

შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური ავლილობანი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობანი“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 18 დეკემბრის № 277/ო ბრძანებით.

შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობანი

დაავადებათა ჯგუფში – “შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობანი” გაერთიანებული აშლილობები ხასიათდებიან კლინიკურ სურათში ფსიქოზური სიმპტომების, როგორც დაავადების განმსაზღვრელი ნიშნების არსებობით. ჯგუფს საერთო განმარტება არ გააჩნია, ვინაიდან სხვადასხვა აშლილობის გაერთიანება მოხდა ფსიქოზური სიმპტომატიკის ხაზგასმის საფუძველზე.

I. შიზოფრენია

1. დაავადების დეფინიციის, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

დეფინიციის (1)

შიზოფრენია წარმოადგენს ძირითად ფსიქიატრიულ დაავადებას, რომელსაც ახასიათებს აზროვნებისა და აღქმის ძირეული დარღვევები შეუსაბამო ემოციური რეაგირებითა და/ან ემოციური სფეროს გასადავებით. ჩვეულებრივ, პიროვნებას ინტელექტუალური შესაძლებლობები/უნარები და ცნობიერება ფორმალურად შენარჩუნებული აქვს, თუმცა დაავადების მიმდინარეობის მანძილზე უდაოდ ხშირია კოგნიტური დეფიციტის განვითარება. აშლილობა ვრცელდება ისეთ ბაზისურ ფუნქციებზე, რომლებიც ფსიქიკურად ჯანმრთელ ადამიანს ანიჭებს ინდივიდუალობისა და უნიკალობის განცდას. ხშირად პიროვნების ყველაზე პირადული, ინტიმური აზრები, გრძნობები და ქმედებანი სუბიექტის მიერ შეიგრძნობა/განიცდება, როგორც სხვებისთვის ცნობილი, გახსნილი. აღნიშნულის ასახსნელად, მას შესაძლოა განუვითარდეს ზემოქმედების ბოდვა. შიზოფრენიული აშლილობისას ჰალუცინაციები ძირითადად სმენითია, რომელიც კომენტარს უკეთებენ ინდივიდის ქცევებსა და აზრებს. დაბნეულობის ფონზე, რომელიც ფსიქოზის ერთ-ერთი ძირითად ადრეულ ნიშანს წამოადგენს, პაციენტი მიდის ისეთ მყარ შეხედულებამდე, რომ თითქოსდა ყოველდღიურ სიტუაციებს მისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა გააჩნია. ამდენად, აზროვნების პროცესი ირღვევა, ხდება აბნეული, შესაბამისად, მეტყველებაც ძნელად მისაწვდომი და გასაგებია. ამ დროს გუნებ-განწყობა ცვალებადია, გამღიზიანებლობის ელფერით, ზოგჯერ ბოდვითი აზრების შეუსაბამოა, არაკონგრუენტული. ასევე, შესაძლოა განვითარდეს ამბივალენტობა და დარღვევები ნებელობითი სფეროს მხრივ, ინერტულობის, ნეგატივიზმის ან სტუპორის და კატატონიური სიმპტომების სახით. შიზოფრენიული აშლილობა შეიძლება დაიწყოს მწვავედ, ქცევის მნიშვნელოვანი დარღვევებით, ან შემპარავად, უცნაური, ოდიოზური იდეების და ქცევითი აშლილობების თანდათანობითი განვითარებით. ამ აშლილობების მიმდინარეობა არ არის გარდაუვლად ქრონიკული და დამანგრეველი (მიმდინარეობას განსაზღვრავს ICD-კლასიფიკაციის მიხედვით V ნიშანი, ის. კლასიფიკაცია). ცალკეულ შემთხვევებში გამოსავალი შესაძლოა იყოს სრული ან თითქმის სრული გამოჯანმრთელება (სხვადასხვა კულტურულ ჯგუფებში და პოპულაციაში).

სინონიმები და ტერმინოლოგია (2)

ისტორიულად, შიზოფრენიული აშლილობანი პირველად აღწერილ იქნა ფრანგი ფსიქიატრის მორელის (Benedict Morel, 1809-1873) მიერ, რომელმაც მოზარდობის ასაკში განვითარებულ ფსიქიკურ დარღვევებს უწოდა *Demence precoce*. კალბაუმმა (Kahlbaum) პირველად აღწერა კატატონიური სიმპტომები, ჰეკერმა (Hacker) კი

ჰებერენის დროს პციენტთა ქცევის თავისებურებანი. მოგვიანებით აღნიშნული სიმპტომები კრეპელინმა (Emil Kraepelin, 1856-1929) ერთ ნოზოლოგიად გააერთიანა და უწოდა *Dementia precox* (ნაადრევი ჭკუასუსტობა), ხოლო მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი ცალკე ნოზოლოგიად გამოყო.

კრეპელინმა სახელწოდებით—*Dementia precox*, დაავადების ადრეულ დაწყებასთან ერთად, ხაზი გაუსვა პაციენტთა სპეციფიკურ კოგნიტურ პროცესს (დეფიციტს). პალუცინაციებთან და ბოდვებთან ერთად იგი კლინიკურ სურათში წამყვან მნიშვნელობას ანიჭებდა აშლილობის ხანგრძლივ, ფსიქიკისათვის დამანგრეველ მიმდინარეობას. ბლოილერს (Eugen Bleuler) მიუძღვის ყველაზე დიდი წვლილი შიზოფრენიის და საერთოდ, შიზოფრენიული აშლილობების თანამედროვე ხედვის ჩამოყალიბებაში. მან პირველად მოგვაწოდა ეს სახელწოდება — შიზოფრენია (ფსიქიკის გახლეჩა), რათა ხაზი გაესვა ფსიქიკის სფეროებში სქიზისის, ანუ გახლეჩის მნიშვნელობაზე. მისი აზრით, შიზოფრენიული აშლილობის მიმდინარეობის მანძილზე გარდაუვლია ფსიქიკის რღვევა. იგი შიზოფრენიის ძირითად მახასიათებლად მიიჩნევდა ოთხ ფუნდამენტურ სიმპტომს, ე.წ. 4 ა-ს: ასოციაციური პროცესის აშლილობა, აფექტური დარღვევები, აუტიზმი (საკუთარ შინაგან სამყაროში დაძირვა (3)) და ამბივალენტობა (გარკვეული მოვლენის, ან პიროვნების მიმართ ორი ურთიერთსაპირისპირო იმპულსის თანაარსებობა (3)). მოგვიანებით, კლინიკური დიაგნოსტიკებისათვის კურტ შნაიდერის (Kurt Schneider) მიერ გამოყოფილ იქნა შიზოფრენიის პირველი რანგის და მეორე რანგის სიმპტომები. პირველი რანგის სიმპტომებად ავტორი მიიჩნევდა შემდეგ სიმპტომებს: აზრთა გახმოვანება; მოკამათე და მაკომენტირებელი ხმები; ფიზიკური უძლურების (უსუსურობის) განცდა; აზრების წართმევა და გადაცემა; ბოდვითი აღქმა; ნებისმიერი სხვა ნაძალადეობის განცდა, რომელიც შეეხება ნებით აქტებს, „გაკეთებულ“ აფექტსა და ლტოლვებს (3).

კლასიფიკაცია (93)

1996 წლიდან საქართველოში ფსიქიკური დაავადებათა დიაგნოსტიკა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება ხდება ICD-10 კლასიფიკაციის მიხედვით (იხ. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია. მე-10 გადასინჯვა (ფსიქიატრია). ჯგუფი „შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობანი“ გაერთიანებულია ერთ კოდში (F20-F29), სახელწოდებით:

შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობანი

ამ პარაგრაფში განხილულია შიზოფრენია, როგორც ამ ჯგუფის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი დაავადება, შიზოტიპური აშლილობა, მყარი ბოდვითი აშლილობანი და უფრო ფართო ჯგუფი მწვავე და სწრაფად განვითარებული აშლილობისა. მიუხედავად მისი სადაობისა, შიზოაფექტური აშლილობანიც ამ თავში რჩება.

F20 შიზოფრენია

შიზოფრენიული აშლილობებისათვის ზოგადად დამახასიათებელია აღქმისა და აზროვნების სფეროში ფუნდამენტალური დარღვევები, აგრეთვე არაადექვატური და დახლუნებელი აფექტი. ცნობიერება და ინტელექტუალური შესაძლებლობები შენახულია, თუმცა დროთა განმავლობაში შეიძლება თავი იჩინოს გარკვეულმა კოგნიტიურმა დეფიციტმა. ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებებს წარმოადგენს ექო-აზრები, აზრთა ჩადება ან წართმევა, გახსნილობა, ზემოქმედების ბოდვა, პასიური დამორჩილება და ბოდვითი აღქმა,

სმენითი ჰალუცინაციები, ხშირად მაკომენტირებელი ან განსჯის შინაარსის, აზროვნების აშლილობანი და ნეგატიური სიმპტომები. შიზოფრენიული აშლილობების მიმდინარეობა უწყვეტია ან ეპიზოდური, პროგრესირებადი ან მყარი დეფიციტით. შეიძლება იყოს ერთი ან ორი ეპიზოდი მთლიანი ან ნაწილობრივი რემისიით. შიზოფრენიის დიაგნოზი არ უნდა დაისვას გამოხატული დეპრესიის ან მანიაკალური სინდრომის დროს, ასევე არ უნდა დაისვას ცერებრული დაავადების, წამლით ინტოქსიკაციისა და აბსტინენციის დროს. მსგავსი აშლილობანი, რომლებიც ვითარდებიან ეპილეფსიის ან სხვა ცერებრული დაავადების დროს, უნდა იქნეს კლასიფიცირებული F06.2-ით, ფსიქოპათიური ნივთიერებებით გამოწვეული - F10-F19-ით საერთო მეოთხე ნიშნით 5.

არ იგულისხმება: მწვავე შიზოფრენია (არადიფერენცირებული) (F23.2),
ცირკულარული შიზოფრენია (F25.2),
შიზოფრენიული რეაქციები (F23.2),
შიზოტიპური აშლილობანი (F21).

F20.0 პარანოიდული შიზოფრენია

პარანოიდული შიზოფრენიის დროს დომინირებს შედარებით მყარი, ხშირად პარანოიდული ბოდვები, უპირატესად სმენითი ჰალუცინაციებით, და შეგრძნებათა აშლილობით. აფექტის, ნებელობის, მეტყველების დარღვევები, კატატონური სიმპტომები ან არ არსებობს ან შედარებით სუსტია.

პარაფრენიული შიზოფრენია

არ იგულისხმება: ინვოლუციურ პარანოიდული მდგომარეობა (F22.8)
პარანოია (F22.0)

F20.1 ჰებეფრენიული შიზოფრენია

ამ ფორმის დროს, წინა პლანზეა უპირატესად ემოციური დარღვევები. ბოდვითი იდეები და ჰალუცინაციები არამყარი და ფრაგმენტულია, ქცევები უპასუხისმგებლო, უცნაური და მანერულია. აფექტი ზედაპირული და არაადექვატურია, აზროვნება მოუწესრიგებელი და მეტყველება ინკოჰერენტულია. მიდრეკილებაა განმარტოებისაკენ, ქცევები განცდის გარეშე გამოიყურება. “ნეგატიური” სიმპტომების სწრაფი განვითარების გამო პროგნოზი ცუდია. შიზოფრენიის ეს ფორმა იწყება მოზარდ ასაკში და ზრდასრულ ახალგაზრდებში. არაორგანიზებული შიზოფრენია.
ჰებეფრენია.

F20.2 კატატონური შიზოფრენია

კატატონური შიზოფრენიის დროს, წინა პლანზეა ფსიქომოტორული დარღვევები, რომლებიც ისეთ უკიდურეს ფორმებს შორის მერყეობს, როგორცაა ჰიპერკინეზები და სტუპორი, ან ავტომატური დამორჩილება და ნეგატივიზმი. იძულებითი მოძრაობები და პოზები კლინიკურ სურათში შესაძლებელია შენარჩუნდეს დიდი ხნის განმავლობაში. ნიშანდობლივია იმპულსური აგზნების ეპიზოდები. კატატონურ ფენომენებს შეიძლება თან სდევდეს სიზმრისმაგვარი (ონეიროიდული) მდგომარეობები, მკაფიო, სცენური ჰალუცინაციებით.

კატატონური სტუპორი:

შიზოფრენიული:

შიზოფრენიული კატალექსია

შიზოფრენიული კატატონია

ცვილისებრი მოქნილობა

F20.3 არადიფერენცირებული შიზოფრენია

ისეთი ფსიქოზური მდგომარეობა, რომელიც შიზოფრენიის ზოგად კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს, მაგრამ არ ემთხვევა F20.0-F20.2-ში აღწერილ ფორმებს, რომლებიც ავლენენ ერთზე მეტ შიზოფორმულ ნიშნებს, მაგრამ ძირითადი დიაგნოსტიკური სიმპტომების დომინირების გარეშე.

ატიპური შიზოფრენია

არ ივლისხმება: მწვავე შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქიკური აშლილობა (F23.2)

ქრონიკული არადიფერენცირებული შიზოფრენია (F20.5)

პოსტშიზოფრენიული დეპრესია (F20.4)

F20.4 პოსტშიზოფრენიული დეპრესია

საქმე ეხება ხანგრძლივ დეპრესიულ ეპიზოდს, რომელიც შიზოფრენიული დაავადების კვალდაკვალ ვლინდება. ზოგიერთი “პოზიტიური” ან “ნეგატიური” სიმპტომი ჯერ კიდევ სახეზეა, თუმცა კლინიკურ სურათში არ დომინირებს. ეს დეპრესიული მდგომარეობა ხშირად თვითმკვლევლობის გაზრდილ რისკთან არის დაკავშირებული. თუ პაციენტს აღარ აქვს შიზოფრენიული სიმპტომები, მაშინ დეპრესიულ ეპიზოდს დაესმის დიაგნოზი (F32.-), თუ შიზოფრენიული სიმპტომები ახალი დაწყებულია და წინა პლანზეა, მაშინ დიაგნოზი დაისმება, როგორც შიზოფრენიის ქვეტიპი (F20.0-F20.3).

F20.5 რეზიდუალური შიზოფრენია

ქრონიკული სტადია შიზოფრენიის მიმდინარეობაში, რომლის დროსაც შეიმჩნევა მკვეთრი გადასვლა ადრეულიდან მომდევნო სტადიაზე დამახასიათებელი ხანგრძლივად შენახული, თუმცა არააუცილებლად შეუქცევადი "ნეგატიური" სიმპტომებით, როგორცაა ფსიქომოტორიკის შენელება, აქტიურობის დაქვეითება, ემოციური გასადავება, პასიურობა და უინიციატივობა; მეტყველების როგორც შინაარსობრივი, ასევე რაოდენობრივი გაღარიბება; არავერბალური კომუნიკაციების სიღარიბე: მიმიკის, მზერის, ხმის მოდულაციის და პოზის; თვითმომსახურების ჩვევების და სოციალური საქმიანობის უკმარისობა.

ქრონიკული არადიფერენცირებული შიზოფრენია.

ნარჩენი მდგომარეობა.

შიზოფრენიული რეზიდუალური მდგომარეობა.

F20.6 მარტივი შიზოფრენია

საქმე ეხება მდგომარეობას თანდათანობითი, მაგრამ პროგრესირებადი, უცნაური ქცევებით, სოციალურ მოთხოვნილებებთან შეუსაბამობით, საერთო აქტიურობის დაქვეითებით. რეზიდუალური შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ნეგატიური სიმპტომები (მაგ: დაჩლუნგებული აფექტი, მოტივაციის დაქვეითება) ვითარდება წინამორბედი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე.

F20.8 შიზოფრენიის სხვა ფორმები

სენესტოპათიური შიზოფრენია.

შიზოფრენიფორმები:

აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

ფსიქოზები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

არ ივლისხმება: ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული აშლილობები (F23.2).

F20.9 დაუზუსტებელი შიზოფრენია

F21 შიზოტოპური აშლილობა

საქმე ეხება დარღვევას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ექსცენტრიული ქცევები, აზროვნებისა და გუნება-განწყობის სფეროს ანომალიები, რომელიც ახდენს შიზოფრენიის შთაბეჭდილებას, მაგრამ ცალსახად ტიპური შიზოფრენიული სიმპტომები არასოდეს არ აღინიშნება, თუმცა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნებისმიერ შემდეგი სახის გამოვლინებებს:

1. არაადექვატური და გარეგნულად გამოუმჯლავნებელი აფექტი
2. ანჰედონია
3. უცნაური და ექსცენტრული ქცევები
4. ტენდენცია სოციალური უკანდახევისადმი
5. პარანოიდული ან უცნაური იდეები, რომელიც ნამდვილ ბოდეებამდე არ მიდის
6. აკვიატებული აზრები
7. აზროვნებისა და აღქმის მოშლა
8. ეპიზოდური, გარდამავალი (ტრანზიტორული) კვაზი-ფსიქოზური ეპიზოდები, სმენითი ან სხვა ჰალუცინაციებით, ბოდვისმაგვარი იდეებით, რომლებიც არ არის გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული. ავადმყოფობის ცალსახად დადგენა შეუძლებელია და დაავადების მიმდინარეობა პიროვნული აშლილობის ხასიათს ატარებს.

ლატენტური შიზოფრენიული რეაქცია:

მოსაზღვრე შიზოფრენია,
ლატენტური შიზოფრენია,
პრეფსიქოზური შიზოფრენია,
პროდრომალური შიზოფრენია,
ფსევდონევროზული შიზოფრენია,
ფსევდოფსიქოპათიური შიზოფრენია,
შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა.

არ იგულისხმება: ასპერგერის სინდრომი (F84.5)

პიროვნების შიზოიდური აშლილობა (F60.1)

F22 ხანგრძლივი ბოღვითი აშლილობანი

ეს ჯგუფი მოიცავს აშლილობათა რიგს, რომელთა დროსაც ხანგრძლივად არსებული ბოღვა წარმოადგენს ერთადერთ ან ყველაზე თვალშისაცემ კლინიკურ მახასიათებელს და რომელიც არ შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს როგორც ორგანული. შიზოფრენიული ან აფექტური აშლილობა, ბოღვითი აშლილობები, რომლებიც მიმდინარეობენ რამდენიმე თვეზე უფრო ნაკლები დროის განმავლობაში, შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს F23.-ით.

F22.0 ბოღვითი აშლილობა

დარღვევების ეს ჯგუფი ხასიათდება ერთი ან ერთმანეთთან დაკავშირებული რამდენიმე ბოღვითი იდეის განვითარებით, რომლებიც ხანგრძლივად, ხანდახან კი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არსებობენ. ბოღვითი სისტემის შინაარსი ძალიან განსხვავებულია. ამ დიაგნოზთან შეუთავსებელია გამონატული და ხანგრძლივი სმენითი ჰალუცინაციები, შიზოფრენიული სიმპტომები, როგორცაა: დევნის ბოღვა, აფექტის დაჩლუნგება, აგრეთვე თავის ტვინის მძიმე ორგანული

დაავადებები. ეს დიაგნოზი ნაწილობრივ გამორიცხული არ არის ხანდაზმულებში. იმ პირობით, თუ შიზოფრენიულ ხასიათს არ ატარებს და კლინიკური სურათის ერთ მცირე ნაწილს შეადგენს.

პარანოია:

პარანოიდული ფსიქოზი,

პარანოიდული მდგომარეობა.

მოგვიანებითი პარაფრენია,

დამოკიდებულების სენზიტიური ბოდვა.

არ ივულისხმება: პარანოიდული პიროვნული აშლილობა,

ფსიქოგენური პარანოიდული ფსიქოზი (F23.3),

პარანოიდული რეაქცია (F23.3),

პარანოიდული შიზოფრენია (F20.0).

F22.8 სხვა ქრონიკული ბოდვითი აშლილობანი

ამ აშლილობების დროს, ბოდვას, ან ბოდვებს თან სდევს მდგრადი ჰალუცინაციური ხმები ან შიზოფრენიული სიმპტომები, რომლებიც არ შეესაბამებიან შიზოფრენიული დიაგნოზის (F20.-) კრიტერიუმებს.

ბოდვითი დისმორფოფობია,

პარანოიის კვერულანტური ფორმა.

F22.9 დაუზუსტებელი მყარი ბოდვითი აშლილობა

F23 მწვავე და გარდამავალი (ტრანზიტული) ფსიქოზური აშლილობანი

აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, რომელსაც ახასიათებს მწვავე დასაწყისი ფსიქოზური სიმპტომებით (ბოდვები, ჰალუცინაციები, აღქმის აშლილობანი) და ქცევის თვალსაჩინო მოშლა. მწვავე დასაწყისი გულისხმობს ორი კვირის ან უფრო მცირე დროის განმავლობაში პათოლოგიური კლინიკური სურათის განვითარებას. აღნიშნულ აშლილობათა განვითარება არ არის გამოწვეული ორგანული მიზეზებით. ორგანული პათოლოგიით გამოწვეული დელირიუმის (F05.-) დამახასიათებელი სიმპტომების - დაბნეულობა, უხერხულობის გრძნობა, დეზორიენტაცია დროში, ადგილსა და საკუთარ თავში არ არის საკმარისად ხანგრძლივი და მწვავე. სრული გამოჯანსაღება შეიძლება მოხდეს რამდენიმე თვეში, ხშირად რამდენიმე კვირაში და დღეებშიც კი. თუ აშლილობა მყარია და უფრო დიდხანს გრძელდება, მაშინ აუცილებელი ხდება დიაგნოზის გადახედვა. აშლილობა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ან არ იყოს მწვავე სტრესთან, რომელიც ერთი ან ორი კვირით წინ უსწრებდა ავადმყოფობის დასაწყისს.

F23.0 მწვავე პოლიმორფული ფსიქოზური აშლილობა შიზოფრენიის სიმპტომების გარეშე

მწვავე ფსიქოზური აშლილობა, რომლის დროსაც სახეზე გვაქვს ჰალუცინაციები, ბოდვები და აღქმის დარღვევები და ამ სიმპტომთა ცვალებადობა შეინიშნება დღითი-დღე და ზოგჯერ საათობრივადაც კი. ხშირად სახეზე გვაქვს ემოციური დეგრადაცია ტრანზიტორული ბედნიერების და ექსტაზის ან შფოთვის და გამღიზიანებლობის განცდით. მთლიანად კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია პოლიმორფიზმი და არასტაბილურობა და ფსიქოზური ნიშნები არ აზუსტებენ შიზოფრენიის დიაგნოზს (F20.-). ეს აშლილობები ხშირად იწყება უეცრად, ვითარდება სწრაფად რამდენიმე დღეში და შესაძლებელია სწრაფადვე

გაქრეს განმეორების გარეშე. თუ სიმპტომები გრძელდება, დიაგნოზი უნდა შეიცვალოს ქრონიკულ ბოდვით აშლილობაზე (F22.-).

F23.1 მწვავე პოლიმორფული ფსიქოზური აშლილობა შიზოფრენიის სიმპტომებით

მწვავე ფსიქოზური აშლილობა, რომლის დროსაც სახეზე გვაქვს პოლიმორფული და არასტაბილური კლინიკური სურათი, როგორც აღწერილია F23.0-ში. მიუხედავად არასტაბილურობისა, უმეტესი პერიოდის განმავლობაში, სახეზეა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები. თუ ეს სიმპტომები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს როგორც შიზოფრენია (F20.-),

Bouffee delirante შიზოფრენიის სიმპტომებით,
ციკლოიდური ფსიქოზი შიზოფრენიის სიმპტომებით.

F23.2 მწვავე შიზოფრენიისმსგავსი ფსიქოზური აშლილობა

ფსიქოზური სიმპტომები შედარებით სტაბილურია და შეესაბამება შიზოფრენიის დიაგნოზს, მაგრამ გრძელდება ერთ თვეზე ნაკლები დროის განმავლობაში. პოლიმორფული არასტაბილური ნიშნები, როგორც აღწერილია F23.0-ში არ არსებობს. თუ შიზოფრენიული სიმპტომები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს როგორც შიზოფრენია (F20.-).

მწვავე (არადიფერენცირებული) შიზოფრენია,
ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული აშლილობა,
ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული ფსიქოზი,
ონეიროფრენია,
შიზოფრენიული რეაქცია.

არ ივულისხმება: ორგანული ბოდვითი აშლილობა (F06.2),
შიზოფრენიფორმული აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (F20.8).

F23.3 სხვა მწვავე უპირატესად ბოდვითი ფსიქოზური აშლილობები

კლინიკურ სურათს წარმოადგენს შედარებით სტაბილური ბოდვები ან ჰალუცინაციები მაგრამ არ აზუსტებს შიზოფრენიის დიაგნოზს (F20.-). თუ ბოდვები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს, როგორც ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობა (F22.-).

პარანოიდული რეაქცია,
ფსიქოგენური პარანოიდული ფსიქოზი.

F23.8 სხვა მწვავე გარდამავალი ფსიქოზური აშლილობები

შეიცავს ნებისმიერ სხვა სპეციფიკურ ფსიქოზურ აშლილობებს, რომლის გამომწვევი მიზეზი არ არის ორგანული და რომელიც არ აზუსტებს F23.0-F23.3 კლასიფიკაციას.

F23.9 მწვავე და გარდამავალი ფსიქოზური აშლილობა, არასპეციფიკური

ხანმოკლე რეაქტიული ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული რეაქტიული ფსიქოზი.

F.24 ინდუცირებული ბოღვითი აშლილობა

ეს არის ორი ან მეტი ადამიანის მიერ მჭიდრო ემოციური კავშირით გაზიარებული ბოღვითი აშლილობა, მხოლოდ ერთ-ერთ მათგანს აქვს გენუინური ფსიქოზური აშლილობა. ბოღვებით ინდუცირდება სხვა ან სხვები და ჩვეულებრივ ქრება, როდესაც ეს ადამიანები განცალკევდებიან.

წყვილთა ფსიქოზით გამოწვეული პარანოიდული აშლილობა,
წყვილთა ფსიქოზით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობა.

F25 შიზოაფექტური აშლილობანი

სახეზეა როგორც აფექტური, ასევე შიზოფრენიული სიმპტომები, მაგრამ არ აზუსტებენ შიზოფრენიულ, დეპრესიულ და მანიაკალურ ეპიზოდებს. სხვა შემთხვევებში, როდესაც აფექტური სიმპტომები ემატება ადრე არსებულ შიზოფრენიულ დაავადებას, თანაარსებობს ან ენაცვლება სხვა ტიპის ბოღვით აშლილობებს, კლასიფიცირებულია F20-F29-ით. არაადექვატური ემოციურობის ფსიქოზური სიმპტომები აფექტური აშლილობების დროს არ აზუსტებს შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოზს.

F25.0 მანიაკალური ტიპის შიზოაფექტური აშლილობა

სახეზე გვაქვს შიზოფრენიული და მანიაკალური სიმპტომები იმდაგვარად, რომ დაავადების ეპიზოდები არ გვაძლევენ უფლებას დავსვათ შიზოფრენიის ან მანიაკალური ეპიზოდის დიაგნოზი. ეს კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული როგორც ერთი ეპიზოდის, ასევე რეკურენტული აშლილობის დროს, რომლის დროსაც უმეტესად საქმე გვაქვს მანიაკალური ტიპის შიზოაფექტურ ეპიზოდებთან. მანიაკალური ტიპის შიზოაფექტური ფსიქოზი.

მანიაკალური ტიპის შიზოფრენიფორმული ფსიქოზი.

F25.1 დეპრესიული ტიპის შიზოაფექტური აშლილობა

ამ აშლილობის დროს სახეზე გვაქვს როგორც შიზოფრენიული, ასევე დეპრესიული სიმპტომები ისე, რომ დაავადების ეპიზოდი არ აზუსტებს არც შიზოფრენიული და არც დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოზს. ეს კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც ერთეული ეპიზოდის, ასევე რეკურენტული აშლილობის დროს, როდესაც უმეტესად სჭარბობს დეპრესიული ტიპის შიზოაფექტური ეპიზოდები.

დეპრესიული ტიპის შიზოაფექტური ფსიქოზი,

დეპრესიული ტიპის შიზოფრენიფორმული ფსიქოზი.

F25.2 შერეული ტიპის შიზოაფექტური აშლილობა

ცირკულარული შიზოფრენია,

შერეული შიზოფრენიული და აფექტური ფსიქოზი.

F25.8 სხვა შიზოაფექტური აშლილობანი

F25.9 დაუზუსტებელი შიზოაფექტური აშლილობა

F28.სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობანი

ბოდვითი ან ჰალუცინაციური აშლილობანი, რომელიც არ გვაძლევს უფლებას დავსვათ შიზოფრენიის დიაგნოზი (F20.-), ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობანი (F22.-), მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობანი (F23.-), ფსიქოზური ტიპის მანიაკალური ეპიზოდი (F30.2) ან მწვავე დეპრესიული ეპიზოდი (F32.3). ქრონიკული ჰალუცინაციური ფსიქოზი.

F.29 დაუზუსტებელი არაორგანული ფსიქოზი

ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის გამორიცხული
არ იგულისხმება: ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (F09).

დღესდღეობით, საერთაშორისოდ აღიარებულია ორი, ზემოაღნიშნული ევროპული ICD-10 და ამერიკული DSM-IV^{TR} კლასიფიკაცია, რომელიც ერთმანეთთან შესაბამისობაშია (5):

- შიზოფრენია (ICD-10: F20.XX და DSM-IVTM: 295);
 1. პარანოიდული ტიპი ICD-10: F20.0X და DSM-IVTM: 295.30 (იგივე პარაფრენიული შიზოფრენია – ძველი კლასიფიკაციებით)
 2. ჰეზეფრენიული (ICD-10: F20.1X) ანუ დეზორგანიზებული ტიპი (DSM-IVTM: 295.10)
 3. კატატონიური ტიპი (ICD-10: F20.2X და DSM-IVTM: 295.20)
 4. არადიფერენცირებული ტიპი (ICD-10: F20.3X და DSM-IVTM: 295.90)
 5. პოსტშიზოფრენიული დეპრესია (ICD-10: F20.4X) ანუ დეპრესიული აშლილობა სხვაგვარად დაუზუსტებელი (DSM-IVTM: 311)
 6. რეზიდუალური ტიპი (ICD-10: F20.5X და DSM-IVTM: 295.60)
 7. მარტივი შიზოფრენია (ICD-10: F20.6X, 295.90)
 8. შიზოფრენიის სხვა ფორმები (ICD-10: F20.8X)

მიმდინარეობას განსაზღვრავს კოდის მე-5 ნიშანი (6):

0=უწყვეტი (აღინიშნოს, თუკი უპირატესად ნეგატიური სიმპტომები სჭარბობს);

1= ეპიზოდური, დეფექტის პროგრედიენტული განვითარებით;

2=ეპიზოდური, ეპიზოდებს შორის რეზიდუალური სიმპტომებით (აღინიშნოს, თუკი უპირატესად ნეგატიური სიმპტომებითაა) ანუ ეპიზოდური სტაბილური დეფექტით;

3=ეპიზოდური, ეპიზოდებს შორის რეზიდუალური სიმპტომების არარსებობით;

4=ერთადერთი ეპიზოდი არასრული რემისიით (აღინიშნოს, თუკი უპირატესად ნეგატიური სიმპტომები სჭარბობს);

5= ერთადერთი ეპიზოდი სრული რემისიით;

8=სხვა, არასპეციფიური შემთხვევა;

9=ინიციალური აქტიური ფაზის სიმპტომების დაწყებიდან 1 წელიწადზე ნაკლები პერიოდია.

- შიზოტიპური აშლილობა (ICD-10: F21), ანუ შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა (DSM-IVTM: 301.22);
- ქრონიკული ბოდვითი აშლილობანი (ICD-10: F22.0 და DSM-IVTM: 297.1)
- მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობანი (ICD-10: F23.XX) ანუ ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა (DSM-IVTM: 298.8)
- ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობა (ICD-10: F24 და ე.წ. Folie a Deux DSM-IVTM: 297.3)
- შიზოფრენიისმაგვარი (შიზოფრენიის სხვა ფორმები) აშლილობა (ICD-10: F20.8 და DSM-IVTM: 295.40);
- შიზოაფექტური აშლილობა (ICD-10: F25.X და DSM-IVTM: 295.70)
- სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობა (ICD-10: F28, DSM-IVTM: 298.9)
- დაუზუსტებელი (არასპეციფიკური) არაორგანული ფსიქოზი (ICD-10: F29; DSM-IVTM: 298.9)

DSM-IV TM კლასიფიკაციის მიხედვით, გარდა ზემოაღნიშნულისა, (განსხვავებით ICD-10-ის F06.X), ამავე ჯგუფში შედის: **ზოგადი სამედიცინო ხასიათის პრობლემით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობა (DSM-IVTM: 293.XX).**

2. ეპიდემიოლოგია (7)

მსოფლიოში შიზოფრენიის გავრცელება საერთო პოპულაციაში შეადგენს საშუალოდ მოსახლეობის 1%-ს, ქალებსა და მამაკაცებში მანვენებელი ერთნაირია. WHO-ს მონაცემებით, ამ ორგანიზაციაში გაერთიანებულ რვა ქვეყანაში, ყოველწლიურად ახალი შემთხვევების (incidence) საშუალო მანვენებელი შეადგენს 0,22-ს 1000 სულ მოსახლეზე. აღსანიშნავია, რომ ეს მანვენებელი საკმაოდ მერყეობს დროის მიხედვით სხვადასხვა ქვეყანაში კულტურალური თავისებურებების და მოსახლეობის შემადგენლობის გათვალისწინებით.

პაციენტთა 20-40%-ს ფსიქოზური სიმპტომების პირველი ეპიზოდი გადატანილი აქვს 20 წლამდე ასაკში. მამაკაცებისათვის პირველი პიკი მოდის 15-25 წელზე, ხოლო ქალებისთვის 25-35 წელზე—პირველი პიკი და მეორე პიკი—40-45 წელზე, უშუალოდ მენოპაუზის წინ.

შიზოფრენიის მქონე პაციენტთა 80%-ზე მეტის მშობლებში შიზოფრენია არ არის დიაგნოსტირებული. მაგრამ მაინც უდავოა გენეტიკური ფაქტორის, როგორც რისკ-ფაქტორის როლი ამ დაავადების განვითარებაში. შიზოფრენია გვხვდება იმ პაციენტების 13%-ში, რომელთაც ჰყავთ შიზოფრენიით დაავადებული თუნდაც ერთი მშობელი და პაციენტთა 35-40%-ში, რომელთა დედ-მამა შიზოფრენიითაა დაავადებული. მონოზიგოტურ ტყუპებში შიზოფრენია გვხვდება შემთხვევათა 50%-ში, ხოლო დიზიგოტურებში 9%-ში, ისევე როგორც სხვა და-ძმებში.

მრავლი, თუმცა არა ყველა კვლევა ადასტურებს დაავადების განვითარებასა და სამშობიარო გართულებებს შორის კავშირს, რომელიც ნაყოფის თავის ტვინის ჰიპოქსიური დაზიანების შედეგია. პაციენტებს, რომელთაც შიზოფრენია ადრეულ ასაკში დაეწყოთ, უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ ავადმყოფობის ისტორიაში სამშობიარო გართულებები, ვიდრე მათ, ვისაც მოგვიანებით ასაკში დაეწყოთ დაავადება.

ასევე დადასტურებულია კავშირი შიზოფრენიის სიმპტომების გამომჟღავნებასა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას შორის. შიზოფრენია იწყება საშუალოდ უფრო ახალგაზრდა ასაკში იმ პირებში, რომლებიც მოიხმარდნენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, ვიდრე იმ პირებში, ვინც არ მოიხმარდნენ.

დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება, ასევე, მარტოხელობა, მაღალ ურბანიზებულ გარემოში აღზრდა, დაბალი სოციო-ეკონომიური მდგომარეობა, სტრესული სიტუაციები, მამის ხნიერი ასაკი.

შიზოფრენია წარმოადგენს ყველაზე „ძვირადღირებულ“ ფსიქიკურ აშლილობას, რომელზედაც აშშ-ში მთლიანად ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 2,5% მოდის (რაც 1995 წლიდან მოყოლებული წლიურად შეადგენს 65 მლრდ. აშშ დოლარს, ზრდის ტენდენციით). აღნიშნულს ემატება გვერდითი თანხები, რომელიც იხარჯება პაციენტთა და მათი ოჯახების დახმარებებზე. ასევე გასათვალისწინებელია მომვლელებისა და საზოგადოდ სოციუმის სოციალური თუ სხვა სახის მხარდაჭერა.

3. ეტიოპათოგენეზი (8)

დღესდღეობით აღიარებულია შიზოფრენიის ეტიოპათოგენეზის რამდენიმე თეორია, მათ შორის:

1. სტრეს-მოწვევადობის მოდელი;
2. ნეირო-ბიოლოგიური მიდგომა, რომელსაც საფუძვლად უდევს შიზოფრენიის განვითარების:
 - დოფამინურული ჰიპოთეზა;
 - ნეიროპათოლოგიური თავისებურებანი, ცნს-ს რადიოგრაფიული კვლევის მონაცემები, ფსიქო-ნეირო-ენდოკრინოლოგიის თავისებურებანი.
3. გენეტიკური ფაქტორების თეორია;
4. ფსიქოსოციალური ფაქტორების თეორია:
 - ფსიქონალიტიკური თეორია;
 - სოციალური თეორია.

1. სტრეს-მოწვევადობის მოდელი

ამ მოდელის თანახმად, ყველა ადამიანს გააჩნია გარკვეული მოწვევადობა ბიოლოგიური, ფსიქო-სოციალური და გარემო ფაქტორების მიმართ, რომლებიც სტრესოგენულ გარემოში მოხვედრისას, მოწვევად პიროვნებაში განაპირობებენ შიზოფრენიული სიმპტომატიკის განვითარებას. ზოგადად, დიათეზის/ მოწვევადობის ცნებაში იგულისხმება ბიოლოგიური (მაგ. ინფექცია, გენეტიკური განწყობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, ფიზიკური ტარავმა), ფსიქოლოგიური (მაღალ-სტრესოგენული ოჯახები, აღზრდის თავისებურებანი, ახლობელი ადამიანის გარდაცვალება), ან ორივე მოწვევადობა ერთად.

2. ნეირო-ბიოლოგიური მიდგომა

სადღეისოდ შიზოფრენიის უშუალო მიზეზები მეცნიერებისთვის ცნობილი არ არის, მიუხედავად იმისა, რომ ლიტერატურაში სულ უფრო იზრდება იმ კვლევების რიცხვი, რომელიც თვალსაჩინოს ხდის პათოფიზიოლოგიური ფაქტორის როლს თავის ტვინის ზოგიერთ უბანში, რგორიცაა: ა) ლიმბიური სისტემა, ბ) შუბლის წილის ქერქი (*frontal cortex*), გ) ნათხემი (*cerebellum*) და დ) ქერქვეშა კვანძები (*basal ganglia*). თითოეულ ამ უბანში დისფუნქცია შემდგომ ვრცელდება სხვა წილებშიც. აღნიშნული ასახვას პოულობს შიზოფრენიის ეტიოპათოგენეზის თეორიებში.

- **დოფამინერგული ჰიპოთეზა** გამარტივებულად შემდეგში მდგომარეობს: შიზოფრენიის განვითარება დაკავშირებულია დოფამინერგული გადაცემის სიჭარბესთან. ჰიპოთეზა ეყრდნობა ორ მნშენელოვან ფაქტორს:

1. უმეტესწილად, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ეფექტურობა პირდაპირ კორელაციაშია მათი D2 რეცეპტორებისადმი ანტაგონისტურ მოქმედებასთან;
2. ფსიქოზის მასტიმულირებელი (მაპროვოცირებელი) მოქმედება გააჩნიათ ფსიქოტროპულ საშუალებებს, რომლებიც ზრდიან დოფამინერგული გადაცემის ინტენსივობას (მაგ, ამფეტამინები).

ჰიპოთეზის მიხედვით, ძნელია განისაზღვროს, თუ კონკრეტულად რასთანაა დაკავშირებული დოფამინერგული გადაცემის გაზრდა: სინაფსურ ნაპრალში დოფამინის ჭარბ გამონთავისუფლებასთან, დოფამინური რეცეპტორების რაოდენობის სიჭარბესთან, არსებული რეცეპტორების ჰიპერაქტიურობასთან, თუ ამ ფაქტორების კომბინაციასთან.

ასევე უნდა აღინიშნოს სხვა ნეიროტრანსმიტერების გადაცემის როლი დაავადების ეტიოპათოგენეზში, კერძოდ სეროტონინერგული, ნორეპინეფრინერგული, GABA-ერგული (გამა-ამინო-ერბოს მაჟავა). *სეროტონინ-დოფამინერგულ* ანტაგონისტს წარმოადგენენ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, მაგალითად როგორცაა კლოზაპინი, რისპერიდონი. აღსანიშნავია *ნორეპინეფრინერგული* (ნორადრენალინერგული) გადაცემის აქტივობის (locus ceruleus-ში) დაქვეითება ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით ხანგრძლივი მკურანლობისას. აგრეთვე, შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების (თუმცა არა ყველას) ჰიპოკამპში ვითარდება *GABA-ერგული* გადაცემის დეფიციტი.

ამდენად, რიგი ნეიროტრანსმიტერული გადაცემის დისბალანსი შიზოფრენიის განვითარების მონო-ამნიური თეორიის საფუძველს ქმნის.

- **ნეიროპათოლოგიური თავისებურებანი** შიზოფრენიის დროს ძირითადად ვლინდება თავის ტვინის სხვადასხვა არეში ნეიროპათოლოგიური და ნეიროქიმიური ძვრებით. კერძოდ, ლიმბურ სისტემასა და ქერქქვეშა კვანძებში, ასევე, თავის ტვინის ქერქში, თალამუსსა (მხედველობის ბორცვი) და ტვინის ღეროში. დადასტურებულია შიზოფრენიის დროს თავის ტვინის მოცულობის შემცირება. ეს ეხება თავის ტვინის ზემოაღნიშნულ არეებს.

ვინაიდან ლიმბური სისტემა აკონტროლებს ემოციებს, ჰიპოთეზურად შიზოფრენიის ფსიქოფიზიოლოგიური ბაზისი ეს რეგიონიც არის. მრავალი პათანატომიური კვლევის შედეგები ადასტურებენ amygdala, hippocampus და parahippocampal gyrus-ის ზომაში შემცირებას შიზოფრენიით დაავადებულლებში.

შიზოფრენიის მქონე პაციენტებისათვის დამახასიათებელია თავისებური სიარული და სახის მიმიკა (მანერიალობა), სტერეოტიპული მოძრაობები. ამდენად, სავარაუდოა ქერქქვეშა კვანძების დაინტერესება შიზოფრენიის დროს, ვინაიდან ეს რეგიონი აკონტროლებს მოძრაობებს.

ზემოაღნიშნული დასტურდება ცნს-ის რადიოგრაფიული კვლევებით, როგორცაა კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT), მაგნიტურ-ბირთვული რეზონანსი (MRI). ასევე, ცნს-ის ფუნქციური კვლევის მეთოდები: ფუნქციური MRI, PET, SPECT.

3. გენეტიკური ფაქტორების თეორია

ამ თეორიას ადასტურებს ეპიდემიოლოგიური მონაცემები (იხ. ეპიდემიოლოგია). მოლეკულური ბიოლოგიის განვითარებამ საშუალება მისცა მეცნიერებს ემსჯელათ შიზოფრენიის დროს გარკვეული ქრომოსომების დაინტერესებაზე, ესენია: მე-5, -11,

18 ქრომოსომების გრძელი მხარი და მე-19 და X ქრომოსომების მოკლე მხარი, ასევე, მე-6, -8 და 22 ქრომოსომების განსაზღვრული წერტილები. დღესდღეობით, მიღებულია შიზოფრენიის ჰეტეროგენული გენეტიკური (ბაზისის) თეორია.

4. ფსიქოსოციალური ფაქტორების თეორია

- ფსიქონაღლიტიკური თეორია

ამ თეორიის ცენტრალურ ჰიპოთეზას წარმოადგენს ზ. ფროიდის შეხედულება, რომლის მიხედვით შიზოფრენიის დროს პიროვნების (ego) ძირითადი დაცვითი მექანიზმი ფრუსტრაციასა და კონფლიქტზე არის რეგრესია (regression). აგრეთვე არსებობს სხვა თეორიული ჰიპოთეზებიც (რომლებიც არ წამოადგენს მტკიცებულებებზე დაყრდნობილ ფაქტებს, ესენია: დასწავლის თეორია, ოჯახური დინამიკა და სხვა).

- სოციალური თეორია

ამ თეორიის მიხედვით, ინდუსტრიალიზაცია და ურბანიზაცია მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს შიზოფრენიის დაწყებაზე და მიმდინარეობის სიმძიმეზე.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

სიმპტომების ჩამონათვალი (9)

შიზოფრენიის ძირითად კლინიკურ სიმპტომებს წამოადგენს:

- ა) ექო-აზრები, აზრების ჩადება ან წართმევა, აზრების გადაცემა;
- ბ) ზემოქმედების ბოდვა (კონტროლის/გაკონტროლების), იდეატორული, სენსორული და მოტორული ავტომატიზმი, ბოდვით აღქმასთან ერთად;
- გ) სმენითი ჰალუცინაციები – პაციენტის ქცევის ან აზრების პერსისტენტულად მაკომენტირებელი ხმები, ან ორი/ან მეტი „დილოგში მყოფი ხმა“; ან სხვა ტიპის ხმები, რომელიც პაციენტს „ესმის“ სხეულის სხვადასხვა ნაწილიდან;
- დ) სხვადასხვა შინაარსის პერსისტენტული ბოდვითი იდეები, რომელიც ეთნო-კულტურულად სავსებით მიუღებელია (მაგ, რელიგიური, პოლიტიკური ან მსოფლმხედველობრივი შეხედულებები);
- ე) ნებისმიერი მოდალობის (ინტენსივობის) ჰალუცინაციები, რომელთაც თან ახლავთ ერთეული არასისტემატიზებული, ჩამოუყალიბებული ბოდვითი იდეები, თვალსაჩინო აფექტური დატვირთვის გარეშე, ან პერსისტიული ზედირებულოვანი იდეები, რომლებიც ყოველდღიურად აღმოცენდება კვირების ან თვეების მანძილზე;
- ვ) წყვეტილი აზროვნება ან არათანამიმდევრული ასოციაციები, რის შედეგად ვითარდება ინკოჰერენტულობა, არაარსებითი მეტყველება და ნეოლოგიზმები;
- ზ) კატატონური ქცევა, აგზნება, შეკავება, ცვილისებრი მოქნილობა, ნეგატივიზმი ან სტუპორი;
- თ) ე.წ. ნეგატიური ანუ დეფიციტური სიმპტომები, როგორცაა: აპათია, მეტყველების რაოდენობრივი და შინაარსობრივი გადარბევა, ემოციური რეაგირების დაჩლუნგება, გასადავება ან შეუსაბამობა, არაკონგრუენტულობა, რასაც თან სდევს სოციალური იზოლაცია და სოციალური ფუნქციონირების დაქვეითება. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ ეს არ არის ნეიროლექსიური მედიკამენტების მოქმედების ან დეპრესიის შედეგი;

ო) პიროვნების ქცევის მნიშვნელოვნად მყარი შეცვლა ვლინდება ინტერესების დაქვეითება-შეზღუდვაში, მიზნებისა და სამომავლო გეგმების არარსებობაში, იდეების დეფიციტში, აუტიზაციაში და სოციალურ იზოლაციაში.

ზემოთ აღნიშნულ სიმპტომებს, პრაქტიკული მოსაზრებების გამო, აერთიანებენ პლიუს (ანუ პოზიტიურ) და მინუს (ანუ დეფიციტურ სიმპტომებად) (10).

"პლიუს-სიმპტომები":

I. ჰალუცინაციები

- სმენითი;
- მაკომენტირებელი „ხმები“;
- დიალოგის სახით „ხმები“;
- ტაქტილურ-სომატური;
- ყნოსვითი;
- მხედველობითი.

II. ბოღვა

- დევნის (პერსეკუტორული);
- დაზოიანობის;
- ცოდვიანობის და თვითბრალდების;
- განდიდების;
- რელიგიური შინაარსის;
- იპოქონდრიული (სომატური);
- დამოკიდებულების (ბოღვითი) აზრები;
- ზემოქმედების (გაკონტროლების ბოღვითი) აზრები;
- გასხნილობის (ბოღვითი) აზრები;
- აზრთა გადაცემა;
- აზრთა ჩადება;
- აზრთა წართმევა.

III. უცნაური ქცევა

- უცნაური გარეგნული იერი და ჩაცმულობა;
- უცნაური სოციალური და სექსუალური ქცევა;
- აგრესიული და აჟიტაციური ქცევა;
- განმეორებადი ან სტერეოტიპული ქცევა

IV. აზროვნების ფორმის აშლის პოზიტიური პათოლოგია

- ასოციაციური ჯაჭვის გაწყვეტა, დეზორგანიზებული აზროვნება;
- ტანგენციალობა (მიზანზე ორიენტირებული თანამიმდევრული აზროვნების შეუძლებლობა);
- ინკოჰერენტულობა;
- ალოგიკურობა;
- დეტალიზაცია;
- „ტყვიამფრქვევისებრი“ მეტყველება;
- გაფანტული, დაბნეული მეტყველება;
- ვერბიგერაცია (ასოციაციები მსგავსი უღერადობის (და არა შინაარსის) მქონე სიტყვებისა).

„მინუს-სიმპტომები“

I. ემოციური გასადავება და გაღარიბება

- სახის გახევებული გამომეტყველება;
- სპონტანური მოძრაობის შემცირება;
- გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბე;
- მზერითი კონტაქტის სიმცირე;
- აფექტური რეაგირების არარსებობა (აფექტური გასადავება);
- შეუსაბამო აფექტი (პარათიმია);
- ვოკალური გამოსატვის უნარის ნაკლებობა (მონოტონური მეტყველება).

II. (ლოგიკური) მეტყველების შეუძლებლობა და პარალოგია

- საუბრის გაღარიბება;
- მეტყველების შინაარსობრივი გაღარიბება;
- აზრების გაწყვეტა, ბლოკირება;
- პასუხის ლატენტური დროის გაზრდა.

III. აბულია-აპათია

- თავის მოვლის და ჰიგიენის დაცვის შეუძლებლობა;
- სამსახურების (ან სასწავლებლების) მონაცვლეობა;
- ფიზიკური ანერგია.

IV. ანჰედონია, ასოციალურობა

- გასართობი საქმიანობების შემცირება;
- სექსუალური ინტერესების დაქვეითება;
- სიახლოვის, თანაგრძნობის უნარის დაქვეითება;
- დამოკიდებულება ნათესავებთან, მეგობრებთან და თანატოლებთან (აუტიზაცია).

V. ყურადღება

- სოციალური უყურადღებობა;
- უყურადღებობა ფსიქიკური გამოკვლევის მიმდინარეობისას.

(SANS და SAPS სრული ვერსიები იხ. დანართებში №1 და №2)

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (11):

შიზოფრენიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები განისაზღვრება კლინიკური სიმპტომებით, სოციალური დისფუნქციით, დაავადების ხანგრძლივობით, სხვა აშლილობების და მდგომარეობების გამორიცხვით. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ მას არ გააჩნია კლინიკურ-ლაბორატორიული კრიტერიუმები. შიზოფრენიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

A. **დამახასიათებელი სიმპტომები:** ქვემოთ მოყვანილიდან ორი (ან მეტი), რომელთაგან თითოეული წარმოდგენილია მთელი ერთი თვის (ან უმეტესი პერიოდის) განმავლობაში (შესაძლოა ნაკლებიც, თუკი წარმატებითაა ნამკურნალევი):

- (1) ბოდვა;
- (2) ჰალუცინაციები;
- (3) დეზორგანიზებული მეტყველება (ასოციაციების გაწყვეტა ან ინკოჰერენტულობა);
- (4) უხეშად (მნიშვნელოვნად) დეზორგანიზებული ან კატატონური ქცევა;
- (5) ნეგატიური სიმპტომები, როგორცაა: ემოციური გასადავება, მეტყველების გაღარიბება, ან მისი არქონა (ალოგია) და ნებელობის დაქვეითება (ჰიპობულია), ან არქონა (აბულია).

შენიშვნა: A. კრიტერიუმის მხოლოდ ერთი სიმპტომიც საკმარისია, თუკი ბოდვის შინაარსი უაღრესად უცნაური, ექსცენტრიულია, ან ჰალუციაციები შედგება პაციენტის ქცევის ან აზრების პერსისტენტულად მაკომენტირებელი ხმებისგან, ან ორი/ან მეტი „ღიალოგში მყოფი ხმისგან“.

B. **სოციალური დისფუნქცია:** დარღვევების გამოვლენიდან მოყოლებული, მთელი დროის (ან მნიშვნელოვანი პერიოდის) განმავლობაში აღინიშნება ჩავარდნა ფუნქციონირების ყველაზე მნიშვნელოვან ერთ ან ორ სფეროში. ეს შეეხება: სამსახურს, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს, ან საკუთარი თავის მოვლას (თუკი დაავადება იწყება ბავშვობაში ან მოზარდობის პერიოდში, წარუმატებლობა/ჩავარდნა შეეხება ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს, მოსალოდნელ აკადემიურ მიღწევებს და პროფესიულ საქმიანობას).

C. **ხანგრძლივობა:** აღნიშნული დარღვევების ნიშნები სახეზეა სულ ცოტა 6 თვის განმავლობაში. ეს ექვსთვიანი პერიოდი უნდა მოიცავდეს მწვავე სიმპტომების არსებობას სულ ცოტა 1 თვის მანძილზე (შესაძლოა ნაკლებიც, თუკი წარმატებითაა ნამკურნალევი), რომელიც შეესაბამება A. კრიტერიუმს (ანუ აქტიური ფაზის სიმპტომებს) და ასევე, შესაძლოა მოიცავდეს პროდრომალურ და რეზიდუალურ პერიოდებსაც. ამ პროდრომალური ან რეზიდუალური პერიოდების განმავლობაში დარღვევების ნიშნები შესაძლოა გამოვლინდეს მხოლოდ ნეგატიური სიმპტომებით, ან A. კრიტერიუმში ჩამოთვლილი ერთი ან ორი სიმპტომის შესუსტებული ფორმით (მაგ. ოდიოზური, უცნაური მყარი შეხედულებები, უჩვეულო პერცეფციული განცდები).

D. **შიზოაფექტური და გუნებ-განწყობის აშლილობის გამორიცხვა:** შიზოაფექტური აშლილობა და გუნებ-განწყობის აშლილობა ფსიქოზური სიმპტომებით გამოირიცხება, თუკი: (1) ფსიქოზის აქტიური ფაზის

სიმპტომებთან ერთად არ აღმოცენდება დიდი დეპრესიული, მანიაკალური, ან შერეული ეპიზოდი; ან (2) გუნებ-განწყობის აშლილობის ეპიზოდები აღმოცენდება აქტიური ფაზის სიმპტომებთან ერთად, მაგრამ მათი საერთო ხანგრძლივობა გაცილებით ხანმოკლეა აქტიური და რეზიდუალური პერიოდების ხანგრძლივობასთან შედარებით.

E. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით/ზოგადსამედიცინო ხასიათის მდგომარეობით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობის გამორიცხვა: აშლილობის განვითარება არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ ფსიქოზურ მდგომარეობასთან.

F. განვითარების აშლილობასთან კავშირი: თუკი პაციენტის ისტორიაში აღინიშნება ბავშვთა აუტიზმი ან სხვა განვითარების პერვაზიული აშლილობა, დამატებითი დიაგნოზი შიზოფრენიისა დაისმება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გამოსატული იქნება ასევე ბოდვები და/ან ჰალუცინაციები სულ ცოტა ერთი თვის (ან ნაკლები, თუკი წარმატებითაა ნამკურნალევი) მანძილზე.

მიმდინარეობის კლასიფიკაცია: ინიციალური აქტიური ფაზის სიმპტომების გამოვლენიდან მხოლოდ 1 წლის გავლის შემდეგ არის შესაძლებელი დაერთოს დიაგნოზს

(იხ. კლასიფიკაცია მიმდინარეობის მე-5 ნიშანი).

შიზოფრენიის ძირითადი ტიპების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

1. პარანოიდული წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:
 - A. ადგილი აქვს თუნდაც ერთ (ან მეტი) ბოდვით აზრებს ან სმენით (ინტენსიური) ჰალუცინაციებს;
 - B. ქვემოთ მოყვანილიდან არც ერთი არ არის წამყვანი: დეზორგანიზებული მეტყველება, უხეშად დეზორგანიზებული ან კატატონიური ქცევა, შეუსაბამო აფექტი ან ემოციური გასადავება.
2. **დეზორგანიზებული (ანუ ჰებეფრენიული) წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:**
 - A. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი წამყვანია:
 - (1) დეზორგანიზებული მეტყველება;
 - (2) უხეშად დეზორგანიზებული ქცევა;
 - (3) შეუსაბამო აფექტი ან ემოციური გასადავება.
 - B. კრიტერიუმები არ შეესაბამება კატატონიურ ტიპს.
3. **კატატონიური წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:**
 - A. კლინიკურ სურათში დომინირებს სულ ცოტა ორი ნიშანი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:
 - (1) მოტორული შეკავება, კატალეფსიური (ცვილისებრი მოქნილობა) ან სტუპოროზული;
 - (2) მოტორული აგზნება (რომელიც არ არის გარემო სტიმულზე პასუხი და აშკარად უმიზნოა);

- (3) უკიდურესი ნეგატივიზმი (ყველა სახის ინსტრუქციისადმი უმოტივო რეზისტენტობა ან რიგიდულ პოზაში დარჩენა, მიუხედავად მისი ამოძრავების მცდელობისა);
- (4) სპეციფიკური ნებელობითი მოძრაობები, გამოხატული გარკვეული პოზით (უცნაური არაბუნებრივი პოზის მიღება), სტერეოტიპული მოძრაობებით, თვალსაჩინო მანერულობით ან ჟესტიკულაციით;
- (5) ექოლალია და ექოპრაქსია.

4. არადიფერენცირებული ტიპის შიზოფრენიის დროს გვხვდება კრიტერიუმის სიმპტომები, რომლებიც არ აკმაყოფილებს პარანოიდული, დეზორგანიზებული და კატატონიური ტიპის შესაბამის (A) კრიტერიუმს.

შიზოფრენიის დანარჩენი ტიპების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები არის შემდეგი (12):

5. პოსტშიზოფრენიული დეპრესიის დიაგნოზი ისმება, თუკი:

- a) ბოლო 12 თვის მანძილზე სახეზე იყო შიზოფრენიის სიმპტომები, რომელიც აკმაყოფილებდა შიზოფრენიის ძირითად კრიტერიუმებს (იხ. შიზოფრენიის ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები), მაგრამ არა ამჟამად;
- b) კვლავ სახეზეა ზოგიერთი შიზოფრენიული სიმპტომი;
- c) წინა პლანზეა პაციენტისათვის დისტრესული დეპრესიული სიმპტომები, რომელიც აკმაყოფილებს დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს (იხ. დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი) და რომელიც სახეზეა სულ ცოტა 2 კვირის მანძილზე.

თუკი პაციენტს საერთოდ აღარ აღენიშნება შიზოფრენიული სიმპტომები, მაშინ დიაგნოსტირდება დეპრესიული ეპიზოდი; ხოლო იმ შემთხვევაში, როცა შიზოფრენიული სიმპტომატიკა გაშლილია და დომინირებს კლინიკურ სურათში, დაისმება შიზოფრენიის ოთხი ძირითადი ტიპიდან ერთ-ერთის დიაგნოზი.

6. რეზიდუალური შიზოფრენიის დიაგნოზი ისმება, თუკი:

- A. წარსულში, გარკვეული დროის მაძილზე სახეზე იყო შიზოფრენიის ძირითადი კრიტერიუმები, მაგრამ ამჟამად აღარ არის;
- B. სულ ცოტა ოთხი მაინც ქვემოთ ჩამოთვლილი „ნეგატიური სიმპტომებიდან“ სახეზე იყო ბოლო 12 თვის მანძილზე:
 - 1) ფსიქომოტორული შენელება ან ენერჯის დაქვეითება;
 - 2) გარკვეულწილად ემოციების გასადავება;
 - 3) პასიურობა და ინიციატივის ნაკლებობა;
 - 4) მეტყველების რაოდენობრივი და/ან შინაარსობრივი გაღარიბება;
 - 5) ცუდი არავერბალური კომუნიკაცია სახის გახევებული გამომეტყველების, მზერითი კონტაქტის სიმცირის, ვოკალური გამოხატვის უნარის ნაკლებობის ან ჟესტიკულაციისა და გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბის გამო;

6) სოციალური ქცევის, თავის მოვლისა და ჰიგიენის დაცვის გაუარესება.

7. მარტივი შიზოფრენიის დიაგნოზი ისმება, თუკი:

A. სულ ცოტა ერთი წლის მანძილზე ნელა, მაგრამ პროგრესულად, ხდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სამი სიმპტომის განვითარება:

- 1) პიროვნების ქცევის ზოგიერთი ასპექტის მნიშვნელოვანი და მყარი შეცვლა, რაც ვლინდება სურვილებისა და ინტერესების დაკარგვაში; ცხოვრების აზრის და მიზნის დაკარგვაში; საკუთარ თავში ჩაძირვაში და სოციალურ იზოლაციაში;
- 2) „ნეგატიური სიმპტომების“ თანდათანობითი აღმოცენება და გაღრმავება, როგორცაა თვალსაჩინო აპათია, მეტყველების რაოდენობრივი გაღარბება, აქტიურობის დონის დაქვეითება, ემოციური გასადავება, პასიურობა, ინიციატივის და არავერბალური კომუნიკაციის დაქვეითება (სახის გამომეტყველების გახევება, მზერითი კონტაქტის, ვოკალური გამოხატვის უნარის, ექსტიკულაციისა და გამომსახველობით მოძრაობების გაღარბება);
- 3) სოციალური, აკადემიური და პროფესიული ფუნქციონირების თვალსაჩინო გაუარესება.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი (10, 13)

შიზოფრენიის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ორი სხვა ჯგუფის აშლილობასთან, კერძოდ, **სომატო-ნევროლოგიურ და ფსიქიატრიულ აშლილობებთან:**

სომატო-ნევროლოგიური აშლილობები:

1. წამლების გამოყენებით ინდუცირებული:
 - ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით ინდუცირებული: ამფეტამინით, ჰალუცინოგენით, ალკოჰოლით (ალკოჰოლური ჰალუცინოზი) ბარბიტურატების მოხსნით, კოკაინით;
 - სხვა მდგომარეობების სამკურნალოდ გამოყენებული (მაგ. ეფედრინი, თეოფილინი, სტეროიდები და სხვა).
2. ეპილეფსია – ძირითადად, საფეთქლის წილის;
3. ნეოპლაზიები, ტრავმა (ლიმბიური ან შუბლის წილის);
4. მდგომარეობები, დაკავშირებული ცერებრო-ვასკულარულ დაავადებებთან (მაგ. ალცჰაიმერის დაავადება, ვასკულარული დემენციები, ჰანტინგტონის დაავადება, ვილსონის დაავადება და სხვა);
5. სხვა მდგომარეობები, დაკავშირებული მეტაბოლურ დარღვევებთან, ინფექციურ და ქრონიკული ანთებით მიმდინარე დაავადებებთან (მაგ. შიდსი; ჰერპესული ენცეფალიტი; ნეიროსიფილისი; ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომი; მწვავე პორფირია; სისტემური წითელი მგლურა; მძიმე მეტალებით მოწამვლა; ბაზალური განგლიის იდიოპათიური კალციფიკაცია და სხვა).

ფსიქიატრიული აშლილობები:

1. სხვა ფსიქოზური აშლილობანი, როგორცაა:
 - შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა;
 - ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა;
 - შიზოაფექტური აშლილობა;
 - ბოდვითი აშლილობანი;
2. გუნებ-განწყობის აშლილობანი;
3. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა;
4. სპეციფიური პერსონოლოგიური დარღვევები. კერძოდ:
 - შიზოიდური პერსონოლოგიური აშლილობა;
 - ემოციურად არასტაბილური (მოსაზღვრე) პერსონოლოგიური აშლილობა;
 - ანანკასტური (ობსესიურ-კომპულსიური) პერსონოლოგიური აშლილობა;
5. შიზოტიპური აშლილობა;
6. განზრახ განვითარებული აშლილობა, დაკავშირებული ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორთან (სიმულაცია);
7. პუბერტატული (გარდატეხის) კრიზი – ნორმალური მოზარდის კრიზი.

6. ბამოკვლევის სქემა (29)

შიზოფრენიის ყველა ტიპის მკურნალობა წარმოებს დიფერენცირებულად, სამ ეტაპად: მწვავე ფაზა, სტაბილიზაციის ფაზა და სტაბილური ფაზა. თითოეული ფაზის მართვისთვის საჭიროა სპეციფიკური მიდგომა. დაავადების ფსიქიატრიული მართვის ერთიანი სქემა შემდგენაირად გამოიყურება:

❖ შიზოფრენიის ფსიქიატრიული მართვა (მენეჯმენტი)

1. სიმპტომების შეფასება და დიაგნოზის დაზუსტება;
2. მკურნალობის გეგმის განხორციელება;
3. პაციენტთან თერაპიული ალიანსის დამყარება და მკურნალობის ჩატარების უზრუნველყოფა;
4. პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების გათვითცნობიერება დაავადების შესახებ და ფსიქოლოგიური მუშაობის ჩატარება (ფსიქოთერაპია);
5. თანდართული (კომორბიდული) მდგომარეობების მკურნალობა;
6. პაციენტის სოციალურ გარემოზე და მის ფუნქციონირებაზე ზრუნვა;
7. სხვადასხვა კლინიკის ტიპების მიერ ერთობლივი მკურნალობის ჩატარება;
8. მკურნალობის დოკუმენტაციის დეტალურად წარმოება (ვინაიდან შესაძლოა, დაავადების მიმდინარეობის მანძილზე პაციენტებს სხვადასხვა პროფესიონალებთან მოუწიოთ ურთიერთობა).

❖ მწვავე ფაზა

1. პაციენტის მდგომარეობის შეფასება;
2. მისი მდგომარეობის ფსიქიატრიული მართვა;
3. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება;
4. გარდა ანტიფსიქოზურისა, სხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჩართვა მკურნალობაში;
5. ელექტრო-კრუნჩხვითი და სხვა სომატური თერაპიის გამოყენება;
6. პირველი ეპიზოდის მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების გათვალისწინება.

❖ სტაბილიზაციის ფაზა

❖ სტაბილური ფაზა

1. პაციენტის მდგომარეობის შეფასება;
2. მისი მდგომარეობის ფსიქოსოციალური მართვა;
3. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება;
4. გარდა ანტიფსიქოზურისა, სხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჩრთვა მკურნალობაში;
5. ელექტრო-კრუნჩხვითი და სხვა სომატური თერაპიის გამოყენება;
6. პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების წახალისება, მათ მიერ თვითდახმარების ორგანიზაციების მომსახურების გამოყენების მიზნით.

❖ მკურნალობისადმი რეზისტენტული პაციენტების მოვლასთან დაკავშირებული საკითხები

❖ დეფიციტური (ნეგატიური) სიმპტომების მკურნალობა

❖ სამკურნალო დაწესებულების ან საცხოვრებლის (თავშესაფრის) შერჩევა

7. მკურნალობის სქემა (29)

შიზოფრენიის ფსიქიატრიული მართვა

1. სიმპტომების შეფასება და დიაგნოზის დაზუსტება

დადგინდეს ზუსტი დიაგნოზი: გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოზი სხვადასხვა ფსიქიკურ აშლილობასთან, რაც მნიშვნელოვან ზეგავლენას იქონიებს ხანმოკლე და ხანგრძლივი მკურნალობის დაგეგმვაზე. როცა ზუსტი დიაგნოზის განსაზღვრა არ ხერხდება და პაციენტს პროდრომში აღენიშნება ცალკეული სიმპტომები და ფსიქოზის განვითარების რისკი, იგი საჭიროებს ხელახალ შეფასებას.

პაციენტისა და მისი სიმპტომების შესახებ ახალი ინფორმაციის განენითანავე საჭიროა ხელახლა დიაგნოზის დაზუსტება და მკურნალობის გეგმის განახლება.

განისაზღვროს მკურნალობის ცალკეული კონკრეტული მიზნები. მკურნალობის ეფექტიანობის გასაზომად საჭიროა გამოსავლის ობიექტური შეფასება, რომელიც წარმატებული მკურნალობის შემთხვევაში გაუმჯობესების ხარისხს რეალურად შეაფასებს.

კლინიკური მდგომარეობის გასაკონტროლებლად (მონიტორინგისათვის) საჭიროა შეფასების ობიექტური რაოდენობრივი სკალების გათვალისწინება, როგორიცაა:

1. უნებლიე პათოლოგიური მოძრაობების სკალა (AIMS);
2. ფსიქიატრიული შეფასების მოკლე სკალა (BPRS);
3. პოზოტიური სიმპტომების შეფასების სკალა (SAPS) და
4. ნეგატიური სიმპტომების შეფასების სკალა (SANS).

(სკალების შემოკლებული და სრული ვარიანტები იხ. დანართებში №1, №2, №3, №4).

2. მკურნალობის გეგმის ჩამოყალიბება და მკურნალობის უზრუნველყოფა

შეირჩეს სპეციფიკური მკურნალობა და მკურნალობის ჩატარების შესაბამისი ადგილი (ეს პროცესი არის მრავალჯერადი და მეორდება პაციენტის კლინიცისტთან ურთიერთობის მთელი პერიოდის განმავლობაში)

3. თერაპიული ალიანსის დამყარება და მკურნალობის გეგმის ზუსტად შესრულება

განისაზღვროს პაციენტის სურვილები, მიზნები და მოხდეს მათი დაკავშირება მკურნალობის შედეგთან, რათა უზრუნველყოფილ იქნას მკურნალობის ზუსტად შესრულება.

შეფასდეს ის ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ზუსტად ჩატარებაზე, რათა მოხდეს სწორი მართვა. ეს ფაქტორებია:

1. პაციენტის დაქვეითებული კრიტიკა (ინსაითი) დაავადების ან მედიკამენტების მიღების მიმართ;
2. პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობა მკურნალობის პოზიტიური (სიმპტომებისგან განთავისუფლება) და ნეგატიური (უსიამოვნო გვერდითი ეფექტები, მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული განსაკუთრებული რეჟიმი) შედეგების შესახებ;
3. კოგნიტური დეფიციტი (დაქვეითება);
4. თერაპიული ალიანსის დარღვევა;
5. ფინანსურ ან/და ტრანსპორტირების საკითხებთან დაკავშირებული პრობლემები;
6. ეთნოკულტურული რწმენა-შეხედულებები;
7. ოჯახის ან მხარდამჭერი სოციალური გარემოს არქონა.

იმ პაციენტებთან მუშაობისას, რომლებიც სისტემატურად აცდენენ კლინიცისტთან გეგმიურ შეხვედრებს ან ზედმიწევნით ზუსტად არ იტარებენ მკურნალობას, საჭიროა სოციალური სამსახურების ინტენსიური ჩარევა (სატელეფონო ზარები და/ან ოჯახში მონახულება)

4. პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების გათვითცნობიერება და მათი ფსიქოლოგიური მხადრეაქცია (ფსიქოთერაპია)

დროულად იქნას ამოცნობილი რეციდივის ადრეული სიმპტომები, რათა არ გაიშალოს დაავადების გამწვავების სრული კლინიკური სურათი.

პაციენტის ოჯახის წევრებს მიეწოდოს ინფორმაცია დაავადების ბუნების და მისი დაძლევის სტრატეგიების შესახებ, რათა შემცირდეს რეციდივები და გაუმჯობესდეს პაციენტის ცხოვრების ხარისხი.

5. თანდართული (კომორბიდული) მდგომარეობების მკურნალობა, როგორცაა: მძიმე დეპრესია, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა)

6. პაციენტის ფუნქციონირებისა და სოციალური გარემოს შეფასება და მასზე ზრუნვა

სამუშაო მულტიდისციპლინარული (MDT) ჯგუფის წევრებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტი და მისი ოჯახი კოორდინირებული ფსიქიატრიული მომსახურებით და საჭიროების შემთხვევაში თავად მიმართონ დამატებით სამსახურებსაც.

მწვავე ფაზა (29)

მკურნალობის მიზნებია:

1. ფიზიკური დაზიანების პრევენცია;
2. დეორგანიზებული ქცევის მართვა;
3. ფსიქოზური სიმპტომების სიმძიმის (ხარისხის) შემცირება (მაგ, აჟიტაციის, აგრესიის, ნეგატიური სიმპტომების, აფექტური სიმპტომების);
4. მწვავე ეპიზოდის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორების დადგენა და მათი მართვა;
5. პაციენტის ფუნქციონირების ოპტიმალურ მდგომარეობაში დაბრუნება;
6. პაციენტთან და მის ოჯახთან (თერაპიული) ალიანსის დამყარება;
7. ხანმოკლე და ხანგრძლივი მკურნალობის გეგმის შემუშავება;
8. ამ ფაზის მკურნალობის შემდგომ, პაციენტის შესაბამის რეაბილიტაციურ სამსახურებთან დაკავშირება.

1. შეფასება მწვავე ფაზაში

მწვავე ფაზაში შეფასების მიზნებია:

1. იმ მიზეზების განსაზღვრა და შეფასება, რის გამოც ხელახლა აღმოცენდა და/ან გაუარესდა კლინიკური სიმპტომები (მაგ. არ იქნა უზრუნველყოფილი ადექვატური მედიკამენტური მკურნალობა);
2. პაციენტის დიაგნოზის დადგენა ან დადასტურება;
3. თანდართული (კომორბიდული) ფსიქიკური თუ სომატური მდგომარეობის ამოცნობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენების ჩათვლით;
4. პაციენტის ზოგად სომატური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება;
5. პაციენტის ძლიერი და სუსტი მხარეების (რესურსების და პრობლემების) განსაზღვრა;
6. პაციენტის ჩართვა თერაპიულ ალიანსში.

პირველადი ინფორმაციის სრულად მოპოვება, რაშიც შედის: ფსიქიატრიული და სომატური ანამნეზი, ფიზიკური და ფსიქიკური სტატუსის შეფასება.

- რეგულარული გასაუბრება ოჯახის წევრებთან (ან სხვა პირებთან, ვისაც აქვს ინფორმაცია პაციენტის შესახებ), თუკი თავად პაციენტი წინააღმდეგი არ არის.
- გადაუდებელ სარისკო სიტუაციებში დასაშვებია სხვა პირებთან გასაუბრება, პაციენტის თანხმობის გარეშე.
- ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება (შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა შეფასებისათვის საჭირო ლაბორატორიულ და სხვა დიაგნოსტიკურ გამოკვლევათა სრული სქემა **იხ. ცხრილი №1.**)
- იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ახლად განვითარებული ფსიქოზის ნიშნები (ან ფსიქოზი ატიპიურად ვლინდება), მხედველობაში იქნას მიღებული დამატებითი დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგები (როგორცაა CT და MRI), რითაც შეიძლება დიაგნოზის დადასტურება (მაგ. თავის ტვინის პარაკუჭების გაფართოება, ქერქის მოცულობის შემცირება).
- სუიციდის რისკ-ფაქტორების შეფასება (როგორცაა წარსულში მცდელობები, დეპრესიული გუნებ-განწყობა, სუიციდური აზრები, იმპერატიული ჰალუცინაციები, უიმედობა, შფოთვა, ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები, ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენება).
- პაციენტის აგრესიული ქცევის შეფასება, ირგვლივმყოფების დაზიანების რისკის ჩათვლით.

შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა ფიზიკური და ლაბორატორიული შეფასების სქემა (7,30)

შეფასება	საწყისი ანუ ბაზისური	შემდგომი (დამატებითი)
შეფასდეს პაციენტის ფიზიკური სტატუსი და განისაზღვროს (თუკი არის) თანდართული სომატური დაავადება		
ორგანიზმის სომატური მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლები (პულსი, არტერიული სისხლის წნევა, ტემპერატურა);	პულსი, სისხლის წნევა, ტემპერატურა	პულსი, სისხლის წნევა, ტემპერატურა, კლინიკური საჭიროების მიხედვით, კერძოდ, როცა ვუმატებთ მედიკამენტის დოზებს.
სხეულის წონა და სიმაღლე	სხეულის წონა, სიმაღლე და სხეულის მასის ინდექსი (BMI) ^ა	სხეულის მასის ინდექსი (BMI) უნდა განისაზღვროს ყოველ ვიზიტზე პირველი 6 თვის განმავლობაში და შემდგომში, სულ ცოტა, კვარტალურად (3 თვეში ერთხელ) ^ბ
ჰემატოლოგია	სისხლის საერთო ანალიზი	სისხლის საერთო ანალიზი, კლინიკური საჭიროების მიხედვით.
სისხლის ქიმიური ანალიზი	1. ელექტროლიტები, 2. თირკმლის ფუნქციური ანალიზი (სისხლში და შარდში აზოტის/კრეატინინთან შეფარდება), 3. ღვიძლის ფუნქციური ტესტი, 4. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური ტესტი.	ყოველწლიურად და კლინიკური საჭიროების მიხედვით
ინფექციური დაავადებები	ანალიზები: ათაშანგზე, C პეპტიტზე და შიდსზე, კლინიკური საჭიროების მიხედვით	

ორსულობა	ორსულობის ტესტების ჩატარება შვილოსნობის ასაკში მყოფი ქალებისთვის	
ტოქსიკოლოგია	ნარკოლოგიური ტესტირება და, კლინიკური საჭიროების მიხედვით, მძიმე ლითონების სკრინინგი	ნარკოლოგიური ტესტირება
ეეგ/რადიოგრაფიული გამოკვლევა	კლინიკური საჭიროების მიხედვით ეეგ, თავის ტვინის რადიოგრაფიული გამოკვლევა (CT და MRI)	

მკურნალობის გვერდით ეფექტებთან დაკავშირებული (დამატებითი) შეფასება^ა		
ღიაბეტი ^ბ	ღიაბეტის რისკ-ფაქტორების სკრინინგი ^ბ ; სისხლში გლუკოზის ^ბ დონე, უზმოზე	უზმოზე სისხლში გლუკოზის ან ჰემოგლობინ 1-ის დონე ახალი მკურნალობის დაწყებიდან სულ ცოტა 4 თვეში და შემდგომში ყოველწლიურად ^ბ .
ჰიპერლიპიდემია	ლიპიდების დონე ^ბ	სულ ცოტა 5 წელიწადში ერთხელ
Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება	ეეგ და სისხლში კალიუმის დონის განსაზღვრა თიორიდაზინით, მეზორი- დაზინით, პიმოზიდით მკურნალობის დაწყებამდე; ეეგ ზიპრაზიდონით მკურნალობის დაწყებამდე, კარდიალური რისკ-ფაქტორების არსებობის შემთხვევაში ^ბ	
ჰიპერპროლაქტინემია	ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომებისათვის სკრინინგი ^ბ	ყოველ ვიზიტზე ჰიპერპროლაქ- ტინემიის სიმპტომების სკრინინგი, ვიდრე არ მიაღწევს სტაბილურ დონეს; შედგომში – ყოველ- წლიურად, თუკი მკურნალობა მიმდინარეობს იმ ანტიფსიქოზური

	კლინიკური საჭიროების მიხედვით პროლაქტინის დონე	მედიკამენტებით, რომლებიც პროლაქტინის დონეს ზრდიან° კლინიკური საჭიროების მიხედვით პროლაქტინის დონე
ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები, აკათიზიის და მოგვიანებითი დისკინეზიის ჩათვლით	ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების კლინიკური შეფასება	ყოველ 6 თვეში ერთხელ შეფასდეს პათოლოგიური უნებლიე მოძრაობები, პირველი თაობის ანტიფსიქოზური საშუალებებით მკურნალობისას, ხოლო მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით კი – ყოველ 12 თვეში ერთხელ. მაღალი რისკის პაციენტების შეფასება შესაბამისად მოხდეს 3 და 6 თვეში ერთხელ.

- ა. სხეულის მასის ინდექსის (BMI) გამოანგარიშება ხდება ფორმულით წონა კგ-ში/(სიმაღლე მ-ებში). ადამიანს, რომლის 25 < (BMI) < 30 ზედმეტი წონა აქვს, ხოლო (BMI) > 30 სიმსუქნე აწუხებს.
- ბ. (BMI) < 18,5 მქონე პაციენტების გარდა, (BMI)-ის ყოველი ერთეულით შეცვლისას პაციენტები საჭიროებენ უფრო ხშირ შეფასებას და ანტიფსიქოზური მკურნალობის შეცვლას.
- გ. საზოგადოდ, პაციენტთა თავდაპირველი ბაზისური შეფასება დამოკიდებულია პაციენტის ფიზიკურ მდგომარეობაზე და მედიკამენტებთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ გვერდით ეფექტებზე. აღნიშნულის შესახებ ინფორმაცია ადაპტირებულია 2002 წლის ოქტომბერში Mount Sinai-ში ჩატარებული კონფერენციის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციებიდან, რომელიც შეეხებოდა შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა ჯანმრთელობის მონიტორინგს.
- დ. მართალია, ძნელია ზუსტად განისაზღვროს ყველა მედიკამენტის ჰიპერგლიკემიის და შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკ-ფაქტორები, თუმცა ეპიდემიოლოგიური კვლევებით დადგენილია მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერგლიკემიის და მასთან ასოცირებული კეტოაციდოზის, ჰიპეროსმოლარული კომის და ლეტალური გამოსავლის თავიდან ასაცილებლად გადაუდებელი მკურნალობა.
- ე. არადიაგნოსტირებული დიაბეტის მაღალ რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება (BMI) > 25, დიაბეტის არსებობა პირველი რიგის ნათესავებში, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჰიპერტენზია, ქოლესტერინის მაღალი დონე და შემდეგი სიმპტომები: ხშირი

შარდვა, ძლიერი წყურვილის და შიმშილის გრძნობა, წონის მნიშვნელოვანი კარგვა, გამოფიტვა, გაღიზიანებადობა, მხედველობის გაუარესება.

- ვ. სისხლში უზმოზე შაქრის დონის განსაზღვრა. ამ მაჩვენებლების პათოლოგიური შედეგები (უზმოზე სისხლში შაქარი > 110 მგ/დლ) მიუთითებს სპეციალისტის კონსულტაციის აუცილებლობაზე.
- ზ. პაციენტის შესაძლო ლიპიდური დარღვევების შესახებ დამატებითი კონსულტაცია შესაბამის სპეციალისტთან.
- თ. კარდიალური რისკ-ფაქტორებია გულ-სისხლძრთვითა დაავადება, სინკოპეს არსებობა ანამნეზში, უეცარი ადრეული გარდაცვალების ოჯახური ისტორია და გახანგრძლივებული Q-T-ს ინტერვალი.
- ი. ქალებში: ლიბიდოს, მენსტრუალური დარღვევები და გალაქტორეა. მამაკაცებში: ლიბიდოს, ერექციის და ეაკულაციის დისფუნქცია.
- კ. უნებლიე პათოლოგიური მოძრაობების განვითარების მაღალი რისკ-ფაქტორებს შეადგენს: პაციენტთა ხანდაზმული ასაკი, ანამნეზში მწვავე დისტონია, აკატიზია და სხვა ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები.

2. ფსიქიატრიული მართვა მწვავე ფაზაში

3. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება მწვავე ფაზაში

ანტიფსიქოზური მედიკამენტური მკურნალობის დროულად დაწყება. ზოგჯერ უმჯობესია მედიკამენტური მკურნალობის გადავადება იმ პაციენტათვის, რომელთაც ესაჭიროებათ მრავალმხრივი დიაგნოსტიკური შეფასება, უარს ამბობენ მედიკამენტურ მკურნალობაზე, ან როცა ფსიქოზი გამოწვეულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით, ან მწვავე სტრესზე რეაქციით.

მკურნალობის დაწყებამდე (თუკი ეს შესაძლებელია) პაციენტთან მედიკამენტური მკურნალობის პოზიტიური და შესაძლო ნეგატიური შედეგების (მკურნალობისას განვითარებული გვერდითი ეფექტები: ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, თავბრუს ხვევა, დისტონია, უძილობა, სედაცია) აწონ-დაწონვა; იმ სიმპტომების დაკონკრეტება, რომლებიც მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს (მაგ. შფოთვა, ცუდი ძილი, ჰალუცინაცია(ები) და ბოდვა(ები)).

იმ სიმპტომებისა და ლაბორატორიული მონაცემების ძირითადი (ბაზისური) მაჩვენებლების შეფასება, რომლებიც ანტიფსიქოზური მკურნალობის ეფექტიანობის გასაკონტროლებლად გამოდგება (იხ. ცხრილი 1)

ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობისას განვითარებული გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანა, რომელიც შესაძლოა გამოიწვიოს ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე – წამლის მიღებაზე და/ან მიღების გაგრძელებაზე – უარი.

როცა მწვავე ფსიქოზური პაციენტი საკუთარი თავის ან ირგვლივმყოფების მიმართ ამუღანებს აგრესიულ ქცევას, გადაუღებელი მკურნალობის დაუყოვნებლივ ჩატარება.

- პაციენტთან გასაუბრება მისი დამშვიდების მიზნით (გასაუბრების მცდელობა);
- დასაშვებია პაციენტის ფიზიკურად შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება, რომელიც უნდა ჩატარდეს უსაფრთხოდ, ტრენირებულ სპეციალისტთა მიერ.
- პირველი და მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების პარენტერალური ფორმის გამოყენება, ბენზოდიაზეპინების პარენტერალურ მიღებასთან ერთად, ან მათ გარეშე.
- ან (ალტერნატიულად) მეორე თაობის მედიკამენტების სწრაფადხსნადი ორალური ფორმის გამოყენება (მაგ. ოლანზაპინის*, რისპერიდონის*) ან აქტიური ნივთიერების მაღალი შემცველობის მქონე (მაღალკონცენტრირებული) ორალური ფორმების (მაგ. რისპერიდონის, ჰალოპერიდოლის*) გამოყენება.

იხ. ცხრილები 2 და 2-1, 3 და 3-1.

მედიკამენტების ამორჩევა ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით, როგორცაა:

- სამიზნე სიმპტომზე უპირატესი მოქმედება;
- ამ მედიკამენტის(ების) გამოყენებისას მათი მოქმედების გვერდითი ეფექტების გამოცდილება წარსულში;
- მოსალოდნელი გვერდითი მოქმედების ეფექტები (**იხ. ცხრილი 4**);
- ამა თუ იმ მედიკამენტისთვის პაციენტის მიერ უპირატესობის მინიჭება, მათი მიღების გზის ჩათვლით;
- მედიკამენტების (და მათი გამოშვების ფორმის) ხელმისაწვდომობა (მაგ. სწრაფადხსნადი ტაბლეტები, წვეთები, ხანმოკლე და ხანგრძლივი მოქმედების ინექციები)

* - საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატი

პირველი არჩევის მედიკამენტებად მეორე თაობის ანტიფსიქოზური საშუალებების გამოყენება, ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების და მოგვიანებითი დისკინეზიის განვითარების დაბალი რისკის გამო.

- იმ პაციენტთათვის, რომელთაც გააჩნიათ პირველი თაობის მედიკამენტებით ეფექტიანი მკურნალობის წარსული გამოცდილება, ან უპირატესობას ანიჭებენ მათ, იყენებენ იმავე წამლებს. აგრეთვე, ზოგიერთი ტიპის პაციენტისათვის პირველი თაობის წამლები წარმოადგენენ პირველი არჩევის მედიკამენტებს.
- გარდა კლოზაპინისა* (რომელიც გამოიყენება მკურნალობისადმი რეზისტენტული სიმპტომების მქონე პაციენტებისათვის) პოზიტიური სიმპტომების მკურნალობისთვის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოქმედების ეფექტიანობა პრაქტიკულად ერთნაირია.
- ზოგად ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომატიკაზე, კოგნიტურ, ნეგატიურ და გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომებზე უფრო ხშირად უკეთესი ეფექტი გააჩნიათ მეორე თაობის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს.

(იხ. ცხრილი 3)

გახანგრძლივებული მოქმედების ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ინექციების გამოყენება იმ პაციენტებისათვის, რომელთა მკურნალობა არ იქნა უზრუნველყოფილი, რის გამოც ვითარდება ხშირი გამწვავებები. ლოგიკურია მკურნალობის დაწყება იმავე მედიკამენტის ტაბლეტის ფორმით (ფლუფენაზინი*, ჰალოპერიდოლი, რისპერიდონი)

(იხ. ცხრილი 3. და 2-1.)

მედიკამენტის დოზის მატება თერაპიულ დოზამდე – დასაშვებია დროის ინტერვალით (ძირითადი გვერდითი ეფექტები, როგორცაა სედაცია, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია და ტაქიკარდია, ზღუდავენ დოზის მატებას); კლინიკური მდგომარეობის გაკონტროლება – სულ ცოტა 2 – 4 კვირაში, რაც არჩეული მკურნალობისადმი დაქვემდებარების დადგენის საშუალებას იძლევა.

- პაციენტთა უმრავლესობისათვის პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ოპტიმალური დოზა „ექსტრაპირამიდული სიმპტომების“ (ეპს) ზღურბლთან ახლოსაა, და ამ (დოზის) დროს, შესაძლებელია მინიმალური რიგიდულობის განვითარება;
- მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებისათვის ოპტიმალური დოზა არის ფარმაკოფორმის მიერ განსაზღვრული თერაპიულ დოზასა და ანოტაციაზე (FDA-ს მიერ დამტკიცებული) მითითებულ დოზის საზღვრებში.

* - საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატი

თუკი პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, მიზეზის დადგენა, მაგ: არ იქნა უზრუნველყოფილი ამ მედიკამენტით ზუსტი (სქემით) მკურნალობა, მედიკამენტი სწრაფად მეტაბოლირდება, ან ცუდად აბსორბირდება.

საჭიროების შემთხვევაში, პლაზმაში იმ მედიკამენტების კონცენტრაციის განსაზღვრა, რომელთა პლაზმურ კონცენტრაციასთანაა დაკავშირებული პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება (მაგ. ჰალოპერიდოლი, კლოზაპინი).

როცა პაციენტის მკურნალობა უზრუნველყოფილია და მედიკამენტის პლაზმური კონცენტრაცია ადეკვატურია, მაგრამ გაუმჯობესებას აღვილი არა აქვს, დოზის შემდგომი გაზრდა (თუკი, პაციენტი იტანს) ან სხვა მედიკამენტზე გადასვლა.

ძირითადი ანტიფსიქოზური მედიკამენტები (7, 31, 32, 33, 34)

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დასახელება	რეკომენდირებული დოზების საზღვრები (მგ/დღ) ^ა	ქლორპრომაზინის ეკვივალენტი (მგ/დღ) ^ბ	ნახევარ-დაშლა (სთ-ებში) ^გ	სისხლში თერაპიული დოზის საზღვრები (ნგ/მლ) (46)
პირველი თაობის: ფენოთიაზინები				
ქლორპრომაზინი*	300-1000	100	6	30-100
ფლუფენაზინი*	5-20	2	33	0.2-2.0
მეზორიდაზინი	150-400	50	36	
პერფენაზინი	16-64	10	10	0.8-2.4
თიორიდაზინი	300-800	100	24	1-1.5
ტრიფლუოპერაზინი*	15-50	5	24	
ლევომეპრომაზინი (44)	200-800			
ბუტიროფენონები				
ჰალოპერიდოლი*	5-20	2	21	5-10
სხვები				
პიმოზიდი (46)	1-10			
ლოქსაპინი	30-100	10	4	30-100
მოლინდონი	30-100	10	24	
თიოთიქსენი	15-50	5	34	2-15
ქლორპროტიქსენი * (44)	10-600			
სულპირიდი* (45)	400-800-2400(max) (44)			
მეორე თაობის:				
არიპიპრაზოლი	10-30		75	
კლოზაპინი*	150-600		12	>350
ოლანზაპინი*	10-30		33	
ჭუეტიაპინი	300-800		6	
რისპერიდონი*	2-8		24	
ზიპრაზიდონი	120-200		7	

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

ა რეკომენდირებული დოზები ადაპტირებულია შემდეგი გამოცემებიდან: 2003 Schizophrenia Patient Outcome Research Team recommendations (Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, et al.: “The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003.” Schizophr Bull [in press]).

ბ ქლორპრომაზინის ექვივალენტი დაახლოებით შეესაბამება 100 მგ. ქლორპრომაზინის დოზას. ეს ექვივალენტები შესაბამისობაში არ მოდის მეორე თაობის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებთან, ამ შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი არ გამოიყენება (Centorrino F, Eakin M, Bahk WM, et al.: “Inpatient Antipsychotic Drug Use in 1998, 1993, and 1989.” Am J Psychiatry 159:1932–1935, 2002).

გ ნახევარდაშლა არის დროის პერიოდი, რომელიც საჭიროა პლაზმაში წამლის კონცენტრაციის გასანახევრებლად; ეს მაჩვენებელი (ნახევარდაშლის პერიოდი) გამოიყენება შესაბამისი დოზირების განსასაზღვრად (Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG (eds.): Goodman and Gilman’s The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th ed. New York, McGraw-Hill Professional, 2001). წამლის ნახევარდაშლაში არ შედის მისი აქტიური მეტაბოლიტების ნახევარდაშლა.

ანტიფსიქოზური დეპო ინექციები – დოზირება (45)

წამლის დასახელება	დოზების საზღვრები (მგ/კვირა)	ინექციებს შორის ინტერვალი (კვირა)	კომენტარები
ფლუპენტისოლ დეკანოატი	12.5-400	2-4	შესაძლოა, გამოიწვიოს გუნებ-განწყობის აწვევა; აუიტაცია გააძლიეროს.
ფლუფენაზინ დეკანოატი*	12.5-50	2-5	უმჯობესია დეპრესიის და ეპს-ის დროს თავის არიდება.
ჰალოპერიდოლ დეკანოატი	12.5-75	4	ხშირად იწვევს ეპს-ს და იშვითად – ძლიერ სედაციას.
პიპოთიაზინ დეკანოატი	12.5-50	4	–
ზუკლოპენტიქსოლ-დეკანოატი	100-600	2-4	გამოიყენება აუიტაციის და აგრესიის დროს.
რისპერიდონის დეპო-ინექცია (75)	25-50	2	ეფექტიანობა ისეთივეა, როგორც ტაბლეტირებული ფორმის 2-6 მგ/დღ

შიზოფრენიის მწვავე ფაზის მკურნალობის პირველი არჩევის მედიკამენტები (7)

კლინიკური სურათის განმსაზღვრელი ნიშნები	ჯგუფი 1: პირველი თაობის მედიკამენტები	ჯგუფი 2: რისპერიდონი*, ოლანზაპინი*, ქუეტიპინი, ზიპრაზიდონი, ან არიპიპრაზოლი	ჯგუფი 3: კლოზაპინი*	ჯგუფი 4: ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გახანგრძლივებული მოქმედების ინექციები
<p>1. პირველი ეპიზოდი</p> <p>2. მყარი (პერსისტენტული) სუიციდური აზრები ან მოქმედება</p> <p>3. მყარი (პერსისტენტული) აგრესიულობა</p> <p>4. მოგვიანებითი დისკინეზია</p>		<p>დიახ</p> <p>დიახ</p> <p>დიახ</p> <p>ჯგუფი 2-ის ყველა წამლის გამოყენებისას მოგვიანებითი დისკინეზიის განვითარების რისკი ერთნაირად დაბალი არ არის</p>	<p>დიახ</p> <p>დიახ</p> <p>დიახ</p>	
<p>5. მიდრეკილება ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების განვითარებისადმი.</p> <p>6. მიდრეკილება პროლაქტინის დონის მომატებისადმი.</p> <p>7. მიდრეკილება წონის მომატებისადმი, ჰიპერგლიკემიისადმი, ჰიპერლიპიდემიისადმი.</p> <p>როცა შეუძლებელია ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ზუსტი სქემით უზრუნველყოფა (განმეორებითი)</p>		<p>დიახ. გარდა რისპერიდონის ძალიან მაღალი დოზებისა</p> <p>დიახ. გარდა რისპერიდონისა.</p> <p>გამოიყენება ზიპრაზიდონი ან არიპიპრაზოლი</p>		<p>დიახ.</p>

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების და სხვა წამლების ურთიერთქმედება
 (რომელთა უმეტესობა მეტაბოლირდება ციტოქრომ P450 2D6 სისტემით) (46)

ალკოჰოლი	იწვევს დამატებით სედაციას, კოორდინაციის დარღვევას. ჰალოპერიდოლი* ზრდის ალკოჰოლის დონეს.
ანტიკონვულსანტები (გარდა ვალპროატისა*)	ამცირებენ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დონეს სისხლში.
თამბაქო	ამცირებს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დონეს სისხლში.
ერითრომიცინი	ზრდის კლოზაპინის* დონეს.
ფლუოქსამინი	ზრდის კლოზაპინის დონეს.
სეროტონინის სელექტიური უკუმუტაციების ინჰიბიტორები (სსუი)	ზრდიან ნეიროლეპტიკების დონეს და აუარესებენ ექსტრაპირამიდულ სინდრომს.
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები	ზოგიერთი ნეიროლეპტიკი ზრდის მათ დონეს; ზრდიან ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დონეს სისხლში
ანტიქოლინერგიულები	იწვევს დამატებით ანტიქოლინერგიულ ეფექტს.
ლითიუმი	შესაძლოა გამოიწვიოს ქლორპრომაზინის* დონის გაზრდა.
დისულფირამი	ამცირებს ქლორპრომაზინის დონეს.
ანტიარითმიულები მეთილდოპა გუანეთიდინი პროპრანოლოლი	იწვევს ჰიპოტენზიას და ცნობიერების შეცვლას; იწვევს ანტიჰიპერთენზიულ ეფექტს; ზრდის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დონეს სისხლში.

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ძირითადი გვერდითი ეფექტები (ა) (7, 35-38)

მედიკამენტი	ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები/მოგვიანებითი დისკინეზია	პროლაქტინის დონის მატება/ელევაცია	მეტაბოლური სინდრომი			Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება	სედაცია	ჰიპოტენზია	ანტიქოლინურული გვერდითი ეფექტი
			წონის მატება	გლუკოზის დონის მატება	ლიპიდების დონის მატება				
თიორიდაზინი	+	++	+	+?	+?	+++	++	++	++
პერფენაზინი	++	++	+	+?	+?	0	+	+	0
ჰალოპერიდოლი*	+++	+++	+	0	0	0	++	0	0
კლოზაპინი* (ბ)	0 (ვ)	0	+++	+++	+++	0	+++	+++	+++
რისპერიდონი*	+	+++	++	++	++	+	+	+	0
ოლანზაპინი*	0 (ვ)	0	+++	+++	+++	0	+	+	++
ქუეტიაპინი (დ)	0 (ვ)	0	++	++	++	0	++	++	0
ზიპრაზიდონი	0 (ვ)	+	0	0	0	++	0	0	0
არიპიპრაზოლი (ე)	0 (ვ)	0	0	0	0	0	+	0	0
ქლორპრომაზინი *(45)	++	+++	-	-	-	-	+++	+++	+++
ფლუპენტიქსოლი (45)	++	+++	-	-	-	-	+	+	++

ფლუფენაზინი* (45)	+++	+++	-	-	-	-	+	+	++
პიმოზიდი (45)	+	+++	-	-	-	-	+	+	+
სულპირიდი* (45)	+	+++	-	-	-	-	0	0	0
ტრიფლუოპერაზინი* (45)	+++	+++	-	-	-	-	+	+	+/-
ზუკლოპენტიქსოლი (45)	++	+++	-	-	-	-	++	+	++

ა. 0 = გვერდითი ეფექტების განვითარების რისკი არ არის ან ძალზე იშვიათად ვითარდება თერაპიული დოზით. + = სუსტად ან იშვიათად იწვევს გვერდით ეფექტებს თერაპიული დოზით. ++ = ზოგჯერ იწვევს გვერდით ეფექტებს თერაპიული დოზით. +++ = ხშირად იწვევს გვერდით ეფექტებს თერაპიული დოზით. +/- = სარწმუნო მონაცემები არ არის. ადაპტირებულია შემდეგი გამოცემიდან: “Antipsychotic Agents,” in Current Psychotherapeutic Drugs, Second Edition. Edited by Quitkin FM, Adams DC, Bowden CL, et al. Philadelphia, PA, Current Medicine, 1998, pp. 120–154, with permission of Current Medicine, Inc.

- ბ. აგრეთვე იწვევს აგრანულოციტოზს, კრუნჩხვებს, მიოკარდიტებს.
- გ. გამონაკლისის სახით შესაძლოა გამოიწვიოს აკათიზია.
- დ. არსებობს კატარაქტის განვითარების საშიშროება.
- ე. შეიძლება გამოიწვიოს ღებინება და თავის ტკივილი.

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

4. დამატებითი მედიკამენტების გამოყენება მწვავე ფაზაში

გარდა ანტიფსიქოზურისა სხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენება:

- კომორბიდული მდგომარეობების (მაგ. მიიმე დეპრესიის, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის),
- ფსიქოზთან დაკავშირებული სიმპტომების (როგორცაა: აჟიტაციის, აგრესიის, გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომები)
- ძილის დარღვევების სამკურნალოდ.
- ასევე, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების კორექტირებისათვის.

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ზოგიერთი ანტიდეპრესანტი (რომელიც კატექოლამინების უკუმიტაცების ინჰიბიტორია) ზოგ შემთხვევაში ფსიქოზური სიმპტომების გამწვავებას ან შენარჩუნებას იწვევს.

მკურნალობის მწვავე ფაზაში ბენზოდიაზპინების გამოყენება ეფექტიანია შფოთვისა და აჟიტაციის სამართავად.

გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები და ბეტა-ბლოკატორები ეფექტიანად გამოიყენება პაციენტის აგრესიის ხარისხის შესამცირებლად.

ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის დაწყებამდე მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული შემდეგი ფაქტორები:

- ანტიფსიქოზური წამლის მიდრეკილება ექსტრაპირამიდული სიმპტომების გამოწვევისადმი (იხ. ცხრილი 4);
- პაციენტის მიერ უპირატესობის მინიჭება ამა თუ იმ მედიკამენტისათვის;
- პაციენტის წარსული ისტორია ექსტრაპირამიდული სიმპტომების განვითარების შესახებ;
- ექსტრაპირამიდული სიმპტომების განვითარების სხვა რისკ-ფაქტორების არსებობა (კონკრეტულად დისტონიის განვითარების რისკ-ფაქტორები);
- ანტიქოლინერგიული გვერდითი ეფექტების განვითარების და შესაძლო შედეგების რისკ-ფაქტორების არსებობა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, ექსტრაპირამიდული სიმპტომების მკურნალობის სხვა სტრატეგიაა ანტიფსიქოზური მედიკამენტის დოზის შემცირება, ან სხვა ანტიფსიქოზურ მედიკამენტზე გადასვლა. (იხ. ცხრილი 5; 5-1)

ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები (39-40, 46);

	დისტონია (უნებლიე)	აკათიზია	პარკინსონიზმი	მოგვიანებითი დისკინეზია
სიმპტომი: აღწერა	ენის, კისრის, ზურგის და თვალის კუნთების უნებლიე შეკუმშვა	მოტორული მოუსვენრობა და კუნთების დაჭიმულობის სუბიექტური განცდა (რაც შექმნება გამოიხატოს: წინ და უკან სიარულში, ადგომა-დაჯდომაში).	რიგიდულობა, ტრემორი, ბრადიკინეზია. არ აგერიოთ ნეგატიურ სიმპტომებსა და დეპრესიაში.	ტუნების, ენის ან ზემო კიდურების უნებლიე ქორეოფორმული მოძრაობები, რომლებიც მოგვიანებით ვითარდება
განვითარების რისკი	<ul style="list-style-type: none"> • 40 წლამდე ასაკი; • მაღალ-პოტენციური ნეიროლეპტიკების გამოყენება 	<ul style="list-style-type: none"> • ძირითადად, მაღალ-პოტენციური ნეიროლეპტიკების გამოყენებისას • დოზა-დამოკიდებულია 	<ul style="list-style-type: none"> • ძირითადად, მაღალ-პოტენციური ნეიროლეპტიკების გამოყენებისას • დოზა-დამოკიდებულია. 	<ul style="list-style-type: none"> • მოხუცებულობის ასაკი; • მაღალ დოზებში ნეიროლეპტიკების გამოყენება 6 თვეზე მეტხანს; • ანამნეზში: ა) გვერდით ეფექტად პარკინსონიზმი; ბ) დიაბეტი; გ) გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომები. <p>განვითარების სიხშირეა წელიწადში 4-5 %.</p>
მკურნალობა	<ul style="list-style-type: none"> • პროფილაქტიკურად: 30 წლამდე პაციენტებმა, რომელთა 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ნეიროლეპტიკის დოზის შემცირება; 2. ატიპიურ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტზე გადასვლა; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ნეიროლეპტიკის დოზის შემცირება; 2. ატიპიურ ანტიფსიქოზურ 	<ul style="list-style-type: none"> • რეგულარულად, წელიწადში 2-ჯერ არანორმალური უნებლიე მოძრაობების

	<p>მკურნალობას იწყებთ მაღალპოტენციური ნეიროლეპტიკებით, პარალელურად უნდა მიიღონ ბენზტროპინი 1-2 მგ/დღ (2 ჯერადად) 10 დღე, შემდგომში დოზის ნელ-ნელა შემცირებით.</p> <p>• მწვავე დიტონიის დროს:</p> <p>1. ბენზტროპინი 1-2 მგ პერორალურად ან კუნთებში;</p> <p>2. დიფენილჰიდრამინი 25-50 მგ. პერორალურად ან კუნთებში;</p> <p>3. ან დიაზეპამი* 5 მგ. ვენაში ნელა შეყვანა. (შემდგომ იხ. პროფილაქტიკა)</p>	<p>3. ბეტა-ბლოკერები, მაგ. პროპრანოლოლი 20 მგ. დღეში 4-ჯერ;</p> <p>4. ანტიქოლინერგიული საშ-ბა, მაგ: ბენზტროპინი 1 მგ. დღეში 2-ჯერ;</p> <p>5. ან ბენზოდიაზეპინი (მაგ. ლორაზეპამი 0.5 მგ. დღეში 3-ჯერ).</p>	<p>მედიკამენტზე გადასვლა;</p> <p>3. ანტიქოლინერგიული საშ-ბა, მაგ: ბენზტროპინი 1-2 მგ. დღეში 2-ჯერ, მოხუცებში იწყება 0,25 მგ-ით და ხანგრძლივად არ გამოიყენება;</p> <p>4. ან ამანტადინი 100-200 მგ. დღეში 2-ჯერ</p>	<p>გაკონტროლება, სკალის (AIMS) გამოყენებით;</p> <p>• ატიპიურ ანტიფსიქოზურ საშ-ებზე გადასვლა;</p> <p>• E ვიტამინი (ალფა-ტოკოფეროლი) 800- 1200 ერთ/დღ. 5 დღის განმავლობაში</p>
--	--	---	---	--

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

ავთვისებიანი ნეიროლეფსიური სინდრომი (ანს) (45)

ავთვისებიანი ნეიროლეფსიური სინდრომი (ანს)	განვითარების რისკი	მკურნალობა (47)
<p>ნეიროლეფსიური მკურნალობის იშვიათი, სიცოცხლისათვის საშიში გართულებაა, რომელიც იწყება ცნობიერების შეცვლით (დეზორიენტაცია, ფლუქტუაცია) და ახასიათებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • კლინიკური გამოვლინება: <ol style="list-style-type: none"> 1. კუნთოვანი რიგიდულობა; 2. დისტონია; 3. აკათიზია; 4. მუტიზმი; 5. აჟიტაცია; 6. ჰიპერთერმია; 7. დიაფორეზი (ოფლიანობა); 8. დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება); 9. პულსის მომატება 10. წნევის მომატება • ლაბორატორიული მაჩვენებლები: <ol style="list-style-type: none"> 2. კრეატინფოსფოკინაზის (CPK) მატება; 3. პლაზმაში მიოგლობინის მომატება; 4. მიოგლობინურია; 5. ლეიკოციტოზი; 6. ღვიძლის ენზიმების მატება; 6. თირკმლის მწ. უკმარისობა. 	<ul style="list-style-type: none"> • პრემორბიდულად ფსიქო-მოტორული აჟიტაცია; • დროის მცირე ინტერვალებით ნეიროლეპტიკები ს დოზის მატება; • დიდი რაოდენობით კუნთოვანი ინექციები; • ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებთან ერთად ლითიუმის გამოყენება. 	<p>I ეტაპი (ფსიქიატრიულ განყოფილებაში):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ანტიდოფამინერგიული ანტიფსიქოზური მედიკამენტის დაუყოვნებლივ შეწყვეტა; 2. ტემპერატურის, პულსის და სისხლის წნევის გაკონტროლება; 3. გაგრილება. <p>II ეტაპი (გადაუდებელი თერაპიის განყოფილებაში):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ვიტალური ფუნქციების გაკონტროლება (მონიტორინგი): <ul style="list-style-type: none"> • რეჰიდრატაცია და ელექტროლიტების ბალანსი; • შარდის გამოყოფა და თირკმლის ფუნქცია; 2. დენტროლენი (პირდაპირი მოქმედების მიორელაქსანტი, 1-3 მგ/კგ/დღ, დღეში 4-ჯერ ინტრავენურად და როგორც კი შეძლებს per os მიღებას)+ბრომოკრიპტინი (დოფამინ-აგონისტი, 2,5-5-10 მგ/დღ. დღეში 3-ჯერ)+სედაცია (ბეზოდიაზეპინით) +ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, საჭიროების მიხედვით. <p>ფსიქოზის სამკურნალოდ კი გამოიყენება L-დოპა, კარბამაზეპინი და ეკთ, საჭიროების მიხედვით.</p> <p>III ეტაპი:</p> <p>ანს-ს ამოწურვის შემდგომ კიდევ ერთი კვირა (10 დღ.) გრძელდება ზემოაღნიშნული მკურნალობა და შემდგომ ძალზე ფრთხილად (დაბალი დოზებით და ნელ-ნელა ვზრდით დოზას) ვიწყებთ დაბალპოტენციური ანტიფსიქოზური მედიკამენტის გამოყენებას (კლოზაპინი*, ქუეტიპინი)</p>

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

5. ელექტრო-კონვულსიური და სხვა სომატური თერაპიების გამოყენება მწვავე ფაზაში

შიზოფრენიის და შიზოაფექტური აშლილობის მქონე პირებისათვის (რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე პერსისტენტული ფსიქოზი ან სუიციდური იდეები, ან/და ქმედება და მანამაღე მკურნალობას, კლოზაპინის ჩათვლით, შედეგი არ მოჰყოლია) მიზანშეწონილია ელექტროკონვულსიური თერაპიის საჭიროების განხილვა, მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად.

ელექტროკონვულსიური თერაპია გამოიყენება უპირატესად კატატონიური სიმპტომების მქონე პირებისათვის, რომლებიც ღორაზეპამით მკურნალობაზე არ რეაგირებდნენ (მაგ, 1-2 მგ./კუნთებში ან ინტრავენურად ან 2-4 მგ. ტაბ-ში, ყოველ 48-72 სთ-ში განმეორებით, საჭიროების მიხედვით)

ასევე, ელექტროკონვულსიური თერაპია სასარგებლო შეიძლება იყოს შიზოფრენიით და თანდართული დეპრესიით დაავადებული პაციენტთათვის, თუკი დეპრესიული სიმპტომები მკურნალობისადმი რეზისტენტულია, ან სახეზეა ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ფიზიკური გამოფიტვა, ან სუიციდური იდეები, ან ქმედება/მცდელობა, რომლებიც საჭიროებს დაუყოვნებლივ მკურნალობას.

6. პირველი ეპიზოდის მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხები

მთელი პერიოდის განმავლობაში ავადმყოფური ნიშნების, სიმპტომების წარმოშობასა და განვითარებაზე დეტალური დაკვირვება და მათი წერილობითი დაფიქსირება – შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება (ვინაიდან ფსიქოზის პირველი ეპიზოდი შესაძლოა იყოს ძალზე პოლიმორფული და გამოვლინდეს სხვადასხვა სპეციფიკური აშლილობების კლინიკური სურათით (მაგ, შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა, ბიპოლარული აშლილობა, შიზოაფექტური აშლილობა).

იხ. სქემა

პირველი ეპიზოდის მქონე პაციენტების 70%-ზე მეტი აღწევენ ფსიქოზური სიმპტომების სრულ რემისიას 3-დან 4 თვეში, ხოლო 80%-ზე მეტი – სტაბილურ რემისიას 1 წლის ბოლოს.

მკურნალობისადმი ცუდად დაქვემდებარების პრედიქტორებია:

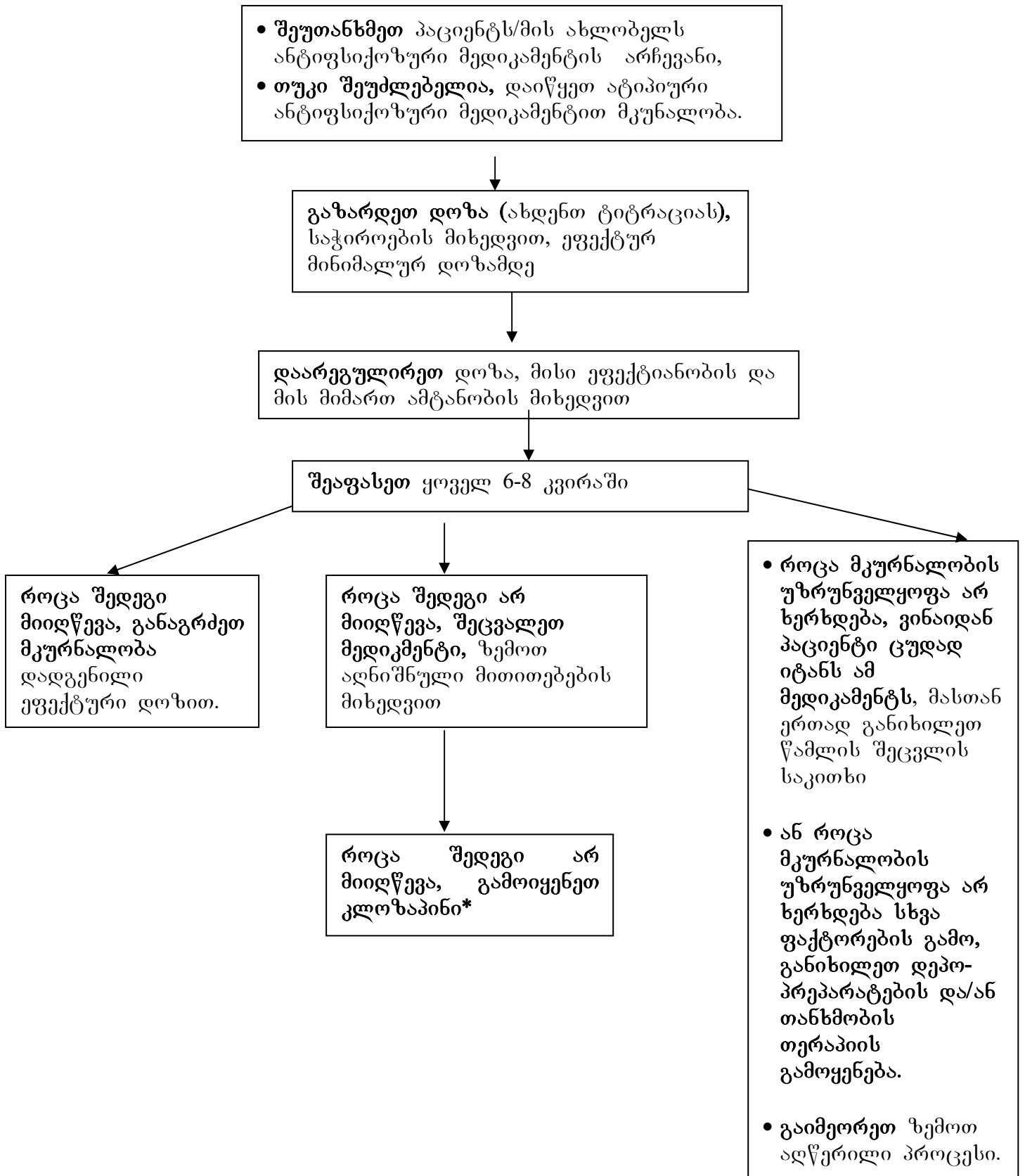
- სქესი – მამაკაცი;
- ცნს-ს პრე- ან პერინატალური დაზიანება;
- ინტენსიურად გამოხატული ჰალუცინაციები და ბოდვა;
- ყურადღების გაუარესება, დაქვეითება;
- პაციენტის ფუნქციონირების დაბალი დონე პრემორბიდში;
- არანამკურნალევი ფსიქოზის ხანგრძლივობა;
- ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების განვითარება;
- პაციენტისათვის დისტრესული ემოციური გარემო (მაგ. ნეგატიური და კრიტიკული დამოკიდებულება მის მიმართ, გადაჭარბებული მზრუნველობა ირგვლივმყოფისგან, ემოციურობის მაღალი დონე).

რემისიაში მყოფი პაციენტის გამწვავების რისკის მინიმუმამდე დაყვანა, რასაც დიდი ზეგავლენა გააჩნია კლინიკურ, სოციალურ და პროფესიული საქმიანობის სფეროებზე.

კანაბისის და ფსიქოსტიმულატორების გამოყენების გამორიცხვა, სტრესის მართვის გაუმჯობესება და შემანარჩუნებელი ანტიფსიქოზური მკურნალობა.

პაციენტთან ერთად გამწვავების მაღალი რისკ-ფაქტორების და იმ პოზიტიური ფაქტორების განხილვა, რომელთაც შეუძლიათ მინიმუმამდე დაიყვანოს გამწვავების რისკი.

შიზოფრენიის პირველი ეპიზოდის მკურნალობის ალგორითმი (45)



*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

სტაბილიზაციის ფაზა (29)

მკურნალობის მიზნებია:

- პაციენტისთვის სტრესის მინიმუმამდე დაყვანა და მისი მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, რეციდივის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით;
- პაციენტის სოციუმში (თემში) ცხოვრების ადაპტაციის გაუმჯობესება;
- სიმპტომების თანდათანობით რეღუცირება (მინიმუმამდე დაყვანა) და რემისიის გამყარება.

სტაბილიზაციის ფაზაში, ადექვატური თერაპიული ეფექტის მიღწევის შემდეგ (მინიმალური გვერდითი ეფექტებით), შემდგომი **6 თვის** მანძილზე, ჩატარდეს მკურნალობა (იმავე მედიკამენტებით და იმავე დოზით) და მდგომარეობის მონიტორინგი.

მწვავე ფაზიდან მოყოლებული უწყვეტად შეფასდეს ფარმაკოთერაპიის გვერდითი ეფექტები და იგი მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი.

გაგრძელდეს მხარდამჭერი ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია.

პაციენტს მიეწოდოს ინფორმაცია:

- დაავადების მიმდინარეობის,
- გამოსავლის და
- მკურნალობის უზრუნველყოფის მნიშვნელობის შესახებ (გაგრძელდეს ოჯახის წევრების ინფორმირება).

პაციენტის ჰოსპიტლიდან გაწერამდე მომზადდეს თემზე დაფუძნებული უწყვეტი მკურნალობის სერვისები (41, 42).

ხშირად სასარგებლოა, ჯერ კიდევ ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის ამბულატორიული სამსახურის ფსიქიატრთან შეხვედრის ორგანიზება; ხოლო გასაწერად მომზადებული პაციენტებისათვის – თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სამსახურის ფსიქიატრთან ვიზიტი.

გაწერის შემდგომ დახმარება გაეწიოს პაციენტს ოჯახსა და სოციუმში/თემში ცხოვრებაში ადაპტირებაში და რეალური მიზნების დასახვაში, რათა ზედმეტად არ ეცადოს სამსახურში და სოციუმში გადაჭარბებულად აქტიურ ფუნქციონირებას.

სტაბილური ფაზა (29)

მკურნალობის მიზნებია:

- სიმპტომების შემცირება ან მდგომარეობის ხანგრძლივად დარეგულირება;
- პაციენტის ფუნქციონირების და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება ან გაუმჯობესება;
- სიმპტომებისა და გამწვავებების (მზარდი) ეფექტიანი მკურნალობა;
- მკურნალობის გვერდითი ეფექტების გაკონტროლების გაგრძელება.

1. შეფასება სტაბილურ ფაზაში

მდგომარეობის შეფასება და მონიტორინგი, რათა განისაზღვროს, საჭიროებს თუ არა პაციენტი მკურნალობის სქემის შეცვლას.

პაციენტებს (რომლებიც იღებენ ანტიფსიქოზური მედიკამენტებს) ჩაუტარდეთ ექსტრაპირამიდული სიმპტომების კლინიკური შეფასება, ფსიქიატრთან ყოველ ვიზიტზე.

პაციენტებს, რომლებიც იღებენ პირველი თაობის ანტიფსიქოზურ საშუალებებს, ყოველ 6 თვეში ერთხელ, ხოლო პაციენტებს, რომლებიც იღებენ მეორე თაობის საშუალებებს, 12 თვეში ერთხელ, ჩაუტარდეთ პათოლოგიური უნებლიე მოძრაობების კლინიკური შეფასება.

6 თვის განმავლობაში ყოველ ვიზიტზე და შემდგომ, 3 თვეში ერთხელ, გაკონტროლდეს პაციენტის წონა და სხეულის მასის ინდექსი (BMI). იმ პაციენტებს, რომელთა სხეულის მასის ინდექსი არის 25 და მეტი, გეგმიურად ჩაუტარდეთ ჭარბ წონასთან დაკავშირებული სომატური პრობლემების მონიტორინგი (კერძოდ, განისაზღვროს სისხლის წნევა, სისხლში ლიპიდების დონე, დიაბეტის კლინიკური სიმპტომები).

სტაბილური ფაზის დაწყებიდან 4 თვის ბოლოს და შემდგომ ყოველწლიურად, უზმოზე განისაზღვროს სისხლში გლუკოზის დონე; ასევე ყოველწლიურად განისაზღვროს (ან უფრო ხშირად კლინიკური საჭიროების მიხედვით) – სისხლში ელექტროლიტების დონე, თირკმლის, ღვიძლის და თირეოიდული ფუნქციები; კლინიკური ჩვენების შესაბამისად, ჩატარდეს სისხლის ნარკოლოგიური ანალიზი.

დანიშნული მკურნალობის სპეციფიკურობის გათვლისწინებით, ჩატარდეს სხვა გამოკვლევები: სომატური მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლები, სისხლის საერთო ანალიზი, ეკგ, ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომების (ლაბორატორიული) და ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა.

(იხ. ცხრილი 1).

შიზოფრენიის (და სხვა ფსიქოზის) მქონე პაციენტთა უმეტესობა ანტიფსიქოზური მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში, ხელახალი გამწვავების მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ამ რისკის განსაზღვრის ზუსტი ინდიკატორი არ არსებობს. თუ პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება გამწვავების მრავალი ან 5 წლის მანძილზე თუნდაც 2 ეპიზოდი, მიზანშეწონილია მისი უწყვეტ, შემანარჩუნებელ ანტიფსიქოზურ მკურნალობაზე დათანხმება.

თუ ანტიფსიქოზური მკურნალობის ფონზე რემისია გრძელდება სულ ცოტა 1 წელი მაინც, შესაძლოა ერთობლივად მიღებულ იქნას გადაწყვეტილება ანტიფსიქოზური წამლების მიღების შეწყვეტაზე, რაც ყოველთვის ნელ-ნელა დოზის 10 %-ით შემცირებით უნდა მოხდეს (7).

პაციენტის თანახმობის შემთხვევაში ვიქონიოთ და შევინარჩუნოთ მჭიდრო კავშირი იმ (მხარდამჭერ) პირთან, ვინც ამჩნევს ცალკეული სიმპტომს და პაციენტისათვის სტრესულ მოვლენებს.

2. ფსიქოსოციალური მკურნალობა სტაბილურ ფაზაში(29)

პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროების და სოციალური გარემოს შესაბამისად, შესაფერისი ფსიქოსოციალური მკურნალობის შერჩევა.

მნიშვნელოვან მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ეფექტიან ფსიქოსოციალური მკურნალობაში შედის:

1. თემზე დაფუძნებული მკურნალობის პროგრამა (PACT);
2. ოჯახური ინტერვენცია;
3. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია;
4. სოციალური უნარ-ჩვევების გამომუშავება (თრენინგი).

იხ. განმარტებები ქვემოთ

განმარტებები:

- 1. თემზე დაფუძნებული მკურნალობის პროგრამა (51-63)** გულისხმობს: ინტეგრირებული მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ პაციენტის მკურნალობაში აქტიურ ჩარევას და მისი შემთხვევის მართვას. დასავლეთში ეს პროფესიული გუნდი მუშაობს კვირაში 7 დღე, დღე-ღამეში 24სთ და უზრუნველყოფს პაციენტის დახმარებას სახლში, თემში (მიკროსოციუმში) და სამუშაო ადგილზე. აღნიშნული პროგრამა ინდივიდუალურად აფასებს პაციენტის მიერ სტრესის დამოუკიდებლად დაძლევის უნარის დეფიციტს და ეხმარება თავისი მოთხოვნილებების განსაზღვრასა და დაკმაყოფილებაში; ასევე აფასებს და ეხმარება ისეთი ყოფითი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებაში, როგორცაა: ტანსაცმლის რეცხვა, სახლის დალაგება, საყიდლებზე სიარული, საკვების მომზადება, სახარჯო ფულის განაწილება, ტრანსპორტით სარგებლობა და ა.შ;
- 2. ოჯახური ინტერვენცია (47-53):** აუცილებელია პაციენტის ოჯახის წევრები დროულად იქნენ ჩართულნი ერთობლივი მკურნალობის პროცესში, რაც მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას, საბოლოო გამოსავალის ჩათვლით. ამ მომსახურებამ უნდა მოახდინოს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ფსიქოგანათლება (გათვითცნობიერება), რაც მათ დაეხმარება კლინიციკტებთან ერთად მკურნალობის დაგეგმვაში, მიზნების დასახვასა და მომსახურების უზრუნველყოფაში. ეს პროგრამა არის მკაცრად სტრუქტურირებული და გრძელდება 9 თვიდან 2-3 წლამდე;
- 3. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (64-81):** დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში კბთ ფართოდ გამოიყენება შიზოფრენიით (და სხვა ფსიქოზური აშლილობებით) დაავადებული პაციენტების მკურნალობაში. კბთ ინდივიდუალური თერაპიაა, რომლის მიზანი არ არის თერაპევტის მიერ ფსიქოზური სიმპტომების უარყოფა, პაციენტის გადარწმუნება და ფსიქოზის ირაციონალურ მოვლენად შეფასება. ამ დროს თერაპიული ინტერვენციის მიზანია სიმპტომების შესახებ პაციენტის შეხედულებების და მისეული დაძლევის სტრატეგიების გამოვლენა, მასთან ერთად ახალი, უფრო რაციონალური და პაციენტისთვის ნაკლებ დისტრესული მოსაზრებების შემუშავება. ეს თერაპია გულისხმობს: ბოლოვითი აზრების და ჰალუციენაციების შესახებ პაციენტის რწმენა-შეხედულებების შეცვლას, „ხმების“ შემთხვევაში მათზე ფოკუსირებას და წარმოშობის წყაროს ხელახალ რეატრიბუციას (მიკუთვნებას), ფსიქოზური განცდების შესახებ პაციენტის გათვითცნობიერებას. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სახელმძღვანელო ხელმისაწვდომია, მაგრამ თერაპიის ჩასატარებლად საჭიროება სპეციალისტის ტრენინგება და მისი შემდგომი სუპერვიზია;
- 4. სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი (82-92):** რეგულარული სწავლება და ბიჰევიორული ტექნიკების გამოყენება დაეხმარება პაციენტს შეიძინოს და/ან გააუმჯობესოს კომუნიკაციური, საკუთარი თავის მოვლის და სოციუმში ფუნქციონირების უნარ-ჩვევები. ჩვეულებრივ, ეს ტრენინგი ტარდება პაციენტთა მცირე ჯგუფში (6-8 კაცი) და მოიცავს ერთდროულად არა ყველა სოციალურ უნარ-ჩვევას, არამედ მიზანმიმართულია გარკვეული ფუნქციონირების სფეროსკენ, იგი მკაცრად სტრუქტურირებულია და სისტემატიურად ასწავლის პაციენტებს: საკუთარი სიმპტომების ამოცნობას და მართვას, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების სწორად მიღებას, შესაძლო გამწვავების გამაფრთხილებელი ნიშნების ამოცნობას, სოციალურ ურთიერთობებს, როგორცაა თავისუფალი კომუნიკაციები (გარეგნული იერი, გამომეტყველება, ხმის ტემპრი), საკუთარი მოთხოვნილებების გამოსატყვას და უფლებების დაცვას, ასევე, სამუშაოზე მისაღებად ინტერვიუს სწორად წარმართვას.

3. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება სტაბილურ ფაზაში(28)

ანტიფსიქოზური საშუალებების გამოყენებით შესაძლო გამწვავების რისკის შემცირება.

პაციენტთა უმრავლესობას, რომლებიც პირველი თაობის ანტიფსიქოზური აგენტებით მკურნალობენ, მედიკამენტები დაენიშნოთ დოზით, რომელიც „ექსტრაპირამიდული სიმპტომების“ (ეპს) ზღურბლთან ახლოსაა (ანუ ამ დროს ფიზიკური გამოკვლევით შესაძლებელია მინიმალური რიგიდულობის აღმოჩენა).

მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დანიშვნა შესაძლებელია თერაპიული დოზით, რომელიც არ იწვევს ექსტრაპირამიდულ გვერდით ეფექტებს.

უაღრესად მნიშვნელოვანია, ფსიქიატრმა კარგად აწონოს ერთის მხრივ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დოზის შემცირება „მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე“ და მეორეს მხრივ, ხშირი გამწვავებების რისკი და შიზოფრენიული სიპტომატიკის გაუარესება.

შეფასდეს, რეზიდუალური ნეგატიური სიმპტომები წარმოადგენს პარკისონიზმის თუ არანამკურნალევი დეპრესიის გამოვლინებას და დაენიშნოს შესაბამისი მკურნალობა.

4. დამატებითი მედიკამენტების გამოყენება სტაბილურ ფაზაში

სტაბილურ ფაზაში, გარდა ანტიფსიქოზურისა გამოიყენება სხვა მედიკამენტებიც ისეთი კომორბიდული (თანამდევი) მდგომარეობების სამკურნალოდ, როგორიცაა აგრესია, შფოთვა ან გუნებ-განწყობის აშლის სხვა სიმპტომები; ისინი ასევე გამოიყენება ძირითადი მედიკამენტების ანტიფსიქოზური ეფექტის გასაძლიერებლად და გვერდითი ეფექტების საკორექციოდ.

5. ელექტრო-კონვულსიური თერაპიის (ეკთ) გამოყენება სტაბილურ ფაზაში

იმ პაციენტებისათვის, რომელთა მკურნლობა მწვავე ფაზაში წარმართა ელექტროკონვულსიური თერაპიით, ამასთან მხოლოდ ფსიქოფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკა ეფექტიანი არ არის, ან მათ დაქვეითებული აქვთ ამტანობა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიმართ, სასარგებლოა შემანარჩუნებელი ეკთ.

6. სტაბილურ ფაზაში პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების მხარდაჭერა, რათა მათ მიმართონ თვითდახმარების სამკურნალო დაწესებულებებს

მკურნალობისადმი რეზისტენტული პაციენტების მოვლასთან დაკავშირებული სპეციალური საკითხები(29)

დეტალურად და ყურადღებით შეფასდეს, იღებს თუ არა პაციენტი ადექვატურ ანტიფსიქოზურ მკურნალობას, მაშასადამე, უნდა გაირკვეს, მედიკამენტების დოზირება ადექვატურია თუ არა და იღებს თუ არა მათ ზუსტად დანიშნულების მიხედვით.

ჩვეულებრივ, საჭიროა **4-6 კვირა**, რათა დადგინდეს, პაციენტის სიმპტომები დაექვემდებარა თუ არა განსაზღვრულ მკურნალობას. შემდგომი **6 თვის მანძილზე**, ან ზოგჯერ უფრო ხანგრძლივადაც, შესაძლოა იგივე ანტიფსიქოზური მკურნალობის ფონზე გაგრძელდეს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

იმ პაციენტთათვის, რომელთა მკურნალობა ორი დასახელების ანტიფსიქოზური მედიკამენტით, (ამათგან, ერთი მაინც, მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტია) არაეფექტიანი იყო და/ან მათთვის, რომელთაც აღენიშნებათ პერსისტიული სუიციდური აზრები (ქმედება) უნდა ვცადოთ კლოზაპინის გამოყენება.

რეზიდუალური სიმპტომების თავისებურებიდან გამომდინარე (მაგ. პოზიტიური, ნეგატიური, კოგნიტური და/ან გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომები, აგრესიული ქცევა), გარდა ანტიფსიქოზური მედიკამენტებისა, გამოიყენება ანტიკონვულსანტები და ბენზოდიაზეპინები, მკურნალობის გაძლიერების მიზნით.

დამტკიცებულია ეკთ-ს ეფექტიანობა მკურნალობისადმი რეზისტენტული შემთხვევებისას.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ტექნიკების გამოყენება მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს პოზიტიური სიმპტომების რედუცირებას.

❖ დეფიციტური სიმპტომების მკურნალობა

პაციენტის შეფასება იმ ფაქტორების გამოსავლენად, რომელთაც შეუძლიათ ხელი შეუწყონ მეორადი ნეგატიური სიმპტომების განვითარებას.

თუ ნეგატიური სიმპტომები არის მეორადი, მკურნალობა სჭირდება მათ უშუალო მიზეზს:

- ფსიქოზურ სიმპტომებს – ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით;
- დეპრესიას – ანტიდეპრესიული მედიკამენტებით;
- შფოთვას – ანქსიოლიზური საშუალებებით;
- ექსტრაპირამიდულ გვერდით ეფექტებს – ანტიპარკინსონული მედიკამენტებით ან ანტიფსიქოზური მედიკამენტები დოზის შემცირებით.

პირველადი პერსისტენტული ნეგატიური სიმპტომების შემთხვევაში, დღესდღეობით არ არსებობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტიანი მკურნალობა, მაგრამ კლოზაპინის და სხვა მეორე თაობის ანტიფსიქოზური აგენტების გამოყენება იძლევა გარკვეულ შედეგს.

❖ სამკურნალო დაწესებულების ან საცხოვრებლის (თავშესაფრის) შერჩევა(28)

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას განაპირობებს, თუ რამდენად

- არის პაციენტი სახიფათო საკუთარი თავის ან ირგვლივმყოფების მიმართ;
- შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა;
- საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას ან დახმარებას.

ჰოსპიტალიზაციის სხვა შესაძლო ჩვენებას წარმოადგენს პაციენტის საერთო სომატური მდგომარეობა ან ფსიქიატრიული პრობლემა, რომლის მკურნალობა ამბულატორულ პირობებში სახიფათო ან არაეფექტიანია.

იძულებითი ჰოსპიტალიზაციისათვის ჩატარებულ უნდა იქნას გარკვეული სამართლებრივი პროცედურა, პაციენტის ჰოსპიტალიზიის დასაბუთების მიზნით.

იმ პაციენტებს, რომელთა ჰოსპიტალიზაცია სავალდებულო არ არის, მაგრამ მათი მდგომარეობის სიმწვავე საჭიროებს უფრო ინტენსიურ მოვლას ვიდრე ეს ტიპიურ ამბულატორიულ პირობებშია შესაძლებელი, უნდა მიეწოდოთ ალტერნატიული მკურნალობის სხვადასხვა სახეები:

- დღის სტაციონარი;
- შინ მოვლის სამსახური;
- ოჯახში კრიზის-თერაპია;
- კრიზისის მოვლის სამსახური, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით;
- ასერტიული მკურნალობის თემზე დაფუძნებული სამსახური.

განსაზღვრული ფაქტორების შესაბამისად პაციენტები ინაცვლებენ ფსიქიატრიული მომსახურების ქსელის ერთი საფეხურიდან მომდევნოზე.

SANS
(„მინუს-სიმპტომატიკის“ შეფასების სკალა)

I აფექტური გასაღავება და გაღარიბება	
<p>აფექტური გასაღავება და სიჩღუნგე მანიფესტირდება როგორც ემოციური გამოსატვის, ემოციური რეაქციის უნარის და გრძნობის დამახასიათებელი გაღარიბება.</p> <p>ქვემოთმოყვანილი თემები რომ შევაფასოთ, ჩვეულებრივ საჭიროა ექსპერტთა აფექტურად მნიშვნელოვან თემებზე.</p>	
1.	<p>სახის გახევებული გამომეტყველება პაციენტის სახე გამოიყურება გახევებულად, მექანიკურად, გაყინულად. სახის გამომეტყველება, საუბრის ემოციური შინაარსის ცვლილების მიუხედავად, უცვლელია ან ოდნავ იცვლება. რადგან ნეიროლეპტიკებსაც შეუცლიათ ნაწილობრივ ასეთი ეფექტის გამოწვევა, ამიტომ ზუსტად უნდა დავადგინოთ, იღებს თუ არა პაციენტი ნეიროლეპტიკს, მაგრამ არ უნდა შევეცადოთ, რომ ეს სიმპტომი ნეიროლეპტიკით გამოწვეულ ეფექტად ჩავთვალოთ.</p>
	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მცირედი პათოლოგიური გამოსატვლება 3= ზომიერი პათოლოგიური გამოსატვლება 4= გამოსატვლი პათოლოგია 5= მძიმედ გამოსატვლი პათოლოგია (სახე გახევებულია ან ოდნავ იცვლება, თუ იცვლება, ინტერვიუს განმავლობაში)</p>
2.	<p>სპონტანური მოძრაობის შემცირება პაციენტი საუბრის პროცესში წყნარად ზის და არ/ან თითქმის არ მოძრაობს. ის ნორმალურად მოსალოდნელთან შედარებით არ/ან ნაკლებად ამოძრავებს ხელ-ფეხს, არ იცვლის ჯდომის პოზას.</p>
	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მცირედი პათოლოგიური გამოსატვლება 3= ზომიერი პათოლოგიური გამოსატვლება 4= გამოსატვლი პათოლოგია 5= მძიმედ გამოსატვლი პათოლოგია (სახე გახევებულია ან ოდნავ იცვლება, თუ იცვლება, ინტერვიუს განმავლობაში)</p>
3.	<p>გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბე პაციენტი თავის სხეულს, როგორც დამხმარე საშუალებას საკუთარი თავის გამოსახატავად ვერ იყენებს. მაგ. როგორიცაა ხელით მოძრაობები, სკამიდან წინ გადმოსრა ან თავისუფლად უკან გადაწოლა. ეს არის დამატებით შეფასება სპონტანური მოტორიკის შემცირებასთან ერთად.</p>
	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მსუბუქი, ოდნავი დაქვეითება 3= ზომიერი, პაციენტი იყენებს სხეულს ექსპრესიისათვის 3-4-ჯერ 4= გამოსატვლი, სხეულს იყენებს 1-2-ჯერ 5= მძიმე, არ იყენებს სხეულს</p>

4.	<p>მზერით კონტაქტის სიმცირე პაციენტი საუბრის დროს თავს არიდებს მზერით კონტაქტს, ან თვალებით არანაირი ექსპრესია არ გამოიხატება. იგი თითქოს სივრცეს მისჩერებია, მაშინაც კი, როცა ლაპარაკობს.</p>	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მცირედი პათოლოგიური გამოხატულება 3= ზომიერი, ნახევარჯერ მაინც 4= ძალიან იშვიათია 5= არასოდეს არ იყენებს</p>
5.	<p>აფექტური რეაგირების არარსებობა (აფექტური გასადავება) პაციენტი არ/ან არასაკმარისად რეაგირებს ისეთი შინაარსის საუბრებზე, რომლებიც ჩვეულებრივ იწვევენ გამხიარულებას ან დამწუხრებას. ინტერვიუერმა შეიძლება თვითონ გაიცინოს და შეეკითხოს „ხომ არ დაგავიწყდა როგორ უნდა გაიცინო?“ (თუ უყურებ მის საპასუხო რეაქციას)</p>	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მსუბუქი, მაგრამ გარკვეული დაქვეითება 3= ზომიერი, ზოგჯერ თითქოს ვერ პასუხობს 4= გამოხატული, უმეტესად ვერ პასუხობს 5= საერთოდ უპასუხოდ ტოვებს, პროვოცირების შემთხვევაშიც კი</p>
6.	<p>შეუსაბამო აფექტი (პარათიმია) აფექტური რეაქცია არის შეუსაბამო ან საწინააღმდეგო. აფექტურობის ეს აშლილობა იმაშიც გამოიხატება, რომ პაციენტი სერიოზულ ან სამწუხარო თემაზე საუბრისას იღიმება, ან იღებს მიამიტურ (სულელურ) გამომეტყველებას. უხერხულობის გამომხატველი ღიმილი არ უნდა შეფასდეს როგორც პარათიმია.</p>	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მცირედი პათოლოგიური გამოხატულება 3= ზომიერი პათოლოგიური გამოხატულება 4= გამოხატული პათოლოგია 5= მძიმედ გამოხატული პათოლოგია</p>
7.	<p>ვლკალური გამოხატვის უნარის ნაკლებობა (მონოტონური მეტყველება) პაციენტს ლაპარაკისას არ გამოსდის, რომ ხმის ინტონაცია ნორმალური ჰქონდეს. მნიშვნელოვანი სიტყვები არ ხასიათდება ტონის სიმაღლისა და სიძლიერის ცვალებადობით. სამწუხარო ან ზოგადად საინტერესო თემებზე საუბრისას არ გვაქვს ბგერათა სიძლიერის მოდულაცია.</p>	<p>0= ნორმალური 1= შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მსუბუქი 3= ზომიერი, ზოგჯერ არის გასადავება 4= გამოხატული, თვალნათელი დაქვეითება 5= მეტყველება არის მონოტონური</p>
8.	<p>სუბიექტური ჩვილები სიცარიელის გრძნობაზე ან შეგრძნების უნარის დაკარგვაზე პაციენტი აჩვენებს რომ ვერაფერს ვეღარ შეიგრძნობს; მას შეუძლია ასევე თავი აღწეროს როგორც გრძნობებისაგან „დაცლილმა“.</p>	<p>0= სრულიად არა, პაციენტი ამბობს, რომ ნორმალურად შეიგრძნობს 1= ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= სუბიექტური შეგრძნებების მსუბუქი, მაგრამ ჭკეშმარიტი შემცირება</p>

		<p>3= ზომიერი შემცირება 4= აშკარა შემცირება 5= პაციენტი აღნიშნავს გრძნობების შეგრძნების უუნარობას</p>
9.	<p>აფექტური შემცირების გლობალური შეფასება გლობალური შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს აფექტური გასადავებისა და აფექტური სინდრომის ზოგად სიმძიმეს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს ისეთ ძირითად ნიშნებს, როგორებიცაა: ნაკლები რეაგირება, არაადექვატურობა და ემოციური ინტენსიურობის ზოგადი შემცირება.</p>	<p>0= ნორმალური აფექტი 1= აფექტური შემცირება საკამათოა 2= მსუბუქი აფექტური შემცირება 3= ზომიერი აფექტური შემცირება 4= აშკარა აფექტური შემცირება 5= მძიმე აფექტური გასადავება და აფექტური სინდრომი</p>
<p>II ალოგია და პარალოგია</p>		
<p>ალოგია აღწერს აზროვნების და აღქმის გაღარბებას, როგორც ეს გვხვდება შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში (ა - ნიშნავს არარსებობას, ლოგოს – აზრს). აზროვნების პროცესი ცარიელია, მოუწესრიგებელი ან შენელებული. ალოგია პირველ რიგში გამოიხატება ღარბ, ცარიელ მეტყველებაში (მეტყველების სიღარბე), ან ჩვეულებრივი სიტყვების, მაგრამ ცარიელ მეტყველებაში (საუბრის გაღარბება) და/ან პასუხის ლატენტური დროის გაზრდაში.</p>		
10.	<p>საუბრის გაღარბება მეტყველების რაოდენობრივი გაღარბება, რასაც ამავედროულად თან ახლავს ფორმალური დიალოგის ჩენარჩუნების უუნარობა, ან/და უინტერესობა მაგ. ერთსიყვანიანი პასუხები, ან კითხვების უპასუხოდ დატოვება</p>	<p>0= გაღარბება არ გვაქვს პასუხთა არსობრივი და შესაბამისი რაოდენობა შეიცავენ დამატებით ინფორმაციას 1= გაღარბება საკამათოა 2= მსუბუქი გაღარბება 3= საუბრის ზომიერი გაღარბება; ზოგიერთი პასუხი შეიცავს დამატებით გამოსადეგ ინფორმაციას, ბევრი პასუხი ერთმარცვლიანია და ძალიან მოკლე (მაგ. ხო; არა; ალბათ; ბოლო კვირას და ა. შ.) 4= გამოხატული გაღარბება, პასუხები იშვიათად არის რამდენიმე სიტყვაზე გრძელი 5= მძიმე გაღარბება, პაციენტი ძალიან ცოტას ამბობს და ხშირად არ პასუხობს</p>
11.	<p>მეტყველების შინაარსობრივი გაღარბება საუბარი შეიძლება რაოდენობრივად ადექვატური იყოს, მაგრამ უშინაარსო ან უმნიშვნელო შინაარსი აქვს, ფორმალური დიალოგის უნარი შენარჩუნებულია, თუმცა შინაარსობრივად გაღარბებულია.</p>	<p>0= გაღარბება არ არის 1= გაღარბება საკამათოა 2= მსუბუქი გაღარბება, შემთხვევითი პასუხები მეტად ბუნდოვანია იმისათვის, რომ გავიგოთ</p>

	განსხვავდება გაჭიანურებული აზროვნებისა- გან, სადაც სუბიექტი გვაძლევს ბევრ დეტალს.	3= ზომიერი გაღარიბება, პასუხთა უმეტესობა ბუნდოვანია 4= მნიშვნელოვანი გაღარიბება, სულ მცირე ინტერვიუს ნახევარი 5= მძიმე, თითქმის მთელი საუბარი ბუნდოვანია და/ან გაუგებარი
12.	აზრების წყვეტა, ბლოკირება მეტყველების მიმდინარეობის გაწყვეტა – სანამ აზრი ან იდეა დამთავრდებოდეს. პაუზის შემდეგ სუბიექტი ვერ იხსენებს რას ამბობდა. ბლოკირების კონსტატირება ხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც სუბიექტი თვითონ აღნიშნავს აზრის შეწყვეტას (გაწყვეტას) – სპონტანურად, ან ექიმის შეკითხვაზე პასუხად.	0= არ არის 1= საკამათოა 2= 15 წუთის მანძილზე ერთხელ აღმოცენდება 3= 15 წუთის მანძილზე ორჯერ აღმოცენდება 4= 15 წუთის მანძილზე სამჯერ აღმოცენდება 5= 15 წუთის მანძილზე სამზე მეტჯერ აღმოცენდება
13.	პასუხის ლატენტური დროის გაზრდა პაციენტს პასუხის გასაცემად შეუსაბამოდ დიდი დრო სჭირდება. განმეორებით შეკითხვისას ნათელი ხდება, რომ პაციენტმა კითხვა გაიგო, მაგრამ უჭირს საკუთარი აზრების განვითარება.	0= არ არის 1= საკამათოა 2= პასუხის წინ ზოგჯერ მოკლე პაუზებია 3= გამოხატული პაუზები 4= ლატენტური დროის თვალსაჩინო გაზრდა 5= გრძელი პასუხები თითქმის ყველა პასუხის წინ, ან პაციენტი თითქმის ვერ პასუხობს
14.	ალოგიის სუბიექტური შეფასება პაციენტი აღნიშნავს აზროვნების გაძნელებას და/ან სიძნელეებს თანმიმდევრული აზროვნების გაშლაში	0= საერთოდ არა 1= საკამათოა 2= მსუბუქი შემცირება 3= ზომიერი შემცირება 4= გამოხატული შემცირება 5= პაციენტი აღნიშნავს, რომ მისი აზროვნება მეტწილად ცარიელია და უჭირს საკუთარი აზრების განვითარება
15.	ალოგიური აზროვნების გლობალური შეფასება უნდა შეფასდეს მეტყველების გაღარიბება და/ან საუბრის შინაარსის გაღარიბება. პარალოგიური აზროვნება არის ლოგიკური აზროვნების უუნარობის, ან აზრთა თანმიმდევრობაში დეტერმინირებული ტენდენციის შესუსტების ზოგადი გამოხატულება, რის გამოც აზრთა თანმიმდევრობა დარღვეულია.	0= არ არის 1= საკამათოა 2= უმნიშვნელო პათოლოგია 3= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია 4= გამოკვეთილი გაღარიბება 5= მძიმე გაღარიბება
15.ა	პარალოგია პარალოგიური აზროვნების შეფასება უნდა	0= არ არის 1= საკამათოა

	<p>მოსდეს 5 განსხვავების პოვნის კითხვით და/ან ანდაზით.</p>	<p>2= 1 შეცდომა პასუხში 3= 2 შეცდომა პასუხში 4= 3 შეცდომა პასუხში 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვა, 3 შეცდომაზე მეტი</p>
<p>III აბუღია-აპათია</p>		
<p>აბუღია თავს იჩენს როგორც ენერჯის, მისწრაფებებისა და ინტერესების დამახასიათებელი ნაკლოვანება. ზოგჯერ პაციენტები გარედან სტიმულირდებიან, მაგრამ გამღიზიანებლის გაქრობის შემდეგ სტიმული სწრაფად ქრება.</p>		
<p>16.</p>	<p>თავის მოვლა და ჰიგიენა პაციენტი საკუთარი თავის მოვლას და ჰიგიენას ნაკლებ ყურადღებას უთმობს; მას უნდა აიძულო სხეულის მოვლა. სუბიექტს შეიძლება ჰქონდეს ჭუჭყიანი, დაუვარცხნელი თმა, ჭუჭყიანი ხელები, კბილები, სუნი პირიდან. კითხვები: „რა სიხშირით იბან ტანს?“, „იცვლი ტანისამოსს, საცვლებს?“</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა 2= მსუბუქი, მაგრამ ყურადღებობის აშკარა ნიშანი 3= მოუწესრიგებელი გარეგნობა, პაციენტს უნდა მიეთითოს, რომ თავს მოუაროს 4= აშკარად მოუწესრიგებელი გარეგნობა, პაციენტს მუდმივად სჭირდება მითითება თავის მოვლაზე 5= ექსტრემალურად მოუწესრიგებელი და მოუვლელი</p>
<p>17.</p>	<p>არათანამიმდევრულობა პროფესიასა და განათლებაში პაციენტს არა აქვს რეგულარული სამუშაო და/ან ამ მიმართულებით ავლენს უპასუხისმგებლობას. სტაციონარის პაციენტთან: იგი ძალით უნდა ჩავრთოთ შრომა- ან ერგოთერაპიაში, ან უარს ამბობს იქ წასვლაზე. სუბიექტს შეიძლება ჰქონდეს სამუშაოს ან სწავლის მიმართ მიდრეკილების ნაკლებობა – მის ასაკთან და სქესთან შეფარდებით.</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა 2= არათანამიმდევრულობის მსუბუქი ნიშნები 3= ზომიერი ნიშნები, პაციენტს ამაზე უნდა მიეთითოს 4= შესამჩნევი ნიშნები, პაციენტს სისტემატურად უნდა მიეთითოს 5= პაციენტს შრომა ან ერგოთერაპიის შესრულება თანმიმდევრულად არ გამოსდის</p>
<p>18.</p>	<p>ფიზიკური ანერჯია პაციენტს აქვს მიდრეკილება სხეულებრივი მოშვებულობისადმი. ის საათობით ზის სკამზე და არ იძლევა სპონტანურ აქტიურობას. იგი მეტ დროს უთმობს პასიურ საქმიანობას, მაგ. ტელევიზორის ყურებას, ან ის უმოქმედოა. კითხვები: „ყოფილა თუ არ, რომ მთელი დღე წევხართ ან ზიხართ უმოქმედოდ?“, „ეს გაგრძელებულა თუ არა ერთ დღეზე მეტ ხანს?“</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა 2= მსუბუქი ენერჯის დაკარგვა 3= ზომიერი, პაციენტს პერიოდულად უნდა ვაიძულოთ იყოს აქტიური 4= პაციენტს პერიოდულად უნდა ვაიძულოთ იყოს აქტიური 5= პაციენტი მეტწილად სრულიად პასიურია</p>
<p>19.</p>	<p>სუბიექტური ჩივილები აბუღიასა და აპათიაზე</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა</p>

	აქ უნდა შეფასდეს მხოლოდ სუბიექტური ჩივილები ენერჯისა და სტიმულების არარსებობაზე.	2= მსუბუქი, მაგრამ სარწმუნო ჩივილები 3= ზომიერი ჩივილები 4= აშკარა ჩივილები 5= მძიმე ჩივილები
20.	გლობალური შეფასება გლობალურმა შეფასებამ უნდა ასახოს აპათია-აბულიის ზოგადი სიმძიმე სადაც გათვალისწინებულ უნდა იქნას პაციენტის სოციალური სტატუსი და წარმომავლობა.	0= ნორმა 1= საკამათოა 2= გამოსატულია მცირედი პათოლოგია 3= პათოლოგიური გამოსატულება შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოსატულება თითოეული დამკვირვებლისათვის შესამჩნევია 5= მნიშვნელოვანი გამოსატვის დონე
IV ანჭედონია – ასოციალურობა		
ეს სიმპტომოკომპლექსი მოიცავს პაციენტის სიძნელეს, შეიგრძნოს ინტერესი და/ან სიამოვნება, ეს შეიძლება გამოხატოს სასიამოვნო აქტიურობების მიმართ ინტერესთა დაკარგვაში, და/ან ამგვარი ქმედებების დროს, სიამოვნების შეგრძნების უუნარობაში და/ან სხვადასხვა ტიპის სოციალურ ურთიერთობათა უგულვებელყოფაში.		
21.	გართობა და აქტიურობები პაციენტს აქვს ძალიან ცოტა ან არანაირი ინტერესები, აქტიურობა ან ჰობი. თუმცა ეს სიმპტომი შეიძლება ნელ-ნელა დაიწყოს, საერთო ჯამში მაინც შესამჩნევია აშკარა ინტერესის დაკარგვა ადრეულ აქტიურობათა მიმართ. აქ არ უნდა შეფასდეს პირველადი შესაძლებელი შიზოიდური პიროვნება, რომელსაც აქვს დეზინტერესი სოციალური ურთიერთობებისადმი. კითხვები: „თუ გაქვთ ინტერესი იმ საქმიანობისადმი, რომელიც ჩვეულებრივად სიამოვნებას გგვრიდათ?“; „უყურებთ თუ არა ტელევიზორს?“; „უსმენთ რადიოს?“	0= ნორმალური 1= პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= პათოლოგიური გამოსატვა უმნიშვნელოა 3= პათოლოგიური გამოსატვა შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოსატვა შესამჩნევია თითოეული დამკვირვებლისათვის 5= მნიშვნელოვანი გამოსატვის დონე
22.	სექსუალური ინტერესები ფასდება პაციენტის ინტერესი და მზაობა სექსუალური კონტაქტების მიმართ.	0= ნორმალური 1= პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= პათოლოგიური გამოსატვა უმნიშვნელოა 3= პათოლოგიური გამოსატვა შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოსატვა შესამჩნევია თითოეული დამკვირვებლისათვის 5= მნიშვნელოვანი გამოსატვის დონე

23.	<p>უნარი, იგრძნოს ინტიმურობა და სიახლოვე შეფასდება იმის უნარი, რომ გარკვეულ პიროვნებასთან პიროვნული ურთიერთობა დაამყაროს და შეინარჩუნოს. კითხვარები: „ხომ არ გქონიათ პრობლემები თქვენი ოჯახის წევრთან ან მეუღლესთან?“; „როგორ გრძნობთ თავს, როცა ხვდებით თქვენს ოჯახს, მეუღლეს და ა. შ?“</p>	<p>0= ნორმალური 1= პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= პათოლოგიური გამოხატვა უმნიშვნელოა 3= ზომიერი, სიამოვნებს, მაგრამ თვითონ არ იჩენს ინიციატივას 4= შესასმჩნევი, ნეიტრალურია ვიზიტების მიმართ დამკვირვებლისათვის 5= ურჩევნია არ ჰქონდეს კონტაქტი, ან არის მტრულად განწყობილი ახლობლების მიმართ</p>
24.	<p>დამოკიდებულება ნათესავებთან, მეგობრებთან და თანატოლებთან (აუტიზმი) ფასდება საკუთარ სოციალურ წრეში კონტაქტების დამყარების უნარი. აუტისტური პაციენტები სპონტანურ კონტაქტებს არ ამყარებენ; თუ ვინმე მას ამისკენ უბიძგებს, ისინი აღნიშნულზე ან გაღიზიანებით რეაგირებენ, ან სტიმულის გაქრობის შემდეგ ჩაიძირებიან ძველ მდგომარეობაში. კითხვები: „თუ ატარებთ ბევრ დროს თქვენს მეგობრებთან?“; „თუ გსიამოვნებთ მარტოობა?“; „რა უფრო გსიამოვნებთ, მარტოობა თუ მეგობრებთან ურთიერთობა?“</p>	<p>0= ნორმალური 1= პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= პათოლოგიური გამოხატვა უმნიშვნელოა 3= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია თითოეული დამკვირვებლისათვის 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვის დონე</p>
25.	<p>ანჰედონია – ასოციალურობის სუბიექტური გაცნობიერება პაციენტი თვითონ აღწერს, რომ ეს თვისებები დაკარგა.</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა 2= მსუბუქი, მაგრამ სარწმუნო გაცნობიერება 3= ზომიერი გაცნობიერება 4= შესამჩნევი გაცნობიერება 5= მძიმე გაცნობიერება</p>
26.	<p>ანჰედონია – ასოციალურობის გლობალური შეფასება გლობალურმა შეფასებამ უნდა ასახოს ზოგადი სიმძიმე ანჰედონია – ასოციალურობის კომპლექსისა.</p>	<p>0= ნორმა 1= საკამათოა 2= მსუბუქი 3= ზომიერი 4= გამოხატული, შესამჩნევია ყველასათვის 5= მძიმე გამოხატვის დონე</p>
V ყურადღება		
<p>ყურადღება შიზოფრენიკებში ხშირად დარღვეულია. პაციენტს უჭირს ყურადღების რაიმე განსაზღვრულზე კონცენტრირება და/ან მას მხოლოდ ის შეუძლია, რომ კონცენტრირება სპორადულად ან ნახტომისებურად მოახდინოს. თვით სუბიექტს შეიძლება ჰქონდეს ან არ ჰქონდეს გაცნობიერებული თავისი ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტი.</p>		
27.	<p>სოციალური უყურადღებობა პაციენტი თავის მხრიდან სოციალური აქტიურობების მიმართ არავითარ ინტერესს</p>	<p>0= არ არის 1= საკამათოა 2= მსუბუქი, მაგრამ</p>

	<p>არ ამჟღავნებს. ეს უწყურადღებობა შეიძლება გამოემჟღავნდეს, მაგ. ნეგატიურ ქცევებში და/ან სოციალური აქტიურობებისაგან თავის არიდების მცდელობაში, ნაკლებ კონცენტრირების უნარში – როდესაც კითხულობს, თამაშობს, უყურებს ტელევიზორს.</p>	<p>უწყურადღებობის გარკვეული ნიშნები 3= ზომიერი, სუბიექტს დროდადრო გამორჩება თუ რა ხდება გარემოში 4= გამოხატული, სუბიექტი ხშირად ვერ ამჩნევს თუ რა ხდება გარემოში, აქვს სიძნელეები კითხვის დროს 5= მძიმე, სუბიექტს არ ძალუძს მიიღოს მონაწილეობა საუბარში, დაიმასხოვროს რას კითხულობს, ან გაერკვეს სატელევიზიო გადაცემის სიუჟეტში</p>
<p>28.</p>	<p>უწყურადღებობა ფსიქოლოგიური ტესტირების მიმდინარეობისას შკალის ერთჯერადი გამოყენებისას უნდა ჩატარდეს MMS. ეს ტესტი შეიძლება განმეორდეს 3-4 კვირის შემდეგ. მრავალჯერადი გამოყენებისას და თერაპიის შედეგების შეფასებისათვის შემდეგნაირად უნდა მოვიქცეთ: ერთი კვირის შემდეგ გამეორებისას გამოვაკლებინოთ 100-დან 7. ორი კვირის შემდეგ გამეორებისას ოთხნიშნა რიცხვი უკუღმა. სამი კვირის შემდეგ გამეორებისას გამოვაკლებინოთ 100-დან 9. გამოკვლევის დამთავრებისას: MMS.</p>	<p>0= უშეცდომო 1= საკამათო (პაციენტი დავალებას ყოყმანით აკეთებს და/ან უშვებს ერთ შეცდომას, რომელსაც მაშინვე ასწორებს) 2= ერთი შეცდომა 3= ორი შეცდომა 4= სამი შეცდომა 5= სამ შეცდომაზე მეტი</p>
<p>29.</p>	<p>სუბიექტური ჩივილები უწყურადღებობაზე პაციენტი შენიშნავს რომ მას კონცენტრირებისას გარკვეული სიძნელეები აქვს და/ან უჭირს ყურადღება მიმართოს რაიმე გარკვეულზე.</p>	<p>0= ჩივილები არა აქვს 1= საკამათოა 2= მსუბუქი ჩივილები 3= ზომიერი ჩივილები 4= შესამჩნევი ჩივილები 5= მნიშვნელოვანი ჩივილები</p>
<p>30.</p>	<p>გლობალური შეფასება ფასდება ყურადღება და კონცერტრაციის უნარი, რომლის დროსაც ყურადღება ექცევა როგორც კლინიკურ სურათს, ისევე დავალებათა შესრულებას.</p>	<p>0= ნორმა 1= ფენომენტო პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= მცირედი პათოლოგიური გამოხატვა 3= შესამჩნევი პათოლოგიური გამოხატვა 4= პათოლოგიური გამოხატვა ყველა მკვლევარისათვის შესამჩნევი 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვის დონე</p>

"SAPS"

ჰალუცინაციები

<p>1) სმენოთი ჰალუცინაციები. პაციენტს ესმის ლაპარაკი, სხვა სახის ხმები, ან ხმაური, რომელიც სხვას არავის ესმის.</p>	<p>0 ნორმალური 1 შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2 მცირედი პათოლოგიური გამოსატულება 3 ზომიერი პათოლოგიური გამოსატულება 4 გამოსატული პათოლოგია 5 მძიმედ გამოსატული პათოლოგია</p>
<p>2) მაკომენტირებელი ხმები. პაციენტს ესმის ხმები, რომლებიც მის აზრებს და ქცევას უკეთებენ კომენტარს.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>
<p>3) ხმები დიალოგის სახით. პაციენტს ესმის ორი ან მეტი ერთმანეთში მოსაუბრე ხმა.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>
<p>4) სომატური ან ტაქტილური ჰალუცინაციები. პაციენტი გადმოგვცემს სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში სუბიექტური შეგრძნებების შესახებ.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>
<p>5) ყნოსვითი ჰალუცინაციები. პაციენტი გადმოქცევს არაბუნებრივი სუნის შესახებ.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>
<p>6) მხედველობითი ჰალუცინაციები. პაციენტი ხედავს ხალხს, საგნებს, ან რაღაც კონტურებს, თუმცა ობიექტურად აღნიშნული არ დასტურდება.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>
<p>7) ჰალიცინაციების გლობალური შეფასება. ეს შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს ჰალუცინაციების სიმწვავეს, ხანგრძლივობას, და პაციენტის ცხოვრებაზე მათ ზეგავლენას.</p>	<p>0, 1, 2, 3, 4, 5</p>

ბოდვა

8) პერსეკუტორული ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია რომ მას დევნიან ან მის წინააღმდეგ შეთქმულება მზადდება.	0, 1, 2, 3, 4, 5
9) ღაზვიანობის ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია რომ მეუღლე მას დალატობს მეუღლე.	0, 1, 2, 3, 4, 5
10) ცოდვიანობის და თვითდანაშაულის ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მას დიდი ცოდვა აქვს ან რაიმე დანაშაული მიუძღვის.	0, 1, 2, 3, 4, 5
11) განდიდების ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ ის ფლობს დიდ ძალას, განსაკუთრებულ უნარს, ტალანტს და სიმდიდრეს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
12) რელიგიური ბოდვა. პაციენტი მოცულია რელიგიის არსის შესახებ მცდარი იდეებით.	0, 1, 2, 3, 4, 5
13) სომატური ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მისი სხეული შეცვლილია ან დაავადებული.	0, 1, 2, 3, 4, 5
14) დამოკუდებულების ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ უმნიშვნელო შენიშვნა ან რაიმე მოვლენა კავშირშია მასთან და განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
15) ზემოქმედების (კონტროლის) ბოდვა. პაციენტი დარწმუნებულია რაღაც გარეშე ძალა მის ემოციებს და მოქმედებებს აკონტროლებს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
16) გახსნილობის ბოდვა. პაციენტი გრძნობს, რომ ხალხი მის აზრებს კითხულობს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
17) აზრთა გადაცემა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ შესაძლებელია დისტანციაზე მისი აზრების გადაცემა.	0, 1, 2, 3, 4, 5
18) აზრთა ჩადება. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ აზრები მას კი არ ეკუთვნის არამედ გარე ძალის მიერ არის ჩადებული მასში.	0, 1, 2, 3, 4, 5
19) აზრთა ამოღება. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მისი თავიდან გარეშე ძალის მიერ აზრები იქნა ამოღებული.	0, 1, 2, 3, 4, 5
20) ბოდვითი იდეების გლობალური შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს ბოდვის ინტენსიობის და მდგრადობის შეფასებას, და მათ გაველენას პაციენტის ცხოვრებაზე.	0, 1, 2, 3, 4, 5

უცნაური ქცევა

21) ჩაცმულობა და შესახედაობა. პაციენტი ჩაცმულია უცნაურ მანერაში, ან უცნაურად იქცევა.	0, 1, 2, 3, 4, 5
22) სოციალური და სექსუალური ქცევა. პაციენტს არსებული სოციოკულტურალური ქცევითი ნორმებისგან მნიშვნელოვნად გადახრილ ქცევებს ავლენს, (მაგალითად მასტურბაცია ხალხში).	0, 1, 2, 3, 4, 5
23) აგრესიული და აჟიტაციური ქცევა. პაციენტი იქცევა გაუთვალისწინებლად, აგრესიულად, ან შფოთვიან-აჟიტაციურ მანერაში.	0, 1, 2, 3, 4, 5
24) განმეორებადი ან სტერეოტიპული ქცევა. პაციენტი ავლენს ერთ წყება, განმეორებად აქტიურობას ან რიტუალს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
25) ქცევის უცნაურობის გლობალური შეფასება. ეს შეფასება ასახავს ქცევის ტიპის სოციალური ნორმებიდან გადახრის ხარისხს.	0, 1, 2, 3, 4, 5

აზროვნების ფორმის აშლის პოზიტიური პათოლოგია

26) მეტყველების კატასტროფიული დაშლა. მეტყველების პატერნი, რომლის დროსაც ხდება იდეათა მოცურება, მოსხლეტა, რის გამოც საუბარი ინაცვლებს თემიდან თემაზე, და ხდება დაუკავშირებელი.	0, 1, 2, 3, 4, 5
27) ტანგენციალობა. შეკითხვაზე გაცემული მცდარი, ირელევანტური პასუხი.	0, 1, 2, 3, 4, 5
28) ინკოჰერენტულობა. მეტყველების პატერნი, როდესაც მსჯელობა არსებითად გაუგებარია.	0, 1, 2, 3, 4, 5
29) ალოგიკურობა. მეტყველების მაგალითი, როდესაც მსჯელობა ალოგიკურია.	0, 1, 2, 3, 4, 5
30) დეტალიზაცია. მეტყველების მაგალითი, როდესაც არსებითი იდეის გამოყოფის გზა მეტისმეტად არამიზანმიმართული დაწვრილმანებული და არაპირდაპირია.	0, 1, 2, 3, 4, 5
31) აჩქარებული, შემჭიდროვებული მეტყველება. პაციენტის მეტყველება მეტად სწრაფია ძნელია მისი შეჩერება. მეტყველების პროდუქცია გაცილებით უფრო დიდია ვიდრე ამას ნორმა საჭიროებს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
32) ცვლადი, დაბნეული მეტყველება. პაციენტის მეტყველება ადვილად გადადის ახლომყოფი სტიმულის გავლენით ერთი თემიდან მეორეზე.	0, 1, 2, 3, 4, 5
33) ჟღერადობა. მეტყველების ფორმა, როდესაც საუბარს წარმართავს არა მისი შინაარსი, არამედ ხმოვანი მსგავსება.	0, 1, 2, 3, 4, 5
34) აზროვნების ფორმის აშლის პოზიტიური პათოლოგიის გლობალური შეფასება. ეს შეფასება ასახავს აზროვნების ნორმიდან გადახრის სიხშირეს, ხარისხს და იმ ზეგავლენას, რასაც ეს პათოლოგია ახდენს ავადმყოფის კომუნიკაციის უნარზე.	0, 1, 2, 3, 4, 5

შეუსაბამო აფექტი

35) შეუსაბამო აფექტი. პაციენტის აფექტი არის შეუსაბამო, ინკოჰერენტული, გასდავებული და ბლაგვი.	0, 1, 2, 3, 4, 5
--	------------------

უნებლიე პათოლოგიური მოძრაობების სკალა* (AIMS)

პაციენტის სახელი, გვარი _____;

გამოკვლევის თარიღი _____;

დააკვირდით პაციენტს გამოკვლევამდე ან გამოკვლევის შემდეგ მოსვენების მდგომარეობაში (მაგ., მოსაცდელ ოთახში).

სკამი, რომელსაც გასინჯვისას გამოიყენებთ, უნდა იყოს მაგარი და მყარი, სახელურების გარეშე.

პაციენტის გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ, თითოეული სიმპტომის სიმძიმე უნდა შეფასდეს სკალაზე 0 (არ აღინიშნება), 1 (მინიმალურია), 2 (საშუალო სიმძიმისაა), 4 (მძიმეა).

შეეკითხეთ პაციენტს, რაიმე ხომ არ უდევს პირის ღრუში (კანფეტი, ან საღებო რეზინი), თუ კი, სთხოვეთ, გამოიღოს.

ჰკითხეთ პაციენტს, როგორია მისი კბილების მდგომარეობა: ატარებს თუ არა პროთეზს, ამუამად თუ აწუხებს კბილები ან პროთეზი?

ჰკითხეთ პაციენტს, თავად თუ უჩივის პირის, სახის, ხელების ან ფეხების უნებლიე მოძრაობებს. თუ კი, მაშინ სთხოვეთ, აღწეროს - რამდენად აწუხებს ან უშლის რაიმე სახის საქმიანობაში.

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, დაჯდეს სკამზე სწორად, ხელები დაიწყოს მუხლებზე და ტერფებით დაეყრდნოს იატაკს (დააკვირდით ამ პოზაში მთლიანად სხეულის მდგომარეობას).

0 1 2 3 4

პაციენტს სთხოვეთ, ხელები ჩამოუშვას, თუ მამაკაცია – მუხლებს შორის და თუ ქალია და კაბა აცვია, მუხლების გასწვრივ (დააკვირდით ხელებს და სხეულის სხვა ნაწილებს).

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, გააღოს პირი (დააკვირდით ენას მოსვენებისას). ეს გააკეთეთ ორჯერ.

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, ენა გამოეყოს (დააკვირდით ენის პათოლოგიურ მოძრაობებს). ეს გააკეთეთ ორჯერ.

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, დააკაკუნოს ჯერ მარჯვენა, შემდეგ მარცხენა ხელის ცერით, რაც შეუძლია სწრაფად, 10-15 წმ.-ის განმავლობაში (დააკვირდით ამ დროს მისი სახის გამომეტყველებას და ფეხების მოძრაობას).

0 1 2 3 4

მოახრევიანეთ და გააშლევინეთ მარჯვენა და მარცხენა მკლავი, რიგ-რიგობით. სთხოვეთ პაციენტს, ადგეს (დააკვირდით მთელ სხეულს პროფილში).

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, მკლავები წინ ისე გაიშვიროს, რომ მტევნები ქვემოთ პქონდეს ჩაშვებულნი (ამ დროს დააკვირდით მის ტანს, ფეხებს და პირს)ა.

0 1 2 3 4

სთხოვეთ პაციენტს, გაიაროს რამდენიმე ნაბიჯი, შემოტრიალდეს და დაბრუნდეს უკან სკამისკენ (დააკვირდით მის სიარულს და ხელებს). გააკეთეთ ეს ორჯერა.

ა. მოძრაობის გააქტივება.

* **Synopsis of psychiatry** Behavioral science/Clinical psychiatry. 9-th edition
Harold I. Kaplan, MD and Benjamin J. Sadock, MD p.424.

პაციენტის სახელი და გვარი _____;

გამოკვლევის თარიღი _____;

ფსიქიატრიული შეფასების მოკლე სკალა (BPRS)

შეიტანეთ ქულა, რომელიც ყველაზე საუკეთესოდ შეესაბამება პაციენტის მდგომარეობის აღწერას: 0=არ აღინიშნება, 1=ძლიერ სუსტი, 2=სუსტი, 3=საშუალო, 4=ზომიერი სიღრმის, 5=ღრმა, 6=უკიდურესად ღრმა.

1. სომატური ჩივილები

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული იპოქონდრიული ჩივილები. შეაფასეთ საკუთარ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე პაციენტის შეხედულება, მიუხედავად იმისა, არსებობს თუ არა ამ ჩივილების რეალური საფუძველი.

2. შფოთვა

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის გადაჭარბებული დეღვა, წუხილი ან შიში აწმყოსა და/ან მომავალზე. შეაფასეთ პაციენტის განცდები მხოლოდ მისი ნათქვამის საფუძველზე. დასკვნა არ გააკეთოთ შფოთვის ფიზიკური ნიშნების, ან ნევროტული დაცვითი მექანიზმების საფუძველზე.

3. ემოციური დეფიციტი

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის ემოციური დეფიციტი გარემოს, ინტერვიუს ან ინტერვიუერის მიმართ. პაციენტის სუსტი ემოციური კავშირის მიხედვით შეაფასეთ იზოლაცია.

4. კონცეპტუალური დეზორგანიზაცია

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის წყვეტილი აზროვნება და/ან დეზორგანიზაციის ხარისხი. შეფასება მოახდინეთ პაციენტის მეტყველებითი პროდუქციის საფუძველზე. მისი ფუნქციონირების ხარისხზე დასკვნას ნუ გააკეთებთ პაციენტის შეხედულების მიხედვით.

5. ბრალეულობის განცდა

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის გადაჭარბებული წუხილი ან სინანულის განცდა წარსულში ჩადენილი საქციელის გამო. შეაფასეთ პაციენტის ბრალეულობის სუბიექტური განცდა, რომელსაც ის ემოციურად გადმოგვცემს. დასკვნას ნუ გააკეთებთ პაციენტის დეპრესიის, შფოთვის ან ნევროტული დაცვითი ქცევის მიხედვით.

6. დაძაბულობა

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის 'ნევროტული' დაძაბულობა, რომელიც ფიზიკურად ვლინდება სხეულის პოზით, გამომეტყველებით, მოუსვენრობით ან სხვადასხვა მოძრაობით. დაძაბულობა ფასდება მხოლოდ ფიზიკური ნიშნების და მოტორული ქცევის საფუძველზე და არა დაძაბულობის სუბიექტური განცდით, რომელსაც თავად პაციენტი აღნიშნავს.

7. მანერულობა და პოზა

1; 2; 3;4;5;6;

ფსიქიკური პრობლემის მქონე ზოგიერთი პაციენტის არაბუნებრივი პოზა და უჩვეულო მოტორული აქტივობა, რითაც იგი ნორმალური ადამიანისგან განსხვავდება. შეაფასეთ მხოლოდ პათოლოგიური მოძრაობები. აქ არ შეაფასოთ მოტორული აქტივობის რაოდენობრივი მატება.

8. გრანდიოზულობის (განდიდების) განცდა

1; 2; 3;4;5;6;

პაციენტის გადაჭარბებული თვითშეფასება, მისი რწმენა საკუთარ განსაკუთრებულ შესაძლებლობებსა ან ძალაუფლებაში. შეაფასეთ საკუთარ თავზე პაციენტის გამონათქვამების და არა იმის მიხედვით, თუ როგორ უჭირავს მას თავი ინტერვიუს პროცესში.

9. დეპრესიული გუნებ-განწყობა

1; 2; 3; 4;5;6;

პაციენტის სევდიანობა, სასოწარკვეთილება. შეაფასეთ მისი პესიმისტური გამონათქვამების და არა პაციენტის მოძრაობების შენელების, ან დეპრესიული/სომატური ჩივილების მიხედვით.

10. ნეგატიური განწყობილება

1; 2; 3;4;5;6;

პაციენტის გაბოროტება, სიძულვილი, აგრესიულობა, ზიზღი სხვა ადამიანების მიმართ. შეაფასეთ მხოლოდ პაციენტის გამონათქვამები იმის შესახებ, თუ რას გძნობს ის, ან როგორ ექცევა სხვებს. არ გააკეთოთ დასკვნა პაციენტის ნეგატიური განწყობის შესახებ მისი ნევროტული ქცევების, შფოთვის ან სომატური ჩივილების საფუძველზე. (ინტერვიუერის მიმართ დამოკიდებულება შეაფასეთ გრაფაში „თანამშრომლობის არქონა“).

11. ეჭვიანობა

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის (ბოლოდითი) აზრები, რომ სხვებს მის მიმართ ცუდი განზრახვა ან ბოროტი ჩანაფიქრი აქვთ (ან წარსულში ჰქონიათ). შეაფასეთ მხოლოდ პაციენტის მიერ გამოთქმული ეჭვები და არა მისი წუხილი წარსული ან ამჟამინდელი სიტუაციის გამო.

12. ჰალუცინაციური ქცევა

1; 2;3;4;5;6;

აღქმა, რომელიც არ შეესაბამება რეალურად არსებულ გარეთა (ექსტერნალურ) სტიმულს. შეაფასეთ მხოლოდ ის განცდა, რომელსაც პაციენტი აღწერს ნორმალური ადამიანების წარმოსახვისგან აშკარად განსხვავებულ ფენომენად, რომელიც მას ბოლო კვირის განმავლობაში აღენიშნება.

13. მოტორული შეფერხება

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის ენერჯის დაქვეითება, რაც ვლინდება მის შენელებულ ქცევაში. შეაფასეთ მხოლოდ პაციენტზე დაკვირვების და არა პაციენტის საკუთარი ენერჯის დონის შესახებ შეხედულების საფუძველზე.

14. თანამშრომლობის არქონა

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის შეწინააღმდეგება, გაღიზიანება, განაწყენება ინტერვიუერისადმი და თანამშრომლობის ნაკლებობა. შეაფასეთ ინტერვიუსადმი პაციენტის დამოკიდებულების და მისი პასუხების საფუძველზე; არ შეაფასოთ ინტერვიუს გარეთ გამღიზიანებლობა და თანამშრომლობის არქონა.

15. უჩვეულო აზრები

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის უჩვეულო, ოდიოზური, უცნაური ან ექსცენტრული აზრები. შეაფასეთ მხოლოდ უცნაურობის ხარისხი და არა აზროვნების პროცესის დეზორგანიზაციის ხარისხი.

16. ემოციური გასადავება

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის ემოციური გამოხატულების დაქვეითება, ადეკვატური ემოციურობის და ემოციური ურთიერთობების თვალსაჩინო დეფიციტი.

17. აგზნება

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის აწეული გამღიზიანებლობა, აჟიტაცია, მომატებული რეაგირება გარეგან ფაქტორებზე.

18 დეზორიენტაცია

1; 2;3;4;5;6;

პაციენტის ადეკვატური ორიენტაციის არქონა ადგილში, დროში, გარემოში და საკუთარ ვინაობაში.

II. ქრონიკული ბოდვითი აშლილობანი (14)

1. დეფინიცია

ქრონიკული ბოდვითი აშლილობა ეწოდება ისეთ აშლილობას, როცა პიროვნებას აღენიშნება ხანგრძლივად არსებული მყარი არაექსცენტრიული შინაარსის ბოდვა, რომელიც არ მიეკუთვნება სხვა ფსიქიატრიულ აშლილობას, ხოლო ხანგრძლივობა სულ ცოტა, ერთი თვე მაინც არის. ამ აშლილობის ძველი სახელწოდებაა პარანოია ანუ პარანოიდული აშლილობა (15).

2. ეპიდემიოლოგია

ამერიკის შეერთებული შტატების მაგალითზე ბოდვითი აშლილობების გავრცელება (prevalence) ამჟამად შეადგენს 0.025-0.03%-ს. ამდენად, ბოდვითი აშლილობები გვხვდება შიზოფრენიასთან შედარებით გაცილებით იშვიათად. ყოველწლიურად ახალი შემთხვევების (incidence) საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 1-დან 3 ახალ შემთხვევამდე 100 000 სულ მოსახლეზე. DSM-IV-TR კლასიფიკაციის მიხედვით, ქრონიკული ბოდვითი აშლილობების მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა შეადგენს საერთოდ ფსიქიკური აშლილობების გამო სტაციონირების მხოლოდ 1-2%-ს. ეს აშლილობა შესაძლოა განვითარდეს მოზარდობიდან დაწყებული მოხუცებულობის ასაკამდე (18-80 წ.წ.), თუმცა, უმეტესად იწყება შუა ასაკში (40-45 წ.წ.)

3. ეტიოპათოგენეზი

ბოდვითი აშლილობების ზუსტი ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. ეს აშლილობა იწყება მოგვიანებით ასაკში, გვხვდება უპირატესად ქალებში, თუმცა განსხვავება გენდერული თანაფარდობის მხრივ გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე გუნებ-განწყობის აშლილობების დროს. ქრონიკული ბოდვითი აშლილობების მქონე პაციენტებზე ხანგრძლივმა დაკვირვებამ ნათელჰყო ამ დიაგნოზის სტაბილურობა. მხოლოდ ერთ მეოთხედზე ნაკლები შემთხვევის (1/4) დიაგნოზი შეიცვალა შიზოფრენიით, მეათედი (1/10) კი – გუნებ-განწყობის აშლილობით.

ქრონიკული ბოდვითი აშლილობის ეტიოპათოგენეზში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ბიოლოგიურ ფაქტორებს, ვინაიდან მთელი რიგი ნევროლოგიური დარღვევების დროს (თუმცა არა თავის ტვინის ყველა სახის სიმსივნის დროს), როცა ზიანდება ლიმბური სისტემა და ქერქქეშა კვანძები (basal ganglia), ვითარდება ეს აშლილობა.

ფსიქოდინამიური ფაქტორები თავისებურად ხსნის აშლილობის განვითარებას. ქრონიკული ბოდვითი აშლილობის მქონე ადამიანები ძირითად დაცვით მექანიზმად იყენებენ საპასუხო რეაგირებას (reaction formation), პროექცირებას (projection) და უარყოფას (denial). ასევე მიღებულია ქრონიკული ბოდვითი აშლილობის განვითარების ერიკ ერიქსონის კონცეფცია, რომლის მიხედვით პიროვნების განვითარების ადრეულ სტადიაზე (0-12 თვე) ყალიბდება ნდობა უნდობლობის საპირისპიროდ (trust vs. mistrust), განსხვავებით ქრონიკული ბოდვითი აშლილობის მქონე ადამიანებისა, როცა უნდობლობა „იმარჯვებს“.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა (15)

ა) სიმპტომების ჩამონათვალი

ქრონიკული ბოღვითი აშლილობების ეს ჯგუფი ხასიათდება ხანგრძლივად არსებული მყარი ბოღვით, რომლის კლინიკური ნიშნების კლასიფიკაცია არ ხერხდება ორგანულ, შიზოფრენიულ ან გუნებ-განწყობის აშლილობების ჯგუფში. სავარაუდოდ, იგი ჰეტეროგენული წარმოშობისაა და მისი კავშირი შიზოფრენიასთან საკმაოდ სადაოა. შედარებით მწმენელოვანია გენეტიკური ფაქტორები, პიროვნული თავისებურებანი და ცხოვრებისეული გარემოებები, თუმცა მათი როლი აშლილობის განვითარებაში ცვალებადი და დაუზუსტებელია.

ბოღვითი აშლილობის დროს კლინიკურ სურათში სახეზეა მონოთემატური ბოღვა ან ურთიერთდაკავშირებული ბოღვითი აზრების ერთობლიობა, რომელიც არსებობს ხანგრძლივად, შესაძლოა, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ეს ბოღვები ძლიერ ვარიაბელურია და ხშირად წარმოდგენილია დევნის, იპოქონდრიული და განდიდების სახით. ასევე, ბოღვითი აზრების შინაარსი შესაძლოა იყოს პიროვნების დაზოიანობის, საკუთარი სხეულის ფორმის შეცვლის (დისმორფოფობია) და სხვების მიერ მისი ნეგეტიურად (მაგ, ჰომოსექსუალური ორიენტაციის ან სპეციფიკური სუნის მქონე ადამიანად) შეფასების იდეები. ამ აშლილობის დროს სხვა ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები არ აღინიშნება, გარდა პერიოდულად განვითარებული დეპრესიისა და ერთეულ შემთხვევებში აღმოცენებული ყნოსვითი (ოლფაქტორული) და ტაქტილური ჰალუცინაციებისა. იშვიათად, ძირითადად მოხუცებში, ასევე შესაძლოა ერთეული „ხმების“ არსებობა. ეს აშლილობა ძირითადად იწყება შუა ხნის ასაკში, თუმცა ზოგ შემთხვევაში, სახელდობრ დისმორფოფობიის დროს, ადრეულ ასაკშიც შეიძლება დაიწყოს. ხშირად ბოღვის შინაარსი და მისი აღმოცენების დრო დაკავშირებულია გარკვეულ ცხოვრებისეულ სიტუაციასთან, მაგ. დევნის ბოღვა არცთუ იშვიათად გვხვდება ეთნიკური (ან სხვა) უმცირესობის წევრებში. თუკი არ შეეხება ბოღვით აზრებს, პიროვნების ემოციური სფერო, მეტყველება და ქცევა ნორმის ფარგლებშია.

5. დაავადების დიაგნოზი (16)

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ქრონიკული ბოღვითი აშლილობების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

არაექსცენტრიული შინაარსის ბოღვა (ამაში შედის რეალური ცხოვრებისეული სიტუაციები, აგრეთვე დევნის, მოწამვლის, ეროტომანიული ანუ სიყვარულის, დაზოიანობის, იპოქონდრიული ბოღვა), რომლის ხანგრძლივობა სულ ცოტა, 1 თვეა;

- A. არასოდეს აღინიშნება შიზოფრენიის A კრიტერიუმი. **შენიშვნა:** შესაძლოა ყნოსვის (ოლფაქტორული) ან ტაქტილური ჰალუცინაციების არსებობა, თუკი ისინი დაკავშირებული არიან ბოღვის თემატიკასთან;
- B. თუ ეს არ შეეხება ბოღვის თემატიკას, პაციენტის ფუნქციონირება მნიშვნელოვანად არ ირღვევა და მისი ქცევა თვალსაჩინოდ ოდიოზური ან ექსცენტრიული არ არის;
- C. თუ ბოღვასთან ერთდროულად გუნებ-განწყობის დარღვევის ეპიზოდი აღმოცენდა, იგი უფრო ხანმოკლეა, ვიდრე ბოღვის პერიოდის ხანგრძლივობა;

D. აშლილობის განვითარება არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

დასაზუსტებელია ტიპი (ბოდვის დომინანტური თემატიკის მიხედვით შემდეგი ტიპები არსებობს):

ეროტომანიული ტიპი: ბოდვა, რომ ვიღაცის, ძირითადად მასზე მაღალი სტატუსის პიროვნების სიყვარულის ობიექტია;

განდილების ტიპი: ბოდვა, რომ არის განსაკუთრებული ღირსების, ინდივიდუალობის, ძალაუფლების, ცოდნის მქონე; აქვს პირადი ურთიერთობა ღმერთთან ან სახელგანთქმულ ადამიანთან(ებთან);

ლაზიანობის ტიპი: ბოდვა, რომ მისი სექსუალური პარტნიორი ღალატობს;

დევნის ტიპი: ბოდვა, რომ მას (ან მის უახლოეს ადამიანს) დევნიან;

სომატური ტიპი: ბოდვა, რომ მას აქვს რაღაც ფიზიკური დეფექტი/ნაკლი, ან რაღაც ავადმყოფობით არის დაავადებული;

შერეული ტიპი: არ არის დომინანტური ბოდვის მხოლოდ ერთი რომელიმე ტიპი, არამედ რამდენიმე ტიპია შერეული;

დაუზუსტებელი ტიპი.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი (17)

ქრონიკული ბოდვითი და ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან:

- I. ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით:
 - სხვადასხვა სახის დემენცია;
 - დელირიუმი, რომელიც არ არის განპირობებული ალკოჰოლური ან სხვა ნივთიერებებით;
 - ტვინის დაზიანებითა და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა ფიზიკური დაავადებებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.
- II. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი;
- III. განზრახ განვითარებული აშლილობა, დაკავშირებული ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორთან (სიმულაცია ანუ ხელოვნური) აშლილობები;
- IV. შიზოფრენია;
- V. გუნებ-განწყობის აშლილობანი;
- VI. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა;
- VII. სომატოფორმული აშლილობანი.
- VIII. პარანოიდული პერსონოლოგიური აშლილობა
- IX. დიდი დეპრესიული ეპიზოდი;

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (14)

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

1. დიაგნოზის დაზუსტება;
2. შესაფერისი ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება;
3. შესაძლო გართულებების მართვა.

ჩვეულებრივ, ქრონიკული ბოღვითი აშლილობის მქონე პაციენტთა მკურნალობა ტარდება **დისპანსერულად**. მაგრამ არსებობს რამდენიმე მიზეზი, როცა **ჰოსპიტალიზაცია** აუცილებელია:

1. სრული **სამედიცინო გამოკვლევის** მიზნით (განსაკუთრებით ნევროლოგიური და სომატური მიზეზები);
2. პაციენტის **აგრესიული ქცევა** (სუიციდური ან ჰომოციდური ქცევის იმპულსები);
3. პაციენტის **გამოხატული დისფუნქციური ქცევა** ოჯახში და სამსახურში, რაც ბოღვის შინაარსთან არის დაკავშირებული. ამ დროს **სოციალური და სამსახურეობრივი ურთიერთობების სტაბილიზაციისათვის** საჭიროა პროფესიული ჩარევა.

გადაუდებელი თერაპიის განყოფილებაში **გამოხატული აგზნების მქონე პაციენტს** გაუკეთდეს ანტიფსიქოზური მედიკამენტის ინექცია.

მკურნალობის მიზნის მისაღწევად აუცილებელია **ექიმ-პაციენტის თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბება**, რომელიც ამ შემთხვევაში სერიოზულ სირთულეს წარმოადგენს. ამისათვის ეფექტიანია ისეთი ინდივიდუალური (და არა ჯგუფური) ისეთი **ფსიქოთერაპიული მეთოდების გამოყენება**, როგორცაა:

- ინსაითზე ორიენტირებული მხარდამჭერი თერაპია,
- კოგნიტური და
- ქცევითი თერაპიები.

თავიდან თერაპია მიმართულია პაციენტის მოტივაციის ასამაღლებელ მკურნალობაზე. ამ დროს მის ბოღვით იდეებზე მსჯელობის ნაცვლად თერაპევტი უნდა ეცადოს დაეხმაროს პაციენტს შფოთვის ან გამღიზიანებლობის დაძლევაში.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტური მკურნალობა:

- წამლის არჩევა განპირობებულია წარსულში სიმპტომების ამა თუ იმ პრეპარატისადმი კარგ დაქვემდებარებაზე;
- მკურნალობა უნდა დაიწყოს ნელ-ნელა, მზარდი დაბალი დოზით (მაგ. 2 მგ. ჰალოპერიდოლი);
- შესაძლოა, ეფექტური იყოს პიმოზიდი, განსაკუთრებით სომატური ბოღვის დროს;
- ანტიფსიქოზურ მკურნალობისადმი დაქვემდებარების დროს შემანარჩუნებელი დოზები თერაპიულზე დაბალი უნდა იყოს;
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტების არაეფექტიანობის შემთხვევაში მკურნალობის უნდა შეწყდეს;
- ამ დროს შესაძლოა ეფექტიანი იყოს ანტიდეპრესანტების, ლითიუმის და ანტიკონველსანტების (კარბამაზეპინი* და ვალპროატი*) გამოყენება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტს აქვს გუნებ-განწყობის აშლილობის სიმპტომები ან გუნებ-განწყობის აშლილობის ოჯახური ისტორია.

* - საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატი

III. შიზოტიპური აშლილობა (18)

1. დეფინიცია

შიზოტიპური აშლილობა ხასიათდება ექსცენტრიული ქცევით, აზროვნების და ემოციური სფეროს შიზოფრენიის მსგავსი დარღვევებით, რომლებიც შესაძლოა ნებისმიერ სტადიაზე განვითარდეს. ამ აშლილობისთვის ასევე დამახასიათებელია ე.წ. 'შექვევსე გრძნობის' არსებობა, ზოგჯერ დამოკიდებულების აზრები, ილუზიები, იშვიათად დერეალიზაციის ეპიზოდები.

2. ეპიდემიოლოგია

შიზოტიპური აშლილობა ვითარდება საერთო პოპულაციის 3%-ში. შიზოფრენიით დაავადებულთა ბიოლოგიურ ნათესავეებში ყველაზე ხშირად, სხვა ფსიქოზებთან შედარებით, ეს აშლილობა გვხვდება.

3. ეტიოპათოგენეზი

შიზოტიპური აშლილობა ეტიოპათოგენეზურად ახლოს დგას შიზოფრენიასთან და მისი მსგავსია. ამ აშლილობის განვითარების ბიოლოგიური ფაქტორებიდან ნიშანდობლივია თრომბოციტებში მონოამინოქსიდაზის (MAO) დაბალი დონე (რომელიც შიზოტიპური აშლილობის მქონე ზოგიერთ პაციენტში გვხვდება). ასევე აღსანიშნავია, რომ აშლილობის მქონე პირებს საგანზე თვალის თანაბარი მიდევნების ნაცვლად, აღენიშნებათ თვალის კაკლის საკადური მოძრაობები (სწრაფი მონაცვლეობა ერთი ფოკუსიდან მეორეზე), რაც ტიპურია ინტროვერტებისა და დაბალი თვითშეფასების მქონე პირებისათვის, ასევე ხშირია შიზოფრენიით დაავადებულებშიც. შიზოტიპური აშლილობა არცთუ იშვიათად გვხვდება შიზოფრენიით დაავადებულთა ახლო ნათესავეებში და საზოგადოდ, ითვლება შიზოფრენიის „გენეტიკურ ფორმად“.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა (19)

სიმპტომების ჩამონათვალი

შიზოტიპური აშლილობა ხასიათდება ექსცენტრიული ქცევით, აზროვნებისა და ემოციურ სფეროებში დარღვევებით (რომელიც მსგავსია შიზოფრენიულსა), კერძოდ: ემოციური ინდიფერენტულობა ან არაადეკვატურობა, ანჰედონია, სოციალური იზოლაციისადმი მიდრეკილება, პარანოიდული ან უცნაური აზრები, რომლებიც ბოდვის ხარისხს არ აღწევენ, აკვიატებული აზრები, აზროვნებითი ცოხნა (умственная жвачка), აღქმის სფეროს დარღვევები, ძირითადად ილუზორული, შესაძლოა სმენითი ან სხვა სახის ჰალუცინაციების განვითარებაც. აშლილობის დაწყების ზუსტი დროის განსაზღვრა ძალზე რთულია, ხოლო მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორიც პიროვნული აშლილობების დროს. აღნიშნულის დასტურია ის ფაქტიც, რომ DSM-IV-^{TR} კლასიფიკაციაში ეს აშლილობა შეტანილია შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის სახელით, პიროვნული აშლილობების ჯგუფში (A cluster).

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (19):

შიზოტიპური აშლილობა ხასიათდება ექსცენტრიული ქცევით, აზროვნების და ემოციური სფეროს შიზოფრენიისმაგვარი დარღვევებით, რომლებიც შესაძლოა ნებისმიერ სტადიაზე განვითარდეს. სიმპტომები არ არის ამ აშლილობისთვის ტიპური ან დომინანტური, თუმცა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან შესაძლოა განვითარდეს ყველა მათგანი:

1. შეუსაბამო ან შეკავებული ემოციური რეაგირება (ემოციური „სიცივე“ და ინდიფერენტულობა);
2. უცნაური, ექსცენტრიული ან თავისებური გარეგნობა და ქცევა;
3. ირგვლივმყოფებთან ურთიერთობის დამყარებისა და შენარჩუნების უნარის გაუარესება და სოციალური იზოლაციისადმი მიდრეკილება;
4. უცნაური (ოდისოური) მყარი შეხედულებები ან რწმენა, რომელიც გაველენას ახდენს პიროვნების ქცევაზე და არ შეესაბამება ეთნოკულტურულ ნორმებს;
5. იტყუებულობა ან პარანოიდული იდეები;
6. შინაგანი წინააღმდეგობის გარეშე დისმორფოფობიული, სექსუალური ან აგრესიული შინაარსის აზრების აკვიატება;
7. უჩვეულო სომატოსენსორული პერცეფციული განცდები ან სხვა ილუზიები, დეპერსონალიზაცია და დერეალიზაცია;
8. ბუნდოვანი, მეტაფორული, დეტალურ-სერუპულოზური, ან სტერეოტიპული აზროვნება, რაც ვლინდება უცნაური მეტყველებით, თუმცა აშკარა ალოგიკურობა არ აღინიშნება;
9. ეპიზოდური ტრანზიტორული (კვაზი)ფსიქოზური ეპიზოდები – ინტენსიური ილუზიების, სმენითი ან სხვა ჰალუცინაციების, ბოდვისმაგვარი იდეებისა, რომლებიც უმეტესად გარეგანი ტრიგერის (ბიძგი) გარეშე აღმოცენდებიან.

შიზოტიპურ აშლილობას ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობის და გამწვავების ეპიზოდების ფლუქტუაცია.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი (20)

შიზოტიპური აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან:

- I. ქრონიკული ბოდვითი აშლილობა;
- II. შიზოფრენია;
- III. გუნებ-განწყობის აშლილობანი;
- IV. ტვინის დაზიანებითა და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი;
- V. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი;
- VI. პარანოიდულ-პერსონოლოგიური აშლილობა;
- VII. შიზოიდური პერსონოლოგიური აშლილობა;
- VIII. სხვა სპეციფიური პერსონოლოგიური აშლილობა;
- IX. შფოთვითი პერსონოლოგიური აშლილობა;
- X. ემოციურად არასტაბილური (მოსახლვრე) პერსონოლოგიური აშლილობა.

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

1. დიაგნოზის დაზუსტება;
2. შესაფერისი ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება;
3. შესაძლო გართულებების მართვა.

ეფექტიანი მკურნალობისთვის ერთდროულად გამოიყენება **ფარმაკოთერაპია** (იხ. შიზოფრენიის მკურნალობა) და **ფსიქოთერაპია**. მედიკამენტებიდან იყენებენ:

1. ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს, როცა პაციენტს აღენიშნება დამოკიდებულების აზრები, ილუზიები და სხვა ფსიქოზური სიმპტომები;
2. ანტიდეპრესანტებს, როცა სახეზეა დეპრესიული სიმპტომატიკა.

ძირითადად გამოიყენება **ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია**. ამ დროს დასაძლევია ისეთი სერიოზული პრობლემა, როგორცაა პაციენტის უნდობლობა, რის გამოც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს თერაპევტის პროფესიონალიზმს და მოთმინებას (ტოლერანტობას);

შიზოტიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს უჭირთ **ჯგუფურ ფსიქოთერაპიაში** ჩართვა. თუმცა, პაციენტის სოციალური უნარ-ჩვევების გასაღარჯიშებლად და მისი იჭვანულობის შესამცირებლად (როლური თამაშების გამოყენებით) იგი ეფექტიანია.

IV. შიზოაფექტური აშლილობა

1. დეფინიცია (21, 22)

სახელწოდების შესაბამისად, შიზოაფექტურ აშლილობას ახასიათებს როგორც შიზოფრენიის, ასევე გუნებ-განწყობის აშლილობის დამახასიათებელი ნიშნები. იგი წარმოადგენს შეტევების სახით განვითარებულ აშლილობას, როცა კლინიკურ სურათში ერთდროულადაა სახეზე გუნებ-განწყობის აშლის და შიზოფრენიული სიმპტომები. შიზოაფექტური აშლილობის შეტევები ხასიათდება სიმწვავეთ, ცვალებადობით და დიდი პოლიმორფიზმით. ამასთან, კლინიკურ სურათში ყოველთვის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს აფექტურ დარღვევებს.

2. ეპიდემიოლოგია (23)

ძირითად პოპულაციაში შიზოაფექტური აშლილობის გავრცელება (lifetime prevalence) 1% -ზე ნაკლებია (0.5 – 0.8%). კლინიკურ პრაქტიკაში წინასწარ დიაგნოზად გამოიყენება შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოზი, როცა აშლილობის სახე ჯერ კიდევ დაუზუსტებელია. შიზოაფექტური აშლილობის დეპრესიული ტიპი უფრო ხშირია მოხუცებში, ვიდრე ახალგაზრდებში, ხოლო ბიპოლარული კი – პირიქით. აშლილობის გავრცელება ქალებში (უპირატესად, გათხოვილ ქალებში) უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცებში. ამ უკანასკნელებში აშლილობა იწყება უფრო ადრეულ ასაკში, ვიდრე ქალებში (მსგავსად შიზოფრენიისა).

ბიპოლარული ტიპის შიზოაფექტური აშლილობის მქონე პრობანდების ბიოლოგიურ ნათესავეებში შიზოფრენიის შემთხვევები თითქმის იმავე სიხშირით გვხვდება, როგორც გუნებ-განწყობის აშლილობის დროს, მაშინ როცა დეპრესიული ტიპის დროს შიზოფრენიის განვითარების რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე გუნებ-განწყობის აშლილობისა.

3. ეტიოპათოგენეზი (23)

შიზოაფექტური აშლილობის მიზეზი ცნობილი არ არის. დღესდღეობით არსებობს ოთხი ძირითადი მოდეტი, რომელთა მიხედვით შიზოაფექტური აშლილობა წარმოადგენს: 1) ან შიზოფრენიის, ან გუნებ-განწყობის აშლილობების ერთ-ერთ ტიპს; 2) ერთდროულად, შიზოფრენიის და გუნებ-განწყობის აშლილობების გამოვლინებას; 3) ორივესგან განსხვავებულ, მესამე ტიპის ფსიქოზს; 4) აშლილობების ჰეტეროგენულ ჯგუფს, რომელიც მოიცავს სამივე ზემოჩამოთვლილ შესაძლებლობას (რაც ყველაზე სავარაუდოა).

4. კლინიკური სიმპტომატიკა (24)

სიმპტომების ჩამონათვალი

შიზოაფექტური აშლილობა წარმოადგენს შეტევების სახით განვითარებულ აშლილობას, როცა კლინიკურ სურათში ერთდროულად წინა პლანზეა გუნებ-განწყობის აშლის და შიზოფრენიული სიმპტომები, ამასთან, თითოეული მათგანი სულ ცოტა რამდენიმე დღე მაინც გრძელდება. ვინაიდან, ეს აშლილობა არ წარმოადგენს გუნებ-განწყობის ტიპურ აშლილობას და შიზოფრენიას,

განიხილება დამოუკიდებელ კატეგორიად, საკმაოდ ხშირად გვხვდება და მისი დიაგნოსტიკური იგნორირება არ შეიძლება.

სხვა მდგომარეობები, რომლის დროსაც გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომები: ა) გადაფარულია ან წარმოადგენს ნაწილს კლინიკურ სურათში უკვე არსებული შიზოფრენიული დაავადებისა; ბ) თანაარსებობს ან მონაცვლეობს სხვა ტიპის პერსისტიულ (მყარ) ბოდვით აშლილობასთან, შესაბამის კატეგორიაში, ანუ „შიზოფრენია და შიზოტიპური აშლილობა“-ში კლასიფიცირდება.

ასევე, გუნებ-განწყობის არაკონგრუენტული ბოდვა(ები) ან ჰალუცინაციები, თავისთავად, არ გულისხმობს შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოზს. გუნებ-განწყობის ამ აშლილობებს მიეკუთვნება: ა) მანია ფსიქოზური სიმპტომებით; ბ) ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მანიით, ფსიქოზური სიმპტომებით; გ) ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე დეპრესიით, ფსიქოზური სიმპტომებით; დ) მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომებით; ე) რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე ფსიქოზური სიმპტომებით.

პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ რეკურენტული შიზოაფექტური აშლილობის ეპიზოდები, უპირატესად მანიის ტიპით (ნაკლებად დეპრესიული ტიპი), ჩვეულებრივ სრულ რემისიას აღწევენ და ძალზე იშვიათად უვითარდებათ დეფექტი.

5. დაავადების დიაგნოზი (24):

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- A. დაავადების პერიოდის განმავლობაში უწყვეტად სახეზეა, ხან დიდი დეპრესიული ეპიზოდი, ხან მანიის ეპიზოდი, ან შერეული ეპიზოდი, ფსიქოზურ სიმპტომებთან ერთად, რომლებიც შეესაბამება შიზოფრენიის A კრიტერიუმს;

შენიშვნა: დიდი დეპრესიული ეპიზოდი უნდა მოიცავდეს A1 კრიტერიუმს: პაციენტი (ან ირგველივყოფები) აღნიშნავს დეპრესიულ გუნებ-განწყობას (სევდას, სიცარიელის გრძნობას) მთელი დღის, ან დღის უმეტესი ნაწილის განმავლობაში).

- B. დაავადების გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, სულ ცოტა, 2 კვირის მანძილზე მაინც, აღინიშნება ბოდვა ან ჰალუცინაციები, თვალსაჩინოდ გამოხატული გუნებ-განწყობის აშლის სიმპტომების გარეშე;
- C. თითქმის მთელი დაავადების აქტიური და რეზიდუალური პერიოდების განმავლობაში სახეზეა სიმპტომები, რომლებიც შეესაბამება გუნებ-განწყობის აშლის ეპიზოდის სიმპტომებს;
- D. აშლილობის განვითარება არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

დასაზუსტებელია ტიპი:

ბიპოლარული ტიპი: როცა აშლილობა მოიცავს მანიის ან შერეულ ეპიზოდს (ან მანიის ან შერეულ ეპიზოდს და დიდ დეპრესიულ ეპიზოდს);

დეპრესიული ტიპი: როცა აშლილობა მოიცავს დიდ დეპრესიულ ეპიზოდს.

ბ) დიფერენცილური დიაგნოზის ჩამონათვალი (24)

შიზოაფექტური აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან:

- I. შიზოფრენია;
- II. გუნებ-განწყობის აშლილობები;
- III. ტვინის დაზიანებითა და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი;
- IV. ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (23, 24)

დიაგნოზის დაზუსტება და აშლილობის მიმდინარეობაზე დაკვირვება, რაზედაც იქნება დამოკიდებული მკურნალობის სტრატეგია. შიზოაფექტური აშლილობის სიმპტომატიკა შეიძლება უფრო მსგავსი იყოს:

- 1. გუნებ-განწყობის აშლის ეპიზოდის;
- 2. შიზოფრენიის;
- 3. ორივესი ერთნაირად.

ფარმაკოთერაპია:

1. **გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები** (იხ. გუნებ-განწყობის აშლილობის მკურნალობა) – გამოიყენება მანიის ეპიზოდის სამკურნალოდ. გუნებ-განწყობის აშლილობის ბიპოლარული ტიპის მკურნალობისას ლითიუმისა და კარბამაზეპინის ეფექტიანობა ერთნაირია, მაშინ როცა შიზოაფექტური აშლილობის დეპრესიული ტიპის დროს კარბამაზეპინის ეფექტიანობა აღემატება ლითიუმისას. შემანარჩუნებელი თერაპიისას, გვერდითი ეფექტების (თირეოიდულ ჯირკვალზე და თირკმელებზე პოტენციური მოქმედების) თავიდან ასაცილებლად, დოზები ნელ-ნელა მცირდება. ამავე მიზნით, პერიოდულად ხდება მონიტორინგი: პლაზმაში წამლის კონცენტრაციის, სისხლის, თირეოიდულ ჯირკვლის და თირკმლის ფუნქციის ლაბორატორიული გამოკვლევები.
2. **ანტიდეპრესანტები** (იხ. დეპრესიის მკურნალობა) გამოიყენება დეპრესიული ეპიზოდის სამკურნალოდ ზუსტად ისე, როგორც ბიპოლარული დეპრესიის დროს. მედიკამენტის ამორჩევა ხდება წინანდელი მკურნალობის შედეგების გათვალისწინებით. ჩვეულებრივ, პირველი არჩევის მედიკამენტებია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRI), თუმცა, აგზნებისა და უძილობის შემთხვევაში ეფექტიანია გამოიყენება ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.
3. **ანტიფსიქოზური** მედიკამენტები გამოიყენება ფსიქოზური სიმპტომების კორეგირებისათვის (იხ. შიზოფრენიის მკურნალობა)

ელექტროკონვულსიური თერაპია ეფექტიანია: მანიისთვის და დეპრესიისთვის, როცა მედიკამენტოზურ მკურნალობას შედეგი არა აქვს.

ფსიქოსოციალური მკურნალობა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ამ აშლილობის გამოსავალს. გამოიყენება შემდეგი მეთოდები:

1. ოჯახური თერაპია;
2. სოციალური უნარ-ჩვევების გამომუშავება (ტრენინგი).
3. კოგნიტური რეაბილიტაცია.

V. მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობანი (25)

1. დეფინიცია

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობა ეწოდება ისეთ აშლილობას, როცა პიროვნებას გარკვეული ფსიქო-სოციალური სტრესორის(ების) საპასუხოდ უვითარდება შიზოფრენიის მსგავსი სიმპტომები – ბოღვა(ები) და ჰალუცინაციები, რომელთა ხანგრძლივობა ერთი დღიდან ერთ თვემდეა.

2. ეპიდემიოლოგია

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობანი უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში (20-30 წ.წ.), ვიდრე ასაკოვნებში. ასევე, ცნობილია რიგი კვლევები, რომლებიც ადასტურებენ ამ აშლილობის გავრცელების მაღალ სიხშირეს დაბალ სოციალ-ეკონომიკურ ფენებში და იმ პოპულაციაში, რომელთაც გადაიტანეს კატაკლიზმები (მაგ, მიწისძვრა) და კულტურალური ძვრები (მაგ, ემიგრანტებში).

3. ეტიოპათოგენეზი

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის მიზეზი ცნობილი არ არის. გარკვეულ სტრესულ გარემოში ფსიქოზური სიმპტომები უვითარდებათ ძირითადად ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მოწყვლადობის მქონე ადამიანებს, რომელთაც აღენიშნებათ პერსონოლოგიური დარღვევები, როგორცაა პარანოიდული, შიზოიდური, შიზოტიპური და ემოციურად არასტაბილური პერსონოლოგიური აშლილობა. არსებობს ზოგიერთი მონაცემი, რომელიც ადასტურებს შიზოფრენიისა და გუნებ-განწყობის აშლილობის ანამნეზს პრობანდთა ნათესავებში. ფსიქოდინამიური თვალსაზრისით, ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა უვითარდებათ მათ, ვისაც არ გააჩნიათ პრობლემებთან ადექვატური თავის გართმევის მექანიზმები და ამ აშლილობით იღებს მეორად სარგებელს. ამ დროს აგრეთვე მნიშვნელოვანია პაციენტის თავდაცვა აკრძალული ფანტაზიებისგან, სურვილების (აუსრულებელი) ასრულება, ან დისტრესული ფსიქოლოგიური სიტუაციისგან გაქცევა.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

სიმპტომების ჩამონათვალი (26)

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის დროს ადგილი აქვს ისეთი მწვავე ფსიქოზური სიმპტომების უცვრად დაწყებასა და განვითარებას, როგორცაა ბოღვა(ები), ჰალუცინაციები, გაუგებარი ან ინკოჰერენტული მეტყველება, ან აღნიშნულ სიმპტომთა ნებისმიერი კომბინაცია. პირველი ფსიქოზური გამოვლინების დაწყებასა და კლინიკური სურათის სრულ გაშლას შორის დროის ინტერვალი 2 კვირას არ აღემატება. ნიშანდობლივია ამ აშლილობის ხშირი კავშირი მწვავე სტრესთან, რომელსაც აქვს ადგილი პირველ ფსიქოზურ გამოვლინებამდე 2 კვირით (ან ნაკლები დროით) ადრე. ფსიქოზური ეპიზოდის ხანგრძლივობა მერყეობს 1 დღიდან 1 თვემდე და საბოლოოდ პრემორბიდული ფუნქციონირების დონის აღდგენით სრულდება.

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (25)

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობების დიაგნოზი ისმება, როცა:

- A. სახეზეა თუნდაც ერთი შემდეგი სიმპტომებიდან:
- (1) ბოდვა;
 - (2) ჰალუცინაციები;
 - (3) დეზორგანიზებული მეტყველება (ასოციაციების კარგვა/წყვეტა ან ინკოჰერენტულობა);
 - (4) მნიშვნელოვნად/უხეშად დეზორგანიზებული ან კატატონიური ქცევა.

შენიშვნა: სიმპტომებში არ შევა სუბკულტურულად მიღებული ქცევის ტიპი.

- B. აშლილობის ხანგრძლივობა არანაკლებ ერთი დღე და არა უმეტეს ერთი თვეა და პრემორბიდული ფუნქციონირების დონის სრული აღდგენით მთავრდება.
- C. აშლილობა ზუსტად არ შეესაბამება გუნებ-განწყობის აშლილობას ფსიქოზური სიმპტომებით, შიზოაფექტურ აშლილობას, ან შიზოფრენიას და არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

დასახუბრებელია, თუკი დაწყება:

- უკავშირდება თვალაჩინო სტრესორს(ებს) (ხანმოკლე რეაქტიული ფსიქოზი);
- არ უკავშირდება თვალსაჩინო სტრესორს(ებს);
- უკავშირდება მშობიარობის შემდგომ პერიოდს.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი (25)

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან:

- I. შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა;
- II. შიზოაფექტური აშლილობა;
- III. შიზოფრენია;
- IV. გუნებ-განწყობის აშლილობანი, ფსიქოზური სიმპტომებით;
- V. ბოდვითი აშლილობა;
- VI. სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობა;
- VII. განზრახ განვითარებული აშლილობა, დაკავშირებული ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორთან (სიმუცაცია, ანუ ხელოვნური აშლილობები);
- VIII. მეორადი ფსიქოზური აშლილობები;
- IX. სხვა დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობა, მრავლობითი პიროვნება;
- X. ემოციურად არასტაბილური (მოსაზღვრე) პერსონოლოგიური აშლილობა;
- XI. შიზოტიპური აშლილობა.

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (23, 24)

მკურნალობის სტრატეგიები:

1. ჰოსპიტალიზაცია;
2. ფარმაკოთერაპია;
3. ფსიქოთერაპია.

მწვავე ტრანზიტორული ფსიქოზის მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მიზანია შეფასება და გაკონტროლება:

1. ფსიქოზური სიმპტომების და
2. აგრესიული ქცევის (სუიციდური ან ჰომოციდური ქცევის იმპულსები)

ფარმაკოთერაპიისთვის გამოიყენება ფსიქოტროპული მედიკამენტების ორი ძირითადი ჯგუფი:

1. ანტიფსიქოზური (მაგ. ჰალოპერიდოლი, რისპერიდონი, თერაპიულ დოზებში) და
2. ანქსიოლიზური (ბენზოდიაზეპინები). გასათვალისწინებელია, რომ მათ გამოყენებასთან დაკავშირებულია იშვიათად პაციენტის აგზნება და უფრო იშვიათად, ხანაგრძლივად მაღალი დოზებით მკურნალობის შემდეგ, წამლის მოხსნისას განვითარებული კრუნჩხვები.

მედკამენტოზური მკურნალობის ძირითადი სტრატეგიაა ხანმოკლე ჩარევა. მაშინ, როცა საჭირო ხდება შემანარჩუნებელი თერაპია, მიზანშეწონილია დიაგნოზის გადახედვა.

ფსიქოთერაპია (კოგნიტური თერაპია) წარმოადგენს ხანგრძლივი ჩარევის ძირითად სტრატეგიას, რომელიც ფოკუსირდება ისეთი საკითხებზე, როგორცაა:

1. სტრესორები (ფსიქოზის მაპროვოცირებელი მატრავმირებელი სიტუაცია),
2. ფსიქოზური ეპიზოდი,
3. სტრესის დაძლევის სტრატეგიები,
4. პაციენტის თვითშეფასების გაუმჯობესება.

აგრეთვე, ძალზე მნიშვნელოვანია ოჯახის წევრების ჩართვა პაციენტის მკურნალობის პროცესში.

VI. შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა (27)

1. დეფინიცია

სახელწოდება – შიზოფრენიისმაგვარი (schizofreniform) აშლილობა პირველად შემოიტანა ნორვეგიელმა ფსიქიატრმა Gabriel Langfeld-მა 1939 წ. მისი გამოვლინება შიზოფრენიის მსგავსია და გრძელდება არანაკლებ ერთი თვე და არაუმეტეს ექვსი თვისა. ამ აშლილობის მქონე პაციენტები (განსხვავებით შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტებისგან) ეპიზოდის ამოწურვის შემდგომ უბრუნდებიან ფუნქციონირების პრემორბიდულ დონეს.

2. ეპიდემიოლოგია

შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა ყველაზე ხშირად გვხვდება გვიან მოზარდობის და ადრეული მოზრდილობის ასაკში.

3. ეტიოპათოგენეზი

შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის ეტიოლოგია თუმცა შიზოფრენიის და გუნებ-განწყობის აშლილობების მსგავსია, მაგრამ ზუსტად ცნობილი არ არის. ცნობილია მთელი რიგი კვლევები, რომელთა მიხედვით ამ აშლილობის შემთხვევათა 60-80% შემდგომში დიაგნოსტირდება შიზოფრენიად, ხოლო დანარჩენი 20-40 % -ის შესახებ ფაქტებზე დამყარებული კვლევები ლიტერატურაში დღესდღეობით არ არის. ასევე ცნობილია, რომ პაციენტების ძალზე მცირე პროცენტში (დაუზუსტებელია რამდენში) ადგილი აქვს მხოლოდ ერთი ეპიზოდის აღმოცენებას და შემდგომში ცხოვრების ჩვეული რითმით გაგრძელებას.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა და 5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

შიზოფრენიისმაგვარი (შიზოფრენიის სხვა ფორმები) აშლილობა

- A. სახეზეა შიზოფრენიის A, D, E კრიტერიუმები (იხ. შიზოფრენიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები).
- B. აშლილობის ეპიზოდი (პროდრომული, აქტიური და რეზიდუალური ფაზების ჩათვლით) გრძელდება სულ ცოტა, 1 და მაქსიმუმ 6 თვე (როცა საჭიროა დიაგნოზის დასმა პაციენტის გამოჯანმრთელებამდე, კვალიფიცირდება „წინასწარ დიაგნოზად“).

განისაზღვროს, როცა არის კეთილსაიმედო პროგნოზული ნიშნები:

- 1) ნორმალური ქცევის და ფუნქციონირების შეცვლის პირველი გამოვლინებიდან 4 კვირის განმავლობაში ვითარდება დომინანტური ფსიქოზური სიმპტომი(ები);
- 2) აბნევა (ან ცნობიერების სხვა შეცვლა) ფსიქოზური ეპიზოდის პიკზე;

- 3) სოციალური და ოკუპაციური ფუნქციონირების მაღალი პრემორბიდული ხარისხი;
- 4) გუნებ-განწყობის დახლუნების ან გასადავების არარსებობა.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი

შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან (27):

- I. შიზოფრენია;
- II. მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობანი;
- III. გუნებ-განწყობის აშლილობანი, ფსიქოზური სიმპტომებით;
- IV. განზრახ განვითარებული აშლილობა, დაკავშირებული ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორთან (სიმულაცია ანუ ხელოვნური) აშლილობები;
- V. ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი;
- V. ზოგად სამედიცინო ხასიათის პრობლემით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობა.

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (23, 24)

ამ აშლილობის მკურნალობის სტრატეგია ისეთივეა, როგორც შიზოფრენიისა (იხ. შიზოფრენიის მკურნალობა). ამ უკანასკნელისგან განსხვავებით პაციენტთა 75% (შიზოფრენიის დროს – 20%) ექვემდებარება ანტიფსიქოზურ მკურნალობას 8 დღეში.

VII. ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობა

1. დეფინიცია 2. ეპიდემიოლოგია და 3. ეტიოპათოგენები (14)

ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობა წარმოადგენს ისეთ აშლილობას, რომელიც აღენიშნება ემოციურად მჭიდრო კავშირში მყოფ ორ (ან მეტ) ადამიანს. ამ დროს მხოლოდ ერთ მათგანია დაავადებული გენუინური ფსიქოზით, ხოლო მეორე პირი ინდუცირებულია. ამ აშლილობის შემთხვევების 95 % ერთი ოჯახის ორ წევრს მოიცავს, როცა ერთ-ერთი მათგანი დომინანტურია და ავადია შიზოფრენიით (ან სხვა ფსიქოზური აშლილობით), ხოლო მეორე მიმღებია და ხშირად თავად არის ფიზიკურად არაშრომისუნარიანი (მაგ, სმენადაქვეითებული, აქვს ცერებროვასკულარული აშლილობა ან სხვა მიზეზითაა დამოკიდებული დომინანტურ პიროვნებაზე). უფრო ხშირად გვხვდება დაბალ სოციო-ეკონომიკურ ფენებში და უმეტესად ქალებში.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა (15)

ამ აშლილობის მქონე პიროვნების(ებების) უახლოესი ადამიანი, მაგ. ოჯახის წევრი, დაავადებულია შიზოფრენიით, შიზოტიპური აშლილობით, ქრონიკული ბოღვითი აშლილობით, მწვავე ან ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობით, რომელთანაც მჭიდრო კავშირში იმყოფება ეს პიროვნება (მიმღები). იმავდროულად იგი იზოლირებულია სხვა ადამიანებისგან. ჩვეულებრივ, ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობა რედუცირდება, როგორც კი ე.წ. მიმღები პირი განცალკევდება დომინანტური გენუინური ფსიქოზური აშლილობის მქონე პირისგან.

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი (15):

ინდუცირებული ფსიქოზური აშლილობის კრიტერიუმებია:

- პიროვნებას ბოღვა უვითარდება ისეთ სიტუაციაში, როცა მას აქვს მჭიდრო კავშირი მეორე პიროვნებასთან, ხოლო ამ უკანასკნელს აღენიშნება ჩამოყალიბებული ბოღვა;
- შინაარსით ბოღვა მსგავსია იმ პიროვნების ბოღვისა, რომელსაც უკვე ჩამოყალიბებული ბოღვა აქვს;
- აშლილობა ზუსტად არ შეესაბამება სხვა ფსიქოზურ აშლილობას (მაგ. შიზოფრენიას) ან გუნებ-განწყობის აშლილობას ფსიქოზური სიმპტომებით და არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი (იხ. დიფ. დიაგნოზი ქრონიკული ბოღვითი აშლილობისთვის)

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (23, 24)

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

1. დიაგნოზის დაზუსტება;
2. შესაფერისი ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება;
3. შესაძლო გართულებების მართვა.

მკურნალობის ძირითადი სტრატეგია:

- პაციენტის (მომღების) განცალკევება დომინანტური (გენუინური ფსიქოზის მქონე) პირისგან;
- თუკი აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია, მათი მოთავსება ხდება სხვადასხვა განყოფილებაში;
- ჩვეულებრივ, პაციენტის (მომღების) ბოლოვითი აზრები რეფლუცირდება ანტიფსიქოზური მედიკამენტური ჩარევის გარეშე.

VIII. სხვა არარობანული ფსიქოზური აშლილობა და დაუზუსტებელი (არასპეციფიკური) არარობანული ფსიქოზი (28)

1. დეფინიცია, 2. ეპიდემიოლოგია და 3. ეტიოპათოგენები

ამ სახელწოდების ქვეშ აერთიანებენ ფსიქოზურ სიმპტომებს (ჰალუცინაციებს, ბოდვას(ებს), დეზორგანიზებულ მეტყველებას და ქცევას), რომელიც არ აკამყოფილებს სხვა რომელიმე ფსიქოზური აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.

ამ აშლილობების ერთ-ერთი ტიპის, აუტოსკოპიური ფსიქოზის მიხეზი ცნობილი არ არის. ეტიოლოგიის ბიოლოგიური ჰიპოთეზის მიხედვით, თავის ტვინის საფეთქელ-თხემის წილებში პათოლოგიური ცვლილებები (რომელიც პასუხისმგებელია თვითშეგძნებაზე), რომელიც კომბინაციაშია მხედველობის ქერქის პათოლოგიურ აქტივობასთან, განაპირობებენ ამ აშლილობის განვითარებას. ეს, ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, დაკავშირებულია პერსონოლოგიურ აშლილობებთან (ძირითადად, ნარცისტულ პერსონოლოგიურ აშლილობასთან). სწორედ ასეთ ადამიანებს, რომელთაც ახასიათებთ წარმოსახვა და ვიზუალური სენსიტიურობა, მათთვის სტრესულ პერიოდებში აღენიშნებათ აუტოსკოპიური ჰალუცინაციების ეპიზოდები.

ამ აშლილობების სხვა ტიპს წარმოადგენს მშობიარობისშემდგომი ფსიქოზი (ზოგჯერ სამშობიარო ფსიქოზს უწოდებენ), რომელიც უვითარდებათ ახლადნამშობიარე ქალებს. მისი გავრცელება უდრის დაახლოებით 1-ს 1000 ახლადნამშობიარეზე. აშლილობის მქონე ქალთა დაახლოებით 5-60%-ს ფსიქოზი უვითარდებათ პირველი შვილის ყოლის შემდეგ, ასევე 50%-ს აღენიშნებათ პერინატალური არაფსიქიატრიული გართულებები, როგორცაა ინფექცია, ინტოქსიკაცია (მაგ, სკოპოლამინით), ტოქსემია და დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა. მთელი რიგი მონაცემების მიხედვით, მშობიარობისშემდგომი ფსიქოზი წარმოადგენს გუნებ-განწყობის აშლილობის ეპიზოდს.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

სხვა არარობანული ფსიქოზური აშლილობის და დაუზუსტებელი (არასპეციფიკური) არარობანული ფსიქოზის კლინიკური სიმპტომებია:

ფსიქოზური სიმპტომები: ბოდვა(ები) და ჰალუცინაციები, ან მათი კომბინაცია (ბოდვა პლუს კატატონია), დეზორგანიზებული მეტყველება და ქცევა, რომელიც არცერთი ფსიქოზური აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმში არ ჯდება, სხვა არარობანულ ფსიქოზურ აშლილობებში აერთიანებენ (მაგ. ქრონიკული ჰალუცინაციური ფსიქოზი). გარდა აღნიშნულისა, მშობიარობისშემდგომი ფსიქოზის კლინიკურ სურათში წამყვანი ბოდვითი აზრები გულისხმობს საკუთარი თავის ან ახალშობილის დაზიანების იდეებს.

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი

ეს კატეგორია მოიცავს ფსიქოზურ სიმპტომატიკას: ბოდვას, ჰალუცინაციას, დეზორგანიზებულ მეტყველებას, უხეშად დეზორგანიზებულ ან კატატონიურ ქცევას, როცა გარკვეული დიაგნოზის დასასმელად არ არის საკმარისი (ან არის ურთიერთგამომრიცხვი) ინფორმაცია ან/და არ აკმაყოფილებს რომელიმე ფსიქოზური აშლილობის კრიტერიუმებს.

მაგალითებია:

1. მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი, რომელიც არ შეესაბამება გუნებ-განწყობის აშლილობას ფსიქოზური სიმპტომებით, ხანმოკლე ფსიქოზურ აშლილობას და არ არის დაკავშირებული ფსიქოპათიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან;
2. ფსიქოზი, რომელიც გრძელდება 1 თვეზე ნაკლებ ხანს, მაგრამ ჯერ გაუმჯობესებას აღვილი არა აქვს;
3. პერსისტენტული სმენითი ჰალუცინაციები, სხვა სიმპტომების გარეშე;
4. პერსისტენტული არაექსცენტრიული, მცირე გაქანების ყოფითი შინაარსის ბოდვა(ები), რომელიც ფარავს ბოდვითი აშლილობის ძირითადი პერიოდის განმავლობაში არსებულ გუნებ-განწყობის აშლის ეპიზოდებს;
5. სიტუაციები, როცა კლინიციისტიკის ნათელია, რომ სახეზეა ფსიქოზი, მაგრამ ვერ განსაზღვრავს ეს პირველადია, თუ დაკავშირებულია ფსიქოპათიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

ბ) დიფერენციალური დიაგნოზის ჩამონათვალი

ამ აშლილობის დიფერენციალური დიაგნოზი ისმება ყველა ზემოთჩამოთვლილი აშლილობის გამორიცხვის შედეგად.

6. გამოკვლევის და 7. მკურნალობის სქემა (23, 24)

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

1. დიაგნოზის დაზუსტება;
2. შესაფერისი ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება;
3. შესაძლო გართულებების მართვა.

ჩვეულებრივ, მკურნალობა სიმპტომატურია.

მაგ. მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის დროს ფსიქოფარმაკოთერაპიისთვის (რომლის დაწყებამდე ახალშობილის ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს) გამოიყენება:

1. ანტიდეპრესანტები და ლითიუმი,
2. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები.

როცა აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია (პაციენტი ამუღავნებს სუიციდურ ან ჰომოციდურ აგრესიულ ქცევას ბავშვის მიმართ), გასათვალისწინებელია მისი ბავშვის ნახვის სურვილი, მაგრამ ვიზიტის დროს სავალდებულოა მკაცრი კონტროლი.

მწვავე ფსიქოზის ამოწურვის შემდეგ გამოიყენება ფსიქოთერაპია, რომელიც მიმართულია პაციენტის მიერ ახალი სოციალური – დედის როლის გათავისებისკენ და ოჯახის წევრების (მეუღლის) მიერ მხარდაჭერის გაძლიერებისკენ.

8. ეთიკისა და სამართლის საკითხები ფსიქიატრიაში

ფსიქიატრიაში ეთიკისა და სამართლის საკითხები შემუშავებულია კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების მოთხოვნების ფარგლებში და მიზნად ისახავს, დაეხმაროს ექიმს ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას იმოქმედოს ეთიკურ-სამართლებრივი პრინციპებით.

საზოგადოების განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, ექიმის პასუხისმგებლობისა და პაციენტის უფლებების მზარდი გაცნობიერების პირობებში, იგრძნობა ექიმის უფლება-მოვალეობისა და სამედიცინო საქმიანობის ეთიკური პრინციპების მკვეთრი ჩამოყალიბების საჭიროება. სამედიცინო მომსახურების სფეროში საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა განსაზღვრავს ერთი მხრივ პაციენტის უფლებებს, ხოლო მეორე მხრივ – სამედიცინო მომსახურების გამწევის მოვალეობებს საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.

“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის თანახმად, ექიმი ფსიქიატრი მოქალაქეს ფსიქიატრიულ დახმარებას უწევს აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების, აგრეთვე პროფესიული ეთიკისა და საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად (მუხლი 8). ფსიქიატრიული დახმარების საფუძვლებია:

- კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” – 2006 წ
- კანონი “პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ” - 2001 წ
- კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” - 1997 წ
- კანონი “საექიმო საქმიანობის შესახებ” – 2001 წ
- საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებები და შეთანხმებები

მნიშვნელოვანია ასევე გაეროსა და ევროსაბჭოს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები, რომლებიც ეხება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვასა და ფსიქიატრიული მომსახურების ეთიკურ პრინციპებს.

მოცემულ თავში განხილულია თუ როგორ რეგულირდება სამართლებრივად ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობასთან დაკავშირებული ზოგადი ეთიკური პრინციპები, როგორცაა კონფიდენციალობა, ინფორმაციის მიღების უფლება, მკურნალობაზე თანხმობა, ასევე პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობისა და ზოგიერთი სხვა აქტუალური საკითხი.

ეთიკის საკითხები

ქვეყნები განსხვავდებიან იმ მოთხოვნების მიხედვით, რასაც პროფესიონალებს უყენებენ ეთიკური კოდექსით ან პროფესიული სტანდარტებით. ისინი შეიძლება ითვალისწინებდნენ საერთაშორისო რეკომენდაციებს, როგორცაა ჰიპოკრატეს ფიცი ან უენეის დეკლარაცია. ამვე დროს ადამიანის უფლებების ევროპის კონვენცია ჩართულია ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყნის ნაციონალურ კანონმდებლობაში.

ექიმი/პაციენტის ურთიერთობის პრობლემები

ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის ეთიკურ პრობლემას წარმოადგენს პაციენტის ავტონომიურობის საკითხი, რაც ნიშნავს პაციენტის უფლებას გააკეთოს საკუთარი არჩევანი საკუთარი რწმენებისა და პასუხისმგებლობის მიხედვით. ეს პრინციპი მოითხოვს ექიმისაგან დაეხმაროს პაციენტს გადაწყვეტილების მიღებაში და მისდოს მას. ამ დროს ექიმსა და პაციენტს შორის ყალიბდება პარტნიორული

ურთიერთობა. როდესაც ექიმის მოქმედება პაციენტის საკეთილდღეოდ გადაფარავს პაციენტის ავტონომიურობის უფლებას შედეგად ვღებულობთ პატერნალისტურ დამოკიდებულებას. პატერნალიზმი გულისხმობს, რომ ფსიქიკური კარნახობს პაციენტს თუ როგორ უნდა მოიქცეს იგი ცხოვრებაში.

ექიმის მოვალეობაა პატივი სცეს პაციენტის სურვილებსა და ინტერესებს. სამწუხაროდ, ფსიქიატრები ზოგჯერ პიროვნულ სარგებელს ნახულობენ მათი პაციენტებისაგან სხვადასხვა გზებით. ეს შეიძლება იყოს ურთიერთობის გამოყენება ექიმის ფსიქოლოგიური მოთხოვნილებების ან თვითშეფასების დაკმაყოფილებისთვის.

ფსიქიატრიის არასწორი და ძალადობრივი გამოყენება

მეოცე საუკუნის განმავლობაში ფსიქიატრია არაერთხელ იქნა გამოყენებული არასწორად ან, უფრო მეტიც, ძალადობრივად პოლიტიკური და კომერციული მიზნებისათვის ცალკეული ფსიქიატრის ან მათი დამქირავებელი ინსტიტუციების მიერ. განსაკუთრებით ხშირი იყო ასეთი ფაქტები ყოფილ საბჭოთა კავშირში, სადაც ზოგიერთი ფსიქიატრი პოლიტიკურ დისიდენტობას ფსიქიკური დაავადების კვალიფიკაციას აძლევდა. ამ მოვლენის საყოველთაო გაკიცხვამ დააყენა საკითხი მსოფლიო ფსიქიატრთა ასოციაციის როლისა ეთიკური წესების ჩამოყალიბებაში მთელი მსოფლიოსათვის, რათა შემდგომში შემცირებულიყო ფსიქიატრიის ძალადობრივი გამოყენების რისკი.

ეთიკური საკითხები უფრო ხშირად მორალურ-ზნეობრივ სფეროს მიეკუთვნება და მათი დარღვევა არ იწვევს ადმინისტრაციულ ან სისხლის სამართლის პაუზისმგებლობას. თუმცა არის ეთიკური ნორმები, რომელთა დარღვევა ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით.

კონფიდენციალობა

მკურნალობის პროცესში ექიმს გააჩნია როგორც იურიდიული ასევე ეთიკური ვალდებულება დაიცვას სამედიცინო საიდუმლოება. კონფიდენციალობა ფსიქიატრიაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, რადგან ექიმის მიერ მოპოვებული ინფორმაცია პირადულია და ხშირად პაციენტისათვის მეტად მტკივნეულ საკითხებს ეხება.

ზოგადად ფსიქიატრი არ უნდა აგროვებდეს ინფორმაციას სხვა პირებისაგან პაციენტის თანხმობის გარეშე. გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტს ფსიქიკური აშლილობის გამო არ აქვს უნარი მიაწოდოს ინფორმაცია, ამ ინფორმაციას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების შეფასებისა და მენეჯმენტისათვის. ამ დროს ექიმი მაქსიმალურად უნდა მოქმედებდეს პაციენტის ინტერესების დაცვით და ეცადოს ინფორმაციის მიღებას პაციენტის უახლოესი გარემოცვისაგან. იგივე პრინციპი მოქმედებს, როცა ექიმი ინფორმაციას გასცემს მესამე პირზე პაციენტის შესახებ, რომელსაც არა აქვს თანხმობის მიცემის უნარი.

დამკვიდრებული ტრადიციის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის ყოველი მნახველი სთხოვს ექიმს დაწვრილებით ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. როგორც წესი, ასეთ შემთხვევებში პაციენტს არაფერია ეკითხება სურს თუ არა მას ამ ინფორმაციის გამჟღავნება, ხომ არ თვლის ამას იგი თავისი ღირსებისა და პატივის შეურაცხმყოფელად. იმავდროულად, ექიმს უამრავი დრო და ენერჯია ეხარჯება სხვათა ცნობისმოყვარეობის დასაკმაყოფილებლად.

”ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის შესაბამისად (მუხლი 26) პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამჟღავნება მესამე პირისათვის დასაშვებია:

- პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით;
- მისი მკურნალობისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში უშუალოდ ჩართული პირებისათვის;
- სასამართლო გადაწყვეტილებით;
- როდესაც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან მესამე პირის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას.

განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ბავშვებზე ძალადობის არსებობის შემთხვევაში. ამ დროს ინფორმაციის გამჟღავნება ხელს უწყობს სერიოზული დანაშაულის პრევენციას, გამოვლენას ან აღკვეთას. ამ შემთხვევაში ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს ან ნათესავს.

თუ პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონირების მიზეზი სხვა პირის მიმართ გამოჩენილი ძალადობაა, ექიმს შეუძლია, სადაც შესაძლებელია, მსხვერპლს მიაწოდოს გარკვეული ინფორმაცია პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესების შესახებ. აუცილებელია ამ ნაბიჯის შეთანხმება პაციენტთან.

პაციენტის შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურია როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ასევე მისი სიკვდილის შემდეგ (კანონი ”პაციენტის უფლებების შესახებ” მუხლი, 27). ”ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის თანახმად (მუხლი 26) ექიმის მიერ ამ ინფორმაციის განზრახ ან გაუფრთხილებლობით გამოყენება პაციენტის ან მესამე პირის საზიანოდ ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით.

პერსონალური ინფორმაციის უნებურად გამჟღავნების შემცირებისათვის თავიდან უნდა იყოს აცილებული განხილვები, რომლის მოსმენაც შემთხვევით პირს შეეძლება. ამიტომ კონსულტაცია უნდა ტარდებოდეს იზოლირებულად და სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა ინახებოდეს დაცულ ადგილას. თუ საჭირო აღმოჩნდა, ინფორმაცია უნდა გაუზიარონ ფსიქიატრიული დახმარების პროცესში ჩართულ პირებს და ყველას გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეს კონფიდენციალობის პრინციპები. ინფორმაციას ჩვეულებრივ უზიარებენ ნათესავებს მხოლოდ პაციენტის თანხმობით, თუმცა ზოგ გარემოებაში, მაგ. დემენციის დროს, პაციენტის საუკეთესო ინტერესების დაცვის მიხედვით მოქმედებენ.

სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას, მონაცემები ისე უნდა იყოს წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელი გახდეს პიროვნების იდენტიფიკაცია (კანონი ”პაციენტის უფლებების შესახებ” მუხლი, 28).

პაციენტისათვის მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდების აუცილებლობის დაკანონება უკანასკნელი წლების მონაპოვარია. ჩვენში მოქმედებდა და მნიშვნელოვნად წილად დღესაც ძალაშია დაუწერელი კანონი ავადმყოფობის ისტორიის პაციენტისათვის გაცნობის დაუშვებლობის შესახებ.

საქართველოს კანონების ”ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” (მუხლი 5) და ”პაციენტთა უფლებების შესახებ” (მუხლი 16, 17,) თანახმად, პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადებისა და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ. თუ პაციენტი ქმედუუნაროა ან მას არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება მის კანონიერ წარმომადგენელს ან ნათესავს.

პაციენტს ასევე უფლება აქვს გაეცნოს მის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას. ამასთან ექიმი განსაზღვრავს ინფორმაციის მიწოდების

მოცულობასა და ფორმას. ექიმს შეუძლია შეზღუდოს პაციენტისათვის მისაწოდებელი ინფორმაცია იმ შემთხვევაში, თუ იგი შეიცავს ფაქტებს, რომელთაც შეიძლება გაართულოს ურთიერთობა ოჯახში, უარყოფითად შეცვალოს პაციენტის დამოკიდებულება ახლობლებთან ან დაამძიმოს მისი ფსიქიკური მდგომარეობა. ინფორმაციის მოცულობის შეზღუდვაზე დასაბუთებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში (კანონი "პაციენტთა უფლებების შესახებ" მუხლი 18).

პაციენტის დამცველს/კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს გაეცნოს პაციენტის შესახებ არსებულ ნებისმიერ დოკუმენტაციას ან მოითხოვოს მისი ასლები.

ამასთან, ევროპის საბჭოს კონვენცია "ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ" განმარტავს, რომ "გათვალისწინებული უნდა იქნას პიროვნების სურვილი, არ მიიღოს ინფორმაცია" (მუხლი 10). ფსიქიატრმა უნდა გაითვალისწინოს ეს ასპექტიც, როდესაც პაციენტი თვითშეფასების შენარჩუნების ან სხვა რაიმე მოტივით არ ინტერესდება, მაგალითად, თავისი დიაგნოზის ფორმულირებით.

ინფორმირებული თანხმობა

მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, ინფორმირებული თანხმობა მკურნალობაზე პაციენტის ავტონომიის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი ძირითადი ინსტრუმენტია. ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს პაციენტის თანამონაწილეობას საბოლოო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მისთვის დაავადებისა და სამედიცინო ჩარევის შესახებ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ (კანონი "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" მუხლი 1). მკურნალობის დანიშვნისას ექიმმა უნდა აუხსნას პაციენტს მკურნალობის არსი და შესაძლო გვერდითი მოვლენები ინფორმირებული თანხმობის მიღების მიზნით (კანონი "საექიმო საქმიანობის შესახებ" მუხლი 39; კანონი "პაციენტთა უფლებების შესახებ" მუხლი 18).

ამრიგად, ინფორმირებული თანხმობა ორი ძირითადი კომპონენტითაა წარმოდგენილი:

- დაავადებისა და სამედიცინო ჩარევის შესახებ პაციენტისათვის/კანონიერი წარმომადგენლისათვის სრული ინფორმაციის მიწოდება;
- სამედიცინო ჩარევაზე პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის მიღება.

"ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" კანონის მიხედვით, ქმედუნარო ან 16 წლამდე პირისათვის ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას ინფორმირებული თანხმობა მიიღება მისი კანონიერი წარმომადგენლისაგან, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ასაკისა და ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით (მუხლი 8).

ინფორმაციის მიწოდება გასაგებ ენაზე გულისხმობს, რომ ექიმმა ნაკლებად უნდა გამოიყენოს სამედიცინო ან პაციენტისათვის გაუგებარი ტერმინები და გაითვალისწინოს პაციენტის გაგების უნარი.

პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში და დასტურდება ხელმოწერით. თუ არ არსებობს არანებაყოფლობითი სტაციონირების კრიტერიუმები, პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ უარი განაცხადოს შეთავაზებულ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე, რაც ასევე ფიქსირდება

სამედიცინო დოკუმენტაციაში (კანონი "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" მუხლი 10).

ზოგადად პიროვნებას, რომელსაც აქვს ინფორმირებული თანხმობის მიცემის უნარი, უფლება აქვს უარი განაცხადოს სამედიცინო მკურნალობაზე, თუნდაც უარის თქმა იწვევდეს სიკვდილს ან მყარ ინვალიდობას. მაგრამ ექიმს მუდმივად უნდა ახსოვდეს, რომ უარის თქმა ხშირად ეფუძნება დაავადებისა და მკურნალობის არასწორ გაგებას. მან ყოველთვის იმდენი დრო უნდა დახარჯოს, რამდენიც საჭიროა, რათა გაერკვეს პაციენტის რწმენებსა და შიშებში ფსიქიატრიულ დახმარებასთან დაკავშირებით. პრობლემის სრული, მშვიდი განხილვით შესაძლოა ისეთი სამკურნალო გეგმის შემუშავება, რომელიც სამედიცინო კუთხით შესაფერისია და პაციენტისათვისაც მისაღები.

ინფორმირებული თანხმობის მიცემის უნარი ცალკეული გადაწყვეტილებების მიმართ განსხვავებულია. მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტი შეიძლება არაკომპეტენტური იყოს სხვა ასპექტებში, მაგრამ გარკვეული მკურნალობის მიმართ იყოს კომპეტენტური. მაგალითად, შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტს პარანოიდული იდეებით, შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება მკურნალობის შესახებ გულის შეტევის დროს.

არანებაყოფლობითი სტაციონირება და მკურნალობა

ფსიქიატრიული დახმარების ნებაყოფლობითი პრინციპი გამომდინარეობს ადამიანის უფლებების, თავისუფლების და ავტონომიის ეთიკური კონცეპციიდან და ასახულია თითქმის ყველა ქვეყნის კანონმდებლობაში, განსაკუთრებით დასავლური დემოკრატიის ქვეყნებში.

პაციენტის უფლებაა არა მარტო თავისუფლების უფლება, არამედ მკურნალობის უფლებაც. ამიტომ სპეციალური საკანონმდებლო რეგულირება მოქმედებს იმ პირობისათვის, რომლებიც წარმოადგენენ საშიშროებას საკუთარი თავის ან სხვებისათვის ფსიქიკური აშლილობის გამო და რომლებიც მათთვის საჭირო მკურნალობაზე უარს აცხადებენ. ამ პირებს ჩვეულებრივ საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობის გაგება და ადეკვატური თვითშეფასების უნარი არასაკმარისი ან საერთოდ არა აქვთ. ამ შემთხვევაში ექიმი დგება ეთიკური დილემის წინაშე: პაციენტს აქვს თავისუფლების უფლება, მაგრამ ამასთან საჭიროებს მოვლასა და მკურნალობას, და საზოგადოებასაც აქვს უფლება იყოს დაცული.

არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია ის კრიტიკული ზღვარია სადაც ადვილად შეიძლება დაირღვეს ადამიანის უფლებები. აქ განსაკუთრებით რთულია შეინარჩუნო ბალანსი პაციენტის უფლებას შორის იყოს თავისუფალი და სახელმწიფოს ვალდებულებას - დაიცვას მოქალაქეთა ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება.

ევროსაბჭოს რეკომენდაციის შესაბამისად "არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში უნდა არსებობდეს პროცედურა პაციენტის უფლებების დაცვისა და ძალაუფლების ბოროტად გამოყენების წინააღმდეგ. ეს პროცედურა გულისხმობს სხვა ექიმის აზრის გათვალისწინებას, დამოუკიდებელი ორგანოსგან ნებართვის მიღებას, პაციენტს უნდა ჰქონდეს უფლება გადაწყვეტილების გაპროტესტებისა და უნდა არსებობდეს გადაწყვეტილების პერიოდული გადახედვის მექანიზმები."

სხვადასხვა ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობა ავალდებულებს პროფესიონალს დაუმტკიცოს დამოუკიდებელ ორგანოს, რომ პაციენტის თავისუფლების შეზღუდვა ნების გარეშე გამართლებულია და არ არსებობს სხვა ალტერნატივა. მიუკერძოებელი განხილვისათვის შესაძლებელია მოწმეების გამოძახება, რათა ჯვარედინი დაკითხვით შეამოწმდეს მოცემული ინფორმაცია.

“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის მიხედვით, საქართველოში არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ პირს არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა შეუძლებელია სტაციონირების გარეშე; გრეთვე, თუ პაციენტი საფრთხეს უქმნის საკუთარ ან სხვის ჯანმრთელობას, სიცოცხლეს ან ქონებას (მუხლი 18).

საქართველოს კონსტიტუციით, ადამიანის თავისუფლების შეზღუდვა სასამართლო გადაწყვეტილების გარეშე დასაშვებია მხოლოდ 72 საათის განმავლობაში (მუხლი 18), ვინაიდან, პაციენტის არანებაყოფლობითი მოთავსება სტაციონარში არის პირის თავისუფლების შეზღუდვა, მხოლოდ სასამართლო შეიძლება იყოს გადაწყვეტილების მიმღები ორგანო. კანონში კონსტიტუციის შესაბამისადაა გაწერილი ასევე სასამართლოს გადაწყვეტილების მიღების ვადაც.

“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონი აშკარად ლიბერალურია პაციენტის თავისუფლების მიმართ (არანებაყოფლობით სტაციონირებისას სასამართლო დაგენილების აუცილებლობა, პაციენტის გაწერა კი სასამართლოს გადაწყვეტილების გარეშე). მაგრამ ამ კანონს არ უდევს საფუძვლად ადამიანის უფლება იყოს ავადმყოფურ მდგომარეობაში და დარჩეს მკურნალობის გარეშე. პირიქით, კანონი უფლებას აძლევს ექიმს უმკურნალოს თითქმის ყველა საჭირო შემთხვევაში. როდესაც პაციენტს არ აქვს გაცნობიერების უნარი, ექიმი მოქმედებს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე. ეს გამონაკლისი მნიშვნელოვანია, მაგრამ არ ცვლის ძირითად პრინციპს, რომ საექიმო ჩარევისას აუცილებელია პაციენტის თანხმობა.

გამოცდილ ფსიქიატრს ხშირად შეუძლია თავიდან აიცილოს არანებაყოფლობითი სტაციონირება, თუ მოთმინებითა და ტაქტიანად დაარწმუნებს პაციენტსა და მის ოჯახს სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობაში. თუ ამან შედეგი არ გამოიღო და არანებაყოფლობითი მკურნალობა გარდაუვალია, საჭიროა შემდგომი საუბრები ოჯახის წევრებთან პაციენტის სტაციონირში მოთავსებისას მათი მხარდაჭერისათვის. ექიმმა უნდა აუხსნას სიტუაცია და ყველა ღონე იხმაროს, რომ შეამციროს ოჯახის წევრთა შფოთვა და დანაშაულის განცდა.

როცა პაციენტი საავადმყოფოში იმყოფება, უსაფრთხოებისა და ადექვატური მკურნალობისათვის აუცილებელი შეზღუდვები მინიმალური უნდა იყოს. “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის მიხედვით ფსიქიატრს უფლება აქვს პაციენტის მიმართ გამოიყენოს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, თუ არსებობს პაციენტის ან გარშემომყოფთა დაზიანების რეალური საფრთხე, რომლის თავიდან აცილება სხვაგვარად შეუძლებელია (მუხლი 16). შეზღუდვის მეთოდებს, ხანგრძლივობასა და შესაბამისი ჩანაწერების გაკეთების აუცილებლობაც ამავე მუხლში და შესაბამის კანონქვემდებარე აქტებშია მოცემული.

“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის თანახმად პაციენტის სტაციონარში არანებაყოფლობით მოთავსება ითვლება არანებაყოფლობითი მკურნალობის დასაწყისად (მუხლი 18). არანებაყოფლობითი მკურნალობის დროს არ არის აუცილებელი პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის ან ნათესავის თანხმობა. ჩვეულებრივ, პაციენტი და მისი ოჯახი მალე რწმუნდება, რომ არანებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობის მეთოდები პრაქტიკულად არ განსხვავდება არანებაყოფლობითი მკურნალობისაგან და მათ შეიძლება შევბაძვ იგრძნონ მკურნალობის დაწყების გამო. თუ საავადმყოფოს პერსონალი მომთმენი და ყურადღებიანია. ჩვეულებრივ შესაძლებელია ეფექტური თერაპიული ურთიერთობის დამყარება პერსონალს, პაციენტსა და ნათესავებს შორის.

იმ შემთხვევაში, თუ ნებაყოფლობით სტაციონირებული პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე და ფსიქიატრი მიიჩნევს, რომ მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე ეს მკურნალობა აუცილებელია, მკურნალობა შესაძლებელია გაგრძელდეს პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე. ამ დროს უნდა არსებობდეს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები (“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონი მუხლი 17).

მნიშვნელოვანია, რომ არანებაყოფლობითი მკურნალობა გრძელდება მანამ, სანამ არსებობს ამის აუცილებლობა. როგორც კი არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები ამოიწურება, პაციენტი უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან ან მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს მხოლოდ პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით (მუხლი 18).

ამასთან, “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის მე-15 მუხლის თანახმად აკრძალულია პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება იმაზე მეტი ხნით, ვიდრე ეს საჭიროა მისი გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის. არანებაყოფლობითი სტაციონირების შესახებ დაწვრილებითი პროცედურა აღწერილია კანონში “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, ადმინისტრაციულ საპროცესო კოდექსში და შესაბამის კანონქვემდებარე აქტებში.

არანებაყოფლობითი სტაციონირების საკითხის გადაწყვეტის ალგორითმი იხილეთ დანართი 5-ში.

სტაციონარის გარეთ პაციენტის მოვლის საკითხები

სტაციონარიდან გაწერისას ფსიქიატრი შესაბამის ინფორმაციას აგზავნის ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონი, მუხლი 15). ამ ინფორმაციის დროული მიწოდება უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლის უწყვეტობას.

ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში პაციენტის მოვლას არეგულირებს კანონქვემდებარე აქტი “ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ”.

ფსიქიატრის პროფესიული პასუხისმგებლობა და პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის კომპენსაცია

ფსიქიატრია, ისევე როგორც ზოგიერთი სხვა საექიმო საქმიანობა, მაღალი რისკის პროფესიას განეკუთვნება. საქართველოს კანონმდებლობა ითვალისწინებს ექიმის შეცდომის ფაქტზე რეაგირებასა და პაციენტისათვის ზიანის მიყენების რისკის შემცირებას.

ფსიქიატრმა უნდა იცოდეს, რას ნიშნავს საექიმო შეცდომა, რომელსაც კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” (მუხლი 3) განმარტავს, როგორც ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებას, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა. კანონში “საექიმო საქმიანობის შესახებ” საექიმო შეცდომის ნაცვლად გამოყენებულია ტერმინი “პროფესიული შეცდომა” (მუხლი 97). საექიმო შეცდომაში იგულისხმება ექიმის მიერ ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების, კანონმდებლობით განსაზღვრული წესების დარღვევა, რამაც გამოიწვია პაციენტისათვის ზიანის მიყენება.

კანონმდებლობა ითვალისწინებს ექიმის პასუხისმგებლობის დაყენების სახეს, რომელიც “საექიმო საქმიანობის შესახებ” კანონის 74-ე მუხლშია ჩამოთვლილი და მოიცავს წერილობით გაფრთხილებას, სახელმწიფო სერთიფიკატის შეჩერებას ან გაუქმებას, ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვას (თუ დაფიქსირდა ამ რიგის პრეპარატების არადანიშნულებისამებრ გამოყენება) და სხვა ზომებს.

ყველა აღნიშნული ზომის გამოყენება შეუძლია სახელმწიფო სერთიფიკატის მიმნიჭებელ საბჭოს. ფსიქიატრს შეუძლია გაასაჩივროს მის მიმართ გამოტანილი გადაწყვეტილება სასამართლოში.

რაც შეეხება პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას, იგი რეგულირდება კანონით “პაციენტის უფლებების შესახებ” (მე-10 მუხლი), რომლის მიხედვითაც პაციენტი მიმართავს სასამართლოს. ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვისას ობიექტურობის მნიშვნელოვანი გარანტიაა პროფესიული ასოციაციების მონაწილეობა საჩივრის განხილვისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ამ შესაძლებლობას ითვალისწინებს კანონი “საექიმო საქმიანობის შესახებ” (მუხლი 86).

ფსიქიატრიული დახმარება არასრულწლოვანი პირებისათვის

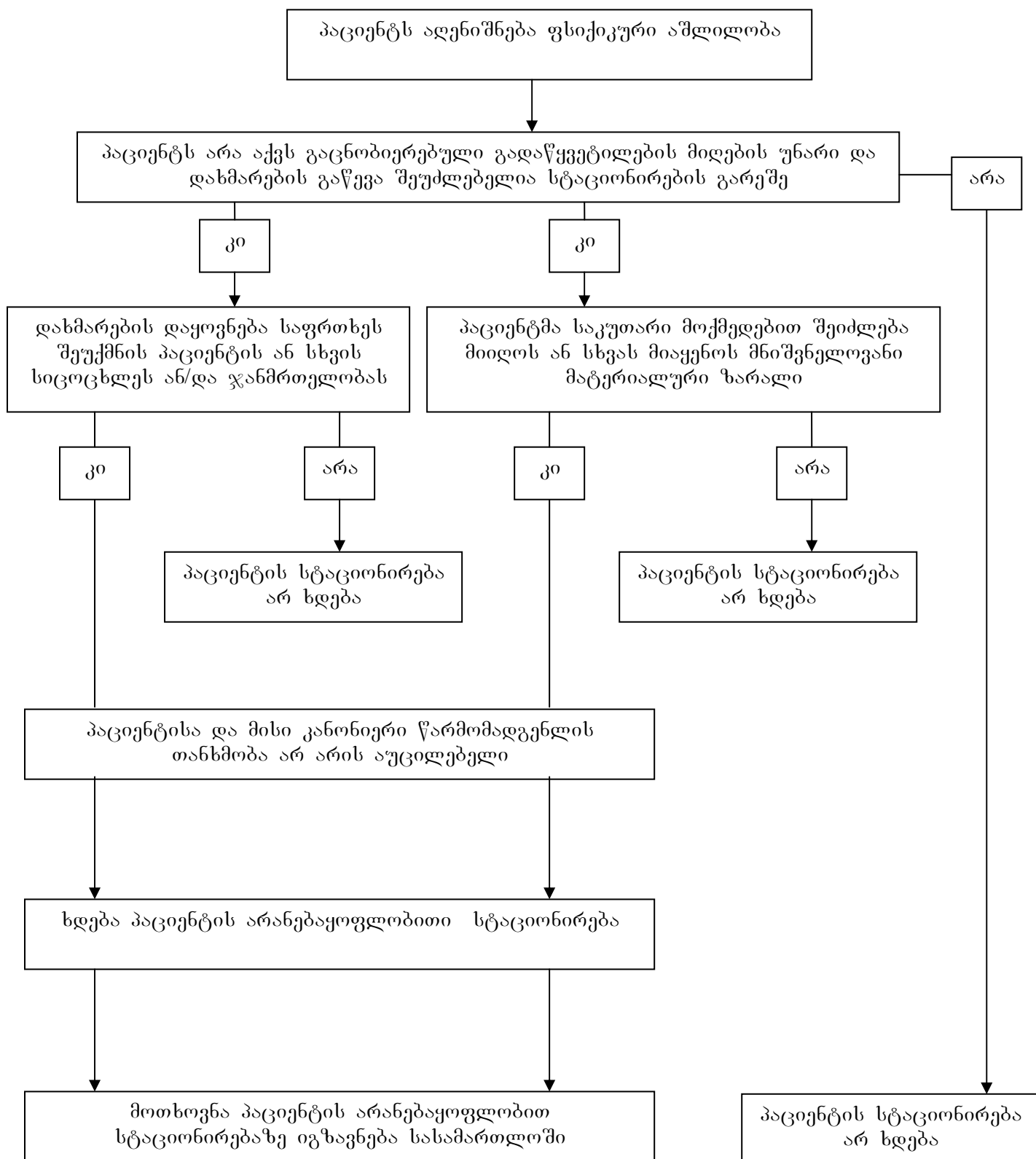
ბავშვებისათვის ზოგადი ეთიკური პრინციპებისა და კანონმდებლობის გამოყენება მოითხოვს ბალანსის დაცვას ბავშვის ავტონომიურობას, მშობლების უფლებასა და სახელმწიფოს მიერ ბავშვების დაცვის მოვალეობას შორის. ეს საკითხები კიდევ უფრო რთულდება, რაც უფრო უახლოვდება ბავშვი მოზრდილობის ასაკს.

ზოგიერთ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია ბავშვისა და მშობლის ინტერესებს შორის წამოჭრილი კონფლიქტი. ზოგადად ბავშვის ინტერესებს უპირატესობა ენიჭება მათი მშობლების ინტერესებთან შედარებით. ეს პრინციპი აშკარაა ბავშვზე ძალადობის დროს. სხვა შემთხვევებში გადაწყვეტილების მიღება უფრო გაძნელებულია. მაგალითად, როცა დეპრესიული დედა ვერ ზრუნავს შვილებზე და მოსალოდნელია დეპრესიის კიდევ უფრო გაღრმავება. ამ დროს საჭირო ხდება ფსიქიატრის კონსულტაცია და პრობლემის გადაჭრა მშობლებსა და პროფესიონალებს შორის მოლაპარაკებების გზით.

ბავშვზე ფსიქიატრიული მოვლის განხორციელების დროს, როგორც წესი, საჭირო ხდება როგორც სამედიცინო ისე სოციალური სამსახურების და ზოგჯერ პედაგოგების ურთიერთთანამშრომლობა. ასეთ შემთხვევებში ბავშვებსაც (დადგენილი ასაკის ზემოთ) კონფიდენციალურობის იგივე უფლებები აქვთ, როგორც მოზრდილებს. უფრო პატარა ბავშვების შესახებ ინფორმაციას ექიმი ატყობინებს მშობლებს.

საქართველოში 16 წლამდე ბავშვების კანონიერი წარმომადგენელი მშობელია. კანონით “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა 16 წლამდე ასაკის ბავშვების კანონიერი წარმომადგენლის თხოვნით ტარდება (მუხლი 12), ამავე ასაკის პირების სახელით მკურნალობაზე თანხმობასაც მათი მშობლები იძლევიან (მუხლი 8). თუმცა სასურველია, ფსიქიატრი შეეცადოს თანხმობა მიიღოს ბავშვის მხრიდანაც, რაც დადებითად იმოქმედებს განზრახულ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. მშობელმა შეიძლება 16 წლამდე ასაკის ბავშვის ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე უარი განაცხადოს. ამ დროს ფსიქიატრი გადაწყვეტილებას იღებს ბავშვის ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე.

პაციენტის არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული სტაციონირების გადასაწყვეტად
ალგორითმი



9. ბაიფლაინის ბაღასინჰვისა და ბანახლების ვადა – 3 წელი

10. ბაიფლაინის მიღების ხერხი/წყარო

1. **The Maudsley Prescribing Guideline 2005 –2006 8-th edition;**
2. **Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders.** Compendium 2006 schizophrenia (second edition);
3. **Treating schizophrenia.** A Quick reference Guide. Based on *Practice Guideline of Patients With Schizophrenia*, second edition. Psychiatric Practice section of the APA web site at www.psych.org.

შემუშავდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტი, რომელიც ერთის მხრივ პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც აღამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.

11. ალტერნატიული ბაიფლაინი არ არსებობს

12. გამომყენებული ლიტერატურა

1. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines** World Health Organization. p.p 78-79
2. **Synopsis of psychiatry** Behavioral science/Clinical psychiatry. **9-th** edition Harold I. Kaplan, MD and Benjamin J. Sadock, MD p.134;
3. **Synopsis of psychiatry** Behavioral science/Clinical psychiatry. **8-th** edition Harold I. Kaplan, MD and Benjamin J. Sadock, MD p.476; p.280, p.282.
4. **Карманное руководство к МКБ-10.**
5. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Forth Edition. American psychiatric Association. ISBN 0-89042-061-0 pp. 835-836; p.839
6. **იხ. (1).** p.79
7. **Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders.** Compendium 2006 schizophrenia (second edition) pp. 626-627; 585-587; 590, 600.
8. **იხ. (2).** pp.136-141
9. **იხ. (1).** pp.78-79
10. **იხ. (3).** p.483, 472.
11. **იხ. (2).** p.141
12. **იხ. (1).** pp. 82-83.
13. **იხ. (2).** pp.148-149
14. **იხ. იქვე** pp. 157-159; 161-164
15. **იხ. (1).** pp.84-85; 89
16. **იხ. (2).** p.160
17. **იხ. იქვე.** pp. 162.
18. **იხ. (3).** pp. 783-784.
19. **იხ. (1).** p. 84
20. **იხ. (2).** p.784
21. **Морозов. Клиническая Психиатрия**
22. **იხ. (2).** p. 155
23. **იხ. იქვე** p. 155-156
24. **იხ. იქვე** pp.155-157
25. **იხ. იქვე** pp.164-165.

26. ob. (1) pp.85-86.
27. ob. (2). pp.154-155
28. ob. oʻqib. p.166-167.
29. **Treating schizophrenia.** A Quick reference Guide. Based on *Practice Guideline of Patients With Schizophrenia*, second edition. Psychiatric Practice section of the APA web site at www.psych.org.
30. ob. (7) pp. 666-670
31. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:82-91 [A-]
32. Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, Dubin W, McGlynn C, Goodman L: Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997; 15:335-340 [A]
33. Lesem MD, Zajacka JM, Swift RH, Reeves KR, Harrigan EP: Intramuscular ziprasidone, 2 mg versus 10 mg, in the short-term management of agitated psychotic patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:12-18 [A]
34. Wright P, Birkett M, David SR, Meehan K, Ferchland I, Alaka KJ, Saunders JC, Krueger J, Bradley P, San L, Bernardo M, Reinstein M, Breier A: Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1149-1151 [A]
35. Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, Taylor CC, Palmer R, Dossenbach M, Kiesler G, Brook S, Wright P: A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:441-448 [A]
36. McEvoy JP, Hogarty GE, Steingard S: Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia: a controlled study of the neuroleptic threshold and higher haloperidol dose. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:739-745 [A]
37. Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH: Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:79-91 [A]
38. Van Putten T, Marder SR, Mintz J: A controlled dose comparison of haloperidol in newly admitted schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:754-758 [A-]
39. Rifkin A, Doddi S, Karajgi B, Borenstein M, Wachspress M: Dosage of haloperidol for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:166-170 [A]
40. Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, Taylor CC, Palmer R, Dossenbach M, Kiesler G, Brook S, Wright P: A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:441-448 [A]
41. Siris S, Pollack S, Bermanzohn P, Stronger R: Adjunctive imipramine for a broader group of post-psychotic depressions in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 44:187-192 [A]
42. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K, Mintz J: Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1549-1555 [A]
43. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, Blackwell G, Eckman TA: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149:654-658 [B]
44. Vidal. http://vidal.moslek.ru/class-0008_0002_0001_0005.htm
45. **The Maudsley Prescribing Guideline 2005 –2006 8-th edition** (p.12-13; 24; 36, 37-38; 81; 592)
46. **Psychiatry Update and Board Preparation.** Stern Herman. Massachusetts General Hospital. McGraw-Hill. Health Professions Division (p. 222; 346-348)
47. **Handbook of Psychiatric Drug Therapy.** G.W.Arana, J.F. Rosebaum. Forth edition. (p.p.41-42)

48. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M, Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:340-347 [A-]
49. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 887-896 [A, B]
50. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985; 146:594-600 [B]
51. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman H: Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989; 154:625-628 [A-]
52. Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML: Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *Am J Psychiatry* 1997; 154:341-348 [A-]
53. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:633-642 [B]
54. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman H: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153:532-542 [A-]
55. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C: A trial of family therapy v a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989; 154:58-66 [B]
56. Randolph ET, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Strachan A, Van Vort W, Escobar JI, Liberman RP: Behavioural family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994; 164:501-506 [B]
57. Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W, Jones S, Falloon IR, Liberman RP: Family factors in schizophrenic relapse: a replication. *Schizophr Bull* 1982; 8:425-426 [B]
58. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR: Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:1169-1177 [A-]
59. Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, Kleinman A: Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994; 165:239-247 [A-]
60. Xiang M, Ran M, Li S: A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 1994; 165:544-548 [A-]
61. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR: Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry Suppl* 1994; 165:96-102 [A-]
62. Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, Voss WD, McFarlane WR: Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatr Serv* 2002; 53:749-754 [A-]
63. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C: The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:487-493 [A-]
64. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J, Hamlin C: Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174:505-511 [A-]
65. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes TR: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 165-172 [A-]

66. Turkington D, Kingdon D: Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry* 2000; 177:101-106 [A-]
67. Turkington D, Kingdon D, Turner T: Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002; 180:523-527 [A-]
68. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: I. effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997; 171:319-327 [A-]
69. Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisholm D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, Hadley C: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998; 173:61-68 [A-]
70. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J: Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998; 317:303-307 [A-]
71. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L: Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174:500-504 [A-]
72. Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J: Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:917-922 [A-]
73. Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S: A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:254-258 [B]
74. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: I. impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 593-601 [A-]
75. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: II. impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996; 169:602-607 [A-]
76. Drury V, Birchwood M, Cochrane R: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: 3. five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000; 177:8-14 [A-]
77. Bradshaw W: Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. *Community Ment Health J* 2000; 36:491-500 [A-]
78. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D: A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:809-813 [A-]
79. Lecompte D, Pelc I: A cognitive-behavioral program to improve compliance with medication in patients with schizophrenia. *Int J Ment Health* 1996; 25:51-56 [B]
80. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I: A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 162:524-532 [B]
81. Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L: A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:5-10 [B]
82. Holmes MR, Hansen DJ, St Lawrence JS: Conversational skills training with aftercare patients in the community: social validation and generalization. *Behav Ther* 1984; 15:84-100 [B]
83. Wallace CJ, Liberman RP: Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res* 1985; 15:239-247 [B]
84. Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA: Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1817-1818 [A-]
85. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, Lebell M, Zimmerman K, Liberman RP: Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1585-1592 [A-]

86. Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J, Aldous J: Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. Psychiatr Serv 1995; 46:376-380 [B]
87. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT: Social skills training with chronic schizophrenic patients: eEffects on negative symptoms and community functioning. Behav Ther 1995; 26:433-449 [A-]
88. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R: Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatr Serv 1998; 49:1313-1316 [A-]
89. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J: Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry 1998; 155:1087-1091 [A-]
90. Li F, Wang M: A behavioural training programme for chronic schizophrenic patients: a three-month randomised controlled trial in Beijing. Br J Psychiatry 1994; 164(suppl 24):32-37 [A-]
91. Roder V, Brenner HD, Muller D, Lachler M, Zorn P, Reisch T, Bosch J, Bridler R, Christen C, Jaspens E, Schmidl F, Schwemmer V: Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta Psychiatr Scand 2002; 105:363-371 [B]
92. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J: Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2002; 159:829-837 [A-]
93. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია. მე-10 გადასინჯვა (ფსიქიატრია);
94. საქართველოს კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, 2006წ;
95. გ. კიკნაძე, გ. ჯავაშვილი - ექიმის პროფესიული საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები, 2002წ;
96. კანონი “პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ” – 2001;
97. კანონი “საექიმო საქმიანობის შესახებ” – 2001 წ;
98. კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” - 1997 წ;
99. Code of practice, Mental Health Act 1983 - 1999, London;
100. M. Gelder, R. Mayou, P. Cowen - Oxford Textbook of Psychiatry – 2001.

13. ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს უსიძიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია

- ⇒ **ჯგუფის ხელმძღვანელი** – მანანა ბოკუჩავა – მდ, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის კონსულტანტი;
- ⇒ **ქეთევან აბდუშელიშვილი** – მდ, უმაღლესი სამედიცინო სკოლა „აიეტი“-ს ფსიქიატრიის კათედრის ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ **ნატო ხონელიძე** – არასამთავრობო ორგანიზაცია „ასოციაცია ანტი-სტიგმა“-ს აღმასრულებელი დირექტორი.

მსპარტეპი:

- ⇒ **თემურ სილაგაძე** – თსსუ ნეირომედიცინის დეპარტამენტის ფსიქიატრიის მიმართულების ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ **ი. სულუხია** – პროფესორი, მ. ასათიანის სახ. სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის კლინიკური განყოფილების მეცნიერული ხელმძღვანელი;

- ⇒ **ლელა წოწორია** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ **თეა თავიდაშვილი** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.