამდე მიიყვანეს, ცხადია მკვეთრად იმატა აზარტომანიით შეპყრობილმა შემთხვევებმა, მაგრამ მათი უმრავლესობა თავს ავადმყოფად არ მიიჩნევს და ექიმს დახმარებისათვის არ მიმარ-

თავს. იმატა ახალი სახის აზარტომანიულმა აშლილობებმაც ე.წ. კომპიუტერომანიამ და ინტერნეტომანიის შემთხვევებმა. ყველა მათგანი ავლენს პროგრესიულად მატების ტენდენციას, რასაც მარტო სამედიცინო უწყება ვერ გაუმკლავდება.

4. საკუთარი მასალა და კვლევის მეთოდები

ქართულ ენაზე აზარტომანიის შესახებ რაიმე ბეჭდვითი მასალა დღემდე არ გამოქვეყნებულა, ამიტომ გადავწყვიტეთ საზოგადოებას მივაწოდოთ ზოგადი ცნობები ამ ტიპის დაავადებების კლინიკურ ნიშნებზე და მათი მკურნალობის შესახებ ჩვენ გამოცდილებაზე.

კლინიკური მასალა მოიცავს 61 ამბულატორულ შემთხვევას, მათგან ქალი – 23, ხოლო მამაკაცი – 38. ასაკი 13 წლიდან 40 წლამდე, მათგან:

1. სათამაშო ავტომატების მოთამაშე – 13 პაციენტი; ქ. – 3, კ. – 10;
2. ტოტალიზატორებში მოთამაშე – 4 პაციენტი: ქ. – 2, კ. – 2
3. შოპოგოლიკები – 10 პაციენტი: ქ. – 9, კ. – 1 ;
4. კომპიუტერომანები – 16 პაციენტი: ქ. – 2, კ. – 14;
5. ინტერნეტომანები – 7 პაციენტი; ქ. – 3, კ. – 4;
6. იმპულსური ქცევის ტყვეები (კლეპტომანი, დრომომანი, პირომანი – 3 პაციენტი: ქ. – 1, კ. – 2.

მკურნალობა პირველი კურსის შემდეგ შეწყვიტეს და ექიმთან არ გამოცხადდა სამი ქალი და ხუთი მამაკაცი. კატამნეზური შესწავლით უგრძელდება პათოლოგიური დამოკიდებულება რვა ქალს ცხრიდან შეპყრობილს შოპოგოლიით და ორ მამაკაცს კომპიუტერომანიით. დანარჩენილ 51 პაციენტში მიღებული იქნა დღემდე ერთწლიანი სხვადასხვა სიმყარისა და ხანგრძლივობის რემისია:

აზარტომანიის მკურნალობა ითვალისწინებს რაციონალური ფსიქოთერაპიის და ანტიაზარტომანიული მოქმედების ფსიქოტროპული მედიკამენტების კომბინირებულ გამოყენებას. ყოველ კონკრეტულ ავადმყოფს შესაბამისი ფსიქოპათოლოგიური შესწავლის შემდეგ რაციონალური ფსიქოთერაპიის ფონზე ენიშნებოდა სპეციალურად ჩვენს მიერ დამუშავებული მედიკამენტებით მკურნალობის გრაფიკი, რომელიც დაახლოებით 20-30 დღის განმავლობაში 4-6 დღიანი ხანგრძლივობით ითვალისწინებდა მედიკამენტების სადღეღამისო დოზების მატებას თერაპიულად ეფექტური დოზის განსაზღვრისათვის. რაც შეეხება საკუთრივ ანტიაზარტომანიული მედიკამენტების კომპლექსს, მასში შედიოდნენ ანტიოფსესური და ანტიკომპულსური აქტივობის მქონე კლომიპრამინი (ანაფრანილი) ან ახალი თაობის სეროტონინერგიული მედიკამენტები (სერტრალინი, ციტალოპრამი, პაროქსეტინი, ვენლაფაქსინი და ა.შ.). ამასთან ერთად დიფერენცირებულად შფოთვის საწინააღმდეგო ალპრაზოლამი, ემოციური მერყეობის მაბალანსირებელი კარბამაზეპინი და ფსიქოსედაციური მოქმედების სხვადასხვა ძილმომგვრელები, რომელთა დოზირება გრაფიკით ითვალისწინებდა სამიზნე ფსიქოპათოლოგიური წარმონაქმნის მარედუცირებელი დოზის გათვალისწინებას მატებას ან შემცირებას.

ფსიქოპათოლოგიური წარმონაქმნის დინამიკური თავისებურება ცხადია განსაზღვრავდა ამა თუ იმ მონაკვეთში მედიკამენტების დოზების სიდიდეს. პათოლოგიური სტრუქტურის სრული ან მაქსიმალური რედუცირების შემთხვევებში ხდებოდა ეფექტური დოზებით რამდენიმე კვირის განმავლობაში მკურნალობის გაგრძელება, რის შემდეგაც გადავდიოდით მედიკამენტების სადღეღამისო დოზების შემცირებაზე იმავე გრაფიკით, როგორც ხდებოდა მკურნალობის დაწყებიდან დოზების ზრდა მკურნალობის ჩათავების შემდეგ რეკომენდებული იყო მინიმალური ეფექტური დოზის 1/4 ნაწილით განმამტკიცებელი თერაპიის ჩატარება 2-3 თვის განმავლობაში.

5. აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შესახებ

აზარტული თამაშების მონაწილეებიდან, ცხადია, ყველა არ არის პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე. ადამიანები აზარტულ თამაშებს ძირითადად მიმართავენ თავისუფალ დროს გართობისათვის. ზოგიერთი პიროვნებისათვის გართობის ხერხები და საშუალებები წარმოადგენენ ზელირებულოვან ფსიქოლოგიური გატაცების ობიექტებს. პროფ. Менделевич В. Д. (1998) მათთვის დამახასიათებლად მიიჩნევს:

1. დაჟინებით და ხანგრძლივად ყურადღების გაერთწერტილიანებას მისი ფსიქოლოგიური გატაცების ობიექტებისადმი;
2. ემოციურად გაჟღენთილ მიდრეკილებას გატაცების ობიექტებისადმი;
3. გატაცების ობიექტებთან ურთიერთობაში დახარჯული დროის კონტროლის უნარის დაკარგვას;
4. აუცილებლად საჭირო სხვა საქმიანობის ან გატაცების ობიექტებთან ურთიერთობის იგნორირებას.

ავტორის შეხედულებით ფსიქოლოგიური გატაცება, ფსიქოპათოლოგიურისაგან განსხვავებით, არ გაშორდება საზოგადოებისათვის ან მისი ცალკეული ჯგუფებისათვის ტრადიციულ საზღვრებს, ამიტომ ცხადია ერთი და იგივე ჯგუფურ ან კოლექტიურ გატაცებაში აღმოჩნდება ჩართული, როგორც ჩვეულებრივი ინტერესების მქონე, ისე განსაკუთრებულად გატაცებული და ჰიპერგატაცებული, ფიქსირებული იდეების მქონე პიროვნებები.

ამ დროს ძნელია დავადგინოთ ეს თამაში თუ როდის და რა მომენტიდან იღებს ადდიქტიურ (მიჩვევის და მისგან დამოკიდებული პროცესის) სახეს, ვინაიდან ადდიქცია ვითარდება არა უეცრად, როგორც მწვავე დაავადება, არამედ თანდათანობით, შეპარვით და შეუძლებელია მის წინააღმდეგ პრევენციული ზომების მიღება, თუ მოთამაშემ სასწრაფოდ არ შეწყვიტა აზარტული თამაშების ნებისმიერი სახეობით გართობა.

ადამიანი თანდათან და ბოლოს მთლიანად რეალური ცხოვრებიდან გადაინაცვლებს თამაშების სამყაროში, იგი უკვე უპირატესობას ანიჭებს ქცევის ამ ახალ სახეობას, რადგან ველარ ეგუება რეალობაში მისთვის თამაშის დაწყებამდე არსებულ ჩვეულებრივობას. მას უკვე აღარ აკმაყოფილებს და, რაც მთავარია, სიამოვნებას ან ბედნიერებას არ განაცდევინებს ის, რასაც იგი სათამაშო სამყაროში ჩაბმამდე ცხოვრებისაგან იღებდა. იგი აზარტულ თამაშებში ეძიებს ჭეშმარიტ აზარტს და რისკს, ბობოქარ, ზღვარგადასულ ემოციურ აღტყინებას, რომელიც გაუხდა აუხდენელ ოცნებად ჩვეულებრივ ცხოვრებაში.

ადდიქტიური ქცევის საფუძველს პათოლოგიურ გემბლინგში (აზარტომანიაში) წარმოადგენს „მძაფრი შეგრძნებების დაუძლეველი წყურვილი“ და მისი შედეგი, უმაღლესი დონის რისკიანი თამაში, რომელსაც შეუძლია სულ 1 სეკუნდის განმავლობაში დაგაკაგვინოს ყველაფერი, რაც გაგაჩნია, ან პირიქით მოგაგებინოს „მთელი სამყარო“. ადდიქტიური ქცევის მსგავსი შედეგი შესაძლებელია უზრუნველყოს ბანქოს თამაშმა, ტოტალიზატორმა (ფულზე თამაშის შემთხვევაში), ლატარიამ, სათამაშო ავტომატებმა და სხვა სახეობებმა, რომლებიც ძლიერ მომრავლდნენ მას შემდეგ, რაც ლეგალიზირებული იქნა სათამაშო ინდუსტრია.

სადღეისოდ მსოფლიო მასშტაბით და რუსულენოვან ფსიქიატრიაში ფართოდ განიხილება აზარტომანიის სხვადასხვა ნაირსახეობების კლინიკო ფსიქოპათოლოგიური და ნეიროფიზიოლოგიური წინამძღვრების თავისებურებანი.

Roy A.-მ თანაავტორებთან ერთად (1988) ბანქოს აზარტულად მოთამაშეებში თამაშის სხვადასხვა ეპიზოდებში შეისწავლა ნეიროტრანსმიტერ ნორადრენალინის და ნეიროპეპტიდების კონცენტრაცია სისხლში და შარდში 24 პაციენტში (23 იყო მამაკაცი, ხოლო 1 – ქალი). ყველა მათგანისათვის იყო საერთო მახასიათებელი საკმაოდ სუსტი კონტროლი და მიდრეკილება პათოლოგიური აზარტული თამაშებისადმი. მაგრამ არ ჰქონდათ კრიმინალური წარსული

(1 ჯგუფი) და საკონტროლო ჯგუფი (19) იმავე ასაკის ჯანმრთელი მამაკაცის შერჩევის დროს გამოვლინდა რიგი ფსიქიატრიული თავისებურებანი. მათ შორის დეპრესული ეპიზოდები (16), ნარკოტიკული ნივთიერებებისადმი გატაცება (8), და დამოკიდებულება ალკოჰოლური სასმელებისადმი (3), დისთიმიური აშლილობანი (4). პირველი ჯგუფის შარდში აღმოჩნდა ყველაზე მეტად მეტაბოლიტი 3-მეთოქსი-4 ოქსიფენილ გლიკოლის კონცენტრაციის აწევა, ხოლო სისხლში ნორადრენალინის გამოყოფის მატება. მასალის იმავე პირველ ჯგუფში აღმოჩნდა ჰემოვანილინის კონცენტრაციის მატება და ნორადრენალინის კონცენტრაციის აწევა. აქედან გამოაქვს დასკვნა, რომ აზარტულებს მოშლილი აღმოაჩნდათ ნორადრენალინური სისტემის ფუნქციონირება და მიაჩნიათ, რომ აზარტულების რისკიანი ქცევა უკავშირდება ისეთ ხასიათობრივ ხაზებს როგორიცა: მწვავე შეგრძნებების განცდისადმი მიდრეკილება, რომლის ბიოლოგიური სუბსტრატის საფუძველი არის ნორადრენალინური სისტემის მოშლა.

თამაშები ყოველთვის არ არიან დაკავშირებული ფულის მოგების რისკთან. აზარტი შესაძლებელია დაუკავშირდეს ვითარც რისკს თუკი მოთამაშე მოახდენს საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას თამაშის მონაწილედ.

ადდიქციურობის ელემენტებს შეიცავენ სპორტული თამაშები, ლატარიით გატაცება, კროსვორდების შევსებით დროის ფლანგვა, სექსუალური ხასიათის თამაშები და ა.შ., მაგრამ უფულო ან ხურდა ფულით განსაზღვრული თამაშები გემბლერებში (აზარტულად მოთამაშეები) კარგავენ მიმზიდველობას, რადგან ასეთი თამაში არ მოითხოვს რისკს. თუ თამაშისათვის სოლიდური თანხა იდება, მხოლოდ მაშინ რისკავს მოთამაშე უპირატესად ყრმობის ასაკის მამაკაცები და სიცოცხლის მეორე ნახევარში მყოფი მანდილოსნები.

აზარტომანიის ინიციალურ სტადიაში ტიპურად მიიჩნევენ შედარებით მოზრდილ მოგებებს, რაც ხელს უწყობს თამაშისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებას. შემდეგ თამაშებში თანდათან იკლებს მოგებები, ხოლო წაგებები

პროგრესიულად იზრდება. ამის შემდეგ იწყება მეორე ეტაპი, როდესაც მოთამაშის ცხოვრების წესი სტრუქტურირდება თამაშისადმი დამოკიდებულების, სოციალური შემგუებლობის და პრაქტიკული ჩვევების გამომუშავების თვალსაზრისით, როდესაც თავს იჩენს მოთამაშის მიერ გაუმართლებელ რისკებსა და მეთოდებში, ისინი თავის მხრივ, ხელს უწყობენ წაგებების მატებას და დეზადაპტაციას. ასე გრძელდება 10-15 წლის განმავლობაში, რასაც შესაძლებელია მოჰყვეს უკვე მესამე ეტაპი, ანუ მოთამაშის მთლიანი დეკომპენსაცია, ე. ი. სრული ფინანსური გაჩანაგება და კრიმინალური ქცევებისადმი ლტოლვა.

როდესაც აზარტული თამაში გადაიზრდება ზეღირებულობან გატაცებაში თანდათან ფართოვდება მისადმი დამოკიდებულება, სადაც წამყვანია ლტოლვა, ძლიერი ვნება, მყარი განცდა, რომელიც მთლიანად იპყრობს ადამიანის გონებას და წარმართავს გონების ემოციურ და ნებით კომპონენტებს ანუ წარმართავს პიროვნების ქცევებს. თამაშის მოთხოვნილება იმდენად ყოვლისმომცველია, რომ ჩვეულებრივი სასიცოცხლო მოთხოვნილებები: საჭმელი, სექსი, ძილი, ოჯახი ინაცვლებს მეორე პლანზე. აზრი, რომ მათ შესწევთ უნარი თამაშის გაგრძელებით დაიბრუნონ წაგებული თანხა არ ტოვებს მათ ფსიქიკას. მორიგი წაგების შემდეგაც კვლავ მიისწრაფიან კაზინოში, და განმეორებული წაგებებიც არ აბრუნებს მათ რეალობისაკენ, ამ ფაქტებს მოთამაშე მიიჩნევს უსამართლობად, მისი სურვილის აუსრულებლობა და სწორედ ამგვარი არარეალური რწმენა, რომ აუცილებლად უნდა აღიდგინოს წაგებული თანხა, აბრუნებს მას და აიძულებს დადოს მორიგი ფსონი სათამაშოდ. სპეციალისტების შეხედულებით აუცილებლად მოგების მსგავსი არარეალური და არსებითად პათოლოგიური რწმენა მიუთითებს მოთამაშის ინფანტილობაზე და „ბავშვურ ილუზორულ ყოვლისშემძლეობაზე“. მსგავსი გულუბრყვილობა და მოუმწიფებლობა ბოლოს და ბოლოს გაირკვევა, როდესაც იგი დარწმუნდება თავის უმწეობაში და ეკონომიკურ სტაგნაციაში, მაგრამ მას არ ძალუძს შეე-

ბრძოლოს პათოლოგიურ სურვილს ითამაშოს, რადგან იგი უკვე სოციალურად დეზადაპტირებულია, ეკონომიკურად დაუძლურებულია და ოჯახში აქვს კონფლიქტური სიტუაცია. ამის მიუხედავად თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონეს კვლავ არ ძალუძს, თავისი ნებით დაანებოს თავი თამაშს.

ამ საკითხში რომ გავერკვეთ, საჭიროა ჯერ გავიგოთ თუ რას წარმოადგენს ადამიანის ნებელობითი მოქმედების სფერო. შეგნებული და ორიენტირებული პიროვნება, როდესაც იწყებს აზარტულ თამაშებში ჩაბმას დაფიქრდება თუ რა შეიძლება მოჰყვეს მის ამ ნაბიჯს? არის ეს მხოლოდ იმპულსი თუ მყარად მოფიქრებული და აწონილ-გააზრებული გადაწყვეტილება?

აზარტული თამაშების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნება, როდესაც თვითონ ან ახლობლის რჩევით გააცნობიერებს აზარტული თამაშების მოყვარულების გატაცებას როგორც უმართებულო ქცევას, ცდილობს, როგორმე დაფაროს გარშემომყოფებისაგან ან შეამციროს აზარტულ თამაშებში მონაწილეობის ინტენსივობა, რადგან მან იცის, რომ მისგან არჩეული ქცევა, როგორც ოჯახის დამაქცეველს საზოგადოებრივი აზრი სასტიკად კიცხავს. ამიტომ, ყოველ ზომას მიმართავს რათა დამალოს საკუთარი გაუკუღმართებული ქცევის ფაქტების გამომზეურება (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997). ექიმს მიმართავს მხოლოდ იმის შემდეგ, რაც ფულის წაგებებმა მიაღწია ასტრონომიულ თანხას და გამოუვალი სიტუაციის გამო ვარდება დეპრესიაში, თანდათან შეიპყრობს დანაშაულის განცდა და სუიციდური აზრები. სხვა შემთხვევაში სათამაშო ფულის მოსაპოვებლად მზად არის წავიდეს ყოველგვარ რისკზე და კრიმინალურ მოქმედებაზე (თაღლითობა, სიყალბე, ქურდობა, ყაჩაღობა და ა.შ.) ამ მდგომარეობას სპეციალისტები ადარებენ ალკოჰოლურ და ნარკომანიულ აბსტინენციას. ამრიგად, თითქმის სხვადასხვა ფაქტორებით გამოწვეულ ავადმყოფურ მდგომარეობას აქვს საერთო ნიშანი. ლოთს, ნარკომანს და აზარტომანებს არ

ყოფნის ნებისყოფა უარი თქვას ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული საშუალების მიღებაზე და აზარტომანს თავი დაანებოს აზარტულ თამაშებს, თავს ავადმყოფად არ მიიჩნევს და მკურნალობისათვის მოტივაცია არ გააჩნია. თვითონ სჯერა, რომ როდესაც საჭიროდ ჩათვლის, მხოლოდ მაშინ დაანებებს თავს აზარტულ თამაშებს. ზოგჯერ აზარტომანი სხვადასხვა მიზეზით იძულებულია თამაშისაგან შეიკავოს თავი, ემართება მდგომარეობა, რომელიც მოგვაგონებს ალკოჰოლიზმის ან ნარკომანიის დროს განვითარებულ გამოზარხოშების სინდრომს. ხშირი წაგებების შემდეგ გემბლერს მნიშვნელოვნად უქვეითდება გუნებაგანწყობა, იმატებს შფოთვა, გამღიზიანებლობა, საკუთარი უძლურების განცდა, დანაშაულის და თვითბრალდების იდეები. იმისათვის, რომ მდგომარეობა არ გაღრმავდეს მიზანშეწონილია პაციენტის სტაციონირება 1-3 თვის განმავლობაში და სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება.

ქიმიური ნივთიერებებისმიერი (ალკოჰოლური, ნარკოტიკული და ზოგიერთი სხვა ნივთიერების, აგრეთვე თამბაქოს, ჩაის და ყავის) ხშირი და მუდმივი არარაციონალური გამოყენებით ვითარდება პათოლოგიური დამოკიდებულება მათი კვლავ და კვლავ მისაღებად. გარკვეული შიმშილის განცდა, სწორედ იმ ნივთიერების მიმართ, რომლის ხშირმა და დიდი ოდენობით მიღებამ განაპირობა პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება, როდესაც ამ ნივთიერების ისევ მიღება ხდება აუცილებელი, რადგან პიროვნებას უვითარდება მეტად შემაწუხებელი ფსიქიკური და ფიზიკური აშლილობები (მოუსვენრობა, შფოთვა, ტკივილი საბსრებში, ფაღარათი, ოფლიანობა და ა.შ.).

როგორც მიუთითებენ მკვლევრები პოკერის მოთამაშეების უმრავლესობა ამასთან ერთად ხმარობენ ნარკოტიკულ და სხვა ფსიქოტროპულ ნივთიერებებს. აზარტული თამაშების განსამტკიცებლად, გასაადვილებლად და შედეგების ასამაღლებლად. შესაბამისი ექსპერტების სიტყვებით ბანქოს აზარტული თამაშების მოყვარულები იყენებენ ამ ნივთიერებებიდან ამფეტამინებს, დიაზეპამს (ვალიუმი, სედუქსენი), მარიხუანას,

კოფეინს და სხვა ენერგეტიკულ სასმელებს, რათა მოიპოვონ უპირატესობა ოპონენტებზე. ფარმაკოლოგების დასკვნით ზემოთ ხსენებული ნივთიერებების გამოყენება აუმჯობესებს თამაშის დროს ყურადღების კონცენტრაციას, ფიზიკურ ამტანობას, სიფხიზლეს, რადგან ბანქოს თამაშის ტურნირები და პაექრობა გრძელდება მრავალი საათის მანძილზე. პოკერისა და ონლაინის დახელოვნებული, მოყვარული და ახალბედების გამოკითხვის საფუძველზე სპეციალისტები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ მათ შორის 78% თამაშის პროცესში იყენებდნენ ნარკოტიკებს და სხვადასხვა მავნე ნივთიერებებს სათამაშო ჩვევების გასაუმჯობესებლად, მათ შორის მეხსიერების, ყურადღების ძილიანობისა ნევროტიულობის საწინააღმდეგოდ. შემჩნეულია, რომ უფრო ბევრი ფულის ჩამდებები მაინც ახერხებენ აკრძალული ნივთიერებების ფარულად ხმარებას, რაც საბოლოოდ უარყოფითად მოქმედებს მათ ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ცხადია, რომ ყოველივე ეს უეჭველად აიძულებს პიროვნებას კვლავ მიმართოს იმ ნივთიერებას, რომლის მიმართაც ვითარდება აბსტინენცია (შიმშილი). მხოლოდ ამ გზით მიაღწევს იგი არსებითად დროებით ფსიქოფიზიკურ კომფორტს. ასე გრძელდება პიროვნების სიცოცხლისა და ცხოველმყოფილების ამა თუ იმ ხარისხის კომფორტის შენარჩუნება დროში. სამწუხაროდ, კომფორტის დიდხანს შენარჩუნება შეუძლებელი ხდება, რადგან ქიმიური აგენტის (ალკოჰოლის, ნარკოტიკული ან ზოგიერთი ტოქსიკური ნივთიერების და ა.შ.) დოზა უკვე ხდება არასაკმარისი აბსტინენციური უსიამოვნო შეგრძნებების რედუცირებისათვის და პიროვნება ხდება იძულებული მოუმატოს როგორც ერთჯერად ისე სადღეღამისო დოზებს და ა.შ. საბოლოოდ, პიროვნება ხდება თავისი გადაუდებელი მოთხოვნილებების მონა და მზადაა იქურდოს, იყაჩაღოს რათა იშოვნოს ის ნივთიერება, რომელიც გამოიყვანს ამ უმძიმესი განცდებისა და შეგრძნებებისაგან. დაახლოებით ასე თანმიმდევრულად ყალიბდება ქიმიური ნივთიერებებისადმი პათოლოგიური დამოკიდე-

ბულება ანუ ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია, ტოქსიკომანია, აზარტომანია და სხვა სახის მძიმე ფსიქიკური, სომატური და სოციალური დაავადებები, რომელიც მეოცე საუკუნის მეორე ნახევრიდან ისეთი ტემპით ვრცელდება და რთულდება, რომ მთელ რიგ ქვეყნებში დაუძლეველ სოციალურ უბედურებად მიიჩნევა.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავების პრობლემას საერთაშორისო მასშტაბით შემოქმედებითი ყურადღება გამახვილდა გასული XX საუკუნის 70-იან წლებში საბჭოთა კავშირის დაშლის წინა პერიოდში, აზარტულ თამაშების ინდუსტრიაც სწრაფად გაიშალა და უკვე 4-5 წელიწადში რუსეთში და ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებშიაც გამოჩნდა აზატომანიული დაავადების პირველი შემთხვევები, სულ მალე გახშირდა აზარტული მოთამაშეების ოჯახების ეკონომიკური გაღატაკება. რუსულენოვან, ახალ დამოუკიდებელ ქვეყნებში და, მათ შორის, საქართველოშიაც ფსიქიატრები და ნარკოლოგები დაინტერესდნენ მათთვის ახალი და თითქმის უცნობი არაქიმიური პათოლოგიური დამოკიდებულობის გამომწვევი დაავადებით. მომდევნო 20 – 30 წლის განმავლობაში სპეციალურ გამოცემებში დაგროვდა მდიდარი ლიტერატურული მასალა, რომელიც იძლევა საშუალებას დაინტერესებულმა ფსიქიატრმა და ნარკოლოგმა მიიღოს საკმაო ინფორმაცია ამ ახალ მოდური დაავადების ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, კლინიკოფსიქოპათოლოგიური თავისებურების, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებში. ამ თვალსაზრისით ინტენსიურ კვლევებს ატარებენ დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის სპეციალისტებთან ერთად რუსულენოვანი მკვლევრები.

საერთოდ, ქიმიური და არაქიმიური ფაქტორებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ბიოლოგიურ საფუძვლებს სისტემატურად იკვლევენ მოსკოვში: Анохина И.П., Коган Б.М. (1988), Иванец Н.Н., Анохина и Стрелец Н.В. (1997), Анохина И.П. (2002), Короленко Ц.П. (1945, 1990, 1991, 1993, 2000, 2006)

და მისი თანაავტორები: Циганков Б.Д. (2005) და მისი თანამშრომელები: Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М. (1998), Коган Б.М., Кардашян Р.А., Дроздов А.З. (2006), Кардашян Р.А. (2007), სანკტ-პეტერბურგში: Заицев В.В. (2000, 2003), და მისი თანაავტორები, როსტოვის სამედიცინო ინსტიტუტში Бухановский А.О. (2000, 2002, 2007) და მისი თანაავტორები, ყაზანის სამედიცინო ინსტიტუტში Менделевич В.Д. (1999, 2001, 2005, 2010) და მისი თანამშრომლები და სხვები. ისინი მიუთითებენ, რომ ამ პათოლოგიის საფუძველი უნდა იყოს თავის ტვინის ქერქქვეშა (შუა, შუამდებარე და კაუდალური) წარმონაქმნების პათოლოგია, რომლებიც უზრუნველყოფენ იმპულსური მოქმედების მოტივაციური სისტემების რეგულირებას. ამ სისტემებში განლაგებული ნეირონული სტრუქტურების ყველაზე მნიშვნელოვანი მედიატორებია დოფამინი და ნორადრენალინი. ამ ნივთიერებების ექსკრეციის მოშლილობა გამოვლინდება მთელ რიგ პათოლოგიურ ქცევებში და, მათ შორის, პირველ რიგში აზარტულ თამაშების მიმართ ლტოლვისადმი წინასწარ განწყობის მქონე პიროვნებებში ამგვარი დევიაციური ქცევისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში.

Мосолов С.Н. (1995), Ткаченко А.А. (1997) და სხვების მონაცემებით დოფამინის, სეროტონინისა და ნორადრენალინის ბიოსინთეზი და მეტაბოლიზმი ჯანმრთელ ორგანიზმში დაბალანსირებულია, ხოლო პათოლოგიური გემბლინგის დროს ნეირომედიაციისა და ადაპტაციური მექანიზმების ურთიერთდამოკიდებულება მოშლილია, რაც განხილული უნდა იქნეს, როგორც აზარტომანიის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების ერთ-ერთი მექანიზმი. აქედან გამომდინარე უნდა ვივარაუდოთ, რომ აზარტომანიის პათოგენეზში გადამწყვეტი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს კატექოლამინების მეტაბოლიზმს, რაც უნდა იქნეს გათვალისწინებული ადეკვატური თერაპიული მეთოდებისა და მედიკამენტების შერჩევისას.

6. აზარტომანიების ეპიდემიოლოგია

აზარტომანიის ეპიდემიოლოგია საერთოდ ნაკლებად არის შესწავლილი არამარტო რუსულენოვან ქვეყნებში, სადაც საბჭოთა ხელისუფლების 70 წლიანი მმართველობის დროს აზარტული თამაშები იყო აკრძალული და მხოლოდ იატაკქვეშ დაფარულად აქა იქ თუ ხორციელდებოდა, ამიტომ საბჭოთა ხელისუფლებისათვის არ ითვლებოდა პრობლემატურ საკითხად. თუმცა არამარტო აზარტომანიის, არამედ სხვა სახის იმპულსური ხასიათის პათოლოგიის ქცევების სხვა დანარჩენი კლინიკური ფორმების (კლეპტომანია, პირომანია, დრომომანია, სექსუალური იმპულსიები და ა.შ.) ეპიდემიოლოგიური შესწავლის მონაცემები დღემდე არ გამოქვეყნებულა.

საქართველოში ეს მონაცემები აზარტული თამაშების ლეგალიზაციის და უსაზღვროდ მომრავლებული კაზინოების, ტოტალიზატორების და სხვა დასახელების სათამაშო დაწესებულებების კლიენტების გაღატაკებული ოჯახების წევრებს თუ აინტერესებთ. სამედიცინო უწყება ამ ახალ მოდური ფსიქიკური აშლილობით ჯერჯერობით ინტერესს არ ავლენს. მხოლოდ აქა-იქ პრესაში თუ რომელიმე ჟურნალისტი თავისი შეზღუდული კომპეტენციით გვაუწყებს, რომ ეს პრობლემა მეტად აქტუალური გახდა დასავლეთის ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში.

რუსულენოვანი ჟურნალი „ნარკოლოგია“ (2010 წლის №5 გვ. 9) იუწყება, რომ დიდ ბრიტანეთში, ქ. ლონდონის ცენტრში გაიხსნა პირველი კერძო სპეციალიზებული საავადმყოფო კომპიუტერის და ინტერნეტის თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე ბავშვებისა და მოზარდებისათვის. ამ დაწესებულების ხელძღვანელობამ გადაწყვიტა დააკმაყოფილოს მრავალრიცხოვანი მოსახლეობის მოთხოვნილება მათი ბავშვებისა და მოზარდების მკურნალობაზე, რომლებიც არიან შეპყრობილნი კომპიუტერისა და ინტერნეტის თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულებით. ამ კლინიკის პაციენტებად

მიიჩნევიან 12-15 წლის მოზარდები, მაგრამ განზრახულია, რომ უახლოეს მომავალში მსგავსი დახმარება დასჭირდება ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე 15-17 წლის ასაკის მქონე ახალგაზრდებს. ამ დაავადების მქონე პაციენტებს მკურნალობენ დიდ ბრიტანეთში უკვე რამდენიმე წელია, ასევე მკურნალობენ სხვა ფსიქიატრიულ კლინიკებში და, განსაკუთრებით, კერძო პრაქტიკის მქონე ფსიქიატრები. იმის მიუხედავად, რომ დღემდე არ არის შემუშავებული კომპიუტერისა და ინტერნეტის პათოლოგიური დამოკიდებულების დიაგნოსტირებისა და სამკურნალო ღონისძიებების გატარების კრიტერიუმები, გრძელდება დებატები იმის შესახებ, რომ არსებობს თუ არა ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების დაავადება, თუ იგი არის ჩვეულებრივი სწავლაზე გულაცრუებული ახალგაზრდობის ზედმიწევნით შეშფოთებული მშობლების მიერ გამოგონილი ზღაპარი? საინტერესოა, რომ ჩინეთში ინტერნეტისადმი დამოკიდებულება, აღიარებულია, როგორც დაავადება 2008 წლის ნოემბრიდან, რის შემდეგაც ჩინეთის რამდენიმე ქალაქში გაიხსნა და ფუნქციონირებს ამ დაავადებების სამკურნალო კლინიკები, რომლებიც ატარებენ სამკურნალო და რეაბილიტაციურ ღონისძიებებს. ამ კლინიკებში ინტერნეტომანიის მკურნალობის მეთოდებზე შეიძლება ვიმსჯელოთ იმ ფაქტებზე დაყრდნობით, რომ ამ დაწესებულებების გახსნიდან ნახევარი წლის შემდეგ ჩინეთის ხელისუფლებამ აკრძალა პაციენტების ელექტროკრუნჩხვითი თერაპიის გამოყენება, იმის შემდეგ რაც ამ მეთოდით ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების მქონე 15 წლის ბიჭი ელექტროშოკის მეთოდის მორიგი სეანსის ჩატარების დროს დაიღუპა. ასეთივე პროფილის დაავადებების სამკურნალო კლინიკა ფუნქციონირებს ამერიკაში, კერძოდ ქ. ვაშინგტონში 2009 წლის აგვისტოდან.

ზოგადად ინტერნეტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების ეპიდემიოლოგიაზე მსჯელობა ძნელია, შეუძლებელი თუ არა, საკითხის უაღრესი სირთულისა და დაუზუსტებლობის გამო. ამიტომ ჩვენც იძულებული ვართ აზარტომანი-

ის ეპიდემიოლოგიაში გამოვიყენოთ ევროპის, ჩრდილო ამერიკის ქვეყნების და რუსულენაზე გამოქვეყნებული მასალები, ეს მასალები გვაუწყებენ, რომ საერთოდ სათამაშო გართობის პროცესებში ჩართულ 60% პიროვნებიდან მხოლოდ 1-1,5% თუ გახდება აზარტომანი. დადასტურებულია, რომ აზარტომანია უფრო ხშირია ინდუსტრიულ, ვიდრე აგრარულ ქვეყნებში და აღწევს 2-3%-ს. გენდერული გამოკვლევებით საერთოდ აზარტულ თამაშებში ორივე სქესის წარმომადგენლები დაახლოებით თანაბრად მონაწილეობენ, თუმცა მამაკაცები მაინც ოდნავ სჭარბობენ მანდილოსნებს. როგორც ირკვევა მამაკაცები უფრო ადვილად ხდებიან აზარტომანები ისევე, როგორც ალკოჰოლიზმით და ნარკომანიით ემპირიული დაკვირვების მონაცემებით ლოთი ქმრების ცოლები უფრო ხშირად ხდებიან ლოთები, ვიდრე ჯანმრთელის მეუღლეები. ასევე იმ მამაკაცის ცოლები, რომელნიც ხშირად მიემგზავრებიან ოჯახიდან შორს და დიდხანს, უფრო ხშირად ხდებიან ლუდომანიები, ვიდრე მუდმივად ერთად მყოფი მეუღლეები (Попов Ю.В Вид В.Д-1992).

ამერიკის შეერთებული შტატების სხვადასხვა რეგიონის ცენტრების სპეციალურმა მულტიცენტრულმა გამოკვლევებმა დაადგინა, რომ მოსახლეობის 68%-დან, რომლებიც გასართობად მიმართავს აზარტული თამაშების კლუბებს დაახლოებით 3% ხდება პათოლოგიურად დამოკიდებული მოთამაშე. მსგავსი ჩვევები გამოვლინდება ჯერ კიდევ სასკოლო ასაკის ახალგაზრდებში, ცხადია უფრო მაღალ კლასებშიაც და შეადგენს 2-4%-ს. შემდეგ ასაკოვან ჯგუფებში ეს პათოლოგია მატულობს და უკვე 18-21 წლის ასაკში აღწევს 14,1%. მიუთითებენ, რომ აზარტული თამაშებისადმი მიდრეკილ პიროვნებებში უფრო ხშირია კომორბიდული პათოლოგიის სახით ე.წ. ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობით დიაგნოსტირებული დაავადების მქონე პაციენტები. ბიპოლარული აფექტური აშლილობებით დაავადებული და სუიციდური ტენდენციების მქონე დეპრესიული შემთხვევები, ქრონიკული ალკოჰოლიზმით და ტოქსიკომანიით დაავადებულები და კრიმინალური ტენდენციების მქონე პიროვნებები.

აზარტომანიის ეპიდემიოლოგიური შესწავლის ლიტერატურული მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ ამ დაავადების 38% კომორბიდულია ალკოჰოლიზმთან და აფექტურ აშლილობებთან. მისი დებიუტი ხდება დაახლოებით 28,6 ±2,8 ასაკში. რუსულენოვან ფსიქიატრ Асанов А.О.-ს (2005) მონაცემებით ამ დაავადების მქონე პაციენტებიდან მხოლოდ 33% თუ მიმართავს ექიმს დახმარებისათვის. დანარჩენი 67% ექიმთან ხვდებიან მხოლოდ ოჯახის წევრების დაჟინებითი მოთხოვნით ან თანდასწრებით.

შვეიცარელმა ფსიქიატრებმა (Broabeck J., Duerrenbergen S., Znof H). 2007 წელს ტელფონით გამოკითხეს შვეიცარიის გერმანულენოვანი და იტალიურენოვანი 6385 მოქალაქე აზარტული თამაშებისადმი მათი დამოკიდებულების შესახებ. ინტერვიუზე პასუხი გასცა მხოლოდ 4992-მა და უარი განაცხადა 1388 მოქალაქემ. ინტერვიუს მიცემაზე თანხმობის მიმცემთა შორის ქალები აღმოჩნდა 52%. გემბლინგის გავრცელების მაჩვენებლის მიხედვით 18 წლის ასაკის მოქალაქეების 2%-ს აღმოაჩნდა რისკი, რომ გახდებოდენ აზარტულ თამაშებით გატაცებულები. ჭეშმარიტი გემბლინგის ჩამოყალიბების მონაცემები აღმოაჩნდა 0,5%-ს. უკვე განვითარებული აზარტომანია გერმანულენოვან მოსახლეობაში დაუფიქსირდა 0,7%-ს, ხოლო იტალიურენოვან მოსახლეობაში 0,1%. ავტორების აზრით გემბლინგის გავრცელების მსგავსი დაბალი მაჩვენებლები გამოწვეული უნდა იყოს ადრე მითითებულ მონაცემებთან შედარებით იმით, რომ ინტერვიუზე უარის გამცხადებლებს შორის, როგორც ჩანს იმალებიან და ინტერვიუს არ იძლევიან ამ სენით სერიოზულად შეპყრობილებიც.

აზარტომანია მიიჩნევა არამარტო ბიოლოგიურ, არამედ აგრეთვე სოციალური გენეზისის დაავადებად, რომელიც უკანასკნელ 10-25 წლის განმავლობაში სწრაფად ვრცელდება ახალგაზრდობაში. როგორც ჩანს მის გავრცელებას ხელს უწყობს ამ ასაკში დესოციალიზაციის პროცესები (Галькин К.Ю., 2005). ეს ავტორი ყურადღებას ამახვილებს ფაქტზე,

რომ აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვა XX საუკუნის ბოლო 20 წელი და, განსაკუთრებით, XXI საუკუნის პირველ 10 წლებში კატასტროფულად გაიზარდა და მოიცავს მოსახლეობის ფართო მასებს, ეს დაავადება ვრცელდება, როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში და განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, ასე რომ ეს დაავადება არ შეიძლება მარტო სამედიცინო პრობლემად მივიჩნიოთ, არამედ წარმოადგენს მძიმე სოციალურ პრობლემას. სავალალოა, რომ იგი ემართება და იპყრობს სოციალურად ყველაზე აქტიურად მოქმედ ასაკის პიროვნებებს, რითაც უდიდეს ზიანს აყენებს ამ ასაკის კონტინგენტს. აზარტომანია იწვევს მოთამაშე ახალგაზრდობაში სერიოზულ დეზადაპტაციას, ხოლო მისი ოჯახი მიჰყავს ეკონომიკურ განადგურებამდე. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვან მონაცემებს გვაწვდიან, როგორც დასავლეთის, ისე რუსულენოვანი მკვლევარები (Abboz M.W., Volberg R.A-1996; Gorat J.E., Potenza M.N.-2003: Hollander E. Buchalter A.I. De Carlo C.M.-2000; ზემოთ უკვე ნახსენები რუსულენოვანი ფსიქიატრები და ნარკოლოგები.

აზარტომანიის გავრცელება ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კანადაში, ახალ ზელანდიაში, შვეიცარიაში, დიდ ბრიტანეთში, ავსტრალიაში და ა.შ. დაახლოებით ერთნაირია და შეადგენს 1-1,5%-ს, ხოლო ჰონკონგში 1,9%-ს. ეჭვს აღარ იწვევს, რომ ეს დაავადება გავრცელებულია ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში, დაახლოებით მოსახლეობის 0,5%-ში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მისი სიხშირე მერყეობს სხვადასხვა შტატებში 0,5-1,5% შორის. უფრო ხშირად მამაკაცებში, ვიდრე მანდილოსნებში.

საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, ისევე, როგორც რუსეთში და სხვა დამოუკიდებელ რესპუბლიკებში სათამაშო ინდუსტრიის ლეგალიზაციამ არნახული სისწრაფით იმატა აზარტულ თამაშებში ჩაბმულმა და მასთან ერთად ამ თამაშებით გალატაკებულმა ოჯახებმა, თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების სახით. კანტიკუნტად მაგრამ მაინც მატულობს აზარტული თამაშების

მიმართ დამოკიდებულების მქონე შემთხვევების მომართვიანობა კერძო პრაქტიკის მქონე კლინიცისტ ფსიქიატრებთან. ისინი ჯერჯერობით თვითონ თავიანთი ინიციატივით მიმართავენ, ამიტომ ცხადია ჩვენს მონაცემებს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების პრეტენზია არ შეიძლება ჰქონდეს. ანალოგიური მდგომარეობა არის აგრეთვე იმპულსური აშლილობების ეპიდემიოლოგიურ შესწავლაში.

ქ. დონის როსტოვის სამედიცინო ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კათედრაზე (გამგე პროფესორი Бухановский А.О-ს ხელმძღვანელობით) ბოლო 10 წლის მანძილზე წარმოებს ინტენსიური კვლევა-ძიება ქიმიური და არაქიმიური აგენტებით გამოწვეული პათოლოგიური დამოკიდებულების კლინიკური თავისებურების და მკურნალობის სხვადასხვა ასპექტების შესწავლა-დადგენაზე. ამ კათედრის ახალგაზრდა თანამშრომელი В.А. Солдаткин-ი ფუნდამენტურად იკვლევს აზარტომანიის სხვადასხვა ასპექტებს, მათ შორის გენდერულ საკითხებს. კერძოდ, იგი მიუთითებს, რომ პათოლოგიური გემბლინგის წამყვან ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებაში, რაიმე მნიშვნელოვანი გენდერული განსხვავება არ შეიმჩნევა. ამასთან ერთად ადგილი აქვს მნიშვნელოვანი სიმპტომების სქესობრივ დიზმორფიზმს, გამოვლენილს თავისებურებებში, რომელიც გვაძლევს საშუალებას ვილაპარაკოთ სქესის როლზე პათოლოგიური გემბლინგის განვითარებაში. ქალებში პათოლოგიური გემბლინგის გამომუშავებისათვის საჭიროა უფრო მნიშვნელოვანი პრედისპოზიციური ფაქტორები, ვიდრე მამაკაცებში, მაგრამ თუ დაავადება უკვე დაიწყება ქალებში იგი იძენს უფრო მძლავრ პროგრედიენტობას, რომელიც ანგრევს პიროვნებას.

პათოლოგიური გემბლინგის ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებებს ინტენსიურად იკვლევენ ყაზანის სამედიცინო ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კათედრაზე პროფესორ В.Д. Менделевич-ის ხელმძღვანელობით, მოსკოვისა და სანკტ-პეტერბურგის ფსიქიატრიული დაწესებულებებში პროფესორ Б.Д. Циганков-ს ხელმძღვანელობით და მრავალი

სხვა ფსიქიატრიული დაწესებულებების თანამშრომლები Ц.П. Короленко, Н.Б. Шемчук, В.В. Заицев, Егоров А.Ю., В.Д. Москаленко და ა.შ.

წინა თავებში ჩვენ ყურადღება გავამახვილეთ ადამიანებს შორის ურთიერთგასართობად თამაშების სხვადასხვა სახეობებისადმი აზარტული გატაცებისა და ფულადი თანხის მოგების მიზნით გამოყენების შემთხვევაში შესაძლებელი ფინანსური კატაკლიზმების მოსალოდნელობის შესახებ. ეს ხდება იმ შემთხვევაში თუ აზარტული თამაშებისადმი პიროვნებას გამოუმუშავდება პათოლოგიური დამოკიდებულება, როდესაც აზარტით შეპყრობილი პიროვნება მზად არის უკანასკნელი საჭმლის ფული წაართვას ცოლ-შვილს და გამოიყენოს აზარტულ თამაშებში ჩასაბმელად. ცხადია, რომ დიდი განსხვავება არ იქნება აბსტინენცია არის გამოწვეული ალკოჰოლური სასმელის, ნარკოტიკული თუ ზოგიერთი ტოქსიკური ნივთიერების შიმშილით თუ აზარტული თამაშების იძულებითი შეწყვეტით. აზარტული თამაშებით მრავალჯერადი და მთელი ქონების წაგების მიუხედავად ინსტიქტურ დონეზე გატაცება, აიძულებს პიროვნებას კვლავ როგორმე ჩაებას თამაშებში სრულ გაღატაკებამდე. ამ შემთხვევაში იგი ბევრად უფრო საშიშია, ვიდრე ალკოჰოლური ან ნარკომანიული აბსტინენცია.

საერთოდ ქცევითი დამოკიდებულების ჭეშმარიტი მექანიზმები დღემდე რჩება ბოლომდე დაუზუსტებლად. ამ მხრივ მრავალი ავტორის მიერ არის მოწოდებული ზოგჯერ ერთმანეთისაგან გამომრიცხავი თვალსაზრისი (Сольдаткин В.А. 2008). ამ პროცესში უეჭველად მონაწილეობენ, როგორც ცერებრალური, ისე ფსიქოგენური და რაც მთავარია, პიროვნული ფაქტორები, ნარკომანიისა და პარაფილიების ეთიოპათოგენეზში რუსულენოვანი ავტორები (А.С. Андреев А.И. Ковалев А.О.-2001; Б.С. Братус-1988; А.А. Ткаченко- 1997, 1999; А,О Брухановский, В.Т. Гайков, Ю.Б. Баибаков-2001; Н.Н. Иванец-2000; П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг-2000; А.Э. Узелевская, В. Д. Менделевич, И.В. Боев-2001) და სხვები ერთხმად იცავენ შეხედულებას, რომ ამ მოვლენის

ეტიოპათოგენეზში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს თანდაყოლილ ან შემდეგში შეძენილ ცერებრალურ გადახრებს. საინტერესოა, რომ სრულიად სხვა შეხედულებას იცავენ ფსიქოლოგები, რომლებიც სწავლობენ კომპიუტერულ და ინტერნეტისმიერ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას, კვებითი ქცევის აშლილობის და რელიგიური ფანატიზმის ეთიოპათოგენეზს (Б.С. Братус и П.И. Сидоров-1984; А.Е. Личко-1985; М.В. Коркина-1986; Ц.П. Короленко, Т.А. Донских-1990; Е.А. Кузнецова-Морева-2007) და სხვები, რომლებიც დიდ მნიშვნელობას აძლევენ პიროვნულ მექანიზმებს დევიაციური ქცევის ფორმირებაში. არსებობენ აგრეთვე სხვა შეხედულებებიც, მაგრამ არ არის გასაკვირი, რადგან საერთოდ ფსიქიკური დაავადებების ეტიოლოგია და პათოგენეზიც არ არის დღემდე სრულყოფილად დაზუსტებული და რა გასაკვირია, რომ აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვის ეტიოპათოგენეზი არ არის დადგენილი. სრულიად გაურკვეველია, თუ რატომ არის, რომ ერთი პიროვნება ყოველდღიურად იღებს სადილზე 1-2 ჭიქა ღვინოს, მაგრამ არ ლოთდება, საქართველო ხომ მეღვინეობის სამშობლოდ ითვლება. ჩვენი წინაპრები ხანგრძლივ ცხოვრებაში წყურვილს 5-6 გრადუსიანი ღვინით იკლავდნენ, მაგრამ ლოთები არ ხდებოდნენ, ხოლო სხვა რომელიმე რეგიონის მცხოვრები ორი სამი დღის განმავლობაში მიიღებს რომელიმე ალკოჰოლურ სასმელს, ეჩვევა მას თუ მისთვის სასმელი ადვილად საშოვნია და ხდება ლოთი. ასევე აზარტული თამაშები ერთისათვის მხოლოდ გასართობია და ცალკეულისათვის პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავების და მათი ოჯახების დამაქცეველი ფაქტორი? ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა ჯერჯერობით ძნელია. Сольдаткин В.А. (2008) აზარტომანიის ფორმირებაში არჩევს რამდენიმე კონცეფციას, რომელთაგან უმთავრესად მიიჩნევს:

1. ფსიქოლოგიურ-ფსიქოანალიზურ; 2. ბიოლოგიურ; 3. სოციალურ და 4. კომპლექსურს. მათ განხილვაზე ჩვენ ქვემოთ სპეციალურად შევაჩერებთ მკითხველის ყურადღებას.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შესახებ რომ ვიმსჯელოთ ზრდასრულ პიროვნებას უნდა ახასიათებდეს ქვემოთ ჩამოთვლილ 9 ნიშნიდან 5 მაინც.

1. აზარტული თამაშებისადმი შეუნელებელი და თავაწყვეტილი ლტოლვა; მრავალჯერადი წაგების შემდეგაც კი არ უნელდება გადაულახავი მისწრაფება, როგორმე მოიგოს, აიღოს რევანში და, ამიტომაც, ფულის საშოვნელად არ ერიდება ავანტიურას და შანტაჟს;
2. კრიტიკის სრული დაკნინებით მოთამაშე ზრდის სათამაშო ფსონს, რითაც აღწევს ემოციურ აღტყინებას;
3. ავლენს უკიდურეს გამღიზიანებლობას და მტრულ წინააღმდეგობას იმათ მიმართ, ვინც ურჩევს თავი შეიკავოს გაუმართლებელი რისკისაგან;
4. აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვა შესაძლებელია იყოს ხერხი (მეთოდი) პიროვნებამ შეიმსუბუქოს დისფორიული ხასიათის გუნებგანწყობის აშლა;
5. მრავალჯერადი წაგების მიუხედავად აზარტი არ მცირდება, პირიქით თამაშებში ჩართვის სურვილი კიდევ უფრო ძლიერდება;
6. არ ერიდება სიცრუეს, რათა შეამსუბუქოს თავისი დანაშაულებრივი ლტოლვა აზარტული თამაშებისადმი;
7. კრიმინალური ქცევები: ქურდობა, თაღლითობა, გამოძალვა და ა.შ. სათამაშო ფულადი თანხის მოსაპოვებლად;
8. რისკი, რომ ოღონდ ითამაშოს და იგი მზად არის ყველაფერი დაკარგოს, რაც მას ან მის ოჯახს აბადია, ოღონდ კი მოიგოს თამაშში. თუნდაც იშვიათი მცირე თანხის მოგება აძლევს განუსაზღვრელ სიამოვნებას;
9. არსებითად უსაფუძვლო იმედი, რომ მას გამოუჩნდება ვინმე, რომელიც აღმოუჩენს დახმარებას დაგროვილი ვალების გადახდაში და ა.შ.

7. აზარტომანიის ეტიოლოგიური ფაქტორები

აზარტული თამაშისადმი პათოლოგიური ლტოლვის ეტიოლოგია, პათოგენეზი და ნოზოლოგიური განსაზღვრის საკითხები, ისევე, როგორც სხვა დანარჩენი ე.წ. ექსტრანოზოლოგიური დაავადებების და მათ შორის „იმპულსური მიზიდულობების“ იგივე პარამეტრები დღემდე დაუზუსტებელია.

აზარტომანიის ეტიოლოგია ერთმნიშვნელოვანი არ არის. პირველ რიგში გასათვალისწინებელია, როგორც გენეტიკური ფაქტორები ისე სუბიექტის პიროვნული თავისებურებები (მიმბაძველობისა და შთამგონადობის აწეული დონე, ინფანტილურობის ხარისხს და ა.შ.)

მეორეს მხრივ ხაზი ესმება თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებასთან დაკავშირებულ პათოლოგიას. ეკოლოგიურ მავნე ფაქტორების ზემოქმედებას და ასევე მნიშვნელობა აქვს სოციალურ ფაქტორებს: მორალურ-ეთიკურ კლიმატს, ქცევებში დევიაციურ გადახრების ხვედრით წონას და ა. შ.

დღემდე უშუალო მიზეზები, რომლებიც უბიძგებენ პიროვნებას ხელი მიჰყოს ისეთ არაკონტროლირებად მიზიდულობას, როგორიც აზარტული თამაშებია საკამათოა. ამ მხრივ ერთიანი შეხედულება ჯერჯერობით ვერ ჩამოყალიბდა. ამ პრობლემის კომპეტენტური ავტორები (M.Regard et al-2003) აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებას (ადდიქტიონ-ადდიქცია) უნდა განაპირობებდეს სოციალური და ფინანსური ფაქტორები, მაგრამ სხვა მკვლევრებს, რომლებიც წარმოადგენენ უმრავლესობას, მიაჩნიათ, რომ აზარტული თამაშებისადმი და, საერთოდ, პათოლოგიური ქცევითი დამოკიდებულების ფაქტორები უნდა უკავშირდებოდეს თავის ტვინის ზოგიერთი ფუნქციური სისტემების პათოლოგიას.

სადღეისოდ უკვე ჩამოყალიბებულ კვლევით მიმართულებაში – ადდიქტოლოგიაში, ერთიანდებიან ყველა ის ეტიოლოგიური ფაქტორები, რომლებისთვისაც დამახასიათებელია მიჩვევისა და შემდეგ მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებ-

ულების გამომუშავება. მათ შორის პათოგენეტიკურ როლს თამაშობენ, ერთი მხრივ ქიმიური (ალკოჰოლური სასმელები, ნარკოტიკული პრეპარატები, ტოქსიკოლოგიური და ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტები, სხვადასხვა წებოები, საღებავები) და მეორე მხრივ არაქიმიური-აზარტული თამაშები ნებისმიერი სათამაშო და გასართობი ხერხებით, კომპიუტერული ტექნიკა და ინტერნეტი..

ადდიქტოლოგიური აშლილობის დებიუტისათვის В. Д. Менделевич-ის (2005) შეხედულებით აუცილებელია წინასწარგანწყობადი ფაქტორები: აზარტომანია და სხვა სახის ადდიქტიური აშლილობები, არაიშვიათად ვითარდებიან თავის ტვინის დაზიანებით განპირობებულ რეზიდუალურ ნიადაგზე, როდესაც პაციენტის პრემორბიდში სჭარბობს ჰიპერთიმიული, არამდგრადი და არამყარი ხაზები პიროვნების აქცენტუაციამდე (В.А. Солдаткин и А.О. Бухановский-2005) ამ თვალსაზრისით განიხილებიან შემდეგი ფაქტორები:

ა. გენეტიკური ფაქტორები

აზარტომანიაში და, საერთოდ, ქიმიურ და არაქიმიურ ადდიქტოლოგიაში უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს გენდერული (გენეტიკური) ფაქტორები (J.Lesiete r et al-1991; Blaek D.W. Moier J-1998). Короленко Ц.П. и Дмитриева Н.В.-2000. Менделевич В.Д.-2001, Ledgerwood D.M., Dovney K.K.-2002; Tavares S. et al-2003; Jbanez A., Blanco C., Moreira P., Zaiz-Ruiz Z.,-2003. Шемчук, Н. В., Ощевский, -2005, Постнов В.В. Дереча, В.А. 2006 и т.д.). ამასთან ერთად აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვაში გენდერული ფაქტორის მნიშვნელობა რჩება არასაკმაოდ შესწავლილ საკითხად Мартишева Т.С.-2006), Dahl A.A-ის (1985) მონაცემებით ეს შეფარდება 3:1-ია ქალების სასარგებლოდ 40 წლამდე ასაკში, შემდეგში უკვე გენდერული შეფარდება თანაბრდება 1:1.

მემკვიდრეობის როლი ყოველგვარი ენდოგენური დაავადებების წარმოშობა-განვითარებაში ეჭვს არ იწვევს. ამ შეხედუ-

ლებას უეჭველად ადასტურებს ის ფაქტი, რომ პრობანდის ოჯახებში თავს იყრიან იმავე დაავადების, მაგრამ სხვადასხვა სიხშირისა და სიმძიმის სიმპტომები, რაც დამოკიდებულია პრობანდთან ნათესაობის საფეხურზე.

ალკოჰოლურ სასმელებს, როგორც უკვე ვახსენეთ, ამა თუ იმ რაოდენობით ყველა სვამს, მაგრამ ყველა ლოთი არ ხდება. ამ საკითხს ბევრმა მკვლევარმა მიაქცია ყურადღება და აღმოჩნდა, რომ ლოთად ჩამოყალიბდება ის მსმელი, რომელსაც აქვს ლოთად გახდომის გენეტიკური მიდრეკილება. ნებისმიერი ინფექციური ეპიდემიის დროს არა ყველა წინასწარ აუცრელი ავადდება, მაგრამ ყველას უცრიან, რათა არავინ იცის ვის აქვს სწორედ იმ დაავადების მიმართ მიუღებლობა. ყოველ შემთხვევაში აცრით ყველა დაზღვეულია ქონდა თუ არა მას სწორედ ამ დაავადებისაგან დამცავი იმუნიტეტი. მსმელს, რომელსაც არ გააჩნიაა ლოთობისაგან დაცვის მექანიზმები ალკოჰოლის ამა თუ იმ რაოდენობის მიღება ანუ უფრო ხშირად დიდი რაოდენობის მიღება, დროის სხვადასხვა მონაკვეთში ხელს შეუწყობს ლოთობის ჩამოყალიბებას, როგორც ქიმიურ ნივთიერებაზე (ალკოჰოლურ სასმელებზე) განუწყვეტელი მოთხოვნილების ანუ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის (ანუ ადდიქციის) განვითარებას. მრავალრიცხოვანი კლინიკური გამოკვლევებია ჩატარებული მონოზიგოტურ და დიზიგოტურ ტყუპებში. M. Schuckit-მა (1995) დაარეგისტრირა მაღალი კონკორდანტობა ალკოჰოლის მიმართ, როგორც მონოზიგოტურ (70%), ისე დიზიგოტურ (40-50%) ტყუპებში.

ამრიგად, სრულიად დადასტურებულია (Иванец Н.Н. и Анохина И. П. 2002), რომ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ფორმირებაში ძირითად როლს თამაშობენ გენეტიკური ფაქტორები. Иванец Н.Н. Анохина И.П. и Стрелец Н.В. (1997)-მა შეისწავლეს ალკოჰოლიზმით დაავადებულებში ზოგიერთი გენის სტრუქტურული თავისებურება, რომლებიც მონაწილეობენ ნეიროტრანსმიტერ დოფამინის მიმოქცევაში. კერძოდ, დოფამინის ძირითადი გენის გასაღები ფერმენტის — A-თიროზინ-

ჰიდრიქსილაზას (TG), ძირითადი DA-რეცეპტორების (DDRd2 და Ad4) გენების, DA-სატრანსპორტო ცილის გენის (DAT) და, აგრეთვე, დოფამინის ფერმენტ – კატეხოლორთომეთილ ტრანსფერაზას (COMT) და DA-ბეტა-ჰიდრიქსილაზას ცილის გენების გარდაქმნის ფერმენტების გენების ცვალებადობა და მიუთითებენ, რომ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მემკვიდრეობით დატვირთული ჯგუფები განსხვავდებოდნენ ამ სენით დაუტვირთავ კონტინგენტისაგან, როგორც კლინიკურად ისე ექსპერიმენტული მონაცემებით. კერძოდ, პირველ ჯგუფში დაავადება იწყებოდა უფრო ადრე, მიმდინარეობდა უფრო მძიმედ და მკურნალობას ემორჩილებოდა შედარებით ძნელად. ამავე შემთხვევებში ყველა შესწავლილ გენებში აღნიშნეს დაზიანებების პოლიმორფიზმი განსაკუთრებით DRd2, DAT, KOMT და TT გენებში. ამრიგად, ხსენებული ავტორების მონაცემებით ალკოჰოლიზმის საფუძველი უნდა იყოს, დოფამინური სისტემის ერთ-ერთი გენის სტრუქტურული თავისებურება და დოფამინური ნეიროტრანსმიტერების გენების სტრუქტურული ცვლილებები.

ანალოგიური გამოკვლევებია ჩატარებული აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პაციენტებზე, ძირითადად დასავლეთ ევროპელი, იაპონელი და ჩრდილო ამერიკელი ავტორების მიერ. ამ მხრივ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გენდერულ თავისებურებას აზარტომანიურ ადდიქტიურ პროცესებში.

რუსულენოვან ფსიქიატრიაში გემბლინგის კლინიკო ფსიქოპათოლო გიური ეტიოპათოგენეტიკური, კლინიკური და თერაპიული პრობლემით დაინტერესებული ახალგაზრდული კოლექტივის А.О. Бухановский-ს ხელმძღვანელობით ჩატარებულ გამოკვლევაში (2008, 2009) 150 თემატური გემბლერიდან 117-ს (78%) ჰქონდა ალკოჰოლიზმით დატვირთვა, ნარკომანიით – 20 (13,3%), პათოლოგიური გემბლინგით – 15 (10%), შიზოფრენიით – 9 (6%), ეპილეფსიით – 8 (5,3%), პიროვნული აშლილობით – 7 (4,7%) და ბულიმიით – 3 (2%).

ისევე, როგორც ალკოჰოლური ადდიქციის დროს აზარტომანიის შემთხვევებშიაც შესწავლილ გენებში აღმოჩენილია პოლიმორფიზმი უპირატესად გენეტიკურად დატვირთულ შემთხვევებში. ცალკეულ ავადმყოფებში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა სტრუქტურულ გართულებებს.

პათოლოგიურ გემბლინგის (აზარტომანიის) განვითარებაში გენეტიკური ფაქტორის მნიშვნელობაზე მიუთითებენ Eisen S, Slutske W., Lyons S. et al-(2001). მათი აზრით, გენეტიკური თავისებურებანი პირველ რიგში აისახება ნეირომედიატორების თავისებურ მეტაბოლიზმში, რაც ქმნიდა პათოლოგიური აზარტომანიისადმი წინასწარგანწყობას ანუ განაპირობებს გარკვეულ რისკს, რომ განვითარდეს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება.

ავსტრალიელი მკვლევრები იუწყებიან, რომ ამ სახეობის განვითარებისადმი პათოლოგიური მიდრეკილება მემკვიდრეობით გადაეცემა შთამომავლობაში უფრო მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში, ქ. Kuislendi-ს სამედიცინო ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ გამოკითხულ 2700 ქალისა და 2000 მამაკაციდან, რომლებიც ავლენდნენ ამა თუ იმ ხარისხის მიდრეკილებას აზარტული თამაშებისადმი (ბანქოს, კომპიუტერის ან ინტერნეტის ON LINE-ისადმი) აღმოაჩინეს, რომ მათგან თითქმის ყველა მოხალისე იყო ამა თუ იმ ხარისხით მიდრეკილი და დაინტერესებული აზარტისეული სიამოვნების მიღებაში და, მაშასადამე, შესაძლებელია, რომ მათ უმრავლესობას დაემართოს ამ გატაცების გადაზრდა პათოლოგიურ დამოკიდებულებაში. ამ შემთხვევაშიაც აზარტული თამაშების მიმართ გატაცებული მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად ავლენენ მიდრეკილებას პათოლოგიური აზარტომანიისადმი, ვიდრე ქალები. მკვლევრების შეხედულებით მსგავსი გენდერული განსხვავება უნდა აიხსნას ფსიქოსოციალური ფაქტორებით.

ზემოთ აღნიშნული საკითხის შესწავლით გაირკვა, რომ ერთკვერცხიან ტყუპებში აზარტომანია ვითარდება ორჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ორკვერცხიან ტყუპებში, რაც უკვე მიუთითებს გენეტიკურ ფაქტორების მნიშვნელობაზე აზარტო-

მანიის განვითარებაში, რაც მთავარია მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ ამ დაავადების გენეზისში მონაწილეობენ არაერთი რომელიმე, არამედ რამდენიმე ნაირსახეობის გენების ერთობლიობა.

აზარტულ თამაშებისადმი პათოლოგიურად მიდრეკილ პიროვნებათა გენეტიკურ საფუძვლებში ცხადია ჩართულია დოფამინის ოთხივე ნაირსახეობა 1, 2, 3, 4 (D.E. Comings-1998). გამოთქმულია ვარაუდი, რომ აღნიშნულ გენებს შესაძლებელია ჰქონდათ ზოგადად სურვილების აღსრულებასთან მიჩვევის ფუნქცია, ე.ი. აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვების საფუძვლად შესაძლებელია ივარაუდებოდეს პოლიგენური მემკვიდრეობითი ფაქტორები, ჩართულები აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ქცევების რეალიზების პროცესებში Di Ciara G., Imperento A. (1988); Wite R.A., Rompre P.P. (1989) D.E. Comings (1998). იქ, სადაც სახეზეა ე.წ."ჰიპერაქტივობა და ყურადღების დეფიციტის" პათოლოგია ხელს შეუწყობს იმპულსური ქცევის კონტროლის მოშლის შესაძლებლობას. მათ შორის ცხადია აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვის განვითარებას (Comings D.E. et al-1984). ამრიგად აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვითი აშლილობა უახლოვდება იმპულსურ, მიჩვევით და კომპულსურ ქცევების საფუძველში მყოფ პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებს და წარმოადგენენ ზოგად გენეტიკურ მონათესავე ელემენტებს (Comings D.E (1998) ამ ავტორის შეხედულებით აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვითი აშლილობის ძალა უახლოვდება იმპულსური ხასიათის მიჩვევას და კომპულსური ქცევების საფუძველზე არსებულ პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებს. ისინი წარმოადგენენ ზოგად გენეტიკურ მონათესავე მექანიზმების მქონე დაავადებებს დაკავშირებულს მთელ რიგ, როგორც ენდოგენურ, ისე ეგზოგენურ ტოქსიკური ფაქტორების მიღებასთან, ცხადია, მხედველობაშია ალკოჰოლური და ნარკოტიკულ-ტოქსიკომანიური აგენტები. ყველა მათგანი უნდა თამაშობდნენ მეტნაკლებ როლს იმპულსური ქცევებისადმი კონტროლის უნარის მოშ-

ლაში და, ცხადია, აზარტული თამაშებისადმი გააზრებული კონტროლის სრულ მოსპობაში. აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვის განვითარება წარმოადგენს ზოგად გენეტიკურად მონათესავე მოვლენას.

შესაძლებელად მიგვაჩნია აქვე იქნას განხილული, როგორც მონათესავე მექანიზმების მქონე დაავადებანი — ტოქსიკომანიები, სექსუალური, იმპულსური დარღვევები და ტურეტის სინდრომი, რომელნიც ადრე განიხილებოდნენ ორგანულ ფონზე განვითარებულ აფექტური სპექტრის აშლილობად, ხოლო ბოლო ხანებში უფრო ვიწრო ოფსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობის მონათესავე პათოლოგიად.

Carrasco J. (1998)-ს შეხედულებით, მრავალფეროვან იმპულსურ მოქმედებებში მნიშვნელოვანი როლს უნდა ასრულებდნენ სეროტონინერგიული მექანიზმების პათოლოგიური ცვლილებები. Banki C.M. Arato M.; Papp Z.; Kurz M.et al 1984); Brown G., Ebert M., Goier P. et al (1982) მიუთითებენ რომ, მრავალ იმპულსურ და ძალადობით პათოლოგიაში მნიშვნელოვანი როლი აქვს სეროტონინერგიულ მექანიზმების პათოლოგიას. Banki C.M. et al (1984); Brown G. et al (1982); Comings D.E. (1998) და სხვების მონაცემებით სეროტონინის მოქმედების მექანიზმებში ჩართულია ორი პოლიმორფული ალელი, რომელნიც იდენტიფიცირებულია ტრიპტოფან 2,3 დიოქსიგენეზის გენთან (TD-O2).

Comings D.E. et al (1984, 1996, 2001) დაადგინეს, რომ პიროვნების იმპულსური ჩვევების დარღვევის მექანიზმებში მონაწილეობს ორი ალელიდან მხოლოდ ერთი. საკონტროლოსთან შედარებით და აღნიშნული დეფიციტი გვექნებოდა აზარტომანიის, ტურეტის დაავადების და ე.წ. აბსტინენტოტროპულ პიროვნებებში, იმის მიუხედავად, რომ ვერ იქნა დადგენილი ამ ორი ალელის სიხშირის ზრდა აზარტომანებში, ვარაუდობენ, რომ ერთ-ერთი გენი უნდა იყოს პასუხისმგებელი იმ პოლიგენურ ერთობლიობაზე, რომელიც უკავშირდება აზარტულობას.

დადგენილია კავშირი აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებასა და სეროტონინის გადამტანი გენის პოლიმორფიზმს შორის. აგრეთვე მონოამინოქსიდაზის A-გენს შორის (Jbanes A. et al 2003). მთელ რიგ გამოკვლევებში, რომლებიც ტარდება National Gambling Jmpact Study omission-ში 1999 წლიდან დადგენილია (Toneatto T. Brennan J. 2002), რომ აზარტომანიით შეპყრობილების მშობლების უმრავლესობა აღმოჩნდა იმავე აზარტომანიით დაავადებულები. ამასთან დაკავშირებით საინტერესოდ მიგვაჩნია Slutke W., Eisen S., Trrue W.R. et al (2000) გამოკვლევები, რომელმაც უჩვენა, რომ აზარტულ თამაშებისადმი პათოლოგიურად დამოკიდებულების მქონე პიროვნების ოჯახებში გროვდებიან ასევე აზარტულ თამაშებზე ან, საერთოდ, ზოგიერთ ქიმიურ ნივთიერებებზე პათოლოგიურ დამოკიდებულების მქონე წევრები, რაც მათი აზრით, მიუთითებს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური ლტოლვის გამომუშავებაში მემკვიდრეობითი ფაქტორის უდიდეს მნიშვნელობაზე. ხსენებული ავტორები 3359 ტყუპის შესწავლით მივიდნენ დასკვნამდე, რომ არსებობს გარკვეული კონტინიუმი, რომელიც განაპირობებს ბუინგის კომორბიდულ ურთიერთობას ქცევების ნაირფეროვან აშლილობებთან, პიროვნების ანტისოციალურ ქცევებთან, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკულ ნივთიერებებთან პათოლოგიურ დამოკიდებულებასთან და ა. შ. მსგავსი დაავადების განვითარება ნაწილობრივ აიხსნება ჯანმრთელი და პათოლოგიური გენების თანაარსებობით, რომლებიც ახდენენ ზეგავლენას აზარტომანიის განვითარებაზე.

ესპანელი ფსიქიატრები Jbanez A. et al. (2003) თავიანთი გამოკვლევების საფუძველზე მიუთითებენ, რომ პათოლოგიური გემბლინგი თუნდაც ნაწილობრივ განისაზღვრება გენეტიკური ფაქტორებით, რასაც ადასტურებენ მოლეკულური გენეტიკის კვლევის მონაცემები. ე.წ. გენის ნეირომედიატორული სისტემების მოქმედებაში და მონაწილეობენ გემბლინგის ფორმირებაში (Perez de Castro J. Ibanec A. et al 1997) ამერიკელი გენეტიკოსების გამოკვლევები (Comings D.E., Rozental R.J. et

al 1996, 2001), რომლებიც სწავლობდნენ 31 გენის პოლიმორფიზმს DA-ნორადრენალინურ და გამკ-ის გადაცემაში. ყველაზე მეტი ცვლილებები გამოვლენილი იქნა გენოტიპურობის დროს. გენების ცვლილებები, რომლებიც კავშირში არიან დოფამინთან, სეროტონინთან და ნორადრენალინთან ერთად და შეადგენენ დაახლოებით ერთნაირ რისკს პათოლოგიურ აზარტომანიის წარმოშობისათვის. ამრიგად არსებობს მთელი რიგი გამოკვლევები და მათი ინტერპრეტირების შედეგად გამოთქმული მოსაზრებები, რომ აზარტული თამაშების შედეგად განვითარებულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას შორის არსებობს მჭიდრო ურთიერთობა (Kaye W. 1998). კერძოდ ამ ურთიერთობის სპეციალურად შემსწავლელი ავტორების (Vitaro F., Arseneault M.A. and Trembley Ph.D. 1997) და სხვების მიერ მიღებული შედეგები მიუთითებენ, რომ არსებობს მონაცემები, რომელიც ადასტურებს გარკვეულ ურთიერთდამოკიდებულებას ადრეულ ასაკის იმპულსურობასა და უფრო მოგვიანებული ასაკის აზარტომანიულ დაავადებას შორის, და, რომ აზარტულობა წარმოადგენს, იმპულსურობის ცენტრალური კონტროლის დეფიციტის შედეგს. პათოლოგიური აზარტულობა კი მიუთითებს იმპულსებზე კონტროლის დეფიციტზე ე.ი. პათოლოგიური აზარტულობის მქონე პიროვნებებს ახასიათებთ დაბალი დონის იმპულსურობის კონტროლი Carlton P.L.,Manowitz P-1987;Rugle L.,Melamed L.-1993; Cas tellani B., Rugle L.-1995 გამოკვლევებმა დაადგინეს, რომ ვისაც აღენიშნებოდა იმპულსურობის კონტროლის სისუსტე, მოზრდილ ასაკში აღმოაჩნდათ მიდრეკილება აზარტული თამაშებისადმი.

ბ. ფსიქოლოგიური და პიროვნული ფაქტორები

აზარტული თამაშების (პათოლოგიური გემბლინგი) და განიადაგებული ქეიფების ჩვევა უპირატესად გვხვდება მამაკაცებში, ხოლო სავაჭრო დაწესებულებებში გაუთავებელი ხეტიალისა და, ხშირად, არასაჭირო საყიდლებში ფულის ფანტვის გადაულახავი ლტოლვა უპირატესად მანდილოს-

ნებში, აგრეთვე, მასთან ერთად ზოგიერთი სხვა ახირებული ქცევების ან ჩვევის ფსიქოლოგიური ანალიზი მეტად ძნელია და რაც შეეხება მიზეზებს, რომლებიც ადდიქციური ქცევების გამომუშავების საფუძველი შეიძლება იყოს, მათი დადგენა ასევე გაძნელებულია, რადგან მრავალ, როგორც შინაგან, ისე გარეგან ფაქტორებზეა დამოკიდებული (Dickerson M., Baron E. 2000).

Короленко Ц.П. (1991) მივიდა დასკვნამდე, რომ ადდიქტიური პროცესების ფორმირების დაწყება ხდება უპირატესად ემოციურ დონეზე. იმისთვის, რომ განვითარდეს ადდიქციური მდგომარეობა სხვადასხვა, როგორც ქიმიურ, ისე არაქიმიურ ფაქტორებზე, ეს ფაქტორები უნდა უზრუნველყოფდნენ ადამიანის მისწრაფებას უეჭველად სასიამოვნო ფსიქოლოგიური კომფორტისადმი. ირკვევა, რომ ჩვეულებრივ ყოფით პირობებში ფსიქოლოგიური კომფორტის მიღწევა შესაძლებელი ხდება სრულიად სხვადასხვა გზით: ზოგჯერ რაიმე დასახული მიზნის წინ დაბრკოლების გადალახვით; სხვა ადამიანის მიმართ რაიმე მნიშვნელოვანი დახმარების გაწევით; შემოქმედებით მუშაობაში რაიმე ღირსშესანიშნავი წარმატების მიღწევით; წარმოსახვით საოცნებო სამყაროში გადასვლით და ა.შ.

ადდიქციის ფორმირება დამოკიდებულია ფსიქოლოგიური კომფორტის მისაღწევ დომინანტურ ფაქტორზე. მათი ზემოქმედებით ფსიქოლოგიური კომფორტის გამომწვევი სხვა დანარჩენები გადაინაცვლებენ უკანა პლანზე, გამოიყენებიან იშვიათად ან, საერთოდ, კარგავენ თავის მნიშვნელობას უკვე დომინანტური ფაქტორის სასარგებლოდ. ამ პროცესს ზემოთ ხსენებული ავტორები უწოდებენ „ემოციური კომფორტის კონვერგენციას“. ამ დროს მკვეთრად იზღუდება, (ცხადია დომინანტურის გარდა) ფსიქოლოგიური კომფორტის მისაღწევი სხვა ხერხები. ადდიქტიური კომფორტის გამომწვევის დომინირებული აქტუალობა ხელს უშლის კრიტიკული შეხედულების გამომუშავევებას, ხოლო თვითონ ადდიქტი ცდილობს იპოვოს თავისი ქცევის გასამართლებლად, როგორც თავისთვის, ისე გარშემომყოფთათვის ლოგიკურად მისაღები

გამოსავალი. ადდიქტიურ ქცევებს შორის ინტერვალებში ვითარდება დაუკმაყოფილებლობისა და, ცხადია, უკიდურესი დისკომფორტის განცდა, რაც აუცილებელს ხდის მოახდინოს აღძრული მიზიდულობის რეალიზება. ამ პროცესში ადდიქტი, როგორც წესი წააგებს და ამას მოყვება საკუთარი სურვილებისა და ქცევებით დაუკმაყოფილებლობის განცდა, რასაც საბოლოოდ მოსდევს ადდიქტის თვითშეფასების უნარის დაქვეითება, უმართებულო ქცევისადმი სირცხვილის განცდა და საკუთარი პიროვნების არასრულღირებულოვანობის წარმოდგენა დაახლოებით ისე, როგორც ეს არის აღწერილი Б.С. Братус-ის (1988) გამოკვლევაში ალკოჰოლური სასმელებისადმი განიადაგებული ლტოლვის საკითხების შესწავლისას. მანვე მოაწოდა თავისი კონცეფცია ალკოჰოლიზმის ილუზორულ-კომპენსატორული მოქმედების შესახებ. ამ ავტორით ალკოჰოლი, მოქმედებს, რა თავისებური, თუნდაც პათოლოგიურ ადაპტოგენის სახით ქმნის ილუზორულ ყოფას და პიროვნულ კეთილდღეობას. დაახლოებით ანალოგიურ ილუზორულ წარმოდგენებს ავითარებენ აზარტული თამაშების პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნებები (Малигин В.Л. и Циганков Б.Д. 2005), რომლებიც აზარტულ თამაშებში კვლავ და კვლავ ჩართვის მოტივად ადგენენ ოცნებას მოგების შედეგად „უფრო უზრუნველი და ნათელ ცხოვრებაზე“, რომელიც თითქოს გარანტირებული აქვს მოთამაშეს. ყოველ შემთხვევაში ეს იქნება ფსიქოლოგიური დაცვითი რეაქცია გამოვლენილი „ილუზორულ-კომპენსატორული ქცევით“.

დადგენილია, რომ არსებობენ მთელი რიგი საერთო ნიშნები, რომლებიც ახასიათებთ ალკოჰოლური სასმელებით, ნარკოტიკული პრეპარატებით და აზარტული თამაშებით გატაცებულ ადამიანებს. პირველ რიგში ეს არის ქცევების და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაში თვითკონტროლის და თავშეკავების განხორციელების სისუსტე. პოტენციურად მავნე ფაქტორების ზემოქმედებაზე სუსტი გამძლეობა, ყოფითი დაბრკოლებების გადალახვაში ნაკლები სიმყარე, ემოციური მერყეობა, მიდრეკილება არა ადეკვატურ და უპასუხისმგებლო

ქცევებისადმი. მათ არ ძალუძთ იპოვონ პროდუქტიული გამოსავალი ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციიდან. გემბლინგის პრობლემით დაინტერესებული ავტორების მოყვანილი მახასიათებლები იძლევიან საშუალებას საკუთარ მასალაზედაც დავადასტუროთ თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს „მოსაზღვრე ფსიქონერვულ აშლილობების“ განვითარებაში პრემორბიდული პიროვნების თავისებურებებს.

ფსიქოლოგიური მზაობის უქონლობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისმიერი სიამოვნების განცდის უარმყოფელი გადაწყვეტილების მიუღებლობა და ნარკომანიის როგორც უმძიმესი ფსიქიკური დაავადების შეძენის პერსპექტივა, ბევრად არ განსხვავდება ახალგაზრდის აზარტული თამაშებისადმი ზელირებულოვანი გატაცებისაგან. იმავე თვისებებისაგან ქრონიკული ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიისმიერი მახასიათებლებისაგან.

შედარებით ნაკლებად არის გამოკვლეული თუ რა ძირითადი და უფრო ხშირი მიზეზის გამოა მოტივირებული აზარტული თამაშებით გატაცება და მათ მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულება. ცხადია, რომ უფრო ხშირად მოტივირებულია სიამოვნების მიღება (92%), სურვილი, რომ მოიგონ ფული, რომელიც ჭირდება (87%), ზოგჯერ უფრო მოგვიანებულ ეტაპებზე ხშირი წაგებებით განპირობებული დაძაბულობის შესამსუბუქებლად (Rotter J.-2004)და ა.შ.

აზარტული თამაშების ლეგალიზებამ და სათამაშო ინდუსტრიის უკიდეგანო და ზღვარგადასულმა ზრდამ რუსეთში და ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში ხელი შეუწყო არა მხოლოდ მოზრდილი ასაკის მამაკაცებისა და მანდილოსნების, არამედ მოსწავლე-ახალგაზრდობის დესოციალიზაციას და ეკონომიკურ დაზარალებას. სულ უფრო სწრაფად განსაკუთრებულ სახეს იღებს გადაულახავი ლტოლვა სხვადასხვა აზარტული თამაშებისადმი. ამას ხელს უწყობს ახალგაზრდობის დაუსაქმელობა და სწავლაში ჩამორჩენილობა მომთხოვნებლობის დაქვეითების გამო, ყოველივე მითითებული, როგორც აღნიშნავს Галькин К.Ю. (2005) იღებს აკვიატებულ ხასიათს.

ახალგაზრდა, რომელიც ხვდება ექიმთან სამკურნალოდ აღნიშნავს ხშირად, რომ სათამაშო სიტუაციაში მას დაეწყო თანდათან მატებადი შინაგანი დაძაბულობის განცდა და ამ დროს მისი გადაულახავი სურვილის შესრულების შემდეგ შეგრძნება თითქოს ეცვლება ცნობიერება, რომელიც პაციენტის აღწერილობით მოგვაგონებს ილუზორულ-კომპენსატორულ მდგომარეობას. თითქმის ყველა პაციენტი აღნიშნავს, რომ მათ აღეძრებათ სურვილი, როგორმე გათავისუფლდნენ დაძაბულობისაგან, კვლავ ჩაერთონ თამაშებში და მოიხსნან შფოთვა და მოუსვენრობა მოგების იმედის აღსრულებით.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებაში ანუ ამ კატეგორიის ადდიქციური ქცევების ფორმირებაში მნიშვნელოვან მონაწილეობას იღებს პრემორბიდული პიროვნების ქარაქტეროლოგიური თავისებურება, რაც გამოვლინდება სხვა პარამეტრებთან ერთად იმპულსების კონტროლის ხარისხის დაქვეითებაში. გამონაკლისის გარდა, ყველა პიროვნება იღებს ალკოჰოლს ღვინის სახით, არამარტო დროგამოშვებით და როგორც სადღესასწაულო სიტუაციებში, არამედ ყოველდღიურად. განსაკუთრებით მევენახეობით და მეღვინეობით განვითარებული ქვეყნების მაცხოვრებლები და მათ რიცხვში საქართველოში შედარებით ნაკლებად (5-7 გრადუსი ალკოჰოლის შემცველ ე.წ. „სახარჯო" ღვინის, წყლის მაგივრად იყენებენ ყოველდღიურად წყურვილის დასაკმაყოფილებლად). ცხადია, ამ შემთხვევებში ალკოჰოლისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება არ განვითარდება.

სომატიური ხასიათის ტკივილის დასაყუჩებლად ფართოდ გამოიყენებიან ანალგეზიური, ძილისმომგვრელი და შფოთვის საწინააღმდეგო და, ზოგჯერ, ე.წ. ნარკოტიკული მედიკამენტები, მაგრამ ყველა ასეთი პიროვნება არ ხდება ლოთი, ნარკომანი ან ტოქსიკომანი. ამ თვალსაზრისით ყველა მათგანის, მხოლოდ 1-3% თუ განავითარებს ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს, ნარკომანიას, ტოქსიკომანიას. მოსახლეობის დანარჩენი 97-99% დროულად და ადვილად აღკვეთავს ამგვარი ნივთიერების მიღებას და თავისუფლდება მათ მიმართ

მიჩვევისა და პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებისაგან. იგივე მექანიზმები უძევს საფუძვლად აზარტული თამაშებით, კომპიუტერულ და ინტერნეტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას. ცხადია, ყველა ვინც ითამაშებს ბანქოს, ჩაებმება კომპიუტერულ თამაშებში ან შეიჭრება ინტერნეტის ვირტუალურ ლაბირინთებში მისთვის სისხლხორცეულად საინტერესო და ემოციურად უსაზღვროდ სასიამოვნო ფაილებში, არ გახდება აზარტომანი. ამ შემთხვევებშიაც ყველა მათგანის მხოლოდ 1,5-2%-ს ემუქრება მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავების პერსპექტივა.

ამრიგად, აზარტომანებად არ იბადებიან, ისინი მხოლოდ ცხოვრებაში გახდებიან აზარტომანები, კომპიუტერომანები ან ინტერნეტომანები. ხშირად ხდება, რომ ოჯახის რომელიმე წევრი საღამოობით ხშირად გადის სახლიდან და იკარგება. როდესაც მოიძიებენ იგი აღმოჩნდება რომელიმე სათამაშო დაწესებულებაში – კაზინოში, ტოტალიზატორში ან კომპიუტერისა და ინტერნეტის საშუალებით ვირტუალურ სამყაროში შეჭრისა და მისთვის სასიამოვნო განცდების აღმძვრელ სიუჟეტებში თავდავიწყებით გადანაცვლების მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად. ყოველგვარი ცდა, როგორმე დავაჯეროთ პიროვნება, რომ თავი შეიკავოს იქ სიარულისაგან მისი ჯანსაღ გზაზე დაყენების მიზნით, დადებით ეფექტს არ იძლევა. იგი ჩვეულებრივ დაეთანხმება ახლობლის ან ექიმის რჩევას, მაგრამ როგორც წესი საღამოს კვლავ გაიპარება სახლიდან და აღმოჩნდება სათამაშო დარბაზში. უკვე ჩართული აზარტულ თამაშებში ან მზადყოფნაში სათამაშოდ.

მსგავსს სუბიექტებთან ურთიერთობით აღმოჩნდება, რომ იგი იმყოფება ნათელ ცნობიერებაში, ორიენტირებული დროში. ადგილში და კონკრეტულ სივრცეშიაც, მაგრამ იგი მაინც ავადმყოფია და სჭირს „ფსიქიკური ინფექცია,“ რომელიც იმის მიუხედავად, რომ აქამდე ფარულად შეიძინა მემკვიდრეობით აზარტომანიისადმი გენეტიკურად განპირობებული მიდრეკილებით.

მაშასადამე, მას როგორც ამ დაავადებისადმი მიდრეკილების მქონეს იგი შეეყრება ხელისშემწყობ პირობებში, პიროვნებას მძიმე დაავადების სახით, რომელიც მკურნალობას მეტად ძნელად ემორჩილება. საერთოდ, ადამიანები ქარაქტეროლოგიური თავისებურების მიხედვით იყოფიან 2 ნაწილად-ექსტრავერტებად და ინტრავერტებად. ექსტრავერტები წარმოადგენენ პიროვნებებს, რომელნიც ყველაფერს კარგსაც და ცუდსაც ხსნიან ბედის წერით, იღბლით, რომელიც დამოკიდებულია არა საკუთარ თავზე, არამედ ბედისწერაზე. მაშინ, როდესაც ინტრავერტები, პირიქით იმედოვნებენ მხოლოდ საკუთარ თავზე. ისინი ყოველთვის ფიქრობენ თუ მათზე რა არის დამოკიდებული, თვითონ რა შეუძლიათ რომ საქმე შეაბრუნონ საკუთარი თავისკენ და არ ელოდებიან ბედის საჩუქარს, როგორც ექსტრავერტები/აზარტომანები ძირითადად არიან ექსტრავერტები, ანუ ექსტერნალების კლასიკური შემთხვევები, მათთვის დამახასიათებელია ინფანტილურობა, გულუბყვრილობა. რაც შეეხება ინტერნალებს, ისინი უპირველესად ინტელექტუალები, აბსტრაქტულად მოაზროვნე პიროვნებებია, რომლებიც წარმოადგენენ კომპიუტერომანიისა და ინტერნეტომანიის ძირითად კონტინგენტს. საერთოდ კი ცნობილია, რომ აზარტულ თამაშებს უფრო ეჩვევიან ნაკლებად მაღალი ინტელექტის მქონე პიროვნებები. თუმცა არ არის გამორიცხული, რომ მაღალი ინტელექტის მქონე პიროვნებაც დაინტერესდეს და ჩაებას აზარტულ თამაშებში. ცნობილია, რომ პიროვნებები, რომლებსაც აქვთ პრობლემები ნერვულ და ფსიქიკურ სფეროებში ავლენენ მიდრეკილებას არაქიმიური ნივთიერებების მიერ პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებისადმი. ამ თვალსაზრისით ხშირია ეპილეფსიით, ფსიქოპათიით და ქიმიურ აგენტებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პაციენტები.

Мавани Д.Ч.-მ (2008) პათოლოგიური გემბლინგით დაავადებული 150 პაციენტიდან უმრავლესობის პრემორბიდი შეაფასა, როგორც ჰიპერთიმიური ან აგზნებადი ტიპის ფსიქოპათიური პიროვნება. Мизерене Р., Мальчикова Е.А

и Советная Н.В. (2007) თავიანთ გამოკვლევაში ამახვილებენ ყურადღებას, რომ აზარტომანებს ახასიათებთ მიდრეკილება აგრესიისადმი, გარემოსთან შეგუების სურვილთან ერთად. ისინი ამჟღავნებენ მიდრეკილებას დაეხმარონ გაჭირვებაში მყოფ ადამიანებს, ამგვარი განსხვავებული მახასიათებლების ერთდროულად გამოვლენა, როგორც ჩანს ასახავს ორივე განსხვავებული ფორმის დამოკიდებულების ერთობლიობას, რაც გამოვლინდება პათოლოგიურ დამოკიდებულებაში აზარტული თამაშისა და ადამიანებისადმი. გემბლერებს ახასიათებთ აწეული სოციალური ამთვისებლობა პიროვნებათაშორის დამოკიდებულებაში და აგრეთვე, მიდრეკილებაში შფოთვითი დარღვევებისადმი.

რუსულენოვანი ფსიქიატრების (Личко А.Е. 1985; და Папирин В.Д. 2005) გამოკვლევებში ილუსტრირებულია, რომ ადდიქციური ქცევები უფრო ხშირად ემართებათ ისეთ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ხასიათის ანომალიები. ამასთან ერთად Личко А.Е. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს ხასიათის არასიმყარეს, ეპილეპტოიდურობას და კონფორმულობას, სხვები მაგალითად, Папирин В.Д. (2005); ჰიპერთიმიულობას და ისტეროიდულ ხაზებს ხასიათში. აზარტული თამაშების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნებებს შორის აღმოჩნდებიან აგრეთვე ე.წ.ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების მქონე პიროვნებები, რომლებსაც აღენიშნებათ თანდაყოლილი დისგენეზიები (Брухановский А.О.-2002); სხვა მრავალი ავტორი (Менделевич В.Д.-2001; Постнов В.В и Дереча В.А-2006; BBleck D.W,, Mayer T.-1998 ;Jvanez N, BlancoC., Mereryra P. Saiz J.-2003; Ledgerwood D.M.,Downey R.R.,-2002; Lezieur H.R., Blume S.B.-1991:Tavares H., Martius S.S.,Lobo D.S et al-2003 და სხვები აღნიშნავენ მნიშვნელოვან გენდერულ განსხვავებას გემბლინგის ჩამოყალიბებასა და მათ პასუხებზე სამკურნალო ღონისძიებებზე, რომელზეც ჩვენ უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით პათოლოგიური გემბლინგის კლინიკო ფსიქოპათოლოგიური თავისებურების განხილვისას.

საზღვარგარეთელი მკვლევრები ადასტურებენ, რომ არსებობენ მთელი რიგი საერთო ხაზები, რომლებიც ახასიათებს ალკოჰოლიზმით და ნარკომანიით დაავადებულებს, კერძოდ, მოთხოვნილებებისა და იმპულსიებისადმი თვითკონტროლის სუსტი განვითარება, თვითდისციპლინის დაბალი სიმტკიცე, ყოველგვარი არაკეთილსაიმედო ზემოქმედებაზე უუნარობა გადალახონ დაბრკოლება, ემოციური მერყეობა, მიდრეკილება არაადეკვატურად რეაგირებდეს ფლუსტრირებად მდგომარეობაზე. უუნარობა იპოვოს პროდუქტიული გამოსავალი ფსიქომატრავმირებელ სიტუაციიდან.

ფსიქოლოგიური მზაობის არარსებობა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებების მიღების მიმართ, ზელირებულოვანი გატაცება აზარტული თამაშებისადმი, მსგავს პერსონაში, მათ მიერ ადამიანის ორგანიზმზე შესაძლებელი უარყოფითი ზემოქმედების შესახებ კომპეტენტური ინფორმაციის უქონლობას განსაკუთრებით მოზარდებში შეუძლია განაპირობოს მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულება, რომელიც უმრავლეს შემთხვევაში იღებს ქრონიკულად მიმდინარე და ძნელად მორჩენად ფსიქიკურ დაავადების სახეს. ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მეოთხე გადასინჯვის DSM-!V-TR შემუშავების დროს გათვალისწინებული იქნა აზარტული თამაშების პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნების კვლევის პროცესში მიღებული მონაცემები, მიუთითებენ, რომ ამ ურთიერთობაში დიდ როლს თამაშობს იმპულსური მოქმედების კონტროლის უკმარისობა (Carlton P.L., Manowitz P. 1987; Rugle I., Melamed I-1993; Castelani B., Rugle I.-1995) ამ შეხედულების გადამოწმებისათვის კანადელმა ფსიქიატრებმა Vitaro F., Arseneault M.A., and Tremblay Ph.D.-(1997) გამოიკვლიეს ქ. მონრეალის რამდენიმე სკოლის კავკასიური წარმომავლობის ფრანგულენაზე მოლაპარაკე 53 საშუალო სკოლის 754 მოწაფე მოზარდი ვაჟი, რომლებშიაც იკვლევდენ აზარტულობისა და იმპულსურობის კონტროლის მაჩვენებლებს, სპეციალურად ამ მიზნით შედგენილ კითხვარისა და სკალების დახმარებით

(Winters K.C., Stinfilds R.D., Fulkerson J. 1993) ამ გამოკვლევებმა დაადასტურეს კლინიკური დაკვირვებების მონაცემები ადრეულ ასაკში იმპულსურობის კავშირი. მოგვიანებულ ასაკში გამოვლინებულ აზარტულობასთან. ხოლო ზრდასრულ ასაკში ჩამოყალიბებულ პათოლოგიური აზარტული დამოკიდებულების კავშირი იმპულსიების კონტროლის სისუსტესთან. აქედან უნდა იქნას გამოტანილი დასკვნა, რომ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან მონაწილეობას იღებს პრემორბიდული პიროვნებისათვის დამახასიათებელი იმპულსებისა და სურვილების მაკონტროლირებელი მექანიზმების სისუსტე.

Заицев В. В.-ის (2000, 2003) შეხედულებით აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება (გემბლინგი) მიეკუთვნება პიროვნების დევიანტურ ქცევის ადდიქტიურ ფორმას. იგი გამოვლინდება ფსიქიკურ აშლილობაში, რომლის დროსაც მოთამაშეს ყურადღება მუდმივად აქვს ფიქსირებული სათამაშო მოქმედებაზე. იგი შეტანილია МКБ-10-ში, როგორც „ჩვევებისა და მიზიდულობების აშლილობის ნაირსახეობა.“ კოდირებულია – F63.0–თ და მოტივირებულია მოიპოვოს „მსუბუქი ფული“. იგი მიეკუთვნება ისეთ სოციალურ ჯგუფს, რომელიც ესწრაფის განერიდოს რეალობას და დრო გაატაროს ემოციურად გაჟღენთილ სიტუაციაში. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მიზანშეწონილია გავარჩიოთ ცნება აზარტული თამაშებით გართობა და გემბლინგი, რომელიც ფორმირდება, როგორც ასეთი მოქმედებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება. მისი არსი ისაა, რომ აზარტული თამაში ხდება თვითმიზანი და არა მატერიალური კეთილდღეობის საშუალება. ამასთან ერთად ირღვევა პიროვნების მთლიანობა და ხდება განსვლა ცალკე სფეროში, რომელიც პიროვნებას ააცდენს, როგორც საკუთარ თავთან ისე საზოგადოებასთან ურთიერთობაში ჰარმონიულ დამოკიდებულებისაკენ მისაღწევ გზას.

მიგვაჩნია, რომ მოყვანილი ექსპერიმენტულ-ფსიქოფიზიოლოგიური მონაცემები ეხმიანებიან ქ. დონის როსტოვის სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიული კლინიკის გამგის

პროფესორ А.О.Бухановский-ს შეხედულებას, როდესაც პათოლოგიურ აზარტულ დამოკიდებულებას განიხილავს, როგორც იმპულსურ (კლეპტომანია, პირომანია, დრომომანია) და ასევე მეტად გაცხოველებულ და მოჭარბებულ იმპულსურ სექსუალურ (პედოფილია. ნეკროფილია, ტრანსვესტიზმის, ექსჰიბიციონიზმის და სხვა სახის პარაფილიები) მოქმედებებს, მსგავსი ზეიმპულსური მოქმედებები ხორციელდებიან სწორედ იმპულსურობის კონტროლის ნაკლებობის შედეგად. ამასთან ერთად, როგორც ფსიქოპათოლოგიური ისე ნეიროფიზიოლოგიური თავისებურებებით ავლენენ ე.წ. „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის“ შემადგემლობაში გაერთიანებული ავადმყოფური ფორმები. წინამდებარე აშლილობაც სწორედ შეგვაქვს „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებების“ ერთიან მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების შემადგენლობაში.

იმპულსურობას განაპირობებს სურვილი განიცადოს სანატრელი სიამოვნება, სიხარული, ხოლო კომპულსურობას სურვილი, რათა სუბიექტმა დააღწიოს თავი აღძრულ აგზნებას და აუტანელ დისკომფორტს. ორივე სახის აშლილობას ახასიათებს თითქმის სრული უძლურება, რომ პიროვნება შეეგბრძოლოს ან მოახდინოს მისი კონტროლი, რათა აარიდოს თავი მის განმეორებას.

Бухановская О.А. (2003) აღნიშნავს, რომ აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების დაავადების განვითარების ლატენტურ ეტაპზე, იმპრიტინგის შემდეგ ან სწავლების პროცესში აღმოცენდება მოგონება იმპრიტინგული სიტუაციის განმეორებითი განცდების დროს მიღებული სიამოვნების შესახებ, რომლებიც ხასიათდებიან ხატოვანი, ცოცხალი, ნათელი და ზუსტ დეტალებში წარმოდგენილი ფსიქიკური განცდების მოგონებებში, რომლებიც თითქმის იგივეა, რაც პაციენტმა განიცადა იმპრიტინგულ სიტუაციაში. მათთვის დამახასიათებელია ცალკეული ეპიზოდების არარეგულარული განმეორადობა. ამის შემდეგ წარმოიშობა აკვიატებული რემინისცენციები-მოგონებები, რომლებიც იღებენ აკვიატებულ ხასიათს, ქრება მათი ნებისმიერობა, იღებს გარკვეული ხარისხის იძულები-

თობას და პროვოკაციულობის ხასიათს ანუ სიტუაციისაგან და ფსიქიკური მდგომარეობისაგან დამოკიდებულებას. ასეთი ეპიზოდები მეორდებიან რეგულარულად, შემდეგ გამოჩნდება აკვიატებული წარმოსახვები, განცდების არანებაყოფლობითი გამწვავება გაუცხოების გარეშე. შემდეგში გამოვლინდებიან ობსესური ფანტაზიები, რომლების შინაარსში აისახებიან არა მოგონებების, არამედ პაციენტის მიერ შეთხზულ ფაბულების სახით. ამით მთავრდება დამოკიდებულების, როგორც დაავადების ინიციალური ეტაპი. შებდეგ ამავე ავტორის მიხედვით, დეზადაპტაციური ანომალური ქცევის გარეგნული გამოვლინება ხდება პათოლოგიური დამოკიდებულების, როგორც დაავადების კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის განვითარების კანონზომიერებისა და მექანიზმების მიხედვით. ამ ეტაპზე დაავადების კლინიკური სურათი ამთავრებს თავის ჩამოყალიბებას და შემდეგი მისი განვითარება ხდება ორ სტადიაში. პირველ ანუ საწყის სტადიაში არა მარტო პაციენტის ქცევა, არამედ სიცოცხლეც განისაზღვრება უპირატესად ობსესურ და ფსიქიკური კომფორტის მოთხოვნილების უპირატესობით. სულ სხვადასხვა ტემპით და ძალით ხდება შემდეგში დაავადების სიმპტომების დამძიმება, რომელიც დასაწყისში იღებს ობსესურ-კომპულსურ, ხოლო უფრო ხშირად, ძირითადად, კომპულსურ ხასიათს. ერთდროულად გამოვლინდება და ძლიერდება ფიზიკური კომფორტის მოთხოვნილება რის შედეგადაც ზუსტად სტრუქტურირდება ფსიქოფიზიკური კომფორტის მოთხოვნილების სინდრომი. პარალელურად იზრდება ტოლერანტობა დასაწყისში ექსტენსიურად და, შემდეგ, ინტენსიურადაც.

გამოხატული კომპულსიურობისა და ტოლერანტობის ზრდა, როგორც წესი შესამჩნევი ხდება პიროვნების და მისი სექსუალობის შეცვლაში. მომდევნო მეორე სტადიაში იგი განიცდის დეფორმაციას და დეგრადაციას, რაც თავისთავად იწვევს საზოგადოების მიმართ გამოხატულ დეზადაპტაციას.

Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. (2006) მიუთითებენ, რომ ადდიქციური ქცევის ფორმირების ფსიქოლოგიური მექანიზმე-

ბი იწყებენ თავის მოქმედებას მაშინვე, როგორც კი პაციენტი აფიქსირებს ან მოიწონებს ამა თუ იმ ადდიქტიურ აგენტს. ყურადღების ფიქსირება ხდება მაშინ, როდესაც შეხვედრა ადდიქტიურ აგენტთან იწვევს მკვეთრად გამოვლენილ ემოციურ ცვლილებებს. სწორედ ეს არაჩვეულებრივი ემოციური ძვრები რჩებიან ადამიანის ცნობიერებაში და ნაწილობრივად განიდევნებიან ქვეცნობიერში, სადაც იგი რჩება ღრმად და მუდმივად დამახსოვრებულ მდგომარეობაში (ე.ი. არსებითად საქმე გვაქვს იმპრინტინგთან). ადდიქტორის ფიქსირებას თან სდევს სიამოვნების, სიხარულის და კმაყოფილების, გარე სინამდვილისაგან დამოუკიდებლობის სასიამოვნო ეფექტი. შედარებით იშვიათ შემთხვევებში ანალოგიური ფიქსაცია შესაძლებელია გახანგრძლივდეს,

ადდიქტორთან კონტაქტი იმდენად კონტრასტულად განსხვავდება მანამდელ საწყის მდგომარეობისაგან, რომ მისი ფიქსირება ფსიქიკაში უცილობლად აღძრავს ადდიქტიური აგენტის განმეორების გადაუდებელი რეალიზების სურვილს. მთელ რიგ შემთხვევებში საბოლოო ფიქსირება ხდება ადდიქტიურ აგენტთან განმეორებითი კონტაქტის შემდეგ რამდენიმე წლის განმავლობაში და ახალი სიტუაციის პირობებში შესაძლებელია მისი გამოცოცხლება გაორმაგებული ძალით.

გ. ნეიროქიმიური ფაქტორები

ლიტერატურაში დაგროვილია უმდიდრესი მასალა, რომელიც მიეძღვნა ქიმიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლური სასმელები, ნარკოტიკული და ტოქსიკური ნივთიერებები და ა.შ.) პათოლოგიური დამოკიდებულების პათოგენეზს. ამ საკითხების შესწავლაში მნიშვნელოვანი გამოკვლევებია ჩატარებული რუსულენოვანი ფსიქიატრებისა და ნარკოლოგების მიერ. Иванец Н.Н. и Анохина И.П-ძ (2002) სრულიად დამაჯერებლად დაადგინეს, რომ ალკოჰოლისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების ნეიროქიმიური მექანიზმები თამაშდებიან თავის ტვინის ლიმბიური სტრუქტურების იმ

უბნებში, სადაც არის განლაგებული ე.წ. „გამაძლიერებელი სისტემა“. ამავე ავტორების მიხედვით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედება თავის ტვინის ლიმბიურ უბნებში არის პათოლოგიური დამოკიდებულების სინდრომის განვითარების საფუძველი.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავების და, საერთოდ, აზარტომანიის კლინიკოფსიქოპათოლოგიური და ბიოლოგიური პრობლემების შესწავლაში თანმიმდევრულ კვლევებით რუსულენოვან ფსიქიატრიასა და ნარკოლოგიაში ნაყოფიერად მოღვაწეობს დონის როსტოვის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის კათედრის თანამშრომლები პროფესორ А.О.Бухановский-ს ხელმძღვანელობით. მისი და მისი თანამშრომლების (Коган Б.М. и Солдаткин В.А.-ს თანაავტორობით შესრულებულ და გამოქვეყნებულ სტატიებში მართებულად აისახა რუსულენოვანი ფსიქიატრის გამოჩენილი ფსიქონდოკრინოლოგის А.И.Белкин-ის შეხედულება (1989), რომ „თანამედროვე მედიცინის დამახასიათებელი ნიშანია განსაკუთრებული შემოქმედებითი ინტერესი ნეირომედიატორებისადმი. იმდენად, რომ ზოგიერთი მკვლევარი ვარაუდობს, რომ ნეირომედიატორები და ნეირომოდულატორები ცოცხალ ორგანიზმში ასრულებენ უნივერსალურ ფუნქციას, რომელიც პასუხობს საერთოდ ფსიქიკურ მოქმედებაზე და სომატოფსიქიკურ განვითარებაზე მთლიანობაში.“ როგორც ქიმიური ნივთიერებების ისე არაქიმიური, არსებითად გამრუდებული ქცევების დროს განვითარებულ პათოლოგიურ დამოკიდებულების ნეიროქიმიურ მექანიზმებში გადამწყვეტ როლს თამაშობენ კატექოლამინები; დოფამინი, ნორადრენალინი, ადრენალინი, სეროტონინი და აშ. იგივე ავტორები მიუთითებენ, რომ ჯანმრთელ ორგანიზმში ნორადრენალინის, დოფამინის და სეროტონინის ბიოსინთეზი და მეტაბოლიზმი წარმოადგენენ დაბალანსებულ და ურთიერთრეგულირებულ პროცესს. ასევე დადგენილი იქნა კავშირები სეროტონინის დონესა და კატექოლამინების ექსკრეციას შორის (Кардашиан Р.А.-2007).

ფსიქოაქტიური ქიმიური ნივთიერებების (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული, ტოქსიკური ან ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტები) ზემოქმედება უზრუნველყოფს თავის ტვინის დეპონირებულ ადგილებიდან კატექოლამინური ჯგუფის ნეირომედიატორების, პირველ რიგში ნეიროტრანსმიტერ დოფამინის გამოფრქვევას. ამას მოსდევს „გამაძლიერებელი სისტემის“ კიდევ უფრო ძლიერი აგზნება, რომელსაც არაიშვიათად თან სდევს დადებითად შეფერადებული ემოციური განცდები. უკვე თავისუფლად არსებულ დოფამინზე ზემოქმედებას ახდენენ ფერმენტები, რასაც მოსდევს დოფამინის ნაწილობრივი დაშლა, ხოლო დაუშლელი ნაწილი სინაფსური ნაპრალიდან უკუმიტაცების მექანიზმებით ბრუნდება კვლავ დეპოუბნებში და თუ ორგანიზმში მოხვდება ალკოჰოლური სასმელი ამას კვლავ მოყვება ნეირომედიატორ დოფამინის დეპონირებული სტრუქტურებიდან გამოფრქვევა. ეს კი გამოიწვევს დოფამინის მარაგის შემცირებას, ხოლო „ნორმალური“ იმპულსის მოქმედების პასუხად გამოავლენს „გამაძლიერებელი სისტემის“ არასაკმარისად გამოხატულ აგზნებას. ფსიქოფიზიკურად ეს გამოვლინდება გუნებაგანწყობის დაქვეითებაში, მოდუნებასა და სისუსტეში, მოწყენილობაში, ემოციურ დისკომფორტში და დეპრესიის ჩამოყალიბებაში ამ ფონზე ალკოჰოლის მიღება გამოიწვევს ნეირომედიატორების დამატებით გამოფრქვევას დეპოებიდან, რაც მხოლოდ დროებით მოახდენს სინაფსურ ნაპრალებში მათი დეფიციტის კომპენსირებას და ხელს შეუწყობს თავის ტვინის ლიმბიური სტრუქტურების ფუნქციონირების ნორმალიზებას. ეს პროცესი როგორც წესი სუბიექტურად შეიგრძნობა ემოციურ ფუნქციების გაუმჯობესებად, თავისუფალი დოფამინი კვლავ სწრაფად დაიშლება, რასაც მოსდევს კვლავ ამ ნეიროტრანსმიტერის დეფიციტი და ა.შ. კვლავ დახშული წრის პრინციპით ყველაფერი მეორდება და მის საფუძველზე ყალიბდება ალკოჰოლურ სასმელებზე პათოლოგიური დამოკიდებულება. ამ ავტორების მონაცემებით ვინც ხანგრძლივად იღებს ალკიჰოლურ სასმელებს ან ნარკოტიკულ ნივთიერებებს შეიძლება განუვითარდეს დოფამი-

ნის დეფიციტი, რაც საშიშროებას წარმოადგენს ორგანიზმის ცხოველმყოფელობისათვის, მაგრამ ამგვარი მოვლენების კომპენსირებას ახდენს კატექოლამინების გაძლიერებული სინთეზი და მათი მეტაბოლიტების ფერმენტების აქტივობის დათრგუნვა, რომლებიც აკონტროლებენ დოფამინის გარდაქმნას ნორადრენალინად. იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ალკოჰოლის მიღებას შეწყვეტს და განვითარდება აბსტინენცია კატექოლამინების გაძლიერებული გამონთავისუფლება დეპოებიდან ალარ ხდება, მაგრამ რჩება მათი აჩქარებული სინთეზი, ბიოლოგიურ სითხეებში და ქსოვილებში (უპირატესად თავის ტვინში) ფერმენტატიული პროცესების აჩქარების გამო გროვდება დოფამინი და სწორედ ეს პროცესი განაპირობებს აბსტინენციური სინდრომის ძირითადი კლინიკური ნიშნების (შფოთვის, მოუსვენრობის, დაძაბულობის აგზნების, არტერიული წნევის აწევის, ტაქიკარდიის, სხვადასხვა ვეგეტატიურ აშლილობების, ძილის დარღვევის და ა.შ სიმპტომების) გამოვლენის საფუძველს (Анохина И.П.-2002). თავის ტვინში აღწერილი ძირითადი ნეიროქიმიური ცვლილებები წარმოადგენენ ალკოჰოლური სასმელების მიმართ ფიზიკური და ფსიქიკური პათოლოგიური დამოკიდებულების ფორმირების საფუძველს (Hen A.: Pieppien T.P., Honkanen A. et al-1999).

ამრიგად, ნეირომედიატორი დოფამინი წარმოადგენს თავის ტვინის მედიატორული სისტემის დადებით გამაძლერებელს (Salamone J.D., Correa M. ea, M.-(2002) დოფამინერგულ წარმონაქმნების და სისტემების ფუნქციონალურ მდგომარეობის მოშლა მიიჩნევა ქიმიურ ნივთიერებაზე პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების საფუძველად, რასაც ჩვენი აზრით აქვს მნიშვნელობა აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავების მექანიზმების გაგებაში.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ფორმირებას რაც შეეხება, აქაც ცხადია გადამწყვეტია პიროვნების ლტოლვა თამაშებისადმი და არაქიმიური მათრობელა ნივთიერებისადმი, როგორც ეს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული პრეპარატების მიღებისას ვითარდება. მაგრამ

აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვა ხომ წარმოადგენს არა ქიმიურ ფაქტორის, არამედ ფსიქოლოგიური ფაქტორისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შედეგად მიღებული დაავადების ერთ-ერთ ვარიანტს. სავალალოა, რომ უკანასკნელი 25-30 წლების განმავლობაში, რუსეთში და ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, აზარტული თამაშების აკრძალვის გაუქმების და ლეგალიზაციის შემდეგ აზარტული თამაშების სხვადასხვა ფორმები და დაწესებულებების ქსელი ისე სწრაფად მრავლდება, რომ მალე გაუსწრებს დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებს. არსებითად ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში და, ცხადია, საქართველოშიც აზარტულ თამაშებით გატაცებულების რაოდენობამ და შესაბამისად ამ ახალმოდურმა ადდიქციურმა დაავადებამ ეპიდემიური ხასიათი მიიღო (Короленко Ц.П 1990, 1991, 1993, 2000; Постнов В.В. 2004, 2006; Бухановский А.О. 2000, 2001, 2002, 2007, 2009; Солдаткин В.А. 2005, 2007, 2008; Менделевич В.Д. 1999, 2001, 2003, 2005, 2010; Малигин В.Л. 2005, 2006, 2010; Попов Ю.В. 1992, 2000; Циганков Б.Д. 2005, 2006; Шемчук Н.В. 2005, 2008; Сидоров П.И. 2006) და მრავალი სხვა.

პრობლემატურია მთელი რიგი ეპიდემიოლოგიური, ეთიოლოგიური, პათოგენეტიკური და კლინიკური მექანიზმების შესწავლა ამ ნაკლებად გარკვეული დაავადების შესახებ. ცხადია ამ დაავადებით დაინტერესებული მკვლევრები, თავიანთი შემოქმედების ვექტორს მიმართავენ პირველ რიგში ნეირომედიატორული და ნეირომოდულატორული სისტემების მეტაბოლიზმის როლისა და მნიშვნელობის დადგენისაკენ, მითუმეტეს, რომ ე.წ. ქიმიური აგენტების (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული, ზოგიერთი ტოქსიკური და ფსიქოტროპული) მედიკამენტების არა დანიშნულებით და ხანგრძლივად გამოყენების შედეგად განვითარებულ ადდიქციურ აშლილობების ნეიროქიმიური მექანიზმები საკმაოდ დამაჯერებლად არის შესწავლილი რუსულენოვანი ფსიქიატრებისა და ნარკოლოგების მიერ (Анохина И.П. 1988, 2002, Иванец Н.Н. 2002 და ა.შ.).

რუსულენოვანმა მკვლევრებმა (Матлина Э.Ш и Меньщиков

B.B. 1967) გამოთქვეს მოსაზრება, რომ კატექოლამინების მეტაბოლიზმი თუ არ წარმოადგენს ფსიქიკური აშლილობის ძირითად პათოგენეტიკურ მექანიზმს, მათ უეჭველოდ უნდა ჰქონდეთ უდიდესი მნიშვნელობა მისი განვითარებისა და მიმდინარეობის თავისებურებაში. ამ მოსაზრებას იზიარებენ თავიანთ გამოკვლევებში Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М., (1998); Дроздов А.З., Казутина Е.А., Манковская И.В. и соавт (2006):

აგრეთვე Анохина И.П., Коган Б.М. (1988); Chiara C. (2002); Volkov N.D., Fowler J.S.,Wang G.J. (2002) ადასტურებენ, რომ ქიმიური აგენტების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების ფორმირება უკავშირდება თავის ტვინის ნეირომედიატორული სისტემების გარკვეულ გარდაქმნებს.

Мягкова М.А. და სხვ. (2006) სწავლობდნენ პაციენტების იმუნურ სტატუსს და გამოავლინეს ცვლილებები მოთამაშეების იმუნურ სისტემაში, პირველ რიგში ჰქონდა ადგილი იმუნოგლობულინების სინთეზის გაძლიერებას, რომლებიც ახდენენ ნეირომედიატორების დაკავშირებას ოპიოიდურ და მონოამინურ სისტემებთან. ეს სისტემები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების პათოგენეზში. ხსენებული მონაცემების გამოყენება არის შესაძლებელი კლინიკურ პრაქტიკაში დიაგნოსტიკისათვისა და გატარებული სამკურნალო ღონისძიებებისა და პროფილაქტიკური მეთოდების ეფექტურობის გაკონტროლებაში.

Hollander E., Buchalter A., De Carlo C. (2000) აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ნეირობიოლოგიას განიხილავენ იმ მიმართულებით, რომ 5-HT-რეცეპტორები უპირატესად მონაწილეობენ სათამაშო ციკლის ქცევითი ინიციაციაში. ნეიროტრანსმიტერი ნორად რენალინი უზრუნველყოფს აზარტის განსაზღვრულ დონეს და რისკისადმი მზაობას. ნეიროტრანსმიტერი დოფამინი წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს ნაწილს დადებით და უარყოფით განმამტკიცებელ სისტემაში. ავტორების აზრით სამკურნალ-

წამლო პრეპარატებმა უნდა მოახდინონ ზემოქმედება, ამ პათოლოგიური სისტემის ყველა რგოლებზე.

Pallanti S., Bernardi S., Pampaneli I. et al (2007) დამაჯერებლად დაამტკიცეს რომ აზარტომანიის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ადგილი აქვს სეროტონინერგიულ და ადრენერგიულ დისფუნქციას. მათი აზრით პათოლოგიური აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულება, როგორც იმპულსიურობისადმი კონტროლოს აშლილობა და მათგან გამოვლენილ დარღვევებს აუცილებლად აქვს პათოგენეტიკური მნიშვნელობა.

ცნობილია, რომ ნეირომედიატორი დოფამინი წარმოადგენს მედიატორული სისტემის „დადებით გამაძლიერებელს" (Salamone J.D., Correa M. 2002). დოფამინერგიული სისტემების ფუნქციური მდგომარეობის მოშლა მიიჩნევა ქიმიურ ფაქტორებზე (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული ან ტოქსიკურ ნივთიერებები) პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების საფუძვლად (Hen A., 1998; Pieppolen T.P., Honkanen L. et al 1999), რაც შეეხება ნეირომედიატორ ნორადრენალინს, ცხადია, ისიც აქტიურ მონაწილეობას იღებს ნარკოტიკული ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების პათოგენეზში (Vantura R.,Cabib S.,Alcaro A.,etal-2003; Vantura R.,Alcaro A., Puglissi-Allegra S. et al-2005).

Roy A., Addinoff B., Rochtich L. et al (1988) იკვლევდნენ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე 24 პაციენტის სისხლში და შარდში ნორეპინეფრინის (ნორადრენალინი) კონცენტრაციას და მონოამინების მეტაბოლიტებს და პეპტიდებს ზურგის ტვინის სითხეში. ყველა მათგანისათვის კლინიკურად დამახასიათებელი იყო ქცევებზე სუსტი კონტროლი, მათგან გარდა გემბლინგისა თანმხლები (კომორბიდული) აშლილობებიდან 19-ს ჰქონდა დეპრესიული ეპიზოდები, 8-ს ნარკოტიკულ პრეპარატების მოხმარების ფაქტები, 3 პაციენტს დამოკიდებულება ალკოჰოლისადმი. ყველა მათგანის შარდში აწეული იყო ჰემოვანილინის მჟავა და ნორეპინეფრინის კონცენტრაცია, ხოლო თავზურგტვი-

ნის სითხეში მნიშვნელოვნად იყო მომატებული 3-მეთოქსი-4-ოქსიფენილგლიკოლი. აქედან დასკვნა, რომ აზარტომანიის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ნორადრენერგიული ფაქტორი, რომელიც აქტიურად მონაწილეობს ამ პათოლოგიისათვის დამახასიათებელ სარისკო ქცევების გამოვლინებაში, და რაც პირდაპირ დამოკიდებულია მოთამაშის ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებაზე. იგი უკავშირდება მისწრაფებას „მწვავე შეგრძნებებისადმი," რომელთა ბიოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს ნორადრენერგიული სისტემის აწეული აქტივობა.

კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევებით დადგენილია, რომ პათოლოგიური გემბლინგის თითქმის ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა შარდში, სისხლში და თავზურგტვინის სითხეში ნირეპინეფრინის და 3-მეთილ-4 ოქსიფენილ გლიკოლის კონცენტრაციის დონის აწევა,

კლინიკოფსიქოპათოლოგიურად იმავე კონტინგენტში ხშირად ვლინდება აგრესიული და პათოლოგიური სექსუალური მიზიდულობები, შენიღბული დეპრესიული ან პირიქით ჰიპერთიმიული ან მანიაკალური ეპიზოდები. როგორც ირკვევა პათოლოგიური აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვის პათოგენეზში წამყვანი როლი უნდა მიეკუთვნოს ნორადრენერგულ სისტემის აშლილობას, მათი რაოდენობრივი მომატების გზით და ფსიქოპათოლოგიურად გამოვლინდება ე.წ. „მწვავე შეგრძნებების" გამოწვევებში.

აზარტომანიის პათოგენეზში ნეიროტრანსმიტერ დოფამინთან და ნორადრენალინთან ერთად აქტიურად მონაწილეობენ სეროტონინული ნეიროტრანსმიტერები, რომელთა მრავალფეროვან ფუნქციონირებაში მნიშვნელოვანს წარმოადგენს დადებითი მარეგულირებელი ზემოქმედება ისეთ ობსესურ-კომპულსურ სიმპტომებზე, როგორიცაა: აკვიატებული შიშების, ფობიების, ნაძალადევი მოძრაობების, მოქმედებების, ფიქრების, მიზიდულობების და ღვთის რწმენის შეურაცხმყოფელი სურვილებისაგან სრული ან დროებითი გათავისუფლება. ანტიდეპრესანტი კლომიპრამინი და ე.წ. ახალი

თაობის სეროტონინული ანტიდეპრესანტების თერაპიული ეფექტურობა, როგორც ქიმიური ფაქტორებით, ისე არაქიმიურ ქცევითი დამოკიდებულების აზარტომანიული პათოლოგიის მკურნალობაში ბიჰევიორულ-კოგნიტურ ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებასთან კომბინაციაში წარმოადგენს ჯერჯერობით ნებისმიერი წარმომავლობის აზარტომანიების ყველაზე ეფექტურ სამკურნალო მეთოდს.

როგორც ირკვევა, აზარტომანიის თითქმის ყველა ნაირსახეობის კლინიკოფსიქოპათოლოგიური, ეტიოპათოგენეზური მექანიზმების მონაცემები და ყველა მათგანის სიმპტომების რეაგირების თავისებურებები ე.წ. სეროტონინულ ანტიდეპრესანტების ადეკვატურ დოზებში ადასტურებენ და გვიკარნახებენ, რომ აზარტომანიების ნებისმიერი ნაირსახეობა და ოფსესურ-კომპულსური აშლილობები უნდა განიხილებოდნენ მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობების ე.წ. ,,ობსესურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში.

Бухановский А.О., Коган Б.М., Солдаткин В.А. (2009) სხვების მონაცემებით პათოლოგიური აზარტომანიის კლინიკოფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებაში უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებენ ნეირომედიატორები: სეროტონინი, ადრენალინი, დოფამინი და ნორადრენალინი, რომელთა მონაწილეობა მოგვაგონებს საერთოდ ობსესურ-კომპულსურ სპექტრში გაერთიანებულ დაავადებების დროს ამავე ნეიროჰორმონების მოქმედების თავისებურებებს. აზარტომანიის შემთხვევებში მათ მიერ რეგისტრირებულია მისი გამოვლინება ზოგ შემთხვევაში ობსესიების დონეზე, რომელსაც თან სდევს სათამაშო მოტივაციასთან ბრძოლა, რათა თავი შეიკავოს აზარტულ თამაშებში ჩართვისაგან, ნაწილობრივი კრიტიკის შენარჩუნებით. სხვა შემთხვევებში თამაშისადმი ლტოლვა კომპულსური ხასიათისაა და გამოვლინდება გადაულახავ მისწრაფებაში ჩაებას აზარტულ თამაშებში.

ქიმიური ნივთიერებისადმი ან აზარტული თამაშებისადმი კომპულსური ხასიათის ლტოლვა წარმოადგენს 2 ძირითადი სიმპტომის გამოვლინების ბაზას. დამოკიდებულების გამომწვევ

ფაქტორის რაოდენობრივი კონტროლის და მისგან დაცვის მექანიზმების დაკნინებას ანუ დამოკიდებულების გამომწვევი ფაქტორის ფსიქოტროპული ეფექტის შეცვლას. პათოლოგიური ლტოლვის რეალიზების დროს ტოლერანტობის ზრდა. პათოლოგიური ლტოლვის შესრულების ფორმულის შეცვლა და დაცვით ნიშნების გაქრობა იძენს პათოგენეტიკურ ხასიათს.

დ. მორფოფუნქციური ფაქტორები

V წამოყენებულია ჰიპოთეზა, რომ ობსესურ-კომპულსურ აშლილობებს და, კერძოდ, კომპულსურ ქცევებს განაგებენ თავის ტვინის ფრონტალური ნაწილის ნეირონების გააქტივება, რომელიც თავის მხრივ განაპირობებს თავის ტვინის შუბლის წილის გააქტივებას, რაც იწვევს პიროვნების სენსიტიურობას, როგორც ჩანს ამ უბნებში არიან განლაგებულნი სეროტონინული რეცეპტორები.

იმპულსური აშლილობის დროს კი პირიქით, ადგილი აქვს თავის ტვინის ფრონტალური წილების სტრუქტურაში განლაგებული ფუნქციური ელემენტების გააქტიურებით პრესინაფსური სეროტონინერგიული ფუნქციების დასუსტებას, რაც იგულისხმება საერთოდ იმპულსიურობის პათოგენეტიკურ საფუძვლად.

ბუნდოვანად რჩება თავის ტვინის ორბიტალურ-ფრონტალური ქერქის, ბაზალური განგლიების და ლიმბური სისტემის სტრუქტურების ფუნქციონირების მონაცემები. პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფიით, აქ აღმოჩენილია ლიმბიური სტრუქტურების კაუდალურ ნაწილში მეტაბოლური პროცესების გაძლიერება.

იმპულსური და კომპულსური დარღვევების მკურნალობა სეროტონინის სინაფსურ ნაპრალიდან უკუმიტაცების ინჰიბიტორებით და ბიჰევიორულ-კოგნიტური ფსიქოთერაპიის ჩატარების შემდეგ შემჩნეულია ლიმბური სისტემის კაუდალურ ბირთვებში ჰიპერმეტაბოლიზმის შენელება. ადდიქტიური ქცევები, როგორც ქიმიურ ნივთიერებებზე, ისე აზარტული

თამაშების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუ შავების გენეზისში ადამიანის ცენტრალურ ნერვულ სისტე-მის ფუნქციონალურ ან ორგანულ დაზიანების შედეგად გან-პირობებულ პათოლოგიურ ინტეგრაციასთან უნდა ჰქონდეს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. ეჭვს არ იწვევს, რომ გემბლინ-გის განვითარებაში მნიშვნელოვანი მონაწილეა ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებები. საერთოდ, აზარ-ტულ თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდულების განვითა-რებაში Carlton P. et al (1987) დიდ მნიშვნელობას ასრულებენ თავის ტვინის შუბლის წილის ნეირონებში მეტაბოლიტური დარღვევები. ამ ავტორების მიერ ჩატარებულ გამოკვლევებში გემბლერების უმრავლესობას ბავშვობაში ჰქონდათ გადატ-ანილი აგზნებადობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომი.

Bechara A. (2001) პათოლოგიური გემბლინგის ჩამოყალი-ბებასა და განვითარებაში გადამწყვეტ საფუძვლად მიიჩნევს თავის ტვინის შუბლის წილში პრეფრონტალური ქერქის ვენტრომედიალური უბნის ორმხრივ დაზიანებას, რომლის შესახებ თვითონ პაციენტებმა ხშირად არაფერი იციან და, ამიტომ, ანამნეზის მოწოდების დროს უარყოფენ რაიმე ორ-განული დაზიანების გადატანას. ამ დროს ეს პაციენტები ხშირად ჩადიან ისეთ უმართებულო ქცევებს, რომელიც მათ-ში აღძრავს სიამოვნების შეგრძნებას, რომელიც სრულიად უმართებულო და უადგილოა, რადგან მათთვის სასიამოვნო უმართებულო ქცევა სხვისთვის შესაძლებელია აღმოჩნდეს უსიამოვნო. ამიტომ იგი შესაძლებელია გახდეს სამუშაოს დაკარგვის, მეუღლესთან გაყრის და ოჯახის დაშლის მიზეზი.

პათოლოგიური გემბლინგის განვითარებას ხელს უწყ-ობს ცენტრალური ნერვული სისტემის იმ სტრუქტურების მოქმედების დეფექტი, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ად-ეკვატური გადაწყვეტილების მიღება, რომელიც იქნება სა-სარგებლო პიროვნებისათვის. აღნიშნული სისტემა განლაგე-ბულია თავის ტვინის შუბლის წილის ე.წ. ვენტრომედიალურ სტრუქტურებში. სწორედ ამ ნაწილის დაზიანებით განპირო-ბებული ფუნქციის დეფიციტი ივარაუდება პათოლოგიური აზ-

არტომანიის განვითარების ერთ-ერთ საფუძვლად. აღმოჩნდა რომ პათოლოგიური გემბლინგიის მქონე პიროვნებას დარღვეული აქვს უნარი მიიღოს სტრატეგიულად მიზანშეწონილი გადაწყვეტილება ანუ ისეთივე სახის დარღვევები, რომლებიც აღწერილია იმავე უბნების ნევროლოგიური დაზიანების შემთხვევაში. ცნობილია, რომ თავის ტვინის შუბლის წილის ვენტრომედიალური სტრუქტურებისა და პრეფრონტალური ქერქის დაზიანება განაპირობებს არამარტო მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებს, არამედ ქიმიურ და არაქიმიურ ნივთიერებებზე პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებას.

გადაწყვეტილების მიღების უნარის, როგორც ინტელექტუალური ფუნქციის გამოკვლევა აწარმოეს Cavedini P., Ribaldi G., Keller R. et al (2002) მათი მასალა იყო წარმოდგენილი პათოლოგიური გემბლინგის მქონე 20 და 40 ჯანმრთელი მოხალისისაგან. სპეციალური დამუშავებული ე.წ. ,,გემბლინგ-ტესტის'' გამოყენებით დაადგინეს არსებითი განსხვავება გადაწყვეტილების მიღებაში პათოლოგიურ მოთამაშეებსა და ჯანმრთელებს შორის, რასაც მათი შეხედულებით იწვევს თავის ტვინის ორბიტოფრონტალური ქერქის პათოლოგიური ფუნქციონირება. ავტორები ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ერთის მხრივ ქცევების ნეიროფსიქოლოგიურ თავისებურებებს, პათოლოგიურ გემბლინგებსა და ობსესურ-კომპულსურ აშლილობას შორის. ასევე, მსგავს ნეირობიოლოგიურ მექანიზმებზე მიუთითებენ აგრეთვე: Behara A.J. (2001); Cavedini P., Riboldi G., Keller R. et al (2002); Reuter J., Raedler T., Rose M. et al (2005) და სხვები. ამასთან ერთად აღნიშნავენ თავის ტვინის ზოლიანი სხეულისმიერ და პრეფრონტალური ქერქის ვენტრომედიალური უბნების აქტივაციის დაქვეითებაზე, რაც პირველ რიგში გამოიხატება გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაქვეითებაში, იგი დამახასიათებელია პათოლოგიური გემბლინგისათვის.

შვეიცარიელმა მკვლევარებმა (Regar M. et al (2003) ჩაატარეს ნევროლოგიური და ნეიროფიზიოლოგიური გამოკვლევები 21 პათოლოგიურ მოთამაშეზე და აღმოაჩინეს, რომ მათ საკონ-

ტროლო შემთხვევებთან შედარებით უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ თავის ტვინის სხვადასხვა სახის დისფუნქციის ნიშნები. პაციენტების 75%-ში ანამნეზში აღინიშნებოდა თავის ქალას გადატანილი ტრავმა, 43% გემბლინგიანი იყო მემარცხენე და ამბიდექსტრები. ელექტროენცეფალოგრაფიულად 65%-ს აღმოაჩნდა დისფუნქციალური აქტივობა. ავტორები გამოთქვამენ ვარაუდს, რომ პათოლოგიური გემბლინგი ემართება უფრო ხშირად იმათ, ვისაც აღენიშნებათ თავის ტვინის ფრონტოლიმბური სისტემის დაზიანების ნიშნები.

თავის ტვინის ორგანული პათოლოგიის და ქცევით დამოკიდებულებას შორის ურთიერთკავშირზე მიუთითებდნენ Carlton P.L., Manowitz R., Mc Bride H. et al (1987), რომლებიც ადასტურებენ მის განვითარებას იმ ახალგაზრდებში, რომლებსაც დაესვათ დიაგნოზი ყურადღების დეფიციტი და ჰიპერაქტივობა. ამ პოზიციას იზიარებენ რუსულენოვანი ფსიქიატრები Бухановский А.О. и соавт. (2002), Шемчук Н.В; Ошевский Д.С. и соавт. (2008), რომლებიც ვარაუდობენ, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემის დაზიანებას, როგორც ფაქტორს, რომელიც ხელს უწყობს შემამსუბუქებელ და ჰიპერაგზნებადობის პროცესებს.

საინტერესო ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევები მიეძღვნა ნარკომანიის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე ავადმყოფებში მიღებულ მონაცემებს (Begeliter H. 1984; Carasco J.I. (1994); Blaszezynski A.P. (1998): და სხვებმა უჩვენეს, რომ ქიმიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების მქონე დაავადებულებს აღენიშნებოდათ სმენითი გამაღიზიანებლებით გამოწვეული P-300 ელექტროტალღების კონფიგურაციის შეცვლა. დადგენილი იყო აგრეთვე, რომ მსგავსი ელექტროფიზიოლოგიური ცვლილებები ვითარდებოდა ქრონიკული ალკოჰოლიზმით დაავადებულებში იქაც კი სადაც დაავადება იყო დეტერმინირებული მემკვიდრეობით. აღნიშნული შედეგები დადასტურდა ეეგ-ს მონაცემებში, რომლებიც მიღებულია ტყუპებისა და სიბლების გამოკვლევით. საგულისხმოა, რომ ქიმიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების მქონეს,

შესაძლებელია გამოუვლინდეს სმენითი გაღიზიანების პოტენციალის P-300 ტალღების ამპლიტუდის შეცვლა. Warren C., Mc Donough R.E. (1996). გამოკვლევით გემბლერებში და ალკოჰოლიზმით დაავადებულებში აღმოჩნდნენ დაახლოებით ერთნაირი ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემები. Шемчук Н.В., Березина И.Ю., Ощанский Д.С. (2008) იკვლევდნენ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე 90 პაციენტს, ყველა მათგანი წარმოადგენდნენ მემარჯვენეებს, ასაკით 26±1,6 წელს პათოლოგიური თამაშების სტაჟით საშუალოდ 6,3±1,2 წელი. მათ უმეტესობას აღმოაჩნდა თავის ტვინის ორგანული დაზიანების ნიშნები, ხოლო 6 მათგანს აღენიშნებოდა სექსუალური ორიენტაციის შეცვლა (ჰომოსექსუალიზმი). მეორე ჯგუფში გაერთიანდა 57 პაციენტი, რომლებსაც ასევე აღენიშნებოდათ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, მიღებული ნატალურ, პრენატალურ ან ნაადრევ ნატალურ პერიოდებში, დედის პათოლოგიური ორსულობის, მშობიარობის დროს გადატანილი დაავადებით. ჩვილ ასაკში იყვნენ ადვილად აგზნებადნი, ხშირად მტირალა, ჭირვეულები, ძილის დარღვევით, ძილში ხშირი შეხტომებით. ელექტროენცეფალოგრაფიულად ყველა მათგანისათვის იყო დამახასიათებელი სომატონევროლოგიური და ფსიქიკური პრობლემები. თავის ტვინის მინიმალური დისფუნქციის მოვლენები. ბავშვობის ან პუბერტატულ ასაკში Б.В. Зеигарник-ისა და С.С. Рубинштеин-ის ტესტებით დიაგნოსტირებულები იყვნენ აგზნებადობისა, ყურადღების დეფიციტის და აგრეთვე ენურეზის მოვლენებით.

ელექტროენცეფალოგრაფიულად ამ შემთხვევებში გამოავლინეს 2 სახის პათოლოგიის მონაცემები: 1. ალფა-რიტმის ამპლიტუდის და სიხშირის შეცვლა და 2. ქიმიური ნივთიერებისადმი დამოკიდებულების მქონე ელექტროენცეფალოგრაფიული პათოლოგიის მხრივ ცვლილებები, გამოიხატებიდა В-რიტმის ინდექსის მომატებაში. ელექტროენცეფალოგრაფიის მთელი რიგი მაჩვენებლებით დაადგინეს კორელაციური ურთიერთობანი, მაგალითად კორელაციური დამოკიდე-

ბულება სმენით გამღიზიანებელზე. განსაკუთრებით თავის ტვინის შუბლის წილებში და დიენცეფალურ დონეზე სტრუქტურების ფუნქციური აშლილობის ნიშნები, რაც შესაძლებელია განაპირობებს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულების გარკვეულ წინაგანწყობას.

D.Xeningrild-(2002)-ს მონაცემებით აზარტომანიის დროს იცვლება თავის ტვინის ქერქის ბიოელექტრული აქტივობა ისე, როგორც ე.წ. „დაჯილდოების" ბიოლოგიური სისტემა ახდენს ზემოქმედებას თავის ტვინის ნივთიერებაში არსებული სხვადასხვა სისტემები, რომლებიც წარმოადგენენ პასუხისმგებელს კომფორტის სუბიექტურ შეგრძნებებზე, ანუ იმ ნივთიერებებზე, რომლებსაც უწოდეს ენდორფინები (გუნება-განწყობის ჰორმონები). აზარტული მოთამაშე თამაშის მთელი დროის მანძილზე უკიდურეს დაძაბულებაშია, მაგრამ ეს დაძაბულობა მისთვის მაინც კომფორტულია და გარკვეულად უახლოვდება მაზოხისტულ განცდას.

კემბრიჯელი ნეიროფიზიოლოგები და მათ შორის პირველ რიგში L. Klark et al 2005, ცდილობენ დაადგინონ ის „მექანიზმები", რომელსაც ფართოდ იყენებენ სათამაშო ბიზნესის მფლობელები, აზარტული თამაშისადმი დამოკიდებულების მქონე მოთამაშეების სურვილი კიდევ ერთჯერ სცადოს, რადგან გრძნობს რომ „ეს ეს არის დიდ ფულს მოიგებს". მოთამაშე რაც უფრო მეტად ერთვება თამაშში მით უფრო უძლიერდება მოგების ილუზია. სწორედ ასეთ სიტუაციაში მკვლევრებმა შეძლეს მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით ჩაეწერათ თავის ტვინის ზოლიანი სხეულის წინა ნაწილის და შუბლის ნაწილის აქტივობა და აღიბეჭდა თავის ტვინის სიგნალების წახალისება. თამაშის „მოსალოდნელი მოგების ჩაფუშვამ" განაპირობა ზოლიანი სხეულის წინა და თავის ტვინის ე.წ. „კუნძულაკის" უკანა ნაწილის მნიშვნელოვანი გააქტიურება, რომელიც არის ჩართული ნარკოტიკული ნივთიერებების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებაში. საინტერესოა, რომ მოთამაშის მიერ ჩვეულებრივი მოგების დროს, როდესაც პირობითი ბურთულა ვარდებოდა პირობითი

„რულეტკის“ მოგების ნომრის შორეულ ნაწილში, ზემოთ მიღებული რეაქცია არ ვლინდებოდა. ამ კვლევის მონაწილე მოხალისეები ამტკიცებდნენ, რომ თამაშებში მოგებები მათ მიერ აღიქმებოდენ უფრო ავადმყოფურად, ვიდრე ჭეშმარიტი წაგებები. ტომოგრაფია აზდენდა ქცევაში წახალისების რეაქციას მხოლოდ პირველ შემთხვევებში და არა მეორეში

კონკრეტულ სიტუაციაში პიროვნებამ რომ მიიღოს ადეკვატური გადაწყვეტილება დამოკიდებულია თავის ტვინის შუბლის წილის ვენტრომედიალური პრეფრონტალური ქერქის ფუნქციურ სრულყოფილებაზე და ამ უბნების დაზიანება განაპირობებს ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაქვეითებას.

ჩვენი აზრით, საინტერესოა ხსენებული ავტორების მონაცემები. რომლებიც უჩვენებენ, რომ მათმა გამოკვლევებმა მიუთითეს საერთო ხასიათის ნეიროფსიქოლოგიურ საფუძვლებზე პათოლოგიური გემბლინგის, ობსესურ-კომპულსური აშლილობის და ქიმიური ნივთიერებებით (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული და ტოქსიკოლოგიური ნივთიერებები) განპირობებულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებაზე, რაც ადასტურებს „ობსესსურ-კომპულსური სპექტრის“ დაავადებების ცალკე გამოყოფის მიზანშეწონილებას მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებად, და აზარტომანიების ამ ასპექტში განხილვის სასარგებლოდ.

V ქიმიური ნივთიერებებისმიერი და გემბლინგისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების ნეირობიოლოგიური საფუძვლების მსგავსებაზე მიუთითებს აგრეთვე ამ პრობლემის თანმიმდევრული მკვლევარი Potenza M. (2000).

შვედეთის მკვლევრებმა (Regard M. et al (2003) კომპლექსურად (ნევროლოგიური, ნეიროფსიქოლოგიური და ელექტრიენცეფალოგრაფიული მეთოდებით) გამოიკვლიეს 21 პათოლოგიური მოთამაშე და დაადგინეს ყველა მათგანში თავის ტვინის ამა თუ იმ სახის დისფუნქციები. 75% ანამნეზში აღენიშნებოდა თავის ქალის ტრავმული დაზიანება, გემბლინგით დაავადებულების 45% იყო მემარცხენეები და ამბიდექსტრე-

ბი. მარცხენა ჰემისფერის არადომინანტობა მეტყველებაში აღენიშნებოდა 52%. ელექტროენცეფალოგრაფიულად დისფუნქციონალური აქტივობა აღმოაჩნდა 65%. ამ ავტორის ვარაუდით პათოლოგიური გემბლინგის საფუძველი უნდა იყოს თავის ტვინის, განსაკუთრებით ფრონტოლიმბიური უბნის დაზიანება.

ე. სოციალური ფაქტორები

ჩვენ ქვეყანაში აზარტომანიული აშლილობის გენეზისში სოციალური ფაქტორების როლისა და მნიშვნელობის მეცნიერული გამოკვლევები თითქმის არავის უწარმოებია. აზარტული თამაშები, როგორც დასაწყისშიაც აღვნიშნეთ კანონით იყო აკრძალული და მაშასადამე, ამ პრობლემით არავინ დაინტერესებულა. სინამდვილეში აზარტული თამაშების ორგანიზება ხდებოდა არალეგალურად პრივილეგირებული ფულიანი პერსონები სამთავრობო წრეებში ერთობოდნენ ძირითადად ბანქოს თამაშებით, მაგრამ ასეთი ეპიზოდური ექსცესები პრობლემებს ვერ ქმნიდნენ. ცხადია, ამ მიმართებით ინტერესიც არ არსებობდა. საზღვარგარეთ კი სათამაშო ინდუსტრია და ბიზნესი ყვაოდა და ამ ახალ მოდური დაავადების მიზეზების სხვადასხვა ასპექტებიც, მათ შორის, სოციალური ფაქტორების როლი და მნიშვნელობაც იპყრობდა მკვლევართა ყურადღებას.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ აზარტული თამაშების ლეგალიზაციასთან ერთად მატულობს შესაბამისად არამარტო მოთამაშეების საერთო რიცხვი, არამედ მათ შორის პათოლოგიურად მოთამაშეების რაოდენობაც. ამ თვალსაზრისით გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ინდივიდუალურ-სოციალურ-დემოგრაფიულ ფაქტორებთან ერთად – ეკონომიკურ ფაქტორებს, ასაკს, განათლებას, სქესს და ა.შ. ლიტერატურაში მითითებულია (Vollery R.A. 1994) რომ არსებობს უკუდამოკიდებულება ფულად შემოსავალსა და აზარტულ თამაშებში ჩართვის სიხშირეს შორის.

რუსი ფსიქიატრები (Короленко Ц.П. и Дмитриева Н.В. 2000) აღნიშნავენ, რომ პათოლოგიური აზარტული თამაშებისადმი მიდრეკილების ხელის შემწყობებია მაკრო და მიკროსოციალური ფაქტორები. ოჯახში მშობლების მიერ აზარტული თამაშებით გართობა და ბავშვების მიმართ ამ მხრივ ცუდი მაგალითის მიცემა, ცხადია, არ არის საუბარი თვით არასრულწლოვან ბავშვების გასართობად აზარტული თამაშების ინვენტარით (დომინო, ბანქო, ნარდი და ა.შ.) უზრუნველყოფის მანკიერი მეთოდები. უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ბავშვებსა და მოზარდებზე მშობლების გატაცება მატერიალური ფუფუნებისადმი. ფიქსირებული ყურადღება ფინანსურ უზრუნველყოფაზე, უხვფულიანი ნათესავებისა და ნაცნობების გადაჭარბებული ქებით მოხსენიება, უნარიანობის და მოხერხებულობის შექება, ცხადია უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ახალგაზრდის მორალურ-ეთიკურ სრულყოფილ აღზრდაზე. მსგავს თვალსაზრისს გამოთქვამენ Delfabro P. et al (2003), რომ პათოლოგიური გემბლინგი შვილებში გაცილებით ადვილად და ხშირად იჩენს თავს, თუ მშობლების მხრივ ერთ-ერთი მაინც არის შეპყრობილი ამ მანკიერი სენით, რაც უცილობლად მიუთითებს ამ დაავადებისადმი დადებით დამოკიდებულებაზე. მათი შეხედულებით, ოჯახში ახალგაზრდას საჭიროა ჩაუნერგოთ მშობლის პატიოსანი და საკუთარი ოფლით გამომუშავებული ფულის ყადრი, მომჭირნეობა და შესაძლებლობა შეადგინოს და ეცადოს შექმნას თავისი შრომით შევსებული საკუთარი ბიუჯეტი. არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი აზარტული თამაშები, მითუმეტეს არ უნდა მოუწონოთ თამაშის ეპიზოდით მოგებული თანხით საკუთარი ბიუჯეტის შევსება. მსგავსი დამოკიდებულება ახალგაზრდის მორალურ-ეთიკური აღზრდისათვის ხელის შემშლელია და ხელს შეუწყობს აზარტომანიის განვითარებას (Volbery R. 1996; Room R., Turner N., Lalomiteanu A. 1999); ამერიკელი ფსიქიატრი Pasternak A. (1997) აზარტომანიის განვითარების რისკის ერთ-ერთ ფაქტორად მიიჩნევს ნაციონალური უმცირესობის წარმომადგენლობას, რომლებსაც, როგორც წესი, არ

გააჩნიათ სტაბილური საოჯახო სტატუსი. რუსი ფსიქიატრის Сидоров П. И.-ის (2006) შეხედულებით პათოლოგიური გემბლინგის ეტიოლოგიაში სოციალურ ფაქტორებს, როგორც ნოზოლოგიურად არასპეციფიკურებს აქვთ ყველაზე დიდი მნიშვნელობა დასაწყის სტადიაში. შემდეგში კი დაავადების მიმდინარეობა და გამოსავალი დამოკიდებულია ძირითადად იმ კანონზომიერებებზე, რომელიც დამახასიათებლად არის მიჩნეული პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი ქიმიური (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული ან ზოგიერთი ტოქსიკური და ფსიქოტროპული ნივთიერებები) ან არაქიმიური (აზარტული თამაშები, გაუთავებელი დროსტარების და ქეიფებისადმი ლტოლვა, სავაჭრო ადგილებში კომპულსურ-იმპულსური ხეტიალის და, ზოგჯერ, სრულიად არასაჭირო საგნების საყიდლებში ფულის ფლანგვა, კომპულსური ფიზკულტურული ვარჯიშებისადმი ან შრომითი საქმიანობისადმი აკვიატებული ლტოლვა, ზოგიერთი კომპულსური სექსუალური გაუკუღმართებები და ა.შ.), რომელთა შორის ყველაზე გავრცელებული და ყველაზე აქტუალური სახეობები წინამდებარე წიგნში თანმიმდევრობით შეძლებისამებრ იქნება განხილული.

8. აზარტომანია (ლუდომანია, გემბლინგი)

ზემოთ გაკვრით შევჩერდით არაქიმიური პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი იმპულსური აზარტული თამაშების, როგორც ადამიანისათვის ერთ-ერთ უმძიმეს და უძნელესად სამკურნალო დაავადების შესახებ არსებული ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურულ მონაცემებზე, ამიტომ ქვემოთ შევეცდებით თითეული მათგანის მოკლე დახასიათებას და მათი მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ზოგიერთ საკითხებს.

მაშასადამე, ყოველგვარი თამაშები და მათ შორის აზარტულიც წარმოადგენენ თავისუფალ დროს ადამიანის გასარ-

თობ საშუალებას. ამ სახით ერთობა მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი, მაგრამ მათ შორის არსებობს უმცირესობა, რომელიც თავისი დროის დიდ ნაწილს ხარჯავს ოჯახის შენახვისათვის საჭირო ფულს ფლანგვაში აზარტულ თამაშებში. ასეთებია ცალკეული პიროვნებები, რომლებიც წარმოადგენენ „პათოლოგიურ ანუ აკვიატებულ მოთამაშეებს“. უნდა ვიცოდეთ, რომ ისინი არიან უმძიმესი ანუ ძნელად სამკურნალო და ასევე ძნელად პროგნოზირებადი დაავადებით შეპყრობილები. პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პირი ჩვეულებრივ, მუდმივი წაგების გამო მზად არის გააღატაკოს საკუთარი ოჯახი, ყოველგვარი სიცრუით, სიყალბით იშოვნოს სათამაშო ფული. იგი ხშირად არ ერიდება ამ მიზნით ფულის საშოვნელად ქურდობას და სხვა სახის კანონდარღვევებს, რის შედეგადაც ღუპავს საკუთარ ოჯახს და ხდება საშიში არამარტო თავისი ოჯახისათვის, არამედ აგრეთვე მთელი საზოგადოებისათვის. აზარტომანიით შეპყრობილი ასეთი პიროვნება განსხვავდება ჩვეულებრივ აზარტული თამაშების მოყვარული პირებისაგან, ვისაც შესწევს უნარი, გონივრულად გამოყოს საკუთარი შემოსავლის ნაწილი აზარტული თამაშებით გართობისათვის და დროულად შეიკავოს თავი აზარტულ თამაშებში მონაწილეობისაგან.

როგორც ჩანს, უნდა იქნეს გათვალისწინებული იმ ავტორების შეხედულებები, რომლებიც არ იზიარებენ ასეთი ქცევების სახელდებას, როგორც – აკვიატებას.

ცნება „აკვიატება“ ჩვეულებრივ გამოიყენება ისეთი მოქმედების განსაზღვრისათვის, რომელიც ნათლად ავლენს წინააღმდეგობას სწორედ „აკვიატებული“ ქცევის, სურვილის ან აზრის შესრულებაზე. ეს არის ტიპური აკვიატებული აშლილობა, რაც არ არის დამახასიათებელი აზარტული თამაშებისათვის ლტოლვის ასახსნელად. აზარტული მოთამაშე არ ეწინააღმდეგება თამაშისადმი ლტოლვას, ამის მიუხედავად ამ შემთხვევაშიაც მოთამაშის ლტოლვა აკვიატებულ ხასიათისაა, რადგან მოთამაშის სურვილი არამარტო ვერ ძლევს პიროვნულ წინააღმდეგობას, რომელიც არ შეიძლება არ

გაუელვოს ფსიქიკაში მოთამაშეს, როდესაც იგი ფსონის სახით დებს სათამაშოდ მისი ოჯახისათვის აუცილებელ უკანასკნელ ლუკმას, არამედ პირიქით თრგუნავს იმ გაელვებულ კრიტიკულ აზრსაც და უპირატესობას აძლევს სურვილს, რომელიც აიძულებს თამაშის გაგრძელებას. როგორც ჩანს მოგების სურვილი ისეთი მძლავრი იმპულსია, რომ თრგუნავს და აუფასურებს ყოველგვარ საწინააღმდეგო კრიტიკულ არგუმენტებს. ამრიგად განსაზღვრა „აკვიატებული აზარტული თამაში“ ეხება ამგვარი ქცევის განხილვას, როგორც დაავადების განმსაზღვრელ სინდრომს. იგი უეჭველად უნდა შეფასდეს, როგორც ავადმყოფური ანუ პათოლოგიური ქცევა. ადამიანის მოქმედებაში არის ბევრი საერთო ხაზების მქონე ქცევები, რომლებიც ტოვებენ არამართებულ და გარკვეულად არანორმატიულ შთაბეჭდილებას, რადგან ემიჯნებიან ავადმყოფურ ფსიქიკურ მოქმედებებს.

აზარტომანიული აშლილობების თანმიმდევრული მკვლევარი კოლექტივი, პროფესორ А.О.Бухановский-ს ხელმძღვანელობით ამ დაავადების საზღვრებს აფართოებს და მოუწოდებს მის ნაცვლად პათოლოგიური დამოკიდებულების დაავადების ცნების შემოღებას. იმის გამო, რომ მასთან გააერთიანოს პიროვნების სხვა სახის პათოლოგიური ქცევებისადმი არსებითად გადაულახავი იმპულსური მიზიდულობის ნაირსახეობები, რომელთაგან ძირითადია:

1. ფეტიშიზმი, ტრანსვესტიზმი; 2. პედოფილია; 3. სადიზმი; 4. ნეკროფილია; 5. ექსჰიბიციონიზმი; 6. ავხორცობა; 7. პიკაციზმი; (არასაკვები ნივთიერებების შეჭმის ჩვევა). 8. პათოლოგიური მიზიდულობა აზარტული თამაშებისადმი; 9. პათოლოგიური განსვლა ვირტუალურ სამყაროში; 10. კლეპტომანია; 11. პირომანია; 12. დრომომანია (ვაგაბონდაჟი) ანუ იმპულსური ხეტიალი და ა.შ.

თითქმის ყველა ჩამოთვლილი იმპულსური პათოლოგიური მიზიდულობანი გაფანტულია МКБ-10 /ICD-10-ში სხვადასხვა დაავადებების ჯგუფებში ისევე, როგორც „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობები“, იმის მიუხედავად,

რომ ერთსა და მეორე ჯგუფებშიაც შემავალ ავადმყოფურ ფორმებს ფენომენოლოგიურ განსხვავებასთან ერთად გააჩნიათ პათოგენეტიკურ მექანიზმებში ამა თუ იმ ხარისხის ერთმანეთის მსგავსი მექანიზმები. ჩამოთვლილი პათოლოგიური მიზიდულობების ფორმების გამაერთიანებელია მათი ძირითადი მახასიათებელი თვისება — „პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება“. სუბიექტს ესმის საკუთარი სურვილის ან მოთხოვნილების ანტისაზოგადოებრივი, ანტიმორალური და კრიმინალური მნიშვნელობა, მაგრამ მისი სურვილის იმპულსი თრგუნავს კრიტიკის ყოველგვარ არგუმენტს და აიძულებს შეისრულოს იმპულსურად აღძრული სურვილი თუნდაც თავიდან ვერ აიცილოს ადამიანის საწინააღმდეგო ქცევისათვის განკუთვნილი სასჯელი.

ზემოთ ჩამოთვლილ იმპულსურ მიზიდულობებისათვის საერთო ნეშნებად მიიჩნევენ:

1. ყველა მათგანისათვის საერთო პრედისპოზიციის არსებობას, რომელიც არ წარმოადგენს ჭეშმარიტ მორფოფუნქციონალურ, ცერებრალურ და პიროვნულ, ფატალურ კატეგორიის ნაკლებობას, იგი მხოლოდ მაღლა სწევს ამ ტიპის აშლილობების განვითარების რისკს;
2. ჩამოთვლილი ტიპის აშლილობების უპირატესი მანიფესტირება და განვითარება მამაკაცებში;
3. მათი კავშირი არაკეთილსაიმედო მიკროსოციალურ, სოციალო-კულტურალურ და ფსიქოგენურ ფაქტორებთან, რაც იძლევა საშუალებას ყველა მათგანი იქნას განხილული სოციოპათიებად;
4. ეთიოპათოგენეზური კავშირი ფსიქოგენიასთან, რომლის დროსაც ძირითადი როლი ეკუთვნის სისტემატურ ინტერპერსონალურ კონფლიქტებს და პიროვნულ ფლუსტრაციებს;
5. დაავადების მანიფესტირება მოზარდ ან ახალგაზრდა ასაკში;
6. დაავადების თანდათანობითი და ეტაპობრივი განვითარება, როდესაც კლინიკურ სურათში წამყვანია

ფსიქოლოგიური გადაზრები ანუ ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების ტრანსფორმირება და სინდრომოტაქსისი;

7. დაავადების მანიფესტირებისათვის და შესაბამისი პათოლოგიის შინაარსის ფორმირებაში იმპრიტინგის (Значимость — მნიშვნელობა) გათვალისწინება;
8. არაპროცესუალური ენდოგენიზირება;
9. არაშიზოფრენიული პროგრედიენტობა, რომელსაც პიროვნება მიყავს სპეციფიკურ გამოფიტვამდე, დესოციალიზაციამდე, ნორმატიულ მოქმედების სურვილების გამოდევნებამდე, მაგალითად პარტნიორულ სექსუალურობამდე, პათოლოგიურ ლტოლვებამდე და ა.შ.

А.О. Бухановский (2000) მიზანშეწონილად მიიჩნევს ყველა ჩამოთვლილი იმპულსური აშლილობა განიხილებოდეს დამოუკიდებელ დაავადებად, რომელიც პირობითად ჯერჯერობით სახელდებული იქნა, როგორც ,,ქცევითი დამოკიდებულების დაავადებები", რომლის კლინიკურ ფორმებს წარმოადგენენ ზემოთ ჩამოთვლილი აშლილილობები. მათი პათოგენეტიკური ბუნება, ამ ავტორის შეხედულებით უფრო მეტად შეიძლება აიხსნას პროფესორ Г.Н. Кржижановский-ის მიერ 1990-1999 წლებში ჩამოყალიბებული შეხედულებით ე.წ. ,,ორგანიზმის პათოლოგიური სისტემების" გამოყენებით.

ა. ბუხანოვსკი ამახვილებს ყურადღებას, რომ ,,თანამედროვე სოციალურ-ფსიქოლოგიური, იდეოლოგიური და ეკონომიკური სიტუაციური წინააღმდეგობები იძლევიან საშუალებას გამოითქვას წინასწარ ვარაუდი, რომ ხსენებული დაავადების ფორმები შესაძლებელია გახდნენ ერთ-ერთ ძირითად ფსიქიატრიულ პრობლემად, არც ისე შორეულ მომავალში."

აზარტომანიის, როგორც იმპულსური პათოლოგიის კვლევის ობიექტის ვიზირებისათვის მოწოდებულია მრავალი სხვადასხვა კითხვარები და ტესტები. მათ შორის, Сафина Г.Д. და Менделевич В.Д.-ის მიერ (2005) შედგენილი კითხვარი გამოიყენება აზარტომანიების დიაგნოსტირებისათვის. ამავე ავტორებმა გამოიყენეს აგრეთვე ნებელობის, მოტორუ-

ლი ფუნქციების და მოხერხებულობის დასადგენი ტესტები და მიუთითებენ, რომ ნებელობითი აშლილობის მხრივ ყველაზე მეტად იქცევდა ყურადღებას მიდრეკილება აკვიატებული აზრებისა და მოქმედებისადმი. მათ უმრავლესობას აღენიშნებოდათ შედარებითი სიმსუბუქე გამოიმუშაონ ავტომატიზებული მოქმედებები, მსგავს მოქმედებაზე კონტროლის უნარის განხორციელებამდე, რომელიც არსებითად იკარგება.

პრაქტიკულად აკვიატებული აზარტული თამაშები უნდა შეფასდეს, როგორც პროგრესირებადი ბუნების დაავადება, რომელიც მეტად ძნელად მოსარჩენია, თუმცა, როგორც გამოცდილება გვიდასტურებს შესაძლებელია მისი პროგრესირებადობის შეჩერება.

ცხოვრებისეული გამოცდილება გვიკარნახებს, რომ ძნელად საპოვნია პიროვნება, რომელიც რამდენიმეჯერ მაინც არ ჩაბმულიყოს აზარტულ თამაშებში, მაგრამ, როგორც ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები იუწყებიან მათგან მხოლოდ 1-1,5% ხდება ამგვარი თამაშებისადმი პათოლოგიურად დამოკიდებული. აქედან უნდა გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ყველგან არიან გარკვეული პიროვნებები, რომელნიც წარმოადგენენ რისკის მქონეს, რომლებსაც ემუქრება რომელიმე დევიაციური ქცევებისადმი და მათ შორის იმ ხაზების ამუშავების საშიშროება, რომელიც დამახასიათებელია პათოლოგიური აზარტომანიის ჩამოსაყალიბებლად. სამწუხაროდ, ძიებამ და შესაბამისმა ცდებმა „პიროვნების სტრუქტურაში“ გამოევლინათ პიროვნების „სპეციფიკური პროფილი“, რომელიც მოგვცემდა უტყუარ ცნობებს ამგვარი ქცევისადმი წინასწარმიდრეკილების შესახებ და სწორედ, ამ სავარაუდო ნიშნების ზეგააქტიურებით ჭეშმარიტი პათოლოგიური გემბლინგის გამოწვევა, არა მარტო არაეთიკური და ამორალური მოქმედება იქნებოდა, არამედ დარჩებოდა ზედმიწევნით საკამათო ამოცანად.

რუსმა ნარკოფსიქოლოგებმა (Волькова Е.А. и Егоров А.Ю. 2007) გამოიკვლიეს აზარტული თამაშებისადმი და ოპიოიდური ნარკოტიკული პრეპარატებისაგან ჩამოყალიბებული პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე ახალგაზრდები. ამ

მიზნით А.Маслью-ს მიერ შემუშავებული კითხვარით და K.Leonhardt-ის პიროვნების თვითაქტუალიზირების დონის განვითარების და ქარაქტეროლოგიური თავისებურების დასადგენი კითხვარი, ადაპტირებული რუსულენოვანი მკვლევარებისათვის Г. Шмуклер-ის მიერ და აგრეთვე Шилберг Д. Хинина Ю.Л.-ს მიერ ადაპტირებული კითხვარები, რომლებიც იყო გამოყენებული 33 პათოლოგიური გემბლინგის, 31 ნარკომანის და 33 საკონტროლო ჯანმრთელის შესასწავლად. გამოკვლევებმა უჩვენეს, რომ ორივე ჯგუფში თვითაქტუალიზაციის დონე იყო არსებითად ნაკლები, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში, ნარკოდამოკიდებულების მქონე ჯგუფში სჭარბობდა ხასიათის აფექტურ-ეგზალტირებული ტიპი – (61%); პათოლოგიური გემბლერების ჯგუფში-სჭარბობდა აგზნებადი ტიპები – (42%), ხოლო ჰიპერთიმიული ტიპის პიროვნებები მათში იყო სამჯერ ნაკლები – (15%); ადდიქტებს შორის, ვიდრე ჯანმრთელებში, გემბლერების ჯგუფებში გამოვლინდა როგორც სიტუაციური, ისე პიროვნული შფოთვის მაღალი მაჩვენებლები. გამოკვლევის საფუძველზე ავტორები მიუთითებენ, რომ ნარკოდამოკიდებულები და გემბლერები ხასიათდებიან მსგავსი ქარაქტეროლოგიური მახასიათებლებით, რაც დამახასიათებელია ადდიქტორებისათვის. ამასთან ერთად ისინი მიიჩნევენ, რომ გემბლინგდამოკიდებული ჯგუფის ავადმყოფები საკონტროლო და ნარკოდამოკიდებულ ჯგუფებს შორის, როგორც ანამნეზური ცნობების, ისე გამოსაკვლევი ტესტების მონაცემებით იჭერენ შუა ადგილს.

აზარტული თამაშებისადმი მოთხოვნილება პიროვნებას შესაძლებელია გაუჩნდეს შემდეგი მოტივებით:

1. სურვილი თამაშებში მონაწილეობით განიცადოს მღელვარებისაგან მწვავე შეგრძნებები;
2. სურვილი მოიპოვოს ფული ანუ მატერიალური საარსებო წყარო რაც შესაძლებელია იოლად, შრომითი რესურსების დახარჯვის გარეშე;
3. იმედი, რომ ფორტუნა კვლავ გაუღიმებს და გაიმარჯვებს;

4. შესაძლებლობა, რომ შეუერთდეს ამ თვალსაზრისით ავტორიტეტულ სოციალურ წრის წარმომადგენლებს;
5. მოთხოვნილება თამაშებით, მოიხსნას დაძაბულება, მიიღოს რელაქსაცია, და ა.შ.

პათოლოგიური აზარტული მოთამაშეებისათვის გარკვეულად დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნად მიიჩნევა პიროვნების მუდმივი ოპტიმიზმი სათამაშო პროცესში მონაწილეობის შემთხვევაში აუცილებელი მოგების მიმართ და სრული შეუძლებლობა მიიღოს გაკვეთილი წარსულში მრავალჯერადი წაგებებისაგან. გასათვალისწინებელია, ის ფაქტიც, რომ საკმაოდ დიდი თანხის წაგების შემდეგ ყველა მოთამაშეს უჭირს თავის დანებება, ვიდრე იმას ვინაც მოიგო სოლიდური თანხა. როგორც ირკვევა, მოტივაცია ადდიქციური ქცევისადმი, საკუთრივ ფულის მოგების გარდა ძლიერდება გარკვეული სუბეიფორიული შეგრძნებებით, რომელსაც მოთამაშე განიცდის, მაგალითად სათამაშო ავტომატში ფულის ჩადების და გამოსვლას შორის. აქ მნიშვნელობა აქვს, რომ საკუთრივ ფული აქ არა წამყვან, არამედ დამორჩილებულ როლს ასრულებს. კომპულსური მოთამაშე ყველაფრის მიუხედავად ყოველთვის აგრძელებს თამაშს, იმის მიუხედავად, რომ სახელგატეხილია თავისი ქმედებით, რომელიც აზიანებს და არღვევს არამარტო მის პირად და საოჯახო, არამედ ისევე საზოგადოებრივ ინტერესებს.

აღწერენ გემბლერის (პათოლოგიურ აზარტული მოთამაშეების) ქცევის გარეგნულ სურათს — ისინი გამოიყურებიან თვითდავიწყებულებად, დამოუკიდებლებად, ენერგიულად, ხელგაშლილად ხარჯავენ ფულს, იქ სადაც ჩვეულებრივ საჭიროა მომჭირნეობა, საკუთარი საოჯახო ბიუჯეტის შევსება. უფრო ადვილად ეჩვენება თავის გასატანად ვინმესგან ისესხოს, შემდეგ კი როგორმე იშოვნის და გაისტუმრებს. უკანონოდ ფულის შოვნაში და სხვაგვარ მაქინაციას).

სინამდვილეში პათოლოგიური გემბლინგი წარმოადგენს ზელირებულოვან გატაცებას, როდესაც ჩვეულებრივ გროტესკული ხდება გატაცების ობიექტი, რომელიც უკარგავს

პიროვნებას საკუთარი ქცევის ობიექტური შეფასების უნარს და იქცევა მსგავსი გატაცების ობიექტად. В.М. Менделевич (1999)-ს განმარტებით ზელირებულოვანი ფსიქოლოგიური გატაცების არსებით ნიშნებს წარმოადგენენ:

1. გასართობი ობიექტების მიმართ, ყურადღების ხანგრძლივი გამახვილება;
2. იმავე ობიექტების მიმართ განსაკუთრებული ემოციურად გაჯერებული დამოკიდებულება.
3. გატაცების საქმიანობაზე დახარჯული დროის კონტროლის გრძნობის დაკარგვა;
4. ნებისმიერი სხვა სახის მოქმედების და მათ რიცხვში სხვა სახის გასართობი მოქმედების სრული იგნორირება. მსგავსი პათოლოგიური აზარტის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ საკუთარ შემთხვევას:

პაც. №1 ც.ბ.ბ. 31 წლის. მემკვიდრეობაში აღინიშნება ალკოჰოლური სასმელებისადმი მიზიდულობის სიხშირე. მამა იყო განიადაგებული ლოთი, რომელმაც რამდენიმეჯერ გადაიტანა თეთრი ცხელება. ხასიათით გაუწონასწორებელი, კონფლიქტური, აგრესიული განსაკუთრებით, ალკოჰოლური სასმელების (არაყის ან ღვინის) მიღების დროს. დედა, წყნარი, კეთილი ყურადღებიანი მარშვილის მიმართ. სათნო და მორჩილი, მეულლის ყოველგვარ ახირებას ითმენდა და სიტყვას არ უბრუნებდა, შვილების მიმართ მზრუნველი, ალერსიანი და გულისხმიერი.

ჩვენი პაციენტი დაიბადა დედმამის მესამე შვილად, ჰყავს უფროსი და და ძმა. მასზე ორსულობა ყოველგვარი გართულების გარეშე. ახალშობილი წონაში და ზომებში იყო ნორმალური. ძუძუს წოვდა მადიანად, ყურადღებას იქცევდა ხშირი ტირილი, ექიმები რაიმე პათოლოგიას ვერ ადგენდნენ და ივარაუდეს, რომ ძუძუს რძე არ ყოფნიდა, დამატებითი საკვების მიღებით ტირილები შეუმცირდა, მაგრამ ჭირვეული ხასიათი დარჩა. კბილის ამოსვლა დაეწყო 6 თვის ასაკში, ლაპარაკი დაიწყო 2 წლის ასაკში. საბავშვო ბაღში შეიყვანეს 3 წლის, ხოლო ბაღში 5 წლის და იქ ატარებდნენ 7 წლამდე. თანატოლებში გამოირჩეოდა კონფლიქტურობით, აგრესიულობით, ჭირვეულობით. ასეთი ხასიათი შეუნარჩუნდა სასკოლო და მოზრდილ ასაკშიაც. ხშირად აცდენდა სკოლას და უფრო გასართობი თამაშები იზიდავდა, ვიდრე სწავ-

ლა. ბევრჯერ იყო დასჯილი გაკვეთილების უმიზეზო გაცდენისა და თანატოლებთან კონფლიქტის გამო. გაჭირვებით დაამთავრა საშუალო სასწავლებელი და დაიწყო ჯერ შეგირდად მუშაობა ელექტროშემდუღებლებთან. ასე თუ ისე დაეუფლა ამ სპეციალობას და მუშაობდა ამ ხელობაზე. 26 წლის ასაკში დაქორწინდა, ჰყავს 2 შვილი. ალკოჰოლურ სასმელებს ეტანება ახალგაზრდა ასაკიდან. ძირითადად იღებდა ღვინოს და არაყს, როგორც წესი, თანამოსამსახურეების წრეში და უფრო ხშირად სიმთვრალეში იწვეოდა კონფლიქტს და ტანით მორჩილი თვითონვე რჩებოდა დაზარალებული. სათამაშო დაწესებულებების ლეგალიზების შემდეგ მისი საცხოვრებელის ახლოს გახსნეს ტოტალიზატორი. დაინტერესდა. სათამაშო აპარატებისაგან მოხიბლულმა, მაშინვე დაიწყო თამაშები სამუშაოდან თავისუფალ დროს. რამდენჯერმე მოიგო მცირეოდენი თანხა და სულ ტრაბახობდა, რომ „აუგო მუღამი სათამაშო აპარატებს, მაგრამ დასაწყისში დიდ თანხით ფსონისაგან თავს იკავებდა. თანდათან ისე გაიტაცა აზარტმა, რომ დაიწყო სამუშაოს გაცდენები, და ფულის სესხება, რადგან არარეგულარული მუშაობის გამო სათამაშო ფული არ ყოფნიდა. ფინანსური და საოჯახო სიძნელეების თავის არიდების გამო, ოჯახის წევრებმა ექიმთან სამკურნალოდ წაიყვანეს. პირველად მოხვდა ჩვენთან სამკურნალოდ 2005 წლის 5 მაისს.

პაციენტთან საუბრის და სათანადო გამოკვლევის შემდეგ გაირკვა, რომ აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი მისწრაფების გარდა მას აქვს უძილობა, გამღიზიანებლობა, შფოთვა, კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან და სამუშაოზეც. ერთ ობიექტზე არ აჩერებენ სამუშაოს მიმართ უპასუხისმგებლო დამოკიდებულების გამო. აღიარა, რომ სათამაშო აპარატებისადმი დიდი ლტოლვა არის ის ძირითადი კმაყოფილება, რაც აგრძნობინებს, რომ ის არის დამოუკიდებელი პიროვნება, რომელიც იქცევა თავისი დამოუკიდებელი სურვილის მიხედვით. რაც შეეხება ფინანსურ სიძნელეებს, მართალია ვალები აიკიდა, მაგრამ იმედი აქვს, შეძლებს მოგებას და ვალებს გაისტუმრებს. სომატიური ორგანოების მხრივ რაიმე პათოლოგიის ნიშნები არ აღენიშნებოდა და ამ სახეობის ჩიეილებსაც არ ადგენდა.

დაენიშნა და ჩაუტარდა კომბინირებული მკურნალობა ფსიქოთერაპიული სეანსებით და მედიკამენტებით. ანტიოფსესური და ანტიკომპულსური აქტივობის ანაფრანილის, ანტიშფოთვითი აქტივობის ალპრაზოლამის და ნორმოთიმიური მაბალანსირებელი მედიკამენტის კარბამაზეპინის მზარდი დოზებით. სპეციალურად

მედიკამენტების ეფექტური დოზების დადგენის და დადებითი ეფექტის გახანგრძლივებისა და მასტაბილიზებელი და მიღებული რემისიის გამტკიცების მიზნით.

მკურნალობის კურსი გაგრძელდა 2 თვის მანძილზე და პაციენტი განთავისუფლდა ექიმის მეთვალყურეობისაგან რემისიის მდგომარეობაში, აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვის იმ ზომამდე რედუცირებით, რომ დაახლოებით ერთი წლის მანძილზე ტოტალიზატორს არ გაკარებია. შემდეგ, მომდევნო წლის გაზაფხულზე დაკარგა ხალისი, მოიწყინა, მოუხშირა ალკოჰოლური სასმელების მიღებას და გამოზარხოშების შემდეგ დეპრესიისა და შფოთვის, უძილობის მდგომარეობიდან გამოსასვლელად (მისი სუბიექტური აზრით) სცადა მიემართა კვლავ სათამაშო ავტომატისათვის, რაც გახდა აზარტომანიის, როგორც დაავადების რეციდივი და მიზეზი. ოჯახის წევრების დაჟინებითი მოთხოვნით გამოცხადდა ჩვენთან მკურნალობის კვლავ ჩასატარებლად. არსებითი ცვლილების გარეშე ჩაუტარდა 2007 წლის ოქტომბერ-დეკემბრის განმავლობაში მკურნალობა კვლავ ანაფრანილის 50-დან 300 მილიგრამამდე, ალპრაზოლამის 0,5 მგრ-დან 2 მგრ-მდე და კარბამაზეპინის 400-600 მგრ-მდე მზარდი დოზებით. დამაჯერებელი რემისიის მიღების შემდეგ მედიკამენტების სადღეღამისო დოზები შევამცირეთ და მომდევნო 2 თვის მანძილზე პაციეტი რეგულარულად იღებდა ხსენებული მედიკამენტებიდან ანაფრანილის 50-75 მგრ. დღეში, კარბამაზეპინი მხოლოდ 2 თვეს, შემოდგომაზე – 15 ოქტომბრიდან 15 დეკემბრამდე და გაზაფხულზე – 15 თებერვლიდან 15 აპრილამდე, ხოლო ანტიანქსიოზული მოქმედების ალპრაზოლამი შფოთვის ფენომენის გამოვლენის შემთხვევაში 1/4-1/2 მილიგრამის ფარგლებში. 2008 წლის მარტიდან დღემდე. 2010 წლის დეკემბრამდე მიღებულია მყარი ხასიათის რემისია აზარტომანიის იმპულსის მნიშვნელოვანი რედუცირების ეფექტით.

ფსიქოლოგიური გატაცება, ფსიქოპათოლოგიურისაგან განსხვავებით არ გამოდის საზოგადოებრივად ან ცალკეული ჯგუფებისათვის ტრადიციულად დადგენილი საზღვრებიდან. ამიტომ ერთი და იგივე სახის ჯგუფურმა ან კოლექტიურმა გატაცებამ შესაძლებელია მიიზიდოს, როგორც ჩვეულებრივად გასართობის მოყვარული, ისე ჰიპერგატაცებული და ფიქსირებული იდეებით შეპყრობილი პიროვნებები.

გემბლინგური აშლილობის ჩამოყალიბების პრედიქტორებად მიიჩნევენ შემდეგი სახის ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს:

1. 15 წლის ასაკამდე ბავშვის მშობლების გაყრა ან დაობლება რომელიმეს ან ორივეს სიკვდილის გამო;
2. მშობლებისაგან შვილების აღზრდაში არაადეკვატური მეთოდების გამოყენება;
3. მშობლების და საერთოდ ოჯახის მხრივ ფულთან არაადეკვატური დამოკიდებულება;
4. ოჯახური სიტუაცია, რომელიც ბავშვებს აძლევს ადვილად ხელმისაწვდომად აზარტულ თამაშებით გართობას, თუნდაც ხურდა ფულზე.

აზარტულ თამაშებში ჩართვისა და შემდეგ ასეთი თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გაჩენის ხელისშემწყობად მიიჩნევენ:

1. მარტოობის განცდას, რაც აიძულებს პიროვნებას მიმართოს გასართობად სათამაშო ავტომატებს, კაზინოს, კომპიუტერს, ინტერნეტს თუ ძველ ბანქოს სათამაშო კლუბს, რადგანაც იქ მიღებულ შთაბეჭდილებას და შეგრძნებებს პირველივე თამაშის პროცესში ხელს შეუწყობს მის დაბრუნებას შემდეგშიაც;
2. დაუკმაყოფილების განცდა აიძულებს მას გამოავლინოს თავისი შესაძლებლობა განმეორებით, რადგან მისი აზრით, რეალურ ცხოვრებაში მისი შესაძლებლობები არასაკმარისად იქნა რეალიზებული. იგი უკმაყოფილოა თავისი თავის, ცდილობს გასართობ თამაშებში გამოავლინოს საკუთარი შესაძლებლობები, სადაც უფრო ადვილად გახდეს გამარჯვებული, ვიდრე რეალურ ცხოვრებაში და სადაც უფრო მეტ შედეგს მიიღებს, მით უფრო მოუნდება მიუბრუნდეს თამაშებს;
3. ადვილად მოგებით ხელის მოთბობა სათამაშო ავტომატებში, კაზინოში და ა.შ. ერთჯერ მოგებით განცდილი ადრენალინის მოზღვავება, უეცრად ამდენი ფულის დაუფლებით იგი ცდილობს გაიმეოროს თავისი წარმატება თამაშებში;

4. სხვადასხვა სახის პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევ აგენტებისადმი (ალკოჰოლის, ნარკოტიკული ნივთიერებებისა და ა.შ.) ადვილი დამორჩილება;
5. სხვადასხვა სახის ფსიქიკური აშლილობანი და ხასიათის ანომალიები.

აზარტული თამაშები, როდესაც ხდება ყოველდღიური და აუცილებელი დამოკიდებულებისა და მოთხოვნილების საშუალება იღებს დაავადების ხასიათს, რომელიც საჭიროებს დროულ დიაგნოსტირებას, მკურნალობას და შემდგომში მოსალოდნელი რეციდივების საწინააღმდეგო პრევენციული ღონისძიებების ჩატარებას.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური მიდრეკილება შედის МКБ-10-ს რუბრიკაში — „ჩვევებისა და მიზიდულობების აშლილობებში“ პირომანიას და კლეპტომანიასთან ერთად, როგორც იმპულსიური ხასიათის აშლილობები.

აზარტომანიის დიაგნოსტირებისათვის შემუშავებულია რამდენიმე კრიტერიუმი, რომელთა შორის მთავარია:

1. განმეორებადი (ორჯერ და მეტჯერ) თამაშის ეპიზოდი სათამაშო დაწესებულებაში 1 წლის განმავლობაში;
2. სათამაშო ეპიზოდის აღდგენა, იმის მიუხედავად იგი არის თუ არა მატერიალური სარგებლობის მიზნით, სოციალური და პროფესიული ორიენტაციის დარღვევა;
3. პიროვნებას არ ძალუძს გააკონტროლოს თამაშისადმი ლტოლვის ინტენსივობა და ნებელობით განსაზღვრული მიზიდულობა:
4. აზარტულ თამაშებზე აზრებისა და წარმოდგენების მუდმივი ფიქსირება;
5. აზარტულ თამაშებში მონაწილეობის ეპიზოდების თანდათანობითი ზრდა, უფრო მეტი და მეტი რისკისადმი მისწრაფება.
6. პერიოდულად დაძაბულობა, რომელსაც თან მოსდევს სათამაშო აღტყინება, ყოველგვარი დაბრკოლების გადამლახავი მისწრაფება იპოვოს შესაძლებლობა თამაშებში ჩასართავად.

7. ეკონომიკური გაღატაკების ან სხვა სერიოზული მიზეზის გამო აზარტული თამაშების ერთჯერ და სამუდამოდ თავის დანებების გადაწყვეტილების აღსრულების უნარის სწრაფად მზარდი დაქვეითება. სრულიად უმნიშვნელო მიზეზის გამო, მაგალითად მოულოდნელად ძველ მოთამაშე პარტნიორთან შეხვედრა ან ვინმესთან არა აზარტული თამაში და ა.შ. რაც ხშირად მოსდევს ჭეშმარიტი აზარტომანიის რეციდივი,

პათოლოგიური აზარტომანიის დროს ძნელად გადასალახავი სურვილი, რომ კვლავ დაიწყოს თამაშები, ემსგავსება ნარკომანიულ აბსტინენციას, მით უმეტეს, რომ ამ მდგომარეობაშიც არის ჩივილები თავის ტკივილზე. ძილის დარღვევაზე, საერთო მოუსვენრობაზე, შფოთვაზე, გუნებგანწყობის ამა თუ იმ ხარისხის დაქვეითებაზე, ყურადღების კონცენტრირების შეუძლებლობაზე.

პათოლოგიური აზარტული მოთამაშის ცნობა გარეგნული ნიშნებით თითქმის შეუძლებელია, მაშინ, როდესაც, ქიმიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების მქონე ლოთი ან ნარკომანის ცნობა გარეგნული ჰაბიტუსით ადვილად შესაძლებელია. აზარტული თამაშებით გატაცებულთა უმრავლესობა გარეგნულად გამოიყურება რესპექტაბელურად. სრულიად მშვიდ სიტუაციაში ფლანგავენ დიდ ფულს ან სიმშვიდის ფასადის უკან, ამოფარებულია ძნელად შესამჩნევი, მაგრამ სინამდვილეში ჩამოფარებული განურჩევლობის ნიღაბი, რომელიც ფარავს შინაგან მღელვარებას.

Skakauskas N., Satkevidute R. (2003) და Солдаткин В.А. (2008) გამოყოფენ აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვის მქონე ორ ძირითად ტიპს:

1. ტიპი – „მოქმედი მოთამაშეები“ და 2. „მოთამაშეები, რომლებიც რეალობას გაურბიან.“

პირველი კლინიკური ფორმის ტიპებისათვის დამახასიათებელია შედარებით მაღალი ინტელექტი, მაღალი სოციალური მდგომარეობა, ნარცისიზმი, მისწრაფება დომინირებისადმი, რისკიანობა. ასეთი მოთამაშეები, უპირატესობას აძლევენ ისეთ აზარტულ თამაშებს, რომლებსაც ესაჭიროება დახელოვნება

(პოკერი, ბლეკ-ჯეკი და ა.შ.) უფრო ხშირად ასეთი მოთამაშეები არიან მამაკაცები, რომლებმაც დაიწყეს მოთამაშის კარიერა, ჯერ კიდევ მოზარდ ასაკში. ისინი ავლენენ მიდრეკილებას თავი წარმოადგინონ კომუნიკაბელურ, ენერგიულ და სანდო პიროვნებად, თუმცა ფსიქოლოგიური კვლევის ტესტებში აისახება დაბალი თვითშეფასების ხაზები. აზარტული თამაშებით გატაცება უკავშირდება ამ პიროვნებების სწრაფვას დაამტკიცონ თავიანთი უპირატესობა სხვების მიმართ.

მეორე ტიპის მოთამაშეები უფრო ადვილად და ხშირად ხდებიან პათოლოგიური მოთამაშეებად. ისინი „გაურბიან ცხოვრებისეულ პრობლემებს, წარუმატებლობას, თამაშების წაგებისაგან ფულად დანაკარგებს რეალურ ცხოვრებაში, რაც ავტორის აზრით მოთამაშეებს აიძულებს რეალობიდან გაქცევას. აღნიშნულ ფორმაში უპირატესად ქალები ხვდებიან. ისინი ესწრაფვიან გადაინაცვლონ რეალობიდან აზარტული თამაშების სამყაროში, რათა როგორმე დაივიწყონ პირად ცხოვრებაში შექმნილი სიძნელეები ამ ჯგუფის მოთამაშეები ირჩევენ აზარტულ თამაშებს, რომლებიც არ მოითხოვენ დიდ დახელოვნებას, ჩვევებს და ხერხებს მოგებისათვის (სათამაშო ავტომატის სწრაფი და მოხერხებული მართვა) ისინი ელოდებიან მოუთმენლად მოგების დროს, სასურველი ჟეტონების ხმაურით ჩამოყრას და ავტომატების ფერად-ფერადი სინათლეების ციმციმს, როდესაც ისმის მოლოცვები და აპლოდისმენტები, რაც დიდ სიხარულს ანიჭებს მოთამაშეს და პირველი მოგება არწმუნებს, რომ იგი იღბლიანია, მას უკვე ავიწყდება, რომ აქამდე მხოლოდ აგებდა. ე.ი. მოგება მოთამაშეს აგდებს ჰიპნოზისმაგვარ მდგომარეობაში (Galski T. 1987).

აზარტომანიისადმი მიდრეკილებას ავლენენ პიროვნებები, რომლებიც თავისი სპეციალობით იმყოფებიან მუდმივ დაძაბულ მდგომარეობაში (მონაწილეობდნენ ცხელ საბრძოლო წერტილებში, მუშაობდნენ მუდმივ დაძაბულ სიტუაციაში და ა.შ.), ხშირად განიცდიან მოწყენილობას ოჯახურ სიტუაციაში და ა.შ. დასაწყისში სწორედ ასეთ მდგომარეობაში მყოფნი შედიან კაზინოში და დებენ დიდ თანხებს.

მეორე ტიპის აზარტომანი, კიდევაც რომ აინაზღაუროს ადრე წაგებული თანხა, თამაშს თავს არ ანებებს. ფაქტობრივად, რაც უნდა დიდი მოგება აიღოს, თამაშს არ წყვეტს. არ არსებობს ისეთი მოგებული თანხა, რომელიც აზარტომანს დააკმაყოფილებს. მათი მიზანი ხდება არა ის, „თუ რამდენი მოიგო“, არამედ მისთვის აქვს მნიშვნელობა, თუ „რამდენ ხანს შეძლებს თამაშს“ ეს იგივეა „თუ რამდენ ხანს შეუძლია მას განერიდოს ყოველდღიურ პრობლემებს“.

აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების მქონე პიროვნება თანდათან ეხვევა ფულადი თანხის მოგების ბურუსით მოცულ ოცნებებში, კარგავს პასუხისმგებლობის გრძნობას ოჯახის, სამუშაოს და საერთოდ მოქალაქეობრივი მოვალეობის მიმართ. ძირითადი საზრუნავი ხდება, როგორმე სათამაშო ფული იშოვნოს. თუ დავუკვირდებით მის მუდმივ საზრუნავს, ნათლად წარმოგვიდგება თვალწინ ნარკომანის, ან განიადაგებული ქრონიკული ლოთის საზრუნავი იშოვოს ფული აბსტინენციის გასანეიტრალებლად. არც ერთი მათგანი არ დაიხევს უკან, თუ სხვა წყაროს ვერ მიაგნო ფულის საშოვნელად ქურდობა-ძარცვაზე და სხვა სახის მძიმე კრიმინალური დანაშაულის ჩადენაზე.

აზარტული თამაშების პათოლოგიური დამოკიდებულებით დაავადებული პიროვნებები ფსიქოანალიტიკოსების შეხედულებით ავლენენ ინფანტილურ თავისებურებებს, რომელიც ატარებს ფობიკურ საფუძველს, რომელზედაც აღმოცენდებიან შესაბამისი შიშები და სურვილები. ფობიების გაჩენას მოსდევს დაცვითი ფანტაზიები ან გაუპიროვნებელი დაცვითი სისტემები, რომლებიც როგორღაც აწონასწორებენ არსებულ შიშებს. დაცვის მსგავსი ძიებანი და შფოთვის აღმძვრელი სიტუაციები ფსიქოანალიტიკოსების მტკიცებით აუცილებლად მიგვიყვანენ პათოლოგიურ დამოკიდებულების გამომუშავებამდე, როგორც კი გაჩნდება შესაბამისი ფაქტორი-აზარტული თამაშის, ნარკოტიკული საშუალების ან რიტუალური მოქმედების სისტემების გამომუშავების სახით.

მნიშვნელოვან არგუმენტებს გვაწვდიან ბიჰევიორული თეორიის მიმდევრები (Petri N., Roll J. 2000) – მათი შეხედულებით ფული ამ სიტუაციაში წარმოადგენს მოტივაციურ ფაქტორს, რომელიც აღძრავს სურვილს აზარტული თამაშებისადმი. რადგან ეს თამაშები უფრო ხშირად წამგებიანია, ვიდრე მომგებიანი, ძირითად მარეგულირებელ ფაქტორს წარმოადგენს არა ფული, არამედ შინაგანი ანუ აზარტული თამაშისმიერ წამოყენებული პირობა, განერიდოს ყოველდღიურ რუტინულობას და განიცადის აგზნება, აზარტის შეგრძნება, გაიუმჯობესოს გუნებაგანწყობა, დაივიწყოს მარტოობის მტკივნეული განცდა.

აზარტომანიის კოგნიტური თეორია პათოლოგიურ აზარტულ თამაშებს უკავშირებს კოგნიტურ შეცდომებს ირაციონალურ დარწმუნებებს და ე.წ. კონტროლის ილუზიას. ტიპურია შემდეგი კოგნიტური შეცდომები, როდესაც მოთამაშე სათამაშო ავტომატის პერსონიფიცირებას ახდენს და აღიარებს, რომ სათამაშო ავტომატი მას გავს (Grifiths M.-1994,1997) ან განცხადება – „მე წავაგე იმიტომ, რომ ვიყავი უყურადღებო“) ირაციონალურ დარწმუნებას მიაკუთვნებენ ხასიათის ისეთ ხაზებს, როგორიცაა: მოუთმენლობა, ხანგრძლივ გამძლეობის უუნარობა და იმედი, რომ შემდეგში აუცილებლად მოიგებს, დაბალი ფლუსტრაციულობა, თვითშეფასების დაქვეითება, კონტროლის განხორციელების ილუზია, როდესაც მოთამაშე დარწმუნებულია, რომ შესწევს უნარი, თუ მოინდომებს და სათამაშო ავტომატის ღილაკს სწრაფად დააჭერს ხელს, მოიგებს.

ფსიქოდინამიკური ფსიქოლოგიის მიმდევრები აზარტომანიულ კომპულსურ ქცევას მიიჩნევს დომინიურ ფსიქოლოგიურ დაცვით რეაქციად, რომელიც დამახასიათებელია „ობსესურ-კომპულსური“ ხასიათის პიროვნებისათვის, რომლებიც სტრესულ სიტუაციაში და ზედმეტი დატვირთვის დროს იცვლებიან და ავლენენ სიმპტომატიურ ქცევას რიტუალებისა და კომპულსური ქცევის სახით. ამ დროს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენენ ისეთი დაცვით რეაქციები, როგორიცაა

„ყოვლისმომცველი კონტროლის შესახებ ფანტაზიები“ (Mc Williams J. 1999).

აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვა ასევე უკავშირდება ოჯახში მყოფებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებისა და ცოლ-ქმარს შორის სექსუალური ურთიერთობის შეცვლას. არაიშვიათად მოთამაშე სამუშაოდან სახლში არ მიდის, რადგან არ სურს შეხვდეს მეუღლეს და ან საერთოდ არ უნდა ჩარჩეს ოჯახის მოსაწყენ ატმოსფეროში (Wildmann R. 1989). პრაქტიკულად ყველა მოთამაშეების ოჯახები საბოლოოდ ირღვევა და ეს პროცესი გადის მათთვის დამახასიათებელ სტადიებს (Lesier H., Rosental R. 1991) დასაწყისში მეუღლე (უფრო ხშირად ცოლი) ფიქრობს, რომ ყველაფერი შესაძლებელია გამოსწორდეს, მაგრამ მაინც მეუღლესთან გარდაუვალია კონფლიქტები, ცდილობს მეუღლე დაიხსნას „აზარტული თამაშების ზედმეტი გატაცებისაგან“, ბოლოს და ბოლოს მსგავსი იმედი მალე ნიველირდება. შემდეგ იწყება მეორე პერიოდი ანუ მეორე სტადია, როდესაც თამაშები სტერეოტიპულად მეორდება. ცოლს იპყრობს სინდისის ქენჯნა, რომ მას არ ძალუძს დაეხმაროს ქმარს აზარტულობისაგან თავის დახსნაში. ამ დროს მოთამაშის ცოლს შესაძლებელია გამოუვლინდეს სხვადასხვა ნევროზული სიმპტომები, რომლებისაგან გასათავისუფლებლად მიეძალება ალკოჰოლურ სასმელებს. მომდევნო მესამე სტადია როგორც წესი მთავრდება განქორწინებით ან არ არის გამორიცხული ცოლ-ქმრის სუიციდური გამოსავალიც.

სხვა დანარჩენ ენდოგენურ ან ეგზოგენურ მიზეზებთან ერთად აზარტულ თამაშებში მონაწილეობისადმი მისწრაფებას ხელს უწყობს პიროვნების დეზადაპტაციის გამომწვევი ერთ-ერთი ტიპური გამოვლინება, როგორიცაა ფინანსური სიდუხჭირე, ვალები, სამართალდარღვევები, საოჯახო კონფლიქტები, პროფესიული დაქვეითება და ა.შ. ყველაზე სერიოზული შედეგია პიროვნების კრიმინალურ სამყაროში ჩართვა ან იმედგაცრუების შედეგად სუიციდური ცდები. აზარტული თამაშების პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნება

ხდება პოტენციური დამნაშავე, მაგრამ ამასთან ერთად იგივე პიროვნება წარმოადგენს თავისი უარყოფითი მისწრაფების მსხვერპლს, რომლის სიცოცხლეც ძაფზე ჰკიდია (Солдаткин В.А. 2008).

სათამაშო საშუალებების ძიებაში გამოვლინდება პათოლოგიური დამოკიდებულების სინდრომის თანმხლები აფექტური აშლილობები, უხალისობა, დაძაბულობა, აგრესიულობა, პერიოდული დისფორიული აფეთქებები, წონასწორობის აფექტოგენური დაკარგვის ეპიზოდები, რომლებიც ზოგჯერ განაპირობებენ ქცევების და მოქმედებების შერჩევაში ცნობიერების კონტროლის დარღვევას. აზარტული თამაშები ხდებიან მთავარი და ზეაქტუალურნი პიროვნების ცხოვრებაში, ბოლოს და ბოლოს იგი სრულიად კარგავს პასუხისმგებლობას ოჯახის, სამსახურის და საერთოდ საზოგადოების წინაშე. იგი შეპყრობილია თამაშზე ფიქრით, მასზე ფიქრობს მუდმივად თამაშის დროსაც და როდესაც არ თამაშობს, ფიქრობს თუ სად და როგორ იშოვნოს სათამაშო ფული და ამ ფიქრებს შეუძლიათ გადაწონონ ყოველგვარი უმნიშვნელოვანესი ცხოვრებისეული პრობლემები,

როდესაც აზარტული თამაში გადაიზრდება ზეღირებულოვან გატაცებაში, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ადამიანში ფორმირდება აზარტული თამაშებისადმი დაუძლეველი ვნება. ძლიერი წადილი, რომელიც მთლიანად იპყრობს პიროვნებას, განაგებს მის გონებას და ნებითი სფეროს ერთობლიობას, ფაქტობრივად იპყრობს ადამიანის არსებას. სინამდვილეში ასეთი ძლიერი ვნებით შეპყრობილი ხდება პასიური შემსრულებელი რაღაც ძალით, რომელიც მას მართავს, იგი მაინც ერთთავად მისგან მომდინარეობს (Рубинштеин С.Л. 2002).

ცნობილია, რომ გემბლერს თავისით არ შესწევს უნარი დაანებოს თავი აზარტულ თამაშებს. როგორც ირკვევა ეს ფაქტი უნდა იქნას განხილული, როგორც იმპულსური ქცევა, რადგან იმპულსი არის გადაუდებელი სურვილი, რომ აუცილებლად უნდა მოახდინოს ამა თუ იმ სახის მოქმედება,

რომლიც მთლიანად იპყრობს პიროვნების გონებას და ერთდროულად ახდენს სხვა სახის ნებისმიერ მისწრაფების, სურვილების, წარმოდგენების რედუცირებას. საინტერესოა, რომ თვითონ პერსონას ასეთ იმპულსურ რეაქციის ახსნა არ შეუძლია. აზარტული თამაშის სურვილი მისთვის ხდება გადაულახავი და აუცილებლად სრულდება.

გემბლერის პათოლოგიური ლტოლვა აზარტული თამაშებისადმი უკავშირდება შემდეგ 6 ძირითად მოდელს:

1. მემკვიდრეობით დატვირთვას, რომელიც უკავშირდება DRD-2 გენს (რომელიც განისაზღვრება დოპამინური რეცეპტორების ფუნქციით;)
2. ქცევითი. მოდელის ფარგლებში Skiner B.F. მიიჩნევდა პიროვნების გარემოსთან ურთიერთმოქმედებაში;
3. კოგნიტური. თეორია უკავშირდება აზარტულ თამაშების პროცესში კოგნიტურ შეცდომებს, ირრაციონალურ დარწმუნებას და ე.წ. „კონტროლის ილუზიას". ამ შემთხვევაში ტიპურია კოგნიტური შეცდომები.

ირაციონალურ დარწმუნებას განიხილავენ, 4 ძირითადი მახასიათებელით:

ა. მოუთმენლობა და ხანგრძლივი ძალისხმევის უნარის უქონლობა, რაც გამოვლინდება ხშირ წაგებების შემდეგ დარწმუნებაში – „შემდეგი ფსონი მე უნდა მოვიგო".

ბ. დაბალი ფლუსტრაციული ტოლერანტობა – „საშინელებაა, რომ თამაშებში ფულს ვერ ვიგებ",

გ. თვითშეფასების ცდომილება დაქვეითების თვალსაზრისით – „თუ არ ვთამაშობ და ვერც ვიგებ ფულს, არარაობა ვარ".

დ. გადაჭარბება – „არ შემიძლია არსებობა თუ თამაშით ფული არ მოვიგე."

4. „კონტროლის ილუზია", რომელიც ითვალისწინებს ვარაუდს, რომ აზარტულ მოთამაშეს უნდა სჯეროდეს, რომ იგი აუცილებლად გააკონტროლებს თავის ქმედებას სხვადასხვა ხერხით, მაგალითად „სათამაშო ავტომატის ღილაკზე მაგრად თითის დაჭერით" და ა.შ.

5. ფსიქოდინამიკური კონცეფცია; აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია, პიროვნების არალოგიკური რწმენა, არსებითად ყოვლისშემძლეობის ინფანტილური ფანტაზია, რწმენა, რომ მისი სურვილს შესწევს უნარი უზრუნველყოს განუსაზღვრელი კმაყოფილება მრავალჯერადი წაგებების მიუხედავად, თამაშებში კვლავ ჩაბრუნება მიუთითებს სინამდვილის მიმართ არაცნობიერის პიროვნულ პროტესტზე, რეალობაში კი პირიქით მორიგი ფსონის ჩადებით გამოხატავს გაუცნობიერებლად პროტესტს.

ფსიქოდინამიკურად მოაზროვნე ფსიქიატრები აზარტულ მოთამაშეებში პიროვნების კომპულსურ ქცევას ხსნიან დომინირებულ ფსიქოლოგიურ დაცვად, როგორც დამახასიათებელს ოფსესურ-კომპულსური პიროვნებებისათვის, რომლებიც სტრესულ პირობებში და ძლიერი ზეწოლის დროს გარდაიქმნებიან ქცევებში, რომლებიც იღებენ რიტუალების ხასიათს ან კომპულსურობას. უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ისეთ დაცვით ფაქტორებს, როგორიცაა „უკვე გაკეთებულის მოსპობა“, „ყველაზე ძლიერი კონტროლი ფანტაზიებზე“ და ა.შ.

6. სოციალური ფაქტორები: დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის ფსიქიატრები განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ პათოლოგიურ გემბლინგის განვითარებაში სოციალურ ფაქტორებს. დადგენილია, რომ აზარტული თამაშების ლეგალიზება განაპირობებს არამარტო გასართობად ჩართულ მოხალისეების რიცხვს, არამედ აგრეთვე პათოლოგიურად მოთამაშეების რიცხვს. დადგენილია, რომ აზარტული თამაშების ზოგიერთი სახეობანი (მაგალითად სათამაშო ავტომატები) იწვევენ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას გაცილებით უფრო სწრაფად, ვიდრე სხვა სახეობები და გაცილებით უფრო მეტ და მეტ გავრცელებას პოულობს ამ სახეობის ბიზნესი ცალკეულ ქვეყნებში და რეგიონებში.

ბოლო ხანებში საყოველთაოდ და განსაკუთრებით გავრცელდა სათამაშო ავტომატებით აზარტული თამაშები Асанов

A.O. (2005)-ის შეხედულებით, ცხადია, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს სათამაშო აპარატების ესთეტიკურ მიმზიდველობას, რომლებიც თავისი ულამაზესი დიზაინით, სხვადასხვა ფერის მოციმციმე განათებით, რომელსაც თანსდევს სასიამოვნო აკუსტიკური ეფექტები. სათამაშო ავტომატები ახდენენ ძლიერ და მიმზიდველ სუგესტურ ზეგავლენას, როგორც უშუალოდ თამაშების მონაწილე, ისე თამაშების მაყურებლებზე. ასევე დიდ ზეგავლენას ახდენს აზარტის სტიმულირებაზე თამაშის მოგების შემთხვევაში ავტომატის მეტალურ ფსკერზე მეტალური ფულის ან ჟეტონების მომაჯადოვებელი ჩხრიალი.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ადამიანის მიერ გამოცდილების დამახსოვრების მექანიზმი ისეთია, რომ მეხსიერებიდან ჩვეულებრივად გამოიდევნება ნეგატიური მნიშვნელობის მოგონებები, ხოლო პოზიტიური მით უმეტეს თუ იგი განმტკიცებული იყო დადებითი ემოციებით რჩება მეხსიერებაში დიდხანს. სწორედ ეს ეფექტია გამოყენებული სათამაშო ავტომატებში. მოთამაშე ადამიანის მეხსიერებაში ჩაგროვდება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მოგონებები და მათ დამახსოვრებას ბევრად უწყობს ხელს მოგების შემთხვევაში ავტომატების სხვადასხვა ფერების ლამპიონების ციმციმი და მომაჯადოებელი მუსიკალური აკომპანემენტი, მაშინ, როდესაც წაგებისას ავტომატი სდუმს და მის ეკრანის კუთხეში იცვლება მხოლოდ მცირე ზომის ციფრები, რომლებიც განკუთვნილია, ცხადია კვლავ მოთამაშის რამოდენიმე სენსორულ სისტემაზე გამამხნევებლად.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებაში არსებით როლს არ თამაშობს ინტელექტუალური ფუნქციის პრეროგატივა. იგი უვითარდება უფრო ემოციურ და ნებელობითი ფუნქციების მობილიზირების შედეგად, როდესაც პიროვნება განწყობილია და აღეძრება მწვავე ემოციური დაძაბულება, ანუ ლტოლვა თამაშისადმი. აზარტომანიის დაწყების პირველ ფაზაში, მიუხედავად იმისა, რომ თამაშის შედეგად მიღებული ფულადი მოგება იწვევს კმაყო-

ფილებას მოთამაშე ვერ ანებებს თავს მორიგ თამაშს, იმის მიუხედავად, რომ უმრავლეს შემთხვევებში მოგებას მოსდევს წაგებების სერიები. სათამაშო აზარტი ართმევს შესაძლებლობას თავი შეიკავოს მოსალოდნელი წაგებისაგან, რადგან ვირტუალური მოგება იპყრობს მის ფსიქიკას და არ ძალუძს დატოვოს სათამაშო დარბაზი.

ცხადია, ამ თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის პრემორბიდში ხასიათის აქცენტუაციას, ემოციურ დაძაბულობას და ჰიპობულიას. საყურადღებოა, რომ სხვადასხვა აზარტულ თამაშებისადმი ლტოლვა განაპირობებს ახალგაზრდის სწავლაზე გულაცრუებას და დაუსაქმებელი ახალგაზრდობის დესოციალიზაციას.

პაციენტები, რომლებიც ექიმს მიმართავენ მკურნალობისათვის აღნიშნავენ, რომ მათ დაეწყოთ თანდათან მატებადი შინაგანი დაძაბულობის განცდა, და მას შემდეგ, რაც ამ გადაუდებელი სურვილის აღსრულების შემდეგ შეიგრძნობს თითქოს ეცვლება ცნობიერება, რომელიც შეიძლება დახასიათდეს, როგორც ილუზორულ-კომპენსატორული მდგომარეობა, თითქმის ყოველთვის ყველა მათგანი მიუთითებს, რომ აღეძრათ გადაულახავი სურვილი, როგორმე გათავისუფლდნენ მღელვარებისაგან, დაიწყონ თამაში და განიტვირთონ აუტანელი შფოთვისა და დაძაბულობისაგან.

R.Vollery-ს (1994) მონაცემებით უკუპროპორციული დამოკიდებულება არსებობს მოსახლეობის შემოსავალსა და აზარტულად მოთამაშეების სიხშირეს შორის. ზოგადად ამ პათოლოგიურ მიზიდულობაში ჩაბმის ხელისშემწყობ ფაქტორებად მიიჩნევენ ცხოვრების მიკრო და მაკროსოციალურ ფაქტორებს (Короленко Ц.П. и Дмитриева Т.А. 2000). ოჯახში უფროსების მიერ ხშირად ჩვევად ქცეული ბანქოს, დომინოს, ლოტოს და სხვა აზარტული თამაშების ჩვევები, განსაკუთრებით ნებისმიერ რაოდენობის ფულზე, საერთოდ საოჯახო სიტუაციაში გამეფებული შეხედულება, რომ ფულით შესაძლებელია ყველა პრობლემის გადაჭრა. Vollery R. (1996),

Room R., Turner N., Labumiteanu A. (1999); Delfabbro P. and Thrupp L. (2003) ბავშვებში და მოზარდებში პათოლოგიური გემბლინგის გავრცელებაში ხელის შემწყობად მიიჩნევენ მშობლების დადებით დამოკიდებულებას აზარტული თამაშებისადმი. რუსულენოვანი ფსიქიატრი Сидоров П.И.-ი (2006) აღნიშნავს, რომ სოციალური ფაქტორები მნიშვნელოვან ეთიოპათოგენეზურ როლს თამაშობენ პათოლოგიური გემბლინგის ჩამოყალიბების ადრეულ ეტაპებზე. ისინი ცხადია ნოზოლოგიურად არასპეციფიკურებია და უზრუნველყოფენ სოციალურ ტოლერანტობის პრედისპოზიციას.

აღწერენ აზარტულ მოთამაშეების 2 ძირითად ტიპს:

1. რომლებიც ვარაუდობენ, რომ მოგების ალბათობა დამოკიდებულია მოთამაშის ინტელექტუალურ განვითარებაზე და მის ტექნიკურ ჩვევებზე.
2. მოგება არ არის დამოკიდებული მოთამაშეზე, არამედ ბედის წყალობაზე.

გემბლერების უდიდესი ნაწილი იზიარებს უფრო მეორე შესაძლებლობას. ისინი ვერ აცნობიერებენ, რომ შესაძლებელია კონტრთამაში, ცხადია, ისინი ამ დროს იმყოფებიან ილუზიებში, ხოლო აზარტული თამაშები, როგორც წესი, მართვადია, რომ ასეთ მოთამაშეებს არ შეუძლიათ თამაშის შედეგის პროგნოზირება და, როგორც ჩანს მათ დარღვეული აქვთ პროგნოზირების უნარი და კომპეტენტურობა.

ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის (DSM-IV-TR) თანახმად პათოლოგიური გემბლინგი ანუ „ქრონიკულად მიმდინარე და პროგრესირებადი უუნარობა შეეწინააღმდეგოს სურვილს ჩაებას აზარტულ თამაშებში“ შეტანილია თავში იმპულსიური ქცევის კონტროლის აშლილობის შედეგად განვითარებულ აშლილობებში: ტრიქოტილო მანიასთან (312.39), კლეპტომანიასთან (312.32), პირომანიასთან (312.33) ინტერმისიულ, ექსპლოზიურ აშლილობასთან (312.34) ერთად კოდით (312.31).

Короленко Ц.П. и Донских Т.А. (1990) გამოყოფენ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების, როგორც ერთ-ერთი ადდიქციური ქცევის ნაირსახეობის ჩამოყალიბების თავისებურებას შემდეგი წესით:

1. სათამაშო სიტუაციაში, ჩათრევა და სხვების თამაშების ყურების დროის თანდათანობითი მატება;
2. საერთოდ ინტერესების წრის შეცვლა, წარსულში თამაშებთან დაკავშირებული უსიამოვნო ფაქტების გამოდევნა მეხსიერებიდან. მუდმივი ფიქრები თამაშების შესახებ. ათასგვარ სათამაშო კომბინაციებზე ოცნება;
3. საკუთარ ქცევებზე კონტროლის დაკარგვა;
4. დისკომფორტის მდგომარეობა, გამღიზიანებლობა, მოუსვენრობა განვითარებული თამაშის ხანმოკლე დროის მანძილზე, მორიგი თამაშის შემდეგ და ძნელად გადასალახავი სურვილი, კვლავ გააგრძელოს თამაში თუ არა? ასეთი მდგომარეობა, მთელი რიგი ნიშნებით მოგვაგონებს ალკოჰოლურ ან ნარკოლოგიურ აბსტინენციას. ამათ თანსდევს თავის ტკივილები, ძილის დარღვევები, მოუსვენრობა, გუნებგანწყობის დაქვეითება და ყურადღების კონცენტრაციის უნარის აშლა;
5. დამახასიათებელია აზარტულ თამაშებში მონაწილეობის სიხშირის ზრდა, მისწრაფება, რათა სულ უფრო მეტად და მეტად გარისკოს და გააგრძელოს თამაში;
6. პერიოდულად აღიძვრება დაძაბულობა, რომელსაც თანსდევს სათამაშო აღტყინება (Draiv), იპოვოს შესაძლებლობა, მზად არის ყოველგვარი დაბრკოლების გადასალახავად, რათა მიიღოს მონაწილეობა აზარტულ თამაშებში;
7. სწრაფად მზარდი უძლურება შეეწინააღმდეგოს ცდუნებას, რაც გამოვლინდება პიროვნების გადაწყვეტილებაში ერთხელ და სამუდამოდ შეწყვიტოს აზარტული თამაში, ამ ფონზე სრულიად უმნიშვნელო მაპროვოცირებელ ფაქტორს შეუძლია (ძველ თანამოთამაშესთან შემთხვევით შეხვედრისას ამ თემაზე საუბარს, ან არა-

აზარტულ თამაშებში მონაწილეობა და ა.შ.) აღადგინოს სურვილი კვლავ დაიწყოს აზარტულ თამაშებში მონაწილეობა.

პათოლოგიური გემბლინგის მაღალავტორიტეტული მკვლევარები ხაზს უსვამენ სიძნელეს, აზარტულ თამაშებში მონაწილეს დავუდგინოთ თუ როდის ეწყება ჭეშმარიტი ადდიქტიური პროცესი, რადგან მას ახასიათებს თანდათანობითი შეპარვითი ხასიათი და მომდინარეობს ამ უარყოფითი და არსებითად პიროვნების დამაინვალიდებელი დაავადების მიმართ სრული უკრიტიკო დამოკიდებულების ფონზე.

აზარტული თამაშები ყოველთვის ფულის მოგების რისკს არ უკავშირდება. იგი შესაძლებელია ითვალისწინებდეს გამოგონებულ რისკს იმ შემთხვევაში თუ პიროვნება თავის თავს წარმოიდგენს მოთამაშესთან იდენტიფიცირებულად. მაგალითად, კომპიუტერული თამაშის დროს მსგავს ფიქსირებულ იდეად შესაძლებელია იქნას წარმოდგენილი სპორტული თამაშები, ლატარიაში მონაწილეობა, კროსვორდების შევსების აკვიატებული ჩვევა, ზოგიერთი სექსუალური თამაშები და ა.შ.

აზარტული თამაშები ფულის გარეშე ან მცირე ფსონზე, გემბლერების დიდი უმრევლესობისათვის მიმზიდველი არ არის. ასეთი თამაში რისკს არ უკავშირდება. რაც მეტი ფული იდება ფსონში, მით უფრო მეტს რისკავს გემბლერი მწვავე შეგრძნებების მთელ გამას. მცირე ფსონზე თამაში რისკს არ უკავშირდება, რადგან წაგება არ არის დასანანი.

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის მე-10 გადასინჯვა იუწყება, რომ აზარტული თამაშები უკავშირდება მოზარდი ასაკის მამაკაცებში და სიცოცხლის მეორე ნახევრის ქალების ინიციალურ პერიოდში ტიპურ შედარებით დიდ მოგებებს, რომელიც ხელს უწყობს პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას. სიცოცხლის მეორე ნახევარში მოთამაშეების ცხოვრების წესი უკავშირდება თამაშებს, რაც მკვეთრად აისახება მათ სოციალურ შემგუებლობაზე. პროგრესიულად ქვეითდება და თამაშში გამოჩნდება უანგარიშო სვლები და

გაუმართლებელი რისკები, რაც თავის მხრივ ხდება დეზადაპტაციის მთავარი მიზეზი. გემბლინგის მიმდინარეობაში 10-15 წლის შემდეგ დგება დაავადების მე-3 სტადია, რაც გამოვლინდება ნებელობის მთლიან დეკომპენსაციაში, ფინანსურ გაღატაკებასა და კრიმინალიზაციაში.

ზოგიერთი გემბლერი ახერხებს თავისი ავადმყოფური ჩვევის შენიღბვას. მას აქვს გაცნობიერებული საკუთარი ქცევის პათოლოგიურობა და ცდილობს, გარშემომყოფებს დაუმალოს თავისი მანკიერი ქცევა აზარტულ თამაშებში ჩათრევის შესახებ, რადგან ესმის, რომ გემბლერობა ნიშნავს იმას, რომ სამუდამოდ ატაროს ეს დაღი, დაკარგოს საზოგადოებაში ავტორიტეტი. ამის გამო იგი თავს არიდებს მიმართოს სპეციალისტ ექიმებს სამკურნალოდ.

სხვა უფრო ხშირ შემთხვევაში აზარტული თამაშები ხდება ადამიანის ცხოვრებაში ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზანი, რომელიც თრგუნავს პასუხისმგებლობის უნარს ოჯახის, სამსახურის და საზოგადოების მიმართ. პიროვნება შეპყრობილია იმით თუ სად და როგორ იშოვნოს სათამაშო ფული და ასეთი საზრუნავი აზრები თამაშის შესახებ იკავებენ მისი ცხოვრების უმნიშვნელოვანეს ნაწილს.

უნდა მივაქციოთ ყურადღება, რომ მოთამაშეს, თამაშის პროცესში უვითარდება აფექტური აშლილობა, რომელიც ხასიათდება სწრაფი განვითარებით. ემოციურობა იღებს ფეთქებად ხასიათს, რომელმაც შესაძლებელია მიიღოს ნებელობით კონტროლს დაუმორჩილებელი ხასიათი. მსგავს მდგომარეობაში ადამიანი კარგავს თავისი ქცევის კრიტიკულად შეფასების უნარს და შესაძლებელია აეშალოს მოცემულ სიტუაციაში მიზანმიმართული ქცევის კონტროლის უნარი.

აფექტური აფეთქებები პროვოცირდებიან ჩვეულებრივი ურთიერთსაწინააღმდეგო ტენდენციების შეჯახების დროს ზემძლავრი შებოჭილობის ან შეკავების – რომელიმე აკვიატებული ტენდენციების ან ზემძლავრი ემოციური აგზნების შეკავებით (Луриа А.Р. 1997).

როდესაც ჩვეულებრივი გასართობი თამაში გადაიქცევა

აზარტულ თამაშებად, ზეღირებულოვან გატაცებად, შესაძლებელი ხდება ვაღიაროთ, რომ თანდათან ფორმირდება აზარტული ვნების სინდრომი. იგი წარმოადგენს მყარი ხასიათის უძლიერეს და ხანგრძლივ განცდას, რომელიც გაიდგამს რა ფესვებს ადამიანის ფსიქიკაში, მთლიანად იპყრობს მას და განაგებს მის ნებელობას. ამგვარი ინტენსივობის ვნებისათვის დამახასიათებელია ყველა გრძნობის და პიროვნების ყოველ გვარი გულისწადილის და გულისთქმის დამორჩილება. აღძრულმა ვნებამ შესაძლებელია მოგვცეს უეცარი აფეთქებები, რომელიც ძნელად მართვადი იქნება პიროვნებისათვის. ვნების აფექტი წარმოადგენს ფსიქიკის ემოციურ და ნებითი სფეროების მოქმედების ერთობლიობას. ვნება ატყვევებს და იპყრობს ადამიანს. იგი ხდება ვნების მორჩილი, რაღაც ზებუნებრივი ძალის განკარგულებაში, თუმცა ეს ძალა, რომელმაც იგი შეიპყრო, მისგანვე წარმოსდგება.

ცნობილია, რომ აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების მქონეს დროულად თავის დანებება არ შეუძლია. ამის უშუალო მიზეზის დასადგენად საჭიროა გაეერკვეთ ადამიანის ნებელობითი მოქმედების ბუნებაში.

პიროვნება, რომელიც არის მიდრეკილი და გადაწყვეტს განერიდოს რეალურ სამყაროს და გადავიდეს აზარტის სამყაროში, ირჩევს ქცევის ამგვარ სახეობას, რადგან იგი ვერ ეგუება ჩვეულებრივ სინამდვილეს. მას აღარ აკმაყოფილებს და ბედნიერებას აღარ ანიჭებს ჩვეულებრივი ყოფა, ამიტომ იგი თამაშებში ეძიებს, რისკს, უსაზღვრო მძაფრ ემოციებს და შთაინთქმება აზარტული თამაშების ნებისმიერ სახეობაში. ადდიქტური ქცევის საფუძველია „მწვავე შეგრძნებების დაუკმაყოფილებელი წყურვილი.“

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებაში არჩევენ სტადიურობას და სათამაშო ციკლის სხვადასხვა ფაზებს, რომლების დეტალური აღწერა და ძირითადი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები ჩამოაყალიბა Custer R.L.-მა (1984) და იგი გამოყოფს აზარტული თამაშების შემდეგ სტადიებს: მოგების სტადია, წაგების სტადია, იმედგა-

ცრუების სტადია, შემთხვევითი თამაშები და ხშირი მოგებები. სათამაშო აგზნება, რომელიც ხშირად წინ უსწრებს ან თანსდევს სათამაშო პროცესს, თამაშების უფრო გახშირება, ფსონის ოდენობის ზრდა, თამაშებისაგან თავისუფალ დროს ფანტაზიები ძალზე დიდი თანხის მოგებაზე, უსაფუძვლო ოპტიმიზმი, ტრაბახი მოგებების შესახებ. ფიქრები და ოცნებები მხოლოდ წარმატებულ თამაშებზე, სათამაშო ფულის სესხება, ოჯახზე ზრუნვის შემცირება, წარმოქმნილი პრობლემების დაფარვა, პიროვნული თავისებურებების შეცვლა, ხასიათში — გამლიზიანებლობა, აფექტურობა, კონტაქტების შეზღუდვა, დაგროვილი ვალების გადახდაზე უარი და სასოწარკვეთილება, ცდები შეწყვიტოს თამაშები, პროფესიული და პიროვნული რეპუტაციის დაკარგვა, თამაშების შეწყვეტის მაგივრად უფრო მეტი დროის და მეტი ოდენობის ფსონის მოთხოვნა. ოჯახთან და მეგობრებთან დაშორების გამო სინდისის ქენჯნა, სინანული, უიმედობა, სუიციდური აზრები და ცდები, უმართებულო და დანაშაულებრივი ქცევები, პატიმრობა, განქორწინება, ალკოჰოლური სასმელების ბოროტად გამოყენება, ემოციური აშლილობები, აუტიზირება და ა.შ. აი ის გამოსავალი, რომელიც დამახასიათებელია ყველა მათგანისათვის, ვინც დროულად არ ეცდება უარი თქვას აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვაზე და სრულიად ფუჭი იმედი, რომ სათამაშო დაწესებულებიდან გამდიდრებული გამოვა.

სათამაშო ინდუსტრია საქართველოში ორნახევარ ათეულ წელს მოიცავს, მაგრამ უკვე მრავალი ოჯახი განადგურდა და ემსხვერპლა ამ ტიპის გასართობად შემოღებულ დაწესებულებებს. საკვირველია, რომ ჩვენი საზოგადოების გარკვეულმა ნაწილმა ბოლომდე ვერ გააცნობიერა, რომ აზარტულ თამაშებს შესაძლებელია დასაწყისში მიმართონ გასართობად, მაგრამ მისი ვერაგობა ისაა, რომ ახასიათებს ჩათრევის უნარი, როდესაც მოგებები კი არა, საბოლოოდ აუცილებელი წაგებები ხელს უწყობენ აზარტის გაძლიერებას და მოთამაშის არამარტო მატერიალურ გაღატაკებას, არამედ პიროვნების მორალურ-ეთიკური ფასეულების მივიწყებას.

В.В. Заицев-ის (2000) მონაცემებით პათოლოგიური მოთამაშეები გამოირჩევიან ფსიქიკური აქტივობის კონსტიტუციონალურად განპირობებული მაღალი დონით და იმპულსებზე პიროვნული კონტროლის დაბალი დონით, დაბალი ფლუსტრაციული ტოლერანტობით და პერიოდული აფექტური განტვირთვებისადმი მოთხოვნილებით. ამასთან ერთად, პაციენტები სათამაშო სიტუაციაში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავლენენ უუნარობას გააკონტროლონ სათამაშო იმპულსი, რაც ხელს უწყობს ცხოვრებისეული გამოცდილების პროცესში აზარტული თამაშების მიმართ ფორმირებული არაადეკვატური კოგნიტიური სქემები. ისინი კარგავენ სათამაშო იმპულსისადმი კონტროლს მაშინ, როდესაც ქვეცნობიერ დონეზე გადაწყვეტილება რომ უნდა ითამაშოს, უკვე მიღებულია.

სათამაშო იმპულსი მოთამაშის წარმოდგენით მის პიროვნულ კონტროლს ექვემდებარება. იგი ალნიშნავს: „თუ მე ეს სინამდვილეში არ მჭირდება არ ვითამაშებ.“. თამაშის მიზანს იგი რაციონალურად განიხილავს, მაგალითად „გადაწყვიტოს ფინანსური პრობლემები“. ემოციური აკომპონემენტის გამოხატვა, რომელიც მიუთითებს აზარტულ სურვილის აღძრაზე ითრგუნება და იქმნება პირობები, როდესაც მოთამაშე აღძრული სათამაშო იმპულსისაგან სრულიად დაუცველია და რომელიც აღიძვრება, როგორც აფეთქება გარკვეულად ხელსაყრელ სიტუაციაში (ხშირად თუკი სათამაშო თანხა და თავისუფალი დრო აქვს).

В.В. Заицев-ი (2000) სათამაშო რეციდივების ანალიზმა მიიყვანა დასკვნამდე, მოთამაშის ქცევების ციკლში გამოეყო შემდეგი ფაზები, რომლებიც დაგვეხმარება სამკურნალო ღონისძიებების, კერძოდ ფსიქითერაპიული მეთოდიკების შერჩევაში.

1. თავშეკავების ფაზა – ხასიათდება თამაშისაგან თავშეკავებით უმეტეს შემთხვევაში უფულობის, მიკროსოციალური გარემოს ზეწოლის ან გამოხატული დეპრესიის გამო, რაც შესაძლებელია გამოწვეული იყოს მორიგი წაგებით და უუნარობით გაეკონტროლებინა საკუთარი სათამაშო იმპულსი.

2. ავტონომიური ფანტაზიების ფაზა-მისთვის დამახასიათებელია სპონტანური ფანტაზიების გახშირება თამაშის შესახებ, ისე რომ პაციენტი წააგებს საკუთარ ფანტაზიებში და წარმოდგენებში, როგორც წესი აზარტის მდგომარეობა და მოგებით წინასწარტკბობა ასტიმულირებს თამაშის დაწყებას, ხოლო წაგების ეპიზოდებს კი ავტომატურად გამოდევნის მეხსიერებიდან. ეს ფანტაზიები შესაძლებელია აღმოცენდნენ მეხსიერებაში თავისი წარსული გამოცდილების საფუძველზე ან წარმოიქმნან სპონტანურად წარსულში განცდილის მოგონებების საფუძველზე. სახელწოდება „ავტომატური" მიუთითებს წარსულის შთაბეჭდილებებზე, კინოფილმებიდან ან სპონტანურად, ან ირიბი სტიმულირებით მეხსიერებაში ამოტივტივებულ სრულიად განსხვავებული მნიშვნელობის ფაქტის საფუძველზე;
3. ემოციური დაძაბულობის მატების ფაზა — ამ ფაზის ნიშანია — ემოციური დაძაბულობის თანდათან მატება, რომელიც ინდივიდუალური, პიროვნული და ფიზიოლოგიური თავისებურებების მიხედვით შესაძლოა ჰქონდეს სევდიან დეპრესიულ-დისთიმიური ან შერეული ხასიათი, შერწყმული თავისთავში აწეულ, მაგრამ მიზანმიმართულ აქტივობასთან, ნევროზულობასა და გამღიზიანებლობასთან. რასაც ხშირად თან სდევს გახშირებული ფანტაზიები თამაშის შესახებ. სხვა შემთხვევაში იგი პაციენტის მიერ აღიქმება, როგორც უშინაარსო და ზოგჯერ მიმართული სრულიად განსხვავებული მიმართულებით (გაცხოველებული სექსუალური ლტოლვა, ინტენსიური ფიზიკური და ინტელექტუალური დატვირთვისადმი).
4. თამაშის დაწყებაზე გადაწყვეტილების მიღების ფაზა: ამ შემთხვევაში — არსებობს 2 გზა:

ა. პაციენტზე ახდენს ზემოქმედებას მოზღვავებული ფანტა ზიები, რომლებიც სწრაფად-„ტელეგრაფულ სტილში" გეგმავს საკუთარი სურვილის რეალიზაციას.

ჩვეულებრივ ეს არის რაიმე, მისთვის საიმედო ხერხი მოგებისათვის. პაციენტის აზრით ასეთი წესით თამაშის დაწყება არის საწყისი სტადია, რომელიც უზრუნველყოფს მეორე სტადიაში გადასვლას და თამაშის დაწყებას.

ბ. გადაწყვეტილება დაიწყოს თამაში მიიღება მაშინვე და მისი საფუძველია ირრაციონალური დარწმუნება, რომ საჭიროა წაგების შემდეგ აუცილებელი მოგება-ხოლო ამ დროს ყოველი წაგება აღიქმნება, როგორც ფატალური და აუხსნელი შემთხვევა,

5. თამაშის დაწყების გადაწყვეტილების გამოდევნის ფაზა — იგი პირობადებულია ცნობიერი „მე“-ს დაუცველობით, თამაშის დაწყების სურვილის მიუხედავად. ამ ფაზის თავისებურება ისაა, რომ სურვილი თამაშის დაწყების შესახებ გაცნობიერებულია და, ამიტომ, მისი სურვილი თანდათან მცირდება და მას უპირისპირდება „კონტროლის ილუზია“ საკუთარ ქცევებზე, რაც უნდა იქნეს განხილული, კოგნიტური სქემების ასახვად, რასაც მივყევართ იქამდე, რომ პაციენტი მისთვის ჯერ კიდევ გაუცნობიერებული რისკებით მიდის სათამაშო ჩავარდნებამდე (დიდი რაოდენობით ფულის ხელზე მიღებით, ალკოჰოლის მიღებით, ცდები ითამაშოს გართობისა და დასვენების მიზნით და ა.შ.).
6. თამაშებში ჩართვის გადაწყვეტილების რეალიზების ფაზა — ამ ფაზისათვის დამახასიათებელია ემოციური აგზნება და ინტენსიური ფანტაზიები თამაშის მოსალოდნელ შედეგებზე. ამ პერიოდს მოთამაშე უწოდებს „ცნობიერების ველის შევიწროების“ მდგომარეობას, ანუ „ტრანსს“, ამ მომენტში საკუთარი თავი შეიგრძნობა „ზომბად“, იმის მიუხედავად, რომ მოთამაშის ცნობიერებაში ამ ფაზაში თავს იჩენს კონსტრუქციული კონტრარგუმენტები, ისინი ძლიერ სწრაფად ნეიტრალიზდებიან აზროვნების ზემოთ აღწერილი კონსტრუქციული სქემებით. უმეტეს შემთხვევებში, პა-

ციენტი სანამ სულ არ წააგებს რაც ფული ჰქონდა თამაშს თავს არ ანებებს. მიუხედავად იმისა იგებს თუ აგებს ფულს.

პრინციპულად მნიშვნელოვანია ავტორის შეხედულება გავარჩიოთ ერთი მხრივ, „სათამაშო ციკლის ფაზები", რომელნიც ასახავენ მოთამაშის მდგომარეობას დროის კონკრეტულ პერიოდში, რათა თვითონვე გააცნობიეროს თავისი ქცევების კონტროლი, ხოლი მეორე მხრივ თამაშისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების სტადიის განსაზღვრისათვის., რომელიც მოწოდებულია R.L.Custer-ს მიერ (1981, 1984, 1989) და ასახავს უმთავრესად პაციენტის დეზადაპტაციის საფეხურებს. მაშინ ეს მოგვცემს შესაძლებლობას დავსახოთ სტრუქტურიზებული გეგმა, სადაც ჩამოყალიბებული იქნება სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, პათოლოგიური მოთამაშეებისათვის, რომლებიც იქნებიან ორიენტირებულნი ქცევის კონტროლირების მეთოდების სწავლებაში და, აგრეთვე, პიროვნული და სოციალური სტატუსის აღდგენაში.

კლინიკური გამოკვლევით გამოიყოფა დაავადების წამყვანი ფსიქოპათოლოგიური წარმონაქმნი: თამაშებისადმი დამოკიდებულების სინდრომების შერწყმა შეცვლილ რეაქტიულობასთან, ამის შედეგად აზარტულ თამაშებისადმი დამოკიდებულებასთან და პათოლოგიურ მიზიდულობასთან, რომელიც შესაძლებელია იყოს ობსესური ან კომპულსური დონის და, აგრეთვე, განუწყვეტლივ დაკავშირებული იყოს ამ რთული დაავადებისათვის დამახასიათებელ კიდევ ერთ მდგომარეობასთან — კომფორტულობასთან.

აზარტულ თამაშებში მონაწილეობა თუ ხდება ფულის მოგების მიზნით, გაცილებით ხშირდება წაგებები. აზარტულ მოთამაშეს წაგება არ აიძულებს შეწყვიტოს მისთვის წამგებიანი საქმიანობა, პირიქით იგი დაჟინებით აგრძელებს თამაშებს, რადგან გრძნობს ენერგიის მოზღვავებას და უფრო მეტი შემართებით თამაშობს. ფსონშიაც მეტ თანხას დებს. კვლავ და კვლავ წაგების შემდეგ უფრო დიდი რაოდენობით დაყრის ფულს სათამაშო მაგიდაზე და ამ მომენტში იძენს

თანამოთამაშეებს შორის უპირატესობის განცდას. ამით იღებს უდიდეს სიამოვნებას. იგი ამ დროს შეპყრობილია ერთ-ერთი დომინანტური საზრუნავით უკან არ დაიხიოს, არ გამოიჩინოს სიძუნწე, არ დაგლახავდეს და არ გამოავლინოს წაგებით დანანების არავითარი ნიშანი, არ გაფითრდეს ან არ გაწითლდეს, ცდილობს დარჩეს თავდაჭერილი, განურჩეველი წაგების მიმართ, ასეთი ქცევით იგი იქნება გამარჯვებული მასთან მოთამაშე პარტნიორზე, რომელიც აღარ აგრძელებს თამაშს, რადგან ენანება მოგებული ფული არ წააგოს. უკეთეს გამოსავლად მიიჩნევს თამაშის გაგრძელებას, რაც გააუფასურებს მოგებულის გამარჯვებას. თუ მოგებული პარტნიორი ღელავს და, ამიტომ არ სურს თამაშის გაგრძელება ეს უკვე მის წაგებას უფრო ჰგავს და თუ თამაში გაგრძელდა, მაშინ თვითონ მიჰყავს თამაში და ახლახანს მოგებულს დაემუქრება წაგება.

აზარტულ თამაშებს ძირითადად გასართობად მისდევენ მდიდრები. ზოგი მათგანი წარმოადგენენ მომხვეჭელებს, მათ ფული აქვთ მოყირჭებული, რაც გარკვეულად აბრკოლებს მათი პიროვნების თავისუფლებას, იგი ხდება დამცირებული, შებოჭილი, მორცხვი და შეპყრობილი მომხვეჭელობითი მანიით. ასეთ პიროვნებას აზარტული თამაშები დროებით მაინც ათავისუფლებს შებოჭილობისაგან და საკუთარი ქონების დაკარგვის რისკი ახდენს პიროვნების ღირსების განცდის კომპენსირებას. რისკი და ღირსება ერთმანეთს აწონასწორებენ და ხელს უწყობენ პიროვნების თავისუფლების შეგრძნების რეალიზირებას. სხვა შემთხვევაში უფრო დამახასიათებლია მდიდრების შვილებისათვის, რომლებიც გრძნობენ თავიანთ შეზღუდულობას, უკმარისობას და დამოკიდებულებას მშობლებზე, აზარტულ თამაშებისადმი ლტოლვას განიცდიან იმის გამო, რომ იგი, როგორღაც ამაღლებს და ათავისუფლებს მათ მეურვეობისაგან, რადგან უკვე თვითონ იღებს გადაწყვეტილებას მოიქცეს ისე, როგორც მას მოსწონს. მესამე შემთხვევაში აზარტულ მოთამაშეს ყოველთვის საქმე აქვს ფულთან, რომელიც მათი ოფლისღვრით არ არის მოპოვებული. აზარტული თამაში მათ ათავისუფლებს ამის გამო არსებული განცდისა-

გან, ამიტომ ცდილობენ უკანონო „შავი ფული“ გაათეთრონ, მით უმეტეს, თუ ეს იოლად ნაშოვნი ფული მოითხოვს ფარული წყაროს დაფარვას. აზარტული თამაშები მოთამაშეს ათავისუფლებს შებოჭილებისაგან და, ამიტომ, მოიგებს თუ წააგებს არ დაგიდევს. საკუთრივ თამაში უეჭველად შეუწყობს ხელს მისი პიროვნების ამაღლებას თანამოთამაშეებისა და საზოგადოების თვალში. მეოთხე შემთხვევაში, აზარტულ თამაშებს მიმართავენ საზოგადოების უფრო დაბალი ფენის წარმომადგენლები. მათ აქვთ მინიმალური ფულადი შემოსავალი, ამიტომ მიდიან რისკზე, იქნებ გაუღიმოს ფორტუნამ და მოიგონ დიდი თანხა. როგორმე გათავისუფლდნენ ყოველდღიური საზრუნველისაგან. წაგების შემთხვევაში კი ბევრს არ კარგავენ. ამიტომ იშვიათად, მაგრამ ზოგჯერ აზარტულ თამაშებს ამ კატეგორიის ადამიანებიც მიმართავენ.

კლინიკური მეთოდები იძლევიან შესაძლებლობას დასკვნისათვის, რომ პათოლოგიურ გემბლინგს აქვს პროგრესირებადი მიმდინარეობა, რაც გამოვლინდება მატებად პიროვნულ ცვლილებებში. კერძოდ, პირველ რიგში თავს იჩენს ქარაქტეროლოგიური ხაზების გაძლიერებაში, ინტერესების წრის შევიწროებაში. ამ დაავადების აღმოცენებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს. დაავადების განვითარებაში მიუთითებენ ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების განვითარებაში ეტაპურობაზე და სტადიურობაზე, საკუთრივ თამაშის ფსიქოტროპული ეფექტის შეცვლაზე პათოლოგიური მიზიდულობის, აღსრულებადი ხერხების შეცვლის და დაცვითი ნიშნების გაქრობის თვალსაზრისით. აღნიშნული კანონზომიერება საერთო იყო, როგორც მამაკაცების ისე ქალების გემბლინგისათვის. ამასთან ერთად ქალების გემბლინგისათვის გამოიკვეთა თავისებურებანი: რაც გამოიხატება იმით, რომ ქალების უმრავლესობა იყო გაუთხოვარი ან გათხოვილების ქმრები იყვნენ ლოთები, შრომოგო ლიკები, სულიერად არაჯანმრთელნი და ნაკლებად ინტელიგენტები. ქალებში გემბლინგის დაწყება უკავშირდება კრიტიკულ პერიოდებს ორსულობას, კლიმაქსის დაწყებას და ხშირად ექსტერიერდებოდა

დებიუტი უარყოფით განცდებზე (დაკავშირებული ქმრის ღალატის, შვილის სიკვდილის, სამუშაოს მოულოდნელი დაკარგვის, სპორტული კარიერის დამთავრების და ა.შ.). მწვავე სტრესულ სიტუაციასთან დაკავშირებული თამაშის დაწყება მამაკაცებში უფრო იშვიათია. ქალების უმრავლესობა აზარტულ თამაშებს ხშირად იწყებენ რეალობიდან განსვლის მიზნით (Galski T. 2000). პათოლოგიური გემბლინგი რეაქტიულ „იმპრიტინგით" (მეხსიერებაში აღბეჭდვა) უფრო ხშირად დაწყებული იყო ქალებში (86,7%), ვიდრე მამაკაცებში (29,1%), მამაკაცებში გემბლინგი უფრო ხშირად იყო ოპერატიული (თანდათანობითი ჩამოყალიბება და განვითარება). ქალებში გემბლინგი ხასიათდება უფრო მაღალი პროგრე დიენტობით, რაც ვლინდება შედარებით ხანმოკლე ინიციალურ პერიოდში. გემბლინგისმიერ პიროვნების დეფორმირებაში და საბაზო მორალურ ფასეულებების (შვილების აღზრდაში, საოჯახო მოვალეობისადმი ყურადღების აცილებაში და ა.შ.). Black D., Moyer T. (1998), Volberg R. (1994) მიუთითებენ, რომ ქალები სამჯერ უფრო სწრაფად ჩაირთვებიან თამაშით მწვავე გატაცებაში, ვიდრე მამაკაცები და უფრო ნაკლებად ექვემდებარებიან ფსიქოთერაპიას (Jbanez A., Blanco C., Moraruta P. et al 2003, Tavares H. et al 2003), ქალები უფრო მოგვიანებულ ასაკში იწყებენ თამაშს, მაგრამ ადდიქციის ჩამოყალიბება მათში ხდება უფრო სწრაფად. მათ ასევე უფრო ხშირად უვითარდებათ მეორადი დეპრესია, ვიდრე მამაკაცებს. ასევე უფრო ხშირია ქალებში სუიციდური ცდები (Tavares H. et al-2003). ასევე მიდიან დასკვნამდე, რომ გენდერული განსხვავება ძირითადად ვლინდებოდა მამაკაცებისაგან დეპრესიის სიხშირეში. მამაკაცებისათვის უფრო ალკოჰოლიზმია დამახასიათებელი. სხვა სახის ფსიქიკურ აშლილობებთან კომორბიდულობა ორივე სქესისათვის დაახლოებით ერთნაირია. ამ თვალსაზრისით გამოტანილია საერთო დასკვნა, რომ ქალების გემბლინგის განვითარებას ესაჭიროება უფრო მნიშვნელოვანი მაპროვოცირებელი ფაქტორები, ვიდრე კაცებისას, მაგრამ თუ აშლილობა დაიწყება, მაშინ იგი ქალებში უფრო სწრაფად

პროგრესირდება და ასევე სწრაფად გამოვლინდება პიროვნული დარღვევები, რაც საჭიროა იქნას გათვალისწინწბული მკურნალობის მეთოდების შერჩევისას.

მაშასადამე, გემბლინგის ძირითად და უმნიშვნელოვანეს მახასიათებელს წარმოადგენს პათოლოგიური ლტოლვა ნებისმიერი აზარტული თამაშებისადმი. ერთ შემთხვევაში მისი გამოვლინება ხდება ობსესურ დონეზე, რომელსაც თანსდევს ბრძოლა მოტივაციასთან. მცდელობა თავი აარიდოს აზარტულ თამაშებს ე.ი პიროვნებას აქვს ნაწილობრივი კრიტიკა, მაგრამ სხვა შემთხვევაში თამაშისადმი ლტოლვა აღწევს კომპულსურ დონეს, რაც გამოვლინდება გადაულახავ სურვილში ჩაებას თამაშებში. უფრო ხშირად გვხვდებიან ტალღისებურად ცვალებადი ვარიანტები, როდესაც ობსესური და კომპულსური ხასიათის ვარიანტები ერთმანეთს ცვლიან. აღნიშნული ფენომენი შედგება 2 ხარისხის გამოვლინებისაგან, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან, როგორც ხარისხობრივად, ისე რაოდენობრივ მახასიათებლებში. სათამაშო ეპიზოდებისა და არასათამაშო პერიოდების ურთიერთმონაცვლეობაში. ზოგჯერ მოთამაშის სათამაშო ეპიზოდი შესაძლებელია შედგებოდეს ერთი ექსცესისაგან (აზარტული თამაშის დაწყებიდან მის ჩათავებამდე).

Малигин В.Л., Циганков Б.Д. (2006) — მონაცემებით პათოლოგიურ აზარტულ მოთამაშეებს შორის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომებიდან ყველაზე ხშირია დეპრესიული აშლილობები შფოთვის ან ასთენიური სპექტრის დარღვევებით, როდესაც დეპრესიული აშლილობის სტრუქტურაში ჩართულია ობსესურ-კომპულსური აშლილობები, პარანოიალური სიმპტომები და ფობიკური აშლილობები. ავადმყოფების 82,2% თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონეს შესაძლებელია გამოუვლინდეს ცნობიერების შეცვლის ან შევიწროების ნიშნები. რისთვისაც დამახასიათებელია სათამაშო სიტუაციაში შთანთქმულობა, გარე სინამდვილესადმი სრული გამოთიშვით, რომელიც მოგვაგონებს ტრავმის შემდგომ სტრესულ აშლილობას.

9. კომპულსური შოპოგოლია, ანუ აკვიატებული ხასიათის ფულის ფლანგვა არა საჭირო საყიდლებში

აკვიატებული ხასიათი – ხეტიალი სავაჭრო ობიექტებში და არააუცილებელ საყიდლებში ფულის ხარჯვა, უპირატესად მანდილოსნებში, ხშირად მათთვის სრულიად არასაჭირო და გამოუსადეგარი ნივთებისა და საგნების შეძენა. საინტერესოა, რომ მსგავსმა ქცევითმა პათოლოგიამ ბოლო ხანებში მიიქციეს კლინიცისტ ფსიქიატრების ყურადღება, როდესაც დარწმუნდნენ, რომ ამგვარმა კომპულსურმა აშლილობამ მიიღო ავადმყოფური ხასიათი. ფსიქიატრები დაინტერესდნენ და სპეციალური კვლევებით დადგენილია, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოსახლეობის დაახლოებით 5,8% შეპყრობილია ამ დაავადებით და მოითხოვს სპეციალურ სამკურნალო ზემოქმედებას. სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში. სადღეისოდ დადგენილია, რომ კომპულსური ფულის ფლანგვით, ხშირად არასაჭირო საგნების ყიდვის გადაულახავი სურვილის დასაკმაყოფილებლად, დიდ უმრავლესობაში (80%) შეადგენს მანდილოსნები. დაავადება გამოვლინდება დიასახლისების მაღაზიებში საყიდლებზე გამუდმებულ სიარულში. მათ არ შესწევთ უნარი თავი შეიკავონ და გადაერთონ საოჯახო საქმიანობაში. მთელი დღეები შეუძლიათ იხეტიალონ მაღაზიებში ან ბაზრობებში, დაძაბულებმა, აგზნებულებმა. სიმშვიდე დაეუფლებათ მხოლოდ მის შემდეგ რაც რაიმე, შესაძლოა სრულიად არაგამოსადეგ საგანს იყიდიან და დაისვენებენ შინაგანი მღელვარებისაგან, ასეთ ავადმყოფებს საყიდლების აზარტულ სურვილთან ერთად კომორბიდულად ახასიათებთ გუნებაგანწყობის დაქვეითება და შფოთვითი აშლილობა. არცთუ იშვიათად, ამ ტიპის პაციენტებს შორის ხშირია ტოქსიკომანები, ნარკომანები, კვებითი ქცევის აშლილობის (ანორექსიული ან ბულიმიური) მქონე და სხვა სახის იმპულსური კონტროლის შესუსტების შედეგად განვითარებული დარღვევები.

ამ კატეგორიის პაციენტების გენეალოგიური გამოკვლევე-

ბით დადგენილია, რომ კომპულსური ფულის ხარჯვის მანიით შეპყრობილი პიროვნების პირველი საფეხურის ნათესავებში ხშირია ჰიპერთიმიული და სუბმანიაკალური ხასიათის პერიოდული შეტევები და ტოქსიკომანიური აშლილობის მქონე შემთხვევები.

მსგავსი დაავადებების აღრიცხვიანობა, ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებების დადგენა და მკურნალობითი ღონისძიებების შემუშავება დაიწყო 15-20 წლის წინათ და დღემდე გრძელდება ფსიქოფარმაკოლოგიური. საშუალებების ძიება, რომელიც დაგვეხმარება იმპულსური ფულის ხარჯვისა და საერთოდ იმპულსური ქცევების კორეგირებაში.

კომპულსური ხასიათის ყიდვითი საქმიანობის, როგორც ქცევითი აშლილობის თავისებური სახეობის შესახებ პირველად კლინიკური ფსიქიატრიის გამოჩენილმა მოღვაწეებმა E. Kraepelin-მა (1896) და E. Bleuler-მა (1911) გაამახვილეს ყურადღება. E.Kraepelin-ი აღწერს არანორმალურ და კომპულსური ყიდვებით შეპყრობილ მანიაკებს და უწოდეს მათ ონიომანებს, რომლების გატაცებაა ფულის არადანიშნულებისამებრ ფლანგვა, არასაჭირო საგნებისა და ნივთების შესყიდვა, უაზროდ ვალების აკიდება, ისე, რომ ამ ვალებს იგი ცხადია გაისტუმრებს. მსგავს პიროვნებებს, რომლებიც დაგროვილ ვალებს არასდროს აღარ ისტუმრებენ და ქონებრივად ღატაკდებიან Bleuler-ი განიხილავდა, როგორც „რეაქტიულ იმპულსიებს" ანუ იმპულსური სნეულებების ერთ-ერთ გამოვლინებას და აერთიანებს კლეპტომანიასთან და პირომანიასთან, იმპულსურ დაავადების სახით. ამით ამოიწურება ხსენებული პათოლოგიისადმი შემდეგი თაობების ფსიქიატრების დაინტერესება კომპულსური ბუინგის მიმართ, სამაგიეროდ ამ იმპულსური ფსიქიკური აშლილობით სისხლხორცეულად დაინტერესდნენ ბიჰევიორისტები (Valence C. D., D'Astous A.,Fortier L-1988; O'Guinn T.C.1989; Elliot R.-1994; Scherhorn G., ReiSch L.A.,Raab G.-1990 და ფსიქოანალიზისტების (Winestine M.C. 1985; Krueger D.W. 1988; Lawrehce I.A. 1990) და მხოლოდ საუკუნის ბოლოს დაიწყო იმპულსური ქცევის და მიზიდულობების სხვა-

დასხვა გამოვლინებების მიმართ შემოქმედებითი ინტერესის გამოცოცხლება. 1994 წელს დაახლოებით ერთდროულად გამოქვეყნდა მეცნიერული კვლევის 3 შედეგი (Mc Elrou S.et al 1994; Christens on G.A., Faber J.R., de Zwann M. 1994; Schlosser S., Black-1994), სადაც იყო ცდა პათოლოგიური ბუინგის ანუ შოპინგის, როგორც თავისებური მოსაზღვრე ფსიქიკურ დაავადების შესახებ განმარტებები და ამის შემდეგ მრავალმა ფსიქიატრმა მიუძღვნა თავისი გამოკვლევა. ამის მიუხედავად კომპულსური შოპინგის აშლილობის დეტალური კლინიკა, მისი გამოვლინების სხვადასხვა ვარიანტების კლასიფიკაცია და მკურნალობის საკითხები კვლავ ცხარე პოლემიკის საგნად დარჩა. ზოგი მკვლევარი (Krych R. 1989) პათოლოგიურ შოპინგს განიხილავს, როგორც ადდიქტიურ პათოლოგიას, მაშინ როდესაც მრავალი მათგანი იზიარებენ Hollander E. (1993) დასაბუთებულ თეორიას და კომპულსურ შოპინგს განიხილავს „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებებში". Lejoyeux M.,Andes j., Tassain V. et al 1996) ამ დაავადებას მიიჩნევს ქცევით პათოლოგიით გამოწვეულს გუნებგანწყობის დარღვევებით. პათოლოგიური ბუინგი ანუ შოპინგი პირველად იქნა შეტანილი ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ შემუშავებულ DSM -111 R-ში (1987), როგორც „იმპულსური ქცევის კონტროლის დარღვევის შედეგად განვითარებულ ავადმყოფურ მდგომარეობად, ხოლო 2004 წელს იმავე ასოციაციის DSM-IV-ში კი შემუშავებული იქნა მეცნიერული კრიტერიუმები, რომელნიც უკავშირდებიან შემეცნებით და ბიჰევიორულ ასპექტებს. Lee S., Mysyk A. (2004) აკრიტიკებენ შოპინგომანიის, როგორც დაავადების მომხრე ავტორებს. რადგან მიაჩნიათ, რომ ეს მდგომარეობა არის მათი შეხედულებით ქცევითი პათოლოგია და არ მიაჩნიათ საჭიროდ ამ პრობლემის „მედიცინიზირება". ამ დროს მიუთითებენ, რომ რიჩმონდის (ილინოისის შტატში) უნივერმაღში მოვაჭრეების უმრავლესობა აღმოჩნდა შოპაგოლიით შეპყრობილი უფრო მეტი მყიდველი, ვიდრე ადრე ვარაუდობდენ, ამიტომ სპეციალისტები სვამდენ საკითხს მათი მკურნალობის აუცილებლობის შეს-

ახებ, ისევე, როგორც სხვა სახის იმპულსურ აშლილობებს ამ ფორმებსაც სჭირდება სპეციალური კვლევითი მეთოდების შემუშავება, რომელიც უნდა დაიწყოს პაციენტთან გულწრფელი საუბრებით, სადაც გამომკვლევი ეცდება დაუსვას ავადმყოფს მისთვის ნაკლებად დამამცირებელი კითხვები, როგორიცაა:

1. გიყვართ თუ არა სავაჭრო ობიექტებში სიარული და ფულის ხარჯვა?
2. თვლით თუ არა საკუთარ თავს უაღრესად შეპყრობილად, ხშირად იაროთ სავაჭრი დაწესებულებებში, ბაზრობებზე, რათა შეიძინოთ ზოგჯერ თქვენთვის აუცილებლად არასაჭირო, მაგრამ თქვენი მოწონების საგანი და გადაიხადოთ მასში საკმაოდ ძვირი თანხა ისე, რომ არ დაგენანოთ ფული?
3. ბრძანდებით თუ არა თქვენ უაღრესად შეპყრობილი ზოგადად ყიდვებით და ფულის ხარჯვით?
4. გიგრძვნიათ თუ არა ოდესმე, რომ თქვენი გატაცება და ყიდვითი აქტივობა გადაჭარბებულია, ზოგჯერ მცდარია და უკონტროლო?
5. ყოფილა თუ არა თქვენგან შესყიდვების ფანტაზიები, სურვილები სტიმულები ან ქცევები ხანგრძლივად და გამოუწვევია თუ არა შემდეგში არააუცილებელი ნაყიდის და ფულის უკონტროლო ხარჯვა თქვენთვის სანანებელი და დანაშაულის განცდის გამომწვევი?
6. ხომ არ გამოუწვევია თქვენს მიერ უკონტროლო ფულის ფლანგვას თქვენს ოჯახში პრობლემები? დაახლოებით ისეთი, რომელიც აძნელებდა თქვენს ურთიერთობას ოჯახის წევრებთან ფინანსურ ან იურიდიულ პრობლემების წარმოქმნაში?

კლინიკოსტატისტიკური გამოკვლევები ადასტურებენ, რომ კომპულსური შოპაგოლიით დაავადებულების 80-95% არიან მანდილოსნები (Mc Erlou S., Keck P., Pope H.G. 1994; Christenson G.A., Faber J.R., De Zwann M. 1994; Slosser S., Black D.W. 1004, Faber R.J., O'Guinn T.C. 1992). გენდერული თანაფარდობის სხვანაირი შეფასება, როგორც წესი არასწორია,

რადგან ქალები თვითონვე აღიარებენ, რომ მათ დიდ სიამოვნებას ანიჭებს საყიდლებზე სიარული; მაშინ როდესაც მამაკაცები პირიქით ამბობენ, რომ ურჩევნიათ რაიმე სხვა „საქმეზე“ სიარული (Koran L.M., Faber R.J., Aboujaoude E. et al (2006) და სხვა მკვლევრების მასალებიც ადასტურებენ ამ მონაცემებს.

კომპულსური ბუინგის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს 5,5% ქალების და 6% მამაკაცების მონაცემები, მაგრამ Koran L.M.-მა (2000) და თანაავტორებმა დაადგინეს, რომ საერთოდ სატელეფონო გამოკითხვებით პათოლოგიური შოპინგის 2513 ზრდასრული რესპონდერიდან კომპულსური ბუინგით დაავადებული იყო 5,8%. უფრო ადრე Faber R.J., O'Guinn T.C. (1989) დაადგინეს, რომ კომპულსური ბუინგის გავრცელება მერყეობს 2-8% შორის. მკვლევრებმა გამოიყენეს კომპულსური შოპინგისათვის სპეციალურად ამავე ავტორების მიერ შემუშავებული და 1992 წ. გამოქვეყნებული სკალა-კითხვარი. Magee A. (1994) და Assay D.N., Smith C.L (1996) და ა.შ. დაადგინეს, რომ ეს მაჩვენებლები მერყეობენ 12-16%-ს შორის და არ არსებობს რაიმე საფუძველი ვივარაუდოთ, რომ კომპულსური ბუინგის მაჩვენებლები, მას შემდეგ შეცვლილიყოს.

Dittmar H. (2004)-ის თანახმად დიდ ბრიტანეთში დადგინდა, რომ რესპონდერების 92%-ში კომპულსური მყიდველი იყი ქალი, მაშასადამე გენდერული სხვაობა იყო რეალური და არ იყო გამოწვეული მამაკაცების მცირე რიცხოვნობით მსგავს ჯგუფებში.

კომპულსური ბუინგი ძირითადად გამოვლინდება ადრეულ მოზარდ ასაკში (Koran L.M., Bullock K.D., Hartston H.J. et al (2002) იმის მიუხედავად, რომ McErloy-მ (1994) და თანაავტორებმა, დაადგინეს რომ ამ დაავადების სრულფასოვანი გაფურჩქვნა დაახლოებით 30 წლის ასაკშია მოსალოდნელი.

ამ დაავადების დაწყების ასაკობრივი ქვედა საზღვარი და მაშასადამე კომპულსური ბუინგის დაწყების ასაკი დამოკიდებულია ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებაზე, თუკი ადამიანი ხდება ფინანსურად დამოუკიდებელი, მას აქვს უფლება რაც მოეწონება ის შეიძინოს.

საერთოდ აღსანიშნავია, რომ არ არსებობს კომპულსური ბუინგის სრულყოფილი გამოკვლევები, მაგრამ McErlou et al-(1994) ისევე როგორც Schlosser S., and Black D.W (1994), და აგრეთვე Aboujaoude E.,Gamel N., Koran L.M.-(2003) და სხვები ამტკიცებენ, რომ დაავადება მიმდინარეობს უწყვეტად და ქრონიკულად.

კომპულსური შოპაგოლიის ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. იმის მიუხედავად, რომ არსებობს ვარაუდი მისი განვითარების შესახებ, რომ მის გენეზისში მონაწილეობას უნდა იღებდეს როგორც ბიოლოგიური, ისე სოციალურ-კულტურალური ფაქტორები. გასული XX საუკუნის განმავლობაში ამ თვალსაზრისით ავანგარდული პოზიცია ეჭირათ ფსიქოანალიტიკოსებს (Winestine M.C.-1985; Krueger D.W. 1988; Lawrence L. 1990), რომელთა შეხედულებით კომპულსური ბუინგის ეტიოლოგიაში წამყვანი უნდა იყოს ადრეულ ასაკში პიროვნების მიერ გადატანილი კომპლექსური განცდები, პირველ რიგში სხვადასხვა სახის და შინაარსის სექსუალური დარღვევები, მაგრამ ამ დაავადების მქონე ავადმყოფების შესწავლის შემდეგ არ იქნა გამოვლენილი სპეციალური ან განსაკუთრებული ოჯახური ტენდენციები ან ადრეულ ასაკში განცდილი ტიპური კომპლექსები.

ამერიკელი სპეციალისტების შეხედულებით შოპაგოლიური იმპულსურ-კომპულსური ქცევები და მათ შორის შოპოგოლია, დაკავშირებულია საკუთარი ღირსების დაცვის დაქვეითებასთან, მოუსვენრობასთან და სტრესთან.

კომპულსური შოპაგოლიის ნეირობიოლოგიური ეთიოლოგია ეფუძნება ნეიროტრანსმიტერული ხასიათის დარღვევებს, სადაც ძირითად როლს თამაშობენ სეროტონინერგული, დოფამინერგული და ოპიოიდური სისტემები. ამ კონცეფციას ადასტურებენ კომპულსური ბუინგის სამკურნალოდ გამოყენებულ ნეირონებს შორის იმპულსების გამტარებელ სინაფსურ ნაპრალებში სეროტონინის სელექტური უკუმიტაცების ინჰიბიტორებით მკურნალობის დადებითი შედეგები. ზოგიერთმა მკვლევრებმა დაადასტურეს კომპულსური ბუინგისა

და ობსესურ-კომპულსური აშლილობის არა მარტო ფენომენოლოგიური, არამედ დინამიკურ თავისებურებაში მსგავსება და ასევე მსგავსი თანმიმდევრობა სეროტონინის მაინჰიბირებელ ანტიდეპრესანტების მოქმედებაზე (Koran LM., Bullock KD., Hartston HJ., et al 2002, Black DW Monahan P., Gabel J. 2001; Koran LM. 2005). ამ ავტორების მიერ განხორციელებული დაკვირვების საფუძველზე შესაძლებელი შეიქმნა ჩამოეყალიბებინათ ჰიპოთეზა, რომ ნეიროტრანსმიტერი დოფამინი აღძრული „იმპულსური სურვილების დაკმაყოფილების" პროცესებში, იღებს მონაწილეობას და აძლიერებს „ბიჰევიორულ მისწრაფებებს". ე.ი. კომპულსური ბუინგი და პათოლოგიური აზარტომანია წარმოადგენენ ქცევითი ადდიქციის განვითარების მაგალითებს (Holden C. 2001). ამასთან ერთად, სრულიად დამაჯერებლად არის დადგენილი, რომ ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტის-ნალტრექსონის დადებითმა ზემოქმედებამ ჩაუყარა საფუძველი ჰიპოთეზას კომპულსურ ბუინგის ეთიოპათოგენეზში ოპიოიდური რეცეპტორების როლის თაობაზე (Kim S.W. 1998; Grant J.E., Potenza M.N. et al 2003). სამწუხაროდ, დღემდე არ არსებობს მყარად დამაჯერებელი ვარაუდი ამ ნეიროტრანსმიტერული სისტემის როლის შესახებ კომპულსური ბუინგის ეტიოპათოგენეზში.

მოლეკულური გენეტიკური გამოკვლევები ჩატარებული (Devor E.J., Magee H.J., Dill-Devor R.M. et al 1999) მიერ, იმ მიზნით, რომ დაედგინათ კავშირი სეროტონინის მატარებელი 2 გენის პოლიმორფიზსა და. კომპულსურ ბუინგს შორის, იმ დროს, როდესაც Comings D.E.,-(1998)-მა დაადგინა კომპულსური ბუინგისა და დოფამინის DRD1 რეცესიული გენების ურთიერთკავშირი.

სოციალურ-კულტურალური მექანიზმების მომხრეებმა დაადგინეს, ის ფაქტი, რომ კომპულსური ბუინგი, ძირითადად ვლინდება სოციალურ-ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში (Kim S.W.-1998), სადაც ხელის შემწყობია და ამ დაავადების ჩამოყალიბებაში ბიძგის მიმცემია საბაზრო ეკონომიკისათვის დამახასიათებელი, სავაჭრო საქონლის მრა-

ვალსახეობა, მოსახლეობის ფართო ფენების ჭარბი შემოსავალი და ბევრი თავისუფალი დრო. ყოველივე ეს ხელს უწყობს, კომპულსიური ბუინგისადმი წინასწარგანწყობის მქონე პირებში ამ დაავადების ექსტერიერიზაციას. სრულიად შესამჩნევია ამ დაავადების იშვიათობა ეკონომიკურად განვითარებელი ქვეყნების მოსახლეობაში, ერთი მუჭა პრივილეგირებული ელიტის გარდა.

კომპულსური შოპოგოლიით დაავადებულები სულ ყიდვისა და ფულის ხარჯვის ფიქრებშია გართული. მისი საუბრის ძირითადი თემა არის მსჯელობა თუ სად არის ყველაზე საინტერესო საყიდლები. მას მთელი დღე შეუძლია იმსჯელოს თუ სად რა იყიდა და რა ნახა. მისი საუბრის საგანია ეპიზოდები ფულის ხარჯვის და ყიდვის შესახებ. Black D.W. (2007) აზრით პიროვნების ბუინგურ ქცევაში გაერთიანებულია ორი ასპექტი ყიდვის და ფულის ხარჯვის კომბინირებული არსებობა. კომპულსური ბუინგით დაავადებული პაციენტები სუბიექტურად უჩივიან აგზნებამდე მისულ ძლიერ სურვილს, რომელიც შეიძლება განიმუხტოს რაიმე ნივთის შეძენით. კომპულსური ბუინგის განვითარებაში გამოყოფენ 4 ფაზას:

1. სურვილის დაბადება; 2. მომზადება; 3. ყიდვა და 4. ფულის ხარჯვა.

პირველ ფაზაში შოპოგოლიით დაავადებული პირი ამჟღავნებს ფიქრებს, სურვილებს და ზრუნვას, რათა ჰქონდეს რაიმე საგანი ან იაროს საყიდლებზე,

მეორე ფაზაში, პიროვნება ემზადება ყიდვისათვის. ეს შეიძლება იყოს გადაწყვეტილება, როდის და სად წავიდეს, როგორ ჩაიცვას და რომელი საკრედიტო ბარათი გამოიყენოს. იგი შესაძლებელია იყოს გატაცებული ნაყიდი ნივთით, ახალმოდური ნივთების და საგნების, ან ახალი მაღაზიების მონახულებით.

მესამე ფაზა მოიცავს რეალურად ყიდვით გამოცდილებას, რასაც კომპულსური შოპოგოლიით დაავადებული მრავალი პირი აღწევს, როგორღაც უაღრესად ამაღლებულ განცდას,

რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სექსუალური ორგაზმისმაგვარი განცდა (Schlosser S., Black D.W.,Repertinger S. et al-(1994).საბოლოოდ ქმედება სრულდება ყიდვით, რასაც ხშირად მოსდევს გაწბილება ან საკუთარი ქცევით უკმაყოფილება (Koran L.M.,Faber R.J.,Abouj aoude E.et al-2006).

კომპულსური შოპოგოლიის (ბუინგის) მანიფესტირების წინ და მომდევნო გარემოებების შესწავლით Miltenberger R.G., Redlin J., Crosby J. et al (1998) დაადგინეს, რომ ნეგატიური ემოციები (დეპრესია, აგზნება, შეწუხება, თვითკრიტიკული ფიქსაციები, რისხვა და ა.შ.) წინ უსწრებს სევდას იმ დროს, როდესაც ნეგატიური განტვირთვის გრძნობა და ეიფორია იყო ყველაზე ხშირი შედეგი.

კომპულსური შოპოგოლიით დაავადებული პირები, საყიდლებზე, ძირითადად მარტო დადიან, მაგრამ ზოგი არჩევს იმ მეგობრებთან ერთად სიარულს ვინც იზიარებს მის ინტერესებს (Christenson G.A. ,Faber JR.de Zwann M.-1994; Schlosser S., Black D.W., Repertinger S.etal 1994); ზოგადად კომპულსური შოპოგოლია არის კერძო სიამოვნება, რამაც შესაძლებელია გამოიწვიოს სირცხვილის განცდა, თუ კი საყიდლებზე ავადმყოფს ვინმე დაყვება, ვინც არ ამჟღავნებს შესაბამის ინტერესს საყიდლებზე, შეიძლება იარონ ნებისმიერ ადგილებზე, როგორც მაღალმოდურ სუპერმარკეტებში, ისე სანარდო და საბითუმო წერტებშიაც. კომპულსური შოპოგოლია არ არის დაკავშირებული ფინანსურ მდგომარეობასთან: ხელმოკლე პირებიც შეიძლება იყვნენ არააუცილებელი საგნების ყიდვებით და კომპულსური ფულის ხარჯვით შეპყრობილები. მათი ფინანსურ ხელმოკლეობიდან გამომდინარე ისინი ივაჭრებენ დახლებთან და არა დიდ სუპერმარკეტებში.

შოპოგოლიით დაავადებული პიროვნება განსაკუთრებით უფულობის დროს ცდილობს თავი დააღწიოს შინაგან მღელვარებას და გამოისწოროს დაქვეითებული გუნებგანწყობა. მრავალ მათგანს შეგნებული აქვს გატაცებით ნაყიდის უაზრობა და ამიტომაც, ზოგჯერ ცდილობს ოჯახის წევრებს დაუმალოს ნაყიდი და ასე დაფაროს საკუთარი ქცევის უაზ-

რობა, მაგრამ სხვა დროს თუ მაღაზიაში რაიმე მოეწონა ველარ იჭერს სყიდვითი იმპულსის შეკავებას და კვლავ იკმაყოფილებს იმპულსურ სურვილს.

ტიპური საგნები, რომლებსაც კომპულსური ბუინგით შეპყრობილები ყიდულობენ, წარმოადგენს (კლებადი რიგით): ტანსაცმელი, ფეხსაცმელი, კომპაქტდისკები, ოქროულობა, კოსმეტიკური საშუალებები, საოჯახო ნივთები და ა.შ. (Christensen G.A. et al (1994; Schlosser S. et al 1994; Miltenberger G. et al 2003). დამახასიათებელია, რომ საგნები, რომელსაც ყიდულობენ კომპულსური მყიდველები ძირითადად არიან ძვირად ღირებული, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ კომპულსური ბუინგით შეპყრობილი მრავალი პირი ფულს უკონტროლოდ ფლანგავს. ანეკდოტურია, მაგრამ პაციენტები ხშირად ამტკიცებენ, რომ საგნები შეიძინეს იმიტომ, რომ ისინი მაღაზიაში მეტად მიმზიდველად გამოიყურებოდენ ან კიდევ იმის გამო, რომ ეს იყო მათი გამყიდველთან გარიგება. Christenson G.A. et al (1994)-ს მტკიცებით კომპულსური მყიდველები ყოველ სავაჭროდ გასვლისას ხარჯავენ საშუალოდ 110 დოლარს, Schlosser S. et al-(1994) და სხვა მკვლევრები კი ამტკიცებენ, რომ ამ სახით დახარჯული თანხა 228 დოლარამდე იფლანგება,

კომპულსური ბუინგის გენდერული თავისებურება გამოვლინდა საყიდელი საგნების სახეობებში, მამაკაცები უფრო მეტ ინტერესს იჩენენ ელექტროავტომატური ან რკინა-კავეულის საგნებისადმი, ქალების მსგავსად ისინიც ავლენენ ინტერესს აგრეთვე ტანსაცმლის, ფეხსაცმლების და კომპაქტდისკების მიმართ.

თვითონ კომპულსური მყიდველები აღიარებენ, რომ ასეთი აკვიატებული ფულის ხარჯვა, ხშირად არააუცილებლად საჭირო საგნების საყიდლად მათთვისაც პრობლემატურია. (McErlou S., Keck P.E., Pope.H.G. et al 1994) მიუთითებენ, რომ მათი სტუდენტების 85% აღიარებდა, რომ ისინი ხშირად საკუთარი ბიუჯეტის გაუთვალისწინებლად ხარჯავენ ფულს სასურველ, მაგრამ არააუცილებლად საყიდელ საგნებში. ამიტომ აქვთ ვალები, ხოლო 74% ყიდვის პერიოდში ვერ აკონ-

ტროლებენ თავიანთ სურვილებს. Miltenberger R.G., Redlin J., Crosby et al (2003)-ის გამოკვლევებში კომპულსური შესყიდვით დაავადებული 68% ახდენს უარყოფით ზეგავლენას ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობაზე. Christensen G.A., Faber J.R., de Zwann M. (1994) მიუთითებდა, რომ მათი პაციენტების 92% ცდილობდა როგორმე შებრძოლებოდა უაზრო ყიდვის სურვილებს, მაგრამ იშვიათად ახერხებდნენ. ექიმების მტკიცებით ყიდვის სურვილის აღძვრის 74% მთავრდებოდა რაიმე საგნის ან ნივთის შეძენით.

კომპულსური შესყიდვების სურვილის გამომჟღავნება შესაძლებელია ვითარდებოდეს წლის ნებისმიერ დროს, მაგრამ შედარებით პრობლემატური ხდება რელიგიურ ან სამოქალაქო საზეიმო თარიღების (ქრისტეშობის, ახალი წლის, აღდგომის და ა.შ.) წინ და ოჯახის წევრების ან მეგობრების დაბადების დღეების აღსანიშნავად. Schlosser S., et al (1994) დაკვირვებით კომპულსური შესყიდვის დროს ნაყიდ საგნებს საბოლოოდ ან უკან აბრუნებენ, მანამ სანამ გახსნიდენ შეფუთულს, ან თვითონვე ყიდიან ან გაასაჩუქრებენ.

Black D.W., Monahan P., Schlosser S. et al (2001)-მა დაადგინეს, რომ დაავადების გამწვავება იყო დაკავშირებული დაბალ ფულად შემოსავალთან, ნაკლებად მჟღავნდებოდა საშუალოზე მაღალი შემოსავლისას და კომპულსურ შემსყიდველობის უფრო მწვავედ გამოხატული პაციენტები კომორბიდულად უფრო ხშირად ავლენდენ შიშისა და შფოთვის ფენომენებს. ხსენებული მწვავე ფორმები უფრო ხშირად ვითარდებოდა იმ სუბიექტებში, ვისაც ჰქონდა ნაკლები შემოსავალი და ვისაც ნაკლებად შეეძლო გაეკონტროლებინა ან გადაედო იმპულსური შესყიდვის სურვილი. აქვე. უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ კომპულსური ბუინგით (შესყიდვებით) შეპყრობილები იშვიათად ამჟღავნებენ შიშის კომორბიდულ აშლილობას. ამ თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია გუნებგანწყობის დაქვეითება 41-80%-ში, (Schlosser S. et al 1994; McErloy S. et al 1994); შფოთვითი აშლილობები, ტოქსიკომანიური დარღვევები — 8-35%-მდე (McErlou S. et al 1994; Koran L.M. et al 2002); Schlosser

S. et al 1994) დაადგინეს, რომ კომპულსური ბუინგით დაავადებულების 60% ამჟღავნებს ამათუიმ სახეობის პიროვნულ აშლილობებს, მხედველობაში აქვთ ობსესურ-კომპულსური აშლილობა (22%), სხვადასხვა მოსაზღვრე მდგომარეობები (15%) და ა.შ.

Monahan P., Black D.W., Gabel J. (1995) – მიერ დამუშავებული კომპულსური ყიდვითი აშლილობების სადიაგნოსტიკო კითხვარი, რომელიც წარმოადგენს ობსესურ-კომპულსური აშლილობებისათვის განკუთვნილი კლასიკურად აღიარებულ ფლორიდის YALE-BROWN SCALE (FLY) ჩასწორებულ ვარიანტს (YBOC-S-V), სადაც დამატებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი შემდეგი სახის კითხვები:

1. რა სიხშირით არის პაციენტი გატაცებული საყიდლებზე სავაჭრო ობიექტებში სიარულით და ფულის ხარჯვით?
2. ხართ თუ არა თქვენ უაღრესად შეპყრობილი ხშირად იაროთ სავაჭრო დაწესებულებებში, ბაზრობებზე, რათა შეიძინოთ, ზოგჯერ აუცილებლად არასაჭირო, მაგრამ თქვენი მოწონების საგნები და მის საყიდლად ხარჯოთ ფული ისე, რომ არ დაგენანოთ?
3. თქვენ თავს მიიჩნევთ თუ არა ყიდვისა და ფულის ხარჯვის სურვილის უაღრესად შეპყრობილ პიროვნებად?
4. ოდესმე გიგრძვნიათ თუ არა, რომ თქვენი ყიდვების სურვილი და აქტივობა გადაჭარბებულია, მცდარია და გაუკონტროლებელია?
5. ყოფილა თუ არა თქვენი შესყიდვები, სურვილები, სტიმულები, ფანტაზიები ან ქცევები ოდესმე ხანგრძლივი ფიქრის საგანი?
6. გამოუწვევია თუ არა შემდეგში, არააუცილებლად საჭირო ნაყიდის და ფულის უკონტროლო ხარჯვას სინანულისა და დანაშაულის განცდა?
7. ხომ არ გამოუწვევია თქვენს უკონტროლო ფულის ფლანგვას თქვენთვის ოჯახში პრობლემები, ისეთი, როგორიც იწვევდა ოჯახის წევრებთან თქვენი ურთიერთობის გაძნელებას და უსიამოვნებას ფინანსური ან იურიდიული პრობლემების წარმოქმნაში?

10. კომპიუტერომანია

XX საუკუნემ, კაცობრიობა იგავმიუწვდომელი სიახლეებით გაამდიდრა, რომლებმაც ადამიანისათვის მისაწვდომი გახადა სამყაროს მთელი რიგი საიდუმლეობების ამოხსნის პერსპექტივა. ამავე საუკუნის პირმშოა ატომური ენერგიისა და კომპიუტერული ტექნიკის აღმოჩენები, რომლებმაც სრულიად გარდაქმნეს ადამიანის წარმოდგენები სამყაროზე, მის კანონებზე, ენერგიაზე, კოსმოსზე, ადამიანის ინტელექტისათვის მიუწვდომელ ინფორმაციების ფიქსირებაზე, დამახსოვრებაზე და საჭიროების დროს მათ რეპროდუქციაზე. ამავე საუკუნის პირმშოა ფსიქიატრიის განვითარებაში ფსიქოფარმაკოლოგიური ეტაპის მიერ შექმნილი სელექტიურად მომქმედი ფსიქოტროპული მედიკამენტები, რომლებიც უზრუნველყოფენ შესაძლებლობას სწავლულმა მკვლევარებმა მიზანმიმართულად მოახდინონ ფსიქიკური პროცესების ხელოვნური მართვა ნორმალურ და დაავადებულ ფსიქიკაში. ატომური ენერგიის და კომპიუტერული ტექნიკის განვითარების გარეშე მედიცინის ყველაზე, რთული და, ამიტომაც, ნაკლებად ამოხსნადი ფსიქიკური დაავადებების განვითარების და უკუგანვითარების ზოგიერთი უმნიშვნელოვანესი მექანიზმები, ვერ გახდებოდნენ მკვლევრებისათვის ხელმისაწვდომი. კომპიუტერული გამოკვლევები მედიცინაში და, კერძოდ, ფსიქონევროლოგიაში ისეთივე ხელმისაწვდომი და აუცილებელი გახდა მოსახლეობისათვის, როგორც ჩვეულებრივი კლინიკოდიაგნოსტიკური და ბიოქიმიური ლაბორატორიული ანალიზები. კომპიუტერული გამოკვლევების საშუალებების მუდმივი ტექნიკური სრულყოფა და მათი სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობების გაფართოებით ფანტასტიკურად გაადვილდა და გაუმჯობესდა სამედიცინო დარგის ნებისმიერი სპეციალობის და, ცხადია, კლინიკური და ბიოლოგიური (ფსიქოფარმაკოლოგიური) ფსიქიატრიაში, როგორც ფსიქიკური პროცესების მექანიზმებში უფრო ღრმად ჩაწვდომის, მათი კანონზომიერებათა შესწავლისა და

რაციონალური და მიზანმიმართული მკურნალობის მეთოდები. ხსენებულმა სიახლეებმა თანამედროვე კლინიკური ფსიქიატრია განავითარა და დამსახურებულად ჩააყენა კლასიკურ, კლინიკურ სამედიცინო სპეციალობების რიგში. ამ დარგშიაც მიღწეულია ეპოქალური სიახლეები და აღმოჩენები, ხოლო პერსპექტივები კი განუსაზღვრელია.

ყველა ზემოთ ხსენებული ფანტასტიკური სიახლეები ადამიანის გონების პროგრესული გამარჯვებებია. რომლებიც უეჭველოდ ადამიანების და ცოცხალი სამყაროს არსებების კეთილდღეობას უნდა ემსახურებოდეს, მაგრამ სამწუხაროდ ამ სიახლეების არამართლზომიერმა და არამიზანმიმართულად გამოყენებამ შესაძლებელია ადამიანების ჯანმრთელობისათვის მავნე პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მიზეზიც გახდეს, ისევე, როგორც ღვთიურ საზიარებლად ეკლესიის მიერ აღიარებული ყურძნის ღვინოს დიდი რაოდენობით გამოყენება მხოლოდ ადამიანის ველურობასთან სიახლოვეზე მიგვითითებს,

ამჯერად, ჩვენი შემოქმედების ინტერესს წარმოადგენს კომპიუტერისა და ინტერნეტის, მეოცე საუკუნის ადამიანების გონების იგავმიუწვდენელი გაბრწყინების შედეგად შექმნილი და სტიქიური ნიაღვარივით მთელ მსოფლიოში გავრცელებული სიახლე, რომლის გონივრულად ადამიანის კეთილდღეობისათვის გამოყენების ნაცვლად მათი არადანიშნულებისამებრ და ბოროტად გამოყენების შემთხვევაში შეიძლება ახალი სტრუქტურის უმძიმესი დაავადება გამოიწვიოს.

რუსულენოვან ქვეყნებში და, მაშასადამე, საქართველოშიაც სამწუხაროდ შედარებით გვიან გასული XX-ე საუკუნის 70-იან წლებში გახდა შესაძლებელი კომპიუტერებთან მიახლოება და მისი გამოყენების შესაძლებლობა.

საქართველოში, ინდივიდუალური კომპიუტერის შეძენა, გამოყენება და ინტერნეტით სარგებლობა მასობრივად შესაძლებელი შეიქნა მხოლოდ XX საუკუნის ბოლოს და მიმდინარე XXI საუკუნის პირველ ათწლეულში. სადღეისოდ,

საქართველოში არა მარტო დიდ ქალაქებში და რაიონის ცენტრებში, არამედ ბევრ სოფელშიაც კომპიუტერით სარგებლობს მოსახლეობის შესამჩნევი ნაწილი, ვისაც ჯერ კიდევ არ აქვს საშუალება შეიძინოს ინდივიდუალური კომპიუტერი, მთელ რიგ რაიონის ცენტრებში გახსნილია კერძო პირების მიერ კომპიუტერით და ინტერნეტით სარგებლობის დარბაზები, სადაც დაინტერესებულ პირებს შესაძლებლობა აქვთ საფასურის გადახდის შემდეგ ნებისმიერი ხანგრძლივობით ისარგებლონ კომპიუტერით ან ინტერნეტით, კინოფილმების ჩვენების, ლიტერატურული წყაროების მოძიების და სხვა ნებისმიერი ძველი და ახალი საინტერესო ინფორმაციის მისაღებად. ამასთან ერთად კომპიუტერს ახალგაზრდობა ეტანება სხვადასხვა ხასიათის თამაშებით გასართობად. თითქმის არ არსებობს რაიმე ცხოვრებისეული პრობლემატური საკითხი, რომლის პასუხის მიღება არ შეუძლია კომპიუტერულ ტექნიკას დაუფლებულ დაინტერესებულ პიროვნებას. სწორედ ამიტომ მოსახლეობის ნებისმიერი ასაკის უდიდესი უმრავლესობა მასობრივად ცდილობს კომპიუტერის დაუფლებას, რადგან იგი გახდა ისეთივე აუცილებლობა, როგორც საწერკალამი მოსწავლისათვის.

სადღეისოდ შესაძლებელია არა ერთი, ათი, ასი და ათასი ადამიანის ფსიქიკური შესაძლებლობის 10 ჯერ, 100-ჯერ და 1000 და მეტჯერ გაიზარდოს კომპიუტერის და ინტერნეტის გამოყენებით.

ამ მოკლე დროში სამწუხაროდ კომპიუტერისა და ინტერნეტის მასობრივმა გამოყენებამ გამოავლინა მათ მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების წარმოქმნის შესაძლებლობა და ისევე, როგორც ცივილიზებული ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში, სადაც რამდენიმე ათეული წლების წინ განვითარდა კომპიუტერული ტექნიკა მასიური სახე მიიღო ახალმოდურმა დაავადებებმა კომპიუტერისა და ინტერნეტის მიმართ პათოლოგიურმა დამოკიდებულებამ, რომელიც ხშირად თავისი სიმძიმით და მკურნალობისადმი რეზისტენტობით არ ჩამოუვარდება ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს, ნარკომანიას

ან ტოქსიკომანიას. ამიტომ, სამედიცინო თვალსაზრისით კომპიუტერისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებას უწოდებენ კომპიუტერომანიას, ხოლო ინტერნეტისადმი ინტერნეტომანიას. ეს უკანასკნელი ცნება პირველად შემოიღო A.Goldberg-მა 1996 წელს. სადღეისოდ ერთმანეთისაგან განასხვავებენ „კომპიუტერისადმი პათოლოგიურ ლტოლვასა“ და „ინტერნეტისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებებს“. მიუთითებენ, რომ ინტერნეტომანიის შემთხვევები განუწყვეტლივ იზრდება, რაც დიდ საზრუნავს უჩენს ფსიქოლოგებს და ფსიქიატრებს. ინტერნეტომანია, როგორც დაავადება იწყება მაშინ, როდესაც ადდიქციური ქცევა უკვე დომინირებს ადამიანის ცნობიერებაში და მისი საფუძველი ხდება პიროვნების მისწრაფება გავიდეს რეალობიდან არარეალურ – ვირტუალურ სამყაროში (Бурова В.А., Есаулов В.И.-2000)

სპეციალურ პრესაში ქვეყნდება შემაშფოთებელი ფაქტები ამ ფანტასტიკური შესაძლებლობის ტექნიკის ზოგიერთ პიროვნების მიერ ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებით და მათი პიროვნული შესაძლებლობების შესაბამისი დეზადაპტაციის შესახებ. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით კომპიუტერისა და ინტერნეტის გამომყენებლების 5-14%-ს უნვითარდებათ პათოლოგიური დამოკიდებულება. ბავშვებში და მოზარდებში კომპიუტერისა და ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პირების რაოდენობა, ყოველდღიურად იზრდება.

ოფიციალური დიაგნოზი „კომპუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება“ ჯერჯერობით არ გამოიყენება, მაგრამ თვით ჭეშმარიტი ფენომენი, როგორც ადდიქციური გამოვლინება რეალობაა და მრავალმხრივ ჰგავს ნარკოტიკული ნივთიერებების მიერ გამოწვეულ ავადმყოფურ მდგომარეობას. მასთან ბრძოლაც ისეთივე ძნელია, როგორც ნარკომანიასთან. ყოველ შემთხვევაში ოფიციალურად ამერიკის ფსიქიატრების სადიაგნოსტიკო სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში (DSM-IV) მითითებულია, რომ

პათოლოგიური დამოკიდებულება შეიძლება იყოს მხოლოდ ქიმიურ ნივთიერებასთან. აქ საჭიროდ მივიჩნიეთ მოგვეყვანა ჩვენი შემთხვევა:

პაც. №2 გ.გ.ნ. 14 წლის მშობლების მიერ შვილად აყვანილია ჩვილ ასაკში, მაგრამ ბავშვმა ამის შესახებ არაფერი იცის. იზრდებოდა და ვითარდებოდა ფიზიკურად სუსტად და ინფანტილური ტანთნაგებობის, მაგრამ ნიჭიერ ბავშვად. დროულად ამოჭრა კბილებმა, აიდგა ფეხი, დაიწყო სიარული და მეტყველება. საბალო ასაკიდან იქცევდა ყურადღებას თავისი ჰიპერაქტივობით თამაშებში და ლექსების დაზეპირებაში. სწავლობდა კარგად და იქცევდა პედაგოგების ყურადღებას პასუხისმგებლობის გრძნობით და სიბეჯითით. სწავლისადმი დაინტერესებული იმსახურებდა მაღალ ნიშნებს. მისი საცხოვრებელი პროვინციული რაიონის ცენტრში 4 წლის წინათ გაიხსნა კომპიუტერით სათამაშო პუნქტი, სადაც გასართობად დადიოდნენ და დროს ატარებდნენ ახალგაზრდებიც და მოზრდილებიც. ჩვენი პაციენტიც დაინტერესდა ამ ჯადოსნური მოწყობილებით და აღმზრდელებიც ხელს უწყობდნენ ბავშვს რათა დაუფლებოდა კომპიუტერის მართვას. ბოლო სამი წლის წინათ შეამჩნიეს, რომ სწავლაში თანდათან უკლო დაინტერესებამ, სახლში ნაკლებად მეცადინეობდა და პედაგოგებმაც შეამჩნიეს, რომ ბავშვი უკვე ჩამორჩა თანატოლებს სიბეჯითეში. 1 წელია, რაც ბავშვმა დაიწყო სკოლიდან უნებართვოდ გაპარვა და კომპიუტერის სათამაშო დაწესებულებაში სიარული. პირველ ხანებში მშობლები და მასწავლებლები თუ ბავშვის სწავლაში გულაცრუებას და გაკვეთილების გაცდენას გარდატეხის ასაკს მიაწერდნენ, როდესაც ბავშვმა საერთოდ სწავლას თავი დაანება და მთელ დროს ატარებდა კომპიუტერთან, მშობლებმა შეუწყვიტეს სათამაშო თანხის მიცემა. პირველ ხანებში დაიწყო დედმამის კუთვნილი ფულის მოპარვა და, როდესაც ასეთი არაეთიკური საქციელისათვის იგი დასაჯეს, პროტესტი გამოხატა სახლიდან წასვლით და სკოლის დატოვებით. ღამეს ათევდა კომპიუტერის სათამაშო ოთახში და დასაძინებლად მშობლებთანაც არ მიდიოდა. 2006 წლის 4 მარტს მისმა მშობლებმა ბავშვი მოიყვანა ჩვენთან საკონსულტაციოდ .ბავშვთან პირველადი გასაუბრებით და გამოკვლევით აღმოჩნდა, რომ გარდა იმისა, რომ ბავშვი ფიზიკურად მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა თანატოლებს სიმაღლეში, ტანსრულობაში და ფიზიკურ განვითარებაში. ინტელექტუალური განვითარებით სრულიად შეეფერებოდა ასაკს. ექიმთან და ახ-

ლობლებთან კონტაქტი იყო ადეკვატური, შეკითხვებზე პასუხები გამართული. საკუთარ ქცევას არ ამართლებდა. აღიარებდა, რომ კომპიუტერისაგან მიღებული ინფორმაციები მისთვის უფრო საინტერესო და მიმზიდველი გახდა, ვიდრე ზოგიერთი მასწავლებლის მიერ მოწოდებული არასაინტერესო სასწავლო პროგრამები და დამატებით მას ავალებენ ზეპირად ისწავლოს ზოგიერთი მისთვის არასაინტერესო ლექსები და სავარჯიშოები. ყოველივე ის რასაც სკოლაში ასწავლიან მისთვის უფრო ხშირად საინტერესო არ არის და, ამიტომ, ხშირად არ მიდის სკოლაში გაკვეთილებზე დასასწრებად. ავადმყოფს ჩაუტარდა დეტალური აზსნა-განმარტებითი საუბარი, დამეთანხმა, რომ კომპიუტერის დაუსრულებელი შესაძლებლობები, მაინც ვერ შეცვლის სასკოლო პროგრამით გათვალისწინებულ დავალებებს ინტენსიურად და თანმიმდევრობით შესასწავლი მასალის პედაგოგების დახმარებით და სახლში სისტემატური სწავლის გარეშე, მაგრამ ისიც არ უარყო რომ კომპიუტერული თამაშების ნაირფეროვნება უფრო მიმზიდველია მისთვის და შემპირდა, რომ როგორმე შეათავსებდა სკოლაში სწავლას პერიოდულად მისთვის საყვარელ და უფრო საინტერესო კომპიუტერულ თამაშებს. უკმაყოფილო იყო, რომ „კომპიუტერების კლუბში ხანდახან 1-2 საათით სათამაშოდ შესასვლელად გადასახად რამდენიმე ლარსაც არ აძლევენ მშობლები, მაშინ, როდესაც მისი ტოლი ბიჭები და გოგონები ფულზედაც თამაშობენ და ბევრ ფულსაც აგებენ. მშობლები კი მათ ამისათვის არ სჯიან ისე მკაცრად, როგორც ჩემი მშობლებიო.“

ბავშვს უტარდებოდა ფსიქოთერაპია, დაენიშნა 4 კვირიანი მკურნალობის გრაფიკი მედიკამენტების მატებადი დოზების განრიგით, რაც ითვალისწინებდა ანტიოფსესიური, ანტიკომპულსური და შეფარდებითი ანტიიმპულსური აქტივობის მქონე ანტიდეპრესანტი კლომიპრამინი დღეში 2-3-ჯერ მისაღებად პერორალურად 25 მგრ-დან 100-150 მგრ.-ს და ანტიშფოთვითი ეფექტის მისაღებად ალპრაზოლამის მცირე დოზებთან (0,25-2,0 მილიგრამამდე დღეში. პოლივიტამინის ტაბლეტების დღეში 3-ჯერ მისაღებად პაციენტს განმეორებითი მიღება დანიშნული ჰქონდა 2006 წლის 19 მარტს, მაგრამ მომმართა კვლავ 2 კვირით გვიან 30 აპრილს. მკურნალობის გრაფიკი დაცული იყო ზუსტად. გულუბრყვილო დედამ, სტაჟიანმა პედაგოგმა არ იხელმძღვანელა მკურნალი ექიმის გაფრთხილებით, იფიქრა, რომ მის შვილს მეტი მკურნალობა აღარ სჭირდებოდა და შეუწყვიტა მედიკამენტები, რამაც, ცხადია, განაპირობა დაავადების რეციდი-

ვი. მშობლები იძულებული გახდენ განმეორებით მოეყვანა შვილი სამკურნალოდ. დაავადების რეციდივამდე მკურნალობის თვითნებურმა შეწყვეტამ განაპირობა ე.წ. აღკვეთის სინდრომი (უხალისობით, შფოთვით, გულის რევით. ღებინებით და გამღიზიანებლობა, რაც გაგრძელდა 4 დღეს და თანდათან გამოსწორდა). გასამხიარებლად კვლავ კომპიუტერის კლუბს მიმართა. ამიტომ 30 აპრილს გაუგრძელდა მკურნალობა იმავე მედიკამენტებით 2006 23 მაისამდე კლომიპრამინის სადღეღამისო დოზის 200 მილიგრამამდე ზრდით და იმავე წლის 25 ივნისის დაბარებულს ჩემთვის დახმარებისათვის აღარ მოუმართავს.

კატამნეზური მონაცემებისათვის თხოვნით მივმართე მისი რაიონის ფსიქონევროლოგიური კაბინეტის გამგეს (2010 წ. 11/IX), რომელმაც მაუწყა, რომ ჩვენთვის საინტერესო პიროვნება აგრძელებს სწავლას საშუალო სკოლის IX კლასში, დაავადებამდელი ბეჯითი და დისციპლინირებულ მოწინავე მოსწავლედ აღარ ითვლება, კომპიუტერების კლუბშიაც გაცილებით იშვიათად დადის მისთვის ან მისივე თანამოსწავლეებისათვის საინტერესო ინფორმაციების მისაღებად, რადგან თავის ნაცნობებს შორის სარგებლობს კომპიუტერული ტექნიკის მცოდნე ავტორიტეტად. კომპიუტერულ თამაშებისადმი ლტოლვას ზოგჯერ განიცდის, მაგრამ თავის შეკავებას ახერხებს, რადგანაც მატერიალური შესაძლებლობაც აიძულებს გადალახოს აღძრული იმპულსი ისედაც გაძვირებული სათამაშო საფასურის უქონლობის გამო. პერსპექტივაში რაიმე ჩამოკვეთილი გეგმა-მიზანის უქონლობა არ აღელვებს. აქვს გეგმა რომ დაამთავრებს საშუალო სასწავლებელს, მოიხდის სამხედრო ვალდებულებას და აირჩევს რაიმე მისთვის საინტერესი ტექნიკურ სპეციალობას. უმაღლესი განათლებისათვის მზადებას უაზრობად მიიჩნევს, რადგანაც ვერ ხედავს ამ გზით გაუთავებელი სწავლის უპირატესობას. ავადმყოფად საკუთარ თავს არ მიიჩნევს და მისი აზრით, რაიმე მკურნალობას არ საჭიროებს. ზოგჯერ გაზაფხულის თვეებში გრძნობს გამღიზიანებლობას, სასიცოცხლო ძალების და ენერგიის მატებას საქმიანობისათვის, თუმცა სასოფლო სამუშაო არ იზიდავს და მშობლებთან ამის გამო ხშირად აქვს კონფლიქტი.

მოყვანილი შემთხვევა საინტერესოდ მოვიჩნიეთ იმ თვალსაზრისით, რომ პაციანტის მემკვიდრეობა უცნობია აღმზრდელებისთვისაც, რადგან იგი აყვანილია სამშობიაროში გაუიდუმლეობულად. იციან, რომ იგი არის ფსიქოფიზიკურად ჯანმრთელი დედის შვილი. მისი თანხმობით და გარკვეული მატერიალური დაინტერესების შემდეგ იშვილეს, რაც ცხადია გარკვეულ ეჭვს ბადებს დედის ფსიქიკურ და მორალურ-ეთიკურ სრულყოფილებაზე, ხოლო მამის ხაზით მემკვიდრეობაზე ცნობები არ გაგვაჩნია. საბაგო და საბაღო ასაკში ბავშვი იზრდებოდა ნორმის ფარგლებში და ბავშვთა ინფექციებიც გადაიტანა გართულების გარეშე. ხასიათში ყურადღებას იქცევს თავისებური ჰიპერთიმიულობა და იმპულსურობა, კომპლექსი, რომ საკუთარი ტანთნაგებობის სისუსტით, რომელიც სწავლისადმი ინტერესსა და აკადემიურ წარმატებასაც არ აბრკოლებდა, განიცდიდა რომ თანამოსწავლეებში ყველას ჩამორჩებოდა ახალგაზრდობაში მეტად პოპულარულ ძალოვანი სპორტის სახეობებში. ამიტომ, იძულებული იყო თავისი თავი აერიდებინა სპორტის ყველა სახეობისათვის და მთელი ყურადღება გადაეტანა სკოლაში სწავლაზე, სადაც შეძლო მოწინავეთა რიგში დამკვიდრება, მაგრამ კომპიუტერთან დაახლოვებამ და მისმა მრავალფეროვანმა შესაძლებლობებმა მოხიბლა იმდენად, რომ გადაწყვიტა საკუთარი მომავალი კომპიუტერთან დაეკავშირებინა. განსაკუთრებით ადვილი აღმოჩნდა კომპიუტერული თამაშების ათვისება და მან დაიჭირა წამყვანი ადგილი მისთვის საინტერესო საკითხებში. სამაგიეროდ, თანდათან დაუქვეითდა ინტერესი სკოლაში გაცილებით ნაკლებად საინტერესო საგნების სწავლისადმი, იქამდე, რომ სკოლაში გაკვეთილებს აცდენდა. სამაგიეროდ სკოლის ნაცვლად მთელ დღეებს და არაიშვიათად ღამეებსაც ატარებდა კომპიუტერული თამაშების კლუბში. ამგვარი თამაშების დაუსრულებელმა გატაცებამ დათრგუნა ჭამის, დასვენების, ძილის და მშობლებისადმი ზრუნვის მოთხოვნილება ანუ ჩამოყალიბდა ტიპური კომპიუტერომანია ანუ პათოლოგიური დამოკიდებულება კომპიუტერული თამაშებისადმი. განსხვავებით მოზრდილების

კომპიუტერომანიისაგან ამ შემთხვევაში ადგილი არ ჰქონდა ფულის მოგების ან წაგების ფაქტს, მაგრამ კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიურმა დამოკიდებულებამ, მშობლების მატერიალურმა ზარალმა, სათამაშო თანხის სისტემატურმა თხოვნამ და ბოლოს უარის თქმამ ახალგაზრდა ოჯახშივე ფულის ქურდობამდე მიიყვანა. რაც კიდევ უფრო საკვალალოა აკადემიურად წარმატებულ მოსწავლეს სწავლა შეაძულა. სკოლაში სიარული შეაწყვეტინა. შედარებით დაგვიანებით დაწყებულმა მკურნალობამ და მშობლების არაკომპეტენტურობამ მოზარდს შეესრულებინა ექიმის დანიშნულება განაპირობა დაავადების რეციდივი, რომლის პირველივე ნიშნები რედუცირებული იქნა სამკურნალო მედიკამენტების სადღეღამისო დოზების რაციონალური შერჩევით, რამაც უზრუნველყო უკვე ჩამოყალიბებულ დაავადების-კომპიუტერომანიის რემისია ემოციურ-ნებითი სფეროს მერყეობით და იმპულსური მოთხოვნილებისადმი სათანადო კონტროლის შესუსტებით, მაგრამ პაციენტი გადაურჩა მოზრდილ ადამიანებისათვის დამახასიათებელ კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულების, როგორც ქრონიკულად მიმდინარე ადდიქტიურ სნეულების ჩამოყალიბებას, შეძლო სწავლის გაგრძელება და არსებითი თავშეკავება კომპიუტერთან დაკავშირებული მატერიალური დანახარჯების მოსაპოებელი კრიმინალური მეთოდების გამოყენებისაგან.

ოფიციალური დიაგნოზი „კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება“ ჯერჯერობით არ გამოიყენება, იმის მიუხედავად, რომ მისი არსებობა რეალობაა და მრავალმხრივ ემსგავსება ნარკოტიკული ნივთიერებების გამოყენებით განვითარებულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას, რომელიც ხასიათდება გამოხატული რეზისტენტობით სამკურნალო მეთოდებისა და ღონისძიებების მიმართ. ყოველ შემთხვევაში კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება არ არის შეტანილი ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ შემუშავებულ სადიაგნოსტიკო-სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში (DSM-IV-ში) ამ სახელმძ-

ღვანელოს თანახმად, პათოლოგიური დამოკიდებულება შეიძლება ჩამოყალიბდეს, მხოლოდ ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლური სასმელები, ნარკოტიკული ან ცალკეული ფსიქოტროპული მედიკამენტები, წებოები და ა.შ.) კატეგორიულად იუწყება ქალაქ როტერდამის უნივერსიტეტის კლინიკური ფსიქოლოგიის პროფესორი — Ingmar Frenkel-ი, რომელიც მრავალი წლის განმავლობაში იკვლევს ქიმიური ნივთიერებების მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პირების თავის ტვინის ცალკეული სტრუქტურების ფუნქციონირების თავისებურებებს. მისი მონაცემებით პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე გეიმერისათვის არსებობს საშიშროება, რომ ჩამოუყალიბდება ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დარღვევები.

ფსიქოლოგი I.Frenkel-ი ნარკომანიული პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას წარმოიდგენს ისე, რომ ის, ვინც უკვე არის დაავადებული პათოლოგიური დამოკიდებულებით, მუდმივად ეძიებს სტიმულს, რამაც უნდა გამოიწვიოს მის თავის ტვინის შესაბამის სტრუქტურებში ნეიროტრანსმიტერ დოფამინის დონის აწევა.

დოფამინი გამოთავისუფლდება ტვინის სტრუქტურებიდან, როდესაც ადამიანი მხიარულობს, კარგ ხასიათზეა და ერთობა, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად დოფამინის დონე სინაფსურ ნაპრალებში ძლიერ სწრაფად იზრდება. ნარკოტიკული ნივთიერების გამოყენებისას, თავის ტვინში დოფამინის დონე იზრდება 10-15-ჯერ, ამიტომ ნარკომანებს კვლავ და კვლავ უჩნდება სურვილი განიცადოს ეს სასიამოვნო წუთები, მაგრამ რეცეპტორები, რომლებზედაც ზემოქმედებას ახდენს დოფამინი, გარკვეული დროის გავლის შემდეგ კარგავენ უნარს გაუმკლავდნენ ნარკოტიკული ნივთიერებების ზედოზირებას. ისინი ბოლოს და ბოლოს გადაიტვირთებიან და ფუნქციონირებენ სულ უფრო ნაკლებად და ნაკლებად. ამიტომ მათი იძულებითი ზემოქმედება იმუშაონ ძველებურად გამოიწვევს სიამოვნების უზრუნველსაყოფი ნარკოტიკული ნივთიერების დოზების თანდათანობითი მატე-

ბას. იმისათვის, რომ ისინი აიძულონ იმუშაონ ძველებურად, საჭირო ხდება მაეიფორიზებელი ნივთიერების, ამ შემთხვევაში ნარკოტიკული ნივთიერების დოზის თითქმის მუდმივი მატებები, თუკი ასეთი მატება არ ხდება, პაციენტი განიცდის ნარკოტიკულ დაუკმაყოფილებას ანუ შიმშილს და ვარდება აბსტინენციის მდგომარეობაში.

რაც შეეხება კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების მექანიზმებს, ეს საკითხი ჯერჯერობით ნაკლებად არის შესწავლილი. თუმცა უკვე ზოგიერთი გამოკვლევები მიუთითებენ, რომ კომპიუტერული თამაშებებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე გეიმერებს აღმოუჩნდათ პათოლოგიური ლტოლვის ის ანალოგიური კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც მნიშვნელოვნად მიიჩნევიან ნებისმიერი ნარკოლოგიური აგენტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულებისათვის. როგორც ირკვევა ის, რაც კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების დროს თამაშობს უმნიშვნელოვანეს როლს თავის ტვინის შესაბამის სტრუქტურებში არსებულ დამაჯილდოვებელ ზონაში, რომლის როლი უნდა მიეიჩნიოთ ძირითად გასაღებად პათოლოგიურ დამოკიდებულების აღძვრასა და ჩამოყალიბებაში.

ამასთან ერთად ობსესურ გეიმერისათვის იგივე პრობლემები თამაშდებიან, რომლებიც თან სდევენ ნარკოდამოკიდებულებიან პაციენტებს. როდესაც ჰეროინის მომხმარებელი თუნდაც სახელმძღვანელო წიგნის ფურცელზე ხედავს მისთვის სანუკვარ მცენარის ფოტოსურათს, მას უვითარდება მისწრაფება მისი მიღებისადმი. იგივე მისწრაფება დაემართება თუ ნარკომანი მოხვდა იმ გარემოში, სადაც იღებდა ნარკოტიკულ პრეპარატს. ან შეხვდება დილერს, რომელიც ამარაგებდა მას ამ ნარკოტიკული ნივთიერებით. ე.ი. თუ ნარკომანს სურს, თავი იხსნას ნარკომანიის ბრჭყალებიდან და გახდეს თავისუფალი ანუ „სუფთა“ უნდა მოერიდოს ყოველგვარ ფაქტს, რომელიც მოაგონებს ნარკოტიკული საშუალებით გამოწვეულ „სიტკბოებას“.

Юриева Л.Р., Больбот Т.Ю. (2006) გვირჩევენ პირველადი პროფილაქტიკის მიზნით გამოვიყენოთ ყოველგვარი მეთოდე-

ბი, რომ არ განვითარდეს კომპიუტერისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების სინდრომი. მათი აზრით პირველ რიგში საჭიროა, რომ მოხდეს სოციალურ-ინფორმაციული და საგანმანათლებო პროგრამების რეალიზება და, აგრეთვე, ოჯახური დამოკიდებულებების კორეგირება. აღწერენ შემთხვევას, სადაც სახეზეა რისკი, რომ განვითარდება პათოლოგიური დამოკიდებულება კომპიუტერის მიმართ და გვაწვდიან მათ მიერვე დამუშავებულ მეთოდიკას, რომელშიც გამოყენებულია M.H.Ozzak-ის გამოკვლევები, შესრულებულები ქ. ბოსტონში კომპიუტერული ადდიქციის ეთიოპათოგენეზის, კლინიკისა და მკურნალობის საკითხების შემსწავლელ ცენტრში. ამ ავტორის მიერ გამოქვეყნებული წიგნის შესავალში მითითებულია, რომ ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე კომპიუტერისა და ინტერნეტის ფორსირებულმა განვითარებამ მნიშვნელოვნად შეცვალა ტრადიციული სტილი და სტერეოტიპები ადამიანებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებაში. ამ უახლესი ტექნიკის საშუალებით ძირფესვიანად იცვლება ადამიანის დამოკიდებულება ყოფაცხოვრებაში, რომელსაც თან მოსდევს პიროვნების თვითცნობიერების გართულება. სულ უფრო მეტად იზრდება ფსიქიკურ მოქმედებაში რაციონალიზაცია და მცირდება მისი ემოციური შემადგენელი. ამ პროცესებმა. თავის მხრივ, შესაძლებელია დაარღვიონ ახალგაზრდობის ნორმალური შესვლა და შეგუება შეცვლილ სოციალურ გარემოსთან, ცხადია არაკეთილსაიმედო და არახელსაყრელ პირობებში იქმნება ფსიქიკის დესტრუქციული შეცვლის ძირითად წყაროდ. ყველაზე მგრძნობიარე ამ შემთხვევაში, ცხადია, არის ბავშვის, მოზარდის და ახალგაზრდის ფსიქიკა. ამ ზემოქმედების პრობლემამ სულ მალე იჩინა თავი რუსულენოვან რესპუბლიკებში, სადაც რამდენიმე წლის განმავლობაში, ახალგაზრდობა. რომლებისათვის ხელმისაწვდომი გახდა კომპიუტერული ტექნიკით სარგებ ლობა 20 და მეტჯერ გაიზარდა იმ პირების რიცხვი, რომლებსაც გამოუმუშავდა პათოლოგიური დამოკიდებულება კომპიუტორისადმი.

К.Ю.Галькин (1999) მიუთითებს, რომ კომპიუტერული ტექნიკის განვითარებამ და წარმოუდგენლად სწრაფმა ჩანერგვამ ყოველდღიურ ცხოვრებაში მოახდინა პიროვნების ბიოფსიქოგენეტიკური გარდაქმნები, იგი ააქტივებს კავშირს ადამიანსა და კომპიუტერს შორის, რაც გამოვლინდება ადამიანის სრულიად ახალ ურთიერთობაში „მოაზროვნე მანქანასთან“ .სწორედ მსგავსი კავშირი „ადამიანი-კომპიუტერი“ წარმოქმნის იმას, რასაც უწოდებენ ვირტუალურ რეალობას, რომელიც ზოგიერთი პიროვნებისათვის უფრო სიამის მომგვრელია, ვიდრე ჭეშმარიტი ცხოვრების რეალობა, მით უმეტეს თუ კომპიუტერს გავაძლიერებთ ინტერნეტის სამყაროში შესაჭრელი მოწყობილებით. ცხადია, იგი გაცილებით უფრო მიმზიდველი და ავადმყოფურად აუცილებელი ხდება პიროვნებისათვის. მას ეძლევა საშუალება განერიდოს რეალობას და გადავიდეს ხარისხობრივად მისთვის უფრო უმჯობეს სოციალურ, პროფესიულ, მატერიალურ და ოჯახური ფასეულობების მქონე ვირტუალურ სამყაროში.

დაახლოებით ანალოგიური მექანიზმები უდევს საფუძვლად კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავებას. როდესაც აზარტულად მოთამაშის თავის ტვინში გარკვეული ე. წ. დამაჯილდოვებელ ზონებში, რომელიც წარმოადგენს ძირითად უბანს თავის ტვინში ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების აღძვრაში, თამაშდება იგივე პროცესები. ვინც გადაწყვეტს, რომ თავი დაანებოს ადამიანის ამ დამღუპველ „ჩვევას“ უნდა აარიდოს თავი ყველა იმ გარეგან ფაქტორებთან შეხებას, რომლებიც მოაგონებენ უკვე წარსულში განცდილ სასიამოვნო მომენტებს.

კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პირებს ამ გზით უფრო უჭირთ თავის არიდება, რადგან კომპიუტერი ახლა ყველგან ადვილად ხელმისაწვდომია. იგი გახდა ადამიანის ახლობელი თანამგზავრი სამსახურში, სახლში და დასასვენებელ ადგილებშიაც.

ხშირად ძნელი გასარჩევია და გამოსავლენია საზღვარი თუ რა არის თამაში, გართობის საშუალება, სპორტი, ჩვევა თუ ფულის მოგების ხერხი, მაგრამ თუ თამაში გადაიქცევა თვითმიზნად, შეიძლება უკვე დაისვას დიაგნოზი. სინამდვილეში ეს არის რეალური დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია განვითარებაში სტადიურობა: 1. ცნობისმოყვარეობის: 2. ჩათრევის და 3. პათოლოგიური დამოკიდებულების ფორმირების.

ჭეშმარიტი კომპიუტერომანიიის ანუ „სათამაშო ნარკომანიის“ სიმპტომებია:

1. ყოველდღიური, გაცდენის გარეშე თამაში კომპიუტერში;
2. თამაშის დაწყების შემდეგ მოთამაშე ფაქტობრივად კარგავს დროის აღქმის უნარს;
3. არ უჩნდება სურვილი თავი დაანებოს კომპიუტერულ თამაშს;
4. ჭამს ისე, რომ კომპიუტერს არ აშორებს თვალს:
5. არ სურს აღიაროს, რომ კომპიუტერის თამაშებში კარგავს ზედმეტ დროს;
6. გარშემომყოფები საყვედურობენ, რომ ბევრ დროს ხარჯავს მონიტორთან;
7. თამაშს არ შეწყვეტავს თუ კი ახერხებს რომელიმე სირთულის დაძლევას;
8. მის მიერ მიღებულ შედეგებს აცნობებს ყველა მოთამაშეს;
9. თამაშობს მაშინაც, როდესაც სხვა საპასუხისმგებლო სამუშაო აქვს შესასრულებელი;
10. როგორც კი მეუღლე ან ოჯახის სხვა წევრი გადის სახლიდან და მარტოდ რჩება მაშინვე მიუჯდება კომპიუტერს და დააცხრება თამაშს.

ამ 10 კითხვიდან თუ 60%-ზე მაინც გასცემთ დადებით პასუხს, ეს უკვე მიუთითებს „კომპიუტერული ნარკომანიის“ განვითარებაზე, რომელიც საჭიროებს მკურნალობას.

11. ინტერნეტომანია

XXI საუკუნეში განსკუთრებით გაიზარდა საინფორმაციო საშუალებების როლი და მნიშვნელობა. შესაბამისად, საჭიროა ამ ურთულესი მოწყობილობებისა და აპარატურის გამოყენებისათვის მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების მომზადებისა და დახელოვნებისათვის შესაბამისი ფინანსური საშუალებების მობილიზება. ცხადია, რომ ამან უზრუნველყო მოზღვავებული ინფორმაციული მასალის დასამუშავებლად უახლესი კომპიუტერული ტექნიკის გამოყენება, რომელმაც ჭეშმარიტად რევოლუციური როლი ითამაშა ადამიანის გონებრივი შესაძლებლობების კოლოსალური ზრდისათვის. მალე კომპიუტერული ტექნიკის უკიდეგანო შესაძლებლობებიდან კაცობრიობამ მიიღო ინფორმაციის გაცვლის უფრო სრულყოფილი ვიდეოინფორმაციის საშუალება ანუ ინტერნეტით საყოველთაოდ და, ზოგიერთი სპეციალური ნებართვით დაშვებული ნებისმიერი, როგორც აუდიო, ისე ვიდეოინფორმაცია, მათ შორის ისეთიც, რომელიც მიიღება მხოლოდ ინდივიდუალურად ინტიმურ სიტუაციაში. ცხადია, კომპიუტერული ტექნიკისა და მისი პირმშოს ინტერნეტის დაუფლებით დაინტერესდა მილიონობით ადამიანი არამარტო ახალგაზრდობა, რომელთათვისაც კომპიუტერი გახდა თითქმის სასწავლო პროგრამის ერთ-ერთი აუცილებელი საგანი, არამედ ზრდასრული სპეციალისტებისა და ხანდაზმული დამსახურებული პენსიონერებისათვისაც მათი სუბიექტური ემოციური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებელი საინტერესო კინოფილმების ან თეატრალური სპექტაკლების ცქერით დასატკბობად, სადღეისოდ წარმოუდგენელია რაიმე საქმიანობა, მოღვაწეობა, ნაყოფიერი მოქმედება, რაშიაც არ იყოს გამოყენებული კომპიუტერისა და ინტერნეტის შესაძლებლობები, იქნება ეს ტექნიკა, წარმოება, მეცნიერული კვლევა თუ სხვა სახის საკაცობრიო მნიშვნელობის მოღვაწეობა, სადაც საჭიროა ზუსტი ინფორმაცია. ყოველივე ეს მოითხოვს რათა გათვალისწინებული იქნას რა გავლენას ახდენს კომპიუტერისა და ინტერნეტის მიერ უზ-

რუნველყოფილი უმდიდრესი ინფორმაციული მასალის მომპოვებელთა ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, მათ ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მდგომარეობაზე. ამგვარი შედეგებიდან ყველაზე რთულ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენად ასახელებენ ე.წ. კომპიუტერისა და ინტერნეტისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებას. მრავალრიცხოვანი გამოკვლევები მიუთითებენ, საგანგაშო აქტებზე, როდესაც ამ ტექნიკის ბოროტად გამოყენებით 5-14%-ს უკვე გამოუმუშავდა პათოლოგიური დამოკიდებულება. ჯერ კიდევ 1999 წელს K.Young-ი იუწყებოდა, რომ ინტერნეტ-ადდიქტორების 25% ხდებიან ამა თუ იმ გამოხატულებით პათოლოგიურად დამოკიდებულები ამ სახის მიმზიდველი საშუალების გამოყენების დაწყებიდან ნახევარი წლის განმავლობაში. ამ ავტორს მიაჩნდა, რომ ე.წ. „ინტერნეტომანია“ იწვევს პიროვნების რღვევას ისეთივე სახით, როგორც ეს ემართებათ ქრონიკულ ლოთებსა და ნარკომანებს (Schapira H. 2009). ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება J.Bloc-ის (2009) აზრით, წარმოადგენს ტიპიურ ფსიქიკურ დაავადებას, რომლისთვისაც პრობლემატური ხდება ზოგიერთი ფსიქოლოგიური პრობლემები:

1. კონფლიქტური ქცევა;
2. ქრონიკული დეპრესია;
3. ინტერნეტისადმი უპირატესობის მინიჭება, რეალურ ცხოვრებასთან შედარებით. სოციუმთან ადაპტირებაში სერიოზული სიძნელეები.
4. ინტერნეტში ყოფნის დროის კონტროლის უნარის დაკარგვა;
5. დისკომფორტის განცდა თუ კი არ აქვს საშუალება ისარგებლოს ინტერნეტით.

რაც უფრო სწრაფად და მასობრივად შემოდის ადამიანის ცხოვრებაში (ოჯახებში, სამუშაოზე და ა.შ.) ეს ტექნიკა, მით უფრო ვრცელდება კომპიუტერომანია და ინტერნეტომანიის შემთხვევები. კიდევ უფრო საგანგაშოა ის ცნობები, რომ კომპიუტერისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება უფრო სწრაფად და ფართოდ ყალიბდება ბავშვებში და მოზარდებში.

ცნება „პათოლოგიური დამოკიდებულება ინტერნეტისადმი“ ანუ „ინტერნეტომანია“ პრინციპულად არ განსხვავდება კომპიუტერომანიისაგან. В.А.Бурова-სა და В.И. Есаулов-ის (2000) მონაცემებით ცნება „ინტერნეტომანია“ პირველად შემოიტანა A.Goldberg-მა (1996), რომელმაც ყურადღება მიაქცია ზოგიერთი ადამიანის პათოლოგიურად გადაულახავ მიზიდულობას, გამუდმებით და მრავალი საათი გაეტარებინათ ამ მომაჯადოვებელ ინსტრუმენტთან, როდესაც განსაკუთრებით ნიჭიერი ახალგაზრდობა ღამეებს ათევს ინტერნეტში მანიპულირებისათვის. ორი ათეული წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც მკვლევარები დარწმუნდენ, რომ განსხვავებულია კომპიუტერისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება,“ „ინტერნეტისადმი ასეთივე ხასიათის პათოლოგიური დამოკიდებულებისაგან“. მას შემდეგ ყოველწლიურად პროგრესიულად იმატებს იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებმაც ნაგავს გაატანეს რემინგტონები, საანგარიშო აპარატები და მთელ სამუშაო დროს ატარებენ კომპიუტერთან. უკვე სპეციალურ გამოცემებში საკმაოდ მდიდარი მასალა ქვეყნდება ამ ტიპის დაავადებებით შეპყრობილების შესახებ. .ამერიკისა და დასავლეთ ევროპის ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში მსგავსმა დაავადებებმა მიიღეს მასიური ხასიათი, მათი გავრცელება თანდათან უახლოვდება, ნარკომანიით შეპყრობილი პიროვნებების რაოდენობას. ცხადია, რომ ამ ახალმოდური პრობლემით დაინტერესებას იჩენენ ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები და ნარკოლოგები.

კლინიკურმა ფსიქოლოგმა Gert-Jan Meerlik-მა (2002) შეისწავლა ინტერნეტისა და კომპიუტერის მომხმარებელი 65500 პიროვნება, მათგან პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე იყო 447 მოთამაშე, რაც შეადგენს 0,9%-ს და ყურადღება გაამახვილა ამ სახის პათოლოგიის განვითარების მიზეზებზე. აქ შევიდა მხოლოდ აზარტული თამაშები, „ონ ლაინ“ მაღაზიისადმი დამოკიდებულები (ინტერნეტის მაღაზიაში). თითოეული მათგანი იხდიდა on line-ში კვირაში საშუალოდ 35 საათის საფასურს, რაც ხელმისაწვდომია ყველა

ასაკისა და მატერიალურად ასე თუ ისე უზრუნველყოფილი პირებისათვის. ვისაც აქვს საკუთარი კომპიუტერი ინტერნეტით სარგებლობის საფასურით თვითონვე ამყარებს ნებისმიერ სოციალურ კონტაქტებს. განსაკუთრებულად პათოგენურ როლს ახალგაზრდობაში და სექსუალურად დეპრივირებულ ხანდაზმულებში თამაშობენ ეროტიკული სიუჟეტები.

გერმანიაში ინტერნეტისადმი დამოკიდებულება გადაიქცა სერიოზულ პრობლემად, გვაუწყებს გერმანიის ფედერალური ხელისუფლების ნარკოტიკული პრეპარატებისა და ალკოჰოლის მიმართ დამოკიდებულების წინააღმდეგ მოქმედი დეპარტამენტის წარმომადგენელი Sabina Bencig-ი (2009) შესაბამისი საკითხის ექსპერტების მონაცემებით, ინტერნეტის მუდმივი გამომყენებლების დაახლოებით ერთი მესამედი განიცდის აკვიატებულ მოთხოვნილებას და, ამიტომ, ისინი ყოველდღიურად ატარებენ კომპიუტერთან დაახლოებით 10 საათზე მეტს, რის შედეგადაც მათ მოეშალათ სოციალური კონტაქტები. მათი ინტერესები გარესამყაროსადმი ნულამდე ქვეითდება. იზღუდება ამ სენით შეპყრობილების უნარი გამოვიდნენ კონფლიქტური სიტუაციიდან. თანდათან სუსტდება სხვებთან კონტაქტის დამყარების სურვილი. ამ ავტორის მონაცემებით ხელისუფლება დაინტერესებულია ამ პრობლემის შესწავლით და მოუწოდებს შესაბამის დაწესებულებებს შეზღუდონ ადამიანების ინტერნეტში ყოფნის ხანგრძლივობა, ხოლო უკვე ჩამოყალიბებული ადდიქტების მკურნალობისათვის დამუშავდეს ეფექტური სამკურნალო მეთოდები და საშუალებები. ამ დაავადების გამოვლინება საკმაოდ გაძნელებულია, დიაგნოსტიკურ მახასიათებლებში მიუთითებენ აზარტულ თამაშებში რეგულარულ მონაწილეობაზე, რომელიც ხშირად მეორდება და ღრმავდება, იმის მიუხედავად, რომ იგი ხელს უწყობს სოციალურ სიძნელეებს, რაც გამოიხატება გაღარიბებაში, ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობის ჯერ გაძნელებაში და შემდეგ რღვევაში.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ის ფაქტი, რომ ნიჭიერი ბავშვების და მოზარდების მნიშვნელოვანი

ნაწილი, არამარტო დადებითად არიან განწყობილნი კომპიუტერის მიმართ, არამედ დიდხანს მუშაობენ ინტერნეტში. ისმება კითხვა ნიჭიერი ბავშვებისა და მოზარდების განსაკუთრებული გატაცება ინფორმაციული ტექნოლოგიებით ხომ არ წარმოადგენს საშიშროებას მათი ფსიქოლოგიური განვითარებისა და საერთოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის? ამ კითხვაზე ერთმნიშვნელოვანი პასუხის გაცემა ძნელია. სადღეისოდ, განსაკუთრებით აქტუალურად განსახილველ საკითხებს შორის დგას შესწავლა და დადგენა თუ რა საშიშროებას და ნეგატიურ ფსიქოლოგიურ შედეგებს გამოიწვევენ კომპიუტერთან, ინტერნეტთან და სხვა ინფორმაციული ტექნოლოგიების ელემენტებთან ხანგრძლივი და არარეგლამენტირებული ურთიერთობა. ე.წ. „პათოლოგიური დამოკიდებულების“ ფენომენი მრავალი მკვლევრის მიერ აღიარებულია დაავადებად, ან ინტერნეტისმიერ ნარკოდამოკიდებულ სინდრომად, რომელიც არსებითად არ განსხვავდება ჰეროინული ნარკომანიისაგან.

ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების სიმპტომატიკა ყოველთვის შეუძლებელია განვასხვაოთ ე.წ. კომპიუტერით გამოწვეულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებისაგან ან კომპიუტერის ზედმეტი დროის მანძილზე არამართებულად გამოყენების დროს გამოვლენილი სიმპტომებისაგან. ზოგი მკვლევარი ინტერნეტომანიას განიხილავს კიბერსამყაროს მიმართ შემუშავებულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებაზე ან კიდევ „ვირტუალურ რეალობისმიერ პათოლოგიურ დამოკიდებულებად“. ამით ე.წ. „ინტერნეტ-ადდიქტები“ არსებითად განსხვავდებიან ყველა სხვა სახის აზარტომანიებისაგან (ბანქომანია, შრომოგოლია, ფიზკულტუროგოლია და ა.შ.), რომელნიც ასე ხშირად გვხვდება ადამიანებს შორის და მიიჩნევა ჩვეულებრივ ამა თუ იმ ინტენსივობით მოცემულ პროფესიულ საქმიანობად, თუმცა ამასთან ერთად არ განიცდიან ამ დროს პათოლოგიურ მიზიდულობას კიბერსამყაროს მიმართ ან ე.წ. „ვირტუალური რეალობის მიმართ.“ ამის მიუხედავად, ამ საკითხით დაინტერესებული გამოჩენილი მკვლევარი

Griffiths J. 1996) უკომპრომისოდ ამტკიცებს, რომ არსებობს მჭიდრო კავშირი ე.წ. „ინტერნეტ დამოკიდებულებასა“ და სხვა დანარჩენ პათოლოგიურ აზარტულ საქმიანობას შორის.

მსგავს ტერმინოლოგიურ მრავალხმიანობაში საკმაოდ დასაბუთებულად გამოიყურება შეხედულება, რომ ადამიანის ნებისმიერი გატაცება (მაგ. სხვადასხვა სახის თამაშებით, მუშაობით, მხატვრული, მეცნიერული ან ტექნიკური შემოქმედებით, მოგზაურობით, სპორტით, საჭმელის ან სასმელის ბოროტად გამოყენებით, კოლექციონერობით, საკუთარი ჯანმრთელობაზე ზრუნვით და ა.შ. წარმოადგენენ ადდიქციის გამოვლინებებს. ამასთან ერთად უნდა ვაცოდეთ, რომ არ იქნებოდა მართებული ყველა გამოჩენილი ფილატელისტი ან მუსიკოსი, სპორტსმენი ან კინომანი, ტურისტი ან აკვარიუმის თევზების მცოდნე მივიჩნიოთ ადდიქტად და ვურჩიოთ მათ იმკურნალონ სპეციალისტებთან. ასევე ცხადია, ამ შემთხვევებში არ იქნება მართებული ამ ხალხს ვუწოდოთ ინტერნეტისადმი პათოლოგიურად დამოკიდებული (ადდიქტი), ვინც მეტად ხანგრძლივად, ზოგჯერ უფრო ხანგრძლივადაც, ვიდრე ჭეშმარიტი „ინტერნეტ-ადდიქტიც კი“, მუშაობს ინტერნეტში, ლაპარაკობს ტელეფონით ან უმზერს ტელეგადაცემებს და ა.შ. მსგავსი აზარტული მოქმედების პიროვნებები არ შეიძლება მივიჩნიოთ ადდიქტებად და ინტერნეტის ხანგრძლივი დროის მანძილზე გამომყენებლები, მსგავს შემთხვევებში მიზანშეწონილი იქნება პაციენტის გულისხმიერი გამოკვლევა და ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა. განსაკუთრებით თუ ეს ეხება ბავშვებსა და მოზარდებს, რომელთა ფსიქიკა მხოლოდ ფორმირდება და გამოირჩევა ყოველგვარი გამაღიზიანებლების მიმართ აწეული მგრძნობელობით, ამ ფენომენის აქტუალობა მეტად დიდია. სპეციალურ პუბლიკაციებში მოყვანილია შემთხვევები, როდესაც ინტენეტით მეტად გატაცებული პირები კომპიუტერთან ატარებენ 18 საათს დღე-ღამეში ანუ 100 საათს კვირაში. K. Yuang-ით (1998) მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ინტერნეტში გატარებულ საათების რაოდენობას, არამედ რეალურ ცხოვრებაში ინტერნეტის მიერ

დაკარგული წილი (ოჯახის კეთილდღეობის, მეგობრებთან, ყოველდღიურ ვალდებულების შეუსრულებლობაში და ა.შ.)

ჩინელი ფსიქიატრების მტკიცებით პიროვნებას თუ კი არ შესწევს უნარი ერთ დღეს მაინც გაძლოს კომპიუტერული თამაშების გარეშე და არ დაამყაროს ურთიერთობა უცნობებთან საჭიროებენ ფსიქიატრების მზრუნველობას, რადგან კიმპიუტერისა და ინტერნეტის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულება წარმოადგენს სერიოზულ დაავადებას, თუმცა მათივე მტკიცებით ეს დაავადება განკურნებადია. მათ მიერ კვლევის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით გამოყოფილია ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების რამდენიმე კატეგორიული ერთეული (ნაირსახეობა):

1. ლტოლვა „ონლაინ“ თამაშებისადმი;
2. პორნოგრაფიული ჩვენებანი;
3. ურთიერთობა სოციალურ წრეებთან;
4. ახალი ინფორმაციების ზღვარდაუდებელი ძიება და
5. ინტერნეტით შესყიდვების წარმოება.

სტატისტიკურმა გამოკვლევებმა უჩვენა, რომ საერთოდ ინტერნეტისადმი ლტოლვა უფრო მამაკაცებში ვლინდება.. ჩინეთში 40 მილიონი მომხმარებელიდან 10 მილიონი ავლენს პათოლოგიური დამოკიდებულების ნიშნებს. მათ შორის სჭარბობენ 13-17 წლის ასაკის და, აგრეთვე, უნივერსიტეტის სტუდენტობა. ამ პათოლოგიისადმი რისკის მატარებლებია მოუწესრიგებელ ოჯახებში აღზრდილები, სადაც ბავშვების მიმართ სუფევს ურთიერთობაში უხეშობა, და სისასტიკე. სპეციალისტ ფსიქიატრების მტკიცებით ინტერნეტის და კომპიუტერის პათოლოგიურ დამოკიდებულებას შეუძლია ხელი შეუწყოს ახალგაზრდებში აუტიზმის, კონფლიქტურობის და ურთიერთობაში გაუგებრობების გამოვლენას და ა.შ. მოზრდილებში სტრესზე მწვავე რეაქციები, ყოფითი სიძნელეები, მარტოობის განცდა, სინამდვილიდან განსვლის სურვილი. თავისუფალი დროს პრობლემატურობა და ა.შ.

ჩინელი ფსიქიატრები ვარაუდობენ, რომ XX1 საუკუნის ეს დაავადება განკურნებადია კვალიფიცირებული

ფსიქიატრიული მეთოდების გამოყენებით, რომლებზედაც ჩვენ ქვემოთ მკურნალობის საკითხების განხილვის დროს შევჩერდებით.

ინტერნეტის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულება ყალიბდება მას შემდეგ, რაც პიროვნებას აღეძრება მისწრაფება განერიდოს რეალობას საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობის შეცვლის გზით ისე, რომ გადასდოს საკუთარი პრობლემები განუსაზღვრელი ვადით, რომ მიაღწიოს მისთვის კომფორტულ მდგომარეობას. იმ პიროვნებებისათვის, ვისთვისაც ვირტუალურ სამყაროში ცხოვრება წარმოადგენს უფრო მნიშვნელოვანს, ვიდრე რეალობა, ვისთვისაც აღარ არსებობს განსხვავება „ვირტუალურ მე"-სა და რეალურ მე-ს" შორის და ხდება „პოტენციური ადდიქტი" (Бурова В.А. Есаулов В.И. (2000).

ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მომასწავებელს ხედავენ იმ პირებში, ვინც გამოავლენს აკვიატებულ მისწრაფებას მუდმივად ამოწმოს ელექტრონული ფოსტა, რათა წინასწარ დატკბნენ on line-ის მომდევნო სეანსის ხანგრძლივობის მომატებით.

ინტერნეტით სარგებლობისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება წარმოადგენს ერთ-ერთ საშუალებას, რომ პიროვნებამ რომელსაც აქვს ადდიქციურობის განვითარებისათვის პრემორბიდული წინასწარგანწყობა, რომ ინტერნეტის დახმარებით მოახდინოს ადდიქტიურობის რეალიზება, ხოლო პიროვნებას, რომელიც უკვე წარმოადგენს ადდიქტს, იტაცებს ყოველივე ის, რაც ხელს უწყობს რეალობიდან განსვლას, ინტერნეტომანიის, ანუ ინტერნეტდამოკიდებულების მქონე პიროვნების ფსიქოლოგიურ სიმპტომებად განიხილებიან: დადებითი ტონის გუნებგანწყობა, კარგი თვითგრძნობა ან გარკვეული ხარისხის ეიფორია, როდესაც პიროვნება გრძნობს, რომ უკვე ჩართულია ქსელში და მისთვის ხდება ხელმისაწვდომი ყოველგვარი ინფორმაცია, ამ მომენტში მისთვის იგნორირებულია ოჯახი, მეგობრები, სამსახურებრივი მოვალეობები და ა.შ.

პაც. № 3 ღ.ნ. მ. 16 წლის, დედმამის მეორე შვილია, ჰყავს უფროსი და. მამა გაყრილია დედასთან და ყურადღებას შვილების მიმართ არ იჩენს. დედას ჰყავს მეორე ოჯახი და მატერიალური სიდუხჭირის გამო ემიგრირებულია საბერძნეთში და მუშაობს ხელზე მოსამსახურედ. ჩვენი პაციენტისა და მისი უმცროსი დის მიმართ მზრუნველობას იჩენს ბებია (დედის დედა).

ჩვენი პაციენტის დედის ორსულობა და მშობიარობა პაციენტზე ჩატარებულა ყოველგვარი გართულების გარეშე, იმის მიუხედავად, რომ მამა ჭარბად და ხშირად თვრებოდა და აგრესიულად ეპყრობოდა მეუღლეს. ნაადრევი ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა რაიმე სირთულის გარეშე. იგი სკოლაში შეიყვანეს 6 წლის ასაკში, სწავლა თავიდანვე უჭირდა, უფრო მეტად ეზარებოდა და რეგულარულად არ მეცადინეობდა. საერთოდ ავლენდა აგზნებადობას, ნერვიულობას, ვერ ეგუებოდა თანაკლასელ ბავშვებს და, საერთოდ, ხალხმრავლობას. გაჭირვებით დაამთავრა 8 კლასი და სწავლას თავი დაანება. მთელი დღეები უსაქმოდ. უბანში რამდენიმე თანატოლთან ერთად ძირითადად მთელ დღეებს ატარებს დროსტარებაში, ხშირად უწევდა ღვინის სმა და სიმთვრალე, თუმცა, ჯერ-ჯერობით მამამისის მსგავს ლოთად ირ თვლიან. თვითონვე უარყოფითად აფასებს მის დამოკიდებულებას ალკოჰოლური სასმელების მიმართ. ყველაფრის მიზეზად მიიჩნევს უსაქმობას, უმუშევრობას და ხშირად განსაკუთრებით დილის საათებში გუნებგანწყობის დაქვეითებას. „ღვინოს ან იშვიათად არაყს რომ მიიღებს მხიარულდება და გაუვლის მისთვის ჩვეული უსიამოვნო შეგრძნებები მთელ სხეულში. პატარაობიდან ხშირად თანატოლებთან ერთად ერთობოდა ბანქოს თამაშით. ორი წელია, რაც მის ქალაქში გაიხსნა კომპიუტერული კაფე და დაიწყო მასში რეგულარული სიარული და ინტერნეტში მანიპულირება. იმდენად გაიტაცა კომპიუტერულმა თამაშებმა და პორნოსაიტებში ყოფნამ, რომ უკვე მთელ დღეს და ღამეებსაც ატარებდა კაფეში. გრძნობდა, რომ ძლიერ შორს წავიდა ინტერნეტის უკიდეგანო ლაბირინთებში, უკანასკნელ ხანებში გაუჭირდა სათამაშო საფასურის გადახდა და ფულის სესხებაზედაც უარი უთხრეს. იძულებული გახდა წვრილმან ქურდობისათვის მიემართა. დრო მიდიოდა და საშველი არსაიდან ჩანდა. თანდათან მთლიანად გადაუხდელ ვალებში ჩაიძირა, მაგრამ დამოუკიდებლად თამაშებს თავს ვერ ანებებდა. ინტერნეტ

კაფეს ერთ-ერთმა თანამშრომელმა, რომელსაც ასევე ჰქონდა ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება და გაიარა მკურნალობის კურსი ჩვენს ოფისში ურჩია მოემართა ჩვენთვის სამკურნალოდ. 2009 წლის 3 ივნისს. პირველივე საუბრისა და პირველადი გამოკვლევის დროს გამოვლინდა რომ პაციენტს აღენიშნებოდა უხალისობა სენესტოპათიურ-იპოქონდრიული ჩივილები გულის, კუჭის და ღვიძლის არეში. ეს ჩივილები აღინიშნებოდა ინტერნეტომანიასთან და გადაჭარბებულ ალკოჰოლიზირების ფონზე რაც როგორღაც უმსუბუქებდა გუნებგნწყობას და უსიამოვნო შეგრძნებებს ამიტომ გადაწყვიტა თავი დაენებებია ინტერნეტისათვის, მაგრამ ვერ შეძლო საკუთარი გადაწყვეტილების რეალიზება და იძულებული გახდა მოემართა ფსიქიატრისათვის.

პაციენტთან პირველადი საუბრისა და სომატონევროლოგიური გამოკვლევის შემდეგ დაენიშნა მკურნალობა. დასაწყისში ახალი თაობის სეროტონინული ანტიდეპრესანტი ციტალოპრამი (ციტომაქსი 20-60 მგრ დღეში) ანქსიოლიზური აქტივობის–ალპრაზოლამი (ზოლომაქსი – 0,5-2 მგრ), და გასტროენტეროტროპიული სულპირიდის (ბეტამაქსი – 200 მგრ) შემადგენელი კომპლექსით და სადღეღამისო დოზების თანდათანობით ზრდით მინიმალურიდან მაქსიმუმისკენ). პაციენტმა 22-სექტემბრამდე 5-ჯერ მიიღო ფსიქოთერაპიული სეანსი და კორექტივები მედიკამენტების დოზირებაში და შეძლო როგორც ალკოჰოლური სასმელებისაგან, ისე აზარტული თამაშებისაგან თავშეკავება შემდეგი თვეების განმავლობაში. სადღეისოდ (2010 წლის 30 ნოემბრისათვის) კატამნეზური მონაცემებით 1 წლისა და 4 თვის განმავლობაში) ინტერნეტისათვის არ მიუმართავს და ალკოჰოლური სასმელებისაგან თავშეკავებულია. ექიმის მიერ დანიშნულ ციტომაქსის 20 მილიგრამს იღებდა 1 წლის განმავლობაში და 4 თვეა მედიკამენტებს აღარ იღებს. უნდა ვაღიაროთ, რომ რემისია სრულღირებულოვანია, მაგრამ ვურჩიეთ მიღებული თერაპიული ეფექტის შემდგომ განმტკიცების მიზნით შემოდგომისა და გაზაფხულის სეზონში, როდესაც იგი მიუთითებს გუნებგანწყობის და სენესტოპათიური შეგრძნებების გამწვავებას ჩაიტაროს პროფილაქტიკური მკურნალობა ციტალოპრამის მცირე ან საშუალო ეფექტური დოზებით. მიღებული თერაპიული ეფექტი კი შეფასდეს, როგორც დამაკმაყოფილებელი და რემისიის უზრუნველმყოფი.

მოყვანილი შემთხვევა ადასტურებს კომპიუტერომანიისა და ინტერნეტომანიის დროული და ადეკვატური ფარმაკოთერაპიის გატარებით საკმაოდ მყარი რემისიის მიღების შესაძლებლობას. რაც სრულიად ნათლად მიუთითებს, რომ მიზანშეწონილია ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში გამოვლინდეს ამ ტიპის შემთხვევების გამოვლენა და დროული და მიზანმიმართული ფსიქოფარმაკოთერაპია სეროტონინული ანტიდეპრესანტების ადეკვატური დოზებით. რაც უფრო ადრეულ ეტაპზე ჩატარდება სრულფასოვანი მკურნალობა მით უფრო ხარისხიანი და ხანგრძლივი იქნება რემისია.

ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების გაჩენის შემთხვევების მკურნალობა ისეთივე პრობლემატურია, როგორც ქიმიური ნივთიერებებით (ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია, ტოქსიკომანია) ან სხვადასხვა სახის არაქიმიური ფაქტორებით განპირობებული პათოლოგიური დამოკიდებულების მკურნალობა), მაგრამ რადგანაც ყველა ჩამოთვლილი და დანარჩენი ე.წ. „პათოლოგიური დამოკიდებულების ანუ ადდიქციის მქონე პირები მიჩნეულია დაავადებებად, ექიმ ფსიქიატრების მოვალეობაში შედის შეარჩიოს და გამოიყენოს ყოველგვარი სახის მეთოდი ან საშუალება, რომელიც ხელს შეუწყობს ადდიქტორების ფსიქიკურ და ფიზიკური დარღვევების სრულყოფილ მორჩენას ან მდგომარეობის გაუმჯობესებას. Huisman A., Van den Eynden R., Gurresten H.S (2001) მიუთითებენ, რომ ინტერნეტის ფართო გამოყენებამ გამოავლინა ამ შეუფასებლად აუცილებელი ტექნიკის მიერ უარყოფითი ზემოქმედების შემთხვევები, კერძოდ ფსიქიკის მხრივ, ამიტომ ისინი გვირჩევენ პირველ რიგში მათ იზოლირებას და გამოცალკევებას საზოგადოებისაგან, ყოველგვარი მოტივაციის შემცირებას, რათა აქტიურად არ ჩაებას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და მისთვის არ უნდა იყოს განსაკუთრებით ადვილად ხელმისაწვდომი პორნოგრაფიული სიუჟეტები, რაც ხელს უწყობს ინტერნეტისადმი „პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას.

ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შემთხვევებში, სპეციალისტები გვირჩევს, როგორც ინდივიდუალურ, ისე ჯგუფურ ფსიქოთერაპიას აქცენტუირებულს სამუშაოზე, სადაც ჩამოყალიბდა ინტერნეტომანია, რადგან ადდიქტები, როგორც წესი გრძნობენ ემოციურ დისკომფორტს სპეციალურ სამკურნალო სიტუაციაში,

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ბოლო ხანებში განსაკუთრებული ინტენსივობით მუშავდება ამ ახალმოდური დაავადების მკურნალობის მეთოდები, რომელიც ყოველწლიურად ასაბიჩრებს ინტერნეტის ყოველ მე-10 გამომყენებელს. საინტერესოა, რომ სულ უფრო მეტი და მეტი ფსიქოლოგი და ფსიქიატრი აღიარებს, რომ, ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების მქონეთა რიცხვი პროგრესიულად იზრდება. ვარაუდობენ, რომ თუ ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ ფსიქიკურ და ქცევითი პათოლოგიის კლასიფიკაციის და ნომენკლატურის მე-IV სადიაგნოსტიკო სახელმძღვანელოში არ იქნა შეტანილი მომავალ V-ში აუცილებლად იქნება შეტანილი IAD-ს (Internet Addiction Dizorder) — სახელწოდებით. რომლითაც საბოლოოდ იქნება აღიარებული, როგორც ფსიქიკური დაავადება და დაიჭერს ადგილს ნარკომანიისა და შიზოფრენიასთან ერთად.

Aivan Goldberg — კლინიკური ფსიქოფარმაკოლოგი, სანამ ინტერნეტისმიერი დამოკიდებულების ჭეშმარიტებაში არ დარწმუნდა, რომ იმ დროს პაციენტი კომპიუტერში ჩართულია 18 საათზე უფრო მეტი და კომპიუტერში და ინტერნეტთან კავშირის გაწყვეტით უვითარდება ნამდვილი აბსტინენციის ფიზიკური ნიშნები (აღკვეთის სინდრომი, რასაც თან მოსდევს შეხურებები, გაშლილი ხელის თითების ტრემორები, კიდურების თრთოლვა და ციებ-ცხელება), მიაჩნდა ნაადრევად ჩაეთვალა დაავადებად. კომპიუტერის და ინტერნეტის გამომყენებლებისა და მფლობელებისაგან, ჯერ კანტი-კუნტად და ბოლო ხანებში უფრო ხშირად სხვადასხვა ანგარიშებში ჩნდებიან ჯერ კიდევ არაჩვეულებრივი შეტყობინებები, იმ მანდილოსნების შესახებ, რომლე-

ბიც გატაცებულები არიან ინტერნეტ-სერფინგით, კვირების განმავლობაში აშიმშილებენ თავიანთ შვილებს, რის გამოც მათ ჩამოერთვათ მშობლობის უფლებები, ხოლო მოზარდები, რომლებიც ვერ ახერხებენ ინტერნეტის ქსელში შეღწევას, სტეხენ დებოშს, ამსხვრევენ ყველაფერს, რაც ხელში მოხვდებათ და სასიცოცხლო ძალების უკიდურესი გამოფიტვის გამო ხდებოდნენ შეურაცხადები.

ინტერნეტ-ადდიქცია წარმოადგენს რა „არაქიმიური ფაქტორებით განპირობებულ ქცევით პათოლოგიურ დამოკიდებულებას" (Griffits-1996) გამოვლინდება ადამიანის სასიცოცხლო მისწრაფებაში უარი თქვას თავის ნამდვილ „რეალურ" ცხოვრებაზე და თავდავიწყებით გადაეშვას ინტერნეტის ვირტუალურ სამყაროში, ისე რომ დღედაღამეში დაახლოებით 18 საათი გაატაროს იქ. ინტერნეტდამოკიდებულების განსაზღვრა გულისხმობს აკვიატებულ სურვილს პიროვნება შევიდეს ინტერნეტში ისე, რომ იმყოფებოდეს მისთვის კომფორტულ ვირტუალურ სამყაროში დაუსრულებელი დროის მანძილზე.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ინტერნეტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულებისადმი ბრძოლა ჯერ კიდევ არ არის სახელმწიფოებრივ დონემდე აღიარებული, თუმცა, როგორც ინფორმაციები იტყობინებიან რამდენიმე ფსიქიატრიულმა ინსტიტუტმა დაიწყო სერიოზული კვლევა-ძიება ამ ახალი დაავადების წინააღმდეგ ეფექტური ბრძოლის უზრუნველსაყოფად. იკვლევენ პაციენტების სოციალურ და ფსიქოლოგიურ თავისებურებას, მათი ფსიქიკური პათოლოგიური დამოკიდებულებების გამოწვევ მიზეზებს და მათზე ზემოქმედების საშუალებებს. ზოგიერთ პედაგოგიურ უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებებში შემოღებულია სპეციალური კურსები, რომლებიც დახმარებას გაუწევენ იმ ჯგუფის ბავშვების გამოვლინებას, რომლებიც ხასიათდებიან ამ დაავადებაზე დამოკიდებულებისადმი მიდრეკილებით ან უკვე ქრონიკულად მიმდინარე ინტერნეტ-დამოკიდებულების დიაგნოსტირებაში.

ალკოჰოლიკებისა და ნარკომანების ანონიმური მკურნალობის ორგანიზაციების ფილიალებში გახსნილია ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების მქონე პიროვნებების დამხმარე ჯგუფები, რომლებიც ხელს უწყობენ მათ ნორმალურ ცხოვრებაში დაბრუნებისათვის სიძნელეების გადალახვაში. ამასთან ერთად ჩამოყალიბებულია ჯგუფები ამგვარ პაციენტების ნათესავებისათვის, რომელებსაც აქვთ სურვილი თავიანთი ოჯახის წევრები დაიბრუნონ ნორმალური ურთიერთობის დასამყარებლად. უფრო სერიოზულ ორგანიზაციად ითვლება ე.წ. „Internet computer Addiction Services“ ცენტრი, გახსნილი სიეტლში, რომელსაც ხელმძღვანელობენ ჰილარი კეში (Hilarie Cash) და ჯეი პარკერი (Jau Parker). სწორედ მათი მონაცემებით ინტერნეტისმიერი დამოკიდებულებითაა შეპყრობილი ყოველი მეათე ამერიკელი, რომელიც სარგებლობს ინტერნეტით და საჭიროებენ კვალიფიციურ დახმარებას.

ამერიკელი ენთუზიასტებიდან ასახელებენ აგრეთვე აივან გოლდბერგის (Ivan Goldberg), რომელიც გვირჩევს გამოვიყენოთ ტერმინი „athological Computer Use“ ანუ (კომპიუტერის პათოლოგიური გამოყენება) და იგი ხელმძღვანელობს Internet Addiction Dizorder Support Group-ს, კიბერფსიქოლოგი linn robertsTan (Lynn Roberts) ერთად.

ჯანმრთელი ადამიანი ხდება ინტერნეტ- გამომყენებელი მის შემდეგ, რაც გაივლის სამ სტადიას:

1. აკვიატებულ ლტოლვას;
2. ჩამოშორების და
3. ბალანსირების სტადიებს.

ინტერნეტის გამომყენებელი უმრავლესობა ჩერდება პირველ სტადიაზე. ამის პარალელურად, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა სახის პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების დროს გარკვეული რაოდენობა გაივლის რამდენიმე საფეხურს და „ჩაიძირება ილუზორულ სამყაროში“ ანუ ყალიბდება ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება, რომელიც ფსიქიკაზე ახდენს უკიდურეს დესტრუქცი-

ულ ზეგავლენას. ამგვარად ყალიბდება აგრეთვე. ე.წ. კიბერსექს-დამოკიდებულება.

საერთოდ, ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების არსებობაზე თუ გვიჩნდება ეჭვი, პაციენტს ვაძლევთ დაახლოებით ასეთ კითხვებს:

1. გრძნობთ თუ არა, რომ ვერ განსაზღვრავთ წინასწარ თუ რამდენ ხანს იქნებით დაკავებული კომპიუტერით?
2. ხდებოდა თუ არა წარსულში, რომ თქვენს მიერ დაგეგმილის შესრულებაში ხელს გიშლიდათ თავი დაგენებებინათ კომპიუტერისათვის დანიშნულ დროში?
3. კომპიუტერთან მუშაობის დროს გრძნობთ თუ არა ეიფორიის მსგავსს ხალისს?
4. ხომ არ გიჩნდებათ სურვილი კომპიუტერთან გაატაროთ უფრო მეტი დრო ვიდრე ამჟამად ატარებთ?
5. კომპიუტერთან მუშაობით, ხომ არ მიგაჩნიათ რომ იღებთ მსხვერპლს მეგობრებთან და ახლობლებთან ურთიერთობის ხარჯზე?
6. გრძნობთ თუ არა, რომ გახდით უფრო გამღიზიანებელი, მოუსვენარი და უკმაყოფილო, რაც დიდხანს ატარებთ დროს კომპიუტერთან?
7. ოჯახის წევრებსა და კოლეგებს უმალავთ თუ არა, რომ დიდხანს ხართ დაკავებული კომპიუტერთან?
8. კომპიუტერით ზედმიწევნით გატაცება და ყველაფერი მასთან დაკავშირებული ერთხელ მაინც თუ გამხდარა თქვენთვის პრობლემატური?
9. ხომ არ გრძნობთ საკუთარ თავს დამნაშავედ ან ხომ არ დაგმართიათ დეპრესია, გამოწვეული იმის გამო. რომ დიდ დროს უთმობთ კომ პიუტერთან ყოფნას?
10. შეიცვალა თუ არა თქვენი რეჟიმი კომპიუტერთან მუშაობის გამო?
11. ხომ არ განგიცდიათ ცნობიერების შეცვლის, თვალებში დაძაბულობის ან სხეულის წონის შეცვლის ნიშნები?

12. გსურთ თუ არა, უარყოთ, შეამციროთ ან გაამარტივოთ კომპიუტერთან დიდი ხნით მუშაობით შესაძლებელი ნეგატიური ეფექტის მნიშვნელობა?
13. უარყავით თუ არა თქვენ საკუთარი გატაცება ან ჩვევა და გაწყვიტეთ თუ არა თქვენი კავშირი სოციალურ კონტაქტებთან?
14. ხომ არ გაახშირეთ ინტერნეტში თქვენ ყოფნა, ეროტიკული და სექსუალური დამოკიდებულებებისათვის?
15. ცდილობთ თუ არა გაილამაზოთ ცხოვრება, კიბერსექსის დასამყარებელი პარტნიორის მოძიებისას?

მსგავსი მარტივი კითხვარი ეხმარება ექიმს დაადგინოს ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების დიაგნოზი.

ქ. მინეაპოლისის ნაციონალური კონსულტაციური ცენტრიდან დოქტორი ჯეიმს ფიარინჯი (Dr. James Fearingi) თავის მხრივ უმატებს რამდენიმე საინტერესო ფასეულობის და პრიორიტეტების სიმპტომებს, და საკუთარი ონლაინური შრომის ნაყოფს მიიჩნევს აუცილებლად გენიალურად და განუმეორებელად. თუმცა სხვები მას მიიჩნევენ იდიოტურ-ირონიულ სიმპტომების სიად.

ასეთი კითხვებია:

1. როდესაც თქვენ ღამით შედიხართ ტუალეტში, უკან ლოგინში დაბრუნებისას თქვენ ამოწმებთ თუ არა ელექტრონის ყუთს?
2. თქვენი ბავშვების სახელებია ეუდორა, მოზილა და დოტკომი ?
3. როდესაც თქვენ გამორთავთ მოდემს თქვენ გეუფლებათ, გრძნობებისაგან დაცლის განცდა, თითქოს ეს ეს არის რაც განშორდით საყვარელ პიროვნებას?
4. თქვენ გადაწყვიტეთ გააგრძელოთ კოლეჯში ყოფნა ერთი ან რამდენიმე წლით, რადგან იქ არის ინტერნეტში თავისუფლად შესვლის საშუალება?

5. თქვენ დასცინით ან აბუჩად იგდებთ ინტერნეტის მოდემების ნელი ტემპით (2400 ბპს) გამომყენებლებს?
6. თქვენ იწყებთ ოფიციალურ კორესპოდენციებში „სმაილიკის“ გამოყენებას?

თერაპევტების უმრავლესობა თვლის, რომ ინტერნეტი კი არ ხდის ადამიანს დამოკიდებულად, არამედ თვითონ ადამიანს აქვს მიდრეკილება პათოლოგიური დამოკიდებულებისადმი და იგი პოულობს მოქმედებას, რომელიც ხდება შემდეგ პათოლოგიური დამოკიდებულების ობიექტი. სტატისტიკის მიხედვით კიბერდამოკიდებულების მიმართ მიდრეკილების მქონე პიროვნებები იყოფიან დეზორიენტაციის ორ სახეობად — სოციალურ და სექსუალურ ნაირსახეობებად. სოციალური დეზორიენტაცია გამოიხატება დაბალ თვითშეფასებაში, პრობლემების თავიდან აცილებაში, ცდაში აარიდოს თავი რაიმესადმი დამოკიდებულების ფორმირებას. რაც შეეხება სექსუალურ დეზორიენტირებულ ინტერნეტდამოკიდებულების მქონეს, იგი წამოადგენს ადამიანების ახალ ტიპს, რომელიც იმსახურებს ცალკე აღწერას.

ინტერენტსექსდამოკიდებულებას უწოდებენ სუპერსექსუალურ ადდიქციას (CSA). სწორედ მასზე გაცილებით ბევრს წერენ, ვიდრე ზოგად ინტერნეტდამოკიდებულებაზე გაურკვეველია. ეს ხდება სექსუალური პრობლემებისადმი ზედმეტ ფიქსირებას თუ მართლაც სუპერსექსუალურმა ადდიქციამ მიიღო ნაციონალური კატასტროფის სახე. სტატისტიკურად ამერიკაში ყოველი მეხუთე ინტერნეტის გამომყენებელი ასე თუ ისე არის ჩართული სექსუალურ ონლაინურ საქმიანობაში იმ თავისებურებით, რომ მამაკაცები უპირატესობას აძლევენ პორნოსაიტებს, ხოლო ქალები ეროტიკულ დიალოგებს, რითაც ადასტურებენ ანდაზას რომ „მამაკაცებს უყვართ თვალებით, ხოლო მანდილოსნებს ყურებით.“

სუპერსექსუალური ადდიქციის დრამატულობა ვლინდება იმაში, რომ იგი ემართება გარდამავალი ასაკის პიროვნებებს, რომელნიც იმყოფებიან სქესობრივი მომწიფების პერიოდში და სექსზე ფორმირდება უარყოფითი წარმოდგენა ან როდე-

საც მეუღლეებს მოწყინდათ ოჯახური ერთფეროვნება, ან კიდევ ადამიანი ხანდაზმულ ასაკში საკუთარ თავში აღმოაჩენს მიდრეკილებას სექსის აკრძალული ფორმების მიმართ. ამ უკანასკნელ ჯგუფში უფრო მეტი პრობლემებია რადგან საქმე მიდის კრიმინალურ კონტაქტებამდე, ვირტუალურ პედოფილიის და პედერასტობამდე. ცნობილია მრავალი შემთხვევა, როდესაც სოლიდური და ცნობილი ხანდაზმული მამაკაცები გამოჭერილი იქნა პედოფილიაში და ეროტიკულ დამოკიდებულებაში არასრულწლოვანებთან. შემჩნეულია, რომ ინტერნეტადდიქციით შეპყრობილები წყვეტენ ურთიერთობას რეალურ პარტნიორებთან და თუ კიდევ დარჩათ მათთან რაიმე სექსუნარი იწყებენ მოთხოვნას პარტნიორისაგან არაადეკვატურ სექსურთიერთობაზე. ზოგიერთები გვარწმუნებენ, რომ ინტერნეტი ეხმარება ადამიანს, სხვადასხვა კომპლექსების და, მათ შორის, სექსუალური პრობლემების მოხსნაში, მაშინ პარტნიორი ვალდებულია, გაუწიოს მას დახმარება ამ საკითხში. აქ საუბარია ყველაზე მეტად სადომაზოხიზმზე.

არსებობს აგრეთვე პრობლემა, რომელიც უკავშირდება უსაფრთხო სექსს. „პაციენტების“ დაახლოებით ერთი მეხუთედი, როგორც ქალები, ისე მამაკაცები ცდილობენ გააგრძელონ სექსუალური ურთიერთობა რეალურ ცხოვრებაში. ეს ცხადია, სწორია და სასურველია, როდესაც ხუთიდან ორი ნაწილი ცდილობს დაამყაროს რეალური ურთიერთობა ურთიერთშეთანხმებით. დანარჩენები მიმართავენ კიბერსექსს იმისათვის, რომ მორცხვობენ თავიანთი გარეგნული შეხედულებით (ისინი, ჩვეულებრივ, არიან 30-50 წლის მამაკაცები — გამელოტებული, ღიპიანები, პატარა ზომის პენისის მქონე და ა.შ.). ქალები უპირატესობას ანიჭებენ კიბერსექსს, ე.წ. „ცოცხალ კონტაქტს“, რადგან სპეციალური დაყენებები და მოთხოვნილებები არ აძლევს მათ საშუალებას მოახდინონ საკუთარი ფანტაზიების რეალიზება. ერთ-ერთი საინტერესო გამოკვლევის მონაცემებით, ქალები ვერ ახერხებენ სასიამოვნოდ მოდუნდნენ იმ დროს, როდესაც პარტნიორი ელოდება მისგან სინაზეს და ალერსიანობას. რამდენიმე რესპონდერ-

ქალს უღიარებია, რომ ორგაზმი განიცადა პირველად კიბერსექსის პროცესში, როდესაც კანონიერ მეუღლესთან კონტაქტით ორგაზმი არასდროს არ განუცდია.

მიუთითებენ, რომ არაქიმიურ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას, რომელიც თითქოს არ არღვევს პიროვნების ზოგიერთ უმნიშვნელოვანეს ფუნქციებს და უფრო ახლოს არის აზარტულ თამაშებთან, მათგან განსხვავდება სრული ჩამოყალიბების ვადებით, თუ ტრადიციულ, ქიმიურ ფაქტორებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას წლები სჭირდება, ინტერნეტისმიერ დამოკიდებულების ფორმირებას თვეები და ზოგჯერ კვირებიც ყოფნის. K. Yuong-ის (1998) დაკვირვებით ინტერნეტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება მოთამაშეების 25% ხდება რამდენიმე თვის მანძილზე ინტერნეტში მანიპულირებით, 58% წლის მეორე ნახევარში, ხოლო 17%-ში 1 წლის შემდეგ, რასაც ადვილად ამჩნევენ ოჯახის წევრები და ახლობლები ადდიქტის ქცევებისა და დღის განრიგის შეცვლის საფუძველზე.

თუ როგორ ყალიბდება ინტერნეტდამოკიდებულება J. Suller-ი (1996) საინტერესოდ აღწერს და მიუთითებს, რომ ე.წ. „კიბერსივრცე – წარმოადგენს ცნობიერების შეცვლის ერთ-ერთ გამოვლინებას. კიბერსივრცე და ყველაფერი, რაც იქ ხდება, გვეჩვენება რეალობად, ხშირად კი უფრო რეალობად, ვიდრე სინამდვილეში.“ ამ ავტორის მოყვანილი მტკიცება გვაძლევს უფლებას განვასხვავოთ ინტერნეტდამოკიდებულება ქიმიური ნივთიერებებით განპირობებული პათოლოგიური დამოკიდებულებისაგან, რომლებიც იწვევენ ცნობიერების შეცვლას. ინტერნეტდამოკიდებულების უმეტესი ნაწილი ჩამჯდარია ინტერნეტის ქსელში მხოლოდ იმისათვის, რომ მას არ დასცილდეს. უმეტეს შემთხვევებში ინტერნეტდამოკიდებულება ხდება შესაძლებელი იმ განსხვავების გამო. რომელიცაა რეალურ ურთიერთობასა და ვირტუალურს შორის.

ამრიგად, ინტერნეტი მიმზიდველია, როგორც საშუალება, რეალობიდან ვირტუალურ სამყაროში განსვლისათვის. ანონიმური სოციალური ინტერაქციების ხარჯზე. ამ შემთხვევაში არსებით მნიშვნელობას იძენს უსაფრთხოების განცდა რაიმე მნიშვნელობანი ინტერაქციების შესრულების პროცესში, მაგალითად ე.წ. ელექტრონული ფოსტის გამოყენების და ამასთან ერთად განუსაზღვრელი შესაძლებლობა და უფლება მიიღოს უახლესი ინფორმაციები მისთვის საინტერესო დარგში.

ყველაზე დამანგრეველი ინტერნეტისადმი დამოკიდებულება იჩენს ოჯახური ურთიერთობაში, რადგან მსგავსს შემთხვევაში ადდიქტს უჩნდება ახალი ონლაინ ნაცნობები. არსებობს ე.წ. „კომპიუტერული ქვრივის“ (Cyberwidow) პრობლემა, როდესაც კომპიუტერით გატაცებულის ცოლები თავიანთი შვილებით ცხოვრობენ ცალკე და მათი ქმრები კომპიუტერთან ერთად ცალკე. ე.ი. ინგრევა მათი ოჯახის ერთიანობა.

ინტერნეტისადმი დამოკიდებულების შეფასება არაერთმნიშვნელოვანია, მის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება მოგვაგონებს შორეულ წარსულში ხალხის ორთქლმავალისა და ავტომობილის მიმართ, რაც იყო ახალი კულტურული მოვლენისადმი, საზოგადოებრივი კონსერვატიზმის გამოვლინება. რაც შეეხება კომპიუტერისადმი დამოკიდებულების ფენომენს იგი დაუშვებელია გავიგოთ, როგორც უეჭველად პათოლოგიური მიდრეკილება, რომელიც აუცილებლად უნდა უარვყოთ, რადგან ინტერნეტის ქსელში ყრფნით იქმნება შესაძლებლობა ადდიქტები, დაასაჩუქროს უმდიდრესი ინფორმაციული სიახლეებით და უზრუნველყოს ისინი დადებითი ემოციური კმაყოფილებით. ამ უახლესი და განუსაზღვრელი ინფორმაციების მისაღები ფენომენის მხოლოდ დაავადებად ე.წ. „კიბერაშლილობად“ აღიარება ცხადია უმართებულოა, მაგრამ ამასთან ერთად უეჭველად საჭიროა ყველა იმ პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება, რომლებიც რეკომენდებულია პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების საწინააღმდეგოდ.

12. ფიზიკური ტოლერანტობა

კომპულსურ პათოლოგიური დამოკიდებულების ერთ-ერთ ნაირსახეობად მიიჩნევენ გადაჭარბებულ, ნორმიდან შორს წასულ ინტენსიურ ფიზიკურ ვარჯიშებს, როდესაც პიროვნება ზედმეტად არის გატაცებული საკუთარი ტანთნაგებობის სპორტული სრულყოფილების უზრუნველყოფით. მსგავსი გატაცების რეალიზებისათვის პიროვნება ეწევა ვარჯიშს ფიზიკური ძალების სრულ გამოფიტვამდე და ფიზიკური შესაძლებლობების სრულ ამოწურვამდე. მსგავსი კომპულსური ვარჯიშებით დატვირთვამ შესაძლებელია პიროვნებაში გამოიწვიოს ისეთი პათოლოგიური დამოკიდებულება, რომელიც ბევრად არ განსხვავდება ჰეროინული ნარკომანიისაგან.

მასაჩუსეტის უნივერსიტეტის ლაბორატორიაში ჩატარდა ექსპერიმენტული კვლევა 44 მამრობით და 24 მდედრობითი სქესის ვირთაგვებზე, რომლებსაც გალიაში შეეძლოთ ერბინათ რგოლურაზე ან არ მიექციათ ყურადღება თანამოძმეების ფიზიკური ვარჯიშებისათვის, ასეთ პირობებში ყოფნის რამდენიმე თვის შემდეგ ცხოველები დაყვეს 2 ჯგუფად ე.წ. „აქტიურებად“ (ანუ ძლიერად მორბენალ) და „არააქტიურებად“ (რომლებიც უფრო დასვენებას არჩევდნენ, ვიდრე დოზირებულ ჭამას) რომელიც ავითარებდა ვირთაგვებში. ე.წ. „ათლეტურ ანორექსიას“ ორივე ჯგუფში ვირთაგვები დაყვეს 2-2 ნაწილად. ერთ ნაწილს მისცეს ნებართვა დღეში 1 საათის განმავლობაში მიეღოთ საჭმელი, ხოლო მეორენი იკვებებოდა შეზღუდულად. გარკვეული დროის შემდეგ ცხოველების ოთხივე ჯგუფს სისხლში შეუყვანეს ნალტრექსონი (ოპიოიდური რეცეპტორების ანტაგონისტი), რომელიც ნარკომანებში იწვევს „აღკვეთის სინდრომს“, რომლებსაც აქვთ პათოლოგიური დამოკიდებულება ჰეროინზე, მორფზე და მსგავს ნივთიერებებზე. ამ პრეპარატის შეყვანის პასუხად ე.წ. „აქტიურ“ ვირთაგვებს განუვითარდათ „აღკვეთის“ ტიპური სურათი (სხეულის კანკალი, თრთოლვა, იკლაკნებოდენ,

კბილებს აღრჭიალებდნენ და ა.შ.) ყველაზე უფრო გამოხატული სიმპტომები განუვითარდა იმ ვირთაგვებს, რომლებიც ბევრს დარბოდნენ და ცოტას ჭამდენ. რეაქცია ე.წ. არააქტიურ ვირთაგვებში, ნალტრექსონის შეყვანაზე, კვების რეჟიმის მიუხედავად იყო უმნიშვნელო. ამ ექსპერიმენტის ერთ ერთი მკვლევარი Robin Kanarok-ის აზრით ჭარბი და, მით უმეტეს, ზედმეტი ფიზიკური ვარჯიშები ხელს უწყობენ თავის ტვინის „სასიამოვნო მედიატორის“ გაძლიერებულ გამომუშავებას, რაც შეესაბამება ორგანიზმში ნარკოტიკული ნივთიერების შეყვანის შემდეგ დადგენილ ბიოქიმიურ ცვლილებებს.

ამ კვლევების ავტორები იმედოვნებენ, რომ მათ მიერ მიღებული შედეგები გამოყენებული იქნება ფიზიკური დატვირთვის შედეგად გამოწვეული დაღლილობის რეაბილიტაციისათვის. გასაგებია, რომ სპორტული წარმატებისათვის აუცილებელია სისტემატური ვარჯიში, მაგრამ იგი არ უნდა აღემატებოდეს ადეკვატურ, მიზანმიმართულ და კვალიფიცირებული მწვრთნელების მიერ შემუშავებულ აუცილებელ ნორმატივებს.

მოყვანილი ექსპერიმენტული მონაცემები გარკვეულად ადასტურებენ კლინიკური დაკვირვებების შედეგად მიღებულ თავისებურებებს ზოგიერთ სპორტსმენებში.

ყველაზე უფრო მეტი მსგავსება აღმოუჩინეს იმათ, ვისაც უკვე ჰქონდათ ე.წ. „ათლეტური ანორექსია“, ანუ მდგომარეობა, რომლის დროსაც ზედმეტი ვარჯიში აქვს დაწყებული სხეულის წონაში დაკლების მიზნით.“ ამ დროს ვარჯიში მოუთმენელ მოთხოვნილებად იქცევა, რომელიც ჭამის მადის მკვეთრად დაქვეითებასთან ერთად განაპირობებს მძიმე კახექსიას.

დაახლოებით იმავე სტრუქტურისაა ზოგიერთი პიროვნების თავაწყვეტილი გატაცება ფიზიკური შრომისადმი, როდესაც თავდაუზოგავი და შეუსვენებელი, არარაციონალური შრომითი რესურსების დაუზოგავად ხდებოდნენ სტახანოველებად, იზოტოველებად და ე.წ. შრომის გმირებად, სამწუხაროდ, თავიანთი ფიზიკური ჯანმრთელობის ნაადრევი გამოფიტვისა და

სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირების ხარჯზე და მათ სამედიცინო ენაზე უწოდებენ შრომოგოლიკებს. ამჯერად, მათი კლინიკური თავისებურების დეტალური დახასიათებისაგან თავს შევიკავებთ, ვინაიდან მათი დაავადებულებად მიჩნევის საკითხი საკამათოა.

13. აზარტული თამაშების კომორბიდული აშლილობები

აზარტომანიის ეთიოპათოგენეტიკური საკითხების შესწავლისას არ შეიძლება ყურადღება არ გამახვილდეს კომორბიდულ აშლილობებზე, რომელთა სიხშირეს სხვადასხვა ავტორები აღნიშნავენ აზარტომანიის 50%-ში (Cunningham-Williams R.M., Cottier I., Compton I. (1998), Lesicur H., Blume S.B. (1991), Короленко Ц.П (2005), Black D.W., Mayer J. (1998); Blanco C., Moreyra P., Nunest F. et al (2001); Martins S.S., Lobo S., Tavares H.Y. (2002), Солдаткин В.А. 2008). ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით გამოწვეული აშლილობები, შემდეგ მაღალი კომორბიდულობით მოდის აფექტური აშლილობები, შფოთვით-დეპრესიული დარღვევების სახით. ისე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიერ გამოწვეული აბსტინენციის დროს ხშირად არის სუბდეპრესიულ ფონი, რაც იძლევა საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ აზარტული თამაშები თვითონვე ავლენენ ანტიდეპრესიულ მოქმედებას, რაც გამოიხატება დისფორიულ გუნებ-განწყობის შერბილებაში. აფექტური აშლილობები ჩვეულებრივ უკავშირდებიან სტრესულ ფაქტორებს და აგრეთვე პრემორბიდულ პიროვნულ აშლილობებს (Ibanes A. et al 2001; Westermeyer J. et al 2005, Adamson S. et al 2006; Knedelbach J. et al 2006).

სხვადასხვა სახის შფოთვა და სტრესთან დაკავშირებული იმპულსური აშლილობები (Linden R., Pope H., Jones J.

1986); ყურადღების დეფიციტის სინდრომი (Carlton P., Manowitz P., McBride H. 1987; შფოთვითი აშლილობები (Mc Cormick R.A., Russo A., Ramirez L. 1984 და დეპრესიული აშლილობები (Blaszczynski A., McConaghy N., 1989; Berg C., Cuhihorn E. 1994; Айзберг О.Р. 2006). სწორედ კომორბიდული აშლილობების დიდი ხვედრითი წონა უშლის ხელს პათოლოგიური გემბლინგის რომელიმე კონკრეტული სპექტრის შემადგენლობაში განხილვას.

ამერიკის შეერთებული შტატების ნაციონალური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგების მიხედვით აზარტული აშლილობანი ყველაზე ხშირად შერწყმულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით განპირობებულ აშლილობებთან, შფოთვით, ფობიკურ და, საერთოდ, სტრესთან დაკავშირებულ და, აგრეთვე, პიროვნულ აშლილობებთან (Ibanez A. et al (2001); Kniedelbach N. et al (2006), Westermeyer J. et al (2005), Adamson S.J. (2006). აზარტული აშლილობის მქონე პაციენტების 73,2% ერთდროულად იყვნენ დაზიანებულები ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების შედეგად განვითარებული დარღვევებით. 38,1% აღმოაჩნდათ სხვა სახის ფსიქოაქტიურ ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების გამო, 49,6%-ს აღენიშნებოდა გუნებგანწყობის აშლილობა, 41,3%-ს შფოთვის აშლილობა, ხოლო 60,8%-ს პიროვნების აშლილობა (Petru N.M.et al-(2005). ამ ავტორების მიერ გამოთქმულია ვარაუდი, რომ ზოგიერთი აქ ჩამოთვლილი კომორბიდული აშლილობები შესაძლებელია ხელს უწყობდენ აზარტომანიის ჩამოყალიბებას, მაშინ, როდესაც სხვა სახეობები შესაძლებელია იყვნენ აზარტომანიის შედეგი. აქედან გამომდინარე, Кузнецова-морева Е.А.и Бобров А.Е.-(2010)-ის შეხედულებით კომორბიდულობის პრობლემა იძენს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აზარტული აშლილობების, როგორც ნოზოგრაფიულად დამოუკიდებელი დაავადების განხილვის შემთხვევაში.

პათოლოგიურ გემბლინგთან მშფოთვარე-დეპრესიული აშლილობის, კომორბიდულ სიხშირეს აქცევენ ყურადღებას Антонова О.С., Резников М.К., Махортова И.С. (2006),

Кузнецова-Морева Е.А. и Бобров Е.А. (2010) მათი შეხედულებით უმრავლესობას აღენიშნება გამოხატული დეპრესიული აშლილობა, ხოლო აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონეებს – შფოთვითი აშლილობა. გემბლინგის კომორბიდულობა ქცევის და პიროვნების ანტისოციალურ აშლილობას, ნაწილობრივ ხსნიან პათოლოგიური გენებით (Slutke W., Eisen S., True W.R. et al 2000), რომლებიც ახდენენ ზემოქმედებას, როგორც გემბლინგის ისე თანდართული კომორბიდულ ფსიქოპათოლოგიური აშლილობების გაჩენაში.

ხსენებული პრობლემის ასპექტში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს აზარტული თამაშებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულება, ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის, როგორც კომორბიდულობის, ისე ურთიერთმსგავსებისა და განსხვავების პრობლემა.

ადრე განხორციელებული თეორიული კვლევები და სპეციალურ ლიტერატურაში მოცემული შედეგების ანალიზი ადდიქციური და დევიაციური ქცევების პრობლემის შესახებ, იძლევა საშუალებას მოვახდინოთ შედარებითი ანალიზი გემბლინგისა და ნარკომანიის ურიერთდამოკიდებულებაზე. აზარტომანია (გემბლინგი) და ნარკომანია დევიაციური ქცევის ნაირსახეობებია, რასაც განიხილავენ, როგორც ადდიქციურ ქცევად, ანუ ერთიც და მეორეც ფორმირდებიან ფსიქიკის შეცვლილ ნიადაგზე და გამოვლინდებიან ფსიქიკის ნორმალურ და ადეკვატური ფუნქციონირების შეცვლაში. ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის შემთხვევაში ქიმიურად აქტიური ნივთიერებების – ალკოჰოლური სასმელების ჭარბი და ხშირი, ხოლო ნარკომანიის დროს ნარკოტიკული, ტოქსიკური ან ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტების განიადაგებული მიღების შემდეგ. რაც შეეხება აზარტომანიას ანუ პათოლოგიურ გემბლინგს იგი ყალიბდება აზარტული თამაშების, კომპიუტერით და ინტერნეტით სარგებლობის არარეკომენდებული ხანგრძლივობის შემთხვევაში – ამ უახლესი „მექანიკური ინტელექტის“ ფანტასტიკური შესაძლებლობის მქონე საინფორ-

მაციო მეთოდების – ადამიანისათვის სასარგებლო ინფორმაციის მიღების ნაცვლად, გასართობი თამაშების და დროის უნაყოფოდ ხარჯვის მიზნით გამოსაყენებლად. კიდევ უფრო სავალალოა, რომ კომპიუტერისა და ინტერნეტის იგავმიუწვდომელი შესაძლებლობების არაჰიგიენურად, თავაწყვეტილად და რეგულარულად ხანგრძლივი დროით ჩართვა იწვევს სპეციფიკურ ფსიქიკურ დაავადებას – აზარტომანიას, რომელიც ზოგჯერ თავისი შედეგებით არა მარტო მოგვაგონებს ნარკომანიას, არამედ არაიშვიათად გაცილებით მეტ ზიანს აყენებს მოთამაშეს მის ოჯახს და საზოგადოებას.

ამრიგად, ნარკომანია და ალკოჰოლიზმი ვითარდება ქიმიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებით, ხოლო აზარტომანია ანუ გემბლინგი ზეღირებულოვანი ემოციური განცდების შედეგად, რომელნიც აღმოცენდებიან აზარტული თამაშების პროცესში თუნდაც ფულადი მოგების შედეგად. ცხადია, სათამაშო ინდუსტრია მოთამაშეების მოსაგებად არ არის შექმნილი, ისევე, როგორც კომპიუტერი და ინტერნეტი გასართობად არ არის შემოღებული, ამიტომ, როგორც აზარტული თამაშების ისე კომპიუტერის და ინტერნეტის გამომყენებელი ვალდებულია დაიცვას ამ საშუალებებით სარგებლობის დადგენილი წესები, რომ არ განერიდოს რეალობას, არ გადავიდეს ვირტუალურ სიტუაციაში და არ გამოუმუშავდეს ხსენებული აზარტულ თამაშების კომპიუტერის და ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება. კომპიუტერის და ინტერნეტის არამართლზომიერი გამოყენება ისეთივე მძიმე შედეგებს იძლევიან ადამიანებში, როგორც ალკოჰოლური სასმელების ან ნარკოტიკული პრეპარატების სადღეღამისო დოზების მატების აუცილებლობა და, ამის შედეგად სახეზეა განვითარებული სპეციფიკური ქრონიკულად მიმდინარე და უკიდურესად ძნელად სამკურნალო დაავადება.

სპეციალისტების ზოგადი შეფასებით ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, განიადაგებული ნარკომანია და აზარტული თამაშები წარმოადგენენ ადამიანის მიერ თვითგამოწვეულ უმძიმეს დაავადებებს. ამასთან ერთად, შესაბამისი სპეციალისტები

მიუთითებენ, რომ აზარტომანია (გემბლინგი, ბუინგი, შოპინგი და სხვა ფორმები) წარმოადგენს არაქიმიურ ქცევითი მიზიდულობის და იმპულსების პათოლოგიას, რომლებიც ხშირად კომორბიდულად არიან დამოკიდებულებაში ალკოჰოლიზმთან და ნარკომანიასთან. სინამდვილეში ისინი პიროვნების ქცევის თავისებურებით პრინციპულად არ განსხვავდებიან ალკოჰოლიზმით ან ნარკომანიით შეპყრობილების ქცევებისაგან. ემოციური აგზნება გამოწვეული აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვით წარმოადგენს თავისებურ ავტოინტოქსიკაციას, სათამაშო ფსონის სიდიდის მუდმივი მატება ასახავს თამაშებისადმი მიჩვევის შესაბამის ფაზას. არსებითად იგივე მექანიზმებით ხდება ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავება. როგორც ერთი, ისე მეორე და მესამე დაავადებისათვის დამახასიათებელია ფსიქოფიზიკური კომფორტის მისაღებად ამ „მათრობელა“ ნივთიერებების და ქცევის ზემოქმედების ხანგრძლივობის მატება. ყველა მათგანი გადაულახავი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად ხშირად იღებენ ფულად სესხებს, რომ გაისტუმრონ ძველი ვალები, ახლობლებს პირდებიან, რომ აუცილებლად მალე დაანებებენ თავს აზარტულ თამაშებს, ზუსტად ისე, როგორც ლოთები და ნარკომანები თითქმის არასდროს არ ასრულებენ დანაპირებს. თავისი სიტყვის გატეხვას ამართლებენ ამა თუ იმ უსიამოვნებისაგან ემოციური იმპულსის ზემოქმედებით აღძრული მოთხოვნილებისადმი კაპიტულირებას. იმ შემთხვევაში თუ გემბლერი სხვადასხვა მიზეზით არის იძულებული შეწყვიტოს თამაში, უვითარდება დისკომფორტი, რუსული ჟარგონით (ломка) ე.წ. „ზარხოშის“ მსგავსი შეგრძნება. ამავე მდგომარეობაში ზოგიერთ გემბლერს უჩნდება პიროვნების გაორების აღქმა, მეხსიერებაში ამოვარდნები, რომლებიც არც ისე იშვიათია ალკოჰოლური ან ნარკოტიკული ნივთიერებების მიღების დროს. იმ დარღვევების გარდა, რაზედაც ზემოთ შევჩერდით აზარტულ მოთამაშეებში არაიშვიათად ვითარდებიან: პანიკური შეტევები, სხვადასხვა სახის შიშები, დეპ-

რესიული გუნებგანწყობა, სუიციდური ტენდენციები და ა.შ.

ჩამოთვლილ ქიმიურ და არაქიმიურ ადდიქტიოლოგიურ კლინიკაში თითქმის ყოველთვის მიუთითებენ აფექტურ აშლილობებზე, ცხადია, უფრო დეპრესიული აშლილობის სიხშირეზე (Малигин В.А., Циганков Б.Д. 2005). კერძოდ, ამ ავტორების 66 პათოლოგიური გემბლინგის მქონე პაციენტიდან – 37-ს აღენიშნებოდა მშფოთვარე-დეპრესიული აშლილობა; 29-ს (39,7%) – ასთენო-დეპრესიული და 7-ს (9,6%-ს) – დეპრესიულ-აპათიური აშლილობა. გამოკვლევის პროცესში უმრავლესობა ავლენდა თავისებურ განდგომას, ყოველდღიური საზრუნავის მიმართ და მთლიან ჩაძირვას აზარტულ თამაშებთან დაკავშირებულ საკუთარ განცდებში, ისინი ტოვებდენ შთაბეჭდილებას, თითქოს იყვნენ მოჯადოებულები, ჩაძირულები ჰიპნოზურ მდგომარეობაში ან ე.წ. ტრანსში. ე.ი. ცნობიერების თავისებური შეცვლის მდგომარეობაში. მთლიანობაში პაციენტების მდგომარეობას ხსენებული ავტორები აფასებენ, როგორც დეპრესიულ აშლილობას, რომლის კლინიკურ სტრუქტურაში ჩართულია ობსესურ-კომპულსური, ფობიკური და ზოგჯერ პარანოიალური სტრუქტურის აშლილობები დეპრესიულთან ერთად. ცნობიერება მთლიანად არის შთანთქმული აზარტულ თამაშებში, ერთდროულად გარე სამყაროსაგან გარიყული. McCormiek R.A., Russo A.M., Ramirez L.E., Tober J.J. (1984). აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე 50 პაციენტიდან ყველას აღენიშნებოდა აფექტური აშლილობის მაღალი დონე, რომელთაგან უმრავლესობა ავლენდა დიდი დეპრესიული ან ჰიპომანიური აშლილობის ნიშნებს. 24 პაციენტს აღენიშნებოდა სუიციდური ტენდენციები.

სხვა ავტორები და, მათ შორის (Менделевич В.Д.-2001, 2003, 2009; Постнов В.В. и Дереча В.А.-2004, Сидоров П.И.-2006 Бухановский А.О. 2002,2007,2009; Бухановский А.О. и Солдаткин В.А-2007), ასევე მიუთითებენ სხვადასხვა სახის ადდიქციურ აშლილობებს შორის კომორბიდულობაზე, მაგრამ საინტერესოა, რომ იგივე მსგავსებაზე იუწყებიან ქიმიურ და

არაქიმიურ პათოლოგიურ დამოკიდებულებებს შორის Постнов В.В., Дереча В.А. (2004), Тукаев Р.Д. и Антонов О.С.(2006). ე.ი. გარკვეულ ერთიანობაზე ქიმიურ და არაქიმიურ ადდიქციებს შორის დასავლეთევროპელი და ამერიკელი მკვლევარები ასევე (Hoyle R.H. (2000); Orford J. (2001) ხაზს უსვამენ, რომ ალკოჰოლიზმს, თამბაქოს ან კანაფის წევას, ჰეროინის, კოკაინის, მიღებას და ა.შ. კვებითი და ზოგიერთ სექსუალურ პერვერზიებს და გემბლინგს შორის უფრო მეტი მსგავსებაა, ვიდრე განსხვავება. ამასთან ერთად სხვა ავტორები (Hoile R.H.-2000; Orford J. 2001; Slutke W.S., Eisen S., True W.R. et al-2000) და სხვები, რომლებიც მიუთითებენ მჭიდრო კავშირზე აზარტულ თამაშებსა და ალკოჰოლურ დამოკიდებულებებს შორის. Zuckerman M. and Kuhlman D.M. 2000) არა მარტო ერთ ჯგუფში განიხილავენ ზემოთ ჩამოთვლილ ადდიქციურ აშლილობებს, არამედ გამოავლინეს მათთვის საერთო „ბაზა", რომელიც მათი აზრით უკავშირდება ნეიროტრანსმიტერ დოფამინის ცვლას და ფერმენტ მონოამინოქსიდაზას აქტიურობას. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al (1984) მიუთითებენ მათ შორის საერთო გენეტიკურ თავისებურებებზე (კერძოდ DRD4 – გენის პოლიმორფიზმი). მათვე გამოავლინეს პათოლოგიური გემბლინგისა და ქიმიური აგენტებისადმი (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული და ზოგიერთი ფსიქოტროპულ მედიკამენტებისმიერი) დამოკიდებულების ბიოლოგიური ნათესაობა. ამ ავტორებმა შეისწავლეს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე 150 პაციენტი, მათგან 71,3% იყო სათამაშო ავტომატის, 15,5% კაზინოში მოთამაშე და 3,4% ეწეოდა სხვადასხვა აზარტულ თამაშებს. ძირითადი დიაგნოზის გარდა 133-ს დაუდგინდა ქრონიკული ალკოჰოლიზმის სხვადასხვა სტადიები, ხოლო 31-ს პრობლემური ალკოჰოლიზმი ჩამოუყალიბდა უკვე მას შემდეგ, რაც უკვე ჰქონდა ჩამოყალიბებული პათოლოგიური გემბლინგი. ყველა თემატურს ჰქონდა ძირითადი საყრდენი ნიშანი – პათოლოგიური მიზიდულობა აზარტული თამაშებისადმი. ზოგ შემთხვევებში იგი აღწევდა ობსესურ დონემდე და თან სდევდა

გარკვეული ინტენსივობის ბრძოლა მოტივაციებთან, ცდებით თავი შეეკავებინათ თამაშებში ჩართვისაგან. სხვა დანარჩენი კი მიმდინარეობდა კომპულსურ დონეზე, როდესაც გემბლერი ავლენს თავშეუკავებელ და გადაულახავ ლტოლვას აზარტული თამაშებისადმი. არაიშვიათია მდგომარეობა ამ ორ დონეებს შორის, ხან ერთი ობსესური დონის და ხან კი მეორე კომპულსური დონის ლტოლვის სახით,

ავტორებმა მოახდინეს ბოლო სამ-სამი ეპიზოდების თავისებურებე ბის შედარებითი ანალიზი და აღმოაჩინეს, რომ 450-დან ზოგ შემთხვევაში ეპიზოდი შემოიფარგლებოდა 1 ან რამდენიმე ექსცესით (ექსცესის დაწყებიდან მის ჩამოყალიბებამდე ერთ სათამაშო დაწესებულებაში) დროში გადანაწილებული, მაგრამ ერთი დღე-ღამის მანძილზე.

ეს საკითხი მეტად მნიშვნელოვანია და უეჭველად საჭიროებს შემდგომ დამუშავებას, აღმოჩნდა, რომ ექსცესებს შორის დრო ეძლევნ ბოდა სათამაშო ფულის შოვნას. პაციენტები ფულს შოულობდნენ ნათესავებში, ნაცნობებში ან ჭურდობდნენ სახლში ან სამუშაო დაწესებულებაში იპარავდნენ ლომბარდში ჩასაბარებელ ნივთებს, ან ბანკებში იღებდნენ კრედიტს.

სათამაშო ეპიზოდი გრძელდება რამდენიმე დღე და გამოირჩევა თამაშის სურვილის უკიდურესი შეპყრობილობით, რაც თავისი მიმდინარეობით, მოგვაგონებს ალკოჰოლიზმის დიფსომანიურ შეტევებს, იმდენად, რომ იყო შესაძლებელი საუბარი ე.წ. „სათამაშო დიფსომანიაზე" თვითონ მოთამაშეები ამგვარ ეპიზოდს „შპილს" უწოდებდნენ.

აზარტული თამაშებისადმი „კომპულსური ლტოლვა" ხასიათდება გადაულახავი მისწრაფებით დაიწყოს თამაში, რომელიც ატარებს ვიტალურ ხასიათს და თავისი მნიშვნელობით უთანაბრდება შიმშილის ან წყურვილის განცდას. იგი თრგუნავს ძილის, ჭამის, სექსის და ა.შ. მოთხოვნილებას. პიროვნების ცნობიერება შევიწროებულია იმდენად, რომ ქცევის კონტროლს ადგილი აღარ რჩება.

აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულების გამომუშავება და აფექტური აშლილობის კომორბიდულობასთან უფრო

მნიშვნელოვანია ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის ურთიერთობა. როგორც ერთი, ისე მეორე და მესამეც წარმოადგენენ პიროვნების დევიაციური ქცევების შედეგად განვითარებულ პათოლოგიას. სამივე მათგანს უწოდებენ ადდიქტიურ ქცევას ანუ სამივე ფორმის გადახრა ნორმიდან ითვალისწინებს საკუთარი ფსიქიკის მოქმედების შეცვლას, კერძოდ ნარკომანიის ან ალკოჰოლიზმის დროს ქიმიური ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ახდენენ ზეგავლენას, რათა პიროვნებას გამოუმუშავდეს პათოლოგიური დამოკიდებულება ამ ნივთიერებების განმეორებით მრავალჯერადი მიღების უზრუნველსაყოფად, ხოლო გემბლინგის დროს აზარტული თამაშებისადმი მისწრაფება, წარმოადგენს აზარტულ თამაშებში მონაწილეობით პირობადებული ზეღირებულოვან სუბიექტურ განცდებს, ხოლო თამაშის პროცესში რეალობიდან განსვლა, როგორც დევიაციის მიზეზი, ისე შედეგი.

აზარტული მოთამაშეების ქცევა, ამ პრობლემაზე მომუშავე მკვლევრების ერთსულოვანი მოსაზრებით, თითქმის იგივეა, რასაც ვხვდებით ქრონიკული ალკოჰოლიზმითა და ნარკომანიით შეპყრობილ პირებში. ფსიქიკური აგზნებადობა და ლტოლვა აზარტული თამაშებისადმი, რაც აიძულებს მოთამაშეს ჩაება თამაშებში, წარმოადგენს თავისებურ ინტოქსიკაციის მსგავს მიზიდულობას. ფსონის ოდენობის პროგრესირებადი ზრდა მიუთითებს მიჩვევის შესაბამის ფაზას. დაახლოებით იგივეა ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის დროს სადღეღამისო დოზების თანდათანობითი მატების სახით ე.ი. იქ ალკოჰოლური სასმელების და ნარკოტიკული პრეპარატის სადღეღამისო დოზის მატება, ხოლო აქ სათამაშო ფსონში ფულის ოდენობითი მატებაა სიამოვნების მისაღებად აუცილებელი. როგორც ერთ, ისე მეორე შემთხვევაში ლოთი, ნარკომანი და გემბლერი მზად არის მთელი დღე და ღამეც გაატაროს მშიერმა, უძილომ ოღონდ გააგრძელოს მისი სანუკვარი აზარტული თამაში, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული ნივთიერების მიღება. როგორც ირკვევა აზარტომანი გაცილებით უფრი ხშირად აგებს, ვიდრე იგებს. ამის მიუხედავად, აგრძელებს

თამაშს ფულის უკანასკნელ ერთეულამდე. იქვე ცდილობს თამაშის გასაგრძელებლად ისესხოს ნებისმიერი შესაძლებელი ოდენობით თანხა, იმ იმედით, რომ ფორტუნა გაუღიმებს, მოაგებინებს დიდ ფსონს და აქვე გაისტუმრებს ვალებს. დაახლოებით ისე, როგორც ლოთი ან ნარკომანი არა ერთჯერ პირდება ოჯახის წევრებს ერთხელ კიდევ უშოვნონ სათამაშო თანხა და მერე თავს დაანებებს ამ ახირებულ ჩვევას. ის, ვინც უძლურია სესხად იშოვნოს სათამაშო ფული, იძულებულია აღკვეთის მდგომარეობაში ჩავარდეს, რაც პრინციპულად იგივეა რაც ალკოჰოლური ან ნარკომანიული აბსტინენციური ანუ გამოზარხოშების სინდრომი. არაიშვიათად აზარტულ მოთამაშეს ემართება პიროვნების გაორების შეგრძნება და ჩავარდნები მეხსიერებაში, როგორც ეს არაიშვიათად არის აღნიშნული ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის კლინიკაში. რაც შეეხება აფექტური აშლილობის, შფოთვის, პანიკური შეტევებისა და სხვადასხვა სიმძიმისა და ხანგრძლივობის დეპრესიების განვითარებას ზოგჯერ სუიციდური ფიქრებით და ცდებით მათი სიხშირე შემთხვევათა 40-50%-ს აღწევს.

მედიცინისათვის ცნობილია, რომ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნებები ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას. ამ საკითხით დაინტერესებული დასავლეთ ევროპისა და ამერიკის ფსიქიატრები, სადაც დიდი ხანია პათოლოგიური გემბლინგი, ბუინგი და შოპინგი პრობლემატურია. გასული საუკუნეების განმავლობაში მოუთითებდნენ, რომ ექიმ სპეციალისტებთან სამკურნალოდ მისული პაციენტებიდან მხოლოდ 30-70% თუ ასრულებს დანიშნულებას და მათგან მხოლოდ 20-50% აღწევს ამა თუ იმ ხარისხისა და ხანგრძლივობის რემისიას. გამოდის, რომ აზარტომანია უფრო ნაკლებად კურაბელურია, ვიდრე ალკოჰოლიზმი ან ნარკომანია. როგორც ჩანს, დღემდე არცერთი მათგანის რადიკალური მკურნალობის მეთოდი არ შემუშავებულა ამ პრობლემის უკიდურესი სიძნელის გამო. ჩვენ ამ საკითხებს დეტალურად წიგნის ბოლო თავებში განვიხილავთ, ამიტომ აქ აღარ შევაჩერებთ ყურადღებას, მხო-

ლოდ მოვაგონებთ მკითხველს, რომ ყველა, ვინც ალკოჰოლურ სასმელს ან ნარკოტიკულ მედიკამენტს მიიღებს თუნდაც რამდენიმეჯერ, არ გახდება ლოთი, ნარკომანი ან გემბლერი, ცხადია, რომ ამგვარი პათოლოგიის მიმართ თუ არ არსებობს გენეტიკურად თანდაყოლილი ან სიცოცხლის მანძილზე ზოგჯერ განმეორებადი ხელისშემწყობი პირობები ჭეშმარიტი პათოლოგიური დამოკიდებულების მდგომარეობა არ ჩამოყალიბდება, მაგრამ ალკოჰოლური სასმელის, ნარკოტიკული ან ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტის ან აზარტული თამაშების ხშირი განმეორებადი მოთხოვნილება, როგორღაც განაწყობს სუბიექტს რომ ისევე, როგორც გენეტიკურად განწყობილ პიროვნებას შეუმუშავდეს პათოლოგიური დამოკიდებულება ლოთობის, ნარკომანიის, ტოქსიკომანიის ან აზარტომანიისადმი.

რუსულენოვანი ფსიქოლოგი Максимова Н.Ю. (1996) იკვლევდა მოზარდებში ნარკომანიისადმი დამოკიდებულების ფენომენს, მიუთითებს, რომ ამ ასაკის ახალგაზრდების თავისებურება წარმოადგენს „სუსტ რგოლს" პიროვნების სოციალიზაციაში და, სწორედ, ეს თავისებურება ახდენს პროვოცირებას, რომ ახალგაზრდამ მოახდინოს „რეალობიდან განსვლა". მათთვის საკმარისია ერთხელ გასინჯონ ნარკოტიკული ნივთიერება ან იგივე აზარტული თამაშით აგზნება, რომ გახდეს ლოთი, ნარკომანი ან აზარტომანი.

ამრიგად, ყველა პიროვნებას ვისაც გააჩნია ამ დაავადების განვითარებისათვის პოტენციური მზაობა მათ ფსიქიკაში თავს იჩენს „სუსტი რგოლი", რომელიც ხელს შეუწყობს ალკოჰოლისადმი, ნარკოტიკული პრეპარატებისადმი ან აზარტული თამაშებისადმი, გაუთავებელი დროს ტარებისადმი, მაღაზიებში ხშირი ხეტიალისა და, ზოგჯერ, სრულიად არა საჭირო საყიდლებისათვის ფულის უანგარიშო ხარჯვისადმი, თავაწყვეტილი კოლექციონერობისადმი და მთელი რიგი იმპულსური, ბოლომდე გაუაზრებელი მოქმედებისადმი ლტოლვას და მისწრაფებას.

რუსულენოვან ფსიქიატრიაში აზარტომანიის ეთიოპათოგენეზი და კლინიკო ფსიქოპათოლოგიური საკითხები, განსაკუთრებით კი მკურნალობისა და პროფილაქტიკის პრობლემები სულ 20-30 წლის ისტორიის გამო არასაკმარისად არის შესწავლილი, ხოლო ალკოჰოლიზმის იგივე პრობლემები გაცილებით უფრო დეტალურად ისწავლებოდა. რაც შეეხება ნარკომანიის პრობლემას იგი რუსულენოვან ფსიქიატრიაში, ისევე როგორც მსოფლიო ფსიქიატრიაში საერთოდ გასულ მე-20 საუკუნის პრობლემას წარმოადგენს და ინტენსიური კვლევის საგანია. ამ თვალსაზრისით ინფორმაციულ ნაკლებობას ქართული ფსიქიატრია და ნარკოლოგია არ განიცდის.

მსოფლიო ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის მრავალი გამოჩენილი მკვლევარი დაინტერესებულია პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი დაავადებების პრობლემებით და აღმოჩნდა, რომ ყველა მათგანის, კონკრეტულ გამომწვევ ფაქტორებს შორის განსხვავების მიუხედავად მათ შორის არსებობენ მთელი რიგი საერთო მახასიათებლები, პირველ რიგში პაციენტების პრემორბიდულ პიროვნების თავისებურებებში, რომელნიც გამოვლინდება გარკვეულ მიდრეკილებაში ალკოჰოლის და ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებისადმი, და ასევე, აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შედარებით უფრო ადვილად ჩამოყალიბებაში. მსგავსი მიდრეკილების საფუძვლად მიიჩნევენ შედარებით სუსტად განვითარებულ თვითკონტროლს, ქცევებში დისციპლინირებულობის სისუსტეს, ყოველგვარ არასასიამოვნო ზემოქმედების მიმართ სისუსტეს, უუნარობას გადალახოს ცხოვრებისეული დაბრკოლებები. ემოციების ნაკლები სიმყარე, მიდრეკილება არაადეკვატურად მოახდინოს რეაგირება ფლუსტრაციის გამომწვევ ზემოქმედებაზე, უუნარობა იპოვოს გამოსავალი ფსიქოტრავმულ სიტუაციის ზემოქმედებისაგან. და ა.შ. ჩამოთვლილი მახასიათებლებიდან უმრავლესობა დამახასიათებელია აგრეთვე აზარტული თამაშებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოსაყალიბებლად.

ახალგაზრდას, ცხადია, ფსიქოაქტიური ნივთიერების ან აზარტული თამაშებისადმი ზელირებულოვანი ინტერესი შესაძლებელია ჰქონდეს, მაგრამ ფსიქოლოგიური მზაობის უქონლობის გამო დამოკიდებულების განვითარების წინააღმდეგ მათ გააჩნიათ ამის მიმართ „გამძლეობის მარაგი", ფსიქოაქტიური ნივთიერების პირველივე გამოყენებით ან აზარტული თამაშის ზელირებულოვანი გატაცებით მოხდება ფსიქოლოგიური მზაობის აქტუალიზება, რასაც განაპირობებს, როგორც შინაგანი, ისე გარეგანი მიზეზები Заицев В.В.(2000) Солдаткин В.А.(2008). ესენია:

1. ცხოვრების აქტუალური მოთხოვნილებების მიმართ გამძლეობის უკმარისობა და არახელსაყრელი სიტუაციიდან პროდუქტიული გამოსვლის უუნარობა;
2. მოზარდის მხრივ ფსიქოტრავმული ფაქტორების ზემოქმედებისაგან ჯერ კიდევ გაუფორმებელი ან ნაკლებად ეფექტური დაცვის უნარი, რომელიც ხელს უწყობს მისი ემოციური დაძაბულობის დროებით ან მუდმივ მოხსნას;
3. ფსიქოტრავმული სიტუაციის არსებობა, რადგანაც მოზარდი კონსტრუქტიულ გამოსავალ გზებს ვერ პოულობს.

გემბლინგისა და ნარკომანიის კორექციისადმი არსებითად რეკომენდებულია ერთნაირი მიდგომა, თუმცა სპეციფიკურსაც არ უარყოფენ. ამრიგად, როგორც ზემოთ უკვე ითქვა აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომუშავება მიმდინარეობს თანმიმდევრულად. ობსესური მიზიდულობისა და ფსიქიკური კომფორტის, ან დისკომფორტის განცდა განაპირობებს ფსიქიკურ დამოკიდებულებას, ხოლო კომპულსური მიზიდულობის და კომფორტის ან დისკომფორტის, განცდა ფიზიკურ დამოკიდებულებას.

გამოხატული ფიზიკური დისკომფორტის გამოვლინება, კომპულსური მიზიდულობის აქტივიზირება, დისფორიული, ჰიპოთიმიური მდგომარეობა და ვეგეტატიური დისფუნქციები ნათლად გამოვლინდებიან თუ აზარტული თამაშები-

სადმი მიზიდულობის რეალიზაცია არ არის შესაძლებელი. ამ დროს თამაშებში ჩართვა და მონაწილეობა უზრუნველყოფს ფსიქოტროპულ ეფექტს. ამასთან ერთად, შესამჩნევია ამ გზით განვითარებული ეფექტის ტრანსფორმირება და მიმდინარეობის პროცესში პირველადი ფსიქოტროპული ეფექტის ჩანაცვლება მარელაქსირებელ, მატონიზირებელ და სხვა კომპონენტებით. იცვლება სათამაშო ლტოლვის მოტივაცია, სიხშირე და მიზეზი მოახდინოს ლტოლვის რეალიზება. ამ დროს გემბლერის ქცევაში თანდათან ხდება გადასვლა ჯგუფური თამაშებიდან, პათოლოგიურ მოთხოვნილებების ერთეულ დაკმაყოფილებაში. დროის მიმდინარეობის პროცესში ადგილი აქვს ექსცესების გახშირებას და შესაძლებელი იყო მიეღოთ პერიოდული, ციკლური ან შერეული ეპიზოდების სახე. აღნიშნული დინამიკა მოგვაგონებს И.Н. Пятницкая-ს მიერ მოყვანილ ფაქტს. ნარკომანებში „ფსიქოაქტიურ ნივთიერებების გამოყენების ფორმების ცვლილებების შესახებ“. თავისებურ აბსტინენციის მდგომარეობაში მყოფი გემბლერის მიერ თამაშებში კვლავ ჩართვის შემდეგ პირველადი ფსიქოტროპული ეფექტის ჩაქრობა მიუთითებს აზარტული თამაშებისადმი ტოლერანტობის ზრდაზე.

Солдаткин В.А. (2008) სპეციალურად სწავლობდა აზარტული თამაშებისა და ალკოჰოლიზმის ურთიერთობას 150 გემბლერის შესწავლით და მიდის დასკვნამდე, რომ:

1. პათოლოგიურ გემბლინგს განსაზღვრავს აზარტული თამაშებისგან ფსიქოფიზიკური დამოკიდებულების სინდრომი, შეცვლილი რეაქტიულობა და მისი შედეგები. პათოლოგიური გემბლინგი პროგრესირებადი მიმდინარეობისაა;
2. პათოლოგიური გემბლინგი და ალკოჰოლიზმი წარმოადგენენ კომორბიდულ აშლილობებს, რასაც ადასტურებს მათი კლინიკური სურათის მსგავსება. პათოლოგიური გემბლინგის მქონე პაციენტების გენეტიკური დატვირთვის სიხშირე ალკოჰოლიზმით, თუ იგი დაკავშირებულია ალკოჰოლიზმთან, დაავადების კლინიკური

სურათი რთულდება და ხასიათდება უფრო მეტი და სწრაფი პროგრედიენტობით.

ამრიგად, Black D.W. Moyer T.-ს (1999) მონაცემებით: აზარტომანიის დროს ხშირია კომორბიდულად გუნებგანწყობის პერიოდული აშლილობა დეპრესიის სახით, ალკოჰოლიზაცია, ნარკოტიზაცია, შფოთვითი ან პანიკური აშლილობა, ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა, შიზოტიპური, პარანოიალური აშლილობა და ა.შ.

Заицев В.В. (2000)-ს მიხედვით აზარტული თამაშებისადმი დამოკიდებულება თავის განვითარებაში გაივლის მისთვის დამახასიათებელ სტადიებს, რომლის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები არის აღწერილი R.L.Custer-ის (1981, 1984) მიერ.

1. პაციენტები გამოირჩევიან შედარებით მაღალი დონის ინტელექტით (1—Q-საშუალოდ 120 ბალი);
2. პათოლოგიური მოთამაშეები, ზოგჯერ წარმოადგენენ ე.წ. „შრომოგოლიკებს“ (დაუღალავი ფიზიკურად მშრომელები), რომლებიც გამოირჩევიან მაღალი პროფესიული მიღწევებით.
3. თავის თავს ისინი ახასიათებენ ან ძლიერ კარგად, ან ძლიერ ცუდად, მაგრამ ყველა მათგანისათვის არის დამახასიათებელი შინაგანი ენერგიის მაღალი დონე, რომელიც არ იციან რაში დახარჯონ;
4. მათთვის დამახასიათებელია მძიმე კონფლიქტებისაგან თავის არიდება. მოგონილი ფაქტების გაზვიადებით ან გამრუდებით გავრცელება; განსაკუთრებული კრიტიკული დამოკიდებულებით მეუღლის, მეგობრების და ოჯახის წევრების მიმართ. მათთვის დამახასიათებლად მიიჩნევა აგრეთვე ავანტიურიზმი და დიდი რისკი საქმიანობაში;
5. დამახასიათებელი თვისებებით გამოირჩევა კომუნიკაციურ სფეროში, ხშირად არიან მოწყენილნი ხალხში ან ავლენენ მიდრეკილებას გააგრძელონ თავიანთი საქმიანი აქტიურობა სამუშაოს დამთავრების შემდეგ ტელეფონით მოლაპარაკების გზით.

6. მოთამაშე, როგორც წესი არის კარგი ორგანიზატორი, მაგრამ ნაკლებად შემსრულებელი. ისინი ადგენენ სხვადასხვა პროექტებს, მაგრამ საქმე ბოლომდე მიყავთ ძლიერ იშვიათად.
7. აზარტული მოთამაშე, ფულს ჩვეულებრივ არ სესხულობს, მაგრამ თუ სესხი აიღო აუცილებლად მაქსიმალური შესაძლებელი რაოდენობით და ყოველთვის მატებადი სიხშირით. მიიჩნევენ, რომ ფული უნდა იხარჯებოდეს და არა ინახებოდეს. უპირატესობას აძლევენ ფულად ერთეულებს, ვიდრე საკრედიტო თამასუქებს;
8. აზარტულ თამაშებს მიიჩნევენ ყველაზე მიმზიდველ და ორგანიზმის რელაქსირებით სასიამოვნო საქმიანობად, თუმცა თამაშის პროცესში თანდათან პათოლოგიური დამოკიდებულების შემდეგ სიამე ქრება;

14. იმპულსური მიზიდულობები და მოძმედებები

რუსი ფსიქიატრის О.В. Кербиков-ის (1968) განმარტებით აკვიატებული ლტოლვა არის გაუცნობიერებელი ან ცნობიერების კონტროლიდან გამოსული ძლიერი სურვილი ჩაიდინოს რაიმე უაზრო, ზოგჯერ საზოგადოებრივად საშიში და მიუღებელი ქცევა. აფექტური პიროვნება თვითონ იღებს გარკვეულ სიამოვნებას და კმაყოფილებას თავისი იმპულსური ქცევისაგან. იმპულსურობა შესაძლებელია გამოავლინოს ქალებმაც და მამაკაცებმაც, მაგრამ ქალების იმპულსურობა გამოვლინდება უფრო სხვადასხვა გზით, უფრო შემოვლით და არა ყოველთვის აგრესიით, როგორც მამაკაცებში, რომლებსაც ახასიათებთ გაღიზიანება, აფეთქება, აგრესიულობა და ა.შ. არა იშვიათად აწყობენ ხანძარს ან სჩადიან სექსუალურ ძალადობას. ქალები უფრო საკუთარ თმას იგლეჯენ,

გარბიან სახლიდან და ცდილობენ სავაჭრო ქსელში რაიმე იყიდონ და ამით ახერხებენ აფექტური იმპულსის ჩაცხრომას. მეცნიერებისათვის არ არის გასაგები თუ რატომ არის იმპულსურობაში ფენოტიპური განსხვავება და სვამენ საკითხს, რომ ასეთი განსხვავება იმპულსურობაში უნდა იყოს შედეგი გენეტიკურ ფაქტორებზე. ე.ი. დამოკიდებული ჰორმონალურ (ტესტოსტერონის), ან ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის დონეებზე ან კიდევ სოციალურ გარემოს ზემოქმედებაზე.

ფსიქოპათოლიგიური აშლილობები, რომლებისთვისაც დამახასიათებელია გადაულახავი ან უკიდურესად ძნელად გადასალახავი, უეცრად აღმოცენებული სურვილი მოახდინოს მოქმედება მანამ, სანამ პიროვნების ცნობიერებაში ჩამოყალიბდება ამ სურვილის აღსრულების მიზანშეწონილობის სრულყოფილი გააზრება. ამგვარი აშლილობა უფრო ემართებათ ფსიქიკურად და ქარაქტეროლოგიურად გაუწონასწორებელ პიროვნებებს, რომლებსაც გააჩნიათ სუსტი შემაკავებელი მექანიზმები და იმპულსურობა იღებს ფეთქებად ხასიათს, რომელიც არ ემორჩილება განსჯას და მოქმედებაში მოჰყავს ნებელობითი მოძრაობითი ორგანოები და გამოვლინდება ფიზიოლოგიური ან პათოლოგიური აფექტის სახით. იმპულსური ქცევის კონტროლის მოშლას ყოველთვის მოსდევს, რაიმე უმართებულო ქცევისადმი კონტროლის შესუსტება ან სრული მოშლა, რასაც შესაძლებელია მოჰყვეს საყოველთაოდ მიღებული ქცევის ნორმების დარღვევები, კანონსაწინააღმდეგო ქმედებები და, ზოგჯერ, აგრესია გარშემო მყოფების მიმართ. იმპულსური ქმედების კოტროლის დარღვევის ერთ-ერთ სახეობას წარმოადგენს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური მიჩვევა.

მსგავსი პიროვნებები, აღიარებენ, რომ ისინი მიმართავენ აზარტულ თამაშებს იმიტომ, რომ გრძნობენ გადაულახავ სურვილს ითამაშონ, იძულებით, ნაძალადევად აღეძრებათ სურვილი და გრძნობენ თითქოს არ ძალუძთ უარი, უთხრან საკუთარ ლტოლვებს. აღნიშნული პათოლოგია ხასიათდება კომპულსური და გადაულახავი სურვილით, ითამაშონ მსგავსი

გატაცება უფრო ხშირად განაპირობებს საკუთარი პიროვნების, ოჯახისა და პროფესიული მოვალეობის უნარის შესრულების რღვევას. მსგავსი ქმედება ხშირად იწვევს ოჯახის გაკოტრებას, დაშლას, იძულებით წაგებული თანხის საკომპენსაციოდ კანონსაწინააღმდეგო ქმედებებს. საწყის პერიოდში თამაშის შედეგად წაგებული თანხა აძლიერებს სტრესულ სიტუაციას, რაც თავისთავად ახდენს ზეგავლენას თამაშის სიხშირეზე. წინა თამაშებში წაგებულის აუცილებლად ამოსაღებად და მოთამაშე იძულებული ხდება გააგრძელოს თამაში. როგორც კი დაიწყებს თამაშს გრძნობს რელაქსაციას და სასიამოვნო შეგრძნებებს მთელ სხეულში. ზოგიერთ თავაწყვეტილ მოთამაშეებში შესაძლებელია განუვითარდეს დისოციაციური ან ტრანსისმაგვარი აშლილობები. ასეთი მდგომარეობის დროს სტრესოგენური დაძაბულობიდან ერთგვარი შემსუბუქების ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს (ისევე, როგორც ნარკოლოგიური აბსტინენციის დროს ხდება) აზარტული თამაშებისადმი უფრო მეტი და მეტი მოთხოვნილება. აფექტურად ლაბილური პირივნებები, ასეთი ქმედებებისაგან იღებენ სასიამოვნო შეგრძნებებს. მსგავსი იმპულსური ქმედებები გვხვდებიან ქალებშიაც და მამაკაცებშიაც.

საერთოდ, იმპულსური აშლილობათა შორის საფუძვლიანი განსხვავება ქალებსა და მამაკაცებს შორის დღემდე ვერ იქნა დადგენილი, .იმის მიუხედავად, რომ ქალისა და მამაკაცის ქცევებში, სურვილებში და მიზიდულობებში არსებით როლს უნდა თამაშობდეს ნეიროტრანსმიტერები (სეროტონინი დოფამინი, ნორადრენალინი) და ჰორმონები (ტესტოსტერონი, ფოლიკულინი და მრავალი სხვა), რომელნიც წარმართავენ გენდერულ განსხვავებას ნორმაშიაც და პათოლოგიური მდგომარეობის დროსაც.

ხაზი ესმება შეხედულებას, რომ თრომბოციტების მონოამინოქსიდაზის აქტიურობის დაბალი დონე პირდაპირ უკავშირდება იმპულსურ ქცევებს, რომელიც რეალიზდება ძალადობაში და პიროვნების ანომალურ ქცევებში, რომელიც ზოგჯერ პიროვნების რღვევის საზღვართან განიხილება. თუ

პირიქით (თრომბოციტების მონოამინოქსიდაზას დონე მაღალია) იგი უნდა უკავშირდებოდეს კომპულსიებს, ობსესურ-კომპულსურ აშლილობას და საერთოდ აგზნებადობას.

იმპულსური ლტოლვებისა და მოქმედებების ნაკრებ ჯგუფს, რომლებსაც დღემდე არ გააჩნიათ მუდმივი ადგილი ფსიქიკური დაავადებების კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის არცერთ 10 გადასინჯვაში და გაფანტულია სულ სხვადასხვა ჯგუფებში. ფენომენოლოგიური და გენეალოგიური გამოკვლევები ადასტურებენ, რომ მათ შორის არსებულ მსგავსებაზე მიუთითებენ ქვემოთ ჩამოთვლილი რამდენიმე ავადმყოფური ფორმები, რომლებიც კლინიკური ფსიქიატრიის განვითარების სხვადასხვა ეტაპებზე აღიწერებოდნენ, დამოუკიდებელი დაავადების სახით, მათთვის დამახასიათებელია და საერთოა „გადაულახავი სურვილი" სათანადო გააზრების გარეშე აისრულონ თავიანთი გულის წადილი, თუნდაც ეს იღებდეს სოციალურად მიუღებელ დანაშაულებრივ ხასიათს. დიდ უმრავლეს შემთხვევებში ამ დაავადების გენეზისში უდიდეს მნიშვნელობას იძენს მემკვიდრეობითი დატვირთვა სხვადასხვა ფორმის ტიპური და ატიპური ფსიქიკური ანომალიებით და, მათ შორის, პირველ რიგში აფექტური აშლილობებით. თუ ამას დაემატება მრავალჯერ მითითებული ფაქტები აღნიშნული ფორმების მკურნალობაში სეროტონინერგიული ფსიქოტროპული მედიკამენტების (ანაფრანილი, ფლუოქსეტინი, სერტრალინი და ა.შ.) მაღალი ეფექტურობა მიზანშეწონილად ჩაითვლება მათი განხილვა. „აფექტური სპექტრის აშლილობების" შემადგენლობაში. ზოგ შემთხვევაში პიროვნებას ესმის თავისი მოქმედების უმართებულობა, მაგრამ იმპულსის შესრულების სურვილი, იმდენად იპყრობს მის გონებას, რომ რეალურად არ შესწევს უნარი წინ აღუდგეს, ინსტიქტურობამდე მისულ ცდუნებას, თუნდაც იგი შემდეგში სანანებლადაც გაუხდეს. ამ ჯგუფში გაერთიანებულ ფორმებს ძველი ავტორები მონომანიებსაც უწოდებდენ. მათი ფორმების რიცხვი ხან იზრდებოდა და ხან პირიქით, ახალი წარმოდგნებისა და არგუმენტების საფუძველზე მცირდებოდა.

სადღეისოდ მოცემულ ჯგუფში ერთიანდებიან შემდეგი სახის დაავადებები:

1. კ ლ ე პ ტ ო მ ა ნ ი ა — გადაულახავი სურვილი დაეუფლოს რაიმე ზოგჯერ მისთვის ნაკლებად საჭირო საგანს ანუ მოახდინოს პათოლოგიური ქურდობა;

2. პ ი რ ო მ ა ნ ი ა — ხანძრის გაჩენის გადაულახავი სურვილი;

3. დ რ ო მ ო მ ა ნ ი ა — ვაგაბონდაჟი-იმპულსური ხასიათის ხეტიალი და მოგზაურობა დასაბუთებული მიზნის გარეშე;

4. დ ი ფ ს ო მ ა ნ ი ა — იმპულსური სურვილი და მიზიდულობა ალკოჰოლური თრობისადმი შეტევების სახით. არსებითად ეს ფორმა წარმოადგენს იმპულსური ქცევისა და ალკოჰოლიზმის კლინიკურ ნაერთს;

5. გაუკუღმართებული სექსუალური სურვილები და მოთხოვნილებები, სადაც ერთიანდებიან ისეთი პიროვნული და ინსტიქტური დარღვევები როგორიცაა:

ა. ს ა დ ი ზ მ ი — აკვიატებული სურვილი სექსუალურ პარტნიორს მიაყენოს ტკივილი ან მძიმე და ზოგჯერ სასიკვდილო ტრავმა ორგაზმის გამოსაწვევად;

ბ. მ ა ზ ო ხ ი ზ მ ი — სექსუალურმა პარტნიორმა მას მიაყენოს მტკივნეული გამაღიზიანებელი, ურომლისოდაც იგი ვერ აღწევს ორგაზმს;

გ. პ ე დ ო ფ ი ლ ი ა — ძალადობრივი სქესობრივი კავშირის დამყარების სურვილი, ცდა და ზოგჯერ აღსრულებაც მცირეწლოვან ბავშვებთან;

დ. გ ე რ ო ნ ტ ო ფ ი ლ ი ა — იგივე ხასიათის სურვილი და ძალადობა მოხუცებთან;

ე. ნ ე კ რ ო ფ ი ლ ი ა — იგივე ხასიათის ქმედებები მიცვალებულის მიმართ;

ვ. ე ქ ს ჰ ი ბ ი ც ი ო ნ ი ზ მ ი — თავაწყვეტილი სურვილი, გაშიშვლდეს და გამოაჩინოს საწინააღმდეგო სქესის საცქერლად თავისი სასქესო ორგანოები;

ზ. ჰ ო მ ო ს ე ქ ს უ ა ლ ი ზ მ ი ს ზოგიერთი

სახეები, რომელნიც უშუალოდ არ უკავშირდებიან ენდოკრინოლოგიურ აშლილობებს;

6. პათოლოგიური სურვილი და ზოგჯერ ქმედება მოაყენოს თავის სხეულს დაზიანება, ან სხვების მიმართ გამოიჩინოს სასტიკი აგრესია სხეულის მძიმე დაზიანებით მკვლელობამდე.

მოყვანილი ფსიქიკური აშლილობები ყველაზე ხშირად განიხილებიან, როგორც იმპულსიებისა და აღძრული სურვილების რეალიზებაზე პიროვნული ქცევითი კონტროლის აშლილობა, როგორც ობსესურ-კომპულსური სპექტრის პიროვნული ანომალიები ან კიდევ, როგორც სპეციფიკური ფაზა, სხვა მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების (პირველ რიგში აფექტური) განვითარების დინამიკაში, ან პირობით პათოლოგიური ქცევითი აშლილობების ფარგლებში.

ჩამოთვლილი იმპულსური მიზიდულობებიდან ბუნებრივია წინამდებარე წიგნში შემოვიფარგლებით მხოლოდ მოკლე დახასიათებით, რაც შეეხება დიფსომანიას და ე.წ. გაუკუღმართებულ სექსუალურ სურვილებსა და ქმედებებს, იგი ცალკე მონოგრაფიული ნარკვევების სახით გვაქვს გამოსაქვეყნებლად განზრახული და აქ ამ პრობლემაზე აღარ შევაჩერებთ დაინტერესებული მკითხველის ყურადღებას.

ჩამოთვლილი იმპულსური სურვილები, ლტოლვები და ქმედებები, შესაძლებელია პიროვნებას აღენიშნებოდეს იზოლირებულად ერთ-ერთი მათგანის სახით, ზოგჯერ კი ერთდროულად ერთ პიროვნებას განუვითარდეს მათგან 2, 3 ან მეტი სახეობის პათოლოგიური იმპულსური აშლილობა. მსგავსი სიმბიოზები გვხვდება ზოგჯერ დრომომანიისა და დიფსომანიის, კლეპტომანიისა და პირომანიის, სექსუალურ გაუკუღმართების შვიდი ნაირსახეობიდან 2, 3, ან მეტი ფორმის სიმბიოზი და რომელიმე მათგანის თანაარსებობა უსაზღვრო აგრესიულ ლტოლვებთან და მიზიდულობებთან.

„იმპულსური მიზიდულობები“ წარსულში განიხილებოდნენ როგორც ინსტიქტების იზოლირებულ აშლილობებად და დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულებად. J.Eskirol-მა

(1838) ისინი გამოყო საერთო სახელწოდების „მონომანიების“ ანუ „ინსტიქტური მონომანიების“ სახელით. მეცხრამეტე საუკუნის შუა წლებში მათ მიიჩნევდნენ „ინსტიქტურ ფსიქიკურ აშლილობებად“, ხოლო W.Magnan-მა (1892) ყველა მოყვანილი ფორმები განიხილა, ერთ-ერთ დეგენერაციულ სტიგმად (ნიშნად). ამ ტიპის ფსიქიკური აშლილობის კარდინალურ ნიშნად იქნა აღიარებული იმპულსურობის ფენომენი, რომელიც გამოირჩეოდა უეცარი და გამალებული სისწრაფის აღმოცენებით და შესრულებით ისე, რომ ამ დროს პიროვნების მიერ განხოციელებული მოქმედება უფრო ხშირად სრულად და თანმიმდევრულად არ რჩება მეხსიერებაში. ამგვარი ქმედების მომენტში ავადმყოფი ბრმად ემორჩილება იმპულსურ მიზიდულობას და შეიძლება ჩაიდინოს რაიმე გაუაზრებელი ქმედება. მსგავსს მდგომარეობას მართებულად „ინსტიქტურ აშლილობის“ ნაცვლად ეწოდა „იმპულსური აშლილობა“ არა როგორც ნოზოლოგიური ერთეული, არამედ თავისებური სინდრომი, რომელიც ვითარდება, როგორც დამოუკიდებლად, ისე რომელიმე ჭეშმარიტი ფსიქიკური დაავადების სტრუქტურაში.

Grand I.E., Suck Won Kim-(2005) მიუთითებენ, რომ კლეპტომანია ისევე, როგორც აზარტომანია უნდა განიხილებოდეს მიზიდულობებად ანუ იმპულსიურ აშლილობად (Impulsive control disorders) DSM-1V-TR-კრიტერიუმებით, თუმცა თავისი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების რეგისტრით, მიმდინარეობის სტერეოტიპით, მკურნალობისადმი რეაგირების და პროგნოზური მონაცემების თავისებურებით ყველა ეს პათოლოგიური ფორმები ჩვენი აზრით უნდა განიხილებოდეს „მოსაზღვრე პერსონოლოგიური აშლილობის“ ნაირსახეობად, რომელნიც ერთიანდებიან ე.წ. „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის“ აშლილობების შემადგენლობაში.

„იმპულსური აშლილობა“, როგორც ზემოთ ითქვა აღმოცენდება უეცრად, წინასწარ მიმანიშნებელი გამოვლინების გარეშე, ზოგჯერ კი მის მანიფესტირებას რამდენიმე საათის განმავლობაში წინ უსწრებს შინაგანი შფოთვა, მოუს-

ვენრობა, დაბნეულობა, პაციენტი ვეღარ ასრულებს ჩვეულ მოვალეობას სამსახურში, არის დაძაბული და იჭვნეული, ზოგჯერ მტრულად განწყობილი გარშემომყოფების მიმართ. გუნებგანწყობის დისფორიული შეცვლით, მისი ცნობიერება შევიწროვებულია და აღვსილია სხვადასხვა წარმოდგენებით, რომლებიც დაახლოებით მაინც ასახავენ იმპულსური ქცევის შინაარსს. აღმოცენების საწყის სტადიაში ავადმყოფი შესაძლებელია ეწინააღმდეგებოდეს იმპულსის შესრულებას. მაგრამ შემდეგ უძნელდება გადალახოს იმპულსური მიზიდულობის ცდუნება და ასრულებს, ხშირად უმართებულო ან დანაშაულებრივ მოქმედებას. ამ მომენტში ავადმყოფის ცნობიერება არის აფექტურად შევიწროვებული.

კლეპტომანიურ ქმედებას ხშირად წინ უსწრებს და მუდამ უკავშირდება სტრესული ფაქტორი, თან სდევს შფოთვა და დაძაბულობა. ქურდობის ჩადენამდე ნერვიულობს, შიშობს, რომ გარშემომყოფებმა არ შეამჩნიოს, ღელავს იმის გამო, რომ შინაურები აუცილებლად გაამტყუნებენ ამგვარი ქცევისათვის და არ არის გამორიცხული სუიციდური ცდები და ქცევები ამ ტიპის აშლილობის კვლევა შესაბამისი სკალების გამოყენებით მეტად იშვიათად შუქდება ხელმისაწვდომ პუბლიკაციებში. Grand I.E., Suck Won Kim-ის (2005) მიერ შემუშავებულია ამ ტიპის დაავადებების ინტენსივობის და კლინიკური სურათის შესაფასებელი სკალა „Quelity of life inventory", კერძოდ კლეპტომანიის შესასწავლი სკალა – „Kleptomania Simptom Assessement scale"-ს გამოკვლევებით დაადგინეს პაციენტების ცხოვრების სარწმუნო დაქვეითების ხარისხი P-001-დონეზე.

იმპულსური აშლილობის შეტევის ჩათავება შესაძლებელია მოხდეს სწრაფად ან თანდათანობით – ლიზისურად. ჩადენილი იმპულსური ქცევა ცნობიერებაში ინახება ფრაგმენტულად და არა თანმიმდევრულად. გადაულახავი წადილის შესრულების შემდეგ იგი გრძნობს დაძაბულების შემსუბუქებას, რომელიც თანდათან გადაიზრდება ფსიქიკურ და ფიზიკურ სისუსტეში.

იმპულსური აშლილობის შეტევები განმეორებადია და

უფრო ხშირად სტერეოტიპულად შეიძლება კვლავ განმეორდეს. იმპულსური მოქმედების პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებში მონაწილეობს სისხლის თრომბოციტების ფერმენტ მონოამინოქსიდაზის აქტივობა იმ პიროვნებებში, ვისთვისაც დამახასიათებელია მწვავე განცდების დემონსტრირება პიროვნებათაშორის ურიერთობათა მჭიდრო კავშირი. ნორმალურ საკონტროლო შემთხვევასთან შედარებით. 15 იმპულსურად აზარტულად მოთამაშეს აღმოაჩნდათ ნორმაზე მნიშვნელოვნად დაბალი მონოამინოქსიდაზას აქტივობა, ვიდრე საკონტროლო მასალაში. დადებითი კავშირი დადგინდა მონოამინოქსიდაზას აქტივობასა და მწვავე განცდების მაძიებლებს შორის. (Buchsbaum M.S.,Coursei R.D, Murphy D. L., 1976) ყურადღებას იქცევს ის ფაქტი, რომ ოჯახებში, სადაც დადგენილია თრომბოციტების მონოამინოქსირაზას დაბალი აქტივობა უფრო ხშირია მიდრეკილება თვითმკვლელობისადმი, ვიდრე იქ, სადაც იმავე სახის თრომბიციტების აქტივობა მაღალია.

ა. კ ლ ე პ ტ ო მ ა ნ ი ა

სახელწოდება კლეპტომანია შემოიღო 1840 წელს J.Eskirol-ის თანამედროვე ფრანგმა ფსიქიატრმა — C.H.Morc-მა. შემდეგში ამ დაავადების მიუძღვნეს თავისი გამოკვლევები Billod J. (1847), Falret V. (1854), Girard G., Gorry T. (1879), Morel B. (1879), Laseguen E.Ch (1880) და სხვებმა. XX საუკუნის ფსიქიატრები ძირითადად ხელმძღვანელობდნენ J.Iacssagne-ის (1996) მიერ კლეპტომანიის განვითარების სამ ნაირსახეობად დაყოფის კონცეფციას, სადაც განხილული იყო, რომ კლეპტომანია უვითარდება უპირატესად ისეთ პიროვნებებს, რომლებიც წარმოადგენდნენ: კოლექციონერებს, განძის მაძიებლებს და ქურდებს. კოლექციონერები, ისევე როგორც კლეპტომანები განიცდიან კმაყოფილებას რაიმე იშვიათად შესაძენი ნივთის დაუფლების შემთხვევაში. აქ დიდ როლს ასრულებს პრემოებიდული პიროვნების თავისებურება. გაუწონასწორებ-

ელ პირებს თუ გაუჩნდებათ მსგავსი სურვილი სწრაფად ახდენენ მის რეალიზებას, კრიტიკის გარეშე. H.Seguier-1966) ასევე განიხილავს კლეპტომანიის კლასიფიკაციას და ამ დაავადებას ჰყოფს იმპულსურ, რეფლექტორულ და პათოლოგიური მიზიდულობის ნაირსახეობებად.

კლეპტომანია არის პერიოდული ხასიათის აკვიატებული და თითქმის გადაულახავი სურვილი მოიპაროს რაიმე მისთვის მოსაწონი საგანი ან ნივთი, რომელიც მას სულაც არ სჭირდება და როდესაც გაუვლის ამ საგნის დაუფლების სურვილი შესაძლებელია უკანვე დაუბრუნოს მფლობელს ან აჩუქოს სხვას. მაშასადამე ამგვარ ქურდობას არ აქვს ანგარების ხასიათი, ზოგიერთი კლეპტომანი ინახავს მოპარულ ნივთებს, რომელსაც მისთვის აქვს ფეტიშის დანიშნულება. ზოგჯერ კლეპტომანიასთან სიმბიოზშია ფეტიშიზმი – სექსუალური გაუკუღმართების ერთ-ერთი ნაირსახეობა, მსგავსი ხასიათის „იმპულსური მიზიდულობის“ შეუღლების დროს მდგომარეობა რთულდება და ინიღბება. კლეპტომანი იპარავს მოწინააღმდეგე სქესის პირად ნივთებს: ფეხსაცმელებს, წინდებს, ცხვირსახოცს, ტრუსებს და ა. შ. ავადმყოფები აკვიატებული სურვილის აღსრულებისათვის ავლენენ დიდ მოხერხებას და გამომგონებლობას. უმეტეს შემთხვევებში კლეპტომანის ქურდობა სრული უაზრობაა, თვითმიზანია, რადგან იგივე ნივთი ნაყიდი ან ნაჩუქარი არ ანიჭებს ისეთ კმაყოფილებას, როგორც მოპარული. უმეტეს შემთხვევაში ქურდობა ინიღბება თაღლითური ხერხით.

კლეპტომანია უფრო ხშირად ქალებში გვხვდება და არაიშვიათად მწვავდება სექსუალური ცხოვრების კრიტიკულ პერიოდებში (სქესობრივი მომწიფების და მენსტრუალური ციკლის დაწყების, ორსულობის, კლიმაქსის და ა.შ.). კრიტიკულ პერიოდებში იმპულსური ქურდობა გარკვეულად უკავშირდება ქალის სქესობრივ აღტყინებას. არაიშვიათად კლეპტომანია შეუღლებულია აგრეთვე მაზოხისტურ აშლილობასთან, შიშთან, რომ მის ქმედებებს გამოიცნობენ. ქურდობის ჩადენის სურვილი იმდენად აქტუალურია და იპყრობს

კლეპტომანის გონებას, რომ მოპარული ნივთის დაუფლებით გამოწვეული სიამოვნება აღწევს სქესობრივი ორგაზმის დონეს.

კლეპტომანები ხასიათდებიან ზოგადი მოუმწიფებლობით, ხასიათის ისტერიულობით და ცრუპენტელობით. S.Mac Elrou, H.Pope et al-(1991) იკვლევდნენ ამ დაავადებით შეპყრობილ 20 ავადმყოფს. ფენომენოლოგიურად, გენეალოგიურად და ფსიქოფარმაკოთერაპიულად (ფსიქოტროპულ მედიკამენტების ზემოქმედებაზე რეაგირების თვალსაზრისით). დაადგინეს, რომ ყველა მათგანს წარსულში გადატანილი ჰქონდათ „აფექტური აშლილობის ეპიზოდები: დეპრესიის, შფოთვის, პანიკური აშლილობის და ა.შ. სახით. 20-დან 16 აღენიშნებოდა შფოთვის სინდრომი, 12-ს კვებითი ქცევის აშლილობა (ანორექსია ან ბულიმია).

გენეალოგიურად კლეპტომანის პირველი საფეხურის ნათესავები ავლენდნენ აფექტური აშლილობის რისკის შედარებით მაღალ მაჩვენებელს.

„იმპულსური აშლილობები“ და მათ შორის კლეპტომანიის ეტიოპათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს პიროვნების დისჰარმონიულ ზრდა-განვითარებას, პირველ რიგში აფექტური სფეროს ლაბილობას და წონასწორობის დარღვევებს. კონფლიქტს პიროვნების სურვილებსა და შესაძლებლობას შორის. „იმპულსური მიზიდულობების“ ყველა ჩამოთვლილი ფორმების კლინიკურ სურათში, მანიფესტურად თუ შენიღბულად არსებული აფექტური სფეროს აშლილობის ნიშნების (დეპრესია, დისფორია, შფოთვა, პანიკა და ა.შ.) ფონზე აღმოცენებული იმპულსური ქცევის გამოვლენის ფაქტი, უკვე უშეცდომოდ მიუთითებს, რომ ავადმყოფის ქცევა სრულდება იმპულსური აფექტის (სურვილის) დაკმაყოფილების ხარჯზე.

„იმპულსურ მიზიდულობათა სხვადასხვა ფორმები“ და მათ შორის კლეპტომანია შესაძლებელია გამოვლინდეს იზოლირებული სინდრომის სახით ან სხვა ნოზოლოგიური დაავადების კლინიკურ სტრუქტურაში. კერძოდ, შიზოფრენიის, ეპილეფსიის, პროგრესული დამბლის, თავის ტვინის

ორგანული დაზიანების და ფსიქოპათიის დინამიკური აშლილობის კლინიკურ სურათში, ამიტომ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ხდება საჭირო მისი დიფერენცირებული დიაგნოსტირება ე.წ. „იმპულსური ქცევებისაგან“, რომლებიც გვხვდებიან შიზოფრენიის კატატონური ფორმის, ეპილეფსიის ან მელანქოლური რაპტუსის კლინიკურ სურათში და, რომლებიც საჭიროებენ განსხვავებული მეთოდებით მკურნალობას.

Mc Erloy S.L., Pope H.G. et al-(1991) კლეპტომანიით შეპყრობილი 20 პაციენტიდან 18-ს უმკურნალეს ანტიდეპრესანტებით და 10-ში მიიღეს კლეპტომანიური მიზიდულობების მნიშვნელოვანი შემცირება. ავტორები ამტკიცებენ, რომ კლეპტომანიას აქვს ახლო დამოკიდებულება „დიდ აფექტურ აშლილობასთან“ და სხვა სახის „იმპულსურ მოზიდულობებთან“ ამიტომ დაავადების ეს ფორმა განიხილულ უნდა იქნეს „ოფსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობის“ ერთ ერთ ამბულატორულ ვარიანტად.

კლეპტომანიის მკურნალობაში წამყვან ადგილს ფსიქოთერაპიის რაციონალურ მეთოდს ანიჭებენ, რომელიც ორიენტირებულია ადეკვატურ თვითშეფასების გამომუშავებასთან. პიროვნებამ უნდა შეიგნოს და გაიგოს თავისი. ქცევების მოტივირება (დანაშაულის განცდა, დასჯის აუცილებლობა და ა.შ.) იმპულსური სურვილების კონტროლქვეშ აყვანის ფაქტორი. იქ, სადაც ეჭვი იბადება ფარულ დეპრესიასთან იყენებენ ანტიდეპრესანტებს, მათგან უპირატესობას აძლევენ სეროტონინულ ანტიდეპრესანტებს (პროზაკს, ზოლოფტს. ციტალოპრამს) და ა.შ.

ბ. პ ი რ ო მ ა ნ ი ა

აკვიატებული ახირება და მისწრაფება ხანძრის გაჩენისადმი. დაავადების ეს ფორმა უფრო მეტია ბიჭებში, რომლებიც იზრდებიან ურთიერთდაშორებულ ერთ-ერთ მშობელთან და მარტოობის გამო ეუფლებათ ნოსტალგიური განცდები, მათ

არაიშვიათად წამოეჭრებათ სხვადასხვა ხასიათის აგრესიული ქცევის სურვილი და მათ შორის, ხანძრის გაჩენის და მასთან დაკავშირებული ხალხში ამტყდარი განგაშის ცქერით გართობის სურვილი. ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ პირომანი ისე ნიღბავს ხანძრის გაჩენის დაწყებას, რომ მაღალკვალიფიცირებულ კრიმინალისტებსაც გაუჭირდებათ დამნაშავის დადგენა. ასეთი იმპულსი უფრო ხშირად ერთჯერადია, თუმცა ზოგჯერ შესაძლებელია განმეორდეს, თვითონ ხანძრის გამჩენი გამოაშკარავებული და დაკავებული თავის დანაშაულებრივ ქცევას ვერ ხსნის, ვერ გაურკვევია, თუ რა ძალამ ჩაადენინა მსგავსი საშინელი დანაშაული და იფიცება, რომ ასეთი ქცევა მისი პიროვნებისათვის უცხოა. მსგავსი სურვილი ფსიქიკურად ნორმალურ ბავშვებშიც შეიმჩნევა. ირკვევა, რომ ბავშვებში არსებობს ცეცხლის ანთებისა და გავრცელების, როგორც საინტერესო სანახაობისადმი. ინტერესი, გამოვლენილი პათოლოგიური ლტოლვა გამოიწვიოს ყველაფრის შემმუსვრელი ხანძარი და ამან მიანიჭის სიამოვნება, როგორც მისთვის საინტერესო სანახაობამ. მსგავსი ქცევა, ცხადია, მიუთითებს ფსიქიკურ აშლილობაზე, ასეთი პათოლოგიით შეპყრობილ პიროვნებას, სრულიად არ ენაღვლება, რომ ცეცხლის გაჩენით დაზარალებულ პიროვნებას ან სახელმწიფოს აყენებს მატერიალურ ზიანს, პირიქით ცეცხლის გამჩენი ტკბება, როდესაც უმზერს იმ აჟიოტაჟსა და ხალხის ჩოჩქოლს, რომელიც მის მიერ არის გამოწვეული. ქართველი ფსიქოლოგი გ.ი. ჩაგანავა (2004) პირომანიულ პათოლოგიაში ძირითად მნიშვნელობას აძლევს თვით ცეცხლის სიმბოლურ ფაქტორს. რადგან, ცეცხლმა, ისევე, როგორც მზემ ერთერთი უმთავრესი როლო შეასრულა ცივილიზაციის განვითარებაში.

ჩვეულებრივ, მოკვდავისათვის ცეცხლი ყურადღებას იქცევს თავისი ძლევამოსილებით. ერთმა ნაპერწკალმა შესაძლებელია გამოიწვიოს უდიდესი კატასტროფა, დაანგრიოს და მოსპოს ყოველგვარი ცოცხალი, დედამიწის ამა თუ იმ ტერიტორიის ნაწილში. ცეცხლი, როგორც ძლევამოსილი მოვლენა ყოველთვის იზიდავდა ადამიანის ფსიქიკას, გამოემუშავებინა

რაიმე საწინააღმდეგო ხერხი ცეცხლზე გამარჯვებისათვის. ამ ამოცანის სიმბოლური განხორციელება ხდებოდა ჭიაკოკონის გამართვის და მასზე გადახტომის რიტუალით.

ეს რიტუალი სიმბოლურად სრულდებოდა თითქმის ყველა ხალხში, განსაკუთრებით ბავშვები ამგვარ თამაშებს იყენებენ გასართობად. არანაკლებ მნიშვნელობას იძენს ჭიაკოკონა ე.წ. პიროფობიის გადასალახავად. ე.ი. ცეცხლი წარმოადგენს ადამიანისათვის დაუმორჩილებელ მოწინააღმდეგე ძალას და, როგორც ჩანს, ამ ძალის დემონსტრირება უზრუნველყოფს პირომანიული იმპულსური აშლილობის მქონე პიროვნებაში სიამოვნებისა და კმაყოფილებით განცდილი ტკბობის საგანს.

K.Jaspers (1999)-ს ფუნდამენტურ ნაშრომში ფსიქოპათოლოგიის შესახებ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც, გოგონები აჩენდნენ ხანძარს და ტკბებოდნენ მისი ცქერით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში და ამით განიცდიდნენ სექსუალური ორგაზმისმაგვარ სიამოვნებას. ამგვარი შეგრძნებების გამოსავლენად მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ალკოჰოლიც. ზოგიერთი ქრონიკული მსმელი ხანძარს აჩენს სიმთვრალის დროს, ხოლო ქალები მენსტრუაციის დროს. ცნობილია, რომ ზოგჯერ ხანძრის გაჩენას წინ უძღვის გუნებგანწყობის დაქვეითება, შიშები, ნოსტალგია, „საჭმლის მონელების“ აშლილობა და ა.შ. ზოგიერთ პაციენტს ამ დროს უვითარდებათ ბინდისებური ცნობიერება, სხვები კი ებრძვიან ცდუნებას, ამ ინსტიქტურ ჭიდილში, რომელიც გადაწონის, ქცევაც იქნება შესაბამისი. ინსტიქტური იმპულსი ან რედუცირდება ან ლტოლვა უეცრად აღმოცენდება და შესრულდება, ისე, რომ ავადმყოფს დრო ან სხვა მოტივაცია არ გააჩნია და არ მოითხოვს არავითარ დაფიქრებას, რადგანაც არ აქვს გააზრებული მისი სიმძიმე. ავადმყოფს შესაძლებელია გააჩნდეს ანომალური ინტერესი ხანძრის საწინააღმდეგო მანქანებისა და მოწყობილობების მიმართ. რომლებსაც აქვთ დამოკიდებულება ცეცხლის ჩაქრობასთან. პირომანიის ძირითადი ნიშნებია:

1. ყოველგვარი მოტივაციის გარეშე განმეორებით ხანძრის გაჩენები, ისე, რომ მათი ქმედება არ უკავშირდება ფულის, თანამდებობისა და პოლიტიკურ ექსტრემისტულ მიზნებს;
2. ცეცხლისადმი აწეული ინტერესი;
3. ხანძრის გაჩენის წინ პიროვნების მზარდი აგზნებადობა და განცდა მაშინვე, როგორც კი ცეცხლი დაიწყებს გიზგიზს;

პირომანია, როგორც იმპულსური ლტოლვის თავისებური ფსიქიკური აშლილობა სხვადასხვაგვარად გამოვლინდება, რომელთაგან ძირითადებია:

1. განზრახული ხანძრის გაჩენისადმი სურვილი, როდესაც არ ვლინდება ფსიქიკური აშლილობის სხვა ნიშნები;
2. ცეცხლის გაჩენისადმი მიდრეკილება ყრმობის ასაკში, რომელსაც თან სდევს სხვა სახის აშლილობები (ქურდობა, აგრესია, გაცდენები, და ა.შ.);
3. მოზრდილი სოციოპათებისაგან გაჩენილი, როგორც აგრესიული ქმედება;
4. ხანძრის გაჩენა შიზოფრენიით დაავადებულის მიერ განპირობებული ბოდვითი იდეებით ან ჰალუცინაციური აღქმით;
5. ხანძრის გაჩენა თავის ტვინის ორგანული დაზიანების, მეხსიერების დაქვეითების ან ჭკუასუსტობის მქონე და ა.შ. ავადმყოფების მიერ.

ზოგჯერ პირომანია შესაძლებელია იყოს პიროვნებისათვის ერთადერთი ავადმყოფური გამოვლინება ან, როგორც სინდრომი სხვა დაავადების კლინიკურ სურათში. ხანძრის გამჩენს ამ დროს სიამოვნების განცდას უჩენს და უძლიერებს ხალხის ფუსფუსი და მღელვარება მისგან გაჩენილი ხანძრის ჩასაქრობად, ყოველი მსგავსი ქმედება უქმნის შეგრძნებას საკუთარი პიროვნების ფარული სიძლიერის შესახებ.

მსგავს შემთხვევებში ხშირად საქმე გვაქვს ინფანტილურ, ფიზიკურ და ფსიქიკურ განუვითარებლობასთან, არასრულღირებულოვან სუბიექტებთან, რომლებსაც სუსტად აქვთ

განვითარებული სურვილების შემაკავებელი და დამამუხრუჭებელი მექანიზმები. პირომანიული ექსცესები უფრო ხშირია სქესობრივად მომწიფების ასაკის გოგონებში, მენსტრუაციის პროცესში, ზოგჯერ ბიჭებშიაც. ახალგაზრდა ასაკში მანიფესტირებული იმპულსური მოქმედება და კერძოდ ხანძრის გაჩენისადმი ლტოლვა თანდათან სუსტდება და ზრდა სრულ ასაკში ქრება (П.Зиновьев-1959).

პირომანები თავიანთ სურვილს ასრულებენ სხვადასხვა მასშტაბით ზოგიერთი ავადმყოფი წინასწარ იზღვევს თავს გამომჟღავნებისაგან, თუმცა, როგორც წესი, მის მიერ მიღებული ზომები გამოირჩევიან გულუბრყვილობით. ზოგიერთნი თვითონაც დამსწრეთა შესახედავად აქტიურად მონაწი ლეობენ ხანძრის ჩაქრობაში, ზოგი კი შთანთქმულნი ხანძრის გაჩალებისაგან აღძრულ სიამოვნებაში, გატაცებით უმზერს თუ როგორ იქცევა ხალხი ექსტრემალურ სიტუაციაში, როგორ გამოვლინდება ხალხში ამით გამოწვეული პანიკა, შფოთვა და ა.შ. ამ მომენტში ავადმყოფების აფექტი აწეულია, გაცხოველებულია. ცნობიერება შევიწროებულია და არაიშვიათად გადადიან ექსტაზში.

პირომანიის, როგორც იმპულსური მიზიდულობების მოშლის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

1. მსგავსი ქმედების განმეორებადობა;
2. ხანძრის გაჩენამდე ფსიქოლოგიური დაძაბულობის განცდა ან აფექტური აგზნება;
3. აბრიალებული ცეცხლის მიმართ ინტერესი, მოჯადოებულობის განცდა რომელიც სრულიად არ ესადაგება შექმნილ სიტუაციას;
4. ხანძრის დამანგრეველი ხასიათის ცქერით ტკბობა და სიამოვნება, რაც გამოვლინდება სურვილში ახლოს მივიდეს ხანძართან;
5. ხანძრის მოხდენა არ არის განპირობებული მატერიალური სარგებლობისათვის ან სოციალური პროტესტის გამო, იგი არ წარმოადგენს პიროვნების ბოდვით ან ჰალუცინაციებით განპირობებულ მოტივირებულ ქცევას.

პირომანია გავრცელებულია უფრო მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. მის მკურნალობაში პირველ რიგში გამოიყენება კოგნიტურ-ბიჰევიორული ფსიქოთერაპია, მაგრამ თუ პირომანიის კლინიკურ სურათში ნათლად ვლინდება აფექტური აშლილობის მანიფესტური ნიშნები რეკომენდებულია ე.წ. ნორმოთიმიული და ახალი თაობის სეროტონინული თიმოანალეფსიური პრეპარატებით მკურნალობა.

გ. დ რ ო მ ო მ ა ნ ი ა
ანუ იმპულსური ხეტიალი, ვაგაბონდაჟი

პერიოდულად აღძრული მისწრაფება გაიქცეს სახლიდან და იმოგზაუროს უკიდეგანოდ მგზავრობისათვის სათანადო მზადების გაუთვალისწინებლად და სათანადო ფინანსური უზრუნველყოფის გარეშე, შეიცვალოს სამყოფელი ადგილი, ამისათვის მიილტვის სახეტიალოდ. ცხადია, სრულიად არ აწუხებს, თუ რა დაემართება მის ოჯახს, ცოლ-შვილს (თუ კი ასეთი ჰყავს) ან სასწავლებელს, სამუშაოს და აღმოჩნდება რკინიგზის ბაქანზე, ხშირად უფულოდ და, ცხადია, უბილეთოდ ჯდება ტრანსპორტში სანამ სათანადო მაკონტროლებელი პირი არ ჩამოსვამს. მხოლოდ მაშინ შეიძლება მოვიდეს გონზე და გაუკვირდეს, რომ იგი საკუთარ თავს აღმოაჩენს ისეთ პუნქტში, სადაც წასვლა მას არც მოუფიქრებია და არც განუზრახავს. ასეთი შემთხვევები ადრე იყო ხშირი თუ დრომომანი მოხვდებოდა სამგზავრო მატარებელში ან გემში, სადაც სამგზავრო დოკუმენტებს მხოლოდ შესვლისას ამოწმებდენ და უბილეთოდ შეიძლებიდა შეპარვა და მგზავრობა ბოლო პუნქტამდე. დრომომანების მოგზაურობის იმპულსი სრულდებოდა ყოველგვარი საშუალებებით ზოგჯერ ფეხითაც და სხვადასხვა შემთხვევით შემხვედრი ტრანსპორტით. ავადმყოფი ანგარიშმიუცემლად მიატოვებს საქმიანობას, ოჯახს, რომ სრულიად არ ფიქრობს თუ რა მოჰყვება მის ამგვარ მოუფიქრებელ ქცევას. მატერიალური სახსრების უქონლობა არ თამაშობს ამ მიზიდულობის შესრულებაში არსებით

როლს. ფეხით სიარული შეიძლება გაგრძელდეს მანამ, სანამ არ მოხდება მოხეტიალის სრული დაუძლურება. ასეთი სახის აშლილობა როგორც წესი არ წარმოადგენს სოციალურად საშიშ პათოლოგიას. მისი ანალოგია ჩვეულებრივი ზოგიერთი ეთნიკურ ჯგუფისათვის დამახასიათებელი მიზიდულობა მოგზაურობაში გაატაროს მთელი ცხოვრება, რაც არ იქნება მართალი მივიჩნიოთ ფსიქიკურ დაავადებად. მსგავსი ხეტიალი შესაძლებელია გაგრძელდეს დღეების, კვირების და თვეების განმავლობაში. განიხილავენ აგრეთვე ე.წ. „ცრუ დრომომანიას", რომელსაც ვხვდებით ბავშვებში და მოზარდებში, ისინი სახლიდან გარბიან და თუ მოახერხებს სახელმწიფო საზღვარსაც გადალახავენ და იქ კორდონს გარეთ აღმოაჩენენ თავიანთ თავს.

რუსულენოვანი ფსიქიატრი М.Н. Лапидес (1964) იკვლევდა ე.წ. ბავშვების სახლებიდან ხშირად წასვლებს, ხეტიალს და მიაჩნია, რომ იგი უფრო ხშირად უკავშირდება ფსიქოგენურ ფაქტორებს, როგორც რეაქციას, პათოლოგიური ფსიქოსოციალური ფაქტორებით განმტკიცებულ პროტესტს, Е.Люкосова (1967) საკამათოდ ხდის ბავშვთა სახლიდან ახალგაზრდების გაპარვებს და ხეტიალისადმი მისწრაფებას. ეს ავტორი საერთოდ დრომომანიას განიხილავს, როგორც ფსიქოგენურად განვითარებულ პათოქარაქტეროლოგიურ რეაქციას, მაგრამ პროგნოზულად არაკეთილსაიმედოს.

ფსიქიატრი Ф.И.Иванова (1972) სწავლობდა ბავშვებისა და მოზარდების სახლიდან გაქცევის და ხეტიალის შემთხვევებს და მიაჩნია, რომ იგი უნდა იქნას განხილული, როგორც არასპეციფიკური ასაკოვანი ფორმის პათოლოგიური რეაგირება და გვხვდება სხვადასხვა ფსიქიკურ დაავადების სტრუქტურაში, კერძოდ, თავის ტვინის ინფექციური და ტრავმული დაზიანების რეზიდუალურ ეტაპზე და ისიც პერიოდულად. მკვლევრები ამ მდგომარეობას განიხილავენ, როგორც პოლიმორფულ კლინიკურ გამოვლინებას დაწყებული რეაქტიული (მიზნობრივ-მოტივირებული) და სპონტანურ ანუ იმპულსურ ფორმებამდე, განპირობებულს გადაულახავი ლტოლვებით. .

ბავშვებში და მოზარდებში დრომომანიური ექსცესი შესაძლებელია მანიფესტირდეს კონფლიქტურ სიტუაციაში და წარმოადგენს ოპოზიციის ან პროტესტის გამოვლინებას. მსგავსი ქცევების ხშირი განმეორებით დრომომანია გახდება ჩვეული და გადაიქცევა სინდრომად, რომელმაც შესაძლებელია მიიღოს გადაულახავი ლტოლვის სახე, როდესაც სახლიდან და სკოლიდან გაპარვა ხდება იმპულსურ, არამოტივირებულ მიზნობრივი ხასიათის ქცევად.

დრომომანების იმპულსური ლტოლვები, სახლიდან გაქცევები და უმიზნოდ ხეტიალი უფრო ხშირად დამახასიათებელია პათოლოგიურად შეცვლილი ტემპერამენტისა და აფექტური თავისებურების მქონე ბავშვებში, რაც გამოვლინდება ბავშვების ხშირ უხალისო მოღუშულებაში, მუდმივ უკმაყოფილებაში, პერიოდულად მაგრამ არაიშვიათ გაბოროტებაში დაძაბულ აფექტური აფეთქებებისადმი მიდრეკილებაში და გუნებგანწყობის დისფორიულ შეცვლაში (Агнусев М.И.-1969). მსგავს შემთხვევებში აღნიშნავდა არაიშვიათად პირველი მოთხოვნილების საგნების მოპოვებისათვის წვრილმანი ქურდობის, მათხოვრობისა და წესრიგის დარღვევებისადმი მიდრეკილებას, ახალ გარემოში მყოფი დამნაშავე ელემენტების მიბაძვით და ზეგავლენით (ხულიგნობა, სექსუალური ძალადობები, ალკოჰოლური სასმელების ბოროტად გამოყენება და.ა.შ.) პიროვნების დამახასიათებელი ისეთი ხაზების გამოცოცხლებას და ექსტერიერიზებას როგორებიცაა: არაგულახდილობა, სიცრუე, პრიმიტიული სიამოვნებისადმი ლტოლვა, შრომისადმი სიძულვილი, ყოველი რეგლამენტიზირების მიმართ ოპოზიცია, რაც უწყობს ხელს მწვავე ხასიათის პათოლოგიური ხაზების გამწვავებას, ემოციურ და ნებელობით მერყეობებს, აფექტურ აგზნებადობას, ზოგჯერ ჩაკეტილობით და გარესინამდვილიდან გამოთიშვას.

დ. დ ი ფ ს ო მ ა ნ ი ა

იმპულსური ხასიათის, მაგრამ გადაულახავი ალკოჰოლური თრობა. მიმდინარეობს შეტევებისა და ალკოჰოლური

სასმელებისადმი გარკვეული ზიზღის პერიოდების ურთიერთმონაცვლეობით, გამოუფხიზლებელი სმის შეტევები, რომლებიც გრძელდებიან 1-2 კვირის მანძილზე, რასაც მოსდევს ამდენივე ან უფრო მეტი დღეების განმავლობაში ნათელი პერიოდები, როდესაც სრულიად არ იღებენ და არც უვითარდებათ ალკოჰოლის მიღების სურვილი. თუმცა შეტევის რეციდივი ბევრად არ იგვიანებს და იწყება მორიგი შეტევა, 1-2 კვირის თავზე აღმოცენებული აუტოქტონურად. შეტევას, წინ უსწრებს გუნებგაბწყობის დაქვეითება და ქცევების შეცვლა (დაძაბულობა, გამღიზიანებლობა, დისფორიულობა, უკონტაქტობა, ყოველდღიური საქმიანობისადმი გულის აცრუება, უმადობა ე.წ. „ალკოჰოლური სიზმრები" და ა.შ.). ეს მოვლენები გვაფრთხილებენ, რომ მალე დაიწყება მორიგი ალკოჰოლური ექსცესი ანუ შეტევა. რამდენიმე დღის შემდეგ პაციენტი ყოველდღიურად და ღამის საათებშიც გამოუფხიზლებლად იღებს ალკოჰოლურ სასმელს, თანდათან სუსტდება, ეწყება ცვლილებები სასიცოცხლო ორგანოებში გაძლიერებული ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის გამო (გულის არითმია, კიდურების შეშუპება, ხშირი ღებინება, ფაღარათი, კრუნჩხვითი განტვირთვები, თავბრუსხვევა, უძილობა, მკვეთრად ქვეითდება ალკოჰოლის ამტანობა. თანდათან იკლებს ალკოჰოლური სასმელებისადმი ლტოლვა და შეტევა მთავრდება. პაციენტის მდგომარეობა პირველ ხანებში ნორმალიზდება, აღუდგება გუნებგანწყობა, შრომისუნარი, იწყებენ თავის სამსახურებრივ და საოჯახო ვალდებულებების შესრულებას, კიდევ უფრო მეტი მონდომებით, ვიდრე შეტევამდე და ამ პერიოდში სპირტიან სასმელებს აღარ მოითხოვენ.

თანამედროვე ნარკოფსიქიატრები დიფსომანიას განიხილავენ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ერთ-ერთ კლინიკურ ვარიანტად და სწორიც უნდა იყოს, რადგან ამ ფორმის დაავადების გენეზისი პირველ რიგში ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის თავისებურ პერიოდულ გაძლიერებასა და შესუსტებას იწვევს, რისი მიზეზიც ალბათ პრემორბიდული პიროვნების ქარაქტეროლოგიაში უნდა მოვიძიოთ. С.Г. Жислин-(1985) გვაუწყებდა, რომ

ალკოჰოლისადმი პათოლოგიური ლტოლვის პერიოდულობა, რომელსაც, როგორც წესი, თან ახლავს ემოციური ძვრები, მიუთითებს იმაზე, რომ ამ დაავადების პათოგენეზში ჩართულია თავის ტვინის დიენცეფალური მექანიზმები, რომლებიც სხვა სახის პერიოდულად და შეტევისმაგვარად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებების პათოგენეზშიაც თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს. რუსულენოვანი ნარკოლოგები: Гофман А.Г., Кожакова Г.А., Яшкин И.В. (2008) და სხვები დიფსომანიას, როგორც იმპულსურ დაავადებას კი არა და, მას საერთოდ ცალკე დაავადებად არ აღიარებენ და უწოდებენ არარსებულ ფორმას. იგი მიაჩნიათ ალკოჰოლიზმის განვითარების მე-111 სტადიაში სხვა გენეზისის დაავადების თუნდაც ეპირადიკალის მიერთების შედეგს. კერძოდ, მათი შეხედულებით, დიფსომანია წარმოადგენს ალკოჰოლური დაავადების შეტევით ფორმას, რომელიც იწყება გუნებგანწყობის აშლილობით, დისფორიული ელფერის დეპრესიით და მთავრდება ალკოჰოლის მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითებით, მძიმე სომატონევროლოგიური გართულებებით. ყალიბდება გაღრევება (შეუწყვეტელი სმა — запой), რომელიც არ ეტევა დიფსომანიურ კრიტერიუმებში.

ამრიგად „იმპულსური მიზიდულობები“ თავიანთი ფენომენოლოგიური განსხვავებებით ჯერჯერობით ვერ გაერთიანდენ ერთნაირ ან მსგავს დაავადებათა ჯგუფად.

О.В. Кербиков (1988) ინსტინქტურ ლტოლვებს მიიჩნევდა გაუცნობიერებელ ან ცნობიერების კონტროლიდან გამოსულ ძლიერ სურვილს ჩაიდინოს რაიმე უაზრო, უხამსი და საზოგადოებისათვის მიუღებელი ქცევა. ამ ცნებაში ერთიანდებიან მაგ. ჰიდრომანია (მიზიდულება გადახტეს წყალში); ჰომოციდომანია-(მიზიდულება ჩაიდინოს მკვლელობა); მისწრაფება ხალხში ყოფნის დროს წამოიყვიროს სალანძღავი, უცენზურო სიტყვები; გაიშიშვლოს საყოველთაო საცქერლად სასქესო ორგანოები (ექსჰიბიციონიზმი) და ა.შ,. მსგავსი ნაძალადევი და იმპულსური ქმედებები, როგორც წესი შეუსრულებადია.

15. ზოგიერთი პროფილაქტიკური ღონისძიებები

ამრიგად, აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება წარმოადგენს ადამიანების ფსიქიკურ დაავადებას, რომელიც გამოვლინდება პიროვნების ფსიქოლოგიური ფუნქციების და მაკრო და მიკროსოციალური ფასეულობების შეცვლაში. აზარტული თამაშებით გატაცებული პიროვნება თანდათან კარგავს ინტერესს საკუთარი ოჯახის, სამუშაოს და საზოგადოების მიმართ. დასაწყისში თუ აზარტული თამაშები ეპიზოდურ ხასიათს ატარებს, შემდეგში თანდათან იგი გადაიქცევა ძნელად გადასალახავ ლტოლვად, როდესაც აზარტული თამაშები ხდებიან მოთამაშისათვის მავნე ჩვევად, რომელიც მთლიანად იპყრობს პიროვნებას და აქცევს აღძრული სურვილის მონად. ხშირად, ცხოვრების შემაჯამებელ პერიოდში აზარტული თამაშები არა მარტო უმართებულო ქცევა, არამედ ჭეშმარიტი ფსიქიკური დაავადებაა, რომელიც პიროვნებამ არსებითად შეისყიდა საკუთარი და ოჯახის კუთვნილი ფულით.

აზარტომანიის, როგორც ადამიანის ფსიქიკური დაავადების სამკურნალო მეთოდებიდან, სამწუხაროდ, ვერც ფსიქოთერაპიული მეთოდების ნაირსახეობების ზემოქმედება და ვერც ფარმაკოთერაპიული მედიკამენტები ვერ უზრუნველყოფენ რადიკალურ თერაპიულ ეფექტს, ამიტომ ამ ახალმოდურ ფსიქიკურ დაავადებასთან ბრძოლის უფრო ეფექტურ ღონისძიებად ჯერჯერობით რჩება აზარტომანიული დაავადების პროფილაქტიკა.

აზარტომანიის ანუ ლუდომანიის წინააღმდეგ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები მოსახლეობას უტარებენ „ინფორმაციულ აცრებს“ აზარტული თამაშების ადამიანების ფსიქიკაზე მავნე ზემოქმედების შესახებ. ინტერნეტში მოცემულია სპეციალური საიტები, სადაც მოყვანილია ცნობები ამ დაავადების შესახებ. პერიოდულად რადიო გადასცემს ცნობებს ამ დაავადების თავიდან აცილების და გამაფრთხილებელი ღონისძიებების შესახებ.

ექიმებს ლუდომანიის სამკურნალოდ თვითონ ლუდომანები იშვიათად მიმართავენ. უფრო ხშირად ინიციატივას ამ მიზნით იჩენენ დაავადებულის ოჯახის წევრები ან ახლო ნათესავები. მკურნალობა, როგორც დასავლეთის, ისე ყოფილ რუსულენოვან ქვეყნებში ძირითადად ანონიმურია. იგი ითვალისწინებს პირველ რიგში აზარტომანის იზოლირებას (ცხადია ნებაყოფილობით) და იმ პირობით, რომ ავადმყოფი მტკიცედ უნდა იყოს თანახმა სტაციონარში მოთავსდეს გარკვეული ვადით, იმ წესით, რომ პაციენტი თვითონ განსაზღვრავს სტაციონირების ხანგრძლივობას. როდესაც პაციენტი დარწმუნდება, რომ ხანგრძლივი თავშეკავების შემდეგ დაიმორჩილებს საკუთარ თავს იგი გადავა ამბულატორულ მკურნალობაზე.

არაფერი არ გადააჩვევს აზარტულ მოთამაშეს და არ შეაცვლევინებს პროფესიონალ მოთამაშეს ინტენსიური და მიზანმიმართული მკურნალობის გარდა, რომელმაც უეჭველოდ უნდა შეუცვალოს ფსიქიკური პროცესები, რომლებიც განაპირობებენ მათ ძნელად გადასალახავ მოთხოვნილებებს, კვლავ განიცადო აზარტული თამაშისმიერი ნეტარება.

აზარტომანის ოჯახის წევრების პოზიცია უნდა იყოს კატეგორიული, არავითარი მატერიალური დახმარება არ არგებს მოთამაშეს, პირიქით მხოლოდ ავნებს, რადგან თუ თვითონ არ გაუმკლავდა დაავადებას დადებით ეფექტს ვერ მიიღებს.

აუცილებელია, რომ აზარტულმა მოთამაშემ თვითონ შეიგნოს, რომ იგი არის თავისებური ავადმყოფი, რომელიც თუ არ იმკურნალებს სათამაშო ფულის შეუძლებელი შოვნის გამო გადაიქცევა მათხოვრად. რაც შეეხება ოჯახის წევრებს, მათ შეუძლიათ გემბლერი უზრუნველყონ საკვებით და პირადი ჰიგიენისათვის საჭირო საგნებით. არავითარ შემთხვევაში ფულის მიცემით, გასაგები მიზეზის გათვალისწინებით.

მკურნალობის ეფექტურობა ბევრად არის დამოკიდებული მოთამაშის ოჯახზე. აქ საჭიროა შეიქმნას კომფორტული პირობები, რათა პიროვნებამ აზარტში არ ეძიოს კომფორტი.

ამ შემთხვევაში იგი არ გაიქცევა ვირტუალურ სამყაროში, რომელიც უზრუნველყოფს მისთვის კომფორტს.

მკურნალობა რაც უფრო ადრეულ სტადიაში დაიწყება, მით უფრო უკეთეს ეფექტს მივიღებთ.

ლუდომანიის მკურნალობა ითვალისწინებს, პირველ რიგში იმ მთავარი მიზეზების მოცილებას, რომლებმაც ხელი შეუწყვეს ან უშუალოდ გამოიწვიეს აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება.

16. აზარტომანიებისა და იმპულსური ქცევების მკურნალობის საკითხები

აზარტომანიისა და, საერთოდ, პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი, როგორც ქიმიური (ალკოჰოლური სასმელების, ნარკოტიკული, ტოქსიკოლოგიური და ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტების) და არაქიმიური (აზარტული თამაშების, კომპიუტერის, ინტერნეტის და ა.შ.) არარაციონალური გამოყენების შედეგად ჩამოყალიბებულ დაავადებების მკურნალობაში სადღეისოდ რეკომენდებულია ძირითადად ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდიკები, დაწყებული დიუბუას მიერ შემუშავებულ რაციონალური ფსიქოთერაპიიდან და ე.წ. კოგნიტიურ-ქცევით ფსიქოთერაპიამდე. რაც შეეხება თანამედროვე მედიკამენტურ მკურნალობას ფსიქოტროპული მედიკამენტებით ჯერჯერობით მათი ეფექტურობა ძირითადად ფსიქოთერაპიული მეთოდების მაპოტენცირებელი როლით განისაზღვრება.

სამკურნალოდ ყველა ლუდომანი პირველ ხანებში ექიმ ფსიქიატრს ან ნარკოლოგს არ მიმართავს. უკვე ჩამოყალიბებული აზარტომანიის და, რაც მთავარია, ფინანსური გაღატაკების შემდეგ აზარტომანი ხდება იძულებული თვითონ ან ოჯახის წევრების დაჟინებით მოთხოვნის გამო მიმარ-

თოს არა სპეციალისტებს, არამედ პარამედიცინის ნებისმიერ წარმომადგენლებს: ექსტრასენსებს, მლოცველებს, მკითხავებს ე.წ. „ჯადოსნურ მკურნალებს“, ექიმბაშებს და ა.შ. მათთან არსებითად უეფექტო შედეგებში დარწმუნებულნი მხოლოდ ამის შემდეგ მიმართავენ კომპეტენტურ ფსიქოლოგებს, ნარკოლოგებს ან ფსიქიატრებს, აზარტომანიული დაავადებულის ფსიქიკაზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედებისათვის იმედით, რომ პაციენტი საკუთარ ავადმყოფურ ლტოლვას აჯობებს და გადალახავს გაუკუღმართებულ სურვილებსა და ლტოლვებს. უმეტეს შემთხვევებში, ცხადია, ეს არ არის საკმარისი ფაქტობრივად განვითარებული აბსტინენციის მოსარჩენად.

სათამაშო აზარტი, როგორც წესი, ცვლის პიროვნების დამოკიდებულებას ადამიანთა ურთიერთობაში და სოციალურ კავშირებში, ამიტომ მათი მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ თვით პაციენტის სურვილის შემთხვევაში.

სრულიად არაეფექტურია აკრძალვები, შერცხვენა, რასაც ხშირად მიმართავენ ახლობლები და ოჯახის წევრები, პირიქით, მათ ამ დროს სჭირდებათ დახმარება და რჩევა, როგორმე დასძლიონ ცდუნება. მიზანშეწონილია მოთამაშესთან ყოველდღიური ურთიერთობა და ზრუნვა, თანაგრძნობა, გათვითცნობიერება, რომ თუ პაციენტი განაგრძობს აზარტულ თამაშებს მას და მის ოჯახს ემუქრება სრული გაღატაკება.

ამ დროს მკურნალობის რეაბილიტაციურ ეტაპზე ოჯახის წევრებისაგან სათანადო ზომების მიღება, თანაგრძნობა და მორალური მხარდაჭერა ხელს უწყობს თამაშების გაგრძელებისაგან თავშეკავებას.

მედიკოსები ხშირად უპირატესობას აზარტომანიის მკურნალობაში აძლევენ ე.წ. ჯგუფურ ფსიქოთერაპიას, როდესაც პაციენტები ეცნობიან უკვე აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვის გადალახვის მაგალითების დემონსტრირებას.

აზარტული თამაშების მკურნალობა სადღეისოდ არცერთ ქვეყანაში არ ფინანსდება სახელმწიფოს ბიუჯეტით, ისევე როგორც ბოლო ათწლეულში ქიმიური ნივთიერებე-

ბით (ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ტოქსიკური ან ზოგიერთ ფსიქოტროპული პრეპარატების არასამედიცინო დანიშნულებით გამოწვეულ პათოლოგიურ დამოკიდებულების მქონე) პაციენტების მკურნალობა. ამიტომ აზარტომანიის მკურნალობის ხარჯების დადგენა შეუძლებელია, იგი გამოითვლება ინდივიდუალურად.

საერთოდ, აზარტომანიის ნებისმიერი ფორმის მკურნალობა მოითხოვს ხანგრძლივ დროს და, სათანადოდ ძვირი ჯდება. თუ გემბლერი წლების განმავლობაში მიისწრაფის სათამაშო სიტუაციებში მონაწილეობის მისაღებად და ამისათვის შოულობს ფულს, თავის დაღწევა ამ მისწრაფებისაგან, ცხადია, მოითხოვს ადეკვატურ ძალისხმევას.

დღემდე მიმდინარეობს პოლემიკა თუ ფსიქოთერაპიის რომელი მეთოდი უფრო ეფექტურია ფსიქოანალიზური თუ ავერსიული.

ევროპელი და ამერიკელი მკვლევრების ერთი ნაწილი იუწყება, რომ ლუდომანიის (აზარტომანიის) მკურნალობაში მაღალი შედეგები მიიღება ფსიქოანალიზური ფსიქოთერაპიის გამოყენებით და გაცილებით ნაკლები ეფექტია მოსალოდნელი ქცევითი ფსიქოთერაპიული მეთოდით (Попов Ю.В. и Виг Б.Д.-1992) სხვა წყაროებში უკეთესი თერაპიული და რეაბილიტაციური ღონისძიებები უზრუნველყოფენ სასურველ თერაპიულ ეფექტს თუ ლუდომანებს ჩავრთავთ ე.წ. „ანონიმური მოთამაშეების კავშირში“, რომელიც წარმოადგენს ანონიმური ლოთების ტიპის საზოგადოებრივ ორგანიზაციას, ამ ტიპის ორგანიზაციის წარმომადგენლების მონაცემებით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოჯანმრთელება მიიღეს სრულიად იმედგაცრუებული აზარტული მოთამაშეების 70-80%-ში. ამ მეთოდებით მიღებული რემისია მაინც საჭიროებდა მოთამაშეების პერმანენტულ კავშირს ამ საზოგადოებასთან. პრაქტიკულად აზარტომანი მთელი ცხოვრების მანძილზე მხოლოდ ამ პირობით შეინარჩუნებს რემისიას.

სპეციალისტების უმრავლესობა, რომლებიც მუშაობენ ნებისმიერი აზარტული თამაშების მიმართ პათოლოგიური

დამოკიდებულების მქონე პაციენტებთან უპირატესობას აძლევენ კოგნიტიურ-ბოჰევიორულ ფსიქოთერაპიას.

სანკტ-პეტერბურგის ვ.მ. ბეხტერევის სახელობის ფსიქონევროლოგიური ინსტიტუტის თანამშრომლები ვ.ვ. ზაიცევის ხელმძღვანელობით გვაწვდიან ნებისმიერი სახეობის აზარტომანიით შეპყრობილი პაციენტების მკურნალობის მეთოდიკას, რომელიც წარმოდგენილია რამდენიმე ეტაპად:

I ეტაპზე – დაისმება აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური მიდრეკილების დიაგნოზი, ამ ეტაპზევე უნდა დაზუსტდეს აზარტომანიასთან კომორბიდულობა (განსაკუთრებით ალკოჰოლიზმთან და ნარკომანიასთან). განისაზღვრება აზარტულ თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების სტადია, გამოირკვევა პაციენტის პიროვნული თავისებურების მახასიათებლები და სათამაშო ციკლის ფენომენოლოგიური თავისებურებები.

II ფსიქოსაგანმანათლებო ეტაპი – ამ ეტაპის მიზანია პაციენტის დარწმუნება, რომ სრულიად შესაძლებელია მან დაიბრუნოს აზარტული თამაშებისადმი პრემორბიდული ინდიფერენტული დამოკიდებულება. პაციენტმა საჭიროა გააცნობიეროს, რომ მისთვის შეუძლებელია „ითამაშოს ისე, როგორც სხვებმა“ და რომ ასეთი შეხედულება იქნება საკუთარი თავის მოტყუება, რომ ასეთი გაგებისათვის ფუნდამენტალურია პაციენტის აღიარება, რომ მას ჩვეულებრივ მოთამაშეებისაგან განასხვავებს აზარტული თამაშებისადმი ძლიერი მიდრეკილება, რაც წარმოადგენს დაავადებას და არამარტო „უმართებულო ჩვევას“ ,რომელიც შესაძლებელია შეიცვალოს სხვა რომელიმე ნაკლებად მაენე ჩვევით. ამასთან დაკავშირებით ერთადერთი გამოსავალია პაციენტისათვის მიიღოს გადაწყვეტილება, რომ მთლიანად და საბოლოოდ უარყოს ყოველგვარ აზარტულ თამაშებში მონაწილეობა.

ინდივიდუალურ ფსიქოსაგანმანათლებელი მეცადინეობის დროს პაციენტი იღებს ინფორმაციას ამ დაავადების შესახებ, მისი მანიფესტირების მიზეზების, დამახასიათებელი ნიშნების,

მისი განვითარების ცალკეული სტადიების და ციკლების შესახებ. მკურნალობის მეთოდების, სიტუაციების შესახებ, რომლებიც ახდენენ ავადმყოფური ლტოლვის პროვოცირებას, მდგომარეობის გაუარესებას და ა. შ.

ფსიქოთერაპიული საუბრები მიზნად ისახავენ ამოცანას, რომ პაციენტმა კარგად წარმოიდგინოს თავისი ცხოვრების მომავალი „რომელშიც არასოდეს არ იქნება აზარტული თამაშები". საჭიროა, პაციენტმა მოახდინოს კონცენტრირება, რათა შეიგრძნოს შინაგანი წინააღმდეგობა ამ წარმოდგენისადმი.

ექიმი მსგავსი წარმოდგენის პროვოცირებისათვის გამოიყენებს როგორც პირდაპირ, ისე ირიბ სუგესტიურ ტექნიკას, რათა პაციენტმა გააცნობიეროს დილემა — ითამაშოს საკუთარი თავის სოციალურ დაცემამდე თუ საერთოდ არ ითამაშოს. ფსიქოთერაპიული ვარჯიშები მიმართულია იქითკენ, რომ პაციენტმა წარმოიდგინოს თავისი მომავალი ცხოვრება „რომელშიაც არასდროს არ იქნება აზარტული თამაში". ამასთან ერთად ეცადოს მოახდინოს კონცენტრაცია შინაგანი წინააღმდეგობის სახით. საჭიროა აგრეთვე პაციენტის მომზადება იმის გასაცნობიერებლად, რომ მისგან თამაშების გაგრძელებაზე უარი გამოიწვევს ემოციურ დაძაბულობას, რომლის გადატანა მას მოუწევს.

III აზარტული თამაშის იმპულსის კონტროლირების ეტაპი — ამ ეტაპზე პაციენტს უნდა გავაგებინოთ, რომ თუ მოუხდა სათამაშო ჩავარდნა, იგი ერთი მხრივ ვერ შეძლებს გააკონტროლოს თავისი ქცევები და მეორე მხრივ სათამაშო ჩავარდნის მომენტიდან არ ექნება გაცნობიერებული აქვს თუ არა თამაშის გაგრძელების სურვილი, იმის მიუხედავად, რომ იგი იმყოფება „წინასათამაშო ციებ-ცხელების" მდგომარეობაში და არ ძალუძს გააკონტროლოს, როგორც შინაგანი ისე გარეგანი ვითარება, რომელიც წინ უსწრებს სათამაშო ჩავარდნებს. ამ გზით პაციენტმა უნდა ისწავლოს და გააცნობიეროს საკუთარი კომპულსური ქცევის შემდეგი კომპონენტები:

1. მუდმივი სურვილი ითამაშოს;
2. სათამაშო იმპულსის ზემოქმედებით გარეგანი სიტუაციის მკვეთრი გაძლიერება და
3. სათამაშო ქცევის კოგნიტური თანამიმდევრობა.

ამ ეტაპზე სათამაშო ქცევაზე კონტროლი ხორციელდება გაცნობიერებული უარის ხარჯზე. პაციენტის გადაწყვეტილება არ ითამაშოს სათამაშო ციკლის ფაზაში და განერიდოს ამ გადაწყვეტილების გამოძევნებით ცნობიერებიდან თამაშის სურვილი. ამას პაციენტი მიაღწევს პირველ რიგში სწავლებით, გამოიმუშაოს სათანადო ჩვევები თამაშის დაწყების მომენტში და მეორეს მხრივ თამაშთან დაკავშირებულ ირრაციონალურ კოგნიტიური სქემების შეცვლით.

ფსიქოთერაპიის ეფექტურობა და პაციენტის კომფორტული მდგომარეობა ხშირად ერთმანეთს არ მისდევენ, რადგან აზარტულ თამაშებში მონაწილეობაზე სრულ უარს, როგორც წესი, თან სდევს უსიამოვნო ემოციური განცდები იმედგაცრუება, აპათია და სიცარიელის განცდა, დაკავშირებული მატებად, ეგზისტენციალურ ვაკუუმთან. მსგავს იმედგაცრუებას თან მოყვება ემოციური დაძაბულება, რასაც შეუძლია ქვეცნობიერად დაადატუროს თამაშის გაგრძელების სურვილი, ეს რომ არ მოხდეს, ფსიქოთერაპევტმა უნდა მოახერხოს პაციენტის პიროვნების კონსტრუქციული მოტივების სტიმულირება, რომ ააცილოს იგი რეციდივის განვითარებას.

IV პაციენტისათვის რემისიის განმამტკიცებელი ოჯახური გარემოს შექმნის ეტაპი — ამ ეტაპზე დიდი მნიშვნელობას იძენს ფსიქოსაგანმანათლებლო და ხელისშემწყობი მუშაობა ავადმყოფის ოჯახის წევრებთან. ფსიქოთერაპევტის მხრივ აუცილებელია, რომ მან პაციენტის ოჯახის წევრებს აუხსნას ამ დაავადების შესახებ არსებული ცნობები, გაუწიოს დახმარება ოჯახის წევრებს როგორმე გადაწყვიტონ ხანგრძლივად არსებული ოჯახური კონფლიქტები და გამოიმუშაონ ადეკვატური სტრატეგია, რათა მოხდეს შექმნილი სიტუაციის ნიველირება, რომელიც ხელს უწყობს პაციენტს სათამაშო ქცევების პროვოცირებას. არაფრის მომცემია ამ

დროს პაციენტის მიმართ საყვედური ფულის წაგების გამო, მსგავსი დამოკიდებულება პირიქით უფრო აუარესებს მდგომარეობას, რადგან აქვეითებს მოთამაშის თვითშეფასების და ემოციებზე კონტროლის უნარს, რაც თავისრიგად ხელს შეუწყობს კვლავ მიმართოს აზარტულ თამაშს.

V თამაშისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მიერ შექმნილი პრობლემის გადაწყვეტის ეტაპი – ამ ეტაპზე ფსიქოთერაპევტმა პაციენტთან ერთად უნდა გამოიმუშაოს სარეაბილიტაციო გეგმა, სადაც განისაზღვრება პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის წევრებთან, სამსახურში, ნათესავებთან, ამხანაგებთან. გამოავლინოს შესაძლებელი საცხოვრებო დაბრკოლებები და მათი გადაწყვეტის საშუალებები, რისთვისაც საჭიროა პრობლემის გადამწყვეტი ტრენინგების გამოყენება.

ფსიქოსაგანმანათლებლო და კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის ეტაპური მიდგომის მეთოდის შედეგების კატამნეზურმა გამოკვლევებმა უჩვენა, რომ იგი წარმოადგენს საკმაოდ ეფექტურ მეთოდს არაბარტო აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების, არამედ აგრეთვე კომპულსური ბუინგის, ფულის ხარჯვის აკვიატებული მიდრეკილების, სმაჭამის და ქეიფებში დროსტარების, აკვიატებული ჩვევების სამკურნალოდ.

ამერიკელმა ფსიქიატრებმა ყურადღება გაამახვილეს ფიზიკური ვარჯიშებისადმი კომპულსური დამოკიდებულების ფენომენზე და მივიდენ დასკვნამდე, რომ ზოგიერთი ახალგაზრდა ან მითუმეტეს ზრდასრული პიროვნება ზედმე ტად არის გატაცებული ფიზიკური ვარჯიშებჯსადმი იმდენად, რომ იგი ბევრად სცილდება პიროვნების სურვილს, გამუდმებული და თავაწყვეტილი ვარჯიშებით მიაღწიოს სპორტულ წარმატებას. არსებითად მსგავსმა აკვიატებულმა ფიზიკურმა ვარჯიშებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულება, რომელიც თავისი შედეგებით არ განსხვავდება ჰეროინული ნარკომანიისაგან.

შემოქმედებით ინტერესს იწვევს აზარტომანიის მკურნალობის ე.წ. კანადური (კვებეკის) მეთოდი შემუშავებული

კანადის ხელისუფლების მიერ გამოყოფილი 1 მილიონი დოლარის ხარჯზე. აღიარებულია, რომ ეს მეთოდი საკმაოდ ეფექტურია და რეკომენდებულია მრავალ ქვეყანაში აზარტომანიის სამკურნალოდ. მიუთითებენ, რომ ამ მეთოდის გამოყენებით შესაძლებელი ხდება მიღებული იქნას აზარტომანიის „განკურნება“ შემთხვევების 70-80%-ში. ამ მეთოდის ავტორად აღიარებულია დოქტორი Robert Ladoueurur-ი, რომელიც გამოიყენება აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური მიჩვევის, როგორც პროფილაქტიკის, ისე მკურნალობისათვის. ავტორის მტკიცებით ეს მეთოდი არის ერთი იმ მკურნალობის მეთოდებიდან, რომლის ეფექტურობა იქნა დადასტურებული რამდენიმე ათეულ კონტროლირებულ გამოკვლევებში. ამ მეთოდის გამოყენებით აზარტული თამაშებისადმი ლტოლვისაგან თავისუფლდება პაციენტების 70-80%, მისი მოქმედება გრძელდება დაახლოებით 6 თვის მანძილზე, მკვეთრად მცირდება 1 წლის განმავლობაში და 2 წლის შემდეგ საჭიროა განმეორებითი მკურნალობა.

კვებეკის მეთოდი ითვალისწინებს პაციენტის ახსნა-განმარტებით დაჯერებას, რომ მისი ქცევა ირაციონალურია და რომ სერიოზული გამოთვლა და მოგება აზარტული თამაშებით შეუძლებელია.

ინდივიდუალურ ფსიქოთერაპიას რაც შეეხება, როგორც მიუთითებენ, ნაკლებად ეფექტურია აზარტული თამაშების მკურნალობაში.

კანადურ მეთოდს იყენებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ავსტრალიაში, შვეიცარიაში, ნორვეგიაში, ესპანეთში და ა.შ.

ფსიქოთერაპიული ვარჯიშები გამოიხატება პაციენტზე ზემოქმედებაში, როდესაც მათ ეძლევათ ამოცანა წარმოიდგინონ საკუთარი ცხოვრების მომავალი „რომელშიაც არასოდეს არ იქნება აზარტული თამაშები“. პაციენტი ეცდება, მოახდინოს საკუთარი შესაძლებლობის კონცენტრირება, რათა შეიგრძნოს შინაგანი წინააღმდეგობა ამ წარმოდგენის პროვოცირებისათვის გამოიყენოს, ისევე პირდაპირი და ირიბი სუგესტიკური ტექნიკა. თუ პაციენტი გააცნობიერებს დილემას

ითამაშოს მთლიანად სოციალურ დაცემამდე ან არ ითამაშოს საერთოდ და, მაშასადამე, შეუძლებელია კომპრომისული გადაწყვეტილება „ითამაშოს როგორც სხვებმა“, თამაშის სურვილი მკვეთრად გაიზრდება და, შესაბამისად, იზრდება ამ პრობლემის სირთულისადმი კრიტიკული დამოკიდებულება. ამის გარდა, პაციენტს ამზადებენ, რათა დაიჯეროს, რომ უარის თქმა თამაშზე იწვევს ემოციურ დაძაბულებას, რასაც საჭიროა გაუძლოს.

ოფიციალური დიაგნოზი „კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება“ ფსიქიკური დაავადებებისა და ქცევითი აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის არც ერთ გადასინჯვაში ჯერჯერობით არ არის გათვალისწინებული, მაგრამ კლინიკურ პრაქტიკაში ასეთი დაავადება არის რეალობა. იგი მრავალმხრივ გავს ნარკოტიული ნივთიერებებით გამოწვეულ პათოლოგიურ დამოკიდებულებას და მასთან ბრძოლა ისეთივე ძნელია, როგორც ქიმიური ნივთიერებებით გამოწვეულ ნარკომანიასთან და ტოქსიკომანიასთან. ამერიკის ფსიქიატრიის ასოციაციის DSM-IV-TR[T] გადასინჯვის თანახმად პათოლოგიური დამოკიდებულება შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ქიმიური ნივთიერებების მიმართ – ნარკოტიკულ, ალკოჰოლურ, ნიკოტინის და ა.შ. მიმართ კატეგორიულად ამტკიცებს ქ. როტერდამის უნივერსიტეტის კლინიკური ფსიქოლოგიის პროფესორი Ingmar Frankel, რომელიც სწავლობდა ქიმიური ნივთიერებებისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პირების თავის ტვინის მუშაობას. ყოველ შემთხვევაში პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნებისათვის არსებობს მნიშვნელოვანი საშიშროება, რომ კომპიუტერისა და ინტერნეტისმიერი გადაულახავი ლტოლვა ქმნის მოსალოდნელს, რომ განვითარდეს როგორც ფსიქოლოგიური, ისე ფიზიკური უკეთურობა. ფსიქოლოგ I.Frenkel -ის შეხედულებით, ის, ვინც დაავადებულია აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულებით, მუდმივად ეძიებს სტიმულს, რაც მის თავის ტვინში იწვევს ნეიროტრანსმიტერ დოფამინის დონის აწევას.

დოფამინი არის ნეიროტრანსმიტერი, რომელიც გამოთავისუფლდება თავის ტვინის შესაბამის სტრუქტურებში, როდესაც სუბიექტი მხიარულობს და კარგ ხასიათზეა. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად დოფამინის დონე თავის ტვინის შესაბამის სტრუქტურებში ძლიერ სწრაფად იზრდება დაახლოებით 10-15-ჯერ. სწორედ ამიტომ ნარკომანს სურს კვლავ და კვლავ განიცადონ მისთვის სასიამოვნო წუთები, მაგრამ რეცეპტორები, რომლებზეც ახდენს ზემოქმედებას დოფამინი, გარკვეული დროის შემდეგ თანდათან კარგავენ უნარს გაუმკლავდნენ დოფამინის ზედოზირებას. ისინი გადაიტვირთებიან და ფუნქციონირებენ სულ უფრო ნაკლებად და ნაკლებად, ამიტომ იმისათვის, რომ აიძულონ იმუშაონ ძველებურად, საჭირო ხდება პათოლოგიური დამოკიდებულების გამომწვევი ფაქტორის დოზების მატება. თუ საჭირო ფაქტორის დოზას არ მოუმატებენ თავს იგრძნობენ ცუდად. რაც შეეხება კომპიუტერული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულებას მისი ჩამოყალიბების მექანიზმი ჯერჯერობით ნაკლებად არის შესწავლილი. ამასთან ერთად უკვე ჩატარებული კვლევები მიუთითებენ, რომ ამგვარი დამოკიდებულების მქონე ახარტომანებს აღმოუჩნდებათ მიზიდულობის მაგვარი ნიშნები, როგორც ირკვევა კომპიუტერული თამაშებისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბების დროს უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს თავის ტვინში არსებული დაჯილდოვების ზონა, რომლის როლი წარმოადგენს გასაღებს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების აღძვრაში. ახარტომანია ანუ ლუდომანია წარმოადგენს პიროვნების პათოლოგიური ვნების, წადილის, გამოვლინებას. რომელიც ცხადია არის ფსიქიკური დაავადების გამოვლინება, იმის მიუხედავად, რომ ჯანმრთელი ადამიანიც მუდმივად ესწრაფის შეიგრძნოს ახარტის განცდა ზ. ფროიდის ფსიქოანალიზური შეხედულებით ახარტულობა უკავშირდება ადამიანის ე.წ. თვითდარღვევის ინსტინქტს. ქვეცნობიერ სიკვდილისადმი მისწრაფებას. ფსიქოანალიზური ფსიქოლოგიის ფუძემდებლები მიიჩნევდნენ, რომ ალპინისტს

იპყრობს არა მაღალი და მიუვალი მთები, არამედ საკუთარი სიკვდილის შესაძლებლობა და მასზე გამარჯვება ეს განცდა გარკვეულად მსგავსია, როდესაც აზარტული მოთამაშე იღებს განუსაზღვრელ სიამოვნებას საშიშროებით, ამ შემთხვევაში თამაშებში წაგების შესაძლებლობით, განსაკუთრებით თუ ფსონი მაღალია.

დასავლეთ ევროპის და ჩრდილოეთ ამერიკის ფსიქიატრები აღიარებენ, რომ აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება არის დაავადება, რომელიც საჭიროებს მკურნალობას. შვეიცარიაში ფუნქციონირებს სპეციალური „აზარტის კლინიკა", სადაც მკურნალობენ აზარტულ მოთამაშეებს. ამ კლინიკის პაციენტები მთლიანად არიან იზოლირებულები საზოგადოებისაგან. კლინიკაში მოთავსების პირველ დღეებში მათ ემართებათ ნარკომანიული აბსტინენციისმაგვარი შეგრძნებები, რომლებიც საჭიროებენ კვალიფიცირებულ ნარკოლოგიურ მკურნალობას.

უკრაინაში ზაპოროჟიეს ნაციონალური უნივერსიტეტის თანამშრომლების მიერ დამუშავდა ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების სამკურნალო ფსიქოთერაპიული მეთოდიკა. იგი გამოიხატება კომპიუტერის გამოყენებით გამოწვეულ დაღლილობის დონის ავტომატური კონტროლის განხორციელებაში. ამისათვის ავტორებმა გაითვალისწინეს მთქნარების რეფლექტორული აქტის, როგორც სუნთქვის გაკონტროლებაში და მთქნარების, როგორც დაღლილობის რეფლექტორული აქტის გამოყენებაში. არსებითად ზაპოროჟიელი სპეციალისტების მიერ დამუშავებული შეიარაღებული ფსიქოთერაპიული მეთოდი როგორც ვარაუდობენ აფართოებს შესაძლებლობას ფსიქოთერაპიული ხერხების, როგორც ინტერნეტდამოკიდებულების მოსაცილებლად, ისე კომპიუტერული სისტემის ნეგატიური ზემოქმედების მინიმიზებას პათოლოგიურ გამომყენებლის როგორც ფსიქიკურ, ისე ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე.

17. აზარტომანიების ფსიქოფარმაკოთერაპია

გასული XX-ე საუკუნის ბოლოს კომპიუტერული ტექნიკისა და ინტერნეტის სარგებლობის სწრაფი და საყოველთაო გამოყენებამ გამოიწვია მათდამი პათოლოგიური დამოკიდებულების გაჩენა ისეთი მასშტაბებით, რომ გადაიქცა სოციალურ პრობლემად, კომპიუტერომანიისა და ინტერნეტომანიის, როგორც დაავადებების თუ პათოლოგიური ჩვევების სამკურნალოდ კაუზალური მეთოდები არ გაგვაჩნია, მაგრამ ამ ურთულესი მდგომარეობის მკურნალობაში ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდებთან ერთად იყენებენ მთელ რიგ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს, რომელთა ეფექტურობა დადასტურებულია მრავალრიცხოვანი მეცნიერული გამოკვლევებით. მათში უპირატესობას ანიჭებენ თავის ტვინის ნეირონების სინაფსურ ნაპრალებში სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიურ ინჰიბიტორებს (ანტიდეპრესანტებს), ნორმოთიმიულ აქტივობის მქონე მედიკამენტებს (კარბამაზეპინი, ლითიუმის მარილები) ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტებს (ნალტრექსონი და ა.შ.) და ა.შ.

სეროტონინული ანტიდეპრესანტების და ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტების ეფექტურობის წინაპირობას წარმოადგენს ის უტყუარი ფაქტი, რომ ამგვარი აშლილობის კლინიკურ სურათში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს, როგორც ობსესურ-კომპულსურ აშლილობის ისე ალკოჰოლურ და ნარკოლოგიური ნივთიერებებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მსგავსებას.

კვლევები, რომლებიც ჩატარდა ქ. თელ ავივის (ისრაელი) უნივერსიტეტთან არსებულ The Rehovot community Mental Healt and Rehabilitation Centter-ის თანამშრომლების (Danon, O.N., Levengrus R., Musin, E. Gonopolski Y., Kotler M.) მიერ და გამოაქვეყნეს J.of Clinical psychopharmacology-ის 2009 წლის დეკემბრის ნომერში ეხებოდა აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიურ დამოკიდებულების მკურნალობაში პრეპარატების ბუპროპიონისა და ნალტრექსონის შედარებით ეფექტურობას.

ასეთი კვლევები ჩაუტარდა 36 პაციენტ მამაკაცს. ყველა იყო გამოკვლეული კლინიკოფსიქოპათოლოგიური მეთოდებით, რათა გამოერკვიათ მათი მიდრეკილება აზარტომანიის განვითარებისადმი, მასთან ერთად დეპრესიის და შფოთვის სინდრომის მონაწილეობაზე, გამოკვლევები ჩატარდა სხვადასხვა ტესტებით (Soath O aks Gambling) ჰამილტონის დეპრესიის და შფოთვის კვლევის სკალები და ზოგადი კლინიკური შთაბეჭდილების სკალით. მიღებული მონაცემები დაიყო ორ ნაწილად, 17 და 19 პაციენტის შემადგენლობით.

პირველი ჯგუფი – 12 კვირის განმავლობაში გამოსაკვლევი პირები იღებდნენ ნალტრექსონს, ხოლო მეორე ბუპროპიონს იგივე ვადით. კვლევის მონაცემების შეფასება ხდებოდა მკურნალობის დაწყებიდან მე-2, მე-4, მე-6, მე-8, მე-10 და მე-12 კვირების თავზე, საერთო შთაბეჭდილების სკალის დახმარებით, იმავე ვადებში ტარდებოდა არასტრუქტურირებული ინტერვიუ, იმ მიზნით, რომ გაერკვიათ „აზარტული“ ქცევის თავისებურება. მკვლევარებმა, რომლებიც აფასებდნენ მკურნალობის შედეგებს, არ იცოდნენ, თუ რომელ მედიკამენტს იღებდნენ პაციენტები. გამოკვლეული პაციენტების უმრავლესობაში თერაპიული ეფექტი იყო დადებითი. პირველი ჯგუფის 17 პაციენტიდან 12-ში ბუპროპიენის ჯგუფში და 19 პაციენტიდან 13-მა ნალტრექსონით მკურნალობისას მოახდინა დადებითი რეაგირება, რაც შეადგენს 75%-ს. კვლევებში მონაწილე ავტორების შეხედულებით მკურნალობის შედეგები მიუთითებენ, რომ აზარტომანიის მკურნალობა პერსპექტიულია, შეპირისპირებადია და იგი უნდა გადაისინჯოს უფრო მეტ მასალაზე.

ქ. მინესოტის უნივერსიტეტის პროფესორმა Kim C.B. (2001) გამოაქვეყნა ჩატარებული კვლევის შედეგები. აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების რისკის მქონე პაციენტების ნალტრექსონით მკურნალობა ითვალისწინებს ამ მედიკამენტის უნარს გაანეიტრალოს ოპიატების მოქმედება (თავის ტვინის სპეციფიკურ რეცეპტორებზე, რომლებიც უკავშირდებიან სიამოვნების

განცდებს). აღმოჩნდა, რომ ნალტრექსონი მნიშვნელოვნად სჭარბობდა პლაცებო ეფექტის მიერ გამოწვეულ შედეგებს. იმ სიმპტომების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც გვაუწყებენ აზარტომანიის მოსალოდნელ ჩამოყალიბებაზე. C.B. Kim-ს გამოკვლევები გააფართოვეს იმავე მინესოტის უნივერსიტეტის თანამშრომლებმა Jon Grant-მა და მისმა თანაავტორებმა 2005 წელს აზარტომანიის სამკურნალოდ გამოსცადეს ახალი მედიკამენტი ნალმეფენი და მიუთითებენ, რომ პრეპარატ ნალმეფენს შესწევს უნარი მნიშვნელოვნად შეამციროს აზარტული თამაშებისადმი გადაულახავი ლტოლვის ნიშნები, ნალმეფენის სადღეღამისო ოპტიმალური დოზა არის 17 მგრ, რომელიც უზრუნველყოფს საკმაოდ დადებით ეფექტს, მაშინ, როდესაც იწვევს მხოლოდ უმნიშვნელო გვერდით მოვლენებს.

აზარტომანიის ერთ-ერთ ნაირსახეობას წარმოადგენს კომპულსური ბუინგი (შოპოგოლია) ანუ კომპულსური ხეტიალი სავაჭრო ობიექტებში და ფულის ხარჯვა. მისი მკურნალობა პრინციპულად არ განსხვავდება ზოგადად აზარტომანიის მკურნალობისაგან. ექიმ კლინიცისტმა უნდა განსაზღვროს კომპულსური შოპოგოლიის (ანუ ბუინგის) მკურნალობის ჩატარება უმჯობესია ამბულატორულ თუ სტაციონარულ პირობებში ფსიქოთერაპიული თუ ფარმაკოთერაპიული მეთოდების გამოყენებით. ფსიქოთერაპიული მეთოდებიდან უპირატესობას აძლევენ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მეთოდს და ე.წ. ჯგუფურ ფსიქოთერაპიას, ხოლო ფარმაკოთერაპიაში ძირითადად რეკომენდებულია თავის ტვინის სინაფსურ ნაპრალებში ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები.

მკურნალობის დაწყებამდე კლინიცისტ ფსიქიატრმა უნდა დააზუსტოს თუ რამ განაპირობა პიროვნების მიერ უსაზღვრო და ხშირად მოუფიქრებელი ფულის ხარჯვის ფაქტი მისთვის და მისი ოჯახისათვის არასაჭირო საყიდლების შესაძენად, პაციენტს ამ დროს ხომ არ ჰქონდა გუნებგანწყობის ეიფორული ან მანიაკალური ეპიზოდი, გრანდიოზული და არარეალური გეგმები, თავქარიანობა თუ ავადმყოფური ხელგაშლილობის ნიშნები.

კომპულსური ბუინგის მდგომარეობაში მყოფი პირების ლტოლვა არასაჭირო საგნების საყიდლად ფულის ხარჯვის მოდელი არ ხდება პერიოდულად, რაც დამახასიათებელია კლასიკური ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონე პირებისათვის.

გასათვალისწინებელია და უნდა გამოირიცხოს ნორმალური და კანონზომიერი სიარული სავაჭრო დაწესებულებებში და სხვადასხვა საგნების შესაძენად სოლიდური რაოდენობით ფულის ხარჯვის ფაქტები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში და სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში, სავაჭრო დაწესებულებებში სიარული და შესყიდვა წარმოადგენს მნიშვნელოვან გართობას განსაკუთრებით ქალებისათვის და არ იქნებოდა მართებული ქალების მიერ მაღაზიებში ხშირად სიარული ყოველთვის მიგვეჩნია კომპულსური ბუინგის გამოვლინებად, მით უმეტეს საზეიმო თარიღებისა და ახლობლების დაბადების დღეებში. პიროვნებას, რომელმაც მიიღო მემკვიდრეობა ან მოულოდნელად მოიგო ლატარიაში დიდი თანხა შესაძლებელია გაუჩნდეს დიდი სურვილი უფრო ხშირად იაროს მაღაზიებში და იყიდოს ჩვეულებრივზე უფრო მეტი ნივთები, და არ გვქონდა საფუძველი მისთვის დაგვესვა კომპულსური ბუინგის დიაგნოზი. აგრეთვე საჭიროა ყოველი შემთხვევისათვის ვეცადოთ, რომ არ გამოგვეპაროს სომატიური დაავადება ან პროგრესიული დამბლა, სხვადასხვა ნევროლოგიური დაავადებები, თავის ტვინის სიმსივნე და რაც მთავარია, ბიპოლარული აფექტური ფსიქოზი, რომელთა დროსაც შესაძლებელია თავაწყვეტილი ფულის ფლანგვა,

მკურნალობის კაუზალური მეთოდები, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არ არსებობენ, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ კომპულსური ბუინგის სიახლოვეს ობსესურ-კომპულსურ სპექტრში შემავალ სხვა დანარჩენ ფორმებთან და, პირველ რიგში, აზარტომანიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია სეროტონინული ანტიდეპრესანტები შემეცნებით-ქცევით ფსიქოთერაპიასთან კომბინაციაში. თუმცა მთელი რიგი მკვლევრები (Damon J.E.-1988; Burgar D.M., Motchel J.E.-2000; Vilarino R.,

Otero-Lopec J.L., Casto R.-2001; Benson A., Gendler M.-2004) ყველაზე უკეთეს თერაპიულ ეფექტს აღწევდენ ჯგუფური ფსიქოთერაპიისაგან. Mitchel J.E., Burgard M., Faber R. et al 2006) იკვლევდნენ ჯგუფური ფსიქოთერაპიის ეფექტურობას შოპოგოლიის (კომპულსური ბუინგის) დროს 12 კვირიანი ექსპერიმენტული მკურნალობის შედეგად მიღებული რემისია გაგრძელდა 3 თვიანი მომდევნო პერიოდის განმავლობაში. A. Ben son-მა (2004,2006) გამოიმუშავა მრავალმხრივი თვითდახმარების პროგრამა, რომელშიაც მოცემულია, შემეცნებით-ქცევითი სტრატეგიის და თვითმართვის, მეთოდების კომბინირება და სადაც ჩართულია მაღაზიებში საყიდლებზე სიარულის და განსაზღვრული საქმიანობის სარეკომენდაციო სახელმძღვანელო წიგნი.

ამერიკაში გამოცემულია რამდენიმე თვითდახმარების წიგნი (ბიბლიოთერაპია), რომლებიც შესაძლებელია გამოიყენონ კომპულსური შოპოგოლიით შეპყრობილებმა (Wesson C.C. 1991, Catalano E.M.; Sonenberg N. 1993; Arenson G. 2000); როგორც ჩანს ეს წიგნები უზრუნველყოფენ ურთიერთდახმარებას და გამხნევებას იმათ შორის, ვისაც აქვს დიდი ვალები, ცხადია დაცული იქნება მოვალეების ანონიმურობა ისევე, როგორც ხდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ანონიმური მკურნალობის შემთხვევებში. ამერიკის შეერთებულ შტატების ზოგიერთ ქალაქებში ფუნქციონირებენ სპეციალური წრეები ჩამოყალიბებული მოხალისეებისაგან, რომლებიც მოწოდებული არიან გაამხნეონ ადამიანები და დაეხმარონ მათ, როგორმე ეცადონ რომ მოახდინონ ადაპტაცია ცხოვრების ნორმალური სტილისადმი და დაივიწყონ თავიანთი მიზიდულობა კომპულსური შოპოგოლიის მიმართ (Andrevs B., 2000). ამ კატეგორიის პაციენტებს ხშირად აქვთ ფინანსური პრობლემები და ხსენებული წრეები მოწოდებული არიან მათ გაუწიონ ფინანსური შემწეობა Mc Call K. (2000) მიერ დაფიქსირებულია შემთხვევები, როდესაც კომპულსური ბუინგით შეპყრობილს დაენიშნა სპეციალური ფინანსური მრჩეველი, რომელსაც ევალებოდა გაეკონტროლებინა პაციენტის ფინანსები და გაეწია

მისთვის დახმარება ფინანსური სიძნელეების გამოსწორებაში. მაგრამ ხშირად ამ მრჩეველის დახმარება არ ხსნის პაციენტის აკვიატებულ ყიდვების და ფულის ხარჯვის პრობლემას, პაციენტი კი საჭიროებს სპეციალურ მკურნალობას. ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობამ გამოავლინა ამ კატეგორიის პაციენტებში მეტად გამამხნევებელი ეფექტურობა. Mc Erlou S., Sathn A., Pope H.G. et al (1991); Black D.W., Monahan P., Gabel J.U.-(1997) და მრავალმა სხვა ავტორმა, რომლებიც მსგავსი შემთხვევების სამკურნალოდ იყენებდნენ ანტიდეპრესანტ ფლუოქსამინს აღფრთოვანებულებმა თერაპიული ეფექტით გამოთქვეს ვარაუდი, რომ ანტიდეპრესანტ ფლუოქსამინს შესწევს უნარი განკურნოს კომპულსური შოპოგოლიით შეპყრობილი პაციენტები. მაგრამ შემდეგ წლებში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა იმავე BleckD.W., Gabel J., Hanson J. et al (2000); Ninan P.T., McErlou S.L. et al-(2000), როდესაც კვლევები ჩაატარდა კონტროლირებადი მეთოდით აღმოჩნდა, რომ ანტიდეპრესანტი ფლუოქსამინის ეფექტი ბევრად არ სჯობდა პლაცებოს ეფექტს. ეს ფაქტი დაადასტურეს სხვა ღია წესით ჩატარებულმა გამოკვლევებმა (Aboujaoude E., Gamel N., Koran L.M.-(2003), Coran L.M., Chuong H.W., Bullock K.D. et al (2003) და სხვები.

Kim S.W., Grant J.E., Adson D.E. et al-(2002) პათოლოგიური გემბლინგის სხვადასხვა ნაირსახეობების მკურნალობაში გვირჩევენ პაროქსეტინით მკურნალობას. როგორც ირკვევა სრულიად გამართლებულია E. Hollander-ის რეკომენდაცია (1998) აზარტომანიების ნებისმიერი ფორმის მკურნალობაში სეროტონინული ანტიდეპრესანტების ეფექტურობის შესახებ.

ანტიდეპრესანტმა ციტალოპრამმა უზრუნველყო კომპულსური შოპინგით შეპყრობილი პაციენტების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. კერძოდ, ის პაციენტები, რომლებიც ღია წესით მკურნალობდნენ ესციტალოპრამით შემდეგ იქნენ ჩაბმულნი ცხრა კვირიანი ზოგადი პლაცებო კონტროლით მკურნალობაში (Coran L.M.-2005). ამ წესით მკურნალობის შედეგად კომპულსური ბუინგით შეპყრობილი 8 პაციენტიდან

5 სრულიად გამოსწორდა, ხოლო პლაცებო მკურნალობის 7 შემთხვევებში კი დადებითი ეფექტი არ იქნა მიღებული იმის მიუხედავად, რომ ყველა მათგანი აგრძელებდა მკურნალობას.

ესციტალოპრამით მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა, როგორც კომპულსური ბუინგის (Coran L.M-2005; Dell-Osso B., Hadley S., Allon A. et al. 2007) ისე კლეპტომანიის რედუცირებისათვის (Coran LM., Aboujaude E.N., Gamel N.N. -2007)

Kim S.W.-(1998) და Grant J.E., Potenza M.N.-(2003) — აღწერეს შემთხვევები, როდესაც კომპულსური ბუინგით შეპყრობილი პაციენტების მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ნალტრექსონით მკურნალობის შედეგად, რაც გვაძლევს საფუძველს ვივარაუდოთ, რომ ოპიატური რეცეპ ტორების ანტაგონისტები შეიძლება აღმოჩნდნენ სასარგებლო კომპულსური ბუინგით შეპყრობილ პაციენტების მკურნალობისათვის. 2006 წ. Kuzma J. and Black D.W. — შეიმუშავეს გარკვეული რეკომენდაციები კომპულსური ბუინგით შეპყრობილებისათვის:

1. აღიარონ, რომ ისინი არიან შეპყრობილები კომპულსური შოპინგით.
2. მოიშორონ საკრედიტო ბარათები და ჩეკები იმიტომ, რომ ისინი წარმოადგენენ ფულის შოვნის ადვილ წყაროს, რაც „ნავთს ასხამს“ დაავადების ხანძარს.
3. იარონ საყიდლებზე მეგობრებთან ან ნათესავებთან ერთად; ჯანმრთელი პირის თანხლება შეაჩერებს დაავადების პროგრესირებას და
4. აღმოაჩინოს დროის გატარების უფრო საინტერესო საქმე, ვიდრე საყიდლებზე მაღაზიებში სიარული.

ამ თვალსაზრისით გამართლებული აღმოჩნდა Grant J.E. (2003) დაკვირვება კომპულსური ბუინგის მკურნალობაში ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტის — ნალტრექსონის ეფექტურობის შესახებ, რაც დადასტურდა მომდევნო წლებში ჩატარებული გამოკვლევებით, ზოგადად პათოლოგიური გემბლინგის მკურნალობის შედეგებით (Grant J.E., Kim S.W., Hartman B.K.-2008). ისე ე.წ. იმპულსურ პათოლოგიური აშლილობების ისეთ ფორმებში, როგორიცაა ინტერნეტის

სექსდამოკიდებულების (Bostwick J.M., Busci J.A-2008) და კლეპტომანიის მკურნალობაში (Grant J.E., Kim S.W., Odlaug B.L.-2009).

ასეთი პროფილაქტიკური ზომების და ქცევების შემუშავებასთან ერთად, მკურნალობა სეროტონინული ანტიდეპრესანტებით გაცილებით უფრო თვალსაჩინო თერაპიულ ეფექტს უზრუნველყოფს არა მარტო კომპულსური ბუინგის, არამედ აზარტომანიის სხვადასხვა ნაირსახეობების მკურნალობაში.

18. საძუთარი შემთხვევების მკურნალობის შედეგები

ნებისმიერი სახეობის აზარტომანიების კაუზალური მკურნალობის მეთოდები, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ ჯერ-ჯერობით შემუშავებული არ არის ისევე, როგორც არ არსებობს ქიმიური ნივთიერებებით (ალკოჰოლით, ნარკოტიკული, ტოქსიკური ან ზოგიერთი ფსიქოტროპული მედიკამენტებით) გამოწვეული პათოლოგიური დამოკიდებულების სამკურნალო მეთოდები. ამიტომ ქიმიური ან არაქიმიური ანუ ქცევითი პათოლოგიური დამოკიდებულებით შეპყრობილი აზარტომანების, კომპულსური შოპოგოლიის, კომპულსური ბუინგის, კომპიუტერომანიის, ინტერნეტომანიის, ფიზკულტუროგოლიის, შრომოგოლიის და მრავალი სხვა ობსესურ, იმპულსურ, კომპულსურ პათოლოგიური დამოკიდებულებების მკურნალობაში ძირითად პოზიციას ინარჩუნებს ფსიქოლოგიურ-ფსიქოანალიზური მეთოდები ან ე.წ. პარამედიცინის მიერ პანაცეად მიჩნეული ექსტრასენსების, ნათელმხილველების, შემ ლოცველების და სხვადასხვა ჯურის ფოკუზნიკების მიერ რეკლამირებული მკურნალობის ზემოქმედებები და ლოცვები არც არის გასაკვირი, რადგანაც ზოგიერთი არაქიმიური ფაქტორებით გამოწვეული პათოლოგიური დამოკიდებულე-

ბები მკვლევართა შორის ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის კვალიფიცირებული ფსიქიკურ დაავადებად და, ცხადია, მათ მკურნალობაზე რატომ უნდა იზრუნონ?

ამასთან ერთად არაქიმიურ ფაქტორისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების მკურნალობაში ჯგუფური ფსიქოთერაპიის და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შედეგად მიღებული რემისიების და ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის სინაფსურ ნაპრალებში უკუმიტაცების ინჰიბიტორების კომბინირებით მთელი რიგ შემთხვევებში მიღებული გამამხნევებელი შედეგები, ამიტომ ჩვენს მასალაში აზარტომანიის ნებისმიერი ფორმის დაავადებების სამკურნალოდ რაციონალურ ფსიქოთერაპიასთან ერთად ვიყენებდით ობსესურ-კომპულსური აშლილობების სპექტრში შემავალი ეტალონური მედიკამენტის – კლომიპრამინის შედარებით მაღალ დოზებს 150-300 მილიგრამამდე დღეში.

მკურნალობის დაწყებამდე ავადმყოფს ვაძლევდით შესავსებად მრავალი ავტორის მიერ რეკომენდებულ კითხვარს. რომელიც გამოიყენება აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე პაციენტებისათვის კომპლექსური სამკურნალო მეთოდების შერჩევისა და მედიკამენტების სადღეღამისო დოზების განსაზღვრისათვის. როგორც წესი მკურნალობისათვის გამოყენებულ კლომიპრამინის ამა თუ იმ კალენდარული დღის 3-6 ან ზოგჯერ 10 დღის შემდეგ კლომიპრამინის სადღეღამისო დოზა მატულობდა სათამაშოდ მოთხოვნილების სრულ ან მნიშვნელოვან შემცირებამდე, ცხადია, რომელიმე ყურადღება მისაქცევ გვერდითი მოვლენების გამოვლენამდე (ზოგიერთ რეზისტენტულ შემთხვევაში კლომიპრამინის სადღეღამისო დოზას ვზრდიდით 400 მილიგრამამდე). პაციენტის ფსიქოპათოლოგიური სურათის სტრუქტურის დინამიკის მიხედვით. კლომიპრამინთან ერთად პაციენტები კომბინირებულად იღებდნენ რაციონალურ ფსიქოთერაპიას, შფოთვის დროს ეტალონურ ანქსიოლიზურ ალპრაზოლამის, ნორმოთიმიულ კარბამაზეპინისა და ძილმომგვრელ ზოლპიდემის ადეკვატურ ეფექტურ დოზებს. რომე-

ლიმე მათგანით მკურნალობაში ჩართვა და ეფექტური დოზის განსაზღვრა ხდებოდა მკაცრად ინდივიდუალური ფსიქოფარმაკოთერაპიული რეაგირების მიხედვით. ხსენებული კითხვარი ივსებოდა პაციენტის მიერ მკურნალობის დაწყებამდე იმის გასათვალისწინებლად, სინამდვილეში იგი წარმოადგენს თუ არა პათოლოგიურ მოთამაშეს. იგი შეიცავს 20 კითხვას.

კ ი თ ხ ვ ა რ ი

1. ხომ არ გაგიცდენიათ თქვენი სამუშაო ან სასწავლებელი, იმის გამო, რომ უნდა გეთამაშათ რომელიმე სახის აზარტული თამაში?
2. აზარტულ თამაშებს თქვენთვის რაიმე უბედურება თუ მოუტანია?
3. აზარტული თამაშები როდისმე თუ ახდენდა ზეგავლენას თქვენს რეპუტაციაზე?
4. თქვენ როდისმე აზარტულ თამაშის შემდეგ თუ განგიცდიათ სინანული?
5. თქვენ როდისმე გითამაშიათ თუ არა ვალების გასტუმრების მიზნით?
6. აზარტული თამაში ახდენს თუ არა თქვენი ამბიციების შემცირებას?
7. აზარტულ თამაშის წაგების შემდეგ გრძნობდით თუ არა, რომ აუცილებლად უნდა დაუბრუნდეთ თამაშებს, რომ მოიგოთ იმაზე მეტი, რაც წააგეთ?
8. მას შემდეგ, რაც მოიგეთ გქონდათ თუ არა რწმენა, დაუბრუნდეთ აზარტულ თამაშებს უფრო მეტი მოგებისათვის?
9. ხშირად თამაშობთ თუ არა მანამ, სანამ ყველაფერს წააგებთ?
10. ოდესმე გისესხებიათ თუ არა ვალი აზარტული თამაშისათვის?

11. გაგიყიდიათ თუ არა რაიმე იმისათვის, რომ სათამაშო ფული გეშოვნათ?
12. არსებობს თუ არა თქვენთვის ცნება „ფული მხოლოდ თამაშისათვის“, რომელსაც იყენებთ აზარტული თამაშისათვის?
13. გითამაშიათ თუ არა იმაზე მეტხანს, რაც გქონდათ დაგეგმილი?
14. აზარტულმა თამაშებმა გამოიწვია თუ არა თქვენში ან თქვენს ოჯახში საგრძნობი ფინანსური ზარალი?
15. გითამაშიათ თუ არა უსიამოვნების დავიწყებისათვის?
16. თქვენ ოდესმე დაგირღვევიათ თუ არა კანონი იმისათვის, რომ სათამაშოდ ფული გეშოვნათ?
17. იტანჯებოდით თუ არა უძილობით, აზარტულ თამაშებზე ფიქრის გამო?
18. პრობლემები იმედგაცრუების ან ცნობიერების აშლილობა და ა.შ. გაიძულებთ ხოლმე თუ არა განერიდოთ აზარტულ თამაშებს?
19. გაქვთ თუ არა ჩვევა იდღესასწაულოთ მოგება აზარტულ თამაშებში?
20. ოდესმე გიფიქრიათ თუ არა თვითმკვლელობაზე, სერიოზული თანხის წაგების შემდეგ?

ზსენებული წესით აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე თითქმის ყველა პაციენტებში მიღებულია თვალსაჩინო გაუმჯობესება ანუ პათოლოგიური დამოკიდებულების რედუცირება. ცხადია, იგულისხმება სხვადასხვა ხარისხის და ხანგრძლივობის რემისია, რომელიც ხელს უწყობდა პაციენტებს შეეწყვიტათ აზარტულ თამაშებში ყოველდღიური ან რეგულარული მონაწილეობა, ერთმომენტიანი აღკვეთის სიმპტომების თვალსაჩინოდ განვითარების გარეშე. ამ თვალსაზრისით ფსიქოთერაპიული ზემოქმედებისათვის. ყველაზე თვალსაჩინო თერაპიული ეფექტი იყო მიღებული ე. წ. სეროტონინული ანტიდეპრესებიდან კლომიპრამინის ანტიობსესური და ანტიკომპულსური სადღეღამისო

დოზების მიგნებით ანქსიოლიზური ალპრაზოლამის და ნორმოთიმიური მოქმედების კარბამაზეპინის საშუალო სადღეღამისო დოზებთან კომბინირებით.

საკუთარი მასალის შედარებითი სიმცირე არ გვაძლევს მსგავსი კომბინირებული მიღებული დადებითი სამკურნალო ეფექტურობის დიფერენციალური შეფასების უფლებას, აზარტომანიის სხვადასხვა ფორმებისა და დაავადების სახეობების, სქესის, ასკის და სხვა პარამეტრების მიხედვით, მაგრამ აზარტომანიის ნებისმიერი ფორმის მკურნალობაში, დღემდე გამოყენებულ ახალი თაობის (სეროტონინულ) ანტიდეპრესანტებიდან (ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი, პაროქსეტინი, ციტალოპრამი და ა.შ.) ყველაზე თვალსაჩინო ანტიაზარტომანიული აქტივობა გამოავლინა ეტალონურმა ანტიობსესურმა, ანტიკომპულსურმა-კლომიპრამინმა (ანაფრანილი).

სადღეისოდ აზარტომანიის ნაირსახეობებს შორის ყველაზე პრობლემატურია ინტერნეტომანია, რომელსაც მასიურად ეწყობა ხელი, რათა ეს სახეობა სწრაფად გავრცელდეს ბავშვებში და მოზარდებში. სპეციალისტები საყოველთაოდ აღიარებენ საშიშროებას, რომელიც ემუქრება არასრულწლოვან ბავშვებს:

1. ინტერნეტის ქსელში შესული არასრულწლოვანი მოიხიბლება ზოგიერთი უგვანო, უწმაწური სიუჟეტებით, რომელიც უარყოფითად აისახება მის ქცევებში;

2. ადვილი შესაძლებელია, წააწყდეს პორნოგრაფიას, რომელიც საკმაოდ ფართოდ არის წარმოდგენილი ქსელში. პროგრამული უზრუნველყოფა, რომელიც ზღუდავს ბავშვების შესაძლებლობას ჩაერთონ მსგავსი შინაარსის საიტებში ყოველთვის არ შეუშლის ხელს აქ ჩართვას და, რაც მთავარია, ამ სისტემის უზრუნველყოფა შეუძლებელია: ყველა სკოლაში, ბიბლიოთეკაში ან ყველა სოფელში.

3. ბავშვების მიმართ საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება. ცხადია, რომ ბავშვები ეჩვევიან ქსელებში განლაგებულ თამაშებს. საქმე აქვთ ძალადობასთან. ასეთი ბავშვები შემდეგში უფრო ხშირად ავლენენ აგრესიულობას, როგორც

ოჯახის წევრების, ისე თანატოლების მიმართ. ყოველ შემთხვევაში, მშობლებმა უნდა იცოდნენ თუ მათი შვილები ინტერნეტში ესწრაფიან შეაღწიონ იმ საიტებში, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული და რეკომენდებული მათი ინფორმირებისათვის. ცხადია, მშობლებმა უნდა იცოდნენ, თუ რით არიან დაინტერესებული და რას თამაშობენ მათი შვილები. ყოველ შემთხვევაში მშობლები უნდა იყვნენ მზად გადაიტანონ მათი შვილების ინტერესები სხვა უფრო სრულფასოვანი და შესაბამისი ალტერნატიული ინფორმაციებისაკენ.

19. აზარტომანიისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების პროფილაქტიკის ზოგიერთი საკითხები

ნებისმიერი სახის აზარტული თამაშების ან თანამედროვე კომპიუტერისა და ინტერნეტის მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების თავიდან აცილება, როგორც ირკვევა ძნელია, ისევე როგორც ქიმიური ფაქტორების (ალკოჰოლის, ნარკოტიკული, ზოგიერთი ტოქსიკური და ფსიქოტროპული მედიკამენტების) არამართლზომიერი გამოყენების შემთხვევებში, მაგრამ აუცილებელია. კაცობრიობის გენიალურმა წარმომადგენლებმა გასული XX საუკუნეში კაცობრიობის სამსახურში ჩააყენა ატომური ენერგია და ე.წ. „მექანიკური ელექტრონული ტვინი“ ანუ კომპიუტერი, რომელიც ქარიშხლის სისწრაფით შემოიჭრა სამყაროში და სწრაფად დაიპყრო ცივილიზირებული სამყარო თავისი ზღვარდაუდებელი შესაძლებლობებით. კომპიუტერმა კი, თავის მხრივ, ადამიანს მისცა შესაძლებლობა ინტერნეტში შეღწევით გაეხადა ხელმისაწვდომი არა მარტო მიწიერ, არამედ ვირტუალურ სამყაროში შეჭრა და ყოველგვარი ინფორმაციის მიღება. თანამედროვე სწავლული ადამიანებისთვისაც ძნელია განსაზღვროს და იწინასწარმეტყველოს, თუ

რა სიახლეებია მოსალოდნელი მიმდინარე XXI და მომდევნო საუკუნეებშიც, მაგრამ, სამწუხაროდ, ხსენებულ პროგრესს თან ახლავს საერთოდ ცოცხალი სამყაროსათვის და პირველ რიგში ადამიანებისათვის მთელი რიგი სასიცოცხლო მნიშვნელობის უარყოფითი ზემოქმედებები. პირველ რიგში, მხედველობაში გვაქვს კომპიუტერისა და ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების, როგორც უკიდურესად ძნელად მორჩენადი და უკიდეგანო გავრცელების უნარის მქონე დაავადებები, რომელთა კაუზალური სამკურნალო მეთოდები და საშუალებები არ არსებობენ და, ცხადია, რომ ამ ტიპის პაციენტებს, ისევე, როგორც ალკოჰოლიზმით და ნარკომანიით დაავადებულებს უხდებათ ექიმ სპეციალისტების რეკომენდაციებით საკუთარი ძალების დაძაბვა დამოკიდებულების თანმხლები აბსტინენციური უკიდურესად უსიამოვნო და მტანჯველი ფსიქოფიზიკური შეგრძნებებისა და განცდების მოთმენა-გადალახვა და მისი, როგორც სრულღირებულოვან პიროვნებად აღდგენა. ამ ტიპის დაავადებების მკურნალობისათვის რეკომენდებული სხვადასხვა კოდირებული მეთოდებიც ხომ ძალოვანი მეთოდებია, დამყარებული შიშზე და უკეთეს შემთხვევაში იძლევიან დროებით გაუმჯობესებას? ჭეშმარიტი მკურნალობითი ეფექტი შესაძლებელია მივიღოთ კლინიცისტ ფსიქიატრის და პროფესიონალი ფსიქოლოგის ერთობლივი თანმიმდევრული შრომით გემბლერისათვის საინტერესო თანამშრომლობით და დახმარებით. ფსიქოლოგიური ზემოქმედება ითვალისწინებს ამ კატეგორიის თემების განხილვას გემბლერებთან. პირველ რიგში დაზუსტდება პაციენტთან ერთად თუ რა გახდა წამყვანი მიზეზი, რომ პაციენტი მიეჩვია ამა თუ იმ აზარტულ თამაშებს. მიზანშეწონილად მიიჩნევა ტრენინგების ჩატარება და პაციენტს ეძლევა რჩევა მკურნალობის პროცესში დღიურების წარმოებაზე, სადაც იგი აღწერს საკუთარ მდგომარეობას მკურნალობის პროცესში ქაღალდზე ან იმავე კომპიუტერში. აქცენტი გაუკეთდება დაავადების ყველაზე უფრო უსიამოვნო სიმპტომებზე. გასული XX საუკუნის 70-იან წლებში ლენინგრადელმა ფიზიოლოგ-

მა Г.А. Шачко-მ შემოიღო თავისი გამოკვლევების მიმდინარეობის ფიქსირების მეთოდი დღიურებში შეტანით. აღნიშნული მეთოდი გამოიყენეს შემდეგში ქ. ლონდონის სამეფო კოლეჯის ფიზიოლოგებმა და ცდები აწარმოეს 36 მოხალისე პიროვნებაზე. ყველა მათგანს ექიმებმა წინამხარზე გაუკეთეს კანზე ნაკაწრები. ცდის პირები დაყვეს 2 ჯგუფად: პირველი ჯგუფის წევრები ყოველდღიურად დღეში 3-ჯერ აღწერდენ თავის წინამხარზე მიღებული ნაკაწრების შესახებ, თუ რა უსიამოვნო შეგრძნებები ვითარდებოდენ ამ დროს განმავლობაში და რა უნდა ყოფილიყო ამის მიზეზი. მეორე ჯგუფში გაერთიანებულები იყვნენ თვითგანკურნებაზე მინდობილნი და არავინ ამოწმებდა მათი ნაკაწრების გამოსწორების მიმდინარეობაზე. ორი კვირის შემდეგ დათვარიელებამ აღმოაჩინა, რომ ამ ვადისათვის პირველი ჯგუფის ყველა შემთხვევის ნაკაწრები მთლიანად შეხორცდა ისე. რომ ხელოვნურად მიყენებული ნაკაწრების კვალიც კი აღარ ჩანდა. რაც შეეხება მეორე ჯგუფის მონაწილეების ნაკაწრების შეხორცება მიმდინარეობდა გაცილებით უფრო ცუდად. ამ ფაქტიდან გამომდინარე მკვლევრები გვირჩევენ აღნიშნული მეთოდი იქნას გამოყენებული კლინიკურ პრაქტიკაში მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ნებისმიერ ფაქტორზე პათოლოგიურ დამოკიდებულებას თან სდევს დეპრესია, ძილის დარღვევები, აგზნებადობა, გამღიზიანებლობა და სხვა ნაირფეროვანი ნევროზული რეგისტრის დარღვევები, რომელთა რედუცირებისათვის საჭიროა გამოყენებული იქნეს ფსიქოტროპული მედიკამენტები. საჭიროების მიხედვით სასარგებლოა ეკლესიური რწმენის რეკომენდირება, რომელიც დიდ უმეტეს შემთხვევაში შეასრულებს ფსიქოთერაპიულ ფუნქციას. მთავარი ობიექტი, რომლის რედუცირება და დეზაქტუალიზებაც უნდა მოხდეს, არის პათოლოგიური დამოკიდებულება. უნდა დადგინდეს, ვინ არის, რა სურს, ვინ ან რა კარნახობს დალიოს, მოწიოს, ითამაშოს, ივარჯიშოს და რით დაიკმაყოფილოს აღძრული სურვილები. ვინ ეფლობა აზარტში „მე“

ან ეშმაკი, რომელიც ავითარებს პათოლოგიურ დამოკიდებულებას. გემბლერის წინაშე დგება პრობლემური კითხვა „ვის ვემორჩილები „ეშმაკს“, თუ საკუთარ „მეს“? რა სურს მას? გარკვევა საკუთარ თავში? გარკვევა იმაში, რომ შენ თვითონ აშენებ საკუთარ ცხოვრებას და თვითონვე ხარ პასუხისმგებელი ყველაფერზე? საკუთარ ცხოვრებაზე უაზრო დამოკიდებულებაში, საკუთარი ქცევების და ვნებებისადმი უკრიტიკო დამოკიდებულებაში არის პათოლოგიური დამოკიდებულების კარიბჭე. წმინდა წერილში არის უძვირფასესი აზრი: „ღმერთო, გადამარჩინე ჩემი სურვილების რეალიზებისაგან და გამათავისუფლებინე სული, რომელიც არის ჩემივე სურვილების ტყვე“. უნდა ვაღიაროთ. რომ უკეთესად ვერ გამოითქმება ამოცანა და მიზანი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

სუბიექტურთან ერთად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ობიექტურ ღონისძიებებს. საჭიროდ მიიჩნევენ მკაცრ შეზღუდვებს, რომელიც არის რეკომენდებული, რომ სათამაშო ობიექტები იყვნენ საკმაოდ დაშორებულები საცხოვრებელ მასივებთან. ისინი უნდა გაიხსნას სპეციალურად მოწყობილ დარბაზებში. აუცილებლად უნდა იქნას განსაზღვრული ამ დაწესებულების მუშაობის გრაფიკი. უკეთესია, თუ გათვალისწინებული იქნება კლიენტების შესაძლებლობა, რათა დროულად შეწყდეს მუშაობა, რომ მოთამაშე კლიენტები თავის დროზე წავიდენ ოჯახებში. საყურადღებოა, რომ კაზინოებს არა აქვთ ფანჯრები, როგორც ჩანს, იმ მიზნით, რომ აზარტში ჩაფლულმა მოთამაშემ ვერ გაიგოს, ისევ დღეა თუ ღამე და ითამაშოს განუწყვეტლივ. ასეთი დაწესებულება ალბათ უნდა გაიხსნას უდაბნოში, როგორც თავის დროზე იყო გახსნილი ლას-ვეგასში. რეკომენდებულია, მოსახლეობამ იცოდეს, რომ აზარტომანიის ნებისმიერი სახეობა წარმოადგენს ადამიანისთვის და, პირველ რიგში, ახალგაზრდობისათვის მეტად საშიშ დაავადებას, რომელიც უფრო საშიშია, ვიდრე ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია და მომაკვდინებელი დაავადება — შიდსი. დასაწყის სტადიაში საჭიროდ მიიჩნევენ ექსპერტის დონეზე, ხოლო

შემდეგ კანონმდებლობით ვეცადოთ, მოსახლეობაში გაიშალოს კონკრეტული თამაშების საწინააღმდეგო პროპაგანდა, ხოლო შემდეგში პერსონალურად დაისვას აზარტომანიის როგორც ერთ-ერთი მძიმე ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი პიროვნების შრომის უნარის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით და საპენსიო უზრუნველყოფით, რაც ნაწილობრივ დაიცავს პიროვნების ოჯახს სრული გაღარიბებისაგან.

ქ. პიტსბურგის უნივერსიტეტში შექმნილია აზარტომანიის კვლევის ცენტრი, რომელშიც ხორციელდება აქტიური პროფილაქტიკური გამოკვლევები და ნაყოფიერ სალექციო მუშაობასთან ერთად მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები ეწევიან აზარტომანების ფსიქოთერაპიულ მომსახურეობას K. Young-ის ხელმძღვანელობით. აქვე შექმნილია ე.წ. „ონლაინური დამოკიდებულების ცენტრი“, რომელიც ფუნქციონირებს 1993 წლიდან და თავიდანვე დაიწყო მეტად აქტიური მოღვაწეობა ფსიქიატრ D.Greenfild-ის ხელმძღვანელობით. ეს ცენტრი რეგულარულად აქვეყნებს საგანმანათლებელ პოპულარულ ნარკვევებს კომპიუტერულ და სამედიცინო ფსიქოლოგიურ თემებზე, რადიო და ტელე გადაცემებში. შექმნილია სპეციალური WWW-ს დამხმარე ჯგუფი აზარტომანიით დაავადებულების ფსიქოთერაპიული მეთოდებით მკურნალობის ჯგუფი. ამასთან ერთად, კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმები აქტიურად ეწევიან ინტერნეტ-ადდიქციით შეპყრობილების მკურნალობას.

ინტერნეტზე პათოლოგიურ დამოკიდებულებას მრავალი მკვლევარი და მათ შორის K.Young-ი (კ. იანგი) განიხილავს უფრო გაფართოებულად. მათი წარმოდგენით ინტერნეტისადმი დამოკიდებულება მრავალმხრივია, იგი შეიცავს ესკაპიზმს (ვირტუალურ რეალობაში დაბალი თვითშეფასება, შფოთვარე, დეპრესიისადმი მიდრეკილება, თავდაუცველობის და მარტოობის განცდა. ცხოვრებაში სიახლის ძიება და დადებითი ემოციების სტიმულირება). ზოგიერთი აზარტომანი კმაყოფილია, რომ თავს გრძნობს ვირტუალურ სამყაროში, რომ ადვილად გადალახა გამოუცდელებისათვის დამახასიათებელი

„ტექნოფობია“ და, მათ შორის, „კომპიუტეროფობია,“ შიში, რომ ვერ აამუშავებს ინტერნეტს და, საერთოდ, ვერ აითვისებს ამ ხელსაყრელ ტექნიკურ საოცრებას.

ფორმალური წარმოდგენა (B WWW) ონლაინურ დამოკიდებულებაზე K.Young-ის წარმოდგენით გულისხმობს:

1. პათოლოგიურ დამოკიდებულებას კომპიუტერზე, ანუ ობსესური მისწრაფება კომპიუტერით მანიპულირებისადმი (თამაშებისადმი, პროგრამირებისადმი ან მოქმედება სხვა მიმართულებით);
2. ინფორმაციული გადატვირთვა ანუ კომპულსური ნავიგაცია WWW-სზე საჭირო ინფორმაციის მოძიებისთვის. იმ შემთხვევაში თუ საჭირო ტექსტების ძიება ხდება მოშორებულ ფაილებში;
3. ანუ ინტერნეტის კომპულსური გამოყენება ანუ პათოლოგიური სიყვარული ინტერნეტში წარმოდგენილ აზარტულ თამაშებზე, ონლაინურ აუქციონებზე და ე.წ. ელექტრონულ ვაჭრობებზე:
4. დამოკიდებულება კიბერდამოკიდებულებაზე ანუ დაწყებული ინტერნეტის პირველად გამოყენებიდან.
5. დამოკიდებულება კიბერსექსზე ანუ პორნოგრაფიული საიტებიდან ინტერნეტში სპეციალური ტელეკონფერენციების ორგანიზება მოზრდილებისათვის;

წარმოებს ძიება, რათა ბავშვებმა და მოზარდებმა ვერ შეძლონ ინტერნეტში ეროტიული და პორნოგრაფიული საიტების აღმოჩენა.

სპეციალისტების უმეტესობა მიიჩნევს, რომ ადდიქციის თითქმის ყველა სახეს აქვს საერთო საფუძველი, მისგან გათავისუფლება შესაძლებელია, მხოლოდ თვითონ ადდიქტის სურვილით და მტკიცე გადაწყვეტილებით, რომ გათავისუფლდეს აზარტის ტყვეობისაგან და ვინც შეასრულებს სპეციალისტის ყველა დანიშნულებას, დაიხსნის თავს აზარტის ტყვეობისაგან. აღიარებს რა ადამიანური ადდიქციის უნივერსალურ ხასიათს, მ. ორმანი (M. Orman-1998) ურჩევს ყველას, შეასრულოს ქვემოთ მოყვანილი პირობები:

1. დაიდგინოს და მკაცრად დაიცვას დროის ხანგრძლივობა, რომელიც უნდა გაატაროს ინტერნეტში;
2. დაითვალოს და დაიცვას დრო, რომელიც უნდა გაატაროს ინტერნეტში;
3. განსაზღვროს და მკაცრად დაიცვას ინტერნეტის რომელიმე რესურსთან მისი დაშვება:
4. შეიმუშაოს წესი საკუთარი თავისათვის, რომ არავითარ შემთხვევაში არ მიეკაროს კომპიუტერს და ინტერნეტს სამუშაო საათებში (ცხადია, თუ მისი სამუშაო არ საჭიროებს ინტერნეტის გამოყენებას);
5. შემოიღოს საკუთარი ქცევისათვის (ცხადია თუ იგი არ იმოქმედებს მის ჯანმრთელობაზე) გარკვეული სანქციები, თუ იგი არ დაიცავს ყველა წესსა და აკრძალვას;
6. აიძულოს საკუთარი თავი შეასრულის ყველა სანქცია მანამდე, სანამ არ შეასრულებს ვალდებულებებს პათოლოგიური დამოკიდებულებისაგან სრულ გათავისუფლებამდე;
7. აიძულოს საკუთარი თავი, ინტერნეტში მუშაობის ნაცვლად გამონახოს რაიმე სხვა გასართობი საქმიანობა;
8. ისწავლოს და გამონახოს ცხოვრებიდან რაიმე სხვა სასიამოვნო ჩვევა, რომელიც შეცვლის და გადააჭარბებს ინტერნეტში მუშაობით გამოწვეულ სიამოვნებას;
9. მიმართოს დახმარებისათვის სპეციალისტებს, თუ თვითონ ვერარ უმკლავდება პათოლოგიურ მოთხოვნილებას;
10. თავი აარიდოს, ყოველგვარ შეხვედრებს და ადგილებს, რომლებიც ხელს შეუწყობს დაუბრუნდეს ადდიქტიურ ქცევებს.

ამ წესების დაცვა და განუხრელად გატარება ძნელია, მითუმეტეს ბავშვებისა და მოზარდების მიერ, მაგრამ შესაძლებლობის ფარგლებში მაინც უნდა იგრძნონ ბავშვებმა, რომ მათ ქცევებს ეწევა კონტროლი როგორც მშობლების, ისე პედაგოგების მხრივ. ამგვარი ღონისძიების სრულფასოვანი გატარებისათვის საჭიროდ მიიჩნევენ აუცილებლობად კომპეტენტურმა სპეციალისტებმა შეიმუშაონ მეთოდიკური რეკომენდაციები, რომლებიც დაურიგდება ყველა რეგიონალურ სასწავლებელსა და დაინტერესებულ მშობლებს.

K.Young, D.Greenfield და ზოგიერთი სხვა ენთუზიასტიც უზიარებენ თავიანთ კონკრეტულ პრაქტიკულ გამოცდილებას ონლაინური დამოკიდებულების მსხვერპლებს. თუმცა ეს გამოცდილება დაგროვილია შედარებით მოკლე დროის განმავლობაში და მაინც საკმაოდ ფართოდაა წარმოდგენილი პუბლიკაციებში. K.Young-ს მოჰყავს ადდიქციის 20-მდე ნიშანი, რომლებიც დაგვეხმარება ამ დაავადებისაგან „გამოჯანმრთელების სტრატეგიის შემუშავებაში“. ჩამოთვლილ რეკომენდაციებში უმეტესობა სამკურნალოზე მეტი სადიაგნოზოა, მაგრამ საკმაოდ ასახავს ინტერნეტომანიის მახასიათებლებს და პრაქტიკულ დახმარებას უწევს ამ საკითხით დაინტერესებულ სპეციალისტებს.

ამ ახალმოდური დაავადების თუ გამრუდებული ქცევის დიაგნოსტირება, პირველ რიგში ეფუძნება, თვით ადდიქტის სუბიექტურ შეფასებას, მაგალითად წარსულში ადდიქტის საყვარელი საქმიანობის ან გასართობისათვის განკუთვნილი დრო დაიკავა ინტერნეტმა ან კიდევ რამდენ დროს ხარჯავს იგი ინტერნეტში მანიპულირებაზე? რომელი სასიცოცხლო მნიშვნელობის საქმიანობის უგულებელყოფამ აიძულა ადდიქტი ინტერნეტით გატაცებამ? ან კიდევ რას წარმოადგენენ ის ფაქტორები, რომლებიც ასე ძლიერად იზიდავენ ინტერნეტში მანიპულირებას? საინტერესოა რომ პიროვნება, რომელიც უკვე წარმოადგენს ინტერნეტისადმი პოტენციალურ ადდიქტს, კატეგორიულად უარყოფს გარშემომყოფების ვარაუდს, რომ იგი უკვე ხდება ინტერნეტისადმი პათოლოგიურად დამოკიდე-

ბული და ცდილობს შეამციროს თავისი გატაცების მნიშვნელობა, გადააბრალოს ოჯახის წევრებს მიზეზი სახლიდან საღამოობით გაპარვები ინტერნეტის კლუბში დიდხანს დარჩენის გასამართლებლად. პაციენტმა უნდა დაუსვას თავის თავს კითხვები თუ ვის აყენებს ტკივილს თავისი არასწორი ქცევით? რა იქნება, თუ მას გარიცხავენ სასწავლებლიდან? ღირს თუ არა, უფრო რაციონალურად გაანაწილოს დრო, საკუთარი ენერგია და ძალები? მართლა გადაწყვიტა მან, რომ ინტერნეტს დაუთმოს ამდენი დრო და ხარჯები, ხოლო ოჯახი მიიყვანოს გაღატაკებამდე? და ა.შ. თუ მსგავსი ხანგრძლივი და უმართებულო გატაცება ინტერნეტისადმი იქნება მისთვის დამაჯერებელი, იგი დაეხმარება მოთამაშეს ნაწილობრივ მაინც უარი თქვას მისთვის, როგორც პიროვნების თვითდამანგრეველი საშუალების – ინტერნეტთან ურთიერთობაზე.

ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულებისაგან უარის თქმის სურვილის შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იქნეს ონლაინური მანიპულირებისათვის უკვე ტრადიციულად დადგენილი დროის ხანგრძლივობა ან მეორე სახის სტრატეგია – დავამზადოთ და ვატაროთ ჯიბეში, საფულეში, კოსმეტიკურ სათავსოში და ა.შ. ბარათი, რომლის ერთ გვერდზე დაიწერება ყველა ის პრობლემა, და სიძნელე, რომელიც მოგვიტანა ინტერნეტით გატაცებამ, ხოლო მეორე გვერდზე – ის ცხოვრებისეული მიზნები, რომლის შესრულება გადავწიეთ სხვა ვადებში ინტერნეტით დაინტერესების გამო. სპეციალური სტრატეგია K. Young-ის აზრით გახდება სასარგებლო, სტუდენტ-ადდიქტებისათვის, რომლებსაც ეძლევათ რჩევა, მოიძიონ და აითვისონ ინფორმაცია ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების ფენომენის შესახებ. განსაზღვრონ ყველაზე მეტად ადდიქტოგენური ხერხი სწორედ მისი პიროვნებისათვის ინტერნეტისადმი მიმზიდველობის მიზეზი და უარყოს მისი გამოყენება. ამ თვალსაზრისით რეკომენდებულია, რომ თავი აარიდონ რეციდივებს, გამოავლინონ მოთ-

მინება, იტრაბახონ ნაწილობრივი წარმატებით, ისწავლონ, თუ როგორ მართონ „მიშვებული“ ადდიქტიური სურვილები და ნება დართონ ახლობლებს დაეხმარონ ამ ჩვევებისაგან გათავისუფლებაში.

რეკომენდაციებს მშობლებისა და აღმზრდელებისათვის აქვს ზოგადი ხასიათი, ისინი ბევრად არ განსხვავდებიან სურვილებისა და გამოცდილებებით მიღებული ხერხებისაგან, ამიტომ ხელმისაწვდომია ყველა სრულწლოვანისათვის. მათშია რჩევები თუ როგორ უნდა ვასწავლოთ ბავშვებს, რომ მიმართონ უფროსებს რჩევისათვის თუ უცხო მოსაუბრე მოუწოდებს მოიქცნენ არაეთიკურად ან აკრძალული ხერხებით იმთავითვე უარყონ მსგავსი რჩევები. ასევე ზოგადი სახისაა ბავშვებში ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების დიაგნოსტირების რეკომენდებული ნიშნები. ბავშვი უფრო ხშირად გამოიყურება დაღლილად, ნაკლებია სწავლაში წარმატება, შესამჩნევია ინტერესების, გართობის და საინტერესო ჩვევების დაქვეითება ან სრული დაკარგვა, იგი როგორც წესი ერიდება მეგობრებთან შეხვედრებს, აღარ უსმენს ახლობლების რჩევებს განსაკუთრებით, თუ ეს ეხება ინტერნეტში მანიპულირების რეგულირებას. ისმება კითხვა, თუ როგორ უნდა დავეხმაროთ ასეთ ბავშვებს? თუ ოჯახი ერთიანია, ორივე მშობელი უნდა მოქმედებდეს შეთანხმებულად, რომ მხარი დაუჭირონ ბავშვს. ბავშვმა უნდა იგრძნოს, რომ მშობლები ცდილობენ მის დახმარებას. ეს უფრო ეფექტურია, ვიდრე კრიტიკა, გაკიცხვა და გამტყუნება. დასაშვებია, რომ მას ღიად ვაუწყოთ, რომ გააკონტროლებენ, თუ რამდენ დროს ანდომებს იგი კომპიუტერთან და ინტერნეტთან ურთიერთობას, ან თუ ცრუობს, ასეთი ქცევა მიუთითებს, რომ ბავშვი ცდილობს შენიღბოს თავისი ადდიქცია. მსგავს შემთხვევებში არ ღირს ბავშვი განვაწყოთ ჩვენს წინააღმდეგ, მით უმეტეს, თუ ამისთვის იგი დაისჯება ან თუ დავუწესებთ მისთვის არასასურველ წესებს ინტერნეტში მუშაობისათვის, გაცილებით უფრო მიზანშეწო-

ნილია, რომ მასთან ერთად გამომუშავდეს კომპრომისული ვარიანტი. სასურველად დარჩება კომპიუტერის განთავსება საერთო სარგებლობის სათავსოში. მსგავსს გადაწყვეტილებას ზოგჯერ შეუძლია დაარღვიოს საიდუმლო მიმოწერის პიროვნულობა და კონფიდენციალობა. სასარგებლო იქნებოდა. თუ დავაინტერესებდით ბავშვს რაიმე სხვა საკითხებით, არ უნდა მოვერიდოთ კონსულტირებას ფსიქიატრებთან, მით უმეტეს, თუ ის საკმარისად კომპეტენტურია ინტერნეტის გამოყენებაში.

მთლიანობაში უნდა ვაღიაროთ, რომ სადღეისოდ ინტერნეტისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შესახებ ბევრი იწერება და ზოგჯერ გადაჭარბებულიც შეიძლება იყოს ზოგიერთი ავტორის მიერ გამოთქმული ვარაუდები მაგალითად, იმის შესახებ, რომ XXI საუკუნეში ინტერნეტისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულებისადმი უფრო მეტად უნდა გვეშინოდეს, ვიდრე შიდსის. სტატისტიკური მონაცემებით, მსოფლიოში ინტერნეტდამოკიდებულება ოთხჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ნარკოდამოკიდებულები. ევროპულ ქვეყნებში, აზიისა და ამერიკის შემდეგ, უკვე დაწყებულია შესაბამისი პროფილის კლინიკების ორგანიზება. რუსეთში და ყოფილ მოკავშირე, ახლა რუსეთიდან გამოყოფილ ქვეყნებში მსგავსი დაწესებულებების გახსნაზე არ ფიქრობენ. სამწუხაროდ, ამ მთელი სამყაროს ქსელისადმი მიდრეკილება არ აღიქმება სერიოზულ საშიშროებად. ამასთან ერთად საინტერესოა, რომ ფინეთში ინტერნეტდამოკიდებულ წვევანდელებს ათავისუფლებენ სამხედრო ვალდებულებისაგან, როგორც ქრონიკული ხასიათის დაავადებულებს.

როგორც ირკვევა, ქიმიური და არაქიმიური ფაქტორებით განვითარებული პათოლოგიური დამოკიდებულების მკურნალობის მეთოდები, იქნება იგი ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების თუ ფარმაკოთერაპიული საშუალებების გამოყენებით ჯერჯერობით რადიკალურ ზემოქმედებას ვერ ახდენს, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამ მძიმე დაავადების პრო-

ფილაქტიკურ ღონისძიებებს, რომლებიც მიმართული იქნებიან ამ ურთულესი და თერაპიული ზემოქმედების მიმართ რეზისტენტული დაავადების მიმართ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, რაც უნდა ტარდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის ადმინისტრაციული ორგანოებისა და სოციალური დახმარების სახელმწიფო ორგანოების მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობით. კერძოდ, საჭიროდ მიიჩნევენ შემდეგი სახის ღონისძიებების გატარებას:

1. მკაცრად უნდა შეიზღუდოს სათამაშო დაწესებულებების გახსნა და ფუნქციონირება საცხოვრებელი მასივების სიახლოვეს (ანუ როგორც ეს იყო გათვალისწინებული თავიდან ქ. ლას-ვეგასში).
2. სათამაშო დაწესებულების მეპატრონეებმა და ხელმძვანელობამ უნდა დაუშვან მათი ფუნქციონირობა გრაფიკით, იმის გათვალისწინებით, რომ მოთამაშემ თავის დროზე შეწყვიტოს თამაში და წავიდეს თავის ოჯახში.
3. დაუშვებელია, რომ კაზინოები და სათამაშო დარბაზები ეწყობა უფანჯრო ოთახებში, თითქოს მოთამაშის ყურადღების გაფანტვის საწინააღმდეგოდ, სინამდვილეში, რომ მოთამაშემ ვერ განსაზღვროს დრო და გააგრძელოს თამაში აუჩქარებლად.
4. კაზინოში ან სხვა სახელის მქონე აზარტული სათამაშო დაწესებულებაში შესულმა კლიენტმა უნდა იცოდეს, რომ თუ მკაცრად არ დაიცავს ზომიერებას დაემართება აზარტომანია, რომელიც არის მეტად საშიში დაავადება, არანაკლები ნარკომანიასა და ქრონიკულ ალკოჰოლიზმზე.

20. არაძიმიური ფაქტორისმიერი აზარტომანიებისა და იმპულსური აშლილობების პროგნოზული მაჩვენებლები

ნებისმიერი სახეობის გემბლინგის პროგნოზული მაჩვენებლები ისეთივე რთული და ნაკლებად საიმედოა, როგორც საერთოდ მოსაზღვრე ფსიქიკური დაავადებებისათვის არის დამახასიათებელი, ქრონიკული მკურნალობისადმი გარკვეულად რეზისტენტულიბის გამოვლინებით. Hodgia D.S. და El Guebaly N.-(2000) სწავლობდნენ აღნიშნულ საკითხს 63 პათოლოგიური გემბლინგით შეპყრობილ პაციენტებში, რომლებმაც სხვადასხვა მიზეზით დაანებეს თავი აზარტულ თამაშებს. მიზეზებს შორის უფრო ხშირი იყო გუნებგანწყობის ცვლილებები და ფინანსური პრობლემები. თითქმის ყველა თავდანებებული ირწმუნებოდა, რომ გემბლინგის მდგომარეობაში მათ განცდებში უფრო მეტი იყო პოზიტიური, ვიდრე ნეგატიური. ამ ავტორების მიერ გამოქვეყნებულ სტატიაში ძირითადი მიზანი იყო გემბლინგით შეპყრობილი პიროვნებების პროგნოსტიკური და, კერძოდ, ემოციურ-ნებითი ფუნქციონირების თავისებურებების გამოვლენა. სამუშაო ჰიპოთეზა კარნახობდა, რომ პროგნოზული და ემოციურ-ნებელობითი მოქმედებები აუცილებლად უნდა ყოფილიყო განსხვავებული ნარკომანიულ და გემბლინგ-დამოკიდებულებს შორის. თემატიურ პაციენტებთან პარალელურად იკვლევდნენ საკონტროლო ჯგუფს. მეორე ჰიპოთეზა ითვალისწინებდა შეხედულებას, რომ პათოლოგიურ გემბლინგსა და ნარკომანიას შორის არ არსებობს არსებითი განსხვავება პროგნოზულ და ნებელობითი მოქმედების ცვლილებების მხრივ. ამრიგად, შესწავლილი იყო სამი ჯგუფი გემბლინგდამოკიდებული, ნარკოდამოკიდებული და საკონტროლო ჯგუფები. კვლევები ჩაატარეს სათამაშო ავტომატების დარბაზებში, კაზინოებში და აგრეთვე მეგობრების წრეში.

ჯგუფების დიფერენცირებული დაკომპლექტების დროს ჩაატარეს პირველადი გამოკითხვა: აქვს თუ არა პაციენტს ზეღირებულოვანი გატაცება აზარტული თამაშების მიმართ. ამის შემდეგ საცდელ პიროვნებებს დაურიგეს კითხვარები.

აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე ავადმყოფობის პროგნოზი აღმოჩნდა საკმარისად კეთილსაიმედო. ურთიერთსულიერი ზემოქმედება, გამოჯანმრთელების მაგალითები, ეფექტური მედიკამენტებით მკურნალობა უეჭველად უწყობენ ხელს დადებით პროგნოზირებას.

პროგნოზულად პათოლოგიურ აზარტულ მოთამაშეებსა და ნარკომანებში ნებელობითი მოქმედების დარვევების ინტენსივობაში დამაჯერებელი განსხვავება არ გამოვლინდა, გამონაკლისი იყო ავტომატიზმები და აკვიატებული სიმპტომები, როგორც ნებელობითი რეგულაციის ასპექტები. ამ შემთხვევებში აზარტული მოთამაშეები ახდენდენ შედარებით უფრო დაბალი შედეგების დემონსტრირებას, ვიდრე ნარკომანები და საკონტროლო ჯგუფის ჯანმრთელები. ეს ფაქტი უნდა მოწმობდეს, რომ თვითონ აზარტული მოთამაშეები საერთოდ აზარტული თამაშებით გატაცებას არ მიიჩნევენ არაკონტროლირებადი ქცევის გამოვლინებად და, როგორც ჩანს, სწამთ, რომ მათ გააჩნიათ საკუთარი სურვილებისა და ქცევების გაკონტროლების უნარი. სინამდვილეში კი ეს უნდა იყოს „კონტროლის ილუზია“.

არაქიმიური ფაქტორისმიერი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება არსებითად წარმოადგენს ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქიკურ დაავადებას, რომელიც იღებს თავისებურ პროგრედიენტულ ხასიათს. მკვლევრები მიიჩნევენ, რომ მისი პროგრედიენტობა, ცხადია, არ შეიძლება იქნას ახსნილი ტოქსიკური ფაქტორის ზემოქმედებით, როგორც ეს ხდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის შემთხვევებში, სადაც სრულიად გასაგებია ტოქსიკური ზემოქმედების მნიშვნელობა თავის ტვინისა და მთლიანობაში ნერვული სისტე-

მის ფუნქციურ ელემენტებზე ტოქსიკური ზემოქმედებით. არაქიმიური ფაქტორებით არიან განპირობებულნი რამდენიმე შინაარსის მქონე ავადმყოფური მდგომარეობები, რომლებიც ერთიანდებიან E.Hollander-ის და მისი თანაავტორებისა და მიმდევრების მიერ გასული XX საუკუნის 90-იან წლებში ფორმულირებულ „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებების“ სახით, სხვა ფენომენოლოგიურ ნაირსახეობებთან ერთად და ცნობილი არიან, როგორც ობსესურ, კომპულსურ და იმპულსური ხასიათის დაავადებები. თანამედროვე კლინიკური ფსიქიატრიის კლინიკოფსიქოპათოლოგიური სისტემატიკისა და ნომენკლატურის გათვალისწინებით, უფრო სწორად მიგვაჩნია ეს ფორმები განიხილებოდეს ე.წ. „მოსაზღვრე ფსიქიკურ დაავადებებად“, რადგან მათთვის დამახასიათებელია ფენომენოლოგიურად ნევროზული რეგისტრის სიმპტომები, ხოლო მიმდინარეობით ენდოგენური დაავადებების მსგავსი ქრონიკული მიმდინარეობა და პროგნოზული მონაცემები. ისევე, როგორც ობსესურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებებისათვის, ანუ სხვა სტრუქტურის მოსაზღვრე ფსიქიკური დაავადებებისათვისაც არის დამახასიათებელი და მათი პროგნოზიც იჭერს შუამდებარე, მოსაზღვრე პოზიციას პიროვნების თვისობრივ შეცვლასა (ფსიქოზური რეგისტრის) და რაოდენობრივ შეცვლას (ნევროზული რეგისტრს) შორის.

მოსაზღვრე ფსიქიკური დაავადებების დროს კონსტანტირებული პიროვნული ცვლილებები არასაკმარისად არის შესწავლილი. პირველ რიგში, საჭიროა დადგინდეს, რომ ნევროზული რეგისტრის აშლილობები წარმოადგენენ დაავადებების მახასიათებელი სიმპტომების შედეგს, თუ მიზეზს.

წინამდებარე გამოკვლევების თემათიკა — აზარტომანია ანუ პათოლოგიური გემბლინგი, კომპულსური ბუინგი, შოპოგოლია, ფიზკულტუროგოლიზმი, შრომოგოლიზმი, იმპულსური ქცევები და მთელი რიგი სექსუალური გაუკუღმართებებისადმი შემოქმედებითი ინტერესი გამოწვეულია თანამედროვე ეპოქის ადამიანების შემოქმედებითი ზღვარდაუდებელი და

ფანტაზიების დონემდე მისული კომპიუტერული ტექნიკისა და სადღეისოდ მიღწეული პროგრესით ჯერ კიდევ ძნელად წარმოსადგენი პერსპექტივული სიახლეებით თუ მათ განვითარება-ჩამოყალიბება ხდება პრემორბიდულ პიროვნებაში უკვე დეფექტური თავის ტვინის ქრონიკულად მიმდინარე დაავადების საფუძველზე.

ჩვენი ღრმა რწმენით, უეჭველად გასათვალისწინებელია ის ნეგატიური შედეგები, რომლებიც ასე სწრაფად ვრცელდება კომპიუტერისა და ინტერნეტის გამოყენებაში აუცილებელი ზომიერებისა და უკვე გამომუშავებული წესების უგულებელყოფის შედეგად. წინააღმდეგ შემთხვევაში, როგორც ზემოთ რამდენიმეჯერ აღვნიშნეთ კაცობრიობას ემუქრება კომპიუტერომანიის და ინტერნეტომანიის ეპიდემია, რომელიც გაცილებით უფრო მეტ ზიანს მოუტანს ადამიანებს, ვიდრე ხანდაზმული ალკოჰოლიზმი, XX საუკუნის „საჩუქრები" – ნარკომანია, შიდსი და ადამიანისა და გარესამყაროში არსებული ცოცხალი არსების გამანადგურებელი რადიაციული გამოსხივება.

არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დავივიწყოთ, რომ იმავე XX საუკუნეში მეცნიერული აზროვნების მანამდე სრულფასოვნად შეუცნობელმა ატომის გახლეჩვით მიღებულმა კოლოსალურმა ენერგიამ, ცხადია, უდიდესი პროგრესი უზრუნველყო ადამიანისა და ცოცხალი სამყაროს განვითარებაში და არ არის გამორიცხული, ადამიანმა იმოგზაუროს სხვა პლანეტებზე და კიდევ უფრო შორს, რომელსაც ფანტაზიაც კი ვერ განსაზღვრავს, მაგრამ ამასთან ერთად რა კატასტროფული ზიანი შეიძლება მოუტანოს ადამიანს და მის სამყოფელ ცოცხალ ბუნებას ბირთვულ ენერგიის მართვის გაუფრთხილებელმა დამოკიდებულებამ. ამის დემონსტრირებად კმარა ჩერნობილის კატასტროფა და მისი არა მარტო მყისიერი, არამედ შორეული შედეგები.

კომპიუტერომანია და ინტერნეტომანია ისეთი სისწრაფით ვრცელდება მთელ მსოფლიოში, რომ თუ აჩქარებული ტემპით

არ იქნება შემუშავებული ამ ახალი დაავადებების პროფილაქტიკისა და ეფექტური მკურნალობის მეთოდები. ფუტუროლოგები ვარაუდობენ, რომ ისინი უამისოდ გადაიქცევიან XXI საუკუნის ნარკომანიებად, ანუ გაცილებით უფრო საშიშ ფსიქიკურ დაავადებად, ვიდრე თანამედროვე ქიმიური ნარკომანია.

ციტირებული ლიტერატურა

1. ა. გამყრელიძე, „წამალთ დამოკიდებულება“ თუ „ქცევით დამოკიდებულება“ (ჟ. „ფსიქიკა“ ქ. თბილისი 2001, № 2; 106-11);
2. შ. გამყრელიძე – დისმორფული აშლილობანი და მათი მკურნალობის საკითხები, თბილისი, 2006 წ., გვ. 120
3. შ. გამყრელიძე – დეპერსონალიზაციური აშლილობა და მისი მკურნალობის საკითხები, თბილისი, 2006 წ., გვ. 130.
4. შ. გამყრელიძე და ნ. ცისკარიშვილი – ფსიქოდერმატოლოგია, თბილისი, 2007 წ., გვ. 179, 5.შ.
5. შ. გამყრელიძე – აკვიატებული აშლილობანი და მათი მკურნალობის საკითხები, თბილისი, 2007 წ., გვ. 567.
6. შ. გამყრელიძე – კვებითი ქცევის აშლილობანი (ნერვული ანორექსია, ნერვული ბულიმია და ბულიმორექსია და მათი მკურნალობის საკითხები, თბილისი, 2009 წ., გვ. 291.
7. Александровский Ю.А. – Пограничные психические расстройства. М., медицина, 2000 г.
8. Алтухова Н.Л., Галкин К.Ю. – Зависимость от компьютерной виртуальной реальности (В мат. XIII Сьезд психиатров России, 2000, стр. 285-6.).
9. Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О. и др., – Болезнь зависимого поведения: Клиническая картина, механизмы криминогенности, судебнопсихиатрический подход (Мат. 3-й междунар. конф. „Серийные убийства и социальая агрессиа“ Ростов Н/Д, 2001, 252-62).
10. Анохина И.П., Коган Б.М. – Нарушение регуляции катехоламинергических процессов при алкоголизме (ж/ Вопр. Наркологии, 1988, 13-22).
11. Анохина И.П. – Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимостью (руководство наркологии, 2002 г.).
12. Асанов А.О. – Некоторые аспекты психологических механизмов раз вития патологической игровой зависимостью (Матер. XI Сьезда психиатров России, М., 2005, стр.327).

13. Белкин А.И. – Индивилуальность и социализация (в сбор. Гормоны и Пол., М., 1989, стр.13-22).
14. Блеулер Е. – Руководство по психиатрии. пер. с немецкого, Берлин, 1920 г. стр. 542ю
15. Бондаренко С.Н., Дудко Т.Н. – Особенности клиники и лечебно-реабилитационного процесса у больных игровой зависимостью (Мат. конференции посвященная 20-летию Национального центра наркологии М., 2005, стр. 35-6).
16. Братусь Б.С., Сидоров П.И. – Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., изд-ва Моск-го унив-та, 1984, стр. 144.
17. Братусь Б.С. – Аномалии личности. М.,1988, с.301.
18. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.И. – Психологические проблемы изучения и коррекции аномалии личности. М., 1998.
19. Бурова В.А., Есаулов В.И. – Механизмы формирования интернетаддикции. (Мат. XIII Сьезда психиатров Россий, 2000, стр.219-21.
20. Бузик О.Ж. – Зависимость от азартных игр. Клинические проявления, особенности течения, лечение (Автореферат диссертации), М., 2008, стр.26.
21. Бухановский А.О. – Болезнь зависимого поведения: право на нозологическую самостоятельностью (Мат. XIII сьезда психиатров России, 2000, стр. 324-5).
22. Бухановский А.О., Андреева А.С., Бухановская О.А. – Зависимости поведения: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика (пособие для врачей), Ростов на Дону, 2002, стр.35.
23. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. – Патологический гамблинг, клинико-патогенетические аспекты (Рос. психиатр. журн. 2007, №5, 35-43).
24. Бухановский А.О., Коган Б.М., Солдаткин В.А. – Экскреция катехоламинов у лиц с патологическим влечением к азартным играм (клинико-биологическое исследование), Рос. психиатр. журнал, 2009, 2, 72-6.

25. Волькова Е.Р., Егоров А.Ю. – Личностные особенности гемблеров и наркозависимых (ж. Наркология, 2007, 4. 39-43).
26. Ганушкин П.Б. – Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933 г., стр. 139.
27. Галкин К.Ю. – Зависимость от компьютерной виртуальной реальности, как новая психиатрическая проблема (В сб.: „Психиатрия на рубеже тысячелетии. Юбилейная сессия юга России, 21-23 декабря, 1999 г, г. Ростов на Дону. стр. 299-311).
28. Галкин К.Ю. – Копинг-поведение при патологическом влечений к азартным играм (Матер. XIV създа Психиатров России, 2005 г., стр. 336.
29. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. – Личностная патология М., 1999 г., 266 стр.
30. Гофман А.Г., Кожанов Г.А., Яжкин П.В. – К вопросу о классификации и неточностях обозначения психических расстройств при болезнях зависимости (Ж. Соц. и клин. психиатрии 2008, №2, 91-5).
31. Dмитриева Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М. – Клиническая неирохимия в психиатрии. М.,1998, 299 стр.
32. Дроздов А.З., Казутина Е.А., Манковская И.В. и др. – Особенности экскреции свободных и коньюгированных форм катехоламинов в динамике опийного абстинентного синдрома (Рос. Психиатр. Ж-л 2006, №6, 15-8).
33. Егоров А.Ю. – Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор), 2005, 65-77).
34. Егоров А.Ю. – Пищевые аддикции (Ж. Невропат.и Псих. 2010, №5, 88-92).
35. Егоров А.Ю., Циганков Б.Д., Малыгин В.А. – Патологическое влечения к азартной игре, как модель нехимической Зависимости (Ж. Невропат. и психиат. 2006-а, №5, стр. 63-73).
36. Егоров А.Ю. – К вопросу о классификации нехимических аддикций (В. сб. тр. научно-практ. конференц. Психиатров и невропатологов Ю.Ф.О. материалы. Ростов на Дону 2006-б стр.183-6).

37. Жане, П.- Неврозы (Перевод с французского. 1911 г.).
38. Зайцев В.В.-Патологическая склонность к азартным играм-Новая проблема российской психиатрий. (Ж. Соц. п клин. психиат. 2000, №1. стр.52-8).
39. Заицев В.В. – Эффективность психотерапий патологической склонности к азартным играм (матер. XIII Сьезда психиатров Росий, 2000 с.233-4.
40. Заицев В.В., Шейдулина А.Ф.-Как избавится от пристрастия к азартным играм (СПб.: Нева, 2003, 52 стр.).
41. Иванова Ф.Н. – Синдром Уходов в бродяжничество в клинике погра н ичных состояний у подростков (Ж.Невроп. и Псих. 1972, 10, 1525-9).
42. Кардашиян Р.А. – Синдром отмены при героиновой и первитиновой наркоманий (клинико-биохимические корреляции, критерии тяжести и дифференцированная терапия (Авторефферат диссерт. ДМН, М. 2007 г.).
43. Кербиков О.В. – Избранные труды. М. медицина, 1971, стр. 46.
44. Китайские Ученные нашли способ изучения интернет-зависимости (ж. Наркология, 2009, №2, стр. 8).
45. Коган Б.М., Кардашиян Р.А., Дроздов А,С, и соавт.,- Экскреция катехол аминов на фоне синдрома отмены при злоупотреблений психостиму ляторами (Рос. психиатрический журн. 2006, №6, 28-32).
46. Короленко Ц.П., Донских Т.А. – Семь Путей к катастрофе (Новосибирск: Наука, 1990).
47. Короленко Ц.П. – Аддиктивные поведения. Общая характеристика и закономерности развития (ж. Обозрение психиатрий и мед. Психологий, 1991; №1; стр. 8-15.
48. Короленко Ц.П. – Работаголизм, респектабельная форма аддиктивного поведения (обозрение психиатрии и мед. психологии,1993 №1 17-29)
49. Короленко Ц. П., Дмитриева, Н.В. – Социодинамическая психиатрия, М. 2000, стр. 460.
50. Коркина М.В., Зеигарник Б.В., Цивилко М.А. и др. – Центральное самовосприятие пищевого поведения у больных с синдромом нервной анорексий (Ж Невр. и Псих. 1986, №12, 1817-9)

51. Крижаномский Г.Н. Насильственные поведения (Ж. Психиатрия, 2004, №3, 17-21).
52. Кузнецова-Морева Е.А., Бобров А.Е. – Сопутствующие психические нарушения при азартном расстройстве; клинико-статистическое изучение больных, обратившихся за помощью (ж. Наркология; 2010; №1 52-8).
53. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. – Неврозы, невротические Развития, Клиника и лечение. М.1994.
54. Личко А.Е. – Подростковая Психиатрия, 1985, 216 стр.
55. Мавани Д.И. – Личностные характеристики больных патологическим гемблингом. (Мат. Общероссийской конференций "Реализация программы" Предупреждение и борьба с социально–значимыми зависимостью (2007-2011) М. 28-30 Октября 2008, стр. 312- 3).
56. Малигин В.Л., Циганков Б.Д. – Психопатология расстройств от игры (в матер. XIV Сьезда психиатров России. 2005 г. 356-7 стр.).
57. Малигин ВА., Чугаевская Е,В. Хвостиков ГС. – Патологическая зависимость от азартной игры, психопатологическая структура игрового цикла (Ж. Невроп., и Псих., 2010, №5, 21-7).
58. Мартюшева Т.С. – Исследование гендерных различий пристрастия к азартной игре (Матер. международной конференции "Игровая зависимость: Мифы и реалность" М. 2006, 75-80 стр.).
59. Матлина Э.Ш., Менщиков В.В. – Клиническая биохимия катехоламинов М. 1967. 172 стр.
60. Менделевич В.Д. – Клиническая и медицинская психология. М. 1999. 377 стр.
61. Менделевич В.Д. – Психология девиантного поведения. М. 2001, 432 стр.
62. Менделевич, В.Д. – От наркологий к Аддиктологий (Мат. XIV Сьезда психиатров Россий. М. 2005, стр 357.
63. Менделевич В.Д., Мальчикова Е.А., Советная Н.В. – Личностные особенности больных с игровой зависимостью, выявленных по методике "Hand Тем" (Вестн. Психотерапий 2007; 2; 47-56).

64. Менделевмч, В.Д. – Аддиктивное влечение, Теоретико-Феноменологическая оценка (Ж. Наркология, 2010, №5. 94-100).
65. Mocolов, С. Н. – Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб. 1995, 566 стр.
66. Новости Российского и мирового наркологического сообщения (Ж. Наркология, №7, с.3-11, 2008, № 2, с. 8, 2009, №2, с.8, 2010, №1, с.5-6).
67. Панырин В.Д. – К вопросу зависимости от азартных игр. Современные достижении наркологии. (В мат. конференции посвященой 20-летие национального научного центра наркологии. М.2005,87-8;
68. Попов Ю.В., Вид А.Д. – Современная клиническая психология. М.1997; стр.318.
69. Постнов В.В., Дереча В.А. – Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремисии. Новые Методы лечения и реабилитации в наркологии. (Заместительная терапия, психофарма котерапия, психотерапия – Мат. Международной конференции г. Казань, 2004; стр. 287-91).
70. Постнов В.В., Дереча В.А., Корнец В.В. – Аддиктивное поведение в форме "Состояния перманентной войны" в структуре расстройств адаптации у больных алкоголизмом-ветеранов боевых действии (мат. Новые методы лечения и реабилитаций в наркологии. г. Казань. 2004. стр. 291-5).
71. Постнов В.В.,Дереча В.А. – Гемблинг как заместительная форма аддикции у болных алкоголизмом в стадии ремисии. (Мат. Международной. конференции "Игровая зависимость мифы и реальность". М. 2006. стр. 110-5).
72. Пятницкая И.Н. – Наркомания. М., Медицина, 1994. стр. 554.
73. Рубинштейн С.Л. – Основы общей психологии. Санкт-Петербург, 2002 г.
74. Сафина Г.Д. и Менделевич В.Д. – Специфика прогностической (антиципаций) и волевой деятельности гемблингов (мат. XIV Сьезда психиатров Россий. 2005. М. стр. 367-8).

75. Сидоров П.И. – Наркологическая превентология. Руководство. М. МЕД пресс-Информ. 2006, 720 стр.
76. Смулевич А.Б. – Неалкогольные токсикомании (В кн.Рук.по психиат рии под ред. А.В.Снежневского. М. Медицина 1983, стр. 328-41)
77. Смулевич А.Б. – Малопрогредиентная Шизофрения. М. 1987 г. стр. 189.
78. Смулевич А.Б. – К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрений. (Ж. Невроп и психиатрии 2009, №11, стр.4-15.
79. Солдаткин В.А., Бухановский А.О. – Патологическое влечение к Азартным играм. Клинико-динамическая модель развития (Мат. XIV Сьзда психиатров Россий, 2005, 370-1).
80. Солдаткин В.А. – Концупции происхождения зависимого поведуния на модели патологического гемблинга (ж. Психиатрия и психофарма котерапия им. П.Б.Ганушкина М. 2008; № 3 стр.4- 12).
81. Солдаткин В.А. – Патологический гемблинг и алкоголизм, коморбидные расстройства (ж. Наркология, 2008, №7, 65-9).
82. Ткаченко А А. – Аномальние Сексуальные поведения. М. 1997 стр. 240.
83. Тукаев Р.Д., Антипова О.С. – Гемблинг: Клинические варианты и подходы к психотерапии (мат. Международной конференции – Игровая зависимость: Мифы и Реальность М, 2006; стр. 132-7).
84. Ушаков Г.К. – Пограничные нервнопсихические расстройство, М., 1987 г.
85. Ханыков В.В. – Рисполепт в лечении игровой зависимости. (В матер. конф-и „Современные достижений Наркологий. Конф-я посвящ-я 20-летии научного центра наркологии; 2005; 107-8).
86. Ханыков В.В. Мольчанова Ю.Ю. – О патогенезе игровой зависимости (ж. Вопросы Наркологии 2007; №4; 52-8).
87. Худаков А.В. – Клинико-социальный анализ формирования и профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетных (Автореферат дисс. КМН, М. 2003).

88. Чаганава Г.Я. – Энциклопедический словарь страха. г. Батуми. 2004 г.
89. Шабанов П.Д., Штакельбаум О.Ю. – Наркоманий, патопсихология, клиника, реабилитация. под ред. Гриненко А. Я. Санкт-Петербург, 2000. стр.368.
90. Шемчук Н.В., Ощанский Д.С. – О комплексном клинико-психопатологическом подходе к игровой зависимости (мат. XIV Сьезде психиатров России, 2005, стр. 378).
91. Шемчук Н. В., Березина И.Ю., Ошанский Д.С. – Применение комплекса нейрофизиологического состояния головного мозга у лиц страдающих патологическим влечением к азартным играм (ж. Н. и Псих. 2008; 12; 43-7).
92. Юриева Л. Н. Больбот Т. Ю. – Компьютерная зависимость, формирования, диагностика, коррекция и профилактика (Днепропетровск., 2006, с. 198).
93. Янг Н.С. – Диагноз интернетзависимость (ж. МИР ИНТЕРНЕТ 2000; № 2; 24- 9).
94. Aboujaude E., Gamel N., Koran L. – A 1-year naturalistic folowing of patients with compulsive shopping disorder (J.Clin.Psychiatry 2003; 64; 949-50.
95. Adamson S.J.Todd F.C.Sellman J.D. et al – Coexisting psychiatric disorders in New Zealand outpatient alcohol and other drink clinical population – (Austr. J.Psychiatry, 2006; 40;164-70.)
96. Akiskal H.S., Chen S.E., Davis G.C. Pusantian,V.R., Kashhiarian M. et al – Borderline an adiective in sealch of a noun (J clin. Psychiatry 1985; 46; 2;41-8).
97. Akiskal H.S.,Yerevanian B.J., Davis G.C., et al – The nozologic status of borderline personality Clinical and Polysomnographic study. (Amer. J Psychi at.1985;142;2;135-8).
98. Andrews C. – Simplicity cicles and The compulsive shoppeer; (Jn: Benson A(ed) J. Shop, therefore am-compulsive buying and the search for self New-york, Arison. 2000; 484-94).
99. Banki C.M., Arato M., Popp Z. et al – Biochemical markers in suicida patients, Investigations with cerebrospinal fluid aminometabolites and neuroendocrine tests (J.Affect. disord. 1984; 6; 841-50).

100. Bechara A .Neurobiology of decision-making:Risk and reward (Semin. clin. Neuropsychiatr.2001; 6; 3; 205-6)
101. Benedetti G-Das Borderline-Sindrom ein kritische Uberblik zu neuve ren psychiatrische und Psychoanalitische Ausffassungen (J."Nervenarzt" 1977; 48; 12; 641-50).
102. Benson A. – Stopping overshopping – A comprechensive program to help elininate overshopping. New York. April Benson 2006;
103. Benson A., GendlerM. – Treating compulsive buying (In: Coombs R.) Addictive disorders: a practical hand book, New York Wiley 2004; 451-9).
104. Berg M., Borderline psychopatology on thy frontiers of psychiatry (Bull. Meninger Clin. 1982;46; 2. 113-24).
105. Bergh,C. et al. – Psychological, and physical conseguences of Pathological gambling in Sweden (J. "Gambling stadies," 1994;10, 275-85)
106. Bergler E. – The Psychology of the Gambler (New York: International University Press. 1957)
107. Birnbaum K. – Uber psychopatishen personalichkeiten. 1914.
108. Black D.W., Monahan P., Gabel J. – Fluvoxamine in the Treatment of compulsive buying (J.Clin. Psychiatry. 1997; 58; 159-63).
109. Black D.W.,MayerT. – Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior (Psychiatric Services 1998, 49; 1434-9).
110. Black D.W., Galel J., HansenJ., et al – A double blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder (Ann. Clin.Psychiatry 2000; 12; 205-11).
111. Black D.W., Monahan P., Schlosser S. et al – Compulsive buying severity an analiysis of compulsive buying scale result in 44 subjects (J. Nerv. ment. Dis. 2001;189; 123-7).
112. Black D.W. – A review of Compulsive buying disorder (J. World Psychiatry, 2007; 611;14-8)
113. Blanco C.,Moreyra P., Nunes F. et al –Pathological gambling addiction or Compulsion? (Semin.Clin Neuropsychiatry, 2001;6;3. 167-76).

114. Blanco C. – The Theoretical models of pathological gambling. (J.Gambling, 2005, Iss.15)
115. Blaszezinski A.P. Mc Conoghly N. – Anxiety and or depression in the patho genesis of pathological gambling (International J. "Addict" 1989; 24. 337-50).
116. Blaszezynski A.P. – Overcoming Compulsive Gamblinge: cognitive – A Self – Help Guide Using Cognitive – Behavioral Techniques. London Robinson. 1998.
117. Blaszezynski A.P., Nower L. – A Pathways model of problem and pathological gambling. Addiction 2002; 97; 5; 487-99).
118. Bostwick J.M.,Bucci J.A-Internet sex addiction treated with naltrexon (Mayo clin. Press 2008;85:226-301).
119. Brown G., Ebert M., Goyer P. et al – Agression, suicide and serotonin relationships to CSF amine metabolits (Amer. Y Psychiatry 1982;139:741-61).
120. Boyd W., Bolen D.W. – The Compulsive gambler and spouze in group Psychoterapy (Int.J. Group Psychotherapy, 1970; 20; 77-90).
121. Buchsbaum M.S., Courseu R.D., Morphy D.L. – The biochemical high risk paradigm behavioral and familial correlate of the Platelet monoamine oxidase Activity (Science, 1976; 194; 339-41).
122. Burgard M., Mitchell J.E. – Group-cognitive-behavioral therapy for buying disorders (In: Benson A. (ed) I shop, therefore I am –compulssive buyng end the search for self. New York, Arison,200;367-97).
123. Carrasco J. – OCD Spectrum haw plateled MAO as a marked of the impulsive pole presented at the thine International obsessive-Compulsive disorder (Conference in madeira, Portugal September 1998, p.11-13).
124. Carlton P.L, Manewitz P., Mc Bride H., et al – Attention deficit disorder and pathological gambling (J.Clin. Psychiatr, 1987-a; 48; 12; 487-8).
125. Carlton P.L., Manowitz P – Phisiological factors as determinants of Pathological gambling (J.Gambling Behavior – 1987, 3; 274-85).

126. Castellani B., Rugle L. – A Comparison of Patological Gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity sensation secking, and eraving (Jnt. J. Addict 1995; 30; 575-89).
127. Catalano E.M., Sonanberg N. – Consuming passions – help for compulsive Shopping (Oakland New Harbinger pablications, 1993).
128. Cavedini P., Riboldi G., Keller R. – Frontal lobe disfunction in pathological gambling patients (Biol. Psychiat. 2002; 15; 51; 4; 334-41).
129. Christenson G.A., Faber J.R., de Zwann M. – Compulsive buying, descriptive characteristics and psychiatric comorbidity (J.Clin. Psychiatry, 1994; 55; 5-11).
130. Comings D.E., Gade-Andavoly R., Gonzalez N.et al – The addictive effect of neurotransmitter genes in pathological gambler (J.Clin. Psychiatry, 1984; 45; 12; pt 2:35-8).
131. Comings D.E., Rosenthal R.J. et al – A study of dopamine D-2 receptorgene in pathological gambling (J. Pharmacogenetiks, 1996; 6; 223-41).
132. Comings D.E. – The molecular genetics of pathological gambling CNS (J. Spectrum 1998; 3; 20-37).
133. Comings D.E., et al – The addictive effects of neurotransmitter genes pathological gambling (J. Clin. Genetic 2001; 60; 2; 107-10).
134. Coran L.M., Choung H.W., Bullock K.D., et al – Cytalopram for Compulsive shopping disorder an open-label study followed by double-blind discontinuation (J. Clin. Psychiatry 2003; 64:793-8).
135. Coran L.M. – Escitalopram treatment evaluated in patients with compulsive shoping disorder (J. Primory Psychiatry. 2005;12 -15).
136. Coran L.M., Aboujaoude E.N., Gamel N.N –Escitalopram treatment of Kleptomania; an open-label trail followed by double-blind discontinuition (J Clin. Psychiatry2007;68:422-7).
137. Cuningham-Williams R.M. et al – Taking Changes problem gamblers and mental healt disorders: results from the St. Louis Epidemiologycal Cotchment Area stady (Amer J. Phobic Healt. 1998;88;1093-90)

138. Custer R.L., CusterJ.F. – Soft signs of pathological gambling 1981.
139. Custer R.L et al – A personality factors and pathological gambling (Acta Psixiat.Scand.1989; 80:1; 37-9).
140. DanonJ.E. – Shopaholis: Serios help for addicted spenders. Losangeles price Stein Sloan 1988.
141. Danon P.N., Lovengrub K., Musin E., Gonopolcky y., KotlerM. – Sustained – relese Bupropion versus Naltrexone in the Treatment of patological Gambling: A preliminary Blind rater study (J Clin. Clin. Psychopharmaco. 2005; X11, 25 (6) 593-6).
142. Dahl A.L. – Diagnosis of the borderline disorders (J. Psychophatology. 1985; 18; 1;18-28).
143. De Caria C.M., Hollander E., Grossman R. et al – Diagnosis neurobiology and treatment of pàtological gambling (J. Clin. Psychiat. 1996; 57; Supl. 8:80-3).
144. Delfabro P. and Thrupp L. – The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents (J.Adolescence 2003; 26; 3:313-30).
145. Dell-Osso B., Hadley S., Allon Ah., et al – Escytalopram for compulsive buyng disorder: a double-blind discontinuation study (J Clin. sychopharmacol. 2007; 27:225-7).
146. De Caria C.M., Hollander E. – Pathological Gambling in obsessive compulsive related Disorders (Ed. E. Hollander. Amer. Psychiatric press 2002, p. 155-78)
147. Devor E.J., Magle H.J., Dile-Dever R.M. et al – Serotonin Transporter gene (4-HTT) Polimorfism and compulsive buying (Am. J Med. Genet. 19 99; 88: 123-5).
148. Di Chiara G., Imperanto A. – Drugs by hamong preferantialy increase sinaptic dopamine concentration in the mesolimbic system of treely moving rats (Proc. Natl. Acad.Sci.USA, 1988; 85. 5274-8).
149. EisenS., Slutsske W., Lions W. et al – The genetic of pathological gambling (Semin Clin. Nevropsych. 2001;9; 195-204).
150. Eliott R – Addictive consumption function and fragmentation in Post-modernity (J. Consumes Policy. 1994;17; 159-79).

151. Faber R.J., O'Guinn T.C. – Classifying compulsive consumes advences in the development of a diagnostic toos (Adv.Consum Rus.1989;16:147-57)
152. Faber R.J.,O'Guinn T.C. – A clinical screener compulsive buying (J. Consumer Res.1992;19;454-69)
153. Grant J.E., Potenza M.N. – Pathological Gambling (Am.Psichiat.Publ. I-ne 2003;270).
154. Grant J.E. – There cases of compulsive buying treated with naltrexon (Jnt. J Psychiatry clin. Pract.2003;7:223).
155. Grant J.E., Kim S.W., Hartman B.K. – A double – blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges (J. Clin. psychiatry 2008; 69:783-9).
156. Grant J.E., Kim S.W., Odlang B.L. – A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone in the treatment of Kleptomania (Biol. Psychiatry, 2009:65: 600-6).
157. Grant J.E., Suck Won kim-Quality of life in Kleptomania a and pathological Gambling (J.Comnrenensive Psychiatry 2005; 46; 34-7).
158. Grant J.E. Kim S.W., Potenza M.N., et al – Paroxetine treatment of pathological gambling: a multy-centre randomize controlled trial (Jnt. Clin. psychophar macol. 2003; 4; 243-9).
159. Grifiths M.D.-The role of cognitive bias and skilne in fruit machine gambling (Brit. J Psycholog. 1994;85:351-69)
160. Griffiths, M.D. – Exercise addiction a case study (Addict Res.1997;5; 2: 161-8)
161. Griffiths, M.D. – Internet addiction – time to be taken seriously (Addict.Res 2000;8;413-8)
162. Goldstein W.N., – DSM-111-m and the diagnosis of borderline (Am.J Psychotherapy 1983;37;3,312-37).
163. Gunderson J.G. – Pharmacotherapy for patients with borderline persona lity disorder (Archiv gener.Psychiatry. 1986).
164. Haller R., Hinterhyber H. – Treatment of pathologikal gambling with Car bamazepine (J. Pharmacopsychiatry. 1994; 27 129).

165. Hen A. – Opioid reward mechanizms: a key role in drug abuse? (Canad. J Phisiol. 1998;76;3:252-8).
166. Hodgins D.S., El Guebaly N. – Natural and treatment assisted recovery from gambling problems. A comparizon of recovered and active gamblers (Y. Addictory 2000;95;5: 777-89).
167. Holden C. – Behaviored addictions, do they exist? (J. Sciencs 2001; 294; 980-2).
168. Hollander E., Frenkel M., De Caria C., et al – Treatment of Pathological gambling with clomipramine (ITR) (Am.J Psichiat. 1992;149;710-1).
169. Hollander E. – Obsessive-compulsive spectrum disorders; an Over wiew (Psychiatr. Ann.1993; 28; 355-81).
170. Hollander E.,Wong C – Obsessive-Compulsive spectrum disorders-(J Clin .Psychatry,1995,56(supp) 3-6)
171. Hollander E.,-Treatment of obsesive-compulsive speqtrum disorders wit SSRIs (Brit.J Psychiatry,1998;173 (suppl.35; 7-12)..
172. Hollander E., De Caria C.,Mari E.,et al-Short-term single blind fluvoxamine treatment of pathological gambling-(Am.J Psychiatry 1998.155' 1781-3)
173. Hollander E., Buchalter A., De Caria C. – Pathological gambling (Psychiat Clin Am North. 2000; 23[3/629-42).
174. Hoyle, R.-Personality processes and problem behavior (J. Pers. 2000; 68 (6):953-66).
175. Huisman A.,Van den Eynden R.,Gurresten H.-Internet addiction a coll for sistematic research. (Subset Use 2001;6;1; 7-10)
176. Ianet P. Raymond F. – Les Obsessions et la Psychastenie, Paris 1903.
177. Ibanez A.,Blanco C., Donahue E., et al-Psychatric Comorbidity in pathological gambliers seeking treatment (Am.J Psychiat.2001;158;10:1733-5)
178. Ibanez A., Blanco C., Mereryra P., Saiz J.- Gender differences in pathological gambling (J.Clin.Psychiat.2003;64; 3:295-301)
179. Ibanez A. Blanco C., Perez de castro J.et al-Genetics of pathological gambling (J Gambling Study,2003;11-22)

180. Kasanini I-The acute Schizoaffective psychoses (Am.J Psychiattry. 1989; 13;97:97-126)
181. Kahn, E–Die Psychopatologischen personalkeiten. (Jn:Handbuch der Geistedkrankheiten 1928;v-5:227-86).
182. Kaye W. –Extremes 0f impulse control and Serotonin Fronto Lobe Pathophysiojogy.(In: Obsessive-compulsive Disorder Ed.M.May, N.Sartorius, A. Oka sha andI.Zochar,1988;231-3).
183. Kim S.W.-Opioid antagonists in the treatment of impulse control disorders . (J.Clin.Psychiat.1998;59:153-64).
184. Kim S.W., Grant J.E., Adson D.E. et al-A double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling.(J.Clin.Psychiatry 2002;63:401-7)
185. Kniedelbach N., Walker H., J. Chapman H.A. et al-Comorbidity on disorders with loos of impuls-control pathological gambling and personality disorders .(Act.Europ Psyquiat.2006;34; 2:76-82).
186. Koran L..Bullock K. Hartston H. et al- Cytalopram treatment of Compulsive Shopping: an offen label study (J.Clin.Psychiatry 2002;163:704-8).
187. Koran L.Chuang H,, Bullock K.,et al-Citalopram for compulsive shopping disorder:an open-label study followed by a double-blind discontinuation. (J. Clin.Psychiatry 2003; 64:793-;8)
188. Koran L.Faler R. AboujaudeE.et al-Estimatid prevalence of compulsive buing in the United States (Am.J Psychiatry;2006;163:806-12)
189. Kraepelin E –Zur diagnose und prognoze der demencia praekox. (Algem. Z.Psychiatr.1894;56:254-64).
190. Kraepelin E.-Psychiatrie.Leipcig 1896.
191. Kraepelin E. – Die Erscheinungsformen des Irreseins (Z.ges Neurol Psychiat. 1920, Bd62.1-29.
192. Krych R.-Abnormal consumer behavior, a model of addictive behaviors. (Adv.Consum Res.1989;16: 745-8)
193. Krueger D.W. - On Compulsive shopping and spending a psychodynamic inyuiry (Am.J Psychiatry 1988;42:574-84).

194. Kuzma J., Black D W-Compulsive shopping-when spending begins to consume the consumer (J.Current Psychiat. 2006;7;27-40).
195. Lejaylux M., Anders J.,Tassian V. et al - Phenomenology and psychopatology of uncontrolled buiyng (Am. J Psychiatry 1996;152;1524-9).
196. Lee S., Mysyk A. - The medicalization of compulsive buying (Soc.Sci. Med. 2004; 58;1709-18).
197. Lawrence L. - The Psychodinamics of the compulsive female schopper (Am.J Psychoanaliz 1990;50:67-70).
198. Ledgerwood D., Downey K. - Relationship beetween problem gambling: a substance use in a methadone miantenance population (Addict Behavior 2002;27;4:483).
199. Lesier H., Rosental R - Pathological gambling: A review of the literature (J Gambling Studies. 1991;7:5-39).
200. Lesier H., Blume S.- Evalution of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction severity Index (Br.J Addict.1991;86:1017-28).
201. Linden R., Poppe H., Jenes I – Pathological gambling and major affective disorder preliminary finding (J clin. Psychiat. 1986;47:201-3).
202. Martins S., Lobo S.,Tavaes H., et al - Pathological gamblings in women a review (Rev.Hop. Clin. Fac.med..S.Paulo 2002; 57(5):235-42).
203. Mc Cale K. - Financial recovery conseling (In: Benson,A(ed)I shop, there fore I am - Compulsive buying and the searvh for self. New York:Arison 2000;457-83).
204. Mc Cormiek R., Russe A., Ramirez L.,et al - Affective disorders among patological gamblers seeking treatmen (Am.J Psychiat.1984;141:215-8).
205. Mc Elroy S., Satlin A., Pope H., et al - Treatment of compulsive shopping with antidepressants a report of three cases (Ann.Clin. Psychiatry 1991;13; 199-204).
206. Mc ElroyS., Keck P., Pope H., et al-Compulsive buying a report of 20 cases (J.Clin. Psychatry, 1994; 55; 242-8).

207. Miltenberger R., Redlin J., Crosby R., et al - Direct and retrospective assesement of factors contributing to compulsive buying (J.Behav. Ther. Exp. Psych ia try 2003;34;1-9).
208. Mitchel J E., Burgard M., Faber R., et al - Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder (Behav.Res.Therapy, 2006;44:1859-65).
209. Monahan P., Black D., Gabel J. - Reliability and validity of a scale to measure change in person with compulsive buying. (J.Psychiatry Res. 1995; 64:59-67).
210. Moskowitz J. – Lithium and Iody Luck: Use of lithium carbonate in compulsive gambling. New Yourk State J.med 1980; p.780.
211. Ninan P., Mc Elrou S., Kane Ç. et al – Placebo-controlled stuy of fluvoxamin in treatment of patients with compulsive bujng (J Clin Psychopharma cology 2000;20:362-6)
212. O'Cainn T.C.,Faber R.J.-Compulsive buying a Phenomenological exploratin (J Consumer Res 1989;16:147-57).
213. Orford J.-Addiction as excessive apetite (J.Addiction 2001;96(1): 15-3)
214. Pallanty S., Querciali L. Sood E., Hollander E. – Lithium and Volproate treatment of pathological gambling:a randomized single –blind study (J Clin. Psy chiat.2002;63;7:559-64)
215. Pallanti S., Bernardi S.,Pampaloni J. et al-Pharmacological challenge in pathological gambling (Summary of APA 2007 april meeting. 2007; p.126)
216. Pasternanak I-Pathological Gambling: American Newest Addiction? (Am.Fam.Pysician, 1997; 56; 5:12-5)
217. Perez de Castro I, Ivanez A. et al-Genetic association study betwen patological gambling and a functional DNA polimorfism at the receptor gene (J. Pharmacogenetics-1997;7:345-8).
218. Petry N.M.,Stinson F.S. Gromt B.F.et al-Comorbidity of DSM-1V pathological gambling and other psychiatric disorders results, from the National epidemiologic survey on alcohol and related condicions. (Clin. Psychiat 2005; 66 :564-74).

219. Piepponen T.P.,Hankanen A.,Kivastik T et al-Involvement of opioid receptors in opioid-induced acceleration of striatal and limbic dopaminergic transmission (J.Pharmacol.Biochim. Behav. 1999;2:245-52).
220. Potenza M.N,-The neurobiology of pathological gambling (Psych. Clin. North.Amer. 2000;23:629-42)
221. Regard M. et al-Brain damage and,addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram. investigation with pathological gamblers. (Cogn. Behav. Neurol. 2003;16;1:47-53)
222. Reuter J.,Raedler T., Rose M. et ai-Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic revard system (Nat Neurosci. 2005; 8;2:147-8)
223. Room R.. Turner N., Lalomilteanu A. et al-Comunity effects of opening of the Niacara Casini (Addiction,1999;94;10:1449-66)
224. Rotter J.C.-Connseling and therapy for Couples and Families (The Family J. :2004;1:37-9)
225. Roy A.,Addinoff R. Rochaich L. et al-Pathological gambling A.Psychobiological study (Arch.gener. Psychiatry, 1988; 45; 4:367-73).
226. Rugle L., Melamed L.-Neuropsychological assessement of attention problems in pathological gambling .(J Nerv.ment.Dis. 1993; 181:107-12).
227. Salamone J.D., Correa M. - Motivational views of reinforcement implications for understending the behavioral functions of nucleus accumbens dopa mine. (Behavior .Brain Res. 2002;137;1-2:3-25)
228. Scherhorn G., Reisch L., A., RaabG.-Addictive buiyng in West Germany, an empirical study (J Consum Policy 1990;15:355-87).
229. Schlosser S., Black D.W., Repertinger S. et al-Compulsive buiyng demography, phenomenology and comorbidity in 46 subjects (Gen. Hosp. Psychiatry 1994;16: 205-12).
230. Seguier H.-Revie histirique de la notion de Kleptomanie (Amer.Y. of Psychiat.1966;55;4:336-69)
231. Skiner,B.F. - About Behaviorism. New Yourk.. Vintage books 1974.

232. SlutskeW., EisenS, et al-Common geneticVolnerability for pathological gambling severity (Addiction 1998;93;6:899-905).
233. Slutske W.S., Eisen S., True W.R. et al - Common genetic vulnerabity for pathologycal gambling and alcohol dependence in men (Arch.Gen. Psychiat .2000;57:999-1029).
234. Steiner I-The Border Between the paranoid-schisoid and the Depressive Positions in the Borderline patients (Brit.J.med. Psychol. 1979;52;4: 485-91).
235. Toneatto T., Brenna J. - Pathological gambling in treatment-secking substance abusers (Addict Behav. 2002;27;3:405-9).
236. Tovares H.,Martius S.S.,Lobo D. et al-Factors at pley in faster progression for female pathological gamblers an exploratory analys (J.Clin.Psych iat. 2003;64;4: 433-8).
237. Valence G., D'Astors A.Q., Fortier L.-Compulsive buiyng concept and measurement (J consum Policy. 1988;114:419-33).
238. Ventura R., Cabib S., Alcaro A. et al - Norepinephrine in the pretornal cortex is critical for amphetamine-induced revard and mesoacumbens dopamine relese (J Neurosci.2003;23;5:1879-85).
239. Ventura R., Alcaro A., Alegro S. - Prefrontal cortical norepinePhrine release is critical for morfine-induced reward, reinstatement and dopamine release in the nucleus accumbens (Cereb. Cor. 2005;15;12:1877-86).
240. Villarinio R., Otero-Lopes J.L., Castro R. - Addiction a la compranalysis, evalustiong treatment. Madrid Edciones Piramide 2001.
241. Viraro F., Arseneault M.A and Trembley Ph.D.- Dispositional predictors of problem Gambling in Male Adolestents (Am.J. Psychiat.1997;154;12: 1769-70). 218
242. Volbery R.A. - The prevalence and demographics of pathological gamblers. Implication for public healt (Am.J Public; henth 1994;84:237-41)
243. Volbelg R.A.- Prevalence studies of problem gambling (J. Gambling studies (J Gambling Studies. 1996;12:111-28).
246. Volkow N.O., Fowler J.S., Wang G.J. - Role of dopamine in drug rein forcoment and addiction in humans from imaging studies (Behav. Phar macol. 2002;13; 5-6:355-66).

247. Warren C., Mc Donagh B.E. - Crime. and Gaming Enforcement National conference on Gambling (Illinois StatesUniversity, 1996.
248. Westermeyer J., Canive J., Carrard J. et al - Lifetime prevalence of pathological gambling among american Jndia and Hispanic american Veterans (Am. J. Public. Health 2005;95; 5:860-6).
249. Wesson C-Women who shop too much overcoming the urgeto-splural (NewYork St.Martin; press1991).
250. Wildman R.W. - Pathological invitive gambling: Marital-familiae factors, implications and treatment (J.Gambling Studies 1989; 5:293-301).
251. Winestine M.C-Compulsive Shopping as a derivative of childhood seduction (Psychoanal. Q@. 1985;54:70-2).
252. Winters K.C., Stinfields R.D., Fulkerson J. - Toward the development of an adolescent gambling problem secuerity scale (J Gambling studies 1993;9:63-82).
253. Wite R.A., Rompre P.P. - Brain dopamine and reward (Ann. rev. Psychiatry 1989; 40:191-225).
254. Young K.S.-Internet addictions an issue. for clinikal psychologists (Clin.psicholog.Forum 1996;97:32-61).
255. Young K.S.-Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications (Cyberpsychol. Behav.J. 2007; 10:671-9).
256. ZuckermanM., Kahlman D.M., – Personality and risk-taking: common biosocial factors (J Pres, 2000;68(6):999-1029).

ს ა რ ჩ ე ვ ი

СОДЕРЖАНИЕ

შ ე ს ა ვ ა ლ ი 5
Предисловие 5

თავი 1. საკითხის ისტორია და აზარტომანიის ჩამოყალიბების სავარაუდო მექანიზმები 17
Глава 1. История вопроса и предположительные механизмы возникновения Азартомании 17

თავი 2. აზარტომანია, როგორც ფსიქიკური დაავადება 23
Глава 2. Азартомания, как психическое заболевание 23

თავი 3. ცნებები „მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობანი“ და „ობსესურ-კომპულსური სპექტრის“ დაავადებების ურთიერთობის შესახებ 35
Глава 3. О взаимоотношении Понятия „Пограничные психические заболевания“ и „Обсессивно-компульсивного спектра заболевании“ 35

თავი 4. საკუთარი მასალა და კვლევის მეთოდები 68
Глава 4. Собственный материал и методы исследования 68

თავი 5. აზარტული თამაშებისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების შესახებ 70
Глава 5. О патологической зависимости к азартным играм 70

თავი 6. აზარტომანიის ეპიდემიოლოგია 79
глава 6. Эпидемиология азартомании 79

თავი 7. აზარტომანიის ეტიოლოგიური ფაქტორები 88
Глава 7. Этиологические Факторы Азартомании: 88
ა. გენეტიკური ფაქტორები 89
а. Генетические факторы 89
ბ. ფსიქოლოგიური და პიროვნული ფაქტორები 96
б. Психологические и личностные факторы 96
გ. ნეიროქიმიური ფაქტორები 108
г. Нейрохимические факторы 108
დ. მორფოფუნქციური ფაქტორები 117
д. Морфофункциональные факторы 117

ე. სოციალური ფაქტორები 124
e. Социальные Факторы 124

თავი 8 აზარტომანია (ლუდომანია, გემბლინგი) 126
Глава 8. Азартомания (Лудомания), как патологическая зависимость к азартным играм (Гемблинг) 126

თავი 9. კომპულსური შოპოგოლია ანუ აკვიატებული ხასიათის ფულის ფლანგვა არა საჭირო საყიდლებში 163
Глава 9. Компульсивная шопоголия, как навязчивая трата денег для покупок ненужных вещей 163

თავი 10. კომპიუტერომანია 175
Глава 10. Компьютеромания 175

თავი 11. ინტერნეტომანია 189
Глава 11. Интернетомания 189

თავი 12. ფიზკულტუროგოლია 209
Глава 12. Физкультуроголия 209

თავი 13. აზარტული თამაშების კომორბიდული აშლილობები 211
глава 13. Коморбидные расстройства Азартомании 211

თავი 14. იმპულსური მიზიდულობები და მოქმედებები 226
Глава 14. Импульсивные пристрастия и действия 226
ა. კ ლ ე პ ტ ო მ ა ნ ი ა 234
а. К л е п т о м а н и я 234
ბ. პ ი რ ო მ ა ნ ი ა 237
б. П и р о м а н и я 237
გ დ რ ო მ ო მ ა ნ ი ა 242
г. Д р о м о м а н и я 242
დ. დ ი ფ ს ო მ ა ნ ი ა 244
д. Д и п с о м а н и я 244

თავი 15. ზოგიერთი პროფილაქტიკური ღონისძიებები 247
Глава 15 О некоторых профилактических мероприятиях 247

თავი 16. აზარტომანიებისა და იმპულსური ქცევების მკურნალობის. საკითხები 249
Глава 16. Вопросы лечения азартомании и импулсивных расстройств 249

თავი 17. აზარტომანიების ფსიქოფარმაკოთერაპია 260
Глава 17. Психофармакотерапия азартомании 260

თავი 18. საკუთარი შემთხვევების მკურნალობის შედეგები 267
Глава 18. Результаты медикаментозного лечения больных Азартоманией 267

თავი 19. აზარტომანიისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების პროფილაქტიკის ზოგიერთი საკითხები 272
Глава 19. Некоторые вопросы профилактики развития патологической зависимости Азартоманией 272

თავი 20. არაქიმიური ფაქტორისმიერი აზარტომანიებისა და იმპულსური აშლილობების პროგნოზული მაჩვენებლები 184
Глава 20. Некоторые прогностические показатели азартомании и импульсивных расстройств обусловленных нехимическимы факторами 184

ლიტერატურა 289
Литература 289