

პაციენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით

ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, ტოქსიკომანია

## ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიის კლინიკური მახასიათებლები

### გადაუდებელი მდგომარეობების კლინიკური ნიშნები და მართვის მეთოდები

#### ძირითადი ნარკოლოგიური ცნებებისა და ტერმინების განსაზღვრა

**ალკოჰოლიზმი** - დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ეთანოლისადმი დაუძლეველი პათოლოგიური ლტოლვა, ტოლერანტობის, ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულების ფორმირება; ფსიქიკური, ფიზიკური და სოციალური დეგრადაცია.

**დიფსომანია** – მდგომარეობა, როდესაც ალკოჰოლის ჭარბი მიღება შეტევით ხასიათს ატარებს და გრძელდება რამდენიმე დღე.

**ნარკომანია** – კრებითი სახელია რიგი დაავადებებისა, რომლებიც ხასიათდებიან ნარკოტიკული საშუალებების მზარდი მიღებისადმი დაუძლეველი სურვილით, მათ მიმართ განვითარებული ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულების გამო. ტერმინი “ნარკომანია” წარმოდგება ბერძნული სიტყვიდან “ნარკოტიკოს”–რაც დამაძინებელს ნიშნავს.

**ნარკოლოგია** მეცნიერებაა, რომელიც შეისწავლის ფსიქოპატურ საშუალებებთან დაკავშირებულ მოვლენებს, მათ მოქმედებას ადამიანის ორგანიზმზე და ამ მოვლენების გადაჭრის გზებს.

**ნარკომანი** – ინდივიდი, რომელიც არასამედიცინო მიზნით სისტემატურად მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებებს, გამოხატული აქვს მათდამი ფსიქიკური ან ფიზიკური დამოკიდებულება და შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულების მიერ დადგენილი აქვს დიაგნოზი – “ნარკომანი”.

**ნარკოტიკი** – იხმარება იმ შხამებისა და ნივთიერებების მიმართ, რომლებიც მათი მოხმარების შემდეგ იწვევენ ეიფორულ, საძილე, ტკივილდამაყუჩებელ ან აღმგზნებ მოქმედებას.

**პოლინარკომანია** – ორი ან მეტი სახის ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება სულ ცოტა ექვსი თვის განმავლობაში, ან დამოკიდებულების განვითარება ორი ან მეტი ნარკოტიკული საშუალების მიმართ.

**ოპიატები** – ოპიუმისაგან მიღებული ალკალოიდები– მორფინი და მისი მსგავსი ალკალოიდები (კოდეინი, თებაინი).

**ოპიოიდი** – ზოგადი ტერმინია, რომელიც გამოიყენება საძილე ყაყაჩოსაგან მიღებული ალკალოიდების, მათი სინთეზური ანალოგების და ორგანიზმში სინთეზირებული ნაერთების აღსანიშნავად.

**ტოქსიკომანია** – ფრანგული ტერმინია და ნიშნავს ნარკომანიას. მრავალ ქვეყანაში გამოხატავს ავადმყოფურ მდგომარეობას, რომელიც ხასიათდება ლტოლვით და მიჩვევით სამკურნალო საშუალებებისა და სხვა არანარკოტიკული ნივთიერებისადმი, ქრონიკული ინტოქსიკაციით, ფსიქიკური ან/და ფიზიკური დამოკიდებულების სინდრომების არსებობით. პირს, რომელიც მოიხმარს ასეთი სახის ნივთიერებებს, უწოდებენ ტოქსიკომანებს.

**ტოქსიკომანიური საშუალებები** – ნივთიერებები ან სამკურნალო საშუალებები, რომლებსაც არასამედიცინო მიზნით მოხმარებისას აქვს უნარი გამოიწვიოს

დამოკიდებულების (ფსიქიკური ან ფიზიკური) მდგომარეობა, მაგრამ კანონით არ მიეკუთვნება ნარკოტიკულ ნივთიერებებს.

**აბსტინენცია** – ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარებისაგან თავის შეკავება პრინციპული მოსაზრებით ან სხვა ობიექტური მიზეზებით.

**ეიფორია** – ფსიქიკური მდგომარეობა ნარკოტიკული თრობის დროს (აწეული გუნებ-განწყობა უდარდელი კმაყოფილებით, პასიური სიხარული, უშფოთველი განცხრომით). ეიფორიაში იგულისხმება არა მარტო ემოციური ფონის აწევა, არამედ სასიამოვნო სხეულებრივი შეგრძნებებიც.

**სომატონარკომანი** – ნარკომანიით დაავადებული პირი, რომელსაც ტკივილის სინდრომით მიმდინარე რომელიმე სომატური ავადმყოფობის გამო ჰქონდა დანიშნული ნარკოტიკული ნივთიერებები, მაგრამ მათი არასწორი გამოყენებით განუვითარდა დამოკიდებულების სინდრომი მათ მიმართ.

**რეაკრიაციული მოხმარება** – ფსიქოაქტიური საშუალებების, ჩვეულებრივ არალეგალურის, მოხმარება გასართობ ადგილებში და არ გულისხმობს დამოკიდებულების მდგომარეობას ან სხვა პრობლემებს.

**აგონისტი** – ნივთიერება, რომელიც ნეირორეცეპტორებთან ზემოქმედებისას ავლენს ეფექტს, რომელიც მსგავსია შესაბამისი ფსიქოაქტიური საშუალებით გამოწვეული ეფექტისა.

**აგონისტ-ანტაგონისტი** – ნივთიერება, რომელიც ნეირორეცეპტორებთან ზემოქმედებისას ამორჩევითად ავლენს ისეთივე ეფექტს, როგორც ნივთიერების აგონისტები და ამავე დროს თრგუნავს ზოგიერთი აგონისტის მოქმედებას.

**ანტაგონისტები** – ნივთიერებები, რომლებიც ნეირორეცეპტორებთან ურთიერთქმედების დროს აფერხებს, აბლოკირებს აგონისტების მოქმედებას.

**ფსიქოაქტიური ნივთიერებები** – არის კრებითი სახელწოდება, რომელიც შეიცავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე სპეციფიურად მომქმედ ნივთიერებათა დიდ ჯგუფს (ნარკოტიკული საშუალებები, ფსიქოტროპული საშუალებები).

**ნარკოტიკული საშუალება** – ბუნებრივი ან სინთეზური წარმოშობის ნივთიერება, რომელსაც ქვეყნის კომპეტენტური ორგანოს მიერ მინიჭებული აქვს შესაბამისი (ნარკოტიკული) სტატუსი, რაც თავის მხრივ განისაზღვრება 3 კრიტერიუმით: *სამედიცინო* – ცნს-ზე განსაკუთრებული ზემოქმედება განსაზღვრავს ნივთიერების არასამედიცინო მიზნით გამოყენებას; *სოციალური* – ასეთი არასამედიცინო გამოყენება მასშტაბურია და სოციალურად მნიშვნელოვანია; *იურიდიული* – ასეთი საშუალება ოფიციალურად ჩაითვლება ნარკოტიკად და შეტანილი იქნება ნარკოტიკული საშუალებების ნუსხაში.

**ფსიქოტროპული მადიკამენტები** – სამკურნალო საშუალებები, რომლებიც ფსიქიკურ პროცესებზე ახდენენ სპეციფიურ თერაპიულ ან პროფილაქტიკურ ზემოქმედებას. თავდაპირველად ტერმინი “ფსიქოტროპული პრეპარატები” გამოიყენებოდა მხოლოდ წმინდა პროფესიული, ანუ სამედიცინო და ფარმაკოლოგიური დანიშნულებით. 1971 წლიდან, ფსიქოტროპული პრეპარატების შესახებ ახალი საერთაშორისო კონვენციის მიღების შემდეგ, ამ ტერმინმა იურიდიული მნიშვნელობა შეიძინა.

**ტრანქვილიზატორები** – დამამშვიდებელ, შფოთვისმომხსნელ საშუალებათა ჯგუფი, გაერთიანებულია ფსიქოაქტიურ საშუალებათა რამდენიმე კლასი.

**სედაციური/სამილე საშუალება** – ნებისმიერი საშუალება, რომელთაც გააჩნია შფოთვის შემცირებისა და სედაციის, ძილის, გამოწვევის უნარი.

კაცობრიობის მთელი ისტორიის მანძილზე, ყველა ცნობილ კულტურაში, ადამიანი ავლენდა ტვინის ქიმიზმისა და ცნობიერების შემცვლელი ნივთიერებისაკენ მიდრეკილებას. როგორც ჩანს ადამიანებისათვის ყოველთვის დამახასიათებელი იყო ორი დაუძლეველი ურთიერთსაწინააღმდეგო მოთხოვნილება, რამაც განსაკუთრებული სიმძაფრე შეიძინა გასულ საუკუნეში: გვინდა, რომ ყველაფერი ჩვეული უცვლელი დარჩეს და ამავე დროს, ვისწრაფვით სიახლისაკენ, ვეძებთ ნივთიერებებს, რომლებიც გაკვალული გზიდან გადაგვახვევინებს, და წამლებს, რომლებიც მძიმე სიტუაციებში დამაბულობის შემსუბუქებაში ან მოხსნაში დაგვეხმარება.

გასული საუკუნის მეორე ნახევარში აღინიშნა დამოკიდებულების გამომწვევი ნივთიერებების ახალი სახეებისა და სახეობების კატასტროფული ზრდა და ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების მიმართ დამოკიდებულებით მიმდინარე დაავადებები, გლობალურ პრობლემად გადაიქცა.

ბევრი სამედიცინო ცნება დაკავშირებულია სამართლებრივ ნორმებთან. როგორც წესი, ნებისმიერი ნარკოლოგიური ტერმინი ყალიბდება არა მარტო სპეციალური პროფესიული, არამედ იურიდიული და სოციალური კრიტერიუმების გათვალისწინებითაც.

ნარკომანიის სამედიცინო ასპექტების უკეთ წარმოსაჩენად უნდა გავითვალისწინოთ არასამედიცინო მიზნით ხმარებული ნივთიერებების ფარმაკოლოგიური თავისებურებები. ამ ჭრილში უპირველესი მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს.

სამედიცინო პოზიციებიდან ფსიქოაქტივობა შეიძლება გამოიხატოს ამ ნივთიერებების ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე განსაკუთრებული ზემოქმედებით – მასტიმულირებელი, ამგზნები, დამამშვიდებელი, ძილის მომგვრელი, ჰალუცინოგენური და ა.შ. ეფექტებით. ამგვარად ფსიქოაქტიური ნივთიერებები არის კრებითი სახელწოდება, რომელიც შეიცავს ცნს-ზე სპეციფიურად მოქმედ ნივთიერებათა დიდ ჯგუფს.

საერთაშორისო კოტროლს დაქვემდებარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებები იყოფა 2 ძირითად ჯგუფად:

1. ნარკოტიკული საშუალებები:
2. ფსიქოტროპული საშუალებები

ბუნებრივია, ეს ჯგუფები ცვალებადია, ვინაიდან, შესაბამისად სამეცნიერო მონაცემების დაგროვებასთან ერთად, თითოეული მათი წარმომადგენელი სამართლებრივი აქტით შეიძლება გადატანილი იქნეს ერთი ჯგუფიდან მეორეში.

ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების შეტანა კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერების ჯგუფში ცალკეული ქვეყნის ჯანდაცვის სამინისტროს პრეროგატივა არის და განისაზღვრება ნივთიერებათა შესაბამისი ნუსხით.

იყო მცდელობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არასამედიცინო მიზნით ხანგრძლივი რეგულარული ხმარების დიფერენცირება მოეხდინათ 2 კატეგორიად: “ნარკომანიად” და “მიჩვევად”, მაგრამ ეს მცდელობა უშედეგო აღმოჩნდა. ჯანმო-ს წამალთდამოკიდებულების პრობლემების საექსპერტო კომიტეტმა 1964 წელს წამოაყენა წინადადება, ორივე ტერმინი – “ნარკომანია” და “მიჩვევა” შეიცვალოს ტერმინით “წამალთდამოკიდებულება”, თუმცა ჩვენს ქვეყანაში დღემდე იხმარება ტერმინი “ნარკომანია”

ნარკოტიკული დამოკიდებულება და რა ზოგადი სამკტომები და სინდრომები ახლავს ნარკოტიკული დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას.

**სტატისტიკური მონაცემები ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელების შესახებ:**

**ნარკომანია:**

- ოფიციალური – აღრიცხვაზეა დაახლოებით 30 000 ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარებელი. მათ შორის დაახლოებით 5 000 დიაგნოზით – ნარკომანი.
- არაოფიციალური – ექსპერტების შეფასებით – დაახლოებით 250 000 ნარკოტიკების მოხმარებელი, მათ შორის 40 000 ნარკომანი.

**ალკოჰოლიზმი:**

- ოფიციალური სტატისტიკა უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში არ წარმოებს.

**ფსიქოაქტიური ნივთიერებების კლასიფიკაცია**

არსებობს მრავალი კლასიფიკაცია, რომელიც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს აჯგუფებს მოქმედების ფარმაკოლოგიური თავისებურებების მიხედვით.

ქვემოთ წარმოგიდგინთ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების კლასიფიკაციას ცნს-ზე ზემოქმედების ხასიათის მიხედვით:

ცნს-ის დეპრესანტები	ცნს-ის სტიმულანტები
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ალკოჰოლური სასმელები;</li> <li>• ბარბიტურატები;</li> <li>• “მცირე ტრანქვილიზატორები”;</li> <li>• აქროლადი ნივთიერებები (ინჰალანტები)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• კოკაინი;</li> <li>• ამფეტამინები და მისი მსგავსი ნარკოტიკები;</li> <li>• ქსანტინები და მისი შემცველი სასმელები;</li> <li>• თამბაქო;</li> <li>• ეფედრინი.</li> </ul>
<p><b>ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ოპიატები (მორფინი და მისი მსგავსი ბუნებრივი ალკალოიდები);</li> <li>• ოპიოიდები (სინთეზურად მიღებული მორფინის მსგავსი ნივთიერებები)</li> </ul>	<p><b>ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კანაბისის პრეპარატები;</li> <li>• ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი;</li> <li>• ჰალუცინოგენური სოკოები;</li> <li>• ჰალუცინოგენური ამფეტამინები (ექსტაზი);</li> <li>• ციკლოდოლი.</li> </ul>

**ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტები**

**ალკოჰოლი**

ალკოჰოლი, ეთანოლი ანუ ეთილის სპირტი წარმოადგენს:

- საკვებ პროდუქტს;
- საგემოვნო ნივთიერებას – თავისებური გემოსა და მადის მომგვრელი თვისებების გამო;
- მათრობელა და ნარკოტიკულ შხამებს –ფსიქოტროპულობისა და ფსიქოტოქსიკურობის გამო.

ცნს-ზე ეთანოლი მოქმედებს საინჰალაციო ანესთეზიური საშუალების მსგავსად, ამიტომ იყო რომ ეთერის საანესთეზიო თვისებების აღმოჩენამდე ეთანოლი და მორფინი მთავარ ანალგეზიურ საშუალებებად ითვლებოდა.

ალკოჰოლი წყალში ზავდება ნებისმიერი თანაფარდობით. სხვადასხვა ალკოჰოლური სასმელი ეთილის სპირტის განსხვავებული შემცველობით ხასიათდება (ლუდი შეიცავს 2-6%-მდე სუფთა ეთანოლს, ღვინო 9-20%, არაყი 40-56%-ს, რომი 70-77%-მდე, ვისკი და ჯინი 40-55%-ს).

მიღებული ეთანოლი ადვილად იხსნება ცხიმებში, სწრაფად შეიწოვება კუჭიდან და წვრილი ნაწლავებიდან. განზავებული ხსნარების სახით მიღებული ეთანოლი შედარებით ნელა იწოვება წყლის დიდი რაოდენობის გამო. ალკოჰოლი იჟანგება ღვიძლში.

ცნს-ზე ეთანოლი დამთრგუნველად მოქმედებს (იგი დეპრესანტია) – ეს არის მისი ძირითადი ეფექტი. ეთანოლი არ ასტიმულირებს ცნს-ს. ავზნება კიდევ რომ აღმოცენდეს, იგი განპირობებულია დამამუხრუჭებელი პროცესების დათრგუნვით.

ალკოჰოლის დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში ადამიანი გაივლის ზოგადი ანესთეზიის ყველა სტდიას. ეთანოლის საკმაოდ დიდი დოზებით მიღება (ზედოზირება) ხშირად ცნობიერების დათრგუნვის მიზეზი ხდება; უმრავლეს შემთხვევაში სტუპორული მდგომარეობა განსაკუთრებულ სამედიცინო ჩარევას არ მოითხოვს და ცნობიერება გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავისით აღდგება. მაგრამ ზედოზირებისას განვითარებული კომა სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიშია და შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გარეშე შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს. ეთანოლის დიდი რაოდენობით მიღებას ხშირად თან სდევს ღებინება.

ღებინების გამომწვევი ეთანოლის კონცენტრაცია უფრო დაბალია იმ კონცენტრაციაზე, რომელიც კომას იწვევს. ამიტომ, მწვავე ალკოჰოლური მოწამვლების დროს სასიკვდილო გამოსავალი შედარებით იშვიათია. ამავე დროს, საკვდილის მიზეზი ხშირად პირნალები მასების ასპირაციაა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ღებინების რეფლექსი ყველა ადამიანს არ ახასიათებს. ამას გარდა, ტოლერანტობისა და დამოკიდებულების განვითარებასთან ერთად ადრე არსებული ღებინების რეფლექსი ქრება.

ქვემოთ განხილულია სისხლში ეთანოლის კონცენტრაციის მიხედვით ალკოჰოლით მწვავე მოწამვლის კლინიკური გამოვლინებების 4 ფაზა:

ფაზები	სიმპტომატიკა	ეთანოლის დონე სისხლში მგ/100მლ
I ფაზა	ეიფორია, არამდგრადობა, ლაქლაქი, რეაქციის დროის გაზრდა, კოორდინაციის მსუბუქი დარღვევა, ნისტაგმი, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძნობელობის დაქვეითება.	25–100
II ფაზა	ხმაურიანობა, აუტიზმი, ბარბაცით სიარული, სკლერების ჰიპერემია, ატაქსია, ნისტაგმი, დიზართრია, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძნობელობის მკვეთრი დაქვეითება	100–200
III ფაზა	გულისრევა, ღებინება, ძილიანობა, მხედველობის გაორება, გამოხატული ატაქსია	200–300
IV ფაზა	ჰიპოთერმია, ცივი ოფლი, სტუპორი ამნეზიით, გამოხატული დიზართრია ან ანართრია (სამეტყველო ბგერების წარმოთქმის სრული შეუძლებლობა) ზოგადი ანესთეზიით, ხმაურიანი სუნთქვა, კომა.	300-ზე მეტი

სოციალურად მეტად მნიშვნელოვანია ეთანოლის ეფექტები ადამიანის ფსიქიკაზე. ეს ეფექტები ხდება ეთანოლის ფართოდ მოხმარების მიზეზი არა მარტო სოციალური კონტაქტების გაადვილების მიზნით, არამედ იმისათვისაც, რომ ეს კონტაქტები სასიამოვნო გახდეს. მიღებული დოზის მიუხედავად, ეთანოლი აქვეითებს ინდივიდის ფიზიკურ და ფსიქიკურ შესაძლებლობებს. მეორე მხრივ, შფოთვითა და ნერვული დაძაბულობით გამოწვეული შრომისუუნარობისას, ეთანოლს ფუნქციური შესაძლებლობების ამაღლებაც შეუძლია.

ეთანოლი აქვეითებს მხედველობის სიმახვილეს, ყურადღებას, მოძრაობის კოორდინაციას, ცვლის გემოვნებით, ყნოსვით და სმენით შეგრძნებებს, იწვევს ნისტაგმს და თავბრუსხვევას, ანელებს რეაქციას; აქვეითებს საკუთარი შესაძლებლობების კრიტიკული შეფასების, ათვისების და სწორი გადაწყვეტილების სწრაფად მიღების უნარს. იგი იწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების გაფართოებას, სხეულში ჩნდება სითბოს შეგრძნება, ამავდროულად იზრდება სითბოს გაცემა.

ეთანოლი იწვევს ჰიპოგლიკემიას განსაკუთრებით მაშინ, თუ არასაკმარისი რაოდენობით საკვების მიღების ფონზე ორგანიზმის კალორიებით უზრუნველყოფა ძირითადად ალკოჰოლის ხარჯზე ხდება. ჰიპოგლიკემია მაქსიმუმს აღწევს ეთანოლის მიღებიდან 16-18 საათის შემდეგ და შეიძლება იმდენად ძლიერად გამოიხატოს რომ გამოიწვიოს თავის ტვინის დაზიანება (ჰიპოგლიკემიური ენცეფალოპათია).

**ტერმინით „ალკოჰოლიზმი“- აღნიშნავენ დაავადებას, რომელსაც ახასიათებს ეთანოლისადმი დაუძლეველი პათოლოგიური ლტოლვა, ტოლერანტობის, ფსიქიკური და ფაზიკური დამოკიდებულების ფორმირება; ფსიქიკური, ფიზიკური და სოციალური დეგრადაცია.**

ალკოჰოლური დამოკიდებულების სინდრომს, ანუ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ცნებას, ტრადიციულად ლოთობის ცნებას უპირისპირებენ.

**ალკოჰოლიზმი, როგორც სამედიცინო ცნება აერთიანებს მწვავე ალკოჰოლურ მოწამვლას და ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს.** ჩვეულებრივი დათრობის დროს, სხვადასხვა ფაქტორების ფონზე შეიძლება განვითარდეს დათრობით გამოწვეული განსაკუთრებული მდგომარეობა, რომელსაც პათოლოგიური თრობა ეწოდება.

**პათოლოგიური თრობა წარმოადგენს ხანმოკლე, მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობას, რომელიც მიმდინარეობს ცნობიერების ბინდისებური აშლით. იგი იწყება უეცრად, მოულოდნელად, არ არის დამოკიდებული მიღებული სასმელის რაოდენობაზე.**

**პათოლოგიური თრობის დროს განვითარებული** მძიმე აგრესია, რომელიც განპირობებულია შემზარავი ხასიათის განცდებით, ხშირად ხდება დანაშაულებათა ჩადების მიზეზი.

ზოგიერთ შემთხვევაში ალკოჰოლის ჭარბი მიღება შეტევით ხასიათს ატარებს და გრძელდება რამდენიმე დღე. შემდეგ შეტევამდე ავადმყოფი ალკოჰოლს არ ღებულობს. ამგვარ მგომარეობას, რომელსაც წინ უსწრებს გუნებ- განწყობის დაქვეითება ეწოდება **დიფსომანია.**

დამოკიდებულების განვითარების ფსიქოლოგიური წინაპირობაა პიროვნების სტრუქტურაში ისეთი დეფექტების არსებობა, რომლებიც მის სოციალურ ადაპტაციას აძნელებენ. დამოკიდებულების ფორმირება იწყება ალკოჰოლის მიღების სურვილზე ფიქრით, თრობის და სასიამოვნო დროსტარების მოგონებებით. თანდათან იკარგება კონტროლი მიღებული ეთილის სპირტისრაოდენობაზე, მატულობს ტოლერანტობა, ქრება ღებინების რეფლექსი; თუკი საყოფაცხოვრებო ლოთობის ეტაპზე ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მიღების შემდეგ ირთვება ორგანიზმის დაცვითი ფიზიოლოგიური მექანიზმები, მათ შორის ღებინების რეფლექსიც, დამოკიდებულების ჩამოყალიბების ეტაპზე აღინიშნება ამ რეფლექსების ჩაქრობა. ვლინდება ხასიათობრივი ცვლილებები თრობის ფონზე. ხასიათის ისეთი ხაზები, როგორცაა ღვარძლიანობა, დეპრესიისაკენ ან ისტერიული რეაქციებისაკენ მიდრეკილება, თრობის მდგომარეობაში ადვილად ვლინდება და ღრმავდება. თანდათან ძლიერდება ფსიქიკური დამოკიდებულება; ალკოჰოლისადმი ლტოლვა დაუძლეველ ხასიათს იღებს, სიძლიერით ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების (შიმშილი, წყურვილი) ხარისხს აღწევს, რაც ავადმყოფის ალკოჰოლზე ფიზიკური დამოკიდებულის ჩამოყალიბების მაჩვენებელია. ლტოლვის ინტენსივობასთან ერთად ეთიკური და სოციალური შემაკავებელი ფაქტორები თავის მნიშვნელობას კარგავს. ამ ფაქტორებს ან უგულვებელყოფენ, ანდა ცდილობენ გამოიყენონ კონსპირაციული ხერხები (სვამენ მარტო, ჩუმად, მალავენ სასმელს) ტოლერანტობა

კიდევ უფრო მატულობს, აღწევს მაქსიმუმს და ასეთ დონეზე შენარჩუნდება ალკოჰოლის სისტემატური მოხმარება რამდენიმე წლის განმავლობაში (პლატო-ტოლერანტობა). დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე ტოლერანტობა თანდათანობით საწყის ფიზიოლოგიურ დონეზე უფრო ქვეითდება (პაციენტები თვრებიან ისეთი დოზების მიღებისას, რომლებიც დასაწყისში თრობის მდგომარეობას არ იწვევდა).

ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომი ალკოჰოლური ტიპის დამოკიდებულების არსებობის ყველაზე უფრო დამაჯერებელი ნიშანია. იგი ჩვეულებრივ აღმოცენდება სასმელის მიღების შემდეგ, მეორე დღით და ავადმყოფის ორგანიზმის იმ მოთხოვნების მაჩვენებელია, რომ სისხლში ეთანოლის განსაზღვრული კონცენტრაცია მუდმივად უნდა არსებობდეს.

სიტყვაში “ზარხოში” (“პახმელია”) ყოფითი ტერმინოლოგიით გულისხმობენ ინტოქსიკაციის შემდგომ მდგომარეობას თრობის მეორე დღეს, ხოლო “გამოზარხოშებაში” (“პახმელიაზე გამოსვლა”) კი – ამ მდგომარეობაში სასმელის მიღებას, რომელიც ხშირად დადებითად მოქმედებს ადამიანზე.

ალკვეთის სინდრომი ვლინდება შემდეგნაირად: სახის გაწითლება, ოფლიანობა, ტრემორი, გუგების გაფართოება, გულის ცემის აჩქარება, არტერიული წნევის მომატება, პირის სიმშრალე, გულისრევა, ზოგჯერ ღებინება, კუჭ-ნაწლავის აშლილობები, ხშირი შარდვა, ტკივილი გულის არეში, თავბრუ, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, ძილის დარღვევა, აგრეთვე იმ ორგანოთა და სისტემების დისფუნქციის ნიშნები, რომლებიც დაზიანებული ჰქონდა ავადმყოფს დამოკიდებულების ფორმირებამდე.

გამოყოფენ ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომის შემდეგ ვარიანტებს:

**ალკვეთის სინდრომი ასთენო-ვეგეტატიური აშლილობებით** – აღმოცენდება შედარებით მძიმე ერთჯერადი ალკოჰოლური ექსცესის ან რამდენიმე დღიანი განუწყვეტელი ლოთობის შემდეგ. კლინიკური სურათი ამოიწურება ვეგეტატიური აშლილობითა და სომატური ასთენიით. შეინიშნება ოფლიანობა, ტაქიკარდია, წყურვილის გრძნობა, პირის სიმშრალე, მადის დაქვეითება. თანმხლები ქრონიკული სომატური დაავადება აძლიერებს აღნიშნულ სიმპტომთა ინტენსივობას.

**ალკვეთის სინდრომი სომატო-ვეგეტატიური და ნევროლოგიური აშლილობებით** –

გულ-სისხლძარღვთა აშლილობის მრავალფეროვანი ვეგეტატიური სიმპტომატიკა გამოხატულია დისპეპსიურ მოვლენიბთან ერთად: სახის ჰიპერემია და შემუშება, სკლერების ინიცირება, ტაქიკარდია შესაძლო ექსტრა სისტოლებით, ტკივილი ან უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში, სისხლის არტერიული წნევის მერყეობა, თავის დამძიმება და თავბრუსხვევა, ოფლიანობა, ანორექსია, გულისრევა, ფაღარათი ან შეკრულობა, ტკივილი ან სიმძიმე ბეჭქვეშა არეში, ნევროლოგიური სიმპტომებიდან: ხელის თითების, კიდურების, ენის ძლიერი, თითქმის განერალიზებული ტრემორი.

**ალკვეთის სინდრომი ფსიქიკური აშლილობებით** – ტიპურია „მოგანგაშე-პარანოიდული“ განწყობა, დაქვეითებული გუნებ-განწყობა ზოგჯერ გარშემომყოფთა მიმართ გაღიზიანებითა და დაძაბულობით. ძილის დარღვევას თან სდევს კოშმარული სიზმრები. სომატო-ვეგეტატიური დარღვევები მეორე პლანზე ინაცვლებს.

**ალკვეთის გაშლილი სინდრომი** – ჩვეულებრივ, აღმოცენდება მძიმე, ხანგრძლივი ალკოჰოლური ექსცესების შემდეგ, ფიზიკურ და ფსიქიკურ აშლილობათა თანაარსებობის ფონზე ფიზიკური დომინირებს და განისაზღვრება ვეგეტატიური, სომატური და ნევროლოგიური სიმპტომების რთული კომპლექსით. ფსიქიკური დარღვევებიდან მუდმივად გვხვდება მოგანგაშე-პარანოიდული განწყობა.



**ალკვეთის სინდრომი კრუნჩხვითი კომპონენტით** – კრუნჩხვითი გულყრები უმეტესწილად აღმოცენდება ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული ალკვეთის სინდრომის პირველივე საათების ან დღეების განმავლობაში. ალკვეთის სინდრომის სხვა ნიშანთაგან სჭარბობს სომატო-ნევროლოგიური სიმპტომები.

**ალკვეთის სინდრომი შექცევადი ფსიქოორგანული აშლილობით** – გამოვლინდება მნესტიური აშლილობანი, მნიშვნელოვნად ქვეითდება, ან სრულიად იკარგება კრიტიკული დამოკიდებულება საკუთარი თავისა და გარემოს მიმართ. შესაძლოა ეიფორია ან არამოტივირებული სიავე, მეტყველების გადარიბება. ნევროლოგიური სიმპტომები მრავალფეროვანია: თავბრუსხვევა, ატაქსია, განერალიზებული ტრემორი, დიზართრია.

დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე, ტოლერანტობის შემცირებასთან ერთად სუსტდება ფსიქიკური და ღრმავდება ფიზიკური დამოკიდებულება, მიძიმდება სომატური, ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა, ვითარდება ალკოჰოლური ენცეფალოპათია. საბოლოოდ იკარგება სიტუაციური კონტროლი. პაციენტები სრულიად განურჩევლნი ხდებიან იმის მიმართ, თუ სად და რას დალევენ, სვავენ მარტო, დღის და ღამის ნებისმიერ მანაკვეთში, მცირე ინტერვალებით. ალკოჰოლური ფსიქოზების, განსაკუთრებით ფსიქოზის გახანგრძლივებული ფორმების, აღმოცენების ალბათობა მკვეთრად იზრდება.

ალკოჰოლის ყოველდღიური მიღება იწვევს ცვლილებებს, რომელთა ცოდნა აუცილებელია არა მარტო მისი მომხმარებლებისათვის, არამედ იმათთვისაც, ვინც იძლევა რეკომენდაციებს. დადგენილია ეთილის სპირტის რაოდენობა, რომელიც ღვიძლის ციროზის ჩამოყალიბების რისკს ზრდის. ქალებისა და მამაკაცების რეაქცია ალკოჰოლზე და ნარკოტიკებზე განსხვავებულია: ქალები ნაკლებად ამტანები არიან მათ მიმართ. მამაკაცები უფრო ხშირად იყენებენ ალკოჰოლსა და აკრძალულ ნარკოტიკებს, ქალები ჩვეულებრივ მიმართავენ ტრანქვილიზატორებს. ამას გარდა, მდედრობითი სქესი არჩევს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების სახლის პირობებში ფარულად მიღებას, ამიტომ მათი პრობლემები საზოგადოებისათვის დაკლებად შესამჩნევია. ქალების ლეგალური თუ არელეგალური ნარკოტიკებით „დაპყრობის“ ერთ-ერთ ხელშემწყობ ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს მცდარი წარმოდგენები ემანსიპაციის შესახებ.

**მამაკაცების მიერ ყოველდღიურად 80გ და ქალების მიერ 48გ სუფთა ეთანოლის მიღებას თან სდევს ღვიძლის გამოხატული პათოლოგია**

არყის სტანდარტულ (0,5 ლიტრიან) ბოთლში არის 160 გრ-მდე სუფთა ეთანოლი. ადამიანის ორგანიზმს არ შეუძლია დღე-ღამეში 170 გრ-მზე მეტი ეთანოლის მეტაბოლიზება.

**ადამიანს, რომელიც ალკოჰოლურ სასმელს ეტანება მხოლოდ გამოსასვლელ დღეებში, ერთკვირიანი ინტერვალის განმავლობაში ნორმაში უდგება ღვიძლის ფუნქცია.**

ხმარებული ალკოჰოლური სასმელის სახეს (ღვინო, არაყი, ლუდი) ციროზის განვითარებისათვის არსებითი მნიშვნელობა არა აქვს. ტოლერანტობის განვითარების შემთხვევაში ღვიძლის ფერმენტების გააქტიურების გამო, ალკოჰოლის ჟანგვა ჩქარდება. ეთანოლის სისტემატური მომხმარებლების უმრავლესობა დაავადებულია ქრონიკული გასტრიტით.

**გართულებები ალკოჰოლის ქრონიკული მოხმარებას შემთხვევაში:**

**ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე** ეთანოლის ტოქსიკური ზემოქმედება გამოიხატება ინდივიდისათვის დამახასიათებელი საწყისი პიროვნული თვისებების გატლანქებასა და გაუხეშებაში – პიროვნება თითქოს ხდება თავისი თავის „უფრო იაფფასიანი გამოცემა“. შემდგომში წამყვან ფაქტორად გვევლინება ტოქსიკური ენცეფალოპათია, რომელიც საბოლოო ჯამში იწვევს პიროვნების ალკოჰოლურ დეგრადაციას.

## საჭმლის მომწელებელი სისტემა:

### ღვიძლის ალკოჰოლური დაზიანების სახეებია:

- ალკოჰოლური ცხიმოვანი დისტროფია (ალკოჰოლური სტეატოზი)
- ალკოჰოლური ჰეპატიტი
- ალკოჰოლური ციროზი

ღვიძლის პათოლოგია პროგრესირებს ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების ხანგრძლივობასთან ერთად, ცხიმოვანი დისტროფიიდან ალკოჰოლურ ჰეპატიტისა და საბოლოოდ ციროზის განვითარებამდე. ცხიმოვანი დისტროფია შესაძლოა უშუალოდ ღვიძლის ციროზში გადავიდეს, ან ალკოჰოლური ჰეპატიტი განვითარდეს ცხიმოვანი დისტროფიის გვერდის ავლით.

ალკოჰოლის ქრონიკული მოხმარება ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტორია ღვიძლის პათოლოგიით განპირობებული ავადობისა და სიკვდილიანობის განვითარებაში. მაშინ როცა მძიმე მოხმარებალთა 90%-ში ვითარდება ცხიმოვანი დისტროფია, მხოლოდ 40%-ში ვლინდება ალკოჰოლური ჰეპატიტის კლინიკური და ჰისტოლოგიური ნიშნები, 15-30%-ში კი ვითარდება ღვიძლის ციროზი. სხვადასხვა ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით, საკმაოდ მაღალი კორელაცია აღინიშნება ღვიძლის ციროზით სიკვდილიანობასა და ალკოჰოლის მავნედ მოხმარებას შორის. საზოგადოდ, ციროზების 30-50%-ს შეადგენს ალკოჰოლური ციროზი.

**ალკოჰოლური ცხიმოვანი დისტროფია** ვითარდება ალკოჰოლის ქრონიკულ მოხმარებელთა უმრავლესობაში, თუმცა კლინიკური ნიშნების სიღარიბის გამო, მისი დიაგნოსტიკა იშვიათად ხდება. ავადმყოფს შესაძლოა, საერთოდ არ ჰქონდეს ჩივილები ან პერიოდულად აღნიშნავდეს კუჭის სისავსეს შეგრძნებას, მეტეორიზმს, დიარეას. ძირითადი კლინიკური ნიშანია ჰეპატომეგალია. ღვიძლის კიდე მომრგვალოა, კონსისტენცია მომკვრივო, ზედაპირი სადა. ღვიძლის ფუნქციური მაჩვენებლების უმრავლესობა ნორმის ფარგლებში ან ნორმის ზედა ზღვარზეა.

**ალკოჰოლური ჰეპატიტი**, ჩვეულებრივ ქრონიკულია. შესაძლოა, იყოს ქრონიკულ-პერსისტული ან ქრონიკულ-პროგრესირებადი მიმდინარეობის. უფრო ხშირად აღინიშნება ქრონიკულ-პერსისტული ჰეპატიტი, თუმცა ალკოჰოლის მავნედ მოხმარების არაკეთილსაიმედო მიმდინარეობისას ჰეპატიტი პროგრესირებს. პერსისტული ალკოჰოლური ჰეპატიტის, ცხიმოვანი დისტროფიის მსგავსად, ხასიათდება კლინიკური ნიშნების სიღარიბით. ავადმყოფები პერიოდულად უჩივიან დისკომფორტსა და კუჭის სისავსის შეგრძნებას, მეტეორიზმს. ღვიძლი გადიდებულია, ძირითადად მკვრივი კონსისტენციის, პალპაციით სუსტად მტკივნეული. ღვიძლის ფუნქციური მაჩვენებლებიდან უფრო ხშირად და შედარებით ადრე მატულობს გამაგლუტამინტრანსფერაზა (გგტ) 30-50 ერთ/ლ-მდე ან მეტად.

**ღვიძლის ციროზი** – არჩევენ ღვიძლის ციროზის კომპენსირებულ და დეკომპენსირებულ ფორმებს.

ალკოჰოლური ციროზის კომპენსირებული ფორმა კლინიკურად ვლინდება მყარი ანორექსიით, წონაში დაკლებით, ადვილად დაღლით, მკვეთრად გამოხატული აპათიით; ზოგჯერ აღინიშნება სიყვითლე, კანზე ხშირად ვლინდება სისხლმარღვოვანი „ვარსკვლავები“, თეთრი ლაქები. ზოგჯერ აღინიშნება „გალაქული“ ენა, თმის ცვენა, დოლის ჩხირების მსგავსი თითები, ხელის გულების ერთემა, გინეკომასტია, ლიბიდოს დაქვეითება; ღვიძლი გადიდებული, უმტკივნეულო, მკვრივი და ხორკლიანია. აქვს მახვილი კიდე. იშვიათად აღინიშნება სპლენომეგალია. ლაბორატორიული ცვლილებები პროგრესირებადი ჰეპატიტის დროს განვითარებული ცვლილებების მსგავსია.

დეკომპენსირებული ღვიძლის ციროზი კლინიკურად ვლინდება შემდეგი გართულებებით: პორტალური ჰიპერტენზიით, ასციტით, საყლაპავისა და ჰემოროიდალური ვარიკოზული ვენებიდან სისხლდენებით, ქრონიკული სიყვითლითა და სპლენომეგალიით, ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათიით. ტერმინალურ სტადიაში

ვითარდება ჰეპატორენული სინდრომი. უმეტეს შემთხვევაში პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა.

**ალკოჰოლური გასტრიტი** – ეთანოლი აზიანებს კუჭის ლორწოვან გარსს, იწვევს რა მარილმჟავას უკუდიფუზიას და აძლიერებს ეპთელიუმის ჩამოფცქნას. ირღვევა კუჭის მოტორული ფუნქციაც. ალკოჰოლს ახასიათებს ულცეროგენული ეფექტიც: დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის ერთჯერადი მიღება

კუჭის ლორწოვანზე იწვევს ეროზიებისა და პეტეჩიური სისხლჩაქცევების გაჩენას, რომლებიც რეგრესს მხოლოდ სამი კვირის შემდეგ განიცდიან. ალკოჰოლის ქრონიკულ მომხმარებლებში ვითარდება როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული გასტრიტი. ეს უკანასკნელი თითქმის 60%-ში აღინიშნება.

**ალკოჰოლური პანკრეატიტი** – ალკოჰოლის მავნედ მოხმარება კუჭქვეშა ჯირკვლის დაავადების განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. პანკრეატიტთა 65-75% ალკოჰოლის მოხმარებასთანაა დაკავშირებული. ალკოჰოლური ეტიოლოგიის პანკრეატიტი შესაძლებელია იყოს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული. ამასთან, შედარებით დამახასიათებელია ქრონიკული მორეციდივე პანკრეატიტი. ქრ. პანკრეატიტის ფორმირება დაკავშირებულია ალკოჰოლის სახიფათო დოზებით მოხმარებასთან, თუმცა, დიდ როლს თამაშობს ინდივიდუალური მგრძობელობაც.

## გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

ალკოჰოლის ქრონიკულ მომხმარებლებში ვლინდება შემდეგი კარდიოვასკულარული გართულებები:

- ალკოჰოლური კარდიომიოპათია
- ჰიპერტენზია
- არითმიები

**ალკოჰოლური კარდიომიოპათია** – ალკოჰოლის ქრონიკული მოხმარებისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური კარდიალური პათოლოგიაა. კლინიკურად იგი ვლინდება ალკოჰოლის მავნედ მომხმარებელთა 25-30%-ში, აუტოფსიით თითქმის 90%-სა და მეტში აღმოჩენილია პრეკლინიკური კარდიომიოპათია. ამ დროს ვლინდება გულის კუნთის (განსაკუთრებით მარცხენა პარკუჭის) დილატაცია და პარკუჭების ჰიპერტროფია, შემდგომში პარკუჭების უკმარისობა. პათოგენეზში წამყვანია ეთილის სპირტისა და მისი მეტაბოლიტის – აცეტალდეჰიდის უშუალო ტოქსიკური ზეგავლენა გულის კუნთის და მიოკარდიუმის მეტაბოლურ პროცესებზე. ირღვევა ელექტროლიტური ბალანსი, ცილების, ცხიმების მეტაბოლიზმი.

**არტერიული ჰიპერტენზია** – ალკოჰოლი იწვევს სისტემური არტერიული წნევის მომატებას, რაც მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია მიოკარდიუმის ინფარქტის, ჰემორაგიული და იშემიური ინსულტების, ჰიპერტონიული დაავადების განვითარებაში. სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით ჰიპერტენზიების დაახლოებით 25-30% ალკოჰოლის ინტენსიურ მოხმარებასთანაა დაკავშირებული.

**არითმიები** ალკოჰოლის ქრონიკულ მომხმარებლებში უმეტესად ვითარდება მწვავე ალკოჰოლური მოწამვლების ან ალკოჰოლური ექსცესების შემდგომ. ძირითადად დამახასიათებელია წინაგულების ფიბრილაცია. ხშირად სხვასახის არითმიებიც – წინაგულების თრთოლვა, წინაგულოვანი ტაქიკარდია, მრავალრიცხოვანი წინაგულოვანი და პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები, ატრიოვენტრიკულური და პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდიები. ალკოჰოლის ქრონიკულ მომხმარებლებში არითმიის პაროქსიზმი „მოზეიმე გულის სინდრომის“ სახელწოდებითაა ცნობილი. იგი შესაძლებელია პრეკლინიკური ალკოჰოლური კარდიომიოპათიის ერთ-ერთი გამოვლინებაც იყოს.

ალკოჰოლი მოქმედებს კორონალურ არტერიებზე. მრავალწლიანი გამოკვლევებით დადასტურდა, რომ მისი ეფექტები დოზაზეა დამოკიდებული. კერძოდ ალკოჰოლის მსუბუქი (12%-იანი ღვინის 169,8 გრამი – 1 ჭიქა) და ზომიერი (ორიდან სამ ჭიქამდე) მოხმარება ამცირებს გულის იშემიური დაავადების რისკს. ამგვარად აღინიშნება **U** ფორმის მსგავსი ურთიერთკავშირი – კორონალური დაავადებების განვითარების მაღალი რისკი არამწვევლებში, მსუბუქი და ზომიერ მომხმარებლებთან შედარებით, ხოლო მძიმე მომხმარებლებში (5 ჭიქა და მეტი) მკვეთრად მომატებული რისკი.

### **ცერებრო-ვასკულარული დაავადებები**

ალკოჰოლის მძიმე მომხმარებლებში 4-5-ჯერ მაღალია ჰემორაგიული ინსულტების რისკი. იშემიური ინსულტის განვითარებასა და ალკოჰოლის მოხმარებას შორის კი ასევე აღინიშნება **U** ფორმის მსგავსი კავშირი – ზომიერი მოხმარება ამცირებს, მძიმე კი ზრდის რისკს.

### **კუნთოვანი სისტემა**

ალკოჰოლური მიოპათია ალკოჰოლის მავნედ მოხმარებით გამოწვეული ჩონჩხის კუნთების დაზიანებაა. იგი შეიძლება იყოს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული. მწვავე ალკოჰოლური მიოპათია (*მწვავე რაბდომიოლიზი*) ვითარდება ალკოჰოლური ექსცესების შემდეგ, მწვავე ალკოჰოლური მოწამვლებისას კი ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის ფონზე.

### **ალკოჰოლი და იმუნური სისტემა**

ალკოჰოლის ქრონიკული მოხმარება იწვევს იმუნური სისტემის დეპრესიას და ამის შედეგად ტუბერკულოზური, ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციების, სიმსივნური დაავადებების მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითებას.

### **ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი**

ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი, ალკოჰოლური ემბრიოპათია – აღმოჩენილია მხოლოდ იმ ბავშვებში, რომელთა დედებიც ორსულობის პერიოდში ღებულობდნენ დიდი რაოდენობით ალკოჰოლს. ეს პათოლოგია ალკოჰოლის მავნედ მომხმარებელ ქალთა ბავშვების დაახლოებით 13%-ში აღინიშნება. ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი მოიცავს მთელ რიგ ნიშანთა ერთობლიობას, როგორცაა:

1. პრენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში წონას და ზრდაში ჩამორჩენა;
2. დარღვევები ცნს-ის მხრივ – გონებრივი ჩამორჩენილობა, ქცევითი დისფუნქცია, მიკროცეფალია, მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევა, აგზნებადობა.
3. დამახასიათებელი სახე – ვიწრო თვალის ჭრილი, თხელი ზედა ტუჩი, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის უქონლობა, დაბალი ცხვირის ძგიდე, მოკლე ცხვირი.

### **ბარბიტურატები და სხვა ჰიპნოსედაციური საშუალებები**

საძილე საშუალებების მიჩვევა ევროპული ცივილიზაციის დაავადებაა. მსოფლიოში იმდენ საძილე და სედაციურ (დამამშვიდებელ) საშუალებებს აწარმოებენ, რომ თუ ეს რაოდენობა გადანაწილდებოდა დედამიწის თითოეულ მცხოვრებზე, მთელი მოსახლეობა 365 დღის განმავლობაში გამუდმებით ძილის მდგომარეობაში აღმოჩნდებოდა.

**ბარბიტურატები** – ნივთიერებების ჯგუფი, წარმოებული ბარბიტურის მჟავისგან. პირველი მათი წარმომადგენელი სინთეზირებული იქნა 1903 წელს და ეწოდა ვერონალი (რომეოს და ჯულიეტას მშობლიური ქალაქის პატივსაცემად). დღეისათვის სინთეზირებულია 2500-მდე ბარბიტურატი. გამოიყენება თერაპიული მიზნით მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში. ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ კონვენციის თანახმად ბევრი მათგანი ექვემდებარება საერთაშორისო კონტროლს.

“იდეალურ” საძილე საშუალებას უნდა გააჩნდეს, სულ მცირე, შემდეგი თვისებები:

1. აღადგინოს ნორმალური (ფიზიოლოგიური) ძილი;
2. იყოს ეფექტური და ნაკლებად საშიში სხვადასხვა დაავადებების დროს;
3. ჰქონდეს სწრაფი ეფექტი;
4. უზრუნველყოს ძილის ოპტიმალური ხანგრძლივობა;
5. არ გამოიწვიოს სუნთქვის დათრგუნვა, მეხსიერების დაქვეითება და სხვა გვერდითი ეფექტები;
6. არ გამოიწვიოს მიჩვევა, ფსიქო-ფიზიკური დამოკიდებულება.

ბარბიტურატების ნაკლი დიდი ხანია ცნობილია: მათ მიერ გამოწვეული ძილი თავისი მიმდინარეობით განსხვავდება ბუნებრივისაგან; ისინი აადვილებენ ჩაძინებას, მაგრამ ცვლიან ძილის სტრუქტურას; ხშირად აღინიშნება სიზმრების სიჭარბე, წყვეტილი ძილი; მათ ახასიათებთ “მეორე დღის” ეფექტები – გაბრუება, დამტვრეულობის გრძნობა, მოძრაობის კოორდინაციის მოშლა, ნისტაგმი და სხვა არასასიამოვნო მოვლენები. თერაპიული დერეფანი ძალიან მცირე აქვთ, ანუ შედარებით მცირე დოზა შეიძლება საშიში გახდეს სიცოცხლისათვის, გამოიწვიოს ცნობიერების დაბინდვა, სუნთქვისა და გულის მეშაობის დათრგუნვა.

**ბარბიტურატებს აქვს სედაციური, საძილე, ნარკოზული და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო მოქმედება. ცნს-ზე ახდენს შემაკავებელ გავლენას მსუბუქი სედაციიდან კომამდე.**

მოქმედების დროის მიხედვით არის ულტრამოკლე (1 სთ), მოკლე და საშუალო (15-40-წთ იწყება მოქმედება და გრძელდება 6 სთ-ზე მეტ ხანს), და ხანგრძლივი მოქმედების პრეპარატები (მოქმედების ეფექტი ვლინდება 1 სთ-ში და გრძელდება დაახლოებით 12 სთ).

მსუბუქი ინტოქსიკაცია მოგვაგონებს ალკოჰოლურ სიმთვრალეს - იხსნება “შინაგანი მუხრუჭი”, პიროვნება ხდება თავშეუკავებელი, უცერემონიო, უტაქტო, აგზნებული, მიისწრაფის კონტაქტებისაკენ, ბევრს ლაპარაკობს, უმიზეზოდ მხიარულობს. ეს მდგომარეობა შეიძლება შეიცვალოს არაადექვატური მრისხანებით და აგრესიულობით. მეტყველება წაშლილია, მოძრაობის კოორდინაცია დარღვეული, აღინიშნება ჰიპერსალივაცია (ნერწყვის ჭარბი გამოყოფა), “ცხელი” ოფლი, გუგების შევიწროება, არტერიული წნევის დაქვეითება, გულისცემის აჩქარება, ნისტაგმი, სტრაბიზმი (სიელმე), დიპლოპია (მხედველობის გაორება).

საძილე საშუალებების ავადგამოყენება, შემდგომში განვითარებული მიჩვევით, უფრო ხშირად შეინიშნება იმ პირებში, რომლებსაც აქვთ უძილობა, გუნებ-განწყობის ხშირი ცვლილებები, დისფორიებით (პირქუში, გაღიზიანებადი, ღვარძლიანი გუნებ-განწყობა, ნებისმიერი გარეგანი გამღიზიანებლის მიმართ აწეული მგრძნობელობით, სისასტიკით და ფეთქებადობით), შფოთვით, დამაბულობით.

მიჩვევის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საძილე საშუალებების პირველი მიღების დროს აღმოცენებული ეიფორია და შფოთვის საწინააღმდეგო ეფექტები.

**დამოკიდებულების განვითარების ერთ-ერთი არაპირდაპირი ნიშანია ბარბიტურატების დღის საათებში მიღება.**

ხანგრძლივი მიღება იწვევს ინტოქსიკაციას, რომელიც ყველაზე ხშირად გამოვლინდება ეიფორიით, განმუხტვით, მომატებული გაღიზიანებადობით, გაფანტულობით, ყურადღების, კონცენტრაციის გამწვანებით, მეხსიერების დარღვევებით. სახეზეა ნევროლოგიური დარღვევები: ჰიპომანია, გაურკვეველი მეტყველება, კალიგრაფიის დარღვევა, ტრემორი, მყესთა რეფლექსების დაქვეითება. მოგვიანებით – დიზართრია, ინტელექტუალური დაქვეითება ეიფორიასთან შერწყმული და კრიტიკის არ ქონა. პაციენტის მდგომარეობა უახლოვდება ფსევდოპარალიზის მდგომარეობას.

ბარბიტურატების სისტემატური მიღებისას, რამდენიმე კვირის შემდეგ ვითარდება მიჩვევა და აბსტინენციის სინდრომი, რომლის გამოვლენის სპექტრი მეტად ფართოა.

აბსტინენცია მიმდინარეობს გაღიზიანებადობით, განრისხებითა და აგრესიით. ზოგჯერ დეპრესიით, ისტერიული რეაქციით და დემონსტრაციული სუიციდის მცდელობით. მე-4-5 დღეს შეიძლება აღმოცენდეს განერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრები. მათ შორის ინტერვალში მეორდება კლონური კრუნჩხვები, გონების დაკარგვის გარეშე. მოგვიანებით ადგილი აქვს აბსტინენციურ ფსიქოზს, ხშირად დელირიოზული მდგომარეობით, იშვიათად – ჰალუცინოზით. ჰალუცინოზი ვლინდება სმენითი ჰალუცინაციით. ჰალუცინოზი და დელირიუმი გრძელდება ჩვეულებრივ 1-2 კვირა, იშვიათად 1-2 თვე.

ბარბიტურომანებში ძალიან მალე ვლინდება დაავადების სამედიცინო-სოციალური შედეგები. ასეთ ავადმყოფებს მყარი ფსიქო-პათოლოგიური მოშლილობები უწვითარდებათ სასტემატური ხმარებიდან უკვე რამდენიმე თვის შემდეგ – გუნება-განწყობის ცვლილებები დისფორიის, დეპრესიის სახით (ხშირია სუიციდური ქცევა), მეხსიერების დაქვეითება, გამოფიტვა, ბოლმიანობა, ეგოიზმი. რამდენიმე წლის განმავლობაში ბარბიტურული ტიპის დამოკიდებულება იწვევს ორგანულ დემენციას (ჰუკუსუსტობას) და სრულ სოციალურ-შრომით დეზადაპტაციას.

### ტრანქვილიზატორები

თერაპიული დოზებით ტრანქვილიზატორები მნიშვნელოვნად ამცირებენ ემოციურ დაძაბულობას, გაღიზიანებადობას, მოუსვენრობას, შიშებს, შფოთვისას, იპოქონდრიულ (რაიმე მძიმე ავადმყოფობით დაავადების შესაძლებლობაზე მუდმივი ფიქრი) და სენესტოპათიურ (მრავალფეროვანი უსიამოვნო, მტანჯველი სხეულებრივი შეგრძნებები-შემოქერა, წვა, ზეწოლა, ღიტინი და ა.შ.) მოვლენებს, აადვილებენ ჩაძინების პროცესს და ხელს უწყობენ ძილის ხარისხობრივი მაჩვენებლების გაუმჯობესებას. დღესდღეობით ისინი ფსიქოტროპულ პრეპარატებს შორის ყველაზე უფრო პოპულარული და გავრცელებული საშუალებებია.

ამ ჯგუფის პრეპარატების ხელმისაწვდომობამ, მიღების საბაზის სიხშირემ ტრანქვილიზატორები მედიცინის ფარგლებს გარეთ გაიყვანა, აქცია “ყოფით” საშუალებებად, როგორც ავადმყოფებისათვის, ასევე ჯანმრთელებისათვის. ადამიანები თვითონ იღებენ გადაწყვეტილებას, როდის მიიღონ ისინი, შესაბამის რჩევებს აძლევენ ახლობლებს და ნაცნობებს, რომლებიც თავის მხრივ თვითმკურნალობას იწყებენ.

ამას გარდა, ტრანქვილიზატორების პოპულარობა განპირობებულია შემდეგი ფაქტორებით:

- პიროვნების ინდივიდუალური ფსიქო-ფიზიკური ამტანობისა და სიმძნელებთან გამკლავების უნარის დაქვეითებით;
- გარედან დახმარების მიღების ჩვევით;
- თვითმკურნალობისაკენ მიდრეკილებით.

ყოველივე ეს, დაბალ სამედიცინო განათლებასთან და არასაკმარის თვითკონტროლთან ერთად, ხელს უწყობს დამამშვიდებელი საშუალებების ავადგამოყენებას. ითვლება, რომ ტრანქვილიზატორებისადმი უფრო მიდრეკილნი ქალები არიან.

ამ ჯგუფის პრეპარატებს უწოდებენ „მცირე ტრანქვილიზატორებს“ (ნეიროლეპტიკების (ანტიფსიქოზური საშუალებები) ანუ „დიდი ტრანქვილიზატორებისაგან“ განსხვავების მიზნით).

მათ მიეკუთვნება:

- ბენზოდიაცეპინები (დიაზეპამი, ქლორდიაზეპოქსიდი, ფენაზეპამი, ოქსაზეპამი, ლორაზეპამი და სხვა);
- სხვადასხვა ქიმიური აღნაგობის ტრენქვილიზატორები (გრანდაქსინი, მებიკარი, მეპრობამატი და სხვა).

თრობის სურათი ბარბიტურებით თრობის მსგავსია, მაგრამ დისკორდინაცია და გაბრუნება, დარეტიანება ნაკლებად არის გამოხატული. ინდივიდუალურად მისაღები დოზის გადაჭარბება იწვევს გულისრევასა და პირღებინებას. თრობის მდგომარეობიდან გამოსვლისას შეინიშნება მოდუნება, დამტვრეულობის შეგრძნება, უძილობა, უმოძრაოდ ყოფნის სურვილი, მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევა, თავის ტკივილი, საჭმლისადმი ზიზღი.

მიჩვევა ყალიბდება მაშინ, როცა მომხმარებელი შეიგრძნობს ტრანკვილიზატორების ეიფორიულ ეფექტს. ამ დროს აღმოცენდება პრეპარატის მასტიმულირებელი მოქმედება. ადრე გამომქდავებული დამშვიდების, სედაციის ნაცვლად, ტრანკვილიზატორები იწვევს ძალების მოზღვავების შეგრძნებას; ავადმყოფი ხდება აქტიური, გუნებ- განწყობის ფონი უმჯობესდება, მას უჩნდება მოქმედების სურვილი.

ჩვეული დოზის მიღებით გამოწვეული ეფექტის შესუსტება მიუთითებს ტოლერანტობის მომატებაზე. ეიფორიული ზემოქმედების ძიება პაციენტს აიძულებს, სწრაფად გაზარდოს ხმარებული პრეპარატის დოზა. ტოლერანტობის განვითარების პარალელურად ქრება დამცველობითი რეაქციები: გულისრევა, ღებინება, ოფლდენა, თავბრუსხვევა.

იცვლება თრობის ფორმა – ფსიქოფიზიკური აქტივობა მომატებულია, მაგრამ არაპროდუქტიული. სიტუაციის გააზრება ხდება ზედაპირულად. ხშირია დისფორიული რეაქციები. გამოსვლისას შეინიშნება ამნეზიები.

ფსიქიკური დამოკიდებულება თავიდან კომპულსური (დაუძლეველი) ლტოლვის ხასიათს იძენს და ყალიბდება აბსტინენციური სინდრომი – შფოთვა, მოუსვენრობა, გუგების გაფართოება, ოფლიანობა, ჩნდება ცალკეული კუნთოვანი ჯგუფების შეკრთომები, უნებლიე მოძრაობები, ტრემორი, გულისრევა, თავბრუდახვევა, ყურებში შუილი, არტერიული წნევა მატულობს, გულისცემა ხშირდება. ზოგჯერ ვეთარდება გულყრა ან მწვავე ფსიქოზი ცნობიერების დაბინდვით, ორიენტაციის დარღვევით, ჰალუცინაციებით.

დამოკიდებულების განვითარების შემდგომ სტადიაზე ხშირია თვითმკვლელობის აზრები და მცდელობები, პაციენტები მძიმე სომატური ავადმყოფის შთაბეჭდილებას ტოვებენ – დამახასიათებელია ხანდაზმული გარეგნობა, ფერმკრთალობა, განლევადობა, სხვადასხვა ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციის დარღვევა.

**ტრანკვილიზატორების ავადმომხმარებლებთან შორის სიკვდილიანობა 2-3-ჯერ უფრო მაღალია ანალოგიურ ჯანმრთელ პოპულაციასთან შედარებით.**

**ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები) - ნარკოტიკულად მოქმედი აქროლადი ნივთიერებები**

აღნიშნული ნივთიერებების ჯგუფს მიეკუთვნება ტოლუოლის, აცეტონის, ბენზინის, ჰალოგენიზებული ნახშირბადის, ტრიქლორეთანის ფლუოროკარბონების შემცველი აირები და გამხსნელები, რომლებიც ძირითადად გამოიყენება საყოფაცხოვრებო ქიმიასში სხვადასხვა სახის წებოების, სითხეებისა და აეროზოლების სახით.

ტოქსიკომანიის ეს სახე ძირითადად გავრცელებულია 6-18 წლის მოზარდებში. თრობის სურათის მისაღწევად გამოიყენება პოლიეთილენის პარკებიდან შესუნთქვა, ხსნარში დასველებული ბამბების და ნაჭრების სასუნთქ ორგანოებზე მიფარებით შესუნთქვა და ა.შ. თრობა იწყება შესუნთქვიდან დაახლოებით 5 წუთის შემდეგ და გრძელდება 15 წთ.

ინტოქსიკაციაში გამოყოფებ სამ ფაზას:

**პირველი ფაზა** – ალკოჰოლით გამოწვეული თრობის მსგავსია. ავადმყოფებს უვითარდებათ სითბოს შეგრძნება, კიდურების მოდუნება, გუნება-განწყობის აწევა, სასიამოვნო ხმაური თავში, ცნობიერება შევიწროებულია.

**მეორე ფაზა** – მეორე შესუნთქვისას თრობა გადადის მეორე ფაზაში, ვითარდება უდარდელი, უზრუნველი, მხიარული განწყობილება. საგნები იცვლის ფორმას, სივრცით ურთიერთდამოკიდებულებას. ფერები იღებს განსაკუთრებულ სიკაშკაშესა და სიღრმეს. სმენითი აღქმა იღებს უჩვეულო სახეს. ირღვევა პროპრიოცეფცია. შეიგრძნობა სხეულის სიმსუბუქე. ადგილი აქვს სხეულის სქემის აშლას. დარღვეულია კოორდინაცია, მათ ქცევაში დომინირებს პუერილური ( გულუბრყვილო, ბავშვური ყოფაქცევა და აზროვნება) ელემენტები, მოძრაობები ატაქსიურია, მეტყველება გაუგებარი.

**მესამე ფაზა** – ინტოქსიკაცია ღრმავდება ახალი შესუნთქვების ხარჯზე, რომლის დროსაც ვითარდება ჰალუცინაციური მდგომარეობა, რასაც ჩვეულებრივ ავადმყოფები უწოდებენ **“შულტფილმების ყურებას”**. ჰალუცინაციები ატარებს ხატოვან, მოძრავ მიკროფსიულ ხასიათს, თითქოს ყველაფერი ეკრანზე ჩანს. ვითარდება საკუთარი “მე”-ს და სხეულის გაუცხოვება. ავადმყოფი თითქოს შორიდან უმზერს საკუთარ თავს ან ხედავს საკუთარი სხეულის ნაწილებს და ორგანოებს; განიცდის გაფრენის ან ვარდნის შეგრძნებას.

ტოქსიკომანიის დროს აღინიშნება ფიზიკური ასთენია, დაღლილობის შეგრძნება, მოდუნება, მოთენთილობა, ავადმყოფებს უჭირთ ყურადღების გამახვილება. აღინიშნება თავის ტკივილი, “თავზე შემოჭერის გრძნობა”, გულისრევა და ღებინება. ნევროლოგიური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ნისტაგმი, დისკოორდინაცია, რეფლექსების დაქვეითება, ტრემორი, მხედველობის დაბინდვა ან დიპლოპია. ჭარბმა დოზირებამ შეიძლება გამოიწვიოს სტუპორი ან კომატოზური მდგომარეობა.

**გარეგანი ნიშნებიდან აღსანიშნავია ცხვირისა და პირის გარშემო გამონაყარი, სკლერების ინიცირება.**

მოხმარების 3-6- თვის თავზე ყალიბდება აბსტინენციის სინდრომი, რომელიც გამოვლინდება გამღიზიანებლობით, დაქვეითებული გუნება-განწყობით. აღინიშნება მძიმე თავის ტკივილი, გუგების გაფართოება, ნისტაგმი, ენის, ქუთუთოების და თითების ტრემორი. გამოხატულია ჰიპერჰიდროზი, მყეს-ძვალთა რეფლექსების გაცხოველება, კუნთთა ჰიპერტონია, მოძრაობითი აღგზნება. მეორე დღიდან თავს იჩენს შფოთვა, განმარტოების სურვილი. ადგილი აქვს ტაქიკარდიას, ჰიპერტენზიას, ტკივილებს კუნთებში, პარესთეზიებს. ავადმყოფები არიან აგრესიულები, დისფორიულები.

აბსტინენციის სინდრომის სიმპტომატიკა გრძელდება 10-15 დღე, ხოლო ემოციურ-ნებითი აშლილობები შეიძლება გაგრძელდეს 1-1,5 თვე. შემდგომში აბსტინენციის ჩამთავრების პერიოდში დისფორია იცვლება სევდიანი მდგომარეობით, მოძრაობითი აქტივობის დაქვეითებით, მრავლობითი უსიამოვნო სომატური შეგრძნებებით.

**პროგრესირებადი ფსიქიკური ინვალიდიზაციის – ფსიქო-ორგანული სინდრომის საფუძველს წარმოადგენს ტოქსიკური ენცეფალოპათია.**

ცნს-ზე განსაკუთრებით ავთვისებიანი ზემოქმედებით გამოირჩევა ტოლუოლი და ეთილირებული ბენზინი. ინტოქსიკაციის სურათი ტყვიით მოწამვლის სურათის მსგავსია. ენცეფალოპათია განვითარებას იწყებს ავადგამოყენების პირველივე კვირიდან. ინჰალანტების მაღალი ტოქსიკურობა განაპირობებს რიგი სომატური დაავადებების განვითარებას: სასუნთქი გზების და საყლაპავის, ტოქსიკური ჰეპატიტის, მიოკარდიოდისტროფიისა და ა.შ.



## ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკები

ამ ჯგუფის პრეპარატებს მიეკუთვნება მორფინი და მისი მსგავსი ალკალოიდები (ოპიატები), ოპიუმის მსგავსი თვისებების მქონე სინთეზური ნაერთები (ოპიოიდები).

**ოპიოიდი** – ზოგადი ტერმინია, რომელიც გამოიყენება საძილე ყაყაოსაგან მიღებული ალკალოიდების, მათი სინთეზური ანალოგების და ორგანიზმში სინთეზირებული ნაერთების აღსანიშნავად, რომლებიც ზემოქმედებენ თავის ტვინში იგივე სპეციფიურ რეცეპტორებზე. გააჩნია ტკივილის შემცირების უნარი და იწვევს განცხრომის ( ეიფორიის ) მდგომარეობას.

ოპიოიდურ რეცეპტორებზე მოქმედების თავისებურების მიხედვით არჩევენ ოპიოიდური რეცეპტორების:

- აგონისტებს
- აგონისტ–ანტაგონისტებს
- ანტაგონისტებს

**ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტს** მიეკუთვნება ნივთიერება რომელიც ნეირორეცეპტორებთან ზემოქმედებისას ავლენს ეფექტს, რომელიც მსგავსია შესაბამისი ფსიქოაქტიური საშუალებით გამოწვეული ეფექტისა, მაგ. მეტადონი წარმოადგენს მორფინისმაგვარ აგონისტს ოპიოიდური რეცეპტორებისათვის. ეს ნივთიერებებია:

1. ოპიატები – ნატურალური ოპიუმი, რომელიც მიიღება უშუალოდ მცენარისაგან და ოპიუმისაგან მიღებული ალკალოიდები – მორფინი, კოდეინი, ნოსკაპინი (ნასკოპანი), თებაინი, ორიპავინი, და სხვა.
2. ნახევრადსინთეზური ოპიატები – მორფინი, დიაცეტილმორფინი (დიამორფინი და ჰეროინი), ჰიდრომორფინი, კოდეინი და ოქსიკოდინი.
3. სინთეზური ოპიოიდები – ლევორფანოლი, პრომედოლი, ჰიდრომორფინი, ფენტანილი, მეტადონი, პროპოქსიფენი, პეტიდინი.
4. ენდოგენური ოპიატები – ენდორფინების და ენკეფალინების შემცველი ნეიროპეპტიდები

პირველ სტადიას უწოდებენ ასევე ნევრასთენიულს, იმდენად რამდენადაც ხასიათის და ძილის ცვლილებებთან ერთად აღინიშნება გაღიზიანებადობა, დაღლილობა, ყურადღების, კონცენტრაციის დარღვევა, ჰიპერესტეზიები. ამ სტადიაშივე ხდება ტოლერანტობის მომატება – საჭიროა იმაზე მეტი დოზა ნივთიერებისა რასაც მანამდე იღებდა.

**ოპიოიდების რეცეპტორების აგონისტ–ანტაგონისტი** – ნივთიერება, რომელიც ნეირორეცეპტორებთან ზემოქმედებისას ამორჩევითად ავლენს ისეთივე ეფექტს, როგორც ნივთიერების აგონისტები და ამავე დროს თრგუნავს ზოგიერთი აგონისტის მოქმედებას, მაგ.: პენტაზოცინი, ნალბუფენი, ბუტორფანოლი, ბუპრენორფინი, ტრამადოლი და სხვა.

**ოპიოიდური რეცეპტორების ანტაგონისტებია:** ნალოქსონი, ნალტრექსონი და სხვა.

სამკურნალო მიზნით ოპიუმი გამოიყენება უძველესი დროიდან. მის ალკალოიდებს იკვლევდნ და იყენებენ მედიცინაში როგორც დამამშვიდებელ, ტკივილგამაყუჩებელ, ხველის საწინააღმდეგო, სპაზმოლიზურ და ფალარათის დროს, კუჭის შემკვრელ საშუალებებს.

ოპიუმი ბუნებრივი პროდუქტია, რომელიც მიიღება საძილე ყაყაოს დაუმწიფებელი თავების დასერვის გზით. ნარკოტიკული საშუალებების ერთიან კონვენციაში ოპიუმი განისაზღვრება როგორც საძილე ყაყაოს შედეგებული წვენი.

ოპიუმს სვამენ, ყლაპავენ, ეწევიან ან “იკეთებენ” მის დერივატებს. ნარკომანები იყენებენ ყაყაოს გამხმარ თავებს და ღეროებს – კოკნარს, ანუ ყაყაოს ნამჯას. ჩვენში ძირითადად გამოიყენება ნედლი ოპიუმისა და ყაყაოს ნამჯის ქიმიური გადამუშავებით მიღებული თვითნაკეთი ნარკოტიკული საშუალებები („შავი“, „ქიმია“ და ა.შ.).

ოპიუმი მრავალ ალკალოიდს შეიცავს (20-ზე მეტს), მაგრამ მათგან უმთავრესია მორფინი (10%), კოდეინი. უფრო იშვიათად გამოიყენება ნოქსაპინი (ნარკოტინი) და პაპავერინი.

ორგანიზმზე ნარკოტიკული ანალგეტიკების მოქმედება განვიხილოთ მორფინის მაგალითზე, რომელიც ფართოდ გამოიყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.

**მორფინი იწვევს ერთი მხრივ, ანალგეზიურ ეფექტს, და მეორე მხრივ, ავადმყოფს აძლევს საშუალებას უფრო ადვილად აიტანოს ტკივილი.**

მორფინი ცნს-ზე შეიძლება დამთრგუნველად ან მასტიმულირებლად მოქმედებდეს, ქმნიდეს მოდუნების, დამშვიდების, კეთილდღეობის მდგომარეობას, მაგრამ ზოგჯერ უსიამოვნო დისფორიას იწვევდეს.

მორფინი:

- თრგუნავს სუნთქვის ცენტრს;
- ანელებს ნაწლავების პერისტალტიკას (ვითარდება შეკრულობა);
- ზრდის წნევას ნალველ-გამომყოფ სისტემაში ოდის სფინქტერის სპაზმის გამო (ამიტომ პრეპარატმა შეიძლება გააძლიეროს ნალვლოვანი კოლიკა);
- შარდის ბუშტის სფინქტერის სპაზმის და ცენტრალური სედაციური ეფექტის შედეგად შეიძლება მოხდეს შარდის შეკავება;
- იწვევს ბრონქების კუნთოვანი ქსოვილის შეკუმშვას, ბრადიკარდიას (ცდომილი ნერვის ცენტრის აგზნების შედეგად); გუგების შევიწროებას (მიოზი);
- ახასიათებს ხველის საწინააღმდეგო მოქმედება;
- იწვევს გულისრევას და პირღებინებას (ღებინების ცენტრის სტიმულაციის შედეგად);
- ოფლიანობას, ქავილს.

მორფინი არის უსუნო თეთრი ფერის კრისტალური ფხვნილი, რომელსაც უშვებენ აბების და საინექციო ხსნარების სახით.

**კოდეინი** (მეთილფორმინი) – შედარებით დაბალაქტიური ოპიოიდი, თეთრი ფერის კრისტალური, მწარე გემოს მქონე ფხვნილია, რომელიც გამოდის აბების ან საინექციო ხსნარების სახით. კოდეინი დიდ დოზებში მორფინისაგან განსხვავებით, იწვევს აგზნებას. კოდეინისადმი ვითარდება უფრო ნაკლებად გამოხატული გამოკიდებულება, ვიდრე მორფინის მიმართ. სამედიცინო დანიშნულებით კოდეინი გამოიყენება სუსტი ან საშუალო ინტენსივობის ტკივილების, ხველის დროს. არსებობს კოდეინის შემცველი მრავალგვარი კომბინირებული ფორმები.

**ჰეროინი** (დიამორფინი, დიაცეტილმორფინი) – დღესდღეობით ჰეროინის წარმოება უკანონოდ ითვლება მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში. ორგანიზმში მოხვედრის შემდეგ დიამორფინი რამდენიმე წუთში გარდაიქმნება მორფინად. ნარკომანებს შორის მთელს მსოფლიოში ჰეროინი ყველაზე უფრო პოპულარულია. ამის მიზეზის დადგენა ძნელია. ეს დაკავშირებულია ან ჰეროინის შედარებით ხელმისაწვდომობასთან, ან იმასთან, რომ ჰეროინი ავადმყოფებში უფრო სასიამოვნო მდგომარეობას იწვევს.

**პრომედოლი** – სინთეზური პრეპარატია, გააჩნია ძლიერი ანალგეზიური უნარი. მორფინთან შედარებით ნაკლებად თრგუნავს სუნთქვის ცენტრს, ნაკლებად ასტიმულირებს ცთომილი ნერვის და ღებინების ცენტრებს. გააჩნია ზომიერი სპაზმოლიზური მოქმედება შინაგანი ორგანოების გლუვ კუნთებზე.

**ფენტანოლი** – სინთეზური ანალგეტიკია, რომელიც ქიმიური სტრუქტურით პრომედოლის მსგავსია. ახდენს ძლიერ, მაგრამ ხანმოკლე ანალგეზიურ მოქმედებას. ძირითადად გამოიყენება ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში.

**მეტადონი** (ფიზეპტონი, პოლამიდონი) – წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდს. სედაციური ეფექტი უფრო სუსტი აქვს, ვიდრე მორფინს. ანალგეზიური მოქმედება გრძელდება 12-24 საათს. პრეპარატს სვავენ ან იღებენ პარენტელარულად.

ოპიატების მოქმედებას ახასიათებს შემდეგი თანმიმდევრობა: სხეულში შეიგრძნობა სითბოს ტალღა, იწყება ქავილი სახის მიდამოში, ვითარდება პირის სიმშრალე, გუგები

ვიწროვდება, სახე წითლდება, აღინიშნება ფსიქო- ფიზიკური აქტივობის შენელება., მეორე ფაზას უწოდებენ “ნირვანას”, “წყნარი სიმშვიდე”, ასეთ დროს პიროვნება მოდუნებულია, ცოტას მოძრაობს, რაიმე სურვილი, მისწრაფება არ გააჩნია. თრობის შემდეგ ფაზაში შეინიშნება ზედაპირული ძილი, ხშირი გამოღვიძებით. გამოსვლისას შეიძლება იყოს ცუდი თვითშეგრძნება, თავბრუსხვევა, ტრემორი.

მცირე დოზებშიც კი (5-10გრ) მორფინი იწვევს ცვლილებებს ფსიქიკური პროცესების მიმდინარეობაში. იწყება ეიფორია, ფანტაზია ცოცხლდება, აღქმა მწვავედება, არც თუ ისე რთულ გონებრივ და ფიზიკურ საქმეს თან სდევს სიმსუბუქის ილუზია. ამასთან ერთად გაძნელებულია ყურადღების კონცენტრაცია, პროდუქტიულობის შენელებული აქტივობა.

ოპიატებზე მიჩვევა შედარებით სწრაფად ხდება – 2-3 მიღებიდან იწყება აბსტინენციის სინდრომი შეიძლება ალაგდეს 5-6 დღეში, თუმცა უძილობა და ტკივილები შეიძლება მკურნალობის შემდეგ კარგა ხანს დარჩეს.

ოპოიდების სისტემატური მოხმარება იწვევს პიროვნების შეცვლას, ფსიქიკურ და ფიზიკურ დეგრადაციას. იცვლება ხასიათი – იკვეთება სიუხეშე, აპათია, ეგოცენტრიზმი, კონფლიქტურობა, თვითდაზიანებისა და სუიციდის მცდელობები. კანი ხდება მშრალი, მომწვანო-მოსერო, ჩანს პოსტინექციური ნაწიბურები. ვენები თოკებივით ხდება, კბილების ემალი ტყდება, გუგები შევიწროებულია, სახე შემუშპებული, არტერიული წნევა და პულსი შენელებული, ლიბიდო დაქვეითებული, მამაკაცებში იმპოტენცია, ქალებში – მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, ამენორეამდეც კი. კუჭ-ნაწლავის სისტემის ფუნქცია ირღვევა, გამოხატულია ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი რეაქცია – ოფლიანობა, სიცხის შეგრძნება, კანკალი, გულისფრიალი, გულისწასვლა. დამახასიათებელია უძილობა, ჩაძინების გაძნელება, კოშმარები – დგება ღრმა დეპრესია.

მოგვიანებით სტადიაში გამოხატულია ამნესტიური სინდრომი – კორსაკოვის ტიპის პოლინევრიტის გამოვლინებით. იკარგება მეხსიერება მიმდინარე მოვლენებზე, ავადმყოფები ცუდად ერკვევიან დროში, ადგილსა და გარემოში. დამოკიდებულების განვითარების მოგვიანებით სტადიაში ტოლერანტობა ქვეითდება, ნარკოტიკის გარეშე ნარკომანი სავსებით კარგავს მოქმედების უნარს, იგი უნებისყოფო და უინიციატივოა. როგორც წესი ვითარდება მრავლობითი სომატური გართულებები, განსაკუთრებით, კუსტარულად დამზადებული ნარკოტიკების სისტემატური ხმარების შედეგად.

## ნარკომანიის ეტიოპათოგენეზი

წელს ხ. კოსტერლიცმა და რ. ჰიუსმა თავის ტვინში აღმოაჩინეს ნივთიერებები, რომლებიც ფლობდნენ ოპიატურ აქტივობას. შემდგომმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ თავისი ქიმიური სტრუქტურით ეს ნივთიერებები არიან პეპტიდები. მოგვიანებით მათ უწოდეს ოპიოიდური ნეიროპეპტიდები (ენდოგენური მორფინისმაგვარი შენაერთები).

ნორმალურ ორგანიზმში ოპიოიდური ნეიროპეპტიდები ასრულებენ ძალიან მნიშვნელოვან ფუნქციას – იცავენ ბალანსს დაწყებასა და დამუხრუჭების ზონებს შორის თავის ტვინში, ბალანსს უარყოფით და დადებით ემოციებს შორის.

ყოველი ადამიანი პერიოდულად განიცდის ეიფორიულ და დათრგუნულ მდგომარეობას. პირველ შემთხვევაში ეს შეიძლება იყოს გამოწვეული ენდოგენური ოპიოიდების მომატებული პროდუქციით, ხოლო მეორე შემთხვევაში მათი სინთეზის ინტენსივობის დაქვეითებით ან გადამეტებული დეზაქტივაციით.

ადამიანების გარკვეული რაოდენობა ხდება ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკზე დამოკიდებული სწორედ იმიტომ, რომ ხანგრძლივი დეპრესიის პერიოდში, რომელიც შეიძლება იყოს გამოწვეული როგორც შინაგანი (ბიოლოგიური), ასევე გარეგანი (სოციალური) მიზეზებით, ისინი ცდილობენ დეპრესიული მდგომარეობის მოხსნას ალკოჰოლით, ნარკოტიკით ან სხვა ანტიდეპრესიული საშუალებებით.

ასეთ შემთხვევაში ბუნებრივი ენდოგენური ოპიოიდების შედარებითი თუ აბსოლუტური უკმარისობა, კომპენსირდება მათი ეგზოგენური აგონისტიტით, თანაც ასჯერ ან ათასჯერ უფრო მეტი დოზით, ვიდრე ბუნებრივად ხდება ამ ნეიროპეპტიდების პროდუქცია. ნარკოტიკის ძლიერი ეიფორიული მოქმედება მკვეთრად ცვლის ემოციური მდგომარეობის ბალანსს დადებითი ემოციისკენ. ადამიანი კარგად იმახსოვრებს ამ შეგრძნებებს, მაგრამ ფსიქო-ფიზიოლოგიური ჰომეოსტაზის ცვლილებებს ასევე კარგად „იმახსოვრებს“ ემოციური სისტემის ცენტრებიც.

დადებითი და უარყოფითი ემოციური ცენტრების ბალანსში ემოციური მდგომარეობა იხრება დადებითისაკენ და ორგანიზმი განიცდის ეიფორიულ გრძნობას ან სხვა სასიამოვნო განცდებს. თუმცა ენდოგენური ოპიოიდების არასაკმარისი პროდუქციის ან გაძლიერებული დაშლისას, შესაბამისი ფერმენტული სისტემებისაგან, მახლოკირებელი ოპიატური რეცეპტორების რაოდენობა შეიძლება მკვეთრად შემცირდეს. ამის შედეგად იზრდება იმ ნეირონების აღზუნება, რომლებიც შედიან თავის ტვინის დამამუხრუჭებელ ზონებში. ირღვევა ემოციური ბალანსი და უარყოფითი ემოციები იწყებენ პრევალირებას. ამ დროს გარედან მიღებულმა ნეგატიურმა ინფორმაციამ შეიძლება გაასმაგოს უარყოფითი ემოცია.

მსგავსი მერყეობა „ემოციური შუქურისა“ არ მიგვიყვანდა სამწუხარო შედეგებამდე, რომ არა ყოველი ემოციური ცენტრის თვითმარეგულირებელი სისტემა, რომელიც აქტიურად ერთვება ჰომეოსტაზის ცვლილებებში.

ლიტერატურის ზოგადი ანალიზი საშუალებას იძლევა ნარკომანიის განვითარებაში გამოიყოს შემდეგი ძირითადი მომენტები:

- ნარკოტიკული ნივთიერებების ჩართვას ფიზიოლოგიური ფუნქციების თვითრეგულაციის პროცესებში მივყავართ ორგანიზმის ნეიროვეგეტატიული რეაქციების მყარი ცვლილებების აღმოცენებისა და განვითარებისკენ. ხოლო შემდგომში მათ საფუძველზე ნარკოპათოლოგიური კლინიკის ჩამოყალიბებისაკენ.
- ნარკოპათოლოგიური მოვლენები (კერძოდ ფსიქიური და ფიზიკური დამოკიდებულების სანდრომების კლინიკური სურათი) შეიძლება განხილული იქნას როგორც ემოციური დარღვევების ეპიფენომენი, რომელიც წარმოიშვება ნეიროვეგეტატიური რეაქტიულობის ხარისხობრივი ცვლილებების გამო. არ არის გამორიცხული, რომ ამ მოვლენებს არ აქვთ საკუთარი ფსიქოპათოლოგიური შინაარსი, არამედ ასახავენ ნორმისა და პათოლოგიის საერთო მექანიზმებს.
- კანონზომიერი და ეტაპობრივად განვითარებული ცვლილებები ორგანიზმის ნეიროვეგეტატიული რეაქტიულობისა განსაზღვრავს ნორკომანიული დაავადების დამოუკიდებელ პათოგენეზს და ძირითად თავისებურებებს მისი კლინიკური მიმდინარეობის მრავალფეროვნებაში. ეს ცვლილებები უნდა ისახებოდეს ფსიქოვეგეტატიური (ფსიქო-ჰუმორალური) შეფარდების სპეციფიკური პატერნების სახით, რომელთა გამოვლინება მნიშვნელოვანი იქნება დაგნოსტიკისა და პროგნოზირების მიზნით.

## კლინიკური სიმპტომატიკა

ნარკომანიის განვითარებაში გამოყოფენ სამ სტადიას:

**პირველი სტადია –ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების სტადია**—ამ დროს იწყება ფსიქიკური ლტოლვა ნარკოტიკისადმი, იგი ხასიათდება ფსიქიკური დამოკიდებულების სინდრომის განვითარებით და ეიფორიული ზემოქმედების შემცირებით ნივთიერების განმეორებითი მიღებისას. ამ სტადიას უწოდებენ ასევე **ნევრასთენიულს**, იმდენად რამდენადაც ხასიათის და ძილის ცვლილებებთან ერთად აღინიშნება გაღიზიანებადობა, დაღლილობა, ყურადღების, კონცენტრაციის დარღვევა, ჰიპერესთეზიები. ამ სტადიაშივე

ხდება ტოლერანტობის მომატება – საჭიროა იმაზე მეტი დოზა ნივთიერებისა, რასაც მანამდე იღებდა.

**ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება** – ეს შეგნებული თუ შეუგნებელი მოთხოვნილებაა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა ფსიქოგენური დამაბვის მოსახსნელად და ფსიქიური კომფორტის მისაღწევად.

ანსხვავებენ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების ორ ტიპს:

**დადებითი** – ნარკოტიკი მიიღება სუბიექტური სასიამოვნო ეფექტის (ეიფორია, სიმხნევე, გუნება-განწყობის ამაღლება) მისაღწევად, რომელიც მხოლოდ ნარკომანიის დასაწყის ეტაპზე აღინიშნება.

**უარყოფითი** – ნარკოტიკი აუცილებელია რათა მოიხსნას ცუდი თვითგრძნობა. ნარკოტიკისაგან თავის შეკავება, ან სხვა მიზეზების გამო მისი განმეორებითი მიუღებლობა იწვევს ხასიათის შეცვლას, დეპრესიას. ნარკოტიკის განმეორებითი მიღების სურვილი იღებს აკვიატებულ ხასიათს

**მეორე სტადია – ნარკომანული სტადია – ფიზიკური დამოკიდებულების სტადია.** ფიზიკურ დამოკიდებულებაში იგულისხმება ადაპტირებული მდგომარეობა, რომელიც გამოვლინდება ფიზიკურ დარღვევებში: ორგანიზმი ეჩვევა ნარკოტიკულ ნივთიერებას, ნარკოტიკი თითქოს „ერთვება“ ნივთიერებათა ცვლაში და მისი მიღების შეწყვეტა იწვევს სხვადასხვა ფუნქციონალურ დარღვევებს, რომლითაც ხასიათდება აბსტინენციის სინდრომი.

**აბსტინენციის** სინდრომი წარმოადგენს ფსიქოპათოლოგიურ, ვეგეტატიურ, ნევროლოგიურ და სომატური დარღვევების კომპლექსს. მისი კლინიკური სურათი, ჩამოყალიბების ვადები და მიმდინარეობა, დამოკიდებულია ნივთიერების ტიპზე, დოზირებასა და მისი მოხმარების ხანგრძლივობაზე, ორგანიზმის ფუნქციონალურ თავისებურებებზე.

აბსტინენციის სინდრომს (ნარკოტიკული დამოკიდებულების ნებისმიერი ფორმის დროს) ახასიათებს: კუნთოვანი სისუსტე, ტაქიკარდია, აღზნებადობა, უძილობა, ემოციონალური გადახრა, გუგების გაფართოება, შემცივნება, მთქნარება, კანკალი, დისპეფსიური მოვლენები, ჰიპერტენზიული სინდრომი, ანორექსია, შფოთვა ან დეპრესია.

**მესამე სტადია – ვითარდება სომატური პათოლოგია** – ამ ეტაპზე ეიფორიული ეფექტი არ იწვევა, რის გამოც ნარკოტიკის მიღება აუცილებელია აბსტინენციის სინდრომის მოსახსნელად. გარდა ფსიქიკური დეფექტებისა – უარყოფითი ემოციურ-ნებისყოფითი დარღვევების სახით, ყალიბდება სომატური დეფექტები გულის კუნთის, პარენქიმული ორგანოების, სასქესო ორგანოების ატროფიული ცვლილებებისა და ც ნ ს-ში ცვლილებების სახით.

ნარკომანიის მძიმე მიმდინარეობის დროს აღინიშნება ნერვულ უჯრედებში ბირთვული აპარატის ცვლილებები. როგორც წესი, აღინიშნება ზოგადი გამოფიტვა. მეხსიერების, ინტელექტის უხეში დაქვეითება და დემენცია ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით, ნარკომანიის დროს არ აღინიშნება. ხოლო ფატალური გამოსავლები ნარკომანიის დროს ძირითადად დაკავშირებულია გულის კუნთის ტოტალურ გადაგვარებას, ნეფროპათიასა და თანდართულ ინფექციებთან.

მოკლედ, ნარკომანია (დამოუკიდებლად მიღებული ნივთიერებისა) იწყება: დადებითი ემოციური რეაქციების სტიმულაციით, შემდეგ ვითარდება ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება, რომელსაც თან სდევს აბსტინენცია და ნარკოტიკის მიმართ ტოლერანტობის მომატება; პათოლოგიური ცვლილებების ციკლს ორგანიზმში ასრულებს ფიზიკური დამოკიდებულება ნარკოტიკზე და ორგანოებსა და ქსოვილებში წარმოშობილი ორგანული ცვლილებები.

ფსიქიური დარღვევები ნარკომანიის დროს – ადრეულ ლიტერატურაში ნარკოტიკული თრობის დროს ფსიქიკური მდგომარეობის აღწერა შემოიფარგლებოდა ეიფორიის აღწერით. ბოლო კლინიკური დაკვირვებებით და გამოკვლევებით ცხადი გახდა, რომ უნდა გამოიყოს არა მარტო ემოციის შეცვლა, არამედ ცვლილებები ალქმაში, აზროვნებასა და ცნობიერებაში.

ნარკოტიკული თრობის დროს ალქმის დარღვევა გამოვლინდება სამი ფორმით:

- ცნობიერების დარღვევა ინტოქსიკაციის დროს განსაზღვრავს, როგორც ალქმის გამძაფრებას (სტიმულატორების მიღების დროს);
- არჩევითობას (ოპიატები);
- ალქმის დაქვეითებას (სედატიური პრეპარატები).

ეს დარღვევები კორელირდება აქტიურ ყურადღებასთან. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს რომ ინტოქსიკაციის დროს ირღვევა კავშირი ყურადღებასა და შთაბეჭდილებების ფიქსაციას შორის.

იცვლება გარე სამყაროს ალქმა: ფორმა, საგნების ფერი (მისი გაჯერებულობა), მანძილი საგნებამდე, საგნების დამოუკიდებელი მოძრაობა:

- მოახლოება და დაშორება;
- მეტამორფოზისა (მიკროფსია, მაკროფსია, ჰიპერაკუზია);
- ირღვევა სენსორული სინთეზი, რაც დერეალიზაციაში გამოვლინდება;
- აუტოტოპაგნოზია – ნარკომანი ხედავს თავის ტვინს, ტვინში მიმდინარე მოვლენებს; ადგილი აქვს ჰალუცინაციებს.

ნარკოტიკული თრობის დროს ალქმის დარღვევებიდან გამორჩევა მხედველობის, სმენის, ტაქტილური და პროპრიოცენტრულ ანალიზატორებში მიმდინარე დარღვევები. გემოვნების და ყნოსვის – ძალიან იშვიათად. დამახასიათებელია აგრეთვე ის, რომ ნარკომანს შეუძლია შთაინერგოს ეს განცდები: მას შეუძლია „შეუკვეთოს“ დაინახოს ან მოუსმინოს თავის თავს.

აზროვნება ამ დროს იცვლება სხვადასხვანაირად. ყველაზე დამახასიათებელია კატატიმურობა. ამ დროს ირღვევა პროპორციის შესაბამისობა ფსიქიკური მდგომარეობის ინტელექტუალურ და ემოციურ ჭრილში. ნარკომანს უქვეითდება უნარი მართოს აქტიური ყურადღება, ირღვევა გააზრების უნარიც. იწყება ბოდვები. ირღვევა აზროვნების ტემპი, რაც მეტყველების ტემპზეც აისახება. ნარკოტიკის მიღება აშიშვლებს არქაულ, მისტიკურ დონეს ცნობიერებისას, რის დროსაც აღმოცენდება აუტოფსიქიკური დეზორიენტაცია, „მე“-ს რღვევა.

ფსიქიური დარღვევების მრავალფეროვნების მიუხედავად შეიძლება გამოვყოთ რამდენიმე პრინციპული მახასიათებელი:

1. **ფსიქიკური მოქმედების უმართაობა** – პაციენტს არ შეუძლია გაუმკლავდეს შიშს და სხვა უარყოფით გრძნობებს და იმის გაცნობიერება რომ ეს დაკავშირებულია ნარკოტიკების მიღებასთან, აიძულებთ მათ მოქმედებისაკენ, სამწუხაროდ ზოგჯერ ტრაგიკულისაკენ..
2. **ფსიქიკური მოქმედების დისოციაცია** – ზოგჯერ დისოცირდება „მე“-ს შემეცნება, როცა „სული“გარედან აკვირდება „სხეულს“ ეს დისოციაცია არის არა მარტო ინტელექტუალური არამედ ფსიქოსენსორული.
3. **პროტოპათიური შეგრძნებები** – შეგრძნებების სიღრმე, აუხსნელობა, დიფუზურობა. როგორც ჩანს ნარკოტიკული თრობის დროს ფსიქიკური მოქმედებების დეზინტეგრაცია აისახება ტვინის მწვავე მრავალდონიან დაზიანებაში.

## ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულანტები

ცნს-ის სტიმულანტები – ნივთიერებები, რომლებიც ცნს-ზე მასტიმულირებელ, გამააქტიურებელ ზემოქმედებას ახდენენ. ამ ჯგუფში შემაჯავალ საშუალებებს ადამიანი იმთავითვე „სამკურნალოდ“ იყენებდა დაღლილობის მოსახსნელად, შიმშილის გრძობის დასათრგუნად, ფიზიკური აქტივობის მოსამატებლად. ლეჭავდნენ კოკას, ეფედრას, კატის ფოთოლს, ხარშავდნენ ყავის, კაკაოს, კოლას ნაყოფს, ჩაის, მატეს ფოთლებს.

**სტიმულაციური ეფექტის მქონე ალკალოიდები ორგანიზმზე კატექოლამინური მედიატორების მსგავსად მოქმედებენ.**

ამ ჯგუფს მიეკუთვნება: კოკაინი, ამფეტამინები და ამფეტამინის სხვა პრეპარატები, კოფეინი, კატინი და კატიონი, თამბაქო, ეფედრინი.

**კოკაინი** – ალკალოიდი მიღებული მცენარე კოკას ფოთლისაგან ან სინთეზირებული ეკგონინის ან მისი დერივატებისაგან. იგი არის ცნს-ის ძლიერი სტიმულატორი; მისი მრავალჯერადი მოხმარება იწვევს დამოკიდებულებას. კოკაინის მარილზე სასმელი სოდის დამატებით და გახურებით მიიღება „კრეკი“.

კოკაინი თეთრი კრისტალური ფხვნილია, რომელიც თოვლს ჰგავს და „თოვლის“ სახელით არის ცნობილი. ფხვნილის სახით ისუნთქავენ ცხვირით, ხოლო ხსნარის სახით შეყავთ ინტრავენურად. სიძვირის გამო კოკაინს “მდიდრების ნარკოტიკად” მიიჩნევენ და “არალეგალური ბაზრის შამპანურის” სახელით არის ცნობილი.

კოკაინი არის სტიმულატორი, რომელიც მოქმედებს სიმპათიკურ ნერვულ სისტემაზე დასაწყისში აღმზნებად, შემდეგ კი დამთრგუნველად. კოკაინის მიღება ხდება შესუნთქვის გზით ან ინტრავენურად. კოკაინით თრობას ახასიათებს აზროვნების აჩქარება, განტვირთვა, ლიბიდოს მომატება, განსაკუთრებით ქალებში. მთლიანობაში ეს დარღვევები იძლევა საფუძველს კოკაინით თრობა განიხილებოდეს როგორც მანიაკალური.

მოგვიანებით ვლინდება ცნობიერების დარღვევა, შიშინაობა, ჰალუცინაციები, დასაწყისში მხედველობითი, მოგვიანებით ტაქტილური. ეს ბოლო დამახასიათებელია კოკაინიზმისათვის. თრობის გაძლიერებისას დამახასიათებელია ექვიანობა, ფსიქომოტორული აღზნების მდგომარეობა აგრესიულობით, სუიციდის მცდელობებით.

აბსტინენციის სინდრომი კოკაინიზმის დროს გამოხატულია არცთუ ძლიერად, ძირითადად ვითარდება ფსიქიკური დამოკიდებულება. ეს აისახება იმით რომ კოკაინით თრობა მიმდინერებს გამოხატული ვეგეტატიური დარღვევებით, რომელიც სუსტდება პათოლოგიური მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ. კოკაინის სისტემატურ მიღებას მოსდევს ორგანიზმის გამოფიტვა. თანდათან ქვეითდება მეხსიერება, დამახასიათებელია ძილის დარღვევა, ხანმოკლე ძილი წყდება კოშმარებით, ხასიათში დომინირებს შფოთვა, გაღიზიანებადობა, აღზნებადობა, შიში. მოგვიანებით ვლინდება სისუსტე, დამტვრეულობა, მამაკაცებში პოტენციის დაქვეითება და ჰომოსექსუალობისაკენ ტენდენცია, ქალებში – ჰიპერსექსუალობა, შემდეგ კი – ამენორეა.

**კოკაინის ფსიქოზი შეიძლება ადრევე განვითარდეს და იგი მიმდინარეობდეს დელირიუმით ან პარანოით. კოკაინით გამოწვეული დელირიუმი ხასიათდება ოლუზორული აღქმით, მხედველობითი ჰალუცინაციით, შეუპოვარი უძილობით.**

მაიერმა აღწერა კოკაინური დელირიუმის 3 სახესხვაობა:

**ეიფორიული** – რომლის დროსაც წამყვანია მხედველობითი ჰალუცინაციები, რომლებსაც სასიამოვნო შინაარსი აქვს და განდიდების მანია.

**პარანოიდული** – ხასიათდება შემაშფოთებელი მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციებით, ცუდი ფიზიკური თვითგრძნობით, ჭარბი ცრუ ტაქტილური გრძნობით. პაციენტს რჩება საუბრის, ადამიანებთან ურთიერთობის სურვილი, ინტელექტუალური შრომისაკენ მიდრეკილება.

**ანეიროიდული** – კინოსმაგვარი მხედველობითი ჰალუცინაციებით, გულგრილი, რანდენადმე შეშინებული ხასიათის ფონზე.

პირველ ორ მდგომარეობას თან ახლავს მოძრაობის აქტივობა, აგრესიულობის ტენდენცია, მესამეს კი პირიქით – მოძრაობის შეფერხება, პასიურობა, განმარტობისაკენ ლტოლვა.

კოკაინური ნარკომანიის დროს აღწერილია დემენციის განსაკუთრებული სახე – „**კოკაინური დამბლა**“ – რომელიც თავისი სტრუქტურით მოგვაგონებს სიფილისით გამოწვეულ პროგრესირებად დამბლას. ამ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია განდიდების მანია, ეიფორია, შფოთვა გამოხატული ჭკუასუსტობის ფონზე, კრიტიკის არ ქონა, შესაძლებელია კოკაინური ეპილექსიის წარმოშობა.

## **ამფეტამინები და ამფეტამინისმაგვარი ნარკოტიკები**

ამფეტამინები – ფენამინი და ამფეტამინის რიგის სხვა პრეპარატები – დექსამფეტამინი, ბენზედრინი, პერვიტინი, პრელუდინი, რიტალინი და სხვა. გამოიყენება დეპრესიისა და ასთენიური მდგომარეობის სამკურნალოდ, აგრეთვე სხეულის წონის რეგულირებისათვის. ამფეტამინის ლეგალური პრეპარატები სხვადასხვა ქვეყანაში მზადდება აბების, კაფსულების, სიროფებისა და ელექსირების სახით. ანალოგიური შენაერთები არალეგალურ ბაზარზეც ფიგურირებს და მათი არასამედიცინო მიზნით ხმარება იწვევს დამოკიდებულების ფორმირებას.

ამფეტამინური თრობა იწვევს ეიფორიას, ფსიქიკური და ფიზიკური აქტივობის მომატებას. ადამიანი ხდება უფრო კონტაქტური, მოუსვენარი, ბევრს ლაპარაკობს, დრო თითქოს უფრო „სწრაფად გარბის“. დამახასიათებელია გუგების გაფართოება, გაძლიერებული ოფლდენა, ხელების ტრემორი.

მიჩვევა და დამოკიდებულება ვითარდება ძალიან სწრაფად, ძირითადად განპირობებულია ემოციური მდგომარეობით. ნარკოტიკის არარსებობა ორგანიზმში იწვევს ფსიქიკურ დისკომფორტს, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობას.

აღკვეთის სინდრომი ვითარდება როგორც კომპულსური სწრაფვის გართულება, ახასიათებს თავის ტკივილი (ზოგჯერ ჰემიკრანის სახით), გულისცემის შეტევები, ტკივილი გულის არეში, მიმიკური კუნთების, ენის კრუნჩხვითი შეკრთომები, ატაქსიური ხასიათის ტრემორი, მოძრაობის, კოორდინაციის დარღვევა, მთქნარება, შემცივნება, ზოგჯერ ჰიპერჰიდროზის შეტევები. ფსიქიკური ცნობიერების შეცვლით.

**სისტემური მოხმარების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს პარანოიდული შიზოფრენიის მსგავსი მდგომარეობა ჰალუცინაციებით.**

შეინიშნება ჰიპერპირექსია (სხეულის ტემპერატურის მომატება), განსაკუთრებით თუ ადამიანი ასრულებს ფაზიკურ დატვირთვას, რასაც თან სდევს არითმია, სისხლძარღვოვანი კოლაფსი და სიკვდილი.

## **ქსანტინები და ქსანტინის შემცველი სასმელები**

კოფეინი, თეობრომინი, თეოფილინი. ეს სამი ნივთიერება მიიღება მცენარეებისაგან. თვისობრივად მათი ეფექტები მსგავსია, მაგრამ მნიშვნელოვნად განსხვავდება რაოდენობრივად, ჩაი შეიცავს კოფეინს და თეოფილინს, ყავა კოფეინს, კაკაო – თეობრომინს. კოლას ნაყოფი შეიცავს კოფეინს.

ცნს-ზე კოფეინი უფრო ძლიერად მოქმედებს, ვიდრე თეოფილინი, მაგრამ გარკვეულ წილად ორივე ეს ნივთიერება ასტიმულირებს ფსიქიკურ პროცესებს. აზროვნებითი პროცესი ცოცხლდება, იხსნება ან გადავადდება დადებითი გრძნობა. კოფეინი და ამფეტამინები ზრდიან ფიზიკურ ამტანობას და კვალიფიციურ შრომასთან დაკავშირებული ამოცანების შესრულების უნარს, ანუ იზრდება ადამიანის როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური შესაძლებლობები. ზოგადად კოფეინი და სხვა სტიმულანტები ქმნიან უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის განცდას, მხიარულ გუნებ-



განწყობას. შემდეგ ეს მდგომარეობა იცვლება მოწყენილობის, დაღლილობის განცდით, ყურადღების დაქვეითებითა და ძილიანობით.

ძილი – კოფეინი უფრო ხანდაზმული ასაკის ადამიანთა ძილზე მოქმედებს, ვიდრე ახალგაზრდებისაზე: ხანგრძლივდება ჩაძინების პროცესი, მატულობს მოტორული აქტივობა, გამოვლიძების სიხშირე. ჩონჩხის კუნთების მეტაბოლიზმი კოფეინის ზემოქმედებით იზრდება, რაც ნაწილობრივ ხსნის ათლეტური შესაძლებლობების მომატებას.

კოფეინი უშუალო მასტიმულირებელ ზემოქმედებას ახდენს გულის კუნთზე, მატულობს გულისცემის სიხშირე, ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს ექსტრასისტოლები და უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში. თავის ტვინის სისხლძარღვები, ქსანტინების ზეგავლენით, ვიწროვდება, ჯანმრთელებში ძლიერდება დიურეზი. ყავაში არსებული კოფეინი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.

კოფეინის ეფექტები, რომ სურვილის საგანს წარმოადგენს, ამაზე მეტყველებს მთელს მსოფლიოში კოფეინის შემცველი სასმელების უკიდევანო პოპულარობა, მაგრამ ყავისა და ჩაის მომხმარებლები იშვიათად თუ აცნობიერებენ იმას, რომ ემოციური ხასიათის წამალთდამოკიდებულება აქვთ.

ტოლერანტობა ვითარდება ნელა. ფსიქიკური და მსუბუქი ფიზიკური მოხსნის სიმპტომები ვითარდება კოფეინის მიღებიდან 12-16 საათის შემდეგ და ვლინდება თავის ტკივილით, გაღიზიანებადობით, ნევროზულობის ელემენტებით. ასეთივე მოვლენები შეინიშნება ქსანტინის შემცველი სასმელების არარეგულარული მოხმარებისას (თუ სამსახურში ხშირად სვამენ და სახლში იშვიათად, მხოლოდ გამოსასვლელ დღეებში).

კოფეინის ხანგრძლივი მოხმარება იწვევს შფოთვის მდგომარეობას, მოუსვენრობას, ტრემორს, თავის ტკივილს, ექსტრასისტოლებს. ყავას ახასიათებს უფრო ფაღარათისაკენ მიდრეკილება, ჩაის-- შეკრულობისაკენ.

ყავის ავადგამომყენებლად შეიძლება ჩაითვალოს პირი, რომელიც დღე-ღამეში 300 მგ-მდე კოფეინს მოიხმარს, ანუ ნატურალური ნალექიანი ყავის დაახლოებით 4 ჭიქას (თითო ჭიქაში 80+/- 20 მგ კოფეინი) ან ხსნადი ყავის 5 ჭიქას (თითო ჭიქაში 60+/- 20 მგ კოფეინი). კოფეინის ექვივალენტურ რაოდენობას შეიცავს 10 ჭიქა ჩაი (დაახლოებით 30 მგ კოფეინი თითოეულ ჭიქაში).

კოფეინის შემცველობა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია ყავის ან ჩაის მიღების წყაროზე, რაოდენობაზე და მომზადების ხერხზე.

ქსანტინის შემცველი სასმელები – კაკაო არასასურველ ზემოქმედებას არ ახდენს, მაგრამ არც განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს. ყავისა და ჩაის ზედმეტი მოხმარება იწვევს აგზნებას, შფოთვის მდგომარეობას, შეიძლება გამოიწვიოს წყლულოვანი დაავადების გამწვავება.

მცირე ასაკის ბავშვებს, ჩვეულებრივ, უზღუდავენ ყავასა და მაგარ ჩაის, რადგან მათი ცნს კოფეინის მასტიმულირებელი ეფექტების მიმართ ნაკლებად მდგრადია.

კოფეინის სასმელები გავრცელებულია ყველგან მაგრამ საკუთრივ ნარკომანული მიზნით იშვიათად მოიხმარება ეიფორიის გამოწვევის ნაკლები უნარის გამო.

## **ნივთიერებები, რომლებიც ცვლიან ალქმის ფუნქციას - ჰალუცინოგენები**

ჰალუცინოგენებს აგრეთვე ფსიქოდელირიულ პრეპარატებს უწოდებენ. ისინი წარმოადგენს ნივთიერებების განსაკუთრებულ კლასს, რომლებიც იწვევს ფსიქოზისმაგვარ სურათს, მიმდინარეობს ჰალუცინაციებით, გრძნობათა რეალურობის და ორიენტაციის დარღვევით, ცვლილებებით აზროვნებასა და შეგრძნებებში.

ცნობილია მათი 100-მდე ბუნებრივი და სინთეზური სახეობა.

მათ მიეკუთვნება:

- კანაბისი (ჰაშიში, მარიხუანა),
- პსილოციბინი რომელიც გვხვდება სოკოებში,
- მესკალინი (შეიცავს მექსიკური კაქტუსი პეიოტი). სინთეზური – LSD–ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი და დიპროპილტიპტამინი;
- ჰალუცინოგენური ამფეტამინები (“ექსტაზი”).

ფხვნილისა და ტაბლეტების გარდა ჰალუცინოგენები მზადდება ე.წ. “დოზირებულ ქაღალდზე” უმეტესად გვხვდება კვადრატულ, ნახატებიან (კომიქსები, მარკები, გადასაყვანი ქაღალდები) ქაღალდებზე.

## კანაბისის პრეპარატები

სხვადასხვა ქვეყანაში ამ ნარკოტიკს სხვადასხვა სახელით მოიხმარენ: ანაშა, ჰაშიში, მარიხუანა, ბანგი, განჯა, ჩარასი, კიფი, და ა.შ. ჟარგონული აღნიშვნები: „პლანი“, „მოსაწევი“, „კანაპლა“, „ბალახი“. ტერმინი კანაბისი გამოიყენება როგორც ყველა ამ ცნების გამაერთიანებელი განსაზღვრება.

კანაფის აქტიურ ნივთიერებებს მიეკუთვნება ზეთოვანი კანაბინოიდები. მათ შორის ძირითადი ფსიქოაქტიური აგენტია ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (ტჰკ), რომლის შემცველობა მცენარეში მერყეობს 1-8 %-ის ფარგლებში.

პრეპარატის მოქმედება იწყება მოწვევიდან რამოდენიმე წუთის შემდეგ და გრძელდება 2-3 საათის განმავლობაში. პირველი მიღება ყოველთვის არ იწვევს სასიამოვნო შეგრძნებებს, პირიქით, შეიძლება მწველმა იგრძნოს გულისრევა, პირის სიმწარე, მსუბუქი თამბრუსხვევა, უფრო მეტიც, ბოლის შესუნთქვის პირველ წუთებში ისინი ზოგჯერ განიცდიან ძლიერ შიშსა და შფოთვისას.

როგორც წესი, პრეპარატის მოქმედება იწყება ლორწოვანი გარსების გაშრობით, ძლიერი წყურვილისა და შიმშილის შეგრძნებით, შეიძლება იყოს ყურებში შუილი, თავბრუსხვევა, სიცხის ან სიცივის შეგრძნება. არა ყოველთვის ვითარდება ეიფორია, არა მოტივირებული სიცილი, ცოცხლდება მხედველობითი, შეგრძნებები (მატულობს ფერის შეგრძნების კონტრასტულობა და ინტენსივობა), ირღვევა საგნების ზომებისა და მათ შორის მანძილის აღქმა. დროის მსვლელობა ნელდება, ან ქრება დროის შეგრძნება და ჩნდება დროში ორიენტაციის დარღვევის უსიამოვნო განცდა. ცალკეულ შემთხვევაში წარსულისა და მომავლის განცდა მოგვაგონებს “დროის დერეფანში” მოძრაობას; ირღვევა ყურადღების კონცენტრაცია და მეხსიერება, სუბიექტი ხდება ადვილად შთაგონებადი და გაფანტული; ზოგჯერ შეინიშნება შიშნარევი ეჭვიანობა.

ობიექტურად აღინიშნება: კანის გაწითლება (იშვიათად სიფერმკრთალე), თვალის ბრწყინვა, სკლერების ჩაწითლება, გუგების გაფართოება, გულისცემის და სუნთქვის აჩქარება, პირის სიმშრალე, მოძრაობის კოორდინაციის და დარღვევა, ტრემორი, ლულულად მტყველება.

კანაბიზმის ტიპის წამალთდამოკიდებულებისათვის დამახასიათებელია ზომიერი ან მკვეთრად გამოხატული ფსიქიკური დამოკიდებულება. კანაფის რეგულარული მიღების შედეგად ვითარდება ბოდვითი აზროვნებისაკენ მიდრეკილება. დიდი დოზებით სისტემატურმა მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ფსიქოზი – ბოდვა, ილუზიები, ჰალუცინაციები, პანიკა, უცნაური ქცევა, აგრესიულობა.

ჰაშიშის მოხმარებასა და დამნაშავეობას შორის კავშირის პრობლემა აქტიურად განიხილება. არის საფუძველი ვიფიქროთ, რომ კანაბისი ამბაფრებს ემოციებს, რომელთაგან ზოგიერთი შეიძლება ანტისოციალური აგრესიული ქცევის მოტივად იქცეს.

## ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი - LSD

**LSD** – წარმოადგენს კარგად შესწავლილ ძლიერ ჰალუცინოგენს. მის ორალურად მიღებულ მცირე დოზას აქვს უნარი გამოიწვიოს მდიდარი და ხატოვანი

ჰალუცინაციები. ლეგალურად აღარ გამოიყენება 1970 წლიდან. 80-იანი წლებიდან არალეგალურ ბაზარზე ფართო გავრცელება ჰპოვა ე.წ. „ქალაღდის“ დოზირებულმა ფორმებმა – ფორმები მიიღება სპეციალურად დაბეჭდილი ქალაღდის **LSD**-ს ხსნარით გაჟღენთის გზით. კვადრატებად, რომელთაგან თითოეული შეიცავს ნარკოტიკის დაახლოებით ერთნაირ დოზას (30-50 მკგ) არსებობს აგრეთვე **LSD**-ს ხსნარით გაჟღენთილი ნახატები (აბსტრაქტული გამოსახულებები, კომიქსები, მარკები და ტატუირების ტრაფარეტები). ეს ქალაღდის „ნაწარმი“ განსაზღვრულია ნარკოტიკების ყველაზე ახალგაზრდა პოტენციური მომხმარებლისათვის.

**LSD** -ს მიღებიდან 15-30 წუთის შემდეგ მხედველობითი შეგრძნებები ხდება არა მკვეთრი, ჩნდება მხედველობითი ჰალუცინაციები, რომლებიც ბრძებში არ აღმოცენდებიან. საგნები დამახინჯებულად აღიქმება. მახვილდება სმენა, მაგრამ სმენითი ჰალუცინაციები იშვიათად ვითარდება. საკვები აღიქმება როგორც უხეში და შეიგრძნობა, როგორც ქვიშა. ირღვევა დრიში ორიენტაცია: დრო თითქოს ნელა გადის ან „ჩერდება“, მაგრამ უფრო ხშირად სწრაფად „მიფრინავს“ და უეცრად გაელვებული ათასწლეულების შთაბეჭდილება იქმნება. ცნობიერება იბინდება, შესაძლებელია განცდების კოსმოსური, რელიგიური, მისტიკური თემატიკა, როცა ადამიანი თითქოს მაყურებელია, დარბაზში იმყოფება და გარედან ადევნებს თვალყურს იმას, რაც ეკრანზე ხდება. აღნიშნულ ეფექტები გრძელდება რამდენიმე საათის განმავლობაში, იცვლება აღქმის აღდგენის პერიოდებით. ამას თან სდევს გულისრევა, თავბრუსხვევა, უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულში, სისუსტე, ტრემორი, გუგების გაფართოება, კოორდინაციის დარღვევა.

**LSD**-ს საშუალო დოზა შეადგენს 50-200 მკგ-ს. ტოლერანტობის განსაზღვრული დონის მიღწევისას ნარკოტიკის „გამოცდილი“ მომხმარებლები იღებენ დაახლოებით 2000 მკგ-მდე. ითვლება რომ **LSD** 4000-ჯერ უფრო ძლიერია სხვა ცნობილ ნარკოტიკებთან შედარებით, ერთმა გასინჯვამაც კი შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქიკის შეუქცევადი ცვლილებები, მათ შორის შიზოფრენიის დებიუტირებაც.

ეს ნივთიერება აღწევს პლაცენტარულ ბარიერში და იწვევს ნაყოფის მძიმე სიმახინჯეებს (ვითარდება ქრომოსომული მუტაციები და სიცოცხლისათვის შეუთავსებელი პათოლოგიური მდგომარეობები).

საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ ამ ნარკოტიკის წარმოება შედარებით იაფი ჯდება და მისი სინთეზირება შესაძლებელია იატაკქვეშა ლაბორატორიებში. საქართველოში ჯერჯერობით ეს ნარკოტიკი არ მოეხმარება.

## ჰალუცინოგენური ამფეტამინები

მეთილენდიოქსიამფეტამინი (MDA), მეთილენდიოქსიმეტამფეტამინი (MDMA); ამ უკანასკნელის ჟარგონული სახელწოდებაა „ექსტაზი“ (Xთჩ-ექს-ტი-სი).

ახასიათებს ამფეტამინის და **LSD** -ს კომბინირებული ეფექტები. ზოგიერთი ამ ნარკოტიკებიდან, ექსტაზის ჩათვლით, შედის ნატურალური პროდუქტების (მაგ. მუსკატის ზეთის) შემადგენლობაში.

პირველად ექსტაზი სინთეზირებული იყო 1904 წელს, მაგრამ სამედიცინო დანიშნულებით არასოდეს არ იყენებდნენ. უკანასკნელ წლებში ეს ნარკოტიკი გავრცელდა რუსეთის დიდ ქალაქებში. იყიდება თეთრი, ყვითელი ან ვარდისფერი აბების, გამჭვირვალე კაფსულების სახით.

ეფექტური ერთჯერადი დოზა 75-100 მგ-ია. მოქმედებას იწყებს მიღებიდან 20-60 წუთის შემდეგ, თრობა გრძელდება რამდენიმე საათს. გუგები ფართოვდება, შეიძლება განვითარდეს გულირევა, პირღებინება, პირის და ყელის სიმშრალე, ჭამის მადის დაქვეითება, მოტორული აქტივობა მატულობს. საშუალო დოზა იწვევს ზომიერ ეიფორიას სიმშვიდის, უშფოთველობის განცდით, ილუზიებით. დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში ვითარდება ჰალუცინაციები, პანიკის განცდა, აგზნება, უძილობა, ტაქიკარდია, ცნობიერების აბნევა, ფსიქოზი. განცდების შინაარსი დამოკიდებულია

პრეპარატის მიღების წინ ინდივიდის გუნებ-განწყობაზე, ეფექტის მოლოდინსა და გარემოცვაზე.

პრეპარატი იწვევს ძლიერ დამოკიდებულებას, ზომიერ ტოლერანტობას. ფიზიკური დამოკიდებულება არ არის დამახასიათებელი.

### **პოლინარკომანია**

**პოლინარკომანია** – ორი ან მეტი სახის ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება სულ ცოტა ექვსი თვის განმავლობაში, ან დამოკიდებულების განვითარება ორი ან მეტი ნარკოტიკული საშუალების მიმართ.

პოლინარკომანია შეიძლება განპირობებული იყოს რამდენიმე მიზეზით:

- ადრე მოხმარებული ნარკოტიკი, გარკვეულ დროში, არ იძლევა სასურველ ეფექტს გაზრდილი ტოლერანტობის გამო. ასეთ შემთხვევაში ირჩევენ უფრო ძლიერ ნარკოტიკს.
- პრაქტიკულად, ყველა ტიპის ნარკომანიის დროს დროთა განმავლობაში ირღვევა ძილი. შეუპოვარი მრავალდღიანი უძილობა აიძულებს ავადმყოფს მიმართოს საძილე საშუალებებს, რომლებიც თავის მხრივ იწვევენ დამოკიდებულებას;
- ჩვეული ნარკოტიკი დროთა განმავლობაში ძნელად საშოვნელი ხდება, უფრო ხშირად ნარკომანის ფინანსური პრობლემების გამო;
- ერთ-ერთი, თანმხლები ნარკოტიკების მიღებისას, შეიძლება იყოს ალკოჰოლი.

კლინიკური სურათი პოლინარკომანიის დროს უფრო მძიმეა და არ წარმოადგენს ცალკეულ ნარკოტიკების მოქმედების ჯამს, არამედ ეს არის რეზულტატი ნარკოტიკების ურთიერთქმედებისა. პიროვნული ცვლილებები უფრო უხეშია, ხოლო სოციალური ქცევა იღებს უფრო მძიმე და მახინჯ ფორმებს. ხშირად ფსიქიკური დარღვევები იღებს გახანგრძლივებულ ხასიათს, არც თუ იშვიათია ამნესტიური და ინტელექტუალური ფუნქციის მნიშვნელოვანი დაქვეითება.

გავრცელებული ფსიქოპაქტიური საშუალებების ნარკოლოგიური დახასიათება

ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების ჯგუფები	ჯგუფის წარმომადგენლები	სამედიცინო გამოყენება	მოხმარების მეთოდი	ძირითადი ეფექტები	ზედოზირების ეფექტები	აღკვეთის სინდრომი
ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტები	ბარბიტურატები ბენზოდიამინები	ანტიკონვულსიური სედაციური ანქსიოლიზური	ორალური ინექცია	გაუგებარი მეტყველება, დეზორიენტაცია, ალკოჰოლური თრობის მსგავსი ქცევა	სუნთქვის დეპრევაცია კანის სიმშრალე მიდრიაზი ტაქიკარდია კომა, სიკვდილი	შფოთვა ინსომნია ტრემორი დელირიუმი კრუნჩხვები შესაძლო სიკვდილი
ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკები	მორფინი, ჰეროინი, კოდეინი, ჰიდროკოდონი, მეთადონი	ანალგეზიური, ხველის საწინააღმდეგო	ორალური ინექცია	ეიფორია თვლემა სუნთქვის დათრგუნვა მიოზი გულისრევა	სუნთქვის დეპრევაცია კანის სიმშრალე კრუნჩხვები კომა	გრემლიანობა, რინორეა, მთქნარება, უმადობა, ტრემორი, პანიკა, ცივი ოფლი გულისრევა
ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულანტები	კოკაინი, ამფეტამინები	ადგილობრივი საანესთეზიო, ყურადღების დეფიციტის და ნარკოლეფსიის დროს	შესუნთქვა მოწევა ინექცია ორალური	აწეული სიფხიზლე ეიფორია ტაქიკარდია ინსომნია უმადობა	აჟიტაცია ჰიპერტერმია ჰალუცინაცია კრუნჩხვა შესაძლო სიკვდილი	აპათია ძილიანობა გალიზიანება დეპრესია დეზორიენტაცია
ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)	მარიხუანა, ჰაშიში, ჰაშიშის ზეთი, ლსდ, ექსტაზი, ციკლოდოლი	არ გამოიყენება	მოწევა ორალური	ეიფორია თავისუფალი ქცევა მადის მომატება ილუზიები ჰალუცინაციები	დადლილობა პარანოია შესაძლო ფსიქოზი	ინსომნია ჰიპერაქტივობა უმადობა უცნობია

## ნარკომანიის დიაგნოსტიკის ძირითადი პრინციპები

ჯანმო-ს ფორმულირებით, ნარკომანად შეიძლება ჩაითვალოს ადამიანი, რომლის მდგომარეობაც შეესაბამება ქვემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს:

- ბუნებრივი და სინთეზური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ხშირი, განმეორებითი მიღების შედეგად ინდივიდი იმყოფება პერიოდული ან ქრონიკული ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში, რითაც ზიანს აყენებს საკუთარ თავს და გარემოცვას;
- მზარდი ტოლერანტობის გამო იგი იძულებულია, გაზარდოს ხმარებული ნივთიერების დოზა;
- გააჩნია დაუძლეველი ლტოლვა ამ ნივთიერებებისადმი;
- მას არ ძალუძს, უარი თქვას ამ ნივთიერების შემდგომ მიღებაზე (თავის შეკავების შეუძლებლობა), რადგან ფსიქიკურად და ხშირად ფიზიკურადაც ინდივიდი იმდენად დამოკიდებულია მოცემულ ნივთიერებაზე ან მის მოქმედებაზე, რომ ნარკოტიკის ხმარების უეცარი შეწყვეტა ნარკომანში იწვევს ფიზიკურად მძიმე, ხოლო ფსიქიკურად გაუსაძლის მდგომარეობას.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ქიმიური აღნაგობით და თვისებებით განსხვავდება ერთმანეთისაგან და სხვადასხვა ჯგუფებს მიეკუთვნება, მათ აერთიანებს ერთი ძირითადი თვისება – ზემოქმედება ცნს-ზე.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით მოწამვლის დროს დიაგნოსტიკური სირთულე ჰოსპიტალამდელ ეტაპზე იმაში მდგომარეობს, რომ ზუსტი ანამნეზის შეკრება ხშირად ძალიან ძნელია, ზოგჯერ შეუძლებელიც; უფრო მეტიც, მოწამვლის ახლობლები შეგნებულად ამახინჯებენ ინფორმაციას მოსალოდნელი სამართლებრივი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით. ასეთ შემთხვევაში წინასწარი დიაგნოზი ძირითადად ეყრდნობა ზოგადი დათვალიერების მონაცემებს და კლინიკურ გამოვლინებებს. დიაგნოზის საბოლოო დადასტურება ხდება მოგვიანებით, სტაციონარში, ქიმიური გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ. ქიმიურ ანალიზს სჭირდება დრო, გადის წუთები და საათები მანამ, სანამ ექიმი შესაბამის ინფორმაციას მიიღებს ეტიოპათოგენეზური მკურნალობის ჩასატარებლად.

ნარკომანიის დიაგნოსტიკა მაშინ არის რთული, როცა ავადმყოფი მალავს ნარკომანობას. ნებაყოფლობითი მომართვის დროს, როცა პაციენტი აღიარებს ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად განოყენების ფაქტს, აღნიშნავს რომელ ნარკოტიკს მოიხმარს, დიაგნოსტიკა სირთულეს არ წარმოადგენს. მაგრამ ასეთ შემთხვევაში მისაღებია გადაწყვეტილება: არის თუ არა ნარკომანია პირველადი, თუ იგი არის მეორადი, შედეგი ძირითადი ფსიქიკური და ფიზიკური დაავადებისა.

მოწამვლის სიმძიმის შეფასებისას, დამატებით სირთულეებს ქმნის თვითნაკეთი ქიმიური ნარევების ან პრეპარატების ნარევის ცალკეული, ჯერ კიდევ არააბსორბირებული ინგრედიენტების ტოქსიკური ეფექტების წინასწარი განჭვრეტა

### დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

**ანამნეზი** – საჭიროა გამოვლინდეს ავადმყოფის მიერ სამკურნალო მიზნით რომელიმე ნარკოტიკის ან ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღება ან თვითმკურნალობა, ახლობლებისაგან ინფორმაციის მიღება პაციენტის მიერ ნარკოტიკული ნივთიერების სისტემატური მოხმარების შესახებ.

**ინსპექცია** – ხშირი პოსტინექციური ნაწიბურები, პიგმენტური ლაქები სისხლჩაქცევების შემდეგ, განსაკუთრებით იდაყვის სახსარში, ბარძაყებზე და ა.შ.

**აბსტინენციური სინდრომის აღმოცენება** მცირე დროით ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, როდესაც მიუღწევადია ნარკოტიკი ან ექიმთან მიმართვა დახმარებისათვის ისეთ მდგომარეობაში, რომელიც შეიძლება შეფასდეს როგორც აბსტინენციური სინდრომი.

**ბიოლოგიურ სითხეებში** ნარკოტიკული ნივთიერებების ან მათი სპეციფიური მეტაბოლიტების აღმოჩენა;

**ფსიქიური ცვლილებების არსებობა** – ნარკომანების და ტოქსიკომანების დამახასიათებელი ნევროტიზაცია და ფსიქოპათიზაცია ისტერიული, ასთენიური, ექსპლოზიური და აპათიური ტიპით.

**სომატური, მათ შორის ნევროლოგიური დარღვევები**, რომლებსაც შეუძლია მოგვცენ საფუძველი მათი აღმოცენების შესახებ ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების გამო. ნარკომანების უმრავლესობას შეიძლება გამოუვლინდეს ფსიქოორგანული სინდრომის ნიშნები, ასევე ასთენია, მოდუნება, ინტერესთა სპექტრის მკვეთრი დაქვეითება. ნევროლოგიური დარღვევებიდან აღინიშნება მუდმივი ნისტაგმი, ჰიპომიმია, მყესთა რეფლექსების, კუნთოვანი ტონუსის დაქვეითება. ხანგრძლივი მიღების დროს პოლინევრიტი, ანემია, აგრანულოციტოზი, გამონაყარი ხელებსა და ფეხებზე, ცხვირისა და პირის ლორწოვანზე.

**დიაგნოზის დაზუსტებისათვის მნიშვნელოვანია:**

- პაციენტის პირადი დამოკიდებულების;
- გარემოსთან მისი ურთიერთდამოკიდებულების დეტალური ფსიქოლოგიური ანალიზის მიღება.

### **ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები**

ალბათ, ხშირად გავგიგონია, რომ ნარკომანია განუკურნებელია. ამ აზრის მომხრეები თვლიან, რომ თუ ადამიანი დაიწყო ნარკოტიკების მოხმარება და გახდა მათზე დამოკიდებული, მისი დახმარება შეუძლებელია. ასეთი მიდგომა სამწუხაროდ, ხშირად ისმის მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებითაც.

აქ, პირველ რიგში, თავისი უარყოფითი წვლილი შეიტანა სიტყვა „განკურნების“ არასწორმა გაგებამ პათოლოგიური დამოკიდებულების მქონე ადამიანებთან მიმართებაში.

**ნარკომანია და ალკოჰოლიზმი ქრონიკული დაავადებებია, ისევე როგორც ჰიპერტონია, დიაბეტი, ან კუჭის წყლული. და შესაბამისად, ისევე როგორც ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისათვის, ნარკომანიისთვისაც არ არსებობს ცნება „სრული განკურნება“.**

ქრონიკული დაავადება ხასიათდება გამწვავებისა და რემისიის პერიოდებით. სწორი მკურნალობის შემთხვევაში რემისია შეიძლება წლობით გაგრძელდეს, თუნდაც, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, თუმცა, გამწვავების საფრთხე ყოველთვის არსებობს – საკმარისია, ადამიანი აღმოჩნდეს ისეთ პირობებში, რომლებიც დაავადების ახალი ტალღის პროვოცირებას გამოიწვევენ.

ამრიგად, როცა ნარკომანიითა და ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა მკურნალობაზე ვლაპარაკობთ, მკურნალობის მიზანს შემდეგი ფორმულირება უნდა მივცეთ:

**დამოკიდებული ადამიანი უნდა გადავიყვანოთ რემისიის მდგომარეობაში და შევუქმნათ ყველა პირობა იმისათვის, რომ ეს რემისია საცოცხლის ბოლომდე გაგრძელდეს.**

უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში კაცობრიობა მუდმივად ეძებს ნარკომანიის მკურნალობის უნივერსალურ, მარტივ და იაფ მეთოდებს. პაციენტებს სთავაზობენ ჰიპნოზისა და კოდირების სხვადასხვა სისტემებს, მრავალრიცხოვან მედიკამენტურ საშუალებებს, ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს და რეაბილიტაციურ პროგრამებს.

**გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შედეგიანია მკურნალობის მხოლოდ ის მეთოდები და რეაბილიტაციური პროგრამები, რომლებიც მიზნად ისახავს, ასწავლოს ადამიანს ნარკოტიკების გარეშე ცხოვრება, სხვა შემთხვევაში აქტიური ნარკომანისაგან მივიღებთ „ფხიზელ ნარკომანს“.** ეს ნიშნავს რომ, თუმცა, ადამიანი აღარ ეტანება ნარკოტიკებს, მაგრამ მისი პიროვნება ისევ ისე დეფორმირებული რჩება – არ მოხდა მისი ღირებულებათა სისტემის შეცვლა, ბუნებით ის ისევ ნარკომანია. ასეთ შემთხვევაში რეციდივები საკმაოდ ხშირია.

ნარკომანიითა და ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა მკურნალობის პროცესი საკმაოდ ხანგრძლივია და რამდენიმე მნიშვნელოვანი ეტაპისაგან შედგება:

**მოსამზადებელი ეტაპი** – პაციენტის მიერ მკურნალობის გაცნობიერება და გადაწყვეტილების მიღება. გადაწყვეტილება მკურნალობის შესახებ უნდა მიიღოს აუცილებლად თვით ნარკომანმა და არა მისმა ოჯახის წევრებმა ან მეგობრებმა.

**ფიზიკური დამოკიდებულების მოხსნა–დეტოქსიკაცია** - ეს არის მკურნალობის ყველაზე ხანმოკლე ეტაპი, რომლის დროსაც ხდება ჩვეული ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტა. ამ ეტაპზე პაციენტი პასიურია – ასრულებს ექიმის მითითებებს, იღებს მედიკამენტებს და იმ პროცედურებს, რომლებითაც ხდება ორგანიზმის გაწმენდა ნარკოტიკისაგან. დეტოქსიკაციის ხანგრძლივობა საშუალოდ 7-14 დღეა. ამ ხნის განმავლობაში ხდება პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის აღდგენა.

**ფსიქიკური დამოკიდებულებისაგან გათავისუფლება** – რეაბილიტაციის ეტაპი, ყველაზე ხანგრძლივი და მნიშვნელოვანი ეტაპია მკურნალობის პროცესში. რეაბილიტაციის დროს პაციენტი თავისუფლდება ნარკოტიკზე ფსიქიკური დამოკიდებულებისაგან.

**რეაბილიტაცია** – ეს არის დაკარგული უნარ-ჩვევების, სოციალური კავშირების, ადამიანებს შორის დანგრეული ურთიერთობების აღდგენის პროცესი.

რეაბილიტაციის კურსის გავლა შესაძლებელია ორი გზით:

- სპეციალიზებულ დაწესებულებაში ე.წ. რეაბილიტაციურ ცენტრში ყოფნით
- ამბულატორიულ რეაბილიტაციურ პროგრამებში მონაწილეობით.

მიუხედავად დიდი მრავალფეროვნებისა, დასავლეთში არსებული რეაბილიტაციური პროგრამების არსი უცვლელია: რეაბილიტაციის ცენტრი იქნება, ურთიერთდახმარების ჯგუფი თუ ფსიქოთერაპიული ჯგუფი, პაციენტები თავიდან სწავლობენ ურთიერთობების აგებას, საკუთარ ქცევაზე პასუხისმგებლობის აღებას, აღიდგენენ დაკარგულ ყოფით ჩვევებს. მაგრამ, გასათვალისწინებელია, რომ ეს პროცესი მიმდინარეობს რეალური ცხოვრების მოდელირების საშუალებით, მაგ.: თერაპიული თემი რეაბილიტაციის ცენტრში – ეს არის „საზოგადოება მინიატურაში“, ხელოვნურად შექმნილი სოციალური ორგანიზმი.

ამიტომ, რეაბილიტაციის პროცესის გავლის შემდეგ აუცილებელია რეალურ ცხოვრებაში შესვლის ეტაპი – **სოციალური რეაბილიტაცია**. ამ ეტაპს ადამიანი დამოუკიდებლად გადის, სხვების დახმარების გარეშე.

**სოციალური რეაბილიტაცია** (სამსახურის ან სწავლის დაწყება, ახალი მეგობრების შეძენა) ადამიანს ეხმარება თავი იგრძნოს საზოგადოების სრულფასოვან წევრად.

## **ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით მწვავე მოწამვლები**

### **ალკოჰოლით მწვავე მოწამვლა**

ალბათ უმრავლესობა თვლის, რომ ალკოჰოლური სასმელებით თრობის დიაგნოსტიკა სამედიცინო განათლების გარეშე შეიძლება, მაგრამ ზოგჯერ ეთილის სპირტით ინტოქსიკაცია ბევრ სირთულეებს ქმნის. სხვადასხვა ალკოჰოლური სასმელი ეთილის სპირტის განსხვავებული შემცველობით ხასიათდება. ამა თუ იმ სასმელში ალკოჰოლის გრადუსის მაჩვენებელი, გამრავლებული 0,79-ზე (სპირტის სიმკვრივე), ასახავს ეთანოლის კონცენტრაციას გრამებში. სისხლში ეთანოლის სასიკვდილო კონცენტრაცია დაახლოებით 5000 მგ/ლ-ია (70 კგ წონის მამაკაცებში ასეთი კონცენტრაცია იქმნება მაშინ, როცა ორგანიზმში არის 90 –გრადუსიანი სპირტის 0,5 ლ).

ალკოჰოლის დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში ადამიანი გაივლის ზოგადი ანესთეზიის ყველა სტადიას. ეთანოლის საკმაოდ დიდი დოზებით მიღება (ზედოზირება) ხშირად ცნობიერების დათრგუნვის მიზეზი ხდება; უმრავლეს შემთხვევაში სტუპორული მდგომარეობა განსაკუთრებულ სამედიცინო ჩარევას არ მოითხოვს და ცნობიერება გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავისით აღდგება. მაგრამ ზედოზირებისას განვითარებული კომა სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიშია და შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გარეშე შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს. ეთანოლის დიდი რაოდენობით მიღებას ხშირად თან სდევს ღებინება.



ღებინების გამოწვევი ეთანოლის კონცენტრაცია უფრო დაბალია იმ კონცენტრაციაზე, რომელიც კომას იწვევს. ამიტომ, მწვავე ალკოჰოლური მოწამვლების დროს სასიკვდილო გამოსავალი შედარებით იშვიათია. ამავე დროს, საკვდილის მიზეზი ხშირად პირნალები მასების ასპირაციაა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ღებინების რეფლექსი ყველა ადამიანს არ ახასიათებს. ამას გარდა, ტოლერანტობისა და დამოკიდებულების განვითარებასთან ერთად ადრე არსებული ღებინების რეფლექსი ქრება.

სისხლში ეთანოლის კონცენტრაციის მიხედვით ალკოჰოლით მწვავე მოწამვლის კლინიკური გამოვლინებები 4 ფაზად იყოფა:

ფაზა	სიმპტომატიკა	ეთანოლის დონე სისხლში მგ/100მლ
I ფაზა	ეიფორია, არამდგრადობა, ლაქლაქი, რეაქციის დროის გაზრდა, კოორდინაციის მსუბუქი დარღვევა, ნისტაგმი, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძნობელობის დაქვეითება.	25–100
II ფაზა	ხმაურიანობა, აუტიზმი, ბარბაცით სიარული, სკლერების ჰიპერემია, ატაქსია, ნისტაგმი, დიზართრია, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძნობელობის მკვეთრი დაქვეითება	100–200
III ფაზა	გულისრევა, ღებინება, ძილიანობა, მხედველობის გაორება, გამოხატული ატაქსია	200–300
IV ფაზა	ჰიპოთერმია, ცივი ოფლი, სტუპორი ამნეზიით, გამოხატული დიზართრია ან ანართრია (სამეტყველო ბგერების წარმოთქმის სრული შეუძლებლობა) ზოგადი ანესთეზიით, ხმაურიანი სუნთქვა, კომა.	300-ზე მეტი

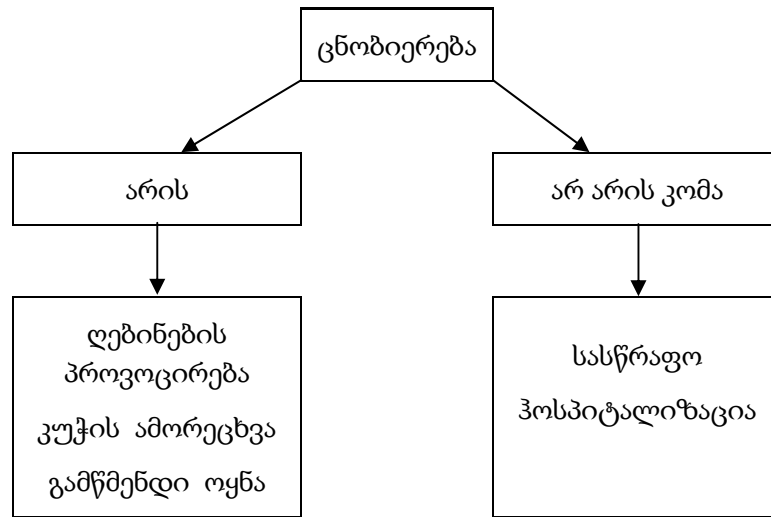
მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის კლინიკურმა სურათმა შეიძლება მოგვაცნოს ცნს-ის სხვა დეპრესანტებით მოწამვლის სიმპტომატიკა, დიაბეტური კომა (როგორც ჰიპო, ასევე ჰიპერგლიკემიური), ამას გარდა, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციასთან დაკავშირებული ცნობიერების მოშლის მიღმა შეიძლება იფარებოდეს ქალა-ტვინის ტრავმა, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, შინაგანი სისხლდენა. დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს ამ პათოლოგიების არსებობის ალბათობაზე.

მწვავე ალკოჰოლური მოწამვლის გართულებებია აგრეთვე სასუნთქი ორგანოების ანთებითი დაზიანებანი (ძირითადად პირნალები მასების ასპირაციის შედეგად) და მიორენული სინდრომი (ავადმყოფის მოუხერხებელი პოზა სტუპორის ან კომურ მდგომარეობაში – სხეულს ქვეშ შეკეცილი მოხრილი კიდურები – იწვევს კიდურების მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე ზეწოლას და მათი სისხლმომარაგების დარღვევას, შემდგომში ზეწოლის სინდრომისა და რაბდომიოლიზის განვითარებით. დაგვიანებულ შემთხვევაში ეს მდგომარეობა რთულდება ნეფროპათიითა და თირკმლების მწვავე უკმარისობით).

ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მკურნალობა არასპეციფიურია:

უპირველეს ყოვლისა ხდება ცნობიერების დონის შემოწმება: ნაზად შეანჯღრიეთ პაციენტი მხრებით და ერთდროულად ჰკითხეთ: „როგორ ხარ?“ თუ პაციენტი არანაირად არ პასუხობს (არ ლაპარაკობს, არ ახელს თვალებს, არ ამოძრავებს სხეულს), ის უგონო მდგომარეობაშია.

თუ ცნობიერება შენახულია, პირველი საათების განმავლობაში შეიძლება: ღებინების პროვოცირება, კუჭის ამორეცხვა, გამწმენდი ოყნა. როცა ავადმყოფი კომაშია – აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია, წინასწარ პირის ღრუს ტუალეტისა და სუნთქვის აღდგენის ფონზე.



აგზნების მიუხედავად, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მკურნალობის დროს სედაციური საშუალებების და ტრანქვილიზატორების გამოყენება უკუნაჩვენებია, მდგომარეობის დამძიმების საშიშროების გამო.

### ბარბიტურატებით მწვავე მოწამვლა

სამკურნალო პრაქტიკაში ბენზოდიაზეპინების დანერგვამ მკვეთრად შეამცირა ბარბიტურატების სედაციური და საძილე საშუალებების სახით გამოყენება.

ბარბიტურატებით ჭარბი დოზირების შემთხვევაში მაღალი ლეტალობა შეინიშნება (ამ ჯგუფის პრეპარატებს შედარებით ვიწრო „თერეპიული დერეფანი“ ახასიათებთ). ბარბიტურატების ყველაზე მნიშვნელოვანი ფარმაკოლოგიური ზემოქმედება გამოიხატება ცნს-ის დათრგუნვით. დათრგუნვის სიჩქარე, სიღრმე და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია პრეპარატის სახეზე, დოზაზე და შეყვანის გზაზე. ტოქსიკურობა დამოკიდებულია პრეპარატის მოქმედების ხანგრძლივობაზე – ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურატები უფრო ტოქსიკურია ვიდრე ხანგრძლივი მოქმედებისა. ლეტალური დოზა თერაპიულზე მხოლოდ 10-15-ჯერ უფრო მეტია. პერორალურად მიღებული ბარბიტურატების შთანთქმა ძირითადად ხდება კუჭიდან და წვრილი ნაწლავებიდან. შთანთქმა ჩქარდება დოზის მატების პირდაპირ პროპორციულად და პრეპერატის მოქმედების ხანგრძლივობის უკუპროპორციულად. დიდი დოზების ჩაყლაპვისას, ბარბიტურატები კუჭში რამოდენიმე საათის განმავლობაში რჩება, განსაკუთრებით ღრმა კომის მდგომარეობაში, როცა პერისტალტიკა სუსტდება. კომიდან გამოყვანისა და პერისტალტიკის აღდგენის შემდეგ სისხლში ბარბიტურატების კონცენტრაცია შეიძლება ისევ გაიზარდოს, თუკი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი კარგად დაცლილი არ არის (ამით აიხსნება ბარბიტურული კომის ორფაზიანი მიმდინარეობა).

### ბარბიტურატებით მოწამვლის ხარისხების კლასიფიკაცია:

0 ხარისხი	ავადმყოფს ძინავს, მაგრამ შესაძლებელია მისი გაღვიძება, მასთან კონტაქტის დამყარება.
I ხარისხი	ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, მაგრამ მტკივნეულ გაღვიძანებაზე რეაგირებს, მყეს-მვალთა რეფლექსები შენარჩუნებულია (რქოვანას რეფლექსი შეიძლება შესუსტებული იყოს).
II ხარისხი	ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, მტკივნეულ გაღვიძანებაზე არ რეაგირებს, მყეს-მვალთა რეფლექსები, ვიტალური ფუნქციები შენარჩუნებულია.
III ხარისხი	ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, ზოგიერთი რეფლექსი დათრგუნულია, მაგრამ სპონტანური სუნთქვა და ნორმალური არტერიული წნევა შენარჩუნებულია.
IV ხარისხი	სუნთქვის დათრგუნვა, ციანოზი, ეგზოტოქსიკური შოკი.

**ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:**

კომის მკურნალობაში მთავარი ყურადღება ეთმობა:

- სასიცოცხლო ფუნქციების (სუნთქვა, ჰემოდინამიკა) მოწესრიგებასა და შენარჩუნებას;
- პარალელურად მიმდინარეობს კუჭის ამორეცხვა, რომელსაც ყოველ 3-4 საათში იმეორებენ;
- კეთდება გამწმენდი ოყნა;
- ტარდება ფორსირებული დიურეზი შარდის გატუტოვნებით.

ხანგრძლივი მოქმედების ბარბიტურატებით მოწამვლის შემთხვევაში ეფექტურია ჰემოდიალიზი;

ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურატებით ინტოქსიკაციისას – პერიტონეალური დიალიზი და ჰემასორბცია.

თუ ბარბიტურატებით მოწამვლა დაკავშირებულია სუიციდურ მცდელობასთან, აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

**ტრანქვილიზატორებით მწვავე მოწამვლა:**

ბენზოდიასეპინებით ზედოზირებას ხშირად საფუძვლად სუიციდური მცდელობა უდევს. მსუბუქი მოწამვლის დროს ან მძიმე მოწამვლის საწყის სტადიაზე ვლინდება თრომბის სიმპტომები: პირის სიმშრალე, ატაქსია. შემდგომში შეიძლება განვითარდეს ცნობიერების დათრგუნვა, კომა კუნთების ატონიით, არეფლექსიით; მძიმე შემთხვევაში – სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა.

**ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებებია:**

- ლებინების პროვოცირება (თუ ცნობიერება შენახულია),
- კუჭის ამორეცხვა,
- ფორსირებული დიურეზი შარდის გატუტოვნებით.

მძიმე შემთხვევაში – შოკის საწინააღმდეგო და სიმპტომური თერაპია.

თუ ბენზოდიასეპინებით მწვავე მოწამვლა ვითარდება თვითმკვლელობის მიზნით, პოსტინტოქსიკაციურ ეტაპზე აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

**ინჰალანტებით მწვავე მოწამვლა**

ინჰალანტებით ინტოქსიკაციას ახასიათებს ფსიქოტოქსიკური მოქმედება. მოწამვლის კლინიკურ სურათში წამყვანია ცნს-ზე ტოქსიკური ზემოქმედების ნიშნები, რითაც იგი შეიძლება ნეიროინფექციაში შეგვეშალოს.

ინჰალაციური გზით მოწამვლის შემთხვევაში:

- ადამიანი უნდა გამოვიყვანოთ დაბინძურებული ადგილიდან;
- წყლით მოვბანოთ კანი და ლორწოვანი გარსები.

ხოლო პერორალურად მიღების დროს მკურნალობა გულისხმობს:

- კუჭის ამორეცხვას
- ამას გარდა, დადებით შედეგს იძლევა ჟანგბადის ინჰალაცია.
- ფორსირებული დიურეზი
- სუნთქვის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების ფუნქციების აღდგენისკენ მიმართული ინტენსიური თერაპია.

## ნარკოტიკული ანალგეტიკებით მწვავე მოწამვლა

მორფინისა და სხვა ნარკოტიკული ანალგეტიკების მიმართ მგრძობელობა ფართოდ ვარირებს. ჩვეულებრივ, იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც ნარკოტიკულ ანალგეტიკებს არ ხმარობდა, ტოქსიკური დოზა მორფინის პერორალური მიღების შემთხვევაში შეადგენს 120 მგ-ზე მეტს, ხოლო პარენტერალურად მიღებისას - 30მგ-ზე მეტს; მორფინის ლეტალური დოზა პერორალური მიღებისას 0,5-1გ-ია, სასიკვდილო კონცენტრაციას სისხლში შეადგენს 0,1-4 მგ/ლ-ს. მორფინი შეაღწევს პლაცენტერულ ბარიერში და შეუძლია გამოიწვიოს ნაყოფის სუნთქვის დათრგუნვა.

ამ ჯგუფის პრეპარატებით ზედღოზირებისათვის დამახასიათებელია ტრადიციული ტრიადა:

- ცნობიერების დათრგუნვა
- სუნთქვის დარღვევა
- წერტილოვანი გუგები

**სამკურნალო ღონისძიებები მოიცავს:**

- სუნთქვის მოწესრიგებას
- სპეციალური ადტიდოტის – ნალოქსონის შეყვანას.

ნარკომანიის შემთხვევაში ნარკოტიკული ანალგეტიკების ანტაგონისტების მამართ მგრძობელობა პარადოქსულად მატულობს, ამიტომ ეს პრეპარატი შეჰყავთ ინტრავენურად მცირე დოზებით 2-3 წთ-ს ინტერვალებით, სანამ არ მიიღებენ შესაბამის ეფექტს.

## ოჯახური და მოზარდთა ასაკის საკითხები ნარკომანიის და ალკოჰოლიზმის პროფილაქტიკაში

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარება განიხილება როგორც დაავადება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ოჯახის ყველა წევრზე. დიდი მნიშვნელობა აქვს ოჯახის როლს, ქიმიურად დამოკიდებული, მისი ერთ-ერთი წევრის პირველად პროფილაქტიკაში, იდენტიფიკაციაში, მკურნალობასა და რეციდივების პროფილაქტიკაში.

ოჯახი არის ადამიანთა ჯგუფი, რომელიც დაკავშირებულია ერთმანეთთან საცხოვრებელი ადგილით, საერთო მეურნეობით და, რაც მთავარია, ურთიერთობებით.

სისტემური მიდგომა გვთავაზობს, ოჯახი განვიხილოთ, როგორც ნებისმიერი სხვა სისტემა. ყველა სახის სისტემის ძირითადი მახასიათებლებია:

- მთელი უფრო მეტია, ვიდრე მისი შემადგენელი ნაწილების ჯამი;
- ნებისმიერი ცვლილება რომელიმე შემადგენელ ნაწილში აისახება დანარჩენ ნაწილებზე;
- მთელი ახორციელებს თვითრეგულაციას თანმიმდევრული უკუკავშირებით.

ოჯახი, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა სისტემა, ფუნქციონირებს ორი ძირითადი კანონით: ჰომეოსტაზისა და განვითარების კანონით.

ჰომეოსტაზის კანონის თანახმად, ნებისმიერი სისტემა ისწრაფვის შეინარჩუნოს თავისი მდგომარეობა, როგორც არ უნდა იყოს ის. შესაბამისად ნებისმიერი ოჯახი, როგორც სისტემა, ისწრაფვის დარჩეს განვითარების არსებულ ეტაპზე.

განვითარების კანონის მიხედვით, ნებისმიერმა სისტემამ უნდა გაიაროს თავისი ცხოვრების ციკლი – მოვლენებისა და სტადიების მონაცვლეობა, რომელსაც გადის ნებისმიერი ოჯახი.

ოჯახი ახდენს საკმაოდ დიდ ზეგავლენას ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებელ ოჯახის წევრზე. ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, ისევე, როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებები, პროგრესირებადია და შეუძლებელია მისგან სრულიად განკურნება. ადგილი აქვს პერიოდულ რეციდივებს და რემისიებს და შესაძლებელია საბოლოოდ პიროვნება მიიყვანოს ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ ინვალიდობამდე.

პრობლემა დგება მაშინ, როდესაც ოჯახი იგებს ინფორმაციას ოჯახის ერთ-ერთი წევრის წამალდამოკიდებულების შესახებ, როდესაც ოჯახი გააცნობიერებს, რომ ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების მოხმარება შესაძლებელია გახდეს პრობლემა, იგი ირჩევს სტრატეგიას, რომელიც ხელს უწყობს შეინარჩუნოს ოჯახის მთლიანობა.

ნარკომანების ოჯახები წარმოადგენს დისფუნქციურ ოჯახებს. დისფუნქციური ოჯახური სისტემა ყალიბდება გაცილებით ადრე, ვიდრე ნარკომანია. დისფუნქციურია ოჯახი, რომელშიც ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობები არ უწყობს ხელს მათს ემოციურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობას.

დისფუნქციური ოჯახი თვალს ხუჭავს პრობლემის არსებობაზე – აქ არ ლაპარაკობენ პრობლემებზე. შედეგად, ოჯახის წევრები სწავლობენ ემოციების შეკავებას და საკუთარი მოთხოვნილებების უგულველყოფას; საკუთარი თავის გადასარჩენად ოჯახის წევრები გამოიმუშავენ ისეთი ქცევის მოდელებს, რომელიც ეხმარება მათ ძლიერი ემოციების უარყოფაში, იგნორირებასა და თავიდან აცილებაში. ისინი არ ლაპარაკობენ; ისინი არ სწევენ წინააღმდეგობას; ისინი არ გრძნობენ; მათ არ სჯერათ. ხშირად, დისფუნქციური ოჯახის წევრების პიროვნული და ემოციური განვითარება ფერხდება.

ძირითადად დისფუნქციურია ოჯახები, სადაც არის:

- ქიმიური ან ქცევითი დამოკიდებულების მქონე პიროვნება;
- ქრონიკული ფიზიკური ან ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანი;
- ემოციური, ფიზიკური ან სექსუალური სისასტიკის გამოვლინება.

ალკოჰოლზე და ნარკოტიკზე დამოკიდებული პირების ოჯახის წევრები დაახლოებით ერთნაირად რეაგირებენ ქიმიური დამოკიდებულების ფაქტზე. ეს რეაქციები ისეთივე

დაუძლეველი და უმართავი შეიძლება გახდეს, როგორც ნარკომანის ქცევაა. ზოგჯერ ნარკომანთა ოჯახის წევრები და ახლობლები ისეთივე სისწრაფით ანადგურებენ საკუთარ თავს, როგორც თვით ნარკომანები. ასეთ ადამიანებს **თანადამოკიდებულებს** უწოდებენ.

სპეციალისტების აზრით, ქიმიური დამოკიდებულების მქონე თითოეული პიროვნება ძლიერ უარყოფით ზეგავლენას ახდენს, სულ ცოტა, ოთხ ადამიანზე; უფრო მეტიც, ითვლება რომ, ნარკომანთა ოჯახის წევრების უმრავლესობისათვის ავადმყოფთან ერთად ცხოვრების 2 წელი, საკმარისია, თანადამოკიდებულების სიმპტომების ჩამოსაყალიბებლად.

**თანადამოკიდებულება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც დაფიქსირებული რეაქცია სტრესზე. დროთა განმავლობაში ეს რეაქცია უფრო ცხოვრების წესად იქცევა, ვიდრე გადარჩენის საშუალებად.**

ხშირად, როცა სტრესის წყარო წყვეტს მოქმედებას (ნარკომანი აღარ მოიხმარს ნარკოტიკს), თანადამოკიდებული ადამიანი ისევე განაგრძობს მოქმედებას, როგორც მანამდე – თითქოს არაფერი არ შეცვლილა: ისევ არ ენდობა, ადანაშაულებს, აკონტროლებს და ა.შ. ასეთ შემთხვევაში თანადამოკიდებული ოჯახის წევრი ნარკომანს რეციდივის რეალურ საფრთხეს უქმნის.

პირველი რეაქცია ოჯახისა იმაზე, რომ მისი ოჯახის წევრი არის ნარკოტიკზე ან ალკოჰოლზე დამოკიდებული, არის უარყოფა. უარყოფა დაცვითი რეაქციაა და შეიძლება მოტივირებული იყოს სურვილით, რომ შეინარჩუნოს მოგონებები კარგ წარსულზე. თავის მოტყუება და იმედი, რომ ყველაფერი თავისით მოგვარდება, მხოლოდ აგვიანებს სათანადო ზომების მიღებას და ოჯახის წევრებს თანადამოკიდებულებაში ითრევს.

პრობლემის აღიარება გულისხმობს იმის აღიარებასაც, რომ ნარკომანია დაავადებაა და არა „ცუდი საქციელი“. ამიტომ, საჭიროა ამ დაავადების მკურნალობა და არა „ცუდი ბიჭის“ გამოსწორება. დაავადების მკურნალობა კი შეუძლებელია ჩხუბით, დადანაშაულებით ან ხელის დაფარებით. ასეთი დამოკიდებულება არც მაშინ არის შედეგიანი, როცა ჯერ არ არის დაავადება ჩამოყალიბებული და ნარკოტიკის მოხმარება ეპიზოდურად ხდება.

პრობლემის მოგვარება შესაძლებელია, თუ ოჯახის წევრები:

- დროულად აღიარებენ პრობლემას;
- არ ეცდებიან პრობლემის გაუბრალოებას;
- არ მიეცემიან სასოწარკვეთილებას და არ დაკარგავენ პრობლემის მოგვარების იმედს;
- არ დაკარგავენ დროს „დამნაშავის“ ძებნაში;
- არ აიღებენ პასუხისმგებლობას პრობლემის მქონე ადამიანის ქცევაზე;
- არ აიღებენ საკუთარ თავზე ყველა პრობლემის მოგვარებას. ეს დათვური სამსახურის ტოლფასია.

რა შეიძლება ვურჩიოთ ნარკოტიკზე/ალკოჰოლზე დამოკიდებული ადამიანის ოჯახის წევრს:

- გამოაცალკევეთ პიროვნება და ქიმიური ნივთიერება ერთმანეთისაგან;
- გამოაცალკევეთ ადამიანი და მისი კონკრეტული ქცევა ერთმანეთისაგან;
- იყავით მიმღები ადამიანის მიმართ და გამოიჩინეთ სიმყარე მიუღებელ ქცევასთან მიმართებაში;
- იზრუნეთ თქვენ თავზე, მიიღეთ დახმარება და მხარდაჭერა;
- მიეცით საშუალება თქვენს ახლობელს, პირისპირ დადგეს პრობლემების წინაშე, რომლებიც მის ქცევას/ მოხმარებას მოყვება.

**როგორ შეიძლება დაეხმაროს მედიცინის მუშაკი ოჯახს ამ პრობლემისაგან განთავისუფლებაში?**

ამისათვის საჭიროა ოჯახმა გადაჭრას სამი ამოცანა:

**პირველი** – უარყოფის დამღევა, ანუ იმ ფაქტის აღიარება, რომ ოჯახის ერთ-ერთ წევრს აქვს დაავადება – ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულება და საჭიროებს მკურნალობას.

ანამნეზის შეკრების პროცესში გარდა დიაგნოზის დასმისა მედიცინის მუშაკი ეხმარება ოჯახს, რომ აღიაროს დაავადება. ოჯახური კითხვარის მეთოდის (ოჯახური კითხვარი **CAGE**) მიეწოდება ოჯახის თითოეულ წევრს სკრინინგის დასაწყისში – დიაგნოსტიკის პროცესში (დანართი №1) ამ პროცესში მედიცინის მუშაკი ლეზიონს ინფორმაციას ოჯახური პრობლემის შესახებ, რომელიც მნიშვნელოვანია ნარკოლოგიური დაავადების აღმოცენების რისკის შეფასებისათვის. აგრეთვე რათა დაარწმუნოს ოჯახი, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულება წარმოადგენს მთელი ოჯახის პრობლემას.

**მეორე** – ურთიერთდამოკიდებულება ან ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, სულიერი ზემოქმედებისადმი დაქვემდებარება და თვითოეული ოჯახის წევრისათვის მკურნალობის აუცილებლობა. მედიცინის მუშაკს შეუძლია განსაზღვროს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებამ თუ რა ფორმით მოახდინა ზემოქმედება ოჯახის წევრებზე. ამისათვის გამოიყენება „**ალკოჰოლიზაციის ოჯახური კითხვარი**“ (დანართი №2).

**მესამე** – დაეხმაროს ოჯახის წევრებს გაანალიზონ, რომ მათი ქცევა არ წარმოადგენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების მიზეზს, თუმცა შეუძლია შეიტანოს წვლილი დაავადების განვითარებაში. ასეთ ქცევას ეწოდება „მხარდაჭერა“. ამ შემთხვევაში მედიცინის მუშაკს შეუძლია ასწავლოს ოჯახს ჯანსაღი ქცევის მაგალითები და მოტივაცია გაუწიოს ოჯახის წევრს რათა დაიწყოს მკურნალობა.

**თვითდახმარება** - იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც წამალდამოკიდებული პირი არ მკურნალობს, ოჯახს შეუძლია შეიმსუბუქოს საკუთარი პრობლემა. ამისათვის გამოიყენება მრავალი პროგრამა: „12 ნაბიჯის“ დასახვა, რომელთა მიზანია დახმარება გაუწიოს წამალდამოკიდებულთა ოჯახის წევრებს ახლებურად შეხედონ პრობლემას.

**ფსიქოთერაპია** - მედიცინის მუშაკს შეუძლია გაგზავნოს ოჯახის წევრი ფსიქოთერაპიაზე იმ შემთხვევაში, როდესაც აუცილებელი ხდება დამატებითი მკურნალობა. იმის გამო, რომ ხშირად ოჯახის წევრები რეალურად ვერ აცნობიერებენ ნარკოლოგიური პრობლემების ზემოქმედებას, აუცილებელი ხდება მათი გაგზავნა ფსიქოთერაპევტთან.

**რეციდივების ოჯახური პროფილაქტიკა** - როდესაც ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებული პირი იტარებს მკურნალობას, ხოლო მისი ოჯახის წევრები არ მონაწილეობენ ამ პროცესში, არსებობს საშიშროება, ოჯახური ჯგუფის დაშლისა, განსაკუთრებით გამოჯანმრთელების ადრეულ სტადიაზე. დაცვითი მექანიზმები, რომლებიც ასრულებენ დაცვით ფაქტორებს დაავადების განვითარების პროცესში, ახლა შეიძლება წარმოჩინდეს, როგორც გამოჯანმრთელების ხელშემშლელი ფაქტორი. წამალდამოკიდებულმა პირმა უნდა ისწავლოს შეგუება და ახალი ჩვევები. ამ პროცესში მონაწილეობა უნდა მიიღოს მთელმა ოჯახმა. სამკურნალო პროგრამების უმრავლესობა მოიცავს რეაბილიტაციურ პროგრამებს ოჯახისათვის. წამალდამოკიდებულმა პირმა ხელახლა უნდა აიღოს საკუთარ თავზე ის პასუხისმგებლობა, რომელიც მან გადასცა ოჯახს, ხოლო ოჯახი მზად უნდა იყოს პასუხისმგებლობის უკან გადასაცემად. ეს პროცესი მოითხოვს ხანგრძლივ მუშაობას, მედიცინის მუშაკმა შეიძლება გაუწიოს მხარდაჭერა ოჯახს გამოჯანმრთელების ხანგრძლივ პროცესში ისევე, როგორც იგი უწევს მხარდაჭერას პაციენტის გამოჯანმრთელებას.

**ფორმალური ინტერვენცია** – პრობლემის სირთულიდან გამომდინარე მედიცინის მუშაკმა შეიძლება რეკომენდაცია მისცეს ფორმალურ ინტერვენციას იმ შემთხვევაში, თუ ინტერვენციის მცდელობა მის კაბინეტში წარუმატებელია. სპეციალურად ტრენირებულმა ფსიქოთერაპევტებმა შეიძლება შეასრულონ ინტერვენცია ოჯახის, მეგობრების, თანამშრომლებისა და მედიცინის მუშაკების მონაწილეობით. ინტერვენციის მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ მათი დამთავრების შემდეგ უნდა დაიწყოს მკურნალობა.

**დამოკიდებულისა და თანადამოკიდებულის მახასიათებლების შედარება**

სიმპტომი	დამოკიდებული პირი	თანადამოკიდებული პირი
ინტერესების სფეროს შევიწროება	ფიქრობს მხოლოდ ნარკოტიკზე როგორ მოიპოვოს? სად? როდის?	ფიქრობს მხოლოდ იმაზე რა მდგომარეობაშია მისი ახლობელი
კონტროლის დაკარგვა	ვერ აკონტროლებს თავის ქცევას ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებით	ვერ აკონტროლებს თავის ქცევას ოჯახის ნარკომანი წევრის მიმართ
უარყოფა	უარყოფს თავის ავადმყოფობას: “მე არ ვარ ნარკომანი”	უარყოფს თავის მდგომარეობას: “მე არ მაქვს პრობლემები. იმის გამო ვარ ასე, პრობლემები მას აქვს”
გამართლების ძიება	ისეთი სიტუაცია იყო, უარი ვერ ვთქვი	სულ მისი ცუდი წრის ბრალია
ნეგატიური გრძნობები	უხალისობა სირცხვილის და დანაშაულის გრძნობა	უხალისობა, სირცხვილის და დანაშაულის გრძნობა
აგრესია	აგრესია ოჯახის წევრების მიმართ	აგრესია ნარკომანის მიმართ (გაბრაზება, სიძულვილი, რისხვა)
თანმხლები ფსიქიკური მდგომარეობა	დეპრესია	დეპრესია
ფიზიკური მდგომარეობა	ღვიძლის, გულის, ნერვული სისტემის დარღვევები	თავის ტკივილი, ჰიპერტენზია და სხვა სომატური დარღვევები
თვითშეფასება	დაბალი	დაბალი
ტოლერანტობის ზრდა	ძველი დოზა არ არის საკმარისი	იზრდება სტრესისადმი გამძლეობა
აბსტინენცია	ნარკოტიკის გარეშე ცუდად გრძნობს თავს	მშვიდ სიტუაციაში მოუსვენრობა, ექვიანობა
მკურნალობისადმი დამოკიდებულება	უარი მკურნალობაზე	უარყოფს მკურნალობის საჭიროებას



## მომატებული რისკის მქონე პირები

ყველა ახალგაზრდა ექვემდებარება როგორც რისკ-ფაქტორების, ასევე დაცვითი ფაქტორების ზემოქმედებას. რისკ-ფაქტორების არსებობა განაპირობებს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების რისკს, ხოლო დაცვითი ფაქტორები იცავს მოხმარების დაწყებისაგან. მაგ., ადრეულ ასაკში ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს მომავალში დამოკიდებულების განვითარებისთვის. რაც უფრო მაღალია ადრეულ ასაკში ალკოჰოლის ან ნარკოტიკებით დაზიანების ხარისხი, მით უფრო მაღალია შემდგომში ანტისოციალური ქცევის ჩამოყალიბების რისკი. ცალკეული ფაქტორების ან ფაქტორთა ჯგუფის ხვედრითი წილი, შესაძლებელია იცვლებოდეს დროში ბავშვის განვითარებასთან ერთად ან გარემოს ცვლილებასთან დაკავშირებით.

გამოყოფილია ექვსი სასიცოცხლო სფერო, რომლის მიხედვითაც ხდება რისკ-ფაქტორებისა და დაცვითი ფაქტორების დაჯგუფება.

ეს სფეროებია:

1. ინდივიდუალური სფერო
2. ოჯახური გარემო
3. თანატოლების გარემო
4. სასკოლო გარემო
5. თემი
6. საზოგადოება

აღსანიშნავია, რომ ჩამოთვლილი სფეროები ინტერაქტიურ დამოკიდებულებაშია ინდივიდთან, რომელიც იმყოფება ამ სქემის ცენტრში. აღქმა, გადამეშავება და პასუხი ნებისმიერ სტიმულზე ხორციელდება ინდივიდის მახასიათებლების საფუძველზე მოცემულ სიტუაციაში.

### ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორებია:

- არაადექვატური საყოფაცხოვრებო ჩვევები;
- თვითკონტროლის, მიზანდასახულობის და თანატოლების ზეგავლენისაგან თავდაცვის უნარის ნაკლებობა;
- საკუთარი თავისადმი უპატივცემულობა და დაურწმუნებლობა საკუთარ თავში;
- ემოციური და ფსიქოლოგიური პრობლემები;
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებისადმი დადებითი დამოკიდებულება;
- საზოგადოებაში საყოველთაოდ მიღებული ფასეულობებისა და რწმენის უგულებელყოფა;
- სკოლასთან არასაკმარისი კავშირი;
- ადრეულ ასაკში ანტისოციალური ქცევის გამოვლინებები;
- ალკოჰოლის, ნარკოტიკის მოხმარება და სიგარეტის წევა;
- ქცევითი პრობლემები;
- ცუდი ეკონომიური პირობები;
- ძალადობის მსხვერპლი;
- ორსულობა მოზარდ ასაკში ან მოზარდი მშობელი;
- ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები;
- სუიციდის მცდელობა;
- სამართალდარღვევები.

### ოჯახური რისკ-ფაქტორები:

- ოჯახური კონფლიქტი და ძალადობის გამოვლინება;
- ოჯახური დეზორგანიზაცია;
- ოჯახის სოციალური იზოლაცია;
- მომატებული ოჯახური სტრესი;

- ოჯახში პოზიტიური დამოკიდებულება ალკოჰოლსა და ნარკოტიკების მიმართ ან დაავადებული მშობლები;
- მოზარდი მშობლის შვილი;
- ოჯახები ფსიქიკური პრობლემებით.

#### **თანატოლების სფეროში არსებული რისკ-ფაქტორები:**

- ასოცირება იმ თანატოლებთან, რომლებიც უარყოფენ საზოგადოებაში საყოველთაოდ მიღებულ ფასეულობებს, რომლებთაც აღენიშნებათ დევიაციური ქცევები და მოიხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს;
- თანატოლთა მხრიდან ნეგატიური ზეგავლენისადმი დაქვემდებარება;
- გამოხატული განწყობა გარე კონტროლისადმი.

#### **სასკოლო სფეროში არსებული რისკ-ფაქტორები:**

- პედაგოგებისა და მოსწავლეების დადებითი განწყობა ალკოჰოლის და ნარკოტიკებისადმი;
- მკაცრი და ავტორიტარული მართვის ხერხები სკოლაში;
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ხელმისაწვდომობა სკოლაში;
- სკოლასთან არასრულყოფილი კავშირი;
- ცუდი მოსწრება და დიდი რაოდენობით გაცდენები;
- სკოლის საქმეებში ოჯახის შეზღუდული მონაწილეობა;
- სასკოლო მოთხოვნების დაძლევის შეუძლებლობა.

#### **თემში არსებული რისკ-ფაქტორები:**

- თემის დეზორგანიზაცია;
- არასაკმარისი კავშირები თემში;
- კულტურული ფასეულობებისადმი არასაკმარისი პატივისცემა;
- კულტურის მიმართ არასაკმარისი რწმენა;
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი დადებითი დამოკიდებულება თემში;
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობა;
- ახალგაზრდული სამსახურების ნაკლები.

#### **საზოგადოებრივ სფეროში არსებული რისკ-ფაქტორები:**

- სიდუხჭირე;
- უმუშევრობა ან კვალიფიკაციის შეუსაბამო სამუშაო;
- დისკრიმინაცია;
- მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების მხარდამჭერი ინფორმაცია.

#### **მედიცინის მუშაკის როლი**

ზოგადსამედიცინო პრაქტიკის მედიცინის მუშაკებს შესწევთ უნარი დაეხმარონ პაციენტს, ჩაატაროს სკრინინგი, შეაფასონ რისკი, განამტკიცონ და ჩამოაყალიბონ დაცვითი ფაქტორები, რათა ინდივიდმა მოახერხოს თავიდან აიცილოს ნარკოლოგიური პრობლემა ან დაავადება.

კლინიკაში მედიცინის მუშაკის როლია:

- რისკ-ფაქტორების მქონე პირების გამოვლენა და სოციალური მხარდაჭერის შეფასება. როცა რისკი გასაზღვრულია, აუცილებელია რესურსების მობილიზება მის დასაძლევად. ზოგ შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ მკურნალობაზე (ალკოჰოლიზმის ან ნარკომანიის სამკურნალოდ) ან სასკოლო კონსულტაციაზე.
- დაცვითი ფაქტორების ფორმირების ხელშეწყობა პაციენტისადმი პროფილაქტიკური რჩევების საშუალებით.

- კაბინეტში გამოიყოს ადგილი ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისათვის და ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის პროფილაქტიკის გასატარებლად.

მედიცინის მუშაკის როლი თემში:

- გამოიყენოს ვიზიტები ბინაზე, რათა კარგად გაეცნოს რისკ-ფაქტორებს და ხელი შეუწყოს დაცვითი ფაქტორების გაძლიერებას;
- მონაწილეობა მიიღოს სასკოლო ღონისძიებებში, აგრეთვე თემში მიმდინარე ღონისძიებებში;
- იმუშაოს კოლეგებთან ერთად ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისათვის;
- დაარწმუნოს ყველა დონეზე ადმინისტრაცია კანონმდებლობაში და საზოგადოებრივ პოლიტიკაში ცვლილებების იმ აუცილებლობაში, რომელიც მიმართული იქნება ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებით განვითარებული პრობლემების თავიდან ასაცილებლად.

**ზოგიერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომლებმაც შეიძლება მოზარდების მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებაზე მიგვანიშნონ.**

**ნარკოტიკული თრობის ზოგადი ნიშნები:**

- **გარეგნობა და ქცევა**, რომლებიც ალკოჰოლურ სიმთრალეს მოგვაგონებენ. პირიდან ალკოჰოლის სუნის გარეშე ან სუსტი სპეციფიკური სუნით;
- **ცნობიერების შეცვლა**: მოცემულ სიტუაციასთან აშკარა შეუსაბამო უმიზეზო მხიარულება, სიცილი, ლაქლაქი, ბოდმიანობა, აგრესიულობა;
- **მოტორული აქტივობის შეცვლა**: გაძლიერებული ქესტიკულაცია. გადაჭარბებული მოძრაობები, მოუსვენრობა ან პირიქით – უმოძრაობა;
- **მოდრაობის კოორდინაციის შეცვლა**: დაუზვეწავი მოძრაობები, ტორტმანი სიარულის დროს, სხეულის რყევა მჯდომარე მდგომარეობაშიც კი, განსაკუთრებით დახუჭული თვალებით.
- **კალიგრაფიის შეცვლა**;
- **კანის ფერის შეცვლა**: სახის და მთელი სხეულის კანის ფერმკრთალობა ან პირიქით;
- **მზრწყინავი თვალები**;
- **მკვეთრად შევიწროებული ან გაფართოებული გუგები**, რომლებიც დუნედ რეაგირებენ შუქზე;
- **ნერწყვის გამოყოფის შეცვლა**: გაძლიერებული ნერწყვდენა ან პირიქით, პირის სიმშრალე;
- **ტუჩების სიმშრალე**, ხრინწიანი ხმა;
- **მეტყველების შეცვლა**: აჩქარებული, მკვეთრი გამოღქმა ან პირიქით; შენელებული, გაურკვეველი, არამკვეთრი, „წაშლილი“ მეტყველება.

**რას უნდა მივაქციოთ ყურადღება მოზარდის გარეგნობაში?**

- მუქი სათვალეების ტარება ნებისმიერ დროს;
- ცხელ ამინდში გრძელსახელოებიანი პერანგის ტარება;
- დაუდევრობა ჩაცმულობაში;
- საკუთარი გარეგნობისადმი გადაჭარბებული ყურადღება;
- ტანსაცმელზე სისხლის ლაქები (ინტრავენური ინექციების კვალი);
- პოსტინექციური ნაწიბურები;
- სპეციფიური სუნი პირიდან, ტანსაცმელზე ან ოთახში;
- დეზოდორანტებისა და ოდეკოლონების გადაჭარბებული ხმარება (სპეციფიკური სუნის ჩასახშობად);
- თვალის წვეთების და პირის ღრუს არომატული საშუალებების ხმარება;
- დამწვრობა, დაზიანება ან წყლულები ტუჩებზე ან პირის ღრუში;
- დამწვრობა თითებზე, ტანსაცმელზე, რბილ ავეჯზე (თვლემის შედეგად).

## როგორია ნარკოტიკების მომხმარებლის ატრიბუტიკა?

- გასისხლიანებული ან გაკვანძული თასმები ან ცხვირსახოცები;
- თამბაქოს გასახვევი ქალაღდები, პაპიროსები;
- კაფსულები, ტაბლეტები, ფხვნილები;
- შპრიცები, პიპეტები, ნემსები;
- ქალაღდის ფილტრები;
- ჯიბეებში, ჩანთებში, უჯრებში პოლიეთილენის პერკები;
- ალკოჰოლური სასმელის ან საყოფაცხოვრებო ქიმიის ნაწარმის ჭურჭელი.

## როგორი შეიძლება იყოს ნარკოტიკების მომხმარებელი მოზარდის ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობა?

- ჩაწითლებული თვალები, დაშვებული ქუთუთოები;
- მბრწყინავი თვალები;
- გაფართოებული ან შევიწროებული გუგები;
- თვალების ცეცება ან გაყინული მზერა;
- სახის არაბუნებრივი ფერმკრთალობა ან სიწითლე;
- ხელის მტევნების ან ფეხების შეშუპება;
- მთქნარება, სურდო;
- ფუზიკური განვითარების შეფერხება;
- გაძლიერებული მადა,ან პირიქით უმადობა;
- წონაში უმიზეზო კლება;
- ცუდი თვითგრძნობა დილაობით;
- ოფლიანობა ცივ ამინდშიც კი;
- ყაბზობისაკენ ან ფალარათისაკენ მიდრეკილება;
- ნარკოტიკების ხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჰეპატიტი, შიდსი...);
- ძილიანობა მოდუნება, თვლენა;
- განურჩევლობა, აპათიურობა;
- უმიზეზო სიცილი ( ასოცირებული ჰაშიშთან)
- გუნებ- განწყობის უეცარი ცვლილება (დეპრესია, შფოთვა);
- აგრესიულობა, პარანოიდული განწყობა;
- ჰალუცინაციების აღმოცენება.

## რა ცვლილებები შეიძლება შევნიშნოთ მოზარდს ქცევაში?

### ოჯახში:

- ოჯახური ტრადიციების იგნორირება;
- უმნიშვნელო კრიტიკაზე ან უბრალო მოთხოვნაზე გადაჭარბებული რეაქცია;
- ახლობლების თანაგრძნობის უნარის დაქვეითება;
- მატყუარობა;
- ოჯახიდან ფასეულობების გატანა;
- ოჯახის წევრებისაგან იზოლაცია;
- ნეგატიური ქცევა ან პირიქით– პირფერობა, მამებლობა;
- ფასეულობათა, იდეების, რწმენის შეცვლა;
- ლექსიკონისა (სპეციფიური ჟარგონი) და საუბრის მანერის შეცვლა;
- აბაზანაში ხანგრძლივი ჩაკეტვა (ნარკოტიკების მიღების მიზნით);
- ახალი ნაცნობების ოჯახისათვის წარდგენის სურვილის არარსებობა;
- უცნაური სატელეფონო ზარები, ვინაობის დამალვა ან ტელეფონის გათიშვა;
- სასმელის არასათანადო ადგილებში დამალვა;
- გვიან დაძინება ან უძოლობა, თვლენა დღის საათებში.

## სკოლაში:

- ხშირი დაგვიანება სკოლაში;
- გაკვეთილების სისტემატური გაცდენები;
- თვლემა გაკვეთილებზე;
- აკადემიური მოსწრების დაქვეითება;
- მეხსიერების, ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
- უნიციატივიზა და მომხდარის მიმართ ინტერესის დაკარგვა;
- დაგვიანებული პასუხები, გულმავიწყობა;
- დისციპლინის ხშირი დარღვევა;
- პედაგოგების, სკოლის განაწესის უპატივცემულობა;
- უპასუხისმგებლობა და მატყუარობა;
- სკოლის ღონისძიებებისადმი ინტერესის დაკარგვა.

## ნაცნობებისა და მეგობრების წრეში:

- ძველი მეგობრების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა;
- თანატოლების ჯგუფის შეცვლა, ახალი ნაცნობების გაჩენა;
- მასზე უფრო მოზარდების კომპანიასთან კონტაქტის დამყარება;
- ნარკოტიკების მოხმარებაში შემჩნეული პირების მიმართ გაძლიერებული ინტერესი;
- ისეთ ადგილებში ყოფნა, სადაც ცნობილია, რომ შეიძლება ნარკოტიკების შოვნა;
- ფულის სესხების მუდმივი მოთხოვნილება;
- არასაიმედო ურთიერთობებში;
- ირგვლივ მყოფებთან კონტაქტების შეზღუდვა, ხშირი იზოლაცია;
- უეცარი პოპულარობა თანატოლებს შორის.

„ნარკომანიას ხშირად ისე წარმოსახვენ, თითქოს მისი ლიკვიდირება ტოტალური ომის გამოცხადებით შეიძლებოდეს. მაგრამ ახლა აქცენტი ინაცვლებს: „არა ნარკოტიკებთან ომი, არამედ სტრატეგიის – „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ – მხარდაჭერა“.

ჰანს ემბლადი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია  
ნარკომანიის პროგრამის დირექტორი

კითხვარი ოჯახისა და მოზარდების სკრინინგისათვის

**CAGE**

- 1. თვლით თუ არა თქვენ, რომ ----- ნაკლები უნდა დალიოთ ან შეწყვიტოთ სმა?  

არა	ზოგჯერ	ხშირად	ძალიან ხშირად
-----	--------	--------	---------------
  
- 2. ბრაზდება თუ არა ----- როდესაც თქვენ ან სხვა ვინმე ურჩევს მას ნაკლები დალიოს ან თავი დაანებოს სმას?  

არა	ზოგჯერ	ხშირად	ძალიან ხშირად
-----	--------	--------	---------------
  
- 3. გრძნობთ თუ არა ----- თავს დამნაშავედ და/ან იმართლებთ თუ არა თავს საკუთარი ლოთობის გამო?  

არა	ზოგჯერ	ხშირად	ძალიან ხშირად
-----	--------	--------	---------------
  
- 4. ხდება ხოლმე ----- სვამს ალკოჰოლს დილაობით?  

არა	ზოგჯერ	ხშირად	ძალიან ხშირად
-----	--------	--------	---------------

შეფასება: ორი დადებითი პასუხი მიუთითებს ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს და შემდეგი მკურნალობის აუცილებლობას.

**ალკოჰოლიზმის შეფასების ოჯახური კითხვარი**

1. იცვლება თუ არა თქვენი რომელიმე ოჯახის წევრის ქცევა, როდესაც იგი საკმაოდ ბევრს სვამს?  დიახ  არა
2. ფიქრობთ თუ არა თქვენ, რომ სასმელი უფრო მნიშვნელოვანია ამ ადამიანისათვის, ვიდრე თქვენ?  დიახ  არა
3. მომხდარა თუ არა ისეთი შემთხვევა, რომ თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრის მხრიდან ზედმეტი სმის გამო ჩაიშალა თქვენი ოჯახური ღონისძიება?  დიახ  არა
4. ხდება თუ არა რომ თქვენ იძულებული ხართ დაფაროთ თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის შედეგები?  დიახ  არა
5. ხომ არ გეცოდებათ საკუთარი თავი იმის გამო, თუ რას უკეთებს ალკოჰოლი თქვენს ოჯახს?  დიახ  არა
6. გიგრძნიათ თავი დამნაშავედ ან პასუხისმგებლად თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
7. თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრის ლოთობა ხომ არ იწვევს ოჯახურ კონფლიქტს?  დიახ  არა
8. გიცდიათ თუ არა შეერთებოდით თქვენი ოჯახის მსმელ წევრს და მასთან ერთად დაგელიათ?  დიახ  არა
9. იწვევს თუ არა თქვენში თქვენი ოჯახის წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარება დათრგუნვას ან სიბრაზეს?  დიახ  არა
10. განიცდის თუ არა თქვენი ოჯახი ფინანსურ სიძნელეებს ლოთობის გამო?  დიახ  არა
11. გრძნობთ თუ არა, რომ თქვენი ოჯახური ცხოვრება უბედურია თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
12. გიცდიათ თუ არა შეგეცვალათ თქვენი ოჯახის ლოთი წევრის ქცევა, დაგემალათ მანქანის გასაღები, გადაგელვარათ არაყი და ა.შ.?  დიახ  არა
13. ხდება თუ არა რომ იძულებული ხართ დაარღვიოთ თქვენი მოვალეობები თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
14. ხშირად გამოთქვავთ წუხილს თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
15. არიან თუ არა თქვენი ოჯახის მსმელი წევრის მეგობრები ლოთები?  დიახ  არა
16. შეშფოთებული ხართ თუ არა საკუთარი თავის ან თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრის უსაფრთხოებაზე თქვენი ოჯახის წევრის  დიახ  არა

ლოთობის გამო?

17. გქონიათ თუ არა უძილობა თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
18. მიგიციათ თუ არა რჩევა თქვენი ოჯახის წევრისათვის, რომ შეეწყვიტა ლოთობა ან შეემცირებინა სმა?  დიახ  არა
19. დამუქრებინართ თუ არა წასულიყავით ოჯახიდან თქვენი ოჯახის წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
20. მოუცია თუ არა თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს პირობა, რომლის შესრულება ვერ შეძლო ლოთობის გამო?  დიახ  არა
21. გდომებიათ თუ არა გქონოდათ შესაძლებლობა გესაუბრად ვინმესთან, რომელიც გაიგებდა და დაგეხმარებოდათ თქვენი ოჯახის ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებში?  დიახ  არა
22. გრძნობთ თუ არა თავს ავად, გიტირიათ თუ არა მას შემდეგ, რაც თქვენ იყავით სასოწარკვეთილი თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრის ლოთობის გამო?  დიახ  არა
23. დავიწყებია თუ არა თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს რა ხდებოდა ლოთობის დღეს?  დიახ  არა
24. ჰქონია თუ არა თქვენი ოჯახის წევრს მონანიების პერიოდი ლოთობის შემდეგ, ან იხდიდა თუ არა ბოდიშს საკუთარი საქციელის გამო?  დიახ  არა
25. აღწერეთ თქვენი ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სიმპტომი ან პრობლემა, რომელსაც თქვენ განიცდით მას შემდეგ, რაც იცით თქვენი ოჯახიდ წევრის ლოთობის ამბავი.  დიახ  არა

**შეფასება:** თუ თქვენ დადებითად უპასუხეთ ნებისმიერ ორ კითხვას, თქვენს ოჯახში ლოთობასთან დაკავშირებული პრობლემების აღბათობა მაღალია;

თუ თქვენ დადებითად უპასუხეთ ოთხ ან მეტ კითხვას, თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს აქვს პრობლემები ალკოჰოლთან დაკავშირებით.

### გამოყენებული ლიტერატურა:

აკ. გამყრელიძე, დ. კაჭკაჭიშვილი, ნ. ნიკოლაიშვილი, გ. სისაური – „**ფსიქოაქტიური ნივთიერებები**“

ნარკომანიის საწინააღმდეგო ანალიტიკური პორტალი – [narcomania.com](http://narcomania.com)

საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“ – „**ნარკომანია და აივ/შიდსი**“

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი – „**პირველადი ჯანდაცვა ნარკომანიის გავრცელების წინააღმდეგ**“ – ლ. ბარამიძე – 2005 წელი