

შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური ავლილობანი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

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 F20

(პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

შიზოფრენია წარმოადგენს ძირითად ფსიქიატრიულ დაავადებას, რომელსაც ახასიათებს აზროვნებისა და აღქმის ძირეული დარღვევები შეუსაბამო ემოციური რეაგირებითა და/ან ემოციური სფეროს გასადავებით. ხშირად პიროვნების ყველაზე პირადული, ინტიმური აზრები, გრძნობები და ქმედებანი სუბიექტის მიერ განიცდება, როგორც სხვებისთვის ცნობილი, გახსნილი და შესაძლოა განუვითარდეს ზემოქმედების ბოღვა. შიზოფრენიული აშლილობისას ჰალუცინაციები ძირითადად სმენითია, რომელიც კომენტარს უკეთებენ ინდივიდის ქცევებსა და აზრებს. დაბნეულობის ფონზე, რომელიც ფსიქოზის ერთ-ერთ 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, გამდიზიანებლობის ელფერით, ზოგჯერ ბოღვითი აზრები შეუსაბამო, 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 აშლილობით, ან შემპარავად, უცნაური, ოდიოზური იდეების და ქცევის დარღვევების თანდათანობითი განვითარებით.

2. დაავადების კრიტერიუმები:

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 ძირითად კლინიკურ სიმპტომებს წამოადგენს:

1. ექო-აზრები, აზრების ჩადება ან წართმევა, აზრების გადაცემა;
2. ზემოქმედების ბოღვა (კონტროლის/გაკონტროლების), იდეატორული, სენსორული და მოტორული ავტომატიზმი, ბოღვით აღქმასთან ერთად;
3. სმენითი ჰალუცინაციები – პაციენტის ქცევის ან აზრების პერსისტენტულად მაკომენტირებელი ხმები, ან ორი/ან მეტი „დიალოგში მყოფი ხმა“; ან სხვა ტიპის ხმები, რომელიც პაციენტს „ესმის“ სხეულის სხვადასხვა ნაწილიდან;

4. სხვადასხვა შინაარსის პერსისტენტული ბოდვითი იდეები, რომელიც ეთნო-კულტურულად სავსებით მიუღებელია (მაგ, რელიგიური, პოლიტიკური ან მსოფლმხედველობრივი შეხედულებები);
5. ნებისმიერი მოდალობის (ინტენსივობის) ჰალუცინაციები, რომელთაც თან ახლავთ ერთეული არასისტემატიზირებული, ჩამოუყალიბებული ბოდვითი იდეები, თვალსაჩინო აფექტური დატვირთვის გარეშე, ან პერსისტენტული ზედირებულოვანი იდეები, რომლებიც ყოველდღიურად აღმოცენდება კვირების ან თვეების მანძილზე;
6. წყვეტილი აზროვნება ან არათანამიმდევრული ასოციაციები, რის შედეგად ვითარდება ინკოჰერენტულობა, არაარსებითი მეტყველება და ნეოლოგიზმები;
7. კატატონიური ქცევა, აგზნება, შეკავება, ცვილისებრი მოქნილობა, ნეგატივიზმი ან სტუპორი.
8. ე.წ. ნეგატიური ანუ დეფიციტური სიმპტომები, როგორცაა: აპათია, მეტყველების რაოდენობრივი და შინაარსობრივი გადარბევა, ემოციური რეაგირების დაჩლუნგება, გასადაგება 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;
9. პიროვნების ქცევის მნიშვნელოვნად მყარი შეცვლა ვლინდება ინტერესების დაქვეითება-შეზღუდვაში, მიზნებისა და სამომავლო გეგმების არარსებობაში, იდეების დეფიციტში, აუტიზაციაში და სოციალურ იზოლაციაში.

შიზოფრენიის დიაგნოზი ისმება, როცა კლინიკურ სურათში მკაფიოდაა გამოხატული თუნდაც ერთი, პირველი ოთხი სიმპტომებიდან, ან შემდეგი ოთხი სიმპტომებიდან ორი მაინც, სულ მცირე ერთი თვის მანძილზე. მდგომარეობა, როცა ეს სიმპტომები (მკურნალობის მიუხედავად) ერთ თვეზე ნაკლები ხნის მანძილზეა წარმოდგენილი, თავდაპირველად უნდა დიაგნოსტიკურად, როგორც მწვავე შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქოზური აშლილობა (F23.2). ამ დიაგნოზის შიზოფრენიად შეცვლა უნდა მოხდეს, თუკი სიმპტომები წარმოდგენილი იქნება მეტი ხნის მანძილზე (სულ მცირე ერთი თვე). ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან მეცხრე წარმოადგენს მხოლოდ მარტივი შიზოფრენიის (F20.6) დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს, რომელიც უნდა იყოს გამოხატული არანაკლებ ერთი წლის მანძილზე.

რეტროსპექტიურად შესაძლებელია პროდრომალური ფაზის გამოყოფა. ამ პერიოდში შეიძლება იყოს ისეთი კლინიკური სიმპტომები, როგორცაა გენერალიზებული შფოთვა, მსუბუქი ხარისხით გამოხატული დეპრესია და ზედირებულოვანი აზრებით მოცვა, ასევე ქცევის დარღვევები, რაც გამოიხატება ინტერესების, სოციალური აქტივობის დაქვეითებით, ინტერპერსონალური ურთიერთობების შეზღუდვით და/ან საკუთარი თავის მოვლის გაუარესებით. აღნიშნული სიმპტომები რამდენიმე კვირით ან ზოგჯერ თვეებითაც კი წინ უძღვის ფსიქოზური სიმპტომების დაწყებას. ვინაიდან რთულია პროდრომული არასპეციფიკური სიმპტომების დაწყების მომენტის დაზუსტებით განსაზღვრა, ერთთვიანი პერიოდი მოიცავს საკუთრივ მწვავე ფაზის სიმპტომებს.

შიზოფრენიის დიაგნოზი არ ისმება, როცა ფსიქოზის აქტიური ფაზის სიმპტომებთან ერთად აღმოცენდება დიდი დეპრესიული, მანიაკალური, ან შერეული ეპიზოდი, ან გუნებ-განწყობის აშლილობის ეპიზოდები, მაგრამ მათი საერთო ხანგრძლივობა გაცილებით ხანმოკლეა აქტიური და რეზიდუალური პერიოდების ხანგრძლივობასთან შედარებით. როდესაც შიზოფრენიის და გუნებ-განწყობის აშლილობის სიმპტომები ერთდროულად ვითარდება შიზოაფექტური აშლილობის (F25.-) დიაგნოზი ისმება. ასევე არ ისმება შიზოფრენიის დიაგნოზი, როცა ადგილი აქვს ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ ფსიქოზურ მდგომარეობას, მაგ. ტვინის ორგანულ დაზიანებას (F06.2), ან აშლილობის განვითარება დაკავშირებულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა საშუალებების) გამოყენებასთან (F10-F19).

შიზოფრენიის მიმდინარეობის თავისებურება განისაზღვრება 5-ნიშნა კოდით:

F20.0 უწყვეტი

F20.1 ეპიზოდური, დეფექტის პროგრედიენტული განვითარებით

F20.2 ეპიზოდური, სტაბილური დეფექტით

F20.3 ეპიზოდური, რეზიდუალური სიმპტომების არარსებობით

F20.4 არასრული რემისიით

F20.5 სრული რემისიით

F20.8 სხვა არასპეციფიური შემთხვევა

F20.9 დაუზუსტებელი მიმდინარეობა, ან სიმპტომების დაწყებიდან ხანმოკლე დროა გასული.

შიზოფრენიის ძირითადი ტიპების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- F-20.0 პარანოიდული** წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:
 - აღილი აქვს თუნდაც ერთ (ან მეტი) ბოღვით აზრებს ან სმენით (ინტენსიური) ჰალუციაციებს;
 - ქვემოთ მოყვანილიდან არც ერთი არ არის წამყვანი: დეზორგანიზებული მეტყველება, უხეშად დეზორგანიზებული ან კატატონიური ქცევა, შეუსაბამო აფექტი ან ემოციური გასადავება.
- F-20.1 დეზორგანიზებული (ანუ ჰებეფრენიული)** წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:
 - ყველა ქვემოთაღნიშნული წამყვანია:
 - დეზორგანიზებული მეტყველება,
 - უხეშად დეზორგანიზებული ქცევა,
 - შეუსაბამო აფექტი ან ემოციური გასადავება.
 - კრიტერიუმები არ შეესაბამება კატატონიურ ტიპს.
- F-20.2 კატატონიური** წამოადგენს შიზოფრენიის ტიპს, რომლის დროსაც:
 - კლინიკურ სურათში დომინირებს სულ ცოტა ორი ნიშანი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:
 - მოტორული შეკავება, კატალექსიური (ცვილისებრი მოქნილობა) ან სტუპოროზული;
 - მოტორული აგზნება (რომელიც არ არის გარემო სტიმულზე პასუხი და აშკარად უმიზნოა);
 - უკიდურესი ნეგატივიზმი (ყველა სახის ინსტრუქციისადმი უმოტივო რეზისტენტობა ან რიგიდულ პოზაში დარჩენა, მიუხედავად მისი ამოძრავების მცდელობისა);
 - სპეციფიკური ნებელობითი მოძრაობები, გამოსატყუელი გარკვეული პოზით (უცნაური არაბუნებრივი პოზის მიღება), სტერეოტიპული მოძრაობებით, თვალსაჩინო მანერულობით ან შესტიკულციით;
 - ექოლალია და ექოპრაქსია.
- F-20.3 არადიფერენცირებული** ტიპის იზოფრენიის დროს გვხვდება A კრიტერიუმის სიმპტომები, რომლებიც არ აკამყოფილებს პარანოიდული, დეზორგანიზებული და კატატონიური ტიპის შესაბამის (A) კრიტერიუმს.

შიზოფრენიის დანარჩენი ტიპების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები არის შემდეგი:

5. F-20.4 პოსტშიზოფრენიული დეპრესიის დიაგნოზი ისმება, თუკი:

- ა) ბოლო 12 თვის მანძილზე სახეზე იყო შიზოფრენიის სიმპტომები, რომელიც აკმაყოფილებდა შიზოფრენიის ძირითად კრიტერიუმებს (იხ. შიზოფრენიის ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები), მაგრამ არა ამჟამად;
- ბ) კვლავ სახეზეა ზოგიერთი შიზოფრენიული სიმპტომი;
- გ) 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. F-20.5 რეზიდუალური შიზოფრენიის დიაგნოზი ისმება, თუკი:

- A. წარსულში, გარკვეული დროის მანძილზე 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 გადარიბება;
 - 5) ცუდი არავერბალური კომუნიკაცია სახის გახევებული გამომეტყველების, მზერითი კონტაქტის სიმცირის, ვოკალური გამოხატვის უნარის ნაკლებობის ან შესტიკულაციისა და გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბის გამო;
 - 6) სოციალური ქცევის, თავის მოვლისა და ჰიგიენის დაცვის გაუარესება.

7. F-20.6 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 გადარიბება, აქტიურობის დონის დაქვეითება, ემოციური გასადავება, პასიურობა, ინიციატივის და არავერბალური კომუნიკაციის დაქვეითება (სახის გამომეტყველების გახევება, მზერითი კონტაქტის, ვოკალური გამოხატვის უნარის, შესტიკულაციისა და გამომსახველობით მოძრაობების გადარიბება);
 - 3) სოციალური, აკადემიური და პროფესიული ფუნქციონირების თვალსაჩინო გაუარესება.

3. სიმპტომები და ნიშნები (იხ. ზემოთ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები)

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

მკურნალობის მიზნებია:

1. ფიზიკური დაზიანების პრევენცია;
 2. დეზორგანიზებული ქცევის მართვა;
 3. ფსიქოზური სიმპტომების სიმძიმის (ხარისხის) შემცირება (მაგ, აუტიცადის, 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;
1. ამ ფაზის მკურნალობის შემდგომ, პაციენტის შესაბამის რეაბილიტაციურ სამსახურებთან დაკავშირება.

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

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).

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. პარკუჭების გაფართოება, ქერქის მოცულობის შემცირება).

შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა ფიზიკური და ლაბორატორიული შეფასების სქემა

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		
ღიაბეტი	ღიაბეტის რისკ-ფაქტორების სკრინინგი; სისხლში გლუკოზის დონე, უზმოზე	უზმოზე სისხლში გლუკოზის ან ჰემოგლობინ 1-ის დონე ახალი მკურნალობის დაწყებიდან სულ ცოტა 4 თვეში და შემდგომში ყოველწლიურად.
ჰიპერლიპიდემია	ლიპიდების დონე	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	
ჰიპერპროლაქტინემია	ჰიპერპროლაქტინემიის სიმპტომებისათვის სკრინინგი	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) გამომანგარიშება 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 ნათესავეებში, 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.

5. მკურნალობა

ა) I და ბ) II ალტერნატივა იხ. ცხრილი 3.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება მწვავე ფაზაში

ანტიფსიქოზური მედიკამენტური მკურნალობის დროულად დაწყება: ზოგჯერ უმჯობესია მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების გადავადება, სანამ მოხდება პაციენტის მდგომარეობის ყოველმხრივი დიაგნოსტიკური შეფასება.

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. უმჯობესია 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

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

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

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

*- 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 ანტიჰიპერტენზიულ ეფექტს; ზრდის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დონეს სისხლში.

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ძირითადი გვერდითი ეფექტები (ა)

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	+	+	++
ქვეტიპინი (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, კრუნხვებს, მიოკარდიტებს.

გ. გამონაკლისის სახით შესაძლოა გამოიწვიოს აკათიზია.

დ. არსებობს კატარაქტის განვითარების საშიშროება.

ე. შეიძლება გამოიწვიოს ღებინება და თავის ტკივილი.

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

გ) განსაკუთრებული შემთხვევა

ღამატებითი მედიკამენტების გამოყენება მწვავე ფაზაში

გარდა ანტიფსიქოზურისა სხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენება:

- კომორბიდული მდგომარეობების (მაგ. მიიმე დეპრესიის, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის),
- ფსიქოზთან დაკავშირებული სიმპტომების (როგორცაა: აუიტაციის, 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 აუიტაციის 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

	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 ბენზოდიазეპინი (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

ელექტროკონვულსიური 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 ლორაზეპამით 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.

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:

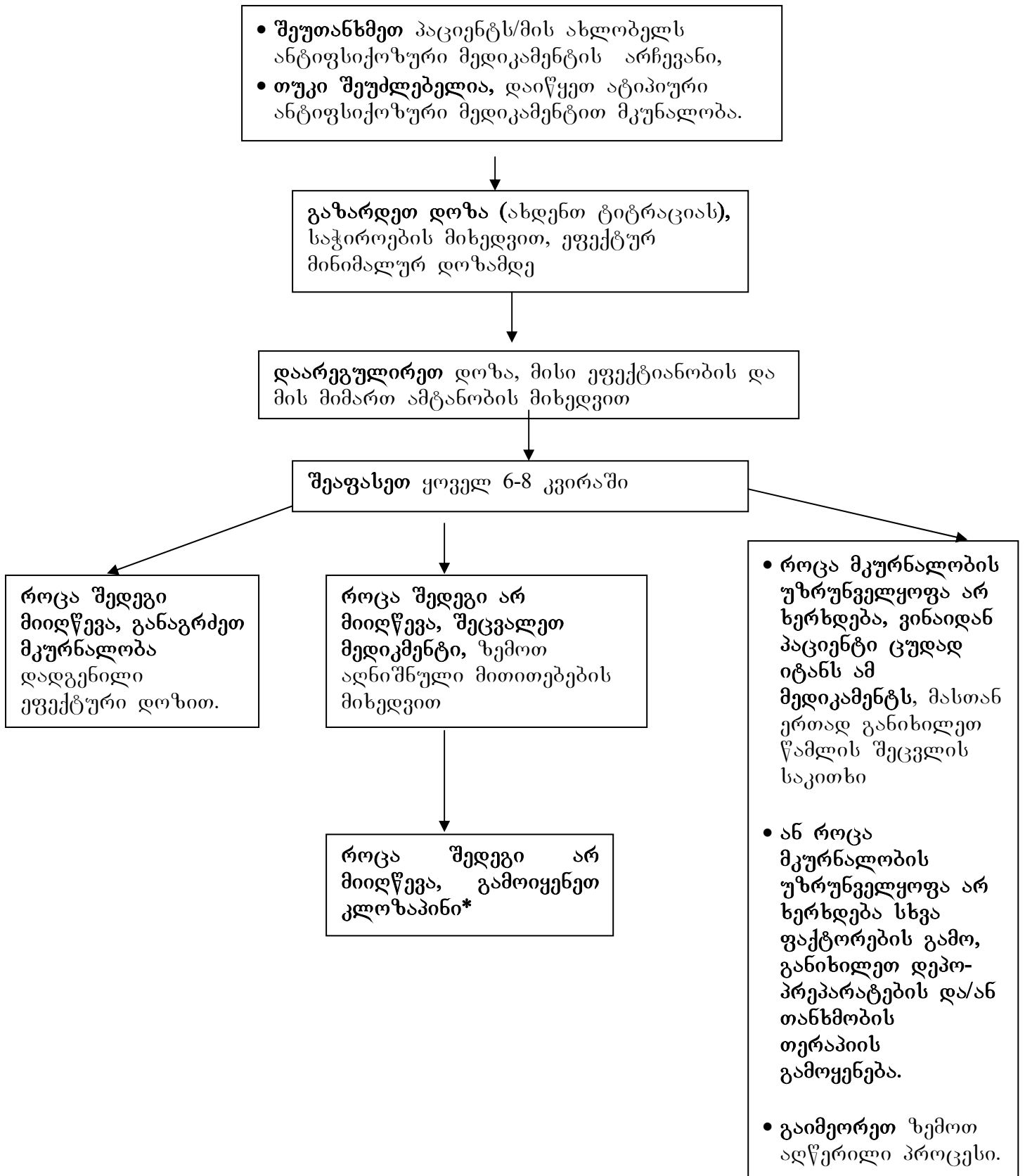
- სქესი – მამაკაცი;
- ცნს-ს პრე- ან პერინატალური დაზიანება;
- ინტენსიურად გამოხატული ჰალუცინაციები და ბოდვა;
- ყურადღების გაუარესება, დაქვეითება;
- პაციენტის ფუნქციონირების დაბალი დონე პრემორბიდში;
- არანამკურნალვეი ფსიქოზის ხანგრძლივობა;
- ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების განვითარება;
- პაციენტისათვის 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



*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

სტაბილიზაციის ფაზა

სტაბილიზაციის ფაზა

მკურნალობის მიზნებია:

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

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:

(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 ყოველთვიურად ნელ-ნელა დოზის 10 %-ით შემცირებით უნდა მოხდეს.

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

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

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება სტაბილურ ფაზაში

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 პარკინსონიზმის თუ არანამკურნალევი დეპრესიის გამოვლინებას და დაენიშნოს შესაბამისი მკურნალობა.

დამატებითი მედიკამენტების გამოყენება სტაბილურ ფაზაში

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

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.

დეფიციტური სიმპტომების მკურნალობა

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

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

- ფსიქოზურ სიმპტომებს – ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით;
- დეპრესიას – ანტიდეპრესიული მედიკამენტებით;
- შფოთვის – 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.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

ფსიქოსოციალური მკურნალობა სტაბილურ ფაზაში

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

მნიშვნელოვან მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ეფექტიან ფსიქოსოციალურ მკურნალობაში (ანუ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, რომელიც ხორციელდება დღის მოვლის სამსახურში, ავტ. შენიშვნა) შედის:

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

იხ. განმარტებები ქვემოთ

განმარტებები:

- 1. თემზე დაფუძნებული მკურნალობის პროგრამა** 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** 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 კლინიციისტებთან ერთად მკურნალობის დაგეგმვაში, მიზნების დასახვასა და მომსახურების უზრუნველყოფაში. ეს პროგრამა არის მკაცრად სტრუქტურირებული და გრძელდება 9 თვიდან 2-3 წლამდე;
- 3. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია:** დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში კბთ ფართოდ გამოიყენება შიზოფრენიით (და სხვა ფსიქოზური აშლილობებით) დაავადებული პაციენტების მკურნალობაში. კბთ ინდივიდუალური თერაპიაა, რომლის მიზანი არ არის თეპრაპევიტის 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: ბოღვითი 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 ტრენირება და მისი შემდგომი სუპერვიზია;
- 4. სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი:** 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 გამოხატვას და უფლებების დაცვას, ასევე, სამუშაოზე მისაღებად ინტერვიუს სწორად წარმართვას.

SANS
(„მინუს-სიმპტომიკის“ შეფასების სკალა)

I აფექტური გასაღავება და გაღარიბება		
<p>აფექტური გასაღავება და სიჩლუნგე 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 შეუცვლიათ 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 გაღარიბებას, როგორც ეს გვხვდება შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში (ა - ნიშნავს არარსებობას, ლოგოს – აზრს). აზროვნების პროცესი ცარიელია, მოუწესრიგებელი ან შენელებული. ალოგია პირველ რიგში გამოიხატება ღარიბ, ცარიელ მეტყველებაში (მეტყველების სიღარიბე), ან ჩვეულებრივი სიტყვების, მაგრამ ცარიელ მეტყველებაში (საუბრის გაღარიბება) და/ან პასუხის ლატენტური დროის გაზრდაში.</p>		
10.	<p>საუბრის გაღარიბება მეტყველების რაოდენობრივი გაღარიბება, რასაც ამავედროულად თან ახლავს ფორმალური დიალოგის ჩენარჩუნების უუნარობა, ან/და უინტერესობა მაგ. ერთსიყვანიანი პასუხები, ან კითხვების უპასუხოდ დატოვება</p>	<p>0= გაღარიბება არ გვაქვს პასუხთა არსობრივი და შესაბამისი რაოდენობა შეიცავენ დამატებით ინფორმაციას 1= გაღარიბება საკამათოა 2= მსუბუქი გაღარიბება 3= საუბრის ზომიერი გაღარიბება; ზოგიერთი პასუხი შეიცავს დამატებით გამოსადეგ ინფორმაციას, ბევრი პასუხი ერთმარცვლიანია და ძალიან მოკლე (მაგ. ხო; არა; ალბათ; ბოლო კვირას და ა. შ.) 4= გამოხატული გაღარიბება, პასუხები იშვიათად არის რამდენიმე სიტყვაზე გრძელი 5= მძიმე გაღარიბება, პაციენტი ძალიან ცოტას ამბობს და ხშირად არ პასუხობს</p>
11.	<p>მეტყველების შინაარსობრივი გაღარიბება საუბარი შეიძლება რაოდენობრივად ადექვატური იყოს, მაგრამ უშინაარსო ან უმნიშვნელო შინაარსი აქვს, ფორმალური დიალოგის უნარი შენარჩუნებულია, თუმცა შინაარსობრივად გაღარიბებულია.</p>	<p>0= გაღარიბება არ არის 1= გაღარიბება საკამათოა 2= მსუბუქი გაღარიბება, 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 აბულია-აპათია</p>		
<p>აბულია 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 ანერგია 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 აბულიასა 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= გამოხატულია მცირედი პათოლოგია 3= პათოლოგიური გამოხატულება შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოხატულება თითოეული დამკვირვებლისათვის შესამჩნევია 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვის 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 გამოხატვა უმნიშვნელოა 3= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია თითოეული დამკვირვებლისათვის 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვის დონე
22.	სექსუალური ინტერესები ფასდება პაციენტის ინტერესი და მზაობა სექსუალური კონტაქტების მიმართ.	0= ნორმალური 1= პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა 2= პათოლოგიური გამოხატვა უმნიშვნელოა 3= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია 4= პათოლოგიური გამოხატვა შესამჩნევია თითოეული დამკვირვებლისათვის 5= მნიშვნელოვანი გამოხატვის 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, დაიმახსოვროს 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 უენიშნავს 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>

ბოღვა

8) პერსეკუტორული ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია რომ მას დევნიან ან მის წინააღმდეგ შეთქმულება მზადდება.	0, 1, 2, 3, 4, 5
9) ღაზვიანობის ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია რომ მეუღლე მას დალატობს მეუღლე.	0, 1, 2, 3, 4, 5
10) ცოდვიანობის და თვითდანაშაულის ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მას დიდი ცოდვა აქვს ან რაიმე დანაშაული მიუძღვის.	0, 1, 2, 3, 4, 5
11) განდიდების ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ ის ფლობს დიდ ძალას, განსაკუთრებულ უნარს, ტალანტს და სიმდიდრეს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
12) რელიგიური ბოღვა. პაციენტი მოცულია რელიგიის არსის შესახებ მცდარი იდეებით.	0, 1, 2, 3, 4, 5
13) სომატური ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მისი სხეული შეცვლილია ან დაავადებული.	0, 1, 2, 3, 4, 5
14) დამოკუდებულების ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია, რომ უმნიშვნელო შენიშვნა ან რაიმე მოვლენა კავშირშია მასთან და განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
15) ზემოქმედების (კონტროლის) ბოღვა. პაციენტი დარწმუნებულია რაღაც გარეშე ძალა მის ემოციებს და მოქმედებებს აკონტროლებს.	0, 1, 2, 3, 4, 5
16) გახსნილობის ბოღვა. პაციენტი გრძობს, 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) ბოღვითი იდეების გლობალური შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს ბოღვის ინტენსიობის და მდგრადობის შეფასებას, და მათ გავლენას 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 საღებავი 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.

ქრონიკული ბოღვიითი აშლილობანი F22.0 (პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

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

2. კრიტერიუმები

ქრონიკული ბოღვიითი აშლილობების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- A. არაექსცენტრიული შინაარსის ბოღვა (ამაში შედის რეალური ცხოვრებისეული სიტუაციები, აგრეთვე დევნის, მოწამვლის, ეროტომანიული ანუ სიყვარულის, დაზოიანობის, იპოქონდრიული ბოღვა), რომლის ხანგრძლივობა სულ ცოტა, 1 თვეა;
- B. არასოდეს აღინიშნება შიზოფრენიის კრიტერიუმი. **შენიშვნა:** შესაძლოა ენოვის (ოლფაქტორული) ან ტაქტილური ჰალუცინაციების არსებობა, თუკი ისინი დაკავშირებული არიან ბოღვის თემატიკასთან;
- C. თუ ეს არ შეეხება ბოღვის თემატიკას, პაციენტის ფუნქციონირება მნიშვნელოვანად არ ირღვევა და მისი ქცევა თვალსაჩინოდ ოდიოზური ან ექსცენტრიული არ არის;
- D. თუ ბოღვასთან ერთდროულად გუნებ-განწყობის დარღვევის ეპიზოდი აღმოცენდა, იგი უფრო ხანმოკლეა, ვიდრე ბოღვის პერიოდის ხანგრძლივობა;
- E. აშლილობის განვითარება არ არის დაკავშირებული ფსიქოპათიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.

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

ეროტომანიული ტიპი: ბოღვა, რომ ვიდაცის, ძირითადად მასზე მაღალი სტატუსის პიროვნების სიყვარულის ობიექტია;

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

დაზოიანობის ტიპი: ბოღვა, რომ მისი სექსუალური პარტნიორი დალატობს;

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

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

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

დაუზუსტებელი ტიპი.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ქრონიკული ბოღვითი აშლილობების ეს ჯგუფი ხასიათდება ხანგრძლივად არსებული მყარი ბოღვით, რომლის კლინიკური ნიშნების კლასიფიკაცია არ ხერხდება ორგანულ, შიზოფრენიულ ან გუნებ-განწყობის აშლილობების ჯგუფში. 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. ძირითადად, ეს აშლილობა 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.

ქრონიკული ბოღვითი აშლილობების დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

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 ანტიკონვულსანტების (კარბამაზეპინი* და ვალპროატის*) გამოყენება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტს აქვს გუნებ-განწყობის აშლილობის სიმპტომები ან გუნებ-განწყობის აშლილობის ოჯახური ისტორია.

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 **გამოსატული დისფუნქციური ქცევა** ოჯახში და სამსახურში, რაც ბოღვის შინაარსთან არის დაკავშირებული. ამ დროს **სოციალური და სამსახურეობრივი ურთიერთობების სტაბილიზაციისათვის** საჭიროა პროფესიული ჩარევა.

* - საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატი

შიზოტიპური აშლილობა F21

(პროტოკოლი)

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. „მეექვსე გრძობის“ არსებობა, ზოგჯერ დამოკიდებულების აზრები, ილუზიები, იშვითად დერეალიზაციის ეპიზოდები.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

შიზოტიპური აშლილობის დროს შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომები, თუმცა ყველა მათგანი არ არის ამ აშლილობისთვის ტიპური. ეს სიმპტომებია:

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 (ოდითური) მყარი შეხედულებები ან რწმენა, რომელიც გაველენას ახდენს პიროვნების ქცევაზე და არ შეესაბამება ეთნოკულტურულ ნორმებს;
5. იტყენულობა 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-სკრუპულოზური, 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.

3. სიმპტომები და ნიშნები

შიზოტიპური აშლილობა ხასიათდება ექსცენტრიული ქცევით, აზროვნებისა და ემოციურ სფეროებში დარღვევებით (რომელიც მსგავსია შიზოფრენიულსა), კერძოდ: ემოციური ინდიფერენტულობა ან არაადექვატურობა, ანჭედონია, 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, როგორც პიროვნული

აშლილობების დროს. აღნიშნულის დასტურია ის ფაქტიც, რომ DSM-IV-TR კლასიფიკაციაში ეს აშლილობა შეტანილია შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის სახელით, პიროვნული აშლილობების ჯგუფში (A cluster).

შიზოტიპური აშლილობის დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

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

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

1. ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს, როცა პაციენტს აღნიშნება 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);

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

შიზოფრენიის აშლილობა F25

(პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

სახელწოდების შესაბამისად, შიზოფრენიის 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. შიზოფრენიის აშლილობის შეტევები ხასიათდება სიმწვავეთ, ცვალებადობით და დიდი პოლიმორფიზმით. ამასთან, კლინიკურ სურათში ყოველთვის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს აფექტურ დარღვევებს.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

შიზოფრენიის 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 ირგვლივმყოფები) 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(ები) 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.

4. სიმპტომები და ნიშნები

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 იზოლირება 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 პერსონისტიულ (მყარ) ბოღვით აშლილობასთან, შესაბამის კატეგორიაში, ანუ „შიზოფრენია და შიზოტიპური აშლილობა“-ში კლასიფიცირდება.

ასევე, გუნებ-განწყობის არაკონგრუენტული ბოღვა(ები) ან ჰალუცინაციები, თავისთავად, არ გულისხმობს შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოსს. 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.

შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

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, თირეოიდული 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 კორექციებისათვის (იხ. შიზოფრენიის მკურნალობა)

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

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

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობა
აშლილობანი F23
(პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

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

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

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 კატატონური 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.

დასაზუსტებელია, თუკი დაწყება:

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

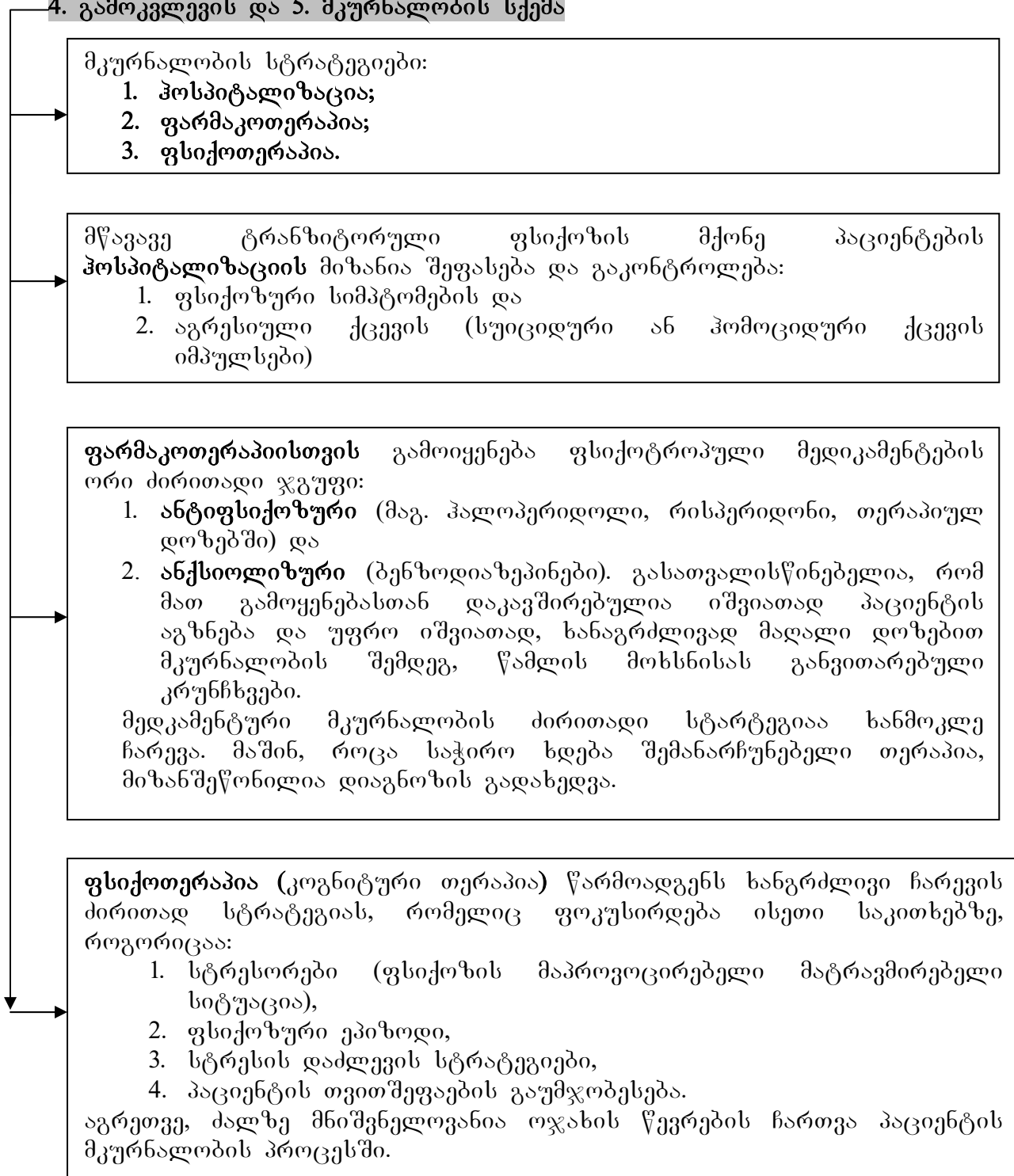
3. სიმპტომები და ნიშნები

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის დროს ადგილი აქვს ისეთი მწვავე ფსიქოზური სიმპტომების უცრად დაწყებასა და განვითარებას, როგორცაა ბოდვა(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.

მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა



შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა F20.8 (პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

შიზოფრენიისმაგვარი (schizofreniform) აშლილობის 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. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, 3. სიმპტომები და ნიშნები

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 ფუნქციონირების მაღალი პრემორბიდული ხარისხი;
- 4) გუნებ-განწყობის დაჩლუნგების ან გასადავების არარსებობა.

შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

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

ინდუსტრიული ფსიქოზური აშლილობა F24 (პროტოკოლი)

1. დეფინიცია

ინდუსტრიული 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 ინდუსტრიულია. ამ აშლილობის შემთხვევების 95% ერთი ოჯახის ორ წევრს მოიცავს, როცა ერთ-ერთი მათგანი დომინანტურია და ავადაა 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.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ინდუსტრიული ფსიქოზური აშლილობის კრიტერიუმებია:

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

3. სიმპტომები და ნიშნები

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, ინდუსტრიული ფსიქოზური აშლილობა რედუცირდება, როგორც კი ე.წ. მიმღები პირი განცალკევდება დომინანტური გენუინური ფსიქოზური აშლილობის მქონე პირისგან.

ინდუსტრიული აშლილობის დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება (4) და მკურნალობა (5) ხდება მწვავე და ქვემწვავე მდგომარეობების მიხედვით

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

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) ბოღვითი აზრები რედუცირდება ანტიფსიქოზური მედიკამენტური ჩარევის გარეშე.

**სსკვა არაკორბანული ფსიქოზური აშლილობა F28 და
დაუზუსტებელი (არასპეციფიკური) არაკორბანული
ფსიქოზი F29
(პროტოკოლი)**

1. დეფინიცია

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 მიზეზი 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 მშობიარობის შემდგომი 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, მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი წარმოადგენს გუნებ-განწყობის აშლილობის ეპიზოდს.

2. 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 აკამყოფილებს რომელიმე ფსიქოზური აშლილობის კრიტერიუმებს.

მაგალითებია:

1. **მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი**, რომელიც არ შეესაბამება გუნებ-განწყობის აშლილობას ფსიქოზური სიმპტომებით, ხანმოკლე ფსიქოზურ აშლილობას და არ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან;
2. **ფსიქოზი**, რომელიც გრძელდება 1 თვეზე ნაკლებ ხანს, მაგრამ ჯერ გაუმჯობესებას ადგილი 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 კლინიცისტისთვის ნათელია, რომ **სახეზეა ფსიქოზი, მაგრამ ვერ განსაზღვრავს ეს პირველადია, თუ დაკავშირებულია ფსიქოპათიური ნივთიერებების (ან სხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების) გამოყენებასთან ან/და ზოგადსამედიცინო პრობლემით გამოწვეულ მდგომარეობასთან.**

3. სიმპტომები და ნიშნები

სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობის და დაუზუსტებელი (არასპეციფიკური) არაორგანული 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 არაორგანულ ფსიქოზურ აშლილობებში აერთიანებენ (მაგ. ქრონიკული ჰალუცინაციური ფსიქოზი). გარდა აღნიშნულისა, მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის კლინიკურ სურათში წამყვანი ბოდვითი აზრები გულისხმობს საკუთარი თავის ან ახალშობილის დაზიანების იდეებს.

4. გამოკვლევის და 5. მკურნალობის სქემა

ეფექტიანი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგის გათვალისწინება:

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

ჩვეულებრივ, მკურნალობა სიმპტომატურია.

მაგ. მშობიარობის შემდგომი 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.

ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
“შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობანი”

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

• **ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს:**

1. მულტიპროფესიულ მიდგომას – მკურნალობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი;
2. ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა საერთაშორისოდ აპრობირებული ფსიქოტროპული საშუალებებით და მტკიცებულებითი მედიცინის შესაბამისი პატერნებით;
3. დიაგნოსტიკების და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის პროცესში ზოგადი პროფილის სპეციალისტების ჩართვას – ნევროპათოლოგი, თერაპევტი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვ;
4. პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევას თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ კლინიკურ ლაბორატორიებში – ღვიძლის, რენალური და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების განსაზღვრა, სისხლში ელექტროლიტების და სამკურნალო პრეპარატების კონცენტრაციის განსაზღვრა, ელექტროენცეფალოგრაფია და ელექტროკარდიოგრაფია, MRI-ტომოგრაფია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი და სხვა;
5. გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ფსოქოსოციალურ ინტერვენციაზე;
6. ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული განთავსებული უნდა იყოს რეგიონული/კომუნალური/ პრინციპით;
7. თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის სასწავლო პროგრამების შედგენას და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენირებას.