

ფსიქიატრიული კაცინების
სამეცნიერო მართვა

თბილისი 2020

ფსიქიატრიული პაციენტის საეფთხო მართვა

სასწავლო მასალა შექმნილია სს “სამედიცინო კორპორაცია ევექსისა”
და “ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის”
მხარდაჭერით

თბილისი 2020

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია პროფესიული და საბაკალავრო პროგრამის ექთნებისათვის. წიგნში მოცემული მასალა მიზნად ისახავს თანამედროვე, დასავლური, პროფესიული ინფორმაციის მიწოდებასა და მათი კრიტიკული და ანალიტიკური აზროვნების უნარის გაუმჯობესებას. ამისათვის, საკითხავ ტექსტს თან სადისკუსიო კითხვები და სავარჯიშოებიერთვის, რომელიც ჯგუფური მეცადინეობისას შესაძლოა ნაყოფიერი აღმოჩნდეს წიგნის შინაარსისგათავისებობისათვის.

წიგნის შემქმნელთა წინაშე იდგა ამოცანა, შეემუშავებინათ დასავლური სტანდარტების შესაბამისი საექთნო პროფესიული ლიტერატურა ქართულ ენაზე. ამისათვის, მათ სხვადასხვა გამომცემლობების მიერ გამოქვეყნებული წიგნებისა და სტატიების კომპილაცია, ინტერპრეტაცია და სინთეზიმოახდინეს. წიგნის ყოველ თავს თანგამოყენებული ლიტერატურის სიაერთვის, რომელიც მათ,საჭიროების შემთხვევაში, ამა თუ იმ საკითხის დაწვრილებითშესწავლაში დაეხმარება.

მასალები მოამზადეს:

ეკა აბუანდაძე – წიგნებისა და სტატიების კომპილაცია, ინტერპრეტაცია და სინთეზი.

პროფესორი ნინო ოკრიბელაშვილი-პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობის დადგენა.

ტექსტის რედაქტორი: სალომე ჭინჭარაული

ყდის დიზაინერი: სალომე ჭინჭარაული

მასალის მიმოხილვა:

პროფესორი ნინო ოკრიბელაშვილი

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

© თბილისი, 2020

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „სამედიცინო კორპორაცია ევექსისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

შინაარსი

თავი 1	
ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის საფუძვლები	5
თავი 2	
ნეირობიოლოგიური თეორიები და ფსიქოფარმაკოლოგია	14
თავი 3	
ფსიქოსოციალური თეორიები და თერაპია	52
თავი 4	
მკურნალობის მეთოდები და თერაპიული პროგრამები	82
თავი 5	
თერაპიული ურთიერთობები	95
თავი 6	
თერაპიული კომუნიკაცია	119
თავი 7	
ავადმყოფის კასუსი დაავადებაზე	147
თავი 8	
შეფასება	166
თავი 9	
კანონმდებლობა	181
თავი 10	
დანაკლისი და გლოვა	200
თავი 11	
ბრაზი, მტრულობა და აგრესია	235
თავი 12	
ძალადობა და სასტიკი მოპყრობა	254
თავი 13	
ორავმა და სტრესთან დაკავშირებული აშლილობები	275

თავი 14	
შფოთვა და შფოთვითი აშლილობები.....	297
თავი 15	
ობსესიურ-კომპულსიური დაავადება და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები.....	320
თავი 16	
შიზოფრენია	335
თავი 17	
გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა და სუიციდი	372
თავი 18	
პიროვნული აშლილობა	428
თავი 19	
დამოკიდებულება.....	455
თავი 20	
კვებითი აშლილობა.....	485
თავი 21	
ფსიქოსომატური დაავადებები	510
თავი 22	
ნეიროგანვითარების დარღვევები	527
თავი 23	
დესტრუქციული ქცევითი აშლილობები.....	547
თავი 24	
კომენიური აშლილობები	557

თავი 1

ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის საფუძვლები

ამ თავში განხილულია:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური აშლილობის განმარტება;
2. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების მკურნალობის ისტორია;
3. ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის ზოგადი საფუძვლები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური აშლილობის განმარტება

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური აშლილობის ზუსტი და ერთმნიშვნელოვანი განმარტება თანამედროვე ლიტერატურაში არ არსებობს. თუმცა მიღებულია, რომ პირი, რომლის ქცევა და სოციალური როლი შეესაბამება თანამედროვე საზოგადოებაში მიღებულ სოციალურ ნორმებსა და მოლოდინებს, ფსიქიკურად ჯანმრთელ ადამიანად ითვლება. შესაბამისად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანად ითვლება პირი, რომლის ქცევა და სოციალური როლი არ შეესაბამება თანამედროვე სოციუმის მიერ მიღებულ ნორმებს. იმის გამო, რომ კონკრეტული სოციუმის ნორმა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია საზოგადოების კულტურასა და ადათ-წესებზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განმარტება, ხშირად ლოკალური კულტურული მახასიათებლების ზეგავლენის ქვეშავე ექცევა. ის, რაც ერთი კულტურისა და სოციუმის ადამიანთა ჯგუფისათვის მისაღები ქცევაა, შესაძლოა მიუღებელი იყოს სხვა ისტორიის, კულტურისა და ადათ-წესების მქონე საზოგადოებისთვის.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო), ჯანმრთელობას განმარტავს როგორც სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას და – არა, როგორც ავადმყოფობისა და უძლურების არ არსებობას. ჯანმოს განმარტების შესაბამისად ემოციური, ფიზიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობაში მყოფი ადამიანები ასრულებენ ცხოვრებისეულ მოვალეობებს, ყოველდღიურად ეფექტურად მოქმედებენ და კმაყოფილები არიან თავისი ინტერპერსონალური ურთიერთობებით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის უნივერსალური განმარტება არ არსებობს. ზოგადად, პირის ქცევა შეიძლება შეიცავდეს მინიმუმებს მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. ვინაიდან ყოველ ადამიანს შეუძლია ჰქონდეს განსხვავებული აზრი ან მოახდინოს ქცევის ინტერპრეტაცია (თავისი ღირებულებებისა და შეხედულებების გათვალისწინებით), ფსიქიკური ჯანმრთელობის განსაზღვრა რთულია. უმეტესად ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში იგულისხმება ემოციური, ფსიქოლოგიური და სოციალური სიჯანსაღის მდგომარეობა, რაც დასტურდება დამაკმაყოფილებელი ინტერპერსონალური ურთიერთობებით, ეფექტური ქცევით, ფსიქოლოგიური დადაპტაციით, პოზიტიური თვითშეფასებითა და ემოციური სტაბილურობით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა მრავალი კომპონენტისგან შედგება და მასზე უამრავი სხვადასხვა ფაქტორი მოქმედებს. შესაბამისად, ადამიანის ფსიქიკური მდგომარეობა არაა სტატიკური ცნება და ის დინამიურად იცვლება მასზე მოქმედი ფაქტორების გათვა-

ლისწინებით. ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე შესაძლებელია იყოს:

1. ინდივიდუალური;
2. ინტერპერსონალური;
3. სოციალურ/კულტურული.

ინდივიდუალური (პიროვნული) ფაქტორები – ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალური ფაქტორები მოიცავს, ადამიანის ბიოლოგიურ სახეს, ავტონომიასა და დამოუკიდებლობას, ღირსებისშეგრძნებას, პიროვნული განვითარებისა და ზრდის შესაძლებლობას, ენერგიულობას, ცხოვრებისეული მიზნის ქონასა და მისკენ სწრაფვას, ემოციურ მედეგობასა და გამძლეობას, მიკუთვნების, რეალობაში ორიენტაციისა და სტრესის დაძლევის ან მართვის უნარებს.

ინტერპერსონალური ფაქტორები – ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ინტერპერსონალური ფაქტორები მოიცავს ეფექტურ კომუნიკაციას, სხვების დახმარების უნარს, ინტიმურობასა და ბალანსის დაცვის უნარს განცალკევებულობასა და სოციალურ ცხოვრებაში ჩართულობას შორის.

სოციალურ/კულტურული (იგივე – გარემო) ფაქტორები – ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალურ/კულტურული ფაქტორები მოიცავს თემის აღქმასა და მასთან მიკუთვნების შეგრძნებას, შესაბამის სოციალურ სერვისებთან ხელმისაწვდომობას, ძალადობის მიმართ შეუწყნარებლობას, განსხვავებული ადამიანების მხარდაჭერას, გარემოსდაცვას, სამყაროს პოზიტიურ, თუმცა ადეკვატურ/რეალისტურ აღქმას.

ფსიქიკური დაავადება

ფსიქიკური დაავადებები მოიცავს როგორც აფექტურ სფეროს, ისე ქცევისა და აზროვნების დარღვევებს (მაგ., დეპრესია, შიზოფრენია, შფოთვითი აშლილობა და სხვა). ფსიქიკური აშლილობა ხშირად პირის ფიზიკური და მენტალური ფუნქციონირების დაქვეითებასთან არის დაკავშირებული. ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანები უკმაყოფილოები არიან საკუთარი თავით, ურთიერთობებითა და არაეფექტური ადაპტაციური უნარებით. მათთვის ყოველდღიური ცხოვრება ძალიან დამლული და ხშირად გაუსაძლისიცაა, რის გამოც ისინი უიმედობასაც ეძლევიან.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განმსაზღვრელმა ნებისმიერმა ფაქტორმა – ინდივიდუალურმა, ინტერპერსონალურმა თუ სოციალურ/კულტურულმა, შესაძლოა ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შერყევა გამოიწვიოს. კერძოდ, თუ ადამიანი თავისი სოციალური წევრებთან ვერ ამყარებს ეფექტურ კომუნიკაციას, არ არის კმაყოფილი, ან ზედმეტად დამოკიდებულია სოციალურ ურთიერთობებზე, არ აქვს თემთან მიკუთვნების შეგრძნება, ვერ იღებს ადეკვატურ სოციალურ მხარდაჭერას თავისი თემის წევრებისგან და სხვ. – იგი მეტად არის მიდრეკილი ფსიქიკური აშლილობის განვითარებისკენ.

ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობის ისტორია

ანტიკური ხანა

ანტიკურ ხანაში ადამიანებს სწამდათ, რომ ნებისმიერი ავადმყოფობა ღმერთების განრისხებით იყო გამოწვეული. მათი ქცევიდან გამომდინარე, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები აღქმულნი იყვნენ დემონებად, ან ღვთაებრივ არსებებად. ღვთაებრივ

არსებებად მიჩნეულებს აღმერთებდნენ, ხოლო მათ, ვინც დემონებად იყვნენ აღქმულნი, მკაცრად სჯიდნენ და ცეცხლზეც კი წვავდნენ.

არისტოტელემ, რომელიც ჩვენს წელთაღრიცხვამდე 382-322 წწ. მოღვაწეობდა, სცადა ფიზიკური და ფსიქიკური აშლილობების დაკავშირება ერთმანეთთან და ჩამოაყალიბა ფსიქიკური აშლილობების განვითარების თეორია, რომლის თანახმადაც, ადამიანის ემოციები ორგანიზმში მოცირკულირე სისხლის, წყლის, ყვითელი და შავი ნალღველის რაოდენობით კონტროლდებოდა. ამ თეორიის თანახმად, სწორედ ეს ოთხი სითხე განაპირობებდა ადამიანში ბედნიერების, სიმშვიდის, ბრაზისა და სევდის გრძნობების არსებობას, ხოლო მათი დისბალანსი საფუძვლად ედო მენტალური აშლილობის განვითარებას. სითხეთა ბალანსის აღდგენისკენ მიმართულ მკურნალობის ტაქტიკებს (მაგ., სისხლის გამოშვება, შიმშილითა და განწმენდით მკურნალობა), მე-19 საუკუნემდე იყენებდნენ.

ადრეული ქრისტიანული ხანის (ჩვ.წ.აღ-ის 1-1000 წწ.) საზოგადოებაში ცრურწმენები მეტად გავრცელებული იყო. ყველა დაავადება კვლავ ღმერთის სასჯელად იყო შერაცხული, ხოლო მენტალური დაავადების მქონე ადამიანები, შეპყრობილებად ითვლებოდნენ. მოძღვრები ასეთი ადამიანებისგან ეშმაკეულის განდევნას ცდილობდნენ, ხოლო თუ ეს არ ამართლებდა, მაშინ მიმართავდნენ უკიდურეს გზებს, მათ შორის – დილეგში გამომწვევდას, განკეპვლასა და შიმშილს.

რენესანსის პერიოდში, ინგლისში, 1300-1600 წწ. მენტალური დაავადების მქონე პირები განირჩეოდნენ კრიმინალებისგან, მათ აძლევდნენ საშუალებას, რომ ქალაქისგან მოშორებით ეცხოვრათ, თუმცა გამოხატული აგრესიული ქცევის მქონე ავადმყოფებს საპყრობილეში ათავსებდნენ და აშიმშილებდნენ კიდევ. 1547 წელს წმინდა მარიამ ბეთლემელის საავადმყოფო ოფიციალურად იქნა განკუთვნილი „ფსიქიკურად შეშლილებისთვის“ და 1775 წლისთვის იქ მისულ ვიზიტორებს ამ „არსებების“ დათვალიერებაში ფულის გადახდაც კი უწევდათ. ამავე პერიოდში, კოლონიებში (ახლანდელი ამერიკის შეერთებული შტატები), მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანები ეშმაკის მიერ შეპყრობილებად მიიჩნეოდნენ და ამისთვის ისჯებოდნენ. მასობრივი ნადირობა იყო გამოცხადებული „გრძნეულებზე“ და დაკავებულებს ცეცხლზე წვავდნენ.



ეშმაკისეულით შეპყრობილი

წყარო: <https://Bahaiteachings.org/Demon-Possession-Devil-True-Exorcism/>.

აღორძინების ხანა, განმანათლებლები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინსტიტუციების შექმნა

1790-იან წლებში დაიწყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის აღორძინების ხანა. ფილიპ პინელი საფრანგეთში და ვილიამ ტუკი ინგლისში აყალიბებენ **თავშესაფრებს** იმ პირებისთვის, რომლებიც მხოლოდ საკუთარი ფსიქიკური ავადმყოფობის გამო ისჯებოდნენ და წამებაში იმყოფებოდნენ. ამ მოძრაობას მოჰყვა მენტალური დაავადების მქონე ადამიანთა მორალური მკურნალობის ინიცირებაც. დოროთეა დიქსმა, ინგლისში ტუკის დაწესებულების ნახვის შემდეგ, ამერიკის შეერთებულ შტატებში წამოიწყო საზოგადოებრივი კამპანია ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობის მიდგომების შეცვლის მიმართულებით. მისივე თაოსნობით შეიქმნა თავშესაფრები აშშ-ს 32 შტატში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის. დიქსის ხედვით, საზოგადოება ვალდებული იყო ებრუნა ფსიქიკურად დაავადებულებზე ისე, რომ მათთვის ხელმისაწვდომი ყოფილიყო თავშესაფარი, საკვები და ტანსაცმელი.

სამწუხაროდ, ეს საგანმანათლებლო მოძრაობა მალევე წააწყდა პრობლემებს, პირველი თავშესაფრის დაარსებიდან 100 წელიწადში, იმ ძალადობის გამო, რომელშიც პაციენტების მიმართ კლინიკის მომსახურე პერსონალს ადანაშაულებდნენ. ფრაზამ „ფსიქიკურად დაავადებულთა თავშესაფარი“ ნეგატიური მნიშვნელობა შეიძინა.

ზიგმუნდ ფროიდი და ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა

ფსიქიატრიული დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეცნიერული შესწავლა დაკავშირებულია ზიგმუნდ ფროიდის (1856-1939), ემილკრეპელინისა (1856-1926) და იუჟინ ბლეილერის (1857-1939) სახელებთან.

ფროიდმა სრულიად განსხვავებული მიდგომით დაიწყო ადამიანის ფსიქიკისა და მისი დარღვევების შესწავლა და მკურნალობა. კრეპელინმა პირველმა მოახდინა ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაცია, ხოლო ბლეილერმა პირველმა შემოიღო ტერმინი „შიზოფრენია“.

ფსიქოფარმაკოლოგიის განვითარება

ფსიქოფარმაკოლოგიის განვითარება ძირითადად 1950 წლით თარიღდება, როდესაც დაიწყო ფსიქოტროპული მედიკამენტების შექმნა. ქლორპრომაზინი (ანტიფსიქოზური საშუალება) და ლითიუმი (ანტიმანიური საშუალება) პირველი ფარმაკოლოგიური საშუალებები იყო, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში გამოიყენეს. ხოლო მათ შემდეგ შეიქმნა ისეთი მედიკამენტები, როგორცაა მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები, ჰალოპერიდოლი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ბენზოდიამეპინები, რომელმაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა სუბიექტური და ობიექტური მდგომარეობა.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროპაგანდა

მეოცე საუკუნის სამოციან წლებში, აქტიურად დაიწყო თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროპაგანდა და მკაცრი ინსტიტუციური ბრუნვის დეინსტიტუციონალიზება. კერძოდ, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ჯანმრთელობაზე ბრუნვა დაიგეგმა უფრო მცირე ზომის, თემთან ახლოს მდებარე დაწესებულებებში, რომელიც პაციენტებს ეხმარებოდა სოციალური ცხოვრება გაეგრძელებინათ უშუალოდ

თემში, ოჯახებთან, მეგობრებთან ახლოს და არა – სპეციალურ დაწესებულებებში; ამ ცენტრებში შესაძლებელი იყო როგორც გადაუდებელი, ისე გეგმიური ამბულატორიული და დღის სტაციონარული სერვისების მიღება. აქ პაციენტებს აძლევდნენ შესაბამის ცოდნას მათი დაავადებისა და მკურნალობის შესახებ. ამავე პერიოდში მოხდა ასეთი პირების სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამების ამოქმედება, რამაც ხელი შეუწყო მათი მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის ზოგადი საფუძვლები

ამერიკელი ლინდა რიჩარდსი ითვლება პირველ ექთნად, რომელმაც აშშ-ს ჰოსპიტალებში ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის საგანმანათლებლო აქტივობებს ჩაუყარა საფუძველი. 1873 წელს მან დაასრულა საექთნო განათლება, რის შემდეგაც ხელი მიჰყო საგანმანათლებლო აქტივობებს ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის მიმართულებით. 1882 წელს ლ. რიჩარდსმა მასაჩუსეტსის შტატის ერთ-ერთ ჰოსპიტალში პირველი მოკლევადიანი საგანმანათლებლო კურსი ჩაატარა, რომელიც ძირითადად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ჰიგიენასა და პერსონალური მოვლის საკითხებს შეეხებოდა.

დღეისათვის ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვის შემდეგი სტანდარტებია მიღებული:

სტანდარტი 1: შეფასება

ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთანი აგროვებს სრულ ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს იმ საკითხების შესწავლას, რამაც მიმდინარე მდგომარეობა გამოიწვია.

სტანდარტი 2: დიაგნოზი

მონაცემთა ანალიზის შეფასების საფუძველზე ექთანი ახდენს პრობლემების დიაგნოზის ფორმირებასა და რისკის დონის შეფასებას.

სტანდარტი 3: გამოსავალის იდენტიფიკაცია

ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთანი ახდენს მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგების იდენტიფიცირებას, პაციენტისთვის, ანსიტუაციისთვის ინდივიდუალური გეგმის შესადგენად.

სტანდარტი 4: დაგეგმვა

ექთანი ადგენს გეგმას, რომელიც განსაზღვრავს სტრატეგიებსა და ალტერნატივებს, რათა მიღწეულ იქნეს მკურნალობის სასურველი შედეგები.

სტანდარტი 5: იმპლემენტაცია/დანერგვა

ექთანი ახდენს გეგმის უშუალო დანერგვას.

სტანდარტი 5ა: მოვლის კოორდინაცია

ექთანი ახდენს პაციენტის მოვლის კოორდინაციას.

სტანდარტი 5ბ: ჯანმრთელობის პროპაგანდა და სწავლება

ექთანი იყენებს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვისა და უსაფრთხო გარემოს შექმნის სტრატეგიებს.

სტანდარტი 5გ: ჯანსაღი გარემოს შექმნის ხელშეწყობა

ექთანი ზრუნავს ჯანსაღი გარემოს შექმნაზე თერაპიული მიზნების მისაღწევად, რასაც იგი ახდენს პაციენტის ოჯახსა და მეგობრებთან, ასევე ზრუნვაში ჩართულ სხვა პირებთან კომუნიკაციით.

სტანდარტი 5დ: ფარმაკოლოგიური, ბიოლოგიური და ინტეგრირებული თერაპია

ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთანი, საკუთარი კლინიკური უნარების ფარგლებში, იყენებს ფარმაკოლოგიური, ბიოლოგიური და დამატებითი ინტერვენციების შესახებ ცოდნას, რათა აღდგეს პაციენტის დარღვეული ჯანმრთელობა და მოხდეს შესაძლებლობების შეზღუდვის პრევენცია.

სტანდარტი 5ე: პრეცედენტული ორგანო და მკურნალობა

ექთანი საკუთარ პრაქტიკაში იყენებს ეროვნული კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პროცედურებს, რეფერალს, მკურნალობასა და თერაპიებს.

სტანდარტი 5ვ: ფსიქოთერაპია

ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთანი არსებული კომპეტენციის ფარგლებში ატარებს ინდივიდუალურ, წყვილთა, ჯგუფურ და ოჯახურ ფსიქოთერაპიას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ფსიქოთერაპიისა და ექთანი-პაციენტის ურთიერთობის გამოყენებით.

სტანდარტი 5ზ: კონსულტირება

ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთანი ატარებს კონსულტაციებს, რათა გავლენა მოახდინოს შედგენილ გეგმაზე და პაციენტებისთვის მომსახურების პროცესში გააძლიეროს სხვა კლინიკისტების ჩართულობა და მიაღწიოს შესაბამის ცვლილებებს.

სტანდარტი 6: შეფასება

ექთანი აფასებს დასახული გეგმის დანერგვა/განხორციელების შედეგად მიღწეულ შედეგებს.

(აქვე აღვნიშნავთ, რომ აშშ-ში სერტიფიცირებული ფსიქიატრიული/ფსიქიკური ჯანდაცვის ექთნის პროფესიული ვალდებულებები კიდევ რამდენიმე დამატებითი სტანდარტით რეგულირდება, რასაც საბაკალავრო განათლების ეტაპზე ყურადღება დამატებით მიექცევა).

ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვისას, ასევე მნიშვნელოვანია, შემდეგი პრობლემური საკითხების სწორი ინტერპრეტაცია:

- რა მოხდება, თუ არასწორად ვიტყვი რამეს?

სამწუხაროდ, მხოლოდ ერთ ფრაზას არ შეუძლია რადიკალურად გააუმჯობესოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანის მდგომარეობა. შესაბამისად, მხოლოდ ერთი ფრაზა ვერ იქნება პაციენტის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების მიზეზი. კონკრეტულ ფრაზებზე მეტად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირზე ზრუნვისას, მნიშვნელოვანია ზრუნვისა და ემპათიის გამოჩენა. გახსოვდეთ, რომ თუ კომუნიკაციისას პაციენტმა თქვენი რომელიმე ფრაზა მტკივნეულად აღიქვა, ყოველთვის შეგიძლიათ განმარტოთ თქვენი ნათქვამი თავიდან.

- რა უნდა გავაკეთო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთან?
ჩვეულ საექთნო პრაქტიკასთან შედარებით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთან შესასრულებელი დიაგნოსტიკური ტესტებისა და მანიპულაციების რიცხვი ბევრად მცირე და ნაკლებად რთულია. ასეთ პაციენტებთან მუშაობა, უპირატესად გულსხმობს მათთან კომუნიკაციას. თუმცა აღსანიშნავია, რომ კომუნიკაცია შეეხება პაციენტის პირად და სენსიტიურ პრობლემებს, რაც აუცილებელია გაცნობიერებული იყოს ექთნის მხრიდან.
- როგორ უნდა მოვიქცე თუ პაციენტებს არ სურთ ჩემთან საუბარი?
ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს, ხშირად საკუთარ პრობლემებზე საუბრის სურვილი არ აქვთ ხოლმე, რაც არ შეიძლება ჩაითვალოს სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ნაკლად. სამედიცინო პერსონალის მზაობა და კეთილგანწყობა ყველაზე მეტად ეხმარება პაციენტს დაინყოს საუბარი საკუთარი პრობლემების შესახებ, ამიტომ საშუალო სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ადეკვატური დროისა და რესურსის მობილიზება უნდა მოხდეს მიზნის მისაღწევად.
- კითხვების დასმით ზედმეტად ხომ არ ვიჭრები პაციენტის პირად სივრცეში?
პაციენტისთვის მტკივნეული და პირადი ხასიათის კითხვების დასმა მხოლოდ კარგად აწყობილი ორმხრივი კომუნიკაციისა და კეთილგანწყობის დამყარების შემდეგ უნდა მოხდეს. ასეთ შემთხვევაში, როგორც ექთანს, ისე პაციენტს, პირად სივრცეში შეჭრის შეგრძნება ნაკლებად გაუჩნდება. ნდობის დამყარების შემდეგ, პაციენტები ხშირად თვითონვე გამოხატავენ სურვილს გაესაუბრონ მათთვის მტკივნეულ თემაზე ექთანს, რომელსაც შეუძლია მას მოუსმინოს და დაეხმაროს.
- როგორ უნდა ვმართო პაციენტის უცნაური ან შეუსაბამო ქცევა?
თავდაპირველად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ქცევა შესაძლოა უხერხულობისა და შოკის მომგვრელიც იყოს. მნიშვნელოვანია, რომ ამ დროს პაციენტს თქვენს მიმართ მიუღებლობისა და გაუცხოების შეგრძნება არ გაუჩნდეს. თუ სიტუაციის მართვას დამოუკიდებლად ვერ ახერხებთ, დახმარებისთვის მოუხმეთ კოლეგებს.
- როგორ მოვიქცეთ, თუ პაციენტი ცდილობს ექთანს პაემანი დაუნიშნოს, ან ავლენს სექსუალურ აგრესიას ან შეუსაბამო ქცევას?
ფსიქიკური აშლილობის მქონე ზოგ პირს უჭირს სოციალური ნორმების შესაბამისი ქცევა. ასეთ შემთხვევაში, ექთანმა აუცილებლად უნდა მიუთითოს, რომ ეს ქცევა მიუღებელია პროფესიული ურთიერთობიდან გამომდინარე.
- არის თუ არა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანის საექთნო მართვა ექთნისთვის საფრთხის შემცველი?
თანამედროვე სოციუმში გამეფებული სტერეოტიპის გამო, ითვლება, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, როგორც წესი, მოძალადეები არიან. სინამდვილეში კი ასეთი აშლილობების მქონე პირები, გარშემომყოფებზე მეტად საკუთარი თავისთვის წარმოადგენენ საფრთხეს. თუმცა დაწესებულებას, აუცილებელია ჰქონდეს სამოქმედო გეგმა, მაშინ როდესაც პაციენტი ავლენს აგრესიულ ქცევას და განსაკუთრებული სიფრთხილე გამოიჩინოს იმ პაციენტების მოვლისას, რომელთაც აგრესიული ქცევის გამოვლენის მაღალი რისკი აქვთ. ასეთ პაციენტებთან ფსიქოთერაპიული

დიალოგის წამოწყებამდე დარწმუნდით, რომ არ ხართ ჩაკეტილ სივრცეში და რომ დამხმარე პერსონალს, საჭიროების წარმოშობის შემთხვევაში, თქვენამდე მოღწევა ადვილად შეეძლება.

- როგორ მოვიქცეთ, თუ ჩვენს ნაცნობს გადავანწყდით კლინიკაში პაციენტის როლში? ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, ისევე როგორც ნებისმიერ კლინიკურ მიმდინარეობაში, შესაძლებელია თქვენი ნაცნობი პაციენტის როლში შეგხვდეთ. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ამ შემთხვევაში ასეთი შეხვედრის დროს წარმოშობილი შიში და სტიგმა პაციენტისთვის საკმაოდ ძლიერია და დამატებით სტრესულ ფაქტორს წარმოადგენს. ამიტომ, ამ ტიპის დაწესებულებებში პაციენტის კონფიდენციალობის დაცვა უმნიშვნელოვანესია. ასეთი შეხვედრების დროს, თქვენ და თქვენმა კოლეგებმა უნდა დაარწმუნოთ პაციენტი, რომ მისი კონფიდენციალობა დაცული იქნება შესაბამის დონეზე.
- როგორ მოვიქცეთ, თუ აღმოვაჩინეთ რომ ჩვენი და პაციენტის განცდები და აზრები, ასევე ცხოვრებისეული ისტორია, ერთმანეთს ემთხვევა? პაციენტთან საუბრისას შესაძლებელია აღმოაჩინოთ, რომ თქვენი და პაციენტის პრობლემები, ოჯახური ურთიერთობები, ასევე – ცხოვრებისეული ისტორია, ერთმანეთს ემთხვევა. ამ შეკითხვაზე არ არსებობს ერთმნიშვნელოვანი პასუხი. სამწუხაროდ, ერთსა და ამავე სტრესზე, სხვადასხვა ადამიანმა შესაძლოა სხვადასხვა დონის ფსიქიკური რეაქცია გამოავლინოს, ხოლო, თუ რა უდგას ამ რეაქციას უკან, ცალსახა პასუხი ამ შეკითხვაზე არ არსებობს. ეს საკითხები მე-7 თავში დეტალურად არის განხილული.

წყდრმები:

1. American Nurses Association. (2007). Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/ American Nurses Association.
2. Baly, M. (1982). A leading light. *Nursing Mirror*, 155(19), 49-51. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy people 2020*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
3. Doona, M. (1984). At least as well cared for ... Linda Richards and the mentally ill. *Image*, 16(2), 51-56.
4. Forchuk, C., & Tweedell, D. (2001). Celebrating our past: The history of Hamilton Psychiatric Hospital. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(10), 16-24.
5. Gollaher, D. (1995). *Voice for the mad: The life of Dorothea Dix*. New York: Free Press.
6. Kilmer, R. P., & Cook, J. R. (2012). Moving forward with systems of
7. McMillan, I. (1997). Insight into bedlam: One hospital's history. *Journal of Psychosocial Nursing*, 3(6), 28-34.
8. Mellow, J. (1986). A personal perspective of nursing therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(2), 182-183.
9. National Alliance for the Mentally Ill. (2009). Mental health parity laws. Available at: <http://www.nami.org>
10. National Coalition for the Homeless. (2009). Mental illness and homelessness. Available at: http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental_Illness.html
11. National Institute of Mental Health. (2008). Mental health statistics. Available at: <http://www.nimh.nih.gov>
12. Rosenblatt, A. (1984). Concepts of the asylum in the care of the mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 244-250.
13. Treatment Advocacy Center. (2010). Fast facts. Available at: <http://www.treatmentadvocacycenter.org>
14. U.S. Census Bureau. (2010). 2010 Census survey results. Available at: <http://www.census.gov>

თავი 2

ნეირობიოლოგიური თეორიები და ფსიქოფარმაკოლოგია

ამ თავში განხილულია:

1. თავის ტვინის სტრუქტურები, მასში მიმდინარე პროცესები და ფუნქციები;
2. ნეირობიოლოგიური თეორიები, რომელიც საფუძვლად უდევს თანამედროვე ფარმაკოთერაპიასა და სტრატეგიებს;
3. ექთნის როლი ნეირობიოლოგიური მექანიზმებისა და სამკურნალო საშუალებების შესახებ, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლების საკითხებში;
4. ექთნის როლი თავის ტვინის გამოსახულებითი კვლევების შესახებ, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლების საკითხებში;
5. ფარმაკოლოგიური საშუალებების ტიპები, რომელიც გამოიყენება ფსიქიკური აშლილობის სამკურნალოდ, მათი მოქმედების მექანიზმები, გვერდითი მოვლენები და საექთნო ასპექტები;
6. მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების გზები;
7. სამკურნალო რეჟიმის დაცვასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიცირება;
8. პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის დანიშნულების ზედმინევით შესრულების სტრატეგიების სწავლება.

მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში თავის ტვინის მუშაობის შესახებ ბევრი რამ გახდა ცნობილი, ფსიქიკური აშლილობის გამომწვევების შესახებ ჯერ კიდევ ბევრი არაფერია შესწავლილი. სწორედ ამიტომ, დაავადების გამომწვევისკენ მიმართული თერაპიები ჯერ კიდევ არ გამოიყენება ფართოდ, ფსიქიატრიული დაავადებების სამკურნალოდ.

იმისათვის, რომ ექთანს კარგად ესმოდეს თანამედროვე ფარმაკოლოგიური საშუალებების მოქმედების მექანიზმები, აუცილებელია, კარგად იცოდეს ნერვული სისტემის აგებულება და მისი ფუნქციონირების ძირითადი ასპექტები.

ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტები უშუალოდ მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და, შესაბამისად, ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ქცევაზე, აღქმაზე, ფიქრებსა და ემოციებზე. ამ თავში განხილულია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედი მედიკამენტების ხუთი ჯგუფი, რომელიც ფსიქიკური დაავადებების სამკურნალოდ გამოიყენება. აქ შეისწავლით ამ მედიკამენტების მოქმედების მექანიზმებს, გვერდით მოვლენებს, ასევე შეისწავლით ექთნის როლს ამ მედიკამენტების მიღებისა და პაციენტის განათლების საკითხებში.

ნერვული სისტემა და მისი მოქმედების მექანიზმები

ცენტრალური ნერვული სისტემა

ცენტრალური ნერვული სისტემა მოიცავს თავისა და ზურგის ტვინს, ასევე მათგან გამომავალ ნერვებს, რომელიც ნებელობით ქმედებებზე არის პასუხისმგებელი.

სტრუქტურულად თავის ტვინი შემდეგი ნაწილებისგან შედგება:

1. თხემი;
2. ნათხემი;
3. ტვინის ღერო;
4. ლიმბური სისტემა;

თავის ტვინი

თავის ტვინი გაყოფილია ორ ჰემისფეროდ, სადაც ყველა წილი და სტრუქტურა გვხვდება ორივე ჰემისფეროში სიმეტრიულად, გარდა გირჩისებრი სხეულისა (ეპიფიზი), რომელიც მოქცეულია ორ ჰემისფეროს შორის. ეპიფიზი წარმოადგენს ენდოკრინულ ჯირკვალს, რომელიც არეგულირებს ჰიპოფიზის, ლანგერჰანსის კუნძულების, პარათიროიდის, თირკმელზედა ჯირკვლებისა და სათესლე ჯირკვლების ფუნქციებს. ჰემისფეროებს შორის კავშირს ამყარებს კორძიანი სხეული, რომელიც ჰემისფეროთა შორის ფუნქციების კოორდინაციას ახდენს.

მარცხენა ჰემისფერო აკონტროლებს სხეულის მარჯვენა მხარეს და პასუხს აგებს ისეთ კოგნიტურ ფუნქციებზე, როგორცაა კითხვა, წერა და მათემატიკური უნარები.

მარჯვენა ჰემისფერო აკონტროლებს სხეულის მარცხენა მხარეს და პასუხს აგებს კრეატიულ აზროვნებაზე, ინტუიციასა და ხელოვნებასთან დაკავშირებულ უნარებზე.

თავის ტვინის ჰემისფეროები გაყოფილია 4 წილად: შუბლის, თხემის, საფეთქლისა და კეფის წილებად. არის ფუნქციები, რომელზეც მხოლოდ ერთი წილი აგებს პასუხს, თუმცა ფუნქციათა უმრავლესობას ოთხივე წილი სინერგიულად ასრულებს. შუბლის წილი აკონტროლებს აზრთა თანმიმდევრობას, სხეულის მოძრაობას, მეხსიერებას, ემოციებსა და მორალურ ქცევას. შესაბამისად, ეს წილი მეტად არის პასუხისმგებელი ალგზმების კონტროლზე, ყურადღების კონცენტრირებასა და გადაწყვეტილებების მიღების უნარზე. შუბლის წილში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები ასოცირებულია ისეთი დაავადებების წარმოშობასთან, როგორცაა შიზოფრენია, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი და დემენცია. თხემის წილები პასუხისმგებელია გრძნობათა ინტერპრეტაციაზე, მათ შორის, შეხებისა და გემოს აღქმაზე. ასევე ეს წილია პასუხისმგებელი სივრცეში ორიენტაციის უნარზე. თავის ტვინის კეფის წილი პასუხისმგებელია ენის შესწავლისა და ვიზუალური სიგნალის ინტერპრეტაციაზე.

ნათხემი

ნათხემი მოთავსებულია თხემის ქვეშ და პასუხისმგებელია კოორდინაციასა და მოძრაობაზე. აქ შემოდის და ანალიზდება ინფორმაცია სხეულის ყველა კუნთიდან, სახსრიდან, ორგანოებიდან და ცნს-ის სხვა სტრუქტურებიდან. კვლევებმა აჩვენა, რომ დოპამინის ტრანსმისიის ბლოკირება, იწვევს ნატიფი მოძრაობების კოორდინაციის მოშლას, მაგ., პარკინსონის დაავადებისა და დემენციის დროს.

ტვინის ღერო

ტვინის ღერო მოიცავს შემდეგ ანატომიურ ერთეულებს: შუა ტვინი, ხიდი, მოგრძო ტვინი, III-XII წყვილი ნერვის ბირთვები. მოგრძო ტვინი, რომელიც ზურგის ტვინის დასაწყისამდე მდებარეობს, პასუხისმგებელია ისეთ სასიცოცხლო ფუნქციებზე, როგორცაა სუნთქვა და კარდიოვასკულური ფუნქციები. მოგრძო ტვინის ზემოთ და დიდი ჰემისფეროების წინ მოთავსებული ხიდი ასრულებს ძირითადი მოტორული ცენტრის ფუნქციას. შუა ტვინი ხიდსა და ნათხემს ერთმანეთთან აკავშირებს. ის მხოლოდ 2სმ სიგრძისაა და მასში რეტიკულური აქტივაციის სისტემა და ექსტრაპირამიდული სისტემაა მოთავსებული. რეტიკულური აქტივაციის სისტემა ზეგავლენას ახდენს ადამიანის მოტორულ აქტივობაზე, ძილ-ღვიძილის ციკლზე, ცნობიერებასა და გაცნობიერებაზე. ექსტრაპირამიდული სისტემა თავის ტვინიდან ზურგის ტვინში ატარებს ინფორმაციას სხეულის მოძრაობისა და კოორდინაციის შესახებ. ტვინის ღეროში ასევე მოთავსებულია ლურჯი ლაქა (Locus ceruleus) – ნორეპინეფრინის წარმოქმნელი ნეირონთა მცირე ჯგუფი, რომელიც აქტივირდება სტრესისა და შფოთვის დროს და პასუხისმგებელია იმპულსურ ქცევაზე.

ლიმბური სისტემა

თავის ტვინის ლიმბური სისტემა მოთავსებულია ტვინის ღეროს ზემოთ და მოიცავს თალამუსს, ჰიპოთალამუსს, ჰიპოკამპსა და ამიგდალას. თალამუსი არეგულირებს აქტიურობას, შეგრძნებებსა და ემოციებს. ჰიპოთალამუსი ჩართულია სხეულის ტემპერატურის, მადის, ენდოკრინული ფუნქციების, ლიბიდოსა და ასევე – გაბრაზების, განრისხანების ან ალტაცების დროს იმპულსური ქცევის რეგულირებაში. ჰიპოკამპი, ამიგდალასთან ერთად, ჩართულია ემოციური აგზნების და მეხსიერების პროცესში. ლიმბური სისტემის ზემოთ ჩამოთვლილი ფუნქციებიდან გამომდინარე, ცხადია, რომ აქ შემავალი სტრუქტურების ფუნქციის მოშლა დაკავშირებულია მრავალი ფსიქიკური აშლილობის განვითარებასთან, მათ შორის, ისეთ მდგომარეობებთან, როგორცაა მეხსიერების დაკარგვა დემენციის დროს და ფსიქოზური ან მანიაკალური ქცევის ფარგლებში გამოვლენილი ცუდად კონტროლირებადი ემოციები და იმპულსები.

ნეიროტრანსმიტერები

ნერვულ სისტემაში შემავალი 100 მილიარდამდე ნეირონი, ერთმანეთთან კავშირს ელექტროქიმიური გზით ამყარებს. ამ კავშირის წარმოქმნას კი ნეიროტრანსმიტერები უზრუნველყოფენ.

ნეიროტრანსმიტერების წარმოქმნა ხდება უშუალოდ ნეირონში და მათი მოქმედების შედეგის მიხედვით პირობითად იყოფა აღმგზნები და შემაკავებელი ტიპის ნეიროტრანსმიტერებად. აქსონიდან სინაფსში ჩაღვრის შემდეგ, ნეიროტრანსმიტერი უკავშირდება სინაფსურ ნაპრაღში მდებარე სხვა ნეირონის დენდრიტულ დაბოლოებაზე განლაგებულ რეცეპტორებს და უზრუნველყოფს სიგნალის გადაცემას ნეირონიდან ნეირონში იმპულსის გადაცემის შემდეგ, სინაფსურ ნაპრაღში ჩამოღვრილი ნეიროტრანსმიტერი ან ტრანსპორტირდება უკან აქსონურ დაბოლოებაში (უკუმიტაცება) ან განიცდის მეტაბოლიზმს სინაფსურ ნაპრაღში არსებული ფერმენტების მიერ (უპირატესად მონოამინო ოქსიდაზას მიერ).

ნერვული იმპულსის გადასაცემად საჭიროა ნეიროტრანსმიტერის მხოლოდ განსაზღვრული რაოდენობა; როგორც კვლევების შედეგად აღმოჩნდა, სწორედ ნეიროტრანსმიტერების განსხვავებული რაოდენობა (შემცირებული ან მომატებული) უდევს საფუძვლად რიგი ფსიქიკური აშლილობების წარმოქმნას. გარდა დაავადების წარმოშობისა, ნეიროტრანსმიტერებზე ზემოქმედება უდევს საფუძვლად ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოყენებადი მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების განვითარებას. ცხრილი 2.1-ში მოცემულია ძირითადი ნეიროტრანსმიტერები და მათი ეფექტები.

დოფამინი

დოფამინი, ტვინის ღეროს სტრუქტურების ძირითადი ნეიროტრანსმიტერია. იგი ჩართულია ისეთი ფუნქციების მართვაში, როგორიცაა მოძრაობა, მოტივაცია, გარემოს აღქმა და გამღიზიანებელზე ემოციური პასუხის წარმოქმნა. იგი თიროზინის ამინომჟავისგან სინთეზირდება და ძირითადად აღმგზნები ტიპის ნეიროტრანსმიტერია. დოფამინის ცვლის მოშლა, საფუძვლად უდევს როგორც შიზოფრენიის, ისე პარკინსონის დაავადების განვითარებას და შესაბამისად, ამ დაავადებების დროს ინიშნება მედიკამენტები, რომელიც აინჰიბირებს (ბლოკავს) ამ ნეიროტრანსმიტერის რეცეპტორებს.

ნორეპინეფრინი და ეპინეფრინი

ნორეპინეფრინი ადამიანის ნერვულ სისტემაში ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ნეიროტრანსმიტერია. ის წარმოადგენს ტვინის ღეროს უმნიშვნელოვანეს გადაამცემს და ჩართულია ისეთი ფუნქციების კონტროლში, როგორიცაა ყურადღება, დასწავლა, მეხსიერება, ძილ-ღვიძილი და გუნება-განწყობა. აღსანიშნავია, რომ ნორეპინეფრინი და მისი წარმოებული ეპინეფრინი, ლიტერატურაში ხშირად მოიხსენიება ნორადრენალინისა და ადრენალინის სახელითაც.

მეცნიერული შესწავლის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ეპინეფრინის სიჭარბე საფუძვლად უდევს შფოთვითი აშლილობით მიმდინარე მრავალ დაავადებას; ხოლო ამ ნეიროტრანსმიტერების სიმცირით მიმდინარე დაავადებისას კლინიკურად გამოხატულია მეხსიერების მოშლა და დეპრესია. სწორედ ამიტომ, გარკვეული ტიპის ანტიდეპრესანტები ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების მახლოკირებელია, ხოლო რიგი მედიკამენტები, ზემოქმედებას ახდენს ნორეპინეფრინის მეტაბოლიზმზე მონოამინო ოქსიდაზას ინჰიბირების გზით.

ცხრილი 2.1

ტიპი	მოქმედების მექანიზმი	ფიზიოლოგიური ეფექტი
დოფამინი	აღმგზნები	აკონტროლებს მოძრაობას, მოტივაციას, შემეცნებას, არეგულირებს ემოციურ პასუხს გამღიზიანებელზე.
ნორეპინეფრინი (ნორადრენალინი)	აღმგზნები	აკონტროლებს ყურადღების, დასწავლისა და დამახსოვრების, ძილ-ღვიძილისა და გუნება-განწყობის ფუნქციებს.
ეპინეფრინი (ადრენალინი)	აღმგზნები	აკონტროლებს „ბრძოლა ან გაქცევა“ (Fight or Flight) საპასუხო რეაქციებს.

სეროტონინი	შემაკავებელი	აკონტროლებს მადის, ძილ-ღვიძილის, სხეულის ტემპერატურის, ტკივილის, სქესობრივი ქცევისა და ემოციების რეგულაციის ფუნქციებს.
ჰისტამინი	ნეირომოდულატორი	აკონტროლებს სიფხიზლის დონეს, კუჭის სეკრეციას, გულის სტიმულაციას, პერიფერიულ ალერგიულ რეაქციებს.
აცეტილქოლინი	აღმგზნები ან შემაკავებელი	აკონტროლებს ცირკადულ რიტმს და კუმშავს კუნთებს.
ნეიროპეპტიდები	ნეირომოდულატორი	აძლიერებს, ახანგრძლივებს ან ბლოკავს ძირითადი ნეიროტრანსმიტერების ფუნქციას.
გლუტამატი	აღმგზნები	ავლენს ნეიროტოქსიკურობას ჭარბი რაოდენობით.
გაემ (გამა ამინო ეროს მჟავა)	შემაკავებელი	ახდენს სხვა ნეიროტრანსმიტერების მოქმედების მოდულაციას

სეროტონინი

სეროტონინი, ტრიფტოფანის (ამინო მჟავა) წარმონაქმნი, თავის ტვინის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნეიროტრანსმიტერია. მისი ზემოქმედება, უპირატესად, შემაკავებელი ტიპისაა და ჩართულია კვებითი ქცევის, ძილ-ღვიძილის, სხეულის ტემპერატურის, ტკივილის კონტროლის, სქესობრივი ქცევისა და ემოციების კონტროლის ფუნქციებში. სეროტონინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შფოთვითი და აფექტური (გუნება-განწყობის) აშლილობების, ასევე – შიზოფრენიის დროს. აღმოჩნდა, რომ სეროტონინი მონაწილეობს შიზოფრენიის დროს გამოვლენილი ბოდვების, ჰალუცინაციებისა და ნეგატიური ქცევითი სიმპტომების წარმოშობაში. ანტიდეპრესანტების გარკვეული ჯგუფი ხელს უშლის სინაფსური ნაპრალიდან სეროტონინის უკუმიტაცებას და ამგვარად მეტი ხნით აჩერებს მას სინაფსურ ნაპრალებში, რაც კლინიკურად პაციენტის გუნება-განწყობის გაუმჯობესებით აისახება.

ჰისტამინი

დღეისათვის ჰისტამინის როლი ფსიქიკური აშლილობების წარმოშობაში უცნობია. იგი აკონტროლებს სიფხიზლის დონეს, კუჭის მომწელებელი სეკრეტების გამოყოფას, გულის სტიმულაციასა და პერიფერიულ ალერგიულ რეაქციებს. გარკვეული ტიპის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ზეგავლენას ახდენს ჰისტამინის ცვლაზე და მის ბლოკირებას ახდენს, რაც წონის მატებას, მომატებულ ძილიანობასა და ჰიპოტენზიას იწვევს.

აცეტილქოლინი

აცეტილქოლინი გვხვდება როგორც თავისა და ზურგის ტვინში, ისე პერიფერიულ ნერვულ სისტემაში, კერძოდ, კუნთოვანი სისტემის ნერვოკუნთოვანი შეერთების ადგილში და მან შესაძლოა შეასრულოს როგორც აღგზნების, ისე შეკავების ფუნქცია. იგი ქოლინისგან სინთეზირდება (ქოლინით მდიდარია წითელი ხორცი და ბოსტნეული) და მო-

ნაწილობას იღებს ისეთი ფუნქციების შესრულებაში, როგორცაა ცირკადული რიტმის კონტროლი და კუნთოვანი უჯრედების სტიმულაცია. კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ალცჰაიმერის დაავადების დროს, შემცირებულია აცეტილქოლინის მასინთეზირებელი ნეირონების რაოდენობა, ხოლო მთავრით (ჩონჩხის კუნთების პათოლოგიური სისუსტით მიმდინარე დაავადება) დაავადებულ ადამიანებს შემცირებული აქვთ აცეტილქოლინის რეცეპტორების რაოდენობა.

გლუტამატი

გლუტამატი აღმგზნები ტიპის ამინომჟავაა, რომლის განსაკუთრებულად ჭარბი რაოდენობით შემოქმედებამ შესაძლოა ნეიროტოქსიკური ეფექტი გამოიწვიოს. მისი ჭარბად გამოყოფა თავის ტვინის დაზიანების ერთ-ერთი ფაქტორია ინსულტის, ჰიპოგლიკემიის, ჰიპოქსიისა და იშემიის დროს. ის ასევე მონაწილეობს ალცჰაიმერისა და ჰანთინგტონის დაავადებების წარმოშობაში.

გამა (გამა ამინო ერბოს მჟავა)

გამა ამინო ერბოს მჟავა უპირატესად შემაკავებელი ტიპის ნეიროტრანსმიტერია, თუმცა ასევე ასრულებს ნეირომოდულატორის ფუნქციას. ის მედიკამენტები, რომელიც ზრდის გამა-ის მოქმედებას (მაგ., ბენზოდიამპინები), გამოიყენება შფოთვითი აშლილობებისა და უძილობის მკურნალობისას.

თავის ტვინის გამოსახულებითი კვლევები

ტექნოლოგიურ განვითარებამდე თავის ვიზუალიზაცია მხოლოდ ტრეპანაციის ან აუტოფსიის დროს იყო შესაძლებელი, თუმცა დღეს ცენტრალური ნერვული სისტემის ვიზუალიზაცია და ფუნქციური შესწავლა მრავალი სხვადასხვა მეთოდითაა შესაძლებელი.

თავის ტვინის გამოსახულებითი კვლევების ტიპები

კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) – ამ გამოკვლევის დროს რენტგენის სხივების მეშვეობით თავის ტვინის შრეობრივი გამოსახულების მიღება ხდება. მოგვიანებით, ციფრული ტექნოლოგიების დახმარებით, შრეობრივი სურათების რეკონსტრუქცია და ერთიანი გამოსახულების მიღება გახდა შესაძლებელი. კტ კვლევაზე შესაძლებელია თავის ტვინის როგორც ძვლოვანი, ისე რბილი ქსოვილების ვიზუალიზაცია, რაც კვლევის ამ მეთოდის გამოყენებით თავის ტვინის სიმსივნის, მეტასტაბური დაზიანების, სითხეების გამონაჟონის, პარაკუჭების ზომისა და სხვა სტრუქტურული ანომალიების დიაგნოსტირება არის შესაძლებელი. კტ კვლევის შედეგად, შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების გარკვეულ ნაწილს თავის ტვინის პარაკუჭების გადიდება დაუდგინდა, რაც დაავადების არაკეთილსაიმედო პროგნოზთან და მკვეთრად გამოხატულ ნეგატიურ სიმპტომებთან არის ასოცირებული.

კტ კვლევის შესასრულებლად აუცილებელია, რომ პაციენტი კომპიუტერული ტომოგრაფის მაგიდაზე გაუნძრევლად, ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში 20-40 წუთის განმავლობაში იწვეს, რათა მაგიდამ გაიაროს სპეციალურ წრიულ არხში, სადაც საკვლევი ორგანოს შრეობრივი სურათების მიღება ხდება.

მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ), კვლევის მეტად ზუსტი მეთოდია, რომელიც საკვლევი ორგანოს გამოსახულების გენერირებას აპარატში ჩამონტაჟებუ-

ლი ძლიერი მაგნიტისა და რადიო ტალღების მოქმედების შედეგად ახდენს. მაგნიტურ რეზონანსული კვლევის შედეგად შესაძლებელია ქსოვილების უფრო დეტალიზებული სურათის მიღება და ასევე – სისხლის მიმოქცევის სისტემის მოშლის აღმოჩენა. თავის ტვინის შემთხვევაში, შესაძლებელია თავის ტვინის სტრუქტურების ზუსტი სისქისა და ზომის, ასევე თავის ტვინის შემუპების ვიზუალიზაცია. მრტ კვლევებით დადგინდა, რომ შეიძლება შიზოფრენიის მქონე პირებს თავის ტვინის ქერქის სისქე თითქმის 7%-ით შემცირებული ჰქონდეთ. მრტ კვლევა მიმდინარეობს დახურულ სივრცეში და დაახლოებით 45 წუთი გრძელდება. მათ, ვისაც შფოთვითი აშლილობა ან კლასტროფობია აქვთ, კვლევის ჩატარებისას შესაძლოა სედაცია დასჭირდეთ. პირებს, რომლებსაც პეისმეიკერი (კარდიოსტიმულატორი) ან მეტალის იმპლანტები (მაგ., გულის ხელოვნური სარქველი ან ორთოპედიული აპარატი) აქვთ, მრტ კვლევა ვერ ჩატარდება.

მრტ-ზე ზუსტი და თანამედროვე კვლევის მეთოდებია **პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფია (პეტი) და ფოტონ ემისიური კომპიუტერული ტომოგრაფია (ფეკტი)**, რომელიც თავის ტვინის ფუნქციის საკვლევადაც გამოიყენება. კვლევის შესასრულებლად, სისხლში შეჰყავთ რადიოაქტიური ნივთიერება. მკვლევარი აკვირდება რადიოაქტიური ნივთიერების ნაკადის გადაადგილებას თავის ტვინის სტრუქტურებში სხვადასხვა კოგნიტური აქტივობების დროს, რომელსაც საკვლევი პირი ოპერატორის ინსტრუქციის შესაბამისად ახორციელებს. დღეისთვის, ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში, პეტი და ფეკტი მხოლოდ მეცნიერული კვლევის მიზნით გამოიყენება. უკანასკნელი პერიოდის აღმოჩენად ითვლება პეტის დროს ქიმიური მარკერის, FDDNP-ის გამოყენება, რომლის დახმარებითაც თავის ტვინში შესაძლებელია ალცჰაიმერის დაავადებისთვის დამახასიათებელი ამილოიდური ფოლაქების ვიზუალიზაცია, რაც აქამდე მხოლოდ აუტოფსიის დროს იყო შესაძლებელი. კვლევის ამავე მეთოდით დადგინდა, რომ ალცჰაიმერის დროს, თავის ტვინში შემცირებულია გლუკოზის მეტაბოლიზმი და სისხლის ნაკადი. ნაკადის შემცირება ასევე დაფიქსირდა შიზოფრენიით დაავადებულ ბევრ პაციენტთან.

თავის ტვინის გამოსახულებითი კვლევების შეზღუდვები

მიუხედავად იმისა, რომ ამ კვლევების მეშვეობით შესაძლებელია თავის ტვინის სტრუქტურებისა და ქსოვილების დეტალური ვიზუალიზაცია, მათ გამოყენებას მნიშვნელოვანი შეზღუდვებიც აქვს, კერძოდ:

- პეტი და ფეკტი კვლევის დროს რადიოაქტიური ნივთიერების გამოყენების აუცილებლობა ზღუდავს კვლევათა იმ მაქსიმალურ ოდენობას, რომელიც ერთ ადამიანს შეუძლია რომ ჩაიტაროს. გარდა ამისა, არსებობს საკონტრასტო ნივთიერებაზე ალერგიის წარმოშობის რისკი; ხოლო, რიგ შემთხვევებში, პაციენტებმა შესაძლოა უარი განაცხადონ საკონტრასტო ნივთიერების სისხლში შეყვანაზე;
- გამოსახულებითი კვლევების აპარატების მოვლა და შესყიდვა საკმაოდ ძვირია, რაც ამცირებს ამ კვლევების ფინანსურ ხელმისაწვდომობას;
- ხშირად, კლასტროფობიის გამო, ადამიანები მაღალტექნოლოგიურ კვლევებს ვერ იტარებენ;
- დაავადების წარმოშობის მექანიზმები, მაგ., შიზოფრენიის შემთხვევაში, არა – სტრუქტურულ, არამედ უჯრედულ და ქიმიურ დონეზეა, ამიტომ არსებული აპარატებით ამ ცვლილებების აღმოჩენა შეუძლებელია.

ფსიქიკური აშლილობების ნეირობიოლოგიური მიზეზები

გენეტიკური ფაქტორები

მრავალი გენეტიკური/მემკვიდრული დაავადებისგან განსხვავებით (მაგ., კისტოზური ფიბროზი, ჰანტინგტონის დაავადება და სხვ.), ფსიქიკური აშლილობების გენეტიკური ფაქტორების იდენტიფიცირება საკმაოდ რთულია. დღეისათვის ცნობილია მხოლოდ რამდენიმე ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც შესაძლოა დაკავშირებული იყოს კონკრეტულ გენთან ან გენების კომბინაციასთან, თუმცა არაგენეტიკური – მაგ., გარემო ფაქტორები, მათი ექსპრესიის ხარისხზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს. ყველაზე სარწმუნო კავშირი აღმოჩენილია SORL1 გენსა და გვიანი დანყების ალცჰაიმერის დაავადების რისკს შორის. აქტიურად მიმდინარეობს მუშაობა სხვა ფსიქიკური აშლილობების, როგორცაა შიზოფრენია და აფექტური (გუნება-განწყობის) აშლილობები – გენების იდენტიფიცირებაზე.

ფსიქიკური აშლილობების გენეტიკური ფაქტორების შესწავლის მიზნით იკვლევენ სამ ჯგუფს: ოჯახებს, ტყუპებსა და ნაშვილებ პირებს.

ამ დროს ხდება:

1. იდენტურ (მონოზიგოტურ) და არაიდენტურ (დიზიგოტურ) ტყუპებზე დაკვირვება ფსიქიკური აშლილობით ავადობასთან მიმართებით;
2. ნაშვილებ პირებზე დაკვირვება, გამოიყენება ბიოლოგიური და მიმღები ოჯახის წევრების თვისებების (მახასიათებლების) დასადგენად;
3. ოჯახზე დაკვირვება, რათა დადგინდეს, დაავადების რომელი მახასიათებელი (ნიშან/თვისება) არის უფრო მეტად გავრცელებული პირველი რიგის ნათესავებში (მშობლები, და/ძმა და შვილი), ვიდრე უფრო შორეულ ნათესავებში ან ზოგადად მოსახლეობაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ფსიქიკური აშლილობის გენებში გარკვეული გენეტიკური კავშირების არსებობა სავარაუდოა, მხოლოდ მემკვიდრული ფაქტორი დაავადების გამომწვევ მიზეზად მიჩნეული არ არის. ითვლება, რომ ფსიქიკურ დარღვევათა უმრავლესობა არის როგორც გენეტიკური, ისე გარემო პირობების ზეგავლენის შედეგი. ეს საკითხები მე-3 თავში დეტალურადაა განხილული.

სტრესი და იმუნური სისტემა

ფსიქოიმუნოლოგია

ფსიქოიმუნოლოგია, მეცნიერების შედარებით ახალი დარგია, რომელიც იკვლევს ფსიქოსოციალური სტრესების გავლენას სხეულის იმუნურ სისტემაზე. ჰიპოთეზის თანახმად, შეცვლილი იმუნური სისტემა ხელს შეუწყობდა სხვადასხვა დაავადების განვითარებას, განსაკუთრებით, გენეტიკური რისკის მქონე პოპულაციაში. ჯერჯერობით, მეცნიერების ძალისხმევა – კონკრეტული დაავადება კონკრეტულ სტრესთან დაეკავშირებინათ, წარუმატებელი აღმოჩნდა; თუმცა, იმუნური სისტემა და ცნს გავლენას ახდენს ნეიროტრანსმიტერებზე. როდესაც ანთებითი რეაქცია კრიტიკულად არის ჩართული დაავადების მიმდინარეობის პროცესში (მაგ., გაფანტული სკლეროზი, წითელი მგლურა), შესაძლებელია გამოვლინდეს გუნება-განწყობის დარღვევები და დეპრესიაც კი.

ინფექციები და ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მკვლევარების გარკვეული ნაწილი, ფსიქიკური აშლილობის დაწყებას ინფექციებსაც უკავშირებს. თუმცა ამ დრომდე პირდაპირი კავშირი ინფექციურ აგენტსა და რომელიმე ფსიქიკურ აშლილობას შორის არ დადგენილა. ამ დროისთვის მუშავდება რამდენიმე თეორია, რომლის თანახმადაც მუცლად ყოფნის პერიოდში გარკვეული ტიპის ვირუსებისადმი ნაყოფის ექსპოზიცია შიზოფრენიის განვითარების რისკს ზრდის.

ფსიქოფარმაკოლოგია

ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობაში, ფსიქოთერაპიასთან ერთად, წამყვანი როლი ფარმაკოლოგიურ აგენტებს ენიჭება. მედიკამენტებს, რომელიც ამ დაავადებების მკურნალობაში გამოიყენება ფსიქოტროპული მედიკამენტები ეწოდება. განვიხილავთ შემდეგი ჯგუფის ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს:

- ანტიფსიქოზური საშუალებებს;
- ანტიდეპრესანტებს;
- გუნება-განწყობის მარეგულირებლებს;
- ანქსიოლიზურს (შფოთვის საწინააღმდეგო);
- მასტიმულირებელ საშუალებებს.

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს კარგად ესმოდეს ამ მედიკამენტების მოქმედების მექანიზმები და მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები, რათა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს ადეკვატური დახმარება და კონსულტირება გაუწიოს. მედიკამენტების მოქმედების მექანიზმის აღწერისთვის, მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ წამლის ეფექტურობა და პოტენცია.

მედიკამენტის *ეფექტურობა*, არის ის მაქსიმალური თერაპიული ეფექტი, რომელიც შესაძლებელია რომ წამალმა მოგვცეს, ხოლო *პოტენცია* წამლის იმ რაოდენობას გულისხმობს, რომელიც საჭიროა მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად. ფარმაკოთერაპიის უსაფრთხოდ წარმართვისთვის ასევე მნიშვნელოვანია, ვიცოდეთ წამლის *ნახევარდაშლის პერიოდიც*, კერძოდ, დრო, რომლის განმავლობაშიც სისხლის პლაზმაში მედიკამენტის მოცულობა ორჯერ მცირდება. ის მედიკამენტები, რომელსაც მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს, შესაძლებელია დღეში სამჯერ ან ოთხჯერ ინიშნებოდეს, ხოლო ხანგრძლივი ნახევარდაშლის მქონე მედიკამენტები დღეში მხოლოდ ერთხელ.

თითოეული მედიკამენტი კლინიკურ პრაქტიკაში შეტანამდე ხანგრძლივ საგამოცდო პერიოდს გადის, რის შემდეგაც მათი გამოყენება რეკომენდებული ხდება მხოლოდ კონკრეტული მდგომარეობების დროს. თუმცა შესაძლებელია, რომ მედიკამენტის კლინიკურ პრაქტიკაში ჩაშვების შემდეგ ის ავლენდეს, თავდაპირველი რეკომენდებული მდგომარეობების გარდა, სხვა სასარგებლო თვისებებს. მაგ., ასეთია ანტიკონვულსური მედიკამენტების გუნება-განწყობის მარეგულირებელი ეფექტი. მის ასეთ გამოყენებას მედიკამენტის *ანოტაციის-გარე* (off-label) გამოყენება ეწოდება. თუ იგი იწვევს სერიოზულ, თუნდაც იშვიათ, მაგრამ სიცოცხლისთვის საშიშ გართულებებსა და გვერდით ეფექტებს, მაშინ მწარმოებელი ვალდებულია, მედიკამენტების ასეთი ეფექტების შესახებ, ანოტაციაში გამოიყენოს *შავ ფონზე დატანილი გაფრთხილებები*.

ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

- მედიკამენტი შეირჩევა მისი უნარით, შეამსუბუქოს ან გააქროს სამიზნე სიმპტომები (პანიკური შეტევა, ჰალუცინაციები);
- რიგი ფსიქოტროპული მედიკამენტების თერაპიული ეფექტის მიღწევას შესაძლებელია რამდენიმე დღე დასჭირდეს. მაგ., ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების თერაპიული ეფექტის მისაღებად საჭიროა 4-6 კვირა;
- მედიკამენტი ინიშნება მინიმალური თერაპიული დოზით, თუმცა სიმპტომების ეფექტური მართვისთვის და თერაპიული ეფექტის მისაღწევად შესაძლოა საჭირო გახდეს დოზის მატება;
- როგორც წესი, ასაკოვან პაციენტებში მედიკამენტის თერაპიული ეფექტი წამლის დაბალი დოზებითაც მიიღწევა, თუმცა შესაძლოა, თერაპიული ეფექტის დადგომას უფრო დიდი ხანი დასჭირდეს;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტები, როგორც წესი, იხსნება თანდათან და არა – ერთბაშად. მკურნალობის ეს მიდგომა დაკავშირებულია უკუქცევის (*ძველი სიმპტომების დროებითი დაბრუნება*) და მოხსნის ეფექტის (*წამლის მოხსნის შედეგად განვითარებული ახალი ტიპის სიმპტომების*) განვითარების მაღალ რისკთან;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნის შემდეგ, აუცილებელია პაციენტის მიდევნება, რათა დავრწმუნდეთ, რომ დანიშნული მკურნალობის რეჟიმი ეფექტიანია და რომ პაციენტი ჯეროვნად ასრულებს მას.
- როგორც წესი, რაც უფრო მარტივია დანიშნულება, მით უკეთ სრულდება იგი, როგორც დანიშნული მედიკამენტების რაოდენობის, ისე მათი მიღების ჯერადობის თვალსაზრისით.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები (წინათ პროფესიულ წრეებში მოიხსენიებოდა, როგორც ნეიროლეპტიკები) გამოიყენება ისეთი ფსიქოზური სიმპტომების მართვისთვის, როგორცაა ბოდვა და ჰალუცინაციები შიზოფრენიის დროს და მანიაკალური ფაზა ბიპოლარული აშლილობისას. მათი ანოტაციის-გარე გამოყენება შესაძლებელია ასევე შემდეგი მდგომარეობებისას: შფოთვითი აშლილობა და უძილობა; აგრესიული ქცევა; ბოდვები და ჰალუცინაციები, რაც ზოგჯერ თან სდევს ალცჰაიმერის დაავადებას. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოქმედებას საფუძვლად უდევს უნარი, მოახდინოს დოფამინის რეცეპტორების ბლოკირება. 1950-იანი წლებიდან ეს მედიკამენტები აქტიურად გამოიყენება შიზოფრენიის, მწვავე მანიაკალური ეპიზოდების, ფსიქოზური დეპრესიისა და წამალმოხმარების დროს განვითარებული ფსიქოზების სამკურნალოდ. პირები, რომელთაც დემენციასთან ასოცირებული ფსიქოზური ეპიზოდები აქვთ, ხშირად კარგად ემორჩილებიან პირველი თაობის (ე.წ. კონვენციული) ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დაბალი დოზით მკურნალობას. აღსანიშნავია, რომ დემენციის მქონე ასაკოვანი პირების მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობას ხშირად თან სდევს სიკვდილობის გაზრდილი მაჩვენებელი. ხანმოკლე თერაპია, ამ პრეპარატების გამოყენებით, შეიძლება სასარგებლო იყოს გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომების დროს, როცა პირს პიროვნული აშლილობა აქვს.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, მათი დღიური და მაქსიმალური დოზები მოცემულია ცხრილი 2.3-ში.

მოქმედების მექანიზმი

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოქმედება განპირობებულია მათი უნარით მოახდინონ დოფამინის რეცეპტორების ბლოკირება. ადამიანის ორგანიზმში გვხვდება დოფამინის რეცეპტორების შემდეგი ტიპები: D1, D2, D3, D4 და D5. მათგან ფსიქიკური აშლილობის წარმოშობაში, მიჩნეულია, რომ მხოლოდ D2, D3 და D4 რეცეპტორები მონაწილეობენ. პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, სწორედ ამ რეცეპტორების ძლიერი ანტაგონისტებია (მაბლოკირებლები), რაც სამიზნე სიმპტომების თვალსაზრისით საუკეთესო შედეგს იძლევა. თუმცა D2 რეცეპტორების ბლოკირების გამო, პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენებას მრავალი ექსტაპირამიდული გვერდითი მოვლენაც ახლავს. მეორე თაობის – ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები (მაგ., კლოზაპინი), შედარებით სუსტი D2 მბლოკირებელი ეფექტით ხასიათდება, რითიც მათი შედარებით ნაკლები ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები აიხსნება. გარდა ამისა, ეს მედიკამენტები ბლოკავენ სეროტონინის უკუმიტაცებასაც, რითიც ხელს უწყობენ ამ მედიკამენტის თერაპიული ეფექტის გაძლიერებას, განსაკუთრებით ისეთი დაავადებების დროს, რომელსაც თან ახლავს დეპრესიაც (მაგ., შიზოფრენია). პალიპერიდონი, ილოპერიდონი, ასენაპინი და ლურასიდონი მეორე თაობის უახლესი ანტიფსიქოზური მედიკამენტებია.

პალიპერიდონი ქიმიურად რისპერიდონის მსგავსია, თუმცა მას აქვს გახანგრძლივებული მოქმედება, რაც ამარტივებს წამლის მიღებას და ხელს უწყობს დანიშნულების ჯეროვნად შესრულებას. ასენაპინი, სუბლინგვური ტაბლეტის ფორმით ინარმოება, რის გამოც მისი მიღების შემდეგ პაციენტმა 15 წუთის განმავლობაში თავი უნდა შეიკავოს საკვების ან სასმელის მიღებისგან.

მეცნიერებმა შექმნეს მესამე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებიც, რომელსაც, პირობითად, დოფამინის სისტემის მარეგულირებელი საშუალებები ეწოდება. ამ ჯგუფის მედიკამენტებს, შეუძლია დაარეგულიროს დოფამინის სინაფსში ჩამოღვრა. კერძოდ, ისინი დოფამინერგული იმპულსის ტრანსმისიას ინარჩუნებს მაშინაც კი, როცა მისი დონე ძალიან დაბალია, და პირიქით, ამცირებს დოფამინერგული სიგნალის ტრანსმისიას, როცა დოფამინის კონცენტრაცია სინაფსში ძალიან მაღალია. ამ ჯგუფის მედიკამენტების ზემოაღნიშნული უნარი, მონოთერაპიული მიდგომითაც კი, სიმპტომების კონტროლის საშუალებას იძლევა. 2002 წელს არიპიპრაზოლი იყო ამ ჯგუფის პირველი მედიკამენტი, რომელიც კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენეს. დღეისათვის ეს სამკურნალწამლო საშუალებები, ფართოდ გამოიყენება როგორც ბიპოლარული აშლილობის, ისე დეპრესიის მკურნალობისთვის.

არსებობს 5 საინექციო ანტიფსიქოზური მედიკამენტიც, რომელსაც ახასიათებს დეპონირებისა და ხანგრძლივი მოქმედების უნარი. მათ შორის 2 პირველი თაობის საინექციო საშუალებაა და შეიცავს სეზამის ზეთს, რომელიც საინექციო ხსნარის შენთვის გახანგრძლივებას და, შესაბამისად, მის ხანგრძლივ მოქმედებას განაპირობებს. მაგ., ფლუფენაზინის დეკანოატი 7-28 დღის, ხოლო ჰალოპერიდოლ-დეკანოატი 4 კვირის განმავლობაში მოქმედებს. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ამ ფორმით გამოყენება უხშირესად ხანგრძლივი თერაპიული ეფექტის შესანარჩუნებლად ხდება, პირველადი

მწვავე სიმპტომების მოხსნის შემდეგ. მოქმედების ასეთივე გახანგრძლივებული პერიოდი აქვს მეორე თაობის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებსაც. ასეთია მაგ., რისპერდალ კონსტა (25მგ), რომელიც ყოველ 2 კვირაში ერთხელ ინიშნება და პალიპერიდონი (117მგ), რომელიც 4 კვირაში ერთხელ ინიშნება. განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოხდეს ოლანზაპინა-პამოატის გამოყენება (210მგ – 2 კვირაში ერთხელ), რომელსაც პოსტინექციური დელირიუმი/სედაციური სინდრომი ახასიათებს. ამ სინდრომის დროს პაციენტს აღენიშნება ძილიანობა, დაბნეულობა, დეზორიენტაცია, აღგზნება და კოგნიტიური დარღვევები, რომელიც შესაძლოა გადაიზარდოს ატაქსიაში, მოდუნებაში, გულყრებსა და ჰიპერტენზიაში. სიმპტომთა ამ ერთობლიობამ შესაძლოა გამოიწვიოს პაციენტის სიკვდილიც. სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, რეკომენდებულია პაციენტზე უშუალო დაკვირვება მედიკამენტის მიღებიდან მინიმუმ 3 საათის განმავლობაში.

გაფრთხილება!

დემენციასთან დაკავშირებული ფსიქოზის მქონე ასაკოვანი პაციენტები, რომელთაც მკურნალობა ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით უტარდებათ, ლეტალური გამოსავლის დადგომის მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ლეტალობის მიზეზი შესაძლოა იყოს კარდიოვასკულური გართულებები და ინფექციები.

ცხრილი 2.3 ანტიფსიქოზური მედიკამენტები

გენერიული დასახელება	ფორმა	ყოველდღიური დოზა*	მაქსიმალური დოზა*
პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები			
ფენოთიაზინები ქლორპრომაზინი	T, L, INJ	200-1600	25-2000
პერფენაზინი	T, L, INJ	16-32	4-64
ფლუფენაზინი	T, L, INJ	2.5-20	1-60
თიორიდაზინი	T, L	200-600	40-800
მესორიდაზინი	T, L, INJ	75-300	30-400
ტრიფლუოპერაზინი	T, L, INJ	6-50	2-80
თიოქსანტენები თიოთიქსენი	C, L, INJ	6-30	6-60
ბუტიროფენონები ჰალოპერიდოლი	T, L, INJ	2-20	1-100
დროპერიდოლი	INJ	2.5	
დიბენზაზეპინები ლოქსაპინი	C, L, INJ	60-100	30-250
დიჰიდროინდოლონი მოლინდონი	T, L	50-100	15-250

ატიპური ანუ მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები კლოზაპინი	T	150-500	75-700
რისპერიდონი	T, L, DT	2-8	1-16
ოლანზაპინი	T	5-15	5-20
ქუეტიპინი	T	300-600	200-750
ზიპრაზიდონი	C, INJ	40-160	20-200
პალიპერიდონი	T	6	3-12
ილოპერიდონი	T	12-24	2-24
ასენაპინი	T (SL)	10-20	10-20
ლურასიდონი	T	40-80	20-160
მესამე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები			
არიპიპრაზოლი (აბილიფი)	T	15-30	10-40

* ერთეულები მოცემულია მილიგრამებში პერორალური მედიკამენტებისთვის
T – ტაბლეტი; C – კაფსულა; L – სუსპენზია/სითხე; INJ – საინექციო; SL – სუბლინგვალური; DT – საღეჭი ტაბლეტი.

გვერდითი მოვლენები (არასასურველი თანამოვლენები)

ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები ანტიფსიქოზური მედიკამენტების სერიოზულ გვერდით, ნევროლოგიურ სიმპტომებს წარმოადგენს. ესენია: მწვავე დისტონია, ფსევდოპარკინსონიზმი და აკათიზია. ერთ პაციენტთან შესაძლოა ერთი ან რამდენიმე ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენა გამოვლინდეს. ითვლება, რომ ამ არასასურველი სიმპტომების ჩამოყალიბების მიზეზი ტვინის ღეროს შუა ტვინის არეში, ფარმაკოლოგიური საშუალებების მიერ, D2 რეცეპტორების ბლოკირებაა. ამიტომ, პირველი თაობის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებთან შედარებით, მეორე თაობის წამლები ნაკლებად ავლენს ექსტრაპირამიდულ გვერდით მოვლენებს, ხოლო ზემოთ ჩამოთვლილი გვერდითი მოვლენები მესამე თაობის მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებულია დაკავშირებული.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების მართვა, უპირატესად, წამლის დოზის ცვლილებითაა შესაძლებელი, ან აუცილებლობის შემთხვევაში – ანტიქოლინერგული მედიკამენტის მკურნალობაში ჩართვით. ვინაიდან ანტიქოლინერგულ საშუალებებსაც შეუძლიათ არასასურველი თანამოვლენების გამოწვევა. მკურნალობისას უპირატესობა ატიპურ ანტიფსიქოზურ წამლებს ენიჭება, რადგან ექსტრაპირამიდული მოვლენები მათთან ნაკლებად ასოცირდება.

მწვავე **დისტონიის** დროს გამოხატულია კუნთების მწვავე რიგიდობა და კრამპები, ენის გამაგრება და შეშუპება, რაც შესაძლოა გამოიხატოს ყლაპვის გაძნელებით და მძიმე შემთხვევებში – ლარინგოსპაზმით და სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემებით.

დისტონია, როგორც წესი, მკურნალობის დაწყებიდან პირველივე კვირაში ვლინ-

დება, და ხშირია 40 წლამდე ასაკის მამაკაცებში, რომლებიც იღებენ მაღალი პოტენციის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს (მაგ., ჰალოპერიდოლი ან თიოთიქსენი). კუნთთა სერიულმა სპაზმებმა და რიგიდობამ შესაძლოა გამოიწვიოს კისერმრუდობა (ტორტიკოლისი), ოპისტოტონუსის პოზა (სხეულის რკალისებრი პოზა, რომლის დროსაც წელისა და ზურგის კუნთების დაჭიმვა იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი საწოლს მხოლოდ თავითა და მენჯით ეხება) და ოკულოგიური კრიზი (თვალის კაკლის ტონური კრუნჩხვა. თვალის კაკლების უეცარი, სპონტანური განზიდვა ზემოთ და გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მათი ამ მდგომარეობაში ფიქსაცია). ასეთი ტიპის დისტონია შესაძლებელია პაციენტისთვის ერთდროულად იყოს მტკივნეულიცა და შემამფოთებელიც. ამიტომ პაციენტს დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს ანტიქოლინერგული საშუალება.

ცხრილში 2.4 მოცემულია ის მედიკამენტები, რომლის გამოყენება მიზანშეწონილია ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენების სამართავად.

ფსევდოპარკინსონიზმი, იგივე – წამლისმიერი პარკინსონიზმი, შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ სიმპტომებს: კუნთების რიგიდობა, სხეულის მოხრილი პოზა და ნიღბისებრი სახე, ხელების მოძრაობის შეზღუდვა, სიარულისასასოცირებული მოძრაობების სიმცირე, მოკლედ აპატარანაბიჯებით სიარული, სახსრების კბილანისებრი მოძრაობა, ტლანქიტრემორი, ცერსა და სხვა თითებს შორის კრიალოსანის მძივის მარცვალჩათვლითი მოძრაობა მოსვენების მდგომარეობაში, ბრადიკარდია და ნერწყვის გაძლიერებული გამოყოფა. თუ პაციენტს ზემოთ ჩამოთვლილი ერთი ან რამდენიმე სიმპტომი გამოუვლინდა, აუცილებელია, მკურნალობაში ანტიქოლინერგული მედიკამენტის ჩართვა ან ანტიფსიქოზური მედიკამენტის შეცვლა.

აკათიზია – ფიზიკური მოუსვენრობისა და მოძრაობის სურვილის უსიამოვნო შეგრძნებაა, რომელიც პაციენტს არ აძლევს გაჩერების საშუალებას, რის გამოც იგი ძლიერ წუხს. ხშირად ამ გვერდითი მოვლენის გამოვლენისთანავე პაციენტები თვითნებურად წყვეტენ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მიღებას. ამიტომ, მკურნალობაში ხშირად საჭიროა ბეტა-ბლოკერების, ანტიქოლინერგული საშუალებებისა და ბენზოდიაზეპინების ჩართვა.

ცხრილი 2.4 ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენების სამართავი მედიკამენტები

გენერული (და სავაჭრო) დასახელება	პერორალური დოზა	IV და IM დოზა	მედიკამენტის კლასი
ამანტადინი	100მგ 2-3-ჯერ		დოფამინის აგონისტი
ბენზტროპინი	1-3მგ 2-ჯერ	1-2 მგ	ანტიქოლინერგული
ბიპერიდენი	2მგ 3-4-ჯერ	2 მგ	ანტიქოლინერგული
დიაზეპამი	5მგ 3-ჯერ	5-10 მგ	ბენზოდიაზეპინი
დიფენჰიდრამინი	25-50მგ 3-4-ჯერ	25-50 მგ	ანტიჰისტამინური
ლორაზეპამი	1-2მგ 3-ჯერ		ბენზოდიაზეპინი
პროციკლიდინი	2,5-5მგ 3-ჯერ		ანტიქოლინერგული
პროპრანოლოლი	10-20მგ 3-ჯერ მაქსიმალური დოზა 40მგ 4-ჯერ		ბეტა-ბლოკერი
ტრიჰექსიფენიდილი	2-5მგ 3-ჯერ		ანტიქოლინერგული

გაფრთხილება – გეოლონი

უკუნაჩვენებია იმ პაციენტებთან, რომელთაც კარდიოგრამაზე აქვთ ან აღნიშნებოდათ QT ინტერვალის პროლონგაცია, უკანასკნელ პერიოდში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი, არაკომპენსირებული გულის უკმარისობა. ამ მედიკამენტის გამოყენება ასევე დაუშვებელია იმ მედიკამენტებთან, რომელიც QT ინტერვალს ახანგრძლივებს.

ავთვისებიანი ნეიროლევსიური სინდრომი – ეს არის ადამიანის მძიმე, ზოგჯერ – ფატალურიც, იდიოსინკრაზიული რეაქცია ანტიფსიქოზურ მედიკამენტზე. იგი შემდეგი სიმპტომებით ვლინდება: რიგიდობა, ცხელება, ავტონომიური ნერვული სისტემის არასტაბილურობა, როგორცაა არტერიული წნევის ცვალებადობა, დიაფორეზი და კანის სიფერმკრთალე; დელირიუმი და სისხლში ფერმენტების მატება (კრეატინფოსფოკინაზა). ასეთ დროს პაციენტი, როგორც წესი, დაბნეულია და პრაქტიკულად არ ლაპარაკობს, მდგომარეობა მერყეობს სტუპორიდან აგზნებამდე. ავთვისებიანი ნეიროლევსიური სინდრომი, შესაძლოა გამოიწვიოს ნებისმიერმა ანტიფსიქოზურმა მედიკამენტმა, თუმცა ასეთი რეაქციების განვითარება უფრო ხშირია მაღალი პოტენციის პრეპარატებით მკურნალობისას. იგი უპირატესად გვხვდება მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის განმავლობაში ან დოზის ცვლილებების შემდეგ. ამასთან, სხვა თანმხლებმა დაავადებებმა, დეჰიდრატაციამ და ცუდად კვებამ შესაძლოა გაზარდოს ამ მდგომარეობის განვითარების რისკი.

პაციენტის მდგომარეობიდან გამოსავანად აუცილებელია დაუყოვნებლივ შეწყდეს ყველა ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მიღება და დაიწყოს ყველა სიმპტომის სპეციფიკური მკურნალობა. ეპიზოდის დასრულების შემდეგ, მკურნალობის გაგრძელების საკითხი ექიმმა უნდა განიხილოს პაციენტთან ერთად, ხოლო შესაძლო რისკები უნდა შეფასდეს პოტენციურ სარგებელთან მიმართებით.

მოგვიანებითი დისკინეზია – არის მუდმივი, უნებლიე მოძრაობებით მიმდინარე სინდრომი, რომელიც უმეტესწილად გამოწვეულია პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ხანგრძლივი გამოყენებით. კვლევების მიხედვით, პაციენტთა 20-30%-ს ხანგრძლივი მკურნალობის შემდეგ გვიანი დისკინეზია უვითარდება. სამწუხაროდ, ამ ეტაპზე აღნიშნული სინდრომის პათოფიზიოლოგია დაუზუსტებელია და მკურნალობის ეფექტური მეთოდი არ არსებობს, თუმცა რიგ კვლევებში ლევეტირაცეტამის გამოყენებამ გარკვეული ტიპის პოზიტიური შედეგები აჩვენა. გვიანი დისკინეზიისას პაციენტები ასრულებენ ენის, სახისა და კისრის, ზედა და ქვედა კიდურებისა და ტორსის უნებლიე მოძრაობებს. ასევე შესაძლებელია გამოხატული იყოს თვალების ხშირი ხამხამი და ტუჩების ცმაცუნი, ღეჭვითი და წოვითი მოძრაობები, გრიმასები და სახის სხვა უცნაური მოძრაობები. გვიანი დისკინეზიის გამოვლენის შემდეგ მდგომარეობის უკუგანვითარება არ ხდება, თუმცა მედიკამენტების შეწყვეტამ შესაძლოა შეაჩეროს მისი პროგრესი. სამწუხაროდ, თავად ანტიფსიქოზური მედიკამენტები ნიღბავენ გვიანი დისკინეზიის საწყის სიმპტომებს, ამიტომ მისი გამოვლენისას ის უკვე საკმაოდ მკვეთრი სიმპტომებით გამოირჩევა.

მოგვიანებითი დისკინეზიის განვითარების თავიდან აცილება შესაძლებელია მოხდეს ფსიქიკური აშლილობის მინიმალური თერაპიული დოზებით მკურნალობის გზით, ასევე მედიკამენტების ცვლილებითა და პაციენტის პერიოდული შეფასებით.

ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტები – შესაძლოა გამოვლინდეს ანტიფსიქოზური მკურნალობისას. ამ დროს პაციენტს აღენიშნება ორთოსტატული ჰიპოტენზია, პირის სიმშრალე, ყაბზობა, შარდის შეკავება, ბუნდოვანი მხედველობა, თვალის სიმშრალე, ფოტოფობია, ცხვირის ლორწოვანის შეშუპება და მეხსიერების პრობლემები. როგორც წესი, ეს სიმპტომები მცირდება მკურნალობის დაწყებიდან 3-4 კვირაში, მაგრამ სრულად არ ქრება, ამიტომ სიმპტომების შესამსუბუქებლად, პაციენტს უნდა მიეცეს შესაბამისი რჩევა-დარიგება (უჭრედისით მდიდარი საკვების ჩართვა დიეტაში, წყლის ადეკვატური მოცულობით მიღება და სხვა).

სხვა გვერდითი მოვლენები – ანტიფსიქოზურმა მედიკამენტებმა შესაძლოა გამოიწვიოს სისხლში პროლაქტინის დონის მატებაც, რაც იწვევს შემდეგ სიმპტომებს: სარძევე ჯირკვლის გადიდება და ტკივილი – როგორც ქალებში ისე მამაკაცებში, ლიბიდოს დაქვეითება, ერექციული და ორგაზმული დისფუნქცია, მენსტრუალური ციკლის დარღვევები. აღნიშნული ჰორმონალური ცვლილება შესაძლებელია გახდეს წონაში მატებისა და ძუძუს კიბოს განვითარების მიზეზი.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების უმრავლესობას ახასიათებს წონაში მატება, როგორც გვერდითი მოვლენა. ეს განსაკუთრებით შეეხება მეორე თაობის ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს (მაგ., ოლანზაპინი და კლოზაპინი). 2004 წლიდან, მარეგულირებლების მოთხოვნით, მწარმოებელ კომპანიებს აქვს ვალდებულება, მედიკამენტზე განათავსონ შესაბამისი გაფრთხილება ჰიპერგლიკემიისა და დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკის შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ წონაში მატების ზუსტი მექანიზმი უცნობია, მიჩნეულია, რომ ეს არის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ზემოქმედების კომპლექსური ეფექტი, რომელიც განპირობებულია როგორც შესაბამისი ცენტრების აღგზნებით, ისე რიგი ნეიროტრანსმიტერების (ჰისტამინის) სტიმულაციით. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტები, რომლებიც მკურნალობას გადიან ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით, იღებდნენ შესაბამის ინფორმაციასა და განათლებას წონის ეფექტური კონტროლის საკითხებში.

გაფრთხილება – კლოზაპინი

კლოზაპინმა შესაძლოა გამოიწვიოს სიცოცხლესთან შეუთავსებელი აგრანულოციტოზი. ამიტომ აუცილებელია მიმდინარეობდეს პაციენტის სისხლის ფორმულის მონიტორინგი (კვირაში ერთხელ) როგორც მკურნალობის განმავლობაში, ისე მისი დასრულებიდან 4 კვირის მანძილზე. ამ მდგომარეობის განვითარებისას, პაციენტს უეცრად უვითარდება ცხელება, სისუსტე, ყელის სინითლე დაწყულულებებით და ლეიკოპენია. მკურნალობის ეს გვერდითი ეფექტი შესაძლოა თერაპიის დაწყებისთანავე არ გამოვლინდეს და შემდეგი 24 კვირის განმავლობაში, ნებისმიერ დროს, იჩინოს თავი.

პაციენტის განათლება

მკურნალობის დაწყებამდე ექთანი ვალდებულია, პაციენტს მიაწოდოს ყველა ინფორმაცია მედიკამენტის გვერდითი ეფექტების შესახებ. ასევე ურჩიოს მას, გვერდითი ეფექტების გამოვლენისას დაუკავშირდეს ექიმს და მკურნალობა თვითნებურად არ შეწყვიტოს.

ექთანი ვალდებულია, პაციენტს დეტალურად აუხსნას მედიკამენტის მიღების წესი და ასწავლოს ყველა ის საშუალება, რომელიც შეამცირებს მედიკამენტის მოქმედების გვერდით ეფექტებს. მან უნდა ასწავლოს პაციენტს, რომ უშაქრო სასმელების, საწონი კანფეტებისა და ნუგბარის მიღება დაეხმარება პირის სიმშრალის უსიამოვნო შეგრძნების დაძლევაში. ასევე ექთანმა პაციენტს დეტალურად უნდა აუხსნას წონის კონტროლის მნიშვნელობა და მის მატებასთან დაკავშირებული რისკები. ავადმყოფმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია კუჭ-ნაწლავის შემცირებული მოქმედების დროს წყლის, ვარჯიშისა და საკვები რაციონის მნიშვნელობის შესახებ. პაციენტმა უნდა იცოდეს ასევე მზის დამცავი საშუალებების შესახებ, ვინაიდან მედიკამენტთან ასოცირებულმა ფოტოსენსიტიურობამ, შესაძლოა მზის დამწვრობის რისკი გაზარდოს.

მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია, პაციენტმა აკონტროლოს გაბრუების და ძილიანობის შეგრძნება. მათ განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინონ ავტომანქანის მართვისას და თავი აარიდონ საჭის მართვას გაბრუების და ძილიანობის სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში.

ექთანმა პაციენტს უნდა აუხსნას, რომ თუ მას დაავინყდა მედიკამენტის მიღება, მაგრამ გამოტოვებული დოზის მიღების დროიდან არ არის 3-4 საათზე მეტი დრო გასული, მაშინ მას შეუძლია მიიღოს გამოტოვებული დოზა. ხოლო თუ გამოტოვებული დოზის მიღების დროიდან გასულია 4 საათზე მეტი ან შემდეგი დოზის მიღების დროა, მაშინ მან აღარ უნდა მიიღოს გამოტოვებული დოზა. ექთანმა პაციენტს ასევე უნდა ასწავლოს სპეციალური ცხრილების გამოყენება, რომელიც დაეხმარება პაციენტს მედიკამენტი დროულად და საჭირო რაოდენობით მიიღოს.

ანტიდეპრესანტები

ანტიდეპრესანტები ძირითადად გამოიყენება დეპრესიის, შფოთვითი აშლილობების, ბიპოლარული აშლილობის დეპრესიული ფაზისა და ფსიქოზური დეპრესიის სამკურნალოდ. პირდაპირი ჩვენებების გარდა, ანტიდეპრესანტები ასევე ფართოდ (ანოტაციის-გარე) გამოიყენება ქრონიკული ტკივილის, შაკიკის, პერიფერიული და დიაბეტური ნეიროპათიების, ძილის აპნეას, დერმატოლოგიური დაავადებების, პანიკური და კვებითი აშლილობების დროს. თუმცა მოქმედების მექანიზმი დღემდე ცნობილი არაა, ანტიდეპრესანტები გარკვეულად მოქმედებს ორ ნეიროტრანსმიტერზე – ნორეპინეფრინსა და სეროტონინზე და ამ გზით ზეგავლენას ახდენს გუნება-განწყობაზე, ყურადღებისა და კონცენტრაციის უნარზე, აგზნების დონეზე, სენსორულ შეგრძნებებსა და მადაზე.

ანტიდეპრესანტები 4 ძირითად კატეგორიად იყოფა:

1. ტრიციკლური და მასთან დაკავშირებული ციკლური ანტიდეპრესანტები;
2. სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები;
3. მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები;
4. სხვა ანტიდეპრესანტები, მათ შორის, დესვენლაფაქსინი, ვენლაფაქსინი, ბუპროპიონი, დულოქსეტინი, ტრაზოდონი, ნეფაზოდონი.

ცხრილში 2.5 მოცემულია მედიკამენტების გამოშვების ფორმები, დღიური და მაქსიმალური დოზები

ცხრილი 2.5 ანტიდეპრესანტები

გენერული დასახელება	გამოშვების ფორმა	ჩვეული დღიური დოზა*	მაქსიმალური დასაშვები დოზა *
სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები			
ფლუოქსეტინი	C, L	20-60	10-80
ფლუვოქსამინი	T	150-200	50-300
პაროქსეტინი	T	20-40	10-50
სერტრალინი	T	100-150	50-200
ციტალოპრამი	T, L	20-40	20-60
ესციტალოპრამიც	T	10-20	5-30
ციკლური ანტიდეპრესანტები			
იმიპრამინი	T, C, INJ	150-200	50-300
დებიპრამინი	T, C	150-200	50-300
ამიტრიფტილინი	T, INJ	150-200	50-300
ნორტრიფტილინი	C, L	75-100	25-150
დოქსეპინი	C, L	150-200	25-300
ტრიმიპრამინი	C	150-200	50-300
პროტრიფტილინი	T	15-40	10-60
მაპროტილინი	T	100-150	50-200
მირტაბაპინი	T	15-45	15-60
ამოქსაპინი	T	150-200	50-250
კლომიპრამინი	C, INJ	150-200	50-250
სხვა მედიკამენტები			
ბუპროპიონი	T	200-300	100-450
ვენლაფაქსინი	T, C	75-225	75-375
დესვენლაფაქსინი	T	50-100	50 every other day-400
ტრაზოდონი	T	200-300	100-600
ნეფაზოდონი	T	300-600	100-600
დულოქსეტინი	C	60	30-90
მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები			
ფენელზინი	T	45-60	15-90
ტრანიციპრომინი	T	30-50	10-90
იზოკარბოქსაზიდი	T	20-40	10-60
* ერთეულები მოცემულია მილიგრამებში პერორალური დღიური მიღებისთვის. C – კაფსულა; T – ტაბლეტი; L – სითხე; INJ – საინექციო სითხე.			

ციკლური ანტიდეპრესანტების კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენება 1950-იანი წლებიდან გახდა შესაძლებელი და მიუხედავად რიგი გვერდითი მოვლენებისა (სედაცია, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია და სხვა ანტიქოლინერგული ეფექტები, ჭარბი დოზით გამოყენებისას ლეტალური გამოსავლის რისკი), ისინი მრავალი წლის განმავლობაში დეპრესიის მკურნალობის პირველი რიგის პრეპარატებს წარმოადგენდა.

მოგვიანებით, დეპრესიის სამკურნალოდ მონოამინოოქსიდაზას (MAO) ინჰიბიტორების გამოყენებაც დაიწყო. მიუხედავად იმისა, რომ მათ ნაკლები გვერდითი ეფექტები ახასიათებს, მათი მიღებისას ექიმმა განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს, ვინაიდან:

- MAO ინჰიბიტორებს ახასიათებს სიცოცხლისთვის საშიში გართულება – ჰიპერტონული კრიზი, თირამინის შემცველი საკვების მიღების შემთხვევაში;
- MAO ინჰიბიტორებს ახასიათებს მძიმე გვერდითი მოვლენები, მათი მიღებისას სხვა MAO ინჰიბიტორებთან ან ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან ერთად. ასევე, MAO ინჰიბიტორების მიღება დაუშვებელია ცნს-ის დეპრესანტებთან, საანესთეზიო, ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებთან და მეპერიდინთან ერთად.
- MAO ინჰიბიტორების ჭარბი დოზით მიღებას შესაძლოა მოჰყვეს ლეტალური გამოსავალი, რაც განსაკუთრებით საშიშია იმ პაციენტების მკურნალობისას, რომელთაც აქვთ დეპრესია სუიციდური აზრებით.

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი (სუსი) – ფლუოქსეტინი, პირველად კლინიკურ პრაქტიკაში 1987 წელს გამოჩნდა და მან პრაქტიკულად ჩაანაცვლა დეპრესიის სამკურნალოდ განკუთვნილი სხვა მედიკამენტები, რაც მისი შედარებით ნაკლებად გამოხატული გვერდითი მოვლენებით აიხსნებოდა. სუსი-ები და კლომიპრამინი, ეფექტურია ობსესიურ – კომპულსიური დაავადების სამკურნალოდაც. პროზაკი (ფლუოქსეტინი), ერთადერთი წამალია, რომელიც შეიძლება დაინიშნოს მკურნალობის შენარჩუნებისთვის, კვირაში ერთხელ, თუ პაციენტის დეპრესიული სიმპტომატიკის დარეგულირება ფლუოქსეტინით მოხდა. იგი შეიცავს 90მგ ფლუოქსეტინს, რომელსაც გარს აკრავს წელი დაშლის გარსი, რაც სისხლში მედიკამენტის გამოყოფის პროცესს ახანგრძლივებს.

სუიციდის მაღალი რისკის მქონე პაციენტების მკურნალობის არჩევის მედიკამენტები

დეპრესიის მქონე პირების მკურნალობისას, პირველ რიგში, გათვალისწინებული უნდა იქნეს სუიციდის რისკი. სუსი-ები, ვენლაფაქსინი, ნეფაზოდონი და ბუპროპიონი, ასეთ შემთხვევაში შედარებით უსაფრთხოა, ვინაიდან მათი ჭარბი დოზით მიღებისას ლეტალური გამოსავალის დადგომის რისკი ნაკლებია, ციკლურ და MAO ინჰიბიტორებთან შედარებით. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ სუსი ეფექტურია მხოლოდ დაბალი და საშუალო სიმძიმის დეპრესიის მკურნალობისას. სუიციდის რისკის შეფასება უნდა მოხდეს მკურნალობის დაწყების შემდეგაც. შესაძლოა პაციენტი თავს უკეთ გრძნობდეს, მაგრამ კვლავ ანუხებდეს სუიციდური აზრები. ვინაიდან, ამ მედიკამენტებს, მათი მაქსიმალური თერაპიული ეფექტის მისაღწევად შესაძლოა რამდენიმე კვირაც კი დასჭირდეს, არსებობს რისკი, რომ პაციენტი მეტად დაითრგუნოს მოლოდინის პერიოდში და სცადოს კიდევ თვითმკვლელობა.

მოქმედების მექანიზმი

ანტიდეპრესანტების მოქმედების ზუსტი მექანიზმი უცნობია, თუმცა ცნობილია ის ეფექტები, რომელსაც ისინი ცნს-ზე ახდენს. ცნობილია, რომ ისინი მოქმედებს მონო-ამინურ ნეიროტრანსმიტერულ სისტემაზე, კერძოდ, ნორეპინეფრინსა და სეროტონინ-ზე. ორივე ნეიროტრანსმიტერი თავის ტვინის ბევრ სხვადასხვა უბანში გამოიყოფა და არეგულირებს ისეთ ფუნქციებს, როგორიცაა ალგზნება, სიფხიზლე, ყურადღება, გუნება-განწყობა, სენსორული შეგრძნებები და მადა. სინაფსურ ნაპრალში ჩამოღვრის შემდეგ ხდება ნორეპინეფრინის, სეროტონინისა და დოფამინის უკუმიტაცება ნეირონში, სადაც ისინი დეპონირდება შემდგომი ნერვული ალგზნების გატარებისთვის, ან მეტაბოლიზდება მონოამინოოქსიდაზას მიერ. სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები აინჰიბირებს სეროტონინის უკუმიტაცებას, ციკლური ანტიდეპრესანტები და ვენლაფაქსინი თრგუნავს ძირითადად ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას, თუმცა მცირედით სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბირებაც ხდება. მონოამინოოქსიდაზას მაინჰიბირებელი მედიკამენტები კი თრგუნავს ამ ფერმენტის აქტივობას და შედეგად ხელს უშლის ნეიროტრანსმიტერების დაშლას.

მოქმედების მექანიზმის ეს ახსნა ვერ იქნება სრული, რადგან ცნობილია, რომ მედიკამენტების ზემოქმედება ნეიროტრანსმიტერებზე, მედიკამენტის მიღებიდან რამდენიმე საათში იწყება, თუმცა თერაპიული ეფექტის დადგომას რამდენიმე კვირა ესაჭიროება. მაგ., ციკლური ანტიდეპრესანტების თერაპიული ეფექტის დადგომას 4-6 კვირა, მაო ინჰიბიტორებს – 2-4 კვირა, ხოლო სუსი-ს ზემოქმედების მიღებას 2-3 კვირა ესაჭიროება. მეცნიერები ფიქრობენ, რომ ეს მედიკამენტები პასუხისმგებელია “ჩამრთველი ეფექტის” გამოწვევაზე, ხოლო თერაპიული ეფექტი დგება მაშინ, როცა ნერვულ სისტემაში საბოლოოდ მეტი სეროტონინი აკუმულირდება სინაფსურ დონეზე.

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების გვერდითი მოვლენები

ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან შედარებით, სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები ნაკლები გვერდითი მოვლენებით ხასიათდება; თუმცა სეროტონინის მომატებულმა კონცენტრაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ისეთი გვერდითი ეფექტები, როგორიცაა შფოთვა, აჟიტირება, აკათიზია (მოტორული მოუსვენრობა), გულისრევა, უძილობა და სექსუალური დისფუნქცია. მიუხედავად იმისა, რომ სუსი მადასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენებით ნაკლებად ხასიათდება, თერაპიის როგორც საწყის, ისე შემდგომ ეტაპზე პრობლემურია წონის მატების საკითხი. რაც შეეხება გულისრევას, ამ გვერდითი მოვლენის შემცირება შესაძლებელია მედიკამენტის საკვებთან ერთად მიღების გზით, ხოლო აკათიზიის მართვა ძირითადად შესაძლებელია ბეტა-ბლოკერებისა და ბენზოდიამაზინის მეშვეობით. უძილობის გვერდითი ეფექტი, შესაძლოა შენარჩუნდეს მედიკამენტის დილით მიღების შემთხვევაშიც კი, ამიტომ ამ დროს რეკომენდებულია სედაციური მედიკამენტების ან ტრაზოდონის გამოყენება.

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების იშვიათი გვერდითი მოვლენებია სედაციური ეფექტი (უპირატესად ახასიათებს პაროქსეტინს), ოფლიანობა, დიარეა, ხელის კანკალი და თავის ტკივილი. როგორც წესი, დიარეისა და თავის ტკივილის გვერდითი მოვლენების მართვა ხდება სიმპტომური მკურნალობის გზით. ხოლო თუ პაციენტს გამოუვლინდა ოფლიანობისა და სედაციის გვერდითი ეფექტი, ეს, როგორც წესი, მედიკამენტის შეცვლის აუცილებლობაზე მიუთითებს.

ციკლური ანტიდეპრესანტების გვერდითი მოვლენები

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციურ ინჰიბიტორებთან შედარებით, ციკლურ ანტიდეპრესანტებს მეტად გამოხატული გვერდითი მოვლენები ახასიათებს. ამ მედიკამენტებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები, შესაძლებელია დაიყოს რამდენიმე ჯგუფად; ვინაიდან ციკლური ანტიდეპრესანტები ქოლინერგულ რეცეპტორებს ბლოკავს, პაციენტებს უხშირესად აწუხებთ მედიკამენტის მიღების შედეგად განვითარებული ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები; ესენია: პირის სიმშრალე, შეკრულობა, შარდვის გაძნელება ან შეკავება, სასუნთქი გზების სიმშრალე და მხედველობის პრობლემები ახლო მანძილზე, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია და ტაქიკარდია, სედაცია, სექსუალური დისფუნქცია და წონაში მატება. იშვიათად შესაძლოა გამოვლინდეს უფრო მძიმე ანტიქოლინერგული ეფექტები, კერძოდ, აჟიტირება, დელირიუმი და გაუვალობა. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა გარკვეული დროის შემდეგ განვითარდეს გარკვეული ტოლერანტობა გვერდითი მოვლენების მიმართ, როგორც წესი, ეს უსიამოვნო გვერდითი მოვლენები ხშირად მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი ხდება ხოლმე.

მონოამინოოქსიდაზას (MAO) ინჰიბიტორების გვერდითი მოვლენები

MAO ინჰიბიტორების უხშირესი გვერდითი მოვლენებია დღის ძილიანობა, ღამის საათებში უძილობა, წონის მატება, პირის სიმშრალე, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია და სექსუალური დისფუნქცია. დღის ძილიანობა და ღამის უძილობა რთულად სამართავი გვერდითი მოვლენებია და ხშირად მედიკამენტის შეცვლის მიზეზიც ხდება. MAO ინჰიბიტორებთან მიმართებით მეტად საყურადღებოა ჰიპერტონული კრიზისის განვითარების რისკი, თირამინის შემცველი საკვების ან სიმპათომიმეტიკური მედიკამენტების მიღებისას. ვინაიდან ფერმენტი MAO აუცილებელია მიღებული თირამინის მონელებისთვის, მისი ინჰიბირებისას მნიშვნელოვნად იმატებს თირამინის დონე შრატში, რაც, თავის მხრივ, იწვევს მწვავე ჰიპერტენზიას, ცხელებას, ტაქიკარდიას, დიაფორეზს (ოფლიანობა), კუნთების კანკაღს და გულის დისრიტმიას. MAO ინჰიბიტორებთან ერთად სახიფათოა ზოგი ციკლური ანტიდეპრესანტის, სუსი-ების, ბუსპრონის, დექსტრომეთორფანისა და ოპიატების წარმოებულების მიღება. MAO ინჰიბიტორებით მკურნალობისას, პირს უნდა შეეძლოს, დაიცვას შესაბამისი კვებითი რეჟიმი. იხ. შენიშვნა 2.1, სადაც მითითებულია, რომელ საკვებ პროდუქტებს უნდა აარიდოს თავი პაციენტმა MAO ინჰიბიტორებით მკურნალობისას.

სხვა ანტიდეპრესანტების გვერდითი მოვლენები

კლინიკურ პრაქტიკაში ახლად შემოსული მედიკამენტებიდან ნეფაზოდონი, ტრაზოდონი და მირტაპამინი, როგორც წესი, დაკავშირებულია სედაციურ გვერდით ეფექტთან. ამასთან, როგორც ნეფაზოდონს, ისე ტრაზოდონს ახასიათებს თავის ტკივილი. ნეფაზოდონმა ასევე შესაძლოა გამოიწვიოს პირის სიმშრალე და გულისრევა. ბუპროპიონი, ვენლაფაქსინი და დესვენლაფაქსინი შესაძლოა გახდეს მადის დაკარგვის, გულისრევის, აჟიტირებისა და უძილობის მიზეზი. ვენლაფაქსინმა ასევე შესაძლოა გამოიწვიოს თავბრუსხვევა, ოფლიანობა ან ძილიანობა. სექსუალური დისფუნქციის განვითარება მეტად იშვიათია ახალი თაობის მედიკამენტების მოხმარებისას, თუმცა ტრაზოდონი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს პრიაპიზმთან (ხანგრძლივი და მტკივნეული ერექცია), რაც გადაუდებელ მკურნალობას საჭიროებს. პრიაპიზმის განვითარება შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს იმპოტენციის განვითარებასთან.

გაფრთხილება – ნეფაზოდონი

ამ მედიკამენტმა შესაძლოა გამოიწვიოს იშვიათი, მაგრამ სიცოცხლისთვის საშიში ღვიძლის დაზიანება, გამოხატული ღვიძლის უკმარისობით.

გაფრთხილება – ბუპროპიონი

გულყრის განვითარების რისკი ოთხჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ანტიდეპრესანტების გამოყენებისას. რისკი მატულობს, როცა დღიური დოზა 450 მგ-ს აღარბებს და როცა დოზის მატება სწრაფად ხდება. გულყრათა განვითარება ასევე მოსალოდნელია, თუ პაციენტს აქვს გულყრის ან თავის ტვინის ტრავმის ანამნეზი, ჭარბად მოიხმარს ან მოიხმარდა ალკოჰოლს, ჰქონდა ოპიატებზე, კოკაინზე ან სტიმულატორებზე წამალდამოკიდებულება, მოიხმარდა მასტიმულირებელ და ანორექსიულ (მადის შემამცირებელ) მედიკამენტებს ურეცეპტოდ გასაცემი წამლების ჩამონათვალიდან, ასევე შაქრის მარეგულირებელ პერორალურ საშუალებებს ან ინსულინს.

წამალთშორისი ურთიერთქმედებები

იშვიათი, მაგრამ მნიშვნელოვანი წამალთშორისი ურთიერთქმედება, რომელიც შესაძლოა წარმოიშვას, დაკავშირებულია მათ ინჰიბიტორების და სუსი-ს ერთდროულ მიღებასთან, რასაც **სეროტონინული სინდრომი** ეწოდება (სეროტონერგული სინდრომი). ამ სინდრომისთვის დამახასიათებელია აჟიტაცია/აღგზნება, ოფლიანობა, ცხელება, ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, რიგიდობა, ჰიპერრეფლექსია და კომაც კი. ამ წამალთშორისი ურთიერთქმედების სიმპტომები ძალზედ ჰგავს სუსი-ს ჭარბი მიღებით გამოწვეულ სიმპტომებსა და გართულებებს.

სამახსოვრო 2.1 საკვები (თირამინის შემცველი), რომელთა მიღება აკრძალულია მათ ინჰიბიტორებით მკურნალობისას

- ყველი (დაძველებული ან მწიფე) ან ყველისგან დამზადებული საკვები (ლაზანია ან პიცა). ყველა ტიპის ყველი მიჩნეულია დაძველებულად, გარდა ხაჭოს, მდნარი ყველის, თეთრი იტალიური შრატის ყველის და საბაკალეო დაჭრილი ყველისა;
- დაძველებული ხორცი, როგორცაა პეპერონი, სალიამი, მორტადელა, სოსისი, შაშხი და მსგავსი პრდუქტები;
- იტალიური ლობიო, ტოფუ, ბანანის ქერქი, გადამწიფებული ხილი და ავოკადო;
- ყველა ტიპის ლუდი; მკურნალობის პერიოდში დასაშვებია დღეში მხოლოდ 2 ქილის ან ბოთლის ლუდის (მათ შორის, უალკოჰოლო) მიღება ან 120 მლ ღვინო;
- მჟავე კომბოსტო, სოიოს სოუსი ან სოიოს მარცვლის სუნელი, საფუარი;
- იოგურტი, არაჟანი, მიწის თხილი, ლუდის საფუარი, ნატრიუმის გლუტამატი.

პაციენტის განათლება

თუ პაციენტთან მნიშვნელოვნად არ არის გამოხატული სედაციის გვერდითი ეფექტი, მაშინ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები პაციენტმა გაღვიძებისთანავე უნდა მიიღოს. როგორც წესი, პაროქსეტინს ახასიათებს სედაცია, როგორც გვერდითი მოვლენა. თუ პაციენტს დაავინყდა მედიკამენტის მიღება, მას უახლოესი 8 საათის განმავლობაში შეუძლია მიიღოს გამოტოვებული დოზა. გვერდითი მოვლენების მინიმუ-

მამდე დაყვანის მიზნით, სასურველია ციკლური მედიკამენტების ჯგუფის საშუალებები მიღებული იქნას ერთჯერადად, საღამოს საათებში. თუ პაციენტს დაავიწყდა დანიშნული მედიკამენტის მიღება, გამოტოვებული დოზის მიღება უნდა მოხდეს მაქსიმუმ 3 საათში, თუ ამ დროის მანძილზე მედიკამენტის მიღება არ მოხდა, მაშინ აღნიშნული დოზა პაციენტმა უნდა გამოტოვოს. მკურნალობის პერიოდში სედაციური ეფექტის განსაზღვრამდე აუცილებელია, რომ პაციენტმა თავი აარიდოს ისეთ აქტივობებს, რომელიც აუცილებლად საჭიროებს სიფხიზლესა და რეფლექსების სიმკვეთრეს.

მათი ინჰიბიტორების მიღებისას, აუცილებელია, პაციენტმა დაიცვას შესაბამისი კვებითი რეჟიმი, რათა მკურნალობის პერიოდში ჰიპერადრენერგული კრიზისის განვითარების რისკი მაქსიმალურად შემცირდეს. მედიკამენტური თერაპიის დაწყებამდე, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს წერილობით გადაეცეს იმ საკვების ნუსხა, რომელიც ჰიპერადრენერგული კრიზისის განვითარების თვალსაზრისით მაღალ რისკს წარმოადგენს. ექთანმა მნიშვნელოვანი როლი უნდა შეასრულოს პაციენტის განათლების პროცესში და მიაწოდოს მას დეტალური ინფორმაცია რისკების შესახებ. აუხსნას მას, რა გართულებები და, მათ შორის, სიცოცხლესთან შეუთავსებელი მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს მაღალი რისკის პროდუქტებისა და ექიმთან შეთანხმების გარეშე რიგი არარეცეპტული მედიკამენტების მიღებისას.

გუნება-განწყობის მარეგულირებელი მედიკამენტები

გუნება-განწყობის მარეგულირებელი მედიკამენტები ბიპოლარული აშლილობების სამკურნალოდ გამოიყენება. მათ მინიმუმამდე დაჰყავთ გუნება-განწყობის უკიდურესი მდგომარეობებისა და მწვავე მანიაკალური ეპიზოდების განვითარების რისკი. ამ მიმართულებით ყველაზე ფართოდ გამოიყენება ლითიუმი, რიგი ანტიკონვულსიური საშუალებები (კარბამაზეპინი/ტეგრეტოლი) და ვალპროის მჟავა (დეპაკინი). სხვა ანტიკონვულსიური საშუალებები, მაგ., გაბაპენტინი, ტოპირამატი, ოქსკარბამეპინი და ლამოტრიჯინი (ლამიქტალი), ასევე გამოიყენება გუნება-განწყობის დარეგულირებისთვის. კლონაზეპამი ასევე გამოიყენება მწვავე მანიაკალური მდგომარეობების სამკურნალოდ.

გაფრთხილება – ლამოტრიჯინი

ლამოტრიჯინმა შესაძლოა გამოიწვიოს მძიმე ფორმის გამონაყარი, მაგ., სტივენს-ჯონსონის სინდრომი ან ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი, რომელიც ზოგჯერ ჰოსპიტალურ მკურნალობას საჭიროებს. ამ ტიპის გართულების განვითარება მეტად მოსალოდნელია 16 წლამდე ასაკის პოპულაციაში.

მოქმედების მექანიზმი

ლითიუმის მრავალი ნეირობიოლოგიური ეფექტის მიუხედავად, იგი ბიპოლარული აშლილობის მკურნალობის პირველი რიგის პრეპარატია. მისი მოქმედების დეტალური მექანიზმი დღემდე დაუზუსტებელია, თუმცა ცნობილია, რომ ლითიუმი აწესრიგებს ისეთი ნეიროტრანსმიტერების უკუმიტაცებას, როგორცაა სეროტონინი, ნორეპინეფრინი, აცეტილქოლინი და დოფამინი. იგი კალციუმზე, G ცილებსა და სხვადასხვა ფერმენტულ სუბსტრატებზე, მათ შორის, ადენოზინ-მონოფოსფატაზასა და ფოსფატიდილ-ინოზიტოლზე ზემოქმედების გზით, არა – სინაფსის, არამედ უჯრედის დონეზე ამცირებს ნორეპინეფრინის გამოყოფასაც.

რაც შეეხება ანტიკონვულსანტებს, მათი მოქმედების მექანიზმი ბიპოლარულ აშლილობებთან მიმართებით უცნობია, ხოლო ვალპროისა და ტოპირამატის მოქმედება სავარაუდოდ დაკავშირებულია მათ მიერ გაემ-ის ინჰიბიტორული ნეიროტრანსმიტერის, კონცენტრაციის მატებასთან. სავარაუდოა, რომ როგორც ვალპროის მჟავა, ისე კარბამაზეპინი გუნება-განწყობის დარეგულირებას ახდენს **ჩახშობის პროცესის** („კინდლინგი“) გზით. ისინი იგივე მექანიზმით მოქმედებს გულყრებთან მიმართებით; კერძოდ, აღნიშნული ნამლები ახდენს მცირე გულყრების ჩახშობას ალგზმების ბღვრის ანევის გზით. სავარაუდოა, რომ ისინი იგივე მექანიზმით მოქმედებს მანიაკალური აშლილობების დროს, რითაც ხელს უშლის სრული მასშტაბის მწვავე მანიაკალური ეპიზოდის განვითარებას.

დოზირება

ლითიუმი ბაზარზე უმეტესად ტაბლეტისა და გახანგრძლივებული გამოყოფის ფარმაკოლოგიური ფორმით მოიპოვება; თუმცა არ მოიპოვება მისი პარენტერალური ფორმები. დოზის განსაზღვრა, როგორც წესი, ხდება კლინიკური მდგომარეობითა და მისი პლაზმაში კონცენტრაციის განსაზღვრის გზით – იგი უნდა უტოლდებოდეს 1.0 მექ/ლ. უხშირესად მისი ეფექტური თერაპიული დოზა 900-დან 3600 მგ-მდე მერყეობს. აღსანიშნავია ისიც, რომ 0,5 მექ/ლ -პლაზმური კონცენტრაციით, ლითიუმს იშვიათად აქვს თერაპიული ეფექტი, ხოლო 1,5 მექ/ლ-კონცენტრაციით ის ტოქსიკურია. თერაპიული კონცენტრაციის მიღწევამდე აუცილებელია, მოხდეს ლითიუმის დონის მონიტორინგი ყოველ 2-3 დღეში ერთხელ, ხოლო თერაპიული დოზის მიღწევიდან ყოველ 1 კვირაში უნდა გადამოწმდეს პლაზმაში მისი კონცენტრაცია. სტაბილური კონცენტრაციის მიღების შემდეგ მონიტორირება შესაძლოა მოხდეს თვეში ერთხელ.

გაფრთხილება – ლითიუმი

ლითიუმის ტოქსიკური ეფექტის განვითარების რისკი არსებობს მისი თერაპიული დოზით მკურნალობის დროსაც, ამიტომ პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაციის განსაზღვრა, ტოქსიკური ეფექტის რისკის საპასუხოდ ერთადერთი გზაა.

კარბამაზეპინი ბაზარზე არსებობს დასალევი და დასალეჭი ტაბლეტის ფორმით. დღიური დოზა 800-1200 მგ-მდე მერყეობს (თუმცა სამედიცინო ჩვენებით შესაძლოა დაინიშნოს დოზით 200-2000 მგ/დღეში). ვალპროის მჟავა, ხელმისაწვდომია სითხის, ტაბლეტის, კაფსულისა და შესასხურებელის ფორმით 1000-1500 მგ-ის დღიური დოზებით (დასაშვები დოზები 750-3000 მგ/დღეში). პლაზმაში თერაპიული დოზის განსაზღვრის მიზნით, ანალიზი უნდა ჩატარდეს მედიკამენტის უკანასკნელი მიღებიდან 12 საათში.

გვერდითი ეფექტები

ლითიუმის ჩვეული გვერდითი ეფექტებია გულისრევა და ფალარათი, ანორექსია, ხელის მსუბუქი კანკალი, პოლიდიფსია, პოლიურია, პირში მეტალის გემოს შეგრძნება, გამოფიტვის შეგრძნება და ლეტარგია. აკნე და წონაში მატება, როგორც წესი, ლითიუმის ხანგრძლივი მიღების შემდეგ იჩენს თავს, თუმცა ის საკმაოდ ემოციურად აღიქმება პაციენტების მიერ. გულისრევის შეგრძნება შედარებით მცირდება, თუ პაციენტი მედიკამენტს უშუალოდ ჭამის დროს მიიღებს, ხოლო ტრემორის მართვა შესაძლებელია დამა-

ტებით პროპრანოლოლის დანიშვნის გზით. ლეთარგია და წონაში მატება რთულად სამართავია და ამიტომ აღნიშნული არასასურველი გვერდითი მოვლენის გამოხატვისას, მკურნალობის დამყოლობასთან დაკავშირებული პრობლემები ხშირია.

ლითიუმის ტოქსიკური ეფექტებია მძიმე ფორმის დიარეა, პირღებინება, ძილიანობა, კუნთების სისუსტე და კოორდინაციის მოშლა. შესაბამისი მკურნალობის გარეშე შესაძლებელია ამ სიმპტომებს მოჰყვეს თირკმელების უკმარისობა, კომა და ლეტალური გამოსავალიც კი. ტოქსიკური ეფექტების გამოვლენისთანავე აუცილებელია მკურნალობის შეწყვეტა. თუ პლაზმაში ლითიუმის დონე 3,0 მექ/ლ-ს აღწევს, შესაძლოა საჭირო გახდეს დიალიზის ჩატარებაც.

კარბამაზეპინისა და ვალპროის მჟავის გვერდით ეფექტებს მიეკუთვნება ძილიანობა, სედაცია, პირის სიმშრალე და დაბინდული მხედველობა. გარდა ამისა, კარბამაზეპინმა შესაძლოა გამოიწვიოს გამონაყარი კანზე და ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, ხოლო ვალპროის მჟავის გვერდითი მოვლენები შესაძლოა წონაში მატებით, ალოპეციითა და ხელების კანკალით გამოვლინდეს. ტოპირამატი იწვევს თავბრუსხვევას, სედაციას, წონის კლებასა და თირკმლის კენჭებით გახშირებულ ავადობას.

გაფრთხილება – ვალპროის მჟავა და მისი წარმოებულები

ვალპროის მჟავამ შესაძლოა გამოიწვიოს ღვიძლის უკმარისობა და მასთან დაკავშირებული სიკვდილობა. მკურნალობის დაწყებამდე და ასევე მისი მიმდინარეობისას, განსაკუთრებით კი მკურნალობის დაწყებიდან პირველ 6 თვეში, აუცილებელია ჩატარდეს ღვიძლის ფუნქციური ტესტები. ორსულებში მისმა გამოყენებამ შესაძლოა იქონიოს ტერატოგენული ეფექტი (ნერვული მილის განვითარების მანკები). ამ წამლების მიღების დაწყებიდან მოკლე დროში, როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვებში, შესაძლოა განვითარდეს სიცოცხლისთვის საშიში პანკრეატიტი. ეს გართულება მოსალოდნელია წამლის ხანგრძლივი მიღების შემდეგაც.

გაფრთხილება – კარბამაზეპინი

ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, კარბამაზეპინის მიღებისას 5-8-ჯერ იმატებს აპლასტიური ანემიასა და აგრანულოციტოზის განვითარების რისკი. გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, როგორც მკურნალობის დაწყებამდე, ისე მისი მიმდინარეობისას, საჭიროა სისხლის ფორმულის რეგულარული მონიტორირება.

პაციენტის განათლება

გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, ლითიუმისა და ანტიკონვულსიური მედიკამენტების მიღებისას, სისხლის საერთო ანალიზის რეგულარული ჩატარება აუცილებელია. წამლის გვერდითი ეფექტების გამოვლენის მიზნით მნიშვნელოვანია ანალიზის ჩატარებასა და მედიკამენტის ბოლო დოზას შორის 12 საათიანი ინტერვალის არსებობა. ამ მედიკამენტების საკვებთან ერთად მიღება, მნიშვნელოვნად ამცირებს გულისრევის შეგრძნებას. ასევე პაციენტს უნდა მიეცეს რჩევა-დარიგება, რათა მან თავი აარიდოს სატრანსპორტო საშუალებების მართვას ისეთი გვერდითი ეფექტების დროს, როგორცაა თავბრუსხვევა, ლეთარგია, გამოფიტვა და მხედველობის პრობლემები.

ანქსიოლიზური საშუალებები

ანქსიოლიზური საშუალებები გამოიყენება შფოთვითი აშლილობის, ინსომნიის, ობსესიურ-კომპულსიური დაავადების, დეპრესიის, პოსტტრავმული ნერვული აშლილობისა და ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ. დღეისათვის ანქსიოლიზური საშუალებები ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ მოხმარებადი მედიკამენტი. შფოთვითი აშლილობისა და ინსომნიის სამკურნალოდ მრავალი სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტი ინიშნება. მათ შორის, როგორც კლინიკურმა პრაქტიკამ აჩვენა, ბენზოდიამეპინები ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდა. ანქსიოლიზური ეფექტის გარდა, ისინი მიორელაქსაციური და ანტიკონვულსიური ეფექტითაც გამოირჩევა. ბენზოდიამეპინების გარდა, ბუსპირონი ფართოდ გამოიყენება როგორც ანქსიოლიზური მედიკამენტი, ამიტომ იგი ბენზოდიამეპინებთან ერთად მოგვიანებით იქნება განხილული.

მოქმედების მექანიზმი

ბენზოდიამეპინების ფარმაკოლოგიური ეფექტი განპირობებულია თავის ტვინის ერთ-ერთ მთავარ შემაკავებელ ნეიროტრანსმიტერზე – გამა-ამინო-ერბო მჟავაზე (გაემ) მოქმედებით. ვინაიდან გაემ რეცეპტორები სელექციურად ატარებს უჯრედში ქლორის ანიონს, მათი აქტივაციის შედეგად ხდება მემბრანის ჰიპერპოლარიზაცია და შედეგად – ნერვული აღგზნების შეკავება.

ბუსპირონის თერაპიული ეფექტი, სავარაუდოდ, აიხსნება მისი ნაწილობრივი სეროტონინული აგონისტობით; იგი ზემოქმედებას ახდენს თავის ტვინის სეროტონინული რეცეპტორების ქვეჯგუფზე, რომელიც თავისი ბუნებით შემაკავებელი რეცეპტორებია, რის შედეგადაც, ბუსპირონის მოქმედებისას დგება აღგზნების შეკავების ეფექტი.

ბენზოდიამეპინები ერთმანეთისგან განსხვავდება მათი ნახევარდაშლის პერიოდით, მეტაბოლიზმის სახეობებითა და მოქმედების დანყების ინტერვალებით. 2.6 ცხრილში მოცემულია მედიკამენტების დასახეულები, დოზები, ნახევარდაშლის პერიოდები და მოქმედების ინიცირების დრო. ის სამკურნალო საშუალებები, რომელსაც შედარებით ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს, დღის განმავლობაში ნაკლები ჯერადობით მიღებას საჭიროებს და მიღებათა შორის პერიოდში სიმპტომების გაძლიერება ნაკლებად ახასიათებს; თუმცა მეტად ახასიათებს კუმულაციური ეფექტი და “მომდევნო დღის ძილიანობა”, როგორც გვერდითი მოვლენა. ამ მხრივ განსხვავდება ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე მედიკამენტები, რომელიც არ ხასიათდება “მომდევნო დღის ძილიანობის” გვერდითი მოვლენით, მაგრამ თერაპიული ეფექტის შესანარჩუნებლად დღეში მრავალჯერად მიღებას საჭიროებს და ხასიათდება დოზათა შორის პერიოდში სიმპტომების გაძლიერებით.

ტემაზეპამს, ტრიაზოლამსა და ფლურაზეპამს უპირატესობა ენიჭება, როგორც საძილე საშუალებებს, ხოლო დიაზეპამი (ვალიუმი), ქლორდიამეპოქსიდი და კლონაზეპამი უმეტესად გამოიყენება როგორც ალკოჰოლური აღკვეთის (მოხსნის სინდრომი) ისე შფოთვის საწინააღმდეგო საშუალებად.

ცხრილი 2.6 ანქსიოლიზური საშუალებები

გენერული(სავაჭრო) დასახელება	დღიური დოზა	ნახევარდაშლის პერიოდი	მოქმედების დაწყების დრო
ბენზოდიამეპინები ალპრაზოლამი (ქსანაქსი)	0.75-1.5	12-15	შედარებით სწრაფი
ქლორდიამეპოქსიდი	15-100	50-100	შედარებით სწრაფი
კლონაზეპამი (რივოტრილი)	1.5-20	18-50	შედარებით სწრაფი
კლორაზეპატი (ტრანქსენი)	15-60	30-200	სწრაფი
დიაზეპამი (ვალიუმი)	4-40	30-100	ძალზედ სწრაფი
ფლურაზეპამი	15-30	47-100	სწრაფი
ლორაზეპამი (ლორაფენი)	2-8	10-20	შედარებით ნელი
ოქსაზეპამი	30-120	3-21	შედარებით ნელი
ტემაზეპამი	15-30	9.5-20	შედარებით სწრაფი
ტრიამოლამი (ჰალციონი)	0.25-0.5	2-4	სწრაფი
არა ბენზოდიამეპინები ბუსპირონი (ბუსპარი)	15-30	3-11	ძალზედ ნელი

გვერდითი ეფექტები

უდიდესი პრობლემა, რომელიც თან ახლავს ბენზოდიამეპინების გამოყენებას, არის მასზე ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკი, რაც, პირდაპირი მნიშვნელობით, გვერდით მოვლენად არ შეიძლება ჩაითვალოს. ამ ჯგუფის პრეპარატების მიღების შეწყვეტის შემდეგ წარმოიშობა სიმპტომები, რომელიც ძალიან წააგავს იმ სიმპტომოკომპლექსს, რომლის გამოც პაციენტები მიმართავენ ექიმს. ეს განსაკუთრებული პრობლემაა იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გადიან მკურნალობას პანიკური შეტევების ან გენერალიზებული შფოთვისითი აშლილობის გამო. ფიზიკური დამოკიდებულების გარდა, საყურადღებოა ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების გაჩენის ალბათობა. მკურნალობის პერიოდში შესაძლოა პაციენტებს გაუჩნდეთ განცდა, რომ მედიკამენტური ჩარევის გარეშე, ისინი ვერ შეძლებენ სიმპტომებთან გამკლავებას. ამ განცდის საფუძველზე, ხშირია მედიკამენტის დოზის თვითნებური გაზრდა. მსგავსი გვერდითი მოვლენები ნაკლებად ახასიათებს ბუსპირონს, თუმცა მის მიღებას შესაძლოა ახლდეს თავბრუსხვევა, სედაცია, გულისრევა და თავის ტკივილი.

ჭეშმარიტი გვერდითი მოვლენები, რომელიც ბენზოდიამეპინებს ახასიათებს, დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის დათრგუნვით გამოწვეულ მოვლენებთან, კერძოდ, ხშირია გაბრუება, ძლიანობა, კოორდინაციისა და მეხსიერების მოშლა. როდესაც ბენზოდიამეპინები გამოიყენება როგორც საძილე საშუალება, ხშირია მეორე დღის ძლიანობა და მოხსნის ეფექტი. მკურნალობის პროცესში, დროთა განმავლობაში, როგორც წესი, ამ გვერდითი მოვლენების ინტენსივობა მცირდება, ამიტომ ზემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები იშვიათად ხდება მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი.

ხანშიშესული პაციენტების შემთხვევაში შესაძლოა გვერდითი მოვლენები მეტად მძაფრად იყოს გამოხატული, რის გამოც მეტია მოულოდნელი ვარდნით (ნაქცევით) გამოწვეული ტრავმების, ცნობიერებასა და მეხსიერებასთან დაკავშირებული პრობლემე-

ბის რისკები. მოხუცებში ასევე ხშირია ბენზოდიაზეპინების მკურნალობასთან დაკავშირებული შარდის შეუკავებლობა, განსაკუთრებით – ღამის პერიოდში.

პაციენტის განათლება

ბენზოდიაზეპინებით მკურნალობისას, პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ მედიკამენტები მას დაეხმარება სიმპტომების მართვაში, თუმცა შფოთვის ნარმოშობის ძირითად მიზეზზე ის ზეგავლენას ვერ იქონიებს. პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ ამ ჯგუფის მედიკამენტები მნიშვნელოვნად აძლიერებს ალკოჰოლის ზემოქმედებას და ამდროს ერთი ჭიქა სასმელის მიღებას, სამი ჭიქა სასმელის მიღების ეფექტი აქვს; ამიტომ, მკურნალობის პერიოდში, პაციენტმა თავი უნდა შეიკავოს ალკოჰოლური სასმელების მიღებისგან. გარდა ამისა, პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ მედიკამენტის მიღების შემდეგ გაბრუების, ძლიანობისა და მნიშვნელოვნად გაზრდილი რეაქციის დროის გამო, სატრანსპორტო საშუალების მართვა რისკებთანაა დაკავშირებული.

ბენზოდიაზეპინების მოხსნის ეფექტი, როგორც წესი, დაკავშირებულია პაციენტისთვის უსიამოვნო შეგრძნებების დაბრუნებასთან და რიგ შემთხვევებში შესაძლოა ფატალურიც კი იყოს. ამიტომ ამ მედიკამენტების მიღების თვითნებურად შეწყვეტა დაუშვებელია.

მასტიმულირებლები

1930-იანი წლებიდან მასტიმულირებელი საშუალებები, კერძოდ, ამფეტამინები, მათი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ძლიერი ეფექტის გამო, ფართოდ გამოიყენებოდა ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტების სამკურნალოდ. წარსულში ექიმები ამ მედიკამენტებით მკურნალობდნენ სიმსუქნესა და დეპრესიას, თუმცა დღეს ამ მიზნით იშვიათად გამოიყენება. ხშირია დექსტროამფეტამინის ავად მოხმარება, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სიფხიზლის შენარჩუნების მიზნით. თანამედროვე მედიცინა მასტიმულირებელ მედიკამენტებს იყენებს ძირითადად ბავშვებსა და მოზარდებში ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის (ADHD) სამკურნალოდ და ასევე – ზრდასრულ პირებში ყურადღების დეფიციტის რეზიდუალური აშლილობის და ნარკოლეფსიისას (დღის ძილის არაკონტროლირებადი და დაუძლეველი ეპიზოდური შეტევები, რომელიც პაციენტს ხელს უშლის ყოველდღიური ცხოვრების წარმართვაში).

გაფრთხილება – ამფეტამინები

მაღალია ავად მოხმარების და არამიზნობრივი მოხმარების რისკი. მედიკამენტების ამ ჯგუფის ხანგრძლივად მოხმარებას შესაძლოა თან ახლდეს წამალდამოკიდებულების გაჩენაც.

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სამკურნალოდ, უმეტესწილად მეთილფენიდატი (რიტალინი), ამფეტამინი (ადერალი) და დექსტროამფეტამინი (დექსედრინი) გამოიყენება. პემოლინი (სილერტი), მისი ღვიძლისმიერი გვერდითი მოვლენების გამო, იშვიათად გამოიყენება ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სამკურნალოდ. ბავშვებში ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სამკურნალოდ, შემთხვევათა 90%-ში, არჩევის პრეპარატი მეთილფენიდატია. პაციენტების 10-30%, რომელთა სიმპტომები არ ემორჩილება მას-

ტიმულირებლებით თერაპიას, მკურნალობას ანტიდეპრესანტებით აგრძელებენ. 2003 წელს ფარმაცევტულ ბაზარზე გამოჩნდა ატომოქსეტინი, ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი, პირველი არამასტიმულირებელი მედიკამენტი, რომელიც ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სამკურნალოდ იქნა შექმნილი და პრაქტიკაში ჩაშვებული.

გაფრთხილება – მეთილფენიდატი

ემოციურად გაუნონასწორებელ, ასევე – ალკოჰოლ და წამალდამოკიდებულების მქონე პირებში, საჭიროა მედიკამენტის განსაკუთრებული სიფრთხილით დანიშვნა, ვინაიდან ისინი მიდრეკილი არიან მედიკამენტის დოზის თვითნებურად გაზრდისკენ, რასაც შესაძლოა მაღალი ტოლერანტობის და ფსიქიკური დამოკიდებულების განვითარება მოჰყვეს.

გაფრთხილება – პემოლინი

ამ მედიკამენტმა შესაძლოა გამოიწვიოს ღვიძლის სიცოცხლისთვის საშიში დაზიანება, რაც გვერდითი სიმპტომების აღმოცენებიდან 4 კვირაში, პაციენტის სიკვდილის ან ღვიძლის გადანერგვის აუცილებლობის მიზეზიც შეიძლება გახდეს. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება შესაძლო რისკების შესახებ და წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება მედიკამენტური თერაპიის დაწყების შესახებ.

მოქმედების მექანიზმი

ამფეტამინები და მეთილფენიდატი ხშირად მოიხსენიება, როგორც არაპირდაპირი გზით მოქმედი ამინები. ისინი ფარმაკოლოგიურ ეფექტს სინაფსში ნეიროტრანსმიტერების (ნორეპინეფრინი, დოფამინი და სეროტონინი) გამოტყორცნაზე გემოქმედების გზით ახდენს. გარდა ამისა, ხელს უშლის სინაფსში ჩამოღვრილი ნეიროტრანსმიტერების უკუმიტაცებას. მეთილფენიდატი, ამფეტამინებთან შედარებით, ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) ნაკლებ სტიმულაციას იწვევს. პემოლინი, ძირითადად დოფამინზე გემოქმედებს და ამიტომ მას ნაკლები ეფექტი აქვს სიმპათიკურ ნერვულ სისტემაზე. თავდაპირველად ითვლებოდა, რომ მეთილფენიდატი და პემოლინით ბავშვებში ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობისას, ეს მედიკამენტები ანელებდნენ და ამცირებდნენ თავის ტვინში მიმდინარე აქტივობებს, თუმცა, როგორც კვლევების შედეგად აღმოჩნდა, ისინი ასტიმულირებენ ტვინის შემაკავებელ ცენტრებს, რაც პოზიტიურად აისახება ბავშვის თვითკონტროლის უნარსა და ქცევაზე. ატომოქსეტინი, სინაფსური ნაპრალიდან ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას უშლის ხელს, შედეგად ნორეპინეფრინი უფრო დიდხანს რჩება ნაპრალში და ხელს უწყობს თავის ტვინში ნერვული იმპულსების მწყობრ გადაცემას.

დოზირება

მოზრდილებში ნარკოლეფსიის მკურნალობის მიზნებისთვის, როგორც დექსტროამფეტამინი, ისე მეთილფენიდატი გაყოფილი დოზებით, დღიურად 20-200 მგ-მდე ინიშნება. ტოლერანტობის განვითარებასთან ერთად, თერაპიული ეფექტის შესანარჩუნებლად, მოზრდილებში დოზის მომატება შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს. არსებობს

დაყოვნებული გამოთავისუფლების ფარმაკოლოგიური ფორმებიც, რომელიც დღეში მხოლოდ ერთხელ ინიშნება. აღსანიშნავია, რომ ტოლერანტობის განვითარების რისკი ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობისას არ აღნიშნება.

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობაში ჩართული მედიკამენტების დოზები უპირატესად დამოკიდებულია პაციენტის ქცევაზე, მის ასაკსა და წონაზე. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის დამოკიდებულება ბავშვის ქცევის მიმართ. 2.7 ცხრილში მოცემულია მასტიმულირებელი მედიკამენტების ჩვეული დოზები.

ცხრილი 2.7 ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სამკურნალო მედიკამენტები

მასტიმულირებლები	
მეთილფენიდატი (რიტალინი)	მოზრდილები: 20–200 მგ/დღეში, პერორალურად დღეში რამდენიმე მიღება; ბავშვები: 10–60 მგ/დღეში, პერორალურად დღეში 2-4 მიღება;
დაყოვნებული გამოთავისუფლების ფორმა (რიტალინი -SR, კონცერტა, მეტადატი-CD)	20–60 მგ/დღეში, პერორალურად ერთჯერადი მიღება;
ტრანსდერმული პლასტიკი (დეიტრანა)	ბავშვები და მოზრდილები: 15 მგ პლასტიკი, დღიურად, 9 საათიანი მოხმარებისთვის;
დექსტროამფეტამინი (დექსედრინი)	მოზრდილები: 20–200 მგ/დღეში, პერორალურად დღეში რამდენიმე მიღება; ბავშვები: 5–40 მგ/დღეში, პერორალურად, დღეში 2-3 მიღება;
დაყოვნებული გამოთავისუფლების ფორმა (დექსედრინი SR)	10–30 მგ/დღეში, პერორალურად, ერთჯერადი მიღება;
ამფეტამინი (ადერალი)	5–40 მგ/დღეში, პერორალურად, დღეში რამდენიმე მიღება;
დაყოვნებული გამოთავისუფლების ფორმა (ადერალ-SR)	10–30 მგ/დღეში, პერორალურად, ერთჯერადი მიღება;
პემოლინი (სილერტი) ნორეპინფრინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი	ბავშვები: 37.5–112.5მგ/დღეში, პერორალურად დილით ერთჯერადი მიღება;
ატომოქსეტინი (სტრატერა)	0.5–1.5 მგ/კგ/დღეში, პერორალურად ერთჯერადი მიღება;

გვერდითი მოვლენები

მასტიმულირებელი წამლების უხშირესი გვერდითი მოვლენებია ანორექსია, წონაში კლება, გულისრევა და გაღიზიანებადობა. ჩამოთვლილთაგან ბავშვებში უკიდურესად პრობლემურია წონაში კლება და ზრდის შეფერხების რისკი. ზრდის შეფერხების პრობლემების დასაძლევად რეკომენდებულია მკურნალობა წარიმართოს შესვენებებით, ე.წ. „წამლის არდადეგებით“, რაც დასვენების დღეებსა და არდადეგების პერიოდში მედიკამენტის მოხსნას გულისხმობს. მკურნალობის პერიოდში პაციენტმა თავი უნდა აარი-

დოს ისეთი საკვების მიღებას (მაგ., შოკოლადი, კოფეინი და შაქარი), რომელსაც შეუძლია სიმპტომების გაუარესება გამოიწვიოს. მასტიმულირებლების შედარებით იშვიათი გვერდითი მოვლენებია თავბრუსხვევა, პირის სიმშრალე, მხედველობის სიმკვეთრის დაკარგვა და გულის ფრიალი. ატომოქსეტინმა შესაძლოა გამოიწვიოს მადის დაკარგვა, პირღებინება და გულისრევა, გამოფიტვა და საკვების მონელების პრობლემები.

პაციენტის განათლება

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ამფეტამინების არამიზნობრივი გამოყენების საკმაოდ მაღალი რისკი, ბავშვებში ეს იშვიათი პრობლემაა. მასტიმულირებელი საშუალებების უშუალოდ საკვების შემდეგ მიღებამ, შესაძლებელია შეამსუბუქოს ანორექსიული და წონაში კლების გვერდითი მოვლენები. პაციენტისთვის ნებადართულია კოფეინისგან თავისუფალი სასმელები. მათ თავი უნდა აარიდონ შოკოლადისა და დიდი რაოდენობით შაქრის მიღებას. მნიშვნელოვანია გაფრთხილება მედიკამენტის შენახვის წესთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც ბავშვები ჰყავთ, რადგან 10 დღის დობის ერთად მიღებამ შესაძლოა ფატალური შედეგი გამოიწვიოს.

დისულფირამი (ანტაბუსი)

დისულფირამი მასენსიბირებელი აგენტია, რომელიც იწვევს გვერდითი მოვლენების წარმოქმნას ალკოჰოლთან ერთად მიღების დროს. მას იყენებენ როგორც ალკოჰოლიზმის მკურნალობის საშუალებას. ის ეფექტურია მოტივირებული და არა – იმპულსური პაციენტების მკურნალობისას. თუ პაციენტი მკურნალობის პერიოდში ალკოჰოლს მიიღებს, გვერდითი მოვლენების გამოვლენა 5-10 წუთში დაიწყება; ამ დროს, ვაზოდილატაციის შედეგად, პაციენტს სახესა და ტანზე ეწყება წამოწითლდება, აღენიშნება გულისრევა, პირღებინება, თავბრუ, თავის ტკივილი, პირის სიმშრალე და ზოგადი სისუსტე. მძიმე შემთხვევებში პაციენტს შესაძლოა განუვითარდეს ტკივილი გულმკერდის არეში, დისპნოე, მწვავე ჰიპოტენზია, ცნობიერების დაბინდვა და სიკვდილიც კი.

დისულფირამისა და ალკოჰოლის ერთდროული მოხმარების შედეგად განვითარებული სიმპტომები სწრაფად აღმოცენდება და 30 წუთიდან 2 საათამდე გრძელდება. ვინაიდან დისულფირამი ღვიძლისმიერი მეტაბოლიზმით ხასიათდება, ამ მედიკამენტის, როგორც სააბსტინენციო საშუალების გამოყენება მეტად მიზანშეწონილია იმ პირებში, რომელთაც ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ნორმის ფარგლებში აქვთ.

დისულფირამი ფარმაკოლოგიურ ეფექტს, ალკოჰოლის მეტაბოლიზმის მთავარი ფერმენტის, ალკოჰოლ-დეჰიდროგენაზას დათრგუნვის გზით აღწევს. შედეგად, 5-10-ჯერ იზრდება აცეტალდეჰიდის კონცენტრაცია. მიღებული ეფექტი ძლიერდება, რადგან დოფამინის ბეტა-ჰიდროქსილაზის ინჰიბირების გამო, სიმპათიკურ ნერვულ სისტემაში ეპინეფრინისა და ნორეპინეფრინის დონე მცირდება.

გვერდითი ეფექტების მნიშვნელობიდან და მასშტაბურობიდან გამომდინარე, დისულფირამით მკურნალობისას ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტის განათლება; მით უფრო, რომ ყოველდღიური მოხმარების საგნები (საპარსი ქაფი, გაპარსვის შემდგომი ლოსიონი, ოდეკოლონი, დეზოდორები) და თავისუფალი გაყიდვის მედიკამენტები, შეიცავენ ალკოჰოლს, რომელთაც ასევე შეუძლიათ გამოიწვიონ გვერდითი მოვლენების სრული სპექტრით განვითარება.

გაფრთხილება – დისულფირამი

დისულფირამის მიღება დაუშვებელია ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის დროს. ასევე დაუშვებელია მისი მიღება პაციენტისა და მისი ახლობლების ინფორმირების გარეშე.

დისულფირამის სხვა გვერდით მოვლენებს მიეკუთვნება გამოფიტვისა და ძილიანობის შეგრძნება, ასევე – პაციენტები უჩივიან პირში ცუდ სუნს, იმპოტენციასა და ტრემორს. გასათვალისწინებელია წამალთშორისი ურთიერთქმედებებიც, რომელიც დისულფირამს აქვს, მაგ., ფენიტონთან (დილანტინი), იზონიაზიდთან, ვარფარინთან, ბარბიტურატებთან და ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიამბეპინებთან (დიაზეპამი და ქლორდიამბეპოქსიდი).

აკამპროსატი (კამპრალი) გამოიყენება ალკოჰოლის ავადმობხარების ან მასზე და-მოკიდებულების მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდგომ პერიოდში. ის ადამიანებს ეხმარება, დაძლიონ ის ფიზიკური და ემოციური სიძნელეები, რომელიც თან ახლავს ალკოჰოლისგან აბსტინენციის პირველ კვირებსა და თვეებს (ოფლიანობა, შფოთვა და ძილის პრობლემები). ამ დროს ინიშნება აკამპროსატის (333მგ-ანი აბი) 2 აბი დღეში 3-ჯერ. ამ მედიკამენტის დანიშვნა დაუშვებელია თირკმლის დაავადებების მქონე პაციენტებში. გვერდითი მოვლენები, როგორც წესი, მსუბუქად არის გამოხატული და მოიცავს ფალარათს, გულისრევას, მეტეორიზმსა და ქავილს.

კულტურული თავისებურებები

უკანასკნელმა დაკვირვებებმა ცხადჰყო, რომ სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის ადამიანები, განსხვავდებიან წამლის მეტაბოლიზმთან დაკავშირებული თავისებურებებით. კერძოდ, დაკვირვებების შედეგად აღმოჩნდა, რომ აფრო-ამერიკული წარმოშობის ადამიანებს ახასიათებთ მეტად მცირე პასუხი და მეტად გამოხატული გვერდითი ეფექტები ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებსა და ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებზე, ვიდრე თეთრი რასის წარმომადგენლებს.

აზიური და ლათინურ-ამერიკული (ესპანური) წარმოშობის ადამიანებს კი, თეთრი (კავკასიური) რასის წარმომადგენლებთან შედარებით, ანტიფსიქოზური და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების მეტად ნელი მეტაბოლიზმი ახასიათებთ, ამიტომ თერაპიული ეფექტი, სტანდარტულზე ნაკლები დოზის გამოყენებითაც მიიღწევა. ანტიფსიქოზური და ტრიციკლური მედიკამენტების გარდა, აზიური წარმოშობის ადამიანებთან, თერაპიული ეფექტის მისაღებად ლითიუმის ნაკლები დოზებითაც მიიღწევა. ერთი და იმავე დოზის მიღების შემდეგ, თეთრი რასის წარმომადგენლებთან შედარებით, აფრო-ამერიკული წარმოშობის პირებს ლითიუმის შედარებით მაღალი დოზა აღენიშნებათ სისხლში და შესაბამისად მეტად აქვთ გამოხატული მედიკამენტის გვერდითი მოვლენები. ამიტომ, მათი მკურნალობისას ლითიუმი სტანდარტულზე დაბალი დოზით ინიშნება.

გასათვალისწინებელია, რომ გლობალიზაციასთან ერთად, მოსახლეობის დიდი ნაწილი სხვადასხვა რასის შერევით ფორმირდება, ამიტომ რასათა შორის არსებული განსხვავებები დროთა განმავლობაში, შეუმჩნეველი გახდება. შესაბამისად უმჯობესი იქნება, რომ კულტურულ თავისებურებებთან ერთად, ექთანმა ყურადღება მიაქციოს სამედიცინო ანამნეზს და მედიკამენტზე წარსულში მიღებულ რეაქციასა და მოცდებილებას.

უკანასკნელ პერიოდში განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს მცენარეული საშუალებებით მკურნალობა. სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლებში დეპრესიის დროს კრაზანა ყველაზე ფართოდ გამოიყენება. კავა ეფექტური აღმოჩნდა შფოთვის

დროს, თუმცა ალკოჰოლის, ბენზოდიაზეპინების და სხვა სედაციური წამლების ეფექტებს აძლიერებს. კატაბალახა ადამიანს ეხმარება უძილობის დაძლევაში და ზოგჯერ გამოიყენება, როგორც ანქსიოლიზური და სტრესის მოსახსნელი საშუალება. გინკო ბილობა ძირითადად გამოიყენება მეხსიერების გასაუმჯობესებლად, მაგრამ მას დაღლილობის, შფოთვისა და დეპრესიის დროსაც იღებენ.

ექთანი ვალდებულია, პაციენტისგან მიიღოს დეტალური ინფორმაცია, ხომ არ იღებს მცენარეულ საშუალებებს (როგორც წესი, პაციენტი მათ წამლებად არ აღიქვამს ან ამ თემაზე ექიმთან საუბარს ერიდება), ვინაიდან მათი კომპლექსური შემადგენლობიდან გამომდინარე, შესაძლოა წარმოიშვას საყურადღებო წამალთშორისი ურთიერთქმედებები.

საკუთესო პრაქტიკა: მეტაბოლური სინდრომის სკრინინგი

მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღება მეტაბოლური სინდრომის განვითარების რისკს ზრდის. თუმცა, დღემდე მკურნალობის პერიოდში ამ მდგომარეობის განვითარების რისკების რუტინული სკრინინგი არ ხდება. ძირითადი რისკ-ფაქტორების რუტინული სტანდარტიზებული სკრინინგი (სისხლში გლუკოზისა და ლიპიდების დონის, BMI-ისა და არტერიული წნევის მონიტორინგი) მკურნალობის ხარისხს მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა.

თვითშემეცნების როლი საექთნო პრაქტიკაში

ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მომუშავე ექთანმა კარგად უნდა გააანალიზოს საკუთარი დამოკიდებულება ფსიქიატრიული პრაქტიკის მიმართ. ხშირად ექთნებს თავად არ სჯერათ ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობისა და თვლიან, რომ პაციენტებს, საკმარისი ძალისხმევის შემთხვევაში, შეუძლიათ კონტროლი დაიბრუნონ საკუთარ ცხოვრებაზე. თუმცა ამ სფეროში მომუშავე ექთნებმა აუცილებელად უნდა გააცნობიერონ, რომ მსგავსად ფიზიკური ქრონიკული დაავადებებისა, ქრონიკულ ფსიქიკურ აშლილობებს მუდმივი მედიკამენტური მკურნალობა ესაჭიროება და რომ აღნიშნული მკურნალობის გარეშე, პაციენტი ვერ შეძლებს დამოუკიდებლად გაუმკლავდეს თავის შიგნით და გარემოში მიმდინარე მოვლენებს. ექთანმა როგორც პაციენტს, ისე მის ოჯახის წევრებს უნდა აუხსნას, რომ ფიზიკური ქრონიკული დაავადების მსგავსად, ქრონიკულ ფსიქიკურ დაავადებებსაც მუდმივი მედიკამენტური მკურნალობა სჭირდება.

საექთნო პრაქტიკაში ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს უკანასკნელი სამედიცინო მიღწევების დროულ მიდევნებასა და ანალიზს; პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები ხშირად სვამენ შეკითხვებს უკანასკნელი სამედიცინო მიღწევების შესახებ, რაზეც ექთანმა სრულად და ამომწურავად უნდა შეძლოს პასუხის გაცემა და დაეხმაროს პაციენტს, რეალური და ექსპერიმენტული სამეცნიერო ცნობები ერთმანეთისგან განასახვავოს.

ექთანმა პაციენტთან კომუნიკაციისას უნდა შეძლოს, გასაგებ და მარტივ ენაზე, მაგრამ ამომწურავად, ახსნას თუ რა უდევს საფუძვლად ამა თუ იმ ფსიქიკური აშლილობის განვითარებას.

რა უნდა ესმოდეს კარგად ექთანს?

- ქრონიკულ ფსიქიკურ აშლილობას გამწვავებისა და რემისიის პერიოდები ახასიათებს. გამწვავებება არ არის არც პაციენტის მონდომების, არც ექიმის ცოდნის, არც

მკურნალობისა და არც საექთნო მოვლის ნაკლოვანების შედეგი;

- ვინაიდან ფსიქიკური დაავადებების ნეირობიოლოგიური საფუძვლების გამოკვლევები ჯერ კიდევ ვერ იძლევა ზუსტ პასუხებს, უარი არ თქვათ მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვაზე მხოლოდ იმიტომ, რომ ის ახალი მეთოდია;
- გახსოვდეთ, რომ როდესაც პაციენტი არასწორად ან არასრულად ასრულებს დანიშნულებას, ეს არ არის პაციენტის არაკეთილსინდისიერების შედეგი. პაციენტის მიერ მკურნალობისთვის დაუმორჩილებლობა მისი ფსიქიკური აშლილობის შედეგია.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. შესაძლებელია თუ არა იმ გენის იდენტიფიცირება, რომელიც პასუხისმგებელია ალცჰაიმერის დაავადების (გვიანი დასაწყისით) განვითარებაზე?
2. უნდა იყოს თუ არა ეს ტესტი ხელმისაწვდომი ყველა იმ ადამიანისთვის, რომელსაც ის სჭირდება?
3. დაასაბუთეთ თქვენი პასუხი; რა დილემა შეიძლება წარმოიშვას ასეთი ინფორმაციის ფლობის შემთხვევაში?
4. რა ტიპის პროგრამები და სერვისები უნდა არსებობდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ფიზიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის?
5. რა იქნებოდა ეფექტური გეგმა მეტაბოლური სინდრომის თავიდან ასარიდებლად?
6. როგორ უნდა უპასუხოს ექთანმა პაციენტის ან მისი ახლობლის მიერ დაავადების შესახებ დასმულ შეკითხვას?
7. როგორი პასუხი ჩაითვლება მისაღებად?

ძირითადი საკითხები

- ნეირობიოლოგიური მექანიზმების კვლევები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ჩვენს ცოდნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და კლინიკურ პრაქტიკაზე არსებითი ზეგავლენა აქვს;
- ნათხემი პასუხისმგებელია გარემოდან მიღებული ინფორმაციის, რომელიც ინტერპრეტაციას საჭიროებს, ინტეგრაციასა და კოორდინაციაზე;
- ნათხემი პასუხისმგებელია სხეულის დგომასა და მოძრაობის კოორდინაციაზე;
- ტვინის ღეროში მოთავსებულია სუნთქვის, გულსისხლძარღვთა, ძილის, ცნობიერებისა და ემოციების ცენტრები;
- ლიმბური სისტემა აკონტროლებს სხეულის ტემპერატურას, მადას, შეგრძნებებს, მესიერებასა და ემოციურ აქტივაციას;
- ნეიროტრანსმიტერები ქიმიური ნაერთებია, რომელიც წარმოიქმნება ნეირონში და თავის ტვინიდან მთელს სხეულში იმპულსის გადაცემის მედიატორს წარმოადგენს. კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ რიგი ნეიროტრანსმიტერები, კერძოდ, დოფამინი, ნორეპინეფრინი, სეროტონინი, ჰისტამინი, აცეტილქოლინი, გაემ და გლუტამატი, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფსიქიკური აშლილობის ჩამოყალიბებაში,

ამიტომ მრავალი ფარმაკოლოგიური აგენტის ზემოქმედების სამიზნეს, სწორედ ეს ნეიროტრანსმიტერები წარმოადგენს;

- აქტიურად მიმდინარეობს კვლევები, რომელიც იკვლევს გენეტიკის, მემკვიდრეობისა და ვირუსების ზეგავლენას ფსიქიკური აშლილობის ჩამოყალიბებაზე;
- ფსიქიკური აშლილობის დროს, ფარმაკოთერაპიის მიზანია სამიზნე სიმპტომების შემსუბუქება;
- მედიკამენტური თერაპიის დაწყებამდე გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი ფაქტორები: მედიკამენტის ეფექტურობა და პოტენტურობა, მისი ნახევარდაშლის პერიოდი; პაციენტის ასაკი, სქესი და რასა. ასევე მნიშვნელოვანია სწორად და სრულად იქნეს მოპოვებული ინფორმაცია ყველა იმ ფარმაკოლოგიურ აგენტზე ან მცენარეული წარმოშობის საშუალებებზე, რომელსაც პაციენტი იღებს.
- ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალო მედიკამენტები, ხშირად წარმოშობენ ნევროლოგიური სახის გვერდით მოვლენებს (ექსტრაპირამიდული სიმპტომები), რომელსაც თავად ესაჭიროება ანტიქოლინერგული მედიკამენტური მკურნალობა. ადეკვატური მკურნალობის გარეშე რიგი ნევროლოგიური გვერდითი მოვლენებისა შესაძლოა ფატალურიც კი აღმოჩნდეს პაციენტისთვის;
- გვერდითი მოვლენების სირთულიდან გამომდინარე, მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტს სრულად და მისთვის გასაგებ ენაზე უნდა მიენოდოს ინფორმაცია მკურნალობის აუცილებლობაზე, მისი ზედმინევნიტ შესრულების მნიშვნელობასა და მოსალოდნელ გვერდით ეფექტებზე. სამედიცინო პერსონალი ზედმინევნიტ უნდა აკონტროლებდეს დანიშნულების სწორად შესრულებას;
- ანტიდეპრესანტების ჯგუფს მიეკუთვნება ციკლური აგენტები, სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები, მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები და სხვა ახალად შემუშავებული მედიკამენტები (იხ. ცხრილი 2.5);
- ექთანმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია საკვები რეჟიმის შესახებ მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორებით მკურნალობისას და უნდა აუხსნას მას, რომ რეჟიმის დარღვევას შესაძლოა ფატალური შედეგი მოჰყვეს;
- ანტიდეპრესანტების მიღების დროსაც კი პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს სუიციდური აზრები, რომლის განხორციელებასაც მეტად რეალურს ხდის მკურნალობის შედეგად დამდგარი გაუმჯობესებული ფიზიკური მდგომარეობა;
- ლითიუმი და კონკრეტული ანტიკონვულსიური საშუალებები გამოიყენება ბიპოლარული აშლილობების სამკურნალოდ და გუნება განწყობის რეგულირებისთვის;
- ექთანმა უნდა უზრუნველყოს პლაზმაში ლითიუმის დონის რუტინული მონიტორინგება, რათა არ დადგეს ლითიუმის ტოქსიკური ეფექტი. ლითიუმის ტოქსიკური ეფექტის პირველი ნიშნებია: პირღებინება, ფაღარათი, ძილიანობა, კუნთების სისუსტე და კოორდინაციის მოშლა. შესაბამისი სამედიცინო ინტერვენციის გარეშე ლითიუმის ტოქსიკურმა ეფექტმა შესაძლოა გამოიწვიოს კომა და სასიკვდილო გამოსავალი;
- ბენზოდიაზეპინები გამოიყენება ძილის პრობლემებისა და სხვადასხვა შფოთვითი აშლილობების სამკურნალოდ. პაციენტებმა, რომლებიც ბენზოდიაზეპინებით მკურ-

ნალობენ, თავი უნდა აარიდონ ალკოჰოლის გამოყენებას, რადგან ერთი მეორის ეფექტს მნიშვნელოვნად აძლიერებს;

- მასტიმულირებლები, კერძოდ, მეთილფენიდატი, ძირითადად ბავშვთა ჰიპერაქტიურობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომის სამკურნალოდ გამოიყენება. მათი კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენების შედეგად გამოვლინდა, რომ ის ეფექტურია ყურადღებისა და კონცენტრაციის გაუმჯობესების თვალსაზრისით, თუმცა ამ ეფექტის მიღების ზუსტი მექანიზმი უცნობია;
- სხვადასხვა რასისა და ეთნიკური ჯგუფების პაციენტები, შესაძლოა ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდნენ ფარმაკოლოგიური აგენტების მეტაბოლიზმის თვალსაზრისით. ამიტომ მათი მკურნალობისა და დოზის შერჩევას მნიშვნელოვანია, ადეკვატური ყურადღება დაეთმოს ამ თავისებურებების დადგენას.
- მცენარეული წარმოშობის საშუალებების მიღების თაობაზე სწორი ინფორმაციის შეგროვება უმნიშვნელოვანესია ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობისას.

წყარები:

1. Arniel, J. M., & Mathew, S. J. (2007). Glutamate and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 278-282.
2. Berger, M., Honig, G., Wade, J. M., et al. (2009). Monoamine neurotransmitters. In B. J. Sadock, V.A. Sadock, & P.Ruiz (Eds.), *Kaplan& Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol.1, 9th ed., pp. 65-76)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
3. Campinha-Bacote, J. (2007). Becoming culturally competent in ethnopharmacology. *Journal of psychosocial nursing*, 45(9), 26-33.
4. Chen, J. P., Barron, C., Lin, K. M., et al. (2002). Prescribing medication for Asians with mental disorders. *Western Journal of Medicine*, 176(4), 271-275.
5. Grillon, C., & Cornwell, B. R. (2009). Anxiety disorders: Psychophysiologic disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 9th ed., pp. 1864-1871)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
6. Healy, D. (2009). *Psychiatric drugs explained (5th ed.)*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone/ Elsevier.
7. Janicak, P. G., & Beedle, D. (2009). Medication-induced movement disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2, 9th ed., pp. 2996-3003)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
8. Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (2009). Lithium. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol.2,9th ed., pp. 3132-3134)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
9. Kennedy, S. H., Holt, A., & Baker, G. B. (2009). In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2, 9th ed., pp. 3154-3164)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
10. Lehne, R. A. (2013). *Pharmacology for nursing care (8th ed.)*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
11. Leonard, B. E., Schwartz, M., & Myint, A. M. (2012). The metabolic syndrome in schizophrenia: Is inflammation a contributing cause? *Journal of Psychopharmacology*, 26(5 Suppl), 33-41.
12. Malik, M., Lake, J., Lawson, W. B., et al. (2010). Culturally adapted pharmacotherapy and the integrative formulation. *Child and adolescent clinics of North America*, 19(4), 791-814.
13. Marder, S. R., Hurford, I. M., & van Kammen, D. P. (2009). In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2, 9th ed., pp.3206-3241)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
14. Mason, G. F., Krystal, J. H., & Sanacora, G. (2009). Nuclear magnetic resonance imaging and spectroscopy: Basic principles and recent findings in neuropsychiatric disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry Mayo Clinic. (2012). Metabolic syndrome. <http://www.mayoclinic.com/health/metabolicsyndrome/DS00522>(Vol.1, 9th ed., pp. 284-273)*. Philadelphia, PA:Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
15. Mula, M. (2010). The clinical spectrum of bipolar symptoms in epilepsy: A critical reappraisal. *Postgraduate medicine*, 122(4), 17-23.
16. National Institute of Health (NIH). (2011). National Human Genome Research Institute. <http://www.genome.gov>

17. Raison, C. L., Cowles, M. K., & Miller, A. H. (2009). Immune system and central nervous system reaction. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, &
18. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
19. Stahl, S. M. (2011). Essential psychopharmacology: The prescriber's guide(4th ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
20. Staley, J. K., & Krystal, J. H. (2009). Radiotracer imaging with positron emission tomography and single photon emission computed tomography. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 9th ed., pp. 273-299). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
21. Stauffer, V. I., Sniadecki, J. L., Piezer, K. W., et al. (2010). Impact of race on efficacy and safety during treatment with olanzapine in schizophrenia, schizophreniform, or schizoaffective disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 89.
22. Virani, A. S., Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Jeffries, J. J. (2012). Clinical handbook of psychotropic drugs (19th ed.). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
23. Woods, S. W., Saksa, J. R., Baker, C. B., et al. (2008). Effects of levetiracetam on tardive dyskinesia: A randomized, double-blind, placebocontrolled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 546-554.
24. Woods, S. W., Sullivan, M. C., Neuse, E. C., et al. (2003). Racial and ethnic effects on antipsychotic prescribing practices in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 54(2), 177-179.

თავი 3

ფსიქოსოციალური თეორიები და თერაპია

ამ თავში განხილულია:

1. ძირითადი ფსიქოსოციალური თეორიების საფუძვლები: ფსიქოანალიზის თეორია, განვითარების თეორია, ინტერპერსონალური თეორია, ჰუმანიზმის თეორია, ქცევითი თეორია, ეგზისტენციალური თეორია და კრიზისის ინტერვენცია;
2. ფსიქოსოციალური მკურნალობის გზები: ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია, ჯგუფური ფსიქოთერაპია, ოჯახური თერაპია, ქცევითი მოდიფიკაცია, სისტემური დესენსიტიზაცია, ნახალისების გზა, თვითდახმარების ჯგუფები, მხარდაჭერის ჯგუფები, საგანმანათლებლო ჯგუფები, კოგნიტური თერაპია, ჯგუფური თერაპია და ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია;
3. ფსიქოსოციალური თეორია და მკურნალობის სტრატეგია;
4. თეორიული პერსპექტივები და საექთნო პრაქტიკა.

ფსიქიკური მდგომარეობების თანამედროვე მკურნალობა ეკლექტიკურ მიდგომებზეა დაფუძნებული და შესაბამისად, თანამედროვე მკურნალობის სტრატეგიები, მრავალსხვადასხვა წყაროსა და მტკიცებულებას ეფუძნება. ამ თავში აღწერილია ძირითადი ფსიქოსოციალური თეორიები და ახსნილია სხვადასხვა ფსიქოსოციალური მკურნალობის გზები.

ფსიქოსოციალური თეორიები

ფსიქოსოციალური თეორიები ადამიანის ქცევის, ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური აშლილობის საფუძვლების ახსნას ისახავს მიზნად.

ამ თავში განხილულია შემდეგი ტიპის ფსიქოსოციალური თეორიები:

- ფსიქოანალიზის;
- განვითარების;
- ინტერპერსონალური;
- ჰუმანისტური;
- ქცევითი;
- ეგზისტენციალური.

ფსიქოანალიზის თეორია

ზიგმუნდ ფროიდი: ფსიქოანალიზის მამა

ზიგმუნდფროიდმა (1856 – 1939 წწ;)ფსიქოანალიზის თეორია მე – 19 საუკუნის მიწურულსა და მე-20 საუკუნის დასაწყისში შეიმუშავა ვენაში, სადაც მან ცხოვრების უმეტესი ნაწილი გაატარა. მიუხედავად იმისა, რომ ზ. ფროიდი ფსიქოანალიზის ერთ-ერთი ფუძემდებელია, მრავალმა ექიმმა და თეორეტიკოსმა მოგვიანებით ფსიქოანალიზზე დაყრდნობით საკუთარი თეორიები და მკურნალობის სტილი შექმნა.

ფსიქოანალიზის თეორია ამტკიცებს, რომ ადამიანის ყველა ქცევას გამომწვევი მიზეზი და გარკვეული ტიპის ახსნა აქვს (დეტერმინისტული თეორია). ფროიდს სჯეროდა, რომ დათრგუნული (რეპრესირებული) სექსუალური იმპულსები და სურვილები ადამიანის ქცევათა უმეტესი ნაწილის მამოძრავებელია. თავისი შეხედულებები ფროიდმა რამდენიმე მდებარეობითი სქესის პაციენტზე დაკვირვების შედეგად განავითარა, რომლებიც ავლენდნენ უცნაურ ქცევას, როგორცაა მხედველობისა და მეტყველების დარღვევები, ჭამის უუნარობა და კიდურების მოტორული აქტივობის მოშლა. რამდენადაც ამ სიმპტომებს ფიზიოლოგიური საფუძველი არ ჰქონდა, ფროიდმა ისინი „ისტერიული“, ანუ ნევროზული წარმოშობის მდგომარეობად შეარაცხა. ამ პაციენტებთან რამდენიმეწლიანი მუშაობის შემდეგ ფროიდმა დაასკვნა, რომ ქალთა პრობლემების უმრავლესობა, დაკავშირებული იყო ბავშვობაში გადატანილ ტრავმასთან ან მათი ფსიქოსექსუალური განვითარების პრობლემებთან. ფროიდის პაციენტები თავისი ტრავმული წარსულის ან არარეალიზებული სექსუალური ლტოლვების დათრგუნვას ახდენდნენ, რის შედეგადაც მათ „ისტერიული“, ანუ ნევროზული სიმპტომები გამოუვლინდათ.

პიროვნების სტრუქტურის ნაწილები: იდი, ეგო და სუპერ-ეგო

ფროიდმა ადამიანის პიროვნების კონცეფციაში სამი ძირითადი კომპონენტი გამოყო: Id (იდი – „იგი“), Ego (ეგო – „მე“), SuperEgo (სუპერ-ეგო ანუ „ზე – მე“). **იდი (ID)** ადამიანის ბუნების ნაწილია. იგი ბაზისურ, ანუ შინაგან ლტოლვებს (როგორცაა სიამოვნების მიღებისკენ მიმართული ქცევა, აგრესია და სექსუალური იმპულსები) განაპირობებს. იგი მუდმივად მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებისკენაა მიმართული; იმპულსურ, არაცნობიერ მოქმედებას იწვევს და საზოგადოებაში მიღებულ სოციალურ ნორმებსა და წესებს არ ემორჩილება. **სუპერ-ეგო** პასუხს აგებს ადამიანის ქცევაში მორალური და ეთიკური ნორმების, ასევე მშობლის მოვალეობებისა და სოციალური პასუხისმგებლობების გაჩენაზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ იგი მუდმივად იდი-ს საპირისპიროდ მოქმედებს. **ეგო** კი იდი-სა და სუპერ-ეგოს დამაკავშირებელი რგოლია, რომელიც მათგან წარმოშობილი აზრების, ლტოლვებისა და ქცევის ბალანსირებას ახდენს. სწორედ ეგო-ს საშუალებით შეუძლია ადამიანს გამოავლინოს მნიშვნე და სოციალურად მისაღები ქცევა, რომელიც მას სწორ და ადეკვატურ ფუნქციონირებაში ეხმარება. ფროიდს სჯეროდა, რომ შფოთვითი აშლილობა ეგო-დან მომდინარეობს, რომელიც სუპერ-ეგოს საშუალებით, იდი-ში წარმოშობილი იმპულსური ქცევის დათრგუნვას ცდილობს.

ქცევა, რომელიც ქვეცნობიერი აზრებითა და გრძნობებით არის მოტივირებული

ფროიდს სჯეროდა, რომ ადამიანი, როგორც პიროვნება, გაცნობიერების სამი დონით ფუნქციონირებს: ცნობიერით, წინარეცნობიერითა და არაცნობიერით. ადამიანის ცნობიერების ცნობიერი ნაწილი მოიცავს მის ცნობიერ ფიქრებს, აზრებსა და ემოციებს; წინარეცნობიერი ნაწილი მოიცავს იმ აზრებს, ფიქრებსა და ემოციებს, რომელიც ახლა შესაძლოა არ არის პიროვნების ცნობიერ ნაწილში, მაგრამ შეუძლია გაიხსენოს ისინი (მაგ., ბავშვობის გარკვეულ მოგონებასთან დაკავშირებული ემოციები). არაცნობიერი წარმოადგენს ადამიანის ემოციების, ფიქრებისა და აზრების ძირითად საბაზოს, რომელიც მართავს ადამიანის ქცევასა და მოტივაციას, მიუხედავად იმისა, რომ ეს მოტივები, როგორც წესი, აბსოლუტურად გაუცნობიერებელია ცნობიერის დონეზე.

ფროიდის აზრით, ჩვენი საუბრისა და მოქმედების ძირითადი მოტივატორი, ჩვენივე **ქვეცნობიერში** (წინარეცნობიერის ან არაცნობიერის დონეზე) წარმოშობილი აზრები და გრძნობებია. ფროიდისეული წაცდენები, ასე მოიხსენიებენ იმ შეცდომებს მეტყველებაში, რომელიც ფროიდის აზრით, არა უშუალოდ წარმოთქმის შეცდომით, არამედ ქვეცნობიერის დონეზე მიმდინარე აზრებითა და ფიქრებით არის განპირობებული.

სიზმრის ფროიდისეული ანალიზი

ფროიდი თვლიდა, რომ სიზმარი შეფარვით და ხშირად სიმბოლურად ასახავს ადამიანის ქვეცნობიერ ფიქრებსა და გრძნობებს. ამიტომ ფსიქოანალიზში გამოიყენება **სიზმრების ანალიზის** მიდგომა, რათა ამოცნობილი იქნეს პაციენტის სიზმრების მნიშვნელობა და დატვირთვა. მაგ., შესაძლოა მდებარეობითი სქესის პაციენტს მუდმივად ესიზმრებოდეს გველები, რომელიც მოსდევს მას. ამ სიზმრის ფროიდისეული ახსნის მიხედვით, შესაძლოა ქალს ჰქონდეს მამაკაცთან ინტიმური სიახლოვის შიში; ფროიდისეული მიდგომით, შესაძლოა გველი იყოს ფალოსის/მამაკაცის პენისის სიმბოლო.

ქვეცნობიერი ფიქრებისა და გრძნობების წვდომის კიდევ ერთი ფროიდისეული გზა **თავისუფალი ასოციაციების** მეთოდია, რომლის დროსაც ექიმი პაციენტს ეუბნება სიტყვას და პაციენტმა უნდა უპასუხოს გააზრების გარეშე, პირველივე ასოციაციით, რომელიც ამ სიტყვასთან დაკავშირებით წარმოიშობა.

ეგოს დაცვითი მექანიზმები – ფროიდი მიიჩნევდა, რომ ეგო იყენებს გარკვეული ტიპის დაცვით მექანიზმებს, რომელიც მას უსიამოვნო ან მტკივნეულ მოვლენასთან გამკლავებაში ეხმარება. ეგოს დაცვითი მექანიზმები დეტალურადაა ახსნილი 3.1 ცხრილში. ეგოს დაცვითი მექანიზმის მაგალითია ადამიანი, რომელსაც ონკოლოგიური დაავადება დაუდგინდა და უთხრეს, რომ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა მხოლოდ 6 თვეა, მაგრამ იგი საერთოდ არ საუბრობს ამ თემაზე; აღნიშნული თეორიის მიხედვით ამ დროს ეგო იყენებს უარყოფას, როგორც დაცვით მექანიზმს, რითიც ის უარს ამბობს, თვალი გაუსწოროს ცხოვრებისეულ რეალობას. თუ იგივე სიტუაციაში ადამიანი მუდმივად კარგ ხასიათზეა, მაშინ შესაძლოა იგი საკუთარი ემოციური სფეროს დაცვისთვის იყენებდეს რეაქციის ფორმაციის დაცვით მექანიზმს. როგორც წესი, დაცვითი მექანიზმები არაცნობიერის დონეზე წარმოიშობება და ადამიანი საკუთარ ქცევას კრიტიკულად ვერ აანალიზებს, ამიტომ ასეთ სიტუაციაში რეალობის ადეკვატური აღქმისთვის მას შესაძლოა დახმარებაც დასჭირდეს.

ფსიქოსექსუალური განვითარების 5 ძირითადი ეტაპი – ფროიდმა ბავშვის განვითარების თეორია, სექსუალური ენერჯის – ლიბიდოს გარშემო განავითარა, რომელიც, თავის მხრივ, მას ადამიანის ქცევის განმსაზღვრელ ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორად მიაჩნდა. იგი ამბობდა, რომ ბავშვი ფსიქოსექსუალური განვითარების 5 ძირითად ეტაპს გადის: ორალური (დაბადებიდან 18 თვემდე), ანალური (18 – 36 თვე), ფალიკური/ოიდიპური (3 – 5 წელი), ლატენტური (5 – 11 ან 13 წელი) და გენიტალური (11 – 13 წელი). 3.2 ცხრილში დეტალურადაა აღწერილი ყველა ეტაპი და მისი მახასიათებლები. ფროიდის აზრით, ფსიქიკური სფეროს პათოლოგია ამ ეტაპების თანმიმდევრული გავლის სირთულეებთან ან რომელიმე ეტაპზე ჩარჩენასთან, ან წინა ეტაპზე რეგრესთან არის დაკავშირებული. აღსანიშნავია, რომ ფროიდის ეპოქაში ღია საუბარი სექსუალურ იმპულსებსა და მათ კავშირზე ადამიანის ქცევასთან, განსაკუთრებით კი ბავშვებში, საზოგადოებისთვის შოკისმომგვრელი იყო.

გადატანა და უკუგადატანა – ფროიდმა განავითარა გადატანისა და უკუგადატანის კონცეფციები. გადატანა, ანუ ტრანსფერი, გულისხმობს ერთი პიროვნების მიერ მეორე პიროვნებაზე, ჩვეულებრივ, მკურნალზე – იმ გრძნობების, სურველებისა და მიმართებების მოდუსის გადანაცვლებას, რომელიც მას წარსულში ჰქონდა ფორმალურად ორგანიზებული ან განცდილი მისთვის მნიშვნელოვან ადამიანებთან მიმართებით. აღსანიშნავია, რომ გადატანის მექანიზმი ავტომატური და არაცნობიერია. მაგ., მკურნალობის პერიოდში მოზარდმა შესაძლოა გამოავლინოს გარკვეული ტიპის სარკასტული და პროტესტის გამომხატველი ქცევები ექთანთან, რომელიც მისი მშობლების თანატოლია. ამით ის გამოხატავს არა ექთნის მიმართ, არამედ მისი მშობლების მიმართ – დამოკიდებულებას.

უკუგადატანის (იგივე – კონტრგადატანა და კონტრტრანსფერი) დროს კი მკურნალი პაციენტისკენ მიმართავს იმ ემოციებსა და გრძნობებს, რომელსაც ის მანამდე სხვა ადამიანის მიმართ განიცდიდა. მაგ., მოზარდის მომვლელი ექთანი, რომელიც ამავე დროს მოზარდის დედაა, კონტრგადატანის დროს, მოზარდი პაციენტის მიმართაც ავლენს იმავე ტიპის ქცევას, როგორსაც ახდენს საკუთარი შვილის მიმართ (დედაშვილური დამოკიდებულება ან დიდაქტიკური ტონი). ექთანმა უკუგადატანის დაძლევა თვითანალიზისა და კოლეგებთან საუბრის გზით უნდა შეძლოს.

ცხრილი 3.1 ეგოს თავდაცვითი მექანიზმები

კომპენსაცია	რომელიმე ერთ სფეროში გადაჭარბებული მიზნებისა და შედეგების მიღწევის ჟინი, არსებული ნაკლის ან დეფიციტის კომპენსაციის მიზნით. მაგ., <ul style="list-style-type: none"> • ნაპოლეონის კომპლექსი – ტანმორჩილი ადამიანის მისწრაფება გახდეს მსოფლიოს მმართველი; • დაბალი თვითშეფასების მქონე ექთანი მუშაობს ზეგანაკვეთურად, უფროსისთვის თავის მოწონების მიზნით.
კონვერსია	ემოციური კონფლიქტის გამოხატვა ფიზიკური სიმპტომებით (როგორც წესი, სენსომოტორული ბუნების სიმპტომებით) მაგ., <ul style="list-style-type: none"> • მოზარდი, აკრძალვის მიუხედავად, მეგობრებმა დაიწყოლიეს ეროტიკული შინაარსის ფილმის ყურებაზე, რის შემდეგაც განუვითარდა სიბრმავე. მიუხედავად ამისა, მოზარდი არ წუხს მხედველობის დაკარგვის გამო.
უარყოფა	შექმნილი სიტუაციის გაცნობიერებაზე უარის თქმა. მაგ., <ul style="list-style-type: none"> • დიაბეტით დაავადებული პაციენტი მიირთმევს შოკოლადს; • ფულის ხარჯვის გაგრძელება გაკოტრების დროს; • 3 დღის მანძილზე მუცლის მწვავე ტკივილის მოთმენა და სამედიცინო დახმარების მიმართვის გადავადება.
გადანაცვლება	მიუღებელი იმპულსებისა და სახიფათო ობიექტის შედარებით უფრო მისაღები და ნაკლებად სახიფათო ობიექტით შეცვლა, ანუ, ძლიერი გრძნობების იმ ადამიანებისკენ მიმართვა, რომელთაც რეალურად არ გამოუწვევიათ ეს გრძნობები. მაგ., <ul style="list-style-type: none"> • ადამიანი, რომელიც გაბრაზებულია თავის უფროსზე და აგრესია გადააქვს თავის მეუღლეზე; • ბავშვი, რომელიც სკოლაში უხეში მოპყრობის მსხვერპლია, მასზე სუსტ დედმამიშვილზე ძალადობს.

დისოციაცია	<p>ემოციურად მძიმე მოვლენასთან გამკლავება მისი დროებითი დავიწყების ან მოვლენასთან თვითიდენტიფიცირების მოშლის გზით.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● წინა დღით მომხადარი ავტოსაგზაო შემთხვევის ამნეზირება/დავიწყება; ● ბავშვობაში გადატანილი სექსუალური ძალადობის სრულად დავიწყება მოზრდილობაში.
ფიქსაცია	<p>მდგომარეობა, როცა ადამიანი რჩება მიჯაჭვული ისეთ ობიექტებსა თუ მოქმედებებზე, რომელიც ფსიქოსექსუალური განვითარების ადრეულ საფეხურს უფრო შეესაბამება და ამის გამო, განვითარების მომდევნო სტადიების წარმატებით გავლა ვერ ხერხდება.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● საკუთარი სურვილების დაკმაყოფილების გადავადებას არასდროს ახდენენ; ● საკუთარი იდენტობის, როგორც ზრდასრულის, აღქმის მკაფიო შეგრძნება დარღვეულია.
იდენტიფიკაცია	<p>სხვა, გავლენიანი ადამიანების ქცევებისა და მოსაზრებების მოდელირება თვითმყოფადობის ძიებისას ან პიროვნული, სოციალური და პროფესიული მიზნების მისაღწევად.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● საექთნო საქმის სტუდენტი რეანიმაციული განყოფილების ექთანი ხდება, მხოლოდ იმიტომ, რომ მისი რჩეული მასწავლებელი რეანიმაციის ექთანია.
ინტელექტუალიზაცია	<p>მტკივნეულ მოვლენასთან დაკავშირებული მოვლენებისა და ემოციების განცალკევება, რის საფუძველზეც ხდება ფაქტის და არა – ემოციის აღიარება.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ადამიანი არ ავლენს ემოციას მძიმე ავტოსაგზაო შემთხვევის გახსენებისას.
ინტროექცია	<p>სხვა ადამიანის დამოკიდებულებების, გრძნობებისა და ემოციების საკუთრად მიღება.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ადამიანი, რომელსაც ცეცხლსასროლი იარაღი არ უყვარს, საუკეთესო მეგობრის მსგავსად – თავგადაკლული მონადირე ხდება.
პროექცია	<p>მდგომარეობა, როცა საკუთარ, მიუღებელ, თვისებებს ან გრძნობებს პიროვნება სხვა ადამიანს მიანერს ანუ არაცნობიერად ადანაშაულებს მას.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● მამაკაცი, რომელსაც ჰომოსექსუალური კონტაქტის შესახებ ჰქონია ფიქრები, მაგრამ არასოდეს განუხორციელებია, ჰომოსექსუალ მამაკაცს სცემს; ● მრავალი ცურუნმენის მქონე ადამიანი სხვებს ფანატიკოსობას ხმამაღლა აბრალებს.
რაციონალიზაცია	<p>შფოთვის, შინაგანი კონფლიქტის, ბრალეულობის განცდისა და პასუხისმგებლობის აცილების მიზნით, საკუთარ საქციელში სხვისი მიზეზის ძიება.</p> <p>მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● სტუდენტი, რომელიც საკუთარ წარუმატებლობას მასწავლებლის სიმკაცრეს აბრალებს; ● მამაკაცი, რომელიც ცოლის ცემის მიზეზად ასახელებს იმას, რომ მას მეუღლე არ უსმენს.

რეაქციის ფორმაცია	<p>მიუღებელი და სახიფათო გრძნობებისა და აზრების საწინააღმდეგო მოქმედება. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ქალი, რომელსაც არ უნდოდა შვილები, საუკეთესო დედა ხდება; ● ადამიანი, რომელსაც თავისი ხელმძღვანელი არ მოსწონს, ყველას უყვება, რამდენად კარგი უფროსი ჰყავს.
რეგრესია	<p>განვითარების წინა ეტაპზე დაბრუნება უსაფრთხოების შეგრძნებისა და საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 5 წლის ბავშვი ითხოვს ბოთლით კვებას, თავის ჩვილ ძმასთან ერთად; ● მამაკაცი იწყებს ბავშვივით ჭირვეულობას და ბავშვურად მანჭავს სახეს, თუ იგი მეგობარი გოგონას ყურადღების ცენტრში არ არის.
რეპრესია	<p>ცნობიერიდან მტკივნეული და უსიამოვნო მოგონებების გაქრობა. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ქალს არ ახსოვს გუშინდელი ძარცვის ეპიზოდი; ● ქალს არ ახსოვს არაფერი 7 წლის ასაკამდე, სანამ იგი მოძალადე მშობლებთან ცხოვრობდა.
რეზისტენტულობა	<p>ღიად ან შეფარვით შფოთვის მომგვრელი ინფორმაციის გაცნობიერებისა და დამახსოვრების თავიდან აცილება. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ექთანი ძალზე დაკავებულია და მომაკვდავ პაციენტთან სასაუბროდ არ სცალია; ● პიროვნება, სასამართლოს გადანყვეტილებით, ალკოჰოლიზმზე იძულებითი მკურნალობის სეანსს ესწრება, მაგრამ პროცესში ჩართულობაზე უარსაცხადებს.
სუბლიმაცია	<p>არასასურველი, იმპულსური ქცევის ჩანაცვლება სოციალურად მისაღები ქცევით. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ადამიანი, რომელმაც თამბაქოს მოხმარება შეწყვიტა, მაგრამ თამბაქოს მოხმარების სურვილის დასათრგუნად საწუნ კანფეტს იყენებს; ● არასასურველი საკვების მიღების ნაცვლად, პიროვნება 15 წუთით სეინობს.
ჩანაცვლება	<p>სასურველი მიზნის ჩანაცვლება უფრო ადვილად მიღწევადი მიზნით. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ქალი, რომელსაც ძლიერ უნდოდა შვილები ჰყოლოდა, საბავშვო ბაღს ხსნის.
სუპრესია	<p>მიუღებელი აზრებისა და გრძნობების შეგნებული გაძევება ცნობიერებიდან. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● სტუდენტი არ ფიქრობს მშობლის ავადმყოფობაზე, ტესტისთვის მომზადებაში ხელი რომ არ შეეშალოს; ● ქალი ეუბნება მეგობარს, რომ ახლა ვერ იფიქრებს მისი შვილის გარდაცვალებაზე.
უკუქმედება/საპირისპირო ქმედება	<p>მიუღებელი ქცევის გადასაფარად მისაღები ქცევის მცდელობა. მაგ.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● მამაკაცი, რომელიც ცოლს ღალატობს, მეუღლეს ყვავილების თაიგულს ჩუქნის; ● ადამიანი, რომელიც ბიზნესში დაუნდობელია, დიდ თანხას ხარჯავს ქველმოქმედებაში.

ცხრილი 3.2 პიროვნების განვითარების ფროიდისეული ეტაპები

ფაზა	ასაკი	ფოკუსი
ორალური ფაზა	დაბადებიდან 18 თვემდე	<ul style="list-style-type: none"> დაძაბულობისა და სიამოვნების მიღება ძირითადად პირის, ტუჩებისა და ენის არეში ხდება და მოიცავს კბენისა და წოვით აქტივობებს; იდი თანდაყოლილია; ეგო ასაკის მატებასთან ერთად ვითარდება.
ანალური ფაზა	18 – 36 თვე	<ul style="list-style-type: none"> ინტერესის ძირითად სფეროს ანუსი და მის გარშემო არსებული არე წარმოადგენს. ამ დროს ხდება სპინქტერისნებითი კუნთების კონტროლის დასწავლა, ანუ ტუალეტის ჩვევის ჩამოყალიბება.
ფალოსურ/ოიდიპოსის ფაზა	3 – 5 წელი	<ul style="list-style-type: none"> გამოხატულია გენიტალიებით დაინტერესება, მათი სტიმულირება და აღგზნება. პენისი წარმოადგენს ორივე სქესისთვის ინტერესის საგანს. ხშირია მასტურბაცია. გოგონებში შეინიშნება ეჭვიანობა პენისზე (უნდა, რომ მასაც ჰქონდეს პენისი); ამ ასაკში ვლინდება ოიდიპოსის კომპლექსი ორივე სქესის ბავშვებში (ბავშვი გამოხატავს საპირისპირო სქესის მშობელთან ქორწინების სურვილს).
ლატენტური ფაზა	5 – 11 ან 13 წელი	<ul style="list-style-type: none"> ოიდიპოსის კომპლექსის გაქრობა; სოციალურად მისაღები სფეროებისადმი – სკოლისა და სპორტის მიმართ ინტერესი გაღრმავებულია; სუპერ-ეგო ყალიბდება; ფსიქოსოციალური განვითარების საბოლოო ფაზა დგება.
გენიტალური ფაზა	11 – 13 წელი	<ul style="list-style-type: none"> ინყება მომწიფების/პუბერტას (გარდატეხის) ასაკი. დგება სიახლოვისა და ორგაზმის მიღწევის ბიოლოგიური მზაობა.

თანამედროვე ფსიქოანალიზი

თანამედროვე ფსიქოანალიზი პაციენტის არაცნობიერი და რეპრესირებული აზრებისა და გრძნობების ამოხსნას ისახავს მიზნად, რათა დაეხმაროს მათ ამ შინაგანი კონფლიქტებისა და შფოთვის დაძლევაში. ფსიქოანალიტიკოსები ამ მიზნებისთვის იყენებენ თავისუფალი ასოციაციების, სიზმრის ანალიზისა და ქცევის ინტერპრეტაციის ტექნიკებს.

ფსიქოანალიზი თანამედროვე სამყაროში მიჩნეულია „მდიდართა თერაპიად“, რადგან ის ხანგრძლივი და ძვირადღირებული მკურნალობის მეთოდია, რომლის ანაზღაურებაც, როგორც წესი, არ ხდება სადაზღვევო სისტემების მიერ.

განვითარების თეორია

ერიკ ერიქსონი და განვითარების ფსიქოსოციალური თეორიები

ერიკ ერიქსონი (1902 – 1994) იყო გერმანული წარმოშობის ფსიქოანალიტიკოსი, რომელმაც განაგრძო ფროიდის წამოწყებული საქმე. მან თავისი მოღვაწეობა, განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე, ადამიანის პიროვნული განვითარების სოციალური და ფსიქოსოციალური ასპექტების შესწავლას მიუძღვნა. 1950 წელს მან გამოქვეყნა ნაშრომი სახელწოდებით „ბავშვობა და სოციუმი“, სადაც ფსიქოსოციალური განვითარების რვა

საფეხური აღწერა. მანვე გამოყო ის ამოცანა თუ ამოცანათა ერთობლიობა, რომლის შესრულება პიროვნების ნორმალური ფიზიკური და მენტალური განვითარებისთვის აუცილებელი წინაპირობაა. ერიქსონის ნაშრომის მიხედვით, მის მიერ გამოყოფილი ამოცანებისა და გამონვევების ადეკვატური შესრულება ადამიანს პიროვნული უნარების, იმედის, დანიშნულების, პიროვნული სანდოობის, სიყვარულის, ზრუნვისა და სიბრძნის მოპოვებაში ეხმარება. 3.3 ცხრილში წარმოდგენილია ყველა საფეხურისა და პიროვნული უნარების ჩამონათვალი.

ცხრილი 3.3 ერიქსონის ფსიქოსოციალური განვითარების საფეხურები

საფეხური	უნარი	ამოცანა
ნდობა უნდობლობის წინააღმდეგ	იმედი	სამყაროს უსაფრთხო და სანდო აღქმა. მზრუნველი, საიმედო და სტაბილური ურთიერთობები.
ავტონომია ეჭვისა და სირცხვილის წინააღმდეგ (ბავშვობა) ინიციატივა დანაშაულის გრძობის წინააღმდეგ (სკოლამდელი ასაკი)	ნება დანიშნულება	კონტროლისა და თავისუფალი ნების შეგრძნების მიღწევა. ცნობიერის განვითარების დასაწყისი. კონფლიქტისა და შფოთვის მართვის უნარის შექმნა.
შრომისმოყვარეობა არასრულფასოვნების განცდის წინააღმდეგ (სკოლის ასაკი)	კომპეტენცია	საკუთარ ძალებსა და კომპეტენციებში რწმენის განვითარება. მიღწევებისგან მიღებული სიამოვნება.
იდენტობა როლთა აღრევის წინააღმდეგ (მოზარდობა)	ერთგულება/სანდოობა	საკუთარი პიროვნებისა და საკუთრების შეგრძნების განვითარება.
ინტიმურობა იზოლაციის წინააღმდეგ (ახალგაზრდობა)	სიყვარული	სიყვარულით სავსე ურთიერთობების ფორმაცია და ჯანსაღი მიჯაჭვულობის განვითარება ურთიერთობებში.
გენერატიულობა სტაგნაციის წინააღმდეგ(მოზრდილი)	მზრუნველობა	კრეატიულობა და პროდუქტიულობა; ახალი თაობის შექმნა.
ეგო – ს მთლიანობა იმედგაცრუების წინააღმდეგ(სიმწიფე)	სიბრძნე	პირადი პასუხისმგებლობის გაცნობიერება.

ერიქსონის მიერ შემოთავაზებული განვითარების რვა ეტაპიანი მოდელი კვლავ გამოიყენება სხვადასხვა დისციპლინებში. მისი ხედვის მიხედვით, განვითარების თითოეული ეტაპი თანმიმდევრულად დგება და ყოველი შემდგომი ფაზის დაწყება, წინამორბედი ეტაპის წარმატებულ გადალახვაზე დამოკიდებულია. მაგ., განვითარების შემდეგ ეტაპზე გადასასვლელად აუცილებელია, რომ ახალშობილს განუვითარდეს საბაზისო ნდობის შეგრძნება; მას უნდა სჯეროდეს, რომ მას მოუვლიან და სათანადოდ გამოკვებავენ. ამ ეტაპის სწორი წარმართვა და სამყაროსადმი ნდობის ჩამოყალიბება უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს ადამიანის შემდგომ ცხოვრებასა და განვითარებაზე.

ჟან პიაჟე და კოგნიტური განვითარების ეტაპები

ჟან პიაჟე (1896 – 1980), ბავშვებში ინტელექტისა და აზროვნების განვითარების საკითხებს შეისწავლიდა. იგი ფიქრობდა, რომ ადამიანის ინტელექტი სხვადასხვა ასაკში განვითარების სხვადასხვა ეტაპს გადის. პიაჟე ფიქრობდა, რომ ასაკის მატებასთან ერთად დამდგარი ბიოლოგიური სიმწიფე, საფუძვლად უდევს კოგნიტური სიმწიფის განვითარებას.

პიაჟეს მიხედვით, არსებობს კოგნიტური განვითარების ოთხი ძირითადი ეტაპი:

1. *სენსომოტორული* – ეს ეტაპი გრძელდება დაბადებიდან 2 წლამდე. ამ პერიოდში ბავშვი სწავლობს თავისი, როგორც გარემოსგან დამოუკიდებელი ერთეულის აღქმას და ასევე ობიექტთა მუდმივობის ფენომენს – რაც იმას ნიშნავს, რომ ბავშვი აცნობიერებს, რომ საგნები აგრძელებენ არსებობას, მაშინაც კი, როცა ისინი ქრებიან მათი მხედველობის ველიდან.
2. *პრეოპერაციული* – ეს ეტაპი გრძელდება 2 დან – 6 წლამდე. განვითარების ამ ეტაპზე ბავშვი სწავლობს საკუთარი თავის გამოხატვას მეტყველების საშუალებით და ახდენს საგანთა კლასიფიცირებას; ამ ეტაპზევე ხდება ჟესტების მნიშვნელობის გაანალიზებაც.
3. *კონკრეტული ოპერაციები* – განვითარების ეს ეტაპი 6 – დან – 12 – წლამდე გრძელდება. ამ დროს ბავშვს უვითარდება ლოგიკური აზროვნების უნარი, ხდება მეტად სოციალური და სწავლობს გარკვეული სოციალური წესების შესრულებას, თუმცა აზროვნება კვლავ კონკრეტულია და მოკლებულია განზოგადების შესაძლებლობას.
4. *ფორმალური ოპერაციები* – განვითარების ეს ეტაპი მოიცავს 12-დან – 15 წლის შემდგომ ასაკს. ამ დროს აბსტრაქციის, რთული ლოგიკური აზროვნებისა და მიზეზშედეგობრივი კავშირების აღქმის უნარის განვითარებასთან ერთად, კოგნიტური სიმწიფე მიიღწევა.

პიაჟეს თეორიის თანახმად, კოგნიტური სიმწიფე გვიანი მოზარდობის პერიოდში მიიღწევა. მიუხედავად იმისა, რომ ამ თეორიას ბევრი მოწინააღმდეგე ჰყავს, იგი ბავშვებთან მუშაობისას ძალზე ეფექტურია. თუ ექთანს ბავშვის განვითარების ეს ეტაპები კარგად ეცოდინება, იგი ამ ბავშვებთან კომუნიკაციის დამყარებას უკეთ შეძლებს.

ინტერპერსონალური თეორიები

ჰარი სტეკ სალივანი: ინტერპერსონალური ურთიერთობები და თემზე/გარემოზე დაფუძნებული თერაპია

ჰარი სტეკ სალივანი (1892 – 1949) ამერიკელი ფსიქიატრი იყო, რომელმაც ადამიანის პიროვნების განვითარებაში ინტერპერსონალური ურთიერთობების მნიშვნელობის საკითხი შემოიტანა. სალივანს სჯეროდა, რომ ადამიანის განვითარება მხოლოდ ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე არ არის დამოკიდებული და ამ საკითხში სხვა ადამიანებთან ურთიერთობას უმნიშვნელოვანესი როლი უჭირავს. იგი ფიქრობდა, რომ არასრულფასოვანი და არაადეკვატური ურთიერთობები შფოთვის წარმოშობას უდევს საფუძვლად, რასაც მეცნიერი ყველა სახის ემოციური აშლილობის ძირითად მიზეზად აღიქვამდა; შესაბამისად, სალივანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხში ინტერპერსონალურ ურთიერთობას უდიდეს როლს ანიჭებდა.

ცხოვრების ხუთი საფეხური

სალივანმა აღწერა განვითარების 5 ეტაპი: ჩვილობის, ბავშვობის, მცირეწლოვნობის, პერიოდი მოზარდობამდე და მოზარდობა (ცხრილი 3.4). მან ასევე აღწერა კოგნიტური განვითარების სამი ეტაპი, რომელზეც ხანგრძლივი დაყოვნება, მისი აზრით, საფუძვლად ედო ამა თუ იმ ფსიქიკური აშლილობის განვითარებას.

პროტოტაქსიური გამოცდილება

ჩვილობისა და ბავშვობის ეტაპია, რომლის დროსაც მიღებული შეგრძნებები და გამოცდილება ზედაპირულია და ერთმანეთთან არ ასოცირდება. შიზოფრენიის მქონე მოზარდები მუდმივ პროტოტაქსიურ გამოცდილებას წარმოადგენენ.

პარატაქსიური გამოცდილება

ადრეული ბავშვობიდან იწყება; ამ დროს ბავშვი სწავლობს მოვლენების ერთმანეთთან დაკავშირებას, თუმცა სრული მიზეზშედეგობრივი კავშირების აგებას ვერ ახერხებს და რიგ მოვლენებს უბრალო დამთხვევის შედეგად აღიქვამს. ამ ეტაპზე ბავშვი შფოთვის წარმოშობის თავიდან აცილების მიზნით იმეორებს ქმედებათა ჯაჭვს, თუმცა მას კარგად არ ესმის ამ ქმედებათა შინაარსი. სალივანმა პარანოიდული აზრებისა და მეტყველებაში არსებული წაცდენების გამოვლინება, ადამიანის პარატაქსიულ მდგომარეობაში ჩარჩენით ახსნა.

სინტაქსური გამოცდილება

სკოლამდელ ასაკში იწყება და ზრდასრულობამდე გრძელდება. ამ ეტაპზე ადამიანები საკუთარი პიროვნების დროსა და სივრცეში აღქმას იწყებენ და მიღებული გამოცდილების ანალიზი შეუძლიათ. სიმწიფის ეტაპი, სალივანმა სწორედ სინტაქსური ეტაპის პრედომინირებას დაუკავშირა.

თერაპიული თემი/გარემო

სალივანმა წარმატებული მკურნალობა ინტერპერსონალური ურთიერთობების წარმატებულ განვითარებას დაუკავშირა. მან ფსიქოთერაპევტი **მონანილე დამკვირვებლად** წარმოაჩინა, ანუ თერაპევტი ფსიქოთერაპიის პროცესში აქტიურადაა ჩართული და ამავდროულად აკვირდება ურთიერთობების განვითარებას. სალივანის სახელს უკავშირება შიზოფრენიით დაავადებული ახალგაზრდა მამაკაცების პირველი თერაპიული თემის ანუ გარემოს შექმნა 1929 წელს.

ცხრილი 3.4 სალივანისეული ცხოვრების ეტაპები

ეტაპი	ასაკი	ფოკუსი
ჩვილობის პერიოდი	დაბადებიდან მეტყველების განვითარებამდე	პირველადი მოთხოვნილება დაკავშირებულია სხეულებრივ (ტაქტილურ) შეხებასა და სიახლოვესთან; პროტოტაქსიური გამოცდილება დომინირებს (გამოცდილებების ურთიერთდაკავშირება არ ხდება); ორალური და ანალური არეები ინტერესის ძირითადი ზონებია;

		თუ მოთხოვნები დაკმაყოფილებულია, ჩვილი ბედნიერია, ხოლო მათი დაუკმაყოფილებლობის შემთხვევაში ავლენს შფოთვასა და შიშს.
ბავშვობის პერიოდი	მეტყველების განვითარებიდან 5 წლამდე	მშობელი აღქმულია, როგორც შექებისა და მიმღებლობის წყარო. ამ დროს შემოდის კოგნიტური განვითარების პარატაქსური ეტაპი, ანუ ბავშვი ახდენს მოვლენათა შორის კავშირების დამყარებას; ანალური არე ინტერესის ძირითადი ზონაა. დაჯილდოვება თვით რწმენის გაძლიერების უმნიშვნელოვანესი წყაროა; გაურკვევლობისა და დაუცველობის შეგრძნება წარმოშობს საშუალო სიმძიმის შფოთვას, ხოლო მძიმე ფორმის შფოთვითი აშლილობა დაკავშირებულია თვითდამაზიანებელ ქცევასთან.
მცირეწლოვნობის პერიოდი	5 – 8 წელი	ამ დროს იწყება სინტაქსური პერიოდი (საკუთარი პიროვნებისა და სხვების აღქმა იწყება მიღებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით); ბავშვი ცდილობს სხვისი მოწონებისა და სიმპათიის დამსახურებას; სწავლობს საკუთარი საჭიროებების გამოხატვას. ძლიერი შფოთვისას შეიძლება კონტროლი ან შემაკავებელი ქმედებები გახდეს საჭირო.
მოზარდობამდე პერიოდი	8 – 12 წელი	იგივე სქესის ადამიანებთან გულწრფელი მეგობრული ურთიერთობების დანყება; ოჯახი ურთიერთობებისგან კმაყოფილების მიღების ერთადერთი გზა აღარაა; კოგნიტური განვითარება შედის სინტაქსურ ეტაპში; სიყვარულის, მეგობრობის, ჯანსაღი მიჯაჭვულობისა და კოლაბორაციული უნარების განვითარება ან იწყება, ან არა.
მოზარდობა	მომწიფების ასაკიდან ზრდასრულობამდე	ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში შემოდის ლტოლვის ელემენტი; ჩნდება საპირისპირო სქესთან განსაკუთრებული ურთიერთობების დამყარების სურვილი; თუ პიროვნების განვითარება ნორმალურად მიმდინარეობდა, ამ დროს ყალიბდება ღირებულებები და იდეალები, კარიერული და სოციალური პოზიციონირების სურვილები.

სალივანის მიერ შემოთავაზებული ჯგუფური თერაპიის კონცეფცია ეფუძნებოდა პაციენტებს შორის ჩამოყალიბებული ურთიერთობების თერაპიულ ეფექტს. ამ დრომდე მკურნალობად მხოლოდ ექიმი – ფსიქოთერაპევტისა და პაციენტის ურთიერთობა ითვლებოდა. თუმცა სალივანმა და შემდგომში ჯონსმაც დაამტკიცეს, რომ მშვიდ და უსაფრთხო გარემოში პაციენტები ერთმანეთზე მნიშვნელოვან პოზიტიურ ეფექტს ახდენენ.

ჰილდეგარდბეპლაუ: პაციენტი – ექთნის თერაპიული ურთიერთობა

ჰილდეგარდბეპლაუ (1909 – 1999) კლინიცისტი და საექთნო საქმის თეორეტიკოსი იყო, რომელმაც სალივანის თეორიის შესაბამისად, ჯგუფურ თერაპიაში განსაკუთრე-

ბულად გამოყო ექთნის, როგორც მონაწილე დამკვირვებლის როლი და განავითარა **ექთანი – პაციენტის თერაპიული ურთიერთობის** კონცეფცია, რომელიც, მისი აზრით, მოიცავს ოთხ ფაზას: ორიენტაცია, იდენტიფიკაცია, ექსპლუატაცია და რეზოლუცია (ცხრილი 3.5).

ცხრილი 3.5 პეპლას ამოცანებისა და ურთიერთობების საფეხურები

საფეხური	ამოცანა
ორიენტაცია	პაციენტის პრობლემებისა და საჭიროებების იდენტიფიცირება;
	პაციენტი სვამს შეკითხვებს;
	პაციენტს განემარტება ჰოსპიტლის რეჟიმი;
	ხდება პაციენტის ენერჯის მიმართვა პრობლემების გადაჭრისკენ;
	პაციენტი ავლენს სრულ ჩართულობას სამკურნალო პროცესში.
იდენტიფიკაცია	პაციენტი მიღებულ დახმარებას აღიქვამს სასარგებლოდ;
	პაციენტი თავს უფრო ძლიერად გრძნობს;
	პაციენტი გამოხატავს გრძნობებს;
	ექთანსა და პაციენტს შორის დგება ურთიერთთანამშრომლობა;
	როგორც ექთნის, ისე პაციენტის როლები განსაზღვრულია.
ექსპლუატაცია	პაციენტი იყენებს ყველა შეთავაზებულ სერვისს;
	ისახება სახლში წასვლისა და სამსახურში დაბრუნების მიზანი;
	დამოუკიდებლობისა და დამოკიდებულების მდგომარეობებს შორის გარკვეული ტიპის მონაცვლეობა ხდება.
რეზოლუცია	პაციენტი ძლევს დამოკიდებულების გრძნობას;
	პაციენტს აღარ სჭირდება დახმარება;
	პაციენტს შეუძლია დამოუკიდებლად დასახოს მიზნები და მისი შესრულების შესაბამისი აქტივობები.

1. **საორიენტაციო ფაზა** – წარიმართება ექთნის მიერ და მიზნად ისახავს პაციენტის მკურნალობაში ჩართულობისა და მისი დამყოლობის გაზრდას. ამ დროს პაციენტმა მაქსიმალური ინფორმაცია უნდა მიიღოს მკურნალობის შესახებ და პასუხი უნდა გაეცეს მის ყველა შეკითხვას;
2. **იდენტიფიკაციის ფაზა** – ამ ეტაპზე ექთანი და პაციენტი ურთიერთშეთანხმებულად მუშაობენ, რათა მოხდეს პაციენტის გრძნობების ექსპრესია (გამოხატვა) და მისი ემოციური გაძლიერება;
3. **ექსპლუატაციის ფაზა** – პაციენტი იღებს ყველა შეთავაზებულ მომსახურებას;
4. **რეზოლუციის ფაზა** – პაციენტი აღარ საჭიროებს სამედიცინო დახმარებას და იგი ასრულებს ურთიერთობას ექთანთან.

პეპლას მიერ შემოთავაზებული მოდელი მოგვიანებით მოდიფიცირებული იქნა, თუმცა იგი კვლავ აქტუალურია (იხ. თავი 5).

ექთნის როლი თერაპიულ ურთიერთობებში

თავის ნაშრომებში ჰილდეგარდპეპლაუმ შემოგვთავაზა ექთნის როლის ნაირსახეობები თერაპიულ ურთიერთობებში და ასევე ამ როლთა მნიშვნელობა პაციენტის საჭიროებებთან მიმართებით.

- უცნობი – ამ დროს ექთანი პაციენტის მიმართ ავლენს იგივე ტიპის მიმღებლობასა და ზრუნვას, რასაც იგი სხვა ნებისმიერი უცხო ადამიანის მიმართ გამოავლენდა;
- წყარო – ყველა საჭირო კითხვაზე პასუხის მქონე ადამიანი;
- მასწავლებელი – ფორმალური და არაფორმალური განათლების მიღებაში პაციენტის დამხმარე;
- ლიდერი – პაციენტისთვის ან პაციენტთა ჯგუფისთვის მიმართულების მიმცემი;
- სუროგატი – სხვა ადამიანის/ოჯახის წევრის ჩამნაცვლებელი;
- კონსულტანტი – ისეთი აქტივობების წამახალისებელი, რომელიც პაციენტს გამოჯანმრთელებაში დაეხმარება: მაგ., გრძნობების გამოხატვის ხელშეწყობი.

ჰილდეგარდპეპლაუ ასევე ფიქრობდა, რომ ჩამოთვლილთა გარდა, კონტექსტიდან გამომდინარე, ექთანს ბევრი სხვა როლის მორგება შეეძლო, მათ შორის – კონსულტანტის, პირადი დაცვის აგენტის, მედიატორის, ადმინისტრატორის, დამკვირვებლისა და მკვლევარის.

შფოთვის ოთხი დონე

ჰილდეგარდპეპლაუმ შფოთვა განსაზღვრა, როგორც ფსიქიკის პირველადი პასუხი საფრთხეზე. მან აღწერა შფოთვის ოთხი დონე: მსუბუქი, საშუალო, მძიმე და პანიკური (ცხრილი 3.6).

1. მსუბუქი შფოთვა – მომატებულია მგრძნობელობა და შეგრძნებები, რომელიც ადამიანს დასახული პრობლემის გადასაჭრელად ახალი უნარებისა და ცოდნის მიღებაში ეხმარება. ადამიანს შეუძლია აღიქვას ყველა სტიმული (აღქმის სფერო);
2. საშუალო სიმძიმის შფოთვა – აღქმის სფერო შემცირებულია (ადამიანი ფოკუსირებს მხოლოდ უმოკლეს ვადაში შესასრულებელ ამოცანებზე); ახალი უნარებისა და ცოდნის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ სხვისი დახმარებით;
3. მძიმე შფოთვა – დომინირებს საშინელებისა და ტერორის მომგვრელი შეგრძნებები; ადამიანის კონცენტრირება რაიმე ტიპის კონკრეტულ ამოცანაზე შეუძლებელია. მას გამოხატული აქვს ტაქიკარდიის, დიაფორეზისა და გულმკერდის არეში ტკივილის შეგრძნებები. ამ დროს ადამიანს, კარდიოლოგიური სიმპტომების წარმოშობის გამო, შესაძლოა სასწრაფო სამედიცინო დახმარება დასჭირდეს;
4. პანიკური შფოთვა – დაკავშირებულია რაციონალური აზროვნების დაკარგვასთან, ბოდვასთან, ჰალუსინაციებთან, სრულ ფიზიკურ იმობილიზაციასა და მუტიმთან. ამ დროს ადამიანი შესაძლოა უმიზნოდ მოძრაობდეს ან დარბოდეს, რაც ხშირად თვითდაზიანების საფრთხესთანაა დაკავშირებული.

ცხრილი 3.6 შფოთვის დონეები

მსუბუქი	საშუალო	მძიმე	პანიკური
შეგრძნებები გაძლიერებულია; განგაშის შეგრძნება; აღქმის სფერო გაფართოებულია; შეუძლია პრობლემის გადაჭრა; დასწავლა შესაძლებელია; მოსვენების შეგრძნება; მუცელში მოვლითი შეგრძნებები (პეპლების შეგრძნება); უძილობა; გალიზიანებადობა; ხმაურზე ჰიპერსენსიტიულობა.	ყურადღების სელექტიური კონცენტრირება; აღქმის სფერო შევიწროვებული და კონცენტრირებულია დაუყოვნებლივ შესასრულებელ ამოცანაზე; შეუძლია ყურადღების გადატანა; აზრებს ან მოვლენებს ერთმანეთთან დამოუკიდებლად ვერ აკავშირებს; კუნთები დაჭიმულია; დამახასიათებელია დიაფორები; გულისცემის გაძლიერება; თავის ტკივილი; პირის სიმშრალე; ხმამალალი საუბარი; საუბრის აჩქარება; ფალარათი; ხშირი შარდვა; გაძლიერებული ავტომატიზმი (ნერვული მანერულობა).	აღქმის სფერო შევიწროებულია ერთ დეტალამდე; ამოცანების შესრულება არ შეუძლია; დასწავლა არ შეუძლია; ქცევა მიმართულია შფოთვის შემცირებისკენ, თუმცა, როგორც წესი, უშედეგოა; გრძნობს შიშსა და ტერორს; არ შეუძლია ყურადღების გადატანა; ახასიათებს ძლიერი თავის ტკივილი; გულისრევა, პირღებინება, დიარეა; კანკალი/ თრთოლვა; რიგიდული პოზა; თავბრუსხვევა; სიფერმკრთალე; ტაქიკარდია; ტკივილი გულმკერდში; ტირილი; რიტუალური (უმიზნო, განმეორებითი) ქცევა.	აღქმის სფერო უკიდურესად დავიწროვებულია და აღიქვამს მხოლოდ საკუთარ თავს; არ შეუძლია გარემო გამლიზიანების აღქმა; დამახინჯებულია შეგრძნებები; დაკარგულია რაციონალური აზროვნების უნარი; პიროვნული დემორგანიზაცია; არ შეუძლია საფრთხის ანალიზი; შესაძლოა გამოვლინდეს სუიციდური ქცევა; ბოდვები და ჰალუსინაციები; ვერბალური კომუნიკაციის უნარი დათრგუნულია; არ შეუძლია დაჯდომა (შესაძლოა ბოლთას სცემდეს ან დარბოდეს) ან შესაძლოა იყოს სრულად უმოძრაო და პასიური.

ჰუმანისტური თეორიები

ჰუმანიზმი, ფსიქოანალიზისგან განსხვავებით, კონცენტრირებულია ადამიანის პოზიტიურ თვისებებზე და მის უნარზე – შეიცვალოს უკეთესობისკენ (ადამიანური პოტენციალი) და გაიუმჯობესოს თვითშეფასება. ჰუმანიზმი არ განიხილავს ადამიანის წარსულს და კონცენტრირდება აწმყოსა და მომავალზე.

აბრაჰამ მასლოუ: საჭიროებათა იერარქია

აბრაჰამ მასლოუ (1921 – 1970) ამერიკული წარმოშობის ფსიქოლოგი იყო, რომელიც ადამიანის საჭიროებებსა და მოტივატორებს შეისწავლიდა. მისი წინამორბედებისგან განსხვავებით, იგი არა ერთ კონკრეტულ სფეროზე, არამედ მთლიანად – ადამიანზე კონცენტრირდებოდა. მან (1954 წელს) შექმნა საჭიროებათა იერარქია, რომლისთვისაც პირამიდა გამოიყენა, სადაც განალაგა ის საჭიროებები და საბაზისო მოტივატორები, რომელიც ადამიანის ქცევას განაპირობებს. მასლოუ ამტკიცებდა, რომ პირველ რიგში ადამიანის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები საჭმელზე, წყალზე, ძილზე, თავშესაფარზე, სექსუალურ გამოხატულებასა და ტკივილისგან თავისუფალ სიცოცხლეზე – უნდა იქნეს დაკმაყოფილებული. პირამიდის მეორე შრეზე მოქცეულია ისეთი საკითხები, როგორცაა უსაფრთხოება და დაცულობა, რაც გულისხმობს თავისუფლებას ზიანისაგან ან სახიფათო შემლუდვებისაგან. მესამე დონეზე მასლოუმ განალაგა სიყვარული და მიკუთვნებულობა, რაც მეგობრობას, მიმღებლობასა და ინტიმურ სფეროს მოიცავს. ადამიანის საჭიროებების მეოთხე დონეზე შემოდის თვითშეფასებისა და სხვათა მხრიდან პატივისცემის შეგრძნების საჭიროება. მასლოუს იერარქიის ბოლო საფეხურზე თვითრეალიზაციაა წარმოდგენილი, როგორც საჭიროებათა უმაღლესი დონე.

მასლოუს ჰიპოთეზის მიხედვით, ადამიანის ქცევას მათ დაკმაყოფილებამდე განსაზღვრავს მისი საბაზისო საჭიროებები; ხოლო მათი დაკმაყოფილების შემდეგ ადამიანის ქცევის მოტივატორი შემდეგი საფეხურის საჭიროება ხდება. მაგ., თუ ადამიანს შია და არ აქვს თავშესაფარი, ის ამ საჭიროების დასაკმაყოფილებლად მზადაა ნებისმიერი სახის, მათ შორის, სოციალურად მიუღებელი საქციელის ჩასადენად.

თვითრეალიზებული – ეს ტერმინი გამოიყენა მასლოუმ იმ ადამიანთა აღსაწერად, რომლებმაც შეძლეს თავისი სრული პოტენციალის რეალიზება ცხოვრებაში.

მასლოუ ასევე ამბობდა, რომ ცხოვრებისეული გარემოებებიდან გამომდინარე, ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე ადამიანი შესაძლოა პირამიდის სხვადასხვა დონეზე იყოს და ერთსა და იმავე საფეხურზე მუდმივად, სტატიკურად არ იმყოფებოდეს. მაგ., თვითრეალიზებული ადამიანი, რომელსაც ჯანმრთელობა შეერყა, შესაძლოა პირამიდის პირველ საფეხურზე დაბრუნდეს და სწორედ ეს სფერო გახდეს მისი ქცევის მთავარი მოტივატორი.

საჭიროებათა პირამიდის ცოდნა ეხმარება ექთნებს, კარგად გაიგონ თავისი პაციენტების ქცევის მოტივები.

კარლ როჯერსი: კლიენტზე ორიენტირებული თერაპია

კარლ როჯერსი (1902 – 1987) ჰუმანისტური მიმდინარეობის წარმომადგენელი იყო, რომელმაც პრაქტიკაში შემოიღო ახალი, კლიენტზე ორიენტირებული თერაპიული მოდელი. შემოთავაზებული მოდელის მიხედვით, კლიენტი (როჯერსმა ერთ-ერთმა პირველმა გამოიყენა ტერმინი „კლიენტი“, პაციენტის ნაცვლად) თერაპიული, გამაჯანსაღებელი, პროცესის ცენტრში დგას. როჯერსს მიაჩნდა, რომ თითოეული კლიენტი უნიკალურია და უკეთ იცის საკუთარი გამოცდილება და შეგრძნებები. ფსიქოლოგის აზრით, შესაბამის მზრუნველ და მეგობრულ გარემოში, პაციენტს თვითგანკურნების რესურსი აქვს.

მკურნალობის ამ მეთოდის გამოყენებისას, წამყვან როლს მკურნალობის პროცესში პაციენტი ასრულებს, ხოლო თერაპევტი მხოლოდ მხარდამჭერია. მკურნალობის პროცესში თერაპევტმა ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტის თვითშეფასების გაუმჯობესებას სამი ძირითადი სტრატეგიის გამოყენებით:

- უპირობო დადებითი დამოკიდებულება – მიუხედავად პაციენტის ქცევისა, თერაპევტის პაციენტისადმი დამოკიდებულება უნდა იყოს პოზიტიური;
- გულწრფელობა – თერაპევტის რეაქცია და მის მიერ განცდილი ემოცია თანხვედრაშია;
- ემპათიური დამოკიდებულება – თერაპევტი კლიენტთან კომუნიკაციაში ავლენს ემპათიურ დამოკიდებულებას მისი მდგომარეობის მიმართ.

უპირობო დადებითი დამოკიდებულება აუმჯობესებს კლიენტის დამოკიდებულებას საკუთარი თავის მიმართ, ამცირებს მის თავდაცვით ქცევას და ხელს უწყობს თვითრეალიზაციას.

როჯერსის აზრით, ყველა ადამიანი დაბადებულია საკუთარი თავისადმი პოზიტიური განწყობით და იგი ბუნებრივადაა მიდრეკილი თვითრეალიზაციისა და განვითარებისკენ; და თუ სხვები ავლენენ მის მიმართ მზრუნველობას, მაშინ ადამიანის პიროვნება მუდმივად მიისწრაფვის თვითრეალიზაციისკენ, რაც, თავის მხრივ, ჯანსაღი პროცესია. ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი სირთულეებს აწყდება ურთიერთობებში და მისი თვითშეფასება ამის ხარჯზე მცირდება, იგი ნაკლებად მიისწრაფვის თვითრეალიზაციისკენ, რაც, თავის მხრივ, არაა ჯანსაღი მდგომარეობა.

ქცევითი თეორიები

ქცევათმეცნიერება არის ფსიქოლოგიის დარგი, რომელიც მიზნად ადამიანის ქცევის შესწავლას, მისი ცვლილებების გზების წინასწარმეტყველებასა და კონტროლს ისახავს.

ქცევათმეცნიერები თვლიან, რომ ადამიანის ქცევა შესაძლებელია შეიცვალოს წახალისებისა და დასჯის სისტემის გემოქმედებით. მაგ., სახელფასო სარგო სამუშაო ადგილზე გამოცხადებისა და ნაყოფიერი მუშაობის მოტივატორია. მოსალოდნელია, რომ თუ ადამიანი სარგოს აღარ მიიღებს, მაშინ ის სამსახურში სიარულს შეწყვეტს. ასევე, თუ მძღოლი მუდმივად გადაჭარბებული სისწრაფით მოძრაობს და არ იღებს შესაბამის საჯარო სანქციას, იგი შემდეგშიც განაგრძობს გადაჭარბებული სიჩქარით მოძრაობას; მაგრამ თუკი ის მიიღებს ჯარიმას ნეგატიური მოტივატორის სახით, მოსალოდნელია, რომ მან შეწყვიტოს გადაჭარბებული სიჩქარით მოძრაობა.

ივან პავლოვი: კლასიკური ანუ პირობით-რეფლექსური განპირობებულობა

ივან პავლოვის პირობითობის თეორიას საფუძვლად დაედო მის მიერ ძაღლებთან ჩატარებული ექსპერიმენტები, რომლის თანახმადაც ქცევა შესაძლოა შეიცვალოს გარემო პირობებისა და სტიმულების შესაბამისად. პავლოვის დაკვირვება მოიცავდა ექსპერიმენტებს ძაღლებზე, რომლის შედეგადაც მოხდა ძაღლების საკვებზე წარმოშობილი ბუნებრივი რეაქციის დემონსტრირება; კერძოდ, საკვების სუნის (გამღიზიანებელი) შეგრძნების შედეგად მათ ეწყებოდათ გაძლიერებული სალივაცია (პასუხი გამღიზიანებელზე). პირობითობის თეორიის დემონსტრირებისთვის ექსპერიმენტის მიმდევრობაში პავლოვმა შემოიღო დამატებითი გარემოება; კერძოდ, ის საკვების გამოჩენამდე ზარს რეკავდა. რამდენიმე ცდის შემდეგ ძაღლებს სალივაცია ეწყებოდათ ზარის დარეკვის თანავე, ისე, რომ ისინი ვერ ხედავდნენ საკვებს და ვერ გრძნობდნენ მის სუნს. შესაბამისად, ძაღლებს პირობით გამღიზიანებელზე პირობითი რეფლექსი გამოუმუშავდათ.

ბ. ფსკინერი: ოპერანტული/სპეციფიკური განპირობებულობა

სკინერი, ამერიკული წარმოშობის ერთ-ერთი ყველაზე გავლენიანი ქცევათმეცნიერი იყო (1904 – 1990), რომელმაც ფსიქოლოგიის სწავლებაში ოპერანტული ანუ სპეციფიკური განპირობებულობის ცნება შემოიღო. მისი აზრით, ადამიანის ქცევა არის მისი სპეციფიკური გამოცდილების შედეგი. იგი არ უარყოფდა საჭიროებების, გრძნობებისა და აზრების მნიშვნელობას ადამიანის ქცევაში, მაგრამ სჯეროდა, რომ თუ შესაძლებელია ქცევის შეცვლა, შესაძლებელია აზრებისა და გრძნობების ცვლილებაც.

სკინერის მიერ შემოთავაზებული ძირითადი პოსტულატები, რომელიც დღესაც გამოიყენება შემდეგია:

1. ყველა ტიპის ქცევა დასწავლილია;
2. ნებისმიერ ქცევას მოჰყვება ან ჯილდო ან სასჯელი;
3. ქცევა, რომელიც წახალისებულია განმამტკიცებლებით, დიდი ალბათობით განმეორდება;
4. ქცევა, რომელსაც თან სდევს დადებითი წახალისება, დიდი ალბათობით განმეორებადია;
5. ნეგატიური მოტივატორის მოცილების შემდეგ მოსალოდნელია ქცევის განმეორება;
6. განგრძობითი და განმეორებადი წახალისება ყოველი პოზიტიური საქციელის შემდეგ არის ამ ქცევის სიხშირეთა გაზრდის უმოკლესი გზა, მაგრამ წახალისების შეწყვეტისთანავე მოსალოდნელია ქცევის გაქრობაც;
7. პოზიტიური ქცევის შემთხვევითი და წყვეტილი წახალისება, სასურველი ქცევის მიღების უფრო ნელი გზაა, მაგრამ ეს ქცევა ჯილდოს ფაქტორის გაქრობის შემდეგაც გრძელდება.

ქცევითი მოდიფიკაცია – ასე ჰქვია ქცევის შეცვლის მეთოდს, რომელიც წახალისებას ან დასჯას იყენებს სასურველი ქცევის მისაღებად. თუ მაგალითად, საკუთარ თავში დარწმუნებულობის გაძლიერება თერაპიის მიზანია, ჯგუფის ლიდერი იყენებს **პოზიტიური განმტკიცების** მეთოდს მაშინვე, როგორც კი პაციენტი ამ თვისებას გამოავლენს და განსაკუთრებულ ყურადღებასა და დადებით დამოკიდებულებას ავლენს პაციენტის მიმართ სასურველი ქცევის გამოვლენისას. **ნეგატიური განმტკიცება** გულსხმობს უარყოფითი სტიმულის მყისიერ მოშორებას იმგვარად, რომ სასურველი ქცევის კვლავ დადგომის ალბათობა გაიზარდოს. მაგ., თუ ჯგუფური თერაპიის დროს ადამიანი ღელავს თავისი საუბრის დროის დადგომამდე, მაშინ უმჯობესია ჯგუფურ თერაპიაში სწორედ მან, პირველმა დაიწყოს საუბარი.

თერაპიის იმავე პრინციპს ეყრდნობა ქცევის აღმწერი სპეციალური ცხრილები, რომელიც სახლის პირობებში ადვილი გამოსაყენებელია. მასზე დატანილია სპეციალური პარამეტრები, მაგ., დროულად გაღვიძება, შხაპის მიღება და სხვა, რომელთა შესრულების სანაცვლად დაწესებულია წამახალისებელი ჯილდოები (დამატებითი დრო ტელევიზორთან, თავისუფალი დრო და სხვა).

შიშებისა და ფობიების სამკურნალოდ შესაძლებელია **სისტემური დესენსიტიზა-**

ციის გამოყენება. ამ დროს თერაპევტი პაციენტს სთხოვს ჩამოთვალოს ყველა, მისთვის საშიში (მარტივიდან ურთულესამდე) სიტუაცია, რომელიც დაკავშირებულია მის ფობიასთან; მათი წარმოსახვისას გამონჭველი შფოთვის დასაძლევად, პაციენტმა უნდა გამოიყენოს მოდუნების შესაბამისი ტექნიკები. ამის შემდეგ პაციენტი უშუალოდ უნდა აღმოჩნდეს თავის მიერ დასახელებულ ყველა სიტუაციაში იგივე მიმდევრობით, რა დროსაც მან უკვე რეალურ გარემოში უნდა შეძლოს დამშვიდების ტექნიკის გამოყენება.

ქცევითი თერაპია მრავალი სხვადასხვა მდგომარეობის დროს გამოიყენება. მაგ., ნერვული ანორექსიის სამკურნალოდ კლინიკაში მოთავსებულ პაციენტს შესაძლოა შევთავაზოთ კლინიკიდან დროებითი გაშვება, თუ ის დღეში 200 გრამს მოიმატებს. ანდა, მაგ., ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობისას, ბავშვებს შესაძლოა მივცეთ გარკვეული ტიპის ჯილდო შესაბამისი ამოცანების (საშინაო დავალების შესრულება, პირადი ჰიგიენის დაცვა, სხვისი საუბრის ბოლომდე მოსმენა) შესრულებისას.

ეგზისტენციალური თეორიები

ეგზისტენციალური თეორიის მიმდევრები, თვლიან, რომ ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემები საკუთარ თავთან და გარემოსთან კავშირის დაკარგვის შედეგია. ამიტომ მკურნალობის პროცესში ისინი ცდილობენ, კლიენტს აპოვინონ საკუთარი თავი და აგრძნობინონ მათ საკუთარი თავის როლი მათივე გრძნობების, ქცევებისა და ცხოვრებისეული არჩევანების მიმართ. ისინი პაციენტებს ასწავლიან, აღიქვან და იცხოვრონ აწმყოში და პოზიტიურად განეწყონ მომავლის მიმართ. ცხრილი 3.7 ში დეტალურადაა მოცემული ეგზისტენციალური თერაპიის სახეები.

კოგნიტური თერაპია

მრავალი ეგზისტენციალური თერაპევტი საკუთარ პრაქტიკაში **კოგნიტურ თერაპიას** იყენებს, რომლის მიზანია ადამიანის კონცენტრირება მოხდეს თავისი აზრების გაანალიზებაზე, ისე რომ გაანალიზდეს თუ როგორ აღიქვამს და რა ინტერპრეტაციას უკეთებს ადამიანი საკუთარ გამოცდილებასა და გარემოს, რაც თავის მხრივ მნიშვნელოვან გეგავლენას ახდენს მის მომდევნო ქცევასა და გრძნობებზე; მაგ., თუ ადამიანი გარემოში აღიქვამს საფრთხეს, მაშინ მას პასუხად უვითარდება შფოთვის შეგრძნება და გაქცევის სურვილი. ადამიანის მიერ განცდილი დარდი, ეიფორია, შფოთვა და სიბრაზე მის მიერ დანაკარგის, შეძენის, საფრთხისა და სხვათა მხრიდან არასამართლიანი დამოკიდებულების განცდის შედეგია.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია

ალბერტ ელისმა, რაციონალურ-ემოციური თერაპიის ფუძემდებელმა, ჩამოაყალიბა 11 „ირაციონალური რწმენა“, რომელიც ადამიანებს ბედნიერების შეგრძნებას უკარგავს. „ირაციონალური რწმენის“ ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია რწმენა იმის შესახებ, რომ თუ მე მიყვარს ვინმე, მასაც იგივე ძალით უნდა ვუყვარდე. ელისის აზრით, თუ ადამიანი ამ მცდარი რწმენით ცხოვრობს, იგი უკიდურესად უბედურად გრძნობს თავს, მაგრამ ამავდროულად ადანაშაულებს სიყვარულის ობიექტს, რომელიც საპასუხო გრძნობას არ ავლენს.

ცხრილი 3.7 ეგზისტენციალური თერაპიები

თერაპია	ფსიქოთერაპევტი	თერაპიული პროცესი
რაციონალურ – ემოციური თერაპია	ალბერტ ელისი	თერაპია მიზნად ისახავს „ირაციონალური რწმენის“ დაძლევას, რომელიც ადამიანის ირაციონალური ქცევის ძირითადი გამომწვევია.
ლოგოთერაპია	ვიქტორ ე. ფრანკლი	თერაპიის მიზანია ადამიანს აპოვნინოს საკუთარი თავის დანიშნულება (ლოგოსი).
გეშტალტთერაპია	ფრედერიკ ს. პერლსი	გრძნობების იდენტიფიკაცია „აქ და ამჟამად“, რაც ადამიანს საკუთარი თავის მიღებაში ეხმარება.
რეალობის თერაპია	უილიამ გლასერი	თერაპიის მიზანია, პაციენტმა გააცნობიეროს თავისი ქცევის ნეგატიური ზეგავლენა პირადი ცხოვრებისეული მიზნების მიღწევაში.

ელისი ასევე ფიქრობდა, რომ ადამიანებს ახასიათებთ „ავტომატური აზრებიც“, რაც რიგ სიტუაციებში მათი ბედნიერების ხელშემშლელი ძირითადი ფაქტორია. ავტომატური აზრების იდენტიფიცირების მიზნით იგი იყენებდა ABC ტექნიკას, სადაც A – არის მათეტიკური მოვლენა ან სტიმული, C – გადაჭარბებული და შეუსაბამო პასუხი სტიმულზე, B – (blank) – სიცარიელე, რომელიც ადამიანმა უნდა შეავსოს ავტომატური აზრის იდენტიფიცირებით.

ვიქტორ ფრანკლი და ლოგოთერაპია

ვიქტორ ფრანკლის მიდგომები მეორე მსოფლიო ომის საკონცენტრაციო ბანაკში მყოფ ხალხზე დაკვირვებას ეფუძნებოდა. ის სწავლობდა ფაქტორებს, რომელმაც საკონცენტრაციო ბანაკებში მყოფი ხალხის ნაწილი სიკვდილს გადაარჩინა, ნაწილი კი – ვერა. იგი მივიდა დასკვნამდე, რომ ისინი ვინც გადარჩნენ, ეს მოახერხეს ცხოვრების საზრისის პოვნით უმძიმეს პირობებშიც კი. შესაბამისად, ლოგოთერაპიის უმთავრესი მიზანი, ცხოვრების საზრისის (ლოგოსის) პოვნაა. სულიერების საკითხებში და ასევე – მგლოვიარე ადამიანების კონსულტირებისას თერაპიის ამ მეთოდს ხშირად მიმართავენ.

გეშტალტთერაპია

ფრედერიკ პერლსის მიერ დაფუძნებული გეშტალტთერაპია, მიზნად ისახავს ადამიანის გრძნობების იდენტიფიცირებას და მის ფოკუსირდება „აქ და ამჟამად“. აღნიშნული თერაპიის მიზანია, ადამიანმა თავი დაანებოს წარსულში განცდილ ემოციებსა და მოვლენებზე ფიქრს და აწმყოზე კონცენტრირდეს.

რეალობის თერაპია

უილიამ გლასერის რეალობის თერაპია აქცენტს აკეთებს ადამიანის ქცევაზე, თუ როგორ აფერხებს ეს ქცევა ცხოვრებისეული მიზნების მიღწევას. ავტორმა ეს მიდგომა ანტიოციალური ქცევის, დაბალი აკადემიური მოსწრებისა და ემოციური პრობლემების მქონე პირებთან მუშაობისას შეიმუშავა. მას სჯეროდა, რომ ხშირად წარუმატებელი ადამიანები საკუთარ წარუმატებლობაში სხვა ადამიანებს ან სისტემებს ადანაშაულებენ;

ხოლო რეალობის თერაპია მათ საკუთარი როლისა და მნიშვნელობის იდენტიფიცირებაში და იმ ზეგავლენის გაცნობიერებაში ეხმარება, რომელსაც ისინი საკუთარი ცხოვრებისეული მიზნების მიღწევის გზაზე საკუთარი ქცევით ახდენენ.

ინტერვენციები კრიზისულ პერიოდებში

კრიზისი – ეს არის მნიშვნელოვანი გარდამტეხი მომენტი ადამიანის ცხოვრებაში, რომელსაც თან ძლიერი ემოციები ახლავს. ადამიანის ცხოვრებაში კრიზისი დგება ძლიერი სტრესის ან/და ცხოვრებისეული გარემოების შედეგად, რომელსაც იგი ჩვეული მექანიზმებით ვერ უმკლავდება. კაპლანმა აღწერა კრიზისის ოთხი ეტაპი: (1) ადამიანი დადგა ძლიერი სტრესის წინაშე, რომელსაც თან ახლავს ძლიერი შფოთვა და გამკლავების მცდელობა; (2) შფოთვა იზრდება, ვინაიდან გამკლავება ვერ ხერხდება; (3) ადამიანი მაქსიმალურად ცდილობს გამკლავებას და ეძებს დაძლევის ახალ მეთოდებს და (4) როდესაც გამკლავების მცდელობა უშედეგოა, ადამიანი გამოდის წონასწორობის მდგომარეობიდან და განიცდის ძლიერ დისტრესს.

კრიზისი შესაძლოა დადგეს სხვადასხვა მოვლენის შედეგად. ის, პირობითად, სამ ძირითად კატეგორიად კლასიფიცირდება:

მომწიფების კრიზისი – ხანდახან მას *განვითარების* კრიზისსაც უწოდებენ, რომლის წინასწარ განჭვრეტა შესაძლებელია, რადგან თან სდევს ცხოვრების ნორმალურ დინებას, ასოცირებულია ისეთ მოვლენებთან, როგორცაა დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყება, ოჯახის შექმნა, შვილის ყოლა და ახალი კარიერის დაწყება;

სიტუაციური კრიზისი – დაკავშირებულია მოულოდნელ და არასასურველ მოვლენასთან, როგორცაა საყვარელი ადამიანის სიკვდილი, სამსახურის დაკარგვა, საკუთარი ან ოჯახის წევრის ფიზიკური ან ემოციური ავადმყოფობა;

შემთხვევითი კრიზისი – ან *სოციალური კრიზისი*, რომელიც დაკავშირებულია ბუნებრივ კატაკლიზმებთან, ომთან, ტერორისტულ აქტებთან, მასობრივ არეულობებთან და ძალადობრივ კრიმინალთან.

აღსანიშნავია, რომ კრიზისი მხოლოდ ნეგატიური არ არის. შესაძლოა, თავად მოვლენა (დაოჯახება, ბავშვის ყოლა, პენსიაში გასვლა) ადამიანისთვის სასურველი იყოს, მაგრამ მას მაინც ახლდეს ძლიერი ემოციები. აგილერამ (1998) აღწერა ის სამი ფაქტორი, რომელიც კრიზისის განვითარებას განაპირობებს: ინდივიდის მიერ მოვლენის აღქმა, ემოციური მხარდაჭერის არსებობა და ადეკვატური პიროვნული გამკლავების უნარები. როდესაც კრიზისში მყოფი ადამიანი დახმარებას ეძებს, ეს ფაქტორები ადეკვატური დახმარების განწვევის მიზნებისთვის აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული. მაგ., ერთი შეხედვით სტრესული მოვლენის შეფასებისას, ადამიანს უნდა დავეხმაროთ მოვლენა აღიქვას როგორც გამოწვევა და პიროვნული ზრდის შესაძლებლობა. ამ დროს აუცილებელია, ადამიანს დავეხმაროთ მიიღოს მხარდაჭერა, ისე რომ მან მძიმე ემოციური მდგომარეობის დროს მართლობა ნაკლებად იგრძნოს; და ბოლოს, კარგი იქნება სტრესული სიტუაციის დაძლევის მიზნით ადამიანმა ისწავლოს გამკლავების ახალი გზები, რაც მას ამ მდგომარეობიდან გამოსვლაში დაეხმარებოდა.

კრიზისი თავისთავად იწურება დაახლოებით 4 – 6 კვირაში და შედეგად სამი ძირითადი ტიპის გამოსავალი დგება: პირველი და მეორე გამოსავლის შემთხვევაში ადამიანი ან უბრუნდება პრეკრიზისულ ფუნქციურ დონეს, ან ფუნქციონირებას უფრო მაღალ დონეზე განაგრძობს. ორივე მათგანი კრიზისის დაძლევის პოზიტიური გზაა. შესაძლოა ტი-

პის გამოსავლის შემთხვევაში, ადამიანი ფუნქციონირებას განაგრძობს პრეკრიზისული მდგომარეობის უფრო დაბალ დონეზე, რაც ნეგატიურ გამოსავლად ითვლება. კრიზისის პოზიტიური გამოსავალი მეტად მოსალოდნელია მაშინ, როცა პრობლემა კარგად და ცხადად არის დასმული; ასევე მაშინ, როცა ინტერვენცია ადრეულ ეტაპზე ხდება.

კრიზისულ პერიოდში, ჩვეულებრივ, ადამიანები განიცდიან ძლიერ დისტრესს და ამიტომ, როგორც წესი, შველას ითხოვენ. ამ დროს ისინი მზად არიან ისწავლონ სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავების გზები და მეთოდები. კრიზისის ამ ფაზაში განხორციელებული ჩარევა, უპირატესად, წარმატებულია და პოზიტიურ შედეგებს იძლევა. **ინტერვენციები** თავისი შინაარსით სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს და დამოკიდებულია ადამიანის მიმდინარე მდგომარეობაზე.

ღირექტიული ინტერვენციები – მიმართულია ადამიანის ჯანმრთელობის მიმდინარე სტატუსის შემოწმებასა და პრობლემის გადაჭრის გზების ძიებისკენ, რაც გულისხმობს პაციენტისთვის ახალი ინფორმაციისა და ცოდნის მიწოდებას; უკუკავშირის დამყარებას მის ქცევასთან დაკავშირებით და ასევე – ქცევის ან მოქმედებების შესახებ დამატებითი რჩევების მიცემას.

მხარდაჭერი ინტერვენციები – მიმართულია ემპათიისა და გაზიარების გამოხატვისკენ; მისი მთავარი მიზანია, ადამიანს საშუალება მიეცეს გამოხატოს საკუთარი გრძნობები და ემოციები.

ეფექტურობის თვალსაზრისით, ამ ინტერვენციათა ერთიანობა და მათ შორის ბალანსი, საუკეთესო შედეგებს იძლევა.

კულტურული თავისებურებები

ფსიქოსოციალური თეორიების ძირითადი ფუძემდებლებისა და მათი პაციენტების უმეტესობა ევროპისა და ამერიკის შეერთებული შტატების ქვეყნებს წარმოადგენს, ამიტომ მათ მიერ შემუშავებული თეორიები, შესაძლოა კარგავდნენ რელევანტურობას სხვა ეთნიკური და კულტურული წარმომადგენლების თერაპიის სტრატეგიის დაგეგმვისას. მაგ., ერიქსონის მიერ შემოთავაზებული განვითარების სტადიები, რომელიც ადრეული ბავშვობის წლებიდან პიროვნების დამოუკიდებლობის განვითარებას ეფუძნება, შესაძლოა სულაც არ იყოს რელევანტური იმ კულტურებისთვის, რომელიც დამოუკიდებლობის ამ ხარისხს მცირეწლოვან ასაკში არ მიიჩნევს მართებულად. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა კულტურათაშორის არსებული ეს სხვაობა ადეკვატურად შეაფასოს პაციენტებთან ურთიერთობისას.

მკურნალობის გზები

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული მკურნალობის მიდგომების უპირატესობები

ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელის ცვლილებასთან ერთად, შეიცვალა ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობის მეთოდებიც და ახლა სტაციონარული მკურნალობა არჩევის უკანასკნელ მეთოდს წარმოადგენს. თანამედროვე მიდგომების თანახმად, როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკური თვალსაზრისით მეტად ეფექტურია მკურნალობა ამბულატორიულად ჩატარდეს. ასეთ შემთხვევაში პაციენტი არ წყდება ჩვეულ სოციალურ, სამსახურსა და გარემოს. დაფინანსებასთან ერთად, მედიცინა აღიარებს, რომ ისეთი პარამეტრები, როგორიცაა პიროვნული თვისებები და ქცევა, კომუნიკაცია, თავმოყვარეობა და სტრესისადმი გამკლავების უნარები მოკლე პერიოდში არ ვითარდება და

მრავალწლიანი განვითარების შედეგია. ჰოსპიტალური მკურნალობა ნაჩვენებია მძიმე დეპრესიული, მწვავე ფსიქოზური, წამალ ან ალკოჰოლდამოკიდებული მდგომარეობებისა და სუიციდის მაღალი რისკის დროს, რომელიც საჭიროებს უსაფრთხო გარემოსა და პროფესიულ მეთვალყურეობას. ქვემოთ განხილულია მკურნალობის როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული მიდგომები.

ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია

ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის მიზანია, ადამიანის შეცვლა მის გრძნობებში, ქცევებში, აზრებსა და დამოკიდებულებებში ჩაღრმავების გზით. იგი გულისხმობს პაციენტისა და ექიმის ინდივიდუალურ ურთიერთობას. როგორც წესი, ამ ტიპის თერაპიას მიმართავენ ადამიანები, რომლებსაც სურვილი აქვთ თავად ჩაუღრმავდნენ საკუთარ თავს და ამით გააუმჯობესონ საკუთარი პიროვნული და ინტერპერსონალური უნარები, მიაღწიონ ბედნიერებას და პიროვნულ წონასწორობას. თერაპევტისა და პაციენტის ურთიერთობა გადის სწორედ იმ ფაზებს, რასაც ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობა: შესავალს, მუშაობასა და დასასრულს.

ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის წარმატების ერთ-ერთი საწინდარი, თერაპევტსა და პაციენტს შორის ჩამოყალიბებული ურთიერთობაა. ვინაიდან ფსიქოთერაპევტები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან თავისი გამოცდილებითა და მიდგომებით (ის, თუ რომელი თეორიის მიმდევარია ექიმი), ექიმის შერჩევას უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის თვალსაზრისით. ექიმის მიერ პრაქტიკაში განხორციელებული ნაბიჯები უნდა პასუხობდეს პაციენტის მოლოდინებსა და რწმენებს, ამიტომ შესაძლოა სასურველი ფსიქოთერაპევტის მოძებნამდე, პაციენტმა რამდენჯერმე შეიცვალოს ექიმი.

ვინაიდან ექთანს უნდა ესმოდეს ფსიქოთერაპიის ძირითადი საფუძვლები, მას შეუძლია პაციენტს აუხსნას, თუ რა მოლოდინები უნდა ჰქონდეს ფსიქოთერაპიის ამა თუ იმ მიდგომების დროს, რაც, თავის მხრივ, პაციენტს სწორი არჩევანის გაკეთებაში დაეხმარება.

ჯგუფები

ჯგუფი, ეს არის ადამიანთა ერთობლიობა, რომლებიც რეგულარულად ხვდებიან ერთმანეთს და გუნდურად მუშაობენ გარკვეული ტიპის ამოცანების შესასრულებლად. ჯგუფური თერაპიის დროს ჯგუფში შემავალი ყველა წევრი, გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ერთმანეთზე.

ჯგუფის განვითარების ეტაპები

ჯგუფი შესაძლოა სხვადასხვა მიზეზით ჩამოყალიბდეს. იგი შესაძლოა ემსახურებოდეს დროის გარკვეულ მონაკვეთში კონკრეტული ამოცანის შესრულებას ან რაიმე პრობლემის, მაგ., დეპრესიის დაძლევას. ჯგუფის მიზნებიდან გამომდინარე, მის ჩამოყალიბებამდე ხდება ჯგუფის წევრების არჩევა, ჯგუფის მიზნისა და მისი სტრუქტურის განსაზღვრა. ამავე ეტაპზე განისაზღვრება, თუ სად და რა სიხშირით მოხდება ჯგუფური შეკრებები. ასევე განისაზღვრება ჯგუფის ლიდერის ვინაობა და წესები (გაცდენების, დაგვიანებების მართვის წესები და სხვა). ჯგუფის შეკრებისთანავე, იწყება განვითარების საწყისი ეტაპი, რომლის დროსაც აუცილებელია, ჯგუფის წევრებმა წარადგინონ საკუთარი თავი, აირჩიონ ლიდერი – თუ ის მანამდე არ აურჩევიათ, განიხილონ ჯგუფის მიზანი

და წევრთა მოლოდინები. ამ ეტაპზევე, ჯგუფის წევრებმა უნდა გაიცნონ ერთმანეთი, რათა გარკვეული კომფორტული გარემო შეიქმნას ჯგუფის შიგნით.

სამუშაო ეტაპი იწყება მაშინ, როცა ჯგუფის წევრები გადადიან კონკრეტული ამოცანების შესრულების ეტაპზე. თუ ჯგუფი კონკრეტული მიზნისთვის არის შექმნილი, სამუშაო ეტაპის დაწყება შესაძლოა მალევე მოხდეს, მაგრამ თერაპიული აქტივობების მიზნით შექმნილ ჯგუფში სამუშაო ეტაპზე გადასვლას, შესაძლოა, ორი-სამი სესიაც კი დასჭირდეს, ვინაიდან ჯგუფის წევრებს შორის გარკვეული ნდობის ჩამოყალიბებას დრო სჭირდება. რაც მეტადაა ჯგუფი შეკრული, მით მეტია ალბათობა იმისა, რომ მათ პოზიტიური შედეგების მიღწევა შეძლონ. შეკრული ჯგუფის შემთხვევაში, ჯგუფის წევრები აღიარებენ სხვა წევრების მნიშვნელობას საერთო საქმესთან მიმართებით, ხშირად იყენებენ ტერმინს “ჩვენ” და მიზანთან მიმართებით სრულად იზიარებენ პასუხისმგებლობას სხვა წევრებთან ერთად. კარგად შეკრული ჯგუფის შემთხვევაში, წევრები თავისუფლად გამოხატავენ როგორც პოზიტიურ, ისე ნეგატიურ ემოციებსა და აზრებს და ნაკლებად ეშინათ გარშემომყოფთა უარყოფისა და განსჯის. აღსანიშნავია, რომ თუ ჯგუფი ბედმეტად შეკრულია და მის შიგნით არ მიმდინარეობს ჯანსაღი დისკუსია, ეს უარყოფითად აისახება ჯგუფის მიერ მიზნების მიღწევის დონეზე, ვინაიდან წევრები ერთმანეთს არ აძლევენ საჭირო უკუკავშირს და არ არიან ორიენტირებულნი პრობლემების გადაჭრაზე.

რიგ შემთხვევაში, ჯგუფის შიგნით ვხდებით გარკვეული ტიპის შიდა კონკურენციას, რაც შესაძლოა სასარგებლო იყოს დასახული მიზნების განსახორციელებლად, თუმცა ამ დროს მნიშვნელოვანია, რომ არ მოხდეს ჯგუფის წევრების კომპრომეტირება და მათი ინდივიდუალური გამოხატვისა და ზრდის დათრგუნვა. როგორც წესი, შიდა კონკურენციის წარმოშობა ჯგუფის შიგნით გარკვეული ტიპის რისკებთანაა დაკავშირებული. მისი წარმოშობა ხშირად დაკავშირებულია არათანმიმდევრული ქცევის დომინირებასთან ჯგუფის შიგნით, რაც ხელს უშლის საერთო მიზნის მიღწევას და ნაცვლად მიზნისკენ მიმართვისა, ენერგია კონფლიქტების მოგვარებაში იხარჯება.

ჯგუფის განვითარების საბოლოო ეტაპი, ანუ დასასრული, დგება ჯგუფური სამუშაოს დასრულების შემდეგ. ამ ეტაპზე განხილული უნდა იქნას მიღწეული პროგრესი როგორც ჯგუფის, ისე პიროვნული თვალსაზრისით.

ლიდერობა ჯგუფის შიგნით

ჯგუფს ხშირად იდენტიფიცირებული ჰყავს თავისი ლიდერი, რომელიც წარმართავს ჯგუფის შიგნით მიმდინარე აქტივობებს. როგორც წესი, ჯგუფის ლიდერის არჩევა დამოკიდებულია კანდიდატის აკადემიურ ცოდნასა და პრაქტიკულ გამოცდილებაზე. რიგ შემთხვევაში, მათი არჩევა ხდება წინასწარ, ხოლო ზოგჯერ – ჯგუფის ფორმირების საწყის ეტაპზე. იმ ჯგუფებს, რომელთა მიზანი მხარდაჭერაა, ფორმალური ლიდერი არ ჰყავთ და ჯგუფის ყველა წევრი თანაბარუფლებიანია. ფორმალურ ლიდერთან ერთად, ჯგუფს შესაძლოა ჰყავდეს არაფორმალური ლიდერიც, რომელიც მისი უნარებიდან, ცოდნიდან და პრაქტიკული უნარებიდან გამომდინარე, ჯგუფის წევრების სიმპათიასა და ნდობას იმსახურებს.

ეფექტური ლიდერები ყურადღებას აქცევენ როგორც ჯგუფის სტრუქტურას, ისე მის შინაარსს. ლიდერის ძირითადი ფუნქციაა ჯგუფის წევრებს მისცეს უკუკავშირი და შესთავაზოს ახალი იდეები. ასევე მან უნდა შეძლოს ჯგუფის წევრებს შორის ბალანსის შენარჩუნება (ჯგუფის ყველა წევრი თანაბრად უნდა იღებდეს მონაწილეობას ყველა აქ-

ტივობაში), აზრების, გრძნობებისა და იდეების შეჯამება ისე, რომ იგი საერთო მიზნების მიღწევას მიემართებოდეს.

როლები ჯგუფის შიგნით

ჯგუფის ცხოვრებაში მისმა წევრებმა შესაძლოა სხვადასხვა როლი შეასრულონ, რაც მათი მხრიდან ყოველთვის გაცნობიერებული არ არის და რიგ შემთხვევაში – ამის გაცნობიერება შესაძლოა ჯგუფური მუშაობის ერთ-ერთ მიზანსაც წარმოადგენდეს.

ჯგუფის შიგნით გარკვეულმა როლებმა შესაძლოა შეასრულოს პოზიტიური, ხოლო რიგმა – ნეგატიური როლი. მაგ., ჯგუფის ზრდის მარეგულირებელ როლს ასრულებენ ინფორმაციისა და ალტერნატიული აზრის მაძიებელი, ინფორმაციის მომწოდებელი, ენერგიული, ჰარმონიული, გამამხნეველებელი და კონკრეტულ ნაბიჯებზე ორიენტირებული როლის მქონე წევრები; მაშინ, როცა ერთპიროვნულობისადმი მიდრეკილი, აგრესორი, დომინირებადი, კრიტიკის მოყვარული, აღიარების მაძიებელი და პასიური როლის მქონე წევრები ჯგუფის განვითარების შეფერხებას ახდენენ.

ჯგუფური თერაპია

ჯგუფური თერაპიის დროს პაციენტები სხვა წევრებთან ერთად ჯგუფურ სესიებში მონაწილეობენ. ამ დროს ყველა წევრი უნდა ცდილობდეს სარგებელი მოუტანოს სხვას და ამავედროულად თავადაც მიიღოს სარგებელი სხვა წევრებთან თანამშრომლობით. ჯგუფური თერაპიის დროს, მიღებულია გარკვეული წესები, რომელთაც ჯგუფის ყველა წევრი სავალდებულოდ ემორჩილება. ჯგუფური თერაპიის დროს პაციენტები სწავლობენ საკუთარი პრობლემების ახლებურ შეფასებასა და გადაჭრის გზებს, გარდა ამისა ივითარებენ ინტერპერსონალურ უნარებს. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის, რომლებიც იმავედროულად, როგორც წესი, გარშემომყოფებთან ურთიერთობაში გარკვეული ტიპის პრობლემებს აწყდებიან.

ჯგუფური თერაპიის თერაპიული ეფექტებია:

- ახალი ინფორმაციის მიღება;
- შთაგონების ან იმედის მიღება;
- სხვებთან ურთიერთობა;
- ჯგუფისადმი მიკუთვნებისა და მათი მხრიდან მიმღებლობის განცდა;
- სიმართლის შეგრძნების გაქრობა და განცდა, რომ სხვებსაც შეიძლება იგივე პრობლემები ჰქონდეთ;
- საკუთარი პრობლემებისა და ქცევის ძირეული ანალიზი და მათით სხვაზე მოხდენილი ეფექტების გაცნობიერება;
- სხვა ადამიანებისადმი უანგარო სამსახური, პირადი ინტერესების ნაცვლად, სხვისი ინტერესების წინა პლანზე წამოწევა (ალტრუიზმი);

თერაპიული ჯგუფები ერთმანეთისგან განსხვავდება დანიშნულებით, სტრუქტურითა და მასში არსებული ფორმალობათა დონით. აქ ჩვენ განვიხილავთ ფსიქოთერაპიულ ჯგუფებს, ოჯახურ თერაპიას, ოჯახურ განათლებას, საგანმანათლებლო ჯგუფებს, მხარდაჭერის ჯგუფებსა და თვითდახმარების ჯგუფებს.

ფსიქოთერაპიული ჯგუფის მიზანია წევრებს შორის წარმოშობილი ურთიერთობების დახმარებით, საკუთარი ქცევის შესახებ ცნობიერების ამაღლება. ჯგუფი შესაძლოა აერთიანებდეს გარკვეული დიაგნოზის ან პრობლემების მქონე პირებს, მაგ., დეპრესიის მქონე პირებს, ან იმ ადამიანებს, რომელთაც სურვილი აქვთ ინტერპერსონალური უნარები გაიუმჯობესონ ან შფოთვა დაძლიონ. ცნობიერების ამაღლებისა და საკუთარი პიროვნების უკეთ შეცნობის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა ჯგუფური თერაპიის ტექნიკა და პროცესები.

როგორც წესი, ფსიქოთერაპიული ჯგუფები ფორმალურია და ერთი ან ორი ფსიქოთერაპევტი ლიდერის ფუნქციას ასრულებს. ჯგუფის ლიდერის ამოცანებია უზრუნველყოს თერაპიულ სეანსზე წევრთა რეგულარული დასწრება, პუნქტუალობა, მათი ჩართულობა, კონფიდენციალობა და წევრთა შორის ჯგუფის გარე სოციალური ურთიერთობები.

არსებობს ორი სახის **ჯგუფი – ღია და დახურული**. ღია ჯგუფი წევრებს საშუალებას აძლევს, შემოუერთდნენ ან ჯგუფი დატოვონ მათთვის სასურველ ნებისმიერ დროს, ხოლო დახურულ ჯგუფში წევრთა შემადგენლობა და რაოდენობა სესიათა გარკვეულ რაოდენობაზე უცვლელად უნდა იქნეს შენარჩუნებული; ამასთან, წევრები წყვეტენ წევრის წასვლასთან ან ახალი წევრის შემომატებასთან დაკავშირებულ საკითხებს.

ოჯახური თერაპია

თერაპიის ამ სახეობაში პაციენტთან ერთად მისი ოჯახის წევრიც მონაწილეობს. თერაპიის მიზანია, ოჯახის როლის დადგენა პაციენტის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში და მისი პოზიტიური როლის გაზრდა პაციენტის პრობლემების დაძლევისასთან მიმართებით. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად თერაპია ოჯახის ერთი წევრის გარშემო იწყება, მოგვიანებით ცხადი ხდება, რომ ოჯახის სხვა წევრები საჭიროებენ დახმარებას მათი ემოციური პრობლემებისა და სირთულეების დაძლევაში.

ოჯახის განათლება

არსებობს 12 კვირის ხანგრძლივობის სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც ოჯახის უკვე გადაძაბებული წევრები ოჯახის სხვა წევრებს ასწავლიან დაავადებასთან დაკავშირებულ საკითხებს; სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამა მოიცავს ინფორმაციას შიზოფრენიის, ბიპოლარული აშლილობის, კლინიკური დეპრესიის, პანიკური აშლილობისა და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის შესახებ. კურსის ფარგლებში ოჯახის წევრები დეტალურად ეცნობიან ამა თუ იმ ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისა და სიმპტომებთან გამკლავების საკითხებს.

საგანმანათლებლო ჯგუფები

საგანმანათლებლო ჯგუფის მიზანია, ჯგუფის წევრებს მიანოდოს სპეციფიკური ინფორმაცია გარკვეული საკითხის შესახებ; მაგ., სტრესის მართვა, მედიკამენტების მართვა ან ტრენინგი თავდაჯერებულობის მოსაპოვებლად. ჯგუფის ლიდერს, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ექთანი, ისე ექიმი, კარგად უნდა ესმოდეს შესაბამისი საკითხი. როგორც წესი, სესიების რაოდენობა წინასწარაა ცნობილი და ამ ჯგუფში შემავალ წევრთა რაოდენობაც სესიების დასრულებამდე უცვლელია. მაგ., მედიკამენტების მართვის ჯგუფში შესაძლოა განხილული იყოს მკურნალობის სხვადასხვა რეჟიმი და მასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტები; ასევე პაციენტების სკრინინგის მეთოდები გვერდითი მოვლენების ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით.

მხარდაჭერის ჯგუფები

მხარდაჭერის ჯგუფებში შემავალი წევრები ერთმანეთს საერთო პრობლემების გადაჭრასა და მათთან გამკლავებაში ეხმარებიან. ჯგუფის ლიდერი ქმნის მაღალი მიმღებლობის ატმოსფეროს და წევრებს საშუალებას აძლევს საკუთარი ემოციები და აზრები გამოხატონ, იპოვონ პრობლემებთან გამკლავებისა და მათი გადაჭრის გზები. ფსიქოთერაპიისაგან განსხვავებით, წევრებს შორის ჯგუფის გარე სოციალური ურთიერთობების წამოწყების წახალისება ხდება. ასეთი ტიპის ჯგუფები, როგორც წესი, ღია ხასიათს ატარებს და წევრებს ნებისმიერ დროს შეუძლიათ შემოერთება ან ჯგუფის დატოვება. მხარდაჭერის ჯგუფის მაგალითებია კიბოთი დაავადებულთა, შიდსით დასნებოვნებულ პირთა, ან სუიციდით გარდაცვლილთა ოჯახის წევრების მხარდაჭერის ჯგუფი.

თვითდახმარების ჯგუფები

ამ ტიპის ჯგუფებში ადამიანებს საერთო ტიპის პრობლემა აერთიანებთ. ჯგუფი, როგორც წესი, ფორმალურ ხასიათს არ ატარებს და კარგად სტრუქტურირებულ თერაპიულ ჯგუფს არ წარმოადგენს, არ ჰყავს ლიდერი და, ძირითადად, წევრების მიერ იმართება. ასეთი ტიპის ჯგუფებში, როგორც წესი, მოქმედებს კონფიდენციალურობის წესი.

დამატებითი და ალტერნატიული თერაპიები

კომპლემენტარული (შემაჯსებელი) მედიცინა – მოიცავს მკურნალობის იმ მეთოდებს, რომელიც გამოიყენება ტრადიციულ სამედიცინო მიდგომასთან ერთად, ხოლო **ალტერნატიული მედიცინა** – არის მკურნალობის მიდგომა, რომელიც გამოიყენება ტრადიციული სამედიცინო მიდგომის ნაცვლად.

ინტეგრაციული მედიცინა – წარმოადგენს კომბინაციას ტრადიციული, კომპლემენტარული და ალტერნატიული მეთოდებისა, რომელთა ეფექტურობა და უსაფრთხოება შესაბამისი კვლევებით დასტურდება.

- *ალტერნატიულ სამედიცინო სისტემებს მიეკუთვნება* ჰომეოპათიური და ნატუროპათიური მედიცინა, ასევე აღმოსავლური კულტურებისთვის დამახასიათებელი მკურნალობის მეთოდები; ჩინური მედიცინა, აღდგენითი ფიზიკური თერაპია (იოგა, ტაი ჩი), მედიტაცია, აკუპუნქტურა და სამკურნალო მასაჟი;
- *გონება-სხეულის ინტერვენციებს* მიეკუთვნება მედიტაცია, ლოცვა, მენტალური გაჯანსაღება და კრეატიული თერაპიები (რომელიც, თავის მხრივ, მოიცავს ხატვას, მუსიკასა და ცეკვას);
- *ბიოლოგიაზე დაფუძნებული თერაპიები* – თერაპიის ამ მეთოდში გამოიყენება ბუნებრივი ნივთიერებები, მცენარეები, საკვები და ვიტამინები. ასეთი თერაპიის დროს მკურნალობაში ხართულია კვებითი დანამატები, მცენარეული საშუალებები და არომათერაპია;
- *მანიპულაციური და სხეულზე დაფუძნებული თერაპიები* – ამ ტიპის თერაპიას მიეკუთვნება თერაპიული მასაჟი და ქიროპრაქტიკა;
- *ენერჯის თერაპიები მოიცავს ორი ტიპის თერაპიას*: ბიოველის თერაპია, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის ბიოველზე გემოქმედებას და ბიოელექტრული

თერაპია, რომელიც გულისხმობს ელექტრომაგნიტური და მაგნიტური ველის გამოყენებას მკურნალობის მიზნებისთვის;

- შესაძლოა პაციენტებმა დამალონ ან არასრულად მიაწოდონ ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალს არატრადიციული სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის შესახებ. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტის გამოკითხვისას, ექთანმა დამატებითი დამაზუსტებელი შეკითხვები დასვას.

ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია

ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია მიზნად ისახავს მძიმე და პერსისტენტული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დახმარებას და მათ სოციალიზაციას. ამ ტიპის სერვისებს, როგორც წესი, თემზე/გარემოზე დაფუძნებული პროგრამები ეწოდება. ისინი ორიენტირებულია არა პაციენტის ფსიქიკურ აშლილობაზე, არამედ მათ ძლიერ მხარეებზე. მნიშვნელოვანია, რომ რეაბილიტაციის მიზნების დასახვაში პაციენტი აქტიურად იყოს ჩართული და მოხდეს მისი საჭიროებებისა და სურვილების იდენტიფიცირება (ის, რაც სამედიცინო პერსონალს შეიძლება მიაჩნდეს მიზნად, შესაძლოა პაციენტისთვის არ იყოს აქტუალური). ამ შემთხვევაში მეტია დამყოლობა და პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ალბათობა.

ექთანი და ფსიქოსოციალური ინტერვენციები

ინტერვენცია საექთნო პროცესის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ფსიქოსოციალური ინტერვენციები აერთიანებს სოციალური და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისკენ მიმართულ საექთნო ჩარევებს. მაგ., თუ შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტი ექთანს ეუბნება, რომ ის მხოლოდ 1 ლუკმა ნამცხვარს მიირთმევს, ექთანმა უნდა გამოიყენოს ქცევის შემზღვეველი ტექნიკა და უპასუხოს, რომ ამ შემთხვევაში მის სისხლში შაქრის დონე მოიმატებს და ინსულინის დოზის კონტროლი გართულდება; ან როდესაც პაციენტი ცდილობს კოლონოსტომის ჩანთის დამოუკიდებლად გამოცვლას, მაგრამ დახმარების გარეშე მაინც არ გამოსდის, ექთანმა უნდა წაახალისოს იგი, მისცეს პოზიტიური უკუკავშირი და უთხრას, რომ მას ყველაფერი შესანიშნავად გამოსდის და მხოლოდ მცირე დახმარება ესაჭიროება.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს ფსიქოთერაპიული მკურნალობის მრავალფეროვნება და ის, რომ რომელიმე ერთი მეთოდი არ იქნება ერთნაირად ეფექტური ყველა პაციენტთან. მას ასევე უნდა ესმოდეს, რომ მისმა პერსონალურმა პოზიტიურმა ან ნეგატიურმა დამოკიდებულებამ არჩეული სამკურნალო მეთოდის მიმართ, სამედიცინო პროცესზე ზეგავლენა არ უნდა მოახდინოს. მაგ., თუ ჭარბწონიანი პაციენტი ცდილობს საკუთარი თავი ისეთი მიიღოს, როგორიც არის და წონაში დაკლებას არ ცდილობს, ექთანმა პაციენტს საკუთარი აზრები, წონის კლებასთან დაკავშირებით, თავს არ უნდა მოახვიოს და მის მიერ დასახული მიზნის მიღწევაში უნდა დაეხმაროს.

ექთანს ასევე კარგად უნდა ესმოდეს, რომ:

- არც ერთი თეორია არ განმარტავს ადამიანის ქცევის ყველა ასპექტს;

- რაც მეტია ექთნის განათლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, მით უკეთ შეძლებს იგი პაციენტის დახმარებას ამა თუ იმ მდგომარეობის დროს;
- პაციენტის და არა – სამედიცინო პერსონალის, გრძნობები და აღქმაა წამყვანი ფაქტორი თერაპიული ინტერვენციის წარმატებისათვის.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. შეუძლია თუ არა მშობლის მონდომებასა და მზრუნველ გარემოს გადაწონოს ფსიქიკური აშლილობის განვითარების ბიოლოგიური და გენეტიკური პრედისპოზიცია?
2. ამ თავში მოყვანილი განვითარების ფსიქოსოციალური თეორიებიდან რომელია თქვენთვის ყველაზე მისაღები? მენტალური ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა? ეფექტური მკურნალობა? ახსენით, რატომ?

ძირითადი საკითხები

- ფსიქოსოციალური თეორიები, ადამიანის ქცევის ახსნაში გვხვდება. არსებობს რამდენიმე ტიპის ფსიქოსოციალური თეორია, მათ შორის, ფსიქოანალიზის თეორია, ინტერპერსონალური თეორია, ჰუმანისტური თეორია, ქცევითი თეორია და ეგზისტენციალური თეორია;
- ფროიდს სჯეროდა, რომ ადამიანის ქცევა მოტივირებულია სუპრესირებული სექსუალური სურვილებით და ბავშვის განვითარება ეფუძნება სექსუალურ ენერჯიას (ლიბიდოს);
- ერიკ ერიქსონის თეორია ეფუძნებოდა როგორც სოციალური, ისე ფსიქოლოგიური განვითარების მნიშვნელობას. მან შემოიღო ფსიქოსოციალური განვითარების რვა საფეხური. იგი მოიცავს განვითარების საფეხურის ძირითად ამოცანას და პიროვნულ უნარს, რომელიც უნდა განვითარდეს საბოლოო ჯამში (იმედი, ნება, დანიშნულება, ერთგულება, სიყვარული, ბრუნვა და სიბრძნე). ერიქსონის თეორიები დღესაც ფართოდ გამოიყენება;
- ჟან პიაჟემკოგნიტური განვითარების ოთხი საფეხური შემოიღო: სენსომოტორული, პრეოპერაციული, კონკრეტული ოპერირებისა და ფორმალური ოპერირების;
- ჰარი ს. სალივანის მიერ შემუშავებული თეორიები, კონცენტრირებული იყო ინტერპერსონალური ურთიერთობების მნიშვნელობაზე. იგი თერაპევტს (მონაწილე დამკვირვებელი) პაციენტის მკურნალობის პროცესში წამყვან როლს ანიჭებდა;
- ჰილდეგარდპეპლაუმ საფუძველი ჩაუყარა თანამედროვე ფსიქიატრიული საქმის პრაქტიკას, მათ შორის, ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობების მნიშვნელობას თერაპიის წარმატებულ წარმართვაში. მან ასევე შემოიღო შფოთვის ოთხი დონის განმარტება;
- აბრაჰამ მასლოუმ შემოიღო საჭიროებათა იერარქია, რომლის მიხედვითაც ადამიანის ქცევა განპირობებულია კონკრეტულ დონეზე განლაგებული საჭიროებებით. იგი ამტკიცებდა, რომ ყოველ შემდგომ დონეზე გადასვლა, მხოლოდ წინა დონეზე არსებული საჭიროებების დაკმაყოფილების შემდეგაა შესაძლებელი;

- კარლ როჯერსმა შემოიღო პაციენტზე ორიენტირებული თერაპიის ცნება, სადაც თერაპევტი მხოლოდ მხარდამჭერის ფუნქციას ასრულებს და გამოხატავს უპირობო პოზიტიურ დამოკიდებულებასა და ემპათიას პაციენტის მიმართ;
- ქცევითი თეორია აზრებისა და გრძნობების ნაცვლად, ეფუძნება პაციენტის ქცევის ობიექტურ შეფასებას და იმ პირობებსა და ძალებს, რომელსაც შეუძლია ეს ქცევა შეცვალოს;
- სისტემური დესენსიტიზაცია წარმოადგენს მკურნალობის მეთოდს, რომლის დროსაც პაციენტის ექსპოზიცია ხდება მისი შფოთვის წარმომშობ აგენტთან;
- სკინერი ქცევითმეცნიერი იყო, რომელმაც შემოიღო პირობითობის სისტემა, რომლის მიხედვითაც სასჯელის ან ჯილდოს მიღების მოლოდინში, ადამიანი ქცევას ცვლის;
- ეგზისტენციალური თეორიის მიმდევრები თვლიან, რომ ადამიანს პრობლემები ეწყება მაშინ, როცა იგი კავშირს კარგავს საკუთარ თავთან ან გარემოსთან, ზედმეტად კრიტიკულია საკუთარი თავის მიმართ და საშუალებას არ აძლევს საკუთარ თავს სხვებთან ურთიერთობით სიამოვნება მიიღოს;
- ეგზისტენციალიზმის ფუძემდებლები არიან ალბერტ ელისი (რაციონალური ემოციური თერაპია), ვიქტორ ფრანკლი (ლოგოთერაპია), ფრედრიკ პერლსი (გემტალტ-თერაპია) და ვილიამ გლასერი (რეალობის თერაპია);
- ეგზისტენციალური თერაპიის მიზანია, ადამიანს დაუბრუნოს კავშირი საკუთარ თავთან, ისე რომ პაციენტმა შეძლოს დაიბრუნოს საკუთარი პიროვნების მნიშვნელობის აღქმა საკუთარ გრძნობებთან, ქცევებთან და გადანყვეტილებებთან მიმართებით;
- კრიზისი არის ადამიანის ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი გარდამტეხი მომენტი, რომელსაც თან ახლავს ძლიერი ემოციები; იგი შეიძლება იყოს მომწიფების, სიტუაციური და შემთხვევითი. ინტერვენცია კრიზისის დროს მიზნად ისახავს პრობლემების გადაჭრის ხელშეწყობას და პაციენტისთვის ემპათიური გარემოს შექმნას;
- კოგნიტიური თერაპია ეფუძნება რწმენას, რომ ადამიანის მიერ სამყაროს აღქმა განსაზღვრავს მის გრძნობებსა და ქცევას. იგი მიზნად ისახავს, შეუცვალოს ადამიანს მოვლენების მიმართ დამოკიდებულება და ამით დაეხმაროს მას გუნება განწყობილებისა და ქცევის გაუმჯობესებაში;
- ფსიქიკური და ემოციური პრობლემების დროს სამედიცინო დახმარება შეიძლება მოიცავდეს: ინდივიდუალურ ფსიქოთერაპიას, ჯგუფურ, ოჯახურ თერაპიას, ოჯახის განათლებას, ფსიქიატრიულ რეაბილიტაციას, თვითდახმარების, მხარდაჭერის, საგანმანათლებლო ჯგუფებსა და სხვა ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებს;
- ფსიქოსოციალურითეორებისა და მკურნალობის საშუალებების ღრმა ცოდნა ექთანს საშუალებას მისცემს მეტად ეფექტიანად იყოს ჩართული მკურნალობის პროცესში.

წყდრმბბი:

1. Aguilera, D. C. (1998). *Crisisintervention: Theoryandmethodology* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
2. Beck, A. T. (1976). *Cognitivetherapyandtheemotionaldisorders*. NewYork, NY: NewAmericanLibrary, Inc.
3. Beck, A. T., &Newman, C. F. (2005). *Cognitivetherapy*. In B. J. Sadock& V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensivetextbookofpsychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2595–2610). Philadelphia, PA: LippincottWilliams&Wilkins.
4. Berne, E. (1964). *Gamespeopleplay*. NewYork, NY: GrovePress. Caplan, G. (1964). *Principleso fpreventivepsychiatry*. NewYork, NY: BasicBooks.
5. Black, D. W., &Andreasen, N. C. (2011). *Introductorytextbookofpsychiatry* (5th ed.). Washington, DC: AmericanPsychiatricPublishing.
6. Caplan, G. (1964). *Principlesofpreventivepsychiatry*. NewYork, NY: BasicBooks.
7. Crain, W. C. (1980). *Theoriesofdevelopment: Conceptsandapplication*. EnglewoodCliffs, NJ: PrenticeHall, Inc.
8. Erikson, E. H. (1963). *Childhoodandsociety* (2nd ed.). NewYork, NY: Norton.
9. Frankl, V. E. (1959). *Man’ssearchformeaning: Anintroductiontologo – therapy*. NewYork, NY: BeaconPress.
10. Freud, S. (1962). *Theegoandtheid* (ThestandardeditionofthecompletepsychologicalworksofSigmundFreud) (J. Strachey, Trans.). NewYork, NY: W. W. Norton&Company. (Originalworkpublished 1923.)
11. Glasser, W. (1965). *Realitytherapy: A newapproachtopsychiatry*. NewYork, NY: Harper&Row.
12. Lewis, S. E., Hopper, K., &Healion, E. (2012). *Partnersinrecovery: Socialsupportandaccountabilityin a consumer – runmentalhealthcenter*. *PsychiatricServices*, 63(1), 61–65. Maslow, A. H. (1954). *Motivationandpersonality*. NewYork, NY: Harper&Row.
13. Miller, P. H. (1983). *Theoriesofdevelopmentalpsychology*. SanFrancisco, CA: W. H. Freeman&Co.
14. Millon, T. (Ed.). (1967). *Theoriesofpsychopathology*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
15. NationalAlliancefortheMentallyIll (NAMI). (2011). *NAMIProviderEducationProgram*. [http://:www.nami.org](http://www.nami.org)
16. NationalCenterforComplementaryandAlternativeMedicine. (2010). *Whatiscomplementaryandalternativemedicine?* <http://nccam.nih.gov/health>
17. Peplau, H. (1952). *Interpersonalrelationsinnursing*. NewYork, NY: G. P. Putnam’sSons.
18. Perls, F. S., Hefferline, R. F., &Goodman, P. (1951). *Gestalttherapy: Excitementandgrowthinth ehumanpersonality*. NewYork, NY: DellPublishingCo., Inc.
19. Rogers, C. R. (1961). *Onbecoming a person: A therapist’sviewofpsychotherapy*. Boston, MA: HoughtonMifflin.
20. Skinner, B. F. (1974). *Aboutbehaviorism*. NewYork, NY: Alfred A. Knopf, Inc.
21. Sugarman, L. (1986). *Life – spandevelopment: Concepts, theoriesandinterventions*. London, UnitedKingdom: Methuen&Co., Ltd. Szasz, T. (1961). *Themythofmentalillness*. NewYork, NY: Hoeber – Harper.
22. Sullivan, H. S. (1953). *Theinterpersonaltheoryofpsychiatry*. NewYork, NY: Norton.
23. Yalom, I. D. (1995). *Thetheoryandpracticeofgrouppsychotherapy*. NewYork, NY: BasicBooks.

თავი 4

მკურნალობის მეთოდები და თერაპიული პროგრამები

ამ თავში განხილულია:

1. მკურნალობის ტრადიციული გზები;
2. მკურნალობის ტიპები და სერვისები დახურული ტიპის დაწესებულებებში;
3. თემზე/გარემოზე დაფუძნებული მკურნალობის მეთოდები;
4. უსახლკარო პირების მკურნალობა;
5. ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა პენიტენციურ სისტემაში;
6. მულტიდისციპლინური გუნდის როლი ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობაში;
7. ექთნის როლი მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების დროს.

უკანასკნელი 50 წლის მანძილზე ფსიქიკურმა ჯანდაცვამ მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა. 1950 წლამდე დიდი ზომის, დახურული ფსიქიატრიული კლინიკები ერთადერთი ადგილი იყო, სადაც ქრონიკული და უწყვეტი ფსიქიკური დარღვევების მქონე პაციენტებს, მკურნალობის მიზნით, თვეობით, წლობითაც კი ათავსებდნენ. 1950 წლიდან ფსიქოტროპული მედიკამენტების შექმნამ შესაძლებელი გახადა ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომების მართვა, ხოლო 70-იანი წლებიდან ყურადღება კლიენტის უფლებებზე გამახვილდა და შეიცვალა შესაბამისი კანონმდებლობა, რამაც დეინსტიტუციონალიზაციასა და მკურნალობის ახალ ეპოქას დაუდო საფუძველი. ინსტიტუციებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების განუსაზღვრელი ვადით მოთავსების უფლება აღარ ჰქონდათ და მკურნალობა “ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში” – სახელმძღვანელო პრინციპი და უფლება გახდა. დიდი სახელმწიფო საავადმყოფოები დაიცალა. განისაზღვრა, რომ სტაციონარული მკურნალობის უდიდესი ნაწილი ჩანაცვლებული ყოფილიყო სათემო სერვისებით. თუმცა, ადეკვატური დაფინანსება სათემო პროგრამებისა და მკურნალობისთვის საჭირო სერვისების განვითარების ტემპს ვერ იცავდა.

დღეისთვის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მკურნალობის მრავალი გზა არსებობს. ამ თავში განხილულია მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვადასხვა საშუალებები და პროგრამები, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის აღდგენასა და პაციენტების საჭიროებების დაკმაყოფილებისკენაა მიმართული. აქვე განხილულია ის გამოწვევები, რომელიც თან ახლავს მკურნალობის პროცესს და მასში ჩართული პაციენტების სოციუმში ინტეგრაციას.

მკურნალობის გზები

სტაციონარული ფსიქიატრიული მკურნალობა

1980-იან წლებში სტაციონარული ფსიქიატრიული მკურნალობა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი საშუალება იყო. ამ ტიპის დაწესებულებებში დიდი ყურადღება ექცეოდა „საუბრით თერაპიას“, სამედიცინო პერსონალის პაციენტებთან ერთი-ერთზე კომუნიკაციას და ე.წ. „გარემოს თერაპიას“, რაც გულისხმობდა იმას, რომ სტაციონარში მყოფი პირის მდგომარეობაზე მთლიანად გარემო ახდენდა გავლენას. ასეთი ტიპის მკურნალობა კი, ცხადია, პაციენტის ხანგრძლივ ჰოსპიტალიზაციას გულისხმობდა.

1990 წლიდან, მკვეთრად შეიცვალა ჯანდაცვის ეკონომიკა, რის შედეგადაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა რამდენიმე დღემდე შემცირდა; შესაბამისად, დღეისათვის ჰოსპიტალური დაწესებულებები პირის მდგომარეობის სწრაფ შეფასებას, გამწვავების სწრაფ რეგულირებასა და განერის დაგეგმვას (ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაცია) უნდა ახდენდნენ და ეს მიზნები სწრაფად უნდა იქნეს მიღწეული. ამასთან, ხანმოკლე დაყოვნებისას კლიენტზე ორიენტირებული მულტიდისციპლინური მიდგომა აუცილებელია.

ხანმოკლე სტაციონარული მკურნალობა

კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ როგორც სამედიცინო, ისე სოციალური ინტეგრაციის თვალსაზრისით (დასაქმების დონე ჰოსპიტალიზაციიდან 2 წელიწადში), ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციაზე უპირატესი არ არის.

ხანგრძლივი სტაციონარული მკურნალობა

მძიმე და პერსისტული ფსიქიატრიული სიმპტომების მქონე პაციენტები საჭიროებენ ხანგრძლივ სტაციონარულ მკურნალობას. უმეტესად, ამ პოპულაციას მიეკუთვნებიან პირები, რომლებიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მკურნალობდნენ სპეციალურ დახურულ დაწესებულებებში და მათი სოციუმში ინტეგრაციის მცდელობის მიუხედავად პრობლემურ ქცევას ავლენენ. ხანგრძლივ ჰოსპიტალიზაციას უპირატესად საჭიროებენ პირები, რომლებსაც გარკვეული ტიპის თანმხლები მდგომარეობა აქვთ; მაგ., პირი, რომელსაც ერთდროულად ფსიქიკური აშლილობა და წამალდამოკიდებულება აქვს, ასევე პირი, რომელსაც ფსიქიკურ აშლილობასთან ერთად აქვს განვითარების მანკი, რაც მის ინტელექტუალურ და გონებრივ შესაძლებლობებს ამცირებს.

პაციენტთა ამ პოპულაციასთან, შესაძლებელია ჰოსპიტალის ტიპის ჰოსტელებში მკურნალობა, სადაც ოჯახური ტიპის გარემოა შექმნილი. ასეთი ტიპის დაწესებულებებში, პაციენტები თავად ასრულებენ “ჩვეულ ყოველდღიურ საქმიანობებს” ანუ რეცხავენ, აკეთებენ სადილს, ალაგებენ და სხვ. აღსანიშნავია, რომ ამგვარ გარემოში პაციენტები თავს უკეთ გრძნობენ და აგრესიულ ქცევას ნაკლებად ავლენენ. ასეთი დაწესებულებიდან ბევრი, საბოლოოდ, თემში გადანაცვლებასაც ახერხებს. ზემოთ ჩამოთვლილის გარდა, არსებობს ასევე კრიზისული მხარდაჭერის ცენტრები, რომელიც კრიზისულ პერიოდებში პაციენტების დახმარებას ახდენს.

განერის დაგეგმვა

კეთილსაიმედო გამოსავლის თვალსაზრისით, განერის დაგეგმვა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. იგი უნდა მოიცავდეს როგორც პაციენტის საცხოვ-

რებელ გარემოსთან, ისე პაციენტის ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებულ საკითხებს. განწერისას პაციენტს დეტალური რჩევა-დარიგება უნდა მიეცეს; რა ტიპის ამბულატორიული სერვისები მიიღოს, ასევე – სად და რა სიხშირით. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტი სრულად აცნობიერებდეს დაგეგმილი ამბულატორიული სერვისების სიკეთესა და ეფექტიანობას. ამბულატორიულად დაგეგმილი მკურნალობის სქემაში ოჯახის წევრების ჩართულობაც აუცილებელია, ვინაიდან ეს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობაა რეციდივის თავიდან აცილების თვალსაზრისითაც. სამედიცინო პერსონალის მიერ უნდა მოხდეს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებს განათლება რეციდივის ადრეული სიმპტომების რაობისა და მათი ამოცნობის შესახებ. ადრეულად ამოცნობილი სიმპტომებისა და მათი ადეკვატური მართვის შემთხვევაში, ნაკლებია რეჰოსპიტალიზაციის რისკი.

განწერის შემდეგ, როგორც მათი შემდგომი სოციალიზაციის, ისე მკურნალობის დამყოლობის თვალსაზრისით, ნაკლებსაიმედოები არიან პირები, რომლებსაც აქვთ ალკოჰოლ ან წამალდამოკიდებულება, სუიციდური, ძალადობრივი ან კრიმინალური ქცევა. სამედიცინო საკითხებთან ერთად, განწერის შემდეგ აუცილებელია დაიგეგმოს ადეკვატური სოციალური ინტეგრაციის პროგრამაც, რომელიც საშუალებას მისცემს პაციენტებს რემისიაში დიდხანს იყვნენ და მათი კლინიკაში შებრუნება არ მოხდეს. თემზე/გარემოზე დაფუძნებული მკურნალობის სქემები რეჰოსპიტალიზაციის შემცირების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი წინაპირობაა, ისინი დეტალურადაა განხილული ამ თავში.

ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია/დღის სტაციონარული მკურნალობა

ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში, პაციენტები მხოლოდ დღის გარკვეულ ნაწილს ატარებენ კლინიკაში. ეს რეჟიმი მეტად ეფექტურია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ პაციენტის სოციუმთან და დამოუკიდებელ ცხოვრებასთან თანდათანობითი ადაპტაციის მიზნებისთვის. ასეთი ტიპის მოვლა, მიზნად ისახავს პაციენტის ინტერპერსონალური უნარებისა და კომუნიკაციის უნარის გაუმჯობესებას, ასევე პაციენტის ადაპტაციას მკურნალობის რეჟიმთან, რომელიც აუცილებელია მათი სიმპტომების ეფექტიანი კონტროლისთვის (მედიკამენტის დროულად მიღება, სიმპტომებთან გამკლავების გზები და სხვა). დღის სტაციონარში მკურნალობა შესაძლებელია როგორც განწერის შემდეგ, ისე მის გარეშეც. ამ ტიპის მკურნალობა შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ძვირადღირებული ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების მიზნით. ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მიზნები მოყვანილია ცხრილში 4.1.

ცხრილი 4.1 ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაციის მიზნები

- ფსიქიატრიული სიმპტომების დარეგულირება;
- მედიკამენტების ეფექტიანობის მონიტორინგი;
- საცხოვრებელი გარემოს რეგულირება;
- ყოველდღიური აქტივობების გაუმჯობესება;
- დროის მართვისა და გადანაწილების შესწავლა;
- სოციალური უნარების გამომუშავება;
- დასაქმების შესაძლებლობების გაზრდა;
- პროფესიონალური რჩევების მიღება ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით.

მკურნალობის რეზიდენტული მეთოდები

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები მკურნალობასა და ზედამხედველობას შესაძლებელია რეზიდენტული ტიპის დაწესებულებებში გადიოდნენ. ასეთი ტიპის დაწესებულებები ერთმანეთისგან სტრუქტურითა და ზედამხედველობის დონით განსხვავდება. (ცხრილი 4.2).

ცხრილი 4.2 რეზიდენტული მოვლის დაწესებულებები

- ჯგუფური სახლები;
- ინდივიდუალური საცხოვრებლები ზედამხედველობით;
- მზრუნველობის სახლები;
- მხარდაჭერის სახლები;
- მოზრდილთა მოვლის სახლები;
- კრიზისის ცენტრები.

გარკვეული ტიპის რეზიდენტული მოვლის დაწესებულებები მიზნად ისახავს პაციენტის მომზადებას მისი შემდგომი სოციალიზაციისთვის. ხოლო რიგ დაწესებულებებში, პაციენტები საჭიროების ამონურვამდე ცხოვრობენ. მზრუნველობის სახლები, პაციენტებს სთავაზობს საცხოვრებელ ოთახს, სამრეცხაოსა და კვებას. მოზრდილთა მოვლის სახლები, პაციენტებს ოჯახის ტიპის გარემოს სთავაზობს. ჯგუფური სახლები კი – ახდენს ათამდე რეზიდენტზე ზრუნვას, სადაც ისინი სხვადასხვა საშინაო მოვალეობებსა (საჭმლის მომზადება, დალაგება და სხვ.) და პასუხისმგებლობებს ინაწილებენ. ინდივიდუალური საცხოვრებელი ტიპის დაწესებულებებში, ერთ ბინაში, შესაძლოა რამდენიმე პაციენტი ცხოვრობდეს. დაწესებულებაში კრიზისული მდგომარეობების, მედიკამენტების კონტროლის, ტრანსპორტირებისა და ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარების მიზნისთვის დასაქმებულია დამხმარე პერსონალიც.

კრიზისის ცენტრები, პაციენტებს ეხმარება მოახდინონ კრიზისის შედეგად წარმოშობილი ემოციებისა და შფოთვის დაძლევა. ეხმარება მათ გამოსავლისა და ემოციური კონტროლის მიღწევაში.

გარემო, რომელშიც პაციენტს უწევს ცხოვრება და ფუნქციონირება დიდ ზეგავლენას ახდენს დაავადების გამოსავალზე, პაციენტის სოციალიზაციისა და რეინსტიტუციონალიზაციის ხარისხზე. შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტის საცხოვრებელი გარემოპირობები, მისი დაავადების მახასიათებლებზე მეტად, მნიშვნელოვანია დაავადების პროგნოზისა და გამოსავლის თვალსაზრისით.

გარდამავალი ზრუნვა

გარდამავალი ზრუნვა ეფუძნება ორ ძირითად პრინციპს: მხარდაჭერას უკვე სოციალიზებული პაციენტების მხრიდან და ურთიერთდაკავშირებულ ზრუნვას პაციენტზე სტაციონარისა და სათემო ამბულატორიული დაწესებულებების მხრიდან. გარდამავალ პერიოდში (პაციენტის კლინიკიდან გაწერისას და მის სრულ ადაპტაციამდე სათემო ამბულატორიასთან), პაციენტზე ზრუნვის პროცესში ჩართულია ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მხარე. მიუხედავად იმისა, რომ ზრუნვის ამ მოდელმა მნიშვნელოვანი დადებითი შედეგი გამოიღო პრაქტიკაში, იგი მნიშვნელოვან ადმინისტრაციულ რესურსს, ფინანსებსა და გუნდური მუშაობის უნარს მოითხოვს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის, ეკონომიკური სიდუხჭირე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამონწვევაა. მიუხედავად სურვილისა, ხშირად ისინი სამუშაო ადგილს დიდი ხნით ვერ ინარჩუნებენ და მეტწილად დამოკიდებულნი არიან სახელმწიფო დოტაციაზე (პენსია).

ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის პროგრამები

ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია, იგივე ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, მიზნად ისახავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა გაჯანსაღებას (ცხრილი 4.3), რაც სიმპტომების კონტროლის გარდა, პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, რესოციალიზაციას, პიროვნულ გაძლიერებას, დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარებისა და შესაძლებლობების არსებობას გულისხმობს.

ფსიქიატრიულმა რეაბილიტაციამ პაციენტებს საშუალება მისცა, ესარგებლათ თემზე/გარემოზე დაფუძნებული პროგრამებით, რომელიც სხვადასხვა დონის დახმარების მიღების საშუალებას იძლევა; ეს სერვისები შესაძლებელია მოიცავდეს როგორც მედიკამენტის, ისე სხვადასხვა რეკრიაციული სერვისების მიღებას. ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის პროგრამები მიმართულია ჰოსპიტალიზაციის დონის შემცირებისა და სოციალური ინტეგრაციის გაზრდისკენ. თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისების გარდა, ყოფილი პაციენტების ჩართულობა ინტეგრაციის პროცესში ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ასეთი ტიპის თანამშრომლობა პაციენტს სიძლიერისა და გამოჯანმრთელების იმედს უღვივებს, რაც დადებითად აისახება საბოლოო შედეგზე.

ცხრილი 4.3 ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის მიზნები

- ფსიქიკური აშლილობის დაძლევა;
- პერსონალური/პიროვნული ზრდა;
- ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;
- სოციუმთან ინტეგრაცია;
- პიროვნული გაძლიერება;
- დამოუკიდებლობის გაზრდა;
- ჰოსპიტალური მკურნალობის საჭიროების შემცირება;
- სოციალური ფუნქციონირების გაზრდა;
- პროფესიული განვითარება;
- მკურნალობისადმი უკეთესი დამყოლობა;
- მეტი ჩართულობა მკურნალობის დაგეგმვაში;
- გაუმჯობესებული ფიზიკური მდგომარეობა;
- საკუთარი თავის უკეთესი აღქმა.

რეაბილიტაციის კლუბური მოდელი

1948 წელს ნიუ-იორკში პირველად დანერგეს მკურნალობა კლუბური ტიპის დაწესებულებაში, ხოლო დღეისათვის ამ ტიპის ასობით პროგრამა მოქმედებს. მკურნალობის ამ ტიპის ფუძემდებლებს სჯეროდათ, რომ მიუხედავად მძიმე და პერსისტული ფსიქიკური პრობლემებისა, ადეკვატური დროის, ზრუნვისა და დახმარების პირობებში ყველას

შეუძლია განახორციელოს თავისი ცხოვრებისეული მიზნები და ამოცანები. კლუბური ტიპის დაწესებულებაში მკურნალობა ეყრდნობა შემდეგ პრინციპებს:

- პაციენტს ყოველთვის აქვს წასასვლელი ადგილი;
- მას აქვს თავისთვის შესაბამისი სამსახური;
- მას აქვს სრულფასოვანი ურთიერთობები;
- მას ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე შეუძლია კლუბის სერვისებით კვლავ ისარგებლოს.

კლუბში პაციენტებისთვის იგეგმება ყველა ის აქტივობა, რომელიც მას სრულფასოვანი ცხოვრების წარმართვაში ეხმარება. აქ პაციენტებს ზრუნვაზე ორიენტირებული საქმიანობით შეუძლიათ დასაქმება, ხოლო დასვენების დღეებში სხვადასხვა რეკრეაციულ აქტივობებში ჩართვა. აქვე პაციენტებს შეუძლიათ ისარგებლონ პროფესიული ფსიქიატრიული სერვისებით. რეაბილიტაციის კლუბური მოდელის მიმდევრებს სჯერათ, რომ მკურნალობის წარმატებისთვის მნიშვნელოვანია “რეაბილიტაციური ალიანსის” შექმნა, რომელშიც უნდა მონაწილეობდეს როგორც პაციენტი, ისე ექიმი ფსიქიატრი, ოჯახის წევრები, მეგობრები, მეგობრები და დამსაქმებლებიც კი. ამ მოდელის ძირითადი სიძლიერე არის ფოკუსი ჯანმრთელობაზე და არა ავადმყოფობაზე და ასევე პაციენტის ავტონომიის უპირობო აღიარებაზე. დამხმარე პერსონალი ეხმარება პაციენტს მიიღოს სწორი გადაწყვეტილებები როგორც მკურნალობის, ისე ცხოვრების წესის შესახებ, რაც, ცხადია, ზრდის პაციენტის პირად პასუხისმგებლობას თავისი ცხოვრების ყველა ასპექტზე.

ასერტიული სათემო მკურნალობა

ასერტიული სათემო მკურნალობა (ცხრილი 4.4), თემზე/გარემოზე დაფუძნებულ მკურნალობის სქემათაგან ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ მიდგომად ითვლება. ასერტიული სათემო მკურნალობა პრაქტიკაში 1973 წლიდან ხორციელდება და იგი სათავეს ამერიკის შეერთებული შტატებიდან იღებს. მკურნალობის ეს მიდგომა განათლების, მხარდაჭერისა და მკურნალობის განხორციელებას არა ჰოსპიტალში, არამედ უშუალოდ თემში გულისხმობს – სწორედ იქ, სადაც პაციენტს სრულფასოვანი ფუნქციონირებისთვის ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა კომპონენტი ესაჭიროება. ამ პროგრამის ერთ-ერთი თავისებურება უშუალოდ თემის შიგნით კონკრეტული დახმარების აღმოჩენა და წარმოშობილი პრობლემების აღმოფხვრაა და არა – პაციენტის რეფერალის წრეში ბრუნვა.

ცხრილი 4.4 ასერტიული სათემო მკურნალობის კომპონენტები

- ყოველ 100 მოსარგებლელზე ერთი მულტიდისციპლინური გუნდი მუშაობს, რომლის წევრებიც არიან ფსიქიატრი, ფსიქიატრიული მიმართულების ექთანი, პროფესიული რეაბილიტაციის სპეციალისტი, სოციალური მუშაკი;
- სერვისების პირველად მომწოდებელთან პასუხისმგებელი ადგილობრივი პირის განსაზღვრა;
- ფსიქიკური აშლილობის დამაუქმებელი სიმპტომების მართვა და აღმოფხვრა;
- პაციენტის სოციალური როლის გაძლიერება, მათ შორის, სამსახურეობრივ საქმიანობაში;
- საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარების გაუმჯობესება და ოჯახის ტვირთის შემსუბუქება;
- პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული მკურნალობის სქემის იმპლემენტაცია;
- მკურნალობის პროცესში ყველა საჭირო რგოლის ჩართვა, ჰოლისტური პრინციპების დაცვით;
- ოპტიმალური შედეგის მისაღებად, მკურნალობის პროცესში სხვადასხვა მიდგომების გამოყენება;

- პაციენტის დამოუკიდებლობის გაზრდა;
- პაციენტზე ზრუნვაში ჩართული ყველა რგოლის ჯგუფური შეხვედრების ორგანიზება ყოველდღიურად შემდგომი სტრატეგიის გაუმჯობესების მიზნით;
- 24/7 სერვისები, ჰოსპიტალიზაციისა და კრიზისული სიტუაციის წარმოშობის თავიდან აცილების მიზნით.
- პაციენტის გამოსავლის შეფასება შემდეგი ინდიკატორების გამოყენებით: სიმპტომები, სოციალური, ფსიქოლოგიური და საქმიანი ფუნქციების შესრულების დონე, პირადი დამოკიდებულებისა და გაძლიერების ხარისხი, სოციოეკონომიკური კეთილდღეობის მაჩვენებელი, ჰოსპიტალიზაციისა და რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე.

ასერტიული სათემო რეაბილიტაციისთვის მეტად დამახასიათებელია პაციენტთან ერთი ერთზე კონტაქტი და ზრუნვა. ზრუნვის ყველა ეპიზოდში ჩართულია გუნდის ყველა წევრი, ამიტომ პაციენტი არ ელოდება გუნდის რომელიმე წევრს და დახმარებას მყისიერად იღებს. აღსანიშნავია, რომ პროგრამის ხანგრძლივობა არ არის შეზღუდული და სერვისების მიღება პაციენტს საჭიროებების ამონურვამდე შეუძლია.

ურბანულ რეგიონებთან ერთად, ასერტიული სათემო მკურნალობა ეფექტურია მცირედ დასახლებულ რეგიონებშიც, სადაც აღსანიშნავია, რომ მეტია ფსიქიკურ დაავადებებთან ასოცირებული სტიგმა და სარეაბილიტაციო სერვისებისადმი სკეპტიკურობა.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე სპეციფიური პოპულაციური ჯგუფები უსახლკარო პირები

კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, მენტალურად ჯანმრთელ მოსახლეობასთან შედარებით უფრო დიდხანს არიან უსახლკაროდ, მეტ დროს ატარებენ თავშესაფარში ან სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში (მაგ., პენიტენციურ სისტემაში), ხოლო რეაბილიტაციის პროცესში, ოჯახის როლს სამედიცინო პერსონალი ითავსებს.

სამწუხაროდ, პროგნოზის თვალსაზრისით, მხოლოდ თავშესაფრის მოძიება სიტუაციას არ აუმჯობესებს. უსახლკარო პირთათვისაც ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, პროფესიული განათლება და გარემომცოფთა მხარდაჭერა უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს.

მსჯავრდებულები

მაგ., ამერიკის შეერთებულ შტატებში ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით, სადაც ფსიქიკური აშლილობით ავადობა მხოლოდ 2%-ია, პენიტენციურ სისტემაში მსჯავრდებულთა 13%-ს მენტალური პრობლემები აღენიშნებათ. **მენტალურ დაავადებათა კრიმინალიზაცია** აღწერს პრაქტიკას, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების პირთა დაკავებას და მათ შემდგომ პატიმრობას ისახავს მიზნად მათი ინსტიტუციონალიზაციისა და მკურნალობის მიზნით. ეს მიდგომა მოტივირებულია საზოგადოებრივი სტერეოტიპული დამოკიდებულებით, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მიმართ შიშითა და ეჭვითაა გამსჭვალული. თუმცა, როგორც აღმონდა, მოძალადეებზე მეტად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები თავად ხდებიან ძალადობის მსხვერპლნი.

პენიტენციურ სისტემაში მოხვედრის შემდეგ, მენტალური პრობლემების მქონე პირები რთულად განიცდიან რესოციალიზაციას შემდეგი მიზეზების გამო:

- სიღარიბე;

- უსახლკარობა;
- წამალდამოკიდებულება;
- ფსიქოლოგიური, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა სხვათა მხრიდან;
- თვითდაზიანება.

არასაჭირო კრიმინალიზაციის თავიდან აცილების მიზნით, სხვადასხვა ქვეყანა მუშაობს ასეთ პირთა დროულ გადამისამართებაზე შესაბამის დაწესებულებებსა და კრიზისის ცენტრებში; ამისათვის შესაბამისი კრიზისის მართვის ცენტრები დაარსებულია პოლიციის განყოფილებებშივე, რომელიც ასევე ჩართულია ძალოვანი სტრუქტურის თანამშრომლების განათლებაში, რათა მათ, თავის მხრივ შეძლონ ასეთი პირების დროული ამოცნობა და გადამისამართება არა პენიტენციურ, არამედ სამედიცინო დაწესებულებაში.

მულტიდისციპლინური გუნდი

მულტიდისციპლინური გუნდი საუკეთესო მიდგომაა ფსიქიკური პრობლემის სამკურნალოდ. რამდენადაც გუნდის წევრები სხვადასხვა მიმართულებით ახდენენ პაციენტის კონსულტირებას, პაციენტი თავისზე მორგებულ მრავალმხრივ სერვისს იღებს, რაც აუმჯობესებს მის კლინიკურ გამოსავალს. მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები არიან: ფარმაცევტი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფსიქიატრიის ექთანი, ფსიქიატრიის მიმართულების სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, რეკრიაციული თერაპევტი და პროფესიული რეაბილიტაციის სპეციალისტი. ჯგუფის წევრთა დეტალური ფუნქცია მოვალეობები აღწერილია ცხრილში 4.5.

იმისათვის, რომ მულტიდისციპლინურმა გუნდმა ეფექტურად იმუშაოს, აუცილებელია, წევრებს შემდეგი უნარები და თვისებები გააჩნდეთ:

- ინტერპერსონალური უნარები (ტოლერანტობა, მოთმინება და სხვისი გაგების უნარი);
- ჰუმანურობა (სითბო, მიმღებლობა, ემპათია, გულწრფელობა და არა კრიტიკული დამოკიდებულება);
- შესაბამისი ცოდნა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დაავადებების შესახებ;
- კომუნიკაციის უნარები;
- პიროვნული თვისებები (თანმიმდევრული, თავდაჯერებული და პრობლემაზე ორიენტირებული);
- გუნდური მუშაობის უნარი;
- რისკის შეფასებისა და რისკის მართვის უნარები.

ცხრილი 4.5 მულტიდისციპლინური გუნდის წევრების ძირითადი ფუნქციები

ფარმაცევტი – ჯგუფის ამ წევრს აქვს დეტალური ცოდნა მედიკამენტების ქიმიური შემადგენლობის, მათი მოქმედების მექანიზმების, გვერდითი მოვლენებისა და ეფექტების შესახებ. მათი როლი განსაკუთრებით დიდია რეფრაქტორული სიმპტომების მქონე პაციენტების მკურნალობისას.

ფსიქიატრი – იგი წამყვანი ფიგურაა დიაგნოზისა და მკურნალობის დაგეგმვის ნაწილში.

ფსიქოლოგი – მას შეუძლია მოახდინოს ჩატარებული ფსიქოლოგიური ტესტების ინტერპრეტირება და მონაწილეობა მიიღოს თერაპიის დაგეგმვაში.

ფსიქიატრიის ექთანი – ექთანს დეტალური განათლება აქვს მიღებული ფსიქიატრიული პაციენტის მოვლის საკითხებში, რაც მას პაციენტზე ჰოლისტური მიდგომის განხორციელებაში ეხმარება.

ფსიქიატრიის სოციალური მუშაკი – იგი მუშაობს პაციენტის ოჯახის წევრებთან და მის გარშემო მყოფ სოციუმთან ერთად, რაც პაციენტის სოციალიზაციასა და მის შემდგომ ინტეგრაციას ემსახურება.

ოკუპაციური თერაპევტი – მისი მთავარი მიზანია, გააუმჯობესოს პაციენტის პროფესიული უნარები ისე, რომ მან უკეთ შეძლოს დასაქმება და დამოუკიდებლობის მოპოვება.

რეკრიაციული თერაპევტი – ეხმარება პაციენტს გამოიყენოს რეკრეაციული აქტივობები ცხოვრებისეული ბალანსის მისაღწევად.

პროფესიული რეაბილიტაციის სპეციალისტი – იგი პაციენტს ეხმარება პროფესიის მოპოვებასა და დასაქმებაში. იგი ასევე ჩართულია პაციენტის სამუშაო ადგილის შენარჩუნებასა და კარიერულ ზრდაში.

ფსიქოსოციალური საექთნო პრაქტიკა საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და შინ მოვლაში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მენტალური დაავადებების პირველად, მეორეულ და მესამეულ პრევენციაში; კერძოდ, ახდენს სტრესის მართვის სწავლებას და მენტალური დაავადებების ადრეული ნიშნების ამოცნობას; ასევე უკვე დიაგნოსტირებულ პირებს ეხმარება დაავადების სიმპტომების მართვასა და რეაბილიტაციაში. მათი ძირითადი მიზანია შეამცირონ ის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ნიშნები, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები განიცდიან მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში.

რა უნდა ესმოდეს კარგად ექთანს?

მკურნალობის მიდგომების ცვლილებასთან ერთად, იცვლება ექთნის როლი ფსიქიატრიული პაციენტის მკურნალობის პროცესშიც. ეს, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ექთნებისთვის და ხშირად ისინი როლები და ფუნქციების ცვლილებასთან ერთად გარკვეულ გაურკვეველობასაც აწყდებიან.

თანამედროვე მიდგომებიდან გამომდინარე, სადაც პაციენტი და არა – სამედიცინო პერსონალი წარმოადგენს მკურნალობის პროცესის ცენტრს, ექთანი პაციენტის ძირითადი მხარდამჭერი და გამაძლიერებელი უნდა იყოს, მაშინაც კი, როცა პერსონალურად არ ეთანხმება პაციენტის გადაწყვეტილებებსა და მიდგომებს.

ექთანმა განსაკუთრებული მდგრადობა უნდა გამოავლინოს უსახლკარო და მსჯავრდებულ პაციენტებთან, რომელთანაც თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბება მეტად რთულია. ისინი ნაკლებად გამოხატავენ თანამშრომლობის სურვილს ექთნებთან, რამაც შესაძლოა მისი ფრუსტრაციაც კი გამოიწვიოს.

რა უნდა გავითვალისწინოთ თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ჯანდაცვის რგოლში მუშაობისას

- პაციენტი შესაძლოა შეცდეს და ისწავლოს დაშვებული შეცდომებისგან. შეცდომები ყოველდღიური ცხოვრების ნაწილია და ექთნის როლი არ არის პაციენტის შეცდომებისგან დაცვა;

- ექთანს შესაძლოა ყოველთვის არ ჰქონდეს ამომწურავი პასუხი ყველა შესაძლო შეკითხვაზე. ასევე შეიძლება ყოველთვის ვერ გადაჭრას წარმოშობილი პრობლემა;
- გამოჯანმრთელების გზაზე პაციენტს უნდა მიეცეს საშუალება, დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება და გააკეთოს არჩევანი, მიუხედავად იმისა, რომ ერთი შეხედვით ის შეიძლება არ იყოს მართებული;
- საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მუშაობისას, ურთიერთობა მეტად არის დამყარებული თანამშრომლობაზე და ნაკლებად არის ტრადიციული საექთნო ბრუნვა.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. როგორ უნდა შეირჩეს მომხმარებლებიდან თანასწორგანმანათლებლები?
2. რა კრიტერიუმები უნდა იქნეს გამოყენებული შერჩევისთვის?
3. ვინ უნდა გააკეთოს შერჩევა?

ძირითადი საკითხები

- მენტალური პრობლემების მქონე პირები შესაძლოა სხვადასხვაგვარად გადიოდნენ მკურნალობას, თუმცა შესაძლოა ეს ნაირსახეობა რეალურ საჭიროებას არ პასუხობდეს;
- კლინიკაში გატარებული საწოლდღეების შემცირების მიზნით, საჭიროა შეიცვალოს ჰოსპიტალური მოვლის პრინციპები;
- განერის ადეკვატური დაგეგმვა, კეთილსაიმედო გამოსავლის ერთ-ერთი წინაპირობაა;
- წარმატებული განერის ხელის შემშლელი ფაქტორებია ალკოჰოლ და ნამალდამოკიდებულება, კრიმინალური და ძალადობრივი ქცევა, მედიკამენტური თერაპიისადმი რთულად დამყოლობა და სუიციდური ქცევა;
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტებს შეუძლიათ მიიღონ დახმარება ფსიქიატრიული სიმპტომების მართვის, მედიკამენტების, ცხოვრებისა და ყოველდღიური აქტივობების, ასევე სოციალური და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ;
- თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისები ერთმანეთისგან განსხვავდება მომსახურებითა და აღმოჩენილი დახმარების ხანგრძლივობით. ზოგიერთი მათგანი გრძელდება პაციენტის დამოუკიდებლობის აღდგენამდე, ხოლო ზოგი – საჭიროების სრულად აღმოფხვრამდე;
- პაციენტის თემში დარჩენის შესაძლებლობა, მისი საცხოვრებელი გარემოს ადეკვატურობასა და ხარისხზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული;
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებში ხშირია სიღარიბე, რის გამოც მათ თემში ცხოვრებას პრობლემები ექმნებათ, ეს უკანასკნელი კი იშვიათადაა გათვალისწინებული რეაბილიტაციის პროგრამებში;
- ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის პროგრამების მიზანია, ხელი შეუწყოს დაავადების მქონე პაციენტებს გამოჯანმრთელებაში, რაც თავის მხრივ, არ არის მხოლოდ სიმპ-

ტომების მართვა და პერსონალური ზრდა; იგი რეინტეგრაციას, გაძლიერებას, დამოუკიდებლობასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას გულისხმობს;

- ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის კლუბური მოდელი დაფუძნებულია რწმენაზე რომ ყველა ადამიანს, რომელსაც მენტალური დაავადება აქვს, ადეკვატური დროისა და ზრუნვის პირობებში შეუძლია განახორციელოს ცხოვრებისეული მიზნები;
- ასერტიული სათემო მკურნალობა პაციენტებს ულიმიტო, 24/7-ზე სერვისს სთავაზობს და გულისხმობს პაციენტებთან ინტენსიურ კონტაქტს;
- უსახლკარო პირების შემთხვევაში, პოზიტიური შედეგების მიღების მიზნით აუცილებელია, ასერტიული სათემო მკურნალობა ჩატარდეს ადეკვატური საცხოვრებელი პირობების შექმნასთან ერთად;
- საზოგადოებისა და პოლიციის სტერეოტიპული დამოკიდებულების გამო, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, უფრო ხშირად ხვდებიან პენიტენციურ სისტემაში;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის რესოციალიზაციის ხელის შემშლელი ფაქტორებია სიღარიბე, უსახლკარობა, წამალდამოკიდებულება, ფსიქოლოგიური, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა სხვათა მხრიდან და თვითდაზიანების რისკი;
- მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები არიან: ფარმაცევტი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფსიქიატრიის ექთანი, ფსიქიატრიის მიმართულების სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, რეკრეაციული თერაპევტი და პროფესიული რეაბილიტაციის სპეციალისტი;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა გამოჯანმრთელებისთვის, ტრადიციულ ზრუნვაზე მეტად, პაციენტთან კოლაბორაციული ურთიერთობების ჩამოყალიბება უფრო მნიშვნელოვანია.

წყარები:

1. Alwan, N. A., Johnstone, P., & Zolese, G. (2008). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD0000384.
2. Assertive Community Treatment Association (ACTA). (2012). Standards. <http://www.actassociation.org>
3. Becker, M., Boaz, T., Andel, R., et al. (2012). Predictors of avoidable hospitalizations among assisted
4. Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., et al. (2007). The transitional discharge model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(11), 31-38.
5. Gostin, L. O. (2008). Old and new institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment, or preventive confinement? *Public Health*, 122(9), 906-913.
6. Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S., et al. (2011). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: A prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*, 11, 183.
7. Homelessness Resource Center. (2012). <http://www.nrchmi.samhsa.gov>
8. Hubbeling, D., & Bertram, R. (2012). Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *Journal of Mental Health*, 21(3), 285-295.
9. Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (2011). Meeting the needs of those persons with serious mental illness who are most likely to become criminalized. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39(4), 549-554.
10. Larrison, C. R., et al. (2011). State budget cuts, health care reform, and a crisis in rural community mental health agencies. *Psychiatric Services*, 62(11), 1255-1257.
11. Lin, E., Diaz-Granados, N., Stewart, D. E., et al. (2011). Postdischarge care for depression in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(8), 481-489.
12. living residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 355-359.
13. Lunsky, Y., & Balogh, R. (2010). Dual diagnosis: A national study of psychiatric hospitalization patterns of people with developmental disability. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(11), 721-728.
14. MacPherson, R., Edwards, T. R., Chivers, R., et al. (2009). *Cochrane Database of Systematic Review*. CD004409.
15. Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973). Extrahospital management of severe mental illness: Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29(4), 505-511.
16. Murthy, P., & Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders, *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 194-200.
17. Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 233-237.
18. Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., et al. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services*, 56(7), 816-822.
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2010). PATH: Overview of the program. <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/homelessness/about.asp>

20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). SAMHSA's Gain Center for Behavioral Health and Justice Transformation. http://gains.prainc.com/topical_resources/ebps.asp
21. Tobitt, S., & Kamboj, S. (2011). Crisis resolution/home treatment team workers' understandings of the concept of crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(8), 671-683.
22. Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2012). Does housing chronically homeless adults lead to social integration? *Psychiatric Services*, 63(5), 427-434.
23. Van Vugt, M. D., Kroon, H., Delespaul, P. A., et al. (2012). Consumer-providers in assertive community treatment programs: Associations with client outcomes. *Psychiatric Services*, 63(5), 477-481.

თავი 5

თერაპიული ურთიერთობები

ამ თავში განხილულია:

1. ექთან-პაციენტის თერაპიული ურთიერთობების კომპონენტები;
2. ექთან-პაციენტის თერაპიულ ურთიერთობებში ღირებულებების, დამოკიდებულებებისა და რწმენის მნიშვნელობა;
3. თვითშეგნება და საკუთარი პიროვნების თერაპიაში გამოყენება;
4. თვითშეგნების ასპექტები, რომელსაც შეუძლია დადებითი ან უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობაზე;
5. კარპერის ცოდნის ოთხი პატერნი და მათი აღწერა;
6. სოციალურ, პირად და თერაპიულ ურთიერთობებს შორის არსებული განსხვავებები;
7. ჰილდეგარდ პეპლავს მიერ აღწერილი ექთან-პაციენტის ურთიერთობების ფაზები;
8. ნეგატიურ ქცევათა აღწერა, რომელმაც შესაძლოა უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს ექთან-პაციენტის ურთიერთობაზე;
9. ექთნის სხვადასხვა როლის (მომვლელი, მასწავლებლის, ადვოკატისა და სუროგატი მშობლის) აღწერა ექთან-პაციენტის ურთიერთობაში.

პაციენტთან თერაპიული ურთიერთობის დამყარების უნარი, ექთნის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი თვისებაა. მიუხედავად იმისა, რომ თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბება ყველა ტიპის პაციენტთან მნიშვნელოვანია, ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტებთან ამას კიდევ უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვინაიდან მკურნალობის წარმატება მნიშვნელოვნად სწორედ ამ კომუნიკაციაზე დამოკიდებულია.

ამ თავში განხილულია ექთნისა და პაციენტის თერაპიული ურთიერთობების ყველა მნიშვნელოვანი კომპონენტი: ნდობა, გულწრფელი დამოკიდებულება, მაღალი მიმღებლობა, კეთილგანწყობა, თვითშეგნება და საკუთარი პიროვნების თერაპიაში გამოყენება. აქვე განხილულია ყველა ის ამოცანა, რომელიც უნდა შესრულდეს ექთან-პაციენტის ურთიერთობის ჩამოყალიბების ყველა ეტაპზე და ყველა ის ტექნიკა, რომელიც ამ ამოცანების დაძლევაში დაეხმარება ექთანს. ამ თავში განხილულია ექთნის ყველა თერაპიული როლი: მასწავლებელი, მომვლელი, ადვოკატი და სუროგატი მშობელი.

თერაპიული ურთიერთობების კომპონენტები

არსებობს მრავალი გარეშე ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია გააუმჯობესოს ექთან-პაციენტის თერაპიული ურთიერთობები და ამ ფაქტორების სწორი მართვა ექთნის პასუხისმგებლობაა.

ნდობა

ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობა აუცილებლად უნდა ეფუძნებოდეს ნდობას. ექთნის მიმართ ნდობა წარმოიშობა მაშინ, როცა ექთანი თავის საუბარსა და მოქმედებებში ავლენს პატიოსნებასა და თანმიმდევრულობას. თვისებები, რომელიც ექთანს პაციენტის ნდობის მოპოვებაში დაეხმარება არის ზრუნვა, პაციენტისადმი ინტერესის გამოხატვა, მოსმენისა და გაგების უნარი, თანმიმდევრულობა და დანაპირების შესრულების უნარი (ცხრილი 5.1). ექთნისა და პაციენტის ზრუნვაზე აგებული ურთიერთობა ზრდის პაციენტისათვის შეთავაზებული ზრუნვის მიმღებლობას.

ცხრილი 5.1 ნდობის გამაძლიერებელი ქცევები

ექთანი პაციენტში აღძრავს ნდობას, თუ ის:

- მზრუნველია;
- ღიაა ურთიერთობებში;
- ობიექტურია;
- გამოხატავს პატივისცემას;
- გამოხატავს ინტერესს;
- გაგებით ეკიდება პაციენტის პრობლემას;
- თანმიმდევრულია;
- ადამიანურია;
- ადვილად მისაწვდომია;
- კარგი მსმენელია;
- იცავს მიცემულ პირობას;
- გულწრფელია.

კონგრუენტულობას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ექთნის ნათქვამი მასსავე მოქმედებასთან არის თანხვედრაში. მაგ., ექთანი ეუბნება პაციენტს, რომ მან ახლა უნდა დატოვოს იგი, კლინიკურ კონფერენციაზე დასასწრებად, და რომ 2 საათზე დაბრუნდება; მართლაც, ექთანი 2 საათზე ბრუნდება. ნდობის მოსაპოვებლად, აუცილებელია, ექთანმა გამოავლინოს კონგრუენტული, თანმიმდევრული ქცევა.

ნდობის ჩამოყალიბებას ექმნება მნიშვნელოვანი საფრთხე, როცა ექთნის მიერ თქმულსა და შესრულებულ მოქმედებას შორის არაა თანხვედრა. მაგ., ექთანი ეუბნება პაციენტს, რომ იგი მასთან ყოველ სამშაბათს დილის 10 საათიდან იქნება, მაგრამ აღმოჩნდება რომ ყოველ მომდევნო კვირას, ერთმანეთს ემთხვევა ექთან-პაციენტის შეხვედრისა და კლინიკური კონფერენციის დრო და ამიტომ ექთანი ვერ მოდის დათქმულ დროს. ნდობის ჩამოყალიბებას ხელს უშლის ასევე ექთნის ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის ურთიერთშეთავსებლობაც. მაგ., თუ აგრესიულად განწყობილი პაციენტი ექთანს თავის მიმართ არაკეთილგანწყობაში ადანაშაულებს, ხოლო ექთანი, მიუხედავად ვერბალური კომუნიკაციისა, სადაც ის ცდილობს პაციენტი კეთილგანწყობაში დაარწმუნოს, სხეულის ენით პაციენტისადმი შიშს გამოხატავს და მისგან ფიზიკურ დისტანცირებას ახდენს, ამით ის არაკონგრუენტულ, ანუ არათანმიმდევრულ ქცევას ავლენს, რომლის დროსაც ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია ერთმანეთს არ ემთხვევა.

რიგი ფსიქიატრიული აშლილობების დროს, დაავადებასთან დაკავშირებული სიმპტომები, როგორცაა პარანოია, დაბალი თვითშეფასება და შფოთვა ხელს უშლის ექთან-

სა და პაციენტს შორის ნდობის ჩამოყალიბებას. მაგ., დეპრესიისა და პანიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს ნაკლებად შესწევთ უნარი, ზედმინწევნიტ მოუსმინონ ექთანს და მიწოდებული ინფორმაციის შინაარსზე მოახდინონ კონცენტრირება; იმ მდგომარეობების დროს, როდესაც პაციენტს არ შესწევს უნარი გამოავლინოს თანმიმდევრული ქცევა და აწარმოოს კონგრუენტული კომუნიკაცია, ექთნის მხრიდან დამყარებული კომუნიკაცია და მიწოდებული მესიჯები მარტივი და გასაგები უნდა იყოს.

გულწრფელი ინტერესი

თავდაჯერებული, საკუთარი შესაძლებლობებისა და შეზღუდვების ზედმინწევნიტ მცოდნე ექთანი, რომელიც კარგად ახდენს კონცენტრირებას საქმეზე, **გულწრფელი ინტერესის** მქონე პირის შთაბეჭდილებას ტოვებს პაციენტებზე. როგორც წესი, ყალბი და არაგულწრფელი დამოკიდებულების ამოცნობას პაციენტები ადვილად ახერხებენ, როდესაც ურთიერთობა აქვთ ექთანთან, რომელიც კითხვებს სვამს, მაგრამ პასუხებს არ ელოდება და პაციენტს სათქმელს არ ასრულებინებს. გასათვალისწინებელია, რომ ზოგჯერ, მხოლოდ სიმართლე და გულწრფელობა არ წარმოადგენს მაღალ პროფესიონალურ ქცევას. რიგ შემთხვევებში, ექთანმა პაციენტთან კომუნიკაციისას შესაძლოა პირადი მაგალითებიც მოიშველიოს. თუმცა, სიფრთხილით უნდა შეირჩეს მაგალითები; ისინი აუცილებლად უნდა იყოს წარსულიდან და არ უნდა წარმოადგენდეს ჯერ კიდევ გარკვეულ ემოციებთან დაკავშირებულ გამოცდილებას. უმჯობესია პირადი მაგალითების მოშველიება რუტინულ ყოველდღიურ საკითხებზე და არა – ძალზედ პერსონალურ საკითხებზე (მეუღლის ან პარტნიორის ღალატზე, გაყრის საკითხებსა და სხვა). პირადი გამოცდილებისა და მაგალითის გაზიარებისას, მნიშვნელოვანია, რომ საუბრის ფოკუსი პაციენტიდან ექთანზე არ გადავიდეს და პაციენტი კვლავ ყურადღების ცენტრში დარჩეს.

ემპათია

ემპათია არის ექთნის უნარი, სრულად აღიქვას პაციენტის გრძნობების აზრი და მნიშვნელობა და გახადოს ისინი პაციენტისთვისაც თვალსაჩინო. ეს არის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი ექთნის მიერ განეული სერვისის ხარისხის თვალსაზრისით. იმისათვის, რომ ზუსტად აღიქვას ამა თუ იმ გამოცდილების მნიშვნელობა და აზრი, აუცილებელი არ არის, ექთანსაც ჰქონდეს იმავე ტიპის გამოცდილება წარსულში. ამისთვის შესაძლოა, პაციენტის კარგად მოსმენაც საკმარისი იყოს. ექთნის მხრიდან მიღებული ემპათიური დამოკიდებულება პაციენტს ეხმარება, გულწრფელად და სრულად გამოხატოს აზრები და ემოციები; პაციენტი გრძნობს, რომ მისი ესმით და ემპათიური არიან მის მიმართ, რაც მოგვიანებით დადებითად აისახება მის გამოსავალზე.

ქვემოთ მოყვანილია მაგალითები დიალოგებიდან, სადაც ექთანი კარგად გამოხატავს ემპათიურ დამოკიდებულებას:

- „ისეთი აღელვებული ვარ, ახლახან ჩემი შვილი იყო მოსული და აინტერესებდა, სად ვინახავ სადეპოზიტო ყუთის გასაღებს.“

ექთანი იყენებს რეფლექსიის ტექნიკას და პასუხობს პაციენტს:

- „აღელვებით იმიტომ, რომ თქვენი შვილი სადეპოზიტო ყუთის გასაღებით დაინტერესდა?“

ექთანი იყენებს განმარტების ტექნიკას:

- „აღელვებით თქვენი შვილის მოსვლის მიზეზით?“

ასეთი ტიპის კომუნიკაცია შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს ექთნისა და პაციენტის ემპათიური ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. დეტალური მაგალითები მე-6 თავშია მოყვანილი.

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს კარგად ესმოდეს სხვაობა ემპათიასა და სიმპათიას (შებრალებას) შორის. შებრალების გრძნობის გამოხატვით, ექთანმა შესაძლოა დათრგუნოს პაციენტის მიერ გრძნობებისა და აზრების გამოხატვა. ზემოთ მოყვანილ მაგალითში, ექთნის სიმპათიური დამოკიდებულების მაგალითი იქნებოდა მისი შემდეგი პასუხი: „მე ვიცი, როგორ შეიძლება შვილმა აგაღელვოს; ჩემი შვილებიც ხშირად ინვევენ ჩემს აღელვებას და ვიცი, ამ დროს როგორ შეიძლება გრძნობდე თავს“. ექთნის მიერ გამოხატულმა სევდამ და დალონებამ შესაძლოა ნეგატიური ზეგავლენა იქონიოს პაციენტისა და ექთნის ურთიერთობაზე და ექთანმა დაკარგოს პაციენტის საჭიროებების ობიექტური შეფასების უნარი.



ემპათია

წყარო: <https://Bahaiteachings.org/Demon-Possession-Devil-True-Exorcism/>.

მიმღებლობა

თუ ექთანი არ ბრაზობს ან ნეგატიურად არ განეწყობა პაციენტისადმი, რომელიც ავლენს ბრაზსა და უარყოფით ემოციებს, შეიძლება ითქვას, რომ იგი იჩენს **მიმღებლობას** პაციენტის მიმართ. მიმღებლობა არის განსჯისგან თავის შეკავება, ქცევის მიუხედავად. ეს თავისთავად არ გულისხმობს საქციელის მიმღებლობას, არამედ ეს არის ადამიანის, როგორც ფასეული ობიექტის აღქმა. მიუხედავად მიმღებლობისა, საჭიროა გარკვეული საზღვრების შემოღება პაციენტისა და ექთნის ურთიერთობაში. არასასიამოვნო სიტუაციებში, ბრაზისა და განსჯის გარეშე, საჭიროა, ექთანმა პაციენტს ცხადად და მტკიცედ გააგებინოს რომ ესა თუ ის ქცევა მიუღებელია. მაგ., პაციენტი ცდილობს, ექთანს წელზე შემოხვიოს ხელები. ექთნის პასუხი უნდა იყოს:

„ჯონ, ხელს წელზე ნუ მხვევ. ჩვენ ახლა განვიხილავთ შენი და შენი მეგობარი გოგონას ურთიერთობებს, რომელიც არ საჭიროებს შენი ხელების ჩემს წელზე შემოხვევას. მოდი, განვაგრძოთ“.

ექთნის მხრიდან არამართებული რეაქცია იქნებოდა: „ჯონ, რას აკეთებ? რა დაგემართა? ახლა მე მივდივარ და ალბათ ხვალ დავბრუნდები“.

მსგავს სიტუაციებში გაქცევა და პაციენტის მიტოვება ისე, რომ მკაფიოდ არ მივუთითოთ პაციენტს მიუღებელ საქციელზე – ექთნის მხრიდან შეცდომაა.

პოზიტიური დამოკიდებულება

პოზიტიურ დამოკიდებულებას ავლენს ექთანი, თუ მას უპირობოდ შეუძლია მიიღოს და პატივი სცეს პაციენტს როგორც ადამიანს, მისი ქცევის, ცხოვრების სტილისა და მახასიათებლებს მიუხედავად. პაციენტისთვის სახელით მიმართვა, მასთან დროის გატარება და მის მიმართ ღია და გულწრფელი დამოკიდებულება, პოზიტიური დამოკიდებულების ერთ-ერთი მაგალითია; მნიშვნელოვანია ასევე პაციენტის იდეებისა და აზრების გათვალისწინება მკურნალობის პროცესში, ამ დროს პაციენტს უჩნდება შეგრძნება, რომ მასაც შეუძლია სასარგებლო წვლილი შეიტანოს მკურნალობის დაგეგმვასა და განხორციელებაში. პოზიტიური დამოკიდებულების გამოხატვის მიზნით ექთანმა საჭიროა გამოავლინოს ყურადღების როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური მეთოდები. არავერბალური გამოხატვის საშუალებებია საუბრისას პაციენტისკენ დახრა, თვალის კონტაქტის შენარჩუნება, სხეულის სწორი პოზიცია, რელაქსირებული, მაგრამ ყურადღებიანი და არაშემფასებლური გამომეტყველება. ვერბალური კომუნიკაციის ნაწილში, მნიშვნელოვანია, ექთანმა არ ისარგებლოს შემფასებლური ფრაზებით. მაგ., პაციენტმა შესაძლოა თქვას, რომ სიბრაზისგან ის ერთი საათის განმავლობაში დედამისს უყვიროდა; თუ ექთნის პასუხი იქნება: “ნუთუ მართლა ასე მოიქცეით?!” ან “ეს, ცხადია, არაფერს შეცვლიდა, ხომ ასეა?!” მაშინ ეს პასუხი შესაძლოა აღქმული იქნას, როგორც საქციელის “ცუდ” ან “არასწორ” ქცევად შეფასების მესიჯი. უკეთესი იქნება, თუ ამ კონტექსტთან დაკავშირებით ექთანი დამაზუსტებელ შეკითხვებს დასვამს ან ნეიტრალურ კომენტარებს გააკეთებს, რომლებიც არ იქნება შემფასებლური შინაარსის მატარებელი: “შემდეგ რა მოხდა?” ან “ალბათ, ძალიან გაბრაზებული იყავით”.

თვითშეგნება და საკუთარი პიროვნების თერაპიაში გამოყენება

პაციენტებამდე მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა, პირველ რიგში, კარგად გაიაზროს საკუთარი პიროვნული მახასიათებლები.

თვითშეგნება არის საკუთარი ღირებულებების, რწმენის, აზრების, გრძნობების, დამოკიდებულებების, მოტივაციების, ცრუ რწმენების, ძლიერი და სუსტი მხარეების შეცნობის პროცესი, რომელიც, ამავე დროს, მოიცავს სხვა ადამიანზე ყველა ამ ნიშან-თვისების ზეგავლენის გაცნობიერებასაც. თვითშეგნება ექთანს ეხმარება განსხვავებული ადამიანების მიღებასა და მათ გაგებაში.

ფასეულობები აბსტრაქტული ცნებაა, რომელიც ადამიანს კარგისა და ცუდის გარჩევაში ეხმარება და ცხოვრებისეული ქცევის ერთგვარ სტანდარტს ადგენს. ფასეულობების მაგალითებია გულმოდგინე შრომა, პატიოსნება, გულწრფელობა, სისუფთავე და მოწესრიგებულობა. ფასეულობათა ჩამოყალიბების პროცესი შედგება სამი ძირითადი საფეხურისგან. *ფასეულობის არჩევა* – ამ ეტაპზე ადამიანი სხვადასხვა ფასეულობათა შორის ირჩევს იმ ფასეულობას, რომელიც მას მართებულად ეჩვენება. *ფასეულობის მნიშვნელობის აღიარება* – ამ ეტაპზე ადამიანი საჯაროდ ახდებს მის არჩეულ ფასეულობასთან მიკუთვნებას. *მოქმედება* – ამ ეტაპზე ადამიანი თავისი არჩეული ფასეულობის იმპლემენტაციას ახდენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში. მაგ., სისუფთავისა და წესრიგის მოყვარული სტუდენტი, რომელმაც ცხოვრება მოუნესრიგებელ სტუდენტთან ერთად დაიწყო, პირველ

ეტაპზე ვერ ხვდება, რატომ არიან თავს ოთახში დაბრუნებას და ოთახის მეზობელთან ურთიერთობისას გარკვეული ტიპის დაძაბულობას გრძნობს. დაკვირვების შემდეგ ის აცნობიერებს, რომ მას პირადი სივრცის გამოყენება სხვანაირად წარმოუდგენია (ღირებულების არჩევა). მომდევნო ეტაპზე სტუდენტი წარმოშობილ კონფლიქტს მეგობრებთან და ახლობლებთან განიხილავს (ფასეულობის მნიშვნელობის აღიარება), საბოლოო ჯამში კი იგი გადანყვეტს, წარმოქმნილ პრობლემასთან დაკავშირებით ოთახის მეგობარს გაესაუბროს (მოქმედება).

რწმენები არის ადამიანის აზრები, რომელიც მას მართებული ჰგონია. მაგ., “თუ მზე ანათებს, ეს იმას ნიშნავს, რომ კარგი დღე იქნება”, ან “ბარდა აუცილებლად წმინდა პატრიკის დღეს უნდა დაითესოს”. რიგ შემთხვევებში, რწმენებს მათ გასაძლიერებლად თან ახლავს ობიექტური მტკიცებულებები. მაგ., ადამიანებს, რომლებსაც ევოლუციური თეორიის სწამთ, აღიარებენ და იღებენ ამ თეორიის შესაბამის მტკიცებულებებს. რიგ შემთხვევებში, რწმენა არ არის დამოკიდებული რაიმე სახის ობიექტურ მტკიცებულებაზე ან ზოგჯერ არსებობს რწმენის საწინააღმდეგო მტკიცებულებებიც, თუმცა ეს ადამიანს ხელს არ უშლის რწმენის ქონაში. მაგ., ადამიანებს ხშირად აქვთ გარკვეული ტიპის რწმენები მათთვის უცნობი კულტურების შესახებ, რომელიც მხოლოდ სხვა ადამიანების შიშებსა და კომენტარებს ეფუძნება და არა – რაიმე სახის ობიექტურ მტკიცებულებებს.

დამოკიდებულებები პიროვნების გრძნობების გარკვეული ტიპის ჩარჩოს წარმოადგენს, რომლის შიგნითაც ადამიანის მსოფლმხედველობა ეწყობა. იმის და მიხედვით, თუ როგორ დამოკიდებულებებს ავლენს ადამიანი, არის ის იმედიანი, პოზიტიური, ნეგატიური, ოპტიმისტური თუ პესიმიტური, განისაზღვრება ადამიანის მიერ სამყაროს აღქმის ხასიათიც. მაგ., პოზიტიური დამოკიდებულების მქონე პიროვნება მაღაბიის რიგში დგომისას, მოლოდინის დროს დადებითად გამოიყენებს, თუნდაც – სუნთქვითი ვარჯიშისთვის და მოსადუნებლად.

მნიშვნელოვანია, რომ გარკვეული ცხოვრებისეული სიბრძნისა და პროფესიული გამოცდილების მიღების შემდეგ, ექთნებმა გადააფასონ საკუთარი რწმენები და დამოკიდებულებები. გადააფასებული თვითშეგნება ექთანს საშუალებას აძლევს, მიიღოს სხვების ღირებულებები, დამოკიდებულებები და შეხედულებები, რომელიც შეიძლება მისგან განსხვავდებოდეს. 5.2 ცხრილში, მოცემულია ის კითხვები, რომელიც ექთანს კულტურული საკითხების უკეთ გაცნობიერებაში დაეხმარება. ადამიანი, რომელიც საკუთარ დამოკიდებულებასა და რწმენას არ აანალიზებს, შესაძლოა ცრურწმენებითა და საკითხებისადმი სტერეოტიპული დამოკიდებულებებით ხასიათდებოდეს. ხშირია ადამიანების ეთნოცენტრული დამოკიდებულებაც (როდესაც ადამიანს საკუთარი კულტურა და წარმომავლობა სხვაზე უპირატესი ჰგონია), განსაკუთრებით მაშინ, როცა ადამიანს სხვა კულტურებთან ნაკლები შეხება აქვს (კულტურულ კომპეტენციებთან დაკავშირებით იხილეთ თავი 7). 5.3 ცხრილში მოცემულია ფასეულობათა შეფასების ინსტრუმენტი, რომელიც ექთნებს სხვა კულტურებთან მიმართებით საკუთარი დამოკიდებულებების განსაზღვრასა და შეფასებაში დაეხმარება.

საკუთარი პიროვნების თერაპიული გამოყენება

თვითშეგნების განვითარებითა და პიროვნული დამოკიდებულებების კარგად გათავისების შედეგად, ექთანს შეუძლია საკუთარი პიროვნების ისეთი ასპექტები, როგორიცაა ღირებულებები, გამოცდილება, გრძნობები, ინტელექტი, საჭიროებები და სტრესთან

გამკლავების უნარები საკუთარი პაციენტების მკურნალობის პროცესში გამოიყენოს.

ცხრილი 5.2 შეკითხვები კულტურული თავისებურებების შეცნობისათვის

საკუთარი კულტურული მემკვიდრეობის აღიარება

- რომელ ეთნიკურ ჯგუფს, სოციოეკონომიკურ კლასს, რელიგიურ აღმსარებლობას, ასაკობრივ ჯგუფსა და სოციუმს მიეკუთვნებით?
- რა ურთიერთობის გამოცდილება გაქვთ სხვა ეთნიკური ჯგუფების, სოციოეკონომიკური კლასის, რელიგიური აღმსარებლობის, ასაკობრივი ჯგუფისა და სოციუმის წარმომადგენლებთან?
- რა ტიპის იყო თქვენ მიერ მიღებული გამოცდილება? როგორ ემოციას აღძრავს ეს გამოცდილება თქვენში?
- თქვენი ზრდის პროცესში, როგორ მოიხსენიებდნენ თქვენგან განსხვავებულ ადამიანებს თქვენი ოჯახის წევრები და გარშემომყოფები?
- რას ფიქრობთ საკუთარი ეთნიკური ჯგუფის, სოციოეკონომიკური კლასის, რელიგიური აღმსარებლობის, ასაკობრივი ჯგუფისა და სოციუმის შესახებ? ისურვებდით მის შეცვლას? რატომ?
- რა სოციოკულტურული ნიშან-თვისება შეიძლება იყოს სხვა კულტურების მხრიდან თქვენი მიუღებლობის მიზეზი?
- რომელ ინტერპერსონალურ უნარს ფლობთ, რომელიც თქვენ სხვა კულტურის წარმომადგენლებთან ურთიერთობის დამყარებაში დაგეხმარებოდათ? თქვენი რომელი პიროვნული ნიშან-თვისება იქნებოდა ხელის შემშლელი ფაქტორი?

ამ ფენომენს **საკუთარი პიროვნების თერაპიული გამოყენება** ეწოდება, რომელსაც ექთნები პაციენტის მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების მიზნებისთვის ხშირად მიმართავენ. პეპლაუ, რომელმაც ექთან-პაციენტის ეს ურთიერთობა აღწერა, ამბობდა, რომ ექთანი საკუთარი თავის შეცნობის შედეგად უფრო ეფექტიანად ახდენს საკუთარი პიროვნების გამოყენებას თერაპიული მიზნებისთვის და პაციენტს ზრდასა და განვითარებაში ეხმარება იმგვარად, რომ საკუთარ ღირებულებებსა და წარმოდგენებს თავს არ ახვევს, რითაც პაციენტის არჩევანის თავისუფლებას უწყობს ხელს.

ექთნის ქმედებები, თავის მხრივ, თავისი ცხოვრებისეული, კულტურული, განათლებისა და სულიერი ფასეულობების შედეგია. ექთნებს და, ზოგადად, ადამიანებს, ქცევაში გარკვეული ტიპის ავტომატიზმი ახასიათებთ, ამიტომ ექთნებს უფრო მეტი სიფრთხილე მართებთ, ვინაიდან ასეთი ტიპის ავტომატიზმმა შესაძლოა დააზარალოს ექთან-პაციენტის თერაპიული ურთიერთობები.

საკუთარი თავის შეცნობის ერთ-ერთი ინსტრუმენტია ჯოჰარის ფანჯარა, რომელიც ადამიანის შესახებ ერთგვარ “სიტყვიერ პორტრეტს” ქმნის და პიროვნების თვითშეცნობის დონესა და კომუნიკაციის მახასიათებლებს ადგენს.

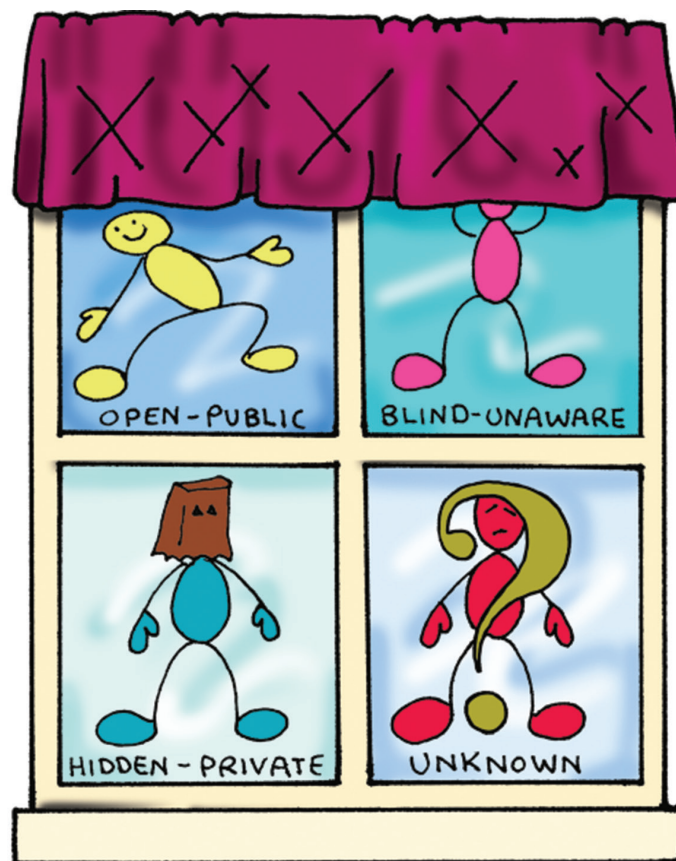
კვადრანტი 1: ღია/საჯარო – პიროვნული თვისებები, რომელიც ცნობილია როგორც უშუალოდ პიროვნებისთვის, ისე სხვებისთვის.

კვადრანტი 2: დაფარული/უცნობი – პიროვნული თვისებები, რომელიც მხოლოდ სხვებისთვისაა ცნობილი.

კვადრანტი 3: დახურული/პირადი – პიროვნული თვისებები, რომელიც მხოლოდ თქვენთვისაა ცნობილი.

კვადრანტი 4: უცნობი – თავისუფალი კვადრანტი, რომელიც ამ ეტაპზე უცნობი პიროვნული თვისებების გამომხატველია.

ჯოჰარის ფანჯრის შექმნისას, ექთნის უპირველესი ამოცანა საკუთარი პიროვნული თვისებების სიის შექმნაა, რომელიც უნდა მოიცავდეს ღირებულებებს, დამოკიდებულებებს, გრძნობებს, ძლიერ მხარეებს, ქცევებს, მიღწევებს, საჭიროებებს, სურვილებსა და ფიქრებს. ამის შემდეგ ექთანი საკუთარი პიროვნების როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეების იდენტიფიცირების მიზნით, სხვა ადამიანებს უნდა გაესაუბროს. ამოცანის წარმატებულად შესრულებისთვის აუცილებელია, რომ მიღებული პასუხები ღია და გულწრფელი იყოს; ამასთან, უარყოფითი მახასიათებლების მიმთითებელი პიროვნებებისადმი რაიმე სახის სანქციის წარმოშობის რისკი არ უნდა არსებობდეს. ჯოჰარის ფანჯრის საბოლოოდ შესავსებად შედეგები ერთმანეთს უნდა შედარდეს და შესაბამისი მახასიათებლები, შესაბამის ფანჯარაში მოთავსდეს.



ჯოჰარის ფანჯარა

წყარო: Videbeck, Sheila L. Psychiatric-mental health nursing / Sheila L. Videbeck ; illustrations by Cathy J. Miller. — 6th ed.

თუ პირველ კვადრანტში ყველაზე გრძელი სია გამოვიდა, ეს ნიშნავს, რომ ექთანი ღიაა სხვების მიმართ; ხოლო თუ მასში მოთავსებული სია მოკლეა, ნიშნავს, რომ ექთანი სხვების მიმართ ნაკლებად ღიაა და სხვებს საკუთარი თავის შესახებ ინფორმაციას ნაკლებად უზიარებს. თუ პირველი და მესამე კვადრანტები ორივე მოკლე სიას გვაჩვენებს, ეს ნიშნავს, რომ პიროვნება ადეკვატური თვითშეფასებით ნაკლებად ხასიათდება. ნებისმიერი პიროვნების ამოცანაა, რაც შეიძლება მეტი თვისების მიგრაცია მოახდინოს პირველი კვადრანტისკენ, სადაც თავს იყრის ადამიანის ის ნიშან-თვისებები, რომელიც

ცნობილია როგორც სხვებისთვის, ისე საკუთარი თავისთვის. პირველ კვადრანტში სიის გაფართოება ნიშნავს, რომ ადამიანი საკუთარ თავს კარგად იცნობს.

ცხრილი 5.3 ფასეულობათა შეფასება

ღირებულებები, არის ის საკითხები, რომელიც ადამიანის ცხოვრებაში უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს. მათზე დაყრდნობით განისაზღვრება ადამიანის ცხოვრების შინაარსი და მიზანი. ღირებულებები ჩვენი ყველა ქმედების ჩუმი მოტივატორია. ფასეულობათა შეფასების ძირითადი მიზანი სწორედ იმ ძალების სრულად აღიარება და შეცნობაა. საკუთარი ღირებულებების შესწავლის მიზნით მოახდინეთ ყველა თქვენი ღირებულების იდენტიფიცირება და მათი რანჟირება; შეარჩიეთ ძირითადი სამი ან ხუთი ღირებულება.

<ul style="list-style-type: none"> ● ადამიანებთან ყოფნა; ● სიყვარული სხვათა მხრიდან; ● ქორწინებაში ყოფნა; ● განსაკუთრებული პარტნიორის ყოფნა; ● კომპანიონის ყოფნა; ● სხვისი სიყვარული; ● სხვაზე ბრუნვა; ● სხვისი დახმარების ქონა; ● შეკრული ოჯახის ქონა; ● კარგი მეგობრების ყოფნა; ● სხვათა მხრიდან მონივნება; ● პოპულარულობა; ● სხვათა მხრიდან აღიარების მიღება; ● დაფასება; ● სამართლიანი დამოკიდებულების ქონა სხვათა მხრიდან; ● გაღმერთება სხვათა მხრიდან; ● დამოუკიდებლობა. 	<ul style="list-style-type: none"> ● გაბედულობა; ● კონტროლის უნარი; ● თვითკონტროლის უნარი; ● ემოციური სტაბილურობა; ● თვით მიმღებლობის ქონა; ● ღირსებისა და სიამაყის განცდა; ● კარგად ორგანიზებულობა; ● კომპეტენტურობა; ● სწავლა და მრავლის შეცნობა; ● წარმატების მიღწევა; ● პროდუქტიულად დაკავებულობა; ● სასიამოვნო სამსახურის ქონა; ● მნიშვნელოვანი სამსახურეობრივი პოზიციის ქონა; ● ფულის გამომუშავება; ● იდეალისტური მისწრაფებების ქონა. 	<ul style="list-style-type: none"> ● სამყაროში საკუთარი წვლილის შეტანა; ● უსამართლობის წინააღმდეგ ბრძოლა; ● ეთიკური ნორმების დაცვით ცხოვრება; ● კარგი მშობლის ან შვილის როლი; ● სულიერების მქონე პიროვნებად ყოფნა; ● ღმერთთან კავშირის ქონა; ● სიმშვიდისა და სინყნარის ქონა; ● სახლის ქონა; ● ფესვების შენარჩუნება; ● ფინანსური უსაფრთხოება; ● არსებულის შენარჩუნება; ● ფიზიკური უსაფრთხოება; ● ტკივილისგან თავისუფლება. 	<ul style="list-style-type: none"> ● სხვათა მხრიდან არაექსპლუატაციური დამოკიდებულება; ● სასურველის ადვილად მიღება; ● კომფორტის ქონა; ● უდარდელობა; ● მხიარულობა; ● ემოციური კეთილდღეობა; ● ფიზიკური სილამაზე; ● კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაში ყოფნა; ● ჯანმრთელობა; ● ფასეული ნივთების ფლობა; ● კრეატიულობა; ● ღრმა გრძნობების ქონა; ● პიროვნული ზრდა; ● სიცოცხლის სილამაზის დაფასება და ტკბობა; ● მიზნის ქონა.
---	--	---	---

წყარო: Joyce Sichel. From Bernard, M. E., & Wolfe, J. L. (Eds.) (2000). The RET resource book for practitioners. New York, NY: Albert Ellis Institute.

ცოდნის ტიპები

ჰილდეგარდ პეპლაუმ, ექთანმა, რომელიც მრავალი მიმართულებით ავითარებდა საექთნო საქმის თეორიებს, ჩამოაყალიბა **მოლოდინების** რაობა. მოლოდინი არის წინასწარ შექმნილი წარმოდგენები, რომელიც ადამიანს მოვლენების მიმართ გააჩნია. მოლოდინები უდიდეს როლს ასრულებს ავთენტური ურთიერთობების ჩამოყალიბების პროცესში. წინასწარ შექმნილმა მოლოდინებმა, რომელიც, თავის მხრივ, ექთნის რწმენებსა და ფასეულობებს ეყრდნობა, შესაძლოა მნიშვნელოვანად უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს ექთნისა და პაციენტის თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე. მაგ., ლათინოამერიკელ პაციენტს, რომელსაც წინასწარ აქვს შექმნილი სტერეოტიპი, რომ ყველა მამრობითი სქესის ექთანი ჰომოსექსუალია, უარს აცხადებს მამაკაც ექთანზე, როგორც მის მომვლელზე. თავის მხრივ, მამაკაც ექთანს, რომელსაც წინასწარ აქვს შექმნილი განწყობა, რომ ყველა ლათინოამერიკელი ზამბარიან დანას მუდამ თან ატარებს მოხარულია, რომ პაციენტმა უარი განაცხადა მის მომსახურებაზე. შედეგად, როგორც პაციენტი, ისე ექთანი არასწორად შექმნილი წინასწარი განწყობების გამო არასწორად იქცევიან და მცდარ გადაწყვეტილებებს იღებენ.

კარპერმა (1978) საექთნო სწავლებაში **ცოდნის ოთხი მოდელი** შემოიტანა: ემპირიული (ცოდნა, რომელიც საექთნო სწავლებას ეფუძნება), პერსონალური (ცოდნა, რომელიც ცხოვრებისეულ გამოცდილებას ეფუძნება), ეთიკური (ცოდნა, რომელიც საექთნო მორალის სწავლებას ეფუძნება), ესთეტიკური (ცოდნა, რომელიც საექთნო საქმის ხელოვნებას ეფუძნება). ცოდნის აღნიშნული პატერნების შესახებ ინფორმაციის ფლობა ექთანს თავისი საქციელის მოტივების ანალიზში ეხმარება (ცხრილი 5.4). მუნჰალმა ერთი დამატებითი ტიპი – „**არცოდნა**“ შემოიტანა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ექთანი აღიარებს თავის „არცოდნას“ პაციენტის შესახებ და მის მიმართ წინასწარ სუბიექტური აზრებითა და მოლოდინებით არ განეწყობა. მიდგომის ეს ტიპი ეხმარება ექთანს, წინასწარ განწყობების გარეშე დაიწყოს პაციენტთან თერაპიული ურთიერთობა და იგი უფრო ნაყოფიერი გახადოს.

ცხრილი 5.4 საექთნო ცოდნის ოთხი ტიპი კარპერის მიხედვით

პატერნი	მაგალითი
ემპირიული ცოდნა (ცოდნა, რომელიც საექთნო სწავლებას ეფუძნება)	პაციენტს აქვს პანიკური აშლილობა. პანიკური შეტევის შედეგად მას პულსი მომატებული ექნება
პერსონალური (ცოდნა, რომელიც ცხოვრებისეულ გამოცდილებას ეფუძნება)	პაციენტს სახეზე პანიკა, ძლიერი შიში ეტყობა
ეთიკური (ცოდნა, რომელიც საექთნო სწავლებაში მორალურ საკითხებს ეფუძნება)	ცვლის დასრულების მიუხედავად, ექთანი პაციენტთან რჩება
ესთეტიკური (ცოდნა, რომელიც საექთნო საქმის ხელოვნებას ეფუძნება)	მიუხედავად იმისა, რომ გარეგნული ნიშნების გამოვლენა ახლა დაიწყო, ექთანი პაციენტის ქცევასა და გამოხატულებებში ცვლილებებს მანამდეც ამჩნევდა

ურთიერთობათა ტიპები

ყველა ურთიერთობა უნიკალურია, თუმცა მათი ხასიათიდან გამომდინარე ისინი შე-
საძლებელია, პირობითად, დაიყოს შემდეგ ტიპებად: სოციალური, ინტიმური და თერა-
პიული.

სოციალური ურთიერთობები

სოციალური ურთიერთობების ძირითადი მიზანი მეგობრობა, სოციალიზაცია, კომპა-
ნიონობა ან ერთობლივად რაიმე სახის ამოცანის შესრულებაა. ურთიერთობები, რომე-
ლიც შესაძლოა ზედაპირული იყოს, ძირითადად აზრების, გრძნობებისა და გამოცდილე-
ბის გაზიარებას ემსახურება და ადამიანთა შორის ურთიერთობების არსებობის წყურვილს
აკმაყოფილებს. ასეთი ტიპის ურთიერთობებისას ადამიანები ერთმანეთს რჩევებსაც აძ-
ლევენ და ურთიერთობების განმავლობაში როლებსაც ცვლიან. ასეთი ტიპის ურთიერ-
თობების შედეგი ნაკლებად ფასდება ხოლმე. ექთან-პაციენტის ურთიერთობის თავდა-
პირველ ეტაპზე სოციალური ურთიერთობა მყარდება. მათ შესაძლოა ისაუბრონ ამინდზე,
სპორტზე და სხვადასხვა, მათთვის საინტერესო თემაზე. თუმცა ამ ტიპის ურთიერთობის
მეტისმეტად გაღრმავებამ ექთნის მიერ დასახული მიზნების შესრულებას შესაძლოა საფ-
რთხე შეუქმნას და დასახული თერაპიული მიზნების მიღწევა გართულდეს.

ინტიმური (ახლო) ურთიერთობები

ჯანსაღ, ინტიმურ ურთიერთობაში მონაწილეობს ორი ადამიანი, რომელიც ერთმა-
ნეთთან, ამავდროულად, ემოციურად არიან დაკავშირებულნი. ურთიერთობაში მონაწი-
ლე ორივე მხარე თავისი საჭიროებების შესრულებაზეა ორიენტირებული და ამაში ისინი
ერთმანეთს ეხმარებიან კიდევ. ახლო ურთიერთობა შესაძლოა იყოს როგორც სექსუალუ-
რი, ისე ემოციური ხასიათის, ასევე ის შესაძლოა ჩამოყალიბდეს ორ ადამიანს შორის,
რომლებიც საერთო მიზნის განხორციელებისკენ მიისწრაფვიან. ინტიმური ურთიერთო-
ბების შეფასება შესაძლოა ხდებოდეს ან არ ხდებოდეს. ექთან-პაციენტის ურთიერთობა-
ში ინტიმური ურთიერთობების ჩამოყალიბება უადგილოა.

თერაპიული ურთიერთობები

თერაპიული ურთიერთობები მნიშვნელოვნად განსხვავდება როგორც სოციალური,
ისე ინტიმური ურთიერთობებისგან. ის ძირითადად პაციენტის საჭიროებებზე, გამოცდი-
ლებებზე, გრძნობებსა და იდეებზეა ორიენტირებული. ექთანი და პაციენტი წინასწარ თან-
ხმდებიან, თუ რაზე უნდა იმუშაონ და სამუშაოს დასასრულს მიღებულ შედეგებს აფასებენ.
პაციენტთან ურთიერთობის მიზნებისთვის ექთანი იყენებს კომუნიკაციის უნარს, პიროვ-
ნულ, ძლიერ მხარეებსა და ცოდნას, ადამიანის ქცევის შესახებ. თერაპიული ურთიერ-
თობების ვექტორი ყოველთვის პაციენტისკენ და მისი საჭიროებებისკენაა მიმართული
და ექთანი არ უნდა ინტერესდებოდეს, მოსწონს თუ არა პაციენტს იგი პიროვნულად ან
განიცდის თუ არა მის მიმართ მადლიერების გრძნობას. თუ ექთანს მსგავსი ინტერესები
უჩნდება, ეს იმას ნიშნავს, რომ ამ ურთიერთობაში ექთანი პაციენტზე სრულად კონცენტ-
რირებული არის არის. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა სწრაფად მოახდინოს
მობილიზება და სოციალური ურთიერთობებისკენ გადახრილი თერაპიული ურთიერთო-
ბა საჭირო კალაპოტში დააბრუნოს.

ექთნის თვითშეცნობის დონემ თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე შესაძლოა დადებითად, ანუ პოზიტიურად იმოქმედოს. მაგ., ექთანმა, რომელიც პაციენტთან ურთიერთობის დროს ღელავს, შესაძლოა ამ კავშირს უფრო სოციალური ხასიათი მისცეს, ვინაიდან პაციენტთან ზედაპირული ხასიათის სოციალური ურთიერთობები მას მეტ სიმშვიდეს ჰგვრის. თუ ექთანი კარგად აცნობიერებს საკუთარ შიშებსა და გამონწვევებს, უშვებს გაესაუბროს შესაბამის პირებს და თავის წინაშე წარმოშობილი სირთულეების დასაძლევად მიიღოს დახმარება.

თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბება

თუ ექთანს აქვს როგორც თვითდაჯერებულობა, ისე თვითშეგნება, იგი მზადაა თერაპიული ურთიერთობების დასაწყებად; ვინაიდან პიროვნული ზრდა მთელი ცხოვრება გრძელდება, შეუძლებელია, რომ ექთანი ბოლომდე კარგად იცნობდეს საკუთარ თავს, თუმცა საკუთარი სუსტი მხარეების ცოდნა და მართვა ამ ურთიერთობების დაწყებისთვის საუკეთესო სტარტია.

ფაზები

პეპლავ 35 წელი სწავლობდა ექთან-პაციენტის ურთიერთობების თავისებურებებსა და ფაზებს. მისი ნაშრომების მიხედვით, ექთნისა და პაციენტის თერაპიული ურთიერთობა სამი ფაზით ხასიათდება: ორიენტაცია, მუშაობა და რეზოლუცია, ანუ ტერმინაცია (ცხრილი 5.5). რეალურ ცხოვრებაში ეს ფაზები, ცხადია, ერთმანეთისგან მკაფიოდ გამოყოფილი არაა და მათ შორის გარკვეული ტიპის გადაფარვები არსებობს.

ცხრილი 5.5 ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობების ფაზები

		მუშაობა	
ორიენტაცია	იდენტიფიკაცია	ექსპლუატაცია	ტერმინაცია
პაციენტი			
<ul style="list-style-type: none"> ● ეძებს დახმარებას; ● გამოხატავს საჭიროებებს; ● სვამს შეკითხვებს; ● წარსული გამოცდილებიდან გამომდინარე, მოლოდინებს ექთანს უზიარებს. 	<ul style="list-style-type: none"> ● პრობლემების იდენტიფიცირებაში მონაწილეობა; ● დროში ორიენტირება; ● პასუხობს დახმარებაზე; ● იდენტიფიცირდება ექთანთან; ● აღიარებს ექთანს, როგორც პიროვნებას; ● გადმოსცემს გრძნობებს; ● ექთანთან ურთიერთობაში მონაცვლეობით ავლენს დამოუკიდებლობას, დამოკიდებულებასა და ურთიერთდამოკიდებულებას; 	<ul style="list-style-type: none"> ● სრულად იყენებს შეთავაზებულ სერვისებს; ● ახდენს ახალი მიზნების იდენტიფიცირებას; ● ავლენს ქცევათა სწრაფ ცვლილებას; ● ავლენს ექსპლუატაციურ ქცევას; ● არის თვითმმართველი; 	<ul style="list-style-type: none"> ● ძველი საჭიროებები ქრება; ● ახალ მიზნებს სახაავს; ● იძენს დამოუკიდებლობას; ● იყენებს პრობლემის გადაჭრის ახალ უნარებს; ● ურთიერთობის სტილსა და ფორმაში ინარჩუნებს მიღწეულ შედეგებს;

	<ul style="list-style-type: none"> ● ზრდის ფოკალურ ინტერესს; ● იცვლება გარეგნულად (უკეთესობისკენ ან უარესობისკენ); ● აღიქვამს შეხვედრებს შორის ურთიერთკავშირს (როგორც პროცესის, ისე შინაარსის თვალსაზრისით); ● ექთნის გამოცდის მცდელობები მცირდება. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ავითარებს ინტერპესონალური ურთიერთობებისა და პრობლემების გადაჭრის უნარებს; ● აღინიშნება ცვლილებები კომუნიკაციებში (მეტად ღიაა და მოქნილი). 	<ul style="list-style-type: none"> ● უმჯობესდება თვითაღქმა; ● ავადმყოფობასთან ინტეგრირებას ახდენს; ● ავლენს დამოუკიდებლად გამკლავების უნარს;
ექთანი			
<ul style="list-style-type: none"> ● პასუხობს პაციენტს; ● აწვდის შეხვედრების პარამეტრებს; ● ახდენს როლების ახსნას; ● აგროვებს ინფორმაციას; ● ეხმარება პაციენტს პრობლემის იდენტიფიცირებაში; ● ეხმარება პაციენტს თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისების გამოყენების დაგეგმარებაში; ● ამცირებს შფოთვისა და დაძაბულობას; ● უსმენს აქტიურად; ● ახდენს პაციენტის ენერჯის ფოკუსირებას; ● ხსნის ექთნის წინასწარ განწყობებსა და მოლოდინებს. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ინარჩუნებს დამოუკიდებელ იდენტობას; ● ავლენს ფოკალური ყურადღების კონტროლის უნარს; ● ავლენს უპირობო მიმღებლობას; ● ეხმარება საჭიროებებისა და გრძნობების გამოხატვაში; ● აფასებს და მოქმედებებს არგებს საჭიროებებს; ● აწვდის ინფორმაციას; ● ეხმარება პაციენტს დაძლიოს უძღურების და სასონარკვეთის შეგრძნება; ● არ აძლევს პაციენტს საშუალებას, რომ დაძაბოს თავისმა შფოთვამ; ● ეხმარება პაციენტს ფოკუსირებაში; ● იყენებს სიტყვა სტიმულს. 	<ul style="list-style-type: none"> ● აგრძელებს შეფასებას; ● პასუხობს წარმოშობილ საჭიროებებს; ● სწორად იგებს ქცევაში გაჩენილ ცვლილებებს; ● ადგენს რეაბილიტაციის გეგმას; ● ამცირებს ღელვას; ● ახდენს პოზიტიური ფაქტორების იდენტიფიცირებას; ● ეხმარება ყველა საჭიროების შესაბამისი გეგმის შედგენაში; ● ხელს უწყობს პიროვნულ ზრდას; ● უმკლავდება თერაპიულ სირთულეებს. 	<ul style="list-style-type: none"> ● საჭიროების ამონურვამდე ინარჩუნებს პაციენტთან ურთიერთობას; ● აქტიურად ურთიერთობს ოჯახთან; ● ასწავლის პრევენციულ ღონისძიებებს; ● იყენებს თემზე/გარემოზე დაფუძნებულ ინსტიტუციებს; ● ასწავლის საკუთარი თავის მოვლას; ● ასრულებს ექთან-პაციენტის ურთიერთობას.

ადაპტირებულია Forchuck, C., & Brown, B. (1989). Establishing a nurse–client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 30–34.

ორიენტაცია

ორიენტაციის ფაზა იწყება ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობების დასაწყისიდან და სრულდება მაშინ, როცა პაციენტის მხრიდან ხდება იმ პრობლემების იდენტიფიცირება, რომელზედაც მუშაობა მოგვიანებით უნდა დაიწყოს. ორიენტაციის დროს ექთანი საზღვრავს ამ ურთიერთობაში როლებს, შეხვედრების დანიშნულებებსა და პარამეტრებს; ახდენს პაციენტის პრობლემებისა და მოლოდინების იდენტიფიცირებას.

პაციენტთან შეხვედრამდე ექთანს მნიშვნელოვანი საქმის შესრულება უნევს. უშუალო კონტაქტამდე მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა მოიძიოს და გაეცნოს პაციენტზე არსებულ სამედიცინო ისტორიას. დეტალურად გაეცნოს ყველა იმ მედიკამენტს, რომელსაც პაციენტი ახლა იღებს, შეავსოს და მოაწესრიგოს ყველა შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტი და მოიძიოს ადგილი, სადაც იგი პაციენტთან გასაუბრებას მშვიდ ვითარებაში შეძლებს. პაციენტთან შეხვედრამდე მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა, კონტექსტიდან გამომდინარე, თავისი ყველა ძლიერი და სუსტი მხარე გააანალიზოს. ასევე გაიაზროს თავისი წინა გამოცდილებიდან გამომდინარე, ურთიერთობაში გარკვეული სირთულეების წარმოქმნას ხომ არ უნდა ელოდოს? მაგ., თუ პაციენტი მოძალადე ქმარია და ექთნის მამაც მოძალადე ქმარი იყო, მაშინ ექთანი აუცილებლად უნდა დაფიქრდეს, თუ რა გრძნობებს აღძრავს ეს სიტუაცია მასში? რა მოგონებებთან არის მისთვის დაკავშირებული ეს ყველაფერი და შეძლებს თუ არა იგი მუშაობის პროცესში ამ მოგონებების დაძლევას იმგვარად, რომ პაციენტთან თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას ხელი არ შეუშალოს. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პაციენტთან ურთიერთობის დაწყება წინასწარ შექმნილი განწყობების გარეშე შეძლოს. თუ ექთანი თვლის, რომ მას მუშაობის პროცესში სხვადასხვა ფაქტორის გამო შესაძლოა პრობლემები შეექმნას, მნიშვნელოვანია, რომ მან ამის შესახებ შეატყობინოს ზემდგომ პირებს.

ორიენტაციის ფაზის განმავლობაში ექთანი პაციენტს თავის მიმართ ნდობით განაწყობს. ექთანსა და პაციენტს შორის ნდობის ჩამოყალიბება სრულად ექთნის პასუხისმგებლობაა. ორიენტაციის ფაზაში, ექთანმა პაციენტს ყურადღებით უნდა მოუსმინოს, გამოავლინოს ემპათიური დამოკიდებულება და აგრძნობინოს, რომ პაციენტის პრობლემები მისთვის გასაგებია. პოზიტიურად დაწყებულ ურთიერთობებს, წარმატების მეტი შანსი აქვს. თუ პაციენტს წარსულში ექთნებთან ურთიერთობის ნეგატიური გამოცდილება აქვს, შესაძლებელია, დასაწყის ხანებში მან გარკვეული ტიპის უნდობლობაც კი გამოავლინოს, რასაც, შესაძლოა, თან ახლდეს გარკვეული ტიპის პრობლემური ქცევაც, ხოლო ნდობის დაბრუნებას შესაძლოა რამდენიმე სესიაც კი დასჭირდეს.

ექთან-პაციენტის კონტრაქტები. მიუხედავად მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრებთან წარსულში არსებული გარკვეული გამოცდილებისა, ექთანმა პაციენტს მკურნალობის პროცესში მაინც უნდა აუხსნას თავისი როლი. ყველაზე ცოტა, როგორც ექთანმა, ისე პაციენტმა აღნიშნულ ურთიერთობაზე გარკვეული ტიპის არაფორმალური პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ. რიგ შემთხვევაში შესაძლებელია, დადგეს ფორმალური კონტრაქტის აუცილებლობაც (მაგ., თუ პაციენტი ზეპირსიტყვიერად აღებულ ვალდებულებებს მუდმივად ივიწყებს).

კონფიდენციალობა ეს არის პაციენტის ინფორმაციის გაუთქმელობის ვალდებულება და გულისხმობს ინფორმაციის გაზიარებასა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას მხოლოდ იმ პირთათვის, რომლებიც უშუალოდ არიან ჩართული ზრუნვის

პროცესში. ზრდასრული პაციენტების შემთხვევაში, მათ თავად შეუძლიათ გადაწყვიტონ იმ პირთა ვინაობა, რომელთაც შეუძლიათ მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიღება. პაციენტის დაცულობის შეგრძნების უზრუნველყოფის მიზნით, პაციენტს მკურნალობის დასაწყისშივე უნდა ეცნობოს, თუ ვის ექნება წვდომა პაციენტის სამედიცინო ინფორმაციაზე.

კონფიდენციალობის კონტექსტში, ექთანმა განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი მას საიდუმლოს შენახვას სთხოვს. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ საკითხი პაციენტის ან მის გარშემომყოფთა უსაფრთხოებას ეხება; თუ მაგ., პაციენტი ექთანს ეუბნება, რომ ის ამაღამ მე-14 სართულიდან ფიქრობს გადმოხტომას, მაგრამ მას უნდა, რომ ეს ექთანმა საიდუმლოდ შეინახოს, აუცილებელია, რომ ექთანმა განუმარტოს პაციენტს, რომ ის საიდუმლოს ვერ შეინახავს, თუმცა მას ესმის პაციენტის და რომ თავად და პერსონალის სხვა წევრები ყველაფერს გააკეთებენ იმისთვის, რომ მან თავი უკეთ იგრძნოს.

გაუთქმელობის ვალდებულებასთან ერთად ექთანს აქვს **შეტყობინების ვალდებულება**. კერძოდ, თუ პაციენტი თავის საუბარში ჰომოციდურ (სხვათა მკვლელობის) იდეებს ავლენს, ექთანი ვალდებულია ამის შესახებ ზემდგომ პერსონალს ამცნოს, რათა როგორც პოლიცია, ისე საფრთხის ქვეშ მყოფი პირები დროულად იქნენ ინფორმირებულნი.

პაციენტს კარგად უნდა ესმოდეს, თუ რა ინფორმაცია გროვდება მის შესახებ, ვის მიერ გროვდება, ვისთანაა იგი გაზიარებული და რომ გაუთქმელობის ვალდებულებასაც გარკვეული საზღვრები აქვს.

პირადი ინფორმაციის გაზიარება ნიშნავს პაციენტთან პირადი, მაგ., ბიოგრაფიული ინფორმაციის, იდეების, აზრებისა და გრძნობების გამჟღავნებას. როგორც წესი, ექთნები ვალდებულნი არიან მხოლოდ საკუთარი სახელი გაუმჟღავნონ პაციენტს, თუმცა, თუ არსებობს არგუმენტირებული მოსაზრება, რომ მეტი ინფორმაციის მიწოდება ექთანი-პაციენტის ურთიერთობებს გააუმჯობესებს, შესაძლებელია ექთანმა მოახდინოს სხვა პირადი ინფორმაციის გაზიარებაც, რასაც წინ უნდა უსწრებდეს პოტენციური ეფექტებისა და შედეგების ძირეული გააზრება, ვინაიდან ასეთმა ღია და გულწრფელმა დამოკიდებულებამ შესაძლოა დააზარალოს კიდევ ექთან-პაციენტის თერაპიული ურთიერთობა. მაგ., პაციენტთან მუშაობისას, რომლის მშობლებიც განქორწინებას აპირებენ, შესაძლოა ექთანმა პაციენტს გაუზიაროს პერსონალური ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ მისი მშობლებიც განქორწინდნენ 12 წლის ასაკში და ეს მისთვის საშინელი პერიოდი იყო. ამ დროს ემპათიის გამოხატვის ნაცვლად შესაძლოა პაციენტს გაუმყარდეს აზრი იმის შესახებ, რომ მას წინ საშინელი პერიოდი ელოდება.

მუშაობა

ექთან-პაციენტის ურთიერთობის სამუშაო ეტაპი, როგორც წესი, ორ ფაზად იყოფა: **პრობლემის იდენტიფიკაცია** და **ექსპლუატაცია** (საგულისხმოა, რომ პეპლაუს ეპოქაში ამ ფრაზას ნეგატიური დატვირთვა არ ჰქონდა და ის ინტენსიური ძიებისა და შესწავლის აღმნიშვნელი იყო). პრობლემის იდენტიფიცირების ეტაპზე, ექთანი ახდენს პრობლემებისა და გამონწვევების იდენტიფიცირებას. ხოლო ექსპლუატაციის ფაზაში, ექთანი ეხმარება პაციენტს საკუთარი გრძნობების შეფასებაში, ასწავლის მათთან გამკლავების გზებსა და საკუთარი თავის უფრო პოზიტიურად აღქმას. პაციენტსა და ექთანს შორის ამ ეტაპზე ჩა-

მოყალიბებული ნდობა, ეხმარება მათ თერაპიული მიზნების მიღწევაში. პაციენტი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ მას, გრძნობებისა და აზრების გამოხატვის შემდეგ, ზურგს არ აქცევენ. საგულისხმოა, რომ ზოგჯერ ექთნის გამოცდის მიზნით პაციენტები პრობლემურ ქცევას ავლენენ. ეს განსაკუთრებით მოსალოდნელია მაშინ, როდესაც პაციენტი ახლოსაა სიმართლის აღიარებასთან და ამ მომენტის თავიდან აცილების მიზნით, სხვადასხვა მეთოდებს მიმართავს. ამ დროს ექთანმა პაციენტს შესაძლოა დროებით შეჩერება შესთავაზოს.

ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ სწორედ პაციენტი არის ადამიანი, რომელმაც უნდა მოახდინოს პრობლემური სიტუაციისა და ურთიერთობების შეფასება და ანალიზი. ამ დროს ექთანმა არ უნდა შეასრულოს შემფასებლის როლი, რჩევების მიცემისგან თავი უნდა შეიკავოს და პაციენტს დაეხმაროს, ადეკვატურად შეაფასოს სიტუაცია დამოუკიდებლად. მაგ., დეპრესიის მქონე პაციენტი, რომელიც უკმაყოფილოა თავისი შვილების მხრიდან გამოვლენილი უყურადღებობით, შესაძლოა ექთანმა დააფიქროს პაციენტის მხრიდან განხორციელებულ ქცევებზე და დაანახოს, რომ თავად არის შვილების მიმართ კრიტიკულად განწყობილი. ამის შემდეგ ექთანი პაციენტს უნდა დაეხმაროს, შეიმუშავოს კომუნიკაციის უფრო ეფექტური გზები.

მუშაობის ფაზის კონკრეტული ამოცანებია:

- ურთიერთობების შენარჩუნება;
- მეტი ინფორმაციის შეგროვება;
- რეალობის აღქმის საკითხების განხილვა;
- გამკლავების პოზიტიური მექანიზმების შემუშავება;
- პოზიტიური თვითაღქმის ნახალისება;
- გრძნობების ვერბალიზაციის მხარდაჭერა;
- ქცევის ცვლილების ფასილიტაცია;
- რეზისტენტობის დაძლევა;
- შედეგების შეფასება და დასახული მიზნების შესაბამისი ცვლილება;
- ახალი ქცევის დანერგვაში დახმარება;
- დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა.

ექთნისა და პაციენტის თერაპიული ურთიერთობების დროს ხშირია **გადატანა** (ფენომენი, რომლის დროსაც პაციენტს ექთანზე გადააქვს სხვის მიმართ განცდილი ემოციები და განწყობები). მაგ., თუ პაციენტს პრობლემები ჰქონდა მშობლებთან ან სკოლის დირექტორთან (პირებთან, რომლებიც მის ცხოვრებაში ავტორიტეტებს წარმოადგენდნენ), შესაძლოა ამ უარყოფითი დამოკიდებულების გადატანა პაციენტმა ექთანზე მოახდინოს (ვინაიდან ისიც ავტორიტეტია). იგივე ფენომენს შესაძლოა წავაწყდეთ ექთნის მხრიდანაც. ამ ფენომენს **კონტრგადატანა** ეწოდება. მაგ., თუ ექთანი ოჯახის ყველაზე უმცროსი წევრი იყო და მას ოჯახში არავინ უსმენდა, მან შესაძლოა გარკვეული ტიპის აგრესია გამოავლინოს პაციენტზე, რომელიც მას არ უსმენს და მის დახმარებას არ იღებს. ამ შემთხვევაშიც თვითშეგნება და საკუთარი თავის შეცნობა არის გზა, რომელიც ექთანს დაეხმარება ასეთი ტიპის შინაგანი კონფლიქტების დაძლევაში.

ტერმინაცია

ტერმინაცია ექთან-პაციენტის ურთიერთობის უკანასკნელი ფაზაა, რომლის დროსაც წარმოშობილი თერაპიული ურთიერთობა სრულდება. იგი პრობლემების გადაჭრის ეტაპიდან იწყება და პრობლემების საბოლოო გადაჭრის შემდეგ სრულდება. როგორც ექთანი, ისე პაციენტი განიცდის ამ ურთიერთობის დასრულებას; განსაკუთრებით პაციენტებს უჩნდებათ მნიშვნელოვანი დანაკარგის შეგრძნება. დასასრულის თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტები განსაკუთრებული აგრესიით ხასიათდებიან, თითქოს მათი პრობლემა გადაჭრილი არ არის. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პაციენტის მიერ გამოვლენილი აგრესია ნორმალურ მოვლენად ჩათვალოს. თუ ამ ეტაპზე პაციენტი, ტერმინაციის თავიდან აცილების მიზნით, ძველ, გადაჭრილ პრობლემებს იხსენებს, ექთანს ჩავლილი თერაპიის შეგრძნება არ უნდა გაუჩნდეს ფუჭად, პირიქით, ის უნდა ეცადოს, პაციენტს დაეხმაროს თავის მიერ ახლად შეძენილი უნარები და დამოუკიდებლობა გამოიყენოს და დაძლიოს პრობლემა. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა თავი აარიდოს თერაპიული ურთიერთობების სოციალიზაციას და, უბრალოდ, წარმოშობილი თერაპიული ურთიერთობის პოზიტიური შეფასებით შემოიფარგლოს. მაგ., თუ პაციენტი ექთანს ეუბნება, რომ მისი დახმარების გარეშე ის კვლავ ძველ ქცევას დაუბრუნდება, ექთანმა ხაზი უნდა გაუსვას პაციენტის მიერ შეძენილ ახალ უნარებს და საკუთარ რწმენას, რომ პაციენტი მათ სრულად გამოყენებას შეძლებს. ასევე, მან მოლოდინი უნდა გამოთქვას, რომ შუალედურ ვიზიტზე ის მხოლოდ პოზიტიურ ისტორიებს ელოდება.

ფაქტორები, რომელიც ხელს უშლის თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებას

პროფესიული როლიდან გამომდინარე, ექთანს პაციენტზე მნიშვნელოვანი ზეგავლენა აქვს. ზეგავლენა შესაძლოა არამიზნობრივად იქნეს გამოყენებული, თუ ექთანსა და პაციენტს შორის გადამეტებული ფაშილარობა ან ინტიმური ურთიერთობა წარმოიქმნა. პრობლემას კონფიდენციალობის დარღვევაც წარმოშობს.

არასწორად დადგენილი საზღვრები

როგორც გამოცდილი, ისე ახალბედა ექთნების თერაპიული ურთიერთობები, შესაძლოა გადაიზარდოს სხვა ტიპის ურთიერთობებში. ამ თვალსაზრისით, თვითშეგნება უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს: ექთანი, რომელიც კარგად აანალიზებს საკუთარ აზრებსა და გრძნობებს და იაზრებს მათი ზეგავლენის მნიშვნელობას სხვებზე, მეტად წარმატებულად ახერხებს საზღვრების დაცვას თერაპიულ ურთიერთობებში. ურთიერთობათა სწორი საზღვრების დადგენა და მათი შენარჩუნება ექთნის პასუხისმგებლობაა. პაციენტთან ურთიერთობაში ექთანი უნდა იყოს თბილი და ემპათიური, მაგრამ მან პაციენტთან მეგობრობა არ უნდა წამოიწყოს. პირადი ინფორმაციის პაციენტისთვის გაზიარება შესაძლოა ეთიკური ნორმების დარღვევაცაა ჩაითვალოს. ცხრილში 5.6 დეტალურად არის აღწერილი დადგენილი საზღვრების დაცვის შეფასება. ეთიკური საკითხები დეტალურადაა განხილული მე-9 თავში.

ცხრილი 5.6 ექთნის მიერ დადგენილი საზღვრების შეფასების ცხრილი

გთხოვთ, შეაფასოთ თქვენი თავი ქვემოთ მოყვანილ კითხვებზე გაცემული პასუხების მიხედვით. ყველა იმ საკითხს, სადაც პასუხია: “ხანდახან” ან “ხშირად”, ექთანი მეტი ყურადღებით უნდა ჩაუღრმავდეს. თუ პასუხია: “იშვიათად”, უნდა გაანალიზდეს, იყო თუ არა ეს ერთეული შემთხვევა, თუ ამ პრობლემას სისტემატიური ხასიათი აქვს.

1	უთქვამთ თქვენთვის, რომ მეტისმეტად მომაბეზრებელი ხართ პაციენტების ან მათი ოჯახის წევრებისთვის?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
2	თქვენს პრაქტიკაში გქონიათ სირთულეები საზღვრების დადგენასა და მათ დაცვასთან დაკავშირებით?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
3	იმისთვის, რომ პაციენტთან მეტი დრო დაჰყოთ, უფრო ადრე მიდიხართ ან სამუშაო საათების შემდეგაც რჩებით?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
4	გქონიათ შემთხვევა, როდესაც პაციენტს ან სხვა თანამშრომელს ოჯახის წევრის მსგავსად ეპყრობოდით?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
5	გქონიათ სექსუალური გრძნობები პაციენტის მიმართ?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
6	გქონიათ განცდა, რომ პაციენტის მხოლოდ თქვენ გესმით?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
7	ვინმეს თუ უთქვამს ოდესმე თქვენთვის, რომ პაციენტის ან მისი ოჯახის საქმეებში ზედმეტად ხართ ჩართული?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
8	განიცდით გონივრულ კმაყოფილებას პაციენტის მიერ გამოხატული მადლიერების, შეფასების ან სიტბოს გამო?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
9	გიფიქრიათ, რომ სხვა თანამშრომლები ზედმეტად კრიტიკულები არიან „თქვენი“ პაციენტის მიმართ?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
10	გიფიქრიათ, რომ სხვა თანამშრომლებს თქვენი და თქვენი პაციენტის ურთიერთობის შურთ?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
11	შეგისრულებიათ “მაჭანკლის” როლი თქვენს მეგობარსა და პაციენტს შორის?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად
12	გიჭირთ პაციენტის მხრიდან წამოსული დაუსაბუთებელი დახმარების მოთხოვნების, სიტყვიერი შეურაცხყოფის ან სექსუალური ხასიათის საუბრის მართვა?	არასოდეს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად

სიმპათიის გრძნობა და პაციენტის ექთანზე დამოკიდებულების წახალისება

ექთანმა არ უნდა დაუშვას, რომ თავისი მხრიდან პაციენტისადმი განცდილი ემპათიის გრძნობა სიმპათიაში გადაიზარდოს. ამ შემთხვევაში ექთნის მიერ განცდილი შეცოდების შეგრძნება ხშირად უბიძგებს მას, პაციენტისადმი ზედმეტად ლოიალური ქცევა გამოავლინოს. ასეთ შემთხვევაში პაციენტმა შესაძლოა, მოახდინოს ექთნის გრძნობებით

მანიპულირებაც. ექთნის მხრიდან გამოვლენილმა შეცოდების შეგრძნებამ შესაძლოა პაციენტს ხელი შეუშალოს გრძნობებისა და აზრების გულწრფელ გამოხატვაში. ასევე, ხელი ეშლება პაციენტის პიროვნული ზრდის პროცესს და მეტია პაციენტის ექთანზე დამოკიდებულების გაჩენის ალბათობაც. ასეთ დროს პაციენტი დახმარებას ითხოვს ისეთი აქტივობების შესრულებაშიც, რაშიც მას რეალურად დახმარება არ სჭირდება და რომელთა განხორციელებასაც ის წარსულში დამოუკიდებლადაც ახერხებდა. ასეთ შემთხვევაში ექთნის მხრიდან შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს “ზემზრუნველობასაც”, რაც, ცხადია, ექთანზე დამოკიდებულების გაზრდის ერთ-ერთი წინაპირობაა. ხშირად პაციენტები მხოლოდ ექთნის თანდასწრებით ასრულებენ გარკვეულ ამოცანებს, ხოლო მისი არყოფნის შემთხვევაში წინასწარ შეთანხმებულ დავალებებსაც კი არ ასრულებენ, რაც ასევე პაციენტის ექთანზე გადამეტებული დამოკიდებულების გაჩენაზე მიუთითებს. ყველა ასეთ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია, ექთანმა მიდგომები შეცვალოს და პაციენტის საჭიროებებსა და თერაპიულ მიზნებზე მოახდინოს რეფოკუსირება.

მიუღებლობა და თავიდან აცილება

ექთან-პაციენტის ურთიერთობები საფრთხის ქვეშ დგება, თუ ექთანი პაციენტის მიერ გამოვლენილ მიუღებელ და პრობლემურ ქცევაზე ნეგატიური ვერბალური ან არავერბალური კომუნიკაციის გზით (სახის გამომეტყველებით, მისგან თავის არიდებით, ზურგშექცევით) პასუხობს. ექთანმა კოლეგებთან უნდა განიხილოს ყველა ის ფაქტორი, რომელიც შესაძლებელია ხელს უშლიდეს მას თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში (წინასწარ შექმნილი განწყობა, კონფლიქტი და სხვა). შესაძლოა ექთანმა კოლეგებთან კომუნიკაციის გზით დაძლიოს მსგავსი ტიპის პრობლემები, ისე რომ არ დაზარალებდეს ექთნისა და პაციენტის თერაპიული ურთიერთობები. თუ ექთანი ვერ ძლევს თავის წინაშე წარმოშობილ პრობლემებს და ვერ ახერხებს პაციენტისადმი კეთილად განწყობას, მაშინ შესაძლოა, მან პაციენტის აცილებაც კი მოითხოვოს. ექთნის ვალდებულებაა ადეკვატურად მართოს ყველა ის გამონკვევა, რომელიც ხელს უშლის პაციენტთან სწორი და მართებული თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში. 5.7 ცხრილში დეტალურადაა აღწერილი ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობების საგანგაშო სიგნალები.

ცხრილი 5.7 ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობების საგანგაშო სიგნალები

<ul style="list-style-type: none"> ● საიდუმლოები; პაციენტთან ჩატარებული სამუშაოს შესახებ საუბრის თავიდან აცილება; ● გახშირებული სატელეფონო კომუნიკაცია ექთანსა და პაციენტს შორის, მათ შორის, არასამუშაო დროს; ● პაციენტისთვის, ჩვეულზე ხშირად, გამონაკლისების დაშვება; ● საჩუქრების გაცვლა ექთანსა და პაციენტს შორის; ● ნივთებისა და სხვა ფასეულობების თხოვება, მიყიდვა ან ვაჭრობა; 	<ul style="list-style-type: none"> ● ზღვარს გადასული ზრუნვა პაციენტზე და დამცველობითი დამოკიდებულება; ● პაციენტის გადამეტებული დაცვა ან გადაჭარბებული ზრუნვა, მის საჭიროებებში ზედმეტად ჩაძიება. ● ცვლილებები ექთნის სხეულის ენაში, ჩაცმულობასა და გარეგნობაში (სხვა დამაჯერებელი ახსნის გარეშე); ● ხანგრძლივი შეხვედრები ერთი-ერთზე ან ვიზიტები სახლში; ● სამსახურიდან თავისუფალი დროის გატარება პაციენტთან;
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტთან პერსონალური ინფორმაციის გაცვლა; ● მოფერება, ფიზიკური შეხება და კავშირი პაციენტთან. 	<ul style="list-style-type: none"> ● სამსახურის გარეთ პაციენტზე ფიქრი; ● დამცველობითი ქცევა, თუ სხვა ადამიანი იკითხავს პაციენტის საექთნო მართვის საკითხებს; ● დადგენილი პოლიტიკის დარღვევა პაციენტზე ზრუნვისას.
--	--

ექთნის შესაძლო როლები თერაპიულ ურთიერთობებში

დახმარების აღმოჩენის პროცესში ექთანმა პაციენტთან ურთიერთობაში შესაძლოა, სხვადასხვა როლები მოირგოს. თუ რა როლს მოირგებს ექთანი, ეს მისივე გადასაწყვეტია.

მასწავლებელი

მასწავლებლის როლი, როგორც წესი, საექთნო მოვლის პროცესს თან ახლავს. ამ როლის ადეკვატური შესრულებისთვის ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს საკითხი, რომლის გარშემოც ახდენს პაციენტის განათლებას და საკითხები, რომელთა სწავლებაც ექთნის კომპეტენციის საზღვრებს სცდება. ადეკვატური სწავლების განხორციელებისათვის ექთანმა უნდა იცოდეს, თუ სად და რა წყაროებზე დაყრდნობით მოიპოვოს ინფორმაცია. თუ გარკვეული საკითხები ექთნის კომპეტენციას სცდება, მან პაციენტი შესაბამისად უნდა გადაამისამართოს. ასეთი გულწრფელი დამოკიდებულება პაციენტის ექთნისადმი ნდობასაც ზრდის.

მომვლელი

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მოვლის ძირითად საფუძველს თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბება წარმოადგენს. თუ პაციენტს თერაპიული ურთიერთობის გარდა, ფიზიკური მოვლაც ესაჭიროება, ექთანმა ადეკვატურად უნდა მოახდინოს პაციენტის ინფორმირება ამის შესახებ. წინააღმდეგ შემთხვევაში შესაძლოა პაციენტს ეგონოს, რომ მასთან ფიზიკურ ან სექსუალურ სიახლოვეს ცდილობენ, რაც ცხადია მნიშვნელოვნად დააზიანებს ექთნისა და პაციენტის თერაპიულ ურთიერთობებს.

ადვოკატირება

ადვოკატის როლში ექთანი, პაციენტის სახელით, გარკვეულ ქმედებებს ახდენს მაშინ, როცა პაციენტს აღნიშნული ქმედებების დამოუკიდებლად განხორციელება არ შეუძლია. ადვოკატირების პროცესში ექთანი ახდენს პაციენტის ღირსების, კონფიდენციალობის დაცვას, ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების ხელშეწყობას, პაციენტს ხელს უწყობს საჭირო სამედიცინო სერვისების მიღებაში. ექთანი იცავს პაციენტს არასაჭირო სამედიცინო ჩარევებისგან, ასევე – ძალადობისა და ექსპლუატაციისგან. მაგ., თუ ექიმმა პაციენტის გასინჯვა დაიწყო ფარდების ჩამოშვების გარეშე, ხოლო ექთანმა დაფარა კლიენტი და ფარდები ჩამოუშვა, ამ შემთხვევაში იგი მოქმედებს, როგორც ადვოკატი და პაციენტის პრივატულობას იცავს. ადვოკატირების პროცესს შესაძლოა თან ახლდეს გარკვეული ტიპის უსიამოვნებებიც. მაგ., ზემოთ მოყვანილ მაგალითში ექიმი შესაძლოა გაღიზიანდეს ექთნის ქცევით. ამ შემთხვევაში ექთანი უნდა კონცენტრირდეს პაციენტზე და თავისი საქციელის მართებულობაზე.

ადვოკატირების ფუნქციის სრულფასოვნად შესრულებისთვის ექთანი უნდა დააკვირდეს პერსონალის სხვა წევრებს და მიიღოს შესაბამისი ზომები მათი მხრიდან გადაცდომების აღმოჩენის შემთხვევაში (ეს საკითხები დეტალურადაა განხილული მე-9 თავში).

რიგ შემთხვევებში პაციენტის უსაფრთხოების ინტერესებიდან გამომდინარე, შესაძლოა, ექთანს პაციენტის ნების საწინააღმდეგო ქმედების განხორციელება და ნების საწინააღმდეგო ჰოსპიტალიზაცია მოუწიოს (მაგ., სუიციდის მცდელობის დროს), რომელიც რიგი კრიტიკოსების მიერ განხილულია როგორც პატერნალისტური მიდგომა და ადვოკატირების ფუნქციის სრულიად საწინააღმდეგო ქცევა.

სუროგატი მშობელი

თუ პაციენტს, თავისი მდგომარეობიდან გამომდინარე, ფიზიკური მოვლა ესაჭიროება, ექთანი შესაძლოა მშობლის როლში აღმოჩნდეს. მშობლის მზრუნველობას ამ დროს ექთანი როგორც ვერბალურ, ისე არავერბალურ კომუნიკაციაში ავლენს, რაც თავის მხრივ, პაციენტს კიდევ უფრო ბავშვური ქცევისკენ უბიძგებს. აღსანიშნავია, რომ დედაშვილურ ურთიერთობაზე გადასვლას ვერც ექთანი და ვერც პაციენტი ვერ აღიქვამს. მეტიც, აღნიშნული სიტუაცია მეტად ხელსაყრელია პაციენტისთვის და ეს როლი მისთვის კომფორტულიც კია. მნიშვნელოვანია, რომ ამ დროს ექთანმა გამოავლინოს პროფესიონალიზმი და მზრუნველი, მაგრამ არა – დედაშვილური დამოკიდებულებით, ურთიერთობა გადაიყვანოს ორი ზრდასრულის ურთიერთობაში. ყველა ის გზა, რომელიც ექთანს დაეხმარება თავიდან აიცილოს პაციენტთან წარმოშობილი არასასურველი დამოკიდებულება, მოყვანილია 5.8 ცხრილში.

ცხრილი 5.8 პაციენტთან არასასურველი ურთიერთობების თავიდან აცილების მეთოდები

<ul style="list-style-type: none"> ● გაცნობიერება იმისა, რომ მიუხედავად გამოცდილებისა, პაციენტთან ურთიერთობის საზღვრების დაკარგვის შანსი პერსონალის ნებისმიერ წევრს აქვს; ● უნდა ვალიაროთ, რომ საზღვრების დარღვევას აუცილებლად ექნება ადგილი, ამიტომ ხელმძღვანელი პირების მხრიდან უნდა მოხდეს სარისკო პაციენტების იდენტიფიცირება და სუპერვიზია – დეტალური და რეგულარული გამოკითხვებით; ● თანამშრომლებს უნდა მიეცეთ საშუალება, ღიად გამოხატონ თავის წინაშე არსებული გამოწვევები და იპოვონ გამოსავლის ეფექტური გზები; ● შესაბამისი საორიენტაციო პროგრამების შემოღება, რაც თანამშრომლებს დაეხმარება საზღვრების დადგენასა და მათი რღვევის ადრეულ ამოცნობაში. 	<ul style="list-style-type: none"> ● კონფიდენციალური დახმარების საშუალებების დანერგვა ექთნებისთვის; ● რეგულარული შეხვედრების ორგანიზება, სადაც ექთნები შეძლებენ თავისი მხრიდან შეუსაბამო გრძნობებისა და აზრების განხილვას; ● პერსონალის გამოცდილი წევრების ჩართულობის უზრუნველყოფა რთული პაციენტების მართვის საკითხებში; ● საგანმანათლებლო მიზნებისთვის კლინიკური შემთხვევების განხილვა; ● ყველა სახის გამოწვევის განხილვა ჯგუფური შეხვედრების ფორმატში.
--	---

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად?

თვითშეგნება და საკუთარი პიროვნების ძირეული შეცნობა წარმატებული და ნაყოფიერი თერაპიული ურთიერთობის საწინდარია. მაგ., თუ ექთანს გარკვეული კულტურის წარმომადგენლების მიმართ გაუცნობიერებელი წინასწარგანწყობა აქვს, ასეთ პაციენტთან ურთიერთობისას შესაძლოა, გარკვეულ სირთულეებს წააწყდეს. თუ ექთანი კარგად აცნობიერებს თავის წინასწარგანწყობებს და მის როლს საექთნო საქმიანობაში, მას თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებისას მეტი შანსი აქვს დაძლიოს პირადი გამონვევები. თუ ექთანი ვერ ძლევს აღნიშნულ გამონვევებს, მაშინ უმჯობესია მოახდინოს პაციენტის აცილება და მისი გადამისამართება სხვა ექთანთან მოხდეს.

პროფესიული საქმიანობის გაუმჯობესების მიზნით მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა საკუთარი თავის შეცნობის პროცესი განაგრძოს.

თვითშეცნობასთან ერთად მნიშვნელოვანია, ექთანმა იზრუნოს საკუთარ თავზე; დაიცვას ბალანსი პირად და პროფესიულ ცხოვრებას შორის; იყოს სოციალური; ჰყავდეს მეგობრები და ადეკვატურად ისვენებდეს სამსახურეობრივი საქმისგან. თუ ექთანი მეტისმეტად გადაღლილია, მას მეტი რისკი აქვს არაეფექტური გახდეს სამსახურეობრივ საქმიანობაშიც. ექთანი, რომელიც არ უვლის თავის თავს, ვერც პაციენტს მოუვლის.

რისი უზრუნველყოფაა საჭირო თერაპიული ურთიერთობების წამოწყების წარმატების უზრუნველსაყოფად?

- რეგულარული დასწრება სასწავლო სესიებზე, რომელიც ეძღვნება თვითშეცნობის, ღირებულებების, რწმენებისა და დამოკიდებულებების თემატიკას;
- პირადი დღიურის წარმოება, რომელიც ექთანს დაეხმარება საკუთარ პიროვნებას ჩაუღრმავდეს;
- ექთნის მიერ დამყარებული თერაპიული ურთიერთობების შესახებ უკუკავშირის მიღება კოლეგებისგან;
- თვითგანვითარებაზე ზრუნვა;
- საკუთარი სისუსტეების დაძლევა.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. რა ზეგავლენას ახდენს სოციალური მედია ექთნის პროფესიულ როლზე? საჭიროა თუ არა ექთანმა შეზღუდოს სოციალური მედიის გამოყენება პროფესიული, კომპეტენტური იმიჯის შენარჩუნების მიზნით? ეხება თუ არა იგივე სხვა პროფესიის წარმომადგენლებს?
2. რა ტიპის ქცევა უნდა გამოიყენოს ექთანმა ჯანდაცვის სისტემის მიმართ არაკეთილგანწყობილ პაციენტთან ურთიერთობის ასაგებად?
3. მართებული იქნება თუ არა ექთნის მხრიდან პროფესიული დახმარება გაუწიოს ოჯახის წევრებს, მეგობრებსა და ნაცნობებს? როგორ უნდა მოიქცეს ექთანი მსგავს სიტუაციაში?

ძირითადი საკითხები

- ნდობა, გულწრფელი ინტერესი, ემპათია, მიმღებლობა და კეთილგანწყობა არის ის ფაქტორები, რომლებიც აძლიერებს ექთან-პაციენტის ურთიერთობას;
- თვითშეცნობა უმნიშვნელოვანესია თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებისთვის;
- კარპერმა განსაზღვრა ცოდნის 4 დონე: ემპირიული, ესთეტიკური, პერსონალური და ეთიკური;
- მუნიშვნელოვანია „არცოდნის“ მნიშვნელობა, როგორც ექთნის წინასწარგანწყობებისგან დაცვის საშუალება;
- არსებობს ურთიერთობის სამი ტიპი: სოციალური, ინტიმური (ახლო) და თერაპიული. ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობა უნდა იყოს თერაპიული;
- პეპლაუმ შემოიტანა ექთან-პაციენტის ურთიერთობის შემდეგი ფაზები: ორიენტაცია, მუშაობა (სუბფაზებია: პრობლემის იდენტიფიკაცია და ექსპლუატაცია), ტერმინაცია ანუ რეზოლუცია. აღნიშნული ფაზები ურთიერთდაკავშირებულია და ფარავს ერთმანეთს;
- ორიენტაციის ფაზა იწყება ექთნისა და პაციენტის შეხვედრიდან და სრულდება პაციენტის მიერ პრობლემების იდენტიფიკაციის დასრულების შემდეგ;
- სამუშაო ფაზის ამოცანებია ურთიერთობების შენარჩუნება, ინფორმაციის მოძიება, სტრესთან გამკლავების პოზიტიური მექანიზმების შემუშავება, საკუთარი თავის პოზიტიური აღქმის უნარის გამომუშავება, ქცევის გაუმჯობესების მიზნით გრძნობების ვერბალიზაცია, რეზისტენტობის დაძლევა, პროგრესის შეფასება, დასახული მიზნების ადაპტირება მიღწეული შედეგების შესაბამისად, ქცევის ახალი წესის ჩამოყალიბება, დამოუკიდებლობის წახალისება;
- პრობლემების დაძლევისთანავე იწყება ტერმინაცია და სრულდება თერაპიის დასრულებისას;
- ექთან-პაციენტის ურთიერთობებზე უარყოფითად მოქმედებს ამ ურთიერთობების წინასწარ დადგენილი საზღვრების ბუნდოვანება ან მათი დაკარგვა, ექთანსა და პაციენტს შორის განვითარებული ინტიმური ურთიერთობები ან ექთნის მხრიდან მისი ძალაუფლების ბოროტად გამოყენება;
- ექთანს თერაპიულ ურთიერთობებში შესაძლოა ჰქონდეს მასწავლებლის, მომვლელის, ადვოკატისა და სუროგატი მშობლის როლი.

წყდრმბბ:

1. Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
2. Ginory, A., Sabatier, L. M., Eth, S. (2012). Addressing therapeutic boundaries in social networking. *Psychiatry*, 75(1), 40-48.
3. Jugessur, T., & Iles, I. K. (2009). Advocacy in mental health nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 187-195.
4. Luft, J. (1970). *Group processes: An introduction in group dynamics*. Palo Alto, CA: National Press Books.
5. Munhall, P. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41(3), 125-128.
6. Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
7. Straughair, C. (2012). Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 2. *British Journal of Nursing*, 21(4), 242-244.
8. Williams, J., & Stickley, J. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752-755.

თავი 6

თერაპიული კომუნიკაცია

ამ თავში განხილულია:

1. თერაპიული კომუნიკაციის მიზნები;
2. თერაპიული და არათერაპიული ვერბალური კომუნიკაციის უნარები;
3. არავერბალური კომუნიკაციის უნარები, სახის გამომეტყველება, სხეულის ენა, ხმის ინტონაცია, მზერითი კონტაქტი, კონტექსტისა და მნიშვნელობის გათავისების უნარი;
4. თერაპიული კომუნიკაციის საზღვრები დისტანციისა და შეხების ასპექტების ჭრილში;
5. კონკრეტულ და აბსტრაქტულ მესიჯებს შორის სხვაობა;
6. ეფექტური კომუნიკაციის მაგალითები სხვადასხვა ჰიპოთეტურ სიტუაციებში.

კომუნიკაცია ადამიანთა შორის ინფორმაციის გაცვლის გზაა. კომუნიკაციის დროს ხდება როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური მესიჯების გაცვლა. **ვერბალური კომუნიკაცია** მოიცავს ადამიანთა შორის სიტყვიერ კონტაქტს; იგი ხასიათდება **კონტენტით** ანუ შინაარსით, რომელსაც ეს კონკრეტული კომუნიკაცია მოიცავს და ასევე **კონტექსტით**, რაც გულისხმობს იმ ფიზიკურ, სოციალურ, ემოციურ, სივრცესა და დროს, რომელშიც უშუალოდ დგება კომუნიკაცია. კონტექსტი მნიშვნელოვნად აზუსტებს კომუნიკაციის კონტენტს (შინაარსს), რომელიც ამ თავში დეტალურადაა განხილული.

არავერბალური კომუნიკაცია თან ახლავს კომუნიკაციის ვერბალურ გზას და მოიცავს სხეულის ენას, მზერით კონტაქტს, სახის გამომეტყველებას, ხმის ტონს, საუბრის სიჩქარეს, ყოყმანისათვის დამახასიათებელ ინტონაციებს და ასევე იმ დისტანციას, რომელიც მოსაუბრეს მსმენელისგან აშორებს. არავერბალური კომუნიკაცია ხშირად მოსაუბრის ქვეცნობიერის დონეზე არსებულ ემოციებს, ფასეულობებს, საჭიროებებსა და აზრებს ამჟღავნებს.

პროცესი ყველა არავერბალურ გზავნილს აღნიშნავს, რომლითაც მოსაუბრე მესიჯს კონტექსტსა და მნიშვნელობას ანიჭებს. პროცესის აღსაქმელად, მნიშვნელოვანია, რომ მსმენელი აკვირდებოდეს მოსაუბრის ქცევასა და საუბრის ინტონაციას. **კონგრუენტულია მესიჯი**, რომლის შინაარსი და პროცესი ერთმანეთს ემთხვევა. კონგრუენტული მესიჯის მაგალითია პაციენტი, რომელიც ამბობს, რომ იგი საკუთარ თავს აღარ ეკუთვნის და დახმარება სჭირდება და წარმოთქმისას მას სევდიანი ხმა და გულწრფელი გამომეტყველება აქვს. ასეთ შემთხვევაში პროცესი ადასტურებს პაციენტის გამონათქვამის შინაარსს. იმ შემთხვევაში, როცა ნათქვამის შინაარსი პროცესთან თანხვედრაში არ მოდის, **მესიჯი არაკონგრუენტულია**. მაგ., თუ პაციენტი ამბობს, რომ ის მზადაა – დაგეხმაროთ, მაგრამ აქვს რიგიდული დგომა, შეკრული მუშტები, პირქუში გამომეტყველება, ხოლო საუბრისას სიტყვებს კბილებს შორის ცრის, მისი კომუნიკაცია არაკონგრუენტულია – ანუ წარმოთქმულსა და პროცესს შორის თანხვედრა არ არის.

ხშირად კომუნიკაციის არავერბალური მხარე უფრო ვალიდურია, ვიდრე ვერბალური. მაგ., თუ ადამიანი ბოდიშს იხდის და ამ დროს რბილი ხმის ტონი, მორიდებული სხეულის პოზა და დამორცხვებული სახე აქვს, მისი ბოდიში სარწმუნოა, ხოლო თუ მას ხმამაღალი ტონი, სახის უტეხი გამომეტყველება და გამჭოლი მზერა აქვს, გადმოცემული მესიჯი ამბობს, რომ ბოდიშს მხოლოდ ვალდებულების გამო იხდის და არა იმიტომ, რომ ნამდვილად ნანობს თავის საქციელს.

რა არის თერაპიული კომუნიკაცია?

თერაპიული კომუნიკაცია, არის ექთანსა და პაციენტს შორის კავშირი, სადაც ექთანი კონცენტრირებულია პაციენტის საჭიროებებზე და მასთან ინფორმაციის ეფექტურ გაცვლას უზრუნველყოფს. თერაპიული კომუნიკაციის ადეკვატური გამოყენება ეხმარება ექთანს, პაციენტის მიმართ გამოხატოს ემპათია და გაუგოს მას. ხარისხიანი საექთნო მოვლის განხორციელების მიზნით, აუცილებელია, რომ პრაქტიკულ საქმიანობაში ჩართული ყველა ექთანი, თერაპიული კომუნიკაციის უნარებს ფლობდეს.

თერაპიული კომუნიკაციის უნარი ექთანს მრავალი ამოცანის შესრულებაში ეხმარება, მათ შორისაა:

- პაციენტთან თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბება;
- პაციენტის მიმდინარე, ძირითადი ჩივილის იდენტიფიცირება (პაციენტზე ორიენტირებული მიზანი);
- პაციენტის მხრიდან დასმული პრობლემის რაობის აღქმა და გაანალიზება;
- პაციენტის მიერ ემოციების გამოხატვის წახალისება;
- პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის მოვლის უნარების სწავლება;
- პაციენტის საჭიროებების ამოცნობა;
- პაციენტის საჭიროებების შესაბამისი მოქმედებების იმპლემენტაცია;
- პრობლემის გადაჭრის მიზნით, პაციენტისთვის დამაკმაყოფილებელი და სოციალურად მისაღები სამოქმედო გეგმის შემუშავება.

პაციენტთან თერაპიული კომუნიკაციის აწყობა, საექთნო საქმიანობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა. კომუნიკაცია ის გზაა, რომლის საშუალებითაც თერაპიული ურთიერთობის წამოწყება, შენარჩუნება და დასრულება ხდება. თერაპიული ურთიერთობები დეტალურადაა განხილული მე-5 თავში.

პრივატულობა და საზღვრები

მიუხედავად იმისა, რომ პრივატულობა ყოველთვის სასურველია, ყოველთვის მიღწევადი არ არის. შეხვედრების ოთახში პაციენტთან ჩატარებული ინტერვიუ შესაძლოა პაციენტთან კომუნიკაციის ყველაზე მისაღები გზა იყოს, თუმცა ასევე შესაძლოა ზედმეტად იზოლაციურადაც იქნეს აღქმული. თუ პაციენტი მანამდე მიუღებელ, ფამილარულ ან სექსუალური ხასიათის ქცევას ავლენდა, დიდია ალბათობა, გარემოს ფორმალიზება ექთანს შეხვედრის განმავლობაში საზღვრების დაცვაში დაეხმაროს.

პროქსიმიზმი მეცნიერების დარგია, რომელიც სხვადასხვა კომუნიკაციის დროს ადამიანთა შორის ოპტიმალურ დისტანციებს შეისწავლის. ამერიკის შეერთებულ შტა-

ტებში, კანადასა და დასავლეთ ევროპის რიგ ქვეყნებში დისტანციის ოთხ ძირითად ტიპს აღიარებენ:

ინტიმური დისტანცია – 0-45 სანტიმეტრამდე დაშორების მანძილი, მისაღებია იმ ტიპის ურთიერთობებისთვის, რომელიც პირად კონტაქტს მოიცავს, (მაგ., დედა და მცირეწლოვანი შვილი). ეს მანძილი მისაღებია მაშინაც, თუ ადამიანები ერთმანეთში ჩურჩულებენ; ამ ზონის დარღვევა იმ პირის მხრიდან, რომელთანაც ინტიმური ურთიერთობა არ გვაკავშირებთ, სტრესსა და შფოთვის ნარმოშობს.

პერსონალური დისტანცია – 45-90 სანტიმეტრამდე დაშორებაა, კომფორტულია მეგობრებსა და ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციისას.

სოციალური დისტანცია – 120-360 სანტიმეტრამდე მანძილი, მისაღებია სოციალური, სამუშაო და ბიზნეს ურთიერთობების დროს.

საჯარო დისტანცია – 120-760 სანტიმეტრამდე დაშორება, მისაღებია სპიკერისა და აუდიტორიის, ასევე სხვა არაფორმალური გარემოსთვის.

სხვადასხვა კულტურაში (ლათინო-ამერიკული, ხმელთაშუა ზღვის, აღმოსავლეთ ინდოეთის, აზიური და ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნებში) პერსონალური კომუნიკაციისას მისაღებია შედარებით მოკლე (<45-90 სმ) დისტანცია. შესაბამისად, ექთანს შესაძლოა გარკვეული ტიპის უხერხულობა შეექმნას ამ კულტურის წარმომადგენლებთან ურთიერთობისას, და პირიქით, ამ კულტურის წარმომადგენლებმა შესაძლოა დასავლეთის კულტურის ქქონე ექთანი ინდიფერენტულ და ცივ ადამიანად მიიჩნიონ.

ინტიმური დისტანციის ზონის გადაკვეთამ, როგორც ექთანში, ისე პაციენტში შესაძლოა გარკვეული ტიპის დაძაბულობა და უკმაყოფილება წარმოშვას, ამიტომ ყოველ ჯერზე, როდესაც თერაპიული მიზნებისთვის ექთანს ამ დისტანციის გადაკვეთა უწევს, პაციენტის შესაბამისი ნებართვა უნდა ითხოვოს. მაგ., წნევის გაზომვამდე პაციენტს უნდა უთხრას, რომ ახლა წნევას გაუზომავს, რისთვისაც მასთან მიახლოვება და ხელზე მანჟეტის მორგება მოუწევს.

თერაპიული კომუნიკაცია მეტად კომფორტულია, თუ ექთანი და პაციენტი ერთმანეთისგან 90-180 სანტიმეტრის დისტანციაზე იმყოფებიან. თუ პაციენტი ექთანს ინტიმურ დისტანციამდე მიუახლოვდა, მაშინ უსაფრთხოების დონის გათვალისწინებით, დისტანციის აღდგენა თანდათანობით ან მყისიერად უნდა მოხდეს.

შეხება

კნაპის მიერ (1980) განისაზღვრა შეხების ხუთი ტიპი:

- *ფუნქციურ-პროფესიული* – შეხება, რომელსაც პროფესიონალი სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას ახორციელებს. მაგ., ექთანი, რომელიც კანის ტურგორის შესაფასებლად ეხება პაციენტს, ან მასაჟისტი, რომელიც თერაპიული მასაჟის ჩასატარებლად ეხება პაციენტს.
- *სოციალურ-თავაზიანი* – შეხების ეს ტიპი გამოიყენება სოციალური ურთიერთობებისას, მაგ., ადამიანთან მისალმებისას ხელის ჩამორთმევა, ჰაეროვანი კოცნა ან/და ხელის მსუბუქი მოძრაობით მიმართულების მიცემა.
- *მეგობრული* – სითბოს გამოხატველი – შეხების ამ ტიპს მიეკუთვნება ჩახუტება მისალმებისას, ზურგზე ხელის შეხება კარგი მეგობრის ან ოჯახის წევრის ნახვისას.
- *სიყვარული და ინტიმური დამოკიდებულება* – შეხების ეს ტიპი გვხვდება ოჯახის

წევრებსა და ადამიანებს შორის, რომელთაც ერთმანეთი უყვართ.

- *სექსუალური* – შეხების ეს ტიპი გვხვდება სექსუალური კავშირის მქონე ადამიანებს შორის.

პაციენტის შეხება შესაძლოა მხარდაჭერის გამოხატველი ან კომფორტის მომგვრელი იყოს. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი დააკვირდეს პაციენტის სიგნალებს და ამის მიხედვით გადაწყვიტოს, იქნება თუ არა ფიზიკური შეხება მისთვის მისაღები და სასიამოვნო. მაგ., იმ დედისთვის, რომლის შვილიც ძლიერ ავადაა, ხელით ხელთან შეხება, შესაძლოა თერაპიულ ეფექტსაც ატარებდეს, თუმცა, თუ მან ხელი მოიშორა, ეს ნიშნავს, რომ მისთვის ეს შეხება დისკომფორტულია.

მიუხედავად იმისა, რომ დროულ და შესაბამის საზღვრებში მოქცეულ შეხებას შესაძლოა თერაპიული ეფექტი ჰქონდეს, ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტებს ხშირად უჭირთ საზღვრებისა და წესების დაცვა, ამიტომ, როგორც წესი, ფსიქიატრიული პროფილის დაწესებულებებს განსაზღვრული აქვთ ფიზიკური შეხების მარეგულირებელი შიდა პოლიტიკა; აღნიშნული დოკუმენტი ადგენს შეხების გარემოებასა და წესს, რომლის მიხედვითაც შეხებამდე უნდა მოხდეს პაციენტის ინფორმირება პროცედურისა და მანიპულაციის შესახებ. მაგ., პაციენტმა, რომელსაც პარანოია აქვს, შეხება შესაძლოა აღიქვას როგორც საფრთხე და თავდაცვის მიზნით ექთანზე თავდასხმა მოახდინოს.

კლინიკური კორელაცია

მეუღლის მდგომარეობის განხილვის მიზნით, მამაკაცმა ქალ ექთანს სთხოვა გაჰყოლოდა სხვა ოთახში, რათა მათი დისკუსიის შესახებ მეუღლეს არ გაეგო. ოთახის დატოვების შემდეგ, ჰოლში გასვლისას მეუღლე ექთანს 122 სანტიმეტრზე მეტად მიუახლოვდა, რამაც ექთანს თავი უხერხულად აგრძნობინა. ეს სიახლოვე შესაძლოა განპირობებული ყოფილიყო პაციენტის მეუღლის სმენის პრობლემებით. თუ ექთანი დაადგენს, რომ პაციენტის ოჯახის წევრს არ აქვს სმენასთან დაკავშირებული პრობლემა, მაშინ მას შეუძლია თანამოსაუბრეს მიუთითოს, რომ ფიზიკური სიახლოვის გამო თავს უხერხულად გრძნობს და სთხოვოს დისტაციის დაცვა (ანუ დაადგინოს ლიმიტები). თუ პაციენტის ოჯახის წევრი აღნიშნულს არ დაემორჩილა, მაშინ ინტერვიუს გაგრძელების მიზნით, ექთანი პაციენტის ოთახში ბრუნდება.

აქტიური მოსმენა და დაკვირვება

აქტიური მოსმენა აღნიშნავს სმენის პროცესს, რომლის დროსაც მსმენელი მთლიანად კონცენტრირებულია მოსაუბრის საუბრის შინაარსზე და არა – საკუთარ აზრებზე. **აქტიური დაკვირვება** გულისხმობს მოსაუბრის არავერბალურ კომუნიკაციაზე დაკვირვებას.

პეპლაუ (1952) აქტიურ დაკვირვებას თერაპიული კომუნიკაციის პირველ ეტაპზე იყენებდა. ამ დროს ექთანი აკვირდებოდა პაციენტის ქცევებს, ინიშნავდა მნიშვნელოვან მომენტებს, ხოლო შემდეგ პაციენტთან უკუკავშირს ახდენდა.

სტუდენტებს ხშირად არასწორად ესმით თერაპიული კომუნიკაციის აზრი და აქტიური მოსმენის ნაცვლად, ისინი კონცენტრირებული არიან შემდეგი შეკითხვის ფორმირებაზე და თვლიან, რომ საუბრის დასრულებისთანავე შემდეგი შეკითხვა უნდა დასვან. ამის გამო ხშირად პაციენტსა და სტუდენტს შორის ჩამოყალიბებული ურთიერთობა ბუნდოვანი და ზედაპირულია, რაც ორივე მხარის ფრუსტრაციის მიზეზია ხოლმე. ზედაპირული საუბრის დროს, ექთანს/სტუდენტს ხშირად ექმნება შთაბეჭდილება, რომ პაციენტი მას არ უსმენს, იგივეს იმეორებს და გამოჯანმრთელების პროცესზე მის წილ პასუხისმგებლობას არ იღებს. ზედაპირული თერაპიული ურთიერთობა შესაძლებელია გამოწვეული

იყოს ექთნის მხრიდან იმ დამატებითი სიგნალების ანალიზის დეფიციტით, რომელსაც პაციენტი შეკითხვაზე პასუხის დროს იძლეოდა. ამ დროს ექთანმა შესაძლოა რამდენჯერმე დასვას ერთი და იგივე შეკითხვა და მისთვის გასაგები პასუხი მაინც ვერ მიიღოს. მსგავსი სიტუაციის თავიდან აცილების მიზნით, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა არა თავისი საკუთარი, არამედ პაციენტის სიტუაციიდან გამომდინარე იმუშაოს.

პაციენტის ისტორიის მოსმენისას, ექთანს მისი ადამიანური ბუნებიდან გამომდინარე გარკვეული ტიპის შთაბეჭდილებები უყალიბდება პაციენტისა და მისი ისტორიის შესახებ, მაგრამ ექთნის ვალია, დასვას შეკითხვები ისე, რომ სრულად გაითავისოს პაციენტის ემოციები, გახდეს ემპათიური და არ მოახდინოს მოყოლილი ისტორიის გარშემო საკუთარი ემოციებისა და ინტერპრეტაციების ჩამოყალიბება.

აქტიური მოსმენის უნარი ექთანს ეხმარება მოახდინოს:

- პაციენტისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემის იდენტიფიცირება;
- შემდგომი მართებული შეკითხვის იდენტიფიცირება;
- შესაბამისი თერაპიული კომუნიკაციის მიდგომებით, პაციენტისთვის მისი გრძნობების სრულად გამოხატვის მხარდაჭერა;
- პაციენტის დამოკიდებულების დადგენა დასკვნების გაკეთების ნაცვლად;
- მიღებული მესიჯების ობიექტური გაგება და ინტერპრეტაცია.

ვერბალური კომუნიკაციის უნარები

კონკრეტული მესიჯების გამოყენება კომუნიკაციაში

პაციენტთან საუბრისას, მნიშვნელოვანია, მაქსიმალურად გასაგები და კონკრეტული წინადადებებით კომუნიკაცია. რაც შეეხება პაციენტის შფოთვის დონე, მით ნაკლებია მისი კოგნიტური უნარი, მოახდინოს რთული მესიჯების ანალიზი, ამიტომ

კონკრეტული მესიჯები მნიშვნელოვანია ინფორმაციის სწორი გაცვლისთვის. კომუნიკაციაში ნაცვალსახელები ნაკლებად უნდა იყოს გამოყენებული, ხოლო კონკრეტული არსებითი სახელები უპირატესად უნდა იქნეს გამოყენებული; შეკითხვები ასე უნდა ჟღერდეს: “რამ მოგიყვანათ კლინიკაში დღეს?”, “როდის მიიღეთ ანტიდეპრესანტი ბოლოს?” კონკრეტულ მესიჯებზე მიღებული პასუხი, როგორც წესი, არ საჭიროებს დამატებით შეკითხვებს, ხოლო თავად შეკითხვები პერიფრაზს არ საჭიროებს, რაც, თავის მხრივ, თერაპიული კომუნიკაციის უწყვეტობას უწყობს ხელს.

აბსტრაქტული მესიჯები – კონკრეტული მესიჯებისგან განსხვავებით, რთულად გასაგებია და მსმენელისგან გარკვეული ინტერპრეტაციული უნარების ფლობას მოითხოვს. მაგ., ექთანმა, რომელსაც სურს გაიგოს, თუ რატომ მოხვდა პაციენტი კლინიკაში და სვამს შეკითხვას: “აქ როგორ მოხვდი?” – პაციენტისგან შესაძლოა მიიღოს პასუხი, რომ სასწრაფომ მოიყვანა. პაციენტები, რომლებიც აღელვებულები არიან ან რომელიმე ფსიქიკური აშლილობით იტანჯებიან, კოგნიტური ფუნქციონირება დაქვეითებული აქვთ და აბსტრაქტული შეკითხვების ინტერპრეტაცია უჭირთ.

ქვემოთ მოყვანილია აბსტრაქტული და კონკრეტული მესიჯების მაგალითები.

აბსტრაქტული: წამოიღე ნივთები მისგან.

კონკრეტული: ჯონი სახლში 5 საათზე იქნება. ამ დროს შეგიძლია მოხვიდე და შენი ნივთები წაიღო.

აბსტრაქტული: შენი კლინიკური უნარები გაუმჯობესებას საჭიროებს.

კონკრეტული: ხვალინდელი დანიშნულების შესასრულებლად, გაკვეთილის ბოლომდე დობირების პრინციპები უნდა გაითავისო.

თერაპიული კომუნიკაციის მიდგომები

ექთანმა, მკურნალობის მიზნებიდან გამომდინარე, შესაძლოა გამოიყენოს თერაპიული ურთიერთობების მრავალი სხვადასხვა მიდგომა, მაგრამ უპირატესობა კომუნიკაციის იმ ტიპს უნდა მიანიჭოს, რომელიც პაციენტის მდგომარეობასა და უნარებს კარგად იქნება მორგებული. ცხრილში 6.1 დეტალურადაა აღწერილი ყველა ტექნიკა და მოყვანილია შესაბამისი მაგალითებიც. რიგი მიდგომები პაციენტს აძლევს საშუალებას სიღრმისეულად მოახდინოს საკუთარი ემოციებისა და ნუხილის ანალიზი, ხოლო სხვები – ნათქვამის განმარტებაში ეხმარება.

ცხრილი 6.1 თერაპიული კომუნიკაციის მიდგომები

თერაპიული კომუნიკაციის მიდგომა	მაგალითი	ახსნა
აქცეპტორული – რაც მიღებას მიანიშნებს	“დიახ” “მე მოგყვებით საუბარში” თავის დაქნევა	მიმღებლური პასუხი მიანიშნებს ექთნის მიერ პაციენტის თქმულის მიღებასა და მისი აზრების მიმდევრობის გაგებას. ის თანხმობას არ გულისხმობს, არამედ ექთნის მხრიდან არა-შემფასებლურ დამოკიდებულებაზე მიანიშნებს. როგორც სახის გამომეტყველება, ისე ხმის ტონი – აქცეპტორულ დამოკიდებულებას უნდა გამოხატავდეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში მხოლოდ სიტყვები მნიშვნელობას კარგავს.
ღია შესავალი – პაციენტს საშუალება ექმნება საუბრის საგანი თავად განსაზღვროს	“არის თემა, რაზეც გსურთ საუბარი?” “როგორ გირჩევნიათ, რითი დავიწყოთ?”	კომუნიკაციის ასეთი მიდგომის დროს, პაციენტს საშუალება ეძლევა თავად შეასრულოს წამყვანი როლი კომუნიკაციაში. მორიდებული პაციენტის შემთხვევაში, ურთიერთობის ასეთი დასაწყისი პაციენტის გახსნისთვის შესაძლოა მნიშვნელოვანი მასტიმულირებელი ფაქტორი იყოს.
კონსუსუალური ვალიდაცია – სიტყვათა ურთიერთთანხვედრი გაგება	“მითხარით სწორად გავიგე, თუ არა, თქვენი ნათქვამი” “თქვენს მიერ ნათქვამი ამას ნიშნავს?”	საუბარში მონაწილე ყველა წევრს ერთიდაიგივე სიტყვის მნიშვნელობა ერთნაირად უნდა ესმოდეს. ხშირია, როდესაც ფრაზა, სლენგი ან სიტყვები სხვადასხვაგვარად ინტერპრეტირდება კომუნიკაციის მონაწილეთა შორის, რაც მნიშვნელოვანია, რომ აღმოიფხვრას.
შედარებების ნახა-ლისება – მსგავსებისა და განსხვავებების აღნიშვნის სტიმულირება	“ეს წააგავდა...?” “ადრე გქონიათ მსგავსი შემთხვევა?”	იდებების, მოვლენებისა და გრძნობების შედარებამ შესაძლოა სასარგებლო გამოცდილება გაახსენოს პაციენტს. იგი შესაძლოა მიხვდეს, რომ მსგავსი სიტუაცია ადრეც ჰქონია და რომ გარკვეული სტრატეგიის გამოყენებით, დაძლია აღნიშნული მდგომარეობა და გადარჩა..

<p>შეგრძნებების აღ- წერის წახალისება – პაციენტის მიერ მისი შეგრძნებების ვერბალიზაციის წახა- ლისება</p>	<p>“მითხარით, როცა შფოთ- ვას იგრძნობთ”. “რა ხდება?” “რას ამბობს ხმა?”</p>	<p>პაციენტის მდგომარეობის გასაგებად, ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს, თუ რას გრძნობს პა- ციენტი. გარდა ამისა, ვერბალიზაციის შედე- გად ნაკლებად არის ალბათობა იმისა, რომ რეალურად მოქმედებაში გადავიდეს პაციენ- ტისთვის საზიანო ან შემაშინებელი აზრები.</p>
<p>გამოხატვის წახა- ლისება - პაციენტმა მოახდი- ნოს საკუთარი გამოც- დილების ხარისხის შეფასება</p>	<p>“მითხარით, რას გრძნობთ?” “იყო თუ არა ეს, თქვენი დისტრესის მიზეზი?”</p>	<p>ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს, საკუთარი ღირებულებებიდან გამომდინარე, შეაფასოს როგორც მოვლენები, ისე ადამიანები და არ მოექცეს სხვათა აზრის ზეგავლენის ქვეშ.</p>
<p>ჩაძიება – საგნებსა და მოვლენებში ჩაღ- რმავება</p>	<p>“მითხარით მეტი ამის შე- სახებ”. “ხომ არ აღწერდით ამას უფრო დეტალურად?”</p>	<p>მოვლენების სიღრმისეული ანალიზი შესაძ- ლოა დაეხმაროს პაციენტს, გაუმკლავდეს ამ მოვლენასთან დაკავშირებულ ემოციებსა და აზრებს. თუმცა, თუ პაციენტი ამაზე უარს ამ- ბობს, აღნიშნული აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული.</p>
<p>ფოკუსირება – კონ- ცენტრირება ერთი კონკრეტული საგნის გარშემო</p>	<p>“მოდით ამ საკითხზე უფრო დეტალურად ვი- საუბროთ”. “ყველა თქვენ მიერ ჩა- მოთვლილი საკითხიდან, რომელია ყველაზე მეტად პრობლემური თქვენი აზ- რით?”</p>	<p>ფოკუსირების დროს, ექთანი პაციენტს ეხმა- რება, მისი ყურადღებისა და ძალის კონცენტ- რირება მოახდინოს ერთი საკითხის გარშემო ისე, რომ არ მოხდეს მისი გადაძაბვა ერთ- დოულად სხვადასხვა საკითხებზე ფიქრით. ეს მიდგომა ასევე ეფექტურია ისეთ პაციენტებ- თან მუშაობისას, რომლებიც საკითხიდან სა- კითხზე გადადიან.</p>
<p>მოქმედების გეგმის შედგენა – ქცევის წი- ნასწარი დაგეგმარე- ბა, რომელიც ამა თუ იმ სიტუაციაში მეტად მართებული იქნება</p>	<p>“როგორ შეგეძლოთ თქვენი ბრაზის მართვა სხვაგვარად?” “თუ ეს კიდევ მოხდა, რო- გორ უნდა მოიქცეთ, რომ უფრო ეფექტურად გაუმკ- ლავდეთ გამონვევას?”</p>	<p>თერაპიის ეს მიდგომა, პაციენტს ეხმარება წი- ნასწარ დაგეგმოს ქცევა ამა თუ იმ სიტუაცი- აში, რაც ზრდის გამონვევასთან გამკლავების ალბათობას.</p>
<p>ძირითადი მესა- ჭეობა – პაციენტის მხარდაჭერა საუბრის წარმართვაში</p>	<p>“გააგრძელებთ” “შემდეგ?” “მიამბეთ ამის შესახებ”</p>	<p>პაციენტისთვის ძირითადი მესაჭის ფუნქციის მინიჭებით, ექთანი პაციენტს საშუალებას აძ- ლევს, თავად იყოს კომუნიკაციის წარმართ- ველი, ხოლო ექთანი – მსმენელი. ამით ხდე- ბა ისეთი პაციენტის მხარდაჭერაც, რომელიც გარკვეულ უხერხულობას გრძნობს საუბრის წარმართვისას.</p>
<p>ინფორმაციის მიცე- მა – პაციენტისთვის საჭირო და საინტე- რესო ინფორმაციის მიწოდება</p>	<p>“ჩემი სახელია..” “ჩემთან შეხვედრის დრო იქნება..” “ჩემი აქ ყოფნის მიზანი არის..”</p>	<p>პაციენტისთვის საჭირო ინფორმაციის მიწო- დება, რაც მას ეხმარება მოლოდინების გან- საზღვრაში. ინფორმაციის მიწოდება პაციენტ- ში ასევე ნდობასაც აღძრავს.</p>

<p>აღიარება – პაციენტის პერსონის აღიარება</p>	<p>“დილა მშვიდობისა ბატონო...” “თქვენ თქვენს მიერ დაგეგმილი ამოცანები დაასრულეთ.” “მე შევამჩნიე, რომ თმები მოგიწესრიგებიათ”.</p>	<p>სახელით მიმართვა, ცვლილების ან/და პირიქით – უცვლელობის აღნიშვნა, პაციენტს საკუთარი პიროვნების აღიარების შეგრძნებას აძლევს.</p>
<p>დაკვირვების ნარმობა – ექთნის მიერ აღქმული ინფორმაციის ვერბალიზაცია</p>	<p>“დაცხადებული მეჩვენებით”. “თავს კომფორტულად გრძნობთ როცა...?” “ვხედავ, რომ ტუნს იჭამთ”.</p>	<p>ხანდახან პაციენტებს თავისი ემოციის ვერბალიზაცია უჭირთ, ან შესაძლოა ამისთვის არ იყვენენ მზად.</p>
<p>საკუთარი თავის შეთავაზება- საკუთარი თავის ხელმისაწვდომობის გარანტირება</p>	<p>“მე ვიქნები თქვენთან ერთად”. “მე მაინტერესებს თქვენი აზრი ამ საკითხთან დაკავშირებით”.</p>	<p>საკუთარი თავის შეთავაზებით, ექთანი გადმოსცემს სურვილს გაიგოს, დაეხმაროს და პაციენტთან ერთად გაატაროს დრო. ამისთვის პაციენტს არ ესაჭიროება ვერბალური კომუნიკაცია ექთანთან.</p>
<p>მოვლენათა დალაგება დროსა და სივრცეში – მოვლენათა ურთიერთკავშირის დადგენა დროსა და სივრცეში</p>	<p>“როდის მოხდა ეს?” “ეს მანამდე მოხდა თუ მერე?”</p>	<p>მოვლენათა თანმიმდევრობით დალაგება ეხმარება როგორც ექთანს, ისე პაციენტს. ამ დროს პაციენტი უფრო ადვილად იაზრებს მოვლენათა შორის მიზეზ-შედეგობრივ კავშირებს და იმასაც, რომ ზოგიერთი მოვლენა ერთმანეთთან კავშირში საერთოდ არ არის. მოვლენების დროის მიხედვით განლაგებისას ექთანმა შესაძლოა დაადგინოს მოვლენათა სიხშირე პაციენტის ცხოვრებაში.</p>
<p>რეალობის ნარმონინება – პაციენტისთვის რეალური მოვლენებისთვის თვალის გასწორების შეთავაზება</p>	<p>“მე სხვას ვერავის ვხედავოთახში”. “ეს მხოლოდ მანქანის ხმა იყო”. “თქვენი დედა აქ არ არის. მე ექთანი ვარ”.</p>	<p>როდესაც ექთანი ამჩნევს, რომ პაციენტს რეალობის აღქმის პრობლემები აქვს, მაშინ მნიშვნელოვანია, რომ მან პაციენტს რეალურ ფაქტებზე მშვიდად და განონასწორებულად მიუთითოს. ექთანი არ უნდა იყოს კატეგორიული და არ უნდა ცდილობდეს პაციენტის “დარწმუნებას” რამეში.</p>
<p>რეფლექსია – პაციენტის მიერ გამოხატული აზრებისა და ფიქრების უკან, პაციენტისკენ მიმართვა</p>	<p>პაციენტი: “თქვენ ფიქრობთ რომ მე ექიმს უნდა ვუთხრა?” ექთანი: “თქვენ როგორ ფიქრობთ?” პაციენტი: “ჩემი ძმა ჩემს მთელს ფულს ხარჯავს და კიდევ მეტს მთხოვს”. ექთანი: “ეს გაბრაზებთ თქვენ?”</p>	<p>რეფლექსიის გამოყენებით, პაციენტი მეტად უღრმავდება საკუთარ ემოციებსა და გრძობებს. უჩნდება შეგრძნება, რომ იგი არის დამოუკიდებელი ერთეული და რომ დამოუკიდებლად შეუძლია -მიიღოს გადაწყვეტილებები და საკუთარი აზრი ჰქონდეს. ამავე დროს, მას აძლევს სიგნალს, რომ მისი აზრები და ემოციები მნიშვნელოვანია და გათვალისწინებულია სხვათა მიერ.</p>

<p>პერიფრაზირება – პაციენტის მიერ თქმული წინადადებების პერიფრაზირება</p>	<p>პაციენტი: “ვერ ვიძინებ. მთელი ღამე მღვიძავს”. ექთანი: “ძილის პრობლემები გაქვთ”. პაციენტი: “ძალიან გაგიჟებული ვარ, მართლა ძალიან გავბრაზდი”. ექთანი: “გაგიჟებული და გაბრაზებული ხართ”.</p>	<p>ექთანი პერიფრაზის დროს იმეორებს ზუსტად იმ სიტყვებს რომელიც პაციენტმა თქვა, ან აღწერით გადმოსცემს გამონათქვამის აზრს. პაციენტს უჩნდება შეგრძნება, რომ მისი ნათქვამი გაიგეს. ასეთ დროს პაციენტს საუბრის გაგრძელების მეტი სტიმული აქვს და თუ პაციენტს არასწორად გაუგეს, მაშინ მას ეძლევა საშუალება საკუთარი ნათქვამი უკეთესად განმარტოს.</p>
<p>ინფორმაციის დაზუსტება – გაუგებარი ან ბუნდოვანი წინადადებების დაზუსტება</p>	<p>“არ ვარ დარწმუნებული, რომ აზრში მოგყვებით”. “სწორად გავიგონე თქვენს მიერ თქმული?”</p>	<p>პაციენტთან ურთიერთობის დროს, ექთანი უნდა ეცადოს მაქსიმალურად დააზუსტოს მიღებული ინფორმაცია, ისე რომ პაციენტს არ ეგონოს, რომ გაუგეს და სინამდვილეში არ აღმოჩნდეს, რომ ექთანმა არასწორად გაიგო თქმული. დაზუსტების დროს პაციენტს საშუალება ეძლევა მეტად დააზუსტოს და ცხადად გადმოსცეს თავისი სათქმელი.</p>
<p>სიჩუმე – ვერბალური კომუნიკაციის შეწყვეტა, პაციენტისთვის აზრების თავმოყრისთვის დროის მისაცემად, შემდგომი საუბრის გაგრძელების მიზნით</p>	<p>ექთანი არაფერს ამბობს, მაგრამ აგრძელებს პაციენტთან მხერით კონტაქტს, ინტერესის გამოხატვის მიზნით.</p>	<p>სიჩუმის დროს, პაციენტს საშუალება ეძლევა თავი მოუყაროს აზრებსა და სათქმელს. ასევე, პაციენტს საშუალება ეძლევა კონცენტრირება მოახდინოს კონკრეტულ საკითხებზე და მიმართულება მისცეს საუბარს. სიჩუმის დროს იმატებს არავერბალური კომუნიკაცია, ამიტომ ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს როგორც საკუთარ, ისე პაციენტის მხრიდან წამოსულ არავერბალურ მესიჯებს.</p>
<p>თანამშრომლობის შეთავაზება – პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, თანამშრომლობის შეთავაზება</p>	<p>“იქნებ შესაძლებელია მე და თქვენ ერთად განვიხილოთ თქვენი შფოთვის გამომწვევი ფაქტორები?” “მოდით, თქვენს ოთახში წავიდეთ და მოგეხმარებით იმის პოვნაში, რასაც ეძებდით”.</p>	<p>ექთანი პაციენტს სთავაზობს მასთან ერთად და არა – მის მაგივრად, გადაჭრას პაციენტისთვის საჭირობოროტო საკითხები. ამ დროს პაციენტს ეძლევა საშუალება, მოახდინოს ურთიერთობებში საკუთარი პრობლემების იდენტიფიცირება და პიროვნულად გაიზარდოს.</p>
<p>შეჯამება – მანამდე თქმულის ორგანიზება და შეჯამება</p>	<p>“ეს სწორად გავიგე?” “თქვენ თქვით რომ...”. “ბოლო ერთი საათის განმავლობაში მე და თქვენ განვიხილეთ...”.</p>	<p>შეჯამება მიზნად ისახავს მანამდე თქმული ინფორმაციის მნიშვნელოვანი ასპექტების ხაზგასმას; ასევე გაცვლილი ინფორმაციის თაობაზე ორივე მხარეს სწორი წარმოდგენების შექმნას და დასრულებული ეპიზოდის შეგრძნების გაჩენას.</p>
<p>გრძნობების გადართარგმნა – პაციენტის მიერ გადმოცემული ემოციების გადათარგმნა სიტყვებში</p>	<p>პაციენტი: “მე მოკვდი” ექთანი: “ანუ თქვენ უსიცოცხლოდ გრძნობთ თავს?” პაციენტი: “მე ოკეანეში ვტივტივებ”.</p>	<p>ხშირად პაციენტის მიერ გადმოცემული ინფორმაცია აზრსაა მოკლებული და რეალობისგან მოწყვეტილია.</p>

	ექთანი: "თავს ყველასგან მონყვეტილად და გარიყულად გრძნობთ?"	პაციენტის მიერ გადმოცემული ინფორმაციის აზრის გასაგებად, ექთანი უნდა ეცადოს პაციენტის გრძნობების გათავისებას.
ნაგულისხმევის ვერბალიზაცია – მინიშნების გახმოვანება	პაციენტი: "ვერც თქვენთან და ვერც ვერავისთან ვერ ვისაუბრებ. ეს დროის კარგვაა". ექთანი: "თქვენ თვლით, რომ არავის ესმის თქვენი?"	პაციენტის მიერ გამოხატული მინიშნების ვერბალიზაცია საუბარს მეტ სიცხადეს ანიჭებს. ექთანი უნდა იყოს მაქსიმალურად პირდაპირი და ეცადოს გაახმოვანოს მხოლოდ ცხადად გადმოცემული მინიშნებები ისე, რომ არ მოახდინოს პაციენტის გრძნობების ინტერპრეტაცია და დასკვნების გაკეთება.
ნარმოშობილი ეჭვის გახმოვანება – პაციენტის მიერ გადმოცემული ინფორმაციის საეჭვობის გამოხატვა	"ეს არ გეჩვენებათ უცნაურად?" "მართლა?" "ამის დაჯერება რთულია".	რეალობის დამახინჯებულად აღქმისას რეაგირების ერთ-ერთი გზა ეჭვის გამოხატვაა. ამ დროს პაციენტი ასკვნის, რომ შესაძლოა სხვები ისე არ აღიქვამდნენ გარემოსა და მოვლენებს, როგორც ის. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ პაციენტი თავის დამოკიდებულებას მყისიერად შეცვლის, მაგრამ ეჭვის გამოხატვამ შესაძლოა დააფიქროს მაინც. ეჭვის გამოხატვისას ექთანი არც ეთანხმება და არც უარყოფს პაციენტის მიერ თქმულს, თუმცა უკომენტაროდ არ ტოვებს პაციენტის მიერ გარემო მოვლენების დაამახინჯების ან არასწორი ინტერპრეტაციის ეპიზოდებს.

რა უნდა გამოიყენოს ექთანმა თერაპიული კომუნიკაციის დროს

თერაპიულ კომუნიკაციაში, არსებობს რიგი მიდგომებისა, რომელთა გამოყენებაც არ უნდა მოხდეს პაციენტთან ურთიერთობის დროს. თუ რას უნდა აარიდოს თავი ექთანმა, დეტალურად აღწერილია 6.2 ცხრილში.

ცხრილი 6.2 რა უნდა გამოიყენოს ექთანმა თერაპიული კომუნიკაციის დროს

თერაპიული კომუნიკაციის მიდგომა	მაგალითი	ახსნა
რჩევის მიცემა – პაციენტისთვის მოქმედების კარნახი	"მე ვფიქრობ თქვენ უნდა...". "რატომ არ...".	რჩევის მიცემა ნიშნავს, რომ მხოლოდ ექთანმა იცის, რა ჯობია პაციენტისთვის.
დათანხმება – პაციენტისთვის საკუთარი თანხმობის გამოცხადება	"ეს სწორია". "მე გეთანხმებით".	ექთნის მხრიდან თანხმობის გამოცხადება ნიშნავს, რომ პაციენტი მართალი იყო. თუ მას დაეთანხმებიან, რომ იგი მართალი იყო, პაციენტს ნაკლები შანსი აქვს, შეცვალოს ქცევა. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ თერაპიის პროცესში პაციენტი იყოს მხარე, რომელიც დასკვნებს აკეთებს და არა -ექთანი.

<p>გამოხატული ემოციების გაუფასურება – პაციენტის მიერ განცდილი დისკომფორტის გაუფასურება</p>	<p>პაციენტი: “არაფერი მაქვს, რისთვისაც სიცოცხლე ღირს, უმჯობესია – მოვკვდე”.</p> <p>ექთანი: “მეც მიგრძენია იგივე” ან “ყველას აქვს ცუდი პერიოდი”.</p>	<p>ექთანი საკუთარი თავის ან “ყველას” მაგალითის მოყვანით პაციენტის ემოციას სხვების ემოციებს უტოლებს, მაშინ როდესაც ის ისედაც ემოციებით გადატვირთულია და სხვისი მაგალითების მოყვანა არაფერში დაეხმარება. ექთნის პასუხი პაციენტს აძლევს მესიჯს, რომ მისი პრობლემა მსუბუქი ფორმისაა და მისი გრძნობები თავისითაც გაივლის.</p>
<p>გამონვევის წინაშე დაყენება – პაციენტისგან მტკიცებულების მოთხოვნა</p>	<p>“როგორ გახდებით ამერიკის შეერთებული შტატების პრეზიდენტი?”</p> <p>“თუ უკვე მკვდარი ხართ, გული როგორ გიცემთ?”</p>	<p>ხშირად ექთნებს ჰგონიათ, რომ თუ პაციენტს მტკიცებულებებს მოთხოვენ, ისინი მიხვდებიან საკუთარი მსჯელობის არათანმიმდევრულობას. სინამდვილეში, ამ დროს პაციენტი გადადის თავდაცვით მდგომარეობაში და საკუთარ ფანტაზიას კიდევ უფრო მეტად იჯერებს.</p>
<p>დაცვა – ვინმეს ან რამის დაცვა სიტყვიერი თავდასხმისგან</p>	<p>“ამ ჰოსპიტალს კარგი რეპუტაცია აქვს”.</p> <p>“მე დარწმუნებული ვარ, რომ თქვენი ექიმი თქვენზე ინტერესებიდან გამომდინარე მოქმედებდა”.</p>	<p>პაციენტის მიერ გამოხატული ემოციის კრიტიკა ნიშნავს იმას, რომ მას არ აქვს ამ ემოციის ქონისა და გამოხატვის უფლება. ექთნის მიერ გამოვლენილი დამცველობითი დამოკიდებულება არ შეცვლის პაციენტის დამოკიდებულებას და, ამასთანავე, შეამცირებს წარმატებული თერაპიული კომუნიკაციის გაგრძელების ალბათობას.</p>
<p>წინააღმდეგობა – პაციენტის მიერ გამოთქმული აზრების ოპონირება</p>	<p>“ეს არასწორია”.</p> <p>“მე ნამდვილად არ ვეთანხმები...”.</p> <p>“მე არ მჯერა ამის”.</p>	<p>წინააღმდეგობის განწვევა აღიქმება, როგორც პაციენტის მიერ არამართებული მსჯელობის ან ქცევის პასუხი. შესაბამისად, პაციენტს უჩნდება გარკვეული თავდაცვითი გრძნობები.</p>
<p>დაკმობა – პაციენტის მიერ წარმოთქმული აზრების ან ქცევის გაკიცხვა</p>	<p>“ეს ცუდია”.</p> <p>“ნეტავ ასე არ...”.</p>	<p>გაკიცხვა, წარმოქმნის შთაბეჭდილებას, რომ ექთანს პაციენტის შეფასების უფლება აქვს და რომ პაციენტმა უნდა მოაწონოს ექთანს თავი.</p>
<p>შეფასება- პაციენტის იდეებისა და აზრების სანქცირება</p>	<p>“ეს კარგია”.</p> <p>“მოხარული ვარ რომ...”.</p>	<p>გარკვეული საქციელის მოწონება, ნიშნავს, რომ ამ საქციელის საწინააღმდეგო ქცევა მიუღებელია. ასეთი შემფასებლური დამოკიდებულება, პაციენტს არჩევანის თავისუფლებას უკარგავს და ზრდის რისკს, რომ პაციენტის საქციელის მოტივატორი, ექთნის შეფასება გახდეს.</p>
<p>პირდაპირი პასუხის გაცემა – ფიგურალურ კომენტარზე ისეთი პასუხის გაცემა, თითქოს ის რეალური იყოს</p>	<p>პაციენტი: “ისინი ჩემს ტვინში სატელევიზიო კამერით იყურებიან”.</p> <p>ექთანი: “ეცადეთ არ უყუროთ ტელევიზორს” ან “რომელი არხი?”</p>	<p>ზოგჯერ, პაციენტს უჭირს საკუთარი ემოციების გამოხატვა და მსგავსი კომენტარებით ცდილობს ემოციების გამოხატვას. ამ დროს ასეთი კითხვების დასმას, უმჯობესია, ექთანი პაციენტის გრძნობებზე კონცენტრირდეს.</p>

<p>გარე წყაროს არსებობის აღიარება – აზრებისა და იდეების წყაროდ გარე წყაროს დასახელება</p>	<p>“რა გაიძულებთ ამის თქმას?” “რამ გაიძულათ ასე მოქცეულიყავით?” “ვინ გითხრათ რომ წინასწარმეტყველი ხართ?”</p>	<p>ექთნის შეკითხვის სწორი ფორმულირება იქნებოდა “რა მოხდა?”, “რა მოვლენებმა მიგიყვანათ ამ დასკვნამდე?”. მაგალითში მოყვანილი ფორმულირება, პაციენტს აფიქრებინებს, რომ მას ვიღაცამ აიძულა ასე ეფიქრა, მიუხედავად იმისა, რომ ექთანს ეს სულაც არ უგულისხმია.</p>
<p>ინტერპრეტაცია – არაცნობიერად დასკვნების გაკეთების თხოვნა</p>	<p>“სინამდვილეში თქვენ რასაც გულისხმობთ არის...” “ქვეცნობიერად თქვენ ამბობთ რომ...”</p>	<p>პაციენტის მიერ გამოხატული გრძნობები მხოლოდ მას ეკუთვნის და მათი ინტერპრეტირება მის გარდა არავინ უნდა მოახდინოს.</p>
<p>არადაკავშირებული საკითხის შემოტანა კომუნიკაციაში – საუბრის თემის შეცვლა</p>	<p>პაციენტი: “სიკვდილი მინდა” ექთანი: „გუშინ საღამოს სტუმრები გყავდათ?”</p>	<p>ექთანი ასე იქცევა მაშინ, როცა პაციენტის მიერ წამოჭრილ საკითხზე მას არ აქვს პასუხი ან/და ის დისკომფორტს გრძნობს.</p>
<p>სტერეოტიპული კომენტარების გაკეთება – პაციენტისთვის ტრადიციული პასუხების მიცემა</p>	<p>“ეს შენთვის სასიკეთოდ კეთდება”. “უკეთესად განეწყვე და ნახავ, რა სწრაფად იგრძნობ თავს უკეთ”.</p>	<p>სოციალური ურთიერთობები მრავალი ტრადიციული კომუნიკაციით ხასიათდება. ასეთი ავტომატური პასუხები ექთნის ზედაპირულ დამოკიდებულებას მიუთითებს.</p>
<p>დაკითხვა- პაციენტისთვის შეკითხვების დაჟინებული დასმა</p>	<p>“ახლა ამ პრობლემის შესახებ მიაბმეთ. ხომ იცით, აუცილებლად უნდა დავადგინო”. “მიაბმეთ თქვენი ფსიქიატრიული ისტორიის შესახებ”.</p>	<p>პაციენტის დაკითხვა, მას ექთნის მხრიდან პირად სივრცეში შეჭრის შთაბეჭდილებას უტოვებს. ექთნის მხრიდან ამ ფორმით განხორციელებული ზეწოლა, პაციენტზე დადებით თერაპიულ ეფექტს არ მოგვცემს.</p>
<p>დამშვიდება – პაციენტის დარწმუნება, რომ არ არსებობს ღელვისა და ნერვიულობის საბაბი</p>	<p>“მე ამაზე არ ვიღელვებდი”. “ყველაფერი კარგად იქნება”. “თქვენი საქმე მშვენივრად მიდის”.</p>	<p>შესაბამისი არგუმენტების გარეშე დამშვიდება, პაციენტისთვის დამაჯერებელი არ არის და არ იძლევა რეალურად დამამშვიდებელ ეფექტს მასზე. პირიქით, ის პაციენტს მისი გრძნობების გაუფასურების შთაბეჭდილებას უქმნის.</p>
<p>უარყოფა – პაციენტის იდეებისა და ქცევების მიუღებლობის გამოხატვა</p>	<p>“მოდით, ეს საკითხი არ განვიხილოთ”. “ამის მოსმენა არ მინდა”.</p>	<p>როდესაც ექთანს არ უნდა ამა თუ იმ საკითხის განხილვა, პაციენტს უჩნდება შეგრძნება, რომ მისი პერსონის უარყოფაც მოხდა.</p>
<p>ახსნის მოთხოვნა – პაციენტის მიერ გადმოცემული აზრების ან ქცევების მიზეზების ახსნის მოთხოვნა</p>	<p>“რატომ ფიქრობთ ასე?” “რატომ გრძნობთ ამას?”</p>	<p>არსებობს არსებითი სხვაობა ემოციების ახსნასა და მათ გამომწვევს შორის. როგორც წესი, პაციენტმა არ იცის, რატომ აქვს ესა თუ ის გრძნობა და ამ შეკითხვის დასმით, მას თავდაცვითი გრძნობა უღვივდება და ცდილობს, თავი იმართლოს.</p>

<p>ტესტირება -პაციენტის ცნობიერების შეფასება</p>	<p>“იცით, ეს რა ტიპის ჰოსპიტალია?” “კიდევ გგონიათ, რომ...?”</p>	<p>ასეთი ტიპის კომუნიკაციისას პაციენტი იძულებულია კიდევ უფრო მწვავედ აღიქვას საკუთარი პრობლემა, რაც, თავის მხრივ, პაციენტს მდგომარეობას არ უმსუბუქებს და გამოჯანმრთელებაში არ ეხმარება.</p>
<p>უარყოფა – პრობლემის არსებობის უარყოფა</p>	<p>პაციენტი: “მე არაფერი ვარ”. ექთანი: “რა თქმა უნდა ხართ, ყველა არის რალაც”. პაციენტი: “მე მკვდარი ვარ”. ექთანი: “ნუ ლაპარაკობ სისულელეებს”.</p>	<p>ექთანი უარყოფს პაციენტის მიერ გამოთქმულ აზრებს ისე, რომ არ უღრმავდება გრძნობებს, რომლებიც ამ სიტყვების უკან შეიძლება იდგეს.</p>

სიგნალებისა და მინიშნებების ინტერპრეტაცია

პაციენტის მიერ გადმოცემული სიგნალების ადეკვატური ინტერპრეტაციის მიზნით, ექთანი ყურადღებით უსმენს ყველა იმ სიგნალსა და მინიშნებას, რომელსაც პაციენტი გადმოსცემს. **მინიშნებები (ღია და შეფარული)** შესაძლებელია იყოს როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური და მიანიშნებდეს პაციენტის მიერ ნათქვამ საკვანძო სიტყვებს. მინიშნებების ამოცნობა აქტიური მოსმენის შედეგია. მინიშნებებმა შესაძლებელია ექთანსაც მისცეს მიმართულება შემდეგი შეკითხვების ფორმულირების თვალსაზრისით და ასევე დაეხმაროს პასუხის ფორმულირებაში. მეტი სიცხადისათვის, ქვემოთ მოყვანილია რამდენიმე სიტუაციური მაგალითი.

სევდის მაგალითი
დათქმულ შეხვედრაზე პაციენტი აცრემლებული თვალებითა და სევდიანი გამომეტყველებით შემოვიდა, მისალმებისას ექთანმა პაციენტს ხმაში ბზარიც შენიშნა.
ექთანი: “ვხედავ, დღეს სევდიანი ხართ”.
პაციენტი: „ღიახ, დღეს ჩემი მეუღლის გარდაცვალების დღეა”.
ექთანი: “მომიყვით, როგორ გარდაიცვალა თქვენი მეუღლე” ან “რამდენი ხანია, რაც თქვენი მეუღლე გარდაიცვალა?”.

კონტროლის დაკარგვის მაგალითი
პაციენტი: დილას მცირე საგზაო შემთხვევა მქონდა, მაგრამ კარგად ვარ. დავკარგე საფულე და ახლა ბანკში უნდა წავიდე და აღვადგინო ჩემი ბარათი. ვერ ვუკავშირდები ჩემს ქმარს. აღარ ვიცი, საიდან დავიწყო პრობლემების მოგვარება.
ექთანი: ვხედავ, გგონიათ, რომ კონტროლს კარგავთ (გრძნობების თარგმნა).

თავისი ემოციების უკეთ გამოსახატად, პაციენტმა შესაძლოა სხვადასხვაგვარი მინიშნებები გამოიყენოს. **ღია სახის მინიშნებები** მეტად კონკრეტული სახისაა და კონკრეტული შინაარსის მესიჯს იძლევა. მაგ., “მინდა მოვკვდე”- ეს წინადადება იძლევა მინიშნებას, რომ პაციენტი სუიციდზე ან თვითდაზიანებაზე ფიქრობს. **შეფარული მინიშნებები** უფრო ბუნდოვანი და ირიბია, ამიტომ მათ გაგებას, აუცილებლად ესაჭიროება ინტერპრეტაცია და დამაბუსტებელი შეკითხვების დასმა.

მაგ.,

პაციენტი: “ცხოვრება ძალზე რთულია და ძალიან დავიღალე. დასვენება მინდა... სამუდამოდ”.

ექთანი: “როგორც ვხედავ, საკმაოდ უიმედოდ ხართ განწყობილი. თავის მოკვლას აპირებთ? (ჩანაფიქრის ვერბალიზება).

თუ პაციენტი საუბრისას იყენებს ფრაზებს, ანდაზებსა და კლიშეებს, აუცილებელია ექთანმა დააზუსტოს, თუ რას გულისხმობდა პაციენტი.

მაგ.,

პაციენტი: „ადამიანები, რომლებიც შუშის სახლში ცხოვრობენ, სხვებისკენ ქვებს არ უნდა ისროდნენ“.

ექთანი: “თქვენ ფიქრობთ, რომ ვინმეს თქვენნაირი პრობლემები აქვს და მაინც თქვენ გაკრიტიკებთ (შეგრძნებების განმარტების ნახალისება)?”

არავერბალური კომუნიკაციის უნარები

არავერბალური კომუნიკაცია არის ქცევა, რომელსაც ავლენს ადამიანი ვერბალური კომუნიკაციის დროს. იგი მოიცავს სახის გამომეტყველებას, თვალთ კონტაქტს, სხეულის პოზასა და მოძრაობას. არავერბალური კომუნიკაცია ვერბალური კომუნიკაციის მნიშვნელობის თანაბარია. დადგენილია, რომ კომუნიკაციის ერთი მესამედი ვერბალურად, ხოლო ორი მესამედი არავერბალურად ხორციელდება.

არსობს არავერბალური კომუნიკაციის შემდეგი ძირითადი სახეები:

- აქცენტები: თვალებისა და ხელების მოძრაობა;
- კომპლემენტარული: კომიკური გამომეტყველება და თავის ქნევა;
- კონტრადიქტორული: თვალების გადაბრუნება, თქმულისა და მნიშვნელობის ურთიერთწინააღმდეგობის გამოსახატად;
- რეგულატორული: ღრმა ჩასუნთქვა საუბრის დაწყების მზაობის გამოსახატად, და სხვადასხვა ბგერითი სიგნალების გამოხატვა რაც საუბრის გაგრძელების სურვილს გამოხატავს;
- გამეორება: ვერბალური მესიჯის გასაძლიერებლად, არავერბალური ქცევის გამოყენება. მაგ., მხრების აჩეჩვა და თქმა: “ვინ იცის?!“;
- ჩანაცვლება: კულტურისათვის დამახასიათებელი სხეულის ენის გამოყენება ამა თუ იმ ემოციის გამოსახატად. მაგ., ხელის მოხრა და მუჭის წინ და უკან მოძრაობა წარმატების გამოსახატად.

სახის გამომეტყველება

ადამიანის სახე ყველაზე თვალსაჩინო, კომპლექსური და ხშირად დამაბნეველი არავერბალური კომუნიკაციის წყაროა. სახის გამომეტყველება, წარმოთქმულ სიტყვებთან ერთად ნათქვამის მნიშვნელობას გადმოსცემს. სახის გამომეტყველება შესაძლოა იყოს: ექსპრესიული, აპათიური და დამაბნეველი.

ექსპრესიული სახე გამოხატავს ადამიანის აზრებს, გრძნობებსა და საჭიროებებს საუბრის მომენტში. იგი მაშინაც კი ცხადია როცა ადამიანს მათი პირდაპირ გამოხატვა არ უნდა.

აპათიური სახე არ გამოხატავს ემოციებს და მეტად წააგავს ნიღაბს.

დამაბნეველი სახის დროს ადამიანის მიერ წარმოთქმული და გამოხატული ემოცია ურთიერთსაწინააღმდეგოა. მაგ., ადამიანი, რომელიც საუბრობდა სევდიან ამბავზე, მაგრამ მისი სახის გამომეტყველება მხიარულია.

სახის გამომეტყველებამ შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს მსმენელის პასუხზე. ემოციური გამომეტყველება მეტად სარწმუნოს ხდის ვერბალურად მიწოდებულ მესიჯს. პაციენტის სახემ, რომელიც დაბნეულობას გადმოსცემს, შესაძლებელია, მოახდინოს ზეგავლენა ექთანზე და მან პაციენტს დათქმულზე მეტი დრო დაუთმოს. თუ ექთნისთვის პაციენტის გამომეტყველება გაუგებარია, მან შესაძლებელია დამატებითი შეკითხვებით დააზუსტოს პაციენტის ემოცია; მაგ., “თქვენ იცინით მაგრამ შემგონი სევდას გრძნობთ”. თუ საუბრისას მოსაუბრე სხვაგან იყურება, კარგავს თვალთ თვალთან კონტაქტს და ამოქნარებს, ეს მოსაუბრის მხრიდან ინტერესის დაკარგვაზე მიუთითებს.

სხეულის ენა

სხეულის ენა (სხეულის პოზა, მოძრაობა) არის არავერბალური კომუნიკაციის სახე. სხეულის დახურული პოზა, ხელების გადაჯვარედინება და ფეხის ფეხზე გადადება მოსაუბრის მიმართ მსმენელის დამცველობით განწყობაზე მიუთითებს. მეტად მიმღებლური მესიჯის მატარებელია ფეხების პარალელურად განლაგება და ხელების სხეულის გასწვრივ ჩამოშვება. ასეთი პოზა უპირობო დადებით დამოკიდებულებას, ნდობასა და მიმღებლობას გადმოსცემს. ამასთან, ექთანს უნდა ჰქონდეს პაციენტისკენ დახრილი პოზა და მზერიტი კონტაქტი.



სხეულის დახურული პოზა

წყარო: <https://www.verywellmind.com/Understand-Body-Language-and-Facial-Expressions-4147228>.

სხეულის ენასთან ერთად მნიშვნელოვანია ასევე ექთნისა და პაციენტის ურთიერთგანლაგება. თუ პაციენტი ექთანს წინ ან გვერდით უზის, მას მეტად უადვილდება კომუნიკაციაში შევიდეს ექთანთან, ხოლო თუ ექთანი პაციენტის უკანაა, მას კომუნიკაციის წარსამართად გარკვეული ბარიერი ექმნება. ისეთ პაციენტებთან, რომელთაც ურთიერთობის საზღვრების შენარჩუნების პრობლემა აქვთ, ექთანმა ფიზიკური ბარიერები შესაძლოა თავად შექმნას.

ხმოვანი მინიშნებები

ხმოვანი სიგნალები ვერბალური კომუნიკაციის არავერბალური კომპონენტია, რომელიც მოიცავს: ხმის სიმაღლეს, ტონს, ბგერების სიმაღლეს, ინტენსივობას, აქცენტებს, საუბრის სიჩქარესა და პაუზებს საუბრის დროს. საუბრის ხმის სიმაღლე შესაძლოა მიგვანიშნებდეს ბრაზზე, შიშზე, სიხარულზე, ბედნიერებაზე ან, უბრალოდ, დაქვეითებულ სმენაზე. ხმის ტონით შესაძლებელია მივხვდეთ ადამიანის განწყობას, ის მოდუნებულია, აჟიტირებულია თუ მოწყენილი. ბგერის სიმაღლე შესაძლოა ვარირებდეს მაღალი გამჭოლიდან შიშის მომგვრელ უკიდურესად დაბალი სიმაღლის ბგერებამდე. მოსაუბრის მიერ გაკეთებული ბგერითი აქცენტები მანიშნებენ საუბრის ძირითად საგანს. საუბრის სიჩქარე აღწერს სიტყვათა რაოდენობას, რომელსაც მოსაუბრე ერთი წუთის განმავლობაში ამბობს. პაუზები ასევე დამატებითი მესიჯებია, რომელიც ხშირად ემოციას გამოხატავს.

მაღალი ბგერებით და სწრაფად გადაცემული მესიჯი, როგორც წესი, შფოთვის გამოხატულია. თუ ადამიანი საუბრისას დეტალურად აღწერს ყველა ნიუანსს, იგი ძალიან დაბნეული ან ცუდი მთხრობელია. თუ ადამიანი დასმულ შეკითხვას ნელა და დაბალი ხმით პასუხობს, ეს შესაძლებელია დეპრესიის მიმანიშნებელი იყოს; ამ დროს, მნიშვნელოვანია, ექთანმა დამაბუსტებელი შეკითხვები დასვას.

მზერითი კონტაქტი

იმის გამო, რომ თვალები ემოციებს ყველაზე კარგად გამოხატავს, მათ სულის სარკესაც უწოდებენ. მათში შესაძლებელია შიშის, იუმორის, ინტერესის, ბედნიერების, გაფრთხილებისა და აღიარების ამოკითხვა. **მზერითი კონტაქტი** გულისხმობს საუბრისას მოსაუბრის თვალებში ყურებას. მზერითი კონტაქტი უმჯობესია მოსმენისას, მაგრამ საუბრისას მცირდება. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს ესმოდეს სხვაობა მზერით კონტაქტსა და მიშტერებას შორის.

სიჩუმე

კომუნიკაციის დროს სიჩუმე მრავალ სხვადასხვა მნიშვნელობას შეიძლება ატარებდეს. პაციენტს დეპრესიის გამო შესაძლებელია უჭირდეს ენერჯის მობილიზება და საუბარი ან ეძებდეს საჭირო სიტყვებს პასუხის გასაცემად. თერაპიული კომუნიკაციის დროს, მნიშვნელოვანია, პაციენტს ჰქონდეს დრო იმისთვის, რომ საჭირო პასუხები იპოვოს, თუნდაც ეს დრო ხანგრძლივი იყოს. თუ პაციენტს კომუნიკაციისას საკმარისი დრო არ მიეცა, ეს, ექთნის მხრიდან, შესაძლებელია უპატივცემულობად ჩაითვალოს.

კომუნიკაციის მნიშვნელობა

როგორც თერაპიულ, ისე სოციალურ ურთიერთობებში იშვიათია, რომ ერთ მესიჯს ერთი შინაარსი ჰქონდეს. როგორც წესი, ჩვენ მიერ ნათქვამ მესიჯებს ერთზე მეტი მნიშვნელობა აქვს და აუცილებელია, რომ ექთანმა ყველა ამ მნიშვნელობის იდენტიფიცირება მოახდინოს. მაგ., დეპრესიის მქონე პაციენტი, რომელიც ამბობს, რომ ის დაღლილია და ვეღარ გააგრძელებს საუბარს – ფიზიკურ დაღლას არ გულისხმობს, არამედ იმის გადმოცემას ცდილობს, რომ სიკვდილი უნდა. ამ დროს მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა მოახდინოს იდენტიფიცირება, არის თუ არა პაციენტი სუიციდის რისკის ქვეშ. ხშირად პაციენტებს თავიანთი ემოციის მოქმედებით გამოხატვა უფრო უადვილდებათ, ვიდრე მათზე საუბარი. მაგ., პაციენტი, რომელიც ყოველთვის აკრიტიკებს სხვას, შესაძლებე-

ლია თავად იტანჯებოდეს დაბალი თვითშეფასებით და ამით ცდილობდეს, გამოხატოს საკუთარი ემოციები.

კონტექსტის მნიშვნელობა

გადმოცემული მესიჯის სწორად გასაგებად, აუცილებელია, კარგად გვესმოდეს კონტექსტი. ფრაზა “მე შენ მოგკლავ!” შესაძლებელია სხვადასხვანაირად იყოს გაგებული მაშინ, როდესაც ადამიანი გაბრაზებულია ან მაშინ, როდესაც ადამიანი აღმოაჩენს, რომ მეგობარი სიურპრიზს უმზადებს. კონტექსტის სწორად გააზრება გადმოცემული ინფორმაციის შინაარსის სწორად გაგების ალბათობას ზრდის და არასწორი ინტერპრეტაციის რისკს ამცირებს. კონტექსტის სწორად გასაგებად მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა შეაგროვოს როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური ინფორმაცია სხვადასხვა წყაროდან. მაგ., თუ პაციენტი ამბობს, რომ მან კოლაფსი განიცადა, იგი შესაძლებელია გულისხმობდეს უშუალოდ დაცემას ან უბრალოდ დაღლილობას. ამის დასადგენად ექთანმა დამატებითი შეკითხვები უნდა დასვას: “რას გულისხმობთ კოლაფსში?” ან “აღწერეთ, სად იყავით და რას აკეთებდით, როდესაც კოლაფსი დაგემართათ”. კონტექსტის შესაფასებლად ექთანმა უნდა გაიგოს თუ ვინ, რას, როგორ და რატომ აკეთებდა.

სპირიტუალობა (სულიერება)

სპირიტუალობა მოიცავს სულიერი რწმენების, მსოფლმხედველობის, ავადმყოფობისა და სიკვდილის შესახებ ადამიანის რწმენებსა და ხედვებს. სპირიტუალობა, განსხვავდება რელიგიისგან, რომელიც ორგანიზებულ, ყოვლისმომცველ და ყოვლისმცოდნე ძალებს მოიცავს. სპირიტუალობა და რელიგიურობა, როგორც წესი, ურთიერთგადაჯაჭვულია და დიდ ზეგავლენას ახდენენ ადამიანის ცხოვრებაზე, მის სულიერ კეთილდღეობასა და ცხოვრების წესზე.

მნიშვნელოვანია, რომ ექთნის პერსონალურმა სპირიტუალურმა და რელიგიურმა მახასიათებლებმა ზეგავლენა არ მოახდინოს მის საექთნო პრაქტიკაზე და აბრთა და შეხედულებათა სხვადასხვაობის მიუხედავად, დარჩეს ნეიტრალური.

თერაპიული ურთიერთობისას, ექთნის მიერ გამოხატული ნეგატიური დამოკიდებულება პაციენტის სპირიტუალური ან რელიგიური საკითხების შესახებ, დააზიანებს პაციენტის ნდობას ექთნისადმი და ზოგადად, მათ თერაპიულ კომუნიკაციას დააზარალებს.

მე-7 თავში სპირიტუალური საკითხები უფრო დეტალურადაა განხილული.

კულტურული საკითხები

კულტურა არის კონკრეტული სოციალური ჯგუფისთვის დამახასიათებელი ქცევების, ღირებულებების, რწმენებისა და ფასეულობების მემკვიდრეობა, რომელიც ერთი თაობიდან მეორეს გადაეცემა. საკუთარი კულტურული მემკვიდრეობიდან გამომდინარე, თითოეულ სოციუმს მისთვის დამახასიათებელი კომუნიკაციის სტილი ახასიათებს, რომელიც, ამავე დროს, განსაზღვრავს ამ კავშირის ვერბალურ და არავერბალური კომპონენტებს. მაგ., დასავლეთის კულტურებში, მისალმებისას მიღებულია ხელის ჩამორთმევა, ხოლო ზოგ აღმოსავლურ კულტურაში მისალმებისას თავის დახრა არის მიღებული. ამ კულტურული განსხვავებების გამო თერაპიული კურსის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია პაციენტის კულტურული წარმომავლობის დადგენა როგორც ზოგადად, ის ემოციურ და მენტალურ ჯანმრთელობასთან მიმართებით.

თუ პაციენტი არ საუბრობს თქვენს მშობლიურ ენაზე, აუცილებელია, თარჯიმანი დაიხმაროთ, რომელიც შეძლებს, არ მოახდინოს ძირითადი გზავნილის გადაკეთება საკუთარი სუბიექტური აზრებითა და დამოკიდებულებებით.

ექთანს უნდა ესმოდეს, რომ დასავლური კულტურები ინდივიდუალისტური (ძირითადი ფოკუსი საკუთარ პიროვნებაზე და პერსონალურ დამოუკიდებლობაზე), ხოლო აღმოსავლური კულტურები კოლექტიური (მათთვის მნიშვნელოვანია ჯგუფი და მათთან დაკავშირებული ვალდებულებები) მიდგომებით ხასიათდება. ეს საკითხები დეტალურადაა განხილული მე-7 თავში.

თერაპიული კომუნიკაციის სესიები

მიზნები

ექთანი იყენებს ყველა თერაპიულ მიდგომას, შემდეგი მიზნების მისაღწევად:

- ემპათიური და მზრუნველი დამოკიდებულებით ამყარებს კავშირს პაციენტთან, მიუხედავად პაციენტის პერსონალური ქმედებისა და ქცევებისა;
- აქტიური მოსმენის გზით ახდენს ძირითადი პრობლემის იდენტიფიცირებას და პაციენტზე ორიენტირებული ამოცანების დასმას;
- ახდენს პაციენტის მიერ თავისი საკუთარი პრობლემის აღქმის ხარისხის დადგენას და ექთან-პაციენტის ურთიერთობაში ემპათიური ურთიერთობების წახალისებას;
- ახდენს პაციენტის შეგრძნებებისა და აზრების დეტალურ გამოკვლევას;
- ახდენს პაციენტის მიერ საკუთარი შეგრძნებებისა და აზრების გამოხატვის წახალისებას;
- ახდენს პაციენტის დახმარებას პრობლემის გადაჭრის უნარების დასწავლაში;
- ახდენს პაციენტის დახმარებას გადაჭრის გზების შეფასებაში.

უშუალოდ პაციენტთან კომუნიკაციამდე, ექთანს აქვს დრო დეტალურად გაიაროს პაციენტის სამედიცინო ისტორია და პაციენტთან შეხვედრები დაგეგმოს. თუმცა შესაძლებელია იყოს ეპიზოდები, როდესაც თავად პაციენტმა სთხოვოს ექთანს გასაუბრება, ან პირიქით, ექთანმა შენიშნოს მართო მჯდომი, მტირალი პაციენტი, მივიდეს და დახმარება ან გასაუბრება სცადოს.

პირველ შეხვედრაზე, აუცილებელია, რომ ექთანმა მოახდინოს იმ ჩარჩოების დადგენა, რომლის ფარგლებშიც მოხდება ყველა შემდგომი თერაპიული კომუნიკაცია, მაგ., გაიგოს, თუ როგორ ურჩევნია რომ მიმართოს ექთანმა პაციენტს, რა სიხშირით და რა თემაზე ექნებათ ექთანსა და პაციენტს კომუნიკაცია. მაგ., გამარჯობა ბატონო ჯონი, მე მქვია მარია, და დღეს თქვენი ექთანი ვიქნები 7 საათიდან 3:30-მდე. ახლა მხოლოდ რამდენიმე წუთი მაქვს, მაგრამ 11 საათისთვის გნახავთ და შეგვეძლება უფრო ხანგრძლივად ვისაუბროთ, თუ თქვენთვისაც მოსახერხებელი იქნება (ამ კომუნიკაციაში ექთანი ავლენს პაციენტის აღიარებას, ვინაიდან სახელით მიმართავს და თავსაც წარუდგენს, ასევე კონტაქტისთვის ლიმიტირებულ დროს ადგენს).

პირველი კონტაქტის შემდეგ, ექთანი უნდა ეცადოს დაიწყოს საუბარი ზოგად თემაზე, რათა უკეთ შეძლოს ორიენტაცია და პაციენტის პრობლემის იდენტიფიცირება.

მაგ.,

ექთანი: “გამარჯობა, ბატონო ჯონსონ, მე მარია ვარ და დღეს თქვენი ექთანი ვიქნები 7 საათიდან 3:30 მდე. როგორ გირჩევნიათ, რომ მოგმართოთ?”

პაციენტი: “შეგიძლიათ, პიტერი დამიძახოთ”.

ექთანი: “ამ დილას კარგად იწვიმა ბოლოდროინდელი ცხელი ამინდების შემდეგ”.

პაციენტი: “წვიმა იყო? არც კი ვიცი, რა ხდება გარეთ. აქ მაინც ჩახუთულობაა”.

ექთანი: “ნამდვილად, არის ხოლმე აქ ჩახუთულობა; მითხარით, აბა, როგორ ხართ დღეს?”

არადირექტიული როლი

თერაპიული კომუნიკაციისას, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა და არა ექთანმა, მოახდინოს პრობლემის იდენტიფიცირება. თერაპიული მიზნებიდან გამომდინარე ექთანი აქტიური მსმენელი და პაციენტის გზამკვლევი უნდა იყოს. ამით მან უნდა მოახდინოს პაციენტის დახმარება პრობლემის იდენტიფიცირებაში. თერაპიული კომუნიკაციის დროს ექთანი გარკვეული დროის განმავლობაში კონკრეტული მიზნების მიღწევას ისახავს მიზნად; ქვემოთ მოყვანილია ასეთი მიზნების მაგალითები:

- პაციენტი ექთანთან ერთად განიხილავს თავისი 16 წლის ქალიშვილის საკითხს, რომელსაც სკოლაში პრობლემები აქვს;
- პაციენტი განიხილავს თავის დანიშნულებასთან დაკავშირებულ გვერდით მოვლენებს;
- პაციენტი განიხილავს თავისი შვილის წამალდამოკიდებულებასთან დაკავშირებულ დისტრესს;
- პაციენტი განიხილავს მარტოხელა მშობლობასთან დაკავშირებულ თავის ძირითად წუხილსა და ღელვას;

ექთანი ღია ტიპის შეკითხვებითა და საუბრის წარმართვის თავისუფლებით ავლენს არადირექტიულ როლს და პაციენტს თავისი გრძნობებისა და აზრების გამოხატვაში ეხმარება.

ქვემოთ მოყვანილია ექთნის არადირექტიული როლის მაგალითი:

პაციენტი: “ისე ვარ ჩემს ოჯახზე გაბრაზებული”.

ექთანი: “გაბრაზებული?” (რეფლექსია)

პაციენტი: “დიახ, გაბრაზებული ვარ ისე, რომ ვერ ვიძინებ და მადაც დავკარგე; უბრალოდ, არ ვიცი, როგორ მოვიქცე”.

ექთანი: “განაგრძეთ” (საუბრის გაგრძელების წარმართვის ხელშეწყობა).

პაციენტი: “ჩემი მეუღლე ძალიან ბევრს მუშაობს და სახლში ძალიან დაღლილი მოდის, ბავშვებსაც თითქმის ვერ ხედავს”.

ექთანი: “გასაგებია” (მიმღებლობის გამოხატვა).

პაციენტი: “მეც სულ დაკავებული ვარ ხან სახლის საქმეებით, ხან ბავშვების მოვლით, მე კი ჩემს მეუღლესთან მინდა საუბარი”.

ექთანი: “როგორ გრძნობთ ხოლმე ამ დროს თავს?” (ემოციის გამოხატვის წახალისება).

პაციენტი: “ თითქოს რამდენიმე ნაწილად ვარ გაჭრილი და თავს ვერაფერს ვაბამ”.

ექთანი: „ვხედავ, გადაღლილი ხართ“ (სიტყვების გრძნობებში გადათარგმნა).

პაციენტი: „დიახ, ძალიან. მე ყველაფერს ჩემით ვერ გავაკეთებ და აუცილებლად რამე უნდა შეიცვალოს“.

ექთანი: „მოდით, განვიხილოთ, რა შეიძლება შეცვალოთ“ (თანამშრომლობის შეთავაზება).

ზოგჯერ, თერაპიულ ურთიერთობებში პაციენტს მხოლოდ მოსმენა სჭირდება; სტრესული სიტუაციის გულწრფელი მოყოლა და მოზღვავებული ემოციების გამოხატვა, შესაძლოა ის ერთადერთი იყოს, რაც პაციენტს სჭირდება. ხანდახან კი ადამიანებს თავიანთი კარგი მოგონებების გახსენება სურთ. ეს განსაკუთრებით ხშირია ასაკოვან პაციენტებთან, რომლებსაც საკუთარი ახალგაზრდობის გახსენება სიამოვნებთ. მოგონებების საკითხი დეტალურადაა განხილული 21-ე თავში.

დირექტიული როლი

სუიციდური და კრიზისული მდგომარეობის მქონე პაციენტებთან ექთანი უმეტესწილად **დირექტიულ როლს** იყენებს. ამ დროს ექთანი იყენებს დახურულ (კი/არა) შეკითხვებს და ამით ცდილობს პაციენტს დაეხმაროს, გამონახოს გამოსავალი და შექმნილ სიტუაციას გაუმკლავდეს. ქვემოთ მოყვანილია თერაპიული ურთიერთობის დირექტიული მოდელი:

ექთანი: „ვხედავ, თქვენ ოთახის კუთხეში გიპოვნიათ ადგილი ყველასგან შორს“ (დაკვირვების წარმოება).

პაციენტი: „რა აზრი აქვს?“

ექთანი: „რას არ აქვს აზრი?“ (განმარტების მოთხოვნა)

პაციენტი: „რა აზრი აქვს რამეს?“

ექთანი: „უიმედოდ ხართ“ (ნაგულსიხმევის ვერბალიზაცია) „სუიციდზე ფიქრობთ?“ (ინფორმაციის მოძიება)

პაციენტი: „ვფიქრობ, უმჯობესია, მკვდარი ვიყო“.

ამ მაგალითში მოცემულია ექთნის მკვეთრად დირექტიული როლი, რაც პაციენტის უსაფრთხოების ინტერესებიდან გამომდინარეობს.

შეკითხვის ჩამოყალიბება

შეკითხვის ჩამოყალიბების ფორმას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ღია შეკითხვები, მეტად აღწერილობით ინფორმაციას იძლევა, ხოლო დახურული (კი/არა) შეკითხვები მხოლოდ კონკრეტულ პასუხს გვაძლევს. იმისდა მიხედვით, თუ რა სახის ინფორმაციის მიღება სურს ექთანს, იყენებს ღია ან დახურული ტიპის შეკითხვას. შეკითხვის ფორმულირებამდე მნიშვნელოვანია, ექთანმა გამოიყენოს აქტიური მოსმენის ტექნიკა და ყურადღება მიაქციოს ყველა იმ დამატებით მინიშნებას, რომელსაც პაციენტი კომუნიკაციის ეპიზოდში იძლევა.

შეკითხვების დასმისას და პასუხების მიღებისას, მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს კონკრეტული სოციალური და მახასიათებელი ფრაზოლოგია. რიგ კულტურებში ურთიერთმონაცვლევით გამოიყენება სიტყვები „გრძნობა“ და „ფიქრი“, ამიტომ კომუნიკაციაში, ყველა ასეთი თავისებურება გათვალისწინებული უნდა იყოს ექთნის მხრიდან. გრძნობების გამომხატველი სიტყვები მოცემულია 6.1 ცხრილში.

ცხრილი 6.1 გრძნობების გამომხატველი სიტყვები

შიში;	უიმედობა;
შეშფოთება;	შეძრწუნება;
გაბრაზება;	მოუთმენლობა;
აღელვება;	გალიზიანება;
დარცხვენა;	ეჭვიანობა;
შეცბუნება;	ხალისი;
სიმშვიდე;	მარტოსულობა;
უდარდელობა;	სიამოვნება;
დაბნეულობა;	უძლურება;
დეპრესიულობა;	მოდუნება;
გაშმაგება;	სევდა;
უხერხულობა;	გაოცება;
განრისხება;	დაძაბულობა;
შური;	დამუქრება;
აღელვება;	აღშფოთება;
იმედგაცრუება;	ბედნიერება;
დანაშაულის გრძნობა.	იმედი.

აქტიური მოსმენა და მრავალი ღია შეკითხვა ექთანს საშუალებას აძლევს, მაქსიმალურად ინფორმატიული შეკითხვები დასვას. ხშირად, პაციენტებს ამბის დეტალურად მოყოლის უნარი არ აქვთ, ისტორიის მხოლოდ თავსა და ბოლოს ჰყვებიან ისე, რომ ტოვებენ ისტორიის შუა ნაწილს, სადაც ყველაზე კარგად ჩანს პაციენტის უშუალო ქცევა, ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი პაციენტს დაეხმაროს ინფორმაციის დეტალურ გახსენებასა და მოყოლაში, დამატებითი განმარტებებისა და მოვლენათა დროსა და სივრცეში განლაგების გზით.

განმარტებების მოძიება

ექთნებს ხშირად ჰგონიათ, რომ იმთავითვე უნდა გაიგონ პაციენტის მოწოდებული ინფორმაცია, თუმცა ეს ასე ვერ იქნება და ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ეჭვის არსებობის შემთხვევაში ექთანმა დასვას დამატებითი შეკითხვები და სთხოვოს პაციენტს განმარტოს თქმული.

დაუშვებელია, რომ ექთანმა იმუშაოს საკუთარი დასკვნების საფუძველზე. თერაპიული კომუნიკაციის დროს მან უნდა მოახდინოს მიღებული ინფორმაციის ვალიდაცია, ვინაიდან სწორი ინფორმაციის შეგროვება უმნიშვნელოვანესია მკურნალობის სწორი სტრატეგიის დაგეგმვის თვალსაზრისით.

თუ ექთანს მანამდე მიღებულ ინფორმაციაზე კვლავ რჩება შეკითხვები, მნიშვნელოვანია, რომ მიუბრუნდეს ბუნდოვან საკითხს ისევ და თერაპიული კომუნიკაციის სხვადასხვა მიდგომებით, მოახდინოს ბუნდოვანი საკითხის გარკვევა (მაგ., კონსესუალური ვალიდაცია ან პაციენტის აზრების გამეორება, რათა დადგინდეს ემთხვევა თუ არა ექთნისა და პაციენტის აღქმა საკითხის გარშემო ერთმანეთს).

მაგ.,

პაციენტი: „მე ვხვდებოდი რომ ეს მოხდებოდა, მაგრამ ამას, ჩემ გარდა, ვერავინ ხვდებოდა“.

ექთანი: „რა რომ მოხდებოდა?“ (ინფორმაციის მოძიება)

პაციენტი: „ჩვენ ყველაფერი კარგად მიგვდიოდა, მაგრამ მერე თითქოს ფეხქვეშ მინა გამოგვეცალა, არაფრის გაკეთება არ შეიძლებოდა და მხოლოდ კარგის იმედი დაგვრჩენოდა“.

ექთანი: „იქნებ დამეხმაროთ, რომ გავიგო რას ნიშნავს „ყველაფერი კარგად მიგვდიოდა“, ასევე ვის გულისხმობთ სიტყვა „ჩვენში?“ ასევე რას ნიშნავს „ფეხქვეშ მინა გამოგვეცალათ?“, რას გულისხმობთ „კარგის იმედში?““.

პაციენტის მიერ შფოთვის წარმოქმნის თავიდან აცილება

შფოთვის თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტები ხშირად მეორე ხარისხოვან თემებზე ფოკუსირდებიან და არ ეხებიან ძირითად და მნიშვნელოვან საკითხს. აქტიური მოსმენა და არავერბალური კომუნიკაციის ნიშნების ანალიზი ექთანს ეხმარება ამოიცნოს პაციენტის ასეთი ქცევა და გამოიყენოს ის მიდგომები, რომლებიც დაეხმარება ძირითადი საკითხის ამოცნობაში:

1. ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რომელი საკითხი არის მისთვის ამჟამად მნიშვნელოვანი;
2. განიხილეთ ახალი საკითხი, რადგან პაციენტმა არავერბალური მესიჯი გადმოსცა, რომ აღნიშნული საკითხი უფრო ღრმა დისკუსიას საჭიროებს;
3. მოახდინეთ პაციენტის ქცევის რეფლექსია, რაც მიანიშნებს უფრო მნიშვნელოვანი საკითხების არსებობას, რომელიც საჭიროებს განხილვას;
4. გონებაში გადაინახეთ ახალი საკითხი, რომელსაც მოგვიანებით ჩაუღრმავდებით;
5. თუ პაციენტი ცდილობს სანყისი თემის თავიდან აცილებას, მოახდინეთ პაციენტის წამოწყებული ახალი თემის იგნორირება.

ქვემოთ მოცემულია ექთნის მიერ პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი საკითხის იდენტიფიცირების მაგალითი:

პაციენტი: „არ ვიცი, ვუთხრა თუ არა ჩემს ქმარს, რომ მე მუშაობას ველარ შევძლებ? ის ისე ცუდად რეაგირებს ცუდ ამბებზე. კუჭის წყლული აქვს და ეტყობა, სტრესი მასში ტკივილისა და დისკომფორტის შეგრძნებას აღძრავს“.

ექთანი: „რომელი უფრო სანერვიულოა თქვენთვის, ცუდი ამბები თუ მეუღლის წყლული?“ (ექსპრესიის წახალისება)

პრობლემის გადაჭრისა და ცვლილებათა გაძლიერების მხარდაჭერა

მრავალი თერაპიული სიტუაცია, პრობლემის გადაჭრას მოიცავს. ექთანი ვერ იქნება ადამიანი, რომელსაც ყველა პრობლემასთან დაკავშირებით პოტენციური გადაჭრის გზა ეცოდინება და არც არის საჭირო, მან ეს როლი შეასრულოს. ის უბრალოდ უნდა დაეხმაროს პაციენტს, თავად იპოვნოს გამოსავლის შესაძლო გზები. ხანდახან მოსმენა და პრობლემასთან დაკავშირებული შეგრძნებების გაგება პაციენტს ეხმარება, გადაჭრის პოტენციური გზები იპოვოს. ექთნის როლია, კომუნიკაციის დროს პაციენტს მიაწოდოს პრობლემის გადაჭრის კონცეფცია და შემდეგ დაეხმაროს მას ამ გზაზე.

ვირჯინია სატირმა აღწერა, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია პაციენტის მონაწილეობა გამოსავლის გზის ძიებაში. მან აღწერა, როგორ უშლის ხელს პაციენტის პიროვნულ ზრდასა და განვითარებას ვინმეს მიერ მზად შეთავაზებული პრობლემის გადაჭრის გზები. ასეთ დროს პაციენტი თავს უძლურად თვლის და თვითონმენა უქვეითდება. გარდა

ამისა, შესაძლოა, ამ დროს გარკვეული ტიპის რეზისტენტულობაც კი ჩამოუყალიბდეს.

როდესაც პაციენტი თავად არის პრობლემის გადაჭრის გზის პოვნის პროცესში ჩართული, მეტია ალბათობა იმისა, რომ იგი გაპყვება თავის ნაპოვნ გზას, გაძლიერდება პიროვნულად და გახდება მეტად დამოუკიდებელი.

პრობლემის გადაჭრის გზის ძიება მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

1. პრობლემის იდენტიფიცირება;
2. ყველა შესაძლო გამოსავლის მოძიება;
3. საუკეთესო ალტერნატივის შერჩევა;
4. გადაჭრის გზის იმპლემენტაცია;
5. სიტუაციის ხელახალი შეფასება;
6. თუ შედეგები არა არის დამაკმაყოფილებელი, ალტერნატიული გზის მოძიება.

მაგ.,

ექთანი: „ვხედავ, წარბშეკრული ხართ, რა ხდება?“ (დაკვირვების წარმოება და თავისუფალი შესავალი)“

პაციენტი: „ვცდილობ, ჩემი ქმარი მეტად ჩართული გავხადო ბავშვების აღზრდის პროცესში და მხოლოდ მათზე ყვირილით არ იყოს შემოფარგლული, თუმცა ნაკლებად გამომდის“.

ექთანი: „რა სცადეთ და რა არ გამოგივიდათ?“ (ექსპრესიის მხარდაჭერა)

პაციენტი: „ჩემს ქირურგიულ ოპერაციამდე ვცადე მეტად ჩამერთო მათი საშინაო დავალებების მომზადებაში. ასევე, ვცადე ტელევიზორის ერთობლივი ყურების დროის შემოღება, მაგრამ ბავშვებს მულტფილმები აინტერესებთ, ხოლო ჩემს მეუღლეს – ბუნებასა და მეცნიერებაზე შექმნილი გადაცემები“.

ექთანი: „ როგორ ჩართეთ თქვენი მეუღლე ამ გეგმის შედგენაში?“

პაციენტი: „არა, არ ჩამირთავს, ის ყოველთვის ამბობს, რომ უნდა ბავშვებთან დროის გატარება, მაგრამ მათ დროს არასოდეს უთმობს. თქვენ გულისხმობთ, რომ ისიც უნდა ჩავრთო დაგეგმარების პროცესში და ვკითხო, როგორ უნდა რომ ბავშვებთან გაატაროს დრო“.

ექთანი: “მე მგონი, ეს კარგი დასაწყისი იქნებოდა. ალბათ, უმჯობესია, რომ ამის შესახებ დაილაპარაკოთ და ნახოთ, რა იქნება ორივესთვის მისაღები გზა“. (გადაჭრის გზის ძიება).

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი არ იყოს ადამიანი, რომელიც გადანყვეტილებას იღებს. ის შესაძლოა პერსონალურად არ ეთანხმებოდეს პაციენტის გადანყვეტილებას, თუმცა მნიშვნელოვანია, რომ მან მხარი დაუჭიროს პაციენტს თავის გადანყვეტილებებში და შესძინოს მაქსიმალური დამოუკიდებლობა გადანყვეტილების მიღებისას.

ასერტიული კომუნიკაცია

ასერტიული კომუნიკაცია არის როგორც პოზიტიური, ისე ნეგატიური აზრების გამოხატვა ღიად და გულწრფელად, ისე რომ აღიარებული იქნას სიტუაციაში მონაწილე ყველა მხარის უფლებები; მიდგომის ეს ტიპი ეფექტურია მრავალი სხვადასხვა სიტუაციის დროს, როგორც ოჯახურ, ისე სამსახურეობრივ და სხვა სოციალურ სიტუაციებში. ასერტიული კომუნიკაცია, განსაკუთრებით ეფექტურია იმ ადამიანებისთვის, რომლებსაც უჭირთ სხვათა თხოვნებზე უარის თქმა, აქვთ ემოციების გამოხატვის პრობლემები და ასევე თავის ზემდგომებთან კომუნიკაციის პრობლემები.

ექთნები უნდა დაეხმარონ პაციენტებს შეიძინონ ასერტიული კომუნიკაციის უნარები და გამოიყენონ ისინი როგორც პირად, ისე სამსახურეობრივ ურთიერთობებში. ასერტიული კომუნიკაცია, მეტად ეფექტურია თუ მოსაუბრე არის მშვიდი, საუბრობს კონკრეტულ და ფაქტობრივ საკითხებზე და კონცენტრირებულია “მე”-ს გარშემო. მაგ., ექთანის მიმართ, რომელიც მუდმივად აგვიანებს სამსახურში და ამით ხელს უშლის ნორმალური გადაბარების პროცესს, შესაძლებელია, პერსონალის წევრებს ჰქონდეთ შემდეგი ტიპის რეაქციები:

- **აგრესიული:** რამდენიმე დღე არაფერს ეუბნებიან თანამშრომლები მას, მაგრამ შემდეგ ერთ-ერთი აგრესიულად უყვირის: „ყოველთვის აგვიანებ! ეს ხომ უზრდელობაა, რატომ არ შეგიძლია დროულად მოხვიდე სამსახურში?“ ამის შემდეგ ოთახიდან გადის და ყველას უხერხულ სიტუაციაში ტოვებს.
- **პასიურ-აგრესიული:** პერსონალის წევრები ერთმანეთში საუბრობენ „რა კარგია, რომ შემოგვიერთდა, როგორ გაგვიმართლა!“ რასაც თან სდევს უხერხული სიჩუმე.
- **პასიური:** თავდაპირველად არავინ არაფერს ამბობს, მაგრამ მოგვიანებით მორიგე ექთანი ეუბნება თანამშრომელს: „ის ყოველთვის აგვიანებს. მე ჩემი საქმეც ბევრი მაქვს. იძულებული ვარ, ვუთხრა, რაზედაც ვისაუბრეთ“, მაგრამ არაფერს ეუბნება.
- **ასერტიული:** გადაბარების შემდეგ ერთ-ერთი ექთანი ეუბნება მას: „როდესაც აგვიანებ, იძულებული ვართ, თავიდან მოგიყვეთ ის, რაზეც მანამდე იყო საუბარი, რაც მე ნამდვილად არ მომწონს“. ამ ექთანმა მოახდინა კომუნიკაცია იმ გრძნობების შესახებ, რასაც კოლეგის დაგვიანება აღძრავს მასში, მწვავე კომენტარებისა და დადანაშაულების გარეშე.

ასერტიულ კომუნიკაციას პრობლემის გადაჭრა შესაძლოა არ მოჰყვეს, თუმცა ის კომუნიკაციის ავტორს გარკვეულ კომფორტს უქნის და ემოციების გამოხატვაში ეხმარება ისე, რომ არ მოხდეს სხვა ადამიანის ღირსების შელახვა.

ხანდახან ადამიანებს უჭირთ სხვის თხოვნაზე უარის თქმა, რასაც მოგვიანებით ნაწილობრივ და თავს ზედმეტად გადატვირთულად გრძნობენ. ასერტიული კომუნიკაცია ასეთ ადამიანებს ეხმარება, უარის თქმა შეძლონ თავაზიანად, მაგრამ მტკიცედ. მაგალითად:

ექთანი 1: „შეგიძლია ჩემს მაგივრად იმუშავო მომდევნო შაბათს?“

ექთანი 2: „არა, არ შემიძლია“.

ექთანი 1: „ძალიან გთხოვ, არ გინდა დამეხმარო? კონცერტის ბილეთები მაქვს, რომლის ნახვაც ძალიან მინდა“.

ექთანი 2: „არა, არ შემიძლია“.

ექთანი 1: „რატომ არა? ვიცი, რომ არაფერს განსაკუთრებულს არ გეგმავ ამ კვირაში“.

ექთანი 2: „არა, არ შემიძლია“.

პასუხის ამ სტილს ჰქვია „გაფუჭებული ჩანაწერის პრინციპი“, როცა პასუხი რჩება იგივე, მიუხედავად მინოდებული ინფორმაციისა და დამატებითი გამოხატული ემოციებისა. დროთა განმავლობაში კომუნიკაციის ეს სტილი, მოპასუხეს, გაცხადებული უარის მიუხედავად, უქრობს დანაშაულის შეგრძნებას და იცავს მას გადაღლილობისგან და ზედმეტი პასუხისმგებლობების აღებისგან.

აღსანიშნავია, რომ ასერტიული კომუნიკაციის სწავლას გარკვეული დრო სჭირდება. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ამგვარ ურთიერთობას შესაძლოა ურთიერთობების გაფუჭება მოჰყვეს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მანამდე ადამიანი რადიკალურად განსხვავებულ ქცევას ავლენდა.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისების გაუმჯობესებასთან ერთად იზრდება ექთნის როლი ამ სერვისების მიწოდებაში. თემის დონეზე და ბინაზე მიწოდებული სერვისების შემთხვევაში, ექთანმა შესაძლოა ძირითადი მზრუნველის როლიც კი შეასრულოს და ამით უდიდესი პასუხისმგებლობა იტვირთოს სამედიცინო თვალსაზრისით. ეფექტური თერაპიული კომუნიკაციის უნარები კი ამ ზრუნვის წარმატებით განხორციელების ერთ-ერთი ძირითადი წინაპირობაა.

ასაკოვან მოსახლეობაზე ზრუნვა ოჯახსა და თემში ერთ-ერთი ძირითადი საექთნო გამოწვევაა. ამ დროს ექთანს აუცილებელია კარგად ჰქონდეს საკუთარი როლი გაცნობიერებული და ჰქონდეს თვითშეგნების მაღალი დონე. ოჯახის მიკრო სოციუმში მოხვედრისას, ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ მისი პირადი შეხედულებები და ოჯახის შეხედულებები და რწმენები შესაძლოა მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, უნდა ავლენდეს უპირობო პოზიტიურ დამოკიდებულებას. როგორც წესი, კულტურული მიკუთვნების მიუხედავად, ექთნებისა და სამედიცინო პერსონალის მიმართ ადამიანები ავლენენ პატივისცემას და ადვილად პატიობენ მათ კულტურულ კონტექსტში დაშვებულ შეცდომებსაც.

ექთნის მიერ პაციენტის კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება მნიშვნელოვანია უშუალოდ მკურნალობის მიზნებიდან გამომდინარეც; ის საკვები დანამატები ან რიტუალები, რომელიც დამახასიათებელია ამა თუ იმ კულტურისთვის, შესაძლოა მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენდეს პაციენტის ჯანმრთელობაზე და ფარმაკოლოგიური აგენტების მეტაბოლიზმზე.

ექთანი აქტიურად უნდა თანამშრომლობდეს პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში ჩართულ ყველა წარმომადგენელთან; თემში განხორციელებული ზრუნვისას მრავალ მხარესთან ერთდროული კომუნიკაცია ამ ტიპის ზრუნვის სტანდარტია, ამიტომ ექთნის მაღალი თვითშეგნება და სხვათა რწმენების, ქცევებისა და ემოციების მიმართ სენსიტიურობა ასეთ რეჟიმში განხორციელებული ზრუნვის წარმატებისა და ეფექტურობის გარანტია.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად?

თერაპიული კომუნიკაცია საექთნო ზრუნვის განხორციელების ძირითადი გზაა. მრავალი ინტერვენციის წარმატების გზა სწორედ ექთანსა და პაციენტს შორს ჩამოყალიბებულ თერაპიულ კომუნიკაციაზე გადის, ამიტომ, ამ უნარების გაუმჯობესებაზე ექთანმა მუდმივად უნდა იზრუნოს. საკუთარი კომუნიკაციის უნარების შეფასება ამ გაუმჯობესების პირველი ნაბიჯია.

თერაპიული კომუნიკაციის დროს, ექთანს მრავალი ემოცია შეიძლება ჰქონდეს; მან შეიძლება განიცადოს სევდა, ბრაზი, იმედგაცრუება და დისკომფორტი. ექთანმა მნიშვნელოვანია, დროულად გააანალიზოს თუ ახდენს ზეგავლენას ეს ემოციები მის ვერბალურ და არავერბალურ კომუნიკაციაზე და მიიღოს შესაბამისი ზომები. ასევე უნდა

გაითვალისწინოს, რომ სხვადასხვა ეთნიკური და კულტურული წარმოშობის პაციენტებს სხვადასხვაგვარი საჭიროებები აქვთ თვალთ თვალთან კონტაქტის, ფიზიკური სიახლოვისა და შეხების თვალსაზრისით. ეს საჭიროებები კარგად უნდა გაანალიზდეს ექთნის მხრიდან და მისი კომუნიკაციის სტილის შესაბამისი ადაპტაცია მოხდეს.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა თერაპიული კომუნიკაციის უნარებზე მუშაობისას?

გახსოვდეთ, რომ არავერბალური კომუნიკაცია ვერბალურ კომუნიკაციაზე არანაკლებ მნიშვნელოვანია. ყურადღება მიაქციეთ თქვენი სახის გამომეტყველებას, სხეულის პოზასა და სხვა არავერბალური კომუნიკაციის ასპექტებს.

ჰკითხეთ კოლეგებს თუ რას ფიქრობენ თქვენი კომუნიკაციის უნარებზე. ასევე შეეკითხეთ მათ არაკომფორტული და რთული სიტუაციებისას კომუნიკაციის თავისებურებების შესახებ.

შეამოწმეთ საკუთარი თავი შემდეგი შეკითხვებით: „როგორი დამოკიდებულება მაქვს მამაკაცების მიმართ? ქალების მიმართ? თანამდებობის პირების მიმართ? მოხუცების მიმართ? სხვა კულტურის წარმომადგენლების მიმართ?“ ასევე, „რა ტიპის პაციენტი მგვრის დისკომფორტის შეგრძნებას? მხდის სევდიანს? მაბრაზებს? ვხდები ფრუსტრირებული?“, გამოიყენეთ მიღებული შედეგები საკუთარი თავის შეფასებისთვის.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. რა სიტუაციაში გიგრძნიათ ფრუსტრაცია ან ბრაზი შექმნილი სიტუაციის მიმართ, მაგრამ არაფერი გითქვამთ? რამ გაიძულათ ყოფილიყავით ჩუმად? რომელი ასერტული კომუნიკაციის გზები დაგეხმარებოდათ საკუთარი გრძნობების გამოხატვაში?
2. ექთანი მუშაობს პაციენტთან, რომლის კულტურა მშობლების პატივისცემასა და მათ მორჩილებას ასწავლის? ასევე, მისი ტრადიციების თანახმად, ოჯახის საქმეები მხოლოდ ოჯახის საქმეა და მათი სხვასთან განხილვა მიუღებელია. ამ შემთხვევაში, თერაპიული კომუნიკაციის რა გზები უნდა გამოიყენოს პაციენტმა?

ძირითადი საკითხები

- კომუნიკაცია არის ინფორმაციის გაცვლა ვერბალური და არავერბალური გზით. იგი მიმდინარეობს როგორც უშუალო სიტყვებით, ისე არავერბალური მესიჯებით, რომელიც მოიცავს სხეულის ენას, მხერით კონტაქტს, სახის გამომეტყველებას, ხმის ტონს, საუბრის სიჩქარესა და პაუზებს სიტყვებს შორის. ეფექტური კომუნიკაციისთვის ექთანს ესაჭიროება უნარები როგორც შინაარსის, ისე პროცესის ანალიზის მიმართულებით.
- თერაპიული კომუნიკაცია არის პაციენტსა და ექთანს შორის წარმოქმნილი ინტერპერსონალური ურთიერთობა, რომლის დროსაც ექთანი პაციენტის საჭიროებებზე ფოკუსირდება.
- თერაპიული კომუნიკაციის მიზნებია ურთიერთკავშირის დამყარება, აქტიური მოსმენა, საკითხის პაციენტის პერსპექტივით დანახვა, პაციენტის აზრებისა და ემოციების გაგება და პრობლემის გადაჭრის გამკვლელობა.

- თერაპიული კომუნიკაციის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტებია კონფიდენციალობა, პრივატულობა, საზღვრების დაცვა, შეხების გამოყენება, აქტიური მოსმენა და დაკვირვება.
- პროქსიმოლოგია შეისწავლის კომუნიკაციაში ადამიანთა შორის დაშორებას და განარჩევს დაშორებათა ოთხ ძირითად ტიპს: ინტიმური, პერსონალური, სოციალური და საჯარო.
- აქტიური მოსმენა ნიშნავს საკუთარი აზრებისა და ფიქრების დათრგუნვასა და პაციენტის საუბარზე კონცენტრირებას.
- ვერბალური მესიჯები უნდა იყოს გასაგები და კონკრეტული და არა აბსტრაქტული და ბუნდოვანი. აბსტრაქტულმა მესიჯებმა შესაძლოა დააბნიოს პაციენტი და არასწორ დასკვნებამდე მიგვიყვანოს. გაუგებარი საკითხები ექთანმა უნდა გაარკვიოს პაციენტთან და არ უნდა დაეყრდნოს საკუთარ დასკვნებს.
- არავერბალური კომუნიკაციის კომპონენტებია სახის გამომეტყველება, სხეულის ენა, მზერითი კონტაქტი, მოსაუბრესთან დაშორება, შეხება და ხმოვანი სიგნალები. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვანია მოსაუბრის გზავნილის გაგებისთვის.
- გზავნილის სწორად გაგებისათვის აუცილებელია კარგად გვესმოდეს მისი კონტექსტი, რომელიც გულისხმობს ინფორმაციის მიღებას იმის შესახებ თუ ვინ, როდის, როგორ და რატომ აკეთებდა.
- პაციენტის სპირიტუალურმა თავისებურებებმა და რელიგიამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის ჯანმრთელობაზე და ჯანდაცვაზე. დაუშვებელია, რომ ექთანმა პაციენტებს მოახვიოს საკუთარი რწმენები ან დაუშვას, რომ განსხვავებულმა რწმენებმა პაციენტსა და ექთანს შორის წარმოქმნილი ნდობა დააზიანოს.
- კულტურულმა განსხვავებებმა შესაძლებელია დიდი ზეგავლენა მოახდინოს თერაპიული კომუნიკაციის პროცესზე.
- პრობლემის გადაჭრის გზების ძიებისას მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა და არა – ექთანმა, აირჩიოს გადაჭრის გზა.
- თემში პაციენტზე ზრუნვის წარმატების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი თერაპიული კომუნიკაციის უნარებია.
- ასერტიული კომუნიკაცია არის საკუთარი აზრის პირდაპირ და ღიად დაფიქსირების გზა. ასერტიული კომუნიკაცია ეფექტურია კონფლიქტებისა და პრობლემების გადაჭრისათვის და ასევე – საკუთარი აზრისა და ემოციების უსაფრთხოდ გამოხატვის თვალსაზრისით.
- რაც უფრო კარგად ესმის ექთანს საკუთარი გრძნობები და აზრები, მით უფრო კარგად შეუძლია მას კომუნიკაციის დამყარება სხვასთან.

წყდრმბბი:

1. Andrews, M., & Boyle, J. (2011). *Transcultural concepts in nursing care*(6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/WoltersKluwer.
2. Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66-79.
3. DeVito, J. A. (2013). *The interpersonal communication handbook* (13th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
4. Farley-Toombs, C. (2012). The stigma of a psychiatric diagnosis: Prevalence, implications, and nursing interventions in clinical care settings. *Critical Care Nursing Clinics or North America*, 24(1),149-156.
5. Hall, E. (1963). Proxemics: The study of man's spatial relationships. In J. Gladstone (Ed.), *Man's image in medicine and anthropology* (pp. 109-120). Philadelphia, PA: Mosby.
6. Knapp, M. L. (1980). *Essentials of nonverbal communication*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
7. Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2009). *Nonverbal behavior in human interaction* (7th ed.). New York, NY: Wadsworth.
8. Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York, NY: G. P. Putnam.
9. Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique* (Rev. ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
10. Sheldon, L. K. (2009). *Communication for nurses: Talking with patients* (2nd ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.

თავი 7

ავადმყოფის პასუხი დაავადებაზე

ამ თავში განხილულია:

1. ასაკის, ზრდისა და განვითარების ზეგავლენა პაციენტის მიერ ავადმყოფობაზე განვითარებულ პასუხზე;
2. ფიზიკური ჯანმრთელობისა და ბიოლოგიური მდგომარეობის როლი პაციენტის ემოციური პასუხის ჩამოყალიბებაში;
3. პიროვნული მახასიათებლების როლი (ქმედითუნარიანობა, მედეგობა, გამძლეობა, მოხერხებულობა) პაციენტის დაავადებაზე აღძრულ პასუხთან მიმართებით;
4. პერსონალური უნარების, მიკუთვნების, სოციალური კავშირებისა და ოჯახის მხარდაჭერის გავლენა პაციენტის მიერ ავადმყოფობაზე განვითარებულ პასუხზე.
5. სხვადასხვა კულტურული მახასიათებლების ზეგავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე;
6. სხვა კულტურის წარმომადგენლებთან ურთიერთობისას რა კულტურული მახასიათებლების შეფასებაა მნიშვნელოვანი თერაპიული მიზნებიდან გამომდინარე?
7. ექთნის როლი სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლებთან მუშაობისას.

საექთნო სწავლება ინდივიდს განმარტავს როგორც ბიოფიზიკურ არსებას, რომელიც ხასიათდება თავისი უნიკალური თავისებურებითა და გარემო ფაქტორებზე პასუხებით. შესაძლოა სწორედ ეს უნიკალურობა იყოს პასუხი იმისა, რომ ერთი და იმავე გარემოში, ერთსა და იმავე გამღიზიანებელზე, ერთნი ხდებიან ავად, ხოლო მეორენი – არა. აქედან გამომდინარე, ექთანი პაციენტს უნდა აღიქვამდეს როგორც ინდივიდუალურ, უნიკალურ ერთეულს და მიდგომებიც კონკრეტულ პაციენტზე მორგებული უნდა იყოს.

კულტურა არის ქცევათა, ღირებულებათა, რწმენათა, ჩვეულებათა და მიდგომათა ერთობლიობა, რომელიც ამ კულტურის წევრებს კარნახობს, თუ რა შეხედულებები უნდა ჰქონდეთ ცხოვრებისეულ მოვლენებზე და პიროვნებებზე. ეს კი, თავის მხრივ, დიდ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, მის ავადმყოფობასა და მკურნალობაზე.

ამ თავში განხილულია პიროვნული, ინტერპერსონალური და კულტურული ფაქტორების ერთობლიობა, რომელიც მონაწილეობს ავადმყოფობაზე წარმოშობილ უნიკალურ ინდივიდუალურ პასუხზე.

ინდივიდუალური ფაქტორები

ასაკი, ზრდა და განვითარება

ადამიანის ასაკი სავარაუდოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პაციენტის ავადმყოფობაზე პასუხის წარმოქმნაში. მაგ., შიზოფრენიასთან მიმართებით, დაავადების დაწყების ასაკი მნიშვნელოვანი პროგნოზული ფაქტორია; პირები, რომლებსაც შიზოფრენია ახალგაზრდა ასაკში ეწყებათ, უფრო რთულად უმკლავდებიან დაავადებას, ვიდრე

მოგვიანებით დაწყებული დაავადების შემთხვევაში. სავარაუდოდ, ეს დაკავშირებულია ახალგაზრდა ასაკში ნაკლებ გამოცდილებასთან და დამოუკიდებელი პიროვნული იდენტობის ნაკლებ შეგრძნებასთან.

ასაკი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს დაავადების გამოვლენის თავისებურებებზეც. ბავშვი, რომელსაც ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი აქვს, ნაკლებად ახერხებს საკუთარი გრძნობებისა და აზრების გამოხატვას, რაც, მეტად ართულებს დაავადების ადეკვატურ მართვას. ექთანს ასევე უნდა ესმოდეს ბავშვის განვითარების კოგნიტური დონე და მასთან ურთიერთობისას შესაბამისი ენა უნდა გამოიყენოს.

ერიკ ერიქსონმა ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე შესასრულებლად დავალებათა ნუსხა აღწერა (ცხრილი 7.1). ყოველი შემდეგი ეტაპის დასაწყისი დამოკიდებულია წინა ეტაპის წარმატებით დასრულებაზე. თითოეულ ეტაპზე ადამიანი უნდა გადალახოს კონკრეტული ამოცანა იმისთვის, რომ მიაღწიოს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. წარუმატებლად შესრულებული ამოცანა, საფრთხეს უქმნის განვითარების ეტაპის ნორმალურ გადალახვას. მაგ., ახალშობილობის ძირითადი ამოცანაა ნდობის განვითარება, რაც გულისხმობს გამზრდელის ან მშობლის მიმართ ჩვილის ნდობის განვითარებას; განვითარების ამ ეტაპზე ბავშვს უნდა გაუჩნდეს შეგრძნება, რომ მას მოუვლიან, აჭმევენ, ეყვარებათ და უზრუნველყოფენ მის უსაფრთხოებას. თუ ამ ეტაპზე ბავშვს ნდობის შეგრძნება არ განუვითარდა, შესაძლებელია ცხოვრების შემდგომ ეტაპებზე მას ადამიანების გულწრფელად შეყვარება და მათი ნდობა გაუჭირდეს. სპეციფიკური განვითარების ამოცანები მოცემულია ცხრილში 7.2.

ერიქსონის თეორიის თანახმად, ადამიანი შესაძლებელია „ჩარჩეს“ განვითარების რომელიმე ეტაპზე. კერძოდ, თუ ადამიანი ვერ შეასრულა ავტონომიის განვითარების ამოცანა, იგი, შესაძლოა ზედმეტად დამოკიდებული გახდეს სხვებზე. იდენტობის განვითარების ამოცანის შეუსრულებლობამ შესაძლებელია ეჭვქვეშ დააყენოს ადამიანის იდენტობის განცდა. ერიქსონის ხედვის მიხედვით, მის მიერ აღწერილი ამოცანების შესრულება ან შეუსრულებლობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პაციენტის ავადმყოფობაზე პასუხის წარმოქმნაში.

გენეტიკური და ბიოლოგიური ფაქტორები

კრიტიკული და ბიოლოგიური ფაქტორები არ ექვემდებარება ნებით კონტროლს. ჩვენ არ შეგვიძლია მათი შეცვლა. გარკვეულ დაავადებებთან მიმართებით მეცნიერებმა გენეტიკური განწყობის როლი დაადგინეს. მაგ., არსებობს ალცჰაიმერის დაავადების გამომწვევი გენეტიკური კოდი. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკურ აშლილობებთან მიმართებით ასეთი პირდაპირი გენეტიკური კავშირები დადგენილი არ არის, კვლევებმა ცხადყო, რომ გარკვეულ ფსიქიკურ აშლილობებს გენეტიკური დამემკვიდრება ახასიათებს. თავისთავად გენეტიკურ კოდს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს როგორც დაავადებაზე, ისე მკურნალობაზე პასუხის თვალსაზრისით. სწორედ ამიტომ ოჯახური ისტორიის შეკრება საექთნო პრაქტიკის განუყოფელი ნაწილია.

ცხრილი 7.1 ერიქსონის ფსიქოსოციალური განვითარების საფეხურები

საფეხური	ამოცანა
ნდობა VS უნდობლობა	სამყაროს უსაფრთხო და სანდო აღქმა. მზრუნველი, საიმედო და სტაბილური ურთიერთობები.
ავტონომია VS სიმორცხვე და ეჭვი (მცირეწლოვანი)	კონტროლისა და თავისუფალი ნების შეგრძნების მიღწევა.
ინიციატივა VS დანაშაულის შეგრძნება (სკოლამდელი ასაკი)	ცნობიერის განვითარების დასაწყისი. კონფლიქტისა და შფოთვის მართვის უნარის შექმნა.
სრულფასოვნება VS არასრულფასოვნება (სკოლის ასაკი)	საკუთარ ძალებსა და კომპეტენციებში რწმენის განვითარება. მიღწევებისგან მიღებული სიამოვნება.
იდენტობა VS როლური აღრევა (მოზარდობა)	საკუთარი პიროვნებისა და საკუთრების შეგრძნების განვითარება.
სიახლოვე VS იზოლაცია (ახალგაზრდობა)	სიყვარულით სავსე ურთიერთობების ფორმაცია და ჯანსაღი მიჯაჭვულობის განვითარება ურთიერთობებში
განვითარება VS სტაგნაცია (მოზრდილი)	კრეატიულობა და პროდუქტიულობა; ახალი თაობის შექმნა
ჯანსაღი ეგო VS სასონარკვეთა (ზრდასრულობა)	პირადი პასუხისმგებლობის გაცნობიერება

ცხრილი 7.1 მოზრდილთა განვითარების საფეხურები და განვითარების ეტაპის ძირითადი ამოცანები

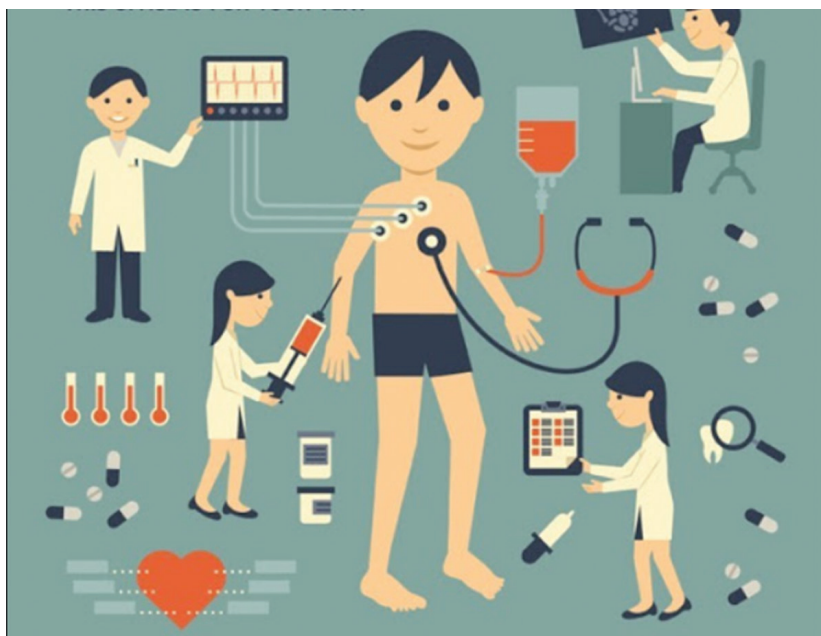
ახალგაზრდები (24-45 წელი)	საკუთარი თავის მიღება; პირადი იმიჯის სტაბილიზება; ფინანსური დამოუკიდებლობის მიღება და მშობლებისაგან (მათ შორის, საცხოვრებელიდან) დამოუკიდებლად ცხოვრება; პროფესიული ცოდნის მიღება და კარიერის შექმნა; ინტიმური კავშირის დამყარება საყვარელ ადამიანთან; სამეგობრო წრის შექმნა; აქტიურ მოქალაქედ ჩამოყალიბება; სახლის შექმნა და შენარჩუნება.
შუა ხანი (45-65 წელი)	სიყვარულის გამოხატვა სექსუალური კონტაქტის გარეშე; ცხოვრების ჯანსაღი წესის შენარჩუნება; ერთიანობის შეგრძნების გაღვივება პარტნიორთან; შვილების ზრდისა და განვითარების ხელშეწყობა; უკვე გაზრდილი შვილების ცხოვრებისთვის ცენტრალური როლის დათმობა; შვილების პარტნიორებისა და მეგობრების მიღება; კომფორტული სახლის შექმნა; საკუთარი და პარტნიორის მიღწევებით სიამაყე; ხანში შესულ მშობლებთან როლების გაცვლა; მოქალაქეობრივი და სოციალური პასუხისმგებლობის გათავისება; შუა ხნის ასაკთან დაკავშირებულ ფიზიკურ ცვლილებებთან ადაპტირება; გართობისთვის განკუთვნილი დროის კრეატიულად დახარჯვა; ძველი მეგობრების დაფასება და ახლების შექმნა.

ხანში შესული (65 წლის ზემოთ)	საპენსიო ასაკისთვის მომზადება; დაბერების პროცესის და მასთან დაკავშირებული მოვლენების აღიარება; ჯანმრთელობის ცვლილებებთან ადაპტირება; დარჩენილი ცხოვრების ადგილსამყოფელის განსაზღვრა; პარტნიორთან თბილი ურთიერთობის შენარჩუნება; ცხოვრების სტანდარტების ადაპტირება შემოსავალთან; ჯანმრთელობის მაქსიმალურად შენარჩუნებაზე ზრუნვა; საკუთარ თავზე ზრუნვა როგორც ემოციურ, ისე ფიზიკურ ასპექტში; შვილებთან და ნათესავებთან კონტაქტის შენარჩუნება; ოჯახის გარეთ ურთიერთობების ინტერესის შენარჩუნება; ცხოვრების აზრის მოძიება საპენსიო ასაკის დადგომის შემდეგ; საყვარელი ადამიანის გარდაცვალებასთან ადაპტირება.
---------------------------------	--

ფიზიკური ჯანმრთელობა და ჯანსაღი ცხოვრების წესი

ფიზიკურმა ჯანმრთელობამ შესაძლებელია დიდი ზეგავლენა მოახდინოს ავადმყოფობისადმი აღძრულ პასუხზე. ფიზიკურად რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით უკეთ უმკლავდება დაავადებასა და სტრესს. ძილის დარღვევებმა, ქრონიკულმა ფიზიკურმა დაავადებამ და ცუდმა ნუტრიციულმა სტატუსმა, შესაძლოა დაავადებასთან გამკლავების მექანიზმები გააუარესოს. გენეტიკური ფაქტორებისგან განსხვავებით, ამ ფაქტორების მოდიფიკაცია ადამიანს შეუძლია; ამიტომ ექთანმა უნდა შეაფასოს ადამიანის ფიზიკური ჯანმრთელობა მიუხედავად იმისა, რომ იგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს იღებს.

მაგ., ვარჯიშმა შესაძლებელია დიდი ზეგავლენა მოახდინოს დაავადებაზე წარმოშობილი პასუხის თვალსაზრისით. ვარჯიში შფოთვისა და დეპრესიასთან გამკლავების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია. ხოლო ჯგუფური ვარჯიში წარმოქმნის ასევე სოციალური მხარდაჭერისა და კეთილდღეობის შეგრძნებას. შესაბამისად, რეგულარული ვარჯიში გაუმჯობესებულ მენტალურ ჯანმრთელობაზე მიუთითებს, ხოლო მისი შეწყვეტა, პირიქით, მის გაუარესებას იწვევს.



პაციენტის ფიზიკური გასინჯვა

წყარო: <http://www.designblognews.com/Pin/Cartoon-Medical-Examination-Illustration-Information-Map-Vector/>.

პასუხი მედიკამენტურ თერაპიაზე

ადამიანის ბიოლოგიურმა თავისებურებებმა შესაძლებელია დიდი ზეგავლენა მოახდინოს მედიკამენტური თერაპიის ეფექტურობაზე. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქოტროპულ მედიკამენტებთან მიმართებით. ეთნიკური ჯგუფები ერთმანეთისგან განსხვავდება ფსიქოტროპული მედიკამენტების მეტაბოლიზმით. გარკვეული ეთნიკური ჯგუფები ხასიათდება ფსიქოტროპული მედიკამენტების ნელი მეტაბოლიზმით, რაც ახშირებს და ამძიმებს გვერდით ეფექტებს. ამიტომ ასეთ პაციენტებში თერაპიული ეფექტის მისაღწევად მედიკამენტი უნდა დაინიშნოს ჩვეულზე უფრო დაბალი დოზით. ზოგადად, სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფებთან მიმართებით ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს დოზირების პრინციპების თავისებურებები.

ქმედითობა (საკუთარი ეფექტურობა)

ქმედითობა არის ადამიანის რწმენა, საკუთარი უნარებითა და ძალისხმევით ზეგავლენა მოახდინოს ცხოვრებაში მიმდინარე მოვლენებზე. ადამიანი რომელსაც სჯერა რომ მის მოქმედებას მოყვება შედეგი, უფრო ქმედითი და ეფექტურია. ასეთი პიროვნებები ისახავენ მიზნებს, მოტივირებულები არიან და სტრესსაც ეფექტურად უმკლავდებიან, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში – სხვებისგანაც მხარდაჭერას მოითხოვენ. ნაკლებად ქმედითი ადამიანები ცუდად უმკლავდებიან სტრესსა და შფოთვის და მიდრეკილები არიან დეპრესიისკენ. მკურნალობის დროს, პაციენტს უნდა დავეხმაროთ გახდეს უფრო ეფექტური ისე, რომ მან დამოუკიდებლად შეძლოს საკუთარი გადანყვეტილებების მიღება. მიზნის განხორციელების 4 ძირითადი გზა არსებობს:

- წინააღმდეგობის გადალახვის სიხარულის განცდა;
- სოციალური მოდელირება (იმ ადამიანთა მიბაძვა რომლებმაც გარკვეულ წარმატებას უკვე მიაღწიეს);
- სოციალური დარწმუნება (საკუთარი თავის რწმენის განვითარების ნახალისება);
- სტრესის შემცირება, ფიზიკური გაძლიერება და ფიზიკური შეგრძნებების პოზიტიური ინტერპრეტაცია (დადლილობის აღქმა, როგორც მნიშვნელოვანი ფიზიკური დატვირთვის გადალახვა).

გაუმჯობესებული ქმედითობის მქონე პაციენტები სოციუმში დაბრუნებასა და პოზიტიური შედეგების მიღწევას უკეთ ახერხებენ, შესაბამისად ის თერაპიული ინტერვენციები, რომელიც გააუმჯობესებს ადამიანის თვითდაჯერებულობასა და ეფექტურობას გააუმჯობესებს პიროვნების ინტერპერსონალურ ურთიერთობებსა და სტრესთან გამკლავების უნარებს. ასევე დაეხმარება მას თემთან ინტეგრაციასა და ფუნქციური უნარების განვითარებაში.

მედევობა

მედევობა არის ადამიანის უნარი, გაუმკლავდეს ავადმყოფობას სტრესის მიუხედავად. კობასას მიერ (1979) პირველად იქნა აღწერილი მედევობის სამი ძირითადი კომპონენტი:

1. სიბეჯითე: ცხოვრებისეულ აქტივობებში აქტიური ჩართულობა;
2. კონტროლი: სწორი გადანყვეტილებების მიღების უნარი;

3. გამოწვევა: ცვლილების გამოწვევად და არა – დაბრკოლებად, აღქმა.

როგორც აღმოჩნდა, მედეგობა ასრულებს ბუფერის როლს სტრესულ სიტუაციაში. კვლევების თანახმად, აღმასრულებელი დირექტორები, რომელთა სტრესის დონე მაღალი იყო, მაგრამ ავადობა – დაბალი, ხასიათდებოდნენ მედეგობის მაღალი მაჩვენებლით. ასევე კვლევებით დადგინდა, რომ მაღალი მედეგობის ადამიანებს ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენები ნაკლებად აზიანებს.

მაღალი მედეგობის ადამიანები, როგორც წესი, ცხოვრებისეულ სტრესულ სიტუაციებს ახალ შესაძლებლობად აქცევენ, ისინი ხასიათდებიან გამკლავებისა და პრობლემის გადაჭრის უკეთესი უნარებით.

გამძლეობა და მოხერხებულობა

გამძლეობა და მოხერხებულობა ადამიანებს ეხმარება მინიმუმამდე დაიყვანონ ავადმყოფობით გამოწვეული ეფექტები. გამძლეობა არის სტრესული და სარისკო სიტუაციის მიმართ ჯანსაღი პასუხი. გამძლეობის განსხვავებული დონით აიხსნება ერთსა და იმავე სიტუაციაში ორი ადამიანის სხვადასხვა რეაქცია; ზოგი – მინიმალურ გამღიზიანებელზე უკიდურეს მღელვარებაში ვარდება ხოლო ზოგი – გლობალური პრობლემების დროსაც ინარჩუნებს სიმშვიდეს. გამძლეობა მენტალური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი წინაპირობაა.

ოჯახური გამძლეობა ოჯახის მიერ სტრესულ სიტუაციასთან ეფექტურ გამკლავებას გულისხმობს. ასეთი ოჯახები ხასიათდება ოპტიმიზმით, სპირიტუალობით, ურთიერთშეთანხმებული მოქმედებით, მოქნილობით, ეფექტური კომუნიკაციითა და ურთიერთმხარდაჭერით. მტკიცე ოჯახები დროს ერთად ატარებენ და სხვადასხვა რეკრეაციულ აქტივობებში ერთად მონაწილეობენ.

მოხერხებულობა გულისხმობს პრობლემასთან გამკლავების ახალი გზების მოძებნის უნარს. იგი ასევე ვითარდება იმ ადამიანებთან ურთიერთობით, რომლებმაც მიაკვლიეს პრობლემის გადაჭრის ახლებურ გზებსა და მიდგომებს.

სულიერება

ადამიანის სპირიტუალური ხედვა განსაზღვრავს მის ხედვას ცხოვრების აზრსა და მიზანთან დაკავშირებით. სპირიტუალობა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ღმერთთან ან უმაღლეს ძალასთან. კვლევებმა დადგინა, რომ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის სულიერება ერთ-ერთ ძირითად საყრდენს წარმოადგენს. როგორც აღმოჩნდა, რელიგიურ აქტივობებსა და რიტუალებში ჩართულობა პაციენტებს მნიშვნელოვნად ეხმარება და დადებით ზეგავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობაზე. ფსიქიატრიული და ფიზიკური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით, იმედი და რწმენა უმნიშვნელოვანესი ფაქტორებია და როგორც აღმოჩნდა, რწმენის მქონე ადამიანები ნაკლებად დეპრესიულები არიან და ნაკლებ შფოთვას განიცდიან. სულიერი ფაქტორები მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პაციენტის ჯანმრთელობისთვის, არამედ იმ ოჯახებისთვისაც, რომელთა წევრი ებრძვის ფსიქიკურ დაავადებას. ვინაიდან სულიერ და რელიგიურ თემებთან დაკავშირებული რწმენები დიდ როლს თამაშობს პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრებაში, ექთანი განსაკუთრებულად მიმღები და სენსიტიური უნდა იყოს ამ საკითხების მიმართ. თერაპიის პროცესში რელიგიური რიტუალების ელემენტების

ინკორპორაცია, შესაძლებელია მნიშვნელოვნად დაეხმაროს პაციენტს დაავადებასთან გამკლავებასა და გამოჯანმრთელებაში.

როგორც კვლევებმა აჩვენა, ადამიანები, რომლებსაც იმედი ნაკლებად აქვთ, გამოხატული სიმპტომებით ხასიათდებიან. ასევე დადგენილია კავშირი უიმედობასა და სიმპტომების გამწვავებას შორის.

ინტერპერსონალური ფაქტორები

მიკუთვნების (კუთვნილების) შეგრძნება

კუთვნილების შეგრძნება აღნიშნავს ადამიანის სოციალურ სისტემასთან, ჯგუფთან ან გარემოსთან კავშირს. აბრაამ მასლოუმ მიკუთვნების შეგრძნება აღწერა როგორც ადამიანის ძირითადი ფსიქოსოციალური საჭიროება, რომელიც თავის თავში გულისხმობს როგორც პირადი ღირებულების, ასევე გარემოსთან შესაბამისობის შეგრძნებას. პირადი ღირებულების შეგრძნება გულისხმობს საჭიროებისა და მიღების გრძნობას გარშემომყოფთა მხრიდან, ხოლო გარემოსთან შესაბამისობის შეგრძნება გულისხმობს ადამიანის გარემოსთან მორგების გრძნობას. როდესაც ადამიანს პირადი ღირებულებისა და გარემოსთან შესაბამისობის შეგრძნება აქვს, ის თავს კომფორტულად გრძნობს ამ სისტემაში (ოჯახში, მეგობრების წრეში, თანამშრომლებთან, სოციალურ წრეებში).

ადამიანის მიკუთვნების შეგრძნება მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მის სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებას. ჯგუფისადმი მიკუთვნების შეგრძნება დადებითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და ამცირებს ღელვას, ისინი ნაკლებად გრძნობენ თავს იზოლირებულად, აქვთ საკუთარი დანიშნულების შეგრძნება, სჯერათ, რომ ისინი სხვებს სჭირდებიან და სოციალურად პროდუქტიულნი არიან. შესაბამისად, ექთნებმა უნდა იმუშაონ ადამიანის მიკუთვნების შეგრძნების გაუმჯობესებაზე.



მიკუთვნების შეგრძნება

წყარო: <https://www.mndaily.com/Article/2019/10/n-Similar-to-Other-Schools-Students-of-Color-Report-Lower-Sense-of-Belonging-at-Umn>.

სოციალური წრეები და სოციალური მხარდაჭერის სისტემები

სოციალური წრე არის ადამიანთა ჯგუფი, რომელთანაც პიროვნება თავს დაკავშირებულად გრძნობს. კვლევებმა ცხადყო, რომ სოციალური კავშირების ქონა მნიშვნელოვნად ამცირებს სტრესს და აუმჯობესებს ადამიანის უნარს, გაუმკლავდეს ავადმყოფობასა და სტრესს. **სოციალური მხარდაჭერა** არის ძალა, რომელიც მოდის მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისგან და ასევე ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში ჩართული სამედიცინო პერსონალისგან. ის განსხვავდება სოციალური კონტაქტისგან, რომელიც ყოველთვის ემოციურ მხარდაჭერას (სოციალური კონტაქტის მაგალითია სტუმრებს შორის სხვადასხვა წვეულებაზე წარმოშობილი მეგობრული საუბარი) არ გულისხმობს.

ადამიანები, რომლებიც უხვად იღებენ სოციალურ მხარდაჭერას, უფრო მეტად ჯანმრთელები არიან, ვიდრე ისინი, ვინც ასეთი ტიპის მხარდაჭერას მოკლებულნი არიან. ხანში შესულებს, რომლებიც ოჯახის წევრებისგან ადეკვატურ სოციალურ მხარდაჭერას იღებენ, უკეთესი ჯანმრთელობა აქვთ. სოციალური მხარდაჭერის ძირითადი აზრი არის ის ძალა, რომელსაც ადამიანი, საჭიროების დროს, თავისი სოციალური კავშირებისგან გრძნობს. მნიშვნელოვანია, რომ საჭიროებისას ადამიანს შეეძლოს თხოვნით მიმართოს იმ ადამიანებს, რომელსაც ის თავის სოციალურ კავშირად აღიქვამს და მასთან სოციალურ კავშირში მყოფი ადამიანები მზად იყვნენ ამ დახმარებისთვის. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ სოციალური მხარდაჭერები, ადამიანს აძლევდნენ ისეთი ტიპის მხარდაჭერას, როგორსაც ის ითხოვს და არა – ისეთს, როგორიც მხარდაჭერ სისტემას ჰგონია რომ მართებული იქნება. სოციალურ მხარდაჭერ სისტემას უნდა შეეძლოს საჭიროების დროს ადამიანს აღმოუჩინოს როგორც ემოციური, ისე მატერიალური მხარდაჭერა. შესაძლებელია, რომ კარგად ყოფნის დროს ადამიანი შესანიშნავად ინარჩუნებდეს სოციალურ კავშირებს, ხოლო ავადმყოფობის დროს დისტანცირებას ახდენდეს მათგან. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი პაციენტს ხელს უწყობდეს მისი სოციალური კავშირებისგან მხარდაჭერის მოთხოვნასა და მის მიღებაში.

ოჯახური მხარდაჭერა

ოჯახი, როგორც სოციალური მხარდაჭერის სისტემის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი, ხშირად გადამწყვეტ როლს თამაშობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების გამოჯანმრთელებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ექთანი ზრუნვის პროცესში დიდ როლს თამაშობს, ის ვერ ჩაანაცვლებს ოჯახის ზრუნვასა და სიყვარულს; ამიტომ, თუნდაც ავადმყოფობაში მკურნალობისას, ოჯახის წევრების მხარდაჭერა უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია.

კულტურული ფაქტორები

როგორც წინა თავებში იყო განხილული, პაციენტზე ზრუნვის პროცესში კულტურული განსხვავებები აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული. კულტურულ ასპექტში კომპეტენტური ექთანი ნიშნავს პროფესიონალს, რომელიც სენსიტიურია კულტურული, ეთნიკური, სოციალური, ეკონომიკური, სქესობრივი, სექსუალური ორიენტაციისა და სხვა ფაქტორების მიმართ.

ექთნისთვის უცნობი კულტურის წარმომადგენლებთან თერაპიულ ურთიერთობაში შესვლამდე, მნიშვნელოვანია, ექთანმა მოახდინოს მათი თავისებურებების იდენტიფიცირება, რათა შეძლოს ხარისხიანი და პოლისტიკური ზრუნვის განხორციელება.

რწმენა დაავადების გამომწვევთა შესახებ

ადამიანის კულტურულ თავისებურებებს, უდიდესი ზეგავლენა აქვს ადამიანის რწმენაზე, მათ შორის, მის შეხედულებაზე დაავადების გამომწვევების შესახებ. დასავლეთისგან განსხვავებულ კულტურებში, არსებობს ორი ძირითადი შეხედულება დაავადების განვითარებასთან დაკავშირებით: ბუნებრივი და ზებუნებრივი. ზებუნებრივი ძალით განვითარებული დაავადების მიზეზად აღქმულია ყოვლისმომცველი, არამიწიერი ძალა, ხოლო სითბო, სიცივე, ნესტი და სხვა მოვლენები კი იმ ბუნებრივ ძალებად, რომელიც შესაძლოა საფუძვლად ედოს ამა თუ იმ დაავადების განვითარებას. ადამიანები, რომლებიც მხოლოდ ბუნებრივ და ზებუნებრივ ძალებს აღიარებენ, როგორც დაავადების გამომწვევს, საკუთარ ქცევასა და დაავადების წარმოშობას შორის კავშირს ვერასოდეს დაინახავენ, ამიტომ მკურნალობის პროცესში ქცევისა და მედიკამენტების მიღების ნაცვლად, შესაძლოა ის გამოჯანმრთელებას ზებუნებრივ ძალებს სთხოვდეს.

კულტურული შეფასების ფაქტორები

გიგერისა და დავიდ ჰიზარის (2007) რეკომენდაციის მიხედვით, არსებობს ექვსი ძირითადი პარამეტრი, რომლის მიხედვითაც უნდა შეფასდეს პაციენტის კულტურული თავისებურებები, ესენია:

- კომუნიკაცია;
- ფიზიკური დისტანცია;
- სოციალური ორგანიზაცია;
- დროში ორიენტაცია;
- გარემო ფაქტორების კონტროლი;
- ბიოლოგიური ვარიაციები.

კომუნიკაცია

ვერბალური კომუნიკაცია რთულია მაშინ, როდესაც ექთანი და პაციენტი სხვადასხვა ენაზე საუბრობენ. ექთანს უნდა ესმოდეს ისიც, რომ სხვადასხვა კულტურებში არავერბალურ კომუნიკაციას შესაძლებელია განსხვავებული მნიშვნელობები ჰქონდეს. მაგ., გარკვეულ კულტურებში ხელით შეხება მეგობრულ ჟესტს ნიშნავს, ხოლო დასავლეთის კულტურებში შესაძლებელია მიუღებლად ჩაითვალოს. აზიური წარმოშობის ქალბატონები ხელის ჩამორთმევასაც ერიდებიან. ადგილობრივ ამერიკელებს ძლიერი ხელის ჩამორთმევა მიუღებლად მიაჩნიათ და მათთვის ის აგრესიაზე მიაჩნდება, ხოლო ესპანეთსა და საფრანგეთში ხელის ძლიერი ჩამორთმევა სიძლიერეზე და ადამიანის ხასიათის კარგ თვისებებზე მიუთითებს.

მიუხედავად იმისა, რომ დასავლეთის კულტურებში თვალეში ყურება კარგ ტონად არის მიღებული, აზიურ კულტურებში ეს შესაძლებელია უზრდელობად ჩაითვალოს. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს კარგად ესმოდეს კულტურათა შორის ეს სხვაობები და შესაბამისად გააკეთოს დასკვნები.

ფიზიკური დისტანცია

სხვადასხვა კულტურებში განსხვავდება მოსაუბრეთა შორის კომფორტული დისტანციის სიდიდე. დასავლეთის ქვეყნებსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში 60-90 სმ მისა-

ღებ დისტანციად ითვლება. ლათინო ამერიკელებისთვის კი მისაღებია უფრო ნაკლები დისტანცია. აზიური და შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებისთვის მოსაუბრეთა შორის უფრო დიდი დაშორებაა კომფორტული. ექთანს კულტურათა შორის არსებული სხვაობები კარგად უნდა ესმოდეს და ითვალისწინებდეს თერაპიულ კომუნიკაციაში.

სოციალური ორგანიზაცია

სოციალური ორგანიზაცია მოიცავს ოჯახურ სტრუქტურასა და ორგანიზებას, რელიგიურ ფასეულობებსა და რწმენებს, ეთნიკურობასა და კულტურას, ანუ ყველა იმ ფაქტორს, რომელიც ადამიანის დამოკიდებულებებზე ახდენს ზეგავლენას და შესაბამისად აისახება მის ქცევაზე ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის დროს. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების დროს დასავლეთის კულტურებში შესაძლებელია ადამიანმა რჩევა მეგობრისგან, ოჯახის წევრისგან იკითხოს, თუმცა უფრო მოსალოდნელია, რომ გადაწყვეტილება დამოუკიდებლად მიიღოს. მაგ., ჩინელები და მექსიკელები, უფრო დიდ ყურადღებას აქცევენ ოჯახის წევრების აზრს ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით. ამის გამო, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება – შესაძლებელია შესაბამისი რჩევების მიღებამდე გადაიდოს.

დროში ორიენტაცია

ზოგიერთ კულტურაში დრო შესაძლებელია აღქმული იყოს, როგორც ბუსტი მაჩვენებელი, ხოლო ზოგიერთში – როგორც დაახლოებითი. დასავლეთის ქვეყნებისთვის უმეტესად დრო ძალიან ძვირფასია, ამიტომ აფასებენ და უყვართ ბუსტად განერილი განრიგი; აღმოსავლეთის კულტურები დროსთან მიმართებით ასეთ დამოკიდებულებას ხშირად არ იჩენენ, რაც შესაძლებელია გაუგებრობის საგანიც გახდეს. ისეთ საკითხებთან მიმართებით, რომელთანაც დრო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს (მაგ., დანიშნულების შესაბამის დროს მიღება), ექთანმა პაციენტს უნდა აუხსნას, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამ შემთხვევაში დროსთან მიმართებით გამოჩენილ სიზუსტეს.

გარემო ფაქტორების კონტროლი

გარემო ფაქტორების კონტროლი აღნიშნავს პაციენტის უნარს აკონტროლოს თავის გარემოში არსებული პირდაპირი ფაქტორები. ადამიანები, რომლებსაც შეუძლიათ ამ ფაქტორების კონტროლი, უფრო არიან მომართული სამედიცინო სერვისების მიღებაზე, საკუთარი ქცევის შეცვლაზე და დამყოლები არიან სამკურნალო რეჟიმების მიმართ. ის ადამიანები კი, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ავადმყოფობა არის ბუნებრივი მიზეზებით გამოწვეული, ტრადიციულ სამედიცინო მიდგომებს ნაკლებად ემორჩილებიან, ვინაიდან მათ არ სჯერათ მათი ეფექტურობის.

ბიოლოგიური განსხვავებები

ბუნებრივია, სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის ადამიანები ბიოლოგიურად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან, რაც, თავის მხრივ, განსაზღვრავს ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიმართ მათ განსხვავებულ მიმდებლობას.

ეკონომიკური სტატუსი და სოციალური კლასი

სოციოეკონომიკური სტატუსი განისაზღვრება ადამიანის შემოსავალის, განათლებისა და პროფესიის ერთობლიობით. იგი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრ-

თელობაზე, მისი დაზღვევის სტატუსზე და, შესაბამისად, ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობაზე. ადამიანები, რომლებიც ხელმომჭირნედ ცხოვრობენ და არ აქვთ შესაბამისი საცხოვრებელი პირობები, მეტად არიან მიდრეკილნი ჯანმრთელობის პრობლემების წარმოშობისკენ. რიგ ქვეყნებში სოციალურ კლასებს შორის არ არსებობს აღმართული კედელი და კლასიდან კლასში მოძრაობა ძირითადად დამოკიდებულია ადამიანის შემოსავალზე, მაგრამ რიგ ქვეყნებში არსებობს მკაცრად განსაზღვრული სოციალური კასტები, რომელთა შორის მოძრაობა მხოლოდ შემოსავლის ზრდაზე არ არის დამოკიდებული.

კულტურული თავისებურებები და განსხვავებები

სავარაუდო კულტურული თავისებურებების ცოდნა, ექთანს თერაპიული ურთიერთობის სანწყისი წერტილის განსაზღვრის საშუალებას აძლევს. ასეთ დროს ექთანმა უკეთ იცის, რით დაიწყოს და რას ელოდოს; თუმცა გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ზოგადი თავისებურებების ცოდნის მიუხედავად, ექთანის მიდგომა თითოეულ პაციენტთან ინდივიდუალური უნდა იყოს.

ქვემოთ მოცემულია სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების შესახებ ზოგადი ინფორმაცია, რომელიც ექთანს დაეხმარება სასტარტო პოზიციების განსაზღვრაში.

აფრო-ამერიკელები

აფრო-ამერიკელებს ხშირად მოიხსენიებენ როგორც შავებს, ან ფერადკანიანებს; თუ როგორ მოიხსენიებს პაციენტის ეთნიკურ წარმომავლობას ექთანი, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტთან შეთანხმდეს.

ამ წარმომავლობის ადამიანებს უფრო ოჯახური ჩართულობა ახასიათებთ, ისინი ერთმანეთთან კომუნიკაციისას ჟესტებს აქტიურად იყენებენ და ხმამაღლა საუბრობენ. უცხო პირის მისასალმებლად იყენებენ ხელის ჩამორთმევას, რა დროსაც ამყარებენ მზერით კონტაქტსაც.

აფრო-ამერიკელების ცხოვრებაში ასევე მნიშვნელოვანია ეკლესიის როლი. მკურნალობის დროს ისინი ხშირად ლოცულობენ და შესაძლებელია დაავადებაც აღქმული იყოს, როგორც სასჯელი მათი ცოდვებისთვის. მკურნალობის პროცესში ისინი ხშირად იყენებენ ხალხურ მედიცინასაც.

ამერიკელი ინდიელები და ადგილობრივი (მკვიდრი) ამერიკელები

ძველი თაობის წარმომადგენლები, საკუთარ ეთნოსს ამერიკელ ინდიელად, ხოლო ახალგაზრდა თაობა, ადგილობრივ/მკვიდრ ამერიკელად ასახელებს. მისაღმებისას ისინი იყენებენ ხელის მსუბუქ ჩამორთმევას და მზერით კონტაქტს ნაკლებად ამყარებენ. კომუნიკაციისას ისინი ნელა საუბრობენ და პაუზებს იყენებენ. მათთან საუბარის დროს ჩართვა და შუალედური შეკითხვების დასმა მიუღებელია. კომუნიკაციისას ახასიათებთ ისტორიების თხრობა, ამიტომ მათთან საუბარი, როგორც წესი, ხანგრძლივი და ისტორიებით დატვირთულია. თუ პაციენტს თავადაც შეუძლია საუბარი, ოჯახის წევრები ნაკლებად საუბრობენ მის შესახებ და თვლიან, რომ ამით პატივს სცემენ პაციენტის პირად დამოუკიდებლობას. დროსთან მიმართებით არიან მეტად მოქნილები და ნაკლებად ორიენტირებული რიგიდულ განრიგებზე.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან მიმართებით, თავისებური დამოკიდებულებით ხასიათდებიან და მათთვის ფსიქიკური აშლილობა მეტად უკავშირდება გარემოსთან ბა-

ლანსის დარღვევას და სულების განრისხებას. ხმების არსებობა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს რელიგიურ შინაარსთან და ამის გამო ეს მდგომარეობა სულ არ იყოს აღქმული, როგორც ავადმყოფობა.

მათი მკურნალობის პროცესში ხშირია ტრადიციულ მედიცინასთან ერთად მათთვის დამახასიათებელი ხალხური და რელიგიური მკურნალობის ჩართვაც.

არაბები (ეგვიპტელები და პალესტინელები)

მისაღმებისას ისინი ერთმანეთს ღიმილით ეგებებიან და მზერით კონტაქტს ამყარებენ. ხმამაღალი ტონი და ერთი და იმავე მესიჯის გამეორება აღნიშნავს საკითხის მნიშვნელობას. პატივისცემის გამოსახატად, უცხოსთან საუბრისას მათ შესაძლოა გამოხატონ თანხმობა, მაგრამ ეს არ ნიშნავდეს მათ ჭეშმარიტ დამოკიდებულებას საკითხის მიმართ.

გადაწყვეტილებების მიღებაში კოლექტიურად არიან ჩართული, ხოლო გადაწყვეტილების გამჟღერებელი ხშირად ოჯახის მამაკაცი წევრია. დროსთან მიმართებით იჩენენ პატივისცემას და დათქმულ დროს ასრულებენ მოქმედებებს, თუმცა უპირატესობა ადამიანურ ფაქტორებს ენიჭება.

ამ კულტურის წარმომადგენლები, ფსიქიკურ აშლილობას აღიქვამენ როგორც მანიპულირების მცდელობას, ან ღვთის რისხვას და ამიტომ სამედიცინო დახმარებას ოჯახური რესურსების სრულად ამოწურვის შემდეგ მიმართავენ. გამოჯანმრთელების მიზნებისთვის, ისინი სრულად ამბობენ უარს საკუთარ სამსახურეობრივ ან სოციალურ პასუხისმგებლობაზე. ამ ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლები ავადმყოფობის დროს ოჯახის წევრებისა და ჯანდაცვის მუშაკებისგან ბრუნვას მოელოებიან. აღსანიშნავია, რომ ისინი ფსიქიკურ აშლილობას უფრო ნეგატიურად აღიქვამენ, ვიდრე ფიზიკურ ავადმყოფობას.

ამ ეთნიკური ჯგუფისთვის ლოცვას უდიდესი როლი ენიჭება, ლოცულობენ დღეში ხუთჯერ, განსაზღვრულ დროს და ყოველი ლოცვის წინ ხელს იბანენ. ტრადიციული მედიცინა მკურნალობის ძირითადი მეთოდია თუმცა ხშირად ისინი ამუღეტებსა და სხვადასხვა შინაურ წამლებსაც იყენებენ.

კამბოჯელები

კამბოჯელები, რომლებიც დასავლეთის კულტურებიდან ასიმილირდნენ, მისასაღმებლად იყენებენ ხელის ჩამორთმევას, თუმცა ზოგიერთი მათგანი მოსაუბრეს ხელის გულების ერთმანეთთან მიდებით და თავის დახრით ესაღმება. მათ საუბრისას აქვთ რბილი ტონი და ზრდილობიანი მიმართვა. საუბრისას, მოსაუბრესთან ამყარებენ თვალთ კონტაქტს, თუმცა ქალბატონები პატივისცემის გამოსახატად თვალეში ყურებას ერიდებიან. მათთვის დაუშვებელია ნებართვის გარეშე თავთან შეხება, ვინაიდან თვლიან რომ თავი სწორედ ის ადგილია, სადაც სული ცხოვრობს. კამბოჯელებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ზრდილობას და თავაზიანობის მიზნით, ხშირად მოსაუბრეს ეთანხმებიან, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა სრულიად სხვაგვარად ფიქრობდნენ. გადაწყვეტილების მიღებაში აქტიურად იხმარენ ოჯახის წევრებს. ავადმყოფობის დროს ირგებენ პასიურ როლს და ფიქრობენ რომ ამ დროს სხვებმა უნდა იბრუნონ მათზე. ვინაიდან მათი შეხედულებით, ავადმყოფობის წარმოშობაში ზებუნებრივი ძალების როლი დიდია, დასავლურ მედიცინასთან ერთად ისინი აქტიურად მიმართავენ რელიგიური პირების ჩართულობას მკურნალობის პროცესში.

ჩინელები

ჩინელები ხშირად გამოხატავენ სიმორცხვეს მათთვის უცნობ გარემოში, ამიტომ მნიშვნელოვანია რომ ექთანი მათ სოციალიზაციაში დაეხმაროს. პატივისცემის გამოსახატად ისინი ერიდებიან მოსაუბრის თვალებში ყურებას და ასევე საუბრისას იცავენ შესაბამის ფიზიკურ დისტანციას. მათთვის სიჩუმე პატივისცემას მიანიშნებს ხოლმე, შეკითხვების დასმა შესაძლებელია უპატივცემულობად იქნეს აღქმული. ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ჩინური ექსპრესიული ენაა და ამიტომ ხმამაღალი ტონი ყოველთვის არ ნიშნავს გაბრაზებას. გადაწყვეტილების მიღების დროს ოჯახი პროცესში აქტიურადაა ჩართული და, როგორც წესი, ოჯახის უხუცესი წევრია მიღებული გადაწყვეტილების გამაჟღერებელი.

ჩინელები ფსიქიკურ აშლილობას აღიქვამენ როგორც ემოციურ დისბალანსს ან ეშმაკისეულის ზეგავლენას. მკურნალობის პროცესში, დასავლურ მედიცინასთან ერთად, აქტიურად მიმართავენ ტრადიციულ ჩინურ მედიცინას (აკუპუნქტურა და სამკურნალო მცენარეებით მკურნალობა).

იაპონელები

იაპონელები მისალმებისას იყენებენ ხელის ჩამორთმევას ან ტრადიციულად თავის დახრას. კომუნიკაციისას ისინი ნაკლებად ახდენენ თვალთმევას კონტაქტს და ფიზიკურ შეხებას. დასმულ შეკითხვებს, როგორც წესი, პირდაპირ პასუხობენ ხოლმე კი ან არათი და ამიტომ ექთანს შესაძლებელია დასჭირდეს შეკითხვის პერიფრაზირება სრული პასუხის გასაგებად. ნდობის არარსებობის პირობებში ისინი მინიმალურად გამოხატავენ საკუთარ აზრებს, ამიტომ ნდობის მოპოვება ამ კულტურის წარმომადგენლებთან უმნიშვნელოვანესი წინაპირობაა. დრო მათთვის მნიშვნელოვანია და ამიტომ დათქმულ შეხვედრაზე შესაძლოა ადრეც კი მივიდნენ.

ფსიქიკური აშლილობა მათთვის დაკავშირებულია სოციალურ სტიგმასთან და სირცხვილთან, ამიტომ ისინი ნაკლებად ახმაურებენ თავიანთ პრობლემას; თვლიან, რომ ფსიქიკური აშლილობა არის სასჯელი მათი ცუდი საქციელისთვის და რომ გამოჯანმრთელებისთვის აუცილებლად უნდა გამოავლინონ ძლიერი ნებისყოფა და აღადგინონ კონტროლი საკუთარ თავზე. იაპონელებისთვის ძალიან რთულია საკუთარ ემოციებზე საუბარი სხვასთან, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს თერაპიულ ურთიერთობებსა და მიდგომებში.

რუსები

რუსები მისალმებისას ერთმანეთს ხელს ართმევენ და ახდენენ მხერით კონტაქტს, ახლო მეგობრებისა და ოჯახის წევრების ნახვისას კი მისალმებისას ხშირად გადააკოცნიან ხოლმე ერთმანეთს. ჩვეული კომუნიკაციის დროსაც კი საუბრისას ტონი შესაძლებელია მაღალი იყოს. დათქმულ შეხვედრაზე ისინი ბუსტად დროზე ან ცოტა ადრეც მიდან ხოლმე.

რუსები ფსიქიკური აშლილობის წარმოშობის მიზეზად სტრესსა და ახალ გარემოებებს თვლიან. თუმცა შესაძლებელია ამ მდგომარეობას ისინი ღმერთის ნებადაც აღიქვამდნენ. ავადმყოფობისას ისინი საწოლში წვებიან და ცდილობენ დაისვენონ, თუმცა არ უყვართ მედიკამენტების მიღება და ცდილობენ, რომ სამკურნალო მცენარეების დახმარებით გამოჯანმრთელდნენ.

სამხრეთ აზიელები (ინდოელები, პაკისტანელები, ბანგლადეშელები, შრილანკელები, ნეპალელები, ფიჯელები და აღმოსავლეთ აფრიკელები)

სამხრეთ აზიელები, შესაძლებელია ერთმანეთისგან განიხილონ როგორც მათი გეოგრაფიული ლოკაციის, ისე მათი რელიგიის მიხედვით, სიხები, ინდუსები და მუსლიმები. თითოეული მათგანი მისაღმებისას იყენებს როგორც ვერბალურ, ისე არავერბალურ კომუნიკაციას (ხელის გულების ერთმანეთთან მიტანას). ინდუსები მისაღმებისას იყენებენ სიტყვას „ნამასტე“ და ხელისგულებს აერთებენ; სიხები ამბობენ სიტყვას „სასაროაკალ“, ხოლო მუსლიმები მარჯვენა ხელს იღებენ შუბლზე და ოდნავ იხრებიან და ამბობენ „სალამ – ალეიქმ“. მამაკაცებს შორის მისაღმებია ხელის ჩამორთმვით მისაღმება, მაგრამ არა – ქალებს შორის. მათთვის ემოციის გამოხატვის გზა სახისა და თვალების გამომეტყველებაა და ფიზიკურ კონტაქტს იშვიათად იყენებენ. უფროსებთან საუბრისას თვალებში ყურება შესაძლოა უპატივცემულობადაც კი ჩაითვალოს. საუბრობენ ხმადაბლა და ტონის მომატება მიუღებელია. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალურ აქტივობებთან მიმართებით პუნქტუალობით არ ხასიათდებიან, სამედიცინო დაწესებულებაში ყოველთვის დათქმულ დროს ცხადდებიან.

ამ კულტურების წარმომადგენლები თვლიან, რომ ფსიქიკური აშლილობა არის სხვის მიერ მოზადობის ან ავი ძალებით დაპატრონების შედეგი. ავადმყოფობისას, ისინი ირგებენ პასიურ როლს და თვლიან, რომ სხვებმა უნდა იზრუნონ მათზე.

რელიგიას, მათი ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის დროს, უდიდესი როლი ენიჭება და ისინი ხშირად ლოცვით ებრძვიან ავადმყოფობის გამომწვევ ავ სულებსა და დემონებს. ზოგიერთი მათგანი თვლის, რომ იოგას შეუძლია ფსიქიკური ჯანმრთელობის აღდგენაც.



კულტურული განსხვავებები

წყარო: <https://Skillroads.com/Blog/Cross-Cultural-Interviewing-Overcoming-Cultural-Differences>.

ექთნის როლი სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლებთან მუშაობისას

პაციენტზე მორგებული ბრუნვის აღმოსაჩენად, ექთანმა მაქსიმალური ინფორმაცია უნდა მოიპოვოს პაციენტის კულტურული ფასეულობებისა და რწმენების შესახებ. ხშირად პაციენტი ამის გასარკვევად საუკეთესო წყაროა და ექთანმა შესაძლოა პაციენტისგანაც კი გაიგოს თუ როგორი მოლოდინები აქვს მას სამედიცინო მომსახურებისგან.

პირველ შეხვედრაზე ექთანი შესაძლოა დაეყრდნოს თავის ცოდნას კონკრეტული კულტურის შესახებ, ხოლო მოგვიანებით კი შეცვალოს მიდგომა პაციენტის პასუხის შესაბამისად. პაციენტი რომელიც თავისი კულტურული თავისებურებებიდან გამომდინარე შესაძლებელია არ იყოს ხელის ჩამორთმევის მომხრე, მაგრამ შეხვედრაზე გამოგინვდით ხელს მისასალმებლად, აუცილებელია, ექთანმა უპასუხოს მის ქცევას ადეკვატურად. ერთსა და იმავე კულტურულ ჯგუფებში შემავალ ინდივიდებს შორის განსხვავება მნიშვნელოვანია სამედიცინო ბრუნვის თვალსაზრისით, ამიტომ ექთანმა თითოეული პაციენტის მიმართ უნდა განახორციელოს ინდივიდუალური მიდგომა.

თერაპიული მიზნებიდან გამომდინარე, პაციენტის რელიგია კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტია. ამ საკითხის გასარკვევად ექთანმა შესაძლებელია ჰკითხოს პაციენტს და გაარკვიოს, თუ რა მეთოდებს იყენებს იგი მკურნალობისთვის ტრადიციული მედიცინის გარდა და ასევე როგორ ფიქრობს, თუ რა გახდა დაავადების წარმოშობის მიზეზი.

თუ ექთანი არ გამოხატავს სკეპტიციზმსა და შემფასებლურ დამოკიდებულებას, მეტია ალბათობა იმისა, რომ პაციენტმა გულწრფელად გაუზიაროს ექთანს საკუთარი აზრები და შეხედულებები. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტი შესაძლოა არ იყოს განსხვავებული კულტურის მატარებელი, აუცილებელია ექთანმა დასვას შეკითხვები და ძირეულად გაიგოს პაციენტის დამოკიდებულება, ვინაიდან ექთნისთვის ნაცნობ სოციუმშიც კი შესაძლოა იყვნენ ადამიანები, რომლებიც განსხვავებულად ფიქრობენ.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს?

ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს ამ თავში განხილული ყველა ის კულტურული თუ ინდივიდუალური ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ადამიანის პასუხზე ავადმყოფობის მიმართ. ასევე უნდა აცნობიერებდეს, რომ ბიოლოგიური და გენეტიკური დამემკვიდრებით განპირობებული ფაქტორების ცვლილება შეუძლებელია, ხოლო ინტერპერსონალური უნარების მოდიფიკაცია შესაძლებელია, თუმცა ამას დრო და მონდომება სჭირდება.

განსხვავებული კულტურის ადამიანებთან მუშაობისას, ექთანს შესაძლოა ჰქონდეს გარკვეული ტიპის ღელვა და ეშინოდეს კომუნიკაციისას უნებურად არ შექმნას უხერხული სიტუაცია, თუმცა ექთნის მონდომებითა და განვითარებაზე მუდმივი ბრუნვით, აღნიშნული პრობლემის დაძლევა შესაძლებელია.

მნიშვნელოვანი ასპექტები პაციენტთან მუშაობისას

- პაციენტთან იქონიეთ გულწრფელად მზრუნველი დამოკიდებულება;
- ინტერვიუს დასაწყისში ჰკითხეთ პაციენტს, თუ როგორ ურჩევნია რომ მიმართონ;
- პაციენტის საკითხთან დაკავშირებული სტერეოტიპებისა და ცრურწმენების შესახებ, ექთანი უნდა გაესაუბროს კოლეგებს და დაძლიოს წინასწარგანწყობები;
- ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ პაციენტის პასუხი ავადმყოფობაზე რამდენიმე კომპლექსურ ფაქტორზეა დამოკიდებული.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. როგორია თქვენი ოჯახის კულტურული და ეთნიკური წარმომავლობა? რა ზეგავლენას ახდენს ის თქვენს წარმოდგენებზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ?
2. როგორ დაახასიათებდით თქვენს პიროვნულ მახასიათებლებს, რომელიც განსაზღვრავს თქვენსავე პასუხს ავადმყოფობაზე?
3. რა გამოცდილება გაქვთ განსხვავებული კულტურის ადამიანებთან ურთიერთობის? იცვლება თუ არა თქვენი ქცევა განსხვავებული კულტურის ადამიანებთან?

ძირითადი საკითხები

- თითოეული პაციენტი ხასიათდება უნიკალური ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორებით, რომელთა ერთობლიობაც განსაზღვრავს მის პასუხს დაავადებისადმი;
- თითოეული პაციენტის ინდივიდუალური მახასიათებლები: ასაკი, ზრდა და განვითარება, ბიოლოგიური და გენეტიკური ფაქტორები, სიძლიერე და გამძლეობა, გონების სიმახვილე და სპირიტუალობა, მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ადამიანის პასუხს ავადმყოფობაზე;
- ადამიანის ბიოლოგიური მახასიათებლები მოიცავს გენეტიკურ ფაქტორებსა და ფიზიკურ ჯანმრთელობას;
- ახალგაზრდა ასაკში, ადამიანები რთულად გამოხატავენ თავიანთ აზრებსა და ფიქრებს, ამიტომ ამ ასაკში დაწყებული დაავადება ნაკლებ კეთილსაიმედოა;
- ფსიქოსოციალური განვითარების შესაბამისი ამოცანის შესრულების სირთულეები, დაკავშირებულია დაავადებასთან გამკლავების სირთულეებთანაც;
- ადამიანის ეთნიკურმა და გენეტიკურმა ფაქტორებმა შესაძლოა განსაზღვროს ადამიანის პასუხი ფარმაკოლოგიურ აგენტზე; აღმოსავლური წარმოშობის ადამიანებს, მედიკამენტების შედარებით დაბალი დოზები ესაჭიროებათ;
- ქმედითობა არის ადამიანის რწმენა, რომ მას საკუთარი ქცევით შეუძლია ზეგავლენა მოახდინოს თავის ცხოვრებაში მიმდინარე მოვლენებზე. აღნიშნული მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ადამიანის პასუხზე ავადმყოფობის მიმართ;
- მედეგობა არის ადამიანის უნარი გაუმკლავდეს ავადმყოფობასთან დაკავშირებულ სტრესს;
- გამძლეობა არის ადამიანის უნარი ჯანსაღად შეხვდეს სტრესულ ან რისკთან დაკავშირებულ სიტუაციას;
- მოხერხებულობა არის ადამიანის უნარი ეფექტურად შეასრულოს ყოველდღიური ამოცანები და იგი სხვა ადამიანებთან ურთიერთობით უმჯობესდება;
- სპირიტუალობა განსაზღვრავს ადამიანის ცხოვრების აზრსა და მნიშვნელობას. ეს შესაძლოა მოიცავდეს ღმერთის ან უზენაესი ძალის რწმენას;

- ინტერპერსონალური ფაქტორი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ადამიანის პასუხზე ავადმყოფობისადმი, არის მიკუთვნების შეგრძნება, რომელსაც იგი თავისი ჯგუფის ან გარემოს მიმართ განიცდის;
- გლობალიზაციასთან ერთად, ექთნებს უფრო ხშირად უწევთ სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებთან ურთიერთობა, ამიტომ მეტი ცოდნა და სენსიტიურობა მართებთ სხვადასხვა ჯგუფების თავისებურებების მიმართ;
- კულტურული თავისებურებები განსაზღვრავს ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რწმენასა და ქცევას;
- არსებობს ადამიანის ეთნიკური თავისებურებების შეფასების ექვსი ძირითადი პარამეტრი: კომუნიკაცია, ფიზიკური დისტანცია, სოციალური ორგანიზაცია, დროსთან დამოკიდებულება, გარემოს კონტროლი და ბიოლოგიური თავისებურებები;
- სოციოეკონომიკური სტატუსი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და მისი ჯანმრთელობის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობაზე;
- სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების ძირითადი მახასიათებლების ცოდნა ექთანს ეხმარება პაციენტთან ურთიერთობის დაწყებაში;
- თუ ექთანმა არ იცის როგორ დაიწყოს ურთიერთობა პაციენტთან, შესაძლოა მან პირდაპირ ჰკითხოს პაციენტს მისი მოლოდინებისა და სურვილების შესახებ.

წყდრმბბი:

1. Agius, M., et al. (2008). Three year outcomes in an early intervention service for psychosis in a multicultural and multiethnic population. *Psychiatria Danubina*, 20(4), 494-499.
2. Amagai, M., Suzuki, M., Shibata, F., et al. (2012). Development of an instrument to measure self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, 26(3), 240-248.
3. Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2011). *Transcultural concepts in nursing care* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
4. Anthony, K. H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), 24-28, 29-33.
5. Black, D. W., & Anreassen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
6. Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55.
7. Chaudry, H. R. (2008). Psychiatric care in Asia: Spirituality and religious connotations. *International Review of Psychiatry*, 20(5), 477-483.
8. Dayer-Berenson, L. (2011). *Cultural competencies for nurses: Impact on health and illness*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
9. Elbogen, E. B., Tiegreen, J., Vaughan, C., et al. (2011). Money management, mental health, and psychiatric disability: A recovery-oriented model for improving financial skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 223-231.
10. Garrett, C. R., Gask L. L., Hays R., et al. (2012). Accessing primary health care: A meta-ethnography of the experience of British South Asian patients with diabetes, coronary heart disease, or a mental health problem. *Chronic Illness*, 8(2), 135-155.
11. Giger, J. N. (2013). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). St Louis, MO: Mosby.
12. Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2007). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
13. Hill, A., Mayes, R., & McConnell, D. (2010). Transition to independent accommodation for adults with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3), 228-231.
14. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
15. MacDermott, D. (2010). Psychological hardiness and meaning making as a protection against sequelae in veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *International Journal of Emergency Mental Health Medicine*, 12(3), 199-206.
16. Mason, O. J., & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: A review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 21(2), 274-284.
17. McCorkle, B. H., Rogers, E. S., Dunn, E. C., et al. (2008). Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 359-366.

18. Purnell, L. D. (2012). *Transcultural healthcare: A culturally competent approach* (4th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
19. Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., et al. (2012). Determinants, self-management strategies, and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554-564.
20. Stull, L. G., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2012). Processes underlying treatment success and failure in assertive community treatment. *Journal of Mental Health*, 21(1), 49-56.
21. Waynor, W. R., Gao, N., Dolce, J. N., et al. (2012). The relationship between hope and symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 345-348.
22. Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613-626.

თავი 8

შეფასება

ამ თავში განხილულია:

1. პაციენტის მენტალური სტატუსის შესაფასებელი კატეგორიების იდენტიფიცირება;
2. მიდგომები თითოეული კატეგორიის შესაბამისი შეკითხვების ფორმულირებისთვის;
3. პაციენტის ფუნქციური დონის განსაზღვრა თვითშეფასების, როლებისა და ურთიერთობების ჭრილში;
4. ძირითადი ფიზიოლოგიური ფუნქციები, რომელიც დარღვეულია ფსიქიკური აშლილობების დროს;
5. ფსიქოსოციალური შეფასება საექთნო მოვლის დაგეგმვის მიზნით;
6. პირადი დამოკიდებულება სუიციდური, ჰომოციდური და თვითდამაზიანებელი ქცევის დროს.

შეფასება – საექთნო პრაქტიკის პირველი ნაბიჯია და მოიცავს პაციენტის შესახებ ინფორმაციის მოძიებას, ორგანიზებასა და ანალიზს. საექთნო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ამ პროცესს ფსიქოსოციალური შეფასება ეწოდება და თავის თავში მენტალური სტატუსის შეფასებასაც მოიცავს. ფსიქოსოციალური შეფასება მიზნად ისახავს პაციენტის ემოციური, მენტალური და ქცევითი ფუნქციების შეფასებასა და შესაბამისი მოვლის დაგეგმვას. ადეკვატური ფსიქოსოციალური შეფასება, მნიშვნელოვანია მკურნალობის პროცესის ეფექტურობის მონიტორინგის მიზნითაც.

შეფასებაზე მოქმედი ფაქტორები

პაციენტის თანამონაწილეობა/უკუკავშირი

პაციენტის ადეკვატური ფსიქოსოციალური შეფასება, პაციენტის თანამონაწილეობას საჭიროებს. თუ პაციენტი არაა საჭიროებისამებრ ჩართული, ექთნის მიერ ჩატარებული შეფასება არასრული ან ბუნდოვანი იქნება. პაციენტის კოგნიტური მდგომარეობიდან გამომდინარე (დეპრესია, ფსიქოზი), ექთანმა შესაძლოა რამდენიმე ვიზიტის განმავლობაში აწარმოოს პაციენტის ფსიქოსოციალური შეფასება.

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებამ შესაძლოა ნეგატიურად იმოქმედოს ფსიქოსოციალური შეფასების პროცესზე. თუ პაციენტი გადაღლილია, აქვს ძლიერი ტკივილი ან შფოთვა, სრულფასოვანი შეფასება გართულდება და მიღებული შედეგი შესაძლოა სწორედ ფიზიკური პრობლემების ზეგავლენით შეიცვალოს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ პროცესი ფიზიკური ფაქტორების აღმოფხვრამდე გადაიდოს.

პაციენტის წინასწარი განწყობა და არასწორი წარმოდგენა სამედიცინო დახმარებაზე

საკუთარი მდგომარეობის შესახებ არასწორმა წარმოდგენებმა შესაძლებელია ხელი შეუშალოს ფსიქოსოციალური შეფასების წარმოებას. თუ პაციენტს ჯანდაცვის სერვისის მიღებასთან ასოცირებული ნეგატიური გამოცდილება აქვს, მისგან პირდაპირი და გულწრფელი პასუხების მიღება, როგორც წესი, ჭირს. ამ დროს პაციენტმა შესაძლოა შეამსუბუქოს, გააბუქოს თავისი სიმპტომები, ან გარკვეული შეკითხვები უპასუხოდ დატოვოს. უშუალოდ გასინჯვაზე გადასვლის წინ, ექთანმა ადეკვატური ყურადღება უნდა დაუთმოს პაციენტის წინასწარ განწყობას და შესაბამისი ნაბიჯები გადადგას ნდობის მოსაპოვებლად.

პაციენტის გაგების უნარი

ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ შეფასებისას გამოყენებული ენა პაციენტისთვის გასაგებია. თუ პაციენტი უცხოელია, მაშინ შესაძლებელია დასმული შეკითხვის ინტერპრეტირება არასწორად მოახდინოს და ამით ხელი შეუშალოს სწორ ფსიქოსოციალურ შეფასებას. თუ პაციენტს დაქვეითებული აქვს სმენა, შესაძლოა ხელი შეეშალოს შეფასების პროცესს.

ექთნის დამოკიდებულება და მიდგომები

ფსიქოსოციალური შეფასების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი ექთნის დამოკიდებულება და მიდგომებია. თუ პაციენტი გრძნობს, რომ ექთანს ბედაპირული დამოკიდებულება აქვს მის მიმართ, ჩქარობს ან ცდილობს ბეწოლა მოახდინოს პაციენტზე, მაშინ შესაძლოა მიღებული პასუხები ასევე ბედაპირული იყოს და სიღრმისეულად არ მოიცავდეს პაციენტის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ასპექტებს. ასევე, თუ პაციენტი ამჩნევს, რომ ექთანი მისი პასუხების მიმართ შემფასებლურ დამოკიდებულებას ავლენს და აქვს დაბალი მიმღებლობა, შესაძლებელია არ ჩაუღრმავდეს სენსიტიურ საკითხებს. მაგ., თუ საუბარი შეეხება ოჯახში ან ბავშვზე ძალადობას, რომლის მიმართ ექთანი დისკომფორტის შეგრძნებასა და მიუღებლობას ავლენს, პაციენტი ეცდება თავი აარიდოს ამ თემასთან დაკავშირებულ პასუხებს ან ექთანს მიაწოდოს მხოლოდ ბედაპირული ინფორმაცია.

როგორ უნდა ჩატარდეს ინტერვიუ?

გარემო

ექთანსა და პაციენტს შორის ინტერვიუ უნდა ტარდებოდეს პრივატულ, კომფორტულ და უსაფრთხო გარემოში. რაც უფრო მცირე იქნება პოტენციური დისტრაქტორების (ყურადღების გამფანტველების) რაოდენობა, მით მეტად იქნება პაციენტი მობილიზებული ინტერვიუს დროს. მიუხედავად იმისა, რომ პრივატულობის დაცვამ შესაძლოა მეტად გახსნილი გახადოს პაციენტი, უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია ინტერვიუზე აუცილებელი გახდეს მესამე პირის დასწრებაც.

ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მონაწილეობა

ინტერვიუს დროს მოხდება თუ არა პაციენტის მეგობრებისა და ოჯახის წევრების გამოკითხვა, დამოკიდებულია კონკრეტული პაციენტის სიტუაციაზე. შესაძლოა პაციენ-

ტი თავად იყოს წინააღმდეგი მათი გამოკითხვის, ხოლო, რიგ შემთხვევაში, შესაძლოა თავად ითხოვდეს ინტერვიუზე მათ დასწრებას. თუ პაციენტის სიტუაცია მოიცავს ძალადობასთან დაკავშირებულ მოვლენებს, მნიშვნელოვანია, რომ ინტერვიუს ნაწილი მაინც შედგეს დამსწრეების გარეშე. ხოლო თუ პაციენტი თავისი ოჯახის წევრებისა და მეგობრების გამოკითხვის წინააღმდეგია, ექთანს უნდა ესმოდეს, რომ პაციენტის თანდასწრებით არ დაუსვას მათ შეკითხვები პაციენტის მდგომარეობის შესახებ.

როგორ უნდა ჩამოყალიბდეს შეკითხვა?

შეფასების დასაწყებად ექთანმა შესაძლებელია გამოიყენოს ღია ტიპის შეკითხვები (იხ. თავი 6). ასეთ შემთხვევაში, პაციენტს საშუალება ეძლევა დაიწყოს მისთვის სასურველ თემაზე საუბარი, რაც ამავდროულად, ექთანს წარმოდგენას უქმნის პაციენტის გარშემო შექმნილ სიტუაციაზე.

ქვემოთ მოყვანილია ღია შეკითხვების მაგალითები:

- რამ მოგიყვანათ დღეს აქ?
- მომიყევით, რა ხდება თქვენს თავს?
- როგორ შეგვიძლია დაგეხმაროთ?

თუ პაციენტს უჭირს აზრებისთვის თავის მოყრა, შესაძლოა ექთანი დაეხმაროს პაციენტს და მისცეს მიმართულება დახურული ტიპის შეკითხვებით. შეკითხვები უნდა იყოს ლაკონური, გასაგები და შეეხებოდეს კონკრეტულ ქცევას ან სიმპტომს. შეკითხვები, რომელიც პაციენტის მდგომარეობის რამდენიმე ასპექტს ერთდროულად მოიცავს, შესაძლოა დამაბნეველი იყოს მისთვის (მაგ., მომიყევით იმ ურეცეპტო მედიკამენტებზე, რომელიც ზეგავლენას ახდენს თქვენი ძილისა და კვების თავისებურებებზე).

ქვემოთ მოყვანილია დახურული შეკითხვების მაგალითები:

- რამდენი საათი გეძინათ გასულ ღამეს?
- ფიქრობდით თუ არა სუიციდზე?
- რამდენ ალკოჰოლს იღებთ?
- რამდენად კარგად გეძინათ?
- დღეში რამდენ ულუფას მიირთმევთ?
- რომელ ურეცეპტო მედიკამენტებს იღებთ?

ინტერვიუს დროს ექთანმა უნდა შეინარჩუნოს მშვიდი და არაშემფასებლური ტონი, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, თუ საქმე ეხება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებას, ძალადობას და ბავშვებთან მოპყრობის საკითხებს. თუ ექთანს საუბრისას შემფასებლური ტონი ან გამომეტყველება ექნება, ამით ის პაციენტს აიძულებს, ჰქონდეს დამცველობითი ქცევა და ექთანს დაუმალოს სიმართლეს სენსიტიური საკითხების შესახებ. მაგ., თუ პაციენტს ექთანი ეკითხება მისი, როგორც მშობლის როლის შესახებ, შესაძლოა შეკითხვის ფორმულირება მოხდეს შემდეგნაირად: „დისციპლინის მისაღწევად, რა მეთოდებს მიმართავთ?“, ნაცვლად შეკითხვის ასეთი სახით ფორმულირებისა: „რამდენად ხშირად სჯით თქვენს შვილს ფიზიკურად?“. პირველი შეკითხვის შემთხვევაში, მოსალოდნელია, რომ მიღებული პასუხი მეტად გულწრფელი იყოს, ვიდრე მეორე ტიპის შეკითხვაზე, რომელიც ფიზიკურ დასჯას იმთავითვე მიუღებელი აღზრდის მეთოდად წარმოაჩენს.

შეფასების შინაარსი

ინტერვიუს დროს მიღებული ინფორმაციის სისტემატიზაცია და მისი ორგანიზება უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს მკურნალობაში მისი გამოყენების თვალსაზრისით. ფსიქოსოციალური შეფასებისთვის აუცილებელი ასპექტები:

- ისტორია;
 - ზოგადი ფიზიკური მონაცემები და მოტორული ფუნქციები;
 - გუნება-განწყობილება და აფექტი;
 - აზროვნების თანმიმდევრულობა;
 - სენსორული და ინტელექტუალური პროცესები;
 - კრიტიკა და ადეკვატური თვითშეფასება (ინსაითი);
 - თვითშეფასება;
 - როლები და ურთიერთობები;
 - ფიზიოლოგიური და საკუთარი თავის მოვლასთან დაკავშირებული საკითხები.
- ცხრილში 8.1 დეტალურადაა მოცემული ყველა ამ ასპექტის დეტალი.

ცხრილი 8.1 ფსიქოსოციალური შეფასების კომპონენტები

<p>ისტორია ასაკი; განვითარების ეტაპი; კულტურული თავისებურებები; სპრიტუალური რწმენები; ცხოვრების ისტორია.</p> <p>ზოგადი ფიზიკური მონაცემები და მოტორული ფუნქციები ჰიგიენა და მონესრიგებულობა; ჩაცმულობა; სხეულის პოზა; მზერითი კონტაქტი; უჩვეულო მოძრაობები და მენერიზმები; საუბარი.</p> <p>გუნება-განწყობილება და აფექტი გამოხატული ემოციები; სახის გამომეტყველებები.</p> <p>სენსორული და ინტელექტუალური პროცესები ორიენტაცია; დაბნეულობა; მეხსიერება.</p> <p>სენსორული ან ინტერპრეტაციული დარღვევები კონცენტრაცია; აბსტრაქტული აზროვნების უნარი.</p>	<p>კრიტიკა და სიღრმისეული ხედვა (ინსაითი) კრიტიკა (გარემოს ადეკვატური ინტერპრეტაცია); გადანწყვეტილების მიღების უნარი; ადეკვატური თვითშეფასება (საკუთარიროლის ადეკვატური აღქმა გარემოსთან მიმართებით)</p> <p>თვითშეფასება საკუთარი პიროვნების აღქმა; საკუთარი ფიზიკური არსების აღქმა; პიროვნული ღირსებების აღქმა.</p> <p>როლები და ურთიერთობები ამჟამინდელი როლი; როლებით კმაყოფილება; წარმატება როლში; მნიშვნელოვანი ურთიერთობები; მხარდაჭერის სისტემები.</p> <p>ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის საკითხები კვების ჩვევა; ძილის მახასიათებლები; ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები; დამყოლობა მკურნალობაზე; ყოველდღიურ აქტივობებთან დაკავშირებული მოქმედებები.</p>
--	---

ისტორია

პაციენტის ისტორიის შეფასება, მოიცავს მისი ისტორიის, ასაკის, განვითარების ეტაპის, კულტურული, სპირიტუალური და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რწმენებისა და წარმოდგენების შეფასებას. ამ ასპექტების გარკვევამ, შესაძლებელია ექთანს მნიშვნელოვანი წარმოდგენები შეუქმნას პაციენტის შესახებ. მაგ., თუ პაციენტის ოჯახში ყოფილა ალკოჰოლიზმის, სუიციდის, ბიპოლარული აშლილობის შემთხვევები, ეს მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტის რისკებს აღნიშნული მდგომარეობების განვითარებასთან მიმართებით.

პაციენტის ქრონოლოგიური და განვითარების ასაკების შედარება და მათი თანხვედრა ფსიქოსოციალური შეფასების მნიშვნელოვანი ასპექტია. მაგ., პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს გარკვეული ტიპის პრობლემები დამოუკიდებლობისა და პიროვნული იდენტობის ჩამოყალიბებასთან მიმართებით. აღნიშნული გამონკვევების ქონა ნორმალურია 17 წლის ასაკში, ხოლო 35 წლის ასაკში იმავე გამონკვევების წინაშე დგომა, სიღრმისეულ ანალიზსა და ინტერვენციას საჭიროებს. თუ ქრონოლოგიური და განვითარების ასაკი ერთმანეთთან აცდენილია, ეს შესაძლოა მენტალური განვითარების პრობლემებთანაც იყოს დაკავშირებული.

პაციენტის ფსიქოსოციალური ფუნქციის შეფასებისას, აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს პაციენტის კულტურული და სპირიტუალური თავისებურებები. მაგ., დასავლეთის კულტურებში მიღებულია, რომ სრულწლოვანების მიღწევისთანავე, ადამიანმა უნდა დატოვოს მშობლების სახლი და დაიწყოს დამოუკიდებელი ცხოვრება. ხოლო აღმოსავლურ კულტურებში, ხშირად სამი თაობა ერთ ჭერქვეშ ცხოვრობს და ოჯახის უხუცეს წევრებს ძირითადი გადანყვეტილებების მიღება ევალებათ. ასევე, დასავლურ კულტურაში მზერიტი კონტაქტი კარგი ტონია, ხოლო აღმოსავლურ კულტურებში ის უპატივცემულობას გამოხატავს.

შეფასების პროცესში ექთანი თავისუფალი უნდა იყოს სტეროტიპული დამოკიდებულებებისგან. შესაძლოა პაციენტს ერთი შეხედვით გარკვეული ეთნიკური ჯგუფის გარეგონობა ჰქონდეს, მაგრამ ის არ იზიარებდეს ამ ეთნოსისთვის დამახასიათებელ რწმენებსა და ფასეულობებს. მაგ., აზიური შეხედულების მქონე პირები, შესაძლოა უფრო მეტად დასავლური რწმენებითა და ფასეულობებით ხასიათდებოდნენ. გაუგებრობების თავიდან აცილების მიზნით, ექთანმა უნდა დაუსვას შეკითხვები პაციენტს მისი რწმენებისა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ჩვევებისა და ხედვების შესახებ.

მაგ., გარკვეულ კულტურებში თვლიან, რომ ემოციური და მენტალური სახის პრობლემები, ოჯახის შიგნით უნდა იქნეს დაძლეული და დახმარების პროფესიონალებისთვის თხოვნა, პიროვნულ სისუსტედაა მიჩნეული. რიგ შემთხვევებში, შესაძლოა პაციენტი ფიქრობდეს, რომ მისი პრობლემების დაძლევა მხოლოდ მედიკამენტებით არის შესაძლებელი და გარკვეული ტიპის მიუღებლობას ავლენდეს მკურნალობის სხვა მეთოდების მიმართ. საკმაოდ ხშირი პრობლემაა მედიკამენტების მიღების წესიც, ხშირად პაციენტებს ჰგონიათ, რომ მედიკამენტი უნდა მიიღონ მხოლოდ ავად ყოფნის დროს, რაც არასწორია; ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობა საჭიროებს იმავე ტიპის მკურნალობას, როგორსაც სხვა ქრონიკული დაავადებები და მედიკამენტი. შესაძლოა ადამიანს მთელი ცხოვრების განმავლობაში ჭირდებოდეს.

ზოგადი ფიზიკური მონაცემები და მოტორული ფუნქციები

ზოგადი ფიზიკური მონაცემებისა და მოტორული ფუნქციების შესაფასებლად, ექთანი აფასებს პაციენტის ჩაცმულობასა და მოწესრიგებულობას, ჰიგიენის ხარისხს და ადგენს, არის თუ არა პაციენტის ფიზიკური შეხედულება ასაკის შესაბამისი. ექთანი აკვირდება პაციენტის სხეულის პოზას, სახის გამომეტყველებასა და თვალთ თვალთან კონტაქტს. აღწერს, ხომ არ აქვს პაციენტს ტიკები ან ტრემორი. დაკვირვების შედეგად მიღებულ ინფორმაციას იგი წერს ფურცელზე და სუბიექტივიზმის გამოსარიცხად მოჰყავს შესაბამისი მაგალითები. ზოგადი ფიზიკური მონაცემებისა და მოტორული ფუნქციების შეფასების მიზნით, უმეტესწილად გამოიყენება შემდეგი ტერმინები:

ავტომატიზმები: განმეორებითი უმიზნო მოძრაობები, რომელიც, როგორც წესი, მფოთვას გადმოსცემს. მაგ., თითების კაკუნი, ფეხის რხევა, თმის მარყუჯების კეთება.

ფსიქომოტორული ჩამორჩენა: ზოგადად შენელებული მოძრაობები.

ცვილისებრი მოქნილობა: მოუხერხებელ და არაკომფორტულ პოზაში დგომა, რომელიც ერთდროულად უადგილოცაა.

შეფასებისას ექთანი ახდენს პაციენტის მეტყველებაზე დაკვირვებას და განსაზღვრავს მის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ მახასიათებლებს. აკვირდება ხომ არ საუბრობს პაციენტი გაუჩერებლად, რა სიჩქარით საუბრობს იგი, ან-პირიქით, ხომ არ ახდენს კომუნიკაციას მინიმალურ დონეზე “კი” და “არა” პასუხებით; არის თუ არა პაციენტის მიერ დაბრუნებული პასუხები შეკითხვასთან შესაბამისი. იყენებს თუ არა პაციენტი ნეოლოგიზმებს (პაციენტის მიერ მოგონილი ახალი სიტყვები, რომელიც მხოლოდ მისთვისაა გასაგები). ექთანი უნდა დააკვირდეს ასევე საუბრის გამართულობას და დაადგინოს, ხომ არ უკიდებს ენას ან ხომ არ ჩლიფინებს პაციენტი კომუნიკაციისას.

გუნება-განწყობილება და აფექტი

გუნება-განწყობა (ხასიათი) წარმოადგენს ადამიანის პერვაზიულ, დომინანტურ, ემოციურ მდგომარეობას. **აფექტი**, არის ადამიანის ემოციური მდგომარეობის ექსპრესია. შეფასებისას, შესაძლოა პაციენტმა თავად გადმოსცეს მისი ხასიათი, ან ექთანმა პაციენტის დგომის, სახის გამომეტყველებისა და ხმის ტონით შეაფასოს, თუ რა ხასიათზეა პაციენტი. ექთნის მიერ უნდა მოხდეს პაციენტის ხასიათისა და აფექტის შესაბამისობის შეფასება სიტუაციასთან. მაგ., პაციენტი შეიძლება ამბობდეს, რომ არ არის გაბრაზებული, მაგრამ ჰქონდეს გაბრაზებული სახე; ან ამბობდეს, რომ ახლახან გარდაეცვალა მისთვის ახლობელი ადამიანი და იცინოდეს და მხიარულებას გამოხატავდეს. ასეთი ტიპის შეუსაბამობები ექთანმა უნდა აღწეროს სამედიცინო დოკუმენტებში.

აფექტის შესაფასებლად, ძირითადად გამოიყენება შემდეგი ტერმინები:

დუნე აფექტი: სახის გამომეტყველების მცირედი ან დაგვიანებული ცვლილება.

ფართო აფექტი: ყველა სახის ემოციის გამოხატვა სრული მოცულობით.

ბრტყელი აფექტი: უცვლელი სახის გამომეტყველება.

შეუსაბამო აფექტი: კონტექსტის შეუსაბამო გამომეტყველება.

რესტრიქციული (შეზღუდული) აფექტი: მხოლოდ ერთი ტიპის სახის გამომეტყველება.

პაციენტის გუნება-განწყობა შეიძლება შეფასდეს, როგორც ბედნიერი, სევდიანი, დეპრესიული, ეიფორიული, აღელვებული ან გაბრაზებული.

ლაბილური გუნება-განწყობა ეწოდება ხასიათის ცვლილებას, შესაბამისი სტიმულის გარეშე.

შეფასების პროცესში, ემოციათა ინტენსივობის განსაზღვრისათვის ექთანმა შესაძლოა გამოიყენოს 1-დან 10-მდე სკალა და ჰკითხოს პაციენტს, თუ როგორ შეაფასებდა იგი, მაგალითად, თავისი დეპრესიის მდგომარეობას 1-დან -10-მდე სკალით, სადაც 1 – უმცირესი, ხოლო 10 მაქსიმალური შეფასებაა.

ფიქრის (აზროვნების) პროცესი და შინაარსი

ფიქრის პროცესი აღწერს პაციენტის აზროვნების ხასიათს. ამ პროცესზე დასკვნის გაკეთება შესაძლებელია პაციენტის ქცევაზე დაკვირვებით, საუბრიდან საუბრამდე. **ფიქრის შინაარსი** არის უშუალოდ ის, თუ რას ამბობს პაციენტი. ამ დროს ფასდება, ატარებს თუ არა ადეკვატურ შინაარსს პაციენტის მიერ თქმული ვერბალური მესიჯი და არის თუ არა მესიჯები ლოგიკურად დაკავშირებული ერთმანეთთან. თუ პაციენტს აქვს აზროვნებასთან დაკავშირებული პრობლემები, შესაძლებელია მას დახურული ტიპის მოკლე შეკითხვებზე მეტად გაუადვილდეს პასუხის გაცემა. ფიქრის პროცესის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები:

აზრთა ტკეპნა: პაციენტი საბოლოო ჯამში იძლევა პასუხს, მაგრამ ბევრი არასაჭირო დეტალის მოყოლის შემდეგ.

ბოდვა: არარეალური იდეები, არაკორეგირებადი, მცდარი მსჯელობა.

აზრთა ქარიშხალი: ხანგრძლივი, არათანმიმდევრული საუბარი, რომელიც შეიცავს სხვადასხვა ასოციაციებს და აზრები ერთი თემიდან მეორეზე ინაცვლებს.

დამოკიდებულების აზრები/იდეები: პაციენტის მიერ გარემოში მიმდინარე მოვლენების არასწორი ინტერპრეტაცია და მათი პერსონიფიცირება. მაგ., პაციენტს შეიძლება ეგონოს, რომ ახალი ამბების სიუჟეტები მისთვის პერსონალური მესიჯის მიწოდებას ცდილობს.

სუსტი ასოციაციები: აზრებს შორის კავშირის შესუსტება. არაორგანიზებული აზროვნებისსახე, რომელიც ხასიათდება ერთი საკითხიდან მეორეზე გადასვლით, რომლებიც ამავე დროს ერთმანეთთან ნაკლებადაა დაკავშირებული.

ტანგენციალურობა: სასაუბრო თემისგან გადახვევა და შეკითხვაზე პასუხის არდაბრუნება.

აზრების ბლოკირება: ფიქრთა მსვლელობის უეცარი შეწყვეტა; ხშირად აზრის გაგრძელების შეუძლებლობით.

აზრების გადაცემა/გახმოვანება: ბოღვითი აზრი, რომლის დროსაც პაციენტს სჯერა, რომ მისი გამოუთქმელი აზრები შეიძლება ცნობილი გახდეს სხვა ადამიანებისთვის, მათ შორის – მასმედიის საშუალებითაც.

აზრების ჩანერგვა: ბოღვითი აზრი სხვების მიერ პაციენტის თავში აზრების ჩანერგვის შესახებ.

აზრების წართმევა (მითვისება): ბოღვითი რწმენა თითქოს სხვები პაციენტის აზრებს იპარავენ.

„სიტყვიერი სალატი“: ვერბიგერაცია – ურთიერთდაუკავშირებელი ბგერების, სიტყვების ან ფრაზების ნაკადი, რომელსაც შინაარსი არ გააჩნია.

სუიციდის ან სხვების მიმართ ზიანის მიყენების რისკის შეფასება

აუცილებელია, ექთანმა შეაფასოს დეპრესიის მქონე პაციენტი სუიციდური აზრებისა და ლეტალური გეგმის არსებობაზე. ექთანმა უნდა დასვას პირდაპირი ხასიათის შეკითხვები. ცხრილში 8.2 მოყვანილია ის შეკითხვები, რომელიც ექთანმა შესაძლებელია გამოიყენოს სუიციდური პაციენტების შესაფასებლად.

ექთანმა უნდა გამოიყენოს პირდაპირი გამოკითხვის მეთოდი, თუ პაციენტი სხვის მიმართ აგრესიასა და ბრძანს გამოხატავს და ჰკითხოს – აქვს თუ არა მას სურვილი და გეგმა ავნოს ამა თუ იმ ადამიანს?

ქვემოთ მოყვანილია კონკრეტული შეკითხვების მაგალითები:

- რა აზრები გაწუხებთ ამ ადამიანის დაზიანებასთან დაკავშირებით?
- რა გეგმა გაქვთ?
- რა გინდათ, რომ ამ ადამიანს გაუკეთოთ?

თუ პაციენტს კონკრეტული ადამიანის მიმართ აქვს მავნებლური ქცევის განხორციელების სურვილი და გეგმა, მაშინ ექთანს წარმოეშობა **შეტყობინების ვალდებულება**, რომელიც წარმოადგენს პაციენტის კონფიდენციალურობის დარღვევის საფუძველს, საპროექციო პიროვნების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნებიდან გამომდინარე (კანონმდებლობის შესაბამისად).

ცხრილი 8.2 სუიციდური ადამიანის შეფასება

იდეების შეფასება: „ფიქრობთ თვითმკვლელობაზე?“
გეგმა: „გაქვთ თვითმკვლელობის გეგმა?“
მეთოდი: „როგორ გეგმავთ თავის მოკვლას?“
ხელმისაწვდომობა: „როგორ გეგმავთ თქვენი გეგმის განხორციელებას? გაქვთ ხელმისაწვდომობა ყველა საჭირო ნივთზე?“
სად: „სად აპირებთ თავის მოკვლას?“
როდის: „როდის აპირებთ თავის მოკვლას?“
კონკრეტული დრო: „დღის რა მონაკვეთში გეგმავთ თავის მოკვლას?“

სენსორული და ინტელექტუალური პროცესები

ორიენტაცია

ორიენტაცია მოიცავს ადამიანის უნარს, სწორად ორიენტირდეს დროსა და სივრცეში; იცოდეს ვინ არის, სად არის, რა რიცხვი, თვე და წელია. ადამიანი ითვლება დეზორიენტირებულად, თუ ის ვერ ახერხებს საკუთარი თავისა და გარემოს იდენტიფიცირებას. როგორც წესი, დაავადების დასაწყის ეტაპზე, ადამიანები კარგავენ ჯერ დროის, შემდეგ ადგილის ხოლო ბოლოს საკუთარი პიროვნების აღქმის უნარს. ამ შეგრძნებების დაბრუნება კი, პირიქით ხდება, პირველ ეტაპზე ბრუნდება საკუთარი თავის, შემდეგ ადგილის, ხოლო ბოლოს – დროის შეგრძნება.

ორიენტაცია განსხვავდება დაბნეულობისგან; დაბნეულობა არის ადამიანის უუნარობა აღიქვას გარემოში მიმდინარე მოვლენების შინაარსი, მაშინაც კი, როცა ის ადეკვატურად ორიენტირებულია.

მეხსიერება

შეფასების პროცესში, ექთანი აფასებს პაციენტის როგორც მოკლე, ისე ხანგრძლივ მეხსიერებას შემდეგი შეკითხვების გამოყენებით:

- რა ჰქვია ჩვენს პრეზიდენტს?
- ვინ იყო პრეზიდენტი მანამდე?
- რომელ ქვეყანაში ვცხოვრობთ ახლა ჩვენ?
- რომელია ამ ქვეყნის დედაქალაქი?

კონცენტრირების უნარი

ექთანი პაციენტის კონცენტრირების უნარს აფასებს სხვადასხვა დავალებების მიცემის სახით:

- წარმოთქვით სიტყვა “გული” უკულმა;
- ასს გამოაკელით შვიდი (100-7) , ახლა კიდევ, ახლა კიდევ...
- ჩამოთვალეთ კვირის დღეები უკუ მიმართულებით;
- პაციენტს ექთანმა უნდა დაავალოს სამ კომპონენტიანი ამოცანის შესრულება: აიღეთ ფურცელი მარჯვენა ხელით, დაკვეთ შუაზე და დადეთ იატაკზე (ყველა დავალება ერთდროულად უნდა იყოს მიცემული და არა -კომპონენტებად).

აბსტრაქტული აზროვნება და ინტელექტუალური უნარები

პაციენტის ინტელექტუალური უნარების შეფასებისას, ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის განათლების დონე. პაციენტის აზროვნებისა და ინტელექტუალური უნარების შემოწმებისას, ექთანი აფასებს პაციენტის **აბსტრაქტული აზროვნების უნარს**, ანუ მის შესაძლებლობას მოახდინოს მოვლენების ერთმანეთთან ასოცირება და მათი ადეკვატური ინტერპრეტაცია. ამ უნარის შემოწმება შესაძლებელია, რომელიმე ანდაზის ინტერპრეტაციის თხოვნით. თუ პაციენტი ანდაზაში მოყვანილ სიტყვებს პირდაპირი გზით განმარტავს, მაშინ ის აბსტრაქტული აზროვნების უნარს მოკლებულია და ხასიათდება **კონკრეტული აზროვნებით**.

ინტელექტუალური უნარების შეფასება ასევე შესაძლებელია საგანთა წყვილების შედარებით (მაგ., ვაშლისა და ფორთოხლის შედარება, გაზეთისა და ტელევიზორის შეფასება და სხვა).

სენსორული და პერცეპტუალური აშლილობები

გარკვეული ფსიქიკური აშლილობისათვის, დამახასიათებელია ჰალუცინაციები (არარეალური, არარსებული საგნების ან შეგრძნებების აღქმა). ჰალუცინაციები, შესაძლებელია მოიცავდეს ხუთივე გრძნობას და სხეულის შეგრძნებებს. უხშირესად პაციენტებს აწუხებთ სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები; დაავადების დასაწყისში ისინი შესაძლოა პაციენტს ნამდვილი ეგონოს, თუმცა მოგვიანებით ხვდება, რომ ეჩვენება და მისი შეგრძნებები არარეალურია.

კრიტიკა და ადეკვატური თვითშეფასება (ინსაითი)

კრიტიკა არის ადამიანის უნარი ადეკვატურად შეაფასოს გარემო და მოახდინოს საკუთარი ქცევის შესაბამისი ადაპტირება. კრიტიკის დეფიციტი შესაძლებელია გამოვ-

ლინდეს პაციენტის ქცევაში სხვადასხვა საკითხებთან მიმართებით; მაგ., პაციენტმა დახარჯოს არაადეკვატური ოდენობის თანხა მეორადი მოხმარების საგნებზე, მაშინ როცა მას პირველადი მოხმარების საგნები არ აქვს, ან უცნობებთან ამყარებდეს ახლო, მათ შორის, ინტიმურ კონტაქტს.

ადეკვატური თვითშეფასება გულისხმობს ადამიანის უნარს, ადეკვატურად აღიქვას საკუთარი სიტუაცია და აიღოს პერსონალური პასუხისმგებლობა მასზე. ამის შესაფასებლად ექთანმა შესაძლოა სთხოვოს პაციენტს შეაფასოს საკუთარი პიროვნების სუსტი და ძლიერი მხარეები. პაციენტის არაადეკვატურ თვითშეფასებაზე მიუთითებს მის მიერ ყველა ნეგატიური მოვლენის სხვაზე გადაბრალება, მაგალითად: „ჩემი სმა და ჩხუბი – ჩემი ცოლის ბრალია, ის მაღიზიანებს“, ან „ასე ვარ იმიტომ, რომ არასწორად მმკურნალობენ; სწორ მედიკამენტს თუ დამინიშნავენ, უკეთესი გახდება ჩემი ქცევა“.

თვითშეფასება

თვითშეფასება არის საკუთარი პიროვნების ფასისა და ღირსების აღქმის უნარი. მის შესაფასებლად ექთანს შეუძლია სთხოვოს პაციენტს დაასახელოს თავისი პიროვნების ის თვისებები, რომელიც მას მოსწონს და ასევე ისინი, რომელთა შეცვლასაც ისურვებდა. თვისებების გარდა, პაციენტის მიერ საკუთარი ფიზიკური მახასიათებლების აღწერა, ექთანს ინფორმაციას აძლევს პაციენტის საკუთარი ფიზიკური არსების აღქმის შესახებ, რაც თვითშეფასების მნიშვნელოვანი კომპონენტია.

თვითშეფასებასთან მიმართებით მნიშვნელოვანია იმ ემოციების აღწერაც, რომელსაც პაციენტი უხშირესად განიცდის და ასევე პაციენტის დამოკიდებულება და მათთან გამკლავების გზები (არის თუ არა ის კომფორტულად აღძრულ ემოციებთან მიმართებით). ამის შესაფასებლად, ექთანს შეუძლია პირდაპირ ჰკითხოს პაციენტს, თუ რა გზებს მიმართავს იგი პრობლემის ან იმედგაცრუების გადასაჭრელად.

როლები და ურთიერთობები

ადამიანი საკუთარ სოციუმში შეიძლება სხვადასხვა როლს ასრულებდეს. ის შეიძლება იყოს დედა, შვილი, მეუღლე, მასწავლებელი და სხვა. ექთანმა უნდა შეაფასოს, თუ რამდენად კმაყოფილია პაციენტი თავის მიერ სოციუმში შესრულებული როლით და ასევე განსაზღვროს – ასრულებს თუ არა პაციენტი როლის შესაბამის ფუნქციებს. როლები, რომელიც პაციენტმა შეიძლება მოირგოს – მრავალია, მაგრამ ის, როგორც წესი, მოიცავს ოჯახურ (შვილი, დედა, მამა), პროფესიულ (მასწავლებელი) და გატაცებებთან დაკავშირებულ როლებს. ადამიანის ფსიქოსოციალური ფუნქციონირებისთვის უმნიშვნელოვანესია, მოსწონს თუ არა მას თავისი როლი სოციუმში.

სხვებთან ურთიერთობა, ადამიანის ემოციური და სოციალური კეთილდღეობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ამ ურთიერთობების დაკარგვა ან არასწორი წარმართვა დაკავშირებულია გარკვეული ტიპის მენტალური პრობლემების წარმოშობასთან ან მათ გაუარესებასთან; ამიტომ, ინტერვიუს დროს ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის ურთიერთობები, ხოლო ამისთვის მას შეუძლია გამოიყენოს შემდეგი შეკითხვები:

- ახლოს ხართ თუ არა ოჯახთან?
- გაქვთ თუ არა ახლო ურთიერთობები ან ისურვებდით თუ არა, რომ გქონდეთ ეს ურთიერთობები?
- თქვენი ურთიერთობები აკმაყოფილებს თქვენს მოთხოვნებსა და საჭიროებებს?

- დაკმაყოფილებულია თქვენი სექსუალური მოთხოვნები?
- გქონიათ თუ არა ძალადობრივი ურთიერთობების გამოცდილება?

თუ ადამიანისთვის ოჯახი სტრესის მნიშვნელოვანი წყაროა, მაშინ ამ სფეროს უფრო დეტალური შესწავლა უნდა მოხდეს.

ფიზიოლოგიური და საკუთარი თავის მოვლასთან დაკავშირებული საკითხები

ფსიქოსოციალურ შეფასებასთან ერთად ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირების დონეც. შესაძლოა ამ დროს არ მოხდეს პაციენტის სრული ფიზიკალური შეფასება, მაგრამ ემოციურ სფეროსთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა შესაძლოა შეტად დააზიანოს, მაგალითად, კვებისა და ძილის ფუნქციები, ამიტომ მათი შეფასება დეტალურად უნდა მოხდეს. სტრესის დროს ადამიანებმა შესაძლოა ჭარბად ჭამონ ან საერთოდ არ ჭამონ, შესაძლოა ეძინოთ 20 საათი ან ვერ დაიძინონ 2-3 საათზე ხანგრძლივად დღე-ღამის განმავლობაში. ბიპოლარული აშლილობის მქონე ადამიანი შესაძლოა არ იძინებდეს რამდენიმე დღის განმავლობაში და არ იღებდეს საკვებს, ხოლო დეპრესიის მქონე ადამიანი – შესაძლებელია საწოლიდან ვერ დგებოდეს.

ფსიქიკური აშლილობების გარდა, პაციენტისგან ექთანმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია ქრონიკული ფიზიკური დაავადებების და მასთან დაკავშირებული მედიკამენტების შესახებ. ასევე უნდა მიიღოს ინფორმაცია ალკოჰოლისა და სხვა მედიკამენტების მოხმარების შესახებ. აღნიშნული ინფორმაციის მიღება უნდა მოხდეს არაშემფასებლური და მიმღებლური მიდგომებით.

ექთანს უნდა ესმოდეს, რომ მკურნალობაზე დამყოლობის საკითხი მნიშვნელოვანი ასპექტია, ამიტომ უნდა ეცადოს დაიძახოს პაციენტის ნდობა და სრული ინფორმაცია მოიპოვოს დანიშნული მედიკამენტების მიღების შესახებ და ასევე იმ მედიკამენტების შესახებ, რომელსაც პაციენტი დანიშნულების გარეშე იღებს. ინტერვიუს პროცესში ექთანი უნდა ეცადოს, გაარკვიოს დამყოლობასთან დაკავშირებული პრობლემებიც და დაადგინოს, ხომ არ იყო ეს გვერდით მოვლენებთან ან ეკონომიკურ ბარიერებთან დაკავშირებული?

მონაცემთა ანალიზი

პაციენტთან ჩატარებული ინტერვიუების შემდეგ, ექთანმა უნდა მოახდინოს მიღებული ინფორმაციის ანალიზი. ამ მიზნებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ არ მოხდეს ინფორმაციის რომელიმე კონკრეტული ნაწილის განხილვა, არამედ მოხდეს ყველა წყაროდან (ოჯახი და მეგობრები), მათ შორის, პირადი დაკვირვების შედეგად მიღებული ინფორმაციის ანალიზი. ექთანმა უნდა დაადგინოს, არის თუ არა სხვადასხვა წყაროდან მიღებული ინფორმაცია ერთმანეთის შესაფერისი და იძლევა თუ არა მისი ხარისხი საექთნო დიაგნოზის დასმის (მაგ., ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება და არაეფექტური გამკლავება) და ასევე საექთნო მოვლის დაგეგმვის საშუალებას.

მიღებული ინფორმაციის შედეგად შედგენილი საექთნო მოვლის გეგმა უნდა იყოს გასაგები როგორც სამედიცინო პერსონალისთვის, ისე პაციენტის ოჯახისთვის.

ფსიქოლოგიური ტესტები

ფსიქოლოგიური ტესტები, პაციენტის საექთნო მოვლის დაგეგმვის კიდევ ერთი საშუალებაა. ამ მიზნებისთვის გამოიყენება ორი ძირითადი სახის ტესტი, ინტელექტუალური

და პიროვნული შეფასების ტესტები. ინტელექტუალური შეფასების ტესტები, პაციენტის კოგნიტური ფუნქციის შეფასებას ისახავენ მიზნად; პიროვნული შეფასების ტესტები, ადამიანის თვითშეფასების, კონტროლის, რეალობის აღქმისა და დამცველობითი მექანიზმების შეფასებას ისახავენ მიზნად.

მენტალური (ფსიქიკური) სტატუსის შეფასება

მენტალური სტატუსის შეფასება, მოიცავს ადამიანის პიროვნების, დროსა და სივრცეში ორიენტაციის, ასევე ანდაზების ინტერპრეტაციის, არითმეტიკული ამოცანების შესრულების უნარის, მახსოვრობაზე ორიენტირებული სავარჯიშოების შესრულების, საგნების სახელების დასახელების, მრავალ საფეხურიანი ინსტრუქტაჟის შეფასების და მარტივი ნახატის გადახატვის უნარების შემოწმებას. რაც ნაკლებია ჩამოთვლილი დავალებების შესრულების რაოდენობა, მით შემცირებულია კოგნიტური უნარები, აღნიშნული კი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს როგორც დემენციასთან, ისე ადამიანის დეპრესიულ ან ფსიქოზურ მდგომარეობასთან.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ფსიქოსოციალური შეფასების დროს, ექთნის თვითშეგნება უდიდეს მნიშვნელობას ასრულებს. დაუშვებელია, რომ ექთანმა თავის პირად გრძნობებსა და აზრებს საშუალება მისცეს ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობის პროცესზე. თვითშეგნება ექთანს ეხმარება იყოს სხვისი რწმენებისადმი მიძღვნილი, მაშინაც კი, როცა ის კონკრეტულ ხედვებსა და რწმენებს არ ეთანხმება.

უხშირესად ექთნებს უჭირთ ორი ძირითადი მიმართულებით კერძოდ, სექსუალური და თვითდაზიანების თემებზე საუბარი. ამ დროს ექთნებს ხშირად უნდებიათ შეგრძნება, რომ ისინი სხვის პირად საკითხებში იქეჭებიან, თუმცა აღნიშნული თემების დეტალური ანალიზი პაციენტის მკურნალობის თვალსაზრისით უმნიშვნელოვანესია. უხერხულობის შესამსუბუქებლად, ექთანმა შესაძლოა შესავალი გააკეთოს ინტიმური შეკითხვის დასმამდე, და აუხსნას პაციენტს, რომ აპირებს პერსონალური შეკითხვების დასმას, თუმცა მათზე პასუხების მიღება აუცილებელია ადეკვატური მკურნალობის გეგმის შესადგენად. ექთანს ასევე უნდა ესმოდეს, რომ ამ თემებზე საუბარი, დისკომფორტის მომგვრელი შეიძლება იყოს პაციენტისთვისაც.

ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ მისთვის მიუღებელი ქცევის მიუხედავად არ განსაჯოს პაციენტი. მაგ., ექთანი აბორტს შესაძლოა თვლიდეს ცოდვად, მაგრამ პაციენტს ჩატარებული ჰქონდეს რამდენიმე აბორტი.

განსჯის გარეშე პაციენტის მოსმენის უნარი ექთანს გამოცდილებასთან ერთად უვითარდება და მეტად ადვილდება დროთა განმავლობაში. მნიშვნელოვანია, რომ ასეთი ტიპის სირთულეების შესახებ ექთანმა ისაუბროს თავის კოლეგებთანაც და დაიხმაროს ისინი ამ სირთულეების დაძლევაში.

ექთანმა ადეკვატურად უნდა მოახდინოს პაციენტის შეფასება სუიციდალურ იდეებზე; ხშირად ექთნებს ჰგონიათ, რომ ამით შესაძლოა ამ იდეების წარმოშობის პროვოცირება მოახდინონ, თუმცა ეს ასე არ არის და როგორც კვლევებმა ცხადყო, სუიციდის პრევენციის საუკეთესო გზა პაციენტისთვის პირდაპირი შეკითხვების დასმაა.

რისი გათვალისწინება უნდა მოხდეს ფსიქოსოციალური შეფასების დროს

- ექთანმა უნდა მოიპოვოს ყველა საჭირო ინფორმაცია პაციენტის დასახმარებლად და არა – მის განსასჯელად;
- პირდაპირი და გასაგები შეკითხვების დასმა პერსონალურ საკითხებზე ამცირებს პაციენტის ღელვას აღნიშნულ საკითხებზე საუბრისას;
- პირადი გრძნობებისა და შეხედულებების ანალიზი, დაეხმარება ექთანს თვითშეგნების გაუმჯობესებაში;
- თუ ექთნისა და პაციენტის შეხედულებები მოვლენებზე მკვეთრად განსხვავდება, ექთანმა თავისი ემოციები და აზრები კოლეგებს უნდა გაუზიაროს და საშუალება არ უნდა მისცეს პირად ემოციებს, ზეგავლენა მოახდინოს საექთნო მოვლის პროცესზე.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. ექთანი ემზადება პაციენტის ფსიქოსოციალური შეფასებისთვის, რომელიც ძალადობდა საკუთარ შვილებზე და დახმარებისთვის მიმართა კლინიკას. რა გრძნობები უნდა ჰქონდეს ექთანს პაციენტის მიმართ? როგორ უნდა შეხედოს ექთანმა ამ პაციენტს?
2. შეფასებისას, აღმოჩნდა რომ პაციენტს ჰყავს სამი ზრდასრული შვილი. აღმოჩნდა, რომ მას აქტიური ურთიერთობა აქვს ერთთან, მაგრამ დანარჩენ ორს არ ეკონტაქტება. რა შეკითხვები უნდა დასვას ექთანმა ამ ურთიერთობების შესახებ? როგორ უნდა მოიქცეს ექთანი თუ პაციენტს არ სურს ამ თემაზე საუბარი? არის ეს ინფორმაცია კრიტიკულად მნიშვნელოვანი შეფასების მიზნებისთვის?
3. ექთანი ახდენს ცუდი განათლების მქონე პაციენტის შეფასებას. როგორ უნდა მოახდინოს ექთანმა ამ პაციენტის ინტელექტუალური უნარების შეფასება? კიდევ რა სფეროზე შეიძლება მოახდინოს ზეგავლენა პაციენტის წერა-კითხვის უცოდინარობამ?

ძირითადი საკითხები

ფსიქოსოციალური შეფასების მიზანია, ადამიანის მიმდინარე ემოციური, მენტალური და ქცევითი ფუნქციების შეფასება და იგი წარმოადგენს სამედიცინო ზრუნვის დაგეგმარების საწყის წერტილს;

ფსიქოსოციალური შეფასებისთვის აუცილებელი ასპექტებია:

- ისტორია;
- ზოგადი ფიზიკური მონაცემები და მოტორულ ფუნქციები;
- გუნება-განწყობილება და აფექტი;
- აზროვნების თანმიმდევრულობა;
- სენსორული და ინტელექტუალური პროცესები;
- კრიტიკა და ადეკვატური თვითშეფასება;
- თვითშეფასება;

- როლები და ურთიერთობები;
- ფიზიოლოგიური და საკუთარი თავის მოვლასთან დაკავშირებული საკითხები.
- არსებობს რამდენიმე ფაქტორი, რომელმაც შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის ფსიქოსოციალური შეფასების ხარისხზე: მონანიღობისა და უკუკავშირის მოცემის შესაძლებლობა, ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ემოციური კეთილდღეობა, სიტუაციის აღქმისა და კომუნიკაციის უნარები.
- ექთნის დამოკიდებულებამ და მიდგომამ, შესაძლოა დიდი ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის ფსიქოსოციალური შეფასების პროცესზე, ამიტომ ექთანმა შეფასების პროცესი უნდა წარმართოს პროფესიონალურად და საშუალება არ მისცეს საკუთარ გრძნობებსა და აზრებს, ზეგავლენა მოახდინოს შეფასების პროცესზე.
- არასწორი დასკვნების გაკეთების თავიდან აცილების მიზნით, შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის კულტურული თავისებურებები, რომლებიც შესაძლოა ადგენდეს დასავლეთის კულტურისგან განსხვავებულ წესებს.
- მიღებული ინფორმაციის ანალიზის პროცესში, მნიშვნელოვანია, რომ დადგინდეს სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის ურთიერთშესაბამისობა.
- ექთნის თვითშეგნება უმნიშვნელოვანესია ადეკვატური ფსიქოსოციალური შეფასების წარმართვისთვის.
- უხშირესად ექთნები დისკომფორტს განიცდიან სექსუალობისა და თვითდამაზიანებელი ქცევის განხილვისას. ამ დისკომფორტის დასაძლევად ექთანი უნდა გაესაუბროს კოლეგებს და დაიხმაროს ისინი ამ დისკომფორტის დასაძლევად.
- პაციენტის უსაფრთხოება პრიორიტეტულია, ამიტომ პირდაპირი შეკითხვების დასმას უსიციდური ქცევის პრევენციისთვის – უმნიშვნელოვანესია.

წყდომები:

1. Adams, R. L., & Culbertson, J. L. (2009). Personality assessment: Adults and children. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 9th ed., pp. 951-973). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
2. American Nurses Association. (2007). Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice. Washington, DC: American Nurses Publishing.
3. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

თავი 9

კანონმდებლობა

ამ თავში განხილულია

- სამართლებრივი ცნებებისა და ტერმინების განმარტებები
- ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ კანონმდებლობა

სამართალსა და კანონმდებლობაზე საუბრისას, აუცილებლად, დასაწყისშივე უნდა განისაზღვროს ცნება და გაგება ტერმინებისა.

ობიექტური გაგებით **სამართალი**, ანუ მართლწესრიგი, სამართლებრივი რეგულაციებისა და წესების ერთიანობაა, რომელიც აწესრიგებს ურთიერთობებს როგორც ინდივიდუალურ, ფიზიკურ პირებს შორის, ისე იურიდიულ სამართლებრივ პირებსა და უწყებებს შორის.

კანონმდებლობა არის ყველა სახის ნორმატული აქტების კრებული, თავისი ფუნქციური დატვირთვითა და გაგებით, რომელიც მიმართულია საზოგადოებაში ინდივიდებისა და ჯგუფების მოქმედების არეალის თავისუფლებასა და მის საზღვრებზე.

სამართლის სფეროების მიხედვით განისაზღვრება კონკრეტული მიმართულებები, რომელზეც იქმნება შემდეგ კანონმდებლობა (კანონების ერთობლიობა).

სამედიცინო მიმართულებით არსებული ნორმების მხრივ, საინტერესოა „ჰამურაბის კანონები“ (სურათი 9-1.), ძვ. წ. აღ. მე-18 საუკუნით დათარიღებული უძველესი სამართალშემოქმედების ნიმუში, რომელიც იძლევა დეტალებს თავისუფალი ადამიანებისა და მონების მკურნალობისთვის ექიმებისთვის მინიჭებულ ჯილდოებსა და ჯარიმებზე. მესოპოტამიაში ძირითადად ხელმძღვანელობდნენ „ტალიონის (სარკისებრი) პრინციპით“, რაც იმას ნიშნავდა, რომ სასჯელი ერთგვარი საფასური იყო დანაშაულისჩადენისთვის; შესაბამისად როგორც პირები, რომლებიც დანაშაულს ჩადიდნენ, ისე ექიმები იღებდნენ ჯილდოს ან სასჯელს განხორციელებული მკურნალობის შედეგების შესაბამისად.



სურათი 9.1 ჰამურაბის კანონები¹

ადამიანის უფლებების ისტორიაში ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანესი დოკუმენტის შექმნა 1945 წელს დაარსებულ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციას უკავშირდება.

1948 წლის 10 დეკემბერს, პარიზში, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ წინააღმდეგი ხმის გარეშე მიიღო ადამიანის უფლებათა ისტორიაში უმნიშვნელოვანესი დოკუმენტი – ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, რომელმაც პირველად შეაჯერა მთელი მსოფლიოს ერების ისტორიული და კულტურული გამოცდილება აღნიშნულ სფეროში და შექმნა ადამიანის უფლებების უნივერსალური სტანდარტი. დეკლარაციის მიღება ელენორ რუზველტის² სახელს უკავშირდება, რომელმაც მას “ყველა ადამიანის საერთაშორისო მაგნა კარტა”³ (სურათი 9.2) უწოდა.



სურათი 9.2. ელენორ რუზველტი ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციით⁴

¹ <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/58/Code-de-Hammurabi-1.jpg>

² აშშ-ის პირველი ლედი 1933-1945 წლებში, რომელიც 1946 წელს გაეროს ადამიანის უფლებათა კომისიის პირველი თავმჯდომარე გახდა;

³ ე.წ. „თავისუფლების დიდი ქარტია“, რომელიც ინგლისის მეფის ჯონ უმინანცლოს დროს შეიქმნა 1215 წელს და რომელშიც მეფის წნეხისგან დაცვის ერთგვარი გარანტი გახდა.

⁴ <https://civiledu.files.wordpress.com/2013/04/ruzvelti.jpg>

მიუხედავად დეკლარაციის შექმნისათვის არსებული მცირე დროისა, მასში არაა გამორჩენილი არცერთი ის პრინციპი და ნორმა, რომელიც ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა სფეროდან, ჰუმანიტარული განვითარების ოქროს ფონდს შეადგენს.

დოკუმენტი იწყება ყველა ადამიანის თავისუფლების, თანასწორობის აღიარებითა და დისკრიმინაციის აკრძალვით და მოიცავს ისეთ უფლებებს, როგორცაა სიცოცხლის, თავისუფლებისა და პირადი ხელშეუხებლობის უფლება, ნამების აკრძალვა, კანონის წინაშე თანასწორობა და სხვა. აღსანიშნავია, რომ დეკლარაცია თავისთავად სამართლებრივად სავალდებულო დოკუმენტი არ არის, თუმცა მას გააჩნია დიდი მორალური ძალა.

რაც შეეხება საქართველოს, ჯანდაცვის მიმართულებით შექმნილი სამართლებრივი დოკუმენტები მრავლადაა, რომელიც ზოგადი ხასიათიდან უშუალოდ კონკრეტულ სფეროებზე გადადის და არეგულირებს მას.

ჯანდაცვის მიმართულებით საქართველოში არსებული კანონებიდან მნიშვნელოვანი ნაწილი ჩამოთვლილია ქვემოთ.

საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა:

- საქართველოს კონსტიტუცია;
- საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
- კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
- კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
- კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
- ფარმაცევტულ, სამედიცინო, ხანდაზმულთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა დაწესებულებებში, აგრეთვე, სასწავლო, სამეცნიერო-კვლევითი, საექსპერტო-დიაგნოსტიკური და საკონტროლო-ანალიზური (ლაბორატორიული) საქმიანობის განმახორციელებელ დაწესებულებებში ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის წესების დამტკიცების შესახებ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება;
- სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების ნუსხისა და მათი ლეგალური ბრუნვის წესების დამტკიცების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება;

ზემოთ ჩამოთვლილი თითოეული დოკუმენტის მიზანი ადამიანის უფლებების, პატივისა და ღირსების უზენაესობის დაცვაა პაციენტად ყოფნის დროს. პაციენტად კი იგულისხმება ნებისმიერი მოქალაქე დაბადებიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ანუ პიროვნება, რომელიც ელის, იღებს ან უკვე მიიღო მომსახურება ჯანდაცვის სფეროში.

ჯანმრთელობის უფლება

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-9 მუხლის მიხედვით, საქართველოს მოქალაქეს (რომელიც იმყოფება სხვა სახელმწიფოში), უცხო ქვეყნის მოქალაქეს საქართველოში და მოქალაქეობის არმქონე პირს, გარანტირებული აქვთ ჯანმრთელობის უფლება საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთან-

ხმეების შესაბამისად, ხოლო მათი არარსებობისას მოქმედებს იმ ქვეყნის კანონმდებლობა, სადაც პირი იმყოფება.

პაციენტს, როგორც პირს, რომელიც, მიუხედავად თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ანაპირებს რომ ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებით, მთელი რიგი უფლებები აქვს გარანტირებული საერთაშორისო და ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად.

ადამიანის უფლებათა, ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში დასახელმწიფოს აუცილებელი ჩარევის ან ჩაურევლობის შედეგად დაცული იყოს მისი ჯანმრთელობა (საქართველოს კონსტიტუცია 37-ე მუხლი (ახალი რედაქციის 29 მუხლი)), არ შეიძლება შეიზღუდოს ან გამოირიცხოს პირთა გარკვეული წრის მიმართ მოქალაქეობის ნიშნით. მოქალაქეობაში ან არსობრივად სამართლებრივ პოლიტიკური ინსტიტუტია და იგი გავლენას არ უნდა ახდენდეს სამართლით დაცული სიკეთის ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხზე. ადამიანს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებული აქვს ადამიანის და არა მოქალაქის სტატუსით. წინააღმდეგ შემთხვევაში ადგილი ექნება საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევას, რომელთაც საქართველოს კონსტიტუციასთან მიმართებით უპირატესი ძალა აქვთ, თუკისინი არ ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციას. მოცემულ შემთხვევაში საქმე გვაქვს არაწინააღმდეგობასთან, არამედ სრულიად ერთგვაროვან რეგულირებასთან, რადგან საერთაშორისო შეთანხმებების შიდასახელმწიფოებრივ სამართალში იმპლემენტაცია ხდება კონსტიტუციასა და მიმდინარე კანონმდებლობაში აღნიშნული ნორმების გადმოტანის გზით. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს კონსტიტუციის მეორე თავი დასათაურებულია, როგორც „ადამიანის ძირითადი უფლებანი და თავისუფლებანი“ და არა მოქალაქის ძირითადი უფლებანი.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

ამონარიდი „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციიდან“ (გაეროს გენერალური ასამბლეა, 1948 წელი)

„ყველა ადამიანის აქვს უფლება ცხოვრების ისეთ დონეზე, რომელიც ადეკვატური იქნება მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის, საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებელი ადგილის, სამედიცინო დახმარების და აუცილებელი სოციალური სამსახურების ჩათვლით“.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ადამიანის სოციალური უფლებათა, რომელიც იყოფა შემდეგ ქვეკატეგორიად:

- სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა მომსახურების სახეების მიხედვით;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა გეოგრაფიული (ტერიტორიული) თვალსაზრისით;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციის გარეშე (ასაკი, სქესი, ეთნიკური წარმომავლობა, რასა და ა.შ.);
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი;

ცნება „სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა“ ქვეყნის შესაძლებლობებით,

რესურსებითა და მრავალი ფაქტორის ბალანსით არის წარმოდგენილი. ეს ფაქტორებია: კადრები, დაფინანსება, სატრანსპორტო საშუალებები, არჩევანის თავისუფლება, საზოგადოების ინფორმირებულობა, ტექნიკური რესურსების ხარისხი და განაწილება. ეს ელემენტები განსაზღვრავს მოსახლეობის მიერ რეალურად მიღებული დახმარების მოცულობასა და ხარისხს, ხოლო მათი ბალანსი – დახმარების ხელმისაწვდომობის ხასიათსა და ხარისხს.

ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის **თანაბარი** ხელმისაწვდომობა“ ნახსენებია კონვენციაში „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რაცგულისხმობს გაუმართლებელი დისკრიმინაციის გამორიცხვას.

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მე-6 მუხლის თანახმად, „პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია“.

სახელმწიფო აღიარებს ყველა პაციენტის თანასწორობის პრინციპს და არც ერთს არ ანიჭებს უპირატეს უფლებას.

უფლება პრევენციულ ზომებზე (პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები)

ყველა ადამიანს აქვს უფლება მიიღოს სათანადო მომსახურება დაავადების თავიდანასაცილებლად (უფლება პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტიის მიხედვით (ECPR)).

საქართველოს კანონმდებლობა უშუალოდ არ ითვალისწინებს „უფლებას პრევენციულ ზომებზე“. თუმცა, ზოგიერთი დებულების ინტერპრეტაციის მეშვეობით შეიძლება დავასკვნათ, რომ ეს უფლება აღიარებულია (მაგ., ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების უფლება, სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება).

ინფორმაციის მიღების უფლება

საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მე-16 მუხლის თანახმად:

1. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომელიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.
2. სახელმწიფო ვალდებულია მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია.

აღნიშნული მუხლის I და II ნაწილებით გათვალისწინებული პაციენტის უფლებების დარღვევამ შესაძლებელია გამოიწვიოს საქართველოს სსკ⁵-ის 247-ე მუხლით გათვალისწინებული სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობა.

კერძოდ, საქართველოს სსკ-ის 247-ე მუხლი ითვალისწინებს პასუხისმგებლობას სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემქმნელ გარემოების შესახებ ინფორმაციის დამალვის ან გაყალბებისათვის. აღნიშნული მუხლის პირველი ნაწილით

⁵ სისხლის სამართლის კოდექსი

იმ გარემოების, ფაქტის ან მოვლენის შესახებ ინფორმაციის დამალვა ან გაყალბება, რომელიც საფრთხეს უქმნის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას ან გარემოს, ჩადენილი იმის მიერ, ვინც ვალდებული იყო მიეწოდებინა ეს ინფორმაცია მოსახლეობისთვის – ისჯება ჯარიმით ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორ წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით სამ წლამდე ან უამისოდ.

კანონმდებლობის მიხედვით დანაშაულის ჩადენა შეიძლება გამოიხატებოდეს ორი სახის ქმედების განხორციელებაში, კერძოდ ინფორმაციის დამალვაში ან ინფორმაციის გაყალბებაში.

ინფორმაციის **დამალვა** ნიშნავს, რომ მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ მოსახლეობისთვის არ იქნა მიწოდებული არავითარი ინფორმაცია.

ინფორმაციის **გაყალბებაში** კი იგულისხმება არასწორი ან არასრული მონაცემების მიწოდება ფაქტის ან მოვლენის შესახებ, რომელიც საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას.

აქვე უნდა განიმარტოს, რომ არასრული ინფორმაცია ნიშნავს მედიცინაში (ან სხვა დარგში) სპეციალური ცოდნის არ მქონე პირისათვის სრული წარმოდგენის შეუქმნელობას გარემოების, ფაქტის ან მოვლენის შესახებ, რომელიც საფრთხეს უქმნის მის ჯანმრთელობას.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-18 მუხლი განმარტავს, რომ პაციენტს უფლება აქვს იცოდეს ყველაფერი საკუთარი ჯანმრთელობის და მისთვის სამედიცინო მომსახურების განწესთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ, კერძოდ:

- რა სახის სადიაგნოზო თუ სამკურნალო მეთოდებს იყენებს, ანუ რა რესურსებს ფლობს სამედიცინო დაწესებულება;
- რა ღირს სამედიცინო მომსახურება და როგორია გადახდის წესი;
- რა უფლებები და მოვალეობები აქვს პაციენტს დაწესებულების შინაგანაწესის მიხედვით (გასათვალისწინებელია, რომ შინაგანაწესი ვერ შეზღუდავს პაციენტის კანონით განსაზღვრულ უფლებებს);
- ვინ არის პაციენტის მკურნალი ექიმი და აქვს თუ არა მას საკმარისი გამოცდილება;
- რა მიზნით იგეგმება ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა, რა შედეგია მოსალოდნელი, რამდენად რისკის მატარებელია ჩარევა პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის;
- არსებობს თუ არა მკურნალობის სხვა, ალტერნატიული მეთოდი, როგორია ამ მეთოდის მოსალოდნელი შედეგი და რა რისკი ახლავს მას;
- რა შედეგები იქნა მიღებული სამედიცინო გამოკვლევებით;
- როგორია დიაგნოზი და რას ნიშნავს ეს პაციენტისათვის (როგორია ავადმყოფობის გამოსავალი).

გემოაღნიშნული მუხლი განმარტავს, რომ პაციენტს უფლება აქვს იცოდეს ყველაფერი საკუთარი ჯანმრთელობისა და მისთვის სამედიცინო მომსახურების განწესთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ.

პაციენტის თანხმობა და ინფორმირებული თანხმობა

კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ არის სპეციალური თავი „თანხმობა“, რომელშიც დეტალურად არის განსაზღვრული მედიცინის მუშაკისა და პაციენტის ურთიერთობის ისეთი მნიშვნელოვანი მომენტი, როგორცაა სამედიცინო მომსახურების განწვევასა და პაციენტის თანხმობის მიღების პირობები. ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო ეთიკის „უახლესი“ პრინციპის – „პაციენტის ავტონომიის“, პატივისცემის რეალიზაციის მთავარი ინსტრუმენტია.

ცნება „პაციენტის ავტონომია“ ქართულ ჯანდაცვის სფეროს კანონმდებლობაში შემდეგნაირად არის განმარტებული: „ავტონომია – პაციენტის უფლება დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი“ (კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 3. „ა“).

აუცილებელია, რომ ინფორმირებული თანხმობა:

- წინ უსწრებდეს ნებისმიერ ჩარევას სამედიცინო მომსახურების განწვევას და ბიოსამედიცინო კვლევის წარმოებისას;
- იყოს თავისუფალი, ნებაყოფლობითი (გამორიცხული უნდა იყოს ნებისმიერი სახის ზეწოლა);
- იყოს გააზრებული, რისთვისაც პაციენტს ან კვლევის სუბიექტს წინასწარ უნდა მიენოღოს ინფორმაცია ჩარევის შესახებ;

თანხმობის წინ მისაწოდებელი ინფორმაცია უნდა იყოს პაციენტისათვის (თუ საუბარია სამედიცინო კვლევაზე, მაშინ კვლევის სუბიექტისათვის) და/ან მისი კანონიერი წარმომადგენლისათვის გასაგები, ადვილად აღსაქმელი; ინფორმაციის მიწოდებისას გამოყენებული უნდა იქნეს ნათელი, მარტივი ენა, ხოლო თვით ინფორმაცია უნდა შეიცავდეს მონაცემებს:

- ჩარევის მიზნის შესახებ (რატომ არის ჩარევა საჭირო; მაგალითად, დიაგნოზისთვის, მკურნალობის მეთოდის შერჩევისათვის ან მკურნალობის შედეგების შეფასებისთვის, უშუალოდ მკურნალობისთვის, დაავადების პროგნოზის განსაზღვრისათვის, რეაბილიტაციისათვის და ა.შ.);
- მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- საფრთხის შესახებ: რა დისკომფორტი შეიძლება ახლდეს ჩარევას (მაგ., ტკივილი, უხერხულობა, დიდი ხანგრძლივობა და ა.შ.), რამდენად მოსალოდნელია გართულებები (გართულებების ხასიათი და სიხშირე), ხომ არ არის საშიში სიცოცხლისათვის (სიკვდილის რისკი);
- შესაძლო ალტერნატივების შესახებ (პაციენტმა და/ან კვლევის სუბიექტმა უნდა იცოდეს შეთავაზებული ჩარევის გარდა კიდევ რა სახის ჩარევა არის ხელმისაწვდომი და რა სარგებლობის მოტანა შეუძლია მას, აგრეთვე რა საფრთხე შეიძლება შეუქმნას მან ადამიანს).

თანხმობის თავისუფლებას ხაზს უსვამს ის მოთხოვნაც, რომ ადამიანს შეუძლია ნებისმიერ დროს გააუქმოს მის მიერ ადრე გაცხადებული თანხმობა. ამასთან, აუცილებელია, რომ ამ ადამიანს დაწვრილებით განემარტოს თანხმობის გაუქმების მოსალოდნელი შედეგები. ზოგიერთ შემთხვევაში თანხმობის გაუქმების გაცხადებას მიუხედავად

სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია იხელმძღვანელოს პროფესიული სტანდარტებით (მაგალითად, ექიმი ვერ შეძლებს უკვე დაწყებული ქირურგიული ოპერაციის შეწყვეტას, თუ ეს პაციენტის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს საფრთხეს შეუქმნის).

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონიაღნიშნულ ცნებას უფრო სრულყოფილად განმარტავს (მუხლი 4, პუნქტი „ბ“):

„ბ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობაა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მათ მიეწოდათ ინფორმაცია:

- ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;
- ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ბ.გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;
- ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
- ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ბ.ვ) „ბ.ა“-„ბ.ე“ ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ“.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის თანახმად:

1. სამედიცინო მომსახურების განვეის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არქონის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას.
2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების განვეისას:
 - ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;
 - ბ) აბორტი;
 - გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;
 - დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;
 - ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;
 - ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;
 - ზ) გენეტიკური ტესტირება;
 - თ) გენური თერაპია;
 - ი) სხივური თერაპია;
 - კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;
 - ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობითინფორმირებულ თანხმობას.

სამედიცინო მომსახურების განვევისას წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია ქმედუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტისათვის.

ზაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა თუ რა შედეგით შეიძლება დასრულდეს სამედიცინო მანიპულაცია. ანუ, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მანიპულაციის შედეგად ადგილი აქვს კარგ გამოსავალს, პაციენტის უფლების დარღვევად ითვლება ის ფაქტი, თუ წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა არ არის მიღებული წინასწარ. ამ შემთხვევაში მთავარია რომ პაციენტი ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი ფლობდეს სრულ ინფორმაციას ყველა შესაძლო (როგორც სახარბიელო ისე არასახარბიელო) გამოსავლის შესახებ, რომელიც დაკავშირებულია ამ კონკრეტულ მანიპულაციასთან, იმისათვის რომ პაციენტმა ან მისმა კანონიერმა წარმომადგენელმა მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება.

მოცემული მუხლის დარღვევამ, მკურნალობის /მანიპულაციის შედეგის / გამოსავლის გათვალისწინებით შეიძლება დააყენოს სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. თუ პაციენტი არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის (მაგ., დაავადების) გამო არ აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან ე.წ. კანონიერი წარმომადგენელი.

საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევები, როდესაც პაციენტს უფლება არ აქვს უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, ითვალისწინებს სამედიცინო ინტერვენციების განხორციელებას (ვაქცინაცია, სპეციფიკური მედიკამენტების მიღება), გადამდები დაავადებების გავრცელების პრევენციის მიზნით, რისკ-ჯგუფის პაციენტებში. „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მიხედვით (თავი II, მუხლი 5, პუნქტი 1), საქართველოს ტერიტორიაზე მყოფი ყველა ადამიანი ვალდებულია გადამდები დაავადებების აღმოცენებისა და გავრცელების საშიშროების შემთხვევაში, კომპეტენტური ორგანოების მოთხოვნით, ჩაიტაროს ყველა სამედიცინო პროცედურა, რომელიც აუცილებელია სხვა პირის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საფრთხის თავიდან ასაცილებლად (იგულისხმება ეპიდ. აფეთქება, ეპიდემია, პანდემია).

კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ითვალისწინებს ასევე ადამიანის უფლებას, უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე ან შეწყვიტოს უკვე დაწყებული მომსახურება. ამასთან, „სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვეტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული“ (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 23, პუნქტი 1).

კონფიდენციალურობა და პაციენტის პირადი ცხოვრების პატივისცემა

კონფიდენციალურობა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ურთიერთობაში. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია საკმაოდ სპეციფიკურია და განსაკუთრებულ დაცვას საჭიროებს. ბევრ ქვეყანას აქვს კანონმდებლობა პირადი მონაცემების დაცვის შესახებ, სადაც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მოპოვება, დამუშავება, შენახვა და გადაცემა დეტალურად რეგულირდება.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი ექიმს ავალებს საიდუმლოდ შეინახოს პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაცია. ეს პირობა ექიმმა პაციენტის გარდაცვალების შემდეგაც კი არ უნდა დაარღვიოს.

ამავე კანონის 26-ე და 30-ე მუხლებით დაცულია სამედიცინო მომსახურების გამწვევისათვის პროფესიული საქმიანობის განხორციელებისას გამჟღავნებული ან ხელმისაწვდომი და მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა (საიდუმლოება). ადამიანის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის კონსტიტუციური უფლება (კონსტიტუციის მე-20 მუხლი) განსაკუთრებული რისკის ქვეშ დგება ჯანდაცვის სფეროში, რადგან არაკეთილსინდისიერი მიზნებითა და განზრახვით მომსახურების გამწვევის მიერ ინფორმაციის გამოყენებამ, შესაძლებელია გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენოს უშუალოდ პაციენტს ან მესამე პირს. ამდენად, პაციენტის თანხმობა წარმოადგენს ერთ-ერთ აუცილებელ პირობას კონფიდენციალური ინფორმაციის გასამჟღავნებლად, ხოლო პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის, აუცილებელია მისი „ინფორმირებული თანხმობის“ მიღება (26-ე და 27-ე მუხლები).

გამონაკლისია შემთხვევა, როდესაც ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას. ასეთ შემთხვევაში ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობის მიღება აუცილებელი არ არის, ოღონდ ცნობილი უნდა იყოს იმ პირის ვინაობა (სახელი და გვარი), ვისთვისაც საფრთხის აცილებაც წარმოადგენდა ინფორმაციის გამჟღავნების მიზანს.

ზემოაღნიშნული კანონის 28-ე მუხლი მიუთითებს გარკვეულ პირობებზე, რომლის შემთხვევაშიც შესაძლებელია კონფიდენციალურობის დარღვევა.

1. სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებადასამშვებია, თუ:

- ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;
- ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;
- გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია;
- დ) ამას ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობა.

პაციენტის უფლება გაუფრთხილდნენ მის დროს

ეს უფლება არ არის განხილული საქართველოს კანონმდებლობაში, თუმცა შეგვიძლია განვიხილოთ მომიჯნავე უფლებების კონტექსტში. საქართველოს კონსტიტუციის მე-17 მუხლის მიხედვით „ადამიანის პატივი და ღირსება ხელშეუვალია“. პაციენტის დროის პატივისცემა შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც თვით პაციენტის, როგორც ადამიანის, პატივისცემა.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება

ყველას აქვს უფლება ხელი მიუწვდებოდეს მაღალი ხარისხის ჯანმრთელობის სერვისებზე სპეციალური და ზუსტი სტანდარტების დაცვით (პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტია).

ეს უფლება გარკვეულწილად განვიხილეთ ხელმისაწვდომობის უფლებასთან ერთად, რადგან მომსახურების ხელმისაწვდომობა გულისხმობს პაციენტის უფლებას მიიღოს ხარისხიანი მომსახურება.

ასევე მომიჯნავე უფლებად შეგვიძლია განვიხილოთ საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მე-2 პუნქტი, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებების წარმოებას და ამ უკანასკნელით ვაჭრობას. შესაბამისად შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ეს პუნქტი სათანადო ხარისხის უზრუნველყოფას გულისხმობს.

უსაფრთხოების უფლება

პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტიის მიხედვით (ECPR) ყველას აქვს უფლება დაცული იყოს ზიანისგან, რომელიც გამონვეულია ჯანდაცვის სერვისების არასათანადო ფუნქციონირების და სამედიცინო შეცდომებისგან, აგრეთვე, ყველას აქვს უფლება ხელი მიუწვდებოდეს სერვისებსა და მკურნალობაზე, რომელიც აკმაყოფილებს უსაფრთხოების მაღალ სტანდარტებს.

ერთი მხრივ, პაციენტის უსაფრთხოება მიიღწევა მომსახურების სათანადო ხარისხის დაცვით. მეორე მხრივ, უსაფრთხოება შეიძლება განიხილებოდეს როგორც მკურნალობის მინიმალური სავალდებულო სტანდარტი. აქედან გამომდინარე, ეს უფლება კავშირშია თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის ოთხი პრინციპიდან ერთ-ერთთან „არ ავნო“ (nonmaleficence).

საქართველოს კანონმდებლობა სპეციალურად არეგულირებს სამედიცინო უსაფრთხოების საკითხს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს არ არის ჯანდაცვის კანონმდებლობით განსაზღვრული, პაციენტის უსაფრთხოების უფლება შეიძლება განიხილებოდეს როგორც ფიზიკური შეურაცხყოფისგან/თავდასხმისგან თავისუფლება სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის დროს. ცხადია, რომ ამ უფლების ჭრილში დაცული უნდა იყოს სიცოცხლისა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებებიც.

ტანჯვისა და ტკივილის შემსუბუქების უფლება

პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტიის მიხედვით (ECPR), ყველას აქვს უფლება შემსუბუქდეს მისი ტანჯვა და ტკივილი, რამდენადაც ეს შესაძლებელია დაავადების თითოეულ სტადიაზე.

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში არ არის სპეციალური დებულება ტკივილის შემსუბუქების უფლების შესახებ. თუმცა, ტკივილის თავიდან აცილება და შემსუბუქება არის პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთი პრინციპი, რაც აღნიშნულია საქართველოს კანონებში (იხ. ქვემოთ). დებულებები ფსიქიატრიული პაციენტების არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ მჭიდროდ არის დაკავშირებული ამ უფლებასთან. ამ ჭრილში ხვდება ასევე ძალადობა ციხეში და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. დაბოლოს, ეს უფლება უკავშირდება ხელმისაწვდომობის უფლებას, უსაფრთხოებისა და თავისუფალი არჩევნის უფლებებს.

საჩივრის შეტანის უფლება

პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტიის მიხედვით (ECPR), ყველა პირს აქვს უფლება იჩივლოს, როდესაც მას მიაყენებენ ზიანს და აქვს უფლება მიიღოს პასუხი, ან სხვაგვარი გამომხაურება.

ჩივილის და გასაჩივრების უფლება განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით. თუმცა, ეს უფლება ჯანდაცვის კონტექსტში სპეციალურადაც არის განხილული.

საქართველოს კონსტიტუცია ყველა პირს ანიჭებს უფლებას „თავის უფლებათა და თავისუფლებათა დასაცავად მიმართოს სასამართლოს“ (მუხ. 42.1). ცხადია, რომ ეს უფლება მოქმედებს ჯანდაცვის კონტექსტშიც.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, „პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ექიმს, ექთანს, მედიცინის სხვა მუშაკს ან სამედიცინო დაწესებულებას უჩივლოს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში, ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში, სასამართლოში, ან დავის გამრჩევ სხვა ორგანოში“ (მუხ. 104) .

ზემოთ ნახსენების დამატებითი რეგულირება არ არსებობს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც საჩივრის შეტანა ხდება სასამართლოში. ასე რომ, ჩივილის უფლების გამოყენების ალტერნატიული სისტემა არ არის კარგად განვითარებული.

„პაციენტის უფლებათა შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, პაციენტს აქვს უფლება მიმართოს სასამართლოს (მუხ. 10). სასამართლოსთვის მიმართვის საფუძველი შეიძლება სხვადასხვა იყოს.

პაციენტი ან მის წარმომადგენელი შეიძლება მოითხოვდეს:

ა) კომპენსაციას ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:

ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;

ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;

ა.გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;

ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;

ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;

გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

პაციენტის უფლებათა შესახებ კანონის მიხედვით, „სამედიცინო მომსახურების გამწვევს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუვნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადანაცვებით, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს“. სასამართლოსთვის მიმართვის დროს, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი უჩივის პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს და ცდილობს დაამტკიცოს, რომ მისი მიდგომა, პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლისგან განსხვავებით, პაციენტის საუკეთესო ინტერესებს შეესაბამება. ნებისმიერ შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ეს უფლება არსებობს პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დასაცავად.

კომპენსაციის მიღების უფლება

ყველას აქვს უფლება მიიღოს საკმარისი კომპენსაცია გონივრულად მოკლე დროში, თუგანიცდის ფიზიკურ არ მორალურ და ფსიქოლოგიურ ზიანს, რაც გამოწვეულია ჯანდაცვის მომსახურების გამწვევის მიერ (პაციენტის უფლებათა ევროპული ქარტია) .

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საკითხის სპეციალიზებული სამართლებრივი რეგულირება არ არსებობს

და მიყენებული ზიანის შემთხვევაში დავის გადაწყვეტის ერთადერთი მექანიზმი მხოლოდ სასამართლოა და ისიც სამოქალაქო სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული ზოგადი ნორმების საფუძველზე.

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ შეიცავს ჩანაწერს, რომლის მიხედვით „სამედიცინო პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესების ან სიკვდილის, ან პაციენტისათვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით“.

საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, რომელიც პაციენტის უფლებებს სამართლებრივად სკურპულოზურადუნდა არეგულირებდეს და იცავდეს – პაციენტს ამისამართებს სასამართლოზე ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანის დადგომის შემთხვევაში.

სამედიცინო შეცდომის გამო ზიანის ანაზღაურებისთვის საჭიროა მინიმუმ სამედიცინო სტანდარტების არსებობა, რომლითაც იხელმძღვანელებენ მხარეები წარმოშობილი დავის შემთხვევაში. ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობიდან, ცხადი ხდება, რომ სამედიცინო შეცდომის და ზიანის საკითხების რეგულირებისას კანონმდებელი ცალსახად არ უთითებს სამედიცინო სტანდარტების მნიშვნელობასა და დანიშნულებაზე.

განსხვავებული მიდგომა და სამართლებრივი გამოცდილება არსებობს განვითარებულ ქვეყნებში. კერძოდ, სკანდინავიის ქვეყნებში პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საკმაოდ მოქნილი სამართლებრივი მექანიზმი მოქმედებს. მაგალითისათვის, საინტერესოა შვედეთის გამოცდილება ამ კუთხით.

შვედეთში მოქმედებს აქტი პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის შესახებ, რომელიც 1997 წელს იქნა მიღებული. აქტის მიხედვით ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები ვალდებული არიან შეიძინონ პაციენტის სადაზღვევო პაკეტი, რომელიც პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის შემთხვევაში იქნება გამოყენებული კომპენსაციის მიზნით. კომპენსაცია ზიანის დადგომის შემთხვევაში ვრცელდება მხოლოდ პაციენტებზე. ტერმინი „პაციენტი“ განსაზღვრულია, როგორც ნებისმიერი პირი, რომელმაც დაამყარა კავშირი ჯანდაცვის პერსონალთან მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. აქტით ასევე განსაზღვრულია მნიშვნელოვანი ტერმინი „პირადი ზიანი“, რომელიც მოიცავს, როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ ზიანსაც.

საქართველოს კონსტიტუციის 42-ე მუხლის მე-9 პუნქტის თანახმად. „ყველასთვის გარანტირებულია სახელმწიფო და თვითმმართველობის ორგანოთა და მოსამსახურეთაგან უკანონოდ მიყენებული ზარალის სასამართლო წესით სრული ანაზღაურება სახელმწიფო სახსრებიდან“.

პაციენტის ვალდებულებები

სამედიცინო ჩარევაზე თანხმობის ვალდებულება

სამედიცინო ჩარევაზე თანხმობის ვალდებულება დაკავშირებულია მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებასთან. კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მუხ. 9) ითვალისწინებს გამონაკლისს პაციენტის უფლებიდან უარი თქვას სამედიცინო ჩარევაზე, თუ კანონი განსაზღვრავს ამას. იგივე მუხლის მიხედვით, ასეთი გამონაკლისი შეიძლება უკავშირდებოდეს იმუნიზაციას, საკარანტინო ღონისძიებებს, სამკურნალო და საკარანტინო ზომებს გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეთათვის.

ინფორმაციის მინოდების ვალდებულება

„აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული, რომლისთვისაც ცნობილია საკუთარი აივ დადებითი სტატუსი, ვალდებულია დადგენილი წესით აცნობოს მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს საკუთარი აივ ინფიცირების შესახებ (მუხ. 11.2).

მუხ. 8.7 და მუხ. 11.2-ის მიხედვით, თუ აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებული პირი არშეასრულებს ვალდებულებას ინფორმაციის მინოდების შესახებ, მომსახურების მიწოდებელი დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას-ხელშეწყობას ანდა მოვლას, ვალდებულია პირის მეუღლეს-სქესობრივ პარტნიორს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიაწოდოს ინფორმაცია პირის აივ დადებითი სტატუსის შესახებ, თუ ცნობილია მისი მეუღლის/სქესობრივი პარტნიორის ვინაობა.

ინფორმაციის მიღების ვალდებულება

ინფორმაციის მიღების ვალდებულება არის გამონაკლისი პაციენტის უფლებიდან, არ მიიღოს ინფორმაცია.

„პაციენტის უფლებათა შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მიხედვით, პაციენტის უფლება არ მიიღოს ინფორმაცია თავისი ჯანმრთელობის და მასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ, შეიძლება დაექვემდებაროს შეზღუდვებს, თუ „ინფორმაციის მიწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს“. აქედან გამომდინარე, პაციენტი ვალდებულია მიიღოს ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია თვით პაციენტის ან სხვა ადამიანებისთვის ზიანის ასაცილებლად.

ჯანდაცვის პერსონალის უფლებები

სათანადო პირობებში მუშაობის უფლება

ჯანდაცვის მუშაკებს აქვთ მთელი რიგი უფლებები სათანადო, უსაფრთხო და ჯანსაღ გარემოში მუშაობისთვის.

სათანადო პირობებში მუშაობა არის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მინოდების წინაპირობა. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, მედ პერსონალს უფლება აქვს დამსაქმებელს მოსთხოვოს მისთვის ადეკვატური სამუშაო გარემოს შექმნა. უფრო მეტიც, კანონმდებლობა ყველა დამსაქმებელს ავალდებულებს უსაფრთხო გარემო შეუქმნას თავის დასაქმებულებს.

საქართველოს კონსტიტუციის 30.4 მუხლის თანახმად, „შრომითი უფლებების დაცვა, შრომის სამართლიანინაზღაურება და უსაფრთხო, ჯანსაღი პირობები, არასრულწლოვანისა და ქალის შრომის პირობები განისაზღვრება კანონით“.

საქართველოს შრომის კოდექსის მიხედვით დამსაქმებელი ვალდებულია უზრუნველყოს დასაქმებული სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალურად უსაფრთხო სამუშაო გარემოთი (მუხ. 35.1). დამსაქმებელი ვალდებულია გონივრულვადაში მიაწოდოს დასაქმებულს მის ხელთ არსებული სრული, ობიექტური და გასაგები ინფორმაცია ყველა იმ ფაქტორის შესახებ, რომლებიც მოქმედებს დასაქმებულის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე ან ბუნებრივი გარემოს უსაფრთხოებაზე (მუხ 35.2).

დამსაქმებელი ვალდებულია დანერგოს შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფი პრევენციული სისტემა და დროულად მიაწოდოს დასაქმებულს სათანადო ინფორმაცია შრომის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკებისა და მათი პრევენციის ზომების, აგრეთვე საფრთხის შემცველ აღჭურვილობასთან მოპყრობის წესების შესახებ, აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოს დასაქმებული პერსონალური დამცავი აღჭურვილობით, სახიფათო მონყობილობა ტექნოლოგიურ პროგრესთან ერთად დროულად შეცვალოს უსაფრთხოთი ან ნაკლებად სახიფათოთი, მიიღოს ყველა სხვა გონივრული ზომა დასაქმებულის უსაფრთხოებისათვის და მისი ჯანმრთელობის დასაცავად (მუხ. 35.4).

დასაქმებულს უფლება აქვს უარი განაცხადოს იმ სამუშაოს, დავალების ან მითითების შესრულებაზე, რომელიც ეწინააღმდეგება კანონს, ან შრომის უსაფრთხოების პირობების დაუცველობის გამო აშკარა და არსებით საფრთხეს უქმნის მის ან მესამე პირის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას, საკუთრებას ან ბუნებრივი გარემოს უსაფრთხოებას (მუხ. 35.3).

დამსაქმებელი ვალდებულია სრულად აუნაზღაუროს დასაქმებულს სამუშაოს შესრულებასთან დაკავშირებული, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებით მიყენებული ზიანი და აუცილებელი მკურნალობის ხარჯები (მუხ. 35.6).

შეკრების და გაერთიანების თავისუფლება

ჯანდაცვის მუშაკებისთვის შეკრების და გაერთიანების თავისუფლება მნიშვნელოვანია თავიანთი უფლებების ეფექტურად დასაცავად და ხარისხიანი მომსახურების განვითარებისთვის.

შეკრების და გაერთიანების თავისუფლება ზოგადად საქართველოს ყველა მოქალაქის უფლებაა. ჯანდაცვის კანონმდებლობა აძლიერებს პროფესიული გაერთიანებების როლს სტანდარტების დანერგვის, ჯანდაცვის მუშაკთა სერტიფიცირებისა და ჯანდაცვის სათანადო ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, პროფესიულ გაერთიანებებს, ისევე როგორც სხვა ორგანიზაციებს (მაგ., აკადემიურ, კერძო თუ სახელმწიფო ორგანიზაციებს) უფლება აქვთ მონაწილეობა მიიღონ ქვეყნის ჯანდაცვის მართვის სისტემაში (მუხ. 18). „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვაში, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში, მონაწილეობენ პროფესიული ასოციაციები, აკადემიები და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები“.

სამართლიანი სასამართლო განხილვის უფლება

ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულებს უფლება აქვთ სათანადო და სამართლიანსა-სამართლო განხილვაზე.

საქართველოს კონსტიტუციის არც ერთი დებულება არ უზრუნველყოფს სამართლიანი განხილვის უფლებას სპეციალურად სამედიცინო პერსონალისთვის, თუმცა, ეს ქვემოთ ჩამოთვლილი უფლებები კონსტიტუციით გარანტირებულია ყველა პირისთვის:

- უდანაშაულობის პრეზუმფცია (მუხ. 40);
- სასამართლოს ხელმისაწვდომობა;
- დაცვის უფლება;

- პრინციპი Nullum crimen sine lege – არ არსებობს დანაშაული კანონის გარეშე;
- ნულლაპონენასინელეგე – არ არსებობს სასჯელი კანონის გარეშე;
- Ne bis in idem – არ შეიძლება ორჯერ მსჯავრდება ერთი და იმავე დანაშაულისთვის (მუხ. 42);
- თავისუფლების უკანონო შეზღუდვის აკრძალვა (მუხ. 18);
- საგანგებო ან სპეციალური სასამართლოების დაარსების აკრძალვა (მუხ. 83.4).

შრომის სამართლიანი ანაზღაურების უფლება

ჯანდაცვის მომსახურების გამწვევებს უფლება აქვთ მიიღონ შრომის სამართლიანი ანაზღაურება.

საქართველოს კონსტიტუციის 30-ე მუხლის მე-4 პუნქტის თანახმად, „შრომითი უფლებების დაცვა, შრომის სამართლიანი ანაზღაურება და უსაფრთხო, ჯანსაღი პირობები განისაზღვრება კანონით“.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, თუ ჯანმრთელობის დაცვის რომელიმე სპეციალობაში, დაწესებულებაში ან ორგანიზაციაში სათანადო ანაზღაურების მიღება არ არის ექიმისა და პაციენტის შეთანხმების საგანი, დაწესებულება შრომის ხელშეკრულების (კონტრაქტის) შესაბამისად უზრუნველყოფს ექიმს ადეკვატური ანაზღაურებით (მუხ. 46). სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში, აგრეთვე, ზოგიერთ რეგიონებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისათვის შეიძლება დაწესდეს შეღავათები და დანამატები ხელფასზე (მუხ. 47).

საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერ რგოლში მთავარია პიროვნების ინტერესების დაცვა, მისი ღირსების პატივისცემა და მაქსიმალურად შესაძლებელ ჰუმანურ გარემოში მზრუნველობა. ამასთან, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია მათი უფლებების შესახებ, ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების, საცხოვრებელის, დასაქმების და ასევე დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმისგან დაცულობის შესახებ.

1995 წელს საქართველოში პირველად იქნა მიღებული კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, რომელმაც მომდევნო 25 წლის განმავლობაში ქვეყნის კანონმდებლობის განვითარების და დახვეწის პროცესში არაერთისახეცვლილება განიცადა. დღეს მოქმედი საქართველოს კანონის „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ პრეამბულაში ნათქვამია, რომ საქართველო, როგორც დემოკრატიული სახელმწიფო, აღიარებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ნაწილი და საზოგადოების კეთილდღეობის აუცილებელი პირობა, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა სახელმწიფოს მოვალეობაა, და ამ კანონით განსაზღვრავს ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს.

აღნიშნული კანონის მიზანია, ერთი მხრივ, უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, აღნიშნულ პირთა უფლებების, თავისუფლებებისა და ღირსების დაცვა; ხოლო მეორე

მხრივ, განსაზღვროს ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა უფლებები და მოვალეობანი.

კანონი ასევე განსაზღვრავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიატრიული დახმარების ფორმებს, მათ უფლებებს, აგრეთვე – ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა საქმიანობის წესებსა და პირობებს. აღნიშნული კანონმდებლობის ბედმინწევნით ცოდნა სავალდებულოა დარგის ყველა მუშაკისთვის. ამ თავში მოწოდებულია კანონის ზოგიერთი მუხლის ზოგადი მიმოხილვა.

კანონით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ რეგლამენტირებულია პაციენტის ძირითადი უფლებები, როგორცაა, ისარგებლოს ჰუმანური მოპყრობით, რომელიც გამორიცხავს მისი ღირსების შემლახავ ყოველგვარ მოქმედებას. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მის უფლებას, მიიღოს თავისი დაავადებისა და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია; გაეცნოს თავის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას დაუარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე. ამავე დროს, აკრძალულია პაციენტის უფლებების შეზღუდვა მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის საფუძველზე. საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა ემყარებოდეს პირის არა მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზს, არამედ მის ფსიქიკურ მდგომარეობას და სოციალური ადაპტაციის ხარისხს.

კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს ფსიქიატრიული დახმარება უნდა გაეწიოს აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, მისი თხოვნის ან/და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტი აკმაყოფილებს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმებს.

კანონის მიხედვით, ექიმი-ფსიქიატრები, თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში, დამოუკიდებლები არიან გადაწყვეტილების მიღებისას და ფსიქიატრიული დახმარების განწევისას ხელმძღვანელობენ მხოლოდ აუცილებელი სამედიცინო ჩვენებითა და პროფესიული ეთიკით, მოქმედებენ საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად. ამასთან, მხოლოდ სამსახურებრივი ან ოჯახური კონფლიქტი, შეუთავსებლობა საზოგადოებაში არსებულ მორალურ, რელიგიურ, კულტურულ ან პოლიტიკურ შეხედულებებთან არ შეიძლება გახდეს პირისათვის ფსიქიკურიაშლილობის დიაგნოზის დადგენის საფუძველი. ასევე, წარსულში ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მკურნალობის ფაქტი არ ჩაითვლება გადამწყვეტ ფაქტორად პირის ამჟამინდელი ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებისას.

კანონში განსაზღვრულია ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციული ფორმები (ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარება; ნებაყოფლობითი, არანებაყოფლობითი და იძულებითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია) და პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, რომელთა ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესი და პროცედურები განისაზღვრება ინსტრუქციით, რომელსაც ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი შესაბამისი ბრძანებით.

კანონი ასევე არეგულირებს სამედიცინო საიდუმლოების დაცვის ვალდებულებას. კერძოდ, პირი, რომელმაც სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას შეიტყო სხვა პირის ფსიქიკური აშლილობის შესახებ და განზრახ ან გაუფრთხილებლობით გამოიყენებს ამ ინფორმაციას აღნიშნული პირის ან მესამე პირის საზიანოდ, პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად. პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ

კონფიდენციალური ინფორმაცია ხელმისაწვდომია მხოლოდმკურნალობისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში უშუალოდ ჩართული პირებისათვის, ამასთან – ინფორმაციის გაცემა მესამე პირზეშესაძლებელია პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, ან/და სასამართლოს გადაწყვეტილებით. კონფიდენციალობის დარღვევა ასევე შესაძლებელია, თუ საფრთხე ექმნება პაციენტის ან მესამე პირის სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას. ამ შემთხვევაში გადაწყვეტილებას პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამჟღავნების შესახებ იღებს ფსიქიატრიული დანესებულების ადმინისტრაცია.

წყაროები:

1. საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=16>
2. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა“ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 (2014)
3. <http://gil.mylaw.ge/ka/dictionary/1.html>
4. <https://bit.ly/2vqHjiU>

თავი 10

დანაკლისი და გლოვა

ამ თავში განხილულია:

1. დანაკლისი, რომლის გამოც ადამიანი შეიძლება გლოვობდეს;
2. გლოვასთან დაკავშირებული პროცესები;
3. გლოვის ხუთი განზომილება;
4. უნივერსალური და კულტურასთან შეჭიდული გლოვის რიტუალები;
5. „არალეგიტიმური“ გლოვა;
6. ფაქტორები, რომელიც ადამიანს გლოვით გამონვეული გართულებებისადმი უფრო მიდრეკილს ხდის;
7. ფაქტორები, რომელიც უმნიშვნელოვანესია დანაკარგთან ადაპტაციის თვალსაზრისით;
8. საექთნო პროცესი, რომელიც ოჯახებსა და ადამიანებს გლოვის პროცესში ეხმარება.

ზოგადად, დანაკლისი – ნორმალური და აუცილებელი ცხოვრებისეული გამოცდილებაა. განვითარების ახალ ეტაპებზე გადასვლასთან ერთად, ადამიანები თმობენ და ემშვიდობებიან საყვარელ ადგილებს, პიროვნებებს, ოცნებებსა და ნივთებს. მაგალითად, დაწყებითი განათლების დასრულების შემდეგ ბავშვი პირველ მასწავლებელს ემშვიდობება, სიმწიფის ასაკში შესვლისას კი – ოცნებას, რომ როკ-ვარსკვლავი გახდებოდა და სხვა. დანაკლისი ადამიანს ცვლილების, განვითარების და შინაგანი შესაძლებლობების რეალიზაციის საშუალებას აძლევს. დანაკლისი შესაძლოა იყოს დაგეგმილი, მოსალოდნელი ან უეცარი. მიუხედავად იმისა, რომ დანაკლისი შესაძლოა რთული გადასატანი იყოს, პიროვნებისთვის ზოგჯერ ის სასარგებლოა, ზოგჯერ კი – დამანგრეველი.

გლოვა, მძიმე დანაკლისის პასუხად განვითარებული ბუნებრივი, უნებლიე ემოციური და ქცევითი რეაქციაა. გლოვა უწყვეტი პროცესია, რომელსაც თან ახლავს მწუხარების განცდა როგორც შინაარსობრივად (რას ფიქრობს, რას ამბობს ან რას გრძნობს), ისე – სტრუქტურის თვალსაზრისით (როგორ ფიქრობს, როგორ ამბობს და როგორ გრძნობს). დანაკარგის განცდის შემდეგ ყველა ადამიანი გლოვობს; ის ადამიანის ყოფის ერთ-ერთ ურთულეს გამონვევას წარმოადგენს. **წინმსწრები გლოვის** დროს ადამიანი აცნობიერებს, რომ უახლოეს მომავალში გარდაუვალი დანაკლისის წინაშე დგება (უპირატესად – სიკვდილის სახით) და მისი გადავადებისთვის ბრძოლას იწყებს. დატირება – გლოვის გარეგანი გამოხატულებაა. სხვადასხვა კულტურაში სამგლოვიარო ტრადიციები განსხვავებულია და გლოვის რიტუალი ერთგვარად სტანდარტიზებული.

ამ თავში აღწერილია ადამიანური გლოვის გამოცდილება და ის პროცესები, რომელიც მას ეხმარება, დანაკლისის შემდეგ ცხოვრება გააგრძელოს, ანუ რეალობასთან ადაპტირება მოახდინოს. იმისთვის, რომ ექთანი პაციენტს გლოვის პროცესში დაეხმა-

როს, მას კარგად უნდა ესმოდეს ამ პროცესის ყველა ასპექტი და გლოვასთან დაკავშირებული კულტურული თავისებურებები. აქვე აღწერილია საექთნო მიდგომები, რომლითაც ექთანი პაციენტს და მის ოჯახს დანაკლისის შედეგებთან ადაპტაციაში უნდა დაეხმაროს.

დანაკლისის სახეები

დანაკლისის სახეების განსაზღვრის ერთ-ერთი მეთოდი მასლოუს საჭიროებათა იერარქიას ეფუძნება. აბრაჰამ მასლოუ ამტკიცებდა, რომ ადამიანის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები საჭმელზე, წყალზე, ძილზე, თავშესაფარზე, სექსუალურ გამოხატულებასა და ტკივილისგან თავისუფალ სიცოცხლეზე – ბაზისურ საჭიროებებს წარმოადგენს, რაც აუცილებელია ფიზიკური გადარჩენისათვის და პირველ რიგში ისინი უნდა დაკმაყოფილდეს. პირამიდის მეორე დონეზე კი მოქცეულია ისეთი საკითხები, როგორცაა დაცულობა, უსაფრთხოება, კომფორტი და შიშისაგან თავისუფლება (მაგ., დაზღვეული ჯანმრთელობა, დაცული სამუშაო, უსაფრთხო სამეზობლო და თავშესაფარი გარემოს მავნე ზემოქმედებისაგან). მესამე დონეზე მასლოუმ განალაგა სოციალური საჭიროებანი, რაც აერთიანებს საკუთრების, სიყვარულისა და ემოციურ მოთხოვნილებებს. მასვე მიეკუთვნება ისეთი ურთიერთობები, როგორცაა მეგობრობა, რომანტიკული მიჯაჭვულობა, ოჯახური თანადგომა და სხვ., რაც თემში სხვადასხვა სოციალურ თუ რელიგიურ ჯგუფებში ჩართულობას აყალიბებს. ადამიანის საჭიროებების მეოთხე დონეზე შემოდის დაფასების მოთხოვნილება, რომელიც ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი ხდება მაშინ, როდესაც პირველი სამი დონე დაკმაყოფილებულია. იგი აერთიანებს თვითშეფასებას, პიროვნულ ღირსებას, სოციალურ აღიარებასა და მიღწევებს. მასლოუს იერარქიის ბოლო საფეხურზე თვითრეალიზაცია წარმოდგენილია როგორც საჭიროებათა უმაღლესი დონე. თვითრეალიზებული ადამიანი არის თავდაჯერებული, მაღალი თვითშეფასება აქვს, ფიქრობს პიროვნულ ზრდაზე, დემოკრატიულია, აქვს ფილოსოფიური ხასიათის იუმორის გრძნობა, ნაკლებად აწუხებს სხვების აზრი და დაინტერესებულია საკუთარი პოტენციალის სრულად რეალიზებით.

მასლოუს საჭიროებათა იერარქიის მიხედვით, ადამიანის მიერ განცდილი დანაკარგები, შესაძლოა შემდეგ ჯგუფებად დაიყოს:

- ფიზიოლოგიური ტიპის დანაკარგები: მაგ., კიდურის ამპუტაცია, მასტექტომია, ჰისტერექტომია, მობილობის დაკარგვა.
- დაცულობის დაკარგვა: უსაფრთხოების შეგრძნების დაკარგვა, მაგ., სახლში ძალადობის გამო. სახლი ადამიანის თავშესაფარი უნდა იყოს, სადაც ის თავს დაცულად და უსაფრთხოდ გრძნობს. ასეთივე დაცულ ადგილად უნდა იქნას მიჩნეული სკოლა და რელიგიური დაწესებულებაც, თუმცა ამ ადგილებში განვითარებული ძალადობრივი ფაქტები ადამიანს უსაფრთხოების შეგრძნებას უკარგავს.
- მიკუთვნების შეგრძნების დაკარგვა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ქორწინებასთან, დაბადებასთან, დაშორებასთან, ურთიერთობების ცვლილებებთან, ავადმყოფობასთან ან გარდაცვალებასთან.
- თვითშეფასების დაკარგვა: სხვათა მხრიდან პატივისცემის ცვლილებამ ან შემცირებამ, შესაძლოა მნიშვნელოვნად დააზარალოს ადამიანის თვითშეფასება.

მაპროვოცირებელი შეიძლება გახდეს პენსიაში გასვლა, სამსახურის დაკარგვა ან სამსახურში ურთიერთობების ცვლილება.

- თვითრეალიზაციასთან დაკავშირებული დანაკარგი: გარეგანმა და შინაგანმა ფაქტორებმა შესაძლოა ადამიანის განვითარებისა და თვითრეალიზაციისკენ სწრაფვა შეაფერხოს. მაგ., ადამიანმა შესაძლოა გააცნობიეროს, რომ ვერასდროს შექმნის ოჯახს და შვილები აღარასოდეს ეყოლება ან ადამიანი, რომელიც უმაღლესი განათლების მიღებასა და უნივერსიტეტში პროფესორის პოზიციაზე ოცნებობდა, აცნობიერებს, რომ მისი მიზნები მიუღწეველია.

მასლოუს საჭიროებების შესრულება და მათი ხანგრძლივი შენარჩუნება ადამიანის მონდომებას, მოქნილობასა და ფოკუსირების უნარს მოითხოვს, ხოლო მათ დანაკარგთან ასოცირებულმა ემოციებმა შესაძლოა ადამიანი გლოვაში ჩააგდოს.

გლოვის პროცესი

იმისათვის, რომ ექთანმა მგლოვიარე/დამწუხრებელი ადამიანის დახმარება შეძლოს, მას კარგად უნდა ესმოდეს, თუ რა გამონვევების წინაშე აყენებს ადამიანს გლოვა. ამ ცოდნით ის უკეთ შეძლებს დაეხმაროს ადამიანს, გამოხატოს დანაკლისთან ასოცირებული დისკომფორტი, ფიზიკური და ემოციური ტკივილი და შეძლოს, დაიკმაყოფილოს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საჭიროებები.

თერაპიული ურთიერთობა და აქტიური მოსმენის უნარები მგლოვიარე ადამიანის დახმარების თვალსაზრისით კრიტიკულად მნიშვნელოვანია (იხ. თავი 5 და 6). დანაკლისის გამო დამწუხრებული ადამიანის მიერ ვერბალური და არავერბალური გზით მონოდებული ინფორმაციის სწორად აღქმა, ექთანს ეხმარება შესაბამისი ინტერვენციების დროულად და თანმიმდევრულად განხორციელებაში.

გლოვის თეორიები

გლოვის თეორიების ავტორები არიან: ელიზაბეტ კუბლერ როსი, ჯონ ბოულბი, ჯორჯ ენგელი და მარდი ჰოროვიცი.

გლოვის საფეხურები კუბლერ როსის მიხედვით

ელიზაბეტ კუბლერ როსმა (1969) აღწერა, თუ რა ზეგავლენას ახდენს სერიოზული დანაკარგი ადამიანის ცხოვრებაზე. მან, ვინაიდან ტერმინალური მდგომარეობის მქონე პაციენტებთან მუშაობდა, კარგად გააცნობიერა, რას ნიშნავს სიკვდილის პროცესი და შეიმუშავა ხუთეტაპიანი მოდელი, რომელსაც მომაკვდავი და მისი ოჯახის წევრები გადიან:

1. უარყოფა – განცდილი ან მოსალოდნელი დანაკლისის დაუჯერებლობა და შოკი;
2. ბრაზი, რომელიც შესაძლოა გამოხატული იყოს ღმერთის, ოჯახის, მეგობრების ან სამედიცინო პერსონალის მიმართ;
3. გარიგება ღმერთთან ან ბედთან, რომ მოსალოდნელი დანაკარგი გადაავადოს;
4. დეპრესია, როდესაც დანაკარგის გაცნობიერება მწვავედება;
5. მიღება ანუ ადამიანის მიერ სიკვდილის მოვლენის აღიარება.

აღნიშნული მოდელი მომვლელი პერსონალის მოქმედების სახელმძღვანელოდ იქცა, რადგან გლოვის ყოველ ეტაპზე საჭიროებების გააზრების და ადეკვატური პასუხის საშუალებას იძლევა.

ბოულების გლოვის ფაზები

ბრიტანელი ფსიქოანალიტიკოსის, ჯონ ბოულების აზრით, ადამიანები „მნიშვნელოვანადამიანებთან“ ემოციურ კავშირებს ინსტინქტურად ამყარებენ და ინარჩუნებენ, რასაც მან მიჯაჭვულობითი ქცევა უწოდა. აღნიშნული ქცევა ადამიანის მიერ დაცულობისა და თვითგადარჩენის განცდის განვითარებისთვის უმნიშვნელოვანესია. ადამიანი ყველაზე ძლიერ ემოციას განიცდის მაშინ, როდესაც მიჯაჭვულობა ყალიბდება (ადამიანს ვინმე უყვარდება), კავშირები ირღვევა (მაგ., განქორწინების შემთხვევაში) ან მისი განახლება ხდება (მაგ., კონფლიქტის გადაჭრა და შერიგება). ხანგრძლივად შენარჩუნებული მიჯაჭვულობა დაცულობის განცდის საფუძველია, ხოლო მისი განახლება – სიხარულის და ბედნიერების წყაროა. როცა მიჯაჭვულობას საფრთხე ემუქრება ან სულაც – წყდება, ადამიანი შფოთვით, პროტესტითა და ბრაზით რეაგირებს.

ბოულების აზრით, გლოვა ოთხი ფაზით ხასიათდება:

1. გახევების შეგრძნება („ემოციური სიჩლუნგე“) და დანაკლისის უარყოფა;
2. საყვარელი ადამიანის დაკარგვით განცდილი ემოციური ტანჯვა და დანაკარგის მუდმივობის მიმართ პროტესტი;
3. კოგნიტური დებორგანიზაცია და ემოციური სასონარკვეთა, რაც ადამიანს ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებაში უშლის ხელს;
4. კოგნიტური რეორგანიზაცია და მე-ს შეგრძნების რეინტეგრაცია ცხოვრების გაგრძელების მიზნით.

ენგელის გლოვის სტადიები (Resolution)

ჯორჯ ენგელმა (1964) გლოვის ხუთი სტადია აღწერა:

1. შოკი და დაუჯერებლობა: შეძრწუნებისა და გახევების შეგრძნება, რასაც თან ახლავს დანაკლისის რეალობის გაცნობიერების მიუღებლობა, მოზღვავებული ემოციებისგან თავის დაცვის მიზნით.
2. გაცნობიერება: ადამიანი თანდათან იაზრებს რა დანაკარგს, შესაძლოა ბევრს ტიროდეს, გაუჩნდეს სასონარკვეთისა და ბრაზის შეგრძნება, მიმართული საკუთარი თავის, ღმერთის ან სულაც – მიცვალებულის მიმართ.
3. რესტიტუცია (პირველადი მდგომარეობის აღდგენა): სამგლოვიარო რიტუალებში ჩართულობა, როგორცაა – დაკრძალვა, ქელეხი, ოჯახური შეკრებები ან რელიგიური ცერემონიები, ადამიანს მომხდარის რეალობად მიღებაში ეხმარება და მდგომარეობიდან გამოსვლას იწყებს.
4. დანაკარგის რეზოლუცია (პროცესის შეწყვეტა): ადამიანი მთლიანად არის მოცული დანაკლისზე ფიქრით; დაკარგული ადამიანის ან ნივთის გაიდევლება ხდება და ამ დროს მგლოვიარემ შესაძლოა თავად დაიწყოს გარდაცვლილი ადამიანის იმიტირება. ჩვეულებრივ ერთ წელში (ან შეიძლება უფრო მეტი ხნის შემდეგ), თანდათან თავსმოხვეული აზრები და ობსესიები იკლებს.

5. გადამუშავება: დანაკლისზე მუდმივი ფიქრი და ობსესიური დამოკიდებულება მთავრდება და ადამიანს ცხოვრების გაგრძელების ძალა უბრუნდება.

ჰოროვიცის დანაკარგისა და ადაპტაციის ეტაპები

მარდი ჰოროვიცმა (2001) ნორმალური გლოვა დანაკლისთან ადაპტაციის ოთხ ეტაპად დაყო:

1. აღშფოთება: დანაკლისის პირველი გააზრება შესაძლოა გამოიხატოს გოდებით, ტირილით, კვილით, ლანძღვით ან კოლაფსითაც კი. მაგრამ ეს განცდა შესაძლოა დაითრგუნოს, თუ ადამიანი ცდილობს, არ დაკარგოს ემოციური კონტროლი, ვინაიდან, ამ ეტაპზე ადამიანი დიდ ენერჯიას ხარჯავს. აღნიშნული ეტაპი დიდხანს არ გრძელდება.
2. უარყოფა და ინტრუზია: ამ ეტაპზე ადამიანი უარყოფასა და ინტრუზიას შორის მოძრაობს. უარყოფისას – ის შეიძლება ისე ჩაებას აქტივობებში, რომ საერთოდ არ იფიქროს დანაკლისზე. სხვა შემთხვევაში დანაკლისი იმდენად ცოცხლდება, რომ ადამიანი თავს მოხვეული ფიქრებისაგან ერთი წუთითაც ვერ თავისუფლდება და ემოციები ძლიერი და შემანუხებელია.
3. გადალახვა: დროსთან ერთად ადამიანი ნაკლებად მოძრაობს უარყოფისა და ინტრუზიის მდგომარეობებს შორის და ამ ეტაპზე გრძნობებიც აღარაა ძალზე ინტენსიური. ადამიანი კვლავ ფიქრობს განცდილ დანაკარგზე, მაგრამ იგი გამკლავების ახალ გზებს პოულობს და ცხოვრებას აგრძელებს.
4. დასრულება: ცხოვრება „ნორმალურ“ დინებას უბრუნდება, მიუხედავად იმისა, რომ ცხოვრება განსხვავებული გახდა. მოგონებები ნაკლებად მტკივნეულია და ყოველდღიური საქმიანობის წარმართვას ხელს აღარ უშლის. გარკვეული თარიღების მოახლოებისას ინტენსიური ემოციები შეიძლება ისევ გაჩნდეს, მაგრამ გამწვავება გარდამავალ ხასიათს ატარებს.

ცხრილში 10.1 შედარებულია გლოვის სტადიების შესახებ არსებული თეორიები.

ცხრილი 10.1 გლოვის/მწუხარების ეტაპები – თეორიების ურთიერთშედარება				
თეორეტიკოსი/ კლინიცისტი	I ფაზა	II ფაზა	III ფაზა	IV ფაზა
კუბლერ-როსი (1969)	I სტადია: უარყოფა	II სტადია: ბრაზი; III სტადია: გარიგება	IV სტადია: დეპრესია	V სტადია: მიღება
ბოულბი (1980)	(„ემოციური სინლუნჯე“); უარყოფა	საყვარელ ადამიანთან ყოფნის დაუოკებელი სურვილი; დანაკლისის მუდმივობის მიმართ პროტესტი	კოგნიტური დებორგანიზება; სასონარკვეთა; გართულებული ფუნქციონირება	კოგნიტური რეორგანიზაცია; თვითაღქმის რეინტეგრაცია

ენგელი (1964)	შოკი და მიუღებლობა	გაცნობიერების შესაძლებლობა; ტირილი, ფრუსტრაცია, ბრაზი	რესტიტუცია (ნორმაში დაბრუნება, აღდგენა) – რიტუალები. რემოლუცია – მუდმივად დანაკარგზე ფიქრი/ თავის მოცვა დანაკარგით	გამოჯანმრთელება
პროვოცი (2001)	აღშფოთება – აშკარად გამოხატული ან სუპრესირებული გრძნობები	უარყოფა და ინტრუზია – მერყეობა დანაკარგის იგნორირებას და მისით სრულად მოცულობას შორის	გადალახვა -ცხოვრებასთან და დანაკარგთან გამკლავების ახალი გზების პოვნის ეტაპი	დასრულება – ცხოვრება კვლავ ჩვეულებრივი, თუმცა განსხვავებული ხდება

5. დასრულება: ცხოვრება კვლავ „ნორმალურია“, მაგრამ განსხვავებული, არა ისეთი, როგორც დანაკარგამდე. მოგონებები ნაკლებად მტკივნეული ხდება და ყოველდღიურ ცხოვრებას რეგულარულად არ უშლის ხელს. ზოგჯერ, განსაკუთრებით, წლისთავების პერიოდში, გრძნობები მძაფრდება, თუმცა, ეს ეპიზოდები გარდამავალია.

ამოცანები, რომელთა გადაჭრასაც გლოვა ემსახურება

ამოცანები, რომელთა გადაჭრასაც გლოვა ემსახურება, მგლოვიარე ადამიანის პროცესებში აქტიურ ჩართულობას გულისხმობს, რასაც „გლოვის პროცესზე მუშაობასაც“ უწოდებენ, რადგან ის მეტად რთულია და მის შესრულებას უდიდესი ძალისხმევა და ენერჯია ჭირდება.

რანდომ (1984) გლოვასთან დაკავშირებული 6 ძირითადი ამოცანა აღწერა:

1. *აღიარება*: დანაკარგის, მისი რეალობის აღიარება;
2. *რეაგირება*: დანაკარგზე ემოციური რეაგირება, გრძნობების განცდა;
3. *გახსენება და ხელახლა განცდა*: მოგონებებისა და წარსულის გაცოცხლება;
4. *დანებება*: გააზრება და შეგუება, რომ დანაკარგის შედეგად სამყარო/ცხოვრება შეიცვალა და აღარასდროს იქნება ისეთი, როგორც მანამდე.
5. *მორგება/ადაპტაცია*: ყოველდღიურ ცხოვრებასთან ეტაპობრივი დაბრუნება; დანაკარგი ნაკლებად მწვავე და ყოვლისმომცველი ხდება.
6. *რეინვესტიცია/დაბრუნება*: მომხდარი ცვლილებების მიღება; ცხოვრებაში დაბრუნება, ახალი ურთიერთობების და ვალდებულებების შექმნა.

უორდენი (2008) გლოვის ამოცანებს შემდეგნაირად აღწერს:

1. დანაკლისის ნამდვილობის, რეალურობის აღიარება: თავდაპირველად, ადამიანები ხშირად უარყოფენ და არ აღიარებენ დანაკარგს, რადგან მისი გაცნობიერება ზედმეტად მტკივნეულია. დროთა განმავლობაში მგლოვიარე მერყეობს აღიარებასა და უარყოფას შორის. ზოგიერთ ადამიანს ტრადიციული რიტუალები, მაგ., პანაშვიდები და დაკრძალვა, მდგომარეობას უმსუბუქებს.
2. მწუხარებით გამოწვეულ ტკივილზე მუშაობა: ახლობლის დაკარგვა იწვევს ფიზიკურ და ემოციურ ტკივილს. აუცილებელია მისი აღიარება და მასთან გამკლავება. ტკივილის თავიდან აცილების ან დათრგუნვის მცდელობამ, შესაძლოა, გლოვის პროცესი გაახანგრძლივოს. მართალია, სხვადასხვა ადამიანი ტკივილს სხვადასხვა ინტენსივობითა და განსხვავებულად განიცდის, მაგრამ მისი განცდა აუცილებელია, რათა ადამიანმა ცხოვრება განაგრძოს.
3. დანაკარგის შედეგად შეცვლილ გარემოსთან შეგუება. ზოგჯერ თვეებია საჭირო იმისთვის, რომ ადამიანმა ბოლომდე გაიაზროს, როგორი იქნება მისი ცხოვრება ახლობლის დაკარგვის შემდეგ. როცა საყვარელი ადამიანი გარდაიცვლება, როლები იცვლება, ურთიერთობები ქრება ან განსხვავებული ხდება, იცვლება ცხოვრების სტილი, რაც ხშირად პიროვნების მიერ საკუთარი იდენტობის აღქმასა და თვითშეფასებაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს. ადამიანები თავს ხშირად დამარცხებულად, არასაკმარისად და უმწეოდ გრძნობენ. იმისთვის, რათა პიროვნებამ ბრდა განაგრძოს, მან უნდა იპოვოს გამკლავების ახალი გზები, შეეგუოს ახალ ან შეცვლილ გარემოს, იპოვოს ცხოვრების ახალი ამრი და შეძლებისდაგვარად დაიბრუნოს ცხოვრებაზე კონტროლი. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ადამიანი, შესაძლოა, განვითარების ერთსა და იმავე ეტაპზე დარჩეს და მგლოვიარე მდგომარეობიდან ვერ გამოვიდეს.
4. დანაკარგისთვის სათანადო ემოციური ადგილის მიჩენა და ცხოვრების გაგრძელება. მგლოვიარე ადამიანი დანაკარგს და მოგონებებს განსაკუთრებულ ადგილს უჩენს. დაკარგული ადამიანი ან ურთიერთობა არც დავიწყებას მიეცემა და არც ნაკლებად მნიშვნელოვანი ხდება, უბრალოდ მგლოვიარეს ცხოვრებაში მას თავისი ადგილი ენიჭება და ადამიანი აყალიბებს ახალ ურთიერთობებს, იძენს ახალ მეგობრებსა და ცხოვრებისეულ ჩვევებს და ყოველდღიურ ცხოვრებას განაგრძობს.

მწუხარების სხვადასხვა ასპექტები

ადამიანები დანაკარგზე სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ. მათი მდგომარეობა გამოიხატება ფიქრში, სიტყვებში, გრძნობებში, მოქმედებებსა და ფიზიოლოგიურ რეაქციებშიც კი. აქედან გამომდინარე, ექთნებმა უნდა გამოიყენონ მწუხარების ჰოლისტური მოდელი, რომელიც კოგნიტურ, ემოციურ, სულიერ, ქცევით და ფიზიოლოგიურ ასპექტებს მოიცავს.

კოგნიტური რეაქციები მწუხარებაზე

გარკვეული გაგებით, მწუხარებით გამოწვეული ტკივილის მიზეზი ადამიანის რწმენის მერყევაა. ახლობლის დაკარგვა შეარყევს, ზოგჯერ კი საერთოდ ანგრევს, სიცოცხლის

აზრსა და მნიშვნელობაზე ინდივიდის წარმოდგენებს. მწუხარების შედეგად, ადამიანებს ხშირად ეცვლებათ წარმოდგენები საკუთარი თავისა და სამყაროს შესახებ. მაგ., იცვლება მოსაზრებები სამყაროს კეთილგანწყობის, სიცოცხლის მნიშვნელობის, სამართლიანობისა და ბედისწერის შესახებ. ფიქრებისა და დამოკიდებულებების სხვა ცვლილებები ზოგჯერ გამოიხატება ფასეულობების გადახედვით და გადაფასებით, დაბრძენებით, უკვდავების შესახებ ილუზიების გაქრობით, სამყაროს მიმართ უფრო რეალისტური მიდგომის ჩამოყალიბებითა და რელიგიური ან სულიერი რწმენების გადაფასებით (Zisooketal., 2009).

კითხვების დასმა და დანაკლისის გააზრების მცდელობა

მწუხარების ჟამს ადამიანი ცდილობს, ახსნა უპოვოს საყვარელი ადამიანის სიკვდილს. ის კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს გავრცელებულ და მიღებულ მოსაზრებებს. ახლობლის დაკარგვა ცხოვრების შესახებ არსებულ ძველ წარმოდგენებს არყევს ხოლმე. მაგ., როცა საყვარელი ადამიანი ნაადრევად გარდაიცვლება, მგლოვიარე ეჭვქვეშ აყენებს რწმენას, თითქოს „ცხოვრება სამართლიანია“ და რომ „ადამიანი თვითონ წარმართავს თავის ბედსა და ცხოვრებას“. მგლოვიარე ეძებს პასუხს, რატომ მოხდა ტრაგედია. ძიების მიზანი დანაკარგის მიზნის ამოცნობა და მისთვის მნიშვნელობის მინიჭებაა. ექთანმა, შესაძლოა, მოისმინოს შემდეგი შეკითხვები:

- „რატომ უნდა მომხდარიყო ეს? ის ისე უვლიდა თავს!“
- „რატომ უნდა გარდაცვლილიყო ასეთი ახალგაზრდა ადამიანი?“
- „ისეთი კარგი ადამიანი იყო! ეს რატომ დაემართა?“

კითხვების დასმა ზოგჯერ ადამიანს გარდაცვალების რეალური მიზეზის გააზრებაში ეხმარება. მაგალითად, შესაძლოა, სიკვდილი დაკავშირებული იყოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პრაქტიკასთან – შესაძლოა, ის თავს არ უვლიდა და რეგულარულ შემოწმებებს არ იტარებდა. კითხვების დასმის შედეგად, ადამიანმა შეიძლება გაიაზროს, რომ ახლობლების დაკარგვა და სიკვდილი გარდაუვალი მოვლენებია, რომელთან გამკლავებაც, ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე, ყველას უწევს. ზოგიერთი ადამიანი სიკვდილს ახსნას და მნიშვნელობას რელიგიური ან სულიერი კუთხით უძებნის და თავს იმშვიდებს, მაგ., იმით, რომ გარდაცვლილმა ადამიანმა სიმშვიდე მოიპოვა და ის ღმერთთან ახლოსაა. მგლოვიარე ადამიანისთვის მწუხარების პროცესში რელიგიური მნიშვნელობის ან ახსნის პოვნა ზოგჯერ მეტად შვებისმომგვრელია (Lichtenthaletal., 2010).

გარდაცვლილი ადამიანის ანმყოში შენარჩუნების მცდელობა

სიკვდილის შემდეგ სიცოცხლის რწმენა და აზრი, რომ გარდაცვლილი ადამიანი პირადი მეგობარი გახდა, კოგნიტური რეაქციებია, რომელთა მიზანიც დაკარგული ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაში დატოვებაა. ამის მაგალითია სხვადასხვა ქმედების დროს საყვარელ ადამიანთან შინაგანი დიალოგი: "დავით, ნეტავ შენ რას იზამდი ამ ვითარებაში. ვნატრობ, რომ აქ იყო და ჩვენება შეგეძლოს. ვფიქრობ, შენ ასე იზამდი, არა?". გარდაცვლილი ადამიანის ანმყოში, ყოველდღიურობაში შენარჩუნება ეხმარება მგლოვიარეს დანაკარგის გაცნობიერების პროცესში მდგომარეობის შემსუბუქებაში.

ემოციური რეაქციები მნუხარებაზე

დანაკარგის საპასუხო ყველაზე გავრცელებული ემოციური რეაქციებია: ბრაზი, სევდა და შფოთვა. მგლოვიარე გაბრაზებასა და მრისხანებას ხშირად გარდაცვლილი ადამიანის და მისი ჯანმრთელობაზე ზრუნვის წესის, ოჯახის წევრების, ექიმების ან სამედიცინო დაწესებულებებისკენ მიმართავს. ექთანმა, შესაძლოა, მოისმინოს შემდეგი რეაქციები:

- “დიდი ხნის წინ უნდა დაენებებინა მოწვევისთვის თავი”;
- „ექიმთან ადრე რომ წამეყვანა, ეს შეიძლება არც მომხდარიყო“;
- „ზედმეტად დიდი დრო დაგჭირდათ დიაგნოზის დასასმელად“.

ზოგჯერ ადამიანები თავს დამნაშავედ გრძნობენ, რომ გარდაცვლილთან ურთიერთობის დროს რაღაც არ გააკეთეს ან არ თქვეს. სიძულვილის შეგრძნება და შურისძიების სურვილი საკმაოდ გავრცელებული ემოციებია მაშინ, როცა სიკვდილის მიზეზი ექსტრემალური ვითარება, მაგალითად, თვითმკვლელობა, მკვლელობა ან ომია (Zisooketal., 2009). სასონარკვეთასა და გაბრაზებასთან ერთად, ზოგიერთ ადამიანს უჩნდება შეგრძნება, თითქოს საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლი დაკარგა, უჩვეულოდ დამოკიდებული გახდა სხვებზე. ასევე გავრცელებულია შფოთვა საკუთარი გარდაცვალების შესახებ.

ემოციური რეაქციები მნუხარების მთელ პროცესში ვლინდება. დანაკარგის შესახებ ინფორმაციის მიღების შემდეგ, ხშირად პირველი რეაქცია გაოცება და შოკია, თითქოს ადამიანი რეალობას ვერ აღიქვამს. ემოციების სიხშირე და ინტენსივობა ერთმანეთს ენაცვლება. ადამიანი შეიძლება ავტომატურად ფუნქციონირებდეს მშვიდ მდგომარეობაში და უცებ პანიკამ აიტანოს. მგლოვიარე ემოციას ზოგჯერ ტირილითა და ყვირლით გამოხატავს, ზოგჯერ კი – გრძნობებს თრგუნავს და მათ არავის აჩვენებს.

დროთა განმავლობაში ადამიანი რეალობის წინაშე დგება. ხშირად ის ბავშვობისდროინდელ ქცევას უბრუნდება – იქცევა ბავშვით, რომელმაც მაღაზიაში ან პარკში დედა დაკარგა. მგლოვიარე, შესაძლოა, გაღიზიანებას და სიმწარეს განიცდიდეს და სასულიერო პირების, სამედიცინო პერსონალის, ნათესავებისა და ზოგჯერ გარდაცვლილის მიმართ მტრულ განწყობას, აგრესიას ავლენდეს. გარდაცვლილთან კავშირის აღდგენის უიმედო, მაგრამ მძაფრი სურვილი აიძულებს მგლოვიარეს, ეძებოს და „დააბრუნოს“ იგი. ხმებს, გამოსახულებებსა და სუნებს, რომელიც გარდაცვლილთან ასოცირდება, მგლოვიარე მის „აქ ყოფნის“ ნიშნებად აღიქვამს, რაც მნუხარებაში მყოფ ადამიანს დროებით შვებას გვრის და გარდაცვლილთან კვლავ შეხვედრის იმედს უღვივებს. მაგ., ტელეფონის ბარი დღის იმ მონაკვეთში, როცა გარდაცვლილი რეკავდა ხოლმე, მისი ხმის გაგონების მოლოდინს აჩენს; ან გარდაცვლილის სუნამოს სუნის შეგრძნებისას, მისი მეუღლე ოთახს ცოლის მომღიმარი სახის დანახვის იმედით ათვალიერებს. როცა გარდაცვლილის დაბრუნების იმედი მცირდება, მუდმივი სევდა და მართობა ისადგურებს. ემოციების ეს აურზაური რამდენიმე თვეს შეიძლება გაგრძელდეს. ის აუცილებლად მიიჩნევა იმისთვის, რათა ადამიანმა აღიაროს და შეეგუოს, რომ დანაკარგი სამუდამოა.

როცა მგლოვიარე იწყებს დანაკარგის მუდმივობის გაცნობიერებას, ის აღიარებს, რომ უნდა შეცვალოს გარდაცვლილთან ერთად ცხოვრების პერიოდში არსებული აზროვნება, შეგრძნებები და ქმედება. როცა დაკარგული ადამიანის დაბრუნების ყველა იმედი ამოიწურება, გარდაუვალია დეპრესია, აპათია და სასონარკვეთა. თავდაპირველი მწვავე ტკივილი ნაკლებად ინტენსიური და ხშირი ხდება.

დროთა განმავლობაში, მგლოვიარეს უბრუნდება საკუთარი იდენტობის აღქმა, ცხოვრებისეული მიმართულება და სიცოცხლის აზრი. ის დამოუკიდებელი და თავდაჯერებული ხდება. ყალიბდება ცხოვრების ახალი წესი და ახალი ურთიერთობები. მგლოვიარეს ცხოვრება ხელახლა ეწყობა და ის კვლავ „ნორმალური“/“ჩვეულებრივი“, მაგრამ განსხვავებულია. ადამიანს კვლავ ენატრება გარდაცვლილი, მაგრამ მასზე ფიქრი ტკივილს აღარ იწვევს.

კლინიკური შემთხვევა: მწუხარება

„რომ მცოდნოდა, როგორია მწუხარების პროცესი, არასდროს დავქორწინდებოდი ან ქორწინების შემდეგ ყოველ დღე ვილოცებდი, რომ პირველი მე მოვმკვდარიყავი“, – ყვება მარგარეტი მეუღლის გარდაცვალებიდან 9 წლის შემდეგ.

მას ახსენდება თავისი პირველი ფიქრი, ერთდროული უარყოფა და აღიარება, რომელსაც განიცდიდა 1987 წლის ოქტომბერში, როცა ჯეიმსს მრავლობითი მიელომის დიაგნოზი დაუსვეს: „ეს შეცდომაა... მაგრამ ვიცი, რომ არ არის.“

ორნახევარი წლის განმავლობაში, მარგარეტი და ჯეიმსი გულმოდგინედ მიყვებოდნენ ჯეიმსის მკურნალობის სქემას. ამასთან, ისინი დროს უთმობდნენ მუშაობასა და თამაშსაც და ანწყობდნენ ცხოვრების განმარტებულ სიამოვნებას იღებდნენ. „ჩვენ მელოდრამატული ადამიანები არასდროს ვყოფილვართ. ჩვენ თავს ვეუბნებოდით: „რაც არის, არის; ჩვენ ამას გავუმკლავდებით.“

მარგარეტისთვის შოკისმომგვრელი იყო იმის გააზრება, რომ მეგობრები, რომლებიც გართობისთვის თავშეყრისთვის ყოველთვის მზად იყვნენ, მათ გვერდით არ იყვნენ. მარგარეტის წარმოდგენები შეიცვალა: „ამ დროს ადამიანებზე წარმოდგენა გადავაფასე. ჩემ თავს ვეკითხებოდი: „ვინ დგას ჩემ გვერდით? მეგობრები? მტკივნეულია იმის გააზრება, რომ ეს ასე არ არის. თუმცა, მოგვიანებით, ეს გათავისუფლებს – შეგიძლია, ისინი გაუშვა.“

როცა ჯეიმსი გარდაიცვალა, მარგარეტს თავი მტკიცედ და მშვიდად ეჭირა მანამ, სანამ დაკრძალვიდან რამდენიმე დღის შემდეგ არ მიხვდა, რომ სრულებით გამოფიტული იყო. შოპინგის დროს, მან პროტესტის განცდა და ტკივილი იგრძნო, უნდოდა ეყვირა: „ნუთუ არავინ იცის, რომ ახლახან ქმარი დაგკარგე?“ ერთ-ერთი ყველაზე რთული მომენტი, დის თვითმფრინავთან მიცილების შემდეგ, ცარიელ სახლში დაბრუნება იყო. სწორედ ამ დროს იგრძნო მარგარეტმა შოკი. ისეთი შეგრძნება ჰქონდა, თითქოს მის სხეულში „ელექტროსადენები გადიოდა“. ის აგრძელებდა ყოველდღიურ საქმიანობას, მაგალითად, საყიდლებზე დადიოდა და მანქანაში სანჯავს ასხამდა, მაგრამ ვერაფერს გრძნობდა.

ტირილის შეტევები 6 თვის განმავლობაში გრძელდებოდა. ის „დაიღალა გლოვისგან“ და საკუთარ თავს ეკითხებოდა „როდის გამივლის?“. მარგარეტი გაბრაზებულიც იყო. „ნაწყენი ვიყავი ჯეიმსზე. ვფიქრობდი, რატომ არ ჩაიტარა სრული ფიზიკური გასინჯვა. იქნებ ასე მალე არ მომკვდარიყო.“

რამდენიმე თვის შემდეგ, მწუხარების მოგვიანებით ეტაპზე მარგარეტი მიხვდა, რომ „რამე კონსტრუქციულის გაკეთება“ იყო საჭირო. მართლაც, ის განვევრიანდა მხარდამჭერ ჯგუფებში, მოგზაურობდა და ეკლესიის საქმიანობაში ჩაერთო.

ჯეიმსის გარდაცვალებიდან დაახლოებით ათი წლის შემდეგ, მარგარეტი მწუხარების პროცესს „ცხოვრების მნიშვნელობის ღრმა და მტკივნეულ ძიებად“ აღიქვამს, – „ის რომ არ ნასულიყო, აქ არ ვიქნებოდი, სადაც ვარ. მე კმაყოფილი და ბედნიერი ვარ ცხოვრებით“. მიუხედავად ამისა, ის გრძნობს ჯეიმსის მის გვერდით ყოფნას, როცა იხსენებს, როგორი იყო ის ავად გახდომამდე. ის ამბობს, რომ ეს მისთვის კარგია.

სულიერი რეაქციები მწუხარებაზე

მწუხარების კოგნიტურ და ემოციურ ასპექტებთან მჭიდროდაა დაკავშირებული ადამიანის მტკიცე პიროვნული ფასეულობები, რომელიც ცხოვრებას მნიშვნელობას და მიზანს ანიჭებს. ეს ფასეულობები და რწმენათა სისტემა, რომელთაც ისინი ეფუძნება, სპირიტუალობის ანუ სულიერების და მწუხარებაზე სპირიტუალური რეაქციის ძირითადი კომპონენტებია. საყვარელი ადამიანის დაკარგვისას, სწორედ სულიერი/სპირიტუალუ-

რი გამოცდილებაა ხოლმე როგორც შვების მომტანი, ისე შინაგანი დაპირისპირების გამომწვევი და გამანადგურებელი. მწუხარებაში მყოფი ადამიანი ზოგჯერ იმედგაცრუებული და გაბრაზებულია ღმერთზე ან სხვა რელიგიურ ფიგურებსა და სასულიერო პირებზე. მითოვებისგან გამონწეული ტკივილი, სასონარკვეთა და ცხოვრების აზრის დაკარგვა ღრმა სულიერ ტანჯვას იწვევს.

მგლოვიარე ადამიანების სულიერი მოთხოვნილებებისადმი ყურადღება საექთნო მოვლის არსებითი ნაწილია. ტკივილთან შეჭიდებისას, პაციენტის ემოციური და სულიერი რეაქციები ერთმანეთზე გადაჯაჭვული. ამ ტანჯვის ცოდნა ეხმარება ექთანს, შეუწყოს ხელი კეთილდღეობის შეგრძნებას. პაციენტებისთვის მათი ტანჯვის გაზიარების საშუალების მიცემა ეხმარება ადამიანებს ფსიქოლოგიური და სულიერი ტრანსფორმაციის დროს, რომელიც მწუხარების პროცესში იჩენს ხოლმე თავს. რელიგიური ან სულიერი რწმენის მეშვეობით ახსნა-განმარტებებისა და მნიშვნელობის პოვნა ზოგჯერ პაციენტებს მდგომარეობის დადებითი მხარეების აღმოჩენაში ეხმარება. ზოგ შემთხვევაში, მწუხარებაში მყოფი ადამიანი დანაკარგს მნიშვნელოვნად მიიჩნევს თავისი პიროვნული განვითარებისა და ზრდისათვის.

ქცევითი რეაქციები მწუხარებაზე

მწუხარების საპასუხო ქცევითი რეაქციები ხშირად ყველაზე თვალსაჩინოა. მწუხარებაში მყოფი ადამიანი ზოგჯერ „ავტომატურად“ ანუ რუტინულად ფუნქციონირებს, ბევრი ფიქრის გარეშე, რაც ნიშნავს, რომ ადამიანი უგრძობია, – დანაკარგის სინამდვილე ჯერ არ აღიქმება. ცრემლიანი თვალები, ქვითინი, უკონტროლო ტირილი, ძლიერი მოუსვენრობა და მტკიცებულების ძიება ემოციის გამოძახილებია. ადამიანი შესაძლოა ეძახდეს და ოთახშიც კი ეძებდეს გარდაცვლილს. გაღიზიანება და სხვების მიმართ მტრული განწყობა გაბრაზებასა და სასონარკვეთას ამჟღავნებს. გარდაცვლილთან დაკავშირებული ადგილებისა და ქმედებებისკენ სწრაფვა ან მათთვის თავის არიდების სურვილი; გარდაცვლილის ნივთების შენახვის ან, პირიქით, მათი გადაყრის სურვილი ემოციურ მერყეობას და გარდაცვლილთან კავშირის აღდგენის სურვილს მიუთითებს.

დემორგანიზაციის ან მწუხარებასთან გამკლავების პერიოდში, მეტად მნიშვნელოვანია საკუთარი იდენტობის ხელახალი განსაზღვრა, რაც საკმაოდ რთულია. მიუხედავად იმისა, რომ ის თავიდან ბედაპირულია, საზოგადოებრივ და პროფესიულ საქმიანობაში ჩართულობა ადამიანის კოგნიტური და ემოციური ცვლილებების მხარდაჭერი ქცევაა. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება ნაკლებ ადაპტური (მაღადაპტაციური) ქცევითი პასუხია ემოციურ და სპირიტუალურ სასონარკვეთაზე. თვითმკვლელობა და მკვლელობა უკიდურესი რეაქციებია და მაშინ ხდება, თუ მგლოვიარე ადამიანი მწუხარების პროცესს ვერ უმკლავდება.

რეორგანიზაციის, ანუ მდგომარეობიდან გამოსვლის, ფაზაში მგლოვიარე ადამიანი თავისთვის მნიშვნელოვანი და კმაყოფილების მომტანი საქმიანობითაა დაკავებული. ცხოვრების ახალი აზრის, მნიშვნელობის განსაზღვრის, ახალი საქმიანობებისა და ურთიერთობების პოვნის შედეგად ადამიანს უბრუნდება შეგრძნება, რომ ცხოვრება კარგია.

ფიზიოლოგიური რეაქცია მწუხარებაზე

მწუხარებასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური სიმპტომები და პრობლემები ხშირად აფიქრებს და აღელვებს როგორც მგლოვიარეს, ისე მის მეგობრებს ან მომვლელ-

ლებს. მწუხარების პერიოდში შეიძლება გამოვლინდეს უძილობა, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, წონაში კლება, ენერჯის ნაკლებობა, გულის ფრიალის შეგრძნება, მოუნელებლობა, ენდოკრინული და იმუნური სისტემის დარღვევები. ძილის დარღვევები გლოვასთან დაკავშირებული ყველაზე გავრცელებული და პერსისტენტული სიმპტომებია (Zisooketal., 2009).

კულტურული თავისებურებები

უნივერსალური რეაქცია ადამიანის დაკარგვაზე

ყველა ადამიანი გლოვობს გარდაცვლილ საყვარელ ადამიანს, თუმცა სიკვდილთან დაკავშირებული რიტუალები და წეს-ჩვეულებები სხვადასხვა კულტურაში განსხვავებულია. თითოეულ კულტურაში არის განსაზღვრული კონტექსტი, რომლის მიხედვითაც მწუხარებისა და გლოვის გამოხატვასა და დანაკარგის ცხოვრებაში ინტეგრირებას დატვირთვა ენიჭება. გამოხატვის კონტექსტი სიცოცხლის, სიკვდილისა და სიკვდილის შემდეგ სიცოცხლის შესახებ ამ ხალხებში არსებული რწმენის შესატყვისია. თითოეული კულტურისთვის ამ პროცესის ზოგიერთი ასპექტი უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე სხვა ასპექტები.

უნივერსალური რეაქციები მოიცავს: თავდაპირველი შოკისა და სოციალური დემორინტაციის რეაქციას; გარდაცვლილთან ურთიერთობის გაგრძელების მცდელობებს; ბრაზს მათ მიმართ, ვინც დამნაშავედ აღიქმება და გლოვის პერიოდს. თუმცა, თითოეულ კულტურაში განსაზღვრულია შოკის, სევდის, ბრაზის გამოხატვისა და გლოვის კონკრეტული მისაღები ფორმები. ამა თუ იმ კულტურისთვის დამახასიათებელი გლოვის რიტუალების ცოდნა ეხმარება ექთნებს, ესმოდეთ ინდივიდის ან ოჯახის ქცევა.

სხვადასხვა კულტურისთვის დამახასიათებელი რიტუალები

შეერთებულ შტატებსა და კანადაში ემიგრაციის შემდეგ, ადაპტაციური აკულტურაციის (განსხვავებულ კულტურასთან ადაპტაციის მიზნით, საკუთარი კულტურული ღირებულებებისა და ქცევის შეცვლა) შედეგად, ზოგჯერ ემიგრანტები შორდებიან თავიანთ მდიდარ ეთნიკურ და კულტურულ ფესვებს. მაგალითად, დამკრძალავი ბიუროს მმართველებს ზოგჯერ არ სურთ კონკრეტული სამგლოვიარო რიტუალების ჩატარება და კრძალავენ ზოგიერთ ქცევას, რომელიც შეუსაბამოდ მიაჩნიათ. გამოხატვის ასეთი ფორმები ძირითადად კულტურასთანაა დაკავშირებული და სამედიცინო პირები მათ უნდა იცნობდნენ. მაგ., ჰმონგებს (სამხრეთ-აღმოსავლეთი აზიის მთიანი რეგიონის ხალხები) სწამთ, რომ გარდაცვლილი ადამიანი მომდევნო სამყაროში გადასვლისას ზუსტად ისე გამოიყურება, როგორც გარდაცვალების მომენტში. ამის გამო, მათ შეიძლება გთხოვონ სიკვდილამდე პაციენტის გათავისუფლება ნემსების, მილების და სხვა „უცხო სხეულებისგან“.

რადგანაც კულტურული სამგლოვიარო რიტუალები მსოფლიოს ძირითადი რელიგიებისგან (მაგ., ბუდიზმი, ქრისტიანობა, ინდუიზმი, ისლამი, იუდაიზმი) იღებს სათავეს, პაციენტის გლოვის პროცესს ხშირად განსაზღვრავს მისი რელიგიური ან სულიერი მრწამსი და მასთან დაკავშირებული წეს-ჩვეულებები. შეერთებულ შტატებში სხვადასხვა სამგლოვიარო რიტუალი და წეს-ჩვეულებაა გავრცელებული. ქვემოთ განხილულია რამდენიმე მათგანი.

აფრო-ამერიკელები

აშშ-ში მცხოვრები აფრო-ამერიკელების წინაპრების უდიდესი ნაწილი შტატებში ჩამოსვლისას მონა იყო და ევროპული ამერიკული და ქრისტიანული რელიგიური გავლენის ქვეშ ცხოვრობდა. ამრიგად, ბევრი სამგლოვიარო რიტუალი რელიგიურ ტრადიციებთანაა დაკავშირებული. კათოლიკური და ეპისკოპალური ღვთისმსახურების დროს სრულდება გალობა, იკითხება ლექსები და ტარდება წირვა; ნაკლებად ფორმალური ბაპტისტური ღვთისმსახურებისას ვხვდებით სიმღერას, უცნობ ენებზე საუბარს (გლოსოლალიას) და ლიტურგიულ ცეკვას. ძირითადად, დასაფლავებამდე გარდაცვლილის ცხედარს ეკლესიაში ასვენებენ. გლოვა ზოგჯერ საყოველთაო ლოცვით, მუქი სამოსის ტარებითა და სოციალურ აქტივობებში ჩართულობის შეზღუდვითაც გამოიხატება. გლოვის პერიოდი რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე წლამდე გრძელდება.

ამერიკელი მუსლიმები

ისლამი კრძალავს კრემაციას. მნიშვნელოვანია დაკრძალვის პროცედურის ხუთივე საფეხურის შესრულება, რომელიც განსაზღვრავს გარდაცვლილის გაპატიოსნების (დაბანვის), ჩაცმისა და სხეულის პოზიციონირების წესებს. პირველი საფეხური ცხედრის ტრადიციისამებრ დაბანაა, რომელსაც იმავე სქესის მუსლიმი ასრულებს (Morrissey, 2010).

ჰაიტელი ამერიკელები

ზოგიერთი ჰაიტელი ამერიკელი *ვოდუნს*(ვუდუს), იგივე „ფესვების მედიცინას“ მისდევს. ვოდუნი რომაული კათოლიკური რიტუალების, დასავლეთი აფრიკისა (ბენინის და ტოგოს) და სუდანის კულტურული პრაქტიკებისგან მომდინარეობს. ვოდუნის პრაქტიკის დროს იძახებენ სულებს, რომლებთანაც კონკრეტული ცხოვრებისეული მოვლენების დროს ადამიანი პერიოდულად მშვიდობას ამყარებს. საყვარელი ადამიანის გარდაცვალება სწორედ ასეთი მოვლენაა. ეს პრაქტიკა გვხვდება ზოგიერთ შტატში (ალაბამა, ლუიზიანა, ფლორიდა, ჩრდილოეთ კაროლინა, სამხრეთ კაროლინა და ვირჯინია) და ქალაქ ნიუ იორკის ზოგიერთ საზოგადოებაში.

ჩინელი ამერიკელები

შერთებულ შტატებში მცხოვრები აზიელების ყველაზე დიდი ნაწილი ჩინელია. მათ სიკვდილის გამოცხადების, ცხედრის მომზადების, დაკრძალვისა და გლოვის მკაცრი ნორმები აქვთ. საკმევლის დანვა და საღვთო წერილის კითხვა სიცოცხლის შემდგომ გზაზე ეხმარება გარდაცვლილის სულს. თუ გარდაცვლილი და მისი ოჯახი ბუდისტები არიან, ისინი სალოცავის წინ მედიტირებენ. გარდაცვალებიდან ერთი წლის განმავლობაში, ოჯახი სულისთვის საკვების ჯამს დებს ხოლმე მაგიდაზე.

იაპონელი ამერიკელები

ბუდისტი იაპონელი ამერიკელები სიკვდილს სხვა ცხოვრებაში გადასვლად მოიაზრებენ. ოჯახის წევრები გარდაცვლილს თბილ წყალში აბანავენ და გაპატიოსნების რიტუალის შემდეგ, ცხედარს თეთრ კიმონოს აცვამენ. ორი დღის განმავლობაში, მოდიან ოჯახის წევრები და მეგობრები, მოაქვთ საჩუქრები და ფული გარდაცვლილისთვის, ლოცულობენ და საკმეველს აკმევენ.

ფილიპინელი ამერიკელები

ფილიპინელი ამერიკელების უმრავლესობა კათოლიკეა. გარდაცვლილის ახლობლები გლოვის პერიოდში ზოგჯერ შავ სამოსს ან ხელსახვევს ატარებენ. ოჯახის წევრები და მეგობრები კუბოზე ყვავილების გვირგვინებს დებენ და სახლში დიდ შავ ნაჭერს აფენენ. ხშირად ოჯახის წევრები საგამეთო განცხადებების მეშვეობით ითხოვენ გარდაცვლილის სულისთვის ლოცვას.

ვიეტნამელი ამერიკელები

ვიეტნამელი ამერიკელები ძირითადად ბუდისტები არიან, ისინი გარდაცვლილს დაბანენ და შავ სამოსს აცვამენ. ზოგჯერ ისინი გარდაცვლილს პირში ბრინჯის რამდენიმე მარცვალს და გვერდით ფულს უდებენ, რათა გარდაცვლილის სულმა მომდევნო ცხოვრებაში გადასვლისას სასმელის ყიდვა შეძლოს. დასაფლავებამდე ცხედარს სახლში ასვენებენ ხოლმე. მეგობრების მოსვლისას, მუსიკას უკრავენ, რათა გარდაცვლილს მათი მოსვლა აუწყონ.

ესპანელი ამერიკელები/ლათინოამერიკელები

ესპანელი, ანუ ლათინოამერიკელები წარმოშობით ესპანეთიდან, მექსიკიდან, კუბადან, პუერტო რიკოდან ან დომინიკის რესპუბლიკიდან არიან. ისინი ძირითადად რომაულ კათოლიციზმს მისდევენ. ისინი გარდაცვლილის სულისთვის ნოვენას (9 დღიანი ლოცვა) და როზარის (სკვნილით ლოცვა) დროს ლოცულობენ. ლუტო(ანუ გლოვა) შავი ან შავ-თეთრი ტანსაცმლის ტარებით და თავშეკავებული ქცევით გამოიხატება. მიცვალებულის პატივისცემით, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მგლოვიარეები არ რთავენ ტელევიზორს, არ დადიან კინოში, არ უსმენენ რადიოს, არ დადიან საცეკვაოდ და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში. ოჯახის წევრები და მეგობრები საფლავს ყვავილებითა და ჯვრებით რთავენ.

გვატემალელი ამერიკელების დაკრძალვის ცერემონიის და მსახურების დროს ზოგჯერ მარიმბას ბენდს შევხვდებით. ასევე გავრცელებულია სახლში, პანაშვიდზე სანთლების დანთება და გარდაცვლილის დალოცვა.

მკვიდრი ამერიკელები

შერთებულ შტატებში მცხოვრები 500-ზე მეტი მკვიდრი ამერიკული ტომის დიდი ნაწილი დღეს ქრისტიანია, თუმცა, მათ ყოფაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს უძველესი რწმენები და წეს-ჩვეულებები. სულიერი მოძღვრის როლი აკისრია ტომის „სამედიცინო პირს“, ანუ მკურნალ მღვდელს, რომელიც მიცვალებულის ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს სულიერი წონასწორობის აღდგენაში ეხმარება. გარდაცვლილის სულისთვის წირვის ჩატარება ეხმარება მგლოვიარეებს დეპრესიასთან გამკლავებაში. სიკვდილის მნიშვნელობისა და გარდაცვლილის ახლობლებზე მისი ზეგავლენის აღქმა განსხვავებულია სხვადასხვა ტომში.

სიკვდილი შეიძლება აღიქმებოდეს უპირობო სიყვარულის მდგომარეობად: გარდაცვლილის სული ახლობლებთან რჩება, ტომს სიმშვიდეს მოუვლენს და უბიძგებს მას, განაგრძოს სვლა ბედნიერი, ბუნებასთან და სხვებთან ჰარმონიული თანაცხოვრებისკენ, რაც სიცოცხლის მთავარი მიზანია. ზოგიერთი შეხედულების თანახმად, სიკვდილი ყველაფერი კარგის დასასრულია; ზოგ მკვიდრ ამერიკელს სწამს და ეშინია სულების,

ზოგიერთს კი სწამს, რომ სიკვდილის შემდეგ „სულების ქვეყანაში“ სული ბედნიერად ცხოვრობს. გამოგლოვება აუცილებელია არა მხოლოდ სულისთვის, არამედ თემის დაცვისთვისაც. გლოვის დასრულების ნიშნად სასაფლაოზე იმართება ცერემონია – საფლავი საბნით ან ნაჭრით იფარება. მოგვიანებით, ეს ნაჭერი ტომის წევრს გადაეცემა. ცერემონია სრულდება სადილით, რომელზეც მგლოვიარენი მღერიან, სიტყვას წარმოთქვამენ და გარდაცვლილისთვის ფულს სწირავენ.

ორთოდოქსი ებრაელი ამერიკელები

ორთოდოქსი ებრაელების წეს-ჩვეულების მიხედვით, მომაკვდავ ადამიანთან ნათესავი რჩება, რათა ადამიანი მართო არ იყოს, როცა მისი სული სხეულს დატოვებს. ცხედრის მართო დატოვება მიცვალებულის მიმართ უპატივცემულობად ითვლება. გარდაცვლილის ოჯახი ხშირად ცხედრისთვის ზენრის, ნაჭრის გადაფარებას ითხოვს. მიცვალებულს თვალები დახუჭული უნდა ჰქონდეს, მისი სხეული დაფარული უნდა იყოს მანამ, სანამ ოჯახის წევრები, რაბინი ან ებრაელი მესაფლავე (დაკრძალვის ორგანიზატორი) რიტუალს დაიწყებენ. ორგანოების დონაცია დაშვებულია, თუმცა აუტოპსია – არა (თუ ამას კანონი არ მოითხოვს). დასაფლავება 24 საათის განმავლობაში უნდა მოხდეს, თუ ამას შაბათი არ აფერხებს. შივა 7 დღიანი პერიოდია, რომელიც დაკრძალვის დღეს იწყება. ეს დრო განკუთვნილია იმისთვის, რომ მგლოვიარეები ყოველდღიურ ცხოვრებას დროებით გამოეთიშონდა მათ ცხოვრებაში მომხდარი ცვლილება გაიაზრონ (Loikeetal., 2010).

ექთნის როლი

შევრთებული შტატების კულტურულად მრავალფეროვანი გარემო აძლევს ექთნებს საშუალებას, მწუხარებაში მყოფ ადამიანებთან მუშაობისას, შეიმუშაონ ინდივიდუალური მიდგომები. გაფართოებულ, დიდ ოჯახებში დანაკარგზე სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ, რაც სხვადასხვაგვარად გამოიხატება. ეს დამოკიდებულია დომინანტურ საზოგადოებრივ კულტურასთან აკულტურაციის ხარისხზე. იმის მაგივრად, რომ ჩათვალოს, რომ ესმის კონკრეტული კულტურისთვის დამახასიათებელი სამგლოვიარო ქცევა, ექთანმა უნდა წაახალისოს პაციენტები, რათა მათ თავისთვის ყველაზე ეფექტურ და მნიშვნელობის მქონე ქმედებას მიაგნონ. მაგალითად, ექთანს შეუძლია ჰკითხოს კათოლიკე ლათინოამერიკელ პაციენტს, სურს თუ არა მას გარდაცვლილისთვის ლოცვა. თუ ორთოდოქსი ებრაელი გარდაიცვლება, ექთანს შეუძლია შესთავაზოს ოჯახს, რომ ის დარჩეს ცხედართან მანამ, სანამ ნათესავებს გარდაცვალების ამბავს შეატყობინებენ.

აკულტურაციის შედეგად, ადამიანები ცვლიან, ამცირებენ ან საერთოდ აღარ ასრულებენ ზოგიერთ კულტურასთან დაკავშირებულ რიტუალს. თუმცა, ბევრი ამერიკელისთვის სამგლოვიარო რიტუალებმა ხელახლა შეიძინა მნიშვნელოვანი და ღრმა დატვირთვა. ამის მაგალითია შიდსის საბნის შექმნა. 2001 წელს მსოფლიო სავაჭრო ცენტრზე ტერორისტული თავდასხმის შემდეგ, ნულოვან ადგილზე, ნანგრევებში დროშის აწევა სწორედ ასეთი რიტუალის დასაწყისს მიაჩნებდა. ცხედრების აღმოჩენისა და ნანგრევებიდან მათი ამოტანისას გამოჩენილი თავდაუზოგავი შრომა და ცხედრების ტრანსპორტირებისას ადამიანების დახმარება ამ რიტუალის გაგრძელება იყო. მედიის საშუალებით, შევრთებული შტატები და დანარჩენი მსოფლიო მწუხარების თანამონაწილე გახდა. 2000 წლის აპრილში, ოკლაჰომა სითიში, ალფრედ პ. მურას ფედერალური შენობის აფეთქების დროს გარდაცვლილ 168 ადამიანს მემორიალი მიუძღვნეს. ცერემო-

ნის დროს, პოლიციის კაპელანმა მგლოვიარე ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს მიმართა: „იცხოვრეთ აწმყოში, იოცნებეთ მომავალზე“. მეგობრები და საჯარო მსახურება მდგომარეობიდან გამოსვლისთვის, განკურნებისთვის, მეტად მნიშვნელოვანია.

„უფლებო“/„არალეგიტიმური“ გლოვა

არაუფლებამოსილი ანუ „არალეგიტიმური“ გლოვა ისეთი მწუხარებაა, რომელსაც ადამიანი ღიად ვერ ან არ აღიარებს, სახალხოდ ვერ გლოვობს ან რომელსაც საზოგადოება მხარს არ უჭერს. გარდაცვალების გამო მწუხარება არალეგიტიმურად შეიძლება იქნეს მიჩნეული შემდეგ ვითარებებში:

- არაკანონიერი ურთიერთობის შემთხვევაში;
- როცა დანაკარგის აღიარება არ ხდება;
- როცა მგლოვიარეს აღიარება არ ხდება;
- დანაკარგის ირგვლივ არსებობს სოციალური სტიგმა.

თითოეულ ვითარებაში, მიჯაჭვულობას დანაკარგი და, შესაბამისად, მწუხარება მოსდევს. მწუხარების პროცესი უფრო გართულებულია, რადგან ამ ადამიანებს არ აქვთ ტიპური მხარდაჭერა, რათა გამოიგლოვონ გარდაცვლილი და მდგომარეობიდან გამოვიდნენ (Schultz&Videbeck, 2013).

შეერთებული შტატების კულტურაში სიკვდილის შემთხვევაში ყველაზე დიდი ყურადღება სისხლით ან ქორწინებით დაკავშირებულ მგლოვიარეებს ეთმობათ. შეყვარებულებს, მეგობრებს, მეზობლებს, აღმზრდელ (არაბიოლოგიურ) მშობლებს, კოლეგებსა და მომვლელებს, მიუხედავად გარდაცვლილთან ხანგრძლივი და მჭიდრო ურთიერთობისა, ზოგჯერ არ ეძლევათ საშუალება საჯარო გლოვისა, რადგან გარშემომყოფების ყურადღება და მხარდაჭერა ოჯახის უშუალო წევრებისკენაა მიმართული. ამასთან, ზოგიერთი ურთიერთობა საჯაროდ გაცხადებული არ არის; ზოგიერთს – საზოგადოება არ სცნობს. ასეთი ურთიერთობის მაგალითებია: ჰომოსექსუალური ურთიერთობები (Rawlings, 2012), ქორწინების გარეშე თანაცხოვრება და ქორწინებისგარე ურთიერთობები.

ზოგიერთ დანაკარგს საზოგადოება მნიშვნელოვნად არ აღიქვამს; შესაბამისად, ამით გამოწვეული მწუხარება არალეგიტიმურად და მოულოდნელადაა მიჩნეული და მგლოვიარეს შესაბამის მხარდაჭერას არ უწევს საზოგადოება. ამ კატეგორიაში შედის: ნაყოფის სიკვდილი, აბორტი, ბავშვის გაშვილება, შინაური ცხოველის სიკვდილი ან სხვა დანაკარგები, რომელიც სიკვდილს არ მოიცავს, მაგ., სამსახურის დაკარგვა, განშორება, განქორწინება, შვილების სახლიდან წასვლა. იმის მიუხედავად, რომ ეს დანაკარგები მგლოვიარეებში ხშირად ძლიერ მწუხარებას იწვევს, სხვა ადამიანები მათ მსუბუქად თვლიან (Schultz&Videbeck, 2013).

ზოგიერთ ადამიანს, რომელიც ახლობელს კარგავს, მგლოვიარედ არ აღიქვამენ და ნაკლებ მხარდაჭერას უცხადებენ. მაგ., მოხუცებისა და ბავშვების დანაკარგი ზოგჯერ ყურადღების მიღმა რჩება და მათი გლოვის საჭიროება არ კმაყოფილდება. როცა ადამიანები ბერდებიან, ისინი „უნდა მოელოდნენ“, რომ მათი ასაკის ადამიანები გარდაიცვლებიან. უფროსებს ზოგჯერ ჰგონიათ, რომ ბავშვებს დანაკარგი „არ ესმით და ვერ აღიქვამენ“, ამიტომ ხშირად შეცდომით თვლიან, რომ მათი მწუხარება მინიმალურია. ბავშვებმა „მზრუნველი მშობელი“ შეიძლება დაკარგონ გარდაცვალების, განქორ-

წინების ან ალკოჰოლიზმითა და ძალადობით განპირობებული ოჯახური დისფუნქციის შედეგად. ეს დანაკარგები ძალიან მნიშვნელოვანი და, სამწუხაროდ, ხშირად უგულვებელყოფილია. კრიმინალისთვის დაპატიმრებული ან სიკვდილმისჯილი ადამიანების სიკვდილთან დაკავშირებით საზოგადოებრივი სტიგმა არსებობს, რაც ხშირად ხელს უშლის ოჯახის წევრებს მწუხარების საჯაროდ გამოხატვასა და დახმარების მიღებაში (Long, 2011).

ექთნები და ჰოსპიტალის კაპელანები „არალეგიტიმურ“ მწუხარებას განიცდიან მაშინ, როცა მათი მწუხარების საჭიროება გაცნობიერებული არ არის (სხვების მიერ). მაგალითად, ორგანოების დონაციისა და ტრანსპლანტაციის შემთხვევაში, ექთნები მჭიდროდ არიან ჩართულნი დონორების გარდაცვალების პროცესში. ყოველდღიური ურთიერთობიდან გამომდინარე, ექთნებსა და პაციენტებს/ოჯახებს შორის მჭიდრო კავშირი, ბმები ყალიბდება. ექთნებზე ეს დანაკარგები მნიშვნელოვან ემოციურ ზეგავლენას ახდენს, მაგრამ მწუხარების გამოხატვისთვის მათ დრო და ადგილი იშვიათად აქვთ. ჰოსპიტალის კაპელანებს ძლიერებად და სიკვდილთან გამკლავებაში განაფულებად მიიჩნევენ. მათი მწუხარება ხშირად უგულვებელყოფილია. ისინი მართლობაში გლოვობენ, რაც ნაკლებად შვებისმომგვრელია (Spidell et al., 2011).

ანომალური/გახანგრძლივებული გლოვა

ზოგიერთი მოსაზრებით, გართულებული მწუხარება/გლოვა ანომალური რეაქციაა, თუ ის უჩვეულოდ ინტენსიურია, გახანგრძლივებულია, დროში გადავადებული ან სახეშეცვლილია. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, მწუხარება პათოლოგიურად მიიჩნევა მაშინ, როცა ადამიანი ემოციებისგან დაცარიელებულია, გლოვობს ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ან მწუხარებას მომხდარის შეუსაბამოდ გამოხატავს. ზოგიერთი ადამიანი ბლოკავს ემოციურ რეაქციებს, ზოგიერთი სრულად მოცული ხდება გარდაცვლილი ადამიანით ან დაკარგული ობიექტით. ადამიანების ნაწილი კლინიკური დეპრესიით იტანჯება და მწუხარების პროცესში პროგრესს ვერ განიცდის (Shear, 2012; Zisook et al., 2009). 10.1 სურათზე გართულებული მწუხარების პროცესია მიმოხილული.

მწუხარების პროცესს ასევე ართულებს ფსიქიატრიული დარღვევები, ამიტომ ფსიქიატრიული დარღვევების მქონე მგლოვიარეების მიმართ ექთნებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინონ. ანამნეზში დეპრესიის ისტორიის მქონე ადამიანებში მწუხარება, ზოგჯერ დეპრესიის გამწვავებას განაპირობებს. ეს ადამიანები ზოგჯერ მკურნალობის პირობების, რუტინის, გარემოსა და პერსონალის ცვლილების საპასუხოდაც კი განიცდიან მწუხარებასა და დანაკარგს.

მიუხედავად იმისა, რომ ექთნებმა უნდა იცოდნენ, რა გართულებები შეიძლება წარმოიშვას მწუხარების პროცესში, ეს უკანასკნელი თითოეული ადამიანისთვის ინდივიდუალური და დინამიურია. გამოცდილების გაზიარება, ემოციური რეაქციები, ტკივილის სიმძაფრე და დანაკარგის მნიშვნელობის აღიარების, გააზრების, ასიმილაციისთვის საჭირო დრო ინდივიდუალურია. ეს ინდივიდუალური მახასიათებლები მეტად მრავალფეროვანია და კულტურული ფაქტორებითაა განპირობებული.

მგრძნობელობის (მიდრეკილების) მახასიათებლები

ზოგიერთ ადამიანზე მწუხარებას განსაკუთრებულად დამანგრეველი გავლენა აქვს, რადგან თავიანთი პიროვნული მახასიათებლებიდან, ემოციური მდგომარეობიდან და

ვითარებიდან გამომდინარე ისინი უფრო მიდრეკილნი არიან მწუხარების პროცესის გართულებისკენ. მონყვლად პირებს შემდეგი მახასიათებლები აქვთ:

- დაბალი თვითშეფასება;
- სხვების მიმართ ნდობის ნაკლებობა;
- ანამნეზში ფსიქიატრიული დაავადება;
- წარსულში სუიციდის საშიშროება ან მცდელობა;
- არ აქვთ ოჯახი ან მხარდაჭერა ოჯახის მხრიდან;
- გარდაცვლილის მიმართ ამბივალენტური, დამოკიდებული ან დაუცველი მიჯაჭვულობა;
 - ამბივალენტური მიჯაჭვულობის დროს, ერთ-ერთი პარტნიორი მაინც არ არის დარწმუნებული, როგორ უყვარს ან არ უყვარს წყვილს ერთმანეთი. მაგალითად, როცა ქალი არ არის დარწმუნებული, გაიკეთოს თუ არა აბორტი და გარშემომყოფები მას აბორტის გაკეთებისკენ მოუწოდებენ, ის ნაცოფის მიმართ ამბივალენტურ მიჯაჭვულობას განიცდის.
 - დამოკიდებული მიჯაჭვულობის დროს ერთ-ერთი პარტნიორი თავისი საჭიროებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით მეორეზეა დამოკიდებული და თვითონ პარტნიორის საჭიროებებს ზოგჯერ არ აკმაყოფილებს.
 - დაუცველი მიჯაჭვულობა ძირითადად ბავშვობის ასაკში ფორმირდება; განსაკუთრებით, თუ ბავშვმა შიში და უმწეობა დაისწავლა (მაგ., მშობლების მიერ დამცირების, ძალადობის ან კონტროლის შედეგად).

მონყვლადობაზე ადამიანის აღქმის ფაქტორიც ზემოქმედებს: აღქმა, ანუ ის, თუ როგორ იაზრებს ან შეიგრძნობს ადამიანი სიტუაციას, ყოველთვის არ შეესაბამება რეალობას. საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების შემდეგ, მგლოვიარეს შეიძლება სჯეროდეს, რომ ის ცხოვრებას ვეღარ განაგრძობს. ის თანდათან უფრო დარდიანი და დეპრესიული ხდება, ზოგჯერ არ ჭამს და არ ძინავს და სუიციდური ფიქრები აწუხებს.

მონყვლადობის განმაპირობებელი რისკ-ფაქტორები

შეარმა (2012) და ბისუკმა (2009) განსაზღვრეს ფაქტორები და გარემოებები, რომელიც ზემოთ ხსენებულ მონყვლად ჯგუფებში მწუხარების პროცესის გართულების რისკს ბრძის. ეს გარემოებები დაკავშირებულია ტრავმასთან ან მონყვლადობის ინდივიდუალურ აღქმებთან და მოიცავს შემდეგს:

- შვილის ან მეუღლის გარდაცვალებას;
- მშობლის გარდაცვალებას (განსაკუთრებით, ადრეული ბავშვობის ან მოზარდობის პერიოდში);
- უეცარ, მოულოდნელ ან უდროო სიკვდილს;
- რამდენიმე ადამიანის გარდაცვალებას;
- სიკვდილს სუიციდის ან მკვლელობის შედეგად;

ბუნებრივი ან ადამიანის მიერ გამოწვეული კატასტროფის, სამხედრო დანაკარგების, ტერორისტული თავდასხმების, ცალკეული პირების ან მასობრივი მკვლელობების

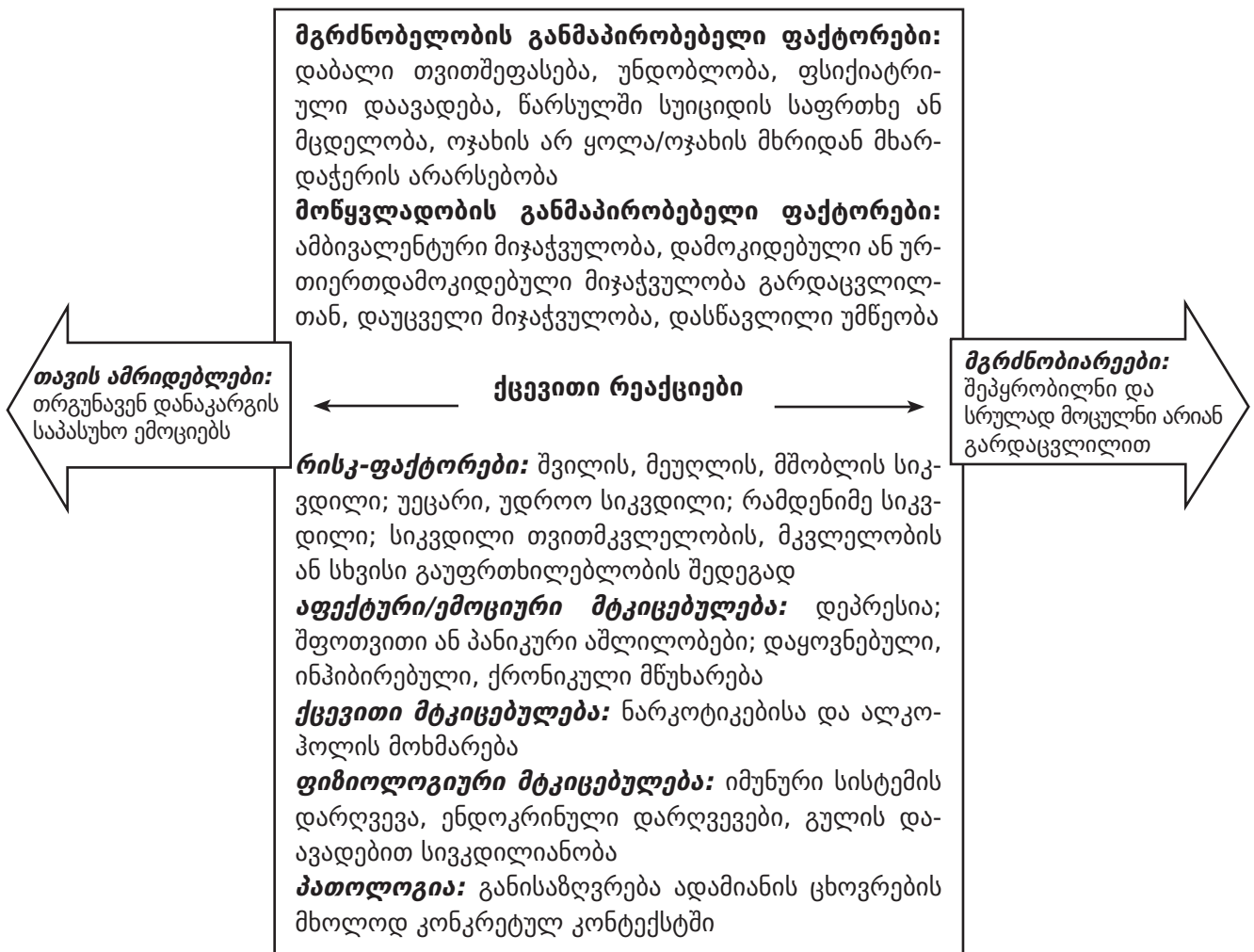
შედგად დამდგარი უეცარი და ძალადობრივი სიკვდილი უფრო დიდი ალბათობით გამოიწვევს მწუხარების პროცესის გახანგრძლივებასა და გართულებას (Kristensen et al., 2012).

გართულებული მწუხარება, როგორც უნიკალური და მრავალფეროვანი გამოცდილება

გართულებული გლოვის პროცესში სხვადასხვა ფიზიოლოგიური და ემოციური რეაქცია გვხვდება. ფიზიკური რეაქციები შესაძლოა მოიცავდეს: იმუნური სისტემის დარღვევებს, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის (ადრენოკორტიკულ) გაძლიერებულ აქტივაციას, პროლაქტინისა და ზრდის ჰორმონის რაოდენობის მომატებას, ფსიქოსომატურ აშლილობებსა და გულის დაავადებით სიკვდილის რისკის გაზრდას. დამახასიათებელი ემოციური რეაქციებია: დეპრესია, შფოთვითი ან პანიკური აშლილობები, დაყოვნებული ან ინჰიბირებული მწუხარება და ქრონიკული მწუხარება (Shear, 2012).

რადგანაც თითოეული ადამიანის გლოვის, მწუხარების პროცესი განსხვავებულია, ექთანმა შეზღუდვის ხარისხი კონკრეტული პიროვნების ცხოვრებისა და გამოცდილების კონტექსტში უნდა შეაფასოს. მაგ., გამკლავების ამჟამინდელი უნარები წარსულ გამოცდილებას უნდა შედარდეს; ასევე, უნდა შეფასდეს, ტკივილთან გამკლავების მიზნით, მიმართავს თუ არა პაციენტი ადაპტაციის ნაკლებფექტურ და არასრულყოფილ ქცევას, მაგალითად, მოიხმარს თუ არა ნარკოტიკებს ან ალკოჰოლს.

სურათი 10.1. გართულებული მწუხარების მიმოხილვა



საექთნო პროცესის ჩართვა

რადგანაც ახლო ურთიერთობაში ჩამოყალიბებული ძლიერი ემოციური მიჯაჭვულობის დაძლევა ადვილი არ არის, ამ ურთიერთობის დაკარგვა ქმნის კრიზისს, რომელსაც მნიშვნელოვანი შედეგები მოსდევს. აკილერამ და მესიკმა (1982) თავიანთ ნაშრომში კრიზისული ინტერვენციის შესახებ, შეიმუშავეს შეფასებისა და ინტერვენციის ზოგადი მიდგომა. კრიზისით გამონვეული წონასწორობის დარღვევა შეშფოთებას იწვევს და ხელს უშლის ადამიანს ჰომეოსტაზში, წონასწორობის ანუ ბალანსის მდგომარეობაში, დაბრუნებაში. მწუხარებაში მყოფი ადამიანის ჰომეოსტაზში დაბრუნებაზე შემდეგი ფაქტორები მოქმედებს: ვითარების ადეკვატური აღქმა, ადეკვატური სიტუაციური მხარდაჭერის არსებობა და გამკლავების გზების ადეკვატურობა. ეს ფაქტორები ეხმარება ადამიანს ბალანსისა და ჩვეული ფუნქციონირების აღდგენაში. გარდა ამისა, ზოგიერთი ადამიანი, ამ ფაქტორების დახმარებით, კრიზისს პიროვნული ზრდის შესაძლებლობად იყენებს. რადგანაც ნებისმიერი დანაკარგი შეიძლება იყოს აღქმული, როგორც პიროვნული კრიზისი, საკმაოდ გონივრული იქნება, რომ ექთანმა კრიზისის თეორიის ცოდნა საექთნო პროცესს დაუკავშიროს.

ექთანმა, პაციენტების მხარდაჭერისა და მწუხარების პროცესის ხელშეწყობის მიზნით, ყურადღება უნდა მიაქციოს და მოუსმინოს კოგნიტიურ, ემოციურ, სპირიტუალურ, ქცევით და ფიზიოლოგიურ მინიშნებებს. მართალია, ექთანი უნდა იცნობდეს დანაკარგის საპასუხო რეაქციის ფაზებს, ამოცანებსა და ასპექტებს, ის იმასაც უნდა აცნობიერებდეს, რომ თითოეული ადამიანის გამოცდილება უნიკალურია. კვალიფიციური კომუნიკაცია გადამწყვეტია შეფასებისა და ინტერვენციების ჩატარებისთვის.

პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებისა და მოთხოვნების ეფექტური დაკმაყოფილების მიზნით, ექთანმა უნდა გამოიკვლიოს საკუთარი დამოკიდებულებები, საჭიროებისამებრ უნდა იყოს პაციენტთან ერთად, გამოიჩინოს ყურადღება (attentivepresence) და შექმნას ფსიქოლოგიურად უსაფრთხო გარემო ინტიმური, ღრმა საუბრისთვის. ექთანი კარგად უნდა იცნობდეს საკუთარ რწმენებსა და განწყობებს, რაც მას დაეხმარება, არ მოახვიოს პაციენტს თავს საკუთარი შეხედულებები. „ყურადღებიანი თანადგომა“ (Attentivepresence) გულისხმობს პაციენტთან ერთად ყოფნას, მასთან კომუნიკაციაზე და მის გაგებაზე ორიენტირებას. ამაში ექთანს სხეულის ენის გამოყენება, მაგალითად, ხელებჩამოშვებული დგომა ან ჯდომა, პაციენტის სახის ყურება და განსაკუთრებით საუბრის დროს, მხედველობითი კონტაქტის დამყარება ეხმარება. ფსიქოლოგიურად უსაფრთხო გარემოს შექმნა მოიცავს პაციენტის კონფიდენციალურობის დაცვას, განსჯისა და კონკრეტული რჩევების მიცემისგან თავშეკავებას და პაციენტისთვის აზრებისა და გრძნობების თავისუფლად გამოხატვის საშუალების მიცემას.

შეფასება

ეფექტური შეფასება მოიცავს რეაქციის ყველა ასპექტზე დაკვირვებას: რას ფიქრობს ადამიანი (კოგნიტიური), როგორ გრძნობს თავს (ემოციური), რა ფასეულობებისა და მრწამსის მატარებელია (სპირიტუალური), როგორ იქცევა (ქცევითი) და რა პროცესები მიმდინარეობს მის ორგანიზმში (ფიზიოლოგიური) (დანართი 10.1). შეფასებისას ეფექტური კომუნიკაცია დაეხმარება პაციენტს საკუთარი გამოცდილების გაანალიზებაში. მაშასადამე, შეფასება ხელს უწყობს მწუხარების პროცესს.

მწუხარების ასპექტებზე დაკვირვებისას, ექთანი შეფასების სამ უმთავრეს კომპონენტს იკვლევს, ესენია:

- დანაკარგის ადეკვატური აღქმა;
- მწუხარების პროცესში ადეკვატური მხარდაჭერის ქონა;
- მწუხარებასთან გამკლავების ადეკვატური მექანიზმები.

დანართი 10.1 მწუხარების ასპექტები (რეაქციები) და მგლოვიარე პაციენტის სიმპტომები

კოგნიტიური რეაქციები	წარმოდგენებისა და რწმენების რღვევა; კითხვების დასმა და დანაკარგის მნიშვნელობის, აზრის ძიება; გარდაცვლილის ცხოვრებაში დატოვების მცდელობა; სიკვდილის შემდეგ სიცოცხლის რწმენა, გარდაცვლილის წინამძღოლად წარმოდგენა.
ემოციური რეაქციები	მრისხანება, სევდა, შფოთვა; იმედგაცრუება, გამწარება; დანაშაულის გრძნობა; უგრძნობლობა; ემოციების მონაცვლეობა; ღრმა სევდა, მართოსულობა; გარდაცვლილთან კავშირის აღდგენის ძლიერი სურვილი; დებრესია, აპათია, სასონარკვეთა დემორგანიზაციის ფაზაში; დამოუკიდებლობისა და თვითდაჭერებულობის შეგრძნება რეორგანიზაციის ფაზაში.
სპირიტუალური რეაქციები	იმედგაცრუება და ღმერთზე გაბრაზება; მიტოვებულობის შეგრძნებით გამონვეული მღელვარება; უიმედობა, ამაოების შეგრძნება.
ქცევითი რეაქციები	„ავტომატური“ ფუნქციონირება; ქვითინი, უკონტროლო ტირილი; ძლიერი მოუსვენრობა, მაძიებლის ქცევა; გალიზიანებადობა და აგრესიულობა; ერთდროულად სწრაფვა გარდაცვლილთან დაკავშირებული ადგილებისკენ და ამავდროულად მათთვის თავის არიდება; გარდაცვლილის ნივთების შენახვა, მათი გადაყრის სურვილის მიუხედავად; ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის სავარაუდო მოხმარება; სუიციდის ან მკვლელობის მიმანიშნებელი ქმედება ან მცდელობები; აქტივობისა და საკუთარ თავთან ჩაღრმავებისკენ სწრაფვა რეორგანიზაციის ფაზაში.
ფიზიოლოგიური რეაქციები	თავის ტკივილი, უძილობა; მადის დაქვეითება, წონაში კლება; ენერჯის ნაკლებობა; გულისცემის, გულის ფრიალის შეგრძნება; მოუნელებლობის შეგრძნება; იმუნური და ენდოკრინული სისტემების დარღვევები.

დანაკარგის აღქმა

შეფასება იწყება პაციენტის მიერ დანაკარგის აღქმის გამოკვლევით. რას ნიშნავს დანაკარგი პაციენტისთვის? ამ კითხვაზე ქალმა, რომელმაც სპონტანურად დაკარგა ნაყოფი და ქალმა, რომელმაც აბორტი გაიკეთა, შესაძლოა, ერთიდაიგივე ან სხვადასხვა პასუხი გაგცენ. მიუხედავად ამისა, ეს შეკითხვა ეხმარება მწუხარების პროცესის მხარდაჭერის წამოწყებას.

აღქმის შეფასებას და პაციენტის მიერ მწუხარების პროცესში ნაბიჯების გადადგმის წახალისებას შემდეგი კითხვებიც უწყობს ხელს:

- რას ფიქრობს და განიცდის პაციენტი დანაკარგთან დაკავშირებით?
- როგორ იმოქმედებს დანაკარგი პაციენტის ცხოვრებაზე?
- რა ინფორმაცია უნდა დააბუსტოს ან რა ინფორმაცია უნდა გაუზიაროს პაციენტს ექთანმა?

იმის მარტივი ენით გამოკითხვა, რისი ცოდნაც სჭირდება პაციენტს, ეხმარება მას იმ აღქმების გაზიარებაში, რომელიც დაბუსტებას საჭიროებს. ეს განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებს ეხება, როცა ადამიანი დანაკარგის მოლოდინშია, მაგალითად, აქვს ტერმინალური დაავადება ან სხეულის რომელიმე ნაწილი უნდა დაკარგოს. ექთანი ღია კითხვებს სვამს და ეხმარება პაციენტს არასწორი აღქმების გამოსწორებაში.

წარმოიდგინეთ შემდეგი ვითარება. ექიმმა ახლახან უთხრა მის მორისონს, რომ მის ძუძუში არსებული კვანძი ავთვისებიანი აღმოჩნდა და მას შეუძლია 2 დღეში ჩაიტაროს მასტექტომია. ექთანი შემოვლის შემდეგ შედის პაციენტს ოთახში და ხედავს, რომ ის ჩუმად უყურებს ტელევიზორს.

დიალოგი

ექთანი: „როგორ ხართ?“ (აჩვენებს ყურადღებას; წამოიწყებს ზოგად საუბარს)

პაციენტი: „კარგად, კარგად. მართლა კარგად ვარ.“

ექთანი: „ახლახან თქვენ ექიმმა გნახათ. მითხარით, როგორ გაიგეთ მისი ნათქვამი?“ (აღქმის გამოსაკითხად, იყენებს ღია კითხვებს)

პაციენტი: „ვფიქრობ, მან მითხრა, რომ მკერდზე ოპერაცია უნდა გავიკეთო.“

ექთანი: „რას ფიქრობთ ამ ახალ ამბავზე?“ (ღია კითხვა იმის დასადგენად, თუ რას ნიშნავს ეს პაციენტისთვის)

მნიშვნელოვანია ასევე შეფასდეს, რა შეხედულება აქვს პაციენტს მწუხარების პროცესზე. აქვს თუ არა მას წინასწარი წარმოდგენა, როდის და როგორ მიმდინარეობს პროცესი. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს პაციენტს, გააცნობიეროს, რომ მწუხარების პროცესი მეტად ინდივიდუალურია: თითოეული ადამიანი თავისებურად განიცდის მწუხარებას.

მოგვიანებით, ექთანი ხედავს, რომ მის მორისონს ბალიშში აქვს ჩარგული თავი და ტირის. მან ძალიან ცოტა მიირთვა და მნახველების შემოშვებაზე უარი განაცხადა.

დიალოგი

ექთანი: „მის მორისონ, ვხედავ, რომ განანწყენებული ხართ. მითხარით, რა განუხებთ ამ ნუთას?“ (დაკვირვების გაზიარება; აღწერის წახალისება)

პაციენტი: „ოჰ, ისე მეზიზღება საკუთარი თავი. ვწუხვარ, რომ ასეთ მდგომარეობაში მოგიწიათ ჩემი ნახვა. უნდა შემეძლოს ამასთან გამკლავება. სხვა ადამიანებსაც დაჭირვებით კიბოს გამო ძუძუს მოკვეთა და ისინი თავს კარგად გრძნობენ.“

ექთანი: „ძალიან გაბრაზებული ხართ საკუთარ თავზე, ფიქრობთ, რომ სხვაგვარად უნდა გრძნობდეთ თავს.“ (მიმართავს რეფლექციას, იმეორებს პაციენტისგან გაგონილს)

პაციენტი: „დიახ, ზუსტად ასეა. თქვენ ასე არ ფიქრობთ?“

ექთანი: „დღეს თქვენ ძლიერ შოკთან მოგინიათ გამკლავება. ვფიქრობ, თქვენი თავისგან ბევრს ითხოვთ. რას ფიქრობთ? (მიმართავს რეფლექციას; უზიარებს შეხედულებებს; ელის დადასტურებას)

პაციენტი: „არ ვიცი, შესაძლოა. რამდენ ხანს ვიქნები ასე? ემოციურად განადგურებული ვარ.“

ექთანი: „თქვენ მწუხარების პროცესში ხართ. ამისთვის განსამზღვრელი დროის პერიოდი არ არსებობს. ამასთან გამკლავებისთვის ყველას სხვადასხვა მეთოდი აქვს და სხვადასხვა დრო ჭირდება.“ (ინფორმირება; გამოცდილების დადასტურება)

მხარდაჭერა

მხარდამჭერი სისტემების შეფასება ეხმარება მწუხარებაში მყოფ პაციენტს, იცოდეს ვინ დააკმაყოფილებს მის ემოციურ და სპირიტუალურ მოთხოვნილებებს დაცულობასა და სიყვარულზე. ექთანს შეუძლია, დაეხმაროს პაციენტს ასეთი მხარდამჭერი სისტემების იდენტიფიცირებასა და მათ გამოყენებაში.

დიალოგი

ექთანი: „არის თქვენს ცხოვრებაში ადამიანი, ვისაც ძალიან ენდომებოდა, რომ იცოდეს, რაც ახლახან ექიმმა გითხრათ?“ (სიტუაციური მხარდაჭერის შესახებ ინფორმაციის მოძიება)

პაციენტი: „ოჰ, მე სულ მართო ვარ. არც დაქორწინებული ვარ და ქალაქში ნათესავებიც არ მყავს.“

ექთანი: „არავინ არის ისეთი, ვისთვისაც ეს ახალი ამბავი მნიშვნელოვანი იქნება?“ (ექვსის გამოხატვა)

პაციენტი „ოჰ, შეიძლება მეგობარი, რომელსაც ხანდახან ტელეფონით ვესაუბრები ხოლმე.“

გამკლავების მექანიზმი და ქცევა

გამკლავების უნარებზე ექთანი ყველაზე მნიშვნელოვან ინფორმაციას პაციენტის ქცევაზე დაკვირვების შედეგად იღებს. ექთანი ფრთხილად უნდა დააკვირდეს მწუხარების პროცესში პაციენტის ქცევას და არასდროს ჩათვალოს, რომ ის რომელიმე კონკრეტულ ფაზას გადის. ექთანს კომუნიკაციის ეფექტური უნარები უნდა ჰქონდეს, რათა შეაფასოს, როგორ გამოხატავს პაციენტი ქცევა გამკლავებას, ფიქრებსა და ემოციებს.

მომდევნო დღეს, ექთანმა მოისმინა, რომ მის მორისონი ღამის განმავლობაში მოუსვენრად იყო. ექთანი შედის მის მორისონის ოთახში და ხედავს, რომ ის ტირის, საჭმლით სავსე ლანგარი კი ხელუხლებელია.

დიალოგი

ექთანი: „ასეთი აღელვებული ოპერაციის გამო ხართ?“ (დაკვირვების წარმოება; მიიჩნევს, რომ პაციენტის ტირილი დანაკარგისა და მწუხარების გამომხატველი მოსალოდნელი ქცევაა)

პაციენტი: „მე არ მიკეთდება ოპერაცია. ვილაცაში გეშლებით.“ (უარყოფის გზით გამკლავება)

პაციენტის გამკლავების უნარების შეფასებისას, ექთანმა ასევე უნდა გაითვალისწინოს რამდენიმე სხვა საკითხიც. როგორ უმკლავდებოდა პაციენტი დანაკარგს წარსულში? რამდენად შეზღუდულია ახლა პაციენტის შესაძლებლობები? რა განსხვავებაა ახლანდელ და წარსულ გამოცდილებებს შორის? რას აღიქვამს პაციენტი პრობლემად? უკავშირდება თუ არა ეს არარეალისტურ მოლოდინს იმის შესახებ, თუ რას უნდა გრძნობდეს ან აკეთებდეს? დანაკარგზე რეაქციის სხვადასხვა ასპექტები ერთმანეთში გარდამავალია და მათ შორის დინამიკური კავშირია. ის, თუ რას ფიქრობს პაციენტი მწუხარების პერიოდში, ზემოქმედებს მის გრძნობებზე; გრძნობები კი ქცევაზე ახდენს გავლენას. ასევე გადაჯაჭვულია აღქმის, მხარდაჭერისა და გამკლავების ასპექტებიც. ისინი პაციენტის შეფასებისა და დახმარების ერთგვარ საყრდენს ქმნის.

მონაცემთა ანალიზი და დაგეგმვა

იმ პაციენტის საექთნო დიაგნოზები, რომელიც დანაკარგს განიცდის, შეფასებით მიღებული სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე უნდა დადგინდეს. მწუხარების პროცესში მყოფი პაციენტების საექთნო დიაგნოზებია:

- მწუხარება/გლოვა;
- გართულებული მწუხარება/გლოვა;
- გართულებული მწუხარების რისკი;
- წინასწარი (მოლოდინის ეტაპის) მწუხარება.

შედეგების/გამოსავლების იდენტიფიკაცია

პაციენტის მიერ მიღწეული შედეგების/გამოსავლების მაგალითებია:

- დანაკარგის ეფექტების იდენტიფიცირება;
- დანაკარგის მნიშვნელობის იდენტიფიცირება;
- მწუხარების გამოხატვისას ადეკვატური მხარდაჭერის ძიება, მოთხოვნა;
- დანაკარგთან გამკლავების გეგმის შემუშავება;
- დანაკარგზე რეაქციის თითოეული ასპექტის გამოხატვისას და მათი ცხოვრებაში ასიმილაციისას ეფექტური გამკლავების სტრატეგიების გამოყენება;
- დანაკარგის უარყოფითი შედეგების ამოცნობა, აღიარება;
- მწუხარების პროცესის ხელშეწყობისთვის პროფესიონალების დახმარების მოძიება და მიღება.

ინტერვენციები

ექთნის ხელშეწყობა ეხმარება პაციენტს შეისწავლოს და განახორციელოს ცვლილებები. ცვლილებები მწუხარების პროცესში წინ წაწევის მანიშნებელია. ზოგჯერ პაციენტი თითო მტკივნეული ნაბიჯით მიიწევს წინ. ზოგჯერ ის განმეორებით აღმოჩნდება ერთსა და იმავე ადგილას.

დანაკარგის აღქმის შესწავლა

კოგნიტური რეაქციები მჭიდროდაა დაკავშირებული მწუხარების თანმხლებ ემოციურ სირთულეებთან. პაციენტის მიერ დანაკარგის, მისი მნიშვნელობის აღქმის შეს-

წავლა პირველი ნაბიჯია, რომელიც ეხმარება მას მწუხარების თავდაპირველ ემოციურ გადატვირთვასთან დაკავშირებული ტკივილის შემსუბუქებაში. ექთანს შეუძლია ჰკითხოს პაციენტს, რას ნიშნავს მისთვის მართლ ყოფნა და გამოიკვლიოს, რამდენად ჰყავს პაციენტს გარშემო მხარდამჭერები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ექთანმა მოუსმინოს პაციენტის გამოხატულ ნებისმიერ ემოციას, მაშინაც კი, როცა ის ამ შეგრძნებებს „არ ეთანხმება“. მაგალითად, ექთანს, შესაძლოა, უსამართლოდ მოეჩვენოს პაციენტის გაბრაზება გარდაცვლილსა და ღმერთზე, ან მის მიერ სხვების გაკრიტიკება „გვერდით არ დგომის“ და არასაკმარისი მხარდაჭერის გამო. მიუხედავად ამისა, უმნიშვნელოვანესია პაციენტის გრძნობების მიმართ ტოლერანტულობა. ექთანი არ უნდა ეცადოს დაარწმუნოს იგი, არ იყოს გაბრაზებული ან ნაწყენი. ექთანმა უნდა წაახალისოს ადამიანი, გამოხატოს გრძნობები ისე, რომ არ დაამშვიდოს და დააშოშმინოს იგი.

როცა ადამიანი დანაკარგს განიცდის, განსაკუთრებით თუ ეს დანაკარგი მოულოდნელია, უარყოფა, კოგნიტური დამცველობითი მექანიზმი, ასრულებს ერთგვარი ბალიშის როლს, რომელიც ამსუბუქებს დანაკარგის ეფექტებს. ტიპური ვერბალური რეაქციებია: „არ მჯერა, რომ ეს მოხდა“, „შეუძლებელია, ეს მართალი იყოს“, და „რალაც შეცდომაა“.

ადაპტაციური უარყოფა, რომლის დროსაც პაციენტი ეტაპობრივად ეგუება დანაკარგის სინამდვილეს, ეხმარება პაციენტს საკუთარი თავის, სხვებისა და სამყაროს წარსული (დანაკარგამდე) აღქმების გადაფასებაში და აზროვნების ახალი გზების ფორმირებაში. დანაკარგის მთელი დატვირთვის ერთჯერადად მიღება გაცილებით უფრო რთულია, ვიდრე მასთან ეტაპობრივად, ნაბიჯ-ნაბიჯ გამკლავება. ადამიანს შეიძლება ჰქონოდა გარკვეული წარმოდგენები, თუ როგორ უნდა მოქცეულიყვნენ სხვები და რა რეაქცია უნდა ჰქონოდათ დანაკარგზე – თუმცა, ეს წარმოდგენები ხშირად არასწორი აღმოჩნდება ხოლმე.

კომუნიკაციის ეფექტური უნარები ეხმარება ადაპტაციური უარყოფის ეტაპზე მყოფ პაციენტს დანაკარგის მიღებაში, გაცნობიერებაში. დააკვირდით ექთნის ინტერვენციას მის მორისონის შემთხვევაში. ექთანი შედის მის მორისონის ოთახში და ხედავს, რომ ის ტირის, საჭმლით სავსე ლანგარი კი ხელუხლებელია.

დიალოგი

ექთანი: „აღბათ ძალიან განაწყენებული ხართ ოპერაციის შესახებ ექიმის ნათქვამი ახალი ამბით.“ (მიმართავს რეფლექციას, გულისხმობს, რომ ტირილი მოსალოდნელი რეაქციაა; ოპერაციაზე აქცენტის გაკეთება ირიბი მიდგომაა კიბოს საკითხის მიმართ)

პაციენტი: „მე არ მიკეთდება ოპერაცია. ვილაცაში გეშლებით.“ (მიმართავს უარყოფას)

ექთანი: „მე დაგინახეთ, რომ ტიროდით და მინდა ვიცოდე, რამ გაგანაწყენათ. მაინტერესებს, თავს როგორ გრძნობთ.“ (აქცენტი კეთდება ქცევაზე, ხდება დაკვირვების გაზიარება და ამასთან, დაინტერესების, ზრუნვის გამოხატვა და პაციენტის უარყოფის მიღება)

პაციენტი: „უბრალოდ არ მშია. მადა არ მაქვს და კარგად ვერ გავიგე ექიმის ნათქვამი.“ (აქცენტი კეთდება ფიზიოლოგიურ რეაქციაზე; არ პასუხობს ექთნის წახალისებას, ისაუბროს გრძნობებზე; აღიარებს ექიმის ვიბიტს, მაგრამ არ არის დარწმუნებული, რა უთხრა მან – იწყებს კოგნიტურ ადაპტაციას ვითარების სინამდვილესთან)

ექთანი: „ვფიქრობ, თქვენი უმადობა ხომ არ უკავშირდება იმას, რასაც განიცდით. ხდება ხოლმე, რომ როცა რამეზე განაწყენებული ხართ, მადა არ გაქვთ?“ (ფიზიოლო-

გიურ რეაქციასა და გრძნობებს შორის შესაძლო კავშირზე აპელირება; ადაპტაციური უარყოფის ხელშეწყობა)

პაციენტი: „*ნუ, მართალი რომ გითხრათ, დიახ. მაგრამ ვერ ვხვდები, რაზე უნდა ვიყო განაწყენებული.*“ (აღიარებს ქცევასა და გრძნობებს შორის კავშირს; განაგრძნობს რეალობის უარყოფას)

ექთანი: „*თქვენ მითხარით, რომ კარგად ვერ გაიგეთ, რა გითხრათ ექიმმა. იქნებ იმიტომ ხართ გაურკვევლობაში, რომ მისმა ნათქვამმა გაგანაწყენათ. ახლა კი თქვენ მადა არ გაქვთ.*“ (პაციენტის გამოცდილების გამოყენება ექიმის მოწოდებულ ახალ ამბავსა და პაციენტის ფიზიოლოგიურ რეაქციასა და ქცევას შორის კავშირის გამოკვეთის მიზნით)

პაციენტი: „*თქვენ ხომ არ იცით, რა მითხრა?*“ (ინფორმაციის მოთხოვნა; გამოხატავს მზაობას, ხელახლა მოისმინოს იგი; აგრძელებს რეალობასთან ადაპტაციას)

ამ შემთხვევაში, ექთანი ფრთხილად, ნაზად, მაგრამ დაჟინებით უწყობს ხელს პაციენტის მიერ რეალობის გაცნობიერებას.

მხარდაჭერის მოპოვება

ექთანს შეუძლია, დაეხმაროს პაციენტს, მოიძიოს და მიიღოს მხარდაჭერა სხვა ადამიანებისგან, რომელთაც მწუხარების პროცესში მისი დახმარება სურთ. მიაქციეთ ყურადღება, რომ შეფასება მხარდაჭერის გეგმაში გადაიზრდება.

დიალოგი

ექთანი: „*არის თქვენს ცხოვრებაში ადამიანი, ვისაც ძალიან ენდომებოდა, რომ იცოდეს, რაც ახლახან ექიმმა გითხრათ?*“ (სიტუაციური მხარდაჭერის შესახებ ინფორმაციის მოძიება)

პაციენტი: „*ოჰ, მე სულ მართო ვარ. არც დაქორწინებული ვარ და ქალაქში ნათესავებიც არ მყავს.*“

ექთანი: „*არავინ არის ისეთი, ვისთვისაც ეს ახალი ამბავი მნიშვნელოვანი იქნება?*“ (ექვის გამოხატვა)

პაციენტი: „*ოჰ, შეიძლება მეგობარი, რომელსაც ხანდახან ტელეფონით ვესაუბრები ხოლმე.*“

ექთანი: „*მოდით, სატელეფონო წიგნს მოგიტანთ და შეგიძლიათ, ახლავე დაურეკოთ.*“ (აგრძელებს ყურადღების გამოვლენას; სთავაზობს მხარდაჭერის დაუყოვნებლივ წყაროს; აყალიბებს შემდეგი მხარდაჭერისთვის სამოქმედო გეგმას)

არსებობს მრავალი ინტერნეტ-რესურსი, რომელთა მეშვეობითაც ექთნებს სურვილისებრ შეუძლიათ, დაეხმარონ პაციენტებს მწუხარების პროცესთან დაკავშირებული ინფორმაციის, მხარდამჭერი ჯგუფებისა და აქტივობების მოძიებაში. თუ საძიებო ველში ჩანერს სიტყვებს „bereavement“ და „hospice“, ექთანს შეუძლია მოიძიოს უამრავი ორგანიზაცია, რომელიც შეერთებულ შტატებში მხარდაჭერასა და განათლებას ახორციელებს. თუ პაციენტს ინტერნეტზე წვდომა არ აქვს, მას საჯარო ბიბლიოთეკების უდიდეს ნაწილში გაუწევინ დახმარებას, რათა მოიძიოს თავისი საჭიროებების შესაბამისი სხვადასხვა ჯგუფები და აქტივობები. იმის მიხედვით, თუ რომელ შტატში ცხოვრობს პაციენტი, ხელმისაწვდომია სხვადასხვა ჯგუფები ადამიანებისთვის, რომლებმაც დაკარგეს შვილი, მეუღლე ან სხვა საყვარელი ადამიანი თვითმკვლელობის, მკვლელობის, ავტოსაგზაო შემთხვევის ან კიბოს შედეგად.

გამკლავების მექანიზმების ხელშეწყობა

როცა ექთანი ცდილობდა, მის მორისონი მისი ოპერაციის სინამდვილეზე ორიენტირებულიყო, ექთანი ეხმარებოდა მას უარყოფის არაცნობიერი მექანიზმიდან რეალობასთან ცნობიერ გამკლავებაზე გადასვლაში. ექთანმა გამოიყენა კომუნიკაციის უნარები, რათა წაეხალისებინა მის მორისონი, რომ მას საკუთარი გამოცდილება და ქცევა დანაკარგის შესახებ ახალ ამბავთან გამკლავების გზად აღექვა.

ინტერვენცია მოიცავს პაციენტისთვის საშუალების მიცემას, შეადაროს, როგორ უმკლავდებოდა ის მნიშვნელოვან დანაკლისს წარსულში. ექთანმა ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტს, დაფიქრდეს თავის ძლიერ მხარეზე და პიროვნული ძალის, სიმტკიცის შეგრძნება შეიძინოს. წარსული ქცევების გახსენება და მათი განმეორება ახალ სიტუაციაში, ზოგჯერ ხელს უწყობს ახალი მეთოდების გამოყენებას და თვითაღმოჩენას. წარსული პერსპექტივის ქონა ეხმარება ადამიანს მწუხარების „სამუშაოს“ შესრულების დროს სხვანაირად დაუფიქრდეს საკუთარ თავს, დანაკარგს და ზოგჯერ დანაკლისის მნიშვნელობასაც.

კიდევ ერთი ინტერვენცია, რომელიც პაციენტს გამკლავებაში ეხმარება არის მისი წახალისება, თავს მოუაროს. ექთანმა უნდა შესთავაზოს მას საკვები, ოღონდ არ უნდა დააძალოს მას მისი მიღება. კვებაზე, კარგად გამოძინებაზე, ვარჯიშსა და დამამშვიდებელი აქტივობებისთვის დროის დათმობაზე ორიენტირება ეხმარება პაციენტს გაჯანსაღებაში. ისევე, როგორც დაღლილ მოლაშქრეს სჭირდება შეჩერება, დასვენება და ძალების აღდგენა, ისევე ჭირდება მგლოვიარე ადამიანს მწუხარების მეტად დამღლელ და რთულ პროცესში პაუზის აღება. ამის განხორციელება შესაძლებელია სამსახურის რუტინაში დაბრუნებით ან ოჯახის სხვა წევრებზე ყურადღების გადატანით. მოხალისეობრივი სამუშაო, მაგალითად, ჰოსპისში ან ბოტანიკურ ბაღში, საეკლესიო აქტივობებში მონაწილეობის მიღება და დანაკლისზე ორიენტირებულ საგანმანათლებლო ჯგუფებში თვითგამოხატვა ზოგჯერ პაციენტს საკუთარი ნიჭის აღმოჩენაში ეხმარება და საკუთარ თავზე კარგ წარმოდგენას უქმნის.

კომუნიკაციისა და ურთიერთობის უნარ-ჩვევები ექთნისთვის ისეთივე მნიშვნელოვანი „ხელსაწყოებია“, როგორიც სტეტოსკოპი, მაკრატელი და ხელთათმანები. პაციენტი ენდობა ექთანს და სჯერა, რომ ის დაეხმარება მას მწუხარების პროცესში. ზემოთ ნახსენები უნარ-ჩვევების გარდა, ეს ხელსაწყოები/ინსტრუმენტებია:

- დანაკლისის აღიარება მარტივი ფრაზებით, რომელიც პაციენტს არ განსჯის: „მინდა იცოდეთ, რომ ვფიქრობ თქვენზე.“;
- გარდაცვლილი ადამიანის ან მწუხარების ობიექტის სახელით მოხსენიება (თუ ეს მიღებულია პაციენტის კულტურაში);
- ცოდნა, რომ სიტყვები ყოველთვის აუცილებელი არ არის; იდაყვზე, მხარზე ან ხელზე მსუბუქი შეხება ან უბრალოდ პაციენტის გვერდით ყოფნა თავისთავად გამოხატავს ზრუნვას;
- პაციენტის მწუხარების უნიკალურობის პატივისცემა;
- პაციენტის პირადი რწმენების პატივისცემა;
- გულწრფელობა, სანდობა (პაციენტის საყრდენი), თანმიმდევრულობა და პაციენტის ნდობის დამსახურება;

პირადი ხასიათის საუბრის დროს პაციენტის ღიმილი და ექთანთან მხედველობითი კონტაქტი, ძირითადად, იმას მიუთითებს, რომ ექთანი სანდოდ მიიჩნევა. თუმცა, ექთანმა უნდა იცოდეს, რომ სხვადასხვა კულტურაში არავერბალურ ქცევას სხვადასხვა დატვირთვა და კონოტაცია აქვს.

შეფასება

პროგრესის შეფასება დამოკიდებულია კონკრეტული პაციენტისთვის შემუშავებულ სამიზნეებზე. მწუხარების პროცესის ამოცანებისა და ფაზების (განხილულია ამ თავის დასაწყისში) მიმოხილვა გამოგადგებათ ნებისმიერ მოცემულ მომენტში პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისთვის. ექთანს შეუძლია თქვას, რომ პაციენტი კვლავ უარყოფის ეტაპზე ან მძაფრ ემოციებს გამოხატავს; რომ პაციენტი რეორგანიზაციის, მდგომარეობიდან გამოსვლის და გაჯანსაღების ნიშნებს ავლენს.

საექთნო ინტერვენციები

მწუხარების პროცესში

გამოიკვლიეთ, როგორ აღიქვამს და რა მნიშვნელობას ანიჭებს პაციენტი დანაკლისს. მიეცით უფლება, უარყოფა, როგორც ადაპტაცია, გამოიყენოს. წაახალისეთ ან დაეხმარეთ, მოიძიოს და მიიღოს მხარდაჭერა. წაახალისეთ, შეამოწმოს და შეადაროს წარსულ და ამჟამინდელ დანაკლისთან გამკლავების პატერნები.

წაახალისეთ პაციენტი, განიხილოს საკუთარი ძლიერი მხარეები და პიროვნული ძალა. წაახალისეთ პაციენტი, მოუაროს თავს.

შესთავაზეთ პაციენტს საკვები, მაგრამ არ დააძალოთ ჭამა.

გამოიყენეთ კომუნიკაციის ეფექტური მეთოდები:

- მონიახულეთ, აჩვენეთ ყურადღება, წამოიწყეთ ზოგადი საუბარი;
- დასვით ღია კითხვები;
- წაახალისეთ აღწერა;
- გაუზიარეთ დაკვირვება;
- მიმართეთ რეფლექციას;
- ითხოვეთ წარმოდგენების დადასტურება;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია;
- გააჟღერეთ ეჭვი;
- მიმართეთ ორიენტირებას, ფოკუსირებას;
- შეეცადეთ, „გადათარგმნოთ“ გრძნობებად და გააჟღეროთ ნაგულისხმები.

დაამყარეთ რაპორტი და შეინარჩუნეთ ურთიერთობის უნარ-ჩვევები, მაგალითად:

- „ყურადღებიანი თანადგომა“ (Attentivepresence – პაციენტთან გვერდით ყოფნისას განსაკუთრებული ყურადღების გამოჩენა);
- პატივი ეცით პაციენტის მწუხარების პროცესის უნიკალურობას;
- პატივი ეცით პაციენტის პირად რწმენებს;
- იყავით სანდო: გულწრფელი, თანმიმდევრული, პაციენტისთვის საიმედო საყრდენი;
- პერიოდული თვითშემეცნების კითხვარები დანაკარგთან დაკავშირებული განწყობების და საკითხების შესახებ.

თვითცნობიერების საკითხები

მწუხარებაში მყოფ პაციენტებს უფრო მეტი ჭირდებათ, ვიდრე უბრალოდ უნარ-ჩვევებისა და ბაზისური ცოდნის მქონე ადამიანი; მათ ჭირდებათ მხარდაჭერა ადამიანისგან, რომელსაც თავიანთ ემოციებს და ფიქრებს მიანდობენ. რათა პაციენტმა ის სანდოდ აღიქვას, ექთანი უნდა ჩაუღრმავდეს საკუთარ დამოკიდებულებებს დანაკარგისა და მწუხარების პროცესის შესახებ.

მწუხარების პროცესში მყოფ პაციენტებთან მუშაობისას გასათვალისწინებელი საკითხები

თვითშემეცნების კითხვარის შევსება გულისხმობს პერიოდულად პასუხების გაცემას შემდეგი ტიპის შეკითხვებზე:

- რა/ვინ დამიკარგავს ცხოვრებაში და როგორ მოქმედებს ეს ჩემზე?
- მოცემულ მომენტში დანაკარგის გამო მწუხარებაში ვიმყოფები? როგორ მოქმედებს ჩემი დანაკლისი ჩემს უნარზე, გვერდით დავუდგე ჩემს პაციენტს?
- ვინ დგას ჩემ გვერდით მწუხარების ჟამს?
- როგორ ვუმკლავდები დანაკარგს?
- მწუხარებაში მყოფ პაციენტზე დაკვირვებისას და მისი მოსმენისას, ვამჟღავნებ საკუთარი მწუხარებით გამონწვეულ ტკივილს?
- საკუთარი პროცესიდან გამომდინარე ვაკეთებ დაშვებებს პაციენტის გამოცდილების შესახებ?
- პაციენტის საჭიროებების დაკმაყოფილებისას, ვიცავ ექთანს და პაციენტს შორის ურთიერთობის ფარგლებს?
- მაქვს საკმარისი ძალა, გვერდით დავუდგე და ხელი შევუწყო პაციენტს მწუხარების პროცესში?
- როგორ აფასებს ჩემი ზედამხედველი ან კოლეგა, რომელსაც ვენდობი, ჩემს ამჟამინდელ უნარს, მხარი დაუჭირო პაციენტს მწუხარების პროცესში?

მუდმივი თვითგამორკვევა ეფექტური მეთოდია, რათა შენარჩუნდეს მიზანზე და პაციენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული თერაპიული ურთიერთობა.

კლინიკური შემთხვევა: მწუხარება

ჯონ მეიერსი 54 წლის მამაკაცია, რომელიც მეუღლის გარდაცვალებას უმკლავდება. მეუღლე მოულოდნელად, ავტოსაგზაო შემთხვევის შედეგად დაიღუპა. მას ორი ზრდასრული, 26 და 28 წლის შვილი ჰყავს. მათ თავიანთი ოჯახები ჰყავთ და სხვა შტატში ცხოვრობენ. მისტერ მეიერსი თანდათან უფრო ჩამოშორდა მეგობრებსა და სხვა ოჯახის წევრებს, რომელთაც ეუბნება: „კარგად ვარ, უბრალოდ მარტო ყოფნა მჭირდება.“ ის არ ჭამს, წონაში იკლებს, ცუდად ძინავს; ერთ კვირაზე მეტია არ გაუპარსავს და ბაზისურ საჭიროებებს არ იკმაყოფილებს. ის თავის თავს ეუბნება: „შეუძლებელია, ეს მართალი იყოს. რა უნდა ვქნა?“. საბოლოოდ, თანამშრომელმა ის გადაუდებელი დახმარების კლინიკაში მიიყვანა. ექიმმა მოკლევადიანი, სტაციონარული ჰოსპიტალიზაცია მიიჩნია საჭიროდ, რადგან ჯონმა მას უთხრა, რომ ასე გაგრძელება აღარ შეეძლო, მაგრამ არ განავრცო, ზუსტად რას გულისხმობდა.

საექთნო მოვლის გეგმა: მწუხარება	
საექთნო დიაგნოზი	
მწუხარება: ნორმალური, რთული პროცესი, რომელიც მოიცავს ემოციურ, ფიზიკურ, სპირიტუალურ, სოციალურ და ინტელექტუალურ რეაქციებსა და ქცევებს, რომელთა მეშვეობითაც ადამიანი, ოჯახი და საზოგადოება არსებულ, მოსალოდნელ ან აღქმულ დანაკარგს ყოველდღიურ ცხოვრებაში აერთიანებს/ჩართავს.	
შეფასებით მიღებული მონაცემები	მოსალოდნელი შედეგები/გამოსავლები
<ul style="list-style-type: none"> ● ჯანმრთელობის, უნარების ან სიცოცხლის არსებული ან პოტენციური დანაკარგი; ● დანაკარგის უარყოფა; ● მნიშვნელოვანი დანაკარგის აღიარების სირთულე; ● გრძნობების უარყოფა; ● გრძნობების გამოხატვის სირთულე; ● გრძნობების სიმძაფრის შიში; ● პოტენციურ დანაკარგთან დაკავშირებით მწუხარების გამოხატვა; ● ბრაზი, მტრული განწყობა, მრისხანება ან აგრესიული ქცევა; ● დანაშაულის შეგრძნება; ● ტირილი; ● ანჰედონია (სიამოვნების განცდის უნარის არქონა); ● დაკარგული ადამიანის ან ობიექტის მიმართ ამბივალენტური გრძნობები; ● სუიციდური იდეები ან შეგრძნებები; ● დეპრესიული ქცევა; ● სევდა, დარდი; ● ღრმად დაფიქრება, დანაკარგით მოცვა; ● უკმაყოფილება; ● სასწრაფო კვების, უიმედობის, იმედგაცრუების შეგრძნებები; ● უმწეობისა და უძლურების შეგრძნებები; ● ყოველდღიური ყოფის მიმართ ინტერესის დაკარგვა; ● შფოთვა ან შიში; ● აგიტაცია; ● დაღლილობა; ● სხვებისგან გარიყვა; ● კვებითი ჩვევების ცვლილება; ● ძილის დარღვევები. 	<p>დაუყოვნებელი</p> <p><i>პაციენტი</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში იქნება უსაფრთხოდ და არ მიიყენებს თვითდაზიანებას; ● 24-48 საათში ვერბალურად აიდენტიფიცირებს დანაკარგს, პოტენციურ დანაკარგს ან ავადმყოფობას; ● 24-48 საათში ვერბალურად ან ქმედებით გამოხატავს სუიციდური, აგრესიული, დეპრესიული და ინდიფერენტული ქცევის შემცირებას; ● გამოხატავს გრძნობებს ვერბალურად და არა-ვერბალურად, მაგ., 2-4 დღეში ესაუბრება პერსონალს საკუთარ მწუხარებასა და ვითარებაზე მინიმუმ 30 წუთის განმავლობაში, დღეში მინიმუმ ორჯერ; ● უზრუნველყოფს ან ინარჩუნებს საკვების და სითხის ადეკვატურ მიღებას და გამოყოფას, მაგ., 2-4 დღეში პერსონალის დახმარებით მიერთმევს საკვები ულუფის მინიმუმ 30%-ს. <p>სტაბილიზაცია</p> <p><i>პაციენტი</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ვერბალურად გამოხატავს დანაკარგის ან ავადმყოფობის მიმღებლობას; ● განიხილავს დანაკარგს ან ავადმყოფობას საყვარელ ადამიანებთან; ● გამოხატავს მწუხარების პროცესის ცოდნას; ● უზრუნველყოფს ან ინარჩუნებს მოსვენების, ძილისა და აქტივობის ადეკვატურ ბალანსს; ● ვერბალურად გამოხატავს ცხოვრების სტილის ცვლილებებსა და გამკლავების მექანიზმებს დანაკარგის შემდეგ; ● ავლენს დანაკარგის ცხოვრებაში ინტეგრირების საწყის ნიშნებს, მაგ., აქვს რეალისტური სამომავლო გეგმა, როგორ შეძლებს დანაკარგის ინტეგრირებას.

	<p>საზოგადოება/თემი</p> <p><i>პაციენტი</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● დანაკარგითა და მწუხარებით გამონწვეული სტრესის შემდგომ ფიზიკური გამოჯანმრთელება; ● მონაწილეობს ხანგრძლივ თერაპიაში, თუ ეს საჭიროა, მაგ., განერამდე ირჩევს თერაპევტს და ეწერება მასთან ვიზიტზე; ● განიცდის პროგრესს მწუხარების პროცესში; ● აღადგენს ურთიერთობებს ან იღებს მხარდაჭერას საზოგადოებისგან.
იმპლემენტაცია	
საექთნო ინტერვენციები (* აღნიშნავს ერთობლივ, კოლაბორაციულ ინტერვენციებს)	მიზები, ახსნა-განმარტება
ყურადღებით შეაფასეთ სუციდური ქცევის რისკი. საჭიროებისამებრ მიიღეთ შესაბამისი სიფრთხილის ზომები.	პაციენტებში, რომლებიც ჯანმრთელობის ან ფუნქციის დანაკარგს განიცდიან, იმატებს სუციდის რისკი
საწყის ეტაპზე, მიამაგრეთ პაციენტს ერთი და იმავე პერსონალი. ეტაპობრივად წარუდგინეთ გუნდის ახალი წევრები.	პაციენტის უნარი, იურთიერთოს სხვა ადამიანებთან, ზოგჯერ დაქვეითებულია. პირველ ეტაპზე ახალი კონტაქტების რაოდენობის შეზღუდვა ხელს უწყობს ნაცნობი გარემოსა და ნდობის ჩამოყალიბებას და ამცირებს გადატვირთვას.
არ განსაჯოთ პაციენტი. აუცილებლად გაუმკლავდით საკუთარ დისკომფორტს, რომელიც პაციენტის სიტუაციას ან მწუხარებას უკავშირდება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).	პაციენტს, შესაძლოა, ეშინოდეს ავადმყოფობასა და ტერმინალურ მდგომარეობაზე სხვისი რეაქციის. საკუთარი გრძნობების ცოდნა და მათთან გამკლავება დაგეხმარებათ, რომ მათ ხელი არ შევიშალოთ პაციენტთან მუშაობაში.
წამოიწყეთ პაციენტთან ურთიერთობა; მიმართეთ სიჩუმისა და აქტიური მოსმენის მეთოდებს, რათა ხელი შეუწყოთ კომუნიკაციას.	პაციენტს შეიძლება ეშინოდეს, რომ ზურგს აქცევენ, თუ ავადმყოფობაზე ილაპარაკებს. თქვენი მის გვერდით ყოფნა ნიშნავს, რომ ზრუნავთ და იღებთ მას.
*პაციენტის შესაძლებლობის მიხედვით წაახალისეთ, რომ მან ჯერ პერსონალთან, შემდეგ საყვარელ ადამიანებთან და სხვა პაციენტებთან განიხილოს თავისი ავადმყოფობა ან მდგომარეობა. გქონდეთ პაციენტის მიმართ რბილი, ნაზი დამოკიდებულება; ისაუბრეთ სიტუაციაზე მარტივად, სხვათა შორის.	ავადმყოფობისა და დანაკარგის აღიარება აუცილებელია მწუხარების პროცესისთვის. რბილი დამოკიდებულებით მჭლავნდება ინტერესი პაციენტის გრძნობების მიმართ. ავადმყოფობაზე „სასხვათაშორისოდ“ საუბარი ხელს უწყობს მის გამიჯვნას ემოციური საკითხებისგან.
ესაუბრეთ პაციენტს რეალისტურად; განიხილეთ, დანაკარგის შედეგად, რა შეიცვალა კონკრეტულად ან რა უნდა შეცვალოს პაციენტმა	დანაკარგის ამ ჭრილში განხილვა ეხმარება პაციენტს, რეალისტურად აღიქვას იგი.
ხელი შეუწყვეთ პაციენტს, გამოხატოს გრძნობები ვერბალურად და არავერბალურად.	გრძნობების გამომხეურება ეხმარება სასოწარკვეთისა და სხვა შეგრძნებების შემცირებას და ხელს უწყობს მწუხარების პროცესში პროგრესს.

<p>წახალისეთ პაციენტი, გაიხსენოს სხვადასხვა მოვლენები და ისაუბროს დაკარგულ ადამიანთან ურთიერთობის შესახებ. განიხილეთ, როგორ შეიცვალა პაციენტის დამოკიდებულებები, გრძნობები საკუთარი თავის, სხვების, დაკარგული ადამიანის მიმართ.</p>	<p>დაკარგული ობიექტის ან ადამიანის განხილვა ეხმარება პაციენტს, გაიაზროს და გამოხატოს, რას ნიშნავს მისთვის დანაკარგი და გაერკვეს საკუთარ გრძნობებში.</p>
<p>პაციენტთან ერთად განსაზღვრეთ მისი ძლიერი მხარეები, რესურსები; იმედის, სიამოვნებისა და მხარდაჭერის წყაროები.</p>	<p>პაციენტი იმდენად გადატვირთული შეიძლება იყოს, რომ ვერაფერს უყურებდეს პოზიტიურად.</p>
<p>მიეცით პაციენტს საშუალება, ფიზიკური აქტივობის მეშვეობით „გამოუშვას“ დაძაბულობა, ბრაზი და ა.შ. აუხსენით, რომ ეს სტრესთან გამკლავების ჯანსაღი გზაა.</p>	<p>ფიზიკური აქტივობა დაძაბულობის შემსუბუქების ჯანსაღი, არადესტრუქციული მეთოდია.</p>
<p>აუხსენით პაციენტს, რომ ფიზიკური სტრესი დანაკარგის უმთავრესი ასპექტია. ხელი შეუწყვეთ კარგ კვებას, სითხის მიღებას, მოსვენებას და ყოველდღიურ ფიზიკურ აქტივობას (მაგალითად, სიარულს, ცურვას, ველოსიპედით სიარულს).</p>	<p>პაციენტი შეიძლება ვერ აცნობიერებდეს დანაკარგით განპირობებულ ფიზიკურ სტრესს და არ გააჩნდეს ბაზისური საჭიროებების დაკმაყოფილების ინტერესი. ფიზიკური ვარჯიში დაძაბულობის შემსუბუქებას ემსახურება.</p>
<p>გულწრფელად შეაქეთ პაციენტი იმისთვის, რისი გაკეთებაც გამოსდის; დააფასეთ პაციენტის მცდელობა ავადმყოფობის, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და სიკვდილის კონტექსტში.</p>	<p>პაციენტს ნამდვილად არ გამოადგება მლიქვნელი საუბარი, მაგრამ მძიმე ავადმყოფობის პირობებში მცირე მიღწევები მართლაც იმსახურებს შექებას.</p>
<p>დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ავადმყოფობა სასჯელის სახე არ არის და რომ ის არ იმსახურებს, რომ იყოს ავად.</p>	<p>პაციენტი ან სხვა ადამიანები შეიძლება მიიჩნევენ, რომ ავადმყოფობა სასჯელია და პაციენტი დამნაშავეა.</p>
<p>* ზოგჯერ საჭიროა პაციენტის გადამისამართება დაწესებულების კაპელანთან, სასულიერო პირთან ან სხვა სპირიტუალურ რესურსთან.</p>	<p>პაციენტი სასულიერო საკითხებს უფრო კომფორტულად იმ ადამიანთან განიხილავს, ვინც მის რწმენათა სისტემას იზიარებს.</p>
<p>* აუხსენით პაციენტსა და მის საყვარელ ადამიანებს, რომ ქრონიკული ან ტერმინალური დაავადებით ცხოვრება და მწუხარება მეტად რთული ამოცანებია. დააფასეთ პაციენტის მცდელობები.</p>	<p>პაციენტი შეიძლება ვერ აცნობიერებდეს, რამდენად რთულია სამუშაო, რომლის განწევაც ავადმყოფობით ცხოვრებასთან შეგუებისთვის უწევს.</p>
<p>* ხელი შეუწყვეთ პაციენტს ჰოსპიტალის გარეთ მხარდამჭერი ურთიერთობების იდენტიფიცირებასა და შენარჩუნებაში.</p>	<p>პაციენტს შეიძლება ეშინოდეს, რომ სხვა ადამიანები ზურგს აქცევენ და ჭირდებოდეს წახალისება, რომ სხვებს ეკონტაქტოს.</p>
<p>* დაეხმარეთ პაციენტს, საზოგადოებაში ან ინტერნეტში მოიძიოს დახმარების რესურსები. ზოგჯერ საჭიროა სოციალური მუშაკის ჩართვა.</p>	<p>განერის შემდეგ პაციენტს, შესაძლოა, ხანგრძლივი მხარდაჭერა ესაჭიროებოდეს. სოციალური მუშაკები დაეხმარებიან პაციენტს რესურსების მოძიებაში. არსებობს ბევრი საზოგადოება და ორგანიზაცია, რომელიც ქრონიკული ან ტერმინალური დაავადებების მქონე პაციენტებს აწოდებს ინფორმაციას, სთავაზობს სხვადასხვა</p>

	სერვისს, მათ შორის მხარდაჭერ ჯგუფებში გაწვევრიანებას.
*წაახალისეთ პაციენტი, საჭიროებისამებრ განაგრძოს მკურნალობა განერის შემდეგ.	მწუხარება და ქრონიკული ან ტერმინალური დაავადებები, შესაძლოა, გრძელვადიან მკურნალობას საჭიროებდეს.

საკუთესოპრაქტიკა: გახანგრძლივებული გლოვის თერაპია

გახანგრძლივებული გლოვის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების სიმპტომების გაუმჯობესებისთვის ეფექტურია თერაპია, რომელიც კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ ტექნიკას მოიცავს. ეს ტექნიკა მწუხარებაში მყოფი ყველა ადამიანისთვის უნივერსალურად ეფექტური არ არის. მომდევნო საფეხურია კვლევა, რათა ნაპოვნი იქნეს ქმედებები და პრაქტიკა, რომელიც ნორმალურ გლოვის პროცესს ხელს შეუწყობს.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნებისთვის

1. რა დანაკარგს ან დანაკლისს შეიძლება განიცდიდეს პაციენტი საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების ან სიცოცხლისთვის საშიში ავადმყოფობის გარდა? რა ტიპის წარსული დანაკარგებია გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებში?
2. გაიხსენეთ დანაკარგი, რომელიც განგიცდიათ. როგორ გეკიდებოდნენ გარშემოცოფები? ეს გეხმარებოდათ? რა მიიღეთ საკუთარი გამოცდილებიდან ისეთი, რაც გავლენას იქონიებს, როგორ დაეხმარებით სხვებს?

ძირითადისაკითხები

- მწუხარება მოიცავს სუბიექტურ ემოციებსა და აფექტს, რომელიც დანაკარგის საპასუხო ბუნებრივი რეაქციაა.
- გლოვა არის პროცესი, რომელშიც ადამიანი მწუხარებას განიცდის.
- დანაკარგის ტიპები შესაძლებელია განვიხილოთ, როგორც დაუკმაყოფილებელი ადამიანური საჭიროებები/მოთხოვნილებები. მასლოუს მოთხოვნილებების იერარქიის მოდელი გვეხმარება განვიხილოთ დანაკარგი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილებების ჭრილში.
- მწუხარების სამუშაოს შესრულება ერთ-ერთი ყველაზე რთული ცხოვრებისეული გამოცდაა. დანაკარგის ინტეგრირება მოითხოვს ადამიანის სრულ გონებრივ, ფიზიკურ და სულიერ რესურსებს.
- რადგანაც ექთანს მუდმივი კონტაქტი აქვს პაციენტებთან მათი ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე, მას უნდა ესმოდეს დანაკარგის არსი და მწუხარების პროცესი.
- მწუხარების პროცესი სხვადასხვა თეორეტიკოსის, მათ შორის კუბლერ-როსის, ბოულბის, ენგელისა და ჰოროვიცის მიერაა აღწერილი.
- ადამიანის საპასუხო რეაქციის ასპექტები მოიცავს კოგნიტურ, ემოციურ, სპირიტუალურ, ქცევით და ფიზიოლოგიურ ასპექტებს. მწუხარების პროცესის ნებისმიერ მომენტში ადამიანი შეიძლება ერთდროულად რამდენიმე ფაზას გადიოდეს.

- დანაკარგზე რეაგირების კულტურული მახასიათებლები ხშირად იკარგება საზოგადოების დომინანტურ ნორმებთან აკულტურაციის პროცესში. მწუხარების პროცესს ხელს უწყობს როგორც უნივერსალური, ისე კულტურისთვის სპეციფიკური რიტუალები.
- „არალეგიტიმური“/“უფლებო“ მწუხარება ძირითადად მოიცავს ისეთ სიკვდილს, გლოვას და ვითარებებს, რომლებიც საზოგადოებისთვის მიუღებელია და რომელთა დროსაც მგლოვიარე სტიგმატიზებულია.
- გართულებული მწუხარება ისეთი რეაქციაა, რომელიც ნორმის ფარგლებს სცდება. ადამიანი შეიძლება დაცლილი იყოს ემოციებისგან, გახანგრძლივებული დროის განმავლობაში იმყოფებოდეს მწუხარებაში ან ავლენდეს გადაჭარბებულ, შეუსაბამო გრძნობებს.
- გართულებული მწუხარების რისკს ზრდის: დაბალი თვითშეფასება, სხვების უნდობლობა, ფსიქიატრიული დაავადება, წარსულში სუიციდით მუქარა ან თვითმკვლელობის მცდელობა, ოჯახის არარსებობა ან ისეთი ოჯახი, რომელიც ადამიანს მხარს არ უჭერს.
- გარემოებები, რომელიც ზრდის მოწყვლად ადამიანებში გართულებული მწუხარების რისკს: შვილის ან მეუღლის გარდაცვალება; უეცარი, მოულოდნელი გარდაცვალება და მკვლელობა.
- შეფასებისას ექთანი აკვირდება და უსმენს, რას ფიქრობს და განიცდის ადამიანი ან როგორ იქცევა იგი. შემდეგ ის შესაბამის მონაცემებს მწუხარების პროცესში პაციენტის დასახმარებლად იყენებს.
- მწუხარებაში მყოფ პაციენტთან მუშაობისას ექთანს, შესაძლოა, დაეხმაროს კრიზისის თეორიის ცოდნა. კრიტიკული ფაქტორებია: ადეკვატური აღქმა, ადეკვატური მხარდაჭერა და ადეკვატური გამკლავება.
- წარმატებული შეფასებისა და ინტერვენციისთვის გადამწყვეტია კომუნიკაციის ეფექტური უნარ-ჩვევების ფლობა.
- დანაკარგის აღქმაზე ორიენტირებული ინტერვენციებია: დანაკარგის მნიშვნელობის გამოკვლევა და ადაპტაციური უარყოფის საშუალების მიცემა. ეს უკანასკნელი გულისხმობს დანაკარგის სინამდვილესთან ეტაპობრივ ადაპტაციას.
- პაციენტის გვერდით ყოფნა და ამასთან მხარდაჭერის სხვა რესურსების მოძიებაში მისი ხელშეწყობა უმნიშვნელოვანესი ინტერვენციაა.
- პაციენტის წახალისება, მოუაროს თავს, რაც გამკლავებას უწყობს ხელს.
- პაციენტის ნდობის მოსაპოვებლად, ექთანმა უნდა გამოიკვლიოს საკუთარი დამოკიდებულება დანაკარგის მიმართ და პერიოდულად შეავსოს თვით-შემეცნების კითხვარები.

წყარები:

1. Aquilera, D. C., & Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.
2. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness, and depression*. New York, NY: Basic Books.
3. Engel, G. L. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64(9), 93-98.
4. Givens, J. L., Prigerson, H. G., Kiely, D. K., et al. (2011). Grief among family members of nursing home residents with advanced dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 543-550.
5. Horowitz, M. J. (2001). *Stress response syndromes: Personality styles and interventions*. Lanham, MD: Jason Aronson Publishers/Rowman & Littlefield Publishing Group.
6. Kristensen, P., Weisaeth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76-97.
7. Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.
8. Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., et al. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812.
9. Loike, J., et al. (2010). The critical role of religion: Caring for the dying patient from an Orthodox Jewish perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10), 1267-1271.
10. Long, W. C. (2011). Trauma therapy for death row families. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 482-494.
11. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper.
12. Morrissey, K. (2010). Facing bereavement: Muslim funeral. <http://www.facingbereavement.co.uk/muslim-funeral.html>
13. Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
14. Rawlings, D. (2012). End-of-life considerations for gay, lesbian, bisexual, and transgender individuals. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), 29-34.
15. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans (9th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
16. Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: Pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128.
17. Spidell, S., et al. (2011). Grief in healthcare chaplains: An investigation of the presence of disenfranchised grief. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17(1-2), 75-86.
18. Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4th ed.)*. New York, NY: Springer.
19. Zisook, S., Shear, M. K., & Irwin, S. A. (2009). Death, dying, and bereavement. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2, 9th ed., pp. 2378-2407)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams, & Wilkins/Wolters Kluwer. 275-302.

თავი 11

ბრაზი, მტრულობა და აგრესია

ამ თავში განხილულია:

1. ბრაზის, მტრულობისა და აგრესიის დეფინიცია;
2. ფსიქიკური აშლილობები, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის მიერ გამოვლენილ მტრულობასა და ფიზიკური აგრესიის მომეტებულ რისკებთან;
3. აგრესიის ხუთ ფაზასთან დაკავშირებული ნიშნები, სიმპტომები და ქცევები;
4. აგრესიის ხუთივე ფაზის შესაბამისი საექთნო ინტერვენციები;
5. აგრესიულ, გაბრაზებულ და მტრულად განწყობილ პაციენტებთან მუშაობის ასპექტები.

სიბრაზე ადამიანის ნორმალური ემოციაა. იგი ძლიერი და არაკომფორტული ემოციური პასუხია რეალურ ან წარმოსახვით გამღიზიანებელზე. სიბრაზე ადამიანს ეუფლება ფრუსტრაციის, ტკივილისა და შიშის დროს. თუ ბრაზი მტკიცედ და ადეკვატურად არის გამოხატული, იგი ადამიანს შესაძლოა კონფლიქტების გადაჭრასა და გადაწყვეტილებების მიღებაშიც კი დაეხმაროს. ბრაზის დროს, სიმპატიკური ნერვული სისტემის ბრძოლა ან გაქცევის რეაქციის (Fight-or-flight) მექანიზმების გააქტიურებით, საშიშროების დასაძლევად, ადამიანის ძალების მობილიზება ხდება. სიბრაზის არაჯეროვანი გამოხატვისას ან სუბრესიისას, შესაძლოა, ადამიანს ფიზიკური ან ემოციური პრობლემები გაუჩნდეს ან წარმოეშვას გაუგებრობები ურთიერთობებში.

მტრულობა, იგივე ვერბალური აგრესია, წარმოადგენს ემოციას, რომელიც გამოიხატება სიტყვიერი აგრესიით, თანამშრომლობის ნაკლებობით, მიღებული წესების ან ნორმების დარღვევით ან მუქარით. ადამიანი მტრულობას ავლენს საშიშროების დროს ან როდესაც თავს უმწეოდ გრძნობს. მისი მთავარი მიზანია, დააშინოს ან ემოციური ზიანი მიაყენოს სხვა ადამიანს, რაც საბოლოო ჯამში, შესაძლოა, ფიზიკურ ძალადობაშიც გადაიზარდოს.

ფიზიკური აგრესია არის ქცევა, როდესაც ერთი ადამიანი მეორეს თავს ესხმის ან სხვის საკუთრებას აზიანებს. როგორც ვერბალური, ისე ფიზიკური აგრესია მიზნად ისახავს სხვა ადამიანის დასჯას ან დამორჩილებას. რიგი ფსიქიატრიული დაავადებების დროს ადამიანები მტრულობასა და ფიზიკურ აგრესიას ავლენენ, რაც სამედიცინო პერსონალისთვის დიდი გამოწვევაა.

ძალადობა და სასტიკი მოპყრობა განხილულია მე-12, ხოლო საკუთარ თავზე მიმართული აგრესია და სუიციდური ქცევა – მე-17 თავში. ამ თავში განხილულია სხვისკენ მიმართული მტრული, ძალადობრივი და აგრესიული ქცევის საექთნო მართვის პრინციპები.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

ბრაზი

მიუხედავად იმისა, რომ ბრაზი ნორმალური გრძნობაა, ის ხშირად ნეგატიურ კონტექსტში არის აღქმული. ბევრ ადამიანს ბრაზის პირდაპირი გამოხატვა მიუღებლად მიაჩნია, მიუხედავად იმისა, რომ ბრაზი, რიგ სიტუაციებში, ადეკვატური რეაქციაა (მაგ., უსამართლო სიტუაციები; პიროვნების უფლებები ირღვევა; რეალისტური მოლოდინი არ შესრულდა). თუ ადამიანი საკუთარ ბრაზს ასერტიულად გამოხატავს, მაშინ კონფლიქტის გადაჭრისა და მოგვარების გზის პოვნა მეტად რეალისტურია. ზოგადად, **ასერტიულობა** არის ადამიანის უნარი, თამამად გამოხატოს საკუთარი აზრი სხვისი შეურაცხყოფის გარეშე და სხვებთან ეფექტიანი კომუნიკაცია დაამყაროს. ასერტიულობა აძლევს ადამიანს სხვებთან ღია კომუნიკაციის საშუალებას.

სიბრაზე ნეგატიური მოვლენა ხდება, როდესაც ის არასწორი ფორმით არის გამოხატული ან დათრგუნულია (სუპრესია). სიბრაზის ემოციის სუპრესიამ შესაძლოა გამოიწვიოს როგორც ფიზიკური (შაკიკის შეტევა, კუჭის წყლული, კორონარული არტერიების დაავადებები), ისე ემოციური (დეპრესია, დაბალი თვითშეფასება) პრობლემები.

არამართებულად გამოხატულმა სიბრაზემ, შესაძლოა ჩამოაყალიბოს აგრესია და მტრულობა. ექთანი, ბრაზის გამოხატვის თვალსაზრისით, საკუთარი ქცევით, შესაძლოა, როლური მოდელი თავად გახდეს. ბრაზის გამოხატვის ასერტიული მეთოდი კონცენტრირდება სიტყვაზე „მე“ და ნათლად და ცხადად გამოხატავს ადამიანის პირად ემოციებს, მაგ., „მე ვბრაზდები, როცა მანყვეტინებ“, „იმის გამო, რომ ჩემთან შეუთანხმებლად შეცვალეთ სამუშაო განრიგი, მე გაბრაზებული ვარ“. ასერტიული კომუნიკაციისას, განცდილი ემოციები გამოიხატება პირდაპირ და შეუფარავად, რაც პრობლემის გადაჭრას უწყობს ხელს.

ზოგჯერ, ადამიანები სიბრაზის დასაძლევად მიმართავენ აგრესიულ, მაგრამ უსაფრთხო გამოხატვის მეთოდებს, მაგალითად, საგანზე ძლიერი დარტყმით, ყვირილით და სხვა. ასეთ აქტივობებს, **კათარზისი** ეწოდება და მიზნად ისახავს ემოციებისგან დაცლას. თუმცა კათარზისულმა აქტივობებმა, შესაძლოა გააძლიეროს კიდევ სიბრაზის შეგრძნება, ამიტომ სეირნობა ან პრობლემურ საკითხზე სხვა ადამიანთან საუბარი, შესაძლოა მეტად ეფექტური იყოს.

შაპიროსა და ვულსინის ნაშრომების თანახმად, გარშემომყოფთა მიმართ შეურაცხმყოფელი დამოკიდებულება ასოცირებულია ჰიპერტონული და კორონარული არტერიების დაავადებების რისკთან. ის შესაძლებელია იყოს დაკავშირებული სიბრაზის შეტევებთან, რაც თავისთავად ბრაზის გამოხატვის არასწორი გზაა. მნიშვნელოვანია, რომ სიბრაზე ასერტიულად იყოს გამოხატული და მაქსიმალურად თავიდან იქნეს აცილებული ბრაზის შეტევები, რაც, თავის მხრივ, მრავალ ფიზიკურ პრობლემასაც იწვევს.

ბრაზის შეკავება განსაკუთრებით ხშირია ქალებში, რომლებიც სოციალური ურთიერთობების გაფუჭების თავიდან აცილების მიზნით, ხშირად ერიდებიან ბრაზის, როგორც არაქალური გრძნობის, გამოხატვას. ქალები უმეტესწილად ბრაზდებიან არასამართლიანი დამოკიდებულების, მათი ძალებისა და შესაძლებლობების უგულვებლყოფისა და უპასუხისმგებლო ქცევის დროს. როგორც წესი, მათი ბრაზის ობიექტი არა მათთვის უცხო პირი, არამედ მათი უახლოესი გარემოცვის წევრია; შესაბამისად, ბრაზის შეკავებასთან დაკავშირებული სომატიზაცია, უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე კაცებში. ქალებს კარგად

უნდა ესმოდეოთ, რომ ბრაზის სწორად გამოხატვა, უმნიშვნელოვანესია მათივე პიროვნული ზრდისა და განვითარებისთვის.

მტრულობა და აგრესია

მტრული და აგრესიული ქცევა შესაძლოა მოულოდნელად და უეცრად დაიწყოს, თუმცა, როგორც წესი, მას ფაზობრივი მიმდინარეობა ახასიათებს. პირველია ტრიგერული ფაზა, რომლის დროსაც ხდება მოვლენა ან ინციდენტი, რომელიც ადამიანს აგრესიული და მტრული ქცევისკენ უბიძგებს. პირველს მოჰყვება ესკალაციის ფაზა, შემდეგ დგება კრიზისული ფაზა, შემდეგ მდგომარეობიდან გამოსვლის ფაზა, ხოლო ბოლოს – პოსტკრიზისული ფაზა. თითოეული ფაზისთვის დამახასიათებელი ქცევა განხილულია ამ თავში.

როდესაც ადამიანი ესკალაციის ფაზაშია, იგი მოვლენების ადეკვატური აღქმის უნარს კარგავს და წარმოშობილი პრობლემების ადეკვატური გადაჭრა არ შეუძლია. ასეთ დროს მოსალოდნელია ფიზიკური დაპირისპირების წარმოშობაც, ამიტომ ტრიგერულ და ესკალაციურ ფაზებში განხორციელებული ინტერვენციები კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ფიზიკური დაპირისპირების თავიდან აცილების მიზნით.

დაკავშირებული მდგომარეობები

მედია დიდ ყურადღებას უთმობს მენტალური აშლილობის მქონე პირთა მიერ ძალადობრივი აქტების გაშუქებას, რაც ხელს უწყობს მცდარი საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებას, თითქოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები აგრესიულები არიან და მათ ყველა უნდა მოერიდოს. სინამდვილეში, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები უპირატესად მიდრეკილი არიან თვითდაზიანებისკენ, ვიდრე სხვისი დაზიანებისკენ.

მიუხედავად იმისა, რომ, როგორც წესი, ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტები აგრესიულები არ არიან, არსებობს რიგი ფსიქიკური აშლილობებისა, რომელიც აგრესიულ ქცევასთან უფრო მეტად ასოცირდება. მაგ., პარანოიდული ბოდვის მქონე პაციენტს შესაძლოა ეგონოს, რომ გარშემომყოფნი მის შეპყრობას ცდილობენ და თავდაცვის მიზნით ის აგრესიულ და შეურაცხმყოფელ ქცევას ავლენს. ასევე, შესაძლოა, პაციენტს ჰქონდეს სმენითი ჰალუსინაცია, რომელიც მას სხვების დაზიანებას უბრძანებს. აგრესიული ქცევა ახასიათებთ დემენციით, დელირიუმით, თავის ტვინის ტრავმით, ალკოჰოლითა და სხვა ნივთიერებებით ინტოქსიკაციით, ანტისოციალური და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობების მქონე პირებს. აგრესიულ პაციენტებს რაოდენობრივად უფრო მეტი ფსიქიკური სიმპტომი აქვთ, უფრო ცუდად ფუნქციონირებენ და ნაკლებად აცნობიერებენ საკუთარი ავადმყოფობის ფაქტს.

თუ დეპრესიის მქონე პირი მისთვის მძიმე ემოციურ სიტუაციაში აღმოჩნდა, მას შესაძლოა ჰქონდეს ბრაზის შეტევები, რომელიც, თავის მხრივ, შესაძლოა გამოხატული იყოს ჩხუბით, მაგრამ არა – ფიზიკური ძალადობით. პაციენტები საკუთარ ბრაზს ახასიათებენ როგორც მათთვის უჩვეულო, მიუღებელ მდგომარეობას, რომელსაც თან ახლავს სინდისის ქენჯნაც. დეპრესიულ პაციენტებში ბრაზის აფექტი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს გაღიზიანებულ გუნებ-განწყობასთან, უმნიშვნელო ნიუანსებზე გამახვილებულ ყურადღებასთან და სტრესთან გამკლავების შემცირებულ უნარებთან.

ხანგამოშვებითი ფეთქებადი აშლილობა იშვიათი ფსიქიატრიული დიაგნოზია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია აგრესიული იმპულსურობის ცალკეული ეპიზოდე-

ბი, რომელსაც, როგორც წესი, სხვა ადამიანის ან ქონების დაზიანება მოჰყვება. ამ დროს ადამიანის მიერ გამოხატული აგრესიული ქცევა, სავარაუდო ტრიგერის დისპროპორციულია. აგრესიული ეპიზოდის შემდეგ ადამიანი განიცდის სირცხვილსა და სინდისის ქენჯნას, ხოლო ეპიზოდებს შორის აგრესიულ ქცევას არ ავლენს. ეს ფსიქიატრიული დიაგნოზი მხოლოდ იმ შემთხვევაში ისმება, თუ ყველა სხვა ფსიქიკური აშლილობა გამორიცხებულია. ის უპირატესად ვლინდება დამოკიდებული პიროვნული აშლილობის ნიშნების მქონე, 20-დან 40 წლამდე ასაკის, დიდი ზომის მამაკაცებში, რომლებიც ბრაზს, საკუთარი არაეფექტურობის ან უსარგებლობის გამო, ამ ფორმით გამოხატავენ.

ემოციების გარეთ გამოტანა არის უმნიშვარი თავდაცვის მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც ადამიანი უმკლავდება ემოციურ კონფლიქტს ან სტრესორს; გამოიხატება მოქმედებით და არა – რეფლექსიით ან გრძნობებით. ამ დროს ადამიანი ვერბალურ ან ფიზიკურ აგრესიულ ქცევას მიმართავს, რაც მას ეხმარება თავი ნაკლებად უმწოდ იგრძნოს. ემოციების გამოხატვას ხშირად მიმართავენ ბავშვები და მოზარდები, რომლებსაც სიმწიფე არ ჰყოფნით, რომ სხვაგვარად გაუმკლავდნენ ნეგატიური ემოციების მოზღვავებას.

ეტიოლოგია

ნეირობიოლოგიური თეორიები

მეცნიერები ეცადნენ განესაზღვრათ აგრესიის წარმოშობის მიზეზები როგორც ადამიანებში, ისე ცხოველებში, თუმცა კონკრეტულ მექანიზმს ვერ მიაკვლიეს. დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ სეროტონინი აგრესიის შეკავების ძირითადი ნეიროტრანსმიტერია და, შესაბამისად, მისი შემცირებული კონცენტრაცია დაკავშირებულია აგრესიულ ქცევასთან. ამავე ფიზიოლოგიური მექანიზმით შესაძლოა აიხსნას დეპრესიის დროს ბრაზის შეტევები. სეროტონინის გარდა, თავის ტვინში დოფამინური და ნორეპინეფრინული სისტემების გააქტივება აგრესიული იმპულსური ქცევის ჩამოყალიბებას უკავშირდება. ამავე დროს, თავის ტვინის საფეთქლისა და შუბლის წილების, ასევე – ლიმბური სისტემის სტრუქტურული დაზიანებები დაკავშირებულია აგრესიის მოდულაციის დარღვევებთან, რაც აგრესიული ქცევის განმაპირობებელი შეიძლება გახდეს.

ფსიქოსოციალური თეორიები

საკუთარი ემოციების ხმამაღლა და ინტენსიურად გამოხატვა დამახასიათებელი და ნორმალურია ჩვილებისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის. ამ უკანასკნელთათვის ჩვეულია ჭირვეულობაც სასურველის არმიღების შემთხვევაშიც, თუმცა ზრდასთან და განვითარებასთან ერთად ბავშვები სწავლობენ საკუთარი **იმპულსების კონტროლს** (სიამოვნების მიღების შეკავების უნარი) და სოციალურად მისაღებ ქცევას. მშობლებთან, მასწავლებლებთან და მეგობრებთან პოზიტიური ურთიერთობა ბავშვებს ეხმარება, წარმატებით გადალახონ განვითარების ეს ეტაპი და სოციალურად მისაღები ქცევების ადაპტირება შეძლონ. ბავშვები, რომლებიც დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ოჯახებში იზრდებიან, არასათანადო ყურადღებასა და არათანმიმდევრულ დამოკიდებულებას იღებენ მშობლების მხრიდან – უფრო რთულად ითვისებენ სოციალურად მისაღები ქცევების ნორმებს. ეს კი, თავის მხრივ, იმპულსური ხასიათისა და აგრესიული ქცევის ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს.

მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ინტერპერსონალურ ურთიერთობაში არსებულმა ისეთმა პრობლემამ, როგორცაა უარყოფა, შეიძლება გააღვივოს ბრაზისა და აგრესიის შეგრძნება ადამიანში, რაც, თავის მხრივ, უარყოფის გამო გამონვეულ ტკივილსა ან განზბილების განცდას იწვევს ან პიროვნების თვითშეფასებას უქმნის საფრთხეს.

კულტურული თავისებურებები

ბრაზის გამოხატვის თვალსაზრისით, ამა თუ იმ კულტურაში დამკვიდრებულ ნორმებს დიდი მნიშვნელობა აქვს; ადეკვატური ინტერვენციების დაგეგმვის მიზნით, ექთანს ეს თავისებურებები კარგად უნდა ესმოდეს. ზოგიერთ ქვეყანაში ქალების მიერ ბრაზის პირდაპირი გამოხატვა „ქალურ“ საქციელად არ არის აღქმული და მამაკაცის ავტორიტეტის შეზღავნების ტოლფასია. რიგ კულტურებში კი ეს უზრდელობადაა მიჩნეული და მისი შეკავება ნებისმიერ ფასად უნდა მოხდეს. ასეთი კულტურების წარმომადგენლებისთვის სიბრაზის გამოხატვის ხერხების სწავლება კულტურულ კონფლიქტებთანაა დაკავშირებული.

მკურნალობა

აგრესიული პაციენტების მკურნალობა ძირითადი დაავადების (შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა) მკურნალობაზეა მიმართული. თუ ძირითადი დაავადების მკურნალობა წარმატებულად მიმდინარეობს, მაშინ აგრესიული ქცევაც ადეკვატურად იმართება. ლითიუმის პრეპარატები ეფექტურია როგორც ბიპოლარულ აშლილობასთან დაკავშირებული აგრესიული ქცევის, ისე ბავშვთა ქცევითი აშლილობისა და გონებრივი განვითარების შეფერხების დროს. კარბამაზეპინი და ვალპროატი დემენციასთან, ფსიქოზთან და პიროვნულ აშლილობებთან დაკავშირებული აგრესიის სამკურნალოდ გამოიყენება. ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, კლოზაპინი (ლეპონექსი), რისპერიდონი და ოლანზაპინი დემენციით, თავის ტვინის დაზიანებით, გონებრივი ჩამორჩენითა და პიროვნული აშლილობებით გამონვეული აგრესიის სამკურნალოდ ინიშნება. ბენზოდიაზეპინები ასევე გამოიყენება დემენციასთან ასოცირებული აგრესიის სამკურნალოდ, თუმცა სხვა მდგომარეობებით გამონვეული აგრესიის დროს მას სოციალური ინჰიბიციის მოშლა ახასიათებს, რაც, თავის მხრივ, აგრესიული ქცევის მატებასთანაა დაკავშირებული.

ჰალოპერიდოლი და ლორაზეპამი აჟიტაციისა და ფსიქოზური სიმპტომების მოსახსნელად ხშირად კომბინაციაში გამოიყენება. პაციენტები, რომლებსაც აქვთ აჟიტაცია, მაგრამ არა – ფსიქოზი, შესაძლოა ყოველ 45-60 წუთში ერთხელ მიღებულ ლორაზეპამის 2მგ-იან დოზასაც დაემორჩილონ. ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები უფრო ეფექტურია აგრესიული და ფსიქოზური აშლილობებით დაავადებული პაციენტების დასახმარებლად. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენებისას საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილის გამოჩენა ექსტრაპირამიდული მოვლენების მართვის თვალსაზრისით, რომელთა გამოვლენის კონტროლი ეფექტურადაა შესაძლებელი ბენზტროპინითა და სხვა კორექტორებით. მეორე თავში დეტალურად არის განხილული ფსიქოტროპული მედიკამენტები და მათი დოზები.

მკურნალობის გარდა, მწვავე აგრესიული შეტევის დროს, როგორც პაციენტის, ისე მისი გარშემომყოფების უსაფრთხოების დასაცავად შესაძლებელია საჭირო გახდეს პაციენტის იზოლირებაც.

საექთნო პროცესის გამოყენება

აგრესიული ეპიზოდების კონტროლი შესაძლებელია პაციენტის ადეკვატური შეფასებითა და ეფექტური ინტერვენციის განხორციელების შედეგად. ადრეულმა შეფასებამ, ვერბალურმა კომუნიკაციამ და მედიკამენტების გონივრულმა გამოყენებამ შესაძლოა თავიდან აარიდოს პაციენტს ესკალაცია და ფიზიკურ ძალადობამდე მისვლა.

კლინიკური კორელაცია

ჯონი, 35 წლის მამაკაცი, კლინიკაში მოათავსეს შიზოფრენიის დიაგნოზით. იგი ხასიათდებოდა აგრესიული ქცევით, რაც განპირობებული იყო სმენითი ჰალუცინაციებით, რომელიც ეუბნებოდა, რომ თუ თავს არ დაიცავდა, კლინიკის მომსახურე პერსონალი მას მოკლავდა. ჯონიმ შეწყვიტა მისთვის დანიშნული მედიკამენტის მიღება 2 კვირის წინ. ექთანი ხედავს, რომ ჯონი ერიდება ყველასთან კონტაქტს და თავისთვის ლაპარაკობს. უეცრად ჯონი ყვირის, რომ ის აქ ვეღარ დარჩება. ექთანი უახლოვდება ჯონის მისთვის უსაფრთხო დისტანციაზე და ეკითხება, თუ რა მოხდა, მაგრამ ჯონი არ უსმენს. ექთანი სთხოვს ჯონის, რომ მიიღოს მისთვის დანიშნული მედიკამენტი და თავის ოთახში წავიდეს, მაგრამ ჯონი კვლავ არ უსმენს ექთანს. მან დაიწყო ახლოს მდებარე მაგიდიდან ნივთების აკრეფა, რა დროსაც ექთანმა მომსახურე პერსონალს დაუძახა დასახმარებლად.

საექთნო მოვლის გეგმა: აგრესიული ქცევა

საექთნო დიაგნოზი

სხვებისკენ მიმართული ძალადობის რისკი: ქცევა, რომელიც სხვებისთვის ფიზიკური, ემოციური და/ან სექსუალური ძალადობის რისკს მიანიშნებს.

რისკის ფაქტორები

- ძალადობის რეალურად განხორციელების რისკი ან ფაქტი;
- ქონების განადგურების ფაქტი;
- ჰომოციდური ან სუიციდური აზრები;
- ფიზიკური საფრთხის შექმნა საკუთარი თავისთვის ან სხვებისთვის;
- ძალადობრივი მოქმედებები წარსულში ან ძალადობის გამო დაპატიმრება;
- ნევროლოგიური დაავადების არსებობა;
- არათანმიმდევრული აზრები;
- აჟიტაცია/აგზნება და მოუსვენრობა;
- იმპულსების კონტროლის სიძნელებები;
- ბოდვები, ჰალუცინაციები ან სხვა ფსიქოზური სიმპტომები;
- პიროვნული აშლილობები ან სხვა ფსიქიატრიული სიმპტომები;
- მანიაკალური ქცევა;
- ქცევითი აშლილობები;
- პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა;
- ნარკოტიკის მოხმარება.

მოსალოდნელი გამოსავლები

მყისიერი

- სხვისი ან სხვისი ნივთის დაზიანების თავიდან აცილება;
- თვითდაზიანების თავიდან აცილება ჰოსპიტალიზაციის მთელს პერიოდში;
- ნაკლებად გამოხატული აგრესიული ქცევა 12-24 საათში;
- მოუსვენრობისა და აგიტაციის შემცირება 24-48 საათში;
- შიშის, მტრული დამოკიდებულებისა და შფოთვის შემცირება 2-3 დღეში.

<p>სტაბილიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> ● საკუთარ ქცევაზე შინაგანი კონტროლის დამყარება; ● ფსიქობური ქცევისგან გათავისუფლება; ● დაძაბულობასა და აგრესიულ ქცევასთან გამკლავების გზების პოვნა არადესტრუქციულად; ● შფოთვისთან, შიშთან და ბრაზთან დაკავშირებული ემოციების ვერბალური ან არადესტრუქციული გამოხატვა (მაგ., პერსონალთან საუბრით ან სხვა); ● აგრესიული ქცევის ან მასთან დაკავშირებული დაავადებისა და მკურნალობის აღქმის ვერბალიზაცია. <p>სოციალიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი მონაწილეობას მიიღებს ძირითადი დაავადების სამკურნალო თერაპიაში; ● სტრესულ სიტუაციაში, შინაგანი კონტროლის დემონსტრირება. 	
<p>იმპლემენტაცია</p>	
<p>საექთნო ინტერვენციები</p>	<p>რას მიემართება</p>
<p>პაციენტის ნდობის მოპოვება და მასთან კომუნიკაციის დაწყება რაც შეიძლება მალე – სასურველია აგრესიული ეპიზოდის დაწყებამდე.</p>	<p>პაციენტის ნდობა სამედიცინო პერსონალის მიმართ, მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტს კომუნიკაციის ეფექტურად წარმართვისთვის.</p>
<p>იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომელიც უფრო მეტად არის დაკავშირებული ძალადობრივი ქცევის ან აჟიტაციის განვითარებასთან. ვერბალური კომუნიკაცია ან შესაბამისი მედიკამენტების გამოყენება დესტრუქციული ფაზის დაწყებამდე ისე, რომ საჭირო არ გახდეს პაციენტის ფიზიკური შეკავება.</p>	<p>თუ დაძაბულობა გაიზარდა, შესაძლებელია პაციენტს მოზღვავებული ემოციების გამოხატვის აუცილებლობა დაუდგეს. ის რომ პაციენტის აჟიტაციის დონე იზრდება, შესაძლებელია ამოცნობილი იყოს როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური ნიშნებით (პაციენტი ამბობს, რომ კარგავს კონტროლს, მოუსვენრადაა, შეკრული აქვს მუშტები, ხმის სიმაღლე და ტონი მომატებულია, ფრუსტრაციის მიმართ ტოლერანტობა შემცირებული აქვს).</p>
<p>თუ პაციენტი ვერბალურად ან არავერბალურად გადმოსცემს მესიჯს, რომ ის დესტრუქციული ხდება და განიცდის ბრაზს, ექთანი უნდა დაეხმაროს მას, ემოციები არადესტრუქციული გზით გამოხატოს (ურჩიეთ პაციენტს სავარჯიშო დარბაზში გავიდეს და ფიზიკური აქტივობით გამოსცეს ენერჯია).</p>	<p>ექთანი-პაციენტის კომუნიკაციისას პაციენტმა უნდა ისწავლოს საკუთარი ემოციების გამოხატვის არადესტრუქციული გზები.</p>
<p>ექთანი მზად უნდა იყოს საჭიროების დროს მოახდინოს შესაბამისი მედიკამენტების გამოყენება ან პაციენტის ფიზიკური იზოლაცია.</p> <p>ექთანი კარგად უნდა იცნობდეს იზოლაციასთან დაკავშირებულ ლეგალურ და ეთიკურ საკითხებს და ასევე ჰოსპიტალის შიდა პროცედურებს.</p>	<p>აგრესიული სიტუაციების წარმოშობის დროს ექთანმა უნდა შეძლოს სწრაფად მიიღოს გადაწყვეტილებები. მძიმე ფორმის აჟიტირების დროს, შესაძლოა საჭირო გახდეს მედიკამენტების გამოყენებაც.</p>
<p>ექთანმა არ უნდა დაკარგოს საკუთარი თავისა და სიტუაციის კონტროლი. უნდა შეინარჩუნოს სიმშვიდე ნებისმიერ სიტუაციაში.</p>	<p>ექთნის თანმიმდევრული ქმედებები და სიტუაციის ადეკვატურად შეფასების უნარი, აუმჯობესებს სამედიცინო მოვლის ეფექტურობასა და უსაფრთხოებას. ექთანი პაციენტისთვის უნდა იქცეს როლურ მოდელად და მისი ქმედება მნიშვნელოვანია პაციენტის თერაპიული მიზნებიდან გამომდინარე.</p>

<p>თუ ექთანი გრძნობს, რომ ესა თუ ის სიტუაცია სცდება მის კომპეტენციას, დროულად უნდა მიმართოს კოლეგებს დასახმარებლად.</p>	<p>ყველა სიტუაციის მართვა არ წარმოადგენს ექთნის კომპეტენციას, ამიტომ საჭირო სიტუაციაში დროულად უნდა მოიძიოს დახმარება კოლეგებისგან.</p>
<p>მშვიდად და დამაჯერებლად აუხსენით პაციენტს, რომ თუ ის ვერ შეძლებს სიტუაციის კონტროლს, მაშინ თქვენ გარკვეულ მოქმედებას გააკეთებთ, მაგრამ ეს არ უნდა მოხდეს მუქარის ტონით.</p>	<p>პაციენტს შესაძლოა ეშინოდეს სიტუაციაზე კონტროლის დაკარგვის და ღელავდეს იმ ქცევაზე, რომელსაც ის ავლენს სიბრაზის დროს, ამიტომ მას უნდა სჯეროდეს, რომ კრიტიკულ სიტუაციაში თქვენ შეძლებთ სიტუაციის კონტროლს, ისე რომ არ მოხდეს მისი ღირსების შელახვა.</p>
<p>აგრესიული სიტუაციის წარმოშობისთანავე ექთანმა უნდა შეატყობინოს პასუხისმგებელ პირს ამის შესახებ და მოიძიოს ყველა ის რგოლი, რომელიც მას სიტუაციის კონტროლისთვის სჭირდება. ექთანმა ასევე უნდა უზრუნველყოს ყველა საჭირო ინფორმაციის გადაცემა დამხმარე პერსონალისთვის (პაციენტის სახელი, მედიკამენტი, რომელსაც იღებს პაციენტი).</p>	<p>თუ პაციენტის აგრესიული ქცევის სამართავად ექთანს სჭირდება დახმარება, მაშინ დამხმარე პერსონალმა უნდა იცოდეს მნიშვნელოვანი ინფორმაცია პაციენტის შესახებ. ამ შემთხვევაში მათ მიერ განეული დახმარება მეტად უსაფრთხო და ეფექტური იქნება.</p>
<p>თუ პაციენტს აქვს იარაღი</p>	
<p>საექთნო ინტერვენციები</p>	<p>რას მიემართება ინტერვენცია</p>
<p>თუ შეიარაღებულ პაციენტთან გამკლავებისთვის საჭირო უნარებს არ ფლობთ, მაშინ არ ეცადოთ პაციენტს წაართვათ იარაღი. ეცადეთ რამე რბილი საგანი (პლედი, ბალიში) მოათავსოთ თქვენსა და იარაღს შორის.</p>	<p>საკუთარი თავისა და გარშემომყოფების დაცვა შესაძლოა იყოს ის, რისი გაკეთებაც რეალურად შეძლოთ. შეიარაღებული პაციენტის გაუვნებელყოფის მცდელობა შესაძლოა მომეტებულ რისკთან იყოს დაკავშირებული.</p>
<p>თუ აუცილებელია, რომ მოახდინოთ პაციენტის განიარაღება, ეცადეთ იარაღი დააგდებინოთ პაციენტს, ისე რომ თავად არ მოკიდოთ ხელი მას.</p>	<p>იარაღის ხელში აღების მცდელობა დაკავშირებულია ექთნის პირადი უსაფრთხოების რისკის დარღვევასთან.</p>
<p>გადაატანინეთ პაციენტს ყურადღება (შეასხით წყალი პაციენტს ან დაიკვივლეთ)</p>	<p>პაციენტის ყურადღების გადატანით საშუალება მოგეცემათ, წაართვათ პაციენტს იარაღი ან მოახდინოთ მისი იმოთხილვა.</p>
<p>თუ პაციენტს აქვს იარაღი, ექთანმა აუცილებელია შეატყობინოს ეს შესაბამის სამსახურებს, რომელიც შეტყობინების შემდეგ სრულ პასუხისმგებლობას აიღებს სიტუაციის მართვაზე.</p>	<p>დაუშვებელია, რომ ექთანმა საკუთარ თავზე აიღოს სიცოცხლისთვის საშიში სიტუაციების მართვა.</p>
<p>შეინარჩუნეთ უსაფრთხო დისტანცია პაციენტთან, არ მიუახლოვდეთ და არ შეიჭრათ მის პერსონალურ სივრცეში.</p>	<p>მოძალადე ადამიანებს, პირადი სივრცის გაათმაგებელი აღქმა ახასიათებთ, რაც იმას ნიშნავს, რომ მაქსიმალურად უნდა მოშორდეთ პაციენტს, რომ მან თავი დამწყვდეულად არ იგრძნოს.</p>
<p>მიეცით პაციენტს საშუალება თავისუფლად გადაადგილდეს.</p>	<p>თუ პაციენტის იზოლაციას არ ისახავთ მიზნად, მაშინ პაციენტისთვის თავისუფალი გადაადგილების შეზღუდვა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს მისი შიშის აგრავაციასთან და სიტუაციის ესკალაციასთან.</p>

<p>მაქსიმალურად შეამცირეთ სტიმულების რაოდენობა. გამორთეთ ტელევიზორი და სთხოვეთ გარშემომყოფებს, დატოვონ ტერიტორია.</p>	<p>აჟიტირების ეტაპზე, პაციენტმა დამატებითი სტიმულები შესაძლოა საფრთხედ აღიქვას, გარდა ამისა, მისთვის სირთულეს წარმოადგენს რამდენიმე სტიმულის ადეკვატური აღქმა.</p>
<p>ისაუბრეთ პაციენტთან დაბალი და მშვიდი ხმით. მიმართეთ პაციენტს სახელით და უთხარით თქვენი სახელი. უთხარით, სად ხართ და რატომ.</p>	<p>დაბალი და მშვიდი ხმის ტონმა, შესაძლოა ხელი შეუშალოს აჟიტირების მომატებას. ძირითადი მონაცემების შეხსენება დაეხმარება მას დებორიენტაციის შემთხვევაში.</p>
<p>აუხსენით პაციენტს, თუ რის გაკეთებას აპირებთ და ასევე ის, თუ რას აკეთებთ. მაგალითად: “მოდი, ახლა მე და თქვენ წავიდეთ გვერდით ოთახში, რომ თავი უფრო უსაფრთხოდ იგრძნოთ”. ამ დროს გამოიყენეთ პირდაპირი და გასაგები კომუნიკაციის მიდგომები, ხოლო საჭიროებისას გაიმეორეთ თქმული. არ დაემუქროთ პაციენტს, მაგრამ ცალსახად დაუდგინეთ საზღვრები და მოლოდინები.</p>	<p>პაციენტს, აღნიშნულ მდგომარეობაში უჭირს მიწოდებული ინფორმაციის აღქმა. ამიტომ პირდაპირი და გასაგები კომუნიკაცია ეხმარება მას ინფორმაციის მარტივად აღქმაში. ექთნის მხრიდან უსაფრთხოებაზე ხაზგასმა მას დამშვიდებაში ეხმარება, განსაკუთრებით ფსიქოზური მდგომარეობების დროს.</p>
<p>ადეკვატური მიზეზის გარეშე არ გამოიყენოთ იზოლაციის ზომა. იზოლირებაზე გადაწყვეტილების მიღებისთანავე იმოქმედეთ სწრაფად და გუნდურად შესაბამის პერსონალთან ერთად. პაციენტს შეატყობინეთ როგორც ფაქტი რომ აპირებთ მის იზოლირებას, და არ დაუშვათ მასთან შემდგომი მოლაპარაკებების წარმოება ამ თემაზე. აუხსენით, რომ იზოლირება მისივე უსაფრთხოებას ემსახურება.</p>	<p>აუცილებელია, რომ კრიტიკული აუცილებლობის გარეშე, არ მოხდეს პაციენტის იზოლირება.</p>
<p>პაციენტის იზოლირება არ დაიწყეთ მანამ, სანამ არ დარწმუნდებით, რომ გუნდის ყველა წევრი მზადაა ამისთვის.</p>	<p>პირდაპირი ვერბალური კომუნიკაცია ამოცანის უსაფრთხოდ და ეფექტურად შესრულებას შეუწყობს ხელს.</p>
<p>არ დაარტყათ პაციენტს.</p>	<p>პაციენტის უსაფრთხოება უმნიშვნელოვანესია. პაციენტი შესაძლოა დამორჩილებულ იქნას უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე, მაგრამ პაციენტზე ფიზიკური ძალადობა მიუღებელია.</p>
<p>იზოლირება არ გამოიყენოთ, როგორც სადამსჯელო ზომა. თუ საკმარისი რაოდენობის თანამშრომლები არიან ადგილზე, არ მიიღოთ მონაწილეობა იზოლირების პროცესში თუ გაბრაზებული ხართ პაციენტზე.</p>	<p>სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეინარჩუნოს საკუთარ თავზე კონტროლი და იმოქმედოს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე. პაციენტის წინააღმდეგ სადამსჯელო ზომების მიღებას არავითარი გამართლება არ აქვს.</p>
<p>არასოდეს დაიხმართ სხვა პაციენტები იზოლირების პროცესში.</p>	<p>პაციენტების უსაფრთხოება არ უნდა დადგეს კითხვის ნიშნის ქვეშ. პაციენტებმა არ უნდა მოირგონ სამედიცინო პერსონალის როლი.</p>
<p>ეცადეთ, სხვა პაციენტებმა არ უყურონ იზოლირების პროცესს. მოახდინეთ მათი გაყვანა სხვა ტერიტორიაზე.</p>	<p>იზოლირების სცენამ, შესაძლოა ნეგატიური გეგავლენა მოახდინოს სხვა პაციენტებზე (გამოიწვიოს მათი აჟიტირება, შეშინება და შფოთვა).</p>

პაციენტის იზოლირების შემდეგ აუხსენით მას, რატომაა იზოლირებული, გამოიყენეთ მარტივი და არაგანმკიცხავი ტონი.	პაციენტის აღქმა იმისა, თუ რა ხდება მის თავს, შესაძლოა დარღვეული იყოს.
აუხსენით პაციენტს, სად არის და რატომ? უთხარით, რომ მასზე მოახდენთ სამედიცინო ზედამხედველობას, ასევე ასწავლეთ, თუ როგორ უნდა დაუძახოს სამედიცინო პერსონალს საჭიროებისას. დაეხმარეთ პაციენტს, მოახდინოს რეორიენტაცია და აუხსენით – სად არის და რატომ.	პაციენტის იზოლირებამ შესაძლოა ძლიერი შიში და შფოთვა გამოიწვიოს, ამიტომ თქვენი მხარდაჭერა და ზრუნვა დაეხმარება მას.
იზოლირების შემდეგ უნდა მოხდეს პაციენტის გადაფასება და იზოლირების გაგრძელების საჭიროების დადგენა. დასკვნების გაკეთებისას, იმოქმედეთ პაციენტის და არა – მომსახურე პერსონალის, ინტერესებიდან გამომდინარე.	პაციენტს უფლება აქვს მინიმალური იზოლაციური მეთოდებით მიიღოს მკურნალობა ფსიქიკური აშლილობის დროს.
მხედველობაში იქონიეთ პაციენტის გრძნობები, შიში, სიამაყე და უფლებები.	მიუხედავად მისი ქცევისა, პაციენტი არის მნიშვნელოვანი პიროვნება.
მოახდინეთ პაციენტზე დაკვირვება და აწარმოეთ სამედიცინო დოკუმენტაცია ადეკვატურად. მხედველობაში იქონიეთ ყველა შესაძლო იურიდიული საკითხი.	სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა იქნას წარმოებული სწორად და ადეკვატურად და უნდა ასახავდეს იზოლირების საჭიროებას.
დანიშნულების შესრულებისას გამოიჩინეთ სიფრთხილე და გადაამოწმეთ, უკეთებთ თუ არა სწორ მედიკამენტს სწორ პაციენტს და სწორი შეყვანის გზით.	სიჩქარის დროს, შესაძლოა შეცდომით მოხდეს მედიკამენტის განზავება, ან არასწორი შეყვანის გზით მოხდეს მისი შეყვანა ორგანიზმში.
ადეკვატურად გამოიყენეთ პირადი დაცვის საშუალებები და მაქსიმალურად დაიცავით თავი პაციენტის ბიოლოგიურ სითხეებთან შეხებისგან (ჩხვლეტის შედეგად).	Hep C, HIV და სხვა ინფექციური დაავადებების გადადება შესაძლოა პაციენტის ბიოლოგიურ სითხეებთან შეხებით.
დააკვირდით პაციენტს მედიკამენტის შეყვანის შემდეგ და განახორციელეთ შესაბამისი ინტერვენცია საჭიროების შემთხვევაში.	ფსიქოტროპული მედიკამენტების შეყვანას შესაძლოა თან ახლდეს ალერგიული რეაქციები, ჰიპოტენზია, ფსევდოპარკინსონიზმის სინდრომი და სხვა.
სიტუაციის სტაბილიზაციის შემდეგ, მომხდარის შესახებ გაესაუბრეთ სხვა პაციენტებსაც და საშუალება მიეცით გამოხატონ თავიანთი ემოცია შექმნილი სიტუაციის მიმართ.	მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო პერსონალის ყურადღება მხოლოდ იმ პაციენტზე არ იყოს კონცენტრირებული, რომელიც ფიზიკურად გამოხატავს საკუთარ ემოციებს.

შეფასება

ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს ყველა ის ფაქტორი, რომელიც ფსიქიატრიულ განყოფილებაში აგრესიის გაღვივებას უწყობს ხელს. აგრესიული ქცევის სიხშირე ნაკლებია ისეთ განყოფილებებში, სადაც არის ძლიერი ლიდერი, კარგად განსაზღვრული როლები სამედიცინო გუნდში და როგორც პაციენტებთან ურთიერთობის ისე, ჯგუფური აქტივობების წინასწარ განერილი გეგმა. როდესაც პაციენტებს არ აქვთ წესრიგისა და

წინასწარგანსაზღვრული ქმედებების განცდა, მეტად აჟიტირებული და აგრესიულები ხდებიან. აღნიშნულის გარდა, პაციენტს უნდა შეეძლოს, ჰქონდეს პრივატული სივრცე და შეძლოს ადეკვატური დასვენება.

ზოგადად, განყოფილების გარემოსთან ერთად, ექთანმა უნდა შეაფასოს თითოეული პაციენტის მდგომარეობაც. წარსულში აგრესიული ქცევა, მომავალში პრობლემური ქცევის ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი პრედიქტორია. პრევენციის თვალსაზრისით, აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს პაციენტის აზრი იმის შესახებ, თუ რა შველის მას სიბრაზისა და აგრესიული ქცევის კონტროლის თვალსაზრისით. პაციენტები, რომლებიც თვლიან, რომ არავინ უსმენს მათ, უფრო მიდრეკილნი არიან შეურაცხმყოფელი და აგრესიული ქცევისკენ. გარდა წარსულში აგრესიული ქცევისა, მომავალში პრობლემური ქცევის მნიშვნელოვანი პრედიქტორია სხვადასხვა ნივთიერებაზე დამოკიდებულება და წარსულში მომხდარი ძალადობის ფაქტი. ექთანს უნდა შეეძლოს აგრესიული ქცევის მომასწავებელი სიგნალების ამოცნობაც – პაციენტის ხმის ტონი, საუბრის სიჩქარე და სიმაღლე და სახის გამომეტყველება. თუ პაციენტს სჯერა, რომ მისი სმენითი ჰალუცინაციები იმპერატიულია, მაშინ მისი მხრიდან აგრესიული ქცევა მეტად მოსალოდნელია.

აგრესიული ქცევისას, ექთანმა უნდა შეაფასოს თუ რომელ ფაზაშია პაციენტი და ინტერვენციები შესაბამისად განახორციელოს. 11.1 ცხრილში დეტალურად არის წარმოდგენილი აგრესიის 5 ფაზა და მისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომები. პაციენტის შეფასებისას, ექთანმა უნდა დაიცვას უსაფრთხო დისტანცია, ისე რომ პაციენტმა თავი ხაფანგში გამომწყვდეულად არ იგრძნოს, ხოლო თუ მიახლოება აუცილებელია, მაშინ უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე, უმჯობესია ორი თანამშრომელი ერთდროულად მიუახლოვდეს პაციენტს.

ცხრილი 11.1 აგრესიის 5 ფაზა

ფაზა	განმარტება	ნიშნები, სიმპტომები და ქცევები
ტრიგერი	მოვლენა, რომელიც წინ უსწრებს აგრესიული ქცევის ჩამოყალიბებას.	მოუსვენრობა, შფოთი, გაღიზიანებადობა, კუნთების დაჭიმულობა, ხშირი სუნთქვა, ოფლიანობა, ხმა-მაღალი ვერბალური სიგნალები, სიბრაზე.
ესკალაცია	პაციენტის ესკალაციური ქცევა, რომელიც წინ უსწრებს კონტროლის დაკარგვას.	სახის წამოწივება ან სიფერმკრთაღე, ყვირილი, სიტყვიერი უხეშობა, აჟიტირება, მუქარა, მუშტების შეკვრა, საღად აზროვნების უნარის დაკარგვა.
კრიზისი	ემოციური და ფიზიკური კრიზისი, რომელსაც თან ახლავს კონტროლის კარგვა.	ემოციური და ფიზიკური კონტროლის დაკარგვა, საგნების სროლა, საგნებზე დარტყმა, კომუნიკაციის უნარის დაკარგვა.
მდგომარეობიდან გამოსვლა	პაციენტი იბრუნებს ემოციურ და ფიზიკურ კონტროლს.	ხმის დაწევა, კუნთთა დაძაბულობის შემცირება, მეტად რაციონალური კომუნიკაცია, ფიზიკური მოდუნება.

პოსტკრიზისი	პაციენტი ცდილობს სხვებთან ურთიერთობის აღდგენას და უბრუნდება აგრესიის წინარე ფუნქციურ მდგომარეობას.	სინანული, პატიების თხოვნა, ტირილი, სიჩუმე, პრობლემური ქცევის შეწყვეტა.
-------------	--	--

მიღებული შედეგების ანალიზი

საექთნო დიაგნოზის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ორი ძირითადი მდგომარეობა:

- სხვისკენ მიმართული აგრესიული ქცევა;
- არაეფექტური გამკლავების მექანიზმები.

თუ პაციენტი დეპრესიაშია, ინტოქსიკაცია აქვს ან ფსიქოზურია, მაშინ დამატებითი საექთნო დიაგნოზების გამოტანა ხდება საჭირო.

შედეგების იდენტიფიცირება

აგრესიული ქცევის მქონე პაციენტებში, შესაძლოა დადგეს შემდეგი ტიპის გამოსავლები:

1. პაციენტი არ წარმოადგენს სხვისთვის საფრთხეს;
2. პაციენტი თავს იკავებს სხვისთვის შემაშინებელი საქციელებისგან;
3. პაციენტი საკუთარ მდგომარეობას აგრესიის გარეშე განიხილავს;
4. პაციენტი ემორჩილება მკურნალობას.

ინტერვენციები

გამოცდილი ექთნებისთვისაც კი, აგრესიული ქცევა შესაძლებელია შიშთან იყოს ასოცირებული. ასეთი პაციენტები, შიშის შეგრძნებას ჰგვრიან სხვა პაციენტებსაც და უბრალო ვიზიტორებსაც. ჩვეულ ვითარებაში, ადამიანები ცდილობენ რაც შეიძლება შორს დაიჭირონ თავი პრობლემური ქცევის მქონე ადამიანისგან, თუმცა კლინიკის პირობებში უმჯობესია ასეთ პაციენტთან საუბრის გზით მოხდეს პრობლემური ქცევის დაძლევა და ესკალაციის თავიდან აცილება.

რაც უფრო ადრეულ ფაზაში დაიწყება ინტერვენცია, მით მეტია ალბათობა იმისა, რომ მოხდეს სიტუაციის ესკალაციის თავიდან აცილება.

ქვემოთ მოყვანილია თითოეული ფაზის შესაბამისი მიდგომები, რომელიც პაციენტს აგრესიის ესკალაციის თავიდან აცილებაში ეხმარება.

გარემო

ადეკვატურად მართული გარემო, კარგად შედგენილი გეგმა და რეგულარული ინტერვიუები პაციენტთან მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას და ამცირებს აგრესიის ეპიზოდების ჩამოყალიბების რისკს. გარემოში, სადაც პაციენტს კარგად ესმის, თუ რა დროს რა ხდება, შფოთი და დაძაბულობა მკვეთრად მცირდება, პაციენტი ხვდება, რომ უსმენენ და ზრუნავენ მასზე.

თუ პაციენტებს ერთმანეთში კონფლიქტი აქვთ, ექთანმა უნდა აუხსნას თუ როგორ უნდა მოხდეს სიბრაზესთან დაკავშირებული საკითხების მიწოდება ერთმანეთისთვის; დაეხმაროს პაციენტს გაითავისოს ასერტიული კომუნიკაციის უნარები, რაც მას არამართო კლინიკაში, არამედ სოციუმში დაბრუნების შემდეგაც დაეხმარება.

თუ პაციენტს აქვს ინტოქსიკაცია ან ფსიქოზი, რომლის შედეგადაც იგი აგრესიულ ქცევას ავლენს, აუცილებელია მხედველობაში იქნეს მიღებული სხვა პაციენტების უსაფრთხოების მნიშვნელობაც და ადეკვატური ზომები იქნეს მიღებული სამედიცინო პერსონალის მიერ.

აგრესიული ქცევის მართვა

ტრიგერულ ფაზაში, ექთანმა პაციენტთან უნდა დაამყაროს მშვიდი კომუნიკაცია, ისე რომ არ გამოიწვიოს სიტუაციის კიდევ უფრო მეტად დაძაბვა. პაციენტის სიბრაზისა და ემოციების მიმართ უნდა გამოხატოს ემპათია და მოუწოდოს პაციენტს ვერბალური გზით გამოხატოს საკუთარი ემოციები; დაარწმუნოს იგი, რომ მას შეუძლია სიტუაციის კონტროლი და რომ მომავალშიც შეძლებს ამ კონტროლის შენარჩუნებას. კომუნიკაციისას ექთანმა უნდა გამოიყენოს გასაგები და მკაფიო მესიჯები. კომუნიკაციისას ექთანმა შესაძლოა პაციენტს შესთავაზოს ცალკე გასვლა, ისე რომ შემცირდეს სხვა დამატებითი სტიმულების მიერ აღძრული გაღიზიანება. პაციენტს შესაძლოა მოდუნებაში დაეხმაროს სპორტი და ფეხით სეირნობაც, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტისთვის შეთავაზებული უნდა იქნას მედიკამენტური დახმარებაც.

თუ ზემოთხსენებულმა ინტერვენციებმა შედეგი არ გამოიღო და პაციენტი **ესკალაციურ ფაზაში** გადავიდა (ანუ პაციენტი კონტროლს კარგავს), ექთანმა სიტუაციის კონტროლი საკუთარ თავზე უნდა აიღოს. ექთანმა მშვიდი, მაგრამ მტკიცე ტონით უნდა მიუთითოს პაციენტს ტაიმ-აუტისა და განმარტოების საჭიროებაზე. ექთანმა უნდა გაუმეოროს პაციენტს, რომ აგრესიული ქცევა მიუღებელია და რომ ის აქ სწორედ მის დასახმარებლადაა. ესკალაციის ეტაპზე მედიკამენტები კვლავ უნდა იქნას შეთავაზებული პაციენტისთვის, თუ მან ისინი ტრიგერულ ეტაპზე არ მიიღო.

თუ სიტუაცია კვლავ არ ემორჩილება კონტროლს, მაშინ ექთანმა უნდა მოახდინოს 4-6 დამხმარე პერსონალის მობილიზება, ისე რომ ისინი პაციენტის თვალსაწიერში მოხვდნენ. ასეთი ტიპის ინტერვენციას “ძალის დემონსტრირებას” უწოდებენ, რამაც, თავის მხრივ, შესაძლოა პაციენტი დაარწმუნოს მედიკამენტის მიღების აუცილებლობაში.

თუ აღნიშნულმაც არ იმოქმედა და პაციენტი გადავიდა **კრიზისულ ფაზაში**, ანუ ფიზიკურად აგრესიული გახდა, მაშინ დამხმარე პერსონალი თავის თავზე იღებს კონტროლის აღდგენას და ექთნებისა და სხვა პაციენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფას. აგრესიული ქცევის ადეკვატური კონტროლისთვის დამხმარე სამედიცინო პერსონალს, აუცილებელია ჰქონდეს შესაბამისი ცოდნა და უნარები. პაციენტის იზოლაციის შესახებ გადანყვეტილებას იღებს ექიმი.

აგრესიული ადამიანის იზოლაციისთვის, 4-6 ადამიანია საჭირო. გასათვალისწინებელია, რომ ქალები, ბავშვები და მოზარდები ისეთივე ფიზიკური საფრთხის მატარებლები შეიძლება იყვნენ, როგორც ზრდასრულები და მამაკაცები. იზოლაციის განხორციელებამდე, პაციენტს უნდა განემარტოს, რომ ის კარგავს კონტროლს საკუთარ თავზე და რომ უსაფრთხოებისა და კონტროლის აღდგენის მიზნით მოხდება მისი იზოლირება. იზოლირების პროცესში 4 ადამიანი ახდენს კიდურების იმობილიზაციას, ხოლო 1 თავის ტრავმის პრევენციის მიზნით ახდენს თავის ფიქსაციას, 1 კი საჭიროების შემთხვევაში ახდებს ტორსის ფიქსაციას. ამის შემდეგ ხორციელდება პაციენტის ტრანსპორტირება საიზოლაციო ოთახში და ხდება მისი იმობილიზაცია სანოლზე. თუ პაციენტს, მანამდე საჭირო მედიკამენტი არ მიუღია, მაშინ ამ დროს შესაძლებელია მედიკამენტის შეყვანა

დანიშნულებისამებრ. როგორც მანამდე იქნა აღნიშნული, პაციენტზე უნდა მოხდეს ინტენსიური დაკვირვება იზოლაციის შემდეგ.

მდგომარეობიდან გამოსვლის ფაზაში, პაციენტს საშუალება უნდა მიეცეს ისაუბროს მომხდარზე და ტრიგერზე, რომელმაც კონტროლი დააკარგვინა საკუთარ თავზე. ამ დროს საშუალება უნდა მიეცეს პაციენტს მოდუნდეს ან დაიძინოს კიდევ. ეპიზოდის ამონურვის შემდეგ, პაციენტთან ერთად განხილული უნდა იყოს გზები, რომელიც მომავალში აგრესიული ქცევის თავიდან აცილებაში დაეხმარება პაციენტს. მნიშვნელოვანია, რომ თავად სამედიცინო პერსონალის შიგნითაც მოხდეს ეპიზოდის განხილვა და იმ გაუმჯობესების დაგეგმვა, რომელიც მომავალში მსგავსი ეპიზოდების უფრო ეფექტურ მართვაში დაეხმარებოდა მათ. სამედიცინო პერსონალის მიერ, სხვა პაციენტებთან აღნიშნული ინციდენტის განხილვა დაუშვებელია.

პოსტკრიზისულ პერიოდში, როგორც კი პაციენტი შესაბამის კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებს, უნდა მოხდეს მისი საიზოლაციო ოთახიდან გამოყვანა. დაუშვებელია პაციენტთან მომხდარის შესახებ დიდაქტიკური ტონით საუბარი. ექთანსა და პაციენტს შორის კომუნიკაცია უნდა იყოს მშვიდი და რაციონალური; პაციენტს უნდა მიეცეს უკუკავშირი მოლოდინების შესახებ, რაც მომავალში პრობლემურ სიტუაციასთან არააგრესიული მეთოდებით გამკლავებას გულისხმობს. პაციენტის კლინიკის მიკროსოციუმში რეინტეგრაცია შეძლებისდაგვარად სწრაფად უნდა მოხდეს.

შეფასება

საუკეთესო შემთხვევაში, პაციენტის მიერ პრობლემური ქცევის დაძლევა აგრესიის სანყის ფაზებში ხდება. თუმცა პაციენტისა და სხვა გარშემომყოფების უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე, შესაძლოა საჭირო იყოს პაციენტის ფიზიკური იზოლირებაც. საექთნო ინტერვენციის მიზანია, პაციენტს ასწავლოს არააგრესიული და არადესტრუქციული გზით, ვერბალურად გამოხატოს საკუთარი ემოციები და ფიქრები.

არამეგობრული დამოკიდებულება სამუშაო გარემოში

სამუშაო ადგილზე შეურაცხმყოფელი და არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულების რისკის აღმოფხვრის მიზნით, საერთაშორისო სააკრედიტაციო კომისიამ (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO), ყველა აკრედიტირებული დაწესებულებისთვის დაადგინა სტანდარტი, რომელიც გულისხმობს შემდეგ ქვესტანდარტებს:

- დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ქცევის კოდექსი, რომელიც დაადგენს ყველა მიუღებელ და დაუშვებელ ქცევას სამუშაო გარემოში;
- დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს მიუღებელი და დაუშვებელი ქცევის შემთხვევის გამოვლენისას მოქმედების გეგმა;
- ყველა დასაქმებულს უნდა ჰქონდეს ცოდნა მისაღები და საჭირო ქცევის წესის შესახებ;
- ნულოვანი ტოლერანტობა, ყველა ადამიანის მიმართ, რომელიც სამუშაო ადგილზე განახორციელებს მიუღებელ ან დაუშვებელ ქცევას.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

უმეტეს შემთხვევაში, აგრესიული ქცევის კონტროლი დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების ეფექტურ მკურნალობაზე; შესაბამისად, დანიშნულების ზედმინევით შესრულება და ექიმთან რეგულარული ვიზიტები, მნიშვნელოვნად ამცირებს აგრესიული ქცევის ალბათობას.

ვინაიდან თანამედროვე ჯანდაცვის მოდელი გულისხმობს ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციას, თემში განხორციელებული სერვისები და შესაბამისი პრევენციული ზომები, მნიშვნელოვანია აგრესიული ქცევის მართვისა და პრევენციის თვალსაზრისით.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

პაციენტებთან მუშაობის დაწყებამდე, ექთანმა თავად უნდა გააანალიზოს, როგორ ძლევს სიბრაზის შეგრძნებას თავად. თუ პაციენტის ბრაზსა და განრისხებას, ექთანმა სიბრაზით უპასუხა, მაშინ იგი პაციენტთან მოლაპარაკების შანსს კარგავს. ვინაიდან თავად პერსონალის დაზიანების რისკი მაღალია, მნიშვნელოვანია, რომ უშუალოდ პაციენტთან მუშაობის დაწყებამდე ექთანს მიღებული ჰქონდეს ცოდნა იზოლაციისთვის საჭირო საფეხურების შესახებ, ასევე მნიშვნელოვანია, რომ საკუთარი პრაქტიკის დაწყებამდე, ექთანი რამდენჯერმე დაესწროს გამოცდილ ექთანს აგრესიული პაციენტის მართვის პროცესში.

აგრესიულ, არაკეთილგანწყობილ ან გაბრაზებულ პაციენტთან მუშაობის მნიშვნელოვანი ასპექტები

- გაიაზრეთ, როგორ უმკლავდებით საკუთარი სიბრაზის შეგრძნებას;
- გააანალიზეთ, რამდენად ეფექტურად იყენებთ ასერტიული კომუნიკაციისა და კონფლიქტის გადაჭრის მეთოდებს;

რაც უფრო განვითარებული აქვს ექთანს კონფლიქტების მართვისა და ასერტიული კომუნიკაციის უნარები, მით უფრო ეფექტურია იგი აგრესიულ პაციენტთან კომუნიკაციისას.

- გამოცდილ ექთანთან განიხილეთ აგრესიული პაციენტის მართვის ასპექტები;
- არ მიიღოთ პაციენტის აგრესიული ქცევა საკუთარ თავზე და არ გაზომოთ საკუთარი პროფესიონალიზმში აგრესიული ქცევის მართვის წარმატებაზე დაყრდნობით.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. არ არსებობს თემზე/გარემოზე დაფუძნებული პროგრამები, რომელიც აგრესიის შეტევების მქონე პაციენტებს დაეხმარებოდა. როგორ ფიქრობთ მართებულია თუ არა ეს?
2. უნდა წარმოიშვას თუ არა სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობა პაციენტის მიმართ, რომელმაც დააზიანა სხვა პაციენტი? რატომ?
3. მრავალი უფლებადამცველი ორგანიზაცია, მხარს უჭერს იზოლაციის ზომის გაუქმებას კლინიკაში? მართებული იქნებოდა თუ არა ამ ზომის გაუქმება? სხვა რა მეთოდებით უნდა მოხდეს პაციენტის შეკავება აგრესიულ და ძალადობრივ სიტუაციაში?

ძირითადი საკითხები

- სწორად გამოხატული სიბრაზე, შესაძლოა იყოს პოზიტიური ძალა და იგი ადამიანს პრობლემების გადაჭრაში დაეხმაროს.
- შეურაცხყოფა, იგივე ვერბალური აგრესია მიზნად ისახავს სხვა ადამიანისთვის ემოციური ზიანის მოტანას და მას შესაძლოა მოჰყვეს ფიზიკური აგრესია.
- ფიზიკური აგრესია არის ქმედება, რომელიც მიზნად ისახავს სხვაზე ფიზიკურ ძალადობას დამორჩილების ან დასჯის მიზნით.
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების უმრავლესობა არ არის აგრესიული, თუმცა შიზოფრენიით, ბიპოლარული აშლილობით, დემენციით, თავის ტრავმით, ანტიდისოციალური და პიროვნული აშლილობით, ქცევითი აშლილობითა და ალკოჰოლით ან სხვა ნივთიერებებით გამოწვეული ინტოქსიკაციით მოავადე პირები, შესაძლოა ავლენდნენ აგრესიულ ქცევას. პაციენტს, იშვიათად, შესაძლოა დაუდგინდეს ხანგამოშვებითი ფეთქებადი აშლილობა.
- აგრესიული პაციენტების მკურნალობა ძირითადად მიმართულია ძირითადი ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისკენ, რისთვისაც გამოიყენება გუნება-განწყობილების მასტაბილირებელი და ანტიფსიქოზური მედიკამენტები.
- ადეკვატურად ჩატარებულმა შეფასებამ და ეფექტურმა ინტერვენციებმა, შესაძლოა ხელი შეუწყოს აგრესიული ქცევის პრევენციას.
- ადეკვატურად მართული გარემო, კარგად შედგენილი გეგმა და რეგულარული ინტერვიუები პაციენტთან მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას და ამცირებს აგრესიის ეპიზოდების ჩამოყალიბების რისკს;
- ექთანს კარგად უნდა შეეძლოს აგრესიის ფაზებისთვის დამახასიათებელი ნიშნებისა და სიმპტომების ამოცნობა.
- ტრიგერულ ფაზაში, ექთანმა პაციენტთან უნდა დაამყაროს მშვიდი კომუნიკაცია, ისე რომ არ გამოიწვიოს სიტუაციის კიდევ უფრო მეტად დაძაბვა. პაციენტის სიბრაზისა და ემოციების მიმართ უნდა გამოხატოს ემპათია და მოუწოდოს პაციენტს ვერბალური გზით გამოხატოს საკუთარი ემოციები; საჭიროების შემთხვევაში – პაციენტისთვის შეთავაზებული უნდა იქნას მედიკამენტური დახმარებაც.
- ესკალაციურ ფაზაში (ანუ პაციენტი კარგავს კონტროლს), ექთანმა სიტუაციის კონტროლი საკუთარ თავზე უნდა აიღოს. ექთანმა მშვიდი, მაგრამ მტკიცე ტონით უნდა მიუთითოს პაციენტს ტაიმ-აუტისა და განმარტოების საჭიროებაზე. ესკალაციის ეტაპზე მედიკამენტები კვლავ უნდა იქნას შეთავაზებული პაციენტისთვის, თუ მან ისინი ტრიგერულ ეტაპზე არ მიიღო. თუ სიტუაცია კვლავ არ ემორჩილება კონტროლს, მაშინ ექთანმა უნდა მოახდინოს 4-6 დამხმარე პერსონალის მობილიზება, ისე რომ ისინი პაციენტის თვალსაწიერში მოხვდნენ. ასეთი ტიპის ინტერვენციას “ძალის დემონსტრირებას” უწოდებენ.
- კრიზისულ ფაზაში, დამხმარე პერსონალი თავის თავზე იღებს კონტროლის აღდგენას და ექთნებისა და სხვა პაციენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფას.
- მდგომარეობიდან გამოსვლის ფაზაში საშუალება უნდა მიეცეს პაციენტს მოდუნდეს

ან დაიძინოს კიდევ. მომხდარის შესახებ უნდა შედგეს რაციონალური საუბარი და პაციენტს საშუალება უნდა მიეცეს აღიდგინოს კონტროლი საკუთარ თავზე.

- პოსტკრიზისულ პერიოდში პაციენტის რეინტეგრაცია კლინიკის მიკროსოციუმში უნდა მოხდეს შეძლებისდაგვარად სწრაფად.
- პაციენტებთან მუშაობის დაწყებამდე, ექთანმა თავად უნდა გააანალიზოს, როგორ ძლევს სიბრაზის შეგრძნებას თავად და ასევე – როგორ უმკლავდება საკუთარ რეაქციებს გაბრაზებული პაციენტების მიმართ.

წყდრმები:

1. Akiskal, H. S. (2009). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz(Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1629–1645). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
2. Berman, B. A., Duffy, K., & Serper, M. R. (2010). Beliefs about voices and aggressive behavior in inpatients in an acute psychiatric setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(4), 497–501.
3. Choi, M., & Yeom, H. A. (2011). Identifying and treating the culture-bound syndrome of HWA-Byung among older Korean immigrant women: Recommendations for practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(5), 226–232.
4. Comai, S., Tau, M., & Gobbi, G. (2012). The psychopharmacology of aggressive behavior: A translational approach: Part 1: Neurobiology. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 32(1), 83–94.
5. Comai, S., Tau, M., Pavlovic, Z., et al. (2012). The psychopharmacology of aggressive behavior: A translational approach: Part 2: Clinical studies using atypical antipsychotics, anticonvulsants, and lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 32(2), 237–260.
6. Currier, G. W., Walsh, P., & Lawrence, D. (2011). Physical restraints in the emergency department and attendance at subsequent outpatient psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 387–393.
7. Flannery, R. B., Jr., LeVitre, V., Rego, S., et al. (2011b). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *The Psychiatric Quarterly*, 82(1), 11–21.
8. Flannery, R. B., Staffieri, A., Hildum, S., et al. (2011a). The violence triad and common single precipitants to psychiatric patient assaults on staff: 16-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *The Psychiatric Quarterly*, 82(2), 85–93.
9. JCAHO. (2008). Sentinel event alert: Behaviors that undermine a culture of safety. Available at: <http://www.jointcomission.org>. Retrieved January 5, 2008.
10. Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., et al. (2008). The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 160(3), 372–279.
11. Lewis-Fernandez, R., Guarnaccia, P. J., & Ruiz, P. (2009). Culture-bound syndromes. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2519–2538). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
12. Moeller, F. G. (2009). Impulse control disorders not elsewhere classified. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 2178–2186). Philadelphia, PA: Lippincott Williams& Wilkins/Wolters Kluwer.
13. Muroff, J., Edelson, G. A., Joe, S., et al. (2008). The role of race in diagnostic disposition decision making in a pediatric psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 269–276.
14. Newton, V. M., Elbogen, E. B., Brown, C. L., et al. (2012). Clinical decision-making about inpatient violence risk at admission to a publicsector acute psychiatric hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(2), 206–214.

15. Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., et al. (2008). Cultural competence training in psychiatry. *European Psychiatry, 23*(Suppl. 1), 49–58.
16. Salerno, S., Dimitri, L., & Talamanca, I. F. (2009). Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. *Journal of Occupational Health, 51*(4), 349–354.
17. Schultz, J. M. & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
18. Shapiro, P. A. & Wulsin, L. W. (2009). Cardiovascular disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2250–2263). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
19. Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 429–442.
20. Stanley, M. A. & Beidel, D. C. (2009). Behavior therapy. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2781–2804). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
21. van-Daalen-Smith, C. (2008). Living as a chameleon: Girls, anger, and mental health. *Journal of School Nursing, 24*(3), 116–123.
22. Wesselmann, E. D., Butler, F. A., Williams, K. D., et al. (2010). Adding injury to insult: Unexpected rejection leads to more aggressive responses. *Aggressive Behavior, 36*(4), 232–237.

თაში 12

ძალადობა და სასტიკი მოპყრობა

ამ თავში განხილულია:

1. ძალადობისა და სასტიკი მოპყრობის რისკ-ფაქტორები, მახასიათებლები და ოჯახური ცხოვრების თავისებურებები;
2. ოჯახში ძალადობის, ბავშვებისა და მოხუცებისადმი ცუდად მოპყრობისა და გაუპატიურების შემთხვევების ინციდენტობა და ტენდენციები;
3. სასტიკი მოპყრობის შედეგად დამდგარი ქცევისა და ემოციური პასუხის თავისებურებები;
4. საექთნო პროცესის თავისებურებები იმ პირებთან, რომლებიც სასტიკი მოპყრობისა და ძალადობის მსხვერპლნი არიან;
5. პაციენტების, მათი ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების განათლება სასტიკი მოპყრობის, ძალადობის პრევენციისა და მისი აღმოფხვრისკენ მიმართული ადრეული ინტერვენციების შესახებ;
6. საკუთარი დამოკიდებულების ანალიზი სასტიკი მოპყრობისა და ძალადობის მიმართ.

მთელს მსოფლიოში სასტიკი და ძალადობრივი მოპყრობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. ამ მხრივ ყველაზე გავრცელებული ფორმა ოჯახში განვითარებული სასტიკი და ძალადობრივი მოპყრობაა. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მოძალადე, როგორც წესი, მსხვერპლისთვის კარგად ნაცნობი პირია. ადამიანი მსხვერპლის როლში შესაძლოა ნებისმიერ ასაკში აღმოჩნდეს და ის შეიძლება იყოს მეუღლე, შვილი ან მოხუცი მშობელი.

ამ თავში განხილულია ოჯახში ძალადობის ასპექტები (ძალადობა პარტნიორის მხრიდან, ბავშვზე ძალადობა/არასათანადო მოპყრობა, ასაკოვან პირებზე ძალადობა) და გაუპატიურება. ძალადობის მსხვერპლი, როგორც წესი, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იმყოფება მიღებული ტრავმის ზეგავლენის ქვეშ და ხშირად უვითარდება სტრესთან დაკავშირებული ფსიქიკური დაავადებები, მათ შორის – პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და დისოციაციური დარღვევები, ნამალდამოკიდებულება და დეპრესია (იხ. თავები 13 და 17).

სასტიკი მოპყრობისა და ძალადობის კლინიკური სურათი

სასტიკი მოპყრობისა და ძალადობის შედეგად პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ფიზიკური დაზიანების ნიშნები, მაგრამ ზიანის თვალსაზრისით უფრო მეტად მნიშვნელოვანი შესაძლოა მათ მიერ მიღებული ფსიქოლოგიური სტრესი იყოს, რომელიც შესაძლოა სხვადასხვაგვარად გამოვლინდეს. ზოგ პაციენტს, შესაძლოა ჰქონდეს აჟიტირება და გარეგნულად გამოავლინოს სიბრაზის ნიშნები. ზოგი კი იზოლირებას ახდენს სხვებისგან და ნაკლებად გამოხატავს ემოციებს. ხშირად სასტიკი მოპყრობი-

სა და ძალადობის ფაქტები წლობით გაუმჟღავნებელი რჩება, ვინაიდან მსხვერპლს ხშირად შიშის გრძნობა აქვს მოძალადის მიმართ. ხშირია მსხვერპლის მხრიდან საკუთარი ბრანის დათრგუნვაც, განსაკუთრებით – სექსუალური ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებში.

ძალადობისა და სასტიკი მოპყრობის მსხვერპლი ხშირად დუმილში იტანჯება. განსაკუთრებით ბავშვებში ხშირია თვითდადანაშაულება და ფიქრი, თითქოს მათ საკუთარი საქციელით დაიმსახურეს ან გამოიწვიეს მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობა ან არასათანადო მოპყრობა. ასეთი ბავშვები სკოლას ხშირად აცდენენ და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სკოლის დამთავრების შემდეგ სწავლა განაგრძონ. მოზრდილობაში ისინი ხშირად თავს იდანაშაულებენ იმაში, რომ არ შეაჩერეს მოძალადე. ისინი ხშირად დამცირებულად და შეურაცხყოფილად გრძნობენ თავს. მათი თვითშეფასება ძალიან დაბალია და შესაძლოა თავს არასასურველ პიროვნებად მიიჩნევენ. ძალადობისა და სასტიკი მოპყრობის მსხვერპლთა შორის ხშირია დეპრესიასა და სუიციდურ ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემები. მათ ასევე პრობლემები ექმნებათ ოჯახურ და სექსუალურ ცხოვრებაში.

ადამიანები, რომლებსაც ძალადობის ეპიზოდი გადაუტანიათ, სხვების მიმართ ნდობას ვერ ავლენენ და განსაკუთრებით არ ენდობიან ამა თუ იმ ორგანიზაციის ოფიციალურ პირებს. მათთვის ფიზიკური სიახლოვე და ინტიმური დამოკიდებულება შესაძლებელია პანიკასთან და ტერორთან იყოს დაკავშირებული, მაშინაც კი, როცა თავად უნდათ სხვასთან ეს სიახლოვე.

ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ ასეთ ადამიანებთან ურთიერთობისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმოს პაციენტის უსაფრთხოების შეგრძნებას. აუცილებელია, რომ მათ წინასწარ და ცხადად განემარტოთ სამედიცინო მომსახურების მიღებისას ნებისმიერი ფიზიკური კონტაქტის საჭიროება. მსგავსი დამოკიდებულება საჭიროა არა მარტო იმ პაციენტთან, რომელზეც უკვე ცნობილია რომ ძალადობის მსხვერპლია, არამედ ნებისმიერ პაციენტთან, ვინაიდან ექთანმა წინასწარ შესაძლოა არ იცოდეს, თუ რა აქვს გადატანილი პაციენტს.

ოჯახში ძალადობის მახასიათებლები

ოჯახში ძალადობა მოიცავს მეუღლეზე, შვილებსა და ოჯახის ასაკოვან წევრებზე ფიზიკურ, ემოციურ ან სექსუალურ ძალადობას. ხშირად მსხვერპლი იტანს ასეთ მოპყრობას ოჯახის წევრისგან, თუმცა ამას სხვისგან არასოდეს აიტანდა.

სახლი და ოჯახი, რომელიც სიყვარულისა და დაცულობის ადგილი უნდა იყოს, მსხვერპლისთვის შესაძლოა ყველაზე საშიშ ადგილად იქცეს.

კვლევებით გამოვლინდა ოჯახში ძალადობის უხშირესი მახასიათებლები (სამახსოვრო 12.1).

სამახსოვრო 12.1

ოჯახში ძალადობის მახასიათებლები

- სოციალური იზოლაცია;
- ძალისა და კონტროლის ბოროტად გამოყენება;
- წამალზე ან ნივთიერებაზე დამოკიდებულება;
- თაობათაშორისი ტრანსმისია.

სოციალური იზოლაცია

ოჯახებში, სადაც ძალადობა ხდება, როგორც წესი, ცდილობენ სოციალური იზოლაცია მოახდინონ: არ ეპატიჟებიან სტუმრებს; არასოდეს უყვებიან ვინმეს, თუ რა ხდება ოჯახში. ხშირია მოძალადეების მხრიდან მუქარა, რომ საიდუმლოს გათქმის შემთხვევაში, კიდევ უფრო დიდ ზიანს მიაყენებენ მსხვერპლს. მოძალადე მცირეწლოვან მსხვერპლს შესაძლოა ეუბნებოდეს, რომ თუ მსხვერპლი ძალადობის შესახებ ვინმეს ამცნობს, ოჯახის წევრი ან საყვარელი შინაური ცხოველი მოკვდება. ამიტომ ბავშვები, როგორც წესი, საიდუმლოს დიდხანს ინახავენ.

ძალისა და კონტროლის ბოროტად გამოყენება

ოჯახის მოძალადე წევრი, როგორც წესი, გარკვეული ტიპის კონტროლს ფლობს მსხვერპლზე (ბავშვზე, მეუღლეზე, მშობელზე) და ახდენს არამართო ფიზიკურ ან ემოციურ ძალადობას, არამედ ამყარებს მსხვერპლზე ეკონომიკურ და სოციალურ კონტროლს. ხშირად მოძალადე არის ოჯახის ერთადერთი წევრი, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებებს, ხარჯავს ფულს და ამყარებს სოციალურ ურთიერთობებს ოჯახის გარეთ. თუ მოძალადე ამჩნევს ან ფიქრობს, რომ მსხვერპლს გარკვეული ტიპის დამოუკიდებლობის ან დაუმორჩილებლობის პერსპექტივა აქვს, ძალადობა, როგორც წესი, იმატებს და მოძალადე უფრო სასტიკი ხდება. აღსანიშნავია რომ აშშ-ის სტატისტიკით, ქალთა მიმართ ჩადენილი არაფატალური ძალადობის 22%, ჩადენილია ქალის ინტიმური პარტნიორის მიერ, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება 3%-ს, რომელიც კაცთა ინტიმური პარტნიორის მიერაა ჩადენილი.

ქალთა მკვლელობის $\frac{1}{3}$ ჩადენილია ინტიმური პარტნიორის მიერ, ხოლო მამაკაცების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 5%-ს არ აღემატება.

ალკოჰოლ და ნამალდამოკიდებულება

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე და, განსაკუთრებით, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, ძალადობრივი მოქმედების რისკს ზრდის. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ალკოჰოლი იწვევს ძალადობრივ მოქმედებას, არამედ ნიშნავს იმას, რომ მოძალადეები ალკოჰოლს ხშირად მოიხმარენ. სტატისტიკურად, პარტნიორის მიმართ ჩადენილ ძალადობრივ შემთხვევათა $\frac{3}{5}$ – ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ არის ჩადენილი. ქალებს, რომელთა პარტნიორებიც ალკოჰოლს მოიხმარენ, 3.6-ჯერ მეტი რისკი აქვთ, რომ გახდნენ ძალადობის მსხვერპლნი. მიუხედავად იმისა, რომ თავად ალკოჰოლი ძალადობას არ იწვევს, ის ადამიანის შემაკავებელ ფუნქციებს თრგუნავს, რის გამოც მოძალადის მიერ ჩადენილი ძალადობა მეტად სასტიკია.

ალკოჰოლი ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სექსუალური ძალადობის სტატისტიკაში. აშშ-ის სტატისტიკის მიხედვით, სექსუალური ძალადობის ჩადენის მომენტისთვის, მოძალადეთა 40% იმყოფებოდა ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ.

თაობათაშორისი ტრანსმისია

როგორც კვლევებმა და დაკვირვებებმა ცხადყო, ძალადობრივი ქცევა თაობიდან თაობას შეიძლება გადაეცეს. აშშ-ის სტატისტიკის მიხედვით, მოძალადე მამაკაცთა $\frac{1}{3}$ ან თვითონ იყო ბავშვობაში ოჯახში ძალადობის მსხვერპლი, ან ოჯახის სხვა წევრის მიმართ ძალადობრივი აქტის მომსწრე იყო. ასევე ქალები, რომლებიც ოჯახში ძალადობრივი და-

მოკიდებულებების ზემოქმედების ქვეშ აღიზარდნენ, მათ მიმართ განხორციელებულ ძალადობას 50%-ით მეტი ალბათობით იღებენ და ეგუებიან. ბავშვები, რომლებიც ოჯახში ძალადობის მომსწრენი ხდებიან, თვლიან, რომ ძალადობა ოჯახური ცხოვრების შემადგენელი ნაწილია და რომ ეს პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთი გზაა. მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობრივ სიტუაციაში გაზრდილი ყველა ბავშვი მოძალადე არაა, ეს მაინც ძალიან დიდ უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ძალადობრივი ქცევის გავრცელებაში.

კულტურული თავისებურებები

მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობის მსხვერპლი შესაძლებელია გახდეს ნებისმიერი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირი, სასტიკი და ძალადობრივი მოპყრობის განსაკუთრებული რისკის ქვეშ არიან სოციალური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები, რომლებიც ამავდროულად იმყოფებიან სოციალური, ეკონომიკური და იურიდიული სირთულეების წინაშე. აღსანიშნავია, რომ მათ კიდევ უფრო მძიმე სოციალური, ეკონომიკური და იურიდიული სირთულეები აქვთ, ვიდრე ძალადობის მსხვერპლ ადგილობრივ ქალებს.

ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელ ქალებს:

- საკუთარი კულტურული მახასიათებლებიდან გამომდინარე, ძალადობა შესაძლოა დასაშვებ მოვლენად მიაჩნდეთ;
- ჰგონიათ, რომ მათ ნაკლები ხელმისაწვდომობა აქვთ სერვისებზე, ვიდრე ადგილობრივ მოსახლეობას;
- ეშინიათ მოძალადის მხილება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა უკანონოდ იმყოფებიან ამა თუ იმ ქვეყნის ტერიტორიაზე;
- აქვთ ეკონომიკური დამოკიდებულება მეუღლეზე და ამიტომ ვერ ახერხებენ მისგან თავის დაღწევას;
- ჰგონიათ, რომ მიკრო სოციუმში მიუღებელია მეუღლესთან დაშორება;
- ენის ბარიერის გამო უჭირთ დახმარების თხოვნა გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში და არ აქვთ ინფორმაცია ქვეყანაში მოქმედი ძალადობის მსხვერპლთა დამხმარე სერვისების შესახებ.

ექთანმა, საჭიროების შემთხვევაში, ადეკვატური დახმარების განწვევის მიზნით, შესაძლოა თარჯიმანის მომსახურება გამოიყენოს და სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად, მსხვერპლს იურიდიული დახმარების მიღებაშიც დაეხმაროს.

ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მხრიდან

ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობად განიმარტება ქცევა, რომლის დროსაც, ერთი პარტნიორი მეორეზე ფიზიკურ ან ემოციურ ძალადობას ახდენს ან არაჯეროვნად ეპყრობა. ასეთი ტიპის ძალადობა შესაძლებელია იყოს მეუღლეებს შორის, სექსუალურ პარტნიორებს შორის ან უბრალო ნაცნობებს (estranged relationship) შორის. ძალადობა შესაძლებელია იყოს ემოციური, ფსიქოლოგიური, სექსუალური ან მოხდეს სხვადასხვა ტიპის ძალადობრივი მოპყრობის კომბინაცია. **ფსიქოლოგიური ძალადობა (ემოციური ძალადობა)** მოიცავს დამცირებას, ყვირილს, მუქარას, კუთვნილი ნივთების განადგურებას, გაბუტვას და მსხვერპლის იგნორირებას. **ფიზიკური ძალადობა** შესაძ-

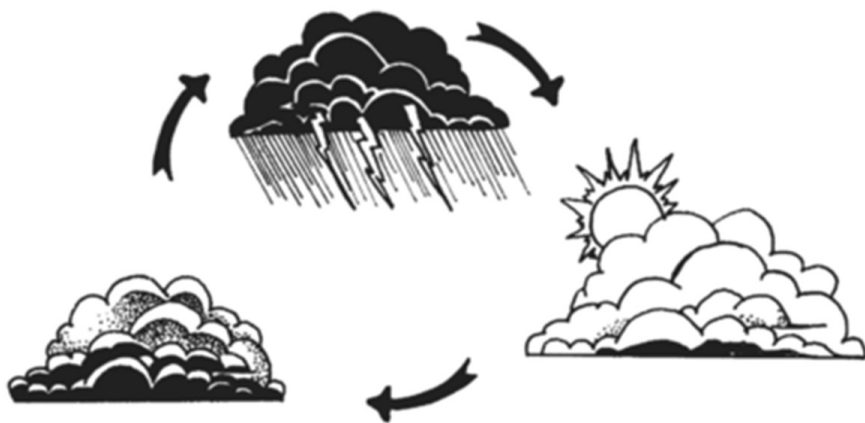
ლებელია მრავალი ტიპის იყოს – ხელის კვრიდან დანყებული, ცემით დამთავრებული, და შეიძლება გახდეს სხვადასხვა ფიზიკური დაზიანების (მაგალითად, დალურჯება, მოტეხილობა, შინაგანი სისხლდენა) ან მკვლელობის მიზეზი. **სექსუალური ძალადობა** შესაძლებელია გამოვლინდეს სქესობრივი აქტის დროს ფიზიკური ტკივილის მიყენებით (კბენა, თმების დანინკნა და სხვ.) და ასევე – გაუპატიურებით.

აღსანიშნავია, რომ საერთაშორისო სტატისტიკის მიხედვით, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა 90-95% ქალია. ხშირია ძალადობა ორსულ ქალებზეც და ერთსქესიან წყვილებშიც.

კლინიკური სურათი

მოძალადეები, ხშირად მეუღლეს/პარტნიორს აღიქვამენ, როგორც საკუთრებას და განსაკუთრებულ აგრესიას და ძალადობას ავლენენ, თუ მსხვერპლი ეცდება, რომ დამოუკიდებლობის რაიმე ნიშანი გამოავლინოს (მაგალითად, სამსახურის დანყება ან დაშორებაზე საუბარი). როგორც წესი, მოძალადე ირაციონალურად ეჭვიანი (needy, possessive) და დაბალი თვითშეფასების ადამიანია, რომელსაც სოციალური და პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევები ცუდად აქვს განვითარებული. ის ემოციურად უმნიფარია, მისი ეჭვიანობა შეიძლება შვილებზეც გავრცელდეს და ამ მოტივით ახდენდეს ფიზიკურ ძალადობას შვილებსა და მეუღლეზე. ძალადობრივი აქტის დროს, მოძალადე გარკვეული ტიპის კონტროლს ამყარებს მსხვერპლზე და შესაძლოა სწორედ ამით იკმაყოფილებდეს სხვა მხრივ დაუკმაყოფილებელ ძალაუფლებისა და კონტროლის სურვილს.

ძალადობრივ ურთიერთობაში მცხოვრებ ქალებს ხშირად უვითარდებათ მოძალადეზე დამოკიდებულების გრძნობა. ისინი ხშირად ამბობენ, რომ პიროვნული და ფინანსური დამოკიდებულება არის მიზეზი, რატომაც ვერ წყვეტენ ძალზე მძიმე, ძალადობრივ ურთიერთობებს. მიუხედავად ნიჭისა და შესაძლებლობებისა, მათ ჰგონიათ, რომ დამოუკიდებლად ფუნქციონირებას ვერ შეძლებენ. მათ შეიძლება თავი დაიდანაშაულონ და ჩათვალონ, რომ მათზე განხორციელებულ ძალადობაში თავად არიან დამნაშავენი. არსებობს შემთხვევები, როცა მსხვერპლს, სიცოცხლის მოსპობის შიშის გამო, მოძალადესთან ურთიერთობების განწყვეტა ეშინია, რაც არც თუ ისე უსაფუძვლო შიშია. აშშ-ის მონაცემებით, მოკლულ ქალთა 65% – ძალადობრივი ურთიერთობებიდან თავის დაღწევას ცდილობდა.



ძალადობის ციკლი

წყარო: https://en.hesperian.org/hhg/Health_Actions_for_Women:What_causes_gender-based_violence%3F

ძალადობისა და სასტიკი მოპყრობის ციკლით შესაძლოა აიხსნას, თუ რატომ უჭირს მსხვერპლს ძალადობრივი ურთიერთობების დასრულება. როგორც წესი, ძალადობრივი ეპიზოდის შემდეგ მოძალადე სინანულს გამოხატავს, ბოდიშს იხდის და მსხვერპლს ჰპირდება, რომ იგივე – არასოდეს განმეორდება. მოძალადე ხდება რომანტიული და მზრუნველობასაც კი ავლენს. სინანულის ამ პერიოდს, ხანდახან თაფლობის თვესაც უწოდებენ. მსხვერპლი, როგორც წესი, განწყობილია დაიჯეროს, რომ ძალადობა ერთადერთი შემთხვევა, გამონაკლისი იყო და ამ მოტივით, პარტნიორის მიმართ ნდობას იბრუნებს. რემისიის ამ პერიოდს, როგორც წესი, კვლავ უთანხმოების ფაზა მოყვება, რომლის დროსაც მოძალადე პარტნიორი საკუთარ უკმაყოფილებასა და პრეტენზიებს გამოხატავს. დაძაბულობის პიკში, კვლავ ხდება ძალადობა. ყოველი ციკლის დასრულების შემდეგ, მსხვერპლი ისევ იმედოვნებს, რომ ეს იყო ძალადობის უკანასკნელი ეპიზოდი.

ურთიერთობების დასაწყისში, მოძალადის სინანულის ფაზა უფრო ხანგრძლივია, თუმცა, დროთა განმავლობაში, სულ უფრო ხანმოკლე ხდება და შესაძლებელია, ძალადობა წყვილის ყოველდღიური ცხოვრების ნაწილი, ხოლო ძალადობის აქტი – აგრესიულობის თვალსაზრისით, უფრო სასტიკი გახდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობის ციკლური მიმდინარეობა უხშირესია ინტიმურ პარტნიორთა შორის, იგი შესაძლებელია ციკლის სახით არ მიმდინარეობდეს, ან ახასიათებდეს ციკლის მხოლოდ რომელიმე ფაზა. მაგალითად, რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია არსებობდეს მხოლოდ ძალადობრივი ფაზა, რომელსაც თან არ სდევს თაფლობის თვის ფაზა.

შეფასება

იმის გამო, რომ მსხვერპლი პირდაპირ არ ეძებს ხოლმე დახმარებას, ექთნის მხრიდან აუცილებელია მოხდეს მსხვერპლის ამოცნობა. ძალადობის მსხვერპლი ექთანს შესაძლოა შეხვდეს გადაუდებელ განყოფილებაში ან სულაც გეგმიურ ვიზიტზე, სადაც ის სამედიცინო სერვისებს იღებდეს არა უშუალოდ ძალადობის გამო, არამედ მისგან დამოუკიდებელი პრობლემის გამო. შესაძლოა ექთანი დამოუკიდებლად ვერ გაუმკლავდეს მსხვერპლის ყველა პრობლემის მოგვარებას, მაგრამ მან შესაბამისი რგოლები დროულად უნდა ჩართოს და, უბრალოდ, პაციენტს დახმარებისა და ზრუნვის ხელი გაუწოდოს.

12. 1 ცხრილში, მოცემულია ის მიდგომები, რომელიც ძალადობის მსხვერპლებთან მუშაობისას გამოიყენება.

წარსული სამედიცინო ისტორიის გამოკითხვისას, ექიმები, როგორც წესი, ეხებიან ძალადობის თემასაც, თუმცა მსხვერპლმა შესაძლოა დაიმორცხვოს და ძალადობის შესახებ დასმულ შეკითხვებს პასუხები გულწრფელად არ გასცეს; ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს ჰქონდეს ის უნარ-ჩვევები, რომელიც მას სათანადო შეკითხვების დასმით, მსხვერპლის ამოცნობაში დაეხმარება. საგულისხმოა ისიც, რომ ასეთ დროს ქალი უნდა იყოს მარტო, რათა სხვისი მხრიდან მასზე ზეწოლა არ მოხდეს.

მკურნალობა და ინტერვენცია

ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისთვის მნიშვნელოვანია, რომ ქვეყნის კანონმდებლობა ადგენდეს ნორმებს, რომელიც მოძალადისთვის სასჯელის ზომას განსაზღვრავს.

ასევე აუცილებელია, რომ არსებობდეს შემაკავებელი ორდერის გამოყენების მექანიზმებიც, თუმცა საგულისხმოა ისიც, რომ სამართლებრივმა ინტერვენციებმა შესაძლოა შეამციროს ძალადობის ალბათობა მოკლე ვადიან პერსპექტივაში, თუმცა შესაძლოა გაზარდოს მისი ალბათობა გრძელ ვადაში; ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ სამართლებრივ ჩარჩოში მოქცევასთან ერთად, არსებობდეს მსხვერპლის დახმარებისა და დაცვის დამატებითი მექანიზმები (თავშესაფარი, ფსიქოლოგიური დახმარება და სხვა).

ცხრილი 12. 1 რა უნდა გააკეთოს ან რა არ უნდა გააკეთოს მსხვერპლთან მუშაობისას ექთანმა

რა არ უნდა გააკეთოს	რა უნდა გააკეთოს
არ უკარნახოთ მსხვერპლს, რა უნდა გააკეთოს.	დაუჭერეთ მსხვერპლს.
არ გამოხატოთ საკუთარი ნეგატიური დამოკიდებულება.	უზრუნველყავით და დაიცავით კონფიდენციალობა.
არ გადასცეთ პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია მესამე პირს, პაციენტის თანხმობის გარეშე.	გამოხატეთ თანაგრძნობა.
არ აწარმოთ დიდაქტიკური ტიპის კომუნიკაცია პაციენტთან.	გამოხატეთ თქვენი ღელვა მსხვერპლის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით.
არ ეცადოთ ძალადობის ზეგავლენის შემცირებას.	უთხარით მსხვერპლს, რომ მას უფლება აქვს იცხოვროს უსაფრთხოდ და ღირსეულად.
არ გამოხატოთ აღშფოთება მოძალადის მიმართ.	უთხარით, რომ ძალადობა არ არის მისი ბრალი.
არ დაადანაშაულოთ მსხვერპლი ძალადობაში.	შესთავაზეთ მას მხარდაჭერის ჯგუფში განწევრიანება ან ინდივიდუალური კონსულტირება.
არ ურჩიოთ მსხვერპლს წყვილთა კონსულტაციის გავლა.	აუხსენით მას, თუ რა საზოგადოებრივი საშუალებები არსებობს მის დასახმარებლად.
არ ურჩიოთ მსხვერპლს ურთიერთობების დასრულება.	შესთავაზეთ პაციენტს პოლიციასთან ან სოციალურ სამსახურთან დაკავშირებაში დახმარება.
არ გამოართვათ პაციენტს მომსახურების ფული და გააკეთეთ ყველაფერი მისთვის.	პატივი ეცით მსხვერპლის გადაწყვეტილებას და დაეხმარეთ მას უსაფრთხოების გეგმის შედგენაში.

მოძალადესთან ურთიერთობების განწყვეტის შემდეგაც შესაძლოა გაგრძელდეს პრობლემები. კერძოდ, მოძალადემ შესაძლოა მიმართოს **ადევნების** ხერხს ანუ აწარმოოს პერსისტენტული მცდელობა, რომ მსხვერპლთან არასასურველი კონტაქტი მოახდინოს ან კომუნიკაცია დაამყაროს.

მიუხედავად იმისა, რომ მსხვერპლს და, საჭიროების შემთხვევაში, მის შვილებსაც თავშესაფრით სარგებლობის საშუალება აქვთ, შვება დროებითია და ისინი თავშესაფარში სამუდამოდ ვერ დარჩებიან. პრობლემას წარმოადგენს მსხვერპლის მწირი პროფესიული უნარები და გამოცდილება, რაც მას დასაქმებასა და მატერიალური კეთილდღეობის მიღწევაში უშლის ხელს.

ფიზიკური უსაფრთხოების გარდა, ძალადობის მსხვერპლს სჭირდება ფსიქოლოგიური დახმარებაც, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა განხორციელდეს როგორც ჯგუფური,

ისე ინდივიდუალური თერაპიული სეანსებით. ეფექტური რეაბილიტაციის კურსის შედეგად მსხვერპლმა უნდა შეძლოს ახალი და ჯანსაღი ურთიერთობის წამოწყება.

სამახსოვრო 12. 2 უსაფრთხოების დონის დადგენა

- სტრესი/უსაფრთხოება: რა ტიპის სტრესი გაქვთ ურთიერთობებში? გრძნობთ თუ არა თავს უსაფრთხოდ თქვენს ურთიერთობებში? არის თუ არა ეჭვქვეშ თქვენი უსაფრთხოება?
- შეშინებული/მეურაცხყოფილი: ყოფილა თუ არა მომენტები თქვენს ურთიერთობაში, როდესაც მოსალოდნელი საფრთხის შეგშინებიათ? დაგმუქრებიათ თუ არა თქვენი პარტნიორი თქვენ ან თქვენს შვილებს? უძალადია თუ არა თქვენს პარტნიორს თქვენზე ფიზიკურად? ხართ თუ არა ამ ტიპის ურთიერთობაში ისევ? მოუხდენია თუ არა თქვენს პარტნიორს თქვენზე სექსუალური ძალადობა? ოჯახში ხშირია უთანხმოება? როგორ სძლევთ ხოლმე თქვენ და თქვენი პარტნიორი ამ ტიპის უთანხმოებებს?
- მეგობრები და ოჯახი: იციან თუ არა თქვენმა ოჯახის წევრებმა, რომ თქვენ ყოფილხართ ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი? იციან თუ არა თქვენმა მეგობრებმა, რომ თქვენ ყოფილხართ ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი? რომ უთხრათ მათ ამის შესახებ, შეძლებენ თუ არა ისინი თქვენს მხარდაჭერას?
- გადაუდებელ სიტუაციაში სამოქმედო გეგმა: გაქვთ თუ არა უსაფრთხო ადგილი, სადაც, საჭიროების შემთხვევაში, შეგიძლიათ თქვენ და თქვენს შვილებს რომ წახვიდეთ? გინდათ თუ არა სოციალურ მუშაკთან გასაუბრება გადაუდებელ სიტუაციაში სამოქმედო გეგმის შემუშავების მიზნით?

ბავშვზე ძალადობა

ბავშვზე ძალადობა ან არასათანადო მოპყრობა განიმარტება, როგორც ბავშვისთვის მიზანმიმართული ზიანის მიყენება. ეს მოიცავს ბავშვისთვის ფიზიკური ზიანის მიყენებას, დაუდევრობითა და უყურადღებობით მის დაზიანებას, დასახიჩრებას, მიტოვებას და მასზე არასათანადო ფიზიკურ და ემოციურ ზრუნვას; ასევე – სექსუალურ ძალადობასა და წამებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვებზე ძალადობა შესაძლოა ხშირი იყოს, ოფიციალური სტატისტიკა ვერ ასახავს სრულად პრობლემის სიმწვავეს, ვინაიდან სირცხვილისა და უხერხულობის გამო, ხშირად ასეთი შემთხვევები მრავალი წლის განმავლობაში გაუცხადებელია. აშშ-ის სტატისტიკის თანახმად, 15 მილიონი ქალი, ბავშვობაში ყოფილა სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი, რისი გაცხადებაც მსხვერპლის მხრიდან ზრდასრულობამდე არ მომხდარა.

ადამიანები, რომლებიც ბავშვობაში ძალადობის მსხვერპლნი ყოფილან, ზრდასრულობისას დეპრესიის, თვითმკვლელობის, ოჯახური პრობლემების, ალკოჰოლიზმის, ქრონიკული ტკივილისა და სხვადასხვა ფსიქიკური თუ ფიზიკური აშლილობის განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ არიან; ამასთან, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებას იღებენ – შვებას მაინც ვერ გრძნობენ.

ბავშვზე ძალადობის ტიპები

ბავშვზე ფიზიკური ძალადობა შესაძლებელია მოხდეს სხვადასხვა მიზეზით, მათ შორის – არარაციონალური მიზეზების გამო (ახალშობილის ტირილის ან მის მიერ საბავშვო საფენში ჩასვრის გამო). ბავშვზე ფიზიკური ძალადობა შესაძლებელია მოიცავდეს ბავშვზე განსაკუთრებით სასტიკ მოპყრობას (მოტეხილობას, დამწვრობას, ჭრილობას და სხვა).

სექსუალური ძალადობა ნიშნავს 18 წელზე ნაკლები წლოვანების ადამიანთან სქესობრივი ურთიერთობის დამყარებას ზრდასრულის მხრიდან. ეს შესაძლოა იყოს ინცესტი, გაუპატიურება, ანალური კავშირი, სექსუალური სტიმულაცია, გენიტალიების ექსპოზიცია ან სხვა. სექსუალური ძალადობა შესაძლოა იყოს ერთეული ან რეგულარული. სექსუალური ძალადობის კიდევ ერთი სახეობაა არასრულწლოვანთათვის პორნოგრაფიული მასალის მიყიდვა ან უხამს აქტებში მონაწილეობა.

არასათანადო მოპყრობა გულისხმობს, ბავშვის კეთილდღეობისთვის საჭირო ფიზიკური, ემოციური და ინტელექტუალური განვითარების საშუალებებზე უარის თქმა, წინასწარგანზრახვით ან უმეცრებით. ეს ბავშვზე ძალადობის უხშირესი სახეობაა. ამ დროს მშობლები არ ზრუნავენ ბავშვის ჯანმრთელობაზე, მის უსაფრთხოებაზე, განვითარებასა და განათლებაზე; აძლევენ საშუალებას, რომ ხშირად გააცდინოს სკოლა ან საერთოდ არ იაროს სკოლაში; ახდენენ მასთან ემოციურ აგრესიულ კომუნიკაციას, არ ერიდებიან მის დასჯას, მის წინაშე ჩხუბს და სხვა.

ფსიქოლოგიური ძალადობა (ემოციური ძალადობა), გულისხმობს ვერბალური ტიპის ძალადობას ბავშვზე, რაც მოიცავს მის დადანაშაულებას, ყვირილსა და შეურაცხყოფას სარკასტულად და დამამცირებლად. როგორც წესი, ემოციურ ძალადობას თან სდევს ბავშვზე სხვა ტიპის (ფიზიკური, სექსუალური) ძალადობრივი ზემოქმედებაც. ამავე ძალადობის ფორმას მიეკუთვნება შემთხვევები, როდესაც ბავშვები მშობლების ალკოჰოლიზმისა და პროსტიტუციის თვითმხილველები არიან.

კლინიკური სურათი

ბავშვზე ფიზიკურად მოძალადე მშობლებს უპირატესად არ აქვთ ბავშვის აღზრდის უნარები და ჩვევები. მათ კარგად არ ესმით თავიანთი მოვალეობები, შვილების საჭიროებები ან მათი საჭიროებებისა და მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად არ აქვთ საკმარისი მატერიალური რესურსები, რის გამოც ბრახსა და გაღიზიანებას განიცდიან. მიუხედავად იმისა, რომ გაუნათლებლობა და სიღარიბე ბავშვზე ძალადობის რისკს ზრდის, მხოლოდ ამ ფაქტორებით ძალადობის ახსნა შეუძლებელია. ძალადობა ხშირია ოჯახებში, სადაც მშობელს აქვს კარგი განათლება, კარიერული წარმატება და ფინანსური სტაბილურობა.

მოძალადე მშობლები, როგორც წესი, ემოციურად უმწიფარნი, გაუნონასწორებლები და მომთხოვნები არიან; არ შეუძლიათ ბავშვის საჭიროებების საკუთარ საჭიროებებზე წინ დაყენება. ისევე, როგორც ოჯახში ძალადობის დროს, ბავშვზე ძალადობის დროსაც, მოძალადე შვილს საკუთრებად აღიქვამს და არ ითვალისწინებს მის ემოციურ და ფიზიკურ საჭიროებებს. ხშირია მშობლის მხრიდან გადამეტებული მოლოდინების ნიადაგზე ბავშვზე ფიზიკური ძალადობის განხორციელებაც და საკუთარი ბავშვობისდროინდელი ნეგატიური გამოცდილების შვილზე გადატანა.

სამახსოვრო 12.3 ბავშვზე ძალადობის ნიშნები

- ანამნეზში ტრავმირების ფაქტების არარსებობისას, ბავშვს სხეულის სერიოზული დაზიანებები, მათ შორის – მოტეხილობები, დამწვრობები და ჭრილობები, აქვს;
- სამედიცინო დახმარებისთვის გვიანი მიმართვა;
- ბავშვი ან მშობელი ჰყვება ისტორიას, რომელიც შეუსაბამოა მიღებული დაზიანების ხარისხთან;

- დაზიანების შესახებ ინფორმაციის შეკრების დროს არსებული შეუსაბამობები ან ცვლილების შეტანა ბავშვის ან მშობლის მხრიდან;
- ბავშვის ასაკისა და განვითარების ეტაპისთვის შეუსაბამო დაზიანება (ბარძაყის მოტეხილობა ჩვილთან, ან მხრის ამოვარდნა 2 წლის ბავშვთან);
- საშარდე გზების ინფექციები; დაზიანებები საზარდულისა და გარე სასქესო ორგანოების არეში;
- ძველი ნაიარევები, რომელთა ახსნა არადაამაჯერებელი და შეუსაბამოა.

შეფასება

როგორც ნებისმიერი ძალადობისას, ბავშვზე ძალადობის შემთხვევების დროული ამოცნობა ექთნის უპირველესი ამოცანაა. 12.3 სამახსოვროში აღწერილია ის ნიშნები, რომელიც ექთანს ბავშვზე ძალადობაზე ეჭვის მიტანაში დაეხმარება. დამწვრობებსა და დაზიანებებს შესაძლოა ადვილად იდენტიფიცირებადი ფორმა ჰქონდეთ, მათ შორის – სიგარეტის ფორმა, ხელის მტევნის ფორმა, კბილების ან ქამრის ფორმა. ექთანმა უნდა მიიტანოს ეჭვი ძალადობაზე (ბავშვის შენჯღრევის სინდრომი) ჩვილთან, რომელსაც თავის ქალის დაზიანება ერთ წერტილში, დარტყმის ადგილის სანინააღმდეგოდ (contrecoup) აქვს, ხოლო მშობელი ამბობს, რომ ის ტახტიდან გადმოვარდა.

ბავშვები, რომლებსაც საშარდე სისტემის ინფექციები აქვთ, შესაძლოა იყვნენ სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი, ასევე შესაძლოა ჰქონდეს შემუპება და სინითლე საზარდულის მიდამოსა და გარეთა სასქესო ორგანოებთან.

ძალადობის მსხვერპლი ბავშვების ემოციური პასუხი ძალადობაზე შესაძლოა ერთმანეთისგან განსხვავდებოდეს. ხშირად ისინი მეტ სიმწიფესა და ცოდნას ავლენენ ამ თემის გარშემო, ვიდრე ეს მათ ასაკს შეესაბამება. ისინი შესაძლოა იყვნენ შეშინებულნი და მეტად მიეკედლონ უფროსებს ან შესაძლოა სრული დისტანცირება მოახდინონ მათგან. ექთნის მთავარი ამოცანაა, ამოიცნოს ბავშვის ასაკთან შეუსაბამო ქცევა და დროულად მიიტანოს ეჭვი ძალადობაზე.

ექთნის პასუხისმგებლობა არაა, გადაჭრით თქვას – იყო თუ არა ძალადობის აქტი. მისი ვალდებულებაა მიიტანოს ეჭვი და მოახდინოს შესაბამისი გამოკითხვა და გასინჯვა ეჭვის დასადასტურებლად ან მის უარსაყოფად. შეკითხვების დასმა უნდა მოხდეს ისე, რომ ბავშვის დამატებითი ტრავმირება არ მოხდეს. თუ ექთანი მისი კომპეტენციის ფარგლებში თვლის, რომ ძალადობა მოხდა, აუცილებელია განახორციელოს შეტყობინება შესაბამის ორგანოებში. ამ სტრუქტურებში მომუშავე ადამიანებს აქვთ შესაბამისი ცოდნა, რაც მათ ძალადობის ეჭვის დადასტურებაში ან მის უარყოფაში ეხმარება, რისი ცოდნა და გამოცდილება ექთანს არ აქვს და მისი მხრიდან მსგავსი გამოძიების წარმოება ბავშვისთვის შეიძლება უფრო დამაზიანებელი აღმოჩნდეს.

მკურნალობა და ინტერვენცია

ბავშვზე ძალადობის შემთხვევაში, უპირველესი ამოცანა ბავშვის უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფაა. ხშირად ამ უსაფრთხოების მოსაპოვებლად, საჭიროა ბავშვის სახლიდან წამოყვანა, რაც ასევე ტრავმასთან არის დაკავშირებული. აუცილებელია მოხდეს ბავშვის ფსიქოლოგიური დახმარება პროფესიონალების მიერ, რა დროსაც თერაპევტსა და ბავშვს შორის არსებული თერაპიული ურთიერთობა გადამწყვეტია.

ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ძალადობის სიმძიმესა და ხანგრძლივობაზე, ასევე ბავშვის ტრავმირების ხარისხზე.

ბავშვებზე ძალადობის დროს, აუცილებელია მკურნალობის პროცესში ჩართული იყოს ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი და სოციალური მუშაკი. ბავშვებში, რომლებსაც ასაკის გამო შესაბამისი უნარები არ აქვთ, შესაძლოა თერაპია წარმართოს ხატვისა და თამაშის მეშვეობით, რა დროსაც ბავშვი საკუთარი ემოციების გამოხატვას შეძლებს.

ოჯახური სიტუაციის მიხედვით, შესაბამისი სამსახურები წყვეტენ, შესაძლებელია თუ არა ბავშვის ოჯახში დაბრუნება. თუ ეს არ არის შესაძლებელი, ბავშვი რჩება ოჯახის გარეთ და შესაბამისი ინსტიტუციები მასზე ზრუნვას აგრძელებენ.

ასაკოვან პირზე ძალადობა

ასაკოვან პირზე ძალადობა მოიცავს აგრესიულ მოპყრობას მომვლელის ან ოჯახის წევრის მხრიდან. ეს შესაძლებელია მოიცავდეს როგორც ფიზიკურ, ისე ემოციურ და მატერიალურ ძალადობასა და არასათანადო მოპყრობას. მოძალადეები, როგორც წესი, მოხუცთან ცხოვრობენ ან რაიმე სახით არიან მასთან დაკავშირებული, ამასთან უხშირესად მათ თვითონვე აქვთ რაიმე სახის ფსიქოლოგიური ან იურიდიული პრობლემები.

აშშ-ის სტატისტიკურ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, მოხუცები ძალადობის მსხვერპლნი უხშირესად 75 წლის ასაკის შემდეგ ხდებიან, ხოლო მათგან 60-65% ქალია.

ძალადობა უფრო მოსალოდნელია ქრონიკული მენტალური ან ფიზიკური დაავადების დროს; ასევე მაშინ, როცა მოხუცი მომვლელზე დამოკიდებულია კვებისა და სამედიცინო მოვლის თვალსაზრისით.

მოძალადეები, უხშირესად არიან მოხუცის უშუალო მომვლელები ან მოხუცი მასზე დამოკიდებული რაიმე სახით. ხშირია ძალადობა იმ შემთხვევაში, თუ მომვლელი არის მეუღლე ან შვილი (უხშირესად, ვაჟიშვილი).

მოხუცები, როგორც წესი, მათზე განხორციელებულ ძალადობას არ ამხელენ, რაც ოჯახის წევრების დაცვით და ინსტიტუციური ზრუნვის მიღების სურვილის არქონით არის გამოწვეული.

კლინიკური სურათი

დაზარალებულს შესაძლოა ჰქონდეს მოტეხილობები და სხეულის სხვა დაზიანებები. შესაძლოა უარს ამბობდეს საკვების, წყლის და მედიკამენტების მიღებაზე. მოძალადე შესაძლებელია სათავისოდ იყენებდეს მსხვერპლის ფინანსურ წყაროებსაც და მოხუცს არ უტოვებდეს მისთვის საჭირო საარსებო წყაროს. მოძალადემ შესაძლებელია მოხუცს ხელი შეუშალოს სამედიცინო სერვისებს მიღებაშიც.

შეფასება

მოხუცზე ძალადობის აღმოსაჩენად აუცილებელია ექთანი კარგად დააკვირდეს მოხუცისა და მისი მომვლელის ურთიერთობებს. მან ასევე უნდა შეძლოს ქრონიკულ დაავადებასთან დაკავშირებული დაზიანებებისა და ძალადობის შედეგად განვითარებული დაზიანებების გარჩევა, რაც რთულია. 12.4 სამახსოვროში მოცემულია ნიშნები, რომელიც ექთანს ძალადობის ამოცნობაში დაეხმარება.

ექთანმა ძალადობაზე ეჭვი უნდა მიიტანოს, თუ დაზიანებების წარმოშობის მექანიზმის ახსნისას არაადეკვატურობა და არათანმიმდევრულობა შენიშნა. დაზიანებები შეიძლება იყოს სისხლჩაქცევები, ნაჩხვლეტები, დამწვრობები და სხვა. ასევე შესაძლებელია იყოს თოკის ან ჯაჭვის ხახუნით, ასევე სიგარეტით ან სხვა საგნებით მიყენებული დაზიანებები.

ძალადობის ნიშნებია ჰიგიენის ნორმებისა და ადეკვატური კვებისა და ჰიდრაციის დარღვევის აღმოჩენაც (სუნი, გამონაყარი, პედიკულოზი და სხვა).

ემოციურ ძალადობაზე მოუთითებს მოხუცის მხრიდან ფაქტების მოუხერხებელი დამალვა, როცა ისინი უარყოფენ დაზიანებებს, მიუხედავად ცხადი ფაქტების არსებობისა.

შესაძლებელია მოხუცს ჰქონდეს საკუთარი თავის მიმართ გულგრილობა, რომლის დროსაც ვერ ახერხებს საკუთარი ფულის ადეკვატურ მართვას და აქვს მენტალური სტატუსის ცვლილებებიც (დაბნეულობა, დეზორიენტაცია, შეუსაბამო პასუხები, მეხსიერების კარგვა და იზოლაცია). საკუთარი თავისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაგალითებია ასევე მალნუტრიცია და დეჰიდრატაცია, პირადი ჰიგიენის უგულებელყოფა და ყოველდღიური აქტივობების შესრულების შეუძლებლობა.

აღნიშნული მდგომარეობის დიაგნოსტიკა სპეციალისტის პრეროგატივაა და მხოლოდ ოჯახის წევრების მოსაზრების საფუძველზე მოხუცის მხრიდან საკუთარი თავის მიმართ გულგრილობის დიაგნოსტიკა დაუშვებელია. მაგალითად, მხოლოდ იმიტომ, რომ მოხუცი მისი დანაზღვის მნიშვნელოვან ნაწილს ქველმოქმედებაში ხარჯავს, არ ნიშნავს იმას, რომ ის ქმედუნარო ან გულგრილია.

მოხუცის ფინანსურ ექსპლუატაციაზე ეჭვის მიტანა გონივრულია, თუ საკმარისი დანაზღვის არსებობის შემთხვევაშიც კი, მას უგროვდება ბევრი გადაუხდეელი კომუნალური გადასახადი, აცვია მისი დანაზღვის შეუსაბამოდ, არ აქვს პირადი მოვლის ან ელემენტარული საყოფაცხოვრებო ნივთები. მოხუცი შესაძლოა უჩიოდეს პირადი ძვირფასეულობის დაკარგვას და მეგობრებთან და ახლობლებთან კონტაქტის განწყვეტას.

შესაძლოა ძალადობის ნიშნების აღმოჩენა შესაძლებელია მომვლელშიც. ის შეიძლება წუნუნებდეს, რომ ძალიან რთულია მოხუცის მოვლა, რომ მის მოვლასთან დაკავშირებულია მრავალი ხარჯი. ის შესაძლოა ცდილობდეს, რომ მოხუცი სხვასთან კონტაქტსაც მოარიდოს.

მკურნალობა და ინტერვენცია

მოხუცზე ძალადობა შესაძლოა დროთა განმავლობაში განვითარდეს, მაშინ როცა მომვლელის ფიზიკური და ემოციური რესურსი გადააჭარბებს მის მოთმინებასა და შესაძლებლობებს; ამიტომ მომვლელისათვის დროულად აღმოჩენილმა დახმარებამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეამციროს ძალადობრივი მოქმედების აღმოცენების რისკი. რიგ შემთხვევებში კი, ძალადობა გამონვეულია მოხუცისგან პირადი სარგებელის მიღების სურვილით, რა დროსაც აუცილებელია მოხუცის ჩამოშორება მომვლელისგან.

სამახსოვრო 12.4 მოხუცზე ძალადობის შესაძლო ნიშნები

ფიზიკური ძალადობის ნიშნები	არასათანადო მოპყრობის ინდიკატორები
<ul style="list-style-type: none"> ● ხშირი და უჩვეულო დაზიანებები და სამედიცინო სერვისებისთვის მიმართვიანობა სხვადასხვა ლოკაციიდან; ● დაზიანებების არსებობის უარყოფა ან მათი მკურნალობისთვის დაგვიანებული მიმართვიანობა; ● დეზორიენტაცია და მოთენთილობა, რაც მედიკამენტების არადანიშნულებისამებრ მოხმარების ნიშანია; 	<ul style="list-style-type: none"> ● არასათანადო პირადი ჰიგიენა; ● საჭირო მედიკამენტების არქონა; ● არასათანადო საცხოვრებელი გარემო; ● პედიკულოზი, გამონაყარი და წყლულები; ● დაავადების არარსებობის მიუხედავად, მალნუტრიცია და დეჰიდრატაცია; ● ტანსაცმლისა და სხვა საოჯახო ნივთების არქონა.

<ul style="list-style-type: none"> ● მომვლელის ან ოჯახის წევრის უხეშობის შიში. <p>ფსიქოსოციალური ძალადობის ნიშნები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● მოხუცის ჩვეული გუნება განწყობილებისა და ქცევის ცვლილება; ● მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისგან იზოლირება; ● უმწეობა; ● ღია საუბრებისგან თავის არიდება; ● აგზნება ან ბრაზი; ● დეპრესია და იზოლაცია. <p>მატერიალური ძალადობის ნიშნები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● გადაუხდეელი კომუნალური გადასახადები; ● ფინანსური შესაძლებლობების მიუხედავად, ცხოვრების დაბალი სტანდარტები; ● მოხუცის საკუთრების უეცარი გაყიდვა ან სხვისთვის გადაცემა; ● უცნაური საბანკო ოპერაციები; ● საბანკო ჩეკებზე ხელმოწერის ცვლილებები; ● მინდობილი პირის ან ანდერძის ცვლილება მაშინ, როცა მოხუცი უნაროა, მსგავსი გადაწყვეტილება მიიღოს; ● ძვირფასეულობის დაკარგვა; ● პირველადი მოხმარების ნივთების არ არსებობა; ● მომვლელის უჩვეულო დარდი ახლად წარმოშობილი სამედიცინო ხარჯების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ მისი ფული არ იხარჯება. 	<p>საკუთარი თავის მიმართ გულგრილობა</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ფულის გასხვისება მაშინ, როცა საკუთარი კომუნალური გადასახადები გადაუხდელია; ● პირად მოვლასთან დაკავშირებული ქმედებების შეუსრულებლობა; ● საჭირო სამედიცინო დახმარების მიღებაზე უარის თქმა; ● ექიმთან დანიშნულ ვიზიტებზე არგამოცხადება; ● აბნევა, მეხსიერების მოშლა, კონტაქტისათვის ძნელად მისაწვდომობა; ● საცხოვრებელი სივრცის არაპიგიურული პირობები, ცხოველების მომრავლება და სხვადასხვა პარაზიტებით ინფესტაცია. <p>მომვლელის ძალადობის ნიშნები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● მოხუცს არ ეძლევა საშუალება თავად ილაპარაკოს საკუთარ თავზე ან ესაუბროს ვინმეს მომვლელის თანდასწრების გარეშე; ● მოხუცს არ ეძლევა საშუალება მიიღოს სტუმრები; ● მოხუცის მიმართ ინდიფერენტული ან აგრესიული დამოკიდებულება; ● მოხუცის დადანაშაულება მისი შერყეული ჯანმრთელობის გამო; ● დამცველობითი ქცევა; ● ურთიერთ გამომრიცხავი ინფორმაცია მოხუცის ჯანმრთელობისა და ქცევის შესახებ ● წარსულში ძალადობრივი ქცევის ისტორია ან წამალდამოკიდებულება.
--	--

გაუპატიურება და სექსუალური ძალადობა

გაუპატიურება არის პიროვნების ნების საწინააღმდეგოდ, ძალადობით ან ძალადობის მუქარით სქესობრივი კავშირის დამყარება. გაუპატიურების დროს ქალთან მისი ნების წინააღმდეგ ხდება სქესობრივი კავშირის დამყარება, რაც შესაძლებელია განხორციელდეს ძალის გამოყენებით, დაშინებით ან მედიკამენტებისა და სხვადასხვა ნივთიერებებით ინტოქსიკაციის ფონზე. გაუპატიურებად განიხილება სქესობრივი ურთიერთობის დამყარება პირთან, რომელსაც არ შეუძლია მიიღოს რაციონალური გადაწყვეტილებები ასაკის ან მენტალური ჩამორჩენის გამო. გაუპატიურებად განიხილება ზედაპირული პენეტრაცია. ამდენად, სქესობრივი აქტის გაუპატიურებად კვალიფიცირება არ საჭიროებს სრულ პენეტრაციას, სრულ ერექციას ან ეაკულაციას. გაუპატიურებად განიხილება ასევე ნების საწინააღმდეგო ანალური ან ოროგენიტალური აქტი.

გაუპატიურება შესაძლებელია ნებისმიერ სიტუაციაში მოხდეს, მათ შორის, ოჯახ-

ში, ქორწინებაში მყოფ პირებს შორის და ერთსქესიანთა კავშირის შემთხვევაში. აშშ-ის სტატისტიკის მიხედვით, გაუპატიურების მხოლოდ 26% ხდება უცნობი პირის მიერ. ცნობილია ასევე პაემანზე გაუპატიურების ფენომენიც, რაც უფრო ხშირია კოლეჯისა და უნივერსიტეტების საერთო საცხოვრებლების მახლობლად და მეტწილად ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების ფონზე ხდება.

გაუპატიურების შეტყობინება ყველაზე ნაკლებად ხდება სხვა ყველა ძალადობრივ აქტთან შედარებით. დადგენილია, რომ გაუპატიურების შემთხვევათა ნახევრის შეტყობინება საერთოდ არ ხდება, რაც მსხვერპლის მხრიდან სირცხვილისა და დანაშაულის გრძნობით არის გამოწვეული. მათ არ სჯერათ, რომ შეძლებენ იურიდიული დახმარების მიღებას.

გაუპატიურება შესაძლებელია მოხდეს ნებისმიერ ასაკში, თუმცა აშშ-ის მონაცემების მიხედვით, გაუპატიურებულ ქალთა 80% 20 წლამდე ახალგაზრდაა.

მამაკაცთა გაუპატიურება შედარებით იშვიათია და უხშირესად დახურული ტიპის დაწესებულებებში ხდება.

გაუპატიურების დინამიკა

აშშ-ის სტატისტიკის მიხედვით, მოძალადე მამაკაცთა უმრავლესობა 25-44 წლისაა, ხოლო მათგან 75%-ს კრიმინალური წარსული აქვს. გაუპატიურების ჩამდენ მამაკაცთა რამდენიმე კატეგორიაა დადგენილი. ესენია:

- ძალის გამომხატველი მოძალადე (30%)

მოძალადე ცდილობს მსხვერპლზე მოიპოვოს დომინირება და კონტროლი. შესაძლებელია, პოტენციური მსხვერპლის ამორჩევა ბარში ან სულაც ინტერნეტში მოახდინოს. იქცევა როგორ “მაჩო”. შესაძლებელია ერთსა და იმავე მსხვერპლზე ძალადობა რამდენჯერმე მოახდინოს. მოძალადე მამაკაცთა 44% სწორედ ასეთია.

- სამაგიეროს გადამხდელი მოძალადე (24%)

ასეთი ტიპის მოძალადე ქალთმოდულეა და მათი დასჯის, მათთვის სამაგიეროს გადახდის მიზნით ქალებზე სექსუალური ტიპის ძალადობას ახდენს.

- საკუთარ ძალებში დარწმუნებული და შემთხვევაზე ორიენტირებული მოძალადე (30%)

ასეთი ტიპის მოძალადე ძალადობას ჩადის შესაბამისი შესაძლებლობის გაჩენის დროს. არის მართოსული და დაბალი თვითშეფასება აქვს. ფიქრობს, რომ მსხვერპლს “მოეწონა” გაუპატიურება.

- ბრაზით აღტყინებული ან სადისტური მოძალადე (16%)

უნდა, რომ ფიზიკური ტკივილი მიაყენოს მსხვერპლს. ხშირად მსხვერპლს კლავს. არის კომპულსური, თან ატარებს გაუპატიურებისთვის საჭირო ნივთებს; ახასიათებს ადევნება და ამისთვის შესაძლოა ინტერნეტზე გამოიყენოს.

ფემინისტური მოძრაობის აზრით, გაუპატიურებას საფუძვლად უდევს ისტორიული წარსული, როცა ქალები აგრესიის ობიექტები იყვნენ, რადგან ბავშვებთან ერთად სამართლებრივად მამაკაცის საკუთრებას წარმოადგენდნენ. 1982 წელს იყო პირველი შემთხვევა, როცა გაასამართლეს მამაკაცი საკუთარი ცოლის გაუპატიურების ბრალდე-

ბით და აღიარეს, რომ მიუხედავად ქორწინებისა, შესაძლოა ქალი არ იყოს თანახმა სექსუალური კავშირის დამყარებაზე.

ქალებისთვის, რომლებიც გაუპატიურების მსხვერპლნი ხდებიან, პირველადი ამოცანაა, რომ ცოცხლები გადარჩენ, ამიტომ ისინი ზიანის შემცირების მიზნით შესაძლოა არ უწევდნენ მოძალადეს წინააღმდეგობას. დანებების მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია შეიარაღებული მოძალადის შემთხვევაში. განსაკუთრებული დამცირების მიზნით, მოძალადემ შესაძლოა მსხვერპლზე მოშარდოს ან დეფეკაცია მოახდინოს ან მის ანაღურ ხვრელში ან საშოში სხვადასხვა საგნები მოათავსოს.

გაუპატიურების შედეგად მიღებული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ტრავმა უმძიმესია. მსხვერპლს შესაძლოა განუვითარდეს როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური პრობლემები, ორსულობა და დაუდგენელი გენების სამედიცინო ჩივილები. კვლევების თანახმად დადგინდა, რომ ქალები, რომლებიც მათი ცხოვრების რომელიმე ეტაპზე, გაუპატიურების მსხვერპლნი გამხდარან, ნაკლებად ჯანმრთელად აღიქვამენ საკუთარ თავს, ორჯერ უფრო ხშირად დადიან ექიმთან და შესაბამისად – ორჯერ მეტი სამედიცინო დანახარჯები აქვთ. ამასთანავე, ისინი იტანჯებიან ქრონიკული შიშით, უმწეობის შეგრძნებით, შოკით, დანაშაულისა და სირცხვილის გრძნობით. გაუპატიურების მსხვერპლი, როგორ წესი, თავს არიდებს ინციდენტის ადგილს. შესაძლოა მან უარი თქვას აქტივობებზე, რომელიც მანამდე მას სიხარულს ჰგვრიდა, გახდეს დეპრესიული, დაეწყოს სექსუალური დისფუნქცია, ინსომნია, მეხსიერების მოშლა და სუიციდური აზრები.

მიუხედავად იმისა, რომ საკანონმდებლო დონეზე მრავალი საკითხის დარეგულირება მოხდა, ხალხის ნაწილი მაინც ფიქრობს, რომ გაუპატიურება შესაძლოა იყოს თავად მსხვერპლის ბრალი და რომ ის ნაწილობრივ პასუხისმგებელიც კი არის ამ ძალადობრივ აქტზე. სამახსოვროში 12.5, მოყვანილია ის ძირითადი მითები, რომელიც ჯერ კიდევ პოპულარულია მოსახლეობაში.

სამახსოვრო 12.5

მითები გაუპატიურების შესახებ

- გაუპატიურების ძირითადი მიზანი სქესობრივი კავშირია;
- როდესაც ქალი დანებდება მოძალადეს, ეს ნიშნავს, რომ მასაც უნდა ეს სექსუალური კავშირი;
- ქალები, რომლებიც გამომწვევად იცვამენ, თავად არიან საკუთარი პრობლემების მიზეზი;
- ზოგ ქალს უხეში სექსი მოსწონს, თუმცა მოგვიანებით ამას გაუპატიურებას ეძახის;
- როდესაც ქალი მამაკაცს აღაგზნებს, მას აღარ შეუძლია საკუთარი ქმედების კონტროლი;
- ღამით მარტო სიარული ნიშნავს, რომ ქალს უნდა, გაუპატიუროს;
- გაუპატიურება არ შეიძლება მოხდეს ქორწინებაში;
- გაუპატიურება აღაგზნებს ქალს;
- გაუპატიურება შესაძლებელია მხოლოდ ჰეტეროსექსუალურ წყვილში;
- თუ ქალს გაუპატიურების შედეგად ჰქონდა ორგანზმი, მაშინ ეს აღარაა გაუპატიურება;
- გაუპატიურება შესაძლებელია ჩაიდინოს მხოლოდ უცნობმა;
- გაუპატიურება არის ვნების შედეგი;
- გაუპატიურება ხდება სპონტანურად.

შეფასება

მტკიცებულებების შენარჩუნების მიზნით, სამედიცინო ექსპერტიზა უნდა ჩატარდეს მანამ, სანამ ქალი შხაპს მიიღებს, გამოიკვლის ტანსაცმელს ან რაიმეს დალევს (ორალური სექსის შემთხვევაში), თუმცა ხშირად ეს შეუძლებელია.

ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასების მიზნით, ექთანმა უნდა სთხოვოს ქალს, რომ აღწეროს მომხდარი. თუ ქალი ამას ვერ ახერხებს, მაშინ ექთანმა შეკითხვები უნდა დასვას და ეს უნდა მოხდეს თავაზიანად და მზრუნველობით, რათა ქალის დამატებითი ტრავმირება არ მოხდეს. აუცილებელია გადაუდებელ განყოფილებას ჰქონდეს გაუპატიურებული მსხვერპლის გასინჯვის პროტოკოლი.

მკურნალობა და ინტერვენცია

საუკეთესო შემთხვევაში, გაუპატიურების მსხვერპლმა დაუყოვნებლივ უნდა მიიღოს მეგობრებისა და ოჯახის წევრების, ასევე სამედიცინო და სამართალდამცავ ორგანოთა მხრიდან მხარდაჭერა და ზრუნვა.

სამახსოვროში 12.6 არის განგაშის ნიშნები, რომელიც შესაძლო ძალადობას შეიძლება მოასწავებდეს.

გადაუდებელი ზრუნვის განყოფილებაში, ექთანი გაუპატიურებულ მსხვერპლზე ზრუნვის გუნდის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფიგურაა. ის უნდა დაეხმაროს ქალს ემოციურად და საშუალება მისცეს, საკუთარი ემოციები გამოხატოს. მას უნდა მიეცეს სიტუაციის მაქსიმალური გაკონტროლების შესაძლებლობა. მსხვერპლმა უნდა გადაწყვიტოს, აპირებს თუ არა ჩვილს სამართალდამცავ ორგანოებში, ასევე მანვე უნდა გადაწყვიტოს, აიღებს თუ არა ნაცხებს მტკიცებულებისათვის.

მსხვერპლისთვის შეთავაზებული უნდა იქნეს პროფილაქტიკური მკურნალობა სქესობრივად გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის. მას ასევე უნდა მიეცეს რჩევა-დარიგება აივ-ინფექციის ტესტირებასთან დაკავშირებით (ტესტირება უნდა მოხდეს რამდენჯერმე, ვინაიდან სეროკონვერსიას რამდენიმე თვე შეიძლება დასჭირდეს). მსხვერპლს შესაძლებელია შეთავაზოთ გადაუდებელი კონტრაცეფციაც ეთინილ ესტრადიოლის ან ნორგესტრელის მეშვეობით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია, ქალმა დაიბრუნოს კონტროლი და დაძლიოს უძღურებისა და უმწეობის შეგრძნება, ბრაზი და დანაშაულის გრძნობა. ამ თვალსაზრისით სოციალური მხარდაჭერა უმნიშვნელოვანესია, ეფექტურია ჯგუფური თერაპია იმ ადამიანებთან ერთად, რომლებიც ასევე ყოფილად გაუპატიურების მსხვერპლნი. თუ ქალს 1 წელიწადზე მეტი ხანი დასჭირდა ფუნქციონირების სანყის ეტაპზე დასაბრუნებლად, შესაძლებელია პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოზი დაისვას, რაც შემდეგ თავში დეტალურად არის განხილული.

სამახსოვრო 12.6 ძალადობის მომასწავებელი განგაშის ნიშნები

- ახდენს ემოციურ ძალადობას, ამცირებს და იქცევა აგრესიულად ნებისმიერი ახალი იდეის ან აქტივობის წამოწყებისას;
- ცდილობს აკონტროლოს პარტნიორის ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტები, ჩაცმულობა, მეგობრები და სხვა;
- ქალებზე საუბრობს უარყოფით კონტექსტში;

- ეჭვიანობს მიზეზის გარეშე;
- სვამს ბევრს, ან მოიხმარს სხვადასხვა ფსიქოაქტიურ საშუალებებს. იგი შესაძლოა პარტნიორსაც აძალებდეს ალკოჰოლის მოხმარებას;
- ხშირად იჭრება პირად სივრცეში;
- ვერ უმკლავდება ემოციურ ან სექსუალურ ფრუსტრაციას;
- არ განიხილავს პარტნიორს, როგორც თანასწორს. თვლის, რომ უფრო ჭკვიანი ან აღმატებულია;
- საკუთარ მამაკაცურობას უხეში ქმედებებით გამოხატავს;
- ბრაზის ან მუქარის გამო, მსხვერპლის ცდილობს არაფერი შეცვალოს, რათა მოძალადე არ გააბრაზოს ;
- ახასიათებს ხასიათის უკიდურესი მერყეობა, კეთილია ერთ წუთს და ბოროტი – მომდევნო წუთს;
- ლანძღავს პარტნიორს, იმიტომ რომ მასთან ერთად ალკოჰოლს არ სვავს ან უარს ამბობს მასთან სექსუალურ კავშირზე;
- არის ფიზიკურად აგრესიული, ახასიათებს ხელი კვრა, ჯანჯლარი და სხვა.

სოციალური ძალადობა

სოციალური ძალადობის ერთ-ერთი მძიმე ფორმაა ძალადობა სკოლებში. გამოწვევაა სკოლაში მოსწავლეების მხრიდან სხვადასხვა ბასრი იარაღების ან სულაც ცეცხლსასროლი იარაღის სკოლაში მიტანის ფაქტები. შემდგომი, ძალადობრივი ქცევის რისკის თვალსაზრისით, პრობლემაა მოსწავლეთა მხრიდან ალკოჰოლის ან სხვა ნივთიერების გამოყენების შედეგებიც.

ამ პრობლემების დაძლევის მიზნით, მაგალითად, აშშ-ის სკოლებში დაინერგა სასწავლო პროგრამები, რომელიც მოზარდებს კონფლიქტის მენეჯმენტსა და ბრაზის მართვას ასწავლის. გარდა ამისა, დაინერგა პროგრამები, რომელიც მშობელსა და შვილს შორის მტკიცე კავშირების ჩამოყალიბებასა და ოჯახში ძალადობის დაძლევას ემსახურება. აღნიშნულმა ინტერვენციებმა დადებითი შედეგები გამოიღო.

ბულინგი, სოციალური ძალადობის კიდევ ერთი მაგალითია, რომელიც როგორც ვერბალურ, ისე ფიზიკურ ძალადობას მოიცავს. არსებობს ასევე კიბერ-ბულინგიც, რომელიც ინტერნეტის საშუალებით არასასურველი შეიღების, მესიჯების ან სურათებისა და ვიდეოების გასაჯაროებას მოიცავს. მოზარდთა სუიციდი, ბულინგთან მნიშვნელოვან კორელაციაშია, ამიტომ ბულინგის დაძლევა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა. ბულინგის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი VI-VIII კლასებშია. ბულინგის მსხვერპლ ბავშვებს, უჭირთ მეგობრების გაჩენა, ამიტომ თავს ხშირად მარტოსულებად გრძნობენ. ხოლო ის, ვინც თვითონ ახდენს სხვების ბულინგს, როგორც წესი, დაბალი აკადემიური მოსწრების მოზარდები არიან. აღსანიშნავია, რომ ის მოზარდები, რომლებსაც განსაკუთრებული საჭიროებები აქვთ, უფრო ხშირად ხდებიან ხოლმე ბულინგის მსხვერპლნი.

ე.წ. „დედოვშინა“ ან “ნათლობის“ რიტუალები სოციალური ძალადობის კიდევ ერთი მაგალითია, რომელიც ხშირად შესაძლოა საყოველთაო ჩხუბსა და დაპირისპირებაში გადაიზარდოს. „ნათლობის“ მოწყობა ხშირია სპორტული გუნდების ან საძმობის მიერ, რომლებიც წევრებს განსაკუთრებულ სოციალურ სტატუსს სთავაზობენ. სწორედ ამით არის განპირობებული ახალგაზრდების მიერ ამ კავშირებში გაერთიანება; ძალადობრივი სიტუაციები ბავშვის განვითარებაზე ნეგატიურად მოქმედებს. მას შე-

საძლოა სტრესთან დაკავშირებული აშლილობები განუვითარდეს და ზრდასრულობის ასაკში ურთიერთობებში შეექმნას პრობლემები, განუვითარდეს წამალ ან ალკოჰოლ დამოკიდებულება და სხვა ფსიქიკური აშლილობები. ძალადობრივი სცენებიდან ბავშვების განრიდება, ხელს შეუშლის შემდეგი ძალადობრივი ციკლის წარმოქმნას და ძალადობრივი ქმედების დასწავლას ახალგაზრდა თაობის მიერ.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ექთანი ძალადობის მსხვერპლთან მუშაობისას შესაძლოა გარკვეული ტიპის უხერხულობას გრძნობდეს, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა გამოწვეული იყოს ექთნის რწმენებით ძალადობის შესახებ. კერძოდ, ექთნები ხშირად ფიქრობენ, რომ თავიანთი შეკითხვებით უხერხულობაში ჩააგდებენ პაციენტს ან რომ შეკითხვებით შესაძლოა კიდევ უფრო გააუარესონ მსხვერპლის მდგომარეობა. უარეს შემთხვევაში, ექთანს შესაძლოა ეგონოს, რომ ქალი, რომელიც ძალადობრივ ურთიერთობებს არ წყვეტს -ძალადობას იმსახურებს, ან რომ მას ძალადობა სიამოვნებს; ექთანი ასევე შესაძლოა ფიქრობდეს, რომ ეს მხოლოდ მსხვერპლის პირადი საქმეა. ზოგიერთი ჯანდაცვის სპეციალისტი, ძალადობას შეცდომით განიხილავს როგორც სოციალურ და იურიდიულ პრობლემას და ამიტომ თვლის, რომ არ უნდა ჩაერიოს მასში.

სხვისი მძიმე ისტორიის მოსმენა რთულია და ამ დროს შესაძლოა ექთანს ჰქონდეს შიშის შეგრძნებაც. ცხადია ეს პაციენტისთვის შეუმჩნეველი არ რჩება და ამიტომ შესაძლოა ამან ხელი შეუშალოს მისი მხრიდან ინფორმაციის მოწოდებას; შესაბამისად ექთნის მხრიდან გამოკითხვის პროცესში უნდა მოხდეს პაციენტის და არა საკუთარ ემოციებზე კონცენტრირება. მიუხედავად იმისა, თუ რამდენად შემზარავია ისტორია, რომელსაც პაციენტი ჰყვება, ექთანმა უნდა შეძლოს მისი მოსმენა და მოახდინოს პაციენტის გრძნობების ვალიდაცია შესაბამისი ფრაზებით (მაგ., „ეს ძალზე საშიში იქნებოდა“ ან “როგორც ჩანს, სიცოცხლის დაკარგვის გეშინოდა“). ურთიერთობის დროს ექთანმა უნდა გამოხატოს პაციენტის მიმართ პატივისცემა და მიმღებლობა, რაც მათ, თავის მხრივ, მომხდარის მიღებასა და გააზრებაში დაეხმარება. მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობის ფაქტის გააზრება და მიღება ურთულესია, ეს გამოჯანმრთელებისთვის აუცილებელი წინაპირობაა.

ექთანი, რომელიც თავად ყოფილა ძალადობის მსხვერპლი, შესაძლოა ძალიან ეფექტური იყოს ამ სიტუაციაში მუშაობისას, თუმცა მან ჯერ თავად უნდა დაძლიოს საკუთარი გრძნობები და სუბიექტური დამოკიდებულებები.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა ძალადობის მსხვერპლთან მუშაობისას

- მსხვერპლს შესაძლოა იმაზე მეტი ძალა ჰქონდეს, ვიდრე ეს მას წარმოუდგენია. ექთანი უნდა დაეხმაროს მას მსხვერპლის მდგომარეობიდან გადარჩენილის მდგომარეობაში გადავიდეს.
- ყველა ქალს უნდა დაესვას შეკითხვები ძალადობის შესახებ. შესაძლოა ბევრი გაბრაზდეს, თუმცა ძალადობის მსხვერპლის აღმოჩენა უფრო მნიშვნელოვანია.
- ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს კონცენტრირდეს აწმყოზე და არ იქექოს წარსულში.
- უმჯობესია, თუ ექთანი იმუშავებს მსხვერპლთან ან მოძალადესთან. ორივე მათგანთან მუშაობა ემოციურად შესაძლოა ძალიან რთული იყოს.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების უნარის განსავითარებლად

1. არის თუ არა ბავშვის ცემა დისციპლინის მიღწევის საუკეთესო გზა? რა განსაზღვრავს „კარგ“ ქცევას? ვინ უნდა მიიღოს ეს გადაწყვეტილებები და რატომ?
2. პაციენტი ეუბნება ექთანს, რომ მან წარსულში წონასწორობა დაკარგა და საკუთარი შვილი ცემა, რა უნდა იყოს ექთნის პასუხი? რა ფაქტორები იმოქმედებს ექთნის პასუხზე?
3. რა არის ექთნის როლი ბულინგის თვალსაზრისით? რა უნდა გაკეთდეს იმისთვის, რომ დაიძლიოს ბულინგის მზარდი პრობლემა?

ძირითადი საკითხები

- ქალები და ბავშვები ძალადობის უხშირესი მსხვერპლნი არიან;
- ოჯახში ძალადობის მახასიათებლებია: სოციალური იზოლაცია, ძალისა და კონტროლის ბოროტად გამოყენება, წამალზე ან ნივთიერებაზე დამოკიდებულება და თაობათაშორისი ტრანსმისია;
- მეუღლეთაშორისი ძალადობა შესაძლოა იყოს ემოციური, ფიზიკური, სექსუალური ან სამივე ერთად;
- ქალებს უჭირთ ძალადობრივი ურთიერთობების დასრულება ფინანსური ან ემოციური დამოკიდებულების გამო, ან შესაძლოა მათ ეძინოდეთ ამ ურთიერთობების დასრულება სიკვდილის შიშის გამო;
- ექთანს შეუძლია აღმოაჩინოს ძალადობის მსხვერპლი უსაფრთხოების შესახებ შეკითხვების დასმის გზით;
- გაუპატიურება არის პიროვნების ნების სანინააღმდეგოდ, ძალადობით ან ძალადობის მუქარით სქესობრივი კავშირის დამყარება. გაუპატიურების შემთხვევათა ნახევარი ჩადენილია პირის მიერ, რომელსაც ქალი მანამდე იცნობდა. საუკეთესო შემთხვევაში, გაუპატიურების მსხვერპლმა დაუყოვნებლივ უნდა მიიღოს მეგობრებისა და ოჯახის წევრების, ასევე სამედიცინო და სამართალდამცველ ორგანოთა მხრიდან, მხარდაჭერა და ზრუნვა;
- ბავშვზე ძალადობა ან არასათანადო მოპყრობა განიმარტება, როგორც ბავშვისთვის მიზანმიმართული ფიზიკური, ემოციური ან სექსუალური ხასიათის ზიანის მიყენება;
- ასაკოვან პირზე ძალადობა არის ასაკოვანი პირების მიმართ გამოვლენილი აგრესიული მოპყრობა ოჯახის წევრის ან მომვლელის მხრიდან. ეს შესაძლებელია მოიცავდეს როგორც ფიზიკურ, ისე ემოციურ და მატერიალურ ძალადობასა და არასათანადო მოპყრობას;
- სოციალური ძალადობის ერთ-ერთი მძიმე ფორმაა ძალადობა და ბულინგი სკოლებში;
- ძალადობის მსხვერპლთან მკურნალობის თვალსაზრისით ადრეული ინტერვენციები საუკეთესო შედეგს იძლევა. რაც უფრო დაგვიანებულია ზრუნვა, მით მეტია ზიანი გრძელვადიან პერსპექტივაში;
- ექთანს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ ძალადობის მსხვერპლის დახმარებისას უმნიშვნელოვანესია საკუთარი ემოციების ადეკვატური მართვა.

წყდრმბბ

1. Amstadter, A. B., Cisler, J. M., McCauley, J. L., et al. (2011). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(1), 43-57.
2. Baron, D. A., Dubin, W. R., & Ning, A. (2009). Other psychiatric emergencies. In B. J. Sadock, V.A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2732-2745). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
3. Bernet, W. (2009). Child maltreatment. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3792-3805). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
4. Bureau of Justice Statistics. (2011). Domestic violence. Available at: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs>. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Available at: <http://www.cdc.gov/cdc.html>
5. Burgess, A. W., Mahoney, M., Visk, J., et al. (2008). Cyber child sexual exploitation. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(9), 38-44.
6. Carretta, C. M. (2008). Domestic violence: A worldwide exploration. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(3), 26-34.
7. Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2009). Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. *American Journal of Public Health*, 99(5), 847-854.
8. Child Welfare Information Gateway. (2010). Child abuse and neglect. Available at: <http://www.childwelfare.gov/can/index.cfm>
9. Childhelp. (2008). National child abuse statistics. Available at: <http://www.childhelp.org/resources/learning-center/statistics>
10. Cooper, G. D., Clements, P. T., & Holt, K. E. (2012). Examining childhood bullying and adolescent suicide: Implications for school nurses. *Journal of School Nursing*, 28(4), 275-283.
11. DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., et al. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 264-273.
12. Marin Institute. (2008). Fact sheet: Violence and alcohol. Retrieved January 5, 2009, from <http://www.marininstitute.org/> McNamara, C. L., & Marsil, D. E. (2012). The prevalence of stalking among college students: The disparity between researcher- and self-identified victimization. *Journal of American College Health*, 60(2), 168-174.
13. Military Sex Offenders Registry. (2011). Rapists. <http://www.militarysexoffendersregistry.com/Rapists.html>
14. National Center for Education Statistics (NCES). (2011). Indicators of school crime and safety. Available at: <http://www.nces.ed.gov/crimeindicators/crimeindicators2011>
15. Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 211-220.
16. O'Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 190-201.

17. Parish, B., & Stromberg, S. (2009). Physical and sexual abuse of adults. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2579–2583). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/WoltersKluwer.
18. RAINN (Rape, Abuse, & Incest National Network). (2009). Who are the victims? The offenders. Retrieved January 19, 2009, from <http://www.rainn.org>
19. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Fatal attraction syndrome: Stalking behavior and borderline personality. *Psychiatry*, 7(5), 42–46.
20. Santos, E. J., & Goldstein, M. Z. E. (2009). Elder mistreatment and self-neglect. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 4230–4235). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
21. Stark, S. W. (2011). Blind, deaf, and dumb: Why elder abuse goes unidentified. *Nursing Clinics of North America*, 46(4), 431–436.
22. State University of New York at Buffalo Counseling Center. (2008). Available at: <http://ub-counseling.buffalo.edu/warnings.php>
23. Twyman, K. A., Saylor C. F., Saia D., et al. (2010). Bullying and ostracism experience in children with special health care needs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(1), 1–8.
24. Waldron, J. J., & Kowalski, C. L. (2009). Crossing the line: Rites of passage, team aspects, and ambiguity of hazing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(2), 291–302.
25. Weinstein, H. C., & Bell, C. C. (2009). Correctional psychiatry. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 4449–4473). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
26. Wright, C. V., & Johnson, D. M. (2009). Correlates for legal help-seeking: Contextual factors for battered women in shelter. *Violence and Victims*, 24(6), 771–785.

თავი 13

ორავმა და სტრესთან დაკავშირებული აშლილობები

ამ თავში განხილულია:

1. სტრესისა და ტრავმის მოკლე და გრძელვადიანი შედეგები; რისკები და განვითარების დინამიკა;
2. სტრესისა და ტრავმის გრძელვადიანი შედეგების სიხშირე;
3. სტრესისა და ტრავმის შედეგები – პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და იდენტობის დისოციაციური აშლილობა;
4. საექთნო პროცესის დანერგვა სტრესისა და ტრავმის შედეგად განვითარებული მდგომარეობების დროს;
5. საზოგადოების განათლება ტრავმის შემდგომი ადრეული ინტერვენციების შესახებ;
6. საკუთარი თავის შეფასება ტრავმისა და სტრესის საკითხების შესახებ.

ცხოვრების მანძილზე, ადამიანებს შესაძლოა უკიდურესად სტრესულ გარემოებებთან მოუწიოთ გამკლავება, რამაც, შესაძლოა, შეარყიოს არა მარტო ფსიქიკური აშლილობისკენ მიდრეკილი ადამიანების მენტალური ჯანმრთელობა, არამედ განონასწორებული და მანამდე ჯანმრთელი პირების მდგომარეობაც. სტრესული მოვლენა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ერთი ადამიანის ცხოვრებასთან (რომელიმე ქრონიკული დაავადების დიაგნოსტიკა) ან ადამიანთა დიდ ჯგუფთან (ომი, ტერორისტული აქტი, ბუნებრივი კატაკლიზმები).

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანების უმრავლესობას სტრესული სიტუაციის საპასუხოდ სხვადასხვა ემოციები აქვთ (შფოთვა, გლოვა, უძილობა და სხვა), დროთა განმავლობაში ისინი ახდენენ ახალ გარემოებებთან ადაპტაციას და გაძლიერებასაც კი, თუმცა რიგ შემთხვევებში, ზოგს უჭირს შექმნილი გარემოებების აღქმა და უვითარდება ადაპტაციური აშლილობები, მათ შორის, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, მწვავე პოსტსტრესული აშლილობა, დისოციაციური დაავადება და სხვა.

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, არის ქცევითი აშლილობის სახეობა, რომელიც სტრესული მოვლენის (ბუნებრივი კატაკლიზმა, ომი, დაპირისპირება ან ძალადობა) შედეგად ვითარდება. მსხვერპლისთვის ტრავმული მოვლენა, როგორც წესი, დაკავშირებულია სიცოცხლის მოსპობასთან ან ჯანმრთელობის მძიმე დაზიანებასთან, რასაც მსხვერპლის მხრიდან შიშისა და უმწეობის განცდა მოჰყვა. 13.1 სამახსოვროში, მოცემულია პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სკრინინგის მიდგომები.

კლინიკური მიმდინარეობა

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობისათვის (პტსა) დამახასიათებელია ტრავმის განმეორებადი განცდა სიზმრებითა და აკვიატებული ფიქრებით. ადამიანს სიზმრებსა და ფიქრებში აქვს მიტოვებულისა და თავზარდაცემულობის შეგრძნება, შესაძლოა ჰქონდეს **ზეზღურბლოვანი** ალგზნების შეგრძნებაც. ამ დროს მას ტრავმის განმეორებადი განცდა აქვს თავს მოხვეული მოგონებების, სიზმრების, ფლემბეჭებისა და რეტროსპექციების გამო, ამიტომ ის მაქსიმალურად ცდილობს თავი აარიდოს სტრესორთან დაკავშირებულ მოგონებებს. პტსა-ის დროს პაციენტი მუდმივად ალგზნებულია, აწუხებს უძილობა, გაღიზიანებადობა, დაძაბულობა და ფეთქებადობა. იგი ხშირად აღნიშნავს, რომ აღარ აქვს საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის შეგრძნება, რაც მას ნებისმიერი გამღიზიანებლისგან განრიდებისკენ უბიძგებს. შედეგად, კი ასეთი ადამიანები, როგორც წესი, თვითიზოლაციამდე მიდიან. სამახსოვროში 13.2, დეტალურად არის მოცემული პტსა-სთვის დამახასიათებელი სიმპტომები.

მწვავე სტრესული აშლილობისგან განსხვავებით, პტსა-ის დროს, პაციენტს დამახასიათებელი სიმპტომები 3 თვის შემდეგაც უგრძელდება, აუცილებელი არაა, ამ აშლილობის დასაწყისი თან სდევდეს სტრესულ მოვლენას. ის, შესაძლოა, სტრესული მოვლენიდან თვეების ან სულაც წლების შემდეგ განვითარდეს. მიმდინარეობის თვალსაზრისით, პტსა ქრონიკული ხასიათისაა, თუმცა მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების სიმძიმის თვალსაზრისით, დროთა განმავლობაში შესაძლოა იცვლებოდეს და განსაკუთრებით მძიმდებოდეს, სტრესულ პერიოდებში. პტსა-ის მქონე პირებში ხშირია სხვა ტიპის ფსიქური აშლილობები, მათ შორის – დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა, ალკოჰოლ და წამალდამოკიდებულება.

პტსა ნებისმიერ ასაკში შეიძლება განვითარდეს, მათ შორის, ბავშვობის ასაკშიც. დადგენილია, რომ სპეციფიკურ ჯგუფებში (მაგალითად, ომის ვეტერანები, ძალადობის მსხვერპლნი, ბუნებრივი კატაკლიზმებით ტრავმირებული მოსახლეობა) ამ ტიპის აშლილობის განვითარების რისკი 60%-ია. 3 თვის შემდეგ მდგომარეობიდან აბსოლუტურად გამოსვლის ალბათობა 50%-ია. სტრესულ მოვლენასთან ადამიანის სიახლოვე და მისი სიმძიმე მეტწილად განსაზღვრავს, განვითარდება თუ არა პტსა. გაუპატიურების მსხვერპლთა შორის პტსა-ის განვითარების რისკი საკმაოდ მაღალი – 70%-ია.

სამახსოვრო 13.1 ცხოვრებისეულ მოვლენათა კითხვარი

სტრესული მოვლენები შესაძლოა მოხდეს ადამიანის ცხოვრებაში.

მონიშნეთ ა – თუ მითითებული მოვლენა შეგემთხვათ უშუალოდ თქვენ;

მონიშნეთ ბ – თუ მითითებული მოვლენის შემსწრე გახდით;

მონიშნეთ გ – თუ მითითებული მოვლენის შესახებ სხვისგან შეიტყვეთ;

მონიშნეთ დ – თუ დარწმუნებული არ ხართ პასუხის თაობაზე;

მონიშნეთ ე – თუ აღნიშნული შეკითხვა არ შეესაბამება თქვენს მდგომარეობას.

მოვლენა	ა) შემემთხვა უშუალოდ მე	ბ) მოვლენის შემსწრე გავხდი	გ) მოვლენის შესახებ შევიტყვე სხვისგან	დ) დარწმუნებული არ ვარ პასუხის თაობაზე	ე) აღნიშნული შეკითხვა არ შეესაბამება ჩემს მდგომარეობას
ბუნებრივი კატაკლიზმები (დატბორვა, ქარიშხალი, მიწისძვრა).					
ხანძარი ან აფეთქება.					
სატრანსპორტო საშუალების სარგებლობისას მომხდარი ინციდენტი (ავტო-საგზაო შემთხვევა, გემით, მატარებლით, თვითმფრინავით მგზავრობისას ავარიული შემთხვევა).					
ტოქსიკური ნივთიერების ზემოქმედება (მაგ., საშიში ქიმიკატები, რადიაცია)					
სერიოზული დაზიანება სამსახურში, სახლში ან რეკრეაციული აქტივობისას.					
ფიზიკური ძალადობა (ცემა, გარტყმა, დარტყმა და სხვა)					
იარაღით მუქარა და ძალადობა (ცეცხლსასროლი ან ცივი იარაღით დაჭრა, მუქარა და სხვა).					
სექსუალური ძალადობა (გაუპატიურება, სექსუალური კავშირის დამყარება მუქარის ფონზე).					
არასასურველი სექსუალური კავშირი					
ომი (სამოქალაქო ან სამხედრო)					
ტყვეობა (გატაცება, მძევლად ან ტყვედ ჩავარდნა)					
სიცოცხლისთვის საშიში დაავადება ან მდგომარეობა					

მძიმე ადამიანური ტანჯვა					
ახლობელი ადამიანის უეცარი, ძალადობრივი სიკვდილი					
ახლობელი ადამიანის უეცარი სიკვდილი					
თქვენ მიერ სხვისთვის მიყენებული სერიოზული დაზიანება, დასახიჩრება ან სიცოცხლის მოსპობა					
სხვა ძლიერი სტრესული მოვლენა					

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები

<p>შენიშვნა: აღნიშნული კრიტერიუმები ვალიდურია 6 წელზე უფროსი ბავშვებისთვის, მოზარდებისთვის და მოზრდილებისთვის. 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები იხილეთ ქვემოთ.</p> <p>ა. სიკვდილის ან მოსალოდნელი სიკვდილის საფრთხეში ყოფნის გამოცდილება ქვემოთ მოცემულ რომელიმე სიტუაციაში:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ტრავმული მოვლენის პირდაპირი ზემოქმედება; 2. თვითხილვა მოვლენებისა, რომლის დროსაც მსგავსი საფრთხე სხვებს შეექმნათ; 3. ოჯახის წევრის ან ახლო მეგობრის ძალადობრივი ან შემთხვევითი სიკვდილი ან სიკვდილის საფრთხის შემცველი მოვლენა, რომელიც პიროვნებამ ამბად შეიტყო; 4. განმეორებით მოხვედრა სტრესულ სიტუაციაში (პოლიციის სწრაფი რეაგირების თანამშრომლები). <p>შენიშვნა: აღნიშნული კრიტერიუმი არ ეხება აღნიშნული ინფორმაციის ინტერნეტით ან მედია საშუალებებით მიღებას.</p> <p>ბ. ერთი არ რამდენიმე ქვემოთ მოცემული სიმპტომის არსებობა, სტრესული მოვლენ(ებ)ის გადატანის შემდეგ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ტრავმული მოვლენის შესახებ რეკურენტული, უნებლიე და თავსმოხვეული მოგონებები; <p>შენიშვნა: 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ტრავმული მოვლენ(ებ)ის სხვადასხვა ასპექტი განმეორებით თამაშებში შეიძლება აისახოს.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. განმეორებადი სიზმრები, რომელთა შინაარსი და ემოციური რეაქციები სტრესულ მოვლენას უკავშირდება; 3. დისოციაციური რეაქციები (მაგალითად, ფლეშბეკები), რომლის დროსაც პაციენტი ისე იქცევა, თითქოს ტრავმული მოვლენა კვლავ განმეორდა (აღნიშნული მდგომარეობა შესაძლოა მძიმე ფორმით განვითარდეს და პაციენტმა სრულიად დაკარგოს რეალობის აღქმა); <p>შენიშვნა: ბავშვებში, ტრავმის სპეციფიური მოგონებების აღდგენა შესაძლოა თამაშის დროსაც მოხდეს.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. ინტენსიური ან ხანგრძლივი ფსიქოლოგიური დისტრესი შინაგანი ან გარეგანი მინიშნებების ზემოქმედებისას, რომელიც ტრავმული მოვლენ(ებ)ის რომელიმე ასპექტს სიმბოლურად ასახავს ან მისი მსგავსია; 5. გამოხატული ფსიქოლოგიური რეაქციები შინაგან ან გარეგან მინიშნებებზე, რომელიც ტრავმული მოვლენ(ებ)ის რომელიმე ასპექტს სიმბოლურად ასახავს ან მისი მსგავსია.
--

- გ. ტრავმულ მოვლენასთან ასოცირებული სტიმულების თავიდან არიდების მუდმივი მცდელობა.
1. სტრესული მოვლენებისგან, ფიქრებისა და ემოციებისგან განრიდება ან განრიდების მცდელობა;
 2. სტრესულ ფაქტთან დაკავშირებული მოვლენების, ადგილებისა და ადამიანებისათვის თავის არიდება ან არიდების მცდელობა.
- დ. კოგნიტური და გუნება-განწყობილების ნეგატიური ცვლილებები, რომელიც მოჰყვა ან გაუარესდა სტრესული მოვლენის შედეგად და გამოხატულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ორი ან მეტი სიმპტომით:
1. სტრესულ მოვლენასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი დეტალების დავიწყება, რაც არ არის დაკავშირებული ტრავმასთან, ალკოჰოლის ან მედიკამენტის ზემოქმედებასთან და, სავარაუდოდ, განპირობებულია დისოციაციური ამნეზიით;
 2. მუდმივი და გადაჭარბებული ნეგატიური რწმენა ან მოლოდინი როგორც საკუთარი თავის, ისე სამყაროს მიმართ („მე ცუდი ვარ“, „არავის ნდობა შეიძლება“, „სამყარო სავსეა საფრთხით“, „ჩემი ნერვული სისტემა სამუდამოდ დაინგრა“);
 3. სტრესული მოვლენის გამომწვევების და მისი შედეგების არასწორი აღქმა. საკუთარი თავის ან სხვა პირების დადანაშაულება;
 4. მუდმივი ნეგატიური ემოციური მდგომარეობა (შიში, სიბრაზე, დანაშაულისა და სირცხვილის შეგრძნება);
 5. მნიშვნელოვნად შემცირებული მონაწილეობა სხვადასხვა აქტივობებში;
 6. გაუცხოების შეგრძნება და დისტანცირება;
 7. პოზიტიური შეგრძნებების განცდის უნარის დაკარგვა (ბედნიერების, კმაყოფილების ან სიყვარულის შეგრძნების უნარის დაკარგვა).
- ე. ალგზებისა და რეაგირების სფეროს მოშლა ან მნიშვნელოვანი გაუარესება
1. გაღიზიანება ქცევაში და ბრაზის შეტევები (მცირე ან უმნიშვნელო გამღიზიანებელზეც), რომელიც ადამიანებზე ან საგნებზე აგრესიული ზემოქმედებით მთავრდება;
 2. საშიში ან თვითდესტრუქციული ქცევა;
 3. დაძაბულობა; გამუდმებით საფრთხის მოლოდინი;
 4. კრთომის გაცხოველებული რეფლექსები;
 5. კონცენტრირების პრობლემა;
 6. ძილის მოშლა (ჩაძინების და ძილის პრობლემები, მოუსვენრობა ძილში).
- ვ. ზემოთ აღნიშნული მდგომარეობა გრძელდება 1 თვეზე დიდხანს.
- გ. კლინიკური მდგომარეობა იწვევს სოციალურ, სამსახურეობრივ და სხვა ფუნქციების მნიშვნელოვან მოშლას.
- თ. მდგომარეობა არ არის განპირობებული სხვა ფაქტორებით (მედიკამენტებით, ალკოჰოლით) ან დაავადებით.

დაკავშირებული მდგომარეობები

ადაპტაციური აშლილობა ვითარდება ადამიანის ცხოვრებაში სტრესული მოვლენის საპასუხოდ და იგი მოიცავს აღნიშნულ მოვლენასთან ასიმილირების ან მასთან გამკლავების პროცესში წარმოქმნილ აშლილობას. უხშირესად ადაპტაციური აშლილობის მიზეზი არის ფინანსური, ოჯახური ან სამსახურეობრივი მოვლენები. სიმპტომები, როგორც წესი, ვლინდება სტრესული მოვლენიდან 1 თვეში და 6 თვის განმავლობაში ქრება. თუ სიმპტომები არ გაქრა, მაშინ მდგომარეობა, სხვა კლინიკურ კატეგორიაში კლასიფიცირდება.

სიფიცირდება. მწვავე სტრესული აშლილობა, ვითარდება ტრავმული მოვლენიდან 2-4 კვირაში. თუ მისი გადალახვა ვერ მოხერხდა, იგი მაღალი ალბათობით შესაძლებელია პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობაში გადაიზარდოს. კოგნიტურ-ქცევითი და შფოთვის მართვის თერაპია, შესაძლებელია მნიშვნელოვნად დაეხმაროს პაციენტს მწვავე სტრესული აშლილობის დაძლევაში.

რეაქტიული მიჯაჭვულობის აშლილობა ვითარდება 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ტრავმის ან არასათანადო მოპყრობის შედეგად. ამ დროს, უმეტესად ვლინდება სოციალური კავშირების შეუსაბამობა; ძირითადად, ორი ტიპის სოციალური ქცევის აშლილობა ვლინდება: (1) ბავშვი ერთნაირ მიჯაჭვულობას ავლენს უცხოებისა და ოჯახის წევრების მიმართ ან (2) ყველანაირი სოციალური კონტაქტის მიმართ რეზისტენტულია. აღნიშნული მდგომარეობის განვითარებას ხელს უწყობს არასათანადო ზრუნვა ბავშვზე ან მათი ინსტიტუციონალიზაცია.

ეტიოლოგია

პოსტტრავმული ნერვული აშლილობა შფოთვისითი აშლილობების ჯგუფში ერთიანდება, თუმცა აღსანიშნავია, რომ ამ ჯგუფში შემავალი სხვა ყველა მდგომარეობისგან განსხვავებით, მის ჩამოსაყალიბებლად აუცილებელია ადამიანს წინაპირობად ტრავმული მოვლენა ჰქონდეს. აქედან გამომდინარე, პტსა-ის განვითარების ალბათობა არა პაციენტის, არამედ გარე ფაქტორების თავისებურებებით არის განპირობებული. თუმცა აღსანიშნავია, რომ სხვა ფსიქიატრიული აშლილობების არსებობა და სტრესული მოვლენის შემდეგ სოციალური მხარდაჭერის სიმცირე, მნიშვნელოვნად ზრდის პტსა-ის განვითარების რისკს. პტსა განსაკუთრებით მოსალოდნელია ერთეული ეპიზოდის მქონე ტრავმების შედეგად (ბუნებრივი კატაკლიზმები, მასთან დაკავშირებული დაზიანებები ან საყვარელი ადამიანების დაკარგვა), რომელსაც თან არ ახლდა შესაბამისი სოციალური მხარდაჭერა, ახასიათებდა პერიტრავმული დისოციაცია და პაციენტს მანამდეც ჰქონდა ფსიქიკური აშლილობის სამედიცინო ისტორია. პტსა-ის წარმოშობის რისკი მნიშვნელოვნად იკლებს, თუ შესაბამისი სამედიცინო ინტერვენციები დროულად ჩატარდა.



პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

წყარო: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/post-traumatic-stress-disorder-vector-22669119>

სამახსოვრო 13.2 პტსა-ის ცხრილი

პაციენტის სახელი და გვარი:

თარიღი:

გთხოვთ, მონიშნეთ მოვლენები, რომელიც თქვენ გადაგხდათ ან მისი შემსწრე გახდით უშუალოდ. თუ ასეთი მოვლენა რამდენიმეა, მაშინ მონიშნეთ ის, რომელიც თქვენთვის ამ ეტაპზე ყველაზე დიდ პრობლემას წარმოადგენს.

თქვენ მიერ გადატანილი ნეგატიური მოვლენა:

თარიღი:

	საერთოდ არა	ცოტა	საშუალოდ	მნიშვნელოვნად	ძალიან ხშირად
1. გტანჯავთ სტრესულ სიტუაციასთან დაკავშირებული სტრესული მოვლენის შესახებ ფიქრები და მოგონებები?	1	2	3	4	5
2. გესიზმრებათ სტრესულ მოვლენასთან დაკავშირებული სიზმრები?	1	2	3	4	5
3. გქონიათ თუ არა შეგრძნება, რომ სტრესული მოვლენა განმეორდა?	1	2	3	4	5
4. ბრაზდებით თუ არა, როცა რაიმე უნებლიედ გახსენებთ იმ მოვლენას?	1	2	3	4	5
5. სტრესული მოვლენის გახსენებისას, გაქვთ თუ არა კლინიკური ნიშნები (გულის აჩქარება, სუნთქვის გახშირება, ოფლიანობა)?	1	2	3	4	5
6. არიდებთ თუ არა თავს სტრესულ მოვლენასთან დაკავშირებით საუბარს ან ფიქრს?	1	2	3	4	5
7. არიდებთ თუ არა გარკვეული ტიპის აქტივობებს თავს იმიტომ, რომ ისინი სტრესული მოვლენის შესახებ მოგონებებს გიღვიძებენ?	1	2	3	4	5
8. გიჭირთ თუ არა სტრესული მოვლენის დეტალების გახსენება?	1	2	3	4	5
9. დაკარგეთ თუ არა ისეთი აქტივობების ინტერესი, რომელიც მანამდე სიამოვნებას გგვრიდათ?	1	2	3	4	5
10. გრძნობთ თუ არა თავს გარიყულად და დისტანცირებულად?	1	2	3	4	5
11. გაგისადავდათ თუ არა ემოციები?	1	2	3	4	5
12. გგონიათ თუ არა, რომ თქვენი მომავალი ისეთი აღარ იქნება?	1	2	3	4	5
13. გაქვთ თუ არა ჩაძინებისა და ძილის პრობლემა?	1	2	3	4	5

14. ბრაზდებით თუ არა ადვილად და გაქვთ თუ არა სიბრაზის შეტევები?	1	2	3	4	5
15. გაქვთ თუ არა კონცენტრირების პრობლემები?	1	2	3	4	5
16. ხართ თუ არა მუდამ ფხიზლად ან ფრთხილად?	1	2	3	4	5
17. გრძნობთ თუ არა, რომ გაცხოველებული გაქვთ კრთომის რეფლექსი?	1	2	3	4	5

მოზარდებზე ჩატარებულმა დაკვირვებამ ცხადყო, რომ მათ, ბავშვებთან და მოზრდილებთან შედარებით, ტრავმული მოვლენის შედეგად განვითარებული აშლილობის შედარებით მაღალი რისკი აქვთ. ტრავმირებულ მოზარდებში იზრდება თვითმკვლელობის, აკადემიური მოსწრებისა და სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბების პრობლემების ალბათობა, მაღალია წამალზე ან ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების საფრთხეც.

ბავშვები, რომლებიც ძალადობის მსხვერპლნი იყვნენ ან მათ მშობლებს დეპრესია აწუხებდათ, პტსა-ის განვითარების მაღალი რისკის კატეგორიას მიეკუთვნებიან. ბავშვებს, რომელთა მშობლებს ფსიქიკური აშლილობა აქვთ, პტსა-ის განვითარების სამჯერ მაღალი რისკი აქვთ, ხოლო ბავშვებს, რომელთა ფსიქიკური აშლილობის მქონე მშობლები მათზე ძალადობდნენ, პტსა-ის განვითარების თორმეტჯერ მეტი ალბათობა აქვთ. რისკები მნიშვნელოვნად იკლებს ადეკვატური ფსიქიკური დახმარების დროული აღმოჩენის შემთხვევაში.

კულტურული თავისებურებები

კვლევების თანახმად, პტსა მთელს მსოფლიოში გავრცელებული მდგომარეობაა და ნაკლებადაა ცნობილი, რა გავლენას ახდენს კულტურალური თავისებურებები აღნიშნულ პრობლემაზე. თუმცა, დაკვირვებებით დადგინდა, რომ რაც უფრო ძლიერია კულტურული იდენტობისა და მიკუთვნების განცდა, მით ნაკლებია პტსა-ის განვითარების რისკი.

მკურნალობა

ინდივიდუალური ან ჯგუფური ამბულატორიული თერაპია, მნიშვნელოვნად ამცირებს პტსა-ის პროგრესირებას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მდგომარეობის დროს, როგორც წესი, მკურნალობა ამბულატორიულად მიმდინარეობს, პაციენტს შესაძლებელია დასჭირდეს ჰოსპიტალიზაციაც (მაგალითად, სუიციდური ფიქრების გამო).

პაციენტის სურვილებიდან და ასევე ტრავმის მახასიათებლებიდან გამომდინარე, ხდება მკურნალობის ტაქტიკის არჩევა. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მკურნალობის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ მეთოდად ითვლება.

ექსპოზიციური თერაპია – აღნიშნული მიდგომის დროს, პაციენტი სტრესული მოვლენისგან თავის არიდების ნაცვლად, სწავლობს სტრესორთან გამკლავებას და მასზე გარკვეული კონტროლის დამყარებას. ამ დროს ის სწავლობს რელაქსაციის სხვადასხვა ტექნიკას, რაც მას სტრესორთან დაკავშირებული შფოთვის დაძლევაში ეხმარება.

ექსპოზიციური თერაპია შესაძლებელია მიმდინარეობდეს როგორც წარმოსახვით, ისე რეალური ექსპოზიციის გზით.

ადაპტური გამჟღავნება (Adaptive disclosure) – სამხედროების მიერ შემოღებული კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპიის მიდგომაა, რომელსაც ჯარისკაცების პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სამართავად იყენებენ. მკურნალობის ეს მიდგომა მოიცავს როგორც ექსპოზიურ, ისე ცარიელ სკამის ტექნიკას. ეს უკანასკნელი პაციენტის მიერ მისი ყველა ფიქრის გულწრფელად გამოხატვას გულისხმობს ცარიელ სკამთან, რომელზედაც მან შესაძლოა წარმოიდგინოს ნებისმიერი ცოცხალი ან გარდაცვლილი ადამიანი. თერაპიის ეს მიდგომა წააგავს გეშტალტ თერაპიის დროს გამოყენებულ ტექნიკას. მიუხედავად იმისა, რომ სტანდარტულად ამ ტიპის მკურნალობა მოკლეა და მხოლოდ 6 თერაპიულ სესიას მოიცავს, იგი საკმაოდ ეფექტურია.

შემცნებითი გადამუშავების თერაპია (Cognitive processing therapy) – ხშირად გამოიყენება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთან და ომის ვეტერანებთან. ამ თერაპიული მიდგომის დროს პაციენტს საშუალება ეძლევა ხმამაღლა და გულწრფელად დააფიქსიროს თავისი აზრები და დამოკიდებულება მოვლენების მიმართ და ამავდროულად გამოხატოს დანაშაულისა და სინანულის გრძნობები, მაგალითად: „მეც უნდა მოვმკვდარიყავი ჩემს თანამებრძოლებთან ერთად“, „უფრო უკეთ უნდა მებრძოლა“. გარდა იმისა, რომ ამ დროს პაციენტს საკუთარი გრძნობების გამოხატვის საშუალება ეძლევა, ამავდროულად თერაპია მას გარემოს უფრო რაციონალურად აღქმის უნარის დაბრუნებაშიც ეხმარება.

პტსა-ის მკურნალობისას, უძილობის, შფოთვისა და სხვა სიმპტომების სამართავად შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მედიკამენტებიც. მიუხედავად იმისა, რომ ბენზოდიამინები ფართოდ იხმარება პტსა-ის სამკურნალოდ, მათი კლინიკური ეფექტურობა დადასტურებული არ არის. პტსა-ის მკურნალობა მედიკამენტებისა და თერაპიის კომბინაციით უფრო ეფექტურია.

მოხუცებულთა თავისებურებები

პტსა ნებისმიერი ასაკის ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს. შესაძლოა, ხანდაზმულებიც მოხვდნენ სტიქიური მოვლენების ეპიცენტრში და გარდა ამისა, ამ ასაკობრივ კატეგორიაში II მსოფლიო ომის ვეტერანებიც არიან, რომლებმაც ისე გაატარეს ცხოვრება, რომ პტსა იმ დროისთვის ფსიქიკურ აშლილობად საერთოდ არ მიიჩნეოდა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრომოცია

ცხოვრებაში მრავალი სტრესული სიტუაცია შეიძლება შეიქმნას. მაგალითად, ბუნებრივმა კატაკლიზმებმა, რომელიც ადამიანურ კონტროლს არ ექვემდებარება, შესაძლოა პტსა-ის მრავლობითი შემთხვევები გამოიწვიოს. განკურნების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია, რომ მკურნალობა სტრესული მოვლენიდან მალევე დაიწყოს. ამიტომ, ბუნებრივი კატაკლიზმების დროს, კლინიკური სტაბილიზაციის შემდეგ მნიშვნელოვანია, რომ შესაბამისი სპეციალისტები ჩაერთონ და სტრესული მოვლენის მიმართ ადამიანებს ფსიქიკური და ქცევითი პასუხის წარმოქმნაში დაეხმარონ. ზოგი ადამიანი ადვილად გამოხატავს საკუთარ ემოციებს ოჯახთან, მეგობრებთან ან სპეციალისტებთან ურთიერთობისას, თუმცა ზოგი ნაკლებად საუბრობს საკუთარი ემოციების შესახებ. ისინი თვლიან,

რომ მათ დაძლიეს სტრესი და რომ ისინი ძლიერები არიან; სწორედ ასეთი დამოკიდებულების მქონე ადამიანებში უფრო მაღალია პტსა-ის განვითარების რისკი.

პაციენტისა და ოჯახის განათლება

- ითხოვეთ დახმარება სხვებისგან;
- თავი აარიდეთ სოციალურ იზოლაციას;
- შეუერთდით მხარდაჭერის ჯგუფს;
- გაუზიარეთ სხვებს თქვენი ემოციები და აზრები;
- მისდით ყოველდღიურ რუტინას;
- დაისახეთ სპეციფიკური და მცირე მიზნები;
- აღიარეთ საკუთარი გრძნობები;
- იძინეთ კარგად;
- იკვებეთ ჯანსაღად;
- თავი აარიდეთ ალკოჰოლსა და სხვა ნივთიერებებს;
- გამოიყენეთ სტრესის შესამცირებელი ტექნიკები.

დისოციაციური დაავადება

დისოციაცია არის ქვეცნობიერი დამცველობითი მექანიზმი, რომლის დროსაც, ტკივილის თავიდან აცილების მიზნით, ადამიანი სრულად ივიწყებს მოვლენას. დისოციაცია შესაძლებელია მოხდეს როგორც უშუალოდ სტრესის დროს, ისე მის შემდგომაც.

დისოციაციური დაავადების დროს, მანამდე ფუნქციონალურად ნორმალური აზროვნების, მახსოვრობისა და გარემოს აღქმის უნარები ირღვევა, ხშირად იმდენად, რომ პაციენტს ცხოვრების ნორმალურად გაგრძელებაში ხელი ეშლება. ტრავმისა და პაციენტის თავისებურებებიდან გამომდინარე, სხვადასხვა ადამიანში ფუნქციათა მოშლის დონე განსხვავებულია. სიმპტომები შესაძლოა დაიწყოს უეცრად ან თანდათანობით. პტსა-ის მქონე პაციენტებს ხშირად ახასიათებთ დისოციაციური სიმპტომები:

- **დისოციაციური ამნეზია** – პაციენტი ვერ იხსენებს პირადი ხასიათის ინფორმაციას (როგორც წესი, სტრესულ ან ტრავმულ მოვლენასთან დაკავშირებულს).
- **იდენტურობის დისოციაციური აშლილობა** (ადრე იწოდებოდა, როგორც მრავლობითი პიროვნული აშლილობა ან პიროვნების გაორება), რა დროსაც იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ერთი ადამიანის სხეულში არსებობს რამდენიმე სხვადასხვა პიროვნება (იდენტობა) და ახალ პიროვნებაზე გადართვისას ახალი „პიროვნება“ სრულ კონტროლს ამყარებს პაციენტის ქცევაზე. ამავე მდგომარეობას ახასიათებს მნიშვნელოვანი პირადი ინფორმაციის დავიწყება ანუ „გადართვის“ შემდეგ მოცემულ მომენტში აქტიურ პიროვნებას არ შეუძლია იმის გახსენება, თუ რა ხდებოდა, სანამ მეორე პიროვნება იყო აქტიური.
- **დეპერსონალიზაცია/დერეალიზაციური აშლილობა** – პაციენტს საკუთარი სხეულიდან და აზრებისგან მოწყვეტის შეგრძნებები აქვს (დეპერსონალიზაცია). ის გარემოს ბუნდოვნად აღიქვამს და სიზმარში ყოფნის შეგრძნება აქვს (დერეალიზაცია). ამასთან, პირი ფსიქოზის მდგომარეობაში არ არის.

ბავშვობაში ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთან შედარებით, ზოგად პოპულაციაში დისოციაციური მდგომარეობები არცთუ ისე ხშირია, თუმცა ცნობიერების გაზრდასთან ერთად სპეციალისტები აღნიშნულ დიაგნოზს უფრო ხშირად იყენებენ.

უკანასკნელ პერიოდში, მედიაში უფრო ხშირად საუბრობენ **სუპრესირებული მოგონებების** თეორიაზე, რომლის მიხედვითაც სტრესული მოვლენები ძალადობის მსხვერპლის ქვეცნობიერში შეიძლება იყოს განდევნილი, მათგან ტკივილის აცილების მიზნით, თუმცა დაფიქსირდა რამდენიმე ე.წ. ცრუ მოგონებების სინდრომიც, რომელმაც მრავალ ოჯახში შექმნა პრობლემები; ადამიანები, საკუთარ ფანტაზიაზე დაყრდნობით ქმნიდნენ ისეთ ისტორიებს, რომელიც რეალობაში არ მომხდარა.

მკურნალობა და ინტერვენციები

დისოციაციური აშლილობების სამკურნალოდ, პაციენტები შესაძლოა გადიოდნენ როგორც ინდივიდუალურ, ისე ჯგუფურ თერაპიას. ამ დროს მკურნალობის მთავარი მიზანია რეასოციაცია ანუ ქვეცნობიერში განდევნილი მოგონებების ცნობიერში დაბრუნება, სიმპტომების მართვა, ცხოვრების ხარისხისა და ფუნქციური უნარების გაუმჯობესება. ასევე, შესაძლოა, გამოყენებული იქნას სიმპტომური მედიკამენტური თერაპიაც.

ძალადობის და ტრავმული მოვლენის მსხვერპლთა ხანმოკლე ჰოსპიტალური მკურნალობა

როგორც პტსა-ის, ისე დისოციაციური აშლილობის მქონე პირები შეიძლება ჯანდაცვის ნებისმიერ სექტორში შეგვხვდნენ. ექთნებს ასეთ პაციენტებთან შეხება უხშირესად გადაუდებელ განყოფილებებში აქვთ, სადაც ისინი სიმპტომების გამწვავების გამო ხვდებიან. ამ სიტუაციაში, მათი ჰოსპიტალიზაცია ხანმოკლეა და ისინი მკურნალობას, როგორც წესი, ამბულატორიულად აგრძელებენ.

საექთნო პროცესი

შეფასება

ცხოვრების ანამნეზში ჩანს, რომ პაციენტს გადატანილი აქვს ან ამჟამად იმყოფება ძალადობის ქვეშ. მწვავე მდგომარეობაში სასურველი არაა პაციენტმა დეტალურად გაიხსენოს ტრავმის მომტანი მოვლენის შესახებ; უმჯობესია, ასეთი საკითხების განხილვა ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის დროს მოხდეს.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ქცევა

ექთანი აფასებს პაციენტის ზოგად მდგომარეობას და მოტორულ ქცევას. პაციენტი, როგორც წესი, აღგზნებული და ჰიპერმგრძობიარეა გარემო სტიმულების მიმართ. მას შესაძლოა განსაკუთრებული შფოთვა ჰქონდეს, ვერ იჯდეს მშვიდად ექთნის მიახლოებისას, კრთოდეს, ხმაურობდეს და საჭიროებდეს მეტი პირადი სივრცის არსებობას.

გუნება-განწყობილება და აფექტი

პაციენტის შეფასებისას ექთანს უნდა ესმოდეს, რომ პაციენტს შესაძლოა მრავალი სხვადასხვა ემოცია ჰქონდეს, მათ შორის – ის შეიძლება იყოს პასიური ან გაბრაზებულიც კი. თუ პაციენტს აქვს რეტროსპექციები („ფლემბექი“), მას შესაძლოა შეშინებული გამომეტყველება ჰქონდეს, ტიროდეს ან კიოდეს კიდევ, გარბოდეს და ცდილობდეს

დამალვას. დისოციაციის დროს, პაციენტი შესაძლოა იცვლიდეს გამომეტყველებას და ხმის ტონს, ან სულაც უმეტყველო გამოხედვით იჯდეს და არაფერს ამბობდეს. ზოგჯერ შესაძლოა პაციენტი უსიცოცხლოდ გრძნობდეს თავს და უჭირდეს საკუთარი ემოციებისა და გრძნობების იდენტიფიცირება.

ფიქრის პროცესი და შინაარსი

ექთანი პაციენტს გრძნობებისა და აზრების შესახებ ეკითხება. ტრავმირებული ან ძალადობის მსხვერპლი ადამიანები შესაძლოა საკუთარ ნეგატიურ გამოცდილებას სიმბრებითა და რეტროსპექციებით ხედავდნენ. მათი ფიქრები შესაძლოა იმდენად მყარი იყოს, რომ ხელი ეშლებოდეთ ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელებასა და სხვა საკითხებზე ფოკუსირებაში. რიგ შემთხვევებში მსხვერპლი შესაძლოა სმენით და მხედველობით ჰალუსინაციებსაც უჩიოდეს. ხშირია დესტრუქციული და სუიციდური აზრებიც. თუმცა შესაძლოა მსხვერპლს ჰქონდეს ფანტაზიები რევანშის შესახებაც.

სენსორიუმი და ინტელექტუალური პროცესი

საექთნო შეფასებისას, პაციენტი, როგორც წესი, ორიენტირებულია დროსა და სივრცეში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მას ფლუშბეკები ან დისოციაციური ეპიზოდი აქვს. ასეთი ეპიზოდების დროს, პაციენტმა შესაძლოა ექთანთან კომუნიკაცია განწყვიტოს. შეფასებისას, ექთანმა შესაძლოა შენიშნოს, რომ პაციენტს აქვს *მახსოვრობის ჩავარდნებიც* და ვერ იხსენებს ტრავმულ მოვლენასთან დაკავშირებულ გარკვეულ დეტალებს. ინტრუზიული ფიქრები, როგორც წესი, ტრავმირებულ პირს ნორმალურ ფუნქციონირებაში ხელს უშლის.

კრიტიკულობა და ადეკვატურობა

მკურნალობის დასაწყისში, პაციენტს შესაძლოა კარგად არ ესმოდეს, თუ რა კავშირია ტრავმულ მოვლენასა და დისოციაციურ სიმპტომებს შორის. ტრავმის ზემოქმედების შედეგად პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების და პრობლემების გადაჭრის უნარები შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაზიანდეს.

თვითშეფასება

შეფასების დროს ექთანმა შესაძლოა შენიშნოს, რომ ამ პაციენტებს თვითშეფასება მნიშვნელოვნად აქვთ დაქვეითებული; გამოხატული აქვთ უიმედობა, თავს უსუსურად გრძნობენ. ისინი შესაძლოა ფიქრობდნენ, რომ თავად მათი ბრალია მათზევე განხორციელებული ძალადობა. ტრავმირებული ადამიანები შესაძლოა თვლიდნენ, რომ გადატანილის შემდეგ უსარგებლონი გახდნენ და რომ მათ აღარავინ დააფასებს. ამასთან, მათ შესაძლოა ეგონოთ, რომ საბოლოოდ დაკარგეს კონტროლი საკუთარ თავზე და ჭკუიდან იშლებიან.

როლები და ურთიერთობები

როგორც წესი, დისოციაციისა და პტსა-ის მქონე პირებს მრავალი სხვადასხვა ტიპის პრობლემა აქვთ ურთიერთობებში. სირთულეები შესაძლოა ჰქონდეთ მათზე რანგით მაღალ პირებთან, რომლებიც მათ მიერ შესრულებულ სამუშაოზე კონტროლსა და მონიტორინგს ახორციელებენ, ამიტომ მათ ხშირად ათავისუფლებენ ან ისინი თავადვე

ტოვებენ სამუშაო ადგილს. ეჭვებისა და სხვების მიმართ ნდობის არქონის გამო, პირად ურთიერთობებს პრაქტიკულად ვეღარ აწყობენ და გაუცხოებას ახდენენ ოჯახის წევრებთანაც კი. ინტრუზიული ფიქრების, ფლემბეკების, რეტროსპექციებისა და დისოციაციის გამო მათ უჭირთ სოციალური ურთიერთობების წამოწყება ან მათი შენარჩუნება, ამიტომ, როგორც წესი, სხვებისგან იზოლირებას ახდენენ და ნაკლებად მონაწილეობენ სოციალურ ან ოჯახურ აქტივობებში.

ფიზიოლოგიური თავისებურებები

პტსა-ის და დისოციაციური აშლილობის დროს ხშირია უძილობა, რაც ღამის კომპარტებით ან მათი შიშით არის განპირობებული. ხშირია უმადობა ან პირიქით, გაძლიერებული მადა. ინტრუზიული ფიქრებისგან თავის დასაღწევად და ძილის მოსაწესრიგებლად პაციენტები ხშირად მოიხმარენ ალკოჰოლსა და სხვადასხვა მედიკამენტებს.

მონაცემთა ანალიზი

პტსა-ის და დისოციაციური აშლილობისას, ასევე სტრესისა და ძალადობის შემდეგ, საექთნო დიაგნოზი შესაძლოა იყოს შემდეგი:

- თვითდაზიანების რისკი;
- თვითმკვლელობის რისკი;
- არაეფექტური გამკლავება;
- პოსტტრავმული მდგომარეობა;
- ქრონიკულად დაბალი თვითშეფასება;
- უმწეობა;

გრძელვადიან პერსპექტივაში, პაციენტს შესაძლოა განუვითარდეს:

- ძილის მოშლა;
- სექსუალური დისფუნქცია;
- გაუპატიურების ტრავმული სინდრომი;
- სულიერი დისტრესი;
- სოციალური იზოლაცია.

საექთნო მოვლის გეგმა პტსა-ის მქონე პაციენტებისთვის

საექთნო დიაგნოზი

პოსტტრავმული სინდრომი: მულტი ადაპტაციური მოშლა ტრავმული მოვლენის შემდეგ შეფასების მონაცემები

- ფლემბეკები ან ტრავმ(ებ)ის განმეორებითი განცდა;
- ღამის კომპარტები ან რეკურენტული აზრები მომხდარი ტრავმული მოვლენის შესახებ;
- ძილის მოშლა (ინსომნია, ადრე გაღვიძება, ტირილი ძილში);
- დეპრესია;
- ემოციური გახევება ან გრძნობების უარყოფა;
- გრძნობების პროექცია;
- გრძნობების გამოხატვის სირთულე;
- ბრაზი (შესაძლოა ღიად არ გამოხატავდეს);
- დანაშაულისა და სინანულის გრძნობა;

- დაბალი თვითშეფასება;
- ფრუსტრაცია და გაღიზიანებადობა;
- შფოთვა, პანიკური შეტევები ან განშორების შფოთვა;
- შიშები (მაგალითად, მამაკაცების შიში სექსუალური ძალადობის მსხვერპლში);
- კონცენტრაციის მოშლა;
- სიყვარულისა და ემპათიური დამოკიდებულების გამოხატვის სირთულე;
- სიამოვნების გამოხატვის სირთულე;
- ინტერპერსონალური პრობლემები, მათ შორის, პირადი ურთიერთობების სირთულეები;
- ძალადობა ურთიერთობებში;
- წამალდამოკიდებულება;
- დასაქმების პრობლემები;
- ფიზიკური სიმპტომები.

მოსალოდნელი შედეგები

უახლოესი

პაციენტმა უნდა:

- შეძლოს ტრავმული მოვლენის იდენტიფიცირება 24-48 საათში;
- ნაკლებად გამოხატოს ფიზიკური სიმპტომები 2-3 დღის განმავლობაში;
- სიტყვიერად გამოხატოს გლოვის საჭიროება 3-4 დღის განმავლობაში;
- დაიცვას ადეკვატური ბალანსი მოსვენებას, ძილსა და აქტივობას შორის (მაგალითად, ღამეში მინიმუმ 4 საათით ძილი) 3-4 დღის განმავლობაში;
- 4-5 დღეში შფოთვის, შიშის, დანაშაულისა და სხვა სიმპტომების სიმძაფრის შემცირდება;
- 4-5 დღეში მონაწილეობა მიიღოს სამკურნალო ჯგუფების აქტივობებში.

სტაბილიზაცია

პაციენტი:

- იწყებს გლოვას და აცნობიერებს და აღიარებს მოვლენას;
- არადესტრუქციულად გამოხატავს გრძნობებსა და აზრებს;
- საკუთარ ძლიერ და სუსტ მხარეებს ადეკვატურად აფასებს;
- ეფექტურად უმკლავდება სტრესს;
- წყვეტს წამალდამოკიდებულებას;
- ახდენს დაავადებისა და მკურნალობის შესახებ მისთვის ცნობილი ინფორმაციის ვერბალიზაციას.

თემი

პაციენტი:

- ახდენს მომხდარი ტრავმული მოვლენის ინტეგრაციას თავის ყოველდღიურ ცხოვრებასთან;
- პოულობს მისთვის საჭირო მხარდაჭერას;
- გრძელვადიანი მკურნალობისთვის ახდენს რესურსების მოძიებას.

იმპლემენტაცია (*აღნიშნავს კოლაბორაციულ ინტერვენციებს)	ინტერვენციის დასაბუთება
<p>პაციენტთან ურთიერთობისას გამოავლინეთ პროფესიონალიზმი.</p> <p>თავდაპირველად უძობესია, ერთიდაიგივე ადამიანი ემსახურებოდეს პაციენტს. დროთა განმავლობაში, შესაძლებელია სხვების ჩართვაც.</p> <p>* პერსონალის სხვა წევრებს გადაეცით ინფორმაცია პაციენტის ტრავმის შესახებ და გაამახვილეთ ყურადღება პოსტტრავმული ქცევის თავისებურებების შესახებ.</p>	<p>პაციენტის შიშები შესაძლოა განპირობებული იყოს თანამდებობის პირების თავისებურებებით (სქესი, ეთნიკური წარმომავლობა). აღნიშნული, შესაძლოა მნიშვნელოვანი ხელის შეშლელი ფაქტორი იყოს თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებისთვის. მხოლოდ გამოყოფილი პერსონალის ურთიერთობა პაციენტთან ხელს შეუწყობს ნდობის ჩამოყალიბებას.</p>
<p>კარგად გაანალიზეთ საკუთარი ემოციებიც. საჭიროების შემთხვევაში განტვირთვის მიზნით ისაუბრეთ კოლეგებთან.</p>	<p>პაციენტის ტრავმული გამოცდილების დეტალური გაცნობა, სამედიცინო პერსონალს მისი გრძნობებისა და ფიქრების გაგებაში ეხმარება.</p> <p>პაციენტის ტრავმული მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიღებამ შესაძლოა ექთანში აღძრას გარკვეული ემოციები, რაც მნიშვნელოვანია, რომ მან ადეკვატურად მართოს.</p>
<p>გამოავლინეთ მაღალი მიმღებლობა პაციენტის მიმართ, თუმცა დაადგინეთ საზღვრებიც.</p>	<p>თერაპიის პროცესში შესაძლოა პაციენტი ეცადოს თერაპიული ურთიერთობების საზღვრების დარღვევას.</p>
<p>* მიიღეთ ინფორმაცია პაციენტის წამალდამოკიდებულების შესახებ.</p> <p>თუ წამალდამოკიდებულება სერიოზული პრობლემაა გადაამისამართეთ პაციენტი შესაბამისად.</p>	<p>პაციენტები ხშირად იყენებენ ფსიქოტროპულ ნივთიერებებს ემოციების სუპრესიის მიზნით.</p> <p>ფსიქოტროპული ნივთიერებების არამართლზომიერმა გამოყენებამ, შესაძლოა ხელი შეუშალოს მკურნალობის პროცესს. გარდა ამისა, ის ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ყველა ასპექტზე.</p> <p>ტრავმული მოვლენის მოყოლა, შესაძლოა პაციენტს მომხდარი მოვლენის გაანალიზებასა და მასთან დაკავშირებული გრძნობების იდენტიფიცირებაში დაეხმაროს.</p>
<p>მიეცით პაციენტს საშუალება, გამოხატოს თავისი ემოციები ნებისმიერი ფორმით (საუბარი, წერა, ტირილი ან სხვა).</p> <p>დაეხმარეთ პაციენტს გამოხატოს მრისხანების, სიბრაზის ან დანაშაულის გრძნობა.</p>	<p>გრძნობების იდენტიფიცირება და მათთან გამკლავება გლოვის პროცესის განუყოფელი ნაწილია.</p> <p>სხვადასხვა ფაქტორით განპირობებული დანაშაულის გრძნობა, ხშირია ძალადობის მსხვერპლებში.</p>
<p>პოზიტიური უკუკავშირით გამოხატეთ საკუთარი დამოკიდებულება გრძნობების თავისუფალი გამოხატვის მიმართ და შეინარჩუნეთ არაკრიტიკული დამოკიდებულება.</p>	<p>პაციენტები ხშირად ფიქრობენ, რომ საკუთარი პრობლემებით ამძიმებენ სხვებს. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული აზრი არ გაუჩნდეს პაციენტს თერაპიის პროცესში ანდა არ გამყარდეს მისი ეჭვები.</p>

ასწავლეთ პაციენტის ახლობლებს პოსტტრავმული ქცევისა და მისი მკურნალობის გზების შესახებ.	დაავადების შესახებ გარშემომყოფთა განათლება აუქმობებს გამოსავლებს.
დაეხმარეთ პაციენტს სტრესის მართვისა და სხვა თავდაცვითი უნარების შექმნაში.	ტრავმულმა მოვლენამ, შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეამციროს პაციენტის სტრესთან გამკლავებისა და სხვა თავდაცვითი უნარები.
მხარი დაუჭირეთ პაციენტის მიერ საკუთარი გრძნობების გამოხატვას.	პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ მის მიერ განცდილი ემოციები მისაღებია სხვებისთვის, და რომ მას ყოველთვის შეუძლია საკუთარი ემოციების სხვებისთვის გაზიარება.
თუ პაციენტი რელიგიურია, შესაბამისი კონფესიის წარმომადგენლის ჩართვა მკურნალობის პროცესში, შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს მკურნალობას.	დანაშაულისა და პატიების გრძნობები ხშირად რელიგიასთანაა დაკავშირებული.
დაეხმარეთ პაციენტს რეალისტური სამომავლო გეგმების შედგენაში, სადაც გათვალისწინებული იქნება პაციენტის ნეგატიური გამოცდილებაც.	ტრავმის დაძლევის თვალსაზრისით სამომავლო გეგმების შედგენა მნიშვნელოვანი ნაბიჯია.
ესაუბრეთ პაციენტს დასაქმების შესახებ და მასთან დაკავშირებულ სტრესულ ფაქტორებზე.	პტსა-ის მქონე პაციენტებს, ხშირად აქვთ სამსახურთან დაკავშირებული პრობლემები.
დაეხმარეთ პაციენტს, დაგეგმოს სამედიცინო დახმარების გრძელვადიანი გეგმა ტრავმულ მოვლენასთან გასამკლავებლად.	ტრავმული მოვლენის შემდეგ პაციენტები საკმაოდ დიდი ხანი უნდებიან გამოჯანმრთელებას.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ დაუბრუნდეს იმ ურთიერთობებს, რომელიც მისთვის სასიამოვნო იყო წარსულში.	შესაძლოა პაციენტი თავად არიდებდეს თავს ადამიანებთან კონტაქტებსა და რეკრეაციულ აქტივობებს.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მიიღოს საზოგადოებრივი და თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისები.	თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისები შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს პაციენტსა და ოჯახს სტრესულ მოვლენასთან გამკლავებაში.

შედეგების იდენტიფიცირება

ტრავმისა და ძალადობის შემდგომი მკურნალობის შედეგები შესაძლოა იყოს:

1. პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოება;
2. პაციენტს შეუძლია აკონტროლოს თვითდაზიანების ფიქრები;
3. პაციენტს უსაფრთხოდ და ეფექტურად შეუძლია სტრესთან გამკლავება;
4. პაციენტს შეუძლია ემოციების არადესტრუქციულად გამოხატვა;
5. პაციენტს საკუთარ თემში სოციალური მხარდაჭერა აქვს.

ინტერვენციები

პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად

პაციენტის უსაფრთხოება უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტია. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი ადეკვატურად აფასებდეს პაციენტის თვითდაზიანების რისკს და იღებდეს შესაბამის ზომებს. ექთანმა კარგად უნდა აუხსნას პაციენტს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს თვითდაზიანებისა და სუიციდური აზრების დროს საკუთარი ქმედებების კონტროლს.

ექთანმა პაციენტს უნდა ასწავლოს, თუ როგორ გაუმკლავდეს დესტრუქციულ აზრებს, რომ უმჯობესია ამ დროს სადმე უსაფრთხო ადგილას წასვლა და დამშვიდება. თავდაპირველად ეს შესაძლოა ექთნის გვერდით ჯდომას ნიშნავდეს, თუმცა დროთა განმავლობაში ასეთი ადგილი პაციენტმა სახლშიც უნდა გამოიხატოს, მაგალითად, ოთახი ან კარადა, სადაც ის შესაბამის ნივთებსაც იქონიებს კომფორტისთვის.

საექთნო ინტერვენციები

უზრუნველყოფით პაციენტის უსაფრთხოება

- განიხილეთ თვითდაზიანებასთან დაკავშირებული აზრები.
- პაციენტთან ერთად შეადგინეთ გეგმა, დესტრუქციული აზრების დროს, უსაფრთხო ადგილას ევაკუაციის შესახებ.

დაეხმარეთ პაციენტს სტრესთან და ემოციებთან გამკლავებაში

- დისოციაციისა და ფლემბეჟების მქონე პაციენტებთან გამოიყენეთ ე.წ. „გრაუნდინგის“ ტექნიკა. სავარჯიშოები, რომელიც ეხმარება პაციენტს იცხოვროს „აქ და ამჟამად“. აღნიშნული ტექნიკა პაციენტს შეახსენებს, რომ ის აწმყოშია, არის ზრდასრული და დაცული.
- მოახდინეთ პაციენტის გრძნობებისა და შიშების ვალიდაცია, თუმცა ეცადეთ რეალობაში დააბრუნოთ პაციენტი.
- დისოციაციის ან რეტროსპექციის შემთხვევაში დაეხმარეთ პაციენტს შეიცვალოს პოზიცია, მაგრამ არ აიძულოთ იგი, ადგეს ან იმოძრაოს.
- გამოიყენეთ გამამხნევებელი შეხება, თუ ეს პაციენტს სიამოვნებს.
- ასწავლეთ პაციენტს მოდუნების (რელაქსაციური) საშუალებები.
- გამოიყენეთ ყურადღების გადატანის მეთოდი (მუსიკის მოსმენა, პობით დაკავება, ვარჯიში და სხვა).

დაეხმარეთ პაციენტს საკუთარი თავის დაფასებაში

- მოიხსენიეთ პაციენტი, როგორც გადარჩენილი და არა – როგორც მსხვერპლი.
- შექმენით სოციალური მხარდაჭერის სისტემა.
- შექმენით იმ პირთა საკონტაქტო სია, რომელსაც შეუძლია დაუკავშირდეს პაციენტი საჭიროების წარმოშობის შემთხვევაში.

სტრესთან და ემოციებთან გამკლავება

პაციენტებთან, რომელთაც წარსულის მძიმე ხატები, ფიქრები და განცდები, ასევე – დისოციაციები აწუხებდათ, რეკომენდებულია „გრაუნდინგის“ ტექნიკის გამოყენება. ამ დროს, ექთანი პაციენტს ახსენებს, რომ ის ზრდასრულია და უსაფრთხოა. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა ამასთანავე მოახდინოს პაციენტის გრძნობების ვალიდაცია. დისოციაციური ეპიზოდის დროს, ექთანი პაციენტს რეალობასთან კავშირის აღდგენაში ეხმარება შემდეგი შეკითხვების დასმით:

- “რას გრძნობთ ახლა?”
- “გესმით ახლა რამე?”
- “რას ეხებით ახლა?”
- “მხედავთ მე და იმ ოთახს, სადაც ახლა ჩვენ ვიმყოფებით?”
- “გრძნობთ იატაკთან შეხებას?”
- “გრძნობთ, როგორ გიდევთ ხელი სკამის საყრდენზე?”
- “გრძნობთ საათს მაჯაზე?”

დისოციაციური სიმპტომების აღმოცენებისას, ექთანს შეუძლია გამოიყენოს გრაუნდინგის მდგომა. ამ დროს ექთანი უახლოვდება პაციენტს მიმართავს სახელით და მშვიდი ტონით წარუდგენს საკუთარ თავს, ეუბნება თავის პოზიციას, დროსა და ადგილს და ცდილობს რეალობაში დააბრუნოს პაციენტი და მოახდინოს მისი რეორიენტაცია. ამ დროს ექთანმა შესაძლოა სთხოვოს პაციენტს დაათვალიეროს ოთახი, მოჰკიდოს მას ხელი, იაროს ან დაინყოს ისეთი მოქმედება, რომელიც პაციენტს რეტროსპექციის ზეგავლენიდან თავის დაღწევაში დაეხმარება. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა არ მოახდინოს პაციენტის ფორსირება რომელიმე მოქმედებაში. ამან შესაძლოა პაციენტის აგრესიული პასუხი გამოიწვიოს და მეტად დაამძიმოს მდგომარეობა.

პაციენტებს ხშირად უჭირთ უეცრად აღმოცენებული ემოციებისა და გრძნობების მართვა. ამიტომ მათთვის უმჯობესია რომ აწარმოონ დღიური, სადაც ჩაწერენ, თუ რა გრძნობები ეუფლებათ მათ და რომელი გამლიბიანებელი რა შეგრძნებებს აღძრავს მათში. შედეგად, პაციენტებს უადვილდებათ მაპროვოცირებელი ფაქტორების იდენტიფიცირება. მაპროვოცირებელი ფაქტორების იდენტიფიცირების შემდეგ კი – ისინი სწავლობენ ამ ფაქტორებთან დაკავშირებული შფოთვის მართვას და ყურადღების გადატანას სხვადასხვა საშუალებებით; ეს შეიძლება იყოს მუსიკა, სხვებთან საუბარი, სეირნობა ან საყვარელი საქმით გართობა. თუ რომელი სახის აქტივობა ეხმარება მათ ყველაზე მეტად, თავად უნდა მიხვდნენ. დამშვიდების მიზნით, მათ მიერ არჩეული აქტივობის განხორციელებას სიმპტომების წარმოშობისთანავე უნდა შეუდგნენ.

დახმარება თვითშეფასების გაზრდისთვის

მნიშვნელოვანია რომ პაციენტს გარშემომყოფები აღიქვამდნენ არა როგორც მსხვერპლს, არამედ – როგორც გადარჩენილს. ასეთ შემთხვევაში, პაციენტს უმწეობის შეგრძნება ნაკლებად აქვს და მეტ კონტროლს გრძნობს მის გარშემო მიმდინარე მოვლენებზე.

სოციალური მხარდაჭერის შექმნა

კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია, პაციენტს მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისგან სოციალური მხარდაჭერა ჰქონდეს. ვინაიდან სტრესულ მდგომარეობაში პაციენტების უნარი, სწორად მიიღოს გადაწყვეტილება – მნიშვნელოვნად მცირდება, უმჯობესია რომ ექთანმა წინასწარ მოუმზადოს პაციენტს იმ პირთა და ორგანიზაციათა სია, რომელსაც იგი უნდა დაუკავშირდეს მართლობისას, თვითდაზიანებაზე ფიქრების ან დეპრესიის სიმპტომების წარმოშობის დროს. ამ სიაში უნდა იყოს ცხელი ხაზის ნომერი და ასევე ოჯახის წევრების ნომერი, რომელთაც პაციენტი კრიტიკულ სიტუაციაში უნდა დაუკავშირდეს.

შეფასება

ძალადობის ან ტრამვის შემდეგ ფსიქიკურ რეაბილიტაციას შეიძლება წლები დასჭირდეს. როგორც წესი, პაციენტები ნელ-ნელა სწავლობენ საკუთარი ემოციების მართვას და მიღებულ ტრავმასთან გამკლავებას.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

იმისათვის, რომ ექთანმა პაციენტს ადეკვატური დახმარება გაუწიოს, მნიშვნელოვანია, რომ მან, პირველ რიგში, საკუთარ ემოციებთან გამკლავება შესძლოს. ემოციები, რომელთანაც გამკლავება პაციენტს უნევს, თავისი შინაარსით შესაძლოა უმძიმესი იყოს, ხოლო ექთანი, რომელსაც თავად უჭირს ძალადობასთან დაკავშირებული ემოციების მართვა, კიდევ უფრო მეტად ზრდის რისკს იმისა, რომ პაციენტმა პრობლემები ველარასოდეს დაძლიოს. ემპათიით, ემოციების ვალიდაციით, ზრუნვითა და მაღალი პროფესიონალიზმით ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს გაუმკლავდეს საკუთარ მდგომარეობას.

ექთნის მხრიდან ნაკლები სირთულეებია ისეთ შემთხვევაში, თუ შექმნილ სტრესულ სიტუაციაში პაციენტი ნეგატიურ როლს არ თამაშობდა, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი სხვისი უბედურების მიზეზი თავად გახდა, მაშინ შესაძლოა ექთანს საკუთარი ემოციების მართვა გაუჭირდეს და პაციენტის მიმართ არაკეთილგანწყობილი გახდეს. ექთნის მაღალი მიძღვრულობა თავისით არ მოდის და ექთნის მიერ ამ პროფესიული უნარის გამომუშავებას შესაძლოა წლებიც კი დასჭირდეს. აღსანიშნავია, რომ ამ უნარის გამომუშავებაში, ექთანს თანამშრომლების დახმარება მნიშვნელოვნად წაადგება, ამიტომ მას მუდმივად უნდა ჰქონდეს კომუნიკაცია კოლეგებთან.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა ტრავმირებულ და ძალადობის მსხვერპლ პაციენტებთან მუშაობისას

- პაციენტები, რომლებიც მკურნალობას გადიან კონსულტაციებითა და ჯგუფური თერაპიით, მნიშვნელოვან კლინიკურ გაუმჯობესებას აღწევენ.
- მათ, ვინც ტრავმასა და ძალადობას გადაურჩა, შესაძლოა განუვითარდეთ დანაშაულის გრძნობა და ჩათვალონ, რომ სხვებთან ერთად უნდა მომკვდარიყვნენ. ამ დროს ექთანმა არ უნდა გამოიყენოს ფრაზები, როგორებიცაა “ეს ასეც უნდა ყოფილიყო”, “გიხაროდეს, რომ ცოცხალი ხართ!” პასუხების ნაცვლად, უმჯობესია ექთანმა აქტიურად მოუსმინოს პაციენტს და მანუგეშებელი რეპლიკები ნაკლებად გამოიყენოს.
- ხშირად, პაციენტებს სჭირდებათ საუბარი პრობლემების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ მათი გადაჭრა შესაძლებელიც კი არაა. თუმცა ამ დროს ექთნის ვალია მოუსმინოს და საშუალება მისცეს პაციენტს, საკუთარი ემოციები თავისუფლად გამოხატოს.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. ომის ვეტერანები ხშირად უარს ამბობენ ომთან დაკავშირებული გამოცდილების უცხო პირებთან განხილვაზე.

როგორ უნდა მოიქცეს ამ დროს ექთანი? როგორი უნდა იყოს ექთნის მიდგომა ამ დროს?

2. აკუმულირებული ტრავმული გამოცდილების შემდეგ, მსხვერპლი ხშირად უარს ამბობს საკუთარი ნეგატიური გამოცდილების შესახებ საუბარზე. უნდა ვაიძულოთ თუ არა პაციენტი, რომ კონსულტაცია გაიაროს? სასარგებლოა თერაპია მაშინ, როცა პაციენტს ის თავად არ სურს?

ძირითადი საკითხები

- ტრავმული მოვლენის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს მწვავე სტრესული აშლილობა, მოვლენის დასრულების შემდგომ 2 დღიდან 4 კვირის ვადაში. აუტისტური სპექტრის აშლილობების დროს ამ ტიპის პრობლემის წარმოშობის ალბათობა მეტია.
- პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა თან სდევს მნიშვნელოვან ტრავმულ მოვლენას და ვითარდება მოვლენიდან 3 თვის შედეგ ან რამდენიმე წელიწადშიც კი. სიმპტომები მოიცავს დანაშაულისა და სირცხვილის გრძნობას, თავდაჯერებულობის შემცირებას, შფოთვას და ინსომნიას.
- პტსა-ის მქონე პაციენტს შესაძლოა განუვითარდეს დეპრესია, შფოთვა, ალკოჰოლ ან ნამალდამოკიდებულება.
- პტსა შესაძლოა ყველა ასაკის ადამიანს დაემართოს.
- პტსა მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში გვხვდება.
- პტსა-ის მკურნალობა მოიცავს ინდივიდუალურ და ჯგუფურ თერაპიებს, ასევე მედიკამენტურ თერაპიას სეროტონინის უკუმიტაციების სელექტიური ინჰიბიტორებითა და ვენლაფლაქსინით ან რისპერიდონით.
- ტრავმის შემდეგ მალევე დაწყებული თერაპიული კურსი ამცირებს პტსა-ის განვითარების რისკს ან მისი განვითარების შემთხვევაში, აუმჯობესებს გამოსავალს.
- დისოციაცია, ტრავმული მოვლენის დროს ან მის შემდეგ – რეალობისგან თავის არიდების გზაა.
- ადამიანებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობა, შესაძლოა დისოციაციური აშლილობა განუვითარდეთ.
- დისოციაციას ახასიათებს ისეთ ფუნქციათა მოშლა, როგორცაა, მეხსიერება, იდენტობისა და გარემოს აღქმა.
- პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია შესაძლოა საჭირო გახდეს რეტროსპექციებისა და დისოციაციური მოვლენების გამწვავების გამო.
- ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს „გრაუნდინგით“ (მიწაზე დაშვება) და გარემოში რეორიენტაციის მოხდენის გზით.
- ერთ-ერთი საუკეთესო გზა დისოციაციებისა და რეტროსპექციების სამართავად, პაციენტის მიერ სტრესისა და ემოციების მართვის დასწავლაა.
- პაციენტის დახმარების დროს მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი საკუთარ ემოციებს ადეკვატურად მართავდეს და, ამასთანავე, კრიტიკის გარეშე უდგებოდეს პაციენტის ქცევასა და წარსულს.

წყდრმები:

1. Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., et al. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 77-84.
2. Bisson, J. I. (2010). Post-traumatic stress disorder. *Clinical Evidence (Online)*, 2010, 1752-8526.
3. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry*(5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
4. Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (2009). Reactive attachment disorder of infancy and early childhood. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2579-2583). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
5. Brand, B. L., Lanius, R., Vermetten, E., et al. (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-V. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 9-31.
6. Casey, P., & Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: State of the art. *World Psychiatry*, 10(1), 11-18.
7. Cline, G. D., Schwartz, D. D., Axelrad, M. E., et al. (2011). A pilot study of acute stress symptoms in parents and youth following diagnosis of type I diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 416-422.
8. Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., et al. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: A meta-analytic review. *PLoS One*, 7(6), e38915.
9. Flory, J. D., Yehuda, R., Passerelli, V., et al. (2012). Joint effect of child-hood abuse and family history of major depressive disorder on rates of PTSD in people with personality disorders. *Depression Research and Treatment*, 2012, 350461.
10. Gluck, T. M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2012). PTSD and trauma in Austria's elderly: Influence of wartime experiences, post-war zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status-an interdisciplinary approach. *European Journal of Psychotraumatology* 2012, 3, Standard No. 2000-8066 (Electronic).
11. Gray, M. J., Schorr, Y., Nash, W., et al. (2012). Adaptive disclosure: An open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, 43(2), 407-415.
12. Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(6), 825-840.
13. Jobson, L., & O'Kearney, R. T. (2009). Impact of cultural differences in self on cognitive appraisals in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 249-266.
14. Johnson, H., Thompson, A., & Downs, M. (2009). Non-Western interpreters' experiences of trauma: The protective role of cul-ture following exposure to oppression. *Ethnicity & Health*, 14(4), 407-418.
15. Katzman, J. W., & Geppert, C. M. A. (2009). Adjustment disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2579-2583).

Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

16. Kelly, V. G., Merrill, G. S., Shumway, M. et al. (2010). Outreach, engagement, and practical assistance: Essential aspects of PTSD care for urban victims of violent crime. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(3), 144-156.
17. Nooner, K. B., Linares, L. O., Batinjane, J., et al. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescents. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 153-166.
18. Parish, B., & Stromberg, S. (2009). Physical and sexual abuse of adults. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive text-book of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2579-2583). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
19. Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., et al. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210.
20. Ross, C. A. (2009). Errors of logic and scholarship concerning dis-sociative identity disorder. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(2), 221-231.
21. Rozanov, V., & Carli, V. (2012). Suicide among war veterans. *International Journal Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 2504-2519; doi:10.3390/ijerph9072504
22. Tracy, M., Norris, F. H., & Galea, S. (2011). Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression and Anxiety*, 28(8), 666-675.
23. Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., et al. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138.
24. Zhang, Z., Shi, Z., Wang, L., et al. (2012). Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression among the elderly: A survey of the hard-hit areas a year after the Wenchuan earthquake. *Stress and Health*, 28(1), 61-68.

თავი 14

შფოთვა და შფოთვითი აშლილობები

ამ თავში განხილულია:

1. შფოთვა, როგორც სტრესის საპასუხო რეაქცია;
2. შფოთვის სხვადასხვა დონეები და მათთვის დამახასიათებელი ნიშნები;
3. დამცველობითი მექანიზმები შფოთვითი აშლილობების დროს;
4. შფოთვითი აშლილობების წარმოშობის თეორიები;
5. მკურნალობის, მათ შორის, მედიკამენტური თერაპიის ეფექტურობა შფოთვითი აშლილობის დროს;
6. საექთნო პროცესი შფოთვისა და შფოთვითი აშლილობების დროს;
7. პაციენტებისა და მათი ახლობლების განათლება შფოთვითი აშლილობებისა და სტრესთან დაკავშირებული მდგომარეობების დროს;
8. ექთნის დამოკიდებულება შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტების მიმართ.

შფოთვა შიშისგან განსხვავებული გრძნობაა. თუ შიში განისაზღვრება, როგორც საპასუხო რეაქცია საფრთხეზე, რომელიც ცალსახად იდენტიფიცირებულია, შფოთვა არის რეაქცია მოსალოდნელ საფრთხესა და საშიშროებაზე, რომელიც იდენტიფიცირებული არ არის. შფოთვა ხშირად ადამიანის ცხოვრებაში პრობლემების გადაჭრის ერთ-ერთი მოტივატორია. იგი ნორმალურ მოვლენად ითვლება, თუ მისი წარმოშობა შეესაბამება შექმნილ გარემოებას და თუ იგი გარეშე სტიმულის გაქრობისას ქრება. იგი პათოლოგიურად ითვლება მაშინ, როდესაც მისი ინტენსივობა არსებული საშიშროების ხარისხის არაპროპორციულია ან მასზე უფრო დიდხანს გრძელდება.

შფოთვითი აშლილობა არის მდგომარეობათა ერთობლიობა, რომელსაც ახასიათებს საერთო ქცევითი, კოგნიტური, ემოციური და ფიზიოლოგიური ნიშნები. შფოთვითი აშლილობების დროს პაციენტები ხშირად უჩივიან უმიზეზო პანიკურ შეტევას, ყოვლისმომცველ უსაფუძვლო ნუხილსა და ღელვას. დროთა განმავლობაში აღნიშნული ქრონიკული მდგომარეობა პაციენტების დისტრესსა და ყოველდღიური რუტინული საქმიანობის მოშლას იწვევს.

ამ თავში შფოთვა განიხილება, როგორც სტრესზე მოსალოდნელი პასუხი. აქვე განხილულია შფოთვითი აშლილობები და მათ შორის – პანიკური მდგომარეობა.

შფოთვა, როგორც პასუხი სტრესზე

სტრესი არის ის ზეგავლენა, რომელსაც ცხოვრება ადამიანის ორგანიზმზე ახდენს. სტრესი თან სდევს ცხოვრებისეულ სირთულეებსა და ადამიანის მიერ დასახული ამოცანებისა და მიზნების მიღწევის პროცესს. ადამიანები სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ სტრესზე. ზოგი უპრობლემოდ უმკლავდება სიტუაციას, რომელიც სხვისთვის შესაძლოა უკიდურესად სტრესული იყოს. მაგალითად, საჯარო გამოსვლები ზოგისთვის საშიში,

ხოლო ზოგისთვის (მაგალითად, მასწავლებელი, მსახიობი) – ყოველდღიური და სასიამოვნო პროცესია. ცხოვრებისეული სტრესის მაგალითებია ქორწინება, შვილის ყოლა, ახალი სამსახური, ახალი სახლი, და სხვა.

ენდოკრინოლოგმა ჰანს სელიემ სტრესის ფიზიოლოგიური ფაქტორები დაადგინა, რომელსაც ზოგადი ადაპტაციური სინდრომი უწოდა. კვლევის მიზნებისთვის იგი იყენებდა ლაბორატორიულ ცხოველებს, რათა დაკვირვება მოეხდინა სხვადასხვა სტრესული ფაქტორის მიმართ ფიზიკური და ემოციური პასუხის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე.

- *განგაშის რეაქციის ეტაპზე* სტრესი ასტიმულირებს სხეულს, რათა ჰიპოთალამუსმა გაგზავნოს შესაბამისი ინფორმაცია ენდოკრინულ ჯირკვლებში (მაგ., თირკმელზედა ჯირკვალში, რომელმაც უნდა გამოსტყორცნოს ადრენალინი და ნორეპინეფრინი, როგორც სანვავი) და ორგანოებში (მაგალითად, ღვიძლში ინყება გლიკოგენის მარაგის გლუკოზად გარდაქმნა). აღნიშნულის შედეგად განგაშის რეაქციას ორგანიზმი ადაპტური მობილიზაციის რეჟიმში მოჰყავს, პოტენციური თავდაცვის საჭიროებების შესაბამისად.
- *რეზისტენტულ ეტაპზე* ხდება სისხლის ნაკადის მობილიზება და საჭმლის მომწელებელი ტრაქტიდან მისი გადასროლა თავდაცვაში მონაწილე ორგანოებისკენ. ფილტვები და გული უფრო ინტენსიურად მუშაობს, რათა ორგანიზმისთვის ჟანგბადით გამდიდრებული და საჭირო რაოდენობის სისხლის მობილიზება მოახდინოს. თუ ადამიანი სტრესთან ადაპტირდება, ორგანიზმი მოდუნდება და დამცველობითი რეაქციებიც შესუსტდება.
- ადამიანი *გამოფიტვის მდგომარეობაში* ვარდება, თუ სტრესული ფაქტორი დიდი ხნის განმავლობაში არ ქრება, ხოლო ორგანიზმის ადაპტური უნარები იღვევა.

სტრესის საპასუხოდ, ავტონომიური ნერვული სისტემა იწყებს აქტივობებს, რომელიც ადამიანს თვითგადარჩენაში ეხმარება. სიმპატიკურ ნერვულ სისტემას სასიცოცხლო მაჩვენებლები მზადყოფნაში მოჰყავს ისე, რომ საჭიროების შემთხვევაში სხეულმა საფრთხესთან გამკლავება შეძლოს. თირკმელზედა ჯირკვალი გამოიმუშავებს დიდი რაოდენობით ადრენალინს (ეპინეფრინს), რომელიც ორგანიზმს მეტი ჟანგბადის მობილიზებაში ეხმარება, აფართოებს გუგებს, ზრდის არტერიულ წნევასა და გულისცემის სიხშირეს, იწვევს პერიფერიულ ვაზოკონსტრიქციას და სისხლის გადადინებას რეპროდუქციული და გასტროინტესტინალური ტრაქტიდან. ადრენალინის ზემოქმედებით აქტიურდება გლიკოგენოლიზის პროცესი, რაც გლუკოზის, როგორც გულის, კუნთების და ცნს-ის მნიშვნელოვანი ენერგეტიკული წყაროს, გამოთავისუფლებისთვისაა აუცილებელი. საფრთხის ჩავლის შემდეგ, პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის ზემოქმედებით ყველა ორგანო, ფუნქციონირების სანყის ეტაპს უბრუნდება.

შფოთვა, იწვევს არასასურველი კოგნიტური, ფსიქომოტორული და ფსიქოლოგიური პასუხების წარმოქმნას; მაგალითად, ამ დროს ადამიანს შესაძლოა დაკარგული ჰქონდეს ლოგიკური აზროვნების უნარი, გაზრდილი ჰქონდეს მოტორული აქტივობა და შეცვლილი სასიცოცხლო მაჩვენებლები. ამ ნიშნების შემცირების მიზნით ადამიანი ცდილობს თავდაცვითი და ადაპტაციური მექანიზმები მოიყვანოს მოქმედებაში. აღნიშნული მექანიზმები ადამიანს მოდუნებასა და დამშვიდებაში ეხმარება. თუ პაციენტი ვერ ახერხებს ადაპტაციური და დამცველობითი მექანიზმების ადეკვატურ გამოყენებას, შესაძლოა

ადგილი ჰქონდეს დაძაბულობის სომატიზაციას; მაგალითად, ადამიანს შესაძლებელია განუვითარდეს დაძაბვის თავის ტკივილი, ტკივილის სინდრომი და იმუნური სისტემის მოშლა.

შფოთვის დონეები

შფოთვას გააჩნია როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები; თუ როგორ იმოქმედებს შფოთვა ადამიანზე, მეტწილად დამოკიდებულია ადამიანის სტრესის მიმართ მდგრადობაზე. შფოთვა ოთხი ძირითადი დონით ხასიათდება: მსუბუქი, საშუალო, მძიმე და პანიკური (ცხრილი 14.1). თითოეულ მათგანს ადამიანში შეუძლია გამოიწვიოს როგორც ემოციური, ისე ფიზიკური ცვლილებები.

მსუბუქი ფორმის შფოთვის დროს ადამიანი ყურადღებას ამახვილებს გარკვეულ მოვლენებზე. ამ დროს გაძლიერებულია ყურადღება და კონცენტრაცია. მსუბუქი შფოთვა ადამიანს ხშირად ყოველდღიური ამოცანების გადაჭრაში ეხმარება. მაგალითად, მსუბუქი შფოთვა სტუდენტებს ეხმარება, რომ მათ გამოცდისთვის ახალი ინფორმაციის დასწავლაზე მოახდინონ კონცენტრაცია.

საშუალო სიმძიმის შფოთვა მოიცავს არასასიამოვნო ღელვას; ამ დროს ადამიანი ფიქრობს, რომ რაღაც ისე ვერ არის. ასეთი ტიპის შფოთვის დროს ადამიანს კვლავ შეუძლია ინფორმაციის გადამუშავება, პრობლემის გადაჭრა და ახალი ინფორმაციის ათვისება, მაგრამ სხვისი დახმარებით, რადგან თავად კონცენტრირების უნარი დაქვეითებული აქვს. მაგალითად, პაციენტს, რომელსაც ოპერაციის წინ საშუალო სიმძიმის შფოთვის გამო კონცენტრირების უნარი შედარებით შემცირებული აქვს, ექთნის მითითებით მაინც შეუძლია შეასრულოს პრეოპერაციული პროცედურები.

შფოთვის მძიმე ფორმისა და პანიკის დროს, კოგნიტური ფუნქციები მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია და უმეტესწილად შენარჩუნებულია თვითგადარჩენის პრიმიტიული ინსტინქტები. მძიმე და მწვავე შფოთვის დროს ადამიანს უჭირს აზროვნება, კუნთთა რიგიდობა – მომატებული და სასიცოცხლო მაჩვენებლები შეცვლილი აქვს. იგი ბოლთას სცემს, მოუსვენარია, გაღიზიანებული და გაბრაზებულია ან დაძაბულობის მოსახსნელად სხვა ფსიქომოტორულ საშუალებებს იყენებს. პანიკური შეტევის დროს ემოციურ-ფსიქომოტორულ სფეროში დომინირებს ბრძოლის, გაქცევის ან გახევების რეაქციები.

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობა

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებს ექთნები მრავალ სხვადასხვა სიტუაციაში ხვდებიან. მათზე ბრუნვისას ექთანმა, პირველ რიგში, უნდა შეაფასოს შფოთვის დონე, რაც, თავის მხრივ, განსაზღვრავს ინტერვენციულ ჩამონათვალს, რომელიც ექთანმა უნდა განახორციელოს.

მსუბუქი შფოთვა რაიმე სახის ინტერვენციას არ საჭიროებს. ასეთ დროს ადამიანს შეუძლია აღიქვას და გადაჭრას წარმოშობილი პრობლემები. მეტიც, ისინი მიღებულ ინფორმაციას უკეთესად აღიქვამენ და პრობლემაზე კონცენტრაციასაც უკეთ ახდენენ.

საშუალო სიმძიმის შფოთვის დროს ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტი მას კარგად უსმენს და მითითებებს ადეკვატურად აღიქვამს. ამ ტიპის შფოთვის დროს შესაძლებელია პაციენტს ჰქონდეს გარკვეული პრობლემები კონცენტრირებასთან დაკავშირებით, ამიტომ კომუნიკაციის დროს ექთანმა უნდა გამოიყენოს ადვილად გასაგები და მოკლე წინადადებები.

მძიმე ფორმის შფოთვის დროს, პაციენტი კონცენტრაციის უნარს ჰკარგავს. ამ დროს, ნებისმიერი ინტერვენციის ჩატარებამდე, ექთნის მიზანია – პაციენტის შფოთვის დონე საშუალო ან მსუბუქ ნიშნულამდე დაიყვანოს. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტი არ დარჩეს მარტო, ვინაიდან სიმართოვემ შესაძლებელია სიმპტომები გააუარესოს. პაციენტთან საუბრისას ექთნის ტონი რბილი და დამამშვიდებელი უნდა იყოს. თუ პაციენტს არ შეუძლია ერთ ადგილას გაჩერება, მაშინ მასთან ერთად სიარული და საუბარი, მისთვის შესაძლებელია სასარგებლოც აღმოჩნდეს. ასეთ სიტუაციაში, საუბრის შინაარსზე მეტად, მნიშვნელოვანია საუბრის ტონი.

პანიკური შეტევის დროს პაციენტის უსაფრთხოება ყველაზე მაღალი პრიორიტეტულობის საკითხია. რაციონალური აზროვნების მოშლის გამო, შესაძლებელია იგი პოტენციურ საფრთხეს ვერ აღიქვამდეს. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს შესაძლოა კარგად არ ესმოდეს, თუ რას ეუბნება ექთანი, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა განაგრძოს მასთან საუბარი. პაციენტის დამშვიდებას შესაძლოა დაეხმაროს მისი გადაყვანა მშვიდ და წყნარ ადგილას. საუბრისას ექთანმა პაციენტს უნდა აუხსნას, რომ სიმპტომები შფოთვის შეტევის გამოხატულებაა და რომ მალე გაივლის. ექთანი პაციენტთან უნდა დარჩეს პანიკური შეტევის დასრულებამდე, რომელიც შესაძლებელია 5-დან 30 წუთამდე გაგრძელდეს.

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტთან მუშაობისას ექთანმა საკუთარი შფოთვის დონეც უნდა აკონტროლოს. ექიმის მიერ სიმშვიდის შენარჩუნება უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია. მოკლევადიანი შფოთვა შესაძლოა მედიკამენტურად იმართოს (ცხრილი 14.2). ამ დროს, უმეტესწილად, გამოიყენება ბენზოდიამიანები, თუმცა წამალდამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკის გამო, მათი გამოყენება რაც შეიძლება ხანმოკლე დროით უნდა მოხდეს. იდეალურ შემთხვევაში ბენზოდიამიანების ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება 4-6 კვირას არ უნდა აჭარბებდეს. მათი გამოყენების მთავარი მიზანია, რომ პაციენტი გაუმკლავდეს მწვავე პერიოდს, თუმცა პაციენტები ამ მედიკამენტებს აღიქვამენ როგორც ერთადერთ ხსნას და ბენზოდიამიანების გამოყენებას ხანგრძლივი დროით განაგრძობენ.

ცხრილი 14.1 შფოთვის დონეები

შფოთვის დონე	ფსიქოლოგიური პასუხი	ფიზიოლოგიური პასუხი
მსუბუქი	<ul style="list-style-type: none"> ● აღქმის ფართო დიაპაზონი; ● გამძაფრებული შეგრძნებები; ● გაზრდილი მოტივაცია; ● პრობლემის ეფექტური გადაწყვეტა; ● დასწავლის გაუმჯობესებული უნარი; ● გალიბიანებადობა. 	<ul style="list-style-type: none"> ● მოუსვენრობა; ● ფუსფუსი, ცმუკვა; ● „პეპლები მუცელში“; ● ძილის პრობლემები; ● ჰიპერმგრძობელობა ხმაურზე.
საშუალო	<ul style="list-style-type: none"> ● აღქმის ველი შევიწროვებულია უახლოეს ამოცანაზე; ● ყურადღების შერჩევითი კონცენტრირება; ● არ შეუძლია აზრებისა და მოვლენების დაკავშირება დამოუკიდებლად; ● ქმედებები უპირატესად ავტომატურია. 	<ul style="list-style-type: none"> ● კუნთების დაძაბულობა; ● დიაფორები; ● გულისცემის გაძლიერება; ● თავის ტკივილი; ● პირის სიმშრალე; ● ხმის დაწვრილება; ● სწრაფი საუბარი;

		<ul style="list-style-type: none"> ● საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის გალიზიანება; ● ხშირი შარდვა.
მძიმე	<ul style="list-style-type: none"> ● ალქმის ველი უკიდურესად შევიწროებულია, შესაძლოა ერთ დეტალამდეც კი; ● არ შეუძლია დავალებების შესრულება; ● მას არ შეუძლია პრობლემების გადაჭრა და დასწავლა; ● ქცევა მიმართულია შფოთვის შესამცირებლად, თუმცა, როგორც წესი, უშედეგოდ; ● ვერ გადააქვს ყურადღება; ● შეძრწუნებულია; ● ტირის; ● ასრულებს რიტუალებს. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ძლიერი თავის ტკივილი; ● გულისრევა პირღებინება და დიარეა; ● შინაგანი ცახცახი; ● რიგიდული პროზა; ● თავბრუსხვევა; ● სიფერმკრთალე; ● ტაქიკარდია; ● ტკივილი გულმკერდში.
პანიკა	<ul style="list-style-type: none"> ● ალქმის ველი უკიდურესად შევიწროებულია და მხოლოდ საკუთარ თავს აღიქვამს; ● ვერ ახდენს გარემო გამლიზიანებლის აღქმას; ● დამახინჯებულია გარემოს აღქმა; ● დაკარგულია რაციონალურად აზროვნების უნარი; ● ვერ აღიქვამს პოტენციურ საფრთხეს; ● ვერ ახდენს ვერბალურ კომუნიკაციას; ● შესაძლოა ბოდვითი აზრების და ჰალუცინაციების არსებობა; ● შესაძლოა ჰქონდეს სუიციდური აზრები. 	<ul style="list-style-type: none"> ● აქცევა ან სრული გახევება და მუტიზმი; ● გუგების გაფართოება; ● არტერიული წნევისა და პულსის მომატება; ● ბრძოლისა და თავდაცვის მდგომარეობაში ყოფნა.

საექთნო მოვლის გეგმა: შფოთვითი ქცევა

საექთნო დიაგნოზი: **შფოთვა** – მძიმე, გაურკვეველი და უსიამოვნო მდგომარეობა ან შიში (წყარო ხშირად არასპეციფიკური ან უცნობია), რომელსაც თან ახლავს ავტონომიური რეაგირება. ეს განგამის შეგრძნება გამაფრთხილებელი სიგნალია მოსალოდნელი საფრთხის გამო და საშუალებას აძლევს ინდივიდს მიიღოს ზომები, რათა საფრთხეს გაუმკლავდეს.

შეფასების კრიტერიუმები

- ყურადღების კონცენტრირების შემცირება;
- მოუსვენრობა, გალიზიანებადობა;
- იმპულსების არაეფექტური კონტროლი;
- დისკომფორტისა და უმწეობის შეგრძნება;
- ჰიპერაქტიურობა და ბოლთის ცემა;
- ხელების ფშვნეტა ან გრეხა;
- ალქმის სფეროს დეფიციტი;
- ვერბალური კომუნიკაციის დაქვეითებული შესაძლებლობა.

სტრესთან დაკავშირებული აშლილობა

სტრესთან დაკავშირებული აშლილობები იმ მდგომარეობებს აერთიანებს, რომელთა წარმოშობა ან გაუარესება ქრონიკულ, გახანგრძლივებულ ან გადაუჭრელ სტრესულ მოვლენასთან არის დაკავშირებული. რეპრესირებულმა სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს ისეთი კვებითი აშლილობები, როგორცაა ანორექსია და ბულიმია. ეს საკითხები დეტალურად არის განხილული მე-20 თავში. სტრესი, რომელიც იგნორირებული ან სუპრესირებულია, შესაძლოა სომატური ნიშნების განვითარება გამოიწვიოს (თავი 21). სტრესმა, ფსიქიკური პრობლემების გარდა, შესაძლოა ზოგიერთი ორგანული დაავადების (მაგალითად, წყლულოვანი კოლიტი და ჰიპერტენზია) გამწვავებაც გამოიწვიოს.

შფოთვითი აშლილობების მიმოხილვა

შფოთვითი აშლილობის დიაგნოზი ისმევა იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტისთვის შფოთვა აღარ წარმოადგენს საფრთხის სიგნალს ან ცვლილებების მოტივატორს, არამედ ის ქრონიკული ხდება, ღრმად იჭრება ადამიანის ნორმალურ ცხოვრებაში, იწვევს ნაკლებად ადაპტაციურ ქცევას და ემოციურ უნარშეზღუდულობას. შფოთვითი აშლილობების სახეობებია:

- აგორაფობია პანიკური კომპონენტით ან მის გარეშე;
- პანიკური აშლილობა;
- სპეციფიკური ფობია;
- სოციალური ფობია;
- გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა.

ჩამოთვლილთაგან უხშირესია პანიკური აშლილობა, რომლის გარშემოცაა კონცენტრირებული აღნიშნული თავი.

ავადობა

შფოთვითი აშლილობა უფრო ხშირია ქალებში და, ზოგადად, 45 წლამდე ასაკის პოპულაციაში. შფოთვა ასევე დამახასიათებელია დაშორებულ ან განქორწინებულ პირებში და დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე პოპულაციაში.

დაავადების დანყება და კლინიკური მიმდინარეობა

დაავადების დანყება და კლინიკური მიმდინარეობა ძალზე განსხვავებულია, რაც დაავადების სპეციფიკაზეა დამოკიდებული. ეს თავისებურებები დეტალურად არის განხილული ამ თავში.

დაკავშირებული მდგომარეობები

დიაგნოზი *შფოთვითი აშლილობა, გამონვეული ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობით*, იმ შემთხვევაში ისმევა, თუ შფოთვითი აშლილობა ცალსახად არის დაკავშირებული რომელიმე კლინიკურ მდგომარეობასთან. კლინიკური მდგომარეობები, რომელსაც შფოთვითი აშლილობა შეუძლია გამოიწვიოს, არის ენდოკრინული სისტემის დარღვევები, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები, გულის ქრონიკული უკმარისობა და ნევროლოგიური მდგომარეობები.

ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული შფოთვითი აშლილობა უშუალოდ განპირობებულია მედიკამენტით, ტოქსინის ზემოქმედებით ან ნამალდამოკიდებულებით. ასეთ დროს პაციენტს შესაძლებელია ჰქონდეს პანიკური შეტევები, ფობიები, ობსესიები ან კომპულსიები.

განშორების შფოთვითი აშლილობა არის ასაკთან შეუსაბამო, გადამეტებული შფოთვა სახლთან ან იმ პირებთან (მშობლები, მზრუნველი და სხვ.) განშორების გამო, რომელთანაც პიროვნებას ემოციური მიჯაჭვულობა აქვს ჩამოყალიბებული.

ეტიოლოგია

ბიოლოგიური თეორიები

გენეტიკური თეორიები

შფოთვითი აშლილობის წარმოშობაში მნიშვნელოვან როლს შესაძლებელია გენეტიკური ფაქტორი თამაშობდეს. შფოთვითი აშლილობის შემთხვევები (ინციდენტობა – ავადობა) ხშირია პაციენტის პირველი რიგის ნათესავებში. შფოთვითი აშლილობის სხვადასხვა ტიპებს დამემკვიდრების სხვადასხვა ხასიათი აქვს.

პანიკური, სოციალური და სპეციფიური ფობიები დამემკვიდრების საშუალო ხარისხით ხასიათდება. გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა და ობსესიურ-კომპულსიური დაავადება, სავარაუდოდ, უფრო ძლიერი გენეტიკური კომპონენტით გამოირჩევა, ვინაიდან ამ მდგომარეობებით ავადობა უფრო ხშირია ერთდროულად ოჯახის რამდენიმე წევრში. მიუხედავად გენეტიკური კომპონენტის არსებობისა, ამ მდგომარეობების განვითარებისთვის სხვა ხელშემწყობი ფაქტორები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს.

ნეიროქიმიური თეორიები

გამა-ამინო-ერბოს მჟავა (გაემ), სავარაუდოდ, საფუძვლად უდევს შფოთვითი აშლილობის განვითარებას. იგი შემაკავებელი ნეიროტრანსმიტერია და უჯრედების ალგზნებადობის შემცირებით მოქმედებს, როგორც ბუნებრივი შფოთვის საწინააღმდეგო საშუალება. იგი დიდი რაოდენობითაა თავის ტვინის იმ ზონებში, სადაც ნორეპინეფრინის აქტივობა მაღალია. ვინაიდან გაემ ამცირებს უჯრედთა ალგზნებადობას, ხოლო ნორეპინეფრინი ზრდის უჯრედის აქტივობას, ფიქრობენ, რომ ამ ორი ნეირომედიატორის დისბალანსი საფუძვლად უდევს შფოთვითი აშლილობის განვითარებას.

- სეროტონინის მრავალი სახეობა არსებობს, რომელიც, თავის მხრივ, ჩართულია ფსიქოზისა და გუნება-განწყობილების აშლილობებში. სეროტონინის ერთ-ერთი ნაირსახეობა (5-ჰიდროქსიტრიფტამინი -1ა ანუ 5-HT1), მნიშვნელოვან როლს ასრულებს აგრესიისა და გუნება-განწყობილების წარმოქმნაში. მეცნიერები ფიქრობენ, რომ სეროტონინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ობსესიურ-კომპულსიური დაავადების, პანიკური აშლილობის და გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობის წარმოშობაში. გარდა სეროტონინისა, სავარაუდოდ, ნორეპინეფრინის სიჭარბე ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პანიკური აშლილობის, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობისა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის წარმოშობაში.

ფსიქოდინამიკური თეორიები

ინტრაფსიქიკური და ფსიქონალიტიკური თეორიები

ფროიდი თვლიდა, რომ ადამიანის თანდაყოლილი შფოთვა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავდა მის ქცევას. იგი ადამიანის თავდაცვით მექანიზმებს განიხილავდა როგორც შფოთვის დაძლევის ერთ-ერთ საშუალებას (იხ. თავი 3). **დაცვითი მექანიზმები** არის კოგნიტური დარღვევა, რომელიც ადამიანს მისთვის არასასურველ სიტუაციასთან გამკლავებაში და კონტროლის შეგრძნების შენარჩუნებაში ეხმარება. ვინაიდან დაცვით მექანიზმებს ადამიანი ქვეცნობიერად რთავს, იგი ამ მექანიზმების გამოყენების ცნობიერად გაანალიზებას არ ახდენს. რიგ შემთხვევებში ადამიანები გადაჭარბებულად იყენებენ დაცვის მექანიზმებს, რაც ხელს უშლის რეალურ პრობლემასთან ეფექტურ გამკლავებაში. დაცვის მექანიზმებზე გადაჭარბებული დამოკიდებულება ხელს უშლის პიროვნების ემოციურ ზრდას, რაც მოგვიანებით ადამიანის სხვადასხვა ურთიერთობების პრობლემების წარმოშობას განაპირობებს.

ინტერპერსონალური თეორია

ჰარი სტაკ სალივანი (1952) თვლიდა, რომ შფოთვა მეტწილად განპირობებულია ადამიანის ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში არსებული პრობლემებით. აღმზრდელებმა შესაძლებელია ბავშვს შფოთვა „გაუზიარონ“ არაადეკვატური მოვლით, არათანმიმდევრული მოთხოვნებითა და მოპყრობით. შფოთვის ამგვარმა გადაცემამ შესაძლოა გამოიწვიოს ასაკის შესაბამისი განვითარების ამოცანების შესრულების შეფერხება. მოზრდილებში კი შფოთვის ძირითად მიზეზად გვევლინება კონკრეტული კულტურული ჯგუფის სოციალურ ნორმებთან და ფასეულობებთან მორგების საჭიროება. რაც უფრო მაღალია შფოთვის დონე, მით უფრო დაქვეითებულია პრობლემების მოგვარების უნარი და, შესაბამისად, მეტია შფოთვითი აშლილობის განვითარების რისკი.

პეპლაუს ესმოდა, რომ ადამიანი ფუნქციონირებს ინტერპერსონალურ და ფიზიოლოგიურ კონტექსტში და, შესაბამისად, ფიქრობდა რომ მკურნალობის პროცესში, ორივე სფეროს გათვალისწინება პაციენტს უკეთეს შედეგს მოუტანს.

ქცევითი თეორია

ქცევითი თეორიის მიმდევრები შფოთვას განიხილავენ, როგორც გარკვეულ გამოცდილებასთან დაკავშირებულ, დასწავლილ მოვლენას. შესაბამისად, ისინი თვლიან, რომ ადამიანს შეუძლია ახალ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, უზრუნველყოს ძველი გამოცდილების დავინწყება ისე, რომ არ მოახდინოს მიღებული გამოცდილების ანალიზი.

კულტურული თავისებურებები

ხშირად სხვადასხვა სოციუმის კულტურა შფოთვასთან გამკლავების განსხვავებულ საშუალებებსა და გზებს ადგენს. ექთანს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ცოდნა სხვადასხვა კულტურული თავისებურებების შესახებ, თუმცა ამით ხელი არ უნდა შეუწყოს პაციენტებში სტერეოტიპების ჩამოყალიბებას.

აზიური კულტურის წარმომადგენლები შფოთვას ხშირად სომატური პრობლემებით გამოხატავენ. ეს შეიძლება იყოს თავის, კუჭის, წელის ან სხვა შინაგანი ორგანოების ტკივილი და ამ ორგანოებში უცნაური შეგრძნებები.

მკურნალობა

შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა, როგორც წესი, მოიცავს მედიკამენტურ ჩარევასა და ფსიქოთერაპიას. მკურნალობის ამ მეთოდების კომბინაცია უკეთეს შედეგებს იძლევა, ვიდრე რომელიმე მათგანი დამოუკიდებლად. მედიკამენტები, რომელიც შფოთვითი აშლილობის მკურნალობისას გამოიყენება მოცემულია 14.3 ცხრილში, ხოლო ანტიდეპრესანტები დეტალურად არის განხილული მე-17 თავში. **პოზიტიური რესტრუქტურირება (ახალი ჩარჩოს შექმნა)** არის პაციენტის მიერ ნეგატიური მესიჯების პოზიტიურ მესიჯებად ტრანსფორმაცია. ფსიქოთერაპევტი პაციენტს ასწავლის, თუ როგორ უნდა მოახდინოს ნეგატიური მესიჯების პოზიტიურით ჩანაცვლება. მაგალითად, პანიკური შეტევის დროს სიკვდილზე ფიქრის ნაცვლად პაციენტმა უნდა მოახდინოს კონცენტრირება იმაზე, რომ ეს მხოლოდ შფოთვითი შეტევაა და რომ მას შეუძლია ამ შეტევას გაუძლოს. შესაძლებელია ასეთი პოზიტიური მესიჯები პაციენტმა ჩამოწეროს და თან იქონიოს საჭიროების დროს.

დეკატასტროფიზირება კოგნიტური თერაპიის ტექნიკაა, რომლის არსია მოახდინოს კოგნიტურ გაუკუღმართებათა რესტრუქტურირება და გულისხმობს შეკითხვების გამოყენებას შექმნილი სიტუაციის უფრო რეალური და ნაკლებად საშიში აღქმისათვის. ამ დროს თერაპევტმა შესაძლებელია პაციენტს ჰკითხო: „რა შეიძლება მოხდეს ყველაზე უარეს შემთხვევაში?“, „რამდენად რეალურია, რომ ეს მოხდეს?“, „შეძლებთ ამ სიტუაციის გადატანას?“, „ეს ნამდვილად ისეთი ცუდია, როგორც თქვენ წარმოგიდგენიათ?“

ტრენინგი ასერტიულობაში პაციენტს ცხოვრებისეულ სიტუაციებზე მეტი კონტროლის დამყარებაში ეხმარება. ამ მიდგომის გამოყენებით პაციენტი უკეთ ეუფლება მოლაპარაკების ტექნიკას და იუმჯობესებს თავდაჯერებულობას. ტრენინგი მოიცავს პაციენტის მიერ ისეთი კომუნიკაციის წარმოების დასწავლას, რომელიც კონცენტრირებულია მის უშუალო ემოციებზე. მაგალითად: „მე მწყინს, როდესაც ბურგს მაქცევს საუბრის დროს“, „მე საღამოს 30 წუთი მჭირდება მოდუნებისთვის“, „აუცილებლად უნდა გესაუბრო მნიშვნელოვან საკითხზე და ამისთვის 5 წუთი მჭირდება“.

ხანდაზმულ პირთა თავისებურებები

როდესაც შფოთვითი აშლილობა ასაკოვან პირში პირველად ვლინდება, იგი, როგორც წესი, დაკავშირებულია სხვა სამედიცინო მდგომარეობასთან, ასეთებია – დეპრესია, დემენცია, ფიზიკური ავადმყოფობა, მედიკამენტის ტოქსიკური ან მოხსნის ეფექტი. ფობიები, კერძოდ, აგორაფობია და გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა უმეტესწილად ასაკოვან ადამიანებში ვითარდება. ჩვეულებრივ, ამ ასაკობრივ ჯგუფში პანიკური შეტევები იშვიათია, მაგრამ მაინც შეიძლება განვითარდეს და იგი, როგორც წესი, დაკავშირებულია რომელიმე ფიზიკურ დაავადებასთან; კერძოდ -კარდიოვასკულარულ, გასტროინტესტინალურ ან ქრონიკულ პულმონარულ დაავადებასთან.

დეპრესიის დროს ასაკოვან პირებში ხშირია განმეორებადი ფიქრები, რამაც ობსესიის სახეც შესაძლებელია, რომ მიიღოს. მაგალითად, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს პათოლოგიური ეჭვები ან სხვისი დაზიანების შიში. მოხუცებში დეპრესიის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი (სუსი). მკურნალობა შედარებით დაბალი დოზებით იწყება ტოლერანტობის განსაზღვრის მიზნით. მოხუცებში სუსი-ს მაღალი დოზით დანიშვნამ შესაძლებელია შფოთვითი აშლილობის სიმპტომები გააუარესოს.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტები, უმეტესწილად, ამბულატორიულად მკურნალობენ. ვინაიდან, უმეტეს შემთხვევებში, სპორადულად წარმოშობილი სიმპტომები პაციენტებს გარკვეული სამედიცინო პრობლემის შედეგი ჰგონიათ, კლინიკაში მომუშავე ექთანი შესაძლებელია პირველი ადამიანი იყოს, ვინც შფოთვით აშლილობასა და კლინიკურ სიმპტომებს შორის კავშირს დაინახავს.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული სერვისების დეტალური ცოდნა, ექთანს დაეხმარება პაციენტის სწორ რეფერალსა და მართვაში.

ცხრილი 14.3 მედიკამენტები რომელიც შფოთვითი აშლილობის სამკურნალოდ გამოიყენება

გენერული დასახელება	კლასიფიკაცია	გამოყენება
ალპრაზოლამი (ქსანაქსი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა, პანიკური შეტევა, სოციალური ფობია, აგორაფობია
ბუსპირონი (ბუსპარი)	არა ბენზოდიამეპუნური ანქსიოლიზური საშუალება	შფოთვა, სოციალური ფობია, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა
დიაზეპამი (ვალიუმი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა, პანიკური აშლილობა
იმიპრამინი (ტოტრანილი)	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი	შფოთვა, პანიკური შეტევა, აგორაფობია
კლონაზეპამი (კლონოპინი) (რივოტრილი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა, პანიკური აშლილობა
კლონიდინი (კატაპრესი)	ბეტა ბლოკერი	შფოთვა, პანიკური აშლილობა
მეპრობამატი (მილტონ, ეკვანილი)	არა ბენზოდიამეპუნური ანქსიოლიზური საშუალება	შფოთვა
ოქსაზეპამი (სერაქსიტაზეპამი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა
პაროქსეტინი (რექსეტინი, სეროქსატი)	სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი	სოციალური ფობია, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა
პროპრანოლოლი (ინდერალი) (ანაპრილინი)	ალფა ადრენერგული აგონისტი	შფოთვა, პანიკური შეტევა, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა
სერტრალინი (ზოლოფტი)	სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი	პანიკური აშლილობა, სოციალური ფობია, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა
ფლუოქსეტინი (პროზაკი)	სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი	პანიკური აშლილობა, გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა
ქლორაზეპამი (ტრანქსენი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა
ქლორდიამეპოქსიდი (ლიბრიუმი) (ელენიუმი)	ბენზოდიამეპინი	შფოთვა
ჰიდროქსიზინი (ატარაქსი)	ანტიჰისტამინური	შფოთვა

მენტალური ჯანმრთელობის პრომოცია

როგორც წესი, შფოთვა აღიქმება, როგორც ძალზე ნეგატიური მოვლენა, რომელიც სასურველია, რომ თავიდან იქნას აცილებული; თუმცა, შფოთვა არის სიგნალი, რომელიც სტრესთან არაეფექტური გამკლავების შესახებ გვამცნობს. მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანმა შესძლოს ამ სიგნალის ადეკვატური აღქმა და შესაბამისი ქმედებების განხორციელება.

შფოთვა, აუცილებელი არ არის რომ დაკავშირებული იყოს ნეგატიურ მოვლენებთან. შფოთვა ხშირად თან სდევს პოზიტიურ და ადამიანისთვის სასურველ მოვლენებსაც; მაგალითად, ქორწინებას, შვილის ყოლას, კოლეჯში ჩაბარებას და სხვა. სწორედ ამ და სხვა ცხოვრებისეულ მოვლენებთან დაკავშირებული შფოთვის ადეკვატური კონტროლი წარმოადგენს ადამიანის მენტალური ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს წინაპირობას.

სტრესთან ადეკვატური გამკლავებისთვის უმნიშვნელოვანესია:

- პოზიტიური დამოკიდებულებისა და თვითრწმენის შენარჩუნება;
- აღიარება, რომ არსებობს მოვლენები, რომელთა კონტროლი ჩვენს ძალებს აღემატება;
- ასერტული კომუნიკაციის წარმოება სხვებთან და საკუთარი ემოციებისა და განცდების გამოხატვა ტირილის, სიცილისა და სხვა საშუალებებით;
- მოდუნების დასწავლა;
- რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში;
- კარგად ბალანსირებული საკვების მიღება;
- კოფეინისა და ალკოჰოლის მიღების შემცირება;
- საკმარისი ძილი და დასვენება;
- რეალისტური ამოცანებისა და მიზნების დასახვა და ისეთი აქტივობების განხორციელება, რომელიც პერსონალურად მნიშვნელოვანია;
- სტრესის დაძლევის საშუალებების ცოდნა, კერძოდ, მოდუნება, მედიტაცია, და სხვა.

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებს, კარგად უნდა ესმოდეთ, რომ მკურნალობის მთავარი მიზანი, არა შფოთვითი აშლილობის სრული განკურნება, არამედ სიმპტომების შემსუბუქებაა. მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შფოთვითი აშლილობის განკურნებაში, მათ მიერ პრობლემის აბსოლუტური ელიმინაცია ნაკლებადაა შესაძლებელი; სწორედ ამიტომ შფოთვის დაძლევის მეთოდებისა და მიდგომების ზედმიწევნითი ცოდნა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში.

პანიკური აშლილობა

პანიკური აშლილობა ხასიათდება პანიკური შეტევების 15-30 წუთიანი ეპიზოდებით, რომლის დროსაც პაციენტი განიცდის შიშსა და ასევე ფიზიკურ დისკომფორტს. ამ დროს პაციენტს გამოხატული აქვს ქვემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომთაგან ოთხი ან მეტი ნიშანი: გულის ფრიალი, ოფლიანობა, კანკალი, სუნთქვის უკმარისობა, მოგუდვის შეგრძნება, ტკივილი გულმკერდის არეში, გულისრევა, მუცლის ტკივილი, თავბრუსხვევა, პარესთეზია და წამოხურების შეგრძნება.

პანიკური აშლილობის დიაგნოზი ისმევა იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აქვს მორეციდივე და მოულოდნელი შეტევების ეპიზოდები მინიმუმ 1 თვის განმავლობაში, რასაც თან ახლავს პაციენტის ქცევის რადიკალური ცვლილება. პაციენტების 75%-ს, თავდაპირველი პანიკური შეტევა ეწყება რაიმე ცხადი სტიმულატორის გარეშე. მათგან ნახევარს ამასთან ერთად აქვს აგორაფობიაც. აღსანიშნავია, რომ პანიკური შეტევა შეტად ხშირია პირებში, რომლებსაც არ აქვთ საშუალოზე მაღალი განათლება და არ იმყოფებიან ქორწინებაში. პანიკური შეტევის განვითარების რისკი 18% ით მაღალია დეპრესიის მქონე პაციენტებში.



პანიკური შეტევა

წყარო: <https://healthblog.uofmhealth.org/wellness-prevention/anxiety-and-panic-attack-symptoms-treatments-perfcon>

კლინიკური მიმდინარეობა

პანიკური შეტევის დაწყების ალბათობა ყველაზე მაღალია 30 წლის შემდეგ. ნორმალური რეაქტიული პანიკური შეტევისგან განსხვავებით, პათოლოგიურ მდგომარეობაში, პანიკური შეტევა ვითარდება რეალური წინაპირობის გარეშე. პანიკური შეტევის გადატანამ, შესაძლოა გამოიწვიოს **ამრიდებლური ქცევა**, რა დროსაც, პაციენტი მაქსიმალურად ერიდება სახლის დატოვებას ან თუ ტოვებს მას, მხოლოდ ახლომახლო რაიონებში გადის და ცდილობს, შინ მალევე დაბრუნდეს. ამრიდებლურ ქცევასთან ერთად, პანიკური აშლილობის დროს ხშირია **აგორაფობიაც**. ამ დროს პაციენტი თავს არიდებს გამწვანებულ სივრცეებში ყოფნას; ეს მდგომარეობა შესაძლოა განვითარდეს როგორც პანიკურ აშლილობასთან ერთად, ისე იზოლირებულად.

პანიკური აშლილობის მქონე ადამიანების ქცევას, მოჰყვება როგორც **პირველადი, ისე მეორეული სარგებელი**. **პირველადი სარგებელი** არის შფოთვის შემსუბუქება, რომელიც მიიღწევა გარკვეული ქცევით, როგორცაა სახლში დარჩენა, რითიც ინდივიდი თავს არიდებს პანიკურ შეტევასთან ასოცირებულ, უსაფრთხო ადგილის დატოვების

შიშს. **მეორეული სარგებელი** კი დაკავშირებულია ოჯახის წევრების მხრიდან გამოჩენილ ყურადღებასთან და დამატებითი პასუხისმგებლობების აღებასთან. სწორედ ახლობელი ადამიანების გადამეტებული მზრუნველობა უწყობს ხელს პაციენტს, ხანგრძლივად დარჩეს მისთვის კომფორტულ, ავადმყოფურ მდგომარეობაში.

მკურნალობა

პანიკური აშლილობის მკურნალობა, ხორციელდება კოგნიტურ-ბიპევიორული მიდგომით, ღრმა სუნთქვითა და მოდუნებით; ფარმაკოლოგიური აგენტებიდან, პანიკური აშლილობის დროს გამოიყენება ბენზოდიამები, სუსის, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებისა და ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები.

საექთნო პროცესი პანიკური აშლილობის დროს

შეფასება

14.1 სამახსოვროში, მოცემულია შფოთვის შესაფასებელი ჰამილტონის სკალა, რომელიც შესაძლოა ექთანმა პაციენტის სიმძიმის შეფასების მიზნით გამოიყენოს.

ისტორია

პაციენტი, სამედიცინო დახმარებას, როგორც წესი, რამდენიმე პანიკური შეტევის შემდეგ მიმართავს. პაციენტმა შესაძლოა თქვას, რომ მას ეგონა, თითქოს ინფარქტი დაემართა ან ჭკუიდან იშლებოდა, თუმცა ამ მოვლენის გამომწვევს ვერ ასახელებს.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

გასინჯვისას პაციენტი, შესაძლოა, ჩვეულებრივად იქცეოდეს ან აღენიშნებოდეს შფოთვა, თუ ფიქრობს, რომ მომდევნო წუთებში პანიკური შეტევა დაენწყება. ამ დროს პაციენტს ეცვლება ხმა, საუბრის სისწრაფე და ტონი; მას შესაძლოა უჭირდეს ერთ ადგილას გაჩერებაც. შესაძლოა გამოვლინდეს **ავტომატიზმები** – უნებლიე, არაცნობიერი მოძრაობები (მაგალითად, თითების კაკუნი მაგიდაზე, გასალების თითზე ტრიალი ან სხვა), რაც, როგორც წესი, მიმართულია შფოთვის შემსუბუქებისკენ.

გუნება-განწყობილება და აფექტი

პაციენტის გუნება-განწყობილებისა და აფექტის შეფასების შედეგად, შესაძლოა გამოვლინდეს შფოთვა, დაძაბულობა, დეპრესია ან დანალვლიანება. პანიკური შეტევის განხილვას შესაძლოა მოჰყვეს პაციენტის ტირილიც კი. ის ასევე შესაძლოა გაბრაზებული იყოს თავის თავზე, ვინაიდან “ის ვერ აკონტროლებს თავის თავს”. პანიკური შეტევების გამო, პაციენტები, როგორც წესი, განიცდიან ძლიერი სტრესს, თვლიან, რომ კავშირი დაკარგეს საკუთარ თავთან (**დეპერსონალიზაცია**) და რომ მოვლენები გარემოში -არარეალურია (**დერეალიზაცია**).

ფიქრის შინაარსი და მიმდინარეობა

პანიკური შეტევის დროს პაციენტი ემოციურად გადაძაბულია, ჰგონია, რომ კვდება და რომ კონტროლს კარგავს. ამ დროს შესაძლებელია პაციენტმა თვითმკვლელობაც კი სცადოს. პანიკური შეტევის ჩავლის შემდეგ იგი მთლიანად მოცულია შემდეგი შეტევის მოლოდინითა და მასთან გამკლავებაზე ფიქრით.

სამახსოვრო 14.1 ჰამილტონის შფოთვის სკალა

ინსტრუქცია: სკალა ეხმარება ექიმს ან ფსიქიატრს პაციენტის შფოთვის დონის და პათოლოგიური მდგომარეობის შეფასებაში. არ აღნიშნავს – 0 ქულა, მსუბუქი – 1 ქულა; საშუალო – 2 ქულა; მძიმე – 3 ქულა; ძალიან მძიმე – 4 ქულა.		
საკითხი	აღწერა	ქულა
შფოთვითი გუნება-განწყობა	აღელვებულია, აქვს ცუდი მოლოდინები, შიშით უყურებს მომავალს, გაღიზიანებულია	
დაძაბულობა	დაძაბულობის შეგრძნება, გამოფიტვა, კრთება, ადვილად მიდის ტირილამდე, კანკალი, მოდუნებას ვერ ახერხებს	
შიშები	ეშინია სიბნელის, უცხო ხალხის, მარტო დარჩენის, ცხოველების, ავტოსაგზაო მოძრაობისა და ბევრი ხალხის	
ინსომნია	ვერ იძინებს, ადვილად უტყდება ძილი, იღვიძებს დაღლილი, აწუხებს ღამის კოშმარები	
ინტელექტუალური (კოგნიტური) სფერო	კონცენტრაციის სიძნელე, მახსოვრობასთან დაკავშირებული პრობლემები	
გუნება-განწყობილების გაუარესება	ინტერესის დაკარგვა, საყვარელი საქმიანობიდან სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა, დეპრესია, ადრე გაღვიძება	
სომატური (კუნთოვანი)	კუნთთა ტკივილი და რიგიდობა, მიოკლონუსი, კბილების ღრჯილი, ხმის ცვალებადობა, კუნთთა ტონუსის მომატება	
სომატური (სენსორული)	ტინიტუსი, მხედველობის დაბინდვა, გადაციებისა და გადახურების შეგრძნება, საერთო სისუსტე, წინკვინის შეგრძნება	
კარდიოვასკულური სიმპტომები	ტაქიკარდია, ფრიალი, ტკივილი გულმკერდის არეში, სისხლძარღვების პულსაცია, გონების დაკარგვის შეგრძნება, გულის ძგერის არ არსებობა.	
რესპირატორული სიმპტომები	მოჭერის შეგრძნება გულმკერდის არეში, მოგუდვისა და დახრჩობის შეგრძნება, ხვნემა და დისპნოე.	
კუჭნაწლავის ტრაქტის სიმპტომები	ყლაპვის გაძნელება, გაზების დაგროვება, მუცლის ტკივილი, წვის შეგრძნება, სისავსის შეგრძნება მუცელში, გულისრევა, პირღებინება, მუცლის ბუყბუყი, ნაწლავთა მოდუნება, წონაში კლება, შეკრულობა.	
შარდსასქესო სისტემის სიმპტომები	შარდვის გახშირება, შარდვის შეუკავებლობა, ამენორეა, მენორაგია, ფრიგიდულობა, ადრეული ეაკულაცია, ლიბიდოს შემცირება, იმპოტენცია.	
ავტონომიური სიმპტომები	პირის სიმშრალე, წამოწითლება, სიფერმკრთალე, ოფლიანობისკენ მიდრეკილება, თავბრუსხვევა, დაძაბვის თავის ტკივილი, ბატის კანი	
ქცევა გასაუბრებისას	წრიალი, მოუსვენრობა, ხელების კანკალი, შეჭმუხნილი წარბები, დაჭიმული სახე, ხვნემა ან სწრაფი სუნთქვა, სახის სიფერმკრთალე, კრთომა, გუგების გაფართოვება, ეგზოფთალმი	

სენსორიუმი და ინტელექტუალური სფერო

პანიკური შეტევის დროს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს დაბნეულობისა და დემორიენტაციის მდგომარეობა. იგი ადეკვატურად ვერ აღიქვამს გარემო სტიმულებს და მათზე შესაბამისად ვერ რეაგირებს. პანიკური შეტევის დასრულების შემდეგ აღნიშნული ფუნქციები ნორმას უბრუნდება.

კრიტიკული აღქმა და ანალიზი

პანიკური შეტევის დროს პაციენტს კრიტიკული აზროვნების უნარი არ გააჩნია; უსაფრთხოების შეგრძნების დაბრუნების მიზნით, პაციენტი შესაძლოა გაიქცეს შენობიდან და წინ გადაურბინოს მაღალი სიჩქარით მოძრავ ავტომანქანებს. პაციენტს საკუთარი მდგომარეობის ანალიზის უნარი უბრუნდება შესაბამისი ცოდნის მიღების შემდეგ. საგანმანათლებლო ღონისძიებების მიუხედავად, მათ ხშირად ჰგონიათ, რომ უმწეო მდგომარეობაში არიან და რომ კონტროლს ვერასოდეს დაიბრუნებენ.

თვითანალიზი

მნიშვნელოვანია, რომ პანიკური აშლილობის მქონე პაციენტთან, ექთანმა შეაფასოს მისი თვითაღქმა. ხშირია, რომ პანიკური აშლილობის შედეგად პაციენტი საკუთარ თავს ადანაშაულებს და შექმნილ მდგომარეობას, საკუთარი პიროვნების ნაკლად აღიქვამს. ის შესაძლოა ცხოვრების ნებისმიერ ასპექტში საკუთარ თავს ნეგატიურად აფასებდეს და იმდენად იყოს მოცული პანიკურ შეტევაზე ფიქრით, რომ ვერ ახერხებდეს იმ ყოველდღიური აქტივობების განხორციელებას, რომლებსაც ის პანიკური აშლილობის დაწყებამდე ასრულებდა.

როლები და ურთიერთობები

ვინაიდან პანიკური აშლილობის დროს, ადამიანი მუდმივად შეტევის მოლოდინშია, შესაძლო მის სოციალურ ცხოვრებასა და ბიზნეს-საქმიანობაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები დადგეს. როგორც წესი, პაციენტი ერიდება საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებს, ასევე – იმ ადგილებს, სადაც მას შეტევა განუვითარდა. მაგალითად, ადამიანი, რომელსაც პანიკური შეტევა ავტობუსში ჰქონდა, ავტობუსში ჩაჯდომას თავს არიდებს. მიუხედავად ამ რესტრიქციული ქცევისა, პანიკური შეტევის დადგომას პაციენტი ვერ აკონტროლებს, რაც მას კიდევ უფრო მეტი ჩაკეტილობისკენ უბიძგებს.

ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის საკითხები

პანიკურ აშლილობას, როგორც წესი, თან ახლავს ძილისა და კვების პრობლემები. პანიკასთან ასოცირებულმა შფოთვამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაარღვიოს ძილი, მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანი შესაძლოა საათებს ატარებდეს სანოლში. ასევე ხშირია კვების პრობლემები უმადობის ან პირიქით – უკონტროლო კვების სახით, რაც, თავის მხრივ, შფოთვის შემცირებისკენ არის მიმართული.

მონაცემთა ანალიზი

პანიკური აშლილობის მქონე პაციენტს, შესაძლოა მიესადაგოს შემდეგი საექთნო დიაგნოზები:

- დაზიანების რისკი;

- შფოთვა;
- სიტუაციური დაბალი თვითშეფასება (პანიკური შეტევა);
- არაეფექტური გამკლავების მექანიზმები;
- უმწეობა;
- არაეფექტური როლური ქცევა;
- ძილის მოშლა.

გამოსავლების იდენტიფიცირება

პანიკური აშლილობის დროს, შესაძლოა დადგეს შემდეგი გამოსავლები:

- პაციენტმა არ მიიღო რომელიმე სახის ფიზიკური დაზიანება;
- პაციენტი შეძლებს საკუთარი გრძნობების ვერბალიზაციას;
- პაციენტს ეფექტურად შეუძლია სტრესთან გამკლავება;
- პაციენტს ეფექტურად შეუძლია მართოს შფოთვის მდგომარეობა’
- პაციენტი ახდენს პერსონალური კონტროლის შეგრძნების ვერბალიზებას;
- პაციენტი აღადგენს კვების ადეკვატურ რეჟიმს;
- პაციენტს სძინავს მინიმუმ 6 საათი ღამის განმავლობაში.

ინტერვენციები

უსაფრთხოებისა და კომფორტის ხელის შეწყობა

პანიკური შეტევის დროს ექთნის უპირველესი ამოცანაა პაციენტისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა, ისე, რომ მან რაიმე სახის დაზიანება არ მიიღოს და შენარჩუნდეს მისი პრივატულობაც. თუ გარემო განსაკუთრებულად სავსეა მასტიმულირებლებით, სასურველია, რომ პაციენტი შედარებით მშვიდ გარემოში გადაინაცვლდეს. მშვიდი და წყნარი ადგილი პაციენტის შფოთვის დასტაბილურებას უწყობს ხელს და მისი პრივატულობაც მეტადაა დაცული.

პანიკური შეტევის დროს ექთანი პაციენტთან ცდილობს დამამშვიდებელი საუბრის წარმართვას. მაგალითად: „მიმოიხედე გარშემო, ნახე, შენ უსაფრთხო გარემოში ხარ და მეც შენთან ვარ. ისუნთქეთ ღრმად“.

თერაპიული კომუნიკაცია

მკურნალობის პროცესში, პაციენტისა და ექთნის თანამშრომლობა წარმატებული მკურნალობის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა.

საექთნო ინტერვენციები პანიკური აშლილობის დროს

- უსაფრთხო გარემოს შექმნა, სადაც უზრუნველყოფილი იქნება პაციენტის პრივატულობა;
- პაციენტთან ყოფნა პანიკური შეტევის დროს;
- პაციენტის დახმარება ღრმა სუნთქვაში;
- პაციენტთან სიმშვიდისა და კომფორტის მომგვრელი კომუნიკაცია;
- მოდუნების ტექნიკების სწავლება პაციენტისთვის;
- პაციენტისთვის კოგნიტური რესტრუქტურირების ტექნიკების სწავლება;
- სტრესული ფაქტორებისა და შფოთვის აღმძვრელ სიტუაციებთან გამკლავების სწავლება.

პანიკური შეტევის დროს პაციენტთან კომუნიკაცია უნდა იყოს მოკლე და გასაგები, ვინაიდან პანიკური შეტევის დროს პაციენტის აღქმის სფერო დავინროებულია და მას გრძელი და რთული წინადადების აღქმა არ შეუძლია. ამ დროს პაციენტთან შეხების საჭიროება უნდა შეფასდეს ექთნის მიერ, ვინაიდან მაღალი დონის შფოთვის დროს, პაციენტთან შეხება შესაძლოა აღქმული იყოს პაციენტის მიერ როგორც საფრთხე და გამოიწვიოს კიდევ უფრო მეტი გაღიზიანება.

როდესაც შფოთვის დონე იკლებს, ექთანი უნდა ეცადოს დაამყაროს პაციენტთან კომუნიკაცია ღია ტიპის შეკითხვებით, მაგალითად:

“როგორც ვხედავ დამშვიდებას იწყებთ, ასეა?”

“იქნებ მითხრათ რას გრძნობდით რამდენიმე წუთის წინ?”

შფოთვის მართვა

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პაციენტს ასწავლოს მოდუნების ტექნიკები. მათ შორის ყველაზე მარტივად შესასრულებელია ღრმა სუნთქვა, ამიტომ მისი შესრულება და გამოყენება ყველას შეუძლია. ეფექტურია ასევე წარმოსახვის ტექნიკაც. ამ დროს პაციენტმა უნდა წარმოიდგინოს ადგილი სადაც ის მშვიდად და კომფორტულად იქნებოდა.

მოდუნების სხვადასხვა ტექნიკების გამოყენების დასწავლა პაციენტის მიერ უნდა მოხდეს მაშინ, როდესაც ის მშვიდადაა და მოდუნებულია. თუ პაციენტმა წინასწარ იცის მოდუნების ტექნიკების გამოყენება, მაშინ პანიკური შეტევის დროს მათი დახმარებით დამშვიდება უფრო უადვილდება. თუ პაციენტი თვლის, რომ მას შეუძლია პანიკურ შეტევასთან გამკლავება, მაშინ პანიკური შეტევის დაწყების შიშთან დაკავშირებული ღელვა ნაკლებია, რაც, ზოგადად, დადებითად მოქმედებს პაციენტის ზოგადი შფოთვის დონეზე და მნიშვნელოვნად ამცირებს მას.

პაციენტისა და ოჯახის განათლება

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახების განათლებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის კლინიკური მართვის პროცესში. თუ პაციენტს კარგად ესმის ფსიქოთერაპიისა და მედიკამენტური მკურნალობის მნიშვნელობა დაავადების კეთილსაიმედო გამოსავალთან მიმართებით, მაშინ ის ნამყვანი ძალა ხდება მკურნალობის პროცესში. ექთანმა პაციენტს უნდა აუხსნას, თუ რა როლი აქვს რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობას და მასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიურ ეფექტებს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. პაციენტის მდგომარეობის გრძელვადიან გაუმჯობესებაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ოჯახის განათლებასაც. პაციენტთან ერთად, მათაც კარგად უნდა ესმოდეთ დანიშნული მედიკამენტების რაობა და მათი მიღების წესები. ასევე, უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია გვერდითი მოვლენების მართვის შესახებ და იმ ნივთიერებების შესახებ, რომელსაც მედიკამენტის სინერგიული ან პირიქით – ანტაგონისტური ეფექტი აქვს.

პაციენტს და მის ოჯახის წევრებს კარგად უნდა ესმოდეთ, რომ პანიკური აშლილობის დროს თერაპიის მიზანი არაა პაციენტის განკურნება, არამედ სიმპტომების გაუმჯობესებაა.

შეფასება

შეფასების პროცესი, მიზნად ისახავს დანიშნული მკურნალობის შედეგების შეფასებას. შედეგების მიღწევის შემთხვევაშიც კი, აუცილებელია, რომ ექთანმა პაციენტს ჰკითხოს აზრი მიღწეული შედეგების შესახებ.

პანიკური აშლილობის საწინააღმდეგო მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- ესმის თუ არა პაციენტს დანიშნული სამკურნალო რეჟიმის შინაარსი და აქვს თუ არა მას ადეკვატური დამყოლობა დანიშნული მედიკამენტის მიმართ.
- შემცირდა თუ არა პაციენტის შფოთვის დონე და სიხშირე.
- გათავისებული აქვს თუ არა პაციენტს სტრესთან გამკლავების სხვადასხვა მეთოდები.
- ფიქრობს თუ არა პაციენტი რომ მისი ცხოვრების ხარისხი მისთვის დამაკმაყოფილებელია.

ფობიები

ფობიები, არის არალოგიკური, ინტენსიური და პერსისტური შიში სპეციფიკური საგნების ან სოციალური სიტუაციის მიმართ, რაც ადამიანისთვის ძლიერი სტრესია და ხელს უშლის მას ნორმალურ ფუნქციონირებაში. ფობიები, როგორც წესი, წარსულში მიღებულ რაიმე სახის ნეგატიურ გამოცდილებასთან არ არის დაკავშირებული, მეტიც, შესაძლოა ადამიანს საერთოდ არასოდეს ჰქონოდა შეხება თავისი ფობიის საგანთან. როგორც წესი, ფობიის მქონე ადამიანს კარგად ესმის საკუთარი ფობიის ირაციონალურობა და შესაძლოა ხუმრობდეს კიდევ ამ “სულელურ” შიშზეც, თუმცა მაინც ვერ ახერხებდეს მასთან გამკლავებას.

პაციენტს, შესაძლოა შფოთვას ჰგვრიდეს მისთვის ფობიური სცენის ან საგნის წარმოდგენაც კი. ამის გამო, ისინი მნიშვნელოვნად ზღუდავენ თავისი აქტივობების სფეროს, რაც უარყოფითად ისახება მათი ყოველდღიური ცხოვრების ხარისხზე. ამასთან, მსგავსი ქცევა არ ამცირებს მათი ზოგადი შფოთვის დონეს.

არსებობს შემდეგი კატეგორიების ფობიები:

- აგორაფობია (განხილულია ზემოთ);
- სპეციფიური ფობია, რაც მოვლენის ან საგნის ირაციონალური შიშია;
- სოციალური ფობია, რაც დაკავშირებულია სპეციფიკურ სოციალურ სიტუაციებთან ან მოქმედებებთან.

ბევრ ადამიანს აქვს გველებთან, თობებთან ან ვირთხებთან დაკავშირებული “ფობიები” თუმცა ეს შიშები ძალიან სპეციფიკურია და არ არის დაკავშირებული შფოთვით აშლილობასთან. ფობიის დიაგნოზი ისმევა მაშინ, როცა შიში, მნიშვნელოვნად ცვლის ადამიანის ცხოვრებას და წარმოშობს პრობლემებს, როგორც ინტერპერსონალურ, ისე სამსახურეობრივ ცხოვრებაში.

არსებობს სპეციფიური ფობიების შემდეგი კატეგორიები:

ბუნებრივი, გარემო პირობებთან დაკავშირებული ფობიები:

ქარიშხლის, წყლის, სიმაღლის ან სხვა ბუნებრივ მოვლენასთან დაკავშირებული შიშები.

სისხლისა და ინექციის ფობია: საკუთარი ან სხვისი სისხლის დანახვის შიში, დაზიანების ან ინვაზიური სამედიცინო ჩარევის შიში.

სიტუაციური ფობია: კონკრეტული სიტუაციის ფობია, მაგალითად, ხიდის, გვირაბის, ლიფტის ან საავადმყოფოს შიში.

ცხოველის ფობია: როგორც წესი, სპეციფიკური ცხოველის ან მწერის შიში. იგი, ჩვე-

ულებრივ, ბავშვობიდან იწყება და მთელი ცხოვრება გრძელდება. გვხვდება როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. აღნიშნული ფობია ხშირად დაკავშირებულია კატებთან და ძაღლებთან.

სხვა ტიპის სპეციფიკური ფობიები: მაგალითად, დაკარგვის შიში მანქანის მართვის დროს, თუ ყოველ ჯერზე არ შეუხვევ მარჯვნივ.

სოციალური ფობიის დროს, იგივე სოციალური შფოთვითი აშლილობის დროს, ადამიანი შესაძლოა პანიკურ მდგომარეობამდე მივიდეს მისთვის საშიშ სიტუაციაში ჩავარდნის დროს. მაგალითად, ადამიანი შესაძლოა განიცდიდეს ძლიერ შიშსა და სტრესს საჯარო განცხადებების, საპირისპირო სქესთან ურთიერთობის ან პრეტენზიის წარმოქმნის დროს. აღნიშნულ ფობიას საფუძვლად უდევს დაბალი თვითშეფასება და განსაკუთრებული მნიშვნელობის მინიჭება სხვათა აზრისთვის. სოციალური ფობიების მაგალითებია ასევე – საჯარო ადგილებში ტუალეტით სარგებლობის, ხალხში ჭამის, ხალხში წერის ან ყურადღების ცენტრში მოხვედრის შიშები. ადამიანს შესაძლოა რამდენიმე სახის სოციალური ფობია ერთდროულად სჭირდეს, რასაც გენერალიზირებული სოციალური ფობია ეწოდება.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

სპეციფიკური ფობიები, როგორც წესი, ბავშვობისა და მოზარდობის დროს იწყება. ფობია შესაძლოა წარმოიშვას შიშის მომგვრელი საგნის, მაგალითად, პლასტმასის საშიში ფიგურის ხელში დაჭერის შედეგადაც კი. ფობიები, რომელიც მოზარდობისა და ბავშვობის ასაკიდან ადამიანს ზრდასრულ ასაკამდე მიჰყვება, შემთხვევათა 80%-ში ცხოვრების ბოლომდე გრძელდება.

სოციალური ფობიის წარმოქმნის პიკური ასაკი, მოზარდობის მიწურულია; იგი უპირატესად ემართებათ ბავშვობაში მორცხვ ადამიანებს. სოციალური ფობია, როგორც წესი, ხანგრძლივად მიმდინარეობს, თუმცა ის შესაძლოა ასაკთან ერთად შემსუბუქდეს, თუმცა მისი მიმდინარეობა უმეტესად სტრესორებსა და გარემო ფაქტორებზეა დამოკიდებული.



ფობია

წყარო: <https://www.wikihow.com/Tell-if-Your-Fear-Is-a-Phobia>

მკურნალობა

ფობიებთან მიმართებით ქცევითი თერაპია კარგად მუშაობს. ქცევითი თერაპევტი, თავდაპირველად ცდილობს, პაციენტს ასწავლოს, თუ რა არის შფოთვა; ამასთან, ის ასწავლის პაციენტს მოღუწების ტექნიკებს, მიზნის დასახვასა და ამ მიზნების მიღწევის მეთოდებს.

ერთ-ერთი ქცევითი თერაპია, რომელიც მიზნად ისახავს ფობიების განკურნებას, არის **სისტემატური (სერიული) დესენსიტიზაცია**. ამ დროს, ექიმი პაციენტს თანდათან აახლოვებს (ექსპოზიცია) საშიშ სტიმულთან (საგანთან/მოვლენასთან), მანამ სანამ პაციენტი არ ისწავლის მასთან გამკლავებას. თითოეული სესიის დროს, იცვლება ექსპოზიციის ხარისხი, მაგრამ უნდა შემცირდეს ამ ექსპოზიციასთან დაკავშირებული შფოთვის დონე. შემცირებული შფოთვა, არის სწორედ ის პოზიტიური ძალა, რომელიც პაციენტს თერაპიის გაგრძელებაში არწმუნებს. მაგალითად, როდესაც პაციენტს ემინია ფრენის, თერაპევტი ასაუბრებს პაციენტს თავის მიერ ფრენის დროს განცდილ შიშზე, ისე რომ პაციენტს ხელში უჭირავს პატარა თვითმფრინავი; ყოველ შემდეგ სესიაზე, სიტუაცია იცვლება ისე, რომ პაციენტი უფრო ცხადად აღიქვამდეს თვითმფრინავის რეალურობას; თერაპია სრულდება მაშინ როცა, პაციენტი რეალურ ფრენას ახორციელებს ისე, რომ იგი სრულად აკონტროლებს თავის მიერ განცდილ გრძნობებს.

იმპლობიური თერაპია (flooding – დატბორვა) სისტემატური დესენსიტიზაციისგან სრულიად განსხვავებული და სწრაფი ტექნიკაა. ნაბიჯ-ნაბიჯ წინსვლის ნაცვლად, უსაფრთხო გარემოში კლიენტს დასაწყისშივე წარედგინება საშიში სტიმული (საგანი/მოვლენა) და ეს მეორდება მანამ, სანამ პაციენტს არ გაუქრება შიშის შეგრძნება. ვინაიდან პაციენტმა გაუძლო მისთვის საშიშ მდგომარეობას და გადარჩა, მაშასადამე საფუძველი აღარ არსებობს. აღნიშნული თერაპია შედეგს იძლევა ერთი ან ორი სესიის შემდეგ, თუმცა მისი წარმოება მხოლოდ გამოცდილი ფსიქოთერაპევტის პრეროგატივაა და საჭიროებს პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობას მომსახურების განწევამდე.

მედიკამენტები, რომელიც გამოიყენება ფობიების სამკურნალოდ, მოცემულია 14.3 ცხრილში.

გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობა (გშა)

გენერალიზირებული შფოთვითი აშლილობის დროს, პაციენტი 6 თვის განმავლობაში დროის მინიმუმ 50%-ის განმავლობაში გრძნობს შფოთვას. გშა-ის დროს, პაციენტს აქვს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ სამი სიმპტომი: გაღიზიანებადობა, კუნთთა დაძაბულობა, გამოფიტვა, აბროვნების გაძნელება და ძილის მოშლა. გშა-ის მქონე პაციენტები, უხშირესად ხვდებიან ოჯახის ექიმებთან და არა – ფსიქიატრებთან. ამ პაციენტების ცხოვრების ხარისხი მკვეთრად შემცირებულია, განსაკუთრებით კი ასაკოვან პაციენტებში. ბუსპირონი, სუსი და სნუი (სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები) ამ მდგომარეობის მართვისთვის ყველაზე ეფექტური საშუალებებია.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად?

შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობა, მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ექთნისთვის. ამ ადამიანებს, როგორც წესი, კარგად ესმით საკუთარი სიმპტომების უცნაურობა, თუმცა არ შეუძლიათ მათი შეჩერება ან მართვა. ამიტომ, ისინი ხშირად იმედგაც-

რუებასა და ფრუსტრაციაში არიან. ისინი კონტროლს კარგავენ საკუთარ ცხოვრებაზე და შიშით ელოდებიან ყოველ ახალ წუთს. შფოთვის შემცირების მიზნით, ისინი მაქსიმალურად ერიდებიან იმ ადამიანებსა და ადგილებს, რომელიც დაკავშირებული იყო შფოთვის ეპიზოდის წარმოშობასთან.

გარემოცვისთვის შესაძლოა ხშირად გაუგებარი იყოს, თუ რატომ არ შეუძლია ადამიანს უბრალოდ დამშვიდდეს.

ექთნებს შფოთვის მნიშვნელობა არა მარტო პაციენტის, არამედ საკუთარი პროფესიული ფუნქციების შესრულებასთან მიმართებითაც უნდა ესმოდეს კარგად და უნდა აღიაროს, რომ ისიც ემოციების მქონე არსებაა, და რომ მასზეც, ისევე როგორც სხვებზე, გარემო სტრესორები ნეგატიურად მოქმედებს.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობისას?

- გახსოვდეთ, რომ ყველა პაციენტი გარკვეულ ეტაპზე ექცევა სტრესის ქვეშ, რაც დაკავშირებულია შფოთვისასთან. ამან შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეუშალოს ხელი ყოველდღიური აქტივობების განხორციელებას.
- არ ეცადოთ პაციენტის პრობლემების მოგვარებას.
- თუ თქვენ პაციენტთან ურთიერთობისას თავად წარმოგეშვათ პრობლემა, გაესაუბრეთ გამოცდილ კოლეგებს საკუთარი პრობლემების შესახებ.
- გამოიყენეთ სტრესთან და შფოთვისასთან გამკლავების სხვადასხვა მიდგომები საკუთარ ცხოვრებაში.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. ვინაიდან ყველა ადამიანი გარკვეულ ეტაპზე განიცდის შფოთვისას, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანს თავადვე კარგად ჰქონდეს გათავისებული საკუთარ სტრესთან გამკლავების გზები და მიდგომები. ჩაატარეთ თვითშეფასება: რასთან არის დაკავშირებული თქვენი შფოთვა? რა ფიზიკური, ემოციური და კოგნიტური პასუხი გაქვთ, როდესაც განიცდით შფოთვისას? გამკლავების რომელ გზებს მიმართავთ ამ დროს? არის თუ არა ეს მიდგომები ადეკვატური?
2. შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტები, ხშირად მიმართავენ თავიდან აცილების გზას, რაც მათი აზრით ეხმარება მათ შფოთვითი მდგომარეობის თავიდან აცილებაში. რა უნდა გააკეთოს ექთანმა, რომ ეს ადამიანები კვლავ ჩაებან ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ აქტივობებში? რისი სწავლა ან ინტერვენციები დაეხმარება პაციენტს ამ დროს?

ძირითადი საკითხები

- შფოთვა არის ბუნდოვანი შიშის გრძნობა. იგი შესაძლოა იყოს გარემო ან შინაგანი სტიმულის შედეგი. მას შესაძლოა თან ახლდეს ქცევითი, ემოციური, კოგნიტური ან ფიზიკური სიმპტომი.
- შფოთვისას ახასიათებს დადებითი და უარყოფითი გვერდითი მოვლენები. შფოთვის დადებითი ეფექტებია პიროვნული ზრდა და ადაპტაციური ცვლილებები, ხოლო ნე-

გატიური თანმდევი ეფექტებია – თვითშეფასების დაქვეითება, შიში, შეკავება და შფოთვითი აშლილობა.

- არსებობს შფოთვის ოთხი დონე, მსუბუქი (ეხმარება ადამიანებს ახალი უნარებისა და ინფორმაციის დასწავლაში, პიროვნულ ზრდასა და გაუმჯობესებაში); მსუბუქი შფოთვა (მეტი განგაშის შეგრძნება, თუმცა დასწავლა კვლავ შესაძლებელია); მძიმე შფოთვა (მნიშვნელოვნად ამცირებს კოგნიტურ უნარებს, მეტად ამზადებს ადამიანს ფიზიკური პასუხის წარმოქმნისათვის); პანიკა (ადამიანი არის ბრძოლისა და თავდაცვის მდგომარეობაში, ვერ ახერხებს ახალი ინფორმაციის მიღებასა და მის დასწავლას, ადამიანი ცდილობს თავი დააღწიოს ამ მდგომარეობას).
- თავდაცვით მექანიზმები, არის ინტრაფსიქიკური დარღვევები, რომელსაც ადამიანი იყენებს კონტროლის შეგრძნების დასაბრუნებლად. სავარაუდოდ, ამ მექანიზმების გადაჭარბებული გამოყენება ხდება მაშინ, როცა ვითარდება შფოთვითი აშლილობა.
- უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ შფოთვით აშლილობას ოჯახური დამემკვიდრება ახასიათებს.
- შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა მოიცავს მედიკამენტურ და ფსიქოთერაპიის კომბინაციას.
- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, რომელიც შფოთვითი აშლილობის სამკურნალოდ გამოიყენება, მოიცავს პოზიტიურ რესტრუქტურირებას, დეკატასტროფიზებას, ფიქრების შეჩერებას და ყურადღების გადატანას.
- პანიკური შეტევის დროს, ადამიანს ჰგონია რომ კვდება. სიმპტომები მოიცავს გულის ფრიალს, ოფლიანობას, კანკალს, სუნთქვის გაძნელებას, მოგუდვის შეგრძნებას, ტკივილს გულ-მკერდში, გულისრევას, მუცლის ტკივილს, თავბრუსხვევას, პარესთეზიასა და ვაზომოტორულ ლაბილურობას.
- ფობიები დაკავშირებულია ადამიანის შიშთან, იყოს საჯარო თავშეყრის ადგილას ან ღია სივრცეში (აგორაფობია); ფობია ასევე შესაძლოა იყოს დაკავშირებული კონკრეტული საგნის ან სოციალური სიტუაციის შიშთან.
- საკუთარი შფოთვის გაცნობიერება, მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ადამიანის პირად და ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს.

წყარები:

1. Baldwin, D. S., Ajel, K. I., & Garner, M. (2010). Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 453-467.
2. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York, NY: W. W. Norton.
4. Fyer, A. J. (2009). Anxiety disorders: Genetics. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1898-1906). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
5. Garkani, A., Neumeister, A., Bonne, et al. (2009). Anxiety disorders: Neurochemical aspects. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1871-1881). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
6. Kalaydjian, A. E., & Merikangas, K. R. (2009). Anxiety disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1856- 1864). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
7. Melincavage, S. M. (2011). Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Education Today*, 31(8), 785-759.
8. Olsson, I., & Dahl, A. A. (2010). Avoidant personality problems-their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 813-821.
9. Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421.
10. Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations*. New York, NY: Putnam.
11. Pine, D. S. (2009). Anxiety: Introduction and overview. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol.1,9th ed., pp. 1839-1844). Philadelphia, PA:Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
12. Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York, NY: W. W. Norton.
13. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
14. Selye, H. (1956). *The stress life*. St. Louis, MO: McGraw-Hill.
15. Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
16. Spector, R. E. (2013). *Cultural diversity in health and illness* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health.
17. Sullivan, H. S. (1952). *Interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: W. W. Norton.

თაზი 15

ობსესიურ-კომპულსიური დაავადება და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები

ამ თავში განხილულია:

1. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის (ოკა) ეტიოლოგიური თეორიები;
2. თვითდამშვიდების და დამაჯილდოვებელი ქცევები; სხეულის აღქმის მოშლით მიმდინარე აშლილობები;
3. საექთნო პროცესი ოკა-ის მქონე პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან;
4. ოკა-ის შესახებ პაციენტების, მათი ოჯახის წევრების, მომვლელებისა და თემის ინფორმირება და ცნობიერების ამაღლება;
5. საკუთარი დამოკიდებულების შეფასება ოკა-ის მიმართ.

მრავალი წლის განმავლობაში, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, რომელსაც ადრე „აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი“ ეწოდებოდა, შფოთვითი აშლილობების ჯგუფში შედიოდა, თუმცა ის შფოთვითი აშლილობებისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება. დღეს, ზოგიერთი ფსიქიკური მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს განმეორებითი აზრები და ქცევები, დამოუკიდებლად ჯგუფდება და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების სპექტრად მოიხსენება. ამ ჯგუფში შემავალი მდგომარეობების განმეორებითი ქცევები შესაძლოა მიმართული იყოს თვითდამშვიდებისკენ (მაგალითად, ტრიქოტილომანია, დერმატილომანია, ონიქოფაგია) ან ზილდოს მიღების შეგრძნების გაღვივებისკენ (კლეპტომანია, ონიომანია, პირომანია ან შემგროვებლობა), ობსესიურ-კომპულსიურ აშლილობათა ჯგუფში ასევე შედის მდგომარეობები, რომელიც დაკავშირებულია სხეულის აღქმის მოშლასთან (სხეულის დისმორფული აშლილობა).

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა

ობსესია (ლათ. Obsessio – ბლოკადა, ალყა, გარშემორტყმა). იგულისხმება ინდივიდის ნებისაგან დამოუკიდებლად, მის ცნობიერებაში აღმოცენებული აკვიატებული სიტყვები, აზრები, რწმენები და წარმოსახვები, რომელიც სტერეოტიპული ფორმით მეორდება გონებაში და ადამიანს ნორმალური სოციალური ფუნქციის განხორციელებაში უშლის ხელს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროს პაციენტს შესაძლოა ესმოდეს საკუთარი აზრების ირაციონალურობა, მას ობსესიების კონტროლი უჭირს.

კომპულსია (ლათ. Compello – ვაიძულე). იგულისხმება დაუძლეველი აკვიატებული ლტოლვა რაიმე მოქმედებისაკენ, რომელიც აღმოცენდება გონების, ნების, გრძნობის საწინააღმდეგოდ და ინდივიდის მიერ შეიცნობა, როგორც არასწორი, მიუღებელი, რის გამოც მისი რეალიზება არ ხდება. იგი ხშირად წინააღმდეგობაშია ინდივიდის მორალურ-ეთიკურ ნორმებთან. უფრო ფართო გაგებით, კომპულსია მოძრაობითი სფეროს ნებისმიერი აკვიატებაა, მათ შორის – აკვიატებული რიტუალები, განმეორებითი

ფიზიკური ან მენტალური ქმედებები, რომელიც შფოთვის დაძლევისკენ არის მიმართული (ხელების ხშირი დაბანა, ლოცვა).

უხშირესი კომპულსიური ქცევებია:

- შემონების რიტუალი, რომელიც ხშირად უსაფრთხოებასთანაა დაკავშირებული (ჩაკეტილია თუ არა კარი? გამორთულია თუ არა ჩაიდანნი?);
- აკვიატებული თვლა (კიბის საფეხურების, იატაკის ფილების და სხვა);
- დასუფთავების (განწმენდის) რიტუალი, როდესაც დაუსრულებელი რეცხვა და ხეხვა კანის დაზიანების მიზეზი ხდება;
- მენტალური კომპულსიები (მაგ., სპეციალური სიტყვების ან ლოცვების გარკვეული თანმიმდევრობით გამეორება);
- შეხება (მაღაზიაში ტანსაცმლისთვის ხელის შეხება, ადამიანების შეხება და სხვა);
- დალაგება/სიმეტრიულობის დაცვა (მაგალითად, ნივთების დალაგება ფერების მიხედვით);
- რიგიდული ქცევა/ჩაცმის რიტუალი (სულ ერთი და იგივე სტილში ჩაცმა; პიროვნება ტანსაცმელს ალაგებს და იცვამს გარკვეული წესით ან თანმიმდევრობით);
- აგრესიული ქცევის გამოვლენა.

ოკა-ის დიაგნოზი იმ შემთხვევაში ისმევა, თუ ადამიანი ობსესიური ფიქრებითა და იდეებით იმდენადაა მოცული, რომ მას ხელი ეშლება ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში და ჩვეული სოციალური და პროფესიული აქტივობების განხორციელებაში.

მაგალითად, როცა ადამიანი სრულიად მოცულია ბაქტერიებით დასნებოვნების შიშით და თანმხლები შფოთვის მოსახსნელად განწმენდის რიტუალებს ასრულებს, იძულებულია მთელი დღეები შინ გაატაროს, რაც სოციალურ ცხოვრებაში მნიშვნელოვნად უშლის ხელს.

ობსესიურ-კომპულსიური მდგომარეობა შესაძლოა მრავალი სხვადასხვა ქმედებით გამოვლინდეს, თუმცა ყველას ახასიათებს განმეორებითობა და ფუჭ საქმიანობას ნარმოადგენს. ოკა-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტი აცნობიერებს საკუთარი მდგომარეობის უცნაურობას, თუმცა მას ობსესიასთან დაკავშირებული შფოთვის დასამარცხებლად აუცილებლად სჭირდება გარკვეული რიტუალებისა და ქმედებების განხორციელება. ვინაიდან პაციენტებს თვითკრიტიკა შენახული აქვთ, მათ საკუთარი აზრებისა და მდგომარეობის სხვისთვის განდობა რცხვენიათ, ამიტომაც ისინი საკუთარი მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას, როგორც წესი, არ ასაჯაროებენ.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა), შესაძლოა ბავშვობაში დაიწყოს (განსაკუთრებით, ვაჟებში). გოგონებში მისი დაწყება უფრო მოსალოდნელია 20 წელზე მეტი ასაკის მიღწევის შემდეგ. ზოგადად, სქესთა შორის გადანაწილების თვალსაზრისით, ქალებსა და მამაკაცებში ოკა თანაბრად გვხვდება.

უხშირესად, დაავადება გვიანი მოზარდობის პერიოდში იწყება და ცხოვრების განმავლობაში სიმპტომების გაძლიერებითა და შესუსტებით ხასიათდება. გარკვეულ პერიოდებში, ოკა-ის მქონე პაციენტებს სიმპტომები შესაძლოა მნიშვნელოვნად ჰქონდეთ

შემცირებული, მაგრამ დროთა განმავლობაში კვლავ განიცდიდნენ სიმპტომების გამწვავებას სტრესული მოვლენების ზემოქმედებისას.

კლინიკურმა გამოცდილებამ ცხადყო, რომ შემთხვევათა 75%-ში დაავადება ადრე (საშუალო ასაკი – 11 წელი) იწყება და მისი სურათი განსხვავდება, როდესაც ოკა შედარებით გვიან (საშუალო ასაკი – 23 წელი) იწყება. ოკა, ადრეული დასაწყისით, უპირატესად ვაჟებში ვლინდება, გამორჩევა სიმპტომთა სიმწვავეთა და სხვადასხვა მდგომარეობებთან კომორბიდობით, ახასიათებს ოჯახური პრედისპოზიცია.

დაკავშირებული მდგომარეობები

დერმატილომანია – განმეორებადი ქმედებები კანის წინკვნისა /ჩიჩქვნის სახით, რომელსაც მოჰყვება სიმშვიდის და კომფორტის შეგრძნება, თუმცა წინკვნის პროცესი სასიამოვნო განცდებთან ასოცირებული არ არის. მეტიც, აღნიშნული ქმედებები შესაძლოა მოგვიანებით ჯანმრთელობის გაუარესების და გარკვეული ფუნქციის მოშლის მიზეზიც გახდეს.

ტრიქოტილომანია, არის ქრონიკული, განმეორებადი ქმედებები საკუთარი თმის ამოგლეჯვის/წინკვნის სახით, რომელიც დამამშვიდებლად მოქმედებს, მაგრამ დისტრესს და ფუნქციურ შეზღუდულობასაც იწვევს. იგი, როგორც წესი, ბავშვობაში იწყება და მოზრდილობაშიც გრძელდება. ბავშვებში ტრიქოტილომანიის ქცევითი თერაპიით მკურნალობა წარმატებულია.

ონიქოფაგია, იგივე ფრჩხილების კვნეტა, არის თვითდამშვიდებისკენ მიმართული ქცევა, რომელიც, როგორც წესი, ბავშვობაში იწყება და მნიშვნელოვნად მცირდება 18 წლის ასაკისთვის. ონიქოფაგიის სამკურნალოდ სუსი-ების გამოყენება ეფექტური აღმოჩნდა.

კლექტომანია, იგივე იმპულსური ქურდობა. პაციენტს არ შეუძლია დაძლიოს ისეთი ნივთების მოპარვის იმპულსი, რომელიც გამოყენებისა და ფულადი ღირებულების თვალსაზრისით სრულიად უსარგებლოა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ამ დროს ჯილდო არა მოპარული ნივთი, არამედ პროცესია და შედეგი, რომ ის არავინ დაიჭირა. კლექტომანია, უფრო ხშირია ქალებში, რომლებსაც კომორბიდული წამალდამოკიდებულება და სხვა ფსიქიკური აშლილობაც აქვთ.

ონიომანია, იგივე – კომპულსური ყიდვა, რაიმეს შეძენის დაუძლეველი სურვილი. ამ დროს ადამიანისთვის ჯილდოს შეძენილი ნივთის ფლობა და არა – მისი გამოყენება წარმოადგენს. მართლაც, ადამიანი ყურადღებას არ აქცევს შეძენილი ნივთის აუცილებლობას, საყიდლები მისთვის ცხოვრების აზრი ხდება, ხოლო ნაყიდი ნივთი შესაძლოა იშვიათად ან სულაც არასოდეს გამოიყენოს. პაციენტთა 80% ქალია, დაავადების დასაწყისით 20 წლის ასაკში. ონიომანია ხშირია ოჯახებში, რომელთაც ასევე მაღალი აქვთ დეპრესიისა და წამალდამოკიდებულების კომორბიდობა.

სხეულის დისმორფული აშლილობის მქონე პირებს აქვთ ძლიერი ტანჯვა და წუხილი მათი სხეულის მცირედი ან წარმოსახვითი ნაკლის გამო, რაც მათ ნორმალური აქტივობების განხორციელებას უშლის ხელს. ამ აშლილობის მქონე პირი ძლიერ განიცდის და ღელავს; ჰგონია, რომ სხვები ამჩნევენ მის „ფიზიკურ ნაკლს“ და ლაპარაკობენ ამის შესახებ. პაციენტი ცხოვრებაში არსებულ პრობლემებს მთლიანად საკუთარ ფიზი-

კურ არასრულფასოვნებას აბრალებს (მაგ., ჩათვალოს, რომ უფრო ლამაზი ცხვირი რომ ჰქონოდა, უფრო მეტ წარმატებას მიაღწევდა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და სხვა). ისინი ხშირად მიმართავენ პლასტიკურ ქირურგიას, თუმცა ერთი დეფექტის აღმოფხვრის შემდეგ, კვლავ პოულობენ სხვა მიზეზს, რის გამოც მუდმივად ბრუნავენ “გამოსწორებისა” და ახალი დეფექტის აღმოჩენის მოჰადოებულ წრეზე.

პათოლოგიური შემგროვებლობა არის მდგომარეობა, რომელიც მოსახლეობის 2-5 %-ში გვხვდება და მისი შემთხვევები ასაკოვან პირებში მატულობს. პათოლოგიური შემგროვებლობა შეიძლება გამოვლინდეს დიდი რაოდენობით ცხოველების სახელში მოყვანით ან გარკვეული სახის, უპირატესად, ძველმანი და უსარგებლო ნივთების დაგროვებით. ზოგიერთ შემთხვევაში დაგროვებულმა უამრავმა ნივთმა შესაძლოა მთლიანად დაიკავოს ადამიანის საცხოვრებელი სივრცე და მეტიც, საფრთხე შეუქმნას დაავადებულის სიცოცხლის ხარისხს, უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობას. მკურნალობა შესაძლოა მოიცავდეს მედიკამენტებს, ფსიქოთერაპიას და ჯგუფურ თერაპიას, თუმცა ამ ინტერვენციებს შესაძლოა სასურველი შედეგი არ მოჰყვეს.

სხეულის იდენტობისა და ერთიანობის აშლილობა არის მდგომარეობა, როცა ადამიანი თავისი სხეულის რომელიმე ნაწილს თავისად არ აღიქვამს და მისი ამპუტაციის სურვილი აქვს. ამ მდგომარეობას ასევე ჰქვია აპოტემნოფილია ანუ „ამპუტაციის სიყვარული“. ვინაიდან ქირურგები, ეთიკური და პროფესიული მოსაზრებებიდან გამომდინარე, იშვიათად ახდენენ კიდურის ამპუტაციას მხოლოდ პაციენტის მოთხოვნის საფუძველზე, ხშირად პაციენტები იმდენად იზიანებენ კიდურს (მაგალითად, კიდურს მშრალ ყინულში ათავსებენ), რომ ის სამედიცინო მოსაზრებებიდან გამომდინარე ხდება მოსაჭრელი.

ეტიოლოგია

ოკა-ის ეტიოლოგია მრავალმხრივია შესწავლილი, თუმცა ამ დრომდე ცალსახა პასუხი, თუ რატომ ვითარდება ეს აშლილობა, არ არსებობს. დღეისათვის ამ დაავადების ახსნა მეტწილად ეყრდნობა კოგნიტურ მოდელს, რაც გულისხმობს (1) ადამიანის მიერ საკუთარი ემოციებისთვის გადამეტებული მნიშვნელობის მიცემას “მე თუ ვიფიქრებ, ეს მოხდება კიდევ”, რაც წარმოშობს აზრების კონტროლის საჭიროებას, (2) პერფექციონიზმი და გაურკვევლობის მიმართ ინტოლერანტობა, (3) გადაჭარბებული პასუხისმგებლობის გრძნობა (რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა განპირობებული იყოს რელიგიური და მორალური ჩარჩოებით). კოგნიტური მოდელი უპირატესად კონცენტრირებულია ადამიანის ბავშვობასა და მისი აღზრდის გარემოზე, თუმცა ტყუპებზე დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ გენეტიკური კომპონენტი ამ დაავადების განვითარებაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს და მხოლოდ გარემო ფაქტორები არ არის მისი განვითარების რისკ-ფაქტორი. უკანასკნელ პერიოდში დადგინდა გარკვეული იმუნოლოგიური მარკერების მატება ოკა-ის მქონე პირებში, რაც საფუძვლიან ეჭვს იძლევა იმისა, რომ ოკა შესაძლოა იყოს ამ სისტემის დისფუნქციის შედეგიც.

კულტურული თავისებურებები

ოკა, როგორც წესი, მსგავსი სიმპტომებით ხასიათდება სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლებშიც კი, თუმცა კულტურა გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ამ სიმპტომების აღქმასა და გამოვლენაზე. როგორც ქრისტიანები, ისე მუსულმანები მნიშვნელოვან პა-

სუხისმგებლობას გრძნობენ საკუთარ სიმპტომებთან დაკავშირებით და თვლიან, რომ მათ მეტი უნდა შეძლონ საკუთარი აზრების კონტროლთან მიმართებაში.

მკურნალობა

ოკა-ის სამკურნალოდ ოპტიმალურია ქცევითი თერაპიისა და მედიკამენტების კომბინაცია. სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები, როგორც წესი, პირველი რიგის არჩევის პრეპარატებია. თუ აღნიშნული მედიკამენტები სასურველ შედეგს ვერ გვაძლევს, მკურნალობა შესაძლოა გაგრძელდეს მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით. ოკა-ის ქცევითი თერაპია ძირითადად ეყრდნობა ექსპოზიციასა და შემდგომი პასუხის პრევენციას.

ქცევითი თერაპიის ექსპოზიციური კომპონენტი, მიზნად ისახავს პაციენტის იმ სიტუაციასთან კონტაქტს, რომელსაც ის, როგორც წესი, თავს აარიდებდა, ხოლო პასუხის პრევენცია მიზნად ისახავს იმ რიტუალური ქცევის შეკავებას (კომპულსია), რომელიც თან ახლავს სტრესულ სიტუაციასთან ექსპოზიციას. ქცევითი თერაპიის მიზანია, ადამიანს ასწავლოს საკუთარი აზრების მიმართ ტოლერანტობა და ასევე გააცნობიერებინოს, რომ ეს აზრები ჩაივლის და აუცილებელი არ არის, მათ რაიმე სახის კატაკლიზმური მოვლენა მოჰყვეს.

კლინიკური შემთხვევა: ოკა

როგორც კი სიმონი სახლში მოვიდა, მან მაშინვე საშხაპეს მიაშურა, სადაც 30 წუთის განმავლობაში ჯერ საპნით აქაფებდა ღრუბელს, შემდეგ ტანის ყოველ ნაწილს რამდენჯერმე იხეხავდა, თან გამუდმებით ბუტბუტებდა: “ყველა მიკრობი უნდა მოვიშორო”. შხაპის დასრულების შემდეგ იგი ფრთხილად გადმოვიდა იატაკზე დაგებულ თეთრ პირსახოცზე, რათა კვლავ არ დაბინძურებულიყო. სიმონმა სხეული კარგად გაიმშრალა, თან გამუდმებით ამოწმებდა, რომ პირსახოცი იატაკს ან პირსაბანს არ შეხებოდა. შხაპის შემდეგ ის აპირებდა, რომ სუფთა სამოსი ჩაეცვა და ვახშამი მოემზადებინა, მაგრამ საკუთარ სისუფთავეში ვერაფრით დარწმუნდა. ამიტომ ვერც სამოსი ჩაიცვა, კვლავ საშხაპეში შებრუნდა და ყველაფერი თავიდან დაიწყო

საექთნო მოვლის გეგმა: ოკა

საექთნო დიაგნოზი

არაეფექტური გამკლავება: სტრესორის სწორი შეფასების უუნარობა, პრაქტიკული პასუხების არასაკმარისი არჩევანი და / ან არსებული რესურსების გამოყენების უუნარობა

მონაცემების შეფასება:

- გადანყვეტილებებისა და არჩევანის მიმართ ამბივალენტობა;
- ობსესიური აზრებისა და კომპულსიური მოქმედებების გამო ნორმალური ფუნქციონირების მოშლა;
- სტანდარტებიდან დევიაციის (გადახრის) აუტანლობა;
- პრობლემაზე კონცენტრირება;
- დაბალი თვითშეფასება;
- საკუთარი უსარგებლობის შეგრძნება;
- ინსაითის არ ქონა;
- ყოველდღიური საქმიანობის შესრულების სირთულეები რიტუალური ქცევების გამო.

მოსალოდნელი შედეგები

მოკლევადიანი

პაციენტი შეძლებს:

- ისაუბროს სამედიცინო პერსონალთან და შეძლებს სტრესორების, შფოთვისა და კონფლიქტების იდენტიფიცირებას 2-3 დღეში;
- მოახდინოს საკუთარი თავის რეალური თვითშეფასება, მაგალითად, შეძლებს საკუთარი ძლიერი და სუსტი მხარეების ვერბალიზებას 3-4 დღეში;
- კვების რეჟიმი და ჰიდრაცია აღდგება 4-5 დღეში;
- აქტიურობის, ძილის და მოსვენების ბალანსის აღდგენას; მინიმუმ 4 საათიანი ძილით ღამის განმავლობაში.

სტაბილიზაცია

პაციენტი შეძლებს:

- სტრესთან გამკლავების ალტერნატიული გზების პოვნას;
- წინასწარ დადგენილ დროში, დახმარების გარეშე, ყოველდღიური რუტინის შესრულებას;
- დაავადების, მედიკამენტებისა და მკურნალობის გეგმის ცოდნის ვერბალურ დემონსტრირებას

თემი/გარემო

პაციენტი შეძლებს:

- ყოველდღიური რუტინის შესრულებას ობსესიური აზრებისა და რიტუალური ქცევის გარეშე;
- სტრესთან და შფოთვისთან გამკლავების ალტერნატიული გზების ცოდნის დემონსტრირებას;
- ადეკვატური ფიზიოლოგიური აქტივობის დონის შენარჩუნებას;
- ხანგრძლივი თერაპიული მკურნალობის მიდევნებას; მაგალითად, თერაპევტის შერჩევა და მასთან რეგულარულ ვიზიტებზე ჩაწერა.

იმპლემენტაცია

საექთნო ინტერვენციები (იგულისხმება კოლაბორაციული ინტერვენცია)	დასაბუთება
პაციენტის კვებაზე და მონელებაზე დაკვირვება. პატერნების იდენტიფიცირება, შესაბამისი ასისტირების განწევა.	პაციენტი შესაძლოა ვერ აღიქვამდეს საკუთარ ფიზიოლოგიურ საჭიროებებს, მათ შორის – კვებისა და დეჰეკაციის აუცილებლობას.
პაციენტის ძილის პატერნზე დაკვირვება და მისი ადეკვატური მომზადება ჩაძინებისთვის აქტივობის შემცირებისა და სტიმულაციის შეზღუდვის გზით.	ხმაურისა და სხვა გარემო სტიმულანტების შეზღუდვა, შესაბამისი მედიკამენტების გამოყენება ისე, რომ პაციენტმა შეძლოს მოდუნება და ჩაძინება.
პაციენტისთვის ვერბალურად შეხსენება, რომ მან უნდა მოახდინოს ყოველდღიური რუტინის შესრულება (პერსონალური ჰიგიენა, ძილისთვის მომზადება).	რიტუალურმა და კომპულსიურმა ქმედებებმა შესაძლოა მთლიანად მოიცვას პაციენტის დღე, ისე რომ მან ჩვეული აქტივობები ვერ შეასრულოს.
პაციენტის მხარდაჭერა, რომ მან დროთა განმავლობაში შეამციროს კომპულსიურ ქმედებათა რაოდენობა. პაციენტთან მუშაობა, იმისთვის რომ მან მოახდინოს საწყისი სიხშირის შეფასება და თანდათანობითი კვების მონიტორირება.	კომპულსიურ ქმედებათა სიხშირის შემცირება, შეამცირებს პაციენტის შფოთვისა და ხელს შეუწყობს მის შემდგომ წარმატებას დაავადების კონტროლთან მიმართებაში.

შფოთვის დონის შემცირებასა და ნდობის გაზრდასთან ერთად, ესაუბრეთ პაციენტს მისი აზრების შესახებ. დაეხმარეთ მას, მოახდინოს შფოთვასთან გამკლავების ალტერნატიული გზების ძიება.	პაციენტს შფოთვასთან გამკლავების გზების ცოდნა მეტ თავდაჯერებულობას შეჰმატებს და დაეხმარება მას მდგომარეობასთან გამკლავებაში.
იყავით პაციენტთან გულწრფელი.	პაციენტის დახმარებას მხოლოდ გულწრფელი დამოკიდებულების დროს შეძლებთ.
მიეცით პაციენტს საშუალება, მონაწილეობა მიიღოს მისთვის მარტივად შესასრულებელ საინტერესო აქტივობებში.	შესაძლოა, პაციენტს უჭირდეს სხვასთან ურთიერთობების დამყარება და რთულ ამოცანებთან გამკლავება. ამიტომ მიეცით მას საშუალება, რომ შეასრულოს ამოცანები, რომელიც მას ადვილად გამოსდის და ამასთანავე მისთვის სასიამოვნოა.
დაეხმარეთ პაციენტს სოციალური უნარების განვითარებაში, როგორცაა აქტიური მოსმენა და საუბრის თემების შერჩევა. ურჩიეთ მას, რომ ეს უნარები კლინიკის თანამშრომლებთან ურთიერთობაში გამოსცადოს და გააუმჯობესოს.	პაციენტი ოკა-სთან დაკავშირებული ქცევის გამო შესაძლოა უხერხულობას გრძნობდეს და ამის გამო სოციალური ურთიერთობებს თავს არიდებს. მას შესაძლოა სოციალური უნარებიც შეზღუდული ჰქონდეს, რაც უფრო მეტი შფოთვის მიზეზი ხდება.
მიანოდეთ პაციენტს, მის ოჯახსა და ახლობლებს ინფორმაცია დაავადების, მკურნალობისა და მედიკამენტების შესახებ.	პაციენტი, მისი ოჯახის წევრები და ახლობლები შესაძლოა დაავადების შესახებ შესაბამის ცოდნას არ ფლობდნენ.
წაახალისეთ პაციენტი, გააგრძელოს მკურნალობა. დაეხმარეთ მას თემში/გარემოში არსებული დამხმარე სერვისების ან ინტერნეტ რესურსების მოძიებაში.	გრძელვადიან პერსპექტივაში პაციენტებს ობსესიური აზრებთან გამკლავება, როგორც წესი, უჭირთ.

საექთნო პროცესის პრაქტიკაში გადატანა

შეფასება

ავადმყოფობის ისტორია

ოკა-ის მქონე პაციენტი სამედიცინო დახმარების ძიებას მხოლოდ მაშინ იწყებს, როდესაც ობსესიები მძიმე ფორმას იღებს, ან როდესაც კომპულსიები ნორმალური ცხოვრების საშუალებას უკარგავს (ვერ მონაწილეობს მეგობრების მიერ დაგეგმილ აქტივობებში, ვერ ასრულებს საოჯახო საქმეებს). თუ პაციენტს ყოველდღიური საქმიანობის უნარი სრულად წართმეული აქვს, მაშინ შესაძლოა მისი ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებაც დადგეს. ზოგადად, პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ რიტუალური ქცევა დიდი ხნის წინ, რიგ შემთხვევებში – ბავშვობის ასაკიდანაც კი – დაეწყოთ. ასაკის მატებასთან ერთად, მათულობს რა ადამიანის პასუხისმგებლობა, უფრო მეტი რიტუალი ჩნდება და მოვალეობათა შესრულებაში ოკა-თ დაავადებულ პირს უფრო მეტი პრობლემა ექმნება.

გარეგნობა და მობილური ქცევა

ექთანი აფასებს პაციენტის გარეგნობასა და ქცევას. ოკა-ის მქონე პაციენტები, როგორც წესი, დაძაბულები, აღელვებულები, შენუხებულები და ჭირვეულები არიან. უხერხულობის გამო მათ საკუთარი სიმპტომების დასახელება უჭირთ. გარეგნულად ჩვეულებრივად გამოიყურებიან, თუმცა მძიმე შემთხვევების დროს, საკუთარი აზრებისა და შფოთვის გამო, პაციენტი შესაძლოა სრულად შეკავდეს.

გუნება-განწყობილება და აფექტი

გუნება-განწყობილებისა და აფექტის შეფასების დროს პაციენტი შესაძლოა უჩიოდეს ძლიერი, ყოვლისმომცველი შფოთვის შეგრძნებას, რაც ობსესიური აზრების, ხატების ან ლტოლვების მოზღვავებასთან არის დაკავშირებული. მას შეიძლება სევდიანი და შეშფოთებული გამომეტყველება ჰქონდეს.

ფიქრის პროცესი და შინაარსი

პაციენტის გასინჯვის დროს, მნიშვნელოვანია შეფასდეს ფიქრის პროცესი და შინაარსი. ბევრი პაციენტი ამბობს, რომ ობსესიური აზრები „არსაიდან“ აღმოცენდება, მაგალითად, ჩვეული საქმიანობის დროს და მით მეტად ძლიერდება, რაც უფრო მეტად ეცდება პაციენტი მათ შეჩერებას. როგორც წესი, პაციენტებს არ უნდათ ამ აზრის წარმოშობა და დიდი ძალისხმევა სჭირდებათ მისთვის წინააღმდეგობის გაწევაში.

ოკა-ის დროს ინტელექტუალური შესაძლებლობები, ასევე – მეხსიერება და სენსორული ფუნქციები, შენახულია, თუმცა ობსესიების მოზღვავეების ფონზე შესაძლოა გამოვლინდეს ყურადღების კონცენტრირების პრობლემები.

დაავადების მიმართ კრიტიკული დამოკიდებულების უნარი (ინსაითი)

ექთანი ვალდებულია შეაფასოს პაციენტის კრიტიკული განსჯის უნარი და დაავადების მიმართ დამოკიდებულება (ინსაითი). პაციენტი აცნობიერებს, რომ მიუხედავად ობსესიების კონტროლის სირთულისა, მისი აზრები არარაციონალურია. პაციენტს შეუძლია სწორი მსჯელობა (მაგალითად: „მე ვიცი, რომ სახლში საფრთხე არ მემუქრება“), თუმცა ობსესიური აზრების მოზღვავებისას მაინც ასრულებს რიტუალურ, კომპულსიურ მოქმედებებს, როცა შფოთვის დონე საგრძნობლად მაღალია.

თვითაღქმა

თვითაღქმის შესწავლის დროს პაციენტი ხშირად ამბობს, რომ “ჭკუიდან შეშლის” მოლოდინშია. რადგან ობსესიათა და/ან კომპულსიათა კონტროლს ვერ ახერხებს, ადამიანს შესაძლოა თვითშეფასებაც კი დაუქვეითდეს. პაციენტს შესაძლოა ეგონოს, რომ თუ პიროვნულად „ძლიერი“ იქნებოდა ან მეტ ძალისხმევას გამოიჩინდა, მას ოკა-ის სიმპტომები არ განუვითარდებოდა.

როლები და ურთიერთობები

ექთანმა უნდა შეაფასოს, თუ რა გავლენას ახდენს ოკა პაციენტის როლურ ფუნქციებსა და სოციალურ ურთიერთობებზე. რაც მეტია რიტუალურ მოქმედებებში დახარჯული დრო, მით ნაკლებია პაციენტის მიერ როლური ფუნქციების შესრულების ალბათობა. სოციალური ურთიერთობები უარესდება, როცა ოჯახის წევრები და მეგობრები შექმნილი სიტუაციისგან იღლებიან, ხოლო პაციენტს მათთან ურთიერთობისთვის არ სცალია, რადგან დროის უმეტეს ნაწილს შფოთვის დასაძლევ რიტუალურ ქცევას უთმობს.

ფიზიოლოგიური ფუნქციები და თვითმოვლა

ექთანი აფასებს ოკა-ის გეგავლენას ადამიანის ფიზიოლოგიურ ფუნქციებსა და თვითმოვლის უნარებზე. როგორც სხვა შფოთვითი აშლილობის დროს, ოკა-ის მქონე პირს შესაძლოა ძილის დარღვევებიც ჰქონდეს. შესაძლებელია, რომ ადამიანის ძილის ნორ-

მალური ხანგრძლივობა შემცირდეს რიტუალების შესრულებისთვის დახარჯული დროის გამო ან მომატებული შფოთვის ფონზე პაციენტმა გვიან დაიძინოს და დილით გამოუძინებლად გრძნობდეს თავს. პაციენტი ასევე შეიძლება უჩიოდეს მადის დაკარგვას ან წონაში არასასურველ კლებას. მძიმე შემთხვევებში ადამიანს პირადი ჰიგიენის დაცვაც უჭირს.

მონაცემთა ანალიზი

კონკრეტული ობსესის და მისი თანმხლები კომპულსიის თავისებურებიდან გამომდინარე, კლიენტებს განსხვავებული სიმპტომები აქვთ. საექთნო დიაგნოზები შეიძლება იყოს:

- შფოთვა;
- არაეფექტური გამკლავება;
- გამოფიტვა/დაღლილობა;
- სიტუაციური დაბალი თვითშეფასება;
- კანის საფარველის მთლიანობის დარღვევები (გამონვეული რიტუალური ხშირი დაბანით და ხეხვით)

შედეგების იდენტიფიცირება

ოკა-ის დროს, შესაძლოა დადგეს შემდეგი სახის შედეგები:

- პაციენტი ყოველდღიურ აქტივობებს დროის რეალისტურ ინტერვალში შეასრულებს;
- პაციენტს შეეძლება ეფექტურად გამოიყენოს რელაქსაციური (მოდუნების) ტექნიკები;
- პაციენტი შეძლებს საკუთარი გრძნობების სხვასთან განხილვას;
- პაციენტი ეფექტურად გამოიყენებს ქცევითი თერაპიის ტექნიკებს;
- პაციენტი ნაკლებ დროს დახარჯავს რიტუალების შესრულებაში.

ინტერვენციები

თერაპიული ურთიერთობების გამოყენება

პაციენტის გამხნეება და ადეკვატური მხარდაჭერის შეთავაზება ძალზე მნიშვნელოვანია შფოთვითი მდგომარეობების მართვის გაუმჯობესებისთვის. ექთანს შეუძლია დაადასტუროს მძიმე, ყოვლისმომცველი შეგრძნებების არსებობა, რომელიც პაციენტს აწუხებს, მაგრამ მან უნდა გამოხატოს რწმენა, რომ პაციენტი შეძლებს საჭირო ცვლილებების განხორციელებას და ქცევაზე კონტროლის განმტკიცებას. ექთანი ხელს უწყობს პაციენტს საკუთარი გრძნობების გამოხატვასა და მათ რაც შეიძლება დეტალურ აღწერაში. ვინაიდან მრავალი პაციენტი საკუთარი აზრებისა და რიტუალების დამალვას ცდილობს, გამოჯანმრთელების თვალსაზრისით აღნიშნული აზრების, ქცევებისა და თანმხლები ემოციების შესახებ ღია და გულწრფელი საუბარი მნიშვნელოვანი ნაბიჯია. გულახდილი საუბრები, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად ამცირებს იმ ტვირთს, რომელსაც პაციენტი მართო ატარებდა სიმპტომების გასაიდუმლოების გამო.

მოდუნებისა და ქცევითი ტექნიკების სწავლება

ექთანმა პაციენტს შეუძლია ასწავლოს მოდუნების ისეთი ტექნიკები, როგორცაა ღრმა სუნთქვა, კუნთების თანდათანობითი მოდუნება და წარმოსახვის მართვა. ეს ინ-

ტერვენციები მშვიდ ვითარებაში უნდა დაიწყოს ანუ მაშინ, როდესაც პაციენტის შფოთვის დონე შედარებით დაბალია, რაც დასწავლის პროცესის ეფექტური წარმართვის საშუალებას იძლევა. ექთანი პაციენტს მოდუნების ტექნიკას ჯერ აჩვენებს და ავარჯიშებს მანამ, სანამ პაციენტი თავად არ შეძლებს ამ ტექნიკების დამოუკიდებლად გამოყენებას. აღნიშნული ვარჯიშები არა მხოლოდ შფოთვის, არამედ კონტროლის შეგრძნების გაუმჯობესებას იწვევს, რაც დადებითად აისახება პაციენტის ზოგად მდგომარეობასა და თვითშეფასებაზე.

იმისთვის, რომ რეალურად შეფასდეს პაციენტის მდგომარეობა, უმჯობესია დღიურის წარმოება, რათა ობიექტური მონაცემი არსებობდეს, თუ რა არის ობსესიების ტრიგერი, დღის სხვადასხვა მონაკვეთში როგორია შფოთვის ინტენსივობა, რა დროს ხარჯავს პაციენტი რიტუალების და ამრიდებლური ქცევების განხორციელებაში. თავდაპირველი მიზანია, რომ ობსესიათა და კომპულსიების სიხშირე და ხანგრძლივობა შემცირდეს, ხოლო დროთა განმავლობაში მიაღწიოს ნიშნულს, როდესაც მათი ზეგავლენა პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე მინიმალური იქნება.

ოკა-ის ეფექტური მკურნალობისთვის, აუცილებელია პაციენტის სურვილი, რადგან ზემოაღნიშნული ტექნიკები იძულებითი მკურნალობისთვის გამოუსადეგარია.

ყოველდღიური რუტინის შესრულება

ყოველდღიურ საქმიანობაში ეფექტურობის მისაღწევად, მკურნალობის საწყის ეტაპზე, პაციენტს შესაძლოა რიტუალების შესრულება აუცილებლად სჭირდებოდეს. ამისთვის აუცილებელია, რომ გარკვეული დრო გამოჰყოს. მაგალითად, თუ ადამიანმა 8 საათზე უნდა ისაუბროს და მას საუბრამდე 45 წუთიანი რიტუალი აქვს შესასრულებელი, გეგმის შედგენისას ეს საკითხი ექთანმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს. გაითვალისწინეთ, რომ ექთანმა პაციენტს რიტუალი არ უნდა შეაწყვიტინოს, რადგან შფოთვის დრამატული გამწვავების რისკი დადგება. მათ ერთობლივად უნდა დაგეგმონ რიტუალების დროის თანდათანობითი შემლუდვები, მაგალითად, ჯერ 40 წთ-მდე, შემდეგ 35წთ-მდე და ასე შემდეგ. აუცილებელია ობსესიებისა და რიტუალებისგან თავისუფალი დროის ოპტიმალური მართვა, წინააღმდეგ შემთხვევაში – კვლავ შფოთვა მატულობს და ეს სწორედ ის პერიოდია, როცა ეფექტურია ახლადათვისებული მოდუნების ტექნიკების გამოყენება. მნიშვნელოვანია, რომ ექთნის დახმარებით ათვისებულ ახალ მეთოდებს პაციენტი სახლის პირობებშიც იყენებდეს.

საექთნო ინტერვენციები ოკა-ის დროს

- მხარდაჭერის შეთავაზება;
- რწმენის გამოხატვა, რომ პაციენტი შეძლებს ამ გაუმჯობესების მიღწევას;
- მხარდაჭერა გრძნობებისა და აზრების გამოხატვაში;
- რიტუალების შესასრულებლად დახარჯული დროის თანდათანობითი შემცირება;
- ექსპოზიციისა და პასუხის წარმოქმნის პრევენციის ტექნიკის შესრულებასა და გათავისებაში დახმარება;
- შფოთვითი პასუხის დაძლევაში დახმარება;
- წინასწარ შეთანხმებულ დროში დაგეგმილი აქტივობების განხორციელების მხარდაჭერა;
- წინასწარ განერილი დღის რეჟიმის შესრულებაში მხარდაჭერა.

პაციენტისა და პაციენტის ოჯახის განათლება

პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის შვების მომგვრელია იმ ფაქტის გაცნობიერება, რომ მათი ოჯახის წევრი “არ გაგიჟებულა” ან რომ ობსესიები და კომპულსიები პიროვნების „ცუდი მხარე“ არ არის და უკონტროლო, პაციენტისთვის შემანუხებელი ხატები, წარმოდგენები და ქცევებია. ოკა-სთან დაკავშირებული სიმპტომების შესახებ ღია საუბარი პაციენტს საშუალებას აძლევს, აღარ დამალოს თავისი სიმპტომები და ამით, გარკვეულწილად, შეამციროს ოკა-სთან დაკავშირებული ღელვა. როდესაც ოჯახის წევრებმა ზედმინვნით იციან, თუ რასთან აქვთ საქმე, ისინი უკეთ ახერხებენ ოჯახის წევრის დახმარებასა და მის თანადგომას.

ოკა-ის მკურნალობის მედიკამენტური დანიშნულების სწორი შესრულების მნიშვნელობის შესახებ ინფორმაციის ადეკვატური მიწოდება დიდ როლს თამაშობს მკურნალობის წარმატებაში. სასურველი კლინიკური შედეგის მისაღებად შესაძლოა რამდენიმე მედიკამენტის შეცვლა გახდეს საჭირო.

მკურნალობის ეფექტურობის მიზნით, მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად, აუცილებელია ქცევითი თერაპიის წარმოებაც.

შეფასება

მკურნალობა შესაძლებელია ეფექტურად ჩაითვალოს თუ პაციენტს ოკა-ის სიმპტომები აღარ უშლის ხელს ნორმალურ, ყოველდღიურ საქმიანობაში. ეფექტური მკურნალობის შედეგად პაციენტი ახერხებს, რომ ობსესიების საპასუხოდ აღმოცენებული შფოთვის გამო რიტუალებს არ დაუბრუნდეს და შფოთვა მოდუნების სხვადასხვა მეთოდებით მართოს.

ასაკოვანი პაციენტების თავისებურებები

50 წლის ზემოთ ოკა-ს დანყება ძალზე იშვიათია. თუ მდგომარეობა მაინც დაინყო ცხოვრების მეორე ნახევარში, ექიმმა ეჭვი უნდა მიიტანოს შეცვლილი ქცევის ორგანულ მიზეზებზე, რაც შესაძლოა იყოს ინფექცია, ნეიროდეგენერაციული პროცესი, თავის ტვინის ტრავმა ან სხვა ცერებროვასკულარული მდგომარეობები, უპირატესად, შუბლის წილსა და ბაზალურ განგლიაში. ცხადია, თუ ოკა გამოწვეულია რომელიმე ორგანული მიზეზით, მკურნალობა მიმართულია ამ ორგანული მიზეზის მოსაგვარებლად.

ობსესიური შემგროვებლობა, როგორც წესი, მოგვიანებით ასაკში იწყება და მისი მკურნალობა დაკავშირებულია ხანგრძლივ და თანმიმდევრულ ინტერვენციათა ციკლთან.

თემზე/ გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

როგორც უკვე იყო ამ თავში განხილული, წარმატებული მკურნალობა დამოკიდებულია მედიკამენტებისა და კოგნიტური თერაპიის ეფექტურ კომბინაციასთან; ამასთან, პაციენტმა სტრესულ სიტუაციებში მოდუნება დამოუკიდებლადაც უნდა შეძლოს.

უკანასკნელ პერიოდში აქტიურად ვითარდება ონლაინ დახმარების სერვისები. ამ მიდგომას განსაკუთრებული ეფექტურობა შეძლება ჰქონდეს, ვინაიდან ობსესიურ აზრებს ხშირად მნიშვნელოვანი სტიგმა ახლავთ თან, რაც პაციენტის დროულ დიაგნოსტიკურებასა და მკურნალობას უშლის ხელს.

პაციენტის ოჯახის წევრების განათლება ოკა-ის მკურნალობისას

პაციენტის განათლება

- უამბეთ პაციენტს ოკა-ის შესახებ;
- აუხსენით პაციენტს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ობსესიური აზრებისა და კომპულსიური ქცევის შესახებ ღია საუბარს;
- აუხსენით პაციენტს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს დამყოლობას მედიკამენტური მკურნალობისა და მისი ეფექტურობის თვალსაზრისით;
- ასწავლეთ პაციენტს ის ქცევითი მოდიფიკაციები, რომელიც მას ოკა-ის მართვაში დაეხმარება.
- აუხსენით პაციენტს, რომ შფოთვის ატანა დისკომფორტის მომტანია, მაგრამ ის ჯანმრთელობისთვის და კეთილდღეობისთვის ზიანის მომტანი არ არის.

ოჯახის წევრების განათლება

- მოერიდეთ ისეთ რჩევებს, როგორიცაა: “რამე სხვაზე იფიქრე”;
- არ ეცადოთ პრობლემის მოგვარებას;
- იყავით მომთმენი;
- აკონტროლეთ საკუთარი შფოთვის დონე და თუ ვეღარ უმკლავდებით, სიტუაციას დროებით გაეცალეთ.

ოკა-ის მკურნალობის საუკეთესო პრაქტიკა

ქცევითი თერაპია, რომელსაც ჰქვია „ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია“, ოკა-ის მკურნალობის პირველი რიგის არჩევანია. საუკეთესო გამოსავლისთვის, აუცილებელია, რომ შფოთვის დასაძლევად პაციენტმა ეს მიდგომა რეალურ ცხოვრებაში გამოიყენოს.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

გარკვეულ შემთხვევებში, როგორც ექთნისთვის, ისე სხვა ადამიანებისთვის, შესაძლოა გაუგებარი იყოს, თუ რატომ ვერ ახერხებს პაციენტი უბრალოდ შეწყვიტოს უცნაური ქცევა. შესაძლოა ვერ ახსნას ექთანმა, თუ რატომ უნდა დაიბანო, ისედაც ხევისგან დაწყლულებული ხელები, საათში ერთხელ. მხოლოდ იმიტომ, რომ პაციენტი გარეგნულად ჩვეულებრივად გამოიყურება, არ ნიშნავს იმას, რომ ის კარგადაა.

გახსოვდეთ, რომ ოკა-ის მქონე პაციენტებს კარგად ესმით საკუთარი ქცევის უცნაურობა, ამიტომ პაციენტის ახლობლების ან სხვა პირების მხრიდან წამოსული რჩევები, როგორიცაა – “უბრალოდ შეწყვიტე ეს ქცევა!” – კიდევ უფრო აღრმავებს მათ ცუდად ყოფნასა და სირცხვილის შეგრძნებას; უბლუდავს თვითკონტროლის უნარებს.

გახსოვდეთ, რომ ოკა არის ქრონიკული დაავადება და მხოლოდ იმიტომ, რომ პაციენტმა გარკვეული კონტროლი დროებით მოიპოვა საკუთარ სიმპტომებზე, არ ნიშნავს იმას, რომ გრძელვადიან პერსპექტივაში მას სპეციალისტის დახმარება აღარ დასჭირდება.

რა უნდა გავითვალისწინოთ ოკას მქონე პაციენტთან მუშაობისას

- როდესაც ოკას სიმპტომები მძიმედ მიმდინარეობს, პაციენტს არ შეუძლია საკუთარი სიმპტომების ნებისმიერი კონტროლი.
- როგორც ყველა ქრონიკული დაავადება, ოკა-საც ახასიათებს გამწვავება, რა დროსაც პაციენტს პროფესიონალური დახმარება სჭირდება.

- პაციენტისთვის იმის თქმას, რომ მის მიერ შესრულებულ რიტუალებს ეფექტი არ აქვს შფოთვის აღმოფხვრასთან მიმართებაში – აზრი არ აქვს, ვინაიდან მან ეს უკვე იცის.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. პაციენტისთვის, რომელსაც აქვს სხეულის დისმორფული აშლილობა, როდის ხდება პლასტიკური ქირურგიული ჩარევები საშიში? ვინ უნდა აკონტროლოს ის ჩარევები, რომლებსაც პაციენტი იკეთებს? უნდა იყოს, თუ არა ეს მხოლოდ პაციენტის არჩევანი?
2. აქვს თუ არა პაციენტს უფლება, უარი თქვას დახმარებაზე, როდესაც ის სხვადასხვა ნივთებს აგროვებს? ახსენით თქვენი პასუხის მოტივები. როდის უნდა ჩართოს გადანყვეტილების მიღებაში მესამე პირები (სააგენტოები, ადგილობრივი მმართველობითი ორგანოები და სხვა)? როგორ უნდა მოხდეს თავად პაციენტის უფლებების დაცვა?

ძირითადი საკითხები

- ობსესია ხასიათდება არასასურველი, განმეორებითი და ინტრუზიული ფიქრებით, რომელსაც კომპულსიები მოსდევს (ქცევა ან მენტალური მოქმედება), რომელიც, თავის მხრივ, მიმართულია ობსესიის კუბირებისკენ.
- რიტულები შესაძლოა მოიცავდეს შემონქმებას, თვლას, რეცხვას, ხშირ დაბანას, ხეხვას, ლოცვას, შეხებას, ლაგებასა და სხვა განმეორებით მოქმედებებს.
- ოკა შესაძლოა დაიწყოს ბავშვობაში და გაგრძელდეს მოზრდილობის პერიოდში.
- ოკა არის ქრონიკული დაავადება, რომელსაც ახასიათებს დროთა განმავლობაში სიმპტომების შემსუბუქება და სტრესის ფონზე გაუარესება.
- ოკა-სთან დაკავშირებული მდგომარეობებია დერმატილომანია, ტრიქოტილომანია, ონიქოფაგია, კლეპტომანია, ონიომანია, სხეულის დისმორფული აშლილობა, სხეულის იდენტობისა და აღქმის აშლილობა, პათოლოგიური შემგროვებლობა.
- ოკა-ის წარმოშობის ზუსტი მექანიზმი ცნობილი არ არის, თუმცა ფიქრობენ, რომ მისი წარმოშობა დაკავშირებულია გენეტიკურ კომპონენტთან და ასევე – იმუნურ სისტემასთან.
- ოკა ხასიათდება ერთი და იგივე სიმპტომებით სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფებში.
- ოკა-ის მკურნალობა მოიცავს მედიკამენტებს, სუსებს, ქცევით თერაპიას, ექსპოზიციისა და პასუხის შეკავების თერაპიას.
- ოკა-ს მკურნალობისას, მნიშვნელოვანი თერაპიული ინტერვენციებია – თერაპიული კომუნიკაცია, მოდუნების დასწავლა, დღიური აქტივობების შესრულება, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლება.
- 50 წლის ზემოთ, ოკა-ის შემთხვევები მცირდება, თუმცა პათოლოგიური შემგროვებლობის ინციდენტობა იმატებს.
- გრძელვადიან პერსპექტივაში პოზიტიური დინამიკის მისაღებად, შფოთვის მართვისა და ქცევითი ტექნიკების გამოყენებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს.

წყარები:

1. Ayers, C. R., Saxena, S., Golshan, S., et al. (2010). Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(2), 142-149.
2. Bandelow, B. (2008). The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. *CNS Spectrums*, 13(9 Suppl 14), 37-46.
3. Black, D. W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14-18.
4. Choi, Y. J. (2009). Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(4), 207-213.
5. Fineberg, N. A., Brown, A., Reghunandanan, S., et al. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(8), 1173-1191.
6. First, M. B., & Fisher, C. E. (2012). Body integrity identity disorder: The persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology*, 45(1), 3-14.
7. Fontenelle, L. F., et al. (2012). A cytokine study of adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 797-804.
8. Franklin, M. E., Edson, A. L., Ledley, D. A., et al. (2011). Behavior therapy for pediatric trichotillomania: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 763-771.
9. Grant, J. E., Odlaug, B. L., Davis, A. A., et al. (2009). Legal consequences of kleptomania. *Psychiatric Quarterly*, 80(4), 251-259.
10. Guimarra, M. J., Bradshaw, J. L., Hilti, L. M., et al. (2012). Paralyzed by desire: A new type of body identity integrity disorder. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 25(1), 34-41.
11. Hayes, S. L., Storch, E. A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 314-319.
12. Inozu, M., Karanci, A. N., & Clark, D. A. (2012). Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 959-966.
13. Kumar, V., Chakrabarti, S., Modi, M., et al. (2009). Late-onset obsessive compulsive disorder associated with possible gliomatosis cerebri. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(4), 636-639.
14. Lovell, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: A review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal of Mental Health*, 20(6), 525-542.
15. McClure-Tone, E. B., & Pine, D. S. (2009). Clinical features of the anxiety disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & Ruiz, P. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1844-1856). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
16. McGuire, J. F., et al. (2012). The nature, assessment, and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Postgraduate Medicine*, 124(1), 152-165.
17. Moritz, S., Wittekind, C. E., Hauschildt, M., et al. (2011). Do it yourself? Self-help and online therapy for people with obsessive-compulsive disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(6), 541-548.
18. Nakatani, E., et al. (2011). Children with very early onset obsessive compulsive disorder:

Clinical features and treatment outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1261-1268.

19. Pacan, P., Grzesiak, M., Reich, A., et al. (2009). Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta-Dermato-venereologica*, 89(3), 278-280.
20. Phillips, K., et al. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 528-555.
21. Samuels, J., et al. (2011). Comprehensive family-based association study of the glutamate transporter gene SLC1A1 in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 156B(4), 472-477.
22. Sorrell, J. M. (2012). Understanding hoarding in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(3), 17-21.
23. Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083-1100.
24. Taylor, S., Afifi, T. O., Stein, M. B., et al. (2010). Etiology of obsessive beliefs: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 177-186.
25. Walitza, S., et al. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(11), 173-179.
26. Yorulmaz, O., Gencoz, T., & Woddy, S. (2010). Vulnerability factors in OCD symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 110-121.
27. Zor, R. (2010). Are there between-country differences in motor behavior of obsessive-compulsive disorder patients? *CNS Spectrums*, 15(7), 44-455.

თავი 16

შიზოფრენია

ამ თავში განხილულია:

1. შიზოფრენიის წარმოშობის სხვადასხვა თეორიები;
2. შიზოფრენიის პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები;
3. შიზოფრენიის მქონე პაციენტის ფუნქციური და მენტალური სტატუსის შეფასება;
4. საექთნო პროცესის მოცულობა შიზოფრენიის მქონე პირებთან;
5. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ეფექტურობა შიზოფრენიის მკურნალობისას;
6. შიზოფრენიის ცოდნის გაღრმავების მიზნით პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების განათლება;
7. სათემო დამხმარე და რეაბილიტაციური პროგრამები შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტებისთვის;
8. ექთნის მიერ შიზოფრენიის მქონე პირების მიმართ საკუთარი გრძნობების გაანალიზება.

შიზოფრენია ფსიქიკური აშლილობაა, რომელიც ზოგადად დარღვეული და უცნაური აზრებით, ემოციებით, მოძრაობებითა და ქცევით ხასიათდება. ის არ შეიძლება ერთ დაავადებად განიხილოს. ის უფრო სინდრომს წარმოადგენს, რომელსაც სიმსივნის მსგავსად, სიმპტომთა სხვადასხვაგვარობა და მრავალფეროვნება ახასიათებს. ათწლეულების მანძილზე, საზოგადოება შიზოფრენიას აღიქვამდა როგორც საშიშ და უკონტროლო დაავადებას, ასოცირებულს ძალადობრივ ქცევასთან. უკანასკნელ პერიოდში, განათლება და ცნობადობა ამ მიმართულებით გაუმჯობესდა და დღეს საზოგადოებამ შეტად იცის, თუ რა არის შიზოფრენიის სიმპტომები და როგორ შეიძლება მათი მედიკამენტებით კონტროლი. ახალი ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტების შექმნისა და სათემო სერვისების განვითარების შემდეგ, შიზოფრენიის მქონე პირები უკეთ ინტეგრირდებიან სოციალურ და ხშირად სოციალურ და პროფესიულ ცხოვრებაში ჩართვასაც წარმატებით ახერხებენ.

შიზოფრენიის გამოვლენა იშვიათია ბავშვობის ასაკში. უპირატესად, იგი გვიანი მოზარდობისა და ადრეული ზრდასრულობის პერიოდში დიაგნოსტირდება, დაწყების პიკური ასაკით – 15-25 წლამდე მამაკაცებსა და 25-35 წლამდე – ქალებში. ზოგადად, მსოფლიოში შიზოფრენიის დიაგნოზი პოპულაციის დაახლოებით 1%-ს აღენიშნება.

შიზოფრენიის სიმპტომები ორ ძირითად კატეგორიად იყოფა: პოზიტიურ ანუ მძიმე სიმპტომებად, როგორცაა ბოდვა, ჰალუცინაცია, დეზორგანიზებული ფიქრები და ქცევა; და ნეგატიურ ანუ რბილ სიმპტომებად, როგორცაა ემოციების გასადავება, ნებელობითი სფეროს დარღვევები, სოციალური პასიურობა და სხვა სიმპტომები, რომელიც დეტალურადაა 16.1 სამახსოვროში აღწერილი.

დღეისათვის, მედიკამენტების დახმარებით შესაძლებელია პოზიტიური სიმპტომების

კონტროლი, მაგრამ როცა მათი უკუგანვითარება ხდება, ნეგატიური სიმპტომები ხანგრძლივად და ურყევად რჩება, რაც, თავის მხრივ, პაციენტის ყოველდღიური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისა და გამოჯანმრთელების ძირითადი ბარიერია.

შიზოაფექტური აშლილობა მდგომარეობაა, რომლის დროსაც პაციენტს ერთდროულად ან მონაცვლეობით აქვს ფსიქოზური (მაგ., შიზოფრენიის) და აფექტური აშლილობის (მაგ., დეპრესიის ან მანიის) ნიშნები და სიმპტომები. ზოგიერთი კვლევის მონაცემებით, შიზოაფექტური აშლილობის ბიპოლარული ტიპის გრძელვადიანი გამოსავალი ბიპოლარული აშლილობის მსგავსია, ხოლო შიზოაფექტური აშლილობის დეპრესიული ტიპისა კი – შიზოფრენიის გამოსავლის მსგავსი. კლინიკური სურათიდან გამომდინარე, შიზოაფექტური აშლილობის მკურნალობაში გამოიყენება როგორც ფსიქოზურ სიმპტომატიკაზე, ისე გუნება-განწყობაზე მოქმედი მედიკამენტები. როგორც წესი, ამ მდგომარეობის დროს, პირველი არჩევის პრეპარატი ახალი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტებია. საჭიროების შემთხვევაში, მკურნალობის სქემაში გუნება-განწყობაზე მოქმედი მედიკამენტების ჩართვაცაა შესაძლებელი.

სამახსოვრო 16.1 შიზოფრენიის დადებითი და უარყოფითი სიმპტომები

შიზოფრენიის დადებითი სიმპტომები

ამბივალენტობა: ადამიანის, მოვლენის ან სიტუაციის მიმართ რადიკალურად განსხვავებული წარმოდგენების ან გრძნობების თანაარსებობა.

აზრებს შორის ასოციაციური კავშირის შესუსტება: აზროვნება წარმოდგენილია ფრაგმენტული ან ერთმანეთთან სუსტად დაკავშირებული აზრებითა და იდეებით.

ბოდვა: არაკორეგირებადი მცდარი რწმენები, იდეები და წარმოდგენები, რომელიც არ შეესაბამება სინამდვილეს.

დამოკიდებულების აზრები: ცრუ წარმოდგენები, რომლის დროსაც ხდება გარეშე, ინდიფერენტული მოვლენების პათოლოგიური ინტერპრეტაცია და საკუთარ პიროვნებასთან დაკავშირება (მაგ., მინიშნებები).

ექობრაქსია: სხვა ადამიანის მოქმედებისა და მოძრაობების პათოლოგიური მიბაძვა.

იდეების ქარიშხალი: აზრები და მეტყველება არათანმიმდევრულია, სწრაფად ინაცვლებს ერთი თემიდან მეორეზე. ხშირად აღიქმება სუბიექტურად, როგორც აზრთა მოზღვავა.

უცნაური ქცევა: უცნაური გარეგნობა და ჩაცმულობა, სტერეოტიპული ქცევა, უმიზნო მოძრაობები; უცნაური სოციალური ან სექსუალური ქცევა.

პერსერვაცია: ერთსა და იმავე თემაზე და იდეაზე მყარად „მინებება“; ერთი და იგივე სიტყვის, ფრაზის, წინადადების გამეორება; საუბრის თემის შეცვლის მიმართ რეზისტენტობა.

პალუცინაციები: ნებისმიერ მოდალობაში წარმოქმნილი სენსორული აღქმა, რომელიც შესაბამისი გარეგანი სტიმულირების ანუ რეალური ობიექტის გარეშე ჩნდება.

ნეგატიური სიმპტომები

ალოჯია: მეტყველების გაღარიბება, ლექსიკური მარაგის ნაკლებობა; შინაარსობრივად მცირე ინფორმაციის შემცველი საუბარი.

ანჰედონია: სიამოვნებისა და ხალისის შეგრძნების დაკარგვა ცხოვრებისეული აქტივობების განხორციელებისას ან ინტერპერსონალური ურთიერთობისას.

აპათია: ადამიანებისა და მოვლენების მიმართ სრული განუჩივლობა, ემოციური დამოკიდებულების დაკარგვა, „უგრძნობლობა“.

ასოციალურობა: სოციალური ურთიერთობების გასადავება, სიმცირე ან სრულად შეწყვეტა.

დანლუნგებული აფექტი: გუნება-განწყობის ცვალებადობის შემცირება, ემოციური სფეროს გაღარიბება და გასადავება.

კატატონია: ფიზიოლოგიურად განპირობებული უმოძრაობა, რომელსაც აგზნების ან ალტკინების პერიოდები ახლავს; პაციენტი შესაძლოა გაშემდეს – თითქოს ტრანსის მდგომარეობაშია.

„ბრტყელი აფექტი“: სახის გახევებული გამომეტყველება, რაც ემოციების გამოხატვის ინტენსივობის დაქვეითებასთანაა დაკავშირებული.

ნებითი ინდიფერენტიზმი: ნების, სურვილებისა და ამბიციების უქონლობა, რომელიც ხელს უშლის რომელიმე კონკრეტული ამოცანის შესრულებას.

უყურადღებობა: კონკრეტულ ამოცანაზე კონცენტრირების შეუძლებლობა.

კლინიკური მიმდინარეობა

მიუხედავად იმისა, რომ შიზოფრენიის სიმპტომები, როგორც წესი, მძიმეა, ჩვეულებრივ, მას თან არ ახლავს პროგრესული გაუარესება. როგორც წესი, შიზოფრენიის თითოეულ შემთხვევას მიმდინარეობის ინდივიდუალური თავისებურება ახასიათებს.

დასაწყისი

შიზოფრენიის დასაწყისი შესაძლოა უცარი იყოს, თუმცა შემთხვევათა უმრავლესობაში დაავადება ნელ-ნელა იწყება. თავდაპირველად სოციალურობის შემცირება, ქცევის ცვლილება, სამსახურისა და განათლების მიმართ ინტერესის დაკარგვა და ჰიგიენის საკითხების უგულებელყოფა ხდება შესამჩნევი. შიზოფრენიის დიაგნოზზე ეჭვის მიტანა უფრო მეტად შიზოფრენიის აქტიური სიმპტომების გამოვლენისას ხდება; კერძოდ, ჰალუცინაციების, ბოდვებისა და აბროვნების მოშლის (ფსიქოზის) გამოვლენისას. მიუხედავად იმისა, თუ როგორ იწყება დაავადება, პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის შიზოფრენიასთან დაკავშირებული შედეგები მძიმე და მნიშვნელოვანია.

როგორც დაკვირვებებმა ცხადყო, ის, თუ როგორ იწყება დაავადება, მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ვითარდება იგი. მათთვის, ვისაც დაავადება უფრო ადრეულ ასაკში ეწყება, უფრო მძიმეა გამოსავლები დაავადების მიმდინარეობის თვალსაზრისით. ახალგაზრდა ასაკში დაწყებულ შიზოფრენიას უფრო მეტად გამოხატული ნეგატიური სიმპტომები და კოგნიტური სფეროს მოშლა ახასიათებს.

რაც შეეხება მიმდინარეობას, მათ, ვისაც სიმპტომები თანდათანობით უვლინდება (საშუალოდ შემთხვევათა 50%) მეტად ნეგატიური მოკლე და გრძელვადიანი კლინიკური პროგნოზი აქვთ ვიდრე მათ, ვისაც დაავადება უეცრად ეწყება. მათ, ვისაც დაავადება უეცრად დაეწყო, რეციდიული ეპიზოდი, საშუალოდ 1 წელიწადში უმეორდებათ. რეციდივის განვითარების ალბათობა მნიშვნელოვნად მატულობს წამალდამოკიდებულების ან მკურნალობაზე ცუდი დამყოლობის დროს.

დაავადების მიმდინარეობა მოკლე პერსპექტივაში

უეცრად დაწყებული შიზოფრენიისას, კლინიკური მიმდინარეობა შესაძლოა გაიყოს ორ ძირითად სცენარად: პაციენტს აქვს პერსისტენტული ფსიქოზური მდგომარეობა და ამ მდგომარეობიდან სრულად გამოსვლას ვერ ახერხებს; მეორე სცენარის დროს, პაციენტს აქვს რემისიების ფაზა, რომლის დროსაც იგი პრაქტიკულად ჯანმრთელია.

დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებები გრძელვადიან პერსპექტივაში

შიზოფრენიასთან ასოცირებული ფსიქოზური მდგომარეობა ასაკთან ერთად მცირდება. პაციენტები ხანგრძლივი სოციალური და პროფესიული იზოლაციის შემდეგ იბრუნებენ გარკვეულ კონტროლს საკუთარ ცხოვრებასა და საქმიანობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ სიმპტომები მკვეთრად მცირდება, ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადების შედეგები, მაინც მნიშვნელოვანი ნეგატიური ეფექტის მატარებელია.

დაავადების მიმდინარეობის გრძელვადიანი თავისებურებები მნიშვნელოვნადაა ჩატარებულ მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამოკიდებული. მიუხედავად იმისა, რომ დაავადება სრულად არ იკურნება, წამლები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სიმპტომების კონტროლის თვალსაზრისით. რაც მეტად დამყოლია პაციენტი მკურნალობაზე, მით უკეთესია შედეგი დაავადების კონტროლის თვალსაზრისით.

შიზოფრენიასთან დაკავშირებული მდგომარეობები

არსებობს რიგი ფსიქიკური აშლილობებისა, რომელიც შიზოფრენიის მსგავსი სიმპტომებით ხასიათდება.

ასეთებია:

- *შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა*: ამ დროს პაციენტს აქვს მწვავედ განვითარებული ფსიქოზი, რომელიც არ გრძელდება 6 თვეზე მეტი. თუ ეს სიმპტომები 6 თვეზე მეტი გაგრძელდა, მაშინ ისმება შიზოფრენიის დიაგნოზი. ამ აშლილობის დროს შესაძლოა დაზარალებულს სოციალური ან პროფესიული საქმიანობის სფეროები, თუმცა შესაძლოა ამ მდგომარეობამ არ იმოქმედოს ადამიანის სოციალურ და სამსახურეობრივ საქმიანობაზე.
- *კატატონია*: ამ დროს მკვეთრადაა მოშლილი ფსიქომოტორული სფერო. პაციენტი შესაძლოა ავლენდეს გადაჭარბებულ მოტორულ აქტივობას ან იყოს სრულ უმოძრაობაში. მოტორულ უძრაობას შესაძლოა თან ახლდეს კატალექსია (ცვლისებრი პოზა) ან სტუპორი. კატატონიის დროს ხშირია ნეგატივიზმი, მუტიზმი, ექოლალა, ექოპრაქსია და უცნაური მოძრაობები.
- *ბოდვითი აშლილობა*: ამ დროს პაციენტს აქვს ერთი ან რამდენიმე რეალისტური ბოდვა (ანუ ამ დროს ბოდვის შინაარსი დაჯერებადია). პაციენტს შესაძლოა ეგონოს, რომ ვიღაც მისდევს; ასევე შესაძლოა ჰქონდეს ეროტომანიული, სომატური, ეჭვიანობის და სხვა შინაარსის ბოდვები. ამ დროს ფსიქოსოციალური ფუნქცია არაა მოშლილი და ზოგადად ქცევა, ერთი შეხედვით, არაა პათოლოგიური.
- *ხანმოკლე ფსოქოზური აშლილობა*: ამ დროს პაციენტს აღენიშნება ერთი ფსიქოზური სიმპტომის უეცარი დაწყება. ეს შეიძლება იყოს ბოდვა, ჰალუცინაცია, პათოლოგიური მეტყველება ან ქცევა, რომელიც შესაძლოა გაგრძელდეს ერთი დღიდან ერთ თვემდე. აშლილობის ამ ეპიზოდს შესაძლოა წინ უსწრებდეს სტრესული მოვლენა ან შესაძლოა მშობიარობასთან იყოს დაკავშირებული.
- *ზიარ ფსიქოზური აშლილობა*: ამ მდგომარეობის დროს ორ ახლობელ ადამიანს ერთდროულად აქვს ერთმანეთის მსგავსი ბოდვები. ეს ადამიანები შესაძლოა იყვნენ ცოლ-ქმარი, და-ძმა, დედა-შვილი და სხვ. დომინანტური ადამიანისგან

ბეგავლენის ქვეშ მოქცეული ადამიანის დაშორება ამ აშლილობის სწრაფ კუპირებას უწყობს ხელს.

შიზოტიპალურად შესაძლოა ჩაითვალოს ადამიანი, რომელსაც აქვს უცნაური, ექსცენტრული ქცევა და გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომები. რაიმე სახის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა 20%-ს საბოლოო ჯამში შიზოფრენიის დიაგნოზი ესმება.

ეტიოლოგია

მრავალი წლის განმავლობაში მეცნიერები ცდილობდნენ აღმოეჩინათ ის ბიოლოგიური მექანიზმი, რომელიც შიზოფრენიის წარმოშობას ახსნიდა, თუმცა მრავალი აუტოფსიის მიუხედავად ამ კავშირის დადგენა ვერ მოხერხდა. მოგვიანებით ფიქრობდნენ, რომ შიზოფრენია ქცევითი აშლილობაა, რომელიც დაკავშირებულია ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდის განვითარების დარღვევებთან, თუმცა არც ამ თეორიის დადასტურება მომხდარა მეცნიერულ დონეზე. ვინაიდან მანამდე არსებული ვერც ერთი თეორიის დადასტურება მეცნიერულ დონეზე ვერ მოხდა, კვლევები გრძელდება შიზოფრენიის ნეირობიოლოგიური და ქიმიური მექანიზმების ამოსახსნელად. იმას, რომ შიზოფრენიას საფუძვლად უდევს თავის ტვინში მიმდინარე ქიმიური პროცესები, მოწმობს მის მიმდინარეობაზე ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ბეგავლენა; ასევე დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ სტრუქტურულ დონეზეც, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების თავის ტვინი, საკონტროლო ჯგუფების თავის ტვინისაგან სტრუქტურული თავისებურებებით განსხვავდება.

ბიოლოგიური თეორიები

შიზოფრენიის ბიოლოგიური თეორიები გულისხმობს იმ გენეტიკურ, ნეიროანატომიურ, ნეიროქიმიურ და იმუნოვიროლოგიურ ფაქტორებს, რომელიც შიზოფრენიის განვითარებაზე ახდენს ბეგავლენას.

გენეტიკური ფაქტორები

მატერნალურ და პატერნალურ ტყუპებზე დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ შიზოფრენიის განვითარებას აქვს მნიშვნელოვანი გენეტიკური ფაქტორი. იდენტური ტყუპების შემთხვევაში, მატერნალურ ტყუპისცალში გამოვლენილი შიზოფრენია, მეორე ტყუპისცალში შიზოფრენიის გამოვლენის 50%-იან შანსს მოასწავებს, ხოლო პატერნალურ ტყუპებში ეს ალბათობა 15%-ია.

გარდა ამისა კვლევებმა ცხადყო, რომ თუ ერთი მშობელი შიზოფრენიით არის ავად, შვილს შიზოფრენიის განვითარების 15%-იანი რისკი აქვს, ხოლო თუ ორივე მშობელს აქვს შიზოფრენია, მაშინ რისკი 35%-მდე იზრდება.

ის ფაქტი, რომ იდენტურ ტყუპებში შიზოფრენიის განვითარების რისკი მხოლოდ 50%-ია, სავარაუდოდ ნიშნავს იმას, რომ გენეტიკური ფაქტორი არ არის ერთადერთი ნიშანი, რომელიც შიზოფრენიის განვითარების რისკს ზრდის.

ნეიროანატომიური და ნეიროქიმიური ფაქტორები

უკანასკნელ პერიოდში განვითარებულმა ტექნოლოგიებმა ექიმებს საშუალება მისცა, მოეხდინათ თავის ტვინის სტრუქტურებზე დაკვირვება და იმ პოტენციური თავისებურებების აღმოჩენა, რომელიც შიზოფრენიას ახასიათებს. დაკვირვებების შედეგად აღმოჩნდა, რომ შიზოფრენიის მქონე პაციენტებში შემცირებულია როგორც უშუალოდ

თავის ტვინის ქსოვილის ზომა, ისე მოცირკულირე ცერებრო სპინალური სითხის მოცულობა. თავის ტვინის მოცულობის შემცირება, როგორც წესი, შუბლისა და საფეთქლის წილის ზომის შემცირების ხარჯზე ხდება, რაც მეტნაკლებად შესაძლოა, პასუხისმგებელი იყოს შიზოფრენიის როგორც პოზიტიურ ისე ნეგატიურ სიმპტომებზე. მეცნიერები ასევე იკვლევენ სხვადასხვა მავნე ფაქტორის ზეგავლენისა და შიზოფრენიის განვითარების კორელაციას ორსულობისას.

ნეიროქიმიური დაკვირვებებით მეცნიერები ცდილობენ, დაადგინონ კავშირი ნეიროტრანსმირების კონცენტრაციასა და შიზოფრენიის სიმპტომებს შორის. ამ ეტაპზე მეცნიერები ცდილობენ დაადგინონ დოპამინისა და სეროტონინის დონის ზეგავლენა შიზოფრენიის სიმპტომებზე. ჩატარებული დაკვირვებების შედეგად გამოვლინდა, რომ მედიკამენტები, რომელიც ზრდის დოპამინის კონცენტრაციას თავის ტვინში (ლევოდოპა, ამფეტამინები) ხელს უწყობს ფსიქოზური სიმპტომების გამოვლენას, ხოლო მედიკამენტები, რომელიც ბლოკავს პოსტინაფსურ დოპამინერგულ რეცეფტორებს, ხელს უწყობს შიზოფრენიის სიმპტომების შემცირებას.

დოპამინთან ერთად, სეროტონინი, შიზოფრენიის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმის მნიშვნელოვანი ნაწილია. სეროტონინი, სავარაუდოდ, აკონტროლებს დოპამინის კონცენტრაციას, თუმცა მისმა სიტყარბემ, სავარაუდოდ, ასევე შეიძლება გამოიწვიოს შიზოფრენიის სიმპტომები. ახალი ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, მაგ., კლოზაპინი, არის როგორც სეროტონინის ისე დოპამინის ანტაგონისტი, ამიტომ იგი ეფექტურია შიზოფრენიის როგორც ნეგატიური ისე პოზიტიური სიმპტომების კონტროლის თვალსაზრისით.

იმუნოვიროლოგიური ფაქტორები

უკანაკნელ პერიოდში, შიზოფრენიის განვითარების იმუნოვიროლოგიური თეორიები სულ უფრო პოპულარული ხდება. აღნიშნული თეორიის თანახმად, რიგ ვირუსულ ინფექციებს შეუძლია დააზიანოს თავის ტვინის სასიგნალო სისტემები და ამით გამოიწვიოს დაავადების განვითარება. აღნიშნულ თეორიას საფუძვლად უდევს ციტოკინები, რომელიც ვირუსზე წარმოშობილი იმუნური პასუხის ნაწილია. მეცნიერები ფიქრობენ, რომ ციტოკინები მონაწილეობენ არა მხოლოდ ანთების წარმოშობაში, არამედ თავის ტვინის ნეიროფიზიოლოგიურ აქტივობაში და ამიტომ მათი წარმოქმნის ცვლილებამ, შესაძლოა შიზოფრენიაც გამოიწვიოს.

ამ კავშირის დასამტკიცებლად, მეცნიერებს შიზოფრენიით ავადობის ზრდა მოჰყავთ მაგალითად მთელი რიგი დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, რომელიც გრიპის ეპიდემიიდან რამდენიმე წელიწადში დაფიქსირდა.

კულტურული თავისებურებები

შიზოფრენიის სიმპტომების შეფასებისას მნიშვნელოვანია კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება. მაგ., თუ ერთ კულტურაში წმინდა მარიამისა და ღმერთის ხმის გაგონება ნორმაა, სხვა კულტურისთვის ის შესაძლოა ბოდვად ჩაითვალოს და პირიქით; ამიტომ კულტურული თავისებურების გათვალისწინება შიზოფრენიის შეფასების მნიშვნელოვანი ნაწილია.

აღსანიშნავია, რომ ეთნიკური წარმომავლობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ფარმაკოთერაპიის მიმდინარეობაზეც, ვინაიდან ადამიანის გენეტიკური თავისებურებები ზემოქმედებას ახდენს სამკურნალწამლო საშუალებების მეტაბოლიზმზე და შესაძ-

ლოა ამის გამო მიღებული მედიკამენტის ჩვეული დოზა, მედიკამენტის უფრო მაღალ კონცენტრაციას გვაძლევდეს გარკვეულ ეთნიკურ ჯგუფებში, რაც, ცხადია, მნიშვნელოვნად ზრდის გვერდითი მოვლენების გამოვლენის ალბათობას.

მკურნალობა

ფსიქოფარმაკოლოგია

მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა მეთოდი ფართოდ გამოიყენებოდა შიზოფრენიის სამკურნალოდ, 1952 წელს ქლორპრომაზინის გამოყენებამ მნიშვნელოვნად წაწინააღმდეგა ფსიქოფარმაკოლოგიის შესაძლებლობები. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები მხოლოდ აკონტროლებს სიმპტომებს და მათ ადამიანის შიზოფრენიისგან განკურნება არ შეუძლია.

პირველი თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატები დოპამინის ანტაგონისტებია, ხოლო მეორე თაობის ატიპიური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები როგორც დოპამინის, ისე სეროტონინის ანტაგონისტებია (იხ. თავი 2). ამ მედიკამენტების ჩამონათვალი და მათი უხშირესი გვერდითი მოვლენები მოცემულია 16.1 ცხრილში. ამ მედიკამენტების ძირითადი დანიშნულებაა შიზოფრენიის აქტიური სიმპტომების კონტროლი; კერძოდ, ამ მედიკამენტებით მკურნალობისას, ექიმის მიზანია აკონტროლოს ბოდვები, ჰალუცინაციები და ფსიქოზისთვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომები. მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები არა მხოლოდ პოზიტიური სიმპტომების, არამედ შიზოფრენიის ნეგატიური სიმპტომების მართვისთვისაც გამოიყენება.

შემანარჩუნებელი თერაპია

შემანარჩუნებელი თერაპიის მიზნით ორი სახის მედიკამენტი გამოიყენება, რომელიც დეპონირებული ინექციების სახით კეთდება: ფლუფენაზინი (პროლიქსინი) და ჰალოპერიდოლი (ჰალდოლი). ამ მედიკამენტების გახანგრძლივებულ შენოვას სეზამის ბეთი განსაზღვრავს; მედიკამენტის ეფექტი 2-დან 4 კვირამდე გრძელდება, რაც მისი ყოველდღიური მიღების საჭიროებას აქრობს (იხ. თავი 2). ამ მედიკამენტებით დაწყებული თერაპიის დროს საყურადღებოა, რომ თერაპიული ეფექტი რამდენიმე დღეში დგება, ამიტომ მათი გამოყენება მწვავე სიმპტომების სამართავად არა მიზანშეწონილია.

გვერდითი მოვლენები

ვინაიდან ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს ახასიათებს მძიმე გვერდითი მოვლენები, მკურნალობის დამყოლობა საკმაოდ დაბალია. სერიოზული სახის ნევროლოგიური გვერდითი მოვლენაა **ექსტრაპირამიდალური გვერდითი მოვლენები** (მწვავე დისტონიური მოვლენები, აკათიზია, პარკინსონიზმი), ტარდიული დისკინეზია, გულყრები და ავთვისებიანი ნეიროლეპტიური სინდრომი. არა ნევროლოგიური გვერდითი ეფექტებია წონის მატება, სედაცია, ფოტოსენსიტიურობა და ანტიქოლინერგიული ეფექტები, მაგ., მშრალი პირი, მხედველობის დაბინდვა, შეკრულობა, შარდის შეკავება და ორთოსტატული ჰიპოტენზია. 16.1 ცხრილში მოცემულია ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები და შესაბამისი საექთნო ინტერვენციები.

ექსტრაპირამიდალური გვერდითი მოვლენები – მოძრაობის შექცევადი აშლილობაა, რომელიც ხშირად ნეიროლეპტიური მედიკამენტების მოხმარებას ახლავს თან.

დისტონიური რეაქციები – თან ახლავს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენებას და ვლინდება მკურნალობის სანყის ეტაპზე. მისთვის დამახასიათებელია თვალისა და კისრის კუნთების სპაზმი (ტორტიკოლიზი და ოკულოგიური კრიზი). სპაზმი შესაძლოა გავრცელდეს ენის, ხახისა და სასულის არეში და გამოიწვიოს საჭაერო გზების დახშობა და სამედიცინო გადაუდებელი მდგომარეობის შექმნა. ამ მდგომარეობის მკურნალობის მიზნით, გამოიყენება დიფენჰიდრამინი კუნთში ან ვენაში, ან ბენზტროპინი კუნთში.

ფსევდოპარკინსონიზმი – ანუ ნეიროლეპტიური მედიკამენტებით გამოწვეული პარკინსონიზმი, ხასიათდება სიარულის მანერის თავისებურებით, ნიღბისებრი სახით, კუნთების რიგიდობით, სახსრების მოძრაობის შეზღუდვით, გაძლიერებული ნერწყვდენითა და აკინეზიით (უჭირთ მოძრაობის დაწყება და ზოგადად ნელა მოძრაობენ). ამ სიმპტომების გამოვლენა, როგორც წესი, ხდება დაავადების დასაწყისში და მცირდება დოზის ადაპტირების შემდეგ.

აკათიზია – არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც პაციენტი ვერ ჩერდება და მოუსვენრადაა. ამ დროს პაციენტს არ შეუძლია მშვიდად ჯდომა და აქვს შინაგანი აფორიაქების შეგრძნება. ვინაიდან აღნიშნულ მდგომარეობასთან ადაპტირება ძალიან უჭირთ პაციენტებს, ეს, ხშირად, მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი ხდება. აკათიზიის მკურნალობისთვის ყველგა ეფექტურია ბეტა ბლოკერები, თუმცა გარკვეულ პოზიტიურ შედეგებს ბენზოდიამებინების ჯგუფის მედიკამენტებიც იძლევა.

რაც უფრო ადრე იქნება აღმოჩენილი წამალთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები, მით მეტია ალბათობა იმისა, რომ მათ გამო არ შეწყდეს შიზოფრენიის მკურნალობა. ცხადია, ექთანი ერთ-ერთი პირველი ადამიანია, რომელსაც შეუძლია ამოიცნოს გვერდითი მოვლენები და მოახდინოს რეაგირება მათზე.

ტარდიული დისკინეზია – მკურნალობის ეს გვერდით ეფექტი, როგორც წესი, შედარებით გვიან ვლინდება და ხასიათდება უნებლიე მოძრაობებით (ტუჩების, ენის, ქუთუთოების, ყბების მოძრაობით). ვინაიდან ეს მოძრაობები პაციენტებს ეუხერხულებათ, ისინი ამ გვერდითი მოვლენის გამო კიდევ უფრო მეტად სოციალურად იზოლირებულები ხდებიან. ტარდიული დისკინეზია შეუქცევადია გამოვლენის შემდეგ, თუმცა მედიკამენტის შეწყვეტის შემდეგ მისი პროგრესირება ჩერდება. კლოზაპინი, არის მედიკამენტი, რომელსაც არ ახასიათებს ტარდიული დისკინეზია და ამიტომ იგი ხშირად ინიშნება პაციენტებში, რომლებსაც ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად განუვითარდათ ტარდიული დისკინეზია.

მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს პაციენტის შეფასება გვიანი ტიპის მოძრაობის აშლილობაზე, **მოძრაობის აშლილობათა შკალის მიხედვით**. მისი გამოყენება ხდება ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ და სიმპტომების შეფასება ხდება 0-4 ქულებით (იხ. სამახსოვრო 16.2).

ცხრილი 16.1. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, დოზები და გვერდითი მოვლენების განვითარების ალბათობა

გენერული დასახელება	ჩვეული დღიური დოზა	სედაცია	ჰიპოტენზია	ექსტრაპირამიდალური მოვლენები	ანტიქოლინერგიული ეფექტები
პირველი თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები					
ქლორპრომაზინი (თორაზინი)	200-1600	++++	+++	++	+++
პერფენაზინი (ტრილაფონი)	16-32	++	++++	+	
ფლუფენაზინი (პროლიქსინი)	2.5-20	+	+	++++	+
თიორიდაზინი (მელარი)	200-600	++++	+++	+	+++
მესორიდაზინი (სერენტილი)	75-300	++++	++	+	++
თიოთექსინი (ნავანი)	6-30	+	+	++++	+
ჰალოპერიდოლი (ჰალდოლი)	2-20	+	+	++++	+/0
ლოქსაპინი (ლოქსიტანი)	60-100	+++	++	+++	++
მოლინდონი (მობანი)	50-100	+	+/0	+	++
პერფენაზინი (ეტრაფონი)	16-32	++	++	+++	+
ტრიფლუოპერაზინი (სტელაზინი)	6-50	+	+	++++	+
მეორე თაობის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები					
კლოზაპინი (კლოზარელი)	150-500	++++	++	+/0	++
რისპერიდონი (რისპერდალი)	2-8	+++	++	++	+
ოლანზაპინი (ზიპრექსა)	5-20	++++	+++	+	++
ქუეტიაპინი (სეროქუელი)	150-500	+/0	++++	+	+
ზიპრასიდონი (გეოდონი)	40-160	++	+/0	+	+
პალიპერიდონი (ინვეგა)	6	++	++	++	+
ილოპერიდონი (ფანაპტი)	12-24	++	++	++	+

ასენაპინი (საფრისი)	10-20	+	+	+	++
ლურაზიდონი (ლატუდა)	40-80	+++	++	++	+
++++ დრამატულად გამოხატული; +++ მკვეთრად გამოხატული; ++ საშუალო; + მსუბუქი; +/- არ არის აღწერილი ან მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაში;					

ცხრილი 16.2. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები

გვერდითი მოვლენები	საექთნო ინტერვენციები
დისტონიური რეაქციები	შეასრულეთ დანიშნულება და შეაფასეთ მისი ეფექტურობა. ეცადეთ დაამშვიდოთ პაციენტი.
ტარდიული დისკინეზია	შეაფასეთ და აცნობეთ ცვლილებების შესახებ ექიმს.
ავთვისებიანი ნეიროლეპტიური სინდრომი	შენწყვიტეთ ყველა ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მიწოდება და დაუყოვნებლივ აცნობეთ ექიმს გვერდითი მოვლენის გამოვლენის შესახებ.
აკათიზია	შეასრულეთ დანიშნულება და შეაფასეთ მისი ეფექტურობა.
ექსტრაპირამიდალური მოვლენები ან ნეიროლეპტიური მედიკამენტებით გამოწვეული პარკინსონიზმი	შეასრულეთ დანიშნულება და შეაფასეთ მისი ეფექტურობა.
გულყრა	შენწყვიტეთ დანიშნულების შესრულება და აცნობეთ ექიმს გვერდითი მოვლენის გამოვლენის შესახებ. უზრუნველყავით პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოება, ტრავმისგან დაცვა.
სედაცია	პაციენტმა უნდა შეზღუდოს ყველა ის აქტივობა, რომელიც მოითხოვს მის კონცენტრირებას.
ფოტოსენსიტიურობა	ამ დროს პაციენტმა უმჯობესია მზის დამცავი კრემი გამოიყენოს.
წონის მატება	პაციენტს უნდა მიეცეს რჩევა-დარიგება ფიზიკური აქტივობისა და ჯანსაღი კვების წესის შესახებ.
ანტიქოლინერგიული სიმპტომები, პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა	დააკვირდით გვერდით მოვლენებს. ისინი დროთა განმავლობაში უნდა გაუმჯობესდეს, თუმცა თუ ეს ასე არ მოხდა შეატყობინეთ ექიმს.
შეკრულობა	პაციენტმა კუჭის მოქმედების გაუმჯობესებას ხელი უნდა შეუწყოს კვებით. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია მედიკამენტური დახმარებაც.
შარდის შეკავება	უთხარით პაციენტს, რომ ნებისმიერი გენიტორინარული სიმპტომის არსებობის შემთხვევაში, რომელიც თავისით არ გაქრება რამდენიმე ხანში, მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას.
ორთოსტატიული ჰიპოტენზია	ასწავლეთ პაციენტს, რომ მჯდომარე პოზიციიდან მწოლიარე პოზიციის უნდა გადავიდეს ნელა. ასევე ურჩიეთ პაციენტს რომ არ წამოდგეს სანამ არ დასრულდება თავბრუსხვევის ეპიზოდი.

გულყრები – ანტიფსიქოზური მედიკამენტების იშვიათი გვერდითი მოვლენაა. მისი განვითარების რისკი 1%-ია მკურნალობის დროს, გამოწვეულია კლოზეპინი, რომლის მკურნალობის დროსაც ამ გვერდითი მოვლენის განვითარების ალბათობაა 5%-ია. ამ გვერდითი მოვლენების სამართავად დოზის ადაპტირება როგორც წესი, საკმარისია.

ავთვისებიანი ნეიროლექტიური სინდრომი – ანტიფსიქოზური მედიკამენტის ეს გართულება, არის მძიმე ფორმის გართულება, რომელიც შესაძლოა ფატალურადაც კი დასრულდეს. იგი ხასიათდება კუნთთა რიგიდობით, მაღალი ცხელებით, კუნთების მომატებული ფერმენტების კონცენტრაციით (კრეატინ ფოსფოკინაზის დონე) და ლეიკოციტოზით. დადგენილია, რომ ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობისას, ამ სინდრომის განვითარების ალბათობა 0,1%-დან 1%-მდეა. აღსანიშნავია, რომ ნებისმიერმა ანტიფსიქოზურმა მედიკამენტმა შესაძლოა გამოიწვიოს ეს გართულება და მისი მართვის ერთ-ერთი ძირითადი საშუალება, მედიკამენტების სასწრაფოდ შეწყვეტაა. ანტიფსიქოზური მედიკამენტის ცვლილებით, შესაძლებელია ავთვისებიანი ნეიროლექტიური სინდრომის განვითარების ალბათობა მომავალში.

აგრანულოციტოზი – კლოზეპინის მიღების შედეგად შესაძლოა განვითარდეს პოტენციურად ფატალური გვერდითი მოვლენა, რომლის დროსაც ძვლის წითელი ტვინი სისხლის თეთრი უჯრედების წარმოქმნის რესურსს კარგავს. აგრანულოციტოზი ვითარდება, როგორც წესი, უეცრად და მას ახასიათებს ცხელება, სისუსტე, ყელის ტკივილი, მისი დაწყობა და ლეიკოპენია. ამ სიმპტომების გამოვლენა შესაძლოა თერაპიის დაწყებიდან 18-24 კვირის განმავლობაში მოხდეს. აგრანულოციტოზის აღმოჩენისთანავე აუცილებელია, ექიმმა დაუყოვნებლივ შეწყვიტოს მკურნალობა და ყოველკვირეულად აკონტროლოს სისხლის თეთრი უჯრედების კონცენტრაცია, 6 თვის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ ყოველ 2 კვირაში ერთხელ.

ცხრილი 16.3. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ეფექტურობა ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენების მართვის დროს და საექთნო ინტერვენციები

გენერული (სავაჭრო) დასახელება	აკათიზია	დისტონია	რიგიდობა	კანკალი	საექთნო ინტერვენცია
ბენზტროპინი (კოგენტინი)	2	2	3	2	გაზარდეთ წყლისა და უჯრედისით მდიდარი საკვების მიღების მოცულობა. პირის სიმშრალის დასაძლევად შესთავაზეთ პაციენტს ტკბილი ნუგბარი. შეაფასეთ პაციენტის მეხსიერების მდგომარეობა.
ტრიპექსიფენიდილი (არტანი)	2	3	3	3	
ბიპერიდენი (აკინეტონი)	1	3	3	3	
პროციკლიდინი (კემადრინი)	1	3	3	3	
ამანტადინი (სიმეტრელი)	3	2	3	2	პირის სიმშრალის დასაძლევად შესთავაზეთ პაციენტს ტკბილი ნუგბარი. შეაფასეთ პაციენტი ფსიქოზის სიმტომებზე.

დიფენჰიდრამინი (ბენადრილი)	2	2-3	1	2	პირის სიმშრალის დასაძლევად შესთავაზეთ პაციენტს ტკბილი ნუგბარი. შეაფასეთ სედაციის ეფექტის გამოვლენა.
დიაზეპამი (ვალლიუმი)	2	1-2	1-2	0-1	შეაფასეთ სედაციის დონე და მედიკამენტის ბოროტად გამოყენების ალბათობა.
ლორაზეპამი (ატივანი)	2	1-2	1-2	0-1	შეაფასეთ სედაციის დონე და მედიკამენტის ბოროტად გამოყენების ალბათობა.
პროპრანოლოლი (ინდერალი)	3	0	0	1-2	შეამონმეთ, ხომ არ აქვს პაციენტს ისეთი გვერდითი მოვლენები, როგორცაა გულის ფრიალი, თავბრუსხვევა და კიდურების გაციება.

ფსიქოზის მკურნალობა

ფარმაკოლოგიურ აგენტებთან ერთად მკურნალობის სხვა მოდელებმა შესაძლოა მნიშვნელოვანი დადებითი ეფექტები მოგვცეს შიზოფრენიის მკურნალობის თვალსაზრისით. მკურნალობის ისეთი მიდგომები, როგორცაა ჯგუფური თერაპია, ოჯახური თერაპია, ოჯახის განათლება და სოციალური უნარების დასწავლა შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს.

ყველა სახის დამატებითი თერაპიები, პაციენტს ეხმარება გაიუმჯობესოს თავისი სოციალური ურთიერთობები და იქონიოს სოციალური კონტაქტი სხვა ადამიანებთან. მკურნალობის ამ დამატებითი მეთოდების გამოყენებით შესაძლოა, მათ სხვადასხვა სოციალური უნარების დასწავლა და შემდეგ მათი იმპლემენტაცია მოახდინონ ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

ახალი ტიპის თერაპია, რომელიც მიზნად კოგნიტურ გაუმჯობესებას ისახავს, ორი სახის მიდგომას, კომპიუტერზე დაფუძნებულ კოგნიტურ თერაპიას ჯგუფურ თერაპიასთან, აერთიანებს. ამ თერაპიის მიზანი პაციენტის ნეიროკოგნიტური, ყურადღების, კონცენტრირებისა და სოციალური უნარების გაუმჯობესებაა.

მკურნალობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ოჯახის განათლების საკითხი. ადეკვატური ოჯახური განათლების დროს, პაციენტებს უფრო იშვიათად აქვთ გამწვავებები. თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ ოჯახის როლი ხშირად არაჯეროვნადაა აღქმული და ოჯახის წევრები ნაკლებად არიან ჩართული მკურნალობის პროცესში. მკურნალობაში ოჯახის ჩართულობა არა მარტო პაციენტის, არამედ ოჯახის წევრებისთვისაც მნიშვნელოვანია. მათთვის ახლო ადამიანის ავადმყოფობა მნიშვნელოვანი სტრესია და ხშირად უჭირთ ამ სტრესთან მარტო გამკლავება.

სამახსოვრო 16.2. პათოლოგიური მოძრაობის შეფასების ცხრილი

პაციენტის პირადი ინფორმაცია

შეფასება ანარმოა

შეფასების თარიღი

შეფასების დაწყებამდე ან მის მერე ანარმოეთ პაციენტზე დაკვირვება. შეფასების დროს, პაციენტი უნდა იჯდეს მაგარ და ხელის საყრდენების არმქონე სკამზე. შეფასებისთვის უნდა გამოვიყენოთ შემდეგი ქულები:

- 0-არ აღინიშნება;
- 1- მინიმალური;
- 2- მსუბუქი;
- 3- საშუალო;
- 4-მძიმედ გამოხატული.

შეფასების დაწყებამდე ჰკითხეთ პაციენტს რამე ხომ არ აქვს პირში (სალეჭი რეზინა, კანფეტი), თუ აქვს, სთხოვეთ, რომ გამოიღოს პირიდან.

ჰკითხეთ პაციენტს თავისი კბილების მდგომარეობის შესახებ; ჰკითხეთ, აქვს თუ არა პროთეზი ან იმპლანტები და ხომ არ არის მათი გამოყენება დისკომფორტის შემცველი.

ჰკითხეთ პაციენტს, შეუმჩნევია თუ არა თავისი ხელების, ფეხების, ან სახის ნაკვთების მოძრაობა. დადებითი პასუხის შემთხვევაში ჰკითხეთ, არის თუ არა მისთვის ეს მოძრაობები შემანუხებელი?

არის თუ არა პაციენტის ხელები განლაგებული მუხლებზე და ფეხები ოდნავ გაშლილი ჯდომის დროს. 1; 2; 3; 4.

სთხოვეთ ჩამოუშვას ხელები; მამაკაცმა ხელები ფეხებს შორის დაუშვას, ხოლო ქალმა, თუ მას კაბა აცვია, ხელები მუხლებზე ჩამოუშვას. 1; 2; 3; 4.

სთხოვეთ პაციენტს გააღოს პირი. დააკვირდით ენის მდებარეობას პირის ღრუში, მოსვენებულ მდგომარეობაში. (გაიმეორეთ ეს შეფასება ორჯერ). 1; 2; 3; 4.

სთხოვეთ პაციენტს გამოყოს ენა. შეაფასეთ ენის მოძრაობა. (განახორციელეთ ეს შემოწმება ორჯერ). 1; 2; 3; 4.

სთხოვეთ პაციენტს რიგრიგობით მარჯვენა და მარცხენა ხელით ცალ-ცალკე, შეახოს ცერა თითს ყველა სხვა თითი. დააკვირდით ქვემო კიდურებისა და სახის გრიმასის მოძრაობას. 1; 2; 3; 4.

მოხარეთ და გაშალეთ პაციენტის მარჯვენა და მარცხენა ხელი (თითოეული ცალ-ცალკე). 1; 2; 3; 4.

სთხოვეთ პაციენტს წამოდგეს (შეხედეთ პაციენტს პროფილში და დააკვირდით სხეულის ყველა ნაწილს). 1; 2; 3; 4.

*სთხოვეთ პაციენტს გაშალოს ხელები განზე, ხელისგულებით ქვემოთ, დააკვირდით ამ დროს სხეულისა და სახის მოძრაობებს. 1; 2; 3; 4.

*სთხოვეთ პაციენტს წამოდგეს და რამდენიმე ნაბიჯი გადადგას, შემდეგ კი ისევ მიბრუნდეს სკამისკენ და წავიდეს მისკენ (შეაფასეთ ხელები და სიარულის მანერა). გაიმეორეთ ეს შეფასება ორჯერ. 1; 2; 3; 4.

საექთნო პროცესი

შეფასება

შიზოფრენია მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფუნქციონირებაზე, მის ემოციებზე, ქცევაზე და აღქმის სფეროზე. აღსანიშნავია, რომ ამ ზეგავლენის სიდიდე, თითოეულ პაციენტში, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან და დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის ფაზაზე; შესაბამისად, პაციენტის ფუნქციონირების დონის შეფასება, მხოლოდ მის დიაგნოზზე დაყრდნობით არასწორი იქნებოდა და მნიშ-

ვნელოვანია, რომ ინტერვენციების დაგეგმვისას ექთანმა გაითვალისწინოს პაციენტის მდგომარეობა და საჭიროებები.

პაციენტის ისტორია

პაციენტის შეფასებისას მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა განსაზღვროს თუ როდის დაიწყო შიზოფრენია. რაც უფრო ადრე იწყება იგი, მით უფრო ცუდი გამოსავალი აქვს მას. ასევე მნიშვნელოვანია, იყო თუ არა პაციენტი ჰოსპიტალიზირებული შიზოფრენიის გამო მანამდე და რა იყო ამ ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი.

ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის სუციდური ქცევის ისტორია. ჰქონია თუ არა წარსულში თვითმკვლელობის მცდელობა ან ესმოდა თუ არა იმპერატიული ხმები, რომელიც თვითდაზიანებას აიუძლებდა მას. ასევე უნდა ჰკითხოს პაციენტს მისი ქცევის შესახებ, გაბრაზებისა და იმედგაცრუების დროს.

ექთანმა უნდა გამოკითხოს პაციენტის ახლობლები და ოჯახის წევრები.

მაგ., მან უნდა იკითხოს:

- ინარჩუნებდა თუ არა პაციენტი თავისი ოჯახის წევრებთან კონტაქტს?
- ესწრებოდა თუ არა იგი ჯგუფურ სესიებს?
- ჰქონდა თუ არა პაციენტს ეპიზოდები, როდესაც მას აღარ ჰქონდა ფული?
- შეიცვალა თუ არა პაციენტის ცხოვრება უკანასკნელ პერიოდში?

ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის თვითაღქმაც; ჰკითხოს მას რა მიაჩნია ყველაზე დიდ მიმდინარე გამოწვევად და რაში სჭირდება მას დახმარება?

ზოგადი შეხედულება, მოტორული ქცევა და მეტყველება

შესაძლოა პაციენტებს სრულიად ნორმალურად ეცვათ და არ ავლენდნენ რაიმე სახის უცნაურ ქცევას, თუმცა ასევე შესაძლოა, ეცვათ შეუსაბამოდ (მაგ., ეცვათ ძალიან თბილად ცხელ ამინდში) ან იყვნენ მოუვლელეები და მოუწესრიგებლები.

მოტორული ქცევის თვალსაზრისით, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს მოუსვენრობა, იყოს აჟიტირებული ან უმოძრაო (კატატონია); შესაძლოა ჰქონდეს უმიზნო მოძრაობები (სტერეოტიპული მოძრაობები) და გრიმასები. შიზოფრენიის დროს, ხშირია ასევე ექოპრაქსია- სხვისი მოძრაობებისა და მანევრირების გამეორება, ექოპრაქსია- უმიზნაარსო საუბარი; შესაძლოა პაციენტს ახასიათებდეს ფსიქომოტორული ჩამორჩენა, ჰქონდეს მოუხერხებელი პოზა მიღებული (ემბრიონის პოზა) ან ცვილისებრი ელასტიურობა. პაციენტებს შესაძლოა ასევე პასუხის შეკავების მდგომარეობაც ჰქონდეთ. ის შესაძლოა შეკითხვას ან მითითებას 30-45 წამის შემდეგ ასრულებდეს, რაც მისი კოგნიტური ფუნქციის მოშლასთანაა დაკავშირებული.

გუნება-განწყობა და აფექტი

შიზოფრენიისას პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ბრტყელი (სახის გამომეტყველების არარსებობა) ან ბლაგვი აფექტი (სუსტად გამოხატული გამომეტყველება). როგორც წესი, პაციენტებს ნიღბისებრი გამომეტყველება და მსუბუქი შეუსაბამო ქცევა (მიზმის გარეშე სიცილი) აქვთ; მას შესაძლოა ეცინებოდეს ოჯახის წევრის გარდაცვალებაზე და ეტირებოდეს ამინდის გამო.

სამახსოვრო 16.3. შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების საუბრის მახასიათებლები

ხმოვანი ასოციაციები – პაციენტი საუბრისას იყენებს სიტყვებს, რომელიც შესაბამისია არა შინაარსობრივად, არამედ რიტმულად.

ნეოლოგიზმები – პაციენტის მიერ მოგონილი სიტყვების გამოყენება საუბრისას.

მაგ., “თავს კრინულად ვგრძნობ. აქ გრძნობს კიდევ ვინმე თავს კრინულად?”

ვერბიგერაცია – პაციენტის მიერ სიტყვების სტერეოტიპული გამოყენება ისე, რომ მას შესაძლოა არც ჰქონდეს რაიმე შინაარსობრივი დატვირთვა მოსაუბრისთვის. მაგ., “სახლში მინდა დაბრუნება, დაბრუნება, დაბრუნება, დაბრუნება”.

ექოლალია – პაციენტის მხრიდან მოსაუბრის მიერ ნათქვამი სიტყვების გამოყენება.

მაგ., ექთანი – შეგიძლია მითხრა როგორ ხარ?

პაციენტი – შეგიძლია როგორ ხარ?

მაღალფარდოვანი სიტყვების გამოყენება – მაგ., თუ თქვენ, როგორც თქვენი კეთილშობილი პროფესიის წარმომადგენელი, იქნებით ისეთი კეთილი, რომ მე მაპკურებთ მცირე წყალს”.

პერზერვაცია – პაციენტის მიერ საუბარი ერთსა და იმავე თემაზე, მიუხედავად იმისა, რომ მოსაუბრე საუბრის სხვა თემაზე გადატანას ცდილობს.

მაგ., ექთანი – როგორ გეძინათ?

პაციენტი – მემგონი მე ამედევენენ ქუჩაში.

ექთანი – სად ცხოვრობთ?

პაციენტი – ვილაც მომყვებოდა.

ექთანი – რისი გაკეთება გიყვართ თავისუფალ დროს?

პაციენტი – არაფრის, იმიტომ რომ მე მედევენებიან ხოლმე.

სიტყვიერი სალათი – ერთმანეთთან დაუკავშირებელი სიტყვების გამოყენება საუბრისას.

მაგ., სიმინდი, კარტოფილი, ხტუნვა, თამაში, კარადა, ბალახი”.

შიზოფრენიით დაავადებისას, პაციენტს შესაძლოა ახასიათებდეს დებრესიული განწყობა და დაკარგული ჰქონდეს ცხოვრების ხალისი (ანჰედონია). ამასთან, მას შესაძლოა ჰქონდეს ყოვლისშემძლეობისა და ყოვლისმცოდნეობის შეგრძნებაც. განსაკუთრებული კეთილდღეობის შეგრძნება პაციენტებს ეუფლებათ ფსიქოზის ეპიზოდების დროს.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

შიზოფრენიის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშან-თვისებაა ფიქრის პროცესის მოშლა. ამ ფუნქციის შეფასება ექთანს შეუძლია პაციენტთან საუბრის საშუალებით და მის მიერ წარმოთქმულზე დაკვირვებით. მაგ., პაციენტმა შესაძლოა უეცრად შეწყვიტოს საუბარი და ერთი წუთის განმავლობაში იყოს ჩუმად. ეს შესაძლოა ფიქრის ბლოკირების მიზეზით მოხდეს. ამასთან, პაციენტს შესაძლოა ეგონოს, რომ სხვებს ესმით მისი აზრები (აზრთა გადაცემა) ან რომ ისინი იპარავენ მის აზრებს, ან რომ სხვები მას უცვლიან აზრებს.

პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ზედაპირული აზროვნებაც; ანუ ის არასოდეს უღრმავდებოდეს რომელიმე საკითხს და ამიტომ ზედაპირულად პასუხობდეს შეკითხვებს.

მაგ., ექთანი – როგორ გეძინათ ღამე?

პაციენტი – მე ვცდილობ დავიძინო ღამე. ამისთვის ხშირად მუსიკას ვუსმენ, მე მიყვარს პოპის ჟანრის მუსიკა. თქვენ რა გიყვართ? შეიძლება ვჭამო? მშია.

შესაძლოა პაციენტი ასევე შეკითხვის შემდეგ იძლეოდეს პასუხს, თუმცა ახდენდეს პასუხის ზედმეტ დეტალიზებას.

მაგ., ექთანი – როგორ გეძინათ?

პაციენტი – მე ადრე დავწევი, შემდეგ მუსიკას ვუსმენდი, ცოტა წავიკითხე კიდევ. იცით ძალიან მიყვარს ძილის წინ წიგნის კითხვა. იქნებ მეც დავწერო წიგნი ოდესმე. მეძინა, თუმცა 3-4 საათი.

შიზოფრენიის დროს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს პაციენტის მიერ შინაარსის მწი-
რად გადმოცემასაც.

მაგ., ექთანი – როგორ გეძინათ ღამე?

პაციენტი – მემგონი, არ ვიცი. მიჭირს პასუხის გაცემა.

ბოდვები

შიზოფრენიის ფსიქოზის ფაზაში, პაციენტებს ხშირად აქვთ ბოდვები, ანუ არა რეალუ-
რი წარმოდგენები და რწმენები. ვინაიდან შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტს სჯერა
საკუთრი ბოდვების, იგი ხშირად ემორჩილება მას. მაგ., პაციენტს, რომელსაც ჰგონია
რომ უთვალთვალევენ, შესაძლოა ამონმებდეს ოთახს და საუბრობდეს ჩურჩულით.

ბოდვის შინაარსი და თემატიკა შესაძლოა სხვადასხვაგვარი იყოს. 16.4 ცხრილში
აღწერილია ბოდვების სხვადასხვა ტიპი.

შეკითხვაზე, თუ რატომ სჯერა მას ამ ბოდვური აზრების, პაციენტები პასუხობენ, რომ
მათ უბრალოდ იციან ეს.

იმისათვის, რომ მოხდეს პაციენტის ქცევისა და აზრების პროგნოზირება, ექთანი
ცდილობს მოახდინოს ბოდვური აზრების გამოკითხვა. გამოკითხვის დროს ექთანმა
განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ბოდვებზე საუბრისას და ეცადოს არ
დააყენოს პაციენტი გამონწვევის წინაშე.

სენსორული სფერო და ინტელექტუალური პროცესი

შიზოფრენიის ერთ-ერთი ყველაზე დამახასიათებელი ნიშან-თვისებაა **ჰალუცინაცი-
ები** (არა რეალური შეგრძნებები). ჰალუცინაცია, შესაძლოა მოიცავდეს ხუთ გრძნობათა
ორგანოს და ყველა სახის შეგრძნებას. ამან შეიძლება მნიშვნელოვნად შეაშინოს პა-
ციენტი, თუმცა იშვიათად, ისინი შესაძლოა სასიამოვნოც კი იყოს პაციენტისთვის.

ჰალუცინაცია განსხვავდება ილუზიისაგან, რომელიც თავის მხრივ გარემოში არ-
სებული სტიმულების არასწორი აღქმაა. მაგ., ტყეში სეირნობისას პაციენტს შესაძლოა
ეგონოს რომ ხეებს უკან გველია, თუმცა დაკვირვების შემდეგ მიხვდეს, რომ ეს მხოლოდ
დაკლაკნილი ჯოხია.

სამახსოვრო 16.4. ბოდვის ტიპები

<p>პარანორმული ბოდვები – ამ დროს პაციენტს ჰგონია, რომ მას უთვალთვალევენ და რომ მისთვის ზიანის მიყენებას ცდილობენ. მას შესაძლოა ეგონოს, რომ მისი საკვები მოწამლეს ან რომ უსმენენ. პაციენტების აზრით, ამ დევნის ავტორები, შესაძლოა რომელიმე სახელმწიფოებრივი ორგანიზაცია ან თუნდაც ოჯახის წევრები იყვნენ.</p> <p>გრანდიოზული ბოდვები – პაციენტს ჰგონია, რომ ის სახელოვანი და გრანდიოზული პიროვნებაა. მაგ., ის შესაძლებელია ფიქრობდეს, რომ არის რომელიმე ცნობილი ან მნიშვნელოვანი ადამიანის შვილი, ეგონოს, რომ იცის რაიმე სახის მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, მაგ., შესაძლოა ამბობდეს, რომ მისთვის ცნობილია კიბოს განკურნების მეთოდები.</p>
--

რელიგიური ბოდვები – ასეთი ბოდვები, როგორც წესი, ასოცირებულია ქრისტეს მეორედ მოსვლასთან. მაგ., პაციენტი შესაძლოა ამბობდეს, რომ არის მესია, რომ ის არის გზავნილი და პირდაპირი კავშირი აქვს ღმერთთან.

სომატური ბოდვები – პაციენტს აქვს არარეალისტური განცდები და ამრები საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ. ეს დამოკიდებულება არ იცვლება ფაქტობრივი ინფორმაციის (მაგ., ლაბორატორიული ან რადიოლოგიური) მიღების შემდეგ.

სექსუალური ხასიათის ბოდვები – პაციენტს ჰგონია, რომ სხვებმა იციან მისი სექსუალური ქცევის შესახებ. მას შესაძლოა ეგონოს რომ ის მეძავია ან რომ მან ვინმე გააუპატიურა, ან ორსულადაა.

ნიჰილისტური ბოდვები – პაციენტს ჰგონია, რომ მისი ორგანოები არ ფუნქციონირებს ან რომ ისინი კარგავენ ფუნქციას (უღებება). მას ასევე შესაძლოა ეგონოს, რომ მისი ორგანო ძლიერ დაზიანებული ან დამახინჯებულია.

დაკავშირებული ბოდვები – პაციენტს ჰგონია, რომ გარემოში მიმდინარე მოვლენები, სატელევიზიო გამოსვლები უშუალოდ მასთანაა დაკავშირებული. მაგ., შესაძლოა პაციენტს ეგონოს, რომ პრეზიდენტი თავისი სიტყვის დროს, უშუალოდ მას მიმართავს.

არსებობს შემდეგი სახის ჰალუცინაციები:

სმენითი ჰალუცინაციები – ეს არის ჰალუცინაციის უხშირესი ფორმა. ამ დროს პაციენტს ესმის სხვადასხვა ხმა ან საუბარი; შეიძლება ჰქონდეს იმპერატიული ხასიათის სმენითი ჰალუცინაციებიც. თუ ხმა იმპერატიულია, შესაძლოა თავის ან სხვის დაზიანებას კარნახობდეს პაციენტს, ეს უკანასკნელი კი შესაძლოა საფრთხის შემცველი იყოს.

ვიზუალური ჰალუცინაციები – ეს არის სმენითი ჰალუცინაციების შემდეგ ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ჰალუცინაციების ტიპი, რომელიც მოვლენების დამახინჯებულ აღქმას გულისხმობს. მაგ., პაციენტი ექთანს შესაძლოა აღიქვამდეს მონსტრად, ხედავდეს გარდაცვლილ ადამიანებს ან სხვადასხვა სახის ნათებებს.

ყნოსვითი ჰალუცინაციები – პაციენტი შესაძლოა გრძნობდეს სხვადასხვა სახის სპეციფურ სუნს. მაგ., შესაძლოა გრძნობდეს შარდის, განავლის ან სხვა მძალე სუნს. ხშირია ყნოსვითი ჰალუცინაციების არსებობა გულყრებთან და დემენციასთან ერთად.

ტაქტილური ჰალუცინაციები – ამ დროს პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს დენის გავლის შეგრძნება სხეულში. ამ ტიპის ჰალუცინაციები ხშირია ალკოჰოლური აბსიტინენციის დროს და შედარებით იშვიათია შიზოფრენიისას.

გუსტატორული ჰალუცინაციები – ამ დროს პაციენტს აქვს უცნაური გემოს შეგრძნება პირში. შესაძლოა მას ერთი ტიპის საკვების მირთმევისას ჰქონდეს განსხვავებული გემო პირში. ასევე შესაძლოა პაციენტს ჰქონდეს მეტალის ან სიმწარის შეგრძნებაც.

ცენესთეზიური ჰალუცინაციები – ამ დროს პაციენტი ამბობს, რომ გრძობს ორგანიზმში მიმდინარე ისეთ პროცესებს, რომელიც ნორმაში ადამიანის მიერ არ შეიგრძნობა. მაგ., პაციენტი შესაძლოა ამბობდეს, რომ ის გრძობს თუ როგორ წარმოქმნის მისი სხეული შარდს.

კინესთეზიური ჰალუცინაციები – ამ დროს პაციენტს უძრავ მდგომარეობაში ყოფნის მიუხედავად აქვს შეგრძნება, რომ მისი სხეულის ნაწილები მოძრაობენ. მას შესაძლოა ჰქონდეს ტივტივის შეგრძნებაც.

კლინიკური შემთხვევა: შიზოფრენია

დავითი რამდენიმე დღით ესტუმრა მამას. თავდაპირველად ყველაფერი კარგად მიდიოდა, მაგრამ მას დაავიწყდა დანიშნულების მიღება და რამდენიმე დღეში ძილთან დაკავშირებული პრობლემები დაეწყო. მამამისს ესმოდა თუ როგორ ესაუბრებოდა იგი თავის თავს ღამით.

ერთ დღეს, როცა დავითის მამა სამსახურში იყო, დავითს სმენითი ჰალუცინაციები დაეწყო. მას ესმოდა თუ როგორ ეძახდნენ სახლის გარედან რომ ის ცუდია, იმდენად ცუდი, რომ მამამაც კი ვერ ზრუნავს. ხმა ემუქრებოდა, რომ მოვიდოდა და მასაც და მამამისსაც დასჯიდა. როდესაც დავითის მამა სახლში მოვიდა, ნახა რომ იგი მიუხედავად ცივი ამინდისა, მაისურისა და ფეხსაცმლის გარეშე ბუჩქებში იმალებოდა. მას კვლავ ესმოდა ხმები და ძალიან შეშინებული იყო. მამა ცდილობდა დავითი მანქანაში ჩაესვა, მაგრამ მას ხმა ეუბნებოდა რომ თუ ის მანქანაში ჩაჯდებოდა და მამას გაჰყვებოდა, ორივე ავტო კატასტროფაში დაიღუპებოდა. ხმა ეუბნებოდა რომ აელო ნაჯახი და გაენადგურებინა ემპაკისგან შეპყრობილი მანქანა, რათა უბედურება აეცილებინა თავიდან.

სასწრაფო დახმარების პერსონალი მოსვლისთანავე შეეცადა დავითთან მშვიდად, მაგრამ მტკიცედ ესაუბრა. მათ დაარწმუნეს იგი, რომ ისინი უსაფრთხო ადგილას წაიყვანდნენ დავითს და მამამისს. სასწრაფო დახმარების ჯგუფმა მოახდინა დავითის იმობილიზაცია და მისი ტრანსპორტირება ჰოსპიტალში.

ფსიქოლოგიური შეტევის დროს, პაციენტები დემორიენტირებული არიან დროსა და სივრცეში. ცუდ შემთხვევაში, მათ შესაძლოა ჰქონდეთ დეპერსონალიზაცია, რა დროსაც ისინი საკუთარი ქცევისგანაც კი განიცდიან დისტანცირებას. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა მან იცოდეს თუ ვინაა და სწორად ასახელებდეს საკუთარ სახელსა და გვარს, შეიძლება მაინც ჰქონდეს შეგრძნება, რომ მონყვეტილია საკუთარ სხეულს და რომ მას სხვა, ავი სული დაეპატრონა.

ფსიქოლოგის დროს პაციენტის ინტელექტუალური ფუნქციები მკვეთრად მცირდება, რაც დაკავშირებულია კონცენტრირებისა და ანალიზის უნარის მკვეთრ შემცირებასთან. პაციენტის აზრები ხდება უკიდურესად კონკრეტული და მას არ შეუძლია მოახდინოს აბსტრაქტირება. მაგ., თუ პაციენტს ვეტყვით ანდაზას “ერთი თხილის გული ცხრა ძმამ გაიყო”, და ვთხოვთ ამ ანდაზის ახსნას, ის მას პირდაპირი მნიშვნელობით გაიგებს და იტყვის, რომ თხილის გული გაიყო ცხრა ძმამ.

კოგნიტური ფუნქციების ასეთი მოშლა მნიშვნელოვნად უშლის ხელს მკურნალობის პროცესს. ვინაიდან ასეთ დროს პაციენტისთვის დანიშნულების შესრულების ინსტრუქციაც რთული ასახსნელია. მაგ., თუ ექთანი ეტყვის, რომ მან აუცილებლად უნდა მიიღოს დანიშნული მედიკამენტები, შესაძლოა მან ეს მედიკამენტები ყველა ერთად დალიოს.

საექთნო მოვლის გეგმა: ბოძვების მქონე პაციენტი

საექთნო დიაგნოზი: აზროვნების პროცესის აშლილობა, კოგნიტური სფეროს აშლილობა. შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაცია:

- რეალობასთან აცდენილი ფიქრი;
- დემორიენტაცია;
- ლაბილური აფექტი;
- ყურადღების კონცენტრირების პრობლემა;
- მსჯელობის მოშლა;
- გაფანტულობა.

მოსალოდნელი შედეგები**მოკლევადიანი****პაციენტი შეძლებს:**

- არ მიიღოს დაზიანება მთელი ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში;
- 24-48 საათში შემცირდება მისი შფოთვის დონე;
- რეალურ ურთიერთობებზე აქვს რეაგირება. ახდენს კომუნიკაციას 5-10 წუთის განმავლობაში გადაბმულად, ყოველ 24-48 საათში.

სტაბილიზაცია**პაციენტი შეძლებს:**

- კომუნიკაციის წარმოებას ყოველდღიური აქტივობების შესახებ;
- კონცენტრირების შენარჩუნებას კონკრეტული ამოცანის დასრულების მიზნით.

თემში**პაციენტი შეძლებს:**

- ბოღვური ამრების ვერბალიზებას მათი არსებობის შემთხვევაში;
- ბოღვების არსებობის მიუხედავად, ნორმალური ფუნქციონირების გაგრძელებას.

იმპლემენტაცია

საექთნო ინტერვენცია	ახსნა
პაციენტთან კომუნიკაციისას იყავით გულწრფელი.	ბოღვური პაციენტები ძალიან მგრძობიარენი არიან გულწრფელობის მიმართ. მათ ადვილად შეუძლიათ არაგულწრფელი დამოკიდებულების ამოცნობა, რაც აღრმავებს მათ ბოღვურ მდგომარეობას.
წესებისა და მოლოდინების წარმოქმნისას იყავით თანმიმდევრულნი.	ადვილად გასაგები წესები და მოლოდინები მეტად ადვილი შესასრულებელია პაციენტისთვის.
არ დაპირდეთ პაციენტს იმას, რისი შესრულებაც არ შეგიძლიათ.	შეუსრულებელი დანაპირები, პაციენტში უნდობლობას აღძრავს.
ეცადეთ პაციენტი საუბარში შეიყოლიოთ. არ დაკითხოთ იგი.	დაკითხვის ტიპის კომუნიკაციის აწყობა, ხელს უშლის თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას.
პროცედურების ჩატარებამდე აუხსენით პაციენტს მათი რაობა და დარწმუნდით რომ ისინი გასაგებია პაციენტისთვის.	როდესაც პაციენტს კარგად ესმის პროცედურის მიზანი და შინაარსი, ნაკლებად არის მოსალოდნელი პრობლემების გაჩენა.
მიეცით პაციენტს დადებითი უკუკავშირი წარმატების მიღწევის შემდეგ.	პოზიტიური უკუკავშირი, აუმჯობესებს პაციენტის ემოციურ მდგომარეობას და მისი არა ბოღვური გარემო უფრო პოზიტიური ხდება მისთვის.
პაციენტის ბოღვა, აღიქვით როგორც მისი სამყაროს აღქმის გზა.	პაციენტის ბოღვების გაგება მისი ემოციების გაგებაში დაგეხმარებათ.
არ ედაოთ პაციენტს ან არ ეცადოთ დარწმუნება, რომ მისი ბოღვები არარეალურია.	ლოგიკური მსჯელობის წარმოება არ ამცირებს ბოღვურ ამრებს და აზიანებს თერაპიულ ურთიერთობებს.
პაციენტთან აწარმოეთ კომუნიკაცია რეალურ საკითხებზე და არ ჩაუღრმავდეთ ბოღვებს.	რეალობაზე კონცენტრირება უფრო ჯანსაღია პაციენტისთვის.

მოახდინეთ პაციენტის ჩართვა აქტივობებში, თავდაპირველად მარტო, ხოლო შემდეგ ჯგუფთან ერთად.	როდესაც ნდობის პრობლემებია, უმჯობესია პაციენტი მარტო ასრულებდეს კონკრეტულ აქტივობას. პროგრესთან ერთად მეტად უსაფრთხო ხდება ჯგუფური აქტივობების წარმოება.
აღიარეთ და შეაქეთ პაციენტი მიღწეული პროგრესის გამო.	პაციენტთან პოზიტიური უკუკავშირი აუმჯობესებს მის მდგომარეობას და ამცირებს ბოღვების, როგორც თვით დაჯერებულობის მიღების წყაროს საჭიროებას.
გამოავლინეთ ემპათია პაციენტის მიმართ.	ბოღვები შესაძლოა მნიშვნელოვანი სტრესი იყოს პაციენტებისთვის. ემპათიური და მზრუნველი დამოკიდებულება.
არასოდეს იხუმროთ ან დაამციროთ პაციენტი მისი რწმენის გამო.	პაციენტს არ ესმის თუ რატომ შეიძლება, რომ მისი ბოღვები სასაცილო იყოს. თუ მისი გრძობები იუმორს გააღვივებს ექთანში, ეს მნიშვნელოვნად დააზიანებს მასსა და ექთანს შორის არსებულ ნდობას.
არასოდეს უთხრათ პაციენტს რომ თქვენ გჯერათ მისი ბოღვების.	ბოღვების მიმართ დადებითი დამოკიდებულების გამოვლენა, წაახალისებს ახალი ბოღვების გამოვლენას.
გამოავლინეთ უნდობლობა ბოღვის მიმართ მაშინვე. არ უმტკიცოთ რამე პაციენტს, მაგრამ აღნიშნეთ ფაქტი, რომ ეს არ არის რეალობა.	პაციენტის ნდობის მოპოვების შემდეგ, მასაც შესაძლოა გაუჩნდეს ეჭვი ბოღვის მიმართ, თუ თქვენც გამოხატავთ ეჭვს.
როგორც კი პაციენტი გამოავლენს ეჭვს საკუთარი ბოღვების მიმართ, ეცადეთ გაესაუბროთ მას გრძობებისა და იმ შეგრძნების შესახებ, რომელსაც ეს ბოღვები აღძრავს.	როგორც კი პაციენტი აღიარებს საკუთარი ბოღვი აზრების არარეალურობას, მას შესაძლოა გარკვეული უხერხულობა შეექმნას ამასთან დაკავშირებით და შერცხვავს კიდევ მათი.
ჰკითხეთ პაციენტს წარმოშობს თუ არა ბოღვები პრობლემებს მის ცხოვრებაში.	ბოღვებით გამოწვეული პრობლემების განხილვა, პაციენტს რეალობაში აბრუნებს.
თუ ბოღვები აქვს პაციენტს, მაგრამ მას შეუძლია აღიაროს ის შედეგები, რომელიც მისი რწმენების გამოხატვას მოჰყვება, დაეხმარეთ მას, რომ განასხვაოს რწმენა და მოქმედება ამ რწმენის მიხედვით.	თუ პაციენტი შეძლებს, რომ აღარ განახორციელოს მოქმედება ბოღვის საპასუხოდ, ის მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ყოფას და შეამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების სიხშირეს.

კრიტიკისა და ანალიზის უნარი

ვინაიდან ადამიანის კრიტიკისა და ანალიზის უნარი გარემოს სწორ აღქმაზე და მოკიდებული, ეს ფუნქცია შესაძლოა მნიშვნელოვნად იყოს მოშლილი შიზოფრენიის ფსიქოზური ფაზის დროს. გარემოს აღქმის მოშლის გამო, პაციენტი ვერ აღიქვამს საჭიროებას ჩაიცვას თბილად ცივ ამინდში და პირიქით. ის ვერ ხვდება ადეკვატური კვებისა და სამედიცინო დახმარების საჭიროებასაც.

თვითაღქმა

საკუთარი თავის აღქმის მოშლა შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელი ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე სიმპტომია. ამ დროს პაციენტს მოშლილი აქვს *ეგოს საზღვრები*. იგი ვერ ხვდება სად მთავრდება თავისი პიროვნება და იწყება სხვა პიროვნება ან საგანი, შესაძ-

ლოა ვერ ხვდებოდეს საკუთარ სქესს, რაც თავის მხრივ დაკავშირებულია სოციალურად მიუღებელი ქცევის ჩამოყალიბებასთანაც. ეგოს საზღვრების დაკარგვა ასევე გამოიხატება დეპერსონალიზებაში, დერალიზებასა (საგნები შესაძლოა ეჩვენებოდეს ძალიან დიდი ან ძალიან პატარა) და **დაკავშირების აზრებში**.

როლები და ურთიერთობები

სოციალური როლისა და ურთიერთობების საკითხი განსაკუთრებით ირევა შიზოფრენიის პოზიტიური სიმპტომების, ჰალუცინაციის, ბოდვისა და ეგოს, საზღვრების დაკარგვისას. თავისთავად ცხადია, რომ საკუთარი პიროვნების აღქმის აშლილობისას, სოციალური ურთიერთობების დამყარება განსაკუთრებით რთული იქნება, მითუმეტეს რომ შიზოფრენიის დროს მკვეთრად დაქვეითებულია თვითშეფასება და თავდაჯერებულობა.

ინტერპერსონალური ურთიერთობების გარდა, ყურადღების დეფიციტის გამო, პაციენტს უჭირს კონცენტრირება და დამახსოვრება, ამიტომ პაციენტებს პრობლემები ექმნებათ სწავლასა და სამსახურეობრივ საქმიანობაში. ვინაიდან კოგნიტური და ინტელექტუალური სფერო ასე ზიანდება შიზოფრენიისას, ახალგაზრდა ასაკში გამოვლენილი დაავადება კიდევ უფრო უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებაზე. როლური ფუნქციის შესრულების პრობლემა სასონარკვეთაში აგდებს როგორც პაციენტებს, ისე მათ ახლობლებს. მათ უჭირთ შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან ურთიერთობა მათი არაპროგნოზირებადი ქცევის გამო; ამასთან ისინი დამნაშავედ გრძნობენ თავს და თვლიან, რომ წვლილი მიუძღვით ამ დაავადების განვითარებაში. თავის მხრივ პაციენტებიც დამნაშავედ გრძნობენ თავს, ვინაიდან ვერ გაამართლეს ოჯახის წევრების მოლოდინები.

ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის საკითხები

ჰიგიენისა და საკუთარი თავის მოვლის საკითხები განსაკუთრებით პრობლემურია შიზოფრენიის მქონე პაციენტებისთვის. ისინი შესაძლოა იმდენად მოცული იყვნენ ბოდვური აზრებით, რომ ვეღარ მოახერხონ სხვა ტიპის საქმიანობის განხორციელება. მათ შესაძლოა ავიწყდებოდეთ საკვებისა და წყლის მიღება, რამაც თავის მხრივ შესაძლოა მალნუტრიცია და კუჭ-ნაწლავის პრობლემები გამოიწვიოს. ადეკვატურ კვებას ხელი შეიძლება შეუშალოს პარანოიდულმა აზრებმა, თითქოს საკვები მონამლულია და აჟიტირებამ, რომელიც შესაძლოა იმდენად ძლიერი იყოს რომ პაციენტი ვერ ჯდებოდეს საკვების მისაღებად.

შიზოფრენიისას გართულების მძიმე ფორმაა **პოლიდიფსია**, რომლის დროსაც პაციენტები იმდენად ჭარბი რაოდენობის წყალს იღებენ, რომ შრატში ნატრიუმის კონცენტრაცია მკვეთრად ეცემა და შედეგად ვითარდება გულყრა. პოლიდიფსია შესაძლოა გამოწვეული იყოს როგორც უშუალოდ შიზოფრენიით, ისე ანტიფსიქოზური და ანტიდეპრესიული მედიკამენტების ხანგრძლივი მოხმარებით.

შიზოფრენიის დროს მნიშვნელოვან პრობლემას უძილობა წარმოადგენს. ის შეიძლება აჟიტირებით ან შიშით იყოს გამოწვეული, რომელიც თან ახლავს ბოდვებს; პაციენტებს ჰგონიათ, რომ რაღაც დაემართებათ თუ დაიძინებენ.

კოგნიტური ფუნქციის მოშლის გამო, პაციენტები ვერ აღიქვამენ გამოფიტვის სიმპტომებს, რის გამოც საჭიროების დროს სამედიცინო დაწესებულებას არ აკითხავენ და შესაბამისად ვერ იღებენ საჭირო ზრუნვას.

პაციენტისთვის ცხოვრების ხარისხის გაზრდის მიზნით, ექთანი უნდა ეცადოს პაციენტს მისცეს რჩევა-დარიგება მისი ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭირო უნარების შესახებ; კერძოდ, გაესაუბროს პაციენტს საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობის, პირადი საჭიროებების, საკუთარი ფინანსების მართვისა და სხვა ყოველდღიურ ყოფაცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ.

მონაცემთა ანალიზი

იმისდა მიხედვით თუ რა ძირითადი საჭიროებები აქვს პაციენტს კონკრეტულ შემთხვევაში, განისაზღვრება თუ რა ინტერვენციები ჩატარდება კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში.

დაგეგმვის პროცესში ძირითადად გათვალისწინებული უნდა იყოს შიზოფრენიის პოზიტიური და ნეგატიური ნიშნები.

შიზოფრენიის პოზიტიურ სიმპტომებთან დაკავშირებით არსებობს შემდეგი სახის საექთნო დიაგნოზები:

- სხვისკენ მიმართული ძალადობის რისკი;
- სუიციდის რისკი;
- ფიქრის პროცესის მოშლა;
- სენსორული სფეროს მოშლა;
- პერსონალური იდენტობის აშლილობა;
- ვერბალური კომუნიკაციის მოშლა;
- ნეგატიურ სიმპტომებთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზებია:
- თვითმოვლის პრობლემები;
- სოციალური იზოლაცია;
- დივერსიული აქტივობის დეფიციტი;
- ჯანმრთელობის მოვლის არაეფექტურობა;
- დანიშნული მედიკამენტებისა და რეჟიმის არასათანადო შესრულება.

შედეგების იდენტიფიცირება

მწვავე ფსიქოზური შეტევის შედეგად პაციენტები უხშირესად სტაციონარში ხვდებიან და როგორც წესი, ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში იღებენ მომსახურებას. ზრუნვის ამ ეპიზოდში, მთავარი მიზანია პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და დეორიენტაციის სიმპტომების კუპირება. ამავე პერიოდში უნდა დაიგეგმოს პაციენტის სოციუმში დაბრუნება და შესაბამისი ამბულატორიული სერვისები.

სტაციონარში მოთავსებისას, შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტის სავარაუდო გამოსავლებია:

- არ გამოიწვევს არც საკუთარ და არც სხვის დაზიანებას;
- აღიდგენს კავშირს რეალობასთან;
- დაამყარებს კავშირს სოციუმის სხვა წევრებთან;
- საკუთარ ემოციებსა და აზრებს გადმოსცემს სოციალურად მისაღები ფორმით;
- ჯეროვნად შეასრულებს დანიშნულებას.

მწვავე ეპიდემიის ამონურვის შემდეგ, მთავარ საზრუნავს პაციენტზე უწყვეტი ამბულატორიული ზრუნვის ორგანიზება და მისი სოციალურ ინტეგრირება წარმოადგენს. ამ მიზნების წარმატებით მიღწევა დიდწილად დაკავშირებულია ოჯახისა და მეგობრების ჩართულობაზე.

კლინიკიდან განერის შემდეგ მნიშვნელოვანი გამოწვევაა შიზოფრენიის ნეგატიური სიმპტომების მართვა, რომელიც ანტიფსიქოზურ მედიკამენტურ მკურნალობას არ ემორჩილება, ან ცუდად ემორჩილება.

მწვავე მკურნალობის გამოსავლის მაგალითებია:

- ასრულებს დანიშნულ მკურნალობას;
- ადეკვატურად სძინავს და იკვებება;
- დამოუკიდებლად ზრუნავს საკუთარ თავზე;
- ადეკვატურად ახდენს თავისი საჭიროებებისა და აზრების გამოხატვას სხვებთან;
- პაციენტი იღებს სხვების მიერ შეთავაზებულ დახმარებას.

ექთანმა ადეკვატურად უნდა შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა და არ უნდა დაუშვას, რომ შექმნილი მოლოდინები ზედმეტად ოპტიმისტური ან ნეგატიური იყოს. ექთნის მიერ დაგეგმილი ინტერვენციები და მოლოდინები უნდა იყოს მდგომარეობის ადეკვატური, ისე, რომ არ მოხდეს პაციენტის “უიმედო” პაციენტად აღქმა და მიღწეულ იქნეს ცხოვრებისა და ფუნქციონირების ოპტიმალური დონე.

საექთნო ინტერვენციები

პაციენტისა და მისი გარემოცვის უსაფრთხოება

შიზოფრენიის მკურნალობის ერთ-ერთი უპირველესი ამოცანა პაციენტისა და მისი გარემოცვის უსაფრთხოების დაცვაა.

ვინაიდან შესაძლოა პაციენტს ჰქონდეს შიშები და ბოდვები, ექთანმა უნდა გამოიჩინოს სიფრთხილე მოქმედებებში და ხელი არ უნდა შეუწყოს პაციენტის შიშების კიდევ უფრო მეტად გაღრმავებას.

აჟიტირებისას როგორც პაციენტი, ისე მისი გარშემომყოფები პოტენციური საფრთხის ქვეშ არიან. თუ ექთანი ამჩნევს, რომ სიტუაცია კონტროლს კარგავს (პაციენტი ყვირის, ჩხუბობს, იმუქრება) მნიშვნელოვანია, მან მიიღოს ადეკვატური ზომები, როგორც პაციენტისა და საკუთარი თავის, ისე გარშემომყოფების დასაცავად. მიღებული ზომები შესაძლოა მოიცავდეს როგორც მედიკამენტის მიცემას, ისე პაციენტის დროებით იზოლირებას ნაკლებად მასტიმულირებელ გარემოში (დეტალურად იხილეთ თავი 11 და 17).

თერაპიული ურთიერთობების დამყარება

შეშინებული პაციენტის ეფექტური მართვისთვის, ექთნისა და პაციენტის თერაპიულ ურთიერთობას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება. ვინაიდან შესაძლოა პაციენტი კომუნიკაციას მხოლოდ 5-10 წუთი ახერხებდეს, ექთანმა მოთმინება უნდა გამოიჩინოს; მან უნდა გამოიყენოს შესაბამისი ვერბალური და სხეულის ენა. კომუნიკაციის თავისებურება არ უნდა იყოს კიდევ უფრო გამაღიზიანებელი ან შიშის მომგვრელი პაციენტისთვის. გარემოში ორიენტაციის ხელშესაწყობად კარგი იქნება თუ ექთანი პაციენტს სახელით მიმართავს.

შეხება თერაპიულ ურთიერთობაში ფრთხილად უნდა მოხდეს. შესაძლოა აჟიტირების ეტაპზე პაციენტმა შეხება საფრთხედ აღიქვას და კიდევ უფრო მეტად გაღიზიანდეს. თუ პაციენტს ექთანს ისედაც ამინებს, მისი შეხება კიდევ უფრო გააუარესებს მდგომარეობას.

თერაპიული ურთიერთობის გამოყენება

ფსიქოზის დროს თერაპიული ურთიერთობის გამოყენება რთულია და შესაძლოა გარკვეულ ფრუსტრაციასთანაც იყოს დაკავშირებული. მაშინ როცა პაციენტს ბოძვები აქვს და კავშირს კარგავს რეალობასთან, მასთან კომუნიკაციის დამყარება გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს. განსაკუთრებული გამონწვევაა მუტირებული პაციენტი, რომელიც შესაძლოა საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდი ჩუმად იჯდეს და არავითარ კომუნიკაციას ამყარებდეს გარშემომყოფებთან. მიუხედავად ამ მდგომარეობისა ექთანი ვალდებულია დარჩეს პაციენტთან და პერიოდული კომუნიკაცია მოახდინოს მასთან რომ კიდევ უფრო ღრმად არ იქნეს მოცული პაციენტი ფსიქოზის სიმპტომებით.

თუ პაციენტი ამყარებს ვერბალურ კომუნიკაციას, მასთან ეფექტური კომუნიკაციის დამყარება მნიშვნელოვანია. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის ნათქვამი შესაძლოა გასაგები არ იყოს ექთანისთვის, მან ადეკვატური დრო უნდა დახარჯოს პაციენტის ნათქვამის ინტერპრეტირებაში. ამისთვის მან აუცილებლად უნდა გამოიყენოს დაზუსტებისა და ჩაკითხვის მიდგომები.

საექთნო ინტერვენციები შიზოფრენიის დროს

- პაციენტის პირადი ინფორმაციისა და პრივატულობის დაცვა;
- პაციენტისა და მისი გარშემომყოფების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
- ნდობაზე დაფუძნებული თერაპიული ურთიერთობის დამყარება;
- თერაპიული ურთიერთობის დამყარება (მაშინ როცა ამროვნებისა და საუბრის მიმდევრობა და სიცხადე დარღვეულია);

ბოძვების მართვა

- არ ედაოთ პაციენტს ბოძვის შესაახებ;
- ეცადეთ პაციენტმა არ დაკარგოს კავშირი რეალობასთან;
- გამოიყენეთ ყურადღების გადატანის მეთოდი;
- ასწავლეთ პაციენტს პიზიტიური საუბრის მეთოდი საკუთარ თავთან და ბოძვური ამრების იგნორირება.

ინტერვენციები ჰალუცინაციების დროს

- ხშირი კონტაქტის მეშვეობით დაეხმარეთ პაციენტს რეალობასთან კავშირის შენარჩუნებაში;
- ჰალუცინაციის შინაარსის აღწერა ექთანს დაეხმარება უზრუნველყოს როგორც პაციენტის ისე მისი გარშემომყოფების უსაფრთხოება. ასევე ჰალუცინაციის შინაარსის გაგება ექთანს დაეხმარება უფრო ეფექტიანად შეძლოს პაციენტის დამშვიდება;
- ექთანი პაციენტს უნდა დაეხმაროს ადეკვატურად ჩაერთოს ყოველდღიურ საქმიანობასა და სხვადასხვა ტიპის გასართობ აქტივობებში.
- სოციალურად შეუსაბამო ქცევის არიდება არა დირექტიული და არა კრიტიკული კომუნიკაციით; სხვების დამშვიდება, რომ პაციენტის სოციალურად მიუღებელი ქცევა არ არის დაკავშირებული ობიექტის ქცევასთან;

- პაციენტის სამკურნალო გარემოში დაბრუნება რაც შეიძლება სწრაფად;
არ უნდა მოხდეს პაციენტის შერცხვენა სოციალურად მიუღებელი ქცევის გამო. ხელი შეუწყვეთ პაციენტის ნორმალური ქცევის ფორმირებას როლური მოდელირების, განათლებისა და პრაქტიკის გზით;
- პაციენტისა და ოჯახის განათლება;
- სოციალური მხარდაჭერის შექმნის ხელშეწყობა.

როდესაც ვერ იგებთ თუ რაზე საუბრობს პაციენტი, აუცილებლად უთხარით მას ამის შესახებ. პროცესის სწორად წარმართვისთვის აუცილებელია, რომ ექთანმა დააბუსტოს პაციენტის ნათქვამი და არ შეჰყვეს მას საუბარში ისე, რომ ვერ გაიგოს შინაარსი.

მაგ., ექთანი – როგორ გრძნობთ თავს?

პაციენტი – როგორც უჩინარი.

ექთანი – მინდა გავიგო როგორ ხართ, მაგრამ მგონი ვერ ვიგებ ბუსტად რას გულისხმობთ თქვენს პასუხში.

პაციენტი – არ აქვს ამას ამხელა მნიშვნელობა.

ექთანი – მოდით ვეცადე განვმარტო თქვენი პასუხი. გულისხმობთ რომ თავს იგნორირებულად გრძნობთ და რომ არავინ გისმენთ?

ინტერვენციების იმპლემენტაცია ბოღვური აზრების დროს

ბოღვების დროს, პაციენტს ღრმად სჯერა საკუთარი ბოღვური აზრების და მისი რწმენები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მის ქცევაზე. მაგ., თუ პაციენტი ფიქრობს, რომ მის მონამვლას ცდილობენ, იგი შესაძლოა ეჭვით უყურებდეს ყველას მოქმედებას და ამასთან მონამვლის შიშით არ ასრულებდეს დანიშნულებას. ექთნის ვალია, რომ კომუნიკაციის გზით ეცადოს პაციენტის რეალობაში დაბრუნებას. ამ მიზნისთვის მან შესაძლოა გამოიყენოს ისეთი ფრაზები როგორცაა “იცით მე ვერ ვხედავ თქვენი ეჭვების შესაბამის მტკიცებულებას” და სხვა მსგავსი შინაარსისა და დამოკიდებულების ფრაზები. დაუშვებელია, რომ ექთანი აჰყვეს პაციენტის ბოღვას რაიმე მიზეზის გამო და კიდევ მეტად გაამყაროს პაციენტის ბოღვური ფიქრები და აზრები.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოქმედების დაწყებისთანავე შესაძლებელი ხდება, რომ ბოღვური ფიქრები ექთანმა პაციენტთან ერთად გააანალიზოს. ანალიზის დროს უნდა მოხდეს ყველა იმ აქტივობის იდენტიფიცირება, რომელიც დაემხარებოდა პაციენტს თავიდან აეცილებინა დელუზიური ფიქრები ან მოეხდინა მათი გაქარწყლება. ეს აქტივობა შესაძლოა იყოს საუბარი მეგობართან, მუსიკის მოსმენა, ტელევიზორის ყურება და სხვ.

ინტერვენციების იმპლემენტაცია ჰალუცინაციების დროს

ჰალუცინაციების დროს მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა შეძლოს ჰალუცინაციის შინაარსის გაგება ისე, რომ ხელი შეუწყოს პაციენტის რეალობასთან კავშირის შენარჩუნებას. ჰალუცინაციების შინაარსის გარკვევას შესაძლოა კრიტიკული მნიშვნელობა ჰქონდეს როგორც პაციენტის, ისე მისი გარემოცვის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად. სწორედ ამიტომ, ექთანმა კომუნიკაციის გზით უნდა შეძლოს ჰალუცინაციის შინაარსის გაგება, ისე რომ პერსონალმა შეძლოს შესაბამისი ზომების მიღება. მაგ., ექთანი- მე არ მესმის რაიმე ხმა, იქნებ მითხრათ რას ამბობს ის?

ჰალუცინაციის შინაარსის გაგება, ექთანს პაციენტის უფრო ეფექტიანად დამშვიდებაში ეხმარება. მაგ., თუ პაციენტს გარდაცვლილები ან სხვა საშიში გამოსახულებები ეჩვენება, მაშინ ექთანს შეუძლია კონტექსტიდან გამომდინარე დაამშვიდოს იგი. მაგ., ექთანი-ის რასაც ახლა თქვენ ხედავთ საშიშია, მაგრამ მინდა დაგარწმუნოთ, რომ თქვენ ახლა ჰოსპიტალში ხართ, უსაფრთხოდ.

პაციენტმა შესაძლოა არ თქვას რომ მას ჰალუცინაცია აქვს. ამ დროს ექთანმა პაციენტის ქცევიდან გამომდინარე თავად უნდა ამოიცნოს ეს მდგომარეობა. პაციენტი შესაძლოა მხოლოდ დიალოგში შედიოდეს ან გამოხატავდეს სხვადასხვა მანევრიზმებს, რომელიც ჰალუცინაციის მიმდინარეობას მიანიშნებს.

აქტიური ჰალუცინაციის დროს, სასურველია პაციენტის ყურადღება სხვა მისთვის სასიამოვნო აქტივობაზე გადაერთოს, მაგ., მოუსმინოს მუსიკას ან ითამაშოს კარტი. პაციენტს, როგორც წესი, უჭირს ერთდროულად კონცენტრირება ორ საქმეზე, ამიტომ მეტია ალბათობა იმისა, რომ ჰალუცინაციას აღარ მიაქციოს ყურადღება და კონცენტრირდეს აქტივობაზე.

ჰალუცინაციების მართვის კიდევ ერთი სტრატეგიაა ჰალუცინაციების წინმსწრები სიტუაციების იდენტიფიცირება და მათი ადეკვატური მართვა. სიტუაციები, რომელიც უხშირესად დაკავშირებულია ჰალუცინაციების წარმოშობასთან, ამასთანავე დაკავშირებულია შფოთვისასთან, ამიტომ შფოთვის მართვისა და მასთან გამკლავების მეთოდების ცოდნა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პაციენტისთვის.

ასევე ჰალუცინაციების მართვის სტრატეგიაა ინტენსიური დიალოგი ხმასთან, რომელიც ჩაესმის პაციენტს. ამ მეთოდის გამოყენება უმჯობესია პრივატულ სივრცეში ან მის შესანიღბად შესაძლებელია მობილური ტელეფონის გამოყენება. სმენითი ჰალუცინაციის ხმასთან რეზისტენტული ტიპის დიალოგმა შესაძლოა პაციენტს მეტი ძალა და თავდაჯერებულობა მისცეს და დაეხმაროს მას სიმპტომთან გამკლავებაში.

იზოლირებისა და მარტოსულობის დასაძლევად უმჯობესია თუ პაციენტს კომუნიკაცია ექნება სხვა პაციენტებთან, რომლებსაც მსგავსი სიმპტომები აქვთ. მათთვის ექთანთან კომუნიკაციაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სმენითი ჰალუცინაციის რაობის სწორ აღქმაში და მისი მნიშვნელობის გაგებაში.

სოციალურად მიუღებელ ქცევასთან გამკლავება

შიზოფრენიასთან დაკავშირებული ეგოს საზღვრების მოშლასთან ერთად პაციენტები იწყებენ სოციალურად მიუღებელ ქცევას. ასეთი შესაძლოა იყოს ადამიანების შეხება მათი სურვილისა და ცოდნის გარეშე, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში გაშიშვლება, მოსაქმება და სხვა სოციალურად მიუღებელი და უცნაური ქმედებები, მათ შორის სექსუალური ხასიათის გამომწვევი და პროვოკაციული ქცევა. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნულ სიმპტომთან დაკავშირებით ექთანს კარგად ესმოდეს როგორც უშუალოდ პაციენტის, ისე მისი გარშემომყოფების საჭიროებები და გრძნობები. თუმცა ექთნისთვის უპირველესი ამოცანაა მოახერხოს პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, თუნდაც იმ პირებისგან, რომლებთანაც პაციენტი პროვოკაციულად იქცევა. ამ ამოცანის შესრულების ერთ-ერთი გზაა პაციენტის მიმართვა სხვა აქტივობაზე და ამით ინტერუბიული ქცევის პრევენცია. თუ სოციალურად მიუღებელი ქმედებების პრევენცია ვერ მოხერხდა და პაციენტი მაინც ავლენს მიუღებელ ქცევას, მაშინ ექთანი უნდა ეცადოს ისე რომ უხეშად

არ შეეხოს პაციენტის ღირსებას, გაარიდოს იგი უხერხულ სიტუაციას. მაგ., თუ პაციენტი იხდის სხვების წინაშე, ექთანმა უნდა უთხრას პაციენტს: “მოდით წავიდეთ თქვენს ოთახში სადაც თქვენ შეძლებთ ტანისამოსის უკან ჩაცმას”.

თუ მაგალითად პაციენტი სხვების მიმართ გამოხატავს უხამსობას, მაშინ ექთანი უნდა ეცადოს ფიზიკურად განარიდოს პაციენტი არსებულ ლოკაციას და შესთავაზოს მას სხვა მისთვის სასიამოვნო აქტივობა. მნიშვნელოვანია, რომ ამ დროს ექთნის მიერ წარმოებული კომუნიკაცია არ უნდა იყოს დიდაქტიკური და შემფასებლური.

შესაძლოა პაციენტის ქცევა სხვების მიმართ იმდენად მიუღებელი იყოს, რომ მათი აგრესია გამოიწვიოს. ამ დროს მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი ჩაერიოს და ეცადოს დაამშვიდოს გაღიზიანებული პირები და აუხსნას მათ, რომ მათ არაფერი გაუკეთებიათ ისეთი, რაც გამოიწვევდა პაციენტის მხრიდან უხამს ქცევას, თუმცა უნდა დასძინოს რომ ეს ქცევა გამოწვეულია მხოლოდ პაციენტის დაავადებით და მისი განსჯა ან დაცინვა მიუღებელია.

ექთანმა ოჯახის წევრებსაც უნდა აუხსნას, რომ პაციენტის სოციალურად მიუღებელი ქცევა ან უხამსი საქციელი უშუალოდ მათკენ მიმართული არაა და რომ ეს შიზოფრენიის ნაწილია. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა თავი დასჯილად არ იგრძნოს თავისი ქცევის გამო.

პაციენტისა და ოჯახის განათლება

შიზოფრენიის დროს ოჯახის წევრებისა და პაციენტის განათლება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. როგორც პაციენტს, ისე მისი ოჯახის წევრებს უნდა ესმოდათ, რომ შიზოფრენია ქრონიკული დაავადებაა და მას გრძელვადიანი და მუდმივი მკურნალობა სჭირდება. პაციენტისთვის შიზოფრენიის დროს პრობლემაა საკუთარ თავზე ზრუნვაც. მას შესაძლოა მოშლილი ჰქონდეს კრიტიკული აზროვნება, ამიტომ მისი მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებაში იყოს არაადეკვატური, საჭიროების მიუხედავად.

შიზოფრენიის დროს, აუცილებელია, რომ როგორც პაციენტს, ისე მის ოჯახის წევრებს შეეძლოთ შიზოფრენიული რეციდივის ადრეული ამოცნობა (სამახსოვრო 16.5). დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ ადრეული აღმოჩენა მნიშვნელოვნად ამცირებს რეციდივის სიხშირეს. მაგ., თუ პაციენტი არ ჭამს და გამოფიტულია, ადეკვატური ზომების მიღება, რომელიც ხელს შეუწყობს ამ სიმპტომების მინიმუმაციას, მნიშვნელოვნად შეამცირებს მდგომარეობის გამწვავების სიძიძმესა და ხანგრძლივობას.

ექთანმა შესაძლოა შექმნას გამწვავების რისკ-ფაქტორების სია, რომელიც როგორც პაციენტს, ისე მის ოჯახის წევრებს ადრეული ნიშნების გამოვლენაში დაეხმარება.

სამახსოვრო 16.5

გამწვავების ნიშნები

- მოშლილია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების იდენტიფიცირება;
- ინფორმაციის დამუშავების მოშლა;
- არაადეკვატური კვება;
- არაადეკვატური ფიზიკური აქტივობა;

- გამოფიტვა;
- სოციალური ურთიერთობების სიმწირე, იზოლირება და მართოსულობა;
- ინტერპერსონალური პრობლემები;
- გაღიზიანებადობა;
- გუნება-განწყობის არასტაბილურობა;
- მედიკამენტების მიღების პრობლემები;
- იქცევა და გამოიყურება სხვანაირად;
- დაბალი თვითშეფასება;
- უმწეობის შეგრძნება;
- მოტივაციის არქონა;
- შფოთვა;
- დისინჰიბიცია;
- ნეგატივიზმი;
- გარეგნობის უგულვებლყოფა;
- გულმავიწყობა.

ოჯახისა და პაციენტის განათლება შიზოფრენიის დროს

- როგორ უნდა მოხდეს შიზოფრენიის სიმპტომების მართვა;
- გამწვავების ადრეული ნიშნების ამოცნობა;
- გეგმის შემუშავება გამწვავების ნიშნების სამართავად;
- დანიშნული მედიკამენტების რეგულარული მიღება და გეგმიური ვიზიტების ჩატარება;
- ალკოჰოლისა და სხვა მედიკამენტების მიღების თავიდან აცილება;
- საკუთარ თავზე ზრუნვა და ადეკვატური კვება;
- სოციალური უნარების დასწავლა, როლური მოდელირებითა და პრაქტიკის გზით;
- სტრესულ სიტუაციებთან გამკლავებისას დახმარების მოძიება და მიღება;
- ოჯახის წევრებისა და სხვა ახლობელი ადამიანების კონსულტირება შიზოფრენიის ბიოლოგიური მიზეზებისა და მიმდინარეობის შესახებ;
- სოციალური კავშირის შენარჩუნების მნიშვნელობა და სხვა სერვისების გამოყენება სხვადასხვა ინსტიტუციებიდან.

საჭიროების შემთხვევაში, ექთანმა შესაძლოა იმ დამხმარე პერსონალსაც ასწავლოს ადრეული ნიშნების ამოცნობა, რომლებიც უშუალოდ მუშაობენ პაციენტთან. სიმპტომების კონტროლის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა ზედმინწევნით შეასრულოს მიცემული დანიშნულება და რეგულარულად იაროს გეგმიურ ვიზიტებზე. ამასთან, პაციენტები, რომლებიც ახერხებენ სტრესული სიტუაციების თავის არიდებას, უკეთ გამოსდით რეციდივების სიხშირის შემცირება. გამწვავების რისკ-ფაქტორების ანა-

ლიზით შესაძლებელია პაციენტის მდგომარეობის შეფასება და შემდგომი გაუარესების პროგნოზირება.

ოჯახის წევრები განსხვავებულად რეაგირებენ შიზოფრენიის დიაგნოზის დასმის შემდეგ. შესაძლოა მათ ჰქონდეთ სირცხვილისა და უხერხულობის შეგრძნება. შესაძლოა შიშის გრძნობამ წინ წამოიწიოს. საკუთარ გრძნობებთან მიმართებაშიც კი შესაძლოა გაუჩნდეთ სირცხვილისა და უხერხულობის გრძნობა. დიაგნოზის გაგების შემდეგ ოჯახის წევრებს საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობაც ადარდებთ. თუ პაციენტს განსაკუთრებულად რთულად სამართავი მდგომარეობა აქვს, შესაძლოა ოჯახის წევრებს პაციენტი-სათვის თავის არიდების სურვილი გაუჩნდეთ; გარკვეულ სიტუაციაში შესაძლოა ისინი ფიქრობდნენ რომ ვეღარ ახერხებენ შექმნილ სიტუაციასთან გამკლავებას. ამ დროს ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახიც ადეკვატურ დახმარებას იღებდეს და რომ მათ საკუთარი თავი დაავადების გამომწვევებად არ ჩათვალონ და საკუთარი თავის დადა-ნამაულება არ დაიწყონ შექმნილ სიტუაციასთან მიმართებით.

საკუთარ თავზე ზრუნვის დასწავლა

ვინაიდან დაავადების მიმდინარეობისას პრობლემას წარმოადგენს აპათიური მდგომარეობა და ენერჯის არქონა, პერსონალური ჰიგიენის დაცვა მნიშვნელოვან პრობლემას ქმნის შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში. ფსიქოზური მდგომარეობის დროს, პაციენტს უჭირს კონცენტრირება და შესაძლოა ვერ ახერხებდეს ფოკუსირებას თვით მოვლის ამოცანებზე. ამ დროს მნიშვნელოვანია ექთნის ჩართულობა. პაციენტს ექთანმა უნდა მისცეს მოკლე და გასაგები მესიჯები და მიმართოს იგი კონკრეტული აქტივობისკენ. ამასთან, პაციენტს უნდა მიეცეს ამოცანების შესასრულებლად მისთვის საკმარისი დრო, ისე რომ არ მოხდეს პაციენტის აჩქარება რომელიმე კონკრეტული ამოცანის შესრულებისას. ჰიგიენის საკითხის მოგვარება მეტად მოსალოდნელია, თუ პაციენტს კარგად სტრუქტურირებული და წინასწარ განსაზღვრული დღის რუტინა ექნება, რომელშიც გათვალისწინებულია ჰიგიენის საკითხებიც. მაგ., პაციენტს თუ განსაზღვრული ექნება, რომ ყოველი ორშაბათის, ოთხშაბათისა და კვირის დილა შხაპით უნდა დაიწყოს, მას არ ექნება გადასაწყვეტი მიიღოს თუ არა შხაპი და უბრალოდ რუტინულად შეასრულებს ამ საქმიანობას.

საკვებისა და წყლის ადეკვატური დოზით მიღება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პაციენტის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის; ამიტომ ექთნის მიერ უნდა შეფასდეს საჭიროებს თუ არა პაციენტი ამ მიმართულებით დახმარებას. ისევე როგორც სხვა სფეროებში, აქაც, ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა, ჩაერიოს თუ პაციენტს სჭირდება მხარდაჭერა და ხელი შეუწყოს პაციენტს დამოუკიდებლობის აღდგენასა და მის შენარჩუნებაში.

გასათვალისწინებელია, რომ სოციუმში ყოფნისას, უშუალოდ შიზოფრენიის გარდა, არსებობს სხვადასხვა ფაქტორები, რომელიც არაადეკვატური კვების მიზეზი შეიძლება გახდეს. მაგ., თუ პაციენტს უბრალოდ არ აქვს შესაბამისი მატერიალური სახსრები ან საკვების დამოუკიდებლად მომზადების უნარები; შესაბამისად აუცილებელია, რომ შეფასდეს ის გარემოებები, რომელთა დაძლევაც მოუწევს პაციენტს სოციუმში ცხოვრების დროს (იხ. თემზე დაფუძნებული ზრუნვა).

სოციალური უნარების დასწავლა

არაადეკვატური ან უცნაური ქცევის დროს პაციენტი შესაძლოა იზოლირებული აღმოჩნდეს სოციუმისაგან. მეორეს მხრივ ისინი შესაძლოა თავად არიდებდნენ თავს სოციალურ ურთიერთობებს და ამის გამო საკმაოდ მარტოსულები იყვნენ.

ამის თავიდან აცილების მიზნით, ექთანი უნდა ეცადოს დაეხმაროს პაციენტს სოციალური უნარების დასწავლაში, რაც საშუალებას მისცემს მას ჰქონდეს სტაბილური და ხანგრძლივი სოციალური ურთიერთობები. ვინაიდან პაციენტი შესაძლოა ვერ ხვდებოდეს თუ რა თემებზე საუბარი იქნება მისაღები, სასურველია ექთანმა ასწავლოს ის ნეიტრალური საკითხები, რომელზე საუბარიც არ შექმნის უხერხულობას. ამასთან ექთანმა უნდა აუხსნას პაციენტს, რომ ბოდვისა და ჰალუცინაციის შინაარსის შესახებ საუბარი მიზანშეწონილია მხოლოდ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებთან.

სოციალური სფეროს უკეთ განვითარების მიზნით, კარგი იქნება თუ ექთანი პაციენტს კომუნიკაციის საბაზო უნარებს ასწავლის; მაგ., აქტიურ მოსმენას, თვალთ კონტაქტსა და სხვ.

მედიკამენტების მართვა

სწორი მედიკამენტური რეჟიმის შენარჩუნება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია შიზოფრენიის მკურნალობისას. მედიკამენტური დანიშნულების არაჯეროვანი შესრულება ჰოსპიტალიზაციის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია მაშინ, როცა პაციენტები, რომლებიც ბედნიერებით ასრულებენ დანიშნულებას, მეტ-ნაკლებად ნორმალური ცხოვრებით ცხოვრობენ და მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში აქვთ გამწვავება.

მედიკამენტური მკურნალობის არაჯეროვანი შესრულების მრავალი სხვადასხვა მიზეზი შეიძლება არსებობდეს. ექთანმა უნდა მოახდინოს ყველა იმ პოტენციური ბარიერის ამოცნობა, რომელიც შესაძლოა ხელს უშლიდეს დანიშნული მკურნალობის ადეკვატურ შესრულებას. რიგ შემთხვევებში შესაძლოა პაციენტს უნდოდეს დანიშნულების ჯეროვნად შესრულება, მაგრამ ვერ ახერხებდეს დანიშნულების დამახსოვრებას და ამის გამო ერეოდეს რეჟიმი. მსგავსი ტიპის პრობლემების დასაძლევად შესაძლებელია ცხრილების ან მედიკამენტის მონიშნული ყუთების გამოყენება; მათი მეშვეობით პაციენტი შეძლებს მოახდინოს თავისი მისაღები მედიკამენტების ვიზუალიზაცია და ამით გაზარდოს ალბათობა იმისა, რომ არ დაავინწყდეს დანიშნულება და ჯეროვნად შეასრულოს იგი.

გარდა დამახსოვრებისა, დანიშნულების შესრულების პრობლემები შესაძლოა წმინდად პრაქტიკულ ხასიათს ატარებდეს; მას შესაძლოა არ ჰქონდეს საკმარისი ფული, ჰქონდეს ტრანსპორტირების პრობლემა, ვერ გეგმავდეს მედიკამენტების მარაგის შევსებას წინასწარ და სხვა. ყველა ეს მიზეზი დაძლევადია მათი იდენტიფიცირებისა და გადაჭრის გზების მოფიქრების შემთხვევაში.

პაციენტის ოჯახის განათლება

მედიკამენტების მენეჯმენტი: ანტიფსიქოზური მედიკამენტები

- უმაქრო სასმელების მიღება და უმაქრო ნუგბარის მოხმარება, დანიშნული მედიკამენტების ანტიქოლინერგული ეფექტით გამოწვეული პირის სიმშრალის დროს;
- მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს კალორიებით მდიდარი შაქრიანი სასმელების მოხმარება;
- შეკრულობის სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ბოჭკოვანით მდიდარი საკვებისა და წყლის საკმარისი რაოდენობით მიღებით. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტი რეგულარულად ეწეოდეს ფიზიკურ აქტივობას;

- განავლის დამარბილებლების გამოყენება შესაძლებელია, თუმცა ლაქსატივების მოხმარება არ არის რეკომენდებული;
- ფოტოსენსიტიურობის შედეგად შესაძლოა ადვილად დაინვას პაციენტი, ამიტომ უმჯობესია თუ იგი რეგულარულად იხმარს მზის დამცავს;
- თავბრუსხვევისა და ორთოსტატული ჰიპოტენზიის პრევენციის მიზნით, უმჯობესია თუ პაციენტი ნელა წამოდგება მჯდომარე პოზიციიდან. ასევე პაციენტმა არ უნდა განაგრძოს მოძრაობა, სანამ თავბრუსხვევის ეპიზოდი არ ჩაივლის;
- თუ მკურნალობის პერიოდში პაციენტს აქვს ძილიანობა და მოთენთილობა, მან თავი უნდა აარიდოს ისეთ აქტივობებს, რომელიც სიფხიზლეს საჭიროებს. მაგ., პაციენტმა თავი უნდა აარიდოს მანქანის ტარებას სანამ სიფხიზლის დონე არ იქნება დამაკმაყოფილებელი;
- თუ დაგავიწყდათ დანიშნულების მიღება, მაგრამ გასული არ არის 3-4 საათზე მეტი და შემდეგი დოზის დრო ჯერ არ დამდგარა, მიიღეთ გამოტოვებული მედიკამენტი, მაგრამ თუ გასულია 3-4 საათზე მეტი და მედიკამენტის შემდეგი დოზის მიღების დროა, გამოტოვეთ დავიწყებული დოზა.
- თუ გიჭირთ დანიშნული მედიკამენტების მიღების დროისა და ჯერადობის დამახსოვრება, გამოიყენეთ სპეციალური ცხრილი ან მონიშნული ყუთი.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების უხერხული და დისკომფორტის შემქმნელი გვერდითი მოვლენების გამო, პაციენტებს შესაძლოა მედიკამენტების დოზის შემცირება ან სრულად შეწყვიტა მოუნდეთ; ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა წინასწარ იცოდეს ყველა იმ ღონისძიების შესახებ, რომელიც შეამსუბუქებს გვერდით მოვლენებს (იხ. ცხრილი 16.2). რიგი გვერდითი ეფექტების მართვა, შესაძლებელია დოზის ადაპტირების მეშვეობით ან სხვა მედიკამენტების მკურნალობაში ჩართვის გზით.

თუ პაციენტი მკურნალობას მხოლოდ იმიტომ წყვეტს, რომ საჭიროდ არ მიაჩნია იგი, ან თვლის რომ დანიშნული მედიკამენტები ვერ შველის, მისი დაყოლიება მკურნალობის გაგრძელებაზე მეტად რთულია. ამ დროს ექთანი უნდა ეცადოს პაციენტს მიაწოდოს დეტალური ინფორმაცია მისი დაავადების შესახებ, აუხნას მისი ქრონიკული მიმდინარეობის ხასიათი და მედიკამენტების მიღების მნიშვნელობა. დარწმუნებისას ექთანმა შესაძლოა გამოიყენოს შემდეგი ფრაზები: “თქვენ მედიკამენტის მიღებისას, უფრო ნათელი აზროვნება გექნებათ”, “ეს მედიკამენტი დაგეხმარებათ, რომ ნაკლები პრობლემები გაგიჩინოთ იმ უცნაურმა ხმებმა, რომელიც ხშირად გესმით”.

სამწუხაროდ, მიუხედავად ნეგატიური გამოცდილებისა და მრავალი გამწვავებისა, პაციენტები მაინც ვერ ხვდებიან კავშირს დაავადების გამწვავებასა და დანიშნულების არა ჯეროვნად შესრულებას შორის. შედეგად ასეთი პაციენტები, ხშირად არიან გამწვავების ფაზაში, რის გამოც ხვდებიან სტაციონარში.

შეფასება

თითოეულ პაციენტთან მიმართებით, აუცილებელია ექთანმა შეაფასოს დანიშნული მკურნალობის გამოსავლები. მიუხედავად იმისა, რომ დანიშნულების თითოეული მიზანი შესაძლოა დაკმაყოფილებული იყოს, ექთანმა აუცილებლად უნდა იკითხოს კმაყოფილები არიან თუ არა პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები მიღებული შედეგებით.

გლობალურად შიზოფრენიის მკურნალობის წარმატება ფასდება შემდეგი კრიტერიუმებით:

- გაქრა თუ არა ფსიქოზური სიმპტომები? თუ არა, შეუძლია თუ არა პაციენტს განაგრძოს თავისი ნორმალური ცხოვრება მიუხედავად სიმპტომებისა?
- ესმის თუ არა პაციენტს დანიშნული მედიკამენტების რაობა? დამყოლია თუ არა იგი დანიშნულ მკურნალობაზე?
- აქვს თუ არა პაციენტს შესაბამისი უნარები სოციუმში ცხოვრებისთვის?
- იღებს თუ არა პაციენტი ადეკვატურ სერვისებს თემში?
- არსებობს თუ არა გეგმა და შესაბამისი რესურსები, რომელიც პაციენტს კრიზისისა და გამწვავების დროს დაეხმარება?
- აქვს თუ არა პაციენტსა და მის ოჯახის წევრებს ადეკვატური ინფორმაცია შიზოფრენიის შესახებ?
- ფიქრობს თუ არა პაციენტი, რომ მისი ცხოვრების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია?

ასაკოვანი პაციენტების თავისებურებები

გვიანი დაწყებისაა შიზოფრენია, რომელიც 45 წლის შემდეგ იწყება. ფსიქოზური სიმპტომები, რომელიც ცხოვრების მეორე ნაწილში იწყება, როგორც წესი, დაკავშირებულია დემენციისა და დეპრესიის განვითარებასთან. ჩვეულებრივ, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანები აღწევენ სიბერეს, თუმცა გარკვეული სიმპტომებით. პაციენტების მეოთხედი, როგორც წესი, დემენციურია, რაც ჯანმრთელობის სწრაფ გაუარესებასთანაა დაკავშირებული. პაციენტების 25%-ს შიზოფრენიის პოზიტიური სიმპტომების რემისია აქვს, ხოლო დანარჩენი წილი პაციენტებისა უცვლელი მდგომარეობით აგრძელებს ცხოვრებას.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტები, როგორც წესი, ხანგრძლივ ჰოსპიტალურ მკურნალობას არ გადიან, მალევე უბრუნდებიან თემს და ოჯახისა და მეგობრების მხარდაჭერისა და მეთვალყურეობის ქვეშ განაგრძობენ ცხოვრებას. პაციენტის თემში ცხოვრებას, მნიშვნელოვნად ეხმარება თემაზე დაფუძნებული სერვისების არსებობა. მათი ეფექტიანი მუშაობა, მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებასა და სიხშირეს. თემში მომუშავე ფსიქიატრიული პროფილის ექთანი ეხმარება პაციენტს, რომ მან ჯეროვნად შეასრულოს დანიშნულება, ჩაერთოს სხვადასხვა სოციალურ და რეკრეაციულ აქტივობებში და ადეკვატური ინტეგრაცია მოახდინოს სოციუმში.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიმართულებით ბევრი რამ არის გაკეთებული, კვლავ საჭიროა სხვადასხვა ინტერვენციების დანერგვა, განსაკუთრებით უსახლკარო პაციენტებისთვის.

სოციუმში საექთნო მართვის ერთ-ერთი მოდელია შემთხვევის მმართველი ექთნის ფუნქცია. ასეთი სახის ექთანი პაციენტს ეხმარება ისეთი საკითხების მოგვარებაში, როგორცაა ტრანსპორტირებისა და საცხოვრისის მიღება, ფულის ხარჯვა, რეკრეაციული და სამედიცინო სერვისების მიღება. ვინაიდან ასეთ ექთანთან პაციენტს შეუძლია ნებისმიერ დროს დაამყაროს კავშირი, იგი მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტს და ამით ამცირებს გამწვავების რისკს. მიუხედავად იმისა, რომ ექთნის როლი თემში ძალიან მნიშვნელოვანია, აუცილებელია, რომ იგი არ ჩაერიოს პაციენტის ავტონომიაში და არ გადააჭარბოს საკუთარ მოვალეობებს.

მენტალური ჯანმრთელობის პრომოცია

ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია უფრო მნიშვნელოვან მიზნებს ისახავს, ვიდრე უბრალოდ სიმპტომების კონტროლი და დანიშნულების შესრულებაა. მისი მთავარი ამოცანა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაა ისე, რომ მათ შეეძლოთ ეფექტიანი გადაწყვეტილებების მიღება საკუთარი მკურნალობისა და ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ. ფსიქიკური ზრუნვის მიზებია პაციენტის გაძლიერება ისე, რომ მან დამოუკიდებლად შეძლოს იმ წინააღმდეგობების დაძლევა, რომელიც თან სდევს ცხოვრების გზას. მან დამოუკიდებლად უნდა შეძლოს სტრესულ სიტუაციებთან გამკლავება და ადაპტაციური მექანიზმების გამოყენება (დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. თავი 7).

თანამედროვე ფსიქიატრიის მიზანია, მოახდინოს იმ ადრეული და პროდრომული ნიშნების იდენტიფიცირება, რომლითაც იწყება შიზოფრენია. ამ მიზნის შესასრულებლად მნიშვნელოვანია, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს კარგად ესმოდეთ ის ადრეული ნიშნები, რომელიც დამახასიათებელია შიზოფრენიის სანწყისი სტადიისთვის; ასეთებია: ძილის პრობლემები, მადის აშლილობა, ენერჯისა და ინტერესის დაკარგვა, უცნაური მეტყველება, ხმები და სხვა. ასეთი პირების გამოყოფის შემდეგ მნიშვნელოვანია, რომ მათთან დაიგეგმოს შესაბამისი ინტერვენციები. ეს შეიძლება იყოს განათლება, სტრესის მართვის შესწავლა, ნეიროლექტიური მედიკამენტების მიღება ან ყველა ამ ინტერვენციის კომბინაცია. მაღალი რისკის ინდივიდებში მნიშვნელოვანია ოჯახის განათლებისა და კონსულტირების როლი.

როგორც სხვადასხვა დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, ადრეული ინტერვენციები მნიშვნელოვნად ამცირებს ფსიქოზური მდგომარეობის პროგრესირების რისკს.

საკუთესო პრაქტიკა: დამყოლობის პრობლემების დაძლევა შიზოფრენიის მკურნალობისას

მკურნალობის დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით, საკუთესო სტრატეგიაა მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების მართვა. ამასთან მნიშვნელოვანია თემზე დაფუძნებული სერვისების უწყვეტი მიწოდება. თუ პაციენტის დამყოლობასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევა ვერ ხდება, მაშინ მნიშვნელოვანია, რომ მკურნალობაში ხანგრძლივი მოქმედების მედიკამენტების ჩართვა მოხდეს დოზირებისა და დამყოლობის პრობლემების დაძლევის მიზნით.

მკურნალობის დამყოლობის გაზრდის მიზნით, ასევე მნიშვნელოვანია, მოხდეს ყველა იმ ბარიერის იდენტიფიცირება, რომელიც ხელს უშლის მკურნალობის წარმატებით წარმართვას.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ექთნისთვის შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთან მუშაობა შესაძლოა მრავალ გამოწვევასთან იყოს დაკავშირებული. სირთულე შესაძლოა იყოს იმ სიმპტომების აღქმაც, რომელიც შიზოფრენიის დროს პაციენტს აწუხებს. პარანოიდალურმა ქცევამ, შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეარყიოს პაციენტის თვითრწმენაც. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პაციენტის ქცევა არა მისი პიროვნებისადმი დამოკიდებულებად, არამედ დაავადების სიმპტომად აღიქვას. თუ ექთანი პაციენტის მიერ გამოვლენილ უცნაურ ქცევას არა დაავადების სიმპტომად, არამედ პერსონალურ თავდასხმად მიიღებს, პაციენტსა და ექთანს შორის თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას საფრთხე შეექმნება.

შიზოფრენიის დროს ექთანს შესაძლოა შეეშინდეს პაციენტის აგრესიული ქცევის და ჩათვალოს, რომ მისი უსაფრთხოება რისკის ქვეშაა. აუცილებელია ამ შიშის გაქარწყ-

ლება და ექთნის მუშაობის უზრუნველყოფა უსაფრთხო გარემოში. ამისთვის, უმჯობესია, რომ ექთანმა არა იზოლირებულ ოთახში, არამედ ღია სივრცეში იმუშაოს.

ისევე როგორც ყველა ქრონიკული დაავადებისას, ექთანს შესაძლოა ჰქონდეს გარკვეული ფრუსტრაციის განცდა მკურნალობის დამყოლობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო. მას შესაძლოა დაებადოს განცდა, თითქოს მისი შრომა წყალშია გადაყრილი და რომ ვერანაირი სასიკეთო შედეგის მიღება მოხერხდა; ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პაციენტის მკურნალობის შედეგი არა თავის პირად, არამედ პაციენტის წარმატებად აღიქვას.

თუ ფრუსტრაცია მაინც აქვს ექთანს, აუცილებელია, რომ თავისი გრძნობებისა და აზრების გაზიარება კოლეგებთან მოახდინოს და მათგან რჩევები და მხარდაჭერა მიიღოს.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. პაციენტები, რომლებიც არ იღებენ რეგულარულად მედიკამენტებს, ხშირად ხვდებიან ჰოსპიტალში, რაც დაკავშირებულია მნიშვნელოვან ხარჯებთან. როგორ შეიძლება პაციენტის უფლებებსა და არა საჭირო სამედიცინო ხარჯების წარმოშობას შორის წარმოქმნილი ეთიკურ კონფლიქტს დაძლევა?
2. რა შეიძლება განსაზღვრავდეს იმ პაციენტის ცხოვრების ხარისხს, რომელიც მედიკამენტებს შიზოფრენიის სამკურნალოდ იღებს, მაგრამ მინიმალური შედეგი აქვს?
3. პაციენტები, რომლებიც დეპომედიკამენტებს იღებენ, როგორც წესი, სასამართლო წესით გადიან მკურნალობას თემში ყოფნის შემთხვევაში. არის თუ არა ეს პაციენტის უფლებების დარღვევა? რა შემთხვევაში ექნებოდა პაციენტს უფლება უარი ეთქვა ამ მკურნალობაზე?

ძირითადი საკითხები

- შიზოფრენია არის ქრონიკული დაავადება, რომელიც საჭიროებს ხანგრძლივ მკურნალობას. ეს არის ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადება, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა ტიპის, მათ შორის აზრების, აღქმის, ემოციების, მოძრაობისა და ქცევით აშლილობებს;
- შიზოფრენიამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინოს ადამიანის ცხოვრებაზე; მან შესაძლოა შეცვალოს პაციენტის პირადი, სოციალური და პროფესიული ცხოვრება;
- შიზოფრენია ხასიათდება პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომებით. პოზიტიური სიმპტომები მოიცავს: ჰალუცინაციებს, აზროვნების პროცესის მოშლას; ხოლო ნეგატიური სიმპტომები – აპათიას, ანჰედონიას, მოტივაციისა და ნებისყოფის გაქრობას;
- თითოეული პაციენტის დაავადების მიმდინარეობა და გამოსავლები განსხვავდება სხვადასხვა პაციენტის ჭრილში, ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ თითოეული პაციენტის შეფასება მოხდეს ინდივიდუალურად;
- თითოეულ პაციენტზე უნდა მოხდეს ინდივიდუალური გეგმის შედგენა;
- შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტის ოჯახის წევრები შესაძლოა შიშს, სირცხვილსა და დანაშაულის გრძნობას განიცდიდნენ. ამ გრძნობების დასაძლევად აუცილებე-

ლია, მოხდეს მათი განათლება დაავადების მიმდინარეობისა და მისი კონტროლის შესახებ;

- რაც უფრო ცუდია დამყოლობა მკურნალობისადმი, მით უფრო ცუდია დაავადების გამოსავალი;
- ფსიქოზური სიმპტომების მქონე პაციენტებთან მნიშვნელოვანია, მოხდეს მათი ღირსებისა და პრივატულობის დაცვა, ასევე სოციალურად მიუღებელ ქცევასთან გამკლავება, ისე რომ პაციენტმა არ დაკარგოს რეალობის აღქმა და მასთან კონტაქტი;
- პაციენტებთან, რომლებიც დამყოლები არიან მკურნალობის მიმართ, მთავარი საექთნო ინტერვენციები მიზნად ისახავს თერაპიული ურთიერთობების შენარჩუნებას, სოციალური უნარების გაუმჯობესებაში დახმარებას, ოჯახისა და პაციენტის განათლებასა და საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარების გაუმჯობესებას;
- ექთანი, რომელიც შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთან მუშაობს, უნდა ეცადოს, რომ ეფექტიანად გაუმკლავდეს გამწვავებასთან და არაადეკვატურ ქცევებთან დაკავშირებულ ფრუსტრაციებს.

წყდრმები:

1. Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., et al. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1-3), 116-128.
2. Amminger, G. P., Henry, L. P., Harrigan, S. M., et al. (2011). Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 131(103), 112-119.
3. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
4. Buffam, M. D., et al. (2009). Behavioral management of auditory hallucinations: Implementation and evaluation of a 10-week course. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(9), 32-40.
5. Coffey, M., & Hewitt, J. (2008). "You don't talk about the voices": Voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1591-1600.
6. Collins, E., Tranter, S., & Irvine, F. (2012). The physical health of the seriously mentally ill: An overview of the literature. *Journal of*
7. Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., et al. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 895-904.
8. Jablensky, A. (2009). Worldwide burden of schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1451-1462). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
9. Kane, J. M., Stroup, T. S., & Marder, S. R. (2009). Schizophrenia: Pharmacological treatment. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1547-1556). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
10. Kirov, G., & Owen, M. J. (2009). Genetics of schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1462-1475). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters
11. Kluwer. Lewis-Fernandez, R., Guarnaccia, P. J., & Ruiz, P. (2009). Culturebound syndromes. In B. J. Sadock, V. A Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2519-2539). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters
12. Kluwer. Rao, N., Venkatasubramanian, G., Korpade, V., et al. (2011). Risperidone treatment for polydipsia and hyponatremia in schizophrenia: A case report. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(2), 123-125.
13. Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347-1359.
14. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 638-646. Tai, S., & Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavioral therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.
15. Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., et al. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: A qualitative study on the impact of narrative enhancement and

cognitive therapy on persons with serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 807–812.

16. Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York, NY: W. W. Norton.
- Schennach, R., Obermeier, M., Meyer, S., et al. (2012). Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 63(1), 87–90.
17. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
18. Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Berning, J., et al. (2010). Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: Symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 182–191.
19. Simon, A. E., Jegerlehner, S., Müller, T., et al. (2010). Prodromal schizophrenia in primary care: A randomized sensitization study. *British Journal of General Practice*, 60(578), e353–e359.
20. Stan, A. D., Lesselyong, A., & Ghose, S. (2009). Cellular and molecular neuropathology of schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1487–1494). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer.
21. Thacker, G. K. (2009). Schizophrenia: Phenotypic manifestations. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1541–1547). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
22. Van Os, J., & Allardyce, J. (2009). The clinical epidemiology of schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1475–1487). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins/Wolters Kluwer.
23. Velligan, D. I., Diamond, P., Mueller, J., et al. (2009). The short-term impact of generic versus individualized environmental supports on functional outcomes and target behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 168(2), 94–101.
24. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002831.

თავი 17

გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა და სუიციდი

ამ თავში განხილულია:

1. დეპრესიისა და ბიპოლარული აშლილობის ეტიოლოგიური ფაქტორები;
2. აფექტური სპექტრის აშლილობის განვითარების რისკ-ფაქტორები;
3. საექთნო პროცესი გუნება-განწყობის აშლილობის მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას;
4. სოციუმის სხვადასხვა წევრების განათლება აფექტური სპექტრის აშლილობებისა და ამ დაავადების მქონე პაციენტებზე ზრუნვის შესახებ;
5. სუიციდის რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენა;
6. საექთნო პროცესი სუიციდურ პაციენტზე ზრუნვისას;
7. საკუთარი აზრებისა და გრძნობების მართვა სუიციდურ პაციენტზე ზრუნვის დროს.

ყველა ადამიანის ცხოვრებაში არის დღეები, როცა იგი მოწყენილია, არ უნდა საწოლიდან ადგომა, ზღუდავს კავშირს გარე სამყაროსთან, ვერ იტანს ხმაურს და არის უენერგიოდ. ამ დროს შესაძლებელია შენელებული იყოს აზროვნების პროცესიც, რამაც შესაძლოა შეანელოს გადანყვებილების მიღების სისწრაფე.

ოჯახისა და სამსახურის საქმე, როგორც წესი, აიძულებს ადამიანებს, აქტიურად იყვნენ ჩართულნი ცხოვრების ფერხულში, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ბევრ დაბრკოლებას აწყდებოდნენ და ძალიან გაღიზიანებულები იყვნენ. ასეთი “ცუდი” პერიოდები ყველა ადამიანს გამოუვლია, თუმცა, როგორც წესი, ენერგია მალევე ბრუნდება და ცხოვრება ნორმალურ კალაპოტს უბრუნდება. ხშირია, როცა ადამიანები ამ “ცუდი” პერიოდის გამოსახატად სიტყვა „დეპრესია“-ს იყენებენ, თუმცა, ცხადია, ამ მდგომარეობას კლინიკურ დეპრესიასთან საერთო არაფერი აქვს. მრავალმა სხვადასხვა ფაქტორმა შესაძლოა ადამიანი მწუხარებაში ჩააგდოს, რაც, თავისი არსით, დეპრესიისგან განსხვავდება (იხ. თავი 10).

გუნება-განწყობის მეორე უკიდურესობაა აჟიტირება და ენერგიის მოზღვავება. ამ დროს ადამიანს ჰგონია, რომ ნებისმიერ პრობლემას და ამოცანას დაძლევა. ასეთი აჟიტირების მერე, როგორც წესი, დგება **ეუთიმური** (ანუ ნეიტრალური) განწყობა, რაც, თავის მხრივ, აფექტის საშუალო დონეს ნიშნავს.

გუნება-განწყობის ცვალებადობა ჯანმრთელი პროცესია და იგი არ უნდა უშლიდეს ხელს ნორმალური ცხოვრების წარმართვას.

გუნება-განწყობის აშლილობა, იგივე – აფექტური აშლილობები, არის ემოციების პერვაზიული ცვლილება, რომელიც შესაძლებელია გამოხატული იყოს როგორც დეპრესიით, ისე მანიით ან ორივე მათგანით, ერთდროულად.

ეს ცვლილებები დრამატულ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებაზე, ცვლის მის თვითშეფასებას, პროფესიულ და პირად ცხოვრებას, უჩენს დანაშაულის, ეჭვისა და ბრამის გრძნობებს და ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის აქტივობის თითქმის ყველა სფეროზე.

ადამიანები უხსოვარი დროიდან იტანჯებოდნენ აფექტური აშლილობებით. არსებობს სხვადასხვა არქეოლოგიური არტეფაქტები; მაგალითად, აღმოჩენილია უძველესი ადამიანების თავის ქალაში გაკეთებული ხვრელები, რაც მათ “ავი ძალებისაგან” გათავისუფლებაში უნდა დახმარებოდა. პრეისტორიულ ხანაში ადამიანები თვლიდნენ, რომ მათ ცხოვრებაში ემოციების აშლილობა, ღმერთის ნებით იყო მოვლენილი.

სხვადასხვა ისტორიული წყაროებიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ, მაგალითად, აბრაამ ლინკოლნსა და დედოფალ ვიქტორიას, ასევე ვან გოგსა და სხვა ცნობილ ადამიანებს, დეპრესია ჰქონდათ.

გუნება-განწყობის აშლილობები, ერთ-ერთი უხშირესი სუიციდის წინარე მდგომარეობაა, ამიტომ ამ თავში დეტალურადაა განხილული დიდი დეპრესია, ბიპოლარული აფექტური აშლილობა და სუიციდის საკითხები. უნდა აღინიშნოს, რომ შიზოფრენიით, წამალ-დამოკიდებულებით, ანტისოციალური და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობებითა და პანიკური აშლილობით დაავადებული ადამიანები სუიციდის მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

გუნება-განწყობის აშლილობის კატეგორიები

აფექტური აშლილობის ძირითადი ფორმებია დიდი დეპრესია და ბიპოლარული აშლილობა (ადრე ამ დაავადებას მოიხსენიებდნენ როგორც მანიაკალურ-დეპრესიულ დაავადებას). დიდი დეპრესია ხასიათდება, სულ მცირე – 2 კვირიანი ეპიზოდით, რა დროსაც ადამიანი კარგავს ინტერესს გარემოსადმი და ხალისს თითქმის ყველა საქმიანობის მიმართ. ამ დროს ხშირია კვებითი ჩვევის ცვლილებებიც, რის გამოც ადამიანი იმატებს ან, პირიქით, წონას კარგავს. პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ჰიპერსომნია ან ინსომნია, მოშლილია კონცენტრაციის, გადანწყვეტილების მიღებისა და ყოველდღიური ამოცანების შესრულების უნარი. პაციენტი თავს უსარგებლოდა და უსუსურად აღიქვამს, მოცულია დანაშაულის გრძნობით და სასონარკვეთილებით, არის გამოფიტული, აქვს პესიმისტური განწყობა და ხშირად სიკვდილსა და სუიციდზე ფიქრობს. ამ მდგომარეობაში ყოფნისას მნიშვნელოვნად ზიანდება პაციენტის სოციალური, პროფესიული და ფუნქციონირების სხვა სფეროები. ფსიქომორული დეპრესიის დროს პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ბოდვები და ჰალუსინაციებიც.

ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი ისმევა იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აქვს მკვეთრი ცვლილებები გუნება-განწყობაში, რა დროსაც მანიიდან დეპრესიაში გადადის და პირიქით. **მანიის** დროს გუნება-განწყობა მკვეთრად აწეულია გარემო სიტუაციისადმი შეუსაბამოდ, არაადეკვატურად და შეიძლება მერყეობდეს ზერელე უდარდებლობიდან თავშეუკავებელ აგზნებამდე. როგორც წესი, ეს მდგომარეობა 1 კვირა გრძელდება (თუ პაციენტის მკურნალობა უფრო ადრე არ დაიწყო), თუმცა შესაძლოა უფრო ხანგრძლივადაც გაგრძელდეს. მანიაკალური მდგომარეობისთვის დამახასიათებელია გადაჭარბებული თვითშეფასება, ძილის მოთხოვნილების მკვეთრი დაქვეითება, მეტყველებითი აგზნება და ჭარბსიტყვიანობა, „**იდეათა ქარიშხალი**“, ფსიქომოტორული აჟიტაცია და რისკის შემცველი ქცევა, რაც, როგორც წესი, შესაძლოა ცუდად დასრულდეს. მოსალოდნელია, რომ ამ დროს პაციენტი გადაჭარბებულად მხიარული იყოს, გამოხატოს უსაზღვრო ოპტიმიზმი, თუმცა, გარკვეული წესების დანესების გამო, შესაძლოა გაღიზიანებაც გამოავლინოს. მანიაკალური მდგომარეობის დროს, როგორც წესი, ისინი უარყოფენ რაიმე სახის პრობლემის არსებობას და თუ ასეთი წარმოიშვა, თითქმის სხვისკენ იშვრენ, ხშირია ბოდვითი აზრები და ჰალუსინაციებიც.

ჰიპომანია, არის მანიაკალური მდგომარეობის შედარებით მსუბუქი ფორმა. მანისგან განსხვავებით, ჰიპომანიის დროს ადამიანის ნორმალური ცხოვრების რიტმი და მიმდინარეობა არ ირღვევა. ჰიპომანიის დროს სახეზეა გუნება-განწყობის მსუბუქი და, ამასთან, მყარი ანევა, ფსიქიკური და ფიზიკური ენერჯისა და აქტივობის ზომიერი გაძლიერება დადებითი თვითშეგრძნების ფონზე. ამასთან, ისეთი სიმპტომები, როგორცაა მიდრეკილება სიტყვაუხვობისადმი, მოსაუბრესთან დისტანციის დაცვის უნარის შემცირება (ფამილარობა), მოჭარბებული სექსუალური მოთხოვნები, ძილის ხანგრძლივობის შემცირება და პროდუქტიულობის დაქვეითება – არ იწვევს შრომითი ან სოციალური კავშირების დარღვევას. შერეული ეპიზოდის დიაგნოზი ისმევა იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანს აღენიშნება ორივე – მანია და დეპრესია, თითქმის ყოველდღიურად, სულ მცირე, ერთი კვირის განმავლობაში. შერეულ ეპიზოდებს ხშირად სწრაფციკლორობასაც უწოდებენ. სამედიცინო მიზნებიდან გამომდინარე, ბიპოლარული აშლილობა ორ პირობით ჯგუფად იყოფა.

I ტიპის ბიპოლარული აშლილობა – ერთი ან რამდენიმე მანიაკალური ან შერეული ეპიზოდი, რომელსაც თან ახლავს დიდი დეპრესიული ეპიზოდები.

II ტიპის ბიპოლარული აშლილობა – ერთი ან რამდენიმე დიდი დეპრესიული ეპიზოდი, რომელსაც თან ახლავს, სულ მცირე, ერთი ჰიპომანიაკალური ეპიზოდი.

ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირებს, შესაძლოა ჰქონდეთ ეუთიმური ან ნორმალური განწყობისა და აფექტის ეპიზოდი პოლარულ ეპიზოდებს შორის. შესაძლოა ასევე ჰქონდეთ დეპრესიული მდგომარეობა მანიაკალური ეპიზოდის შემდეგ ეუთიმურ განწყობის დადგომამდე. რიგ შემთხვევებში ეუთიმია შესაძლოა ძალიან მცირე პერიოდი, ხოლო სხვებისთვის თვეები ან სულაც წლები გრძელდებოდეს.

დაკავშირებული მდგომარეობები

გუნება-განწყობის აშლილობის ჯგუფის მდგომარეობებს მიეკუთვნება:

- დისტიმური აშლილობა – არის ქრონიკული აფექტური აშლილობა, რომელიც, სულ მცირე, 2 წელი მაინც გრძელდება და ხასიათდება უძილობით, უხალისობით, უიმედობით, ასევე – ენერჯის, მადის, კონცენტრაციისა და თვითდაჯერებულობის დაქვეითებით. დისტიმის სიმპტომები არ არის ისეთი მძიმე, როგორც დეპრესიის დროს.
- ციკლოთიმური აშლილობა – არის მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება გუნება-განწყობის მსუბუქი მერყეობით, დეპრესიული და ჰიპომანიაკალური მდგომარეობების მონაცვლეობით და არ ახასიათებს სოციალური და პროფესიული ფუნქციონირების მოშლა.
- ქიმიური ნივთიერებებით გამოწვეული ბიპოლარული ან დეპრესიული აშლილობა – არის მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება გუნება-განწყობის მნიშვნელოვანი დარღვევებით, რაც სხვადასხვა ნივთიერების (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული ნამლები და ტოქსინები) პირდაპირი ფიზიოლოგიური ზემოქმედების შედეგად დგება.
- **სემონურ აფექტურ აშლილობას** (საა) – ორი ქვეტიპი აქვს. პირველი, რომელსაც „ზამთრის სევდას“-აც უწოდებთ, ზამთარში ან შემოდგომის დადგომასთან

ერთად იწყება და ხასიათდება ძილიანობით, მადის მომატებით და კარბოჰიდრატების მიმართ გაძლიერებული ლტოლვით, წონის მატებით, გაღიზიანებადობითა და კონფლიქტურობით, ასევე – კიდურებში სიმძიმის შეგრძნებით, რომელიც ადრეულ შემოდგომაზე იწყება და გაზაფხული-ზაფხულისთვის წყდება. მეორე ტიპის სეზონური აფექტური აშლილობა უფრო იშვიათია, გაზაფხულის დადგომისას იწყება და ადრეულ შემოდგომამდე გრძელდება. იგი ხასიათდება უძილობით, წონისა და მადის დაკარგვით. ამ მდგომარეობის მკურნალობის უმთავრესი მეთოდია – სინათლის თერაპია.

- მშობიარობის შემდგომი სევდა (Baby Blues) – არის მსუბუქი ფორმის აშლილობა, რომლის წინასწარ განჭვრეტა შესაძლებელია და ვლინდება მშობიარობიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში. ამ დროს სახეზეა ემოციური და აფექტური ლაბილობა, თვალცრემლიანობა, სევდიანობა, უძილობა და შფოთვა. იგი თავისით, მკურნალობის გარეშე გაივლის, თუმცა მელოგინე ქალს ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხარდაჭერა, მდგომარეობას მნიშვნელოვნად უმსუბუქებს.
- მშობიარობის შემდგომი დეპრესია – განვითარებულ ქვეყნებში ორსულობის ყველაზე გავრცელებული გართულებაა. ის ხასიათდება დეპრესიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებით და მშობიარობიდან 4 კვირის განმავლობაში იწყება.
- მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი – არის რთული და მძიმედ მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც მშობიარობიდან რამდენიმე დღეში მწვავედ იწყება. სანყისი სიმპტომები – დაღლილობა, სევდა, ემოციური სიმძიმე, ცუდი მეხსიერება და აბნევა, თანდათან პროგრესირებს და ვლინდება ბოდვები, ჰალუცინაციები, უკრიტიკობა, ასევე განსჯის უნარის დაკარგვა და რეალობისგან მოწყვეტა. მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი გადაუდებელ მდგომარეობას წარმოადგენს და იგი მყისიერ მკურნალობას საჭიროებს.
- პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობა – არის შექცევადი, საშუალო სიმძიმის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობა, რომელიც თავს იჩენს მენსტრუაციის დაწყებამდე 2-14 დღით ადრე და ქრება მენსტრუაციის შემდეგ. პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობის აფექტური და/ან სომატური სიმპტომები, პრემენოპაუზის ასაკის ქალთა 20-30%-ს აწუხებს და შეიძლება გამოიწვიოს ქალის, როგორც სოციალური, ისე სამსახურეობრივი საქმიანობის მნიშვნელოვანი დარღვევა ემოციური სფეროს ლაბილურობის, გამღიზიანებლობის, კონფლიქტურობის, კონცენტრაციის სირთულეების, შფოთვის, დაძაბულობის ან უიმედობის გამო.
- არასუიციდური თვით-დაზიანების დროს ადამიანი საკუთარი ნებით, წინასწარი განზრახვით სხეულს იზიანებს, მაგალითად, იჩხვლეთს, იწვავს, იჭრის ან არსებულ ჭრილობას შეხორცების საშუალებას არ აძლევს – იმ მიზნით, რომ უარყოფითი ემოციისაგან განმუხტვა მოახდინოს, ყურადღება მიიქციოს ან თავიდან აიცილოს პასუხისმგებლობა. ეს მდგომარეობა, დეტალურადაა განხილული მე-18 თავში.

ეტიოლოგია

გუნება-განწყობის აშლილობის ეტიოლოგიის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს. არსებობს მოსაზრება, რომ ამ მდგომარეობის განვითარება, მნიშვნელოვნად დაკავშირებულია თავის ტვინში ზოგიერთი ნივთიერების დისბალანსთან, თუმცა აღსანიშნავია, რომ გარემო სტრესორებმა და სხვა ინტერპერსონალურმა ურთიერთობებმა ამ ქიმიური ნივთიერებების დისბალანსის გაჩენაში, შესაძლოა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს. ამიტომ მკურნალობის პროცესში, კლინიკური სტრატეგია არა მხოლოდ ქიმიური ბალანსის აღდგენაზე, არამედ ფსიქოსოციალური სფეროს მოგვარებაზეც უნდა იყოს მიმართული. შესაბამისად, მკურნალობაში ჩართულ ექთანს, უნდა ჰქონდეს ცოდნა დაავადების წარმოშობის როგორც ბიოლოგიური, ისე სოციალური მიზეზების შესახებ.

ბიოლოგიური თეორიები

გენეტიკური თეორიები

გენეტიკური კვლევები ცხადყოფს დეპრესიის გადაცემას პირველი რიგის ნათესავებში, რომლებიც დეპრესიის განვითარების გაორმაგებული რისკის ქვეშ არიან, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. ბიპოლარული აშლილობის შემთხვევაში კი, ეს რისკი 3-8%-ია, მაშინ, როცა ეს რისკი ზოგად პოპულაციაში მხოლოდ 1%-ია. ყველა აფექტური აშლილობისთვის კი – იდენტური ტყუპების შემთხვევაში, ფსიქიკური ავადობის განვითარების რისკი 2-4-ჯერ მაღალია დიზიგოტურ ტყუპებთან შედარებით. ვინაიდან იდენტური ტყუპების შემთხვევაში ეს რისკი 100% მაინც არაა, იზოლირებული გენეტიკური კომპონენტის არსებობა გამორიცხულია.

ნეირო-ქიმიური თეორიები

ქიმიური აგენტებიდან განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა 2 ბიოგენურ ამინს – სეროტონინს და ნორეპინეფრინს, რომლებიც წამყვან როლს თამაშობენ გუნება-განწყობის აშლილობების განვითარებაში. მაგალითად, სეროტონინი ჩართულია ისეთ პროცესებში, როგორიცაა: ძილ-ღვიძილის ციკლი, ემოციების მართვა, აქტიურობა, აგრესიულობა და გამღიზიანებლობა, კოგნიტური უნარები, ტკივილი, ბიორითმები და ნეიროენდოკრინული პროცესები. დადგენილია, რომ დეპრესიის დროს ზრდის ჰორმონის, კორტიზოლის და პროლაქტინის დონე ნორმისგან განსხვავებულია. დეპრესიის მქონე პირების სისხლსა და თავზურგტვინის სითხეში შემცირებულია როგორც სეროტონინის, ისე ტრიპტოფანის (სეროტონინის პრეკურსორის) და მისი მეტაბოლიტის (5-HIAA) კონცენტრაცია. პოზიტრონ-ემისიური კვლევის შედეგად კი შესაძლებელია პრეფრონტალურ ქერქში დაქვეითებული აქტივობის ვიზუალიზაცია.

დეპრესიის დროს შესაძლებელია შემცირებული იყოს ნორეპინეფრინის კონცენტრაცია, ხოლო მანიის დროს გაზრდილი. ამ ნეიროტრანსმიტერის ზემოქმედების გამო, სტრესულ პირობებში, ორგანიზმი მობილიზებას ახდენს და ხელს უშლის განმუხტვას. **განმუხტვა** ეს არის პროცესი, რომელიც წინ უსწრებს გულყრას ეპილეფსიის დროს. ზოგიერთმა ნივთიერებამ (სხვადასხვა ქიმიურმა ნივთიერებებმა, კოკაინმა) შესაძლოა გააძლიეროს სპონტანური განმუხტვები და, მაშასადამე, გულყრებიც. ფიქრობენ, რომ ეს განმუხტვები შესაძლოა საფუძვლად ედოს ბიპოლარული აშლილობის ციკლურობასა და მანიაკალური და დეპრესიული ეპიზოდების მონაცვლეობას. ვინაიდან ანტიკონვულ-

სიური მედიკამენტები ხელს უშლიან განმუხტვას, ისინი დადებით ზეგავლენას ახდენენ ბიპოლარული აშლილობის მკურნალობაზე.

ბიპოლარული აშლილობის საფუძველი, სავარაუდოდ, არამხოლოდ ნეიროტრანს-მიტერები, არამედ სენსიტიურობის ცვლილებებიცაა, რაც დამატებით კვლევასა და შეს-ნავლას აუცილებლად საჭიროებს.

ნეიროენდოკრინული ზეგავლენა

სხვადასხვა ენდოკრინულმა პათოლოგიამ შესაძლოა სწორედ გუნება-განწყობის ცვლილება გამოიწვიოს. ფარისებრი, პარათიროიდული, თირკმელზედა და ჰიპოფიზის ჰორმონების ზეგავლენა ადამიანის ემოციურ სფეროზე ძალიან დიდია, ამიტომ მათი ფუნქციის დროული შესწავლა და, საჭიროების შემთხვევაში – კორექცია, მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნების თვალსაზრისით.

ფსიქოდინამიური თეორიები

მრავალი ფსიქოდინამიური თეორია გუნება-განწყობის აშლილობების დაწყებაში თავად პაციენტს ან მის ოჯახს ადანაშაულებდა.

- ფროიდმა შეისწავლა, თუ რატომ ჰქონდათ დეპრესიით დაავადებულ ადამი-ანებს თვითდამცირების განცდა და ეს თვისება საკუთარი თავისაკენ შებრუნებულ ბრახს მიაწერა. მან მიაჩნა, რომ ეს ბრახი დაკავშირებული იყო რეალურად განცდილ ან მის მიერ აღქმულ დანაკლისთან. საკუთარი თავის მიტოვებულად განცდის შედეგად, ადამიანი ბრახობს, უყვარს რა, და ამავედროულად, ეზიზღება დაკარგული ობიექტი.
- ბიბრინგი თვლიდა, რომ ეგო ყოველთვის ცდილობს, რომ იდეალური იყოს (კარ-გი, მოსიყვარულე, ძლიერი, აღმატებული), ეს კი რეალურ ცხოვრებაში ყოველთ-ვის შესაძლებელი არაა, სწორედ ამიტომ, ადამიანს დეპრესია ეწყება.
- ჯაკობსონი დეპრესიას აღიქვამდა როგორც ეგოს სუპერეგოთი დამარცხების შე-დეგს; სადაც ეგო იყო სუპერეგოს მსხვერპლი, როგორც „სადისტი დედის ხელში სანამებლად ჩავარდნილი უძლური ბავშვი“.
- მანიაკალური მდგომარეობის ანალიზის შედეგად, მეცნიერების უმრავლესობა, მას დეპრესიისგან „თავდაცვის“ რეაქტიულ მექანიზმად აფასებს, რა დროსაც იდი ეგოზე იმარჯვებს და არადისციპლინირებული, ჰედონიური თვისებების მქო-ნე ბავშვის მსგავსად იქცევა.
- მეიერი დეპრესიას აფასებდა როგორც ადამიანის რეაქტიულ პასუხს სტრესულ მოვლენაზე.
- ჰორნი ფიქრობდა, რომ ბავშვები, რომლებიც არამოსიყვარულე მშობლების გა-რემოცვაში იზრდებოდნენ, უფრო მიდრეკილნი არიან დეპრესიისა და მარტოსუ-ლობისაკენ.
- ბეკი ფიქრობდა, რომ დეპრესია არის კოგნიტური სფეროს პათოლოგიური მდგო-მარეობა, რომლის დროსაც ადამიანი ყველა ნეგატიური მოვლენის გაბუქებას, ხოლო პოზიტიური მოვლენების უგულებელყოფას ახდენს.

კულტურული თავისებურებები

ასაკისთვის დამახასიათებელი რიგი ქცევების გამო, გარკვეულ ასაკობრივ ჯგუფებში დეპრესიის დიაგნოზის დადგენა საკმაოდ გართულებულია. დეპრესიის მქონე ბავშვი შესაძლოა, ერთი შეხედვით, ჭირვეული იყოს, ჰქონდეს სკოლის ფობია, ჰიპერქტიურობა, დასწავლის სირთულეები, დაბალი აკადემიური მოსწრება და ანთისოციალური ქცევა. მოზარდობის პერიოდში დეპრესია შესაძლოა გამოვლინდეს რისკის შემცველი ქცევებით, „განგსტერულ“ დაჯგუფებებში გაწევრიანებით, სკოლის მიტოვებით, ნარკოტიკების მოხმარებითა და სხვა. მოზრდილებში დეპრესია შესაძლოა გამოვლინდეს ნამალ-დამოკიდებულებით, კვებითი დარღვევებით, ჰიპოქონდრიით, კომპულსიური ქცევებით, როგორცაა ვორკაპოლიზმი (მუშაობაზე დამოკიდებულება), გემბლინგი(თამაშზე დამოკიდებულება). გვიანი მოზრდილობის ასაკის პირებს, რომლებიც ჭირვეულობითა და მოდავებით გამოირჩევიან, შესაძლოა დეპრესია ჰქონდეთ.

დეპრესიის გამოხატულება მნიშვნელოვანწილად კულტურულ თავისებურებებზე არის დამოკიდებული და უფრო მეტად დამახასიათებელია იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც საკუთარი ემოციების სიტყვიერად გამოხატვას თავს არიდებენ. მაგალითად, ამიის ქვეყნებში შფოთვა და დეპრესია ხშირად სომატური სიმპტომებით, მაგალითად, თავის ან წელის ტკივილით ინიღბება.

დიდი დეპრესია

დიდი დეპრესია ხასიათდება 2 კვირის ან უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გუნება-განწყობის დაქვეითებით, რა დროსაც ადამიანი ინტერესს კარგავს ჩვეული აქტივობების მიმართ, არის უენერგიოდ, ეცვლება ძილ-ღვიძილის მახასიათებლები, კარგავს მიზნებსა და თვითრწმენას, უჭირს კონცენტრაცია, გადაწყვეტილებების მიღება და სხვა.

დეპრესია ორჯერ უფრო ხშირია ქალებში და ავადობა 1.5-3-ჯერ უფრო ხშირია პირველი რიგის ნათესავებში, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. ასაკთან ერთად დეპრესიის რისკი მცირდება ქალებში და იმატებს მამაკაცებში. მარტოხელა და გაყრილ პირებში დეპრესიის ალბათობა მკვეთრად მაღალია. პრეპუბერტას ასაკში, გოგოებსა და ბიჭებში დეპრესიის ალბათობა თანაბარია.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

დეპრესია შესაძლოა რამდენიმე კვირა, თვე ან წელი გაგრძელდეს, მაგრამ ეპიზოდების უმრავლესობა 6 თვეს არ აჭარბებს. ზოგ ადამიანს შესაძლოა ჰქონდეს დეპრესიის მხოლოდ ერთი ეპიზოდი, თუმცა შემთხვევათა 50-60%-ში დეპრესია რეკურენტულ (შექცევით) ხასიათს ატარებს. პაციენტების 20% -ში მოსალოდნელია მდგომარეობის ქრონიზაცია, ხოლო დეპრესიის მძიმე შემთხვევებში (20%) მოსალოდნელია ფსიქოზური სიმპტომატიკა.

დიდი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

- ა) არანაკლებ ორი კვირის განმავლობაში პაციენტს უნდა აღენიშნებოდეს ქვემოთ მოცემული ხუთი (ან მეტი) სიმპტომი. ამასთან, აუცილებელია რომ პაციენტს ჰქონდეს ორიდან ერთ-ერთი: ა) დაქვეითებული გუნება-განწყობა ან ბ) ინტერესების ან სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა
- შენიშვნა:* შეფასებისას, არ უნდა მოხდეს იმ სიმპტომების გათვალისწინება, რომელიც ცალსახად სხვა კლინიკურ მდგომარეობას უკავშირდება.

1. დაქვეითებული გუნება-განწყობა აღინიშნება მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღიურად, რაც პაციენტის პირადი ჩივილით (სიცარიელის, სევდის შეგრძნება) ან გარშემომყოფთა ობიექტური დაკვირვებით (მაგ., თვალცრემლიანობა) ვლინდება. ბავშვებსა და მოზარდებში ეს სიმპტომი შესაძლოა გაღიზიანებადობით იყოს გამოხატული.
 2. ინტერესების შეზღუდვა და სიამოვნების მიღების უნარის დაქვეითება ყველა ან თითქმის ყველა საქმიანობისას, მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღე (რაც ვლინდება, როგორც სუბიექტური ჩივილით, ასევე სხვების დაკვირვებითაც).
 3. წონის მნიშვნელოვანი კლება დიეტის გარეშე ან წონაში მატება (მაგ., საერთო წონის 5%-ზე მეტის ცვლილება თვის განმავლობაში); მადის მომატება ან დაქვეითება შეინიშნება თითქმის ყოველდღე (შენიშვნა: ბავშვებში ეს შესაძლოა გამოხატული იყოს მოსალოდნელი წონის ნამატის ვერ მიღებით).
 4. ინსომნია ან ჰიპერსომნია თითქმის ყოველდღე.
 5. ფსიქომოტორული აგზნება ან შეკავება (მოუსვენრობა ან მოტორული შენელება არა მხოლოდ სუბიექტური შეგრძნებაა, არამედ თვალსაჩინოა გარშემო მყოფთათვისაც).
 6. ადვილად დაღლა და ანერგია ყოველდღე.
 7. თვითშეფასების დაქვეითება ან შეუსაბამო, ან გაზვიადებული თვითბრალდების განცდა (შეიძლება იყოს ბოდვითი იდეებიც) თითქმის ყოველდღე (არა უბრალოდ თვითბრალდება ან ავადმყოფობის გამო საკუთარი თავის დადანაშაულება).
 8. ყურადღებისა და კონცენტრაციის უნარის ან თვითრწმენის დაქვეითება თითქმის ყოველდღე (სუბიექტური ჩივილი ან გარშემომყოფთა დაკვირვების საფუძველზე).
 9. პერიოდული ფიქრები სიკვდილზე (არა უბრალოდ სიკვდილის შიში), განმეორებადი სუიციდური აზრები კონკრეტული გეგმისა ან მცდელობის გარეშე, ან დაგეგმილი სუიციდი.
- ბ) სიმპტომები იწვევს კლინიკური მნიშვნელობის დისტრესს და სოციალური და პროფესიული სფეროს მნიშვნელოვან მოშლას.
- გ) ეპიზოდი არ უნდა იყოს დაკავშირებული ნივთიერებების მიღების ფიზიოლოგიურ ეფექტებთან.
- შენიშვნა:* მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, შესაძლოა წარმოადგენდეს რეალური მიზეზის შედეგად დამდგარ მდგომარეობას, სტრესული მოვლენის შემდეგ აუცილებელია შეფასდეს დეპრესიის განვითარების რისკი. ამისათვის აუცილებელია, რომ ზრუნვაში ჩართულ პირებს ჰქონდეთ შესაბამისი ცოდნა და კრიტიკული აზროვნების უნარი.
- დ) დეპრესიის დიაგნოზის დასადასტურებლად, აუცილებელია, რომ ანამნეზში პაციენტს არ ჰქონდეს მანიის ან ჰიპომანიის ერთი ეპიზოდიც კი. *შენიშვნა:* თუ პაციენტს ჰქონდა მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური მდგომარეობა, ის არ უნდა ყოფილიყო დაკავშირებული რომელიმე ნივთიერების მოხმარებასთან.

მკურნალობა და პროგნოზი

ფსიქოფარმაკოლოგია

ანტიდეპრესანტების ძირითადი ჯგუფებია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები, მათ ინჰიბიტორები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ატიპური ანტიდეპრესანტები. მედიკამენტის არჩევისას, მრავალი სხვადასხვა ფაქტორის გათვალისწინება უნდა მოხდეს, მათ შორის, წარსულში ამ მედიკამენტის ეფექტურობა და სისხლით ნათესავთან იგივე პრეპარატის გამოყენების ეფექტურობა.

მეცნიერები ფიქრობენ, რომ დეპრესიის დროს ზოგადად ნეიროტრანსმიტერების, განსაკუთრებით კი სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის კონცენტრაცია შემცირებულია. შესაბამისად, შესაძლებელია, რომ ნებისმიერმა მექანიზმმა, რომელიც ამ ნეიროტრან-

სმიტერების მოქმედებას შეამცირებს, დეპრესია გამოიწვიოს. ეს შესაძლებელია იყოს მცირე რაოდენობით სინთეზირებული ნეიროტრანსმიტერი, პოსტსინაფსური რეცეპტორების შემცირებული რაოდენობა, პოსტსინაფსური ნეირონის მიერ სინაფსურ ნაპრაღში ჩამოღვრილი ნეიროტრანსმიტერის ძალიან სწრაფად შეწოვა და სხვა.

თუ პაციენტს დეპრესიასთან ერთად ფსიქოზური მოვლენები აქვს, მას შესაძლოა ანტიფსიქოზური მკურნალობაც ჩაუტარდეს, ხოლო ფსიქოზური სიმპტომების მოგვარების შემდეგ, მკურნალობა მხოლოდ ანტიდეპრესანტებით გაგრძელდეს.

კვლევებმა ცხადყო, რომ რეციდივების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესი იქნება, თუ მკურნალობა 18-24 თვე ჩატარება და მოხსნის ეტაპზე დოზა თანდათანობით და არა – ერთიანად შემცირდება.

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (სუსი) – სუსები, ითვლება ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ ანტიდეპრესანტად (ცხრილი 17.1). ანტიდეპრესანტთა ამ ჯგუფს შედარებით ნაკლებად გამოხატული სედაციური ანტიქოლინერგული და კარდიოტოქსიკური ეფექტი აქვს, რაც მის გამოყენებას შედარებით ასაკოვან პაციენტებში უფრო უსაფრთხოს ხდის. მკურნალობის დაწყებიდან 3-4 დღეში ინსომნიის სიმპტომები მცირდება, მადა 4-7 დღეში უბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობას, ხოლო 4-7 დღეში ენერჯის დონე უმჯობესდება. 7-10 დღეში კი გუნება-განწყობა, ყურადღების კონცენტრირების უნარი და ცხოვრებისადმი ინტერესი უმჯობესდება.

ფლუოქსეტინი (პროზაკი) უფრო მეტად ხასიათდება მსუბუქი აჟიტირებითა და წონის კლებით, მაგრამ ნაკლებადაა ასოცირებული დღის ძილიანობასთან. მისი ნახევარდაშლის პერიოდი 7 დღეზე მეტია, რითაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვა სუსებისგან, რომელთა ნახევარდაშლის პერიოდი 25 საათია.

ციკლური ანტიდეპრესანტები – ანტიდეპრესიულ საშუალებათა ყველაზე უფრო ძველი ჯგუფია, რომელიც 1950 წლიდან გამოიყენება დეპრესიის სამკურნალოდ. ისინი აუმჯობესებს ისეთ სიმპტომებს, როგორცაა უიმედობა, უმწეობა, ანჰედონია, შეუსაბამო თვითგვემა, დანაშაულის შეგრძნება, სუიციდური აზრები და გუნება-განწყობის მერყეობა (დილის ჭირვეულობა და შედარებით გაუმჯობესება საღამოს). ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები გამოიყენება პანიკური აშლილობის, ობსესიურ-კომპულსიური და კვებითი აშლილობების დროს. ტრიციკლური და ჰეტეროციკლური ანტიდეპრესანტები პლაზმაში თავის თერაპიულ კონცენტრაციას 10-14 დღეში აღწევს, ამიტომ კლინიკური გაუმჯობესება შედარებით გვიან დგება. ვინაიდან ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები მრავალი წელია ბაზარზე, მისი გენერული ფორმები ფართოდ მოიპოვება და ამიტომ შედარებით იაფი ღირს.

ღვიძლის ფუნქციების მძიმე მოშლის, ასევე – მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე ფორმის დროს ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება უკუნაჩვენებია. მათი გამოყენება არ შეიძლება მათ ინჰიბიტორებთან ერთად. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო, მათი გამოყენება სიფრთხილით უნდა მოხდეს ისეთი მდგომარეობების დროს როგორცაა გლაუკომა, წინამდებარე ჭირკვლის ჰიპერტროფია, შარდის შეკავება ან ობსტრუქცია, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერთიროიდიზმი, კარდიოვასკულარული დაავადებები, თირკმლის უკმარისობა და სასუნთქი სისტემის დაავადებები (ცხრილი 17.2).

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ზედოზირების ეფექტი რამდენიმე დღეში ვლინ-

დება და მოიცავს ცნობიერების აბნევას, აჟიტირებას, ჰალუცინაციებს, ჰიპერპირექსიას და რეფლექსების გაცხოველებას. მძიმე ფორმის გართულებები – კრუნჩხვა, კომა და კარდიოვასკულარული ტოქსიკურობა, შესაძლოა გახდეს ტაქიკარდიის, გულის კუნთის კუმშვადობის დაქვეითების და ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის მიზეზი. ვინაიდან გერიატრიულ პოპულაციაში ამ გართულებების განვითარების რისკი მაღალია, ტრიციკლური ჯგუფის მედიკამენტები ასაკოვან პაციენტებში იშვიათად ინიშნება და უპირატესობა ახალი თაობის მედიკამენტებს ენიჭება.

ტეტრაციკლური ანტიდეპრესანტები – ამოქსაპინმა (ასენდინმა) შესაძლოა გამოიწვიოს ექსტრაპირამიდული სიმპტომები, მოგვიანებითი დისკინეზია და ავთვისებიანი ნეიროლევსიური სინდრომი. ამ ჯგუფის მედიკამენტების მიღებას 1-3 თვის განმავლობაში, შესაძლოა თან ახლდეს ტოლერანტობის განვითარება, ასევე მადისა და წონის მატება.

მაპროტილინი (ლუდომილი) დაკავშირებულია გულყრების განვითარების რისკთან (განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებიც აქტიურად მოიხმარენ ალკოჰოლს); მისთვის ასევე დამახასიათებელია შეკრულობა, შარდის შეკავება, სტომატიტი და სხვა გვერდითი ეფექტები, რის გამოც მკურნალობაზე დამყოლობა მკვეთრად მცირდება. ამასთან, თუ ამ ჯგუფის მედიკამენტებთან ერთად მოხდება ცნს-ის სხვა დეპრესანტების გამოყენება, მათი ეფექტი გაძლიერდება. ტეტრაციკლური ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყება და დასრულება აუცილებელია რომ მოხდეს დოზის თანდათანობითი ტიტრაციით.

ატიპური ანტიდეპრესანტები – ატიპური ანტიდეპრესანტების გამოყენება ხდება მაშინ, როცა სუსებით მკურნალობისას პაციენტს ნაწილობრივი პასუხი აქვს მკურნალობაზე ან მრავლობითი გვერდითი მოვლენები აღენიშნება. ატიპური ანტიდეპრესანტებია ვენლაფაქსინი, დულოქსეტინი, ბუპროპიონი, ნეფაზოდონი და მირტაპაინი (ცხრილი 17.3).

ვენლაფაქსინი აინჰიბირებს სეროტონინის, ნორეპინეფრინისა და დოპამინის უკუმიტაცებას (სუსტად). დულოქსეტინი სელექციურად აინჰიბირებს სეროტონინსა და ნორეპინეფრინს. ბუპროპიონი სუსტად აინჰიბირებს ნორეპინეფრინისა და დოფამინის უკუმიტაცებას, მაგრამ სეროტონინზე არ ახდენს ზეგავლენას. იგი მონევის შეწყვეტისას გამოიყენება.

ცხრილი 17.1 სუსის ჯგუფის ანტიდეპრესანტები

გენერიული (სავაჭრო) დასახელება	გვერდითი ეფექტები	საექთნო საკითხები
ფლუოქსეტინი (პროზაკი)	თავის ტკივილი, მომატებული ალგზნებადობა, შფოთვა, სედაცია, კანკალი, სექსუალური დისფუნქცია, ანორექსია, შეკრულობა, გულისრევა, ფაღარათი, წონის კლება.	მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დღის 12 საათამდე თუ პაციენტი ალგზნებულია, ხოლო თუ მოთენილი – 12 საათის შემდეგ. უნდა მოხდეს ჰიპონატრემიის მონიტორინგა. მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია სითხის ადეკვატური რაოდენობით მიღება. სექსუალური დისფუნქციის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის ინფორმირება.

სერტრალინი (ზოლოფტი)	თავბრუსხვევა, სედაცია, თავის ტკივილი, უძილობა, კანკალი, სექსუალური დისფუნქცია, დიარეა, პირისა და ყელის სიმშრალე, გულისრევა, პირღებინება და ოფლიანობა	წამლის მიწოდება მოახდინეთ დღის 12 საათის შემდეგ, თუ პაციენტს აქვს ძილიანობა. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მიიღოს შაქრიანი სასმელები ან ნუგბარი. მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია სითხის ადეკვატური რაოდენობით მიღება. სექსუალური დისფუნქციის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის ინფორმირება.
პაროქსეტინი (რექსეტინი)	თავბრუსხვევა, სედაცია, თავის ტკივილი, ინსომნია, სისუსტე, გამოფიტულობა, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე, გულისრევა, პირღებინება, დიარეა და ოფლიანობა	მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. თუ პაციენტს გამოხატული აქვს ძილიანობა, მედიკამენტის მიღება უმჯობესია მოხდეს დღის მეორე ნახევარში. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მიიღოს შაქრიანი სასმელები ან ნუგბარი. მკურნალობის პერიოდში აუცილებელია სითხის ადეკვატური რაოდენობით მიღება.
ციტალოპრამი	ძილიანობა, სედაცია, ინსომნია, გულისრევა, პირღებინება, წონის მატება, შეკრულობა და დიარეა	მოახდინეთ პაციენტის მონიტორირება ჰიპონატრემიის აღმოსაჩენად. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს საღამოს 6 საათზე ან უფრო გვიან. დაარიგეთ პაციენტი კვებისა და ადეკვატური ფიზიკური აქტივობის შესახებ.
ესციტალოპრამი	ძილიანობა, თავბრუსხვევა, წონის მატება, სექსუალური დისფუნქცია, მოუსვენრობა, პირის სიმშრალე, თავის ტკივილი, გულისრევა და დიარეა.	შეამოწმეთ ორთოსტატული სისხლის წნევა. დაარიგეთ პაციენტი, თუ როგორ უნდა ადგეს (წელა), რომ არ მოხდეს ორთოსტატული ჰიპოტენზიის სიმპტომების გამოვლენა. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მიიღოს შაქრიანი სასმელები ან ნუგბარი.

ნეფაზოდონი, აინჰიბირებს სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას და შედარებით მცირე რაოდენობის გვერდითი ეფექტებით ხასიათდება. მისი ნახევარდაშლის პერიოდი 4 საათია და მისი გამოყენება უსაფრთხოა თირკმლისა და ღვიძლის უკმარისობის დროს. ნეფაზოდონის გამოყენება აძლიერებს ზოგიერთი ბენზოდიამეპინის (ალპრაზოლამი, ესტაზოლამი და ტრიაზოლამი) და ასევე H2 ბლოკერის- ტერფენადინის მოქმედებას. რემეონი, აინჰიბირებს სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას და სექსუალურ დისფუნქციას შედარებით ნაკლებად იწვევს; თუმცა მისი გამოყენება უფრო მეტად იწვევს წონის მატებას, სედაციასა და ანტიქოლინერგულ გვერდით მოვლენებს.

მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები (მაო) – მაო ინჰიბიტორები შედარებით ნაკლებად გამოიყენება მათთვის დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენებისა და წამალთშორისი ურთიერთქმედებების გამო (ცხრილი 17.4). ამ ჯგუფის მედიკამენტების ყველაზე სერიოზული, ზოგჯერ – სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებაა **ჰიპერტენზიული კრიზი**, რაც შესაძლოა განვითარდეს თირამინის შემცველი მედიკამენტების მიღებისას (იხ. თავი 2). ამ გართულების სიმპტომებია საფეთქლის ტკივილი, ჰიპერტენზია, გულისრევა, პირღებინება, შემცივნება, ოფლიანობა, მოუსვენრობა, კისრის რიგილობა, გუგე-

ბის გაფართოვება, ცხელება და მოტორული აგზნება. ყველა ამ მოვლენამ შესაძლოა ჰიპერპირექსია (სხეულის უალრესად მაღალი ტემპერატურა), თავის ტვინში სისხლჩაქცევა და სიკვდილიც კი გამოიწვიოს. ამ სიმპტომების განვითარება თირამინის შემცველი საკვების მიღებიდან 20-60 წუთში ხდება.

მაო ინჰიბიტორებით მკურნალობის დაწყებიდან თერაპიული ეფექტი 2-4 კვირაში დგება, იგივე ეხება მისი ეფექტის მოხსნასაც. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ადეკვატური დრო იყოს გასული მკურნალობის შეწყვეტიდან ახალი ჯგუფის მედიკამენტით მკურნალობის დაწყებამდე.

ცხრილი 17.2 ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

გენერული (სავაჭრო) დასახელება	გვარდითი მოვლენები	საექთნო საკითხები
ამიტრიპტილინი	თავბრუსხვევა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია, სედაცია, თავის ტკივილი, კანკალი, ბუნდოვანი მხედველობა, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე, წონის მატება, შარდის შეკავება, ოფლიანება.	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დაძინების წინ. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი, იკვებოს ბალანსირებულად და ივარჯიშოს. მოახდინეთ კარდიოლოგიური ფუნქციების მონიტორირება.
ამოქსაპინი	თავბრუსხვევა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, სედაცია, ინსომნია, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე, გამონაყარი.	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დაძინების წინ. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი, იკვებოს ბალანსირებულად და ივარჯიშოს. გამონაყარის გამოჩენის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის ინფორმირება.
დოქსეპინი	თავბრუსხვევა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, სედაცია, ინსომნია, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე, ოფლიანობა	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დაძინების წინ. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი, იკვებოს ბალანსირებულად და ივარჯიშოს.
იმიპრამინი	თავბრუსხვევა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, სედაცია, ინსომნია, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე, წონის მატება.	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დაძინების წინ. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი, იკვებოს ბალანსირებულად და ივარჯიშოს.
დემიპრამინი	ართიმია, თავბრუსხვევა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, ალგზნება, უძილობა, სექსუალური დისფუნქცია, პირისა და ყელის სიმშრალე, გამონაყარი.	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დილის საათებში, თუ პაციენტს უძილობა აწუხებს. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი. სექსუალური დისფუნქციის ან გამონაყარის არსებობის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის ინფორმირება.

ნორტრიფტი-ლინი	არითმია, ტაქიკარდია, ცნობიერების ცვლილება, აღგზნება, კანკალი, შეკრულობა, პირისა და ყელის სიმშრალე.	მოახდინეთ კარდიოლოგიური ფუნქციის მონიტორინგი. თუ მედიკამენტის მიღება იწვევს აგზნებას, მედიკამენტის მიღება უმჯობესია მოხდეს დილის საათებში. მკურნალობის პერიოდში მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს პაციენტის ადეკვატური ჰიდრირება. ურჩიეთ პაციენტს, რომ არ მოიხმაროს შაქრიანი სასმელები და ნუგბარი. ცნობიერების ცვლილების შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის ინფორმირება.
----------------	--	---

მკურნალობის სხვა მეთოდები და ფსიქოთერაპია

ელექტროკონვულსიური თერაპია (ეკთ). გარკვეულ ჯგუფებთან დეპრესიის სამკურნალოდ შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ელექტროკონვულსიური თერაპია. მკურნალობის ეს მიდგომა გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის დროს გამოვლენილი გვერდითი მოვლენები იმდენად მძიმეა, რომ მკურნალობის გაგრძელება შეუძლებელია; ასევე იმ შემთხვევაში, როდესაც მკურნალობის მიმართ სიმპტომები რეზისტენტულია. ელექტროკონვულსიური თერაპიის გამოყენება უსაფრთხოა მოხუცებსა და ორსულებშიც და პაციენტებში, რომლებსაც აქტიური სუიციდური აზრები და ქცევა (თუმცა ამ მეთოდის გამოყენების შემდეგ ეფექტის დადგომას რამდენიმე კვირა სჭირდება) აქვთ. ეკთ-ის დროს პაციენტის თავზე თავსდება ელექტროდები, რომელიც იწვევს თავის ტვინში ელექტრულ განმუხტვასა და გულყრის წარმოშობას, რაც ითვლება, რომ თავის ტვინში ნორმალური ქიმიური ბალანსის აღდგენას უწყობს ხელს. მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე სამყაროში ეკთ საკმაოდ ჰუმანურად ტარდება, ამ მეთოდის გამოყენებას კვლავ აკრიტიკებენ.

ცხრილი 17.3 ატიპური ანტიდეპრესანტები

გენერული (სავაჭრო) დასახელება	გვერდითი მოვლენები	საექთნო საკითხები
ვენლაფაქსინი	არტერიული წნევისა და გულისცემის სიხშირის მატება, გულისრევა, პირღებინება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ძილიანობა, პირის სიმშრალე, ოფლიანობა, ლაბ. მონაცემების ცვლილებები (AST, ALT, კრეატინინი, გლუკოზა და ელექტროლიტები).	მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. მკურნალობის პერიოდში საჭიროა ადეკვატური ჰიდრირების უზრუნველყოფა. მედიკამენტის მიღება უმჯობესია მოხდეს საღამოს საათებში. ურჩიეთ პაციენტს რომ არ მიიღოს შაქრის შემცველი სასმელები და ნუგბარი.
დესვენლაფაქსინი	თავის ტკივილი, სედაცია ან ინსომნია, აფიტირება, პირის სიმშრალე, შეკრულობა, ოფლიანობა, არტერიული წნევის მატება, თავბრუსხვევა.	მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. ურჩიეთ პაციენტს რომ არ მიიღოს შაქრის შემცველი სასმელები და ნუგბარი. ასწავლეთ პაციენტს, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან.

დულოქსეტინი	არტერიული წნევისა და პულსის მატება, გულისრევა, პირღებინება, ძილიანობა ან უძილობა, თავის ტკივილი, პირის სიმშრალე, შეკრულობა, გულყრის ზღურბლის დაწევა, სექსუალური დისფუნქცია.	მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად. ურჩიეთ პაციენტს რომ არ მიიღოს შაქრის შემცველი სასმელები და ნუგბარი. უნდა მოხდეს ადეკვატური ჰიდრირება.
ბუპროპიონი	გულისრევა, პირღებინება, გულყრის შემცირებული ზღურბლი, აჟიტირება, მოუსვენრობა, უძილობა, გემოს ცვლილებები, მხედველობის დაბინდვა, წონის მატება და თავის ტკივილი.	მედიკამენტის მიღება უმჯობესია მოხდეს დილის საათებში. პაციენტი მკურნალობის პერიოდში უნდა იკვებებოდეს ბალანსირებულად და ვარჯიშობდეს რეგულარულად.
ნეფაზოდონი	თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ძილიანობა, ღვიძლის ფუნქციების ცვლილება, ასევე გლუკოზის, ჰემატოკრიტის, ქოლესტეროლისა და LDH ის ცვლილება.	მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს საკვების მიღების წინ (საკვები ხელს უშლის მის შეწოვას). მოახდინეთ თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციების მონიტორინგი.
მირტაპინი	სედაცია, თავბრუსხვევა, პირისა და ყელის სიმშრალე, წონის მატება, სექსუალური დისფუნქცია, შეკრულობა.	მედიკამენტი უმჯობესია, დაინიშნოს საღამოს. ურჩიეთ პაციენტს რომ არ მიიღოს შაქრის შემცველი სასმელები და ნუგბარი. პაციენტი უნდა იკვებებოდეს ბალანსირებულად და ადეკვატურად იღებდეს სითხეებსაც. სექსუალური დისფუნქციის აღმოცენების შემთხვევაში აცნობეთ ექიმს.

ცხრილი 17.4 მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები

გენერული (სავაჭრო) დასახელება	გვერდითი ეფექტი	საექთნო საკითხები
იზოკარბოქსამიდი (მარპლანი) ფენელზინი (ნარდილი) ტრანციკლოპრომინი (პარნატი)	ძილიანობა, პირის სიმშრალე, გაზრდილი აქტიურობა, გულისრევა, ანორექსია, შეკრულობა, შარდის შეკავება, ორთოსტატული ჰიპოტენზია.	დაარიგეთ პაციენტი, რომ ნელა წამოდგეს მჯდომარე პოზიციიდან. მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს დილის საათებში, საკვებთან ერთად. მკურნალობის პერიოდში, პაციენტმა აუცილებელია, მიიღოს ადეკვატური რაოდენობით სითხეები. უთხარით პაციენტს თირამინის გართულებების შესახებ.

გაფრთხილება მედიკამენტის შესახებ!

სეროტონინული სინდრომი

სეროტონინული სინდრომი ვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორებისა და მათ ინჰიბიტორების მიღებას შორის არასაკმარისი პერიოდია გასული ან იმ შემთხვევაში, თუ მათ ინჰიბიტორების მიღება მეპერიდინთან კომბინაციაში მოხდა. სეროტონინული სინდრომისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- მენტალური სტატუსის ცვლილება, აჟიტირება და დაბნეულობა;
- ნერვუნთოვანი აღგზნება: კუნთების რიგიდულობა, სისუსტე, გუგების რეაქტიულობის დაქვეითება, კანკალი, ცახცახი, მიოკლონია, კოლაფსი და კუნთების პარალიზი;
- ავტონომიური ნერვული სისტემების მოშლა: ჰიპერთერმია, ტაქიკარდია, ტაქიპნოე, ჰიპერსალივაცია და დიაფორეზი.

მკურნალობის პერიოდში ტარდება 6-15 წუთიანი სეანსი კვირაში სამჯერ. სტაბილური შედეგის მისაღებად საჭიროა მინიმუმ ექვსი სეანსი, ხოლო მაქსიმალური ეფექტის მიღება 12-15 სეანსის შემდეგ ხდება.

პროცედურის ჩასატარებლად პაციენტს იგივე ტიპის მომზადება სჭირდება, როგორც ნებისმიერი ამბულატორიული ქირურგიული მანიპულაციის დროს: ღამის 12 სთ-ის შემდეგ საკვები არ უნდა მიიღოს, პროცედურის დაწყებამდე უნდა დაცალოს შარდის ბუშტი და ფრჩხილიდან ლაქი უნდა მოიცილოს. მედიკამენტების მიწოდების მიზნით აუცილებელია პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია.

პროცედურის დაწყებამდე პაციენტი იღებს პრემედიკაციას ისე, რომ მას პროცედურის განმავლობაში ეძინოს. შემდეგ ხდება მიორელაქსანტის მიწოდება, რათა გულყრის გარეგნული ნიშნები მაქსიმალურად შემცირდეს. ელექტროდები თავსდება თავის ორივე ან ცალ მხარეს (ბი- ან უნილატერალურად). ელექტრული სტიმულის მიწოდების შემდეგ თავის ტვინში განვითარებული გულყრის მონიტორინგი ეეგ-ის მეშვეობით ხდება. პაციენტს პროცედურის განმავლობაში მიეწოდება ჟანგბადი კანულით ან ამბუს მეშვეობით ხდება ადეკვატური ოქსიგენაციის შენარჩუნება. ელექტროსტიმულაციიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ პაციენტი იღვიძებს, რა დროსაც აუცილებელია მისი ვიტალური მაჩვენებლების მონიტორინგება, ხოლო სრული გამოღვიძების შემდეგ ღებინების რეფლექსის შემოწმება.

გაფრთხილება მედიკამენტის შესახებ!

მათ ინჰიბიტორებისა და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ზედოზირება

როგორც მათ ინჰიბიტორების, ისე ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ზედოზირებულმა მიღებამ შესაძლოა პაციენტის სიკვდილი გამოიწვიოს. რისკის შემცირების მიზნით, სუიციდური აზრების მქონე პაციენტებზე, აღნიშნული მედიკამენტების გაცემა მხოლოდ ლიმიტირებული ოდენობით უნდა მოხდეს.

გაფრთხილება მედიკამენტის შესახებ!

მათ ინჰიბიტორების წამალთშორისი ურთიერთქმედებები

არსებობს მედიკამენტების რამდენიმე ჯგუფი, რომლებიც მათ ინჰიბიტორებთან ერთად მიღების დროს პოტენციურად ლეტალურ ეფექტს იძლევა.

- ამფეტამინები;
- ეფედრინი;

- ფენფლურამინი;
- იზოპროტერენოლი;
- მეფერიდინი;
- ფენილეფრინი;
- ფენილპროპრანოლამინი;
- ფსევდოეფედრინი;
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები;
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები;
- თირამინი;

ელექტროსტიმულაციით მკურნალობის შემდეგ, პაციენტი შესაძლოა დაბნეული და დეზორიენტირებული იყოს. ის შესაძლოა გრძობდეს დაღლილობას და ჰქონდეს თავის ტკივილი (რაც უნდა იმართოს სიმპტომურად). პროცედურის შემდგომი სიმპტომები წააგავს დიდი გულყრის შემდგომ სიმპტომებს; ამასთან, მას შესაძლოა თან ახლდეს ხანმოკლე მეხსიერების მოშლაც. პროცედურის დასრულების შემდეგ, როგორც წესი, პაციენტს შია და ეძინება.

უნილატერალური ელექტროსტიმულაცია, შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ნაკლებ გვერდით მოვლენებთან, თუმცა მისი თერაპიული ეფექტი, როგორც წესი, უკეთესია.

ლიტერატურაში აზრი ორად არის გაყოფილი. ერთნი თვლიან, რომ აღნიშნული თერაპია ეფექტურია და მისი გვერდითი მოვლენები ხანმოკლე და გარდამავალია. ხოლო სხვანი წერენ, რომ მკურნალობის ამ მეთოდთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები მძიმე და პერსისტენტულია.

ფსიქოთერაპია – დეპრესიის მკურნალობის ერთ-ერთ საუკეთესო მიდგომად მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია ითვლება, რომელთა მიზანია სიმპტომების რემისია, ფსიქოსოციალური ფუნქციის აღდგენა და რეციდივის თავიდან აცილება, ისე რომ პაციენტს როგორც პირად, ისე სამსახურეობრივ საქმიანობაში დეპრესიასთან დაკავშირებული სირთულეების მინიმუმაცია მოხდეს.

ინტერპერსონალური თერაპიის მიზანია პაციენტისთვის ისეთი სირთულეების დაძლევაში დახმარება, როგორიცაა გლოვა, როლების გადანაწილება და როლური ტრანსფორმაციები. მაგალითად, თუ ბავშვი ისე გაიზარდა, რომ მან ვერ მოახერხა მეგობრების შეძენისა და მათ მიმართ ნდობის ჩამოყალიბების უნარების დასწავლა, ხოლო ზრდასრულობის ასაკში მისი ამ უნარის არ არსებობა ხელს უშლის ახალი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას, ინტერპერსონალური თერაპიის საშუალებით, ადამიანს ეძლევა საშუალება მოახდინოს განვითარების ამ ამოცანის შესრულება და ახალ ურთიერთობებთან დაკავშირებული უნარების შეძენა.

ქცევითი თერაპიის მიზანია, გააძლიეროს პაციენტის პოზიტიური ქცევის სიხშირე და სოციალური უნარები.

კოგნიტური თერაპიის მიზანია, დაეხმაროს პაციენტს საკუთარი თავის, სხვებისა და გარემოს უფრო პოზიტიურ აღქმაში. თუ პაციენტს არასწორი და ნეგატიური წარმოდგენები აქვს, ცხადია ეს მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ემოციურ სფეროზეც. 17. 5 ცხრილში, მოცემულია ის ძირითადი მდგომარეობები, რომელთა აღმოფხვრასაც კოგნიტური თერაპია ისახავს მიზნად.

მკურნალობის ინოვაციური მეთოდები

დეპრესიის მკურნალობის ინოვაციური მეთოდებია ტრანსკრანიული მაგნიტური სტიმულაცია, მაგნიტური გულყრითი თერაპია, თავის ტვინის ღრმა სტიმულაცია და ცდომილი ნერვის სტიმულაცია. ტრანსკრანიული მაგნიტური სტიმულაცია საკმაოდ ეფექტური და უსაფრთხო მკურნალობის მეთოდია მედიკამენტური მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული დეპრესიული მდგომარეობების დროს.

ცხრილი 17.5 სხვადასხვა მდგომარეობები, რომლის დროს კოგნიტური თერაპიის წარმოება რეკომენდებულია

აბსოლუტური, დიქტომიური ამროვნება	ყველაფრის შეფასება უკიდურესი პოლარობით. ყველაფერი ან კარგია ან ცუდი (მოვლენა ან შავია, ან თეთრი)
პირობითი დასკვნები	(ნეგატიური) დასკვნების გაკეთება არასაკმარისი მტკიცებულებების არსებობის პირობებში
სპეციფიკური აბსტრაქცია	ფოკუსირება ნაკლებად მნიშვნელოვან დეტალზე, ისე, რომ მეტად მნიშვნელოვანი და სრული სურათის შემქმნელი მოვლენები უგულვებელყოფილია. ფოკუსირება ნაკლები მნიშვნელობის (ნეგატიურ) მოვლენებზე და სხვა (პოზიტიური) ასპექტების უგულვებელყოფა
ზეგენერალიზება	ძალიან მცირე გამოცდილებაზე ან ინფორმაციაზე დაყრდნობით განზოგადებული დასკვნების გაკეთება
გაზვიადება და გაბათილება	ერთი (ნეგატიური) მოვლენის გაზვიადება, ისე რომ სხვა (პოზიტიურ) მოვლენებს არავითარი მნიშვნელობა აღარ ეძლევა
პერსონალიზაცია	გარემოში მიმდინარე მოვლენების პერსონალიზაცია და მათი დაკავშირება საკუთარ პიროვნებასთან

საექთნო პროცესის გამოყენება დეპრესიულ პაციენტზე ზრუნვის დროს შეფასება

ისტორია/ანამნეზი

იქნებოდა პაციენტის ისტორია შესაძლოა პაციენტის ოჯახის წევრებისგან და ახლობლებისგან შეკრიბოს. ასევე შესაძლებელია გამოიყენოს მონაცემები წინა ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდებიდან, ასეთის არსებობის შემთხვევაში. დეპრესიული პაციენტის გამოკითხვას შესაძლოა დიდი დრო დასჭირდეს. როგორც წესი, ასეთი პაციენტები ემოციებისგან იმდენად გადატვირთულები არიან, რომ შეკითხვის გააზრებასა და პასუხის ფორმულირებას შედარებით დიდ ხანს უნდებიან. მიუხედავად ამისა, ექთანი უნდა ეცადოს, არ ააჩქაროს პაციენტი და საშუალება მისცეს მას, თავი მოუყაროს აზრებს.

პაციენტის მხრიდან პრობლემის აღქმის შეფასების მიზნით, ექთანმა უნდა გამოკითხოს პაციენტს დაავადების დაწყებასთან დაკავშირებული საკითხები; კერძოდ, უნდა ჰკითხოს, თუ როდის დაიწყო ეს დაავადება, დროის რა მონაკვეთში ვითარდებოდა იგი და რა ზომებს მიმართა პაციენტმა ამ ხნის განმავლობაში მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით. ექთანმა ასევე უნდა გამოიკითხოს პაციენტის ოჯახური ისტორია როგორც დეპრესიის, ისე სხვა ფსიქიკური აშლილობებისა და სუიციდის თვალსაზრისით.

ზოგადი მონაცემები და მოტორული ფუნქციის შეფასება

დეპრესიის მქონე პაციენტები, როგორც წესი, მოწყენილები არიან. მათ შესაძლოა ავადმყოფური შესახედაობაც ჰქონდეთ. ჩვეულებრივ, მათ სხეულის მოხრილი პოზა აქვთ და გაურბიან თვალთ თვალთან კონტაქტს. ამ დროს ადგილი აქვს **ფსიქომოტორულ შეკავებასაც** (პაციენტი ნელა მოძრაობს, ნელა აზროვნებს და დაგვიანებით იძლევა ვერბალურ პასუხსაც). დასმულ შეკითხვებზე მინიმალურად პასუხობენ და პასუხი ერთ ან ორ სიტყვას მოიცავს. **პასუხი**, ითვლება **გახანგრძლივებულად**, თუ დასმულ შეკითხვაზე პასუხის გაცემას პაციენტი 30 წამამდე ანდომებს. ზოგიერთ შეკითხვაზე პაციენტმა შესაძლოა თქვას, რომ “არ იცის”, მხოლოდ იმიტომ, რომ იგი იმდენად გადატვირთულია ემოციებისგან, რომ პასუხის მოფიქრებას ვეღარ ახერხებს. რიგ შემთხვევებში, პაციენტს შესაძლოა გამოხატული ჰქონდეს **ფსიქომოტორული აჟიტაცია**. ამ დროს პაციენტი ვერ ახერხებს მშვიდად დაჯდომას, აზრების სიჩქარე გაზრდილია და მეტად განწყობილია დავის წამოწყებისკენ.

გუნება-განწყობა და აფექტი

დეპრესიის მქონე პაციენტები საკუთარ მდგომარეობას აღიქვამენ როგორც უიმედო და განწირულ სიტუაციას. ისინი შესაძლოა თვლიდნენ, რომ სხვებისთვის ტვირთს წარმოადგენენ და რომ არაფერი გამოსდით. ისინი ადვილად ვარდებიან სასონარკვეთილებაში და ბრაზობენ კიდევ საკუთარ თავზე. დეპრესიის დროს პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს **ანჰედონია** (მდგომარეობა, რომლის დროსაც პაციენტი ვეღარ იღებს სიამოვნებას მისთვის ჩვეული სასიამოვნო საქმიანობებიდან) და აპათია.

დეპრესიის დროს აფექტი გასადავებელია და ემოციური გამოხატულება მნიშვნელოვნად შემცირებულია. როგორც წესი, ასეთი პაციენტები ხშირად მართო არიან და მიპყრობილი აქვთ მზერა ერთ წერტილში. კომუნიკაციის საპასუხოდ ისინი მინიმალურად აბრუნებენ პასუხს; იმისათვის, რომ თავი აარიდონ კიდევ უფრო მეტ ემოციურ სტიმულაციას, გაურბიან კომუნიკაციას სხვებთან და დროს მართლობაში ატარებენ.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

დეპრესიის დროს მნიშვნელოვნად შენელებულია აზროვნების პროცესი. მძიმე დეპრესიის დროს პაციენტი შესაძლოა საერთოდ არ იძლეოდეს ვერბალურ პასუხს. ისინი პესიმისტურად არიან განწყობილნი და მომავალსაც უიმედოდ უყურებენ; ფიქრობენ, რომ სულ ასე იქნებიან და არაფერი შეცვლის მათ ყოფას. ისინი უარყოფითად აფასებენ საკუთარ თავს, მკაცრები არიან საკუთარი თავის მიმართ და მხოლოდ ცუდს ხედავენ საკუთარ თავში. ხშირად არიან „აზრთა ცოხნის“ პროცესში, ანუ ერთიდაიგივე საკითხზე ფიქრს უბრუნდებიან გამუდმებით. შესაძლოა ფიქრობდნენ, რომ გარემოში მომხდარი ნებისმიერი ნეგატიური მოვლენა მათი ბრალია.

გუნება-განწყობის დაქვეითებასთან ერთად, დეპრესიის დროს პაციენტებს აქვთ სუიციდური აზრები, ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ რისკი შეფასდეს და შესაბამისი ზომები იქნას მიღებული.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

დეპრესიის დროს პაციენტები დროში, ადგილსა და საკუთარ თავში ორიენტირებულნი არიან, თუმცა ზოგიერთს ორიენტაცია დარღვეული შეიძლება ჰქონდეთ ფსიქო-

ზური განცდების არსებობის დროს ან როცა ჩვეული გარემოდან გარიყულები არიან. ვინაიდან დეპრესიის დროს კომუნიკაცია გართულებულია, ინტელექტუალური სფეროს შეფასება რთულია. ჩვეულია მეხსიერების პრობლემები. პაციენტებს ძალიან უჭირთ ყურადღებით მოსმენა და საქმეზე კონცენტრირება. ფსიქოზის შემთხვევაში მათ შესაძლოა ჰქონდეს დამამცირებელი შინაარსის ხმები, ასევე იმპერატიული ჰალუცინაციები, რომლებიც თვითმკვლელობისკენ უბიძგებდეს.

კლინიკური სამახსოვრო: დეპრესია

“უბრალოდ გადი! არ მინდა ჭამა!” ასე უპასუხა ნინომ თავის მეუღლეს, რომელმაც სასადილოდ მიიხმო. “ნუთუ არ შეიძლება, უბრალოდ დამანებონ თავი?!” ფიქრობდა ნინო. მიუხედავად იმისა, რომ ნინო, სინდისის ქენჯნასაც გრძნობდა საკუთარი ქცევისა და თავისი ოჯახის მცდელობების უგულებელყოფის გამო, ის მაინც ვერ ძლევდა საკუთარ თავს.

ნინო თავს ფიზიკურად და ემოციურად გამოფიტულად გრძნობდა. აღარც კი ახსოვდა, „ბოლოს როდის იყო კარგად...შესაძლოა, არც არასოდეს ყოფილა...“ ის ყოველთვის ბევრს შრომობდა, მაგრამ ახლა ვერაფერს აკეთებდა ნუნუნის გარდა. 11 წლის შვილმა ისიც უთხრა: “დედა, შენ გინდა, რომ ყველაფერი ისე იყოს, როგორც შენ გსურს და ყველაფერზე გვეჩხუბები. ჩვენ არც კი გვისმენ”. ნინოს ქმარმა დიდი ხნის წინ გადაწყვიტა აღარ მიეყცია ყურადღება მეუღლის ჭირვეულობის, მწარე ენისა და ინტიმური ცხოვრების მიმართ მისი უინტერესობისათვის. ერთ დღეს ნინომ გაიგონა, როგორ ეუბნებოდა ქმარი თავის ძმას: „რომ არა გოგონები, (მათი შვილები) დიდი ხნის წინ დაასრულებდა ამ ურთიერთობას“.

უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში ნინომ წონაში დაიკლო და ცუდად სძინავს, სიამოვნებას ვერაფრით იღებს. „რატომ ვინვალო? სასიამოვნო არაფერია. ცხოვრება ცივი და უფერულია.“ იგი თავს უსარგებლოდ, უიმედოდ და უმწეოდ გრძნობს. არც ფიქრობს, რომ ოდესმე რამე უკეთესობისკენ შეიცვლება. ამბობს: „მინდა, რომ მკვდარი ვიყო. აღარაფერი მქონდეს გასაკეთებელი“.

საექთნო მოვლის გეგმა დეპრესიის დროს
საექთნო დიაგნოზი

არაეფექტური გამკლავება: სტრესორების არაადეკვატური შეფასება და მათ მიმართ არაადეკვატური პასუხი. არსებული რესურსების არაადეკვატური გამოყენება
შეფასების მონაცემები

- სუიციდური ქცევა და ფიქრები;
- შენელებული აზროვნება;
- ფიქრების აღრევა;
- სასონარკვეთილების გრძნობა, უიმედობა;
- დანაშაულის გრძნობა;
- ანჰედონია;
- დებორიენტაცია;
- მოუსვენრობა და აჟიტირება;
- ძილის პრობლემები: ადრე გაღვიძება, ინსომნია ან ძილიანობა;
- ბრაზი და აგრესია;
- „აზრთა ცოხვნა“ ;
- ბოდვები, ჰალუცინაციები ან სხვა ფსიქოზური სიმპტომები;
- სექსუალური აქტივობისადმი შემცირებული ინტერესი;
- ინტენსიური გრძნობების შიში;
- შფოთვა,

მოსალოდნელი შედეგები
მოკლე ვადიანი

<p>პაციენტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტს არ ექნება თვითდაზიანებისკენ მიმართული ფიქრები მთელი ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში; ● 24 საათში – რეალობასთან დაკავშირებულ აქტივობებში ჩართვას შეძლებს; ● 48-72 საათში – შეინიშნება დროსა და სივრცეში ადეკვატური ორიენტაცია და პიროვნებაზე ორიენტირებული ფიქრი და ქცევა; ● 5-7 დღეში – შეინიშნება ბრაზისა და აგრესიის ადეკვატური გამოხატულება. <p>სტაბილიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი შეძლებს საკუთარი ემოციების გამოხატვას ვერბალური და არავერბალური გზით; ● არ იქნება ფსიქოზური სიმპტომები; ● ფსიქომოტორული ფუნქციონირება იქნება გამართული. <p>სოციუმში პაციენტი შეძლებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● დანიშნულების ჯეროვნად შესრულებას, ასეთის არსებობის შემთხვევაში; ● წარმოაჩინოს შფოთვასთან, სტრესთან და ფრუსტრაციასთან გამკლავების გაუმჯობესებული უნარები; ● სიტყვიერად გამოხატოს ან წარმოაჩინოს დანაკლისის ან ცვლილების მიღება, ასეთის არსებობის შემთხვევაში; ● თემში/გარემოში სოციალური საყრდენის მოძიებას და გამოყენებას. 	
იმპლემენტაცია	
საექთნო ინტერვენცია	შინაარსი
უსაფრთხო გარემოს შექმნა პაციენტისთვის	პაციენტისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა მაღალი პრიორიტეტულობის საკითხია. ნებისმიერი ნივთი შესაძლოა გამოყენებული იყოს თვითდაზიანებისთვის.
შეაფასეთ პაციენტის სუიციდის რისკი. გაითვალისწინეთ, რომ სუიციდი შესაძლოა ნებისმიერ დროს ჩაიდინოს პაციენტმა.	დეპრესიის დროს პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს სუიციდური აზრები, რაც დროთა განმავლობაში შესაძლოა გაქრეს და გაჩნდეს.
განახორციელეთ პაციენტზე ზედამხედველობა, განსაკუთრებით: <ul style="list-style-type: none"> ● როდესაც პაციენტის გუნება-განწყობა უმჯობესდება ანტიდეპრესანტის ზემოქმედების შედეგად; ● როდესაც განსაკუთრებით მცირეა კლინიკაში მორიგე თანამშრომლების რაოდენობა; ● მნიშვნელოვანი და თვალში საცემი კლინიკური ცვლილებების დროს (როდესაც პაციენტი იწყებს პირადი ნივთების გაჩუქებას, არის ამაღლებულ განწყობაზე). 	სუიციდის რისკი განსაკუთრებით მაღალია მაშინ, როცა მკურნალობის ფონზე პაციენტს უბრუნდება ენერჯია; ასევე მაშინ, როცა პაციენტი იმყოფება შედარებით ნაკლები ზედამხედველობის ქვეშ.
ხშირად მოახდინეთ პაციენტის რეორიენტაცია დროსა და სივრცეში; მიმართეთ მას სახელით, უთხარით მას თქვენი სახელი და უთხარით, სად არის და რატომ.	პაციენტის რეალობაში დაბრუნება, დადებითად მოქმედებს მის მდგომარეობაზე.
დრო დაუთმეთ პაციენტს, ფიზიკურად მის გვერდით იყავით	პაციენტთან გატარებული დრო, ეხმარება მას რეალობაში დასაბრუნებლად.

<p>თუ პაციენტი ერთსა და იმავეზე ფიქრობს, უთხარით მას, რომ თქვენ რეალობაზე ან მის გრძობებზე ისაუბრებთ, მაგრამ ნაკლებად მიაქციეთ ყურადღება „აზრთა ცოხვნას“.</p>	<p>ყურადღების შემცირებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს „აზრთა ცოხვნის“ შემცირებას. ნაახალისეთ სწორი ორიენტაცია და ემოციათა გამოხატვა.</p>
<p>მკურნალობის დასაწყის ეტაპზე, ეცადეთ, ერთსა და იმავე ადამიანთან იქონიოს ურთიერთობა პაციენტმა.</p>	<p>ვინაიდან პაციენტის კოგნიტური უნარები სანყის ეტაპზე შესაძლოა შემლუდული იყოს, უმჯობესია დასაწყისში ერთი და იგივე ადამიანი იყოს ჩართული პაციენტის მოვლაში, თუმცა შეძლებისდაგვარად მალე უნდა მოხდეს იმ პირთა წრის გაფართოება, რომელთანაც კომუნიკაციაში იქნება პაციენტი.</p>
<p>პაციენტთან კომუნიკაციისას, გამოიყენეთ ხმის რბილი ტონი და ეცადეთ, არ იყოთ ზედმეტად მხიარული.</p>	<p>განსაკუთრებული მხიარულების ჩვენება პაციენტისთვის, შესაძლოა იმის მანიშნებელი იყოს, რომ მხიარულება არის ერთადერთი მისაღები ემოცია და რომ სხვა ემოციები მიუღებელია.</p>
<p>ყურადღებით მოუსმინეთ პაციენტს და აგრძობინეთ მას, რომ ის მნიშვნელოვანი ადამიანია.</p>	<p>თუ ზედმეტად ბევრს ისაუბრებთ, შესაძლოა პაციენტმა სრულად აარიდოს თავი თქვენთან კომუნიკაციას. ეცადეთ აქტიურად მოუსმინოთ მას.</p>
<p>პაციენტთან კომუნიკაციისას გამოიყენეთ მარტივი ენა და თავი აარიდეთ რთული ქვეყობილი წინადადებების გამოყენებას.</p>	<p>დეპრესიული მდგომარეობიდან გამომდინარე, პაციენტს უჭირს კომპლექსური შინაარსის ინტერპრეტაცია.</p>
<p>ეცადეთ, პაციენტს ძალიან ბევრი კითხვა არ დაუსვათ, განსაკუთრებით კი შეკითხვები, რომლებიც მხოლოდ მოკლე პასუხებს საჭიროებს.</p>	<p>მოკლე პასუხების მქონე შეკითხვების მიცემამ, შესაძლოა ხელი შეუშალოს პაციენტის მიერ გრძობების გამოხატვას.</p>
<p>არ შეაწყვეტინოთ პაციენტს სათქმელი გამამხნეველებელი შეძახილებით და კომენტარებით (მაგალითად: “აი, ნახავ, უკეთ იქნები”).</p>	<p>პაციენტმა შესაძლოა მრავალი ისეთი რამე თქვას, რაც ადვილი მოსასმენი არ იქნება. თუ პაციენტის მონათხრობი თქვენთვის დისკომფორტის მომგვრელია, ეცადეთ ამაზე კოლეგებს გაესაუბროთ და ამ გრძობის ნეიტრალიზება უშუალოდ პაციენტთან კომუნიკაციაში არ მოახდინოთ.</p>
<p>დაეხმარეთ პაციენტს, გამოხატოს საკუთარი ემოციები თავისუფლად, როგორი შინაარსის მატარებელიც არ უნდა იყოს ის.</p>	<p>ემოციების გამოხატვა, მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტს უმწეობისა და სასონარკვეთილების გრძობის დაძლევაში.</p>
<p>მიეცით საშუალება პაციენტს გამოხატოს საკუთარი ემოციები, თუნდაც ტირილით. მიეცით მას საშუალება განმარტოვდეს, ასეთ დროს, თუ ეს მისთვის უსაფრთხოა.</p>	<p>ტირილი ემოციის გამოხატვის ჯანსაღი გზაა. მიეცით პაციენტს საშუალება, რომ იტიროს და თუნდაც ამ გზით გამოხატოს საკუთარი გრძობები.</p>
<p>მოახდინეთ პაციენტთან კომუნიკაცია თემებზე, რომელიც მისთვის კომფორტულია. არ მოუწყოთ დაკითხვა.</p>	<p>დაკითხვის რეჟიმში კომუნიკაციამ, შესაძლოა შეაშინოს პაციენტი და მეტად ჩაკეტოს იგი. ნდობის მოპოვების შემდეგ, შესაძლოა მან თავად გადაგიშალოთ გული და ისეთ თემებზე გესაუბროთ, რაზედაც არასდროს უსაუბრია.</p>

<p>ესაუბრეთ პაციენტს იმ ემოციების შესახებ, რომელსაც იგი იყენებდა წარსულში ემოციებთან გამკლავების მიზნით. განიხილეთ, თუ რომელმა სტრატეგიამ, რა შედეგი მოუტანა.</p>	<p>შესაძლოა წარსულში სტრესთან გამკლავებისათვის გარკვეულ სტრატეგიებს პაციენტი წარმატებით იყენებდა, მაგრამ ახლა მან დაკარგა თავდაჯერებულობა და ვეღარ ახერხებს სტრესთან გამკლავებას; ან შესაძლოა რიგი სტრატეგიებისა თვითგამანადგურებელი აღმოჩნდა (თვითმკურნალობა, ალკოჰოლი და სხვა). შესაძლოა პაციენტმა სულაც არ იცოდეს თუ რა სტრატეგიები უნდა გამოიყენოს სტრესთან გამკლავების მიზნით. ამ შემთხვევაში, შესაძლოა ექთანს დაეხმაროს ამ უნარების შექმნაში.</p>
<p>ასწავლეთ პაციენტს სტრესთან გამკლავების პოზიტიური მეთოდები. ეს შესაძლოა იყოს ვარჯიში, მედიტაცია, ემოციის ვერბალიზაცია, დღიურის წარმოება და სხვა. დაეხმარეთ პაციენტს განივითაროს პრობლემის გადაჭრის უნარები. და მიეცით მას დადებითი უკუკავშირი მკურნალობის პროცესში.</p>	<p>პაციენტს შესაძლოა სულ არ ჰქონდეს სტრესთან გამკლავების უნარები. ამ თვისების შექმნაში გააუმჯობესოს მისი თვითდაჯერებულობა და სტრესთან გამკლავების ხარისხი. მკურნალობის პროცესში, პაციენტმა უნდა ისწავლოს შეცდომების საკუთარი თავისთვის პატიება და მათი გადალახვა.</p>

კრიტიკული აზროვნება

დეპრესიის დროს კრიტიკული აზროვნების უნარი დაქვეითებულია. ამ დროს პაციენტებს არ შეუძლიათ კრიტიკულად შეაფასონ პრობლემა და მოიფიქრონ ამ პრობლემის გადაჭრის გზა. კოგნიტური უნარების დაქვეითების გარდა, პრობლემის გადაჭრის პროცესში შესაძლოა ხელის შემშლელი ფაქტორი აპათიური მდგომარეობა და უკიდურესი პესიმიზმი იყოს.

თვითაღქმა

დეპრესიის დროს მკვეთრად დაქვეითებულია თვითშეფასება. პაციენტები საკუთარ თავს ხშირად ასე აფასებენ: “არაფრისთვის ვვარგივარ” ან “უსარგებლო ვარ”. ისინი თავს იდანაშაულებენ როგორც ავადმყოფობის, ისე იმგვარი მოვლენების გამო, რომელსაც პაციენტთან უშუალო კავშირი საერთოდ არ აქვს. ისინი შესაძლოა ფიქრობდნენ, რომ მათ გარეშე სხვები თავს უკეთ იგრძნობდნენ, რასაც პაციენტი სუიციდურ აზრამდე მიჰყავს.

როლები და ურთიერთობები

დეპრესიის დროს პაციენტებს უჭირთ თავისი სოციალური როლის შესაბამისი ამოცანების შესრულება და რაც უფრო მძიმეა დეპრესია, მით მეტად უჭირთ ამ მოვალეობების შესრულება. პაციენტს შესაძლოა უჭირდეს როგორც სასწავლებელში, ისე სამსახურში სიარული და საკუთარი მოვალეობების შესრულება. რაც უფრო მეტად ვერ უმკლავდებიან სოციალურ ვალდებულებებს, მით მეტად უღრმავდებათ საკუთარი “უვარგისობის” განცდა.

აღნიშნული მდგომარეობა უკიდურესად ამძიმებს პაციენტის ოჯახურ მდგომარეობას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის წევრებს დეპრესიის შესახებ სრულყოფილი ცოდნა არ აქვთ.

ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის ასპექტები

დეპრესიის დროს ხშირია წონაში კლების ეპიზოდებიც, რაც დაკავშირებულია მადის მკვეთრ დაქვეითებასთან. მადის პრობლემებთან ერთად, პაციენტებს, როგორც წესი, ძილის პრობლემებიც აქვთ. მათ ან ძალიან ცოტა, ან ძალიან ბევრი სძინავთ, თუმცა მიუხედავად გადაჭარბებული ძილიანობისა, ენერჯის აღდგენას ვერ ახერხებენ და მაინც გამოფიტვისა და გადაღლის შეგრძნება აქვთ. დეპრესიის დროს პაციენტები, როგორც წესი, კარგავენ ინტერესს სექსუალური აქტივობის მიმართ, ხოლო მამაკაცებში იმპოტენციაც ვითარდება. აღნიშნულ პრობლემებთან ერთად ხშირია პირადი ჰიგიენის დაცვა-ვასთან დაკავშირებული პრობლემებიც, რაც გამოწვეულია როგორც მოტივაციის, ისე ენერჯის სიმცირით. ვინაიდან საკვების მიღებასთან ერთად, დეპრესიული პაციენტები ცუდად იღებენ სითხესაც, ხშირია გართულებები კუჭ-ნაწლავის სისტემის თვალსაზრისითაც (შეკრულობა და დეჰიდრატაცია).

დეპრესიის სიმძიმის შეფასება

დეპრესიის სიღრმის შეფასების მიზნით გამოიყენება რამდენიმე სახის შეფასების სისტემა (ასეთებია, მაგალითად, ბეკისა და ზანგის თვითშეფასების კითხვარები). აღნიშნული სისტემების მიზანია როგორც კლინიკური გაუმჯობესების შეფასება, ისე ზოგად პოპულაციაში დეპრესიის შემთხვევების გამოვლენა.

ჰამილტონის დეპრესიის შეფასების სკალა (სამახსოვრო 17.1) არის კლინიკური პრაქტიკის მქონე პერსონალის შეფასების სისტემა, რომლის საშუალებითაც სამედიცინო პერსონალს საშუალება ეძლევა შეაფასოს პაციენტის დეპრესიასთან დაკავშირებული სიმპტომები, როგორცაა დაქვეითებული გუნება-განწყობა, ცოდვიანობის განცდა, სუიციდური აზრები და ინსომნია. შეფასების იგივე სისტემა დიურნალური (დღიური) ვარიაციების, დეპრესონალიზაციის, პარანოიდული სიმპტომების ადა ობსესიების შეფასების საშუალებასაც იძლევა.

მონაცემთა ანალიზი

პრიორიტეტული საკითხების გამოყოფის მიზნით ექთანი ახდენს მიღებული ინფორმაციის ანალიზს. დეპრესიული პაციენტის შემთხვევაში შესაძლოა გამოტანილი იქნას შემდეგი საექთნო დიაგნოზები:

- სუიციდის რისკი;
- დაუბალანსებელი კვება;
- შფოთვა;
- სტრესთან არაეფექტური გამკლავება;
- უიმედობა;
- სოციალური როლის არაჯეროვანი შესრულება;
- საკუთარ თავზე ზრუნვის არაადეკვატურობა;
- ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება;
- ძილის აშლილობა;
- სოციალური ურთიერთობების მოშლა.

გამოსავლების იდენტიფიცირება

დეპრესიის გამოსავლის შეფასება დაკავშირებულია დეპრესიის გამოვლინებებთან (არის თუ არა ადამიანი შენელებული, თუ პირიქით -აჟიტირებულია; სძინავს გადაჭარბებულად, თუ პირიქით ძალიან ცოტა). ფსიქომოტორული შეკავების მქონე პაციენტების შემთხვევაში, გამოსავლები შესაძლოა იყოს შემდეგი:

- პაციენტი არ მიაყენებს საკუთარ თავს ზიანს;
- პაციენტი დამოუკიდებლად შეძლებს საკუთარი თავის მოვლას (შხაპის მიღებას, ჩაცმას და მონწესრიგებას);
- პაციენტი შეძლებს მუშაობასა და მოსვენებას შორის ბალანსის დაცვას;
- პაციენტი შეძლებს ადეკვატურად კვებას, სითხის მიღებას და ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას;
- პაციენტს ექნება ადეკვატური სოციალური ურთიერთობები ოჯახის წევრებთან, თანამშრომლებთან და სოციუმის სხვა წევრებთან;
- პაციენტი დაუბრუნდება სკოლას/პროფესიულ საქმიანობას;
- პაციენტი დაემორჩილება დანიშნულ ანტიდეპრესიულ მკურნალობას;
- პაციენტი რეციდივის შემთხვევაში მოახდენს საკუთარი მდგომარეობის ვერბალიზებას.

ინტერვენციები

დეპრესიულ პაციენტზე ზრუნვის დროს პირველი რიგის ამოცანაა სუიციდის რისკის შეფასება. თუ პაციენტს აქვს სუიციდური აზრები ან ესმის იმპერატიული ხმები, რომელიც მას სუიციდის ჩადენას კარნახობს, აუცილებელია უსაფრთხო გარემოს შესაქმნელად შესაბამისი ზომების მიღება. თუ პაციენტი ექთანს ეუბნება, რომ მას სუიციდის გეგმა აქვს, ექთანი დამატებითი კითხვებით ადგენს, თუ რამდენად ლეტალურია დასახული გეგმა. მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობითა და ჰოსპიტალის შინაგანანგის მიხედვით, აუცილებელია შემუშავდეს ანტისუიციდური გეგმა (აღნიშნული საკითხი დეტალურად არის განხილული ქვემოთ).

თერაპიული ურთიერთობების წახალისება

დეპრესიის დონის მიუხედავად, თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის წარმატების თვალსაზრისით. ზოგ შემთხვევაში, პაციენტი შესაძლოა ადვილად იხსნებოდეს და საკუთარ განცდებსა და ემოციებზე დეტალურად ჰყვებოდეს. ზოგს ხანგრძლივი ინტერაქციის შენარჩუნება არ შეუძლია, ამიტომ ექთანს პაციენტთან თერაპიული ურთიერთობის დასამყარებლად შესაძლოა რამდენიმე მოკლე ვიზიტი დასჭირდეს.

თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბება განსაკუთრებით რთულია იმ პაციენტებთან, რომლებსაც ფსიქომოტორული შეკავება აქვთ და როგორც მოტორული, ისე კოგნიტიური ფუნქციები შენელებული აქვთ. ასეთ შემთხვევაში, ექთანი დღის განმავლობაში შესაძლოა რამდენჯერმე ეცადოს თერაპიული ურთიერთობის დამყარებას და თუნდაც რამდენიმე წუთი ფიზიკურადაც იყოს პაციენტის გვერდით. ასეთი კომუნიკაცია, თუნდაც უსიტყვო, პაციენტს რეალობაში დაბრუნებაში მნიშვნელოვნად ეხმარება.

სამახსოვრო 17.1 ჰამილტონის დებრესიის შეფასების სკალა

თითოეულ საკითხზე შეარჩიეთ პასუხი, რომელიც საუკეთესოდ აღწერს პაციენტის მდგომარეობას:

1. დაქვეითებული გუნება-განწყობა (სევდა, უიმედობა, უმწეობა, უნარობა)

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 აღნიშნული გრძნობა ვლინდება მხოლოდ პირდაპირი შეკითხვისას;
- 2 ჩივილებს სპონტანურად გამოთქვამს;
- 3 აღნიშნული გრძნობის ამოცნობა შესაძლებელია არავერბალური სიგნალების მეშვეობით, როგორცაა სახის გამომეტყველება, სხეულის პოზა, ხმა და აცრემლებული თვალები;
- 4 პაციენტი გამოხატავს მხოლოდ ამ გრძნობებს, როგორც სპონტანურ გამოთქმებში, ისე არავერბალურად.

2. დანაშაულის განცდა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 თვითბრალდება; თვლის, რომ დამნაშავეა სხვების წინაშე;
- 2 დანაშაულის იდეები ან განსჯა წარსულ შეცდომებს ან ცოდვებზე;
- 3 აღნიშნული დაავადება ფასდება, როგორც სასჯელი წარსულში ჩადენილი შეცდომების გამო. დანაშაულის ბოღვითი აზრები;
- 4 ვერბალური ჰალუცინაციები, ბრალდების ან განსჯის შინაარსით და/ან მუქარის შემცველი ვიზუალური ჰალუცინაციები.

3. სუიციდური განზრახვა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 განცდა, რომ სიცოცხლე არ ღირს;
- 2 სიკვდილის სურვილი ან საკუთარ სიკვდილზე ფიქრი;
- 3 სუიციდური აზრები და მინიშნებები;
- 4 სუიციდის მცდელობა (ნებისმიერი სერიოზული მცდელობა 4 ქულით ფასდება).

4. ადრეული უძილობა

- 0 ჩაძინება არ უჭირს;
- 1 ეპიზოდური ჩივილები ჩაძინების გაძნელებაზე (15 წუთზე მეტ ხანს გრძელდება);
- 2 ყოველდღიური ჩივილი ჩაძინების გაძნელებაზე.

5. შუალედური უძილობა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 ჩივილები მოუსვენარ, მშფოთვარე ძილებაზე მთელი ღამის განმავლობაში;
- 2 ღამის განმავლობაში ხშირი გამოღვიძება. საწოლიდან ნებისმიერი წამოდგომა ფასდება 2 ქულით (ფიზიოლოგიური მოთხოვნების გარდა).

6. გვიანი უძილობა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 დილაადრიაანი გაღვიძება, ძილის შებრუნებით;
- 2 თუ საწოლიდან ადგა, ძილის შებრუნებას ვეღარ ახერხებს.

7. შრომის უნარი და აქტივობა

- 0 არ არის სირთულეები;
- 1 საკუთარი უსუსურობის აზრი და შეგრძნება; დაღლილობა და სისუსტე, რომელიც ვლინდება როგორც სამსახურეობრივი, ისე გასართობი აქტივობების დროს;

- 2 ინტერესის დაკარგვა შრომითი საქმიანობის ან გართობის მიმართ, რასაც პაციენტი ან ჩივილის სახით წარმოადგენს ან ავლენს ქცევაში: არის განუზრუნველი, მერყეობს; თვლის, რომ თავს ძალა უნდა დაატანოს;
- 3 ცოტა დროს ხარჯავს სხვადასხვა აქტივობაში ან ნაკლებპროდუქტიულია. სტაციონარში პაციენტი 3 ქულით ფასდება, თუ მისი აქტიურობა არ აღემატება 3 საათს დღე-ღამეში;
- 4 არსებული დაავადების გამო სამსახურს თავი დაანება. სტაციონარული პაციენტი შეაფასეთ 4 ქულით, თუ ის არ აქტიურობს ან მარტივ საქმიანობასაც ვერ ახერხებს დამოუკიდებლად.

8. შეკავება (მეტყველებისა და აზროვნების შენელება, ყურადღების კონცენტრირების უნარის და მორთული აქტივობის დაქვეითება)

- 0 მეტყველება და აზროვნება ნორმალურია;
- 1 მცირედი შეკავება ინტერვიუს დროს;
- 2 გამოხატული შეკავება ინტერვიუს დროს;
- 3 შეკავების გამო პაციენტთან საუბარი გაძნელებულია;
- 4 სრული სტუპორი.

9. აჟიტაცია (შფოთვითი აგზნება)

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 თითებისა და თმის წვალება და სხვა;
- 2 ფრჩხილების კვნეტა, ხელების ფშვნეტა, თმის დაპუტვა, ტუჩების კვნეტა.

10. ფსიქიკური შფოთვა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 სუბიექტური დაძაბულობა და გამღიზიანებლობა;
- 2 ნერვიულობა უმნიშვნელო საბაბით;
- 3 შეშფოთება/განგაში, რომელიც ვლინდება მეტყველებასა და სახის გამომეტყველებაში;
- 4 შიში, რომელიც შესამჩნევია კითხვის დასმის გარეშე.

11. შფოთვის სომატური ნიშნები (შფოთვის ფიზიოლოგიური გამოვლინება: კუჭ-ნაწლავის სიმპტომებით, როგორცაა პირის სიმშრალე, ბოყინი, სპაზმები, მეტეორიზმი, დიარეა, დისპეპსია; გულ-სისხლძარღვთა (ტაქიკარდია, თავის ტკივილი) სასუნთქი (ქოშინი, ჰიპერვენტილაცია) სისტემის სიმპტომებით, ასევე გახშირებული შარდვითა და ოფლიანობით)

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 სუსტი;
- 2 საშუალო;
- 3 ძლიერი;
- 4. უკიდურესად ძლიერი.

12. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სომატური სიმპტომები

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 უმადობა, თუმცა საკვებს ძალდატანების გარეშე იღებს. მუცელში სიმძიმის შეგრძნება;
- 2 საკვებს იღებს დაძალების შემდეგ. კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების მართვისთვის ითხოვს ან ესაჭიროება მედიკამენტური დახმარება – მაგალითად, საფალარათო საშუალებები.

13. ზოგადი სომატური სიმპტომები

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 სიმძიმის შეგრძნება კიდურებში, წელისა და თავის არეში. წელის ტკივილი, თავის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ენერჯის დაკარგვა და გამოფიტვა;
- 2 აშკარად გამოხატული ნებისმიერი სიმპტომი შეაფასეთ 2 ქულით.

14. გენიტალური სიმპტომები (ლიბიდოს დაკარგვა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევები)

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 მსუბუქი;
- 2 მძიმე.

15. ჰიპოქონდრია

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 მოცულია საკუთარი თავით;
- 2 გადაჭარბებული ზრუნვა საკუთარი ჯანმრთელობაზე;
- 3 ხშირად უჩივის ჯანმრთელობას; შველას ითხოვს;
- 4 ჰიპოქონდიული ბოდვა.

16. წონის კლება

- ა) ისტორიის (ანამნეზური) შეფასებით:
 - 0 წონის კლებას არ აღნიშნავს;
 - 1 წონის კლება, რომელიც სავარაუდოდ დაკავშირებულია ამჟამინდელ მდგომარეობასთან;
 - 2 წონის აშკარა კლება (ავადმყოფის გადმოცემით).
- ბ) წონის ყოველკვირეული შეფასებით ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ
 - 0 წონის კლება კვირაში 500 გრამამდე;
 - 1 წონის კლება კვირაში 500 გრამზე მეტი;
 - 2 წონის კლება კვირაში 1 კილოგრამზე მეტი.

17. კრიტიკა დაავადების მიმართ (ინსაითი)

- 0 აცნობიერებს, რომ აქვს დებრესია და ავადაა;
- 1 აცნობიერებს, რომ ავადაა, მაგრამ ამას აბრალებს ცუდ საკვებს, კლიმატს, სამსახურებრივ გადაღლას, ვირუსით დაინფიცირებას, დასვენების საჭიროებას და სხვა;
- 2 კატეგორიულად უარყოფს დაავადების ფაქტს.

18. სადღეღამისო მერყეობა (აღნიშნეთ, როდის უარესდება სიმპტომები)

ღამე	დღე	
0	0	არ არის
1	1	მსუბუქი
2	2	მძიმე

19. დეპრესონალიზაცია და დერეალიზაცია (გარემოს არარეალურობის შეგრძნება, ნიჰილისტური განწყობები)

- 0 არ აღნიშნავს;
- 1 მსუბუქი;
- 2 საშუალო;
- 3 მძიმე;
- 4 უკიდურესად მძიმე.

20. პარანოიდული სიმპტომები

- 0 არ აღნიშნავს;
- 1
- 2 ეჭვიანობა;
- 3 დამოკიდებულების იდეები;
- 4 დამოკიდებულებისა და დევნის ბოდვები.

21. ობსესიური და კომპულსიური სიმპტომები

- 0 არ აქვს;
- 1 მსუბუქი;
- 2 მძიმე.

22. უმწეობა

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 სუბიექტური შეგრძნებები, რომელიც მხოლოდ იშვიათად აღმოცენდება;
- 2 პაციენტი გამოხატავს საკუთარი უმწეობის შეგრძნებას;
- 3 პაციენტს ესაჭიროება თხოვნა, დახმარება ან დარწმუნება, რომ შეასრულოს ყოველდღიური საქმიანობები (მაგ., პალატის მოვლა, პირადი ჰიგიენა);
- 4 პაციენტი იმდენად უმწეოა, რომ საჭიროებს ფიზიკურ დახმარებას კვებაში, ჩაცმასა და მონესრიგებაში.

23. უიმედობა

- 0 არ არის გამოხატული;
- 1 მხოლოდ იშვიათად არის უიმედოდ და გამხნევებას საჭიროებს;
- 2 თავს მუდმივად უიმედოდ გრძნობს, მაგრამ გამხნევებას იღებს და რეაგირებს;
- 3 სასონარკვეთილებაშია და უიმედოდ უყურებს მომავალს;
- 4 სპონტანურად გამოხატავს ემოციებს საკუთარი სასონარკვეთილების შესახებ და იმეორებს, რომ არასოდეს გახდება უკეთ.

24. საკუთარი უვარგისობის შეგრძნება

- 0 არ აღინიშნება;
- 1 გამოკითხვისას შესამჩნევია, რომ მას დაკარგული აქვს საკუთარი თავის რწმენა;
- 2 სპონტანურად გამოხატავს, რომ მას დაკარგული აქვს საკუთარი თავის რწმენა;
- 3 პაციენტი ამბობს, რომ ის ცუდია, უსარგებლოა (წინა პუნქტისგან განსხვავდება ხარისხით);
- 4 ბოღვითი წარმოდგენები საკუთარ „უვარგისობაზე“ ვერბალიზდება “მე ვარ ნაგავი“-ის მსგავსი ფრაზებით.

დეპრესიულ პაციენტთან მუშაობისას აუცილებელი არ არის, რომ ექთანი მუდმივად საუბრობდეს, სიჩუმის დროს ასევე შესაძლებელია საექთნო ზრუნვის გამოხატვა და პაციენტის რეალობაში დაბრუნებაში დახმარება. მაგალითად: “მე ლეილა ვარ, თქვენი ექთანი, მინდა ცოტახანი ჩამოვჯდე თქვენთან, თუ გინდათ, ვისაუბროთ”. თუ პაციენტთან ჯდომისას, საუბარი არ შედგა, ექთანმა შესაძლოა ასეთი ფრაზით დატოვოს იგი: “მე ახლა წავალ და ერთ საათში კიდევ დავბრუნდები, რომ ვნახო, რამე ხომ არ გჭირდებათ”.

დეპრესიულ პაციენტებთან მუშაობისას განსაკუთრებული ხალისის გამოვლინება რეკომენდებული არ არის. ამან შესაძლოა უფრო დააფრთხოს პაციენტი და აფიქრებინოს, რომ მისი არ ესმით.

პაციენტის დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში

ფსიქომოტორულ შეკავებასთან ერთად შესაძლოა პაციენტს თავის ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარება დასჭირდეს. იმისათვის, რომ ექთანმა დახმარების აუცილებლობა შეაფასოს, მან პაციენტს უბრალოდ უნდა სთხოვოს, შეასრულოს რომელიმე ბოგადი დავალება; მაგალითად, უთხრას: „დავით, ახლა ჩაცმის დროა“. თუ პაციენტი ამოცანის შესრულებას ვერ ახერხებს ერთ საფეხურად, ექთანმა შესაძლოა დავალება რამდენიმე საფეხურად დაჰყოს და ამგვარად დაეხმაროს პაციენტს დასახული მიზნის

მიღწევაში. მნიშვნელოვანია, რომ ნებისმიერი დავალების შესრულების დროს პაციენტს მიეცეს მაქსიმალური დამოუკიდებლობა და შესაძლებლობა, რომ მართომ გადაჭრას თავის წინაშე არსებული ამოცანები. ექთანი ფიზიკურად მხოლოდ მაშინ ეხმარება პაციენტს, თუ მას ძალა არ შესწევს, დავალება დამოუკიდებლად შეასრულოს.

იმ შემთხვევაშიც კი, თუ პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე, კონკრეტულ აქტივობაში პაციენტის ჩართულობის ალბათობა მინიმალურია, ექთანი მაინც უნდა ეცადოს, რომ, თუნდაც სულ მცირედით, მაგრამ მაინც ჩართოს პაციენტი კონკრეტული ამოცანის (ჩაცმა, ჭამა, ჰიგიენა) შესრულებაში.

დეპრესიული პაციენტები ხშირად საათობით წვანან საწოლში და არ დგებიან, სანამ თავს უკეთ არ იგრძნობენ. ასეთ დროს ექთანი პროაქტიულად უნდა ეცადოს, საწოლიდან წამოაყენოს პაციენტი და შეკითხვების დასმის ნაცვლად პირდაპირ მიმართოს პაციენტს და უთხრას: “დავით, ახლა ადგომის დროა!”.

დაბალანსებული კვების რეჟიმის აღდგენა შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, როდესაც პაციენტს არ აქვს მადა ან ჭამა არ სურს. მედდას შეუძლია აუხსნას, რომ ჭამის დაწყება ხელს უწყობს მადის სტიმულირებას. ამასთან, უმჯობესია პაციენტს საკვები შესთავაზოთ მცირე ულუფებით და ხშირად. ჭამის დროს მათ გვერდით მშვიდად ჯდომაც კვების გაუმჯობესების ხელშემწყობი შესაძლოა გახდეს. საკვებისა და სითხის მიღების კონტროლი შესაძლოა საჭირო გახდეს მანამ, სანამ პაციენტი ჩვეულ მდგომარეობას არ დაუბრუნდება.

თუ ძილის ციკლი დარღვეულია, ცოტა ხნით შესაძლოა საძილე საშუალება დაინიშნოს. ამასთან, პაციენტს უნდა ურჩიოთ, რომ რაც შეიძლება მეტი დრო გაატაროს აქტიურად, რათა გამარტივდეს ჩაძინებისა და ძილის შენარჩუნების პროცესი.

თერაპიული კომუნიკაციის გამოყენება

დეპრესიის დროს პაციენტები, როგორც წესი, მოცულნი არიან საკუთარი ემოციებით, რომელთა გადალახვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საუბარი. საწყის ეტაპზე, ექთანი პაციენტს მოუწოდებს დეტალურად აღწეროს, თუ როგორ გრძნობს თავს. ტვირთის სხვა ადამიანთან გაზიარებამ შესაძლოა მდგომარეობის გარკვეული შემსუბუქება გამოიწვიოს. ამ დროს ექთანს შეუძლია ყურადღებით მოუსმინოს, წაახალისოს ავადმყოფი და შეაფასოს, თუ რამდენად მძაფრია პაციენტის განცდები.

მაგალითად,

ექთანი: „შიამბეთ, თავს როგორ გრძნობთ დღეს?“ (საუბრის გახსნა)

პაციენტი: „თავს საშინლად ვგრძნობ... საშინლად“.

ექთანი: „მითხარი მეტი. რა არის ეს შენთვის?“ (პირველი, წამახალისებელი სვლა)

პაციენტი: „მე არ ვგრძნობ თავს. არ ვიცი რა უნდა გავაკეთო“.

ექთანი: „ალბათ, ეს საშიში გრძნობაა!“ (დადასტურება).

ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი პაციენტის სირთულეების “გამოსწორებას” არ ეცადოს ისეთი კლიშეების შეთავაზებით, როგორიცაა: “ყველაფერი უკეთესად იქნება” ან “თქვენ იცით, რომ თქვენს ოჯახს ნამდვილად სჭირდებით”. მიუხედავად იმისა, რომ მედდას შეიძლება ჰქონდეს კარგი განზრახვა, ამ ტიპის შენიშვნები პაციენტს ამცირებს ან იგი თავს უფრო მეტად გრძნობს დამნაშავედ და უსარგებლოდ. მკურნალობის პროცესში ექთანმა პაციენტს უნდა ასწავლოს ის მიდგომებიც, რომელიც მას ზოგადად სტრესის დაძლევაში დაეხმარება, როგორიცაა მეგობრებთან საუბარი, დასვენებისთვის

დროს გამოყოფა და სხვ. სტრესთან გამკლავების გაუმჯობესებული უნარები, მართალია, დეპრესიის პრევენციას არ იწვევს, მაგრამ შეიძლება დაეხმაროს ადამიანს, უკეთ გაუმკლავდეს დეპრესიის შედეგად განვითარებულ პრობლემებს.

მკურნალობის მართვა

მედიკამენტური თერაპიის ფონზე, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ენერჯის მომატებაც, რამაც მისცეს საშუალება, რომ სუიციდური აქტი რეალურად განხორციელოს. დანიშნულების მიწოდების დროს დარწმუნდით, რომ პაციენტი წამალს მართლა ყლაპავს და არ აგროვებს მას სუიციდის ჩასადენად. განერის დროს აუცილებელია შეფასდეს სუიციდის რისკი – სახლში ყოფნისას, მას ექნება მედიკამენტების მარაგი და ადვილად შესაძლებელია, რომ განზრახვა სისრულეში მოიყვანოს. სუიციდის რისკის არსებობის შემთხვევაში, დანიშნულების 1 კვირაზე მეტი მარაგის გაცემა პაციენტზე არ უნდა მოხდეს. მედიკამენტურ თერაპიასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია, რომ გვერდითი მოვლენები იმართოს ადეკვატურად. თუ გვერდითი მოვლენები შემანუხებელი იქნება პაციენტისთვის, მან შესაძლოა დანიშნულების შესრულება სრულიად შეწყვიტოს.

მნიშვნელოვანია, რომ დანიშნულების ჯეროვანი შესრულების შესახებ ინფორმაცია ჰქონდეს არა მხოლოდ პაციენტს, არამედ მისი ოჯახის წევრებსაც. პაციენტის განათლება მკურნალობაზე დამყოლობას აუმჯობესებს, ამიტომ საჭირო ინფორმაციის დროული მიწოდება როგორც პაციენტისთვის, ისე მისი ოჯახის წევრებისთვის, მკურნალობის გამოსავალს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს.

პაციენტისა და ოჯახის განათლება

პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლება, მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. როგორც პაციენტს, ისე მისი ოჯახის წევრებს, უნდა ესმოდეთ, რომ დეპრესია დაავადებაა და არა მოტივაციისა და ნებისყოფის არქონა. ამავე დროს მათ უნდა შეეძლოთ, ამოიცნონ დაავადების რეციდივის ადრეული სიმპტომები, რათა მკურნალობის დაწყება დროულად მოხდეს და სიმპტომების გაღრმავება თავიდან იქნას აცილებული.

პაციენტის ოჯახის განათლება დეპრესიის შესახებ

- მიანოდეთ ინფორმაცია დეპრესიის, როგორც დაავადების შესახებ;
- ასწავლეთ მათ დეპრესიის ადრეული ნიშნები;
- აუხსენით მას ამ დაავადებისთვის მხარდაჭერის ჯგუფების მნიშვნელობა;
- აუხსენით მათ თერაპიისა და რეგულარული გეგმიური ვიზიტების მნიშვნელობა დაავადების მართვის თვალსაზრისით;
- აუხსენით დანიშნული მედიკამენტების მოქმედების გვერდითი ეფექტები;
- აუხსენით მეთოდები, რომლებიც პაციენტებს დაეხმარება გვერდითი მოვლენების მართვაში.

როგორც პაციენტს, ისე მისი ოჯახის წევრებს უნდა ესმოდეთ, რომ მკურნალობა ეფექტურია, თუ ის მიმდინარეობს როგორც მედიკამენტების, ისე ფსიქოთერაპიის საშუალებით. ეს უკანასკნელი, პაციენტს ეხმარება, რომ გააანალიზოს საკუთარი გრძნობები და გაუმკლავდეს მათ; გაიუმჯობესოს შეხედულებები საკუთარი თავის მიმართ და უფრო ოპტიმისტური გახდეს.

შეფასება

ზრუნვის გეგმის შეფასება, ზოგადად, დამოკიდებულია პაციენტის მიერ მკურნალობის პროცესში მიღწეულ ინდივიდუალურ შედეგებზე. მნიშვნელოვანია, პაციენტის უსაფრთხოება იყოს უზრუნველყოფილი და მას არ ჰქონდეს უკონტროლო ლტოლვა, რომ თვითმკვლელობა ჩაიდინოს. ზოგადად, პაციენტის თერაპიასა და მედიკამენტების შერჩევაში ჩართულობა, მისი დამყოლობა უკეთეს გამოსავალთანაა ასოცირებული. ამასთან, რეციდივის ნიშნების დროულმა ამოცნობამ და მკურნალობის დაუყოვნებლივ მოძიებამ, შეიძლება მნიშვნელოვნად შეამციროს დეპრესიული ეპიზოდის სიმძიმე.

ბიპოლარული აშლილობა

ბიპოლარული აშლილობის დროს პაციენტი მანიაკალური მდგომარეობიდან ინაცვლებს დეპრესიულ მდგომარეობაში (აღრე ამ დაავადებას მანიაკალურ-დეპრესიული დაავადება ეწოდებოდა). მანიაკალური ფაზის დროს პაციენტებს აქვთ ენერჯის მოზღვავება, განდიდების აზრები, ვერ იძინებენ და ეიფორიაში არიან. ისინი ავადმყოფურ მდგომარეობას ვერ აცნობიერებენ; მათი აზრები, ქმედებები და მეტყველება აჩქარებულია. დეპრესიული ეპიზოდის დროს ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიკური მდგომარეობა ტიპური დეპრესიული პაციენტის იდენტურია.

თუ ადამიანს ბიპოლარული აშლილობა დეპრესიული ფაზით დაეწყება, მაშინ მას თავდაპირველად დეპრესიის დიაგნოზს დაუსვამენ, რაც არ შეიცვლება მანამ, სანამ მანიაკალური ფაზა კლინიკურად არ გამოვლინდება. ბიპოლარული დაავადების შესახებ ცნობიერების ამაღლების მიზნით, რეკომენდებულია გუნება-განწყობის აშლილობის შეფასების ცხრილის გამოყენება (სამახსოვრო 17.2).

მსოფლიოში შესაძლებლობათა შეზღუდვის მიზეზებს შორის ბიპოლარული აშლილობა, დეპრესიის შემდეგ, მეორე ადგილს იკავებს. ბიპოლარული აშლილობის განვითარების რისკია 1,2%, ხოლო დასრულებული სუიციდის -შემთხვევათა 15%-ია. სუიციდის ჩადენის ყველაზე მაღალი რისკი აქვთ ახალგაზრდა მამაკაცებს, დაავადების სანყის ეტაპზე, განსაკუთრებით – სტაციონარიდან განერის პირველ დღეებში და ასევე მათ, ვისაც ანამნეზში სუიციდის მცდელობები აქვთ ან ალკოჰოლის ავად მომხმარებლები არიან.

დიდი დეპრესიის დროს თუკი ადამიანი თანდათან, შემპარავად გადადის დეპრესიულ მდგომარეობაში, რომელიც შესაძლოა 6 თვიდან 2 წლამდე გაგრძელდეს, ბიპოლარული აშლილობის დროს პაციენტი გარკვეული ციკლში ერთვება და მანიაკალური მდგომარეობიდან გადადის ნორმალურ მდგომარეობაში (ბიპოლარული მანია) ან დეპრესიული მდგომარეობიდან ნორმალურ მდგომარეობაში (ბიპოლარული დეპრესია). პაციენტი, რომელსაც ბიპოლარული აშლილობის შერეული ეპიზოდი აქვს, ძირითადად მერყეობს დეპრესიულ და მანიაკალურ ეპიზოდებს შორის, ხოლო მათ შორის შესაძლოა ჰქონდეს ნორმის მდგომარეობაც. თითოეული ეპიზოდი შესაძლოა რამდენიმე კვირა ან თვე გაგრძელდეს. 17.1 სურათზე მოცემულია ბიპოლარული აშლილობის სამი კატეგორია.

ბიპოლარული აშლილობის განვითარების რისკი ქალებსა და მამაკაცებში თითქმის თანაბარია და უფრო ხშირია უმაღლესი განათლების მქონე პირებში. ვინაიდან, პაციენტების უმრავლესობა უარყოფს მანიის არსებობას, ოფიციალურად რეალურ მონაცემებზე ნაკლები შემთხვევაა რეგისტრირებული.

სამახსოვრო 17.2 გუნება-განწყობის აშლილობის თვითშეფასების კითხვარი

ქვემოთ მოცემული კითხვარი შესაძლოა დაგეხმაროთ ბიპოლარული აშლილობის ამოცნობაში, თუმცა იგი არ ანაცვლებს სრულფასოვან სამედიცინო შეფასებას. კითხვარი შესაძლოა იყოს სკრინინგული ხასიათის და არა სადიაგნოსტიკო. თუ გაქვთ შეკითხვები საკუთარი მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ, დაუკავშირდით ექიმს.

გქონიათ თუ არა პერიოდები, როცა	დიახ	არა
იმდენად კარგად გრძნობდით თავს და ამაღლებულ განწყობილებაზე იყავით, რომ სხვებსაც კი შეუნიშნავთ და ბეჭტიურობის გამო პრობლემებიც კი შეგქმნიათ?		
ყოფილხართ იმდენად გაღიზიანებული, რომ სხვებთან ჩხუბი და დავა დაგინწყიათ?		
უფრო თავდაჯერებული ყოფილხართ, ვიდრე გჩვევიათ?		
გძინებიათ ჩვეულზე ბევრად ნაკლები, მაგრამ მაინც არ ყოფილხართ ცუდად?		
საუბრობდით ჩვეულზე მეტს და უფრო სწრაფად?		
აზრები ძალიან სწრაფად მოგდიოდათ და ვერ ახერხებდით ამის კონტროლს?		
ძალიან ადვილად გეფანტებოდათ ყურადღება და გიჭირდათ კონცენტრაცია?		
გქონიათ ჩვეულზე მეტი ენერჯია?		
ჩვეულზე უფრო აქტიური ყოფილხართ და უფრო მეტი რაღაცეები გიკეთებიათ?		
სოციალურად უფრო მეტი აქტიურობა გამოგივლენიათ? მაგალითად, დაგირეკავთ მეგობართან მოსაკითხად შუალამისას.		
ყოფილხართ ჩვეულზე მეტად სექსუალურად აქტიური?		
გქონდათ მაღალი რისკის შემცველი ქცევა?		
ფულის გადახარჯვის გამო, პრობლემები შეგიქმნიათ თქვენი ოჯახისთვის?		

2. თუ თქვენ ზემოთ დასმული შეკითხვებზე ერთზე მეტი დადებითი პასუხი გაეცით, მაშინ დააბუსტეთ: დადებითად მონიშნული ნიშნები დროში თანხვედრილი იყო?

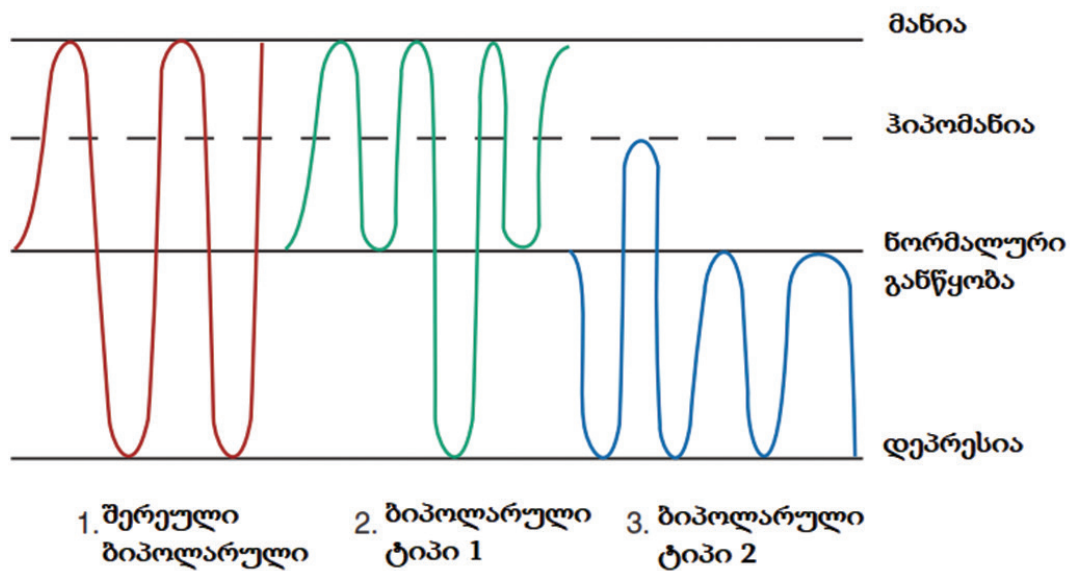
კი არა

3. თითოეულ ამ მოვლენასთან დაკავშირებულმა შედეგმა რამდენად შეცვალა თქვენი ცხოვრება (წარმოშვა პრობლემები სახლში, სამსახურში, ახლობლებთან ურთიერთობაში)

- არ მქონია პრობლემები
- მქონდა მცირედი პრობლემები
- მქონდა საშუალო სიმძიმის პრობლემები
- მქონდა სერიოზული პრობლემები

4. ჰქონია თუ არა რომელიმე თქვენს სისხლით ნათესავს (შვილი, და-ძმა, მშობლები, ბებია-ბაბუა, დეიდა, ბიძა) ბიპოლარული აშლილობა?

5. უთქვამს თუ არა თქვენთვის რომელიმე ჯანდაცვის მუშაკს, რომ თქვენ მანიაკალურ-დეპრესიული დაავადება ან ბიპოლარული აშლილობა გაქვთ?



სურათი 17.1 გუნება განწყობის ცვლილების გრაფიკული გამოსახულება

1. შერეული ბიპოლარული აშლილობა – ერთმანეთს ცვლის მანიაკალური, ნორმალური და დეპრესიული ეპიზოდები;
2. I ტიპის ბიპოლარული აშლილობა – მანიაკალურ ეპიზოდს მოსდევს, სულ მცირე, ერთი დეპრესიული ეპიზოდი;
3. II ტიპის ბიპოლარული ეპიზოდი – მორეციდივე დეპრესიული ეპიზოდები, რომლებსაც მოსდევს, სულ მცირე, ერთი ჰიპომანიაკალური ეპიზოდი.

წყარო: Videbeck, Sheila L. Psychiatric-mental health nursing / Sheila L.Videbeck; illustrations by Cathy J. Miller. — 6th ed.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

პირველი მანიაკალური ეპიზოდი, როგორც წესი, გარდატეხის ასაკსა და ადრეული მოზრდილობის ანუ 20-30 წლის ასაკში ვლინდება. არსებობს მოსაზრება, რომ შესაძლებელია ბავშვთა ასაკში ნაადრევად დაწყებული ბიპოლარული აშლილობა ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის ფორმით ვლინდება.

მანიაკალური მდგომარეობა, როგორც წესი, უეცრად იწყება, სიმპტომები სიმწვავეს ხანმოკლე დროში აღწევს და რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე გრძელდება. მანიაკალური მდგომარეობები, როგორც წესი, უფრო სწრაფად სრულდება, ვიდრე დეპრესიული ეპიზოდები. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ფსიქოზური ეპიზოდები უფრო ხშირია მოზარდობის პერიოდში დაწყებული აშლილობის დროს.

ეპიზოდის ხანგრძლივობა (>1 კვირაზე) მანიაკალური მდგომარეობის დიაგნოზის ერთ-ერთი მთავარი კრიტერიუმია, რომელსაც თან ახლავს ჩამოთვლილთაგან, მინიმუმ, სამი ან მეტი სიმპტომი: საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასება, უძილობა, მეტყველების ტემპის აჩქარება, „იდეთა ქარიშხალი“, იმპულსური, ხშირად მაღალი რისკის შემცველი ქცევა, განდიდების იდეები, ენერჯის მოზღვავება, გაფანტულობა და სხვა.

ხშირად პაციენტებს უჭირთ იმის გაგება, თუ რა ზეგავლენას ახდენს მათი ქცევა სხვათა ცხოვრებაზე და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებით შეწუხებულნი, ხშირად თავს ანებებენ მათ მიღებას. უკონტროლო სიმპტომების შემთხვევაში, ოჯახის წევრები იმდე-

ნად დაშინებულები შეიძლება იყვნენ, რომ თავადაც ვერ იძინებდნენ სტრესის გამო და მუდმივად ელოდნენ რაიმე მოულოდნელი და საშიში ქცევის გამოვლინებას.

მკურნალობა

ფსიქოფარმაკოლოგია

ბიპოლარული აშლილობა ლითიუმითა და ანტიკონვულსიური მედიკამენტებით მკურნალობას მთელი ცხოვრების განმავლობაში საჭიროებს. ამასთან, ეს არის ერთადერთი ფსიქიკური აშლილობა ამ დროისთვის, რომლის გამწვავების პრევენცია შესაძლებელია ადეკვატური მკურნალობის პირობებში.

ლითიუმი – არის მარილი, რომელიც ადამიანის ორგანიზმშიც მოიპოვება. მას შეუძლია არა მხოლოდ მანიაკალური მდგომარეობის, არამედ დაავადების ციკლური ბუნების ნაწილობრივი ან სრული კონტროლიც კი. მწვავე მანიაკალური მდგომარეობების დროს ლითიუმის ეფექტურობა 70-80%-ია. ლითიუმის მოქმედების ზუსტი მექანიზმი უცნობია, თუმცა ფიქრობენ, რომ სინაფსის დონეზე იგი მოქმედებს კატექოლამინების მეტაბოლიზმზე და ამცირებს პოსტსინაფსური ნეირონების მგრძნობელობასაც.

სწრაფად მოქმედი ლითიუმის პრეპარატების მოქმედება მიღებიდან 30 წუთში იწყება, ხოლო თავის მაქსიმუმს 4 საათში აღწევს; ნელი მოქმედების ლითიუმის პრეპარატები 4-6 საათში იწყებს მოქმედებას, ხოლო ნახევარ დაშლის პერიოდი 20-27 საათია. ამ პრეპარატებით მკურნალობის დაწყებისას, გასათვალისწინებელია 5-14 დღიანი პრეპარატის მოქმედების დაწყების მოცდის პერიოდი.

ლითიუმის პრეპარატების დანიშვნა არაა რეკომენდებული ორსულობის დროს ვინაიდან იგი გადის პლაცენტა-ენცეფალურ და ტრანსპლაცენტარულ ბარიერებს და, მაღალი ალბათობით, შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაყოფის განვითარების პათოლოგიები.

ანტიკონვულსიური მედიკამენტები – ბიპოლარული აშლილობის მკურნალობისას, შემთხვევათა 75%-ში ლითიუმის პრეპარატებით მკურნალობა ეფექტურია. დანარჩენ შემთხვევებში – პაციენტებს ამ პრეპარატის მიმართ ან აუტანლობა აქვთ, ან თანმხლები თირკმლის დაავადებების გამო უბრალოდ ვერ იღებენ.

ანტიკონვულსიური მედიკამენტები ნერვული ალგზების ზღურბლს ზემოთ წევნენ, რითიც ხელს უწყობენ გარეგანი და შინაგანი სტიმულების მიმართ მეტ ემოციურ მდგრადობას (ცხრილი 17.6).

კარბამაზეპინი (ტეგრეტოლი), პირველი ანტიკონვულსიური მედიკამენტი იყო, რომელმაც გუნებ-განწყობის მასტაბილიზირებელი თვისება გამოავლინა. მიუხედავად მისი ეფექტურობისა, პრობლემაა აგრანულოციტოზი, რომელიც ამ პრეპარატის მძიმე გვერდითი მოვლენაა და მისი გამოყენებისას აუცილებელია სისხლის ლაბორატორიული მონაცემების რეგულარული კონტროლი.

კიდევ ერთი მედიკამენტი, რომელიც სხვა გამოყენებებთან ერთად გუნება-განწყობის სტაბილიზებას ახდენს, ვალპროის მჟავაა (დეპაკინი). ამ მედიკამენტის გამოყენების დროს ასევე აუცილებელია სისხლის ლაბორატორიული კონტროლი, როგორც ღვიძლის ფუნქციების, ისე სისხლის შემადედებელი ფაქტორების მონიტორირების მიზნით.

ზემოთ ჩამოთვლილ მედიკამენტებთან ერთად, გუნება-განწყობის სტაბილიზაციისთვის, შედარებით იშვიათად გამოიყენება ისეთი ანტიკონვულსიური მედიკამენტები, როგორცაა გაბაპენტინი, ლამოტრიჟინი (ლამიქტალი) და ტოპირამატი.

I ტიპის ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები
მანიაკალური ეპიზოდი

- ა. ცალკეული, მინიმუმ, 1-კვირიანი პერიოდი (ნებისმიერი ხანგრძლივობა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში), რომლის დროსაც ვხედავთ უჩვეულო, მუდმივად ამალლებულ გუნება-განწყობას, ექსპანსიურობით ან გამღიზიანებლობით, და ენერჯისა და აქტიურობის მოზღვავენას.
 - ბ. გუნება-განწყობის აშლილობის პერიოდში ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ნარმოდგენილი უნდა იყოს, მინიმუმ 3 სიმპტომი (ხოლო გაღიზიანებადობის შემთხვევაში – 4 სიმპტომი):
 - 1. გადაჭარბებული თვითშეფასება ან საკუთარი თავის განდიდება;
 - 2. ძილის დაქვეითებული მოთხოვნილება (მაგ., 3 საათი ძილიც კი საკმარისია იმისათვის, რომ თავი დასვენებულად იგრძნოს);
 - 3. პაციენტი ჩვეულებრივზე უფრო მრავალსიტყვიანია, აქვს ლაპარაკის მუდმივი მოთხოვნილება;
 - 4. იდეათა ხტომა ან აზრების მოზღვავენების სუბიექტური შეგრძნება;
 - 5. ყურადღების ადვილად გადანაცვლება (პაციენტის ყურადღება ადვილად ინაცვლებს ერთი გამღიზიანებელიდან მეორეზე);
 - 6. გაზრდილი მიზანმიმართული აქტივობა (სოციალური, სამუშაო/სასწავლო ან სექსუალური კუთხით) ან ფსიქომოტორული აჟიტაცია;
 - 7. სიამოვნების მომნიჭებელ, მაგრამ პოტენციურად მტკივნეულ და სარისკო აქტივობებში მონაწილეობა (მაგ., თავშეუკავებელი ხარჯვა, შემთხვევითი სექსუალური კონტაქტების დამყარება, სარისკო ბიზნეს-გარიგებებში მონაწილეობა).
 - გ. გუნება-განწყობის დარღვევა იმდენად მძიმეა, რომ შეუძლია გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი გაუარესება სამსახურებრივ საქმიანობაში, სოციალურ აქტივობებსა და ურთიერთობებში; ან საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, რათა თავიდან იქნეს აცილებული თვითდაზიანება, სხვებისთვის ზიანის მიყენება ან სახეზეა ფსიქომორული სიმპტომატიკა.
 - დ. გუნება-განწყობის დარღვევა არაა დაკავშირებული რაიმე ნივთიერების (ნარკოტიკული ნივთიერების და სამკურნალო მედიკამენტების მიღებასა ან სხვა მკურნალობასთან) მიღებასთან ან სხვა სომატურ მდგომარეობებთან (მაგალითად, ჰიპერთიროიდიზმი).
- შენიშვნა:** ანტიდეპრესანტით მკურნალობის ფონზე განვითარებული მანიაკალური ეპიზოდი, რომელიც სინდრომულ დონეზე სიმყარით გამოირჩევა, აკმაყოფილებს I ტიპის ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზის კრიტერიუმს.
- შენიშვნა:** იმისათვის, რომ დაისვას I ტიპის ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი, ცხოვრების განმავლობაში 1 მანიაკალური ეპიზოდი მაინც უნდა ფიქსირდებოდეს.

**ცხრილი 17.6 გუნება-განწყობის სტაბილიზაციისთვის გამოყენებადი ანტიკონ-
ვულსიური მედიკამენტები**

გენერული (სავაჭრო) დასახელება	გვერდითი მოვლენა	საექთნო ასპექტები
კარბამაზეპინი (ტეგრეტოლი)	თავბრუსხვევა, ჰიპოტენზია, ატაქსია, სედაცია, მხედველობის სიმკვეთრის დარღვევა, ლეიკოპენია და გამონაყარი.	დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მჭდომარე პოზიციიდან ნელა წამოდგეს. დააკვირდით პაციენტის სიარულის მანერას. შეატყობინეთ ექიმს გამონაყარის გამოჩენისთანავე.

დივალპროექტი	ატაქსია, ძილიანობა, სისუსტე, გამოფიტვა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევები, დისპეპსია, გულისრევა, პირღებინება, წონის მატება, თმის ცვენა.	მოახდინეთ სიარულის მანერაზე დაკვირვება და დაეხმარეთ პაციენტს თუ ამის საჭიროება არის. გამოყავით დრო, რა დროსაც პაციენტი დასვენებას შეძლებს. მედიკამენტი საკვებთან ერთად მიეცით. უზრუნველყავით ბალანსირებული კვება.
გაბაპენტინი	თავბრუსხვევა, ჰიპოტენზია, ატაქსია, კოორდინაციის დარღვევები, სედაცია, თავის ტკივილი, გამოფიტვა, ნისტაგმი, გულისრევა, პირღებინება.	დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მჭდომარე პოზიციიდან ნელა წამოდგეს. გამოყავით დრო, რა დროსაც პაციენტი დასვენებას შეძლებს. მედიკამენტი საკვებთან ერთად მიეცით. უზრუნველყავით ბალანსირებული კვება.
ლამოტრიჯინი (ლამიქტალი)	თავბრუსხვევა, ჰიპოტენზია, ატაქსია, კოორდინაციის დარღვევები, სედაცია, თავის ტკივილი, გამოფიტვა, ნისტაგმი, გულისრევა, პირღებინება, გამონაყარი.	დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მჭდომარე პოზიციიდან ნელა წამოდგეს. დააკვირდით პაციენტის სიარულის მანერას. გამოყავით დრო, რა დროსაც პაციენტი დასვენებას შეძლებს. მედიკამენტი საკვებთან ერთად მიეცით. შეატყობინეთ ექიმს გამონაყარის გამოჩენისთანავე.
ტოპირამატი	თავბრუსხვევა, ჰიპოტენზია, შფოთვა, ატაქსია, კოორდინაციის მოშლა, დაბნეულობა, სედაცია, მეტყველების მოშლა, კანკალი, სისუსტე, მხედველობის სიმახვილის დარღვევა ან გაორება, გულისრევა, პირღებინება, ანორექსია	მოახდინეთ სიარულის მანერაზე დაკვირვება და დაეხმარეთ, თუ საჭიროა. დაეხმარეთ პაციენტს, მოახდინოს ორიენტირება დროსა და სივრცეში. დაიცავით პაციენტი პოტენციური ფიზიკური დაზიანებისგან. მედიკამენტი საკვებთან ერთად მიეცით.
ოქსაკარბაზეპინი	თავბრუსხვევა, გამოფიტვა, ატაქსია, დაბნეულობა, გულისრევა, პირღებინება, ანორექსია, თავის ტკივილი, კანკალი, დაბნეულობა და გამონაყარი.	დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მჭდომარე პოზიციიდან ნელა წამოდგეს. დააკვირდით მის სიარულს და დაეხმარეთ, თუ საჭიროა. დაიცავით პაციენტი პოტენციური ფიზიკური დაზიანებისგან. მედიკამენტი საკვებთან ერთად მიეცით. გამონაყარის გამოჩენის შემთხვევაში შეატყობინეთ ექიმს.

კლანაზეპამი არის ანტიკონვულსიური მედიკამენტი, რომელიც გამოიყენება ბიპოლარული აშლილობების სამკურნალოდ, თუმცა მისი ხანგრძლივი გამოყენება დაკავშირებულია ფიზიოლოგიური დამოკიდებულების წარმოშობის რისკთან.

არიპიპრაზოლი არის დოფამინის სისტემაზე მოქმედი მედიკამენტი, რომელიც გამოიყენება სხვა მედიკამენტებთან კომბინაციაში მათი პოტენციურებისა და მიღებული ეფექტის გაზრდის მიზნით.

ფსიქოთერაპია

ფსიქოთერაპიის გამოყენება მიზანშეწონილია მსუბუქი დეპრესიული ან ბიპოლარული აშლილობის ნორმალური ფუნქციონირების ფაზაში. მისი გამოყენება არაეფექტურია ბიპოლარული აშლილობის მანიაკალური ფაზის დროს ყურადღების კონცენტრირების

უნარის დაქვეითებისა და სიღრმისეული ანალიზის უნარის შემცირების გამო. ფსიქოთერაპიის გამოყენება ნაჩვენებია სუიციდის რისკის შემცირების მიზნით და დაავადებასთან ადაპტირების გაუმჯობესების მიზნით, როგორც უშუალოდ პაციენტის, ისე მისი ოჯახის წევრებისთვის.

საექთნო პროცესი ბიპოლარული აშლილობის დროს

შეფასება

ავადმყოფობის ისტორია

მანიაკალური ეპიზოდის დროს პაციენტის ისტორიის შეკრება გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული, ამიტომ ამ დროს შესაძლოა უმჯობესი იყოს, რომ ისტორიის შეკრება მოხდეს პაციენტის ახლობლებისგან ან პაციენტზე დაკვირვების გზით.

ზოგადი მონაცემები და მოტორული ფუნქციები

მანიაკალური ფაზის დროს პაციენტები მუდმივ მოძრაობაში არიან, რაც ხშირად მათი ტრავმირების მაღალ რისკთან და ფიზიკურ გამოფიტვასთან არის დაკავშირებული.

მანიაკალური ფაზის დროს ხშირად პაციენტის არა მარტო ქცევა, არამედ ჩაცმულობაც კი თავისებურია (მკვეთრი ფერებითა და შესაძლოა გამომწვევიც კი). ქალების შემთხვევაში, ხშირია მკვეთრი და დატვირთული მაკიაჟი, ბევრი სამკაული და თმის სამაგრი. მამაკაცების შემთხვევაში, ყველა კუნთის გამომკვეთი ტანისამოსის ტარება.

მანიაკალური ფაზის დროს პაციენტები საუბრობენ და ფიქრობენ სწრაფად. საუბრის დაძაბული მანერა მანიაკალური აშლილობის ერთ-ერთი პათოგნომური ნიშანია. ამ დროს პაციენტი შეუპოვარი ტონით საუბრობს და უგულვებლყოფს მასთან დიალოგის წარმართვის ყველას მცდელობას და თუ მაინც შეაწყვეტინებენ – საუბარს თავიდან იწყებს.

გუნება-განწყობა და აფექტი

მანიაკალური მდგომარეობა, ხასიათდება ეიფორიული პერიოდებითა და კეთილდღეობის ცრუ შეგრძნებით. საკუთარი სიძლიერის და ყოველმხრივობის განცდა, შესაძლოა დაბალი თვითშეფასების შენიღბვის ერთ-ერთი საშუალება იყოს. განსაკუთრებით მაშინ, როცა მათი ქცევის შეკავებას ცდილობენ, მანიაკალური ეპიზოდის მქონე პაციენტები აგრესიულები ხდებიან და შესაძლოა სიტყვიერად თავს დაესხან მოწინააღმდეგეს, ამასთან – ემოციურად მკვეთრად ლაბილურები არიან და შესაძლოა ტირილის მდგომარეობიდან უეცრად სიცილის მდგომარეობაში გადავიდნენ.

ფიქრთა შინაარსი და თანმიმდევრობა

აზრთა წარმოშობის სისწრაფის გამო, პაციენტს ხშირად საკუთარი აზრების ვერბალიზებაც კი უჭირს და ამის გამო სხვებთან ადეკვატურ კომუნიკაციას ვერ ამყარებს. ამასთან, მათ უჭირთ დაწყებული საქმის ბოლომდე მიყვანა და დასახული ამოცანების შესაბამისი დაგეგმარება, უჭირთ საკუთარი შესაძლებლობების, მათ შორის, გამოცდილების ადეკვატური შეფასება, რის გამოც იმაზე მეტს იღებენ საკუთარ თავზე, ვიდრე რეალურად შეუძლიათ, საკუთარ ფინანსებთან და პირად ცხოვრებასთან დაკავშირებით, იღებენ არაადეკვატურ გადანყვეტილებებს (ახორციელებენ სარისკო ინვესტიციებს, სქესობრივ კავშირს ამყარებენ მათთვის თითქმის უცნობ პირებთან, ხარჯავენ ფულს მაშინაც კი, როცა მისი გამოუმუშავების უნარი არ აქვთ და სხვა).

ქცევის აშლილობებთან ერთად, მათ სრულიად შეუსაბამო წარმოდგენა აქვთ საკუთარ თავზე. მაგალითად, პაციენტი შესაძლოა თვლიდეს, რომ არის ცნობილი პიროვნება, პრეზიდენტი, კინო ვარსკვლავი ან ცნობილი ადამიანი და ღმერთიც კი.

სენსორული და ინტელექტუალური პროცესი

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტებს, როგორც წესი, უჭირთ კონცენტრირება დროში. მანიაკალური ფაზის დროს დასწავლის უნარების შეფასება გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული საკუთარ თავზე გადაჭარბებული წარმოდგენების გამო (პაციენტს შესაძლოა ეგონოს, რომ მას ბევრი და მრავალმხრივი ცოდნა თუ ნიჭი აქვს).

კრიტიკული აზროვნება

მანიაკალური ეპიზოდის დროს პაციენტის კრიტიკული აზროვნება მკვეთრად შემცირებულია. ამ დროს პაციენტი აგრესიულად უტევს ყველას ვინც ცდილობს მის დაშოშმინებას. ისინი საკმაოდ იმპულსურები არიან და წინასწარ ნაკლებად აანალიზებენ საკუთარ ქმედებას. ისინი ძალიან ბევრს საუბრობენ საკუთარ სამომავლო გეგმებზე, მაგრამ ნაკლებად თუ ახორციელებენ ქმედით ნაბიჯებს. წარუმატებლობას საკუთარ გეგმებში კი საკუთარი თავის ნაცვლად სხვას აბრალებენ.

საკუთარი თავის აღქმა

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტებს ჰგონიათ, რომ ყველა ამოცანის შესრულება უნაკლოდ შეუძლიათ და საკუთარი შესაძლებლობების რეალურად გააზრების უნარი არ გააჩნიათ.

როლები და ურთიერთობები

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტებს ნაკლებად შეუძლიათ დეტალებზე კონცენტრირება და ამიტომ უჭირთ ბავშვებზე და სხვა ოჯახის წევრებზე ზრუნვა. მიუხედავად იმისა, რომ მათ სოციალიზაციის დიდი სურვილი აქვთ, მათი არათანმიმდევრული და ჰიპერაქტიული ქცევა, სხვებისთვის მათთან ურთიერთობას მოსაბეზრებელსა და გამაღიზიანებელს ხდის. ურთიერთობებში ისინი ხშირად კარგავენ საზღვრებს და უხეშად იჭრებიან სხვა ადამიანის პირად სივრცეში. ამასთან, ემოციურად ლაბილურები არიან და ხშირად კონფლიქტშიც კი შედიან ადამიანებთან, რომლებიც ცდილობენ მათი გადამეტებული აქტიურობის შეკავებას. მიუხედავად იმისა, რომ მანიისას პაციენტების უმრავლესობა ამაღლებულ განწყობაზეა, ემოციური არასტაბილურობისა და ლაბილურობის გამო, განწყობა მხიარულებიდან, შესაძლოა ტირილში უეცრად გადავიდეს. გარდა ამისა, ამ მდგომარეობაში მოთმინების უნარი უკიდურესად შემცირებულია. მაგალითად, შესაძლოა პაციენტმა მეუღლეს უთხრას: “ძვირფასო, შენ საუკეთესო ადამიანი ხარ მთელს მსოფლიოში, მომეცი 50 ლარი, რომ რაიმე საჩუქარი გაგიკეთო”. თუ ამასთან დაკავშირებით მას წინააღმდეგობა გაუწიეს, პაციენტი შესაძლოა უეცრად აგრესიული გახდეს და მეუღლეს შეურაცხყოფაც კი მიაყენოს.

ფიზიოლოგიური ასპექტები

მანიის ფაზაში პაციენტი რამდენიმე დღე შესაძლოა საჭმლისა და დასვენების გარეშე იყოს და ვერც კი აცნობიერებდეს, რომ შია ან დაღლილია. ის შესაძლოა ფიზიკური

გადაწვის ზღვარზე იყოს, მაგრამ მაინც ვერ ახერხებდეს გაჩერებას და დასვენებას. პირადი ჰიგიენის საკითხებს მეორე ხარისხოვან საჭიროებად მიიჩნევენ და თვლიან, რომ მათ ბევრად მნიშვნელოვანი “საქმეები” აქვთ.

კლინიკური შემთხვევა: მანიაკალური მდგომარეობა

მიშა, რომელიც რამდენიმე წელია მცირე მენარმე იყო და კარგად აწყობილი წარმოებაც ჰქონდა, დილიდან სამსახურში მივიდა და 8 საათისთვის ერთი ზედამხედველისა და ექვსი თანამშრომლის სამსახურიდან გაშვება მოასწრო, ადამიანების, რომლებიც მასთან უკვე 5 წელი მუშაობდნენ. ის მათ მიმართ აგრესიული იყო და შეურაცხყოფაც მიაყენა.

მალე სანარმოში მიშას ძმა მოვიდა, რომელმაც ყველას სთხოვა დარჩენილიყვნენ, მიშა კი სასაუბროდ გარეთ გაიხმო.

გარეთ გასული მიშა ძმას ხმამაღლა უყვიროდა და ეჩხუბებოდა: “ნუთუ ვერ ხედავ, რომ ყველა ძალიან ცუდად მუშაობს, და რომ ვერავის ვეღარ ვიმორჩილებთ?”. მიშას უკვე სამი დღე და ღამე არ ეძინა, ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ლამის ყველა ქალთან, რომელსაც მისაღებად უკანასკნელი სამი დღის განმავლობაში, იყო ძალიან ეიფორიული და წინააღმდეგობის განევის შემთხვევაში - აგრესიულიც კი.

მიშას ძმისთვის გასაგები იყო, რომ თავის ძმას მანიაკალური მდგომარეობა ჰქონდა ლითუმის პრეპარატის შეწყვეტის გამო და მიშას გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში წასვლა შესთავაზა და უთხრა, რომ თუ ის ნებით არ გაჰყვებოდა, მაშინ დასახმარებლად პოლიციას მიმართავდა.

საექთნო მოვლის გეგმა მანიის დროს

საექთნო დიაგნოზი: აბროვნების მოშლა. კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება

შეფასების მონაცემები

- დებორიენტაცია;
- კონცენტრაციის მოშლა;
- ასოციაციური კავშირების გაფართოება;
- იდეები ჩახლართულია და ნაკლებ დაკავშირებულია ერთმანეთთან;
- ჰალუცინაციები;
- ბოდვები.

მოსალოდნელი შედეგები

მყისიერი (24-48 საათი)

- ადეკვატური ორიენტაცია დროსა და სივრცეში;
- ბოდვებისა და ჰალუცინაციების რაოდენობა შემცირდება;
- ნაკლებად დაძაბული საუბარი;
- კონცენტრირების გაუმჯობესება;
- რეალურ მოვლენებთან დაკავშირებით ადეკვატური საუბარი (2-3 დღე).

სტაბილიზაცია

პაციენტი შეძლებს

- დროსა და სივრცეში ორიენტაციას;
- ადეკვატურ კოგნიტურ ფუნქციონირებას.

სოციუმში

- პაციენტი ახერხებს კონცენტრირებას კონკრეტულ ამოცანაზე და მის დასრულებას;
- ჰალუცინაციები და ბოდვები აღარ აღენიშნება.

იმპლემენტაცია	
საექთნო ინტერვენციები	
საზღვრების დადგენა იმ ქცევებისთვის, რომელიც დესტრუქციულია და შეურაცხმყოფელი სხვებისთვის.	საზღვრების დადგენა აუცილებელია მაშინ, როცა ამას პაციენტი თვითონ ვერ ახერხებს.
სასურველია, რომ პაციენტთან ერთი და იგივე ექთანი მუშაობდეს, თუმცა გაითვალისწინეთ ის სტრესი, რომელსაც ექთანი იღებს მანიაკალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთან ურთიერთობისას.	პაციენტისთვის სასარგებლოც შესაძლოა იყოს მუდმივად ერთი და იგივე ექთნებთან მკურნალობა, თუმცა ის სტრესი, რომელიც ამ დროს პერსონალს ადგება, მნიშვნელოვანია, რომ გათვალისწინებული იყოს.
სასურველია, რომ მოხდეს გარემო გამღიზიანებლების შემცირება შეძლებისდაგვარად. აჟიტირების დროს შესაძლოა უმჯობესი იყოს პაციენტის იზოლირება.	პაციენტის გარემო გამღიზიანებელთან ადეკვატური გამკლავების უნარი მკვეთრად შემცირებულია.
კომუნიკაციის დროს მოახდინეთ პაციენტის რეორიენტაცია (მიმართეთ მას სახელით; უთხარით თქვენი სახელი; შეახსენეთ, სად არის და ა.შ).	რეალობის აღქმა დაეხმარება პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.
ეცადეთ პაციენტი იყოს კარგად სტრუქტურირებულ გარემოში, სადაც მისთვის გასაგები იქნება, თუ როდის და რას მოელიან მისგან.	სტრუქტურირებული გარემო, მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. მის მიმართ არსებული მოლოდინების ცოდნა, ეხმარება მას სწორად იმოქმედოს მათ მისაღწევად.
ეცადეთ მეტი დრო გაატაროთ პაციენტთან.	თქვენი ფიზიკური თანადგომა პაციენტს რეალობაში აბრუნებს.
აგრძნობინეთ პაციენტს, რომ მიიღეთ, როგორც პიროვნება.	პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ მისი ქცევების და არა მისი, როგორც პიროვნების, უარყოფა ხდება.
იქონიეთ პაციენტთან მტკიცე, მაგრამ არა აგრესიული მიდგომა.	თქვენი დამოკიდებულება დაეხმარება პაციენტს ქცევის მოდიფიკაციაში და ამასთან ქცევის საზღვრების დადგენაში.
მხოლოდ იმას დაპირდით პაციენტს, რისი შესრულებაც რეალურად შეგიძლიათ.	დაპირებების შეუსრულებლობა მნიშვნელოვნად დააზიანებს პაციენტის ნდობას თქვენს მიმართ.
ჯგუფური აქტივობები დაგეგმეთ პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად.	პაციენტის სხვებთან ურთიერთობის უნარები მნიშვნელოვნად შემცირებულია.
მიეცით პაციენტს საშუალება, რომ აქტივობები მისი საკუთარი მიღწევების შესაბამისად დაგეგმოს.	თუ პაციენტი მონაწილეობს იმ აქტივობებში, რომელშიც ის ძლიერი არ არის, ამან შესაძლოა ის კიდევ უფრო აგრესიული გახადოს.
თავი აარიდეთ მაღალი შეჯიბრობითობის მქონე აქტივობებს.	შეჯიბრობითობის მდგომარეობამ შესაძლოა პაციენტს გაუჩინოს მტრულობის განცდა ან დაუქვეითოს თვითდაჯერებულობა.
შეაფასეთ, რამდენად ტოლერანტულია პაციენტი ჯგუფური აქტივობების მიმართ.	პაციენტი შესაძლოა ვერ ახერხებდეს მოზომილი ურთიერთობის დამყარებას და ვერც აცნობიერებდეს, რომ სხვებთან ურთიერთობის უნარები შეზღუდული აქვს.

<p>მიეცით პაციენტს საშუალება, გამოხატოს საკუთარი ემოციები მკურნალობასთან დაკავშირებით. მხარი დაუჭირეთ პაციენტს, თავის მიერ შემოთავაზებული ყველა რეალისტური გეგმის განხორციელებაში.</p>	<p>პაციენტის მხარდაჭერა დადებითად აისახება მისი მდგომარეობის გაუმჯობესების ხარისხზე (ემოციონალური გამოხატვა, რეალისტური გეგმები და პასუხისმგებლობა).</p>
--	--

მონაცემთა ანალიზი

მოვლის გეგმის შედგენის მიზნით, ექთანი ახდენს მიღებული ინფორმაციის ანალიზს. მანიაკალური ფაზისას საექთნო დიაგნოზი შესაძლოა იყოს:

- სხვისკენ მიმართული აგრესიული ქცევა;
- დაზიანების რისკი;
- დაუბალანსებელი, არაადეკვატური კვება;
- სტრესთან არაეფექტური გამკლავება;
- დამყოლობის პრობლემები;
- სოციალური როლის არაადეკვატური შესრულება;
- საკუთარ თავზე ზრუნვის დეფიციტი;
- ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება;
- ძილის მოშლა.

შედეგების იდენტიფიცირება

შედეგები, რომელიც შესაძლოა დადგეს მანიაკალური მდგომარეობის დროს:

- პაციენტი არ მიაყენებს დაზიანებას არც სხვებს და არც საკუთარ თავს;
- პაციენტი შეძლებს ნორმალური ბალანსის აღდგენას და ადეკვატურად დასვენებას;
- პაციენტი მიიღებს საკმარისი ოდენობის საჭმელსა და წყალს;
- პაციენტი განახორციელებს პირადი ჰიგიენის დაცვისთვის საჭირო აქტივობებს;
- პაციენტი საკუთარ შესაძლებლობებს ადეკვატურად შეაფასებს;
- პაციენტი შეძლებს სოციალურად მისაღები ქცევის განხორციელებას;
- პაციენტი შეძლებს ისაუბროს საკუთარ ავადმყოფობასა და მკურნალობაზე.

ინტერვენციები

უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტის ზრუნვაში ჩართული პერსონალის უმთავრესი ამოცანა პაციენტისა და მისი გარშემომყოფების უსაფრთხოების უზრუნველყოფაა. ამრიგად, აუცილებელია, რომ ექთანმა შეაფასოს როგორც სუიციდის რისკი, ისე პაციენტის სურვილი ზიანი მიაყენოს სხვებს. გარდა ამისა, მანიისას პაციენტები საკმაოდ აგრესიულად იქცევიან და იჭრებიან კიდევ სხვის პირად სივრცეში, მათ ნივთებს დაუკითხავად იღებენ და სოციალურად მიუღებელ ქცევას ავლენენ.

თუ პაციენტს, თავისი მდგომარეობიდან გამომდინარე, არ შეუძლია საკუთარი ემოციების კონტროლი, მაშინ აუცილებელია, რომ მისთვის არსებობდეს შესაბამისი მხარ-

დამჭერი სისტემა, რომელიც საჭიროების დროს მის დახმარებას შეძლებს. მიუხედავად იმისა, რომ თავდაპირველად შესაძლოა პერსონალის შენიშვნებმა პაციენტის უკმაყოფილება გამოიწვიოს, გრძელვადიან პერსპექტივაში უსაფრთხო და პაციენტზე ორიენტირებული სისტემის არსებობა დიდ როლს თამაშობს მდგომარეობის გაუმჯობესებაში.

საექთნო ინტერვენციები მანიაკალური მდგომარეობის დროს

- პაციენტისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- პაციენტის ქცევის მკაფიო საზღვრების დადგენა;
- ადეკვატური დისტანციის დაცვის აუცილებლობის შეხსენება;
- მოკლე და გასაგები წინადადებების გამოყენება კომუნიკაციისას;
- წასახემსებლად ისეთი საკვების მიწოდება, რომელიც მდიდარია ცილითა და კალორიებით;
- მოსვენებისა და აქტიურობის დროის ადეკვატური გადანაწილება;
- შეუსაბამო ქცევის დროს ეცადეთ დაიცვათ პაციენტის ღირსება;
- პაციენტის ფიზიკური ენერჯია, მიმართეთ სოციალურად მისაღებ აქტივობებში.

ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტებს ცოტა სძინავთ და ძალიან ბევრ ენერჯიას ხარჯავენ. ფიზიკური გამოფიტვის საშიშროების მიუხედავად, ისინი მოდუნებას და დასვენებას ვერ ახერხებენ. მოსვენებული მდგომარეობის წახალისების მიზნით, უმჯობესია, რომ პაციენტი ნაკლებად სტიმულირდებოდეს გარემო გამღიზიანებლებით და ძილის წინ ერთსა და იმავე ჩვეულ საქმიანობას ასრულებდეს.

კვება – მანიაკალური მდგომარეობის კიდევ ერთი დიდი პრობლემაა. ყურადღების კონცენტრირების უნარის მოშლისა და “სხვა უფრო მნიშვნელოვანი” საქმეების გამო, პაციენტები უბრალოდ ერთ ადგილას ვერ ჩერდებიან, რომ ჭამონ, ამიტომ მათთვის მაღალკალორიული წახემსება (ორცხობილებით, რძის პროდუქტებითა და სხვა) ადეკვატური ნუტრიციული სტატუსი შენარჩუნების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს.

თერაპიული კომუნიკაცია პაციენტთან

ვინაიდან მანიაკალურ ფაზაში პაციენტი გაფანტულია და არ შეუძლია ერთდროულად დიდი მოცულობის ინფორმაციის აღქმა, ექთანმა კომუნიკაციისას მოკლე და გასაგები წინადადებები უნდა გამოიყენოს. პაციენტთან საუბრისას, უმჯობესია, თუ ექთანი დამატებითი შეკითხვებით დააზუსტებს, სწორად გაიგო თუ არა პაციენტმა ექთნის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია.

მანიაკალური მდგომარეობის დროს შესაძლოა პაციენტს სჭირდებოდეს საბაზისო ლაბორატორიული კვლევები, რის შესახებაც პაციენტს მისთვის გასაგები ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს, რათა დამატებითი შფოთვის საფუძველი არ მიეცეს.

პაციენტის საუბარი შესაძლოა არეული იყოს, რაც სააზროვნო პროცესების აჩქარებითაა გამოწვეული. ამ დროს ექთანმა შესაძლოა სთხოვოს პაციენტს, რომ უფრო ნელა და გასაგებად ისაუბროს.

მანიაკალური მდგომარეობა ექთნისთვისაც მნიშვნელოვან ემოციურ და პროფესიულ სირთულეს წარმოადგენს. საუბრისას პაციენტები ხშირად იყენებენ ნაცვალსახელებს, ამიტომ მათთან საუბრისას შინაარსის გამოტანაც რთულდება.

ადეკვატური ქცევის ნახალისება

მანიაკალური მდგომარეობის დროს მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტების ენერგია მიმართული იყოს სოციალურად მისაღები ქცევებისკენ; მაგალითად, შესაძლოა, რომ აგრესიულ და გაღიზიანებულ პაციენტს სთხოვოთ ავეჯისა თუ ნივთების გადაადგილება. თუ პაციენტი, მიუხედავად ინტერვენციებისა, მაინც არაადეკვატურ და სოციალურად მიუღებელ ქცევას ავლენს, ექთანმა ეს უნდა აღიქვას როგორც ფაქტი და ეცადოს, პაციენტი არ გაკიცხოს. მიუხედავად მათი ქცევისა, აუცილებელია, რომ არ მოხდეს პაციენტის ღირსების შელახვა და დამცირება.

თუ პერსონალი ამჩნევს, რომ მანიაკალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი სხვის სივრცეში იჭრება, შესაძლებელია მისი სხვა მოქმედებაზე გადართვით ხელი შევუშალოთ ამას და თავიდან ავიცილოთ არასასურველი შედეგი.

დაავადების მედიკამენტოზური მართვა

ლითიუმი, რომელიც მანიაკალური მდგომარეობისას წამყვანი მედიკამენტია, არ მეტაბოლიზდება, მისი რეაბსორბცია ხდება პროქსიმალურ მილაკში და გამოიყოფა შარდის მეშვეობით. ლითიუმის დონის მონიტორირების მიზნით (ლითიუმი ხასიათდება ვინრო თერაპიული ფანჯრით) აუცილებელია მისი ლაბორატორიული კონტროლი.

თუ პაციენტი სტაციონარში მკურნალობს, მნიშვნელოვანია, რომ მისი და მისი ოჯახის წევრების განათლება მოხდეს ლითიუმის ტოქსიკურობის შესახებ, ვინაიდან წამლის დოზის გადაჭარბების შედეგი შესაძლოა ფატალურიც კი იყოს (ცხრილი 17.7).

ლითიუმით მკურნალობის დროს აუცილებელია, რომ პაციენტი იღებდეს საკმარისი რაოდენობის წყალს (2 ლ. საშუალოდ), ხოლო მარილის მიღება ჩვეული რეჟიმით განაგრძოს. თუმცა საგულისხმოა ისიც, რომ თუ პაციენტი ზედმეტად მარილიან საკვებს იღებს, მაშინ ამან შესაძლოა შეამციროს ლითიუმისთვის რეცეპტორების მისაწვდომობა და პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაცია შემცირდეს. ლითიუმის კონცენტრირების შემცირება შესაძლოა გამოიწვიოს წყლის ძალიან დიდი რაოდენობით მიღებამ. შესაბამისად, თუ პირიქით, ძალიან დიდი რაოდენობის სითხეს კარგავს პაციენტი, ამან შესაძლოა ლითიუმის კონცენტრაცია სისხლში მნიშვნელოვნად გაზარდოს და ტოქსიკური გვერდითი მოვლენებიც გამოიწვიოს. თუ პაციენტს აქვს ისეთი მდგომარეობა, რომელიც დეჰიდრატაციას გამოიწვევს, აუცილებელია, რომ ექიმმა შესაბამისი ზომები მიიღოს.

ლითიუმით მკურნალობისას, საშუალოდ 6-18 თვეში, პაციენტთა ერთ მესამედს, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მატება აღენიშნება, რამაც შესაძლოა შფოთვის, ლაბილურობისა და ძილის პრობლემების კიდევ უფრო გაღრმავება გამოიწვიოს.

ვინაიდან ლითიუმი შარდის გზით გამოიყოფა, მკურნალობის განმავლობაში აუცილებელია, რომ მოხდეს თირკმლის ფუნქციის საბაზისო კვლევების მონიტორინგი. თუ პაციენტს აქვს თირკმლის ან შარდის ბუშტის, ასევე თავის ტვინისა და გულსისხლძარღვთა სისტემის რომელიმე ქრონიკული დაავადება, მისთვის ლითიუმის პრეპარატის მიღება უკუნაჩვენებია.

ცხრილი 17.7 ლითიუმის ტოქსიკური ეფექტის სიმპტომები და ინტერვენციები

შრატში ლითიუმის დონე	ტოქსიკური ეფექტის სიმპტომები	ინტერვენციები
1,5-2 მექ/ლ	გულისრევა, პირღებინება, დიარეა, კოორდინაციის მოშლა, ძილიანობა, მეტყველების მოშლა და კუნთების სისუსტე.	გამოტოვებულ დოზაზე დაუბრუნებულ შემთხვევაში ლითიუმის დონე. როგორც წესი, ლითიუმის მიღება წყდება რამდენიმე დღით ან მცირდება დოზა.
2-3 მექ/ლ	ატაქსია, აჟიტირება, მხედველობის დაბინდვა, ქორეის მსგავსი მოძრაობები, აბნევა, კუნთების კრთომა, ჰიპერრეფლექსია, კუნთების ჰიპერტონუსი, მიოკლონია, ქავილი, მაკულოპაპულარული გამონაყარი, კიდურების უნებლიე მოძრაობა, მეტყველების მოშლა, განზავებული შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა, შარდისა და ნაწლავის მოქმედების შეუკავებლობა, თავბრუსხვევა.	შენწყვეტეთ ნაწილის მიწოდება და სასწრაფოდ განსაზღვრეთ შრატში ლითიუმის დონე. ჯერ კიდევ კუჭში არსებული ლითიუმის მოსაშორებლად შესაძლოა ჩატარდეს კუჭის ამორეცხვა. თირკმლის ფუნქციის დაქვეითების პრევენციისთვის და მიღებული ლითიუმის განზავების მიზნით, რეკომენდებულია ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიური ხსნარით.
3 მექ და >	ართრალგია, ჰიპოტენზია, პერიფერიული ვასკულარული კოლაფსი, ფოკალური ან გენერალიზებული გულყრა, ცნობიერების დაქვეითება (სტუპორი ან კომა), მიოკლონია, კუნთთა სპასტიკურობა.	მიღებული უნდა იქნას ყველა ზემოთ მოყვანილი ზომა, ამასთან, ლითიუმის სწრაფი მოცილების მიზნით, შესაძლოა გამოყენებული იქნას ჰემოდიალიზი. საჭიროებისას უნდა განხორციელდეს ყველა სასიცოცხლო ფუნქციის მხარდაჭერა.

პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლება

მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლება სარისკო ქვეყნის შედეგებისა და საფრთხეების შესახებ აუცილებელია. თუმცა პაციენტი, რომელიც მანიაკალურ მდგომარეობაში იმყოფება ნაკლებად ხვდება საკუთარი მოქმედების რისკებსა და საფრთხეებს.

მანიისას პაციენტი რამდენიმე მიზანს ერთდროულად ისახავს და მათ ერთდროულ შესრულებას იწყებს, თუმცა ბოლომდე არცერთს ასრულებს და, შესაბამისად, ყველა მისი ამოცანა შეუსრულებელი რჩება. პაციენტმა შესაძლოა ისეთი საქმე წამოიწყოს და მასში ინვესტიციებიც განახორციელოს, რომელიც მისთვის არ არის კარგად ცნობილი და შესაბამისად წაგების მაღალი რისკის მატარებელია.

თუ პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს ბიპოლარული აშლილობის შესახებ სწორი და მრავალმხრივი ცოდნა და განათლება ექნებათ, მაშინ ისინი შეძლებენ დაძლიონ სირცხვილისა და ბრალეულობის შეგრძნება, რომელიც, როგორც წესი, თან ახლავს ხოლმე ფსიქიკურ აშლილობას.

პაციენტის განათლება მანიაკალური აშლილობის დროს

- ესაუბრეთ პაციენტს ბიპოლარული აშლილობისა და მასთან გამკლავების გზების შესახებ;
- ასწავლეთ პაციენტს მედიკამენტების მენეჯმენტის და ასევე პერიოდული ლაბორატორიული ანალიზების შესახებ;
- ლითიუმით მკურნალობისას, აუხსენით პაციენტს წყლისა და მარილის სწორად მოხმარების მნიშვნელობა;
- როგორც პაციენტს, ისე მისი ოჯახის წევრებს ასწავლეთ ლითიუმის ტოქსიკურობის გამოვლენის პირველივე ნიშნები;
- ესაუბრეთ პაციენტს სარისკო ქცევასთან დაკავშირებული საფრთხეების შესახებ;
- ასწავლეთ პაციენტს დაავადების გამწვავების ნიშნების ადრეული ამოცნობა.

ოჯახის წევრები, როგორც წესი, პირველნი ხვდებიან ხოლმე, თუ როდის შეწყვიტა პაციენტმა მედიკამენტის მიღება. თუ პაციენტთან მისი ოჯახის წევრი წინასწარ შეათანხმებს მოქმედების გეგმას, მაშინ ოჯახის წევრს საშუალება ექნება, ინტერვენციების შესახებ დროული გადაწყვეტილება მანამდე მიიღოს, სანამ პაციენტი არაადეკვატურია.

მკურნალობის დროს მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა თვითნებურად არ შეცვალოს დანიშნული მედიკამენტის დოზა ან არ გამოტოვოს ის. ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ ყველა ექიმმა, რომელიც ჩართული იქნება პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში, იცოდეს, რომ პაციენტს დანიშნული აქვს ლითიუმის მედიკამენტი.

ტოქსიკური ეფექტების გამორიცხვის ან მედიკამენტის ზედღობის ადრეული აღმოჩენის მიზნით, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს სისხლის ანალიზი რეგულარულად უტარდებოდეს და დოზის ადაპტირება მონაცემების შესაბამისად ხდებოდეს.

პაციენტის ოჯახის წევრებმა უნდა იცოდნენ ყველა იმ შესაძლო ინტერვენციის შესახებ, რომელიც შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ ლითიუმით ინტოქსიკაციისას.

შეფასება

ლითიუმით მკურნალობის შეფასება შესაძლოა მოხდეს შემდეგი პარამეტრებით (მაგრამ არა მხოლოდ):

- უსაფრთხოების საკითხები;
- გუნება-განწყობილების ცვლილება დაავადების დაწყებისას და მის შემდეგ;
- მედიკამენტებისა და ფსიქოთერაპიისადმი დამყოლობა;
- პაციენტის მიერ საკუთარი ცხოვრების ხარისხის ამაღლების შეგრძნება;
- სტრესთან გამკლავების ახალი მეთოდების გათავისება მკურნალობის პროცესში.

სუიციდი

სუიციდი – არის მიზანმიმართული ქმედება, რომელიც საკუთარი სიცოცხლის ხელყოფას ისახავს მიზნად. მაგალითად, აშშ-ში ყოველწლიურად 30 000 ადამიანი იკლავს თავს და დადგენილია, რომ სუიციდის მცდელობის სიხშირე ოფიციალურ რიცხვთან შედარებით 8-10 ჯერ მეტია. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მამაკაცებში უფრო ხშირია დასრულებული სუიციდი, თუმცა მცდელობა – ქალებში უფრო ხშირია. თვითმკვლელობის მაღალი სიხშირე მამაკაცებში აიხსნება იმ მეთოდებით, რომლებსაც ისინი იყენებენ (ცეცხლსასროლი იარაღი, ჩამოხრჩობა და სხვ), ხოლო ქალები სუიციდს, რო-

გორც წესი, მედიკამენტების მეშვეობით ცდილობენ, რაც ეფექტური ჩარევის შესაძლებლობას იძლევა.

ადამიანები, რომლებსაც სხვადასხვა სახის ფსიქიკური აშლილობა, ქრონიკული დაავადება, სუიციდისა ან დეპრესიის ოჯახური ისტორია აქვთ, სუიციდის მომეტებული რისკის მატარებლები არიან.

სუიციდური აზრები არის ფიქრები სუიციდის შესახებ. აქტიური სუიციდური აზრების დროს ადამიანი ეძებს თავის მოკვლის გზებს და გეგმავს მას. პასიური სუიციდური აზრების დროს კი საკუთარ სიკვდილზე ფიქრობს, თუმცა განხორციელების კონკრეტული გეგმა არ აქვს. ითვლება, რომ აქტიური სუიციდური აზრები უფრო საშიში და ლეტალურია.

სუიციდის მცდელობა არის მოვლენა, რომლის დროსაც სუიციდი არასრული ან წარუმატებელი იყო. წარუმატებელია სუიციდი, რომლის დროსაც (1) ვიღაცამ ამოიცილა მცდელობა და საშუალება არ მისცა პაციენტს ქმედება დაესრულებინა; (2) სუიციდური აქტი განხორციელდა, მაგრამ პაციენტის გადარჩენა მაინც მოხერხდა.

თავისი არსით, სუიციდი ამბივალენტურია. ხშირად რთულია თქმა, კონკრეტული ქმედება, რომელმაც ადამიანის მოკვდინება გამოიწვია, იყო შემთხვევითი, თუ იყო მიზანმიმართული თვითმკვლელობა. ამიტომ ხშირად სუიციდის სტატისტიკის წარმოებაც გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული. 17.3 სამახსოვროში მოყვანილია ძირითადი ფაქტები და მითები სუიციდის შესახებ.

სამახსოვრო 17.3 მითები და ფაქტები სუიციდის შესახებ

მითი	ფაქტი
ადამიანები, რომლებიც სუიციდზე საუბრობენ, თავს არასოდეს იკლავენ.	სუიციდის წინ ადამიანები, როგორც წესი, ავლენენ პირდაპირ ან შეფარულ ნიშნებს. ყველა მათი მესიჯი უნდა იქნას აღქმული სერიოზულად და მათი პრევენციისთვის ადეკვატური ზომები უნდა იქნას მიღებული.
სუიციდური ადამიანები, მხოლოდ საკუთარ თავს აზიანებენ და არა სხვებს.	მიუხედავად იმისა, რომ თავად სუიციდი საკუთარი თავისკენ მიმართული აგრესიაა, იმპულსურად ან მიზანმიმართულადაც, აღნიშნული ნეგატიური ენერგია, შესაძლოა სხვებისკენაც მიიმართოს. ფიზიკური ზიანი: ფსიქოზური აშლილობის დროს იმპერატიულმა ხმამ, შესაძლოა აიძულოს პაციენტი, რომ თვითმკვლელობის ჩადენამდე ჯერ სხვები მოკლას. ამასთან, დეპრესიის ნიადაგზე განზრახული სუიციდის დროს ადამიანმა შესაძლოა დააზიანოს სხვაც, თუ მისთვის ხელის შეშლას შეეცდებიან. ემოციური ზიანი: ადამიანებს, რომლებიც თვითმკვლელობის გარშემო არიან, ხშირად დაუძლეველი ბრალეულობის განცდა აქვთ; საკუთარი დარდის დასამარცხებლად კი საუკეთესო საშუალებად ისევ თვითმკვლელობას მიიჩნევენ. ამიტომ ხშირია შემთხვევები, როცა თვითმკვლელობის ადამიანის ოჯახის წევრებიც, თვითმკვლელობით ასრულებენ ცხოვრებას.
არ არსებობს გზა, რომლითაც შესაძლებელია სუიციდური აზრების მქონე ადამიანის დახმარება.	სუიციდური იდეების მქონე ადამიანების გრძნობები ამბივალენტურია. ისინი ცხადად თუ შეფარულად ავლენენ საკუთარ სუიციდურ აზრებს. აუცილებელია, რომ მოხდეს შესაბამისი ინტერვენციები, ისე, რომ ადამიანს კვლავ მოუნდეს ცხოვრების გაგრძელება, ახალი გამოსავლების მოძებნა და სტრესთან გამკლავება.

არ ახსენოთ სიტყვა სუიციდი ადამიანთან, რომელსაც შესაძლოა ჰქონდეს სუიციდური აზრი.	თუ ადამიანს აქვს თვითმკვლელობის აზრები, მას ამის შესახებ კარგად აქვს ნაფიქრი და შესაძლოა კონკრეტული გეგმაც ჰქონდეს. თუ ადამიანი სუიციდური არ არის, მასთან ამ თემაზე საუბარი მას თვითმკვლელად არ აქცევს
სუიციდის შესახებ ვერბალური მუქარის იგნორირება ან, პირიქით, ნაქვებება სუიციდის ჩადენისკენ, შეცვლის ადამიანის სუიციდურ ქცევას.	დაუშვებელია სუიციდური სიგნალების იგნორირება, ან მისი ნაქვებება, რომ ქმედება აღასრულოს. ყველა გამოვლენილი სიგნალი სერიოზულად უნდა იყოს აღქმული და სუიციდის პრევენციის ზომებიც უნდა იქნეს მიღებული. ხანდახან, სუიციდის შესახებ საუბარი, შესაძლოა პაციენტისთვის სასარგებლოც კი იყოს ან იმის მანიშნებელი, რომ მისი „გზავნილი“ აღქმულია და მზად არიან დასახმარებლად.
თუ ერთხელ დადგა სუიციდის რისკი, ის ყოველთვის იარსებებს.	მიუხედავად იმისა, რომ თვითმკვლელებს რეალურ სუიციდამდე, როგორც წესი, ერთი მცდელობა მაინც ჰქონიათ, არსებობს შემთხვევები, როცა, სუიციდური აზრების მიუხედავად, პაციენტის მდგომარეობა სრულიად შეცვლილა.

შეფასება

წარსულში თვითმკვლელობის მცდელობა რეალური სუიციდური აქტის ჩადენის წინაპირობა შესაძლოა იყოს. რისკი მაღალია პირველი ორი წლის, განსაკუთრებით კი – პირველი სამი თვის განმავლობაში. რისკის ჯგუფში არიან ადამიანებიც, რომელთა ახლობელმა ადამიანმა თავი მოიკლა. რაც უფრო ახლობელია ეს ადამიანი, მით უფრო მაღალია რისკი. ამ დროს სუიციდი აღიქმება როგორც სიცოცხლის დასრულების მისაღები ფორმა, როგორც სუიციდის მსხვერპლთა ახლობლების მიერ, ისე მოზარდებში, რომლებიც ძალიან ადვილად ექცევიან სხვისი ზეგავლენის ქვეშ.

სუიციდის რაოდენობა განსაკუთრებით იმატებს აპრილში, რაც, სავარაუდოდ, განპირობებულია ენერჯის მატებით მზიანი ამინდების მატებასთან ერთად. ასევე ხშირია სუიციდის შემთხვევები კვირის დასაწყისში და ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებისას, რაც ამ ქცევის განსახორციელებლად საჭირო ენერჯის მოკრების თეორიით აიხსნება.

სუიციდური განზრახვის მანიშნებლები

გარშემომყოფმა პირებმა და მათ შორის – ექთნებმა, არავითარ შემთხვევაში არ უნდა უგულებელყონ სუიციდური განზრახვების პირდაპირი ან არაპირდაპირი მანიშნებლები. მაგალითად, პაციენტი შესაძლოა პირდაპირ ამბობდეს, რომ განზრახული აქვს მთელი დანიშნულების ერთდროული დაღევა ან უბრალოდ თქვას, რომ მეტის გაძლება აღარ შეუძლია.

17.4 სამახსოვროში, მოცემულია ის ფრაზები, რომელსაც შესაძლოა იყენებდეს პაციენტი სუიციდური აზრების გამოხატვისას.

აუცილებელია, რომ ემოციური პრობლემებისა და ფსიქიკური პრობლემების ფონზე, სუიციდისა და თვითდაზიანების რისკების შეფასება პირდაპირი შეკითხვების გზით მოხდეს.

მაღალი რისკის შემცველი ქცევა

იშვიათად, მაგრამ არსებობს შემთხვევები, როცა სუიციდური აზრების შესახებ პაციენტი არანაირ წინასწარ ნიშნებს არ ავლენს. შესაძლოა ამას ისინი მიზანმიმართულა-

დაც მაღავდნენ. საკუთარი სუიციდური აზრების რეალიზების მიზნით, ისინი შესაძლოა მუდმივად იგდებდნენ თავს საფრთხეში მაღალი რისკის ქცევის ხარჯზე (მაგალითად, დადიოდნენ სწრაფად ავტომობილით არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური სიტუაციის დროს და სხვადასხვა ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ).

ლეტალობის შეფასება

სუიციდური აზრების დროს აუცილებელია ლეტალობის რისკის შეფასება, მათ შორის, უნდა მოხდეს დაზუსტება:

- აქვს თუ არა პაციენტს კონკრეტული გეგმა?
- აქვს თუ არა მას წვდომა იმ საშუალებებთან, რომელიც მას დასახული გეგმის განხორციელებელისთვის სჭირდება?
- თუ პაციენტი შეძლებს საკუთარი გეგმის სისრულეში მოყვანას, იქნება თუ არა ის ლეტალური?
- მიზანმიმართულად ემზადება თუ არა პაციენტის სიკვდილისთვის? მაგალითად, პირადი ძვირფასი ნივთების გასხვისება, წერილის მომზადება, ყველა მეგობართან დარეკვა და საუბარი მათთან.
- აქვს თუ არა პაციენტს გეგმა, თუ სად და როდის აპირებს თვითმკვლელობის ჩადენას?
- არის თუ არა მის მიერ შერჩეული დღე სხვა მნიშვნელოვან თარიღთან კავშირში? თუ რომელიმე ამ შეკითხვათაგან პაციენტს აქვს კონკრეტული და დადებითი პასუხი, ეს ნიშნავს, რომ არსებობს ლეტალური სუიციდის რეალური რისკი და მისი პრევენციის მიზნით შესაბამისი ნაბიჯები დროულად უნდა გადაიდგას.

შედეგების იდენტიფიცირება

სუიციდის პრევენციის ერთ-ერთი მთავარი გზა ძირითადი დაავადების მკურნალობაა, რომელიც სუიციდური ქცევის გამომწვევი მიზეზია. მაგალითად, თუ პაციენტს აქვს აფექტური აშლილობა ან ფსიქოზი, აუცილებელია, რომ მკურნალობა მიმართული იყოს ძირითადი დაავადების მკურნალობისკენ. მკურნალობის პირველადი ამოცანაა, რომ უზრუნველყოფილი იყოს პაციენტის უსაფრთხოება, ხოლო შემდეგ ეტაპზე პაციენტს უნდა დაეხმაროთ ახალი უნარების გამომუშავებაში, რაც მას სტრესთან გამკლავებაში დაეხმარება.

სუიციდური პაციენტის შემთხვევაში გამოსავლების მაგალითებია:

- პაციენტი არ მიაყენებს ზიანს არც საკუთარ თავს და არც სხვებს;
- პაციენტი ჩაბმული იქნება თერაპიულ ურთიერთობებში;
- პაციენტს შეეძლება ადეკვატური გეგმის შემუშავება თავისი მიმდინარე პრობლემების გადაჭრისათვის.

ინტერვენციები

ავტორიტარული როლის გამოყენება

სუიციდურ პაციენტთან მუშაობისას ექთანი პაციენტის უსაფრთხოებიდან გამომდინარე, ვალდებულია ავტორიტარული როლი მოირგოს და ხანდახან, მისი ნების მიუხედავად, არ მისცეს პაციენტს საშუალება გარკვეული ქმედებები განახორციელოს. მა-

გალითად, თუ დადასტურებულია სუიციდის მაღალი რისკი, პაციენტს, მისი სურვილის მიუხედავად, მართო დარჩენის უფლება არ ეძლევა.

უსაფრთხო გარემოს შექმნა

პაციენტის უსაფრთხოების ინტერესებიდან გამომდინარე, სუიციდის რისკის არსებობისას, პაციენტს არ უნდა ჰქონდეს წვდომა ბასრ ან ისეთი ტიპის საგნებთან, რომლითაც ის შეძლებს ჩანაფიქრის სისრულეში მოყვანას.

როგორც წესი, დაბალი რისკის არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის სუპერვიზია ხდება 10 წუთიანი შუალედებით, ხოლო თუ რისკი მაღალია – მუშაობა მიმდინარეობს ერთი-ერთზე თანაფარდობით, ისე, რომ პაციენტი უშუალო მხედველობის ზონიდან არ უნდა გავიდეს.

სამახსოვრო 17.4 სუიციდური აზრები და ექთნის პასუხები

პაციენტის აზრი	ექთნის პასუხი
“მინდა დავიძინო და აღარაფერზე ვიფიქრო”	“შეგიძლია მითხრა, როგორ აპირებ ისე დაძინებას, რომ აღარ იფიქრო?” “ძილში სიკვდილს გულისხმობ?” “რის შესახებ აღარ გინდა ფიქრი?”
“მინდა, რომ ყველაფერი დასრულდეს”	“სუიციდის ჩადენის შესახებ ფიქრობთ?” “კონკრეტულად რისი დასრულება გინდათ?”
“ეს იქნება ისტორიის დასასრული”	“სიცოცხლის დასრულებას გულისხმობთ?” “როგორ აპირებთ თქვენი ისტორიის დასრულებას?”
“თქვენ კარგი მეგობარი იყავით ჩემთვის”	“ისე საუბრობ, თითქოს მემშვიდობები. მემშვიდობები?”
“არ დამივიწყოთ”	“თვითმკვლელობის ჩადენას გეგმავთ?” “კონკრეტულად რა გინდათ, რომ გვახსოვდეს?”
“აი, ჩემი ჭადრაკი, რომელიც ასე მოგწონდათ”	“ნივთების გასხვისებას იწყებთ, რომლითაც სხვები გაგიხსენებენ ხოლმე?”
“თუ ვინმეს დასჭირდება, იცოდეთ, რომ ჩემი დაბღვევა და ანდერძი ჩემი სამუშაო მაგიდის პირველ უჯრაში დევს”.	“მე ძალიან ვაფასებ თქვენს ნდობას, მაგრამ მე მგონი სიცოცხლის დასრულებას გეგმავთ, ასეა?”
“მე აღარ შემიძლია ამ ტკივილის ატანა”.	“როგორ აპირებთ, რომ ეს ტკივილი დაასრულოთ?” “რას გულისხმობთ ტკვილში?”
“ყველა უკეთ იქნება ჩემს გარეშე”.	“ვინ იქნება უკეთ თქვენს გარეშე, თქვენი აზრით?” “როგორ აპირებთ საკუთარი თავის გაქრობას?”
ქცევისა და გუნება-განწყობის მკვეთრი ცვლილება (დებრესიულიდან ხალისიანი განწყობა და სხვა)	ვხედავ, დღეს სხვანაირად გრძნობთ თავს. მომიყვით, რა შეიცვალა?

მხარდაჭერის სისტემის შექმნა

სუიციდურ პაციენტებს, როგორც წესი, არ ჰყავთ თავის გარშემო ის სოციალური წრე, რომელსაც მიმართავდა მხარდაჭერისა და დახმარებისთვის. ამიტომ აუცილებელია, ექთანმა პაციენტს მისცეს ყველა იმ დაწესებულების შესახებ ინფორმაცია, რომელიც შეძლებს პაციენტისთვის სოციალური მხარდაჭერის სისტემის შექმნას და საჭირო მომენტში – დახმარებას.

ოჯახი

სუიციდის შემდეგ ოჯახის წევრები ერთდროულად განიცდიან ბრახს, სინანულსა და სირცხვილს. ისინი გაბრაზებულები არიან, რომ მათმა საყვარელმა ადამიანმა პრობლემის გადასაჭრელად მათ არ მიმართა; სინანულს განიცდიან იმიტომ, რომ სასოწარკვეთილება დროულად ვერ ამოიცნეს, ხოლო სირცხვილს იმიტომ, რომ თვითმკვლელმა – სოციალურად მიუღებელი ქცევა ჩაიდინა.

ოჯახში ჩადენილმა სუიციდმა შესაძლოა წაახალისოს ოჯახის სხვა წევრების სუიციდური აზრები; გადატანილის შემდეგ ისინი შესაძლოა თვლიდნენ, რომ სუიციდი – სიცოცხლის დასრულების ნორმალური გზაა.

ექთნის პასუხი

სუიციდურ პაციენტზე ზრუნვისას, აუცილებელია, რომ ექთანს უპირობო პოზიტიური დამოკიდებულება ჰქონდეს პაციენტის მიმართ და აგრძნობინოს მას, რომ სასოწარკვეთის მიუხედავად, არსებობს დახმარებისა და მდგომარეობის გამოსწორების გზები.

სუიციდური აზრების გამო პაციენტის სინანულში ჩაგდება არ არის მართებული, ვინაიდან ისედაც ნანობს და არ იცის, როგორ გაუმკლავდეს ამ მდგომარეობას.

სუიციდის შესახებ კომუნიკაციისას ექთანს შემფასებლური დამოკიდებულება არ უნდა ჰქონდეს, და მიუხედავად პაციენტის პასუხებისა, არც ხმის ტონით და საუბრის მანერით, არც სხეულის ენით პაციენტს არ უნდა აგრძნობინოს, რომ სუიციდური აზრების გამო მას განსჯიან.

ეთიკური და იურიდიული საკითხები

სამედიცინო წრეებში ფართო განხილვის საგანია ასისტირებული სუიციდის თემა. ზოგიერთ სამედიცინო წრეში, ავადმყოფობის ტერმინალურ სტადიაზე პაციენტის დახმარება სუიციდური განზრახვის სისრულეში მოსაყვანად მისაღებ ქმედებადაა მიჩნეული, თუმცა არსებობენ ამ აზრის რადიკალური მოწინააღმდეგეებიც, რომლებიც ფიქრობენ, რომ თუ ექიმი პაციენტს დაეხმარა სუიციდის ჩადენაში, ის მკაცრად უნდა დაისაჯოს.

ექთნებს ხშირად უწევთ ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მოვლა, თუმცა ექთნის პასუხისმგებლობა არ არის გადაწყვიტოს, თუ ვინ რამდენი ხანი იქნება დაავადებით გამონჯველ ტანჯვაში. მისი როლია დაეხმაროს პაციენტსა და მის ახლობლებს რთული ემოციური პერიოდის გადალახვაში.

ხანდაზმულთა თავისებურებები

ასაკოვან პაციენტებში, განსაკუთრებით კი იმ შემთხვევებში როცა მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვთ, ხშირია დეპრესია. 65 წლის ასაკის ზემოთ დეპრესიის განვითარების ალბათობა 2-ჯერ მაღალია, ვიდრე 65 წლამდე პოპულაცი-

აში. ხანში შესული პაციენტების შემთხვევაში, დეპრესიასთან ერთად ხშირია დეპრესიასთან დაკავშირებული ბოდვები.

ვინაიდან მოხუცებულობის პერიოდში ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას მრავალი სხვადასხვა გვერდითი მოვლენა ახასიათებს, ასაკოვან პაციენტებში, ელექტროკონვულსიური თერაპია, მკურნალობის პირველი არჩევის ტაქტიკაა. ელექტროკონვულსიურ თერაპიას სწრაფი შედეგი ახასიათებს, რაც, მოხუცებულთა სუიციდის მაღალი რისკის გათვალისწინებით, მკურნალობის ამ მიდგომის მნიშვნელოვანი უპირატესობაა.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული თერაპია

როგორც თემში, ისე კლინიკაში, ექთნები სამედიცინო პერსონალის პირველი რგოლია, სადაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტის პირველადი ამოცნობა შეიძლება მოხდეს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, რომ ექთნებმა დროულად ამოიცნონ ასეთი პაციენტები და ხელი შეუწყონ მათ მკურნალობას შესაბამისი სპეციალისტების მეთვალყურეობის ქვეშ.

მენტალური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ვინაიდან, სუიციდი ახალგაზრდებისა და მოზარდების სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია გლობალურად, ისეთი ინტერვენციების დაგეგმვა, რომელიც გააუმჯობესებს დედისა და შვილების ურთიერთობებს, ოჯახის სტაბილურობასა და ოჯახის გარეთ ურთიერთობებს, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს სუიციდის სტატისტიკას.

მნიშვნელოვანია ასევე ისეთი ინტერვენციების დაგეგმვა, რომელიც მნიშვნელოვნად შეამცირებს ბულინგსა და კიბერ ბულინგს, ასევე ძალადობას, ალკოჰოლიზმსა და სხვა სუიციდის მაღალ რისკთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

გაფრთხილება!

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყება შესაძლოა დაკავშირებული იყოს სუიციდის გაზრდილ რისკთან.

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ფონზე, პაციენტებს მეტი ენერჯია ეძლევათ, რის გამოც მათ შესაძლოა სისრულეში მოიყვანონ მათ მიერ დაგეგმილი სუიციდი.

ამასთან, ანტიდეპრესანტის მიერ გუნება განწყობის რეალურ გაუმჯობესებას რამდენიმე კვირა სჭირდება, რამაც პაციენტს შესაძლოა გაუმჯობესების იმედი დააკარგვინოს და სუიციდამდე მიიყვანოს.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

დეპრესიული და სუიციდური პაციენტის ქცევა და განწყობა ხშირად ექთანზე ძლიერად მოქმედებს. შედეგად, ექთანმა შესაძლოა პაციენტთან ურთიერთობისგან თავის არიდება სცადოს და ამით მნიშვნელოვნად დააზარალოს ექთან-პაციენტის თერაპიული ურთიერთობები.

ცდუნების მიუხედავად, აუცილებელია, რომ ექთანმა არ დაინყოს პაციენტის პრობლემებისთვის რაციონალური გადაჭრის გზების ძიება და მათი შეთავაზება. აუცილებელია, რომ ექთანმა, თერაპიული ურთიერთობების გამოყენებით, პაციენტი თავად მიიყვანოს საკუთარი პრობლემების გადაჭრის გზამდე. ამ შემთხვევაში, პაციენტი ბევრად უფრო ადვილად განახორციელებს შესაბამის ნაბიჯებს, ვიდრე სხვის მიერ თავსმოხვეული რჩევების შემთხვევაში განახორციელებდა.

დეპრესიულ, მანიაკალურ და სუიციდურ პაციენტებთან მუშაობს ექთნის ემოციურ და ფიზიკურ გამძლეობას მოითხოვს.

მანიაკალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი შესაძლოა რამდენიმე საათი მღეროდეს ან ცეკვავდეს, იხდიდეს ტანზე ან სხვა სოციალურად მიუღებელ ქცევას ახორციელებდეს, რაც, ცხადია, ექთნისთვის ემოციურად და ფიზიკურად ძალიან დამძლეულია.

აუცილებელია, რომ თუ პირადი ან სოციუმის ზეგავლენის მიზეზით ექთანს უარყოფითი დამოკიდებულება გაუჩნდა პაციენტების მიმართ, ადეკვატური ზომები იქნას მიღებული ამ გრძნობების დასაძლევად.

რა უნდა ახსოვდეს ექთანს აფექტური აშლილობის მქონე პაციენტთან მუშაობისას

- გახსოვდეთ, რომ მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტი ერთი შეხედვით შესაძლოა ძალიან ბედნიერი იყოს, მაგრამ შინაგანად იტანჯებოდეს.
- ბიპოლარული აშლილობის დროს დაელოდეთ მანიის მდგომარეობის გადავლას და შემდეგ დაიწყეთ ზრუნვა პაციენტის განათლებაზე.
- თუ პაციენტთან ურთიერთობა ან მისი ქცევის ატანა განსაკუთრებულად გიჭირთ დაგეგმეთ ხანმოკლე შეხვედრები.
- არ ეცადოთ პაციენტის პრობლემების მოგვარებას. თერაპიული კომუნიკაციის გზით დაეხმარეთ პაციენტს თავად იპოვოს გამოსავალი სიტუაციიდან.
- საკუთარ ემოციებთან გამკლავების მიზნით, უმჯობესია გამოიყენოთ დღიური.
- თუ რომელიმე პაციენტთან ურთიერთობა განსაკუთრებულად გიჭირთ, ეცადეთ, გაესაუბროთ მის შესახებ კოლეგებს და უფრო დეტალურად გაიგოთ მისი მკურნალობის გეგმის შესახებ.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. შესაძლებელია თუ არა რომ გადაწყვეტილება სუიციდის შესახებ იყოს “რაციონალური?” რა შემთხვევაში?
2. თვლით თუ არა, რომ ასისტირებული სუიციდი ეთიკურია? ახსენით თქვენი პასუხი.
3. ბიპოლარული აშლილობის მქონე პაციენტები ხშირად წყვეტენ მედიკამენტების მიღებას, რის გამოც მანიაკალური ფაზის დროს განსაკუთრებით მაღალი რისკის ქცევით ხასიათდებიან. თვლით თუ არა, რომ საზოგადოებრივი ინტერესიდან გამომდინარე, პაციენტის მკურნალობა უნდა მოხდეს იძულებით? თუ კი, ვინ უნდა აიძულოს პაციენტი?

ძირითადი საკითხები

- დადგენილია, რომ გუნება-განწყობის დაავადებების განვითარება ძლიერი გენეტიკური კომპონენტით არის განპირობებული. პირველი რიგის ნათესავებში დეპრესიის განვითარების რისკი სამჯერ მაღალია, ხოლო ბიპოლარული აშლილობით დაავადებულ პირებს, როგორც წესი, ამავე დაავადების მქონე სისხლით ნათესავი ჰყავთ.
- გუნება-განწყობის აშლილობის მქონე პაციენტთა მხოლოდ 9%-ს აღენიშნება ფსიქოზი.

- დეპრესიის დროს ადამიანი კარგავს ხალისს, ენერგიასა და თვითდაჯერებულობას. ამის გამო ის ძალიან დიდ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის როგორც პირად, ისე მის სამსახურეობრივ საქმიანობაზე.
- დეპრესიის დროს ადამიანი ინტერესს კარგავს იმ საქმიანობების მიმართ, რომელიც მას ადრე სიხარულსა და კმაყოფილებას ჰგვრიდა. ხშირად ტირის, ასოციალურია, არ აქვს მოტივაცია, აქვს სომატური ჩივილები, იცვლება წონა. შენელებულია მოტორულად და კოგნიტურად, აქვს სასონარკვეთილებისა და უძულურების განცდა.
- დეპრესიის სამკურნალოდ უახლესი მედიკამენტები სეროტონინის უკუმიტაციების სელექციური ინჰიბიტორებია. ისინი ყველაზე ნაკლები გვერდითი ეფექტებით ხასიათდებიან. ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებს გამოყენების ყველაზე ხანგრძლივი ისტორია აქვთ. მათ ინჰიბიტორები ყველაზე ნაკლებად გამოიყენება დეპრესიის სამკურნალოდ. მას საშიში გვერდითი მოვლენა, კერძოდ, კი ჰიპერტენზიული კრიზი ახასიათებს მასთან ერთად თირამინის შემცველი საკვების მიღებისას. ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებსა და მათ ინჰიბიტორებს მოქმედების ინიციაციის დაგვიანება ახასიათებს და შრატში საკუთარი კონცენტრაციის მაქსიმუმს 2-3 კვირაში აღწევს.
- ბიპოლარული აშლილობის დროს პაციენტის გუნება-განწყობა, როგორც წესი, ცირკულირებს ნორმალურ, მანიაკალურ და დეპრესიულ მდგომარეობებს შორის. გარკვეულ შემთხვევებში შესაძლოა მხოლოდ მანიაკალური და ნორმალურ მდგომარეობების მონაცვლეობით მიმდინარეობდეს დაავადება ან ნორმალურ და დეპრესიულ მდგომარეობათა მონაცვლეობით.
- მანიაკალური მდგომარეობის დროს პაციენტს აქვს ენერგიის მოზღვავება, არ სძინავს, აჟიტირებულია, უცერემონიოდ არღვევს სხვის პირად სივრცეს, მუდმივად მოძრაობაშია, ადვილად ებმება მაღალი რისკის საქმიანობებსა და მოქმედებებში, როგორც ფიზიკური ისე ფინანსური თვალსაზრისით.
- ლითიუმი, ბიპოლარული აშლილობის ეფექტური მკურნალობის საშუალებაა, მისი გამოყენებით შესაძლებელია ბიპოლარული აშლილობისთვის დამახასიათებელი ციკლური მიმდინარეობის მართვა ან სრულიად გაქრობა. ბიპოლარულ აშლილობათა 75%-ში მისი გამოყენება ეფექტურია, თუმცა ახასიათებს ვიწრო თერაპიული ფანჯარა, ამიტომ მისი გამოყენებისას აუცილებელია მედიკამენტის დოზის ლაბორატორიული მონიტორინგი. ვინაიდან ლითიუმი იგივე რეცეპტორებზე მოქმედებს რაზმეც ნატრიუმის ქლორიდი, ლითიუმით მკურნალობისას მისი ზედღობის ან არაადეკვატური დოზირების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია, რომ პაციენტმა ადეკვატური რაოდენობით მიიღოს მარილი და წყალი. ლითიუმის გარდა, მანიაკალური მდგომარეობის დროს რეკომენდებულია ბენზოდიამპინების, ანტიკონვულსანტების, ნატრიუმის ვალპროატისა და კარბამაზეპინის მიღება.
- მანიაკალური მდგომარეობის დროს აუცილებელია პაციენტის კვებისა და მოსვენების მონიტორინგი მედიკამენტის თერაპიული ეფექტის დადგომამდე.
- სუიციდური აზრები ნიშნავს, რომ პაციენტი ფიქრობს თვითმკვლელობის ჩადენაზე.
- სუიციდის განსაკუთრებულად მაღალი რისკი აქვთ მარტოხელა ან განქორწინებულ ახალგაზრდებს, მიგრანტებს და ასევე ურბანულ რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლე-

ობას. ძალიან ღარიბებს ან ძალიან მდიდრებს და ასევე ფსიქოზის და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს.

- ექთანს უნდა შეეძლოს დროულად ამოიციოს პაციენტის პირდაპირი და არაპირდაპირი სიგნალები სუიციდის შესახებ.
- ლეტალობის შეფასება მოიცავს პაციენტის მიერ თვითმკვლელობის გეგმის არსებობის შეფასებას და ასევე ყველა იმ დეტალის იდენტიფიცირებას, რომელიც განსაზღვრული აქვს პოტენციურ თვითმკვლელს (სუიციდის ადგილი და დრო; სიტუაცია, რომელიც შეიქმნება მისი სხეულის აღმოჩენისას; რა მოხდება დაკრძალვაზე და სხვა).
- სუიციდის მაღალი რისკის დროს ექთნის მიერ აუცილებელია მოხდეს პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, მისი რეგულარული მონიტორინგი და საშიში ნივთებისგან პაციენტის სამყოფელის მაქსიმალური განთავისუფლება.

წყდრმები:

1. Akiskal, H. S. (2009a). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1629-1645). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
2. Akiskal, H. S. (2009b). Mood disorders: Clinical features. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1693-1733). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins/Wolters Kluwer.
3. Amitai, M., & Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 985-994.
4. Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2011). *Transcultural concepts in nursing care* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
5. Berger, M., Honig, G., & Tecott, L. H. (2009). Monoamine neurotransmitters. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 65-76). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
6. Biggs, W. S., & Demuth, R. H. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 84(8), 918-924.
7. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
8. Buttner, M. M., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), 247-256.
9. Chen, C. H., & Lin, S. K. (2012). Carbamazepine treatment of bipolar disorder: A retrospective evaluation of naturalistic long-term outcomes. *BMC Psychiatry*, 12, 47.
10. Connolly, R. K., Helmer, A., Cristancho, M. A., et al. (2012). Effectiveness of transcranial magnetic stimulation in clinical practice post-FDA approval in the United States: Results observed with the first 100 consecutive cases of depression at an academic medical center. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(4), e567-e573.
11. Dierckx, B., Heijnen, W. T., van den Broek, W. W., et al. (2012). Efficacy of electroconvulsive therapy in bipolar versus unipolar major depression: A meta-analysis. *Bipolar Disorders*, 14(2), 146-150.
12. Facts and Comparisons. (2012). *Drug facts and comparisons* (66th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
13. Haymond, J., & Ensom, M. H. (2010). Does valproic acid warrant therapeutic drug monitoring in bipolar affective disorder? *Therapeutic Drug Monitoring*, 32(1), 19-29.
14. Heron, J., Gilbert, N., Dolman, C., et al. (2012). Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 155-165.
15. Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 206-221.
16. Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., et al. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 75-81.
17. Kelsoe, J. R. (2009). Mood disorders: Genetics. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1653-1664). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
18. King, M., Semylen, J., Tai, J. J., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
19. Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography, and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.

20. Markowitz, J. C., & Milrod, B. (2009). Mood disorders: Intrapsychic and interpersonal aspects. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1686–1693). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
21. McDonald, S., Wall, J., Forbes, K., et al. (2012). Development of a prenatal psychosocial screening tool for post-partum depression and anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(4), 316–327.
22. McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do “no-suicide” contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6), 512–522.
23. Pail, G., Huf, W., Pjrek, E., et al. (2011). Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*, 64(3), 152–162.
24. Paton, C., Barnes, T. R., Shingleton-Smith, A., et al. (2010). Lithium in bipolar and other affective disorders: Prescribing practice in the UK. *Journal of psychopharmacology*, 24(12), 1739–1746.
25. Petrides, G., Tobias, K. G., Kellner, C. H., et al. (2011). Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for mood disorders: Review of the literature. *Neuropsychobiology*, 64(3), 129–140.
26. Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of psychiatric Research*, 45(11), 1445–1452.
27. Rastad, C., Ulfberg, J., & Lindberg, P. (2008). Light room therapy effective in mild forms of seasonal affective disorder—A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 291–296.
28. Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2008). Survivors’ narratives of the impact of parental suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 38(5), 618–630.
29. Read, J., & Bentall, R. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(4), 333–347.
30. Rihmer, Z., & Angst, J. (2009). Mood disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1645–1653). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
31. Rush, A. J., & Nierenberg, A. A. (2009). Mood disorders: Treatment of depression. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1734–1743). Philadelphia, PA Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
32. Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York: W. W. Norton & Co.
33. Schultz, J. M., & Videbeck, S. (2013). *Lippincott’s manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
34. Smith, A. R., Witte, T. K., Teale, N. E., et al. (2008). Revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 779–797.
35. Sudak, H. S. (2009). Suicide. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2717–2732). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
36. Thase, M. E. (2009). Mood disorders: Neurobiology. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1664–1674). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
37. Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., et al. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: A community guide systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventative Medicine*, 42(5), 525–538.
38. Zupancic, M., & Gonzales, M. L. (2012). Aripiprazole on the acute and maintenance phase of bipolar I disorder. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8, 1–6.

თავი 18

პიროვნული აშლილობა

ამ თავში განხილულია:

1. სირთულეები, რომელსაც პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტი საკუთარი თავისა და გარემოს აღქმის პროცესში აწყდება;
2. ფაქტორები, რომელიც პიროვნული აშლილობის განვითარებაზე მოქმედებს;
3. საექთნო პროცესი, პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას;
4. პაციენტის, მისი ოჯახისა და საზოგადოების განათლება პიროვნული აშლილობების შესახებ;
5. პაციენტის პირადი განცდები და დამოკიდებულებები პიროვნული აშლილობების დროს.

პიროვნება არის აზროვნების, ემოციურობისა და ქცევის ჩამოყალიბებული სტერეოტიპების ერთობლიობა, რომელიც ახასიათებს ინდივიდის უნიკალურ ცხოვრების წესს, მისი ადაპტაციის ხერხებს და განისაზღვრება კონსტიტუციური ფაქტორებით, განვითარებითა და სოციალური გამოცდილებით. აღნიშნულ ქცევათა რეპერტუარი და პიროვნული მახასიათებლები მყარი და უცვლელია განსხვავებულ ცხოვრებისეულ სიტუაციებშიც კი.

პიროვნული აშლილობა, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ლექსიკონში განისაზღვრება, როგორც „კლინიკურად გამოხატული პიროვნულ და ქცევით თავისებურებათა ფართო სპექტრი, რომელიც ხასიათდება სტაბილურობით და წარმოადგენს ინდივიდის ცხოვრების სტილის დამახასიათებელ გამოხატულებას, ასევე, ურთიერთობების ფორმას საკუთარ თავთან და სხვებთან“. პიროვნული აშლილობის გამომწვევი მიზეზები კომპლექსურია და ბოლომდე შესწავლილი არ არის. დიაგნოზი, როგორც წესი, ისმება იმ შემთხვევაში, თუ სახეზეა პიროვნული მახასიათებლებისა და ფუნქციონირების მოშლა, მაგალითად, პირი არის ეგოცენტრული, საკუთარ თავზე ორიენტირებული და სიამოვნებას სხვისი ინტერესების დაკნინების ხარჯზე გამოვლენილი ძალაუფლების შეგრძნებისგან იღებს. ჩვეულებრივ, პიროვნებას საკუთარი პიროვნული აშლილობა გაცნობიერებული არ აქვს. მისი ქცევა კონკრეტული სოციუმისთვის მისაღებ კულტურულ, სოციალურ და სამართლებრივ ნორმებთან შეუსაბამოა და მხოლოდ საკუთარი სიამოვნებისა და კმაყოფილებისკენ არის მიმართული. სხვა ადამიანებთან ურთიერთობები აგებულია ეშმაკობაზე, დაშინებასა და იძულებაზე. პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს არ შეუძლიათ ორმხრივი, ინტიმური ურთიერთობის დამყარება და სხვათა მიმართ თანაგრძნობის, სინანულის და/ან ზრუნვის გამოხატვა.

დისფუნქციური, არაადაპტირებადი პიროვნების ნიშნებია:

- სხვა ადამიანების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება, გამოხატული მანიპულირებით, არაკეთილსინდისიერებით, მოტყუებითა და უპატივცემულობით;
- აგრესია და/ან მტრულობა;
- ლაბილური გუნება-განწყობილება;
- სინდისის ქენჯნისა და სიბრაულის განცდის არარსებობა, ემოციური სიცივე და გულგრილობა;
- იმპულსურობა და განსჯის უნარის შესუსტება;
- უპასუხისმგებლობა საკუთარი ქცევების მიმართ;
- რისკის შემცველი, სახიფათო ქცევა.

პიროვნების სრულ მომნიჭებამდე, ანუ 18 წლამდე, პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი არ ისმება, თუმცა შესაბამისი ნიშნების დაფიქსირება ადრეული ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდშიც შესაძლებელია. მიუხედავად იმისა, რომ პიროვნული აშლილობის სხვადასხვა ფორმა არსებობს, ყველა პაციენტს სერიოზული პრობლემები ექმნება როგორც პირად ურთიერთობებში, ისე სოციალურ, აკადემიურ თუ სამსახურეობრივ საქმიანობაში.

პიროვნული აშლილობის მართვა სირთულეებთანაა დაკავშირებული. არ არსებობს მკურნალობის კონკრეტული მედიკამენტური საშუალებები და ერთადერთი საშუალება ფსიქოლოგიური თერაპიაა, რომელიც შედეგს მხოლოდ ხანგრძლივი ინტერვენციის შემდეგ იძლევა. პიროვნული აშლილობის დროს, პაციენტები საკუთარი ქცევის შედეგად წარმოქმნილ პრობლემებს არა საკუთარ თავს, არამედ გარემო პირობებს ან სხვა ადამიანებს აბრალებენ და ნაკლებად აცნობიერებენ საკუთარ როლს, ამიტომ მათი მკურნალობა როგორც ოჯახის წევრებისთვის, ისე სამედიცინო პერსონალისთვის მნიშვნელოვან სირთულეებთანაა დაკავშირებული.

პიროვნული აშლილობები

პიროვნული აშლილობებია:

- პარანოიდული პიროვნული აშლილობა;
- შიზოიდური პიროვნული აშლილობა;
- შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა;
- ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა;
- ისტერიული პიროვნული აშლილობა;
- ნარცისული პიროვნული აშლილობა;
- ამრიდებლური პიროვნული აშლილობა;
- სხვაზე დამოკიდებული პიროვნული აშლილობა;
- ობსესიური პიროვნული აშლილობა.

ფსიქიატრიულ კლინიკაში უხშირესად ხვდებიან პაციენტები, რომლებსაც აქვთ პიროვნების მოსაზღვრე ან ანტისოციალური აშლილობა; შესაბამისად, ამ თავში ძირითადი აქცენტი ამ ორი ტიპის პიროვნული აშლილობის დეტალურ განხილვას დაეთმობა.

სხვა აშლილობები და ქცევა

პარანოიდული პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანი სხვების მიმართ განმსჭვალულია უნდობლობითა და ეჭვით. ამ აშლილობის დროს, პაციენტებს სხვისი ქცევები საშიში და საფრთხის შემცველი ჰგონიათ. სტრესულ მდგომარეობაში შესაძლოა გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომებიც კი ჰქონდეთ.

შიზოიდური პიროვნული აშლილობის დროს პირი ახდენს ყველანაირი სოციალური ურთიერთობიდან განრიდებას და მინიმუმამდე დაჰყავს ემოციების გამოხატულებები. ამ ტიპის აშლილობის დროს პაციენტი, სოციალურ ურთიერთობებთან ერთად, თავს არიდებს მკურნალობასაც მანამ, სანამ მათი ცხოვრებისეული სიტუაცია რადიკალურად არ შეიცვლება.

ისტერიული პიროვნული აშლილობის დროს პაციენტები გამოირჩევიან ზედაპირული და ლაბილური ემოციებით, აღენიშნებათ თვითდრამატიზაცია და ადვილად ექცევიან სხვათა გავლენის ქვეშ. ისინი ექიმთან, როგორც წესი, გაუგებარი სიმპტომებით ხვდებიან.

სხვაზე დამოკიდებული პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები სხვაზე მეტისმეტად დამოკიდებულნი არიან და აქტიური დახმარება სჭირდებათ გადაწყვეტილების მიღების დროს. ისინი მუდმივად ცდილობენ, რომ ზრუნვისა და ყურადღების ობიექტები იყვნენ. აკლიათ საკუთარი ძალების რწმენა და ერიდებიან პასუხისმგებლობას. ასეთი პაციენტები ხშირად ექიმთან შფოთვისა და დეპრესიის გამო ხვდებიან.

დეპრესიული ქცევა – ეს არის ქრონიკული მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება დეპრესიული აზროვნებისა და ქცევის სტილით და ხშირია პირებში, რომელთა ახლობლებსაც დიაგნოსტირებული აქვთ დიდი დეპრესია.

პასიურ-აგრესიული ქცევა – ეს არის მუდმივი რემისტენტობა და ნეგატიური დამოკიდებულება იმ მოთხოვნათა მიმართ, რომელიც პიროვნებას სოციალური და პროფესიული საქმიანობის ადეკვატურად შესრულებას ავალდებულებს.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

პიროვნული აშლილობა შედარებით ხშირი ფსიქიკური აშლილობაა; ის პოპულაციის 10-20% ში გვხვდება და ინცინდენტობა კიდევ უფრო მაღალია დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსის მქონე არასტაბილურ ან სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში. დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ სტაციონარული ფსიქიატრიული პაციენტების საშუალოდ 15%-ის პირველადი დიაგნოზია პიროვნული აშლილობა, ხოლო ამბულატორიულ პაციენტებში კი პიროვნული აშლილობის ინცინდენტობა – 30-50%-ია. ამ დიაგნოზის მქონე პირებს შორის მაღალია სიკვდილობა, განსაკუთრებით სუიციდის გამო; მათ ასევე აქვთ თვითმკვლელობის მცდელობის, თვითდაზიანებისა და უბედური შემთხვევების სიხშირე; ისინი ხშირად ხვდებიან გადაუდებელი დახმარების სერვისებში, მრავლობითია პარტნიორთან უთანხმოების საფუძველზე განქორწინების შემთხვევები და ასევე – ბავშვზე მზრუნველობასთან დაკავშირებული სასამართლო პროცესები. პიროვნული აშლილობა მაღალ კორელაციაშია ალკოჰოლიზმთან, წამალდამოკიდებულებასა და კრიმინალურ ქცევასთან.

პიროვნული აშლილობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ყველაზე რთულად სამართავი მდგომარეობაა, ძალიან ნელა და ცუდად ემორჩილება მკურნალობას, რაც ემოციურად რთული ასატანია როგორც ოჯახისთვის, ისე ზრუნვაში ჩართული სამედიცინო პერსონალისათვის.

მკურნალობის პროცესში ერთ-ერთი სერიოზული გამოწვევა თავად პაციენტის დამოკიდებულებაა, რომელიც შესაძლოა საკუთარ ქცევას არა პრობლემად, არამედ სიამაყის ობიექტად აღიქვამდეს და თვლიდეს, რომ თვისებები, რომელიც სხვების მიერ პრობლემადაა აღქმული, სინამდვილეში მისი ძლიერი ხასიათის ნიშანია და სულაც არ საჭიროებს ცვლილებას.

სიმპტომები იკლებს 40-50 წლის ასაკში, მკურნალობის გარეშეც კი. მაგალითად, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებს, 50 წლის ასაკისთვის, ნაკლები იმპულსურობა, სხვებთან ურთიერთობისა და ადაპტაციური ქცევის გამოვლენის გაუმჯობესებული უნარები უყალიბდებათ. ასაკთან დაკავშირებული ეს პოზიტიური დინამიკა ნაკლებად არის დამახასიათებელი შიზოტიპური, ობსესიურ-კომპულსიური და ამრიდებული პიროვნული აშლილობებისთვის.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ბიოლოგიური ფაქტორები

პიროვნება ყალიბდება გენეტიკური და გარემო ფაქტორების ურთიერთმოქმედების შედეგად. **ტემპერამენტი** გულისხმობს შეგრძნებების, ასოციაციების წარმოქმნისა და მოტივაციის ბიოლოგიურ პროცესებს, რომელიც ემოციებზე დაფუძნებული უნარებისა და ჩვევების შეკავშირებას ემყარება.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები
ინტერპერსონალური ურთიერთობების, თვითაღქმისა და ემოციური არასტაბილურობის, გამოხატული იმპულსურობის მყარი ხუთი ან მეტი ქვევით ჩამოთვლილი პატერნი, რომელიც ადრეულ ახალგაზრდობაში უნდა გამოვლინდეს და სხვადასხვა გარემოში იჩინოს თავი
1. ძლიერი მცდელობა იმისა, რომ თვიდან აიცილოს რეალური ან წარმოსახვითი განშორება (არ მოიცავს სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას, რაც მეხუთე კრიტერიუმშია მოცემული).
2. არასტაბილური და დაძაბული ინტერპერსონალური ურთიერთობები, რომელიც ხასიათდება უკიდურესი რყევებით პიროვნების იდეალიზებიდან მის სრულ გაუფასურებამდე.
3. პიროვნული იდენტობის დარღვევები: საკუთარი ხატისა და თვითაღქმის გამოხატული და პერმანენტული მერყეობა
4. სულ ცოტა, ორ სფეროში იმპულსურობა, რომელიც საზიანოა პიროვნებისთვის (სარისკო ქცევები, როგორცაა, მაგალითად, თანხის გაფლანგვა, გაუფრთხილებელი სექსი, წამალმომხმარება, მანქანის სახიფათოდ ტარება, საკვების უზომოდ და უკონტროლოდ მიღება) (არ მოიცავს სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას, რაც მეხუთე კრიტერიუმშია მოცემული).
5. განმეორებადი სუიციდური ქცევა ან სუიციდის საფრთხე ან თვითდაზიანება.
6. გუნებ-განწყობის გამოხატული რეაქტიულობის გამო ემოციური არასტაბილობა (როგორცაა, დისფორიის ძლიერი ეპიზოდები ან შფოთვა, რაც ჩვეულებრივ რამდენიმე საათი და იშვიათად რამდენიმე დღე გრძელდება).
7. სიცარიელის მუდმივი განცდა.
8. შეუსაბამოდ ძლიერი ბრაზი ან ბრაზის კონტროლის გაძნელება (მაგალითად, წყობიდან ხშირად და ადვილად გამოსვლა, მუდმივი სიბრაზე, განმეორებადი ფიზიკური დაპირისპირება, ჩხუბი).
9. გარდამავალი, სტრესთან დაკავშირებული პარანოიდული იდეები ან მწვავე დისოციაციური სიმპტომები.

თანამედროვე შეხედულებების მიხედვით, არსებობს ტემპერამენტის ოთხი მახასიათებელი: ზიანის არიდება, სიახლის ძიება, ჯილდოზე დამოკიდებულება და შეუპოვრობა.

ზიანის ამრიდებელი ტემპერამენტის მქონე ადამიანები ხასიათდებიან პრობლემებისა და სირთულეებისგან თავის არიდებით. ისინი, როგორც წესი, მორიდებულები და მორცხვები არიან. თუ პირს ნაკლებად ახასიათებს ხასიათის ეს ნიშან-თვისება, მაშინ იგი, როგორც წესი, ლალი და ოპტიმისტია, ნაკლებად ნერვიულობს ხვალისდელ დღეზე, თუმცა ამან შესაძლოა საზიანო სახეც მიიღოს და ასეთი ტემპერამენტის მქონე ადამიანმა გაუმართლებელი რისკის შემცველი გადაწყვეტილებები მიიღოს.

სიახლის მაძიებელი ადამიანები სხარტები, ცნობისმოყვარენი, იმპულსურები, ექსტრავაგანტურები და ნაკლებორგანიზებულნი არიან. ისინი მერყევი არიან ურთიერთობებში, ადვილად ბებრდებათ ერთფეროვნება და ექსპანსიურად გამოხატავენ თავიანთ ემოციებს, მათ შორის ბრაზსა და აგრესიას. ის ადამიანები, რომლებიც სიახლეებს ნაკლებად ეძებენ, ჩამოყალიბებულ, დადგენილ წესს ადვილად ეგუებიან, აქვთ დამყოლი ბუნება და წესრიგისა და მონოტონური აქტივობების მოყვარულები არიან.

ჯილდოზე დამოკიდებულება გულისხმობს თუ როგორ რეაგირებს ადამიანი სოციუმის აზრსა და მინიშნებებზე. ჯილდოზე დამოკიდებული ადამიანი უფრო გულწრფელი, მგრძნობიარე, კომუნიკაბელური და სოციალურად აქტიურია. ისინი ზედმეტად შეიძლება გახდნენ დამოკიდებულები სხვებისაგან წამოსულ შექებაზე, ადვილად აპყვნიენ სხვათა აზრებსა და სურვილებს საკუთარი რწმენის ან სურვილების გათვალისწინების გარეშე. ჯილდოზე ნაკლებად დამოკიდებული ადამიანები არიან პრაქტიკულები, მტკიცე და ცივი გონების მქონენი, ყურადღებას არ აქცევენ საზოგადოებრივ აზრს და ადვილად ეგუებიან მართობასაც. შეიძლება გამოიწვიოს სოციალური განსვლა, გაუცხოება, გულცივობა და სხვა ადამიანებით დაინტერესების დაკარგვა.

შეუპოვარი ადამიანები, მიზანმიმართულად მიიწვევენ მიზნისკენ და ამისთვის მზად არიან ბევრიც იმუშაონ და გადალახონ საკუთარ გზაზე გამოჩენილი კრიტიკული გამოწვევებიც კი. ადამიანები, რომლებსაც ნაკლებად აქვთ ჟინი, ადვილად ვარდებიან იმედგაცრუებაში და ნაკლებად იღწვიან ახალი სიმაღლეების დასაპყრობად.

ტემპერამენტის ეს ოთხი ძირითადი სახე შესაძლოა ყველა სავარაუდო კომბინაციით არსებობდეს სხვადასხვა ადამიანში. მაგალითად, პიროვნების ანტისოციალური აშლილობის დროს, როგორც წესი, ადამიანებს ნაკლებად აქვთ გამოხატული ზიანის არიდების ნიშან-თვისება და უფრო მეტად ახასიათებთ ახლის აღმოჩენის სურვილი; ასევე, მაგალითად, ადამიანები, რომლებსაც ამრიდებლური პიროვნული აშლილობა აქვთ, უფრო მეტად წახალისებაზე არიან დამოკიდებულნი, ხოლო ზიანს თავს არიდებენ.

ფსიქოდინამიკური თეორიები

მიუხედავად იმისა, რომ ტემპერამენტი გენეტიკურად განპირობებულია, კონკრეტული პიროვნების ხასიათის ფორმირებაზე ზეგავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა სოციალური დასწავლა, კულტურული თავისებურებები და შემთხვევითი ცხოვრებისეული გამოცდილება; ხასიათი, ადამიანის თვისებების ერთობლიობა, რომელიც ქცევაში გამოიხატება, დროთა განმავლობაში ყალიბდება პიროვნების ადამიანებთან და სიტუაციებთან კონტაქტისა და ცხოვრებისეულ გამოწვევებთან დაპირისპირების შედეგად. თანამედროვე გაგებით, არსებობს ხასიათის სამი ძირითადი სახეობა: მიზანმი-

მართულობა, თანამშრომლობა და ტრანსცენდენტურობა. ხასიათის თვისებები, პიროვნების განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორია.

მიზანმიმართული ადამიანები, თავდაჯერებული, პასუხისმგებელიანი და სანდო პიროვნებები არიან. ისინი რეალისტურად აფასებენ თავის წინაშე არსებულ გამოწვევებს და ეფექტურად გეგმავენ ამ მიზნების მიღწევისთვის საჭირო ნაბიჯებს. ადამიანები, რომლებიც ნაკლებად მიზანმიმართულნი არიან, საკუთარ წარუმატებლობაში სხვებს ადანაშაულებენ; მათ არ შეუძლიათ დასახონ და მიაღწიონ მიზნებს.

თანამშრომლობაზე ორიენტირებული ადამიანები, ემპათიურები, ტოლერანტულები და მეგობრულები არიან. ამ ნიშან-თვისების არმქონე ადამიანები, არატოლერანტულები და კრიტიკულები არიან. ისინი ნაკლებად ითვალისწინებენ სხვის ინტერესებს და საკუთარ სურვილებს პირველ ადგილზე აყენებენ.

ჰარმონიული (ტრანსცენდენტული) ხასიათის დროს, ადამიანი სამყაროსთან ჰარმონიაშია, ნაკლებ პრეტენზიულია და ხასიათდება თავმდაბლობით. ასეთი ნიშან-თვისების მქონე ადამიანები ადვილად უმკლავდებიან ცხოვრებისეულ სირთულეებს და მათ შორის მძიმე განსაცდელებს. ნაკლებ ჰარმონიული ხასიათის მქონე ადამიანები, რთულად ადაპტირდებიან სირთულეებთან და შესაბამისად მეტად მოსალოდნელია გართულებების აღმოცენებაც.

ხასიათი ადრეული ასაკიდან გვიან მოზრდილობამდე ყალიბდება. როგორც მესამე თავში იყო განხილული, ჯანსაღი ზრდა-განვითარებისთვის, აუცილებელია რომ ადამიანმა წარმატებით დაძლიოს განვითარების თითოეული ეტაპის ამოცანები.

ადამიანის პიროვნების განვითარებაზე უდიდეს ზეგავლენას ახდენს ოჯახი. თუ ოჯახში არ არის მეგობრული დამოკიდებულება მაშინ ამ ოჯახში გაზრდილ ბავშვებსაც ნაკლებად აქვთ სხვისი დახმარების კულტურა. ასევე თუ ბავშვს თავიდანვე უჭირს მეგობრების გაჩენა, მოსალოდნელია რომ მას ეს გამოწვევა ცხოვრების ბოლომდე ჰქონდეს.

ამრიგად, ადამიანის პიროვნება, არის გენეტიკურად განპირობებული ტემპერამენტისა და გარემო ფაქტორების უნიკალური კომბინაციის შედეგი.

პიროვნული აშლილობა წარმოიქმნება იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანის ხასიათის ნიშან-თვისებები ნაკლებად მოქნილი და ადაპტირებადია, რაც ხელს უშლის როგორც სტრესთან გამკლავებას, ისე საკუთარი თავის ჯანსაღად აღქმას.

კულტურული თავისებურებები

პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის დადგენამდე, აუცილებელია რომ გათვალისწინებული იყოს ადამიანის კულტურული, ეთნიკური და სოციალური მახასიათებლები. მაგალითად, ემიგრანტები და დევნილები, შესაძლოა მათი ენობრივი ბარიერისა და წარსულში მიღებული ნეგატიური გამოცდილების გამო, აგრესიული ან თავდაცვისკენ მიმართული ქცევით ხასიათდებოდნენ, რაც არ ნიშნავს იმას, რომ ისინი ცივი და უემოციო ადამიანები არიან. ასევე, თუ ადამიანს მისი რელიგიური მრწამსიდან გამომდინარე სჯერა სულებისა და ზებუნებრივი ძალების არ უნდა ჩაითვალოს, რომ ადამიანს შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა აქვს.

სხვადასხვა კულტურებში როლური თავისებურებებიდან გამომდინარე, ქალები შესაძლოა მეტად თავშეკავებულები იყვნენ, რაც არ უნდა ჩაითვალოს პიროვნული აშლილობის ნიშნად. ასევე, იმ კულტურებში სადაც შრომა ადამიანის უპირველესი ამოცანაა, ცხოვრობენ ადამიანები, რომლებიც დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ შრომას, რაც ასევე

არ უნდა იყოს მიჩნეული ობსესიურ-კომპულსიური პიროვნული აშლილობის სიმპტომად.

გარკვეული დარღვევები, მაგალითად, ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა, უფრო ხშირია მამაკაცებში, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა კი უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. ტიპური გენდერული როლებისა და ქცევების შესახებ სოციალურმა სტერეოტიპებმა შეიძლება გავლენა მოახდინონ დიაგნოსტიკის პროცესზე, თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს ამ სფეროში შესაბამისი ცოდნა არ გააჩნიათ.

მკურნალობა

პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანების სამკურნალოდ რამდენიმე მიდგომა არსებობს. თუ რომელი სტრატეგია იქნება გამოყენებული მეტწილად დამოკიდებულია დაავადების ტიპზე, სიმწვავესა და ფუნქციონირების მოშლის ხარისხზე. თუმცა, პიროვნების აშლილობის მქონე ყველა პირი დახმარებისთვის ექიმს არ მიმართავს, მაშინაც კი, როდესაც ოჯახის წევრები სთხოვენ ამის გაკეთებას. როგორც წესი, შიზოტიპური, ნარცისული ან ობსესიური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჩაერთვებიან მკურნალობის პროცესში ან გააგრძელებენ მას, რადგან ისინი როგორც წესი მათ პრობლემურ ქცევას სხვას აბრალებენ.

ფსიქოფარმაკოლოგია

პიროვნული აშლილობის მკურნალობისას, ინტერვენციები იგეგმება არა პიროვნული აშლილობის ტიპის მიხედვით, არამედ სიმპტომთა იმ კატეგორიების შესაბამისად, რაც ადამიანს ნორმალურ ფუნქციონირებაში უშლის ხელს. აღნიშნული კატეგორიებიც ემყარება ტემპერამენტის ზემოთ აღწერილ ოთხ მახასიათებელს: ზიანის არიდება, სიახლის ძიება, ჯილდოზე დამოკიდებულება და შეუპოვრობა. მაგალითად, რაც უფრო დაბალია ნახალისების, ჯილდოს მოპოვების სურვილი, მით მეტია აფექტური სიმპტომები, განრიდება და კოგნიტური დარღვევები. სიახლის მაძიებელი ტემპერამენტის მქონე პაციენტს უპირატესად იმპულსურობა და აგრესიულობა ახასიათებს. ზიანის არიდება ტიპურია შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომებისას. ამროვნების და აღქმის პათოლოგია შეიძლება გამოვლინდეს მაგიური ამროვნების, უცნაური რწმენების, ილუზიების, ეჭვნეულობის, მინიშნებებისა და დაბალი რეგისტრის სხვა ფსიქოზური სიმპტომებით, რომელიც ხშირად ქრონიკული მიმდინარეობისაა და ჩვეულებრივ დაბალი დოზით ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობას საჭიროებს.

აგრესიული ქცევა და სასტიკი მოპყრობის შემთხვევები ხშირია პიროვნული აშლილობების დროს და მათ სამკურნალოდ პირველი რიგის პრეპარატებია ლითიუმი, კარბამაზეპინი, ვალპროატი და, ზოგჯერ – ანტიფსიქოზური პრეპარატები, როგორცაა ჰალოპერიდოლი, დაბალი თერაპიული დოზებით.

ემოციური გასადავების, სიცვიისა და გაუცხოების, სოციალური განსვლის მდგომარეობები უკეთ პასუხობს სეროტონინის უკუმითაცების სელექტიური ინჰიბიტორებითა და ატიპური ანტიფსიქოზური საშუალებებით (რისპერიდონი, ოლანზაპინი და სეროქველი) მკურნალობას. ატიპური დეპრესიის მკურნალობა, როგორც წესი, სეროტონინის უკუმითაცების სელექტიური ინჰიბიტორებითა და მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორებით მიმდინარეობს ან გამოიყენება ანტიფსიქოზური საშუალებები – დაბალი დოზით.

პიროვნული აშლილობების დროს არსებულ შფოთვას შესაძლოა როგორც ქრონიკული, ისე – მწვავე ხასიათი ჰქონდეს. ქრონიკული კოგნიტური შფოთვა, ისევე როგორც

ქრონიკული სომატური შფოთვა ან შემთხვევები, როდესაც პაციენტს მრავალი სომატური ჩივილი აქვს, კარგად პასუხობს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორებით და მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორებით მკურნალობას. შფოთვის მწვავე, პაროქსიზმული შეტევების სამართავად უხშირესად მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები ან ანტიფსიქოზური მედიკამენტები (დაბალი თერაპიული დოზებით) გამოიყენება.

18.1 ცხრილში წარმოდგენილია პიროვნული აშლილობების სხვადასხვა სამიზნე სიმპტომები და მათზე მოქმედი მედიკამენტების სია.

ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპია

პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის რეკომენდებულია სხვადასხვა თერაპიები, რომელთა გამოყენება დამოკიდებულია სიმპტომების ტიპსა და სიმძიმეზე, ასევე აშლილობის ტიპზე. სტაციონარული მკურნალობა ნაჩვენებია მხოლოდ პაციენტის უსაფრთხოებისა და დაცულობის მიზნით, მაგალითად, როდესაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირს გამოხატული აქვს სუიციდური ან თვითდაზიანებისკენ მიმართული ქცევა. სხვა შემთხვევებში სტაციონირება რეკომენდებული არ არის და უფრო მეტიც – შეიძლება იქცეს ჰოსპიტალიზმის (საავადმყოფოს ან სამედიცინო პერსონალზე გადაჭარბებული დამოკიდებულება) მიზეზად.

ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიის მიზანია, პიროვნული აშლილობების მქონე ადამიანებმა დახმარება მიიღონ ნდობის ჩამოყალიბებაში, აითვისონ ძირითადი ცხოვრებისეული უნარები, მართონ დისტრესული სიმპტომები, როგორცაა, მაგალითად – შფოთვა და გაიუმჯობესონ ინტერპერსონალური ურთიერთობები.

18.2 ცხრილში მოცემულია პრობლემებისა და შესაბამისი საექთნო ინტერვენციების ჩამონათვალი.

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა

კლინიკური სურათი

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა ხასიათდება პიროვნების მყარი სოციალური და ინტერპერსონალური დეფიციტით, რაც გამოიხატება ახლო ურთიერთობების ჩამოყალიბების სირთულეებით, აზროვნების და აღქმის დარღვევებითა და ექსცენტრული ქცევებით. ზოგად პოპულაციაში დაავადების განვითარების რისკი 2-6%-მდეა და შედარებით ხშირია მამაკაცებში. სტრესულ სიტუაციაში პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომები. შემთხვევათა 10-20%-ში შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს შიზოფრენია უყალიბდებათ.

ხშირად პაციენტები უცნაურად იცვამენ, არ იცავენ ქცევის ნორმებს და უცნაური სოციალური ქცევა ახასიათებთ, რის გამოც გარშემომყოფთა ყურადღების ცენტრში ექცევიან. მაგალითად, აცვიათ შეუსაბამო ზომის ტანსაცმელი, თავს არ უვლიან ან ტანისამოსი ჭუჭყიანი აქვთ. ასეთ პირებს აღენიშნებათ უცნაური მეტყველება (უჩვეულო ენობრივი კონსტრუქციები, სიტყვები და ფრაზები, ბუნდოვანი მეტყველება და მთავარი თემიდან გადახვევა), ამიტომ მათი ნაამბობიდან ძნელია აზრის გამოტანა. შემცირებულია მათი ემოციების დიაპაზონი, ამიტომ ემოციათა სრული სპექტრის გამოხატვის უნარი არ შესწევთ.

შიზოტიპური აშლილობის დროს ხშირია სააზროვნო პროცესის დარღვევები, როგორცაა დამოკიდებულებისა და ეჭვიანობის იდეები (მაგრამ არა ბოდვის), უცნაური და

ფანტასტიკური შინაარსის აზრები (მაგ., ნათელმხილველობა, ტელეპათია და სხვათა აზრების კითხვა), რომელიც განმეორებითი ექსპოზიციისა და დროის გასვლის მიუხედავად არ უმჯობესდება. ამ ტიპის ადამიანებს უჭირთ სოციალურ ურთიერთობებში ყოფნა, რაც დროთა განმავლობაში სოციალურ ურთიერთობის მიუხედავად არ უმჯობესდება ისინი საზოგადოებაში ყოფნისას შფოთვას განიცდიან, რის გამოც უჭირთ ურთიერთობების დამყარება. მათ, როგორც წესი, მხოლოდ ერთი მეგობარი ჰყავთ და ისიც – პირველი რიგის ნათესავი; როგორც წესი, ზრდასრულობის შემდეგაც კი მშობლების სახლში რჩებიან და მიუხედავად იმისა, რომ მართლაც არ უყვართ, ახალი ურთიერთობების წამოწყება და მათი შენარჩუნება უჭირთ.

საექთნო ინტერვენციები

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობისას საექთნო ინტერვენციის მთავარი მიზანია თვითმოვლის, სოციალური უნარების განვითარება და პაციენტის თემში ფუნქციონირების გაუმჯობესება. ექთანი უნდა ეცადოს ჩამოუყალიბოს პაციენტს საკუთარი თავის მოვლის ჩვევა ისე, რომ ჰიგიენური ნორმების დაცვა და თმის დავარცხნა ყოველდღიური, სტანდარტული ქცევის ნაწილი გახდეს.

ცხრილი 18.1 პიროვნული აშლილობის სიმპტომები და არჩევის მედიკამენტები

სამიზნე სიმპტომი	არჩევის პრეპარატი
აგრესიულობა/იმპულსურობა	
აფექტური აგრესია (ნორმა)	ლითიუმი; ანტიკონვულსანტები; ანტიფსიქოზურები, დაბალი დოზით.
მძვინვარება (მტრულობა/ სისასტიკე)	ანტიფსიქოზური მედიკამენტები ლითიუმი.
აგრესია, ორგანულის მსგავსი	ქოლინერგული აგონისტები; იმიპრამინი.
აგრესია, იქტალური (გულყრისას) (პათოლოგიური)	კარბამაზეპინი; დიფენილჰიდანტონი; ბენზოდიაზეპინები.
გუნებ-განწყობის დისრეგულაცია	
ემოციური ლაბილურობა	ლითიუმი; კარბამაზეპინი; ანტიფსიქოზური მედიკამენტები.
ატიპური დეპრესია/დისფორია	მაო ინჰიბიტორები; სუსი; ანტიფსიქოზური მედიკამენტები.
ემოციური გასადავება	სუსი; ატიპური ანტიფსიქოზურები.
შფოთვა	
ქრონიკული კოგნიტური	სუსი; მაო ინჰიბიტორები; ბენზოდიაზეპინები.

ქრონიკული სომატური	მაო ინჰიბიტორები; სუსი.
მწვავე შფოთვა	მაო ინჰიბიტორები; ანტიფსიქოზურები, დაბალი დოზით.
ფსიქოზური სიმპტომები	
მწვავე და ფსიქოზური ქრონიკული და ფსიქოზისმაგვარი	ანტიფსიქოზური საშუალებები; ანტიფსიქოზურები, დაბალი დოზით.

ცხრილი 18.2 პიროვნული აშლილობის სიმპტომები და შესაბამისი საექთნო ინტერვენციები

პიროვნული აშლილობა	სიმპტომები და ნიშნები	საექთნო ინტერვენციები
პარანოიდული	უნდობლობა და ეჭვი სხვების მიმართ	პირდაპირი და სერიოზული კომუნიკაცია პაციენტთან; საკუთარი აზრების ვალიდაციის დასწავლა მოქმედებაზე გადასვლამდე.
შიზოიდური	სოციალური სფეროს გასადავება; საგნებთან მეტი კავშირის ქონა ვიდრე ადამიანებთან.	პაციენტის დახმარება სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესებაში.
შიზოტიპური	მწვავე პრობლემები ურთიერთობებში; ექსცენტრული ქცევა; კოგნიტური და პერცეპტუალური აშლილობა.	საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარებისა და სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესებაში დახმარება.
ანტისოციალური	სოციალური წესების, სხვების უფლებებისა და აზრების უგულებელყოფა.	ემოციების მართვა; წარმოქმნილი პრობლემების ეფექტური დაძლევის უნარები.
მოსაზღვრე	არასტაბილური ურთიერთობები, იმპულსური ქცევა და თვითდაზიანება.	უსაფრთხოების საკითხის გაუმჯობესება. პაციენტის დახმარება სტრესთან გამკლავების, დროის სტრუქტურებისა და სოციალური უნარების გაუმჯობესებაში.
ისტერიული	ქცევები ყურადღების მიქცევისთვის.	დაეხმარეთ სოციალური უნარების გაუმჯობესებაში; მიეცით ფაქტობრივი უკუკავშირი მისი ქცევების შესახებ.
ნარცისიზმი	მეგალომანიური წარმოდგენები საკუთარ თავზე; მოითხოვს გაღმერთებას სხვების მხრიდან; ემპათიის დეფიციტი.	მიეცით უკუკავშირი მხოლოდ ფაქტების შესახებ; ეცადეთ განაწყოთ პაციენტი ისე, რომ მან შეძლოს მკურნალობის პროცესში თქვენთან თანამშრომლობა; დაეხმარეთ პაციენტს, რომ განივითაროს საკუთარ თავზე ზრუნვისთვის საჭირო უნარები.

ამრიდებლური	სოციუმში ძლიერი შეკავების მდგომარეობა; ზემოქმედებლობა ნეგატიურ შეფასებაზე.	აღმოუჩინეთ პაციენტს მხარდაჭერა და გაამხნევეთ იგი; დაეხმარეთ პაციენტს გაიუმჯობესოს საკუთარი თავის რწმენა.
დამოკიდებული	ზედმეტად დამოკიდებული სხვის ზრუნვასა და მოვლა – პატრონობაზე.	გაუძლიერეთ პაციენტს საკუთარი თავის იმედი. დაეხმარეთ მას თავად გადაჭრას პრობლემები და მიიღოს გადაწყვეტილებები.
ობსესიურ – კომპულსიური	განსაკუთრებული ყურადღება წესრიგისა და კონტროლის მიმართ.	დაეხმარეთ პაციენტს, რომ გაიუმჯობესოს მოლაპარაკების უნარები.
დეპრესიული	დეპრესიული ქცევა და აბროვნების სტილი სხვადასხვა გარემო სიტუაციებში.	შეაფასეთ თვითდაზიანების რისკი. დაეხმარეთ პაციენტს დაიბრუნოს საკუთარი თავის რწმენა და აქტიურად ჩაერთოს ყოველდღიურ საქმიანობებში.
პასიურ-აგრესიული	ნეგატიური დამოკიდებულება და პასიური რეზისტენტობა სოციალურად მისაღები ქცევის გამოსავლენად.	დაეხმარეთ პაციენტს პირდაპირ გამოხატოს საკუთარი ემოციები და ობიექტურად შეაფასოს საკუთარი ქცევები.

პიროვნული აშლილობის დროს, მნიშვნელოვანია, რომ ისეთი საკითხები, როგორცაა პირადი ჰიგიენა და საკუთარი თავის მოვლა, სხვებისგან მიღებული ნეგატიური ყურადღების საფუძველზე კიდევ უფრო დიდი შფოთვის წყარო არ გახდეს. ექთანი შესაძლოა პაციენტს დაეხმაროს იმ კომუნიკაციის მოდელის აწყობაში, რომელიც აუცილებელია მას ჰქონდეს ნორმალური სოციალური ფუნქციონირებისათვის. ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს არავერბალური და არაპირდაპირი კომუნიკაციის ხერხის გამოყენებაშიც. შესაძლოა პაციენტს ნაკლები დისკომფორტი და შფოთვა ჰქონდეს თუ კომუნიკაცია არა ვერბალური, არამედ წერილობითი იქნება.

ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა

ანტისოციალური პიროვნული აშლილობისათვის დამახასიათებელია პირის მიერ მოვალეობათა უგულვებელყოფა, სხვათა გრძობების მიმართ სრული გულცივობა; გამოხატულია აგრესიულობა, ძალადობა, მანიპულირება. გამოხატულია სხვების დადანაშაულების ტენდენცია ან პაციენტი ახდენს საკუთარი ქცევის რაციონალურ ახსნას, რითიც ის საზოგადოებასთან კონფლიქტში შედის. აღნიშნული ტიპის აღსანიშნად ხშირად გამოყენებულია ისეთი ტერმინები, როგორცაა ფსიქოპათია, სოციოპათია და დისოციალური პიროვნული აშლილობა. ეს ფსიქიკური პრობლემა ზოგადი პოპულაციის 3%-ში, ხოლო კლინიკის პოპულაციის 30%-ში გვხვდება; სამჯერ ან ოთხჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. აღსანიშნავია, რომ ანტისოციალური ქცევის გამოვლინება პიკს აღწევს 20-30 წლის ასაკში და მკვეთრად იკლებს 45 წლის შემდეგ.

საექთნო პროცესი პიროვნების ანტისოციალური აშლილობის დროს

ვინაიდან ამ მდგომარეობის მქონე პაციენტები, სხვის მოტყუებაში კარგად არიან განვრთნილნი, ეცადეთ გამოკითხვის შედეგები ალტერნატიულ წყაროსთანაც გადაამოწმოთ.

ისტორია

დაავადება, როგორც წესი, ბავშვობაში ან მოზარდობის პერიოდში იწყება, თუმცა კლინიკური დიაგნოზი 18 წლის ასაკამდე არ ისმება. ბავშვობაში ენურები, ძილში სიარული, განსაკუთრებული სასტიკი ხასიათის ქცევა, პიროვნების ანტისოციალური აშლილობის პრედიქტორებია. მოზარდობის პერიოდში, ასეთი ბავშვები როგორც წესი ხშირად აცდენენ სკოლას, ბევრს იტყუებიან და შესაძლოა პოლიციასთანაც კი ჰქონდეთ საქმე. ასეთი პაციენტების მშობლები ხშირად გაყრილები არიან, აქვთ დეპრესია, წამალდამოკიდებულება და ძალადობენ შვილებზე.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

როგორც წესი, ეს პაციენტები საკმაოდ მომხიბვლელნი არიან ურთიერთობაში, თუმცა შესაძლოა სამედიცინო გამოკითხვის დროს ჰქონდეთ გარკვეული შფოთვა.

ხასიათი და აფექტი

გამორჩენის მიზნით, ისინი ხშირად ყალბ ემოციებს გამოხატავენ. მაგალითად, პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების მიზნით, შესაძლოა პაციენტმა შესაბამის ორგანოებს თავი საკუთარი „საშინელი ბავშვობით“ შეაცოდოს, მაშინ, როცა მისი პირადი დამოკიდებულება რეალობის მიმართ საკმაოდ ზედაპირული იყოს.

მათ ნაკლებად შესწევთ უნარი ემპათიური დამოკიდებულება იქონიონ სხვების მიმართ, ამიტომ დანაშაულის გრძნობის გარეშე შეუძლიათ სხვა ადამიანებით მანიპულირება.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

პიროვნული აშლილობის დროს, როგორც წესი, აზროვნების პროცესი მოშლილი არ არის, თუმცა პაციენტებს მოვლენებისა და გარემოს გლობალური შეფასება უჭირთ და მოვლენებს ვიწრო პერსპექტივით აფასებენ. ვინაიდან მათი მოქმედებები, როგორც წესი, მხოლოდ საკუთარი გამორჩენისკენაა მიმართული, ისინი თვლიან, რომ სხვების ქცევაც იმავე მოტივებითაა გამოწვეული. ანტისოციალური აშლილობის მქონე პირებს მიაჩნიათ, რომ სამყარო ცივი და სასტიკი ადგილია, რის გამოც მათი ქცევაც „მგლური კანონებით“ რეგულირდება.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

ამ ფსიქიკური აშლილობისთვის სენსორული და ინტელექტუალური სფეროს პრობლემები დამახასიათებელი არ არის. IQ საშუალო ან საშუალოზე მაღალია.

მსჯელობა და ანალიზი

სხვადასხვა მიზეზების გამო, ამ პაციენტებს კრიტიკული და ანალიტიკური აზროვნების მიმართულებით გარკვეული პრობლემები აქვთ. თავიანთ მოქმედებებში ისინი ნაკლებად აანალიზებენ საკუთარი ქცევის მორალურ ან ლეგალურ ასპექტებს და მათი ქცევის ძირითადი განმსაზღვრელი საკუთარი სურვილებია. ამასთან, აუცილებელია, რომ მათი სურვილები დაუყოვნებლივ იყოს სისრულეში მოყვანილი, რის გამოც ხშირად იმპულსურადაც იქცევიან. იმპულსური ქცევა შესაძლოა გამოხატული იყოს როგორც ელემენტარული სიფრთხილის ზომების უგულებელყოფაში (მაგალითად, გზაზე გადასვლა

შუქნიშნის მაფრთხილებელის მიუხედავად), ისე მიზანმიმართულ სარისკო მოქმედებებში (მანქანის მართვა გადაჭარბებული სისწრაფით).

როგორც წესი, პაციენტები საკუთარ პრობლემებს არასოდეს უკავშირებენ საკუთარ ქცევას და მათი ინტერპრეტაციით, მათი პრობლემები, სხვა ადამიანებისა და გარემოებების ბრალია.

საკუთარი თავის აღქმა

პიროვნების ანტისოციალური აშლილობის მქონე ადამიანები, ერთი შეხედვით თავდაჯერებულები და შესაძლოა აროგანტულებიც იყვნენ. სჯერათ, რომ მათი შეშინება ან ტყუილსა და კანონსაწინააღმდეგო მოქმედებაში გამოტყერა შეუძლებელია. ასეთ პირებს შესაძლოა ეგოცენტრულებიც ვუნდოდოთ, რადგან სწამთ, რომ სამყარო მათ ირგვლივ ტრიალებს, თუმცა შინაგანად მორცხვები და ცარიელნი არიან; ამასთან ისინი რეალურად აფასებენ საკუთარ ძლიერ და სუსტ მხარეებს.

როლები და ურთიერთობები

პიროვნების ანტისოციალური აშლილობის მქონე ადამიანები გარშემომყოფთა ექსპლოატაციითა და მანიპულირებით გამოირჩევიან. ისინი ურთიერთობებს მომხმარებლურად უდგებიან და თვლიან, რომ ურთიერთობებს მათთვის გარკვეული სარგებელის მოტანა უნდა შეეძლოთ. ისინი არასოდეს ფიქრობენ, თუ რა ემოცია და შედეგები მოჰყვება მათ ქცევას.

ამ პირების უმრავლესობას პირადი ურთიერთობა რამდენიმე ადამიანთან ერთდროულად აქვთ. შესაძლოა ისინი დაოჯახდნენ, შვილებიც კი ჰყავდეთ, მაგრამ ხანგრძლივი ურთიერთობების შენარჩუნება მათთვის შეუძლებელია. ისინი, ჩვეულებრივ, ცუდი მეუღლეები და მშობლები არიან და ოჯახებს ადვილად ანგრევენ. საკუთარი ზედაპირული სოციალური უნარების მოხერხებული გამოყენებით მათ შეიძლება დასაქმებაც შეეძლოს, თუმცა გრძელვადიან პერსპექტივაში მათ პასუხისმგებლობების აღება და სამსახურებრივი მოვალეობების შესრულება უჭირთ, ამიტომ კარიერულ წინსვლას ვერ აღწევენ.

მონაცემთა ანალიზი

ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები, იშვიათად მიმართავენ ექიმს მკურნალობის მიზნით, თუ მკურნალობა მათთვის პირადი სარგებლის მომტანი არაა. მაგალითად, ისინი შესაძლოა დათანხმდნენ მკურნალობას, რათა თავი აარიდონ ციხეს ან მხარდაჭერა მიიღონ დამსაქმებლისგან. მკურნალობა უმჯობესია ამბულატორიულად წარიმართოს, რადგან სტაციონარულმა მკურნალობამ შესაძლოა კიდევ უფრო გააუარესოს ამ პირთა ქცევა.

ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობისას, საექთნო დიაგნოზი შესაძლოა იყოს:

- არაეფექტური გამკლავება;
- საკუთარი სოციალური როლის არაეფექტური შესრულება;
- სხვებზე ძალადობის რისკი.

შედეგების იდენტიფიცირება

მკურნალობის მიზანი ქცევის ცვლილებაა. მკურნალობის ფონზე ნაკლებ სავარაუდოა, რომ ამ პირის დამოკიდებულება სამყაროს მიმართ ან აზროვნება შეიცვალოს, შესაძლებელია მოხდეს ქცევის მოდიფიკაცია.

მკურნალობის შესაძლო გამოსავალია:

- ადამიანს შეუძლია საკუთარი აზრები და ემოციები არადესტრუქციულად გამოხატოს;
- საკუთარი საჭიროებების დაკმაყოფილება პირს შეუძლია სხვათა დამცირებისა და უფლებების დარღვევის გარეშე;
- შეუძლია საკუთარი სოციალური როლი დამაკმაყოფილებლად შეასრულოს.

ინტერვენციები

თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბება და პასუხისმგებლობის წახალისება

ექთანმა უნდა ჩამოაყალიბოს ურთიერთობების წესები და კარგად განუსაზღვროს პაციენტს, თუ რომელი ქცევაა მისაღები და რომელი – არა. საკუთარი მიდგომებით, ექთანი უნდა ეცადოს მინიმუმამდე დაიყვანოს პაციენტის მიერ მანიპულირებისა და კონტროლის სურვილი.

ამ მიზნის მისაღწევად, ექთანმა უნდა დააწესოს შემდეგები:

1. ექთანმა უნდა აუხსნას, რომ არსებობს მიუღებელი ქცევები;
2. ადამიანისთვის უნდა იყოს გასაგები, რომ დადგენილი წესების დარღვევას ნეგატიური შედეგები მოსდევს;
3. ექთანმა უნდა აუხსნას, რომელი ქცევა იქნებოდა მისაღები და მოსაწონი.

თუ ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანი ცდილობს, რომ პირადი ურთიერთობების ხარჯზე გარკვეული შეღავათები მიიღოს, ექთანმა უნდა აუხსნას, რომ მსგავსი ქცევა კომუნიკაციის შეწყვეტას გამოიწვევს და ამასთან ურჩიოს პირს, რომ გამოყოფილი დრო მისი რეალური პრობლემების დაძლევაში დაიხარჯოს.

კლინიკური შემთხვევა: პიროვნების ანტისოციალური აშლილობა

გიორგი ისევ ციხეში აღმოჩნდა. მან უთხრა პოლიციას, რომ სახლი მიზანმიმართულად არ გაუტეხავს და რომ მეგობარმა მისი მშობლების სახლის გამოყენების უფლება მისცა, მაგრამ გასაღების დატოვება დაავინყდა. გიორგის რამდენიმეწლიანი არასასურველი ქცევის ეპიზოდების შემცველი ისტორია აქვს (ჩხუბი, კანაფის მოხმარება), თუმცა იგი საკუთარ ქცევას თავის გარემოცვას აბრალებს. ის უკვე მესამედ არის დაკავებული, თუმცა ამ მდგომარეობას აბრალებს პოლიციის გამახვილებულ ყურადღებას მას მერე, რაც მან ერთი მოხუცებული ქალბატონისგან 5000 ₾ ისესხა. ამასთან ის ამბობს, რომ როგორც კი საქონელი შემოვა, ის ამ თანხას დააბრუნებს. მეუღლემ, რომელიც 3 წლის შერთული ჰყავდა მიატოვა, რაც მისი თქმით მატერიალური პრობლემების ბრალია. გიორგი ამბობს, რომ ის ისედაც ძალიან პრეტენზიული იყო და ამიტომ ისედაც უნდოდა ამ ქალთან გაყრა. იგი დალღილია გარშემომყოფების მოთხოვნებით, რომ „უნდა დასაქმდეს და დაღვინდეს“. ახლობლებს „არ ესმით“, რომ გიორგის მშვიდი ცხოვრება არ სურს.

<p>პიროვნული აშლილობის საექთნო დიაგნოზი</p> <p>თვითდაზიანების რისკი – თვითდამაზიანებელი განზრახვებების საფრთხე, რომელიც არასასიკვდილო ფიზიკურ დაზიანებას იწვევს და მიმართულია დაძაბულობის მოხსნისკენ.</p>	
<p>სარისკო ფაქტორები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ხასიათის გამოვლინება; ● ემოციების სიტყვებით გამოხატვის შეუძლებლობა; ● ფიზიკური თვითდაზიანების ეპიზოდები; ● ყურადღების ცენტრში მოქცევისკენ მიმართული ქცევა; ● არაეფექტური გამკლავების უნარები. 	<p>მოსალოდნელი შედეგები</p> <p>მყისიერი</p> <p>პირი შეძლებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ფიზიკური დაზიანებისგან თავის შეკავებას; ● ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში საკუთარი ან სხვისი ნივთების დაზიანებისგან თავის შეკავებას; ● დანესებული შემზღვევის დაცვას 24-48 საათით; ● ჯგუფურ აქტივობებში მონაწილეობას და თანამშრომლობას, მაგალითად, მკურნალობის გეგმის შედგენის მიზნით. <p>სტაბილიზაცია</p> <p>ადამიანი შეძლებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● მიუღებელი ქცევის აღმოფხვრას (ზომიერი ტანტრუმები ანუ ბავშვის ჭირვეულობა სასურველი მიზნის მისაღწევად; თვითდაზიანება, თვითმკვლელობის საფრთხე); ● ყოველდღიური გეგმის შემუშავებას და რუტინული აქტივობების შესრულებას, რომელიც ემსახურება მის სოციალიზაციას და ყოველდღიური პასუხისმგებლობების გაუმჯობესებას. <p>თემში</p> <p>ადამიანი შეძლებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● თვითდამაზიანებელი ქცევისადმი ლტოლვის დამოუკიდებლად გაკონტროლებას; ● გრძნობების გამოხატვას ალტერნატიული გზებით, როგორცაა მეგობართან ან ექიმთან დაკავშირება და საუბარი.
<p>იმპლემენტაცია</p>	
<p>საექთნო ინტერვენცია</p> <p>(*გულისხმობს ერთობლივ ინტერვენციებს)</p>	<p>დასაბუთება</p>
<p>თავდაპირველი შეფასების დროს, ეცადეთ გაარკვიოთ, ჰქონდა თუ არა პაციენტს წარსულში სუიციდური ქცევა და ან ხომ არ აქვს თვითმკვლელობის აზრები ან გეგმა.</p>	<p>პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოება უპირველესი ბრუნვის საგანია. მიუხედავად იმისა, რომ ანამნეზში სუიციდური ქცევის არსებობა მომავალში თვითმკვლელობის რისკს არ გამოორიცხავს, წარსულში მისი არსებობა, სუიციდის რისკს ზრდის. პაციენტი თვითდაზიანების ანამნეზით შესაძლოა ასევე სუიციდის რისკის ქვეშ იყოს.</p>

პაციენტი მოათავსეთ ექთნის პოსტთან ახლოს, საიდანაც ადვილი იქნება მისთვის თვალყურის დევნება. პაციენტი არ მოათავსოთ გასასვლელთან ან კიბეებთან ახლომდებარე ოთახში.	პაციენტი გაძლიერებული მეთვალყურეობის ქვეშაა და ის ადვილად და შეუმჩნეველად ვერ დატოვებს კლინიკას.
შეაფასეთ, ჰქონდა თუ არა პაციენტს თვითდამაზიანებელი მოქმედებები ან მათ მიმართ ლტოლვა წარსულში.	პაციენტს, რომელიც წარსულში თვითდამაზიანებებს იყენებდა, სტრესულ სიტუაციაში ამ ქცევის განმეორების მაღალი ალბათობა აქვს.
თვალყური მიადევნეთ პაციენტის მიერ ბასრ ან სხვა პოტენციურად სახიფათო საგნებთან წვდომას	ბასრი საგნები შესაძლოა პაციენტმა თვითდამაზიანებისთვის გამოიყენოს.
პაციენტთან ურთიერთობისას იყავით თანმიმდევრულნი. ეცადეთ ქცევასთან და კომუნიკაციასთან დაკავშირებით დაუდგინოთ გარკვეული საზღვრები.	ნეგატიური ქცევის შემცირების თვალსაზრისით გარკვეული საზღვრების დადგენა მნიშვნელოვანია.
თუ პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოება არ არის რისკის ქვეშ, ეცადეთ ყურადღება არ მიაქციოთ პაციენტის იმპულსურ ქცევას.	იმპულსური ქცევის იგნორირებამ, მოსალოდნელია რომ შეამციროს მათი სიხშირე.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მოახდინოს იმ გრძნობების იდენტიფიცირება, რომელიც მას თვითდამაზიანებისკენ უბიძგებს. დაეხმარეთ მას რომ პირდაპირ/ვერბალურად გამოხატოს ეს გრძნობები.	შესაძლოა პაციენტს თავად არ ჰქონდეს გაცნობიერებული ის გრძნობები, რომელიც მას თვითდამაზიანებისკენ უბიძგებს. ამ გრძნობების იდენტიფიცირება, საშუალებას მისცემს მას თავიდან აირიდოს თვით დამაზიანებელი მოქმედებები.
პაციენტთან კომუნიკაციისას, დაეხმარეთ მას რომ პასუხისმგებლობა აიღოს საკუთარ თავზე და არ წაახალისოთ მისი უმწეობის განცდა.	თუ პაციენტი ჩათვლის, რომ ის არ არის დამნაშავე საკუთარ პრობლემებში, ის არასოდეს ეცდება საკუთარი ქცევის გამოსწორებას.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მოახდინოს იმ მეთოდების იდენტიფიცირება, რომელიც მას სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავებაში ეხმარება. მიეცით პაციენტს რჩევა, რომ გამოიყენოს ეს მეთოდები სტრესული სიტუაციების დასაძლევად.	პაციენტი შესაძლოა საკუთარ თავს უმწეო არსებად მიიჩნევდეს. დაეხმარეთ მას რომ საკუთარი თავის სიძლიერე ირწმუნოს.
ასწავლეთ პაციენტს სტრესის დაძლევის დამატებითი მეთოდები. მაგალითად, ვარჯიში, ემოციების ვერბალური გამოხატვა, დღიური წარმოება, მედიტაცია და სხვა.	პაციენტს შესაძლოა არ ჰქონდეს სტრესის პოზიტიური მართვის მეთოდების შესახებ ცოდნა. აღნიშნული უნარის შექმნით, შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს პაციენტის მდგომარეობა.

პაციენტებს, როგორც წესი, ძალიან ეშინიათ რომ მიატოვებენ. ურთიერთობების შენარჩუნების მიზნით ისინი მრავალ სასოწარკვეთილ ნაბიჯზე მიდიან და მათ შორის შესაძლოა იყოს თვითმკვლელობის მცდელობა. მიუხედავად ამ სიმწვავისა, მათ მიერ განცდილი გრძნობები, როგორც წესი შეუსაბამო და არა თანმიმდევრულია. მაგალითად, მათ შესაძლოა “ცხოვრების სიყვარული” უწოდონ ადამიანს, რომელიც სულ ორჯერ ან სამჯერ ნახეს. თუ მათ ამ გრძნობებს იგივე პასუხი არ დახვდა ისინი ბრაზობენ და ეს ადამიანი

შესაძლოა მტრადაც კი გამოაცხადონ. ეს ნახტომი აბსოლუტური სიყვარულიდან აბსოლუტურ სიძულვილამდე შესაძლოა 1 საათის ინტერვალითაც კი მოხდეს. სასონარკვეთის მდგომარეობაში მათ შესაძლოა დაზიანება მიაყენონ საკუთარ თავს და ასევე სხვებსაც.

ამ პიროვნული აშლილობის დროს, პაციენტებს აქვთ ცუდი აკადემიური და სამსახურეობრივი მოსწრების ისტორია, რაც თავის მხრივ განპირობებულია მიზნებისა და ინტერესების მკვეთრი ცვლილებებით და კონცენტრირების უნარის მკვეთრი დაქვეითებით.

ფიზიოლოგიური ასპექტები და საკუთარი თავის მოვლა

სუიციდურ ქცევასთან ერთად პაციენტებს ამ ფსიქიკური აშლილობის დროს ახასიათებთ კვებითი აშლილობაც (გადამეტებული ჭამა და შემდეგ პირღებინების გამოწვევა), ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, დაუცველი სქესობრივი კავშირები და მაღალი რისკის შემცველი მოქმედებები (მაგალითად, ინტოქსიკაციის პერიოდში გადაჭარბებული სისწრაფით მოძრაობა). როგორც წესი, პაციენტები უჩივიან ძილის პრობლემებსაც.

მონაცემთა ანალიზი

პიროვნული აშლილობისას, საექთნო დიაგნოზი შესაძლოა იყოს:

- სუიციდის რისკი;
- თვითდაზიანების რისკი;
- სხვისკენ მიმართული ძალადობრივი მოქმედება;
- სტრესთან არაეფექტური გამკლავება;
- სოციალური იზოლაცია.

გამოსავლების იდენტიფიცირება

მკურნალობის შედეგად, მოსალოდნელია შემდეგი გამოსავლები:

- პაციენტის უსაფრთხოება უზრუნველყოფილია და მას რაიმე სახის სერიოზული დაზიანებები არ აღენიშნება;
- პაციენტი არ ავნებს სხვას და არ ახდენს სხვისი საკუთრების დაზიანებას;
- პაციენტს შეუძლია საკუთარი იმპულსური ქცევის კონტროლი;
- პაციენტს შეუძლია საკუთარი საჭიროებების დაკმაყოფილება;
- პაციენტს შეუძლია ეფექტურად გადაჭრას პრობლემა;
- პაციენტი მეტად კმაყოფილია საკუთარი სოციალური ურთიერთობებით.

პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობა, როგორც წესი, წლობით მიმდინარეობს, რაც მიზნად ისახავს მათი სოციალური ურთიერთობებისა და ოჯახური პრობლემების შემსუბუქებას. ექთანს შეეხება ამ პაციენტებთან უხშირესად გამწვავების პერიოდში აქვთ, როდესაც მათ განსაკუთრებულად აქვთ გამოხატული თვითდაზიანებისა და აგრესიული ქცევის სიმპტომები. ამ დროს პაციენტს შესაძლოა ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციაც დასჭირდეს.

პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

პაციენტის უსაფრთხოება მაღალი პრიორიტეტულობის საკითხია და მის უზრუნველსაყოფად ყველა ზომა უნდა იქნეს მიღებული. პაციენტს სუიციდური აზრები შესაძლოა

ხანგრძლივი დროის განმავლობაში აწუხებდეს; შესაბამისად იმის ამოცნობა, თუ როდის გადავა აზრები მოქმედებაში, ექთნისთვის მნიშვნელოვანი პროფესიული გამოწვევაა.

ხშირად პაციენტები თვითდაზიანებას საკუთარი თავის დაჭრით ახდენენ, რასაც შესაძლოა ფუნქციის პერმანენტული დაზიანება მოჰყვეს. პაციენტის ასეთ ქცევას ყოველთვის არ უძღვის წინ რაიმე სახის წინაპირობა, ამიტომ როდის გამოვლინდება აღნიშნული ქცევა საკმაოდ რთულად ამოსაცნობია.

პრაქტიკაში იყენებენ **თვითდაზიანების აცილების კონტრაქტს** რომლის ფარგლებშიც პაციენტი საკუთარ თავს ჰპირდება, რომ დაზიანებას არ მიაყენებს. ერთნი თვლიან, რომ აღნიშნული მიდგომა პაციენტის პასუხისმგებლობის გრძნობას აძლიერებს, ხოლო სხვანი მას არაეფექტურ მიდგომად და ხშირად თერაპიული ურთიერთობის ხელისშემშლელადაც მოიაზრებენ.

თერაპიული ურთიერთობების წახალისება

მიუხედავად ვითარებისა, ექთანი უნდა ეცადოს მოახდინოს პაციენტთან ურთიერთობის სტრუქტურირება. მაგალითად, ეცადოს, რომ პაციენტთან კონსულტაციები ჩაატაროს წინასწარ განსაზღვრულ დროს და არა – პაციენტის სურვილისამებრ.

საზღვრები ურთიერთობებში

პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებს, როგორც წესი, უჭირთ ჯანსაღი ურთიერთობების წარმართვა. ამპარტავნების გამო როგორც ახლობლები, ისე სამედიცინო პერსონალი მაქსიმალურად ცდილობს თავი აარიდოს მასთან ზედმეტ შეხებას. ექთნის გულწრფელ პროფესიულ ზრუნვას, შესაძლოა პაციენტის ფაშილარული დამოკიდებულება მოჰყვეს და ამით დამცირებულად იგრძნოს თავი ექთანმა. მსგავსი უსიამოვნების თავიდან აცილების მიზნით, კარგი იქნება, თუ ექთანი შეძლებს თავიდანვე გაავლოს მკვეთრი საზღვრები თერაპიულ ურთიერთობებში. მაგალითად, თუ პაციენტი განსაკუთრებულ სიმპათიას გამოხატავს ექთნის მიმართ და ცდილობს ხაზი გაუსვას ექთნის აღმატებულ როლს პაციენტის ცხოვრებაში, ექთანმა უნდა აუხნას, რომ მისი ინტერესი პაციენტის გამოჯანმრთელებას ემსახურება და რომ ის იგივე დოზითაა დაინტერესებული ამით, როგორც პერსონალის სხვა წევრები.

ეფექტური კომუნიკაციის უნარები

ექთანი უნდა ეცადოს, პაციენტს ასწავლოს კომუნიკაციის მინიმალური უნარები. მაგალითად, პაციენტმა უნდა ისწავლოს კომუნიკაციისას რიგითობის დაცვა, თვალთმართვით კონტაქტი, აქტიური მოსმენა და „მე“ წინადადების გამოყენება („მე ვფიქრობ“, „მე ვგრძნობ“ და ასე შემდეგ). ექთანი უნდა ეცადოს მოახდინოს ამ კომუნიკაციის ინსცენირება და პრაქტიკულად აჩვენოს პაციენტს, თუ როგორ უნდა მოიქცეს ცოცხალი კომუნიკაციისას.

პაციენტის დახმარება ემოციების კონტროლსა და მათთან გამკლავებაში

პიროვნული აშლილობის დროს პაციენტები ემოციურად რეაგირებენ რიგ მოვლენებზე, მაშინაც კი, როცა მათ საკუთარი გრძნობები გაანალიზებული არ აქვთ. ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს მოახდინოს საკუთარი ემოციების მართვა ისე, რომ ამ დროს არ დააზიანოს სხვა, სხვისი ნივთები ან საკუთარი თავი. უმჯობესია, თუ პაციენტს ექნე-

ბა დღიური საკუთარი ემოციების რეტროსპექტული ანალიზისთვის. დღიური შესაძლოა სამედიცინო პერსონალსაც გამოადგეს მკურნალობის პროცესის ადეკვატური დაგეგმვისათვის.

პაციენტის ოჯახის განათლება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს

სოციალური უნარების დასწავლა

- საზღვრების შენარჩუნება ურთიერთობებში;
- რეალისტური მოლოდინები ურთიერთობებთან მიმართებით;
- დროის რაციონალური გამოყენება;
- დღის წერილობითი განრიგი;
- შესაძლო აქტივობების ნუსხის შედგენა დღის განმავლობაში, რაც ხელს შეუშლის უსაქმოდ ყოფნას.

საკუთარი თავის მართვის სტრატეგიები

- სიტუაციის დეკატასტროფიზაცია;
- ფიქრის შეჩერება;
- საკუთარ თავთან პოზიტიური კომუნიკაცია.

ყურადღების გადატანის ტექნიკის ათვისება (მუსიკის მოსმენა ან სხვა)

“მე” წინადადებების გამოყენება

ემოციური რეგულაციის კიდევ ერთი ასპექტი, იმპულსურობის შემცირება და სიამოვნების მიღების დაყოვნების უნარია. პაციენტებს უნდა ესმოდეთ, რომ მათი მოთხოვნები და საჭიროებები შესაძლოა დაუყოვნებლივ არ შესრულდეს. ამ დროს დღიურის წარმოება შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს პაციენტს.

აზროვნების პროცესის გარდაქმნა

პიროვნული აშლილობის დროს, პაციენტებს ახასიათებთ რადიკალიზმი. ისინი მოვლენებსა და ადამიანებს აღიქვამენ ან აბსოლუტურად პოზიტიურად ან აბსოლუტურად ნეგატიურად. **კოგნიტური რესტრუქტურისაცია** მიზნად ისახავს საკუთარი ნეგატიური აზრების გაანალიზებას და მათ ჩანაცვლებას პოზიტიური აზრებით. **აზრის შეჩერება** მიზნად ისახავს ნეგატიური და დესტრუქციული აზრების შეჩერებას (მაგალითად: „მე დებილი ვარ“, „ვერაფერს ვაკეთებ სწორად“). აზრების წარმოშობისთანავე პაციენტმა შესაძლოა ხმამაღალი რეპლიკით „გაჩერდი!“ შეაჩეროს საკუთარი აზრების მიმდინარეობა. **საკუთარ თავთან პოზიტიური კომუნიკაცია**, მიზნად ისახავს ნეგატიური აზრების გარდაქმნას პოზიტიურ აზრებში; მაგალითად., „მე დავუშვი შეცდომა, მაგრამ ეს არ არის ქვეყნის დასასრული, მომავალში მეცოდინება როგორ უნდა მოვიქცე“.

დეკატასტროფიზაცია მიზნად ისახავს სიტუაციის რეალისტურ აღქმას, ისე, რომ არ მოხდეს მისი უმიზნო და არა ადეკვატური დამძიმება. ამისთვის ექთანმა შესაძლოა პკითხოს პაციენტს: „რა შეიძლება მოხდეს ყველაზე უარესს შემთხვევაში?“ ან „თქვენი აზრით, სხვა ადამიანები როგორ უმკლავდებიან მსგავს სიტუაციებს?“, აღნიშნული შეკითხვები პაციენტს სიტუაციის გადაფასებასა და შექმნილი ვითარების ახლებურად აღქმაში ეხმარება.

პაციენტის ყოველდღიური საქმიანობის სტრუქტურირება

პიროვნული აშლილობის დროს, პაციენტებს თავისუფალი დროის ქონა შესაძლოა სიმპტომების გაუარესებასთან იყოს დაკავშირებული, ამიტომ უმჯობესია, თუ პაციენტს კარგად სტრუქტურირებული დღის განრიგი ექნება. განრიგის შესრულება უფრო მოსალოდნელია თუ იგი წერილობითია.

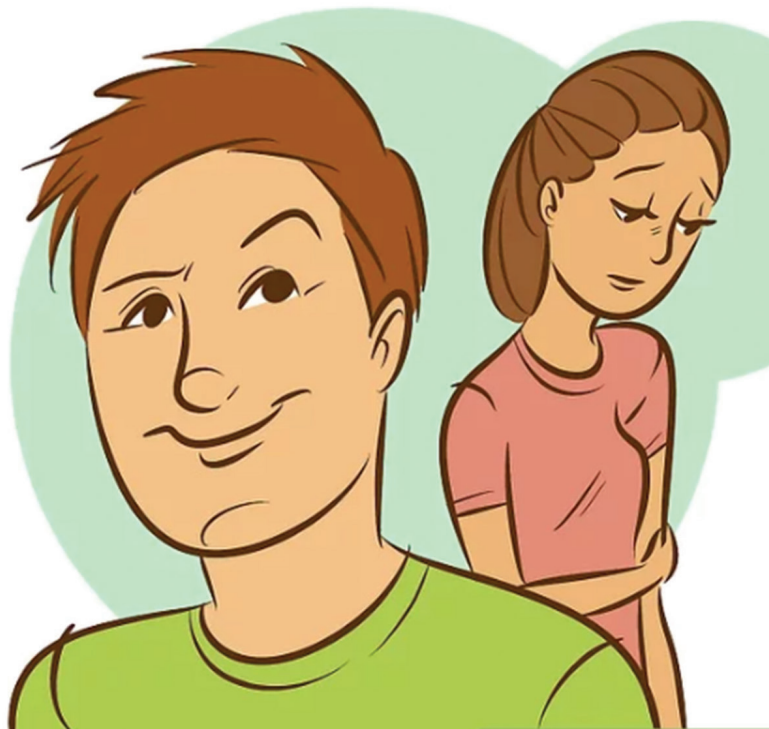
შეფასება

ისევე როგორც ნებისმიერი პიროვნული აშლილობისას, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროსაც ცვლილებები ნელა დგება. ზოგადად, მკურნალობის ეფექტურობა ფასდება კრიზისთა სიხშირით, რომელიც გარკვეული დროის განმავლობაში წარმოიქმნება. რაც უფრო იშვიათია კრიზისული მდგომარეობა, მით მეტად ეფექტურია მკურნალობა.

ნარცისიზმი

კლინიკური სურათი

ნარცისული პიროვნული აშლილობა ხასიათდება ფანტაზიებსა ან ქცევაში გამოხატული განდიდების მუდმივი პატერნით, რა დროსაც ადამიანი მუდმივად ითხოვს საკუთარი პიროვნების გალმერთებას, თავად კი სხვების მიმართ ემპათიას არ ავლენს. ეს მდგომარეობა ზოგადი პოპულაციის 1-2%-ში, ხოლო კლინიკური პოპულაციის 2-16%-ში გვხვდება. აღნიშნული დიაგნოზის მქონე პირთა 50-დან 75%-მდე მამაკაცია. ნარცისიზმის ნიშნები ხშირია მოზარდობის ასაკში, თუმცა ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ადამიანი საბოლოოდ ნარცისულ პიროვნებად ჩამოყალიბდება. ამ მდგომარეობის მკურნალობა, როგორც წესი, ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიით ხორციელდება და ჰოსპიტალიზაცია, როგორც წესი, არ სჭირდება (თუ პაციენტს არ აქვს რომელიმე თანმხლები დაავადება).



ნარცისული ადამიანი

წყარო: <https://www.wikihow.com/Deal-With-a-Narcissistic-Husband>

ნარცისული პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები ქედმაღლობით გამოირჩევიან. მათ, როგორც წესი, არ შეუძლიათ ემპათიის გამოხატვა სხვების მიმართ და მეტიც, შესაძლოა, დაამცირონ და აბუჩად აიგდონ სხვათა გრძნობები. ისინი ხშირად ეჭვითა და შურით უყურებენ სხვის წარმატებას და თვლიან, რომ ის მხოლოდ მათ უნდა ჰქონოდათ.

ნარცისული პიროვნული აშლილობის მქონე პირები, შესაძლოა, პრაქტიკულად მოითხოვდნენ სხვების მხრიდან გაღმერთებას, ან ჩუმად ელოდნენ, როდის აღიარებენ სხვები მისი სიდიადის გამო. მათ ხშირად აქვთ ფანტაზიები საკუთარი ყოვლისმომცველი წარმატებისა და სიმდიდრის შესახებ, რაც ხშირად მათ უპირატესობის შეგრძნებასაც კი აძლევს.

მიუხედავად იმისა, რომ აზროვნების პროცესი ზოგადად არ არის შეფერხებული, ნარცისული პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებს ნაკლებად აქვთ კრიტიკული აზროვნების უნარი, შესაბამისად, ისინი ვერ აკავშირებენ საკუთარ ქცევას და მათ ცხოვრებაში არსებულ უსიამოვნებებს ერთმანეთთან.

მიუხედავად სიდიადისა, მათი რეალური თვითშეფასება საკმაოდ მყიფეა. ისინი პრაქტიკულად ვერ იტანენ კრიტიკული შეფასების მოსმენას და სხვების მხრიდან მხოლოდ ყურადღებისა და გაღმერთების მიღებისთვის არიან მზად და თუ ამას ვერ იღებენ ისინი აგრესიულებიც კი შეიძლება გახდნენ.

საკუთარი თავდაჯერებულობის ხარჯზე, მათ, შესაძლოა, გარკვეულ კარიერულ წინსვლასაც მიაღწიონ, თუმცა ინტერპესონალური უნარების არ ქონისა და მყიფე თვითშეფასების გამო ისინი ამ წარმატებას, როგორც წესი, ხანგრძლივად ვერ ინარჩუნებენ.

საექთნო ინტერვენციები

ნარცისულ პაციენტთან მუშაობა, საექთნო პრაქტიკის ერთ-ერთი მძიმე გამოწვევაა. ექთანს მნიშვნელოვანი თავშეკავება მართებს რათა არ გახდეს პაციენტის ნარცისული ქცევის მსხვერპლი და ამან მასში არ გამოიწვიოს სიბრაზე და ფრუსტრაცია. ექთანი უნდა ეცადოს, რომ საკუთარ თავზე არ მიიღოს პაციენტის ქცევა და მასთან გარკვეული ტიპის თანამშრომლობა დაამყაროს.

პიროვნების ამრიდებლური აშლილობა

კლინიკური სურათი

პიროვნების ამრიდებლური აშლილობა, ხასიათდება პერმანენტული სოციალური დისკომფორტით, დაბალი თვით შეფასებითა და ნეგატიური შეფასების მიმართ ჰიპერსენსიტიურობით. ეს ფსიქიკური აშლილობა გვხვდება ზოგადი პოპულაციის 0.5-1%-ში, ხოლო კლინიკური პოპულაციის 10%-ში. ის მეტად ხშირია მამაკაცებში; მკურნალობა ძირითადად მოიცავს ფსიქოთერაპიას.

ამ აშლილობის მქონე ადამიანები, როგორც წესი, განსაკუთრებული კონტროლის ქვეშ იყვნენ ბავშვობის ასაკში, რამაც ხელი შეუშალა უცნობ გარემოში მათი ქცევისა და გამკლავების უნარის ჩამოყალიბებას. ექთანთან კომუნიკაციის დროს, ეს პაციენტები შეშინებულები ჩანან და გაურბიან თვალთ თვალთან კონტაქტს. ისინი, როგორც წესი, არაფერს აპროტესტებენ ან მოითხოვენ; არიან უკიდურესად მორცხვები და მგრძნობიარენი ნეგატიური შეფასების მიმართ, ამიტომ თავს არიდებენ ყველა შესაძლო სიტუაციას სადაც შეიძლება უარყოფითი ან ნეგატიური შეფასება მიიღონ. მათ ძალიან უნდათ ახლო მეგობრული და ინტიმური ურთიერთობების ქონა, მაგრამ იმდენად ეშინიათ უარყოფის, რომ შესაბამისი ნაბიჯების გადადგმას ვერ ბედავენ.

თავიანთი ძლიერი სურვილის გამო, ასიაშობონ სხვებს და მათ შორის ზემდგომებს, ისინი ადვილად იმსახურებენ სიმპათიას სამსახურში, თუმცა საკუთარი დაბალი თვითშეფასებისა და სიმორცხვის გამო შესაძლოა უარი თქვან შემოთავაზებულ დანიშნულებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ კვალიფიკაციით აკმაყოფილებენ დანიშნულების კრიტერიუმებს.

საექთნო ინტერვენციები

პიროვნების ამრიდებლური აშლილობის დროს, ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს საკუთარი თავის პოზიტიურ კონტექსტში აღქმაში. ამ მიზნისთვის, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას ისეთი მიდგომები, როგორცაა დეკატასტროფიზაცია და პოზიტიური კომუნიკაცია საკუთარ თავთან. ექთანი ასევე უნდა დაეხმაროს პაციენტს სოციალური უნარების გაუმჯობესებაში, თუმცა ეს უკანასკნელი ხანგრძლივი პროცესია და შედეგების მიღებას მნიშვნელოვანი დრო სჭირდება. აღსანიშნავია, რომ პაციენტის სწრაფ პროგრესს ხელს უწყობს მისი სოციალიზაციის სურვილი.

პიროვნების ობსესიურ – კომპულსიური აშლილობა

კლინიკური სურათი

ობსესიურ – კომპულსიური პიროვნული აშლილობა არის პრაქტიკულად უცვლელი მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადამიანი მოცულია სრულყოფილების, წესრიგის დაცვის, ფსიქიკური და ინტერპერსონალური კონტროლის იდეებით, რომელსაც საკუთარი მოქნილობისა და ეფექტიანობის წყალობით აღწევს. აღნიშნული მდგომარეობა პოპულაციის 1-2%-ში გვხვდება, რომელთა უმრავლესობაც მამაკაცია. უფრო ხშირად გვხვდება უფროს შვილში და ისეთი პროფესიის წარმომადგენლებში, რომელთათვისაც წესრიგი და დეტალებზე ორიენტირება პროფესიული საკითხია.

ობსესიურ-კომპულსიური პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტები, ცხოვრების ხალისის დაკარგვის ან ინტერპერსონალური და სოციალური პრობლემების გამო, როგორც წესი, თავად ცდილობენ მკურნალობას.

დაავადების სათავე ხშირად ბავშვობაა, რომლის დროსაც მშობლები მკაცრად მოითხოვდნენ პაციენტისგან ყოფილიყო სამაგალითო, ხოლო თუ ეს ასე არ იქნებოდა, მძიმე ემოციური შედეგები დგებოდა.

ასეთი პაციენტები იმდენად მოცულნი არიან დეტალიზაციით ცხოვრების ყველა სფეროში, რომ კარგავენ „მთლიანი სურათის“ აღქმის უნარს და ნაკლებად აანალიზებენ სხვა ადამიანების აზრებს. ისინი იმდენად დარწმუნებულნი არიან საკუთარ სიმართლეში, რომ მოსმენის გარეშეც თვლიან, რომ სხვა ადამიანი აუცილებლად მცდარ შეხედულებას შესთავაზებს.

იმის გამო, რომ ისინი მუდმივად იდეალური შედეგის მიღწევას ცდილობენ, ჩადიან უკიდურეს დეტალებში, რის გამოც ვეღარ ახერხებენ წამოწყებული საქმის ბოლომდე მიყვანას. იგივე ეხება გადანწყვეტილებების მიღების უნარს. ისინი იმდენად დეტალურად განიხილავენ გადანწყვეტილების ყველა შესაძლო ვერსიას, რომ უჭირთ საბოლოო გადანწყვეტილების მიღება.

ყველა წესსა და რეგულაციას ისინი სიტყვა სიტყვით აღიქვამენ და ამიტომ შექმნილი სიტუაციის გათვალისწინებით გადანწყვეტილებების მიღება და მოქმედება პრაქტიკულად არ შეუძლიათ. ისინი უკეთ გრძნობენ თავს თუ ყველა შესაძლო საკითხზე არსებობს წინასწარ განერილი წესი, ხოლო თუ ვინმე ეცდება, რომ მას ამ საკითხში წინააღმდეგობა

გაუწიოს, ჩათვლის, რომ მას საქმის კარგად კეთების საშუალებას არ აძლევენ.

ისინი უკიდურესად მაღალ სტანდარტებს უწესებენ საკუთარ თავს და მკაცრად მოითხოვენ მათ სრულყოფილ შესრულებას. ხოლო შეუსრულებლობის შემთხვევაში იდანაშაულებენ თავს და კიდევ უფრო მეტად კარგავენ საკუთარი თავის რწმენას.

ობსესიურ – კომპულსიური პიროვნული აშლილობის დროს ადამიანები გრძნობებს თავშეკავებულად გამოხატავენ, რაც ცხადია უარყოფითად ისახება მათ პირად ცხოვრებაზე. ამასთან, ისინი იმდენად დეტალურად გეგმავენ ოჯახური ცხოვრების ყველა ასპექტს, რომ ვეღარ იღებენ ამისგან სიამოვნებას.

იდეალური შედეგის მიღების მოტივით, მათ უჭირთ საქმის სხვებთან განაწილება და თანამშრომლობა. უნაკლო შედეგის მისაღებად ხშირად ამჯობინებენ, რომ ყველაფერი თავად გააკეთონ, მაგრამ თუ მაინც ისე მოხდა, რომ სხვასთან ერთად მოუწიათ ამოცანის შესრულება, მაშინ ისინი საკუთარი პედანტიზმით სხვების განბილებას და დემოტივაციასაც კი იწვევენ.

საექთნო ინტერვენციები

კარგი იქნება, თუ ექთანი პაციენტს გადანყვეტილებების მიღების პროცესსა და საქმის დასრულების მნიშვნელობას სხვა კუთხით დაანახებს. მაგალითად, კარგი იქნება თუ კონკრეტულ ამოცანასთან მიმართებით ძირითადი ამოცანა მისი დასრულება და არა საუკეთესო შედეგის დადება იქნება. პაციენტი მეტად ტოლერანტული უნდა გახდეს ნაკლებად იდეალური გადანყვეტილებებისა და პროცესების მიმართ, რაშიც, შესაძლოა, ექთანმა კოგნიტური რესტრუქტურის მიდგომები (იხ. ზემოთ) გამოიყენოს.

ექთანმა პაციენტს მხარი უნდა დაუჭიროს მისთვის „სარისკო“ მოქმედებების განხორციელებაშიც კი. მაგალითად, პაციენტმა ოჯახის სხვა წევრებს რომ მისცეს საშუალება დაგეგმონ ოჯახური დღეები, მათ მიიღონ გადანყვეტილებები და აკონტროლონ რიგი საკითხები.

ასაკოვან პაციენტთა თავისებურებები

პიროვნული აშლილობების დიაგნოსტიკა მოხუცებულთა ასაკში არ ხდება, თუმცა პიროვნული აშლილობა მოხუცებულობაშიც გრძელდება და მოსალოდნელია, რომ ასაკის მატებასთან ერთად ზოგიერთი პიროვნული აშლილობის ნიშნები მეტად შემსუბუქდეს. თუმცა არსებობს მდგომარეობებიც, რომლის დროსაც ასაკის მატების მიუხედავად, ადამიანი არ ითვალისწინებს თავისი ცხოვრების, ჯანმრთელობისა და ფინანსური მდგომარეობის ახალ გარემოებებს და არც რჩევებს იღებს სხვებისგან. ისინი თითქოს მუდმივად უკმაყოფილო და გაბრაზებულნი არიან, რაც ურთიერთობების დაძაბვასა და გაფუჭებას იწვევს.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

პიროვნული აშლილობების მქონე პაციენტებზე ზრუნვა, როგორც წესი, თემშივე მიმდინარეობს და მხოლოდ იშვიათი გამწვავებების დროს ხდება საჭირო ადამიანის ჰოსპიტალიზაცია.

პიროვნული აშლილობების დროს, მკურნალობის წამყვანი მეთოდი ინდივიდუალური ან ჯგუფური თერაპიაა. თუმცა, ასეთ დროს, შესაძლოა, პაციენტმა მკურნალობა არ ჩათვალოს საჭიროდ და კლინიკაში სხვა მენტალური პრობლემის გამო მოხვდეს.

აღსანიშნავია, რომ ბავშვებს, რომლებიც იზრდებიან გარემოში, სადაც სკოლა, განათლება და რელიგია პრიორიტეტულია, ნაკლებად ემართებათ პიროვნული აშლილობები. ხოლო ბავშვები, რომლებიც ნაკლებად დაცულ გარემოში იზრდებოდნენ, უფრო მძიმე აღმოჩნდნენ ამ პათოლოგიების მიმართ.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ვინაიდან პიროვნული აშლილობის მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია, შესაძლოა, ექთანს გარკვეული ემოციური პრობლემები შეექმნას მკურნალობის პროცესში, რომელიც პაციენტის ქედმაღლური და ფამილარული (მოურიდებელი) დამოკიდებულების შედეგად შეიძლება განვითარდეს. თუ ექთანს მოერევა სიბრაზე და აგრესია, მაშინ უმჯობესია, რომ ექთანმა, საკუთარი ემოციები თავის კოლეგებთან განიხილოს და მათთან ერთად ეცადოს საკუთარი მდგომარეობის დაძლევა.

განსხვავებით სხვა ფსიქიატრიული პაციენტებისგან, პიროვნული აშლილობის დროს, პაციენტს არ აქვს დამახასიათებელი გარეგნული შესახედაობა, რამაც შესაძლოა, ექთანი შეცდომაში შეიყვანოს და ჩათვალოს, რომ პაციენტის ქცევა მიზანმიმართულია და არ არის დაკავშირებული რომელიმე ფსიქიკურ აშლილობასთან. ეს კი ექთანში, ცხადია, სიბრაზესა და ფრუსტრაციას იწვევს.

პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტები, ხშირად იწვევენ დისონანსს სამედიცინო პერსონალის გუნდის შიგნით, რაც გუნდის წევრებისთვის დიდი გამოწვევაა. გაუგებრობების თავიდან აცილების მიზნით, პიროვნული აშლილობების მქონე პაციენტებთან მუშაობისას, უმჯობესი იქნება თუ გუნდი სიმტკიცისა და ერთიანობის შენარჩუნებას მეტ ყურადღებას დაუთმობს.

აუცილებლად გასათვალისწინებელი ასპექტები პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობისას

პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობისას წარმოშობილი მარცხის კოლეგებისთვის გაზიარება, მნიშვნელოვნად დაგეხმარებათ საკუთარ ემოციებთან გამკლავებაში.

პაციენტების მხრიდან შესაძლო მანიპულაციების თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია, მჭიდრო კომუნიკაცია პერსონალის წევრებს შორის.

პაციენტის უხეში და მკვეთრად კრიტიკული დამოკიდებულება საკუთარ თავზე არ მიიღოთ. გახსოვდეთ, რომ მისი ქცევა ავადმყოფობის ბრალია.

მკურნალობის პროცესში, დასახეთ რეალისტური გეგმები. გახსოვდეთ, რომ პაციენტის მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდება.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. როგორ ფიქრობთ, თქვენ რომელი ტემპერამენტი გაქვთ (ზიანის ამრიდებელი, სიახლის მაძიებელი, ჯილდოზე დამოკიდებული თუ შეუპოვარი)?
2. პიროვნების ანტისოციალურ აშლილობას და კრიმინალურ ქცევას შორის არსებობს მნიშვნელოვანი კორელაციები, ვინაიდან ორივე მათგანი გულისხმობს სოციალური ნორმების, სხვისი უფლებებისა და ხშირად კანონების დარღვევას. თვლით თუ არა, რომ ეს ფსიქიკური აშლილობა უფრო სოციალური პრობლემაა, ვიდრე სამედიცინო? რატომ?

ძირითადი საკითხები

- პიროვნულ აშლილობას ახასიათებს გარემოსთან შეუსაბამო ქცევა, რომელიც ირგვლივ მყოფებს სტრესულ მდგომარეობაში აგდებს.
- პიროვნული აშლილობა ერთ-ერთი ხშირი ფსიქიატრიული დაავადებაა და მისი დიაგნოზი, როგორც წესი, ადრეული მოწიფულობის პერიოდში ისმება, თუმცა ადრეული ნიშნების ამოცნობა ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდშიც არის შესაძლებელი.
- პიროვნულ აშლილობას არ ახასიათებს სწრაფი და მკვეთრი გაუმჯობესება, რაც ოჯახის წევრების იმედგაცრუების ძირითადი მიზეზია.
- შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის მქონე პირს აქვს სოციალური და ინტერპერსონალური ურთიერთობების დეფიციტი, ასევე კოგნიტური სფეროსა და აღქმის მოშლა, ექსცენტრული ქცევა.
- ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები, შესაძლოა, ერთი შეხედვით მომხიბლავნიც კი იყვნენ, ზოგადად, ისინი არაკეთილსინდისიერებასა და მასთან დაკავშირებულ ისეთ ქცევებს ავლენენ, როგორცაა უპასუხისმგებლო, მანიპულაციური და ექსპლოატაციური ქცევა, დაუდევრობა და ტყუილები.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში მნიშვნელოვნადაა გაუარესებული მყარი და გრძელვადიანი ურთიერთობების დამყარების უნარი, რაც პიროვნული და ემოციური არასტაბილურობითაა განპირობებული. გამოხატულია საკუთარი ხატის აღქმის დარღვევები, იმპულსურობა და მიდრეკილება თვითდაზიანებისკენ.
- ობსესიურ-კომპულსიური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები წინდახედულნი არიან; წესრიგს, სრულყოფილებასა და ინტერპერსონალურ კონტროლს მოქნილობის, გახსნილობისა და ეფექტურობის ხარჯზე აღწევენ.
- ადამიანებისთვის, რომლებსაც ნარცისული პიროვნული აშლილობები აქვთ, დამახასიათებელია საკუთარი თავის განდიდება, თაყვანისცემის ძიება, სხვის მიმართ ემპათიის არარსებობა და ძალაუფლების შეგრძნება.
- პიროვნების ამრიდებლური აშლილობისათვის დამახასიათებელია სოციალური ურთიერთობებისთვის თავის არიდებისა და იზოლაციის მცდელობა. ასევე ნეგატიური შეფასებისადმი გადაჭარბებული მგრძნობელობა.
- პიროვნული აშლილობების მკურნალობისას, თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებას უკიდურესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. ექთნებს ამ ურთიერთობების მეშვეობით, შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ პაციენტებს საკუთარი დესტრუქციული ქცევის იდენტიფიცირებასა და მათთან გამკლავებაში.
- არსებობს თერაპიის რამდენიმე სტრატეგია, რომელიც ეფექტურად ითვლება პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობისას. კოგნიტური რესტრუქტურიზაციის მიდგომა, მოიცავს რამდენიმე მიდგომას, კერძოდ: ფიქრების შეჩერებას, საკუთარ თავთან პოზიტიურ კომუნიკაციასა და დეკატასტროფიზაციას. აღნიშნული მეთოდები, პაციენტს სოციუმის შიგნით უკეთეს ფუნქციონირებაში ეხმარება.

- პიროვნული აშლილობის სამკურნალოდ მედიკამენტების დანიშვნისას აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას სიმპტომების რაობა და სიმძიმე. ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის სიმპტომები მოიცავს აგრესიას, იმპულსურობას, გუნებ-განწყობის მერყეობას, შფოთვასა და ფსიქოზურ სიმპტომებს.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის მქონე პაციენტები საკუთარ ემოციას თვითდაზიანების გზით ხშირად გამოხატავენ. ამ ქცევის თავიდან აცილების მიზნით კარგი იქნება თუ ექთანი პაციენტს დაუზიანებლობის კონტრაქტს შესთავაზებს, რომლის ფარგლებშიც პაციენტი პირობას დადებს, რომ თავს არ დაიზიანებს.
- პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებზე ზრუნვაში ჩართული პერსონალი კარგად უნდა აანალიზებდეს საკუთარ ემოციებს და საჭიროების შემთხვევაში მიმართავდეს შესაბამის დახმარებას.

წყდრმები:

1. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2009). Personality disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2197-2240). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
3. Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., et al. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 20(2), 633-650. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 341-349. disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 397-420. disorder. New York, NY: Guilford Press. for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct.
4. Hooley, J. M., & Wilson-Murphy, M. (2012). Adult attachment to transitional objects and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 26(2), 179-191.
5. Hummelen, B., Pedersen, G., & Karterud, S. (2012). Some suggestions
6. Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.
7. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality*
8. Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality
9. Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 154-167.
10. Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184.
11. McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do "no-suicide" contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6) 512-522.
12. Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2010). Personality-related problems in living: An empirical approach. *Personality Disorders*, 1(4) 230-238.
13. Neumann, A., Barker, E. D., Koot, H. M., et al. (2010). The role of contextual risk, impulsivity, and parental knowledge in the development of adolescent antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 534-545.
14. Reijneveld, S. A., Crone, M. R., & de Meer, G. (2012). Early detection of children at risk for antisocial behavior using data from routine preventive child healthcare. *BMC Pediatrics*, 12, 24.
15. Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York, NY: W. W. Norton.

თაპი 19

დამოკიდებულება

ამ თავში განხილულია:

1. ნივთიერებაზე დამოკიდებულების ძირითადი ტენდენციები და პრევენციული პროგრამების მნიშვნელობა;
2. ნივთიერებაზე დამოკიდებულების ძირითადი რისკ-ფაქტორები; ზოგადი და ოჯახური მახასიათებლები.
3. მკურნალობის ძირითადი მიდგომები და პრინციპები;
4. საექთნო პროცესი ნივთიერებაზე დამოკიდებულების მქონე პაციენტების მკურნალობისას;
5. ოჯახისა და საზოგადოების ცნობიერების გაზრდა ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პაციენტებთან მუშაობის დროს;
6. ექთნის როლი ქიმიური დამოკიდებულების დროს;
7. ექთნის ემოციებისა და აზრების ანალიზი ნივთიერებაზე დამოკიდებული პაციენტის მოვლისას.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულება გლობალური გამონწვევაა. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 15 მილიონი ადამიანი ალკოჰოლდამოკიდებულია, რომელთაგან ნახევარი მილიონი – 9-12 წლამდე ასაკის მოზარდია. აღსანიშნავია ასევე, რომ სუიციდის მსხვერპლთა 20% ალკოჰოლდამოკიდებულია და ავტოსაგზაო შემთხვევათა, ასევე – დახრჩობითა და ტრავმით გამონწვეული სიკვდილის შემთხვევათა მესამედი, სწორედ ალკოჰოლური ზემოქმედების შედეგია.

წამალდამოკიდებულების პრევალენტობის ზუსტი მაჩვენებლის გამონგარიშება გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული, ვინაიდან იმ პირთა უმრავლესობა, რომელიც აკმაყოფილებს ამ აშლილობის კრიტერიუმებს, ექიმს მკურნალობის მიზნით არ აკითხავს.

თანამედროვე ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამონწვევაა იმ ახალშობილების ფიზიკური და ემოციური ჯანმრთელობა, რომლებსაც ალკოჰოლური ან სხვა ნივთიერებების ექსპოზიცია ჯერ კიდევ მუცლად ყოფნის პერიოდში ჰქონდათ (მაგალითად, ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი და სხვ.). ქიმიური ნივთიერებების ავად მოხმარება უკავშირდება ოჯახურ ძალადობას, მკვლელობებს, ძალადობას ბავშვზე და მის უგულებელყოფას. აღსანიშნავია, რომ ალკოჰოლდამოკიდებული მშობლების შვილს, ალკოჰოლით გამონწვეული პრობლემების განვითარების რისკი, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, ოთხჯერ მაღალი აქვს. პირველი შეხება სასმელთან ყველაზე ხშირად სწორედ ოჯახში ხდება.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების სახეები

არსებობს მრავალი ნივთიერება, რომლის მიმართაც შესაძლოა გაჩნდეს დამოკიდებულება. ზოგი ლეგალურია, ზოგი – არალეგალური. თუ პირს ერთზე მეტი ნივთიერების მიმართ უვითარდება დამოკიდებულება, ამას პოლინარკოტიკული დამოკიდებულება ეწოდება.

არსებობს ნივთიერებათა შემდეგი ჯგუფები, რომლის მიმართაც შესაძლოა განვითარდეს დამოკიდებულება. ესენია:

1. ალკოჰოლი;
2. დამამშვიდებელი-საძილე და შფოთვის საწინააღმდეგო საშუალებები;
3. სტიმულატორები;
4. კანაფი/მარიხუანა;
5. ოპიოიდები;
6. ჰალუცინოგენები;
7. საინჰალაციო საშუალებები

უკანასკნელ პერიოდში განსაკუთრებული პოპულარობა სინთეზურმა (ე.წ დიზაინერული ან კლუბური) ნარკოტიკმა მოიპოვა, რომელიც სხვადასხვა მედიკამენტების კომბინაციით არის მიღებული. აღნიშნული კლუბური ნარკოტიკები სინთეზირებულია არსებული მედიკამენტებისგან ან მიღებულია სხვადასხვა ნივთიერებათა კომბინაციებით, ამიტომ მათი ეფექტი მიღებამდე უცნობია და შესაბამისად, მომხმარებელი ვერ გათვლის საკუთარი ორგანიზმის რეაქციას უცნობ ნივთიერებაზე. იმის გამო, რომ ამ კლუბური ნარკოტიკის შემადგენლობა სწრაფად იცვლება, ის ხშირად რეგულირების ჩარჩოს მიღმა რჩება და მისი კრიმინალიზაცია ამ მიზეზით ვერ ხერხდება.

ამ თავში განხილული იქნება დამოკიდებულების გამომწვევი ნივთიერებებით ინტოქსიკაციისა და მათი აბსტინენციის სიმპტომები, ასევე დეტოქსიკაციის გზები და მეთოდები.

ინტოქსიკაცია არის მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება ადაპტაციური უნარების შემცირებით კონკრეტული ნივთიერების მიღების შედეგად. **ალკვეთის სინდრომი** არის ფიზიოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც ამა თუ იმ ნივთიერების კონცენტრაციის უცაბედი შემცირებით ვითარდება. **დეტოქსიკაცია** არის ნივთიერების მიერ წარმოქმნილი ეფექტების უსაფრთხო მოხსნა.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულება განიმარტება, როგორც ამა თუ იმ ნივთიერების ბოროტად მოხმარება, რაც დაკავშირებულია ამ ნივთიერების ზეგავლენით სოციალურად მიუღებელი ქცევის ჩამოყალიბებასთან.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

დამოკიდებულების განვითარების პოტენციალის მქონე ყველა ნივთიერებას შორის, ალკოჰოლი ყველაზე ფართოდაა შესწავლილი, ვინაიდან მისი მოხმარება ლეგალურია და შესაბამისად უფრო ხშირად გამოიყენება.

ალკოჰოლიზმის ადრეული ნიშნები, როგორც წესი, 15-17 წლის ასაკში იწყება და დაკავშირებულია ალკოჰოლით პირველი ინტოქსიკაციის ეპიზოდთან, ხოლო პიკს – 25 დან 35 წლის ასაკში აღწევს. ამ ასაკში ყურადსაღებია ალკოჰოლთან დაკავშირებული სოციალური პრობლემები: მნიშვნელოვანი ურთიერთობების განწყვეტა, საზოგადოებრი-

ვი თავშეყრის ადგილებში დებოში ან მანქანის მართვა ნასვამ მდგომარეობაში; თავს იჩენს ე.წ. „პალიმფსესტი“ ანუ მახსოვრობის მოშლაც, რომლის დროსაც ნასვამი პირი განაგრძობს ფუნქციონირებას, თუმცა ვერ აცნობიერებს საკუთარ ქცევას და შემდგომში აღნიშნული ეპიზოდი ამნეზირებული აქვს.

ალკოჰოლის ხანგრძლივი მოხმარების შემდეგ, როგორც წესი, ვითარდება **ტოლერანტობა**, რის გამოც ალკოჰოლური თრობის მისაღებად წინანდელთან შედარებით მეტი ალკოჰოლის მიღება ხდება საჭირო. ზოგადად, ტოლერანტობა განიმარტება, როგორც ორგანიზმის შეგუების (მიჩვევის) მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება ნარკოტიკის/ალკოჰოლის სისტემატური მოხმარების გარკვეულ ეტაპზე, როცა ორგანიზმი კარგავს მგრძობელობას რომელიმე ნივთიერების, პრეპარატის ან პრეპარატთა ჯგუფის მიმართ, რის შედეგადაც მრავალჯერადი მოხმარების დროს პრეპარატის განსაზღვრული დოზის მიმართ სუსტდება ორგანიზმის რეაქცია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, უწინდელი ეფექტის მისაღებად აუცილებელი ხდება მოცემული პრეპარატის დოზის მომატება. დროთა განმავლობაში, როცა ადამიანი აგრძელებს ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მოხმარებას, ტოლერანტობა მკვეთრად იკლებს და მცირე რაოდენობით მიღებული სასმელიც კი ინტოქსიკაციის მიზეზი ხდება.

ალკოჰოლიზმის გვიანი ეტაპი, როდესაც ადამიანის ფუნქციონირების პრობლემებიც გამოიხატება, ხშირად ნებაყოფლობითი აბსტინენციის ან ალკოჰოლის კონტროლირებული მოხმარების პერიოდებით ხასიათდება. ამას შესაძლოა წინ უსწრებდეს კანონთან ან პირად ურთიერთობებში სერიოზული პრობლემების გაჩენა. აბსტინენციის პერიოდი, როგორც წესი, ალკოჰოლის კიდევ უფრო ინტენსიური მოხმარებით და კრიზისით სრულდება.

როგორც წესი, ეს ციკლი ქრონიკულად მეორდება და ალკოჰოლიზმით დაავადებული ადამიანების უმრავლესობა ამ ციკლში მუდმივად ბრუნავს. თუმცა არსებობს ე.წ. ბუნებრივი გამოჯანმრთელებაც, რომლის დროსაც ადამიანი ალკოჰოლის მოხმარებას ნებაყოფლობით ანებებს თავს და შეგნებულად არიდებს თავს ყველა შესაძლო სიტუაციას, სადაც მას შეიძლება შეხება მოუწიოს ალკოჰოლურ პროდუქტებთან. აღსანიშნავია, რომ ალკოჰოლიზმიდან განკურნების პირველ წელთან შედარებით, მეორე წელს რეციდივის ალბათობა 60-70%-ია, ამიტომ ამ პერიოდში განსაკუთრებული სიფრთხილის გამოჩენაა საჭირო. განსაკუთრებით არაკეთილსაიმედონი არიან პირები, რომლებსაც ალკოჰოლიზმი ადრეულ ასაკში განუვითარდათ, აქვთ ალკოჰოლის მოხმარების მრავალწლიანი ისტორია და ამასთან აქვთ რომელიმე ფსიქიკური აშლილობა. ალკოჰოლიზმის დროს, ასევე მაღალია ქრონიკული ინფექციური დაავადებების (აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი) ავთვისებიანი მიმდინარეობა.

დაკავშირებული მდგომარეობები

მიუხედავად ადიქციური ბუნებისა, კოფეინზე, თამბაქოსა და ნიკოტინზე დამოკიდებულება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემად არ ითვლება. ასევე არის ინტერნეტ დამოკიდებულებაც, თუმცა ამ საკითხებთან დაკავშირებით მსჯელობა იხილეთ ქვემოთ.

ეთიოლოგია

ფიზიკური დამოკიდებულების ზუსტი ეთიოლოგიური ფაქტორები ცნობილი არ არის, თუმცა ცნობილია რამდენიმე გარემოება, რომელიც ხელს უწყობს დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას.

ბიოლოგიური ფაქტორები

ალკოჰოლიზმის მქონე მშობლების შვილებს ალკოჰოლდამოკიდებულების განვითარების მომატებული რისკი აქვთ. ეს შესაძლოა გარემო ფაქტორებით აიხსნას, მაგრამ იდენტურ და არაიდენტურ ტყუპებზე დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ გენეტიკური კომპონენტი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. ასევე დაკვირვება მოახდინეს ნაშვილებ ბავშვებზეც და გამოირკვა, რომ პირებს, რომელთა ბიოლოგიური მშობლები ალკოჰოლიზმით იყვნენ ავად, ამ მდგომარეობის განვითარების რისკი უფრო მეტი ჰქონდათ, ვიდრე ჯანმრთელი ბიოლოგიური მშობლების შვილებს.

ალკოჰოლის მიღება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ცვლის ლიმბურ სისტემაში სიამოვნების მიღების გზების ქიმიურ შემადგენლობას და ადამიანს ნეტარების მდგომარეობაში აგდებს. ზოგ ადამიანს აქვს შინაგანი სასიგნალო მექანიზმი და წყვეტს ალკოჰოლის მიღებას, თუმცა ზოგ შემთხვევაში ეს მექანიზმი არ არსებობს და ამიტომ ალკოჰოლის მიღებას ინტოქსიკაციის დადგომამდე აგრძელებენ.

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

ალკოჰოლიზმის მქონე მშობლების შვილებს ალკოჰოლიზმის განვითარების რისკი, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, 4-ჯერ მაღალი აქვთ, რაც შესაძლოა აიხსნას როგორც გენეტიკური, ისე ფსიქოლოგიური ფაქტორებით. დაავადებული მშობლების ბავშვები, როგორც წესი, ახდენენ თავიანთი მშობლების ქცევის კოპირებას და თვლიან, რომ ცხოვრებისეულ სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავების ადეკვატური გზა სწორად ალკოჰოლია. თუმცა ამ ნივთიერების მოხმარება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, კიდევ უფრო მეტად ზრდის შფოთვის დონეს.

სოციალური და გარემო ფაქტორები

სხვადასხვა ნივთიერების ბოროტად გამოყენების თვალსაზრისით, კულტურულ და სოციალურ მახასიათებლებს დიდი მნიშვნელობა აქვს. გლობალურად, იმ რეგიონებში, სადაც ალკოჰოლის ფასი მაღალი დაბეგვრის გამო მაღალია, ალკოჰოლის მოხმარება მცირდება, და პირიქით, იქ – სადაც ფასის გამო ხელმისაწვდომობა მაღალია, ალკოჰოლის მოხმარებაც მაღალია. იგივე ეხება, მაგალითად, კანაფისა და სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასაც. შესაბამისად, ადეკვატური საკანონმდებლო რეგულაციების დანერგვა, ამ თვალსაზრისით კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

კულტურული თავისებურებანი

სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარების თვალსაზრისით, კულტურულ მახასიათებლებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, ისლამურ სახელმწიფოებში ალკოჰოლის მოხმარება იკრძალება, მაშინ როცა ქრისტიანულ სამყაროში, ის რელიგიური რიტუალების ნაწილია. შესაბამისად, როდესაც ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებით ფასდება პაციენტი, მისი კულტურული მახასიათებლები აუცილებელია რომ ადეკვატურად იყოს გაანალიზებული.

გარდა ამისა, სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფებს, მათი გენეტიკურად განსაზღვრული ფერმენტული აქტივობის გამო ალკოჰოლიზმის განვითარების სხვადასხვა რისკი აქვთ. აზიური წარმოშობის ეთნოსისთვის, ალკოჰოლი მცირე დოზებითაც კი შესაძლოა აუტანელი იყოს, გამოიწვიოს სახის წამოწითლება, გულისრევა და პირღებინე-

ბა. ამიტომ ამ ეთნიკური კუთვნილების პოპულაციებში ნაკლებად ვითარდება ალკოპოლიზმი.

მკურნალობის მიდგომები

ქვემოთ მოცემულია 7 ძირითადი ნივთიერების მიერ გამოწვეული ეფექტების და მათი უკუქცევისთვის საჭირო ზომების ზოგადი მიმოხილვა, რომელიც აუცილებელია, რომ ექთანმა იცოდეს მკურნალობის პროცესში.

ალკოპოლი

ინტოქსიკაცია და ზედღობირება

ალკოპოლი, სისხლში სწრაფად შეიწოვება და ცენტრალური ნერვული სისტემის დათრგუნვას იწვევს. მისი მიღების შემდეგ თავდაპირველად დგება მოდუნებისა და შემაკავებელი მოქმედების დაკარგვის ეფექტი. ინტოქსიკაციის დროს კი პაციენტს უვითარდება კოორდინაციისა და მეტყველების მოშლა, უხანგრძლივდება კონცენტრაციის დრო და უქვეითდება მახსოვრობისა და ყურადღების ფუნქციები. ალკოპოლური ინტოქსიკაციის დროს ზოგიერთ ადამიანს ახასიათებს აგრესია და შეუსაბამო სექსუალური ქცევა, ასევე დროის ეს პერიოდი შესაძლოა ამწეზირებული იყოს.

ალკოპოლის ჭარბი რაოდენობით მიღებას შესაძლოა თან ახლდეს პირღებინება, ცნობიერების დაკარგვა და სასუნთქი სისტემის დათრგუნვა. ამ კომბინაციის დროს მაღალია ასპირაციული პნევმონიის ან ფილტვის მწვავე ობსტრუქციის განვითარების რისკი. ალკოპოლით გამოწვეული ჰიპოტენზია შესაძლოა კარდიოვასკულარული შოკის და სიკვდილის მიზეზი გახდეს. ალკოპოლური ზედღობირების მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის დამთრგუნველი სხვა მედიკამენტების ინტოქსიკაციის მკურნალობა: კუჭის ამორეცხვა და, საჭიროების შემთხვევაში, დიალიზი, რათა სწრაფად მოხდეს ტოქსინის მოცილება ცირკულაციიდან; სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების ფუნქციონირების შესაბამისი მხარდაჭერა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. ცენტრალური ნერვული სისტემის მასტიმულირებელი მედიკამენტების გამოყენება მკურნალობის პროცესში უკუნაჩვენებია. 19.1 სამახსოვროში, მოცემულია ის ფიზიოლოგიური ეფექტები, რომელიც თან ახლავს ალკოპოლის ხანგრძლივ გამოყენებას და ხშირ ინტოქსიკაციებს.

19.1 სამახსოვრო. ფიზიოლოგიური ეფექტები, რომელიც თან ახლავს ალკოპოლის ხანგრძლივ გამოყენებას და ხშირ ინტოქსიკაციებს.

- გულის კუნთის მოოპათია;
- ვერნიკეს ენცეფალოპათია;
- კორსაკოვის ფსიქოზი;
- პანკრეატიტი;
- ეზოფაგიტი;
- ჰეპატიტი;
- ციროზი;
- ლეიკოპენია;
- თრომბოციტოპენია;
- ასციტი.

მოსხნა და დეტოქსიკაცია

ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიდან 4-12 საათში, ვითარდება ალკვეთის სიმპტომები, რაც მოიცავს: ხელების კანკალს, ოფლიანობას, პულსის აჩქარებას, არტერიული წნევის მატებას, უძილობას, შფოთვას, გულისრევასა და პირღებინებას. მწვავე ან უმკურნალე-ბელი ალკვეთის სინდრომის დროს პაციენტს შესაძლოა განუვითარდეს გარდამავალი ჰალუცინაციები, გულყრები ან დელირიუმი (ე.წ. „თეთრი ცხელება“). ალკოჰოლის ალკ-ვეთის სინდრომი ყველაზე მწვავედ გამოიხატება მეორე დღეს და სრულად ამოიწურება დაახლოებით 5 დღეში, თუმცა იშვიათ შემთხვევებში სიმპტომები შესაძლოა 1-2 კვირაც კი გაგრძელდეს.

ვინაიდან ალკოჰოლის ალკვეთის სინდრომი შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში იყოს, მისი წარმართვა აუცილებელია სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ. თუ სიმპტომები მსუბუქი ხასიათისაა და პაციენტს ალკოჰოლის მიღებისგან თავის შეკავება შეუძ-ლია, მაშინ მათი მართვა შესაძლოა მოხდეს ბინამეც, თუმცა თუ სიმპტომები მძიმეა, და პაციენტს მათ ფონზე არ შეუძლია ალკოჰოლის მიღებისგან თავის შეკავება, მაშინ მკურ-ნალობა, როგორც წესი, მიმდინარეობს სტაციონარულად 3-5 დღის განმავლობაში.

ზოგადად, ალკვეთის სინდრომისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების შესამსუბუქებ-ლად გამოიყენება ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის მედიკამენტები, როგორცაა ლორაზეპამი, ქლორდიაზეპოქსიდი, ან დიაზეპამი. მედიკამენტი შესაძლოა დაინიშნოს როგორც ფიქ-სირებული დოზით, განსაზღვრულ ინტერვალებში, დოზის თანდათანობითი მატებით, ისე სიმპტომზე მორგებული დოზითა და მიღების რეჟიმით. დანიშნულების ხასიათი განისაზღ-ვრება ალკვეთის შეფასების სკალის შესაბამისად, რომელიც 19.2 სამახსოვროშია მოცე-მული. თუ ქულათა ჯამი 8-ზე ნაკლებია, ითვლება, რომ ალკვეთის სიმპტომები მსუბუქადაა გამოხატული, ხოლო თუ ქულები 8-დან 15-მდეა, მაშინ მდგომარეობა საშუალო სიმძიმედ ითვლება, ხოლო 15 ქულაზე მეტი ქულა, ალკვეთის მძიმე სიმპტომებზე მიანიშნებს.

კლინიკური შემთხვევა: ალკოჰოლის მოსხნა

62 წლის ჯონდის, დილის 5 საათზე მუხლის სახსარზე გეგმიური ოპერაცია გაუკეთდა. ოპერაციამ კარგად ჩაიარა და ჯონდი 3 საათით პოსტოპერაციულ პალატაში მოთავსდა. ფიზიკური მონაცემები: არტერიული წნევა 124/82, ტემპერატურა 37°C, პულსი 76, სუნთქვის სიხშირე 16 წთ-ში. პაციენტი სწორად იყო ორიენტირებული გარემოში და შეკითხვებზე ადეკვატურად პასუხობდა. შესაბამისად, იგი პალატაში მოთავსდა.

დღის 10 საათისთვის, ჯონდის უეცრად დაეწყო აგზნება, ოფლიანობა და წასვლას ითხოვდა. სასიცოცხლო მაჩვენებლები: არტერიული წნევა 164/98, პულსი 98, ხოლო სუნთქვა – 28 წუთში. ნახვევი დათვალიერებისას სუფთაა და მშრალი, პაციენტს ტკივილი არ აწუხებს. ექთანმა ჯონდის ცოლს ჰკითხა, რა რაოდენობით და რამდენად ხშირად მოიხმარს ალკოჰოლს პაციენტი. მეუღლის გადმოცემით, ჯონდი ყოველ საღამოს 3-4 პორცია ლუდს ან ღვინოს სვავს. მეუღლემ ასევე განაცხადა, რომ მისთვის არავის უკითხავს ალკოჰოლის მოხმარების ჩვევები, ამიტომ ჩათვალა, რომ ეს მნიშვნელოვანი არ იყო.

სამახსოვრო 19.2 – მოხნის სიმპტომების სიმძიმის შეფასების შკალა

გულისრევა და პირღებინება	აჟიტირება
ჰკითხეთ: „უჩივით კუჭის პრობლემებს? გაქვთ ღებინება? “ და დააკვირდით	0 ნორმალური აქტიურობა; 1 მცირედით მეტი, ვიდრე ნორმალური აქტიურობა;

<p>0 გულის რევა და პირღებინება არ აღინიშნება; 1 მსუბუქი გულისრევა და პირღებინება; 2 3 4 ხანგამოშვებითი გულისრევა მშრალი წამოზიდვებით; 5 6 7 მუდმივი გულისრევა, წამოზიდვები და პირღებინება.</p>	<p>2 3 4 მსუბუქი აგზნება და მოუსვენრობა; 5 6 7 საუბრისას ბოლთას სცემს და მოუსვენრდაა.</p>
<p>კანკალი პაციენტს ხელები წინ გამოანევიანეთ, გააშლევინეთ თითები და დააკვირდით: 0 კანკალი არ აღინიშნება; 1 ვიზუალურად შესამჩნევი არ არის მაგრამ თითთ თითზე შეხებით შეიგრძნობა; 2 3 4 ზომიერია და შეინიშნება მკლავების გაშლისას; 5 6 7 აღინიშნება ძლიერი, მაღალამპლიტუდიანი კანკალი.</p>	<p>ტაქტილური დარღვევები ჰკითხეთ პაციენტს, აქვს თუ არა ქავილის, ჩხვლეტის, წვის, დაბუჯების ან მწერის ცოცვის შეგრძნებები კანზე ან მის ქვეშ. 0 არა; 1 ძალიან მსუბუქი ქავილი, ჩხვლეტის, დაბუჯებისა და წვის შეგრძნება; 2 მსუბუქი ქავილის, ჩხვლეტის, დაბუჯებისა და წვის შეგრძნება; 3 საშუალო სიმძიმის ქავილის, ჩხვლეტის, დაბუჯებისა და წვის შეგრძნება; 4 საშუალოდ მძიმე ჰალუცინაციები; 5 მძიმე ჰალუცინაციები; 6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები; 7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>
<p>პაროქსიზმული ოფლიანობა 0 ოფლი არ ჩანს; 1 თითქმის შეუმჩნეველი ოფლიანობა, ხელისგულები ოფლიანია; 2 3 4 ოფლის წვეთები შესამჩნევია შუბლზე; 5 6 7 პროფუზული ოფლდენა.</p>	<p>სმენითი დარღვევები ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ გესმის უცნაური ხმები? ხომ არ გაშინებენ ეს ხმები? გესმით რამე, რაც შემამფოთებელია თქვენთვის? 0 არა; 1 ოდნავ მკაცრი და საშიშია; 2 მსუბუქად მკაცრი და საშიშია; 3 ზომიერად უხეში და საშიშია; 4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები; 5 მძიმე ჰალუცინაციები; 6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები; 7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>
<p>შფოთვა ჰკითხეთ პაციენტს, თუ ღელავს – და დააკვირდით 0 შფოთვა არ აღინიშნება; 1 აღნიშნავს მსუბუქ შფოთვას; 2 3 4 აღნიშნავს საშუალო სიმძიმის შფოთვას; 5 6</p>	<p>მხედველობითი დარღვევები ჰკითხეთ პაციენტს: ხომ არ არის სინათლე ძალიან მკვეთრი? სხვა ფერისაა? ჭრის თუ არა თვალებს? ხედავს რამეს, რაც ანუხებს მას? ხედავს თუ არა რამეს, რაც იცის, რომ იქ არ უნდა იყოს? 0 არა; 1 ძალიან მცირედ მგრძნობიარეა; 2 მსუბუქი მგრძნობიარობა; 3 ზომიერი მგრძნობიარობა; 4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები;</p>

<p>7 იმყოფება მწვავე პანიკური შეტევის მსგავს მდგომარეობაში, რაც ტიპურია მძიმე დელირიუმის და მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობისთვის.</p>	<p>5 მძიმე ჰალუცინაციები; 6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები; 7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>
<p>თავის ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ აქვს განსხვავებული შეგრძნებები თავში? ხომ არ აქვს შეგრძნება, რომ თითქოს თავშალი აქვს თავზე შემოჭერილი? ხომ არ აქვს თავბრუსხვევა? 0 არა; 1 ძალიან მცირედ; 2 მსუბუქად; 3 ზომიერად; 4 ზომიერად მძიმე; 5 მძიმე; 6 ძალიან მძიმე; 7 უკიდურესად მძიმე.</p>	<p>დროსა და სივრცეში ორიენტაციის უნარი ჰკითხეთ პაციენტს, თუ სად არის, რა დღეა და ვინ არის? 0 დროსა და სივრცეში კარგად ორიენტირებულია; 1 არ იცის, რა დღეა და რა რიცხვია; 2 ცდომილება არ აღემატება 2 კალენდარულ დღეს; 3 ცდომილება აღემატება 2 კალენდარულ დღეს; 4 არ იცის, სად არის და ვინ არის. ქულათა მაქსიმალური რაოდენობა 67</p>
<p>სამახსოვრო 19.2 – მოხნის სიმპტომების სიმძიმის შეფასების შკალა</p>	
<p>გულისრევა და პირღებინება ჰკითხეთ: „უჩივით კუჭის პრობლემებს? გაქვთ ღებინება? “ და დააკვირდით</p>	<p>აჟიტირება 0 ნორმალური აქტიურობა; 1 მცირედით მეტი, ვიდრე ნორმალური აქტიურობა;</p>
<p>0 გულის რევა და პირღებინება არ აღინიშნება; 1 მსუბუქი გულისრევა და პირღებინება; 2 3 4 ხანგამოშვებითი გულისრევა მშრალი წამოზიდვებით; 5 6 7 მუდმივი გულისრევა, წამოზიდვები და პირღებინება.</p>	<p>2 3 4 მსუბუქი აგზნება და მოუსვენრობა; 5 6 7 საუბრისას ბოლთას სცემს და მოუსვენრდაა.</p>
<p>კანკალი პაციენტს ხელები წინ გამოაწვინეთ, გააშლევინეთ თითები და დააკვირდით: 0 კანკალი არ აღინიშნება; 1 ვიზუალურად შესამჩნევი არ არის მაგრამ თითით თითზე შეხებით შეიგრძნობა; 2 3 4 ზომიერია და შეინიშნება მკლავების გაშლისას; 5 6 7 აღინიშნება ძლიერი, მაღალამპლიტუდიანი კანკალი.</p>	<p>ტაქტილური დარღვევები ჰკითხეთ პაციენტს, აქვს თუ არა ქავილის, ჩხვლეტის, წვის, დაბუყების ან მწერის ცოცვის შეგრძნებები კანზე ან მის ქვეშ. 0 არა; 1 ძალიან მსუბუქი ქავილი, ჩხვლეტის, დაბუყებისა და წვის შეგრძნება; 2 მსუბუქი ქავილის, ჩხვლეტის, დაბუყებისა და წვის შეგრძნება; 3 საშუალო სიმძიმის ქავილის, ჩხვლეტის, დაბუყებისა და წვის შეგრძნება; 4 საშუალოდ მძიმე ჰალუცინაციები; 5 მძიმე ჰალუცინაციები; 6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები; 7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>

<p>პაროქსიზმული ოფლიანობა</p> <p>0 ოფლი არ ჩანს;</p> <p>1 თითქმის შეუმჩნეველი ოფლიანობა, ხელისგულები ოფლიანია;</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 ოფლის წვეთები შესამჩნევია შუბლზე;</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 პროფუზული ოფლდენა.</p>	<p>სმენითი დარღვევები</p> <p>ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ გესმის უცნაური ხმები? ხომ არ გაშინებენ ეს ხმები? გესმით რამე, რაც შემამფოთებელია თქვენთვის?</p> <p>0 არა;</p> <p>1 ოდნავ მკაცრი და საშიშია;</p> <p>2 მსუბუქად მკაცრი და საშიშია;</p> <p>3 ზომიერად უხეში და საშიშია;</p> <p>4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები;</p> <p>5 მძიმე ჰალუცინაციები;</p> <p>6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები;</p> <p>7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>
<p>შფოთვა</p> <p>ჰკითხეთ პაციენტს, თუ ღელავს – და დააკვირდით</p> <p>0 შფოთვა არ აღინიშნება;</p> <p>1 აღნიშნავს მსუბუქ შფოთვას;</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 აღნიშნავს საშუალო სიმძიმის შფოთვას;</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 იმყოფება მწვავე პანიკური შეტევის მსგავს მდგომარეობაში, რაც ტიპურია მძიმე დელირიუმის და მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობისთვის.</p>	<p>მხედველობითი დარღვევები</p> <p>ჰკითხეთ პაციენტს: ხომ არ არის სინათლე ძალიან მკვეთრი? სხვა ფერისაა? ჭრის თუ არა თვალებს? ხედავს რამეს, რაც ანუხებს მას? ხედავს თუ არა რამეს, რაც იცის, რომ იქ არ უნდა იყოს?</p> <p>0 არა;</p> <p>1 ძალიან მცირედ მგრძობიარეა;</p> <p>2 მსუბუქი მგრძობიარობა;</p> <p>3 ზომიერი მგრძობიარობა;</p> <p>4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები;</p> <p>5 მძიმე ჰალუცინაციები;</p> <p>6 უკიდურესად მძიმე ჰალუცინაციები;</p> <p>7 უწყვეტი ჰალუცინაციები.</p>
<p>თავის ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება</p> <p>ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ აქვს განსხვავებული შეგრძნებები თავში? ხომ არ აქვს შეგრძნება, რომ თითქოს თავშალი აქვს თავზე შემოჭერილი? ხომ არ აქვს თავბრუსხვევა?</p> <p>0 არა;</p> <p>1 ძალიან მცირედ;</p> <p>2 მსუბუქად;</p> <p>3 ზომიერად;</p> <p>4 ზომიერად მძიმე;</p> <p>5 მძიმე;</p> <p>6 ძალიან მძიმე;</p> <p>7 უკიდურესად მძიმე.</p>	<p>დროსა და სივრცეში ორიენტაციის უნარი</p> <p>ჰკითხეთ პაციენტს, თუ სად არის, რა დღეა და ვინ არის?</p> <p>0 დროსა და სივრცეში კარგად ორიენტირებულია;</p> <p>1 არ იცის, რა დღეა და რა რიცხვია;</p> <p>2 ცდომილება არ აღემატება 2 კალენდარულ დღეს;</p> <p>3 ცდომილება აღემატება 2 კალენდარულ დღეს;</p> <p>4 არ იცის, სად არის და ვინ არის.</p> <p>ქულათა მაქსიმალური რაოდენობა 67</p>

დამამშვიდებელი, საძილე და შფოთვის საწინააღმდეგო საშუალებები ინტოქსიკაცია და ზედღობირება

ამ ჯგუფში შედის ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა სუპრესანტი: ბარბიტურატები, არაბარბიტურული საძილე და დამამშვიდებელი საშუალებები, კერძოდ, ბენზოდი-აზეპინები. ამ კატეგორიაში, ბარბიტურატები და ბენზოდი-აზეპინები უხშირესად არის ბოროტად მოხმარების ობიექტები. თუ რა სიმწვავეთ გამოვლინდება მათი მოხსნის ეფექტი, დამოკიდებულია კონკრეტულ მედიკამენტზე. ნორმალური დოზითა და დანიშნულებით

მოხმარებისას, ეს მედიკამენტების ინვესტს ძილიანობასა და შფოთვის შემცირებას, რაც ამ მედიკამენტების გამოყენების ძირითადი მიზეზია ხოლმე. ამ მედიკამენტებით ინტოქსიკაციისას, პაციენტს გამოხატული აქვს მეტყველებისა და კოორდინაციის მოშლა, ხასიათის ლაბილურობა, კონცენტრირებისა და მახსოვრობის უნარის დაქვეითება და მძიმე შემთხვევების დროს სტუპორი და კომაც კი.

ბენზოდიაზეპინების მიღება, იშვიათად შეიძლება გახდეს ფატალური, თუმცა ამ დროს ადამიანი ლეთარგიული და დეზორიენტირებულია. მედიკამენტის ორგანიზმიდან გამოყოფის შემდეგ, ფუნქციები ნორმას უბრუნდება.

ბენზოდიაზეპინებისგან განსხვავებით, ბარბიტურატების ზედღობირება შესაძლოა სასიკვდილოც იყოს, რადგან შესაძლოა განვითარდეს კომა, სუნთქვის შეჩერება, გულის უკმარისობა და სიკვდილი. ბარბიტურატების ზედღობირების დროს, აუცილებელია მკურნალობა ინტენსიურ განყოფილებაში, კუჭის ამორეცხვა და დიალიზიც, თუ სიმპტომები მწვავეა, საჭიროების შემთხვევაში – კი ფილტვისა და გულის ფუნქციების მხარდაჭერაც.

მოსხნა და დეტოქსიკაცია

მედიკამენტის აღკვეთის სიმპტომების დაწყება, როგორც წესი, მიღებული ნივთიერების ნახევარდაშლის პერიოდზეა დამოკიდებული (იხ. თავი 2). ისეთი მედიკამენტების მოხმარებისას, რომლებსაც ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი აქვთ, შესაძლოა აღკვეთის სიმპტომები 1 კვირაც კი არ განვითარდეს (მაგალითად, დიაზეპამი). აღკვეთისას პაციენტს უვითარდება სიმპტომები, რომელიც მედიკამენტის მოქმედების საწინააღმდეგოა. კერძოდ, ამ დროს პაციენტს აქვს სასიცოცხლო მაჩვენებლების მკვეთრი ცვლილებები, აჟიტირება, შფოთვა, უძილობა, გულისრევა და ფსიქომოტორული აგზნება. იშვიათად, ბენზოდიაზეპინების აღკვეთის დროს, შესაძლოა განვითარდეს ჰალუცინაციები და გულყრები.

დეტოქსიკაცია, როგორც წესი, მიმდინარეობს მიღებული მედიკამენტის დოზის თანდათანობითი კლებით. მართვის ამ მიდგომას, განსაკუთრებულად დიდი მნიშვნელობა აქვს ბარბიტურატების მოხმარების დროს, რომლის უეცარმა შეწყვეტამ შესაძლოა კომა და სიკვდილიც კი გამოიწვიოს.

სტიმულატორები (ამფეტამინები, კოკაინი)

სტიმულატორები ცენტრალური ნერვული სისტემის აღმგზნები მედიკამენტებია, რომლებსაც ძალიან მცირე თერაპიული გამოყენება აქვთ (გამონაკლისია სტიმულატორები, რომლებიც ყურადღების დეფიციტის სინდრომის სამკურნალოდ გამოიყენება, იხ. თავი 22) და ამასთან არა მართლზომიერი გამოყენების დიდი პოტენციალი გააჩნიათ. ამფეტამინები, წარსულში განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობდნენ, მათ ხშირად წონის დასაკლებად ან ძილის მოგვრის შესაჩერებლად გამოიყენებდნენ. კოკაინი, პოპულარული რეკრეაციული მედიკამენტია, რომელიც მოხმარებელს სწრაფად ჰგვრის ეიფორიისა და სიამოვნების შეგრძნებას, თუმცა მას სამედიცინო თვალსაზრისით თითქმის არანაირი პრაქტიკული გამოყენება არ გააჩნია.

მეთამფეტამინი საკმაოდ საშიშია. მას ძლიერი მიჩვევა ახასიათებს და ფსიქოზურ სიმპტომებს იწვევს. მისი ზემოქმედების შედეგად განვითარებული თავის ტვინის ორგანული დაზიანება, უპირველეს ყოვლისა, გამონვეულია მის დასამზადებლად გამოყენებული ნივთიერებების (თხევადი სასოფლო-სამეურნეო სასუქი) შედეგად.

ინტოქსიკაცია და ზედღობიერება

სტიმულატორებით ინტოქსიკაციისას გამოხატულია ანეული გუნება-განწყობა ან ეიფორია, უხვსიტყვაობა, ჰიპერაქტიურობა, ზესიფხიზლე, განდიდების აზრები, ჰალუცინაციები, სტერეოტიპული ქცევა, შფოთვა, მოჩხუბარობა, სიბრაზე და კრიტიკული შეფასების უნარის მოშლა. იცვლება პაციენტის ფიზიოლოგიური მაჩვენებლებიც და ვლინდება ტაქიკარდია, არტერიული წნევის მომატება, გუგების გაფართოვება, ოფლიანობა ან შემცივნება, გულისრევა, ტკივილი გულმკერდის არეში, გულის რითმის დარღვევა და ცნობიერების აბნევა. სტიმულატორების დოზის გადაჭარბებამ შეიძლება გამოიწვიოს კრუნჩხვები და კომა; სიკვდილიანობა იშვიათია. ქლოროპრომამინი გამოიყენება ჰალუცინაციური განცდების მოსახსნელად, წნევის დასაწევად და ღებინების შეჩერების მიზნით.

მოხსნა და დეტოქსიკაცია

ალკვეთის სიმპტომები ამფეტამინების მოხსნიდან რამდენიმე საათში ან დღეში ჩნდება, თუმცა სიმპტომები სიცოცხლისთვის საშიში არ არის. გამოხატული დისფორია ერთ-ერთი პირველი სიმპტომია და თან სდევს მოთენთილობა, ნათელი და უსიამოვნო სიზმრები, მადის მომატება და ფსიქომოტორული შეკავება ან აგზნება. პაციენტს დღეების განმავლობაში შესაძლოა ჰქონდეს სუიციდური აზრებაც. სტიმულატორების ალკვეთის ეფექტის მკურნალობა მედიკამენტურად არ ხდება.

კანაფი (მარიხუანა)

კანაფი აქტიურად გამოიყენება მრეწველობაში; მისგან იღებენ ბოჭკოს და ამზადებენ ქსოვილს, თოკსა და ზეთს; თუმცა ის ამასთან ერთად ცნობილია მისი ფსიქოტროპული ეფექტებით. მის შემადგენლობაში 60-მდე სახეობის კანაბინოიდი შედის, რომელთაგან 9-ტეტრაჰიდროკანაბინოლი არის ის ნაერთი, რომელსაც ნარკოტიკული ზემოქმედება ახასიათებს. მარიხუანა წარმოადგენს მცენარე კანაფის გამომშრალი ფოთლების, ყლორტების, ყვავილებისა და თესლის ნარევს. ჰაშიში კი მდედრობითი კანაფის ფოთლებიდან სპეციალური ტექნოლოგიით მიღებული ფისოვანი გამონაწვლილია. კანაფის მოხმარება უხშირესად სიგარეტის სახით ხდება, თუმცა შესაძლებელია ეფექტი ფოთლების დაღეჭვითაც დადგეს.

კანაფის სამედიცინო ეფექტურობა პირღებინების და გულისრევის შემცირების თვალსაზრისით შესწავლილია ონკოლოგიურ პაციენტებში ქიმიოთერაპიის შემდგომ, ასევე – ნერვული ანორექსიის და შიდსის დროს გამოხატული წონის კარგვისას. დღეს, ორი კანაბინოიდი – დრონაბილონი და ნაბილონი, ქიმიოთერაპიის შედეგად გამოწვეული გულისრევის და პირღებინების სამკურნალოდ გამოიყენება.

ინტოქსიკაცია და ზედღობიერება

კანაფის ფსიქოაქტიური ზემოქმედება მისი შესუნთქვიდან 1 წუთში იწყება. მაქსიმალური ეფექტი, რომელიც 20-30 წუთში მიიღწევა, 2-3 საათი ნარჩუნდება. მომხმარებლების გადმოცემით, ეფექტი ნააგავს ალკოჰოლურ თრობას და იწვევს მადის მატებას, მსუბუქ რელაქსაციას, შეკავების შემცირებას და შფოთვის მოხსნას. ინტოქსიკაციის დროს შესაძლოა გამოვლინდეს კოორდინაციის, განსჯის უნარის და მოკლევადიანი მეხსიერების დარღვევები, არაადეკვატური სიცილი, გარემოსა და დროის აღქმის მოშლა. ზოგიერთ მომხმარებელში შესაძლოა გამოიხატოს შფოთვა, დისფორია და სოციალური ამრი-

დებლობა. სხვა თანმხლები ფიზიოლოგიური გამოვლინებები მადის მომატების გარდა, მოიცავს თვალის განითვლებას („სისხლიანი თვალები“), პირის სიმშრალეს, ჰიპოტენზიას და ტაქიკარდიას. კანაფის ჭარბმა მოხმარებამ შესაძლოა გამოიწვიოს დელირიუმი ან, იშვიათად, ფსიქოზი, რომელიც სიმპტომურად იმართება. კანაფის ზედღობირება არ ხდება.

ალკვეთის სიმპტომები და დეტოქსიკაცია

მიუხედავად იმისა, რომ მოხმარებელთა მცირე ნაწილი აღნიშნავს მოხსნასთან დაკავშირებულ გარკვეულ სიმპტომებს (კუნთების ტკივილი, ოფლიანობა, შფოთვა და ტრემორი), უმრავლეს შემთხვევაში, კანაფის მოხსნას სიმპტომები არ ახასიათებს.

ოპიოიდები

ოპიოიდები ერთ-ერთი ფართოდ გამოყენებადი საშუალებაა, რომელსაც ახასიათებს მოხმარებლის როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური ტკივილის „დაამება“, ასევე – მისთვის ეიფორიის და კეთილდღეობის შეგრძნების მინიჭება. მორფინის წარმოებულე-ბია როგორც სამედიცინო სფეროში ფართოდ გამოყენებადი მედიკამენტები: მორფინი, მეტერინი, კოდეინი, ჰიდრომორფონი, ოქსიკოდონი, მეტადონი, ოქსიმორფონი, ჰიდროკოდონი და პროპოქსიფენი, ისე არალეგალური ნივთიერებები – ჰერონი და ნორმეტადონი. მაღალი ადიქტიური პოტენციალის გამო სამედიცინო პერსონალში მას-ზე დამოკიდებულება ხშირია.

ინტოქსიკაცია და ზედღობირება

ოპიოიდური ინტოქსიკაცია ვითარდება თავდაპირველი ეიფორიული შეგრძნების გავლისთანავე. ეს სიმპტომებია: აპათია, ლეთარგია, გულგრილობა, განსჯის უნარის დარღვევა, ფსიქომოტორული შეკავება ან აგზნება, გუგების შევიწროვება, ძილიანობა, წაშლილი მეტყველება, კონცენტრაციისა და მეხსიერების პრობლემები. ოპიოიდებით მძიმე მონამვლის დროს შესაძლოა განვითარდეს კომა, სუნთქვის ძლიერი დათრგუნ-ვა, გუგების შევიწროება, ცნობიერების დაკარგვა და სიკვდილი. ვინაიდან ნალოქსონს (ნარკანს), ოპიოიდურ ანტაგონისტს, ყველა ამ სიმპტომის უკუშეწყვეტვა შეუძლია, ოპი-ატური ინტოქსიკაციის დროს პაციენტს, როგორც წესი, აღნიშნული მედიკამენტი ეძლე-ვა რამდენიმე საათში ერთხელ, მანამდე, სანამ ოპიოიდების კონცენტრაცია უსაფრთხო ზღვრამდე არ ჩამოვა.

მოხსნა და დეტოქსიკაცია

ოპიატური ალკვეთის სიმპტომები ვითარდება მაშინ, როცა ამ ნივთიერების კონცენტ-რაცია სისხლში სწრაფად და დრამატულად ეცემა. სიმპტომები, შესაძლოა გამოწვეული იყოს რომელიმე ოპიოიდის ანტაგონისტის მიღებით. ოპიოიდების მოქმედების შეწყვე-ტის შემდეგ, თავდაპირველად პაციენტს გამოხატული აქვს შფოთვა, მოუსვენრობა, წე-ლისა და ფეხების ტკივილი და ოპიოიდების მიღების მიმართ ძლიერი ლტოლვა. მოგვი-ანებით, კი ვითარდება გულისრევა, პირღებინება, დისფორია, ცრემლდენა, რინორეა, ოფლიანობა, დიარეა, მთქნარება, ცხელება და უძილობა. მიუხედავად იმისა, რომ აღ-ნიშნული სიმპტომები პაციენტის მნიშვნელოვანი დისტრესის მიზეზია, სასიცოცხლო ფუნ-ქციები ინტაქტური რჩება და ოპიატური ინტოქსიკაციის მკურნალობა ფარმაკოლოგი-

ური საშუალებების დახმარებით, როგორც წესი, არ არის საჭირო. თუ ოპიოიდს მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს, აღკვეთის სიმპტომებიც მალევე (მაგალითად, ჰერონის შემთხვევაში 6-24 საათში) ვითარდება, სიმწვავე პიკს 2-3 დღეში აღწევს და 5-7 დღის განმავლობაში თანდათანობით იკლებს. შედარებით ხანგრძლივად მოქმედ მედიკამენტებს, მაგალითად, მეთადონს, რომელიც ოპიოიდების ჩანაცვლებით თერაპიაში გამოიყენება, ნაკლებად ახასიათებს აღკვეთის სიმპტომები და მისი სიმძიმე საშუალო სიმძიმის გრიპის მაგვარია, თუმცა შფოთვის, უძილობისა და ნამლის კვლავ მოპოვების სურვილი შესაძლოა რამდენიმე კვირა ან თვე შენარჩუნდეს.

ჰალუცინოგენები

ჰალუცინოგენები, მოხმარებელში რეალური გარემოს აღქმის დარღვევებსა და ფსიქოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების წარმოქმნას იწვევს, დეპერსონალიზაციის, ვიზუალური და სმენითი ჰალუცინაციების სახით. ჰალუცინოგენების მოხმარებისას იმატებს არტერიული წნევა, პულსი და სხეულის ტემპერატურა; ვლინდება ჰიპერრეფლექსია და გუგების გაფართოვება. ჰალუცინოგენებს მიეკუთვნება მესკალინიფსილოციბინი, ლიბერგილის მჟავა და ექსტაზი (ე.წ. დიზაინერული ნარკოტიკი)

ინტოქსიკაცია და ზედოზირება

ჰალუცინოგენებით ინტოქსიკაციის დროს, პირს შესაძლოა ჰქონდეს შფოთვა, დეპრესია, პარანოიდული აზრები, დამოკიდებულების ბოღვა, „გაგიჟების“ შიში და პოტენციურად საშიში ქცევა, როგორცაა, მაგალითად, მედიკამენტის ზემოქმედების ფონზე, ფანჯრიდან გადახტომა იმ რწმენით, რომ მას ფრენა შეუძლია.

ფიზიოლოგიური თვალსაზრისით, ჰალუცინოგენების ზემოქმედების შედეგად, პაციენტებს, როგორც წესი, აქვთ ტაქიკარდია, გულის ფრიალი, მხედველობის დაბინდვა, კანკალი და კოორდინაციის მოშლა. მძიმე ინტოქსიკაციის ფონზე პაციენტი შესაძლოა აგრესიული და იმპულსურიც კი იყოს.

ჰალუცინოგენების ზედოზირება არ ხდება. მათი ზემოქმედების ტოქსიკური ეფექტი ძირითადად ფსიქოლოგიურია. ამ მედიკამენტის ზედოზირების შედეგად დამდგარი ფატალური შედეგები აღწერილი არ არის, თუმცა ჰალუცინოგენების მოხმარებით გამოწვეული არაპროგნოზირებადი ქცევის გამო მრავალი მძიმე ან სიცოცხლესთან შეუთავსებელი ტრავმა არის აღწერილი. ჰალუცინოგენებით გამოწვეული ფსიქოზური სიმპტომების მართვა ეფექტურია გარეგანი სტიმულებისაგან იზოლირებით; პაციენტის უსაფრთხოების მიზნით შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა.

მოხსნა და დეტოქსიკაცია

ჰალუცინოგენების აღკვეთის სიმპტომები აღწერილი არ არის, თუმცა რიგ შემთხვევებში, მოხმარებელს შესაძლოა გამოხატული ჰქონდეს ნამლის განმეორებითად მიღების ძლიერი სურვილი. ჰალუცინოგენების გამოყენების შედეგად პაციენტს შესაძლოა განუვითარდეს „ფლეშბეკი“, რაც ეპიზოდური ხასიათისაა (წამებიდან საათებამდე) და შეიძლება ზუსტად გაიმეოროს აღქმის დარღვევის ის სიმპტომები, რომლებიც ჰალუცინოგენების მიღების დროს ვლინდება. ფლეშბეკები რამდენიმე თვიდან 5 წლამდეც კი შეიძლება გაგრძელდეს.

საინჰალაციო საშუალებები

საინჰალაციო საშუალებები, სხვადასხვა მედიკამენტების ჯგუფს აერთიანებს, რომელთა ეფექტი მათი შესუნთქვით მიიღება. ამ ჯგუფში ყველაზე ხშირად ალიფატური და არომატული ნახშირწყლები გამოიყენება, რომელიც ბენზინში, ნებოში, საღებავის გამხსნელებსა და აეროზოლურ საღებავებშია.

უფრო ნაკლებად გამოიყენება ჰალოგენირებული ნახშირწყლები, როგორცაა სანმენდი საშუალებები, კორექტორი და სხვა ნივთიერებები, რომელიც ეთერებს, კეტონებსა და გლიკოლებს შეიცავს. მათი შესუნთქვა უშუალოდ კონტეინერიდან, ქალაქის ან პოლიეთილენის პარკიდან ხდება. საინჰალაციო საშუალებებისთვის დამახასიათებელია თავის ტვინის, პერიფერიული ნერვული სისტემისა და ღვიძლის ძლიერი დაზიანება.

ინტოქსიკაცია და ზედოზირება

საინჰალაციო საშუალებებით ინტოქსიკაციისთვის დამახასიათებელია თავბრუსხვევა, კოორდინაციის მოშლა, მეტყველების მოშლა, ბარბაცით სიარული, კანკალი, კუნთების სისუსტე და მხედველობის დაბინდვა. შეიძლება განვითარდეს სტუპორი და კომა. მოტორულ ფუნქციებთან ერთად იცვლება ადამიანის მენტალური სტატუსიც – პაციენტი აგრესიული და გაღიზიანებულია, გამოხატულია აპათია და გაუარესებულია კრიტიკული განსჯის უნარი. საინჰალაციო საშუალებებით მწვავე მონამვლის დროს შესაძლოა განვითარდეს ანოქსია, სუნთქვითი ფუნქციის მკვეთრი დათრგუნვა, ვაგუსის ტონუსის გაძლიერება და დისრიტმია. სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს ბრონქოსპაზმი, გულის გაჩერება და პირნალები მასების ასპირაცია. ვინაიდან საინჰალაციო საშუალებებით ინტოქსიკაციის დროს გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მხრივ მოსალოდნელია მნიშვნელოვანი გართულებები, მკურნალობის პროცესში უნდა მოხდეს როგორც ერთი, ისე მეორე სისტემის მხარდაჭერა ტოქსიკური ეფექტის სრულ მოხსნამდე. საინჰალაციო საშუალებებისთვის სპეციფიკური ანტიდოტი არ არსებობს.

მოხსნა და დეტოქსიკაცია

საინჰალაციო საშუალებების ალკვეთის შედეგად ფიზიოლოგიური სიმპტომები არ ვითარდება, შესაბამისად – მათი დეტოქსიკაციის ან ალკვეთის სინდრომის მედიკამენტური მართვა საჭირო არ არის, თუმცა ამ ნივთიერებების ხშირი მოხმარების შედეგად, შესაძლოა ამ ნივთიერებების მიმართ განვითარდეს ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება. საინჰალაციო საშუალებების ხანგრძლივი მოხმარების შემდეგ, შესაძლოა განვითარდეს შეუქცევადი დემენცია, ფსიქოზი, შფოთვა და გუნება-განწყობილების სხვადასხვა აშლილობები, რომელთა მართვა მხოლოდ სიმპტომურად არის შესაძლებელი.

მკურნალობა და პროგნოზი

მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები ეფუძნება ალკოჰოლიზმის (და სხვა დამოკიდებულებების) – როგორც დაავადების კონცეპციას, რაც გულისხმობს, რომ ნივთიერებაზე დამოკიდებულება არის პროგრესირებადი, ქრონიკული მდგომარეობა, რომელსაც რემისიები და პერიოდული გამწვავებები ახასიათებს. 1970-იან წლებამდე ნივთიერებაზე დამოკიდებულების სამკურნალო რესურსები (პროგრამები, კლინიკები) ძალზე მწირი

იყო. მანამდე, სანამ წამალდამოკიდებულება სამედიცინო პრობლემად არ იქნა მიჩნეული, საზოგადოება და სამედიცინო წრეებიც კი მას განიხილავდა, როგორც პიროვნების პრობლემას. 1949 წელს აშშ-ის მინესოტას შტატის ჰაზალდენის კლინიკაში დაინერგა მკურნალობის ტაქტიკა, რომლის წარმატების შემდეგაც მკურნალობის ჰაზალდენის მოდელს მრავალი სხვა პროგრამა დაეფუძნა.

დღეისათვის, მკურნალობა მიმდინარეობს სხვადასხვა სათემო ორგანიზაციაში, სადაც სამედიცინო პერსონალი შეიძლება სულაც არ მონაწილეობდეს. ამის მაგალითია ალკოჰოლდამოკიდებული პირების მიერ შექმნილი ანონიმური თვითდახმარების ჯგუფები. სწორედ „ანონიმური ალკოჰოლიკების“ ცნობილი პროგრამა „12 ნაბიჯი“ (სამახსოვრო 19.3) ყველაზე ეფექტური მეთოდიკაა, რომელიც ადამიანს ეხმარება სწორი არჩევანი გააკეთოს და ფხიზელ ცხოვრებას დაუბრუნდეს.

პროგრამის განმავლობაში პაციენტი უნდა ფიქრობდეს მხოლოდ აწმყოზე და არ უნდა იყოს მოცული წარსულსა და მომავალზე ფიქრით; ემოციური სტაბილურობის შენარჩუნებაში მას რწმენაც მნიშვნელოვნად დაეხმარება.

სამახსოვრო 19.3 თვითდახმარების ჯგუფის პროგრამა „12 ნაბიჯი“ ალკოჰოლიზმის დაძლევისთვის

1. ჩვენ ვაღიარებთ, რომ ალკოჰოლთან მიმართებაში უმწეოები ვართ და ალკოჰოლთან ერთად ჩვენი ცხოვრება გაუსაძლისი გახდა;
2. უნდა გვჯეროდეს, რომ უმაღლესი ძალები დაგვეხმარება ჩვენი სულიერი წონასწორობის აღდგენაში;
3. მივანდოთ ჩვენი საკუთარი თავი და ცხოვრება ღმერთის ნებას, ვინაიდან ჩვენ მისი გვნამს;
4. მოვახდინოთ ჩვენი მორალის ანალიზი და შესწავლა ძირეულად;
5. მივანდოთ ღმერთს რომ დაგვეხმაროს ყველა ჩვენი ნაკლოვანებების დამარცხებაში;
6. ჩვენ მინდობილები ვართ ღმერთზე და იმედი გვაქვს, რომ ის დაგვეხმარება წონასწორობის აღდგენაში;
7. თავმდაბლად ვთხოვთ მას ჩვენი ნაკლოვანებების აღმოფხვრას;
8. ჩვენ ვაღიარებთ ყველა დანაშაულს, რომელიც ჩაგვიდენია სხვების წინაშე და გვინდა, რომ გამოვასწოროთ;
9. პირადად ავუნაზღაურებ ზიანს იმ ადამიანებს, სადაც ეს შესაძლებელია, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ჩემი ქცევით შეიძლება ზიანი მიადგეთ მათ ან სხვებს;
10. მუდმივად ვაფასებთ საკუთარ ქცევას და თუ აღმოვაჩინოთ, რომ არასწორად ვიქცევით, ამას დაუყოვნებლივ ვაღიარებთ და ვცვდებით, არასწორი ქცევა გამოვასწოროთ;
11. მედიტაციისა და ლოცვის გზით მუდმივად უნდა შევინარჩუნოთ კავშირი უმაღლეს ძალასთან, ისე რომ შევძლოთ მისი ნების ამოცნობა;
12. სულიერი გამოღვიძების შემდეგ შევეცდები ჩვენი იდეები მივიტანო სხვა, ალკოჰოლიზმით შეპყრობილ, ადამიანებამდე და დავიცვა ეს პრინციპები ყველა ჩვენს საქმიანობაში.

კლინიკური შემთხვევა: ალკოჰოლიზმი

სიმონი, 38 წლის, ქორწინებაშია და ჰყავს ორი შვილი. იგი იზრდებოდა ოჯახში, სადაც მამა ალკოჰოლიზმით იყო დაავადებული. მამა შვილთან ცოტა დროს ატარებდა და თუ მაინც ახერხებდა სიმონის რომელიმე მნიშვნელოვან ღონისძიებას დასწრებოდა, საკუთარი ქცევის გამო, როგორც წესი, ყველაფერს აფუჭებდა.

სიმონი იმდენად ტრავმირებული იყო მამის საქციელით, რომ მას გადანყვეტილი ჰქონდა, რომ ის არასოდეს მოიქცეოდა მამამისივით. თავდაპირველად ყველაფერი კარგად მიდიოდა და სიმონს მომავლის დიდი გეგმებიც ჰქონდა, თუმცა შემდეგ სასწავლებელშივე შეექმნა პრობლემები ალკოჰოლის გადაჭარბებული მოხმარების გამო. იგი ხშირად აცდენდა მეცადინეობებს ალკოჰოლის მოხმარების გამო; შექმნილ პრობლემებში ის უსამართლო ცხოვრებას ადანაშაულებდა და ფიქრობდა რომ ის დიდს არაფერს აფუჭებდა.

დღეს სიმონს თავისი უფროსი სამსახურიდან გაშვებით დაემუქრა, თუ მომავალი 30 დღის განმავლობაში ერთხელ მაინც გააცდენდა ან დაიგვიანებდა სამსახურში. სამსახურის გარდა უსიამოვნება სიმონს სახლშიც შეემთხვა. ცოლმა უთხრა, რომ ის მამამისის მსგავსად იქცეოდა.

სიმონს სჯერა, რომ ჯერ კიდევ შესწევს ძალა, რომ კონტროლი დაიბრუნოს საკუთარ ცხოვრებაზე. იგი აპირებს, რომ იმკურნალოს და დასძლიოს ალკოჰოლიზმის პრობლემა.

საექთნო მოვლის გეგმა: ალკოჰოლიზმი

საექთნო დიაგნოზი

არაეფექტური უარყოფა: შფოთვის და/ან შიშის შემცირების მიზნით მოვლენის უარყოფის ცნობიერი ან არაცნობიერი მცდელობა, რაც საფრთხეს უქმნის პაციენტის ჯანმრთელობას.

შეფასების მონაცემები	შედეგები
<ul style="list-style-type: none"> ● ალკოჰოლზე დამოკიდებულების ფაქტის უარყოფა ან დაფარვა; ● საკუთარ პრობლემებში, სხვების დადანაშაულება; ● საკუთარი პრობლემების განხილვის თავიდან აცილება; ● კრიტიკისა და განსჯის ნაკლებობა; ● საკუთარ ქცევაზე პასუხისმგებლობის თავიდან აცილება; ● ამრი, თითქოს თავად ყველასგან გამორჩეულია; ● პრობლემების რაციონალიზაცია; ● ინტელექტუალიზაცია. 	<ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი მონაწილეობას იღებს ყველა აქტივობაში, რომელიც მკურნალობის პროცესში იქნება დაგეგმილი; ● პაციენტი აცნობიერებს ალკოჰოლიზმის შედეგად სხვებისთვის მიყენებულ ზიანს; ● სრული აბსტინენცია მკურნალობის პერიოდში; ● საკუთარი ალკოჰოლდამოკიდებულების აღიარება და ამის ვერბალიზაცია; ● ალკოჰოლზე უარის თქმა გრძელვადიან პერსპექტივაში; ● პაციენტი ადეკვატურად იქცევა დასაქმებასა და სხვა სოციალურ ფუნქციებთან მიმართებაში და იყენებს თემზე/გარემოზე დაფუძნებულ თვითდახმარებისა და სხვა სერვისებს.

საექთნო ინტერვენციები	მიზანი
<p>ალკოჰოლიზმის შესახებ მიაწოდეთ შესაბამისი ინფორმაცია პაციენტსა და მის ახლობლებს. ეცადეთ რომ არ ედავოთ მათ, მაგრამ დაამსხვრიეთ მითი, „თითქოს ალკოჰოლიზმად არ</p>	<p>პაციენტებს, როგორც წესი, არ აქვთ რეალური ცოდნა ალკოჰოლიზმის შესახებ.</p>

შეიძლება ჩაითვალოს მდგომარეობა, როცა ადამიანი მხოლოდ შაბათ კვირას სვამს“.	
მაქსიმალურად ეცადეთ ხელი შეუშალოთ პაციენტის გარემო ფაქტორებზე/პრობლემებზე კონცენტრირებას.	პაციენტის გარემოში არსებული პრობლემების უმრავლესობა სწორედ ალკოჰოლიზმთანაა დაკავშირებული, ამიტომ სიტუაციის გამოსწორება სწორედ აქედან უნდა დაიწყოს.
დაეხმარეთ პაციენტს იმ ქცევების იდენტიფიცირებაში, რამაც პრობლემები წარმოშვა მის ცხოვრებაში.	პაციენტს შესაძლოა არ ესმოდეს კავშირი თავის პრობლემებსა და ალკოჰოლიზმს შორის.
არ მისცეთ საშუალება პაციენტს მოახდინოს თავისი პრობლემების რაციონალიზაცია.	თავისი პრობლემების რაციონალიზაციით პაციენტი საკუთარი დესტრუქციული ქცევის გამართლებას შეეცდება.
მოახდინეთ პაციენტის კონცენტრირება მის საკუთარ პრობლემებზე.	პრობლემებზე კონცენტრირება მას მათზე პასუხისმგებლობის ალებაში დაეხმარება.
პოზიტიური შეფასება მიეცით პაციენტის კრიტიკულ შეფასებას საკუთარი ქცევის მიმართ.	საკუთარი ქცევის კრიტიკული შეფასება, ქცევის შედეგებზე პასუხისმგებლობის ალების წინაპირობაა.
მკურნალობის პროცესში ჩართულ პაციენტებს საშუალება მიეცით გამოხატონ აზრი ერთმანეთის შესახებ.	იგივე პრობლემების მქონე ადამიანებისგან მიღებული შეფასება მეტად მისაღები და საგულისხმოა ხოლმე პაციენტებისთვის.

ჯგუფური თერაპიის განმავლობაში, პაციენტები სწავლობენ ცხოვრებასა და პრობლემების დაძლევას ალკოჰოლის გარეშე.

მკურნალობის გზები

პაციენტები, რომლებიც მკურნალობას დეტოქსიკაციისა და ალკვეთის სინდრომის გამო საჭიროებენ, შესაძლოა, მრავალჯერ მოხვდნენ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში.

როგორც წესი, მწვავე სიტუაციაში ეს პაციენტები სტაციონარულ მკურნალობას გადადიან, ხოლო მწვავე სიმპტომების მოხსნის შემდეგ ისინი მკურნალობას ამბულატორიულად აგრძელებენ.

ფარმაკოთერაპია

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს, ფარმაკოთერაპიის მთავარი ამოცანა ალკვეთის სინდრომის მართვა და რეციდივის პრევენციაა. 19.1 ცხრილში მოცემულია ფარმაკოთერაპიული მიდგომები სხვადასხვა სახის წამალდამოკიდებულების დროს.

მედიკამენტის დასახელება	გამოყენება	დოზა	საექთნო თავისებურება
ლორაზეპამი	ალკოჰოლის ალკვეთის სინდრომი	2-4 მგ 2-4 საათში	შეაფასეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ზოგადი მდგომარეობა. პაციენტი შესაძლოა უჩიოდეს თავბრუსხვევასა და ძილიანობას

ქლორდიამბე-პოქსიდი	ალკოჰოლის აღკვეთის სინდრომი	50-100 მგ. შესაძლებელია დოზის გამეორება 2-4 საათში, თუმცა მაქსიმალური დღიური დოზა 300 მგ-ია.	შეაფასეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ზოგადი მდგომარეობა. პაციენტი შესაძლოა უჩიოდეს თავბრუსხვევასა და ძილიანობას
დისულფირამი	ალკოჰოლური აბსტინენციის შენარჩუნება	500 მგ დღეში 1-2 კვირა. შემდეგ 250 მგ დღეში.	პაციენტს აუხსენით, რომ მისთვის არ შეიძლება ალკოჰოლის მიღება ნებისმიერი ფორმით, ამიტომ ასწავლეთ რომ დეტალურად გაეცნოს საკვები პროდუქტების ეტიკეტებს
მეთადონი	ჰეროინული აბსტინენციის შენარჩუნება	120 მგ-მდე დღეში	შესაძლოა გამოიწვიოს გულისრევა და პირღებინება
ლევომეტა-დილი	ოპიატური აბსტინენციის შენარჩუნება	60-90 მგ კვირაში სამჯერ	მედიკამენტის მიღება მიყოლებით რამდენიმე დღე არ შეიძლება. ასევე დაუშვებელია პრეპარატის სახლში მიღება
ბუპრენორფინი/ნალოქსონი	ოპიატური აბსტინენციის შენარჩუნება და ლტოლვის შემცირება	4/1 ან 24/6 მგ დღეში	შესაძლოა გამოიწვიოს ორთოსტატული ჰიპოტენზია და ცნს-ის დათრგუნვა
ნალტრექსონი	ხსნის ოპიატების აღკვეთის სინდრომს და ამცირებს ალკოჰოლის მიღების სურვილს	ოპიატის ბლოკირებისთვის 350 მგ კვირაში სამ დოზად. ალკოჰოლური დამოკიდებულებისთვის 50 მგ დღეში, 12 კვირა	მედიკამენტის მიღებისას, პაციენტი შესაძლოა არ დაემორჩილოს ნარკოტიკული საშუალებების მოქმედებას, რომელიც ხველის, დიარეისა და ტკივილის დროს გამოიყენება. მედიკამენტის მიღება უმჯობესია რძესთან ერთად. მედიკამენტის მიღებისას პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს მოუსვენრობა და ადვილად ღიზიანდებოდეს.
კლონიდინი	ამცირებს ოპიატის აღკვეთის სინდრომს	0.1 მგ ყოველ 6 საათში	ყოველი მიღების წინ დააფიქსირეთ არტერიული წნევა. ჰიპოტენზიის შემთხვევაში არ მიაღებინოთ მედიკამენტი პაციენტს.
აკამპრობატი	ამცირებს ალკოჰოლის მიღების სურვილს	666 მგ სამჯერ დღეში	შეაფასეთ აქვს თუ არა პაციენტს გაზები, ბოყინი.
თიამინი	გამოიყენება ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომის პრევენციის ან მკურნალობისთვის	100 მგ დღეში	მიანოდეთ პაციენტს ინფორმაცია სათანადო კვების მნიშვნელობასთან დაკავშირებით.

ფოლიუმის მჟავა	გამოიყენება კვებითი დეფიციტის შესავსებად	1-2 მგ დღეში	მიანოდეთ პაციენტს ინფორმაცია სათანადო კვების მნიშვნელობასთან დაკავშირებით. შარდმა შესაძლოა მიიღოს მუქი ყავისფერი შეფერილობა
ციანოკობალამინი	გამოიყენება კვებითი დეფიციტის შესავსებად	25-250 μ გ დღეში	მიანოდეთ პაციენტს ინფორმაცია სათანადო კვების მნიშვნელობასთან დაკავშირებით

ლევომეთადილი, ნარკოტიკული საშუალების შემცველი გამაყუჩებელი საშუალებაა, რომელიც მეთადონის მსგავსად ნარკოტიკის აღკვეთის სინდრომის სამკურნალოდ გამოიყენება.

ბუპრენორფინი/ნალოქსონი, ამცირებს ლტოლვას ოპიატების მიმართ. ბუპრენორფინი, ნახევრად სინთეზური ოპიატია და ხასიათდება მაღალი ადიქციური პოტენციალით, ამიტომ მისი მიღების მონიტორინგი აუცილებელია განსაკუთრებით, მკურნალობის დასაწყისს ეტაპზე. მკურნალობის დასრულების შემდეგ შესაძლებელია სრულად მოიხსნას ეს პრეპარატი ან გაგრძელდეს მინიმალური შემანარჩუნებელი დოზით.

დუალური დიაგნოზი

თუ პაციენტი, ორ ნივთიერებაზე ერთდროულადაა დამოკიდებული, მაშინ ისმება დუალური დიაგნოზი. დადგენილია, რომ ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პაციენტთა 50%-ს აქვს რომელიმე მენტალური დაავადებაც. ასეთ შემთხვევაში მკურნალობა განსაკუთრებულად რთულია ვინაიდან:

- ფსიქიკური აშლილობის დროს, ძალიან რთულია პაციენტისთვის აბსტრაქტული საკითხების გაანალიზება, რაც ხელს უშლის წამალდამოკიდებულების პროგრამებში წარმატებულ ჩართვასა და მკურნალობას.
- ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, ყველა ფსიქოტროპული მედიკამენტის მიღებას კრძალავს, რაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებისთვის წარმოუდგენელია.
- ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისას, “ნაწილობრივი გამოჯანმრთელება” მნიშვნელოვან პოზიტიურ კლინიკურ მოვლენად ითვლება, მაგრამ ნივთიერებაზე დამოკიდებულების შემთხვევაში ასეთი გამოჯანმრთელება მიუღებელი შედეგია.
- ნივთიერებაზე დამოკიდებულებისგან განკურნება, აბსტინენციას მთელი ცხოვრების განმავლობაში გულისხმობს, ხოლო ქრონიკული მენტალური დაავადების მქონე ადამიანისთვის, რომელიც “დღიდან დღემდე” ცხოვრობს, ასეთი პირობის დადება ძალიან დამთრგუნველი შეიძლება აღმოჩნდეს.
- ალკოჰოლის მიღებამ შესაძლოა ფსიქოზური სიმპტომები წარმოშვას, რაც რთული გასარჩევია ინტოქსიკაციის შედეგია, თუ მენტალური აშლილობის?

დუალური დიაგნოზის მქონე პირები პოზიტიური კლინიკური შედეგების მისაღებად, აუცილებელია, კეთილგანწყობილ გარემოში იყვნენ, სადაც ისინი შეძლებენ ფუნდამენტალურად ახალი გარემოს შექმნას მომავალი ჯანმრთელი ცხოვრებისთვის.

საექთნო პროცესი

ნივთიერებაზე დამოკიდებული პირების იდენტიფიცირება შესაძლოა არ იყოს ადვილი. ისინი, როგორც წესი, უარყოფენ თავის მდგომარეობას და ახდენდნენ ნივთიერებაზე დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული პრობლემების ნიველირებას. მაგალითად, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება შესაძლოა აღმოჩენილი იქნას პაციენტის კლინიკაში მოთავსების შემდეგ, სადაც რამდენიმე საათიანი აბსტინენციის შემდგომ გამოუვლინდება ალკვეთის სიმპტომები.

19.5 სამახსოვროში მოცემულია სკრინინგის ინსტრუმენტი, რომელიც დამოკიდებულების აღმოჩენის ეფექტური გზაა. ნივთიერებაზე დამოკიდებულების ადრეული აღმოჩენა მკურნალობის უკეთესი შედეგების საწინდარია.

ნივთიერებაზე დამოკიდებული პაციენტის მკურნალობის პირველი ნაბიჯი მისი დეტოქსიკაციაა.

საექთნო მოვლის გეგმა დუალური დიაგნოზის დროს	
საექთნო დიაგნოზი: არაეფექტური გამკლავება, რაც დაკავშირებულია სტრესული ფაქტორებისა და ცხოვრებისეული გამონწვევების არაადეკვატურ შეფასებასთან.	
<p>შეფასების შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● იმპულსურობა; ● დაბალი თვითშეფასება; ● სოციალური უნარების არქონა; ● ცხოვრებისეული გარემოებებით უკმაყოფილება; ● მიზანმიმართული ცხოვრების წესის არქონა. 	<p>მოსალოდნელი შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში პაციენტი მხოლოდ დანიშნულ მედიკამენტებს მიიღებს; ● ჰოსპიტალიზაციიდან 24-48 საათში პაციენტის სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობა ნორმალურია; ● ჰოსპიტალიზაციიდან 24-48 საათში პაციენტი ღიად გამოხატავს საკუთარ გრძნობებს; ● პაციენტი ხარჯავს დროს რეკრეაციულ აქტივობებში; ● პაციენტის სოციალური ქცევა ადეკვატურია; ● პაციენტი სოციალურად აქტიურია; ● საკუთარ ძლიერ და სუსტ მხარეებს ადეკვატურად აფასებს; ● კლინიკის დატოვების შემდეგაც, პაციენტი აგრძელებს კონტაქტს სამედიცინო პერსონალთან; ● პაციენტი მონანილებას იღებს მხარდაჭერის ჯგუფების შეკრებებში.
საექთნო ინტერვენციები	
ინტერვენცია	მიზანი
დაუჭირეთ პაციენტს მხარი საკუთარი ემოციების გამოხატვაში.	ემოციების ვერბალიზაცია მათი კონსტრუქციული გამოხატვისკენ გადადგმული პირველი ნაბიჯია.

მოახდინეთ პაციენტის გრძნობების აღიარება	საკუთარი უარყოფითი ემოციების გამოხატვა პაციენტს სტრესისა და დაძაბულობის დამარცხებაში ეხმარება.
გაითვალისწინეთ, რომ ალკოჰოლის მიღება პაციენტს ყოველდღიური საქმიანობების განხორციელებაში უშლის ხელს.	ალკოჰოლის მიღება ერთადერთი ფაქტორი არაა რაც ხელს უშლის პაციენტს ნორმალურ ფუნქციონირებაში.
უზრუნველყავით პაციენტის რაც შეიძლება ხშირი კონტაქტი სამედიცინო სერვისებთან.	რაც უფრო ხშირი იქნება კონტაქტი, მით ნაკლებად იგრძნობს პაციენტი თავს მითვებულად და მარტოსულად.
მიეცით პაციენტს დადებითი უკუკავშირი აბსტინენციის შემთხვევაში.	პოზიტიური უკუკავშირი აძლიერებს პოზიტიურ ქცევას.
თუ პაციენტმა კვლავ მიმართა ალკოჰოლს ან წამალს, კრიტიკის გარეშე განიხილეთ პაციენტთან თუ რამ მიიყვანა ის აქამდე.	ეს პაციენტს მოვლენებსა და ქცევებს შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დანახვაში დაეხმარება.
პაციენტთან ერთად განიხილეთ გზები, რომელიც აღნიშნული პრობლემის დაძლევაში დაეხმარება.	სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავების გზების წინასწარი დაგეგმვა, შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს პაციენტს მომავალში.
დაეხმარეთ პაციენტს ისწავლოს ემოციების გამოხატვის პოზიტიური გზები: ვარჯიში, მედიტაცია, დღიური და ემოციების ვერბალური გამოხატვა.	დღიურში შეტანილმა ინფორმაციამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს მკურნალობის შემდგომ დაგეგმარებაში.
ეცადეთ, რომ პაციენტის დრო მეტად სტრუქტურირებული იყოს და შეაფასეთ თუ რამდენი თავისუფალი დროის ათვისება შეუძლია მას.	თუ პაციენტის მეტისმეტად ბევრი არასტრუქტურირებული დრო აქვს, ის ამ დროს შესაძლოა მეტად დაიძაბოს და გაიზარდოს არასასურველი ნივთიერების მოხმარების რისკი.
დაეხმარეთ პაციენტს ყოველდღიური საქმიანობების გეგმის შემუშავებაში.	რაც მეტად განჭვრეტადი და ნაცნობი იქნება პაციენტის ყოველდღიური საქმიანობები, მით მეტად მოდუნებული იქნება ისიც.
ასწავლეთ პაციენტს სოციალური უნარები და თემები, რომლის გარშემოც მას შეუძლია ისაუბროს სოციალური ურთიერთობების დროს.	პაციენტს შესაძლოა არ ჰქონდეს სოციალური უნარები. დაეხმარეთ მას მათ განვითარებასა და გამოყენებაში.
პაციენტსა და მის ახლობლებს მიანოდეთ ინფორმაცია მათი ახლობლის დუალური დიაგნოზის შესახებ.	პაციენტისა და მისი ახლობლების განათლება დიაგნოზის შესახებ, დიდ მნიშვნელობას ასრულებს მკურნალობის პროცესში.
მიეცით საშუალება და მხარი დაუჭირეთ პაციენტს მოხალისეობრივ საქმიანობაში ჩართვაში.	ნაკლები არასტრუქტურირებული დრო და საზოგადოებრივი ინტერესის სასარგებლო შრომა უკეთ აგრძნობინებს თავს პაციენტს.

სამახსოვრო 19.5 ნამალზე ან ალკოჰოლზე დამოკიდებულების მარტივი სკრინინგული ინსტრუმენტი

პაციენტის სახელი და გვარი:

უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე:

1. მოგიხმარიათ თუ არა ალკოჰოლი ან სხვა ნამლები?
2. ფიქრობთ თუ არა, რომ ჭარბი რაოდენობით ალკოჰოლს მოიხმართ?
3. გიცდიათ თუ არა, რომ შეგეწყვიტათ ალკოჰოლის ან ნამლების მიღება?
4. მიგიმართავთ თუ არა ვინმესთვის ალკოჰოლის ან ნამლების მოხმარების საკითხებში დახმარების მიღების მიზნით?
5. გქონიათ თუ არა ჩამოთვლილთაგან რომელიმე?
 - მეხსიერების გარდამავალი დაკარგვა;
 - თავის დაზიანება ალკოჰოლის ან ნამლების მოხმარების შემდეგ;
 - გულყრა ან დელირიუმი;
 - ჰეპატიტი ან ღვიძლის სხვა პრობლემა;
 - ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ კანკალი ან დეპრესია;
 - ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება ნამლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ;
 - ნამლის მოხმარების ან ალკოჰოლის მიღების შემდეგ ტრავმა;
 - ნამლის მისაღებად ნემსის გამოყენება.

თუ რომელიმე პუნქტში პასუხი დადებითი იყო, მაშინ შეკითხვაზე პასუხია: „დიახ“

6. გამონწვევია თუ არა უთანხმოება თქვენსა და თქვენს ახლობლებს შორის ალკოჰოლის ან ნამლის ზემოქმედებას?
7. გამონწვევია თუ არა პრობლემები სამსახურში ან სასწავლებელში თქვენს მიერ ნამლის ან ალკოჰოლის გამოყენებას?
8. ნამლის ან ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ დაუკავებიათ თუ არა სამართალდამცავ ორგანოებს ან გქონიათ თუ არა სხვა სახის პრობლემები კანონთან?
9. ნამლის ან ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ გქონიათ თუ არა ფიზიკური დაპირისპირების ეპიზოდი?
10. სასურველი ზემოქმედების მისაღებად გჭირდებათ თუ არა ჩვეული დოზის გაზრდა?
11. ხშირად ფიქრობთ თუ არა ალკოჰოლსა და ნამლებზე?
12. ალკოჰოლის ან ნამლის ზემოქმედების ქვეშ, მეტია თუ არა ალბათობა, რომ უფრო სოციალურად მიუღებელი ქცევა გქონდეთ?
13. განუხებთ თუ არა თქვენი ალკოჰოლის ან ნამლის მიღების საკითხი?

შემდეგი შეკითხვები შეეხება ცხოვრებისეულ გამოცდილებას

14. ადრე გქონიათ თუ არა ალკოჰოლის ან ნამლის მიღებასთან დაკავშირებული პრობლემები?
15. აქვს/ ჰქონდა თუ არა თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს პრობლემები ალკოჰოლის ან მედიკამენტების მოხმარების საკითხებში?
16. ფიქრობთ თუ არა, რომ თქვენ ჭარბი ალკოჰოლის ან რომელიმე ნამლის მიღების პრობლემის წინაშე დგახართ?

შეფასება

ანამნეზი

სხვადასხვა ნივთიერებებზე დამოკიდებულების დროს, პაციენტებს მკურნალობის დაწყებას, როგორც წესი, კრიზისული მომენტი უბიძგებს. ეს შესაძლოა იყოს ჯანმრთელობის ძლიერი გაუარესება ალკვითის სინდრომის გამო ან სხვა მწვავედ წარმოქმნილი პრობლემა.

ზოგადი მდგომარეობა

როგორც წესი, პაციენტებს რაიმე სახის ფიზიკური პრობლემები არ აქვთ, მაგრამ თუ მათ დეტოქსიკაციის კურსი ახალი გავლილი აქვთ, შესაძლოა ავადმყოფური შესახედაობაც კი ჰქონდეთ.

გუნება-განწყობილება და აფექტი

პაციენტს შესაძლოა სხვადასხვაგვარი გუნება-განწყობილება ჰქონდეს. რიგ შემთხვევებში, პაციენტი შესაძლოა მონყენილი და თვალცრემლიანიც კი იყოს, განიცდიდეს თავის მდგომარეობას და სინანულს გრძნობდეს. ასევე შესაძლოა იყოს შემთხვევები, როცა პაციენტი სარკასტულაა განწყობილი და დამცინავად იქცევა ან სულაც არ ამყარებს არანაირ კომუნიკაციას ექთანთან. თუ პაციენტი ჯერ კიდევ უარყოფს საკუთარ პრობლემას ალკოჰოლთან დაკავშირებით, ის, შესაძლოა, სავსებით ბედნიერი და ენერგიულიც კი ჩანდეს ერთი შეხედვით.

აზროვნების უნარი და შინაარსი

აზროვნების პროცესის შეფასებისას, პაციენტები როგორც წესი საკუთარი ქცევის რაციონალიზაციას ახდენენ, საკუთარ პრობლემებში სხვას დებენ ბრალს. ფინანსურ, ლეგალურ და დასაქმების პრობლემას ასახელებენ როგორც საკუთარი ქცევის ძირითად მოტივატორს და არწმუნებენ მოსაუბრეს რომ თუ სურვილი ექნებათ თავად შეწყვეტენ ამა თუ იმ ნივთიერების მოხმარებას.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

პაციენტები, როგორც წესი, კარგად არიან დროსა და სივრცეში ორიენტირებულნი თუ მათ ალკვითის სინდრომის შედეგად განვითარებული სიმპტომები არ აწუხებთ. ინტელექტუალური სფეროც ინტაქტურია, თუ ნივთიერების მოხმარებამ პერმანენტული ნევროლოგიური დაზიანება არ გამოიწვია.

კრიტიკული აზროვნება

პაციენტის კრიტიკული აზროვნება, განსაკუთრებით კი სხვადასხვა ნივთიერებების ზემოქმედების დროს მეტნაკლებად შემცირებულია. მათთვის დამახასიათებელია იმპულსური ქცევა და გადაწყვეტილებები. ისინი შესაძლოა ვერ ხედავდნენ კავშირს საკუთარ ქცევასა და მათ ცხოვრებაში არსებულ პრობლემებს შორის.

საკუთარი თავის აღქმა

პაციენტებს, როგორც წესი, დაბალი თვითშეფასება აქვთ, რაც შესაძლოა გამოხატული იყოს ღიად ან შენიღბული გრანდიოზული ქცევით. ისინი თვლიან, რომ კონკრეტული

ნივთიერების გარეშე, მათ ცხოვრებისეულ სტრესთან გამკლავება არ შეუძლიათ და ვერ გამოხატავენ საკუთარ აზრებსა და ემოციებს.

როლები და ურთიერთობები

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს, პაციენტებს, როგორც წესი, მრავალი სხვადასხვა სახის პრობლემები აქვთ. ისინი ხშირად საერთო ვრიდებენ ან ცუდად ასრულებენ დაკისრებულ მოვალეობას. ოჯახში, როგორც წესი, დაძაბული ურთიერთობა აქვთ რაც განპირობებულია პაციენტის მიერ კონკრეტული ნივთიერების მოხმარებით.

ფიზიოლოგიური საკითხები

პაციენტებს ხშირად აქვთ კვებისა და უძილობის პრობლემები, რის გამოც შესაძლოა იყვნენ გამოფიტული და ინფექციებისადმი მიდრეკილი. ალკოჰოლური დამოკიდებულების დროს კი შესაძლოა ჰქონდეთ ღვიძლის პრობლემებიც.

მონაცემთა ანალიზი

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს შესაძლოა დაისვას სხვადასხვა საექთნო დიაგნოზი, მათ შორისაა:

- არა ბალანსირებული კვება;
- ინფექციის რისკი;
- დაზიანების რისკი;
- დიარეა;
- სითხის სიჭარბე;
- დაბალი ფიზიკური აქტივობა;
- საკუთარ თავზე არაადეკვატური ზრუნვა;
- არაეფექტური უარყოფა;
- სოციალური როლის შეუსრულებლობა;
- ოჯახური ცხოვრების დისფუნქცია;
- არაეფექტური გამკლავება.

შედეგების იდენტიფიცირება

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს მკურნალობის შესაძლო გამოსავლები შეიძლება იყოს:

- სრული აბსტინენცია;
- პაციენტის მიერ ემოციებისა და აზრების ღიად გამოხატვა;
- საკუთარ ქცევაზე პასუხისმგებლობის აღება;
- პაციენტის მიერ სტრესის დაძლევა არაქიმიური მეთოდებით და საკუთარ თავზე ზრუნვა.

პაციენტის ოჯახის განათლება

- ნივთიერებაზე დამოკიდებულება არის დაავადება;
- დაამსხვრიეთ მითები ნივთიერებაზე დამოკიდებულების შესახებ;
- აბსტინენცია არ არის ნებისყოფის საკითხი;

- ნებისმიერი ალკოჰოლური სასმელი, მათ შორის ლუდი, ღვინო და სხვა, შეიძლება იყოს დამოკიდებულების საგანი;
- დანიშნული მედიკამენტი შესაძლოა იყოს დამოკიდებულების საგანი;
- ოჯახის უკუკავშირი კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

ინტერვენცია

ოჯახის განათლება

ოჯახის წევრებს მიეცით ინფორმაცია დაავადების შესახებ და დაამსხვრიეთ მითები, თითქოს ალკოჰოლიზმი ვერ იქნება დიაგნოზი, თუ პაციენტი მხოლოდ ლუდს მოიხმარს ან თუ ეს მხოლოდ შაბათ კვირას ხდება; ხშირია ასევე რწმენა, თითქოს ალკოჰოლიზმი მხოლოდ ნებისყოფის საკითხია.

ოჯახური პრობლემების გათვალისწინება საექთნო მოვლის პროცესში

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს, ხშირია ოჯახის წევრების კოდამოკიდებულება ანუ მაღადაპტაციური ქცევა, რაც გამონწვეულია ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირთან ხანგრძლივი თანაცხოვრებით. მაღადაპტაციური ქცევისთვის დამახასიათებელია გაღიზიანება, ურთიერთობის პრობლემები, ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა და კომპულსიური ქცევა. თავისთავად, მაღადაპტაციური ქცევა ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირთან თანაცხოვრების ადაპტაციური მექანიზმია. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ერთი შეხედვით ეს დახმარებისკენ იყოს მიმართული, სინამდვილეში ნივთიერებაზე დამოკიდებული პირისთვის მეუღლის მხრიდან დახმარება საჭიროებისას, რეალურად წამახალისებელი ფაქტორია და სტიმული მომხმარებლისთვის, რომ გააგრძელოს ამა თუ იმ ნივთიერების ბოროტად მოხმარება.

საექთნო ინტერვენციები ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს

- როგორც პაციენტს, ისე მის ოჯახს, ასწავლეთ ჯანსაღი ცხოვრების წესები;
- დაამსხვრიეთ ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული მითები;
- ეცადეთ შეამციროთ მაღადაპტაციური ქცევა ოჯახის წევრების მხრიდან;
- საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ პაციენტი შესაბამის სპეციალისტთან;
- ხელი შეუწყვეთ სტრესთან გამკლავების უნარების გაუმჯობესებას;
- წინასწარ შეამზადეთ პაციენტი პოტენციურად რთული სიტუაციებისთვის;
- აქცენტი გააკეთეთ ანმყოზე;
- დასახეთ რეალისტური გეგმები; მაგალითად, მიზნად დაისახოს პაციენტმა, რომ მიმდინარე დღის განმავლობაში არ მოიხმაროს დამოკიდებულების ნივთიერება.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დროს, ხშირია ოჯახში სოციალური როლების გაუკუღმართება. ბავშვები მათი ნივთიერებაზე დამოკიდებული მშობლების ძირითადი მომვლელები ხდებიან, რის გამოც მათი ფსიქიკური და ემოციური მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება. ეფექტი, რომელიც ასეთ ოჯახში მოზარდის ცხოვრებას აქვს, მოზრდილობაშიც გრძელდება და შესაძლოა დიდი ზეგავლენა იქონიოს ადამიანის ქცევაზე მთელი ცხოვრების მანძილზე. დადგენილია, რომ ადამიანები, რომლებიც მაგალითად, ალკოჰოლიზმით შეპყრობილი მშობლების ოჯახში იზრდებოდნენ მეტად მიდრეკილნი ხდებიან ნივთიერებაზე დამოკიდებულებისკენ. ცდილობენ, იქონიონ ტო-

ტალური კონტროლი მოვლენებზე, აქვთ დაბალი თვითშეფასება და მუდამ ეშინიათ, რომ მიატოვებენ. იმის გამო რომ ისინი მუდმივად არაჯანსაღ გარემოში იზრდებოდნენ კარგად არც იციან რას ნიშნავს “ნორმალური” ცხოვრება, ამიტომ ურთიერთობების წარმართვა უჭირთ კიდევ.

ადეკვატური ზრუნვისა და მხარდაჭერის გარეშე, მათ, ნივთიერებაზე დამოკიდებულების გაჩენის მაღალი რისკი აქვთ, ამიტომ ისინი ხშირად იგივე მდგომარეობაში ვარდებიან რისგანაც მთელი ბავშვობა და მოზარდობა თავის დაღწევას ცდილობდნენ.

სტრესთან გამკლავების უნარების გაძლიერება

ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს, მოახდინოს მისი ცხოვრების პრობლემური საკითხების იდენტიფიცირება და შემდეგ გაანალიზება, თუ რამდენად აღრმავებს ამ პრობლემებს პაციენტის ნივთიერებაზე დამოკიდებულება.

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს არ შეუქმნათ შთაბეჭდილება, თითქოს სიფხიზლესთან ერთად გაქრება მისი პრობლემები, მაგრამ პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ სიფხიზლე დაეხმარება მას საკუთარი პრობლემების დაძლევაში და მათ ადეკვატურ გაანალიზებაში.

ამასთანავე, ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს, რომ მოახდინოს მოღუენების საშუალებების დასწავლა, რაც მას მომავალში სტრესის დაძლევაში გამოადგება, ისე რომ არ მიმართოს რომელიმე ნივთიერებას.

დამოკიდებულების დაძლევაში, პაციენტი არ უნდა ფიქრობდეს მოქმედებათა ჯაჭვზე, რომელიც მას მთელი ცხოვრება სიფხიზლის შესანარჩუნებლად სჭირდება, არამედ ის კონცენტრირებული უნდა იყოს მხოლოდ აწმყოზე და ფიქრობდეს, როგორ შეინარჩუნოს სიფხიზლე მაგალითად იმ დღის განმავლობაში.

შეფასება

რაც მეტად არის მონდომებული პაციენტი, მით მეტია ალბათობა იმისა, რომ დაძლიოს დამოკიდებულება. ნივთიერებაზე დამოკიდებულების შემცირებასთან ერთად მოსალოდნელია, რომ გაუმჯობესდეს პაციენტის სოციალური როლის შესრულების ხარისხიც.

ასაკოვან პაციენტთა თავისებურებები

50 წლის მერე ალკოჰოლიზმი არ არის იშვიათი პრობლემა. ალკოჰოლიზმით შეპყრობილი პაციენტების უმრავლესობა, რომლებიც სვამდნენ ახალგაზრდა ასაკში, 50 წლის შემდეგ ხშირად კვლავ აგრძელებენ სმას. მეტიც, მკურნალობის პროგრამაში ჩართული პაციენტების 30-60%-მა ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება სწორედ 60 წლის შემდეგ დაიწყო.

სოციალური კამპანია

მსოფლიო გამოცდილების თანახმად, მხოლოდ ანტი ალკოჰოლური რეკლამები დიდ ზეგავლენას არ ახდენს პოპულაციაზე და არ ამცირებს ალკოჰოლის მოხმარების დონეს. თუმცა, განსაკუთრებულად მაღალი რისკის პოპულაციაში – სტუდენტებსა და სკოლის მოსწავლეებში, შესაბამისი კამპანიის, რეალიზაციისა და ხელმისაწვდომობის შემზღვეველი პოლიტიკის დანერგვა, კვლავ კრიტიკულად მნიშვნელოვან ინტერვენციად ითვლება.

დამოკიდებულების პრობლემა ჯანდაცვის მუშაკებში

ვინაიდან სამედიცინო პერსონალს მეტი ხელმისაწვდომობა აქვს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ მედიკამენტებზე, ამ სფეროს წარმომადგენლებში, წამალდამოკიდებულება საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა.

ეთიკური და მორალური ასპექტებიდან გამომდინარე, თანამშრომლებს უჭირთ ხოლმე ამ ფაქტის დაჯერება და შემდეგ ამ ფაქტზე ადეკვატური რეაგირების ქონა.

თუმცა, მიუხედავად ამ უხერხულობისა, შესაბამისი ზომების მიღება, უკიდურესად მნიშვნელოვანია, როგორც უშუალოდ მომხმარებლისთვის, ისე მისი პაციენტებისთვისაც.

ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების პოტენციური ნიშნებია:

- ხშირი გაცდენები;
- უცნაური ქცევა;
- მეტყველების მოშლა;
- სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების არასწორი ნაშთები;
- სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ხშირი გაუვარგისების შემთხვევები;
- პაციენტების მხრიდან ხშირი წუხილი, მათთვის მიწოდებული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების არაეფექტურობის შესახებ, ხოლო წარსულში იგივე მედიკამენტის დოზით მკურნალობისას დამაკმაყოფილებელი ეფექტის არსებობის ისტორია;
- საჭირო ოთახში ხშირი სიარული;
- რაიმე კონკრეტული მიზეზის გამო, სამსახურში მოსალოდნელზე ადრე მისვლა ან უფრო გვიან წასვლა.

სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების გამოყენების პრობლემა შესაძლოა ექთანსაც გაუჩნდეს, თუმცა აუცილებელია რომ ამ მავნე ჩვევისგან გასათავისუფლებლად, მან ადეკვატური და დროული დახმარება მიიღოს.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

ექთანს კარგად უნდა ჰქონდეს გაანალიზებული საკუთარი დამოკიდებულება ნივთიერებაზე დამოკიდებულების მიმართ. თუ ის გაიზარდა ოჯახში, სადაც ნივთიერებაზე დამოკიდებულება აქტუალური პრობლემა იყო, ეს მნიშვნელოვან ზეგავლენას იქონიებს ექთნის პროფესიულ ქცევაზე. ის შესაძლოა გადამეტებულად მკაცრი იყოს პაციენტის მიმართ ან პირიქით, პაციენტის ემოციების თანამობიარე გახდეს.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების დროს, პაციენტი შესაძლოა იყოს რემისიისა და რეციდივის პერიოდების მონაცვლეობაში, რის გამოც ექთანს შესაძლოა ცინიკური დამოკიდებულება ჩამოუყალიბდეს პაციენტის მიმართ და თვლიდეს, რომ მისი ქცევის გამო ის იმსახურებს პრობლემებს. თუ ექთნის დამოკიდებულება ასეთი გახდა, აუცილებელია მან დახმარებისთვის კოლეგებსა და ხელმძღვანელებს მიმართოს.

საკითხები, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პაციენტებთან მუშაობისას

- ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, არის ქრონიკული დაავადება, რომელთან გამკლავებაც პაციენტისთვის შესაბამისი დახმარებისა და მხარდაჭერის გარეშე შესაძლოა უკიდურესად რთული აღმოჩნდეს.
- გაანალიზეთ ნივთიერებაზე დამოკიდებულების საკითხი პირად გარემოცვაში. შესაძლოა, ეს მტკივნეული იყოს, თუმცა ეს დაგეხმარებათ ადეკვატურ და სწორ მუშაობაში.
- მკურნალობის თითოეული მცდელობის მიმართ შეინარჩუნეთ ღია დამოკიდებულება. მკურნალობის ყოველი ახალი მცდელობა შესაძლოა გახდეს წარმატებული და საბოლოო.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განსავითარებლად

1. თქვენ შენიშნეთ, რომ ექთანი, რომელიც თქვენთან ერთად მუშაობდა, მოიხმარს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ მედიკამენტს, შესაბამისი კომუნიკაციის შემდეგ, ამბობს რომ ეს პირველია და ამას აღარასოდეს განმეორდება. რა იქნება თქვენი მოქმედება?
2. დიდ ბრიტანეთში, ნარკოტიკული საშუალებების არა ლეგალური მოხმარების შემცირების მიზნით, ნარკოტიკულ საშუალებებს უფასოდ გადასცემენ მომხმარებლებს. ემხრობით თუ არა ამას და რატომ?

ძირითადი საკითხები

- ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, შესაძლოა მოიცავდეს კანაბინოიდებზე, სედატივებზე, ჰალუცინოგენებზე, ოპიოიდებზე, საინჰალაციო საშუალებებზე, ჰიპნოზურ და ანქსიოლიზურ საშუალებებზე დამოკიდებულებას.
- ნივთიერებაზე დამოკიდებულებამ შესაძლოა გამოიწვიოს პირის როგორც პირადი ისე სამსახურეობრივი პრობლემები.
- ალკოჰოლიზმი, დამოკიდებულების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა.
- დამოკიდებულებასთან ერთად ამ ნივთიერებებს ახასიათებთ მალადაპტაციური სინდრომიც.
- *მოხსნის ეფექტი* არის მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება დამოკიდებულების დროს, ამ ნივთიერების კონცენტრაციის მკვეთრი შემცირებისას ან მოხმარების შეწყვეტით.
- დეტოქსიკაცია, არის მედიკამენტის ტოქსიკური ეფექტის თანდათანობითი შემცირება.
- დეტოქსიკაციის შემდეგ, როგორც წესი, მკურნალობა გრძელდება
- ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, როგორც წესი მთელი ოჯახის პრობლემაა და თითოეული მათგანი საჭიროებს ადეკვატურ განათლებასა და მხარდაჭერას.
- უკანასკნელ პერიოდში სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების მოხმარება იმატებს სამედიცინო პერსონალის წარმომადგენელებში; აუცილებელია, რომ ასეთ სიტუაციაში ჩავარდნილმა პერსონალმა ყველა შესაბამისი დახმარება მიიღოს.

წყდრმბბი:

1. Behavioral Awareness. (2012). Facts every employer should know about drug and alcohol abuse. Available at: http://www.behavioralawareness.com/business_services.html
2. Ciraulo, D. A., & Sarid-Segal, O. (2009). Sedative-, hypnotic- or anxiolytic-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Riz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1397-1418). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
3. Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Cannabis-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1309-1318). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
4. Hishimoto, A., et al. (2010). Alcohol and aldehyde dehydrogenase polymorphisms and risk for suicide: A preliminary observation in the Japanese male population. *Genes, Brain, and Behavior*, 9(5), 498-502.
5. Institute of Medicine at the National Academy of Sciences. (2012). Alcoholism statistics. Available at: http://alcoholism_statistics.com
6. Jones, R. T. (2009). Hallucinogen-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1331-1340). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
7. Jung, J. G., Kim, J. S., & Oh, M. K. (2010). The role of the flushing response in the relationship between alcohol consumption and insulin resistance. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(10), 1699-1704.
8. Kearns-Bodkin, J. N. & Leonard, K. E. (2008). Relationship functioning among adult children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(6), 941-950.
9. Lehne, R. A. (2013). *Pharmacology for nursing care* (8th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
10. like) related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1288-1296). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
11. Mann, K., Kiefer, F., Spanagel, R., et al. (2008). Acamprosate: Recent findings and future research directions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1105-1110.
12. Martinotti, G., Andreoli, S., Di Nicola, M., et al. (2008). Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics. *Human Psychopharmacology*, 23(5), 417-424.
13. McCann, U. D. & Ricourte, G. A. (2009). Amphetamine (or amphetamine-
14. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2011). College drinking. Available at: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-diroders/college-drinking>
15. NIAAA. (2009). Data/statistical tables. Available at: <http://www.niaaa.gov/>
16. Oslin, D. W. & Klaus, J. R. (2009). Geriatric psychiatry: Drug and alcohol abuse. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 4087-4097). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
17. Richardson, K., Baillie, A., Reid, S., et al. (2008). Do acamprosate or naltrexone have an effect on daily drinking by reducing craving for alcohol? *Addiction*, 103(6), 953-959.
18. Saburova, L., Keenen, K., Bobrova, N., et al. (2011). Alcohol and fatal life trajectories in

Russia: Understanding narrative accounts of premature male death in the family. *BMC Public Health*, 11, 481.

19. Sakai, J. & Crowley, T. J. (2009). Inhalant-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1353–1360). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
20. SAMHSA. (2010). The NSDUH report: Substance use among American Indian or Native Alaska native adults. Available at: <http://www.samhsa.gov/t>.
21. Schuckit, M. A. (2009a). Alcohol-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1268–1288). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
22. Schuckit, M. A. (2009b). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), S5–S14.
23. Strain, E. C. & Anthony, J. C. (2009). Substance-related disorders: Introduction and overview. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1237–1268). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
24. Strain, E. C., Lofwall, M. R., & Jaffe, J. H. (2009). Opioid-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1360–1387). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

თავი 20

კვებითი აშლილობა

ამ თავში განხილულია:

1. ბულიმიისა და ანორექსიის სიმპტომები;
2. კვებითი აშლილობების ეტიოლოგიური ფაქტორები;
3. კვებითი აშლილობის ეფექტური მკურნალობის გზები;
4. საექთნო პროცესი კვებითი აშლილობების დროს;
5. პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლება კვებითი აშლილობების შესახებ;
6. საკუთარი დამოკიდებულებების ანალიზი კვებითი აშლილობით დაავადებული ადამიანებისადმი.

კვება, ადამიანისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია; ამასთან იგი სხვადასხვა სოციალური ღონისძიებების მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია.

შესაძლებელია, რომ კვებასთან დაკავშირებით, ადამიანებს გაუჩნდეთ გარკვეული შფოთვა. შფოთვა, როგორც წესი, დაკავშირებულია მიღებული საკვების რაოდენობასთან და წონასთან, რომელსაც ადამიანი, ცხადია, სწორედ კვების თავისებურებებთან აკავშირებს.

თანამედროვე მსოფლიოში, სიმსუქნე და ჭარბი წონა, გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევადაა აღიარებული, როგორც მოზრდილებში ისე ბავშვებში, რაც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია სხვადასხვა დაავადებების მომატებულ ინციდენტებთან და მათთან დაკავშირებულ სიკვდილიანობასთან.

ამ თავში განხილულია ბულიმია და ანორექსია, როგორც კვებითი აშლილობის ორი უხშირესი სახე ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში.

კვებითი აშლილობების ზოგადი მიმოხილვა

ბევრს სჯერა, რომ კვებითი აშლილობები შედარებით ახალი პრობლემაა ფსიქიატრიაში, თუმცა სხვადასხვა ისტორიული წყაროდან ირკვევა, რომ შუასაუკუნეებში ქალიწმინდანები, მიზანმიმართულად, საკუთარი სურვილით შიმშილობდნენ, რათა განწმენდილიყვნენ. მიუხედავად ამისა, 1960-იან წლებამდე ანორექსიის კლინიკური დიაგნოზი არ არსებობდა, ხოლო 1979 წელს ნერვული ბულიმია პირველად აღწერეს, როგორც დამოუკიდებელი სინდრომი.

კვებითი აშლილობების კატეგორიები

ნერვული ანორექსია სიცოცხლისთვის საშიში კვებითი აშლილობაა, რომლის დროსაც, ადამიანი ნორმალური ცხოველქმედებისთვის საჭირო რაოდენობის საკვებს არ იღებს, სხეულის წონისა და ფორმის მიმართ განსაკუთრებული დამოკიდებულება აქვს, ეშინია წონის მატებისა და სიმსუქნის, ამიტომ მიიღებს სიგამხდრისაკენ და სხე-

ულის ძალიან დაბალ წონას ინარჩუნებს (სხვა დეტალური გამოვლინებები იხილეთ 19.1 სამახსოვროში).

ანორექსიით დაავადებული ადამიანები, იმის მიხედვით, თუ როგორ აკონტროლებენ საკუთარ სასურველ წონას, შესაძლოა ორი ტიპად დავყოთ: **შებლუდვითი/რესტრიქციული ტიპი**, რომელიც წონის კონტროლსა და კლებას ძირითადად ვარჯიშითა და კვებაზე უარის თქმით ახდენს და განწმენდითი ტიპი, რომელიც მოცულობითი საკვების მიღების შემდეგ, საკვებისაგან გათავისუფლების მიზნით ხელოვნურად იწვევს პირღებინებას ან სისტემატიურად იყენებს საფალარათო და შარდმდენ საშუალებებს. რიგ შემთხვევებში, განწმენდით ქცევას პაციენტი შესაძლოა საკვების ნებისმიერი მოცულობის მიღების შემდეგაც მიმართავდეს.

სამახსოვრო 1

ანორექსიასთან დაკავშირებული ფიზიკური პრობლემები

- ამენორეა;
- შეკრულობა;
- სიცვიისადმი ზე მგრძობელობა, სხეულზე ბუსუსები (ლანუგო);
- თმის ცვენა;
- კანის სიმშრალე;
- კარიესი;
- ტერფის შეშუპება;
- ბრადიკარდია;
- ჰიპოთერმია და ყბაყურა ჯირკვლების გადიდება;
- ელექტროლიტური დისბალანსი.

აღსანიშნავია, რომ ანორექსიის დროს ადამიანს მადა დაკარგული არ აქვს. ისინი უბრალოდ აიძულებენ თავიანთ თავს, რომ არ მიიღონ საკვები და ფიქრობენ, რომ თუ ცოტას მაინც შეჭამენ, გაჩერებას ვეღარ შეძლებენ და იმდენ საკვებს მიიღებენ, რომ გასუქდებიან.

ანორექსიის დროს, პაციენტები ხშირად მოცული არიან საკვებთან დაკავშირებული ისეთი საქმიანობებით, როგორცაა სურსათ-სანოვავის შექმნა, სხვადასხვა რეცეპტის ძებნა, კალორიების თვლა. მათ გამომუშავებული აქვთ რიტუალები, მაგალითად, იკვებებიან ისე, რომ საჭმელი ტუჩებს არ შეეხოს ან არავინ დაინახოს, ამდენად, ადამიანი ყველანაირად ცდილობს კვების აქტზე კონტროლი მოიპოვოს.

ნერვული ბულიმია, ან უბრალოდ ბულიმია, ხასიათდება უკონტროლო, გადაჭარბებული კვების ეპიზოდებით, რომელზეც ადამიანი პასუხობს ხელოვნური პირღებინებით ან საფალარათო წამლების მიღებით. ამ ქცევათა მიზანია მიღებული საკვების ორგანიზმიდან სწრაფი გამოდევნა, რათა მისი შენოვა არ მოხდეს. ბულიმიის დროს კვება, როგორც წესი, განმარტოებულად, ყველასგან დაფარვით ხდება და კვების შემდგომ ადამიანს დანაშაულისა და სინანულის გრძობა ეუფლება.

ბულიმიის დროს პაციენტი შესაძლოა იყოს მსუქანი ან ნორმალური წონის, ან იყოს ზედმეტად გამხადრი. ხშირი პირღებინების გამო ბულიმიის დროს ხშირია კბილების პრობლემები, ამიტომ, შესაძლოა, სტომატოლოგმა ბულიმიის პრობლემის იდენტიფიცირება პირველმა მოახდინოს.

დაკავშირებული მდგომარეობები

უკონტროლო კვება (Binge eating) არის საკვების ხშირი გადამეტებული მოხმარება, რომელსაც თან არ ახლავს შესაბამისი ქცევა, ხელოვნურად გამონწვეული პირღებინების, ფალარათის ან ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის სახით. ბულიმიისგან განსხვავებით ამ დროს ადამიანს არ აქვს კვებასთან დაკავშირებული დანაშაულის შეგრძნება. უკონტროლო კვება მეტად ხშირია 35 წლის ზემოთ მამაკაცებში, რომლებსაც ამავდროულად ჭარბი წონა ან სიმსუქნე აღენიშნებათ. ასეთი ადამიანებს, როგორც წესი, ბავშვობიდანვე ჰქონდათ ჭარბი წონა, რის გამოც ისინი ხშირად დაცინვის ობიექტები ხდებოდნენ.

ღამით ჭამის სინდრომი ხასიათდება დღისით ანორექსიითა და ღამის ჰიპერფაგიით. ამ მდგომარეობის დროს ადამიანი მისი ყოველდღიური კალორიაჟის 50%-ს საღამოს იღებს. აღნიშნული ქცევა დაკავშირებულია ადამიანის სტრესულ მდგომარეობაში ყოფნასთან, შფოთვასა და დეპრესიასთან. ღამით ჭამის სინდრომის მქონე ადამიანების უმეტესობა ჭარბ წონიანი ან მსუქანია. ასეთი პაციენტების სამკურნალოდ თანამედროვე მონაცემებით სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები გამოიყენება.

ბავშვთა ასაკის კვებითი აშლილობების რიგს მიეკუთვნება **პიკა**, რაც საკვებად გამოუსადეგარი ნივთიერებების ჭამას, მიღებული საკვების რეგურგიტაციას და მის განმეორებით ღეჭვას ან პირღებინებას გულისხმობს. ეს აშლილობა ხშირია ოჯახური კონფლიქტებისა და ოჯახური პრობლემების დროს.

კვებითი აშლილობის მქონე პაციენტებში, ასევე ხშირია სხვა ფსიქიატრიული აშლილობები. მათ შორის ხასიათის, შფოთვითი და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები და დეპრესია. როგორც ანორექსია, ისე ბულიმია დაკავშირებულია სხვადასხვა პიროვნულ აშლილობასთან და ხშირია სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთა შორის, განსაკუთრებით მაშინ, როცა სტრესი მოზარდობის პერიოდში გადაიტანეს.

ეტიოლოგია

ნერვული ბულიმიისა და ანორექსიის ზუსტი გამომწვევი მიზეზი უცნობია, თუმცა ფიქრობენ, რომ წონის კლებისთვის გამიზნული დიეტები, ხშირად შესაძლოა ბულიმიისა და ანორექსიის პირველადი ჩამრთველი მექანიზმი გახდეს (ცხრილი 20.1).

ბიოლოგიური ფაქტორები

როგორც ნერვული ანორექსიის, ისე ნერვული ბულიმიისთვის დამახასიათებელია ძლიერი გენეტიკური კომპონენტი. ეს მდგომარეობა, შესაძლოა გამომწვეული იყოს ჰიპოთალამუსის გენეტიკური ფაქტორით განპირობებული დისფუნქციით; ამ მდგომარეობის დროს ჰიპოთალამუსის ლატერალური ბირთვების ანომალიის გამო, ადამიანს დანაყრების გრძნობა ნაკლებად უჩნდება და ამიტომ უკონტროლოდ ჭამს, რაც თავის მხრივ, ცხადია, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ძირითადი გამომწვევია.

ცხრილი 20.1 კვებითი აშლილობის ძირითადი რისკის ფაქტორები

აშლილობა	ბიოლოგიური რისკის ფაქტორები	განვითარებასთან დაკავშირებული რისკის ფაქტორები	ოჯახური რისკის ფაქტორები
ნერვული ანორექსია	სიმსუქნე. გასახდომი დიეტები ადრეული ასაკიდან	საკუთარი თავის კონტროლთან დაკავშირებული პრობლემები. საკუთარი გარეგნობით უკმაყოფილება.	ოჯახში კონფლიქტურ სიტუაციებში არა სათანადო ქცევა და დისფუნქციური ურთიერთობები.
ბულიმიური ანორექსია	სიმსუქნე. გასახდომი დიეტები ადრეული ასაკიდან. სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის ცვლის მოშლა. 1 ქრომოსომის ანომალია.	რწმენა, რომ მსუქანია, არასასურველი და არამიმზიდველი. პაციენტი როგორც წესი უკმაყოფილოა საკუთარი იმიჯით.	ქაოსური ოჯახური ცხოვრება და ოჯახური ძალადობის მაღალი ალბათობა.

კვებით აშლილობებს, მრავალი ნეიროქიმიური აშლილობა ახლავს თან, თუმცა ძნელია იმის თქმა, ეს ცვლილებები გამომწვეულია კვებითი აშლილობით თუ კვებითი აშლილობა იწვევს ამ ცვლილებებს.

მაგალითად, სეროტონინის პრეკურსორი, ტრიფტოფანი, პასუხისმგებელია ნაყროვანების შეგრძნებაზე, თუმცა ის მცირე რაოდენობით გამოიყოფა ბულიმიის დროს, რაც, სავარაუდოდ, პასუხისმგებელია ბულიმიის დროს მომატებულ მადაზე. ამ თეორიას ამყარებს სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორის გამოყენების ეფექტურობა ბულიმიით დაავადებულ პაციენტებში.

განვითარების ფაქტორები

მოზარდობის პერიოდში, ადამიანს ორი ძირითადი ამოცანა აქვს: დამოუკიდებლობის მოპოვება და უნიკალურ პიროვნებად ჩამოყალიბება.

ამ ორი ამოცანის შესრულება უკიდურესად რთულია ოჯახებში სადაც მშობლები ზედმეტი მზრუნველობით გამოირჩევიან ან იმ ოჯახებში, სადაც როლები აღრეულია.

ასეთ შემთხვევაში მოზარდები, იმყოფებიან სიტუაციაში, რომლის დროსაც, მათ არავითარი კონტროლი არ აქვთ საკუთარ გადაწყვეტილებებზე, ამ დროს კი შესაძლოა, მოზარდი ეცადოს ზეგავლენა მოახდინოს ცხოვრების იმ ასპექტზე, რომელიც პირადი კონტროლის ქვეშაა.

ასეთი მაღალი რისკის შემთხვევების ადრეული იდენტიფიკაცია და მათი შესაბამისი რეაბილიტაცია კრიტიკულად მნიშვნელოვანია; მოზარდების მიერ უკიდურესი დიეტების გამოყენებას ხელს უწყობს თანამედროვე სილამაზის სტანდარტების ფართო მასშტაბიანი რეკლამირება; თუ მოზარდი ხედავს, რომ სილამაზე, სიგამხდრეა, ის ყველანაირი ხერხით ეცდება, დააკმაყოფილოს ეს სტანდარტი. **სხეულის იმიჯი**, არის ის წარმოდგენა, რომელიც ადამიანს საკუთარ სხეულზე აქვს. რიგ შემთხვევებში ეს წარმოდგენა ემთხვევა რეალობას, ხოლო ნერვული ანორექსიისა და ბულიმიის დროს ადამიანს რეალობასთან შედარებით ბევრად უარესი წარმოდგენა აქვს საკუთარ სხეულზე. ამიტომ ადამიანი იწყებს პრაქტიკულად შიმშილს ან რეაქტიულ ქცევას სასურველი მიზნის მისაღწევად. ამ მდგომარეობას **სხეულის იმიჯის აღქმის აშლილობა** ეწოდება, რომლის დროსაც ადამიანის მიერ საკუთარი თავის აღქმა და რეალობა რადიკალურად განსხვავ-

დება ერთმანეთისგან. ამ მდგომარეობამ შესაძლოა დიდი ზეგავლენა იქონიოს მოზარდის განვითარებასა და მის შემდგომ ცხოვრებაზე, ამიტომ დროული დიაგნოსტიკა და შესაბამისი ნაბიჯების გადადგმა, კეთილსაიმედო გამოსავლისთვის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია.



სხეულის იმიჯის აღქმის აშლილობა

ოჯახური ფაქტორები

გოგონები, რომლებიც პრობლემურ ოჯახებში იზრდებიან, არიან ძალადობის მსხვერპლნი, ნაკლებად იღებენ ემოციურ მხარდაჭერას ან პირიქით უკიდურესი ოჯახური დაცვის ქვეშ იზრდებიან, როგორც ბულიმიის, ისე ანორექსიის მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ისინი ცდილობენ ყურადღებისა და კონცენტრაციის ცენტრი არა ოჯახზე, არამედ განყენებულ საკითხზე ჰქონდეთ, რის გამოც განსაკუთრებული ყურადღებას უთმობენ თავიანთ გარეგნობას და მათ შორის კვებას.

სოციალურ-კულტურული ფაქტორები

დასავლურ კულტურებში, ბედნიერება ფიზიკურ სილამაზესთან ასოცირდება. მასობრივი საშუალებებით, აქტიურად ხდება გამხდარი და ლამაზი ქალის იმიჯის პროპაგანდა. შედეგად, მოზარდები ხშირად რომელიმე ცნობილი სახის იდეალიზაციას ახდენენ, მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი ცნობილი სახე სარეკლამო მიზნებისთვის წონისა და იმიჯის კორექციის სხვადასხვა ეფექტს იყენებს.

სიგამხდრის აქტიური პროპაგანდის გარდა, თანამედროვე სამყაროში, სიმსუქნე, ნებისყოფის სიმწირისა და სიზარმაცის სიმბოლოდაა ქცეული, ხოლო გამხდარი სხეული წარმატების ერთ-ერთი წინაპირობაა. ამიტომ, მრავალი ქალი, ქვეცნობიერად თვლის, რომ ის მხოლოდ მაშინ იქცევა კარგად, როცა დიეტაზეა.

კულტურული ასპექტები

როგორც ნერვული ანორექსია, ისე ბულიმია, მეტად ხშირია განვითარებულ დასავლურ კულტურებში, იქ, სადაც საკვები ადვილად მოსაპოვებელია, ხოლო სილამაზე სიგამხდრესთანაა ასოცირებული. მაგალითად კუნძულ ფიჯიზე, სადაც კვებითი აშლილობა არ არსებობდა და სადაც ფერხორციანი გოგონა ითვლებოდა ლამაზად, ტელევიზიის ხელმისაწვდომობის შემდეგ, კვებითი აშლილობების რიცხვმა დრამატულად იმატა.

ნერვული ანორექსია

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

ნერვული ანორექსია 14-18 წლის ასაკში იწყება და თავდაპირველად პაციენტები საკუთარი სხეულის იმიჯის აღქმისა და კვებითი ქცევის აშლილობის პრობლემას არც კი აღნიშნავენ და ძირითადი პრობლემა, შესაძლოა ემოციური სფერო იყოს.

დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, პაციენტები ემოციურად მეტად ლაბილურები ხდებიან და მეტად ავლენენ კომპულსიურ ქცევას. ახდენენ საკუთარი თავის იზოლირებას სოციუმისგან და თვლიან, რომ წონასთან დაკავშირებით, მათ მიმართ გამოვლენილი ზრუნვა შურით არის მოტივირებული.

თუ ვერ მოხდა ნერვულ ანორექსიასთან დაკავშირებული სიმპტომების ეფექტური მართვა, შესაძლოა პაციენტის მდგომარეობა მკვეთრად დამძიმდეს და ლეტალური გამოსავალიც კი დადგეს. გართულებების რისკი მეტად მაღალია, თუ პაციენტს ხშირად აქვს საფალარათო საშუალებების გამოყენების პრაქტიკა.

ცხრილში 20.2 მოცემულია ის უხშირესი გართულებები, რომელიც თან ახლავს კვებით აშლილობებს.

მკურნალობა და პროგნოზი

კვებითი აშლილობისას, მკურნალობის მეთოდი და მოსალოდნელი გამოსავლები პაციენტის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. ცხადია, რომ პაციენტები, რომლებსაც აქვთ განსაკუთრებულად დაბალი წონა და უარს აცხადებენ წონის მატებაზე, აუცილებლად საჭიროებენ ჰოსპიტალურ მეთვალყურეობასა და მოვლას. თუ წონა მნიშვნელოვნად არ ჩამორჩება ნორმას, მაშინ შესაძლებელია მკურნალობა ამბულატორიულად ან დღის სტაციონარის პირობებში წარიმართოს. ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობა, მეტად ეფექტურია, თუ დაავადების დაწყებიდან 6 თვეზე ნაკლებია გასული და ადგილი არ აქვს კომპულსიურ ქცევას. მკურნალობაზე დადებითად მოქმედებს ოჯახური თერაპიაც.

კლინიკური მართვა

კლინიკური მართვის ძირითადი ამოცანები, წონის, ჰიდრაციისა და ელექტროლიტური ბალანსის აღდგენაა. უკიდურეს შემთხვევებში, ბალანსის სწრაფად აღსადგენად შესაძლოა საჭირო გახდეს სრულად პარენტერალური კვება ან ჰიპერენტერალური კვება. ენტერალური კვების შემთხვევაში, მკურნალობის პროცესში, აუცილებელია პაციენტის მეთვალყურეობა აბაზანის გამოყენებისას, რათა არ მოხდეს მიღებული საკვების მოშორება ხელოვნურად გამონჭეული პირღებინების გზით. მკურნალობის ეფექტურობა, წონის ნამატიტ და მიღებული საკვების მოცულობის ნორმალიზებით ფასდება.

ფსიქოფარმაკოლოგია

კვებითი აშლილობების სამკურნალოდ რამდენიმე ჯგუფის მედიკამენტების შესწავლა მოხდა და დადგინდა, რომ ამიტრიფტილინისა და ანტიჰისტამინური ციპროჰეპტადინის გამოყენება, დადებითად მოქმედებს კვებითი აშლილობის მქონე პაციენტებზე. ოლანზაპინი, მისი ანტიფსიქოზური ეფექტის გამო, წარმატებულად გამოიყენება კვებითი ფსიქოზების სამკურნალოდ, ასევე, ფუოქსეტინით მკურნალობამ დადებითი შედეგები აჩვენა რეციდივის პრევენციის თვალსაზრისით.

ფსიქოთერაპია

18 წლამდე ასაკის პაციენტებში, ოჯახური თერაპია, მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ოჯახური თერაპია დიდ როლს ასრულებს ზოგადად ოჯახური პრობლემების იდენტიფიცირებასა და მათ აღმოფხვრაში და ამიტომ ამ მკურნალობის განხორციელება მნიშვნელოვანია კვებითი აშლილობების ოჯახური მიზეზების დაძლევაში. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დისფუნქციური ოჯახური ცხოვრების პრობლემების დაძლევის, ფსიქოთერაპია საშუალოდ 2 წელს ანდომებს, ამიტომ მკურნალობის ერთადერთი გზა ეს მიდგომა ვერ იქნება.

რიგ შემთხვევებში, როცა პაციენტი არ ცხოვრობს ოჯახთან ერთად, ან აქვს კონკრეტული მენტალური საჭიროებები, შესაძლოა, საჭირო იყოს ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიაც.

კლინიკური შემთხვევა: ანორექსია

მეგი, 177 სმ და 41 კილოა. ის კოლეჯის სტუდენტია და ბალეტს ცეკვავს. მან უკანსაკნელი 4 თვის განმავლობაში 10 კილოგრამი დაიკლო და ძალიან ბევრს ვარჯიშობს, ცუდად იკვებება. კანი და თმა გამომშრალი აქვს და ძილის პრობლემები აწუხებს. მისმა მეგობრებმა უკვე დიდი ხანია შეწყვიტეს მასთან კონტაქტი; ნებისმიერ თავყრილობაზე, მეგი უარს ამბობდა და მთლიანად მონყდა თავის ძველ მეგობრებს. ბალეტის მასწავლებელმა უკვე არა ერთხელ ცადა შექმნილ მდგომარეობაზე მეგისტან და მის მშობლებთან საუბარი. ექთანმა, რომელსაც მეგისტან გასაუბრება უნდოდა, ბევრი ვერაფერი გაიგო, იმიტომ რომ მეგისტან საერთოდ არ ესმის რატომ არის ყველა ასე შემოფოთებული და რატომ ცდილობენ მის “გასუქებას და დამახინჯებას”.

საექთნო მოვლის გეგმა: ნერვული ანორექსია

საექთნო დიაგნოზი: არაეფექტური გამკლავება სტრესულ ფაქტორებთან. არსებული რესურსების არაადეკვატური გამოყენება და პრაქტიკული ქცევები.

შეფასების მონაცემები:

- დაავადების უგულებელყოფა და მკურნალობისადმი რეზისტენტობა;
- დახმარების თხოვნის უნარის არ ქონა;
- პრობლემის გადაჭრის უნარის არ ქონა.
- საბაზისო საჭიროებების დაკმაყოფილების უუნარობა;
- სოციალური როლის შესაბამისი მოლოდინების ვერ შესრულება;
- უმწიბრობისა და უძღურების შეგრძნება;
- დეპრესია;
- დანაშაულის გრძნობა;
- სიბრაზე;
- სუიციდური ან მანიპულაციური ქცევა;
- რეგრესული ქცევა;
- ჰიპერაქტიურობა;
- ძილის პრობლემები;

მოსალოდნელი შედეგები დაუყოვნებელი

- პაციენტი გათავისუფლდა თვითდაზიანების აზრებისგან;
- პაციენტი მონაწილეობს მკურნალობის პროცესში;
- ნაკლებად დეპრესიული და მანიპულაციური;
- ამყარებს ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობებს;
- ახდენს საკუთარი მცდარი წარმოდგენების ვერბალიზაციას;
- აცნობიერებს სტრესის დაძლევის ალტერნატიულ გზებს;
- უმჯობესდება სოციალური უნარები.

<ul style="list-style-type: none"> ● სოციალური იზოლაცია; ● სქესობრივი აქტიურობის მკვეთრი შემცირება; ● კვებაზე უარის თქმა; ● გარკვეული ტიპის საკვებზე სრულიად უარის თქმა; ● კვებაზე ფიქრის შექულება; ● საკვების თემით მოცვა; ● საკვების დამალვა; ● წონის კლების იდეით შეპყრობა; ● დაუსრულებელი წონის კლება; ● სიმსუქნის შიში; ● ოჯახური პრობლემები; ● დაბალი თვითშეფასება; ● იდენტობის პრობლემა; ● დელუზიები; ● სხეულის იმიჯის აღქმის აშლილობები. 	<p>სტაბილიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტის ინტერპერსონალური უნარები უმჯობესდება; ● ავლენს ასაკისა და სოციალური როლის შესაბამის ქცევას; ● იცვლის დამოკიდებულებას საკვების მიმართ; ● მეტად აფასებს საკუთარ თავს; ● აღიარებს დაავადების არსებობას და დამყოლია მკურნალობის პროცესში. <p>გრძელვადიანი</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი აგრძელებს მკურნალობას ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ; ● იქცევა ასაკისა და სოციალური როლის შესაბამისად; ● აქვს საკუთარი თავის რეალური აღქმა.
<p>საექთნო ინტერვენცია</p>	<p>ამოცანა და მიზანი</p>
<p>შეაფასეთ, აქვს თუ არა პაციენტს დესტრუქციული ქცევა საკუთარი თავის მიმართ;</p>	<p>ანორექსიის დროს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს თვითდესტრუქციული ქცევა, ამიტომ უზრუნველყავით პაციენტის უსაფრთხოება;</p>
<p>თავდაპირველად შეზღუდეთ იმ პირთა წრე, რომლებიც პაციენტზე ზრუნვაში მონაწილეობენ, ხოლო შემდეგ ნელ-ნელა გააფართოვეთ.</p>	<p>ეს დაეხმარება პაციენტს ნდობაში შევიდეს მასთან მომუშავე პერსონალთან.</p>
<p>მკურნალობის პროცესში, შეინარჩუნეთ თანამიმდევრულობა.</p>	<p>ეს მინიმუმამდე დაიყვანს პაციენტის მხრიდან მანიპულაციური ქცევის რისკს.</p>
<p>ყურადღება მიაქციეთ პაციენტს სხვებთან ურთიერთობისას და საჭიროების შემთხვევაში ადექვატურად ჩაერიეთ.</p>	<p>ოჯახის წევრებთან და მნახველებთან ურთიერთობისას, შესაძლოა გაძლიერდეს მანიპულაციური ქცევა.</p>
<p>არ გამოიყენოთ იზოლაცია, როგორც რესტრიქციული ღონისძიება.</p>	<p>სოციალური იზოლაცია, შესაძლოა იყოს მიზანი, რომლისკენაც პაციენტი მიილტვის.</p>
<p>გაიგეთ პაციენტის ასაკი და შეუსაბამეთ მისი სამიზნე ქცევა მის ასაკს და შესაბამისად მოახდინეთ კომუნიკაციის ფორმულირება.</p>	<p>პაციენტი შესაძლოა უფრო ახალგაზრდად გამოიყურებოდეს, ამიტომ გაიგეთ მისი გუსტი ასაკი. რიგ შემთხვევებში, პაციენტები პასუხისმგებლობის აღებას გაურბიან.</p>

შეიქმენით ჯანსაღი ქცევის მოლოდინი პაციენტის მხრიდან.	პესიმისტური მოგონებებით შესაძლოა გააუარესოთ პაციენტის ქცევა.
თუ მკურნალობის გამო პაციენტი მეცადინეობებს ვერ ესწრება, ხელი შეუწყვეთ მას ჰოსპიტალში მეცადინეობაში.	მოზარდების ცხოვრების განუყოფელი ნაწილია საშინაო დავალება. პაციენტმა თავისი მდგომარეობით არ უნდა ისარგებლოს და უნდა განაგრძოს მეცადინეობა ჩვეულ რეჟიმში.
ყურადღება გაამახვილეთ პაციენტის პოზიტიურ მახასიათებლებზე და შეაქეთ ის მიღწეული წარმატების გამო.	პაციენტს თქვენი გულწრფელი შექება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებს თვითშეფასებას.
ხელი შეუწყვეთ პოზიტიური გამოცდილების მიღებას.	ეცადეთ, მეტი მონაწილეობა მიიღოს მან ისეთ აქტივობებში, რომელიც კარგად გამოსდის.
ხელი შეუწყვეთ პაციენტის მონაწილეობას ჯგუფურ თერაპიაში.	ჯგუფური თერაპია, პაციენტს საკუთარი ქცევის ახლებურად გააზრებასა და დანახვაში დაეხმარება.
გაანალიზეთ საკუთარი ემოციები პაციენტთან მიმართებით და განიხილეთ ეს გრძნობები კოლეგებთან და არა პაციენტებთან.	გრძნობების ანალიზი და გამოხატვა, მნიშვნელოვანია განმუხტვის თვალსაზრისით. თუ ეს ასე არ მოხდება, შესაძლოა, საკუთარი ემოციები პაციენტისკენ მიმართოთ.
პაციენტთან ურთიერთობაში არ მოირგოთ მსაჯულის როლი.	თუ პაციენტს განსჯით, ეს, მაღალი ალბათობით, ნეგატიურად აისახება შემდგომ ურთიერთობაზე.
მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი რეკრეაციული და ოკუპაციური თერაპიის მისაღებად.	პაციენტმა უნდა ისწავლოს საკუთარი ემოციების გამოხატვა საკვების გარეშე.
სასურველია, თუ საკვების მიღება მოხდება მხოლოდ სპეციფიურ დროს და არა ქაოტურად. არ ესაუბროთ პაციენტს ემოციურ თემებზე საკვების მიღებისას.	სასურველი შედეგების მისაღებად, რეკომენდებულია, რომ კვება არ იყოს ემოციებთან დაკავშირებული.
თუ პაციენტი კვებასთან დაკავშირებულ რიტუალებსა ან ფიქრებში მიდის, აღარ მიაქციოთ ყურადღება.	პაციენტის არასასურველი ქცევის იგნორირებამ, შესაძლოა მას ამ აქტივობის სურვილი დააკარგვინოს.
მიეცით პაციენტს საშუალება გამოხატოს საკუთარი ემოციები ოჯახურ და სხვა საკითხებზე.	პაციენტის კვებითი აშლილობების სათავე სწორედ მოუწესრიგებელ ოჯახურ და ემოციურ მდგომარეობაშია, ამიტომ საშუალება მიეცით მას, გამოხატოს მისთვის პრობლემური საკითხები.

ცხრილი 20.2 კვებითი აშლილობის კლინიკური გართულებები

სისტემა	სიმპტომი
წონის კლებასთან დაკავშირებული სიმპტომები	
ძვალ კუნთოვანი სისტემა	სხეულის კუნთოვანი და ცხიმოვანი ქსოვილის განლევა, ოსტეოპოროზი და ნოტეხილობები.
მეტაბოლური	ჰიპოთირიდიზმი და მასთან დაკავშირებული სიმპტომები (ენერჯის ნაკლებობა, სისუსტე და სიცივისადმი ინტოლერანტობა, ჰიპოგლიკემია და ინსულინისადმი შემცირებული მგრძობელობა).
კარდიოლოგიური	ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია და გულის კუნთის განლევა, არითმია, უცარი სიკვდილი.
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	კუჭის დაგვიანებული დაცლა, ბოყინი, შეკრულობა, გაზები, დიარეა.
რეპროდუქციული სისტემა	ამენორეა და ფოლეკულო მასტიმულირებელი და ლუთეინური ჰორმონის ნაკლებობა.
კანის საფარველი	მშრალი, დეჰიდრირებული კანი, ლანუგო, ედემა და აკროციანოზი.
სისხლი	ლეიკოციტოპენია, ანემია, თრომბოციტოპენია, ჰიპერკაროტენემია და ჰიპერქოლესტერონემია.
ნეირო ფსიქიატრიული სფერო	გემოს შეგრძნების მოშლა, მადის შემცირება და ძილის პრობლემები.
სიმპტომები, რომელიც დაკავშირებულია მიღებული საკვების ინდუცირებულ კარგვასთან	
მეტაბოლური და ნევროლოგიური	ელექტროლიტური დისბალანსი, სითხეების კარგვის გამო. ელექტროლიტურ დისბალანსთან ერთად მოსალოდნელია ნევროლოგიური გართულებები, კერძოდ გულყრა და სხვა.
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	სანერწყვე ჯირკვლებისა და პანკრეასის ანთება და შესაბამისი მარკერების მატება სისხლში.
დენტალური	კუჭის წვენის ხშირი ზემოქმედების გამო, კარიესი და სხვა.

ბულიმია

ნერვული ბულიმია, როგორც წესი, გვიანი მოზარდობის ან ადრეული ზრდასრულობის პერიოდში ვლინდება. ამ დროს პაციენტი მოძრაობს ჭარბი კვების შემდგომი ინდუქციური პირღებინების პერიოდებსა და რესტრიქციული დაბალ კალორიული კვების ციკლებს შორის.

ისინი, როგორც წესი, წლობით მაღავენ საკუთარ მდგომარეობას, მანამ, სანამ ვინმე არ აღმოაჩენს მათ დაავადებას, ან თავად არ მიაკითხავენ კლინიკას ჯანმრთელობის მკვეთრი გაუარესების გამო.

როგორც გრძელვადიანმა დაკვირვებებმა ცხადყო, ბულიმიის მკურნალობიდან 10 წლის განმავლობაში, ბულიმიური ქცევის გამეორება შემთხვევათა 30%-შია მოსალოდნელი, ხოლო 38-47% სრულად ამარცხებს დაავადებას. ასევე დადგენილია, რომ სრულად გამოჯანმრთელებული პაციენტების 30%-ში მოსალოდნელია დაავადების რეციდივი.

კლინიკური შემთხვევა: ნერვული ბულიმია

ნინო საყიდლებიდან სახლში ბრუნდებოდა მანქანით და 15 წუთის მანძილზე ახლად შეძენილი ორცხობილების შეკვრა, ლორი, პური და ჩიფსების დიდი შეკვრა შეჭამა. ყიდვისას ზუსტად იცოდა, რომ ნავაჭრს სახლამდე ვერ მიიტანდა. თან ფიქრობდა, რომ ჭამა დროზე დაესრულებინა, რათა ამ მდგომარეობაში არავის ენახა. ის საშინელი სირცხვილისა და სინანულის გრძნობით იტანჯებოდა და ვერც კი ხვდებოდა რატომ ვერაფერს უხერხებდა საკუთარ თავს. ის კარგად აცნობიერებდა, რომ ბედნიერი ცხოვრებისთვის ყველაფერი ჰქონდა; იგი კარგად რეალიზებული ქალი იყო როგორც ოჯახური ისე სამსახურეობრივი წარმატების თვალსაზრისით. როცა ის აბაზანიდან გამოვიდა, სადაც მიღებული საკვები ხელოვნურად მოიშორა პირღებინებით, ისევ თავიდან შეჰპირდა საკუთარ თავს რომ ეს აღარ განმეორდებოდა. ეს უკვე მერამდენე შემთხვევა იყო.

ბულიმიის დროს, პაციენტებს, როგორც წესი, ნორმალური წონა აქვთ, ამიტომ ნაკლებად არის ხოლმე მალნუტრიცია ძირითადი კლინიკური პრობლემა.

მკურნალობა და პროგნოზი

კოგნიტურ – ქცევითი თერაპია

კოგნიტურ – ქცევითი თერაპიის მიზანია შეცვალოს ადამიანის აზრები და მოქმედებები საკვებთან მიმართებით ისე, რომ რადიკალურად შემცირდეს ჭარბი კვებისა და შემდგომი ინდუქციური პირღებინების რისკი.

ფსიქოფარმაკოლოგია

1980-იანი წლებიდან შეისწავლიან ხდება თუ არა ბულიმიის სიმპტომების შემსუბუქება ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ფონზე, და აღმოჩნდა, რომ, მკურნალობის შედეგად მდგომარეობის გაუმჯობესება აღინიშნება და პლაცებოსთან შედარებით, ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დროს ჭარბი კვებისა და შემდგომი რეაქტიული ქცევის ეპიზოდები მკვეთრად იკლებს, ამასთან პაციენტი აღარაა მოცული საკვებზე ფიქრით. თუმცა, მიუხედავად გარკვეული პოზიტიური ეფექტისა, ანტიდეპრესანტების მიერ გამოწვეული ეფექტები ხანმოკლეა; ამ შედეგებზე დაყრდნობით დღეისათვის ბულიმიის სამკურნალოდ მხოლოდ ერთი ანტიდეპრესანტი -ფლუოქსეტინი, იგივე პროზაკია რეკომენდებული.

საექთნო პროცესი

მიუხედავად იმისა, რომ ბულიმია და ანორექსია შინაარსობრივად განსხვავებული დაავადებებია, მათი საექთნო მოვლა ბევრ საერთო ასპექტს მოიცავს.

შეფასება

არსებობს რამდენიმე შეფასების თანამედროვე ინსტრუმენტი, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებული იქნას როგორც კვებითი აშლილობის პირველადი შეფასებისას, ისე მისი დინამიკის შესასწავლად.

დაავადების მიმდინარეობა

ოჯახის წევრები ნერვული ანორექსიით დაავადებულ პაციენტებს, ხშირად ახასიათებენ, როგორც მაღალი ინტელექტის მქონე პერფექციონისტ და “უპრობლემო” ადამიანებს; თუმცა ბულიმიის შემთხვევაში, ხშირია იმპულსური ქცევისა და ნივთიერებაზე დამოკიდებულების წინა ისტორიაც.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

ანორექსიის დროს, განსაკუთრებით კი თუ წონის დანაკარგი დიდია, პაციენტები გამოფიტული და ლეტარგიულებიც კი არიან. ვინაიდან მათ არ უნდათ პრობლემის აღიარება, ისინი ხშირად თავს არიდებენ კონკრეტულ კითხვებზე პასუხების დაბრუნებას.

როგორც წესი, მათ ბევრი ტანსაცმელი აცვიათ, რაც, როგორც წონის კლების დამალვას, ისე სითბოს შენარჩუნებას ემსახურება (ანორექსიის დროს, პაციენტებს, როგორც წესი, სცივათ ხოლმე). ექთანთან კომუნიკაციის დროს, ისინი დიდ ინტერესს არ გამოხატავენ და შესაძლოა უარიც კი თქვან მკურნალობაზე.

ბულიმიის დროს, პაციენტი შესაძლოა გამხდარი ან მსუქანი იყოს, თუმცა, როგორც წესი, ნორმალური, ასაკისა და სქესის შესაბამისი წონა აქვთ. ანორექსიული პაციენტებისგან განსხვავებით, ბულიმიური პაციენტები უფრო მეტად გახსნილები არიან კომუნიკაციისას.

ხასიათი და აფექტი

კვებითი აშლილობის მქონე პაციენტები, როგორც წესი, ლაბილური ემოციური განწყობით ხასიათდებიან. თუ ისინი ახერხებენ საკვების მიღებისგან თავის შეკავებას, თვლიან, რომ მათ საკუთარ თავზე “კონტროლის” აღება შეუძლიათ, ხოლო თუ ვერ ახერხებენ ამას, მაშინ შფოთვა ეუფლებათ და შესაძლოა დეპრესიულ მდგომარეობაშიც კი ჩავარდნენ.

ნერვული ანორექსიის მქონე პაციენტები, თითქმის არ იცინიან და არ მონაწილეობენ მხიარულ სოციალურ აქტივობებში. ბულიმიის დროს, თავდაპირველად, პაციენტს ემოციურად თითქოს არაფერი ეტყობა, თუმცა ჭარბი ჭამისა და შემდგომი რეაქტიული ქცევის განხილვის დროს უხერხულობასა და სირცხვილს განიცდიან.

კვებითი აშლილობების დროს, ხშირია თვითდაზიანების შემთხვევები, ამიტომ, აუცილებელია პაციენტის გამოკითხვა თვითდაზიანების შესახებ და შესაბამისი ზომების მიღება.

საექთნო მოვლის გეგმა: ბულიმია

<p>საექთნო დიაგნოზი: არაეფექტური გამკლავება სტრესულ ფაქტორებთან. არსებული რესურსების არაადექვატური გამოყენება და პრაქტიკული ქცევები.</p>	
<p>შეფასების მონაცემები:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● დახმარების თხოვნის უნარის არქონა; ● პრობლემის გადაჭრის უნარის არქონა; ● საბაზისო საჭიროებების დაკმაყოფილების უუნარობა; ● ქცევის მოდიფიცირების შეუძლებლობა; ● თვითდესტრუქციული მოქმედება; ● სიამოვნების მიღების გადავადების უუნარობა; 	<p>მოსალოდნელი შედეგები დაუყოვნებელი</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი გათავისუფლდა თვითდაზიანების აზრებისგან; ● პაციენტი მონაწილეობს მკურნალობის პროცესში; ● ნაკლებად დეპრესიული და მანიპულაციურია; ● ამყარებს ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობებს;
<ul style="list-style-type: none"> ● იმპულსურობა; ● მალაზიიდან ნივთების მოპარვა; ● სრულყოფილებისკენ სწრაფვა; ● საკუთარი ფასის უგულებელყოფა; ● დანაშაულის გრძნობა; ● სიბრაზე; ● სუიციდური ან მანიპულაციური ქცევა; ● არა დამაკმაყოფილებელი სოციალური ურთიერთობები; ● ჰიპერაქტიურობა; ● თვითდამამცირებელი საუბარი; ● საკუთარი პრობლემის უგულებელყოფა; ● ძილის პრობლემები; ● საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის დაკარგვის შეგრძნება; ● საკვების თემით მოცვა; ● შარდმდენებისა და საფალარათო საშუალებების ბოროტად გამოყენება; ● კვებისა და მისი მოცულობის გასაიდუმლოება; ● საკვების დამალვა; ● სიმსუქნის შიში; ● დაბალი თვითშეფასება; ● ხშირი პირღებინება; ● ჭარბი კვება; ● კომპულსიური კვება; ● ნივთიერებაზე დამოკიდებულება; ● სხეულის იმიჯის აღქმის აშლილობები. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ახდენს საკუთარი მცდარი წარმოდგენების ვერბალიზაციას; ● აცნობიერებს სტრესის დაძლევის ალტერნატიულ გზებს; ● უმჯობესდება სოციალური უნარები. <p>სტაბილიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტის ინტერპერსონალური უნარები უმჯობესდება; ● ავლენს ასაკისა და სოციალური როლის შესაბამის ქცევას; ● იცვლის დამოკიდებულებას საკვების მიმართ; ● მეტად აფასებს საკუთარ თავს; ● აღიარებს დაავადების არსებობას და დამყოლია მკურნალობის პროცესში. <p>გრძელვადიანი</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი აგრძელებს მკურნალობას ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ; ● მეტად თავდაჯერებულია; ● აქვს საკუთარი თავის რეალური აღქმა.
საექთნო ინტერვენცია	ამოცანა და მიზანი

შეაფასეთ, აქვს თუ არა პაციენტს დესტრუქციული ქცევა საკუთარი თავის მიმართ ან სუიციდური აზრები.	კვებითი აშლილობის დროს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს თვითდესტრუქციული ქცევა და სუიციდური აზრები. ვინაიდან პაციენტის უსაფრთხოება მნიშვნელოვანი საკითხია მოახდინეთ პრობლემებზე პირდაპირი საუბარი. ამით არ შეუწყობთ ხელს სუიციდური აზრების გაჩენას.
დაადგინეთ კვების რუტინა.	ერთსა და იმავე დროს კვება, ნორმალური ულუფებით, ხელს უშლის ძლიერი შიმშილის დადგომასა და თანმდევ ჭარბად საკვების მიღებას.
ეცადეთ, რომ პაციენტმა მიირთვას სხვებთან ერთად.	თავდაპირველად ეს შესაძლოა რთული იყოს, თუმცა ეს ინტერვენცია ხელს უშლის „მალვით“ კვებას და მასთან დაკავშირებული პრობლემების წარმოშობას.
დაეხმარეთ პაციენტს საკუთარი ემოციების გამოხატვაში.	ემოციების გამოხატვა ხელს შეუწყობს შფოთვის შემცირებას და იმპულსური ქცევის სიხშირეს.
კარგი იქნება, თუ პაციენტს ექნება დღიური სადაც ჩაწერს საკუთარ ემოციებს კვებასთან დაკავშირებით.	პაციენტს ემოციების ფურცელზე დაწერა შესაძლოა მეტად გაუადვილდეს ვიდრე მათზე საუბარი.
პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს მიეცით ინფორმაცია ბულიმიური ქცევის შესახებ, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ურჩიეთ მას დიეტოლოგსაც მიაკითხოს	პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს, შესაძლოა არა სრულფასოვანი წარმოდგენა ჰქონდეთ ბულიმიამზე. ადეკვატური ცოდნის მიწოდება, მნიშვნელოვანია მითების დამსხვრევითვის.
შეიქმენით ჯანსაღი ქცევის მოლოდინი პაციენტის მხრიდან.	პესიმისტური მოგონებებით შესაძლოა გააუარესოთ პაციენტის მდგომარეობა
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მიიღოს საკუთარი თავი იდეალისტური დამოკიდებულებების გარეშე.	პაციენტის დამოკიდებულება საკუთარი წონის მიმართ შესაძლოა არაადეკვატური და არა რეალისტური იყოს.
ყურადღება გაამახვილეთ პაციენტის პოზიტიურ მახასიათებლებზე და შეაქეთ ის მიღწეული წარმატების გამო.	პაციენტს თქვენი გულწრფელი შექება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებს თვითშეფასებას.
ხელი შეუწყვეთ პოზიტიური გამოცდილების მიღებას.	ეცადეთ მეტი მონაწილეობა მიიღოს პაციენტმა ისეთ აქტივობებში, რომელიც მას კარგად გამოსდის.
ეცადეთ, რომ პაციენტმა მოახდინოს ყველანაირი საკვების ჩართვა რაციონში, მათ შორის ცხიმებისა და ნახშირწყლების.	ეს დაეხმარება პაციენტს კონტროლის შეგრძნება დაიბრუნოს საკუთარ თავზე. პაციენტმა უნდა ისწავლოს საკუთარი ემოციების გამოხატვა საკვების გარეშე.
გააანალიზეთ საკუთარი ემოციები პაციენტთან მიმართებით და განიხილეთ ეს გრძნობები კოლეგებთან და არა პაციენტებთან.	გრძნობების ანალიზი და გამოხატვა, მნიშვნელოვანია განმუხტვის თვალსაზრისით. თუ ეს ასე არ მოხდება, შესაძლოა საკუთარი ემოციები პაციენტისკენ მიმართოთ.

პაციენტთან ურთიერთობაში არ მორგოთ მსაჯულის როლი.	თუ პაციენტს განსჯით, ეს მაღალი ალბათობით ნეგატიურად აისახება შემდგომ ურთიერთობაზე.
სასურველია, თუ საკვების მიღება მოხდება მხოლოდ სპეციფიურ დროს და არა ქაოტურად. არ ესაუბროთ პაციენტს ემოციურ თემებზე საკვების მიღების დროს.	სასურველი შედეგების მისაღებად, საჭიროა, რომ კვება არ იყოს ემოციებთან დაკავშირებული.
მიეცით პაციენტს საშუალება გამოხატოს საკუთარი ემოციები ოჯახურ და სხვა საკითხებზე.	პაციენტის კვებითი აშლილობების სათავე სწორედ მოუწესრიგებელ ოჯახურ და ემოციურ მდგომარეობაშია, ამიტომ საშუალება მიეცით მას, გამოხატოს მისთვის პრობლემური საკითხები.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

კვებითი აშლილობების მქონე ადამიანების უმრავლესობა, მუდმივად საკვებზე და კვებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ფიქრობს. პაციენტი საკუთარ თავზე მხოლოდ სხეულის წონის ასპექტში ფიქრობს.

საკუთარი სხეულის აღქმა შესაძლოა დელუზიურიც კი იყოს, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა რეალურად ძალიან დაბალი წონა ჰქონდეთ, მაინც იპოვონ ადგილი სადაც თვლიან რომ ცხიმი ჭარბი რაოდენობით აქვთ. ამ დროს შესაძლოა პაციენტს საკუთარი ოჯახის მიმართაც კი, პარანოიდალური დამოკიდებულება ჰქონდეს და თვლიდეს, რომ მისი ოჯახის წევრები საკვების დაძალებით მის “გასუქებას” ცდილობენ.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

ზოგადად, კვებითი აშლილობების დროს, პაციენტები კარგად ორიენტირებულნი არიან დროსა და სივრცეში, გამონაკლისია მხოლოდ ის მდგომარეობა, როცა არა ადეკვატური კვების გამო, პაციენტი დემორიენტირებული და შენელებულია.

კრიტიკული აზროვნების უნარი

ანორექსიის დროს, პაციენტებს ძალიან შემცირებული აქვთ კრიტიკული აზროვნების უნარი. მათ არ სჯერათ რომ ძალიან გამხდრები არიან და თვლიან რომ სხვებს მათი იდეალური სხეულის ფორმების მიღებაში სურთ ხელის შეშლა.

ბულიმიის მქონე პაციენტებს კი აღქმული აქვთ საკუთარი მდგომარეობის არაადეკვატურობა და სირცხვილის გამო მაქსიმალურად ცდილობენ რაც შეიძლება დიდხანს არ გაამჟღავნონ ეს.

საკუთარი თავის აღქმა

კვებითი აშლილობის მქონე პაციენტები საკუთარ თავს, მხოლოდ დაკლებული წონის მიხედვით განსჯიან და სასტიკად გაკიცხავენ საკუთარ თავს, თუ საკვებისგან თავის შეკავებას ვერ მოახერხებენ. ისინი სრულად უგულებელყოფენ საკუთარი პიროვნების სხვა დადებით მხარეებს და მხოლოდ წონაზე კონცენტრირდებიან, რაც ხელს უწყობს მათ პათოლოგიურ ქცევას საკვებთან მიმართებით.

სოციალური როლები და ურთიერთობები

ანორექსიით დაავადებული ადამიანები, ვერ ახერხებენ საკუთარი სოციალური როლის ჯეროვან შესრულებას. მათ პრობლემები ექნებათ მანამდე უნაკლო აკადემიურ მოსწრებაში. კვების თავიდან აცილების მიზნით, ისინი სრულ იზოლაციასა და დისტანცირებას ახდენენ სხვებისგან და მეგობრებისგან.

ბულიმიით დაავადებულები, კარგად აცნობიერებენ საკუთარ მდგომარეობას და დიდ უხერხულობასაც გრძნობენ, ამიტომ ისინი ყველასგან დაფარულად ცდილობენ ჭამონ, რის გამოც, ხშირად, საკუთარი სოციალური როლის ჯეროვან შესრულებას ვერ ახერხებენ.

ფიზიოლოგიური საკითხები

კვებითი აშლილობის დროს, პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობა როგორც წესი დამოკიდებულია გამოფიტვასა და იმ მავნე ქცევებზე, რომელიც ბულიმიასა და ანორექსიას ახლავს თან (იხ. ცხრილი 20.2).

წონის კონტროლის გადამეტებული სურვილის გამო, ისინი შესაძლოა ძალიან ბევრს ვარჯიშობდნენ რის გამოც მძიმე ფიზიკურ მდგომარეობაშიც კი აღმოჩნდნენ. თუ ბულიმიის დროს პირღებინება ხშირად დგება, პაციენტს კუჭის მჟავის ხშირი ზემოქმედების გამო შესაძლოა ჰქონდეს კბილების პრობლემები და პორის ღრუს ლორწოვანის წყლულები.

მონაცემთა ანალიზი

კვებითი აშლილობის დროს, პაციენტის საექთნო დიაგნოზები შესაძლოა იყოს:

- არა ბალანსირებული კვება;
- სტრესთან არაეფექტური გამკლავება;
- სხეულის დამახინჯებული აღქმა;
- ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება.

პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე დამატებითი საექთნო დიაგნოზები შესაძლოა იყოს:

- შეკრულობა;
- დეჰიდრატაცია;
- გამოფიტულობა;
- აქტივობის დაბალი ამტანობა.

შედეგების იდენტიფიცირება

თუ პაციენტის მდგომარეობა ფიზიკური თვალსაზრისით უკვე მძიმეა, აუცილებელია, რომ ჯერ მოხდეს ამ მდგომარეობის ადექვატური მკურნალობა და მხოლოდ შემდეგ დაიწყოს ფსიქიკური მდგომარეობის სტაბილიზაცია.

მდგომარეობა შესაძლოა ჩაითვალოს კომპენსირებულად, თუ:

- პაციენტი აღადგენს სითხის ადეკვატური ოდენობით მოხმარებას;
- პაციენტი შეწყვეტს ლაქსატივებისა და შარდმდენების გამოყენებას და გადამეტებულ ფიზიკურ აქტივობას;
- პაციენტი შეძლებს სტრესთან გამკლავებას საკვების გარეშე;

- პაციენტი შეძლებს საკუთარი ემოციებისა და შფოთვის ვერბალიზაციას;
- პაციენტი შეძლებს საკუთარი სხეულის ადეკვატურ აღქმას.

ინტერვენციები

ნორმალური კვების რუტინის აღდგენა

მძიმე შემთხვევებში, ნერვული ბულიმიისა და ანორექსიის დროს, შესაძლოა საჭირო იყოს პაციენტის სტაციონარული მკურნალობა.

თუ მდგომარეობა მძიმეა, საწყის ეტაპზე შესაძლოა საჭირო იყოს სრული პარენტერალური კვება.

პირველადი სტაბილიზაციის შემდეგ პაციენტს ენიშნება 1200-1500 კალორიის კვების რეჟიმი, ხოლო კალორაჟის გაზრდა, ხდება მანამ სანამ სრულად არ დაკმაყოფილება კალორაჟის დღიური მოთხოვნა ასაკის, სქესისა და აქტივობის მიხედვით.

ექთანი ყურადღებით უნდა იყოს, რომ პაციენტმა არ გადაყაროს ან არ დამალოს საკვები.

საექთნო ინტერვენციები კვებითი აშლილობების დროს

- **კვების რუტინის შექმნა**

დარჩით პაციენტთან კვების დასრულებამდე და მიჰყევით ყველა იმ მითითებას, რომელიც პაციენტს აქვს დანიშნული.

კვების დასრულებიდან 1-2 საათის განმავლობაში, აუცილებელია პაციენტზე დაკვირვება.

აწონეთ პაციენტი ყოველდღიურად და ყურადღება მიაქციეთ, რამით ხომ არ ცდილობს იგი წონის გაზრდას.

- **დაეხმარეთ პაციენტს საკუთარ ემოციებთან გამკლავებაში, ისე რომ ამაში არ იყოს ჩართული კვება**

ესაუბრეთ პაციენტს თავისი ემოციების შესახებ.

შესთავაზეთ პაციენტს დღიურის წარმოება.

დაეხმარეთ პაციენტს მოდუნების ტექნიკის ათვისებაში.

ასწავლეთ პაციენტს, თუ როგორ უნდა გადაიტანოს ყურადღება.

დაეხმარეთ პაციენტს სტერეოტიპების დამარცხებაში.

- **დაეხმარეთ პაციენტს სხეულის აღქმასთან დაკავშირებულ პრობლემებში.**

აუხსენით პაციენტს ნორმალური წონის დადებითი მხარეები.

დაეხმარეთ პაციენტს, რომ საკუთარ თავზე ფიქრისას, მხოლოდ წონა არ იყოს შეფასების პარამეტრი.

დაეხმარეთ მას მისი დადებითი და ძლიერი მხარეების იდენტიფიცირებაში.

- **დაეხმარეთ პაციენტის ოჯახს მეტი ცოდნის მიღებაში (იხ. პაციენტის ოჯახის განათლება კვებითი აშლილობების დროს).**

საკვების მიღების შემდეგ, უმჯობესია თუ პაციენტი 1-2 საათის განმავლობაში ექთნის მხედველობის არეში იქნება, ვინაიდან ამ დროის განმავლობაში, შესაძლოა, პაციენტმა მიღებული საკვები უკან ამოიღოს. რიგი მკურნალობის მიდგომებისა, პაციენტის მიერ საჭირო ოთახის გამოყენებას, ზედამხედველობის გარეშე, სრულიად კრძალავს. ეს აკრ-

ძალგები წონის მატების დაფიქსირებისა და მეტად დამოუკიდებელი ქცევის დანყების შემდეგ თანდათანობით მსუბუქდება.

უხშირესად, პაციენტი იწონება მხოლოდ დღეში ერთხელ დილით, შარდის ბუშტის დაცლის შემდეგ მხოლოდ კლინიკის ხალათის ამარა, ისე რომ პაციენტმა მომატებული წონის იმიტირება ვერ შეძლოს.

ნერვული ბულიმიის მქონე პაციენტები, უმეტესად ამბულატორიულად მკურნალობენ. ამიტომ მას საექთნო დახმარება სწორედ არსებული რუტინების გადაკეთებაში სჭირდება. პაციენტი უნდა ეცადოს არ ჭამოს მარტომ და საკვები ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან ერთად მიიღოს. წინასწარ განსაზღვროს, თუ სადაა ადგილი სადაც უნდა მოხდეს საკვების მიღება, ეს შეიძლება იყოს სასადილო ოთახი ან სამზარეულო. აუცილებელია, რომ ყველანაირი საკვები, რომელიც პაციენტს მანქანაში, სამსახურში ან საძინებელში ჰქონდა გადანახული, სწორედ იმ ადგილას შეინახოს, სადაც შეჭამს ხოლმე საჭმელს. ჭარბი საკვების მიღების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია, თუ პაციენტს წინასწარ ექნება შედგენილი მენიუ, რომლის მიხედვითაც საყიდლებსაც დაგეგმავს.

ემოციების იდენტიფიცირება და მათთან გამკლავება

კვებითი აშლილობების დროს, ხშირად პაციენტებს უჭირთ ემოციების გამოხატვა (**აღქმისთიმია**), შედეგად კი, მათი ემოციები სომატური სიმპტომებით გამოიხატება. ამის შესამსუბუქებლად, კარგი იქნება, თუ პაციენტი საკუთარი ემოციების გამოხატვას შეძლებს საუბრის საშუალებით. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა პირდაპირ არ დაუსვას შეკითხვა, მოწყენილია თუ არა პაციენტი; უმჯობესი იქნება თუ ამ ემოციის ამოცნობისა და გამოხატვის საშუალება პაციენტს მიეცემა.

თვითმონიტორინგი, ნერვული კვებითი აშლილობის მართვის კიდევ ერთი გზაა, რომლის დროსაც პაციენტი თავად ახდენს პრობლემური ქცევის იდენტიფიცირებას, შესაბამისი ნაბიჯების დაგეგმვასა და იმპლემენტაციას. მკურნალობის ამ მიდგომის გამოყენებისას, პაციენტი ახდენს მის მიერ განცდილი ემოციებისა და აზრების ფურცელზე გადატანას ისე რომ შესაძლებელი იყოს პაციენტისთვის კვებითი ქცევისა და ემოციების ურთიერთკავშირის დანახვა.

ასეთი კავშირების მკაფიოდ დანახვის შემდეგ, პაციენტმა უნდა ისწავლოს ემოციების მართვა ისე, რომ საკვები არ იყოს წამყვანი გამკლავების მეთოდი.

სხეულის დამახინჯებული აღქმის პრობლემასთან გამკლავება

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი პაციენტს სხეულის ნორმალურ აღქმაში დაეხმაროს. პაციენტს უნდა შეაგონოს ექთანმა, რომ ის შესაძლებელია მეტს იწონიდეს ვიდრე მას უნდა, მაგრამ სამაგიეროდ კლინიკაში სამკურნალოდ აღარ იქნება და თავსაც უკეთ იგრძნობს.

ამასთან, ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს, რომ საკუთარი თავის აღქმა პაციენტმა არა მხოლოდ სხეულის მასის, არამედ სხვა დადებითი მხარეებითაც მოახდინოს და სხეულის წონა ერთადერთი კრიტერიუმი არ იყოს, რომლითაც პაციენტი თავს აფასებს.

პაციენტისა და ოჯახის განათლება

ექთნის როლია პაციენტს აუხსნას თუ რა ზეგავლენა აქვს ქრონიკულ შიმშილსა და საკვები ნივთიერებების დეფიციტს ორგანიზმზე. აუცილებელია, რომ პაციენტს რეალის-

ტური მიზნები ჰქონდეს კვებასთან დაკავშირებით და ესმოდეს, რომ თუ მხოლოდ ბოსტნეულით შეავსებს რაციონს და არ მიიღებს საკმარისი რაოდენობით ცხიმსა და ნახშირწყალს, მაშინ იგი ისევ კვების პათოლოგიური გადაგვარების რისკის ქვეშ იქნება.

პაციენტს ექთანმა ასევე უნდა აუხსნას, რომ პირღებინების და ფალარათის გამონვავა, წონის კონტროლის არაეფექტური საშუალებებია და ის სერიოზულ ზიანს აყენებს ნეიროენდოკრინულ სისტემას.

ოჯახის წევრებს ექთანმა უნდა აუხსნას, რომ უშუალოდ კვებაზე მეტად, უმჯობესია მათი აქცენტები პაციენტის ფსიქო ემოციურ მდგომარეობაზე იყოს გადატანილი, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის ემოციურ სტაბილურობას და მოჯადოებული ჯაჭვის განწყვეტას.

შეფასება

პაციენტის მდგომარეობის შესაფასებლად სხვადასხვა ინსტრუმენტის გამოყენებაა შესაძლებელი (სამახსოვრო 20.2). ზოგადად, ნერვული ანორექსია და ბულიმია ქრონიკული დაავადებებია და მათგან ნარჩენი მოვლენების დარჩენა მოსალოდნელია.

ჩატარებული მკურნალობა წარმატებულად ითვლება, თუ სხეულის მასა ნორმალურ მასას არ აღემატება ან ჩამორჩება 5-10%-ით და გადამეტებული ვარჯიშით, პირღებინებით ან შიმშილით გამოწვეული კლინიკური პრობლემები გამოხატული არაა

სამახსოვრო 20.2 კვებითი დამოკიდებულებების ტესტი						
სასურველი პასუხი მონიშნეთ X ნიშნით						
მომწონს სხვა ადამიანებთან ერთად ჭამა.						
სხვებისთვის ვამზადებ საჭმელს, მაგრამ მე არ ვჭამ						
კვების წინ შფოთვა მეუფლება						
წონის მატების ძალიან მეშინია						
ვცდილობ არ ვჭამო როცა მშია						
ხშირად მოცული ვარ ხოლმე საკვებზე ფიქრით						
ხანდახან მიღებული საკვების ოდენობაზე კონტროლი დამიკარგავს						
საკვებს პატარა ნატრებად ვჭრი						
აუცილებლად ვიცი ხოლმე მიღებული საკვების კალორაჟი						

ვცდილობ არ მივიღო ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები						
საკვების მიღების შემდეგ შებერილობას ვგრძნობ						
ვიცი რომ სხვებს უნდათ რომ მეტს ვჭამდე						
ჭამის შემდეგ პირლებინება გამომიწვევია						
ძალიან მინდა რომ უფრო გამხდარი ვიყო						
დიდი დატვირთვით ვვარჯიშობ, რომ მიღებული კალორიები დავწვა						
დღეში რამდენჯერმე ვინწონები						
მიყვარს როცა ტანისამოსი კარგად მაქვს მომჭდარი						
მიყვარს ხორცი						
დილას ადრე ვიღვიძებ						
თითქმის ყოველდღე ერთი და იგივე საკვებს მივირთმევ						
ვარჯიშის დროს კალორიების დანვაზე ვფიქრობ						
მენსტრუაცია რეგულარულად მაქვს						
ზოგი ადამიანი ფიქრობს, რომ ძალიან გამხდარი ვარ						
ცხიმი ჩემს სხეულზე ძალიან მანუხებს						

უფრო დიდი ხანი ვუნდები ულუფის დასრულებას, ვიდრე სხვები						
მიყვარს რესტორანში ჭამა						
ვიღებ საფაღარათე საშუალებებს						
ვცდილობ არ მივიღო შაქრიანი საკვები						
ვჭამ მხოლოდ დიეტურ საკვებს						
ვგრძნობ, რომ საკვები აკონტროლებს ჩემს ცხოვრებას						
საკვების დანახვისას ვცდილობ ვაკონტროლო ჩემი თავი						
სხვები საკვების მიღების გამო ძალას მატანენ						
ძალიან დიდხანს ვფიქრობ საჭმელზე						
შეკრულობა მაქვს						
ტკბილის მიღების შემდეგ თავს არაკომფორტულად ვგრძნობ						
ხშირად ვარ დიეტაზე						
მომწონს როცა კუჭი ცარიელი მაქვს						
მომწონს ახალი მდიდარი საკვების გასინჯვა						
მინდა რომ ვალებინო საკვების მიღების შემდეგ						
თითოეული შეკითხვა, რომელიც მონიშნულია X ით უდრის 3 ქულას. დანარჩენი შეკითხვები შესაძლოა შეფასდეს 2 ან 1 ქულით. თუ ქულათა ჯამი 30 ზე მეტია, ეს სერიოზულ კვებით აშლილობაზე მიუთითებს.						

ზრუნვა თემში/გარემოში

თუ ნერვული ბულიმიის ან ანორექსიის დროს, პაციენტს არ აქვს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა, მისი მკურნალობა, როგორც წესი, ამბულატორიულად ან დღის სტაციონარის პირობებში ხორციელდება.

მენტალური ჯანმრთელობის პოპულარიზაცია

ექთნის როლია, რომ პაციენტებსა და მათ ოჯახებს აუხსნან, თუ რა არის რეალური მოლოდინები სხეულთან დაკავშირებით; ამასთან ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტებს, რომ მათ კარგად გააცნობიერონ, რომ სარეკლამო რგოლში მონაწილე ადამიანების სხეულის პროპორციები არ უნდა იყოს მისი სამიზნე, და რომ იდეალური სხეული არ არსებობს.

ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს გააცნობიეროს, რომ კონკრეტული სხეულის წონა არ არის ბედნიერების წინაპირობა; ამასთან პაციენტს უნდა ავუხსნათ, რომ წონის მატება არ ნიშნავს აუცილებლად ნებისყოფის არ ქონასა და სიზარმაცეს. ასევე დაუშვებელია, რომ პაციენტმა მაგ., ცხიმებისა და ნახშირწყლების მიღება შეწყვიტოს, იმიტომ რომ ჩათვალოს რომ ეს “საშიში” პროდუქტებია.

რეკომენდირებულია, რომ ექთნებმა, რომლებიც სკოლებსა და კოლეჯებში მუშაობენ გამოიყენონ სკრინინგული შეკითხვები კვებითი აშლილობის რისკის მქონე პაციენტების იდენტიფიცირებისთვის (სამახსოვრო 20.3).

სამახსოვრო 20.3

კითხვარი ნერვული კვებითი აშლილობის განვითარების რისკის ჯგუფის გამოვლენისათვის.

- რამდენად ხშირად ხართ უკმაყოფილო საკუთარი სხეულით?
- ცდილობთ თუ არა გახდეთ, მაშინაც კი, თუ სხვები ამბობენ რომ გამხდარი ხართ?
- აზრები საკვების, კვებისა და წონის შესახებ დომინირებენ თუ არა თქვენს გონებაში?
- ჭამთ თუ არა იმისთვის, რომ თავი ემოციურად უკეთ იგრძნოთ და გაქვთ თუ არა დანაშაულის გრძნობა ამის გამო?

დღეისათვის ნერვული კვებითი აშლილობების მკურნალობის საუკეთესო მეთოდი ფსიქოთერაპიაა. კერძოდ, კოგნიტური ქცევითი თერაპია საუკეთესო შედეგებს იძლევა. დამხმარე საშუალებად შესაძლებელია დაინიშნოს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი ბულიმიის დროს, თუმცა, ანორექსიის დროს მედიკამენტების გამოყენება უშედეგოა.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

პაციენტი, რომელიც შიმშილობს და უკიდურესად გამოფიტულია, შესაძლოა ძალიან მძიმე სანახავი იყოს და ექთანსაც გაუჩნდეს დიდი მოტივაცია, რომ დაეხმაროს მას, მაგრამ ანორექსიის დროს ყველა ადამიანი, რომელიც პაციენტისთვის საკვების შეთავაზებას ცდილობს მტერია, იმიტომ მას შესაძლოა უკიდურესად დესტრუქციული ქცევა ჰქონდეს. ამ დროს ექთანმა ეს ქცევა შესაძლოა პერსონალურად მიიღოს და თავადაც გაბრაზდეს პაციენტზე.

ამასთან, ექთანს შეიძლება არ ესმოდეს, თუ როგორ შეიძლება რომ 40 კილოგრამ-

მიანმა პაციენტმა ჩათვალოს რომ მსუქანია, ან როგორ შეიძლება უბრალოდ ვერ შეწყვიტო პირღებინების მავნე პრაქტიკა, თუ ხედავ რომ ცუდად ხარ.

ექთანმა უნდა გააცნობიეროს, კვებითი აშლილობა, ისეთივე ფსიქიკური აშლილობაა როგორცაა შიზოფრენია ან ბიპოლარული აშლილობა და რომ პაციენტს სჭირდება ქრონიკული მკურნალობა.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა კვებითი აშლილობის მქონე პაციენტთან მუშაობისას

- პაციენტთან ურთიერთობაში იყავით არა კრიტიკული და გახსოვდეთ, რომ მისი მდგომარეობა გამონვეულია შიშებით;
- ეცადეთ არ იყოთ დიდაქტიკური პაციენტთან ურთიერთობაში და განათლების დროს მიანოდოთ ფაქტობრივი ინფორმაცია პაციენტს;
- არ შეაქოთ პაციენტი იმ დღეებში როცა პირღებინება არ მოჰყვება ჭამას, თორემ ჩათვლიან, რომ ცუდები არიან როცა არ ჭამენ.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. თქვენ ხედავთ, რომ თქვენი ოჯახის ახლობელი უცნაურ რიტუალებს მართავს კვების წინ და მუდმივად დიეტაზე საუბრობს, როგორ მოიქცევით?
2. თანამედროვე სამყაროში სულ უფრო ხშირად არიან დიეტაზე მოზარდები, მაშინ, როცა მოზარდების სიმსუქნე მსოფლიო პანდემიადაა აღიარებული. როგორ ფიქრობთ ეს ორი საკითხი დაკავშირებულია თუ არა ერთმანეთთან და როგორ უნდა გადაიჭრას ეს პრობლემა?

ძირითადი საკითხები

- ანორექსია საშიში სამედიცინო მდგომარეობაა, რომელიც ხასიათდება წონის მატების შიშითა და სხეულის აღქმის აშლილობით.
- ბულიმიის დროს, პაციენტი ჭარბად მოიხმარს საკვებს და შემდეგ წონის მატების შიშის გამო ირევს გულს ან ძლიერი დატვირთვით ვარჯიშობს.
- ნერვული კვებითი აშლილობის მქონე ადამიანების 90% ქალია. ნერვული ანორექსია უმეტესად 14-18 წლის ასაკში, ხოლო ბულიმია 18-19 წლის ასაკში ვლინდება.
- კვებითი აშლილობების დროს მრავალი ნეიროქიმიური ცვლილებები ფიქსირდება, თუმცა უცნობია ეს ცვლილებები დაავადების განვითარებამდე ხდება თუ მის შედეგად.
- კვებითი აშლილობების მქონე ადამიანები თავს არა მიმზიდველ და არაეფექტურ ადამიანებად თვლიან, რის გამოც მათ ზრდასრულობასთან დაკავშირებული წინააღმდეგობების დაძლევა უკიდურესად უჭირთ.
- თანამედროვე სამყაროს წარმოდგენებმა “იდეალურ” სხეულთან დაკავშირებით, შესაძლოა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინოს კვებითი აშლილობების განვითარებაზე.

- ოჯახური თერაპია რეკომენდირებულია ანორექსიის, ხოლო კოგნიტურ ქცევითი თერაპია ბულიმიის დროს.
- მძიმე შემთხვევებში, ფსიქოთერაპიის დაწყებამდე, შესაძლებელია აუცილებელი იყოს ინტენსიური თერაპია.
- კვებითი აშლილობების მკურნალობა მოიცავს ემოციების კონტროლის დასწავლას, სტრესთან გამკლავებას საკვების გარეშე, სხეულის ადეკვატურ აღქმაში დახმარებასა და პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლებას.
- კვებითი აშლილობების ჩამოყალიბებაში, მნიშვნელოვანია მშობლების როლის აღიარება.

წყდრმები:

1. Anderson, A. E., & Yager, J. (2009). Eating disorders. In B. J. Sadock V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol.1,9th ed.,pp.2128-2149).Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
2. Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Carter, et al. (2009). Maintenance therapy for anorexia nervosa: A comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 202-207.
4. Cave, K. E. (2009). Influences of disordered eating in prepubescent children. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(2), 21-24.
5. Chatoor, I. (2009). Feeding and eating disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3597-3608). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
6. Gahagan, S. (2012). Development of eating behavior: Biology and context. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(3), 261-271. Herpertz-Dahlmann, B., Holtkamp, K., & Konrad, K. (2012). Eating disorders: Anorexia and bulimia. *Handbook of Clinical Neurology*,106, 447-462.
7. Inman, D. D., van Bakergem, K. M., Larosa, A. C., et al. (2011). Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(2), 207-219.
8. Jackson, C. W., Cates, M., & Lorenz, R. (2010). Pharmacotherapy of eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 143-159.
9. Jones, M., Volker, U., Lock, J., et al. (2012). Family-based early intervention for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(3), e137-e143.
10. Latzer, Y., Witztum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An updated review. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 361-374.
11. Mazzariti, D., et al. (2011). Novel treatment options of binge eating disorder. *Current Medicinal Chemistry*, 18(33), 5159-5164.
12. Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., et al. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
13. National Eating Disorders Association. (2012). Eight tips on how to prevent eating disorders. Available at: <http://www.nationaleatingdisorders.org>
14. Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443-1453.

თავი 21

ფსიქოსომატური დაავადებები

ამ თავში განხილულია:

1. ფსიქოსომატური დაავადებების განმარტება;
2. ფსიქოსომატური დაავადებების ძირითად მახასიათებლები;
3. ფსიქოსომატური დაავადებების ეტიოლოგიური ფაქტორები;
4. ფსიქოსომატური დაავადებების მიმდინარეობის დინამიკა;
5. ფსიქოსომატური დაავადებების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა;
6. ფსიქოსომატური დაავადებების საექთნო მოვლის პროცესი;
7. ფსიქოსომატური დაავადებების შესახებ პაციენტისა და ოჯახის განათლება;
8. საკუთარი ემოციებისა და გრძნობების ანალიზი ფსიქოსომატური დაავადებებით შეპყრობილი ადამიანების საექთნო მოვლისას.

მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისიდან მედიცინის დარგის ყურადღების ქვეშ მოექცა დაავადებაზე მოქმედი სხვადასხვა სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები. დამკვიდრდა ტერმინი „ფსიქოსომატური“, რათა ხაზგასმული ყოფილიყო კავშირი ფსიქიკას (psyche) და სხეულს (soma) შორის როგორც ჯანმრთელ პირობებში, ისე – ავადობისას. არსებითად, ფსიქიკამ შეიძლება გამოიწვიოს სხეულში ფიზიკური სიმპტომები ან არსებული ფიზიკური დაავადებების გაუარესება. ემოციური ფაქტორების შედეგად კი რეალური სიმპტომები შეიძლება დაიწყოს, ან თუ უკვე არსებობდა – გახანგრძლივდეს ან გამწვავდეს. ამის მაგალითებია: დიაბეტი, ჰიპერტენზიული დაავადება, კოლიტი და სხვა. გარდა ამისა, სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი ფიზიკური სიმპტომები, რომელიც არაა დაკავშირებული დიაგნოზირებულ სამედიცინო დაავადებასთან. მაგალითად, სამსახურში სტრესული დღის შემდეგ, ბევრი განიცდის „დაძაბულობის თავის ტკივილს“, რაც შეიძლება საკმაოდ მძიმე იყოს.

ისტერია არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც პაციენტს მრავალი სხვადასხვა მძიმე ჩივილი აქვს ყოველგვარი ორგანული საფუძველის გარეშე. ეს მდგომარეობა, სავარაუდოდ, ჯერ კიდევ 4000 წლის წინ იყო აღწერილი ეგვიპტელების მიერ. შუა საუკუნეებში ისტერია ასოცირდებოდა ჯადოქრობასთან, დემონებთან და ჯადოქრებთან. ისტერიის მქონე ადამიანები, როგორც წესი, ქალები, ბოროტი ძალების მიერ შეპყრობილებად მიიჩნეოდნენ. ფრანგმა ექიმებმა, პოლ ბრიკემ და ჟან მარტინ შარკომ, ისტერიას ნერვული სისტემის პათოლოგია უწოდეს.

მოგვიანებით, როცა ბიგმუნდ ფროიდმა შარკოსთან მუშაობა დაიწყო, აღმოაჩინა, რომ ჰიპნოზისა და საკუთარი ემოციების გამოხატვის შემდეგ ისტერიული ქალები თავს ბევრად უკეთ გრძნობდნენ. სწორედ ამ აღმოჩენამ მისცა სათავე ფროიდის თეორიას,

რომლის თანახმადაც ემოციების შეკავებამ შესაძლოა ფიზიკური სიმპტომების გაჩენა ან გაუარესება გამოიწვიოს. იგი წერდა: “გამოუხატავი ემოცია არასდროს კვდება. ის ცოცხლად დამარხულია და თავის დამახინჯებულ სახეს მოგვიანებით წარმოაჩენს.” ამ პროცესს თანამედროვე მედიცინაში სომატიზაცია ეწოდება. ამ თავში დეტალურად არის აღწერილი სომატური დაავადებები და მათი საექთნო მოვლის პრინციპები.

ფსიქოსომატური დაავადებების მიმოხილვა

სომატიზაცია არის ემოციურად განცდილი მოვლენების, ფიზიკურ სიმპტომებში ტრანსფორმაცია.

ფსიქოსომატური მდგომარეობებისთვის დამახასიათებელია:

- ფიზიკური სიმპტომები, რომელიც მიუთითებს რომელიმე დაავადების არსებობაზე, თუმცა გამოკვლევებით, ორგანული პათოლოგია არ დასტურდება.
- ფსიქოლოგიური ფაქტორები და სხვადასხვა სახის კონფლიქტები წამყვან როლს ასრულებს ფიზიკური სიმპტომების აღმოცენებაში, მათ გამწვავებასა და ხანგრძლივი დროით შენარჩუნებაში.
- სიმპტომების წარმოშობასა და მათ გაუარესებას, პაციენტი ცნობიერად ვერ აკონტროლებს.

ფსიქოსომატური დაავადებება – მიუხედავად მრავალი სამედიცინო გამოკვლევებისა და უარყოფითი პასუხებისა, ფსიქოსომატური დაავადებების დროს პაციენტი დარწმუნებულია მძიმე ფიზიკური პრობლემის არსებობაში, იგი სრულად გრძნობს სიმპტომების სიმძიმესა და ფუნქციონირების შეზღუდვას და ამიტომაც აუცილებელია, რომ ექიმმა და ექთანმა ემპათიური დამოკიდებულება გამოავლინონ მის მიმართ და შესაბამისი დახმარება აღმოუჩინონ.

კონვერსიული დაავადება – არის სენსორული ან მოტორული ფუნქციების აუხსნელი, უცაბედი და მკვეთრი მოშლა (სიბრმავე, პარეზი). თავდაპირველად შესაძლოა ეჭვი იქნას მიტანილი ნევროლოგიურ პრობლემაზე, თუმცა შემდეგ გამომწვევი ფსიქოლოგიური ფაქტორი დასტურდება. პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ინდიფერენტული დამოკიდებულება ფუნქციური დარღვევების მიმართ, რასაც „ლამაზი განურჩევლობა“-საც (la belle indifférence) უწოდებენ.

ტკივილით მიმდინარე აშლილობა, იგივე ფსიქოგენური ტკივილი – ამ დროს ტკივილის კუპირება ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით ვერ ხდება და ტკივილის სიმძაფრე ემოციური დატვირთვის პროპორციულია: ფსიქოლოგიურ ფაქტორები გავლენას ახდენს ტკივილის დაწყების, სიმძიმის, გამწვავებისა და შენარჩუნების თვალსაზრისით.

ჰიპოქონდრია – ამ აშლილობის დროს პაციენტი მოცულია მძიმე ფიქრებით, რომ ის სერიოზულადაა დაავადებული (ავად ყოფნის ბელირებულოვანი რწმენა) ან ეშინია, რომ შესაძლოა მძიმედ დაავადდება (დაავადების ფობია). პაციენტები უმეტესად საკუთარი ფიზიკური ფუნქციების და სხეულებრივი შეგრძნებების არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ.

სომატური სიმპტომებით მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობები უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში და ზოგადი პოპულაციის – 0.1-0.2% ში გვხვდება.

კლინიკური შემთხვევა: კონვერსიული აშლილობა

13 წლის გიორგიმ უეცრად დაკარგა მხედველობა. მეორე დღეს ექთანთან საუბრისას მას დაბრმავების ფაქტთან დაკავშირებით განსაკუთრებული ემოციები არ გამოუვლენია და ზოგადად, ძალიან განონასწორებულად საუბრობდა ყველა თემაზე. ექთანს შეკითხვებზე დეტალურად უპასუხა, თუმცა ძალიან ზერეულედ ისაუბრა თავისი ოჯახის შესახებ. დედასთან გასაუბრების შემდეგ, გამოირკვა, რომ გიორგი 2 დღით ადრე შეესწრო მამის აგრესიულ ქცევას ალკოჰოლური ბემოქმედების დროს, რა დროსაც მამამ ფიზიკურად დაამცირა დედა და სიტყვიერად მიაყენა შეურაცყოფა გიორგის.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები სიმპტომებს მოზარდობიდან აღნიშნავენ, ადრეულ ზრდასრულობამდე იშვიათად ისმება ფსიქოსომატური აშლილობის დიაგნოზი.

როგორც წესი, ფსიქოსომატური სიმპტომები ქრონიკულად, რამდენიმე წლის განმავლობაში აწუხებთ პაციენტებს, აკითხავენ სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებს დიაგნოზის დასმის იმედით, თუმცა ძალიან იშვიათად ხვდებიან ისინი ფსიქიატრთან, რის გამოც ფსიქოსომატური აშლილობის დიაგნოზი ყველაზე ბოლო დიაგნოზია, რომელიც ამ პაციენტებს ესმებათ.

საექთნო მოვლის გეგმა კონვერსიული აშლილობის დროს

საექთნო დიაგნოზი

არაეფექტური/უშედეგო უარყოფა: ცნობიერი ან არაცნობიერი მცდელობა უარყოს სტრესული მოვლენის არსი და მნიშვნელობა შფოთვის ან/და შიშის შემცირების მიზნით

შეფასების მონაცემები

- ფიზიკური შესაძლებლობის შეზღუდვა, რომელსაც თან არ ახლავს ემოციური ინდიფერენტულობა.
- უარი სამედიცინო დახმარებაზე.
- სტრესის, კონფლიქტისა და პრობლემური ურთიერთობის სწორად შეფასების არარსებობა.
- ბრაზის, მტრულობის და კონფლიქტის გრძნობებთან არსებული სირთულეები.
- ემოციებისა და საჭიროებების გამოხატვის უნარის შემცირება.
- მეორადი სარგებელი, რომელიც დაკავშირებულია ფიზიკურ სიმპტომთან ან უნარების შეზღუდვასთან

მოსალოდნელი შედეგები

მყისიერი

- პაციენტი ახდენს
- კონვერსიული აშლილობის გამომწვევი ძირითადი კონფლიქტების იდენტიფიცირებას 4-5 დღეში.
- შიშის, ბრაზისა და შფოთვის იდენტიფიცირებას 4-5 დღეში.
- პრობლემის გადასაჭრელი პროცესის პირველი ნაბიჯების ვერბალიზებას 4-5 დღეში.

გრძელვადიანი

- შიშისა და დანაშაულის გრძნობების ვერბალიზაცია.
- დაავადების შესახებ მიღებული ინფორმაციის ვერბალიზაცია, მათ შორის, მეორადი სარგებლის შესახებ.
- პრობლემის გადაჭრის რეალური პროცესის ცოდნა.

საექთნო ინტერვენცია

პაციენტის ჩართვა სრულად ყოველდღიურ საქმიანობებში და ფიზიკური ფუნქციის მოშლის უგულვებელყოფა.

ინტერვენციის ახსნა

თქვენი მოლოდინის დანახვა ხელს შეუწყობს პაციენტს, რეალურად მიიღოს მონაწილეობა ყოველდღიურ საქმიანობებში და შეამცირებს მეორად სარგებელს. ყურადღების ნაკლებობა ფიზიკური ჩივილების მიმართ ხელს შეუწყობს მეორადი სარგებლის შემცირებას და კლიენტის ნაკლებ კონცენტრირებას სიმპტომზე.

გამოვლენილი სიმპტომების პირველადი შეფასების შემდეგ, ეცადეთ აღარ გაამახვილოთ ყურადღება სიმპტომებზე და თუ საჭიროა არც პაციენტზე.	განსაკუთრებული პრივილეგიების მინიჭება და პაციენტის პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლება მეორადი სარგებლის ფორმებია. შეიძლება პაციენტისთვის არასახარბიელო გარემოს შექმნა გახდეს საჭირო, რათა კონვერსიაზე – როგორც დაძლევის სტრატეგიაზე, უარი თქვას.
არ შეხვიდეთ პაციენტთან დისკუსიაში.	პაციენტთან დავა შესაძლოა არასასურველი შედეგით დამთავრდეს. ყურადღების არ გამახვილება შეიძლება ეფექტური იყოს მეორადი სარგებლის შესამცირებლად.
ესაუბრეთ პაციენტს მისი პირადი და სამსახურეობრივი ურთიერთობების შესახებ.	კონვერსიული აშლილობის ძირითადი მიზეზი, ურთიერთობებში წარმოშობილი პრობლემების მიმართ ემოციური პასუხია. ამ ურთიერთობების ანალიზი, შესაძლოა პაციენტს საკუთარი ემოციების ანალიზსა და მათთან გამკლავების გზების პოვნაში დაეხმაროს.
პაციენტის ახლობლებს მიეცით ინფორმაცია კონვერსიული აშლილობის შესახებ. ასევე აუხსენით მათ თუ რა უდევს ამ მდგომარეობას საფუძვლად.	პაციენტის ახლობლებს სავარაუდოდ მწირი ინფორმაცია ექნებათ კონვერსიული დაავადების შესახებ. ინფორმაციის მიღება დაეხმარება მათ გამოსავლის მოძებნასა და კონფლიქტების გადაჭრაში.
დაეხმარეთ პაციენტს გაიხსენოს სტრესთან გამკლავების ის გზები, რომელთა დახმარებითაც მას წარსულში სტრესის ფონზე ფიზიკური სიმპტომები არ გამოუვლინდა.	თუ პაციენტმა კონკრეტული გზით დაძლია ემოციები, შესაძლოა ახლაც იგივე გზით გაუმკლავდეს ემოციებს, ან გამოიყენოს უკვე ნაცადი მიდგომის ელემენტები ახალ სტრატეგიაში.
ასწავლეთ პაციენტს სტრესთან გამკლავების გზები: მედიტაცია, დღიურის წარმოება და სხვა.	პაციენტს ამ ცოდნის მიღება, შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს სტრესის მართვასა და დაძლევაში.
გარკვეული შედეგების მიღწევის შემდეგ შეაქეთ პაციენტი.	დადებითმა უკუკავშირმა, შესაძლოა პაციენტს შემდგომი მიღწევებისთვის მოტივაცია გაუზარდოს.

დაკავშირებული მდგომარეობები

ფსიქოსომატური აშლილობის აღრევა არ უნდა მოხდეს სხვა მდგომარეობებთან, რომლის დროსაც პაციენტის სიმპტომები ფიქტიური და სიმულაციურია. ამ მდგომარეობების დროს პაციენტი, ახდენს სიმპტომების კონტროლს, რაც ამ მდგომარეობისა და ფსიქოსომატური აშლილობის ძირითადი განმასხვავებელი ფაქტორია.

სიმულაცია არის სიმპტომების მიზანმიმართული მოგონება ან მათი გაზვიადება, რაც მოტივირებულია პირადი სარგებელის (სამსახურში, სასწავლებელში საპატიო გაცდენის მომიზნებისთვის და სხვა) მიღების მიზნით.

ფიქტიური (წარმოსახვითი) ავადმყოფობა არის სიმპტომების იმიტირება მხოლოდ ყურადღების მიქცევის მიზნით. უკიდურეს შემთხვევებში, პაციენტმა შესაძლოა მიზანმიმართულად მიიყენოს დაზიანება ყურადღების მიქცევის მიზნით. წარმოსახვითი ავადმყოფობის გავრცელებული ფორმაა **მიუნჰაუზენის სინდრომი**; ეს სინდრომი შესაძლოა უშუალოდ პაციენტზე იყოს რეალიზებული, ან სხვა ობიექტზე. მიუნჰაუზენის სინდრომის მესამე ობიექტზე რეალიზების დროს პაციენტი ახდენს სხვისი ავადმყოფობის იმიტირე-

ბას ან ინდუცირებას, ისე რომ იგი “მხსნელისა” და “გმირის” როლში აღმოჩნდეს (მაგალითად, ექთანი, რომელმაც პაციენტს მიზანმიმართულად ჭარბი რაოდენობით გაუკეთა ინტრავენული კალიუმი, ხოლო შემდეგ გულ-ფილტვის რეანიმაცია შეასრულა და “გადაარჩინა” პაციენტი).

ეტიოლოგია

ფსიქოსოციალური თეორია

ფსიქოსოციალური თეორიის თანახმად, თუ ადამიანი ქრონიკულად იკავებს თავს ემოციების გამოხატვისგან, ის მიღებული სტრესის **ინტერნალიზაციას** ახდენს რის შედეგადაც მას ფიზიკური სიმპტომები უვითარდება (სომატიზაცია). როგორც ინტერნალიზაცია, ისე სომატიზაცია თავდაცვის არაცნობიერი გზებია, რომელთა კონტროლი ადამიანს არ ხელეწიფება.

ემოციურ და სტრესულ სიტუაციაში, ასეთ ადამიანებს არ შეუძლიათ საკუთარი ემოციების გამოხატვა, რის გამოც ისინი ფიზიკურად ხდებიან ცუდად, რაც მათი დამცველობითი რეაქციაა.

სიმპტომების გამოვლენისთანავე, ადამიანი ექცევა ყურადღების ცენტრში და გამოღიზიანებული, რომელიც სტრესის გამომწვევი იყო, ნელდება (**პირველადი სარგებელი**), ამასთან პაციენტი ოჯახის წევრების განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ ხვდება (**მეორადი სარგებელი**) შესაბამისად, ადამიანი უნებლიედ ასკვნის, რომ ცუდად ყოფნა, სტრესული ფაქტორების ზემოქმედებისგან დაცვის საუკეთესო საშუალებაა.

ისტერია, როგორც მისი ეტიმოლოგიიდანაც ჩანს (hysteria, ბერძ. მოხეტიალე საშვილოსნო), უხშირესად ქალებში გვხვდება, რომელსაც ძველი ბერძნების აზრით ქალის ორგანიზმში საშვილოსნოს ხეტიალი ედო საფუძვლად.

სომატიზაციის ნაკლები სიხშირე კაცებში თავის მხრივ გამომწვეულია კულტურული თავისებურებებითაც. სოციუმებში სადაც მამაკაცის როლი, სიძლიერესთან და მოთმინებასთან არის ასოცირებული, ბიჭები პატარაობიდანვე თვლიან, რომ მოთმინებით უნდა შეხვდნენ ყოველგვარ განსაცდელს. შესაბამისად ასეთ სოციუმებში, მამაკაცები მეტად ითმენენ ჩივილებსაც და მათთან შედარებით, ქალები უფრო ხშირად აკითხავენ ექიმს.

სომატიზაციის მაღალი ალბათობაა ასევე ადამიანებში, რომლებიც სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი ყოფილან.

ბიოლოგიური თეორიები

დაკვირვებების თანახმად, გამოვლინდა, რომ ადამიანები, რომლებიც სომატიზაციას განიცდიან, ჩვეულებრივ, ბიოლოგიურ პროცესსაც ზედმეტად მგრძობიარედ აღიქვამენ. მაგალითად, პერისტალტიკის ჩვეული შეგრძნება, შესაძლოა აღქმული იყოს როგორც რომელიმე დაავადების ნიშანი და შემანუხებელი გახდეს პაციენტისთვის.

მკურნალობა

პაციენტის ნდობის მოპოვებისა და განმტკიცების მიზნით, აუცილებელია, რომ სამედიცინო სერვისების მომწოდებლები ემპათიურად განეწყონ პაციენტის მიმართ და სერიოზულად აღიქვან მათი ჩივილები. სომატიზაციის დროს ხშირია დეპრესიაც რომლის ადეკვატური მართვა შედეგიანი მკურნალობის ერთ-ერთი წინაპირობაა. სომატიზაციის

დროს, რომელსაც ხშირად დეპრესია თან ერთვის, რეკომენდებულია ანტიდეპრესანტების (ფლუოქსეტინი, სერტალინი და პაროქსეტინი) გამოყენება (ცხრილი 21.1).

ტკივილის სამართავად უმჯობესია თუ პაციენტი კონსულტაციას ქრონიკული ტკივილის მართვის სპეციალისტთან გაივლის, თუმცა წამყვანი მედიკამენტი კვლავ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებებია.

გრძელვადიან პერსპექტივაში ეს პაციენტები, როგორც წესი, წლობით უჩივიან ტკივილს. მაგალითად, კონვერსიული აშლილობის დროს, რემისია შესაძლოა რამდენიმე კვირაში დადგეს, თუმცა შემთხვევათა 25%-ში, ჩივილები კვლავ ბრუნდება.

ცხრილი 21.2 სომატური

ფსიქოტროპული მედიკამენტები ფსიქოსომატური აშლილობის სამკურნალოდ

მედიკამენტი	დოზა	საექთნო თვალსაზრისით საყურადღებო ასპექტები
ფლუოქსეტინი	20-60	ყურადღება მიაქციეთ გამონაყარის, ჭინჭრის ციების, თავის ტკივილის, შფოთვის, ძილიანობის, უმადობის ნიშნებს. ალკოჰოლის მოხმარებისგან თავის შეკავება აუცილებელია.
პაროქსეტინი	20-60	საყურადღებოა თავის ტკივილის, ძილიანობის, გულისრევის, პირის სიმშრალის, სომნოლენციის, უძილობის, ოფლიანობის, თავბრუსხვევის, სექსუალური დისფუნქციის სიმპტომები. ალკოჰოლის მოხმარებისგან თავის შეკავება აუცილებელია.
სერტალინი	50-200	საყურადღებოა თავის ტკივილის, ძილიანობის, გულისრევის, პირის სიმშრალის, სომნოლენციის, უძილობის, სექსუალური დისფუნქციის სიმპტომები. ალკოჰოლის მოხმარებისგან თავის შეკავება აუცილებელია.

საექთნო პროცესი

შეფასება

მრავლობითი სომატური ჩივილების მქონე პაციენტი, აუცილებელია, გულდასმით გასინჯოს ექთანმა და გამორიცხოს ყველა შესაძლო ორგანული დაზიანება. (21.1 სამახსოვროში მოცემულია სკრინინგის ინსტრუმენტი, რომელიც ორგანული დაზიანების გამოსარიცხად შეიძლება იყოს გამოყენებული). ფსიქოსომატური აშლილობის დიაგნოზის დასმის შემდეგ, აუცილებელია, რომ მომავალში გამოვლენილი ახალი სიმპტომი დეტალურად იქნეს გაანალიზებული, რათა არ მოხდეს საყურადღებო კლინიკური მდგომარეობების უგულებელყოფა.

კლინიკური შემთხვევა: ავადმყოფობის შიშის შფოთვითი აშლილობა

75 წლის მერი მოთავსებულია კლინიკაში მრავლობითი გასტროინტესტინალური ჩივილების გამო. უკანასკნელი თვეების განმავლობაში მისი ჰოსპიტალიზაცია რამდენჯერმე მოხდა უცნობი ეტიოლოგიის გულძმარვის, შებერილობის, ბოყინისა და მუცლის ტკივილის გამო. მერი ირწმუნება, რომ მას კიბო აქვს და უბრალოდ ექიმები ვერ ახერხებენ ამ მდგომარეობის დიაგნოსტიკას და რომ მისი კვლევების შედეგებიც არასწორია. შვილების გადმოცემით, მერი უკვე 2 წელია ქვრივია. თუმცა მას მეუღლის გარდაცვალება არ უგლოვია და ამ მოვლენის შემდეგ, მოცულია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზრუნვით.

დაავადების მიმდინარეობა

პაციენტის გამოკითხვისას თვალსაჩინო ხდება, რომ ჰოსპიტალიზაციის ეპიზოდი, პირველი არაა და რომ ის უკვე დიდი ხანია დადის სხვადასხვა სპეციალისტთან, ჩატარებული აქვს არა ერთი ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური კვლევა და გარკვეულ უნდობლობასაც გამოთქვამს სამედიცინო პერსონალის მიმართ, ვინაიდან ისინი ვერ ახერხებენ მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მიზეზის დადგენას.

ასეთი ქცევა შესაძლოა არ აღენიშნებოდეს კონვერსიული აშლილობის მქონე ადამიანს, რომელიც საკუთარი სიმპტომების მიმართ, როგორც წესი, ინდიფერენტულია.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

ფიზიკური ტკივილისა და დისკომფორტის გამო პაციენტს შესაძლოა შენუხებული გამომეტყველება ჰქონდეს, შეეცვალოს სხეულის პოზა და სიარულის მანერა. საექთნო გასინჯვის დროს, ის კმაყოფილებას გამოხატავს, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალის ყურადღება მისკენაა მიპყრობილი. საკუთარ სიმპტომებს, როგორც წესი, ასეთი პაციენტები ხატოვნად გადმოსცემენ, თუმცა დეტალიზაციას ვერ ახდენენ.

ხასიათი და აფექტი

განწყობა, როგორც წესი, რადიკალურად ეცვლება დეპრესიული და მოლუშულიდან, აჟიტირებულამდე, როცა ჰყვებიან, თუ როგორ მოხვდნენ კლინიკაში შუა ღამისას, ისინი განსაკუთრებულად ხატოვნად გადმოსცემენ საკუთარ სიმპტომებს და ხაზს უსვამენ იმ პირად კრიზისულ მომენტებს, რომელიც სწორედ სიმპტომებთან იყო დაკავშირებული.

კონვერსიული აშლილობის დროს კი, პაციენტები განსაკუთრებულ გულგრილობას გამოხატავენ საკუთარი სიმპტომების მიმართ.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

ზოგადად, აზროვნების პროცესი შეცვლილი არ არის, მაგრამ მათი ფიქრები მიმართულია საკუთარ სიმპტომებზე. შესაძლოა, მარტივი ხველა მათ პნევმონია ეგონოთ, დარწმუნებული იყვნენ, რომ კვდებიან და ისიც კი დააბუსტონ, თუ რა მუსიკა უნდათ, რომ უკრავდეს მათ პანაშვიდებზე.

ისინი ნაკლებად ახდენენ ფოკუსირებას ემოციებზე და დისკომფორტს მხოლოდ ფიზიკურ სიმპტომებს უკავშირებენ. მაგალითად, პაციენტს რომ ჰკითხოთ, თუ რას გრძნობდა პენსიაზე გასვლისას, შესაძლოა გიპასუხოთ, რომ უკეთ იქნებოდა, რომ არა ეს საშინელი წელის ტკივილი.

საექთნო მოვლის გეგმა: ჰიპოქონდრია/ავად გახდომის შფოთვა	
არაეფექტური გამკლავება: სტრესების რეალურად შეფასების უუნარობა, მათზე პრაქტიკული რეაგირების არაადეკვატური არჩევანი და/ან ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენების უუნარობა.	
შეფასების მონაცემები: <ul style="list-style-type: none">• ემოციური პრობლემების უარყოფა;• გრძნობების იდენტიფიცირებისა და გამოხატვის პრობლემები;• ადეკვატური თვითშეფასების დეფიციტი;	მოსალოდნელი შედეგები მყისიერი პაციენტი: <ul style="list-style-type: none">• მონაწილეობს სამკურნალო პროგრამაში (24-48 სთ);• ნაკლებად ადგენს ფიზიკურ სიმპტომებს (2-3 დღე);

<ul style="list-style-type: none"> ● ფიზიკურ ფუნქციებზე ფიქრით მოცვა; ● ავადმყოფობის შიში; ● სხვადასხვა სომატური ჩივილები; ● სენსორული პრობლემები; ● ფსიქიატრიულ მკურნალობაში ჩართვისადმი რეზისტენტობა; ● სამკურნალო საშუალებებზე დამოკიდებულება (მაგ., საფაღარათო საშუალებებზე); ● სხვადასხვა დამხმარე საშუალებების ინტენსიური გამოყენება (მცენარეული ჩაის და სხვა); ● რიტუალური ქცევა (მაგალითად, დეფეკაციისას); ● კანკალი; ● ინტერპსონალური ურთიერთობებით უკმაყოფილება; ● ემოციური მხარდაჭერი სისტემის არ არსებობა; ● შფოთვა; ● მეორეული სარგებელი, მიღებული ფიზიკური სიმპტომებისაგან; ● ანამნეზში ექიმებთან ხშირი მიმართვიანობა და ჰოსპიტალიზაციები; ● განმეორებითი მრავალჯერადი სამედიცინო შემონმებები, რა დროსაც ფიზიკური პათოლოგიის აღმოჩენა ვერ მოხდა. 	<ul style="list-style-type: none"> ● დანიშნულებას ჯეროვნად იღებს (2-3 დღე); ● წყალსა და საკვებს ადეკვატურად იღებს (3-4 დღე); ● ხედავს კავშირს სტრესორებსა და განვითარებულ სიმპტომებს შორის (4-5 დღე); ● ემოციებს ვერბალურად გამოხატავს (3-4 დღე); ● ახდენს შფოთვასთან, სტრესთან გამკლავების ალტერნატიული გზების იდენტიფიცირებას (4-5 დღე); <p>გრძელვადიანი შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● რიტუალური ქცევის შემცირება; ● ყურადღების მიპყრობისკენ მიმართული ქცევის შემცირება; ● ჰიპოქონდრიური ქცევის ადეკვატური ანალიზი; ● თერაპიული რეჟიმების მიზნების ადეკვატური ანალიზი; ● სამედიცინო სერვისებში მიმართვიანობის შემცირება; ● სტრესთან გამკლავების ალტერნატიული გზების გამოძებნა.
<p>საექთნო ინტერვენცია</p>	<p>მიზანი და არსი</p>
<p>თავდაპირველი საექთნო შეფასება, უნდა მოიცავდეს სრულ ფიზიკურ შეფასებას, ანამნეზის შეკრებას და ყოველი ჩივილის ასახვას.</p>	<p>მიღებული ინფორმაცია სამედიცინო მოვლის დაგეგმვისთვის ათვლის წერტილია.</p>
<p>ახალი სიმპტომი თავიდან უნდა შეფასდეს.</p>	<p>ეს შესაძლოა დამოუკიდებელ სამედიცინო პრობლემას მიანიშნებდეს.</p>
<p>სამედიცინო პერსონალთან ინტენსიური მუშაობა, რათა მაქსიმალურად შემცირდეს გამოყენებული სამედიცინო ინტერვენციების, მედიკამენტებისა და დამხმარე საშუალებების რიცხვი.</p>	<p>ეს შესაძლებლობას მისცემს სამედიცინო პერსონალს, რომ მინიმუმადე დაიყვანოს პაციენტის მანიპულაციური ქცევა.</p>
<p>როდესაც პაციენტი კონკრეტული სიმპტომისთვის დანიშნულებას და მკურნალობას ითხოვს, ეცადეთ დაეხმაროთ მას ამ სიმპტომის გამომწვევის იდენტიფიცირებაში.</p>	<p>პაციენტმა უნდა შეძლოს სტრესორის იდენტიფიცირება და მასთან გამკლავება ალტერნატიული გზებით.</p>
<p>ასწავლეთ პაციენტს სტრესის შემცირების არაფარმაკოლოგიური მეთოდები.</p>	<p>ეს გაზრდის პაციენტის მიერ კონტროლის შეგრძნებას.</p>
<p>ეცადეთ პაციენტს გადაატანინოთ ყურადღება ფიზიკური სიმპტომებიდან და არ წაახალისოთ მათი გამოხატვა თქვენი გადამეტებული ყურადღებით.</p>	<p>თუ პაციენტი ვერ მიიღებს სასურველ ყურადღებას, შესაძლოა დროთა განმავლობაში ფიზიკური სიმპტომების რაოდენობაც შემცირდეს.</p>

პაციენტის ჩვილებს მოსასმენად მხოლოდ გარკვეული დრო გამოყავით.	ვინაიდან ფიზიკური სიმპტომები ემოციებთან გამკლავების ერთადერთი გზა აქვთ, მიეცით მათ საშუალება ალტერნატიული გზების პოვნამდე, რაიმე სახით გამოხატონ თავიანთი ემოციები.
პაციენტის მიერ გამოხატული ფიზიკური ჩვილების შესახებ არ დაინწყით პაციენტთან დავა.	ასეთ შემთხვევაში, კიდევ უფრო შემცირდება პაციენტის მიერ მისი ემოციების გამოხატვის ალბათობა.
პაციენტთან კომუნიკაციისას ეცადეთ, რომ მოახდინოთ მისი სტიმულირება გრძნობების გამოსახატად. მაგალითად, უთხარი, რომ კვლევებზე დაზიანების ნიშნები არ არსებობს, და ჰკითხეთ, რა ემოციური დამოკიდებულება აქვს მას ამ საკითხთან დაკავშირებით.	ასეთი მიდგომით, ემოციების გამოხატვის ნახალისებაა შესაძლებელი.
გამოიკვლიეთ თუ რა გზებით უმკლავდება პაციენტი სტრესსა და ბრახს.	ამის მიხედვით, შესაძლებელია, ჰიპოქონდრიალური ქცევის თაობაზე გარკვეული დასკვნების გაკეთება.
გაიგეთ, თუ რა ანიჭებს პაციენტს სიამოვნებას და რა ჰგვრის დისკომფორტს.	ასეთი შეკითხვებით შესაძლებელია პაციენტის თვითშეფასების პროცესის დაწყება.
პაციენტის ნდობის მოპოვების შემდეგ, ეცადეთ გულწრფელად ესაუბროთ მას სტრესორების შესახებ.	მკურნალობის წარმატებისთვის მნიშვნელოვანია პაციენტისთვის კონკრეტული სტრესორების იდენტიფიცირება.
თუ პაციენტი სტრესთან გამკლავებას უარყოფის გზით ცდილობს, ეცადეთ საუბრისას გაკვირით ახსენოთ ეს ფაქტორი, თუმცა ეს არ უნდა იყოს პაციენტისთვის დისკომფორტის მომტანი.	თუ პაციენტი თქვენთან ურთიერთობაში დისკომფორტსა და სტრესს იგრძნობს ეს, უარყოფითად იმოქმედებს ექთნისა და პაციენტის თერაპიულ ურთიერთობებზე.
დაეხმარეთ პაციენტს სტრესსა და სომატურ სიმპტომებს შორის კავშირის დანახვაში.	თუ ამას პაციენტი თავად გააცნობიერებს, ეს დაეხმარება მას ამ რეალობისთვის თვალის გასწორებაში.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მეტი ისაუბროს თავისი ემოციების შესახებ და არა იმ შიშების შესახებ, რომელიც მასში ამ ემოციებს აღძრავს.	ეს დაეხმარება პაციენტს საკუთარი შიშების გაანალიზებაში.
პაციენტს მიეცით საშუალება, გაანალიზოს საკუთარი დამოკიდებულება სტრესული სიტუაციის მიმართ.	სტრესულ სიტუაციაში, პაციენტს შესაძლოა უმწეობის შეგრძნება უჩნდებოდეს და ამას ვერ აანალიზებდეს.
თითოეული მორიგეობის განმავლობაში, ერთხელ მაინც ესაუბრეთ პაციენტს.	პაციენტისადმი ინტერესის გამოხატვა, ეხმარება გრძნობებისა და ემოციების უფრო ღია გაცვლას პაციენტსა და ექთანს შორის.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ ემოციები ღიად გამოხატოს (ტირილის, ფიზიკური აქტივობის ან საუბრის გზით).	ემოციების პირდაპირი გამოხატვა, პაციენტს ფიზიკური სიმპტომების გამოვლენისგან დაცავს.
დააკვირდით პაციენტის ურთიერთობებს სხვებთან და მიეცით დადებითი უკუკავშირი სწორად წარმოებული კომუნიკაციის, მათ შორის, ნეგატიური კომუნიკაციის შესახებ.	პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ ემოციების, მათ შორის, ნეგატიური ემოციების გამოხატვა, ნორმალური მოვლენაა.

პაციენტსა და მის ახლობლებს აუხსენით თუ რა დინამიური მიმდინარეობა ახასიათებს ჰიპოქონდრიულ აშლილობას.	პაციენტის ოჯახის წევრების ცოდნამ და ქცევამ, შესაძლოა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იქონიოს პაციენტის მდგომარეობაზე გრძელვადიან პერსპექტივაში.
ოჯახის წევრებსა და სხვა ახლობლებს ესაუბრეთ პაციენტის სომატური ნიშნებით მიღებულ მეორად სარგებელზე და ამ სარგებლების მიღების უარყოფით მხარეებზე.	თუ პაციენტის გარემოცვის ყველა მხარე შესაბამისად არ გააცნობიერებს სომატიზაციის მეორადი სარგებელის მიღებასთან დაკავშირებულ უარყოფით ასპექტებს, ამ საკითხის დაძლევა მეტად გაჭირდება დაწესებულებაში.
აუცილებელია, რომ პაციენტი დარწმუნდეს, რომ ის ყურადღებას მაშინაც კი მიიქცევს, თუ სიმპტომები არ აწუხებს.	ამ ინტერვენციაში, დიდ როლს ასრულებს პაციენტის ახლობლები.
დააკვირდით პაციენტის კომუნიკაციას სხვებთან და შეაქეთ ის დამყარებული პოზიტიური და ნეგატიური სოციალური ინტერაქციების დამყარებისთვის.	პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ ყოველდღიურ სოციალურ ურთიერთობებში, შესაძლოა არსებობდეს როგორც პოზიტიური ისე ნეგატიური კომპონენტი და საკუთარი ემოციების ღიად გამოხატვა ნორმალური პროცესია.
აუხსენით ოჯახის წევრებს ჰიპოქონდრიალური დაავადების მიმდინარეობის დინამიკა, მკურნალობის გეგმა და პოსტ ჰოსპიტალური მოვლა.	მოსალოდნელია, რომ პაციენტსა და მის ახლობლებს ძალიან მცირე ინფორმაცია ჰქონდეთ დაავადების შესახებ; მათი ადეკვატური განათლება და ინფორმირება ხელს შეუწყობს მათი ქცევის შეცვლას გრძელ ვადაში და მდგრადი კლინიკური შედეგების მიღებას.
პაციენტის ოჯახის წევრებს, აუხსენით მეორეული სარგებელის არსი და იმ მოტივების რაობა, რაც მათ მიღებას უდევს საფუძვლად.	მეორეული სარგებელის შესახებ, კარგად უნდა ესმოდეს პაციენტის ახლობლებს, რათა ერთობლივად მოხდეს ამ ასპექტის შესაბამისი კონტროლი.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ ისწავლოს ყურადღების მიღება ფიზიკური სიმპტომების გარეშე.	ამაში დიდი როლი აქვთ ოჯახის წევრებს, თუ პაციენტი მუდმივად პოზიტიურ ყურადღებას იღებს ფიზიკური სიმპტომების გამო, მაშინ ამ ქცევის შეცვლა ყველა მხარის ჩართულობას საჭიროებს.
მინიმუმამდე დაიყვანეთ სარგებელის ის დოზა, რომელსაც პაციენტი იღებს თავის მიერ დასახელებული ფიზიკური სიმპტომის გამო. პაციენტს არ უნდა მიეცეს საშუალება დარჩეს ლოგინში ან თავი აარიდოს მის პასუხისმგებლობებს ფიზიკური სიმპტომების დაფიქსირების გამო.	თუ პაციენტი მისი ფიზიკური ჩივილების გამო, იმას ვერ იღებს რაც მას უნდა, მაშინ ის სიმპტომების გამოხატვის ხალისს კარგავს.
დაეხმარეთ პაციენტს, რომ მეტად ჯანსაღი ცხოვრებით იცხოვროს.	ფიზიკური აქტივობა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სტრესთან გამკლავებაში.

სენსორული და ინტელექტუალური პროცესი

როგორც სენსორული, ისე ინტელექტუალური სფერო ინტაქტურია.

კრიტიკული აზროვნება და ანალიზი

პაციენტებს ხშირად ჰგონიათ, რომ მათი ფიზიკური სიმპტომები აბსოლუტურად ფიზიკური წარმოშობისაა და სხვებს არ ესმით მათი. როგორც წესი, საკუთარ ქცევასთან დაკავშირებით, კრიტიკა არ აქვთ.

საკუთარი თავის აღქმა

ფსიქოსომატური აშლილობის დროს, ისინი საკუთარი თავის მხოლოდ ფიზიკურ ნაწილს აღიქვამენ და ნაკლებად ფიქრობენ თავისი ხასიათის თვისებების ან ქცევის შესახებ.

უხშირესად, ამ დაავადებასთან ერთად, პაციენტებს დაბალი თვითშეფასება და თავდაჯერებულობა აქვთ; ნაკლებად წარმატებულნი არიან საქმეში და საკუთარ უუნარობას, შეასრულონ ყოველდღიური საქმე, ხშირად ფიზიკურ სიმპტომებს უკავშირებენ.

როლები და ურთიერთობები

მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა წარსულში დასაქმებულნიც კი იყვნენ, როგორც წესი, არ მუშაობენ ხოლმე. სამსახურს ისინი როგორც წესი ჭარბი გაცდენების გამო კარგავენ. ვინაიდან საკუთარი ფიზიკური სიმპტომების სამედიცინო მოვლის ასპექტებით არიან მოცული, ნაკლებად ახერხებენ საკუთარი სოციალური როლის ჯეროვან შესრულებას. ისინი მეგობრებთან შეხვედრებსაც კი გაურბიან ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესების შიშით, და სოციალიზაციის ერთადერთი გზა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებაა რჩება.

ვინაიდან ოჯახის წევრებიც იღლებიან ქრონიკული ჩივილებით, პაციენტებს ხშირად ურთიერთობაც უფუჭდებათ ოჯახის წევრებთან.

სამახსოვრო 21. 1

სომატური სიმპტომების სიმძიმე

თითოეული სიმპტომი ფასდება შესაბამისი ქულით:

არ მანუხებს-0

მსუბუქად მანუხებს-1

ძალიან მანუხებს -2

1. კუჭის ტკივილი;
2. ზურგის ან წელის ტკივილი;
3. კიდურებისა და სახსრების ტკივილი;
4. მენსტრუალური ტკივილი;
5. თავის ტკივილი;
6. ტკივილი გულმკერდში;
7. თავბრუსხვევა;
8. გონების კარგვა;
9. გულის ფრიალი;
10. სუნთქვის უკმარისობა;
11. სქესობრივი კავშირის დროს ტკივილი ან სხვა პრობლემები;
12. შეკრულობა, დიარეა;
13. მოუნელებლობა, გულისრევა და შებერილობა;
14. დაღლილობა და უენერგიობა;
15. ძილის პრობლემები.

თვით მოვლის ასპექტები

ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ მიუხედავად დიაგნოზისა, ამ პაციენტის მიერ გამოთქმული ნებისმიერი ფიზიკური ჩივილი, აღქმული უნდა იყოს სერიოზულად და ადეკვატური ყურადღება უნდა ჰქონდეს დათმობილი. საყურადღებოა ისიც, რომ ფსიქოსომატური აშლილობისას, ხშირად ეს ადამიანები ცუდად იკვებებიან და ცოტა სძინავთ, რაც შესაბამის სამედიცინო ყურადღებას საჭიროებს.

მონაცემთა ანალიზი

ფსიქოსომატური აშლილობისას, ძირითადი საექთნო დიაგნოზებია:

- არაეფექტური გამკლავება;
- არაეფექტური უარყოფა;
- სოციალური ურთიერთობების მოშლა;
- შფოთვა;
- ძილის აშლილობა;
- გამოფიტვა;
- ტკივილი.

კონვერსიული დაავადების დროს, შესაძლოა საქმე გვექონდეს ინაქტიურობის სინდრომთან. მაგალითად, ფსევდონევროლოგიური სიმპტომის დროს, კიდურის პარალიზისა და მისი ხანგრძლივი უმოძრაობის გამო, შესაძლოა სახეზე გვექონდეს კიდურის განლევაც.

შედეგების იდენტიფიცირება

ფსიქოსომატური აშლილობის დროს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს შემდეგი კლინიკური გამოსავლები:

- პაციენტი ახდენს თავის სიმპტომებსა და სტრესებს შორის კავშირის იდენტიფიცირებას;
- პაციენტი ახერხებს ემოციების ვერბალურ გამოხატვას;
- პაციენტი ასრულებს რუტინას;
- პაციენტი ახერხებს სტრესთან ალტერნატიული გზებით გამკლავებას;
- პაციენტს უფრო ჯანსაღი დამოკიდებულება აქვს მოსვენებისა და რეკრეაციული აქტივობების მიმართ.

ინტერვენციები

განათლება

ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს მისი ყოველდღიური რუტინის ჩამოყალიბებაში. ამ პროცესში მრავლად იქნება წინააღმდეგობრივი ეპიზოდები; პაციენტი შესაძლოა საკუთარ უძღურებაზე აპელირებდეს და ამით ხსნიდეს თავის მიერ რუტინული აქტივობების არ შესრულებას.

პაციენტის დახმარება ემოციების გამოხატვაში

ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს დაინახოს კავშირები მის ემოციურ მდგომარეობასა და სიმპტომების გამწვავებას შორის. ამ მიზნისთვის დღიურის წარმოებაც კარგი საშუალებაა, ასე უფრო თვალსაჩინო შეიძლება იყოს ეს კორელაციები.

ძალიან მნიშვნელოვანია, ასევე ოჯახის წევრების ჩართულობაც. თუ პაციენტის ოჯახის წევრები განსაკუთრებულ ყურადღებასა და მზრუნველობას მაშინ გამოავლენენ, როცა პაციენტი ადეკვატურად ანაწილებს საქმეებს და ასრულებს მათ ადეკვატურად, ეს პაციენტს გაუღვივებს ალტერნატიული ქცევის სურვილს და გრძელ ვადაში შეცვლის მის დამოკიდებულებას.

სტრესთან გამკლავების სტრატეგიების დასწავლა

პაციენტისთვის, მნიშვნელოვანია, რომ მოახერხოს სტრესთან გამკლავების ორი ძირითადი გზის გათავისება **ემოციის დაძლევაზე ფოკუსირებული გამკლავება** და **პრობლემის დაძლევაზე ფოკუსირებული გამკლავება**. ემოციის დაძლევაზე მიმართული სტრატეგიებია: ღრმა სუნთქვა, თანდათანობითი მოდუნება, ყურადღების გადატანა და სხვა. ექთანი პაციენტს უნდა დაეხმაროს ემოციებთან გამკლავების ამ გზების ათვისებასა და გამოყენებაში.

საექთნო ინტერვენციები ფსიქოსომატური აშლილობის დროს

- **პაციენტის განათლება**

დღიური რუტინის, კვებისა და ძილის შესახებ;

- **ემოციებს გამოხატვის დასწავლა**

ემოციებსა და ფიზიკურ სიმპტომებს შორის კავშირის დანახვა;

დღიურის წარმოება;

ფიზიკური სიმპტომების შესახებ წუნუნის დროის შემცირება;

პირველადი და მეორეული სარგებლის შემცირება;

- **სტრესთან გამკლავების სტრატეგიების სწავლება**

ემოციის დაძლევაზე ფოკუსირებული გამკლავება და პრობლემის დაძლევაზე ფოკუსირებული გამკლავება.

შეფასება

ფსიქოსომატური აშლილობა, ქრონიკული მდგომარეობაა და მკურნალობასაც ხანგრძლივად საჭიროებს. თუ მკურნალობა ეფექტურია, მაშინ პაციენტი ნაკლებად ივლის ექიმთან სხვადასხვა ჩივილების გამო; ამასთან დადებითი დინამიკის შემთხვევაში, სულ უფრო ნაკლები პრობლემები უნდა ჰქონდეს მას სოციალურ ასპექტშიც, როგორც პირად, ისე სამსახურეობრივ ცხოვრებაში.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

ფსიქოსომატური აშლილობის მქონე პაციენტები, ხშირად აკითხავენ ზოგადი პროფილის კლინიკებს, ამიტომ მათი ნახვის ალბათობა იქ უფრო მაღალია, ვიდრე ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკაში.

ისევე, როგორც სხვა ფსიქიკური აშლილობისას, აქაც, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პაციენტისადმი ემპათიური დამოკიდებულება. ეს განსაკუთრებით რთულია ფსიქოსომატური აშლილობის დროს, თუმცა ეს ექთნის ერთ-ერთი მთავარი უნარია - იყოს გულსხმიერი მსგავს სიტუაციებშიც კი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოპულარიზაცია

ფსიქოსომატური აშლილობის მთავარი პრობლემა, ემოციებისა და აზრების გამოხატვის უნარის უქონლობაა. ემოციებისა და აზრების გამოხატვის ნახალისებით, მოსალოდნელია, რომ მსგავსი ტიპის პრობლემებმა უნდა იკლოს.

უკანასკნელ პერიოდში, რაც ცნობიერება შეიცვალა და ადამიანები მეტად ინფორმირებული არიან სხეულისა და გონების კავშირის შესახებ ერთმანეთთან, ნაკლებად ცდილობენ საკუთარი ემოციების შეკავებას; ამასთან ტექნოლოგიურმა წინსვლამ და ინტერნეტ სივრცის ინფორმაციაზე ადვილმა ხელმისაწვდომობამ, საშუალება მისცა პაციენტებს მეტი ინფორმაცია გაეგოთ და ნაკლები ენერჯიულათ საკუთარ სიმპტომებზე, თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, ინტერნეტში მოძიებული ინფორმაცია უფრო მეტ შფოთვას გვრის ხოლმე პაციენტს და ამის აღსანიშნავად ტერმინი კიბერქონდრიაც კი დამკვიდრდა თანამედროვე მედიცინაში.

თანამედროვე საუკეთესო პრაქტიკა

თუ წარსულში, ამოუხსნელი ტკივილების გამო, პაციენტები მკურნალობას ქრონიკული ტკივილის სპეციალისტთან გადიოდა, ახლა პაციენტი ასეთი გაუგებარი მიზეზის მქონე ტკივილის დროს, ანტიდეპრესანტებითაც გადის მკურნალობას.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

მკურნალობის საწყისს ეტაპზე, მაშინ, როცა პაციენტი არ განიხილავს არანაირ დიაგნოზს გარდა გლობალური სამედიცინო პრობლემისა და მასთან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის საკითხზე მოხდება აქცენტის გაკეთება, ის ამას, ცხადია, სიბრაზით შეხვდება. ასეთი პაციენტები, როგორც წესი, მწვავე კრიტიკით ხვდებიან ასეთ დიაგნოზს და ამბობენ, რომ არაადეკვატურ სამედიცინო ზრუნვას იღებენ.

ასეთ სიტუაციაშიც კი, ექთანი ვალდებულია შეინარჩუნოს სიმშვიდე და მიუხედავად ყველაფრისა, პაციენტის მიმართ აგრესიულად არ განეწყოს.

რა უნდა გავითვალისწინოთ ფსიქოსომატური აშლილობის მქონე ადამიანზე ზრუნვისას

- მიუხედავად ფსიქოსომატური აშლილობისა, ყველა ჯერზე პაციენტის ჯანმრთელობა სრულფასოვნად უნდა შეფასდეს.
- მოახდინეთ პაციენტის გრძნობების ვალიდაცია, თუმცა ეცადეთ ხელი შეუწყოთ მისი ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო აქტივობებში მის ჩართვას.
- გახსოვდეთ, რომ სომატური ნიშნების გამოვლენას, პაციენტი ვერ აკონტროლებს და სიმპტომების კლებისთვის, აუცილებელია გრძნობებისა და ემოციების გამოხატვის გაუმჯობესება.

შეკითხვები, კრიტიკული აზროვნების გაუმჯობესებისთვის

1. ფსიქოსომატური აშლილობის დროს, მიუხედავად ძლიერი ტკივილისა არ გამოიყენება ძლიერი ტკივილ გამაყუჩებლები, მაგალითად, ნარკოტიკები. როგორ ფიქრობთ რა ტიპის გამონწვევაა ეს ექთნისთვის და რა კომუნიკაცია შეიძლება ჰქონდეს პაციენტთან ექთანს მის პრეტენზიებზე?
2. ექთანმა გაიგონა თუ როგორ უთხრა პაციენტის დედამ მის მეგობარს: “სალომე თურმე მთელი ამ ხნის მანძილზე მატყუებდა, თურმე არაფერი არ სჭირს მას!”. რა უნდა იყოს ექთნის მოქმედება ამ დროს?
3. დედამ რომელსაც მიუნჰაუზენის სინდრომი აქვს, შვილს მისცა მედიკამენტი, რომელმაც ძლიერი ალერგიული რეაქცია გამოიწვია. საჭიროა ამ ქალის მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზნებიდან გამომდინარე? საჭიროა ამ ქალის დევნა სამართალ დამცველების მიერ? რატომ?

ძირითადი საკითხები

- სომატიზაცია ფსიქიკური პრობლემების ფიზიკურ სიმპტომებად გადაქცევას გულისხმობს.
- სომატური ჩივილებით მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელია ფიზიკური სიმპტომები, რომელიც მნიშვნელოვანი კლინიკური პრობლემის არსებობას გვაფიქრებინებს, თუმცა კვლევების შედეგად რაიმე სახის ორგანული მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხდება. ამ მდგომარეობის ჩამრთველი და შემანარჩუნებელი ფაქტორებია ფსიქოლოგიური ფაქტორები და კონფლიქტები; ამ დროს პაციენტს სიმპტომების ცნობიერი კონტროლი არ შეუძლია.
- სომატური ჩივილებით მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობებია: ფსიქოსომატური აშლილობა, კონვერსიული დაავადება, ავადობის შფოთვისითი აშლილობა და ფსიქოგენური ტკივილი.
- სიმულაციისას ადამიანი მოელის დამატებითი სარგებელს ყურადღებისა და სხვა უპირატესობების ხარჯზე.
- წარმოსახვითი ავადმყოფობის სინდრომის დროს, ადამიანები ან იგონებენ ან ნაწილობრივ ამძიმებენ სიმპტომებს. ამ დროს პაციენტის ძირითადი ამოცანა ყურადღების ცენტრში მოხვედრაა.
- ფსიქოსომატური აშლილობის დროს ინტერნალიზაცია და სომატიზაცია სტრესთან გამკლავების ძირითადი საშუალებებია.
- სომატური აშლილობის მქონე ადამიანები, სტრესთან გამკლავებას ძირითადად სომატიზაციით ახერხებენ.
- სომატიზაციის დროს, ექთნის ძირითადი ამოცანაა, პაციენტს ემოციების გამოხატვა სომატური სიმპტომების გარეშე ასწავლოს.
- სომატური აშლილობის მქონე პაციენტებს, მდგომარეობის დაძლევაში, მოდუნების სხვადასხვა მეთოდების სწავლა შეეძლება.

- სომატიზაციის დროს, პაციენტი რეალურად გრძნობს სიმპტომებს, ამიტომ ექთანმა მასთან შესაბამისი დამოკიდებულება უნდა იქონიოს.
- სომატიზაცია, ქრონიკული, მორეციდივე დაავადებაა და მის მკურნალობას დიდი დრო სჭირდება.
- ექთანი რომელიც სომატიზაციის მქონე პაციენტზე ზრუნავს, აუცილებელია მოთმინებითა და ზრუნვით ეპყრობოდეს პაციენტს.

წყდრმები:

1. Allen, L. A., Wollfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 579-593.
2. Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113-118.
3. Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2010). *Introductory textbook of psychiatry* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
4. Escobar, J. I. (2009). Somatoform disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1927-1948). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
5. Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., et al. (2008). Frequent attenders in primary care: Impact of medical, psychiatric, and psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 306-314.
6. Harding, K. J., Skritskaya, N., Doherty, E., et al. (2008). Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 311-317. Lewis-Fernandez, R., Guarnaccia, P. J., Ruiz, P. (2009). Culturebound syndromes. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2159-2538). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
7. Ninivaggi, F. J. (2009). Malingering. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 2479-2490). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
8. Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
9. Viogt, K., et al. (2010). Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnosis and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 413-414.

თაზი 22

ნეიროგანვიტარების დარღვევები

ამ თავში განხილულია:

1. აუტიზმის სპექტრისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის განვითარების რისკ-ფაქტორები და ოჯახური ცხოვრების თავისებურებები;
2. საექთნო პროცესი აუტიზმის სპექტრისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ბავშვების, მოზარდებისა და მოზრდილების მოვლის დროს;
3. აუტიზმის სპექტრისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ადამიანების მოვლისა და ქცევის თავისებურებების შესახებ ოჯახის წევრებისა და სასწავლო დაწესებულებების პირთა განათლება;
4. ექთანი, როგორც აუტიზმის სპექტრისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე პირთა ადვოკატი;
5. საკუთარი გრძნობების ანალიზი აუტიზმის სპექტრისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე პირთა მიმართ.

ფსიქიკური პრობლემების შესახებ დიაგნოზის დასმა ბავშვებში დიდ სირთულეებთან არის დაკავშირებული. ბავშვებს არ შეუძლიათ აბსტრაქტული აზროვნება და არც ვერბალური უნარები აქვთ განვითარებული ისე, რომ საკუთარი ემოციებისა და აზრების გადმოცემა სრულფასოვნად შეძლონ.

ამ თავში დეტალურად იქნება განხილული განვითარების ის დარღვევები, რომელთა დიაგნოზი, როგორც წესი, ბავშვობაში ან მოზარდობის პერიოდში ისმება.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობები

აუტისტური სპექტრის დარღვევები არის ახალი ტერმინი, რომლითაც აღინიშნება დაავადებათა ის ჯგუფი, რომელიც ადრე განვითარების ზოგად აშლილობებში შედიოდა. ის ხასიათდება ორმხრივი სოციალური ურთიერთობების დეფიციტით, კომუნიკაციის დარღვევებით და ასევე სტერეოტიპული აქტივობებით. აუტისტური დაავადება, იგივე აუტიზმი, უფრო ხშირია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. მისი დიაგნოზი 18 თვიდან 3 წლამდე ასაკში ისმება. აუტისტი ბავშვები ნაკლებად გამოხატავენ ემოციებს და მშობლებთან ან თანატოლებთან ნაკლებად ან საერთოდ არ ამყარებენ მზერით და ვერბალურ კონტაქტს, შეზღუდული აქვთ სხეულის ენაც. მათთვის დამახასიათებელია **სტერეოტიპული** მოძრაობები, მაგალითად, ხელებისა და თავის მონოტონური მოძრაობის სახით. შემთხვევათა უმრავლესობაში ეს მდგომარეობა, ჯერ კიდევ ჩვილობაში იწყება, თუმცა არსებობს გვიანი დაწყების შემთხვევებიც, როცა ბავშვი 2-3 წლამდე ნორმალურად ვითარდებოდა, ხოლო შემდეგ რეგრესირებს და ვითარდება ზემოთ აღწერილი სიმპტომები.

რიგ შემთხვევებში აუტისტური სიმპტომები შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაუმჯობეს-

დეს, როდესაც ბავშვებს ვერბალური კომუნიკაციის უნარები უვითარდებათ და მეტ კონტაქტს ამყარებენ გარემოსთან, თუმცა მოზარდობის პერიოდში, ჰორმონალური ფონის ცვლილების დროს, მდგომარეობა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაუარესდეს.

აუტიზმის ნიშნები ცხოვრების განმავლობაში რჩება და ამიტომ აუტისტი ადამიანები, გარკვეულწილად, სხვაზე დამოკიდებულნი ხდებიან. ისინი ადეკვატური სოციალური უნარების განვითარებას ვერ ახერხებენ და ამიტომ ნაკლებად გამოსდით ოჯახის შექმნა და შვილების ყოლა. მოზრდილობისას მათ შესაძლოა ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის ან შიზოიდური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზიც კი დაესვათ.

1970-იან წლებამდე, აუტისტური სპექტრის აშლილობების მქონე პირთა მკურნალობა სრულ იზოლაციაში მიმდინარეობდა, თუმცა თანამედროვე მიდგომებით, ინტენსიური მკურნალობა, მხოლოდ გამწვავებების დროს ხდება ხოლმე საჭირო, დანარჩენ შემთხვევებში, მკურნალობა თემში მიმდინარეობს.

აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვების მკურნალობის ძირითადი მიზანი, მეტყველები-სა და გონებრივი შესაძლებლობების განვითარებაა. თუ ემოციებისა და აგრესიის დონე მაღალია, მკურნალობაში შესაძლოა ჰალოპეროდოლი ან რისპერიდონი ჩაირთოს.

დაკავშირებული მდგომარეობები

ტიკური აშლილობა, არის უმიზნო, სტერეოტიპული და განმეორებადი, შეტევის მაგვარი, არარიტმული უნებლიე მოძრაობები. ტიკის შეკავება შესაძლებელია, მაგრამ არა უსასრულოდ.

სტრესის დროს ტიკი ძლიერდება, ხოლო ძილის ან სხვა აქტივობაზე კონცენტრირების დროს ის რადიკალურად იკლებს. ტიკები შესაძლოა იყოს მარტივი მოტორული, მარტივი ვოკალური, რთული მოტორული და რთული ვოკალური სახის. მარტივი მოტორული ტიკების მაგალითებია: თვალების ხამხამი, კისრის მოძრაობა, მხრების აჩეჩვა, გრიმასები და ხველა. მარტივი ვოკალური ტიკების მაგალითებია: ჩახველება, ცხვირის სრუტუნი, ფრუტუნი, ღრუტუნი და სხვა. რთული ვოკალური ტიკების მაგალითებია: კოპროლალია – სოციალურად მიუღებელი სიტყვების გამოყენება, პალილალია – საკუთარი ნათქვამის გამეორება, ექოლალია – ბოლოს გაგონილი ხმის, სიტყვის ან ბგერის გამეორება. კომპლექსური მოტორული ტიკებია: ხტომა, საგნების ხელის შეხება და მათი ყნოსვა.

ტიკების ფარმაკოლოგიური მართვისთვის ატიპიური ანტიფსიქოზური საშუალებები გამოიყენება (რისპერიდონი, ოლანზაპინი), მაგრამ ნებისმიერ შემთხვევაში, ტიკური აშლილობისას, აუცილებელია, პაციენტს საკმარისად ეძინოს და ფლობდეს სტრესის მართვის საშუალებებს, ვინაიდან როგორც სტრესი, ისე უძილობა აუარესებს ტიკს.

ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის დროს, პაციენტებს რამდენიმე სახის მოტორული და ვოკალური ტიკი აღენიშნება. ამის გამო, პაციენტებს აქვთ ძლიერი სირცხვილის გრძნობა და ყველანაირად ცდილობენ თავი აარიდონ სოციუმში გამოჩენას, რის გამოც პრობლემები აქვთ როგორც აკადემიურ, ისე პროფესიულ საქმიანობაში.

ეს საკმაოდ იშვიათი მდგომარეობა, უფრო ხშირია ბიჭებში და მისი იდენტიფიცირება 7 წლის ასაკის შემდეგ ხდება. სიმპტომები შესაძლოა გაქრეს ადრეული მოწიფულობის მერე ან შენარჩუნდეს მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

ქრონიკული მოტორული ან ტიკური აშლილობა

ქრონიკული მოტორული ან ტიკური აშლილობა, განსხვავდება ჟილ დე ლა ტურეტის დაავადებისგან მისი მიმდინარეობის თავისებურებით. ქრონიკული მოტორული ან ტიკური აშლილობისას, პაციენტს აქვს ან მოტორული ან ვოკალური ტიკი, მაგრამ არა ორივე ერთად.

გარდამავალი ტიკური აშლილობის დროს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს როგორც მოტორული, ისე ვოკალური ტიკები, თუმცა მათი ხანგრძლივობა 1 წელს არ აჭარბებს.

დასწავლის დარღვევები

დასწავლის დარღვევები დაკავშირებულია სასკოლო ჩვევების, კერძოდ, წერის, კითხვისა და არითმეტიკული უნარების განვითარებასთან დაკავშირებულ სირთულეებთან. არითმეტიკის შესწავლის პრობლემები, შესაძლოა მეხუთე კლასამდე ვერ იდენტიფიცირდეს, თუმცა წერისა და კითხვის დასწავლის პრობლემები უფრო ადრეულ ასაკშიც შეიმჩნევა. რაც უფრო ადრეულ ასაკში ხდება შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა და რეაბილიტაცია, მით უკეთესი კლინიკური გამოსავალი დგება პაციენტისთვის. მსგავსი პრობლემების მქონე ბავშვებისთვის მათზე მორგებული სასწავლო პროგრამების ხელმისაწვდომობა გარანტირებული უნდა იყოს.

მოტორული უნარების აშლილობა

მოტორული უნარების აშლილობის დიაგნოზი, როგორც წესი, რომელიმე სხვა ტიპის აშლილობასთან ერთად გვხვდება ხოლმე. მისი არსებობის შემთხვევაში, შესაძლოა პაციენტს ჰქონდეს მარტივი მოტორული ფუნქციების განხორციელების პრობლემა (ხოხვა, სიარული, თამაში). მოტორული უნარების განვითარების პრობლემები, უპირატესად კომუნიკაციის უნარების პრობლემებთან ერთად გვხვდება, ამიტომ ასეთ ბავშვებს მათზე მორგებული, ადაპტირებული პროგრამებით ასწავლიან და ცდილობენ, დეფიციტური ფუნქციები განუვითარონ.

კომუნიკაციის დარღვევები

კომუნიკაციის დარღვევები – ენისა და მეტყველების განვითარების აშლილობის არსებობას გულისხმობს. არსებობს დარღვევათა სამი ძირითადი ტიპი. პირველ შემთხვევაში, ბავშვს შესაძლოა ჰქონდეს **ფონოლოგიური აშლილობა** (საუბრისას ბგერების გამოყენების სიზუსტე ბავშვის მენტალურ ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით დაბალია). დანარჩენი ორი ფორმაა: ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა და რეცეპციულ-ექსპრესიული მეტყველების განვითარების აშლილობა. ექსპრესიული მეტყველების აშლილობის დროს ბავშვის სასაუბრო ენა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება გონებრივ ასაკს, მაგრამ თვით მეტყველების დონე დამაკმაყოფილებელია. ამ დროს ბავშვს უჭირს ახალი სიტყვების დასწავლა, მაგრამ რეცეპციულ-ექსპრესიული აშლილობისას, ბავშვი მიწოდებულ ინფორმაციას ვერც იგებს და ვერბალურადაც ვერ გადმოსცემს. აღნიშნული მდგომარეობები, შესაძლოა იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი, მაგალითად, ტრავმის შედეგად.

როგორც უკვე აღინიშნა, ფონოლოგიური აშლილობის დროს, ბავშვს ბგერების სწორად გამოთქმა უჭირს. მაგრამ ენაბორძიკისას (ენის დაბმა) პრობლემაა როგორც საუბ-

რის გამართულობა, ისე მისი მიმდინარეობა დროში. როგორც ენის დაბმა, ისე ფონოლოგიური აშლილობა, ოჯახური დაავადება და უმეტესწილად ბიჭებში გვხვდება.

კომუნიკაციური აშლილობისას მკურნალობა ტარდება მეტყველების თერაპევტის მიერ, მშობლებისა და ოჯახის წევრების აქტიური მონაწილეობით.

ელიმინაციური აშლილობა

ენკოპრეზი არის უადგილო დეფეკაცია 4 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებში. დეფეკაციის აქტი შესაძლოა იყოს როგორც ნებითი, ისე უნებლიე. უნებლიე ენკოპრეზი, როგორც წესი, დაკავშირებულია შეკრულობასთან, ხოლო ნებითი ენკოპრეზი ქცევით აშლილობასთან.

ენურეზი არის შარდვის განმეორებადი შეუკავებლობა 5 წელზე უფროს ბავშვებში, ანუ იმ ასაკში, როდესაც ბავშვს კონტროლის უნარი გამომუშავებული უნდა ჰქონდეს. შეიძლება აღინიშნებოდეს დღის ან ღამის განმავლობაში. როგორც წესი, ენურეზი უნებლიეა, ხოლო თუ ნებითია, მაშინ ის დესტრუქციულ ქცევით აშლილობასთან არის ხოლმე დაკავშირებული. ენურეზის მქონე ბავშვთა 75%-ს, ასევე ენურეზის მქონე პირველი რიგის ნათესავი ჰყავს და შემთხვევათა უმრავლესობაში, ეს აშლილობა არ არის დაკავშირებული რომელიმე სხვა ფსიქიკურ აშლილობასთან.

როგორც ენურეზი, ისე ენკოპრეზი უხშირესად ბიჭებში გვხვდება. ზოგადი პოპულაციის 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში – 1%-ს ენკოპრეზი, ხოლო 5%-ს ენურეზი აქვს, თუმცა შემთხვევათა მხოლოდ 1 %-ში გრძელდება ის მოზრდილობაშიც.

საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია მკურნალობა იმიპრამინით, რომლის გვერდითი მოვლენა სწორედ შარდის შეკავებაა, მაგრამ თუ ელიმინაციური აშლილობა დაკავშირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემასთან, მაშინ ძირითადი პრობლემის მკურნალობა კრიტიკულად აუცილებელია.

ყურადღების დეფიციტი და ჰიპერაქტიურობით მიმდინარე აშლილობა

ყურადღების დეფიციტი და ჰიპერაქტიურობით მიმდინარე აშლილობა ქრონიკული მდგომარეობაა, რომელიც ხასიათდება ყურადღების კონცენტრირების უნარის დაქვეითებით, ჰიპერაქტიური და იმპულსური ქცევით. იგი უფრო ხშირად ბიჭებში გვხვდება და მიმართვიანობით ფსიქიკურ პრობლემებს შორის ერთ-ერთი პირველია.

დადგენილია, რომ ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი, სკოლის ასაკის ბავშვების 5.2%-ში გვხვდება. ზოგად პოპულაციაში ვაჟების გოგონებთან თანაფარდობა 3:1, ხოლო კლინიკურ გარემოში 9:1 არის. დაავადებულ გოგონებსა და ბიჭებში ქცევა შესაძლოა განსხვავდებოდეს – მაგალითად, ბიჭებში უფრო ჰიპერაქტიურობის ნიშნები, ხოლო გოგონებს უყურადღებობა აქვთ.

აუცილებელია, რომ დიაგნოსტიკის პროცესში შესაბამისი პერსონალი იყოს ჩართული (ბავშვთა ნევროლოგი ან ბავშვთა ფსიქიატრი) რაც მინიმუმამდე დაიყვანს არასწორი დიაგნოსტიკის რისკს.

სწორი მკურნალობისთვის, ასევე აუცილებელია ოკა-ს, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის სწორი დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.



ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი

წყარო: <https://www.additudemag.com/cognitive-behavioral-therapy-for-adhd/>

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

მიუხედავად იმისა, რომ დაავადება შესაძლოა ადრეულ ბავშვობაში დაიწყოს, დიაგნოზი სკოლამდელ ან სკოლის ასაკში დგინდება. მშობლები ასეთ ბავშვებს აღწერენ როგორც მოუსვენარ და ცელქ ბავშვებს, რომლებიც ზოგჯერ ამსხვრევენ სათამაშოებს, დახტიან და დაძვრებიან ავეჯზე, ცქმუტავენ და უჭირთ მოუსმინონ ზღაპარს. სკოლამდელ და სკოლის ასაკში ეს ქცევა უფრო თვალსაჩინო ხდება, ბავშვები გაკვეთილზე ჯდომას ვერ ახერხებენ და ჰიპერაქტიური ქცევით ხელს უშლიან სასწავლო პროცესს. მათ ადვილად ეფანტებათ გონება, დიდხანს ვერ ჩერდებიან მათთვის გამოყოფილ ადგილზე, ხმაურობენ. ბავშვზე ნორმალური გარემოს ხმაური, როგორცაა ხველა, გამფანტველ ზემოქმედებას ახდენს. მას უჭირს ინსტრუქციების შესრულება. ბავშვი კითხვების დასრულებამდე აწყვეტინებს მასწავლებელს და პასუხობს. იგი სიჩქარისა და უყურადღებობის გამო სასკოლო დავალებებში ბევრ შეცდომას უშვებს ან ავინყდება მათი შესრულება, რის გამოც აკადემიური პროგრესის მიღწევას ცუდად ან საერთოდ ვერ ახერხებს.

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობით მიმდინარე აშლილობის მქონე ბავშვები ქცევის გამო ხშირად გარიყულები არიან და ვერ ახერხებენ მეგობრების გაჩენას. მათთან ურთიერთობა უჭირთ როგორც ბავშვებს, ისე მასწავლებლებსაც.

შემთხვევათა 70%-ში ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი მოზრდილობაშიც გრძელდება და ვლინდება, როგორც სხვადასხვა ტიპის პრობლემა (ხშირი ჯარიმები, არამყარი და ხანმოკლე ურთიერთობები, სარისკო ქცევები, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების გამოყენება და სხვა). ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის მქონე ადამიანებში ხშირია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა აშლილობებიც (დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა და სხვა), რომელთაგან ალკოჰოლიზმი უხშირესია.

ეტიოლოგია

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის ეტიოლოგიური წარმოშობის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს. დადგენილია, რომ ამ სინდრომის მქონე პირებს შესუსტებული აქვთ მეტაბოლური პროცესები შუბლის წილის ქერქში, რადიოლოგიურად, თვალსაჩინოა ამ არეში სისხლის მიმოქცევის დეფიციტი და მოზრდილებში ატროფიაც კი.

ამ დაავადებაში სავარაუდოდ არსებობს გენეტიკური კომპონენტიც, რომელიც კატექოლამინებისა და სეროტონინის არაადეკვატურ მეტაბოლიზმში გამოიხატება.

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობით მიმდინარე აშლილობა შესაძლოა განვითარდეს სპორადულადაც, რაც ამ დაავადების განვითარების მულტიფაქტორულ ბუნებაზე მიუთითებს.

კულტურული თავისებურებები

აღნიშნული აშლილობის მკურნალობასთან დაკავშირებით სხვადასხვა კულტურებში განსხვავებული მიდგომებია. კავკასიური წარმოშობის პოპულაციაში, უფრო მეტად ენდობიან მდგომარეობის ფარმაკოლოგიურ მართვას, ხოლო აფრო-ამერიკულ და ლათინურ კულტურებში – ქცევით თერაპიას.

მკურნალობა

ამ დროისთვის, მკურნალობის ცალსახა და სრულად წარმატებული მეთოდი არ არსებობს. ზოგადი მართვის თვალსაზრისით, სპეციალისტები შაქრის დაბალი შემცველობის საკვებსა და მაღალი დოზებით ვიტამინოთერაპიას უწევენ რეკომენდაციას. ამავე დროს, მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ დაავადება ქრონიკულია და მკურნალობის მიზანია სიმპტომების მართვა, ჰიპერაქტიურობისა და იმპულსურობის შემცირება, და ბავშვისთვის ყურადღების მიქცევა იმგვარად, რომ მან ნორმალური ზრდა და განვითარება შეძლოს.

ყველაზე ეფექტური მკურნალობაა, როდესაც ფარმაკოთერაპიას თან ერთვის ქცევითი, ფსიქოსოციალური და საგანმანათლებლო ჩარევები.

ფარმაკოთერაპია

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობისას, ძირითადი ამოცანა ყურადღების კონცენტრირებაში დახმარება და იმპულსურობის შემცირებაა. ამ მიზნისთვის, უხშირესად გამოიყენება მეთილფენიდატისა და ამფეტამინის კომბინაცია. შემთხვევათა 70-80%-ში ეს მედიკამენტები ეხმარება ბავშვებს ყურადღების კონცენტრირებასა და იმპულსური და აგრესიული ქცევის მართვაში.

ამ წამლებით მკურნალობის უხშირესი გვერდითი მოვლენა უძილობა, უმადობა, წონის კლება ან წონის მატების შეფერხებაა.

უძილობის გვერდითი მოვლენის დაძლევა, შესაძლებელია მედიკამენტის დილის საათებში დანიშვნით. ამასთან კვების რეჟიმისა და კალორაჟის კონტროლით შესაძლებელია ზრდასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევა.

მიუხედავად განხორციელებული ზომებისა, სტიმულანტებით მკურნალობა მრავალ გვერდით მოვლენასთანაა დაკავშირებული. ანტიდეპრესანტები მეორე რიგის არჩევის პრეპარატებია (იხ. თავი 2). ატომოქსეტინი სწორედ ამ დაავადების სამკურნალოდ შექმ-

ნილი არამასტიმულირებელი მედიკამენტი, თუმცა ამ შემთხვევაშიც გვერდითი მოვლენების ადეკვატური მართვა ძალზე მნიშვნელოვანია.

სტრატეგია სკოლასა და სახლში

მედიკამენტების მიღება ბავშვის გამოჯანმრთელების გარანტია არ არის; მკურნალობის მიუხედავად შესაძლებელია ბავშვს მაინც უჭირდეს სკოლაში სწავლა და მეგობრების გაჩენა. რეალური შედეგის მისაღწევად აუცილებელია მკურნალობაში ჩართული იყოს ქცევითი თერაპია. ამასთან ერთად კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მშობლების განათლება დაავადების შესახებ და მათ მიერ ბავშვის მდგომარეობის შესაბამისი აღმზრდელობითი ქცევა. ასეთებია თანმიმდევრული ურთიერთობა ბავშვთან; წახალისების, შექებისა და ტაიმაუტების, ქცევის შეფასების ცხრილების ინსტრუმენტების ადეკვატური გამოყენება.

მკურნალობის დროს რეკომენდირებულია **თერაპიული თამაშის** გამოყენება. რა დროსაც კომუნიკაცია მიმართულია ბავშვის აზრებისა და ემოციების გაგებაზე. თერაპიის ეს მიდგომა არ უნდა იყოს აღრეული თამაშის თერაპიასთან რომელსაც ფსიქიატრები აქტიურად იყენებენ სხვადასხვა მდგომარეობების დროს. სხვადასხვა მიზნისთვის დასაშვებია თამაშის სხვადასხვა სახეობის გამოყენება. მაგალითად, თუ ჩვენ გვინდა რომ ბავშვს დავეხმაროთ ემოციების გამოხატვაში უმჯობესია თუ მათ შევთავაზებთ ექსპრესიულ თამაშებს: ხატვას, ძერწვას და სხვა თვითგამოხატვის საშუალებებს. ასეთი თამაშები ბავშვებს, რომლებსაც საკუთარი ემოციების ვერბალურად გამოხატვა უჭირთ, ემოციების ექსპრესიაში ეხმარება. თერაპიული თამაშის კიდევ ერთი სახეობაა დრამატული თამაში, რომლის დროსაც ბავშვი ირგებს იმ როლს რომლისაც ეშინია, მაგალითად, იკეთებს ფონენდოსკოპს და თამაშობს ექიმობანას.

საექთნო პროცესი ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს

შეფასება

პირველადი შეფასების დროს ექთანი ახდენს ინფორმაციის შეგროვებას დაკვირვების გზით და ასევე მშობლების გამოკითხვით. ამასთან, ინფორმაციის მნიშვნელოვანი წყარო შესაძლებელია გახდნენ როგორც მასწავლებლები, ასევე თანაკლასელები.

ისტორია

მშობლები შესაძლებელია აღნიშნავდნენ რომ ჩვილობისა და ბალამდელი ასაკის განმავლობაში ბავშვი მოუსვენრობით გამოირჩეოდა. თუმცა, შესაძლებელია, არსებობდეს შემთხვევები, როდესაც მშობლები პრობლემურ ქცევას ბალის ასაკამდე ვერ ამჩნევდნენ.

როგორც წესი, მშობლები ბავშვის ქცევას უკიდურესად პრობლემურად და ხშირად საშიშადაც კი აფასებენ. მშობლები აღნიშნავენ რომ მათ არაერთხელ სცადეს ბავშვის ქცევის გამოსწორება.

ზოგადი მოტორული ფუნქციები და მდგომარეობა

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს, ბავშვები მოუსვენრები არიან. ისინი ერთ ადგილას ან ერთ პოზაში დიდხანს ვერ ჩერდებიან. მიუხედა-

ვად იმისა, რომ მეტყველების ფუნქცია მოშლილი არ არის, მათთან ნორმალური საუბრის წარმართვა რთულია; ისინი მოსაუბრეს შეკითხვის დასრულების საშუალებას არ აძლევენ და პასუხობენ მანამ, სანამ შეკითხვის შინაარსს გაიგებენ.

ხასიათი და აფექტი

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს ბავშვები გამოირჩევიან ემოციური ლაბილობით. მაგალითად, ბავშვის ყურადღების კონცენტრირების მცდელობამ ერთ საგანზე შესაძლოა გამოიწვიოს ბავშვის გაღიზიანება და სიბრაზე.

საექთნო ინტერვენციები ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს უზრუნველყავით ბავშვისა და გარშემომყოფთა უსაფრთხოება

- ბავშვს შეანყვეთინეთ საფრთხის შემცველი მოქმედება;
- უზრუნველყავით ბავშვის ზედამხედველობა;
- მიეცით მას კარგად გასაგები მითითებები და დაუდგინეთ საზღვრები ქცევასთან მიმართებით.

ბავშვის ქცევის გაუმჯობესების ხელშეწყობა

- სასურველი ქცევის შემთხვევაში მიეცით ბავშვს პოზიტიური უკუკავშირი;
- მისთვის რთულად შესასრულებელი ამოცანები დაყავით რამდენიმე ამოცანად;
- უზრუნველყავით ბავშვის ყურადღების მიპყრობა ერთ კონკრეტულ ამოცანაზე;
- მიეცით ბავშვს შესვენების საშუალება.

ბავშვს უნდა ჰქონდეს კარგად სტრუქტურირებული დღიური რუტინა

- შეადგინეთ დღის განრიგი;
- გარდაუვალი აუცილებლობის გარდა, ეცადეთ არ შეიტანოთ ცვლილებები განრიგში;

პაციენტის ოჯახის მხარდაჭერა

- ყური უგდეთ პაციენტის ოჯახის მოთხოვნებსა და ემოციებს.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

აზროვნების პრობლემები ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს კლინიკური პრობლემას არ წარმოადგენს.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

როგორც წესი, ამ სინდრომის მქონე ბავშვებში სენსორული სფეროს პრობლემები არ არის. თუმცა, მნიშვნელოვანი კლინიკური პრობლემაა ყურადღების კონცენტრირება. ერთ საგანზე კონცენტრირება შესაძლოა მხოლოდ 2-3 წამით ან მსუბუქ შემთხვევებში 2-3 წუთით შეძლონ. ინტელექტუალური პროცესის შეფასება რთულია, რაც კვლავ შეკითხვაზე კონცენტრირების პრობლემითაა განპირობებული.

კრიტიკული აზროვნების უნარი

კრიტიკული აზროვნების უნარი მკვეთრად ჩამორჩება ასაკისათვის დამახასიათებელ საშუალო ნორმას. ბავშვები ვერ ხვდებიან საკუთარი ძალიან მაღალი რისკის ქცევის შედეგებს და იმ სირთულეებს, რომელთა წინაშეც სხვას აყენებენ საკუთარი ქცევის გამო.

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ბავშვი შესაძლოა ძალიან ნუხდეს რომ მეგობრები არ ჰყავს, მაგრამ ამას საკუთარ ქცევას ვერ უკავშირებდეს.

საკუთარ თავზე წარმოდგენა

ამის შეფასება საკმაოდ რთულია პატარა ბავშვებში, მაგრამ, როგორც წესი, ჰიპერაქტიულობისა და ყურადღების დეფიციტის დროს, ბავშვების თვითშეფასება საკმაოდ დაბალია. ეს დაკავშირებულია მათ პრობლემებთან ურთიერთობებში, რის გამოც ისინი ხშირად თავს მართოსულად გრძნობენ.

როლები და ურთიერთობები

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს ბავშვებს პრობლემები აქვთ როგორც სოციალური ისე აკადემიურ მოსწრებაში. დიაგნოზის დადგენამდე მშობლებს შესაძლოა ეგონოთ რომ მათი შვილი მიზანმიმართულად იქცევა ცუდად. ბავშვები ხშირად კარგავენ თავს და შესაძლოა ფიზიკურ ძალადობაზე გადავიდნენ. ასეთი რთული ქცევის გამო როგორც მშობლები და მასწავლებლები უკიდურესად ფრუსტრირებული არიან მენტალურად, ფიზიკურად ამ ბავშვებთან ურთიერთობაში.

საკუთარ თავზე ზრუნვის თავისებურებები

იმის გამო რომ ამ ბავშვებს ყურადღების კონცენტრირება უჭირთ, მათ პრობლემები აქვთ ჭამის პროცესშიც. რის გამოც ისინი სუსტები და გამხდრები არიან. თავიანთი არაკონტროლირებადი ქცევის გამო ხშირია ტრავმატიზმიც.

მონაცემთა ანალიზი და მკურნალობის დაგეგმვა

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის დროს საექთნო დიაგნოზებია:

- დაზიანების რისკი;
- სოციალური როლის არაეფექტური შესრულება;
- სოციალური ურთიერთობების პრობლემები;
- ოჯახური პრობლემები.

შედეგების იდენტიფიცირება

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობის შესაძლო შედეგებია:

- ტრავმატიზმიც თავიდან აცილება;
- სხვების სივრცეში შეჭრის პრევენცია;
- ასაკის შესაბამისი სოციალური უნარები;
- ამოცანების ბოლომდე დასრულება;
- მითითებების შესრულება.

ინტერვენციები

ამ თავში აღწერილი ინტერვენციები, შესაძლოა სხვადასხვა სიტუაციაში იქნას გამოყენებული.

უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

ისევე როგორც ყველასთვის, ბავშვისთვისაც უსაფრთხოება ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია.

თუ ბავშვი მაღალი რისკის შემცველი ქცევით გამოირჩევა, ინციდენტის დასრულების შემდეგ მშობელი უნდა გაესაუბროს მას. საუბრის ტონი არ უნდა იყოს დამამცირებელი ან დამსჯელობითი. კომუნიკაცია უნდა იყოს მოკლე და გასაგები.

სოციალური როლის შესრულების გაუმჯობესება

სოციალური როლის გაუმჯობესებისთვის, უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია პოზიტიური უკუკავშირი. ამ დროს ბავშვს თავადაც უჩნდება კმაყოფილების შეგრძნება, რაც მისი შემდგომი სასურველი ქცევის ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს.

მიცემული ინსტრუქციის გამარტივება

ინსტრუქტაჟის გამარტივება ეხმარება ბავშვს საფუძვლიანად გაიგოს და შემდგომ შეასრულოს დავალება. მაგალითად, თუ ბავშვს 25 მაგალითი აქვს, უმჯობესია, თუ ის ჯერ 5 მაგალითს შეასრულებს, შემდეგ ისევ 5-ს და ასე შემდეგ. იმ დავალებების შესრულებისას, რომელიც ბავშვის ჯდომას მოითხოვს, უმჯობესია, თუ ბავშვს შესვენების და გავლა გამოსვლის საშუალება მიეცემა შუალედებში.

უფროსებმა უნდა უზრუნველყონ კომპლექსური დავალებების მარტივ კომპონენტებად დაშლა. მაგალითად, თუ ბავშვმა ოთახი უნდა დააღაგოს, უმჯობესია თუ ეტყვიან, რომ ჯერ აიღოს ჭუჭყიანი ტანსაცმელი და სარეცხის ურნაში ჩააგდოს, შემდეგ ააღაგოს სანოლი და სხვა.

სტრუქტურირებული დღიური რუტინა

უმჯობესია, თუ ბავშვს წინასწარ ეცოდინება, თუ რის შემდეგ რა უნდა გააკეთოს. ასევე სასურველია, რომ წინასწარ განსაზღვრულ რუტინაში ცვლილებები ნაკლებად შევიდეს ხოლმე. ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ბავშვებს ისედაც უჭირთ ადაპტირება, ამიტომ მოულოდნელი ცვლილებების დროს მათი ქცევა უარესდება.

<p>საექთნო მოვლის გეგმა ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის დროს სოციალური როლის არაეფექტური შესრულება: ქცევა, რომელიც გარემოს ნორმების, მოლოდინებისა და კონტექსტის შეუსაბამოა</p>	
<p>შეფასების შედეგად მიღებული შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ყურადღების დეფიციტი; ● გონების გაფანტულობა; ● ხასიათის ლაბილურობა; ● ფრუსტრაციისადმი დაბალი ტოლერანტობა; ● დავალებების შესრულების უუნარობა; ● მოსვენებით მდგომარეობაში ყოფნის უუნარობა; ● ინსტრუქციების შესრულების უუნარობა. 	<p>მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი ასრულებს დავალებას; ● პაციენტი ავლენს სოციალურ უნარებს; ● მონაწილეობს სასწავლო პროცესში; ● ოჯახის წევრებთან აქვს ნორმალური ურთიერთობა; ● საკუთარ თავზე საუბრობს პოზიტიურ კონტექსტში; ● ამყარებს პოზიტიურ ურთიერთობებს ოჯახის გარეთ.
<p>იმპლემენტაცია საექთნო ინტერვენციები</p>	
<p>ინტერვენცია</p>	<p>მიზები, შინაარსი</p>

ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებიც აუარესებს ან აუმჯობესებს პაციენტის ქცევას.	სასურველია მოხდეს იმ ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანა, რომელიც ალიზიანებს პაციენტს.
გონების გამფანტველი ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანა და მათთან თანდათანობით ადაპტირება.	პაციენტის გარემო გამლიზიანებელთან ადაპტირება შეზღუდულია.
მითითებების მიცემამდე, უზრუნველყავით ყურადღების კონცენტრირება თქვენზე (დაუძახეთ სახელით, დაამყარეთ თვალთ თვალთან კონტაქტი).	მითითებების შესრულებამდე აუცილებელია პაციენტმა გაიგოს ისინი.
მითითებების მიცემისას გამოიყენეთ მარტივი და კონკრეტული წინადადებები.	ამ სინდრომის დროს პაციენტის მიერ რთული წინადადების გაანალიზების უნარი შეზღუდულია.
უშუალოდ დავალებების შესრულების წინ სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს მიცემული მითითებები.	თუ პაციენტმა შეძლო დავალებების გამეორება ეს იმას ნიშნავს რომ მან გაიგო მიცემული განმარტებები.
რთული ამოცანები გაყავით რამდენიმე მარტივ ამოცანად.	მარტივი დავალებების შესრულების ალბათობა უფრო მაღალია.
თითოეული ნაბიჯის წარმატებით დასრულებისას პაციენტს მიეცით დადებითი უკუკავშირი.	პაციენტის მოტივაცია იზრდება თუ ხვდება, რომ მას მეტი შანსი აქვს მიიღოს დადებითი უკუკავშირი თითოეული ამოცანის დასრულებისას.
მიეცით პაციენტს საშუალება დაისვენოს შუალედებში.	პაციენტის ენერჯია შესაძლებელია მიმართული იყოს სტრუქტურირებულ აქტივობებზე, რაც გაზრდის შემდგომი ამოცანების წარმატებით დასრულების ალბათობას.
თითოეულ ამოცანასთან დაკავშირებით პაციენტს აუხსენით თქვენი მოლოდინები.	თუ პაციენტისთვის მოლოდინები გასაგები იქნება მისთვის დავალების შესრულება უფრო ადვილი გახდება.
პროგრესის მიღწევის მიზნით, შესაძლებელია დავალების შესრულების შუაში შეახსენოთ პაციენტს შესასრულებელი დავალების შესახებ.	დროთა განმავლობაში აუცილებელია ინტერვენციები შემცირდეს.
დაეხმარეთ პაციენტს დამაზუსტებელი შეკითხვების დასმაში.	რაც უფრო კარგად სტრუქტურირებული იქნება დავალება პაციენტის ტვინში, მით უკეთესად შეასრულებს იგი მას.
გემოჩამოთვლილი საფეხურები კარგად უნდა ესმოდეს ოჯახის წევრებსაც.	ერთიანი მიდგომა გააუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას.
აუხსენით მშობლებს პოზიტიური მშობლობის მნიშვნელობა. ასევე აუხსენით მათ თუ რას ნიშნავს გარანტირებული დროის გამოყოფა ბავშვისთვის რომლის დროსაც არავითარ სხვა საქმიანობაზე მშობელს არ გადააქვს ყურადღება. ამ დროს არ უნდა მოხდეს არც პრობლემური საკითხების განხილვა ბავშვთან. ასწავლეთ მშობელს რომ უნდა მოახდინოს მინიმალური პრობლემური ქცევის იგნორირება.	ასწავლეთ მშობლებს შვილებთან ისეთი ურთიერთობის ქონა, რომელიც ხელს არ შეუშლის თერაპიული მიზნების მიღწევას. ბავშვებს უნდა ესმოდეთ რომ მშობლებს უყვართ ისინი.

ოჯახის განათლება

ჩართეთ ოჯახის წევრები პაციენტის მკურნალობის პროცესში. ამ თავში აღწერილი მიდგომები აუცილებელია მშობელმაც იცოდეს.

მკურნალობის პროცესში მშობლის მოსმენა აუცილებელია. მათ შესაძლოა სხვადასხვანაირი გრძნობები ჰქონდეთ, ისინი შესაძლოა თავს დამნაშავედ გრძნობდნენ და გაბრაზებული იყვნენ საკუთარ თავზე ან განათლების სისტემაზე და თვლიდნენ რომ მათი შვილების პრობლემები სწორედ მათი ბრალია. მშობლებს უნდა ესმოდეთ რომ არც ისინი და არც მათი შვილები ცუდები არ არიან და რომ დახმარების მიღება შესაძლებელია.

ვინაიდან ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ბავშვის გაზრდა ემოციურად ძალზედ რთულია, ასეთი მშობლებისთვის შესაძლოა კარგი იყოს მხარდაჭერის ჯგუფებში გაერთიანება იმავე სინდრომის მქონე სხვა ბავშვების მშობლებთან ერთად.

აუცილებელია, რომ მშობლები თავიანთ შვილებს დაეხმარონ სოციალური და აკადემიური საკითხების მოგვარებაში. ადეკვატურ დახმარებას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ამ ბავშვების თვითშეფასების გაუმჯობესებისთვის. ვინაიდან ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მქონე ბავშვები მუდმივად არიან ნეგატიური ყურადღების ქვეშ, მათ თვითშეფასება საკმაოდ დაბალი აქვთ. მშობლებს ეძლევათ რეკომენდაცია რომ დღის განმავლობაში დაითვალონ, რამდენ შენიშვნას აძლევენ ბავშვს და ამასთან ერთად რამდენჯერ შეაქებენ.

მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტოზური მკურნალობის შემდეგ სოციალური და აკადემიური ცხოვრება ბევრად უმჯობესდება, მხოლოდ მედიკამენტოზური მკურნალობა გამოსავალი ვერ იქნება. ამ ბავშვებს სჭირდებათ მუდმივი ტრენინგი თავიანთი სოციალური და აკადემიური უნარების გაუმჯობესებისთვის.

ვინაიდან დიაგნოზის დადგენა მეორე მესამე კლასის ასაკამდე ვერ ხერხდება, მნიშვნელოვანია, რომ გაცდენილის ანაზღაურებისთვის და პროგრამასთან დაწვევისთვის, შესაბამისი ნაბიჯები გადაიდგას.

შეფასება

როგორც წესი, პოზიტიურ ცვლილებებს მშობლები და მასწავლებლები უფრო ადრე ამჩნევენ ვიდრე თავად ბავშვები. სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესება უფრო ადრე ხდება, ვიდრე აკადემიური მოსწრების, რისთვისაც ბავშვს შესაბამისი დრო უნდა მიეცეს.

პაციენტისა და ოჯახის წევრების განათლება

- ბავშვზე ზრუნვის პროცესში ჩართეთ ოჯახის წევრები;
- მიეცით მშობლებს რჩევა, რომ მხარდაჭერის ჯგუფებში ჩაერთონ;
- ყურადღება მიაქციეთ ბავშვის პრობლემებს და ასევე მის ძლიერ მხარეებს;
- პაციენტსა და მის ახლობლებს ასწავლეთ მედიკამენტების სწორი მიღება და შესაძლო გვერდითი მოვლენები;
- ასწავლეთ პაციენტს და მის მშობლებს ყველა ის სერვისი, რომელთა გამოყენებაც მათ შეუძლიათ მკურნალობის პროცესში;
- ასწავლეთ პაციენტის მშობლებს ის მიდგომა, რომლის გამოყენებაც რეკომენდებულია სახლის პირობებში;
- მშობლებს ასწავლეთ რუტინის მნიშვნელობა ბავშვის ყოველდღიურ ცხოვრებაში;

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მთავარი აზრი ფსიქიკური აშლილობების ადრეული აღმოჩენა და მათი პრევენციაა. 22.3 ცხრილში მოცემულია შეფასების ინსტრუმენტი, რომელიც გამოიყენება სხვადასხვა ქცევითი აშლილობების ადრეული აღმოჩენისთვის. მისი გამოყენება რეკომენდებულია, როგორც მშობლებისთვის, ისე მასწავლებლებისთვის. რაც უფრო ადრეულ ეტაპზე იქნება აღმოჩენილი ნეიროგანვითარების პრობლემა ან ქცევითი აშლილობა, მით მეტია იმის ალბათობა, რომ შესაბამისი მკურნალობის ფონზე ბავშვმა თავისი შესაძლებლობების მაქსიმუმს მიაღწიოს.

შეფასების SNAP-IV ინსტრუმენტი პაციენტის მშობლისა და მასწავლებლისთვის				
პაციენტის სახელი და გვარი				
სქესი				
ასაკი				
კლასი				
ქვემოთ მოცემული ვარიანტებიდან შემოხაზეთ ის, რომელიც საუკეთესოდ აღწერს ბავშვის მდგომარეობას.				
შეკითხვა	არა, საერთოდ არა	მხოლოდ მცირედით	ხანდახან	ხშირად
1. უჭირს დეტალებზე კონცენტრირება, რის გამოც ხშირად უშვებს შეცდომებს უყურადღებობის გამო				
2. ხშირად ეფანტება ყურადღება				
3. ხშირად მრჩება შთაბეჭდილება რომ არ მისმენს				
4. არ აქცევს ყურადღებას მიცემულ მითითებებს, რის გამოც უჭირს დავალების შესრულება				
5. უჭირს აქტივობებისა და დავალებების დაგეგმვა				
6. არ უნდა ისეთ აქტივობებში მონაწილეობა რომელიც საჭიროებს გონებრივ დაძაბვას				
7. ხშირად კარგავს ნივთებს რომელიც საჭიროა სასკოლო აქტივობებისთვის				
8. ადვილად კარგავს კონცენტრაციას				
9. ყოველდღიურ საქმეებთან მიმართებით გულმაჯინყია				
10. უჭირს გონების მიმართვა ერთი აქტივობისკენ				
11. ჯდომისას მოსვენებით მდგომარეობას ვერ იმორჩილებს და ცქმუტავს				
12. ხშირად დგება საკლასო ოთახში და ვერ ჩერდება დამჯდარ მდგომარეობაში				

13. დარბის ისეთ ადგილებში, სადაც მიღებული არ არის სირბილი				
14. ჩუმად თამაში უჭირს				
15. ისე იქცევა, თითქოს „დაქოქილია“				
16. საუბრობს ძალიან ბევრს				
17. ცდილობს შეკითხვის დასრულებამდე გასცეს მასზე პასუხი				
18. უჭირს დაელოდოს თავის რიგს სხვადასხვა აქტივობებში				
19. ხშირად იჭრება სხვის აქტივობებში				
20. უჭირს სხვადასხვა იმპულსების შეკავება				
21. ადვილად კარგავს წონასწორობას				
22. ჩხუბობს უფროსებთან				
23. ხშირად ეწინააღმდეგება უფროსის მიერ დადგენილ წესებსა და მოთხოვნებს				
24. იქცევა სხვებისთვის გამაღიზიანებლად				
25. ადვილად ბრაზდება				
26. საკუთარ ქცევაში სხვებს ადანაშაულებს				
27. ხშირად არის გაბრაზებული				
28. უნდა რომ შური იძიოს ხოლმე				
29. აქვს მოჩხუბარი ნატურა				
30. ავტორიტეტების მიმართ არის აგრესიული და უპატივცემულობას გამოხატავს				
31. გამოსცემს უცნაურ ხმებს				
32. აგზნებულია და იმპულსური				
33. ხშირად ტირის				
34. ნაკლებად თანამშრომლობს სხვადასხვა დავალებების შესრულებისას				
35. იქცევა გონებამახვილურად				
36. ხშირად ზედმეტად აქტიურია				
37. საკუთარი ქცევით აწუხებს სხვა ბავშვებს				
38. რადიკალურად იცვლის ხასიათს				
39. თუ მის მოთხოვნას სწრაფად არ ასრულებენ უკმაყოფილოა				
40. ხშირად აწვალავს სხვა ბავშვებს და უშლის ხელს მათ სხვადასხვა აქტივობებში				
41. ხშირად აგრესიულია სხვა ბავშვების მიმართ				
42. ხშირად უფუჭებს სხვა ბავშვებს ნივთებს				

43. ხშირად არაკეთილსინდისიერად იქცევა (იპარავს, იწერს)				
44. არ ემორჩილება დათქმულ წესებს				
45. არღვევს ბაზისურ სოციალურ ნორმებს				
46. ვერ უმკლავდება აგრესიულ იმპულსებს				
47. აქვს ვერბალური ან მოტორული ტიკები				
48. აქვს სტერეოტიპული მოტორული მოქმედებები				
49. აქვს ობსესიები				
50. აქვს კომპულსიები				
51. მოუსვენარია				
52. ადვილად იღლება				
53. ვერ კონცენტრირდება				
54. ადვილად ღიზიანდება				
55. ხშირად აქვს კუნთთა დაძაბულობა				
56. ბევრს ნერვიულობს და შფოთავს				
57. ხშირად ეძინება დღის განმავლობაში				
58. უნდა რომ მიიქციოს ყურადღება				
59. უნდა რომ იყოს ყურადღების ეპიცენტრში და განსაკუთრებული ემპათიური დამოკიდებულების ობიექტი				
60. აქვს არასტაბილური დამოკიდებულება სხვებთან				
61. ხანდახან აქვს განსაკუთრებული გრანდიოზული წარმოდგენა საკუთარ თავზე				
62. ხანდახან განსაკუთრებულად ბევრს ლაპარაკობს				
63. ხანდახან აღნიშნავს ხოლმე რომ განსაკუთრებულად ბევრი იდეა მოსდის თავში				
64. ხანდახან აქვს ეიფორიული განწყობა				
65. გარკვეული პერიოდულობით მონაწილეობს მისთვის სასიამოვნო, მაგრამ მაღალი რისკის საქმიანობაში				
66. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით აქვს დეპრესიული განწყობა				
67. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით არის ძალიან გაღიზიანებული				
68. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით კარგავს ინტერესს მისთვის მანამდე საინტერესო საქმიანობების მიმართ				

69. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით აქვს ფსიქო მოტორული აგზნება				
70. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით აქვს ფსიქომოტორული შეკავება				
71. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით გამოფიტული და უენერგია				
72. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით აქვს საკუთარი არსების გაუფასურების შეგრძნება				
73. პერიოდულად, სულ მცირე, ორი კვირით აქვს შემცირებული კონცენტრაციის უნარი				
74. უმეტესად დაქვეითებული თვითშეფასება აქვს				
75. უმეტესად ცუდად კონცენტრირებულია და უჭირს გადაწყვეტილებების მიღება				
76. უმეტესად თავს უმწეოდ გრძნობს				
77. მიმდინარე მომენტში განსაკუთრებით აგზნებულია				
78. მიმდინარე მომენტში ძალიან გაღიზიანებულია ბრაზობს და ჩხუბობს				
79. ამჟამად ემოციურად რეაგირებს სტრესზე				
80. ამჟამად აქვს ქცევითი რეაქცია სტრესზე				
81. უჭირს დავალებების დაწყება				
82. უჭირს კონცენტრირება მთლიანი საგაკვეთილო პროცესის დროს				
83. უჭირს სასკოლო სამუშაოს დასრულება				
84. უჭირს სუფთა წერა				
85. უჭირს ჯგუფურ აქტივობებში ჩართულობა				
86. უჭირს თემიდან თემზე გადასვლა				
87. უჭირს მეგობრებთან და კლასელებთან ურთიერთობა				
88. უჭირს მასწავლებელთან ურთიერთობა				
89. უჭირს სიხუმის შენარჩუნება საგაკვეთილო პროცესში				
90. ვერ ჯდება გაკვეთილის პროცესში				

1998 წელს დაინერა ნაშრომი, რომლის მიხედვითაც მეცნიერი ვაკეფილდი ამტკიცებდა, თითქოს იყო კავშირი წითელა-წითურას ვაქცინით აცრასა და აუტიზმის განვითარებას შორის. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული მტკიცება მრავალგზის იქნა უარყოფილი, ამ ნაშრომმა მნიშვნელოვნად დააზარალა ვაქცინაციით პოპულაციის მოცვა.

რა უნდა ისმოდეს ექთანს კარგად

ნეიროგანვითარების პრობლემების მქონე ბავშვებთან ურთიერთობა ერთდროულად ძალიან მძიმე და სასიამოვნო შეიძლება იყოს. ექთანს შესაძლოა კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ზეგავლენა ჰქონდეს ბავშვის ნეიროგანვითარებაზე. ბავშვობის პერიოდში ექთანმა შესაძლოა პაციენტის სტრესთან გამკლავების ისეთი მეთოდები ასწავლოს, რომელიც მას მთელი ცხოვრების განმავლობაში დაეხმარება.

ნეიროგანვითარების პრობლემების მქონე ბავშვების მშობლებთან მუშაობა მკურნალობის პროცესისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან, ის, თუ როგორ უმკლავდება ბავშვი სტრესულ სიტუაციას მეტწილად დამოკიდებულია მშობლის დამოკიდებულებებზე.

- მკურნალობის პროცესში ყურადღება უნდა დაეთმოს არა მარტო პრობლემებს, არამედ პაციენტისა და მისი მშობლების ძლიერ მხარეებს;
- დაეხმარეთ მშობლებს, შეინარჩუნონ იმედი მიუხედავად შექმნილი რეალობისა;
- იზრუნეთ პაციენტების მშობლების ჯანმრთელობაზე და მათ ემოციურ მდგომარეობაზე.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. არსებობს მრავალი ინტერნეტ წყარო ნეიროგანვითარების დაავადებების და, მათ შორის, აუტიზმის შესახებ, რომელიც იძლევა სხვადასხვა ინფორმაციას, მათ შორის, არამეცნიერულს და მშობლებისთვის დამაბნეველს. რა უნდა ურჩიოთ პაციენტის მშობლებს იმისთვის, რომ მათ ადვილად გაარჩიონ ერთმანეთისგან სანდო და არასანდო წყაროები?
2. რა შეხედულებები გაქვთ ბავშვის ყოლასა და აღზრდასთან დაკავშირებით? შეიცვალა თქვენი დამოკიდებულება დროთა განმავლობაში? რატომ?

ძირითადი საკითხები

- ფსიქიატრიული დაავადებების დიაგნოსტიკა მეტად რთულია ბავშვებში ვიდრე მოზრდილებში. ბავშვებს არ შეუძლიათ სრულად გამოხატონ საკუთარი აზრები და ის ემოციები რომელსაც ისინი განიცდიან.
- ისეთი დაავადებები, რომელიც გვხვდება მოზრდილებში, შესაძლებელია, შეგვხვდეს ბავშვებშიც. ასეთია დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა და შფოთვა.
- ბავშვთა უხშირესი ფსიქიატრიული აშლილობებია: აუტიზმი და ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი.
- გონებრივი ჩამორჩენა გულისხმობს ინტელექტუალური პროცესის მკვეთრ შეფერხებას. ამ დროს IQ 70-ზე ნაკლებია. ინტელექტუალური სფეროს პრობლემები დაკავშირებულია როგორც სოციალურ ისე აკადემიური მოსწრების, საკუთარი თავის მოვლისა და ადაპტირების პრობლემებთან.

- ტიკური აშლილობა მოიცავს მრავლობით მოტორულ და ვოკალურ უნებლიე მოქმედებებს. ტიკური აშლილობის მკურნალობა წარმატებულია ატიპიური ანტი ფსიქოზური საშუალებებით.
- ელიმინაციური აშლილობების დროს, ბავშვის შეზღუდვის ხარისხი დამოკიდებულია მშობლებისა და გარშემომყოფების რეაქციებზე.
- დასწავლის პრობლემებისას ბავშვებს დარღვევები აქვთ მართლწერის, კითხვისა და მეტყველების ფუნქციებთან. ამ დროს მკურნალობა მოიცავს ბავშვის სპეციალურ პროგრამებში ჩართვას.
- კომუნიკაციის პრობლემები შესაძლებელია იყოს როგორც რეცეპციული, ისე ექსპრესიული, ან ორივე ერთად. ამ დროს ბავშვი მეტყველების თერაპევტთან უნდა მკურნალობდეს.
- აუტიზმის სპექტრის აშლილობების დამახასიათებელია სხვადასხვა ტიპის დარღვევები, მათ შორის არის რეციპროკალური კომუნიკაციის უნარი. აუტიზმისთვის ასევე დამახასიათებელია სტერეოტიპული მოქმედებები.
- აუტიზმის დროს ბავშვები კომუნიკაციისას ნაკლებად ახდენენ მზერით კონტაქტს, ნაკლებად ერთვებიან ჯგუფურ თამაშებში. აუტიზმის მკურნალობა წლობით ან თვეობით მიმდინარეობს, სანამ პოზიტიური შედეგების შემჩნევა გახდება შესაძლებელი.
- ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომისათვის დამახასიათებელია მოუსვენრობა და ყურადღების კონცენტრირების პრობლემები, რის გამოც ბავშვებს პრობლემები აქვთ როგორც სოციალურ ისე აკადემიურ ცხოვრებაში.
- ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომის მკურნალობის მეთოდები მოიცავს როგორც მედიკამენტურ, ისე ქცევით თერაპიას. ეფექტური მკურნალობისთვის კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მშობლების განათლებას. ამ სინდრომის დროს შესაძლებელია საჭირო გახდეს სპეციალური მასწავლებლის დახმარება აკადემიური პროგრესის მიღწევისათვის.

წყდრმბბი:

1. Biederman, J., et al. (2012). Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled 16 year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(7), 941-950.
2. Cable News Network (CNN). (2009). Vaccines didn't cause autism, court rules. Available at: <http://www.cnn.com/2009/HEALTH/02/12/autism.vaccines>. Retrieved March 10, 2009.
3. Centers for Disease Control. (2012). Press briefing transcript. Available at: http://www.cdc.gov/media/releases/2012/t0329_Autism_Telebriefing.html
4. Flaherty, D. K. (2011). The vaccine-autism connection: A public health crisis caused by unethical medical practice and fraudulent science. *Annals of Pharmacotherapy*, 45(10), 1302-1304.
5. Greenhill, L. L., & Hechtman, L. (2009). Attention deficit/hyperactive disorders. In B. J. Sadock, V. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3560-3572). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
6. Haack, L. M., Gerdes, A. C., Schneider, B. W., et al. (2011). Advancing our knowledge of ADHD in Latino children: Psychometric and cultural properties of Spanish-versions of parental/family functioning measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(11), 33-43.
7. Hodgkins, P., Shaw, M., Coghill, D., et al. (2012). Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: Complementary treatment options. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 477-492.
8. Jummani, R., Coffey, B. J. (2009). Tic disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3609-3623). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
9. Kim, S. W., et al. (2011). Neurodevelopmental disorders of children screened by the infantile health promotion system. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35(6), 867-872.
10. King, B. H., Toth, K. E., Hodapp, R. M., et al. (2009). Intellectual disability. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3444-3476). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
11. Koyama, E., Beitchman, J. H., & Johnson, C. J. (2009). Communication disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3509-3539). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
12. Lehne, R. A. (2013). *Pharmacology for nursing care* (8th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
13. McGough, J. J. (2009). Adult manifestations of attention deficit/ hyperactive disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3572-3579). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
14. Mikkelsen, E. J. (2009). Elimination disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3624-3635). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
15. Pataki, C. S. & Mitchell, W. G. (2009). Motor skills disorders: Developmental coordination disorder. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3501-3508). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
16. Pham, A. V., Carlson, J. S., & Kosciulek, J. F. (2010). Ethnic differences in parental beliefs of attention-deficit/hyperactivity disorder and treatment. *Journal of Attention Disorders*, 13(6), 584-591.

16. Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Leuthe, E., et al. (2012). Facing your fears in adolescence: Cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety. *Autism Research and Treatment*, 2012, 423905.
17. Salmeron, P. A. (2009). Childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(9), 488-497.
18. Sturmey, P. (2012). Treatment of psychopathology in people with intellectual and other disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(10), 593-600.
19. Swanson, J. M. (2000). The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale. Available at: <http://www.adhd.net/snap-iv-form.pdf>.
20. Tannock, R. (2009). Learning disabilities. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3475-3500). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
21. Volkmar, F. R., Klin, A., Schultz, R. T., et al. (2009). Pervasive developmental disorders. In B. J. Sadock, V.A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3540-3559). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

თავი 23

დესტრუქციული ქცევითი აშლილობები

ამ თავში განხილულია:

1. დესტრუქციული ქცევის ჩამოყალიბების რისკ-ფაქტორები და ამ დაავადების დამახასიათებელი ნიშნები;
2. საექთნო პროცესი და დესტრუქტურული ქცევის მქონე პირთა მოვლა;
3. პაციენტისა და პაციენტის ოჯახის წევრების განათლება დაავადების შესახებ;
4. დესტრუქციული ქცევის მკურნალობა;
5. საკუთარი გრძნობების ანალიზი და შეფასება დესტრუქციული ქცევის მქონე პაციენტის მკურნალობისას.

დესტრუქციული ქცევითი აშლილობა ხასიათდება ადამიანებისა და საგნების მიმართ გამოვლენილი ქრონიკული აგრესიული ქცევის სტილით, რომელშიც ასევე მოიაზრება მრისხანება და მტრულობა. დაავადებათა ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ოპოზიციურ-გამომწვევი ქცევითი აშლილობა, ქცევითი აშლილობა და პერიოდული ფეთქებადობით მიმდინარე აშლილობა.

ამ თავში განხილული იქნება დესტრუქციული ქცევის ყველაზე გავრცელებული ფორმა – ქცევითი აშლილობა და მასთან დაკავშირებული საექთნო მოვლა.

ქცევითი აშლილობა

ქცევითი აშლილობის დროს ადამიანი პერმანენტულად არღვევს სოციუმში მიღებულ ნორმებს, წესებს, კანონებსა და სხვების უფლებებს. სიმპტომები იყოფა ოთხ ძირითად ჯგუფად:

- აგრესია ადამიანებისა და ცხოველების მიმართ;
- სხვისი ქონების განადგურება;
- ტყუილი და სხვისი ნივთების მოპარვა;
- სხვისი უფლებების განზრახ მძიმე დარღვევა.

ბავშვები, რომლებსაც აქვთ ქცევითი აშლილობა, ხასიათდებიან ემოციების ზედაპირულობით, რაც ამ დაავადებასა და მოზრდილთა ანტისოციალური აშლილობისთვის საერთო მახასიათებელია. ისინი არანაირ სინანულს არ განიცდიან სხვისი დაზიანების შემდეგ და ნაკლებად უთანაგრძნობენ სხვის ემოციებს. ამ აშლილობის მქონე ბავშვებს დაბალი თვითშეფასება აქვთ და ადვილად კარგავენ წონასწორობას. ქცევის აშლილობები დაკავშირებულია სხვადასხვა რისკის შემცველი ქმედებების ადრეულ დაწყებასთან (სქესობრივი ცხოვრება, თამბაქოსა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება). ქცევის აშლილობა 10 წლამდე ასაკში უპირატესად ბიჭებში იწყება, ხოლო 10 წლის შემდეგ გოგონებსა და ბიჭებში რისკი თანაბარია. ამ აშლილობის მქონე ბავშვების 30-50%-ს მოგვიანებით ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი ესმევა.

დანყება და კლინიკური მიმდინარეობა

ქცევის აშლილობის ორი ქვეტიპი ემყარება დანყების ასაკს. 10 წლამდე დანყებული აშლილობისათვის დამახასიათებელია აგრესიული ქცევა და პრობლემები თანატოლებთან. თუ ქცევითი აშლილობა 10 წლამდე ასაკში განვითარდა მეტია ალბათობა იმისა, რომ ის ანტისოციალურ პიროვნულ აშლილობაში გადაიზარდოს. თუ ეს აშლილობა 10 წლის შემდეგ განვითარდა, მაშინ მოზარდი ნაკლებად აგრესიულია და თანატოლებთან ურთიერთობების დამყარებას შეუძლია. მათში ნაკლებია ქცევითი დარღვევებისა და ანტისოციალური აშლილობის ჩამოყალიბების ალბათობა.

ქცევითი აშლილობა სიმძიმის მიხედვით შესაძლოა იყოს:

მსუბუქი – ბავშვს აქვს მსუბუქი ფორმის ქცევითი პრობლემები, მაგალითად, მატყუარაა, მსუბუქად ქურდობს და ნებართვის გარეშე ღამის საათებში გარეთაა.

ზომიერი – იმატებს ქცევის პრობლემები ისევე, როგორც სხვისთვის მიყენებული ზიანის ოდენობა. მაგალითად, ვლინდება ვანდალიზმი, მოჩხუბარობა, სახლიდან გაქცევა, სიტყვიერი აგრესია და დაშინება (ბულინგი), ალკოჰოლის მოხმარება და განურჩეველი სექსუალური კავშირები.

ძიძე – ადამიანს ქცევასთან დაკავშირებული მრავლობითი პრობლემა აქვს, რომელიც სხვებისთვისაც პრობლემებს ქმნის. მაგალითად, სექსუალური ძალადობა, ცხოველების მიმართ სისასტიკე, ჩხუბი, თანატოლების მიმართ სისასტიკე, იარაღის გამოყენება, ქურდობა, ძარცვა, პირობითი სასჯელის მოთხოვნების დარღვევა და სხვა.

ქცევის აშლილობის სიმძიმიდან გამომდინარე, განისაზღვრება ამ დაავადების მიმდინარეობაც. თუ ის მსუბუქი ხასიათისაა, მაშინ აშლილობა ნაკლებად უშლის ხელს ნორმალური სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებას. მათ კი – ვისაც დაავადება ადრეულ ბავშვობაში დაეწყო, უფრო ხშირად უვითარდებათ ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა და შესაბამისი პრობლემებიც უფრო მწვავედ დგას.

ეტიოლოგია

მეცნიერები თანხმდებიან, რომ დაავადებას მულტი ფაქტორული ეტიოლოგია აქვს. მის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს როგორც გენეტიკური, ისე გარემო ფაქტორები. მდგომარეობის განვითარების რისკ-ფაქტორებია: მშობლების მხრიდან გამოვლენილი არასაკმარისი მზრუნველობა, დაბალი თვითშეფასება, დაბალი აკადემიური მოსწრება და არაჯანსაღი სოციალური ურთიერთობები.

ქცევის პრობლემის განვითარების პრევენციული ფაქტორებია: მყარი და ჯანსაღი ოჯახური ურთიერთობები, სტრესთან ადაპტაციის უნარი, თანატოლებთან ჯანსაღი ურთიერთობა და კარგი ჯანმრთელობა.

მიუხედავად იმისა, რომ ქცევის აშლილობა გენეტიკური კომპონენტით ხასიათდება, ამ დაავადების განვითარების რისკთან ასოცირებული გენის ზუსტი იდენტიფიცირება ჯერჯერობით არ მომხდარა.

დაკავშირებული მდგომარეობები

ბავშვები გარემოში არსებულ სტრესებთან განსხვავებულად რეაგირებენ. არსებობენ ბავშვები, რომლებიც მიღებულ სტრესს გამოხატავენ აგრესიის, ძალადობის, ცუდი ქცე-

ვისა და სხვა არასასურველი ქცევის სახით და არსებობენ ბავშვები, რომლებიც მიღებულ ნეგატიურ გამოცდილებას არ გამოხატავენ და ახდენენ ინტერნალიზაციას, რითიც ხელს უწყობენ მომავალში შფოთვითი და დეპრესიული მდგომარეობების განვითარებას. 23.1 სამახსოვროში მოცემულია ინტერნალიზაციისა და ექსტერნალიზაციის მაგალითები.

ცხრილი 23.1 ინტერნალიზაციის და ექსტერნალიზაციის მაგალითები	
<p>ექსტერნალიზაციური ქცევა</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ტყუილები; ● თაღლითობა სკოლაში; ● ბილწსიტყვაობა; ● ვანდალიზმი; ● ცეცხლის წაკიდება; ● ტრაბახი; ● კივილი; ● ყურადღების ცენტრში მოქცევა არასასურველი ქცევის ხარჯზე; ● მოჩხუბარობა; ● მუქარა; ● მოთხოვნების წამოყენება; ● უღმობელობა და სხვათა წვალება; ● ბრაზის აფექტი, მრისხანება. 	<p>ინტერნალიზაციის მაგალითები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ამჯობინებს მართო ყოფნას; ● არ საუბრობს; ● იბუტება; ● აქვს საიდუმლოებები; ● ძალზე მორცხვია; ● პასუხის ნაცვლად სხვაგან იმზირება; ● ხშირი სომატური ჩივილები; ● თავბრუსხვევა; ● გულისრევა, პირღებინება და სხვა კუჭ-ნაწლავის პრობლემები; ● გამოფიტულობა, ლეთარგია; ● მართოსულობა; ● დანაშაულის შეგრძნება; ● სასონარკვეთილება და ტირილი; ● თვითშეფასების მკვეთრი დაქვეითება; ● ნერვიულობა; ● წამოტირებები; ● თავის უსარგებლოდ ჩათვლა.

კულტურული თავისებურებები

დიაგნოზის დადგენამდე აუცილებელია სრულად ვიცოდეთ პაციენტის ისტორია. კრიმინალიზაციის მაღალი დონის მქონე უბნებში, არ არის აუცილებელი ბავშვების აგრესიული ქცევა დაკავშირებული იყოს ქცევის პრობლემებთან. ეს შესაძლებელია უბრალოდ თავდაცვითი რეაქცია იყოს.

მკურნალობა

მკურნალობის არცერთი მეთოდი არ არის აბსოლუტური გამოჯანმრთელების გარანტი. ზოგადად, რაც უფრო ადრე დაიწყება მკურნალობა, მით მეტია პოზიტიური შედეგის მიღების ალბათობა. ამასთან, პრევენცია მკურნალობის საუკეთესო მეთოდი. ქცევის აშლილობის მქონე პირების იზოლაცია და მათი კრიმინალიზაცია კიდევ უფრო უარეს შედეგს იძლევა.

რაც უფრო მეტად არის ჩართული პაციენტის მშობელი მკურნალობის პროცესში, მით მეტია ალბათობა იმისა, რომ პაციენტს, მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის აგრესიული ჩარევები არ დასჭირდეს. თუ პაციენტი უკვე მოზრდილია, ცხადია, მკურნალობის პროცესში მშობლის ჩართულობა ნაკლებად ეფექტურია.

საექთნო პროცესი ქცევის პრობლემების მქონე ბავშვთა მკურნალობის დროს ისტორია

ქცევის აშლილობის მქონე ბავშვების მშობლები, აღნიშნავენ ბავშვების სასტიკი დამოკიდებულების ისტორიას ადამიანებისადმი და ცხოველებისადმი და ზოგადი ქცევის პრობლემებს (სკოლის თვითნებურ გაცდენას, ტყუილებს, გარეთ ღამის საათებში უნებართვო ყოფნას, სახლიდან გაქცევას). ეს პრობლემები თავისი სიმძიმით, შესაძლოა მძიმე ან მსუბუქი ხასიათის იყოს.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

როგორც ზოგადი, ისე მოტორული ფუნქცია, როგორც წესი, ასაკის შესაბამისია, თუმცა ბავშვს შესაძლოა ასაკთან შეუსაბამო გარეგნული იერსახე ჰქონდეს (პირსინგები, ტატუები და სხვა).

საუბრის დიდი სურვილი არ აქვთ, როგორც წესი. საკუთარი დამოკიდებულების დემონსტრირებას ფამილარული ქცევით ახდენენ; მიმართავენ ექთანსა და ექიმს სახელით, მშობლებისა და სხვა ოფიციალური პირების მიმართ უპატივცემულობას გამოხატავენ.

ხასიათი და აფექტი

პაციენტი შეიძლება ჩუმად იყოს და არ საუბრობდეს ან შესაძლებელია საუბრობდეს და უკიდურეს აგრესიას გამოხატავდეს. როგორც წესი, მათ ექთანთან საუბარი არ სურთ, რადგან თვლიან, რომ დახმარება არ სჭირდებათ. თუ პაციენტს კანონთან აქვს პრობლემები, მან შესაძლებელია მოჩვენებითად გამოხატოს გარკვეული ტიპის სინანული, თუმცა ეს ნაკლებად არის ხოლმე გულწრფელი.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

პაციენტებს, აზროვნების პროცესი, როგორც წესი, ნორმალური აქვთ. თუმცა ისინი ფიქრობენ რომ სამყარო აგრესიული ადგილია და ამიტომ ისინიც აგრესიულად რეაგირებენ ყველაფერზე. ხშირია აზრები ძალადობისა და სიკვდილის შესახებ.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო პრობლემების გარეშე ფუნქციონირებს, თუმცა პრობლემური ქცევის გამო მათ დაბალი აკადემიური მოსწრება აქვთ, აცდენენ სკოლას და უჭირთ დავალებების შესრულება.

კრიტიკული აზროვნების უნარი

კრიტიკული აზროვნების უნარი არ შეესაბამება ასაკს. ისინი, როგორც წესი, ვერ ხედავენ კავშირს საკუთარ საქციელსა და პრობლემებს შორის და საკუთარ პრობლემებში სხვას ადანაშაულებენ.

თვითშეფასება

მიუხედავად იმისა, რომ გარეგნულად ძლიერები ჩანან, შინაგანად მათ ძალიან დაბალი თვითშეფასება აქვთ.

როლები და ურთიერთობები

ამ პაციენტებს, ძალიან ცუდი, ხანდახან ძალადობრივი ურთიერთობა აქვთ როგორც ოჯახის წევრებთან, ისე სხვადასხვა ოფიციალურ წარმომადგენლებთან (პოლიცია, მას-წავლელელი). ისინი ხშირად აგრესიულ კომუნიკაციაში შედიან მათთან. ხშირად დას-ცინიან და ალიზიანებენ თავიანთ დედმამიშვილებს. საკუთარი როლის შესრულება მათ სიმკაცრე და სხვების შეურაცხყოფა ჰგონიათ.

ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის ასპექტები

არაკონტროლირებადი ქცევის გამო მოზარდები ხშირად ავადდებიან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით, გოგონებში ხშირია არასასურველი ორსულობა. ქცევის აშლილობის დროს ხშირად არიან ხოლმე ჩართულნი შეიარაღებულ დაპირისპირებებში.

მონაცემთა ანალიზი და გეგმა

ქცევის აშლილობის დროს უხშირესი საექთნო დიაგნოზებია:

- სხვებისკენ მიმართული ძალადობა;
- დაუმორჩილებლობა;
- სტრესთან არაეფექტური გამკლავება;
- არაადეკვატური სოციალური ურთიერთობები;
- ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება.

<p>საექთნო მოვლის გეგმა ქცევითი აშლილობის დროს</p> <p>საექთნო დიაგნოზი</p> <p>არაეფექტური გამკლავება: სტრესული ფაქტორების არაადეკვატური შეფასება, პრაქტიკული ნა-ბიჯების არასწორი დაგეგმვა და არსებული რესურსების გამოყენების უუნარობა.</p>	
<p>შეფასების მონაცემები:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ღირებული მეგობრული ურთიერთობების სიმცირე ან არარსებობა; ● სხვათა მიმართ ემპათიის გამოვლენის შეუძ-ლებლობა; ● თანაგრძნობის მიღებისა და გამოხატვის შეუძლებლობა; ● ქრონიკული დაბალი თვითშეფასება, რომე-ლიც გამოხატულია „ხისტ, ჯიუტ“ ქცევაში. 	<p>მოსალოდნელი შედეგები:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პაციენტი სამედიცინო პერსონალთან შედის სოციალურ ურთიერთობებში; ● პაციენტი ახდენს გრძნობების ვერბალიზაციას; ● პაციენტი ცდილობს პრობლემების გადაჭრას; ● პაციენტი ეფექტურად ჭრის პრობლემებს; ● პაციენტი ადეკვატურად აფასებს საკუთარ ძლიერ და სუსტ მხარეებს; ● პაციენტი ახერხებს სოციალური ურთიერთობე-ბის შექმნას; ● პაციენტი ახერხებს გრძნობების ვერბალიზა-ციას; ● პაციენტის აკადემიური მოსწრება დამაკმაყო-ფილებელ დონეზეა.
<p>საექთნო ინტერვენცია</p>	<p>მიზნები</p>
<p>დაეხმარეთ პაციენტს, გამოხატოს საკუთარი გრძნობები და ემოციები.</p>	<p>გრძნობების ვერბალიზაცია მათთან ადეკვატური გამკლავებისთვის მნიშვნელოვანია.</p>

მიეცით მას ყველაზე პოზიტიური უკუკავშირი შესაბამისი ქცევისთვის.	პოზიტიური უკუკავშირი სასურველი ქცევის გამყარებას უწყობს ხელს.
უთხარით პაციენტს, რომ მიუხედავად მისი გარკვეული არასასურველი ქცევისა, ის, როგორც პიროვნება, მისაღებია.	ქცევის აშლილობის მქონე ადამიანების უმრავლესობა, როგორც წესი, უარყოფილია გარშემოცოცხლების მიერ, ამიტომაც დადებითი უკუკავშირი კრიტიკულად მნიშვნელოვანია თვითშეფასების გაზრდისთვის.
ასწავლეთ პაციენტს საზღვრების დადგენის მნიშვნელობა.	პაციენტს შესაძლებელია არ ესმოდეს საზღვრების მნიშვნელობა ნორმალური ქცევის ჩამოყალიბებისთვის.
დაეხმარეთ პაციენტს პრობლემების გადაჭრის პროცესის აღქმაში.	შესაძლოა პაციენტს პრობლემების გადაჭრის ქცევის მოდელი ოჯახში არ ჰყოლოდა, ამიტომ შესაძლოა იგი არ ფლობდეს შესაბამის უნარებს.
დაეხმარეთ პაციენტს სოციალური უნარების დასწავლაში.	სოციალური უნარების დასწავლა პაციენტს მოლოდინების შესრულებაში დაეხმარება.
მიეცით პაციენტს ინფორმაცია იმ დაავადების შესახებ, რომელიც მის ქცევასთან არის დაკავშირებული.	მნიშვნელოვანია რომ პაციენტს ესმოდეს ის პრევენციული ღონისძიებები რომელთა მიღება საჭიროა დაავადებათა თავიდან აცილების მიზნით.

შედეგების იდენტიფიცირება

ქცევის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის მკურნალობის შემდეგ შესაძლებელია დადგეს შემდეგი შედეგები:

- პაციენტი არ დააზიანებს სხვებს;
- პაციენტი მონაწილეობას იღებს მკურნალობის პროცესში;
- თუ პაციენტს აქვს ეფექტური სტრესთან გამკლავებისა და პრობლემების გადაჭრის უნარი, იგი შეძლებს პოზიტიურ კონტექსტში ისაუბროს საკუთარ თავზე.

ინტერვენციები

ძალადობის შემცირება და მკურნალობისადმი დამყოლობის გაზრდა

ექთნის ვალია მკურნალობის დასაწყისში დაადგინოს საზღვრები. ამისთვის საჭიროა:

1. პაციენტს აუხსნას ექთანმა, რას გულისხმობს საზღვრები;
2. აუხსნას პაციენტს, თუ რა შედეგები მოჰყვება საზღვრების დარღვევას;
3. აუხსნას პაციენტს, თუ რა მოლოდინები აქვს ექთანს მის ქცევასთან დაკავშირებით.

პაციენტისთვის გასაგები უნდა იყოს, რომ აღნიშნული საზღვრები საერთოა ყველასთან ურთიერთობაში, მათ შორის, მშობლებთან და სამედიცინო პერსონალთან.

საექთნო ინტერვენციები ქცევის აშლილობის დროს

● დამყოლობის გაზრდა და პროტესტის შემცირება

სხვების დაცვა პაციენტის მანიპულაციური ქცევისგან;
საზღვრების დადგენა;
პაციენტის მკურნალობის შესრულების უზრუნველყოფა;
ტაიმაუტების გამოყენება;
დღიური რუტინის დანერგვა.

● თვითშეფასებისა და სტრესთან გამკლავების უნარის გაუმჯობესება

პიროვნების და არა ქცევების მიღება;
დღიურის წარმოების ხელშეწყობა;
პრობლემების გადაჭრის უნარების გაუმჯობესებაში დახმარება.

● სოციალური ურთიერთობების ნახალისება

როლური მოდელირება;
სასურველ ქცევაზე დადებითი უკუკავშირის მიწოდება;
პაციენტისა და ოჯახის განათლება.

აუცილებელია, რომ ქცევის დადგენილი საზღვრების დარღვევას, მოჰყვეს პაციენტისთვის არასასურველი შედეგი. მაგალითად, თუ საზღვრების დარღვევას, ოთახში მართო გამოკეტა მოჰყვა, რაც ისედაც უნდოდა პაციენტს, მაშინ ეს პაციენტის ნეგატიური ქცევის აღკვეთას ხელს არ შეუწყობს.

მკურნალობის პროცესში შესაძლებელია გამოყენებული იყოს წინასწარი შეთანხმებები, რომელიც მთელი სამკურნალო კურსის განმავლობაში პაციენტს დაეხმარება მოლოდინების კარგად აღქმასა და მათკენ სწრაფვაში.

მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია **ტაიმაუტები (წუთშესვენება)**, ეს არ არის სადამსჯელო ზომა და ემსახურება პაციენტის მიერ საკუთარ თავზე კონტროლის აღდგენას. ტაიმაუტის შემდეგ აუცილებელია საუბარი პაციენტთან და გაანალიზება, თუ რა სიტუაციაში დაკარგა კონტროლი პაციენტმა საკუთარ თავზე და რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას მომავალში ასეთი მდგომარეობის თავიდან ასაცილებლად.

დადებითი ქცევის ჩამოყალიბებაში, მნიშვნელოვანი როლი აქვს დღიური წესრიგის არსებობას. თუ მათთვის წინასწარ არის ცნობილი, თუ რა ამოცანები უნდა შეასრულოს დღის მანძილზე, მათი წარმატებით შესრულების ალბათობა უფრო მაღალია.

თვითშეფასებისა და სტრესთან გამკლავების უნარების გაუმჯობესება

აუცილებელია, რომ მიუხედავად ქცევისა, პაციენტმა საკუთარი პიროვნებისადმი პატივისცემა იგრძნოს.

პაციენტის მიერ საზღვრების დარღვევა არ უნდა გახდეს ექთნის მხრიდან განსჯის საგანი და მსგავს ქცევაზე კომენტარი, უშუალოდ კონკრეტულ საკითხს უნდა ეხებოდეს.

ქცევის აშლილობის დროს, პაციენტებს, როგორც წესი, გარედან უხეში შეხედულება აქვთ და უჭირთ საკუთარ ემოციებზე საუბარი, ამიტომ დღიურის წარმოება შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაეხმაროს მას საკუთარი ემოციების იდენტიფიცირებაში.

ექთანმა პაციენტს უნდა ასწავლოს სტრესთან გამკლავების საფეხურები. კერძოდ, პაციენტს უნდა შეეძლოს დამოუკიდებლად შეაფასოს პრობლემა, მოახდინოს გადაჭრის გზების იდენტიფიცირება და შესაძლო შედეგების ანალიზი (თავი 16).

სოციალური ურთიერთობების გაძლიერება

ქცევის პრობლემების მქონე პაციენტებს, შესაძლოა არ ჰქონდეთ შესაბამისი სოციალური უნარები. სასურველი კლინიკური შედეგების მისაღებად, აუცილებელია ამ უნარების გამომუშავება და დასწავლა.

პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლება

ვინაიდან მკურნალობის დაწყებამდე, პაციენტის ახლობლებს კონკრეტული ქცევა უკვე ჩამოყალიბებული ჰქონდათ, ქცევის გაუმჯობესებასთან ერთად აუცილებელია ამ ქცევის გადახედვა. მშობლებმაც უნდა ისწავლონ თავიანთი მოლოდინებისა და სურვილების სწორი კომუნიკაცია შვილებთან. ხანდახან შესაძლოა აუცილებელი იყოს პაციენტისთვის შედეგების საკუთარ თავზე გამოცდაც კი. მაგალითად, თუ პაციენტს, სწრაფად მოძრაობის გამო, ჯარიმა მოუვიდა აუცილებელი არ არის მისი გადახდა მშობლის მიერ.

პაციენტის ოჯახის განათლება ქცევითი აშლილობის დროს

- საჭიროების შემთხვევაში ასწავლეთ მშობლებს სოციალური და პრობლემის გადაჭრის უნარები;
- მხარი დაუჭირეთ მშობლებს მკურნალობის დაწყებაში მათი საკუთარი პრობლემების გადასაჭრელად;
- დაეხმარეთ მშობლებს, მოახდინონ თავისი შვილების ასაკის შესაბამისი აქტივობებისა და მოლოდინების იდენტიფიცირება;
- მშობლების დახმარებისას იქონიეთ პირდაპირი და გასაგები კომუნიკაცია;
- დაეხმარეთ პაციენტის მშობლებს რომ არ ჰქონდეთ “მხსნელის” როლი მათი შვილების ცხოვრებაში;
- ასწავლეთ პაციენტის მშობლებს საზღვრების ეფექტური დადგენა;
- დაეხმარეთ პაციენტის მშობლებს ეფექტური აღმზრდელობითი მეთოდების შემუშავებაში.

შეფასება

მკურნალობა ითვლება ეფექტურად, თუ პაციენტი ახერხებს აგრესიული ქცევის შეწყვეტას და უმჯობესდება მისი სოციალური და აკადემიური მოსწრება. შესაძლებელია მკურნალობის შედეგი მალევე არ დადგეს და ბავშვი არ იყოს მისაბაძი ყოფაქცევის მაშინვე. ქცევის აშლილობის მკურნალობას საკმაოდ დიდი დრო სჭირდება.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

ქცევის აშლილობის მქონე პირები უმეტეს დროს თემში/გარემოში ატარებენ. ისინი შესაძლოა მოხვდნენ ჰოსპიტალში მხოლოდ გამწვავების პერიოდში. ამიტომ შესაბამისი სერვისების განვითარება თემში/გარემოში, სადაც ეს ადამიანები უსაფრთხოდ ცხოვრებას შეძლებენ, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

მშობლის როლი ბავშვის განვითარებაში უმთავრესია. მშობლები, რომლებიც სარისკო მოქმედებით ხასიათდებიან, შვილებისთვის ცუდ მაგალითს წარმოადგენენ. ამ თვალსაზრისით, ეფექტური ინტერვენცია შესაძლებელია იყოს მშობელთა სკოლა, რაც საშუალებას მოგვცემს, თავიდან ავიცილოთ ბავშვებში ქცევითი აშლილობის განვითარება.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

დესტრუქციული ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვებისთვის კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მშობლების ქცევას. როგორც წესი, ისინი უდიდეს როლს თამაშობენ თავისი შვილების უნარში, ეფექტურად გაუმკლავდნენ ცხოვრებისეულ სტრესს.

დესტრუქციული აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობისას ექთანს შესაძლებელია გაუჩნდეს პაციენტის მიმართ სიბრაზის გრძნობა და თვლიდეს, რომ პაციენტის პრობლემები სწორედ მისი ნებისყოფის სიმცირის შედეგია. აუცილებელია, რომ აგრესიული და ნეგატიური ემოციების შესახებ ექთანმა კომუნიკაცია მოახდინოს კოლეგებთან და ამგვარად დაძლიოს ნეგატიური ემოციები.

საკითხები, რომელთა გათვალისწინება უნდა მოხდეს დესტრუქციული ქცევის მქონე პირებთან მუშაობისას

- პრობლემებთან ერთად აქცენტი გააკეთეთ ადამიანის ძლიერ მხარეებზე;
- არ მოახდინოთ პაციენტის ან მისი ოჯახის წევრების დადანაშაულება.

შეკითხვები კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. ძალიან ბევრი 10 წლამდე ასაკის ბავშვი ხასიათდება აგრესიული და სასტიკი ქცევით. ფიქრობთ თუ არა, რომ ასეთი ბავშვების საკითხებში უნდა ჩაერიოს პოლიცია? დაასაბუთეთ თქვენი პასუხი.
2. პაციენტი, რომელსაც სჭირს რომელიმე სახის დესტრუქციული ქცევითი აშლილობა და ზიანს მიაყენებს სხვის ნივთს, საჭირო არის თუ არა ამ ადამიანის პასუხისგებაში მიცემა? დაასაბუთეთ თქვენი პასუხი.

ძირითადი საკითხები

- დესტრუქციული ქცევა ხასიათდება ქრონიკული აგრესიული ქცევით, როგორც ადამიანების, ისე საგნების მიმართ.
- დესტრუქციული ქცევითი აშლილობის მკურნალობის მიზანია სასურველი, სოციალურად მისაღები ქცევის დასწავლა და არასასურველი ქცევისგან გათავისუფლება.
- დესტრუქციული ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვების მშობლებისთვის რეკომენდირებულია ტრენინგის გავლა, სადაც ისინი შეძლებენ პოზიტიური უკუკავშირისა და პოზიტიური ქცევის უნარების გაუმჯობესებას.
- დესტრუქციული ქცევის უხშირესი ფორმაა ქცევითი აშლილობა, რომელიც ხასიათდება აგრესიითა და სასტიკი მოპყრობით ადამიანებისა და ცხოველების მიმართ.
- როგორც წესი, ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვების უმრავლესობას, რომელსაც დიაგნოზი 10 წლამდე ასაკში დაესვათ, მოზრდილობაში ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი ესმებათ.

წყდრმები:

1. Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., et al. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 695-704.
2. Chen, L., Luo, X., Wei, Z., et al. (2011). Correlation study on behavioral problems and self-concept of children with oppositional defiant disorder. *Journal of Central South University Medical Sciences*, 36(3), 217-222.
3. Coccaro, E. F. (2010). A family history study of intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1101-1105.
4. Connor, F. G. (2009). Disruptive behavior disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3580-3596). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
5. Duchovic, C. A., Gerkenmeyer, J. E., Wu, J. (2009). Factors associated with parental distress. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 40-48.
6. Farmer, C. A., Arnold, L. E., Bukstein, O. G. (2011). The treatment of severe child aggression (TOSCA) study: Design challenges. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 36-50.
7. Frick, P. J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(3), 378-389.
8. Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., et al. (2012). Disruptive behavior disorders: A systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 611-628.
9. Lee, S. J., Perron, B. E., Taylor, C. E., et al. (2011). Paternal psychosocial characteristics and corporal punishment of their 3-year-old children. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 71-87.
10. Matthys, W., Vanderschuren, L. J., Schutter, D. J., et al. (2012). Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 234-246.
11. McCloskey, M. S., Kleabir, K., Berman, M. E., et al. (2010). Unhealthy aggression: Intermittent explosive disorder and adverse physical outcomes. *Health Psychology*, 29(3), 324-332.
12. Moeller, F. G. (2009). Impulse-control disorders not elsewhere classified. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol.1, 9th ed., pp. 2178-2186). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
13. Moore, G. F., Rothwell, H., & Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behavior and young peoples' consumption of alcohol. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 6.
14. Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A., et al. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 128-134.
15. Pataki, C. S. (2009). Adolescent development. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 9th ed., pp. 3356-3365). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

16. Racz, S. J. & McMahon, R. J. (2011). The relationship between parental knowledge and monitoring and child and adolescent conduct problems: A 10-year update. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 377–398.
17. Swanson, J. M. (2000). The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale. Available at: <http://www.adhd.net/snap-iv-form.pdf>.
18. Vazsonyi, A. T., Chen, P., Jenkins, D. D., et al. (2010). Jessor's problem behavior theory: Cross-national evidence from Hungary, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland, Taiwan, Turkey, and the United States. *Developmental Psychology*, 46(6), 1779–1791.

თაზი 24

კოგნიტური აშლილობები

ამ თავში განხილულია:

1. კოგნიტური აშლილობების რისკ-ფაქტორები;
2. დელირიუმსა და დემენციას შორის სხვაობა;
3. საექთნო პროცესი კოგნიტური აშლილობის მქონე პაციენტების მოვლისას;
4. დემენციით დაავადებულ პირთა მომვლელების საჭიროებები;
5. კოგნიტური დაავადებების შესახებ საზოგადოებრივი ცნობიერების გაზრდა;
6. კოგნიტური აშლილობების მქონე პაციენტების მიმართ საკუთარი გრძნობებისა და ემოციების ანალიზი.

აზროვნება – იგივე კოგნიტური პროცესი, არის ადამიანის თავის ტვინის უნარი, მიიღოს, გაანალიზოს და შეინახოს ინფორმაცია. მსჯელობა, ინფორმაციის გადამუშავება, აღქმა, ყურადღება, გააზრება და მახსოვრობა – ადამიანის კოგნიტური უნარებია. აღნიშნული უნარები კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ფუნქციებია გადამწყვეტილებების მიღების, პრობლემების გადაჭრის, გარემოს ინტერპრეტაციისა და ახალი ინფორმაციის დასწავლის პროცესში.

კოგნიტური დისფუნქცია, სწორედ ამ მაღალორგანიზებული პროცესების მოშლას გულისხმობს, ამიტომ, ამან, შესაძლოა უკიდურესად მძიმე შედეგები იქონიოს პაციენტის ყოველდღიურ საქმიანობაზე. მათ შესაძლოა დაავინყდეთ ოჯახის წევრების სახელები, ყოველდღიური საჭირო აქტივობები (მათ შორის ჰიგიენა) და სხვა საქმიანობები, რომელსაც მთელი ცხოვრების განმავლობაში ახორციელებდნენ.

კოგნიტური აშლილობების ძირითადი ნაირსახეობებია: დელირიუმი, დემენცია და ამნეზიური დაავადება. ყველა მათგანი კოგნიტური ფუნქციების მოშლას გულისხმობს, თუმცა ისინი ერთმანეთისგან განსხვავდებიან მიმდინარეობით, მკურნალობითა და პროგნოზით.

ამ თავში აღწერილია არამხოლოდ ამ პაციენტების მოვლის ასპექტები, არამედ მომვლელ პირთა საჭიროებები.

დელირიუმი

არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც მოშლილია როგორც ცნობიერება, ისე კოგნიტური ფუნქციები. დელირიუმი ძალიან მცირე დროში, ხანდახან – საათებშიც ვითარდება, ხასიათდება არამდგრადობით და, ამდენად, მომდევნო დღის განმავლობაში მისი სიმძიმე იცვლება.

დელირიუმის დროს, პაციენტს აქვს ყურადღების, სენსორული, ორიენტაციის, აღქმისა და ინტერპრეტაციის პრობლემები. შესაძლოა პაციენტს ჰქონდეს პალუცინაციებიც. იატაკზე დაგდებული თოკი, შესაძლოა გველი ეგონოს (ილუზია) ან სამზარეულოში ჭი-

ქის დავარდნა ცეცხლსასროლი იარაღის ხმად აღიქვას; პალატის სიჩუმეში ესმოდეთ ანგელოზთა გალობა (ჰალუცინაცია) და სხვა. ილუზიებთან და ჰალუცინაციებთან ერთად, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ძილ – ღვიძილის, ფსიქომოტორული და ემოციური პრობლემები (შფოთვა, შიში, გაღიზიანება, ეიფორია ან აპათია).

დელირიუმი აღენიშნება ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობისთვის ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 10 – 15% – ს და ხანდაზმულებში მწვავე შემთხვევების დროს – 30 – 50% – ს. ზოგადად, დელირიუმის განვითარების ალბათობა ასევე მაღალია ბავშვებში – განსაკუთრებით, ფებრილური მდგომარეობების და ანტიქოლინერგული მედიკამენტებით მკურნალობისას.

ეტიოლოგია

როგორც წესი, დელირიუმს საფუძვლად კონკრეტული მიზეზი (ფიზიოლოგიური, მეტაბოლური ან ცერებრალური დარღვევა, ნარკოტიკების მოხმარება/ინტოქსიკაცია ან ალკვეთა) აქვს. 24.1 ცხრილში, მოცემულია დელირიუმის უხშირესი მიზეზები.

ცხრილი 24.1 დელირიუმის გამომწვევი უხშირესი მიზეზები	
ფიზიოლოგიური ან მეტაბოლური	ჰიპოქსემია, ელექტროლიტური დისბალანსი, თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობა, ჰიპოგლიკემია, ჰიპერგლიკემია, დეჰიდრატაცია, უძილობა, ფარისებრის ან გლუკოკორტიკოიდული ჰორმონების ნაკლებობა, თიამინის ან ვიტამინი B 12, C, ნიაცინის ან ცილების ნაკლებობა, კარდიოვასკულური შოკი, თავის ტვინის სიმსივნე, თავის ტრავმა, გაზით, საღებავის გამხსნელებით, ინსექტიციდებითა და მსგავსი ნივთიერებებით მონამვლა.
ინფექციები	სისტემური: სეფსისი, საშარდე გზების ინფექცია, პნევმონია ცერებრალური: მენინგიტი, ენცეფალიტი, აივი, სიფილისი.
მედიკამენტური	ინტოქსიკაცია: ანტიქოლინერგული, ლითიუმით, ალკოჰოლით, სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებებით. მოხსნა: ალკოჰოლის, საძილე და ჰიპნოზური საშუალებების. რეაქციები: საანესთეზიო ან ნარკოტიკული საშუალებების მიმართ.

კულტურული თავისებურებები

სხვადასხვა კულტურებში, სხვადასხვა ინფორმაციის დამახსოვრებაა მიღებული. მაგალითად, თუ იელოვას მოწმეს ჰკითხავთ დაბადების დღეს, მას ეს შესაძლოა არ ახსოვდეს, ვინაიდან ამ დღის აღნიშვნა მათში არ არის მიღებული, რაც ექთნის მხრიდან, დებორიენტაციად არ უნდა ჩაითვალოს.

მკურნალობა და პროგნოზი

დელირიუმის მკურნალობისას, მნიშვნელოვანია მკურნალობა მიმართული იყოს გამომწვევი ფაქტორისაკენ. დელირიუმი, როგორც წესი, გარდამავალია და ძირითადი გამომწვევის მოხსნისთანავე გადის.

ფსიქოფარმაკოლოგია

დელირიუმთან დაკავშირებული ფიზიკური რისკების თავიდან აცილების მიზნით უმჯობესია ძირითადი პრობლემის მოგვარებამდე პაციენტი იმყოფებოდეს დაცვითი სედაციის ქვეშ. ამ მიზნისთვის გამოიყენება ჰალოპერიდოლი. ბენზოდიამინების გამოყენება რეკომენდირებული არ არის, ვინაიდან, შესაძლებელია პრობლემები უფრო გამწვავდეს. გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ალკოჰოლური დელირიუმი (იხ. თავი 19).

სხვა სამედიცინო მოვლა

დელირიუმში მყოფი პაციენტებისთვის შესაძლოა საჭირო იყოს პარენტერალური კვება და ინტრავენური ტრანსფუზია ჰიდრაციის მიზნებისთვის. ამასთან თუ დელირიუმის გამო, პაციენტი თვითდაზიანებას იყენებს, შესაძლოა, საჭირო გახდეს მისი იმობილიზაცია. იმობილიზაციის საჭიროების ამონურვისთანავე, აუცილებელია მალევე მოხდეს პაციენტის მობილურობის შეზღუდვის მოხსნა; გახანგრძლივებული იმობილიზაცია კიდევ უფრო მეტი შფოთვისა და გაღიზიანების მიზეზია.

საექთნო პროცესი დელირიუმის დროს

დელირიუმის მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას უპირველეს ამოცანას პაციენტის ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების დაკმაყოფილება წარმოადგენს.

შეფასება

ისტორია

ვინაიდან დელირიუმის გამომწვევი, როგორც წესი, სხვა ნივთიერებების ზემოქმედებაა, ექთანი უნდა ეცადოს განსაზღვროს, თუ რომელმა ნივთიერების ზემოქმედებამ გამოიწვია ეს შედეგი. თუ პაციენტს აღნიშნული ინფორმაციის მონოდება არ შეუძლია, მაშინ ამ ინფორმაციის მიღებას ექთანი ოჯახის წევრებისგან უნდა ეცადოს.

სამახსოვროში 24.2 მოცემულია იმ მედიკამენტების ჩამონათვალი, რომელსაც დელირიუმის გამომწვევა შეუძლია.

სამახსოვრო 24.2 დელირიუმის გამომწვევი მედიკამენტები

- ანტიდეპრესანტები;
- ანტიკონვულსანტები;
- ანტისიმსივნიური საშუალებები;
- ანტიფსიქოზური საშუალებები;
- ანტიქოლინერგული საშუალებები;
- ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები;
- ანტიჰისტამინური საშუალებები;
- ასპირინი;

<p>ბარბიტურატები; ბენზოდიაზეპინები; გლიკოზიდები; თიაზიდები; ინსულინი; ნარკოტიკები; პროპრანოლოლი; რეზერპინი; საანესთეზიო საშუალებები; სტეროიდები; ციმეტიდინი ; ჰიპოგლიკემიური საშუალებები.</p>
--

<p>საექთნო მოვლის გეგმა: დელირიუმი საექთნო დიაგნოზი: მწვავე აბნევა; კოგნიტური ფუნქციების მწვავე მოშლა</p>	
<p>შეფასების შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● აბრუნების მოშლა; ● კოგნიტური ფუნქციების მოშლა; ● მახსოვრობის მოშლა; ● კრიტიკული მსჯელობის მოშლა; ● პირადი კონტროლის მოშლა; ● საშიშროების აღქმის მოშლა; ● ილუზიები; ● ჰალუსინაციები; ● ხასიათის მკვეთრი ცვლილებები; 	<p>მოსალოდნელი შედეგები</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ზიანის პრევენცია; ● თერაპიული ურთიერთობების დამყარება; ● მკურნალობაში მონაწილეობა; ● ილუზიებისა და ჰალუსინაციების შემცირება; ● ფუნქციონირების ოპტიმალურ დონეზე დაბრუნება.
<p>იმპლემენტაცია:</p>	
<p>საექთნო ინტერვენცია</p>	<p>მიზები</p>
<p>არ მისცეთ პაციენტს საშუალება მიიღოს გადაწყვეტილებები, თუ მისი უსაფრთხოება უზრუნველყოფილი არაა.</p>	<p>პაციენტის უსაფრთხოება ძალიან მნიშვნელოვანია. თუ მას საღად აბრუნების უნარი არ აქვს, შესაძლოა ვერც სწორი გადაწყვეტილებები მიიღოს.</p>
<p>თუ აუცილებელია პაციენტის მოქმედებების შეზღუდვა, შეზღუდეთ იგი და აუხსენით მას მიზეზი.</p>	<p>პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ინფორმაცია სამედიცინო სერვისების შესახებ.</p>
<p>მიეცით პაციენტს საშუალება მონაწილეობა მიიღოს მკურნალობის პროცესის დაგეგმვაში.</p>	<p>მკურნალობაზე დამყოლობა იზრდება, თუ პაციენტი ჩართულია მკურნალობის გეგმის შედგენაში.</p>
<p>დაეხმარეთ პაციენტს დღიური რუტინის დადგენაში.</p>	<p>ამ შემთხვევაში პაციენტს ნაკლები გადაწყვეტილებების მიღება უნევს.</p>
<p>ჰალუსინაციებისა და ბოდვის შესახებ მიეცით პაციენტს უკუკავშირი, ემოციების გარეშე.</p>	<p>ეს მას რეალობაში დაბრუნებაში დაეხმარება.</p>
<p>აუხსენით პაციენტს, თუ რამ გამოიწვია მისი ეს მდგომარეობა.</p>	<p>ეს ინფორმაცია, პაციენტს მომავალში სამედიცინო ზრუნვის დროულ მიღებაში დაეხმარება.</p>

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

დელირიუმის მქონე პაციენტებს, როგორც წესი, ფსიქომოტორული ქცევითი აშლილობა აქვთ. ამასთან, ხშირია მეტყველების მოშლაც. დელირიუმის დროს პაციენტები შესაძლოა ყვიროდნენ კიდეც.

ხასიათი და აფექტი

დელირიუმის მქონე პაციენტებს სწრაფად და მოულოდნელად ეცვლებათ ხასიათი. შესაძლებელია გამოხატული იყოს ემოციური რეაგირების ფართო სპექტრი, მაგალითად, შფოთვა, შიში, გაღიზიანება, სიბრაზე, ეიფორია და აპათია. როგორც წესი, ეს ცვლილებები, გარემო პირობებთან კავშირში არ არის.

აბროვნების შინაარსი და პროცესი

დელირიუმის დროს, აბროვნების პროცესი მკვეთრად მოშლილია. ყურადღების შენარჩუნების შეუძლებლობა ართულებს აბროვნების პროცესის და შინაარსის შეფასებას. სააბროვნო პროცესები ხშირად არაორგანიზებული, დაუკავშირებელი და ფრაგმენტულია. აბროვნების შინაარსი ხშირად არ არის დაკავშირებული სიტუაციასთან ან მეტყველება ალოგიკური და ძნელი გასაგებია. პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ბოდვითი აბროვნი, რადგან სწამთ, რომ მათი ჰალუცინაციური განცდები ან ილუზორული აღქმა – რეალურია.

სენსორული და ინტელექტუალური სფერო

დელირიუმის პირველი ნიშანი შესაძლოა სწორედ მოშლილი სენსორული სფერო იყოს. პაციენტებს უჭირთ გარემოს აღქმა და მასში ორიენტაცია. მათ არ შეუძლიათ ყურადღების კონცენტრირება და საგნიდან საგანზე გადატანა. ხშირია ილუზიები და ჰალუცინაციები.

პაციენტის ილუზიები, დაკავშირებულია რეალურ მოვლენებთან, რომელთა არასწორი ინტერპრეტაციაც ხდება. მაგალითად, შესაძლებელია პაციენტს ეგონოს რომ ექთანი, რომელიც მას ნემსით უახლოვდება, მის ჩართვმას აპირებს და სხვა. ილუზიებისგან განსხვავებით, ჰალუცინაციებისას რეალური სტიმული არ არსებობს.

კრიტიკული აბროვნება

ბოდვის დროს, პაციენტის კრიტიკული აბროვნების უნარი მკვეთრად მოშლილია. იგი შესაძლებელია თვით დესტრუქციულიც კი იყოს (მაგალითად, იძრობდეს კათეტერს), და ამით ხელს უშლიდეს მკურნალობის პროცესს.

როლები და ურთიერთობები

დელირიუმის დროს, ადამიანს თავისი სოციალური როლის შესრულება უჭირს, თუმცა შემდეგ ნორმალურ ფუნქციონირებას უბრუნდება.

საკუთარი თავის აღქმა

მიუხედავად იმის, რომ დელირიუმის დროს საკუთარი თავის აღქმის პრობლემები მოსალოდნელი არ არის, ხშირად პაციენტები დაშინებულები არიან ან არარსებულ საფრთხეს რეალურად შეიგრძნობენ. თუ დელირიუმი გამონვებულია მედიკამენტების, ნარკოტიკის ზედოზირებით ან ალკოჰოლიზაციით, პაციენტს შესაძლოა დანაშაულისა და სირცხვილის გრძნობა გაუჩნდეს.

ფიზიოლოგიური და საკუთარი თავის მოვლის ასპექტები

დელირიუმის დროს, შესაძლოა მკვეთრად მოიშალოს ძილ – ღვიძილის ჩვეული ციკლი, ამასთან, შესაძლებელია პაციენტს უჭირდეს ორგანიზმის ჩვეული სიგნალების აღქმა (შიმშილი, წყურვილს, დეფეკაცია და შარდვა).

მონაცემთა ანალიზი

დელირიუმის დროს, ძირითადი საექთნო დიაგნოზებია:

- დაზიანების რისკი;
- მწვავე აბნევა.

ამ დიაგნოზებთან ერთად შესაძლოა იყოს:

- სენსორული მოშლა;
- აზროვნების მოშლა;
- ძილის მოშლა;
- არასაკმარისი სითხის მიღების რისკი;
- არაბალანსირებული კვების რისკი.

შედეგების იდენტიფიცირება

დელირიუმის მქონე პაციენტებისთვის მკურნალობის შედეგები შეიძლება იყოს:

- ტრავმატიზმის პრევენცია;
- დროსა და სივრცეში ადეკვატური ორიენტაცია;
- მოქმედებისა და მოსვენების ადეკვატური ბალანსი;
- ფუნქციონირების ადეკვატურ მაჩვენებელზე დაბრუნება.

ინტერვენციები

პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა მაღალპრიორიტეტული ამოცანაა. სედაციური საშუალებების გამოყენება უნდა მოხდეს მაქსიმალური სიფრთხილით. მათ შესაძლოა გაზარდონ ტრავმატიზმის რისკი. თუ პაციენტი თავს იზიანებს, აუცილებელია დროებით მისი ფიზიკური შეზღუდვა.

ცნობიერების აბნევის მართვა

ექთანი მოკლე და გასაგები კომუნიკაციის მეშვეობით, უნდა დაეხმაროს პაციენტს, მოახდინოს დაბნეულობის შემცირება. საუბრისას ექთანი მიმართავს პაციენტს და უხსნის მას, თუ რა მოსალოდნელი აქტივობები ელოდება. მაგალითად: “დილა მშვიდობისა, ქალბატონო მართა, ვხედავ გაიღვიძეთ და მზად ხართ საუზმისთვის”.

დროსა და სივრცეში ორიენტაციის გასაუმჯობესებლად, კარგი იქნება თუ პაციენტის ოთახში იქნება კალენდარი; ილუზიების რისკის შესამცირებლად, ოთახი უნდა იყოს კარგად განათებული.

პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლება დელირიუმის დროს

- მოახდინეთ ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების მონიტორინგი;
- იარეთ ექიმთან რეგულარულად;
- უთხარით ექიმს თუ რა მედიკამენტებსა და საკვებ დანამატებს იღებთ;
- სანამ რომელიმე მედიკამენტს მიიღებთ, დაეკითხეთ ექიმს;
- გამოიძინეთ კარგად;
- საღებავ საშუალებებთან მუშაობისას გამოიჩინეთ სიფრთხილე.

შეფასება

ძირითადი გამომწვევი ფაქტორის ამოწურვისთანავე, ჩვეულებრივ, პაციენტები ფუნქციონირების ნორმალურ დონეს უბრუნდებიან. მომავალი რეციდივის თავიდან არიდების მიზნით, სასურველია, როგორც პაციენტმა, ისე მისმა ახლობლებმა უსაფრთხოების ადეკვატური ზომები დაიცვან. ეს შეიძლება ითვალისწინებდეს ჯანმრთელობის ქრონიკული მდგომარეობის მონიტორინგს, მედიკამენტების ყურადღებით გამოყენებას ან ალკოჰოლისა და სხვა ნამღლებიგან თავის შეკავებას.

თემზე/გარემოზე დაფუძნებული ზრუნვა

მიუხედავად იმისა რომ დელირიუმის გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა ამოწურული იყოს, პაციენტს შეიძლება კვლავ უჭირდეს კოგნიტური ფუნქციების სრულად განხორციელება. დელირიუმის შემდეგ აუცილებელია პაციენტის შეფასება დემენციის არსებობაზე.

თუ დემენციის არსებობა გამოირიცხა, შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს პაციენტის ჩართვა სხვადასხვა სარეაბილიტაციო პროგრამაში.

დემენცია

დემენციის დროს ბიანდება სხვადასხვა კოგნიტური უნარები. როგორც წესი, იგი მეხსიერების მოშლით იწყება, შემდეგ კი ვითარდება ისეთი კოგნიტური ფუნქციების მოშლა როგორებიცაა:

აფაზია – მეტყველების მოშლა;

აპრაქსია – მოტორული ფუნქციების მოშლა;

აგნოზია – სხვადასხვა საგნების შეცნობის მოშლა ან მათი სახელწოდებების დავიწყება.

აღმასრულებელი ფუნქციების მოშლა – აბსტრაქტული ამროვნების უნარის და სხვა პროცესების, როგორიცაა დაგეგმვა, კონტროლი, ორგანიზება და სოციალური ქცევა – დარღვევაა.

მკურნალობის სწორად დაგეგმვისთვის აუცილებელია დელირიუმისა და დემენციის ერთმანეთისგან გარჩევა.

24.1 ცხრილში მოცემულია დემენციისა და დელირიუმის შედარება.

ცხრილი 24.1 დემენციის და დელირიუმის შედარება		
ნიშანი	დელირიუმი	დემენცია
დასაწყისი	სწრაფი	თანდათანობითი
ხანგრძლივობა	ხანმოკლე	პროგრესული გაუარესება
ცნობიერება	მოშლილია და იცვლება	არ არის დაზიანებული
მახსოვრობა	მოშლილია ხანმოკლედ	თავდაპირველად ზიანდება მოკლევადიანი მეხსიერება ხოლო შემდეგ - ხანგრძლივი. საბოლოო ჯამში ზიანდება ორივე
მეტყველება	შესაძლოა იყოს მოშლილი	თავდაპირველად ნორმალურია ხოლო შემდეგ ვითარდება აფაზია
აზროვნების პროცესი	დროებით მოშლილია	აზროვნების პროცესი მოშლილია
აღქმა	ვიზუალური და ტაქტილური ჰალუსინაციები, ბოდვითი აზრები	დარღვევები არ აღინიშნება, მაგრამ შესაძლებელია იყოს პარანოია, ჰალუსინაციები და ილუზიები
ხასიათი	აღელვებულია და შეშინებული, ადვილად ღიზიანდება	ადრეულ ეტაპზე დეპრესია ან შფოთვა. შესაძლოა იყოს ლაბილური გუნება – განწყობილებაც. მოგვიანებით ადგილი აქვს „ბოლთის ცემას“, ბრაზის აფექტს

დემენციის ადრეული ნიშანია მეხსიერების მოშლა. პაციენტს არ შეუძლია ახალი ინფორმაციის დამახსოვრება და ძველად დამახსოვრებული ავინყდება. საწყის ეტაპზე ზიანდება მოკლევადიანი მეხსიერება, მაგალითად, პაციენტს არ ახსოვს, სად რა დადო. მოგვიანებით ეტაპზე ზიანდება ხანგრძლივი მეხსიერება.

აფაზია იწყება ნაცნობი ნივთების სახელების დავინწყებით. პაციენტებს შესაძლებელია ჰქონდეთ **ექოლალია** (გაგონილის გამეორება) ან **პალილალია** (ერთიდაიგივეს გამეორება მრავალჯერ). აპრაქსიის ფონზე შესაძლებელია პაციენტს გაუჭირდეს ჩვეული რუტინული აქტივობების განხორციელება დღის მანძილზე.

დასაწყისი და კლინიკური მიმდინარეობა

მსუბუქი: თავდაპირველად პაციენტი ხდება გულმავინცი, რაც თავისი ინტენსივობით აღემატება ნორმალური დაბერების პროცესისათვის დამახასიათებელ გულმავინცობას. პაციენტს უჭირს საჭირო სიტყვების პოვნა. ხშირად კარგავს ნივთებს რაზეც ნერვიულობს კიდევ. ადრე სასიამოვნო სხვადასხვა სოციალური და პროფესიული საქმიანობა აღარ ანიჭებს სიამოვნებას, ამიტომ ცდილობს თავი აარიდოს მათ.

საშუალო: პაციენტს აღარ შეუძლია რთული ამოცანების შესრულება, თუმცა ძირითადად კარგად ორიენტირებულია. ამ დროს პაციენტს მართო ცხოვრება აღარ შეუძლია.

მძიმე: ადამიანი იცვლება პიროვნულად და ემოციურადაც. გამოთქვამს ბოდვით აზრებს, ღამე ხეტილობს, ავინყდება ოჯახის წევრთა სახელები და კარგავს თვით მოვლის ჩვევებს, რაც რიგ შემთხვევებში მისი თავშესაფარში მოთავსების საფუძველია.

ეტიოლოგია

ეტიოლოგიური ფაქტორის მიუხედავად დემენციის მიმდინარეობა ყველა შემთხვევაში ერთნაირია. ნეიროვიზუალური გამოკვლევებით ამ ადამიანების თავის ტვინის მეტაბოლური აქტივობა მკვეთრად შემცირებულია, თუმცა არ არის ცნობილი ეს დემენციით არის გამოწვეული, თუ დემენცია არის გამოწვეული მეტაბოლური აქტივობის შემცირებით.

ქვემოთ მოყვანილია დემენციის უხშირესი მიზეზები:

- **ალცჰაიმერის დაავადება:** ეს არის ნეიროდეგენერაციული დაავადება, რომელსაც ახასიათებს თანდათანობითი პროგრესირება. დამახასიათებელია მეტყველებისა და მოტორული ფუნქციის მოშლა, მკვეთრი პიროვნული და ქცევითი ცვლილებები (პარანოია, ბოდვა, ჰალუსინაციები, ცუდი ჰიგიენა და სხვა).
- **ვასკულარული დემენცია** – დამახასიათებელია ალცჰაიმერის დაავადების მსგავსი სიმპტომები, თუმცა მისი დასაწყისი უეცარია. რადიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია მკვეთრი იშემიური ზონების ვიზუალიზაცია.
- **პიკის დაავადება** – დამახასიათებელია შუბლისა და საფეთქლის წილების ქერქის ატროფია და კლინიკურად ალცჰაიმერის დაავადების მსგავსი სიმპტომები. ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელია ემოციური გასადავება და მეტყველების მოშლა. ადრეულ ეტაპზე ვითარდება პიროვნული ცვლილებებიც.
- **კრეიტცფელდ - იაკობის დაავადება** – ვითარდება 40 - 60 წლის ასაკში. დამახასიათებელია მხედველობისა და კოორდინაციის მოშლა, მოძრაობითი დარღვევები, ასევე სწრაფად პროგრესირებადი დემენცია. ენცეფალოპათია გამოწვეულია ინფექციური აგენტით, პრიონით. მისი გაუნებელყოფა შეუძლებელია ულტრაიისფერი დასხივებით და ხანგრძლივი დუღილითაც კი. დაავადების მიმდინარეობა პროგრესირებულია, ხანგრძლივობა 2 - დან 12 წლამდეა.
- **აივ ინფექციით გამოწვეული დემენციისთვის** დამახასიათებელია მრავლობითი ნევროლოგიური პრობლემები, რომელიც შესაძლებელია მერყეობდეს მსუბუქი სენსორული მოშლიდან მძიმე სახის მესხიერების მოშლამდე და ნევროლოგიურ დეფიციტამდე.
- **პარკინსონის დაავადება** – ნელა პროგრესირებადი ნევროლოგიური დარღვევაა, რომელიც ხასიათდება ტრემორით, რიგიდულობით, ბრადიკენზიითა და პოზიციური არამდგრადობით. ამ დაავადების 20 - 60%-ში შესაძლოა განვითარდეს კოგნიტური პრობლემები.
- **ჰანტინგტონის დაავადება** – ეს არის ავტოსომურ დომინანტური გენეტიკური დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია თავის ტვინის ატროფია დემიელინიზაცია და პარაკუჭების გადიდება. დასაწყის ეტაპზე პაციენტს აქვს უნებლიე მოძრაობები. დაავადება იწყება 30 - 40 წლის ასაკში და შესაძლოა ათი-ოცი წელი გრძელდებოდეს.
- თავის ტვინის ტრავმამ შესაძლებელია გამოიწვიოს დემენცია. ტრავმის ხარისხზე დამოკიდებულია ის კოგნიტური დეფიციტი რომელიც ტრავმის შედეგ ვითარდება. თუ ტრავმა ერთჯერადი იყო მაშინ დემენციას პროგრესირება არ ახასიათებს, მაგრამ თუ ტრამვა განმეორებითია, დემენციაც პროგრესირებს.

მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 4.6 მილიონს აქვს დემენცია. მსოფლიო მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად ეს რაოდენობა იზრდება. მოსალოდნელია, რომ 2050 წლისთვის მსოფლიო მოსახლეობის 114 მილიონს ჰქონდეს დემენცია.

კულტურული თავისებურებები

აღმოსავლურ კულტურებში შესაძლოა ოჯახის წევრებს ერიდებოდეთ აღიარება რომ მათი ოჯახის უფროს წევრს დემენცია აქვს. აღნიშნულ საკითხზე აუცილებელია იმუშაოს ექთანმა ისე რომ პაციენტის მოვლის თაობაზე შესაბამისი გადანყვეტილებები დროულად იქნეს მიღებული.

მკურნალობა და პროგნოზი

თუ არსებობს დემენციის ორგანული მიზეზი, მაშინ მისი მკურნალობა შესაძლებელია, რასაც ამ ეტაპზე ვერ ვიტყვით ნეიროდეგენერაციული დაავადებების შესახებ.

სხვადასხვა სახის დემენციის განსხვავებული ეტიოლოგიური ფაქტორების მიუხედავად, პროგნოზი საერთოა. 24.2 ცხრილში, მოცემულია ის ფარმაკოლოგიური აგენტები, რომლებიც გამოიყენება დემენციის სამკურნალოდ.

ცხრილი 24.2 მედიკამენტები რომელიც გამოიყენება დემენციის სამკურნალოდ		
დასახელება	დოზა და მიღების გზა	თავისებურებები საექთნო თვალსაზრისით
დონეპეზილი	5 – 10 მგ ორალურად, ყოველ დღე	ყურადღება მიაქციეთ გულისრევის, დიარეის და უძილობის პრობლემებს. შეამონშეთ განავალი ფარულ სისხლდენაზე.
რივასტიგმინი	3 – 12 მგ დღეში, ორ დოზად გაყოფილი	ყურადღება მიაქციეთ მუცლის ტკივილს, გულისრევას, პირღებინებას და მადის დაკარგვას.
გალანტამინი, რაბადინი	16 – 32 მგ დღეში, ორ დოზად გაყოფილი	ყურადღება მიაქციეთ გულისრევის, პირღებინების, მადის კარგვის, თავბრუსხვევის და სინკოპეს სიმპტომებს.
მემანტინი	10 – 20 მგ დღეში ორ დოზად გაყოფილი	ყურადღება მიაქციეთ ჰიპერტენზიას, ტკივილს, თავის ტკივილს, პირღებინებას შეკრულობას და გამოფიტვას.

საექთნო პროცესი დემენციის დროს

შეფასება

დემენციის მქონე პაციენტების შეფასება შესაძლებელია სირთულეებთან იყოს დაკავშირებული. მათ შესაძლოა ავინყდებოდათ გასაუბრების მიზანი და მიზეზი. ისინი ადვილად იღლებიან, ამიტომ საჭიროებენ პერიოდულ შესვენებას.

ისტორია

ვინაიდან პაციენტებს უკანასკნელი მოვლენების გახსენება უჭირთ, დაავადების დაწყების გახსენება მათ შესაძლოა ვერ შეძლონ.

ზოგადი მდგომარეობა და მოტორული ფუნქციები

დემენციის დროს მკვეთრად უარესდება მოტორული ფუნქციები და მეტყველების უნარი. საუბრისას ისინი შესაძლოა რამდენიმეჯერ დაუბრუნდნენ ერთსა და იმავეს.

დემენციის საწყის ეტაპზე პაციენტს უვითარდება აპრაქსია, რაც მანამდე კარგად ნაცნობი ფუნქციების შესრულების უნარის კარგვას ნიშნავს (თმის დავარცხნა, კბილების გამოხედვა და სხვა).

დემენციის დროს პაციენტმა შესაძლებელია დაიწყოს უცნაური ქცევაც, მაგალითად, უცხო ადამიანებს გამოელაპარაკოს ქუჩაში, იხუმროს უადგილოდ და სხვა.

ხასიათი და აფექტი

მიუხედავად იმისა რომ შესაძლოა ამას არ გამოხატავდნენ, პაციენტები, როგორც წესი, ძალიან ნერვიულობენ საკუთარი კოგნიტური ფუნქციების მოშლის შესახებ. ხასიათი სულ უფრო ლაბილური უხდებათ და ეცვლებათ კონკრეტული მიზეზის არსებობის გარეშე. ისინი კარგავენ კონტროლს საკუთარ თავზე, რის გამოც პრაქტიკულად კატასტროფული რეაქციები აქვთ სხვადასხვა მოვლენის გამო.

იმის გამო რომ სულ უფრო ნაკლებად აღიქვამენ მათ გარშემო არსებულ სამყაროს უმეტესწილად დროს მართლობაში ატარებენ, არიან ლეთარგიულები და აპათიურები.

აზროვნების პროცესი და შინაარსი

დაავადების საწყის ეტაპზე მოშლილია კომპლექსური მოქმედებების უნარი, რის გამოც ვერ ახერხებენ აბსტრაქტულ აზროვნებას და პრობლემების გადაჭრას. ვერ აკავშირებენ მოვლენებს ერთმანეთთან და ვერ აღიქვამენ მათ შორის მსგავსებებსა და განსხვავებებს. დემენციასთან ერთად იზრდება ილუზიების ალბათობა; შესაძლოა, სხვები, სხვადასხვა ნივთების მოპარვაში დაადანაშაულონ და სჯეროდეთ რომ ატყუებენ.

სენსორული და ინტელექტუალური პროცესი

დემენციის დროს პაციენტები უპირატესად ინტელექტუალურ უნარებს კარგავენ. პირველ რიგში იკარგება ყველაზე ბოლოს მიღებული ინფორმაცია ხოლო შემდეგ ყველაზე ძველი. აგნოზია დემენციისთვის დამახასიათებელ კიდევ ერთი სიმპტომია. პაციენტებს უჭირთ სივრცითი აზროვნება, რის გამოც მათ წერაც კი უჭირთ. დემენციის პროგრესირებასთან ერთად პაციენტებს უჭირთ კონცენტრირება, ხოლო საბოლოო ჯამში, მას სრულად კარგავენ.

კრიტიკული აზროვნება

კოგნიტური ფუნქციების მოშლასთან ერთად დემენციას კრიტიკული აზროვნების მოშლაც ახასიათებს. ისინი არასწორად აფასებენ სიტუაციას, რის გამოც ხშირად საფრთხეში იგდებენ თავს. მაგალითად, ისინი შესაძლებელია ზამთარში გავიდნენ გარეთ მხოლოდ ხალათის ამარა.

საწყის ეტაპზე შესაძლებელია მათ ჰქონდეთ გარკვეული კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობისადმი, მაგრამ ეს მალევე ქრება და მათ თითქმის არანაირი კრიტიკული დამოკიდებულება აღარ აქვთ საკუთარი მდგომარეობისადმი.

საკუთარი თავის აღქმა

დასაწყის ეტაპზე, იმის გამო რომ სხვადასხვა ნივთებს ვერ პოულობენ პაციენტები საკუთარ თავზე ბრამბდებიან. თუმცა დაავადების პროგრესირებასთან ერთად და კრიტიკის შემცირებასთან ერთად ეს შეგრძნება უქრებათ.

როლები და ურთიერთობები

დემენცია ადამიანს თავისი სოციალური როლის შესრულებაში ძალიან უშლის ხელს. თუ ის დასაქმებულია, სამსახურის შენარჩუნება შეუძლებელია დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. რუტინული ოჯახური ფუნქციების შესრულება სულ უფრო რთულდება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. საბოლოო ჯამში კი პაციენტები საბაზისო ფუნქციების შესრულებასაც კი ვეღარ ახერხებენ. იმის გამო რომ მათი კოგნიტური ფუნქციები მკვეთრად მცირდება ხდებიან სახლს მიჯაჭვულები. ამ დროს ოჯახის წევრებს შეგრძნება აქვთ რომ მათ დაკარგეს ადრე არსებული ურთიერთობები და ახლა მეურვეებად იქცნენ.

ფიზიოლოგიური და საკუთარ თავზე ზრუნვის საკითხები

დემენციის მქონე პაციენტებს უჭირთ საკუთარი საჭიროებების აღქმა. ცუდად იკვებებიან, დღე სძინავთ და ღამე უძილობა აწუხებთ. როგორც წესი, ვერ იკავებენ განავალსა და შარდს, რის გამოც კიდევ უფრო მკვეთრად დგება ჰიგიენის პრობლემები.

მონაცემთა ანალიზი

დემენციის დროს არსებობს მრავალი საექთნო დიაგნოზი, ესენია:

- დაზიანების რისკი;
- ძილის პრობლემები;
- არაადეკვატური ჰიდრატაცია;
- ცუდი კვება;
- ქრონიკული დაბნეულობა;
- გარემოს არაადეკვატური ინტერპრეტაცია;
- მეხსიერების მოშლა
- მოშლილი სოციალური ურთიერთობები;
- მოშლილი ვერბალური კომუნიკაცია;
- სოციალური როლის არაეფექტური შესრულება.

ფსიქომორი სიმპტომების მქონე პაციენტებთან საექთნო დიაგნოზები შესაძლოა სენსორული აღქმისა და აზროვნების პროცესის მოშლა იყოს.

შედეგების იდენტიფიცირება

დემენციის შემთხვევაში გამოჯანმრთელება არ გულისხმობს ფუნქციონერების დონის აღდგენას.

დემენციის მკურნალობისთვის სასურველი შედეგებია:

- ზიანის თავიდან აცილება;
- ადეკვატური აქტივობის შენარჩუნება;
- ადეკვატური ნუტრიცია;
- შეძლებისდაგვარად დამოუკიდებელი ფუნქციონირება;
- ღირსებისა და მხარდაჭერის შენარჩუნება.
- პაციენტის გარემოსთან ურთიერთობის შენარჩუნება.

საექთნო მოვლის გეგმა დემენციის დროს	
საექთნო დიაგნოზი: ინფორმაციის ან ჩვეული საქმიანობის გახსენების პრობლემა	
შეფასების შედეგები	მოსალოდნელი შედეგები
<ul style="list-style-type: none"> ● ფაქტობრივი ინფორმაციის გახსენების პრობლემა; ● ახალი ინფორმაციის დამახსოვრების პრობლემა; ● მესხიერების დაკარგვასთან დაკავშირებული აჟიტირება და შფოთვა. 	<ul style="list-style-type: none"> ● შფოთვის შემცირება; ● საბაზისო ფუნქციების შესრულება; ● ხანგრძლივი მესხიერების ეფექტური გამოყენება; ● ფრუსტრაციის ნაკლები დონე მესხიერების დაკარგვასთან დაკავშირებით; ● ოპტიმალური ფუნქციონირების შენარჩუნება; ● პაციენტის მიერ მისდამი მიმართული ზრუნვისა და პატივისცემის აღქმა.
იმპლემენტაცია	
საექთნო ინტერვენცია	მიზები
წარსული მოვლენების გახსენებაში დახმარება.	მიუხედავად მოკლევადიანი მესხიერების მოშლისა, ხანგრძლივი მესხიერება შენარჩუნებულია. წარსული მოვლენების გახსენება პაციენტისთვის სასიამოვნო პროცესია.
მიეცით პაციენტი საშუალება გამოიყენოს წერილობითი მინიშნებები, როგორებიცაა კალენდარი, რვეული და სხვა.	სხვადასხვა შეხსენებები პაციენტს მოვლენების დამახსოვრებაში ეხმარება.
სასურველია, რომ სხვადასხვა ნივთების ადგილმდებარეობა ნაკლებად შეიცვალოს. ასე პაციენტს მეტად გაუადვილდება მისთვის საჭირო ნივთების პოვნა.	ასე პაციენტს უფრო ადვილად შეუძლია ყოველდღიური ფუნქციონირება.
როდესაც პაციენტს აძლევთ მითითებას მიეცით მხოლოდ ერთ საფეხურიანი მითითება.	დემენციის დროს პაციენტს რამდენიმე საფეხურიანი მოქმედების შესრულება არ შეუძლია.
როდესაც მიუთითებთ ნივთზე, აღვნიშნოთ, თუ რისთვის გამოიყენება იგი.	ასე პაციენტს დაეხმარებით მოახდინოს სხვადასხვა ნივთების დაკავშირება ერთმანეთთან.
ახალი ცნებების თქმისას დაუკავშირეთ იგი ძველ მოვლენას. “მოათავსე სარეცხი სარეცხ მანქანაში ისევე როგორც წელან”.	ასე დახმარებით პაციენტს მოახდინოს სხვადასხვა მოვლენების ურთიერთდაკავშირება.

დაეხმარეთ პაციენტს სხვადასხვა მოქმედების შესრულებაში, მაგრამ ის რისი გაკეთებაც მას თავად შეუძლია არ ააჩქაროთ და მიეცით მას საშუალება დამოუკიდებლად შეასრულოს დავალება.	აუცილებელია, რომ პაციენტის დამოუკიდებელი ფუნქციონირება მაქსიმალურად შენარჩუნდეს.
თუ ამჩნევთ რომ პაციენტი ვერ ასრულებს ქმედებას არ დაელოდოთ მას უსასრულოდ.	აუცილებელია, შენარჩუნებული იყოს პაციენტის ღირსება და მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი ფრუსტრაცია.

პაციენტის უსაფრთხოების ხელშეწყობა

მძიმე დემენციის შემთხვევაში აუცილებელია, რომ პაციენტი ზედამხედველობის გარეშე არ იყოს. ვინაიდან დემენციის დროს მკვეთრად შემცირებულია კრიტიკული აზროვნება, ზედამხედველობის გარეშე დარჩენილი პაციენტი შესაძლოა საფრთხეში აღმოჩნდეს. მაგალითად, პაციენტს შესაძლებელია დაავინყდეს რომ ქურაბე საჭმელი უდევს და ამის გამო ხანძრის გაჩენის საშიშროება შეიქმნას.

პაციენტს შესაძლოა ეგონოს რომ მისი ფიზიკური უსაფრთხოება საფრთხეშია. ასეთი შიშების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია, რომ პაციენტი არ იყოს უცხოებთან ერთად და არ იცვლებოდეს მისი რუტინა და გარემო პირობები. ასე იგი უფრო ადვილად იპოვის ნივთებს და ნაკლებად შეექმნება ეჭვები.

ძილისა და კვების ხელშეწყობა

ვინაიდან დემენციის დროს პაციენტები ვერ აცნობიერებენ საკუთარი ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების უმრავლესობას, აუცილებელია, რომ ექთანი ეხმარებოდეს და ზედამხედველობას უწევდეს მათ.

ამასთან ერთად აუცილებელია ძილ – ღვიძილის მონესრიგება. ღამის ძილის გასაუმჯობესებლად, უმჯობესია თუ პაციენტი დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობით დაკავდეს.

რუტინის ჩამოყალიბება

ყოველდღიური განმეორებადი და თანმიმდევრული მოქმედებების ჩამოყალიბება მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტს დემენციის დროს, რადგან წინასწარ აქვს შექმნილი მოლოდინები შემდგომი მოვლენების შესახებ.

აუცილებელია რომ პაციენტის სურვილები გათვალისწინებული იყოს რუტინის ჩამოყალიბებაში, მაგალითად, თუ პაციენტს ურჩევნია რომ იბანოს დილაობით, უმჯობესია, რომ ეს აქტივობა შესაბამისად დაიგეგმოს.

ემოციური მხარდაჭერა

ემოციური მხარდაჭერის მიზნით, აუცილებელია, პაციენტსა და ექთანს შორის არსებობდეს თერაპიული ურთიერთობები, რომელიც, თავის მხრივ, მოიცავს ექთნის მხრიდან მზრუნველ, კეთილგანწყობილ დამოკიდებულებას პაციენტის მიმართ. აუცილებელია, რომ თერაპიული ურთიერთობის შენარჩუნება ხდებოდეს მაშინაც კი თუ ერთი შეხედვით პაციენტი არ რეაგირებს ექთნის მცდელობაზე.

ურთიერთობისა და ჩართულობის მხარდაჭერა

დემენციის მქონე პაციენტზე ზრუნვისას აუცილებელია ექთანმა იზრუნოს დღის განმავლობაში დაგეგმილ აქტივობებში პაციენტის მაქსიმალურ ჩართულობაზე. შესაბამისად აქტივობები ისე უნდა იყოს დაგეგმილი რომ პაციენტს უნდოდეს მათში ჩართვა.

დღის განმავლობაში პაციენტს უნდა მიეცეს საშუალება გაიხსენოს მისთვის სასიამოვნო მოგონებები. ეგრეთ წოდებული მოგონებების თერაპია დადებითად მოქმედებს პაციენტზე.

თუ მძიმე დემენციის გამო პაციენტს უჭირს გააგებინოს ექთანს თუ რა უნდა, აუცილებელია, ექთანმა გამოიყენოს დაზუსტების ტექნიკა. ვერბალურ კომუნიკაციასთან ერთად შესაძლებელია არა ვერბალური მინიშნებების გამოყენებაც.

დემენციის მქონე პაციენტებთან ურთიერთობა ადვილი არ არის. ესენი არიან ადამიანები, რომლებსაც მუდმივად აქვთ გარკვეული დაბნეულობა და ეჭვები. ამიტომ, ხანდახან, უმჯობესი იქნება თუ ექთანი გამოიყენებს ყურადღების გადატანის ტექნიკას. მაგალითად, თუ პაციენტი ამბობს რომ მისი საკვები ისე გამოიყურება თითქოს მოწამლულია, ექთანმა შესაძლებელია შესთავაზოს მას სამზარეულოში გაყოლა და იქ ისეთი საკვების პოვნა რომელიც მას მოეწონება.

კონფლიქტურ სიტუაციაში შესაძლებელია განრიდების ტექნიკის გამოყენებაც. როდესაც პაციენტის ეჭვების მართვა უკიდურესად რთულდება და იგი შეტევაზე გადმოდის, შესაძლებელია ექთანი 5 – 10 წუთით გავიდეს და შემდეგ ისევ უკან დაბრუნდეს, ისე, რომ არ გაიხსენოს მომხდარი.

დემენციის მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის კიდევ ერთი მეთოდია **აზრებში გაყოლა**, რაც თავის მხრივ არ გულისხმობს ბოძვების გამყარებას, მაგრამ პაციენტის აზრთა მიმდევრობის გაყოლას გულისხმობს. მაგალითად, თუ პაციენტი ამბობს რომ ძალიან ღელავს თავის ბავშვებზე, (რომლებიც ზრდასრულები არიან) ექთანს უბრალოდ შეუძლია უთხრას, რომ სანერვიულო არაფერია და ბავშვები კარგად იქნებიან. ასეთი კომუნიკაციის ძირითადი ამოცანა პაციენტის დამშვიდება და არა პაციენტის რეალობაში დაბრუნებაა.

შეფასება

პაციენტის მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგები, დაავადების მიმდინარეობასთან ერთად იცვლება. მაგალითად, დაავადების დასაწყისს სტადიაზე, პაციენტის დამოუკიდებლობა დამოუკიდებელ ჩაცმას გულისხმობდა, მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად ეს შესაძლებელია უბრალოდ საჭმლის არჩევას ან სულაც უფრო მარტივ დავალებებს გულისხმობდეს. ამიტომ მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა გამოსავლებია მოსალოდნელი.

თემზე დაფუძნებული ზრუნვა

დემენციის მქონე პაციენტზე ზრუნვა შესაძლებელია განხორციელდეს შინ ან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერა

მეცნიერები ფიქრობენ, რომ თუ ადამიანის ორგანიზმში ჭარბი რაოდენობითაა ჰომოცისტეინი, მაშინ, მათ დემენციის განვითარების მაღალი რისკი აქვთ. ასევე ფიქრო-

ბენ, რომ ვინაიდან B12 და ფოლიუმის მჟავა პლაზმაში ამ ნივთიერების კონცენტრაციას ამცირებს, ამ ვიტამინების მიღება გარკვეულ დამცველობით ფუნქციას ასრულებს. ამ ეტაპზე ეს მხოლოდ თეორიებია და მათ დადასტურებას შესაბამისი კვლევები სჭირდება.

გარდა ვიტამინებისა, მეცნიერები ფიქრობენ, რომ გონებრივი და ფიზიკური აქტიურობა მნიშვნელოვნად ამცირებს დემენციის განვითარების რისკს და ხელს უწყობს კოგნიტური ფუნქციების შენარჩუნებას.

მომვლელის როლი

შემთხვევათა უმრავლესობაში, დემენციით მოავადე პირთა მომვლელებს ქალები წარმოადგენენ. მომვლელი შესაძლოა იყოს ქალიშვილი, მეუღლე ან დაქირავებული მუშახელი.

ვინაიდან ინსტიტუციური ზრუნვა მნიშვნელოვან ხარჯებთან არის დაკავშირებული, პაციენტების უმრავლესობა მკურნალობასა და ზრუნვას ოჯახურ პირობებში იღებს. გარდა ფინანსური ასპექტისა, მოხუცებულ ოჯახის წევრზე ზრუნვას ამაგის დაფასების საშუალებად მიიჩნევენ ბევრი, რასაც ამ გადაწყვეტილების მიღების ერთ-ერთ მოტივად ასახელებენ.

დემენციის მქონე პაციენტზე ზრუნვაში ჩართულ ადამიანებს, სხვადასხვა ტიპის გრძნობებთან უწევთ გამკლავება, მათ შორის, სირთულეებთან რომელიც ოჯახის სხვა წევრებთან ურთიერთობას ახლავს თან, ოჯახისთვის სტრესულ სიტუაციაში. ამავე დროს უწევთ საკუთარ გრძნობებთან გამკლავება.

დემენციის მქონე პაციენტის მომვლელი ოჯახის წევრები ხშირად უკიდურესად გადაღლილები და გამოფიტულები არიან, ამასთან ხანდახან თვლიან რომ სათანადოდ არ არიან დაფასებული ოჯახის სხვა წევრების მიერ და ამის გამო ხშირად გაღიზიანებულებიც არიან. დაძაბულობის ასეთ ფონზე დემენციით ავადმყოფი არასათანადო მოპყრობის მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

აღნიშნული რისკებიდან გამომდინარე, დემენციის მქონე პაციენტების მომვლელები სათანადო მხარდაჭერას საჭიროებენ. მათთვის სასურველია, თუ მუდმივად ექნებათ კონტაქტი დარგის სპეციალისტთან. მათთვის აუცილებელია ინფორმაციის მიღება როგორც უშუალოდ დაავადების ისე მოვლის სხვადასხვა ასპექტების შესახებ. ეს აუცილებელია როგორც შექმნილი დეფიციტების ეფექტურად მართვისთვის, ისე პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებისთვის.

დემენციის მქონე პაციენტის ზრუნვაში ჩართული ადამიანები, აუცილებელია, სხვადასხვა გზით ახდენდნენ დაგროვილი ემოციისგან განმუხტვას. ამასთან აუცილებელია, რომ ისინი იღებდნენ დახმარებას სხვებისგანაც, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ფიქრობდნენ, მათზე უკეთ ვერავინ მოუვლის პაციენტს. მომვლელი, რომელსაც აქვს საშუალება, რომ ფიზიკური და ემოციური ძალები აღიდგინოს უკეთ შეძლებს პაციენტის მოვლასაც.

დაკავშირებული მდგომარეობები

ამნეზიური აშლილობა, არის დემენციის მსგავსი მდგომარეობა, რომლის დროსაც პაციენტს სხვადასხვა ფაქტორების ზეგავლენით, უქვეითდება მეხსიერების ფუნქცია. დემენციისაგან განსხვავებით, ამნეზიური აშლილობის დროს პაციენტს არ უვითარდება სხვა კოგნიტური დარღვევები, როგორცაა აგნოზია, აფაზია და სხვა.

ამნეზიური აშლილობა სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობების დროსაც შეიძლება განვითარდეს, ასეთია, მაგალითად, კორსაკოვის სინდრომი, რომლის დროსაც თიამინისა და B12 ვიტამინების ნაკლებობა განაპირობებს ქრონიკულ ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებულ მეხსიერების პრობლემებს.

დემენციისგან განსხვავებით, ამნეზიის დროს, ძირითადი პრობლემის მკურნალობის შემდეგ კლინიკური სურათი მკვეთრად უმჯობესდება და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობაც აღარ პროგრესირებს. თუმცა, თუ ალკოჰოლის მოხმარება ქრონიკულია, კლინიკური გაუმჯობესება არ დგება.

რა უნდა ესმოდეს ექთანს კარგად

დემენციის მქონე პაციენტზე ზრუნვა, დიდ ენერჯიასა და ძალისხმევას მოითხოვს. მიუხედავად იმისა, რომ ექთნის ძირითადი ამოცანა პაციენტის განათლებაა, დემენციის შემთხვევაში ამ ამოცანის შესრულება უკიდურესად რთულია. მკურნალობის პროცესში ექთანმა არ უნდა დაკარგოს მოთმინება, და თუ საჭიროება არის უნდა მოახდინოს ამ ნეგატიური აზრების კომუნიკაცია კოლეგებთან ისე, რომ არ მოხდეს მათი გადატანა პაციენტზე ან მის ოჯახის წევრებზე. დემენციის მქონე პაციენტების საექთნო მოვლა განსაკუთრებით რთულია იმ თვალსაზრისით, რომ პაციენტი არ უმჯობესდება მიუხედავად ჩატარებული ღონისძიებებისა; მდგომარეობა მუდმივად უარესდება თუ პაციენტი ვერასოდეს ბრუნდება სახლში ჯანმრთელი.

რა უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა როდესაც მუშაობს დემენციით დაავადებულ პაციენტთან

- გახსოვდეთ, რამდენად მნიშვნელოვანია ღირსების შენარჩუნება პაციენტისთვის, რომლის ცხოვრება დემენციით სრულდება;
- გახსოვდეთ, რომ სიკვდილი ცხოვრების საბოლოო ეტაპია. ამ დროს განსაკუთრებული მხარდაჭერა სჭირდება ოჯახის წევრებს;
- ექთნის მიერ გამოჩენილი მზრუნველობა უკიდურესად მნიშვნელოვანია პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის და მათ ეს დიდი ხანი ემახსოვრებათ.

შეკითხვაზე კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის

1. დემენციით დაავადებულ პაციენტებთან მუშაობისას, ერთ – ერთი კოლეგა არაკორექტულად ხუმრობს პაციენტის შესახებ რომელიც იქ არის. თქვენ შენიშვნას აძლევთ მას, თუმცა ის გაასუხობთ რომ მას მაინც არაფერი ესმის და რომ ისიც იცინოდა ხუმრობაზე. როგორი უნდა იყოს თქვენი რეაქცია?
2. პაციენტს სულ ახლახან დაუსვეს დემენციის დიაგნოზი. ფიქრობთ თუ არა რომ მას შეუძლია წინასწარ მიიღოს გადაწყვეტილებები სამედიცინო მოვლის შესახებ? დაასაბუთეთ თქვენი პასუხი.

ძირითადი საკითხები

- კოგნიტური აშლილობები გულისხმობს თავის ტვინის უმაღლესი ფუნქციების მოშლას. ასეთებია: დელირიუმი დემენცია და ამნეზიური აშლილობა.

- დელირიუმის დროს მოშლილია კოგნიტური ფუნქცია, რაც უპირატესად – შექცევადია. დელირიუმი შესაძლოა გამოწვეული იყოს ინფექციებით, ნუტრიციული პრობლემებით, მედიკამენტური ზედღობრებით, ურთიერთქმედებებითა, ასევე მედიკამენტების ტოქსიკური ეფექტებით ან ალკოჰოლის მოხსნით.
- დელირიუმის მქონე პაციენტის საექთნო მოვლისას, ექთნის ძირითადი ამოცანაა პაციენტის უსაფრთხოების დაცვა, ასევე მათი ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების უზრუნველყოფა.
- დემენცია არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ვითარდება მრავლობითი კოგნიტური დეფიციტი, მათ შორის, მეტყველების მოშლა (აფაზია) მთორუელი ფუნქციის მოშლა (აპრაქსია) და სხვადასხვა საგნების სახელების დავიწყება (აგნოზია).
- დემენცია პროგრესირებადი მდგომარეობაა, რომელიც იწყება კოგნიტური უნარების მსუბუქი მოშლით და სრულდება ამ ფუნქციის სრული მოშლით.
- დემენციის მკურნალობაში ჩართული მედიკამენტები ანელებენ დემენციის პროგრესირების სიჩქარეს. ანტიფსიქოზური საშუალებები და ანტიდეპრესანტები გამოიყენება სიმპტომების მართვაში.
- დემენციით დაავადებული მრავალი პაციენტი მკურნალობას სახლის პირობებში გადის. მოვლაში ჩართული ადამიანები მნიშვნელოვან ემოციურ და ფიზიკურ დატვირთვას იღებენ. იმისთვის, რომ მომვლელების ფიზიკური გადატვირთვა თავად პაციენტისთვის არ გახდეს საფრთხის შემცველი, აუცილებელია, მომვლელებსაც ეძლეოდეთ დასვენების საშუალება.
- დემენციის მკურნალობაში ჩართულ პირებს კარგად უნდა ესმოდეთ პაციენტის უსაფრთხოების მნიშვნელობა. მათ უნდა იცოდნენ თუ როგორ უზრუნველყონ პაციენტის ადეკვატური კვება და სამედიცინო ზედამხედველობა. ზრუნვაში ჩართულმა პირებმა აუცილებელია უზრუნველყონ პაციენტის დამოუკიდებლობა რაც შეიძლება ხანგრძლივად.
- დემენციით დაავადებული პაციენტის მკურნალობისას მომვლელმა აუცილებელია შეინარჩუნოს პაციენტის ღირსება.

წყდომები:

1. Andreescu, C. & Aizenstein, H. J. (2009). Amnestic disorders and mild cognitive impairment. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1198–1207). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer.
2. Bedard, A., Landreville, P., Voyer, P., et al. (2011). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Aging & Mental Health*, 15(7), 855–865.
3. Coley, N., Andrieu, S., Gardette, V., et al. (2008). Dementia prevention: Methodological explanations for inconsistent results. *Epidemiologic Reviews*, 30, 35–66.
4. Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205.
5. Facts and Comparisons. (2012). *Drug facts and comparisons* (66th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
6. Goyder, J., Orrell, M., Wenborn, J., et al. (2012). Staff Training using STAR: A pilot study in UK Care homes. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 911–920.
7. McCabe, L. (2008). A holistic approach to caring for people with Alzheimer’s disease. *Nursing Standard*, 22(42), 50–56.
8. Meagher, D. J., Leonard, M., Donnelly, S., et al. (2010). A comparison of neuropsychiatric and cognitive profiles in delirium, dementia, comorbid delirium-dementia and cognitively intact controls. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 81(8), 876–881.
9. Ouldred, E. & Bryant, C. (2008). Dementia care. Part 2: Understanding and managing behavioural challenges. *British Journal of Nursing*, 17(4), 242–247.
10. Richards, S. S. & Sweet, R. A. (2009). Dementia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1167–1198). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
11. Schultz, J. M. & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott’s manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
12. Selhub, J. (2008). Public health significance of elevated homocysteine. *Food and Nutrition Bulletin*, 29(2 Suppl), S116–S125.
13. Smith, A. D. (2008). The worldwide challenge of the dementias: A role for B vitamins and homocysteine? *Food and Nutrition Bulletin*, 29 (2 Suppl), S143–S172.
14. Solai, L. K. K. (2009). Delirium. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1153–1167). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
15. Sweet, R. A. (2009). Cognitive disorders: Introduction. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 9th ed., pp. 1152–1153). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins/Wolters Kluwer.
16. Warner, J. P., Butler, R., & Gupta, S. (2010). Dementia. *Clinical Evidence*, ISSN 1752-8526 (electronic).

