

“ვისწავლოთ ნარკოტიკების გარემოცვაში ცხოვრება”?

წ ი ნ ა ს ი ტ ყ ვ ა ო ბ ა

“ცნობიერების გარკვეულწილად შეცვლის გამოცდილების მიღების სურვილი ალბათ ადამიანის ყოფის ნიშანდობლივი ნაწილია... ყველანი გარშემორტყმულნი ვართ ნარკოტიკებით... ფინჯანი ყავა ან ჩაი, ჭიქა ღვინო, ლუდი ან ვისკი, სიგარეტი, კოკაინის, ჰეროინის მცირე დოზა, ყველგან მსუფვეი ტრანკვილიზატორები და საძილე აბები... ნარკოტიკების მიღება კვლავ რჩება ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეცვლის ერთ-ერთ ყველაზე იოლ და სწრაფ საშუალებად. ნარკოტიკული ეფექტების გამოვლინების სისწრაფე და სიადვილე ზოგიერთი ადამიანისთვის ამ ნივთიერებათა მომხიბვლელობის დამადასტურებელია. სანამ არსებობენ ნარკოტიკების მომხმარებლები, მანამ იარსებებენ ნარკოტიკების მსხვერპლნიც... მაგრამ ნარკოტიკების აღმოფხვრის გზების ძიება ქიმიურის ძიებას ჰგავს. ნარკოტიკების მოხმარება გრძელდება და ასე თუ ისე უნდა ვისწავლოთ ნარკოტიკების გარემოცვაში ცხოვრება”...

Dr. Michael Gossop

ისმის კითხვა: შესაძლებელია თუ არა ნარკოტიკების მოსპობა და არის თუ არა ეს გამოსავალი? ალბათ, ნარკოტიკების მოსპობა პრაქტიკულად შეუძლებელია. დღესდღეობით იმდენი ნარკოტიკული და ნარკოტიკის მსგავსი საშუალება არსებობს, რომ მათი არშემჩნევა “ქეიშიში თავის ჩამალვის” ტოლფასი იქნებოდა. დაფიქრდეთ: ნარკომანიით დაავადებული პიროვნება ყოველთვის მოძებნის და იპოვის გზას თავისი “ნივთიერებისაკენ” ან გადაინაცვლებს რაიმე შემცვლელზე. ჩვენს ირგვლივ უამრავი ლეგალური ნარკოტიკია, რომელთა შოვნა ყოველგვარი ძალისხმევის გარეშე შეიძლება: ალკოჰოლი, თამბაქო, კოფეინის შემცველი სასმელები, მედიკამენტები, საყოფაცხოვრებო ქიმიის ნაწარმი და ა.შ. როგორ მოვიქცეთ, აკვრძალოთ ეს საშუალებები?

რა თქმა უნდა, შეძლებისდაგვარად, ბრძოლა უნდა გამოვუცხადოთ ნარკოტიკებს, მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ პრობლემის სათავე თვით ნარკოტიკულ ნივთიერებებში არ არის. გადამწყვეტია არა თვით ნარკოტიკების არსებობის ფაქტი, არამედ ის, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ნარკოტიკებს ამა თუ იმ ადამიანისათვის და არის თუ არა ადამიანი მათზე დამოკიდებული. თუ არ იარსებებს ნარკოტიკების ჭარბი მოხმარებისაკენ სწრაფვა, რაღა თქმა უნდა, ნარკოტიკები ადამიანისათვის საშიში აღარ იქნება.

ვისაც შეუძნევა, რომ ნარკოტიკების საშუალებით, ანუ “ლილაკზე თითის დაჭერით” ცუდი ემოციები ქრება და კარგი ემოციები ჩნდება, იგი ამ საშუალებით თანდათან თრგუნავს საკუთარი ფიზიკური და სულიერი რეგულაციის ბუნებრივ პროცესს. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საშუალებით პრობლემის “ქიმიური განდევნა” ბევრად უფრო სწრაფი და იოლი გზა გახლავთ, ვიდრე საკუთარ თავზე დამღლელი მუშაობა. რაც უფრო ხშირად განიცდის ადამიანი “ლილაკზე თითის დაჭერით” ხანმოკლე შვებას, მით უფრო იზრდება ასეთი საშუალებების მიმართ ლტოლვა. იქნება ავტომატიზმი, რომელიც ყოველი უგუნებობის მომენტში იწყებს ფუნქციონირებას. დროთა განმავლობაში წარმოუდგენელი ხდება ამ დახმარების გარეშე სულიერი სიმშვიდის მოპოვება, თანდათან ინგრევა უკან დასახევი გზა და იკვრება მანკიერი წრე...

წარმოვიდგინოთ, რომ არსებობს ნარკოტიკები, რომლებიც არ იწვევენ დამოკიდებულებას და არ ვნებენ ჯანმრთელობას. ასეთივე დამლუპველი იქნებოდა მაშინაც “ლილაკზე თითის დაჭერით” უარყოფითი ემოციების ჩაქრობა და დადებითის მოპოვება? აუცილებლად. ასეთ შემთხვევაში ნარკოტიკების მომხმარებელთა რიცხვი ბუნებრივად გაიზრდებოდა და აღარ დავიწყებდით ჩვენი ფსიქიკური დისკომფორტის მიზეზების გარკვევას, აღარ ვიმსჯელებდით ამაზე. ბევრად გაგვიოილდებოდა “ქიმიური განდევნის” გზით უარყოფითი ემოციების დადებითით შეცვლა, დაძაბულობის – განტვირთვით, სასოწარ-

კვეთის – მოჩვენებითი ოპტიმიზმით; მუდმივად ვიქნებოდით “მთვლემარე” მდგომარეობაში. ასეთი “მოკლე ჩართვა” მოსპობდა წინააღმდეგობას ჩვენსა და გარე სამყაროს შორის; შინაგან განცდებს, რომლებიც ჩვენს სულიერ მდგომარეობას ასახავენ, მალე სავსებით ვეღარ აღვიქვამდით. შეიძლება კი ასეთ “თვლემას” კაცმა “ცხოვრება” უწოდოს? აღარ გვექნებოდა საკუთარი თავის წვრთნისა და სულიერი განვითარების არანაირი სურვილი – გავხდებოდით აპათიურნი, მოღუნებულნი და მოსაწყენნი.

რაიმე საშუალებაზე დამოკიდებული ნებისმიერი პიროვნება საფრთხეს უქმნის საკუთარ სულიერ ჯანმრთელობას. ასეთ დამოკიდებულებას “უვარგისი მედიკამენტი” თვითმკურნალობის ცდის სახე აქვს. ეს ნიშნავს “ღილაკზე თითის დაჭერით” პრობლემის გადაჭრას. მაგრამ რაც უფრო მეტად ცდილობს ადამიანი საკუთარი პრობლემების მხოლოდ დაფარვას ან განდევნას, საბოლოო ჯამში, მით უფრო მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდება მისი სულიერი ჯანმრთელობა. ასეთი “განდევნა” შესაძლებელია არა მხოლოდ ქიმიური გზით, არამედ ამისათვის არსებული ბევრი სხვა საშუალებით და ქმედებით; გაიხსენეთ ტელევიზორი, კომპიუტერი, სისწრაფით ან საკვებით ტკობა, ყოველდღიური სენსაციური პრესა, უზომოდ ჩაბმა რაიმე საქმიანობაში და ა.შ. ნებისმიერმა ამ საშუალებამ შეიძლება ნარკოტიკის ფუნქცია შეასრულოს, თუკი მისი “მონები” გავხდებით. ყველაფერ ამას შეიძლება ვუწოდოთ “ნარკოტიკები ფართო გაგებით”.

წინამდებარე წიგნი განკუთვნილია ძირითადად სკოლის სამედიცინო პერსონალისათვის, მაგრამ ვიმედოვნებთ, რომ საინტერესო იქნება ყველასათვის, ვისაც მოზარდებთან ურთიერთობა უხდება.

მოზარდობის პერიოდი ადამიანის ცხოვრების ერთ-ერთი ურთულესი გამოცდაა თავისი შინაგანი წინააღმდეგობებით, გარემოსთან კონფლიქტით, განსაკუთრებული მგრძობიარობით, გამძაფრებული თავმოყვარეობით, დამოუკიდებლობისაკენ სწრაფვით, მაქსიმალიზმით. ამ და სხვა ფსიქოლოგიური პრობლემების ფონზე ცნობისმოყვარეობამ, მიმბაძველობამ, უჩვეულო განცდების ძიების სურვილმა თუ არსებული ტრადიციებისა და მიღებული ნორმების მიმართ პროტესტის გრძობამ მოზარდი შეიძლება ნარკოტიკთან მიიყვანოს.

წიგნში ვერ შეხვდებით მოზარდებთან ურთიერთობის კონკრეტულ “მზარეცებებს”, რამეთუ ყველა პიროვნება უნიკალურია და ინდივიდუალურ მიდგომას მოითხოვს. ქვემოთ მოწოდებული ზოგადი ინფორმაცია ალბათ საშუალებას მისცემს მკითხველს, საერთო ენა გამოიხატოს მოზარდთან ნარკოლოგიურ პრობლემებზე მსჯელობისას და თანადგომა გაუწიოს ფსიქოლოგიური პრობლემების “ფხიზელი” გზით გადაწყვეტაში.

უდიდეს მადლობას გამოვხატავთ მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის საკოორდინაციო ბიუროს მიმართ (დირექტორი გიორგი შაქარიშვილი), რომლის დახმარების გარეშეც შეუძლებელი იქნებოდა ამ წიგნის გამოცემა. მადლობას მოვახსენებთ აგრეთვე ჩვენს რეცენზენტებს და საერთაშორისო ფონდ “კურაციოს” თანადგომისათვის.

ბუნებრივია, რომ ჩვენი პირველი ცდა უნაკლო ვერ იქნება. მაღლიერებით მივიღებთ ნებისმიერ კრიტიკულ შენიშვნას თუ რჩევას.

გიორგი კალანდაძე
კლინიკა “ბემონის” დირექტორი

	კარი პირველი (მაია კობაიძე, მაია ჯავახიშვილი)	
თავი I	ზოგი რამ გარდამავალი ასაკის თავისებურებების შესახებ -----	6
	“ნახტომი” სიმალლეში”... -----	6
	“აკრძალული თემა”... -----	7
	“ანლებური აზროვნება”... -----	8
	“საკუთარი თავის კვლევა”... -----	9
	“უმართავი” ემოციები -----	9
	მარადიული პრობლემა: თანადგომა თუ დაპირისპირება? -----	10
	“მოზარდთა სუბკულტურა” -----	11
	მეგობრობა და სიყვარული -----	12
თავი II	რამ შეიძლება უბიძგოს მოზარდს ნარკოტიკის გასინჯვისაკენ? -----	13
	კარი მეორე (თამარ სირბილაძე, ნანა ლუზაკინა)	
თავი I	ძირითადი ნარკოლოგიური ცნებებისა და ტერმინების განსაზღვრება-----	15
თავი II	ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტები -----	23
	ალკოჰოლური სასმელები -----	23
	ბარბიტურატები და სხვა ჰიპნოსედაციური საშუალებები -----	27
	ტრანკვილიზატორები -----	30
	ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები) – ნარკოტიკულად მოქმედი აქროლადი ნივთიერებები -----	32
თავი III	ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკები -----	34
თავი IV	ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულანტები -----	40
	კოკაინი -----	41
	ამფეტამინები და ამფეტამინისმაგვარი ნარკოტიკები -----	43
	ქსანტინები და ქსანტინის შემცველი სასმელები -----	44
	თამბაქო -----	46
	ეფედრონი -----	50
თავი V	ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)---	52
	კანაბისი -----	52
	ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი (LSD) -----	56
	ჰალუცინოგენური ამფეტამინები -----	58
	ციკლოდოლი -----	59
თავი VI	წამალთდამოკიდებულების თავისებურებები მოზარდებში -----	60
	ზოგიერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომლებმაც შეიძლება მოზარდების მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებაზე მიგვანიშნონ -----	61
	კარი მესამე (გიორგი კალანდაძე, ზურაბ სინარულიძე)	
თავი I	კლინიკური ტოქსიკოლოგიის რაობა -----	65
თავი II	მწვავე მოწამვლათა დიაგნოსტიკის ძირითადი პრინციპები -----	67
თავი III	ორგანიზმის დეტოქსიკაციის ძირითადი მეთოდები -----	68
თავი IV	ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით მწვავე მოწამვლები -----	71
	ალკოჰოლური სასმელები -----	72
	ალკოჰოლის სუროგატები და დენატურატები -----	74
	ნარკოტიკული ანალგეტიკები -----	75
	ბენზოდიაზეპინები -----	76

	ბარბიტურატები -----	76
	ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები) -----	78
	ანტიდეპრესანტები -----	80
	ნეიროლეპტიკები -----	81
	ატროპინი -----	82
	ანტიჰისტამინური საშუალებები -----	82
	ნიკოტინი -----	83
	ქსანტინები (კოფეინი, თეოფილინი, თეობრომინი) -----	83
	ამფეტამინები და კოკაინი -----	83
	კანაბისის პრეპარატები -----	84
თავი V	ჰოსპიტალამდელი გადაუდებელი დახმარება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზელოზირების შემთხვევებში -----	84

კარი პირველი

თავი 1. ზოგი რამ გარდამავალი ასაკის თავისებურებების შესახებ

გარდამავალი ასაკი პიროვნების განვითარების მნიშვნელოვანი პერიოდია, როდესაც ხდება გადასვლა ცხოვრების ერთი ეტაპიდან მეორეზე – ბავშვობიდან მოწიფულობაში, იწყება 10-11 წლის ასაკში და მთავრდება სრულწლოვანების მიღწევით. ამ პერიოდს ხშირად უწოდებენ “მძიმე”, “კრიტიკულ”, “გარდატეხის” ასაკს.

გარდამავალი ასაკი ხშირად მწვავე, კრიზისული გამოვლინებებით მიმდინარეობს და ბავშვთა ასაკის სხვა კრიზისული პერიოდებისაგან განსხვავებით, მეტი სიმძაფრითა და ხანგრძლივობით ხასიათდება. ამ დროს იცვლება ბავშვის დამოკიდებულება ირგვლივ მყოფებთან და საკუთარ თავთან, ყალიბდება ის ცხოვრებისეული პოზიცია, რომლითაც პიროვნება იწყებს დამოუკიდებელ ცხოვრებას. ეს საკმაოდ რთული და ხანგრძლივი პროცესია, რომლის დროსაც მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება პიროვნების ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ განვითარებაში. ამასთან, ამ სფეროთაგან თითოეულს გააჩნია განვითარების განსხვავებული რიტმი და ტემპი: ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება უფრო ადრე იწყება და იწვევს ისეთი მოთხოვნილებების აღმოცენებას, რომელთა დაკმაყოფილება ყოველთვის ვერ ხერხდება სოციალური მოუწიფებლობის გამო; მოზარდი ობიექტურად უკვე აღარ არის ბავშვი, მაგრამ მისი სოციალური მდგომარეობა უცვლელი რჩება: იგი ისევ მშობლების მეურვეობის ქვეშ იმყოფება, რაც გადაულახავ დაბრკოლებას უქმნის მისი ზოგიერთი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას; ჩნდება კონფლიქტი არსებულ რეალობასთან, რაც საფუძვლად უდევს მოზარდის ფსიქოსოციალურ კრიზისს.

ეს კონფლიქტი განსაკუთრებით მძაფრადაა გამოხატული თანამედროვე ცივილიზებულ საზოგადოებაში, სადაც მოზარდის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები რადიკალურად განსხვავდება ბავშვის მიმართ წაყენებული მოთხოვნებისაგან: ბავშვს მოეთხოვება სრული მორჩილება, მოზარდის კი – დამოუკიდებლობა და ინიციატივიანობა. იქ, სადაც მოზარდს უფრო ადრე ენიჭება მოზარდის უფლება-მოვალეობები, გარდამავალი ასაკი შედარებით უმტკივნეულოდ მიმდინარეობს. ასე ხდება, მაგალითად, სოფლად ან ისეთ საზოგადოებებში, სადაც მოზარდები ადრე იწყებენ შრომით საქმიანობას. აფრიკისა და ავსტრალიის ბევრ ტომში სქესობრივი მომწიფებისთანავე ტარდება ინიციაციის რიტუალი – მოზარდილად კურთხევა, რომლის შემდეგ მოზარდი იწყებს მოზარდის ცხოვრებით ცხოვრებას – მონაწილეობს მათ საქმიანობაში, ეძლევა ქორწინების ან სქესობრივი ურთიერთობების უფლება. ამ შემთხვევაში, ბავშვობიდან მოზარდობაში გადასვლა უფრო ადრე ხდება, მოკლდება გარდამავალი პერიოდის ხანგრძლივობა და ნაკლებად აქტუალურია ის პრობლემები, რომლებიც მოზარდს ჩვენს საზოგადოებაში ექმნება.

“ნახტომი” სიმაღლეში”...

მოზარდობის პერიოდის ყველაზე თვალსაჩინო მახასიათებელია სწრაფი ფიზიკური ზრდა. “ნახტომი” სიმაღლეში ხდება სხეულის პროპორციის დარღვევით: ჯერ იზრდება თავი და კიდურები, შემდეგ – ტორსი. ამის შედეგად მოძრაობას ეკარგება ჰარმონიულობა. მოუქნელობა, არასაკმარისი კოორდინაცია მოზარდში უსიამოვნო განცდებს, თავისი გარეგნობით უკმაყოფილებასა და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის გრძნობას იწვევს; კუნთური ძალა მართალია, მატულობს, მაგრამ კუნთები ადვილად იღლება და ვერ უძლებს

ხანგრძლივ დაძაბულობას; ზრდის სწრაფმა ტემპმა შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური დარღვევები (გულის ცემის აჩქარება, არტერიული წნევის ცვალებადობა, თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, ადვილად დაღლა); ენდოკრინულ და ნერვულ სისტემებში მიმდინარე ძვრები ზრდის პათოგენური ფაქტორებისადმი მგრძობიერებას: გონებრივმა და ფიზიკურმა გადაღლამ, ხანგრძლივმა ნერვულმა დაძაბულობამ, უარყოფითმა ემოციებმა (შიში, წყენა, იმედგაცრუება) შეიძლება გამოიწვიოს მომეტებული გალიზიანებადობა, თავშეუკავებლობა, ყურადღების გაფანტულობა, შრომის უნარის დაქვეითება, გოგონებში – მენსტრუალური ციკლის დარღვევა.

“აკრძალული თემა”...

მოზარდის ორგანიზმში მიმდინარე ცვლილებათაგან ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანია სქესობრივი მომწიფება, რომელიც გოგონებთან საშუალოდ 11-12 წლის ასაკში იწყება, ბიჭებთან – 13-14 წლიდან. ზოგჯერ ხდება უფრო ადრეული ან დაგვიანებული მომწიფება. რაც უფრო ადრე იწყება სქესობრივი მომწიფება, მით უფრო სწრაფად და ინტენსიურად მიმდინარეობს იგი, ხოლო დაგვიანებით დაწყებული მომწიფება დროში უფრო გახანგრძლივებულია.

სქესობრივი მომწიფება გარეგნულად ვლინდება მეორადი სასქესო ნიშნების ფორმირებით (გოგონებთან – მკერდის ზრდა, ბიჭებთან – სასქესო ორგანოს ზრდა და თმის მომატება). ამ ნიშნების როგორც ნაადრევი, ისე დაგვიანებული გამოვლინება შეიძლება მოზარდისათვის შფოთვის წყაროდ იქცეს: ნაადრევად მომწიფებული მოზარდის გარეგნობა არ შეესაბამება მის ჯერ კიდევ ბავშვურ ფსიქიკას და მოზარდი ვერ ამართლებს იმათ მოლოდინს, ვინც გარეგნობის შესაბამისად მას უფრო დიდად აღიქვამს; მაგრამ, მეორე მხრივ, ასეთ მოზარდს მაღალი სოციალური სტატუსი აქვს თანატოლებს შორის და ეს თავდაჯერებულობას მატებს. დაგვიანებული სქესობრივი მომწიფება უფრო სერიოზულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული, განსაკუთრებით ბიჭებისათვის. მათ უფრო დაბალი სოციალური სტატუსი აქვთ თანატოლებში, უჩნდებათ ფიზიკური არასრულფასოვნების განცდა, უყალიბდებათ დაბალი თვითშეფასება, რაც მოზარდილობაშიც შეიძლება გაჰყვეთ.

მოზარდი გოგონასათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს პირველ მენსტრუაციას (მენარხე). ზოგჯერ ეს შიშსა და შფოთვას იწვევს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა გოგონა არ არის წინასწარ ინფორმირებული ან მიღებული ინფორმაცია მენსტრუაციის მხოლოდ უარყოფით, შემაწუხებელ მხარეებს ეხება, მით უმეტეს, რომ ამ მოვლენას მართლაც ახლავს უსიამოვნო შეგრძნებები – თავის, მუცლის, წელის ტკივილი, უგუნებობა, გალიზიანებადობა. თუ მშობლები სწორად აუხსნიან გოგონას, რომ ეს არის ბუნებრივი მოვლენა – მომავალი ქალის სტატუსის სიმბოლო, გამოხატავენ სინარულს და კმაყოფილებას იმით, რომ შვილმა მოწიფულობაში შეაბიჯა, ეს უცხო და უსიამოვნო ფაქტი მოზარდისათვის ბუნებრივ და სიამაყის მომგვრელ მოვლენად იქცევა.

ასეთივე გაკვირვება და შეშფოთება ბიჭებში შეიძლება გამოიწვიოს პირველმა უნებლიე ერექციამ და ეაკულაციამ. უმეტეს შემთხვევებში, ეს მოვლენა, როგორც მამაკაცურობის სიმბოლო, სიამაყეს ბადებს, მაგრამ შემაწუხებელი ისაა, რომ მოზარდები ზოგჯერ ვერ აკონტროლებენ ამ რეაქციას; ეშინიათ, რომ ერექცია შეიძლება აღმოცენდეს ნებისმიერ სიტუაციაში, მაგალითად, ცეკვის დროს ან გაკვეთილზე, დაფასთან პასუხის დროს; აინტერესებთ, რამდენად ახერხებენ თანატოლები ამ რეაქციის გაკონტროლებას და ამით საკუთარი თავის შემოწმებას ცდილობენ.

სექსუალურ მომწიფებას თან ახლავს სქესობრივი ლტოლვის აღმოცენება, მდიდარი ეროტიკული ფანტაზიები, დაინტერესება ეროტიკული ფილმებითა და ლიტერატურით.

აღსანიშნავია, რომ ბიჭები, გოგონებთან შედარებით, მეტ ეროტიკულ აქტივობას იჩენენ და უფრო ეწვიან მასტურბაციას. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ გარდამავალ ასაკში, ბიჭების უმეტესობისათვის, მასტურბაცია ჩვეულებრივი მოვლენაა. მოძველებულია მოსაზრება, რომ მასტურბაცია აფერხებს ფიზიკურ ზრდას და გონებრივ განვითარებას და იწვევს ნევროზს. თანამედროვე სექსოლოგიაში მასტურბაცია განიხილება როგორც სექსუალური განვითარების ერთ-ერთი ეტაპი – მომზადება ჰეტეროსექსუალური ურთიერთობისათვის. თუმცა არსებობს საშიშროება, რომ მასტურბაცია შეიძლება იქცეს სექსუალური მოთხოვნების დაკმაყოფილების ერთადერთ საშუალებად. ფსიქიკაზე უარყოფით ზეგავლენას ახდენს არა თვით მასტურბაციის ფაქტი, არამედ საზოგადოებაში გავრცელებული მკვეთრად უარყოფითი დამოკიდებულება მასტურბაციის მიმართ, რაც მოზარდში სირცხვილისა და დანაშაულის გრძობას იწვევს. ხშირად ნევროზის მიზეზი ხდება მოზარდის შიში მასტურბაციის მავნე შედეგების წინაშე ან უფროსების მხრიდან მისი გამოაშკარავება და გაკიცხვა.

გოგონებში მასტურბაცია შედარებით იშვიათია. საერთოდ, მათი დამოკიდებულება მოპირდაპირე სქესის მიმართ მეტი რომანტიკულობით ხასიათდება, ნაკლებია ეროტიკული აქტივობა, მაგრამ მათი ინტერესი ეროტიკული თემატიკის მიმართ არ ჩამოუვარდება ბიჭებისას.

მოზარდების გაზრდილი ინტერესი სექსუალური საკითხების მიმართ უმეტეს შემთხვევებში კმაყოფილდება თანატოლების მიერ მიწოდებული ინფორმაციით ან ეროტიკული და პორნოგრაფიული ჟურნალებით და ფილმებით, მაგრამ ამ გზით ისინი ვერ იღებენ სრულფასოვან ინფორმაციას. ამიტომ სასურველია, სექსუალურ ურთიერთობებზე საუბარი არ იყოს “აკრძალული თემა” მშობლებსა და მოზარდებს შორის. საჭიროა, მოზარდებს მიეწოდოს სათანადო ინფორმაცია, რასაც უფრო კომპეტენტურად, ალბათ, სკოლის ექიმი ან ფსიქოლოგი შეძლებენ.

“ახლებური აზროვნება”...

გარდამავალ ასაკში განვითარების ახალ საფეხურზე ადის შემეცნებითი პროცესები – ბავშვისთვის დამახასიათებელი კონკრეტულ-ხატოვანი აზროვნება იცვლება თეორიული აზროვნებით; მოზარდისთვის გასაგები ხდება აბსტრაქტული ცნებები, ყალიბდება საგნებისა და მოვლენების არსებითი ნიშნების წვდომის უნარი; მოზარდი უფრო სწრაფად და ადვილად წყვეტს ინტელექტუალურ ამოცანებს, თვისებრივად იცვლება აზროვნების პროცესი: ბავშვისაგან განსხვავებით, რომლის ცნობიერება მიმართულია “აქ და აშჰამად” არსებულ სიტუაციაზე, მოზარდის ცნობიერებაში აისახება არა მხოლოდ თვალსაჩინოდ მოცემული რეალობა, არამედ მისი შესაძლო ვარიანტები.

აზროვნებაში მომხდარი ცვლილებები გავლენას ახდენს მოზარდის ურთიერთობაზე ირგვლივ მყოფებთან: მოზარდი კრიტიკულად აფასებს უფროსების ქცევას, ამჩნევს, რომ მათი საქციელი ხშირად არ შეესაბამება იმ პრინციპებს, რომლებსაც ქადაგებენ. ეს იწვევს პროტესტს მშობლების მომთხოვნელობის მიმართ. კრიტიკული დამოკიდებულება ვრცელდება საზოგადოებრივ ნორმებზეც. ჩნდება დაინტერესება ფილოსოფიური და რელიგიური თემებით. ბევრს ფიქრობენ და კამათობენ “მაღალ მატერიებზე” და მარადიულ პრობლემებზე. ამ საკითხებზე დაფიქრება მოზარდს ეხმარება, უპასუხოს მისთვის მნიშვნელოვან კითხვებს – რა არის მეგობრობა, სიყვარული, ერთგულება. ასეთ ფილოსოფიურ თემებზე ფიქრი უფროსების უმრავლესობისათვის დროის ფუჭ დაკარგვად ითვლება, მოზარდისთვის კი ნამდვილი აღმოჩენაა. ამასთან, მოზარდის მსჯელობას ახასიათებს კატეგორიულობა და მაქსიმალიზმი, რომლის უკან შინაგანი დაურწმუნებლობა

და უსისტემობა იმალება, მაგრამ ერთი შეხედვით ზედაპირულ მსჯელობასა და კამათში იგი სწავლობს აბსტრაქტულად აზროვნებას, ჰიპოთეზების ჩამოყალიბებას და შემოწმებას.

“საკუთარი თავის კვლევა”...

“ახლებური აზროვნების” უნარი მოზარდს საკუთარი განცდების შეცნობის საშუალებას აძლევს. სწორედ ამ დროს ხდება საკუთარი მოთხოვნილებების და შესაძლებლობების, გრძნობებისა და აზრების გაცნობიერება და შეფასება. იბადება კითხვა “ვინ ვარ მე?”, ყალიბდება თვითშეფასება.

გარდამავალი ასაკის საწყის ეტაპზე მოზარდის თვითშეფასების განმსაზღვრელი ძირითადი კრიტერიუმებია გარეგნობა და ფიზიკური განვითარება. მტკივნეულად განიცდება პროპორციის დარღვევა, მოუქნელობა, კანზე გამონაყარი. ამის გამო ბევრი მათგანის თვითშეფასება დაქვეითებულია. მით უმეტეს, რომ ამ ასაკში მისაბამ ეტალონად სპორტისა და კინოს ვარსკვლავებს ირჩევენ. ეტალონთან მსგავსების ძიებაში მოზარდები მთელ დღეს სარკესთან ატარებენ, გულდასმით სწავლობენ საკუთარ გარეგნობას, იცვლიან ტანსაცმელს, ვარცხნილობას, ამუშავებენ მანერებს იმ იმედით, რომ შთაბეჭდილებას მოახდენენ თანატოლებზე. მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ ყველა მოზარდი უმეტესად საკუთარი თავითაა დაკავებული, ერთად ყოფნის დროს თითოეულის ყურადღება საკუთარ პერსონაზეა მიმართული. ამდენად, სხვებზე შთაბეჭდილების მოხდენის სურვილი დაუკმაყოფილებელი რჩება და ზოგჯერ მოზარდისთვის ნამდვილ ტრაგედიად იქცევა. სწორედ შთაბეჭდილების მოხდენის სურვილი უდევს საფუძვლად ზოგიერთი მოზარდის ექსტრავაგანტურ, უცნაურ ჩაცმულობას და გამომწვევ ქცევას.

უფროსი მოზარდობის ასაკში სუსტდება გარეგნული მახასიათებლების მნიშვნელობა და წინა პლანზე გამოდის ინტერესი შინაგანი სამყაროს მიმართ, საკუთარი გონებრივი შესაძლებლობებისა და მორალური თვისებების შეფასება. მსჯელობა ცხოვრების არსზე და ადამიანის დანიშნულებაზე მოზარდისათვის ისევე დამახასიათებელია, როგორც მცირეწლოვანი ბავშვისთვის გაუთავებელი “რატომ?”. ხშირია გატაცება ფილოსოფიური და ფსიქოლოგიური ლიტერატურით. თვითანალიზით ზედმეტად დაინტერესებას შეიძლება ბიძგი მისცეს მოზარდილთა ურთიერთობებში და ქცევებში სიყალბის დანახვამ, აღმოჩენამ, რომ სიტყვა და საქმე ხშირად განსხვავდება ერთმანეთისაგან.

“უმართავი” ემოციები...

გარდამავალი ასაკის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია ემოციების არამდგრადობა, ძლიერი აგზნებადობა, სიფიცხე. განსაკუთრებით მძაფრ რეაქციას იძლევიან მოზარდები, როცა თვლიან, რომ მათ უსამართლოდ ექცევიან ან რაიმე ნაკლზე მიუთითებენ, მით უმეტეს, თუ შენიშვნა მათ გარეგნობას ეხება. მათი შეხედულებების მიმართ ირონიულმა დამოკიდებულებამ შეიძლება გამოიწვიოს განმარტობა, საკუთარ თავში ჩაკეტვა. მოზარდებისათვის დამახასიათებელია ურთიერთსაწინააღმდეგო გრძნობები და ქცევა: ისინი ხან სითბოსა და ყურადღებას ავლენენ, ხან კი ცივები და უხეშები არიან; ხან მორცხვები, ხან კი – მეამბოხენი; საკუთარი ღირსების გრძნობას და სიამაყეს შინაგანი დაურწმუნებლობა ცვლის. შესაბამისად, გუნებ-განწყობაც მკვეთრად მერყეობს – ეგზალტაციიდან სუბდეპრესიულ მდგომარეობამდე. ასეთ ემოციურ არამდგრადობასა და გაუწონასწორებლობას საფუძვლად უდევს ენდოკრინულ სისტემაში მიმდინარე ფიზიოლოგიური ძვრები, რომლებსაც თან ახლავს ნერვული სისტემის აგზნებადობის მომატება და შემაკავებელი პროცესების შესუსტება.

მარადიული პრობლემა: თანადგომა თუ დაპირისპირება?

ფიზიკური მომწიფებისა და ფსიქიკურ სფეროში მომხდარი ცვლილებების გაცნობიერება მოზარდში “დიდობის” განცდას იწვევს. მართლაც, ობიექტურად, ის ფიზიკურად დიდი და სქესობრივად მომწიფებულია. მოზარდი გრძნობს, რომ უკვე აღარ არის ბავშვი. მოზარდობის ადრეულ ეტაპზე “დიდობის” მოთხოვნილებას იგი იკმაყოფილებს უფროსებთან გარეგნული მიმსგავსებით – ბაძვენ მათ ჩაცმულობას, მანერებს, ქცევებს. ასეთი მიბაძვა საშუალებას აძლევს მოზარდს, თავი მოზრდილად იგრძნოს.

გარდამავალი ასაკის მომდევნო ეტაპზე, აზროვნების განვითარება მოზარდს საშუალებას აძლევს, იფიქროს და იმსჯელოს მორალურ-ეთიკურ ნორმებზე, გააცნობიეროს საკუთარი ინდივიდუალობა, კრიტიკულად შეხედოს მანამდე ხელშეუხებელ ავტორიტეტებს. ეს გავლენას ახდენს მის ურთიერთობაზე მოზრდილებთან. მოზარდი ცდილობს, მოიპოვოს მეტი თავისუფლება და შეზღუდოს მოზრდილთა მომთხოვნელობა, აპროტესტებს კონტროლს, მეურვეობას, უსიტყვო მორჩილების მოთხოვნას. პროტესტი შეიძლება გამოიხატოს უხემობით, სიჯიუტით ან საკუთარ თავში ჩაკეცილობით. ეს რეაქცია განსაკუთრებით მძაფრია, როდესაც მოზრდილები ვერ ამჩნევენ მოზარდის შინაგან სამყაროში მომხდარ ცვლილებებს, არ უწევენ ანგარიშს მის ინტერესებსა და ინიციატივას, ისევე ისე ექცევიან, როგორც ბავშვს.

მშობლები, რომლებიც შვილებისაგან უსიტყვო მორჩილებას მოითხოვენ, აკონტროლებენ მათ ყველა ნაბიჯს, თვითონ უგეგმავენ თავისუფალ დროს და ურჩევენ მეგობრების წრეს, მუდმივად შენიშვნებს და მითითებებს აძლევენ, ვერ ითვალისწინებენ, რომ ასეთი ავტორიტარული დამოკიდებულების შედეგად მოზარდი კარგავს საკუთარი ძალების რწმენას, დამოუკიდებლად აზროვნებისა და მოქმედების უნარს. მას უჭირს საკუთარი აზრის დაცვა და თავისთავზე პასუხისმგებლობის აღება (ე.წ. “დედიკოს ბიჭი”). ასეთი პიროვნება მოწიფულობაშიც სხვისი შემყურე და უინიციატივოა (“მუდმივი ბავშვი”). ზოგ შემთხვევაში ასეთი “აღზრდა” სრულიად საპირისპირო შედეგს იძლევა: ერთ მშვენიერ დღეს მოზარდი უჯანყდება მშობლებს, ერთბაშად ანგრევს აკრძალვების მთელ სისტემას და პროტესტს გამოხატავს დაუმორჩილებლობით, უფროსების აზრის იგნორირებით, კრიტიკის სრული მიუღებლობით. ეს პროტესტი შეიძლება გაგრძელდეს საზოგადოებრივ ნორმებზე, წესებზე და ტრადიციებზეც. ბავშვობაში დამოუკიდებლობას მიუჩვეველი მოზარდი ვერ საზღვრავს თავისუფლების დასაშვებ ფარგლებს და მისწრაფვის იქითკენ, სადაც, მისი აზრით, ყველაფერი შეიძლება – ქუჩაში ან ასოციალურ ჯგუფში.

ბავშვი “ოჯახის კერპად” იქცევა, როდესაც მშობლები აზვიადებენ შვილის ნიჭსა და შესაძლებლობებს, გამუდმებით აქებენ მას, ყველგან და ყოველთვის ცდილობენ მისი “ტალანტის” დემონსტრირებას, თვლიან რომ ასეთ ბავშვს ყველაფერი ეპატიება და ყველაფრის უფლება აქვს. ასეთი დამოკიდებულების შედეგად ხშირად ყალიბდება ეგოცენტრული პიროვნება, რომელსაც მუდმივად უნდა ყურადღების ცენტრში ყოფნა და თვლის, რომ ნებისმიერ მიზანს იოლად უნდა მიაღწიოს. მას მთელი ცხოვრების მანძილზე უჭირს საკუთარი შესაძლებლობების ადეკვატური შეფასება და ნებისმიერ წარუმატებლობას სხვებს ან უიღბლობას აბრალებს.

არიან ისეთი მშობლებიც, რომლებიც სრულ თავისუფლებას ანიჭებენ შვილებს იმ საბაბით, რომ ხელს უწყობენ მოზარდში დამოუკიდებლობისა და ინდივიდუალობის განვითარებას. სრულ უკონტროლობასთან ერთად, რომელიც შეიძლება მოზარდს მოსწონდეს კიდევ, ის მოკლებულია ნამდვილ მზრუნველობას, მხარდაჭერას, მრჩეველს, მარტო რჩება თავის პრობლემებთან, რომელთა წინაშე, თავისი გამოუცდელი გამო, ეუფლება შფოთვა და შინაგანი დაურწმუნებლობა. ის საჭიროებს მოზრდილთა დახმარებას,

თუმცა, ეს შეიძლება აშკარად არც აღიაროს. ამიტომ აუცილებელია მოზრდილების მხრიდან ყურადღებიანი და ტაქტიანი დამოკიდებულება. ასეთი მშობლები ისევე, როგორც ავტორიტარული მშობლები, არ წარმოადგენენ მოზარდისათვის ესოდენ საჭირო საყრდენს.

ავტორიტეტს ინარჩუნებენ ისეთი მშობლები, რომლებიც, მართალია, მოითხოვენ მოზარდისგან გარკვეული მოვალეობების შესრულებას, მაგრამ არ ზღუდავენ მის უფლებებს; ანგარიშს უწევენ მოზარდის სურვილს, იყოს დამოუკიდებელი; რაიმეს აკრძალვის შემთხვევაში განუმარტავენ მიზეზს; იცავენ იმ ნორმებს, რომლებსაც ასწავლიან მოზარდს და, ამავე დროს, არ ეშინიათ აღიარონ, რომ თვითონაც არ არიან შეცდომებისაგან დაზღვეული; არ ქმნიან ბარიერს ურთიერთობაში; რჩევას აძლევენ მაშინ, როცა მოზარდი მიმართავს მათ დახმარებისათვის; პრობლემებზე საუბრისას ყურადღებას მოზარდის ბრალეულობაზე კი არ ამახვილებენ, არამედ ეხმარებიან პრობლემების გაანალიზებაში და გამოსავალი გზების ძიებაში. ამავე დროს, მოზარდს აძლევენ საშუალებას, დამოუკიდებლად გადალახოს ისეთი წინააღმდეგობები, რომელთა დაძლევაც მას შეუძლია. ამით მოზარდი ეჩვევა პასუხისმგებლობას, იძენს საკუთარი ძალების რწმენას.

“მოზარდთა სუბკულტურა”.

თანატოლებთან ურთიერთობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობაა ფსიქიკური და სოციალური განვითარების პროცესში. ჯერ კიდევ გარდამავალი პერიოდის დადგომამდე ბავშვი თანატოლებთან ურთიერთობაში სწავლობს თანაგრძნობას, პრობლემების სხვებთან ერთად გადაწყვეტას, ვითარდება ასაკის შესაბამისი ინტერესები და ჩვევები. გარდამავალ ასაკში ეს ურთიერთობა ახალ ელფერს იძენს. ამ პერიოდში თანატოლების ზეგავლენა მატულობს, მათი აზრი უფრო მნიშვნელოვანი ხდება, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როცა მშობლები ნაკლებ ინტერესს იჩენენ შვილების პრობლემების მიმართ, მოზარდები თანადგომას და დახმარებას თანატოლებისაგან იღებენ, მით უმეტეს, რომ ამ ასაკში განსაკუთრებით გამძაფრებულია საკუთარი აზრების, ოცნებების, გრძნობების გაზიარების მოთხოვნილება.

მოზარდთა დამოუკიდებლობისა და თვითდამკვიდრების ერთ-ერთი გამოვლინებაა “მოზარდთა სუბკულტურა”, რომელიც ხასიათდება სფეციფიკური, მოზრდილთაგან განსხვავებული გემოვნებით, ჩაცმულობით, მანერებით, მეტყველებით. მისწრაფება, იყვნენ “თანამედროვენი”, ძირითადად, მოზრდილებისაგან განსხვავებული გარეგნული სტილით ვლინდება, ხოლო “ძველთან ბრძოლა” და დამოუკიდებლობა – ავტორიტეტების “მსხვერვით”, ყველაფრის გაკრიტიკებით, არსებული წესების იგნორირებით. მოზრდილებისათვის ხშირად გაუგებარია, ზოგჯერ სავსებით სერიოზული, “დადებითი” მოზარდი რატომ ანიჭებს უპირატესობას გარკვეული ტიპის ჩაცმულობას, ვარცხნილობას, რატომ იმახინჯებს მეტყველებას. ამის მიზეზია არა მხოლოდ “უცნაური” გემოვნება, არამედ მოზარდის სურვილი, განსხვავდებოდეს მოზრდილებისაგან. ჟარგონი კი წარმოადგენს “თავისიანებთან” კომუნიკაციის საშუალებას და ბარიერს მოზრდილებისათვის.

“მოზარდთა სუბკულტურასთან” ზიარება თანატოლების წრეში ხდება. გარდა ამისა, თანატოლებთან ურთიერთობაში მოზარდი იკმაყოფილებს თავისუფალი, თანასწორუფლებიანი ურთიერთობის მოთხოვნილებას, იძენს იმ ცხოვრებისეულ ცოდნას, რომელსაც ხშირად ვერ იღებს უფროსებისაგან. გარკვეული ჯგუფის წევრობა მოზარდს თავდაჯერებულობას მატებს და თვითდამკვიდრების დამატებით საშუალებას აძლევს. იგი ცდილობს, განივითაროს ის თვისებები, რომლებიც ფასობს მის წრეში. თანატოლების წრეში მიღებული ღირებულებები და ნორმები ბევრად უფრო მნიშვნელოვანია

მოზარდისათვის, ვიდრე მოზრდილთა ღირებულებები და ნორმები. ამ პერიოდში ხდება მორალურ-ეთიკური ნორმების ახალი იერარქიის ჩამოყალიბება.

როდესაც ვლასარაკობთ თანატოლების წრეზე, უნდა განვასხვავოთ ფორმალური და არაფორმალური ჯგუფები. ფორმალური ჯგუფებია კლასი, სპორტული სექცია ან რომელიმე წრე, რომლებიც მოზრდილთა პროტექტორატის ქვეშ იმყოფება. ასეთი ჯგუფის ფორმალური ლიდერი (უფროსებისათვის მისაღები) შეიძლება არ სარგებლობდეს რეალური ავტორიტეტით თანატოლებში. არაფორმალური, სტიქიურად შექმნილი ჯგუფები თავისუფალ ურთიერთობებზეა დამყარებული, თავისუფალია მოზრდილთა კონტროლისაგან, მაგრამ არანაკლებ ორგანიზებულია. ასეთ ჯგუფში ლიდერი ხდება ისეთი მოზარდი, რომელსაც ნამდვილად გააჩნია ლიდერისათვის საჭირო თვისებები და რეალური ავტორიტეტი თანატოლებში. არაფორმალურ ჯგუფში ყოფნა არ გულისხმობს მხოლოდ თავისუფალი ღრის გატარებას. ეს მოზარდს თვითგამოხატვის, ახლებური პიროვნებათმორისი ურთიერთობების დამყარების და თვითდამკვიდრების საშუალებას აძლევს. გარკვეული ჯგუფისადმი “მიკუთვნებულობით” მოზარდს თავდაჯერებულობა ემატება, იგი იძენს თანამოაზრეებს, მხარდამჭერებს. მისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია გარკვეული ჯგუფის წევრობა, ამიტომ საზოგადოებრივი ნორმებისა და ავტორიტეტების წინააღმდეგ ამბოხებული მოზარდი საკმაოდ კონფორმულია თავის ჯგუფში არსებული ნორმების მიმართ და ხშირად უკრიტიკოდ იღებს მათ. **ამდენად, ჯგუფის წევრობა პიროვნების ჩამოყალიბებისათვის სასარგებლო და საჭიროა, მაგრამ საშიში ხდება, თუ მოზარდი ასოციალურ ჯგუფს დაუკავშირდა.**

მეგობრობა და სიყვარული.

თანატოლებთან ურთიერთობაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია **მეგობრობა**. ახლო მეგობრად გარდამავალ ასაკში, ძირითადად, ირჩევენ თავისივე ასაკისა და სქესის მოზარდებს, რომლებიც ახლოს დგანან გონებრივი განვითარებითა და ინტერესებით. ზოგჯერ კი მეგობრად განსხვავებული შეხედულებებისა და თვისებების თანატოლს ირჩევენ. მაგალითად, სერიოზული, ბეჯითი მოზარდი შეიძლება მეგობრობდეს ექსტრავაგანტურ, მხიარულ მოზარდთან, რომელსაც გართობა სწავლაზე მეტად აინტერესებს. ამის მიზეზია ის, რომ მოზარდს თანატოლში მოსწონს ის თვისებები, რომლებიც თვითონ აკლია. მეგობართან ურთიერთობა მოზარდს საშუალებას აძლევს, სხვა ადამიანს გაუზიაროს თავისი გრძნობები, ეჭვები, შიში, შფოთვა და გაიგოს, რომ სხვასაც აქვს მსგავსი განცდები, რომ ის მარტო არ არის. მეგობრობაში განსაკუთრებით აფასებენ **ერთგულებას**. მნიშვნელოვანია, რომ მეგობარს შეეძლოს მოსმენა და თანაგრძნობა, საუბარი იმ თემებზე, რომლებზეც მშობლებთან და სხვა ამხანაგებთან არ ლაპარაკობენ. ამრიგად, მეგობრებთან ურთიერთობაში მოზარდი სწავლობს თანაგრძნობას, თანადგომას, ურთიერთობების მოგვარებას, საკუთარი თავისა და სხვათა შეცნობას.

სხვადასხვა სქესის მოზარდების მეგობრობა ხშირად **სიყვარულში** გადაიზრდება. ფსიქოლოგიაში არსებული ერთ-ერთი განსაზღვრებით სიყვარული არის სექსუალური ლტოლვისა და ფსიქოლოგიური სიანხლოვის ჰარმონიული შერწყმა. მოზარდებში ეს გრძნობები განცალკევებულია. მათთვის “ამაღლებული”, “წმინდა” სიყვარული არ გულისხმობს სქესობრივ სიანხლოვეს. მოზარდების უმეტესობა, განსაკუთრებით გოგონები, სქესობრივ ურთიერთობას აიგივებენ “სამარცხვინოსთან”, რაც ტრადიციულად ჩამოყალიბებული შეხედულებების ზეგავლენით და სქესობრივი აღზრდის არასრულფასოვნებით აიხსნება. ამრიგად, მოზარდებისთვის “სიყვარულის” და “სექსის” ობიექტები სხვადასხვაა. ე. ი. შეიძლება მოხდეს, ერთი მხრივ, “ნამდვილი” სიყვარულის

დესექსუალიზაცია და, მეორე მხრივ, სქესობრივი ურთიერთობის შესახებ ვულგარული, გამარტივებული წარმოდგენის ჩამოყალიბება.

მოზარდების სიყვარული ზოგჯერ ხანგრძლივ, სერიოზულ ურთიერთობაში გადაიზრდება, მაგრამ უფრო ხშირად ეს არის შედარებით ხანმოკლე და ძლიერი გრძნობა. მოზარდობაში, რომლებიც სერიოზულად არ უყურებენ “ბავშვურ” სიყვარულს, ცდებიან, რადგან ამ ასაკში გაწილებამ შეიძლება მოზარდს დიდი სულიერი ტრავმა მიაყენოს.

ამრიგად, გარდამავალი ასაკისათვის დამახასიათებელი მკვეთრი ბიოლოგიური ცვლილებები უამრავ ახალ შეგრძნებას და განცდას ბადებს. ამ შეგრძნებათა უჩვეულობა და ინტენსიურობა წარმართავს მოზარდის ყურადღებას საკუთარ თავზე. ამავე დროს, ახლებური აზროვნების უნარი საშუალებას აძლევს მას, გააცნობიეროს შინაგან სამყაროში მომხდარი ცვლილებები და მოახდინოს მათი შეფასება. ამავე დროს, მოზარდი ახლებურად აღიქვამს გარესამყაროს – ჩნდება კრიტიკული დამოკიდებულება საზოგადოებაში არსებული ნორმებისა და ღირებულებების მიმართ, ძველი ავტორიტეტები და იდეალები იცვლება ახლებით და მათთან შედარების საფუძველზე ხდება საკუთარი უნარებისა და თვისებების შეფასება. იდეალთან მსგავსების სურვილი, ერთი მხრივ, განვითარების სტიმულია, მეორე მხრივ, შეიძლება საკუთარი თავით უკმაყოფილებისა და შფოთვის მიზეზად იქცეს.

საკუთარი თვისებებისა და შესაძლებლობების გაცნობიერების საფუძველზე ყალიბდება თვითშეფასება, რომელიც ხშირად არაადეკვატურია. გაზვიადებული თვითშეფასების შემთხვევაში მოზარდი ისეთ მიზნებს ისახავს, რომელთა შესრულება მის შესაძლებლობებს აღემატება და წარუმატებლობის მიზეზად იქცევა. დაბალი თვითშეფასება კი იწვევს დაურწმუნებლობის განცდას, ურთიერთობების გაძნელებას, ხელს უშლის შესაძლებლობების გამოვლინებას და განვითარებას. ასეთი მოზარდი ადვილად ექცევა სხვების ზეგავლენაში.

სწორი თვითშეფასება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პროფესიის არჩევისას. როდესაც მოზარდი მომავალ პროფესიას ირჩევს, უფრო ხშირად ხელმძღვანელობს სხვების რჩევით ან იმით, თუ რამდენად პრესტიჟულია ესა თუ ის სპეციალობა და ნაკლებად ითვალისწინებს პროფესიის დასაუფლებლად საჭირო ყოველდღიურ მძიმე შრომას. ეს პროფესია შეიძლება არც შეესაბამებოდეს მოზარდის ინტერესებს და შესაძლებლობებს. სასურველია, მოზარდს ჰქონდეს სრული, ყოველმხრივი ინფორმაცია მომავალი პროფესიის შესახებ და, ამავდროულად, სწორად აფასებდეს თავის შესაძლებლობებს.

თავი 2. რამ შეიძლება უბიძგოს მოზარდს ნარკოტიკის გასინჯვისაკენ?

დღევანდელ, წინააღმდეგობებით და პრობლემებით აღსავსე ცხოვრებაში ძველი ღირებულებებისა და ნორმების უმრავლესობა გაუფასურდა. ამავდროულად ჩნდება ახალი “ალტერნატიული” ღირებულებები. ფასეულობათა გადაფასება ადამიანებში შინაგან დაურწმუნებლობას ბადებს. ამის შედეგად ბევრმა ჩვენგანმა დაკარგა ცხოვრებისეული პოზიციის სიმყარე და არსებულ სიტუაციაში ორიენტირების უნარი.

ყოველგვარ ორიენტაციას მოკლებული ცხოვრება მოზარდებს განსაკუთრებით აბნევს, რადგან გარდატეხის ასაკი მათ სხვა დამატებით პრობლემებს უქმნის – გაურკვეველი, წინააღმდეგობებით აღსავსე განცდები, დამოუკიდებელ ცხოვრებაში შებიჯება.

კრიტიკულ სიტუაციებში პრობლემების გადაჭრის გზების ძიების პროცესში პიროვნება იწრთობა და ძლიერდება, მაგრამ თუ ადამიანს სიძნელების წინაშე უძლურების განცდა დაეუფლა, შეიძლება “დახმარებისათვის” ალკოჰოლს ან ნარკოტიკს მიმართოს. რა

თქმა უნდა, ეს არ არის პრობლემის მოგვარების გზა, **ეს მხოლოდ სინამდვილიდან გაქცევის, პრობლემებისაგან თავის დაღწევის მოჩვენებითი საშუალებაა.**

გარდამავალი ასაკისათვის დამახასიათებელი პრობლემები და თავისებურებები ნარკოტიკების მიმზიდველობას ნოყიერ ნიადაგს უქმნის. ქვემოთ შევეცდებით ყურადღება გავამახვილოთ ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვან ზოგიერთ ფაქტორზე. რა თქმა უნდა, **ყველა ფაქტორის ჩამოთვლა შეუძლებელია. ამასთან, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ამ პრობლემათაგან რომელიმეს არსებობა არ გულისხმობს, რომ მოზარდი მათ გადასატარებლად აუცილებლად ნარკოტიკს მიმართავს.**

- ცნობისმოყვარეობა და ცნობის წადილი – ახალი გამოცდილების მიღების და ახალი შეგრძნებების განცდის სურვილი;
- მიმბაძველობა;
- მოწყენილობისა და ერთფეროვნებისაგან თავის დაღწევის სურვილი;
- თავისუფალი დროის პრობლემა;
- დაძაბულობის მოხსნისა და კარგ გუნებ-განწყობაზე ყოფნის წყურვილი;
- რისკიანობისა და გამბედაობის მომატების წადილი;
- ფიზიკური და ფსიქიკური ენერჯის მოპოვების სურვილი;
- პრობლემებისაგან, წარუმატებლობისაგან ან მარტოობისაგან თავის დაღწევის სურვილი;
- ფიზიკური ხასიათის პრობლემებისაგან (ფიზიკური ნაკლი, რაიმე დაავადება) თავის დაღწევის სურვილი;
- პროტესტი მშობლების გადაჭარბებული კონტროლისა და მეურვეობის მიმართ;
- შვილის პრობლემების მიმართ მშობლების უყურადღებობა და გულგრილობა (აქედან გამომდინარე, ყურადღების მიქცევის სურვილი ან სიძნელების წინაშე მარტო დარჩენის შიში);
- ოჯახის წევრების მიერ მედიკამენტების უკონტროლო ხმარება და დადებითი განწყობა თვითმკურნალობის მიმართ;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესატყვისი ღირებულებების გაუფასურება;
- საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უგულვებელყოფა;
- პროტესტი არსებული საზოგადოებრივი ნორმებისა და ტრადიციების მიმართ;
- “დილობის” სურვილი;
- თანატოლების ზეგავლენა;
- პრონარკომანული განწყობა მიკროსოციალურ გარემოში – ოჯახში, მეგობრების წრეში, უბანში;
- სურვილი, თავი იგრძნოს გარკვეული ჯგუფის წევრად (თუ ამ ჯგუფის წევრებში ნარკოტიკების მოხმარება მიღებულია);
- ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობა;
- ადეკვატური ინფორმაციის ნაკლებობა.

მოზარდს უნდა ჰქონდეს ობიექტური და სარწმუნო ინფორმაცია ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის შესახებ. შვეიცარიასა და სკანდინავიის ქვეყნებში ჩატარებული გამოკითხვით დადგინდა, რომ იმათთვის, ვინც უარი თქვა ნარკოტიკების მოხმარებაზე, გადამწყვეტი მნიშვნელობა იქონია ამ საშუალებების მავნებლობის გაცნობიერებამ. ისეთი ფაქტორები, როგორცაა აკრძალვა მშობლების მხრიდან, დასჯის საფრთხე და მკაცრი სანქციები, თავისი მნიშვნელობით თითქმის ბოლო ადგილზე აღმოჩნდა.

კარი მეორე

თავი 1. ძირითადი ნარკოლოგიური ცნებებისა და ტერმინების განსაზღვრება

”არ არსებობს ჩვეულებაზე უფრო საშიში ტირანი, და სანამ ადამიანი არ ეწინააღმდეგება მის ნებას, ის არ შეიძლება იყოს თავისუფალი”
კ. ბოვი

ბევრი სამედიცინო ცნება, დაკავშირებულია სამართლებრივ ნორმებთან. როგორც წესი, ნებისმიერი ნარკოლოგიური ტერმინი ყალიბდება არა მარტო სპეციალური პროფესიული, არამედ სხვა (იურიდიული, სოციალური) კრიტერიუმების გათვალისწინებითაც. ნარკომანიის სამედიცინო ასპექტის 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 (ცნს) განსაკუთრებული ზემოქმედებით – მასტიმულირებელი, ამგზნები, დამამშვიდებელი, ძილის მომგვრელი, ჰალუცინაციების გამომწვევი და ა.შ. ეფექტებით. ამგვარად, ფსიქოაქტიური ნივთიერებები არის კრებითი სახელწოდება, რომელიც შეიცავს ცნს-ზე სპეციფიკურად მოქმედ ნივთიერებათა დიდ ჯგუფს (ნარკოტიკული საშუალებები, ფსიქოტროპული საშუალებები).

ტერმინი “ნარკოტიკული საშუალება” განისაზღვრება 3 კრიტერიუმით: სამედიცინო, სოციალური და იურიდიული. სამედიცინო კრიტერიუმი – თუ ცნს-ზე განსაკუთრებული ზემოქმედება განსაზღვრავს ნივთიერების არასამედიცინო მიზნით გამოყენებას; სოციალური კრიტერიუმი – თუ ასეთი არასამედიცინო გამოყენება მასშტაბურია და სოციალურად მნიშვნელოვანია; იურიდიული კრიტერიუმი – თუ ასეთი საშუალება ოფიციალურად ჩაითვლება ნარკოტიკად და შეტანილ იქნება ნარკოტიკული საშუალებების ნუსხაში. სამართლებრივად საშუალება მხოლოდ ამ სამი კრიტერიუმის ერთობლიობის შემთხვევაში ითვლება ნარკოტიკად.

ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებები) – სამკურნალ-წამლო საშუალებები, რომლებიც ფსიქიკურ პროცესებზე ახდენენ სპეციფიკურ თერაპიულ ან პროფილაქტიკურ ზემოქმედებას. ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებში იგულისხმება ფსიქო-აქტიურ ნივთიერებათა ფართო წრე, რომელთა ზემოქმედება გავლენას ახდენს ფსიქიკურ ფუნქციებზე, ემოციურ მდგომარეობაზე და ქცევაზე. თავდაპირველად ტერმინი "ფსიქოტროპული პრეპარატები" არსებობდა მხოლოდ წმინდა პროფესიული, ანუ სამედიცინო და ფარმაკოლოგიური პოზიციებიდან. 1971 წლიდან, ფსიქოტროპული პრეპარატების შესახებ ახალი საერთაშორისო კონვენციის მიღების შემდეგ, ამ ტერმინმა იურიდიული ელფერიც შეიძინა.

ამგვარად, საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებები იყოფა 2 ძირითად ჯგუფად:

1. ნარკოტიკული საშუალებები

1.1. სამკურნალწამლო საშუალებები;

1.2. ნივთიერებები, რომელთა სამკურნალწამლო საშუალებებად გამოყენება არ არის ნებადართული;

- 1.3. ნივთიერებები, რომელთა გამოყენება ადამიანზე აკრძალულია;
2. ფსიქოტროპული საშუალებები
 - 1.1. სამკურნალწამლო საშუალებები;
 - 1.2. ნივთიერებები, რომელთა სამკურნალწამლო საშუალებებად გამოყენება არ არის ნებადართული;
 - 1.3. ნივთიერებები, რომელთა გამოყენება ადამიანზე აკრძალულია;

ბუნებრივია, რომ ეს ჯგუფები ცვალებადია, ვინაიდან, შესაბამისი სამეცნიერო მონაცემების დაგროვებასთან ერთად, თითოეული მათი წარმომადგენელი სამართლებრივი აქტის შესრულების გზით შეიძლება გადატანილ იქნეს ერთი ჯგუფიდან მეორეში. მაგ., ნებისმიერი ფსიქოაქტიური ნივთიერება, მის ჭარბად მოხმარებაზე მონაცემების დაგროვების შემდეგ, შეიძლება მიეკუთვნოს ნარკოტიკებს ან ფსიქოტროპულ საშუალებებს. ფსიქოტროპული ნივთიერება, მოქმედების თავისებურებებიდან გამომდინარე, შეიძლება გადატანილ იქნეს ფსიქოტროპულების ჯგუფიდან ნარკოტიკების ჯგუფში.

ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების მიკუთვნება კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ჯგუფისადმი ცალკეული ქვეყნის ჯანდაცვის სამინისტროს (დაპარტამენტის) პრეროგატივაა და განისაზღვრება ნივთიერებათა შესაბამისი ნუსხით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადგამოყენებაში* იგულისხმება ნივთიერებების ისეთი ხმარება, რომელიც სოციალურ პრობლემად იქცევა და მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. ყველა საზოგადოებას თავისი წარმოდგენა გააჩნია ბოროტად ხმარებაზე. მაგ., ინგლისში ალკოჰოლის ზომიერად მოხმარება, ირგვლივ მყოფებთან ურთიერთობის გაადვილების მიზნით, აღიქმება როგორც თავდაცვის საშუალება. არსებობს მცირე სოციალური ჯგუფები, რომლებთანაც ჰაშიშის ეპიზოდური მოხმარება არ ითვლება ავად- გამოყენებად. ამასთან დაკავშირებით უმჯობესია გამოყენებულ იქნეს ტერმინი “ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არასამედიცინო მიზნით გამოყენება”, ანუ ნივთიერების ხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე, სამედიცინო ჩვენების გარეშე. ამავე დროს, არა აქვს მნიშვნელობა, ეს ნივთიერება იხმარება ეპიზოდურად თუ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, საკუთარი არჩევანით თუ ირგვლივ მყოფებისადმი სოლიდარობის გამო, ანდა სიამოვნების მიღების სურვილით.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არასამედიცინო მიზნით ხმარების მოტივები შეიძლება იყოს:

- შფოთვის, დაძაბულობის, დეპრესიული** მდგომარეობის მოხსნა და ფსიქოლოგიური ხასიათის პირადი პრობლემებისაგან განსვლა (“უხეში სინამდვილისაგან გაქცევა”);
- თვითშემეცნების სურვილი და ცხოვრების არსის ძიება (მათ შორის ზოგიერთი რელიგიური მიმდინარეობა გარკვეული ფორმითა და ზომით იყენებს ნარკოტიკს);
- არტისტული გარდასახვის, სექსუალური და “ჭეშმარიტი, გულწრფელი” ურთიერთობების სა-კუთარი “გამოცდილების” შექმნა;
- საყოველთაოდ მიღებული სოციალური ღირებულებებისა და გარემოს მიმართ ოპოზიცია, სასო-წარკვეთილების გრძნობა;
- სოციალურ ჯგუფთან კავშირის გაწყვეტის შიში;
- ცნობისმოყვარეობა, ემოციური არამდგრადობა.

* ინგლ.— abuse, რუს.— pkjegjnht, ktybt8

** დეპრესია — მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება დაქვეითებული ან ნაღვლიანი გუნებ-განწყობით, ფსიქიკური და ფიზიკური აქტივობის დაქვეითებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების კულტურულ ტრადიციებთან დაკავშირებით გამოყენება – მისტიფიკაციის მიზნით ან რელიგიური რიტუალების შესრულების დროს. მოცემულ შემთხვევაში “კულტურის” ცნება არ შეესაბამება ამ ტერმინის ჭეშმარიტ მნიშვნელობას, მაგრამ გულისხმობს გარკვეულ ეთნიკურ ან სოციალურ ჯგუფში მიღებულ წეს-ჩვეულებებს. სხვადასხვა ხალხებში უძველესი დროიდან არსებობდა რიტუალური ცერემონიების ჩატარების დროს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ტრადიცია. მცირე აზიაში კულტის მსახურნი სვამდნენ მუსკატის ღვინოს, რომელშიც ნარკოტიკული საშუალებები იყო გარეული და შემდეგ ამტკიცებდნენ, რომ დროის ნიშნებს კითხულობენ და წინასწარმეტყველების უნარი გააჩნიათ.

წამალთადამოკიდებულება (დამოკიდებულება)* – მდგომარეობა (ფსიქიკური და ხშირად ფიზიკურიც), რომელიც ვითარდება ცოცხალ ორგანიზმსა და ფსიქოაქტიურ საშუალებებს შორის ურთიერთქმედების შედეგად, ახასიათებს პრეპარატის პერიოდულად ან მუდმივად მიღების მოთხოვნილება ფსიქიკაზე მისი ეფექტის მიღების, ანდა ორგანიზმში პრეპარატის არარსებობით გამოწვეული დისკომფორტის გრძნობის თავიდან აცილების მიზნით.

ინდივიდს, რომელსაც განუვითარდა წამალთადამოკიდებულება, უჩნდება სურვილი, მოთხოვნილება ან გადაულახავი აუცილებლობა, განაგრძოს პრეპარატის მიღება, თავის შეკავების შემთხვევაში კი მას უვითარდება ავადმყოფური მდგომარეობა (მოხსნის სინდრომი).

დამოკიდებულების განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორებია პიროვნების თავისებურებები და სოციალურ-ეკონომიური პირობები, აგრეთვე თვით პრეპარატი და მისი ხელმისაწვდომობა. თითოეული პრეპარატის ფარმაკოლოგიური თვისებები, დოზა და მიღების სიხ-შირე განაპირობებს, ერთი მხრივ, დამოკიდებულების განვითარების სიჩქარეს, და მეორე მხრივ – წამალთადამოკიდებულების ხასიათს (ანუ ფსიქიკურ და ფიზიკურ დამოკიდებულებას).

ფსიქიკური დამოკიდებულება – მდგომარეობა, რომლის დროსაც ნარკოტიკი იწვევს დაკმაყოფილების გრძნობას და რომელიც მოითხოვს ნარკოტიკის პერიოდულ ან მუდმივ ხმარებას სიამოვნების მიღების, ანდა უსიამოვნო ფსიქიკური შეგრძნებების თავიდან აცილების მიზნით. ეს არის განსაზღვრული ფსიქოაქტიური საშუალების განმეორებითი მიღების ძლიერი ემოციური საჭიროება/მოთხოვნილება (ფსიქიკური ხასიათის ლტოლვა – აკვიატებული (ობსესიური) სწრაფვა ნარკოტიკისაკენ).

ფსიქიკური დამოკიდებულება შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ წამალზე, რომელიც ზე-მოქმედებას ახდენს ცნობიერებაზე. ზოგჯერ მისი განვითარება უცნაურადაც კი შეიძლება მოგვეჩვენოს. მსუბუქი ხასიათის ფსიქიკურ დამოკიდებულებაზე გავლენას არ ახდენს პრეპარატის ფარმაკო-ლოგიური ეფექტები – მნიშვნელოვანია ადამიანს სჯეროდეს მისთვის სასურველი ეფექტის მიღებისა, მაგ., ადამიანებს, რომელთაც ფიქსირებული აქვთ ყურადღება გასუქების საშიშროებაზე, უვითარდებათ დამოკიდებულება შარდმდენებისა და საფალარათო საშუალებების მიმართ.

ფიზიკური დამოკიდებულება – მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება ჩვეული ნარკოტიკის ხმარების შეწყვეტის შემდეგ ძლიერი ფიზიკური აშლილობით. ეს აშლილობა (მოხსნის ანუ აბსტინენციური სინდრომი) ფსიქიკური და ფიზიკური ხასიათის სიმპტომების კომპლექსია, სპეციფიკური ცალკეული სახის ნარკოტიკისათვის.

* ინგლ.–drug dependence, რუს.– ktrfhcndtyfz pfdcbvjcnm8

ფიზიკური დამოკიდებულება ფსიქიკური დამოკიდებულების გაძლიერების მძლავრი ფაქტორია, ფიზიკური დისკომფორტი აიძულებს ადამიანს, განაგრძოს ნარკოტიკის მიღება ან განაახლოს მისი ხმარება თავის შეკავების მცდელობის დროს (ფიზიკური ხასიათის ლტოლვა – იძულებითი, დაუოკებელი (კომპულსური) სწრაფვა ნარკოტიკისაკენ).

ტოლერანტობა – ორგანიზმის შეგუების (მიჩვევის) ეს მდგომარეობა ვითარდება ნარკოტიკის სისტემატური ხმარების გარკვეულ ეტაპზე, როცა ორგანიზმი კარგავს მგრძობელობას რომელიმე პრეპარატის ან პრეპარატების ჯგუფის მიმართ, რის შედეგადაც მრავალჯერადი ხმარების დროს პრეპარატის განსაზღვრული დოზის მიმართ სუსტდება ორგანიზმის რეაქცია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, უწინდელი ეფექტის მისაღებად აუცილებელი ხდება მოცემული პრე-პარატის დოზის მომატება.

განასხვავებენ ტოლერანტობის შემდეგ ფორმებს:

- თანდაყოლილი ტოლერანტობა – როდესაც ღვიძლის ფერმენტული სისტემები უფრო სწრაფად ახდენენ მოცემული პრეპარატის მეტაბოლიზმს (დაშლას);
- სისტემური (ფუნქციური, ფარმაკოდინამიკური) ტოლერანტობა – თრობის სასურველი ხარისხის მისაღწევად დროთა განმავლობაში პიროვნებას უხდება ნარკოტიკის დოზის გაზრდა;
- ჯვარედინი ტოლერანტობა – როდესაც ერთი ნივთიერების მოხმარება იწვევს ტოლერანტობის გამოქვეყნებას არა მარტო მოცემული ნივთიერების, არამედ სხვა, მისი მსგავსი ნივთიერებების მიმართაც. ჯვარედინი ტოლერანტობა ვითარდება როგორც ერთი ქიმიური ჯგუფის, ასევე სხვა-დასხვა ქიმიური ჯგუფების პრეპარატებს შორისაც (მაგ., ალკოჰოლს, ბარბიტურატებსა და ბენზოდიაცეპინებს შორის);
- არსებობს ქცევითი ტოლერანტობა – როდესაც ადამიანი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ხანგრძლივი მოხმარების განმავლობაში იძენს საკუთარი თრობის გარეგანი გამოვლინების კონტროლის უნარს. “გამოცდილი” ლოთის თრობის გამოვლინებანი უფრო ნაკლებად თვალშისაცემია, ვიდრე “ახალბედასი”.

ნარკოტიკული თრობა – ნარკოტიკული საშუალებების მიღების შედეგად განვითარებული მდგომარეობა. ნარკოტიკული თრობა შედგება ფსიქიკური და სხეულბრივი სიმპტომებისაგან, რომლებიც დროის მიხედვით იცვლებიან და განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან ინტოქსიკაციის დასაწყისში, პიკზე და ინტოქსიკაციის ბოლოს. ერთმანეთისაგან განასხვავებენ აგრეთვე ნარკოტიკული თრობის სუბიექტურ (რომელთაც შეიგრძნობს თვითონ ნარკოტიკის ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პიროვნება) და ობიექტურ (აღნუსხვისათვის მისაწვდომ) სიმპტომებსაც.

ეიფორია – ეს არის ფსიქიკის მდგომარეობა ნარკოტიკული თრობის დროს (აწეული გუნებ-განწყობა უდარდელი კმაყოფილებით, პასიური სინარულით, უშფოთველი განცხრომით). ეიფორიაში იგულისხმება არა მარტო ემოციური ფონის აწევა, არამედ ფსიქიკური და სომატური შეგრძნებებიც, რომელთა ხარჯზეც, ხშირად, მიიღწევა დადებითი ემოციური ძვრები.

ყოველი ნარკოტიკისათვის დამახასიათებელია ეიფორიის განსაკუთრებული სტრუქტურა. ოპიუმის (მორფინის) ეიფორია სომატური ტკობის შეგრძნებისა და მოსვენების, განცხრომის ემო-ციური ფონის ჯამს წარმოადგენს. ცნს-ის სტიმულანტებით გამოწვეული ეიფორია მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება ინტელექტუალური “განათებითა და აღმავლობით”; სინარულის გრძობა ამ შემთხვევაში თითქოს მეორადია. ჰალუცინოგენებით გამოწვეულ ტკობას საფუძვლად უდევს აღქმი-სა და აზროვნების შეცვლის შეუღლება. ეს არის ფანტასტიკური შინაარსის შეცნობის განსაკუთრებული მდგომარეობა. ამიტომ ყოველი ნარკოტიკის ეფექტში გასათვალისწინებელია არა მარტო ემო-ციების ცვლილების ხასიათი, რაზეც საკუთრივ ტერმინი “ეიფორია” მიუთითებს, არამედ აღქმის, აზროვნების შეცვლის ხასიათი და ცნობიერების შეცვლის ტიპი.

ეიფორიის ხასიათი დამოკიდებულია ნარკოტიკის ხმარების ხანგრძლივობაზე. ცნობილია, რომ “სტაჟიანი” ნარკომანები ვერ იღებენ იმ ეიფორიას, რომელიც ჰქონდათ მათ ნარკოტიკის სისტემატური მოხმარების საწყის ეტაპზე.

ეიფორიის ინტენსივობა დამოკიდებულია ნარკოტიკის მომხმარებელი პიროვნების ფსიქიკურ და ფიზიკურ მდგომარეობაზე, ინდივიდზე მოქმედ გარეგან ფაქტორებზე. ეიფორიას ცვლის პიროვნების განწყობა მოსალოდნელი ეფექტის მიმართ (ნარკოტიკის ზემოქმედების შედეგების შიში, ან პირიქით, გადაჭარბებული მოლოდინი).

არასამედიცინო მიზნით ხმარებულ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს ხშირად ყოფენ ორ ჯგუფ-ფად: ძლიერმოქმედ და სუსტადმოქმედ ნარკოტიკებად.

ძლიერმოქმედ ნარკოტიკებს (მაგ., ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატები) შესწევთ უნარი, დააქვეითონ ადამიანის სოციალური მნიშვნელობა. მძიმე ფსიქიკური და ზოგჯერ ფიზიკური დამოკიდებულების გამოწვევის შედეგად ვითარდება პიროვნების სოციალური დეზადაპტაცია.

სუსტად მოქმედი ნარკოტიკები (მაგ., სედაციური საშუალებები, ტრანკვილიზატორები, თამბაქო, ჰაშიში და ა. შ.) იწვევენ ნაკლებ დამოკიდებულებას, ხშირად ფსიქიკურს, მაშინ როცა ფიზიკური დამოკიდებულება არ ვითარდება ან უმნიშვნელოდ არის გამოხატული.

მისაღები კლასიფიკაციის შექმნა ჯერჯერობით ვერ მოხერხდა, რადგან ნარკოტიკების ეფექტები მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია პრეპარატის დოზებზე და შეყვანის გზებზე. მაგ., ბარბიტურატების დიდი დოზები, განსაკუთრებით ინტრავენური გზით მიღებული, იწვევს გამოხატულ ფიზიკურ დამოკიდებულებას და აბსტინენციური სინდრომი მიმდინარეობს ძალიან მძიმედ, გულყრებით. ამ შემთხვევაში ისინი გვევლინებიან როგორც ძლიერმოქმედი ნარკოტიკები. მეორე მხრივ, ბევრ საშუალო ასაკის ადამიანს უყალიბდება უმნიშვნელო დამოკიდებულება ბარბიტურატებზე, როცა მცირე დოზებით იყენებს მათ სედაციური და საძილე საშუალებების სახით; მას უნარჩუნდება როგორც სოციალური ადაპტაცია, ასევე ოჯახური სტატუსიც.

იყო მცდელობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არასამედიცინო მიზნით ხანგრძლივი რეგულარული ხმარების დიფერენცირება მოეხდინათ 2 კატეგორიად: ნარკომანიად და მიჩვევად, მაგრამ ეს მცდელობა უშედეგო აღმოჩნდა. მიიჩნევენ, რომ ნარკომანია ეს არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც პრეპარატის მიღების მოთხოვნილება დაუძლეველია, თან ახლავს ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულება და იგი დამლუპველია როგორც პიროვნებისათვის, ასევე საზოგადოებისთვისაც. პრეპარატისადმი მიჩვევას კი განსაზღვრავდნენ როგორც სურვილის მდგომარეობას, როცა დამოკიდებულება ატარებს ფსიქოლოგიურ ხასიათს და მავნეა მხოლოდ ნარკოტიკის მომხმარებელი პიროვნებისათვის. განსხვავება არაარსებითი აღმოჩნდა, რამეთუ უბრალო სურვილისა და დაუძლეველი სურვილის ერთმანეთისაგან მკაფიოდ გამიჯვნა პრაქტიკულად შეუძლებელია. გამოხატული ფიზიკური დამოკიდებულება არ არის დამახასიათებელი ნარკომანიის გამომწვევი ისეთი სა-ყოველთაოდ აღიარებული პრეპარატებისათვის, როგორცაა კოკაინი და ამფეტამინები. ამას გარდა, ძნელია გამოყო ცალკეული პიროვნებისადმი მიყენებული ზიანი საზოგადოებისადმი მიყენებული ზიანისაგან. დაბოლოს, ერთი და იგივე ნივთიერება შეიძლება ნაკლებმომზიდველი იყოს ერთი ინდივიდისთვის და განდეს მძიმე ნარკომანიის გამომწვევი პრეპარატი მეორესათვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წამალთდამოკიდებულების პრობლემების საექსპერტო კომიტეტმა 1964 წელს წამოაყენა წინადადება, ორივე ტერმინი – “ნარკომანია” და “მიჩვევა” შეიცვალოს ტერმინით “წამალთდამოკიდებულება” (დამოკიდებულება), თუმცა ჩვენს ქვეყანაში დღემდე იხმარება ტერმინი “ნარკომანია”.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფორმულირებით, ნარკომანად შეიძლება ჩაითვალოს ადამიანი, რომლის მდგომარეობაც შეესაბამება ქვემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს:

- ბუნებრივი ან 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 თითქმის ან სრულიად დაუძლეველი ლტოლვა ამ ნივთიერებისადმი;
- 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.

შერეული ტიპის ნარკომანია (პოლინარკომანია)– ეს არის ნარკომანია ორი ან მეტი ნარკოტიკული საშუალების ერთდროული ან მონაცვლეობითი ხმარებით. პოლინარკომანია შეიძლება განპირობებული იყოს შემდეგი ძირითადი მიზეზებით:

- ადრე ხმარებულ ნარკოტიკს აღარ მოაქვს სასურველი ეიფორიული ეფექტი მზარდი ტოლერანტობის ფონზე; ამ შემთხვევაში ირჩევენ უფრო ძლიერმოქმედ ნარკოტიკს, მაგ., საკმაოდ ხშირად ჰაშიშის მოწველნი “ჯდებიან წამალზე”, ანუ იწყებენ ოპიუმის პრეპარატების ინტრავენურ მიღებას; ამავე დროს ნარკომანების დიდი ნაწილი ინარჩუნებს ჰაშიშის მოწვევის ჩვევასაც;
- ნარკოტიკის ეფექტის პოტენცირებისა და გახანგრძლივების მიზნით ძირითად პრეპარატებს ამატებენ სხვა ჯგუფის პრეპარატებს, მაგ., თვითნაკეთ ოპიუმის პრეპარატებს ძალიან ხშირად ამატებენ ტრანკვილიზატორებს ან ანტიჰისტამინურ საშუალებებს;
- პრაქტიკულად ნარკომანიის ყველა ფორმისას დროთა განმავლობაში დგება ძილთან დაკავშირებული პრობლემები; უძილობა აიძულებს ნარკომანს, მიმართოს ტრანკვილიზატორებს ან საძილე საშუალებებს, რომლებიც, თავის მხრივ, სწრაფად იწვევს მათ მიმართ დამოკიდებულების განვითარებას (ჯვარედინი ტოლერანტობა). ამ შემთხვევაში საძილეების მოხმარება მუდმივ ხასიათს იღებს;
- ჩვეული ნარკოტიკი ხდება ძნელად მისაწვდომი.

საქართველოში უმეტესად გვხვდება შერეული ტიპის ნარკომანია. ძირითადად გამოიყენება თვითნაკეთი ნარკოტიკული საშუალებები. დამზადების კუსტარულობა განაპირობებს საბოლოო პროდუქტში ქიმიური შემადგენლობის მრავალფეროვნებას და მასში მავნე მინარევების სიჭარბეს. ამას გარდა, არალეგალური ბაზრის თავისებურებებიდან გამომდინარე, მუდმივად ხდება სპონტანური გადასვლა ერთი სახის ნარკოტიკიდან მეორეზე.

პოლინარკომანიის კლინიკური სურათი ბევრად უფრო მძიმეა და განისაზღვრება არა ცალკეული ნარკოტიკების მოქმედების უბრალო ჯამით, არამედ მათი ურთიერთქმედების შედეგით.

ქალებისა და მამაკაცების რეაქცია ალკოჰოლზე და ნარკოტიკებზე განსხვავებულია: ქალები ნაკლებად ტოლერანტულები არიან მათ მიმართ. მამაკაცები უფრო ხშირად იყენებენ ალკოჰოლსა და აკრძალულ ნარკოტიკებს, ქალები ჩვეულებრივ მიმართავენ ტრანკვილიზატორებს. ამას გარდა, მდებრობითი სქესი არჩევს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების სახლის პირობებში, ფარულად მიღებას, ამიტომ მათი პრობლემები საზოგადოებისათვის ნაკლებად შესამჩნევია. ქალების ლეგალური თუ არალეგალური

ნარკოტიკებით “დაპყრობის” ერთ-ერთ მოტივად შეიძლება ჩაითვალოს მცდარი წარმოდგენები ემანსიპაციის შესახებ.

თანდათან იზრდება იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებიც ნარკოტიკებს ინექციის გზით იღებენ. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ამ გზით მიღების განსაკუთრებული საშიშროება განპირობებულია მათი ტოქსიკურობით, ზედოზირების უფრო მაღალი რისკით; სომატური გართულებების განვითარება დაკავშირებულია ნარკოტიკთან ერთად ორგანიზმში მანე მინარეგებისა და მიკრობების მოხვედრით. ნარკომანებს ხშირად უვითარდებათ ჩირქროვები და სექტიური გართულებები. საერთო შპრიცის გამოყენების შემთხვევაში ერთი ადამიანიდან მეორეზე სისხლით გადადის ისეთი საშიში დაავადებები, როგორცაა ვირუსული ჰეპატიტი და შიდსი. ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში შიდსის ვირუსით ინფიცირებულთა უმრავლესობას “ნემსზე მჯდომი” ნარკომანები წარმოადგენენ.

კაცობრიობის მთელი ისტორიის მანძილზე, ყველა ცნობილ კულტურაში ადამიანი ავლენდა ტვინის ქიმიზმისა და ცნობიერების შემცვლელი ნივთიერებებისადმი მიდრეკილებას. როგორც ჩანს, ადამიანებისათვის ყოველთვის დამახასიათებელი იყო ორი დაუძლეველი ურთიერთსაწი-ნაადმდეგო ფსიქოლოგიური მოთხოვნილება, რამაც განსაკუთრებული სიმძაფრე შეიძინა XX საუკუნეში: გვინდა, რომ ყველაფერი ჩვეული უცვლელად დარჩეს და ამავე დროს ვისწრაფვით სიახლისა-კენ, ვეძებთ ნივთიერებებს, რომლებიც გაკვალული გზიდან გადაგვასხვევინებს, და წამლებს, რომლებიც მძიმე სიტუაციებში დაძაბულობის შემსუბუქებაში ან მოხსნაში დაგვეხმარება. ამ “თვითგარდა-სახვისათვის” ყველაზე უფრო ხშირად იყენებენ თამბაქოს, ალკოჰოლს და კოფეინს (“ლეგალური” ნარკოტიკები), აგრეთვე ჰაშიშს, კოკაინს, ოპიატებს და სხვ. (“არალეგალური” ნარკოტიკები).

ნარკომანიის მიზეზად შეიძლება იქცეს ნებისმიერი ამ ნივთიერებათაგანი, მათი ავადგამოყენების შემთხვევაში. შეიძლება ნარკომანიის ცნება უფრო გაფართოვდეს: “ყოველთვის, როცა რომელიმე საშუალება ან მოქმედება აღარ ემსახურება თავის ჭეშმარიტ მიზანს და ხდება თვითმიზანი, ჩვენ აღმოვჩნდებით იმ ზღვართან, რომლის იქითაც ჩვეული მოქმედება შეიძლება ნარკომანიაში გადავიდეს” (Zutt). დამოკიდებულების ობიექტად შეიძლება იქცეს აზარტული თამაშები, საკვები, კომპიუტერი, სამსახური, ტელევიზორი და ა.შ. (დამოკიდებულების დაავადება)*

ნარკომანიის განვითარებისათვის ზოგჯერ დიდი მნიშვნელობა აქვს ნარკოტიკის მომ-ხმარებელი პიროვნების ფიზიკურ და ფსიქიკურ მდგომარეობას. ტრადიციულად ევროპელები უპირატესობას ანიჭებენ ალკოჰოლს თავისებური გამაქტივებელი ეფექტების გამო, მაშინ როდესაც აზიის მცხოვრებნი უფრო მიდრეკილნი არიან ოპიატებისადმი, რომლებიც იწვევენ მოღუნებას და ოცნების სამყაროში გადაჰყავთ ადამიანი. რაც არ უნდა მიახლოებითი იყოს ეს ე.წ. “წესები”, მაინც უნდა ვაღიაროთ, რომ რაღაც შინაგანი კავშირები არსებობს ადამიანის ფსიქოსომატურ მდგომარეობასა და იმ ნარკოტიკულ ნივთიერებას შორის, რომელსაც ეს ადამიანი ირჩევს.

ქრონიკული ინტოქსიკაციის მიმდინარეობა განისაზღვრება არა მარტო ხმარებული ნივთიერების დოზით, მოხმარების ხანგრძლივობით და მოცემული ორგანიზმის ამტანობით, არამედ თანდაყოლილი თავისებურებებით ან ნარკომანიით გამოწვეული ხასიათობრივი ცვლილებებით. მორფინის ტიპის დამოკიდებულების შემთხვევაში მიჩვევა (ტოლერანტობა), ჩვეულებრივ, შეუღლებულია დაუძლეველ ლტოლვასთან; კოკაინიზმის

* - ინგლ.- dependence disease

დროს ასეთი ლტოლვა შეიძლება განვითარდეს ნაკლებად გამოხატული მიჩვევის შემთხვევაშიც, და უფრო მეტიც, ჰაშიშისადმი ინტენსიური ლტოლვა შეიძლება გამოიხატოს ყოველგვარი მიჩვევის გარეშეც.

მეორად ნარკომანიასთან ერთად, რომელიც ვითარდება მიჩვევისა და ფსიქოფიზიკური დამოკიდებულების ნიადაგზე, არსებობს პირველადი ნარკომანიაც, რომელსაც საფუძვლად არ უდევს ნარკოტიკის განმეორებითი ხმარების შედეგად სომატური და ფსიქიკური ცვლილებების თანდათანო-ბითი განვითარება. პირველადი ნარკომანია უვითარდებათ პათოლოგიური პიროვნული გადახრების მქონე ინდივიდებს ან პირებს, რომლებიც უეცრად აღმოჩნდებიან უჩვეულოდ მძიმე პირობებში (მაგ., ციხე, ომი), ყოველდღიურობა აუტანლად ეჩვენებათ და განსაკუთრებით იზიდავთ ნარკოტიკული თრობის მდგომარეობა.

Jellinek წერდა, რომ საზოგადოება პიროვნების ანტისოციალურ სურვი-ლებს თრგუნავს პირდაპირი აკრძალვის, აღზრდის და სხვა საშუალებებით. დათრგუნული სურვი-ლები, თავის მხრივ, იწვევენ დაძაბულობას, შფოთვას, დამნაშავეობის განცდას. დაძაბულობის მოხს-ნის ზოგიერთი ხერხი ლეგალურია, საზოგადოების მიერ ნებადართული, რამეთუ საშიშროებას არ წარმოადგენს სოციუმისათვის. მაგ., ცეკვების საშუალებით სუსტდება სექსუალური აკრძალვები, სპორტი აკმაყოფილებს აგრესიისაკენ სწრაფვას, კოლექციონერობა აკმაყოფილებს ფლობის მოთ-ხოვნილებას, თეატრში წასვლა სხვა სამყაროში დროებითი ცხოვრების საშუალებას იძლევა და ა.შ. მაგრამ დაძაბულობას ყველაზე მეტად ამცირებს საკუთარი ცნობიერების შესუსტებული “მართლმსა-ჯულება”. ალკოჰოლი და ნარკოტიკები აქვეითებენ თვითკონტროლს, ხელს უწყობენ მოშვებას, მო-დუნებას. რატომ სვამენ ერთნი უფრო ხშირად, ვიდრე მეორენი? პრობლემის სათავე იმაშია, თუ რამდენად სრულყოფილად არის პიროვნება ორგანიზებული, რამდენად წარმატებით ადაპტირდება ინდივიდი საზოგადოების მოთხოვნებთან და რამდენად შესწევს უნარი, გამოიყენოს საზოგადოების მიერ ნებადართული, მისაღები დაძაბულობის მოხსნის ხერხები. კარგად ინტეგრირებული პიროვნება წარმატებით ართმევს თავს გარეშე და შინაგან სტრესორებს და ამ პროცესში იყენებს სოციალურად მისაღებ გზებს; ასეთი ადამიანები რელაქსანტს – ალკოჰოლს ეტანებიან ზომიერად. ცუდად ორგანიზებული პიროვნება, რომელიც სტრესორს ადვილად გამოჰყავს წონასწორობიდან, ძნელად აღიდგენს ამ წონასწორობას და რთულ სიტუაციებში მას სჭირდება მდგომარეობის ხელოვნური გზით შემსუბუქება. რაც მეტია დეზორგანიზაცია, მით მეტია შემსუბუქებისა და შესუსტების მოთხოვნილება.

თავი 2. ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტები

ამ ჯგუფის ნივთიერებები ცნს-ზე ახდენს დამამშვიდებელ ზემოქმედებას, იწვევს დაწყნარებასა და მოდუნებას, თრგუნავს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან, მათ შორის რეფლექსურ, ფუნქციებს. ცნს-ის დეპრესანტებს მიეკუთვნება ალკოჰოლი, სხვადასხვა საძილე* და სედაციური** საშუალებები, ტრანკვილიზატორები***, ნარკოტიკულად მოქმედი აქროლადი ნივთიერებები – ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები).

ალკოჰოლური სასმელები

“ღვინის სმა ისევე მავნეა, როგორც შხამის მიღება”
სენეკა

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის დეპრესანტები

რა არის ეს?

ალკოჰოლი, ეთანოლი ანუ ეთილის სპირტი წარმოადგენს საკვებ პროდუქტს, თავისებური გემოსა და მადის მომგვრელი თვისებების გამო კი – საგემოვნო ნივთიერებას, დაბოლოს, ფსიქოტროპულობისა და ფსიქოტოქსიკურობის გამო მიეკუთვნება მათრობელა და ნარკოტიკულ შხამებს. ცნს-ზე ეთანოლი მოქმედებს საინჰალაციო ანესთეზიური საშუალების მსგავსად. ამიტომ იყო, რომ ეთერის საანესთეზიო თვისებების აღმოჩენამდე ეთანოლი და მორფინი მთავარ ანალგეზიურ საშუალებებად ითვლებოდა.

ცოტა რამ ისტორიიდან...

ბერსის პაპირუსში (1600 წ. ჩვ. ერამდე), ვრცელ ძველევგვიპტურ სამედიცინო ტრაქტატში, ნახსენებია პალმის ღვინო, როგორც წამლის ერთ-ერთი კომპონენტი. ვარაუდობენ, რომ იმ დროს ალკოჰოლს, როგორც ცენტრალურად მოქმედ საშუალებას, იყენებდნენ სულით დაავადებულთა სამკურნალოდ.

სპირტზე დამზადებული წამლების გამოყენების გამოცდილება გროვდებოდა საუკუნეების განმავლობაში და გამოიყენება დღემდე.

ჰიპოკრატესა და გალენის შრომებში ვხვდებით მინიშნებას უზომო ლოთობის დამღუპველ შედეგებზე. არისტოტელე ლოთობას უგუნურობად თვლიდა. ზოგიერთი მონაცემის თანახმად, სანსკრიტის ენაზე, “შეშლილობა” და “ლოთობა” ერთი და იმავე სიტყვით აღინიშნებოდა.

* - საძილე (ჰიპნოზური) – ძილის მომგვრელი საშუალება.

** - სედაციური საშუალება – სამკურნალწამლო საშუალება ან მისი დოზა, რომელიც იწვევს დამშვიდებას ან ემოციური დაძაბულობის შემცირებას ძილის მომგვრელი ეფექტის გარეშე, თუმცა შეიძლება ახასიათებდეს გაბრუება.

*** - ტრანკვილიზატორი – (ლათ. trankvillium – სიმშვიდე, მოსვენება) – დამამშვიდებელი საშუალება, რომელიც არსებითად არ ცვლის ცნობიერებას. ჭეშმარიტი ტრანკვილიზატორი ამცირებს ან აღმოფხვრის პათოლოგიურ შფოთვას (ანქსიოლიზური საშუალება – ლათ anxius – შფოთიანი, ბერძ. lysis – გახსნა) და შიშს, ამცირებს ნერვულ დაძაბულობას.

როგორ მოქმედებს ორგანიზმზე?

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

ალკოჰოლი მეტაბოლიზდება (იჟანგება) ღვიძლში. პირველი ფერმენტი, რომელიც მონაწილეობს ამ პროცესში, არის ალკოჰოლდეჰიდროგენაზა, მისი ზემოქმედების შედეგად ეთანოლი გარდაიქმნება აცეტალდეჰიდად, შემდეგ აცეტატად და საბოლოოდ მიიღება ნახშირორჟანგი და წყალი. აცეტალდეჰიდი მაღალაქტიური და მაღალტოქსიკური ნივთიერებაა, რომლის ეფექტი თვით ეთანოლის ეფექტებზე 5-10-ჯერ უფრო ძლიერია. არსებობს მოსაზრება, რომ ალკოჰოლით ინტოქსიკაციის კლინიკური გამოვლინებები, გამოზარხოშების მოვლენები დაკავშირებულია ქსოვილებში აცეტალდეჰიდის დაგროვებასთან. არის მონაცემები ალკოჰოლდეჰიდროგენაზას აქტივობის ფართო დიაპაზონით მერყეობის შესახებ. ამ ფერმენტის განსხვავებული დონე დამახასიათებელია არა მარტო ცალკეული ინდივიდებისათვის, არამედ მთელი პოპულაციისთვისაც, რაც შეიძლება გარკვეულ ეროვნულ თავისებურებას წარმოადგენდეს. ამით შეიძლება აიხსნას ამერიკელ ინდიელებსა და მთელ რიგ ჩრდილოელ ხალხებს შორის ალკოჰოლიზმის ფართოდ გავრცელება და შედარებით ავთვისებიანი მიმდინარეობა.

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

ალკოჰოლის დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში ადამიანი გაივლის ზოგადი ანესთეზიის ყველა სტადიას.

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

ეთანოლი აქვეითებს მხედველობის სიმახვილეს, ყურადღებას, მოძრაობის კოორდინაციას, ცვლის გემოვნებით, ყნოსვით და სმენით შეგრძნებებს, იწვევს ნისტაგმს და თავბრუდახვევას, ანელებს რეაქციის სისწრაფეს; აქვეითებს საკუთარი შესაძლებლობების კრიტიკული შეფასების, ათვისებისა და სწორი გადაწყვეტილების სწრაფად მიღების უნარს.

ეთანოლი იწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების გაფართოებას (სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრის დათრგუნვის შედეგად), სხეულში ჩნდება სითბოს შეგრძნება, ამავედროულად იზრდება სითბოს გაცემა.

ღებინება, რომელიც ხშირად თან სდევს ეთანოლის დიდი რაოდენობით მიღებას, ცენტრალური მოქმედების შედეგია და არა უშუალოდ კუჭზე გამაღიზიანებელი მოქმედებისა.

ეთანოლი იწვევს ჰიპოგლიკემიას (სისხლში გლუკოზის შემცველობის შემცირებას), 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).

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

ტერმინით “ალკოჰოლიზმი” აღნიშნავენ დაავადებას, რომელსაც ახასიათებს ეთანოლისადმი დაუძლეველი პათოლოგიური ლტოლვა, ტოლერანტობის, ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულების ფორმირება, ფსიქიკური, ფიზიკური და სოციალური დეგრადაცია. ალკოჰოლური დამოკიდებულების სინდრომს, ანუ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ცნებას, ტრადიციულად ლოთობის ცნებას უპირისპირებენ.

დამოკიდებულების განვითარების ფსიქოლოგიური წინაპირობაა პიროვნების სტრუქტურაში ისეთი დეფექტების არსებობა, რომლებიც მის სოციალურ ადაპტაციას (შეგუებას) აძნელებენ. ამ შემთხვევაში ალკოჰოლი თავისებური მაკომპენსირებელი ფაქტორის სახით გვევლინება, რომელიც ინდივიდს საშუალებას აძლევს გადალახოს ან შეასუსტოს არსებული დეზადაპტაცია. ეთილის სპირტის მაკომპენსირებელი მოქმედება განპირობებულია ეთანოლის მრავალპლანიანი ფსიქოტროპული ეფექტებით. ღონაზე დამოკიდებულებით, ეთანოლმა შეიძლება გამოიწვიოს ეიფორიული, განმამუხრუჭებელი, მასტიმულირებელი, ანტიდეპრესიული, შიშისა და შფოთვის დამთრგუნველი, დამამშვიდებელი, ძილის მომგვრელი ზემოქმედება. ასეთი მრავალსახონება ეთანოლს უნივერსალურ ნარკოტიკად აქცევს.

დამოკიდებულების ფორმირება იწყება ალკოჰოლის მიღებისკენ აკვიატებული ლტოლვით, გამოინახტება ალკოჰოლის განმეორებით მიღების სურვილზე ფიქრით, თრობისა და სასიამოვნო დროსტარების მოგონებებით. თანდათან ქვეითდება და იკარგება კონტროლი მიღებული ეთილის სპირტის რაოდენობაზე, მატულობს ტოლერანტობა, ქრება ღებინების რეფლექსი; თუკი საყოფაცხოვრებო ლოთობის ეტაპზე ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მიღების შემდეგ ჩაირთვება ორგანიზმის დაცვითი ფიზიოლოგიური მექანიზმები, მათ შორის ღებინების რეფლექსიც, დამოკიდებულების ჩამოყალიბების ეტაპზე აღინიშნება ამ რეფლექსების ჩაქრობა. ვლინდება ხასიათობრივი ცვლილებები თრობის ფონზე (ხასიათობრივი თავისებურებების გამკაცრება). ხასიათის ისეთი ხაზები, როგორიცაა ექსპლოზიურობა (ღვარძლიანობა), დეპრესიისკენ ან ისტერიული რეაქციებისკენ მიდრეკილება, თრობის მდგომარეობაში ადვილად ვლინდება და ღრმავდება. ამ ეტაპზე ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები არსებობს მზარდი ასთენიის* ფონზე.

თანდათან ძლიერდება ფსიქიკური დამოკიდებულება; ალკოჰოლისადმი ლტოლვა კომპულსურ ხასიათს იღებს, სიძლიერით ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების (შიმშილი, წყურვილი) ხარისხს აღწევს, რაც ავადმყოფის ალკოჰოლზე ფიზიკური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მაჩვენებელია. კომპულსური ლტოლვის ინტენსივობის მატებასთან ერთად ეთიკური და სოციალური შემაკავებელი ფაქტორები თავის მნიშვნელობას კარგავს (სიტუაციური კონტროლის დაკარგვა). ამ ფაქტორებს ან უგულებელყოფენ, ანდა ცდილობენ გამოიყენონ კონსპირაციული ხერხები (სვამენ მარტო, ჩუმად, მალავენ სასმელს). ტოლერანტობა კიდევ უფრო მატულობს, აღწევს მაქსიმუმს და ასეთ დონეზე შენარჩუნდება ალკოჰოლის სისტემატური მოხმარების რამდენიმე წლის განმავლობაში (“პლატო-ტოლერანტობა”). დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე ტოლერანტობა თანდათანობით საწყის ფიზიოლოგიურ დონეზე უფრო ქვეითდება (პაციენტები თვრებიან ისეთი დონების მიღებისას, რომლებიც დასაწყისში თრობის მდგომარეობას არ იწვევდნენ).

* - ასთენია – მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს სწრაფი დაღლა, გუნებ-განწყობის ხშირი ცვლილებები, უხალისობა, სისუსტე, გაღიზიანებადობა, ვეგეტატიური აშლილობები და ძილის დარღვევა.

ტოლერანტობის ცვლილების აღწერილი დინამიკა ალკოპოლიზმის დროს განპირობებულია ნერვული სისტემის რეაქციების შეცვლით, ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობის დაქვეითებით და ორგანიზმის მაკომპენსირებელი შესაძლებლობების გამოფიტვით.

ალკოპოლური აბსტინენციური სინდრომი ალკოპოლური 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.

აბსტინენციური სინდრომი დიაგნოსტირდება ვეგეტატიური, სომატური, ნევროლოგიური და ფსიქიკური სიმპტომების ერთობლიობის შემთხვევაში და ვლინდება შემდეგნაირად: სახის გაწითლება, ოფლიანობა, ტრემორი, გუგების გაფართოება, გულის ცემის აჩქარება, არტერიული წნევის მომატება, პირის სიმშრალე, გულისრევა, ზოგჯერ ლებინება, დისპეფსიური მოვლენები, ხშირი შარდვა, ტკივილი გულის არეში, თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, ძილის დარღვევა; აგრეთვე იმ ორგანოთა და სისტემების დისფუნქციის ნიშნები, რომლებიც დაზიანებული ჰქონდა ავადმყოფს დამოკიდებულების ფორმირებამდე.

აბსტინენციური სინდრომის ნიშნებს შორის განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ალკოპოლური ეპილეფსია. ეს არის ტოქსიკური ეპილეფსია, რომელიც ვლინდება გენერალიზებული გულყრებით და არ არის დაკავშირებული თავის ტვინის ორგანულ კეროვან დაზიანებასთან. ზოგჯერ აბსტინენციური სინდრომის ფონზე განვითარებული გულყრა მწვავე ალკოპოლური ფსიქოზის დაწყების მაუწყებელია.

დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე, ტოლერანტობის შემცირებასთან ერთად, სუსტდება ფსიქიკური და ღრმავდება ფიზიკური დამოკიდებულება, მძიმდება სომატური, ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა, ვითარდება ალკოპოლური ენცეფალოპათია. საბოლოოდ იკარგება სიტუაციური კონტროლი. პაციენტები სრულიად განურჩევლები ხდებიან იმის მიმართ, თუ სად და რას დალევენ, სვამენ მარტო, დღის და ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში, მცირე ინტერვალებით. ალკოპოლური ფსიქოზების, განსაკუთრებით ფსიქოზის განხვრდლივებული ფორმების, აღმოცენების ალბათობა მკვეთრად იზრდება.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

ალკოპოლის ყოველდღიური მიღება იწვევს ცვლილებებს, რომელთა ცოდნა აუცილებელია არა მარტო მისი მოხმარებლებისათვის, არამედ იმათთვისაც, ვინც იძლევა რეკომენდაციებს მისი მოხმარების შეზღუდვის შესახებ. დადგენილია ეთილის სპირტის რაოდენობა, რომელიც ღვიძლის ციროზის ჩამოყალიბების რისკს ზრდის. მამაკაცების მიერ ყოველდღიურად 80 გ და ქალების მიერ 48 გ სუფთა ეთანოლის მიღებას თან სდევს ღვიძლის გამოხატული პათოლოგია (არყის სტანდარტულ (0,5 ლიტრიან) ბოთლში არის 160 გ-მდე სუფთა ეთანოლი). ადამიანის ორგანიზმს არ შეუძლია დღე-ღამეში 170 გ-ზე მეტი ეთანოლის მეტაბოლიზება. ადამიანს, რომელიც ალკოპოლურ სასმელს ეტანება მხოლოდ გამოსასვლელ დღეებში, ერთკვირიანი ინტერვალის განმავლობაში ნორმაში უდგება ღვიძლის ფუნქცია. ხმარებული ალკოპოლური სასმელის სახეს (ღვინო, არაყი,

ლუდი) ციროზის განვითარებისათვის არსებითი მნიშვნელობა არა აქვს. ტოლერანტობის განვითარების შემთხვევაში ღვიძლის ფერმენტების ინდუქციის (გააქტიურების) გამო ალკოჰოლის მეტაბოლიზმი ჩქარდება. ეთანოლის სისტემატური მომხმარებლების უმრავლესობა დაავადებულია ქრონიკული გასტრიტით.

ალკოჰოლის მოქმედება ნაყოფზე. ალკოჰოლიზმით დაავადებული ქალები ორსულდებიან იშვიათად; ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების შემთხვევაშიც კი იზრდება სპონტანური აბორტის განვითარების რისკი. ორსულობის ადრეულ ვადებში მოსალოდნელია ნაყოფის დაზიანება (ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი). ეს შეიძლება განპირობებული იყოს ეთანოლის მეტაბოლიტის, აცეტალდეჰიდის ტოქსიკური ზემოქმედებით. ორსულობის ყველაზე საშიში პერიოდია IV – X კვირა.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი ვლინდება მიკროცეფალიით, ახალშობილობისა და ადრეულ პერიოდში გონებრივი ჩამორჩენილობით, აგზნებადობით, სხეულის მასისა და ზრდის დაქვეითებით, მოძრაობის არასწორი კოორდინაციით, თვალის კაკლების ზომის შემცირებით, ცხვირის ძგიდისა და განვითარების სხვა დეფექტებით.

ალკოჰოლის ავადგამოყენების ფონზე განვითარებული პიროვნული ცვლილებები განპირობებულია ცნს-ზე ეთანოლის ტოქსიკური ზემოქმედებით და გამოიხატება ინდივიდისათვის დამახასიათებელი საწყისი პიროვნული თვისებების გატლანქებასა და გაუხეშებაში – პიროვნება თითქოს ხდება თავისი თავის “უფრო იაფფასიანი გამოცემა”. შემდგომში წარმმართველ ფაქტორად გვევლინება ტოქსიკური ენცეფალოპათია, რომელიც საბოლოო ჯამში იწვევს პიროვნების ალკოჰოლურ დეგრადაციას.

ალკოჰოლური დეგრადაცია ვლინდება როგორც ფსიქიკური (ირღვევა მეხსიერება, აზროვნება ხდება არაპროდუქტიული, ქვეითდება ინტელექტი და ფსიქოფიზიკური აქტივობა), ასევე ოჯახურ-სოციალური დეგრადაციის ფორმით. ამავე დროს ვითარდება მძიმე სომატური და ნევროლოგიური გართულებები – ღვიძლის ციროზი, პანკრეასისა და კუჭის დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების მძიმე მოშლილობები, პოლინეიროპათია და ა.შ.

ბარბიტურატები და სხვა ჰიპნოსედაციური საშუალებები

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის დეპრესანტები

რა არის ეს?

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 ბარბიტურის მჟავას ნაწარმებია. პირველი მათი წარმომადგენელი სინთეზირებულ იქნა 1903 წელს და ეწოდა ვერონალი (რომეოსა 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.

უკანასკნელ წლებში სხვადასხვა საძილე საშუალებებისადმი განწყობა არსებითად შეიცვალა. ბარბიტურატებმა, რომლებიც დიდი ხნის განმავლობაში ძირითად ძილის მომგვრელ საშუალებებს წარმოადგენდნენ, თანდათან დაკარგეს წამყვანი მნიშვნელობა. “იდეალურ” საძილე საშუალებას უნდა გააჩნდეს, სულ ცოტა, 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, ფსიქოფიზიკური დამოკიდებულება.

ბარბიტურატების ნაკლოვანებები 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 არასასურველი მოვლენები.

თერაპიული ინდექსი (თერაპიული დერეფანი) ძალიან მცირე აქვთ, ანუ შედარებით მცირე დოზა შეიძლება საშიში გახდეს სიცოცხლისათვის, გამოიწვიოს ცნობიერების დაბინდვა, სუნთქვისა და გულის მუშაობის დათრგუნვა.

ბარბიტურატების გარდა ამ ჯგუფში შედის სხვა არაბარბიტურული საშუალებები (ნოქსირონი, ბრომპურალი, ქლორალჰიდრატი და სხვა).

როგორია თრობის სურათი?

თრობის სურათი მოგვაგონებს ალკოჰოლურს – “შინაგანი მუხრუჭი” იხსნება, პიროვნება ხდება თავშეუკავებელი, უცერემონიო, უტაქტო, აგზნებული, მიისწრაფვის კონტაქტებისაკენ, ბევრს ლაპარაკობს, უმიზეზოდ მხიარულობს. ეს მდგომარეობა შეიძლება შეიცვალოს არაადეკვატური მრისხანებით და აგრესიულობით. მეტყველება წაშლილია, მოძრაობის კოორდინაცია დარღვეულია, აღინიშნება ჰიპერსალივაცია (ნერწყვის ჭარბი გამოყოფა), “ცხელი” ოფლი, გუგების შევიწროვება, არტერიული წნევის დაქვეითება, გულისცემის აჩქარება, ნისტაგმი, სტრაბიზმი (სიელმე), დიპლოპია (მხედველობის გაორება).

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

საძილე საშუალებების ავადგამოყენება შემდგომში განვითარებული მიჩვევით უფრო ხშირად შეინიშნება იმ პირებში, რომლებსაც აქვთ უძილობა, გუნებ-განწყობის ხშირი ცვლილებები დისფორიებით*, შფოთვით, დაძაბულობით.

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.

*დისფორია – პირქუში, გაღიზიანებადი, ღვარძლიანი გუნებ-განწყობა, ნებისმიერი გარეგანი გამღიზიანებლის მიმართ აწეული მგრძობელობით, სისასტიკით და ფეთქებადობით.

არსებობს ავადმყოფების ჯგუფი, რომლებიც ბარბიტურატების მიღებას თავიდანვე ეიფორიის განცდის მიზნით იწყებენ. ეიფორიული ეფექტი აღმოცენდება თერაპიულზე 2-3-ჯერ უფრო მაღალი დოზის პერორალურად მიღების შემთხვევაში. ინტრავენური მიღებისას ეიფორიას ბევრად უფრო ნაკლები დოზა იწვევს. ძალიან ხშირად პირველადად განვითარებულ ბარბიტურულ ნარკომანიას თან ერთვის სხვა ჯგუფის ნარკოტიკების ერთდროულად მიღება (ოპიატები, ტრანკვილიზატორები, ალკოჰოლი).

დამოკიდებულების განვითარების საწყის სტადიაზე დამახასიათებელია პაციენტის მიერ თრობის მდგომარეობის დადებითი შეფასება, გუნებ-განწყობის აწვევა მოსალოდნელი ეფექტების მოლოდინში. პოსტინტოქსიკაციურ ფაზაში ავადმყოფი მოღუწებულია, შებოჭილი, ფსიქოფიზიკური აქტივობა დაქვეითებულია, თრობის გარეშე ნარკომანი განიცდის შინაგანი მოუსვენრობის, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობას.

მიჩვევა ყალიბდება ძალიან სწრაფად. პირველივე დღეებში მატულობს საძილეების დოზა. სისტემატური მოხმარებიდან 2-3 თვის შემდეგ ბარბიტურატებისადმი მზარდი ტოლერანტობის ფონზე ფორმირდება აბსტინენციური სინდრომი. თრობის სურათი ამ ეტაპზე იცვლება: მცირდება გამოხატული ეიფორია და ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, ჩნდება ამნეზიები, დისფორია. ეიფორიული ეფექტების ჩაქრობა აიძულებს ავადმყოფს, წინა დოზის მოქმედების ფონზე მიიღოს ნარკოტიკის დამატებითი დოზები (“დაწვევა” – “dljujyre“). ამის გამო ხშირია მწვავე მოწამვლის შემთხვევები ზელოზირების გამო, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვისა და სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრების დამბლა და სიკვდილი.

ბარბიტურული ტიპის ნარკომანიას ახასიათებს მძიმე ფიზიკური დამოკიდებულება. აბსტინენციური სინდრომი იწყება მოუსვენრობით, გაღიზიანებადობით, უძილობით, მზარდი სისუსტით, შემცივნებით, ოფლიანობით, გუგების გაფართოებით. თანდათან ერთვება კუნთების უნებლიე მოძრაობები და ტკივილი, ტრემორი, თავბრუსხვევა, გულისრევა, პირღებინება. შეიძლება დაეცეს არტერიული წნევა, შესუსტდეს გულის მუშაობა, განვითარდეს დიდი გულყრა (ზოგჯერ ეპილეფსიური სტატუსი), თეთრი ცხელების მსგავსი ფსიქოზური მოვლენები. ასეთი მდგომარეობა, თუ მკურნალობა არ იქნა ჩატარებული, სიცოცხლისათვის საშიშია.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

ბარბიტურომანებში ძალიან მალე ვლინდება დაავადების სამედიცინო-სოციალური შედეგები. ასეთ ავადმყოფებს მყარი ფსიქოპათოლოგიური მოშლილობები უვითარდებათ სისტემატური ხმარებიდან უკვე რამდენიმე თვის შემდეგ – გუნებ-განწყობის ცვლილებები დისფორიის, დეპრესიის სახით (ხშირია სუიციდური ქცევა), მესსიერების მკვეთრი დაქვეითება, განლევალობა, ბოლმიანობა, ეგოიზმი.

რამდენიმე წლის განმავლობაში ბარბიტურული ტიპის დამოკიდებულება იწვევს ორგანულ დემენციას (ჰკუასუსტობას) და სრულ სოციალურ-შრომით დეზადაპტაციას.

ტრანკვილიზატორები

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის დეპრესანტები

რა არის ეს?

თერაპიული დოზებით ტრანკვილიზატორები მნიშვნელოვნად ამცირებენ ემოციურ დადაბულობას, გაღიზიანებადობას, მოუსვენრობას, შიშებს, შფოთვის, იპოქონდრიულ* და სენესტოპათიურ** 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 ტრანკვილიზატორები მედიცინის ფარგლებს გარეთ გაიყვანა, აქცია “ყოფით” საშუალებებად როგორც ავადმყოფებისათვის, ასევე ჯანმრთელებისთვისაც. ადამიანები თვითონ იღებენ გადაწყვეტილებას, როდის მიიღონ ისინი, შესაბამის რჩევებს აძლევენ ახლობლებსა და ნაცნობებს, რომლებიც, თავის მხრივ, თვითმკურნალობას იწყებენ.

ამას გარდა, ტრანკვილიზატორების პოპულარობა განპირობებულია შემდეგი ფაქტორებით: პიროვნების ინდივიდუალური ფსიქოფიზიკური ამტანობისა და სიმძლეობითან 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 ტრანკვილიზატორებისადმი უფრო მიდრეკილნი ქალები არიან.

ამ ჯგუფის პრეპარატებს უწოდებენ “მცირე ტრანკვილიზატორებს” (ნეიროლეპტიკების*** ანუ “დიდი ტრანკვილიზატორებისაგან” განსხვავების მიზნით). მათ მიეკუთვნება ბენზოდიазეპინები (დიაზეპამი, ქლორდიაზეპოქსიდი, ფენაზეპამი, ოქსაზეპამი, ლორაზეპამი და სხვა), ბენზოდიазეპინური საძილეები (ნიტრაზეპამი, ფლუნიტრაზეპამი და სხვა), სხვადასხვა ქიმიური აღნაგობის ტრანკვილიზატორები (გრანდაქსინი, მებიკარი, მეპრობამატი და სხვა).

* იპოქონდრიული აშლილობის ძირითადი ნიშანია რაიმე მძიმე სომატური ავადმყოფობით დაავადების შესაძლებლობაზე მუდმივი ფიქრი. ავადმყოფი ავლენს მრავალი სხვადასხვა ხასიათის ჩვილს, ჩვეულებრივი შეგრძნებები აღიქმება როგორც პათოლოგიური და ყურადღება ფიქსირდება ორგანიზმის ერთ ან რამდენიმე ფუნქციაზე.

** სენესტოპათიები – მრავალფეროვანი უსიამოვნო, მტანჯველი სხეულებრივი შეგრძნებები – შემოჭერა, წვა, ზეწოლა, ღიტიანი და ა.შ.

*** ნეიროლეპტიკები (ანტიფსიქოზური საშუალებები, “დიდი ტრანკვილიზატორები”) – იწვევს ემოციურ დამშვიდებას, განურჩევლობას და ფსიქომოტორულ დამუხრუჭებას. ახასიათებს სპეციფიკური ეფექტი მძიმე ფსიქიკური აშლილობების დროს (შიზოფრენიული და ფსიქოზური სიმპტომები).

როგორია თრობის სურათი?

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

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

- ტრანკვილიზატორების ავადგამოყენება შეიძლება სხვადასხვა გზით განვითარდეს:
- პაციენტი მედიკამენტის მიღებას იწყებს მკურნალობის მიზნით, მაგრამ ეს პერიოდი ხანგრძლივდება და თანდათან ვითარდება დამოკიდებულება;
 - ალკოჰოლიზმით დაავადებულ პიროვნებას თავდაპირველად ტრანკვილიზატორებს ექიმი უნიშნავს, მაგრამ შემდეგ იგი თვითნებურად განაგრძობს პრეპარატების მოხმარებას. ამ შემთხვევაში მიჩვევა სწრაფად ვითარდება. ალკოჰოლისადმი განვითარებული ტოლერანტობა ჯვარედინია ტრანკვილიზატორების მიმართ. ამიტომ ჩვეულებრივი თერაპიული დოზები არაქმედითია. ავადმყოფი მათ სწრაფად ზრდის და ამ პროცესში აღმოაჩენს ტრანკვილიზატორების დამატორობელ, მასტიმულირებელ და ეიფორიის გამოძწევვ ეფექტებს. ასეთი ავადმყოფების ნაწილი ალკოჰოლურ სასმელებს ამატებს ტრანკვილიზატორებს (შერეული ტიპის ნარკომანია);
 - ტრანკვილიზატორები იმთავითვე თრობის მიზნით მიიღება.

მიჩვევა ყალიბდება მაშინ, როცა მომხმარებელი შეიგრძნობს ტრანკვილიზატორების ეიფორიულ ეფექტს. ამ დროს აღმოცენდება პრეპარატის მასტიმულირებელი მოქმედება. ადრე გამოძქვანებული დამშვიდების, სედაციის ნაცვლად, ტრანკვილიზატორები იწვევს ძალების მოზღვაგების შეგრძნებას; ავადმყოფი ხდება აქტიური, გუნებ-განწყობის ფონი უძვობესდება, 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, თავბრუდახვევა.

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 შეკროთმები, უნებლიე მოძრაობები, ტრემორი, გულისრევა, თავბრუდახვევა, ყურებში შუილი. არტერიული წნევა მატულობს, გულის ცემა ხშირდება. ზოგჯერ ვითარდება გულყრა ან მწვავე ფსიქოზი ცნობიერების დაბინდვით, ორიენტაციის დარღვევით, ჰალუცინაციებით.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

პირველ რიგში – შრომის უნარის შეზღუდვა, რაც დამოკიდებულების განვითარების დასაწყისშივე ვლინდება. ავადგამოყენების შედეგებს მით უფრო სწრაფად მიყვავართ

პიროვნების სოციალურ დეკომპენსაციამდე, რაც უფრო საპასუხისმგებლო სამუშაოს ასრულებს იგი.

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

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

ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები) ნარკოტიკულად მოქმედი აქროლადი ნივთიერებები

60-იანი წლების დასაწყისში ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში (აშშ, გერ, იაპონია და სხვ.) გაჩნდა პირველი ცნობები წებოსა და ბენზინის მყნოსავების (რუს.- y. [fntkm, ინგლ.-sniffer) შესახებ. განსაკუთრებით გავრცელდა ნარკომანიის ეს ფორმა უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებს შორის (10-15 წელი).

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის დეპრესანტები

რა არის ეს?

გამაბრუებელი ეფექტის მისაღებად გამოიყენება საყოფაცხოვრებო ქიმიის ადვილად ხელმისაწვდომი და გავრცელებული ნაწარმი – ნიტროსალებავები, გამხსნელები, ლაქების ამოსაყვანი საშუალებები, სინთეზური წებოები და აეროზოლები. აქტიური ნივთიერებებია ტოლუოლი (შეიცავს წებო), აცეტონი (შეიცავს გამხსნელები), ბუთანი (სანთებლების საწვავი. ამას გარდა გვხვდება, როგორც პროპელანტი აეროზოლებში), ტრიქლორეთანი და ტრიქლორეთილენი (გამწმენდი სითხეები), ეთილირებული ბენზინი, ფლუოროკარბონები (აეროზოლები).

ამ ნივთიერებებს, ჩვეულებრივ, ჩაისუნთქავენ ქალაქის ან პოლიეთილენის პაკეტიდან, რომელშიც ჩადებულია აქროლადი ნივთიერებით გაჟღერებული ბამბა ან ქსოვილი. შესუნთქვის ყველაზე საშიში გზაა თავზე ჩამოცმული პოლიეთილენის პარკი, რომელშიც შეფრქვეულია არომატული ნივთიერება. ასეთი “მეთოდი” ნივთიერების მაღალ კონცენტრაციას ქმნის და მისი “ეკონომიურად” ხარჯვის საშუალებას იძლევა, მაგრამ ხშირად ინჰალაციის ასეთ გზას ტრავიკულ შედეგებამდე მივყავართ სასიკვდილო გამოსავლით – მძიმე მოწამვლის ან ასფიქსიის (მოხრჩობის) ან პირნალები მასების ასპირაციის შედეგად.

როგორია თრობის სურათი?

პირველი შესუნთქვიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ ვითარდება თრობის შეგრძნება, რომელიც ჰგავს ალკოჰოლურს: სასიამოვნო ხმაური, გუნებ-განწყობის აწევა, კიდურების მოღუნებისა და სითბოს შეგრძნება (თრობის პირველი ფაზა).

განმეორებით შესუნთქვის შემდეგ იწყება თრობის მეორე ფაზა – უდარდელი მზიარულება, უზრუნველობა, ბევრი იწყებს სიცილს და სიმღერას, იბინდება ცნობიერება

(იცვლება საგნების ფორმა, მატულობს ფერების სიღრმე და სიმკვეთრე, ჩნდება განცდა, რომ სხეულის ნაწილები უდიდდებათ ან უმოკლდებათ); მოძრაობები ატაქსიურია, მეტყველება კი წაშლილი.

ჩვეულებრივ, ავადგამოყენების დასაწყისში შესუნთქვას წყვეტენ ამ ფაზაზე, იმის შიშით, რომ ინტოქსიკაციის შემდგომი გაღრმავება შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში იყოს.

შემდგომი შესუნთქვა იწვევს თრობის მესამე ფაზას – მხედველობითი ხატების, ჰალუცინაციების მოზღვაება (მცნოსავეების სლენგით “შულტიკების ყურება”). სხვა სახის ჰალუცინაციები (სმენითი, ყნოსვითი, ტაქტილური) იშვიათად ვითარდება. ამ ფაზაზე ხდება საკუთარი სხეულის აღქმის გასხვისება (მცნოსავი თავისთავს ხედავს გარედან ან ხედავს საკუთარი სხეულის მოშორებულ ნაწილებს, ხედავს საკუთარ ორგანოებს და ა.შ.). ფსიქოსენსორული აშლილობები შეიძლება გამოვლინდეს ირგვლივ არსებული საგნების ფორმის შეცვლით, გაფრენის ან ვარდნის შეგრძნების სახით.

დამატობელი ეფექტი მიიღწევა რამდენიმე შესუნთქვით, დამოკიდებულია შესუნთქვის სიღრმეზე, სუნთქვის შეჩერების ხანგრძლივობაზე, ორთქლის კონცენტრაციაზე. დოზის განსაზღვრა პრაქტიკულად შეუძლებელია. შემაკავებელ (ზღვრის მიმანიშნებელ) ფაქტორებად გვევლინება თავის ტკივილი, “თავზე შემოჭერის” გრძნობა, სუნთქვის გაძნელება, გულისრევა.

ინტოქსიკაციიდან გამოსვლისას დამახასიათებელია ფსიქოფიზიკური ასთენია, დაქანცულობის, მოღუენების განცდა, ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელება.

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

ნარკომანიის ეს ფორმა ყველაზე მეტად გავრცელებულია 12-15 წლის ასაკის მოზარდებში და უფრო ხშირად ეტანებიან ფსიქოპათიური პიროვნებები ინტელექტუალური ჩამორჩენილობით, რომელთაც არასწორი აღზრდა აქვთ მიღებული. პირველი გასინჯვის ყველაზე უფრო ხშირი მოტივია მიბაძვა ან ცნობისმოყვარეობა.

გამხსნელების ეპიზოდური შესუნთქვის ეტაპი შეიძლება გრძელდებოდეს ერთიდან ხუთ თვემდე. უფრო ხშირად, უკვე 3-5 შესუნთქვის შემდეგ ვითარდება აქროლადი ნივთიერებებისადმი ძლიერი ლტოლვა.

სისტემატური მოხმარების დროს მალე იცვლება თრობის ფორმა: ქრება სასიამოვნო სხეულებრივი შეგრძნებები, დამცველობითი ტოქსიკური ნიშნები – თავის ტკივილი, “შემოჭერის გრძნობა”, გულისრევა. თრობის საწყისი ფაზა მოკლდება. ამ ეტაპზე უკვე, პირველი შესუნთქვის შემდეგ, აღმოცენდება ეიფორია, აღქმის დარღვევა, ფსიქოსენსორული აშლილობები და ჰალუცინაციები იღებენ თანამიმდევრულ ხასიათს, შეიძლება მათი მართვა ან “შულტიკებში” მონაწილეობის მიღება.

ტოლერანტობა მატულობს – ამ ეტაპზე ავადმყოფს შესწევს უნარი აკონტროლოს შესუნთქვები, შეინარჩუნოს თრობის სიღრმე. ფსიქიკური დამოკიდებულება გამოხატულია იმდენად მკვეთრად, რომ ინჰალანტებისადმი ლტოლვა უმართავ ხასიათს იღებს.

სისტემატური მოხმარების დაწყებიდან 3-6 თვის შემდეგ ყალიბდება აბსტინენტური სინდრომი – ავადმყოფი გაღიზიანებულია, გაბოროტებული, აქვს მძიმე თავის ტკივილი, ნისტაგმი, ოფლიანობის შეტევები და ტრემორი, გუგები გაფართოებულია, შეინიშნება ცალკეული კუნთოვანი ჯგუფების კრუნჩხვითი შეკრთომები, მოტორული მოუსვენრობა, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის მომატება, კუნთების ტკივილი. ბენზინის ხმარების შემთხვევაში აბსტინენციის ფონზე დამატებით ვითარდება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინება და ფაღარათი.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

სისტემატური მოხმარების დაწყებიდან 2-3 თვის შემდეგ ირღვევა ქცევის თვითკონტროლი: მოზარდები გარბიან სახლიდან, აცდენენ მეცადინეობებს. თრობის გარეშე გუნებ-განწყობის ფონი აპათიურია, პერიოდულად - აგრესიული, გაბოროტებული მოქმედებით.

პროგრესირებადი ფსიქიკური ინვალიდიზაციის – ფსიქოორგანული სინდრომის საფუძველს წარმოადგენს ტოქსიკური ენცეფალოპათია. ცნს-ზე განსაკუთრებით ავთვისებიანი ზემოქმედებით გამოირჩევა ტოლუოლი და ეთილირებული ბენზინი, ინტოკსიკაციის სურათი ტყვიით მოწამვლის სურათის მსგავსია. ენცეფალოპათია განვითარებას იწყებს ავადგამოყენების პირველივე კვირიდან.

ინჰალანტების მაღალი ტოქსიკურობა განაპირობებს რიგი სომატური დაავადებების განვითარებას: სასუნთქი გზებისა და საყლაპავის, ტოქსიკური ჰეპატიტის, მიოკარდიოდისტროფიისა და ა.შ.

თავი 3. ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკები

“ყოველი სიამოვნება სიმდაბლესა, თუკი ის დალუპვით იკვებება”

ალენი

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

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

რა არის ეს?

მიღების გზებისა და ქიმიური აღნაგობის მიხედვით თანამედროვე ნარკოტიკული ანალგეტიკები* იყოფა 3 ჯგუფად:

- ნატურალური – ოპიუმი, რომელიც მიიღება უშუალოდ მცენარისაგან (Papaver Somniferum) და ოპიუმისაგან მიღებული ალკალოიდები – მორფინი, კოდეინი, თებაინი;
- ნახევრად სინთეზური შენაერთები, რომლებიც მიიღება მორფინის მოლეკულის ქიმიური სახეცვლილების გზით (ჰეროინი – დიეთილმორფინი და სხვ.);
- სინთეზური შენაერთები, რომლებიც წარმოიქმნება სრული ქიმიური სინთეზის შედეგად (პრომედოლი, ფენტანილი, პენტაზოცინი, მეტადონი და სხვ.).

*ანალგეტიკები (ანალგეზიური საშუალებები) – ტკივილის გრძობის შემცირების ან მოხსნის უნარის მქონე სამკურნალო საშუალებები (არსებობს ნარკოტიკული და არანარკოტიკული ანალგეტიკები).

ოპიუმი ბუნებრივი პროდუქტია, რომელიც მიიღება საძილე ყაყაჩოს დაუმწიფებელი თავების დასერვის გზით. ნარკოტიკული საშუალებების ერთიან კონვენციაში ოპიუმი განისაზღვრება როგორც საძილე ყაყაჩოს შედეგებული წვენი. ყაყაჩოს მწვანე კოლოფის კედლების ქსოვილი შეიცავს თეთრ რძისებრ წვენს, რომელსაც ლებულობენ ყაყაჩოს თავზე რამდენიმე ნასერის გაკეთებით. გამოსული წვენი ანმება თავების ზედაპირს, ჰაერზე თანდათან მუქდება და საბოლოოდ მუქ ყავისფერ შეფერილობას იღებს. ეს არის ნელლი ოპიუმი (jgbc cshtw); ნარკომანები იყენებენ აგრეთვე დაქუცმაცებული ან დაპრესილი ყაყაჩოს გამხმარ თავებსა და ღეროებს – კოკნარს, ანუ ყაყაჩოს ნამჯას (cjkjvf vfrjdfz). ოპიუმს ყლაპავენ, სვამენ მის ნაყენს, ეწვეიან ან “იკეთებენ” მის ღერივატებს. ჩვენში ძირითადად გამოიყენება ნელლი ოპიუმისა და ყაყაჩოს ნამჯას ქიმიური გადამუშავებით მიღებული თვითნაკეთი ნარკოტიკული საშუალებები (“შავი”, “,fyz“, “ქიმია” და ა.შ.).

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

ცოტა რამ ისტორიიდან...

საძილე ყაყაჩოს ფარმაკოლოგიური თვისებები ცნობილია უძველესი დროიდან. ყაყაჩოს ძილის მომგვრელი ეფექტი მოხსენიებულია შუმერულ ჩანაწერებში (IV-III ათასწლეული ჩვენს ერამდე) . ოპიუმის სამკურნალო საშუალებად გამოყენებაზე გვამცნობენ ჰეროდოტე და ჰიპოკრატე. ევროპაში მეცნიერება ნარკოტიკების შესახებ განვითარდა კარლოს დიდის ეპოქაში (768-814 წწ.). შუა საუკუნეებში ოპიუმზე დამზადებული ერთ-ერთი პირველი პრეპარატი იყო “ლაუდანუმ პარაცელსი”, რომელიც XVI საუკუნეში შექმნა ცნობილმა შვეიცარიელმა ექიმმა პარაცელსმა.

საინტერესოა ოპიუმის ბედი ჩინეთში. ოპიუმი ამ ქვეყანაში შეიჭრა ორი გზით: დასავლეთიდან- ინდოეთის და აღმოსავლეთიდან – ფორმოზის გზით. მალე ოპიუმის მოწვევა გადაიქცა არნახული მასშტაბების ნამდვილ უბედურებად. ერთ-ერთი თანამედროვე მოგვიანებით წერდა: ”იმპერატორული ჩინეთი ლეთარგიული ძილის მდგომარეობაში ჩავარდა”. ოპიუმის მწველი მილიონობით იყო. 1906 წლამდე მათი რაოდენობა კატასტროფულად იზრდებოდა, სანამ სპეციალური ბრძანებულებით არ აკრძალეს ოპიუმის კულტივირება და მოხმარება. ოპიომანია გავრცელდა აზიის ბევრ ქვეყანაში და თანდათან დაიწყო ევროპაში შეჭრა.

1803 წლამდე მედიცინაში იყენებდნენ თვითონ მცენარეს (ოპიუმის ნაყენი), შემდეგ Friedrich Serturher-მა ყაყაჩოსაგან გამოყო ძირითადი ალკალოიდი, შეისწავლა მისი თვისებები და უწოდა მორფინი (მითოლოგიური ძილის ღმერთის – მორფეუსის პატივსაცემად). ინგლისელი ექიმის ვუდსის წყალობით მორფინის კანქვეშა შემხაპუნების მეთოდმა ფეხი მოიკიდა თერაპიაში, რამაც, სამწუხაროდ, დააჩქარა მორფინიზმის, როგორც ნარკომანიის ერთ-ერთი სახის, გავრცელება.

ექიმების გაფრთხილების მიუხედავად , ბევრი ვერ ხვდებოდა და სათანადოდ ვერ გრძნობდა მორფინიზმის საშიშროებას. “სიკვდილი- მშრალი, ნელი სიკვდილი...” აი როგორ გადმოგვცემს მორფინისტის განცდებს მ. ბულგაკოვი მოთხრობაში “მორფი”.

მორფინის აღმოჩენიდან 90 წელზე მეტი ხნის შემდეგ აღმოაჩინეს მოქმედებით მასზე 3-ჯერ უფრო ძლიერი და ჯანმრთელობისათვის ბევრად უფრო მავნე ნარკოტიკი – ჰეროინი. დასაწყისში ახალ პრეპარატს ფართოდ იყენებდნენ ბრონქული

ასომის, ბრონქიტის, ტუბერკულოზის, ნევროზული დეპრესიების სამკურნალოდ და რეკლამას უკეთებდნენ როგორც თვითმკლელობის პროფილაქტიკის საშუალებას. გავიდა არც ისე დიდი დრო და ჰერონი, რომელზეც დიდ იმედებს ამყარებდნენ, ამოიღეს ფარმაკოლოგიური რეესტრიდან, რადგან მიჩვევისა და დამოკიდებულების ჩამოყალიბების თვალსაზრისით ის ბევრად უფრო მძლავრი და საშიში პრეპარატი აღმოჩნდა. “სიამოვნებათა” სფეროში ჰერონის განიხილავენ როგორც წამყვან ოპიატს.

როგორ მოქმედებს ორგანიზმზე...

1975 წელს აღმოჩენილ იქნა ენდოგენური ოპიოიდური პეპტიდები (ენდორფინები, დინორფინები, ენკეფალინები), რომელთაც “ტვინის საკუთარი მორფინი” უწოდეს. ამდენად, დაეკარგა აზრი შეკითხვას : ”რატომ არსებობს თავის ტვინში ოპიოიდური რეცეპტორები , თუკი ორგანიზმში არ არის ოპიოიდები?”. ენდოგენური ოპიოიდები ტკივილის შეგრძნებების დამთრგუნველი რთული სისტემების ნეირომედიატორებია. ისინი ურთიერთქმედებენ სფეციფიკურ ოპიოიდურ რეცეპტორებთან (დაახლოებით 5 კლასის). ეგზოგენური ანალგეტიკები ზემოქმედებენ იმავე “ჩართვის ადგილებზე” (რეცეპტორებზე), რომლებშიც ჩართვება ენდოგენური ოპიოიდური პეპტიდები. ოპიოიდური საშუალება შეიძლება იყოს ერთი კლასის ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტი* და სხვა კლასის რეცეპტორების ანტაგონისტი** შეიძლება ნარკოტიკს ახასიათებდეს როგორც აგონისტური, ისევე ანტაგონისტური მოქმედებაც ერთი და იმავე კლასის რეცეპტორების მიმართ, რაც განაპირობებს პრეპარატის თერაპიული ეფექტურობის არეალის შეზღუდვას (აგონისტ-ანტაგონისტი ***).

ენდორფინებს, დინორფინებსა და ენკეფალინებს შორის არსებობს მორფინის მსგავსი აქტივობის და მორფინზე უფრო აქტიური, ხანმოკლე და ხანგრძლივი მოქმედების ნივთიერებებიც.

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 (ტკივილი შეიძლება დარჩეს, მაგრამ პრეპარატის ფონზე იმდენად მტანჯველად აღარ განიცდება).

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

მორფინი თრგუნავს სუნთქვას (სუნთქვის ცენტრის მგრძნობელობის დაქვეითების გამო); ანელებს ნაწლავების პერისტალტიკას (ვითარდება შეკრულობა); ზრდის წნევას ნალველ-გამომყოფ სისტემაში ოდის სფინქტერის

*-აგონისტი- ნივთიერება, რომელიც სპეციფიკურ რეცეპტორთან ურთიერთქმედებისას იწვევს მასში ცვლილებებს და ბიოლოგიურ ეფექტს.

** - ანტაგონისტი – ნივთიერება, რომელიც რეცეპტორთან ურთიერთქმედებისას არ იწვევს ბიოლოგიურ ეფექტს , მაგრამ ამცირებს ან აღმოფხვრის აგონისტის ეფექტს.

***- აგონისტ- ანტაგონისტი ნივთიერება, რომელსაც ერთდროულად აგონისტისა და ანტაგონისტის თვისებები ახასიათებს (ანუ იწვევს ეფექტს, მაგრამ ამავე დროს სხვა აგონისტის მოქმედებას ასუსტებს).

სპაზმის გამო (ამიტომ პრეპარატმა შეიძლება გააძლიეროს ნაღვლოვანი კოლიკა); შარდის ბუშტის სფინქტერის სპაზმისა და ცენტრალური სედაციური ეფექტის შედეგად შეიძლება მოხდეს შარდის შეკავება; იწვევს ბრონქების კუნთოვანი ქსოვილის შეკუმშვას, ბრადიკარდიას (ცთომილი ნერვის ცენტრის აგზნების შედეგად), გუგების შევიწროებას (მიოზს), ახასიათებს ხველის საწინააღმდეგო მოქმედება; ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა და პირღებინება (ღებინების ცენტრის სტიმულაციის შედეგად). ამას გარდა, მორფინი იწვევს ოფლიანობას, ქავილს.

მორფინი არის უსუნო თეთრი კრისტალური ფხვნილი, რომელსაც უშვებენ აბების ან საინექციო ხსნარების სახით. მორფინი ძნელად ხელმისაწვდომია. ინექციური ხსნარის სიძლიერე 10-20ჯერ

აღემატება წონით იმავე რაოდენობის ოპიუმის სიძლიერეს.

კოდეინი (მეთილმორფინი) – შედარებით დაბალაქტიური ოპიოიდა (ათჯერ უფრო სუსტია მორფინზე) – თეთრი ფერის კრისტალური, მწარე გემოს მქონე ფხვნილი, რომელიც გამოდის აბების ან საინექციო ხსნარების სახით. კოდეინი დიდ დოზებში, მორფინისაგან განსხვავებით, იწვევს აგზნებას. კოდეინისადმი ვითარდება უფრო ნაკლებად გამოხატული დამოკიდებულება, ვიდრე მორფინის მიმართ. სამედიცინო დანიშნულებით კოდეინი გამოიყენება ძირითადად სუსტი ან საშუალო ინტენსივობის ტკივილების, ხველის დროს. არსებობს კოდეინის შემცველი მრავალგვარი კომბინირებული ფორმები (ხშირად არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებთან კომბინაციაში).

ჰეროინი (დიამორფინი, დიაცეტილმორფინი) – დღესდღეობით ჰეროინის წარმოება უკანონოდ ითვლება მსოფლიოს თითქმის 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. არალეგალურ ბაზარზე არსებული ჰეროინი განსხვავდება ფერისა და ფორმის მიხედვით.

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

ფენტანილი – სინთეზური ანალგეტიკია, რომელიც ქიმიური სტრუქტურით პრომედოლის მსგავსია.

ახდენს ძლიერ, მაგრამ ხანმოკლე ანალგეზიურ მოქმედებას. ძირითადად გამოიყენება ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში ნეიროლეპტიანალგეზიისათვის (ნეიროლეპტიკებთან, კერძოდ დროპერიდოლთან ერთად).

მეტალონი (ფიზეპტონი, პოლამიდონი) – წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდს. სედაციური ეფექტი უფრო სუსტი აქვს, ვიდრე მორფინს. ანალგეზიური მოქმედება გრძელდება 12-24 საათს. პრეპარატს სვამენ ან იღებენ პარენტერალურად.

უკანასკნელ ხანებში მსოფლიოს რამდენიმე ქვეყანაში შემუშავდა სახელმწიფო პროგრამები, რომელთაც საფუძვლად დაედო შემდეგი კონცეფცია: ნარკოტიკების შექმნასთან დაკავშირებული დამნაშავეობის შემცირების მიზნით, ოპიოიდური დამოკიდებულების მქონე ავადმყოფებს უფასოდ მიეცეთ პერორალური მეტალონი. ამით

მცირდება ინტრავენური ინექციებით გამოწვეულ დაავადებათა განვითარების რისკი (მათ შორის შიდსი, ვირუსული ჰეპატიტი და სხვა), შესაძლებელი ხდება არალეგალური ოპიატების გარეშე ხანგრძლივი ყოფნა და მცირდება ნარკომანების კრიმინოგენობა. მეტადონი განსაკუთრებით ხელსაყრელია ჩანაცვლებითი თერაპიისათვის, რადგან მას შეუძლია მთლიანად შეცვალოს მორფინი ან ჰეროინი, პერორალური მიღებისას ბევრად უფრო ხანგრძლივი მოქმედება ახასიათებს, ვიდრე სხვა ნარკოტიკულ ანალგეტიკებს. ამ პროგრამების გამოყენებას დაახლოებით ოცდახუთწლიანი ისტორია აქვს, თუმცა უკანასკნელ წლებში ევროპის ზოგიერთმა ქვეყანამ უარი თქვა “მეტადონურ პროგრამებზე”.

ჩანაცვლებითი თერაპიის უარყოფის მთავარ არგუმენტად შეიძლება გამოდგეს ცნობილი შვეიცარიელი ფსიქიატრის Bleuler -ის სიტყვები, რომელიც კითხვაზე – აქვს თუ არა ექიმს უფლება, მისცეს ნარკომანს ნარკოტიკი, პასუხობდა: “საჭიროა, ყოველ ჯერზე კარგად დაფიქრდეთ, ღირს თუ არა ეშმაკთან მსგავსი კავშირის დამყარება, რომელიც ექიმსაც, ავადმყოფსაც და მის გარშემო მყოფთაც გულგრილს ხდის ასეთი მძიმე და გადამდები ლტოლვის მიმართ.” გარდა ამისა ხანგრძლივი უნარკოტიკო პროგრამების შედეგები არაფრით ჩამოუვარდება მეტადონური თერაპიის შედეგებს; თუმცა ზოგიერთები თვლიან, რომ ავადმყოფის მკურნალობის დროს მორალურ არგუმენტებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს და მკურნალობის ერთი მეთოდი სხვა მეთოდებს არ გამოირიცხავს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მეტადონის ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ე.წ. “მეტადონური ნარკომანია”. ამ შემთხვევაში დაავადება მიმდინარეობს უფრო მძიმედ, ვიდრე სხვა ოპიოიდების ხმარების შემთხვევაში.

აგონისტ-ანტაგონისტური თვისებების მქონე ოპიოიდები სინთეზირებულ იქნა ნარკოტიკების მიჩვევის შემცირების იმედით. მათ მიეკუთვნება პენტაზოცინი (ფორტრალი), ბუპრენორფინი, ბუტორფანოლი, მეპტაზინოლი და ნალბუფინი. აგონისტ-ანტაგონისტი უფრო ნაკლებად თრგუნავს სუნთქვის ცენტრს და ნაკლებად იწვევს მიჩვევას, თუმცა საქართველოში გასულ წლებში ფართოდ გავრცელდა ე.წ. “ნორფინომანია”.

ბუპრენორფინი (ნორფინი, ტემგესიკი)– მაღალაქტიური აგონისტ-ანტაგონისტია 8-8- საათიანი მოქმედების ხანგრძლივობით. გულ-სისხარღვთა სისტემაზე ნაკლებად ახდენს გავლენას; ოდის სფინქტერის სპაზმს არ იწვევს; მყარად უკავშირდება ოპიოიდურ რეცეპტორებს, ამიტომ ზედოზირების შემთხვევაში სუნთქვის დათრგუნვა მხოლოდ ნაწილობრივ იხსნება კონკურენტული ანტაგონისტის – ნალოქსონის საშუალებით.

არაანალგეზიურ ოპიოიდებს მიეკუთვნება ფოლკოდეინი და ნოქსაპინი (ნარკოტინი)– გამოიყენება ხველის საწინააღმდეგოდ; ნაწლავების პერისტალტიკის შესამცირებლად იხმარება ლოპერამიდი (იმოდიუმი) . პაპავერინის ერთადერთი კლინიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტი გამოიხატება ორგანიზმის გლუვი კუნთების (განსაკუთრებით სისხლძარღვების) მოდუნებაში.

როგორია თრობის სურათი?

ნარკოტიკის ეიფორიული ეფექტის მიღება შეიძლება მორფინის თერაპიული დოზით. ოპიატების მოქმედებას ახასიათებს შემდეგი თანამიმდევრობა: პრეპარატის ინტრავენური შეყვანიდან რამდენიმე წამის შემდეგ სხეულში შეიგრძნობა სითბოს ტალღა, იწყება ქავილი სახის მიდამოში, ვითარდება პირის სიმშრალე, გუგები ვიწროვდება, სახე წითლდება, აღინიშნება ფსიქო-ფიზიკური აქტივობის შენელება, კონცენტრირება სხეულებრივ შეგრძნებებზე, აზრები თითქოს “იყინება” განცდებზე, ცნობიერება ვიწროვდება. ამ მდგომარეობას, რომელიც დაახლოებით ხუთი წუთის განმავლობაში გრძელდება (ნარკოტიკის მოქმედების პირველი ფაზა), უწოდებენ “პრიზოდს”. ნარკოტიკული თრობის

მეორე ფაზას ჟარგონული ენით ეწოდება “კაიფი”, ”ვალაკუმა”, “ტასკა”– ეს არის მთელს სხეულში სასიამოვნო სითბოსა და ზოგადი სიმშვიდის შეგრძნების მდგომარეობა – “წყნარი სიმშვიდე“, “წირვანა”. ასეთ მდგომარეობაში პიროვნება მოღუნებულია, ცოტას მოძრობს, რაიმე სურვილი, მისწრაფება არ გააჩნია; ჩნდება სიზმრისმაგვარი ფანტაზიები, ყურადღების ველში გარეგანი გამღიზიანებლები პრაქტიკულად არ ხვდება. კოდინის მიღების შემთხვევაში თრობის ამ ფაზაში ვითარდება ფიზიკური და ფსიქიკური აგზნების მდგომარეობა– პიროვნება გამოცოცხლებულია, ხმამაღლა ლაპარაკობს, ვერ ისვენებს ერთ ადგილას.

თრობის შემდგომ ფაზაში შეინიშნება ზედაპირული ძილი, ხშირი გამოღვიძებით (კოდინი ძილს არ იწვევს). გამოსვლისას შეიძლება იყოს ცუდი თვითშეგრძნება, , თავის ტკივილი, შფოთვა, მოუსვენრობა, გულისრევა, პირღებინება, თავბრუსხვევა, ტრემორი (“ატხადნიაკი”).

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება? –

მორფინის ტიპის პრეპარატების მიჩვევა ვითარდება სწრაფად. ოპიუმს ყლაპავენ, შეჰყავთ ორგანიზმში ინექციის გზით (კანქვეშ, ინტრავენურად) ან ეწვეიან.

ნარკოტიკის პირველი მიღება, როგორც წესი, ძლიერ შთაბეჭდილებას ტოვებს და თუკი ის რაიმე მიზეზით მეორდება, ხდება ფსიქიკური დამოკიდებულების ფორმირება. ფორმირების პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია პრეპარატის ტიპზე, მიღების გზაზე და მომხმარებლის ინდივიდუალურ თვისებებზე, გრძელდება რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე. ნარკოტიკის მიღება ერთჯერადი ექსცესების ხასიათს ატარებს, თითოეულს თან ახლავს ზემოთ აღწერილი მდგომარეობა. ეს პერიოდი მეტად მნიშვნელოვანია როგორც ნარკომანიის განვითარების წინამძღვარი და ამ ეტაპზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება ხშირად დადებით ეფექტს იძლევა.

ნარკოტიკული საშუალებების შემდგომი სისტემატური მოხმარება იწვევს ტოლერანტობის სწრაფ ზრდას. პრეპარატის მოქმედების პერიოდში სუბიექტური შეგრძნებები იგივეა – ეიფორია, მოტორული აქტივობის შენელება, ფანტასტიკური, კალეიდოსკოპური ილუზორული განცდებით. ამავდროულად, სახეზეა სომატური შეგრძნებების კომპლექსი – პირის სიმშრალე, ქავილი, სითბოსა და სიმძიმის შეგრძნება სხეულში, კიდურებში, ირღვევა ძილი, გუგები ვიწროვდება, ქვეითდება ჭამის მადა, ვითარდება შეკრულობა.

ნარკოტიკის შემდგომი რეგულარული მიღების ფონზე ტოლერანტობა აღწევს მაქსიმუმს, ფსიქიკური დამოკიდებულება მკვეთრად არის გამოხატული, ნარკომანი ვერ ძლებს ნარკოტიკის გარეშე, თრობის სურათი იცვლება – თავდაპირველად ქვეითდება “პრიზოდის” ინტენსივობა. უწინდელი მდგომარეობის მისაღწევად ავადმყოფი განაგრძობს დოზის გაზრდას. რაღაც მომენტამდე ეს შევლის, მაგრამ შემდგომში ვერანაირი დოზა “პრიზოდს“ ვეღარ იწვევს. თვისებრივად იცვლება თრობის მეორე ფაზაც – თანდათან უდარდელი სიმშვიდის, მოღუნების ეფექტი სტიმულაციური ეფექტით იცვლება. ამ სტადიაზე ნარკომანი მოღუნებულია ინექციამდე, ნარკოტიკის შეყვანის შემდეგ კი ხდება ენერგიული, მოძრავი, შრომისუნარიანი. თანდათან ყალიბდება ფიზიკური დამოკიდებულება (აბსტინენციური სინდრომი და ნარკოტიკისადმი კომპულსური ლტოლვა). ამისათვის ზოგჯერ თვეებია საკმარისი.

აბსტინენციური სინდრომი (“ლომკა”)- იწყება უკანასკნელი ინექციიდან 8-10 საათის შემდეგ დაძაბულობის, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობით, გუგების გაფართოებით, მთქნარებით, ცრემლდენით, სურდოთი, ცემინებით; ქრება ჭამის მადა, ავადმყოფი ვერ იძინებს, თანდათანობით ზემოთ ჩამოთვლილ მოვლენებს ემატება შემცივნების და

წამოხურების შეგრძნება, ოფლიანობა, კუნთებში ჩნდება დისკომფორტის (უხერხულობის) განცდა, აქვს “გაჭიმვის” სურვილი, იწყება მოტორული მოუსვენრობა, სახსრებისა და კუნთების ტკივილი, მუცლის ტკივილი, ტენეზმები, ფალარათი, ზოგჯერ ღებინება; ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს, ბორგავს, დაძაბულია; გუნებ-განწყობა – დეპრესიული, ბოლმიანი. ამას გარდა, შეინიშნება სუნთქვისა და გულის ცემის გახშირება, არტერიული წნევის მომატება, სუბფებრილიტეტი. აბსტინენციის ფონზე მწვავედ ტანმხლები სომატური დაავადებები. აბსტინენციის სიმძიმე ინტოქსიკაციის ხანდაზმულობისა და დოზის სიდიდის პირდაპირპროპორციულია.

დამოკიდებულების განვითარების მოგვინებით სტადიაზე ტოლერანტობა ქვეითდება, ნარკოტიკის გარეშე ნარკომანი სავსებით კარგავს მოქმედების უნარს, იგი უნებისყოფო და უინიციატივოა.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

მორფინის ტიპის ნარკომანებს დამახასიათებელი გარეგნობა აქვთ – ავადმყოფი გამოფიტულია, კანი მიწისფერი, გამშრალი, აქერცლილი, სახე შეშუპებული; კიდურებზე, ზოგჯერ კისერზე და საზარდულში შეინიშნება ინექციების კვალი, ვენების ნაცვლად ჩანს მკვრივი ჭიმები (“ტრასები”); არტერიული წნევა და გულის ცემის სიხშირე დაქვეითებულია; ქვეითდება ლიბიდო, მამაკაცებს უვითარდებათ იმპოტენცია, ქალებს ერლვევით მენსტრუალური ციკლი. გარეგნულად გამოიყურებიან თავის ასაკზე უფრო ხანდაზმულად – შეინიშნება ადრეული გაჭაღარავება, გამელოტება, ფრჩხილების მტკრევალობა, კბილების გაფუჭება. სხეულის მასის დეფიციტი 10 კგ-მდე და უფრო მეტიცაა.

როგორც წესი, ვითარდება მრავლობითი სომატური გართულებები, განსაკუთრებით, კუსტარულად დამზადებული ნარკოტიკების სისტემური ხმარების შედეგად.

თავი 4. ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულანტები

ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) სტიმულანტები – ნივთიერებები, რომლებიც ცნს-ზე მასტიმულირებელ, გამააქტივებელ ზემოქმედებას ახდენენ. ამ ჯგუფში შემავალ საშუალებებს ადამიანი იმთავითვე “სამკურნალო მიზნით” იყენებდა დაღლილობის მოსახსნელად, შიმშილის გრძობის დასათრგუნად, ფიზიკური აქტივობის მოსამატებლად. ლეჭავდენ კოკას, ეფედრას, კატის ფოთლებს, ხარშავდენ ყავის, კაკოს, კოლას ნაყოფს, ჩაის, მატეს ფოთლებს.

სტიმულაციური ეფექტის მქონე ალკალოიდები ორგანიზმზე კატექოლამინური მე-დიატორების (ადრენალინი, ნორადრენალინი) მსგავსად მოქმედებენ. ცნს-ის სტიმულანტებს მიე-კუთვნება კოკაინი, ამფეტამინები და ამფეტამინის რიგის სხვა პრეპარატები, კოფეინი, კატინი და კატიონი, თამბაქო, ანაბოლური სტეროიდები, ეფედრონი.

კოკაინი

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის სტიმულანტები

რა არის ეს?

კოკას პრეპარატები ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული საშუალებებია, რომელთაც ახასიათებთ ცნს-ზე მასტიმულირებელი მოქმედება და ძლიერი მიჩვევის პოტენციალი.

ანდების ფერდობებზე იზრდება შეუხედავი ბუჩქნარი, მომწარო გემოს მქონე პატარა მწვანე ფოთლებით და ღია ყვითელი ყვავილებით. ვარაუდობენ, რომ ეს ბუჩქნარი სახელწოდებით “კოკა” პერუსა და ბოლივიაში VIII-IX საუკუნეებში შეიტანეს მაიას ტომის ინდიელებმა ან ინკებმა.

კოკას ფოთლები გამოიყენება როგორც მასტიმულირებელი საშუალება, რომელიც შიმ-შილის გრძნობას თრგუნავს. ფოთლი შეიცავს 0,5-1 % კოკაინს. კოკაინი კოკას ფოთლის ძირითადი ალკალოიდია და მისი მიღება ფოთლებიდან შესაძლებელია ქიმიური გადამუშავების გზით. კოკას ფოთლის კოკაინად გადამუშავების შუალედური პროდუქტია კოკაინის პასტა (კოკაინის კონცენტრაცია პასტის წონის 40-50 %-ს შეადგენს), რომელსაც ნარკომანები ფარ-თოდ მოიხმარენ.

კოკაინის ჰიდროქლორიდი – მსუბუქი, თეთრი კრისტალური ფხვნილი, რომელიც თოვლს ჰგავს და “თოვლის” სახელწოდებით არის ცნობილი. ფხვნილის სახით ისუნთქავენ ცხვირით, ხოლო ხსნარის სახით შეჰყავთ ინტრავენურად. სიძვირის გამო კოკაინს “მდიდრების ნარკოტიკად” მიიჩნევენ და “არალეგალური ბაზრის მამბანურის” სახელით არის ცნობილი.

კოკაინის თავისუფალი ფუძე – მიიღება კოკაინის ჰიდროქლორიდის რომელიმე ფუძით დამუშავებით მარილმჟავას ნეიტრალიზაციის მიზნით, ასეთი გზით მიღებული კოკაინი არ შეიცავს მჟავას (აქედანაა სახელწოდება “თავისუფალი ფუძე” ანუ კოკაინური ფუძე), კარგად იხსნება გამხსნელში (ეთერში), რის შედეგადაც კრისტალდება გასუფთავებული კოკაინი. ამის შემდეგ კრისტალებს ამტვრევენ და ეწევიან სპეციალური შუშის მილაკით. “თავისუფალი ფუძის” მოწვევა უფრო ძლიერ აგზნებას იწვევს, ვიდრე “ჩვეულებრივი” კოკაინის მოხმარება.

კრეკი – ეს არის არასუფთა კოკაინი, რადგან მისი მიღების დროს საჭმლის სოდა რჩება მარილის სახით და აქვეითებს კოკაინის ჰიდროქლორიდის სისუფთავეს. “კრეკს” უწოდებენ იმიტომ, რომ ნატრიუმის ბიკარბონატის ნარჩენები ამ ნივთიერებების მოწვევის პროცესში იწვევს ტკაცუნს (ინგ.-Crack – ტკაცუნი).

ეს ნარკოტიკი სწრაფად გადალახავს ჰემატოენცეფალურ ბარიერს, მომენტალურად იწვევს მაქსიმალური აგზნების მდგომარეობას. დაბალი ფასი, მოქმედების სწრაფი დასაწყისი და ძალიან მძლავრი აგზნება ხელს უწყობს იმას, რომ დასავლეთ ნახევარსფეროში კრეკი კოკას პრეპარატებიდან ყველაზე პოპულარულია.

ცოტა რამ ისტორიიდან...

როდესაც XVI საუკუნეში ესპანელი კონკისტადორები ინკების ქვეყნის ტერიტორიაზე შეიჭრნენ, ყურადღება მიაქციეს ადგილობრივ მცხოვრებთა უცნაურ ჩვევას

– კოკას ფოთლების ღებვას. მოგვიანებით ესპანელებმა შესაძლებლად ჩათვალეს, მათ მიერ ექსპლუატი-რებული ინდიელებისათვის მიეცათ “კოკადის” ტრადიციების შენარჩუნების საშუალება. იყო პე-რიოდი, როცა მუშებს ხელფასს კოკას ფოთლებით უხდიდნენ. “კოკერო” იყენებდა დღეში 20 -60 ფოთოლს, რომლებსაც ნატრიუმით და კალიუმით მდიდარ მცენარეულ ნარჩენებს ურევდა. გასული საუკუნის ერთ-ერთმა ევროპელმა დახატა “მწვანე კბილებიანი” ადამიანის სურათი: “ინდიელი უძრავად წევს ჩრდილში, დროდადრო პირში იღებს რამდენიმე ფოთოლს და კირის ნატეხს. არაფერს არ შეუძლია გამოიყვანოს ინდიელი ამ აუღელვებელი მდგომარეობიდან”.

დიდხანს ვერ ახერხებდნენ ქიმიკოსები კოკას ფოთლებიდან აქტიური ნივთიერების გამოყოფას. 1859-60 წწ. ალბერტ ნიმანმა მოახერხა ძირითადი ალკალოიდის გამოყოფა, რო-მელსაც კოკაინი უწოდა. კოკაინი აღმოჩნდა პირველი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალება.

1878 წელს ამერიკელმა ექიმმა ბენტლიმ წამოაყენა კოკაინის მორფინიზმის საწი-ნააღმდეგო საშუალებად გამოყენების იდეა, მაგრამ ამ გზით შეიქმნა ნარკომანიის ახალი სახე-სხვაობა (“კოკაინიზმი”), ბევრად უფრო საშიში, ვიდრე ის, რომელსაც ებრძოდნენ.

გასული საუკუნის 80-იან წლებში ქვეყნდებოდა მრავალი დაკვირვების მონაცემები კოკაინის ორგანიზმზე მოქმედების შესახებ. კერძოდ, აღნიშნავდნენ სექსუალური აგზნების შემ-თხვევებს იმ პაციენტ ქალებში, რომელთაც კოკაინური გაუტკივარების გზით მკურნალობდნენ კბილებს.

XX საუკუნის დასაწყისიდან გაჩნდა ინფორმაციები კოკაინის მავნებლობის შესახებ. ამ შხამის ყველაზე ადრეული მსხვერპლნი ექიმები გახდნენ. მაგ., ამერიკელი ექიმი ჰოლსტედი გახდა კოკაინზე დამოკიდებული ამ ნივთიერების თავისებურებების შესწავლის პროცესში.

კოკაინის არასამედიცინო მიზნით გამოყენების მაგალითია ყველასთვის ცნობილი “კოკა-კოლა”, რომელიც შექმნა ფარმაცევტმა პემბერტონმა 1886 წელს. 1904 წელს – კოკაინი ამოღებულ იქნა “კოკა-კოლას” რეცეპტიდან.

როგორია თრობის სურათი?

კოკაინის შესუნთქვა თითოეულ ნესტოში მომენტალურად იწვევს ეიფორიის მდგომარეობას, ქმნის “აწვეის განცდას”, ამძაფრებს აღქმას. იმდენად არ ასტიმულირებს შრომის უნარს, რამდენადაც დადებითი თვითგრძნობის ილუზიას ქმნის. სუბიექტურად მცირდება დაღლი-ლობის განცდა, ჩქარდება ასოციაციები, მეტყველების ტემპი. ინტრავენური შეყვანა იწვევს უფრო ძლიერ და სწრაფ ეიფორიულ აგზნებას. პირველი დოზების მიღებისას ზოგჯერ გრძნობენ თაბრუდახვევასა და თავის ტკივილს. აგზნება დაახლოებით 2 საათს გრძელდება. ერთნი ამ დროის განმავლობაში ზმანებებში არიან, მეორენი კი ილუზიებისა და ჰალუცინაციების ტყვეობა-ში იმყოფებიან. მხედველობითი ჰალუცინაციები აღმოცენდება ხშირად თეთრ ზედაპირებზე, დაწ-ყებული მიკროფსიებით (შავი, მოძრავი წერტილები, მწერები და სხვ.), დამთავრებული დიდი საგნებით (მაღლები, დათვები, ურჩხულები, გვამები და ა.შ.).

“აწვეის” შემდეგ დგება დათრგუნვის ფაზა გუნებ-განწყობის დაქვეითებით, აპათიით, გაღიზიანებადობით, ანორექსიით (ჭამის მადის დაკარგვა), უძილობით, თავის ტკივილით და უსიამოვნო შეგრძნებებით სხეულში.

თრობის ობიექტური სიმპტომები: სახე ჰიპერემიული, სკლერები ინიცირებული, გუგები გაფართოებული, ხშირდება გულისცემა და სუნთქვა, მატულობს არტერიული წნევა, ხშირდება შარდვა, მკვეთრად ქვეითდება ჭამის მადა.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

ფსიქიკური დამოკიდებულება ყალიბდება ძალიან სწრაფად. როცა კოკაინით “ტკბობის” მდგომარეობა იწყებს შესუსტებას, ჩნდება ეიფორიისა და აგზნების დაქვეითების შეგრძნება, რის შედეგადაც სუბიექტი განიცდის კოკაინის განმეორებითი მიღების დაუძლეველ მოთხოვნილებას, რათა აღიდგინოს ეიფორიის მდგომარეობა. სისტემატური მოხმარების შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად არამდგრადია, ჩნდება ფსევდოაქტივობა, ვიწროვდება ინტერესების სფერო. ადამიანი ხდება ეჭვიანი, ფეთქებადი, შურისმგებელი, უსუფთაო. თვალები იძენს თავისებურ ბრწყინვალეებას, გუგები გაფართოებულია, აქვს ყურებში ხმაური, პირის სიმშრალე, მკვეთრად იკლებს წონაში, კუნთები მოღუნებულია.

როდესაც კოკაინის მოხმარებლები ცდილობენ შეწყვიტონ მისი მოხმარება, ეწყებათ ღებრესიული მდგომარეობა, გაღიზიანებადობა, გაბოროტება, ირღვევა საჭმლის მონელება, არა-იშვიათია გულისრევა და პირღებინება, უქვეითებათ ჭამის მადა, პერიოდულად ვითარდება კრუნჩხვები და ზოგჯერ ბოღვითი ფსიქოზი.

აღსანიშნავია, რომ კოკაინის ფსიქოზი აღმოცენდება როგორც აბსტინენციურ მდგომარეობაში, ასევე ძლიერი კოკაინური თრობის მდგომარეობაშიც. მხედველობით ჰალუცინაციებთან ერთად შეინიშნება სმენითი (ესმით ლანძვა, მუქარა) და ტაქტილური (მცოცავი მატლები, ტილები) ჰალუცინაციები. ავადმყოფი შეპყრობილია საშინელი შიშის გრძნობით, ებრძვის წარმოსახვით მტრებს.

“გამოცდილი” კოკაინისტი ზოგჯერ ნარკოტიკის მიღების დასაწყისშივე ელოდება მის-თვის კარგად ნაცნობ ჰალუცინაციურ-ბოღვით მდგომარეობას, და როცა ეს მდგომარეობა მოდის, ფსიქოზის სიმალღეზეც კი არ კარგავს მთლიანად იმის შეგრძნებას, თუ სად იმყოფება და რას აკეთებს. ჰალუცინაციების ამ სახეს უწოდებენ პარანოტიკულ ბოღვას, რაც ფსიქოლოგიური სინ-დრომის გამოვლინებას წარმოადგენს.

ამფეტამინები და ამფეტამინისმაგვარი ნარკოტიკები

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის სტიმულანტები

რა არის ეს?

ამფეტამინი – ფენამინი და ამფეტამინის რიგის სხვა პრეპარატები – ღებრესიული, ბენზედრინი, პერვიტინი, პრელუდინი, რიტალინი და სხვ. გამოიყენება ღებრესიისა და ას-თენიური მდგომარეობის სამკურნალოდ, აგრეთვე სხეულის წონის რეგულირებისათვის. ამფეტამინის ლეგალური პრეპარატები სხვადასხვა ქვეყანაში მზადდება აბების, კაფსულების, სიროფებისა და ელექსირების სახით. ანალოგიური შენაერთები

არალეგალურ ბაზარზე ფიგურირებს და მათი არასამედიცინო მიზნით ხმარება იწვევს დამოკიდებულების ფორმირებას.

როგორია თრობის სურათი?

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.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

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

მოხსნის სინდრომი ვითარდება როგორც კომპულსური სწრაფვის გართულება, ახა-სიათებს 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 დამაბულობა იზრდება. პაციენტს ეუფლება შიში, აგზნება, არაიშვიათია მწვავე ფსიქოზები ცნობიერების შეცვლით.

სისტემატური მოხმარების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს პარანოიდული ში-ზოფრენიის მსგავსი მდგომარეობა ჰალუცინაციებით. შეინიშნება ჰიპერპირექსია (სხეულის ტემპერატურის მომატება), განსაკუთრებით, თუ ადამიანი ასრულებს ფიზიკურ დატვირთვას (ცეკვა დისკოთეკაზე), რასაც თან სდევს არითმია, სისხლძარღვოვანი კოლაფსი და სიკვდილი.

ქსანტინები და ქსანტინის შემცველი სასმელები

კლასიფიკაცია:

ცნს სტიმულანტები.

რა არის ეს?

კოფეინი, თეობრომინი, თეოფილინი. ეს სამი ნივთიერება მიიღება მცენარეებისაგან. თვისებრივად მათი ეფექტები მსგავსია, მაგრამ მნიშვნელოვნად განსხვავდება რაოდენობრივად. ჩაი შეიცავს კოფეინს და თეოფილინს, ყავა – კოფეინს, კაკაო – თეობრომინს. კოლას ნაყოფი შეიცავს კოფეინს. თეობრომინი მიეკუთვნება სუსტ ნივთიერებებს; თეოფილინი ძნელად იხსნება.

ცოტა რამ ისტორიიდან...

ევროპელები ჩაის და ყავას სვამდნენ XVII საუკუნიდან, მაგრამ მხოლოდ 1820 წელს მოხერხდა ყავიდან კოფეინის გამოყოფა (რუნგეს მიერ), ხოლო 1927 წელს ონდრამ კო-ფეინი გამოყო ჩაის ფოთლებიდან.

შემდგომში კოფეინი აღმოჩენილი იქნა მატეში, პერუს ჩაიში, კოლას ნაყოფში.

სხვადასხვა დროს ყავას უარყოფდნენ როგორც ისლამური, ასევე ქრისტიანული რელიგიის წარმომადგენლები.

როგორ მოქმედებს ორგანიზმზე?

ცნს-ზე კოფეინი უფრო ძლიერად მოქმედებს, ვიდრე თეოფილინი, მაგრამ გარ-კვეულწილად ორივე ეს ნივთიერება ასტიმულირებს ფსიქიკურ პროცესებს. აზროვნებითი პროცესი ცოცხლდება, იხსნება ან გადავადდება დაღლილობის გრძნობა. კოფეინი და ამფეტამინები ზრდიან ფიზიკურ ამტანობას და კვალიფიციურ შრომასთან დაკავშირებული ამოცანების შესრულების უნარს, ანუ იზრდება ადამიანის როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური შესაძლებლობები. გუნებ-განწყობაზე ზემოქმედება დამოკიდებულია პიროვნების ინდივიდუალურ თავისებურებებზე და გარემოზე, აგრეთვე ადამიანის წინაშე მდგომ ამოცანებზე. საზოგადოდ, 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, გა-მოღვიძების სიხშირე. ჩონჩის 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, ჯანმრთე-ლებში ძლიერდება დიურეზი. ყავაში მყოფი კოფეინი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

კოფეინის ეფექტები რომ სურვილის საგანს წარმოადგენს, ამაზე მეტყველებს მთელს მსოფლიოში კოფეინის შემცველი სასმელების უკიდურესი პოპულარობა, მაგრამ ყავისა და ჩაის მომხმარებლები იშვიათად აცნობიერებენ იმას, რომ ემოციური ხასიათის წამალთდა-მოკიდებულება აქვთ.

ტოლერანტობა ვითარდება ნელა. კოფეინი, ისევე როგორც სხვა ფარმაკოლოგი-ურ-საგემოვნო ნივთიერებები, შედარებით სწრაფად იწვევს არა მარტო გაჯერების განცდას, არა-მედ უსიამოვნო ვეგეტატიურ შეგრძნებებსაც, ამიტომ აქ “კონტროლის დაკარგვა” პრაქტიკულად შეუძლებელია.

ფსიქიკური, ხოლო ავადგამომყენებლებში მსუბუქი ფიზიკური ხასიათის მოხსნის სიმპტომები ვითარდება კოფეინის მიღებიდან 12-16 საათის შემდეგ და ვლინდება თავის ტკივილით, გაღიზიანებადობით, ნევროზულობის ელემენტებით. ასეთივე მოვლენები

შეი-ნიშნება ქსანტინის შემცველი სასმელების არარეგულარული მოხმარებისას (მაგ., თუ სამსა-ხურში ხშირად სვამენ და სახლში იშვიათად, მხოლოდ გამოსასვლელ დღეებში).

კოფეინის ხანგრძლივი ავადგამოყენება იწვევს შფოთვის მდგომარეობას, მოუსვენრობას, ტრემორს, თავის ტკივილს, ექსტრასისტოლებს. ყავას ახასიათებს უფრო ფაღა-რათისკენ 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 ეკვივალენტურ რაოდენობას შეიცავს 10 ჭიქა ჩაი (დაახლოებით 30 მგ კოფეინი თითოეულ ჭიქაში). კოფეინის შემცველობა მნიშვნელოვანწილად 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 ცენტრალური ნერვული სისტემა კოფეინის მასტიმულირებელი ეფექტების მიმართ ნაკლებად მდგრადია.

კოფეინის სასმელები გავრცელებულია ყველგან, მაგრამ საკუთრივ ნარკომანული მიზნით იშვიათად მოიხმარება ეიფორიის გამოწვევის ნაკლები უნარის გამო. ჩაის მაეიფორიზე-ბელი მოქმედება კიდევ უფრო სუსტია, ვიდრე ყავის და მისი ავადგამოყენება (ჩეფირიზმი), როგორც წესი, გვხვდება როგორც ძირითადი ნარკომანიის დამატებითი, თანმხლები ფორმა.

თამბაქო

“შნამი, რომელიც უცხად არ მოქმედებს, ნაკლებად საშიში როდია”

ლესინგი

კლასიფიკაცია:

ცნს-ის სტიმულანტები

რა არის ეს?

თამბაქო მცენარეული ნაწარმია. განასხვავებენ კულტურულ ანუ მოსაწევ თამბაქოს (*Nicotiana tabacum*) და წიკოს. თამბაქოს ბოლის შემადგენლობა რთულია და შეიცავს 500-მდე ნივთიერებას. ძირითად ფარმაკოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს მიეკუთვნება ნიკოტინი (მწვა- ვე ეფექტები) და ფისი (ქრონიკული ეფექტები). სიგარეტის ერთი ღერი შეიცავს დაახლოებით 8,4 მგ ნიკოტინს და 15 მგ ფისს. მწვევლების მიერ

შეწოვილი ნიკოტინის რაოდენობა ვარიირებს 90 %-იდან (სიგარეტის მწვეველნი, რომელნიც ბოლს ისუნთქავენ) 10 %-მდე (სიგარეტის და ჩიბუხის მწვეველნი, რომელნიც ბოლს არ ისუნთქავენ, ნიკოტინი შეიწოვება პირის ღრუდან).

ცოტა რა ისტორიიდან...

თამბაქო დიდი ხნის განმავლობაში მოჰყავდათ ამერიკაში ვიდრე მას ევროპელები აღმოაჩენდნენ. ევროპაში შემოტანილ იქნა XV საუკუნის დასაწყისში. თავდაპირველად თამბაქო მოჰყავდათ, როგორც დეკორატიული და სამკურნალო მცენარე, თუმცა მისი ხმარება იკრძა-ლებოდა როგორც საერო, ასევე სასულიერო ხელისუფლების მიერ და მხოლოდ 1681 წლიდან გავრცელდა თამბაქოს კულტივირება მთელს ევროპაში.

საქართველოში თამბაქო XVII ს. ბოლოს შემოიტანეს. ეს იყო დაბალი ხარისხის წეკო. მაღალხარისხოვანი თამბაქოს კულტურა ჩვენში XIX ს. II ნახევარში გავრცელდა.

როგორ მოქმედებს ორგანიზმზე?

შეწოვილი ნიკოტინი ორგანიზმში მეტაბოლიზდება ბიოლოგიურად ინერტულ ნივთიერებად და მცირე რაოდენობით შეუცვლელი სახით გამოიყოფა შარდის საშუალებით.

თამბაქოს ბოლი შეიცავს 1-5 %-მდე ნახშირჟანგს, ამიტომ მწვეველების სისხლ-ში ჰემოგლობინის გარკვეული ნაწილი (3-15 %-მდე) წარმოდგენილია კარბოქსიჰემოგლობინის სახით, რომელიც არ მონაწილეობს ჟანგბადის ტრანსპორტირების პროცესში.

თამბაქოს ბოლის კონდენსატებში იდენტიფიცირებულია ნივთიერებები (პოლი-ციკლური ნახშირწყალბადები, ნიტრონაერთები), რომლებიც ექსპერიმენტებით კანცეროგენულ თვისებებს ავლენენ.

ნიკოტინს შეუძლია ცნს-ის როგორც სტიმულირება, ასევე დათრგუნვა. მისი ეფექტი ცნს-ზე განისაზღვრება დოზით, მიღების ინტერვალებით და დამოკიდებულია ინდივიდის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. ნიკოტინს შესწევს უნარი შეამსუბუქოს სევდა ან შფოთვა. პირები, რომლებზეც ნიკოტინი ამგზნებად მოქმედებს, ნაკლებად ეწვეიან, ვიდრე ისინი, ვისზეც ნიკო-ტინს დამამშვიდებელი ეფექტი გააჩნია.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე ნიკოტინის ზემოქმედება განპირობებულია სიმ-პათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციით – კანის სისხლძარღვები ვიწროვდება, კუნთების სისხლძარღვები ფართოვდება, გულისცემა ჩქარდება, არტერიული წნევა მატულობს.

ნიკოტინი ამაღლებს სისხლში ცხიმოვანი მჟავების დონეს, რასაც კლინიკუ-რი მნიშვნელობა აქვს ათეროსკლეროზის განვითარებისათვის. დამწყებ მწვეველს შეიძლება გა-ნუვითარდეს გულისრევა და ღებინება (ღებინების ცენტრის სტიმულაციის შედეგად), კუჭ-ნაწ-ლავის მამოძრავებელ და სეკრეციულ აქტივობაზე არსებით გავლენას არ ახდენს.

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

თამბაქოს მოწვევის ჩვევის ჩამოყალიბების მიზეზი რთული და მრავალფეროვანია და მისი დამაჯერებელი ახსნა არ არსებობს. თამბაქოსაგან სიამოვნებას იღებენ ნიკოტინის ზემოქმედებისა და ფისის სუნის შედეგად. მწვევლთა და არამწვევლთა პიროვნული თავი-სებურებების მკვეთრი განსხვავება აღნიშნული არ არის.

უმრავლეს შემთხვევაში მოწვევის ჩვევა ყალიბდება მოზარდობის პერიოდში და 20 წლის ასაკისათვის განისაზღვრება მწვევლის სტატუსი.

ზოგიერთი ბავშვი თამბაქოს მოწვევას იწყებს 9-10 წლამდე ასაკში. რეგულარულად მწვევლი ბავშვების 80 % აგრძელებს მოწვევას მოზრდილ ასაკშიც. რაც უფრო ადრე იწყებს ადამიანი თამბაქოს მოხმარებას, მით უფრო მეტია ადრეული სიკვდილიანობის რისკი. მოწვევა მოზარდობაში შეიძლება გახდეს სიფიცხის, გაღიზიანებადობის, გაფანტულობის, დაბნეულობის, ყურადღებისა და მეხსიერების დაქვეითების, ძილის დარღვევის მიზეზი.

მოზარდებისათვის მოწვევის განსაკუთრებული მავნეობა აიხსნება კიდევ იმით, რომ მშობლებისა და მასწავლებლებისაგან საკუთარი მანკიერი ჩვევის დაფარვის მიზნით ისინი ეწვეიან ჩუმად და სწრაფად ისუნთქავენ თამბაქოს ბოლს. ასეთ პირობებში თამბაქოს ბოლში მავნე ნივთიერებების უფრო მეტი რაოდენობა გროვდება (თამბაქოს ნელი წვის დროს ბოლში დაახლოებით 20 %-მდე ნიკოტინი გადადის, სწრაფი წვისას კი – 40 %-ზე მეტი). სიგარეტის ბოლომდე მოწვევის შემთხვევაში თამბაქოს ბოლი გაცილებით უფრო მეტ შხამს შეიცავს.

რა არის ბავშვთა და მოზარდობის ასაკში თამბაქოს მოწვევის მიზეზი? პირველ რიგში, ცნობისმოყვარეობა, მიმბაძველობა, სწრაფვა, არ ჩამორჩეს სხვებს, დაამტკიცოს, რომ “უკვე ღიღია”. როდესაც ბავშვი ხედავს, როგორ ეწვეიან უფროსები, მისი თანატოლები, თვითონ-ნაც ისწრაფვის, გაუსინჯოს თამბაქოს გემო. “ნაცნობობა” ყოველთვის სასიამოვნო არ არის, უფრო ხშირად, გამოუცდელიობისაგან, პირველი სიგარეტი იწვევს უსიამოვნო შეგრძნებებს – პირის სიმშრალე, ხველა, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, ღებინება. მაგრამ მაინც, სწრაფვა, რომ სხვებს არ ჩამორჩეს, უბიძგებს განმეორებითი გასინჯვისაკენ და თანდათან ვითარდება მიჩ-ვევა. მოზარდი თავს დაკმაყოფილებულად გრძნობს, რადგან მოახერხა მოზრდილებისაგან “გამ-ყოფი ბარიერის” გადალახვა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, თამბაქოს მოხმარების საწყის, ბიძგის მიმცემ ფაქტორად გვევლინება ფსიქოსოციალური ფაქტორი, მაშინ როცა ფარმაკოლოგიური ეფექტები უსიამოვნოა. მაგრამ თანდათანობით კლინდება ნიკოტინის სასიამოვნო ფარმაკოლოგიური ეფექტები, რასაც შედეგად მოსდევს მიჩვევა. ფსიქოსოციალურ მიზეზს უერთდება ე.წ. ფარმაკოლო-გიური სიამოვნება. თანდათან მატულობს თამბაქოს მოხმარება და ღრმავდება ბოლის შესუნთქვა. ასაკის მატებასთან ერთად დომინირებული ხდება ნიკოტინის მოთხოვნილება და მოწვევის სურ-ვილი. ასე რომ, უმრავლესობა იმათგან, ვინც დაიწყო მოწვევა იმის საჩვენებლად, რომ უკვე ღიღია, იძენს ნიკოტინისადმი დამოკიდებულებას, რაც საბოლოო ჯამში განსაზღვრავს მწვევლის სტატუსს და მოწვევის სტაბილურობას. ემოციური სტრესის დროს იზრდება მოწვეული სიგარეტების რაოდენობა, მაგრამ იშვიათად იწყებს ამ შემთხვევაში სიგარეტის მოწვევას არამწვევლი.

ფსიქიკური დამოკიდებულება თამბაქოს მიმართ საკმაოდ არის გამოხატუ-ლი. ნიკოტინისადმი ვითარდება ტოლერანტობა და ფიზიკური დამოკიდებულების გარკვეული ხარისხი. მწვევლებს თანდათან უვითარდებათ ე.წ. ნიკოტინური სინდრომი, რომლის დასაწყისად უნდა ჩაითვალოს მოწვევით გამოწვეული უსიამოვნო შეგრძნებების გაქრობა. თამბაქოს მოხ-მარება სისტემატურ ხასიათს ატარებს, იზრდება მოწვეული

სიგარეტების რაოდენობა. ჩნდება შეგრძნება, რომ თამბაქოს მოწვევა ზრდის შრომის უნარს, აუმჯობესებს თვითგრძნობას. თანდათან მატულობს ტოლერანტობა, აღწევს აპოგეას და ამ მაღალ მაჩვენებელზე დგას საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. მოწვევას აკვიატებული (ობსესიური) სურვილის ხასიათი აქვს. ფიზიკური ლტოლვის ელემენტები შეიძლება გამოვლინდეს დილის ხველის, ფი-ზიკური დისკომფორტის გრძნობის, მოწვევის მუდმივი სურვილის სახით.

სომატური არაკეთილდღეობის პირველი სიმპტომები ჩნდება ბრონქიტის, გულის არემი უსიამოვნო შეგრძნებების, გულისცემისა და არტერიული წნევის მერყეობის სახით. ნევ-როზისმაგვარი სიმპტომატიკა მსუბუქია, ზომიერი მოწვევის ან თავის შეკავების შემთხვევაში სწრაფად გაივლის და გამოიხატება “თავის დამძიმების” უსიამოვნო შეგრძნებით, ძილის დარღ-ვევით, გაღიზიანებადობით, შრომის უნარის გარკვეული დაქვეითებით. ნიკოტინური სინდრომის მოგვიანებით სტადიაზე ნიკოტინისადმი ტოლერანტობა ქვეითდება – მაღალი დოზები იწვევს დისკომფორტის მოვლენებს. ფსიქიკური ლტოლვა ქვეითდება, მოწვევა ხდება ავტომატური.

მიუხედავად ფართოდ გავრცელებული აზრისა, მოწვევის შეწყვეტა ძნელი სულაც არ არის. მაგრამ ადამიანები, რომლებმაც შეწყვიტეს თამბაქოს მოხმარება, ხშირად თავ-ვიდან იწყებენ, საბოლოოდ ამ ჩვევაზე უარს ამბობს მწვეველთა დაახლოებით 30 %. ქალებს, რატომღაც, უფრო უძნელდებათ ამ ჩვევაზე უარის თქმა. მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ შეიძლება მოიმატოს სხეულის მასამ და განვითარდეს ემოციური არამდგრადობის მდგომარეობა.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

ადამიანი, რომელიც დღეში დაახლოებით 25 სიგარეტს ეწევა, სიცოცხლის ხანგრძ-ლივობას იმოკლებს საშუალოდ 5 წლით (აშშ-სა და ინგლისში ჩატარებული გამოკვლევების მონაცემებით). სიკვდილიანობის მომატებული რისკი (არამწვეველთან შედარებით) მცირდება მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ და დაახლოებით 10-15 წლის შემდეგ აღწევს არამწვეველების შესატყვის დონეს.

ფილტვების, პირის ღრუსა და ხანის კბილს განვითარების რისკი მწვეველებს გაცილებით მაღალი აქვთ, ვიდრე არამწვეველებს. ხოლო გულის იშემიური დაავადებისაგან მწე-ველებში სიკვდილიანობა ორჯერ უფრო მეტია, ვიდრე არამწვეველებში.

ხანგრძლივი მოხმარების გვერდითი ეფექტები ვლინდება ფილტვების დაზიანების ორი სხვადასხვა ფორმით: ლორწოს ჰიპერსეკრეციით გამოწვეული ქრონიკული ბრონქიტი, რო-მელსაც თან სდევს შეტევისმაგვარი ხველა ნახველით, და ფილტვის ქსოვილის დაზიანების შე-დეგად განვითარებული ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები. კერძოდ, ვითარდება ემფიზემა, რომელიც პროგრესული მიმდინარეობით ხასიათდება.

არამწვეველთან შედარებით მწვეველები ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან კუ-ჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით. ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ მოწვევა აძნე-ლებს წყლულების შეხორცებას და ზრდის რეციდივების სისშირეს. მწვეველებს ასევე ხშირად უვითარდებათ კბილებისა და ღრძილების დაავადებები.

შენიშნულია, რომ მწვეველი ქალები და მამაკაცები უფრო ხშირად იყენებენ ემო-ციურ სფეროზე მოქმედ საშუალებებს, მათ შორის ალკოჰოლურ სასმელებს. შესაბამისად, მოწვევა შეიძლება მათთვის განიხილებოდეს როგორც ემოციურ სტრესებთან ადაპტაციის (შეგუ-ების) ერთ-ერთი საშუალება. მწვეველი ქალები უფრო ხშირად არიან უნაყოფონი და უფრო იშვიათად ორსულდებიან, ვიდრე არამწვეველები, მწვეველებში რამდენადმე იზრდება სპონტანური აბორტის, ორსულობის დროს სისხლდენების რისკი.

მწვევლი ქალის მიერ გაჩენილი ახალ-შობილის სხეულის მასა საშუალოდ 200 გრამით ნაკლებია და ადრეულ პერიოდში სიკვდილიანობის რისკიც უფრო მაღალია.

რა არის პასიური მოწვევა? – ბევრი არამწვეველი განიცდის თამბაქოს ბოლის ზემოქმედებას, რადგან ისუნთქავს მას სახლში, სამსახურში, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგი-ლებში, ყველგან, სადაც არიან მწვეველები. რადგან ეს პროცესი არ არის დამოკიდებული ადა-მიანის სურვილზე, მას შეიძლება ვუწოდოთ პასიური მოწვევა.

პასიური მოწვევის მავნებლობის ხარისხის დადგენა ძნელია. ბოლი, რომელიც გაივლის თამბაქოში და ხვდება მწვეველის ორგანიზმში, არის ძირითადი ნაკადი, ხოლო მბუჟ-ტავი თამბაქოს ბოლი, რომელიც გარემომცველ სივრცეში ხვდება და რომელსაც ისუნთქავს მწვეველიც და არამწვეველიც, არის ბოლის თანმდევი, მეორადი ნაკადი. ძირითადი და თანმდევი ნაკადების ბოლი შემადგენლობით ერთმანეთისაგან განსხვავებულია; ამავე დროს აქტიური მწვეველი განიცდის თამბაქოს ბოლის ძირითადი ნაკადის ზემოქმედებას, ხოლო პასიური მწვეველი – ოთახის ჰაერით განზავებული ბოლის თანმდევი ნაკადის ზემოქმედებას. განზავების ხარისხი დამოკიდებულია მწვეველსა და არამწვეველს შორის მანძილზე და ოთახის ვენტილაციაზე. არამწვეველის მიერ შესუნთქული ბოლის სხვადასხვა კომპონენტები ვარიირებს და ძნელად განისაზღვრება. ქალაქში მცხოვრები არამწვეველების დაახლოებით ნახევარს სისხლში ესაზღვრება ნიკოტინი.

საბოლოო ჯამში, სიგარეტი კლავს ყოველ მეორე მწვეველს და მნიშვნელოვნად უმოკლებს სიცოცხლეს დანარჩენებს.

მწვეველების გავლენით და რეკლამის ზემოქმედებით საფუძველი ეყრება ავადმყოფობებისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის მწარე “მოსავალს”.

პოსტკომუნისტურ სივრცეში ისეთი საქონელი, როგორცაა ყცხოური სიგარეტები და სპირტიანი სასმელები, ცხოვრების დასავლური სტილის სიმბოლოდ იქვა. ამ აზრის განმტკიცება ხდება სატელევიზიო პროგრამებითა და რეკლამირებით, რომლებიც ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარებას სოციალური კეთილდღეობისა და თავისუფლების ხატს უკავშირებენ. ახალგაზრდობამ უნდა გაიცნობიეროს ის, რომ “დასავლური ფასეულობები” ცხოვრების ჯანსაღ წესსაც გულისხმობენ და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის მავნე ნივთიერებების მოხმარების შეზღუდვა იქ ნორმად ითვლება.

ჯერ კიდევ 1986 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეამ წამოაყენა წინადადება თამბაქოსთან ბრძოლის ღონისძიებების გატარების შესახებ, რომელიც მიმართული იქნებოდა თამბაქოს ნაწარმის პოპულარიზაციის შემცირებისაკენ. არც ერთ საზოგადოებაში არავის არა აქვს უფლება იყოს იმდენად თავისუფალი, რომ ზიანი მიაყენოს ირგვლივმყოფებს და ეს პრინციპი უნდა გავრცელდეს თამბაქოს პროპაგანდაზეც.

ეფედრონი

კლასიფიკაცია

ცნს სტიმულანტები

რა არის ეს?

ეფედრონი – დამუშავებული ეფედრინია, რომელიც 1986 წელს სსრკ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შეტანილ იქნა ნარკოტიკული საშუალებების ნუსხაში, როგორც ფსიქო-სტიმულატორი. ნარკომანიის ეფედრონული ტიპი პტაქტიკულად მხოლოდ

ყოფილი სსრკ-ის ტერიტორიაზეა გავრცელებული. საქართველოში გვხვდება იშვიათად, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ნარკოტიკის წარმოშობის ისტორია იწყება სოხუმში, სადაც შეიქმნა ეფედრინის ეფედრონად გარდაქმნის ტექნოლოგია. ინმარება ინტრავენური ინექციების სახით. ძლიერმოქმედი პრეპარატია, ცნს-ზე მძლავრი მასტიმულირებელი ეფექტებით, მოქმედებს სუნთქვის ცენტრზე, სისხლძარღვებზე და ბრონქების გლუვ კუნთებზე.

როგორია თრობის სურათი?

პრეპარატის ინტრავენური შეყვანის შემდეგ, ოპიომანების მსგავსად, ავადმყოფები გამოყოფენ ე.წ. “პრიხოდს” – აღმოცენდება ხანმოკლე სითბოსა და თავისებური “შინაგანი მა-საჟის” სასიამოვნო შეგრძნება, რომელიც ტალღისებურად ვრცელდება მთელს ორგანიზმში; შემდეგ მოდის სიმსუბუქის, ფრენის, სინარულისა და “თავში განათების” განცდა. აზრები იძენენ განსაკუთრებულ სიმკვეთრეს.

ეფედრონის პირველი მიღებების დროს ჩნდება იმის განცდა, რომ “თმები ყალფზე უდგებათ”, ძალიან სასიამოვნოა თმების “დავარცხნა”, ზოგჯერ არის “ჭინჭველების ცოცვის” შეგრძნება. მოგვიანებით თავში და სხეულში უსიამოვნო შეგრძნებები ქრება და წინა პლანზე მოდის უშფოთველი სიამოვნების გრძნობა. პიროვნება ხდება მრავალსიტყვიანი, აქტიური, უჩნდება ურთიერთობის სურვილი, ეკარგება დროის შეგრძნება, უმცირდება დაღლილობის განცდა, უმწვავედება ბგერებისა და შუქის აღქმა.

შემდგომში შეინიშნება გამოხატული მოტორული და მეტყველებითი აგზნება. ქმედების ყველა სახე ატარებს მონოტონურ, არაპროდუქტიულ ხასიათს, უჩნდებათ ხატვის, ძერწვის, მუსიკის, ლექსების წერის სურვილი; ამავე დროს საკუთარი თავის მიმართ კრიტიკა არ გააჩნიათ და თვლიან, რომ ყველაფერი, რაც შექმნეს, გენიალურია.

თრობის მდგომარეობაში შეინიშნება პირის სიმშრალე, გულის ცემის აჩქარება, გუგების გაფართოება.

მწვავე ნარკოტიკული თრობა გრძელდება 6-8 საათი, რომლის შემდეგაც ვითარდება მტანჯველი “გამოსვლის” მდგომარეობა – სისუსტე, მოღუნება, გაღიზიანებადობა, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა, ბოლმიანობა. ინტოქსიკაციის შემდგომი ეს მეტად უსიამოვნო პერიოდი საკმაოდ ხანგრძლივია (8-15 საათი).

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

ეფედრონული ნარკომანია გავრცელებულია უფრო ხშირად ახალგაზრდა ასაკის პირებში. ცნობისმოყვარეობა და ჯგუფისადმი სოლიდარობა ნარკოტიკის გასინჯვის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია.

ზემოთ აღწერილი “გამოსვლის” მკვეთრად უსიამოვნო ხასიათი ზოგიერთ ავადმყოფში განაპირობებს ინტოქსიკაციის იშვიათ ხასიათს. ავადმყოფების მეორე ნაწილს პოსტინტოქსიკაციური მდგომარეობის შიში იმდენად უვითარდება, რომ ამ “გამოსვლის” თავიდან აცილების მიზნით ისევ იმეორებს ინექციას. ამგვარად, ინტოქსიკაციის რითმი თავიდანვე იღებს სისტემატურ ხასიათს.

ხანგრძლივი სისტემატური მოხმარების შემთხვევაში თანდათან მოკლდება ნარკოტიკული ეიფორიის პერიოდი, ამიტომ ავადმყოფები ცდილობენ ნარკოტიკი მიიღონ უფრო ხშირად (დღე-ღამეში 15-ჯერ). იკარგება რაოდენობრივი კონტროლი, მუდმივად იზრდება სადღე-ღამისო დოზა.

თანდათან იცვლება ეიფორიის ხასიათი – ყველა შეგრძნება კარგავს თავის სიმძაფრეს. სისტემატური მოხმარების ფონზე ვითარდება ფსიქოზური ეპიზოდები

ექვიანობის, ბოღვითი განწყობის, აკვიატებული შიშების სახით. ცალკეულ შემხვევებში შეინიშნება გამოხატული ეფედრონული ფსიქოზები – ცნობიერების შევიწროებით, დამოკიდებულების, ღვენის, ექვიანობის ბოღვით, სმენითი ილუზიებით და ჰალუცინაციებით.

ნარკოტიკის ხმარების შეწყვეტის შემთხვევაში ვითარდება მოღუნება, სი-სუსტე, გაღიზიანებადობა, დათრგუნული გუნებ-განწყობა, აზრები ცხოვრების ამაოების შესახებ, აპათია, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა, უსიამოვნებებისადმი გამძაფრებული მგრძნობელობა.

დამახასიათებელია გარეგნობა – ჩავარდნილი, მბრწყინავი თვალები, კანის მონაცრისფრო შეფერილობა, მუწუკები ან ჰიპერპიგმენტაცია.

ეფედრონის ერთ-ერთი სახესხვაობაა ე.წ. “ვინტი”, რომლის მომზადების ტექნო-ლოგიაში გამოიყენება კალიუმის პერმანგანატი. ამ უკანასკნელის თავის ტვინზე ქრონიკული ზემოქმედება იწვევს შეუქცევად ორგანულ ცვლილებებს – ვითარდება პარკინსონიზმი.

თავი 5. ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)

ჰალუცინოგენები – ნივთიერებები, რომლებიც ცნს-ზე ზემოქმედების გზით იწვევენ გუნებ-განწყობის ცვლილებას და აღქმის გაუკუღმართებას ჰალუცინაციების* ფორმით. მათ მიეკუთვნება კანაბისი (ჰაშიში, მარიხუანა), ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი (LSD) და სხვა სინთეზური ჰალუცინოგენები (ფენციკლიდინი – PCP), ჰალუცინოგენური სოკოები (შეიცავს ფსილოცინს და ფსილოციბინს), ჰალუცინოგენური ამფეტამინები (“ექსტაზი”), მესკალინი (შეი-ცავს მექსიკური კაქტუსის პეოტი), ციკლოდოლი.

ამ ჯგუფის ნივთიერებები იწვევს ფსიქიკის ისეთ ცვლილებებს, რომლებიც ფსი-ქოზურ მდგომარეობებს მოგვაგონებენ: რეალობის აღქმის დაკარგვა, ჰალუცინაციები. ძირითადად ასეთ ნარკოტიკებს ეტანებიან არამდგრადი ფსიქოემოციური სფეროს მქონე პირები.

კანაბისი

“დაე იცოდნენ ცნობისმოყვარეებმა და გამოუცდელეებმა, ვინც ილუზო-რულ სამოთხეს ებებს, რომ ჰაშიშიში არაფერია სასწაულმოქმედი”
შარლ ბოლლერი

კლასიფიკაცია:

ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები).

* - ჰალუცინაცია – აღქმა, რომელიც რეალური ობიექტის გარეშე აღმოცენდება (ხილვები, მოჩვენებები, მოჩვენებითი ბგერები, ხმები, სუნი და ა.შ.)

რა არის ეს:

სხვადასხვა ქვეყანაში თუ ეთნიკურ ჯგუფში ამ ნარკოტიკს სხვადასხვა სახელით მოიხსენიებენ: ანაშა, ჰაშიში, მარიხუანა, ბანგი, განჯა, ჩარასი, კიფი, და ა.შ. ფარგონული აღნიშვნები: “პლანი”, “მოსაწვეი”, “კანაპლა”, “ბალახი” (“ტრავეკა”). ტერმინი კანაბისი გამოიყენება როგორც ყველა ამ ცნების გამაერთიანებელი განსაზღვრება.

კანაბისის იღებენ ერთწლიანი ორსქესიანი მცენარისაგან Cannabis Sativa და მისი სახესხვაობებისაგან – Cannabis Indica და Cannabis Americana. კანაბისის ფოთლები, მსხმოია-რე და ყვავილოვანი ყლორტები შეიცავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მნიშვნელოვან რაოდენობას. ეს “ნარკოტიკის შემცველი” ნაწილები შეიძლება შეგროვდეს მცენარის ზრდასთან ერთად. ჩვეულებრივ, ეს ნაწილები იყიდება არალეგალურ ბაზარზე.

კანაბისის პრეპარატებს ეწვეიან სუფთა სახით ან თამბაქოსთან ერთად, ღეჭავენ (ბანგი), ხარშავენ და იღებენ თხევადი სახით (მანაგუა და სხვა ექსტრაქტები), აწარმოებენ ჰა-შიშის შემცველ სასმელებს, ნამცხვრებს და კანფეტებსაც კი.

კანაბისი შეიცავს 400-ზე მეტ ნივთიერებას. ცალკეულ პრეპარატში ფსიქო-ტოქსიკური ნივთიერებების შემცველობა დამოკიდებულია მცენარის თავისებურებებზე, მისი ზრდის პირობებზე, შეგროვების, შენახვისა და დამზადების წესზე.

ცოტა რამ ისტორიიდან...

ბრამინული ლეგენდის მიხედვით, ვიშნუს თავიდან ჩამოცვენილი რამოდენიმე თმის ღერი თეთრი ქაფის ნაკადით მიტანილ იქნა საოცარ ველზე, გადაიქცა უცხო მცენარედ, რომელსაც შესწევდა უნარი, ყველაზე დადარდინებული ადამიანიც კი გაეცინებინა... ასე გაჩნდა ჰაშიში...

არქეოლოგები გვამცნობენ, რომ შესაძლოა, კანაბისი იყო ადამიანების მიერ კულ-ტივირებული პირველი მცენარე. მას იყენებდნენ ქაღალდის, ქსოვილების, ტანსაცმლის დასამზადებლად. ინდუსები, ბუდისტები და მრავალი სხვადასხვა რელიგიური სექტის წარმომადგენლები იყენებდნენ კანაბისის პრეპარატებს რიტუალების შესრულების დროს.

ჯერ კიდევ XII საუკუნეში ებნ ბეითარი აღნიშნავდა, რომ ჰაშიშის დიდი ღირებუთით მოხმარება იწვევს ბოღვას და შემლილობას, ხოლო ჰაშიშის მიჩვევა ათაყვანებს ადამიანს.

ერთ-ერთი ვერსიის თანახმად, სახელწოდება “მარიხუანა” ნიშნავს “მომწამვლელს” და პირდაპირ მიუთითებს მოსალოდნელ შედეგებზე.

როგორ მოქმედებს ორგანიზმზე?

კანაფის აქტიურ ნივთიერებებს მიეკუთვნება ზეთოვანი კანაბინოიდები. მათ შორის ძირითადი ფსიქოაქტიური აგენტია ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (ტჰჰკ), რომლის შემცველობა მცენარეში მერყეობს 1-8 %-ის ფარგლებში. ამერიკული კანაფი კანაბინოიდების უფრო ნაკლებ რაოდენობას შეიცავს, ვიდრე ინდური. კანაბინოიდები ადვილად იხსნება ცხიმებში და ცუდად – წყალში, ამიტომ ისინი ორგანიზმში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩებიან. კანაბინოიდების გარდა კანაბისი შეიცავს წყალში ხსნად, მათ შორის ატროპინის მსგავს ნივთიერებებს, რომლებიც განაპირობებენ პირის სიმშრალეს.

კანაბისის ბოლის შემადგენლობა საკმარისად შესწავლილი არ არის. მას აქვს სპეციფიკური (დამწვარი თოკის) სუნი და მასში შემავალი ტჰკ-ის 25-50 % ორგანიზმში შეღის სასუნთქი გზების საშუალებით.

კანაბისის პრეპარატების მოწვევის, ან სხვა გზით მიღების შედეგად წითლდება სკლერები, ფართოვდება სისხლძარღვები, ქვეითდება არტერიული წნევა, შეინიშნება გულის ცემისა და სუნთქვის აჩქარება, მოწვევის დროს, ჩვეულებრივ, იწყება ხველა, მატულობს ჭამის მადა, ითრგუნება ღვიძლის ფერმენტების აქტივობა, რასაც შედეგად მოსდევს ღვიძლის მეტაბოლური ფუნქციის დაქვეითება.

როგორია თრობის სურათი?

პრეპარატის მოქმედება იწყება მოწვევიდან რამოდენიმე წუთის შემდეგ და გრძელდება 2-3 საათის განმავლობაში. პირველი მიღება ყოველთვის არ იწვევს სასიამოვნო შეგრძნებებს, პირიქით, შეიძლება მწვევლმა იგრძნოს გულისრევა, პირის სიმწარე, მსუბუქი თავ-ბრუდახვევა, უფრო მეტიც, ბოლის შესუნთქვის პირველ წუთებში ისინი ზოგჯერ განიცდიან ძლიერ შიშსა და შფოთვის (პანიკის შეტევა).

პრეპარატზე რეაქცია მნიშვნელოვნად ვარიირებს, მასზე გავლენას ახდენს ირგვლივ მყოფების ქცევა და განისაზღვრება მოსალოდნელი ეფექტებისადმი განწყობით, განსაკუთრებით დამწყები მწვევლებისათვის.

თრობის სუბიექტური სიმპტომები: როგორც წესი, პრეპარატის მოქმედება იწყება ლორწოვანი გარსების გაშრობით, ძლიერი წყურვილისა და შიმშილის შეგრძნებით, შეიძლება იყოს ყურებში შუილი, თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, პარესთეზიები*, სიცხის ან სიცივის შეგრძნება. ჩვეულებრივ, თუმცა არა ყოველთვის, ვითარდება ეიფორია, არამოტი-ვირებული სიცილი, ცოცხლდება სენსორული, განსაკუთრებით მხედველობითი, შეგრძნებები (მატულობს ფერის შეგრძნების კონტრასტულობა და ინტენსივობა), ირღვევა საგნების ზომებისა და მათ შორის მანძილის აღქმა: “ჰაშიშისტი ფეხს წევს პატარა ჯოხის წინ, ფიქრობს, რომ ეს მორია და ტანთ იხდის გუბის წინ, რათა იგი გადაცუროს...”, დროის მსვლელობა ნელდება (დრო “იწელება”) ან ქრება დროის შეგრძნება და ჩნდება დროში ორიენტაციის დარღვევის უსიამოვნო გაცდა. ცალკეულ შემთხვევებში წარსულის და მომავლის გაცდა მოგვაგონებს “დროის დერეფანში” მოძრაობას; ირღვევა ყურადღების კონცენტრაცია და მეხსიერება – წინადადების დასაწყისი მის დამთავრებამდე ავიწყდებათ; სუბიექტი ხდება ადვილად შთაგონებადი და გაფანტული; ზოგჯერ შეინიშნება შიშნარევი ეჭვნიულობა (“იზმენა”).

აღქმის დარღვევა წარმოშობს წარმოდგენებსა და ფანტაზიებს, რომლებიც მაღალი დოზის ხმარებისას შეიძლება გადაიზარდოს ჰალუცინაციებში. ზედოზირების შემთხვევაში შესაძლებელია მწვავე ფსიქოზის განვითარება, რომელიც გრძელდება რამოდენიმე საათიდან რამოდენიმე დღემდე (ცნობიერების დაბინდვა, ორიენტაციის დარღვევა, შიში, შფოთვა, ჰალუცი-ნაციები).

თრობის მანძილზე შესაძლებელია ეფექტების წყვეტადობა, ტალღისებური მიმდინარეობა: ბრუნდება ნორმალური მდგომარეობა, რასაც შემდეგ მოსდევს აღქმის შეცვლა.

* პარესთეზია – სპონტანურად აღმოცენებული უსიამოვნო შეგრძნება (დაბუყება, ჩხვლეტა, “ჭიანჭველების ცოცვა” და სხვ.)

ზემოთ აღწერილი სურათი ახასიათებს თრობის აგზნების სტადიას, რომელიც შემდგომში დათრგუნვის სტადიით იცვლება. ზოგ შემთხვევაში ეს “გადასვლა” ხდება უცხად, ზოგჯერ პირიქით – თანდათანობით იცვლება გარე სამყარო, ფერები მკრთალდება, ილუზიები და ფანტაზიები ქრება, აზრების მიმდინარეობა მკვეთრად მუხრუჭდება. შემდეგ ჩნდება შიშები, დენის ბოღვითი იდეები, გუნებ-განწყობის მკვეთრად გაუარესება. თრობიდან გამოსვლისას შეი-ნიშნება შენელებული მოძრაობები, შებოჭილობა, აპათია, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ძილი.

თრობის ობიექტური სიმპტომები: კანის ჰიპერემია (იშვიათად სიფერ-მკრთალე), თვალების ბრწყინვა, სკლერების ჩაწითლება, გუგების გაფართოება, გულის ცემისა და სუნთქვის აჩქარება, პირის სიმშრალე, მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევა, ტრემორი, ლულულულით მეტყველება.

საინტერესოა სექსუალურ სფეროში განვითარებული ცვლილებები თრობის ფონზე: ერთი მხრივ, აღქმის დარღვევა იწვევს სქესობრივი აქტის განხანგრძლივების ილუზიას, და მეორე მხრივ, ფანტაზიებისაკენ მიდრეკილება ქმნის მოჩვენებითი სექსუალური აქტიურობის განცდას.

როგორ ვითარდება წამალთდამოკიდებულება?

ხშირად მოზარდები კანაბის სინჯავენ ცნობის წადილით, სხვების მიბაძვით, თვითდამკვიდრების ან სიამოვნების მიღების მიზნით; ზოგჯერ ეს არის უინტერესო, მოსაწყენი, ერთფეროვანი ყოველდღიურობისაგან განსვლის საშუალება. ეწვეიან “მიყუჩებულ ადგილას”, უმეტესად იმ კომპანიაში, სადაც უკვე გამოცდილი აქვთ პრეპარატის მოქმედება და თანა-ტოლების ქცევა სხვებისათვის მისაბაძი ხდება.

განარჩევენ შემთხვევით მომხმარებლებს (რომელთაც გასინჯეს ჰაშიში), პე-რიოდულ მომხმარებლებსა და სისტემატურ მომხმარებლებს (რომლებიც ეწვეიან ყოველდღე ან დღეში რამოდენიმეჯერ).

კანაბიზმის ტიპის წამალთდამოკიდებულებისათვის დამახასიათებელია: ზომიერი ან მკვეთრად გამოხატული ფსიქიკური დამოკიდებულება, რომელიც განპირობებულია სასურველი სუბიექტური შეგრძნებების ხელახალი განცდის სურვილით; ტოლერანტობის გარკვეული ხარისხი (დიდი დოზების მოხმარების შემთხვევაში); აბსტინენციის ფიზიკური კომ-პონენტი მკვეთრად გამოხატული არ არის, მაგრამ ხანგრძლივი მოხმარების შეწყვეტის შემთხ-ვევაში შეიძლება განვითარდეს დეპრესია, შფოთვა, ძილის დარღვევა, ტრემორი და სხვა ცვლი-ლებები, რის გამოც ჰაშიშის მწვეველთა უმრავლესობა თვლის, რომ მისი მოხმარების შეწყვეტა ძნელია.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

კანაფის რეგულარული მიღების შედეგად ვითარდება ბოღვითი აზროვნე-ბისაკენ მიდრეკილება. დიდი დოზებით სისტემატურმა მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ფსიქოზი – ბოღვა, ილუზიები, ჰალუცინაციები, პანიკა, “უცნაური” ქცევა, აგრე-სიულობა.

კანაბისის პრეპარატების ხანგრძლივი მოხმარების შეწყვეტიდან დღეებ-ის, კვირების ან თვეების შემდეგაც შეიძლება გაჩნდეს გადატანილი ჰალუცინოგენური გამოცდი-ლების მსგავსი განცდები, მხოლოდ უფრო ხანმოკლე და

ნაკლები ინტენსივობისა (Flashback – წარსულში დაბრუნება, ადრე განცდილი მოვლენების შეკუმშული სახით განმეორება).

ჰაშიშის მოხმარებასა და დამნაშავეობას შორის კავშირის პრობლემა აქტიურად განიხილება. არის საფუძველი ვიფიქროთ, რომ კანაბისი ამძაფრებს ემოციებს, რო-მელთაგან ზოგიერთი შეიძლება ანტისოციალური აგრესიული ქცევის მოტივაცია იქცეს.

ქრონიკული ინტოქსიკაცია იწვევს პიროვნების შეცვლას. ამ მხრივ პრაქტიკულად დიდი მნიშვნელობა აქვს ე.წ. ამოტივაციურ სინდრომს, რომელიც ვლინდება ფსიქიკური აქტივობის მკვეთრი დაქვეითებით აპათიის განვითარებამდე, სოციალური პასიურობით, ყურადღების დაქვეითებით, ინტელექტისა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების გაღარბებით. ამ სინდრომის ცალკეული თავისებურებები მოგვაგონებს შიზოფრენიით დაავადებულთა ქცევას – საკუთარ თავში ჩაკეტვა, გარემომცველი სამყაროსადმი სრული განურ-ჩევლობა, მზარდი დესოციალიზაცია.

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კანაბისის ეპიზოდური მოხმარება შეიძლება პროგრესირებდეს მისი ავადგამოყენების მძიმე ფორმებამდე, ხოლო ხშირად ტრანსფორ-მირდეს ნარკომანიაში უფრო აქტიური საშუალებების ხმარებით (მაგ., ოპიატების).

ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი (LSD)

კლასიფიკაცია:

ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები).

რა არის ეს:

LSD დღესდღეობით ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ძლიერი ჰალუცინოგენია. ლეგალუ-რად აღარ გამოიყენება 1970 წლიდან.

LSD-ს წარმოება ხდება უკანონოდ იატაკქვეშა ლაბორატორიებში პრიმიტიული მოწყობილობების საშუალებით, ამიტომ მიღებული ნარკოტიკის სისუფთავე და ძალა ჩვეულებრივ ცნობილი არ არის. იწარმოება უფერო, უსუნო და გემოს არმქონე სითხის, თეთრი ფხვნილის ან სხვადასხვა ფორმის აბებისა და კაფსულების სახით. 80-იანი წლებიდან არალეგალურ ბაზარზე ფართო გავრცელება ჰპოვა ე.წ. “ქალაღლის” დოზირებულმა ფორმებმა – ეს ფორმები მიიღება სპეციალურად დაბეჭდილი ქალაღლის LSD -ს ხსნარით გაჟღენთის გზით. როგორც წესი, ასეთი ქალაღლის ფურცლები პერფორირდება პატარა ზომის კვადრატებად, რომელთაგან თითოეული შეიცავს ნარკოტიკის დაახლოებით ერთნაირ დოზას (30-50 მკგ). არსებობს აგრეთვე LSD –ს ხსნარით გაჟღენთილი ნახატები (აბსტრაქციული გამოსახულებები, კომიქსები, მარკები და ტატუირების ტრაფარეტები). ეს ქალაღლის “ნაწარმი” განსაზღვრულია ნარკოტიკების ყველაზე ახალგაზრდა პოტენციური მომხმარებლისათვის.

ცოტა რამ ისტორიიდან...

არც ისე დიდი ხნის წინათ, საფრანგეთის პატარა ქალაქის, სენტ-ესპრის მცხოვრებლები დაავადნენ უცნაური ავადმყოფობით: აწუხებდათ შემცივნება, გულისრევა და პირ-ღებინება, სუნთქვის გაძნელება. შემდეგ დაიწყო რალაც მასობრივი ფსიქოზის მსგავსი რამ: იცი-ნოდნენ, ილხენდნენ, ჰქონდათ საკუთარი კეთილდღეობის საოცარი განცდა. ცოტა ხნის შემდეგ ბევრი ავადმყოფის მდგომარეობა შეიცვალა: ერთი მათგანი, შეშინებული, საწოლის ქვეშ დაიმა-ლა, მეორე ხელებს იქნევდა და უხილავ ლომებს იგერიებდა, მესამე დაიყვირა, რომ ფრენა

შეუძლია, გაშალა ხელები და... მესამე სართულიდან “გადაფრინდა”... მოგვიანებით დადგინდა, რომ დაავადება გამოწვეულია შხამიანი სოკოს სპორებით, რომლებიც ქარისა და მწერების საშუალებით ვრცელდება. მცენარის სხვადასხვა ალკალოიდებს შორის გამოყოფილ იქნა ნივთიერება – ლიზერგინის მჟავა, რომელიც იწვევს ფსიქიკის მოშლას. მჟავა შეისწავლეს და მია-კუთვნეს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის განსაკუთრებით საშიშ ნარკოტიკებს.

მაგრამ, კიდევ უფრო საშიში ჰალუცინოგენური ნარკოტიკია ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი – LSD – ნახევრად სინთეზური ნივთიერება, რომელიც პირველად მიღებულ იქნა 1938 წელს ჭვავის რქისაგან. მისმა აღმომჩენმა (Albert Hofmann) 1943 წელს საკუთარ თავზე გამოსცადა ამ ნარკოტიკის ზემოქმედება.

როგორია თრობის სურათი?

LSD-ს მიღებიდან 15-30 წუთის შემდეგ მხედველობითი შეგრძნებები ხდება არა-მკვეთრი, ჩნდება მხედველობითი ჰალუცინაციები, რომლებიც ბრძებში არ აღმოცენდებიან. საგ-ნები დამახინჯებულად აღიქმება. მახვილდება სმენა, მაგრამ სმენითი ჰალუცინაციები იშვიათად ვითარდება. საკვები აღიქმება, როგორც უხეში და შეიგრძნობა, როგორც ქვიშა. ირღვევა დროში ორიენტაცია: დრო თითქოს ნელა გადის ან “ჩერდება”, მაგრამ უფრო ხშირად სწრაფად “მიფ-რინავს” და უეცრად გაელვებული ათასწლეულების შთაბეჭდილება იქმნება. შეიძლება აღმოცენ-დეს სიმსუბუქისა და ბედნიერების, ან პირიქით, შიშისა და დათრგუნვილობის შეგრძნება. ცნო-ბიერება იბინდება, შესაძლებელია განცდების კოსმოსური, რელიგიური, მისტიკური თემატიკა, როცა ადამიანი თითქოს მაყურებელთა დარბაზში იმყოფება და გარედან აღევნებს თვალყურს იმას, რაც ეკრანზე ხდება.

ლოზაზე დამოკიდებულებით LSD-ს ეფექტები გრძელდება რამოდენიმე საათის განმავლობაში, იცვლება აღქმის აღდგენის პერიოდებით. ამას თან სდევს გულისრევა, თავბრუდა-ხვევა, უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულში, სისუსტე, ტრემორი, გუგების გაფართოება, მოძრაო-ბის კოორდინაციის დარღვევა.

აღსანიშნავია, რომ LSD-თი თრობის დროს ეიფორია ნაკლებად შეიცავს სია-მოვნების სომატურ კომპონენტს და ძლიერი აფექტების განცდასაც კი არ ახლავს თან მოძრაო-ბითი აქტივობა. ნეტარება და აღფრთოვანება განიცდება ექსტაზურად, გაყინულ მდგომარეობაში. ყველაზე ღრმა დარღვევა – ეს არის საკუთარი პიროვნების შეცნობის უნარის დაკარგვა (საკუ-თარი თავის გაორება, გასხვისება, საწინააღმდეგო სქესის არსებად ან უსულო საგნად აღქმა). ფსიქიკური პროცესი ხდება ავტომატური, უმართავი, სიზმრისმაგვარი, ყურადღების კონცენტრა-ცია შეუძლებელია.

იკარგება ავადმყოფურ წარმოდგენებსა და რეალობას შორის განსხვავება. აღწერილია ზებუნებრივი ბედნიერების, ღმერთთან მიახლოების, გამოუთქმელი აღფრთოვანების შეგრძნებები. ზოგჯერ პირიქით, არის საშინელების, სევდის, ცხოვრების უაზრობის განცდები, უმართავი აგრესიულობის შეტევები, მკვლელობისა და

თვითმკვლელობის შემთხვევები თრობის მდგომარეობაში და შემდგომი რამოდენიმე დღე-ღამის განმავლობაში.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

იწვევს ძლიერად გამოხატულ ფსიქიკურ დამოკიდებულებას. LSD-ს საშუალო დოზა შეადგენს 50-200 მკგ-ს. ტოლერანტობის განსაზღვრული დონის მიღწევასა და ნარკოტიკის “გამოცდილი” მომხმარებლები იღებენ დაახლოებით 2000 მკგ-მდე. ზოგიერთ ნარკო-მანს LSD-ს მიღების გარეშე შეიძლება უეცრად განუვითარდეს განმეორებითი პალუცინაციები, იმის ანალოგიური, რაც ადრე ამ ნარკოტიკის მიღების ფონზე ჰქონდა (Flashback).

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 სიმახინჯებს (ვითარდება ქრომოსომული მუტაციები და სიცოცხლისათვის შეუთავსებელი პათოლოგიური მდგომარეობები).

შემაწუხებელია ის ფაქტი, რომ ამ ნარკოტიკის წარმოება შედარებით იაფი ჯდება და მისი სინთეზირება შესაძლებელია იატაკქვეშა ლაბორატორიებში. საბედნიეროდ, საქართველოში დღესდღეობით ეს ნარკოტიკი არ მოიხმარება, მაგრამ რუსეთის არალეგალურ ბაზარზე უკვე ფიგურირებს.

ჰალუცინოგენური ამფეტამინები

კლასიფიკაცია:

ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)

რა არის ეს:

მეთილენდიოქსიამფეტამინი (MDA), მეთილენდიოქსიმეტამფეტამინი (MDMA). ამ უკანასკნელის ჟარგონული სახელწოდებაა “ექსტაზი” (XTC - ექს-ტი-სი).

ახასიათებს ამფეტამინისა და LSD-ს კომბინირებული ეფექტები. ზოგიერთი ამ ნარკო-ტიკებიდან, 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.

როგორია თრობის სურათი?

ეფექტური ერთჯერადი დოზა 75-100 მგ-ია. მოქმედებას იწყებს მიღებიდან 20-60 წუთის შემდეგ, თრობა გრძელდება რამდენიმე საათს. გუგები ფართოვდება, შეიძლება განვითარდეს გულისრევა, პირღებინება, პირისა და ყელის სიმშრალე, ჭამის მადის

დაქვეითება, მოტორული აქტივობა მატულობს. საშუალო დოზა იწვევს ზომიერ ეიფორიას სიმშვიდის, უშფოთველობის განცდით, ილუზიებით. დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში ვითარდება ჰალუცინაციები, პანის განცდა, აგზნება, უძილობა, ტაქიკარდია, ცნობიერების აბნევა, ფსიქოზი. LSD-ს მსგავსად, განცდების შინაარსი (სასიამოვნო ან უსიამოვნო) დამოკიდებულია პრეპარატის მიღების წინ ინდივიდის გუნებ-განწყობაზე, ეფექტის მოლოდინზე და გარემოცვაზე.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

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

სისტემატური ხმარების შემთხვევაში ხშირად აღნიშნავენ ყელის ტკივილს, გაციებას, ლატენტური ინფექციების გამოვლინებას (განსაკუთრებით შარდ-სასქესო სისტემის).

ციკლოლოლი

კლასიფიკაცია:

ნარკოტიკები, რომლებიც ცვლიან აღქმის ფუნქციას (ჰალუცინოგენები)

რა არის ეს?

ციკლოლოლი (არტანი, რომპარკინი, პარკინანი, ბენზჰექსოლი) სინთეზური ქოლინოლიზური პრეპარატია, რომელიც თერაპიული დოზებით მედიცინაში გამოიყენება პარკინსონიზმის, ნეიროლეფსიური სინდრომის სამკურნალოდ. ამ პრეპარატის ავადგამოყენების შემთხვევები ძირითადად მოზარდობის ასაკში გვხვდება.

როგორია თრობის სურათი?

სასურველი ეიფორიული ეფექტი დასაწყისში მიიღწევა ციკლოლოლის 5-6 აბის მიღების შემდეგ. აბების მიღებიდან 20-30 წუთის განმავლობაში ვითარდება თავისებური ეიფორია, ემოციური “აწვეის” გრძნობა, ფიზიკური სიმსუბუქის, სხეულის უწონადობის შეგრძნება, გამო-ცოცხლება, არამოტივირებული მხიარულება, მეტყველების ტემპის აჩქარება. ამ ფონზე აღინიშნება აღქმის დარღვევა. მხედველობითი ჰალუცინაციები, ჩვეულებრივ, სასიამოვნო, უცნაური შინაარსისაა, სცენისმაგვარი ილუზიებისა და ჰალუცინაციების არსებობა არ არღვევს გარემოში ორიენტაციის უნარს. შეიძლება განვითარდეს საკუთარი სხეულის სქემის აღქმის დარღვევა. აზროვნება ხდება “ქაოსური”, არათანმიმდევრული. ციკლოლოლით ინტოქსიკაციის დროს თითქმის ყოველთვის გვხვდება “დაკარგული სიგარეტის” ფენომენი, ზოგჯერ “ქრება” სხვა საგნებიც. განმეორებითი მიღების დროს ხშირად შეიმჩნევა ჰალუცინაციების ერთი და იგივე შინა-არსი.

როგორ ვითარდება დამოკიდებულება?

ხშირად გადატანილი თრობის მდგომარეობა ტოვებს სასიამოვნო მოგონებებს და ეიფორიის განმეორებითი განცდის სურვილს. ციკლოდოლის ეპიზოდური მოხმარება თანდათან იცვლება მისი სიტუმატური გამოყენებით. ფსიქიკური დამოკიდებულება ვითარდება სწრაფად (3-6 თვის შემდეგ). ციკლოდოლის რეგულარული მოხმარების შემდეგ ჩნდება დისკომფორტის, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა, გაღიზიანებადობა, გუნებ-განწყობის დაქვეითება, ყალიბდება სწავლისა და შრომის მიმართ ავდებული დამოკიდებულება. თანდათან იზრდება ტოლერანტობა. სისტემატური მოხმარების დაწყებიდან დაახლოებით 1 წლის შემდეგ ყალიბდება ფიზიკური და-მოკიდებულება და აბსტინენციური სინდრომი სხვადასხვა ფსიქიკური და სომატურ-ნევროლო-გიური მოშლილობებით – შფოთვა, მოუსვენრობა, უნებლიე მოძრაობები, ზოგადი სისუსტე, გუნებ-განწყობის დაქვეითება, გამოხატული ტრემორი, ცალკეული კუნთების კრუნჩხვითი მოძრაობები, კუნთების ტონუსის მომატება, გულისრევა, ოფლიანობა.

რა შეიძლება მოჰყვეს ხანგრძლივ მოხმარებას?

ციკლოდოლის ავადგამოყენება, განსაკუთრებით მოზარდებში, იწვევს ფსიქორგანული სინდრომის განვითარებას. პრეპარატის რეგულარული ხმარების დაწყებიდან არა-უგვიანეს 1 წლისა შეიძლება ჩამოყალიბდეს ჭკუასუსტობის ნიშნები.

თავი 6. წამალდამოკიდებულების თავისებურებები მოზარდებში

ნარკოტიკთან პირველი ნაცნობობა, როგორც წესი, თანატოლების ჯგუფში ხდება. ხშირად ეს ჯგუფი შემთხვევითია. ნარკოტიკების შესახებ ცოდნის წყაროდ გვევლინებიან ასაკით უფროსი, “გამოცდილი” მოზარდები, რომელთაც, თავის მხრივ, ეს ყველაფერი სხვებისგან აქვთ მოსმენილი. ასეთი ინფორმაცია ძირითადად ცალმხრივია, მხოლოდ ნარკოტიკის მომხიბლავ მხარეს გულისხმობს და ხშირად უბიძგებს მოზარდს ექსპერიმენტირებისაკენ. ინსტინქტური სიფრთხილე ჯგუფში ადვილად ითრგუნება ტრაბახით. ვინაიდან ბავშვებს ობიექტური ინფორმაცია არ გააჩნიათ ამ საკითხის ირგვლივ, ამიტომ მათი ცოდნა დამახინჯებულია, ზოგჯერ ფანტასტიკურიც.

რაც შეეხება ნარკოტიკთან “მისვლის” მოტივებს, მოზარდებისაგან ყველაზე ხშირად ვისმენთ ასეთ განმარტებას — “ცნობისმოყვარეობამ მიბიძგა”, “ყველამ გასინჯა”, “გამიმასპინძლდნენ”. მოზრდილ ასაკობრივ ჯგუფში ამ ახსნა-განმარტებების უკან ეიფორიისაკენ გრძნობიერი მისწრაფება იმალება, ბავშვებსა და მოზარდებში კი ეს მოტივი არამკვეთრია გრძნობიერი სფეროს მოუმწიფებლობის გამო. აქ ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ცნობისმოყვარეობას (როგორც თვითონ ხსნიან), ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით. ამიტომ შემთხვევითი არ არის უმცროს ასაკობრივ ჯგუფში ინჰალანტების მოხმარება, რომლებიც ჰალუცინაციებს იწვევენ. “მულტიკების” ყურება ანუ ჰალუცინაციები მათ მეტად საინტერესოდ ეჩვენებათ.

მოზარდთა ნარკომანიის კიდევ ერთი თავისებურება – ძვირად ღირებული “სუფთა” ნარკოტიკის ძნელად ხელმისაწვდომობა განაპირობებს მაღალტოქსიკური, ავთვისებიანი იაფფასიანი გამაბრუებელი საშუალებების მოხმარებას, რაც აისახება დაავადების მიმდინარეობაში და ქრონიკული ინტოქსიკაციის მძიმე შედეგების ხასიათში.

ბავშვებსა და მოზარდებში წამყვანია ჯგუფური მოტივი – ჯგუფის მოქმედების ხატის (სტილის) მიბაძვა. ფაქტობრივად, ჯგუფი კარნახობს, რა უნდა მიიღონ და რა როლდენობთ. ჯგუფის მიერ უარყოფის შიშის გამო (რაც მოჩვენებითი სიმამაცით

იფარება), მოზარდმა შეიძლება მისთვის ინდივიდუალურად მიუღებელი პრეპარატი გასინჯოს და თან დამალოს ნარკოტიკის ტოქსიკური რეაქციები. ასეთ შემთხვევაში ავადგამოყენების შედეგები კიდევ უფრო მძიმეა.

ასევე თავისებურია განსაზღვრული ნარკოტიკისათვის უპირატესობის მინიჭება. ნარკოტიკების ჯგუფური მოხმარება, ნებისმიერი არჩევნის გაკეთების არასაკმარისი ასაკობრივი უნარი, სხვადასხვა ნივთიერებების ქაოსური მოსინჯვა – ყველაფერი ეს რაიმე კონკრეტულ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე არჩევნის შეჩერებას აგვიანებს. საკმაოდ ხშირად მოზარდები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში განაგრძობენ სხვადასხვა ნარკოტიკის შენაცვლებას. ასეთი საწყისი შერეული ტიპის ინტოქსიკაცია განსაკუთრებული ლტოლვის ფორმირებას იწვევს – არა ცალკეული შეგრძნებებისადმი მიმართულს, არამედ ორიენტირებულს გაბრუების (დარეტიანების) არადიფერენცირებულ მდგომარეობაზე.

პრეპარატის ამორჩევა კიდევ რომ მოხდეს, მისი მიღების რეგულარობა არ იქნება დაცული. ამის მიზეზია საკუთარი სახსრების არარსებობა, ჯგუფზე დამოკიდებულება. ნარკოტიკის მიღება რეგულარული ხდება მოგვიანებით, როდესაც ამისათვის სასურველი სიტუაცია ჩნდება და არა მაშინ, როცა ლტოლვა აღმოცენდება. ამ ლტოლვას მოზარდი არჩევნის გარეშე, ნებისმიერი საშუალებით იკმაყოფილებს, ოღონდ “გაბრუვდეს”.

ტოლერანტობის განვითარებისათვის თვალის გადევნება მოზარდებში რთულია, რადგან ამ ასაკში, ჩვეულებრივ, არც ითვლიან დოზებს, რამდენიც ექნებათ, იმდენს იღებენ, რაც კიდევ უფრო ზრდის ზელოზირებისა და მწვავე მოწამვლების საშიშროებას.

ავადგამოყენების მძიმე შედეგები თავს იჩენს ძალიან სწრაფად და წინ უსწრებს საკუთრივ ნარკოლოგიურ სიმპტომატიკას. უკვე სისტემატური მოხმარების ეტაპზე იწყება ფსიქიკური განვითარების შეფერხება, რაც ვლინდება ინტერესების სფეროს შეცვლით, შევიწროებით, უწინდელი საქმიანობისადმი მისწრაფებების ჩაქრობით, ახალი შთაბეჭდილებებისადმი გულგრილობით.

ნაკლებად ავთვისებიანი ნარკოტიკების ხმარების შემთხვევაშიც კი მოზარდებში სწრაფად ვითარდება პიროვნების ფსიქოპათიზაცია და ჭკუასუსტობა.

ქრონიკული ინტოქსიკაციის შედეგად განვითარებული დემენცია (ჭკუასუსტობა), ფსიქიკური შინაარსის სიღარიბის გამო, მოგვაგონებს ოლიგოფრენიას (შეზღუდულია სიტყვათა და ცოდნის მარაგი, ფრაზეოლოგია).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ადრეული ავადგამოყენების ცუდ პროგნოზს განსაზღვრავს ისიც, რომ ინტოქსიკაციის პერიოდში დაკარგული შესაძლებლობები შემდგომში არ კომპენსირდება – ხდება მნიშვნელოვანი პიროვნული თვისებებისა და უნარების “გამოტოვება”.

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

ნებისმიერი ნარკოტიკის არასამედიცინო მიზნით მოხმარება საშიშია. ყოველი ადამიანი დროის მეტად ხანმოკლე პერიოდში შეიძლება საკუთარი ნეგატიური ქმედების მსხვერპლი გახდეს.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადგამოყენება გადაიზრდება წამალთდამოკიდებულებაში.

პიროვნების მიერ ამა თუ იმ ნარკოტიკის არჩევა განპირობებულია ასაკით, ეკონომიური მდგომარეობით, სოციალური ან ეთნიკური ჯგუფით, თანატოლების გავლენით და სხვა პიროვნული თუ სოციალურ-ეთიკური ფაქტორებით.

დავიმახსოვროთ, რომ ქვემოთ ჩამითვლილი ნიშნები და სიმპტომები ნარკოტიკის აუცილებელ მოხმარებაზე არ მეტყველებს. ზოგიერთი მათგანი შეიძლება ნორმალური

ქცევის ნაირსახეობად ჩათვალოს ან მიუთითებდეს ჯანმრთელობის დარღვევის სხვა სახის პრობლემებზე. ამა თუ იმ სიმპტომის არსებობა არ იძლევა მტკიცების საფუძველს. დასკვნები დაფუძნებული უნდა იყოს ფაქტებზე და არა ეჭვებზე.

იმედი გვაქვს, რომ შემოთავაზებული ინფორმაცია დაგენმარებათ ნარკოტიკის მომხმარებლების ამოცნობაში, რის შემდეგაც შესაძლებელი გახდება მათთვის დახმარების გაწევა.

შეეცადეთ იყოთ ფრთხილნი, გულწრფელნი და არა მამხილებელნი მოზარდებთან თქვენი ეჭვების გადამოწმების დროს. თუ არა ხართ დარწმუნებული თქვენს შესაძლებლობებში, უმჯობესია რჩევისათვის სპეციალისტს მიმართოთ.

ნარკოტიკული თრობის ზოგადი ნიშნები:

- გარეგნობა და ქცევა, რომლებიც ალკოჰოლურ სიმთვრალეს მოგვაგონებენ – პირიდან ალკოჰოლის სუნის გარეშე ან სუსტი სპეციფიკური სუნით;
- ცნობიერების შეცვლა: მოცემულ სიტუაციასთან აშკარად შეუსაბამო უმიზეზო მხიარულება, სიცილი, ლაქლაქი, ბოლმიანობა, აგრესიულობა;
- მოტორული აქტივობის შეცვლა: გაძლიერებული ფესტიკულაცია, გადაჭარბებული მოძრაობები, მოუსვენრობა ან პირიქით, - უმოძრაობა, მოღუნება, სწრაფვა მოსვენებისა და მყუდროებისაკენ (კონკრეტული სიტუაციისაგან დამოუკიდებლად);
- მოძრაობის კოორდინაციის შეცვლა: მღორე ან სწრაფი, არამკვეთრი და დაუხვეწავი მოძრაობები, ტორტმანი სიარულის დროს, სხეულის რყევა მჯდომარე მდგომარეობაშიც კი, განსაკუთრებით დახუჭული თვალებით;
- კალიგრაფიის შეცვლა;
- კანის ფერის შეცვლა: სახისა და მთელი სხეულის კანის ფერმკრთალობა ან, პირიქით, - სახისა და სხეულის ზედა ნაწილების გაწითლება;
- მბრწყინავი თვალები;
- მკვეთრად შევიწროებული ან მკვეთრად გაფართოებული გუბები, რომლებიც შუქზე დუნედ რეაგირებენ;
- ნერწყვის გამოყოფის შეცვლა: გაძლიერებული ნერწყვდენა ან, პირიქით, - პირის სიმშრალე;
- ტუჩების სიმშრალე, ხრინწიანი ხმა;
- მეტყველების შეცვლა: აჩქარებული, მკვეთრი გამოთქმა ან, პირიქით, - შენელებული, გაურკვეველი, არამკვეთრი, “წაშლილი” მეტყველება.

რას უნდა მივაქციოთ ყურადღება მოზარდის გარეგნობაში?

- მუქი სათვალებების ტარება ნებისმიერ დროს;
- ცხელ ამინდში გრძელსახელოებიანი პერანგით სიარული;
- დაუღვერობა ჩაცმაში (პრიორიტეტების გაუკუღმართება);
- საკუთარი გარეგნობისადმი გადაჭარბებული ყურადღება;
- ტანსაცმელზე სისხლის ლაქები (ინტრავენური ინექციების შედეგი);
- პოსტინექციური ნაწიბურები (ხელებზე, ფეხებზე, კისერზე);
- სპეციფიკური სუნი პირიდან, ტანსაცმელზე ან ოთახში (ანაშის ან ინჰალანტების ხმარება);
- დეზოდორანტებისა და ოდეკოლონების გადაჭარბებული ხმარება (ალკოჰოლის, ანაშის ან ინჰალანტების სუნის ჩასახშობად);

- თვალის წვეთებისა და პირის ღრუს არომატული საშუალებების ხმარება;
- დამწვრობა, დაზიანება ან წყლულები ტუჩებზე, ან პირის ღრუში (ნარკოტიკების მოწვევა);
- დამწვრობა თითებზე, ტანსაცმელზე, რბილ ავეჯზე (თვლეშის შედეგი).

როგორია ნარკოტიკების მომხმარებლის ატრიბუტი?

- გასისხლიანებული ან გაკვანძული თასმები ან ცხვირსახოცები (ვენის ლახტი);
- თამბაქოს გასახვევი ქაღალდები, პაპიროსები, სიგარეტის ფილტრები;
- კაფსულები, ტაბლეტები, ფხენილები, მცენარეული პროდუქტები;
- შპრიცები, პიპეტები, ნემსები;
- ქაღალდის ფილტრები;
- ჯიბეებში, ჩანთებში, უჯრებში პოლიეთილენის ან ქაღალდის პარკები;
- ალკოჰოლური სასმელის ან საყოფაცხოვრებო ქიმიის ნაწარმის ცარიელი 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;
- ცრემლდენა, მთქნარება, სურდო;
- ფიზიკური განვითარების შეფერხება;
- გაუმაძღრობა, გაძლიერებული ჭამის მადა (ჰაშიშის მოწვევის შედეგი);
- ჭამის მადის დაკარგვა (ცნს-ის სტიმულანტების ხმარების შედეგი);
- წონაში უმიზეზო უეცარი დაკლება;
- ცუდი თვითგრძნობა დილაობით;
- ოფლიანობა ცივ ამინდშიც კი;
- ყაბზობისკენ ან ფაღარათისკენ მიდრეკილება;
- ნარკოტიკების ხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჰეპატიტი, შიდსი, ენდოკარდიტი, ჩირქგროვები, ბრონქიტი, პნევმონია, თირკმლების და ღვიძლის დაავადებები);
- ძილიანობა, მოღუნება, თვლემა;
- ჰიპერაქტიურობა (სტიმულანტების ხმარების შედეგი);
- ძილის ხასიათის შეცვლა (გამუდმებული ძილიანობიდან სრულ უძილობამდე);
- განურჩევლობა, აპათიურობა (აბსტინენციით გამოწვეული);
- უმიზეზო სიცილი (ასოცირდება ჰაშიშთან);
- გუნებ-განწყობის ხშირი, უეცარი ცვლილება (დეპრესია, შფოთვა, ავზნებადობა);
- აგრესიულობა, პარანოიდული განწყობა (სტიმულანტების ხმარების შედეგი);
- ჰალუცინაციების აღმოცენება (ციკლოლოლის, ჰაშიშისა და სხვა ჰალუცინოგენების ხმარების შედეგი).

რა ცვლილებები შეიძლება შევნიშნოთ მოზარდის ქცევაში?

ოჯახში:

- ოჯახური ტრადიციების იგნორირება;
- უმნიშვნელო კრიტიკაზე ან უბრალო მოთხოვნებზე გადაჭარბებული არაადეკვატური რეაქცია;
- ახლობლების განცდების გაზიარებისა და თანაგრძნობის უნარის დაქვეითება;
- ფულის მუდმივი მოთხოვნილება;
- პასუხისმგებლობისა და მოვალეობის გრძნობის დაქვეითება;
- მატყუარობა;
- ოჯახიდან ფასეულობების გატანა (ფული, ნივთები, წამლები და ა.შ.);
- ოჯახის წევრებისაგან იზოლაცია (საკუთარ ოთახში განმარტოება ან სახლიდან წასვლა);
- ნეგატიური ქცევა, ან, პირიქით, - პირფერობა, მამემლობა და შემთანხმებლური ტაქტიკა (საკუთარი მიზნების მისაღწევად);
- ფასეულობათა, იდეების, რწმენის შეცვლა;
- ლექსიკონისა (სპეციფიკური ჟარგონი) და საუბრის მანერის შეცვლა;
- აბაზანაში ხანგრძლივად ჩაკეტვა (შესაძლოა ნარკოტიკის მიღების მიზნით);
- ახალი ნაცნობების ოჯახის წევრებისათვის წარდგენის სურვილის არარსებობა;
- უცნაური სატელეფონო ზარები (ვინაობის დამალვა ან ტელეფონის გათიშვა, როცა მშობლები პასუხობენ);
- სასმელის არასათანადო ადგილებში დამალვა;
- გვიან დაძინება ან უძილობა, თვლემა დღის საათებში;

სკოლაში

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

ნაცნობების და მეგობრების წრეში

- ძველი მეგობრების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა;
- თანატოლების ჯგუფის შეცვლა, ახალი ნაცნობების გაჩენა;

- მასზე უფროსი მოზარდების კომპანიასთან კონტაქტის დამყარება;
- ნარკოტიკების მოხმარებაში შემჩნეული პირების მიმართ გაძლიერებული ინტერესი;
- ისეთ ადგილებში ყოფნა, სადაც ცნობილია, რომ შეიძლება ნარკოტიკების შოვნა;
- ფულის სესხების მუდმივი მოთხოვნილება;
- არასაიმედოობა ურთიერთობებში;
- ირგვლივ მყოფებთან კონტაქტების შეზღუდვა, ხშირი იზოლაცია (საზოგადოებისაგან გარიყვა, დაბალი თვითშეფასება);
- უეცარი პოპულარობა თანატოლებს შორის.

კარი მესამე

თავი 1. კლინიკური ტოქსიკოლოგიის* რაობა

ტოქსიკოლოგიის ისტორია უხსოვარი ჟამიდან იწყება და სათავეს იღებს იმ დროიდან, როცა ადამიანებმა პირველად გაიცნეს შხამიანი მცენარეები და ცხოველები. ასწლეულების მანძილზე შეიცნობდა კაცობრიობა არსებული ბუნებრივი შხამების თვისებებს. მოწამვლა ადამიანების პირადი თუ პოლიტიკური ცხოვრების თანმხლები იყო საუკუნეების განმავლობაში. შხამების საიდუმლოს ფლობდნენ ჯადოქრები, შამანები და შავი მაგიის მესვეურები. ქიმიური მეცნიერების განვითარების კვალდაკვალ თანდათან ნათელი ხდებოდა შხამების ბიოლოგიური მოქმედების პრინციპები, ამდენად შხამებს თანდათან ჩამოშორდა მისტიკური საბურველი.

ტოქსიკოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც სწავლობს ცოცხალი ორგანიზმისა და შხამების ურთიერთქმედების კანონებს. შხამების სახით წარმოდგენილია ნებისმიერი ქიმიური ნივთიერება, რომელიც ორგანიზმში გარკვეული რაოდენობით მოხვედრის შემდეგ იწვევს სასიცოცხლო ფუნქციების დარღვევას. ნარკოლოგიური ტოქსიკოლოგია კლინიკური ტოქსიკოლოგიის ერთ-ერთი განხრად და შეისწავლის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ერთჯერადი ან მრავალჯერადი გამოყენების შედეგად განვითარებულ მწვავე ქიმიურ დაავადებებს, სახავს მათი მკურნალობის გზებს. მწვავე მოწამვლები ადამიანის ჯანმრთელობას სერიოზულ პრობლემებს უქმნის დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმისა და მაღალი ლეტალობის გამო. უკანასკნელ წლებში ტოქსიკოლოგიური პრობლემები განსაკუთრებით აქტუალური გახდა მთელს მსოფლიოში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მატების შედეგად, რასაც თან სდევს ამ ნივთიერებებით მწვავე მოწამვლის რისკის ზრდა.

შხამისა და ორგანიზმის ურთიერთქმედება განიხილება ორი ასპექტით: როგორ მოქმედებს ნივთიერება ორგანიზმზე და რა მოსდის ამ ნივთიერებას ორგანიზმში.

მოწამვლა ანუ ინტოქსიკაცია პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც შხამისა და ორგანიზმის ურთიერთქმედების შედეგად ვლინდება. კლინიკურად განასხვავებენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ინტოქსიკაციას; სოციალურ-იურიდიული თვალსაზრისით გამოიყოფა ნებაყოფლობითი, წინასწარ განზრახული ან უნებლიე-შემთხვევითი მოწამვლები. ნებაყოფლობით ანუ თვითმოწამვლებში განარჩევენ ჭეშმარიტ სუიციდურ (თვითმკვლელობა) და პარასუიციდურ მცდელობებს (როგორც წესი, სიტუაციურად განპირობებული დემონსტრაციული თვითმკვლელობის მცდელობა, რომელიც მიზნად არ ისახავს სიცოცხლისთან განშორებას).

* toxikos (ბერძენი) – შხამი, logos (ბერძენი) – მოძღვრება

ტოქსიკური ნივთიერება – ნებისმიერი ეგზოგენური * ქიმიური აგენტი, რომელიც ცოცხალ ორგანიზმში სხვადასხვა გზით შეღწევის შედეგად იწვევს სტრუქტურულ ან ფუნქციურ ცვლილებებს. ეს ცვლილებები კლინიკური თვალსაზრისით ვლინდება სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობით.

ნივთიერებათა ტოქსიკური ეფექტების ძირითადი მიზეზია ზელოზირება – დოზის შემთხვევითი ან შეგნებული გადაჭარბება. ამას გარდა, შესაძლებელია ნივთიერებათა ტოქსიკური კონცენტრაციის დაგროვება ორგანიზმში მათი მეტაბოლიზმის დარღვევის (მაგ., ღვიძლის პათოლოგიის დროს), ან მათი გამოყოფის შენელების შედეგად (მაგ., თირკმლების დაავადების დროს).

რაც უფრო მცირეა ცნივთიერების დოზა, რომელიც არღვევს ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციებს, მით მეტია მისი ტოქსიკურობა. ამა თუ იმ ქიმიური აგენტის ტოქსიკურობას განსაზღვრავს მთელი რიგი ფაქტორები: ნივთიერების ფიზიკურ-ქიმიური თვისებები, კონცენტრაცია, ორგანიზმში შეღწევის გზა და სისწრაფე; ორგანიზმის ინდივიდუალური თვისებები – ასაკი, სქესი, სხეულის წონა და სხვ. (კვების რეჟიმი, პათოლოგიური მდგომარეობა მოწამვლის წინ).

დოზა ნივთიერების ტოქსიკურობის განმსაზღვრელი მთავარი ფაქტორია. ორგანიზმზე უარყოფითი ზემოქმედების მიხედვით ეგზოგენურ ქიმიურ აგენტებს 5 ძირითად კატეგორიად (ანუ ტოქსიკურობის ხარისხებად) ყოფენ: ზეტოქსიკური, უკიდურესად ტოქსიკური, ზომიერად ტოქსიკური, დაბალტოქსიკური და პრაქტიკულად არატოქსიკური. სამკურნალწამლო საშუალებებთან მიმართებაში განასხვავებენ დოზების 3 ტიპს: თერაპიულს, ტოქსიკურს და ლეტალურს.

თერაპიული დოზა მერყეობს მინიმალურსა (მედიკამენტის ის მინიმალური რაოდენობა, რომელიც თერაპიულ ეფექტს იძლევა) და მაქსიმალურს (მედიკამენტის ის მაქსიმალური რაოდენობა, რომელიც თერაპიულ ეფექტთან ერთად არ გამოიწვევს ორგანიზმის უარყოფით რეაქციას) შორის. ეს შუალედი ინდივიდუალურია ცალკეული მედიკამენტისათვის (ვიწრო და ფართო “თერაპიული დერეფანი”).

ტოქსიკური დოზა – მედიკამენტის ის რაოდენობა, რომელიც ორგანიზმში მოხვედრისას ტოქსიკურ ეფექტებს იწვევს.

ლეტალური დოზა – ნივთიერების ის მინიმალური დოზა, რომელიც ექსპერიმენტის დროს იწვევს ზრდასრული ცხოველის მოკვდინებას.

ტოქსიკური ნივთიერებები ორგანიზმში შეიძლება მოხვდეს: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, ინექციების მეშვეობით (კანქვეშა, ინტრამუსკულური, ინტრავენური), ლორწოვანი გარსების, სასუნთქი სისტემის, კანის საშუალებით, დედის ორგანიზმიდან ნაყოფზე. ამის მიხედვით განარჩევენ ტოქსიკური ნივთიერების ორგანიზმში შეღწევის შემდეგ გზებს: დიგესტიური (პერორალური, სუბლინგვალური, ბუკალური, რექტალური), ინჰალაციური, კონიუნქტივური, ინექციური, ტრანსდერმული, პლაცენტარული.

ტოქსიკური ნივთიერების გარემოდან სისხლში ან მოციურკულარე ლიმფაში გადასვლას ეწოდება აბსორბცია**. აბსორბციის შედეგად ტოქსიკური ნივთიერება შეაღწევს ინტერსტიციულ (უჯრედშორის) სივრცეებში, შემდგომ კი უჯრედებში (ნივთიერების ტრანსპორტი). ტრანსპორტირების პროცესში შხამების ერთი ნაწილი რჩება თავისუფალ (აქტიურ) მდგომარეობაში, ხოლო მეორე ნაწილი უერთდება პლაზმის ცილებს და ქმნის

* exo (ბერძნ) – გარედან, გარეთა
** absorbtio (ლათ) – ლათ. შთანთქმა

არააქტიურ კომპლექსებს. შემდგომში ტოქსიკური ნივთიერება ორგანიზმში გაივლის 3 ძირითად პროცესს: გადანაწილების (არათანაბარი, სელექციური პროცესი, განისაზღვრება ნივთიერების ფიზიკურ-ქიმიური თვისებებით); დალექვის (ლოკალიზაციის) – სხვადასხვა ორგანოსა თუ ქსოვილში ტოქსიკური ნივთიერების სელექციური ფიქსაციის პროცესი; დაგროვების – დამახასიათებელია ძირითადად დაბალტოქსიკური ნივთიერებებისათვის, რომლებიც ძნელად გამოიდევნება ორგანიზმიდან.

შემდგომში მიმდინარეობს ეგზოგენური ქიმიური ნივთიერების ბიოლოგიური ტრანსფორმაცია – გარდაქმნა და მეტაბოლიტებად დაშლა.

ტოქსიკური ნივთიერების გამოყვანა – აბსორბირებული შხამების განდევნა ორგანიზმიდან ბუნებრივი გზით. ერთი ნაწილი გამოიდევნება ბიოტრანსფორმაციის შედეგად წარმოქმნილი მეტაბოლიტების სახით, მეორე ნაწილი – შეუცვლელი სახით. ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებებზე დამოკიდებულებით, ყოველი ტოქსიკური ნივთიერება ხასიათდება გამოდევნის ინდივიდუალური გზით, სისწრაფითა და ხანგრძლივობით.

ტოქსიკური ნივთიერება ორგანიზმიდან გამოიყოფა ძირითადად თირკმლების, საჭმლის მომხელელებელი ტრაქტისა და ფილტვების საშუალებით. ამ გზებს ემატება კანი და სარძევე ჯირკვლები.

თავი II. მწვავე მოწამვლათა დიაგნოსტიკის ძირითადი პრინციპები

სხვადასხვა შხამებით მწვავე მოწამვლების დროს ვითარდება კრიტიკული მდგომარეობები, რომელთა კორექცია ორგანიზმის თვითრეგულაციით ვერ ხერხდება და საჭირო ხდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

მწვავე მოწამვლების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში გამოყოფენ 2 ძირითად ეტაპს: ჰოსპიტალამდელს და ჰოსპიტალურს.

დიაგნოსტიკის მთავარი პრინციპია დაავადების ქიმიური ეტიოლოგიის დადგენა, რაც სამ ძირითად ეტაპს მოიცავს:

- კლინიკური დიაგნოსტიკას ჰოსპიტალამდელ ეტაპზე აწარმოებს ნებისმიერი პირი, ვინც პირველად დახმარებას აღმოუჩენს ავადმყოფს. ამ დროს მეტად მნიშვნელოვანია ანამნეზის ზუსტად და სრულად შეკრება, შემთხვევის ადგილის დეტალური დათვალიერება და შესწავლა მოწამვლის სპეციფიკური სიმპტომების გამოსავლენად. ჰოსპიტალურ ეტაპზე პირველადი კლინიკური დიაგნოზის დასმისათვის მნიშვნელოვანია ანამნეზური მონაცემებისა და შემთხვევის ადგილიდან მიღებული ცნობების გათვალისწინება. კლინიკური სიმპტომატიკის გარდა მოწამვლის დიაგნოზის დაზუსტებაში ექიმს დიდ დახმარებას უწევს ინსტრუმენტული (ფუნქციური) დიაგნოსტიკა.
- ტოქსიკოლოგიურ-ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა – ორგანიზმის ბიოლოგიურ სითხეებში (სისხლი, შარდი, თავ-ზურგტვინის სითხე, პირნაღები მასები) ტოქსიკური ნივთიერების თვისებრივი და რაოდენობრივი განსაზღვრა (შხამის იდენტიფიკაცია) – აწარმოებს ექსპერტი-ქიმიკოსი ტოქსიკოლოგიურ ლაბორატორიაში.
- პათომორფოლოგიური დიაგნოსტიკა – ავადმყოფის სიკვდილის შემთხვევაში აწარმოებს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი და მიმართულია ტოქსიკური ნივთიერებით გამოწვეული

მოწამვლის სპეციფიკური პათომორფოლოგიური ნიშნების გამოვლენაზე სიკვდილის შემდეგ.

შხამის ამორჩევითი ტოქსიკურობის მიხედვით ვითარდება ამა თუ იმ ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის უპირატესი დაზიანება, რაც კლინიკურად დამახასიათებელი სიმპტომატიკით ვლინდება.

ცენტრალური ნერვული სისტემის უპირატესი დაზიანება მჟღავნდება მრავალგვარი ფსიქონევროლოგიური აშლილობებით და ცნობიერების შეცვლის სხვადასხვა ფორმით (გაბრუება, სოპორი, კომა, მწვავე ინტოქსიკაციური ფსიქოზი).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უპირატესი დაზიანება მჟღავნდება ტოქსიკოგენური კოლაფსით, მძიმე შემთხვევებში ეგზოტოქსიკური შოკით, რომელიც იწვევს პერიფერიულ ვაზოსპაზმს, ქსოვილების იშემიას, სისხლის კოაგულაციური და რეოლოგიური თვისებების დარღვევას. შხამის კარდიოტოქსიკური ეფექტი ვლინდება გულის გამტარებლობისა და რითმის დარღვევით.

გარეგანი სუნთქვის დარღვევა მჟღავნდება სხვადასხვა კლინიკური ფორმით: ცენტრალური ფორმა – განპირობებულია სუნთქვის ცენტრის რეგულაციის დარღვევით; ასპირაციულ-ობსტრუქციული ფორმა – მექანიკური ასფიქსიით; ფილტვის ფორმა – ფილტვებში განვითარებული სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესით.

ღვიძლისა და თირკმლების უპირატესი დაზიანება განპირობებულია მათზე ჰეპატო – და ნეფროტოქსიკური შხამების ზემოქმედებით.

საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის დაზიანება ვითარდება საყლაპავის, კუჭისა და ნაწლავების ქიმიური დამწვრობის შედეგად და ხშირად თან სდევს სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან.

მოწამვლის სიმპტომატიკის ყურადღებით შესწავლა, შემთხვევის ადგილის დათვალიერების შედეგად მიღებული მონაცემების ანალიზთან ერთად, ტოქსიკური ნივთიერების სახის ან თუნდაც ჯგუფის დადგენის საშუალებას იძლევა.

მეტად მნიშვნელოვანია შემთხვევის ადგილის დეტალური დათვალიერება, სადაც შეიძლება ვიპოვოთ სავარაუდო მოწამვლის ესა თუ ის ნივთიერი მტკიცებები: ალკოჰოლური სასმელების ან მათი სუროგატების ჭურჭელი, საყოფაცხოვრებო ქიმიის ნაწარმის ან მედიკამენტების შეფუთვები, ქიმიური ნივთიერებების სფეციფიკური სუნი, პირნალები მასები და ა.შ. ნებისმიერი ნივთმტკიცება, რომელიც ეჭვს აღძრავს მოწამვლაზე, უნდა მივიტანოთ ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის ადგილზე.

ამგვარად, შეძლებისდაგვარად უნდა ვეცადოთ, შემთხვევის ადგილზევე დავადგინოთ მოწამვლის მიზეზი, ტოქსიკური ნივთიერების სახე, რაოდენობა და ორგანიზმში შეღწევის გზა, მოწამვლის დრო, ხსნარში ტოქსიკური ნივთიერების კონცენტრაცია ან მიღებული პრეპარატის დოზირება. შეგროვებული ინფორმაცია მოწამლული ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის დროს უნდა ეცნობოს სტაციონარის სამედიცინო პერსონალს.

თავი III ორგანიზმის დეტოქსიკაციის ძირითადი მეთოდები

მწვავე მოწამვლების შემთხვევათა უმრავლესობის მკურნალობა სიმპტომურია, რადგან სპეციფიკური საშუალებების (ანტიდოტების) რაოდენობა შეზღუდულია. მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია, ერთი მხრივ, სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარების სისწრაფესა და ეფექტურობაზე, მეორე მხრივ, მოწამვლელი ნივთიერების ბუნებაზე, რაოდენობაზე და მისი მიღების მომენტიდან გასულ დროზე. მინიმალური რისკით მაქსიმალური თერაპიული ეფექტის მისაღებად მნიშვნელოვანია ჩასატარებელი სამკურნალო ღონისძიებების ტაქტიკის სწრაფი შემუშავება.

ქიმიური ნივთიერებებით მოწამვლათა სამკურნალოდ შექმნილია სპეციალური ტოქსიკოლოგიური განყოფილებები და ცენტრები. სასურველია მოწამლული ავადმყოფების რაც შეიძლება სწრაფად გადაყვანა ასეთ სტაციონარში სპეციალიზებული დახმარების აღმოსაჩენად. ქ. თბილისში მოზრდილთა ტოქსიკოლოგიური განყოფილებები ფუნქციონირებენ რესპუბლიკურ ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოში და ქალაქის №3 კლინიკურ საავადმყოფოში, ბავშვთა ტოქსიკოლოგიური ცენტრის ადგილსამყოფელია ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო დილოში.

მწვავე მოწამვლათა მკურნალობის ძირითადი ამოცანაა მომწამვლელი ნივთიერების გამოდევნა ორგანიზმიდან; კრიტიკული მდგომარეობის დროს გადაუდებლად უნდა ჩატარდეს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციების (სუნთქვა, სისხლის მიმოქცევა) უზრუნველყოფაზე მიმართული რეანიმაციული და ზოგადთერაპიული ღონისძიებები.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მოხვედრილი ტოქსიკური ნივთიერებები (რომლებიც ჯერ კიდევ არ არის აბსორბირებული) სწრაფად უნდა გამოიდევნოს ღებინების პროვოცირებით, კუჭის ამორეცხვით და გამწმენდი ოცნის საშუალებით. კანთან შეხებაში მყოფი მომწამვლელი ნივთიერებების მოშორება ხდება კანის საფარველის მოხანვით, ლორწოვან გარსებზე მოხვედრილი ტოქსიკური ნივთიერებები კი უნდა ჩამოირეცხოს.

ღებინების გამოწვევა ყველაზე მარტივი მეთოდია, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ნებისმიერ ადგილას, თუმცა მექანიკურად გამოწვეული ღებინება არასაკმარისად ეფექტურია. შხამის კუჭიდან ევაკუაცია ღებინების საშუალებით შეიძლება მხოლოდ იმ ავადმყოფებისათვის, რომელთაც შენარჩუნებული აქვთ ცნობიერება ან რომლებიც იმყოფებიან მსუბუქი გაბრუნების მდგომარეობაში.

ღებინების პროვოცირება უკუნაჩვენებია ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევებში, როდესაც:

- მოწამლული იმყოფება სოპორში ან კომაში (პირნალები მასების ასპირაციის საშიშროება);
- მოწამლულს აქვს გულ-სისხლძარღვთა სერიოზული პათოლოგია (კოლაფსის საშიშროება);
- მოწამლული დაავადებულია მძიმე ათეროსკლეროზით (თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის საშიშროება);
- მოწამლულს აქვს ფილტვების ემფიზემა (პნევმოთორაქსის საშიშროება)
- მოწამლული ორსულადაა (სპონტანური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის საშიშროება);
- მოწამლულს მიღებული აქვს კონცენტრირებული კოროზიული ნივთიერებები (საყლაპავის და კუჭის პერფორაციის საშიშროება);
- მოწამლულს მიღებული აქვს ნავთობის დესტილატები (ტოქსიკური ნივთიერების სასუნთქ გზებში ასპირაციის საშიშროება, რასაც თან მოჰყვება ქიმიური პნევმონია);
- მოწამლულს ანამნეზში აღენიშნება ეპილევსია (კონვულსიური შეტევის განვითარების შესაძლებლობა).

ტექნიკურად ღებინების პროვოცირება ხდება შემდეგნაირად:

ავადმყოფს ასმევენ 2-3 ჭიქა სასმელ წყალს ან სხვა სითხეს, რის შემდეგაც აღიზიანებენ ენის ძირს და რბილ სასას. პირღებინების შემდეგ ამ პროცედურას იმეორებენ მანამ, სანამ არ მიიღებენ 3000-4000 მლ-მდე პირნალებ მასას. გასათვალისწინებელია, რომ არ არის სასურველი ერთდროულად 400 მლ-ზე მეტი სითხის მიცემა და ენის ძირისა და სასის ძლიერი მექანიკური გაღიზიანება, რადგან გულის ზიდების დროს ტოქსიკური ნივთიერების ნაწილი შეიძლება გადავიდეს თორმეტგოჯა, შემდგომ კი წვრილ ნაწლავში. სითხის შეყვანა და ღებინების პროვოცირება უმჯობესია გაკეთდეს ავადმყოფის ბინაზე ან შემთხვევის ადგილას. ღებინების გამოწვევა ზემოთ აღწერილი მეთოდის გარდა შეიძლება

იპეკაკუანის მიქსტურის მიცემით (აქტიური ნივთიერება – ემეტინი) ან აპომორფინის კანქვეშა ინექციით, მაგრამ მკურნალობის ამ გზას იყენებენ იშვიათად აღნიშნული მედიკამენტების არასასურველი გვერდითი ეფექტების გამო.

ბევრად უფრო ეფექტურია კუჭის ამორეცხვა ზონდის საშუალებით. ეს მანიპულაცია განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა მოწამვლის პირველი 6 საათის განმავლობაში. ამ შემთხვევაში ხერხდება ტოქსიკური ნივთიერების მნიშვნელოვანი რაოდენობის გამოდევნა ორგანიზმიდან. კუჭის ამორეცხვა შედეგიანია მოწამვლიდან 12 საათის განმავლობაშიც, თუმცა, არსებული მონაცემებით, მწვავე მოწამვლიდან ხანგრძლივი დროის გასვლის შემდეგაც (2-3 დღე-ღამე) გაკვეთის დროს კუჭ-ნაწლავში ნახულობდნენ შხამის საკმაოდ დიდ რაოდენობას. ფსიქოტოქსიკური ნივთიერებებით მძიმე მოწამვლების დროს, როცა ავადმყოფები რამოდენიმე დღე-ღამის განმავლობაში იმყოფებიან უგონო მდგომარეობაში, რეკომენდებულია კუჭის ამორეცხვა ყოველ 4-6 საათში ერთხელ. ამ პროცედურის აუცილებლობა განპირობებულია უკუპერისტალტიკის გამო ნაწლავებიდან მომწამვლელი ნივთიერებების კუჭში განმეორებითი მოხვედრით.

კუჭის ამორეცხვა საჭიროა მაშინაც, როცა ავადმყოფს უკვე ჰქონდა პირღებინება, მაგრამ არა ვართ დარწმუნებული, რომ მოხდა კუჭის სრული დაცლა. თავის მხრივ, **კუჭის ამორეცხვასაც გააჩნია რიგი უკუჩვენებები:**

- კოროზიული ნივთიერებებით (ტუტეები, მჟავები) მოწამვლა (ზონდის შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰემორაგიები ან პერფორაცია)
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და სუნთქვის უკმარისობა (ჯერ უნდა აღდგეს ვიტალური ფუნქციები და შემდეგ ამორეცხოს კუჭი).

როდესაც ავადმყოფი იმყოფება კომურ მდგომარეობაში, ჯერ უნდა მოხდეს ტრაქეის ინტუბაცია და შემდეგ კუჭის ამორეცხვა. ამით თავიდან ავიცილებთ პირნაღები მასების ასპირაციას.

ნაწლავებიდან მომწამვლელი ნივთიერებების შეწოვის შეფერხების მიზნით ავადმყოფს აძლევენ აღსორბენტებს (გააქტივებული ნახშირი 50-80 გრამის რაოდენობით, გახსნილი 100-150 მლ წყალში) და საფალარათო საშუალებებს. ამას გარდა, აუცილებელია გამწმენდი ოყნაც.

მჟავებით მოწამვლის დროს ნატრიუმის ბიკარბონატის მიცემა არ შეიძლება, რადგან რეაქციის შედეგად წარმოქმნილი ნახშირჟანგი იწვევს კუჭის გაფართოებას, სისხლდენისა და ტკივილების გაძლიერებას.

მას შემდეგ, რაც ნივთიერება უკვე შეწოვილია და რეზორბციული ზემოქმედება იწყება, ძირითადი ღონისძიებები მიმართული უნდა იყოს ტოქსიკური ნივთიერებების გამოყოფის დაჩქარებისაკენ: ამ მიზნით გამოიყენება ფორსირებული დიურეზი, ჰემოდიალიზი, პერიტონეული დიალიზი, ჰემოსორბცია, პლაზმაფერეზი, სისხლის ჩანაცვლება და სხვ.

ფორსირებული დიურეზი: სითხით დატვირთვის შეუღლება აქტიური შარდმდენი საშუალებების (ფუროსემიდი, მანიტი) გამოყენებასთან. ფორსირებული დიურეზი აჩქარებს ტოქსინების ელიმინაციას თირკმლებით. მისი მიზანია სითხის დიდი რაოდენობით გამოყოფა. ცალკეულ შემთხვევებში შარდის გატუტოვნება ან გამჟავება ხელს უწყობს ტოქსიკური ნივთიერებების გამოდევნის დაჩქარებას თირკმლების მილაკების მიერ რეაბსორბციის შემცირების ხარჯზე. ამავდროულად აუცილებელია სისხლის ელექტროლიტური ბალანსისა და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის შენარჩუნება. ფორსირებული დიურეზის გზით ორგანიზმიდან გამოიდევნება მხოლოდ თავისუფალი (პლაზმის ცილებთან შეუკავშირებელი) ნივთიერებები. დეტოქსიკაციის ეს მეთოდი უკუნაჩვენებია გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და თირკმლების უკმარისობის დროს (ფილტვებისა და ტვინის შეშუპების განვითარების საშიშროება).

ჰემოდიალიზი (ხელოვნური თირკმელი): სისხლი გაივლის დიალიზატორის ნახევრად შეღწევად მემბრანაში და მნიშვნელოვანწილად თავისუფლდება ცილებთან შეუკავშირებელი ტოქსიკური ნივთიერებებისაგან.

პერიტონეული დიალიზი – პერიტონეუმის ღრუს გამორეცხვა ელექტროლიტების ხსნარით. ტოქსიკური ნივთიერების ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების გათვალისწინებით დიალიზისათვის გამოიყენება სხვადასხვა ხსნარები.

ჰემოსორბცია – სისხლში არსებული ტოქსიკური ნივთიერებები ადსორბირდება სპეციალურ სორბენტებზე (გააქტივებული ნახშირი). ეს მეთოდი ეფექტურია იმ შემთხვევებშიც, როცა ნივთიერებები ცუდად დიალიზდება (ხდება პლაზმის ცილებთან შეკავშირებული ტოქსინების დალექვაც).

სისხლის ჩანაცვლების ოპერაცია: სისხლის გამოშვება დონორის სისხლის ერთდროული გადასხმით. ეს მეთოდი უკუნაჩვენებია სისხლის მიმოქცევის მოშლის, ტრომბოფილების დროს.

პლაზმაფერეზი: პლაზმის მოშორება სისხლის ფორმიანი ელემენტების შენარჩუნებით (ცენტრიფუგირების გზით) და დონორის პლაზმით ჩანაცვლება.

ანტიდოტები მოწამვლათა სპეციფიკური მკურნალობის საშუალებებია. ეს ნივთიერებები ახდენს შხამების ინაქტივირებას ფიზიკურ-ქიმიური ურთიერთქმედების ან ფარმაკოლოგიური ანტაგონიზმის შედეგად. ფარმაკოლოგიურ ანტაგონისტებს შორის უნდა გამოვყოთ ატროპინი, რომელიც გამოიყენება ანტიქოლენესთერაზული საშუალებებით, მაგ., ფოსფორორგანული ნაერთებით მოწამვლის დროს და ნალოქსონი (ოპიატებითა და ოპიოიდებით მოწამვლის დროს).

როდესაც ზუსტად არ არის ცნობილი მოწამვლელი აგენტი, ანტიდოტის “ბრმად” გამოყენებამ შეიძლება თავად გამოიწვიოს მოწამვლა.

მწვავე მოწამვლების დროს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა არ არის ცნობილი მოწამვლის ეტიოლოგია და არ არსებობს მოცემული შხამის სპეციფიკური ანტიდოტი, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების შემანარჩუნებელ სიმპტომურ თერაპიას. აუცილებელია ჰემოდინამიკის, სუნთქვის, ელექტროლიტური ბალანსის, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის კორექცია. ამრიგად, მწვავე მოწამვლების მკურნალობა გულისხმობს დეტოქსიკაციური და სიმპტომური ღონისძიებების ერთობლიობას.

თავი IV. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით მწვავე მოწამვლები

ქიმიური ეტიოლოგიის დაავადებათა სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზედოზირებით გამოწვეულ მწვავე მოწამვლებს. ასეთ ზედოზირებას ხშირად შემთხვევითი ხასიათი აქვს და არა გამიზნული (პიროვნება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებას იღებს ეიფორიის გამოწვევის მიზნით და უნებლიედ ხდება ღოზის გადაჭარბება).

თუმცა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ქიმიური აღნაგობითა 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 შემთხვევებში 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 ეტიო-პათოგენეზური მკურნალობის ჩასატარებლად.

მოწამვლის სიმძიმის შეფასებისას დამატებით სირთულეებს ქმნის თვითნაკეთი ქიმიური ნარეგების ან პრეპარატების კომბინაციის მიღება, რადგან ხშირად შეუძლებელია პრეპარატების ნარევის ცალკეული, ჯერ კიდევ არააბსორბირებული ინგრედიენტების ტოქსიკური ეფექტების წინასწარი განჭვრეტა.

ალკოჰოლური სასმელები

ინფორმაციისათვის:

ალბათ, უმრავლესობა თვლის, რომ ალკოჰოლური სასმელებით თრობის დიაგნოსტიკა სამედიცინო განათლების გარეშე შეიძლება, მაგრამ ზოგჯერ ეთილის სპირტით ინტოქსიკაცია ბევრ სირთულეებს ქმნის.

ეთანოლი უფერო, აქროლადი, აალეხადი სითხეა, წყალში ზავდება ნებისმიერი თანაფარდობით. სხვადასხვა ალკოჰოლური სასმელი ეთილის სპირტის განსხვავებული შემცველობით ხასიათდება (ლუდი შეიცავს- 2-6%-მდე სუფთა ეთანოლს, ღვინო- 9-20%-ს, არაყი- 40-56%-ს, ლიქიორები- 20-40%-ს, რომი- 70-77%-მდე, ვისკი და ჯინი- 40-55%-ს). ამა თუ იმ სასმელში ალკოჰოლის გრადუსის მაჩვენებელი, გამრავლებული 0,79-ზე (სპირტის სიმკრივე), 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).

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური

რას უნდა მიეჭყეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ეთანოლის საკმაოდ დიდი დოზებით მიღება ხშირად სტუპორის* მიზეზი ხდება; უმრავლეს შემთხვევებში სტუპორული მდგომარეობა განსაკუთრებულ სამედიცინო ჩარევას არ მოითხოვს და ცნობიერება გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავისით აღდგება. ეთანოლის ზელოზირების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს კომა**, რომელიც სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიშია და შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გარეშე შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ეთანოლის დიდი რაოდენობით მიღებას ხშირად თან სდევს ღებინება. ღებინების გამომწვევი ეთანოლის კონცენტრაცია უფრო დაბალია იმ კონცენტრაციაზე, რომელიც კომას იწვევს. ამიტომ, მწვავე

* სტუპორი- ფსიქომოტორული დამუხრუჭების მდგომარეობა. ეს არის არეაქტიულობის მდგომარეობა, რომლიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა ძლიერი და განმეორებითი სტიმულის გამოყენებით შეიძლება. სტიმულაციის შეწყვეტის შემდეგ ავადმყოფი ხდება ისევ არეაქტიული.

** კომა – ცნს-ის ფუნქციების ღრმა დათრგუნვის მდგომარეობა ცნობიერების სრული დაკარგვით. ეს არის მდგომარეობა, როცა ავადმყოფის გაღვიძება შეუძლებელია, არ არის ფსიქიკური აქტივობის დამახასიათებელი გარეგნული ნიშნები და რეაქციები, ავადმყოფი წევს დახუჭული თვალებით, გარეგან და შინაგან სტიმულებზე ცნობიერი რეაქციები არ შეინიშნება.

ალკოჰოლური მოწამვლების დროს ლეტალური გამოსავალი შედარებით იშვიათია. ამავე დროს, სიკვდილის მიზეზი ხშირად პირნალები მასების ასპირაციაა; მაგრამ დამცველობითი 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:

ფაზები	სიმპტომატიკა	ეთანოლის დონე სისხლში მგ/100 მლ-ზე
I ფაზა	ეიფორია, არამდგრადობა, ლაქლაქი, რეაქციის დროის გაზრდა, კოორდინაციის მსუბუქი დარღვევა, ნისტაგმი, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძობელობის დაქვეითება	25-100
II ფაზა	ხმაურიანობა, აუტიზმი*, ბარბაცით სიარული, სკლერების ჰიპერემია, ატაქსია**, ნისტაგმი, დიზართრია, მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მგრძობელობის მკვეთრი დაქვეითება	100-200
III ფაზა	გულისრევა, ღებინება, ძილიანობა, მხედველობის გაორება; ფართო, სინათლეზე ღუნედ რეაგირებადი გუგები, გამონატული ატაქსია	200-300
IV ფაზა	ჰიპოთერმია, ცივი ოფლი, სტუპორი ამნეზიით, გამონატული დიზართრია ან ანართრია*** ზოგადი ანესთეზიით, ხმაურიანი სუნთქვა, კომა	300-ზე მეტი

უკვე აღვნიშნეთ, რომ სუფთა ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის დროს სისხლში ეთანოლის დონე კარგად კორელირებს კლინიკურ სიმპტომატიკასთან. მიღებული ალკოჰოლური სასმელის რაოდენობა

 *აუტიზმი – საკუთარი განცდების სამყაროში ჩაძირვა რეალობასთან კონტაქტის შესუსტებით ან დაკარგვით, ემოციური გამოვლინებების გაღარბებით, ირგვლივ მყოფებთან ურთიერთობისაკენ სწრაფვის არარსებობით.

** ატაქსია (ბერძნ-ataxia არეულ-დარეულობა, უწყესრიგობა) მოძრაობის კოორდინაციის მოშლა. კუნთების ძალა პრაქტიკულად შენარჩუნებულია, მაგრამ მოძრაობები ხდება არაზუსტი, მოუხეშავი, ირღვევა მათი სიმწყობრე, იცვლება ხელწერა, მეტყველება, სიარული.

*** ანართრია (ბერძნ- arthro- დანაწევრებული მეტყველება)- სამეტყველო ბგერების წარმოთქმის სრული შეუძლებლობა.

კლინიკურ გამოვლინებასთან ნაკლებ კორელაციაშია, რადგან კუჭიდან და ნაწლავებიდან მათი შეწოვის სისწრაფე განისაზღვრება ამ სასმელებში სხვა ინგრედიენტების არსებობით. განზავების ხარისხით, ადამიანის ორგანიზმის მდგომარეობით.

მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის კლინიკურმა სურათმა შეიძლება მოგვაგონოს ცნს-ის სხვა დეპრესანტების მოწამვლის სიმპტომატიკა, დიაბეტური კომა (როგორც ჰიპო, ისევე ჰიპერგლიკემიური), ამას გარდა, ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციასთან დაკავშირებული ცნობიერების

მოშლის მიღმა შეიძლება იფარებოდეს ქალა-ტვინის ტრავმა, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, შინაგანი სისხლდენა. დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს ამ პათოლოგიების არსებობის აღბათობაზე.

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

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მკურნალობა არასფეციფიკურია: პირველი საათების განმავლობაში – ღებინების პროვოცირება (თუკი ცნობიერება შენახულია), კუჭის ამორეცხვა, გამწმენდი ოყნა. როცა ავადმყოფი კომაში იმყოფება, აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ პირის ღრუს ტუალეტიკისა და სუნთქვის აღდგენის ფონზე. ყლაპვის რეფლექსის არარსებობის შემთხვევაში სტაციონარში ზდება ტრაქეის ინტუბაცია და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, ფორსირებული დიურეზი შარდის გატუტონებით, ვიტამინოთერაპია და სიმპტომური მკურნალობა. ალკოჰოლით ინტოქსიკაცია ხშირად შეუღლებულია ცნს-ის სხვა დეპრესანტებით მოწამვლასთან. ეს უნდა გვახსოვდეს, როცა ცნობიერების დათრგუნვის დონე არ შეესაბამება სისხლში ეთანოლის კონცენტრაციას ანდა სახეზეა ისეთი ნევროლოგიური ნიშნები, რომლებიც ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციას არ ახასიათებს. თუკი ჩატარებული დეტოქსიკაციური მკურნალობის ფონზე 2-3 საათის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, უნდა ვიფიქროთ ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის თანმხლებ სომატონევროლოგიურ პათოლოგიაზე.

ავზნების მიუხედავად, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მკურნალობის დროს სედაციური საშუალებებისა და ტრანკვილიზატორების გამოყენება უკუნაჩვენებია (მდგომარეობის დამძიმების საშიშროება).

ალკოჰოლის სუროგატები და დენატურატები

ინფორმაციისათვის:

ეიფორიის გამოწვევის მიზნით, ალკოჰოლური სასმელების გარდა, ზოგჯერ ხმარობენ ალკოჰოლის სუროგატებსა და დენატურატებს. მათ მიეკუთვნება ჰიდროლიზური და სულფიტური სპირტები (მიიღება მერქნისაგან ჰიდროლიზის გზით); დენატურატები – ტექნიკური სპირტი მეთილის სპირტის, ალდეჰიდის და სხვა მინარევებით; ოდეკოლონები

და ლოსიონები (შეიცავს 60%-მდე ეთანოლს, მეთილის სპირტს, ალდეჰიდს, ეთერზეთებს და სხვ.); წებო “<A” (შეიცავს ეთილის სპირტში, აცეტონში, ქლოროფორმში გახსნილ ფენოლ-ფორმალდეჰიდურ ფისს და პოლივინილ-აცეტალს). აღნიშნული სუროგატები და დენატურატები ეთანოლზე გაცილებით უფრო ტოქსიკურია. ეს საშუალებები კომბინირებულია და მათი ხმარების დროს ეთილის სპირტით ინტოქსიკაციას ემატება მეთილის სპირტით, აცეტონითა და სხვა ტოქსიკური ინგრედიენტებით მოწამვლა.

მეთილის სპირტი (მეთანოლი ანუ ხის სპირტი) ლეტალური დოზა- 100 მლ

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

მეთილის სპირტს ძირითადად ახასიათებს ფსიქო, ნეირო- და ნეფროტოქსიკური ეფექტები. დამახასიათებელია გულისრევა, პირღებინება, “შავი წერტილები” მხედველობის არეში. ინტოქსიკაციის მე-2-5 დღეს შეიმჩნევა მხედველობის დაქვეითება, სიბრმავე, ტკივილი ქვემო კიდურებში, თავის ტკივილი, მზარდი წყურვილის გრძნობა. ცნობიერება შეცვლილია შესაძლებელია განვითარდეს ფსიქომოტორული აგზნება, გენერალიზებული გულყრა, კომა, ეგზოტოქსიკური შოკი, სუნთქვის მოშლა.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

მკურნალობა კუჭის ამორეცხვის, ფორსირებული დიურეზისა და შარდის გატუტოვნების გარდა გულისხმობს ადრეულ ჰემოდიალიზს და სპეციფიკური ანტიდოტის-ეთილის სპირტის დანიშვნას (100 მლ 30%-იანი ეთანოლის ხსნარი დასალევად, შემდგომში ყოველ 2 საათში 50 მლ, სულ 4-5 ჯერ; კომაში- 5%-იანი ეთანოლის ხსნარის ინტრავენური ტრანსფუზია – 1 მლ/კგ დღე-ღამეში) და შოკის საწინააღმდეგო თერაპია.

ნარკოტიკული ანალგეტიკები

ინფორმაციისათვის:

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

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური, ინექციური, ინჰალაციური, პლაცენტური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ამ ჯგუფის პრეპარატებით ზედოზირებისათვის დამახასიათებელია ტრადიციული ტრიადა: ცნობიერების დათრგუნვა, სუნთქვის დარღვევა და წერტილოვანი გუგები. სუნთქვის დარღვევა ნარკოტიკებით თავის ტვინის ღეროს პირდაპირი დათრგუნვის შედეგია- იწყება სუნთქვის შენელებით, რითმის დარღვევით, და ბოლოს სუნთქვა წყდება (აპნოე). ამას გარდა ვითარდება ჰიპოთერმია, კუნთების სისუსტე, ბრადიკარდია, შარდის შეკავება; არტერიული წნევა გარკვეული დროის განვალბაში ადეკვატურ დონეს ინარჩუნებს, ვიდრე ანოქსია ცირკულარულ უკმარისობას არ გამოიწვევს. ამ ეტაპზე ვითარდება მკვეთრი

არტერიული ჰიპოტონია, აქამდე შევიწროებული გუგები, რომელთა ზომა მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ნიშანია, ფართოვდება. ძალიან დიდი ღოზების გამოყენების შემთხვევაში ვითარდება გულყრა და ფილტვების შეშუპება. კოლეინით ზელოზირების შემთხვევაში სუნთქვის მოშლა და არტერიული წნევის დაქვეითება შეიძლება განვითარდეს შენახული ცნობიერების ფონზეც. მეტადონით ზელოზირებისას ავადმყოფის კომიდან გამოყვანის შემდეგ შესაძლებელია ცნობიერების და სუნთქვის განმეორებითი დათრგუნვა (ამ პრეპარატის ნახევრად დაშლის პერიოდის ხანგრძლიობისა და ორგანიზმში კუმულირების უნარის გამო).

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

პირველ რიგში სუნთქვის მოწესრიგება. ციანოზის, სუნთქვის მკვეთრი გაიშვიათების ან გაჩერების დროს ხდება ტრაქეის ინტუბაცია და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია. შეჰყავთ სპეციფიკური ანტიდოტი – ნალოქსონი. ნარკომანიის შემთხვევაში ნარკოტიკული ანალგეტიკების ანტაგონისტების მიმართ მგრძობიერება პარადოქსულად მატულობს. ამიტომ ეს პრეპარატები შეჰყავთ ინტრავენურად მცირე ღოზებით (ნალოქსონი-0,4მგ) 2-3 წუთის ინტერვალებით, სანამ არ მიიღებენ შესაბამის ეფექტს. ამას გარდა, ნარკომანისათვის ანტაგონისტის დიდი რაოდენობით ინტრავენური შეყვანიდან რამდენიმე წუთში შეიძლება განვითარდეს მძიმე აბსტინენციური სინდრომი. ასეთ შემთხვევებში არ უნდა ვეცადოთ ნარკოტიკებით მოწამვლის ყველა სიმპტომის ერთბაშად მოხსნას; უმჯობესია, შემოვიფარგლოთ სპონტანური სუნთქვისა და ცნობიერების აღდგენით. აუცილებელია კუჭის ამორეცხვა (პარენტერალური გზით ინტოქსიკაციის შემთხვევაშიც), ფორსირებული დიურეზი, სიმპტომური თერაპია.

ბენზოდიაზეპინები

ინფორმაციისათვის: ამ ჯგუფის პრეპარატების უმრავლესობა ორგანიზმში გარდაიქმნება ფარმაკოლოგიურად აქტიურ მეტაბოლიტებად. ბენზოდიაზეპინებით ზელოზირებას ხშირად საფუძვლად სუიცუდური მცდელობა უდევს. ჯანმრთელ ადამიანებში პერორალურად მიღებული ბენზოდიაზეპინები ჩვეულებრივ საშიშ გართულებას არ იწვევს, მაგრამ ფილტვების დაავადებებისა და შერეული მოწავლის შემთხვევებში შესაძლებელია განვითარდეს სუნთქვის მძიმე დარღვევა

რა გზით ხვდება ორგანიზმში: დიგესტიური, ინექციური, პლაცენტური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

მსუბუქი მოწამვლების დროს ან მძიმე მოწავლის საწყის სტადიაზე ვლინდება თრობის სიმპტომები, პირის სიმშრალე, ატაქსია; შემდგომში შეიძლება განვითარდეს ცნობიერების დათრგუნვა, კომა კუნთების ატონიით, არეფლექსიით; მძიმე შემთხვევებში – სუნთქვისა და გულ-სისხარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

ღებინების პროვოცირება (თუ ცნობიერება შენახულია), კუჭის ამორეცხვა, ფორსირებული დიურეზი შარდის გატუტოვნებით. მძიმე შემთხვევებში – შოკის საწინააღმდეგო და სიმპტომური თერაპია.

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

ბარბიტურატები

ინფორმაციისათვის: სამკურნალო პრაქტიკაში ბენზოდიაზეპინების დანერგვამ მკვეთრად შეამცირა ბარბიტურატების სედაციური და საძილე საშუალებების სახით გამოყენება. ბარბიტურატებით ზელოზირების შემთხვევებში მაღალი ლეტალობა შეინიშნება (ამ ჯგუფის პრეპარატებს შედარებით ვიწრო “თერაპიული ღერეფანი”

ახასიათებთ). ბარბიტურატების ყველაზე მნიშვნელოვანი ფარმაკოდინამიკური ზემოქმედება გამოიხატება ცნს-ის დათრგუნვით. დათრგუნვის სიჩქარე, სიღრმე და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია პრეპარატის სახეზე, დოზაზე და შეყვანის გზაზე.

ანამნეზის შეგროვებისას მნიშვნელოვანია დავაზუსტოთ, ხომ არა აქვს ავადმყოფს ბარბიტურატებან ერთად მიღებული ალკოჰოლი ან ცნს-ის სხვა დეპრესანტები. ამ შემთხვევებში სიმპტომების გამოხატვის ხარისხი არ შეესაბამება ბარბიტურატების მიღებულ დოზებს ან სისხლში მათ კონცენტრაციას.

ბარბიტურატების ტოქსიკურობა მერყეობს პრეპარატის თვისებებზე დამოკიდებულებით (მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით გამოჰყოფენ ხანგრძლივი, საშუალო, ხანმოკლე და ძლიერ ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურატებს). 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 პირდაპირპროპორციულად და პრეპარატის მოქმედების ხანგრძლივობის უკუპროპორციულად. მასიური 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).

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დივესტიური, ინექციური, პლაცენტური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ბარბიტურატებით მოწამვლის ხარისხების კლასიფიკაცია:

0 ხარისხი: ავადმყოფს ძინავს, მაგრამ შესაძლებელია მისი გაღვიძება, მასთან კონტაქტის

დამყარება;

I ხარისხი: ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, მაგრამ მტკივნეულ გაღვიძებაზე რეაგირებს,

მყეს-ძვალთა რეფლექსები შენარჩუნებულია (რქოვანას რეფლექსი შეიძლება შესუსტებული იყოს);

II ხარისხი: ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, მტკივნეულ გაღვიძებაზე არ რეაგირებს,

მყეს-ძვალთა 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.

ბარბიტურატების მასიური დოზების მიღების შემთხვევაში შესაძლებელია კომა ძალიან სწრაფად გაღრმავდეს.

ბარბიტურატებით მოწამვლისას არტერიული ჰიპოტონია განპირობებულია მოცირკულარე სისხლის მოცულობის შემცირებით, ჰიპოქსიით, აციდოზით, დიდი დოზების ხმარებისას – ბარბიტურატების მიოკარდიუმზე პირდაპირი დამთრგუნველი მოქმედებით.

ბარბიტურატებით ზედოხირების დროს ზოგჯერ შეინიშნება კუნთების ფერმენტების აქტივობის მომატება, რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს ცალკეული კუნთების მწვავე ნეკროზი. კომურ მდგომარეობაში კუნთების ნეკროზული დაზიანებები

ძირითადად ლოკალიზდება საწოლის მყარ ზედაპირთან შეხების ადგილებში (ნაწოლების მსგავსად).

პოსტინტოქსიკაციურ პერიოდში ხშირია თრომბოემბოლიური გართულებები. მსუბუქი მოწამვლის შემთხვევაშიც კი შესაძლებელია გულყრების აღმოცენება. გულყრა ზოგჯერ აღინიშნება კომიდან გამოსვლისას (ბარბიტურომანებში – მოხსნის სინდრომის გამოვლინება). გართულებები ძირითადად აღმოცენდება ხანგრძლივი კომის შემთხვევაში (მაღალია სუნთქვის სისტემისა და საშარდე ორგანოების ინფექციების რისკი).

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

კომის მკურნალობაში მთავარი ყურადღება ეთმობა სასიცოცხლო ფუნქციების (სუნთქვა, ჰემოდინამიკა) მოწესრიგებასა და შენარჩუნებას. თუ შემანარჩუნებელი თერაპია სწორად ჩატარდა, ავადმყოფი შეიძლება გადარჩეს და გამოჯანმრთელდეს კომის სიმძიმის ხარისხისა და ხანგრძლივობის მიუხედავად. პარალელურად ხდება 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 – პერიტონეული დიალიზი და ჰემოსორბცია. თუ ბარბიტურატებით მოწამვლა დაკავშირებულია სუიციდურ მცდელობასთან, აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

ინჰალანტები (გამხსნელები და აირები) – ნარკოტიკულად მოქმედი აქროლადი ნივთიერებები

ინფორმაციისათვის:

ამ ჯგუფში სხვადასხვა ქიმიური აღნაგობის ნივთიერებებია გაერთიანებული. მათრობელა ეფექტის გარდა მათ აერთიანებს ადვილად აქროლადობა და ცხიმებში ხსნადობა.

თუ ექიმი საფუძვლიანად არ არის გარკვეული ნარკოლოგიურ ტოქსიკოლოგიაში, ინჰალანტებით ინტოქსიკაციას მან შეიძლება ნეირონეფექციის კვალიფიკაცია მისცეს. ამ დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს სპეციფიკურ ქიმიურ სუნზე, რომელიც პაციენტისაგან მოდის. ერთჯერადი ზედოზირების შედეგად შესაძლებელია თავი იჩინოს სიცოცხლისათვის საშიშმა თავის ტვინის მწვავე ტოქსიკურმა სინდრომმა (ტოქსიკური ენცეფალოპათია) ცნობიერების დაბინდვით, დიენცეფალური და ღეროვანი სიმპტომატიკით.

ტოლუოლი (მეთილბენზოლი) – სპეციფიკური სუნის მქონე უფერო, აქროლადი, წყალში უხსნადი სითხეა.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? ინჰალაციური, ტრანსდერმული, კონიუნქტივური, დიგესტიური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ტოლუოლს ახასიათებს გამოხატული ფსიქოტოქსიკური ზემოქმედება. მაღალი კონცენტრაციის ორთქლის შესუნთქვისას ვითარდება ძილიანობა, თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება, ცნობიერების შეცვლა და საბოლოო ჯამში – კომა.

ამას გარდა, ტოლუოლი იწვევს კანის გაღიზიანებას (გამოშრობა, ნახეთქები, მეორადი ინფექციები), რქოვანასა და კონიუნქტივას დაზიანებას (რქოვანას დამწვრობა, კონიუნქტივიტი), სასუნთქი ორგანოების დაავადებებს (მწვავე ტრაქეობრონქიტი, ქიმიური პნევმონია).

ტრიქლორეთილენი – მძაფრი სპეციფიკური სუნის მქონე უფერო, აქროლადი სითხეა.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – ინჰალაციური, ტრანსდერმული, კონიუნქტივური, დიგესტიური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ახასიათებს ძლიერი ფსიქოტოქსიკური მოქმედება. მოწამვლის კლინიკურ სურათში წამყვანია ცნს-ზე ტოქსიკური ზემოქმედების ნიშნები: თრობის მდგომარეობა, ცნობიერების აბნევა, ფსიქოზური სიმპტომატიკა, დაბოლოს – კომა. ვითარდება სუნთქვის (ტრაქეობრონქიტი, ქიმიური პნევმონია), გულ-სისხლძარღვთა (რითმის დარღვევა) და საჭმლის მომნელებელი სისტემის (გულისრევა, პირღებინება, ღიარვა) დაზიანების შესაბამისი სიმპტომატიკა. ღვიძლისა და თირკმლების დაზიანება იშვიათია.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

ორივე შემთხვევაში მკურნალობა არ ატარებს სპეციფიკურ ხასიათს. ავადმყოფი უნდა გავიყვანოთ ინჰალანტებით დაბინძურებული ადგილიდან; წყლით მოვბანოთ კანი და ლორწოვანი გარსები. შხამის საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში მოხვედრის შემთხვევაში საჭიროა კუჭის ამორეცხვა.

ამას გარდა, დადებით შედეგს იძლევა ჟანგბადის ინჰალაცია, ფორსირებული დიურეზი, სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების ფუნქციონირების აღდგენისაკენ მიმართული ინტენსიური თერაპია.

აცეტონი – ახასიათებს უპირატესად ფსიქოტოქსიკური, ნეფროტოქსიკური, ადგილობრივად გამაღიზიანებელი მოქმედება. ლეტალური დოზა – 150 მლ-ზე მეტი.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – ინჰალაციური, დიგესტიური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

აცეტონის დალევის ან შესუნთქვის შემდეგ სწრაფად ვითარდება თრობის მდგომარეობა, თავბრუდახვევა, სისუსტე, ბარბაცით სიარული, გულისრევა, პირღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, მოგვიანებით – კოლაფსი, კომა. შესაძლებელია დიურეზის შემცირება, შარდში ერთროციტებისა და ცილის გამოჩენა. კომიდან გამოსვლის შემდეგ ხშირია გართულება – პნევმონია.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

აცეტონის პერორალური მიღების დროს მკურნალობა გულისხმობს კუჭის ამორეცხვას, ინჰალაციური გზით მიღების შემთხვევაში – თვალბის წყლით ამობანვას, ჟანგბადის ინჰალაციას;

ამას გარდა, ეფექტურია ფორსირებული დიურეზი შარდის გატუტოვნებით; მწვავე გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის (ტოქსიური შოკის შემთხვევაში), ნეფროპათიისა და პნევმონიის მკურნალობა.

ბენზინი – ახასიათებს ტოქსიკური ზემოქმედება ცნს-ზე, სასუნთქ და საშარდე სისტემებზე, ღვიძლზე.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ორთქლის შესუნთქვის შედეგად ვითარდება თავბრუდახვევა, თავის ტკივილი, თრობის მდგომარეობა, აგზნება, გულისრევა, პირღებინება; მძიმე შემთხვევებში შეინიშნება სუნთქვის მოშლა, გულყრა, ცნობიერების დაკარგვა. ბენზინის ასპირაციის შედეგად ვითარდება ტოქსიკური “ბენზინური” პნევმონია. ბენზინით პერორალური ინტოქსიკაციისათვის დამახასიათებელია ტკივილი მუცლის არეში, ღებინება, სიყვითლე, ღვიძლისა და თირკმლების დაზიანების სიმპტომები. დიაგნოსტიკური ნიშანია პირიდან ბენზინის სუნის.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

მკურნალობა გულისხმობს ავადმყოფის სწრაფ გამოყვანას ბენზინის ორთქლით გაჟღენთილი სათავსოდან. კუჭის ამორეცხვა უნდა მოხდეს მხოლოდ ზონდის საშუალებით, დეტოქსიკაცია კი – გააქტივებული ნახშირით. სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების კორექციაზე მიმართული უნდა იქნეს ინტენსიური თერაპია.

განსაკუთრებით საშიშია ინტოქსიკაცია ეთილირებული ბენზინით, რომელიც ტეტრაეთილტყვიას შეიცავს. ამ დროს სახეზეა ტყვიით მოწამვლის სიმპტომები (ნისტაგმი, გენერალიზებული ტრემორი, ჰიპერკინეზები, ნათხემის დაზიანების სიმპტომები).

ანტიდებრესანტები*

ინფორმაციისათვის: ამ ჯგუფის პრეპარატების ზოგადი თვისებაა თიმოლექსიური (ბერძ-thimos –სული, leptos- ნაზი) მოქმედება, ანუ დადებითი ეფექტი პიროვნების ემოციურ სფეროზე, რომელსაც თან ახლავს გუნებ-განწყობის, თვითგრძნობის, ზოგადი ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება. ზოგიერთ მათგანში ანტიდებრესიული მოქმედება შერწყმულია სელაციურ ეფექტთან, დანარჩენებში – მასტიმულირებელთან.

ანტიდებრესანტებს იყენებენ არა მარტო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში, არამედ სხვადასხვა სომატური და ვეგეტატიური დაავადებების სამკურნალოდ (როდესაც კლინიკურ სურათში ვლინდება დებრესიის მანიფესტური ან შენიღბული ეკვივალენტი, ე.წ. “დებრესია დებრესიის გარეშე”); არის მონაცემები მათი ეფექტურობის შესახებ ღამის ენურეზის, გულის იშემიური დაავადების, ქრონიკული ტკივილის სინდრომის დროს და ა. შ. ანტიდებრესანტებით მწვავე მოწამვლათა მიზეზებიდან ყველაზე ხშირია მათი ზედოზირება თვითმკვლელობის მიზნით.

განსაკუთრებული ტოქსიკურობით გამოირჩევა პოლიციკლური ანტიდებრესანტები (ამიტრიპტილინი, იმიპრამინი, კლომიპრამინი, დოქსეპინი, მაპროტილინი და ა.შ.)

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – ძირითადად ღებრესიური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

პოლიციკლურ ანტიდებრესანტებს ახასიათებს შერჩევითი ფსიქოტოკსიკური, ნეიროტოქსიკური (ქოლინოლიზური), კარდიოტოქსიკური ეფექტები.

ქოლინოლიზური სინდრომი გამოიხატება კანისა და ლორწოვანი გარსების სიმშრალით, თვალშია წნევის მომატებით, გუგების გაფართოებით, შარდის შეკავებით, ტრემორით, ჰალუცინაციებით, ცნობიერების აბნევით, აგზნებით, გულყრის პროვოცირებით.

კარდიოტოქსიკური ეფექტებია: ტაქიკარდია, არტერიული წნევის ლაბილობა, გულის რითმისა და გამტარებლობის დარღვევა (არითმია, ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა, ფიბრილაცია), მძიმე შემთხვევებში ვითარდება კომა ნაწლავების პარეზით, ტოქსიკური ჰეპატოპათიით.

პოლიციკლური ანტიდებრესანტებით მოწამვლის კლინიკური ნიშნები მაქსიმუმს აღწევს პრეპარატის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ და უმრავლეს შემთხვევაში შენარჩუნებულია 36-48 საათის განმავლობაში. მაგრამ ამ პრეპარატების ნახევრად დაშლის პერიოდის ხანგრძლივობას თუ გავითვალისწინებთ, კრიტიკული სტადია შეიძლება გაგრძელდეს 4-6 დღე (ყურადსაღებია მოგვიანებითი კარდიოტოქსიკური გამოვლინებები).

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

გადაუდებელი დახმარება იგივეა, რაც ნებისმიერი მედიკამენტური ინტოქსიკაციის შემთხვევაში: საციცოხლო ფუნქციების შენარჩუნება და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან არააბსორბირებული ნივთიერებების გამოღვენა; ანტიდებრესანტები სწრაფად ქმნიან ორგანიზმში პლაზმის ცილებთან შეკავშირებულ კომპლექსებს, ამიტომ ფორსირებული დიურეზის საშუალებით დეტოქსიკაცია ნაკლებად ეფექტურია; მძიმე შემთხვევებში იყენებენ პერიტონიულ დიალიზს, ჰემოსორბციას, პლაზმაფერეზს.

* ანტიდებრესანტი – გუნებ-განწყობისა და თვითგრძნობის გამაუმჯობესებელი საშუალება.

ამ პრეპარატების კარდიოტოქსიკური ეფექტები მუდმივ დაკვირვებას საჭიროებს, ამიტომ მიზანშეწონილია ავადმყოფის კარდიომონიტორინგი.

სპეციფიკური ანტაგონისტია ფიზოსტიგმინი (ეზერინი). ფიზოსტიგმინის ინექცია ქოლინოლიზური საშუალებებით ინტოქსიკაციის დიაგნოსტიკური ტესტის ფუნქციასაც ასრულებს. შეკვავთ კუნთებში ან ვენაში ნელა 1 მგ-ის ოდენობით 20 წუთის ინტერვალებით მანამ, სანამ შესაბამის ეფექტს არ მიიღებენ. ფიზოსტიგმინი განსაკუთრებით ეფექტურია ტოქსიკური დელირიუმის ან კომის დროს, მაგრამ თვითონ საკმაოდ ტოქსიკური პრეპარატია.

ნეიროლეპტიკები (“დიდი ტრანკვილიზატორები”, ანტიფსიქოზური საშუალებები)

ტერმინი “ნეიროლეპტიკი” (ბერძ- neuron- ნერვი, leptos-ნაზი) ემოციური დამშვიდების, ინდიფერენტულობისა და ფსიქომოტორული ფუნქციის შენელების იმ ტიპური მდგომარეობის გამომხატველია, რომელსაც ამ ჯგუფის პრეპარატები იწვევს. მათი ძირითადი თავისებურებაა ბოდვის, ჰალუცინაციების, ავტომატიზმისა და სხვა ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებების დათრგუნვა შიზოფრენიისა და სხვა ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირებში. მათი ნაწილი ნეიროლეფსიურთან ერთად ავლენს სედაციურ ეფექტს, დანარჩენებს ნეიროლეფსიური ეფექტი შერწყმული აქვს გამააქტივებელ მოქმედებასთან. ამას გარდა, მათ უმრავლესობას ახასიათებს ღებინების საწინააღმდეგო, ანტიჰისტამინური და ჰიპოთერმული მოქმედება. ანტიფსიქოზური მოქმედების მექანიზმი დაკავშირებულია თავის ტვინის ლოფამინური რეცეპტორების დათრგუნვასთან. ლოფამინის აქტივობის დათრგუნვასთან არის დაკავშირებული ნეიროლეპტიკების ძირითადი გვერდითი მოვლენებიც – ექსტრაპირამიდული რეაქციები (დისტონია, პარკინსონიზმი, აკატიზია, გვიანი დისკინეზია, ავთვისებრიანი ნეიროლეფსიური სინდრომი). გარდა ამისა, აღნიშვნის ღირსია ამ პრეპარატების სხვა მწვავე გვერდითი მოვლენები და გართულებები: კოლაფსი, ეგზოგენური ტიპის ტოქსიკური რეაქციები (ყველაზე ხშირად ფსიქოფარმაკოლოგიური დელირიუმი), ტოქსიკოალერგიული რეაქციები (ფოტოსენზიტიურობა, გამონაყარი კანზე, ანგიონევროზული შეშუპება, ჰეპატიტი).

ქვემოთ არ განვიხილავთ ნეიროლეფსიური საშუალებების ზედოზირებით გამოწვეულ პათოლოგიურ სიმპტომატიკას; ყურადღებას გავამახვილებთ მხოლოდ მწვავე იდიოსინკრაზიულ ჰიპერკინეზებზე, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს სწრაფი, ხანმოკლე, უნებლიე მოძრაობებით ან დისტონიით ნეიროლეპტიკების თერაპიული დოზის ერთჯერადი მიღების შედეგადაც.

დისტონია* მოტორული ფენომენია მწვავე დასაწყისით (ნეიროლეპტიკის მიღებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ). ვლინდება პირისაზის კუნთების ტონური დაჭიმვით, ენის იძულებითი გამოვარდნით (ორალური სინდრომი), თვალის კაკლების იძულებითი მოძრაობით (ოკულოგირული კრიზები), ტორსისა და კიდურების დისტონიით (კისრის, სხეულის ზედა ნახევრის და კიდურების ნელი, გრეხვითი მოძრაობები, კისერმრულობა; შესაძლებელია სასუნთქი კუნთების ჩათრევაც), ან მათი შერწყმით. აღწერილი პაროქსიზმული ექსტრაპირამიდული სინდრომის ხანგრძლივობა რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდეა. თან ახლავს მოტორული აგზნება შიშნარევი შფოთვით. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით მგრძობიარენი არიან ბავშვები და მოზარდები. ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატების მომხმარებელ პირებში დისტონიის განვითარების ალბათობა დიდია. დისტონია დოზაზე არ არის დამოკიდებული და შეიძლება სპეციფიკური მკურნალობის გარეშეც ალაგდეს. დისტონიის სამკურნალოდ ყველაზე ფართოდ იხმარება დიაზეპამი და ქოლინოლიზური პრეპარატები (ციკლოდოლი, აკინეტონი, ბიპერიდენი).

*დისტონია- ტონუსის პათოლოგიური შეცვლა

ატროპინი

ინფორმაციისათვის: ამ ალკალოიდს შეიცავს რიგი მცენარეებისა – ბელადონა (Atropa belladonna, rhfcdrf), ლენცოფა (Hyosciamus niger, tktyf), ლემა (Datura stramonium, lehvfy).

ორგანიზმზე ატროპინის თერაპიული მოქმედების ტიპური ნიშნებია: ითრგუნება თითმის ყველა გარეგანი სეკრეციის ჯირკვლის გამომყოფი ფუნქცია (კანისა და ლორწოვანი გარსების სიმშრალე), ბრონქების სეკრეცია მცირდება, ქვეითდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პერისტალტიკა, იხსნება შინაგანი ორგანოების კუნთების სპაზმი, გუგები ფართოვდება, გულის ცემა ხშირდება. თერაპიული დოზებით პერიფერიულ სისხლძარღვებზე არ მოქმედებს, ასტიმულირებს ცნს-ს;

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური, ინექციური, კონიუნქტივური.

რას უნდა მივაქციოთ ყურადღება კლინიკურ სურათში?

ატროპინით მოწამვლას ახასიათებს: პირის სიმშრალე, დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება), მიდრიაზი, მხედველობის გაზრდილობა, ტაქიკარდია, მშრალი, ცხელი კანი, ჰიპერტერმია, მოუსვენრობა, აგზნება, ჰალუცინაციები, დელირიუმი, მძიმე შემთხვევებში – კომა.

ატროპინით მოწამვლა შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებში, რასაც იწვევს შხამიანი მცენარეების ნაყოფის გასინჯვა. თუ დიაგნოზი ეჭვს ბადებს, ავადმყოფის შარდი შეიძლება ჩავაწვეთოთ თვალში კატას: მიდრიაზის განვითარება დაადასტურებს დიაგნოზს (თუ გუგა არ გაფართოვდა, მხოლოდ ამ ნიშნის საფუძველზე დიაგნოზის უარყოფას ნუ ეცდებით).

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები: კუჭის მასიური ამორეცხვა, ფორსირებული დიურეზი; მძიმე შემთხვევებში ეფექტურია ჰემოსორბცია. სფეციფიკური ანტიდოტია ფიზოსტიგმინი. აგზნების შემთხვევაში – დიაზეპამის ინექცია. მძიმე მოწამვლის დროს – ვიტალური ფუნქციების შენარჩუნებაზე მიმართული ინტენსიური თერაპია.

ანტიჰისტამინური საშუალებები

ინფორმაციისათვის: ანტიჰისტამინური საშუალება ახდენს ჰისტამინისადმი მგრძობიარე ქსოვილოვანი რეცეპტორების ბლოკირებას; ჰისტამინის სინთეზსა და თავისუფალი ჰისტამინის გამოყოფას პრაქტიკულად არ ცვლის. ქვემოთ შევხვებით მხოლოდ H1-ჰისტამინური რეცეპტორების ბლოკატორებს, რომლებიც ალერგიული მდგომარეობების დროს გამოიყენება (H2-ჰისტამინური ბლოკატორები იხმარება კუჭის სეკრეციული აქტივობის დასაბრუნად). ამ ჯგუფის პრეპარატები ქიმიური აღნაგობით ერთმანეთისაგან განსხვავდება.

დიმედროლს, სუპრასტინს და პრომეთაზინს ახასიათებს ცნს-ზე დამთრგუნველი მოქმედება (სედაციური და საძილე ეფექტები). გაბრუნების, ნარკოტიკული საშუალებების ეფექტის გაძლიერების ან თვითმკვლელობის მიზნით ყველაზე ხშირად იხმარება დიმედროლი (დიფენილჰიდრამინის ჰიდროქლორიდი). დიმედროლის ლეტალური დოზა დაახლოებით 40 მგ/კგ – ია; ორგანიზმიდან გამოყოფა შარდთან ერთად მეტაბოლიტების სახით 24 საათის განმავლობაში.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური, ინექციური.

რას უნდა მივაქცივს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

დიმედროლს ახასიათებს ნეიროტოქსიკური (ქოლინოლიზური), ფსიქოტოქსიკური ეფექტები. მოწამვლის სიმპტომებია: პირისა და ხახის სიმშრალე, ძილიანობა, თავბრუდახვევა, გულისრევა, კუნთების შეკრთომები, ტაქიკარდია, მხედველობის

გაბუნდოვნება. გუგები გაფართოვებულია, კანის საფარველი მკრთალი, მშრალი. დიმედროლის ზედოზირებას ახლავს მოტორული და ფსიქიკური აგზნება, გულყრა, შემდგომში ცნობიერების დათრგუნვით. მძიმე შემთხვევებში ვითარდება კომა, არტერიული წნევის დაქვეითება, სუნთქვის დათრგუნვა.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

პრეპარატის პერორალური მიღების შემთხვევაში აუცილებელია კუჭის ამორეცხვა ზონდის საშუალებით, ფორსირებული დიურეზი. ქოლინოლიზური სინდრომის კუპირებისათვის გამოიყენება ფიზოსტიგმინი; კომურ მდგომარეობაში – ვიტალური ფუნქციების შენარჩუნება, სიმპტომური თერაპია.

ნიკოტინი – ლეტალური დოზა მერყეობს 10-20 მგ/ლ შორის.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – ინჰალაციური, დიგესტიური, პლაცენტური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

დამახასიათებელია ფსიქოტოქსიკური (ამგზნები), ნეიროტოქსიკური (ქოლინომიმეტიური) მოქმედება.

ზედოზირების შემთხვევაში შეინიშნება თავის ტკივილი, თავბრუდახვევა, გულისრევა, პირღებინება, ფალარათი, ნერწყვის ჭარბი გამოყოფა, ცივი ოფლი; გულის ცემა ჯერ იშვიათდება, შემდეგ ჩქარდება, ირღვევა გულის რითმი; გუგები ვიწროვდება, ვლინდება მხედველობის და სმენის გაუკუღმართება, კუნთების ფიბრილაცია, კრუნჩხვები, მძიმე შემთხვევაში – კოლაფსი, კომა. არამწვევლები ნიკოტინის მიმართ უფრო მგრძობიარენი არიან მწვევლებთან შედარებით.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები:

ნიკოტინის ზედოზირების შემთხვევაში საჭიროა კუჭის ამორეცხვა კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით (1:1000), შემდგომში საფალარათო საშუალებების, გააქტივებული ნახშირის შეყვანით; ფორსირებული დიურეზი, მძიმე შემთხვევებში – დეტოქსიკაციური ჰემოსორბცია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სუნთქვის ფუნქციების მაკორეგირებელი თერაპია.

ქსანტინები (კოფეინი, თეოფილინი, თეობრომინი).

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? – დიგესტიური, ინექციური, პლაცენტური.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება კლინიკურ სურათში?

კოფეინით ინტოქსიკაცია იწვევს ყურებში ხმაურს, თავბრუდახვევას, გულისრევას, ღებინებას, სხეულის ტემპერატურის მომატებას, გული სცემის შეგრძნებას. შესაძლებელია გამოხატული ფსიქომოტორული აგზნება, კლონურ-ტონური გულყრები. მძიმე შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ნერვული სისტემის დათრგუნვა სოპორის მდგომარეობამდე, გულის ცემის მკვეთრი აჩქარება (პაროქსიზმული ტაქიკარდია არტერიული ჰიპოტონიის ფონზე), არითმია.

პრეპარატის პარენტერალური გზით ზედოზირების შემთხვევაში ვითარდება არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითება, ორთოსტატიული კოლაფსი.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები: ზონდით კუჭის ამორეცხვა, საფალარათო

საშუალებების შეყვანა, ფორსირებული დიურეზი. მძიმე შემთხვევაში – ჰემოსორბცია; ვიტალური ფუნქციების შენარჩუნებაზე, აგზნების და გულყრის კუპირებაზე მიმართული თერაპია.

ამფეტამინები

ინფორმაციისათვის: ამ ჯგუფის პრეპარატების ლეტალური დოზა ბავშვებისათვის- 5 მგ/კგ-მდე, მოზრდილებისათვის- 1,5გ-ია. ამფეტამინების ნახევრად დაშლის პერიოდი რამოდენიმე დღე-ღამეა, ამიტომ ინტოქსიკაციის ნიშნები შეიძლება ერთ კვირაზე დიდხანს გაგრძელდეს.

რა გზით ხვდება ორგანიზმში? დიგესტიური, ინექციური, პლაცენტარული.

რას უნდა მივაქციოთ ყურადღება კლინიკურ სურათში? – ინტოქსიკაცია იწყება მოუსვენრობით, გაღიზიანებით, აგრესიულობით, უძილობით, შემდეგ ვითარდება ცნობიერების აბნევა, ჰალუცინაციები, ჰიპერთერმია, გუგების გაფართოება, გულისრევა, პირღებინება, ტკივილი კუჭის არეში. კარდიოტოქსიკური ზემოქმედება გამოიხატება გულის რითმის დარღვევით, სტენოკარდიული ტკივილებით, არტერიული წნევა მერყეობს (შეიძლება განვითარდეს როგორც ჰიპო-, ასევე ჰიპერტონიაც), ცალკეულ შემთხვევებში ზელოზირება იწვევს გულყრებს, კომას.

ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებები: კუჭის ამორეცხვა არააბსორბირებული პრეპარატის კუჭიდან გამოსადევნად (მოწამვლიდან დიდი დროის გასვლის შემთხვევებშიც), საფადართოს მიცემა, ფორსირებული დიურეზი შარდის გამჟავებით (ანჟარებს ამფეტამინების ექსკრეციას); სიმპტომური თერაპია (ჰიპერთერმიის, გულის რითმის დარღვევის, ეპილეფსიური გულყრის კუპირება, ჰემოდინამიკისა და სუნთქვის აღდგენა).

კოკაინით მოწამვლის გამოვლინებები და მათი მკურნალობა ძირითადად ამფეტამინით ინტოქსიკაციის მსგავსია. კოკაინი ბევრად უფრო სწრაფად გამოიყოფა ორგანიზმიდან, ვიდრე ამფეტამინები. კოკაინით ზელოზირების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ეპილეფსიური გულყრა, ინსულტი, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, კოლაფსი.

კანაბისის პრეპარატებით ზელოზირება იწვევს ფსიქომოტორულ აგზნებას, გუგების გაფართოებას, მკაფიო მხედველობით ჰალუცინაციებს;

ეს მდგომარეობა შემდგომში იცვლება მოღუნებით, ხანგრძლივი ღრმა ძილით ბრადიკარდიისა და სხეულის ტემპერატურის დაქვეითების ფონზე. მკურნალობა გულისხმობს კუჭის ამორეცხვას (პერორალური მიღების შემთხვევაში), ფორსირებულ დიურეზს, სიმპტომურ თერაპიას.

თავი V. ჰოსპიტალამდელი გადაუდებელი დახმარება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზელოზირების შემთხვევებში

დაზარალებული იმყოფება უგონო მდგომარეობაში:

- არ დატოვოთ დაზარალებული მარტო, დახმარებისათვის მოუხმეთ სხვებსაც;
- გამოიძახეთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ან თვითონ მიიყვანეთ დაზარალებული უახლოეს სტაციონარში (ტრანსპორტირებისას დაზარალებული დააწვინეთ მარცხენა გვერდზე ან ზურგზე წოლისას თავი მიუბრუნეთ გვერდზე პირნალები მასების ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით);
- თუ ავადმყოფი არ სუნთქავს, დაუყოვნებლივ ჩაუტარეთ პირის ღრუს ტუალეტი (ტრიზმის შემთხვევაში, თუ სასუნთქი გზები თავისუფალია, ძალდატანებით ნუ ეცდებით პირის გაღებას. თუ ავადმყოფს აქვს კბილების მოსახსნელი პროთეზი, აუცილებლად ამოიღეთ) და დაუწყეთ ხელოვნური სუნთქვა (პირით პირში ან ტრიზმის შემთხვევაში – პირით ცხვირში);
- თუ გულის ცემა არ მოისმინება, დაიწყეთ გულის არაპირდაპირი მასაჟი;
- არ შეწყვიტოთ ხელოვნური სუნთქვა და გულის მასაჟი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე ან ავადმყოფის სტაციონარში გადაყვანამდე;
- ნუ შეეცდებით პირღებინების გამოწვევას;

- თუ ავადმყოფმა აღებინა, პირნალები მასების გარკვეული რაოდენობა აუცილებლად შეაგროვეთ და მიიტანეთ სტაციონარში ქიმიური ანალიზისათვის;
- ეცადეთ, შემთხვევის ადგილზე შეაგროვოთ ანამნეზური მონაცემები და მიაწოდოთ სასწრაფო დახმარების პერსონალს ან სტაციონარის ექიმს (ირგვლივ მყოფებისაგან უნდა მიიღოთ მაქსიმალური ინფორმაცია და გაამახვილოთ ყურადღება დაზარალებულის პოზაზე, სპეციფიკურ სუნზე, სავარაუდო მოწამვლაზე მიმანიშნებელ ნებისმიერ ნივთზე);
- მოწამვლის ადგილას ნანახი ნებისმიერი ნივთიერება, მედიკამენტი, წამლის შეფუთვა ან ჭურჭელი გადაეცით სასწრაფო დახმარების ან სტაციონარის სამედიცინო პერსონალს.

დაზარალებული იმყოფება გაბრუებულ მდგომარეობაში:

- არ დატოვოთ დაზარალებული მარტო, დახმარებისათვის მოუხმეთ სხვებსაც;
- გამოიძახეთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ან თვითონ მიიყვანეთ დაზარალებული უახლოეს სტაციონარში;
- განსაზღვრეთ დაზარალებულის ცნობიერების დონე (კონტაქტში შემოსვლის უნარი, ადეკვატურობა, გარემოში და სიტუაციაში ორიენტირების უნარი) და შეძლებისდაგვარად სწრაფად შეაგროვეთ მისგან ანამნეზური მონაცემები;
- თუ ავადმყოფის ცნობიერების დონე საშუალებას იძლევა (გაბრუება და დარეტიანება მკვეთრად არ არის გამოხატული ან სწრაფი ტემპებით არ პროგრესირებს), ეცადეთ, გამოწვიოთ ღებინება (ღებინების პროვოცირების სხვა უკუჩვენებები იხ: გვ №00);
- თუ ავადმყოფმა აღებინა, პირნალები მასების გარკვეული რაოდენობა აუცილებლად შეაგროვეთ და მიიტანეთ სტაციონარში ქიმიური ანალიზისათვის;
- ყურადღებით ადევნეთ თვალყური დაზარალებულს ტრანსპორტირების პროცესში. თუ სუნთქვა ან გული გაჩერდა, დაუყოვნებლივ დაიწყეთ გულ-ფილტვის რეანიმაცია (ხელოვნური სუნთქვა და გულის მასაჟი);
- ეცადეთ, შემთხვევის ადგილას შეაგროვოთ ანამნეზური მონაცემები და მიაწოდოთ სასწრაფო დახმარების პერსონალს ან სტაციონარის ექიმს (ირგვლივ მყოფებისაგან უნდა მიიღოთ მაქსიმალური ინფორმაცია და გაამახვილოთ ყურადღება დაზარალებულის პოზაზე, სპეციფიკურ სუნზე, სავარაუდო მოწამვლაზე მიმანიშნებელ ნებისმიერ ნივთზე);
- მოწავლის ადგილზე ნანახი ნებისმიერი ნივთიერება, მედიკამენტი, წამლის შეფუთვა ან ჭურჭელი გადაეცით სასწრაფო დახმარების ან სტაციონარის სამედიცინო პერსონალს.

დაზარალებული იმყოფება აგზნებულ მდგომარეობაში:

- არ დატოვოთ დაზარალებული მარტო, დახმარებისათვის მოუხმეთ სხვებსაც;
- გამოიძახეთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ან თვითონ მიიყვანეთ დაზარალებული უახლოეს სტაციონარში;
- ეცადეთ, გამოიწვიოთ ღებინება;
- თუ ავადმყოფმა აღებინა, პირნალები მასების გარკვეული რაოდენობა აუცილებლად შეაგროვეთ და მიიტანეთ სტაციონარში ქიმიური ანალიზისათვის;
- ეცადეთ, შემთხვევის ადგილას შეაგროვოთ ანამნეზური მონაცემები და მიაწოდოთ სასწრაფო დახმარების პერსონალს ან სტაციონარის ექიმს (ირგვლივ მყოფებისაგან უნდა მიიღოთ მაქსიმალური ინფორმაცია და გაამახვილოთ ყურადღება დაზარალებულის

პოზაზე, სპეციფიკურ სუნზე, სავარაუდო მოწამვლაზე მიმანიშნებელ ნებისმიერ ნივთზე);

- მოწავლის ადგილზე ნანახი ნებისმიერი ნივთიერება, მედიკამენტი, წამლის შეფუთვა ან ჭურჭელი გადაეცით სასწრაფო დახმარების ან სტაციონარის სამედიცინო პერსონალს.

თუ არ არის გამოძილებული მწვავე მოწამვლის სიმპტომატიკა, მაგრამ მაინც ეჭვი გაქვთ ზელოზირებაზე:

- დაუყოვნებლივ მიიყვანეთ პიროვნება ტოქსიკოლოგიურ განყოფილებაში;
- თან წაიღეთ ის ნივთიერება ან მედიკამენტი (შეფუთვა, ჭურჭელი), რომლითაც ვარაუდობთ მოწამვლას.

როგორ ვიმოქმედოთ ანაფილაქსიის შემთხვევაში:

ქვემოთ ვთავაზობთ მძიმე ალერგიული რეაქციის – ანაფილაქსიის ამოცნობისა და ჰოსპიტალამდელი დახმარების ძირითად მომენტებს. ანაფილაქსია შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ქიმიურ ნივთიერებაზე ან მედიკამენტზე.

ანაფილაქსიის სიმპტომები:

- ქავილი;
- ჭინჭრის ციება;
- ცხვირიდან ლორწოვანი გამონადენი;
- სუნთქვის გაძნელება;
- კანის ფერმკრთალობა, სიჭრელე;
- შემცივნება;
- არტერიული წნევის დაქვეითება;
- კომა;
- გულის გაჩერება.

პირველადი დახმარება ჰოსპიტალამდელ ეტაპზე:

- არ დატოვოთ დაზარალებული მარტო, დახმარებისათვის მოუხმეთ სხვებსაც;
- გამოიძახეთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ან თვითონ მიიყვანეთ დაზარალებული უახლოეს სტაციონარში;
- თუ ავადმყოფი არ სუნთქავს, დაუყოვნებლივ ჩაუტარეთ პირის ღრუს ტუალეტი (ტრიზმის შემთხვევაში, თუ სასუნთქი გზები თავისუფალია, ძალდატანებით ნუ ეცდებით პირის გაღებას. თუ ავადმყოფს აქვს კბილების მოსახსნელი პროთეზი, აუცილებლად ამოიღეთ) და დაუწყეთ ხელოვნური სუნთქვა (პირით პირში ან ტრიზმის შემთხვევაში – პირით ცხვირში);
- თუ გულის ცემა არ მოისმინება, დაიწყეთ გულის არაპირდაპირი მასაჟი;
- არ შეწყვიტოთ ხელოვნური სუნთქვა და გულის მასაჟი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე ან ავადმყოფის სტაციონარში გადაყვანამდე;
- ალერგიული რეაქციის გამომწვევი ნივთიერება, მედიკამენტი (ან მისი შეფუთვა, ჭურჭელი) გადაეცით სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ან სტაციონარის პერსონალს.