

ფსიქიკური პათოლოგიის სიმპტომები და ნიშნები

ჩვენი მიზანია, გაგაცნოთ:

- ფსიქიკურ დაავადებათა ძირითადი სიმპტომები და ნიშნები
- როგორ შევკრიბოთ სრულყოფილი ფსიქიატრიული ანამნეზი
- როგორ უნდა მოხდეს ფსიქიკური სტატუსის შეფასება (გასინჯვა)
- ანამნეზური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე როგორ გავაკეთოთ დასკვნა და ჩამოვაცალიბოთ სავარაუდო დიაგნოზები.

გამოყოფენ ფსიქიატრიული შეფასების შემდეგ მეთოდებს:

1. ფსიქიატრიული ანამნეზი
 2. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება
 3. ფიზიკალური გასინჯვა
 4. შესაფერისი სამედიცინო, სოციალური და ფსიქოლოგიური გამოკვლევები
- შეფასების ამ მეთოდების საფუძველზე მიღებული ინფორმაცია საშუალებას იძლევა ჩამოვაცალიბდეს რამოდენიმე სავარაუდო დიაგნოზი (ჰიპოთეზა), რის მიხედვითაც შემდგომ შემუშავდება მდგომარეობის მართვის გეგმა. ასეთი შეფასება ჰოლისტიკურია და აერთიანებს ფიზიკურ, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ კომპონენტებს. შესაბამისად, ფსიქიკური დაავადების მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ფიზიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების მართვის ელემენტებს.
 - რაც შეეხება ფიზიკურ მკურნალობას, ეს მოიცავს მედიკამენტებს, როგორცაა ანტიდეპრესიული და ანტიფსიქოზური საშუალებები, ელექტროკონვულსიური თერაპია და ძალიან იშვიათად ფსიქოქირურგია.
 - სოციალური მკურნალობა გულისხმობს პაციენტის მოთავსებას სპეციალურ სარეაბილიტაციო პირობებში, დღის ჰოსპიტალსა და ცენტრებში. ოჯახის მონაწილეობის უზრუნველყოფას, მათი ინფორმირების და ნათესავებთან დისკუსიის გზით, რჩევა-დარიგებას სოციალურ-საკანონმდებლო საკითხების შესახებ.
 - ფსიქოლოგიური მკურნალობა გულისხმობს ინდივიდუალურ და ჯგუფურ ფსიქოთერაპიას, ოჯახურ ფსიქოთერაპიას. ინდივიდუალურ ფსიქოთერაპიას ზოგჯერ ინტერპერსონალურ თერაპიას უწოდებენ. არსებობს მისი სხვადასხვა ფორმები, მაგ. ფსიქოანალიზი და შემეცნებითი თერაპია.
 - მკურნალობის გეგმის შემუშავება, მხოლოდ დიაგნოზის დადგენის შემდეგ არის შესაძლებელი. ამისათვის კი ექიმმა სწორად უნდა გამოიცნოს და შეაფასოს ფსიქიკური დაავადების სიმპტომების და ნიშნები. ასეთი სიმპტომებისა და ნიშნების ერთობლიობა მოიხსენიება, როგორც **ფსიქოპათოლოგია**.

ფსიქოპათოლოგია

თავისი ცხოვრების მანძილზე ადამიანს უამრავი ემოციის გადატანა უხდება. თუ, ეს ემოციები ან აზრები ზედმეტად მძიმე ხასიათს იღებს, პერსისტული ან დომინანტური ხდება, ეს უკვე პათოლოგიაა. მაგ. არასასიამოვნო მოვლენით გამოწვეული დარდი ნორმალური რეაქციაა, მაგრამ თუკი ეს იმდენად ძლიერი და პერსისტული ხდება, რომ მთლიანად დომინირებს პიროვნების ცხოვრების ყველა სფეროზე (იწვევს ძილის და მადის დარღვევას, ბადებს სუიციდურ ფიქრებს). მდგომარეობა ნორმის ფარგლებს სცილდება და ფასდება, როგორც კონკრეტული ნოზოლოგიური კატეგორია-მაგ. დეპრესია.

ხასიათის პათოლოგია

ემოცია, თავისთავად წამიერია, მაგრამ ემოციური ფონი შედარებით მდგრადია და რამოდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში შეიძლება შენარჩუნდეს. ამას ხასიათს ან აფექტს უწოდებენ. პათოლოგიური ხასიათის მდგომარეობას აფექტური მოშლილობა ეწოდება.

ზედმეტად მძიმე და პერსისტულ დარდსა და მწუხარებას დეპრესიას უწოდებენ. დეპრესიულ ადამიანებს უარყოფითი შეხედულება აქვთ საკუთარ თავზე, სამყაროზე, მომავალზე. მათი აზრით არაფრის გაკეთებას არა აქვს აზრი. ეს ადამიანები ახდენენ საკუთარი ღირსების მინიმალიზაციას. მათი რეაქციები დაქვეითებულია და შესაძლოა თავადაც თვლიდნენ, რომ ნელა აზროვნებენ. ადამიანი, რომელიც მათ აკვირდება მართლაც იფიქრებს, რომ დეპრესიული პაციენტების მოქმედება შენელებულია. მაგ. ისინი შესაძლოა საათობით უმოძრაოდ ისხდნენ სკამებზე ან იწვნენ საწოლში. ამ დროს იცვლება ძილის, კვების, სქესობრივი აქტივობის და ნაწლავების მოქმედების ხასიათი.

დეპრესიის ე.წ. ბიოლოგიურ ნიშნებს მიეკუთვნება:

- ცუდი ძილი, საწყისი ინსომნიით (პაციენტს უჭირს ჩაძინება), მას ხშირად და დილით ძალიან ადრე ეღვიძება და ვეღარ იძინებს.
- ცუდი მადა (ჭამს იშვიათად, მცირე რაოდენობით საკვებს)—დეპრესიული პაციენტები აღნიშნავენ, რომ საკვები უგემურია და რომ სრულებით არ შიათ. მათ შესაძლოა შეწყვიტონ სითხის მიღებაც.
- წონაში დაკლება—შესაძლებელია შიმშილით სიკვდილიც კი.
- ლიბიდოს დაქვეითება
- შეკრულობა
- დღის განმავლობაში ხასიათის ცვალებადობა (დილით განსაკუთრებით ცუდი ხასიათი)

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეპრესია ამ ნიშნების სხვადასხვაგვარი კომბინაციით ხასიათდება. რაც შეეხება მძიმე ფორმას, დამატებით შესაძლოა გამოვლინდეს ფსიქოზური ნიშნები, როგორცაა სმენითი ჰალუცინაციები და ბოდვები.

ფსიქოზური ნიშნები შესაბამისობაშია დეპრესიულ ხასიათთან. მაგ. თუ პაციენტი საკუთარ თავს უმაქნისად თვლის, სმენითი ჰალუცინაციები კიდევ უფრო აძლიერებენ ამ განწყობას. ხმა, რომელიც პაციენტს ესმის, უდასტურებს მას, რომ უმაქნისია და ბოროტების განსახიერებაა. ბოდვის შინაარსიც, ასევე დეპრესიული ხასიათის შესაფერისია. მაგ. პაციენტი თვლის, რომ ჩაიდინა საშინელი დანაშაული და ამისათვის უნდა დაისაჯოს. ხშირია ავადმყოფობის (ჰიპოქონდრიალური), დევნის და სიღარიბის ბოდვები. ბოდვის (მანიის) განსაკუთრებით მძიმე ფორმა ნიჰილისტური ბოდვა, მაგ. პაციენტი ფიქრობს, რომ მუცელში არა აქვს ნაწლავები, თავში ტვინი და ა.შ. ასეთი ფსიქოზური სიმპტომები დეპრესიის დროს იშვიათია. დეპრესიის მსუბუქი ფორმა აღნიშნება მოსახლეობის 10-18%-ს.

დეპრესიის საპირისპირო მდგომარეობაა მანია. მანიაკალური აფექტი ხასიათდება გადაჭარბებული ბედნიერების შეგრძნებით (აღტაცებით ან ეიფორიით). თუ დეპრესიის დროს აზროვნება და მოქმედება ხშირად შენელებულია, მანიის შემთხვევაში სახეზეა ჰიპერაქტივობა. პაციენტს ეუფლება უდიდესი კეთილდღეობის შეგრძნება. იგი თვლის, რომ უძლეველი ან ძალიან მდიდარია. დეპრესიისაგან განსხვავებით, როდესაც პაციენტს უმაქნისობის შეგრძნება იპყრობს, მანიის შემთხვევაში პიროვნება თვლის, რომ აქვს განსაკუთრებული ძალა და ტალანტი. მას შესაძლოა ჰქონდეს განდიდების მანია, რომ თითქოს შეუძლია გადაარჩინოს სამყარო. პაციენტები მანიით, არ გრძნობენ ძილის და

დასვენების საჭიროებას და შეუძლიათ იმუშაონ მთელი დამე. ისინი იღებენ იმაზე მეტ საკვებს, ვიდრე საჭიროა, საშინელი დატვირთვით ვარჯიშობენ და აღენიშნებათ სქესობრივი დაუოკებლობა. ვინაიდან ეს ადამიანები თავს კარგად გრძნობენ, ისინი ვერ აცნობიერებენ თავიანთი მდგომარეობის პათოლოგიურობას. მანიის შედარებით მსუბუქი (მცირე) ფორმაა ჰიპომანია, რომელიც უფრო ხშირია.

მანიას შესაძლოა თან ახლდეს ზედმეტად აგზნებული მდგომარეობა, ასეთი პაციენტი სახიფათოც კია.

ზოგიერთი ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების დროს ადგილი აქვს აფექტის შეზღუდვას (გასადავებას). დაავადებული პიროვნება აღწერს, რომ მასში არავითარ ემოციას არ აღძრავს მხიარულება (გართობა) ან მწუხარება.

აზროვნების პათოლოგია

ფსიქიატრები აზროვნებას მისი ფორმის და შინაარსის თვალსაზრისით შეისწავლიან. აზროვნების ფორმის დარღვევა აღიქმება, როგორც აზროვნების მიმდინარეობის მოშლა. პათოლოგია შესაძლოა გამოვლინდეს აზროვნების ნაკადის შეწყვეტით (მაგ. აზროვნების ბლოკირება), აზროვნების პროცესის შენელებით (მაგ. ფსიქომოტორული რეტარდაცია დეპრესიისას), „მრბოლავი“ აზროვნებით (მფრინავი იდეები), აზროვნების ლოგიკური მიმდინარეობის სრული დარღვევით (აზრებს შორის ასოციაციის სრული დარღვევა).

აზროვნების ბლოკირება დამახასიათებელია შიზოფრენიისათვის. ეს საკმაოდ სტრესულია პაციენტისათვის, რადგან რთულია იმის აღქმა, რომ აზრი უეცრად იკარგება.

აზროვნების პათოლოგიის შემთხვევაში პაციენტი სიტყვებს არასწორად იყენებს ან ცვლის (ამ ახალი სიტყვების შექმნას ნეოლოგიზმი ეწოდება). გარდა იმისა, რომ შესაძლოა პათოლოგიურად შეიცვალოს აზროვნების ფორმა, პათოლოგია შეიძლება შეეხოს აზროვნების შინაარსს. ყველა ადამიანი, რაღაც საკითხის თაობაზე დროდადროდ წუხს, როდესაც ეს დომინანტური გახდება, ამას პრეოკუპაცია შეიძლება ვუწოდოთ. მაგ. პაციენტები ზომიერად გამოხატული დეპრესიით შესაძლოა ზედმეტად იყვნენ დაკავებულნი წუხილით იმაზე, რომ ცუდი ბავშვობა ჰქონდათ ან წარსულ შეცდომებზე დარდობენ. როდესაც გონებაში არაკეთილსასურველი ან აბსურდული აზრები აღმოცენდება და პიროვნება, აცნობიერებს მის აბსურდულობას და განიცდის, ამას აკვიატებულ აზრებს უწოდებენ და ეს ობსესურ-კომპულსიური დარღვევის მაჩვენებელია.

ზოგჯერ ადამიანებს საიდუმლოებებით მოცულ თემებზე, მაგ. ამოუცნობი მფრინავი ობიექტი, სისტემატიზირებული იდეები უჩნდებათ. ეს აზრები გარკვეულწილად დომინირებს მათ ცხოვრებაზე. თუმცა ყოველივე ეს მათი კულტურული მრწამსის ფარგლებში ექცევა და არ არის მაინც და მაინც მყარად განმტკიცებული (მაგ. გარკვეული არგუმენტების წამოყენებისას, პიროვნება შეიძლება დაეჭვდეს თავისი აზრის სისწორეში, მაგრამ მაინც უჭირს მათი დათმობა), ამას ზედმეტად-ღირებულ იდეებს უწოდებენ.

შესაძლოა, წარმოდგენილი იყოს პათოლოგიური იდეების სრულყოფილი სპექტრი, დაწყებული აზროვნების ნორმალური ფორმიდან, დამთავრებული პათოლოგიურით, მაგ. პრეოკუპაცია, შემდეგ აკვიატებული აზრები და ზედმეტად ღირებული იდეები და ბოლოს ბოდვები.

როდესაც პიროვნებას იპყრობს აბსურდული ან მცდარი რწმენა, რომელიც სცილდება კულტურულად მიღებულ ნორმებს (მაგ. რწმენა, რომ ღმერთი ტუალეტის ცისტერნაში ცხოვრობს) და ეს რწმენა მის მიერ მყარად არის განმტკიცებული, ამას ეწოდება ბოდვა.

ბოდვა შესაძლოა აღმოცენდეს პირველადად-დე ნოვო, მაგ. გამომწვევის (გამლიზიანებლის) გარეშე (ამას ზოგჯერ აუტოქტონურ ბოდვებს (autochthonous delusions)

უწოდებენ) ან იყოს მეორადი, ანუ რაიმე პათოლოგიური გამოცდილების (ჰალუცინაციები ან პათოლოგიური აფექტი) შედეგი. მაგ. ვიღაც შეიძლება ფიქრობდეს, რომ იგი ეშმაკის შვილია, რადგან “ღმერთის ხმა ასე ეუბნება.” ბოლო ფსიქოზური დაავადების მახასიათებელია.

არსებობს სხვადასხვა სახის ბოლო (მანია):

- მძიმე დეპრესიისა და პარანოიდული შიზოფრენიის დროს ვითარდება დევნის მანია. ასეთ დროს პაციენტი გრძნობს, რომ თითქოს ვიღაცა გარედან აკონტროლებს, უთვალთვალეს, შესაძლოა მოწამლონ და ა.შ.
- განდიდების მანია-აღინიშნება შიზოფრენიის და ჰიპომანიის დროს. ამ შემთხვევაში პიროვნება ზედმეტად (არაობიექტურად) აფასებს თავის ძალას, რესურსებს და შესაძლებლობებს. პაციენტი შეიძლება ფიქრობდეს, რომ ესტრადის პოპულარული ვარსკვლავია (სინამდვილეში კი არ შეუძლია დაუკრას ერთი ნოტაც კი) ან სახელმწიფო მინისტრია ან ანგელოზი ან თავად ღმერთი.
- დანაშაულის მანია დეპრესიის ხშირი ნიშანია და შეეფერება პაციენტის დათრგუნულ ხასიათს და ცუდ აზრებს საკუთარ თავზე. მაგ. პიროვნება შესაძლოა თავს დამნაშავედ თვლიდეს იმის გამო, განვითარებად ქვეყნებში ხალხი შიმშილობს.
- ინფორმაციის ბოლოვითი აღქმა აღინიშნება, როდესაც პაციენტი ჩვეულებრივ მოვლენას განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. მაგ. რადიოთი გადმოსცემენ ელტონ ჯონის სიმღერას “You are my baby”, რაც სიტყვა-სიტყვით ნიშნავს „შენ ჩემი ბავშვი ხარ”. პაციენტი ამას ისე აღიქვამს, რომ მისი მცირეწლოვანი ბავშვი ელტონ ჯონის შვილია.
- ავადმყოფობის მანია - აღინიშნება მძიმე დეპრესიის დროს. მაგ. 35 წლის ახალგაზრდა, ჯანმრთელი მამაკაცი შესაძლოა ფიქრობდეს, რომ აქვს სიმსივნე. ხშირია ინფესტიციის ბოლო. მაგ. პაციენტი ფიქრობს, რომ თავი საკვს აქვს ტარაკნის კვერცხებით ან მუცელში ყავს ჭიები. ნიჰილისტური აზრები მძიმე დეპრესიის ნიშანია და შეიძლება სხვადასხვა ფორმით გამოვლინდეს. მაგ. ავადმყოფი თვლის, რომ არა აქვს ნაწლავები ან არა აქვს ტვინი ან ხვალის შემდეგ დრო აღარ იარსებებს.
- მანიაკალური (ბოლოვითი) აღქმა, მაშინ ვითარდება, როდესაც ნორმალური აღქმის მნიშვნელობა უეცრად მძიმედ იცვლება. მაგ. “როდესაც მე დავინახე, რომ მზე ღრუბლებიდან გამოჩნდა, მე ზუსტად ვიცოდი, რომ სიცოცხლე უნდა მეჩუქებინა ახალი მესისათვის.”

პათოლოგიური გამოცდილება

ზოგიერთ შემთხვევაში, კერძოდ, ცნობიერების შეცვლის, ხასიათის ცვალებადობის, ეპილეფსიურ შეტევამდე ან მის შემდეგ, ფსიქიკური დაავადებების დროს, ნორმალური სენსორული აღქმა ირღვევა და გარდაიქმნება პათოლოგიურად. მაგ. *მიკროფსია*, როდესაც გამოსახულება ძალიან პატარა ზომის აღიქმება. *მაკროფსია*-საგნები აღიქმება უდიდეს ზომებში.

ქსანთოფსია-მხედველობითი სიგნალები აღიქმება ყვითლად.

ჰიპერაკუზიის შემთხვევაში ნორმალური ხმაური ძალიან ხმამაღლა აღიქმება.

ნორმალური აღქმა შეიძლება შეიცვალოს კორტიკალურ დონეზე, რაც განპირობებულია უკიდურესად შეცვლილი ხასიათით, ან აფექტით, ან ცნობიერების შეცვლით. შიში მოჭარბებულ განცდებს იწვევს და ამის ფონზე ნორმალური სენსორული გამოსახულება (აღქმა) შეიძლება შეიცვალოს-ეს ილუზიის მაგალითია.

ილუზია-მცდარი სენსორული აღქმა (ანუ რეალურად არსებული ობიექტების-ადამინები, საგნები, მცადრი აღქმა). ამ დროს ჭეშმარიტი აღქმა შეიძლება გარკვეულწილად შეიცვალოს. მაგ. შპალერის ნაგლეჯი პაციენტმა შესაძლოა აღიქვას, როგორც მგლის თავი. როდესაც სენსორული აღქმა არ არის გამოწვეული რეალური გარეგანი ობიექტით, მაგ. ვიღაც მგლის თავს გარეგანი სტიმულის გარეშე ხედავს (როგორცაა შპალერის ნაგლეჯი), ამას ჰალუცინაციას უწოდებენ. **ამრიგად, ჰალუცინაციები, პათოლოგიური სენსორული აღქმა, რომელსაც პაციენტი ისე აღიქვამს, როგორც რეალურს და გარე სამყაროში არსებულს, თუმცა ამ აღქმას საფუძვლად არ უდევს გარემოს არავითარი რეალური ან პირდაპირი სტიმული.**

პაციენტის აფექტი განსაზღვრავს ჰალუცინაციის ტიპს. დეპრესიის დროს ნებისმიერი სმენითი ჰალუცინაციის შინაარსი არასასიამოვნო, ლანძღვის მომცველი ან შემაშინებელია. ჰალუცინაციები ხელს უწყობენ ცრუ რწმენის ჩამოყალიბებას. ჰალუცინაციის ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს მეორადი ბოდვა.

უფრო ხშირია სმენითი ჰალუცინაციები. მხედველობითი ჰალუცინაციები შედარებით იშვიათია და მას ზოგჯერ საფუძვლად უდევს ორგანული პათოლოგია. არსებობს სომატური (შეხების შეგრძნება), გემოვნებითი და ოლფაქტორული ჰალუცინაციები.

ყნოსვითი ჰალუცინაციები ხშირია მძიმე დეპრესიის ან ტვინის (შუბლის წილის) ორგანული დაზიანების დროს. ჰალუცინაციები, ჩვეულებრივ მძიმე ან ფსიქოზური ფსიქიკური დაავადების მაჩვენებელია. თუმცა იგი შეიძლება აღინიშნოს ჯანმრთელებშიც. ადამიანებს ჩაძინების ან გამოღვიძებისას შესაძლოა ჰქონდეთ ჰიპნაგოგიური ან ჰიპნოპომპიური ჰალუცინაციები. “ნორმალურ” პირებში ჰალუცინაციის მსგავსი გამოცდილების მაგალითია, როდესაც ჭირისუფალს ესმის ახლად-გარდაცვლილის ხმა ან შესაძლოა ხედავდეს კიდეც მას. გლოვის დროს ფსევდოჰალუცინაციების აღმოცენებას ხელს უწყობს ჭირისუფლის ძლიერი სურვილი, ნახოს გარდაცვლილი. ტიპიურ შემთხვევაში, ეს ფსევდოჰალუცინაციები ხანმოკლეა და პიროვნების მიერ არ აღიქმება, როგორც რეალობა.

დეპრესიის დროს ჭეშმარიტი სმენითი ჰალუცინაციები (მლანძღავი კომენტარები), კონკრეტულად, პაციენტს ეხება და ამას მეორე პირის სმენით ჰალუცინაციებს უწოდებენ. თუ სმენითი ჰალუცინაციის დროს ხმა პაციენტის შესახებ საუბრობს, ეს ცნობილია, როგორც მესამე პირის სმენითი ჰალუცინაცია. შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს ხშირად ხმამაღლა ან ექოს სახით ესმით თავიანთი აზრები (აზროვნების ექო).

პათოლოგიური გამოცდილება ნორმალური გამოცდილების შეცვლას გულისხმობს. ამის მაგალითია **დეპრესონალიზაცია**-ამ დროს პაციენტები თავს არარეალურ მდგომარეობაში, სამყაროსაგან მოწყვეტილად გრძნობენ. ეს, ჯანმრთელ პირებში, შესაძლოა განვითარდეს ძლიერი სტრესის, ეპილეფსიური აურის ან ნებისმიერი ფსიქიკური დაავადების დროს.

დეპრესონალიზაცია, არც ერთი დიაგნოზის კონკრეტული მახასიათებელი არ არის. დერეალიზაცია დეპრესონალიზაციის ერთ-ერთი ვარიანტია. ამ დროს პიროვნებას მის გარშემო არსებული სამყარო არარეალური ეჩვენება. დროის პათოლოგიური აღქმა შესაძლოა გამოვლინდეს, როგორც ისეთი პათოლოგიური გამოცდილებაა, რომლის დროს პიროვნება გრძნობს, რომ რაღაც განსაკუთრებული მოვლენა ზუსტად ასევე ადრეც მოხდა. პიროვნება გრძნობს, რომ რუტინული ან ჩვეულებრივი ოჯახური მოვლენა ადრე არასოდეს არ მომხდარა. ეს სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს ნორმის ან ნევროზული მდგომარეობის დროს, ან წარმოადგენდეს ტემპორალური წილის ეპილეფსიის ნიშანს.

ფსიქოზური გამოცდილების სხვა ფორმაა აზროვნების ჩართვა, როდესაც პიროვნება გრძნობს, თითქოს აზრები ჩართულია მის გონებაში. პაციენტი არ თვლის, რომ ეს მისი

ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადების პროგრამა

აზრებია. ასეთ დროს ბოღვა (მანია) მეორადად აღმოცენდება, როგორც აზროვნების ჩართვის ფონზე ფსიქოზური გამოცდილების შედეგი.

აზროვნების განყენების შემთხვევაში პიროვნება გრძნობს, რომ მის აზრებს გონებიდან ვიღაც იღებს.

აზროვნების ტრანსლაციის შემთხვევაში პაციენტი თვლის, რომ მისი აზრები ყველას ესმის. მას ღრმად სწამს, რომ ეს ყველაფერი ჭეშმარიტად ხდება.

ფსიქოზური გამოცდილების კიდევ ერთი ვარიანტია პასიურობის ფენომენი. პასიურობის ფენომენის დროს პაციენტი გრძნობს, რომ მას ვიღაც გარედან აკონტროლებს. კლასიკური პასიურობის ფენომენის დროს, ვიღაც განაგებს პიროვნების მოქმედებას და გრძნობებს. პაციენტს ეუფლება მოქმედების კონტროლის შეგრძნება, თითქოს ვიღაც აკონტროლებს მისი ხელების ან ფეხების მოძრაობას. ამის მსგავსად, ემოციური ზემოქმედების დროს, თითქოს მათ გრძნობებს აკონტროლებს ვიღაც, მაგ. “მე მოწყენილი ვარ, მაგრამ ეს ვიღაცის მწყუხარებაა.” ტიპიურ შემთხვევაში პასიურობის ფენომენი შიზოფრენიის დროს აღინიშნება.

ფსიქიატრიული შეფასება

ფსიქიატრიული შეფასება შემდეგ ოთხ კომპონენტს მოიცავს:

- ანამნეზი
- ფსიქიკური სტატუსის გასინჯვა
- ფიზიკალური გასინჯვა
- გამოკვლევები

ფსიქიატრიული ანამნეზი შედარებით გრძელი და უფრო დეტალურია, ვიდრე მედიცინის სხვა დარგებში. ფსიქიატრიული ანამნეზის შეკრებისას ექიმი ცდილობს მოიცვას პიროვნული, ფსიქიატრიული დაავადების, პირადი ბიბლიოგრაფიული დეტალები, ისევე როგორც დეტალური სამედიცინო ანამნეზი. ეს ინფორმაცია ექიმმა შეიძლება მიიღოს პაციენტის ან სხვა ინფორმატორის, მაგ. მისი ნათესავის ან ახლობლისაგან (მაგრამ, ეს შეიძლება მოხდეს მხოლოდ პაციენტის თანხმობით).

ფსიქიატრიული ანამნეზის კომპონენტები

ანამნეზის პუნქტები თანმიმდევრობის მიხედვით	მოკლე აღწერილობა
დემოგრაფიული	ასაკი/ოჯახური მდგომარეობა, სამუშაო პირობები (პროფესია, თანამდებობა)/ სტაციონალური, თუ ამბულატორიული ავადმყოფი
არსებული ჩივილები ან ჩივილების ანამნეზი	ჩამოთვალეთ მთავარი პრობლემები და მიუთითეთ რამდენი ხანია, რაც ეს პრობლემები აღინიშნება, მათი განვითარების დინამიკა (როგორ დაიწყო, გაუარესდა, თუ გაუმჯობესდა). შესაძლოა მოიცავდეს ისეთი სიმპტომების გამოკვლევას, როგორიცაა სუიციდალური აზრები.
ფსიქიატრიული ანამნეზი წარსულში	პირველი კონტაქტი ფსიქიატრთან ან ფსიქიკური დაავადების დასაწყისი, მომდევნო ეპიზოდები, აქვს თუ არა ჩატარებული ჰოსპიტალური მკურნალობა.

სამედიცინო ანამნეზი ოჯახური ანამნეზი	შეადგინეთ მემკვიდრული ხე, სადაც წარმოდგენილი იქნება ოჯახის წევრების ნებისმიერი ფსიქიატრიული და ფზიკური დაავადება. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ დეპრესიასა და სუიციდს.
პერსონალური ანამნეზი	ქრონოლოგიური ბიბლიოგრაფია, დაბადებიდან შემდეგ (სკოლა, სამსახური, სასიყვარულო ურთიერთობები, მნიშვნელოვანია ინფორმაცია კრიმინალური წარსულის შესახებ)
სოციალური ანამნეზი	ახლანდელი საცხოვრებელი პირობები და თანამაცხოვრებლები, ნებისმიერი ფინანსური პრობლემა, თამბაქოს მწვევლობა, ალკოჰოლის გამოყენება, მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების ანამნეზი.
მედიკამენტური ანამნეზი	რა მედიკამენტებს იყენებს მიმდინარე პერიოდში, წარსულში გამოყენებული პრეპარატები, დოზები, დეპო პრეპარატები, ორალური მედიკამენტები. მედიკამენტების გვერდითი რეაქციები.
პრემორბიდული პერსონალური თვისებები	როგორ ახასიათებს პაციენტი საკუთარ პიროვნულ ნიშნებს (თვისებებს) ნებისმიერი ფსიქიკური დაავადების დაწყებამდე.
დამადასტურებელი ანამნეზი	დამატებითი ინფორმაცია შესაფერისი დამატებითი ინფორმაცია სიმპტომების, ნიშნების, მკურნალობის რეჟიმის შესრულების, მედიკამენტური, ალკოჰოლიზმის ან კრიმინალური ისტორიის შესახებ.

ფსიქიკური სტატუსის გასინჯვა

ფსიქიკური სტატუსის შესწავლისას საჭიროა:

- ფსიქოლოგიური სიმპტომების და ნიშნების გამოვლენა
- ამ სიმპტომების და ნიშნების სისტემატიზაცია
- ტვინის ორგანული დაზიანების ფონზე განვითარებული სინდრომების დიფერენცირება სხვა დაავადებებისაგან
- მიღებული სიგნალების (მტკიცებულებების) შეჯერება, ჰიპოთეზების ჩამოყალიბება და დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ფსიქიკური სტატუსის შეფასებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, მაშინ როდესაც პაციენტი იმდენად ცუდად გრძნობს თავს, რომ ფსიქიატრიული ანამნეზის შეკრება შეუძლებელია. გასინჯვა ლოგიკური თანამიმდევრობით ხორციელდება და პირველი კომპონენტი (გარეგნობის შეფასება) ზეგავლენას ახდენს მომდევნო კომპონენტებზე. მაგ, თუ პაციენტი უგონოა ან ძალიან დათრგუნულია, მაშინ ხასიათის ან აბსტრაქტული აზროვნების შესწავლა არასარწმუნო და სავსებით არაღირებულია.

ფსიქიკური სტატუსის შესწავლა გულისხმობს შემდეგი კომპონენტების შეფასებას:

- გარეგნობა
- ქცევა და მანერები
- მეტყველება
- ხასიათი

- აზროვნება
- ცნობიერების ტესტირება
- გაგება (შეცნობის უნარი)

პირველ რიგში კეთდება პაციენტის გარეგნობის მოკლე აღწერა, მაგ “მოხდენილად ჩაცმული 60 წლის ქალბატონი, საკვოიაჟით.” აღწერილობა არ უნდა იყოს განმსჯელი ან დამამცირებელი. თქვენ მზად უნდა იყოთ შესაფერისი განმარტება მისცეთ ყველაფერს, რასაც პაციენტის შესახებ დაწერეთ. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ თქვენ ზუსტად აღწეროთ, რაც ნახეთ, ვინაიდან ამან შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს თქვენს დიაგნოზსა და მართვაზე. თუ მოგმართავთ “ ხანდაზმული, გამხდარი მამაკაცი, ჭუჭყიანი ტანსაცმლით და შარდის სუნით,” ყველა ეს მაჩვენებელი იმას მიუთითებს, რომ პაციენტი თავის თავს ყურადღებას არ აქცევს, რაც შესაძლოა ზოგადად ავადმყოფობის, დეპრესიის ან დემენციის მაჩვენებელი იყოს.

მნიშვნელოვანია, ერთმანეთისაგან გამოცალკევდეს ქცევა, მანერები და გარეგნობა. პაციენტის მანერები შესაძლოა კონსულტაციის პირობების და მიმდინარეობის შესაფერისი იყოს: მაგ. პაციენტი იჯდეს მშვიდად და საკმაო სიზუსტით პასუხობდნენ შეკითხვებს. სხვა პაციენტი შესაძლოა მოუსვენრად მიდი-მოდიოდეს ოთახში და არავითარ ყურადღებას არ აქცევდეს ექიმის შეკითხვებს. პაციენტი უეცრად შეიძლება წამოხტეს სკამიდან, რადგან ვიღაცის ხმამ მას ეს მითითება მისცა. ზოგიერთი პაციენტი იმდენადაა დაკავებული მხედველობითი ჰალუცინაციებით, რომ უჭირს ყურადღების კონცენტრირება და ექიმის შეკითხვებზე პასუხის გაცემა.

ზოგიერთი პაციენტი კონსულტაციის დროს უმოძრაოდ ზის, არ ამოძრავებს თვალებს და ტუჩებს, ასე ხდება კატატონიის დროს. პაციენტმა შეიძლება მიიღოს უცნაური პოზა (ცვილისებრი მოქნილობა) და დარჩეს ამ მდგომარეობაში, რამოდენიმე წუთი ან საათი (პოზის პრეზერვაცია).

პაციენტი შეიძლება მდუმარე და უმოძრაო იყოს ფსიქომოტორული რეტარდაციის გამო, მაგ. დეპრესიის ფონზე.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღების ფონზე ზოგჯერ პაციენტს უვითარდება მოუსვენრობა (აკატიზია) ან მწვავე დისტონიური რეაქციები, ენის პათოლოგიური მოძრაობა, ტორსის მოძრაობა (ტარდიული დისკინეზია). თუ პაციენტი ექიმის თითოეული მოძრაობის იმიტირებას ახდენს, ამას ექოპრაქსიას უწოდებენ (*echopraxia*).

პაციენტის მანერები ჩვეულებრივ კოოპერაციულია. აღნიშნეთ ეს. ასევე საჭიროა შეფასდეს, როგორ ხერხდება პაციენტთან კონტაქტის დამყარება. შესაძლებელია თუ არა თვალით-თვალში კონტაქტი. იქნება პაციენტი კონსულტაციის მიმდინარეობისას იატაკს დაჰყურებს და თქვენს შეკითხვებს უგულისყუროდ ან საერთოდ არ პასუხობს. პაციენტის მანერები შესაძლოა ზედმეტად მეგობრულ დამოკიდებულებას გამოხატავდეს (მაგ. მანიის შემთხვევაში) ან არაბუნებრივად მტრული იყოს (მაგ. თუ პაციენტს აღიზიანებს ან ეშინია ექიმის, მაგ. მანიაკალურ ფაზაში მყოფი პაციენტი შეიძლება გააღიზიანოს იმან, რომ ექიმი ვერ მიჰყვება მის სწრაფ აზროვნებას. პაციენტს პარანოიით, შესაძლოა, ეჭვი გაუჩნდეს, რომ ექიმი მას სდევნის ან მისი მტერია).

პაციენტის მეტყველება შესაძლოა სპონტანური იყოს ან მან ხმა მხოლოდ თქვენი შეკითხვის საპასუხოდ გაიღოს. ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტი შეკითხვაზე იძლევა შესაფერის პასუხს, მაგრამ პასუხის გაცემას ძალიან შორიდან იწყებს. ამას არაპირდაპირი მეტყველება შეიძლება ეწოდოს. მაგ. პაციენტს დედის გარდაცვალების ასაკს ეკითხებით. ის კი ნაცვლად იმისა, რომ ზუსტი პასუხი გაგცეთ, იწყებს თხრობას დედის გარდაცვალების შესახებ: “დიახ, ის ახალგაზრდა მოკვდა. ვერ ვიტყვი, რომ ტრაგიკულად, უბედური

შემთხვევის გამო დაიღუპა, თუმცა მე ვფიქრობ, რომ დღესდღეობით უამრავი უბედური შემთხვევა ხდება. ყოველ დღე უარესი და უარესია, მსოფლიო ძალადობას მოუცავს. ნახეთ თუნდაც ჩრდილო-ირლანდიაში რა ხდება?!” მეტყველება თითქოს ლოგიკურია, მაგრამ რთულია კონკრეტულ თემაზე ფოკუსირება. საბოლოოდ, პაციენტი მაინც არაფერს ამბობს იმის შესახებ, რომ დედამისი 45 წლის ასაკში გარდაიცვალა.

ამის საპირისპიროა ის ვარიანტი, როდესაც პაციენტი პასუხის გაცემისას ელემენტარულ დეტალებს წარმოადგენს. მაგ. “ჩემი სამუშაო დღე? მე ვდგები 7³სთ-ზე, ვბანაობ და ამავე დროს რადიო 4-ს ვუსმენ. მე ვცდილობ კანი არ დავიზიანო პირის გაპარსვისას. მე ვთვლი, რომ ჩვეულებრივი საპარსი უკეთესია, ვიდრე ელექტრო. შემდეგ მე ვიცვამ ტანსაცმელს, რომელსაც ცოლი წინა საღამოს მიმზადებს. დილით ახალდაუთოებული პერანგის ჩაცმა მიყვარს. შემდეგ ჩამოვდივარ ქვემოთ და მივირთმევ ცხელ ყავას და ორ ნაჭერ შემწვარ პურს.” ასეთი ტიპის მეტყველება ზედმეტად ყოვლის მომცველია-მოსაუბრე წარმოადგენს ძალიან ბევრ ინფორმაციას.

შიზოფრენიას და ტვინის ზოგიერთ ორგანულ დაავადებას თან ახლავს პრეზერვაციის ნიშნები, მაგ. პაციენტი რიტმულად იმეორებს თქვენს მიერ ნათქვამ უკანასკნელ სიტყვებს- ცნობილია, როგორც ექოლალია, ან იმეორებს უკანასკნელ მარცვალს- პალილალია.

მეტყველება შესაძლოა შენელებული და მონოტონური იყოს (ფსიქომოტორული რეტარდაცია დეპრესიის შემთხვევაში). მეტყველების მოშლა შესაძლოა განვითარდეს ცერებროვასკულარული იშემიის ფონზე და გამოვლინდეს დიზართრიის, ექსპრესიული და რეცეპციული დისფაზიის და სიტყვის მოძებნის გაძნელების სახით.

პაციენტის გარეგნობის, ქცევის, მანერების და მეტყველების შეფასება საშუალებას მოგვცემთ გააკეთოთ დასკვნა პაციენტის ხასიათზე. პაციენტის აფექტი ინტერვიუს დროს, შესაძლოა, მწუხარებიდან აღტაცებით შეიცვალოს. პაციენტის ხასიათი, შესაძლოა, კონსულტაციის მსვლელობისას უცვლელი დარჩეს ან შეკითხვების შესაფერისად შეიცვალოს (ბუნებრივია, ადამიანი მწუხარებით პასუხობს შეკითხვას, რომელიც წარსულის ტრავმას შეეხება და ბედნიერებას გამოხატავს ხუმრობასა და სასიამოვნო ამბის გახსენებისას). როდესაც ხასიათი უეცრად და განმეორებით უმიზეზოდ იცვლება, ამას **აფექტის ლაბილურობა** ეწოდება, ეს ზოგჯერ ტვინის ორგანული დაზიანების მაჩვენებელია. მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში პაციენტის სახეს აკლია გამომეტყველება. ასეთ დროს ძნელია ხასიათის განსაზღვრა. ამას ზოგჯერ აფექტის გასადავებას უწოდებენ. შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტები აღწერენ, რომ ისინი არასოდეს არ განიცდიან ამაღლებულ ან დათრგუნულ, ცუდ განწყობას.

ასევე უნდა აღინიშნოს, ხომ არ არის გამოხატული ხასიათის პათოლოგიის ბიოლოგიური ნიშნები: ძილის მოშლა (საწყისი ინსომნია, ხშირი გაღვიძება და დილით ადრე გაღვიძება), ცუდი მადა, წონაში დაკლება (კონკრეტულად რამდენი?), დღის განმავლობაში ხასიათის ცვალებადობა, ლიბიდოს შეცვლა და შეკრულობა.

ცნობიერების შესწავლისას, მნიშვნელოვანია ორგანული ფსიქიატრიული დაავადების ნიშნების გამოვლენა. ცნობიერების დაბინდვის დროს ჰალუცინაციები, შეიძლება, დელირიუმის ფონზე აღმოცენდეს (ტვინის მწვავე ორგანული სინდრომი). იგივე ხდება ცხელების ან საფეთქლის წილის ეპილეფსიის დროს. თუ ცნობიერების შესწავლისას მეხსიერების პრობლემები გამოვლინდება, სავარაუდოა დემენცია.

ცნობიერების შეფასებისათვის მთავარი ყურადღება ექცევა შემდეგს:

- **ორიენტაცია**-ჩვეულებრივ, ნორმის შემთხვევაში ადამიანები აცნობიერებენ რა დროა, სად და ვისთან ერთად არიან. ტვინის ორგანული სინდრომის დროს პიროვნება თანდათან კარგავს დროში და სივრცეში ორიენტაციის უნარს. შესაძლოა გამოვლინდეს დეზორიენტაცია მხოლოდ დროში ან სამივე განზომილებაში ერთდროულად. ჰკითხეთ

პაციენტს თარიღი (დღე, თვე, წელიწადი) და საათი. იკითხეთ ადგილი-სად ვართ ახლა? ბოლოს იკითხეთ იცის, თუ არა პაციენტმა, ვინ ხართ თქვენ (არ დაგავიწყდეთ ინტერვიუს დაწყებისას წარუდგინოთ მას თქვენი თავი).

- ყურადღება და კონცენტრაცია**–ყურადღების ფოკუსირების უნარის დაკარგვა შესაძლოა აღინიშნოს აქტირებული დეპრესიის, აგზნების, მანიის ან ორგანული სინდრომების დროს. შეგიძლიათ გამოიყენოთ შემდეგი ტესტები “ჩამოთვალეთ წელიწადის თვეები დეკემბრიდან იანვრამდე-უკუმიმართულებით.” ან ”ჩამოთვალეთ კვირის დღეები უკუმიმართულებით- კვირიდან ორშაბათამდე.” ან “ გამოაკელით ასს 7, კიდევ შვიდი და ა.შ “ (ცნობილია, როგორც შვიდიანი სერიალი) ან “გამოაკელით 21-ს სამი, კიდევ სამი და ა.შ. ვიდრე ნულს არ მიიღებთ” (სამიანის სერიალი). საინტერესოა ტესტი, რომლის დროსაც პაციენტს სთხოვთ უკუმიმართულებით გაიმეოროს დასახელებული ციფრი მაგ. 364. . 463, 7924. . . 4297. ეს ტესტები გეხმარებათ ყურადღების შეფასებაში, მაგრამ, გარდა ამისა აღწერილი დავალებების შესრულება სხვა ჩვევებსაც მოითხოვს და თუ პაციენტი ამ ჩვევებს კარგავს ან არ ფლობს, ეს ზეგავლენას ახდენს ყურადღების ფუნქციაზე, ამ დროს იგი შეიძლება ინტაქტური იყოს. მაგ. პიროვნებას უბრალოდ შეიძლება არ ჰქონდეს არითმეტიკის საკმარისი ცოდნა ან აღნიშნებოდეს ტვინის სპეციფიური დეფექტი, რაც დისკალკულიას იწვევს (პარციალური წილის დეფიციტი), ამ დროს პაციენტს გაუჭირდება შეასრულოს შვიდის ან სამის სერიალები.
- მეხსიერება**–ზოგიერთი ავტორის განმარტებით ხანმოკლე მეხსიერება, სამი წუთის განმავლობაში მომხდარის დამახსოვრების უნარს გულისხმობს, ხოლო ყველაფერს რაც სამი წუთის წინ რჩება გრძელვადიან ან შუალედურ მეხსიერებას უწოდებენ. არსებობს სხვადასხვა მოსაზრება ამის თაობაზე. ხანმოკლე მეხსიერების შემოწმებისას პაციენტს სთავაზობთ დაიმახსოვროს ახალი სახელი ან მისამართი. მიაქციეთ ყურადღება იმას, თუ რამდენჯერ დაგჭირდებათ სახელის და მისამართის გამეორება, ვიდრე პაციენტი მის დამახსოვრებას შეძლებს. შემდეგ შეაფასეთ რამდენი წუთის შემდეგ შეუძლია პაციენტს გაიმეოროს დამახსოვრებული (ოცდაათი წამი, ერთი წუთი, სამი, ხუთი წუთი) და ამავე დროს დააფიქსირეთ სახელის და მისამართის რამდენი კომპონენტის გამეორება შეუძლია მას, მაგ.

	ოცდაათი წამი	ერთი წუთი	სამი წუთი	ხუთი წუთი
მისამართის კომპონენტები	7/7	6/7	4/7	2/7

ეს მეხსიერების ფუნქციის რაოდენობრივი შეფასების საშუალებას იძლევა, რაც შეგიძლიათ მოგვიანებით შედარებისათვის გამოიყენოთ. ხანმოკლე მეხსიერების შემოწმების მარტივი ტესტია გარკვეული დასახელების მაგ. ხუთი საგნის ჩამოთვლა, რომელიც პაციენტმა უკუმიმართულებით უნდა გაიმეოროს გარკვეულ დროში.

საჭიროა, იცოდეთ ხანგრძლივი მეხსიერების შეფასებაც, მაგ. სთხოვეთ პაციენტს დაასახელოს მისი ცხოვრების მნიშვნელოვანი თარიღები (დაბადების დღე). ამ დროს, თქვენ პაციენტისაგან მიღებული ინფორმაციის სისწორის შემოწმების საშუალება უნდა გქონდეთ. შეგიძლიათ პაციენტს ჰკითხოთ მნიშვნელოვანი ისტორიული მოვლენების თარიღები მაგ. მეორე მსოფლიო ომის დასაწყისი. ზოგჯერ პაციენტს შეგიძლიათ სთხოვოთ დაასახელოს ხუთი ყვავილი, ცხოველი ან ხუთი დედაქალაქი. ხანმოკლე მეხსიერების ფუნქციის გაუარესება აღინიშნება დემენციის დროს, თუმცა მძიმე დემენციის ან ფსიქიკური რეტარდაციისას იცვლება მეხსიერების ყველა ტესტი.

ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება ასევე გულისხმობს გაგების (შეცნობის) უნარის განსაზღვრას-აღიქვამს თუ არა პიროვნება თავის მდგომარეობას, როგორც ავადმყოფობას; თვლის თუ არა, რომ მისი განკურნება ექიმს შეუძლია და ფიქრობს თუ არა, რომ მისი მკურნალობა წამლებით შეიძლება. ფსიქოზური დაავადების დროს პაციენტები თვლიან, რომ ხმები, რომელიც ესმით რეალურია და რომ მათ, რაღაც ძალა განაგებთ და არა იმ ავადმყოფობის შედეგია, რომელიც მკურნალობას ექვემდებარება. თუ პაციენტი არ აღიარებს, რომ მისი გამოცდილება და ბოძვა ავადმყოფობის შედეგია, ცხადია, იგი ექიმის და მით უფრო წამლის სარგებლობას კატეგორიულად უარყოფს და ძალიან მცირეა ალბათობა იმისა, რომ ასეთი პაციენტი საერთოდ მიიღებს რაიმე მედიკამენტს.

ფიზიკალური გასინჯვა და გამოკვლევები

ფსიქიატრიული შეფასების დროს მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ფიზიკური დაავადების დიაგნოსტიკა, რომელსაც შესაძლოა თან ახლდეს ფსიქოლოგიური სიმპტომები. ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს რუტინული ფიზიკალური გასინჯვა, რაც მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა, რესპირატორული სისტემების, მუცლის ღრუს ორგანოთა და ნერვული სისტემის გასინჯვას. ამ გზით შესაძლოა გამოვლინდეს ფსიქიატრიული დაავადების გამომწვევი ორგანული მიზეზები, კერძოდ, ცნს-ის ფოკალური დაზიანება, სუბდურალური ჰემატომა, სისტემური წითელი მგლურა, ჰიპერთირეოიდიზმი, ჰიპოთირეოიდიზმი, შაქრიანი დიაბეტი, ადისონის დაავადება, კუშინგის დაავადება, ჰიპერტენზია, თირკმლის და ღვიძლის უკმარისობა, ფეოქრომოციტომა, ტუბულარული სკლეროზი, სიფილისი, ბრონქის და კუჭის კიბო, ღვიძლის ალკოჰოლური დაზიანება, ფსიქიკური რეტარდაციის სინდრომების ნიშნები (დაუნის სინდრომი) და სხვ.

მნიშვნელოვანი ინფორმაცია შეიძლება იქნას მიღებული სხვადასხვა გამოკვლევების გზით, რომელსაც ექიმი საექმო კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების შესაფერისად ირჩევს.

სკრინინგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისათვის

გოლდბერგის მიერ (1988წ) შემუშავებულ იქნა აგზნებისა და დეპრესიის იდენტიფიკაციისათვის საკმაოდ მოსახერხებელი მოკლე და მარტივი კითხვარი, რომელიც განსაკუთრებით ღირებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის:

აგზნების შკალა:

(დადებით პასუხს მიანიჭეთ ერთი ქულა)

- ხომ არ თვლით, რომ უკიდურესობამდე ხართ მისული?
- ბევრს ხომ არ ნერვიულობთ?
- გაღიზიანებული ხომ არ ხართ?
- გიჭირთ თუ არა რელაქსაცია?

(თუ ზემოთ მოყვანილ შეკითხვებზე მიიღებთ ორ დადებით პასუხს შეეკითხეთ შემდეგი)

- ცუდად ხომ არ გძინავთ?
- ხომ არა უჩივით ტკივილს თავის ან კისრის არეში?
- ხომ არ უჩივით ჩამოთვლილიდან რომელიმეს: კანკალი, დაბუჟება, თავბრუსხვევა, ოფლიანობა, შარდვის გახშირება, დიარეა?
- გაწუხებთ თუ არა თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?
- ხომ არ გიჭირთ ჩაძინება?

დეპრესიის შკალა:

(დადებით პასუხს მიანიჭეთ ერთი ქულა)

- ხომ არ უჩივით ენერჯის დაქვეითებას?
- ხომ არ გრძნობთ, რომ დაკარგეთ ცხოვრების ინტერესი ან აღარ გაინტერესებთ ის, რაც ადრე გაინტერესებდათ?
- ხომ არ დაგიკარგავთ საკუთარი თავის რწმენა?
- ხომ არ გრძნობთ უიმედობას?

(თუ ზემოთ მოყვანილ რომელიმე შეკითხვაზე მიიღებთ დადებით პასუხს შეეკითხეთ შემდეგი)

- ხომ არ გიჭირთ კონცენტრირება?
- ხომ არ დაიკელით წონაში (უმაღლობის გამო)?
- დილით ძალიან ადრე ხომ არ გეღვიძებათ?
- ხომ არ გრძნობთ, რომ თქვენი მოქმედება რამდენადმე შენელებულია?
- ხომ არა ხართ დილით უფრო ცუდ ხასიათზე, ვიდრე დღის სხვა მონაკვეთში?

(*ინტერპრეტაცია*-შეკრიბეთ დადებითი პასუხების ქულები. თუ აგზნების შკალის მაჩვენებელი აღემატება ხუთს და დეპრესიის სკალის მაჩვენებელიც აღემატება ორს, ალბათობა იმისა, რომ პიროვნებას კლინიკურად მნიშვნელოვანი მოშლილობა აღენიშნება, სულ მცირე 50%-ს შეადგენს.)

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სკრინინგი დეპრესიასა და დემენციაზე 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში. ხანდაზმულებში დეპრესიაზე სკრინინგისათვის შემუშავებულია ევანს ლივერპულის დეპრესიის რეიტინგის სკალა (ELDRS) (იხილეთ ქვემოთ-დეპრესია ხანდაზმულებში).

ჭირსუფლობა (Bereavement)

ჭირსუფლობა და დარდი, ნორმალური გამოცდილებაა, რომელსაც ჩვეულებრივ მკურნალობა არ სჭირდება. უხშირესად ჭირსუფლობა ახლობელი ადამიანის სიკვდილის შემდეგ ვითარდება, მაგრამ, შესაძლოა, მოჰყვეს ნებისმიერი სახის დანაკარგს, რაც ძლიერ ემოციურ განცდასთანაა დაკავშირებული. მაგ. მწუხარება მოჰყვება განქორწინებას, პენსიაზე გასვლას, საცხოვრებელის შეცვლას და ამპუტაციას. როგორც წესი, მწუხარების ინტენსივობა ემოციური დარტყმის სიძლიერის შესაფერისია.

მწუხარების ფაზები (Phases of Grief)

მწუხარებას მოჰყვება ე.წ. მწუხარების რეაქცია-გლოვა. გამოყოფენ გლოვის 4 ფაზას. ამ ფაზებს შორის ადგილი აქვს გარკვეულ ზედდებებს.

გლოვის ფაზები (Phases of mourning)

- 1 ფაზა: *გაშეშება*
- 2 ფაზა: *დარდი*
- 3 ფაზა: *დეზორგანიზაცია და სასოწარკვეთა*
- 4 ფაზა: *რეორგანიზაცია*

I ფაზა: გაშეშება

აღინიშნება მაშინვე, უბედური ამბის, მაგ. სიკვდილის შემდეგ. გაშეშების ფაზაში ჭირისუფალი არ აღიარებს დანაკარგის რეალურობას. ამ დროს იგი დაკავებულია დასაფლავების ორგანიზებით და მეგობრებისაგან ხშირად გაიგონეთ “თავი საკმაოდ კარგად უჭირავს.” გაშეშება სწრაფად იხსნება, როდესაც გმნობები უდიდესი სტრესის, შიშის ან სიბრაზის სახით “ამოხეთქავს”. გაშეშებას ცვლის მეორე ფაზა-დარდი.

II ფაზა: დარდი

ამ ფაზაში ჭირისუფალი უარყოფს იმ ფაქტს, რომ ვეღარასოდეს დაიბრუნებს დაკარგულს და მწუხარებით ცდილობს მის დაბრუნებას. ეს შესაძლოა გაგრძელდეს რამოდენიმე თვე (წლებიც კი). ჭირისუფალი მთლიანად მოცულია გარდაცვლილ ადამიანზე ფიქრით, იპყრობს ფიზიკური მოუსვენრობა და შფოთვა. ჭირისუფალი პერცეპტუალური დარღვევების გამო პირად გამოცდილებას აღიქვამს, როგორც გარდაცვლილის არსებობის ასახვას. ჭირისუფალი ხშირად ტირის და სიბრაზეს გამოხატავს. თანდათანობით იგი შეიცნობს დანაკარგის რეალურობას და ამასთან ერთად იწყება მესამე ფაზა.

III ფაზა: დეზორგანიზაცია და სასოწარკვეთა

ჭირისუფალი კარგავს ცხოვრების მიზანს. იპყრობს მოუსვენრობა. წარუმატებლად მთავრდება მის მიერ პროდუქტიული ქცევის ყოველი მცდელობა.

IV ფაზა: რეორგანიზაცია

ყალიბდება ახალი გარემო, მიზნები და ამოცანები. ჭირისუფალი აღწევს რეორგანიზაციის ფაზას. მწუხარებას თანდათან ცვლის ნათელი ხსოვნა.

მწუხარების (ჭირისუფლობის) სიმპტომები

- **დეპრესია**–განსაკუთრებით მაღალია სუიციდის რისკი (რისკი პიკს აღწევს ღირშესანიშნავ თარიღებზე)
- **ტირილი**
- **სომატური სიმპტომები**: ფერმკრთალი კანი, შეკრულობა, ფაღარათი, თავის ტკივილი, ქოშინი და მოხრჩობის შეგრძნება (“მწუხარება მახრჩობს”), დაღლილობა. მამაკაცებში იზრდება კარდიოვასკულური სიკვდილობა მეუღლის გარდაცვალების შემდეგ ერთი წლის მანძილზე (Mellstrom et al., 1982). ამასთანავე ჭირისუფლებში იზრდება სომატური და ფსიქოლოგიური სიმპტომების გამო ექიმთან მიმართვის მაჩვენებელი (Parkes, 1964).
- **მოტორული სიმპტომები**–მოუსვენრობა, ერთ ადგილას გაჩერების შეუძლებლობა. ჭირისუფალი ხშირად გაღიზიანებულია და გაურბის სოციალურ კონტაქტებს.
- **პერცეპტუალური დარღვევები**-ჭირისუფალმა ჩვეულებრივი ხმაური ან ჩრდილები შესაძლოა არასწორად აღიქვას და გარდაცვლილს დაუკავშიროს. ხშირად ჭირისუფალი აღწერს, რომ თითქოს გარდაცვლილის არსებობას და იქ ყოფნას გრძნობს, ესაუბრება, შეიძლება საჭმელიც კი მოუშალოს მას. ჭირისუფალთა დაახლოებით 10%-ს აღენიშნებათ ხანმოკლე ჰალუცინაციები, მათ თითქოს ესმით მიცვალებულის ხმა ან მას ხედავენ. ამდენად ეს სმენითი ან მხედველობითი ჰალუცინაციებია და იშვიათად არის განპირობებული ფსიქიკური დაავადებით.

- **მტრული განწყობა**- ჭირისუფლობის საწყის ეტაპზე მტრული განწყობა რამდენადმე განზოგადოებულია, მაგრამ ჭირისუფალთა მეხუთედი სხვებს ადანაშაულებს მისი ახლობლის დაღუპვაში. ეს მტრობა ჭირისუფალმა, შესაძლოა, საკუთარი თავის მიმართ წარმართოს და მათი მესამედი თავის თავს ადანაშაულებს მომხდარში (Gelder et al., 1989).

ატიპიური ჭირისუფალი

ჭირისუფლობამ, მისი მიმდინარეობის და ინტენსივობის თვალსაზრისით შესაძლოა ატიპიური ხასიათი მიიღოს. გლოვა შესაძლოა გახანგრძლივდეს ან საერთოდ უარყოფილ იქნას. ჭირისუფალი შესაძლოა არ აღიარებდეს და არ გამოხატავდეს გლოვის არავითარ ნიშანს, მაგრამ ხშირად მიმართვდეს ექიმს აუხსნელი სომატური სიმპტომებით. ატიპური გლოვა უფრო ხშირად აღინიშნება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

იმისათვის, რომ უკეთ გავიგოთ ატიპიური ჭირისუფლობის რეაქციის აღმოცენების მიზეზები, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ გლოვის ამოცანების (მიზნების) კონცეპცია.

გლოვის ოთხი ამოცანა

1. *დანაკარგის რეალურობის მიღება (გაცნობიერება)*
2. *მწუხარებით გამოწვეული ტკივილის გადატანა*
3. *იმ გარემოსთან შეგუება, სადაც გარდაცვლილი აღარ იარსებებს*
4. *ჭირისუფლის ემოციურ სამყაროში გარდაცვლილი თანდათან ნაკლებ ადგილს იკავებს და ეგუება იმ აზრს, რომ ცხოვრება გრძელდება.*

1 ამოცანა-დანაკარგის რეალურობის გაცნობიერება

გლოვის პირველი და მეორე ფაზის დროს ჭირისუფალს უჭირს სიკვდილის ფაქტის დაჯერება, რასაც ხშირად უცნაური ქცევა მოჰყვება, რომელიც რაიმე გამოსავლის ან გარდაცვლილის ძებნასაც კი გულისხმობს. პირველი ამოცანის შესრულება, სიკვდილის ფაქტის რეალურობის და იმის აღიარების გულისხმობს, რომ დაკარგულის დაბრუნება შეუძლებელია. ჭირისუფალთა ნაწილს უჭირს გლოვის პირველი ამოცანის გადაჭრა, ვინაიდან ისინი მაქსიმალურად უწყობენ ხელს დეფანსის ფსიქოლოგიური მექანიზმის ამოქმედებას, რაც განამტკიცებს უარყოფის შეგრძნებას. გვამის ნახვა და დაკრძალვის ცერემონიაზე დასწრება ხელს უწყობს პირველი ამოცანის გადაწყვეტას.

2 ამოცანა-მწუხარებით გამოწვეული ტკივილის გადატანა

ჭირისუფლობა მნიშვნელოვან ემოციურ და ფიზიკურ ტკივილს იწვევს. ამ ტკივილის გადასატანად პიროვნება სჭირდება თანაგრძნობა და მხარდაჭერა. ექიმთა უმრავლესობა მწუხარებით გამოწვეული ტკივილის პრევენციისათვის ტრანკვილიზატორებს იყენებს. თუ დროულად ვერ მოხერხდა მეორე ამოცანის გადაწყვეტა, მწუხარების ფაზა შეიძლება გახანგრძლივდეს და საჭირო გახდეს შემდგომი მკურნალობა.

3 ამოცანა - იმ გარემოსთან შეგუება, სადაც გარდაცვლილი აღარ იარსებებს

პიროვნება გარდაცვალების შემდეგ რამდენადმე შეცვლილ სამყაროს ტოვებს, რომელსაც მისი ცოცხლად დარჩენილი ახლობელი უნდა შეეგუოს. ჭირისუფალს ახალი ჩვევების ათვისება შეიძლება დასჭირდეს და თუ მას ეს გაუჭირდა, იპყრობს უმწეობის და საკუთარი თავის უპატივცემულობის გრძნობა. ახალი ჩვევები ეხმარება ჭირისუფალს გადალახოს წარმოჭრილი სირთულეები და ახალი მიზნები დაისახოს ცხოვრებაში.

4 ამოცანა-ჭირისუფლის ემოციურ სამყაროში გარდაცვლილი თანდათან ნაკლებად იღებს იკავებს და ეგუება იმ აზრს, რომ ცხოვრება გრძელდება.

უმრავლესობისათვის ეს შესასრულებად ყველაზე რთული ამოცანაა. ადამიანების უმრავლესობისათვის წარმოუდგენელია საყვარელი ადამიანის დავიწყება და მის ადგილსაც ვერაფერ ვერ დაიკავებს. ჭირისუფალი ამ ამოცანის განხორციელებისას ცდილობს სხვა ურთიერთობაში მოახდინოს თავისი ემოციური ენერჯის რეალიზაცია.

ატიპური ჭირისუფლობის მიზეზები

გარკვეული ფაქტორები ხელს უწყობენ იმას, რომ ჭირისუფლობამ ატიპური ხასიათი მიიღოს.

ურთიერთკავშირი:

- ამბივალენტური ურთიერთკავშირი (განსაკუთრებით, თუ ადგილი ჰქონდა გარდაცვლილის მიმართ გამოუმუქდავენებელ მტრობას)
- დამოკიდებულება
- ბავშვის სიკვდილი
- მცირეწლოვანი ბავშვი, რომელსაც გარდაეცვალა მშობლები

სიკვდილის გარემოება

- დანაკარგის გაურკვეველობა (გაურკვეველი სიტუაცია-ჯარისკაცის სიკვდილი საბრძოლო მოქმედების შესრულებისას)
- მრავლობითი დანაკარგები
- უცარი ან მოულოდნელი სიკვდილი
- სიკვდილი ისე ხდება, რომ ცოცხლად დარჩენილებს სიტუაციაში გარკვევა უჭირთ
- ჭირისუფალი ვერ ნახულობს ცხედარს
- ჭირისუფალს საშუალება არა აქვს გამოხატოს მწუხარება ადრეულ ფაზაში

ანამნეზური ფაქტორები

- ანამნეზში დეპრესია
- მშობლების დაკარგვა ადრეულ ასაკში
- ჯერ კიდევ ვერ შეგუებია წინა დანაკარგს

სოციალური ფაქტორები:

- სოციალურად მიუღებელი სიკვდილი
- სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა (ნათესავები, მეგობრები, რელიგია)
- მცირეწლოვანი ბავშვების მოვლის აუცილებლობა

მოსალოდნელი ჭირისუფლობა

სიკვდილი უმრავლეს შემთხვევაში გარკვეული ავადმყოფობის შემდეგ ვითარდება და ჭირისუფლობაც სიკვდილამდე იწყება. ამ წინაპერიოდში შედარებით გაიოლებულია 1 ამოცანის მიღწევა, ამავე დროს უფრო იოლად ხდება ახალი ჩვევების ათვისება, რაც მესამე ამოცანის გადაწყვეტას უწყობს ხელს. მომაკვდავი პაციენტი თავადაც განიცდის მწუხარებას, მოსალოდნელის გამო. კუბლერ-როსი (Kubler-Ross) გამოყოფს ხუთ ეტაპს, რომელსაც მომაკვდავი ადამიანი გაივლის:

1. უარყოფა და იზოლაცია
2. სიბრაზე
3. ადამიანი ეთანხმება რეალობას
4. დეპრესია
5. შეგუება

მკურნალობა ჭირისუფლობის დროს

ადამიანების უმრავლესობა თავად უმკლავდება ამ უბედურებას და მათთვის ჭეშმარიტებას შეეფერება გამონათქვამი “დრო მკურნალია”. თუმცა ზოგიერთი მათგანი სამედიცინო დახმარებას ეძიებს ამ დარდის და ტკივილის გადასალახავად, ხოლო ზოგი ექიმთან გლოვით გამოწვეული ფსიქიკური და სომატური სიმპტომების გამო ხვდება.

ჭირისუფლობის მკურნალობის პირველი ეტაპი:

- *განისაზღვროს ხომ არა გვაქვს საქმე ატიპიურ ჭირისუფლობასთან.*
- *გვაქვს თუ არა საქმე დეპრესიასთან.*

თუ გლოვა ნორმის ფარგლებს არ სცილდება, ჩვეულებრივ, რაიმე ჩარევა საჭირო არ არის, საკმარისია მხარდაჭერა, გამხნეება და საუბარი.

თუ ჭირისუფლობა ატიპიურია, საჭიროა სპეციფიური მკურნალობა (საჭიროა გარკვეული სპეციალიზაცია, რაც ასეთი მკურნალობის ჩატარების საშუალებას მოგცემთ). შეფასების საფუძველზე ადგენენ გლოვის ოთხი ამოცანიდან, რომელი არ არის გადაწყვეტილი და მკურნალობა მიმართულია მისი განხორციელებისაკენ.

თანხლები დეპრესიის შემთხვევაში რეკომენდირებულია ანტიდეპრესიული მკურნალობა. ანტიდეპრესანტების გამოყენება ნორმალური გლოვითი რეაქციის დროს გაუმართლებელია. უფრო გონივრული იქნება, თუ პოტენციურად ლეტალურ მედიკამენტებს ახალი ჭირისუფლისაგან, რაც შეიძლება შორს შეინახავთ (სუიციდის მაღალი რისკის გამო). რაც შეეხება საძილე და დამამშვიდებელ საშუალებებს, მათი ფართოდ გამოყენება არ არის რეკომენდირებული.

კლინიკური შემთხვევა:

პაციენტი-50 წლის ქალბატონი, რომელიც ოჯახის ექიმს ხუთი წლის დეპრესიისა და შფოთვის ანამნეზით მომართავს. შფოთვა და დეპრესია მისი მეუღლის გარდაცვალებას მოჰყვა. მათი ერთობლივი ცხოვრების 25 წლის მანძილზე ქალი, ქმრისაგან მუდმივად განიცდიდა ძალადობას და ცუდ მოპყრობას. მეუღლის გარდაცვალების შემდეგ ქალმა ვეღარ შეძლო გლოვის მეორე ამოცანის შესრულება-მწუხარებით გამოწვეული ტკივილის გადატანა შეუძლებელი აღმოჩნდა არა იმის გამო, რომ ქალმა საყვარელი მეუღლე დაკარგა, არამედ იმიტომ, რომ მას არ შეეძლო საკუთარი ემოციების (ამ შემთხვევაში სიბრაზის) გამოხატვა, რადგან მიაჩნდა, რომ "გარდაცვლილებზე ცუდი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ითქვას". სპეციალური მკურნალობის ჩატარებისას მას ნება მისცეს გამოეხატა თავისი სიბრაზე და აღშფოთება. ამან მისი სიმპტომების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება და დეპრესიისა და შფოთვისაგან სრული განკურნება გამოიწვია.

დეპრესია ხანდაზმულებში

გაერთიანებული სამეფოს მონაცემებით დეპრესიის პრევალირების მაჩვენებელი თემში მცხოვრებ ხანდაზმულებში შეადგენს დაახლოებით 1-ს 10-ში, ამასთან იგი გაცილებით ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. დეპრესია ხშირად დაკავშირებულია ჭირისუფლობასთან, მარტობასთან (უფრო მეტად სულიერი მარტობა), ფიზიკურ დაავადებასთან, ტკივილთან და უუნარობასთან.

მნიშვნელოვანია გაითვალისწინოთ, რომ მოხუცებში ძნელია დეპრესიის გამოცნობა და ამდენად პაციენტს იშვიათად ენიშნება სათანადო მკურნალობა. თუმცა ამ ასაკობრივ ჯგუფში ანტიდეპრესიული ფარმაცო და ფსიქოთერაპია ისევე ეფექტურია, როგორც ახალგაზრდებში.

სიფრთხილესა საჭირო ანტიდეპრესიული მედიკამენტების შერჩევას, ამ დროს უნდა გავითვალისწინოთ თანხლები დაავადება და ზოგიერთი ანტიდეპრესიული პრეპარატის კარდიოტოქსიური მოქმედების შანსი.

პრეპარატის მიღება საჭიროა ხანგრძლივად, არანაკლებ 8 კვირისა. პაციენტს მოუწევს მოთმინებით ელოდოს შედეგს, ხოლო თქვენ ხელი უნდა შეუწყოთ მის მოთმინებას.

დეპრესია სერიოზული პათოლოგიაა. გარდა იმისა, რომ იგი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, ამასთანავე მას თან სდევს სუიციდის რისკი. ახალგაზრდებთან შედარებით სუიციდის ინსიდენსი 80წლის ზემოთ ასაკის პირებში 2-ჯერ მაღალია. ძალიან ძნელია სუიციდის წინასწარმეტყველება. დიდი ბრიტანეთის მონაცემებით იმ ხანდაზმულ პაციენტთა სამი მეოთხედი, ვინც სიცოცხლე თვითმკვლელობით დაასრულა, სიკვდილამდე ერთი თვით ადრე მაინც (თუ უფრო ადრე არა) კონსულტირებული იყო მათი ოჯახის ექიმის მიერ (**Barraclough, 1971, Lindsay, 1991**).

როგორ ახორციელებთ დეპრესიით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის მართვას?

- როდესაც ხანდაზმული პაციენტის მდგომარეობას აფასებთ და დიაგნოზის დასმას ცდილობთ, ითვალისწინებთ თუ არა დეპრესიის არსებობის შესაძლებლობას?
- იცით თუ არა ვის შეგიძლიათ მიმართოთ რჩევისათვის თუ ეჭვი დეპრესიაზე გაქვთ?
- რომელ ანტიდეპრესიულ პრეპარატს ანიჭებთ უპირატესობას თქვენ ან თქვენი კოლეგები, როდესაც საქმე 65-წლის ასაკის ზემოთ პაციენტს ეხება?
- დეპრესიის მკურნალობისას ცდილობთ თუ არა, რომ უზრუნველყოთ პაციენტზე ხანგრძლივი და მიმდინარე მეთვალყურეობა?

დეპრესიის დიაგნოსტიკისას მნიშვნელოვანია გაითვალისწინოთ, რომ დეპრესია შესაძლოა განვითარდეს რიგი ორგანული დაავადების ან ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფონზე (იხ. ცხრილი).

ცხრილი 1

დაავადებები და მედიკამენტები, რომელთა მიღების ფონზე შესაძლოა დეპრესიის განვითარება.

დაავადება	მედიკამენტი
<ul style="list-style-type: none"> • ჰიპერთირეოიდიზმი • ჰიპოთირეოიდიზმი • ადისონის დაავადება • ელექტროლიტური დისბალანსი • ალკოჰოლიზმი • კარცინომა • კვებითი დეფიციტი (B₁₂, B₁ და ფოლის მჟავა) 	<ul style="list-style-type: none"> • სტეროიდები • რანტიდინი და ციმეტიდინი • კალციუმის არხების ბლოკერები მაგ. ნიფედიპინი • ბეტა-ბლოკერები, მაგ. პროპრანოლოლი • მეთილდოპა, L-დოპა • რეზერპინი • ტეტრაბენაზინი

დეპრესიის რისკ-ფაქტორები ხანდაზმულ ასაკში

- ჭირისუფლობა და ახლობლის დაკარგვა უახლოეს 6 თვეში
- მარტოობა (ეს არ ნიშნავს მარტო ცხოვრებას)
- ცხოვრებით უკმაყოფილება
- მდებარეობითი სქესი (აღსანიშნავია, რომ სუიციდი უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში)
- თამბაქოს მოწევა

მნიშვნელოვანია დეპრესიის დროული დიაგნოსტიკა და ადრეულ ეტაპზე შესაფერისი მკურნალობის დანიშვნა. 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში დეპრესიის და დემენციის პრევალირების მაჩვენებელი (შესაზამისად 10% და 5%) იმდენად მაღალია, რომ ნათელი ხდება ზოგად პრაქტიკაში ამ მდგომარეობებთან დაკავშირებული სკრინინგის პროგრამის შემუშავება. დეპრესიის კლინიკური მანიფესტაცია ხანდაზმულ პირებში განსხვავებულია, ამდენად მისი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა გამოყენებული იქნას სპეციფიური მეთოდი. ქვემოთ წარმოდგენილია ELDRS (The Evans Liverpool Depression Rating Scale) 15 პუნქტიანი კითხვარი, რომელიც მოხუცებში დეპრესიის გამოვლენის საშუალებას იძლევა. ELDRS

შეკითხვები პაციენტებისათვის:

1. *ბოლო დროს ხომ არ გრძნობთ განსაკუთრებულ სევდას ან ხშირად ტირიხართ?*
2. *რას ფიქრობთ, როდესაც თქვენ თავს სხვა ხალხს ადარებთ? უფრო უკეთ გამოიყურებით, ვიდრე თქვენი ასაკის სხვა ადამიანები, უარესად, თუ ისევე, როგორც ისინი? (შეკითხვა დადებითად ფასდება თუ პაციენტი თავის თავზე ცუდი წარმოდგენისაა)*
3. *ხომ არ არის რაიმე, რაშიც თქვენ თავს ადანაშაულებთ ან ბრალს სდებთ? (შეკითხვა დადებითად ფასდება, თუ პაციენტს გაუმართლებლად უჩნდება დანაშაულის გრძნობა)*
4. *განსაკუთრებით ბევრს ხომ არ ნერვიულობთ?*
5. *გაქვთ თუ არა საკმარისი ენერჯია იმისათვის, რომ გააკეთოთ ის, რისი გაკეთებაც გსურთ?*
6. *კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?*

7. როგორ ფიქრობთ, რას გიმზადებთ მომავალი? (შეკითხვა დადებითად ფასდება თუ პაციენტი პესიმისტურადაა განწყობილი)
8. ხანდახან ხომ არ ფიქრობთ, რომ არ ღირს ცხოვრება?
9. როდესმე ხომ არ გიგრძენიათ, რომ თითქოს ცოცხალი აღარა ხართ?
10. ხომ არ გიფიქრიათ, როდესმე ვნება მიაყენოთ (ფიზიკური ზიანი) საკუთარ თავს?

შეკითხვები ახლობლებს ან იმ პირებს, რომლებიც პაციენტს უვლიან და მასთან ახლოს იმყოფებიან:

1. ცდილობს თუ არა პაციენტი სოციალურად იზოლირებული იყოს სხვა პირებისაგან?
2. ხომ არ უჩივის პაციენტი მარტოობას (არ იგულისხმება ფიზიკური სიმარტოვე)?
3. როგორ იკვებება პაციენტი- ხომ არ უკლო საკვების მიღებას ან ხომ არ დაიკლო წონაში (ცნობილი ორგანული პათოლოგია არ აღინიშნება)?
4. აქვს თუ არა პაციენტს ძილთან დაკავშირებული პრობლემები: უჭირს ჩაძინება, იღვიძებს ადრე დილით, იღებს საძილე საშუალებებს?
5. ხომ არ არის გაღიზიანებული და მოუსვენრობს?

ტესტის შედეგი 5-6-ზე მეტი განსაკუთრებული სპეციფიურობით და მგრძობიერებით ხასიათდება.

დეპრესიის მართვის გეგმის შემუშავებისას გახსოვდეთ:

- დეპრესია გავრცელებული პათოლოგიაა;
- დეპრესია განკურნებადია-გამოსავალი კარგია;
- დეპრესიას საფუძვლად უდევს ბიოქიმიური ცვლილებები;
- ანტიდეპრესიულ მედიკამენტებზე დამოკიდებულება არ ვითარდება;

კონფუზია და დემენცია

ხშირად ძალიან რთულია მოვახდინოთ დიფერენცირება ამ ორ მდგომარეობას შორის. კონფუზიის ან დემენციის დიაგნოსტიკისას, ერთმანეთისაგან უნდა განვასხვავოთ ნორმალური და პათოლოგიური ფსიქიკური მდგომარეობა და ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ ასაკობრივი თავისებურებები.

დემენცია-ინტელექტუალური უნარის გლობალური გაუარესება, და ამასთან მნიშვნელოვანია, შემოწმდეს სხვადასხვა ფუნქციები, მეხსიერების გარდა. ასე მაგ. ტემპორალური და საფეთქლის წილის ფუნქციები აფაზიის ჩათვლით. მაგ. უჩვენეთ პაციენტს საათი და შეეკითხეთ “რა არის ეს?” შემდეგ კითხვა თანდათან უნდა გართულდეს, მაგ. ეკითხებით საათის სამაჯურზე და ბოლოს ხელზე, რომელზედაც საათი გიკეთიათ.

საფეთქლის წილის პათოლოგიის გამოსავლენად, პაციენტს უნდა ვთხოვთ ასწიოს მარჯვენა და მარცხენა ხელი, შეეხოს მარჯვენა მუხლს მარცხენა ხელით და პირიქით. ამოიცნოს მონეტა ან სხვა პატარა საგანი ხელისგულზე. დახატოს მრგვალი ან კვადრატული სახე. ეს დემენციის დამადასტურებელი ბევრად უფრო მგრძობიარე ტესტია, ვიდრე მხოლოდ მეხსიერების ტესტზე დაყრდნობა. ასევე, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საჭიროა დემენციის განსხვავება დეპრესიით გამოწვეული ფსევდოდემენციისაგან, მით უმეტეს თუ პაციენტს აღინიშნება დეპრესიის ნიშნები.

მწვავე კონფუზია-უხშირესი მიზეზი უდავოდ ინფექციაა, განსაკუთრებით რესპირატორული ან საშარდე ტრაქტის. სხვა მიზეზები-ენდოკრინული და მეტაბოლური პათოლოგიები, ჰიპერგლიკემიის ჩათვლით.

მედიკამენტები (ანტიპარკინსონული აგენტები, სედატიური, ჰიპნოზური და ანტიდეპრესანტები), კვებითი დეფიციტი (B₁₂, ფოლის მჟავა), შარდოვანას დონის მომატება და ელექტროლიტური დისბალანსი.

მიქსედემისა და კვებითი დეფიციტის ფონზე კონფუზია შედარებით ნელა ვითარდება. მწვავე კონფუზიის გამომწვევ მიზეზების მიეკუთვნება: ცერებროვასკულური მოშლილობა, სუბდურალური ჰემატომა, მოცულობითი პროცესი თავის ტვინში, გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის უკმარისობა და სხვა.

ქრონიკული კონფუზია/დემენცია. თუ კონფუზიური მდგომარეობა გრძელდება 6 თვე, უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს შეუქცევად მდგომარეობასთან, როგორცაა მულტი-ინფარქტული ან უფრო ხშირად სენილური დემენცია, ანუ ალცჰეიმერის დაავადება (ალცჰეიმერ'ს დისეასე).

სენილური ალცჰეიმერის დაავადება სენილური დემენციის უხშირესი მიზეზია. მეორე უხშირესი მიზეზი გახლავთ მულტი-ინფარქტული დემენცია, თეორიულად ეს მდგომარეობა საფეხურებრივი მიმდინარეობით ხასიათდება, განსხვავებით ალცჰეიმერის დაავადებისაგან, რომელსაც თანდათანობით გაუარესება ახასიათებს. მულტი-ინფარქტული დემენციის შემთხვევაში პაციენტს აღენიშნება ჰიპერტენზიის ან სხვა სისხლძარღვოვანი დაავადების ანამნეზი, მაგრამ სინამდვილეში არცთუ იშვიათად სენილური დემენცია და მულტიინფარქტული დემენცია ერთდროულად გვხვდება.

სხვა მდგომარეობები, რომლებიც იწვევს ინტელექტის თანდათანობით გაუარესებას და რომლებიც უნდა გამოვრიცხოთ, გახლავთ სუბდურალური ჰემატომა, ნეიროსიფილისი, პარკინსონიზმი, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია, მიქსედემა და B₁₂ ვიტამინის დეფიციტი.

თუ ქრონიკული კონფუზიის მიზეზი გამოვლინდა და იგი მკურნალობას ექვემდებარება, პაციენტი უნდა გავაგზავნოთ გერიატრიულ კლინიკაში.

ხშირად რთულია დიფერენცირება ალცჰეიმერის დაავადებასა და დეპრესიას შორის. შეფასებულა, რომ პაციენტების 15%, რომლებსაც ალცჰეიმერის დაავადების დიაგნოზი დაესვათ დაავადებულნი იყვნენ დეპრესიით. პაციენტებში, ალცჰეიმერის დაავადებით, ხშირად დეპრესია ვლინდება, როგორც მისი კლინიკური სიმპტომი. იმისათვის, რომ მოვახდინოთ დიფერენცირება, სახეზეა თავად დეპრესია, თუ დეპრესია გამოწვეული ალცჰეიმერის დაავადებით, მოგვეხმარება იმის შეფასება, თუ როგორ დაექვემდებარება მდგომარეობა ფარმაკო-ფსიქოთერაპიას.

ალცჰეიმერის დაავადების პრევალირების მაჩვენებელი ასაკთან ერთად იზრდება. 80 წლის ზემოთ დაახლოებით 25%-ს შეადგენს. ალცჰეიმერის დაავადებას ნელი პროგრესირება ახასიათებს და ამდენად მისი დაწყება შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს ოჯახის წევრების და ახლობლებისათვის.

ალცჰეიმერის დაავადების ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა მეხსიერების დაკარგვა, მაგრამ პიროვნული თვისებების შეცვლა და ინტელექტუალური დავალების (მაგ. კალკულაცია) შესრულების უნარის დაქვეითება, შეიძლება მოასწავებდეს დაავადების დასაწყისს.

ალცჰეიმერის დაავადების ხუთი ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანი:

1. **მეხსიერების დაკარგვა**-თავდაპირველად პაციენტს არ ახსოვს უახლოესი მოვლენები, რაც ახალი ინფორმაციის მიღების უუნარობას უკავშირდება. წარსული მოვლენების დავიწყება დაავადების უფრო გვიან სტადიაზე აღინიშნება.
2. **ენობრივი შესაძლებლობების გაუარესება**-ანომია ანუ “სიტყვის პოვნის პრობლემა”. მძიმე მოშლილობა ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია.
3. **სივრცითი მხედველობის გაუარესება**, ამის მაგალითია ის, რომ დაავადებული პირი ხშირად ვერ იგნებს გზას კარგად ნაცნობ გარემოში.
4. **მოქმედების ინტერესის დაკარგვა**-ეს შეიძლება იყოს ალცჰეიმერის დაავადება მეორადი დეპრესიით ან პირველადი დეპრესია მანიფესტირებული ალცჰეიმერის დაავადების სახით.
5. **ილუზიები და ჰალუცინაციები**, რაც ცუდი პროგნოზული ნიშანია.

გამოყოფილია ალცჰეიმერის დაავადებისათვის შემდეგი ძირითადი რისკ-ფაქტორები:

1. **დემენციის ოჯახური ანამნეზი** (კერძოდ, ალცჰეიმერის ტიპის დემენცია და-ძმებში)
2. **დაუნის სინდრომი**
3. **ანამნეზში ტრავმა** თავის არეში
4. **ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების ანამნეზი**

ალცჰეიმერის დაავადება პათანატომიური დიაგნოზია და მისი დადასტურება წარსულში შეუძლებელი იყო ტვინის ბიოპტატის მორფოლოგიური გამოკვლევის გარეშე. ამჟამად მისი იდენტიფიკაცია შესაძლებელია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსული გამოკვლევის საშუალებით.

მოხუცებში კონფუზიის გამომწვევი შესაძლო მიზეზები:

- **მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია** (განსაკუთრებით ანტიქოლინერგული პრეპარატები)
- **ალკოჰოლის ჭარბად მიღება**
- **მხედველობის და სმენის გაუარესება ან დაკარგვა** (კატარაქტა, შაქრიანი დიაბეტი, სმენის დაკარგვა სენსორო-ნეირონალური ტიპის)
- **გარემო** (უცხო გარემო ხელშემწყობი ფაქტორია ამისათვის).
- **მეტაბოლური**
- **ემოციური**
- **ენდოკრინული**
- **ა) ნეოპლაზმა**
- **ბ) ჰიდროცეფალია**
- **ტრავმა**
- **ინფექციები**
- **ანთება**
- **წყლულოვანი კოლიტის ან ადგილობრივი ენტერიტის მწვავე ან რეციდივული მიმდინარეობა**
- **სისტემური დაავადებები**

დელირიუმის კლინიკა მოიცავს შემდეგ პათოლოგიებს:

ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადების პროგრამა

1. აზროვნების გლობალური მოშლა. ამ შემთხვევაში ტერმინი გლობალური გულისხმობს აზროვნების ისეთი ძირითადი ფუნქციების მოშლას, როგორცაა
 - მეხსიერება
 - აზროვნება
 - აღქმა
 - ინფორმაციის ათვისება
 - ინფორმაციის დამუშავება
 - ინფორმაციის შენახვა
 - ინფორმაციის განახლება
 - ინფორმაციის უტილიზაცია
2. ყურადღების მოშლა
3. ცნობიერების დაქვეითება
4. ძილის-სიფხიზლის ციკლის მოშლა (პაციენტს ცოტა ან საერთოდ არ ძინავს)
5. ფსიქომოტორული ქცევის მოშლა. დელირიოზული პაციენტი შეიძლება იყოს ჰიპერ ან ჰიპოაქტიური
6. ზოგიერთი პაციენტი ჰიპერაქტიური მდგომარეობიდან უეცრად ლეთარგიული ხდება და პირიქით.

ფსიქიკური მდგომარეობის შემოწმება (მინი-ტესტი)

ქულები: 1 ქულა თითოეულ სწორ პასუხზე. 24 –ზე ნაკლები (ჯამი) მიუთითებს დემენციის არსებობას.

ორიენტაცია	საკითხები
1-5 რა დღეა დღეს?	1. თარიღი 2. წელი 3. თვე 4. კვირის დღე 5. სეზონი
6-10 “შეგიძლიათ მითხრათ რა ჰქვია იმ ადგილს, სადაც ჩვენ დღეს ვიმყოფებით? რა ქალაქში ვართ? რა სახელმწიფოში? რომელ შტატში?”	6. ინსტიტუტი 7. ბინა 8. ქალაქი 9. ქვეყანა 10. შტატი
რეგისტრაცია	
11-13 მეხსიერების შეფასება. გამოიყენეთ სამი საგანი: ბურთი, დროშა და ხე. ჩამოთვალეთ ისინი ნელა და გარკვევით. პირველი გამოერება იძლევა შეფასებას (0-3), მაგრამ გააგრძელეთ, სანამ პაციენტი არ გაიმეორებს სწორად(მაქს. ექვსი ცდა)	11. “ბურთი” 12. “დროშა” 13. “ხე”
ყურადღება და კალკულაცია	
14-18 დაიწყეთ 100დან და გამოაკელით 7. შეწყვიტეთ გამოკლება 5 მოქმედების შემდეგ. შეაჯამეთ სწორი პასუხების შესაბამისი ქულები. თუ პირს არ შეუძლია ამ დავალების შესრულება, სთხოვეთ მას წარმოთქვას სიტყვა შებრუნებით. დათვალეთ სწორად შებრუნებული ბგერების რაოდენობა.	14. “93” 15. “86” 16. “79” 17. “72” 18. “65” “სიტყვა” შებრუნებული

გამეორება	
19-21 “ახლა გაიმეორეთ სამი სიტყვა, რომლის დამახსოვრებაც გთხოვთ”	19. “ზურთი” 20. “დროშა” 21. “ზე”
ენა	
22-23 დასახელება: უჩვენეთ საგნები და ჰკითხეთ მათი სახელები: მაჯის საათი, კალამი	22. საათი 23. კალამი
24 გამეორება:” არავითარი თუ, და ან მაგრამ”	24. გამეორება
25-27 სამი კომპონენტის შემცველი ბრძანება: მიეცით პაციენტს ქალაქის ფურცელი და უთხარით: “აიღეთ ფურცელი მარჯვენა ხელში, გაკვეთთ და დადევით იატაკზე”.	25. აიღეთ 26. გაკვეთთ 27. დადევით
28 კითხვა: დაბეჭდეთ დიდი ასოებით”დახუჭეთ თვალები” და პაციენტს სთხოვეთ წაიკითხოს. შეფასება დადებითია თუ პაციენტი თვალებს დახუჭავს.	28. კითხვა
29. სპონტანური წერა: სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს წინადადება ქალაქის ფურცელზე.	29. გონივრული წინადადება ქვემდებარითა და შემასმენლით
30. კოპირება:” გადახატეთ ეს ფიგურა” წარმოდგენილი უნდა იყოს ათივე კუთხე და 2 გადაკვეთა	30. ხაზავს მრავალკუთხედებს

ფიგურა:



დემენციის მართვის სახელმძღვანელო ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში

ალცჰეიმერის დაავადების საზოგადოება

დემენცია:

- ექვსი თვის ან მეტი დროის მანძილზე მეხსიერების და აზროვნების უნარის გაუარესება, რომელიც იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.
- ამას შესაძლოა თან ახლდეს ემოციური კონტროლის დაქვეითება, სოციალური ქცევის, მოტივაციის, უმაღლესი კორტიკალური ფუნქციების და პერსონალური თვისებების თანდათანობითი შეცვლა.

მართვა:

- გარკვეული ხარისხით გამოხატული დემენცია აღენიშნებათ 75 წლის ზემოთ პაციენტების 10%-ს. 85 წლის ზემოთ ეს მაჩვენებელი შესაძლოა 20%-მდე და მეტად გაიზარდოს.
- შექცევადი დემენცია შესაძლოა გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზებით: პერნიციოზული ანემია, ჰიპოთირეოიდიზმი, ფრონტალური მენინგიომა და

ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადების პროგრამა

ჰიდროცეფალია (ნორმალური წნევით). შემთხვევათა უმრავლესობაში მკურნალობა უმნიშვნელო ზეგავლენას ახდენს შემეცნებითი ფუნქციებზე.

- შემთხვევათა დაახლოებით 50%-ში დემენცია განპირობებულია ალცჰეიმერის დაავადებით, 20%-ში საქმე გვაქვს მულტი-ინფარქტულ დემენციასთან, ხოლო დანარჩენ 15-20%-ში დემენციის განმაპირობებელია ორივე ზემოთ აღნიშნული პათოლოგია.
- დემენციის დიაგნოსტიკას აიოლებს შემეცნებითი ფუნქციების შეფასების სტანდარტული ტესტი.
- მნიშვნელოვანია, მოხდეს დემენციის დიფერენცირება დელირიუმისა და დეპრესიისაგან.
- დემენციის შემთხვევაში, ზოგადი პრაქტიკის პირობებში, გამოკვლევები მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზს და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების შესწავლას. შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში, საჭიროა, ჩატარდეს შარდის ანალიზი. ფიზიკალური მონაცემებით, მნიშვნელოვანია, დადგინდეს ინტერკურენტული დაავადების არსებობა და ნევროლოგიური პათოლოგია.
- კონფუზიის უეცარი მანიფესტაციის შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალისტთან.
- თითოეული პაციენტისათვის უნდა შემუშავდეს მოქმედების ინდივიდუალური გეგმა. ნათლად უნდა იყოს განსაზღვრული ის, თუ ვინ აიღებს პასუხისმგებლობას ავადმყოფის მოვლასა და ხანგრძლივ მეთვალყურეობაზე.
- განსაკუთრებული ყურადღება და მხარდაჭერა ესაჭიროებათ პაციენტის მომვლელებს. დაეხმარეთ მათ, დაუკავშირდნენ საქველმოქმედო და მოხალისე ორგანიზაციებს.

მოკლე ფსიქიკური ტესტი

ყოველ შევითხვას ენიჭება თითო ქულა. ექვსი ან ნაკლები მაჩვენებელი მიუთითებს დემენციას.

1. ასაკი
2. რა დროა დარჩენილი უახლოეს საათამდე
3. მისამართი, რომელსაც თქვენ ეუბნებით პაციენტს და სთხოვთ მას გაიმეოროს იგი ტესტის დასრულების შემდეგ
4. წელი
5. პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მისამართი
6. იცნოს ორი პიროვნება (მაგ. ექიმი, ექთანნი ან სხვა პირი)
7. დაბადების თარიღი
8. როდის დაიწყო პირველი მსოფლიო ომი
9. ვინ არის ახლა სახელმწიფოს სათავეში
10. დაითვალოს უკუღმა 20-დან 1-მდე

რეკომენდაციები დემენციის ყველაზე გავრცელებული მიზეზების დიფ. დიაგნოსტიკისათვის

- **ალცჰეიმერის დაავადება**
 - ახასიათებს თანდათანობითი დასაწყისი, ვითარდება 45 წლის შემდეგ, ხოლო უბშირესად 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში; მიმდინარეობს პროგრესულად და შეუქცევადია. ოდნავ უფრო ხშირად აღინიშნება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

ალცჰეიმერის დაავადების ზუსტი დიაგნოსტიკა შესაძლოა, მხოლოდ პათანატომიური მასალის შესწავლით.

- **მულტი-ინფარქტული დემენცია**

- ვითარდება 45 წლის ზემოთ, უხშირესად 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებში. ხშირად იწყება უეცრად და თან ახლავს ლოკალური ნევროლოგიური დაზიანების ნიშნები. ოდნავ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. პაციენტს აღენიშნება კარდიო-ვასკულარული დაავადებების ანამნეზი. გაუარესება აღენიშნება ეტაპობრივად. გამოხატულია ჩვევების და პიროვნული თვისებების არათანაბარზომიერად გამოხატული დეგრადაცია.

- **ლევის სხეულაკების დემენცია (Lეწყ ბოდყ დემენცია)**

- გამოხატულია ჰალუცინაციები და ბოდვა. შესაძლოა გამოვლინდეს უკურეაქცია ფენოთიაზინებზე.

მკურნალობა

ალცჰეიმერის დაავადება

- გაერთიანებულ სამეფოში ალცჰეიმერის დაავადების სამკურნალო პრეპარატები, მათ იყენებენ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ალცჰეიმერის დაავადების სამკურნალოდ. ასეთი სახის მედიკამენტური მკურნალობა ზოგიერთ პაციენტში სიმპტომების დროებითი კონტროლის საშუალებას იძლევა.
- დონეპეზილი ინიშნება ერთხელ დღეში ძილის წინ და არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან. არსებობს მისი 5 და 10მგ-იანი აბები.
- რივასტიგმინი ინიშნება ორჯერ დღეში (დილით და საღამოს). საწყისი დოზა 3მგ. დოზა შეიძლება გაიზარდოს 6-12მგ-მდე.
- სამწუხაროდ დღეს არ არსებობს ალცჰეიმერის დაავადების ან სიმპტომების პროგრესირების შეჩერების ან შეწყვეტის მეთოდი.

მულტი-ინფარქტული დემენცია

- რისკ-ფაქტორების კონტროლი აუმჯობესებს შემეცნებით ფუნქციებს და ამცირებს განმეორებითი ინფარქტის რისკს.
- რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:
 - ჰიპერტენზია (დიასტოლური წნევის შემცირება 90მმვწყ. სვ.-მდე)
 - თამბაქოს მოწევა
 - სიმსუქნე
 - დიაბეტი
- რისკ-ფაქტორების კონტროლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, იმ პირებში, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ინსულტი ან თავის ტვინის გარდამავალი იშემიის ეპიზოდები.
- კლინიკურად მანიფესტირებული მულტი-ინფარქტული დემენციის მართვის ძირითადი ასპექტები:

ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადების პროგრამა

- სპეციფიური პრობლემის იდენტიფიკაცია და მისი მართვის სტრატეგიის განსაზღვრა (მაგ. შეუკავებლობა, პროგრესირება-გახსოვდეთ, რომ შესაძლოა მდგომარეობას ამძიმებდეს რაიმე თანმხლები პათოლოგია)
- არსებული ფუნქციონალური მდგომარეობის შენარჩუნება;
- პაციენტის მოვლის უზრუნველყოფა და არაფორმალურ მომვლელებთან მჭიდრო კონტაქტის დამყარება;
- მედიკამენტური მკურნალობის მიზანია-ძირითადად ქცევის კონტროლი და მწვავე გაუარესების მიზეზის აღმოფხვრა;

პაციენტის საკონსულტაციოდ იგზავნება სპეციალისტთან.

- შესაძლო დემენციის იდენტიფიცირება ადრეულ ეტაპზე;
- დემენციის შექცევადი ან განკურნებადი მიზეზების იდენტიფიკაცია;
- მდგომარეობას აფასებს სპეციალისტი და განსაზღვრავს მედიკამენტური მკურნალობის საჭიროებას და რეჟიმს.
- განსაკუთრებით რთული ქცევის შეფასება და მართვა;

ქვემოთ წარმოდგენილია დემენციის, მწვავე კონფუზიის და დეპრესიის კლინიკური ნიშნები, რაც დახმარებას გაგიწევთ დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში.

დემენცია	მწვავე კონფუზია	დეპრესია
დასაწყისი		
ფარული (“ვერაგი”)	მწვავე	თანდათანობითი
ხანგრძლივობა		
თვეები/წლები	საათები/დღეები/??კვირები	კვირები/თვეები
მიმდინარეობა		
სტაბილური და პროგრესული მიმდინარეობა (ჩვეულებრივ ეტაპობრივი)	მერყევი (ტალღისებური)-მდგომა-რეობა უარესდება ღამით, შესაძლოა აღნიშნოს “ნათელი” პერიოდები	მდგომარეობა განსაკუთრებით უარესდება დილით
ორიენტაცია		
შესაძლოა იყოს ნორმალური: ჩვეულებრივ გაუარესებულია ორიენტაცია დროში და ადგილში	ყოველთვის გაუარესებულია: დრო/ადგილი/პიროვნება	ჩვეულებრივ ნორმალური
მეხსიერება		
ჩვეულებრივ ვადიანი, გრძელვადიანი მეხსიერების მოშლა	მოკლევადიანი მეხსიერების მოშლა	შესაძლოა აღნიშნოს მოკლევადიანი მეხსიერების მოშლა, ხოლო გრძელვადიანი მეხსიერება არ ზიანდება
აზროვნება		
შენელებულია, ინტერესები შენარჩუნებულია	ხშირად პარანოიდული	ჩვეულებრივ შენელებულია, რაც განპირობებულია

		სევდიანი და უიმედო განწყობით
აღქმა		
?ნორმალური, 30-40%-ში ჰალუცინაციები (ხშირად მხედველობითი)	ხშირია მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციები	ხასიათის შეცვლასთან დაკავშირებული სმენითი ჰალუცინაციები 20%-ში
ემოციები		
აპათიური, ლაბილური?, გაღიზიანებული, უმწეობის შეგრძნება	შიში, გაღიზიანება, აგრესია	ემოციური "სიჩქუნგე", სევდა, ან შიში და გაღიზიანება
ძილი		
ხშირად მოშლილი, ხშირია ღამით სიარული და კონფუზია	ღამის კონფუზია	დილით ადრე გაღვიძება
სხვა ნიშნები		
	რომელიმე ორგანული დაავადების ნიშნები	? ანამნეზში ხასიათის პათოლოგია

ზოგადსაექიმო პრაქტიკის როლი

გაერთიანებული სამეფოს მონაცემებით, მოსალოდნელია, რომ თითოეული ოჯახის ექიმს აღრიცხვაზე ჰყავდეს ხუთიდან ათამდე შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტი. ამ პაციენტების მდგომარეობის კარგად მართვა დამოკიდებულია ჯანდაცვის პირველად და მეორეულ დონეს შორის კარგი კომუნიკაციისა და თითოეული მათგანის როლის სათანადო გაგებაზე.

შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის მართვა შემდეგ ძირითად პრინციპებს ემყარება:

- ოჯახის ექიმის პრაქტიკას მჭიდრო კავშირი უნდა ჰქონდეს თემის ფსიქიატრთან, რომელიც თემის ფსიქიატრიულ ექთანთან ერთად უზრუნველყოფს პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტებს და სათანადო კონსულტაციებს.
- მართვის პროცესში მონაწილე ყველა პროფესიონალი უნდა აწარმოებდეს ერთობლივ საქმიანობას.
- ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებული უნდა იყოს შიზოფრენიით დაავადებული ყველა პაციენტი. იგი უნდა უზრუნველყოფდეს მათ რეგულარულ გამოძახებას და მათი მდგომარეობის კონტროლს, სხვა პროფესიონალებთან ერთად.
- პაციენტის სტაციონალური მკურნალობის შემდეგ ოჯახის ექიმმა მის შესახებ უნდა მიიღოს მაქსიმალურად ამომწურავი ინფორმაცია. მას ასევე უნდა ჰქონდეს საკონტაქტო პირების სია, რომელიც გაუწევინებს დახმარებას საჭირო შემთხვევაში.
- ოჯახის ექიმებმა მონაწილეობა უნდა მიიღონ საგანმანათლებლო პროგრამებში, სადაც განხილული იქნება შიზოფრენიის მართვის, მკურნალობის, შეფასების და კონსულტირების განსაკუთრებული ჩვევები.

ნევროზული აშლილობა და სომატიზაცია

ნევროზული აშლილობა წარმოადგენს ფსიქიატრიულ დარღვევას ერთობლიობას, რომელიც არ ხასიათდება ფსიქოზური სიმპტომებით და მძიმე ფსიქოპათოლოგიური დარღვევებით, როგორცაა მაგ. შიშოვანობა ან დიდი დეპრესია.

ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობები (ICD-10)

- ფობური შფოთვითი აშლილობები
- სხვა შფოთვითი აშლილობები
- ოფსესურ-კომპულსიური დარღვევა
- რეაქცია მძიმე სტრესზე და ადაპტაციის აშლილობები
- დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობები
- სომატოფორმული აშლილობები
- სხვა ნევროზული აშლილობები

გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობები (ფობური შფოთვითი აშლილობები)

გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობები მოსახლეობის 5%-ს აღენიშნება. გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის კლასიკური სინდრომი მოიცავს ორივეს, ფსიქოლოგიურ და სომატურ სიმპტომებს. ფსიქოლოგიური სიმპტომებს მიეკუთვნება თავისუფლად აღმოცენებადი შფოთვა (მაგ. შფოთვა, რომელიც არ არის დაკავშირებული რაიმე მოვლენასა და ობიექტთან) და მომავლის არაბუნებრივად ძლიერი შიში. სომატურ სიმპტომებს მიეკუთვნება: ტაქიკარდია, გულის ფრიალი, ესენციური ტრემორი, კუნთოვანი დაჭიმულობა, ჰიპერტენზია, თავბრუსხვევა, ოფლიანობა, ჰიპერვენტილაცია და დისკომფორტი ეპიგასტრიუმის არეში.

ხანმოკლე საუბრები და პრობლემათა-გადაჭრის ტექნიკის სწავლება, ხშირად საკმარისი იმისათვის, რომ ოჯახის ექიმმა მოახერხოს ასეთი პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესება, აგზნების საწინააღმდეგო მედიკამენტების გამოყენების გარეშე.

შფოთვის მედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს ბენზოდიაზეპინების და ანტიდეპრესიული საშუალებების (მაგ. პაროქსეტინი) ხანმოკლე კურსების დანიშვნას.

ფობიები

ფობია- განისაზღვრება, როგორც ძლიერი და შფოთვის მომგვრელი შიში, რომელიც გარკვეულ სიტუაციაში ან რაიმე საგანთან მიმართებაში აღმოცენდება. ეს იმდენად შემაწუხებელია, რომ პაციენტი ერიდება ფობიის გამომწვევ სიტუაციებს და საგნებს (თავის არიდების ქცევა). შიშის გამომწვევ ფაქტორებისაგან თავის არიდების მცდელობა, კიდევ უფრო ამწვავებს პაციენტის მდგომარეობას, რაც იმაში გამოიხატება, რომ თუ ამ მცდელობის მიუხედავად ფობიის გამომწვევი სიტუაციის თავიდან აცილება ვერ მოხერხდა, ამის ფონზე აღმოცენებული შიში და შფოთვა კიდევ უფრო ძლიერია, ვიდრე თავდაპირველად იყო. მოსახლეობის დაახლოებით 8% აღენიშნება სხვადასხვა ტიპის ფობია.

ადამიანების უმრავლესობა რაღაცის მიმართ განსაკუთრებულ შიშს გრძნობს, მაგ. ეშინიათ სიბნელის ან ობობების, მაგრამ ეს გრძნობა დომინანტურ ხასიათს იშვიათად იღებს და მნიშვნელოვან ზეგავლენას ამ ადამიანების ცხოვრებაზე არ ახდენს. ზოგჯერ შიში

იმდენად ძლიერი ხდება, რომ ადამიანი ყველაფერს აკეთებს იმისათვის, რომ არ შეხვდეს მის გამომწვევ ობიექტს. მაგ. დედამ შეიძლება სთხოვოს შვილს, რომ მან დაათვალიეროს ყველა ჟურნალი, რადგან დარწმუნდეს, რომ იქ ობობა არ არის დახატული. ამგვარად, ყოვლად გაუმართლებელი შიში სპეციფიური ფობიის სახეს იღებს. იმ პირთა 90%, რომელსაც ფობია აღენიშნება, ქალია.

ფსიქოლოგიური მკურნალობა ორ ძირითად პრინციპს ემყარება: შიშის აღმძვრელ ობიექტთან ასოცირებული შფოთვის შემცირება და თანდათანობით ფობიის გამომწვევ ობიექტთან ან სიტუაციასთან შეჩვევა.

აგოროფობია-გულისხმობს ხალხმრავალ ადგილებში, დიდ მაღაზიებში, საზოგადოებრივ ტრანსპორტში ყოფნის შიშს. პაციენტს ურჩენია, უმეტესი დრო სახლში გაატაროს და იშვიათად გამოდის გარეთ. აგოროფობიით შეპყრობილ პირთა 3/4 ქალია.

ამ დროს კარგ შედეგებს იძლევა ქცევითი თერაპია, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ პაციენტს ურჩევენ თანდათან გაართულოს და გაამრავალფეროვნოს იმ სიტუაციების არეალი, რომელშიც მოუხდება ყოფნა. მაგ. თავდაპირველად, იგი შეიძლება 15მ-ით მოსცილდეს თავის სახლს. შემდეგ მთელი დღე ქალაქში გაატაროს. ხშირად დიდი დახმარება შეიძლება გაგიწიოთ პაციენტის პარტნიორმა (მეუღლე, მეგობარი).

მკურნალობის თვალსაზრისით კარგ შედეგს იძლევა ანტიდეპრესანტების მ.შ. მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორების გამოყენება.

ზოგიერთი პაციენტის მკურნალობა, საკუთარი დაავადების მიმართ რამდენადმე არასწორი და უმართებულო დამოკიდებულობის გამო, რთულდება. მათ შესაძლოა “აწყობდეთ “ კიდევ ასეთი მდგომარეობა. მაგ. ასე მათ შეუძლიათ მიიპყრონ მეტი ყურადღება პარტნიორისაგან, მეგობრისა და ოჯახის წევრებისაგან. ამდენად, მკურნალობის გეგმის შემუშავებამდე, დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის შეხედულებების სწორად შეფასებას.

სოციალური ფობიები-ეს ადამიანებთან შეხვედრის შიშს გულისხმობს. პაციენტს ეშინია, რომ ისე არ (ვერ) მოიქცევა, როგორც ეს იმ საზოგადოებაშია მიღებული. თუ აგოროფობიით დაავადებული პაციენტები ხალხის მასებს ერიდებიან, სოციალური ფობიით შეპყრობილი ადამიანები ერთი-ერთზე ურთიერთობასაც გაურბიან.

ასეთი პაციენტები, ხშირად, შეხვედრებთან დაკავშირებული შფოთვის თავიდან ასაცილებლად, ბენზოდიაზეპინებს ან ალკოჰოლს იყენებენ. შეხვედრამდე, აბსოლიტურად უსაფუძვლოდ აღმოცენებული შფოთვა, აუარესებს მის მიმდინარეობას და პაციენტი კიდევ უფრო მეტად კარგავს თვით-დაჯერებულობას. ამის გამო იგი მომდევნო შეხვედრას მეტი შიშით ხვდება და ასე იკვრება მანკიერი წრე, რამაც სერიოზული ზეგავლენა შეიძლება მოახდინოს პაციენტის ცხოვრებაზე.

ადაპტაციის პათოლოგია

დროს, რომელიც ცხოვრების რაიმე კრიტიკული მოვლენის შემდეგ, ადამიანს ჩვეული რითმისათვის დასაბრუნებლად სჭირდება, შეგუების (ადაპტაციის) პერიოდი ეწოდება. თუ ეს პერიოდი პათოლოგიურ ხასიათს იღებს, ამას ადაპტაციის პათოლოგია ეწოდება. ეს აშლილობა კრიტიკული მოვლენებიდან ერთი თვის ვადაში ვითარდება, ხოლო სიმპტომთა ხანგრძლივობა, ჩვეულებრივ, 6 თვეზე ნაკლებია. თუ ეს მდგომარეობა გახანგრძლივდა, საჭიროა, ხელახალი შეფასება, რაც დეპრესიის დიაგნოსტიკის საშუალებას მოგვცემს.

პროგნოზი

ნევროზული აშლილობა, პირველად ჯანდაცვაში წარმოდგენილი ფსიქიატრიული შემთხვევების 60%-ს შეადგენს. აღმოაჩინეს, რომ პაციენტების მეოთხედის მდგომარეობა ერთი წლის შემდეგ გაუმჯობესდა, ნახევარ შემთხვევებში დაავადება მნიშვნელოვანი ვარიანტებით ხასიათდებოდა, ხოლო მეოთხედში, მიიღო ქრონიკული ხასიათი.

მკურნალობის კარგი გამოსავალი მეტად მოსალოდნელია, თუ პაციენტს მხარს უჭერს სტაბილური ოჯახი. ორგანული დაავადება, მოხუცი ასაკი, არაადექვატური სოციალური მხარდაჭერა და მძიმე დასაწყისი, ყველაფერი ეს ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია.

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოყენებული მედიკამენტები

ბენზოდიაზეპინები

ბენზოდიაზეპინები, ეს ის პრეპარატებია, რომლებსაც ყველაზე ხშირად იყენებენ, როგორც შფოთვის საწინააღმდეგო და საძილე საშუალებებს.

1. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება რეკომენდირებულია, მხოლოდ ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში (ორიდან ოთხ კვირამდე). თანაც, თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე შფოთვა, რომელიც სერიოზულ დისტრესს იწვევს და შესაძლოა თან ახლდეს უძილობა ან ხანმოკლე ფსიქოსომატური, ორგანული ან ფსიქოზური დაავადება.
2. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება “მსუბუქი” დეპრესიის შემთხვევაში გაუმართლებელია.
3. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება დასაშვებია, მხოლოდ, ძალიან მძიმე უძილობის შემთხვევაში, რაც პიროვნების უუნარობას განაპირობებს.

ბენზოდიაზეპინების გამოყენებისას (თუნდაც ხანმოკლე დროით) მაღალია მათ მიმართ დამოკიდებულების განვითარების რისკი. მათი მოხსნის ფონზე ვითარდება მოხსნის სინდრომი, რაც ვლინდება შფოთვით, უძილობით, მადის დაქვეითებით, წონაში დაკლებით, პერცეპტუალური დარღვევებით და ტრემორით. ხშირად ძნელია იმის დიფერენცირება, ეს ყველაფერი რითაა განპირობებული-პაციენტის ძირითადი მდგომარეობით, თუ ბენზოდიაზეპინების მოხსნით. მძიმე მოხსნის სინდრომის ფონზე, შესაძლოა, აღმოცენდეს კრუნჩხვები, კონფუზია ან ფსიქოზი.

როდესაც მოხსნის სინდრომის გამო, ბენზოდიაზეპინების მოხსნა შეუძლებელია, რეკომენდირებულია შემდეგი:

1. დანიშნული პრეპარატი შეცვალეთ დიაზეპამის ექვივალენტური დოზით (იხ. ცხრილი). უმჯობესია მისი მიღება ღამით.
2. დიაზეპამის დოზა შეამცირეთ ყოველ ორ კვირაში ერთხელ, 2 ან 2,5 მგ-ით. თუ ამ ფონზე მოხსნის სინდრომი მაინც გამოვლინდა, შეაფერხეთ დოზის შემცირების პროცესი.
3. გააგრძელეთ, ორკვირიანი ინტერვალებით დოზის შემცირება. უმჯობესია დოზა შეამციროთ ძალიან ნელა, ვიდრე ძალიან სწრაფად.
4. პრეპარატის სრულ მოხსნას შეიძლება დასჭირდეს საკმაოდ დიდი დრო-ოთხი კვირიდან ერთ წლამდე.