

შოთა გაგვრეღიძე

**დისკორფული ავლილქეხეხი
და
მათი მკურნალობა**

თბილისი 2006

წიგნში განხილულია ფსიქიკური აშლილობების ერთ-ერთი ნაკლებად შესწავლილი საკითხი, რომელიც ეხება სხეულის აღნაგობისა და ფუნქციონირების თვითაღქმის მოშლას.

წარმოდგენილია დისმორფულ აშლილობებთან დაკავშირებული შეხედულებები, ჰიპოთეზები, თეორიები და კონცეფციები. გაანალიზებულია ავტორისეული გამოცდილება აღნიშნული აშლილობის კლინიკური თავისებურებების შესახებ. იგი იზიარებს უკანასკნელ 15 წლის განმავლობაში მსოფლიო ფსიქიატრიაში ჩამოყალიბებულ აზრს, რომ ეს ძნელად სამკურნალო აშლილობები მიეკუთვნება ობსესურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობებს.

საკუთარი კლინიკური გამოცდილების საფუძველზე ავტორი წარმოადგენს აღნიშნული აშლილობების მკურნალობის ოპტიმალურ ვარიანტებს.

მონოგრაფია განკუთვნილია, როგორც ფსიქიატრებისათვის, ასევე ყველა იმ დარგის ექიმებისათვის, რომლებსაც კლინიკურ პრაქტიკაში ხვდება აღნიშნული პათოლოგია, რეზიდენტებისა და ახალგაზრდა სპეციალისტებისათვის.

უკ (UDC) 616.89.008

გ.198

I. შ ე ს ა ვ ა ლ ი

ინგლისურენოვან ტერმინოლოგიაში საკუთარი სხეულის აღქმის პათოლოგიას უწოდებენ *სხეულის დისმორფულ აშლილობას* (BDD), ანუ საკუთარი სხეულის ემოციური აღქმის (მორფოდისფორია) აშლილობას. მსგავსი განცდა განაპირობებს ამ მეტად უსიამოვნო წარმოდგენას საკუთარი სხეულის ან მისი ნაწილების "სიმახინჯეზე" (სახის ნაკეთები, კანი, ტუჩები, თვალი, ჭრილი, ცხვირის სიდიდე, სახის კანის ფერი, მასზე გამოჩენილი, მკერდის, სარძევე ჯირკვლების ზომებში სიმცირე ან ზედმეტი სიდიდე, გრძელი ან მოკლე კიდურები, ზოგადად დაბალი ტანი და განსაკუთრებით სასქესო ორგანოების ზომებში სიმცირე), აგრეთვე, ორგანიზმიდან გამოჩენილ ფორმებზე კონტროლის დაკარგვის გამო (უკანა ტანიდან, იშვიათად სასქესო ორგანოებიდან, და პირის ღრუდან მყრალი აირების უნებლიეთ გამოყოფის შიში ან, ზოგჯერ, სრული დარწმუნება). სწორედ ეს ჩამონათვალი და კიდევ სხვა მრავალი ნაკლის აღმოჩენით შეპყრობილი პიროვნება შევლას ექიმებთან ექვს დაუინებით მოითხოვს ნაკლის გამოსწორებას, რადგანაც ცხოვრებაში მისი საოცნებო წარმატებების მიუღწევლობად სწორედ ამას მიიჩნევს (Jenike M., 1984; Phillips K.A., 1991).

სხეულის დისმორფული აშლილობა, ჩვენი აზრით, შესაძლებელია პირობითად დაიყოს *დისმორფოფობიად*, *დისმორფომანიად* ან *ბოდვით დისმორფომაიანიად*. დისმორფოფობია მიუთითებს დისმორფული აშლილობისადმი შიშზე, დისმორფომაია – სხეულის ან მისი ნაწილების სიმახინჯეში უკვე დარწმუნებაზე, ხოლო ბოდვითი დისმორფომაია – სხეულის ან მისი ორგანოების ცვლილების ბოდვითად ინტერპრეტაციაზე.

ცხადია, რომ დისმორფული აშლილობა არის განსაკუთრებული ავადმყოფური მდგომარეობა, რომლის წამყვანი ნიშანია საკუთარი სხეულის ან მისი ცალკეული ნაწილების განუვითარებლობის, ან შექმნილი ფიზიკური სიმახინჯის განცდა-შეფასება.

ტრადიციული შეხედულებით, დისმორფული აშლილობა წარმოადგენს ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომს ან სინდრომს (Ch. Thomas, 1984). ზოგიერთი ავტორისათვის კი იგი თავისებური, “მოსაზღვრე” (ექსტრანოზოლოგიური) აშლილობაა. მას ფსიქიკურ და ნერვულ დაავადებათა ნომენკლატურასა და კლასიფიკაციაში დღემდე ვერ გამოენახა მუდმივი ადგილი. ამიტომ სხვა მრავალ მსგავს “მოსაზღვრე აშლილობებთან” ერთად, ის ყოველი ახალი კლასიფიკაციის შემოღებისა და ძველის გადასინჯვისას მუდმივად მიგრირებს ერთი ჯგუფიდან მეორეში. ამ თვალსაზრისით საბოლოო, საყოველთაოდ მისაღები შეთანხმება ფსიქიატრიულ სკოლებს შორის მიღწეული არ არის. ბოლო ხანებში კლინიკური და ნეირობიოლოგიური (ფსიქოფარმაკოლოგიური) კვლევების შედეგად მსგავს “მოსაზღვრე” დაავადებათა პათოგენეზურ მექანიზმებში უფრო ღრმად “ჩახედვით” ჩამოყალიბდა კონცეფცია, რომლის თანახმად, დისმორფული აშლილობა მიეკუთვნება *ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობებს*. იგი, ამ ახალი სპექტრის სხვა ფორმებთან ერთად, განიხილება მეოთხე თუ მეხუთე ენდოგენურ ფსიქიკურ დაავადებად (Maj M., Sartorius N., Okasha A., Zohar J. – 2000). ზოგჯერ

დისმორფოფობია იწყება და ვითარდება როგორც მონოსიმპტომი, Bishop-ის (1980) ე.წ. *მონოსიმპტომური იპოქონდრიის* სახით, ისეთი ხანგრძლივი და არსებითად ურემისიო მიმდინარეობით, რომ ისმება კითხვა: ხომ არ არის შესაძლებელი, რომ იგი განიხილებოდეს დამოუკიდებელ დაავადებად? ან ზოგჯერ არა ავადმჯიფ, არამედ ფსიქიკურად ჯანმრთელი, პერსონოლოგიური თავისებურების მქონე პიროვნების აშლილობად? დისმორფოფობიის, როგორც თავისებური ნევროზული დონის აშლილობის, ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში განხილვამ დასვა მრავალი კითხვა და პირველ რიგში საკითხი, თუ რა საერთო ან რა განმასხვავებელი ნიშნები გააჩნია ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობასა და დისმორფოფობიას. ამერიკული კლასიფიკაციის მეოთხე გადასინჯვაში დისმორფოფობია განთავსებულია სომატოგენურ აშლილობათა ჯგუფში, იმის მიუხედავად, რომ მას აღმოაჩნდა ობსესიურ-კომპულსური აშლილობისათვის დამახასიათებელი საერთო ნიშნები. ამის გამო ავტორთა გარკვეული ნაწილი დისმორფოფობიას და ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობას განიხილავს ერთმანეთის მიმართ კომორბიდული დამოკიდებულების დაავადებად. F. Frare et al. (2004) ამ ორი ფენომენოლოგიურად განსხვავებული კლინიკური ფორმის მახასიათებლებში მიუთითებენ გარკვეულ თავისებურებებზე, იმისდა მიხედვით, მათთვის დამახასიათებელ ნიშნებს კომორბიდულად თან ერთვის თუ არა გენერალიზებული შფოთვა. ამ ავტორების კვლევის შედეგები სრულიად ადასტურებს კონცეფციას, რომლის თანახმადაც დისმორფული აშლილობანი არის ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის ერთ-ერთი შემადგენელი. ცხადია, ეს არ არის აკვიატების მარტივი კლინიკური ვარიანტი, არამედ უფრო რთული სტრუქტურის მქონე აშლილობაა. მას ხშირად აქვს კომორბიდული ქაეშირი სოციალურ ფობიასთან, დეპრესიასთან, კვებით აშლილობასთან და იმპულსური ქცევების მიმართ

სათანადო კონტროლის არარსებობასთან. დისმორფული აშლილობა, როგორც სიმპტომი, შესაძლებელია შეგვხვდეს შიზოფრენიის, ენდოგენური დეპრესიის, პიროვნული აშლილობების ან მძიმე ფორმის ნევროზისა და თავის ტვინის ორგანული დაზიანების შემადგენლობაში (Ch. Thomas, 1984). ამავ ავტორით, ზოგჯერ დისმორფული აშლილობა წარმოდგენილია მონოსიმპტომის სახით. მისთვის დამახასიათებელი ავადმყოფური განცდები უკავშირდება მხოლოდ პიროვნების სტრუქტურას, პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებს (Вулинк Н.К.К., Денис Д., 2005), როგორიცაა: შიზოიდია, ნარცისიზმი, ობსესიურობა. ავადმყოფი თავს მიიჩნევს მახინჯად, რაც არ შეესაბამება რეალობას. მსგავსი შეგრძნებები, აზრები, შეხედულებები შესაძლებელია იყოს აკვიატებული; თუ კი პაციენტს ესმის, რომ ასეთი შეხედულება მცდარია, შემცდარი აზრის მიმართ კრიტიკა შენახულია. ამგვარი აზრები და შეგრძნებანი, როდესაც კარგავენ სათანადო კრიტიკული განსჯის კონტროლს, ყალიბდება ჯერ ზედირებულოვანი, ხოლო შემდეგ ბოღვითი დისმორფომანიის სახით, კრიტიკული განსჯის უნარის დაკარგვით. მკვლევრებმა (Phillips K.A., McErlou S.L., Keck P.E., et al.-1994-a; Phillips K.A., Najjar R., 2003-a) უჩვენეს, რომ პაციენტთა 2 მესამედს აღენიშნებოდა დამოკიდებულების იდეები, ხოლო ნახევარზე მეტს ე.წ. “სარკის სიმპტომი”, რის გამოც დღის განმავლობაში მრავალჯერ იმზირებიან სარკეში და ცდილობენ, როგორმე მოიცდილონ სახის კანის უსწორმასწორობა და სიმქისე, როგორმე შენიღბონ მისი სიმახინჯე (Phillips, K.A., McErloy S.L., Keck S.L.-1993-b). მსგავს პაციენტთა უმრავლესობა აღმოჩნდა სოციალურად იზოლირებული და მათ ნახევარს მაინც აღმოაჩნდა სუიციდური ტენდენციები. დაახლოებით 33%-მა სცადა კიდევ თვითმკვლელობის განხორციელება (Altamura C., Paluella M.M., Mundo E. et al., 2001; Cotterill J.A., Gunliffe W.J., 1997). შედეგთში გამოიკვლიეს ქალები, რომლებმაც ჩაიტარეს კოსმეტიკური ოპერაციები ინფანტილური

სარძევე ჯირკვლების ზომებში მომატების მიზნით და აღმოჩნდა, რომ მათში სუიციდური ქმედების რისკი სამჯერ და მეტჯერაც იყო გაზრდილი (Koot V.C., Pelters P.H., Granath F. et al., 2003). მსგავსი განცდა და ქცევა გვხვდება უფრო ხშირად მოზარდ ასაკში, როგორც საკუთარი სხეულის აღქმის აშლილობა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამავე რეგისტრის, მაგრამ ფენომენოლოგიურად გარკვეულ სახესხვაობად მიიჩნევენ ნერვულ ანორექსიას. ცხადია, მისი სიმახინჯედ აღქმის საფუძველია მხოლოდ ჭარბი სიმსუქნე, რომლისგან გადარჩენის ერთადერთი საშუალო არის მკაცრი დიეტა. დისმორფოფობიის ანორექსიული ქვეტიპი აკვიატების სპექტრის აშლილობათა შემადგენლობაში ცალკე ფორმად განიხილება და ჩვენც მას ცალკე გამოკვლევას მივუძღვნით. ისევე, როგორც კანის დისმორფულ აშლილობას, რომლის ფენომენოლოგიური თავისებურების შესწავლა-კვლევას აწარმოებს ახალი შემოქმედებითი მიმართულება – დერმატოფსიქიატრია, სხეულის და მისი ნაწილების დერმატოლოგიური დისმორფული აშლილობანი სპეციალურ გამოკვლევებს მოითხოვს. წინამდებარე ნარკვევში მათ შესახებ მხოლოდ ნაირსახეობათა ჩამოთვლით დაგვმაყოფილებით, რადგან განვიზრახეთ, დერმატოლოგებთან თანამშრომლობით ამ მიმართულებით სპეციალური გამოკვლევები ჩავატაროთ.

ნევროზული დონის დისმორფოფობია ხშირ შემთხვევაში გარშემოცოფებისათვის შეუმჩნეველია და სამედიცინო სტატისტიკაში არ აღირიცხება. სუბიექტის უკმაყოფილება საკუთარი გარეგნობით ან მისი წარმოდგენით სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის სიმახინჯის გამო, ან, უკეთეს შემთხვევაში, უფრო “ლამაზად” წარმოჩენისათვის ხდება ქირურგ-კოსმეტოლოგთან მიმართვის საფუძველი ოპერაციული კორექტირებისათვის. სწორედ ამ მომენტიდან იწყება მისი დისმორფული აშლილობის ღეგალიზება. ცხადია, იგი მრავალ შემთხვევაში დაავადებად არ ჩაითვლება.

სახის ნაკეთების დისმორფული აშლილობებიდან ყველაზე ხშირია ცხვირის “სიმახინჯის” სუბიექტური შეფასება. იმ ეთნოსის წარმომადგენელ ქალებში, და გამოკვლევის სახით მამაკაცებშიც, არწივისებრი კეხიანი ან ზედმეტად პატარა ცხვირის მიჩნევა ულამაზოდ, რაც შესაძლებელია ფსიქიკურად სრულიად ჯანმრთელსაც ჰქონდეს, ჩაითვლება დისმორფოფობიად, თუ პაციენტი გასალამაზებლად ქირურგ-კოსმეტოლოგს მიმართავს. იმ შემთხვევებში კი, როდესაც დისმორფული აშლილობის მქონე პაციენტი განსაკუთრებულ და ხშირად ზედირებულოვან შეფასებას აძლევს საკუთარ გარეგნობაში ამა თუ იმ ორგანოს ნაკლს, შეპყრობილია მისი გამოსწორების სურვილით, დაჟინებით მიმართავს ენდოკრინოლოგებს, დერმატოლოგებს, კოსმეტოლოგებსა და სხვა სპეციალისტებს, რათა იხსნან სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის “სიმახინჯით” გამოწვეული ტანჯვისაგან, თვლიან რა საკუთარ გარეგნობას სხვებისათვის არ მარტო არასასურველ, არამედ ზიზღის გამომწვევ ნაკლოვანებად, რეალურად ფიზიკური ნაკლი ან საერთოდ არ აქვს, ან შესაძლებელია ჰქონდეს სხეულის ამა თუ იმ ხილული ან დაფარული ნაწილის ნორმიდან ისეთი გადახრა, რომელიც გარშემომყოფთათვის თითქმის შეუმჩნეველია. თვით პაციენტი კი ამ უმნიშვნელო დეფექტს ზედირებულოვან შეფასებას აძლევს.

დისმორფული განცდები, წარმოდგენები და შეგრძნებები ზოგჯერ იძენს ბოღვითი აშლილობების ხარისხს, ე.ი. საქმე გვაქვს ე.წ. *სენზიტიურ ბოღვით დისმორფულ აშლილობასთან*, რომელიც რუსულენოვან ფსიქიატრიაში განიხილება შიზოფრენიის თავისებურ, ნევროზისმაგვარ ვარიანტად. ასეთ შემთხვევებში ფსიქოპათოლოგიურ სურათში წამყვანია იპოქონდრიულ-დისმორფომანიური ბოღვა.

ამრიგად, საკუთრივ დისმორფული აშლილობა, თავისი ფენომენოლოგიური ხასიათით ისევე, როგორც დეპრესია, შფოთვა, თუნდაც ბოღვა, ჰალუცინოზი და ა.შ.

არასპეციფიკურია და შესაძლებელია გამოვლინდეს სხვადასხვა დაავადების დროს, როგორც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომის ან სინდრომის სახით ნევროზის, პერსონოლოგიური აშლილობის ან შიზოფრენიის კლინიკურ სტრუქტურაში. მისთვის დამახასიათებელი ნიშნები უშუალოდ დაკავშირებულია თავის ტვინის ქერქში მიმდინარე ჯერ კიდევ დაუზუსტებელ ნეირობიოლოგიურ ცვლილებებთან. აკვიატებული ზედირებულოვანი ან, იშვიათად, ბოდვითი იდეების სახით (Досужков Ф.Н., 1962). გარკვეულ შემთხვევაში ბოდვითი აზრები არ აღწევს იმ დონეს, რომ აისახოს ქცევაში. აქედმყოფი არ არის შეპყრობილი სურვილით, ძირფესვიანად გარდაქმნას თავისი სხეული, გარეგნობა: ბოდვა უფრო სენზიტიური (პარანორმალური) იპოქონდრიის სახეს ატარებს. ეყრდნობა რა მყარი ხასიათის წარმოდგენას ფიზიკური ნაკლოვანების შესახებ, ამიტომ R Liberman-მა (1974) უწოდა *დისმორფოფობიური სინდრომი*. იგი ფორმირდება სენესტიპათიური-იპოქონდრიული სინდრომის საფუძველზე. ისევე, როგორც ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში გაერთიანებული სხვა სახის, ე.წ. ნევროზული დონის, აშლილობებისათვის, მისთვისაც დამახასიათებელია ხანგრძლივი, ქრონიკული და ფაქტობრივად ურემისიო, “მოურჩენელი” მიმდინარეობა.

ბუნებრივად ისმება კითხვა, თუ როგორ უნდა განისაზღვროს დისმორფული აშლილობა – როგორც ნევროზი თუ როგორც ფსიქოზი?

ნევროზის ცნება 1775 წელს შოტლანდიელმა Uiliam Counel-მა შემოიღო, მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ ფსიქოზის ცნება არ არსებობდა. ეს უკანასკნელი გაცილებით გვიან, 1845 წელს მოაწოდა და დაამკვიდრა ქ. ვენის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის დეკანმა Baron Von Feutersleben-მა, უნდა აღინიშნოს, რომ სპეციალობით არც ერთი მათგანი არ იყო ფსიქიატრი. ამ ცნებების განმასხვავებელი იყო მხოლოდ ფსიქიკური ფუნქციების

დარღვევების რაოდენობითი, საფეხურებრივი განსხვავებები. მოგვიანებით, რიგი სომატური დაავადების ეთიოპათოგენეზის, პისტოლოგიური, პათანატომიური საფუძვლების დადგენის შემდეგ, მედიცინაში ნოზოლოგიური პრინციპის დამკვიდრებამ სტიმული მისცა ფსიქიატრიის ფუძემდებლებს, გადმოეტანათ ნოზოლოგიური პრინციპი და დაეყოს ფსიქიკური აშლილობანი, პირველ რიგში, *ნევროზებად* და *ფსიქოზებად*. ეს პრობლემა ყოველთვის იდგა დღის წესრიგში და განსაკუთრებით აქტუალური გახდა ფსიქიატრიის განვითარების ე.წ. *ფსიქოფარმაკოლოგიურ ეტაპზე*, როდესაც ფსიქიკურმა დაავადებებმა განიცადა პათომორფოზი, ხოლო მრავალმა, ადრე კლინიკურად გამოკვეთილმა დაავადებამ დაკარგა ტიპურობა და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, ნევროზების ცნება კი საერთოდ ანაქრონიზმამდე მივიდა.

საკუთრივ დისმორფული აშლილობის პირველ რიგში გადასაწყვეტი ძირითადი პრობლემა არის გაირკვეს – ის მხოლოდ სიმპტომია, სინდრომი თუ დამოუკიდებელი ფსიქიკური აშლილობა; კლასიკური წარმოდგენით – ნევროზია თუ ფსიქოზი. კატეგორიული პასუხის გაცემა ჩვენს კომპეტენციას აღბათ აღემატება, თუმცა საკუთარი შეხედულების საჯაროდ გამოთქმა ამ დარგში ნახევარ საუკუნეზე მეტი პრაქტიკული და თეორიული გამოცდილების მქონე სპეციალისტს არ უნდა ეკრძალებოდეს. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობანი, მათ შორის, ისეთი ურთულესი ფორმები, როგორიცაა დეპერსონალიზაციური და დისმორფული, თავიანთი სავარაუდო ეთიოპათოგენეზით, გარკვეული ნეირობიოლოგიური საფუძვლებით, კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებებით და გამოსავლით, შუამდებარე პოზიციას იკავებს. ამ ტიპის აშლილობა, ნოზოლოგიური პრინციპით მიდგომისას, შესაძლებელია განისაზღვროს როგორც *ნევროზული*, ისე *ფსიქოზური* დონის აშლილობად. იგი

ექსტერიერიზდება შესაბამისი სიმპტომებით — ნეირობიოლოგიური დარღვევების ინტენსივობით და ცენტრალური ცერებრალური ფუნქციური ლოკალიზაციის მიხედვით. ამიტომ იგი გამოვლინდება ისევე, როგორც მრავალი სხვა, ე.წ. ენდოგენური აშლილობანი, ან სიმპტომის, ან სინდრომის და ზოგჯერ კი უკვე კრიზისულ დონემდე მისული საზღვრებმოშლილი ენდოგენური დაავადების ფორმით. საკუთრივ დისმორფული აშლილობა, როგორც ნევროზული დონის, ქრონიკულად მიმდინარე და თანამედროვე სამკურნალო ე.წ. ანტინევროზული, ისევე როგორც ე.წ. ანტიშიზოფრენიული, მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულ ფორმებს წარმოადგენს. მათ შორის დისმორფული აშლილობანი არ უნდა განიხილებოდეს არც ნევროზად და არც შიზოფრენიად. ზემოთ აღნიშნული თავისებურებების გამო მას ორივე დონის დაავადებასთან გააჩნია გაცილებით უფრო მეტი განმასხვავებელი, ვიდრე გამაერთიანებელი ნიშნები.

ამრიგად, ძირითადად ფენომენოლოგიაზე აგებულმა ნოზოლოგიურმა პრინციპმა ფსიქიატრიაში, ჯერ კიდევ კრეპელინის შეხედულებითაც (1910-1915) ამოწურა თავისი შესაძლებლობანი, და ფსიქოფარმაკოლოგიურ ეპოქაში, როდესაც უდიდესი პერსპექტივებია ფსიქიკურ აშლილობათა პათოგენეტიკური საფუძვლების დადგენაში, იგი ანაქრონიზმად მიიჩნევა.

II. ზოგიერთი ცნობა დისმორფოფობიის საკითხის ისტორიიდან

დასმორფულ აშლილობას, როგორც ფსიქიკური დაავადების ერთ-ერთ გამოვლინებას ყურადღება მიაქცია და თავისებური ფორმის დაავადებად აღწერა 1886 წ. E. Morseli-მ. ავტორს იგი მიაჩნდა ფსიქოგენურად

წარმოშობილ ნევროზის თავისებურ გამოვლინებად. ამიტომ უწოდა “სხეულის შეცვლილობის შიშის ნევროზი”, ანუ “დისმორფოფობია”. მას სწამდა, რომ ფენომენოლოგიურად დაავადების ეს ფორმა იყო ე.წ. *რელიგიურად პარანოიასთან* ახლოს მდგომი ნევროზული ფორმა, რომელიც მკურნალობით კორექტირებას ძნელად ემორჩილება.

საინტერესოა, რომ E. Morseli-ს მიერ დისმორფოფობიის აღწერას წინ უსწრებდა 1840 წელს აღმოჩენილი ფოტოგრაფიის ეფექტი. Вулинк Н.К.К., Денис Д. (2006) თვლიან, რომ ამ აღმოჩენამ მსგავს პაციენტებს მისცა შესაძლებლობა, თავისი თავი შეედარებინათ სხეულისათვის, საყოველთაოდ აღიარებულ “ლამაზმანებისათვის” და უფრო მკვეთრად განეცადათ თავიანთი გარეგნული “დეფექტები”. შემდგომში გამოჩნდა დისმორფოფობიის სონონიმები: *დერმატოლოგიური იპოქონდრია*, *სიმახინჯის ფსიქოზი*, *სილამაზის იპოქონდრია*, *ინტროსპექციის ჭკუააშლილობა* და ა.შ.

აღსანიშნავია, რომ დისმორფოფობიას, როგორც ნევროზსა და ფსიქოზს შორის მოსაზღვრე მდგომარეობას, თავის დროზე ყურადღება მიაქციეს P. Janet-მა (1903) და E. Krepelin-მა (1909). P. Janet-მა დისმორფოფობია განიხილა მის მიერვე აღწერილ მესამე ნევროზის – *ფსიქასთენიის* ფარგლებში. ფსიქასთენიის ძირითად ნიშნად პ. ჟანეს მიაჩნდა აკვიატებულობა (Obsession). თავისთავად ტერმინი – *ობსესია* ნაკლებად კონკრეტული და ფართოა, მასში სხვადასხვა მკვლევარი დებს განსხვავებულ შინაარსს. E. Krepelin-ი დისმორფოფობიას განიხილავდა ობსესიის ნაირსახეობად, პარანოიის თავისებურ გამოვლინებად. C. Wernike (1900) პარანოიისაგან ანსხვავებდა ე.წ. *აუტოქტონურ აზრებს*, რომელთა მიმართ ავადმყოფს აქვს კრიტიკული განსჯის ისეთივე უნარი, როგორც სხვადასხვა სახის აკვიატების დრის. E. Krepelin და B. Bleuler ანსხვავებდნენ აკვიატებულ იდეებს (Wahngsideen) ზედირებულოვანი იდეებისაგან

(Iubervertigeideen). აკვიატებულ იდეებს მიაწერდნენ პიროვნულ თავისებურებას, მისი ნებისა და სურვილების გარეშე განვითარებულს, რის გამოც პიროვნება ყოველთვის ცდილობს მათ მოცილებას, უარყოფას, თუმცა ამას ვერ ახერხებს. აკვიატებული აზრი და ზოგიერთი სურვილის იმპულსი მომაბეზარებლად, გამუდმებით თან სდევს და მოითხოვს რეალიზებას; რაც შეეხება ზედირებულოვან იდეას, ის შეზრდილია პიროვნებასთან, აფექტურად გაჟღენთილ აზრებთან, იმ თვალსაზრისით, რომ უშუალოდ უკავშირდება პიროვნების სტრუქტურას, წარმოდგენებს, სურვილებსა და მისწრაფებებს. როგორც წესი, ზედირებულოვანი იდეები არ წარმოადგენს უცხო, თავსმოხვეულ და ნაძაღადვე მოვლენებს, როგორც ეს აკვიატებულ აშლილობისათვის არის დამახასიათებელი. ზედირებულოვანი იდეები უფრო ეხმიანება J.E.D. Escuirol-ის შეხედულებას *მონომანიების* შესახებ. ამ შეხედულებამ კლინიკურ ფსიქიატრიაში დიდი ხანია დაკარგა თავისი ღირებულება. ჩეხი ფსიქიატრის Z. Myslivacek-ის (1949) აზრით, ზედირებულოვან იდეებსა და ე.წ. *დომინირებულ იდეებს* შორის განსხვავება ავადმყოფური და რეალობასთან დაკავშირებული იდეების თანაფარდობაშია. F.N. Dosujkov (1962)-ით საზღვარი ზედირებულოვან იდეებსა და პარანოიალურ ბოდვას შორის ხშირად წაშლილია. C. Wernike (1900) დისმორფოფობიაში ხედავდა იპოქონდრიული ბოდვის გამოვლინებას. რუსულენოვანი ავტორები Г. Е. Сухарева (1959), И. Н. Ниеолаев (1945) და სხვები დისმორფოფობიურ აშლილობას მიიჩნევენ მონომანიების ფორმად, ხოლო С.В.Курашов (1954) განიხილავს ნაკლებად პროგრესიულ შიზოფრენიის ბოდვის გამოვლინებად. საკუთრივ დისმორფული აშლილობის შეფასებისას P. Janet (1911) თავს არიდებდა კატეგორიულ შეფასებებს და მასში განიხილავდა რიგ გარდამავალ და შუამდებარე ფორმებს, როგორიცაა *აფექტურ განცდათა მოგონება* (C. Wernike, 1900); ე.წ. თვითშეგრძნების (თვითცნობიერების)

შეცვლა და სხვა ახალგაზრდა სუბიექტის გარემოსთან გართულებული დამოკიდებულება, სუხანიოვას (Г. Е. Сухарева, 1959) აზრით, ე.წ. რუდიმენტული დისმორფოფობიური ეპიზოდები, შეიძლება დაემართოს ფსიქიკურად ნორმალურ მოზარდს. К. А. Невлинская (1960) ზოგადად იზიარებს Г. Е. Сухарева-ს ლექციებში მითითებულ შეხედულებას, რომ პუბერტატული კრიზების დროს დისმორფოფობიური შეგრძნებანი და განცდები შესაძლებელია გამოვლინდეს ნევროზისმაგვარი აშლილობის სახით. ხოლო თუ იგი მიაღწევს ბოლოდინი დისმორფოფობიის ხარისხს, უნდა ვივარაუდოთ, რომ ვითარდება პროცესუალური დაავადება. Ф. Н. Досужков (1952), J. Brun Svik (1960) დისმორფოფობიას მიიჩნევენ პარანოიკალური რეგისტრის ფსიქოზად. М. В. Коркина (1959, 1974) თანამშრომლებთან ერთად წლების განმავლობაში იკვლევდა ამ პრობლემას და თვლის, რომ დისმორფოფობია ყოველთვის არ არის ფსიქოზური დონის აშლილობა. ის პუბერტატულ ასაკში შესაძლებელია განვითარდეს, როგორც თვითშეფასების ზედირებულოვანი იდეია, რომელიც განიცდის უკუგანვითარებას და არ უნდა განვიხილოთ შიზოფრენიის ფარგლებში. მხოლოდ იქ, სადაც ეს განცდა ბოლოს კატეგორიამდე მიდის, შესაძლებელია მისი დიაგნოსტიკა ნევროზისმაგვარ, ნაკლებად პროგრესიულ შიზოფრენიის ფარგლებში, როგორც ამას თვლის რუსულენოვანი ფსიქიატრია.

P. Janet (1910) პუბერტატულ ასაკში განვითარებულ დისმორფოფობიას, როდესაც მოზარდი საკუთარი სახის ნაკვთებს, კანის ფერიმჭამელებს და სხეულის განვითარებას აქცევს გადაჭარბებულ ყურადღებას, უნდა ვიფიქროთ, რომ შესაძლებელია საქმე გეკონდეს არა არსებითი ნაკლის ზედირებულოვან გაზვიადებასთან, არამედ უფრო რთული ბუნების აშლილობასთან.

რუსულენოვან ფსიქიატრიაში დისმორფული აშლილობა, როგორც კაზუსტური შემთხვევა, პირველად

აღწერა B.M.Бехтеев-მა (1899; 1905), გერმანიაში P.Hartenberger-მა (1904), საფრანგეთში P.Janet-მა (1910), როგორც უცხო პირის მზერის აუტანლობა, სხვისი მზერის შიში, საკუთარი უღამაზო სხეულით გამოწვეული სირცხვილი, პომილოფობია და ა.შ. საინტერესოა, რომ ყოველი მათგანი თავიდანვე ერიდებოდა ამ დაავადების ნოზოლოგიურ ჩარჩოვებში განთავსებას. В.П.Осипов (1924) დისმორფოფობიურ აშლილობას განიხილავდა *დეგენერაციული ფსიქოპათიის* ფარგლებში.

დისმორფოფობიის ფენომენისადმი შემოქმედებით ინტერესს ხელი შეუწყო მეოცე საუკუნის მეორე ნახევრიდან პლასტიკური ქირურგიის განვითარებაში სენსაციურმა წარმატებებმა. აღმოჩნდა, რომ ამ ტიპის ოპერაციას მსურველთა დიდი უმრავლესობა დაავადებული იყო დისმორფული აშლილობით (J. Roubicek, 1959; E.Tichvai, 1973 და სხვ). ამ პრობლემით დაინტერესებულმა ფსიქიატრებმა აღმოაჩინეს, რომ თვით “*დისმორფოფობიის ფენომენი*” იყო განუსაზღვრელი, ამ დროისათვის გაბატონებული ნოზოლოგიური კონცეფციის თვალსაზრისით. მსგავსი ჩივილებით ექიმს დახმარებისათვის მიმართავდნენ არა მარტო აკვიატებული შიშების, ფობიების, არამედ ზედირებულოვანი და ზოგჯერ ბოდვითი იდეებით შეპყრობილები. სპეციალისტები იძულებულყი გახდნენ დაეხუსტებინათ, თუ რა კლინიკური ფენომენები უნდა ჩაითვალოს დისმორფოფობიისათვის დამახასიათებლად მისი ნოზოლოგიური განსაზღვრისათვის. პირველ რიგში, იგი უნდა მიეკუთვნოს ნევროზული რეგისტრის თუ ფსიქოზური დონის დაავადებას? სამწუხაროდ, დღემდე ამ პრობლემის გადაჭრაში წონადი სიახლეები მიღებული არ არის. J.Schachter (1971) დისმორფოფობიის სტრუქტურაში ფსიქოზს ან საერთოდ ვერ ხედავს, ან თვლის, კიდევაც რომ გამოვლინდეს იგი კლინიკურ სურათში, მნიშვნელოვან სადიფერენციაციო როლს ვერ შეასრულებს. რაც შეეხება დეპრესიის ფენომენს, ამ

ავტორით, იგი მეორადი ხასიათისაა, ძირითად ჩივილებთან დაკავშირებულია და მაშინვე განიცდის უკუგანვითარებას, როგორც კი კოსმეტიკური მეთოდით გამოსწორდება. მაშასადამე, ამ ავტორით, დისმორფოფობიის კლინიკურ-ფენომენოლოგიური სტრუქტურის ჩამოყალიბებაში აფექტური კომპონენტი დეპრესიის, შიშებისა და ფობიების სახით ნაკლებად მონაწილეობს, ამიტომ შესაძლებლად მიაჩნია, გავიზიაროთ M.B. Коркина-ს შეხედულება და დისმორფოფობიის ნაცვლად ვიხმაროთ *დისმორფოზმანია*. ასეთი ავადმყოფი სრულიად დარწმუნებულია თავისი სხეულის ან მისი ნაწილების სიმახინჯეში და აუცილებლად მიაჩნია ამ ნაკლის რადიკალური მეთოდით გამოსწორება. K. Cupernic (1962), M. Peruchon et al. (1981) დისმორფოფობიას უწოდებენ *სიმახინჯის ფსიქოზს*, Ю.Н. Николаев (1949) კი *ფიზიკური ნაკლის ბოდვით სინდრომს*.

წინამდებარე მონოგრაფიის მიზანია დისმორფოფობიის შესახებ არსებული შეხედულებების მიმოხილვა, საკუთარ შემთხვევათა ფენომენოლოგიურ თავისებურებათა აღწერა და მათი დინამიკა მიზანმიმართული ფსიქოფარმაცოთერაპიის პირობებში, მისი *ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობის* ჯგუფში გაერთიანების მიზანშეწონილობის შესწავლა. ჩვენი აზრით, დისმორფული აშლილობანი წარმოადგენს თანამედროვე კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას და ამითაა განპირობებული ჩვენი კლინიკური ინტერესი ამ პრობლემისადმი.

შესავალშივე აღვნიშნეთ, რომ დისმორფული აშლილობა წარმოადგენს ფენომენოლოგიურად განსხვავებულ, მაგრამ ფსიქოპათოლოგიურად საკუთარი სხეულის ან მისი ნაწილების სასურველი ნორმებიდან გადახრილად აღქმას, რაც სუბიექტის მიერ კვალიფიცირდება როგორც ნაკლი, სიმახინჯე, დეფექტი. რაც შეეხება დეპერსონალიზაციას, აქ საქმე გვაქვს არა სხეულის ან მისი ნაწილების ფიზიკურ, სხეულოვან აღქმის

შეცვლასთან, არამედ მთლიანი პიროვნების სულიერი, ემოციური შეგრძნების არასწორ ან გაუკუღმართებულ აღქმასთან. როგორც ერთ, ისე მეორე შემთხვევაში, ფსიქიკის პათოლოგია, თავისი გამოვლინებით, შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს ნევროზული დონის დაავადების სახით, თუ დარღვევების სიმძიმით განიხილება ე.წ. *მიძიმე ნევროზის* ან უმძიმესი ენდოგენური დაავადების სიმპტომად, სინდრომად ან თავისებური სტრუქტურის ნაკლებად პროგრესიული, ნევროზისმაგვარი ფორმის შიზოფრენიის ქვევარიანტად. ამრიგად, თავისი სიმძიმით და ფენომენოლოგიური სირთულით, დისმორფული აშლილობა, ისევე როგორც დეპერსონალიზაცია, შესაძლებელია იყოს ნევროზული დონის აშლილობა, როდესაც-ტუბიექტი თავის გარეგნობაში პოულობს რაიმე ნაკლს (გრძელ და კეხიან ცხვირს, უშნო და მეჩხერ კბილებს, ზედმეტად თხელ ტუჩებს, ზედმეტად განიერ თეძოებს, არასექსუალურ, მეტად მცირე ან პირიქით, ზომაზე მეტად დიდ სარქვევ ჯირკვლებს და ა.შ.), ხოლო დეპერსონალიზაციის შემთხვევაში – თავის თვითშეგრძნებაში, ახლობლებთან დამოკიდებულებაში, საერთოდ პიროვნული ინტერესების დაკარგვაში. ე.ი პათოლოგიური აშლილობის ვექტორი დისმორფული აშლილობის დროს მიმართულია ფიზიკური, სხეულოვანი პრობლემებისკენ, ხოლო დეპერსონალიზაციის ვექტორი ფსიქიკურისადმი – აფექტურისადმი. ცხადია, ასეთი გაზვიადებული ფიზიკური ნაკლის გამოსასწორებლად პაციენტი პირველ რიგში მიმართავს შესაბამისი პროფილის ექიმებს. ბოლო რამდენიმე ათწლეულში საყოველთაო პოპულარობა მოიპოვა კოსმეტიკურმა ქირურგიამ და შესაბამისად იმატა პაციენტების მოთხოვნები, ისარგებლოს ამ დარგის სპეციალისტების პროფესიული პოპულარობით საკუთარი პრობლემების მოსაგვარებლად. აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევებში თანამედროვე კოსმეტიკური ქირურგია სრულყოფილად ასწორებს მუდმივად

მტანჯველ, აუტანელ, მისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის, ამასთან, არსებითად უმნიშვნელო ნაკლს, რითაც ზოგჯერ ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას. სამწუხაროდ, ყველა სახის დისმორფულ აშლილობას ეერ ჩაასწორებს ქირურგიული მეთოდი. მაგალითად, სახის კანის სხვადასხვა დამამახინჯებელი გამონაყარის და ე.წ. ფერიმჭამელის სამკურნალოდ პირველ რიგში დერმატოლოგს მიმართავენ. იმ შემთხვევაში, თუ დერმატოლოგიური მალამოები მოაცილებენ სახის კანის მეტად უსიამოვნო გამონაყრებს, ასეთი ავადმყოფები არ წარმოადგენენ ფსიქიატრიულ პრობლემას და, ცხადია, ამგვარი დაავადებით ისინი ფსიქიატრიულ სტატიისტიკაში არ მოხვდებიან.

ჩვენი შემოქმედებითი ინტერესი დისმორფული აშლილობის იმ ფორმებსა და იმ შემთხვევებზეა მიმართული, რომლებიც არცერთ ჩამოთვლილ სამკურნალო მეთოდს არ ემორჩილება, დაავადება გრძელდება და იღებს ქრონიკულ, არსებითად ურემისიო, მეტად უსიამოვნო და მტანჯველ მიმდინარეობას.

საყურადღებოა, რომ დისმორფული აშლილობის 80% მანიფესტირდება, რაიმე მნიშვნელოვანი ეგზოგენური ფაქტორის გარეშე, პუბერტატულ და ყრმობის ასაკში, როდესაც მოზარდი იწყებს თავის გარეგნობაზე, სახის ნაკეთებზე, კანზე გამონაყრის, ცხვირის კონფიგურაციაზე ყურადღების გამახვილებას; ყურების, ტუჩების, კბილების, თვალის ზომების, ფერის, სასქესო ორგანოების სიდიდის, სიგრძის, სიმსხოს შემოწმებას; სხეულის სხვადასხვა ნაწილების (კიდურები, თეძოები, მუცელი და ა.შ.) ერთობლივი (*პოლიდისმორფომანია*) ან მათგან ერთი რომელიმე ორგანოს (*მონოდისმორფომანია*) სიმახინჯედ მიჩნევას. დისმორფოფობიას მიაკუთვნებენ აგრეთვე ავადმყოფის დარწმუნებას, რომ მას აქვს ჭარბი წონა, ამიტომ აღიკვეთავს საკვების მიღებას და სხეული მიყავს კახექსიამდე (ანორექსია). დისმორფულ აშლილობებად განიხილება აგრეთვე აკვიატებული აზრი, რომ მას ასდის

მყრალი სუნი პირიდან, უკანა ტანიდან, სასქესო
ორგანოდან და ამიტომ ახლობლები, თანატოლები,
თანამშრომლები ან ოჯახის წევრები მასთან კონტაქტს
ერიდებიან. მსგავს შემთხვევებში ავადმყოფები საკუთარ
“დეფექტს” მიიჩნევენ საშინელ, საზიზღარ ნაკლად.
დარწმუნებულნი, რომ აქვთ მახინჯი ცხვირი, საშინლად
უშნო კბილები, ხელის მტევნები, ფეხები და ა.შ. ცდილობენ
დაფარონ ასეთი ნაკლი, “შენიღბონ” იგი ამა თუ იმ
საშუალებით. ამ მიზნით, პირველ რიგში, მიმართავენ
ქირურგ-კოსმეტიკოსს, ხოლო თუ ეს ვერ ხერხდება,
ცდილობენ “შენიღბონ” იგი სპეციალური დამფარავი
ტანსაცმლით, თავსაბურავით, მოერიდონ ხალხის
თავშეყრის და განათებულ ადგილებს. იძულებული
ხდებათ თავი დაანებონ სამუშაოს, სასწავლებელს, რათა
სხვებმა არ შენიშნონ მისი ნაკლი. დაბალი სიმაღლით
უკმაყოფილონი თვითონვე გამოიმუშავენ სხვადასხვა
“გასაზრდელ” ვარჯიშებს, იღებენ ექიმბაშებისა და
ნათელმხილველების რჩევას, ჰომეოპათიურ ნაყენებსა და
პარამედიცინის მიერ რეკომენდებულ პროცედურებს.

დისმორფული აშლილობით შეპყრობილი პიროვნება
თავს მიიჩნევს ღმერთისგან განწირულ და ყოველმხრივ
უბედურად. იგი მწარედ განიცდის საკუთარი სხეულის
არასრულყოფილებას და ეჭვობს, რომ ყველა მის გარშემო
მყოფი ნათლად ამჩნევს მის ნაკლოვანებებს, ყოველდღიურ
საუბარში ან ხალხში გამოჩენისთანავე ყურადღებას
იქცევს სხეულის ყველასთვის შესამჩნევ დეფექტით, რის
გამოც ეუფლება საკუთარი სხეულის სიმახინჯის
გამომხეურების შიში, მძაფრი და მეტად მტკივნეული
ხასიათის განცდა, სასოწარკვეთილება უპერსპექტივობის
გამო. სწორედ აქ არის შესაძლებელი ვიხმართ ტერმინი
დისმორფოფობია, რაც მიუთითებს არა მარტო სხეულის
ან მისი ნაწილების ფიზიკური უსაკმარისობის განცდაზე,
არამედ მისგან გამოწვეულ შიშზე, რომ მისი ნაკლოვანება
არ იყოს გარშემომყოფთათვის შესამჩნევი. ნაწილობრივ

ამ კატეგორიას მიეკუთვნება სახის კანის სიმახინჯეები, სერიოზული და ქრონიკულად მიმდინარე ფერიმჭამელები ან გამონაყრები. P.Janet მას *დერმატოლოგიურ, ანუ სილამაზის იპოქონდრიას* უწოდებდა. საინტერესოა, რომ თანამედროვე ამერიკული ნომენკლატურით (DSM-4) დისმორფოფობია იპოქონდრიის ნაირსახეობად განიხილება (ICD-10-1992), ისევე, როგორც ნაწლავებიდან, ან სასქესო ორგანოებიდან მუდმივად მყრალი სუნის უნებლიეთ გამოსვლის შიში და ეჭვი. რაც შეეხება საკუთარი იპოქონდრიულ და სენესტოპათიურ აშლილობებს, ისინი ნომენკლატურაში ფსიქოსომატურ აშლილობებშია განხილული, თუმცა მათი უმეტესი ნაირსახეობა ამჟამად ოფსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობად განიხილება.

III. საკუთარი მასალა და კვლევის მიზანი

დისმორფული აშლილობანი უმრავლეს შემთხვევაში არ ხვდება სამედიცინო უწყების მზრუნველობის ქვეშ. მათი მცირე ნაწილი მხოლოდ კოსმეტიკური ქირურგიის დაწესებულებას თუ მიმართავს, როდესაც იღებს მტკიცე გადაწყვეტლებას, რომ რადიკალური წესით მოიცილოს, მისი აზრით, არსებული, სინამდვილეში კი უფრო წარმოსახვითი ან ზოგჯერ სრულიად უმნიშვნელო, ფიზიკური ნაკლი ან დეფექტი. კოსმეტოლოგიური დაწესებულების მუდმივ პაციენტებად ხდებიან ისინი, რომლებსაც აქვთ დერმატოლოგიური პრობლემები – სახის კანს და თმის საფარს, ხილულ ადგილებს ზედირებულოვან დეფექტებად აფასებენ. ცხადია, ეს პაციენტები დახმარებისათვის ექიმ ფსიქიატრს თვითონ მხოლოდ კვალიფიციური დერმატოლოგის ან კოსმეტოლოგის რჩევით ხვდებიან საკონსულტაციოდ, რომელიმე სახის ფსიქიკური ან ნევროზული დონის კომორბიდული აშლილობის მკურნალობის მიზნით. ამავე

დროს, ზოგიერთი ფსიქიატრთან საკონსულტაციოდ გაგზავნას შეურაცხყოფად მიიჩნევს, რადგან თავის ფსიქიკურად სრულიად ჯანმრთელად თვლის. მსგავსი ნეგატიური განწყობა ჩვენი სპეციალობის მიმართ, ცხადია, მხოლოდ დაავადების სიმძიმით და მკურნალობის ხანგრძლივობით არ აიხსნება. გარკვეული წყალობით მიუძღვის მედიცინაში მოსახლეობის სანიტარულ-განათლების დეფიციტს. საზოგადოება ნაკლებად არის ინფორმირებული, რომ არსებობს ე.წ. *დერმატოფსიქიატრიული*, საერთოდ, *ფსიქოსომატური* და *სომატოფსიქიატრიული* პრობლემები, რომლის გადასაწყვეტად აუცილებელია მედიცინის სხვადასხვა დარგის სპეციალისტების ურთიერთშორის საინფორმაციო თანამშრომლობა. ამჟამად ჩვენთვის საინტერესოა ის კლინიკური შემთხვევები, როცა წლების განმავლობაში სომატური პროფილის ამბულატორულ ან სტაციონარულ დაწესებულებებში “მკურნალობით” არადამაკმაყოფილებელი ეფექტის მიღების შემდეგ ან ასეთივე არადამაკმაყოფილებელი შედეგებით ალინოშნული პარამედიცინის სხვადასხვა მეთოდებით “მკურნალობის” შემდეგ მიმართეს პირველად ნევროპათოლოგს, გამონაკლის შემთხვევაში – ფსიქიატრს. ამ წესით საკონსულტაციოდ შემოსული პაციენტებიდან გამოკვლევა და მკურნალობა ჩაუტარდა 123 ავადმყოფს, რომელთა დაავადებაც, თავიანთი სიმპტომური გამოვლინებით, კოდირებული იქნა, როგორც DSM-IV-TR-300.7 დისმორფული აშლილობა. მათი უმრავლესობის ავადმყოფურ გამოვლინებათა დინამიკაზე დაკვირვება წარმოებდა კვლავ ჩვენ მიერ, პერიოდული რეციდივების დროს, სამკურნალო მედიკამენტური ზემოქმედების პროცესში. სამკურნალოდ განსაზღვრული მედიკამენტების ფსიქოტროპული სპექტრის შემადგენლობა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალური, განსხვავებული იყო. მედიკამენტების მიღების

კალენდარული გრაფიკი განისაზღვრებოდა იმის მიხედვით, თუ როგორი იყო პაციენტის ფსიქოპათოლოგიურ-სიმტომატური თავისებურება და რა პროცესის ფსიქოტროპული აქტივობის მედიკამენტები უფრო ნაჩვენები იყო ძირითადი ავადმყოფური გამოვლინებების რედუცირებისათვის. გასული საუკუნის ოთხმოციან წლებამდე არც სათანადო ინფორმაცია იყო ჩვენთვის „ახალი თაობის“ (სეროტონინული) ანტიდეპრესანტების შესახებ და არც თვით მედიკამენტები იყო ხელმისაწვდომი. ამიტომ პაციენტები, როგორც პირველი მომართვის, ისე განმეორებითი რეციდივების დროს, მკურნალობას ანტიდეპრესანტებისა და ანქსიოლიზური მოქმედების მედიკამენტებით იღებდნენ. გრაფიკი ითვალისწინებდა მაქსიმალურად ეფექტური დოზების ძიებას და შემდეგ ამ დოზების რაც შეიძლება ხანგრძლივად გამოყენებას. დაავადების მიმდინარეობის დინამიკა რეგისტრირდებოდა როგორც პირველად, ისე განმეორებით მომართვის დროს, ხანგრძლივი სამკურნალო გრაფიკით გათვალისწინებულ ვადებში, ოპტიმალური ეფექტური სადღეღამისო დოზების დადგენას და მიღებული ეფექტის სტაბილიზების შემდეგ, სადღეღამისო დოზის ასევე თანდათანობით კლებას – ე.წ. გამამტკიცებელ დოზებით ხანგრძლივ მკურნალობას. მკურნალობის შედეგების კონტროლი ხდებოდა კატამნეზური ინტერვიუს დახმარებით. მკურნალობის ეფექტურობის ობიექტივირებისათვის, სპეციალურად დისმორფული აშლილობისა და ზოგიერთი კომორბიდული ფენომენებისათვის, შედგენილი იყო რაოდენობრივი შეფასების აღწერილობითი კითხვარი. მასში შეტანილ 55 კითხვაზე პაციენტის პასუხები ფასდებოდა 4-ბალიანი სისტემით. კითხვარი ივსებოდა მკურნალობის დაწყებამდე, დაწყებიდან მე-10, 30-ე, მე-60 დღეს და გამამტკიცებელ მკურნალობაზე ან მედიკამენტების მიღების შეწყვეტის შემდეგ. კატამნეზური ცნობების მიღება კვლავ ხდებოდა ინტერვიუების

საფუძველზე. ჩვენი დაკვირვებისა და მკურნალობის ქვეშ მყოფი 123 პაციენტიდან მკურნალობის სრული კურსი ჩაუტარდა 104 ავადმყოფს, დანარჩენ 19 პაციენტს ერთჯერადი გამოკვლევისა და სათანადო სამკურნალო დანიშნულების მიღების შემდეგ ჩვენთვის აღარ მოუმართავს, ამიტომ მათზე შემდგომი დაკვირვება ვერ მოხერხდა. ცხრამეტივე ჩაითვალა შესწავლიდან განთესილად. ხანგრძლივ დაკვირვებაზე და პერიოდულადამოწმებაზე მკურნალობის გაგრძელების, შეცვლის და კატამნეზური ცნობების მიღების მიზნით შეკრებილი 104 პაციენტიდან ქალი იყო 49, ხოლო მამაკაცი – 55. აქ თითქოს დასტურდება ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემები – მამაკაცებში დისმორფული აშლილობების შედარებით უფრო ხშირი განვითარების შესახებ, თუმცა ეჭვს ბადებს ზემოაღნიშნული აზრის მართებულობა იმ მარტივი გარემოების გამო, რომ კოსმეტიკური ქირურგიის კონტინგენტის სპეციალური შესწავლის გარეშე. რაც სამწუხაროდ ჩვენი კვლევის ძირითად ნაკლს წარმოადგენს, სხეულის დისმორფოფობიის ეპიდემიოლოგიაზე მსჯელობა ალბათ გაუმართლებელია, თუ მხედველობაში მივიღებთ სახის ნაკვთების (განსაკუთრებით ცხვირის), სხეულის ნებისმიერი ნაწილების და ბოლო ხანებში თვით სქესის შეცვლის კოსმეტიკური, პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგიისადმი მოთხოვნის გაზრდას, სქესთანაფარდობა უეჭველად შეიცვლება ქალების უცილობელი უმრავლესობით, რადგან ზემოთ ხსენებული სპეციალური პროფილის დაწესებულებებში კოსმეტიკური ოპერაციის მსურველები ძირითადად ახალგაზრდა ქალები ბრძანდებიან. ცხადია, ყველა არა, მაგრამ მათ შორის საკმაოდ ბევრი აღმოჩნდებოდა, ვისაც დასჭირდებოდა ფსიქიატრის კონსულტაცია, თუ ამ საკითხით დაინტერესდებოდა კომპეტენტური სპეციალისტი – ფსიქიატრი.

104 ავადმყოფის ასაკი მერყეობდა: ქალებში – 17-დან 42 წლამდე, (საშუალოდ 23, 13 წელი), ხოლო მამაკაცებში – 17-დან 43 წლამდე (საშუალოდ 29,5 წელი); ამრიგად, დისმორფული აშლილობით დაავადებული ქალები უფრო ადრე (საშუალოდ 23-24 წელი), ვიდრე მამაკაცები (საშუალოდ 29-30 წელი), იღებდნენ გადაწყვეტილებას, დახმარებისათვის მიმართათ ფსიქიატრისათვის. ცხადია, დისმორფული აშლილობანი პაციენტებს ეწყებათ გაცილებით ადრე, მაგრამ სხვადასხვა სუბიექტიური თუ ობიექტიური მიზეზების გამო ექიმ ფსიქიატრებს დახმარებისათვის მიმართავენ დაავადების პირველი ნიშნების გამოჩენის შემდეგ, სამი-ხუთი ან უფრო მეტი წლის დაგვიანებით. მკურნალობის დროულად დაუწყებლობის ძირითადი მიზეზი იყო სომატური პროფილის სპეციალისტებთან გაჭიანურებული და, ხშირ შემთხვევაში, არაეფექტური პალიატიური “მკურნალობა.”

ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის დეპერსონალიზაციის აშლილობის მქონე პაციენტებისაგან განსხვავებით, დისმორფული აშლილობის მქონე პაციენტების უმრავლესობას დაავადების მანიფესტაცია თითქმის არ უკავშირდებოდა ეგზოგენურ ფაქტორებს. მხოლოდ ორ შემთხვევაში (1 ქალს და 1 მამაკაცს) ცხვირის დეფორმირების აკვიატებული აზრი განვითარდა ტრავმული დაზიანების შემდეგ. ორივე პაციენტის ცხვირი ვიზუალურად დეფორმირებული არ ჩანდა, თუმცა ამის რელუცირება ფსიქოთერაპიული მეთოდებით ვერ ხერხდებოდა მანამ, სანამ მკურნალობის კომპლექსში არ იქნა გამოყენებული *კლომიპრაமிნის* მზარდი სადღეღამისო დოზები. 3 თვის განმავლობაში განუწყვეტელი მკურნალობით თანდათან გამოიკვეთა ეფექტური დოზა – 200-250 მგ-მდე.

ჩვენი მასალის 104 შემთხვევა – ძირითადად დისმორფული და მასთან კომორბიდულად შერწყმული სხვა ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები და სინდრომები, პირობითად დაიყო ორ ჯგუფად: უპირატესად

დისმორფოზობიურად (57 პაციენტი) და უპირატესად დისმორფომანიურად (47 პაციენტი). დისმორფოზობიურ ჯგუფში ჭარბობდნენ მანდილოსნები, ხოლო დისმორფომანიურ ჯგუფში – მამაკაცები.

დისმორფული აშლილობის კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური სურათი გართულებული იყო შემდეგი ხასიათის კომორბიდული აშლილობებით: 1. უპირატესად კლასიკური დისმორფოზობიური ჯგუფის 57 პაციენტში, სადაც ჭარბობდნენ ქალები – კომორბიდული: ა. დეპრესია – 23 შემთხვევაში; ბ. შფოთვის ფენომენი – 31-ში; გ. პანიკური აშლილობა – 6-ში; დ. აგრესიულობა – 9-ში ე. სენესტოპათია – 11-ში; ვ. ვან-გოგის სინდრომი – 3-ში; ზ. არაბოდვითი იპოქონდრია – 13-ში; თ.-აუტიზმი – 4-ში და ა.შ. 2. უპირატესად დისმორფომანიური ჯგუფის 47 პაციენტიდან, სადაც მეტი იყვნენ მამაკაცები, აღნიშნული იქნა კომორბიდული: ა. დეპრესია – 12-ში; ბ. შფოთვის სინდრომი – 6-ში; გ. პანიკური აშლილობა – 5-ში; დ. აგრესიულობა – 10-ში; ე. სენესტოპათია – 15-ში; ვ. არაბოდვითი იპოქონდრია – 11-ში; ზ. ფსიქოსენსორული აშლილობანი – 5-ში; თ. ზედირებულოვანი დამოკიდებულების იდეები – 21-ში; ი. აუტიზმი – 12-ში; კ. ჰალუცინოიდური ეპიზოდები – 9-ში; ლ. ვან-გოგის სინდრომი – 2-ში და ა.შ.

დისმორფული აშლილობის მკურნალობისათვის შერჩეულ პაციენტთა ფსიქოპათოლოგიური სურათის ზოგადი დახასიათებისას ყურადღებას იქცევს საკუთარი სხეულის ან რომელიმე ორგანოს სიმახინჯის აღქმა. რისგანაც პაციენტის გადაჯერება მრავალჯერადი ფსიქოთერაპიული ზემოქმედებით, სხეულის სიმახინჯეში დარწმუნების გამო, შეუძლებელი იყო. დარწმუნებულნი, რომ ვერ შეძლებენ საწინააღმდეგი სქესთან ოჯახის შექმნას (“ვის უნდა მოეწონოს, მათი უშნო, დაგრეხილი ფეხები“, “გრძელი ან პატუა ცხვირი“, “დეგენერატიულად პატარა თვის ქალა“, “ღილიპუტის სიმაღლე ან გაფუებული მსუქანი ტანთნაგებობა“, “მამაკაცივით

თქმანობა ქალისათვის”, ხოლო “უშნო, მოშიშვლებული და დევორმირებული თავის ქალა, ზედმიწევნით პატარა ზომის სასქესო ორგანო, კრეტინული თითები” და ა.შ. ჩაშლაცხებისათვის), ზედირებულოვანი შეფასება სახეზე არსებული გამონაყარის ან სახის უშნო ნაკვთების აღქმისას, ვითარდებოდა ე.წ. *ხარკის სინდრომი*. საზოგადოების თავშეყრის ადგილებში ყოფნის სურვილის დაკარგვის გამო, ხალხს ჩამოშორებულნი მთელ დროს ატარებენ სახლში და ძირითადად დაკავებულნი არიან სარკეში ყურებით. დღეში მრავალჯერ მოწმდება, იმატაბს თუ არა „მტანჯველი“ და კოსმეტიკური ან რეკონსტრუქციული ქირურგიული ოპერაციის გარეშე გამოუსწორებელი ნაკლოვანება. პუბერტატულ ასაკში ახალგაზრდები არაიშვიათად იწყებენ ყურადღების გამახვილებას თავიანთ გარეგნობაზე, სახის კანის, ნაკვთების თუ გამომეტყველობის თავისებურებაზე. არაიშვიათად ზედირებულოვან შეფასებას აძლევენ სხეულის უმნიშვნელო ნაკლს. ახალგაზრდა გოგონებისთვის და ზოგჯერ ვაჟებისთვისაც პრობლემურია კეხიანი, არწივისებრი, საკმაოდ დიდი ზომის ცხვირი, რის გამოც კოსმეტოლოგ-ქირურგებთან ცხვირის კოსმეტიკური ოპერაციის მთხოვნელთა დიდი რიცხებია. მათ შორის უმრავლესობას ჭეშმარიტად ესაჭიროება ქირურგიული ჩარევით კორეგირება, მაგრამ მათ შორის ბევრი დისმორფომანიური იდეების მატარებელიცაა. წარსულში ცხვირის ასეთი ფორმა, განსაკუთრებით მამაკაცებში, საამაყო, რაინდული ხასიათის დამადასტურებელად მიღებული – სადღეისოდ ფიზიკურ ნაკლოვანებად მიიჩნევა და ხდება მისი ზედირებულოვანი შეფასება. ოპერაციული ჩასწორების აუცილებლობის მოთხოვნა მიგვანიშნებს უფრო ე.წ. *შიზოიდისპორფომანიურ აშლილობაზე*, ვიდრე ჩვეულებრივ, გაურთულებელ, ნევროზული დონის დისმორფოფობიაზე. ჩვენი ხელმძღვანელობით მკურნალობაზე მყოფი ყველა პაციენტი დარწმუნებული იყო თავისი სხეულის

სიმახინჯეში. თითქმის ყველანი ამჩნევდნენ მათდამი გარშემომყოფების დამოკიდებულების შეცვლას. ცდილობდნენ დავერწმუნებინეთ, რომ ფიზიკური “დეფექტი” იწვევდა ადამიანებში ზოგჯერ ირონიულ ღიმილს, ზიზღს ან მტრულ დამოკიდებულებას და სიძულვილს. ასეთი აზრები, უმეტეს შემთხვევაში, ვლინდებოდა თანდათანობით, ხოლო ზოგჯერ “გასხივოსნების” (М.В.Коркина, 1959) სახით. როგორც წესი, დისმორფოფობია დაწყებიდანვე მყარია, თანდათან რთულდება და ავლენს რეზისტენტობას მკურნალობისადმი. პაციენტებთან პირველივე ინტერვიუს დროს ვრწმუნდებით, რომ საქმე გვაქვს საკუთარი სხეულის, ტანთნაგებობის ან ცალკეული ნაწილების ნაკლოვანების გაზვიადებასთან, ან შეუსაბამო შეფასებასთან. სინდრომულად მსგავსი ჩივილები მიგვითითებს ან სუბიექტურ ზედირებულოვან შეფასებაზე, ან უპირატესად იპოქონდრიულ ბოდვაზე. ჩვენს შემთხვევაში დისმორფული აშლილობის შინაარსში დომინირებდა აზრი, რომ, თვალსაჩინო ფიზიკური სიმახინჯის გამო, გარშემომყოფთა შეცვლილი დამოკიდებულება პაციენტის მიერ ფასდებოდა როგორც თანაგრძნობის და შეცოდების, ხან კი ეჭვის, ზედირებულოვანი იდეის ან პარანოიკალური სტრუქტურის ბოდვის სახით. აკვიატებული აშლილობის შემთხვევებში, მათ შორის არაიშვიათად ვლინდება შუამდებარე ფორმები, რომელთა ფსიქოპათოლოგიური შეფასება ბევრად არის დამოკიდებული ფსიქიატრის მეთოდოლოგიურ პოზიციაზე. ამდენად, ზოგიერთისათვის იგი მიიჩნევა პროცესუალური დაავადების სინდრომად და მაშინ შიზოფრენიად შეფასებას რაღა დაუდგება წინ? ხოლო ვისთვისაც დისმორფოფობია ან თუნდაც ბოდვითი დისმორფომაია, როგორც დაავადების წამყვანი აშლილობა, არ წარმოადგენს არც ნევროზს და არც შიზოფრენიას, ნოზოლოგიური ერთეულის კლასიკური გაგებით, არამედ თავისებურ, ნევროზული დონის, ქრონიკულად მიმდინარე, მკურნალობისადმი

რეზისტენტულ, აშლილობების ერთ-ერთ ნაირსახეობას, იგი უნდა შეფასდეს *მოსაზღვრე აშლილობად*.

ბოლო ხანების კვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბდა ახალი კონცეფცია, რომლის თანახმად, *მსგავსი ექსტრანოზოლოგიური აშლილობები ერთიანდება ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობათა პოლიმორფულ ჯგუფად*. ბოდვის ფენომენი დისმორფულ აშლილობათა სტრუქტურაში ატარებს “მობილურ” ხასიათს (Kurt Sneider, 1999), ხან ზედირებულოვანი იდეების, ხან “შეპყრობილობის”, ხან კი მისთვის აქტუალური ეჭვის ფორმით. დისმორფოფობიას, რა სახითაც არ უნდა იყოს წარმოდგენილი, თან სდევს დამოკიდებულების იდეა. მაგრამ ამ ტიპის ბოდვისმაგვარ აშლილობისათვის არასოდეს არ არის დამახასიათებელი პერსეკუცია, სისტემატიზაცია, განვითარებაში სტადიურობა და ეტაპურობა (პარანოიალური-პარანოიდული-პარაფრენიული ეტაპების სახით) და, რაც მთავარია, მათი ხანგრძლივი და ურემისიო, სპონტანური მიმდინარეობისა და მკურნალობისადმი რეზისტენტობის მიუხედავად, გამოსავალში არ არის აღწერილი შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი პიროვნების შეცვლის ნეგატიური სიმპტომები. გახანგრძლივებული დისმორფული დარღვევების შედეგად გამოწვეულ უსიამოვნო ასთენო-იპოქონდრიული, სენესტოპათიური შეგრძნებების ხარჯზე, ანუ შინაგანი პრობლემებით დაკავების გამო, ხდება სიტუაციური და საზოგადოებრივი ინტერესების შეფერხება, პიროვნული აქტივობის დაქვეითება, რაც ზოგაერთის მიერ აღიქმება პროცესუალური აუადმყოფის ნეგატიურ სიმპტომად. ხშირად ამგვარი “დეფიციტური” სიმპტომები თან სდევდეს ქრონიკულად მიმდინარე კლასიკურ სომატურ დაავადებასაც. ამრიგად, პაციენტის აზრი, რომ მას აქვს სხეულის სხვადასხვა ნაწილების სიმახინჯე, ფენომენოლოგიურად შესაძლებელია გამოიხატოს როგორც ბოდვითი იპოქონდრიის, ისე ზედირებულოვანი იდეების ან კიდევ ისეთი კატეგორიის

ფსიქოპათოლოგიური წარმონაქმნის სახით, რომელიც დაიჭერს შუამდებარე ადგილს აკვიატებასა და ბოდვას, აკვიატებასა და ზედირებულოვან იდეას შორის. J. Å. Eide (1959) სავსებით იზიარებს P.N. Leifstam-ის (1949) შეხედულებას: იქ, სადაც დისმორფოფობია აღწევს ბოდვითი რეგისტრის აშლილობის დონეს, ეწოდება ფიზიკური უკმარისობის ბოდვა, რაც უნდა მივაკუთვნოთ უფრო ბოდვით დისმორფომანიას, ვიდრე შიზოფრენიას.

IV. დისმორფული აშლილობის ეპიდემიოლოგია

დისმორფული აშლილობების საყოველთაო ეპიდემიოლოგიური კვლევა დღემდე არ ჩატარებულა, თუმცა სადღეისოდ არსებული მონაცემებით (Boby E.L., 1998; Bienvenu, Samuels J.F., Riddle M.A. et al., 2000; Böhne A., Wilhelm S., Keuthen N.I et al -2002; Fitts S.N., Gibson P., Redding C.A. et al. -1989; Otto M.W., Wilhelm S., Cohen L.S., 2001; Philips K.A., Castle D.J., 2002-a და ა.შ.) გვიჩვენებენ, რომ ამ სახის აშლილობები დაახლოებით ერთნაირი სიხშირით გვხვდება როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორულ პირობებში. საზოგადოებრივი ჯგუფების ექსპედიციური გამოკვლევების არსებული მასალის მიხედვით აღნიშნება შემდეგი შეფარდება: 0,7 და 1,1%. საავადმყოფოს გარეთ ჩატარებულმა ინდივიდუალური ავტორების კვლევებმა უჩვენა, რომ ეს შეფარდება მერყეობდა 2,2%-დან 4%-მდე. იმავე ავტორებით, დისმორფული აშლილობის გავრცელება საერთო პოპულაციაში მერყეობს 0,7-13 %-ის ფარგლებში. ასეთი ფართო დიაპაზონი უნდა აიხსნას მკვლევართა შორის მეთოდოლოგიური შეუთანხმებლობით. მათგან Bienvenu et al. (2000), Otto M. et al. (2001) მიერ ჩატარებულ ოჯახურ გამოკვლევებში, გავრცელების ხვედრითი წონა მერყეობდა 1-3 %-ში. საინტერესოა, რომ სტუდენტებში ეს ციფრები შედარებით უფრო მაღალ დიაპაზონში მერყეობდა (4-დან 28 %-მდე),

რადგანაც დისმორფოფობიაში შეიტანეს კვებითი აშლილობანი (Boby E.L. -1998; Bohne A., Wilhelm S., Keuthen N.I. et al. -2002-a; Fitts S.N., Gibson P. Redding C.A. -1989) და სხვა სიმსივნის მსგავსი მოსაზღვრე აშლილობანი. მოულოდნელი აღმოჩნდა მათი თანაბარი გავრცელება ქალებსა და ვაჟებში (Lochner C., Stein D.I., 2001; Phillips K.A., Diaz S.F., 1997). გამოკვლეულთა 29%, შესაბამისი განათლების მიღების შემდეგ დაკავებული იყო ხელოვნებაში და ღიზაინში. შესაძლებელია აშლილობანი უკავშირდებოდეს ესტეტიკური გრძნობის გამწვავებას (Veale D., 2000). პაციენტების 75% არ იყო ქორწინებაში (Phillips K.A., 1991; Veale D., Boocock A., Gournay K. et al., 1996). ეს კი აიხსნება მათთვის დამახასიათებელი მისწრაფებით სოციალური იზოლიაციისა და განმარტოებული ცხოვრებისადმი.

დისმორფული აშლილობის ყველაზე ხშირი კომორბიდული თანმდევია დეპრესია, რომლის სიხშირე, სხვადასხვა ავტორით, მერყეობს 31-დან 87%-მდე, შემდეგ მოდის სოციალური ფობიები (11-43%), ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი ლტოლვა და ბოროტად გამოყენება (40%), ობსესიურ-კომპულსური აშლილობანი (34-დან 39%-მდე) და ა.შ (Brawman-Minzer O., Ludiard R.B., Phillips K.A. - 1995; Philips K.A. et al., 1993-a, 1994-b). რაც შეეხება საკუთრივ დისმორფოფობიის კავშირს ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობასთან, ჯერ კიდევ Marseli E. (1891) მიუთითებდა მათ შორის მჭიდრო კავშირზე, რომელთა შორის აღნიშნავდა მრავალ საერთო და, აგრეთვე, განმასხვავებელ ნიშნებს. საერთო ნიშნებიდან აღსანიშნავია დაავადების დაწყების ასაკი, მსგავსება ეტიოლოგიაში, მემკვიდრეობით დატვირთვაში (და ბოლო ხანებში ემატება სეროტონინული ანტიობსესიური მედიკამენტების ზემოქმედებაზე ორივესათვის მსგავსი ეფექტურობის პროფილი. ამასთან ერთად, სხეულის დისმორფულ აშლილობას აღნიშნება უფრო მაღალი ხარისხის კომორბიდულობა და სუიციდურობა, ვიდრე ეს გვხვდება ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის შემთხვევებში (Perugi G., Giannotti

D., Divaio S. et al., 1996; Veale D., Gonay K., Drydon W. et al., 1996). დისმორფული აშლილობის მქონე პაციენტებში ობსესიურ-კომპულსური აშლილობების ნიშნების სიხშირე მერყეობს 34%-დან 39%-მდე, ხოლო საკუთრივ ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის კლინიკურ სურათში დისმორფული აშლილობის სიხშირე – 8-დან 78% დიაპაზონში (Cororve M. B., Glegves D.H., 2001; Hollander E., Neville D., Frenkel M. et al., 1992), Simeon D., Hollander E., Stein T. et al., 1995). J.E. Grant, Won Kim S.J., Crow S.J. (2001) მონაცემებით, ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის მქონე ავადმყოფებს, რომლებსაც მკურნალობა უტარდებოდათ ამბულატორულ პირობებში, დისმორფული აშლილობა ადენიშნებოდათ 8-37%-ში; სოციალური ფობიით დაავადებულ პაციენტებში, შესაბამისად, 11 და 13%, ტრიქოტილომანიით დაავადებულებში – 26%; ე.წ. დიდი და ატიპური დეპრესიებით შეპყრობილებში – 14-42%; ხოლო ატიპური დეპრესიების ერთ-ერთ გამოკვლევაში (Philips K. et al., 1996-a) სხეულის დისმორფული აშლილობები 2-ჯერ და უფრო მეტად ხშირი იყო, ვიდრე ობსესიურ-კომპულსური აშლილობები. G. Perugi et al. გამოკვლევაში (1998) ნაჩვენებია, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობები უფრო ხშირია, ვიდრე სხვა ფორმის რომელიმე დაავადება, მათ შორის, ობსესიურ-კომპულსური აშლილობანი, სოციალური ფობია, მარტივი ფობია, ნერვული ანორექსია და ბულიმია, ტოქსიკომანია და ა.შ. დისმორფოფობიის სიხშირე დერმატოლოგიურ პაციენტებში აღწევს 12%, კოსმეტიკურ ქირურგიაში კი დისმორფული აშლილობის ხვედრითი წონა მერყეობს 6-15% შორის (Dufresne R.G. et al., 2001).

სხეულის დისმორფული აშლილობის რეალური ხვედრითი წონა სტაციონარულ პაციენტებში ნაკლებად არის შესწავლილი. ამ საკითხს მიეძღვნა მხოლოდ ორი გამოკვლევა (Faravelli C. et al., 1997; და Zimmernan M., Mattia J.I., 1998). ისევე, როგორც საერთო პროფილის სტაციონარულ პირობებში (Philips K.A. et al., 2005)

სისტემატურად ფიქსირდებოდა პაციენტებში სხეულის დისმორფული აშლილობის ნიშნები კლინიკური დიაგნოზის გამოტანისათვის. ყველა გამოკვლევაში აღადასტურდა, რომ ადრე ამბულატორულად გაჩოვლენილი დისმორფული აშლილობის ყველა შემთხვევა ფიქსირებული არ აღმოჩნდა სტაციონარულ ისტორიებში. ამრიგად, გაირკვა, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობის დიაგნოსტიკა ყოველთვის არ ხდება და ბევრი შემთხვევა რჩება აღურიცხავი.

დისმორფული აშლილობანი, როგორც ჩანს, დაახლოებით თანაბრად გვხვდება ქალებში და მამაკაცებში (Mysleveczek Z., 1949; Veale D. et al., 1996; Phillips K.A., Diaz S., 1997) როგორც სიხშორის, ისე სიმპტომური სიმძიმის თვალსაზრისით. თუმცა არის გამოკვლევები, რომელთაგან ზოგი მიუთითებს ქალების და ზოგი კი მამაკაცების დომინირებაზე; თუმცა ამ დაავადების მქონე ორივე სქესში ჭარბობენ პირები, რომლებიც არასდროს ყოფილან ქორწინებაში, უმეტესობას თავისი სპეციალობითაც არასოდეს უმუშავია (Perugi G., Giannotti D., Frare F. et al., 1997; Perugi G., Akiskal H., Giannotti D. et al., 1997-a). ამ დაავადების კლინიკური ნიშნები ქალებში და მამაკაცებში, დაახლოებით ერთტიპურად ვლინდება. მათ შორის ზოგიერთ განსხვავებაზე მიუთითებენ Phillips K.A., Diaz S. (1997).

ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, რომ დისმორფული აშლილობა უფრო ხშირად მანიფესტირდება პუბერტატულ ან უფრო ადრეულ ასაკშიც. A.E. Личко (1979) მიუთითებს, რომ ფსიქიკურად ჯანმრთელ მოზარდს შესაძლებელია გაუჩნდეს დისმორფოფობიური განცდა, რადგანაც ისინი თავის თავს აღარებენ თანატოლებს და ზოგიერთ ნაკლზე ამახვილებენ ყურადღებას: სიმაღლეს, სახის კანის ფერს, მასზე გამონაყარს ან ჭარბთმიანობას, სახის გამომეტყველებაში ხედავენ ნაკლებ მიმზიდველობას და იწუნებენ მთელი ტანთნაგებობის არასრულყოფილებას; მკვეთრად

განიცდიან ფიზიკური სილამაზის დამადასტურებელი ფაქტების უკმარობას, არასრულყოფილებას. ბოლო წლებში გოგონები დიდ ყურადღებას აქცევენ სექსუალობის მაჩვენებელ ტანთნაგებობისა და ქცევების უკმარისობას. სამწუხაროდ, ამ საკითხის კვლევის შესახებ ცნობები მეტად მწირია. Albertini R.S., Phillips K.A. (1999) ხაზს უსვამენ, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობა არის ქრონიკული დაავადება და გამოირჩევა მკურნალობის ყოველგვარი მეთოდებისადმი რეზისტენტობით. იგი არ გამოირიცხავს, რომ მათ კლინიკურ მიმდინარეობაში არ აქვს ადგილი სიმპტომურ გამწვავებებსა და შესუსტებებს (Phillips K.A., 2001-c). მკურნალობასთან დაკავშირებულ კატამნეზურ გამოკვლევებში (Phillips K.A. Grant J.E, Siniscalchi J.M.et al., 2005) მითითებულია, რომ დისმორფული აშლილობის ახალი თაობის ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შედეგების განხილვისას, ფსიქოპათოლოგიური სურათის დინამიკა შესაბამის პუბლიკაციებში დღემდე არასაკმარისად არის ასახული. ამ სტატიის ავტორების მიხედვით, დისმორფული აშლილობის მქონე 95 პაციენტის დინამიკური შესწავლის მონაცემები და მათი რეტროსპექტული ანალიზი მიუთითებს, რომ მკურნალობის ეფექტი დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე: პაციენტების ასაკზე, დაავადების ხანგრძლივობაზე და კომორბიდული აშლილობების ხედრით წილზე. მოყვანილ ნაშრომში 95 პაციენტის საშუალო ასაკი იმ დროს იყო $30,6 \pm 11,7$, ანუ 16-დან 65 წლამდე, მათგან 75 იყო მოზრდილი, 18 მოზარდი და ერთი ბავშვი. დისმორფულ აშლილობასთან ერთად, ყველაზე ხშირი კომორბიდული აშლილობა იყო დიდი დეპრესია (52,8%), შემდეგ სოციალური ფობია (29,2%) და ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა (26, 9%). ყველა მათგანის მკურნალობა ტარდებოდა თანამედროვე ფსიქოტროპული მედიკამენტებით. ავტორები მიუთითებენ, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობის თერაპიული ზემოქმედების მიმართ გამოხატული რეზისტენტობის მითი დაირღვა.

აღმოჩნდა, რომ მკურნალობის დაწყებიდან 6 თვის შემდეგ შესწავლილ პაციენტებს შორის: 27,4%-ში მოხდა მთლიანი რემისია, 57,8% ნაწილობრივი (ზოგჯერ მთლიანთან მიახლოებული) და მხოლოდ 14,2% აღმოჩნდა მყარად რეზისტენტული. მკურნალობის ეფექტი, შესწავლილი 4 წლის შემდეგ კატამნეზურად, აღმოჩნდა განსხვავებული: რეციდივი აღინიშნა 28,6%-ში, მთლიანი რემისიის სიხშირე შემცირდა 16,6%-მდე, ხოლო ნაწილობრივი – 37,8%-მდე. ამ ვადის გასვლის შემდეგ სხეულის დისმორფული აშლილობის თითქმის ყველა სიმპტომი 45%-ს აღუდგა. შედარებით ყველაზე მძიმედ გამწვავება აღინიშნა ე.წ. დიდი დეპრესიის და სოციალური ფობიის მხრივ. ავტორებით, მკურნალობის შედეგად მიღებული თერაპიული ეფექტის კატამნეზური კვლევა უნდა ხდებოდეს გაცილებით უფრო დიდ კლინიკურ მასალაზე და სხვადასხვა ვადებში.

V. დისმორფული აშლილობის ეპიდემიოლოგიის ტრანსკულტურალური ასპექტები

დისმორფულ აშლილობათა შესწავლამ სხვადასხვა კონტინენტებსა და ქვეყნებში – ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კანადაში, ავსტრალიაში და ევროპის აღმოსავლეთ და დასავლეთ ნაწილში (გერმანია, ინგლისი, იტალია), აზიის (ჩინეთი, იაპონია), აფრიკის და სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში და ბოლოს ყოფილი საბჭოთა იმპერიის შემადგენლობიდან განთავისუფლებული ქვეყნებიდან მოწოდებული მასალების საფუძველზე (Phillips K.A., 1991; Korkina M.B., 1965; Ung K., Fones, CSL, Ang, AWK., 2000; Turkson SNA, Asamoah V., 1999; Yamada M. et al., 1978; Fontanelli L.F. et al., 2002) დისმორფული ფენომენის გავრცელების შესწავლას ყველაზე მეტი გამოკვლევა მიეძღვნა ამერიკის შეერთებულ შტატებში (Cotterill J.A.,

Culiffe W.J., 1997), შემდეგ იტალიაში (Perugi G. et al., 1997) და ინგლისში (Veale D. et al., 1996). ამრიგად, სწორედ ამ ქვეყნების ფსიქიატრთა მიერ მოწოდებული და გამოქვეყნებული მასალების საფუძველზე ამ საკითხის კვლევის ყველაზე ინტენსიურმა და ავტორიტეტულმა მეკლევარმა კატერინა ფილიპსმა 2004 წ. ჩამოაყალიბა საკუთარი კონცეფცია, რომლითაც სარგებლობენ დისმორფულ აშლილობის კვლევის პროცესში.

ტრანსკულტურალური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ დისმორფული აშლილობანი მეტად გავრცელებულია ამერიკისა და გერმანიის სტუდენტ ახალგაზრდობაში და მისი გავრცელების ინდექსი ერთმანეთს უახლოვდებოდა (აშშ-ში – 133, ხოლო გერმანიაში – 101), შესაბამისად, გავრცელება აღწევდა 4,0% და 5,3% (Bohne A. et al., 2002). სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები გვიჩვენებს, რომ დისმორფული აშლილობების კლინიკური ნიშნები ძირითადად ერთნაირად კვალიფიცირდება მსოფლიოს ყველა ქვეყნებში. ამასთან ერთად ისიც დასტურდება, რომ კულტურულმა თავისებურებამ შესაძლებელია შეიტანოს გარკვეული ნიუანსები და აქცენტები დისმორფული აშლილობის გამოვლინებაში. მაგალითად, იაპონიაში ჩატარებულ კვლევაში დისმორფული აშლილობის კლინიკური ნიშნები ისეთივეა, როგორც სხვა დანარჩენ ქვეყნებში, თუმცა ე.წ. არასასიამოვნო გამომეტყველება იაპონიაში გაცილებით ხშირია, ვიდრე სხვა ქვეყნებში.

ტრანსკულტურალური თავისებურების თვალსაზრისით, ინტერესს იმსახურებს თავისებური დაავადება – კორო, როგორც დისმორფული აშლილობის ნაირსახეობა და გავრცელებულია სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში. ამ დაავადების ძირითადი ნიშანია მამაკაცებში პენისის, ხოლო ქალებში საშოს ბაგეებისა და სარძევე ჯირკვლების შეკუმშვით დაპატარავება, მუცლის ღრუში შეწყვეამდვ, ორივე სქესში ამ ორგანოთა ფუნქციის დაკარგვით და სიკვდილის მოლოდინით

(Korkina M.B., 1965). კორო მართლაც ხასიათდება დისმორფული აშლილობის მსგავსი ნიშნებით, მაგრამ იგი ჭეშმარიტი დისმორფული აშლილობისაგან განსხვავდება კლინიკური მიმდინარეობის ხანმოკლე პერიოდით და სიკვდილის შიშით, რაც ადვილად ექვემდებარება ფსიქოთერაპიას და ვრცელდება მოსახლეობაში ფსიქიკური ეპიდემიის სახით.

კოროს სინდრომი I.J. Holdon-ის (1987) ცნობით 1895 წელს აღწერა ეონოგრაფმა J. Blonk-მა, როგორც აბორიგენ მოსახლეობაში ინდუცირებული ბოდვითი დარწმუნება, რომ სასქესო ორგანო თანდათან შეიწვეს მუცლის ღრუში, სრულ გაქრობამდე. ასეთივე ეპიდემიები სხვადასხვა დროს აღინიშნა ჩინეთში, სამხრეთ აფრიკასა და მსოფლიოს სხვა რეგიონებში. სამხრეთ აფრიკაში, I.J. Holdon-ის (1937) მიხედვით, 38 წლის ასაკის ქრონიკულ ლოთს ალკოჰოლური ავითამინოზის, ჰეპატიტის და შარდსასქესო ორგანოთა ინფექციური დაავადებებით დაუძლურებულს, დაეწყო ბოდვითი დარწმუნება, რომ დაუპატარავდა სასქესო ასო, რომელიც იწვეს მუცლის ღრუში სრულ დაკარგვამდე. ამის შედეგად დაემართა შფოთვა და სიკვდილის შიში. პაციენტის ძმას ასევე პქონდა გადატანილი ტრანზიტორული ფსიქოზი. ანტიბიოტიკ ამპიცილინით, დიაზეპამით და ვიტამინების კომპლექსით მკურნალობის შემდეგ კოროს მოვლენებმა გაუარა და ეპიდემიური გავრცელება არ მოხდა. T. Mukherjale (1987) აღწერს დიდ ბრიტანეთში მცხოვრებ 21 წლის მამაკაცს, რომელსაც სრულიად უმიზეზოდ დაეწყო კოროს მსგავსი მწვავე დეპრესიულ-ბოდვითი – დეპერსონალიზაციური ფსიქოზი, რომ მისი სასქესო ორგანო მთლიანად შეისრუტა მუცლის ღრუში და დაკარგა სქესობრივი ცხოვრების უნარი. ანტიფსიქოზური მკურნალობით (ამიტრიპტილინი 50 მგ და სტელაზინი 15 მგ) გამოვიდა ფსიქოზიდან, მაგრამ კვლავ თავს არიდებდა სამოსის გახდას, რათა არ აღდგენოდა გადატანილი შეგრძნება. დარწმუნდა, რომ

შეძლო სექსუალური ცხოვრება პარტნიორთან. ავტორის აზრით, ამგვარი აშლილობა ევროპის რეგიონში, როგორც წესი, არ გვხვდება და კოროს ფორმად არ მიიღება, ამიტომ აღწერა კოროსმაგვარი აშლილობის სახით. სინამდვილეში ეს შემთხვევა უნდა იყოს დისმორფული აშლილობის თავისებური გამოვლინება.

VI. დისმორფული აშლილობის ეტიოლოგია და პათოგენეზი

დისმორფული აშლილობის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზში ნეირობიოლოგიური ფაქტორების მონაწილეობის საკითხების შესწავლა-დაზუსტება ახალი დაწყებულია და ამიტომ ამ ფაქტორებისა და მექანიზმების შესახებ ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში რაიმე მნიშვნელოვან ცნობებს ვერ მივაკვლიეთ. ამ ურთულესი კლინიკური სიმპტომების მქონე დაავადების პათოგენეტიკური მექანიზმების არცოდნა უდავოდ ხელს უშლის ადექვატური სამკურნალო მეთოდებისა და ხერხების შემუშავებას.

განსაკუთრებით საინტერესოა გენეოლოგიური და ტყუპთა კვლევის მონაცემები, ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორების მონაწილეობა ამ მძიმე, ფაქტობრივად არაკურაბელურ აშლილობების გენეზში. ამ ხარვეზით ისარგებლა დასავლეთში ექიმ ფსიქიატრთა ერთი ნაწილის გატაცებამ, მის ასახსინელად და სამკურნალოდ გამოეყენებინათ ფსიქოანალიზური და ფსიქოდინამიკური მეთოდები და კონცეფციები.

ადარ შევჩერდებით დისმორფული აშლილობების მკურნალობაში ფსიქოანალიზური მეთოდების გამოყენების სრულ უეფექტობაზე, მაგრამ დავძენთ, რომ ფსიქოფარმაკოთერაპიის ეპოქაში, ფსიქოტროპული მედიკამენტების ადექვატური დოზებით მიღებულია

საკმაოდ გამამხნევებელი თერაპიული შედეგები. ამის გამო გასაკვირი არ უნდა იყოს დასავლეთის ფსიქიატრების სრული იმედგაცრუება ფსიქონალიზური და ფსიქოდინამიკური მეთოდებისადმი, რაზედაც მეტყველებს ბოლო წლებში ფსიქიატრიული პროფილის პუბლიკაციებში თანამედროვე, ე.წ. ახალი თაობის ანტიდეპრესანტების და ანტიფსიქოზური პრეპარატების ეფექტურობის მაილუსტრირებელი გამოკვლევების სიჭარბე, განსაკუთრებით დეპერსონალიზაციისა და დისმორფულ აშლილობის მკურნალობაში. ამ ფონზე გაუგებარია ბოლო წლებში რუსულენოვან ავტორთა კვლავ დაინტერესება დეპერსონალიზაციისა და დისმორფული აშლილობების კლინიკურ-ფენომენოლოგიური საკითხებით, ხოლო მათ მკურნალობაში სეროტონინერგიული ფსიქოტროპული მედიკამენტების ეფექტურობაზე ფაქტობრივი დუმილი.

თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიური (ბიოლოგიური) ფსიქიატრიის განვითარებამ, ნეიროტრანსმიტერებისა და ნეირორეცეპტორების მოქმედების მექანიზმების დაზუსტებამ, საშუალება მოგვცა საკმაოდ დამაჯერებლობით დაგვედგინა, რომ დისმორფული აშლილობის საფუძველი უნდა უკავშირდებოდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის შესაბამის სტრუქტურებში სეროტონინერგიულ და შესაძლებელია, აგრეთვე, დოფამინერგიულ სისტემებს. საკუთრივ დისმორფულ აშლილობის გენეზში სეროტონინერგიული მექანიზმების ოინაწილეობის სასარგებლოდ მეტყველებს კლინიკური ფაქტები, დაკავშირებული ამ სახის აშლილობის მკურნალობაში სერიტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების გამოყენების ეფექტი. მკურნალობის შედეგად რედუცირებულ ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებებს ამწვავებს სეროტონინის წინამორბედის – ტრიპტოფანის კონცენტრაციის განღევა. თუკი ამგვარ პაციენტს დავუნიშნავთ სეროტონინის ანტაგონისტ

ციპროჰექტადიენს, იგი გააძლიერებს დისმორფული აშლილობის ნიშნებს (Craven, J.L., Rodin, G.M. -1987). დისმორფულ აშლილობების გენეზში, როგორც ირკვევა, სეროტონინერგიულთან ერთად, მონაწილეობს დოფამინერგიული მექანიზმები. განსაკუთრებით ე.წ. ბოდვითი დისმორფომანიის დროს, რომლის რედუცირებისათვის მიზანშეწონილია სეროტონინულ-ანტიოფსესიურ მედიკამენტებთან კომბინაციაში დოფამინერგიული ანტიფსიქოზური მედიკამენტების (Fawcet R.C., 1989) გამოყენება.

დისმორფული აშლილობების გენეზის საფუძვლების ნეიროანატომიური მეთოდებით დასადგენად ჩატარებულია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის ტომოგრაფიული გამოკვლევები (Rauch S.L., Phillinss K.A., Segal E et al., 2003). 8 პაციენტში, საკონტროლოსთან შედარებით, დადგენილი იქნა თავის ტვინის ქერქქვეშ განლაგებული კუდიანი სხეულის მარცხენა ნაწილში სტრუქტურული გადახრები და იმავე უბნებში თეთრი ნივთიერების მოცულობის ზრდა. დღეისთვის ამით ამოიწურება დისმორფულ აშლილობათა თავის ტვინის ფუნქციური ლოკალიზაციური წანამძღვრების შესახებ ჩვენი ცოდნა.

VII. კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებები

დისმორფული აშლილობის კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურების სირთულესა და მრავალფეროვნებაზე შესავალშივე იყო მიითებული, მაგრამ საკითხის სირთულე გვაიძულებს, უფრო დეტალურად შევაჩეროთ ყურადღება კლინიკურ-ფენომენოლოგიურ მომენტებზე.

დისმორფული აშლილობებისათვის დამახასიათებლად მიიჩნევენ ტრიადას: 1. ფიზიკური

ნაკლის აკვიატებული აზრი, რომელიც სიტყვიერ გადაჯერებას არ ექვემდებარება; 2. დამოკიდებულების ზედირებულოვანა იდეა, რისგანაც ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება პაციენტის დროებით და ისიც მხოლოდ ნაწილობრივ გადაჯერება და 3. სხვადასხვა სიმძიმისა და სტრუქტურის გუნებ-განწყობის დაქვეითება – დეპრესია და შფოთვა.

დისმორფული აშლილობით შეპყრობილს მიაჩნია, რომ მის გარეგნობაში არის რაღაც ისეთი ნაკლი, რომელიც არ თავსდება ჩვეულებრივი გამომეტყველების ჩარჩოებში, მაშინ, როდესაც უმნიშვნელო ნაკლად მიჩნეული თავისებურება შესაძლებელია მართლაც რეალურად არსებობდეს, თუმცა გარშემომყოფნი მას არ ამჩნევენ. სუბიექტი კი უთმობს გადაჭარბებულ ყურადღებას იმ უმნიშვნელო ნაკლს გარეგნობაში თუ მოქმედებაში, რომლის მნიშვნელობა დისმორფული აშლილობის მქონე სუბიექტისათვის გაზვიადებულია და სასიცოცხლო მნიშვნელობამდეა აყვანილი. მსგავსი ავადმყოფური მდგომარეობა კვალიფიციირდება, როგორც დისმორფოფობია, ანუ შიში საკუთარი გარეგნობის, სხეულის რომელიმე ორგანოს აღნაგობის არასრულყოფილებაზე ან ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციონირების დარღვევაზე, მაშინ, როდესაც მისი სხეულის საერთო გარეგნობა და მთელი ორგანიზმის ფუნქციონირება წარმოებს ნორმის ფარგლებში. დისმორფული აშლილობის სიღრმე თუ ზედმიწევნით გადაჭარბებულია და კორეგირებას მხოლოდ დროებით ექვემდებარება, დაავადებას, ჩვენი აზრით, უნდა ეწოდოს დისმორფომანია. ხოლო, თუ დისმორფული აშლილობის სუბიექტიური შეფასება არავეითარ კორეგირებას არ განიცდის, მთლიანად იპყრობს სუბიექტის აზროვნებას და განაპირობებს სასიცოცხლო მნიშვნელობის რადიკალური ღონისძიებების აუცილებელ გატარებას, “მახინჯი” ორგანოს მოკვეთით ან სუიციდური ქმედებით, დაავადება უნდა შეფასდეს, როგორც ბოღვითი დისმორფომანია.

დისმორფული აშლილობის მქონე ავადმყოფი დეტალურად აღწერს თავის გარეგნობას, როგორც შეუხედავს, დეფექტურს, საშინელს, არაძიშიდველს. სახე და მთელი თავი მიაჩნია არაპროპორციულად, სახის კანის უფერული ან დამახინჯებული ფერიმჭამელით, ჭორფლით და ა.შ. ირწმუნებიან, რომ სცვივით თმები, ნაადრევად მულოტდებიან, სახის ნაკეთები შეეცვალათ – გაუდიდდათ ან, პირიქით, ძლიერ დაუწვრილდათ. მსგავსი დამაკნინებელი და მცდარი შეფასება შესაძლებელია შეეხოს სხეულის ნებისმიერ ნაწილს ან მთლიან ტანს. მსგავსი “სიმახინჯის” შეფასება შესაძლებელია გახდეს აუტანელი და კრიტიკის დროებითი ან სრულად არდაკარგვით.

ავადმყოფი მუდმივად შთანთქმულია უპერსპექტივობის განცდებში. სხეულის ნაკლოვანების გამოუსწორებლობასთან დაკავშირებით იძულებულია მოერიდოს საზოგადოებასთან კონტაქტს. დარწმუნებულია, რომ ყველასთვის ნათელია მისი აშკარა ნაკლი. აცხადებს, რომ გარშემომყოფებში მისი პერსონისადმი აღიძრება ზიზღი ან სიბრაღულის განცდა. თვითონ რამდენიმეჯერ შენიშნა, რომ გარშემომყოფები ერთმანეთს ფარულად ანიშნებდნენ მის ფიზიკურ ნაკლებზე. ყოველ წარუმატებლობას მიაწერს ფაქტობრივად უმნიშვნელო ან საერთოდ არარსებულ ნაკლს. სავსებით დარწმუნებულია, ფიზიკური დეფექტი, რომ არ ჰქონოდა, უეჭველად დიდ წარმატებებს მიაღწევდა (ცხოვრების ყველა სფეროში (სიყვარულში, სექსუალურ მიმზიდველობაში, სამსახურებრივ კარიერაში და ა.შ.). ენდოკრინოლოგებთან და დერმატოლოგებთან ხანგრძლივი მკურნალობის უშედეგობის გამო, განაგრძობენ მიმართვებს სხვა დარგის ექიმებთან. დერმატოლოგიური მკურნალობის ან სპონტანური დროებითი ჩაცხრომის შემდეგ ისევ ემართებათ რეციდივები. მრავალჯერადად მიმართავენ სხვა დარგის ექიმებსაც: სტომატოლოგებისაგან მოითხოვენ მრუდი ან

მეჩხერი კბილწყობის გამოსწორებას, გასტროენტეროლოგიებისაგან – მოუსპონ ნაწლავებში მუდმივი და გარშემომყოფთათვის შესამჩნევი გვრება და ყურყური, უკანა ტანიდან უნებლიე გაზების გამოყოფის შეუკავებლობა; ენდოკრინოლოგიებისაგან – სიმაღლის მომატებას, მკერდის გაზრდას; კოსმეტოლოგ ქირურგებისაგან – კეხიანი ან პატარა ცხვირის კლასიკურ ბერძნულ ცხვირად გადაკეთებას, წაგრძელებული ნიკაპის, ზედმეტად განიერი თეძოების, ზედმეტად დიდი მკერდის, მუცლის და თხელი და არასექსუალური ტუჩების ქირურგიული მეთოდებით ნორმალურ და სექსუალურად მიმზიდველ ორგანობად გადაკეთებას; უროლოგს – არასრულწლოვანი ზომის სასქესო ასოს დაგრძელებას და გამსხვილებას და ა.შ. ერთადერთ იმედს, ხედავენ მათ მიერ გაზვიადებული ნაკლოვანების რადიკალურად გამოსწორებაში და ამ მიზნით დაუინებით მოითხოვენ კოსმეტიკურ ან, სადაც საჭიროდ მიაჩნიათ, მარეკონსტრუირებელ ოპერაციას. აღსანიშნავია, რომ თანამედროვე კოსმეტიკური და აღდგენითი ქირურგია, ტექნიკური შესაძლებლობების სრულყოფის შედეგად, ოპერაციული ჩარევით მართლაც აღწევს ზოგიერთი ავადმყოფისთვის თუნდაც ნაწილობრივ, მაგრამ მნიშვნელოვან ეფექტს, ახდენს ავადმყოფის მტანჯველი ნაკლოვანებების ჩასწორებას, მაგალითად, ქართველ და სომეხ მანდილოსანთა კეხიანი და გრძელი, ხოლო რუს ან მონგოლოიდური რასის წარმომადგენელ მანდილოსანთა მოკლე ცხვირის კლასიკურ, სწორფორმიანთან მიახლოებას, მკერდის, თეძოებისა და მუცლის სასურველ ზომებში მოყვანას. რაც შეეხება სხეულის ამა თუ იმ ჯერჯერობით გამოსწორებელ ნაკლოვანებებს, როგორც ხშირად თვლიან დისმორფოფობიით, უფრო სწორად დისმორფომანიით (М.В. Коркина, 1965) შეკყრობილი პაციენტების (რომლებსაც ზოგჯერ ობიექტურად აქვთ ჩვეულებრივად ასატანი, მაგრამ მის მიერ გადაჭარბებულად შეფასებული,

თუმცა ბოლოდროინდელი რეგისტრაციული მონაცემები (ნაკლები) მდგომარეობა შეფასდება მხოლოდ ნევროზულ აშლილობად (Phillips K.A., 1991; Phillips K.A. et al., 1993-b, 1996-c, 2001-d, 2002-d; Hollander E. et al., 1993; Veale D. et al., 1996-c; Perugi G. et al., 1997-b). იმის მიუხედავად რომ, დაავადება კლინიკურად უცნაურად, სუბიექტურად აუტანლად და გროტესკულად გამოიყურება, ნევროზული რეგისტრის დონეს არ სცილდება. ხანგრძლივი და არსებითად ურემიის მიმდინარეობის ტენდენცია ამ ტიპის აშლილობისათვის კვლავ რჩება პრობლემად.

თანამედროვე ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობა ახდენს დისმორფულ აშლილობათა რედუცირებას იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტი იღებს ეფექტურ დოზებს თვეებისა და ზოგჯერ წლების განმავლობაში. მკურნალობის შეწყვეტა კი ხშირად იწვევს რეციდივს. დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში არსებით გაუმჯობესებას არ უზრუნველყოფს ტრადიციული დოზამინერგიული ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, რომლებიც მნიშვნელოვან ეფექტს იძლევა ისეთი მძიმე დაავადების მკურნალობაში, როგორიცაა შიზოფრენია. ამიტომ შესაძლებლად მიაჩნიათ დისმორფული აშლილობის დამოუკიდებელ დაავადებად აღიარება (Ch. Thomas, 1984). ამ დაავადების პერსონოლოგიური აშლილობების ნაკრებ ჯგუფში განხილვა, რომელთა ნოზოლოგიური განსაზღვრა თავისთავად არასრულყოფილია, კიდევ უფრო გააძნელებს მის არსში გარკვევის საკითხს. სხვა მოსაზრებით, მსგავსი ფორმები ალბათ განხილული უნდა იქნეს როგორც უსიამოვნებასთან დაკავშირებული E.Krechmer-ის დამოკიდებულების სენზიტიური ბოდეა. იაპონელი H.Miyaoka-სთვის (1988) დისმორფოფობია არის არასპეციფიკური დისკრეტული სინდრომი, რომელიც შესაძლებელია აღმოცენდეს სხვადასხვა ფსიქოზის და მათ შორის შიზოფრენიის სტრუქტურაშიც. ავტორი, დისმორფული აშლილობის კლინიკური თავისებურების

შიზოფრენიისა და არაშიზოფრენიული დაავადებებისგან დიფერენცირებისათვის, საჭიროდ მიიჩნეეს დაავადების დაწყებით სტადიაში დისმორფული აშლილობის კლინიკური სურათის ფენომენოლოგიურ ანალიზს, სადაც უნდა გამოვლინდეს მათ შორის განმასხვავებელი ნიუანსები. Bishof J. (1980) აღწერს ე.წ. მონოსიმპტომურ იპოქონდრიას, რომელიც ამერიკულ DSM-III-ში შევიდა ატიპური სომატომორფული აშლილობების შემადგენლობაში. M. Janike-მ (1984) ბოდვით დისმორფოფობიის მკურნალობაში რემისია მიიღო იმიპრამინისა და ამოქსაპინის კომბინაციაში გამოყენებით. ასევე მიუთითებენ ზოგიერთ შემთხვევებში მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორების ეფექტურობაზე.

დიდი ბრიტანეთის ფსიქიატრია ერთმანეთისგან განაცალკევებს დისმორფოფობიის ორ ვარიანტს: 1. ზეღირებულოვან იდეას, როდესაც პიროვნებას აქვს უმნიშვნელო ფიზიკური დეფექტი და 2. მონოსიმპტომურ ფსიქოზს ბოდვითი დარწმუნებით, რომ მას აქვს სხეულის მუდმივად მტანჯველი სიმახინჯე. ამ უკანასკნელს, ნოზოლოგიური პრინციპიდან გამომდინარე, განიხილავს შიზოფრენიის ან დეპრესიის ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომად. Broddock L.E. (1982), პოლონელი Szydlok H. და Hrinkiewicz L. (1964) ბოდვით დისმორფოფობიას განიხილავენ არა შიზოფრენიის ნაირსახეობად, არამედ პიროვნების პარანოიალურ განვითარებად. Frare F., Perugi G., Rufiolo G. et al. (2004), დისმორფულ აშლილობას, ისევე როგორც ამერიკის ფსიქიატრიული კლასიფიკაციის DSM-IV-გადასინჯვაშია, განიხილავენ სომატომორფულ დაავადებათა რუბრიკაში. მაგრამ, მათი შეხედულებით, დისმორფულ აშლილობას გააჩნია მთელი რიგი საერთო ნიშნები ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობასთან. ამასთან ერთად, მთელ რიგ გამოკვლევებში ამ ორ ფორმას შორის შესაძლებლად მიიჩნევენ კომორბიდულ ურთიერთობასაც. ამ ავტორების მიერ შესწავლილი დისმორფოფობიით შეპყრობილ 113 პაციენტიდან 79-ს კლინიკურ სურათში

აღენიშნებოდათ ობსესიურ-კომპულსური აშლილობანი, დანარჩენ 34 პაციენტს – დისმორფოფობიური ჩივილები აკეციატებათა გარეშე ჰქონდათ. ამ ორ ჯგუფს ერთმანეთისაგან სქესობრივ, ასაკობრივ და სოციალურ მდგომარეობაში განსხვავება არ აღმოაჩნდათ. ერთადერთი განსხვავება გამოვლინდა დაავადების მანიფესტაციასთან დაკავშირებით. შედარებით ადრეულ ასაკში ვლინდება დისმორფოფობია, ვიდრე ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა. ყურადღებას იქცევდა ისიც, რომ ორივე ჯგუფის პაციენტები, უმრავლეს შემთხვევებში, არ იყვნენ ქორწინებაში, იყვნენ დაბალი სოციალური სტატუსით, არაიშვიათად – უმუშევრები.

გარკვეული განსხვავება იყო მათ შორის კომორბიდული კვებითი აშლილობების (ნერვული ანორექსიისა და ბულიმიის), აგრეთვე, ქრონიკული აღკოჰოლიზმისა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების სიხშირის თვალსაზრისით. ჯგუფს, რომელშიაც დისმორფოფობია იყო ძირითადი და ობსესიურ-კომპულსური აშლილობებით გართულებული, უფრო აღმოაჩნდა მოდრეკილება ზედირებულოვანი ან ბოდვითი დისმორფომანიისადმი. ხოლო ჯგუფი, სადაც ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა იყო კომორბიდულად გართულებული დისმორფოფობიით, უფრო დაკავშირებული იყო ბიპოლარულ აშლილობასთან. სიმპტომურ ნიუანსებში განსხვავებასთან ერთად, ჯგუფებს შორის საერთო მახასიათებლების რაოდენობისგან გამომდინარე, ავტორები იზიარებენ დისმორფოფობიის ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში განხილვის მართებულებას. ამასთან ერთად, მიაჩნიათ, რომ დისმორფოფობია, როგორც თავისებური სტრუქტურის დაავადება, არ უნდა იყოს ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის მარტივი ვარიანტი. შესაძლებლად მიიჩნევენ მის კავშირს ერთდროულად სოციალურ ფობიასთან, გუნებ-განწყობის აშლილობასთან და იმპულსების მაკონტროლებელი ფუნქციების დარღვევებთან.

დისმორფული აშლილობების სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინებანი ბოლო ხანებში განიხილება ფსიქოსომატურ აშლილობებში, ამიტომ სხეულის ან მისი ნაწილების “სიმახინჯე” ან არასრულყოფილება აიძულებს მათ გახდნენ მედიცინის სრულიად სხვადასხვა დარგის სპეციალისტების დახმარების ობიექტად. დაავადების კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურება განსაზღვრავს სამედიცინო დიაგნოზის სირთულეს და უკიდურეს მრავალფეროვნებას, როდესაც ერთი და იგივე შემთხვევისთვის სხვადასხვა დარგის ექიმს გამოაქვს სხვადასხვა დიაგნოზი და უნიშნავს განსხვავებულ პარაკლინიკურ გამოკვლევებს, სავარაუდო დიაგნოზის დამადასტურებელ ანალიზებს და სავარაუდო სამკურნალო მეთოდებს და მედიკამენტებს. იმ შემთხვევებში, სადაც ავადმყოფი სრულიად დარწმუნებულია სხეულის რომელიმე ორგანოს ან მისი ნაწილის სიმახინჯეში, აუცილებელი ხდება ქირურგ კოსმეტოლოგის ოპერაციული ჩარევის ობიექტი.

ეგრეთ წოდებული პიროვნების მოსაზღვრე აშლილობის სხვადასხვა ფორმებით, მათ შორის, დროებითი ან ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებათა დისმორფომანიური აშლილობით შეპყრობილი პაციენტები – საკუთარი სხეულის ფორმების ან ფუნქციონირების სერიოზული ნაკლოვანების არსებობაში დარწმუნებულნი, პირველ რიგში დახმარებისათვის მიმართავენ: დერმატოლოგებს – ნეიროდერმიტული პრობლემების გამო, პედიატრებს – ახალგაზრდათა კვებითი აშლილობების (ნერვული ანორექსია, ნერვული ბულიმია), ნევროპათოლოგებს – სხვადასხვა ტიპური და დისკინეზური სიმპტომების გამოვლინებისას, გასტროენტეროლოგებს – კუჭ-ნაწლავიდან აირების შეუკავებლობის და უნებლიეთ გამოდინების აკვიატებული შიშის, სხვადასხვა სენესტო-იპოქონდრიული და ფსიქოსომატური აბდომინალური აშლილობების დროს, კარდიოლოგებს – ფსიქოკარდიოლოგიური

დარღვევების დროს და ა.შ. ამიტომ იშვიათად ან მეტად დაგვიანებით ხვდებიან ექიმ ფსიქიატრის ყურადღების და დახმარების ობიექტები. სინამდვილეში, ყველა ზემოჩამოთვლილი ფორმის დაავადება და მრავალი სხვა, რომელთა ჩამოთვლა შორს წაგვიყვანდა, პირველ რიგში საჭიროებს დასახელებული სპეციალისტებისა და კლინიციისტ-ფსიქიატრების საერთო, შეთანხმებულ თანამშრომლობას, რადგანაც აღნიშნული დაავადებებისათვის დამახასიათებელია ქრონიკული სუბკლინიკური მიმდინარეობა და გამოხატული რეზისტენტობა ე.წ. სომატოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობისადმი.

სხეულის დისმორფულ აშლილობად განიხილება აგრეთვე არა მარტო ცალკეული ნაწილების ან ორგანოების გარეგნული, სხვებისათვის ვიზუალურად შესამჩნევი არსებითად ფიზიკური ნაკლი ან სიმახინჯე, არამედ, აგრეთვე, ორგანიზმის ამ ნაწილების ფუნქციონირებაში არსებული ნაკლოვანება ან, უფრო ხშირად, ამგვარი ნაკლოვანების გამომჟღავნების შიში, როდესაც გარშემომყოფებისათვის ასეთი ნაკლოვანება ხდება აუტანელი, შემაწუხებელი, ხოლო თვითონ ავადმყოფისთვის შემარცხვენელი, თავის მომჭრელი და საბაბი, განერიდოს საზოგადოებას, სასწავლებელს, სამსახურს და საერთოდ კომუნიკაციებს საზოგადოებასთან. აქ გამოვლინდება გადაჭარბებული, ზოგჯერ კი არსებითად უსაფუძვლო, ავადმყოფური სიმორცხვე (სკოპტოფობია). ეს უკანასკნელი კლინიკურად ნაირფეროვანია და საჭიროდ მივიჩნიეთ მის ზოგიერთ, შედარებით საინტერესო ნაირსახეობაზე მოკლე ინფორმაცია მივაწოდოთ ექიმებს, მომავალ მედიკოსებს და პაციენტებს.

დისმორფული აშლილობის სხვა ფორმების მსგავსად, სკოპტოფობია წარმოადგენს არსებითად ნევროზული დონის ერთ-ერთ თავისებურ ფსიქიკურ ნაირსახეობას, რომელიც თვითონაც ხასიათდება პოლიმორფული კლინიკური სიმპტომებით, მაგრამ საბოლოოდ ერთიანდება საერთო წამყვანი ნიშნებით, როგორც *ავადმყოფური მორცხეობა*. ჩეხი ფსიქიატრი *Ф. Н. Досужков* (1963) სკოპტოფობიას განიხილავს, როგორც რთული ხასიათის ავადმყოფურ გამოვლინებას, ერთი მხრივ, დისმორფოფობიურ და, მეორე მხრივ, იპოქონდრიულ, აკვიატებულ, თვითდამცირების იდეების გამაერთიანებელ პათოლოგიას; განაპირობებს ავადმყოფის გარშემომყოფებთან ურთიერთობის გაძნელებას და საკუთარ აუტისტურ სამყაროში ჩაკეტივის სურვილს. ამიტომ სკოპტოფობია, როგორც ავადმყოფური მდგომარეობა, კლასიკური ტიპის აუტისტური აშლილობის თავისებურ ვარიანტადაც შეიძლება იქნეს მიღებული. ისევე, როგორც ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში შეყვანილი სხვა ფორმებისათვის, სკოპტოფობიის დროსაც საკუთარი სხეულის არა მარტო ფორმა, არამედ ფუნქციაც შესაძლებელია გაზვიადებულად იქნეს შეფასებული, რომ მიაღწიოს ზედირებულოვან და ზოგჯერ ბოდვით რეგისტრამდე. ამ შემთხვევაში ავადმყოფური მდგომარეობა შეფასდება, როგორც ფსიქოზური დონის აშლილობა. მსგავსი არასრულფასოვნების იდეა განაპირობებს აკვიატებულ მორცხეობას, საზოგადოებისაგან სრულ იზოლაციამდე.

ამრიგად, სკოპტოფობიის შემთხვევაში, საკუთარი არასრულფასოვნების და მოსალოდნელი თავისმოჭრის მუდმივი განცდა განსაზღვრავს ავადმყოფის ქცევებს, რომლებიც შეიძლება უტოლდებოდეს განცდებს, განვითარებულს ენერიული დაავადების ან სქესობრივი გაუკუღმართების გამოაშკარავებისას. ამგვარი ტიპის

განცდა ძირფესვიანად განსხვავდება ნეეროზის დროს განცდილისაგან. ნეეროზულ განცდებს ავადმყოფი არ მაღავეს, პირიქით ახდენს მის დემონსტრირებას, იმ მიზნით, რომ გარშემომყოფებმა კარგად გაიგონ მისი დაავადების შესახებ. ნეეროზული განცდები ავადმყოფს არ მიაჩნია სამარცხვინოდ, მან იცის, რომ ამის გამო არასდროს გახდება დაცივნის ან ზიზღის საბაბი. სკოპტოფობიის შემთხვევაში კი პირიქით ხდება და ამიტომ ავადმყოფი ცდილობს საკუთარი ნაკლის დაფარვას. იძულებულია განერიდოს საზოგადოებას. Ф.Н.Досыккоз-ი მსგავს სუბიექტურ განცდას, რომელიც არ შეესაბამება სინამდვილეს და აღმოცენდება არაპირდაპირი კავშირით სინამდვილეთან, უწოდებს პათოაიდეა-ს.

სკოპტოფობიის აღმოცენებისა და როგორც დაავადების ჩამოყალიბების საფუძველი შესაძლებელია იყოს სხვადასხვა უმნიშვნელო ობიექტური ანდა ავადმყოფურად წარმოსახვითი ნაკლოვანება. ობიექტურებიდან სკოპტოფობია შესაძლებელია განვითარდეს ენაბლუობის ნიადაგზე. მიუთითებენ, რომ ენაბლუთა ორი მესამედი მძიმედ განიცდის საკუთარი მეტყველების ნაკლს. ობიექტურად არსებული მიზეზებიდან სკოპტოფობიის საფუძველად ასახელებენ მიმიკური კუნთების ტიკოზურ აშლილობებს, რასაც განსაკუთრებით მტკივნეულად განიცდიან პუბერტატულ ასაკში. სკოპტოფობიის საფუძველი შესაძლებელია გახდეს ერითროფობია (ხალხში უნებლიე გაწითლების შიში და არაიშვიათად ფაქტი). მეოთხე ნაირსახეობას წარმოადგენს ჰიდროზოფობია (სახის, ხელის გულების და ზოგჯერ მთელი სხეულის გაოფლიანების შიში და ფაქტი).

ამრიგად, სკოპტოფობიის განვითარების საფუძველებიდან ყველაზე ხშირია ენაბლუობა, ტიკური აშლილობანი, ერითროფობია (ერეიტოფობია) და ჰიდროზოფობია. ამასთან ერთად, ისიც უნდა

გავითვალისწინოთ, რომ ოთხივე აშლილობა ძნელად, სადიფერენციაციოა ისტერიულ კონვერსიულ აშლილობებთან. იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნული ნაკლოვანებანი სუბიექტურად განიცდება სამარცხეინო ნაკლად და სუბიექტი ცდილობს მის, როგორც სამარცხეინოს, დამალვას, მაშინ ის ჩაითვლება სკოპტოფობიად. იმ სუბიექტებში, სადაც აღნიშნული აშლილობანი მიიჩნევა არა სამარცხეინო და დასაფარავ ნაკლოვანებად, არამედ გარკვეული სახის დაავადებად, რომელიც გარშემომყოფებში უნდა იწვევდეს თაანაგრძნობას და დახმარების სურვილს მისგან გასათავისუფლებლად, უარყოფს სკოპტოფობიას. სხვა შემთხვევებში სკოპტოფობია შესაძლებელია კონვერსიის გარეშე მიმდინარეობდეს, მაგრამ მაინც ნევროზულ დონეს არ სცილდებოდეს იქამდე, რომ ჭეშმარიტ დისმორფოფობიადაც ვერ იქნეს განხილული და უფრო სენესტო-იპოქონდრიულ აშლილობას უახლოვდებოდეს. მაგალითად, შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აქვს ეჭვი, რომ სასქესო ორგანოებიდან ასდის უსიამოვნო სუნი, რომელსაც გრძნობს არა მარტო თვითონ, არამედ ყველა გარშემომყოფი, ობიექტურად გამოკვლევებით ასეთი პათოლოგია არ დასტურდება. მაშასადამე, სკოპტოფობია არც ნევროზია და არც ფსიქოზი, ამ ცნებების კლასიკური გაგებით. იგი მიეკუთვნება დისმორფული აშლილობის ნევროზული დონის, ქრონიკულად მიმდინარე განსაკუთრებულ ფორმებს, კონვერსიის გარეშე, ანუ იდეატორულ ვარიანტს, რომელიც ახლოს დგას ნევროტულ მორცხვობასთან (მაგალითად, სტუდენტი – გამოცდის წინ; მომხსენებელი – საჯარო ზეპირი გამოსვლის წინ (პეირონოფობია) და ა.შ.).

სკოპტოფობიაში, როგორც კლინიკურად საკმაოდ პოლიმორფულ აშლილობაში, განსაკუთრებულ შემოქმედებით ინტერესს იმსახურებს ერთ-ერთი თავისებური კლინიკური გამოვლინება კოკატექნოფობია – შიში და უკიდურესი სიმორცხვე, გამოწვეული

საზოგადოების თავშეყრის ადგილებში კუჭ-ნაწლავიდან მყრალი აირების გამოყოფის შეუკავებლობაში დარწმუნების გამო. ეს პრობლემა უკანასკნელ წლებში, თუ ფსიქიატრიულ პუბლიკაციებს მივადევნებთ თვალს, მრავალი ავტორის კვლევებისა და პუბლიკაციების საფუძველი გახდა და ამიტომ ჩვენც ქვემოთ უფრო დეტალურად განვიხილავთ.

კოკატექნოფობიასთან ახლოს დგას პიროვნების შიში – ხალხის თანდასწრებით არ დააბოყინოს, პირის ღრუდან არ გამოყოს უსიამოვნო სუნი და ამის გამო არ შეაზიზღოს თავი მოსაუბრეს. სხვა შემთხვევაში პაციენტი დარწმუნებულია, რომ საკუთარი სასქესო ორგანოებიდან აფრქვევს უსიამოვნო სუნს. ყოველივე მსგავსი სამარცხვინო ნაკლოვანებების ხალხში გამომჟღავნების და თავის მოჭრის შიში აიძულებს ავადმყოფს განერიდოს საზოგადოებას, ჩაიკეტოს აუტისტურ სიტუაციაში ან მუდმივი მტანჯველი შიშისაგან განთავისუფლდეს სუიციდური ქცევით.

მაშასადამე, სკოპტოფობია ფსიქოპათოლოგიურად არც ნევროზია და არც ფსიქოზი. უფრო მართებულია იგი განხილულ იქნეს, როგორც მოსაზღვრე მდგომარეობა თავისი ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურით, მიმდინარეობით და გამოსავალით. კლასიკური კლინიკური ფსიქიატრია ასეთ შუამდებარე ფსიქონერვეულ აშლილობად მიიჩნევს ფსიქოპათიას. ისმება კითხვა: როგორ გავიგოთ, სკოპტოფობია ფსიქოპათიის ნაირსახეობაა თუ მოსაზღვრე მდგომარეობა – თავისებური, ფსიქოპათიისაგან განსხვავებული დაავადება? მკვლევრები მიუთითებენ, რომ სკოპტოფობიისა და ფსიქოპათიის ერთმანეთისაგან გამიჯვნა ფენომენოლოგიურად ძნელია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია. ჯერ კიდევ E. Kretschmer-ის სკოპტოფობიის ზოგიერთი გამოვლინება მიაჩნდა ფსიქოპათიად, მაგრამ შემდეგი თაობის ფსიქიატრების შეხედულებით

სკოპტოფობია არ უნდა განიხილებოდეს არც ფსიქოპათიად და არც ნევროზად. რაც შეეხება ნევროზული დონის აშლილობას, თუ იგი ჭეშმარიტად ფსიქოგენურია, მას უნდა გააჩნდეს ჭეშმარიტი ნევროზისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა, მიმდინარეობა და გამოსავალი. ისტერიული ან აკვიატებული ნევროზული ხასიათი ჯერ კიდევ არ არის ნევროზი, როგორც დააყადება (Ф.Н.Досыккоз, 1963), ეს არის მხოლოდ ქარაქტეროლოგიური თავისებურება – სტატიკა, რომელიც დროში, როგორც წესი, არ იცვლება. ნევროზი კი კლასიკური გაგებით არის ფსიქოგენური (სტრესოგენური) ფაქტორის ზემოქმედების შედეგად გამოვლენილი ნევროტიული ხასიათის სიმპტომების მქონე დროებითი აშლილობა, როგორც უშუალო პასუხი ნევროზოგენური ფაქტორის ზემოქმედებაზე და არა პრემორბიდული ქარაქტეროლოგიური ნიშნების გამოვლინება. ისტერიული ხასიათის მქონე პიროვნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში ჩაითვლება ავადმყოფად, თუ იგი გამოავლენს ისტერიულ გულყრებს, ისტერიულ დამბლებს ან ისტერიულ ყრუმუნჯობას, ან სხვა რომელიმე კონვერსიულ სიმპტომებს და არა ისეთ დამახასიათებელ ნიშნებს როგორიცაა – ისტერიული პიროვნებისათვის ჩვეული ეგოცენტრიზმი, თეატრალობა და ა.შ.

ამრიგად, სკოპტოფობიის კლინიკურ სურათში შესაძლებელია არსებობდეს ისტერიული კონვერსიული ნიშნები, მაგრამ ისინი უფრო ქმნიან პიროვნულ ნიადაგს დაავადების გამოვლინებაში, ხოლო სკოპტოფობიური პათოლოგიური მორცხვობა უნდა ყალიბდებოდეს მისგან დამოუკიდებლად. იგი არც ჭეშმარიტი ნევროზული დონის დააყადება (დისმორფოფობია), ანუ საკუთარი სხეულის გარეგნულ სიმახინჯეში დარწმუნების უბრალო ნაირსახეობაა, იმის მიუხედავად, რომ მას თითქმის ყოველთვის თან სდევს დისმორფოფობიისათვის დამახასიათებელი გაზვიადებული სირცხვილის განცდა

და გარე სინამდვილესთან ინტეგრირების მკვეთრად დარღვევები.

სკოპტოფობიის ზემოთ ჩამოთვლილ ნაირსახეობათა გარდა, კლინიკურ პრაქტიკაში გვხვდება მთელი რიგი ავადმყოფური გამოვლინებანი, რომლებიც იჭერენ შუამდებარე ადგილს სკოპტოფობიის *კონვერსიულ* და *იდეატორულ* ფორმებს შორის და საჭიროებენ დიაგნოსტიკურ შეფასებას. აქ განლაგდება სხვადასხვა ავადმყოფური მდგომარეობა, რომლებიც განიხილება ქარაქტეროპათიების, ფსიქოპათიების, პერსონოპათიებისა და მრავალგვარი ბოლომდე გაუგებარი და კონკრეტულ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს მოკლებული ექსტრანოზოლოგიური ავადმყოფური ფორმების სახით. მათი საერთო სახელდებისათვის ზოგი ფსიქიატრი ხმარობს ტერმინს — მიქსოფობია. მაგალითად, კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება ზოგიერთი პაციენტი, უფრო ხშირად მამაკაცები, სქესობრივი ცხოვრების შიშის და სირცხვილის ჩივილით, რაც შესაძლებელია გახდეს იმპოტენციის და ერექციული ფუნქციის დაქვეითების საფუძველი. ამ მიმართებით ქალებში იგივე ხასიათის შიში შეიძლება მომავალში გახდეს ნევროზული ფრიგიდულობის მიზეზი. თუ სკოპტოფობიური აშლილობის დროს ორივე სქესის მხრივ სირცხვილის გაზვიადებული განცდა დომინირებული ხდება სექსუალურ ინსტიქტზე, მოსალოდნელია მთელი რიგი სექსუალური დარღვევები, განსაკუთრებით მამაკაცებში.

პედოფსიქიატრების შეხედულებით, სკოპტოფობიური აშლილობების აღმოცენებას ადგილი აქვს ბავშვის ზრდა-განვითარების ადრეულ ასაკში (3-7 წელი). ეს წლები ამ მხრივ მიაჩნიათ კრიზისულ ასაკად, როდესაც განუვითარებელი თავის ტვინი ადვილად რეაგირებს ზოგიერთი პათოგენეტიკური მავნე ფაქტორების მოქმედებაზე. ბავშვის ზრდა-განვითარების პარალელურად სკოპტოფობიური განცდების განვითარება

მიდის ორი მიმართულებით: 1. ბავშვთა სამ მეოთხედში აღნიშნული განცდა თანდათან განიცდის რედუცირებას და სასკოლო ასაკში დაიწვეს მინიმუმამდე. იგი მხოლოდ პუბერტატულ ასაკში ხდება მეტ-ნაკლებად აქტუალური. 2. მეორე გზა არის ის, რასაც ვიღებთ ბავშვთა ერთ მეოთხედში და რაც გამოვლინდება სკოპტოფობიის შემდგომ, თანდათან გაღრმავებაში, პუბერტატული პერიოდისა და პიროვნების შემდგომი განვითარების პარალელურად. ასეთ შემთხვევებში პიროვნება ყალიბდება ასევე ამა თუ იმ ხარისხში გამოვლენილ ინტერპერსონალური კავშირების სიღარიბით, შეზღუდულობით და საზოგადოებისაგან გაუცხოებით.

სკოპტოფობია საგრძნობლად უშლის ხელს პიროვნებას, მოახდინოს თავისი ინტელექტუალურ-პიროვნული შესაძლებლობების რეალიზაცია. იგი დაბალი რანგის პერსონის განვითარების დონეზე რჩება, მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდობაში ზოგი მათგანი გარკვეული მიმართულების ნიჭიერებით და პროგრესიული იდეებით გამოირჩეოდა.

სკოპტოფობიის დიფერენცირება სხვა შინაარსის ნევროზული დონის ქრონიკულად მიმდინარე მოსაზღვრე ფსიქიკურ აშლილობებთან მეტად გაძნელებულია, რადგან სწორედ მას გააჩნია სიმპტომატურად მთელი რიგი საერთო მახასიათებლები, მისი ცალკეული ფორმებისათვის ურთიერთგანმასხვავებელ ინდივიდუალურ სიმპტომებთან ერთად. ჩვენ ზემოთ ორჯერ გავუსვით ხაზი საყოველთაოდ გავრცელებულ შეხედულებას, რომ სკოპტოფობია არც ნევროზია და არც ფსიქოზი, ამ ცნებების კლასიკური გაგებით და კვლავ უნდა გავიმეოროთ, რომ იგი, გარდა იმისა, რომ არც ფსიქოზია და არც ნევროზი, არც იგივეა, რასაც კლასიკური ფსიქიატრია განიხილავს, როგორც ფსიქოპათიას – მოსაზღვრე მდგომარეობათა ძირითად შემადგენელს. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ სხვადასხვა მეთოდოლოგიურ პოზიციაზე მდგომ ფსიქიატრიულ

სკოლებს შორის ცნებების – *ნევროზი* ან *ფსიქოპათია* – გაგებაში სრული კონსესუსი მიღწეული არ არის. ამის გამო, ე.წ. *მოსაზღვრე მდგომარეობანი* და, მათ შორის, სკოპტოფობია, შეუძლებელია რომელიმე დასახელებულ ცნებებს მივაკუთვნოთ, რადგანაც თავისი ეტიოლოგიით, პათოგენეზით, მიმდინარეობით და გამოსავლით სიმპტომატურად განსხვავდება ყველასგან, მხედველობაში რომ არ მივიღოთ ის ფენომენოლოგიური განსხვავება, რის საფუძველზეც იგი თავისებურ კლინიკურ ერთეულად გამოიყოფა.

სკოპტოფობიისა და ფსიქოპათიას შორის ურთიერთდამოკიდებულების პრობლემა თავისთავად დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული. ფსიქოპათიის ცალკე კლინიკურ ერთეულად გამოყოფის საფუძველი, პირველ რიგში, თავის დროზე იყო და რჩება ანტისოციალური ხაზების მქონე პერსონოლოგიური თავისებურებანი, მაშინ, როდესაც სკოპტოფობიით დაავადებული სრულიად არ წარმოადგენს ამგვარი ხაზების მატარებელ პათოლოგიურ პიროვნებას. ფსიქიატრებისათვის, რომელნიც მიიჩნევენ, რომ ფსიქოპათიისათვის დამახასიათებელია დაავადების დაწყება ბავშვობის ასაკიდან, განუწყვეტლად განვითარებად დაავადებად, შესაძლებელია დაშვებული იქნეს, რომ სკოპტოფობიის მხოლოდ გარკვეული ნაწილი შეიძლება იქნეს დიაგნოსტირებული ფსიქოპათიად. აქ იგულისხმებიან ის ფსიქიატრები, რომელთათვისაც ფსიქოპათია პირველ რიგში არის პიროვნების კონსტიტუციურ-ქარაქტეროლოგიური ანომალია. საკუთრივ სკოპტოფობია კი თითქმის შეუძლებელია განისაზღვროს პიროვნების ტემპერამენტისა და ხასიათის ანომალიად. როგორც ირკვევა, სკოპტოფობია არც სტრესოგენური (ფსიქოგენური) ნევროზული რეაქციაა, რომელიც რაციონალურ ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას დაემორჩილებოდა და ამ გზით ხანმოკლე დროში ამოიწურებოდა.

სკოპტოფობიის დიფერენცირება ფსიქოზისაგან ასევე გაძნელებულია. ეს სიძნელე პირველ რიგში თავს იჩენს სკოპტოფობიის იდეატორული ფორმის დროს, როდესაც გაზვიადებული სიმორცხვე აღწევს ბოდვით რეგისტრს. ამ საკითხს სპეციალურად სწავლობდა М.В.Коркина (1959), რომელმაც საკუთარ კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით დაასკვნა, რომ სკოპტოფობიის მქონე ავადმყოფთა ნაწილს აღენიშნება ბოდვითი დისმორფომანიური აშლილობა, რომელიც განხილული უნდა იქნეს, როგორც ნევროზისმაგვარი, ნაკლებად პროგრესიული შიზოფრენიის სიმპტომატიკაში შემავალი სინდრომული გამოვლინება. ავტორი ამავე დროს ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ უმეტეს შემთხვევაში მსგავსი სიმპტომატიკა იმდენად თავისებურია როგორც შინაარსობრივად, ისე დინამიკაში, რომ იგი შესაძლებელია განვიხილოთ ქრონიკულად მიმდინარე ნევროზული დონის დამოუკიდებელი აშლილობად, რომელიც განსხვავდება შიზოფრენიისაგან დაავადების მიმდინარეობით და გამოსავალით, ანუ აქ ადგილი არ აქვს დაავადების პროგრესიულობას და პიროვნების სპეციფიკურ შეცვლას.

სკოპტოფობიის სტრუქტურაში ჭეშმარიტი ფსიქოზი არ ვითარდება. ამასთან ერთად, ამგვარ ავადმყოფებში აღინიშნება სპეციფიკური, აუტისტური და მონისტური ცხოვრებისადმი ლტოლვა, რომელიც ძნელად სადიფერენციაციოა დუნედმავალი შიზოფრენიის დროს რეგისტრირებულ მდგომარეობასთან და მათ შორის განსხვავება თვალსაჩინო გახდება იმ თვალსაზრისით, რომ სკოპტოფობიის შემთხვევებში არ არის აღწერილი ზემოქმედების, დევნის, დამოკიდებულების და, საერთოდ, პერსექუტორული ბოდვის შემთხვევები. ამ შემთხვევებისათვის უფრო დამახასიათებელია და სკოპტოფობიური ბოდვის საფუძველია აფექტურ-ბოდვითი აშლილობისათვის დამახასიათებელი თვითდამცირების და არასრულფასოზობრივობის მტანჯველი იდეები.

სკოპტოფობია ნევროზული დონის ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებაა, მაგრამ ნევროზად არ შეიძლება ჩაითვალოს. იგი გაცილებით მეტია, ვიდრე ნევროზი. იგი კლასიკურად აღიარებული ნევროზის არცერთი ფორმის (ისტერია, ნევრასთენია, ფსიქასთენია) კრიტერიუმებს არ აკმაყოფილებს. კიდევ მეტი, ნევროზების ზემოთ მოყვანილ ნაირსახეობათა ნოზოლოგიური საზღვრებიდან გაცილებით უფრო რთული ხასიათის სიმპტომატიკის მქონე შემთხვევების განსაზღვრისათვის თავის დროზე Paul Dubois-მა (1903) შემოიღო ცნება ფსიქონევროზები, ანუ ფენომენოლოგიურად რთული და მოსაზღვრე მდგომარეობამდე მისული, მაგრამ, საბოლოოდ, მაინც ნევროზები, როგორც უპირატესად, ინტერპერსონალური სოციალური დამოკიდებულებებით განპირობებული დაავადებანი, პიროვნების ზრდა-განვითარების და ჩამოყალიბების პროცესში ფსიქიკაზე არასწორი სოციალური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად, ინტერპერსონალური კონფლიქტური ურთიერთობის პროდუქტი.

ამრიგად, სკოპტოფობიის აღმოცენებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს სირცხვილის განცდის დომინანტური ფაქტორი, როგორც პასიური დაცვითი რეაქცია. პატარა ბავშვი სირცხვილის აფექტს გამოავლენს არახელსაყრელ და მისთვის არასასურველ სიტუაციაში (უცხო პირთან შეხვედრისას და ა.შ.) დედის კალთაში დამალვით, განსაკუთრებით სახის დამალვით, უცნობის მზერის აცილების მიზნით. ამით ცდილობს განერიდოს მისთვის არასასურველ კონტაქტს უცხო პირთან. სხვა შემთხვევაში, თუ დედის კალთა მისთვის მიუწვდომელია, იძულებულია სახე შეიბრუნოს ან დაიფაროს ხელებით და აირიდოს მისთვის არასასურველი მზერა. თუ 2-3 წლის ასაკის ბავშვისათვის მსგავსი ქცევა დასაშვებია, მოზარდის სასკოლო ასაკში შენარჩუნებული სკოპტოფობია უნდა იწვევდეს აღმზრდელთა ყურადღების გამახვილებას და დროული პროფილაქტიკური სამკურნალო მეთოდების

გამოყენებისათვის სპეციალისტებთან კონსულტირებას. ამ თვალსაზრისით დემონსტრაციულია ერთი ჩვენი პაციენტი კ.დ.დ 13 წლის. ანამნეზით მემკვიდრეობაში ფსიქიკური დაავადებით დატვირთვას არ აღნიშნავენ. დედ-მამის პირველი შვილია. გადატანილი აქვს ბავშვთა ინფექციებიდან ჩუტყვავილა, ყივანახველა და წითელა გართულებების გარეშე. სკოლაში შეიყვანეს დროულად, სწავლობდა დიდი სურვილის გარეშე. ბავშვი ყოველთვის გამოირჩეოდა თანატოლებთან ნაკლები ურთიერთობით, ხასიათით იყო უფრო ინტრავერტული, ნაკლებად კომუნიკაბელური, მორცხვი და მორიდებული, ოჯახში სტუმრების მისვლის დროს ძალდატანებით თუ გამოიყვანდნენ მათთან შესახვედრად. სკოლაში არჩევითად ქონდა ურთიერთობა კარის მეზობელ ბავშვებთან. სწავლობდა საშუალოზე დაბალი მოსწრებით, თუმცა კლასიდან კლასში გადადიოდა. 2004 წლის მაისის თვეში შეწყვიტა სიარული სკოლაში, სახლიდან ეზოშიაც კი აღარ სურდა გასვლა. მიზეზად ასახელებდა უხალისობას. ჩაიკეტა, გახდა აუტისტური, გამოაველინა აკვიატებული შიში მსუბუქი მანქანით და საქალაქო ავტოტრანსპორტითა და მეტპოპოლიტენით მგზავრობისადმი. ადვილად ბრაზდებოდა, როდესაც მიუთითებდნენ მის სიჯიუტეზე. ზოგჯერ დედასაც აყენებდა შეურაცხყოფას. სასაუბროდ და ინტერვიუს მისაღებად კაბინეტში შემოყვანილი ცდილობდა მასზე გაცილებით დაბალი სიმაღლის თანმხლები ამხანაგი აიფარებინა წინ ან მის ზურგს უკან დაემალა სხეული, განსაკუთრებით სახე. ნეგატივისტურია, გვეწინააღმდეგებოდა და ცდილობდა, გარიდებოდა უცხო პირებთან ვიზუალურ კონტაქტს. შეკითხვებზე პასუხს იძლეოდა თანხმობის ან უარყოფის სახით და საერთოდ არ სურდა უცხოსთან საუბარი. ექიმის კაბინეტში შემოსვლამდე შინაურებთან ჰქონდა სიტყვიერი კონტაქტი. თავის ქცევებს ვერ ხსნიდა, მაგრამ აღნიშნავდა, რომ არ სიამოვნებს, როდესაც მას უმზერენ. მკურნალობაზე უარს

არ აცხადებდა. დაენიშნა მკურნალობა *ანაფრანილის*, *ალპრაზოლამისა* და *რისპერიდონის* მზარდი დოზებით. ერთი თვის განმავლობაში მკურნალობის შედეგად აღინიშნა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, აუტიზმის და სკოპტოფობიური მოვლენების მნიშვნელოვანი შემსუბუქების სახით. შესაძლებელი შეიქმნა მასთან სიტყვიერი კონტაქტის დამყარება, ზოგიერთი ანამნეზური ცნობების დაზუსტება და საკუთარი ქცევების ახსნა დაუძლეველი მორცხვობის მოტივირებით. ასეთი სახის გაუმჯობესება იქნა მიღებული, როდესაც ანაფრანილის სადღელამისო დოზა იყო 250 მგ, ალპრაზოლამის – 2 მგ, ხოლო რისპერიდონის – 5 მგ. მკურნალობის თვითნებური შეწყვეტის შემდეგ კვლავ განუვითარდა ანალოგიური აშლილობა და მკურნალობა განმეორებით ჩაუტარდა იმავე მედიკამენტების შემადგენლობით და სადღელამისო დოზების თანდათანობით ზრდის გათვალისწინებით. ანაფრანილის სადღელამისო დოზის 200 მგ და რისპერიდონის 4 მგ-ზე კლინიკური გაუმჯობესება კვლავ იქნა მიღებული, რაც გამოიხატებოდა აგრესიულობის და აუტისტური ქცევების რედუცირებაში. ბავშვი გახდა უფრო კომუნიკაბელური, აღიდგინა თავი სკოლაში და 1 წელი და 8 თვეა, რაც იმყოფება გამამტკიცებელ მკურნალობაზე. კატამნეზური მონაცემები მიუთითებს, რომ სკოტოფობიური აშლილობის სამკურნალოდ არჩევით მედიკამენტებს წარმოადგენს *სეროტონინერგიული ანტოდეპრესანტები* და მათი მოქმედების მაპოტენცირებელი *ახალი თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატი რისპერიდონი*.

მოყვანილი შემთხვევა დემონსტრაციულია სკოპტოფობიური სინდრომის თვალსაზრისით, თუმცა პროცესუალური, კატატონიური აშლილობისგან დიფერენცირება აუცილებელია, იმის მიუხედავად, რომ სკოპტოფობიური აშლილობის გარდა რაიმე პოზიტიური ფსიქოპათოლოგიური ფენომენები მას არასოდეს არ გამოუვლენია. მიზანშეწონილი უნდა იქნეს აგრეთვე

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ბავშვთა-
აუტიზმთან, რომელიც თავის მხრის საჭიროებს
დიფერენცირებას ბავშვთა შიზოფრენიასთან. მოყვანილი
კლინიკური შემთხვევის ნოზოლოგიური
განსაზღვრისათვის საჭიროდ მიგვაჩნია დაავადების
მიმდინარეობის თავისებურებაზე შემდგომი თვალის
მიდევნება, ცხადია, გამამტკიცებელი მკურნალობის
პროცესში.

ყოველივე ის, რაც უკავშირდება სირცხვილის განცდის
ამოქმედებას და მით უმეტეს ამ ფენომენის გაზვიადებულ
მნიშვნელობას, რომელიც აღწევს ისეთ რეგისტრებს, რომ
ცვლის პიროვნების გარშემომყოფებთან
კომუნიკაბელობას, ქცევების ონტოგენეზის პროცესში
შემუშავებულ ნორმებს და გარესამყაროსთან
ურთიერთობის მოდუსს ობიექტური მიზეზების გარეშე,
საფუძვლად უძევს რეფლექტორული დაცვითი პროცესები,
რომლებიც უკავშირდება თავის ტვინის ქერქქვეშა
სტრუქტურების ფუნქციების აშლას. ზოგადად, პიროვნების
მორცხვობა და მორიდებულობა გარშემომყოფ
ადამიანებთან ურთიერთობაში წარმოადგენს ნორმალურ
ფიზიოლოგიურ რეაქციას და ცხადია, რომ ყოველთვის
არ განიხილება სკოპტოფობიად. იქ, სადაც მორცხვობა
იღებს საკუთარი ქცევებისა და გარშემომყოფებთან
ურთიერთობაში პათოლოგიური კრიტიკის სახეს
(პათოიდევამდე), რაც წარმოადგენს ავადმყოფურ ნიშანს
(სიმპტომს) და ასახავს პიროვნების სიტუაციასთან
სრულიად არაშესატყვის რეაქციას, უკვე განიხილება,
როგორც ავადმყოფური რეაქცია. არა ნევროზი, არამედ
უფრო მეტი რეგისტრია მოსაზღვრე ქრონიკულად
მიმდინარე აშლილობა.

ამრიგად, სკოპტოფობია, როგორც
ფსიქოპათოლოგიური კატეგორია, ახლოს დგას
დისმორფოფობიასთან და უკავშირდება თავისი
ორგანიზმის გარეგნული, ფიზიკური ან ცალკეული
ფუნქციების ნაკლოვანებების გამო ზედირებულოვან ან
60

გაუკუღმართებულ შეფასებას. იგი მომდინარეობს სუბიექტის გრძნობის ორგანოებიდან, ამა თუ იმ მოვლენის, ფაქტის ან განცდის ზეღირებულოვანი შეფასების შედეგად.

დისმორფოფობიური აშლილობის დროს, ძირითადი პათოლოგიური პროცესები თამაშდება მხედველობის ანალიზატორების გაღიზიანების შედეგად. პარადოქსულად გამოიყურება ის ფაქტი, რომ გაღიზიანების პროცესი უფრო ჭარბობს საკუთარი სხეულის, ვიდრე გარე სინამდვილის აღქმაში. მაგრამ, როგორც ჩანს, საკმე იმაშია, რომ მხედველობის ანალიზატორი თვითონაც ტელერეცეპტორია და მიმართულია გარესამყაროსადმი (Ф.Н. Досужков, 1963). იგივე მექანიზმი იგულისხმება პეირაფობიის, ენაბლუობის, ტიკოზური აშლილობის, ჰიდროზოფობიის, კაკოტექნოფობიის და სხვა სახეობის აშლილობების საფუძვლად, რომლებიც უკავშირდება სკოპტოფობიას და სადაც მხედველობით ანალიზატორთან ერთად დიდ როლს თამაშობს სმენის, ყნოსვის, შეხების და სხვა რეცეპტორები. ყველა მათგანის ამოქმედების საფუძვლად შესაძლებელია გამოვიდეს ეჭვი, რომ გარშემომყოფები “დაინახავენ”, “გაიგონებენ”, “იყნოსავენ” ავადმყოფის “მარცხს” და საქვეყნოდ მოეჭრება თავი. იგივე მექანიზმები იგულისხმება ენაბლუობის განვითარებაში. როდესაც ხალხი ხედავს და უსმენს ავადმყოფის ენაბლუობას და მასთან დაკავშირებულ მიმიკური კუნთების გრიმასებს, სახის სიწითლეს. ჰიდროზოფობიის დროს გარშემომყოფები ხედავენ, თუ როგორ ასხამს სახეზე და მთელ ტანზე სისველეს; ერითროფობიის დროს – როგორ უწითლდება სახე ყურებამდე და ა.შ.

ამგვარი მექანიზმები პირდაპირ არ მეორდება კაკოტექნოფობიისა და მიქსეოფობიის (სასქესო ორგანოებიდან სპეციფიკური სუნის გამოყოფის განცდა) დროს. ორივე შემთხვევაში პათოლოგია აღიქმება

ავადმყოფის მიერ “სარცხვინო” ორგანოებიდან (უკანა ტანიდან, სასქესო ორგანოებიდან) უნებლიეთ, შეუკავებლად, სპეციფიკური უსიამოვნო სუნის გამოყოფით ხდება მისი სამარცხვინო ნაკლის გარშემომყოფთათვის “გამომზეურება”, თავის მოჭრა და საყოველთაო ზიზღის გამოწვევა. ამ შემთხვევაში სამარცხვინო ნაკლის წყარო მხედველობითი ანალიზატორისათვის დაფარულია ტანსაცმლით, მაგრამ მის ნაცვლად ჩართულია სხვა სახის (კანის, ღორწოვანი გარსების, ყნოსვის და ა.შ.) ანალიზატორები და მათგან გამოწვეული სირცხვილი ხდება გარშემომყოფებისათვის დაუფარავი და ყველასთვის შესამჩნევი ნაკლოვანება.

სკოპტოფობია, ისევე როგორც დისმორფოფობია, გეხდება სამედიცინო პრაქტიკაში როგორც რომელიმე, უპირატესად ენდოგენური, ნოზოლოგიური ერთეულის კლინიკურ სურათში თავისებური სიმპტომის, სინდრომის სახით, ისე იზოლირებული (განსაკუთრებული) ფსიქონევროზული რეგისტრის აშლილობის სახით. იგი აღწერილია იშვიათად ფსიქოპათიის ნაირსახეობის და კიდევ უფრო იშვიათად შიზოფრენიის ნევროზისმაგვარ, ნაკლებად პროგრესიულ ფორმების შემადგენლობაში.

სკოპტოფობიის სპეციფიკური მკურნალობა, ცხადია, ჯერჯერობით არ გაგვაჩნია. მთელ რიგ შემთხვევებში ეფექტს იღებენ ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდების ხანგრძლივი გამოყენებით. პირველ რიგში ე.წ. ლოგოთერაპიით და ბიჰევიორული ფსიქოთერაპიით. ბოლო ხანებში გამოქვეყნებულია პირველი ცნობები სკოპტოფობიის დროს დადებითი თერაპიული ეფექტის მიღების შესახებ სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტებისა და ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით, რომელსაც ჩვენც ვიზიარებთ, რადგანაც რამდენიმე კლინიკური შემთხვევის მკურნალობაში კლომიპრაზინისა და რისპერიდონის კომბინაციური გამოყენებით მიღებული იქნა მეტად გამამხნეველი შედეგები. საერთოდ, როგორც დისმორფოფობიის, ისე,

განსაკუთრებით, სკოპტოფობიის შემთხვევები მხოლოდ შორს წასულ და უმძიმესად გამოვლინების დროს ხედებიან ფსიქიატრთან დახმარებისათვის. ჩვენი საკუთარი გამოცდილების სიმცირე არ გვაძლევს ამ ტიპის დაავადების მკურნალობაში რაიმე ფასეული დასკვნის გამოტანის უფლებას და ამიტომ უკვე აღნიშნულით შემოვიფარგლებით. რაც შეეხება სკოპტოფობიის ერთ-ერთ უფრო გავრცელებულ ნაირსახეობას კაკოტქნოფობიას, ამ ფორმის დაავადებისადმი ბოლო წლებში მეტად გაცხოველდა ფსიქიატრების შემოქმედებითი ყურადღება და ამ სენით დაავადებულთა ლეგალიზებამ ხელი შეუწყო კლინიკურ პრაქტიკაში კლინიცისტ ფსიქიატრებთან დახმარებისათვის მათ მომართვიანობას. ამიტომ გადავწყვიტეთ მასზე უფრო დეტალურად შეჩერება და ჩვენი გამოცდილების მკითხველისათვის გაზიარება.

ბოლო 10-15 წლის განმავლობაში ბიოლოგიურ ფსიქიატრიაში ფსიქიკური დაავადებების ეთიოპათოგენეზში ნეიროტრანსმიტერებისა და ნეირორეცეპტორების მნიშვნელობისა და მონაწილეობის, ხოლო მკურნალობაში ახალი თაობის სეროტონინერგიული ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენებამ ხელი შეუწყო პროფესიული ოპტიმიზმის ჩამოყალიბებას ამ ფორმის დაავადებათა ეფექტური მკურნალობის საკითხში. მათგან დერმატოლოგიური, პედიატრიული, სექსუალური და გასტროენტეროლოგიური აშლილობანი სპეციალურ მონოგრაფიებში განხილვას მოითხოვს. არსთა გამრიგებ თუ ინება, ამ საკითხების შესწავლა ჩვენც გვაქვს გამიზნული. ყველა მათგანი ამა თუ იმ თვალსაზრისით მიეკუთვნება დისმორფულ აშლილობებს, ცხადია, როგორც საერთო მასასიათებლებით ახლომდგომებს, თუმცა ერთ ობსესიურ-კომპულსურ სპექტრში გაერთიანებულ ფირმებს. მსგავსი დაავადებებიდან ყურადღებას იმსახურებს აგრეთვე კუჭ-ნაწლავიდან უსიამოვნო სუნის უნებლიეთ, შეუკავებლად

გამოდინების ფაქტში დარწმუნება. წინამდებარე მონოგრაფიაში მისი, როგორც დისმორფულ აშლილობასთან ფენომენოლოგიურად ყველაზე ახლოს მდგომი ფორმის, მოკლედ განხილვა მიეჩინეთ მიზანშეწონილად.

IX. ნაწლავებიდან გამონადენი აირების შეუკავებლობის შიშის შესახებ

ბოლო ხანებში ფსიქიატრების ინტერესი გაცხოველდა ზოგიერთი სინდრომების მიმართ, რომელთა ფენომენოლოგიური და ნოზოლოგიური რაობა ყოველთვის არ არის გასაგები.

ასეთ ფენომენს მიეკუთვნება კუჭ-ნაწლავებიდან უკანა ტანში უნებლიეთ აირების შეუკავებლობის შიში და ზოგჯერ პაციენტისათვის შეჭველი ფაქტი. ზოგიერთი პაციენტი ხასქესო ორგანოებიდან და პირის ღრუდან იგივე უსიამოვნო სუნის აღქმაზე გამოთქვამს ჩივილს და მიმართავს დახმარებისათვის გასტროენტეროლოგს, გინეკოლოგს ან სტომატოლოგს. ობიექტიური გამოკვლევებით ამგვარი ფაქტის დადასტურება არ ხერხდება და მხოლოდ სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებთან კონსულტირების შემდეგ იძულებით მიმართავენ ფსიქიატრებს. E.Krepelin et G.Lange-ს (1927) გამოცემულ სახელმძღვანელოში აღნიშნული საკითხი დასმულია, მაგრამ გადაჭრილი არ არის.

მრავალი ავტორი დღემდე ამ სინდრომს მიიჩნევს დისმორფოფობიის ნაირსახეობად. П. Жане (1911) მას უწოდებდა *საკუთარი სხეულისაგან სიმორცხვით შეპყრობილობას*, E. Kretschmer (1918) – *დამოკიდებულების სენზიტიურ ბოდვას*, ხოლო Ю.С. Николаев (1949) – *ფიზიკური უკმარისობის ბოდვას*.

ამ სინდრომის ფსიქოპათოლოგიური გააზრებაც განსხვავებულია. F. Raimond და P. Janet (1903) მას

განიხილავენ აკვიატებულ ბოდვით აშლილობად, ხოლო E. Krepelin მასში ვერ ხედავდა რაიმე სახის ბოდვის გამოვლინებას. უფრო ადრე ამ სინდრომის თავისებურებით დაინტერესებული J. Seglas (1892), B.M. Бехтерев (1899). С.А.АСуханов (1904) და სხვები ასევე მიაკუთვნებდნენ აკვიატებულ აშლილობას. E.C. Авербух და Д.А. Аменицкий-ის შეხედულებით აღნიშნულ სინდრომში ერთმანეთშია გადახლართული აკვიატებული, ზედირებულოვანი, დომინირებული, ფიქსირებული და ბოდვითი იდეები, ამიტომ აღნიშნულ სინდრომს სხვადასხვა ავტორი განიხილავს განსხვავებული ნოზოლოგიის ფარგლებში. P. Janet-ისთვის (1912) იგი ნევროზის, კერძოდ ფსიქასთენიის ჩარჩოებში თავსდება, Ю.С. Николаев-ისთვის (1949) – ფსიქოპათიებში, Д.С. Озерецковский (1927) მას განიხილავს, როგორც შიზოფრენიის დუნედ მავალ ვარიანტს, ხოლო М. В. Коркия აღნიშნულ სინდრომს ნახულობს როგორც ნევროზისმაგვარ შიზოფრენიის, ისე ფსიქოპათიისა და ნოზოლოგიურად გაურკვეველ დიაგნოსტიკურ ჯგუფში.

არსებითად იგი წარმოადგენს თავისებურ ავადმყოფურ მდგომარეობას, რომელიც იშვიათად ხვდება ექიმ ფსიქიატრის ყურადღების ობიექტად. ერთ შემთხვევაში იგი შესაძლებელია იყოს ობიექტურად არსებულ გასტროენტერიტის ფონზე გაზების შეუკავებლობით წარმოქმნილი ფიქსირებული დომინირებული იდეა, მეორე შემთხვევაში კი აკვიატებული ან ნაძალადევი იდეების სახით განვითარებული. პირველი ადვილად ემორჩილება ექიმ ფსიქიატრის არგუმენტირებულ ზემოქმედებას, ხოლო მეორე ვარიანტი გამოირჩევა სამკურნალო ზემოქმედების მიმართ რეზისტენტობით, როგორც ეს არის დამახასიათებელი ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობებისათვის. აღწერილია ზოგიერთ შემთხვევებში ანალოგიური შინაარსის ზედირებულოვანი ან ბოდვით რეგისტრამდე გართულებული იდეა დროში, ადგილსა და სიტუაციაში

ორიენტაციისა და არსებითად ნათელი ცნობიერების ფონზე. რაც შეეხება აღქმისა და აზროვნების ფუნქციებს, ძნელია ყნოსვის პალუცინაციების და სენსორულ-ინტერპრეტაციულ ბოდვით აშლილობამდე გართულების სრული დამაჯერებლობით უარყოფა. მძიმე შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი დარწმუნებულია, რომ საზოგადოებაში ვერ იკავებს უკანა ტანიდან უხმო ან ზოგჯერ ხმიანი აირის გამოყოფას, გრძნობს, რომ გარშემო მყოფნი ამჩნევენ მის ნაკლს და ერიდებიან მასთან კონტაქტს, ექიმს თხოვს ოპერაციას, სწორი ნაწლავის სფინქტერის შესავიწროვებლად. ამის გარეშე საზოგადოებაში მუდმივი თავის შერცხვენის მოლოდინის შიში აიძულებს ჩაიდინოს თვითმკვლელობა.

ხანგრძლივი კლინიკური გამოცდილება და საკუთარი შემთხვევების ანალიზი (21 პაციენტიდან – 16 ქალი და 5 მამაკაცი) ადასტურებს, რომ მსგავსი აშლილობა ფსიქოპათოლოგიურად არაერთგვაროვანია. ერთ შემთხვევაში (2 ქალი და 1 მამაკაცი) – იგი შესაძლებელია დიაგნოსტირდეს, როგორც სომატური დაავადება, როდესაც პაციენტი კუჭ-ნაწლავის ქრონიკული დაავადების გამო, მართლაც ძნელად ან სავსებით ვერ იკავებდეს აბდომინალური აირების უნებლიეთ გამოშვებას და, ცხადია, ფსიქოგენურად მატრავმირებელ ამ ფაქტზე ავითარებდეს დროებით ზედირებულოვან იდეას, იშვიათად, რეალურ ფაქტზე აგებულ ბოდვით იდეას. ამ შემთხვევაში საუბარი იქნება ფსიქოგენურად განვითარებულ ბოდვაზე, რომელიც ძირითადად ემორჩილება მკურნალობის ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს. მეორე შემთხვევაში (8 ქალი და 2 მამაკაცი) – პრაქტიკულად ჯანმრთელი კუჭ-ნაწლავის მქონე პაციენტებს ფიქსირებული იდეით, რომლის შექმნას, როგორც ჩანს, ხელი შეუწყო ადრე გადატანილმა კუჭ-ნაწლავის დაავადებებმა – კოლიტმა, გასტროენტერიტმა და ა.შ. კლინიკურ სურათში ხშირად აქვთ “უხერხულობის განცდა” და შიში, რომ უნებლიეთ არ შერცხვენ

საზოგადოებაში და არ გაეპაროთ აბდომინალური აირები. ამგვარ შემთხვევებს განიხილავენ, როგორც რეაქტიულ აშლილობას. დანარჩენ 8 პაციენტს (6 ქალი და 2 მამაკაცი) დასახელებული სინდრომი უვითარდებოდათ, როგორც პირველადი ფსიქოპათოლოგიური აშლილობა ფიზიკური ნაკლის ზედირებულოვანი ან ბოდვითად შეფასების, ან, ზოგჯერ, ყნოსვის ქალუცინაციის სახით. მსგავსი სიმპტომატოლოგიური პოლიმორფიზმი განიხილება სხვადასხვა ნოზოლოგიური ერთეულების ფარგლებში, ბოლო ხანებში კი გაერთიანდა ე.წ. ფსიქოსომატურ აშლილობათა პოლიმორფულ ჯგუფში. რუსულენოვანი ფსიქიატრიის შეხედულებით, აღნიშნული აშლილობანი განიხილება ნევროზისმაგვარი, დუნედმავალი შიზოფრენიის ფარგლებში. ცნობილია, რომ არც ჰოპოქონდრიული ბოდვები და არც სენსორული ქალუცინაცია არ განიხილება შიზოფრენიისათვის პათოგნომურ ნიშნებად, ისინი უფრო ხშირად ვითარდებიან სომატოგენურ-ფსიქიკური აშლილობების კლინიკურ სურათში. ცნობილი კლინიკური ფაქტია, რომ დამოკიდებულების ბოდვა, როგორც წესი, მეორადია და გამომდინარეობს აფექტური აშლილობიდან, ენდოგენური ან სომატოგენური, ზოგჯერ თვით შიზოფრენიული დეპრესიის ნიადაგზე. მაშასადამე, ამ ფორმის აშლილობის შიზოფრენიის, თუნდაც კეთილთვისებიან, ვარიანტად განხილვა არ იქნებოდა მართებული.

უკანა ტანიდან ნაწლავის აირების უნებლიე გამოდინების შიშის განხილვას მხოლოდ ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობად ჩვენც, ისევე როგორც E. A. E. (1962), არ ვიზიარებთ. მიგვაჩნია, რომ იგი წარმოადგენს დისმორფული აშლილობის ნაირსახეობას, რომელიც, ისევე, როგორც კლასიკური დისმორფული აშლილობანი, შედის ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის დაავადებებში. ეს სინდრომი ჭეშმარიტ აკვიატებად ვერ იქნება მიღებული, რადგანაც აკვიატება გულისხმობს სუბიექტის

მიერ საკუთარი დაავადების სწორ შეფასებას და შეურიგებელ ზრუნვას მის მოსაშორებლად. ავადმყოფის მუდმივი შიში, რომ გარშემომყოფებმა არ გაიგონ ამგვარი სამარცხიანი აშლილობის ობიექტის ვინაობა, არ უნდა შეფასდეს “ფობიად”. შიში ჩაითვლება ფობიად, თუ იგი აკვიატებულია, ხოლო დასაბუთებული, ობიექტური რეალობით გამოწვეული შიში ფობიად არ ჩაითვლება (Л.М. Левитин-1962). აკვიატებული შიში, ანუ ფობია, გულისხმობს აშლილობის კრიტიკული შეფასების უნარს. იგი დარწმუნებულია, რომ აწუხებს არა აზრისმიერი შიში, არამედ თვით შეუკავებლობის ფაქტი, გამოწვეული რაღაც სომატური დეფექტით, ამ შემთხვევაში სფინქტერის ფუნქციის შესუსტებით. სუბიექტისათვის ეს ფაქტი რეალურია, რადგან თვითონ გრძნობს სპეციფიკურ სუნს და გარშემომყოფებსაც ამჩნევს, რომ გრძნობენ უსიამოვნო სუნს მაშინ, როდესაც სინამდვილეში სხეები ამას არ ადასტურებენ. მაშასადამე, საქმე უნდა გექონდეს ყნოსვის აღქმის გაუკუღმართებასთან, ჰალუცინაციის ან ფსევდოჰალუცინაციის სახით. ამრიგად, სახეზეა ზოგჯერ აღქმის გაუკუღმართება, ხოლო ზოგჯერ სინამდვილის ბოდვითიად შეფასება, ანუ შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ორი კარდინალური სინდრომი. თუმცა, როგორც ირკვევა, ამ დროს გამოვლენილი დამოკიდებულების იდეა არ არის პერსეკუტორული; იგი შინაარსობრივად არ ყალიბდება, როგორც სხვისაგან თავსმოხვეული, სხვაზე დამოკიდებული.

E.Kretschmer (1918), E.C. Аверных (1936) და სხვებით, ამ დროს არსებული დამოკიდებულების იდეის სასიათი შეესაბამება Kurt Sneider-ის შეხედულებას ზოგიერთ შემთხვევაში ბოდვითი სინდრომის *მობილური* ხასიათის შესახებ და ზედირებულოვან იდეებთან და აკვიატების აშლილობასთან სტრუქტურულ სიახლოვეზე.

ასეთი სიძნელე იჩენს თავს, როდესაც კლინიკურ სურათში წამყვანია *მოჩვენებითი შერბნებები*, მაგალითად, აკვიატების აშლილობის კლინიკურ სურათში ე.წ. 68

პიპეროსმიური აშლილობის, ანუ ფუნქციური პიპეროსმიის სახით, გამოჩნდებიან ყნოსვითი ილუზიები, ფსიქოგენური პალუცინოიდები და არა ჭეშმარიტი პალუცინაციები. წარსულში J. Seglas (1892) ამახვილებდა ყურადღებას აკვიატების აშლილობის კლინიკურ სურათში პალუცინაციური აღმქმელობის თავისებურებაზე. შემდეგში I. Lewenfeld-მაც (1904) დაუჭირა მხარი J. Seglas და დასაშვებად მიიჩნია აკვიატებული პალუცინაციების რეალური არსებობა, განსაკუთრებით კი ყნოსვის პალუცინაციის სახით. ყნოსვის პალუცინაცია საერთოდ იშვიათად გვხვდება კლინიკაში და ხშირად თავის ტვინის ორგანული დაზიანების მაჩვენებელია. სხვა შემთხვევებში მისი გენეზის შესახებ მკვლევართა შორის შეთანხმებული შეხედულება არ არის ჩამოყალიბებული. მას P. Janet და J. Seglas მიიჩნევენ ფსევდოპალუცინაციად, A. Pitres და E. Regies (1902), აგრეთვე В.П.Осипов (1923) კი კანდინსკი-კლერამბოს ავტომატიზმად. В.М. Бехтерев-ის შეხედულებით (1899), იმ შემთხვევაში, თუ პალუცინაცია აღწევს "ობიექტური შეგრძნების ხარისხს", უნდა ჩავთვალოთ, რომ საქმე გვაქვს არა ჭეშმარიტ, არა ფსევდო, არამედ აკვიატებულ პალუცინაციებთან"

გარკვეულ ინტერესს იწვევს ამ სახის აშლილობის გენეტიკური შესწავლის მონაცემები, რომელთა საფუძველზე В.Н.Мясищев დარწმუნებულია, რომ ეს სინდრომი დამახასიათებელია არა შიზოფრენიის, არამედ ნეკროზული დონის აშლილობისათვის.

რაც შეეხება ამ სინდრომის მკურნალობას, ბოლო 1-2 ათწლეულამდე ძირითად სამკურნალო მეთოდად გამოიყენებოდა ფსიქოთერაპია, კერძოდ, ქცევითი თერაპიის მეთოდები, ცხადია, ამა თუ იმ ხარისხის ეფექტით, იქ, სადაც აშლილობის საფუძველად დადგენილი იყო ფსიქოგენია ან სომატოგენური ფაქტორები. მას შემდეგ, რაც დამუშავდა და გავრცელდა მსგავს შემთხვევებში ანტიოფსესიური ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის ხერხები, თერაპიული შედეგებიც

საგრძნობლად გაუმჯობესდა. შესაბამისად, რემისიის ხარისხი და ხანგრძლივობაც მნიშვნელოვნად გაიზარდა.

აუტოქტონურად აღძრული აბდომინალური, აირების შეუკავებლობის შიშის სინდრომის მიმდინარეობა და გამოსავალი გარკვეულად უახლოვდება ენდოგენურად დეტერმინირებული და გენეტიკურად განპირობებული ფსიქიკური აშლილობებისათვის დამახასიათებელ დინამიკას ისევე, როგორც ნევროზულის დონის, ქრონიკულად მიმდინარე მთელი რიგი აშლილობანი, რომლებიც ერთიანდება ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობებში.

ამრიგად, სომატოგენური დისმორფომანიური ბოდეა ფენომენოლოგიურად არაერთგვაროვანია. ნორმალური ფიზიოლოგიური ფუნქციის გაძლიერებიდან დაწყებული (ფსიქიკურად ჯანმრთელ, მაგრამ სინამდვილეში ფიზიოლოგიურად ნაკლის მქონე პირებში), აკვიატების, აშლილობის და ზედირებულოვანი იდეების გავლით, ბოდეით რეგისტრამდე მიღწევით.

X. დისმორფული აშლილობის მიმდინარეობა

დისმორფული აშლილობების მიმდინარეობისა და გამოსავლის სრულყოფილი გამოკვლევებისათვის აუცილებელია როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა სისტემატური კატამნეზური მასალა, რაც ბოლო ხანებამდე საერთოდ არსად ჩატარებულა. კვლავ Phillips K.A., Grant J.M., Siniscalchir et al. (2005) ახლახან პირველებმა გამოაქვეყნეს დისმორფული აშლილობებით შეპყრობილი 95 ავადმყოფის (52 ქალი და 43 მამაკაცი) დაავადების მანიფესტირების ასაკობრივი მაჩვენებლები. იგი იყო საშუალოდ $17,2 \pm 8,1$ წ., ხოლო საერთო ასაკი $30,0 \pm 11,7$ წელი; დისმორფული აშლილობა, როგორც ჩანს, თანმხლები, ანუ კომორბიდული აშლილობის გარეშე

ბნელად წარმოსადგენია. 95 პაციენტს კომორბიდულად აღენიშნებოდათ ე.წ. დიდი დეპრესია – 52,8%-ს, სოციალური ფობია – 29,2%-ს, ხოლო ობსესიურ-კომპულსური აშლილობანი – 26,9%-ს. მკვლევართა მიერ მკურნალობის შედეგების კატამნეზური მეთოდით შესწავლამ დაადასტურა, რომ ანტიობსესიური მედიკამენტები უზრუნველყოფენ ადრე არსებულ მეთოდებთან შედარებით ბევრად უკეთეს შედეგებს, რის შესახებაც ჩვენ ზემოთ უკვე მივუთითეთ. სანამ ჩვენ მიერ ამ ტიპის დაავადებების მკურნალობის შედეგებზე შევაჩერებთ დაინტერესებული მკითხველის ყურადღებას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ მიერ მიღებული მკურნალობითი ეფექტები თითქმის დაემთხვა ხსენებული ავტორების მიერ მიღებულ შედეგებს. ამავე ავტორების მასალით, დისმორფული აშლილობის მკურნალობის შედეგები პირდაპირდამოკიდებულებაშია სამკურნალო მეთოდით გათვალისწინებული ფსიქოტროპული სპექტრის მედიკამენტების მიღების უწყვეტობაზე, ხანგრძლივობასა და თანაარსებული (კომორბიდული) აშლილობების სიმძიმეზე. იქ, სადაც დაავადებას თან სდევდა კომორბიდულად დიდი ენდოგენური დეპრესია და სოციალური ფობია, მნიშვნელოვნად დაბალი იყო რემისიის ხარისხობრივი მაჩვენებლები: აქ სრული რემისია იყო – 16,7%, ხოლო ნაწილობრივი – 37,8%. ამრიგად, როგორც ლიტერატურული წყაროები, ისე საკუთარი მასალა დისმორფული აშლილობის ანტიობსესიური მკურნალობის შედეგებთან დაკავშირებით, ამ რთული და მკურნალობისადმი რეზისტენტობით გამორჩეული დაავადების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებში ნიჰილისტური მიდგომის გადალახვის საშუალებას იძლევა. ამბულატორულ პირობებში დისმორფულ აშლილობათა მკურნალობისა და პრევენციისათვის, ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დარგში პრაქტიკულად

მომუშავე ექიმებისათვის აუცილებლად უნდა მომზადდეს და გამოიცეს მეთოდოიკური სახელმძღვანელო-ინსტრუქცია.

დისმორფული აშლილობა, ისევე, როგორც სხვა სახის ნევროზული დონის ქრონიკული, ენდოგენური დაავადება, ხასიათდება მიმდინარეობის სპეციფიკური სტერეოტიპით, რომელიც გულისხმობს როგორც შეტევისმაგვარ, ისე უწყვეტად, სუბელინიკურ დონეზე ხანგრძლივ, ქრონიკულ მიმდინარეობას, პერიოდული, ხშირად სპონტანური, გამწვავებებით. გარეგნულად წყნარ და ადაპტირებულ ფონზე, უეცრად, რაიმე თვალსაჩინო მაპროვოცირებელი ფაქტორის გარეშე, ხდება დისმორფომანიური დარღვევების აქტუალიზაცია; მსგავსი შეტევა თუ ეგზაცერბაცია გრძელდება 3-8 საათის განმავლობაში და შემდეგ თანდათან უბრუნდება ჩვეულებრივ, უკვე ადაპტირებულ და გარეგნულად მაინც მოსათმენ მდგომარეობას. გამწვავების დროს ავადმყოფი ცდილობს თავი აარიდოს ახლობლებთან კონტაქტს, ხდება აუტისტური, დარწმუნებული, რომ განწირულია მარტოობისათვის, რადგან არ არის და არც მომავალში იქნება მიმზიდველი ირგვლივმყოფთათვის, საპირისპირო სქესის წარმომადგენლებისათვის. დარწმუნებულია, რომ ვერასდროს ვერ შექმნის საკუთარ ოჯახს და ა.შ. მსგავსი თვითშეფასება ზოგჯერ ყალიბდება ბოდვის სახით – აბსოლუტურად დარწმუნებულია, რომ საშინლად გამოიყურება, ამიტომ გარშემომყოფები დასცინიან. იმ შემთხვევაში, როდესაც რეალურად არსებობს რაიმე დეფექტი, პიროვნების განწყობა მის მიმართ უფრო გაზვიადებულია და კრიტიკულ განსჯას არ ექვემდებარება. გადაჭარბებული შეხედულება საკუთარი სხეულის სიმახინჯეზე იწვევს უარყოფით განცდებს, აქტივობის დაქვეითებას, პროფესიული ფუნქციების დაკნინებას. არაიშვიათად ამგვარ პათოლოგიას თან ახლავს ჰიპოქონდრია, სენესტოპათიები, ანორექსია, დეპერსონალიზაციური დეპრესია და სხვა *ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის* აშლილობის ნაირსახეობანი, ანუ

ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის მიმდევართათვის, კომორბოდული ავადმყოფური მდგომარეობანი, რაც კვალიფიცირდება შიზოფრენიული სპექტრის დაავადების ნევროზისმაგვარ ვარიანტებად.

კლინიცისტი ფსიქიატრები, რომლებმაც თავისი შემოქმედებითი საქმიანობის დიდი ნაწილი მიუძღვნეს დისმორფული აშლილობის სხვადასხვა ასპექტების ემპირიულ კვლევას, პირველ რიგში Phillips K.A. (1991-2005წ.წ.), Hollander E; Perugi G. და თანაავტორები, როგორც ბოდვით, ისე ბოდვის გარეშე დისმორფულ აშლილობას თვლიან ერთი და იგივე დაავადების ნაირსახეობებად და ამერიკული DSM-4-გან განსხვავებით, განიხილება სომატოფორმულ აშლილობაში. დისმორფული აშლილობანი, განსხვავებული სიმპტომატური პროფილის მიუხედავად, განიხილება იპოქონდრიის ფარგლებში, რომლისთვისაც არ არის უცხო ბოდვითი გადანაცვლებანი. იგივე დინამიკა უნდა ედოს საფუძვლად სენესტოპათიური და დეპერსონალიზაციური აღმქმელობის ბოდვით რეგისტრამდე გართულებებსაც.

დისმორფული აშლილობის მქონე პაციენტების უმრავლესობა გამოიმუშავებს და ასრულებს განმეორებად კომპულსურ ქცევებს იმ მიზნით, რათა შეამოწმოს “მტანჯველი დეფექტი” იმატებს თუ იკლებს. ამოწმებს თავის გარეგნობას სარკეში (“სარკის სიმპტომი”), საკუთარი სახის გამომეტყველებაში ნაკლს სხვის სახესთან შედარებისას, გულდასმით და გადაჭარბებულად ცდილობს სახის ნაკეთები გაილამაზოს მაკიაჟით, ირჩევს ნაკლის უფრო შემნილბავ ვარცხნილობას, მიმართავს და იყენებს კომუფლიაჟს – ფართო და ნაკლის დამფარავ თავსაბურველს, ტანსაცმელს. კოსმეტოლოგის დახმარებით ახდენს სახის კანის გადაჭიმვას, იცავს მკაცრ დიეტას წონის დასაკლებად და ა.შ ამ სახის ღონისძიებებს რეგულარულად, დღის განმავლობაში რამდენიმეჯერ, იმეორებს. მდგომარეობის გამწვავებისას

კი ერიდებიან სასწავლებელში, სამსახურში, საზოგადოდ ხალხთან ურთიერთობას, კონტაქტს და იკეტება.

დისმორფული აშლილობებით დაავადებულნი სტაციონარულ ფსიქონევროლოგიურ დაწესებულებებს დახმარებისათვის არ მიმართავენ და პირველ რიგში კერძო პრაქტიკის ან ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარების ექიმებთან (და არა ფსიქიატრებთან) იწყებენ მკურნალობას. სტაციონარში ხვდებიან მაშინ, თუ მათ რაიმე სხვა დაავადება აღმოაჩნდათ. ამ სახის აშლილობის დროს კლინიკურ სურათში ყველაზე ხშირად (58%) აღინიშნება დეპრესიის თანაარსებობა, უპირატესად მეორადი დეპრესიის სახით. ამავე დროს, არ არის გამორიცხული, რომ ძირითადი დაავადება გენეზურად იყოს დაკავშირებული ენდოგენური ან სხვა გენეზის დეპრესიასთან, ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასთან, სოციალურ ფობიასთან, ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობასთან და ა.შ.

Phillips K.A. (2001-c), Gunstad J., Phillips K.A. (2003), G.E. Hardy და J.A.Gotterill (1982) დისმორფული აშლილობის დროს 12 ავადმყოფში აღწერენ კომორბიდული დიდი დეპრესიის, ხოლო 11 ავადმყოფში ფსორიაზის თანაარსებობას. ავტორები მიუთითებენ, რომ დისმორფული აშლილობის დროს უფრო ნათლად იყო გამოხატული დეპრესია, ხოლო ფსორიაზი უფრო ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობასთან თანაარსებობდა. Szydok H., Hruniewicz L., (1964) თელიან, რომ დისმორფულ აშლილობას, როგორც წესი, ყოველთვის თან სდევს დეპერსონალიზაციური აშლილობანი, რაც ამ დაავადებათა მონათესავე ხასიათზე უნდა მიუთითებდეს.

მანიფესტირებული დისმორფული აშლილობა ბავშვებში, ცხადია, დაავადების სიმძიმის მიხედვით, ფსიქიკური და ფიზიკური განვითარების ხელშეშლელია. ზოგიერთი პაციენტი იძულებული ხდება, თავი დაანებოს სკოლას. მათგან ერთ მესამედზე მეტი იკეტება სახლში და კარგავს თანატოლებთან კონტაქტის ხალისს; ორ

მესამედს ეპიზოდურად უჩნდება აკვიატებული სუიციდური აზრები, მათგან, დაახლოებით, 30%-ში აღნიშნულია სუიციდური ცდები. იქ, სადაც დისმორფული დარღვევები დერმატოლოგიურია, სუიციდური ექსცესები უკავშირდება სახის კანის ე.წ. ფერიმჭამელით დაზიანებას, რაც მკურნალობისადმი ასევე რეზისტენტულია. Cotteril J.A., Cunliffe W. (1997) და DeMarko M. et al. (1998)-ის გამოკვლევებით ნევროზული დონის დისმორფოფობიის მქონე ავადმყოფები გარკვეულ მიდრეკილებას ავლენენ პოსტსტრესული აშლილობების განვითარებისადმი.

რუსულენოვანი ფსიქიატრები დისმორფულ დარღვევებს განიხილავენ, როგორც სიმპტომს ან სინდრომს ნევროზის სტრუქტურაში – დისმორფოფობიის სახით, ხოლო ფსიქოზური რეგისტრის ენდოგენური დაავადების კლინიკურ სტრუქტურაში – ნაკლებად პროგრესიული შიზოფრენიის ჩარჩოებში.

საკმაოდ რთულია ორგანული ხასიათის ფსიქონერვული აშლილობის დროს კომორბიდული დისმორფული აშლილობის დიფერენცირება ფსქოსენსორული აშლილობებისგან, ამიტომ დღემდე იგი აღწერილია ნევრასთენიის, ობსესიური ნევროზის, ენდოგენური დეპრესიის, შიზოფრენიისა და პერსონოლოგიური აშლილობების ფარგლებში. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ახდენენ მის დიფერენცირებულ შეფასებას. განისაზღვრება მისი როლი და მნიშვნელობა პირველადი ენდოგენური დაავადების (დეპრესია, შიზოფრენია) ან თავის ტვინის ორგანული დაზიანების კლინიკური სურათის დინამიკაში. გასაგებია, რომ საკუთარი სხეულის სქემის აღქმის მოშლა უფრო ხშირად უნდა უკავშირდებოდეს ორგანულ დაზიანებებს, მაგრამ საკუთარივე ჭეშმარიტი დისმორფული აშლილობა, პათოლოგიური იდეა ფიზიკური სიმახინჯის შესახებ, მიიჩნევა პარანოიალური სტრუქტურის ბოდვად ან ზედირებულოვან იდეად, ზოგჯერ იგი უფრო აკვიატებული იდეის სახითაა წარმოდგენილი (А.В. Снежневский ,

А.Б. Смулевич, М.В. Коркина და სხვები), რაც, მათივე აზრით, ნაკლებად უნდა ახასიათებდეს თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებას.

დისმორფული აშლილობა უფრო ხშირად ქრონიკულად მიმდინარე, მკუნალობისადმი რეზისტენტულ აშლილობად რჩება. ავადმყოფი ცდილობს მისთვის მკანჯველი ფიზიკური დეფექტის მოცილებას, მაგრამ, სამწუხაროდ, იშვიათად აღწევს დადებით შედეგს. М.В. Коркина-მ (1965) ეს დაავადება დაჰყო ორ ფორმად: დისმორფოფობიად და დისმორფომანიად. პირველი მიუთითებს აკვიატებულ აზრებზე, იდეებზე, რომელიც აღმოცენებულია ობიექტურად არსებული ამა თუ იმ ფიზიკური ნაკლის საფუძველზე. მსგავსი მოსაზრება შესაძლებელია გაუჩნდეს ფსიქიკურად ჯანმრთელ ნოზარდს, როგორც დროებითი გარდამავალი კომპლექსი, აკვიატებული შეგრძნება, სახის ან სხეულის რომელიმე ნაწილის ნაკლის შესახებ. ასეთი აშლილობისაგან ავტორი განასხვავებს მეორე ფორმას - ე.წ. დისმორფომანიას, არსებითად ფსიქოზური დონის აშლილობას, უფრო ხშირად ზედირებულოვანი იდეების ან ჩამოყალიბებული იპოქონდრიული ბოდვის სახით, როდესაც ავადმყოფი დელავს, წუხს, რომ მას აქვს სერიოზული ფიზიკური სიმახინჯე, ობიექტურად სრულიად შეუმჩნეველი ან არარსებული, მაგრამ მისგანვე ზედმეტად გადაფასებული ფიზიკური ნაკლი. მის მოსაცილებლად ან გამოსასწორებლად ბრძოლაში კოსმეტიკური ოპერაციული ჩარევით იშვიათად თუ აღწევს დადებით ევექტს. ზოგჯერ, თუ ქირურგი კოსმეტოლოგი ვერ დაითანხმა ოპერაციაზე, ფიზიკური ნაკლის განცდა იმდენად ძლიერია, რომ თვითონ, თავის ხელით ცდილობს მიაიკეთოს ზედმეტად გრძელი ცხვირის ნაწილი, ამოიძროს მისი აზრით დამამახინჯებელ უშნო კბილები და ა.შ.

დისმორფული აშლილობის დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

1. *სარკის სიმპტომი* – აღწერილი P. Abely-ს (1927) მიერ. იგი ვლინდება ავადმყოფის მისწრაფებაში, გამუდმებით იმზიროს სარკეში, ათვალეიროს თავისი სახე, სხეული. ცდილობს, როგორმე მიიღოს “სახის ყველაზე ხელსაყრელი გამომეტყველება”, რათა დაფაროს მის მიერვე განსაკუთრებულ ნაკლად მიჩნეული დეფექტი და გახადოს იგი გარშემომყოფებისათვის “ნაკლებად შესამჩნევი”.

2. *ფოტოგრაფიის სიმპტომი* – აღწერა M. B. Коркина-მ 1973 წელს. გამოიხატება ავადმყოფის კატეგორიულ უარში, გადაიღოს ფოტოსურათი, თუნდაც იგი იყოს აუცილებელი პირადი დოკუმენტისათვის. სურათის გადაღებაზე უარი მოტივირდება იმით, რომ ეშინია “არ მოხდეს მისი სახის სიმახინჯის დაკანონება”.

დისმორფული აშლილობის ნეირობიოლოგიურ საფუძვლად ვარაუდობენ ცენტრალური ნერვულ სისტემის ფუნქციურ სტრუქტურებში სეროტონინის ტრანსმისიისა და ზოგადად სეროტონინერგიული მექანიზმების ფუნქციონირებაში დარღვევებს. თელიან, რომ ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის ცალკეული ნაირსახეობები იღებს მონაწილეობას დისმორფული აშლილობების გენეზში, ისევე, როგორც ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის სხვა დანარჩენი სახის აშლილობებში.

ამ სახის აშლილობები, ზედირებულობანი ან გაუქულმართებული წარმოდგენების, ან შეგრძნებების სახით, ფსიქოსომატურ აშლილობებთან ერთად, ღრმა მგრძნობელობის მოშლის ინტერპრეტაციის და აღქმის მოშლის თავისებურ გამოვლინებად მიიჩნევა. რაც შეეხება მასთან ერთად ერთ სპექტრში გაერთიანებულ ნერვულ ანორექსიას, ზოგიერთ ტიკურ და დისკინეზურ აშლილობებს, დეპერსონალიზაციურ, იპოქონდრიულ, სენესტოპათიურ, ზოგიერთ ნეიროდერმიტულ, იმპულსური მიზიდულებების და, ასევე, გარკვეული სექსუალური კომპულსიების ნეირობიოლოგიურ მექანიზმებში

დასტურდება სეროტონინის ნაირსახეობათა მონაწილეობა. ამ შემთხვევებში თერაპიული რეზისტენტობის გადასაღახავად და თერაპიული ეფექტის მისაღებად ჯერჯერობით მხოლოდ თავის ტვინის ნეირონთა სინაფსურ ნაპრალებში ნეიროტრანსმიტერ სეროტონინის უკუმიტაციების ინჰიბიტორები უნდა იყოს გამოყენებული.

Perugi G., Akiskal H., Lattanzi L. et al. (1998) გამოკვლევებში მითითებულია, რომ დისმორფული აშლილობები გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე სხვა სახის ნევროფსიქიკური აშლილობანი. აქ იგულისხმება ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში გაერთიანებული სხვა ფორმებიც, მაგალითად, დერმატოლოგიური ხასიათის დისმორფული აშლილობანი 12%-ია, ხოლო მასთან დაკავშირებული კოსმეტიკური ქირურგიული დახმარებით ყოველწლიურად სარგებლობს პაციენტთა 6-15% (Philips K., Castle D., 2002-a). ამ დაავადების რაოდენობის რეალური რიცხვი არცერთ ქვეყანაში არ არის შესწავლილი. სტაციონარულ დახმარებას ისინი იშვიათად მიმართავენ. ამ საკითხს დღემდე მიეძღვნა და გამოქვეყნდა მხოლოდ ორი გამოკვლევა (Philips K., McErlou S., Keck P., 1993-b; და Grant J., Won Kim S., Crow S. et al., 2001), სტაციონარში მყოფ (Zimmerman M., Mattia J.I., 1998) და ამბულატორულ პაციენტთა შორის (Phillips K., Nierenberg A. Brendel G. et al., 1996-a) დეპრესიის გამოვლენილი შემთხვევების შესახებ.

საყურადღებოა, რომ დისმორფოფობიის ტერმინში სხვადასხვა მკვლევარი განსხვავებულ შინაარსს დებს. სამწუხაროდ ამ საკითხში საერთო შეხედულება დღემდე არ ჩამოყალიბებულია. ზოგისათვის დისმორფოფობია წარმოადგენს რომელიმე ძირითადი დაავადების ერთ-ერთ წამყვანი სიმპტომს (Ch.S. Thomas, 1984). Hai J. (1970) სწავლობდა რა 16 დისმორფოფობიურ ავადმყოფს, მათგან 11 აღმოჩნდა მძიმე პერსონოლოგიური აშლილობის მქონე. ხოლო 5-ს დაესვა დიაგნოზი – დუნედმაკალი

ნევროზისმაგვარი შიზოფრენია. იქ, სადაც დაავადება შეფასდა პერსონოლოგიურ აშლილობად, დისმორფული აშლილობები უფრო ზედირებულოვან იდეებად განისაზღვრა, ხოლო სადაც დაისვა დიაგნოზი შიზოფრენია, დაავადება შეფასდა ბოდვით დისმორფოფობიად. Kenon. J-ის (1985) თანახმად დიდ ბრიტანეთში არჩევენ დისმორფოფობიის ორ ვარიანტს: 1. ზედირებულოვან იდეებს და 2. მონოსიმპტომურად მიმდინარე ბოდვით დისმორფოფობიას. ამ უკანასკნელის დროს პაციენტი სრულიად დარწმუნებულია, რომ მას აქვს აუტანლად მახინჯი სხეული ან სხეულის ნაწილი და კატეგორიულად მოითხოვს რადიკალური ქირურგიული ოპერაციით მის გამოსწორებას.

ნევროზების, როგორც ფსიქოგენური რეაქციების, მკურნალობაში საუკუნეების მანძილზე გამოცდილებით დადასტურებული ეფექტური ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდები, ერთი მხრივ, და ფსიქოზური დონის აშლილობისათვის განკუთვნილი ბიოლოგიური მკურნალობის მეთოდები, მეორე მხრივ, დისმორფული აშლილობების მკურნალობაში აღმოჩნდა არსებითად ნაკლებად ეფექტური (L.E.Bredico-1982). ინგლისში F.H.Connolly და M.Gipson-მა (1978) გამოიკვლიეს ცხვირის კოსმეტიკურ ოპერაციაგადატანილი 187 პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა. არსებითად ისინი იყვნენ ავადმოფები, ვინც 15 წლის წინ ჩაიტარეს ცხვირის კოსმეტიკური ოპერაცია ორი ძირითადი მოტივის საფუძველზე. მათგან 101-ს კოსმეტიკური ოპერაცია ჩაუტარდა ცხვირის ტრავმული დაზიანების ან რაიმე ორგანული დეფექტის გამოსასწორებლად, ხოლო დანარჩენმა 86 პაციენტმა ოპერაცია გაიკეთა ესთეტიკური მოსაზრებით. მეორე ჯგუფში დისმორფული აშლილობა ატარებდა ზედირებულოვანი იდეის სახეს დაახლოებით 70% პაციენტში, ხოლო დისმორფული ბოდვის დონემდე აღწევდა 13%-ში. დანარჩენი 17% პაციენტის

გადაწყვეტილება, ჩაეტარებინა ოპერაცია ესთეტიკური მოტივით, იყო სრულიად არგუმენტირებული და არა ავადმყოფური. იმავე 86 პაციენტის, ოპერაციიდან 15 წლის შემდეგ, კატამნეზურმა შესწავლამ უჩვენა, რომ 32-ს დაესვა დიაგნოზი — ქრონიკული ნევროზი (ჩვენი აზრით ყველა 32 უნდა შეფასდეს არა ნევროზად, არამედ ტიპურ ნევროზული დონის ქრონიკულად მიმდინარე მოსაზღვრე მდგომარეობად — დისმორფომანიის სახით). 6 პაციენტს დაესვა დუნედმავალი, ნაკლებად პროგრესიული შიზოფრენიის დიაგნოზი, ხოლო დანარჩენ 8 პაციენტის შესახებ, სამწუხაროდ, ცნობები არ არის.

საქართველოში ცხვირის კოსმეტიკური ოპერაციები XX საუკუნის ორმოცდაათიანი წლებიდან ფართოდ დაიწერა და სრულყოფილი ტექნიკური ხერხებით უზრუნველყო ჩვენმა თანაკურსელმა და მეგობარმა, ამჟამად მეტად პოპულარულმა დასტაქარმა ვახტანგ ხურციძემ. მისი და მის მიერ აღზრდილი ქირურგ-კოსმეტოლოგების მიერ ამ ნახევარი საუკუნის განმავლობაში რამდენიმე ათას მანდილოსანს ან უფრო ნაკლები რაოდენობით მამაკაცს ჩაუტარდა ცხვირის კოსმეტიკური ოპერაცია. უმეტესობას ესთეტიკური მოტივაციით, რადგან საქართველოში, მეზობელ სომხეთსა და აზერბეიჯანში ამის მეტად დიდი მოთხოვნილება მუდამ იარსებებს. რამდენად დასაინანია, რომ ამ საკითხის ფსიქიატრიული ასპექტებით აქამდე არავინ დაინტერესებულა. რამდენიმე ათასი პაციენტის, რომლებმაც ისარგებლეს ექიმ ვ. ხურციძის, მისი მოწაფეებისა და მიმდევრების დახმარებით, სპეციალური ფსიქოპათოლოგიური შესწავლა არც ოპერაციამდე და არც ოპერაციის შემდეგ არ ჩატარებულა. ცხადია, ამ დიდ კონტინგენტში მრავალი იქნებოდა დისმორფული აშლილობებით და ისინი დარჩნენ ფსიქიატრიული დახმარების გარეშე.

სპეციალურ გამოცემებში არაიშვიათად აღწერილია მძიმე გამოვლინების დისმორფოფობიის კაზუსტური შემთხვევები, რომელთა უმრავლესობა შემდეგში მაინც იჭერს ადგილს საშუალო ან მსუბუქი ხარისხის აშლილობათა შორის. ასეთი ხარისხის აშლილობათა გამომჟღავნება უფრო ხშირად ხდება პლასტიკური ქირურგიისა და დერმატოლოგიურ კაბინეტებში სამკურნალოდ მისულ პაციენტთა ანამნეზური ცნობების შეკრების დროს. თანამედროვე ამერიკულ კლასიფიკაციაში (DSM-III-d) დისმორფული აშლილობა შეტანილია დამოუკიდებელ დაავადებად. საკუთარი სხეულის უმნიშვნელო ნაკლის ზედირებულოვანი შეფასება ან თუნდაც წარმოსახვითი დეფექტის ბოდვით რეგისტრირდნა და დაფასება და აქტუალიზება, ჩვენი აზრით, არ უნდა იყოს პროცესუალურ ბოდვად აღიარების საფუძველი. I ამ შემთხვევაში დომინირებს საკუთარი სხეულის ან მისი ნაწილის უკმარისობის სენზიტიური განცდა, რომელსაც E.Kretschmer-მა უწოდა *დამოკიდებულების სენზიტიური ბოდეა*. სინამდვილეში, დისმორფული აშლილობის არარეალური, ე.ი. "ბოდვითი", შეფასება, მოკლებულია მთავარ მახასიათებელს – დამოკიდებულების კატეგორიას, რომ აღარაფრად მივიჩნიოთ პროცესუალური ბოდვისათვის დამახასიათებელი ზემოქმედება, თავსმოხვეულობა და ა.შ., რომლებიც დისმორფული აშლილობის დროს არ რეგისტრირდება.

დისმორფული აშლილობის გამოყოფა და დამოუკიდებელ ავადმყოფურ ფორმად აღიარება ბოლომდე დასაბუთებული არ არის. ჩვენი ღრმა რწმენით, რასაც საფუძვლად უდევს ათასობით მსგავს დაავადებულთა მკურნალობის შედეგებზე ათეული წლების დაკვირვების მონაცემები, შესაძლებლად მიგვაჩნია ამგვარი შეხედულების გაზიარება. სწორედ ამ ნაშრომში მოყვანილი შემთხვევა უნდა ვიგულისხმოთ

ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობათა სპექტრის შემადგენლობაში შეტანილ დისფორმული აშლილობის ავადმყოფურ ფორმად.

ავადმყოფი. ლ. შ 19 წლის. ახალგაზრდა მამაკაცი. 14 წლის ასაკიდან არის ავად დისმორფული აშლილობით. დაავადების დაწყებას უკავშირებს გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიან წლების ბოლოს ჩვენში ეკონომიკურ სიდუხჭირესთან დაკავშირებით დედისა და უფროსი დის ამერიკაში სამუშაოდ გამგზავრებას და დედის მზრუნველობის ქვეშ დატოვებასთან დაკავშირებულ უსიამოვნო განცდებს. მოზარდმა ძლიერ მტკივნეულად განიცადა უახლოეს ადამიანებთან განშორება, ძნელად ეგუებოდა საკუთარი ოჯახისაგან განსხვავებული ცხოვრების წესებს. დასაწყისში სცადა, სწავლაში ეგრძნო შეება, ბევრს მეცადინეობდა. ცოდნის შესამოწმებლად გამოძახებული ღელავდა, იპყრობდა შფოთვა, შიში, რომ კარგად ვერ უპასუხებდა, პედაგოგებზე დატოვებდა უსწავლელის შთაბეჭდილებას. თანაკლასელებთან ხშირად ჰქონდა კონფლიქტი. იყო დაძაბული იმის გამო, რომ ახლობლებისგან მიტოვებულს თანატოლები ადვილად დაჩაგრავდნენ. 15 წლის ასაკში გახდა გულჩათხრობილი, ნაკლებად კონტაქტური. მთელ დროს ატარებდა დედის ოჯახში. იმავე წლის გაზაფხულზე შეამჩნია სახის კანზე წერტილოვანი, მოწითალო, მრავლობითი გამონაყარი. მაშინვე დაეწყო შიში და შფოთვა, თუ რამ გაუჩინა გამონაყარი. აეკვიატა ფიქრი, გაერკვია, რას მოასწავებდა და რის შედეგად გაუჩნდა ეს დაავადება. ერთხანს იფიქრა, ხომ არ შეეყარა ვენერიული დაავადება? დასმულ კითხვებს პასუხი ვერ მოუწია. ახლობლების დამამშვიდებელი ახსნა-განმარტება, რომ სახეზე გამონაყარი მის ასაკში ხშირია, დროებითია და გაუვლის, მაინც არ ამშვიდებდა. სკოლაში კარგი მოსწრებისა და სამაგალითო ქცევების მქონე პაციენტი სწავლას უკლო, მეცადინეობაზე გული აიცრუა. შეამჩნია, რომ წაკითხულს კარგად ვეღარ იმახსოვრებდა,

რადგან მისი გონება ავადმყოფობაზე მუდამ ფიქრით, სახეზე გამონაყარის გაჩენის მიზეზების ძიებით იყო დაკავებული. ბევრს ფიქრობდა, რატომ გაუჩნდა ასეთი რამ მას და არა სხვა თანატოლებს, თუკი იგი ასაკობრივია. შეამჩნია, რომ მხოლოდ მის თანატოლ რამდენიმე გოგონას გაუჩნდა მისი გამონაყარის მსგავსი, მაგრამ გაცილებით იოლი ფორმით, რაც მალე მოიცვილეს კოსმეტიკური მაღამოებით და პუდრით. ერთხანს მანაც სცადა, სახლში დარჩენილმა, ახლობლებისაგან ფარულად, ღამღამობით დეიდის კოსმეტიკური საცხებით სარგებლობა, მაგრამ დადებითი ეფექტი ვერ მიიღო, ამიტომ შეწყვიტა მათი ხმარება. სკოლაში სწავლის გაგრძელება გაუჭირდა და დაკარგა ურთიერთობა თანასკოლელებთან. დეიდის რჩევაც არ მიიღო მეცადინეობის გაუმჯობესებაზე, იმ მოტივით, რომ სწავლაზე თანატოლებიც გულაცრუებულნი იყვნენ. სწავლისადმი თანაკლასელების ასეთ დამოკიდებულებას ადრე ვერ ეგუებოდა და ეწინააღმდეგებოდა, რის გამო მათთან კონფლიქტიც მოსვლია, მაგრამ მალე დარწმუნდა, რომ კერაფერს გახდებოდა წინააღმდეგობის გამოხატვით, ამიტომ იძულებული გახდა ცუდლუტობაში მათ დამსგავსებოდა. ბოლომდე ვერ აჰყვა თანატოლებს, რომლებიც მას ხშირად ეჩხუბებოდნენ, მისი აზრით, სრულიად უმიზეზოდ. თანდათან ჩამოუყალიბდა არასრულფასოვნების კომპლექსი და საშინელი შიში, რომ არავის დაეწაგრა. თავისი ფიზიკური და ხასიათის ნაკლოვანებების გამო გამოუმუშავდა აგრესიულობის არაგაცნობიერებული კომპლექსი. თანდათან გამძაფრდა შფოთვა იმის გამო, რომ სახის სიმახინჯე რჩება შეუქცევადი, რაც იწვევდა მის უგუნებობას, ჩაკეტილობას. მთელი დღე სარკეში ათვალიერებდა სახეს. კიდევ მეტად დაუქვევითდა გუნებ-განწყობა. მუდამ დაკავებული იყო საკუთარი ნაკლის გამოსასწორებელი მეთოდებისა და საშუალებების ძიებით. ერთხანს გუნებ-განწყობის გამოსასწორებლად მიმართა ალკოჰოლურ სასმელებს, რამაც კიდევ უფრო

გააუარესა მისი მდგომარეობა. შეამჩნია, რომ ტუჩებიც დაუსივდა და შეუშუპდა, რასაც მტკივნეულად განიცდიდა, როგორც ფიზიკურ ნაკლოვანებას. ყოველ ღონეს ხმარობდა მისგან გასათავისუფლებლად. თანდათან უძლიერდებოდა სურვილი, სარკეში შემოწმებინა, იმატებდა თუ იკლებდა სახის სიმახინჯე. მიეჯახვა სარკეს, თუმცა თავის მტანჯველ განცდებს როგორღაც მაღავედა. გახდა ზედმეტად მორიდებული და გაუცხოებული. ტუჩების დასიებისა და დასკდომის გამო ხალხთან ურთიერთობას გაურბოდა. საკუთარი უბედურების მიზეზის ძიებაში გაუჩნდა აზრი, რომ სახეზე გამონაჟარი უნდა იყოს რამდენიმე წლის წინ დედასთან და უფროს დასთან იძულებითი განშორება და დედის ოჯახის წევრებთან შეუგუებლობა. ამიტომ აღეძრა ახლობლების მიმართ აგრესიის გამოჩენის დაუოკებელი სურვილი. 2003 წელს, უკვე 19 წლის ასაკში, დედამ თან წაიყვანა ამერიკაში და მხოლოდ მაშინ გაიგეს მისი დაავადების შესახებ. მალე მათ მიმართ გაუჩნდა აგრესიის გამოჩენის აკვიატებული სურვილი, თუმცა რეალიზებისგან თავს იკავებდა. ზოგჯერ უჩნდებოდა თვითაგრესიის სურვილიც. ორჯერ საპარსის პირით დაისერა ხელის მტევნები. ამ საქციელს ხსნიდა იმით, რომ “ეგონა, თითქოს ამ გზით გაითავისუფლებდა თავს სხეულში მოწოლილი სისხლისაგან”. უკვე საფუძელიანად ჩამოყალიბებული დაავადების გამო, ახალ სიტუაციაში და ახალ ადამიანებთან ურთიერთობა უფრო მეტად გაუძნელდა, შემოიფარგლა დედასთან და უფროს დასთან ურთიერთობით. რაც შეეხება მისი დაავადების მთავარ მტანჯველ, აკვიატებულ კომპლექსს, სახის კანის სიმახინჯეს, რომლის სარკეში შემოწმების სურვილი გადაექცა აკვიატებულ კომპულსიად, კიდევ უფრო მოეძალა. ბოლო ხანებში გაუმწვავდა მდგომარეობა, დაეწყო აგრესიული ქცევების შეტევები, რაც გამოვლინდება, სრულიად უადგილო აგზნებებში, აფორიაქებაში, რომლის დროსაც ამსხვრევს საოჯახო

ნივთებს და ინვენტარს. ასეთი ქცევები თითქოს ამშვიდებს და მოზღვავებულ ბოლმას უმსუბუქებს. რამდენიმეჯერ განმეორებული მსგავსი ექსცესების მოტივირების ასახსნელად დედის შეკითხვებზე პასუხად გამოუტყდა, რომ იგი სერიოზულად არის “ნერვებით ავად” და თხოვა დახმარება. მიმართეს ნევროლოგს და გასული, 2005 წლის გაზაფხულიდან დღემდე მკურნალობდა ფეჟარინის (40 მგ), ღიაზეპამის (5-10 მგ), რისპერიდონის (2 მგ) და კლოზაპინის (25-50 მგ) სტანდარტული დოზებით, რაიმე თვალსაჩინო ეფექტის გარეშე. ახლობლების რჩევით მოგემართეს მკურნალობისათვის 2006 წლის 29 მარტს. პაციენტის დედის მიერ გადმოცემული *ანამნეზური ცნობებისა* და თვით *პაციენტთან ინტერვიუს* შემდეგ აღმოჩნდა შემდეგი:

ფიზიკურად-საშუალო სიმაღლის, სწორი ტანთაღნაგობის, სახის კანი ოდნავ აქერცლილი. აქა-იქ შეიმჩნევა ძველი გამოწყარისგან დარჩენილი მუქი ლაქები და მათ შორის წვრილ-წვრილი ახალი პაპულოზური გამოწყარი. ძვალ-კუნთოვანი სისტემა სუსტად განვითარებული, ზედა ორივე კიდურის კანზე აღენიშნება ნაკაწრები და ნაწიბურები. შინაგანი ორგანოებისა და ლაბორატორული მონაცემების მხრივ რაიმე პათოლოგიას ადგილი არა აქვს.

ფსიქიკური მდგომარეობა: საუბარში ადვილად ერთვება, კონტაქტურია. ექიმთან საუბარი დიალოგის ხასიათს ატარებს. დეტალურად აღწერს დედასთან იძულებით განშორებასთან დაკავშირებით აღძრულ განცდებს. გუნებ-განწყობა დაქვეითებული – დეპრესიული, თვითგრძნობა – ცუდი. აღენიშნება ღამით ძილის დარღვევები, ხშირად ფხიზლობს და ამბობს, რომ ღამეს სულ ფიქრებში ატარებს. მუდამ უპერსპექტივობისა და უმწეობის, მიუსაფრობის და განწირულობის შინაარსის აზრები აქვს, რასაც ვერ იცილებს. მტკივნეულად განიცდის და იტანჯება, მისი თქმით, რაღაც უცნაური

დაავადებით, რამაც სახე დაუმახინჯა. სიფხიზლის მდგომარეობაში ერთი წუთითაც არ ასვენებს აზრი, რომ იგი ვერ მორჩება. მიეჯახება სარკეს და არ ძალუძს გამოღვიძებისთანავე პირველ რიგში არ შეამოწმოს სარკეში თავისი აღმაშფოთებელი გამონაყარების კლება ან მატება. ყველაფერს და, მათ შორის, სახის კანის გამონაყარსაც მიაწერს დედასთან და დასთან იძულებით განშორებაზე ნერვიულობას და დედასთან მისთვის არასასიამოვნო ცხოვრებას.

კოგნიტიური ფუნქციები: მეხსიერება, ყურადღება, მოსაზრება-მოფიქრება, აგრეთვე ორიენტაცია დროში, ადგილსა და სიტუაციაში მთლიანად შენახულია. ექიმთან საუბარში მორიდებული, კორექტული, თავაზიანია. დაავადების მიმართ კრიტიკული, მაგრამ მისი ძირითად ნიშანს, სახის კანზე გამონაყარს აძლევს ზედირებულოვან შეფასებას. თავის თავს აღწერს, როგორც სუსტს, მგრძნობიარეს და ნაკლებად მეგრძოლს. ცდილობს დაგვარწმუნოს, რომ თანატოლებთან კონფლიქტის დამწყები თვითონ არასდროს ყოფილა; უწესო თანაკლასელები ეჩხუბებოდნენ და მის დაჩაგვრას და დამორჩილებას ცდილობდნენ. შეკითხვაზე, ნუთუ თანატოლებში მისი კეთილისმსურველი არავინ ჰყავდა, პასუხობს, რომ იყვნენ წესიერებიც, მაგრამ მათთანაც ვერ დაამყარა ახლომეგობრული ურთიერთობა. საერთოდ არ უყვარს ხალხმრავალი დროსტარება. მისი მეგობრები ბავშვობაში იყვნენ სათამაშოები, ხოლო შემდეგში წიგნები (ავადმყოფობის დაწყების შემდეგ კითხვაც მიატოვა). მოელ დროს დაავადებისაგან თავის დაღწევის გზების ძიებაში ფიქრებით არის დაკავებული. აგრესიული ქცევების უმართებულობა ესმის, მაგრამ აცხადებს, რომ, როდესაც მოაწეება გულზე უიმედობა და უკვე სახის სიმახინჯით გამოწვეული ბოღმა, შვებას იღებს აგრესიის გამოვლინებაში. ამ დროს ნაკლებად ფიქრობს იმაზე, რომ უსიამოვნებას აყენებს ოჯახის წევრებს, რადგან მოზღვაებული გაბოროტებისაგან განტვირთვის

ერთადერთ საშუალებად მიაჩნია საოჯახო ნივთების დამსხვრევა. თვითაგრესიამ კიდურებზე და სისხლის გამოშვებამ ვერ მოუტანა მისთვის სასურველი დამშვიდება. კარგად ესმის, რომ ეს ცუდი საქციელია, მაგრამ როდესაც კი აფორიაქებული დაამსხვრევს რაიმე საოჯახო ნივთს, მშვიდდება. ნანობს, რომ ამით უსიამოვნებას აყენებს საყვარელ დედას და დას, ემუდარება აპატიონ. დაპირებას იძლევა, რომ ეცდება, აღარ გაიმეოროს, მაგრამ მალე, შეიძლება იმავე დღესაც, კვლავ იმეორებს. ეს არც კარნახით, არც სხვა რამ მიზეზით გამოწვეული არ არის. ხდება თავისთავად, მოწოლილი ბოღმის განტვირთვისათვის. მკურნალობის იმედი დაკარგული აქვს, თუმცა აიმედებენ, რომ ვინმე სპეციალისტი იქნებ დაეხმაროს და მოარჩინოს.

პაციენტთან გასაუბრების და ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის დადგენის შემდეგ დაენიშნა კომბინაციური მკურნალობა: *ანტიობსესიური აქტივობის ეტალონური ანტიდეპრესანტი* – კლომიპრაზინი (*ანაფრანილი*) კალენდარულად მზარდი (50-400 მგ) სადღეღამისო დოზით, *ეტალონური ანქსიოლიზური* ალპრაზოლამის ასევე მზარდი (1-3 მგ), *ეტალონური ანტიაგრესიული* – კარბამაზეპინი (400-800 მგ) და კლოზაპინი დღის მეორე ნახევარში (50-150მგ) შემადგენლობით. მკურნალობა გრძელდება და ავადმყოფის მდგომარეობა სიმპტომატიურად უმჯობესდება. თვენახევრის განმავლობაში უკვე მაქსიმალურთან მიახლოებულ სამკურნალო დოზებს რაიმე გართულება ან უსიამოვნო თანამოვლენები არ გამოუწვევია. დაავადების სიმპტომატიური ნიშნების საკმაოდ ნელი ტემპით მიმდინარე რედუცირება ბადებს ოპტიმიზმს, რომ მიღწეული იქნება პათოლოგიურ გამოვლინებათა მნიშვნელოვანი და მყარი რედუცირება. ამას გვიჩვენებს შორეული კატამნეზური მონაცემები. ოპტიმიზმის საფუძველს გვაძლევს ჩვენი მასალით დანარჩენი ავადმყოფების მკურნალობის შედეგების ანალიზი,

რომელიც მოყვანილია ქვემოთ, დისმორფულ აშლილობათა მკურნალობის თავში.

ამრიგად, თავისებური ასთენო-შიზოთიმიური ქარაქტეროლოგიური ხაზების მქონე პიროვნებას, პუბერტატულ ასაკში დაემატა მისთვის ძნელად გადასამუშავებელი ფსიქოსტრესული ფაქტორები. დედასთან და უფროს დასთან იძულებით განშორებულმა იგრძნო მარტოობა, რაც მისთვის, როგორც ასთენიური პიროვნებისათვის, ძირითადი საყრდენებისა და დამცველების გამოცლას ნიშნავდა. დასაწყისში სცადა სწავლაში მიეღო დამშვიდება, ბევრს მეცადინეობდა, თუმცა გაკვეთილების ცოდნის შესამოწმებლად გამოძახებისას, იბნეოდა, იპყრობდა შფოთვა, შიში, ცოდნის შეფასებასთან დაკავშირებით. თანატოლებთან ხშირად მოსდიოდა კონფლიქტი, რადგან თვითონვე უჭირდა მათან ურთიერთობის დამყარება და მეგობრობა. გრძნობდა თანაკლასელებისაგან დაჩაგვრას და იგნორირების მცდელობას. 15 წლის (პუბერტატულ ასაკში) გახდა განსაკუთრებით გულჩათხრობილი. დეიდის ოჯახში გრძნობდა დისკომფორტს. მისი მდგომარეობა რთულდება დერმატოლოგიური დაავადებით, სახის კანზე გამონაყარის გაჩენით, ტუჩების სიმშრალით, შეშუპებით და დასკდომით, რამაც დიდი როლი შეასრულა ისედაც დისჰარმონიული ასთენო-შიზოთიმიური თავისებურებების მქონე პიროვნების ავადმყოფური მდგომარეობის განვითარებაში, რაც ვლინდება ნევროზული დონის აშლილობით. დაავადების კლინიკურ სურათში წინა პლანზეა დისმორფული აშლილობა, აღმოცენებული რეალურად არსებულ სახის კანის გამონაყარის ფონზე. პაციენტის ასაკიდან გამომდინარე, გასაგებია ამ განცდის სიმწვავე. დისმორფული აშლილობის ერთ-ერთი კარდინალური ნიშნის, ე.წ. 'სარკის სიმპტომის' გაჩენა და დაავადების ქრონიკულად მიმდინარეობა. დისფორმულ აშლილობას თან სდევს კომორბიდული ობსესიურ-კომპულსური მოვლენები, გამძაფრებული

პასუხის აკვიატებული ძიებით, თუ რა გახდა მისი დამამახინჯებელი და მოურჩენელი დაავადების უშუალო მიზეზი. პირველ ხანებში, პასუხს ვერ პოულობს. ახლობლებთანაც შეეხლუდა ვერბალური კონტაქტები. საკუთარი უბედურების მიზეზის ძიებაში დაებადა აზრი და შემდეგ განუმტკიცდა, რომ სახის გამონაყი უნდა იყოს გახანგრძლივებული ნერვიულობის შედეგი, ხოლო ნერვიულობა კი რამდენიმე წლის წინ დედასთან და უფროს დასთან იძულებით განშორებით გამოწვეული განცდები და დედის ოჯახის წესებთან შეუგუებლობაა. ამიტომ აღეძრა ახლობლების მიმართ აგრესიის გამოჩენის დაუოკებელი სურვილი. ამერიკაში წასვლით აისრულა ოცნება, კელავ ეცხოვრა დედასთან და უფროს დასთან ერთად. მაგრამ უკვე ჩამოყალიბებული დაავადების გამო ახალ სიტუაციაში და ახალ ადამიანებთან ურთიერთობის დამყარება კიდევ უფრო გაუძნელდა. ამერიკაში მისი ურთიერთობა ფაქტობრივად ამოიწურებოდა ოჯახის წევრებთან კონტაქტით. მაგრამ მისი მტანჯველი, აკვიატებული კომპლექსი, რომ აქვს სახის კანის სიმახინჯე და ამიტომ ხშირად უნდა ამოწმოს სარკეში, უფრო მოეძალა. ბოლომდე რწმუნდება, რომ მისი დაავადების საფუძველია დედისაგან დამამცირებელი სამუშაოსათვის ემიგრირება და მისი ხანგრძლივად მიტოვება. მისი აზრით, უკვე ერთგვარ ჩვევად ჩამოყალიბებული აგრესიული ქცევა გამოწვეულია სამაგიეროს გადახდის დაუოკებელ სურვილით. ვინაიდან დედისა და უფროსი დის მიმართ ფიზიკურ აგრესიას ერიდება (ვერ კადრულობს), გაღიზიანების და სასოწარკვეთილების დროს ამსხვრევს საოჯახო ნივთებს. მხოლოდ ამის შემდეგ მშვიდდება და თავისუფლდება აუტანელი ბოღმის მოწოდისაგან. ანტიობსესიური მედიკამენტების საწყისმა დოზებმა არსებითად გააუმჯობესა მისი მდგომარეობა, რაც გამოიხატა სახის კანის გამონაყარის შემცირებაში და დისმორფულ აშლილობასთან დაკავშირებულ განცდათა

სიმწვავის შერბილებაში. რაც შეეხება მასთან გენეზურად დაკავშირებულ აგრესიულ-დისპლოზიურ შეტევებს და ე.წ. “სარკის სიმპტომს”, ისინი რჩებიან პათოლოგიური ჩვევის სახით. კანის გამონაყარის მნიშვნელოვანი შემცირების მიუხედავად, პაციენტი მთელი დღის განმავლობაში დაკავებულია საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვით. საზოგადოებისაგან მკვეთრად გამიჯნულს ვერ გადაუღახავს აკვიატებული კომპულსია, ვერ აწყენარებს და სასოწარკვეთილებიდან ვერ გამოყავს სახის კანის გამონაყარების უკვე მიღწეულ შემცირებას. გუნებ-განწყობის დისმორფული ცვალებადობის ფონზე ასევე ვერ ძლევს საკუთარი ბოღმის გამომჟღავნების გადაუღახავ სურვილს. ამიტომ საოჯახო ნივთების მსხვერუვა დროებით გარკვეულად მაინც ამშვიდებს.

მკურნალობის დაწყებიდან პირველ დეკადაში დროებითი, შედარებითი გაუმჯობესება, როგორც ჩანს, პლაცებო მოქმედებით უნდა აეხსნათ, რადგან შემდეგში კვლავ ემართებოდა აგრესიული ქცევის შეტევები, ზოგჯერ შედარებით ძლიერიც, ვიდრე მკურნალობის დაწყებამდე. მისი მკურნალობა გრძელდება 4 თვის განმავლობაში. ამჟამად პაციენტი სუბიექტურად აღნიშნავს უკეთესობას, სახის კანის გამონაყარი თითქმის სრულიად გაუქრა, დარჩა მხოლოდ კანზე გამონაყარების ადგილებზე პიგმენტირებული კვალი. მოხდა “სარკის სიმპტომის” შედარებითი დეზაქტუალიზება, აგრესიული ქცევების შედარებითი გაიშვიათება, მაგრამ დაავადება და მისი მკურნალობა მაღალი დოზებით კვლავ გრძელდება. იგი კვლავ იმყოფება ამერიკაში და ჩვენთან აქვს რეგულარული სატელეფონო კონტაქტი. საერთაშორისო და ჩვენი მრავალწლიანი გამოცდილების გათვალისწინებით, რომელიც ემყარება ათასობით ავადმყოფის მკურნალობას ჩვენ მიერ შემუშავებული გრაფიკით, მიზანშეწონილია მკურნალობის გაგრძელება კიდევ რამდენიმე თვე. მედიკამენტური რემისიის მიღება ეჭვს არ იწვევს. რაც შეეხება მიღებული ეფექტის

სტაბილურობის შენარჩუნებას, იგი ბევრად იქნება დამოკიდებული მაქსიმალური, ეფექტური და რაციონალური დოზებით მკურნალობის დანიშნულების მიხედვით გატარებაზე.

ამრიგად, მოყვანილი შემთხვევა იძლევა დისმორფული აშლილობის დერმატოლოგიური ვარიანტის ჩამოყალიბებისა და განვითარების სტერეოტიპზე სრულ წარმოდგენას. მის ფსიქიკურ აშლილობაში წამყვანია სახის კანის დისმორფული აშლილობა, აღძრული ფსიქოსტრესულ განცდებთან დაკავშირებით, რეალურად პუბერტატული ასაკისათვის დამახასიათებელი სახის კანზე გამონაყარის, აკნიატებული 'სარკის სიმპტომის' და პერიოდულად გამწვავებადი აგრესიული შეტევების სახით, რომლებიც თავიანთი ექსპლოზიურობით და პაროქსიზმულობით ფენომენოლოგიურად ძნელად სადიფერენციოა ეპილეფსიური ეკვივალენტებისაგან. თუმცა, ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების არარსებობა, შეტევების დროს ცნობიერების სრული ან თითქმის სრული სინათელე, ალბათ, გამორიცხავს ეპილეფსიურ ეკვივალენტებს და საბოლოოდ უნდა განესაზღვროს დიაგნოზი: დისმორფული აშლილობა აგრესიული ქცევის შეტევებით, როგორც იმპულსურობის პაროქსიზმული შეტევების გამოვლინება, სრულიად ეტევა ობსესიურ-კომპულსურ სპექტრის ჩარჩოებში. მოცემულ შემთხვევაში სხვადასხვა სახის ფორმათა თანაარსებობა, ჩვენი აზრით, არ უნდა იქნეს მიღებული მათ შორის კომორბიდულ ურთიერთობად. თანამედროვე შეხედულების საფუძველზე, უფრო მართებულად მიგვაჩნია ავადმყოფური მდგომარეობის შეფასება, როგორც რთული სტრუქტურის ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობა – დისმორფული, ობსესიური, კომპულსური და იმპულსურ-აგრესიული დარღვევებით, რომელთა პათოგენეზში მთავარ როლს უნდა თამაშობდეს ყველა მათგანისათვის საერთო სეროტონინერგიული მექანიზმების ფუნქციური

ცვლილებები. თუ მივიღებთ მხედველობაში დისმორფული აშლილობისა და აგრესიულობის ერთ ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობათა სპექტრში თანაარსებობას, ნევროზული დონის ქრონიკულად მიმდინარე დაავადება საჭიროებს ხანგრძლივ მკურნალობას ანტიობსესიური და ანტიაგრესიული აქტივობის მქონე მედიკამენტების ადექვატური, ხანგრძლივი და რაციონალური დოზებით, პათოლოგიური გამოვლინებების რედუცირებამდე.

დისფორმული აშლილობა და ე.წ. აუტიქტონური აგრესიული გამოვლინებანი, იმის მიუხედავად, რომ ბოლო ხანებში განიხილება მონათესავე ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობათა სპექტრში, ანუ აგრესიული შეტევები მიიჩნევა, როგორც პერიოდული შეტევითი კომპულსიები, მაინც შემოქმედებით ინტერესს იწვევს ფაქტი, რომ კონსტიტუციურად, პრემორბიდულად ასთენიური (უფრო ჰიპოსთენიური) ტიპის პიროვნება ავლენს ჰიპერსთენიულისათვის დამახასიათებელ კომპულსიურ დარღვევებს. ამ პარადოქსული გამოვლინების ახსნა, ცხადია, ჩვენს კომპეტენციას აღემატება, მაგრამ თუ მოვიშველიებთ ბოლო წლებში როგორც რუსი, ისე დასავლეთის ფსიქიატრთა კვლევებს, შესაძლებელი გახდება მსგავს პარადოქსულ ფაქტებში ორიენტირება. რიგი გამოკვლევები მიუთითებენ, რომ პიროვნების კონსტიტუციური ანომალიების საფუძველი გარკვეული ნეიროქიმიური და ნეიროფიზიოლოგიური მექანიზმებია, რომლებიც სტრუქტურული ან ფუნქციური ანომალიების კორეგირების შესაძლებლობით არის აღჭურვილი, როგორც კლასიკური ანტიდოფამინური, ისე ანტისეროტონინული და ანტიადრენერგიული მედიკამენტებია (Дмитриева, Т.Б., 1990). პროტოპათიული ნევროზების მოსაზღვრე მდგომარეობების და ფსიქოზების (პარანოიალური, შიზოიდური, ობსესიურ-კომპულსური, ისტერიული და ა.შ.) პიროვნული აშლილობის პარალელურად, ცალკე გამოყოფენ ნათლად გამოხატულ ფსიქოპათოლოგიური დიათეზის

პათოქარაქტეროლოგიურ ანომალიებს (პიროვნების შიზოტიპურ, მოსაზღვრე, აფექტურ და ა.შ). პათოქარაქტეროლოგიური დიათეზის შეპირისპირება პათოქარაქტეროლოგიურ ანომალიებთან განაპირობებს მზაობას, განვითარდეს ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომოკომპლექსები და უფრო ფართო სპექტრის დროებითი, აღდგენადი (შიზოტიპური, აფექტური ან შერეული) აშლილობანი როგორც ფსიქოგენურად, ისე ენდოგენოფორმულად (Смулевич, А.Б., Волель, Б.А., 2004).

მოსაზღვრე აშლილობების დინამიკაში შესაძლებელია სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიურ წარმონაქმნებს შორის პათოლოგიური პატერნის სახით გამოვლინდეს არამოტივირებული აგრესიული აფეთქებანი, რისხვა, ღვარძლი, თანმდევი დესტრუქციული და აუტოდესტრუქციული ტენდენციებით, ასევე, ტრანზიტორული და სხვა სახის რთული კლინიკური სურათის მქონე შეტევები (მშფოთვარე – ფობიური, მრისხანე – აფექტური, ზოგჯერ სისტემატიზებული ბოღვითი და აფექტურ-ბოღვითი აშლილობანი (Moriya N., et al-1993)).

ჩვენ მიერ მოყვანილ შემთხვევაში, სადაც სახეზე ერთდროულადაა პიროვნული ანომალიის ჰიპოსთენიური სიმპტომები და მისთვის ნაკლებად დამახასიათებელი აგრესიული კომპულსიები, უნდა ვივარაუდოთ, რომ გახანგრძლივებულმა უსიამოვნო სიტუაციამ განაპირობა ქარაქტეროლოგიური სიმპტომოკომპლექსის ტრანსფორმირება ფსიქოპათოლოგიურ წარმონაქმნებში, კერძოდ, კონსტიტუციურად მისთვის ჩვეულმა კატათიმიურმა (აფექტურად დამუხტულმა) კომპლექსებმა შეიძინა პათოლოგიური აფექტისათვის დამახასიათებელი იმპულსური ქცევის აგრესიული ხასიათი. ცნობიერების ველის ერთგვარი შევიწროების და, ცხადია, არა შეცვლის ხარჯზე, აგრესიის ვექტორი ახლობლებიდან გადავიდა ნივთებზე და წლების განმავლობაში დაგროვილი კომპლექსისაგან დროებით განიმუხტა. ამ შემთხვევის

ანალიზისათვის ჩვენ გამოვიყენეთ C.R.Cloninger-ის (1986) მიერ დამუშავებული თეორიული მოდელი, რომელიც ეფუძნება შესაძლებლობას, მოხდეს პათოქარაქტეროლოგიური სიმპტომოკომპლექსის მეორადი ფენომენოლოგიური გაფორმება. ამასთან ერთად, ავტორი გამოყოფს სხვადასხვა სახის მექანიზმებს პათოქარაქტეროლოგიური სიმპტომოკომპლექსების როგორც პოზიტიურ, ისე ნეგატიურ ფსიქოპათოლოგიურ წარმონაქმნებად (კონვერსიულ, სომატოფორმულ, სოციოფობიურ, მიზოფობიურ, ობსესიურ-კომპულსურ და ა.შ) გარდაქმნაში, რომელმაც დააზუსტა პიროვნების ტემპერამენტის და ხასიათის საბაზისო ასპექტები და კორელაციები (ახლის ძიების, მავნე ზემოქმედებისაგან განრიდების და დაჯილდოვებაზე დამოკიდებულების) გარკვეული ნეიროფიზიოლოგიური სტრუქტურების (დოფამინერგიულ, სეროტონონერგიულ და ნორადრენერგიულ) ფუნქციონირებასთან ნეირომედიატორულ სისტემებში უშუალო დაკავშირებით, მაგალითად, ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის დროს *ანტიფსიქოზური, ანტიობსესიური და ნორმოთიმიული მედიკამენტების კომბინირებით* (Cloninger C.R, 2000). ასეთ შემთხვევებში უპირატესობას აძლევენ ატიპური ანტოფსიქოზური პრეპარატების (კლოზაპინი, კვეტიაპინი, რისპერიდონი, ოლანზაპინი და ა. შ.) საშუალო ან მაღალ დოზებს. Krou Zam H.R. Donelli (1997) აღნიშნული მედიკამენტებით იღებდნენ იმპულსური აქტების და სუიციდური ცდების სარწმუნო შემცირებას. Links P.S., Boggik ASarin N. (2001) ამ მიზნით რეკომენდაციას უწევენ აღნიშნული მედიკამენტების საკმაოდ დიდ სადღეღამოსო დოზებს. პროტოპათიული პიროვნული აშლილობის, საგნობრივი ფობიების, იზოლირებული ობსესიურ-კომპულსური სიმპტომოკომპლექსების (მიზოფობია, სოციოფობია, განმეორებითი შემოწმების ან სიმეტრიულობის დაცვითი აკვიატებანი და მრავალი სხვა ფორმის ფობიური

აშლილობანი), სადაც, მრავალწლიანი მიმდინარეობის მიუხედავად, არ აღენიშნებათ პროცესუალური პიროვნული აშლილობანი და არ მეღვენდება პიროვნული აქცენტაცია (Смулевич А. Б., 2000; Коллюцкая Е. В., 2001), ასეთ შემთხვევაში, მათი შეხედულებით არჩევით მედიკამენტებად რეკომენდებულია ე.წ. ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატების (რისპერიდონი, ოლანზაპინი, კვეტიაპინი, ზიპრაზიდონი) მცირე და საშუალო სადღეღამისო დოზები; ტრიციკლიური კლამოპრამინი და სეროტონინის უკუმიტაციების სელექტიური ინჰიბიტორები (ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი, სერტალინი, პაროქსეტინი და ციტალოპრამი); ფერმენტ მონოამინოქსიდაზას აღმდგენი ინჰიბიტორები (პირაზიდოლი, ინდოპანი, მოკლობომიდი და ა.შ.) Coccaro E. F., Siever L.J. (1996) და მაღალი სეროტონინული აქტივობის მქონე სხვა ანტიდეპრესანტები (Wolker C., Thomas J., 2003; Marschall W., Micev V., 1975; Schaweross C., Tyrer P., 1985 და სხვები).

X1. დისმორფულ აშლილობის დიაგნოსტიკა

სხეულის დისმორფული აშლილობის დიაგნოსტიკება საკმაოდ ძნელია, რადგან თვითონ ავადმყოფი უხერხულად მიიჩნევს გაამხილოს მისი პიროვნებისათვის დამამცირებელი ნაკლი. შიშობს, რომ მის ჩივილს გარშემომყოფები არ გაიზიარებენ და ჩაუთვლიან შეცდომად. დაავადების დასადგენად პაციენტს უნდა დაესვას კითხვა, თუ რა ნაკლოვანობას ამჩნევს თავის სხეულს და რა გზით სურს მოიცილოს ეს ნაკლი. გამოკითხვა უნდა წარმოებდეს ფრთხილად, რათა არ შეიღახოს პაციენტის თავმოყვარეობა. სწორი დიაგნოზის დასმა არაიშვიათად დროულად ვერ ხერხდება. დაავადების განვითარების მოგვიანებით ეტაპზე, უკვე გამოვლენილი აშლილობა და დაგვიანებული

სამედიცინო ღონისძიება, ცხადია, ვეღარ აღწევს წარმატებას. პაციენტი რჩება უკმაყოფილო, იმედგაცრუებული და თვლის, რომ ექიმმა მას ვერ გაუგო, ამიტომ არასწორად ჩაუტარა მკურნალობა. ექიმი მისი დაავადების შესახებ თავიდანვე არასწორად იყო ინფორმირებული და ა.შ.

დისმორფული აშლილობის სწორად დიაგნოსტიკისათვის მრავალი მეთოდია შემუშავებული. მათ შორის ყველაზე ხშირად მიმართავენ სპეციალურად ამ სახის დაავადებისათვის შედგენილ კითხვარს. მასში მოცემულია ფსიქიკურ დაავადებათა ნომენკლატურისა და კლასიფიკაციის – DSM-4-ში გათვალისწინებული კრიტერიუმები (Phillips K.A., 1996-b).

1. ხართ თუ არა უკმაყოფილო თქვენი გარეგნობით? მიიჩნევთ თუ არა თავს ამის გამო უიღბლოდ, რადგან თქვენი გარეგნობა არ მოგწონთ? ამ კითხვებზე პაციენტი თუ გპასუხობთ, – დიახ! ეკითხებით, კერძოდ, რა არის მისი მთავარი პრობლემა?

2. თქვენ ამის გამო ხართ ძლიერ შეწუხებული? ბევრს ფიქრობთ ამის შესახებ? გსურთ თუ არა, რომ ნაკლებად გაწუხებდეთ ეს პრობლემა? დროის რა მონაკვეთს უთმობთ ამ საკითხს?

3. მაინც რა გავლენა იქონია აზრმა, საკუთარი გარეგნობით უკმაყოფილების უსიამოვნო შეხედულებამ, თქვენს ცხოვრებაზე? მოახდინა თუ არა თქვენმა აკვიტებულმა აზრებმა თქვენს სოციალურ სტატუსზე ზეგავლენა? (მაგალითად, სწავლაში წარმატებაზე, დასაქმებაზე ან სხვა საარსებო სფეროებსა და ასპექტებზე) მოგაყენათ თუ არა სულიერი ტანჯვა? იქონია თუ არა გავლენა თქვენი ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან ურთიერთობებზე? და ა.შ.

სხეულის დისმორფული აშლილობა დიაგნოსტიკდება უფრო ხშირად იმ ტიპის პიროვნებებში, ვისაც: 1. გააჩნია თავის გარეგნობაში სრულიად უმნიშვნელო ფიზიკური ნაკლი, 2. მისი აზრები და ფსიქიკა თუ ამ ნაკლზე

გამუდმებით არის კონცენტრირებული, ფიქრობს და იტანჯება, ამის გამო დღეში მინიმუმ 1 საათის განმავლობაში და ა.შ. პაციენტი წუხს და შფოთავს საკუთარი ნაკლის გამო. აკვიატებული ფიქრები და განცდები პერიოდულად მატულობს და ასევე სპონტანურად იკლებს, რაც ზოგადად დამახასიათებელია ობსესიურ-კომპულსური აშლილობისათვის.

დისმორფული აშლილობა უფრო ხშირად უვითარდებათ იმ პიროვნებებს, რომლებსაც პრემორბიდში აღენიშნებოდათ საკუთარი არამყარი აზრების დამადასტურებელი არგუმენტების გამუდმებული ძიების ჩვევა; გააჩნიათ შეზღუდული სოციალური კონტაქტები. ეწვეიან კარჩაკეტილ ცხოვრებას, გადატანილი აქვთ მრავალჯერ შორის, დაუსაბუთებელი ქირურგიული ან დერმატოპლასტიკური ოპერაციები. ქარაქტეროლოგიურად მათთვის დამახასიათებელია სოციალური კონფლიქტურობა, მიდრეკილება პერიოდული დეპრესიული გამწვავებებისადმი და სუიციდური აზრებით ხშირი მანიპულირებისადმი. ამ ტიპის აშლილობის დიაგნოსტიკებისას გასათვალისწინებელია, მათთვის ექიმ-სპეციალისტების რჩევების და ფსიქოთერაპიული პროცედურების შესრულებაზე უარი. ეს კი განაპირობებს ამ დაავადების დიაგნოსტიკებისა და სამკურნალო-პროფილაქტიური ღონისძიების დაგვიანებას. თვით ავადმყოფები ხშირად მიდიან მწვავე სასოწარკვეთილებამდე, მაგრამ ამის მიუხედავად არ ცდილობენ დახმარებისათვის მიმართონ ექიმ-ფსიქიატრს. ამ დროს უხერხულობის განცდა დომინირებს ავადმყოფობით გამოწვეულ განცდებზე; მეორე მხრივ შესაძლებელია, რომ დისმორფული აშლილობის დიაგნოსტიკებას შეუშალოს ხელი რომელიმე სომატოფორმულმა დარღვევამ. უნდა გვახსოვდეს, რომ დისმორფული აშლილობების საფუძვლები არასდროს არ არის ტიპური, ისე, როგორც ეს ახასიათებს სომატოფორმულ აშლილობებს. Phillips K.A., Nierenberg A.A.,

Brendel G. et al (1996-a) მონაცემებით ამ დაავადების მქონე პაციენტებს არ ახასიათებს სომატიზირების მაღალი დონე.

1. კლინიკური დაკვირვების პროცესში პაციენტმა 'შესაძლებელია გამოავლინოს მხლოდ ფსიქომოტორული აგზნება, დეპრესიული აშლილობა, აუტო- და ჰეტეროაგრესია ან სუიციდური იდეები, ცდები და ა.შ. დისმორფული აშლილობები ზოგჯერ შეიძლება შეცდომით იქნეს კვალიფიცირებული, როგორც სოციალური ფობიის ან საკუთრივ აგორაფობიის (ე.წ. მეორადი სოციალური ფობიის ან იზოლიაციონიზმის შედეგი) ან პანიკური აშლილობის გამოვლინება სარკეში დიდხანს ცქერის შედეგად, ისტერიული განტვირთვის სახით და ა.შ. დისმორფული აშლილობა შესაძლებელია დიდხანს დარჩეს ამოუცნობი დეპრესიული აშლილობის მქონე და ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობიან ავადმყოფებში, რაც აძნელებს მათი დაავადების დიფერენცირებულ შეფასებას, რადგან ხშირად ისინი კომორბიდულად თანაარსებობენ დაავადების კლინიკურ სტრუქტურაში. ის პაციენტები, ვისთვისაც არის დამახასიათებელი ტუჩების ან ფრჩხილების კენჭა, თმის, წამწამების, წარბების წიწკნა და ა.შ. შესაძლებელია განიხილებოდნენ *ტრიქოტილომანიად*. რეალურად კი მათი უმეტესობა დისმორფული აშლილობითაა დაავადებული. რაც შეეხება ე.წ. დისმორფომანიას, ამ სახის აშლილობის ყველაზე ავტორიტეტული მკვლევარის ქალბატონ კატერინა ფილიპსის აზრით (2004), "შეცდომით მიიჩნევენ შიზოფრენიად ან ფსიქოზურ დეპრესიად" რუსულენოვანი ფსიქიატრებისათვის ე.წ. ბოდვითი ღისმორფოფობია, ისევე, როგორც ბოდვითი იპოქონდრია, ბოდვითი დეპრესია, ბოდვითი და თუნდაც არაბოდვითი დეპერსონალიზაცია და სხვა ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობათა სპექტრში შეტანილი ე.წ. *ძნელად სადიფერენციაციო ფორმები* ერთიანდება ღუნედ

მიმდინარე ნეეროზისმაგვარი შიზოფრენიის
ფენომენოლოგიურად პოლიმორფულ ჯგუფში.

სადღეისოდ დისმორფოფობიურ (თუნდაც ბიოდეპთ
ვარიანტს) აშლილობასა და შიზოფრენიას შორის
სადიფერენციაციოდ გვეხმარება ე.წ. სეროტონინერგიულ
ანტიდეპრესანტების გამოყენებით მიღებული გაცდლებით
უკეთესი სამკურნალო ეფექტი, ადრენერგიულ და
დოფამინერგიულ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებთან
მკურნალობასთან შედარებითი. დისმორფულ
გამოვლინებათა რედუცირება, იქნება ის სინდრომის
რომელიმე დაავადების კლინიკურ სტრუქტურაში თუ
დამოუკიდებელი აშლილობის სახით,
სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტები, ეფექტურ
სადღელაძისო დოზებში მნიშვნელოვნად ამსუბუქებს
მტანჯველ განცდებსა და რამდენადმე ახანგრძლივებს
ამა თუ იმ ხარისხის რემისიას. ამდენად, დღემდე არჩევითი
მედიკამენტების კოზიციას ინარჩუნებს
სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტები და მათი
ანტიობსესიური მოქმედების მაპოტენცირებელი, ასევე
სეროტონინერგიული ანტიფსიქოზური მედიკამენტები
(რისპერიდონი, ოლანზაპინი და სხვ.). აგრეთვე
მიუთითებენ ამ შემთხვევებში ორაპის, პერფენაზინის
და სხვა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების კომბინირების
შესაძლებლობაზე, ანტიობსესიური ეფექტის
გახაძლიერებლად.

განსაკუთრებით პერსპექტიული აღმოჩნდა ამ
თვალსაზრისით ტიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი
რისპერიდონი, რომელმაც გამოავლინა მაღალი რანგის
ეფექტურობა შიზოფრენიის როგორც მწვავე. ისე
ქრონიკული ფორმების მკურნალობაში. ბოლო რამდენიმე
წლის განმავლობაში, ე.წ. მოსაზღვრე მდგომარეობათა
მკურნალობაში, წარმატებით იყენებენ ამ მედიკამენტს,
რომელმაც გამოხატულ ანტიფსიქოზურ მოქმედებასთან
ერთად გამოავლინა მკაფიოდ გამოხატული
ანქსიოლიზური, ანტიობსესიური მოქმედება,

პოსტტრესული აშლილობების, ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობების და ე.წ. დიდი დეპრესიების ეპიზოდების რედუცირებაში (McDougle C.J., Epperson S.N., Pajon G.H. et al., 2006). როგორც ირკვევა, რისპერიდონის ზრავალმხრივი ანტიფსიქოზური ეფექტი ხორციელდება ამ მედიკამენტის აფინიტეტით დოფამინის DDD-2, სეროტონინის- 5HT -2 და ალფა-ადრენერგიული რეცეპტორების მიმართ. რისპერიდონი, ავადმყოფისათვის აღვილად ასათვისებელი მედიკამენტი, წარმატებით შეიძლება გამოვიყენოთ ამბულატორულ პირობებში. კლასიკური ანტიფსიქოზური მედიკამენტებისაგან განსხვავებით, იგი არ აუარესებს ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხს. Аведисова А.С., Чахава В.О., Черних О.В.-ის (2004) ორმაგი პლაცებო-კონტროლირებადი გამოკვლევა ადასტურებს, რომ რისპერიდონი ისეთივე მაღალეფექტურია ე.წ. მოსაზღვრე ფსიქონერვულ აშლილობების დროს, როგორც ეს უკვე ზრავალმხრივ არის დადასტურებული შიზოფრენიის მკურნალობაში. იგი რეკომენდებულია გენერალიზებული შფოთვის, ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის, დიდი დეპრესიების, დეპერსონალიზაციურ, დისფორმულ და სხვა სახის ქრონიკულად მიმდინარე ნევროზული დონის აშლილობათა მკურნალობაში.

XII. დისმორფული აშლილობების მკურნალობა

მე-20 საუკუნის მეორე ნახევრამდე სხეულის დისმორფოზოზიური აშლილობის სამკურნალოდ ძირითადად გამოიყენებოდა ფსიქოთერაპიული მეთოდები. “ჯადოსანი” ფსიქოთერაპევტის დიდ წარმატებად მიიჩნეოდა პაციენტის გადარწმუნება კოსმეტიკური ოპერაციის აუცილებლობისაგან. ცხადია, ფსიქოთერაპიული მეთოდები, მათ შორის, ე.წ. ქცევითი (ბიჰევიორული) ფსიქოთერაპია წარსულში ზედმიწევნით

და დეტალურადაა დამუშავებული და კლინიკურ ფსიქიატრიაში დადებით შედეგებს უზრუნველყოფდა ფსიქოგენურად განვითარებული ისტერიული ნევროზების და ზოგიერთი ნევროზისმაგვარი დაავადებების მკურნალობაში. ფსიქოთერაპიული მეთოდები, როგორც ითვალისწინებს პიროვნებაზე ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებას, გამოიყენება მედიკამენტურ საშუალებებთან კომბინაციაში და უეჭველად აძლიერებს თერაპიულ ეფექტს ნებისმიერი დაავადების მკურნალობაში. ისინი ხელს უწყობენ თუნდაც მძიმე სომატოგენური დაავადების მიმდინარეობაში გამოჯანმრთელების პროცესს. ამასთან ერთად, მეთოდების შესაძლებლობანი რომ არ იყოს შეზღუდული, არ იქნებოდა აუცილებელი კოლოსალური მასშტაბის ფარმაცევტიული ინდუსტრიის შექმნა და წარმოებული ფუნქციონირება. ცხადია, თანამედროვე განვითარებულმა წამალთწარმოებამ შეზღუდა ფსიქოთერაპიის ყოვლისშემძლეობის მითი, მაგრამ, სამაგიეროდ, ამ მეთოდების სრულყოფამ და დამუშავებამ მას უფრო რაციონალური ასპარეზი განუსაზღვრა, როგორც სწორედ ამ ასპარეზის ფარგლებში ყველაზე ეფექტიურ და სასარგებლო მეთოდს.

დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში ფსიქოთერაპიული მეთოდების ეფექტურობის შესახებ მეცნიერული კვლევები და ამის შესახებ ლიტერატურა მცირერიცხოვანია, მაგრამ სათანადო ძიებით შეიქმნა შესაძლებელი მოგვეპოვებინა ზოგიერთი საინტერესო გამოკვლევა, რომლებიც გვაუწყებს, რომ დისმორფოფობიის მკურნალობაში გარკვეულ დადებით თერაპიულ ეფექტს უზრუნველყოფს ე.წ. კოგნიტიური-ბიჰევიორული თერაპიის მეთოდები (Naziroglu F., Khemiani-Patel S., 2002), რაც გამოიყენება კომბინაციურად, შემეცნებითი, ანუ კოგნიტიური, რესტრუქტურიზაციის მეთოდების სახით. მათი მიზანია, დათრგუნოს აკვიატებული აზრები, საკუთარი სხეულის ან რომელიმე

ნაწილის ნაკლოვანების შესახებ და შემეცნების კომპონენტთან ერთად განსაზღვროს ქცევა, რათა შესაძლებლობის ფარგლებში შემცირდეს სოციალური გაჯეტობა და აკვიატებული ქმედებანი (მაგალითად, საკუთარი სხეულის ხშირი თვალიერება სარკის წინ, გადაჭარბებული ძიება რაიმე ნაკლის აღმოსაჩენად). ამ სახის ჩვევებისაგან განთავისუფლებისათვის ადრე მიმართავენ ე.წ. ექსპოზიციურ თერაპიას (Marks I., Mishan J., 1988), რომელიც გარკვეულად ეფექტურია კოგნიტიურ და ბიჰევიორულ ხერხებთან კომბინირების პირობებში. ამ მეთოდით Cromarty P., Marks I. (1995)-მა 17 ავადმყოფს ჩაუტარეს მკურნალობა ყოველდღიურად, კვირის განმავლობაში 90-წუთიანი სეანსების ჩატარების შედეგად, მნიშვნელოვნად შემცირდა დისმორფოფობიური ჩივილების სიმწვავე. იმავე მეთოდით Naziroglu F., McKay D., Todago J. et al. (1996)-მა 13 ავადმყოფს, ხოლო Wilhelm S., Otto M., Lohr B. et al. (1999)-მა 17 პაციენტს ჩაუტარეს ჯგუფური კოგნიტიურ-ბიჰევიორული სეანსებით მკურნალობა იმავე ვადებით და 4 სეანსის ჩატარების შემდეგ 92% ავადმყოფში მიიღეს დისმორფული აშლილობების მნიშვნელოვანი შემცირება. McKay D. (1999)-მ 10 ავადმყოფს ჩაუტარა მკურნალობა, მხოლოდ ბიჰევიორული (კოგნიტიურის გარეშე) მეთოდით და აღნიშნავს, რომ მიიღო სტაბილური (2-წლიანი) გაუმჯობესება. სხვა შემთხვევებში (Rosen J., Reiter J., Orosan P., 2002; Veale D., Gournau K., Driden W. 1996), მხოლოდ ბიჰევიორული ან მხოლოდ კოგნიტიური მეთოდებით ჩატარებული სეანსებით მიღებული გაუმჯობესება აღმოჩნდა არამყარ. Bloch S., Glue P. (1988) ხაზს უსვამენ დისმორფოფობიის კლინიკურ პეტეროგენს: ა, რითაც ცდილობენ ახსნან, რომ ამა თუ იმ მეთოდით მკურნალობა ყოველთვის წარმატებული არ იქნება. მათ მიერ 20 ქალიშვილს, რომელნიც თვლიდნენ, რომ ჰქონდათ წარბების არასწორი ფორმა, გამუდმებით იყურებოდნენ სარკეში, აღენიშნებოდათ გუნებ-განწყობის მკვეთრი დაქვეითება, მკურნალობამ ფსიქოთერაპიული

სქანსებით 20 თვის მანძილზე მისცათ დადებითი ეფექტი. ყველანი გამოჯანმრთელდნენ, გააგრძელეს სწავლა და შემდეგში ექიმი დასჭირდათ თუ არა ავტორები. არ გვაუწყებენ. მათი მტკიცებით, მსგავს შემთხვევებში ფსიქოდინამიკურად ორიენტირებული ფსიქოთერაპია ეფექტურია. თუმცა თვლიან, რომ ამ მეთოდების გამოყენება მწვავე დისმორფული აშლილობის სამკურნალოდ მიზანშეწონილი არ არის. აღნიშნული ფსიქოთერაპიული მეთოდები ფსიქოფარმაკოლოგიურ ერამდე მასობრივად გამოიყენებოდა, რადგან სხვა, უფრო ეფექტური საშუალებები პრაქტიკულად არ არსებობდა. უნდა აღინიშნოს, რომ დღესაც, განვითარებული ფსიქოფარმაკოთერაპიის ეპოქაში, ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპიის მეთოდები ფართოდ გამოიყენება დასავლეთ ევროპისა და ანგლო-ამერიკულ ქვეყნებში, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის სპექტრში შემავალი ნევროზული დონის დაავადებათა მკურნალობაში და, ცხადია, ზოგიერთ შემთხვევებში ისინი დადებით თერაპიულ ეფექტს უზრუნველყოფენ. ამასთან ერთად, საჭიროდ არის მიჩნეული უფრო ფართო და ჰეაღრ ჩარჩოებში ჩატარებული ძიება: თუ რა ხანგრძლივობის და რაოდენობის სქანსების ჩატარება იქნება ოპტიმალური ამ მეტად რეზისტენტული აშლილობის სამკურნალოდ, როდის უნდა მიეცეს უპირატესობა ინდუვიდუალურ ან ჯგუფურ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ მეთოდს და ა.შ. საბოლოოდ არ არის დადგენილი, არის თუ არა საკმარისი მხოლოდ ბიჰევიორული მეთოდი, თუ აუცილებელია კოგნიტიურ, რესტრუქტურიზაციულ და ბიჰევიორულ მეთოდებთან კომბინირება. მხედველობაშია მისაღები გაწამებული პაციენტის მიერ თვითშეფასების ნაკლებად ინფორმატიული ხასიათი და ხშირად თანმსვლები დეპრესიულობის ხარისხი. ობიექტურად ეფექტიურობის განსაზღვრისათვის ჯერ კიდევ დამაჯერებლად არ არის არგუმენტირებული ცალკეული ფსიქოთერაპიული

მეთოდის ეფექტურობა, მათი ცალ-ცალკე თუ კომბინაციურად გამოყენების აუცილებლობა.

გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტთა უმრავლესობა დაავადებით მიმართავს ექიმს, მით უმეტეს ფსიქიატრს. ამიტომ არასპეციალისტების მიერ ჩატარებული “მკურნალობა”, ცხადია, ნაკლებეფექტურია (Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J. et al., 2001-c) 68-81%-ში, რითაც იწვევს პაციენტთა უკმაყოფილებას, თუმცა კვლავ მიმართავს ახალ “მკურნალს”, არა ფსიქიატრს (Dufresn R.G. et al., 2001).

მწვავე დისმორფული აშლილობის მქონე პაციენტებში ხშირად პრობლემურია დიდი დეპრესიები სუიციდურისადმი მიდრეკილებით. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა რადიკალური მეთოდების გამოყენება ანტიდეპრესანტების დიდი დოზებით, რომლებიც, ანტიდეპრესიულთან ერთად, იჩენს ანტიობსესიურ აქტივობას. პაციენტებს საჭიროა განემარტოს, რომ ფსიქოლოგიური მეთოდები, ცხადია, მნიშვნელოვანწილად შეასუსტებს მათ ტანჯვას და გააუმჯობესებს მათ პიროვნულ აქტივობას, მაგრამ ამით არ შეიძლება შემოისაზღვრონ და აუცილებელია სამკურნალოწამლო ჩარევა. სპეციალურ ლიტერატურაში გვხვდება გამოკვლევები, რომლებშიც ხაზგასმითაა მითითებული, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობის, განსაკუთრებით მწვავე დისმორფოფობიის რეღუცირება, მხოლოდ ფსიქოლოგიური მეთოდებით შეუძლებელია (Phillips K., McErlou S., Keck J., 1993 -b), ანტიობსესიურ ანტიდეპრესანტებთან ფსიქოთერაპიული მეთოდების გონივრული კომბინირებით მნიშვნელოვნად შემცირდება დაავადებით გამოწვეული ემოციური დარღვევები.

სხეულს დისმორფული აშლილობის მქონე ავადმყოფები, განსაკუთრებით ბოღვითი დისმორფომანიით შეპყრობილნი, დარწმუნებულნი, რომ მათი დაავადება არ ემორჩილება ფსიქოთერაპიული მეთოდებით მკურნალობას, გადაინაცვლებენ ქირურგ-კოსმეტოლოგთან სხეულის “სიმახინჯის” ოპერაციული წესით

ჩასწორებისათვის, ცხვირის ხრტილის შეცვლას წიწილის ხრტილით, ხოლო სახის კანის ქრონიკული დაავადებების დროს დერმატოლოგებთან, კანის დეფექტების გამოსასწორებლად, მოითხოვენ სახის კანის გადაჭიმვას, (Phillips K.A., 1996-c.; Veale D., 2000) და ა.შ. სამწუხაროდ ასეთმა რადიკალურმა მეთოდებმა, რასაკვირველია, ვერ გააძარტლა ბოდვითი დისმორფომანიის მკურნალობაში, მაშინ, როდესაც კოსმეტიკური მიზნით “ულამაზო”, კეხიანი ან დეფექტური ცხვირის რეკონსტრუქციის მიზნით ჩატარებული ოპერაციების შედეგებით როგორც პაციენტების, ისე მათი პატრონების დიდი ნაწილი უკმაყოფილოა, რადგან დადებითი ეფექტი ამ შემთხვევებში, ოპერაციის შემდეგ, სამწუხაროდ, 7% არ აღემატება (Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J. et al., 2001; Cotteril J., 1996; Fukuda C., 1977). ასეთი რადიკალური მეთოდით ჩატარებული მკურნალობის შედეგით უკმაყოფილო და სასოწარკვეთილ ავადმყოფებში მატულობს სპეციდური ცდები (Phillips K.A., 1991).

განსაკუთრებით პრობლემატურია ბოდვითი დისმორფომანიის ნოზოლოგიური განსაზღვრა. საკითხის გართულებისაგან თავის არიდების ყველაზე უკონფლიქტო გზა არის მისი განიხილვა შიზოფრენიის ნაირსახეობად. ამ კონცეფციის ორთოდოქსული მომხრეები რუსულენოვანი ფსიქიატრები არიან, რომლებიც განსაკუთრებით ყურადღებას უთმობენ ბოდვითი იპოქონდრიის სიმპტომებს, რაც ფენომენოლოგიურად მოგვაგონებს შიზოფრენიას და ფსიქიატრიაში ორთოდოქსული ნოზოლოგიზმის პოზიციების დაცვისათვის ნაკლებად ითვალისწინებენ იმ ფუნდამენტურ ნიშნებს, რომელნიც მათ განასხვავებს. ჩვენი აზრით, განსაკუთრებული რეზისტენტობა (L.E.Boddock, 1982; Phillips, 2002) და ა.შ. ყოველგვარი ნორადრენერგიული და დოფამინერგიული ანტიფსიქოზური მკურნალობის უეფექტობა და

გაცილებით უკეთესი რეაგირება ანტიობსესიური, სეროტონინერგიული მოქმედების მედიკამენტებით მკურნალობაზე სრულიად არ ემთხვევა ბოლვიით შიზოფრენიისათვის უკვე დიდი ხნის წინ დადგენილ კანონზომიერებას. შიზოფრენიის გამოსავალი თავისებურ შიზოფრენიულ დეფექტში, ამ ურთულესი დაავადების ყველაზე პათოგნომური ნიშანია და, შესაბამისად, პრინციპულად განასხვავებს დისმორფოფობიის გამოსავლისაგან, დეფიციტარული (ნეგატიური) სიმპტომების არაპროცესუალური ბუნებით. ცხადია, ამ საკითხის გადაწყვეტა შეუძლებელია ორიოდე არგუმენტით, მაგრამ ფსიქიატრიაში სადისკუსიოდ მისი დასმა გასაკვირი არ არის. ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიურად დამოუკიდებელ დაავადებათა შორის დიფერენცირებისათვის ძირითადად ფენომენოლოგიური მსგავსების უკმარისობაზე ჯერ კიდევ გასული საუკუნის დასაწყისში მიუთითა E. Krepelin-მა და ახალ თაობას მოუწოდა გამოემუშაებინა ახალი, არა ვერბალური, არამედ უფრო ობიექტური ნეიროდინამიკური, ან ნეიროანატომიური სადიფერენციაციო კრიტერიუმები. მეოცე საუკუნის ორმოცდაათიან წლებში ბიოლოგიური ფსიქიატრიის შექმნით, ხოლო კლინიკურ ფსიქიატრიაში ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდების დიფერენციალური დამუშავება-ჩატარებით, თუ მთლიანად არა, ნაწილობრივ მაინც შესრულდა დიდი E. Krepelin-ის ანდერძი, ნაადრევი ჭკუასუსტობის (შიზოფრენიის) დიფერენცირების პრობლემა შიზოფრენიისმაგვარი, არა პროცესუალური დაავადებებისაგან. კერძოდ, დისმორფული აშლილობა და თუნდაც, როდეთი დისმორფომანია აუცილებლად და ყოველთვის არ უნდა იყოს განხილული შიზოფრენიის თუნდაც შემსუბუქებულ ვარიანტად. სრულიად ობიექტურად ამ ტიპის დაავადების სიმპტომები ე.წ. “ანტიშიზოფრენიულ”, ძირითადად დოფამინერგიული, ფსიქოლეფსიური პრეპარატები, არსებითად უძლურნი აღმოჩნდნენ ბოლვიითი დისმორფული აშლილობის

რედუცირებაში. მაშინ, როდესაც ე.წ. სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტები, შიზოფრენიის მკურნალობაში, მხოლოდ აფექტურ აშლილობათა მარედუცირებელი, ფენომენოლოგიურად ურთულესი შიზოფრენიების (E.Bleuler-ს შეხედულებით) მკურნალობაში მხოლოდ დამხმარე საშუალებებია. დისმორფოფობიურ, დეპერსონალიზაციურ და ე.წ. ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის შემადგენლობაში გაერთიანებულ ქრონიკულად მიმდინარე ნევროზული დონის აშლილობათა მკურნალობაში კი ისინი წარმოადგენენ ეტაპურ და არჩევით სამკურნალო საშუალებებს.

თანამედროვე სპეციალურ ლიტერატურაში ამ მოკლე პერიოდში საკმარისი გამოცდილება დაგროვდა დისმორფოფობიის სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორებით მკურნალობასთან დაკავშირებით. ზოგიერთ ღია ფარმაკო-კლინიკურ გამოკვლევებში, ამ კლასის მედიკამენტების გამოყენების შედეგად მიღებულია დადებითი თერაპიული ეფექტი დაახლოებით 63%-ში (Albertini R.S., Phillips K.A., 1999; Hollander E., Leibowitz M.R., Winchel R. et al., 1989; Hollander E., Cohen L., Simeon D. et al., 1994; Perugi G., Giannotti D. et al., 1996; Phillips K.A. et al., 1993-a,b; და ა.შ.). ორმაგი ბრმა ჯვარედინა კვლევის მეთოდით ნაჩვენებია კლომიპრაமிნის უპირატესობა *დეზიპრამინთან* შედარებით (Hollander E., Allen A., Kwon J. et al, 1999), რაც მიუთითებს, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობის მატარებელი პაციენტების მკურნალობაში, ისევე, როგორც ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობის გენეზისში სეროტონინერგიული სისტემის როლი უფრო თვალსაჩინოა, ვიდრე ნორადრენალინური ან დოფამინური სისტემების როლზე. დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში, კლომიპრაამინთან ერთად, წარმატებით გამოიყენება: ფლუოქსამინი (ფევიარინი), ფლუოქსეტინი (პროზაკი), პაროქსეტინი (რექსეტინი), სერტრალინი (ზოლოფტი), ციტალოპრამი (ციტიზენი) და ა.შ. (Hollander E. et al., 1989; Phillips K.A. et al., 2001 და 2003 წწ.).

ორმაგი, ბრმა პლაცებო კონტროლირებადი მეთოდით ფლუოქსეტინით მკურნალობდნენ 67 პაციენტს და როგორც აღნიშნავენ, დაახლოებით 50%-ში მიიღეს კარგი თერაპიული შედეგი. საინტერესოა, რომ ფლუოქსეტინი ეფექტური აღმოჩნდა როგორც ჩვეულებრივი, ისე ბოღვითი დისმორფომანიის მკურნალობაში. თუმცა Phillips K.A., Albertini R.S., Rasmussen S.A (2002), მიუთითებენ, რომ იქ, სადაც დაავადების კლინიკურ სურათში ბოღვითი კომპონენტი იყო მარტივი სტრუქტურის, მით უფრო ნათლად გამოვლინდა ამ პრეპარატის თერაპიული ეფექტი. ბოღვითი დისმორფოფობიის დროს კლომიპრამინის ეფექტურობის დასადგენად Hollander E., Allen A., Kwon J. et al. (1999) და სხვა ავტორები გამოკვლევებში მიუთითებენ, რომ საკუთრივ ბოღვისმაგვარი იდეები შინაარსობრივად რაც უფრო რთულდებოდა, მით უფრო მატულობდა დადებითი რეაქცია კლომიპრამინით ზემოქმედებაზე.

რაც შეეხება სეროტონინის სინაფსური ნაპრალებიდან უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების ანტიდისმორფოფობიური მოქმედების საკითხს, იქ, სადაც ეს მოქმედება არასაკმარისად ჩაითვადა, ამის მიზეზების შესწავლას მიეძღვნა ერთი ღია გამოკვლევა, რომელიც იძლევა რჩევას, რომ სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტის კომბინირებით ტრანკვილიზატორ *ბუშპირონთან*, მნიშვნელოვნად გაძლიერდება მათი ანტიობსესიური მოქმედება. Phillips K.A.-მა (1996-b) 13 პაციენტიდან 6 პაციენტში მიიღო კარგი თერაპიული ეფექტი. საინტერესოა, რომ სეროტონინერგიულ ანტიდეპრესანტებთან ერთად დოფამინერგიული ანტიფსიქოზური ნეიროლეფსიური პრეპარატი: ეს კომბინირებამ გამოიწვია თერაპიული ეფექტის არა მატება, არამედ, პირიქით, 15,4%-თ შემცირება (Phillips K.A., Albertini R.S., Siniscalchi S.M. et al., 2001-d).

ამრიგად, დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში მრავალრიცხოვანი კვლევის შედეგების შეფასებისას, გარკვეული წინააღმდეგობის მიუხედავად, ჩვენი საკუთარი

დაკვირვების მასალები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ სადღეისოდ დისმორფული აშლილობის სამკურნალოდ ე.წ. სეროტონინერგიული მოქმედების მედიკამენტებს — კლომიპრამინს (ანაფრალინი), ფლუოქსამინს (ფევიარინი), პაროქსეტინს (რექსეტინი), სერტრანილს (ზოლოფტი) აღტერნატივა არ გააჩნია რაც შეეხება ფლუოქსეტინს (პროზაკი) და ციტალოპრამის (ციტიზენი, ციტალეპი) და ა.შ. ანტიობსესიური მოქმედება შედარებით ნაკლები აღმოჩნდა; ჩვენი დაკვირვების საპირისპირო შეხედულებას ლიტერატურაში ვერ შევხვდით. ამდენად, *კლომიპრამინი, ანტიობსესიური ეფექტის მომცემი პირველი მედიკამენტი, დღემდე რჩება ეტალონურ და არჩევით ანტიობსესიურ მედიკამენტად.*

ცხადია, მსოფლიო მასშტაბით მრავალწლიანი და ჩვენი მოკრძალებული გამოცდილება, როდესაც ფაქტობრივად მოურჩენელი და ქრონიკულად მიმდინარე დისმორფოფობიური, დეპერსონალიზაციური, ანორექსიული და სხვა სახის ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებების დროს, თუნდაც სხვადასხვა ხანგრძლივობის რემისიის მიღების შესაძლებლობა აღგვიძრავს პროფესიულ სიამაყეს, რომ უკვე შეგვიძლია მნიშვნელოვნად შევამსუბუქოთ და ზოგჯერ სრულიად გავათავისუფლოთ პაციენტები ქრონიკული დისმორფული აშლილობით გამოწვეული ტანჯვისაგან. აქვე ისიც უნდა მივიღოთ მხედველობაში, რომ მსგავსი ეფექტი არ ნიშნავს დაავადებისაგან საბოლოო თავის დაღწევას და მორჩენას. საჭიროა რემისიის განმტკიცება, მედიკამენტების ხანგრძლივი და რაციონალური დოზების გამოყენებით, რადგან მკურნალობის თვითნებური, ექიმთან შეუთანხმებლად შეწყვეტა ან ამა თუ იმ სტრესოგენული ფაქტორების ზემოქმედებით შესაძლებელია რეციდივი. ამასთან ერთად, უნდა გვახსოვდეს, რომ დისმორფული აშლილობის დროს, ზოგიერთი შემთხვევა აღმოჩნდება მკურნალობისადმი განსაკუთრებით რეზისტენტული, რომელიც სასოწარკვეთილებამდე მიიყვანს ექიმსაც და

პაციენტსაც. მსგავს შემთხვევაში ბევრია დამოკიდებული ექიმის პროფესიონალიზმზე, რაც დაეხმარება მას საკუთარი მისიის შესრულებაში; *მკურნალი, რომელიც მკვდივად ზრუნავს სპეციალობის განუწყვეტელ სრულყოფაზე გამონახავს გზას დაბრკოლების გადასალახად.*

კოსმეტიკური ქირურგიული მეთოდით ჩასწორებული დეფექტის მიუხედავად, ბოდივითი დისმორფომანია ყოველთვის არ განიცდის რედუცირებას, პირიქით, არაიშვიათად ხდება მისი გამყარება, როდესაც პაციენტი უკმაყოფილოა, მაგალითად, ცხვირის ოპერაციის შედეგით, ზოგჯერ მართლაც კეხიანმა და ოდნავ გრძელმა, მაგრამ სწორმა ცხვირმა კოსმეტიკური ოპერაციის შემდეგ განიცადა დეფორმაცია, რის გამო ექიმი კოსმეტოლოგი ხდება აგრესიის ობიექტი. ერთი ჩვენი პაციენტი, რომელმაც კოსმეტიკური მოტივით გაიკეთა ცხვირის ოპერაცია, უკმაყოფილო დარჩა შედეგით და დისმორფოფობია გადაეზარდა დისმორფომანიაში. განუვითარდა შიში, შეგრძნება, რომ ცხვირზე ოდნავი შეხებითაც კი მოძვრებოდა ნაოპერაციევი, დეფორმირებული ცხვირი. საინტერესოა, რომ სამკურნალოდ გამოყენებული ნორადრენერგიული მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტულის დისმორფომანიური ბოდივის რედუცირება გახდა შესაძლებელი ანტიობსესიური კლომიპრამინისა და რისპერიდონის მცირე დოზებით (2-4 მგრ) მკურნალობის ჩატარებით.

გასული საუკუნის სამოცდაათიან წლებიდან ობსესიურ-კომპულსური სპექტრის აშლილობების და მათ რიცხვში დისმორფული აშლილობის სამკურნალოდ გამოიყენება სხვადასხვა კლასის ანტიდეპრესანტები: ფერმენტ *მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები* – ფენელზინი, ტრანსამინი, ნიალამიდი და ა.შ.; ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები – იმიპრამინი, ამიტრიპტილინი, კლომიპრამინი და ა.შ., დაბოლოს

ახალი თაობის სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტები – ფლუოქსამინი, ფლუოქსეტინი, სერტრალინი, კაროქსეტინი და სხვები; ე.წ. ბოდვითი დისმორფომანიის, ზოგიერთ შიზოფირმული სიმპტომების მკურნალობაში ანტიობსესიური მედიკამენტების მარედუცირებელი მოქმედების პოტენცირებაში უპირატესობა გამოამჟღავნეს კლასიკური ნეიროლეფსიური პრეპარატებიდან პერფენაზინის (ეტაპერაზინი) და ახალი თაობის სეროტონინერგიულ რისპერიდონის მცირე დოზებმა. (Holander E., Liebowitz M.R., 1989). სავარაუდოა, რომ მომავალშიაც მოხდება სეროტონინის სინაფსური ნაპრალებიდან უკუმიტაციების სელექტიური ინჰიბიტორების შედარებით უფრო მაღალეფექტური მედიკამენტების სინთეზი, რომლებიც დაგეგმვარება ე.წ. იდიოპათიური დისმორფოფობიის წარმაცებულ მკურნალობაში.

Hollander E., Liebovitz, M.R., Winchel R. et al. (1994)-მა 30 პაციენტის რეტროსპექტული კვლევის შედეგად აღნიშნავენ, რომ სეროტონინის უკუმიტაციების მედიკამენტებით მკურნალობამ გამოიღო დადებითი შედეგი 58%-ში მაშინ, როდესაც ტრიციკლური, ნორადრენერგიული მოქმედების ანტიდეპრესანტების (იმიპრამინი, ამიტრიპტილინი და სხვ.) გამოყენებით ეფექტურობა არ აღემატებოდა 5% (Phillips K.A., McErlou S.L., Keck P.E., 1993) შემდეგში ამ გამოკვლევების გაფართოვებამ (Phillips K.A., 2002) დაადასტურა Hollander E., Liebovitz M.R., Winchel R. et al. (1994) და Phillips K.A. (1991) მონაცემების ობიექტურობა. ატიპური ანტიდეპრესანტით – ფლუოქსამინით მკურნალობის შედეგად შემთხვევათა ორი მესამედი დაექვემდებარა მკურნალობას (Perugi G., Giannotti D., Vaio S.-1996; და Phillips K.A., Dwight M.M., McElrou S.L., 1998). სეროტონინის სინაფსური ნაპრალებიდან უკუმიტაციების ინჰიბიტორების ერთ-ერთი ახალი ნაწარმით ციტალოპრამით მკურნალობას 15 პაციენტიდან დაექვემდებარა – 11 (Phillips K.A., Najjar F., 2003).

მნიშვნელოვნად მოიმატა პაციენტების აქტივობამ. ორმაგი ფარული ტრანსკულტურალური შერჩევის გარეშე ჩატარებულმა გამოკვლევებით დაადგინდა, რომ დისმორფოფობიის მკურნალობაში კლომიპრამინი გაცილებით უფრო ეფექტური აღმოჩნდა, ვიდრე არასეროტონინული ანტიდეპრესანტები. Hollander E., Allen A., Kwon J., 1999)-ის მიერ ჩატარებულმა ერთადერთმა პლაცებო კონტროლირებადმა გამოკვლევამ დაადგინა, რომ ანტიდეპრესანტი ფლუოქსეტინი იყო უფრო ეფექტური, ვიდრე პლაცებო (Philips K.A., Albertini R.S., Rasmussen S.A., 2002). ბოდიეთი დისმორფოფობიის მკვეთრი რეზისტენტობის გადალახვა ჯერ სცადა Broddock L.E.-მ (1982) ტრიფლუპრომაზინისა და იმიპრამინის დიდი დოზების კომბინირებით, შემდეგ ელექტროკონვულსიური მეთოდის გამოყენებით, მაგრამ უშედეგოდ. შემდეგში Janike M.A. (1984) სცადა იმიპრამინით, ამოქსაპინით, ამიტრიპტილინით და ტრანსამინით რეზისტენტობის გადალახვა, მაგრამ მხოლოდ ტრანსამინის 30 მილიგრამი სადღეღამისო დოზა გამოდგა ამ შემთხვევაში ეფექტური. როგორც ჩანს, შემდეგ კვლევებში ვეღარ დაადასტურეს ტრანსამინის ანტიდისმორფოფობიური აქტივობა, რადგან ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ამ უპირატესობის შესახებ ცნობები აღარ შეგვხვედრია. სპეციალურ პუბლიკაციებში უფრო ხშირად ქვეყნდება კვლევის შედეგები დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში ლომიპრამინის, ფლუოქსამინისა და პაროქსეტინის ეფექტიურობის შესახებ. როგორც ირკვევა, სხვა ანტიდეპრესანტებთან შედარებით, სწორედ ამ სამი ანტიდეპრესანტის უფრო მაღალი ეფექტი უწყობს ხელს მათ პოპულარობას. ხანგრძლივად გამოყენებული ფლუოქსამინის საშუალო სადღეღამისო დოზა (250 მგ), უზრუნველყოფს რეზისტენტული დისმორფული აშლილობის მნიშვნელოვან რედუცირებას (Hollander E. et al., 2000).

რაც შეეხება ახალი თაობის ე.წ. სეროტონინერგიულ ანტიდეპრესანტებს და კლომიპრამინს, დღემდე ისინი რჩებიან დისმორფოფობიური რეზისტენტობის თუნდაც ნაწილობრივად გადალახვის საშუალებებად. პრეპარატ ციტალოპრამით მკურნალობამ კვლავ გაიმეორა ისეთივე ხარისხის ეფექტი, რომელიც უზრუნველყოფლუოქსეტინმა (Yamada M., Kobashi K., Shigemoto T. et al., 1978), ფლუოქსამინმა (Hollander E., Cohen L., Simeon D., 1994; Perugi G., Giannotti D. Di Vaio S. et al., 1996; Phillips K.A., Dwight M.M., McElrou S.L., 2003; Phillips K.A., Najjar F., 2003) და ა.შ. ორმაგი, ბრმა, კონტროლირებადი კვლევით 29 პაციენტზე გამოიყენეს კლომიპრამინი (Hollander E., Allen A. Kwon J. et al., 1999) და სხვა არასეროტონინური ანტიდეპრესანტები. დაადგინეს, რომ ამ თვალსაზრისით ყველა მათგანიდან ჭეშმარიტი ანტიდისმორფოფობიური მოქმედება გამოაქვლინა კლომიპრამინმა. ამ უკანასკნელის გარდა მხოლოდ ერთ გამოკვლევაში (Phillips K.A., Albertini R.S., Rasmussen S.A., 2002) გაესვა ხაზი პლაცებოსთან შედარებით ფლუოქსეტინის უპირატესობას. მრავალი მკვლევარის (Phillips K.A., McErlou S.L., Keck P.E., 1994; Phillips K.A., Dwight M.M., McErlou S.L., 1998; Hollander E., Allen A., Kwon J. et al., 1999) გამოცდილებით, სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტები ეფექტური აღმოჩნდა აგრეთვე ბოღვითი დისმორფოფობიის მკურნალობაში იმ დროს, როდესაც ისინი ძნელად, მხოლოდ ნაწილობრივ რეაგირებენ დოფამინერგიული ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებით (ტრიფლუპრომაზინი, ჰალოპერიდოლი და ა.შ.) მკურნალობაზე (Phillips K.A., 2002; Broddock L.E., 1982; Janike M.A., 1984 და სხვები).

ცნობილია, რომ სხეულის დისმორფული აშლილობა ხშირად საჭიროებს ანტიოფსესიური მედიკამენტების მაღალ სადღეღამისო დოზებს და მკურნალობის ხანგრძლივ ვადებს, აუქტურ აშლილობებთან შედარებით. ამ თვალსაზრისით ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგენილია, რომ ე.წ. სეროტონინული ანტიდეპრესანტების

საშუალო ეფექტური დოზა მერყეობს: ფლუოქსეტინისათვის $66,7 \pm 23,5$ მგ შორის, ფლუოქსამინისათვის $308,3 \pm 49,8$ მგ; პაროქსეტინისათვის $55,0 \pm 12,9$ მგ და კლომიპრამინისათვის $203,3 \pm 52,5$ მგ (Phillips K.A., Albertini R.S., Siniscalchi J.M. et al., 2002). ზოგი პაციენტის დისმორფული აშლილობა რედუცირებისათვის საჭიროებს კიდევ უფრო დიდი დოზით მკურნალობას. კერძოდ, პაროქსეტინის ან ციტალოპრამის 70-80 მგ დღეში. იმ გამოკვლევებში, სადაც იყო გამოყენებული მაღალი სადღეღამისო დოზები, დისმორფული აშლილობა განიცდიდა რედუცირებას, მხოლოდ 6-9-კვირიანი კურსის ჩატარების შემდეგ. ხოლო ის შემთხვევები, რომლებიც არ ექვემდებარება მკურნალობას ზემოქმედარი სადღეღამისო დოზებით, დასჭირდათ სამკურნალო კურსის გაგრძელება 12-14 კვირის განმავლობაში (Phillips K.A., 2002). მსგავსი “შეუპოვარი” რეზისტენტობის გადასალახავად მიზანშეწონილად მიიჩნევენ სეროტონინერგიული ანტიდეპრესანტების კომბინირებას სეროტონინული ანტიფსიქოზური მედიკამენტების (რისპერიდონი, ოლანზაპინი) მცირე დოზებთან. იქ, სადაც ბოდვითი დისმორფომანიური აშლილობა შიზოფრენიის სტრუქტურაშია მოცემული, მიზანშეწონილად მიიჩნევა ანტიოფსესიური სეროტონინერგიული მედიკამენტების კომბინირება ანტიდოფამინურ ნეიროლეფსიურ პრეპარატებთან, მათ შორის გარკვეული უპირატესობა ენიჭება პერფენაზინს (ეტაპერაზინი) და პიმოზიდს (ორაპი).

ამრიგად, ე.წ. სხეულის დისმორფული აშლილობა მსოფლიო მასშტაბით საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომლის ამბულატორიული მსუბუქი ფორმები გარშემომყოფებისათვის შეუმჩნეველი რჩება. შესაბამისად, დაავადებათა სტატისტიკურ აღრიცხვაშიაც არ შედის, თუმცა ამ დაავადების ძნელად შესამჩნევ გამოვლინებას იმთავითვე უნდა მიექცეს ყურადღება, რადგან პაციენტს

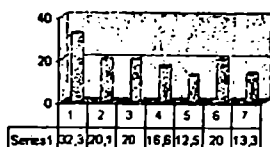
შესაძლებელია ცხოვრებაში შეხედეს სერიოზული გართულებები. დისმორფულ აშლილობათა მკურნალობაში სადღეისოდ გარკვეული დადებითი ეფექტის მომცემია ქცევითი ფსიქოთერაპია და სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები, რომლებიც გარკვეულად ამსუბუქებს ავადმყოფების მდგომარეობას. ცხადია, საჭიროა დაავადების ამ ფორმების ეტიოპათოგენეზის შემდგომი შესწავლის გაღრმავება: სამკურნალო არსენალის გამდიდრებისა და დანერგვის ეფექტური მეთოდების შემუშავება; ამ დაავადების ეპიდემიოლოგიური საკითხების, აგრეთვე, სიმპტომატოლოგიის დაზუსტება და დიფერენცირება სხვა მისი მსგავსი აშლილობებისაგან, პირველ რიგში, იპოქონდრიისაგან; მისი გენეზური კავშირუროთიერობა აფექტური სპექტრის აშლილობებთან, ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობებთან და სომატოფორმულ აშლილობებთან.

დისმორფული აშლილობების ეთიო-პათოგენეზის და სხვა პათობიოლოგიური ფაქტორების შესწავლა ხელს შეუწყობს პრობლემის გადაწყვეტას. ბევრ შემთხვევაში, სასურველი ეფექტურობის სამკურნალო საშუალებების უქონლობის გამო, სასოწარკვეთილი პაციენტი უფრო ხშირად დაჟინებით მოითხოვს ქირურგიულ ან დერმატოლოგიურ მკურნალობას. უარის შემთხვევაში, სასოწარკვეთილი თვითონ ცდილობს ზომების მიღებას (Phillips K.A., 1996; Veale D., 2002). ასეთი ღონისძიება მხოლოდ ავადმყოფების 7% აკმაყოფილებს (Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J., 2001). მსგავსი შემთხვევების არაფსიქიატრიული მკურნალობის მონაცემები დერმატოლოგიისა და კოსმეტიკურ ქირურგიაში საკმაოდ მწირია. მიუთითებენ უკმაყოფილო პაციენტების მიერ სუიციდიისა (Cotterill J.A., Fukuda O., 1977) და მკურნალი ექიმის მიმართ ძალადობის ფაქტებზე (Phillips K.A., 1991).

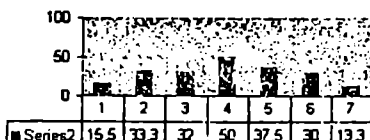
ჩვენ მიერ დისმორფული აშლილობით 125 ავადმყოფის მკურნალობის შედეგები წარმოდგენილია თანდართულ ცხრილში:

პრეპარატები	ავადმყოფთა რაოდენობა	ბლოკი კარგი რაოდ.	ეფექტი %	კარგი ეფექტი რაოდ.	%	დროებითი რაოდ.	ეფექტი %
1 კლომპრაზინი	31	10	32,25	11	15,5	10	32,25
2 ფლუოქსეტინი	24	5	20,08	8	33,3	11	45,8
3 პაროქეტინი	25	5	20	8	32	12	48
4 სერტრალინი	12	2	16,6	6	50	5	41,7
5 ფლუოქსეტინი	8	1	12,5	3	37,5	4	50,5
6 ციტალპრამი	10	2	20	3	30	5	50
7 კლასიკა	15	2	13,3	2	13,3	11	73,4

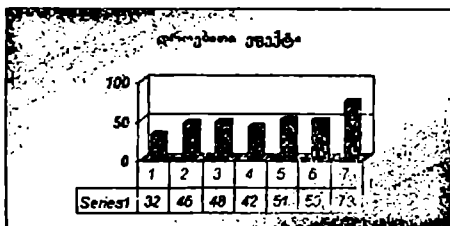
ბლოკი ეფექტი



კარგი ეფექტი



დროებითი ეფექტი



როგორც ცხრილში ილუსტრირებული მონაცემები მიუთითებს, დისმორფული აშლილობის მქონე 125 პაციენტიდან არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა რაიმე გვერდითი თანამოვლენა, რომ საჭირო გამხდარიყო მკურნალობის შეწყვეტა ან ერთი მედიკამენტის მეორით შეცვლა. ყველა შემთხვევაში დანიშნული მკურნალობის შედეგად სხვადასხვა ვადებში, სხვადასხვა სადღეღამისო

დოზებზე, მიღებული იყო დადებითი თერაპიული ეფექტი. ავადმყოფები სუბიექტიურად აღნიშნავდნენ მათ მიერ აღქმული დეფექტის მიმართ აფექტური დაძაბულობის შემცირებას, ყურადღების გადატანის შესაძლებლობას და ნაკლოვანებისაგან გამოწვეულ გუნებ-განწყობის დაქვეითების შემსუბუქებას. აღნიშნული მოვლენები ზოგჯერ ატარებდა დროებით ხასიათს, თუკი არ ხდებოდა სადღეღამისო დოზების გაზრდა, რეკომენდებული ფარგლებში, რომელიც ინდივიდუალურია ყველა მედიკამენტისთვის. კლინიკური გაუმჯობესების ამოიწურვა მკურნალობის შემდეგ ეტაპებზე ან სამკურნალო 45-დღიანი კურსის გატარების პერიოდში, ჩვენ მიერ შეფასებული იქნა, როგორც დროებითი ეფექტი.

იმ შემთხვევაში, როდესაც დისმორფული აშლილობის ძირითადი მახასიათებლები რედუცირდებოდა მკურნალობის დაწყებიდან 45 დღის განმავლობაში, სადღეღამისო საშუალო ან მაქსიმალური დოზების გამოყენების დროს და გრძელდებოდა მედიკამენტის მაქსიმალური სადღეღამისო დოზებიდან გამამტკიცებელ დოზებზე გადასვლამდე, ჩვენ მიერ შეფასებული იქნა, როგორც კარგი ეფექტი. დანარჩენ 27 ავადმყოფში მიღებული იქნა დისმორფული აშლილობების სრული ან თითქმის სრული რედუცირება, რომელიც შენარჩუნდა მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, დაახლოებით ერთი წლის განმავლობაში. მსგავსი თერაპიული ეფექტი ჩვენ მიერ შეფასდა, როგორც ძლიერ კარგი.

როგორც ირკვევა, ახალი თაობის ე.წ. სეროტონინული ანტიდეპრესანტები და იგივე სეროტონინული-ანტიფსიქოზური მედიკამენტები არ წარმოადგენს დისმორფული აშლილობების სპეციფიკურ სამკურნალო საშუალებებს, მაგრამ აღნიშნული მოქმედების მედიკამენტების თერაპიული აქტივობა, როგორც ჩანს, გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს დისმორფული აშლილობის პათოგენეტიკურ მექანიზმებზე და სწორედ ამ გზით ახდენს დისმორფული აშლილობის ზოგიერთი

გამოვლინების რედუცირებას და დეზაქტუალიზებას. ჩვენ მიერ შემთხვევების გარკვეული ნაწილის კატამნეზური შესწავლის მონაცემები ადასტურებს, რომ დისმორფული აშლილობის მკურნალობაში ახალი თაობის ანტიდეპრესანტების და ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ეფექტურობის ხარისხი ბევრად არის დამოკიდებული სადღეღამისო საშუალო ეფექტური დოზის ინდივიდუალურ შერჩევასა და მკურნალობის ხანგრძლივობაზე, რომელიც უნდა გრძელდებოდეს თვეების (თუ წლების არა) განმავლობაში.

მკურნალობის კურსის თვითნებური შეწყვეტის შემთხვევაში, როგორც წესი, ვითარდება დაავადების რეციდივი.

11. Аведисова, А. С., Чахава, В. О., Черних, О. В. - Оптимизация терапии генерализованного тревожного расстройства с помощью рисперидона плацебо-контролируемое исследование (Ж. ПСИХИАТРИЯ, 2004; 06(12), 48-55)
12. Басин, Ф. В., Прангишвили, А. С., Шерозия, А. Е. - К вопросу о дальнейшем развитии научных исследований в психологии (К проблемам установки бессознательного и собственно психологической закономерности. Ж. Вопросы психологии, 1979; 5: 82-96)
13. Бехтерев В. М. - О ненормальных ощущениях и навязчивых обманах чувств. (Обозр. психиат. невропат. и эксп. психол. 1899; 2: 87-90).
14. Вулинк, Н. К. К., Денис, Д. - Телесное дисморфическое расстройство (нарушение переживания собственного тела) (Ж. Соц. и клин. психиатр. 2005, 4: 98-101).
15. Дмитриева, Т. Б. - Динамика психопатии (Клинические варианты биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции). Автореферат дис. ДМН, Л. 1990 г.
16. Досужков, Ф. Н. - К вопросу о дисморфофобии (Ж. Н и П. 2; 1: 132-7).
17. Жане, П. - Неврозы; М. 1911.
18. Коллюцкая, Е. В. - Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра (Автореферат дисс. ДМН. М. 2001).
19. Коркина, М. В. - О клиническом значении синдрома дисморфофобии. (Собщение 1. О феноменологической принадлежности синдрома дисморфофобии. (Ж. Н. и П. 1959; 8: 994-1000).
20. Коркина, М. В. - О клинической значимости дисморфофобии (Сообщ. 11 - Об одном из вариантов начальной стадии шизофрении) (Ж. Н. и П. 1961; 1: 109-13).

11. Коркина, М. В. - Синдром дисморфомании (дисморфофобии) и психопатизация личности. (Ж. Н. и П.; 1965; 8: 1212-7).
12. Коркина, М. В. - Клиника дисморфофобических расстройств. Автореф. дис. ДМН, М. 1968.
13. Коркина, М. В. - О некоторых чертах нозологической специфической спецификации синдрома дисморфофобии-дисморфомании. (В кн: Нозологические видоизменения психопатологии синдромов. под ред. Г. В. Морозова и М. Г. Гулямова. 1974 Душанбе.,
14. Коркина, М. В., Зейгарник, Б. В., Ничипоров, Б. В. - Сравнительный анализ отношения к вопросу физического образу в норме и у больных с дисморфоманическими расстройствами. (Ж. Н. и П. 1981; 12: 1822-8)
15. Коркина, М. В., Мариллов, В. В. - Особенности Формирования и психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта. (Ж. Н. и П. 1987; 11: 1697-700).
16. Курашов, С. В. - О бредовой форме Шизофрении. (В кн.: Тр. ВНИП конференции посв. 100 Л. со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии 20-27 мая 1954 г. М. 1955: 152-6.
17. Левитин Л. В. - К вопросу о патологических идеях недержания кишечных газов. (Ж. Н. и П. 1962; 1: 138-43)
18. Личко, А. Е. - Подростковая психиатрия Л. 1979.
19. Меерович, Р. И. - Расстройство схемы тела при психических заболеваниях. Л. 1948ю
20. Морозов, П. В. - Юническая Шизофрения с дисморфофобическими расстройствами Автореф. дис. КМН, М. 1977.
21. Наджаров, Р. А., Штернберг, Э. Я. - Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте. (Ж. Н. и П. 1975; 10: 1374-85)
22. Николаев, Ю. С. - О сензитивном бреде физического недостатка и его нозологической принадлежности. Автореф. дис. КМН, М. 1945.
23. Новлянская, К. А. - Об одной из форм затяжных патологических реакции в пубертатном возрасте. (синдром дисморфофобии. (Ж. Н. и П. 1960; 7: 891-4.

24. Озерецковский Д.С.-К учению о навязчивых галлюцинациях (В тр.:психиат.клиники 1-го М.мед.инст-та 1926;2:267-81).
25. Осипов,В.П.-Курс Общего учения о душевных болезнях.1923г.
26. Смулевич,А.Б.-Психопатологические образования и растроис ства личности(К проблеме динамики психопатий. (Ж.Н. и П. 2000;6:8-13)
27. Смулевич, А.Б., Волель, Б.А. - Современные аспекти психофармако терапии растройств личности.(Ж.Психиатрия,2004; 05(11): 7-13).
28. Сухарева,Г.Е.-Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.1959.
29. Шмаонова,Л.М.,Либерман,Ю.И.,Вроно,М.Ш.-Опыт эпидемиоло гического изучения детской шизофрениии (Ж.Н.и П. 1980;10Ж1514-20).
30. Шнейдер,К.- Клиническая психопатология (пер с немецкого- 14-го издания. Киев.1992
31. Abely,P.-La single du miroir dans les psychoses et plus speciale ment dns le demence precoce (J. Ann. med. psychol. 1930;1:26-9).
32. Albertini,R.S., Phillips,K.A.-33 cases of body dismorphic disorder in children and adolescents. (J. Amer. Acad. Child. Adolesc. psychiatry 1999;38:453-9).
33. Alsen, V.- Entstehungsbildungen des phobisch-anankastischen Sindroms. (Arch.Psychiatr.Nervenkr.1970;213:246-9)
34. Altamura,C.,Paluello,M.M., Mundo,E. et al.-Clinikal and subclinical body dismorphic disorder (Eur. Arch.Psychiat. Clin. Neurosc. 2001;251: 105-8).
35. Andreasen,N.C., Bardach,J.- Dysmorphophobia:symptom or disease? (Am.J.Psychiatry, 1977;134:673-6).
36. Bienveny,O.Y., Samuels,J.F.,Riddl,M.A. et al.-The relationship of obsessive-compulsive disorder tu poshtle spectrum dizorders: results from a family study. (J.Biol.Psychatry ,2000;48:287-93).
37. Bleuler,E.- Handbuch der psychiatrye. Berlin,1920.

38. Blivh, S., Glue, P.-PsychoTherapy and Dismorfofobia. A Case Report (Brit.J. psychiatry, 1989;152;2:271-4).
39. Bobby, E.L.- The relationship between body dismorphic disorder and depression self-esteem, somatisation, and obsessive-compulsive disorder. (J. Clin. Psychol. 1998;54:489-99).
40. Bohne, A. et al.-Prevalence of symptoms of body dismorphic disorder and its correlates: a Grossculturae comparison. (J. Psychosomatics, 2000;43:486-90).
41. Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J. et al.- Prevalence of body dismorphic disorder in a German college student sample. (J. Psychiat. Res. 2002;109:101-4)
42. Broddock, L.E.-Dismorphophobia in adolescence. A case report. (Brit.J. psychiatry. 1082;140;2:199-201).
43. Brawman-Minzer, O., Lydiard, R.B., Phillips, K.A. et al.-Body dismorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. (Amer.J. Psychiatry, 1995;152:1665-7).
44. Cloninger, C.R.-A Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states psychiatry rev. (In Cloninger, C.B. 1986;43:167-226).
45. Cloninger, C.R.-Biology of personality dimensions (In.: Cloninger, C.R.-Curr. Opin psychiatry, 2000;13:611-66).
46. Coccaro, E.F., Siever, L.J.-Neuropsychopharmacology of personality disorders psychopharmacology fourth generation progress. New York 1996:575-911).
47. Connolly, F.H., Gipson, M.-Dysmorphobia-a Long-term Study (Brit.J. Psychiatry, 1978;7:568-70)
48. Corove, M.B., Glegves, D.H.-Body dismorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. (Clin. Psychol. Rev. 2001;21:949-70).
49. Cotterill, J.A.-Body dysmorphic disorder. (J. Psychopharmacology, 1996;14:457-63).
50. Cotterill, J.A., Cunliffe, W.J.-Suicide in dermatological patients. (Br.J. Dermatol. 1997;137:246-50).

51. Cramarty, P., Marks, I. - Does rational role-play enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia A case study. (Br.J. Psychiatry, 1995; 167:99-102.).
52. Craven, J.L., Rodin, G.M. - Ciproheptadiene dependence associated with an atypical somatoform disorders. (Can.J Psychiatry 1987
53. De Marco, L.M., Li, L.C., Phillips, K.A. et al. - Perceived stress in body dysmorphic disorder. (J.Nerv.Ment.Dis., 1998; 186:724-6).
54. Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. et al. - A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatology surgery practice. (J.dermat.Surgery.2001;27:457-62)
55. Faravelli, C., Salvatori, S., Gelassi, F. et al. - Epidemiology of somatoform disorders; a community in Florence (Soc.Psychiatry 1997;32:24-9)
56. Fawcett, R.C. - Olanzapine for the treatment of monosymptomatic implications for its validity as DSM-III-R clinical syndrome. (J.Psychol. Rep. 1989;64:655-8)
57. Fitts, S.N., Gibson, P., Redding, C.A. et al. - Body dysmorphic disorder: implications for its validity as DSM-III-R, clinical syndrome. (J.Psychol.Res.1989;64:655-).
58. Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. et al. - Obsessive-compulsive disorder: a comparison of clinical features. (Europ.Psychiatry, 2004, 19:292-8).
59. Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Mussi, T.C., et al. - The man with the purple nostrils: a case of trichotillomania secondary to body dysmorphic disorder. (Acta psychiat. Scand.2002;106:464-6).
60. Fucuda, O. - Statistical analysis of dysmorphophobia in out-patient clinic. (Jap.J.plast. Reconstruct. Surg.1977;20:569-77).
61. Grant, I.E., Won Kim, C., Crow, S.J. - Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. (J.Clin.Psychiatry, 2001;62:517-22).
62. Gunstad, J., Phillips, K.A. - Anxiety comorbidity in body dysmorphic disorder. (Compr.Psychiatry, 2003;44:270-6).
63. Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R. et al. - Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers (Am.J.Psychiatry, 1989, 146:768-70.).

64. Hollander, E., Neville, D., Frenkel, M. et al. - Body dysmorphic disorder Diagnostic issues and related disorders. (J. Psychosomatics 1992;33:156-65).
65. Hollander, E., Cohen, J.J., Simon, D. - Body dysmorphic disorder. (Psychiatr. Ann. 1993;23:357-64).
66. Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R. et al. - Treatment of body dysmorphic disorder. (J. Clin. Psychopharmacol. 1994;14: 75-&
67. Hollander, E., Wong, C.M., - Body dysmorphic disorder: pathological gambling, and sexual compulsions. (J. clin. psychiatry, 1995, 56 (suppl.):7-12).
68. Hollander, E., Cohen, L., Simeon, D. et al. - Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. (J. Clin. Psychopharm. 1994) 14:75-7).
69. Hollander, E., Allen, A., Kwon, J. et al. - Clomipramine vs desipramine crossover in body dysmorphic disorder selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. (Arch. Gen. Psychiatry, 1999;56:1033-9).
70. Holdon I.J. - K O R O syndrome associated with alcohol-induced systemic disease in a Zulu. (Brit. J. psychiatry. 1987;151,11:695-7).
71. Janet, P. - Les obsessions et La psychasthénie. Paris, 1903
72. Jenike, M.A. - A Case report of successful treatment of dysmorphophobia with tranylcyprom. (Am. J psychiatry, 1984;141; 11:1463-4).
73. Jshigooka, J., Jwgo, M., Suzuki, M. et al. - Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. (Psychiat. Clin. Neurosci. 1998;52:283-7)
74. Koot, V.C., Peters, P.H., Granath, F. et al. - Total and cause specific mortality among Swedish Women with cosmetic breast implants: prospective study. (Br. Med. J. 2003;326:527-8).
75. Korkina, M.V. - The syndrome of dysmorphomania (dysmorphophobia) and the development of psychopathic personality. (Zh. Nevropatol. Psikhiatr. 1965, 1:121-7)
76. Koupemik, C. - La psychose de laideur ou dysmorphophobie. (J. Eutretien de la Bichal. 1862:321-6).

77. Krausz, H.R., Donnelly, N.J., -Remission of self-mutilation in patient with borderline personality during risperidone therapy (J. Nerv. ment. Dis. 1997; 195:348-).
78. Krepelin E., Lange G. -Psychiatrie, Leipzig, 1927.
79. Kretschmer E. -Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.
80. Liberman R. -A propos des dysmorphophobies de l'adolescents. (Rev. Neuropsychiatr. 1974; 27; 10-11:695-9).
81. Links, P.S., Boggik, A., Sarin, N. -Psychopharmacology of personality disorders: review and emerging issues. (Current. psychiatr. report. 2001; 3:70-6.).
82. Lochner, C., Stein, D.J. -Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. (Arch. Womens Ment. Hlth. 2001; 4:19-26.).
83. Lowenfeld I. -Die psychischen Zwangerscheinungen. Wiesbaden, 1975.
84. Mej, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J. -Obsessive-compulsive Disorder. (Wiley, Chichester-New York -Toronto 2000)
85. Marks, I., Mishan, J. -Dismorphophobic avoidance with disturbed bodily perception a pilot study of exposure therapy. (Br. J. Psychiatry, 1988; 152:674-8).
86. Marshall, W.K., Micev, V. -The role of intravenous Clomipramine in disorders of obsessional and phobic disorders. (Scott. Med. J, 1975; 20 [1 suppl.]:42-53).
87. Marsely, E. -Sulla dismorfobia e sulla tafobia due forme nuove ancora descritte di Pazzia con idee fisse (Boll R. Acad. Genova-1891; 6:110-9).
88. McDougle, C.J., Epperson, S.N., Polton, G.H., -A double blind placebo controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. (Arch. Gen. Psychiatry, 2000, 57[8]:794-801).
89. McKay, D. -Two-Year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder (J. Behavior Modification-1999; 23:620-9).
90. Miyaoka, H. -Psychopathological study of dysmorphophobia Follow-up of 28 cases. (Klio J. Med. 1988; 2:217-8)

91. Mukherjale T.-Koro-like states (Brit.J.psychiatr.1987;150;6:881-2).
92. Myslivecek,Z.-Psychiatrie(castobecna) Praha,1949.
93. Mopya,N. et al.-Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the east and west: A preliminary study (Compr.Psychiatry,1993;34:418-23)
94. Naziroglu,F., Yaryura-Tobias,A.J.-Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. (J Behav.Ther.1993;24:431-8)
95. Naziroglu,F., Mc Kay,D., Todaro,J.-Effect of Cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis I diagnoses. (J. Behavior Ther. 1996;27:67-77).
96. Naziroglu,F., Yaryura-Tobias, J.A-A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder.(J Behav.Medificat.1997;21:324-40).
- 97.Naziroglu,F.,Kheniani-patel,S.-Review of cognitive and behavioral treatment for Body dysmorphic disorder. (CNS Spectrums 2002;7:464-7).
98. Otto,M.W., Wilhelm,S.,Cihen,L.S.,et al.-Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. (Am.J psychiatry, 2001;158:2061-3).
99. Perugi,G, Giannotti,D.,Divaoio,S. et al.-Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder(dysmorphophobia) (Int.Clin.Psychopharmacologia-1996;11:247-54).
100. Perugi,G, Akiskal,H.S., Giannotti D.,et al.-Gender-related differences in body dysmorphic disorder(dysmorphophobia) (J.nerv.Ment.Dis.1997;185:578-82).
101. Perugi,G Giannotti,D.,Farare,F.etal-Prevalence phenomenology, and comorbidity of body dysmorphic (Dysmorphophobia) in clinical population. (Int.J.psychiatry clin. pract.;1:77-82)
- 102.Perugi,G,Akiskal,H.S., Lattanzi,L. et al.-The high prevalence of "soft" bipolar features in atypical depression. (Compr. psychiatry, 1998;39:63-71).
103. Philippopoulos,C-The analysis of a Case of dysmorphophobia. (Canad. J psychiatry;1979;29:397-401)
104. Phillips,K.A.,-Body dysmorphic disorder the distress of imaging ugliness.(Am.J Psychiatry,1991;148:1138-49).

105. Phillips, K.A., et al. -Body dismorphic disorder:30 cases of imagined (Am.J.Psychiatry,1993;150:302-8).
106. Phillips, K.A., McErlou, S.L., Keck, P.E., -A comparison of delusional and nondelusional body dismorphic disorder in 100 cases.(J.Psychopharmacol. Bull.1994,30 :179-86).
107. Phillips, K.A., McErlou, L.J., Hudson, J.i., -Body disphormic disorder an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both.(J.Clin.Psychiatry 1995: 41-5).
108. Phillips, K.A., Nierenberg A.A., Brendel, G. et al. -Prevalence and clinical features of body dismorphic disorder in atypical major depression.(J.Ner.Ment.Dis.1996;184:125:125-9
109. Phillips, K.A. -An Open study of buspirone augmentation of response inhibitor in body dismorphic disorder. (J.Psychopharmacol. bull. 1996 -132:175-80).
110. Phillips, K.A., -The broken mirror: understanding and treating body dismorphic disorder. (New York: Oxford University press, 1996.
111. Phillips, K.A., Diaz, S. -Gender differences in body dismorphic disorder. J.Nerv Ment.Dis.1997;185:185-&.)
112. Phillips, K.A., Dwight, M.M., McErlou, S.L. -Efficacy and safety of fluoxetine in body dismorphic disorder.(J Clin Psychiatry, 1998; 59:165-71).
113. Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Wilkel, C.S. -Rate of body dismorphic disorder in dermatology patients (J.Am.Acad. Dermatol. 2000;42:364-441).
114. Phillips, K.A. -Body dismorphic disorder.(In.: Phillips K.A [ed] Somatoform and factitious disorders. Washington: 2001.
115. Phillips, K.A. et al -Surgery and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dismorphic disorder. (J.Psychosomatics, 2001;42:504-10).
116. Phillips, K.A., Albertoni, R.S., Siniscalchi, J.M. et al. -Effectiveness of Pharmacotherapy for body dismorphic disorder a chart-review study.(J.Clin.Psychiat, 2001;62:721-7).

117. Phillips, K.A., Costle, D.J.-Body dysmorphic disorder.(In.: Castle, D.J. Phillips, K.A.[eds] Disorders of body image. Hampshire:Wrightson Biomedical 2002:101-20)
118. Phillips, K.A., Albertini, R.S., Rasmussen, S.A.-A randomised placebo controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder.(Arch.Gen.psych.2002,59:381-8).
119. Phillips, K.A.-Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder review of the evidence and a recommended treatment approach.(CNS SPECTRUM 2002;7:453-60)
120. Phillips, K.A., Najjar, F.-An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder.(J.Clin.Psychiat.2003;64:715-26)
121. Phillips, K.A.-Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness.(J. Words psychiatry, 2004, 1:12-7)
122. Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, R. et al.-A retrospective follow-up study of Body Dysmorphic disorders. (Comprehensive psychiat. 2005, 46;5:315-411).
123. Rauch, S.L., Phillips, K.A., Segal, E. et al. A preliminary morphometric magnetic imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. (J. Psychiat. Res. 2003; 122:13-9).
124. Rosen, J.C., Reiter, J., Orosan, P.-Cognitive-behavioral body image Therapy for body dysmorphic disorder.(J.Consult. Clin.Psychol. 1995;63:263-9).
125. Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J. et al.-Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients.(J. Plastic Reconstr.Surgery 1998, 101:1644-9).
126. Schawross, C.R., Turer, P.-Influence of personality on response to monoamine oxidase inhibitors and tricyclic antidepressants.(J.Psychiatr.Res.1985;19:557- 62).
127. Simeon, D., Hollander, E., Stein, D.J. et al. disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. Am.J.Psychiatry, 2005; 162:1207-9.
128. Szydyed, H., Hrinkiewicz, L.-Dismorphophobia.(J.Neurol. Neurochir. psychiatr.Polska, 1964, 14:563-8).
129. Thomas, C.H.S.-Dismorphophobia: A question of definition. Brit.J. Psychiatry, 1984; 144;5:513-6).

130. Turkson, S.N.A., Asamoah, V.-Body dysmorphic disorder in a Ghanaian male: case report (East. Afr. Med. 1999;76:111-4).
131. Ung, E.K., Fones, C.S.L., Ang Awek-Muscle dysmorphia in young Chinese male. (Ann. Acad. Med. Singapore, 2000;29:135-7).
132. Yamada, M., Kobashi, K., Shigamoto, T et al.-On dysmorphophobia. (Bull. Yamaguchi med. School 1978;25:47-54)
133. Veale, D., Boocock, A., Gournag, K. et al.-Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. (Br. J. Psychiat. 1996;169:196-201.).
134. Veale, D., Gounay, K., Dryden, W. et al.-Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomised trial. (Behavioral Res. Ther. 1996;34:717-29).
135. Veale, D.-Outcome of cosmetic surgery and DJV surgery in patients with body dysmorphic disorder (J Psychiatr. Bull. 2000;24:218-21)
136. Veale, D.-Over-valued ideas: a conceptual analysis. (Behavioral Res. Ther. 2002;40:383-400).
137. Vindigni, V., Paven, C., Semenzin, M. et al.-Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomised controlled trial. (Behav. Res. Ther. 1996;34: 717-29).
138. Vitiello, B., de Leon, J.-Dysmorphophobia, misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. (J. Psychosomatics, 1990;31: 220-2).
139. Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B. et al.-Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. (Beh. Res. Ther. 1999;37:71-5)
140. Zimmerman, M., Mattia, J.I.-Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: incidence, recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. (Compr Psychiatry, 1998;39:265-700).

В книге рассматривается один из менее изученных вопросов в психиатрии, который касается телесного дисморфического расстройства (нарушения переживания собственного тела).

Представлены взгляды, гипотезы, теории и концепции связанные с дисморфическим расстройством. Проанализирован собственный опыт автора касательно клинических особенностей данного расстройства. Автор разделяет мнение сформированное в мировой психиатрии за последние 15 лет, что эти труднолечимые заболевания относятся к расстройствам обсессивно-компульсивного спектра. На основании собственного клинического опыта автор предлагает оптимальные варианты лечения данной патологии.

Монография предназначена как для психиатров, так и для врачей всех специальностей, которые соприкасаются с подобными расстройствами в клинической практике, для молодых специалистов и резидентов.

In this work is considered one of less studied questions in psychiatry, Body Dysmorphic Disorder (BDD), infringement of experience of own body.

Here are presented views, hypotheses, theories and concepts related to body dysmorphic disorder. Own experience of the author concerning clinical features of the given disorder is analyzed. The author subscribes to an opinion of a world psychiatry formed during last 15 years that these hardly treated disorders concern to Obsessive-compulsive disorders. On the basis of own clinical experience the author offers optimum variants of treatment of the given pathology.

The monograph is intended both for psychiatrists, and for doctors of all specialties who adjoin to similar disorders in a clinical practice, for young specialists and residents.

ს ა რ ჩ ე ვ ი:

1. შესავალი.....	3
2. ზოგიერთი ცნობა დისმორფოფობიის საკითხის ისტორიიდან.....	11
3. საკუთარი მასალა და კვლევის მიზანი.....	20
4. დისმორფული აშლილობის ეპიდემიოლოგია.....	29
5. დისმორფული აშლილობის ეპიდემიოლოგიის ტრანსკულტურალური ასპექტები.....	34
6. დისმორფულ აშლილობის ეტიოლოგია.....	37
7. კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებები.....	39
8. სკოპტოფობია.....	48
9. ნაწლავებიდან გამონადენი აირების შეუკავებლობის შიშის შესახებ.....	64
10. დისმორფული აშლილობის მიმდინარეობა.....	70
11. დისმორფული აშლილობის დიაგნოსტიკა.....	95
12. დისმორფული აშლილობების მკურნალობა.....	100
13. ლიტერატურა.....	119