

## **დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი**

ნათია ბადრიშვილი

**ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ეფექტურობა  
ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის შიზოფრენიით დაავადებულ  
პაციენტებთან**

ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა კანდიდატის  
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

### **დ ი ს ე რ გ ა ც ი ა**

19.00.04– სამედიცინო ფსიქოლოგია

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

აკადემიკოსი. შ. ნადირაშვილი და აკადემიკოსი შ. გამყრელიძე

თბილისი

2006

# შინაარსი

## შესავალი

### I თეორიული ნაწილი

#### ლიბერატორის მიმოხილვა

---

1. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის თეორიული დასაბუთება: შიზოფრენიის ახსნის მოდელები	7
1.1 ბიოლოგიური მოდელები	7
1.2 ფსიქო-სოციალური მოდელები	9
1.3 მულტიფაქტორული მოდელები	11
1.3.1 მოწყვლადობის კონცეფცია	11
1.3.2 სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელები	12
1.3.3 პერვაზიულობის მოდელი	16
1.3.4 ურთიერთგავლენა რესურსების და დარღვევის სფეროებს შორის	17
	19
2. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ნეიროკოგნიტური საფუძვლები	
2.1. კოგნიტური დარღვევები შიზოფრენიის დროს	19
2.1.1 ინფორმაციის გადამუშავების მოდელი და ყურადღება	21
2.1.2 მეხსიერება	23
2.1.2.1 ხანმოკლე მეხსიერება	23
2.1.2.2 ხანგრძლივი მეხსიერება	26
2.1.2.3 ვერბალური მეხსიერება	27
2.1.2.4 ცნობის მეხსიერება	28
2.1.3. ცნების შედგენა და აზროვნება	29
2.2. სოციალური კოგნიციები და სოციალური ქცევა	30
2.3 ნეიროკოგნიტური დეფიციტი და ფუნქციონალური გამოსავალი	32
2.4. მედიკამენტების გავლენა ნეიროკოგნიტურ დეფიციტზე	33

**3. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ზოგადი მიმოხილვა 34**

---

3.1	ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის შექმნის ისტორია	34
3.2	ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის აღწერა	35
3.3	ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ეფექტურობა	36

**II პრაქტიკული ნაწილი**

---

**4. საკუთარი კვლევა 37**

---

4.1	საკითხის დაყენება	37
4.2	კვლევის მიზანი და ამოცანები	39
4.3	პროცედურა	41
4.4	მონაწილეები	44
4.5	გამოყენებული კითხვარები	60
4.6	თერაპიის ჩატარების მეთოდოლოგია	61
4.7	მიღებული შედეგები	90
4.8	შედეგების მიმოხილვა	134

---

**დასკვნები 146**

---

**ლიტერატურა**

---

**დანართი**

---

## შესავალი

საზოგადოებაში ადამიანის სრულფასოვანი ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება, რომლის შემადგენელი ნაწილია ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ფსიქიკური დაავადებებიდან შიზოფრენიული წრის აშლილობები ყველაზე მეტად იწვევენ პიროვნების ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუარესებას და ზღუდავენ მათ საზოგადოებაში სრულფასოვან ინტეგრაციას. შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის საუკეთესო შედეგს იძლევა კომპლექსური მკურნალობა: მედიკამენტური თერაპია, ფსიქოთერაპია და ფსიქო-სოციალური დახმარება.

მეოცე საუკუნის ნეიროკოგნიტური კვლევების უმრავლესობა ფოკუსირებული იყო კოგნიტური დეფიციტის დახასიათებასა და განსაზღვრაზე. ყოველდღიურ ცხოვრებაში ეს დეფიციტი შესაძლებელია კრიტიკული აღმოჩნდეს დაავადების "ფუნქციონალური გამოსავლისთვის", ანუ ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების პროგნოზისთვის (Heaton et al., 1994).<sup>[61]</sup> 1990-იანი წლებიდან დაიწყო ამ საკითხის ინტენსიური კვლევა, რის საფუძველზეც მკვლევარები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ნეიროკოგნიტური დეფიციტი დაკავშირებულია შიზოფრენიის ფუნქციონალურ გამოსავალთან (Green et al., 1999); და რომ ამ უკანასკნელის გაუმჯობესებაში მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში უნარ-ჩვევების დაუფლება/გაფართოებასა და სოციალური პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების შეძენას. <sup>[56]</sup> მართალია, დღეისათვის არ არის მუსგად განსაზღვრული, თუ რომელი ნეიროკოგნიტური ფუნქცია წარმოადგენს ფუნქციონალური გამოსავლის ყველაზე მნიშვნელოვან პრედიქტორს და კორელაგს, მიუხედავად ამისა, გამოყოფენ შემდეგ ნეიროკოგნიტურ კონსტრუქტებს: ეპიზოდურ (ანუ ოპერატიულ) მეხსიერებას, მუშა ანუ უშუალო მეხსიერებას, აღმასრულებელ ფუნქციებს და ყურადღება/სიფხიბლეს (Goldberg & Green, 1998). <sup>[48]</sup> დღეისათვის კავშირი კოგნიციებსა და საზოგადოებაში ფუნქციონირებას შორის დამტკიცებულად შეიძლება ჩაითვალოს (Green et al. (2000, 2004). გარდა ამისა, აღნიშნავენ, რომ საზოგადოებაში ფუნქციონირება დამოკიდებულია სხვა ისეთი ფაქტორების არსებობაზეც, რაც რჩება კლინიკური კვლევების კონტროლის მიღმა; ასეთებია - მოტივაცია, სოციალური მხარდაჭერა და განათლება/პროფესიული უნარ-ჩვევები. <sup>[52, 53]</sup>

Milev et al (2005)-ის კვლევების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებთან გლობალური ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების პროგნოზირება შესაძლებელია ნეგატიური სიმპტომების და ყურადღების დეფიციტის გამოხატვის ხარისხის მიხედვით. ასევე, ვერბალური მეხსიერება წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრედიქტორს თავისუფალი დროის შევსების უნარის დარღვევისთვის.<sup>[87]</sup> მრავალ გამოკვლევაში ნაჩვენებია, რომ კოგნიტური დეფიციტს შეუძლია ხელი შეუშალოს სოციალური უნარ-ჩვევების დასწავლას (Teilemann, 1993).<sup>[124]</sup>

შიზოფრენიის სისტემური შესწავლის დაწყების შემდეგ წარმოიშვა მრავალი თეორია და კონცეფცია, რომელთა მიზანინც იყო, თვალსაჩინო გაეხადათ ამ დაავადების წარმოშობა, მიმდინარეობა და გამოსავალი. (Roder, 1987).<sup>[102]</sup> დღეისთვის დიდი მნიშვნელობა გააჩნია *მოწყვლადობის მიდგომას*. (Schmidt-Degenhardt, 1988). სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი საფუძვლად უდევს შიზოფრენიით დაავადებულთათვის განკუთვნილ მრავალ თერაპიულ მიდგომას.<sup>[112]</sup>

შიზოფრენიის შესახებ უახლესმა მეცნიერულმა კვლევებმა ასახვა ჰპოვეს თერაპიულ პრაქტიკაშიც. მეოცე საუკუნის 70-იანი წლების შუა პერიოდიდან დაიწყო ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის (შემოკლებით, IPT) პირველი კონცეფციის შემუშავება. მოცემული თერაპიული პროგრამა ეფუძნება შიზოფრენიის წარმოშობის და მიმდინარეობის მულტიფაქტორულ მიდგომას <sup>[82]</sup>, კერძოდ პერვაზიულობის მოდელს. პერვაზიულობის მოდელის მიხედვით (Brenner 1986), კოგნიტური ფუნქციონირების და სოციალური ქცევის სფეროებში არსებულ დარღვევებს გააჩნიათ „ურთიერთშელწევადობის“ (ანუ პერვაზიულობის) უნარი.<sup>[16]</sup> თერაპიული პროგრამა ისე არის აგებული, რომ მოიცავს ფუნქციონირების სხვადასხვა დონეებს, დაწყებული მოლეკულურიდან (როგორცაა მაგ. მზერითი კონტაქტი, ხმის სიძლიერე და ა.შ.) და დამთავრებული, რთულ ქცევამდე. ცალკეული ქვეპროგრამები თანმიმდევრობით ეხება ისეთ სფეროებს, როგორებიცაა კოგნიტური სფერო, ემოციურ-სოციალური აღქმა, ვერბალური კომუნიკაცია, სოციალური ქცევის კომპლექსური სფერო და ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა. საწყის ქვეპროგრამებში ცენტრალური როლი ენიჭება ბაზისურ კოგნიტური ფუნქციებზე დეტალურ მუშაობას. შემდგომში კი, მას ემატება კომპლექსური სოციალური უნარ-ჩვევების გავარჯიშება.<sup>[139]</sup> ანუ, ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა წარმოადგენს ყოვლისმომცველ თერაპიულ პროგრამას და გამიზნულია უშუალოდ შიზოფრენიით

დაავადებულთა როგორც კოგნიტური ფუნქციების, ასევე ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისთვის და ამით, ცხოვრების ხარისხის ამაღლებისთვის.

დღემდე საქართველოში არ არსებობდა უშუალოდ შიზოფრენიით დაავადებულთა საზოგადოებაში რეინტეგრაციაზე მიმართული რეაბილიტაციური ჯგუფური თერაპიული პროგრამები, რომელთა გამოყენებით მიიღწევა შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციების, ფსიქოპათოლოგიის და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესება. ამ პრობლემის გადასაჭრელად, საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციასთან არსებულ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებთან სამუშაოდ შერჩეული იქნა ”ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა” (IPT). მეთოდის დანერგვისთვის აუცილებელი იყო მისი ადაპტირება და განსაზღვრულ ქართულენოვან ჯგუფზე გამოცდა.

მოცემული შრომა მოიცავს შიზოფრენიული აშლილობის მქონე ქართულენოვანი პაციენტებისთვის თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებას და მოდიფიცირებული ვარიანტის თერაპიული ეფექტურობის კვლევას. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT) ჩაუგარდაა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს (ექსპერიმენტული ჯგუფი); თერაპიის მოდიფიცირებული ვარიანტის ეფექტურობის დასადგენად, IPT-ს ჯგუფის გარდა, შესადარებლად გამოყოფილ იქნა საკონტროლო ჯგუფი, რომლის წევრებაც გადიოდნენ არავერბალურ თერაპიას – ერგოთერაპიას და/ან ხელოვნებით თერაპიას. კვლევაში მონაწილე თითოეული პაციენტი თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ გამოკვლეულ იქნა როგორც ფსიქოლოგიური (ვექსლერი ინტელექტის საკვლევი ტესტი, ყურადღების ტესტი d2) ტესტებით, ასევე ფსიქოპათოლოგიის (BPRS, ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარი) და სოციალური ფუნქციონირების (GAF) განმსაზღვრელი მეთოდებით.

ნაშრომში მოგადად გამოვლინდა ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ეფექტურობა, კერძოდ, გაუმჯობესდა კოგნიტური ფუნქციები, სოციალური ფუნქციონირება და ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა. მიუხედავად IPT-ს შედეგად მიღებული თერაპიული ეფექტისა, ლიტერატურულ მონაცემებთან შედარებით, როგორც საკონტროლო, ასევე ექსპერიმენტულ ჯგუფებში, ფუნქციონირების სამივე სფეროში მიღებული იქნა ეფექტურობის შედარებით დაბალი მაჩვენებლები; აღნიშნული განსხვავების მიზეზი შესაძლებელია რეაბილიტაციური პროცედურების მიღმა არსებობს. რეაბილიტაციის ეფექტურობის უფრო მაღალი მაჩვენებლის მისაღწევად, დამატებით,

აუცილებელია პაციენტებს შეექმნათ დამაკმაყოფილებელი სოციალური პირობები, ჩაუგარდეთ თანამედროვე ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.

## **I თეორიული ნაწილი** **ლიტერატურის მიმოხილვა**

### **თავი 1. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის** **თეორიული დასაბუთება: შიზოფრენიის ახსნის მოდელები**

შიზოფრენიის სისტემური შესწავლის დაწყების შემდეგ წარმოიშვა მრავალი თეორია და კონცეფცია, რომელნიც მიზნად ისახავდა, თვალსაჩინო გაეხადა დაავადების წარმოშობა, მიმდინარეობა და გამოსავალი. მრავალრიცხოვანი თეორიების შექმნა მნიშვნელოვანი იყო არა მარტო თეორიული ინტერესის მხრივ, არამედ, ასევე შიზოფრენიის მიზანმიმართული თერაპიის და პროფილაქტიკის შერჩევითვის. [82]

დიდი ხნის განმავლობაში, პერიოდულად უპირატესობა ენიჭებოდა ორგანულ, ბიოლოგიურ ან სოციალურ ჰიპოთეზებს. დღესდღეობით ეს თეორიები აღარ გამოიყენება იზოლირებულად. მიუხედავად მრავალრიცხოვანი თეორიისა, მაინც არ არის ბუსტად დადგენილი შიზოფრენიის წარმოშობის მიზეზები; ამასთან, ცალკეული ფაქტორის იზოლირებულად შესწავლის საკითხი დღევანდელი კვლევებისთვის აქტუალური აღარ არის (Diester, Möller, 1998). [38] შესაბამისად, შიზოფრენიის წარმოშობაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს არა მარტო ცალკეული ფაქტორი იზოლირებულად, როგორცაა ბიოლოგიური ან ფსიქოსოციალური, არამედ მათი ერთდროული ურთიერთგავლენა (Roder, 1997). [104, 105]

მოკლედ მიმოვიხილოთ ის ძირითადი მოდელები, რომლებიც გადამწყვეტ როლს ასრულებენ შიზოფრენიის კომპლექსური თერაპიული კურსის შერჩევაში.

#### **1.1. ბიოლოგიური მოდელები**

ბოლო 30 წლის განმავლობაში ინტენსიურად ცდილობდნენ ეპოვათ ბიოლოგიური მარკერები, რომლებიც შიზოფრენიის ეტიოპათოგენებში ძირითად ქვაკუთხედს წარმოადგენდა. *ბიოლოგიური მარკერის* ქვეშ იგულისხმება დაავადების ობიექტურად

გამომავალი ინდიკატორი, რომელსაც არ უნდა გააჩნდეს კაუზალური მნიშვნელობა (Bilder, 2002).<sup>[11,44]</sup> ბიოლოგიური მარკერები შესაძლებლობას იძლევა, განისაზღვროს დაავადების ძირითადი პათოფიზიოლოგიური და პათოგენეტიკური მახასიათებლები (ნიშნები); ამიტომაც, ამ ნიშნების (მარკერების) ობიექტური გამომვა და მათი დროში სტაბილურობა არსებით წინაპირობას წარმოადგენს შიზოფრენიის შესწავლაში. ბიოლოგიურ მარკერებში ერთმანეთისგან განასხვავებენ State და Trait მარკერებს.

- State-მარკერების დროს საუბარია მდგომარეობაზე დამოკიდებულ მარკერებზე, ანუ ისეთ მარკერებზე, რომლებიც მხოლოდ დროდადრო – მაგალითად, მწვავე შიზოფრენიული ეპიზოდის დროს იჩენენ თავს.
- Trait-მარკერი კი - აღინიშნება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ანუ, როგორც დაავადების მანიფესტაციამდე, ასევე მანიფესტაციის დროის და მის შემდეგ.
- გამოყოფენ ასევე შუალედურ მარკერებს. ამ შემთხვევაში, საუბარია ისეთ პარამეტრებზე, რომლებიც მართალია არ აღინიშნება მწვავე ეპიზოდამდე, მაგრამ ეპიზოდის შემდეგ, მიუხედავად სიმპტომატიკის აღკვეთისა/შემცირებისა, მაინც სახეზეა.

შიზოფრენიის შესაძლო ბიოლოგიურ მარკერებად მიჩნეულია გენეტიკური მონაცემები, ნეიროგრანსმიტერული და ჰორმონალური ფაქტორები, გვინის ანაგომიური მონაცემები, ავტონომიური ნერვული სისტემის და იმუნოლოგიური მარკერები, ფსიქომეტრია და სხვა სახის მარკერები (Diester & Möller, 1998).<sup>[38]</sup> მიუხედავად მრავალი ფაქტორისა, ბიოლოგიურ მოდელებში ძირითადად გამოყოფენ შემდეგი სამი სახის დარღვევას: დოფამინერგული გრანსმიტერული მექანიზმის დარღვევას, დორსოპრეფრონგალურ კორტექსში სისხლის ნაკადის მომაგებას და გვინის მორფოლოგიურ ცვლილებებს (მაგ. გვერდითი პარაკუჭების გაფართოებას, ლიმბური სტრუქტურის მოცულობის შემცირებას) (Nelson et al., 1998<sup>[95]</sup>, Gur et al., 2001 <sup>[58,59]</sup>).

*სხვა ბიოლოგიური მონაცემები და მარკერები* – შიზოფრენიით დაავადებულებთან ყურადღების და ინფორმაციის გადამუშავებაში დარღვევები განიხილება ცენტრალურ სიმპტომად. ამ დარღვევის მიზეზების ძიება წარმოებს ბიოლოგიურ მარკერებში. შიზოფრენიისადმი მიძღვნილ მრავალ კვლევაში ნაჩვენებია რეაქციის დროის გახანგრძლივება ჯანმრთელ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. თუმცა, ასევე ნაჩვენებია, რომ რეაქციის დროის ასეთი გახანგრძლივება არ არის შიზოფრენიისთვის ან მაღალი რისკის მქონე პირებისთვის სპეციფიური (Egan et al, 2001, Hughes et al., 2003).

[41,68]



## 1.2. ფსიქო-სოციალური მოდელები

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ შიზოფრენიული წრის ფსიქომის წარმოშობის შესახებ შეიქმნა მრავალი ფსიქოლოგიური და სოციალური თეორია. ამ თეორიების მხოლოდ მცირე მათგანი გადამოწმდა ემპირიულად. შესაბამისად, მოლოდინი იმისა, რომ სპეციფიური ფსიქო-სოციალური ცვლადების იდენტიფიცირება მოხერხდებოდა, არ გამართლდა. ასეთ ცვლადებს ეძებდნენ ქცევის განსაზღვრულ ასპექტებში, ოჯახში სპეციფიური ურთიერთობის ფორმებში, ერთი ან ორივე მშობლის განწყობებში და პიროვნულ მახასიათებლებში. ასევე, ცდილობდნენ, დაედგინათ კავშირი მშობლების კოგნიტური სტილის ასპექტებსა და (მოგვიანებით) შიზოფრენიით დაავადებული შვილის კოგნიტურ სტილის ასპექტებს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ ეს თეორიები არ იქნა ემპირიულად დადასტურებული, მათ დიდი წვლილი შეიგანეს შიზოფრენიული წრის ფსიქომისადმი დამოკიდებულებაში; ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ როგორც პაციენტებისთვის, ასევე მათი ახლობლებისა და მთლიანად, საზოგადოებისთვის (Janzarik, 1978, 2003).<sup>[71,72]</sup>

*გარემო ფაქტორების გავლენის ადრეული კონცეფციები* – ოჯახში ურთიერთობას და განსაკუთრებით, დედასა და ვაჟს შორის ურთიერთობას, მრავალი თეორეტიკოსი მიიჩნევს შიზოფრენიული წრის ფსიქომის წარმოშობის გადამწყვეტ ფაქტორად. ოჯახების გამოკვლევების შედეგად გაჩნდა მოსაზრება, რომ პაციენტი ავლენს ”ღარღვეული ოჯახის (gestörten Familie) სიმპტომს” და რომ მისი სულიერი ღარღვევები მშობლების ფსიქოპათოლოგიური ფენომენის ადრეულ ურთიერთობასთანაა დაკავშირებული. მშობელსა და შვილს შორის ურთიერთობების კვლევისას ძირითადად იკვლევდნენ დედებს, რომლებთანაც ნაწილობრივ აკისრებდნენ პასუხისმგებლობას შვილის შიზოფრენიით დაავადებისთვის (Joraschky 1988). ასე წარმოიქმნა ფრომი-რაიხმანის (1948) ცნება – ”შიზოფრენოგენური დედა”. აქ იგულისხმებოდა დედა, რომელიც იყო ცივი, დომინანტური და კონფლიქტების გამომწვევი, რომელიც საკუთარ შვილს შიზოფრენიის გარდა სხვა გამოსავალს არ უტოვებდა (Brown et al, 1972).<sup>[22]</sup>

*double-bind თეორიაში (Bateson et al. 1956)* აღწერილია კომუნიკაციის სტილი, რომელიც თითქოსდა რეგულარულად ვლინდება დედებსა და შვილებს შორის. ამ თეორიის მიხედვით, შვილი დედასთან კამათში, ვერასოდეს იქნება მართალი, რის გამოც შვილი ასეთ მდგომარეობაზე რეაგირებს ფსიქომის განვითარებით. (Süllwold L, 1990)<sup>[123]</sup>

ზემოთ აღწერილი თეორიული მიდგომები დღესდღეობით აღარ არის მიღებული. არ დადასტურდა პირდაპირი კაუმალური კავშირი შიდაოჯახური ურთიერთობის სტილსა და შიზოფრენიით დაავადებას შორის. ლიტერატურაში მიუთითებენ, რომ ოჯახში თვალშისაცემი ქმედებები უფრო მეტად არის შვილის ქცევაზე რეაქცია და არა ქცევის მიზეზი. არ უნდა გამოირიცხოს, რომ ოჯახების მნიშვნელოვან ნაწილში ერთი ან ორივე მშობელი (კლინიკურად არამანიფესტირებულ) შიზოფრენიულ ნიშნებს შეიძლება ავლენდეს, რაც გავლენას ახდენს ურთიერთობის სტილზე. [38]

სხვა მიდგომების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადების რისკზე მოქმედებენ სამოგადოებრივი ფაქტორები. ეს მიდგომა განსაკუთრებით გავრცელებული იყო აშშ-ში 50-60-იან წლებში. სხვადასხვა კვლევებში ნაჩვენებია იყო, რომ ქალაქის სოციალურად დემინგერირებულ ცენტრებში დაავადება უფრო ხშირად იჩენდა თავს, ვიდრე მდიდარ ქალაქებში. სხვადასხვა ევროპულ კვლევებშიც მიღებული იყო მსგავსი შედეგები. ამ მოვლენას სხვადასხვანაირად ხსნიდნენ. ამის მაგალითებია, დაბალ სოციალურ ფენაში არახელსაყრელი ოჯახური ურთიერთობის სტილი ან პიროვნული მახასიათებლები; ღარიბი მოსახლეობის ორსულობის და მშობიარობის ცუდი სოციალური უზრუნველყოფა; მოჭარბებული სტრესული სიტუაციები. არც ერთი ამ ფაქტორთაგანი ემპირიულად არ დადასტურდა. დღესდღეობით მიღებული ინტერპრეტაციის მიხედვით, შიზოფრენიის მქონე პაციენტები, კლინიკაში პირველად მოხვედრამდე, უკვე იმყოფებოდნენ მეტად დაბალ სოციალურ პოზიციაზე და შემდეგ, უფრო დაბლა დადიოდნენ ("Drift-Hypothese").

ზოგი ავტორი საკუთარ სოციალურ თეორიებში უფრო წინ წავიდა (მათ შორის Scheff 1966). ეტიკეტების, იარლიყების მინიჭების (Labelling-Theorie) თეორიის მიხედვით, განსაზღვრული დიაგნოსტიკური "იარლიყის" მიწერა გადამწყვეტ ფაქტორს წარმოადგენს. ასეთი ეტიკეტი გავლენას ახდენს მოცემული პიროვნების ქცევის სტილზე – ანუ, ის უნდა იქცეოდეს ფსიქიკური დაავადების შესახებ სტერეოტიპული შეხედულების შესაბამისად. ამავდროულად, სხვების და ასევე "სამოგადოების" რეაქციაც განსაზღვრული სახის უნდა იყოს, რითაც ვიღებთ პათოლოგიურ ქცევას. ეს თეორია, მართალია კომპლექსურ ეტიოპათოგენეტიკური მიმართებისაა, მაგრამ მაინც არ არის დღესდღეობით აღიარებული.

Life-Event - სიტუაციების მნიშვნელობა – შიზოფრენიის წარმოშობის ვალიდურმა თეორიამ უნდა ახსნას არა მარტო ის, თუ რაგომ დაავადდა მოცემული ადამიანი შიზოფრენიით, არამედ ასევე უნდა გასცეს პასუხი კითხვას, თუ რაგომ განვითარდა დაავადება განსაზღვრული დროის პერიოდში, ან რაგომ მოხდა მისი განმეორება.

ნებისმიერ ფსიქიატრს შეუძლია დაასახელოს ისეთი პაციენტები, რომლებმაც მწვავე ეპიზოდი განუვითარდათ კრიტიკული ცხოვრებისეული მოვლენის დროს ("Life-Event"). პირველ კონტროლირებულ Life-Event კვლევებში (Brown & Birley, 1972) გამოკვლეულ იქნა 50 შიზოფრენიის მქონე პაციენტი, რომლებმაც გამწვავებამდე 3 კვირის განმავლობაში გადაგანილი ჰქონდათ კრიტიკული ცხოვრებისეული მოვლენები. შემდგომ კვლევებში (Normann & Malla 1993, Hirsch & Weinberger 1995, Held 1996) არ იქნა მნიშვნელოვანი კავშირი დადგენილი კრიტიკულ ცხოვრებისეულ მოვლენებსა და შიზოფრენიის პირველ ეპიზოდს შორის. (Smith, 1977).. [116]

"გამოხატული ემოციების" (Expressed Emotions) კონცეფციის მიხედვით, მწვავე შიზოფრენიული ეპიზოდის შემდეგ, ოჯახურ წრეში დაბრუნება, არ უწყობს ხელს მდგომარეობის ხელსაყრელად განვითარებას. მე-20 საუკუნის 50-იანი წლების ბოლოს, აშშ-ში ვარაუდობდნენ, რომ ამ გარემოებას შეიძლება ოჯახურ ატმოსფეროსთან ჰქონოდა კავშირი. Expressed Emotions – ში (ქართულად "გამოხატული ემოციები", "ემოციური გარემო") შედის ისეთი ემოციების გამოვლინებები, როგორცაა პაციენტისადმი კრიტიკული შენიშვნები. თუ "გამოხატული ემოციების" (შემოკლებით, "გე") მაჩვენებელი მაღალი იქნება, ამან შეიძლება პაციენტებს უბიძგოს უარყოფის რეაქციების ღიად გამოვლენისკენ, ანდა მათ ეს მიიჩნიონ მათდამი მეტად მგრულ დამოკიდებულებად. სხვა ზემოთ აღწერილი კონცეფციებისგან განსხვავებით, "გამოხატული ემოციების" კონცეფციას პირველ რიგში უშუალო კავშირი აქვს რეციდივის რისკთან და არა დაავადების პირველ ეპიზოდთან. ამასთან, კვლევებში მითითებულია, რომ მხოლოდ ემოციების გამოხატვის მაღალი მაჩვენებელი არ განაპირობებს რეციდივს: თუ ოჯახში "გე"-ის მაჩვენებელი დაბალია და ამასთან, პაციენტი იღებს მედიკამენტებს, რეციდივის რისკი მეტად მცირეა (12%). ხოლო, თუ "გე"-ის მაჩვენებელი ოჯახში მაღალია და ამასთან, პაციენტი არ გადის მედიკამენტურ მკურნალობას, რეციდივის რისკი მეტად მაღალია (92%); თუ პაციენტი მედიკამენტურ მკურნალობას გადის, მაშინ რეციდივის რისკი 51%-ს აღწევს (Vaughn & Leff, 1976). [132]

### 1.3 მულტიფაქტორული მოდელები

#### 1.3.1. მოწყვლადობის მიდგომა

შიზოფრენიის წარმოშობის შესახებ ბიოლოგიური თუ ფსიქო-სოციალური მოდელები დამოუკიდებლად, არ იძლეოდნენ ამომწურავ პასუხს; რის გამოც, გაჩნდა მოთხოვნილება, ჩამოყალიბებულიყო კომპლექსური, მულტიფაქტორული მიდგომა.

მოხერხდა სხვადასხვა სფეროებში მიღებული ემპირიულად დადასტურებული მონაცემების გაერთიანება. ღღისთვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება *მოწყვლადობის მიდგომებს*. ამ ცნების ქვეშ გაერთიანდა ისეთი მიდგომები, რომლებიც ფსიქოზით დაავადების დისპოზიციაში კომპლექსურ როლს ასრულებდნენ და, რომლებშიც აღწერილი იყო დაავადების ხელშემწყობი, ან დაავადებისგან დამცავი ფაქტორები. ზოგადად, მოწყვლადობის ცნება განისაზღვრება, როგორც პიროვნებაში გამყარებული, გენეტიკურად, ბიოქიმიურად ან დაბადების დროს მიღებული გრავმის შედეგად განპირობებული დისპოზიცია, თავისებურება ან მგრძობელობა (Schmidt-Degenhardt, 1988).[19, 112]

უნდა აღინიშნოს, რომ მოწყვლადობის მიღმა არც ისე ახალია, როგორც ეს გაშუქებულია მრავალ პუბლიკაციაში. მასზე ჯერ კიდევ 1841 წელს მიუთითებდა Canstatt. [24, 111] მაშინ როცა Canstatt-ი "ფსიქიკურ მოწყვლადობაში" პათოგენეტიკურ ფაქტორებს გულისხმობდა, Berze-სთვის (1925) მოწყვლადობა იყო ზოგადად ადამიანისთვის დამახასიათებელი თვისება, სადაც *"მიდრეკილების მქონენი უფრო მეტად იყვნენ საშიშროების ქვეშ იმის გამო, რომ მათი მოწყვლადობა აღემატებოდა საშუალო დონეს"*. Berze-ს შემდეგ, მოწყვლადობის ცნება არ გამოიყენებოდა ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში. მხოლოდ მე-20 საუკუნის 60-70-იან წლებში კვლავ შემოიღეს ეს ცნება. პირველად ეს გაჩნდა Venables და Wing-ის (1962), და განსაკუთრებით კი Zubin და Spring-ის (1977) [136] შრომებში (Diester 1998).[38] 90-იანი წლებიდან, დამატებით, გაჩნდა ინტერესი მოწყვლადობის ბიოლოგიური მარკერების კვლევაზე, განსაკუთრებით კი იმაზე, თუ რა გავლენას ახდენენ ისინი ფსიქო-სოციალურ სტრესორებზე ("სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი"), და დაავადების დროს დაძლევის ინდივიდუალური სტრატეგიების გამოყენებაზე ("სტრესისადმი მოწყვლადობის დაძლევის მოდელი"). (იხ. დანართი სქემა 1). სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი საფუძვლად უდევს შიზოფრენიით დაავადებულთათვის განკუთვნილ მრავალ თერაპიულ მიდგომას.

### 1.3.2 სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელები

Zubin და Spring-ის სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი – მეოცე საუკუნის სამოცდაათიან წლებში არ იყო განვითარებული დაავადების შესახებ ისეთი ჰიპოთეზები, რომლებიც შიზოფრენიის წარმოშობასა და მიმდინარეობას გააერთიანებდა ერთ კონცეფციაში. სწორედ ამ დროს, Zubin და Spring შეეცადნენ შეექმნათ შიზოფრენიის ინტეგრირებული, სრულყოფილი მოწყვლადობის (მგრძობელობა, მემგრძობელობა)

მოდელი, სადაც, ნაჩვენები იქნებოდა კავშირი შედარებით სტაბილურ, დროში მიმდინარე, ხანგრძლივ ნიშანსა (ორეიგს) და შიზოფრენიის ეპიდოლურ დაავადებას, როგორც არასტაბილურ, ცვალებად მდგომარეობას შორის (Stamm et al., 2001). [120, 132]

1972 წელს Zubin-მა და Spring -მა გარდამტეხი წვლილი შეიტანეს მოწყვლადობის მოდელის განვითარებაში. Zubin და Spring-ის მიხედვით, შიზოფრენიის გამომწვევ მიზეზებში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გენეტიკურ ფაქტორებს, გარემოს ფაქტორებს და სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს. შემდგომში, მნიშვნელობა ენიჭებოდა განვითარების ისტორიის, ქცევის თეორიულ, ბიოქიმიურ და ნევროლოგიურ მოსაზრებებს. ავტორების მიხედვით, თითოეულ ადამიანს გააჩნია მოწყვლადობის განსაზღვრული ხარისხი. მოწყვლადობის ჩამოსაყალიბებლად აუცილებელია ორი კომპონენტის არსებობა. ერთი არის მემკვიდრულად გადაცემული (მიღებული) კომპონენტი, მეორე კი – შექმნილი, რომელიც სხვადასხვა სახის გავლენის (სხვადასხვა სახის გრავმები, ოჯახში არსებული ურთიერთობები, ადრეული ბავშვობის დროინდელი გრავმები და ა.შ.) შედეგად ყალიბდება. ორივე სახის კომპონენტი განსაზღვრულ ინტერაქციაშია გარემოს და პიროვნულ ფაქტორებთან. მიზეზები, რომლებიც ხელს უწყობენ დაავადების გამოვლენას, მრავალნაირია. ეს შეიძლება იყოს როგორც ძლიერი სტრესი, ასევე წვრილმანი, ყოველდღიური სტრესული სიტუაციები. ასეთ დროს დაავადების გამოვლენა დამოკიდებულია თავად პიროვნებაზე - თუ რა ხარისხით არის მასში მოწყვლადობის მაჩვენებელი.

Zubin და Spring-ის შიზოფრენიის მოწყვლადობის მოდელში (იხ. დანართში სქემა 2) ყურადღებას იპყრობს როგორც ცნება *მოწყვლადობა* (ანუ, განსაკუთრებული მგრძობელობა შიზოფრენიის მიმართ), ასევე *გადაგვირთვის/სტრესის* ცნება. მოწყვლადობაში შედის განსაზღვრული თვისებები, რომლითაც ხასიათდება ესა თუ ის ინდივიდი. მოწყვლადობას გააჩნია განსაზღვრული ხარისხი. თითოეულ ადამიანს აქვს მოწყვლადობის შედარებით სტაბილური მაჩვენებელი (ხარისხი), რომელიც დროთა განმავლობაში შეიძლება შეიცვალოს კიდევ. მოწყვლადობის მოდელის მიხედვით, შიზოფრენიის ეპიდოლი მხოლოდ მაშინ აღმოცენდება, როდესაც ამისთვის განწყობილ ადამიანს შეექმნება ისეთი პრობლემები, რომელთა დაძლევა მის ძალებს აღემატება. შიზოფრენიის მწვავე ეპიდოლი გაგებულია როგორც ბედმეტი მოთხოვნების წაყენების შედეგად ფსიქიკური აპარატის დანგრევა. ამასთან, მოწყვლადობის დამოკიდებულება სტრესთან მიმართებაში რეციპროკულია და ისინი ერთმანეთთან სწორხაზოვან დამოკიდებულებაში არიან. ძლიერად გამოხატული მოწყვლადობისთვის საკმარისია

სულ მცირე ხარისხის სტრესული სიტუაციაც კი, რომ განვითარდეს შიზოფრენიის მწვავე ეპიზოდი; დაბალი ხარისხის მოწყვლადობის დროს კი, შიზოფრენიის მწვავე ეპიზოდის წარმოქმნისთვის საჭიროა ძლიერი სტრესული სიტუაციის არსებობა (იხ. დანართში სქემა 3). მაშასადამე, მოცემულ მოდელებში სტრესორებს უპირატესად გააჩნიათ ე.წ. გამომწვევის ფუნქცია. ამ ფუნქციის გარდა, სტრესს ასევე შეუძლია გამოიწვიოს მოწყვლადობის დონის გაზრდა. ამის მაგალითია, შიზოფრენიით დაავადებულთა ანამნეზებში ხშირად არსებული ორსულობის ან მშობიარობის დროინდელი ტრავმები, ძლიერი სტრესული სიტუაციები ოჯახში.

საჭიროა ამ ორი სახის სტრესორის ერთმანეთისგან გაიმიჯვნა. სტრესორები, რომლებიც იწვევენ შიზოფრენიის ეპიზოდს, არ ცვლიან *მოწყვლადობის ხარისხს*; ისინი მოწყვლად პიროვნებაში უპირატესად ხელს უწყობენ დაავადების მანიფესტირებას ან რეციდივის განვითარებას; ხოლო აქტუალური ცხოვრებისეული ფაზების სიტუაციური სტრესები, როგორცაა მობარდობის ასაკში ოჯახიდან წამოსვლის პრობლემა, ცხოვრებისეული მოვლენები ("live-events") და ემოციურად დატვირთული დამოკიდებულება მნიშვნელოვან ოჯახის წევრთან, შესაძლებელია იყოს მოწყვლადობის ხარისხის განმაპირობებელი ფაქტორი. [136]

*Ciompri-ს (1982) სამფაზიანი მოდელი* – შიზოფრენიისთვის სპეციფიკურ ინფორმაციის გადამუშავებაში დარღვევებსა და მოწყვლადობას შორის ურთიერთკავშირის მნიშვნელოვნებას მეოცე საუკუნის ბოლო წლებიდან მრავალი ავტორი აღიარებდა (Nuechterlein & Dawson 1984<sup>[97]</sup>; Ciompri 1982<sup>[29]</sup>; Böker & Brenner 1983<sup>[13]</sup>; Brenner 1983).<sup>[16]</sup> ამის თვალსაჩინო მაგალითია Ciompri (1982)–ის შიზოფრენიის სამფაზიანი მოდელი (იხ. დანართში სქემა 4).<sup>[29]</sup> ამ მოდელში ნაჩვენებია: 1) პრემორბიდულად მოწყვლადი პიროვნების სტრუქტურის წარმოშობა; 2) მოწყვლადი პიროვნების კრიტიკულად, ბედმეგად გადატვირთვა, რასაც შედეგად მოსდევს მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდი; 3) დაბოლოს, მიმდინარეობის სხვადასხვა ფორმების წარმოშობა, რომელიც არის გენეტიკური ან ბიოლოგიური ფაქტორების ფსიქო-სოციალურ ფაქტორებთან (სახელდობრ, ოჯახურ ფაქტორებთან) ინტერაქციის შედეგი.

Ciompri - ს მოდელის მიხედვით, I ფაზაში შედის *გენეტიკური* (კონსტიტუცია, გემგრძნობელური რეაგირება, მგრძნობელობა და ა.შ.) და *ფსიქოსოციალური* (ოჯახში ურთიერთობის სტილი, შეძენილი ურთიერთობის სისტემები), დაძლევის მექანიზმები, რომლებიც განაპირობებენ II ფაზას. მეორე ფაზაში შედის *პრემორბიდული* მოწყვლადობა. მასში იგულისხმება დარღვევები ინფორმაციის გადამუშავებაში; იმ

შემთხვევაში, თუ ადგილი ექნება არასპეციფიურ სტრესულ სიგუაციას (life-events), ის გამოიწვევს მწვავე ფსიქიკურ დეკომპენსაციას. ყოველივე ამას კი მიყვაროთ III ფაზამდე. მესამე ფაზაში შედის პოტენციალის დაკარგვა, მათ შორის, რემისია და მძიმე ქრონიკული რემიდალური მდგომარეობები (იხ. დანართში სქემა 4).

ამ მოდელში ცენტრალური როლი უკავია კოგნიტურ დარღვევებს (ინფორმაციის გადამუშავების დარღვევის თვალსაზრისით). ეს უკანასკნელი მიხნეულია, როგორც შიზოფრენიისადმი მოწყვლადობის გამოხატველად და როგორც მომატებული სტრესისადმი მგრძნობელობის მიზეზად. Ciompi – ის (1982) მიერ იგი განიხილება, როგორც ”აფექტურ – კოგნიტური დაცვის სისტემების იერარქიული სტრუქტურის დარღვევის შედეგი”, სადაც ავტორი ეყრდნობა Kernberg (1981) – ის ”მე“-ს ფსიქოლოგიას, Piaget (1976) - ს განვითარების ფსიქოლოგიას და ასევე Lempp (1973) – ის მოსაზრებას რეალობის დარღვევის შესახებ. [29]

Nuechterlein-ის სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი - Nuechterlain-მა<sup>[97,98]</sup> Zubin-ის და Spring-ის მოწყვლადობის მოდელებზე დაყრდნობით, 1994 წელს შეიმუშავა მოწყვლადობის ევრისტული მოდელი<sup>[97]</sup>, რომელიც სრულად მოიცავს შიზოფრენიის წარმოშობის როგორც ბიოლოგიურ, ასევე ფსიქოლოგიურ (პიროვნულ მახასიათებლებს) და სოციალურ (გარემოს) ფაქტორებს. ამ მოდელში შედის, როგორც დაავადების მანიფერსაციის, ასევე რეციდივების განმეორების ხელშემწყობი ფაქტორები (იხ. დანართში სქემა 6). ადრეულ ეტაპზე, Nuechterlain-ს Dawson-თან ერთად (1984) <sup>[98]</sup> შემუშავებული აქვს ამ მოდელის შემოკლებული ვარიანტი, რომელშიც ასევე ყურადღება ექცევა ბიოლოგიურ ფაქტორებს, კოგნიტურ დეფიციტს და გარემოს ფაქტორებს. ამ მოდელს უწოდეს ”სტრესისადმი მოწყვლადობის ინტერაქციული მოდელი”<sup>[97]</sup>. Nuechterlein & Dawson -ის მოწყვლადობის მოდელი იმით განსხვავდება, რომ მათ იმ სფეროებს, რომლებიც შეიძლება ხელს უწყობდნენ მოწყვლადობის წარმოქმნას, უწოდეს პოტენციურად დამგვირთავი ფაქტორები. ”სტრესისადმი მოწყვლადობის ინტერაქციულ მოდელში” (იხ. დანართში სქემა 5) ასეთ შესაძლო მოწყვლადობის ფაქტორებად მოყვანილია ინფორმაციის კოგნიტური გადამუშავების, ავტონომიური ნერვული სისტემის ბედმეტი აგზნებადობის და სოციალური კომპენეტურობის დარღვევის ფაქტორები. ამ სამ, ერთმანეთისგან გამიჯნულ სფეროებში დარღვევები წარმოადგენენ დროში სტაბილური ნიშნებს, რომლებიც ექსტრემალურ სტრესორებთან შეხვედრის დროს იწვევენ შემდეგი სახის გარდამავალ სტადიებს: ინფორმაციის გადამუშავების ბედმეტად გადაგვირთვას, ავტონომიური ნერვული

სისგემის ზეაგზნებადობას და სოციალური კომპეგნტურობის ზედმეგად გამოვლენის აუცილებლობას. ასეთი მდგომარეობის შედეგად ვიღებთ გარეგნულად თვალშისაცემ ქცევის დარღვევებს, რომლებიც მანკიერი წრის სახით კვლავ უარყოფით გავლენას ახდენენ სოციალური გარემოზე. შედეგად, ადგილი აქვს კიდევ ერთ სოციალური სგრესს, რაც კვლავ, მანკიერი წრის სახით აუარესებს დაავადების ფსიქიკურ მდგომარეობას. მნიშვნელოვან სტიმულად მიჩნეულია სოციალური სგრესული ფაქტორები, ასევე საურთიერთობო წრის არარსებობა ან მათი მხრიდან მხარდაჭერის უქონლობა.

### 1.3.3. პერვაზიულობის მოდელი (Brenner 1986)

ცნობილია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან თვალსაჩინოდ არის დარღვეული სოციალური ქცევა. ასეთ ადამიანებთან გაუარესებულია ”მოსმენის”, ”გაგების”, ”ემოციების სწორად გაგების” და სხვა კომუნიკატორული უნარ-ჩვევები. ბრენერი კოგნიტური ფუნქციების და სოციალური უნარ-ჩვევების ურთიერთკავშირის თვალსაჩინოებისთვის გვთავაზობს პერვაზიულობის მოდელს, რომლის მიხედვითაც, ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტს გააჩნია პერვაზიული (ანუ გავრცელებადი) ხასიათი და მას შეუძლიათ გავლენა მოახდინოს სოციალური ქცევის სფეროზე (იხ. დანართში სქემა 7).<sup>[16]</sup> პერვაზიულობის მოდელი ეფუძნება სამ ძირითად პოსტულატს: 1) შიზოფრენიის მქონე პაციენტებს გააჩნიათ ფუნქციონირების სხვადასხვა სფეროში დეფიციტი; 2) ერთ სფეროში (ყურადღების/პერცეპტულ და კოგნიტურ) არსებულ დეფიციტს შეუძლია დააზიანოს სხვა (მიკრო და მაკროსოციალურ) სფეროში არსებული ფუნქციები; 3) ფუნქციონირების სხვადასხვა სფერო ერთმანეთთან იერარქიულ დამოკიდებულებაშია. ფუნქციონირების სხვადასხვა სფერო/დონე სქემატურად იყოფა ოთხ კატეგორიად:

1. ყურადღების და პერცეპტული სფერო (იგულისხმება ყურადღების და აღქმის დარღვევები);
2. კოგნიტური სფერო (იგულისხმება აზროვნების დარღვევები, რომელშიც შედის დარღვევები ცნების შედგენასა და ცნების მოდულაციაში, პრელინგვისტურ ასოციაციურ პროცესებში ან აგრიბუციებში);
3. მიკროსოციალური სფერო (იგულისხმება კომუნიკაციის დარღვევები. ეს არის ე.წ. სოციალური უნარ-ჩვევების, ანუ თვალსაჩინო ქცევის სფერო, რომელიც სოციალურ კონტექსტში ვითარდება და უშუალოდ დაკვირვებადია);



4. მაკროსოციალური სფერო (იგულისხმება საზოგადოებაში "წარუმაგებლობა"; ამ სფეროში ძირითადად შედის სპეციფიკური სოციალური როლების განხორციელების მეშვეობით კომპლექსური დავალებების შესრულება).

ქვემოთ მდგომ სფეროში არსებული დეფიციტი აზიანებს მის ზემოთ მდგომ სფეროში არსებულ ფუნქციებს. ამასთან, მოლურ (რთული ქცევის) სფეროში არსებულ დეფიციტსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს ელემენტარულ ფუნქციებზე. [139]

პერვაზიულობის მოდელის მიხედვით, ამა თუ იმ დონეზე არსებული ქცევის დეფიციტი, რომელიც ვეღარ აიხსნება მოლეკულური დეფიციტით, უნდა აიხსნას *გარემოს* ცვლადებით, ან/და *ორგანიზმის* ცვლადებით. ასეთი ურთიერთდამოკიდებულება შეიძლება არსებობდეს ფუნქციონირების ნებისმიერ დონეზე და ამასთან, შესაძლებელია, ისინი ერთმანეთზეც ახდენდნენ უშუალო გავლენას. მაგალითად, თუ ადამიანს ელემენტარული ყურადღების და აღქმის დარღვევების გამო გააჩნია სიძნელეები ინფორმაციის კონტროლში, ინგენსივობასა და გადამუშავებაში, შეიძლება გააჩნდეს ინტერპერსონალური დაგვირთვისადმი დაქვეითებული გოლერანგობა, განსაკუთრებით თუ ეს მრავალმნიშვნელოვანი ან ამბივალენტური ბუნების იქნება. თუ ურთიერთგავლენა დარღვეულ ყურადღების ფუნქციას, სიგუაციის ინტერპრეტაციას, ემოციებს და აგზნებას შორის არამყარია, მაშინ ინფორმაციის გადამუშავება საბოლოოდ დაირღვევა. [16, 102]

კოგნიტური თერაპია, რომელიც ითვალისწინებს შიზოფრენიისთვის სპეციფიურ ფსიქოპათოლოგიურ ნიშნებს და რომელიც გულისხმობს დარღვეული კოგნიტური ფუნქციების მიზანმიმართულად გაუმჯობესებას ან მათ შემცირებას, მიჩნეულია წარმატებულ თერაპიულ ჩარევად.

### 1.3.4. ურთიერთგავლენა რესურსების და დარღვევის სფეროებს შორის

მრავალი ემპირიული მონაცემის შედეგად ნეიროკოგნიტურ დეფიციტს, შიზოფრენიის სიმპტომატიკასა და სოციალური ფუნქციონირების დონეს შორის კავშირის დადგენის შემდეგ, Green და Nuechterlein (1999)-მა შემოგვთავაზეს ინტეგრირებული მოდელი [105] (იხ. დანართში სქემა 8). ახალი აგვიური ნეიროლეპტიკების (კლასიკურ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებთან შედარებით) ნეიროკოგნიტურ ფუნქციონირებაზე დადებითი გავლენის დადგენის შემდეგ გაჩნდა ვარაუდი, რომ არსებობს კავშირი ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტსა და პოზიტიურ სიმპტომატიკას შორის. კვლევების საფუძველზე Green და Nuechterlein (1999)-მა აღმოაჩინეს, რომ კავშირი ინფორმაციის გადამუშავების

დეფიციტსა და ფსიქოზურ სიმტომებს შორის მეტად მცირეა და სპეციფიურია მხოლოდ ჰალუცინაციებისთვის და ბოღვითი აზრებისთვის. მრავალ კვლევაში მართალია დადგენილია კავშირი ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტსა და ნეგატიურ სიმტომებს შორის, მაგრამ მიზემ-შედეგობრიობის საკითხი კვლავ ღია რჩება. უახლეს კვლევებში ცენტრალური როლი უკავია საკითხს თუ რამდენად არსებობს ურთიერთკავშირი ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტსა და სოციალური ფუნქციონირების დონეს შორის. ეს კავშირი ნათლად ჩანს როგორც კონკრეტულ სოციალურ უნარ-ჩვევებში (მიკროსოციალური სფერო, სოციალური კომპეტენცია), ასევე ყოველდღიურ ცხოვრებაში თავის გართმევის შესაძლებლობებში, როგორცაა სამუშაოს მოძებნის და თავისუფალი დროის შევსების სფეროები (მაკროსოციალური სფერო, "community functioning").<sup>[82]</sup> კოგნიტურ დეფიციტსა და სოციალური ქცევის სფეროს შორის არსებულ ჰიპოთეტურ კავშირს Green და Nuechterlein (1999)-მა უწოდეს "სოციალური კოგნიციების" სფერო, რომელშიც იგულისხმეს ემოციების აღქმა. სხვა ადამიანთა ემოციების არასწორად აღქმის შედეგად ვიღებთ სოციალური ინტერაქციის არასწორ ინტერპრეტაციას.

რესურსებზე ორიენტირებული მიდგომების მიზანს წარმოადგენს იმის განსაზღვრა, თუ როგორ შეიძლება ამ ცოდნის ოპტიმალურად გამოყენება შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისათვის. Green et al. (2000) აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიის მქონე პაციენტებს გააჩნიათ მეტად მნიშვნელოვანი რესურსი - კოგნიტური დასწავლის უნარი (learning potential). ამიტომაც იგი მიუთითებს, რომ სწორედ კოგნიტური მოდიფიცირების უნარი უნდა გახდეს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამების მთავარი სამიზნე.<sup>[52]</sup>

## 2. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის

### ნეიროკოგნიტური საფუძვლები

#### 2.1 კოგნიტური დარღვევები შიზოფრენიის დროს

თანამედროვე კვლევები შიზოფრენიის შესახებ ძირითადად ფოკუსირებულია არა კლინიკურ სიმპტომებზე, არამედ ნეიროკოგნიტურ დეფიციტზე (Lewis, 2004).<sup>[81]</sup> კოგნიტური ფუნქციების დარღვევა, როგორც ქრონიკული შიზოფრენიის სიმპტომი, აღწერილია როგორც ადრეულ, ასევე უახლეს კვლევებში (Goldberg et al., 1993<sup>[49]</sup>; Kenny & Meltzer, 1991; Randolph et al., 1993; Saykin et al., 1991;<sup>[108]</sup>). ეს დარღვევები იმდენად შესამჩნევია, რომ შიზოფრენიას შეიძლება ეწოდოს ნეიროკოგნიტური აშლილობა (Green 1998)<sup>[55]</sup>. კოგნიტური დარღვევებზე ჯერ კიდევ კრეპელინი<sup>[78,79]</sup> და ბლეულერი<sup>[12]</sup> მიუთითებდნენ. მოგვიანებით, Shakow-მა (1971) დაიწყო კვლევების სერიის ჩატარება<sup>[110]</sup>. კოგნიტური დეფიციტი გვხვდება შიზოფრენიით დაავადების პირველივე ეპიზოდის დროს (Fuller et al., 2002),<sup>[45]</sup> და გრძელდება ამ დაავადების ქრონიკულ მდგომარეობის პერიოდშიც (Heaton et al., 1994).<sup>[61]</sup> ამას გარდა, მრავალ კვლევაში დადასტურებულია, რომ კოგნიტური დეფიციტი ინდივიდებს აღენიშნებოდათ თვით დაავადების დაწყებამდეც კი (Jones et al., 1994).<sup>[73]</sup> Ambelas (1992)<sup>[4]</sup> და Hunt & Cofer (1994).<sup>[69]</sup> სხვადასხვა კვლევებში (David et al., 1997<sup>[35]</sup>; Davidson et al., 1999<sup>[36]</sup>) გამოვლინდა კავშირი შიზოფრენიის რისკსა და ინტელექტუალურ ფუნქციონირებას შორის. პირდაპირი კავშირი ინტელექტის დონესა და კოგნიტურ დეფიციტს შორის არ იქნა დადასტურებული.<sup>[36]</sup> შიზოფრენიის დროს ასევე განსაკუთრებით თვალმისაცემია დარღვევები აღმასრულებელ ფუნქციებში (მოქმედების დაგეგმვა, პრობლემების გადაჭრა, ორგანიზების უნარი), ვერბალურ და არავერბალურ მეხსიერებაში, მეტყველებასა და ყურადღებაში (Goldberg et al., 1991<sup>[50]</sup>; Goldberg et al., 1998<sup>[48]</sup>). ეს უკანასკნელი აღინიშნება თვით პირველად დაავადებულ პაციენტებშიც კი (Bilder et al., 2000<sup>[9]</sup>; Mohamed et al., 1999<sup>[90]</sup>). კოგნიტური დეფიციტი არ არის სპეციფიური მხოლოდ შიზოფრენიისთვის. მსგავს კოგნიტური ფუნქციონირების დარღვევებს ავლენენ სხვა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებიც. მეორეს მხრივ, ნეიროფსიქოლოგიურ ტესტებში შიზოფრენიის მქონე პაციენტები ავლენენ შრომისუნარიანობის უფრო დაბალ მაჩვენებელს, ვიდრე უნიპოლარული ან ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონენი (Goldberg et al., 1993).<sup>[49]</sup>

დღეისათვის, შიზოფრენიით დაავადებულებთან კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითებასთან დაკავშირებით ძირითადად გამოყოფენ ორი სახის მოსაზრებას (Klonoff et al., 1970; Martin et al., 1977; Randolph et al., 1993). ერთის მიხედვით, კოგნიტური დეფიციტი დაავადების ხანგრძლივობასთან ერთად პროგრესულად უარესდება; დაავადების დაწყების შემდეგ, პაციენტების ინტელექტუალური ფუნქციები უფრო ქვეითდება და სოციალური უნარ-ჩვევები უარესდება (Miller et al., 1989<sup>[88]</sup>; Hoff et al. 1996<sup>[67]</sup>). მეორე მოსაზრების მიხედვით, როგორც კი ერთხელ იჩენს თავს კოგნიტური დეფიციტი, იგი რჩება შედარებით სტაბილური. გამოკვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ შიზოფრენიის დროს აღილი აქვს *პრემორბიდულ კოგნიტურ დეფიციტს* (Bilder et al., 1992).<sup>[10]</sup>

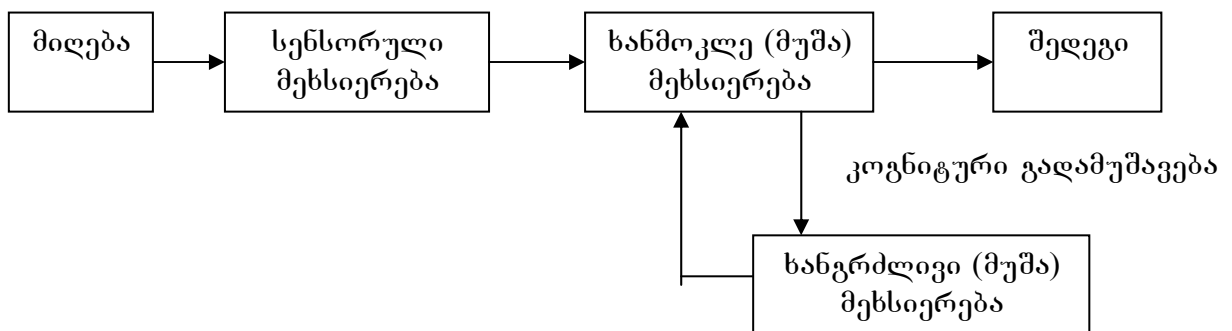
შიზოფრენიული სპექტრის ფსიქოზის მქონე პაციენტები ხასიათდებიან შიზოფრენიისადმი მოწყვლადობით (Erlenmeyer-Kimling et al., 2000).<sup>[43]</sup> მოწყვლადობა ამ შემთხვევაში გაიგივებულია ნეიროკოგნიტურ დეფიციტთან, რომელიც აღინიშნება კლინიკური მდგომარეობისგან დამოუკიდებლად (Galderisi et al, 200<sup>[46]</sup>2, Myin-Germeys et al., 2002<sup>[94]</sup>).

კვლევების დიდ ნაწილში გამოვლენილია, რომ კოგნიტური დისფუნქცია სტაბილურად შეინიშნება როგორც მწვავე ფაზაში, ასევე კლინიკური მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგაც (Saykin et al. 1994<sup>[109]</sup>), Banaschewski et al (2000<sup>[8]</sup>), Green et al, 1998<sup>[55]</sup>, 2002<sup>[54]</sup>). კოგნიტური დეფიციტი უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც, ვლინდება დაავადებულ პირთა პირველი ხარისხის ნათესავებშიც კი. მიჩნეულია, რომ ხშირად კოგნიტური დარღვევების პირველი გამოვლინება წინ უსწრებს დაავადების მანიფესტაციას (Gold et al, 1999,<sup>[47]</sup> Hilger et al., 2002<sup>[64]</sup> Addington et al., 2002 <sup>[1]</sup>, Rund et al, 2004 <sup>[106]</sup>).

საკითხის კვლევისას, შიზოფრენიის დროს თუ რომელია ნეიროკოგნიტური დარღვევის განმასხვავებელი ნიშნები, გამოყოფენ სამ ძირითად კოგნიტურ სფეროს: 1) ყურადღების პროცესებს: კოგნიტური ტემპის შენელებას; 2) მეხსიერებას: უშუალო და ხანგრძლივ მეხსიერებას, ვერბალურ და სივრცით მეხსიერებას და 3) აღმასრულებელ ფუნქციებს (Bilder et al, 1996; Heinrichs & Zakzanis, 1998)<sup>[63]</sup>: თანმიმდევრულობას, ორგანიზაციის უნარს და მოქნილობას (Gopal et al., 2005).<sup>[51]</sup> ამ ძირითადი სფეროების შესწავლა მნიშვნელოვანია იმის გამო, რადგანაც დადგენილია, რომ, კოგნიტური ფუნქციები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ დაავადების ფუნქციონალურ გამოსავლზე/შედეგზე.

## 2.1.1 ინფორმაციის გადამუშავების მოდელი და ყურადღება

1960-70-იანი წლებიდან შიზოფრენიით დაავადებული პირების კოგნიტური დარღვევების ექსპერიმენტულ კვლევებში ინფორმაციის გადამუშავების მოდელმა არსებითი თეორიული როლი შეასრულა. ინფორმაციის გადამუშავების თეორიები ცდილობენ აჩვენონ ინფორმაციის მიმდინარეობის პროცესი, დაწყებული ინფორმაციის მიღებიდან, მისი გადამუშავებიდან და დამთავრებული თვალსაჩინო ქცევამდე. ინფორმაციის გადამუშავების სხვადასხვა სფეროში დარღვევები ან ფუნქციათა არარსებობა მიჩნეულია შიზოფრენიის მნიშვნელოვან მახასიათებლად. (Bregraad et al., 2000)<sup>[15]</sup>. Siegel (1995)<sup>[114]</sup> – მა შეიმუშავა ინფორმაციის გადამუშავების ბაზისური მოდელი (სქემა 1). *ინფორმაციის მიღებაში* იგულისხმება ყველა ის პროცესი, რომლებიც დაკავშირებულია ამრობრივი შთაბეჭდილებების აღქმასთან. ამრობრივი შთაბეჭდილებები შემდგომში მილიწამების (250 მილიწამის) განმვლობაში მოთავსდება *სენსორულ მეხსიერებაში* (სენსორულ რეგისტრში). ხდება ინფორმაციის იმდენად სწრაფი სელექცია, რომ მხოლოდ მისი მცირე ნაწილის შემდგომი გადამუშავება წარმოებს *ხანმოკლე მეხსიერებაში*, სადაც ინფორმაციის წამებში/წუთებში დამახსოვრება ხდება. მიღებული მონაცემების კოდირება და გაანალიზება წარმოებს *ხანგრძლივ მეხსიერებაში*, რაც შემდეგ კვლავ გამოიყენება (გადამუშავებული სახით) ხანმოკლე მეხსიერებაში.<sup>[104]</sup> ხანგრძლივ მეხსიერებაში არსებული ხაგები (რეპრეზენტაციები) განიცდიან *კოგნიტურ გადამუშავებას*, ანუ მიმდინარეობს გენერალიზაციის, დედუქციის, შედარების პროცესები. ასე რომ, გადამუშავებულმა პროცესებმა შესაძლებელია შეცვალოს ხანგრძლივ მეხსიერებაში შენახული ორიგინალური მონაცემები.<sup>[15]</sup>



სქემა 1. ინფორმაციის გადამუშავების მოდელი (მოდიფიცირებულია Siegel (1995)-ის მიერ)

ინფორმაციის გადამუშავების პროცესში **ყურადღებას** მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია. ყურადღება აკონტროლებს ინფორმაციის გადამუშავების პროცესის მიმდინარეობას. თეორიულად, ყურადღება იყოფა სამ განსხვავებულ ხარისხად: ინგენსივობა („სიფხიბლე“ - vigilance) (Nuechterlein & Dawson 1984; Siegel 1995), მოცულობა და სელექციურობა (Siegel 1995<sup>[114]</sup>).

**ინგენსივობაში** (vigilance) იგულისხმება ყურადღების უწყვეტობა ან ხანგრძლივობა. მასში იგულისხმება მზაობის შეჩერება, რათა პასუხი გაეცეს დავალების ცალკეულ სტიმულებს და განსაზღვრული დროის განმავლობაში შეაკავოს რეაქცია (პასუხი) არასამიზნე სტიმულებზე. ეს საჭიროებს ერთის მხრივ, განასხვავოს სიგნალი (დავალებები-მიზანი) ხმაურისგან (არასამიზნესგან), მეორეს მხრივ, საჭიროებს ე.წ. სწრაფი რეაგირების უნარს (Chen et al., 1998)<sup>[27]</sup>. Saykin et al (1994) <sup>[103]</sup> შიზოფრენიის პირველი ეპიზოდის მქონე პირებში აღმოაჩინეს ყურადღების ინგენსივობის და ვიზუალურ-მოტორული სელექციური გადამუშავების დარღვევა (Gopal et al., 2005)<sup>[51]</sup>. მიჩნეულია, რომ ამ სფეროში არსებული დეფიციტი წარმოადგენს შიზოფრენიისადმი მოწყვლადობის ინდიკატორს (Cornblatt et al., 1997<sup>[33]</sup>), რაც კარგად ვლინდება CPT (Continuous Performance Test) - ს მეშვეობით (Nuechterlein, 1991; <sup>[96]</sup> Liu et al., 2002<sup>[84]</sup>, Chen et al., 2000<sup>[26]</sup>). **ყურადღების მოცულობა** (Attention capacity) - იგულისხმება, რომ თეორიულად ყურადღება არის ერთგვარი ყურადღების *რესურსების რეზერვუარი*, რომელიც ზღუდავს მოცემულ მომენტში გადამუშავებულ სტიმულთა რაოდენობას (Nuechterlein & Dawson 1984<sup>[97]</sup>; Siegel 1995<sup>[114]</sup>). **სელექციური ყურადღება** (Selective attention) არის უნარი, შერჩევითად გადაამუშავოს სენსორული სიგნალი. (Nuechterlein & Dawson 1984<sup>[97]</sup>; Siegel 1995<sup>[114]</sup>).

მრავალ კვლევაში დადგენილია, რომ ყურადღების დეფიციტი მნიშვნელოვნად არღვევს სოციალურ და პროფესიულ უნარ-ჩვევებს (Mathalon et al., 2004).<sup>[86]</sup> შიზოფრენიით დაავადებულებთან ინფორმაციის გადამუშავებასა და ყურადღებაში დარღვევებს მრავალი კვლევა მიეძღვნა. შიზოფრენიული სპექტრის ფსიქოზის დროს დეფიციტი აღინიშნებოდა როგორც მწვავე ფაზაში, ასევე რემისიის დროს, და პირველი ხარისხის ნათესავებში (Rund et al, 2004).<sup>[106]</sup> ყურადღების დეფიციტი აიხსნება ფილტრის მექანიზმის დარღვევით. ”დარღვეული ფილტრების” შესახებ ძირითადად არსებობს ორი მოსაზრება. ერთის მიხედვით (Broadbent 1971, 1977)<sup>[19,21]</sup>, მეტად ადრეული ფილტრები ახდენენ ინფორმაციის გადამუშავების პროცესის დათრგუნვას იმ მოდლობაზე (არხზე), რომელსაც არ ექცევა ყურადღება (ავტომატურად მიმდინარეობს). მეორე მოსაზრების

მიხედვით (Deutsch and Deutsch 1963) <sup>[37]</sup>, მიუხედავად იმისა, ყურადღება ექცევა თუ არა რომელიმე მოდალობას (არხს), ინფორმაცია მაინც მაღალ ღონეზე აგრძელებს გადამუშავებას, სანამ არ იქნება მიჩნეული გამოუსადეგრად შემდგომი მოქმედების მიერ. შიზოფრენიის დროს მიჩნეულია, რომ ხდება ან ნაადრევი (Broadbent, 1958)<sup>[20]</sup>, ან დაგვიანებული (Deutsch & Deutsch, 1963)<sup>[37]</sup> სელექცია, ასევე, ხდება ან სტიმულებზე (stimulus-set), ან პასუხზე (response-set) ყურადღების მიპყრობა, მათი გაფილტვრა, ან კლასიფიკაცია (Broadbent, 1977 <sup>[21]</sup>; Rassovsky, 2005<sup>[101]</sup>).

## 2.1.2 მეხსიერება

მეხსიერების დაქვეითება შიზოფრენიის დროს ხშირად არის ნევროლოგიური დარღვევის ყველაზე ხშირი თვალშისაცემი ნიშანი (Goldberg & Green, 1998).<sup>[48]</sup> Joyce et al (2002) <sup>[70]</sup> შიზოფრენიით დაავადებულებთან აღმოაჩინეს მნიშვნელოვანი დეფიციტი სივრცით მუშა მეხსიერებაში, ხანმოკლე სივრცით მეხსიერებაში და ხანგრძლივ ეპიზოდურ მეხსიერებაში (Hille, 2002).<sup>[66]</sup> მეხსიერების დეფიციტი კორელირებდა IQ-სთან. სვავობა, პაციენტებსა და ჯანმრთელ პირებს შორის მეტად შესამჩნევი იყო (Brewer et al., 2005),<sup>[18]</sup> რის საფუძველზეც ავტორებმა დაასკვნეს, რომ მეხსიერების დეფიციტი ასახავს საფუძვლად მდებარე ინტელექტუალურ დარღვევებს (Saykin et al, 1994).<sup>[109]</sup> Aleman et al (1999) <sup>[3]</sup> კვლევაში ნაჩვენებია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან განსაკუთრებით დარღვეულია მეხსიერების ისეთი კომპონენტები, როგორცაა, თავისუფალი გახსენება, მინიშნებით გახსენება და ცნობა, ასევე ვერბალური მეხსიერება (არავერბალურთან შედარებით). ანუ, დარღვეულია როგორც ხანმოკლე, ასევე ხანგრძლივი მეხსიერება<sup>[3]</sup>. დაავადების "ფუნქციონალური გამოსავლისთვის" განსაკუთრებით მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ვერბალური მეხსიერება (Tracy, 2002).<sup>[128]</sup> დღეისათვის დადგენილია, რომ მეხსიერების გაუმჯობესება დადებითად მოქმედებს ინდივიდის ყოველდღიურ ფუნქციონირებაზე. შიზოფრენიით დაავადებულებთან მეხსიერების გაუმჯობესებისთვის სწორედ ამიგომ არის აუცილებელი ადექვატური ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დანიშვნა და რეაბილიტაციური სტრატეგიების გამოყენება.

### 2.1.2.1 ხანმოკლე მეხსიერება

პასუხი კითხვაზე, შიზოფრენიით დაავადებულებთან თუ რამდენად არის დარღვეული ხანმოკლე მეხსიერება, მეტად არაერთგვაროვანია (Hille, 2002).<sup>[66]</sup> Silver et al (2003) <sup>[115]</sup>

მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში, რაც უფრო მცირე იყო მუშა მესხიერების მოცლობა, მით უფრო ხშირი იყო დარღვევები სხვა ნეიროკოგნიტურ ფუნქციებში. მიღებული შედეგების საფუძველზე ავტორებმა დაასკვნეს, რომ მუშა მესხიერება წარმოადგენს შიზოფრენიის ბაზისურ დარღვევას.<sup>[115]</sup>

**ხანმოკლე/მუშა მესხიერების დეფიციტი წარმოადგენს შიზოფრენიის ბაზისურ ნეიროკოგნიტურ თავისებურებას (Vaz, 2000).**<sup>[133]</sup> მუშა მესხიერებაში გამოყოფენ ვერბალურ და სივრცით მუშა მესხიერებას. მუშა მესხიერების ბაზისურ კომპონენტს წარმოადგენს ოპერატიული მესხიერება ("on-line storage"). მუშა მესხიერების მოდელის საფუძველს წარმოადგენს Baddeley (1986)<sup>[7]</sup> – ს თეორიული მოდელი. ამ მოდელის მიხედვით, მუშა მესხიერება შეიცავს ორ ძირითად კომპონენტს – „დაქვემდებარებულ სისტემას“ და „ცენტრალურ აღმასრულებელს“ (ანუ, სუპერვიზორულ ყურადღების სისტემას (Baddeley, 1992, 1998)).<sup>[6,7]</sup> ცენტრალური აღმასრულებელი ემსახურება კოგნიტური პროცესების კოორდინირებას და „დაქვემდებარებული სისტემების“ ინფორმაციის შეცვლას. ის აუცილებელია ინფორმაციის გადამუშავების ოპერაციის (პროგრამის) სელექციისთვის, შეკავებისთვის, ინიციაციისთვის და დასრულებისთვის (ანუ, ექვემდებარება ყურადღების ცენტრალურ სისტემებს). ასევე, იგი აუცილებელია გადაწყვეტილების მიღებისთვის, დაგეგმვისთვის და სტრატეგიის შემუშავებისთვის. ინფორმაციის დავიწყება ან გრანსფერი იმართება ხანგრძლივი საცავით (Langzeitspeicher). მუშა მესხიერების მოდელში უმაღლესი რანგის მაკონტროლებელი პროცესების (Kontrollprozesse) მეშვეობით კონტროლირდება და იმართება სხვადასხვა საცავეები. მუშა მესხიერება წარმოადგენს გადამკვეთ რგოლს მესხიერებასა და კომპლექსურ კოგნიტურ პროცესებს შორის (Schuri 2000)<sup>[7, 66]</sup>.

შიზოფრენიის მქონე პაციენტებს ხშირად აღინიშნებათ უუნარობა, ბაზისური ინფორმაციის შენახვის და მისით მანიპულირების მეშვეობით, შეინახონ ნებელობითი კონტროლის განსაზღვრული ფორმები. მათ უძნელდებათ ჩამოაყალიბონ გეგმები, დაიწყონ მათი განხორციელება და მოქნილად შეცვალონ ისინი იმ შემთხვევაში, თუკი არსებული გეგმა დიდი ხნის განმავლობაში არ იქნება ეფექტური; მათ ასევე უძნელდებათ რაციონალურად გამოიყენონ საპასუხო რეაქცია. უფრო მეტიც, პაციენტებს ზოგჯერ პრობლემები ექმნებათ, როდესაც საქმეს შეაწყვეტინებენ. მცირე ხნით შეფერხების შედეგად მათ ავიწყდებათ, თუ რას აკეთებდნენ მანამდე. კონსტრუქტი, რომელიც ცდილობს დაიჭიროს გადამუშავების შეცდომების ეს ტიპი, არის მუშა მესხიერება, რომელიც არა მარტო ინფორმაციას იმახსოვრებს (ინახავს) ხანმოკლე



დროით, არამედ ის ამავედროულად ინახავს და გადაამუშავებს ინფორმაციას ლიმიტირებული მოცულობის საცავში (Goldberg & Green, 1998).<sup>[48]</sup> შიზოფრენიის დროს მუშა მეხსიერების დარღვევებზე არ არის ერთგვაროვანი შეხედულება (Putnam, 1999).<sup>[100]</sup> ზოგი ავტორის მიხედვით, მათთან არ აღინიშნება თვალშისაცემი დარღვევები (Mc Kenna et al 1990; Tamlyn et al 1993; Duffy/O'Carroll 1994), ზოგის მიხედვით, კი ეს დარღვევები მეტად გამოკვეთილია (Goldberg et al 1993-1998;<sup>[48,49]</sup> Hille, 2002<sup>[66]</sup>).

**აღმასრულებელ ფუნქციებში** იგულისხმება უმაღლესი კოგნიტური პროცესები (მაგ. პრობლემების გადაჭრა, აბსტრაქტული ცნებების გამოყენება). (Baddeley (1999).<sup>[5]</sup>

მუშა მეხსიერების სხვა კომპონენტებთან შედარებით, სხვადასხვა მკვლევარები მიიჩნევენ, რომ შიზოფრენიის დროს დარღვევები განსაკუთრებით შეიმჩნევა აღმასრულებელ ფუნქციებში (Krieger et al., 2005).<sup>[80]</sup> ცნობილია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებს სიძნელეები ექმნებათ პრობლემების გადაჭრასა და თანმიმდევრულად განხორციელების პროცესში. თვით პირველი ეპიზოდის მქონე პაციენტებიც კი ავლენენ სერიოზულ პრობლემებს მოქმედების თანმიმდევრულობასა და ორგანიზაციულ მოქნილობაში, დაგეგმვის უნარსა და სტრატეგიების გამოყენებაში (Hutton et al, 1998).<sup>[70]</sup> Mohamed et al (1999)<sup>[90]</sup> კვლევებში აღმოჩნდა, რომ აღმასრულებელი ფუნქციების ეს ასპექტი, ჯანმრთელ პირებთან შედარებისას, განსაკუთრებით დარღვეულია შიზოფრენიის პირველი ეპიზოდის მქონე პაციენტებში (Gopal et al., 2005).<sup>[51]</sup> ამის საპირისპიროდ, Bilder et al (1992)<sup>[10]</sup> მიხედვით, პირველი ეპიზოდის მქონე პაციენტებში აღმასრულებელი და მოგორული დისფუნქცია შედარებით ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე მეხსიერების ან ყურადღების დარღვევები.

აღმასრულებელ ფუნქციებში შედის ნებელობა, დაგეგმვა, მიზანმიმართული მოქმედება და ქცევის თვითკონტროლი. პრობლემების გადაჭრის ტესტი, როგორცაა WCST (Wisconsin Card Sorting Test), Kategopry Test, Stroop-Test, Tower test და სხვა, ხშირად გამოიყენება აღმასრულებელი ფუნქციების საკვლევადად.

სხვადასხვა კვლევებში ნაჩვენებია, რომ ეპიზოდური, უშუალო მეხსიერება, ყურადღების ინტენსივობა და აღმასრულებელი ფუნქციები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ იმაზე, თუ როგორ შესძლებს შიზოფრენიით დაავადებული პირი საზოგადოებაში ფუნქციონირებას, ყოველდღიური საქმეების შესრულებას, რამდენად ექნება მას შენარჩუნებული სოციალური პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევები და რამდენად შესძლებს ფსიქო-სოციალური უნარ-ჩვევების შექმნას (Goldberg & Green, 1998).<sup>[48]</sup>

### 2.1.2.2 ხანგრძლივი მეხსიერება

ხანგრძლივ მეხსიერებაში ინფორმაციის შენახვა ხდება დაწყებული რამდენიმე წუთიდან და დამთავრებული დეკადებამდე. ხანგრძლივ მეხსიერებას ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრებისთვის გააჩნია პრაქტიკულად შეუმღვლიანი მოცულობა. (Hille, 2002). [66] ხანგრძლივი მეხსიერება უხეშად იყოფა ექსპლიციტურ, ანუ დეკლარატიულ და იმპლიციტურ, ანუ არადეკლარატიულ მეხსიერებად (Cirillo, 2003). [30] *პროცედურული მეხსიერება* გულისხმობს იმპლიციტურ პერცეპტულ-მოგორულ დასწავლას (Green et al 1998).[55] თუ რამდენად არის დარღვეული შიზოფრენიის დროს იმპლიციტური მეხსიერება, მეგად სადავო საკითხად რჩება (Goldberg et al 1993 [43]; Green et al 199[55]). კვლევების უმრავლესობა მიუთითებს, რომ შიზოფრენიის დროს არ აღინიშნება იმპლიციტურ მეხსიერებაში დარღვევები. იმპლიციტური მეხსიერების დარღვევის ინტაქტურობა აღინიშნება ასევე კლასიკური ამნესტური სინდრომის მქონე პაციენტებშიც (Hille, 2002).[66] *სემანტური მეხსიერება* მოიცავს ჩვენს უნივერსალურ ცოდნას, რომელიც უშუალოდ არ უკავშირდება პიროვნების ავტობიოგრაფიას (მაგ. ცოდნას სიგყვების მნიშვნელობის და სიმბოლოების შესახებ) (Tulving, 1989)[130]. მკვლევართა უმრავლესობის მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებთან შეიმჩნევა სემანტური მეხსიერების *მნიშვნელოვანი დარღვევები*. სემანტურ მეხსიერებაში ხშირი, განმეორებადი დარღვევები მნესტიკური დარღვევების მქონე შიზოფრენიით დაავადებულებს განარჩევს კლასიკური ამნესტური სინდრომის მქონე პაციენტებისგან. ამგვარი დარღვევების გამო, შიზოფრენიით დაავადებულებს ამსგავსებენ ალცჰაიმერით გამოწვეული დემენციის მქონე პაციენტებს (Putnam, 1999). [100]

ავტორთა დიდი ნაწილი შიზოფრენიით დაავადებულებთან მეხსიერების დარღვევების მიზეზად მიიჩნევს ინფორმაციის დეფიციტური კოდირების პროცესს. აღმასრულებელ სისტემებში დეფიციტური სტრატეგიული გადამუშავების პროცესის შედეგად, "სამიზნე" ინფორმაციაზე წარმოიქმნება მცირე რაოდენობის ასოციაციები, რის გამოც ირღვევა *კონტექსტის მიხედვით ამოცნობა*. Tulving et al. (2002) [129] – ის მიხედვით, კონტექსტის მიხედვით არასწორ ამოცნობას საფუძვლად უდევს არასწორი კავშირების დამყარება წარსულ გამოცდილებასა და მოცემულ მომენტში მიღებულ გამოცდილებას შორის. კონტექსტის მიხედვით ინფორმაციის ამოცნობაზე გავლენას ახდენს ამ ინფორმაციის *სიხშირე* (რომლითაც სამიზნე ინფორმაცია იქნა გამოვლენილი), *დროის პერიოდი* (როდის გამოვლინდა სამიზნე ინფორმაცია), *წარმოშობა* (საიდან მოდის სამიზნე ინფორმაცია და ა.შ.) და მისი გამოვლენის *სახე* (როგორ ვლინდება სამიზნე

ინფორმაცია). მრავალი ავტორი კონტექსტის მიხედვით არასწორ ამოცნობას უკავშირებს ჰალუცინაციებს და ზემოქმედების სიმპტომებს. მკვლევარების აზრით, ასეთ დროს, პაციენტი თავად შექმნილ ინფორმაციას (მაგ. აზრებს) მიაწერს უცხო (გარეგან) მოვლენებს (Hille, 2002).<sup>[66]</sup>

### 2.1.2.3. ვერბალური მეხსიერება

მეხსიერების კლასიფიკაციასთან დაკავშირებით მრავალი მოსაზრება არსებობს. მეხსიერება ლეგალურად აქვს აღწერილი Baddeley (1999)<sup>[5]</sup> და Tulving (1989)-ს.<sup>[130]</sup> ძირითადად გამოყოფენ ორ მნიშვნელოვან კლასიფიკაციას. ერთის მიხედვით, მეხსიერება იყოფა ხანმოკლე და ხანგრძლივ მეხსიერებად. მეორეს მიხედვით კი, **დეკლარატიულ** და **პროცედურულ** მეხსიერებად. (Cirillo, 2003).<sup>[30]</sup>

შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიაში ვერბალური დეკლარატიული მეხსიერების დეფიციტის შესახებ ერთგვაროვანი მონაცემები არსებობს. მიჩნეულია, რომ იგი მეტად არსებით კომპონენტს წარმოადგენს დაავადების ფუნქციონალური გამოსავლის პროგნოზირებისთვის (Green, 1999).<sup>[56]</sup> შიზოფრენიის დროს ვერბალური მეხსიერების დარღვევა ითვლება კოგნიტურ ფუნქციებიდან ყველაზე მეტად დარღვეულ სფეროდ. იგი დარღვეულია როგორც პირველი ეპიზოდის მქონე, ასევე ქრონიკულ პაციენტებთან. მიუხედავად პაციენტის კლინიკური მდგომარეობისა და მედიკამენტური ეფექტისა, ეს დეფიციტი მაინც სახეზეა (Mohamed et al, 1999).<sup>[90]</sup> შიზოფრენიის დროს ვერბალური მეხსიერების დეფიციტის შესწავლას მრავალი კვლევა მიემდგინა. Saykin et al (1994)<sup>[109]</sup> იკვლევდნენ შიზოფრენიის პირველი ეპიზოდის მქონე პირებს, რომლებთანაც ჯერ არ ჰქონდათ მიღებული ნეიროლეპტიკები და მათ აღარებდნენ ჯანმრთელ პირებს. ავტორებმა აღმოაჩინეს, რომ სხვა ფუნქციებთან შედარებით, ვერბალური მეხსიერება და დასწავლა სელექტიურად რისკის ქვეშ იმყოფება და რომ მეხსიერების დარღვევა არ არის ანტიქოლინერგიული მედიკამენტების შედეგად მეორადად გამოწვეული. მაშინაც კი, როდესაც ყურადღების და აღმასრულებელი ფუნქციების კონტროლი ხორციელდებოდა, ვერბალური მეხსიერების დეფიციტი კვლავ სახეზე იყო. მკვლევარებმა (Saykin et al., 1994,<sup>[109]</sup> Touloupoulou, 2003, 2004,<sup>[125,126]</sup>) კიდევ ერთხელ დაადასტურეს, რომ ვერბალური მეხსიერების დეფიციტი არ არის მეორადად გამოწვეული ყურადღების ან აღმასრულებელი ფუნქციების დეფიციტით, და რომ, შიზოფრენიით დაავადებულთა უმრავლესობას სწორედ ვერბალურ მეხსიერებაში აღენიშნება დარღვევები (Hille, 2002).<sup>[66]</sup> შიზოფრენიით დაავადებულთა ოჯახების და მაღალი რისკის პირების

კვლევებმაც დაადასტურა, რომ დაავადებულთა ოჯახის წევრებს (სხვა კოგნიტურ ფუნქციებთან შედარებით) აღნიშნებათ ვერბალური მეხსიერების დარღვევები (Koh, 1978<sup>[76]</sup> Tulving et al., 1989<sup>[130]</sup> Tracy et al, 2001 <sup>[128]</sup>).

#### 2.1.2.4. ცნობის მეხსიერება

შიზოფრენიის მრავალ კვლევაში დადასტურებულია გახსენების (recall) და ცნობის (recognition) დარღვევები (Walker et al., 1980<sup>[134]</sup>, Aleman, 1999,<sup>[3]</sup> Moritz et al., 1988,<sup>[92]</sup>). მიუხედავად მრავალი კვლევისა, არ იქნა დადგენილი შიზოფრენიისთვის სპეციფიური მნესტიკური გადახრა. Weiss et al (2002) <sup>[135]</sup> კვლევაში შიზოფრენიით დაავადებულებთან გამოვლინდა სიგყვების და მცირე მოთხრობების (Conklin et al, 2002)<sup>[32]</sup> (და არა სურათების) არასწორი ამოცნობა (Moritz et al., 2004).<sup>[92]</sup> Weiss et al (2002)-ის მიხედვით, მართალია შიზოფრენიის დროს დარღვეულია ცნობის მეხსიერება, მაგრამ ამ დარღვევის ნაწილობრივ მაინც აღდგენა შესაძლებელია იმი შემთხვევაში, თუ პაციენტს დასწავლის პერიოდში მიეწოდება დამატებითი ინფორმაცია ამოსაცნობი მასალის შესახებ. <sup>[135]</sup> ეს აღმოჩენა მეტად მნიშვნელოვანია შიზოფრენიით დაავადებულთა რეაბილიტაციისთვის აღექვამური კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდების შესარჩევად.

საკითხი იმიის შესახებ, **ემოციების** გადამუშავების პროცესი განსხვავებული დეფიციტია თუ მიეკუთვნება კოგნიტურ პროცესს, ჯერ კიდევ არ არის გადაჭრილი (Schneider et al., 1995). <sup>[113]</sup> შიზოფრენიით დაავადებულებთან განსაკუთრებით შესამჩნევია დარღვევები **ემოციების ამოცნობაში** (Gur et al, 1992<sup>[57]</sup>, 2001<sup>[58]</sup>; Adolphs et al., 1999<sup>[2]</sup>). ამასთან, პირველი ეპიზოდის მქონე პაციენტებთან (აფექტური ფსიქომორული პაციენტებისგან განსხვავებით) განსაკუთრებით გაძნელებულია ისეთი ემოციების ამოცნობა, როგორცაა შიში (Calkins et al., 2005)<sup>[23]</sup> და სევდა (Edwards et al., 2001).<sup>[40]</sup> შიზოფრენიით დაავადებულებთან შიშის ამოცნობის სპეციფიკური დეფიციტი არ იქნა დადასტურებული. ჯერ-ჯერობით გაურკვეველია, სახეების ამოცნობის დარღვევა რამდენად უკავშირდება ემოციის ინტენსივობას. გარდა ამისა, კვლევათა უმრავლესობა არ აქცევდა ყურადღებას ნეიგრალური ემოციების ამოცნობის საკითხს. ემოციების არასწორად მიწერა სახის ნეიგრალურ გამომეგყველებამე, წარმოადგენს დეპრესიის ძირითად დეფიციტს (Kohler et al., 2003).<sup>[77]</sup> ეს უკანასკნელი, შესაძლებელია ნაწილობრივ დამახასიათებელი იყოს შიზოფრენიისთვისაც, რომლის დროსაც ნეიგრალური სიგნალი ხშირად აღიქმება როგორ უსიამოვნო ან საშიში (Ekman & Friesen, 1975,<sup>[42]</sup> Morrison et al., 1988,<sup>[91]</sup>). Kohler et al (2003) <sup>[77]</sup> მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან დარღვეულია

სუსტად გამოხატული ემოციების ამოცნობა. ყველა ემოცია, გარდა ზიზღისა, უფრო უკეთესად ამოიცნობოდა, როდესაც ის მკვეთრად იყო გამოხატული. ნეიგრალურ ემოციებთან შედარებით, შიშოფრენიის დროს დარღვეულია მკვეთრად გამოხატულ ემოციების ამოცნობაც, რომელიც არასწორად აღიქმებოდა. ამოცნობის კოეფიციენტი დაბალი იყო შიშის, ზიზღის და ნეიგრალური ემოციების შემთხვევაში (და არა სიხარულის, სევდის და რისხვის). ნეიგრალური ემოციები ხშირად ინტერპრეტირდებოდა როგორც სევდა, სიხარული ან ზიზღი. ანუ, პაციენტები ნეიგრალურ სტიმულს მიკერძოებულად ნეგატიურად აღიქვამდნენ (Kerr, 1993).[75] უნდა აღინიშნოს, რომ კონტექსტის მიხედვით მათ შეეძლოთ სევდის და სიხარულის ერთმანეთისგან განსხვავება (Mandal et al., 1998 [85]). ზოგადად, შიშოფრენიით დაავადებულებთან აღინიშნება ნებისმიერი სახის ემოციის ამოცნობის დარღვევა, განსაკუთრებით კი შიშის და ზიზღის. Calkins et al (2005)[23] დაადგინეს ემოციების ამოცნობის დეფიციტი შიშოფრენიით დაავადებულთა ნათესავებშიც, რის შედეგადაც დაასკვნეს, რომ შიშოფრენიის დროს ემოციების ამოცნობის დარღვევები შეიძლება მიჩნეულ იქნას შიშოფრენიისთვის გენეტიკური მოწყვლადობის ინდიკატორად (Salem et al., 1996; [107] Gur et al., 2001[58]).

### 2.1.3. ცნების შედგენა და აზროვნება

ინფორმაციის გადამუშავების ამ სფეროში, ხდება ინფორმაციის მეხსიერებაში შენახვა და მისი გამოყენება. ანუ, ეს არის სფერო, ინფორმაციის მიღებასა და ქცევის დაგეგმვის კოგნიტურ პროცესებს შორის. ძირითადად გამოყოფენ ახსნის ორ მოდელს: კონკრეტულობის (“Concreteness”) და ზედმეტი შემცველობის (“Overinclusion”) მოდელს. *კონკრეტულობის მოდელის* (Goldstein, 1993) მიხედვით, კონკრეტულობაში იგულისხმება აბსტრაქტული ცნებების, კლასების და კატეგორიების შექმნის უუნარობა. ობიექტები განიხილება ცალკე და გაძნელებულია მათი ერთმანეთთან დაკავშირება. თუ მაინც მოხდება მათი ერთმანეთთან დაკავშირება, ვერ ხერხდება შესაბამისი სახელის დარქმევა (Payne, 1970, 1961). ანუ, აქ პაციენტებს უძნელდებათ განზოგადებული ცნების მოძებნა. *ზედმეტი შემცველობის მოდელის* (Cameron, 1951) მიხედვით, ცნების შედგენისას მასში შედის ისეთი აზროვნების შინაარსებიც, რომლებსაც მხოლოდ პერიფერიული მნიშვნელობა გააჩნია. ნაკლებად მნიშვნელოვანი კავშირების ზედმეტი გადაფასება არის

ის ნიშანი, რაც შეიძლება აიხსნას გედმეტი შემცველობის მოდელით. მსგავსი სახით შესაძლებელია აიხსნას ნეოლოგიზმები და სემანტური ურთიერთკავშირის გედმეგად გაფართოება (Piro, 1967) [104, 105].

## 2.2 სოციალური კოგნიციები და სოციალური ქცევა

ინფორმაციის გადამუშავების *მეორე სფეროდ*, რომელიც მდებარეობს ე.წ. “ცივ” კოგნიციებსა და სოციალურ ქცევას შორის, Green and Nuechterlein (1999)-ის მიერ გამოყოფილ იქნა *სოციალური კოგნიციების სფერო*, ანუ ემოციური აღქმის და სოციალური სქემების სფერო. [105]

*ემოციური აღქმის დარღვევები* – ადამიანის სოციალური ინტერაქციის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს არავერბალური, ემოციური გამოხატულების აღქმა და მისი სწორი ინტერპრეტაცია. შიზოფრენიით დაავადებულებთან ემოციური გადამუშავების დარღვევები ლიგერაგურაში სამი ასპექტით განიხილება:

1) *არასწორი ინტერპრეტაციები* – მიუხედავად იმისა, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებს შესაძლებელია არანაირი დარღვევა არ გააჩნდეთ მთლიანად ადამიანის და მათი სახეების აღქმასა და ამოცნობაში, მრავალ გამოკვლევაში ნაჩვენებია, რომ ჯანმრთელ ადამიანებთან შედარებით, მათთვის ემოციური გამღიზიანებლის შენელებული და არასწორი ამოცნობაა დამახასიათებელი (Heimberg et al., 1992).[62] ზოგადად, სახეები და კერძოდ, მიმიკა, სხვა გამღიზიანებლებთან შედარებით, შეიცავს ხანგრძლივად ცვალებად გამღიზიანებელთა რთულ კონფიგურაციას. დარღვეული სელექციური ყურადღების დროს ხშირად წარმოიშვება არასწორი ინტერპრეტაციები, რაც კვლავ დამარღვევლად მოქმედებს. კომპლექსური ან დამგვირთველი კონტექსტის შემცველი ინფორმაციის შემთხვევაში, შიზოფრენიით დაავადებულებთან უარესდება ემოციების შეფასების უნარი (Bellack, 1989, 1996). ამასთან, პრობლემები აღინიშნება კონტექსტის შემცველი გამღიზიანებლის დეკოდირებაში, რომელსაც ემოციების (ძირითადად ნეგატიური) ინტენსივობის იდენტიფიკაციისთვის ცენტრალური მნიშვნელობა გაჩნია (Bellack et al., 1992);

2) *ცენტრალური ნერვული აგზნების დონის დარღვევები* – ლიგერაგურაში შიზოფრენიით დაავადებულთა ემოციური გადამუშავების დარღვევები განიხილება, როგორც ცენტრალური ნერვული აგზნების დონის დარღვევებად. Gjerde (1983)–ს მიხედვით,

შიზოფრენიით დაავადებულებს სტრესის შემთხვევაში (დროის სიმცირე, გამლიბიანებელთა მოზღვაება და ა.შ.) რეაგირებისას აღენიშნებათ ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნების დონით მომატება (Arousal), რასაც შეუძლია ინფორმაციის გადამუშავების ბემოთ აღწერილი დარღვევების გაძლიერება. შიზოფრენიით დაავადებულებთან კოგნიტური დარღვევები განსაკუთრებით მაშინ ხდება თვალსაჩინო, როცა მათი აფექტური ჩართულობა მეტად მაღალია (Käsermann, 1983; Andreasen, 1990). Feinberg et al., (1986);

3) *მოწყვლადობა* – ემოციური გადამუშავების სფეროში დარღვევები შეიძლება გაგებულ იქნას ბავშვობის ასაკში წარმოქმნილი მოწყვლადობის მეშვეობით. Expressed-Emotion გამოკვლევის ფარგლებში, ემოციურად დატვირთულმა აგმოსფერომ, მოწყვლად პიროვნებაში შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზური ეპიზოდი, ანდა, გააძლიეროს შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური დარღვევები (Nuechterlein et al., 1992, 1994).

*Green and Nuechterlein (1999) ფუნქციონირების მესამე სფეროდ* გამოყოფენ **სოციალური ქცევის სფეროს**, რომელიც დაკავშირებულია ნეიროკოგნიციებთან და “სოციალურ ქვეასთან”. შიზოფრენიის ძირითად სიმპტომად კლინიკურ პრაქტიკაში მიჩნეულია მნიშვნელოვანი დარღვევები სოციალურ ქცევაში (Kelly & Lamparski, 1985). მიღებულია, რომ სოციალურ სფეროში დარღვევები ფასდება, როგორც ქცევაში გამოვლენილი “ნეგატიური სიმპტომების” კორელატები (Andreasen, 1985; Carpenter et al., 1985). გამოკვლევებით დადგენილია, რომ დაავადების ხანგრძლივობასთან ერთად ირღვევა შიზოფრენიით დაავადებულთა *სოციალური გარემოც.* ისინი ექცევიან სოციალურ იზოლაციაში, მცირდება სოციალური კონტაქტები (Müller et. al, 1986). რამდენადაც, შიზოფრენიით დაავადებულებში გამოხატულია ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტი, ისინი იძულებულნი ხდებიან თავი დაიცვან ბედმეტი სტიმულაციისგან. შედეგად, სოციალურ კონტაქტებზე თავის არიდება შეიძლება წარმოადგენდეს დაცვით კომპენსატორულ მექანიზმს. [105, 139]

### 2.3. ნეიროკოგნიტური დეფიციტი და ”ფუნქციონალური გამოსავალი”

მეოცე საუკუნის ნეიროკოგნიტური კვლევების უმრავლესობა ფოკუსირებული იყო კოგნიტური დეფიციტის დახასიათებასა და განსაზღვრაზე. კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველდღიურ ცხოვრებაში ეს დეფიციტი შესაძლებელია კრიტიკული აღმოჩნდეს შიმოფრენით დაავადებულის ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირებისთვის (Goldberg & Green). [48] 1990-იანი წლებიდან დაიწყეს ამ საკითხის ინტენსიური კვლევა. ლიგერატურაში ზოგადად მოყვანილია დასკვნები, რომ ნეიროკოგნიტური დეფიციტი დაკავშირებულია შიმოფრენის ”ფუნქციონალურ გამოსავალთან” (Green, 2000),<sup>[52]</sup> რომელშიც იგულისხმება ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში უნარ-ჩვევების შეძენის (ათვისების), სოციალური პრობლემების გადაჭრის უნარის ან ინსტრუმენტული უნარ-ჩვევების დაუფლების შესაძლებლობა; ასევე, საზოგადოებაში ინტეგრაციისთვის (community outcome) ქცევის ფართო ასპექტების შეძენა და ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობების განხორციელება.

Green et al. (2000, 2004) <sup>[52,53]</sup> კვლევებშიც, ფუნქციონალური გამოსავალისთვის მნიშვნელოვან საკვანძო კოგნიტურ კონსტრუქტად დადგენილ იქნა ეპიზოდური მეხსიერება, უშუალო/მუშა მეხსიერება, ყურადღების ინტენსივობა და აღმასრულებელი ფუნქციები. <sup>[92]</sup> ავტორები მიუთითებენ, რომ კავშირი კოგნიციებსა და საზოგადოებაში ფუნქციონირებას შორის დამტკიცებულად შეიძლება ჩაითვალოს. ასევე აღნიშნავენ, რომ საზოგადოებაში ფუნქციონირება დამოკიდებულია სხვა ისეთი ფაქტორების არსებობაზეც, რაც რჩება კლინიკური კვლევების კონტროლის მიღმა; ასეთებია - მოტივაცია, სოციალური მხარდაჭერა და განათლება/პროფესიული უნარ-ჩვევები.

Milev et al (2005) <sup>[87]</sup>-ის კვლევებში ნაჩვენებია, რომ ვერბალური მეხსიერების, ინფორმაციის გადამუშავების სისწრაფის და ყურადღების გაუმჯობესებას და ასევე, ნეგატიური სიმპტომების ჩაქრობას, შედეგად მოჰყვებოდა ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება. გლობალური ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების პროგნოზირება შესაძლებელი იყო ნეგატიური სიმპტომებით და ყურადღებით. ვერბალური მეხსიერება წარმოადგენდა მნიშვნელოვან პრედიქტორს თავისუფალი დროის შევსების უნარის დარღვევის ხარისხთან. ურთიერთობების დარღვევის ხარისხს განაპირობებდა ნეგატიური სიმპტომების და მეხსიერების დეფიციტის ხარისხი, ხოლო ყურადღების დარღვევა და ნეგატიური სიმპტომები განაპირობებდა შრომითი უნარ-ჩვევების ხარისხს. შესაბამისად, ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაავადების



ფუნქციონალური გამოსავალის გაუმჯობესებისთვის, ვერბალური მეხსიერება, ინფორმაციის გადამუშავების სისწრაფე და ყურადღების ფუნქცია წარმოადგენს ფსიქოსოციალური ჩარევების მნიშვნელოვან სამიზნეს (Green, 1999).<sup>[56]</sup>

მიუხედავად მრავალი კვლევისა, ჯერ-ჯერობით უცნობია ის ზუსტი მექანიზმი, რომელიც განაპირობებს სტატიკურ ასოციაციას კოგნიტურ დარღვევებსა და ფუნქციონალურ გამოსავალს შორის (Green, 1998).<sup>[55]</sup> მათ შორის კავშირი იძლევა სპეკულირების საშუალებას. შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ ნეიროკოგნიტურ მოწყვლადობასა და ფუნქციონალურ გამოსავალს შორის კავშირი აიხსნება შიზოფრენიის ისეთი დომინანტური პარადიგმით, როგორცაა სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი.

## 2.4. მედიკამენტების გავლენა ნეიროკოგნიტურ ლეფიციტზე

მიღებულია, რომ კონვენციური ანტიფსიქოტური მედიკამენტები ჩვეულებრივ, გავლენას ახდენენ ფსიქომურ სიმპტომებზე და მათი ეფექტი ნეიროკოგნიტურ ლეფიციტზე მეტად უმნიშვნელოა (Drachman & leavitt, 1974,<sup>[39]</sup> Braff et al., 1982).<sup>[14]</sup> იშვიათ შემთხვევაში, კონვენციური ანტიფსიქოტური მედიკამენტებით მკურნალობა იწვევს ბაზისური პერსპექტული ან ყურადღების პროცესების გაუმჯობესებას (Spohn & Strauss, 1985, 1989).<sup>[117,118]</sup> კონვენციური ანტიფსიქოტური მედიკამენტები ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების გამო იწვევენ განსაზღვრული ნეიროკოგნიტური უნარების გაუარესებას. ანტიქოლინერგიული მედიკამენტების ეფექტურობის ხარისხი კარგად არ არის განსაზღვრული. მიჩნეულია, რომ ისინი ახდენენ ეპიზოდური (secondary) ვერბალური მეხსიერების (ანუ, მნესტიკური ფუნქციების) დაზიანებას, რომელიც ეყრდნობა გამეორების სტრატეგიას. (Perlick et al., 1986,<sup>[99]</sup> Strauss et al., 2001<sup>[121]</sup>). მეხსიერების სხვა ასპექტები, როგორცაა უშუალო ან მუშა მეხსიერება, ნაკლებად ექცევა გავლენის ქვეშ.<sup>[121]</sup>

უახლესი ანტიფსიქოტური მედიკამენტები უფრო იმედის მომცემია (Spohn, 1999, <sup>[119]</sup> Minzenberg et al., 2004<sup>89</sup>). ნეიროკოგნიტურ ეფექტზე ახალი ანტიფსიქოტური მედიკამენტების ეფექტურობის შესახებ საწყისი ინტერესი გამოიწვია კლოზაპინის კვლევებმა (Hagger et al., 1993).<sup>[60]</sup> მრავალი კვლევა ჩაგარდა ისეთ ანტიფსიქოტურ მედიკამენტებზე, როგორებიცაა რისპერიდონი, ოლანზაპინი, მოგეპინი ან კეტიაპინი. მათი უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ ატიპიურ ანტიფსიქოტურ მედიკამენტებს

გააჩნიათ ნაკლებად გამოხატული ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები, ისინი ეფექტურნი არიან როგორც პოზიტიური სიმპტომატიკის მოსახსნელად, ასევე დადებითად მოქმედებენ ნეგატიურ და კოგნიტურ სიმპტომატიკაზე (Cassens et al., 1990).<sup>[25]</sup>

კვლევების მიხედვით დადგენილია, რომ რისპერიდონი ძირითადად, დადებით ეფექტს იძლევა მეხსიერების, ყურადღების და აღმასრულებელი ფუნქციების გაუმჯობესებაზე (Strauss et al., 1990).<sup>[121]</sup> ოლანზაპინი განსაკუთრებით მოქმედებს მეხსიერებაზე და აღმასრულებელ ფუნქციებზე. ხოლო ნაკლებად მოქმედებს ყურადღებაზე, მუშა მეხსიერებასა და ვიზუალურ დასწავლის გაუმჯობესებაზე. კეტიპინი კი, უფრო მეტად ეფექტურია ყურადღების და დასწავლის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისთვის (Minzenberg et al., 2004).<sup>[89]</sup>

### **3. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ზოგადი მიმოხილვა**

#### **3.1 ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის შექმნის ისტორია**

ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის (შემოკლებით - IPT) პირველი კონცეფცია წარმოიშვა მე-20 საუკუნის 70-იანი წლების შუა პერიოდში. მანჰაიმის (გერმანია) ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრალურ ინსტიტუტში დაიწყო ამ საკითხზე მუშაობა. მეთოდის პრაქტიკული გამოყენება დაიწყო სხვადასხვა ფსიქიატრიულ კლინიკაში, დაგროვდა საკმარისი მეცნიერული და კლინიკური გამოცდილება. შემდგომში, აღნიშნულ მეთოდზე მუშაობა ძირითადად გაგრძელდა ბერნის საუნივერსიტეტო ფსიქიატრიულ კლინიკაში და მიუსტერლინგენის კანტონალურ ფსიქიატრიულ კლინიკაში (შვეიცარია). მეთოდმა თანამედროვე სახე მიიღო 80-იანი წლების მეორე ნახევარში, თუმცა მისი სრულყოფა და ახალი ტექნიკებით შევსება დღემდე გრძელდება. ამჟამად, აღნიშნული მეთოდი თარგმნილია მრავალ ენაზე და გავრცელებულია მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, ხოლო რამდენიმე ქვეყანაში იგი შესულია შიზოფრენიის სტანდარტული მკურნალობის სახელმძღვანელოებში. IPT - ს შექმნა განაპირობა საჭიროებამ, უახლესი მეცნიერული კვლევები შიზოფრენიის შესახებ როგორდაც ასახულიყო თერაპიულ პრაქტიკაშიც. IPT არის ერთ-ერთი მეთოდი, რომელიც ცდილობს, ამ ამოცანის გადაჭრას.<sup>[103, 105]</sup>

### 3.2 ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის აღწერა

IPT – ს შექმნის პერიოდში დადგა საკითხი, თუ იგი რამდენად სრულფასოვანი მეთოდია სტანდარტული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის ფონზე. უდავოა ნეიროლეპტიკების მთავარი როლი მწვავე შეტევების მკურნალობისა და რეციდივების პროფილაქტიკისთვის. მაგრამ ისიც არის ცნობილი, რომ მედიკამენტური მკურნალობა ვერ/ან ნაკლებ გავლენას ახდენს დაკარგული სოციალური უნარ-ჩვევების აღდგენაზე. ამ პრობლემის გადასაჭრელად საჭირო გახდა მკურნალობის ახალი, დამატებითი სახეების შემოგანა, რომლებიც შეიცავენ ზემოქმედების სხვა მექანიზმებს და დარღვევების სხვა დონეებზე მოქმედებენ. თანამედროვე გამოკვლევების თანახმად, მკურნალობა ბევრად უფრო შედეგიანია, როცა ხდება კომბინაცია ნეიროლეპტიკებით მკურნალობისა სოციოთერაპიულ მეთოდებთან ან ფსიქო-სოციალურ თერაპიულ პროგრამებთან. დღეისათვის აღიარებულია შიზოფრენიის ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელი, რაც თავისთავად გულისხმობს მკურნალობის დროს ამ სამივე სფეროს გათვალისწინებას.

IPT არის მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს ერთის მხრივ, შიზოფრენიით დაავადებულებში კოგნიტური ფუნქციების აშლილობის კვლევის შედეგებს და მეორეს მხრივ, ყველაზე ეფექტური და ხანგრძლივი შედეგების მქონე რეაბილიტაციური მეთოდების მიღწევებს. იგი აერთიანებს ყურადღების, აღქმის და კოგნიტური გადამუშავების პროცესების ხელშემწყობ სამკურნალო მეთოდებს სოციალურ თერაპიულ ტექნიკებთან, რის საფუძველზეც წარმოადგენს ყოვლის მომცველ სარეაბილიტაციო პროგრამას. IPT შედგება 5 ქვეპროგრამისგან: 1) კოგნიტური დიფერენციაცია, 2) სოციალური აღქმა, 3) ვერბალური კომუნიკაცია, 4) სოციალური უნარ-ჩვევები და 5) ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა.

პერვაზიულობის მოდელის მიხედვით, ქცევის იერარქიულად ორგანიზაციისთვის და კომპლექსური სოციალური ქცევის სახეების გაუმჯობესებისთვის, თავდაპირველად, საჭიროა შესაბამისი აღქმის/ყურადღების და ბაზისური კოგნიტური ფუნქციების (კონცენტრაცია, ცნების შედგენა, აბსტრაქტიზების და შემჩნევის უნარი და ა.შ) გავარჯიშება (Brenner 1986). შესაბამისად, პირველ ქვეპროგრამაში ცენტრალური ადგილი უკავია ბაზისურ კოგნიტურ ფუნქციებზე დეტალურ თერაპიულ მუშაობას. მოგვიანებით, თერაპიას ემატება პაციენტებთან კომპლექსური სოციალური უნარ-ჩვევების გავარჯიშება და შესაბამის დეფიციტზე თერაპიული ჩარევა. თითოეული ქვეპროგრამა ისე არის აგებული, რომ თვით ცალკეულ ქვეპროგრამაში თანათანობით იმრდება თერაპიის ხანგრძლივობა და მაგულობს მოთხოვნები, როგორც

ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური. ეს ნიშნავს მარტივი და თვალსაჩინოდან, რთულ და კომპლექსურზე გადასვლას. მაგ.: მაღალი სტრუქტურირებიდან, დავალებებზე ორიენტირებულობიდან და ძლიერი დირექტიული თერაპიული ქცევიდან, სპონტანურ ჯგუფურ ინტერაქციებზე და ნაკლებად დირექტიულ, თავისუფალი ხელმძღვანელობის სტილზე გადასვლას. [104,105, 139]

### 3.3 ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ეფექტურობა

ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური დეფიციტის და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. დღესდღეობით, ეს მეთოდი დანერგილ იქნა ათამდე წამყვან ქვეყანაში. მისი ეფექტურობა დამტკიცებულია 28 დამოუკიდებლად ჩატარებული კვლევებით. [96,97,89] ფუნქციონირების სფერო უხეშად დაყოფილ იქნა 3 ჯგუფად: კოგნიტური სფერო, სოციალური ქცევა და ფსიქოპათოლოგია. როგორც აღმოჩნდა, ზოგადად, მკურნალობის ეფექტურობა ყველაზე მეტად აღენიშნებოდათ IPT-ს ჯგუფში მონაწილე პაციენტებს. კერძოდ, დადგენილია, რომ კოგნიტურ სფეროში ეფექტურობაა 0,58, სოციალურ ქცევაში – 0,52, ხოლო ფსიქოპათოლოგიაში – 0,46. ანუ, კოგნიტური სფეროსთვის, ეფექტურობის ძალა ყველაზე მაღალია. IPT-ს ყველა კვლევის მიხედვით (Higuera, 2003<sup>[65]</sup>, Müller et al., 2003)<sup>[93]</sup>, ეფექტურობის ძალის საშუალო მაჩვენებელია 0.53, რაც შეესაბამება მკურნალობის საშუალო ეფექტურობას. საკონტროლო ჯგუფებში (არაფერბალური თერაპია) მიღებულია შემდეგი მაჩვენებლები: კოგნიტურ და სოციალური ქცევის სფეროში ეფექტურობის მაჩვენებელია 0,35, ფსიქოპათოლოგიაში - 0,31. ანუ, საკონტროლო ჯგუფისთვის ეფექტურობის საშუალო მაჩვენებელია 0,33. საკონტროლო ჯგუფში ასეთი მონაცემების მიღება აიხსნება “არასპეციფიკური” მოქმედების ფაქტორით, რომელსაც მკურნალობის გარკვეულ ეფექტამდე მივყევართ<sup>[13]</sup>. ამის საპირისპიროდ, ე.წ. ცარიელ ჯგუფში („ცარიელი ჯგუფი“ ნიშნავს ჯგუფს, რომელთანაც საერთოდ არ ჩატარებულა რაიმე ჯგუფური ფსიქოთერაპიული მუშაობა) ეფექტურობის ძალის მაჩვენებელი დაბალია და 0,19-ს შეესაბამება.<sup>[104,105]</sup> (იხ. დანართში სქემა 9).

## II პრაქტიკული ნაწილი

### 4. საკუთარი კვლევა

#### 4.1. საკითხის დაყენება

ფსიქიკური დაავადებებიდან შიზოფრენიული წრის აშლილობები ყველაზე მეტად იწვევენ პიროვნების ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუარესებას და ზღუდავენ მათ საზოგადოებაში სრულფასოვან ინტეგრაციას. ფსიქიკური დაავადებების წილი ადამიანის სიცოცხლის ამა თუ იმ პერიოდში მსოფლიოს ჯანმთელობის დაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, დაახლოებით 20%-ს შეადგენს. მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის საუკეთესო შედეგს იძლევა კომპლექსური მკურნალობა: მედიკამენტური თერაპია, ფსიქოთერაპია და ფსიქო-სოციალური დახმარება.

მედიკამენტების საშუალებით შესაძლებელია შიზოფრენიით დაავადებულთა მთელი რიგი სიმპტომების შემცირება, ხოლო ფსიქოთერაპია, მედიკამენტური მკურნალობის კორექტირების გარდა, რიგი სიმპტომების სიმძიმის ხარისხის შემცირების და სოციალური უნარ-ჩვევების დასწავლის შესაძლებლობას იძლევა.

შიზოფრენიის სისტემური შესწავლის დაწყების შემდეგ შეიქმნა მრავალი თეორია, რომელთა მიზანი იყო, თვალსაჩინო გაეხადა ამ დაავადების წარმოშობა, მიმდინარეობა და გამოსავალი (Heaton 1994),<sup>[6]</sup> ასევე შიზოფრენიული აშლილობის თერაპიისა და პროფილაქტიკის საკითხების გადაჭრა. დღეისათვის, ამ თვალსაზრისით, განსაკუთრებული მნიშვნელობა გააჩნია *მოწყვლადობის კონცეფციას*. სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი საფუძვლად დაედო შიზოფრენიით დაავადებულთათვის განკუთვნილ მრავალ თერაპიულ მეთოდს, მათ შორის ინტეგრირებულ ფსიქოლოგიურ თერაპიულ პროგრამასაც.

მეოცე საუკუნის ნეიროკოგნიტური კვლევები ძირითადად ფოკუსირებული იყო შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური დეფიციტის განსაზღვრაზე. დღეისათვის მიღებულია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა გლობალური ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების პროგნოზირება წარმოებს ნეგატიური სიმპტომების და ყურადღების დეფიციტის გამოხატვის ხარისხის მიხედვით. ყურადღების და ნეგატიური სიმპტომების მაჩვენებელი განაპირობებს შრომითი უნარ-ჩვევების შენახვის უნარს. შესაბამისად, ინფორმაციის გადამუშავების სისწრაფე და ყურადღების ფუნქცია წარმოადგენს დაავადების "ფუნქციონალური გამოსავლის" გაუმჯობესებისთვის მნიშვნელოვან სამიზნეს (Milev et al, 2005).<sup>[87]</sup>

მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში, დაგროვილი ცოდნის საფუძველზე შეიქმნა საჭიროება, შიზოფრენიით დაავადებულთა სამოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობისთვის შემუშავებულიყო ისეთი რეაბილიტაციური პროგრამები, რომლებიც უშუალოდ მიმართული იქნებოდა, როგორც კოგნიტური დეფიციტის შემცირებაზე, ასევე დაკარგული სოციალური უნარ-ჩვევების აღდგენასა და გაუმჯობესებაზე. სწორედ ერთ-ერთ ასეთ რეაბილიტაციურ მეთოდს განეკუთვნება ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა.

დასავლეთ ევროპის რეგიონშიც კი, ადამიანები ხშირად ვერ ღებულობენ მათთვის საჭირო დახმარებას, მათ შორის ფსიქოლოგიურ დახმარებას, რადგან თანამედროვე სამეცნიერო მიღწევებმა და დაგროვილმა ცოდნის დონემ ვერ ჰპოვა ჯეროვანი ასახვა პრაქტიკაში. მსოფლიოს მრავალ განვითარებულ ქვეყანაში გემოაღნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციურ მეთოდებს. შესაბამისად, კვლევები, რომლებიც მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე, მეტად აქტუალურია.

გაცილებით უარესია მდგომარეობა საქართველოში, სადაც მრავალწლიანი ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრიული ტრადიციების მიუხედავად, შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქოთერაპიას პრაქტიკულად ერთეულები ახორციელებენ. გარდა ამისა, ჩვენთან არ არსებობდა ისეთი რეაბილიტაციური ჯგუფური თერაპიული პროგრამები, რომლებიც უშუალოდ მიმართული იქნებოდა შიზოფრენიით დაავადებულთა სამოგადოებაში რეინტეგრაციაზე. ეს უკანასკნელი კი მიიღწევა შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციების, ფსიქოპათოლოგიის და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესების მეშვეობით.

პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციასთან არსებულ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებთან სამუშაოდ შერჩეული იქნა ”ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა”, რადგან ეს არის თერაპიული პროგრამა, რომელიც აერთიანებს ისეთ მნიშვნელოვან ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს, როგორცაა კოგნიტური ტრენინგი, სოციალური უნარ-ჩვევების დასწავლა და ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა. მეთოდის დანერგვისთვის აუცილებელი იყო მისი გერმანული ვარიანტის ადაპტირება და განსამღვრულ ქართულენოვან ჯგუფზე გამოცდა, რაც მოცემული შრომის მიზანს შეადგენს.

## 4.2 კვლევის მიზანი და ამოცანები

მოცემული შრომა მოიცავს შიზოფრენიული აშლილობის მქონე ქართულენოვანი პაციენტებისთვის თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებას და მოდიფიცირებული ვარიანტის თერაპიული ეფექტურობის კვლევას.

თერაპიული პროგრამის ეფექტურობის და მისი გავრცელების შემთხვევაში, იგი მნიშვნელოვან წვლილს შეიტანს შიზოფრენიული წრის ფსიქომით დაავადებული პაციენტების ეფექტური რეაბილიტაციური კურსის შერჩევაში, რაც საბოლოოდ გააუმჯობესებს დაავადებულთა ფსიქო-სოციალურ ფუნქციონირებას და ხელს შეუწყობს მათ სამოგადობაში რეინტეგრაციას.

**კვლევის მიზანია** ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მეშვეობით, ქართულენოვან მიზნობრივ ჯგუფში შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პაციენტების კოგნიტური და ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება. მიზნის მისაღწევად დასახულ იქნა შემდეგი ამოცანები:

1. აღაპირდეს ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა შიზოფრენიით დაავადებული ქართულენოვანი პაციენტებისთვის.
2. განისაზღვროს, რამდენად სწორად მოხერხდა IPT-ს მოდიფიცირება ქართულენოვანი ჯგუფისთვის.
3. დადგინდეს, ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებული ვარიანტის ჩატარების შედეგად რამდენად უმჯობესდება შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციები, ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა და სოციალური ფუნქციონირება.
4. გამოკვლევულ იქნას, რამდენად განსხვავდება IPT-ს (ექსპერიმენტული) ჯგუფი არავერბალური თერაპიის (საკონტროლო) ჯგუფისგან კოგნიტური ფუნქციონირების, ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის და სოციალური ფუნქციონირების მხრივ.
5. იმ შემთხვევაში, თუ ექსპერიმენტულ ჯგუფში მიღებული იქნება სანდო განსხვავება, გაირკვეს, ყველაზე მეტად რომელ სფეროში აქვს ეფექტურობა IPT-ს მოდიფიცირებულ ვარიანტს: კოგნიტურ ფუნქციებში, ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობაში და/ან სოციალურ ფუნქციონირებაში.
6. დადგინდეს, რამდენად ახდენს გავლენას შიზოფრენიული სპექტრის ფსიქომის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესება.

7. შესწავლილ იქნას, შიზოფრენიული სპექტრის ფსიქოზის მქონე პირთა განათლება, ინტელექტი, დაავადების და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის გავლენა თერაპიული ეფექტის მიღებაზე.
8. გამოირიცხოს ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებული ვარიანტის თერაპიულ ეფექტურობაზე მედიკამენტური მკურნალობის ზეგავლენა.

### ***შრომის სამეცნიერო სიახლე***

დღემდე საქართველოში არ არსებობდა რეაბილიტაციური თერაპიული პროგრამა, რომელიც მიმართული იქნებოდა შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების დონის გაუმჯობესებაზე. საქართველოში პირველად შესრულდა შრომა, რომელშიც შესწავლილ იქნა შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პირთა კოგნიტური ფუნქციების და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის ურთიერთზეგავლენა; შიზოფრენიით დაავადებულ ქართულენოვან პაციენტების რეაბილიტაციაში პირველად დაინერგა ჯგუფური ფსიქოთერაპიული მეთოდი, რომელიც ეფუძნება მოწყვლადობის თეორიას; კვლევაში მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავებულ იქნა IPT-ს გაერთიანებული მოდელი, რომელშიც სრულად არის ასახული ფუნქციონირების სხვადასხვა (კოგნიტურ, ფსიქოპათოლოგიურ და სოციალურ) დონებზე თერაპიის ეფექტურობა.

### ***ნაშრომის თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება***

- შიზოფრენიის მქონე პაციენტების სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესების მიზნით, საქართველოში პირველად ჩატარდა "მოწყვლადობის" და "პერვაზიულობის მოდელზე" დაფუძნებული ჯგუფური ფსიქოთერაპიული მეთოდის კვლევა;
- ადაპტირებულია IPT-ს გერმანული ვერსია შიზოფრენიით დაავადებული ქართულენოვანი პაციენტებისთვის.
- ნაჩვენებია შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებთან IPT – ს ქართული ვერსიის ეფექტურობა;
- ლიგერატურული მონაცემებისგან განსხვავებით, IPT თანაბრად ეფექტური აღმოჩნდა შიზოფრენიული წრის ფსიქოზით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციებისა და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე.



- ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფებში მიღებული მონაცემები დამუშავებულია სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით, რაც იძლევა მათი სანდოობის ხარისხის შეფასების საშუალებას;
- მოცემული თერაპიული პროგრამის დამაკმაყოფილებელ ადაპტირებაზე მეტყველებს შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციების და ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების სტატისტიკურად დამაჯერებელი გაუმჯობესება;
- მეთოდის დაუფლებისას თერაპევტები აითვისებენ თანამედროვე მეთოდებს, როგორცაა კოგნიტური ტრენინგი, პრობლემის გადაჭრის ტექნიკა, სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი;
- მეთოდი იძლევა საშუალებას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა შეიცვალოს პაციენტისადმი პატერნალური მიდგომა პარტნიორულით;
- კვლევის საფუძველზე შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პირების რეაბილიტაციისთვის განკუთვნილი თერაპიული პროგრამა ინერგება საქართველოს სამი რეგიონის ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერში; მიმდინარეობს მუშაობა, რომ იგი აგრეთვე გავრცელდეს სტაციონარებში, რეაბილიტაციის ცენტრებსა და სხვა ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის შემუშავდა IPT–ს ადაპტირებული სახელმძღვანელო;
- IPT-ს წამყვანების მოსამზადებლად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის შედგენილია ტრენინგების პროგრამა.

### **4.3 პროცედურა**

ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციის ცენტრში თერაპიული პროგრამის ქართულენოვანი ვერსიის შექმნამდე ჩაგარდა ხანგრძლივი მუშაობა. მთლიანად იქნა შეცვლილი თერაპიის ვერბალური ნაწილი - დაწყებული ცნებათა იერარქიით, სინონიმებით, სხვადასხვა სირთულის ხარისხის წინადადებების შედგენით და დამთავრებული რთული სიგუაციების შემუშავებით, ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრისათვის კონკრეტული ჯგუფისთვის განკუთვნილი პრობლემური სიგუაციების შექმნით, პაციენტებისათვის პირადი პრობლემების ნუსხის შემუშავებით და მისი თანმიმდევრულად განხორციელებით. პროგრამის ავტორის რეკომენდაციით, უცვლელად დავგოვეთ ბარათები და სლაიდების სერია. ამასთან ერთად, მკაცრად ვიცავდით IPT-ს სტრუქტურას.

IPT – ს *მოდულიზაციის პროცედურა* პირობითად შეიძლება დაიყოს ორ ეტაპად. პირველი - ეს იყო "მოსამზადებელი პერიოდი", როდესაც, უშუალოდ პროგრამის თარგმნის დროს გავითვალისწინეთ ქართულენოვანი პაციენტების თავისებურებები და მეორე – "თერაპიის ჩატარების პერიოდი", სადაც, თერაპიის პროცესში, თითოეული სავარჯიშოს ჩატარების დროს ვცვლიდით ან ვუმჯობესებდით სხვადასხვა ტექნიკებს.

მას შემდეგ, რაც მოვახდინეთ თერაპიული პროგრამის მოდულიზაცია, შევქმენით 7 სპეციალისტისგან შემდგარი ჯგუფი (ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები) და მათზე მოვახდინეთ თერაპიული პროგრამის აპრობაცია. ეს პროცედურა გრძელდებოდა დაახლოებით 5-6 თვის განმავლობაში. მიღებული გამოცდილების მეშვეობით უფრო მეტად დავხვეწეთ თერაპიული პროგრამა, გავითვალისწინეთ სპეციალისტების რეკომენდაციები. მხოლოდ ამის შემდეგ დაიგეგმა მოცემული პროგრამის ადაპტირებული ვარიანტის გამოცდა და ეფექტურობის დადგენა შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებზე. ამ მიზნისთვის, რეაბილიტაციის ცენტრში რანდომიზაციის მეთოდის მეშვეობით შერჩეულ იქნა ორი – ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფი. ექსპერიმენტულ ჯგუფს უტარდებოდა IPT, ხოლო საკონტროლოს – არავერბალური თერაპია (ერგოთერაპია).

ექსპერიმენტულ ჯგუფს IPT უტარდებოდა კვირაში 2-ჯერ, 45-60 წუთის განმავლობაში; ხოლო საკონტროლო ჯგუფს, ერგოთერაპია უტარდებოდა კვირაში 3-ჯერ 60-90 წუთის განმავლობაში.

კვლევაში ჩართვამდე, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის პაციენტთა უმრავლესობამ გაიარა ფსიქოპათოლოგიური გამოკვლევა (სპეციალური ტესტების ბაგარიის მეშვეობით). გამოკვლევულთაგან შერჩეულ იქნა ის პაციენტები, რომლებმაც აღენიშნებოდათ კოგნიტური ფუნქციებში დარღვევები და აკმაყოფილებდნენ ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიულ პროგრამის *პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებს*. მოცემულ კრიტერიუმებზე მიხნეულია შემდეგი მახასიათებლები:

- 1) მონაწილეს უნდა გააჩნდეს შიზოფრენიული წრის ფსიქოზის დიაგნოზი;
- 2) ჯგუფის წევრებს არ უნდა აღენიშნებოდეთ გვინის ორგანული დარღვევები, ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, გამოკვეთილი პოზიტიური სიმპტომატიკა, ჰეპეტიტი, კატატონია, მწვავე ჰალუცინაციები და ბოღვები;
- 3) პაციენტების ასაკი უნდა მოიცავდეს 20-დან 55 წლამდე დიაპაზონს;
- 4) აუცილებელია, ჯგუფში მონაწილეობდნენ როგორც მღედრობითი, ასევე მამრობითი სქესის პაციენტები;

5) დაავადების ხანგრძლივობა უნდა შეადგენდეს მინიმუმ 1 წელს;

6) პაციენტების ინტელექტის მაჩვენებელი უნდა ვარიირებდეს 80-110-ის ფარგლებში.

შერჩეული პაციენტები (რომელთა რაოდენობა დასაწყისში შეადგენდა 35-ს) რანდომიზაციის მეთოდით დაყოფილ იქნა ორ - საკონტროლო და ექსპერიმენტულ ჯგუფად. საბოლოოდ, ექსპერიმენტულ ჯგუფში დარჩა 15, საკონტროლოში კი - 16 პაციენტი.

თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ, ორივე ჯგუფის წევრებს ჩაუტარდა გამოკვლევა. ინტელექტის დონის დასადგენად გამოყენებულ იქნა ვექსლერის ინტელექტის საზომი ტესტის შემოკლებული ვარიანტი. კოგნიტური ფუნქციების, კერძოდ კი ყურადღების კონცენტრაციის საკვლევად, გამოვიყენეთ d2 ტესტი;<sup>[15]</sup> ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის დასადგენად - ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარი (FBF) <sup>[114]</sup> და პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების შეფასების კითხვარი (BPRS) <sup>[79]</sup>. პაციენტებს დიაგნოზი სმული ჰქონდათ ICD-10-ის მიხედვით. ამასთან, მონაწილეებს ვექსლერის ტესტი ჩაუტარდა ერთჯერადად - მხოლოდ თერაპიის დასაწყისში.

**ექსპერიმენტული (IPT) ჯგუფი:** IPT ჩატარდა ორ ჯგუფში. პირველ ჯგუფში მონაწილეობდა 6 პაციენტი, მეორე ჯგუფში კი - 9 პაციენტი. პირველ ჯგუფში პირველ ქვეპროგრამას (“კოგნიტური დიფერენციაცია”) დაეთმო 34 შეხვედრა, მეორე ქვეპროგრამას (“სოციალურ აღქმა”) - 8 შეხვედრა, მესამე ქვეპროგრამას (“ვერბალურ კომუნიკაცია”) - 24 შეხვედრა, მეოთხე ქვეპროგრამას (“სოციალური უნარ-ჩვევები”) - 8 შეხვედრა, მეხუთე ქვეპროგრამას (“ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა”) - 18 შეხვედრა. სულ ჩატარდა 92 შეხვედრა, რაც გრძელდებოდა 16 თვე (ანუ 48 კვირა). მეორე ჯგუფში პირველ ქვეპროგრამას დაეთმო 31 შეხვედრა, მეორე ქვეპროგრამას - 6, მესამე ქვეპროგრამას - 18, მეოთხე ქვეპროგრამას - 7, ხოლო, მეხუთე ქვეპროგრამას - 22 შეხვედრა. სულ ჩატარდა 84 შეხვედრა, რაც გრძელდებოდა 14 თვე (ანუ 42 კვირა). დასაწყისში თერაპია მიგვყავდა ორ სპეციალისტს. მოგვიანებით, შემოგვიერთდა კიდევ ერთი წამყვანი. ანუ, საბოლოოდ, თერაპიულ პროგრამას უძღვებოდა 3 თერაპევტისგან შემდგარი ჯგუფი.

IPT ტარდებოდა იზოლირებულ ოთახში. პაციენტები ისხდნენ სკამებზე წრეში ან ნახევარწრეში. თერაპიის მიმდინარეობისთვის საჭიროებისამებრ ვიყენებდით დაფას, ფლომასტერებს, ფურცლებს, ფანქრებს და სლაიდოსკოპს.

**საკონტროლო ჯგუფში** (ერგოთერაპიაზე) მონაწილეები ძირითადად დაკავებული იყვნენ ხელსაქმით, სადაც ნაკლები ყურადღება ეთმობოდა ვერბალურ კომუნიკაციას. მოცემულ

ჯგუფში შეხვედრების საერთო რაოდენობა დაახლოებით იყო 80-91. ერგოთერაპია პირობითად იყოფოდა ორ – ქალების და მამაკაცების ჯგუფად. შესაბამისად, თითოეულ ჯგუფს უძღვებოდა ერთი თერაპევტი. ქალების საქმიანობაში შედიოდა ქსოვა, კერვა, თექაბე და ბაგიკაბე მუშაობა და სხვა სახის სამუშაოები. მამაკაცები დაკავებულნი იყვნენ ჭელურობით და/ან ხისგან სხვადასხვა ნივთების დამზადებით.

#### 4.4 მონაწილეები

##### *ექსპერიმენტული ჯგუფი:*

ექსპერიმენტულ ჯგუფში IPT მთლიანობაში გაიარა 15-მა პაციენტმა. პირველი ჯგუფისთვის შერჩეულ იქნა 10 პაციენტი. სტანდარტიზებული გამოკვლევის მიხედვით, ათივე პაციენტი აკმაყოფილებდა მოცემულ თერაპიულ პროგრამაში ჩართვის პირობებს. რამდენიმე შეხვედრის შემდეგ დარჩა 6 პაციენტი. მეორე ჯგუფში თავდაპირველად მონაწილეობდა 11 პაციენტი. რამდენიმე შეხვედრის შემდეგ დარჩა 9 მონაწილე. თერაპიის IV ქვეპროგრამის დასაწყისში გამოგვაკლდა კიდევ 1 პაციენტი (ანუ, მან სრულად გაიარა კოგნიტური ტრენინგი). IV-V ქვეპროგრამებზე ჯგუფს ესწრებოდა 8 პაციენტი.

**სქესის** მიხედვით, 15 პაციენტიდან ქალების რაოდენობა იყო 6 (40%), მამაკაცების კი – 9 (60%). მონაწილეთა **ასაკი** მერყეობდა 24 - 51 წლების ფარგლებში. შესაბამისად, საშუალო ასაკი შეადგენდა 36 წელს (SD=7,19). ქალების ასაკი მერყეობდა 24-დან 41-ის ფარგლებში, შესაბამისად, მათი საშუალო ასაკი შეადგენდა 36 წელს; მამაკაცების ასაკი ვარიირებდა 25-51-ის ფარგლებში. მათი საშუალო ასაკი იყო 36 წელი (ცხრილი 1).

**ცხრილი 1:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება ასაკის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	24	41	36
კაცები	25	51	36
ზოგადად	24	51	36 (7,19)

**განათლების** მიხედვით, უმაღლესი განათლების მქონე იყო 8 მონაწილე (53,3%), საშუალო-გეჭიკურის კი – 7 (46,7%). ქალებში უმაღლესი განათლება გააჩნდა 2

პაციენტს, საშუალო-გექნიკური კი - 4 პაციენტს. კაცებში უმაღლესი განათლების მქონე იყო 6 პაციენტი, საშუალო-გექნიკურის კი – 3 (ცხრილი 2).

**ცხრილი 2:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება განათლების მიხედვით:

	N	%
უმაღლესი	8	53,3
საშუალო-გექნიკური	7	46,7

**ოჯახური მდგომარეობის** მიხედვით, დაუოჯახებელია 9 პაციენტი (60%) (3 ქალი და 6 კაცი), განქორწინებაში იმყოფება 3 პაციენტი (20%) (2 ქალი და 1 კაცი) და დაოჯახებულია 3 პაციენტი (20%) (1 ქალი და 2 კაცი) (ცხრილი 3).

**ცხრილი 3:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით:

	N	%
დასაოჯახებელი	9	60
განქორწინებული	3	20
დაოჯახებული	3	20

ჯგუფის წევრების **ინტელექტი** მერყეობდა 73-106-ის ფარგლებში; ანუ, საშუალო ქულა იყო 96, (SD=8,6). გამონაკლისის სახით, დაუშვით ერთი პაციენტი (ქალი), რომლის IQ იყო 73. უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემულმა პაციენტმა საკმაოდ კარგად დასძლია IPT. ქალების (N=6) ინტელექტი მერყეობდა 73-106-ის ფარგლებში, ანუ საშუალო ქულა იყო 94. კაცების (N=9) ინტელექტის დონე მერყეობდა 92-106-ის ფარგლებში, ანუ საშუალო ქულა იყო 97 (ცხრილი 4).

**ცხრილი 4:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება ინტელექტის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	73	106	94
კაცები	92	106	97
ზოგადად	73	106	96 (8,6)

**დიაგნოზის** მიხედვით, პარანოიდული შიზოფრენია, უწყვეტი მიმდინარეობა (F20.0.0) დასმული ჰქონდა 3 პაციენტს (20%) (2 კაცს და 1 ქალს), პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით (F20.0.2) – 3 - ს (2 კაცს და 1 ქალს); პარანოიდული შიზოფრენია, ეპიზოდური რემისია (F20.0.3) – 3 პაციენტს (2 ქალს და 1 კაცს); პარანოიდული შიზოფრენია, არასრული რემისია (F20.0.4) – 2 (13,3%) პაციენტს (1 ქალს და 1 კაცს); მარტივი შიზოფრენია (F20.6) – 1 კაცს, შიზოტიპური აშლილობა (F21) – 1 კაცს, შიზოაფექტური ფსიქოზი (F25.1) – 1 კაცს და შიზოაფექტური აშლილობა შერეული ტიპის (F25.2) -1 ქალს. მამასადამე, მთლიანად, შიზოფრენიის დიაგნოზი გააჩნდა 12 პაციენტს (80%), დანარჩენ 4-ს (20%) კი - სხვა სახის შიზოფრენიის წრის ფსიქოზი (ცხრილი 5).

**ცხრილი 5:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება დიაგნოზის მიხედვით:

	N	%
პარანოიდული შიზოფრენია, უწყვეტი მიმდინარეობა F20.0.0	3	20
პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით (F20.0.2)	3	20
პარანოიდული შიზოფრენია, ეპიზოდური რემისია (F20.0.3)	3	20
პარანოიდული შიზოფრენია, არასრული რემისია (F20.0.4)	2	13,3
მარტივი შიზოფრენია (F20.6)	1	6,7
შიზოტიპური აშლილობა (F21)	1	6,7
შიზოაფექტური ფსიქოზი (F25.1)	1	6,7
შიზოაფექტური აშლილობა შერეული ტიპის (F25.2)	1	6,7

**დაავადების ხანგრძლივობის** მიხედვით, ექსპერიმენტული ჯგუფში დაავადების მინიმალური ხანგრძლივობა იყო 2 წელი, მაქსიმალური კი – 27 წელი. დაავადების ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 12 წელს (SD=7), პაციენტთა 26,7%-ის

(N = 4) დაავადების ხანგრძლივობა იყო 8 წელი (Mode = 8). 13,3%-ის – 9 წელი, 13,3%-ის 20 წელი.

ქალებში დაავადების ხანგრძლივობა მერყეობდა 2-დან 20 წლებს შორის, შესაბამისად, M = 12 წელი. მამაკაცებში დაავადების ხანგრძლივობის მინიმალური მაჩვენებელია 3 წელი, მაქსიმალური კი – 27 წელი, შესაბამისად M = 13 წელს (ცხრილი 6).

**ცხრილი 6:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება დაავადების ხანგრძლივობის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	2	20	12
კაცები	3	27	13
ზოგადად	2	27	12 (7)

**ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის** მიხედვით, მონაწილეებთან, მინიმალურ რაოდენობას წარმოადგენს 0, მაქსიმალური კი – 17. ჰოსპიტალიზაციის საშუალო რაოდენობაა 4 წელი (SD = 4,8). პაციენტთა 26,7% (N = 4) ორჯერ იყო ჰოსპიტალიზირებული (Mode = 2), პაციენტების 20% (N = 3) არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული, 20% (N = 3) ერთხელ იყო ჰოსპიტალიზირებული. 2 პაციენტი (13,3%) იყო 3-ჯერ ჰოსპიტალიზირებული, თითო-თითო პაციენტი (6,7%) 7-ჯერ, 11-ჯერ და 17-ჯერ ჰოსპიტალიზირებული.

**ცხრილი 7:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	1	11	4
კაცები	0	17	3
ზოგადად	0	17	4 (4,8)

ქალებთან ჰოსპიტალიზაციის მინიმალური რაოდენობა იყო 1, მაქსიმალური კი – 11. საშუალო რაოდენობა იყო 4; 3 ქალი სტაციონარში იმყოფებოდა 2-ჯერ (ანუ, Mode = 2). ერთი მათგანი იყო სტაციონირებული ერთხელ, ერთი - 7-ჯერ და ერთიც 11-ჯერ. კაცების შემთხვევაში, ჰოსპიტალიზაციის მინიმალური რაოდენობა იყო 0, მაქსიმალური

კი – 17. საშუალო რაოდენობა იყო  $M = 3$ . კაცებთან, 3 მათგანი არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული ( $Mode = 0$ ), 2 მათგანი იქნა 1-ხელ ჰოსპიტალიზირებული და 3 მათგანი კი – 3-ჯერ. ერთი მათგანი იქნა ჰოსპიტალიზირებული 2-ჯერ, ერთი კი- 17-ჯერ (ცხრილი 7).

**ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა** პირობითად დაფყავით სამ კატეგორიად<sup>[104]</sup>. პირველ კატეგორიაში შევიყვანეთ ის პაციენტები, რომელთა მთლიანი ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა არ აღემატებოდა 1 წელს. მეორე კატეგორიაში შევიდნენ ის პაციენტები, რომელთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა მთლიანობაში შეადგენდა 1-დან 7 წლამდე დროის პერიოდს. მესამე კატეგორიაში გავაერთიანეთ ის პაციენტები, რომელთა ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა იყო 7 წელი და მეტი. ჩვენს შემთხვევაში, პაციენტების 20% ( $N = 3$ ) არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული, 60%-ის ( $N = 9$ ) ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 1 წელს. 2 პაციენტის (6,3%) ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა იყო 7 წლამდე. ექსპერიმენტულ ჯგუფში არ გვყავდა ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის მიხედვით მესამე კატეგორიის პაციენტები.

6 ქალიდან ერთის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა შედიოდა მეორე კატეგორიაში (1-დან 7 წლამდე), დანარჩენი 5 ქალის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 1 წელს. კაცების შემთხვევაში, 3 კაცი არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული, 4 კაცის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 1 წელს, ხოლო 2 კაცის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა შედიოდა იყო 1-დან 7 წლამდე პერიოდში (ცხრილი 8).

**ცხრილი 8:** ექსპერიმენტული ჯგუფის დახასიათება ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის მიხედვით:

	I კატეგორია N (%)	II კატეგორია N (%)	III კატეგორია N (%)	არც ერთხელ არ იყო ჰოსპიტალიზირებული N (%)
ქალები	5	1	-	-
კაცები	4	2	-	3
ზოგადად	9 (60%)	2 (6,3)	-	3 (20%)

**პრეპარატების საწყისი დღიური დოზა** – სხვადასხვა ნეიროლეპტიკის ანტიფსიქოზური მოქმედების განსაზღვრისთვის, ანტიფსიქოზური მედიკამენტები გადაყვანილ იქნა ქლორპრომაზინის ექვივალენტში.<sup>[138]</sup> ქლორპრომაზინის ექვივალენტის



მიხედვით, პრეპარატების მინიმალური დღიური დოზა იყო 25, მაქსიმალური – 2835. მედიკამენტების საშუალო დღიური დოზა შეადგენდა 457,53-ს (SD = 458,3).

**პრეპარატების დღიური დოზის შემდგომი ცვლილება** – თერაპიის განმავლობაში მედიკამენტების დოზა იცვლებოდა პაციენტების მდგომარეობის და მიხედვით, თერაპიის ბოლოს ქლორპრომაზინის ექვივალენტებში დღიური დოზის ცვლილების მინიმალური რაოდენობა იყო 0, მაქსიმალური – 1487. საშუალო რაოდენობა იყო 292,28 (SD = 298,79).

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საშუალოდ, ექსპერიმენტულ ჯგუფში მედიკამენტების დოზამ იკლო (ცხრილი 9).

**ცხრილი 9:** ექსპერიმენტულ ჯგუფში მედიკამენტების საწყისი დღიური დოზა და დოზის ცვლილება (გადაყვანილი ქლორპრომაზინის ექვივალენტში):

	Min	Max	M	SD
საწყისი დოზა	25	2835	651,7	656,35
დოზის ცვლილება	0	1487	489,3	373,8

**ანგიფსიქოზური პრეპარატები** - როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტებს კლასიკურ ანგიფსიქოზურ მედიკამენტებთან (ჰალოპერიდოლი, გრიფლუოპერაზინი, ლევომეპრომაზინი, პერფენაზინი, სულპირიდი, ფლუფენაზინი, თიორიდაზინი) ერთად (ან ცალკე) დანიშნული ჰქონდათ აგიპიური ანგიფსიქოზური პრეპარატები (კლოზაპინი და რისპერიდონი).

**ორივე ჯგუფში** პაციენტები ძირითადად მკურნალობდნენ აგიპიური და კლასიკური ანგიფსიქოზური პრეპარატების კომბინაციით, თუმცა უფრო მეტად იღებდნენ კლასიკურ ანგიფსიქოზურ მედიკამენტებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე ჯგუფის პაციენტების მხოლოდ 6,5% (N=2) მკურნალობდა აგიპიური ანგიფსიქოზური პრეპარატებით, 25,8% (N=8) - მხოლოდ კლასიკური ანგიფსიქოზური პრეპარატებით და პაციენტების დიდი ნაწილი – 64,5% (N=20) კლასიკურ ანგიფსიქოზური პრეპარატებთან ერთად იღებდა აგიპიურ პრეპარატებსაც (მხოლოდ კლოზაპინს, რისპერიდონს ან ორივეს ერთად).

კლასიკური ანგიფსიქოზური პრეპარატებიდან, **ექსპერიმენტულ ჯგუფში** პაციენტების 60% იღებდა გრიფლუოპერაზინს (გრიფგაზინი), 26,7% ჰალოპერიდოლს, 26,7% ფლუფენაზინს, 6,7% ლევომეპრომაზინს, 6,7% თიორიდაზინს.

აგიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატებიდან პაციენტების 73,3% იღებდა კლოზაპინს და 20% - რისპერიდონს (ცხრილი10).

ექსპერიმენტულ ჯგუფში მხოლოდ აგიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობდა პაციენტების 13,3% (N=2), მხოლოდ კლასიკური ანტიფსიქოზური პრეპარატებით – 26,7% (N=4) და კლასიკური და აგიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატების კომბინაციით 60% (N=9)

**ცხრილი 10: ექსპერიმენტულ ჯგუფში პრეპარატების სახეები**

	იღებდა		არ იღებდა	
	N	%	N	%
1. ჰალოპერიდოლი	4	26,7	11	73,3
2. ტრიფლუოპერაზინი (ტრიფტაზინი)	9	60	6	40
3. ლევომეპრომაზინი (ტიმერცინი)	1	6,7	14	93,3
4. პერფენაზინი (ეგაპერაზინი)	0	0	15	100
5. სულპირიდი (ეგლონილი)	3	20	12	80
6. ფლუფენაზინი (მოდიგენი)	4	26,7	11	73,3
7. თიორიდაზინი (სონაპაქსი)	1	6,7	14	93,3
8. ჰალოპერიდოლ - დეკანოატი	0	0	15	100
9. კლოზაპინი (ამალეპტინი)	11	73,3	4	26,7
10. რისპერიდონი	3	20	12	80

IPT -ს პირველ ჯგუფში ქალების რაოდენობა იყო 2, მამაკაცების – 4. პაციენტთა მინიმალური ასაკი იყო 24 წელი, მაქსიმალური კი - 37 წელი. საშუალო ასაკი იყო 32

წელი (SD=4,8). განათლების მიხედვით, 2-ს გააჩნდა უმაღლესი განათლება (1 ქალს და 1 კაცს), 4-ს კი – საშუალო-გექნიკური (3 კაცს და 1 ქალს).

ინტელექტის შეფასების მინიმალური ქულა იყო 73, მაქსიმალური კი – 106. შესაბამისად, საშუალო ქულა იყო 91 (SD=11,2).

დიაგნოზის მიხედვით, 5 პაციენტს დასმული ჰქონდა შიზოფრენიის დიაგნოზი, ხოლო ერთ პაციენტს (კაცს) - შიზოაფექტური ფსიქოზის დიაგნოზი. ამასთან, დასმული იყო შიზოფრენიის სხვადასხვა დიაგნოზი სადაც, 2-ს (1 კაცს და 1 ქალს) დასმული ჰქონდა პარანოიდული შიზოფრენია უწყვეტი მიმდინარეობა (F20.0.0), 2-ს (1 კაცს და 1 ქალს) პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით(F20.02) და ერთს (კაცი) მარტივი შიზოფრენია (F20.6). (F25.1).

IPT - ს მეორე ჯგუფში ქალების რაოდენობა იყო 4, მამაკაცების კი – 5. მონაწილეთა მინიმალური ასაკი იყო 25, მაქსიმალური კი - 51. საშუალო ასაკი იყო 39 წელი (SD=7,25). განათლების მიხედვით, 6-ს გააჩნდა უმაღლესი განათლება (1 ქალს და 5 კაცს ), 3 ქალს კი – საშუალო-გექნიკური.

ინტელექტის შეფასების მინიმალური ქულა იყო 94, მაქსიმალური კი – 106. საშუალო ქულა შეადგენდა 99-ს (SD=4,48).

მეორე ჯგუფში შიზოფრენიის დიაგნოზი დასმული ჰქონდა 7 პაციენტს, სხვა შიზოფრენიის წრის ფსიქოზი (შიზოტიპური აშლილობა - F21, შიზოაფექტური აშლილობა, შერეული ტიპის - F25..2) კი 2 პაციენტს. ამასთან, პარანოიდული შიზოფრენია უწყვეტი მიმდინარეობა (F20.0.0) დასმული ჰქონდა 1 პაციენტს (კაცი), პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით(F20.02) – 1 კაცს, პარანოიდული შიზოფრენია ეპიზოდური რემისია (F20.0.3) – 3 პაციენტს (2 ქალს და 1 კაცს), პარანოიდული შიზოფრენია, არასრული რემისია (F20.0.4) – 2 პაციენტს (1 ქალს და 1 კაცს).

ორივე ჯგუფის შედარებისას კარგად ჩანს, რომ პირველ ჯგუფისგან განსხვავებით, მეორე ჯგუფის პაციენტებს აღენიშნებოდათ ინტელექტის უფრო მაღალი მაჩვენებელი. შესაბამისად, უმაღლესი განათლება უფრო მეტს ჰქონდა მიღებული და პაციენტების საშუალო ასაკიც უფრო მეტი იყო.

### ***საკონგროლო ჯგუფი:***

საკონგროლო ჯგუფში მონაწილეობა მიიღო 16-მა პაციენტმა. მათგან, ქალების რაოდენობა იყო 7, მამაკაცების კი – 9 (56,25 %). მონაწილეთა მინიმალური ასაკი

შეადგენდა 23 წელს, მაქსიმალური კი – 52 წელს. შესაბამისად, საშუალო ასაკი შეადგენდა 38 წელს (SD=8,6).

ქალების *ასაკი* მოთავსებული იყო 32-დან 52-ის ფარგლებში, შესაბამისად, მათი საშუალო ასაკი შეადგენდა 40 წელს; მამაკაცების ასაკი მდებარეობდა 23 - 50-ის ფარგლებში. მათი საშუალო ასაკი იყო 36 წელი (ცხრილი 11).

**ცხრილი 11:** საკონგრუოლო ჯგუფის დახასიათება ასაკის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	32	52	40
კაცები	23	50	36
ზოგადად	23	52	38 (8,6)

*განათლების* მიხედვით, უმაღლესი განათლების მქონე იყო 12 პაციენტი (75%), საშუალო-გექნიკურის – 3 პაციენტი (18,75%), ხოლო საშუალო განათლების – 1 პაციენტი (6,25%). ქალებში უმაღლესი განათლება გააჩნდა 6 პაციენტს, საშუალო-გექნიკური კი - 1 პაციენტს. კაცებში უმაღლესი განათლების მქონე იყო 6 პაციენტი, საშუალო-გექნიკურის– 2-ს და საშუალო განათლება – 1 კაცს (ცხრილი 12).

**ცხრილი 12:** საკონგრუოლო ჯგუფის დახასიათება განათლების მიხედვით:

	N	%
უმაღლესი	12	75
საშუალო-გექნიკური	3	18,75
საშუალო	1	6,25

*ოჯახური მდგომარეობის* მიხედვით, დასაოჯახებელი იყო პაციენტთა 68,8% (N = 11), ამათგან, ქალი იყო 6 და მამაკაცი - 5; განქორწინებაში იმყოფებოდა 2 პაციენტი (1 ქალი და 1 მამაკაცი) (12,5%) - და დაოჯახებული იყო 3 პაციენტი (მამაკაცები) (18,8%). (ცხრილი 13)

**ცხრილი 13:** საკონტროლო ჯგუფის დახასიათება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით:

	N	%
დასაოჯახებელი	11	68,8
განქორწინებული	2	12,5
დაოჯახებული	3	18,7

პაციენტების *ინტელექტი* ვარირებდა 85-110-ის ფარგლებში; ანუ, საშუალოდ IQ იყო 99, (SD = 7,9). ქალებში (N = 7) ინტელექტის შეფასების მინიმალური ქულა იყო 88, მაქსიმალური კი - 110, ანუ საშუალო ქულა იყო 99. კაცებში (N=9) ინტელექტის შეფასების მინიმალური ქულა იყო 85, მაქსიმალური კი 106, ანუ M = 99.

**ცხრილი 14:** საკონტროლო ჯგუფის დახასიათება ინტელექტის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	88	110	99
კაცები	85	106	99
ზოგადად	85	110	99 (7,9)

*დიაგნოზის* მიხედვით, პარანოიდული შიზოფრენია, უწყვეტი მიმდინარეობა (F20.0.0) დასმული ჰქონდა 3 პაციენტს (18,8%) (1 კაცს და 2 ქალს), პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით (F20.0.2) – 3 პაციენტს (2 კაცს და 1 ქალს); პარანოიდული შიზოფრენია, ეპიზოდური რემისია (F20.0.3) – 1 ქალს; პარანოიდული შიზოფრენია, არასრული რემისია (F20.0.4) – 3 პაციენტს (2 ქალს და 1 კაცს); მარტივი შიზოფრენია (F20.6) – 1 კაცს, შიზოტიპური აშლილობა (F21) – 2 კაცს, ბოლვითი აშლილობა (F22) – 2 პაციენტს (1 ქალს და 1 კაცს), შიზოაფექტური აშლილობა, შერეული ტიპის (F25.2) – 1 ქალს. მაშასადამე, მთლიანად, შიზოფრენიის დიაგნოზი გააჩნდა 11 პაციენტს (68,75 %), დანარჩენ 5-ს კი - სხვა სახის შიზოფრენიის წრის ფსიქოზი.

*დაავადების ხანგრძლივობის* მიხედვით, პაციენტების დაავადების ხანგრძლივობა მერყეობდა 2-დან 30 წლამდე. საშუალო ხანგრძლივობა იყო 13 წელი (SD = 10,243). აქედან, ქალებში დაავადების მინიმალური ხანგრძლივობა იყო 2, მაქსიმალური კი – 27 წელი. შესაბამისად, საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 12 წელს. მამაკაცებში

დაავადების მინიმალური ხანგრძლივობა იყო 2 წელი, მაქსიმალური – 30 წელი, საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 14 წელს.

**ცხრილი 15:** საკონტროლო ჯგუფის დახასიათება დიაგნოზის მიხედვით:

	N	%
პარანოიდული შიზოფრენია, უწყვეტი მიმდინარეობა F20.0.0	3	18,8
პარანოიდული შიზოფრენია, შეტევისმაგვარი სტაბილური დეფექტით (F20.0.2)	3	18,8
პარანოიდული შიზოფრენია, ეპიზოდური რემისია (F20.0.3)	1	6,3
პარანოიდული შიზოფრენია, არასრული რემისია (F20.0.4)	3	18,8
მარტივი შიზოფრენია (F20.6)	1	6,3
შიზოტიპური აშლილობა (F21)	2	12,5
შიზოაფექტური ფსიქოზი (F25.1)	-	-
შიზოაფექტური აშლილობა შერეული ტიპის (F25.2)	1	6,3
ბოლდვითი აშლილობა (F22)	2	12,5

**ცხრილი 16:** საკონტროლო ჯგუფის დახასიათება დაავადების ხანგრძლივობის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	2	27	12
კაცები	2	30	14
ზოგადად	2	30	13 (10,243)

**ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის** მიხედვით, საკონგრულო ჯგუფში ჰოსპიტალიზაციის მინიმალური რაოდენობა იყო 0, მაქსიმალური 20. აქედან, არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული 4 მამაკაცი (25%), ერთხელ იყო ჰოსპიტალიზირებული 7 პაციენტი (6 ქალი და 1 მამაკაცი) (43,8%), 2-ჯერ იყო ჰოსპიტალიზირებული 3 პაციენტი (18,8%) (1 ქალი და 2 მამაკაცი), 6-ჯერ იყო ჰოსპიტალიზირებული 1 მამაკაცი (6,3%) და 20-ჯერ – 1 მამაკაცი (6,3%).

**ცხრილი 17:** საკონგრულო ჯგუფის დახასიათება ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის მიხედვით:

	Min	Max	M (SD)
ქალები	1	2	1
კაცები	0	6	3
ზოგადად	0	20	2,4 (4,89)

**ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის** მიხედვით, არც ერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზირებული 4 მამაკაცი (25%). 1 წლამდე ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა აღენიშნებოდა (პირველი კატეგორია) 10 პაციენტს (62,5%). ამათგან 7 იყო ქალი და 3 მამაკაცი. 1 წლიდან 7 წლამდე ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (მეორე კატეგორია) აღენიშნებოდა 1 მამაკაცს (6,3%) და 7 წელზე მეტი ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა – 1 მამაკაცს (6,3%).

**ცხრილი 18:** საკონგრულო ჯგუფის დახასიათება ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის მიხედვით:

	I კატეგორია N (%)	II კატეგორია N (%)	III კატეგორია N (%)	არც ერთხელ არ იყო ჰოსპიტალიზირებული N (%)
ქალები	7	-	-	-
კაცები	3	1	1	4
ზოგადად	10 (62,5%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	4 (25%)

**პრეპარატების საწყისი დღიური დოზა** – საკონგრულო ჯგუფში მედიკამენტების საწყისი დღიური დოზის (გადაყვანილი ქლორპრომაზინის ექვივალენტში) მინიმალური

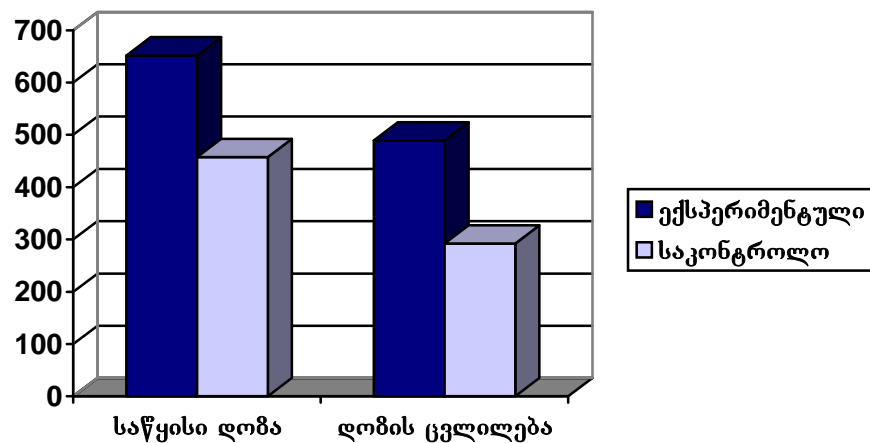
ოდენობა იყო 0, მაქსიმალური – 1500. საშუალო ოდენობა შეადგენდა 457,5-ს (SD = 458,3).

**პრეპარატების დღიური დოზის შემდგომი ცვლილება** – თერაპიის ბოლოს დოზის ცვლილების მინიმალური ოდენობა იყო 0, მაქსიმალური – 823. შესაბამისად, საშუალო ოდენობა იყო 292,3 (SD = 298,8).

**ცხრილი 19:** საკონტროლო ჯგუფში მედიკამენტების საწყისი დოზა და დოზის ცვლილება (გადაყვანილი ქლორპრომამინის ექვივალენტში):

	Min	Max	M	SD
საწყისი დოზა	0	1500	457,5	458,3
დოზის ცვლილება	0	823	292,3	298,8

გრაფიკ 1-ზე კარგად ჩანს, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში მართალია თერაპიების ბოლოს მედიკამენტების დღიური დოზის დაკლება მოხდა, მაგრამ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტები თავიდანვე მედიკამენტების მაღალ დოზას იღებდნენ.



**გრაფიკი 1:** ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების საწყისი დღიური დოზის და დოზის შემდგომი ცვლილების საშუალო ოდენობების შედარება

**ანტიფსიქოზური პრეპარატები** – საკონტროლო ჯგუფში კლასიკური ანტიფსიქოზური პრეპარატებიდან, პაციენტების 50% იღებდა გრიფლუოპერაზინს (გრიფტაზინი), 18,7% ჰალოპერიდოლს, სულპირიდს (ეგლონილი) და ფლუფენაზინს (მოდიგენი). პაციენტების

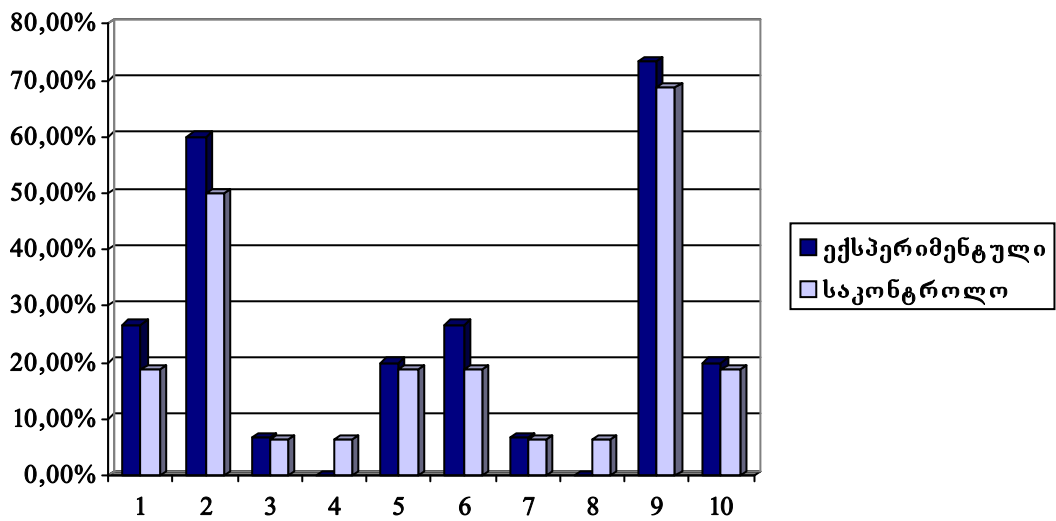


6,3%, ანუ ერთი პაციენტი იღებდა ლევომეპრომამინს (ტიმერცინი), ერთი – პერფენამინს (ეგაპერამინი), ერთი – თიორიდაზინს (სონაპაქსი) და ერთიც - ჰალოპერიდოლ დეკანოატს.

აგვიური ანტიფსიქოზური პრეპარატებიდან პაციენტების 68,7% იღებდა კლოზაპინს (აზალეპტინს) და მხოლოდ 18,7% იღებდა რისპერიდონს.

**ცხრილი 20: საკონტროლო ჯგუფში პრეპარატების სახეები**

	იღებდა		არ იღებდა	
	N	%	N	%
1. ჰალოპერიდოლი	3	18,7	13	81,3
3. გრიფულუოპერამინი (გრიფტამინი)	8	50	8	50
3. ლევომეპრომამინი (ტიმერცინი)	1	6,3	15	93,7
4. პერფენამინი (ეგაპერამინი)	1	6,3	15	93,7
5. სულპირიდი (ეგლონილი)	3	18,7	13	81,3
6. ფლუფენამინი (მოლიტენი)	3	18,7	13	81,3
7. თიორიდაზინი (სონაპაქსი)	1	6,3	15	93,7
8. ჰალოპერიდოლ - დეკანოატი	1	6,3	15	93,7
9. კლოზაპინი (აზალეპტინი)	11	68,7	5	31,3
10. რისპერიდონი	3	18,7	13	81,3



**გრაფიკი 2:** ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების შედარება ანგიფსიქომბური პრეპარატების მიღების მიხედვით

საკონტროლო ჯგუფში არც ერთი პაციენტი არ მკურნალობდა მხოლოდ აგიპიური ანგიფსიქომბური პრეპარატებით, 25% (N=4) – მკურნალობდა მხოლოდ კლასიკური ანგიფსიქომბური პრეპარატებით და პაციენტების დიდი ნაწილი – 68,7% (N=11) კლასიკურ ანგიფსიქომბურ პრეპარატებთან ერთად იღებდა აგიპიურ პრეპარატებსაც (მხოლოდ კლომაპინს, რისპერიდონს ან ორივეს ერთად). ამასთან, 1 პაციენტი (6,3%) არანაირ მედიკამენტურ მკურნალობას არ გადიოდა.

როგორც გრაფიკი 2–დან ჩანს, ორივე ჯგუფის პაციენტების უმრავლესობა იღებდა კლომაპინს და გრიფლუოპერაზინს. ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების უფრო დიდი ნაწილი იღებდა სხვადასხვა ანგიფსიქომბურ პრეპარატს, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტები. ამასთან, ექსპერიმენტული ჯგუფის არც ერთი პაციენტი არ იღებდა პერფენაზინს (ეგაპერაზინს) და ჰალოპერიდოლ დეკანოატს.

ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების მახასიათებლების შედარება მოყვანილია ცხილი 21-ში. როგორც ცხრილიდან ჩანს, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებში შედარებით მეტი მამაკაცი მონაწილეობდა, მათთან უფრო დაბალი ინტელექტი გააჩნდათ, უმაღლესი განათლებაც ექსპერიმენტულ ჯგუფში უფრო ნაკლებს ჰქონდა მიღებული, რამდენადაც სჭარბობდა ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა და შიზოფრენიის დიაგნოზიც IPT–ს ჯგუფში უფრო მეტ პაციენტს ჰქონდა დასმული.

ცხრილი 21: ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების შედარება.

	IPT	ერგოთერაპია
	M	M
სქესი: კაცები (%)	60	56,25
ასაკი (წლები)	36	38
ოჯახური მდგომარეობა: დასაოჯახებელი (%)	60	68,8
განათლება: უმაღლესი (%)	53,3	75
ინტელექტი	96	99
დიაგნოზი: შიმოფრენია (%)	80	68,75
ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა: I კატეგორია (%)	60	62,5
ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	4	2,4
დაავადების ხანგრძლივობა (წლები)	12	13
ნეიროლეპტიკების დღიური დოზა (ქლორპრომამინის ექვივალენტი)	651,7	457,5
ნეიროლეპტიკების დღიური დოზის ცვლილება (ქლორპრომამინის ექვივალენტი)	489,3	292,3
აგიპიური ნეიროლეპტიკები: კლომაპინი (%)	73,3	68,7
აგიპიური ნეიროლეპტიკები: რისპერიდონი (%)	20	18,7

შესაბამისად, დიაგნოზიდან გამომდინარე, პაციენტების ანტიფსიქოზური პრეპარატების დღიური დოზა საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების დღიურ დოზაზე უფრო მეტი იყო და აგიპიური ნეიროლეპტიკები (განსაკუთრებით კლომაპინი) უფრო მეტ პაციენტს ჰქონდა დანიშნული.

მაშასადამე, შეიძლება ვთქვათ, რომ საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების მდგომარეობა თავიდანვე შედარებით უფრო უკეთესი იყო, ვიდრე ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებისა. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ თერაპიის განმავლობაში, IPT - ს

ჯგუფის პაციენტებს უფრო მეტად აღნიშნებოდათ სუბკლინიკური გამწვავებები, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს, თუმცა, თერაპიის ბოლოს ორივე ჯგუფში იკლო მედიკამენტების დღიურმა დოზამ.

#### 4.5 გამოყენებული კითხვარები

თერაპიულ პროგრამაში ჩართვამდე მონაწილეებს ჩაუტარდათ წინასწარი გამოკვლევა. თერაპიული პროგრამის ავტორის რეკომენდაციით და დამუშავებული ლიტერატურის [102,103,104,106] საფუძველზე ავარჩიეთ ისეთი საზომი ინსტრუმენტები, რომლებსაც იყენებდნენ IPT-ს სხვა კვლევებშიც. სხვა კვლევების მსგავსი კითხვარების გამოყენება თერაპიის ეფექტურობის შედარების უკეთეს შესაძლებლობას მოგვცემდა. თითოეულ მონაწილეს თერაპიამდე და მის შემდეგ, ინდივიდუალურად ჩაუტარდა სტანდარტული გამოკვლევა. *საზომ ინსტრუმენტებად გამოყენებულ იქნა შემდეგი კითხვარები:*

ინტელექტის განსაზღვრის მიზნით გამოვიყენეთ ვექსლერის ინტელექტის საზომი ტესტის შემოკლებული ვარიანტი (WAIS-R) [34], რომელიც შედგება ოთხი პუნქტისგან: ზოგადი ცოდნა, საერთოს მოძებნა, სურათების დასრულება და მოზაიკის ტესტი. მოცემული ტესტი მონაწილეებს ჩაუტარდა მხოლოდ თერაპიის დასაწყისში.

პერსექუტული და კოგნიტური დარღვევების დასადგენად გამოვიყენეთ ყურადღების კონცენტრაციის საკვლევი ტესტი d2 (Brickenkamp, 1978) [17]. იგი შედგება 14 სტრიქონისგან, სადაც, პაციენტმა თითოეულ სტრიქონზე 20 წამის განმავლობაში უნდა მოასწროს ორი შგრიხის მქონე “d”-ზე ხაზის გადასმა. ტესტის ჩატარებამდე, პაციენტს ეძლევა გავარჯიშების საშუალება. ფასდება შეცდომების (გამოტოვებული და არასწორად გადახაზული ასოების) რაოდენობა (F, F%) და 20 წამის განმავლობაში მოსწრებული ასოების რაოდენობა თითოეულ სტრიქონში; ასევე ითვლება მთლიანად ტესტში დამუშავებული ასოების რაოდენობა (GZ); იზომება სხვაობა მაქსიმალურ და მინიმალურ მიღწევებს შორის (SB). ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გამოსაკვლევად გამოყენებულ იქნა BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)<sup>[83,140]</sup> და ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარი (FBF, Süllwold&Huber, 1986).<sup>[122]</sup> BPRS სკალას ავსებდა სპეციალისტი. პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობის უკეთესად აღწერის მიზნით, სპეციალურად შევარჩიეთ ამ სკალის უფრო გრძელი ვარიანტი (და არა მისი შემოკლებული ვერსია). მოცემული სკალა შეიცავს 24 სიმპტომს, ამასთან, პირველი ათი სიმპტომი ფასდება პაციენტის ახსნა-განმარტების საფუძველზე, ხოლო 11-დან 24-ის

ჩათვლით, პაციენტის ქცევაზე და მეტყველებაზე დაკვირვების საფუძველზე. თითოეული სიმპტომი ფასდება 7 ბალიან სკალაზე სიმძიმის ხარისხის მიხედვით, დაწყებული “არ აღინიშნება”-დან დამთავრებული “ძალიან მძიმე”-მდე. უნდა შემოიხაზოს ის ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ აღწერს პაციენტის ამჟამინდელ მდგომარეობას. ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარი FBF მიეკუთვნება სუბიექტური შეფასების კითხვარს, რომელსაც ავსებდა თავად პაციენტი. მოცემული კითხვარი შედგება 103 კითხვისგან, რომელიც მოიცავს 12 სუბსკალას: სპეციფიკური შიშები, სელექციური ყურადღება, დისკრიმინაციის სისუსტე, მოტორიკა, აღქმა, კოგნიტური დაცურება, ბლოკირება, მეტყველების დარღვევები, ავტომატიზმის დაკარგვა, სპეციფიკური სენსორული დარღვევები, დაძლევის რეაქციები და ფიზიკური ჩივილები. თითოეულ კითხვაზე პაციენტი იძლევა პასუხს: “დიახ” ან “არა”. ამასთან, ეს უკანასკნელი კითხვარი, და ზოგადად ტესტირება, დაგვეხმარა: 1) პაციენტების თერაპიულ პროგრამაში ჩასართავად მოტივაციის შექმნაში და 2) თითოეული მათგანის მდგომარეობის უკეთესად გაცნობაში.

სოციალური ფუნქციონირების შესაფასებლად გამოვიყენეთ ფუნქციონირების გლობალური შეფასების სკალა (GAF). GAF შედის DSM IV-ის მეხუთე ღერძში, რომლის მიხედვით სპეციალისტი აფასებს, დროის გარკვეულ მონაკვეთში პიროვნების ფუნქციონირების უმაღლეს ღონეს. მოცემულ სკალა ფასდება 0-დან 100 ბალიანი სისტემით (კოდით).

## 4.6 თერაპიის ჩაგარების მეთოდოლოგია

### თერაპიული პროგრამის ჩაგარების ზოგადი მოთხოვნები:

IPT არის ჯგუფური თერაპიული პროგრამა. პროგრამის ეფექტური მიმდინარეობისთვის, ჯგუფის წევრების საშუალო რაოდენობას შეადგენდა 4-8 პაციენტი. თერაპიას ვაგარებდით კვირაში 2-ჯერ. თითოეული შეხვედრა დასაწყისში გრძელდებოდა 30 წუთი. შემდგომში დრო იზრდებოდა 40-60 წუთამდე. პროგრამას უძღვებოდა 3 თერაპევტისგან შემდგარი ჯგუფი (ერთი ფსიქოლოგი და ორი ექიმი). ამასთან, პერიოდულად თერაპევტები ერთმანეთს ვცვლიდით; ერთი იყო წამყვანი თერაპევტი, დანარჩენები კი დამხმარე, ანუ კოთერაპევტები. წამყვანი თერაპევტის ამოცანა იყო შეხვედრების სტრუქტურირება და მონაწილეების მოტივირება. კოთერაპევტის ფუნქციას წარმოადგენდა რთულ სიტუაციებში დახმარება, სუპერვიზორის ფუნქციის აღება (თერაპიის მიმდინარეობის), ჯგუფის სხვა წევრებისათვის მოდელის როლის შესრულება და ჯგუფის დინამიკის დარეგულირება. თერაპიულ პროგრამის თითოეულ

ქვეპროგრამაში თანდათანობით ვზრდიდით როგორც თერაპიის ხანგრძლივობას, ასევე მაგულობდა სირთულის ხარისხი. ანუ მარტივი და თვალსაჩინოდან გადავდიოდით რთულ და კომპლექსურ სავარჯიშოებზე. ასევე იზრდებოდა მოთხოვნათა ხარისხი პაციენტების მიმართაც. ეს ეხებოდა არა მარტო თერაპიის შინაარსს, არამედ, მთლიანად, თერაპიის ჩარჩოებს. კერძოდ, თუ დასაწყისში თერაპია ძლიერ სტრუქტურირებული და თერაპევტი მეტად დირექტიული იყო, თანდათანობით ხდებოდა ნაკლებად დირექტიულ და თავისუფალ სტილზე გადასვლა. წამყვანები ვცდილობდით გაგვეთვალისწინებინა ჯგუფის წევრების დეფინიციური უნარები და მეტად ფრთხილად გადავდიოდით ახალ სავარჯიშოებზე. ამასთან, ყურადღებას ვაქცევდით თითოეული სავარჯიშოს გამეორების რაოდენობასაც, რათა იგი ჯგუფისთვის მოსაბეზრებელი არ გამხდარიყო. რამდენადაც, თერაპიულ პროგრამაში დიდი როლი ენიჭება ემოციების გამოხატვას, ამიტომ ჩვენ სავარჯიშოებს ისე ვარჩევდით, რომ თავდაპირველად ჯგუფში შეგვექონდა ნეიგრალური შინაარსის თერაპიული მასალა. მოგვიანებით კი – პაციენტებს ვაწვდიდით ემოციურად დაგვირთული შინაარსის მასალას.<sup>[139]</sup>

თერაპიულ პროგრამას ვაგარებდით იზოლირებულ ოთახში. პაციენტები ისხდნენ ხის სკამებზე (რბილი სავარძლები სპეციალურად არ ავირჩიეთ. ყველანაირად ვცდილობდით თერაპიაზე შექმნილიყო სამუშაო განწყობა და პაციენტები არ მოღუნებულიყვნენ), ნახევარწრეში, თერაპევტი და კოთერაპევტები ვისხედით პაციენტების გვერდით ისე, რომ ჯგუფის თითოეულ წევრი კარგად დაგვენახა. ამასთან, ვცდილობდით, რომ თერაპევტები და პაციენტები ერთნაირ პირობებში ყოფილიყვნენ. აუცილებელ ტექნიკურ აღჭურვილობად გამოვიყენეთ დაფა, ფლომასკერები და სლაიდოსკოპი თავისი სლაიდებით; ასევე - ფურცლები და ფანქრები. როგორც ჩანს, თერაპიული პროგრამის ჩატარებისთვის მეტად მარტივი საშუალებებიც კი საკმარისია და არ მოითხოვს ძვირადღირებულ ტექნიკურ აღჭურვილობას. თითოეული შეხვედრა აღიწერებოდა სპეციალურ რეულში. ქვემოთ მოკლედ მოვიყვანოთ თითოეული ქვეპროგრამის მიმდინარეობა.

## I ქვეპროგრამა: ”კოგნიტური დიფერენციაცია”

### *საფეხური 1: “ბარათებით ვარჯიში”*

პირველი შეხვედრა დაეთმო ჯგუფის წევრების ურთიერთგაცნობას და ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ზოგად მიმოხილვას. ასევე საუბარი იყო შემდგომი შეხვედრების დღეებზე და დროზე. მეორე შეხვედრიდან

უშუალოდ გადავედით პირველი ქვეპროგრამის (კოგნიტური დიფერენციაცია) პირველ საფეხურზე – “ბარათებით ვარჯიში”. ამ სავარჯიშოსთვის განკუთვნილი ბარათები პროგრამის ავტორის რეკომენდაციით არ შევცვალეთ, გარდა იმისა, რომ კვირის დღეები ქართულად დავაწერეთ.

ჯგუფი მიჰყავდა თერაპევტს და კოთერაპევტს. თერაპიულ მასალას წარმოადგენდა 7×7 სმ ზომის ბარათები, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავდებოდნენ სხვადასხვა ნიშნებით, როგორცაა ფერი (წითელი, ლურჯი, ყვითელი), რიცხვი (ერთნიშნა, ორნიშნა), კვირის დღეები და ფორმა (სამკუთხედი, ოთხკუთხედი, წრე). ჯგუფის თითოეულ წევრს, გარდა თერაპევტისა, ურიგდებოდა 10-15 ბარათი. დასაწყისში, ჯგუფის ყველა წევრი ერთობლივად მუშაობდა ბარათებზე. ბარათები, როგორც წესი, იშლება იაგაკბე. პირველ ეტაპზე ჯგუფს განუშარგეთ, თუ რას ნიშნავდა საერთო ნიშნები. პირველ დავალებას მთელი ჯგუფი ერთად ასრულებდა. მაგალითად, ერთობლივად იღებდნენ ისეთ ბარათებს, რომლებთაც რომელიმე ნიშანი მაინც საერთო ჰქონდათ. როდესაც დავრწმუნდით, რომ ჯგუფის წევრებმა სწორად გაიგეს საერთო ნიშნის ცნება, გადავედით ინდივიდუალურ დავალებებზე. პირველი ინდივიდუალური დავალების ნიმუშია: “გამოყავით ისეთი ბარათები, რომელსაც აქვს ორი საერთო ნიშანი: სამკუთხედი და წითელი ფერი”. პაციენტები და კოთერაპევტი (თერაპევტის გარდა) შერჩეულ ბარათებს აწყობდნენ იაგაკბე. ჯგუფის თითოეულ წევრს გვერდით მჯდომი უმოწმებდა, თუ რამდენად სწორად არის დავალება შესრულებული. პირველად დავალებას ასრულებდა კოთერაპევტი, რომლის ინსტრუქციის მიხედვითაც მოქმედებდნენ ჯგუფის დანარჩენი წევრები. მაგ.: ”ნ“-ს აქვს სამი ბარათი. მან დავალება სწორად შეასრულა. ბარათებზე არის ორი ნიშანი: წითელი ფერი და სამკუთხედი”. თანდათანობით იმრდებოდა მოთხოვნები ჯგუფის წევრების მიმართ. მაგალითად, პაციენტებს უნდა მოეძებნათ 4 საერთო ნიშნის ბარათები, სადაც ერთ ნიშანს (ლურჯი ფერი) ასახელებდა თერაპევტი, დანარჩენი 3 ნიშანი კი ჯგუფის წევრებს თავად უნდა მოეფიქრათ. მეორე დავალების ნიმუშია: 4 საერთო ნიშანს სათითაოდ ასახელებდა ხუთი პაციენტი (წითელი, ოთხკუთხედი, ლუწი რიცხვი, წარწერა). აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა ინსტრუქციის გამეორება. დავალების შესრულების დაწყებამდე, თერაპევტი ინსტრუქციას ამეორებინებდა შედარებით ”სუსტ” პაციენტებს. რთული დავალების მაგალითია: “შეარჩიეთ ხუთი საერთო ნიშნის მქონე სულ მცირე სამი ბარათი. არც ერთი ნიშანი არ იქნება დასახელებული. ამის შემდეგ, შეეცადეთ ამოიღოთ ერთი ბარათი ისე, რომ მიიღოთ ექვსი საერთო ნიშანი“. თითოეულ შეხვედრაზე

ვაკეთებდით საშუალოდ ოთხ ან ხუთ დავალებას. აღსანიშნავია, რომ თუ ერთ შეხვედრაზე ავიდოდით 4 საერთო ნიშნის გამოყოფაზე, მეორე შეხვედრას აუცილებლად ვიწყებდით 2 ან 3 საერთო ნიშნის მოძებნით. ამით, ვცდილობდით, პაციენტებში განგვემტკიცებინა არსებული ცოდნა და თანდათანობით გაგვერთულებინა დავალებები. ორივე ჯგუფმა მოახერხა 6 საერთო ნიშნის გამოყოფა.

ბარათებით ვარჯიშს პირველ ჯგუფში დაეთმო 5 შესვედრა, მეორე ჯგუფში კი – 6 შესვედრა. უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს რაიმე წესი, თუ რამდენი შესვედრა შეიძლება დაეთმოს ამა თუ იმ სავარჯიშოს. თითოეულ სავარჯიშოზე შეჩერება ან მათი გართულება მთლიანად არის დამოკიდებული ჯგუფის სიძლიერეზე და თერაპევტის უნარზე, დაიჭიროს ”ოქროს შუალედი”. ეს იმას ნიშნავს, რომ თუ რომელიმე დავალებაზე ხანგრძლივად შეჩერდება ჯგუფი, ის შეიძლება მობეზრდეთ პაციენტებს და შემდგომ შესვედრებზე აღარ მოვიდნენ. თუ თერაპევტი მეტად სწრაფად გადავა ერთი სავარჯიშოდან მეორეზე ან თვით სავარჯიშოს შიგნით მალე გაართულებს მას, ამანაც შესაძლებელია იგივე შედეგი გამოიღოს და ჯგუფი დაიშალოს. როგორც ვხედავთ, თითოეული სავარჯიშოს ჩატარებისას თერაპევტს და კოთერაპევტს მეტად დიდი პასუხისმგებლობა აკისრია და მათზეა დამოკიდებული, თუ რამდენად შესძლებენ ჯგუფის წევრების დაინტერესებას და რამდენად სწორად მიაწვდიან ინსტრუქციებს.

ბარათებით ვარჯიშის წარმატებით დასრულების შემდეგ გადავედით საფეხური 2-ის ვერბალურ ცნებათა სისტემაზე.

## ***საფეხური 2: “ვერბალურ ცნებათა სისტემა”***

### ***სავარჯიშო 1: „ცნებათა იერარქია”***

პირველი ქვეპროგრამის მეორე საფეხურის ”ვერბალურ ცნებათა სისტემის” პირველ სავარჯიშოს წარმოადგენს ცნებათა იერარქია. ამ სავარჯიშოს ჩატარებამდე საჭირო გახდა ცნებების შერჩევა ქართულენოვანი პაციენტებისთვის. თერაპიულ მასალას შეადგენდა ერთი სიტყვა ან წინადადების ერთი ნაწილი (მაგ. „ჩემოდნის ჩალაგება“ ან „ზაფხული“). უნდა აღინიშნოს, რომ შედარებით რთული აღმოჩნდა ისეთი სიტყვების შეგანა, რომლებიც ნაკლებად ემოციური იქნებოდნენ. ის სიტყვები, რაც გერმანულ ენოვანი პაციენტებისთვის ნეიტრალური იყო, ჩვენი პაციენტებისთვის ემოციურად დაგვირთულად იქნა მიჩნეული. ასეთი სიტყვების მაგალითებია გათბობა, სახლი, ზაფხული, არდადეგები.



თერაპევტი იწყებდა მოცემული სავარჯიშოს ახსნას და ჯგუფს აცნობდა ინსტრუქციას. კოთერაპევტი მუშაობდა დაფასთან. დასაწყისში თერაპევტის თხოვნით, კოთერაპევტი დაფაზე წერდა სამუშაო ცნებას (მაგ, „ტანსაცმელი“). ჯგუფის წევრებს მოეთხოვებოდათ ამ თემასთან დაკავშირებით დაესახელებინათ ყველა ის სიტყვა, რაც თავში მოუვიდოდათ. პაციენტები სიტყვებს თანმიმდევრულად, რიგის მიხედვით ასახელებდნენ. თუ რომელიმე წევრი ვერ ახერხებდა განსაზღვრული სიტყვის მოფიქრებას, გადავლიდით მის გვერდით მჯდომზე. დაფაზე ვწერდით დაახლოებით 25-40 სიტყვას. დასაწყისში ვიწყებდით სიტყვების შედარებით მცირე რაოდენობით, რომ თავიდან აგვრიდებინა ჯგუფის გადაგვირთვა. ამის შემდეგ, ჯგუფს ვთხოვდით, დაფაზე დაწერილი სიტყვებიდან ამოერჩიათ მსგავსი სიტყვები, მათზე დაერქვათ საერთო სახელი და ნათქვამი დაესაბუთებინათ. თავდაპირველად ამ დავალებას ასრულებდა კოთერაპევტი, რომელისაც მოდელის როლს ასრულებდა და უჩვენებდა ჯგუფის წევრებს, თუ როგორ უნდა შესრულებულიყო დავალება. „ჩემოდნის ჩალაგების“ შემთხვევაში გამოიყო შემდეგი ჯგუფები: „ტანსაცმელი, გასართობი ნივთები, ფეხსაცმელი, პირადი ჰიგიენის ნივთები, პირადი მოხმარების ნივთები, ჩემოდნის ჩალაგების მიზმი“ (იხ. დანართში სქემა 10). კოთერაპევტი სხვადასხვა ჯგუფებს წერდა სხვადასხვა ფერის ფლომასტერებით, ამით პაციენტების მიერ ნაწერის აღქმა ადვილდებოდა. აქაც, თავდაპირველად, ჯგუფს ვაწვდიდით ნეიგრალური შინაარსის სიტყვებს და თანდათანობით გადავლიდით ემოციურად დაგვირთულ ცნებებზე. ჯგუფის წევრებს ასევე ვუხსნიდით, რომ არ იყო აუცილებელი დაფაზე ჩამოწერებული ყველა სიტყვა შესულიყო რომელიმე ჯგუფში. ამით, პაციენტები სწავლობდნენ, მომავალში, თუ როგორი სიტყვების დასახელება იქნებოდა უმჯობესი განსაზღვრულ თემასთან დაკავშირებით. კოთერაპევტს, გარდა ჯგუფების გაერთიანებაში დახმარებისა, „უფლება“ ჰქონდა მონაწილეობა მიეღო სიტყვების დასახელებაში. თუ პაციენტები მუდმივად ერთგვაროვან სიტყვებს ასახელებდნენ, კოთერაპევტს შემოჰქონდა მათგან განსხვავებული სიტყვა (არსებითი სახელი ან სახელმწიფო), რის შემდეგაც პაციენტები ასოციაციურად გადადიოდნენ სხვა შინაარსის სიტყვებზე. ანუ, კოთერაპევტი „შეუმჩნევლად“ წარმართავდა ჯგუფს, დაესახელებინათ შეძლებისდაგვარად მრავალფეროვანი სიტყვები. როგორც ვხედავთ, მოცემულ სავარჯიშოში კოთერაპევტი მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებდა.

ამ სავარჯიშოს პირველ ჯგუფს დაეთმო 5 შეხვედრა. განვიხილეთ შემდეგი სიტყვები: „ჩემოდნის ჩალაგება“, „სახლი“, „ზაფხული“, „ფსიქიატრია“, „დასვენება“. მეორე ჯგუფში

დაეთმო 4 შეხვედრა. შეგანილ იქნა ისეთი ცნებები, როგორცაა: „სახლი“, „ტანსაცმელი“, „ზაფხული“, „ფსიქიატრია“. (იხ. დანართში სქემა 11). ეს უკანასკნელი თემა მართალია ემოციურად დატვირთული იყო, მაგრამ მეორე ჯგუფის პაციენტებმა იგი ადვილად დასძლიეს. პირველი ჯგუფისთვის საჭირო გახდა შედარებით ნეიგრალური თემით დაგვემთავრებინა მოცემული სავარჯიშო. პირველ ჯგუფს უძნელდებოდა მსგავს სიტყვებზე გამაერთიანებელი ცნების მოძებნა, ანუ აღინიშნებოდა „აზროვნების კონკრეტულობა“. მეორე ჯგუფი კი – პირიქით, ბელმეგად აბსტრაქტულ ცნებებს არქმევდა სათაურად. მაგ. ცნება „სახლის“ ირგვლივ ჩამოწერილი სიტყვებიდან გამოყვეს შემდეგი სახის ქვეჯგუფი: „სტუმარ-მასპინძლობა“ (საჭმელი, ყვავილები, ყავა, გოგონები, სტუმრები). მუდმივად საჭირო ხდებოდა პაციენტები შეგვეჩერებინა და გადავსულიყავით კონკრეტული ცნებებით ოპერირებისკენ.

## **სავარჯიშო 2: სინონიმები**

შემდეგ სავარჯიშოს წარმოადგენდა „სინონიმები“. თერაპიული მასალა შედგებოდა განსაზღვრული სიტყვებისგან (მაგალითად სახლი), რომელსაც კოთერაპევტი წერდა დაფაზე. ჯგუფის დანარჩენ წევრებს უნდა მოეფიქრათ ისეთი სიტყვები, რომლებიც შინაარსით იგივეს ნიშნავდა. ჯგუფის თითოეულ წევრს ვურიგებდით ფურცლებს და ფანქრებს. ისინი თავისთვის ინიშნავდნენ მსგავს სიტყვას (მაგალითად, ბინა, სასახლე, ქოხი, შენობა, თავმესაფარი). შემდეგ ეს სიტყვები იწერებოდა დაფაზე. თითოეული პაციენტი თავიანთ დასახელებულ სიტყვაზე ადგენდა ერთ წინადადებას. წინადადებები იწერებოდა დაფაზე. საბოლოოდ, შედგენილ წინადადებაში მსგავს სიტყვას ვანაცვლებდით თავდაპირველი სიტყვით („სახლი“). მსჯელობის შედეგად, ჯგუფი ერთობლივად წყვეტდა, თუ რომელი სინონიმი იყო უფრო ბუსტი. თითოეული მოსაზრება საბუთდებოდა. სინონიმებს ორივე ჯგუფში დაეთმო 3 შეხვედრა. განხილულ იქნა ისეთი სიტყვები, როგორებიცაა „სახლი“, „ხელფასი“, „გამოფიცვა“, „სიცილი“, „გაბრაზება“, „წამალი“, „სიხარული“. აქაც, თავდაპირველად ჯგუფს ვაწოდებდით ემოციურად ნეიგრალურ სიტყვებს, შემდეგ კი გადავდიოდით ემოციურად დატვირთულებზე. ორივე ჯგუფი საკმაოდ კარგად ართმევდა თავს დავალებებს.

მოვიყვანოთ სინონიმების მაგალითები: დაფაზე დაიწერა სიტყვა „ხელფასი“. ჯგუფის წევრებმა თავიანთ ფურცლებზე ჩამოწერეს შემდეგი სინონიმები: „ფული, ჯამაგირი,

ანამლაურება, შემოსავალი”. შედგენილ იქნა შემდეგი სახის წინადადებები: “თუ ფული გაქვს, კაცი ხარ”, “ჩემი ჯამაგირი შეადგენს 100 ლარს”, “დღესდღეობით პენსიონერების ფულადი ანამლაურება ძალზე მცირეა”, “გლეხებს ბატონყმობის დროს მცირე შემოსავალი ჰქონდათ”. მას შემდეგ, რაც დაფაბე ჩამოიწერა თითოეული წინადადება და მათში ჩასმული იქნა თავდაპირველი სიტყვა “ხელფასი”, ჯგუფმა დაიწყო მსჯელობა, “ხელფასისთვის” რომელი იყო ყველაზე ახლოს მდგომი სინონიმი. ორივე ჯგუფს გაუჭირდა რომელიმე ერთი მათგანის გამოყოფა. ძირითადად მხარს უჭერდნენ ცნება “ანამლაურებას”. ორივე ჯგუფში საბოლოოდ შეთანხმდნენ, რომ ოთხივე სიტყვა “ანამლაურებისთვის” შესაძლებელია ყოფილიყო მისაღები სინონიმი.

კიდევ ერთ მაგალითს წარმოადგენს სიტყვა “სიცილი”. მასზე ჩამოწერილ იქნა შემდეგი სინონიმები: “ხარხარი, გაღიმება, კისკისი, ღიმილი, ხითხითი”. ჯგუფში მსჯელობა ასეთი სახის იყო: “ხარხარი უფრო მეტია ვიდრე სიცილი. ის უფრო ხმამაღალია; გაღიმება (ან ღიმილი) უფრო ნაკლებია ვიდრე სიცილი, რადგან ამ დროს ადამიანი არ გამოსცემს ხმას და მხოლოდ სახეზე ჩანს ეს ემოცია; ხითხითი ხმადაბალი სიცილია, ხითხითი შეიძლება ბოროტულიც იყოს; კისკისი უფრო ლაღი სიცილია და შეიძლება ისეთივე სიძლიერის იყოს, როგორც სიცილი”. მსჯელობის შემდეგ ჯგუფმა უპირატესობა მიანიჭა “კისკისს”.

დისკუსია გამოიწვია სიტყვამ “სახლი”. მასზე მოფიქრებულ იქნა შემდეგი სინონიმები: “ქოხი, ბინა, სასახლე, შენობა, თავშესაფარი”. მსჯელობა შემდეგი სახის იყო: “ქოხი არის ხის პაგარა სახლი; სასახლე უფრო დიდია ვიდრე სახლი; თავშესაფარი სახლია, მაგრამ თავშესაფარი ყოველთვის არ არის აუცილებელი რომ იყოს სახლი; ბინა სახლის ნაწილია; სახლი შენობაა, მაგრამ ყველა შენობა შეიძლება არ იყოს სახლი. (ქოხი < სახლი, სასახლე > სახლი, შენობა  $\geq$  სახლი, ბინა  $\leq$  სახლი, თავშესაფარი  $\geq$  სახლი). მსჯელობის შემდეგ, ჯგუფმა გადაწყვიტა, რომ “სახლთან” ყველაზე ახლოს მდგომი სინონიმია “ბინა”.

### **სავარჯიშო 3: ანგონიმები**

მესამე სავარჯიშო – „ანგონიმები“ - სინონიმების მსგავსია. ანგონიმებს პირველ ჯგუფში დაეთმო 3 შეხვედრა, მეორეში კი – 2 შეხვედრა. განხილულ იქნა სხვადასხვა ანგონიმი. მათ შორის: „ღღე-ღამე, ცხელი-ცივი (გაყინული, გრილი, გათოშილი), სგარგი – ფინიში (დაბოლოება), სიმშვიდე – აღელვება (დეპრესია, ხმაური, სიფიცხე, შფოთვა, გაბრაზება), სიყვარული – სიძულვილი, ჭკვიანი – სულელი (ამაყი, შგერი), მყარი – მოძრავი (ცვალებადი, თხევადი, რბილი, მერყევი), სუფთა – ჭუჭყიანი (ბინძური), მშრალი – სველი (ნოტიო), ოცნება – მოგონება (ჩაკეტილობა, რეალობა, საქმიანობა,

არამეოცნებობა) და ა.შ. აქაც ხდებოდა თითოეული ანგონიმის განხილვა, მასზე მსჯელობა და ნათქვამის დასაბუთება. ჯგუფი ერთობლივად ირჩევდა მათთვის ყველაზე მისაღებ ანგონიმს. პერიოდულად ჯგუფში ვახდენდით „ბარათებით ვარჯიშის“ გამეორებას.

#### **სავარჯიშო 4: სიყვითა ღეფინიცია**

მეოთხე სავარჯიშოა „სიყვითა ღეფინიცია“. ამ სავარჯიშოს დროს ვახდენდით განსაზღვრული სიყვითების ისეთი ნიშნების მიხედვით დამუშავებას, როგორცაა ფერი, ფორმა, ფუნქცია, მდებარეობა და ა.შ. საწყის ეტაპზე ჯგუფს კოთერაპევტს წარუდგენდით, როგორც სხვა ცივილიზაციის წარმომადგენელს (ვთქვათ, „უცხო პლანეტელს“), რომელმაც არ იცოდა განსაზღვრული საგნები და სიყვითები. ჯგუფის მიზანი იყო აეხსნა კოთერაპევტისთვის ესა თუ ის სიყვითა (მაგალითად „კარი“). იმისათვის, რომ ჯგუფს გაადვილებოდა განსაზღვრული საგნის აღწერა, დასაწყისში დაფაზე ვწერდით საგნის სხვადასხვა მახასიათებლებს (ფორმა, ზომა, დანიშნულება, მასალა, მდებარეობა). ჯგუფისთვის რთული აღმოჩნდა სიყვითერად გადმოცემა და აღეწერად ესა თუ ის საგანი. მოგვიანებით ეტაპზე, ე.წ. „უცხო პლანეტელის“ როლს ასრულებდნენ უნარიანი პაციენტები. პირველ ჯგუფში მოცემულ სავარჯიშოს დაეთმო 6, მეორე ჯგუფში კი – 5 შეხვედრა. განვიხილეთ ისეთი სიყვითები, როგორებიცაა კარი, სარკე, გელეფონი, ზაფხული, ჰობი, მანქანა, სამუშაო. აქაც, თავდაპირველად ვაწვდიდით საგნობრივად ხაზგასმულ და კონკრეტულ, ხოლო მოგვიანებით კი - ემოციურად დაგვირთულ და აბსტრაქტულ ცნებებს. უნდა აღინიშნოს, რომ პირველ ჯგუფში იყო შედარებით სუსტი, უძნელდებოდა ახალი დავალებების დაძლევა, რის გამოც, პერიოდულად გვიხდებოდა სხვადასხვა, უკვე ნაცნობი სავარჯიშოების მიწოდება. ამით, თავიდან ვიცილებდით ჯგუფის ზედმეტ გადაგვირთვას და ვცდილობდით, ყურადღება გაგვემახვილებინა იმ სავარჯიშოებზე, რაც კარგად ჰქონდათ დაძლეული.

პირველ ჯგუფს უძნელდებოდა საგნის განსაზღვრული მახასიათებლების სიყვითერად გადმოცემა, ხოლო მეორე ჯგუფისთვის დამახასიათებელი იყო დეტალებზე ყურადღების გამახვილება. ჯგუფის წევრების უმრავლესობა საჭიროებდა საგნის არსებით მახასიათებლებზე მითითებას. ამ დროს მეტად მნიშვნელოვანი იყო თერაპევტის როლი, რადგანაც მას მოეთხოვებოდა მეტი მოქნილობა, გაქტიანობა, რათა მონაწილეებს არ მიეღოთ შენიშვნად არაადექვატურ პასუხებზე მინიშნება და არ დარჩენილიყვნენ ფრუსტრირებულნი. მეორე ჯგუფს გაუძნელდა აბსტრაქტული ცნებების ახსნა (როგორცაა მაგ. „ზაფხული“, „ჰობი“).

### **სავარჯიშო 5: ბარათების სიყვეებით**

მეხუთე სავარჯიშოს წარმოადგენდა „ბარათები სიყვეებით“. ამ სავარჯიშოსთვის დაგვჭირდა დიდი რაოდენობით ბარათის შექმნა და სიყვეების მოფიქრება, რამდენადაც ჯგუფის წევრებისთვის მოცემული დავალება შედარებით ადვილი აღმოჩნდა. ორივე ჯგუფში მას დაეთმო 3 შეხვედრა. სამუშაო მასალა შედგებოდა ბარათებისგან, რომლებზეც დაწერილი იყო ორი სიყვეა. ამათგან ერთი მათგანი იყო ხაზგასმული (მაგალითად ასანთი –სანთებელა). თუ რომელი სიყვეაა ხაზგასმული, ეს იციოდა მხოლოდ ერთმა პაციენტმა. მას ისეთი დამხმარე სიყვეა უნდა დაესახელებინა, რომელიც მიახვედრებდა ჯგუფს, ხაზგასმულ სიყვეაზე (მაგალითად, გოგორდის თავი). პირველად დავალებას ასრულებდა კოთერაპევტი, ის მოდელის როლს ასრულებდა, რითაც ჯგუფის წევრები უკეთესად იგებდნენ, თუ რას მოითხოვდნენ მათგან. ამ სავარჯიშოს მაგალითებია წყალი – საპონი (ქაფი), ყვავილი – ვაზა (მცენარე), ჟირაფი – მაიმუნი (კისერი), გირილი – სიცილი (გაბრაზება) და ა.შ. თუ ჯგუფის წევრთა უმრავლესობა ერთიდაიგივე სიყვეას ჩაინიშნავდა ფურცელზე, ეს ნიშნავდა, რომ დამხმარე სიყვეა სწორად იყო შერჩეული. შეცდომების მაგალითებია: „ძილი – დასვენება“ (დამხმარე სიყვეად დასახელდა „დაძინება“). ჯგუფში ხმები ორად გაიყო. ზოგი მიიჩნევდა რომ ძილთან დაძინება უფრო ახლოს არის და ამიგომ ხაზგასმულია სიყვეა ძილი, ზოგი კი თვლიდა, რომ დაძინების დროს დასვენებაც ხდება და ამიგომ დასვენებაა ხაზგასმული. შეცდომა ასევე იყო ის, რომ პაციენტს არ უნდა დაესახელებინა ისეთი სიყვეა, რომელიც „ძილისგან“ იქნებოდა ნაწარმოები. კოთერაპევტის მიერ კარნახის შემდეგ ჩამოფიქრებელმა პაციენტმა დამხმარე სიყვეად ჯგუფს დაუსახელა „სიზმარი“. განსაკუთრებით ძნელი აღმოჩნდა მოცემული დავალება მეორე ჯგუფისთვის. იძლეოდნენ არასწორ მინიშნებებს და მუდმივად საჭირო იყო დამხმარე სიყვეის მნიშვნელობის ხელმეორედ განმარტება. ყურადღების დეფიციტის გამო, ხშირად ასახელებდნენ არახაზგასმული სიყვეისთვის დამხმარე სიყვეას. მოცემული სავარჯიშოს მეგ-ნაკლებად დაძლევის შემდეგ გადავედით შემდეგ სავარჯიშოზე.

### **სავარჯიშო 6: „კონტექსტის მიხედვით სხვადასხვა მნიშვნელობის ცნებები“ (ომონიმები)**

მეექვსე სავარჯიშოს წარმოადგენდა ომონიმები, ანუ „კონტექსტის მიხედვით სხვადასხვა მნიშვნელობის ცნებები“. ამ სავარჯიშოს დროს ხდებოდა სხვადასხვა

ომონიმების განმარტება. ჯგუფში მუშავებოდა ერთიდაიგივე სიტყვის სხვადასხვა მნიშვნელობა (მაგალითად, მტევანი, რომელიც გამოიყენება სხვადასხვა მნიშვნელობით – ხელის მტევანი და ყურძნის მტევანი).

იმისათვის, რომ ჯგუფს გაადვილებოდა სიტყვის თითოეულ მნიშვნელობაზე მსჯელობა, ვიყენებდით ამ საგნების ამსახველ სურათებს (ან დახატულს, ან ფოტოსურათს) ან შეძლებისდაგვარად ჯგუფში შეგვექონდა განსაზღვრული საგნები. ჯგუფი იჯდა ნახევარწრეში, სურათები (ან საგნები) ეწყო იატაკზე. ჯგუფის წევრებს უნდა შეეღვინათ თითო წინადადება სიტყვა „მტევანზე“ და შემდეგ უნდა აღენიშნათ, თუ რომელი მტევანი იგულისხმეს. ბოლოს, დაფაზე ვადგენდით ცხრილს, რომელშიც ვწერდით, თუ რითი განსხვავდებოდა და რა ჰქონდა საერთო „მტევანის“ ორივე მნიშვნელობას (მაგალითად, განსხვავდებიან შემადგენლობით, ფერით, დანიშნულებით, ტემპერატურით, მომით, მიკუთვნებულობით, სუნით, გემოთი). პირველ ჯგუფს დაეთმო 4 შეხვედრა, მეორეს კი – 3 შეხვედრა. განხილულ იქნა ისეთი ომონიმები, როგორებიცაა მტევანი, ნიჟარა, ველი, ბარი, ლომი. “მტევანის” და “ლომის” შემთხვევაში ჯგუფში შევიგანეთ ნახატები, “ნიჟარის: შემთხვევაში - კი საგნები (ზღვის ნიჟარა და თიხისგან გაკეთებული ყურის ნიჟარა). ცნებები “ბარი” და “ველისთვის” არ შევიგანია არანაირი სურათი.

დავალებების წარმატებით დაძლევის შემდეგ გადავედით მესამე საფეხურზე – „ძეხვის სტრატეგიებზე“.

უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტები მცირეოდენ დახმარებას საჭიროებდნენ ომონიმების მსგავსების და განსხვავების გამოსაყოფათ. მოგჯერ ე.წ. “ჯანმრთელებზე” უკეთესადაც კი ახერხებდნენ სავარჯიშოების შესრულებას.

მოვიყვანოთ სიტყვა “ნიჟარის” (ზღვის, ყურის) მაგალითი:

განსხვავება:	ზღვის ნიჟარა	ყურის ნიჟარა
1. ფერი:	ჭრელი, გარდამავალი ფერის	ხორცის ფერი, კანის ფერი
2. შემადგენლობა (მასალა):	კალციუმი, კალიუმი (მინერალები) <u>არაორგანული</u> მასალა	ხრტილი, კანი, რბილობი, ნერვული დაბოლოებები, სისხლი ( <u>ორგანული</u> )
3. ფორმა, მომა:	ცვალებადი, სხვადასხვა მომის	ერთნაირი, მსგავსი
4. დანიშნულება:	სამკაული, საფერფლე, „სახლი“	სმენის ორგანო, სამკაულის საგარებელი

5. სუნი:	ზღვის სუნი	ადამიანის სხეულის სუნი
6. წარმოშობა (მიკუთვნებულობა):	არაორგანული, ლოკოკინის ნაწილი	ორგანული, ადამიანის სხეულის ნაწილი
7. გემპერაგურა:	გარემოს გემპერაგურის	“თბილი”, ადამიანის სხეულის გემპერაგურის
მსგავსება:	<b>ფორმა:</b> ფოსფორი, წაგრძელებული, ხვეულების მქონე; <b>წარმოშობა:</b> ცოცხალი, ბუნების წარმონაქმნი; <b>მიკუთვნებულობა:</b> ორივე ცოცხალი ორგანიზმის ნაწილია <b>ფუნქცია:</b> დაცვის ორგანო	

### **საფეხური 3: “ძეხვის სტრატეგიები”**

ამ სავარჯიშოს თამაშის სახე აქვს. ერთ-ერთი პაციენტი და კოთერაპევტი ქმნიდნენ ერთიან „გუნდს“. მათ უნდა ჩაეფიქრათ ოთახში არსებული საგნები. არჩეული საგნის ჩანიშვნა ხდებოდა ფურცელზე (კონტროლის მიზნით). ჯგუფის ამოცანა იყო, მიზანმიმართული კითხვების მეშვეობით ამოეცნო ჩაფიქრებული საგანი. სიცყვის ჩამოფიქრებელი პაციენტი შეკითხვებზე პასუხობდა „დიახ“ ან „არა“-ს. საჭიროების შემთხვევაში, კოთერაპევტი ეხმარებოდა პასუხის გაცემაში. დასაწყისში ხდებოდა ოთახში არსებული საგნების ჩაფიქრება; მოგვიანებით, მოსაძებნი საგნების სივრცე ფართოვდებოდა (ცენტრის გერიტორია, ეზო, განყოფილებები, ქალაქი). ამ სავარჯიშოს ძირითადი მიზანი იყო პაციენტების ზოგადი კითხვების დასმაში გავარჯიშება (მაგალითად, „ტელევიზორია?“ - ს ნაცვლად კითხვა უნდა დაისვას ასე: „იაგაკბე დგას?, ხის არის? აპარატურაა?“ და ა.შ.). ის პაციენტი, რომელიც გამოიხატებდა ან ჩაფიქრებულ საგნის გამოცნობაში მნიშვნელოვან წვლილს შეიტანდა, თვითონ ხდებოდა ჩამოფიქრებელი. თუ პაციენტი კითხვაზე უარყოფით პასუხს მიიღებდა, შემდეგ კითხვას სვამდა მის გვრდით მჯდომი, ხოლო თუ რომელიმე პაციენტი პირველ კითხვაზე მიიღებდა დადებით პასუხს, მას კიდევ ერთი კითხვის დასმის უფლება ჰქონდა. ჩაფიქრებული იყო შემდეგი საგნები: დაფა, პლაკატი, პიანინო, ფარდა, წამალი, კომპიუტერი, ჩაიდანი, კოვბი, მანქანა, ხე, მერიის შენობა და ა.შ. ძეხვის სტრატეგიებს პირველ ჯგუფში დაეთმო 5 შეხვედრა, მეორეში კი – 4. მეორე ჯგუფს განსაკუთრებით უძნელდებოდა კონკრეტული საგნების შერჩევა. დავალების გართულების სახით, ცდილობდნენ აერჩიათ არა საგნები, არამედ მათი ისეთი დეტალები, რომლებიც თითქმის

შეუმჩნეველი იყო ჯგუფისთვის (მაგ. ფარდის სამაგრი, ვიგრინის სახელური, და ა.შ.) . კოთერაპევტის ფუნქცია ამ შემთხვევაშიც მეტად მნიშვნელოვანი იყო, რამდენადაც ის აკონტროლებდა ჩასაფიქრებელ საგნებს. არ შეიძლებოდა ჩაფიქრებინათ იატაკი, ჭერი, პარკეტი, კედელი, შტუფსელი და მსგავსი სიგყვები; სირთულე შეიქმნა თერაპიის ოთახში „წიგნის“ ჩაფიქრებისას, რამდენადაც კარადაში ეწყო სხვადასხვა სახის წიგნები და კონკრეტულად რომელი იყო ჩაფიქრებული, შეუძლებელი იყო გამოსაცნობად. შევთანხმდით, რომ ის საგნები, რომლებიც დაახლოებით იდენტურნი იყვნენ, შეიძლებოდა ჩაფიქრებულიყო (მაგ. კომპიუტერი, სამზარეულოში არსებული მსგავსი ნივთები). პერიოდულად საჭირო ხდებოდა ჯგუფისთვის კიდევ ერთხელ განგვემარტა, თუ რას ნიშნავდა „საგანი“.

## II ქვეპროგრამა: სოციალური აღქმა

პირველი ქვეპროგრამის წარმატებით დასრულების შემდეგ, გადავედით მეორე ქვეპროგრამა – „სოციალურ აღქმაზე“. თერაპიისთვის აუცილებელ მასალას წარმოადგენდა სლაიდოსკოპი და სხვადასხვა შინაარსის სლაიდები. თერაპიული პროგრამის ავტორის რეკომენდაციით არ შევცვალეთ სურათები, რამდენადაც სლაიდების მოცემული სერია განკუთვნილი იყო სამხრეთ ევროპის მოსახლეობისთვის და თვით იაპონიაშიც კი იგივე სლაიდებით სარგებლობდნენ და პაციენტებს არ ექმნებოდათ პრობლემა ემოციების გამოცნობაში. ამასთან, სლაიდების შერჩევისთვის და მათი სირთულის ხარისხის მიხედვით დაჯგუფებისთვის საჭირო იყო ხანგრძლივი მუშაობა და როგორც სპეციალისტების, ასევე სურათების დიდი რაოდენობის არსებობა.

მეორე ქვეპროგრამაც მკაცრად სტრუქტურირებულია და თერაპევტის მიერ ჯგუფის წაყვანის სტილი კვლავ დირექტიული რჩებოდა. სლაიდები ერთმანეთისგან განსხვავდებოდნენ “კოგნიტურად კომპლექსურობის” და “ემოციურად დატვირთვის” კუთხით. დასაწყისში შერჩეულ იქნა კოგნიტურად ნაკლებად დატვირთული და ემოციურად ნეიტრალური სურათები. თითოეული სეანსი გრძელდებოდა დაახლოებით 40-60 წუთი. ქვეპროგრამა იყოფა შემდეგ საფეხურებად: 1) ინფორმაციის შეგროვება; 2) ინტერპრეტაცია და დისკუსია; 3) *სათაურის მოძებნა*.

დასაწყისში, სავარჯიშოს სიახლის გამო, განსაკუთრებით დიდი დრო დაეთმო პირველი სლაიდის განხილვას. თერაპიის მიმდინარეობა შემდეგი სახის იყო: უშუალოდ სლაიდის გაშვების პერიოდში თერაპიის ოთახს ოდნავ ვაბნელებდით. თან ვცდილობდით, რომ ჯგუფის თითოეული წევრს კარგად დაენახა ერთმანეთი. ოთახის ძლიერ



დაბნელება არ იყო მიზანშეწონილი, რადგანაც შესაძლებელი ყოფილიყო ჯგუფის წევრები მოღუწებულყვნენ. შესაბამისად, დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა იმ გარემოს, სადაც ვუშვებდით სლაიდს. თავდაპირველად ჯგუფს ვაცნობდით სავარჯიშოს ინსტრუქციას. მხოლოდ ამის შემდეგ ვაჩვენებდით სლაიდს. თერაპევტი ცდილობდა ჯგუფის წევრებს აღეწერათ სურათზე არსებული დეტალები. პირველ რიგში, ყურადღება ექცეოდა მნიშვნელოვან სტიმულებს, როგორც იყო ადამიანები და მათი სახის აღწერა. პერიოდულად ხდებოდა მიღებული ინფორმაციის შეჯამება. საწყის შეხვედრებზე შეჯამებას ახდენდა კოთერაპევტი. მოგვიანებით კი ამას “უნარიანი” პაციენტებიც ახერხებდნენ. მეორე საფეხურს წარმოადგენდა “ინტერპრეტაცია და დისკუსია”. ამ საფეხურზე იმართებოდა მსჯელობა იმის შესახებ, თუ რა ხდებოდა სურათზე. თითოეული ინტერპრეტაცია აუცილებლად უნდა დასაბუთებულიყო. მოცემულ ეტაპზე იმართებოდა ხანგრძლივი დისკუსიები. მაგ. ერთ-ერთ სურათზე გამოსახულია ბიჭი, რომელიც მარტო მის ოთახში. (იხ. დანართში სურათი 1). ჯგუფში ზოგიერთი ფიქრობდა, რომ ეს სტუდენტი ბიჭი იყო, რომელიც საერთო საცხოვრებელში ცხოვრობდა, ზოგის აზრით, იგი პაციენტი იყო. სურათზე ასახული დეტალების მითითების მეშვეობით, პაციენტები ასაბუთებდნენ თითოეულ მოსაზრებას. მესამე საფეხურზე - “სათაურის მოძებნა”- შერჩეულ იქნა შემდეგი სათაურები: სტუდენტი ბიჭი და მისი ცხოვრება, მაყურებელი, ტელევიზორის ყურება, ბიჭი დასვენების ოთახში, ლოდინი, სტუდენტი ოთახში. ჯგუფში სათაურის მიღება ხდებოდა მსჯელობის საფუძველზე. რამდენადაც, ჯგუფს არ გააჩნდა ინფორმაცია, თუ სინამდვილეში ვინ იყო ეს ბიჭი და სხვა დამატებითი სლაიდიც არ არსებობდა ამ თემის გარშემო, გადაწყვიტეს, აერჩიათ ის სათაური, რომელიც ბუსტად ასახავდა სურათის შინაარსს. კენჭის ყრის მეშვეობით, ჯგუფმა სლაიდის სათაურად აირჩია “ლოდინი”. სოციალურ აღქმას პირველ ჯგუფში დაეთმო 8 შეხვედრა, მეორეში კი – 6 შეხვედრა. პირველ ჯგუფს უძნელდებოდა სახის გამომეტყველების ბუსტი აღწერა და ინტერპრეტაციის გაკეთება, ამიგომაც, რის გამო, სლაიდების განხილვას უფრო მეტი დრო დაეთმო.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ როდესაც მოცემულ ქვეპროგრამას სპეციალისტებზე ვაგარებდით, სურათის დეტალების აღწერა მათთვის მეტად მოსაბეზრებელი და უინტერესო აღმოჩნდა. სწორედ მსგავსი მდგომარეობა შეიქმნა მეორე თერაპიული ჯგუფის დროსაც. თავდაპირველად, როდესაც პაციენტებს პირველი ორი ნეიგრალური სურათი ვუჩვენეთ, ისინი არ დაინტერესდნენ მოცემული დეტალების აღწერით და თავად გვთხოვეს, რომ შემდგომში შედარებით ემოციურად დაგვირთული სლაიდები შეგვეჩანა.

ჩვენს შევასრულეთ პაციენტების სურვილი (თუმცა სახელმძღვანელოში მკაცრად იყო განსაზღვრული, რომ ემოციური სურათები მოგვიანებით უნდა შეგვეტანა). შედეგებმა მოლოდინს გადააჭარბა. მცირედ ემოციურ სურათების შეტანის შემდეგ, ჯგუფი გახალისდა და სიამოვნებით ერთვოდნენ სავარჯიშოს შესრულებაში.

### **III ქვეპროგრამა: ვერბალური კომუნიკაცია**

მესამე ქვეპროგრამა - “ვერბალური კომუნიკაცია” შედგება ხუთი სავარჯიშოსგან (საფეხურისგან). სანამ მესამე ქვეპროგრამას დავიწყებდით, მნიშვნელოვანი დრო დავუთმეთ წინადადებების შედგენას. გადავწყვიტეთ დავეწყო 5 სიგყვიანი წინადადებით და ავსულიყავით 20 სიგყვიანამდე. ზოგი წინადადება უნდა ყოფილიყო ნეიგრალური შინაარსის, ზოგი კი ემოციურად დატვირთული. გრძელი წინადადებების მისაღებად, ძირითადად ვაღვნიშობთ ან თანწყობილ ან ქვეწყობილ წინადადებებს. ყოველი მცირე ლექსი – ნაწილაკი, კავშირი, თანდებული ან შორისდებული, ითვლებოდა თითო “სიგყვად”. ამით, წინადადებები რთულდებოდა და მათი სიგყვასიგყვით გამეორება უფრო ძნელდებოდა და უფრო მეტად მოითხოვდა ყურადღებით მოსმენას. თითოეული ბარათის უკანა მხარეს ეწერა სიგყვების რაოდენობა და წინადადების ტიპი (ნეიგრალური თუ ემოციური), რითაც ადვილდებოდა ბარათების სირთულის ხარისხის მიხედვით დალაგება.

#### ***საფეხური 1: მოცემული წინადადებების სიგყვასიგყვით გადმოცემა***

პირველი სავარჯიშოს დაწყებამდე, მოგივაციის შექმნის მიზნით, ჩავატარეთ პატარა სავარჯიშო. ჯგუფი იჯდა წრეში. თერაპევტმა აუხსნა ჯგუფს, რომ კოთერაპევტი გვერდით მჯდომ პაციენტს ჩურჩულით გადასცემდა ერთ წინადადებას, რომელიც თითოეულმა პაციენტმა მის გვერდით მჯდომს, სიგყვა-სიგყვით უნდა გადაუჩურჩულოს. სულ ბოლოს მჯდომ პაციენტს მოსმენილი წინადადება დაფაზე უნდა დაეწერა. კოთერაპევტმა ჯგუფს მიაწოდა შემდეგი წინადადება: “გუშინ, როდესაც ჩემი მეგობარი სასადილო ოთახს ალაგებდა, მოულოდნელად მაგიდას დაეჯახა და იქედან ყვავილების ვაზა გადმოაგდო”. წრის ბოლოში მჯდომ პაციენტამდე მივიდა შემდეგი სახის წინადადება: “გუშინ ჩემი რუსი მეგობარი მაგიდას დაეჯახა და მაგიდიდან ვაზით თაიგული გადმოაგდო”. ამ სავარჯიშოზე დაყრდნობით, თერაპევტმა განუმარტა ჯგუფს, რომ ხშირად, ინფორმაცია იმდენად არაზუსტად გადაიცემა, რომ საბოლოოდ, პიროვნებამდე ის სრულიად დამახინჯებული მიდის. სწორედ ამიტომ ვავარჯიშებთ

ჯგუფს, წინადადებების ან ინფორმაციის სწორად გაგებაში და ამ ინფორმაციის სხვებისათვის სწორად გადაცემაში. ამ სავარჯიშოს შემდეგ გადავდით პირველ საფეხურზე - “მოცემული წინადადებების სიგყვასიგყვით გადმოცემაზე”. თერაპიული პროგრამა შედგებოდა პატარა ბარათებისგან, რომლებზეც დაწერილი იყო თითო წინადადება. ამ სავარჯიშოს ჩატარებისას, წრის დასაწყისში მჯდომი პაციენტი ჯგუფს ხმამაღლა და გარკვევით უკითხავდა წინადადებას. მის გვერდით მჯდომს ეს წინადადება სიგყვასიგყვით უნდა გაემეორა. ჯგუფის დანარჩენი წევრები ყურადღებით აკვირდებოდნენ, თუ რამდენად მუსგად მოხდებოდა წინადადების გამეორება. მას შემდეგ, რაც ჯგუფის წევრები სწორად ახერხებდნენ მოკლე წინადადებების გამეორებას, გადავდიოდით უფრო გრძელ წინადადებებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ რამდენიმე პაციენტმა მოახერხა 20 სიგყვიანი წინადადების სიგყვასიგყვით გამეორება. ამ სავარჯიშოს პირველ ჯგუფში დაეთმო 4, ხოლო, მეორეში – 3 შეხვედრა.

### ***საფეხური 2: თვითფორმულირებული წინადადებების ამრობრივი გადმოცემა***

მეორე საფეხურს წარმოადგენს “თვითფორმულირებული წინადადებების ამრობრივი გადმოცემა”. ეს სავარჯიშო წინამდებარეს მსგავსად გარდება. ბარათზე დაწერილია არა წინადადება, არამედ ერთი სიგყვა (მოგვიანებით დავალება რთულდება და ჯგუფს ორი სიგყვა-სტიმული ეძლევა). ჯგუფის რომელიმე წევრი ამ სიგყვის გამოყენებით აღგენდა შეძლებისდაგვარად გრძელ წინადადებას, რომელიც მის გვერდით მჯდომს ამრობრივად უნდა გაემეორებინა. დანარჩენი წევრები აკვირდებოდნენ, თუ რამდენად სწორად იქნებოდა ამრი გადმოცემული. ეს დავალება შედარებით რთული აღმოჩნდა იმის გამო, რომ პაციენტებს უძნელდებოდათ გრძელი წინადადებების მოფიქრება, ძირითადად ამბობდნენ მარტივ, მოკლე წინადადებებს და შესაბამისად, გვერდით მჯდომიც მას სიგყვა-სიგყვით იმეორებდა (და ვერ ახერხებდა ამრობრივად გადმოცემას). მას შემდეგ, რაც ჯგუფს განვუმარგეთ რას ნიშნავდა გრძელი წინადადება და რომ პაციენტებს შეეძლოთ რაიმე სიგყუაცია მოეყოლათ (რომელიც, რა თქმა უნდა, რამდენიმე წინადადებისგან შედგება), მეორე ჯგუფის პაციენტებმა უფრო მეტად შესძლეს გრძელი წინადადებების შედგენა. მოცემულ სავარჯიშოს პირველ ჯგუფში დაეთმო 3 შეხვედრა, მეორეში კი – 1 შეხვედრა.

**საფეხური 3: თვითფორმულირებული კითხვითსიგყვიანი წინადადებები შესაბამის  
პასუხთან ერთად**

მესამე საფეხური - “თვითფორმულირებული კითხვითსიგყვიანი წინადადებები შესაბამის პასუხთან ერთად” შედარებით განსხვავდებოდა პირველი ორი საფეხურისგან. ჯგუფში შემოგვქონდა განსაზღვრული თემა (მაგალითად, საახალწლო ზეიმი, საგლევიზიო გადაცემები, რეაბილიტაციის ცენტრი, ბუნება, შემოდგომა, ზაფხული, განათლება, სპორტი, რელიგია, მუსიკა, ტექნიკა), რომელზე საუბარიც ჯგუფის ყველა წევრისთვის მეგ-ნაკლებად საინტერესო იქნებოდა. გერმანულ ენოვან ვერსიაში მითითებულია, რომ თემა შემოაქვთ თერაპევტებს. ჩვენს შემთხვევაში უკეთესი აღმოჩნდა, როდესაც თემას უშუალოდ თერაპიული შეხვედრის დროს ვარჩევინებდით პაციენტებს და კენჭის ყრის მეშვეობით ვარჩევინებდით, თუ თითოეულ შეხვედრაზე რა თემაზე სურდათ საუბარი. შედეგად, პაციენტები უფრო აქტიურები იყვნენ და სასაუბრო თემის ირგვლივაც შედარებით მეტ ინტერესს ამჟღავნებდნენ. თემის გარშემო ხდებოდა კითხვების დასმა და პასუხების გაცემა. თემის დასახელების შემდეგ, დაფაზე ვწერდით ამ თემასთან დაკავშირებულ 25-30 სიტყვას და კითხვით სიტყვებს (ვინ? რა? რატომ? როგორ? როდის? სად? და ა.შ.). ჯგუფის წევრებს ურიგდებოდათ ფურცლები და ფანქრები. თითოეული მათგანი სიტყვათა ჩამონათვალიდან ირჩევდა ოთხ სიტყვას და მასზე ადგენდა კითხვით სიტყვიან წინადადებებს. ერთი კოთერაპევტი ყურადღებას აქცევდა, შედგენილი კითხვითი წინადადებები თუ რამდენად შეესაბამებოდა თემას; მეორე კოთერაპევტი კი აკონტროლებდა, თუ რამდენად შეესაბამებოდა პასუხი შეკითხვას. უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე ჯგუფს განსაკუთრებით გაუძნელდა თემის შესაბამისი წინადადებების შედგენა და მუდმივად საჭირო ხდებოდა წინადადებების ხელმეორედ მოფიქრება. პირველ ჯგუფს კი უჭირდა კითხვითსიგყვიანი წინადადებების შედგენა. ამ საფეხურს პირველ ჯგუფში დაეთმო 6, ხოლო მეორეში – 5 შეხვედრა.

დანართში, ნიმუში 1-3-ში მოყვანილია თერაპიაზე შერჩეული თემები და დემონსტრაციისთვის მოყვანილია ერთ-ერთი თემის ირგვლივ დასახელებული სიტყვები.

**საფეხური 4: ჯგუფი ეკითხება ჯგუფის ერთ ან  
ორ წევრს განსაზღვრული თემის შესახებ**

მას შემდეგ, რაც ჯგუფმა აითვისა კითხვითსიგყვიანი წინადადებების შედგენა და მათზე ადექვატური პასუხების გაცემა, გადავედით მეოთხე საფეხურზე - “ჯგუფი ეკითხება ჯგუფის ერთ ან ორ წევრს განსაზღვრული თემის შესახებ”. ეს სავარჯიშოც მეტად

განსხვავებულია. კოთერაპევტი და ერთ-ერთი (უნარიანი) პაციენტი წინასწარ ამზადებდნენ საგაზეთო სტატიას. ჯგუფი ჯდებოდა მათ გარშემო - ნახევარ წრეში. გამოსაკითხი პაციენტი ასახელებდა მხოლოდ მოცემული სტატიის სათაურს. ჯგუფის დანარჩენი წევრების ამოცანა იყო, კითხვების დასმის მეშვეობით, შეძლებისდაგვარად მეტი ინფორმაცია მოეპოვათ ამ სტატიის შესახებ. იმ შემთხვევაში, თუ გამოსაკითხი პაციენტი ვერ მოახერხებდა რომელიმე შეკითხვაზე პასუხის გაცემას, ან რაიმე დაავიწყდებოდა, მას დახმარებას უწევდა კოთერაპევტი. როდესაც ერთი საკითხის ირგვლივ დაგროვდებოდა ინფორმაცია, თერაპევტი რომელიმე პაციენტს სთხოვდა შეეჯამებინა ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაცია, რაც, პაციენტებს ეხმარებოდა სტატიის ტექსტის დამახსოვრებაში. დასასრულს, გამოსაკითხი პაციენტი კითხულობდა სტატიას და ჯგუფი განსაზღვრავდა, რამდენად ამოწურეს სტატიის შინაარსი. საგაზეთო სტატიის სათაურები შემდეგი სახის იყო: „მოკრძალებული ქორწილი“, „საჩუქარი საუკუნის ადამიანებს“, „მსოფლიოში ყველაზე დიდი გველი დაიჭირეს ინდონეზიაში“, „ქართველმა ტაქსისტმა აშშ-ში 40 მილიონიანი სახლი იყიდა“, „ავსტრიელი სამართალდამცავები ქართველების მოხერხებულობამ გააოცა“, „შიმპანზე მოწევას გადააჩვიეს“, „უჩვეულო ქორწილი“, „ფეხბურთელის სახლში ჰაშიშის მთები იპოვეს“. ამ სავარჯიშოს პირველ ჯგუფში დაეთმო 3 შეხვედრა, მეორეში კი – 4 შეხვედრა.

როდესაც თერაპიულ ჯგუფს ორი კოთერაპევტი ესწრებოდა, მეორე კოთერაპევტი პაციენტებთან ერთად იყო ჩართული კითხვების დასმაში. თუ მეორე კოთერაპევტი შეამჩნევდა, რომ ჯგუფის ვერც ერთმა წევრმა ვერ დასვა ისეთ არსებით შეკითხვა, რომელიც ხელს შეუწყობდა სტატიის შინაარსის მნიშვნელოვანი ნაწილის მოპოვებას, იგი თერაპევტისგან ითხოვდა შეკითხვის დასმის ნებართვას.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მეტად რთული აღმოჩნდა ქართულ ჟურნალ-გაზეთებში ისეთი სტატიის შერჩევა, რომელში ლაკონურად იქნებოდა გადმოცემული ტექსტის შინაარსი, ხოლო სათაური სტატიის შინაარსთან შესაბამისობაში იქნებოდა. თერაპევტები შევთანხმდით, რომ სტატიაში შეძლებისდაგვარად არ უნდა ყოფილიყო ინგერვიუ, მისი შინაარსი უნდა ყოფილიყო ინფორმატიული და პაციენტებისთვის მეტნაკლებად საინტერესო. თითოეული სტატიის შერჩევისთვის გვიხდებოდა მრავლი ჟურნალის თუ გაზეთის გადახედვა.

### **საფეხური 5: თავისუფალი კომუნიკაცია**

მეხუთე სავარჯიშო “თავისუფალი კომუნიკაცია” არის მესამე ქვეპროგრამა - „ვერბალური კომუნიკაციის“ დამამთავრებელი საფეხური. ამ სავარჯიშოს დროს თერაპიული შეხვედრისას ჯგუფის წევრებს ვარჩევინებდით რომელიმე თემას და ესაუბრობდით მის ირგვლივ. პირველ შეხვედრაზე დიდი დრო დაეთმო თემების შერჩევას. საწყის ეტაპზე, პაციენტებს რომ გაადვილებოდათ კონკრეტული თემის ირგვლივ საუბარი, დაფაზე ვწერდით არჩეული თემის საკვანძო პუნქტებს. საბოლოოდ, ჯგუფი იმდენად გაგარჯიშდა, რომ აღარ იყო საჭირო დაფის გამოყენება. პირველმა ჯგუფმა იმსჯელა შემდეგ თემებზე: „როგორ ვიმყოფინოთ თვეში 100 ლარი“, „როგორ ვიცხოვროთ ღღევანდელ საქართველოში“, „როგორ გვესახება საქართველოს მომავალი 3 წლის შემდეგ“, „მშობლის როლი მომავალი თაობის აღზრდაში“. მეორე ჯგუფში დასახელებული თემები იყო: „როგორ დავანებოთ სიგარეტს თავი“, „მოდისა და ჩაცმის მნიშვნელობა“, „სამსახური ჩვენს ცხოვრებაში“, „ფსიქიკური დაავადება“, „როგორ შევქმნათ ოჯახი“. მოვიყვანოთ პირველ და მეორე ჯგუფთან მუშაობის რამდენიმე მაგალითი: თემაზე “როგორ ვიმყოფინოთ თვეში 100 ლარი”, მსჯელობის შედეგად დაფაზე ჩამოვწერეთ შემდეგი პუნქტები: 1) გადავდებდი თანხას, რომელიც ჩემთვის აუცილებელი რაღაცის საყიდლად მჭირდება; 2) გადავინახავდი სარემბერვო თანხას; 3) გამოვიანგარიშებდი ყოველდღიურ ხარჯებს; 4) დავიანგარიშებდი მთელი თვის ხარჯებს; 5) ვაწარმოებდი ერთი კვირის ხარჯთაღრიცხვას. ჩამოთვლილი ხუთი პუნქტიდან, ჯგუფმა უპირატესობა მიანიჭა მეოთხე საკითხზე მუშაობას. დაიწყეს მსჯელობა, თუ როგორ მოახერხებდნენ მთელი თვის ხარჯების დაანგარიშებას. ამისთვის საჭირო იყო შეგვედგინა სია, რაშიც ეხარჯებოდათ ფული. სიაში შევიდა: გადასახადები (გამბი, დენი, ტელეფონი, კომუნალური ხარჯები), სიგარეტი, გრანსპორტი, ჰიგიენური საჭუალებები, საკვები (სახლისთვის, ქუჩაში), აბანო, წამალი, გაუთვალისწინებელი ხარჯები (ექიმი, საჩუქარი და ა.შ.) და განსაცმელი. ჯგუფის თითოეული წევრი საუბრობდა დაფაზე ჩამოწერილი სიის ირგვლივ. რამდენადაც, მოცემული საფეხურის მიზანი არ იყო პრობლემების გადაჭრა, დეტალურად არ შევხებივართ ფულის განაწილების საკითხს. ამ სავარჯიშოს ძირითადი მიზანი იყო, პაციენტებს ესაუბრათ კონკრეტული თემის ირგვლივ და ასოციაციურად არ გადასულიყვნენ სხვა საკითხებზე. მეორე თემაზე – “როგორ ვიცხოვროთ ღღევანდელ საქართველოში”, დაფაზე ჩამოიწერა ორი საკითხი: პირველში შედიოდა რაც არ მოსწონდათ პაციენტებს, მეორეში კი - რაც მოსწონდათ. შემდეგ დასკვნის სახით დაფაზე დაიწერა, თუ რა იყო საჭირო ღღევანდელ საქართველოში

საცხოვრებლად. თემაზე “მშობლის როლი მომავალი თაობის აღზრდაში” საუბრის დაწყებამდე საჭირო შეიქმნა ჯგუფი შეთანხმებულიყო, თუ რას გულისხმობდნენ ცნება “აღზრდის” ქვეშ (“მაგერიალური და სულიერი საკვების მიცემა, მუღმივი ბრუნვა, მშვიდი გარემოს შექმნა”). შემდეგ, განვმარტეთ, თუ რა იგულისხმებოდა მომავალ თაობაში. პაციენტებმა მომავალ თაობაში იგულისხმეს საკუთარი შვილები, რომელთა ასაკიც მდებარეობდა 0-დან 18 წლამდე. რამდენადაც თითოეულ ასაკობრივ პერიოდს სხვადასხვა პრობლემები ახლდა თან, შევთანხმდით, რომ მოცემულ შეხვედრაზე გვემსჯელა, თუ რა იყო საჭირო 0-დან 6 წლამდე ბავშვის აღზრდისთვის. ჯგუფში გამოყოფილ იქნა შემდეგი საკითხები: 1) მშობლის განათლება და ფსიქოლოგიური მომზადება, 2) ცემის შეცვლა სიგყვით, სხვა რამეზე ყურადღების გადატანით, 3) ზედმეტად არ გაანებიერო, 4) უნდა შეაყვარო ბუნება, ჩამოაყალიბო კეთილ ადამიანად, 5) მშობელსა და შვილებს შორის ამრთა გაცვლა-გამოცვლა, პატივისცემა, 6) მშობლის მხრიდან “ქცევის” მაგალითის მიცემა, 7) ეკლესიური აღზრდა, 8) ბავშვისთვის მისაღები ფორმით, შემეცნებითი ინფორმაციის მიწოდება (ლექსები, ზღაპრები), 9) ბავშვთან თამაში. ჯგუფის თითოეული წევრი მსჯელობდა მოცემულ საკითხებზე, მოჰყავდათ საკუთარი მაგალითები.

მეორე ჯგუფში პირველ თავისუფალ სასაუბრო თემას წარმოადგენდა “როგორ დავანებოთ სიგარეტს თავი”. ზოგმა პაციენტმა ამ თემაზე სასაუბროდ, საკუთარი სურვილით, სპეციალურად წაიკითხა ლიტერატურა და შეხვედრაზე მომზადებულნი მოვიდნენ. ჯგუფში გამოყვეს 3 ძირითადი საშუალება, რომელიც შეიძლება გამოეყენებინათ სიგარეტისთვის თავის დასანებებლად. ესენი იყო: 1) “ჩანაცვლება” (ცხელი საჭმლის მიღება, საღებავი რეზინი, მზესუმზირა, საწუწნი კანფეტი, სპორტი, რეჟიმში ცხოვრება, ყურადღების გადატანა რაიმე საქმეზე), 2) “გაცნობიერება” (სიგარეტის სამედიცინო მავნეობა, საეკლესიო თვალსაზრისი, ანალიზი – მოწვევის ინდივიდუალური რეჟიმი), 3) “კვალიფიციური რჩევები” (5 წუთით გადავლო მოწვევა, სუნთქვითი ვარჯიშები, დიდი რაოდენობით სითხის მიღება).

ერთ-ერთი შემდეგი თემა იყო „სამსახური ჩვენს ცხოვრებაში“. უნდა აღინიშნოს, რომ ინდივიდუალურ საუბრებში ჩვენი პაციენტები მუღმივად უჩიოდნენ უმუშევრობას. მეორე ჯგუფში, 8 პაციენტიდან სამსახური გააჩნდა მხოლოდ 3-ს (მათ მუშაობა დაცულ პირობებში უხდებოდათ). ჯგუფში იმსჯელეს, თუ რა მნიშვნელობა ჰქონდა მათთვის სამსახურის ქონას. გამოყვეს შემდეგი პუნქტები: 1) როგორც საარსებო წყარო, 2) საკუთარი ადგილის პოვნა საზოგადოებაში, 3) ჰობის დაკმაყოფილების წყარო, 4)

დამოუკიდებლობა ფულის ხარჯვაში, 5) მეტი სიმშვიდე ოჯახში, 6) თვითგანვითარების საშუალება, 7) დროის სწორად განაწილება.

შემდეგი თემა იყო “ფსიქიკური დაავადების შესახებ საუბარი”. პაციენტებმა ეს თემა აირჩიეს რეაბილიტაციის ცენტრის ერთ-ერთი პაციენტის გარდაცვალების (თვითმკვლელობა) გამო. ისაუბრეს მისი გარდაცვალების მიზეზებზე. შევთანხმდით, რომ რადგანაც არ ვიცით რა მოხდა, სჯობს ბედმეგად არ ვიფიქროთ ამ თემაზე და რაც მთავარია, არ უნდა ავყვეთ სუიციდურ აზრებს და რომ მედიკამენტების რეგულარულად მიღება აუცილებელია. ასევე, დაისვა კითხვები მედიკამენტების მუდმივად მიღების შესახებ, შეიძლებოდა თუ არა საბოლოოდ შიზოფრენიისგან განკურნება, როდესმე თუ დადგებოდა ისეთი პერიოდი, რომ აღარ დასჭირდებოდათ წამლების მიღება. თითოეულმა პაციენტმა ისაუბრა საკუთარი სიმპტომების შესახებ, როგორ გრძნობდნენ თავს “გამწვავების” დროს და როგორ – “კარგად ყოფნის” პერიოდში. საბოლოოდ, მივიდნენ დასკვნამდე, რომ მთავარია კარგად გრძნობდნენ თავს და მნიშვნელობა არ აქვს რამდენი ხნით დასჭირდებათ წამლის მიღება.

რამდენადაც, ფსიქიკურ დაავადებაზე საუბარი მეტად დამამძიმებელი იყო პაციენტებისთვის, თერაპევტებმა ჩავთვალეთ, ამ სავარჯიშოსთვის დაგვეთმო კიდევ ერთი შეხვედრა. ბოლო სასაუბრო თემად პაციენტებმა აირჩიეს “როგორ შევექმნათ ოჯახი”. დაოჯახებული ან განქორწინებაში მყოფი პაციენტები რჩევენს აძლევდნენ დაუოჯახებელ ჯგუფის წევრებს, ყვებოდნენ საკუთარ გამოცდილებებზე. მიუხედავად მოცემული თემის ემოციურად დატვირთულობისა, პაციენტებმა კარგად გაართვეს თავი მის ირგვლივ საუბარს.

#### IV ქვეპროგრამა: სოციალური უნარ-ჩვევები

მესამე ქვეპროგრამის წარმატებით დასრულების შემდეგ, გადავედით მეოთხე ქვეპროგრამაზე – „სოციალური უნარ-ჩვევები“. ამ ქვეპროგრამის დროს ვარჯიშდება ისეთი კომპლექსური უნარ-ჩვევები, როგორცაა მაღლობის გადახდა, კომპლიმენტის გაკეთება, ინფორმაციის მოპოვება, მობოლიშება, თხოვნის გამოხატვა და რთულ სიტუაციებში გამოსავლის მოძებნა.

*მეოთხე ქვეპროგრამა პირობითად იყოფა 2 საფეხურად. თითოეული საფეხური შეიცავს ცალკეულ ნაბიჯებს. ესენია: საფეხური 1: კოგნიტური დამუშავება (გასავარჯიშებელი სიტუაციის წინასწარ განხილვა, მიზნის განსაზღვრა, დიალოგის შემუშავება, სათაურის მოძებნა, სირთულეების წინასწარ განსაზღვრა, დაკვირვების*



*ფუნქციების განსაზღვრა, სირთულეების შეფასება) და საფეხური 2: შესრულება (მოდელის დემონსტრირება, უკუკავშირი, როლური თამაში, უკუკავშირი, ინ ვივო გრანსფერი).*

მეოთხე ქვეპროგრამის ჩაგარებად, თერაპევტებმა ერთობლივად შევადგინეთ ისეთი სიტუაციები, რომელიც მისაღები იქნებოდა ჩვენი პაციენტებისთვის. თავდაპირველად ჯგუფს მივაწოდეთ შედარებით მარტივი სიტუაცია. ამ ქვეპროგრამაში აუცილებელი იყო თერაპიულ შეხვედრებს დასწრებოდა ორი კოთერაპევტი. თერაპიის პროცედურა შემდეგი სახის იყო: თერაპეტი უხსნიდა ჯგუფს მოცემული სავარჯიშოს მიზანს და ჯგუფის ერთ-ერთ წევრს აწვდიდა ბარათზე დაწერილ სიტუაციას. მოცემული პაციენტი ჯგუფს გარკვევით უკითხავდა დაწერილ ტექსტს (მაგალითად, „ნაცნობა პაციენტმა თქვენს პიჯაკზე აწყვეტილი ღილები მიგიკერათ. ახლა მან ეს პიჯაკი მოგიტანათ. თქვენ გახარებული ხართ, მაღლობას უხდით და ჰპირდებით, რომ შემდგომში, მას თქვენც რაიმეთი ასიამოვნებთ“). შემდეგ, რამდენიმე პაციენტს ვთხოვდით, საკუთარი სიტყვებით გადმოეცათ წაკითხულის შინაარსი. თუ საჭირო იყო, ტექსტს განმეორებით, რამდენჯერმე ვკითხულობდით. როდესაც ვრწმუნდებოდით, რომ ჯგუფის ყველა წევრმა დაიმახსოვრა ტექსტის შინაარსი, თითოეულ მათგანს ვთხოვდით წარმოედგინათ სცენა, რომელზეც თამაშდებოდა მოცემული სიტუაცია და ქცევაში აღეწერათ თუ რა ხდებოდა სცენაზე. მას შემდეგ, რაც პაციენტები განსაზღვრავდნენ გასავარჯიშებელი სიტუაციის მიზანს, ვადგენდით დიალოგს. კოთერაპევტი დაფაზე წერდა 2 ან 3 ვარიანტს. როგორც წესი, დიალოგის შედგენა მეტად ხანგრძლივი პროცედურა იყო. ყველა პაციენტს სურდა საკუთარი ვარიანტი დაწერილიყო დაფაზე. გამოსავალს წარმოადგენდა ის, რომ ჯგუფს ვუხსნიდით, დაფაზე ყველა შესაძლო ვარიანტი ვერ დაეგეოდა და ასევე, როლური თამაშის დროს მათ შესაძლებლობა მიეცემოდათ საკუთარი ვარიანტი ეთამაშათ. მეორე გამოსავალი იყო მსგავსი მოსაზრებების ერთ წინადადებაში გაერთიანება. დიალოგის შედგენის შემდეგ, ვუძებნიდით სათაურს (მაგ. „მაღლობის გადახდა ღილების დაკერებისთვის“). როგორც წესი, პაციენტები დიალოგის შინაარსთან შეუსაბამო და მეტად ხაგოვან სათაურებს არქმევდნენ. ამ პრობლემის გადასაჭრელად, კვლავ ვუბრუნდებოდით საკითხს, თუ კონკრეტულად რაში მდგომარეობდა წაკითხული სიტუაციის მიზანი. მიზნის ჩამოყალიბების შემდეგ, პაციენტებს ვთხოვდით დიალოგისთვის მიზნის შესაბამისი სათაურის შერჩევას.

როლების თამაშამდე, თითოეული პაციენტი ხუთბაღიან კალაზე (1 ნიშნავს ძალიან ადვილი, 5 – ძალიან ძნელი) აღნიშნავდა, თუ რამდენად გაუძნელდებოდა როლის თამაში და რა იყო ამის მიზეზი. შემდეგ, სამი პაციენტი იღებდა “დამკვირვებლის” ფუნქციას. ერთი აკვირდებოდა ხმის გემპს, მეორე – გემბრს და მესამე – ემოციის შესაბამისობას (მეგობრულობას).

როდესაც ქვეპროგრამას უძღვება ერთი თერაპევტი და ორი კოთერაპევტი (ერთი “აქტიური”, მეორე კი “პასიური”), თერაპია შედარებით ადვილი ჩასატარებელი იყო. ერთი კოთერაპევტის შემთხვევაში, წამყვან თერაპევტს დამატებით უხდებოდა მეორე – “პასიური” კოთერაპევტის ფუნქციის აღება. პირველად როლურ თამაშს დემონსტრირებდნენ კოთერაპევტები. ისინი მოდელის ფუნქციას ასრულებდნენ. ე.წ. “დამკვირვებელი” პაციენტები აკვირდებოდნენ “პასიურ” კოთერაპევტს, რადგანაც, შემდგომში, სწორედ მისი როლი უნდა ეთამაშათ. კოთერაპევტები სპეციალურად ცუდად ასრულებდნენ თავიანთ როლებს – საუბრობდნენ ხმადაბლა, ან აგრესიულად, ან მეტად მონოტონურად. “დამკვირვებლებს” ვვალდებოდათ შეემჩნიათ მსგავსი შეცდომები. ჯგუფი წინასწარ გაეფრთხილეთ, რომ ერთმანეთი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა გაეკრიტიკებინათ. პირველ რიგში აუცილებელია აღვნიშნოთ დადებითი მხარეები, შემდეგ კი, თუ მოთამაშის რომელიმე ქცევა არ მოეწონებოდათ, საკუთარი აზრი რჩევის სახით გადმოეცათ: მაგ. “მე უფრო მეტად გავიღიმებდი, უფრო ენერგიულად ვილაპარაკებდი და ა.შ.

პირველ ჯგუფს შედარებით გაუძნელდა როლების თამაში. ძირითადად უჭირდათ როლში შესვლა. მეორე ჯგუფისთვის მოცემული ქვეპროგრამა მეტად ადვილი აღმოჩნდა, რის გამოც იძულებული ვიყავით, სპეციალურად მათთვის, უფრო რთული და სარისკო სიტუაციები შეგვედგინა. ბოლო შეხვედრის დროს, დაფაზე დიალოგის დაწერაც კი აღარ დაგვჭირდა. პირველ ჯგუფში მეოთხე ქვეპროგრამას დაეთმო 7 შეხვედრა („მაღლობის გადახდა დილების დაკერებისთვის“, „მხატვრის სურათის მოწონება“ (იხ. დანართში ნიმუში 4), „მაღლობის გადახდა დაპატიებისთვის“, „გელეფონის საშუალებით ექიმის და პაციენტის შეხვედრაზე შეთანხმება“, „ფულის არქონის გამო კლიენტის და ოფიცინტის საუბარი“ (იხ. დანართში ნიმუში 5), ინფორმაციის მიღება სამუშაოზე“), ამასთან, ერთ შეხვედრაზე ვაჩვენეთ ვიდეო-ფორმე გადაღებული მათი როლური თამაშები. პაციენტებმა შეამჩნიეს საკუთარ ქესტიკულაციასა და არტიკულაციაში დარღვევები. მეორე ჯგუფში ამ ქვეპროგრამას დაეთმო – 6 შეხვედრა („ლამაზი კომპლიმენტი“, „მაღლობის გადახდა დილების დაკერებისთვის“, „ინფორმაციის მოძიება სამსახურის შესახებ“, „უხერხული

სიგუაცხიდან გამოსავალის პოვნა”, “გასაუბრება (გაცნობა) მეგროში”(იხ. დანართში ნიმუში 6), “კონცერტზე აღვილის მოძიება”). მეორე ჯგუფში რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა ვიდეო ფირზე ჩაწერილიყო მათი თამაში.

პირველ შეხვედრებზე, რომლებიც ეხებოდა მაღლობის გადახდას და შექებას, ჯგუფს საშინაო დავალებად ეძლეოდა, ვინმესთვის კომპლიმენტი გაეკეთებინათ ან მაღლობა გადაეხადათ. მეორე ჯგუფი წარმატებით ართმევდა თავს დავალებებს.

როლური თამაშის შემდეგ, როგორც წესი, მცირდებოდა სირთულის ხარისხი. თუ დასაწყისში, სავარჯიშოს სიახლის გამო, პაციენტები უფრო უხერხულად გრძნობდნენ თავს, შემდგომ შეხვედრებზე, მეტად ხალისით შედიოდნენ როლში (განსაკუთრებით ქალები). კოთერაპევტების შემდეგ პირველად თამაშობდნენ ის პაციენტები, რომლებიც შეფასების შკალაზე როლის თამაშს ადვილად მიიჩნევდნენ.

## V ქვეპროგრამა: ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა

მეხუთე ქვეპროგრამა „ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა“ სრულიად განსხვავდება დანარჩენი ქვეპროგრამებისგან. ბიჰევიორული ანალიზის მეშვეობით ვახდენდით თითოეული პაციენტის პრობლემების გამოყოფას. ჩვენ შევეცადეთ შეგვეჩინა ისეთი პრობლემები, რომლებიც ჯგუფის ყველა წევრისთვის საერთო იქნებოდა. სანამ პაციენტების პირად პრობლემებზე გადავიდოდით, ჯგუფს გავაცანით პრობლემების გადაჭრის ეტაპები, რომლებიც პლაკატზე დავწერეთ სხვადასხვა ფერის ფლომასტერებით გავაფორმეთ და დასაწყის ეტაპზე კედელზე გვქონდა გაკრული. ამის შემდეგ, ჯგუფში შევიტანეთ ნეიგრალური შინაარსის პრობლემები, რომლებთანაც პაციენტებს კონკრეტული მიმართება არ გააჩნდათ. პირველ ჯგუფში ასეთი პრობლემების მაგალითები იყო: „ვიგვიანებ შეხვედრაზე მეგროს გაჩერების გამო“, „არ მინდა გული ვატკინო დას“.

IPT-ს პირველ ჯგუფში რთული აღმოჩნდა ისეთი პრობლემების შერჩევა, რომელიც ჯგუფის ყველა წევრისთვის დამახასიათებელი შეიძლება ყოფილიყო. ძირითადად გამოვყავით შემდეგი პრობლემები: “მოწყენილობა”, “თავისუფალი დროის შევსება” და საქმიანობების დროში განაწილება. პირველ ეტაპზე ვიმუშავეთ „მოწყენილობის“ პრობლემაზე (იხ. დანართში ნიმუში 7). პაციენტებს დავურიგეთ ჩვენს მიერ შედგენილი სპეციალური კითხვარი, რომელშიც უნდა ჩაენიშნათ, თუ როდის იქნებოდნენ მოწყენილნი. პაციენტები მოცემულ კითხვარს ავსებდნენ მთელი კვირის განმავლობაში. რამდენადაც, მსგავსი დავალება ჯგუფის წევრებისთვის ახალი იყო, გამარტივების

მიზნით, კითხვარის შევსება დაგავალეთ დღეში სამჯერ (და არა საათობრივად). შეფასებისთვის ავირჩიეთ სამბალიანი შკალა. შეფასება დავიწყეთ დილის 11 საათიდან, რამდენადაც ჯგუფის წევრებს უძნელდებოდათ დილით ადრე ადგომა. საღამოს 11-მდე დღე დავყავით ოთხსაათიან შუალედებად. პაციენტებს ასევე ვთხოვეთ, თუ მოახერხებდნენ, მიეწერათ ის სიგუაცია, რომელშიც მოწყენილნი იქნებოდნენ. როგორც წესი, ჯგუფის წევრების უმრავლესობა ვერ ახერხებდა ასეთი სიგუაციების მიწერას, თუმცა, თერაპიაზე შეეძლოთ მათი გახსენება. კვირის ბოლოს, თერაპიულ შეხვედრაზე ვითვლიდით თითოეულ პაციენტთან რამდენჯერ აღნიშნა 0, 1 და 2 ქულები. როგორც აღმოჩნდა, ჯგუფის წევრების უმრავლესობა საშუალოდ “მოწყენილობას” უჩიოდა. მოცემულ კითხვარს პაციენტები ავსებდნენ 2 კვირის განმავლობაში. შუალედებში ერთადერთ განვლილი სავარჯიშოების გამეორებას. ჯგუფში მსჯელობის დროს დამატებით გაირკვა, რომ ძირითადად მოწყენილები იყვნენ მაშინ, როდესაც სახლში მარტო რჩებოდნენ და არ იცოდნენ რითი დაკავებულები იყვნენ. ასევე, მოწყენილობას გრძნობდნენ ოჯახში კონფლიქტის შემდეგ, ხალხმრავალ ადგილას ყოფნის დროს, და იმ პერიოდში, როდესაც რეაბილიტაციის ცენტრში არ იმყოფებოდნენ. ორი პაციენტის მოწყენილობის კითხვარის ნიმუში ქვემოთ არის მოყვანილი (მეორე პაციენტის პასუხები მოყვანილია [] ფრჩხილებში).

შემდეგ შეხვედრაზე, ჯგუფის წევრებს ვთხოვეთ დაესახელებინათ ისეთი ალტერნატივები (საქმიანობები), რომლებიც შეიძლება შეესრულებინათ მოწყენილობის გრძნობის გაჩენისას. ძირითადი ალტერნატივები იყო: წიგნის ან ჟურნალის კითხვა, ანეკდოტების მოყოლა, საინტერესო გადაცემის ან ფილმის ნახვა, ქალაქში სეირნობა, ლოცვის წაკითხვა, ექიმთან საუბარი, გამოძინება. ერთმა პაციენტმა შემოგვთავაზა ალკოჰოლის მიღება, რაც არ იქნა მიღებული და შევეცადეთ აგვეხსნა უარის მიზეზი. ჯგუფმა ერთხმად აირჩია 3 ძირითადი საქმიანობა: წიგნის ან ჟურნალის კითხვა, ანეკდოტის მოყოლა და საინტერესო გადაცემის ყურება. დავალებად მიეცათ, დაკვირვებოდნენ, რამდენად გამოიყენებდნენ არჩეულ ალტერნატივებს. შემდეგ შეხვედრაზე თითოეული ჯგუფის წევრს ვთხოვეთ სამი დასახელებული ალტერნატივისთვის დაემატებინა სხვა ალტერნატივებიც. მაგ. ერთ-ერთმა პაციენტმა აირჩია შემდეგი საქმიანობები: “ქალაქში სეირნობა, ექიმთან საუბარი, ამხანაგთან საინტერესო თემაზე საუბარი”.

დავიწყეთ მათი განხილვა, თუ როგორ მოახერხებდნენ ამის განხორციელებას და ამისათვის რა რესურსები დასჭირდებოდათ. მოწყენილობის პრობლემაზე მუშაობის განმავლობაში პაციენტები რეგულარულად ავსებდნენ მოწყენილობის კითხვარს.

პირველ პრობლემაზე მუშაობის ბოლოს, პაციენტებმა მოახერხეს ალტერნატივების გამოყენება, რის შემდეგაც, მდგომარეობის სუბიექტური შეფასება გაუმჯობესდა. დასასრულს, ჯგუფის წევრებმა აღნიშნეს, რომ მეორე პრობლემა უმჯობესი იქნებოდა აგვერჩია საქმიანობების დროში განაწილება. სანამ ჯგუფს დავალებას მივცემდით, თითოეული პაციენტისთვის დაფაზე შევადგინეთ ცხრილი და ჩამოვწერეთ, თუ ჩვეულებრივ, რითი იყვნენ დაკავებულნი. გამოვლინდა, რომ დღის გარკვეულ პერიოდში მეტად დაკავებულნი იყვნენ და იღლებოდნენ, რაღაც დროს კი საერთოდ არ იცოდნენ რა გაეკეთებინათ და იწყებდნენ. შემდეგ შეხვედრაზე პაციენტებს დაურიგდათ ბლანკები და დაევალებათ ჯგუფშივე შევსოთ გრაფები დღის 8 საათიდან 14-საათამდე. მას შემდეგ, რაც დავრწმუნდით, რომ ჯგუფის წევრებმა კარგად აითვისეს მოცემული ცხრილის შევსების პრინციპი, შემდეგი შეხვედრისთვის მივეცით საქმიანობების დროში განაწილების კითხვარი, სადაც თითოეული საქმიანობა უნდა შეეფასებინათ შედეგით კმაყოფილების მიხედვით (0-უკმაყოფილება, 1-საშუალოდ კმაყოფილება, 2-სრულიად კმაყოფილება). პაციენტები 1 საათიანი შუალედით ავსებდნენ გრაფებს დაწყებული დღის 8-დან, დამთავრებული დამის 24 საათამდე. ერთი კვირის შემდეგ დავალების განხილვიდან გამოჩნდა, რომ პაციენტებმა მოახერხეს ცხრილის შევსება. რამდენადაც მუშაობის მიზანს წარმოადგენდა ალტერნატიული, მათთვის სასიამოვნო საქმიანობების შერჩევა და რეალობაში გამოყენება. ამ მიზნისთვის, პაციენტებს დავურიგეთ საქმიანობების დროში განაწილების ფურცელი, რომელშიც საქმიანობები უნდა შეეფასებინათ სიამოვნების და შედეგით კმაყოფილების მიხედვით. მეორე პრობლემაზე მუშაობის განმავლობაში პაციენტები რეგულარულად ავსებდნენ „საქმიანობების დროში განაწილების ფურცელს“. თერაპიულ შეხვედრაზე ვახერხებდით ერთი ან ორი პაციენტისთვის ისეთი საქმიანობების ამორჩევას, რომელიც სიამოვნებდათ და თანაც უადვილდებოდათ. ერთმა პაციენტმა შეარჩია შემდეგი საქმიანობები: რეცხვა, საჭმლის მომზადება, ოთახის დალაგება, კინოს ყურება; მეორემ აირჩია – მუსიკის მოსმენა და ახლობლების მონახულება, მესამემ - ძაღლების მოვლა, ჭადრაკის თამაში, ბირჟაზე გასვლა, სიძეს მონახულება, ბაღში მუშაობა. თერაპიის დროს აფასებდნენ, თუ მათი ამრით, როგორი იქნებოდა სიამოვნების და სირთულის ხარისხი საქმიანობის შესრულებამდე. შემდეგი შეხვედრისთვის არჩეული სამი საქმიანობის შესრულების შემდეგ უნდა შეეფასებინათ მათი სიამოვნების და სირთულის ხარისხი. აღმოჩნდა, რომ სირთულის ხარისხმა იკლო (დაახლოებით, 70%-დან 30%-მდე), ხოლო სიამოვნების ხარისხი გაიზარდა (დაახლოებით, 50%-დან 90-100%-მდე).

პერიოდულად, ვმუშაობდით ისეთ პრობლემებზე, როგორც იყო მოსმენის პრობლემა – „მიჭირს დილხანს ვუსმინო მოსაუბრეს, ადვილად ვიღლები“. ამ საკითზე ჩამოწერილ იქნა პრობლემის გადაჭრის სხვადასხვა ალტერნატივები (“ვუპასუხო ზოგადი ფრაზებით, გავერიდო სიტუაციას, ვეცადო საუბარში საინტერესო დავიჭირო, ვთხოვო მოკლედ მითხრას სათქმელი”); თითოეული მათგანი შეფასებულ იქნა.

*IPT-ს მეორე ჯგუფში* პირველ პრობლემად შერჩეულ იქნა პაციენტების ხელთ არსებული თანხის (შემოსავლის) სწორად განაწილება. მეორე პრობლემად დასახულ იქნა თავისუფალი დროის შევსება. სანამ გადავიდოდით პირველ პრობლემაზე, ჯგუფში სპეციალურად შევიგანეთ ანალოგიური პრობლემა, რომელიც სხვა – მესამე პირს ეხებოდა: “რაიონიდან სასწავლებლად ჩამომივიდა ახალგაზრდა ნათესავი. მას მშობლები ყოველთვიურად მხოლოდ ჯიბის ფულად უგზავნიან 30 ლარს. ჩემი ნათესავი ამ თანხას ძალიან მალე ხარჯავს და გრანსპორტზე და სხვა წვრილმანებზე აღარ ჰყოფნის.” პირველ რიგში პაციენტებმა გამოყვეს პრობლემა: “უცებ ხარჯავს 30 ლარს”. მიზნად დასახულ იქნა შემდეგი: “30 ლარი იმყოფინოს მთელი თვე”. მოცემულ პრობლემაზე სამუშაოდ საჭირო გახდა ჯგუფში გვემუშავა საკითხზე, თუ რას ნიშნავდა მათთვის “ჯიბის ფული” და რა შედიოდა წვრილმან ხარჯებში. პაციენტებმა წვრილმან ხარჯებად გამოყვეს შემდეგი: 1) გრანსპორტი (არა უნივერსიტეტამდე სამგზავროდ); 2) მგესუმზირა, ფუნთუშა, ხაჭაპური; 3) სიგარეტი; 4) ლუდი, ყავა (კაფეში); 5) ქურნალ-გაზეთები; 6) კინო, თეატრი, სტადიონი.

ამის შემდეგ, ჩამოწერილ იქნა სხვადასხვა ალტერნატივები, თუ როგორ მოახერხებდა სტუდენტი ფულის დამოგვას. საბოლოოდ, ჯგუფმა აირჩია 2 ალტერნატივა: 1) მთელი თვისთვის წინასწარ შეადგინოს გეგმა / გრაფიკი და 2) ერთი ან ორი თვე დააკვირდეს, თუ რაში ეხარჯება 30 ლარი და შემდეგ აირჩიოს პრიორიტეტები. ალტერნატივების გადასაჭრელად დასახელდა შემდეგი რესურსების საჭიროება: ფურცელი, კალამი, მეხსიერება, ნებისყოფა, დრო, ანგარიშის უნარი.

შემდეგი შეხვედრისთვის, შევეცადეთ გადავსულიყავით პირადი პრობლემების განხილვაზე. პაციენტებს ვთხოვეთ ფურცელზე ჩამოეწერათ, თუ რაში ეხარჯებოდათ მათი კუთვნილი პენსია – 33 ლარი. შეხვედრებს შორის, თითოეულ მათგანს ხარჯების ჩამოწერაში ინდივიდუალურადაც ვეხმარებოდით. საბოლოოდ, ჯგუფთან ერთად შევთანხმდით, რომ გვემუშავა საკითხზე, რაში ყოფნიდათ 33 ლარი და რა იყო ის პრიორიტეტები, რომელშიც შეიძლებოდა ამ მცირე თანხის დახარჯვა.

იმისათვის, რომ პაციენტებს გაადვილებოდათ საკუთარი პრიორიტეტების ამორჩევა, კვლავ შევიგანეთ ბოგადი პრობლემა: “ეკა შემცირებაში მოაყოლეს და საკომპენსაციო თანხად დაუნიშნეს 33 ლარი. ეკას ჰყავს ოჯახი, რომელიც მას სრულიად უმრუნველჰყოფს. ეკას უჭირს, მის ხელთ არსებული 33 ლარი წინასწარ გაანაწილოს იმ ყოველდღიურ ხარჯებზე, რომელიც მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია. დავებმართო ეკას პრიორიტეტების არჩევაში.“ მოცემულ სიტუაციაში პაციენტებმა პრობლემად მიიჩნიეს შემდეგი: “ეკას უჭირს პრიორიტეტების ამორჩევა 33 ლარის გასანაწილებლად”. მიზანი იყო: “ამორჩიოს ძირითადი პრიორიტეტები”. პრობლემის გადაჭრის ალტერნატივების ჩამოწერის და მათზე მსჯელობის შემდეგ, ჯგუფში შეირჩა 2 ალტერნატივა. ჯგუფის ერთმა ნაწილმა უპირატესობა მიანიჭა შემდეგ ალტერნატივას: “ყოველდღიურად დახარჯოს მხოლოდ 1 ლარი და 10 თეთრი”. ჯგუფის მეორე ნაწილმა კი – მეორეს: “წინასწარ ჩამოწეროს რაც აუცილებლად სჭირდება და მიუწეროს ფასები და მათგან აირჩიოს პრიორიტეტები”. ჯგუფის ერთ ნაწილს მიეცა დავალება, ჩამოწერათ, თუ ყოველ დღე რაში დახარჯავდნენ 1 ლარს და 10 თეთრს; მეორე ნაწილს კი უნდა ჩამოეწერა პრიორიტეტები.

შემდეგ შეხვედრაზე კვლავ შეიქმნა აუცილებლობა, ჯგუფისთვის გაგვემარტა, თუ რას ნიშნავდა “ჯიბის ფული”. პაციენტები დაიყო ორ ნაწილად – მათი ერთი ნაწილი მარტო ცხოვრობდა და უხდებოდა მთელი შემოსავალის განაწილება სხვადასხვა ხარჯებზე და თან უნდა დარჩენოდათ წვრილმანი ხარჯების ფული (I ვარიანტი), მეორე ნაწილი კი ოჯახში ცხოვრობდა, მეგ-ნაკლებად უმრუნველყოფილნი იყვნენ საკვებით და საცხოვრებლით და მხოლოდ უნდა ემრუნათ, მთელი თვის განმავლობაში როგორ გაენაწილებინათ და ემყოფინათ საკუთარი პენსია (II ვარიანტი). მეორე ვარიანტის შემთხვევაში, თითოეული პაციენტისთვის ვწერდით პრიორიტეტებს თანხებითურთ, ვითვლიდით თანხას და ვადგენდით, თუ რაში შეიძლება დაეხარჯათ 33 ლარი ისე, რომ ან ცოტა თანხა მორჩენოდათ გაუთვალისწინებელი ხარჯებისთვის, ან მთელი თვის განმავლობაში მუსტად დაეხარჯად და არ აეღოთ ვალი. თუ პრიორიტეტები აჭარბებდა მათ ხელთ არსებულ თანხას, ვცდილობდით ამ პრობლემის გადაჭრას. ჯგუფის დანარჩენი წევრები ეხმარებოდნენ ერთმანეთს რჩევების მიცემაში.

*II ვარიანტის მაგალითია: ჯიბის ფული – 33 ლარი.*

*პრიორიტეტები: 1)“კლაქსონი” – 3 ლ. 50 თ. (თვეში ერთხელ); 2)„კვირის პალიგრა“ – 60 თ. (კვირაში ერთხელ); 3)„ასავალ დასავალი“ – 1 ლ. (კვირაში ერთხელ); 4)“სარკე” ან*

“თბილისელები” (კვირაში ერთხელ); 5) საღებავი რეზინი – 50 თ. (კვირაში ორჯერ); 6) გრანსპორტი – 20 თ. (კვირაში რვაჯერ).

თანხის დაანგარიშების შემდეგ, აღმოჩნდა, რომ მოცემულ პაციენტს თვეში ეხარჯებოდა 23 ლარი და გაუთვალისწინებელი ხარჯებისთვის შეიძლება ესარგებლა მორჩენილი 10 ლარით.

I ვარიანტი განვიხილეთ 3 პაციენტთან. იმისათვის, რომ გაგვერკვია, მთლიანი შემოსავალიდან რამდენი რჩებოდათ “ჯიბის ფულად”, გამოვიყენეთ წრიული ცხრილი: მასში გამოვყავით გადასახადები, პროდუქტები, განსაცმელი, ჰიგიენა. რაც დარჩა, იმ ნაწილს ვუწოდეთ „ჯიბის ფული“. მხოლოდ ამის შემდეგ ჩამოვწერეთ ის პრიორიტეტები, რაშიც შეიძლება დაეხარჯა პაციენტს ეს თანხა. მოვიყვანოთ ერთი პაციენტის მაგალითი (იხ. დანართში ნიმუში 8).

მოცემული პაციენტის მთლიანი შემოსავალი შეადგენდა 244 ლარს. ამასთან, თავდაპირველად მან გამოიანგარიშა, რომ პროდუქტში დაახლოებით ეხარჯებოდა 120 ლარი, ჰიგიენაში - 39 ლარი, გრანსპორტში - 5 ლარი, კაგის საკვებში -20 ლარი, გადასახადებში - 45 ლარი (ანუ, ჯამში გამოდიოდა 229 ლარი). თავისუფალ ფულად რჩებოდა 15 ლარი. უნდა აღვნიშნოთ, რომ მოცემულ პაციენტს არ გამოუყვია განსაცმლის ხარჯები მისი პრობლემა მდგომარეობდა იმაში, რომ იგი მუდმივად ვალს იღებდა (მიუხედავად ყველა პაციენტზე უფრო მაღალი შემოსავლისა). თერაპიის დროს კიდევ ერთხელ დავიანგარიშეთ მისი ხარჯები და მივედით იმ დასკვნამდე, რომ მას საკვებში საშუალოდ ეხარჯება 70 ლარი (რადგან რეაბილიტაციის ცენტრში 2-ჯერ იკვებება და სახლში მსუბუქად ვახშობს). საბოლოოდ გამოუვიდა, რომ მას თვეში ძირითად ხარჯებში სჭირდებოდა 179 ლარი და თავისუფალი ფული გამოსდიოდა 65 ლარი. ამ თავისუფალ ფულს გამოაკლდა განსაცმელი (10 ლარი), ბიჟუტერია (15 ლარი) და სიგარეტი (15 ლარი). საბოლოოდ, მას ჯიბის ფულად გამოუვიდა 25 ლარი, რომელიც შეეძლო სურვილისამებრ გამოეყენებინა.

მსგავსად დამუშავდა სხვა პაციენტების ბიუჯეტიც. მათ გაარკვიეს, თუ რა თანხა ეხარჯებოდათ ყოველ თვე და რაში შეიძლება დაეხარჯათ მათ ე.წ. „ჯიბის ფული“.

მეორე პრობლემად ჯგუფში შევიგანეთ თავისუფალი დროის შევსება. პრობლემის გუსკად განსაზღვრისთვის იგი დავეყავით სამ ნაწილად. პირველ ეტაპზე ვიმუშავეთ საკითხზე, ჯგუფის წევრები ორშაბათიდან პარასკევის ჩათვლით რითი იყვნენ დაკავებული თავისუფალ დროს (ცენტრში მოსვლამდე და ცენტრიდან წასვლის შემდეგ).



მეორე ეტაპზე განვიხილეთ შაბათ-კვირის საქმიანობები. საბოლოო მიზანს წარმოადგენდა თავისუფალი დროის შევსება არდადეგების პერიოდში.

პირველ ეტაპზე პაციენტებს უნდა აღეწერათ ის საქმიანობები, რასაც აკეთებდნენ სამუშაო დღეებში (ორშაბათიდან პარასკევამდე, რეაბილიტაციის ცენტრში მოსვლამდე და ცენტრის შემდეგ). ამ დავალების გასამარტივებლად, ჯგუფში თითოეული მათგანი ყვებოდა, თუ ზოგადად რითი იყო დაკავებული დროის ამ პერიოდში. ჯგუფს საშინაო დავალებად მიეცა, ერთი კვირის განმავლობაში საათობრივად დაეფიქსირებინათ ის საქმიანობები, რითიც იყვნენ დაკავებულნი და თითოეული საქმიანობა 100 ბალიან სკალაზე შეეფასებინათ სიამოვნების (“ს”) და შედეგიანობის (“შ”) მიხედვით. მოცემული დავალების მიზანი იყო გაგვერკვია, თითოეულ პაციენტს ყველაზე მეტად რომელი საქმიანობები ანიჭებდა კმაყოფილებას და რომელი მათგანი უადვილდებოდა. დავალებები მიეცათ ასევე შაბათ-კვირისთვისაც. ჯგუფში წინასწარ ვიმუშავეთ შეფასების სისტემაზეც. ერთობლივად განვიხილეთ, თუ რას ნიშნავდა სიამოვნების და სირთულის ხარისხები - 0%, 50% და 100% -ის მიხედვით. ამისთვის მოგვყავდა სხვადასხვა საქმიანობის მაგალითები (ვთქვათ, გაზეთის კითხვა). 2 კვირის განმავლობაში საქმიანობების შეფასების ფურცლის შევსების შედეგად გამოიკვეთა ის საქმიანობები, რომლებიც განსაკუთრებით სიამოვნებას ანიჭებდა ჯგუფის წევრებს. ასევე, პაციენტებმა თვალნათლივ დაინახეს, რომ დღის განმავლობაში ზოგიერთი მათგანი ნაკლებად იყო დატვირთული, ზოგი კი – უფრო მეტად. ჯგუფში ერთობლივად შემუშავდა საქმიანობების ის ნუსხა, რაც შეიძლებოდა თითოეულს მომავალში შეესრულებინა. სულ დასახელდა 22 საქმიანობა. ასევე აღვნიშნეთ, რომ პასიური ქმედებები (როგორცაა ძილი ან წამოწოლა) და ყოველდღიური საქმიანობები (პიგიენა ჭამა და ექიმთან კონსულტაცია) არ ჩაითვლებოდა თავისუფალი დროის შევსებისთვის განკუთვნილ საქმიანობებად. ჯგუფში მუშაობის შედეგად, თითოეულმა პაციენტმა ამოირჩია ის საქმიანობები, რისი გაკეთებასაც ისინი შესძლებდნენ და რომლებიც მათ განსაკუთრებულ სიამოვნებას ანიჭებდა. თერაპევტები ყველანაირად ვცდილობდით, პაციენტების მხრიდან ყოველი ახალი, დამატებითი საქმიანობის არჩევა წაგვეხალისებინა. მაგალითად, პაციენტი, რომელიც არასდროს არ კითხულობდა, ერთ შეხვედრაზე მოვიდა იმ სიახლით, რომ მან გაზეთი შეიძინა და აღმოაჩინა, რომ წაკითხული ინფორმაცია მას სიამოვნებას ანიჭებს და რომ კითხვა არც ისე უძნელდებოდა. ორი პაციენტი შეთანხმდა, პენსიის ალების შემდეგ ერთად წასულიყვნენ კაფეში; ერთმა პაციენტმა წიგნის კითხვა დაიწყო, მეორე კი შეეცადა, დილაობით

ევარჯიშა, ერთიც ამხანაგთან წავიდა სტუმრად. რამდენიმე პაციენტი შეთანხმდა, თბილისის მღვაზე საბანაოდ ერთად წასულიყო; მოგვიანებით, 3 პაციენტი შაბათ დღეს ერთმანეთს შეხვდა და ერთად გაშალეს სუფრა. პაციენტების მიერ არჩეულ და განხორციელებულ ყოველ აქტიურ საქმიანობას განსაკუთრებით აღვნიშნავდით. დანართში, ნიმუშ 9-ში მოყვანილია სამუშაო დღეების და შაბათ-კვირის საქმიანობების შეფასების ფორმა. საქმიანობების შეფასების (აქტიურობის ხარისხის გაუმჯობესების) ფორმის შევსების მაგალითი მოყვანილია დანართში ნიმუში 10).

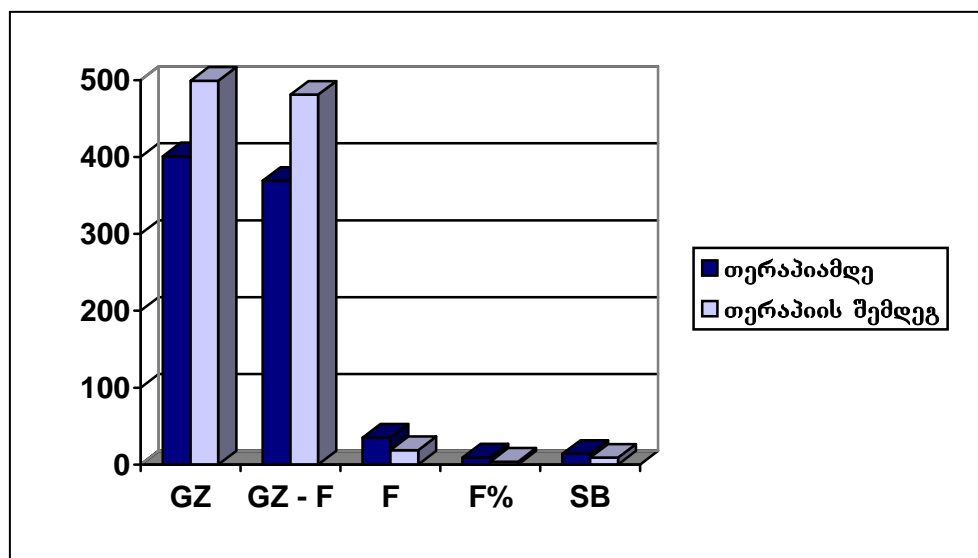
## 4.7 მიღებული შედეგები

ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფის მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურად. გამოყენებულ იქნა არაპარამეტრული სტატისტიკა - Wilcoxon Signed Ranks Test, Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis Test, ასევე, Paired Samples T-Test, Independent Samples T-Test (სტიუდენტის  $t$  კრიტერიუმი) და 2 (თერაპიული ჯგუფი - IPT, არავერბალური თერაპია)  $\times$  2 (დროის პერიოდი - თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ) მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზი.<sup>[137]</sup> დამატებით, გამოყენებულ იქნა წრფივი რეგრესიული ანალიზი და ერთფაქტორიანი დისპერსიული ანალიზი. IPT-ს ეფექტურობის განსაზღვრისთვის, სამივე სფეროსთვის (კოგნიტური ფუნქციები, ფსიქოპათოლოგია და სოციალური ფუნქციონირება) გამოვიყენეთ Smith-ის<sup>[31, 107]</sup> ეფექტურობის ძალის (ES) განმსაზღვრელი ფორმულა:  $ES = (M_{post} - M_{pre}) / SD_{pre+post}$  ეფექტურობის ძალის (ES) კატეგორიზაცია ხდება დაბალი (0,2), საშუალო (0,5) და მაღალი (0,8) ეფექტურობის მიხედვით <sup>[89]</sup>. ქვემოთ მოყვანილია ფუნქციონირების სამივე სფეროში (კოგნიტური სფერო, ფსიქოპათოლოგია, სოციალური ფუნქციონირება) მიღებული შედეგები.

### კოგნიტური სფერო

*ექსპერიმენტულ ჯგუფში* ყურადღების ტესტი შევსებისას მიღებულ იქნა შემდეგი სახის სურათი: თერაპიის დასაწყისში ყურადღების ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა (GZ) საშუალო რაოდენობა იყო 401,8 (SD = 94,579). თერაპიის შემდეგ კი გახდა 499,53 (SD = 68,08). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების (F) საშუალო რაოდენობა იყო 35 (SD = 23,2). თერაპიის შემდეგ კი - 19 (SD = 13,82). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების საშუალო პროცენტული რაოდენობა (F%) იყო 9,15 (SD = 6,52). თერაპიის შემდეგ - 3,95 (SD = 3,077). თერაპიის დასაწყისში, სწორად დამუშავებულ ნიშანთა (GZ-F) საშუალო რაოდენობა იყო 368,6 (SD = 93,90). თერაპიის ბოლოს კი - 481 (SD = 75,24). თერაპიის დასაწყისში SB - ს საშუალო რაოდენობა იყო 14,13 (SD = 5,63). თერაპიის ბოლოს კი - 9,13 (SD = 2,69). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა იყო 9 (SD = 6,12). თერაპიის ბოლოს - 5 (SD = 4,2). თერაპიის დასაწყისში ტესტის შუაში შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა იყო 16 (SD = 11,55). თერაპიის ბოლოს - 8 (SD = 7,08). თერაპიის დასაწყისში ტესტის ბოლოს შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა იყო 10 (SD = 7,58). თერაპიის ბოლოს კი - 5 (SD = 3,45) (იხ. დანართში ცხრილი 1).

როგორც მონაცემებიდან ჩანს, თერაპიის შემდეგ, ყურადღების ტესტში თვალსაჩინოდ გაიზარდა მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობა, ასევე, სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა. შემცირდა როგორც შეცდომების რაოდენობა, ასევე შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი და შეცდომების განაწილება როგორც ტესტის დასაწყისში, შუაში და ბოლოში. ექსპერიმენტული ჯგუფის ყურადღების ტესტის შედეგები ასახულია გრაფიკ 3 – ზე.

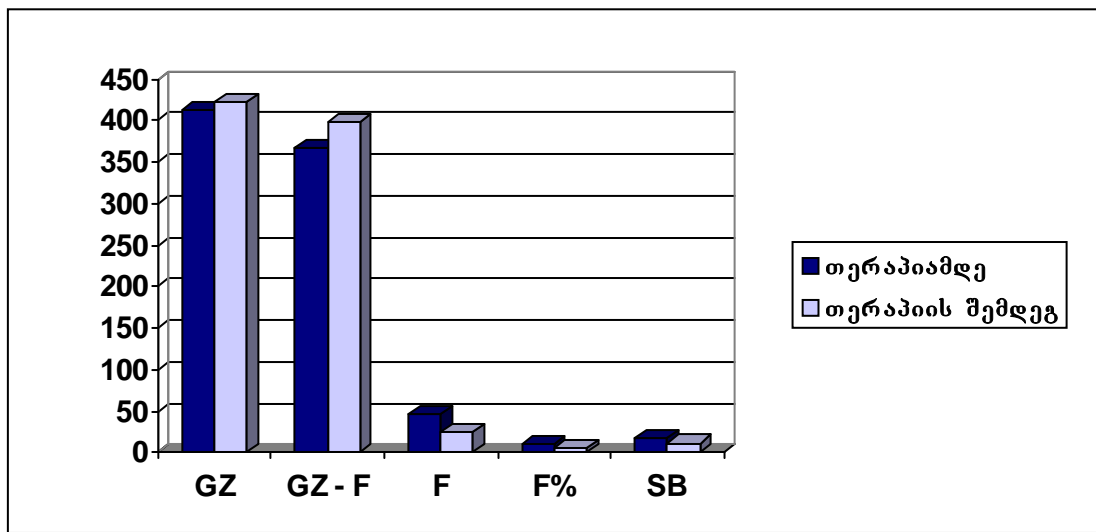


გრაფიკი 3: ყურადღების ტესტში ექსპერიმენტული ჯგუფის საშუალო მაჩვენებლები

**საკონტროლო ჯგუფში** - ყურადღების ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა (GZ) საშუალო რაოდენობა იყო 414 (SD = 82,52). თერაპიის შემდეგ კი გახდა 423 (SD = 90,91). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების (F) საშუალო რაოდენობა იყო 47 (SD = 38,41). თერაპიის შემდეგ - 25 (SD = 13,66). შეცდომების საშუალო პროცენტული რაოდენობა (F%) იყო 10.947 (SD = 8.16). თერაპიის შემდეგ კი - 6.079 (SD = 3.093). თერაპიის დასაწყისში, სწორად დამუშავებულ ნიშანთა (GZ-F) საშუალო რაოდენობა იყო 368 (SD = 74,53). თერაპიის ბოლოს - 398 (SD = 89,35). თერაპიის დასაწყისში SB – ს საშუალო რაოდენობა იყო 17 (SD = 7,88). თერაპიის ბოლოს - 12 (SD = 4,15). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა იყო 10 (SD = 8,42). თერაპიის ბოლოს კი - 7 (SD = 4,39). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა ტესტის შუაში იყო 20 (SD = 18,007). თერაპიის ბოლოს კი - 10 (SD = 5,83). თერაპიის დასაწყისში შეცდომების განაწილების საშუალო რაოდენობა ტესტის

ბოლოს იყო 16 (SD = 13,32). თერაპიის ბოლოს კი - 9 (SD = 5,54) (იხ. დანართში ცხრილი 2).

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების გესტში შემცირდა შეცდომების რაოდენობა და შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი, ასევე თვალსაჩინოდ შემცირდა შეცდომების განაწილება გესტის შუაში და ბოლოში. მცირედ გაიზარდა სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა. საკონტროლო ჯგუფში მიღებული შედეგები ნაჩვენებია გრაფიკ 4-ზე.



გრაფიკი 4: ყურადღების გესტში საკონტროლო ჯგუფის საშუალო მაჩვენებლები

*ყურადღების კონცენტრაციის* გესტის (d2) მიხედვით, *ექსპერიმენტულ* (IPT) ჯგუფში მიღებულ იქნა სანდო დადებითი ცვლილებები Wilcoxon Signed Ranks Test-ის მიხედვით. კერძოდ, შემცირდა შეცდომების რაოდენობა (F) ( $Z=-3,01$ ,  $p=,003$ ) და პროცენტული მაჩვენებელი (F%) ( $Z=-3,18$ ,  $p=,001$ ), ასევე, თერაპიის შედეგად პაციენტები უფრო მეტი ნიშნის დამუშავებას ასწრებდნენ (GZ) ( $Z=-3,01$ ,  $p=,003$ ) და შესაბამისად უფრო გაიზარდა სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა (GZ -F) ( $Z=-3,18$ ,  $p=,001$ ). სტატისტიკურად სანდო კორელაცია აღინიშნა SB-ში ( $Z= -3,24$ ,  $p= ,001$ ), და შეცდომების რაოდენობის შემცირებაში გესტის დასაწყისში ( $Z= -2,87$ ,  $p= ,004$ ), შუაში ( $Z= -2,89$ ,  $p= ,004$ ) და ბოლოში ( $Z= -2,58$ ,  $p= ,01$ ) (იხ. ცხრილი 22, გრაფიკი 3).

Paired Samples T- Test – ის მიხედვითაც, IPT სტატისტიკურად სანდოდ ეფექტური აღმოჩნდა როგორც მთელს გესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობის ( $t = -4,76$ ,  $p = 0,0001$ ), ასევე სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის ( $t = -5,77$ ,  $p = 0,0001$ ) გაზრდაში. შემცირდა შეცდომების რაოდენობა ( $t = 3,95$ ,  $p = 0,001$ ), შეცდომების

პროცენტულ მაჩვენებელი ( $t = 3,89, p = 0,002$ ) და SB ( $t = 4,65, p = 0,0001$ ), ასევე პაციენტები უფრო ნაკლებ შეცდომებს უშვებდნენ გესგის დასაწყისში ( $t = 3,57, p = 0,003$ ), შუაში ( $t = 3,57, p = 0,003$ ) და ბოლოში ( $t = 4,39, p = 0,01$ ).

როგორც მონაცემებიდან ჩანს, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან თვალსაჩინოდ გაუმჯობესდა ყურადღების გესგში მიღწევები, პაციენტები ნაკლებ შეცდომებს უშვებდნენ და თერაპიის ბოლოს ყურადღების გესგში უფრო მეტი ნიშნის დამუშავებას ასწრებდნენ, ვიდრე თერაპიამდე. ყოველივე ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ IPT-ს შედეგად ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან თვალსაჩინოდ გაუმჯობესდა კოგნიტური ფუნქციები.

ცხრილი 22: ექსპერიმენტული ჯგუფის სტატისტიკური მონაცემები Wilcoxon Signed Ranks Test და T-Test-ის მიხედვით:

კითხვა-რები	საშუალო მაჩვენებლები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ				Wilcoxon Signed Ranks Test		Paired Samples T-Test	
	M <sub>1</sub> (თერაპიამდე)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>1</sub> )	M <sub>2</sub> (თერაპიის შემდეგ)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>2</sub> )	Z	p (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
d2 (GZ)	401	94,6	499	68,08	-3,01	<b>0,003</b>	-4,76	<b>0,0001</b>
d2 (F)	35	23,2	18,73	13,82	- 3,01	<b>0,003</b>	3,95	<b>0,001</b>
d2 (F%)	9,2	6,5	3,951	3,0771	-3,18	<b>0,001</b>	3,89	<b>0,002</b>
d2 (GZ-F)	369	93,9	481	75,24	-3,18	<b>0,001</b>	-5,77	<b>0,0001</b>
d2 (SB)	14	5,6	9	2,69	-3,24	<b>0,001</b>	4,65	<b>0,0001</b>
d2 (დ)	9	6,11	5	4,20	-2,87	<b>0,004</b>	3,57	<b>0,003</b>
d2 (შ)	16	11,6	8	7,08	-2,89	<b>0,004</b>	3,57	<b>0,003</b>
d2 (ბ)	10	7,58	5	3,45	-2,58	<b>0,01</b>	2,96	<b>0,01</b>
BPRS	43	8,5	37	5,5	-3,14	<b>0,002</b>	4,39	<b>0,001</b>
FBF	36	19,8	24	13,17	-2,52	<b>0,011</b>	3,24	<b>0,006</b>
GAF	54	5,65	60	6,12	-3,43	<b>0,001</b>	-12,6	<b>0,0001</b>

საკონტროლო ჯგუფში თერაპიის შემდეგ Wilcoxon Signed Ranks Test-ის მიხედვით სანდო ცვლილებები იქნა მიღებულ შემდეგ მახასიათებლებში: შეცდომების რაოდენობაში - F ( $Z=-2,48, p=0,013$ ) შეცდომების პროცენტულ მაჩვენებელში - F% ( $Z=-2,79, p=0,005$ ), გესგში სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობასა – GZ -F ( $Z=-2,07, p=0,039$ ) და SB-ში ( $Z=-1,98, p=0,048$ ). ასევე აღმოჩნდა, რომ თერაპიის შედეგად პაციენტები უფრო ნაკლებ შეცდომებს უშვებდნენ გესგის შუაში ( $Z=-2,33, p=0,02$ ) და ბოლოში ( $Z=-2,23, p=0,026$ ).

Paired Samples T-Test – ის მიხედვით, ყურადღების გესტის თითქმის ყველა მახასიათებელში აღინიშნა სანდო ცვლილება, გარდა GZ – სა და გესტის დასაწყისში შეცლომების რაოდენობისა (მიღებულ იქნა არაპარამეტრული სტატისტიკის მსგავსი მონაცემები) (იხ. ცხრილი 23, გრაფიკი 4). (იხ. დანართში გრაფიკი 1–8).

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს გესტის დასაწყისში აღინიშნებოდათ ჩართულობის პრობლემა, გავარჯიშებაში საჭიროებდნენ უფრო მეტ დროს, მუშაობდნენ ნელა, რის გამოც, დასაწყისში მაგულობდა შეცლომების რაოდენობა და საბოლოოდ, შედარებით ნაკლები ნიშნის დამუშავებას ასწრებდნენ.

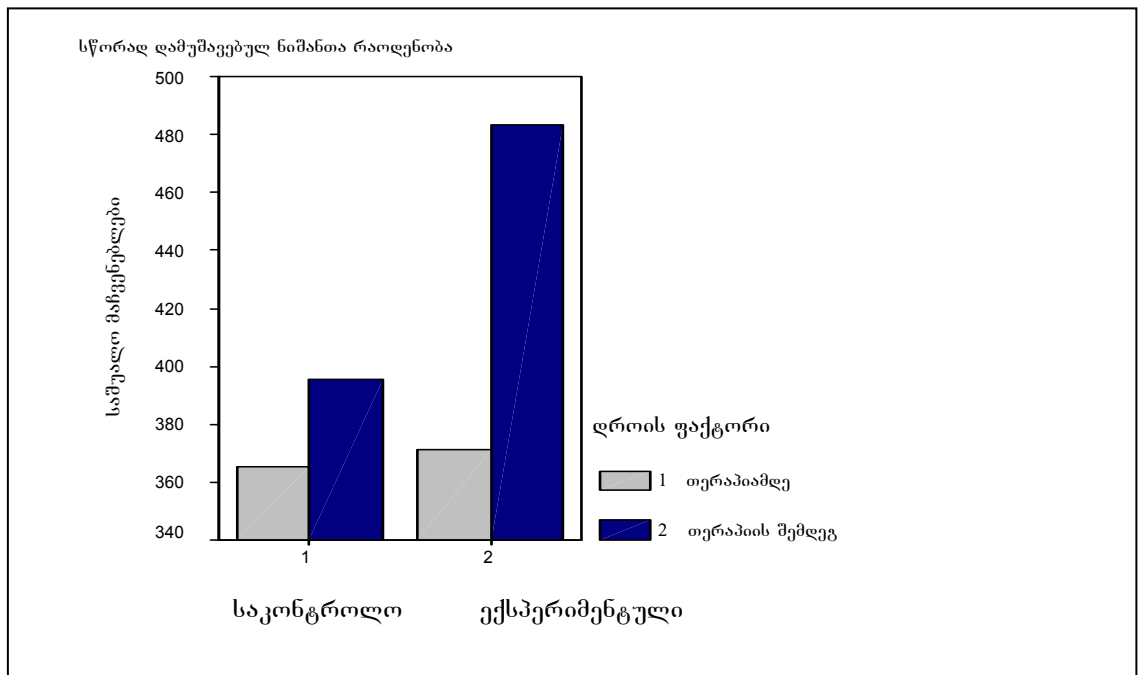
ცხრილი 23: საკონტროლო ჯგუფის სტატისტიკური მონაცემები Wilcoxon Signed Ranks Test და T-Test-ის მიხედვით:

კითხვა-რები	საშუალო მაჩვენებლები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ				Wilcoxon Signed Ranks Test		Paired Samples T-Test	
	M <sub>1</sub> (თერაპიამდე)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>1</sub> )	M <sub>2</sub> (თერაპიის შემდეგ)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>2</sub> )	Z	p (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
d2 (GZ)	412	82,5	423	90,9	-0,739	0,46	-0,62	0,55
d2 (F)	47	38,4	25	13,7	-2,48	<b>0,013</b>	2,61	<b>0,02</b>
d2 (F%)	10,95	8,16	6,1	3,1	-2,79	<b>0,005</b>	2,93	<b>0,01</b>
d2 (GZ-F)	368	74,5	398	89,4	-2,07	<b>0,039</b>	-2,16	<b>0,048</b>
d2 (SB)	17	7,9	12	4,2	-1,98	<b>0,048</b>	2,203	<b>0,044</b>
d2 (დ)	10	8,43	7	4,39	-1,34	0,18	1,47	0,163
d2 (შ)	20	18	10	5,83	-2,33	<b>0,02</b>	2,34	<b>0,034</b>
d2 (ბ)	16	13,3	9	5,55	-2,23	<b>0,026</b>	2,59	<b>0,02</b>
BPRS	51	15,05	46	11,3	-1,48	0,14	1,499	0,155
FBF	38	22,3	30	20,1	-1,81	0,7	1,819	0,089
GAF	53	6,95	57	5,61	-2,69	<b>0,007</b>	-3,38	<b>0,004</b>

ორივე თერაპიის შესადარებლად გამოყენებულ იქნა 2 (დროის პერიოდი) X 2(თერაპიული ჯგუფი) მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზი. დროის ფაქტორში სანდო ცვლილება აღინიშნა მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობაში (GZ) (F (1,29) = 16,36, MSE = 2784,24, p<0,001), სადაც თერაპიული ჯგუფის და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა (F (1,29) = 10,51, MSE = 2784,24, p<0,01); ინტერაქციის დაფიქსირება მეტყველებს თერაპიული ჯგუფის ეფექტურობაზე. რამდენადაც, საკონტროლო ჯგუფში, GZ-ს მაჩვენებელში არ გამოვლინდა

სტატისტიკურად სანდო ცვლილება, ამიტომ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მოცემული პარამეტრის გაუმჯობესებაზე სტატისტიკურად სანდო გავლენა იქონია IPT-მ.

დროის ფაქტორში სტატისტიკურად სანდო ცვლილება იქნა მიღებული შეცდომების რაოდენობაში (F) ( $F(1,29) = 16,11$ ,  $MSE = 342,67$ ,  $p < 0,001$ ), შეცდომების პროცენტულ მაჩვენებელში (F%) ( $F(1,29) = 21,95$ ,  $MSE = 17,86$ ,  $p < 0,001$ ), სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობაში (GZ-F) - F ( $F(1,29) = 35,96$ ,  $MSE = 2179,81$ ,  $p < 0,001$ ), სადაც თერაპიული ჯგუფის და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა ( $F(1,29) = 11,85$ ,  $MSE = 2179,81$ ,  $p < 0,01$ ); SB-ში ( $F(1,29) = 16,44$ ,  $MSE = 20,96$ ,  $p < 0,001$ ), შეცდომების რაოდენობაში ტესტის დასაწყისში ( $F(1,29) = 8,39$ ,  $MSE = 20,51$ ,  $p < 0,01$ ), შუაში ( $F(1,29) = 12,89$ ,  $MSE = 93,57$ ,  $p < 0,001$ ) და ბოლოში ( $F(1,29) = 13,74$ ,  $MSE = 39,68$ ,  $p < 0,01$ ).



**გრაფიკი 5:** IPT-ს ეფექტურობა ყურადღების ტესტში სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის მიხედვით

ანუ, შეიძლება ითქვას, რომ დროის განმავლობაში, როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონტროლო ჯგუფებში გაუმჯობესდა კოგნიტური ფუნქციები. მიუხედავად ამისა, ექსპერიმენტულ ჯგუფში დროის ფაქტორის გარდა დაფიქსირდა თერაპიული ჯგუფის ინტერაქცია, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ყურადღების ტესტის შედეგების გაუმჯობესებაზე არსებითი გავლენა იქონია IPT-მ. ყურადღების ტესტის შედეგებში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მახასიათებლად ითვლება ტესტში მოსწრებულ



ნიშანთა რაოდენობა (GZ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა (GZ - F). ამ უკანასკნელს ყურადღების კონცენტრაციის ტესტში უწოდებენ ”მიღწევის ბოგად მაჩვენებელს” და იგი უშუალოდ მიუთითებს ყურადღების ტესტის დადებით თუ უარყოფით შედეგზე. გრაფიკ 5 -ზე ერთმანეთთან შედარებულია საკონტროლო და ექსპერიმენტული ჯგუფის მონაცემები სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის მიხედვით, სადაც კარგად ჩანს IPT-ს ეფექტურობა.

იმის გათვალისწინებით, რომ კვლევაში მონაწილე პაციენტები იმყოფებოდნენ მედიკამენტური მკურნალობის ქვეშ, საჭირო გახდა დაგვედგინა, თუ რითი იყო განპირობებული ყურადღების ტესტში მიღებული დადებითი ცვლილება – იყო ეს თერაპიების შედეგი, თუ ამაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა მედიკამენტური მკურნალობა. ერთის მხრივ, მედიკამენტების მაღალი დოზის ქვეშ ყოფნის შემთხვევაში, დიდი იყო ალბათობა, რომ წამლის მაღალ დოზურ დოზას უარყოფითი გავლენა მოეხდინა ყურადღების ტესტის შესრულების ხარისხზე. მეორეს მხრივ კი, კვლევაში მონაწილე პაციენტების უმრავლესობა მკურნალობდა კლომაპინით. ამასთან, ცნობილია კლომაპინის დადებითი ეფექტი კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაში.

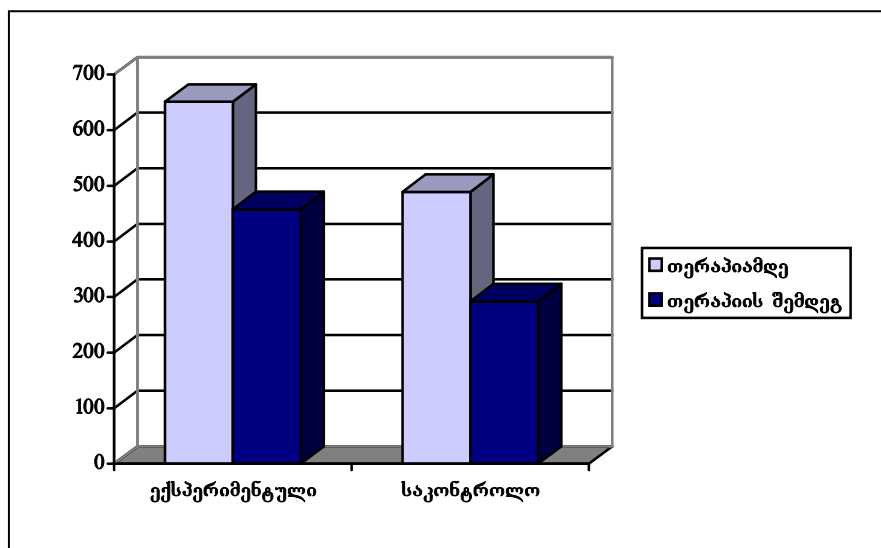
ექსპერიმენტულ ჯგუფში მედიკამენტების საწყისი დოზის (გადაყვანილია ქლორპრომამინის ექვივალენტებში) საშუალო მაჩვენებელი იყო 651 (SD=656), დოზის ცვლილების შემდეგ კი 489 (SD=373). საკონტროლო ჯგუფში მედიკამენტების საწყისი დოზის საშუალო მაჩვენებელი იყო 458 (SD=458), დოზის ცვლილების კი - 292 (SD=298).

**ცხრილი 24:** ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფებში მედიკამენტების საწყისი დოზის და დოზის ცვლილების საშუალო მაჩვენებლები (ქლორპრომამინის ექვივალენტი).

	საწყისი დოზის M	დოზის ცვლილების M	საწყისი დოზის SD	დოზის ცვლილების SD
ექსპერიმენტული ჯგუფი	651	489	656	373
საკონტროლო ჯგუფი	458	292	458	298

ანუ, ექსპერიმენტულ ჯგუფში პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა უფრო არასტაბილური იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში და შესაბამისად, ისინი მედიკამენტების უფრო მაღალ დოზას საჭიროებდნენ. ამასთან, აღსანიშნავია ის ფაქტიც,

რომ თერაპიის დასასრულს, ექსპერიმენტულ ჯგუფში თვალსაჩინოდ შემცირდა პრეპარატების დღიური დოზა (იხ. ცხრილი 24). თვალსაჩინოებისთვის, გრაფიკზე 6 მოყვანილია ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების საწყისი დღიური დოზის და დოზის ცვლილება თერაპიაზე და მის შემდეგ.



**გრაფიკი 6:** ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებში მედიკამენტების საწყისი დღიური დოზის და მისი ცვლილების შედარება

საკითხის გასარკვევად, იქონია თუ არა ფარმაკოლოგიურმა მკურნალობამ დადებითი ან უარყოფითი ეფექტი, კოვარიაციული ანალიზის მეშვეობით გამოვრცხეთ პრეპარატების ეფექტი. მედიკამენტების საწყისი დოზის გამორიცხვის შედეგად, დოზაზე არ აღმოჩნდა დამოკიდებული მთელს ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $F(1,28) = 7,84, MSE = 2883,62, p < 0,01$ ), შეცდომების რაოდენობა ( $F(1,28) = 8,11, MSE = 354,73, p < 0,01$ ), შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი ( $F(1,28) = 9,71, MSE = 18,48, p < 0,01$ ), სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $GZ-F(1,28) = 17,60, MSE = 2256,96, p < 0,001$ ), SB -ში ( $F(1,28) = 5,46, MSE = 21,37, p < 0,05$ ), შეცდომების რაოდენობა ტესტის დასაწყისში ( $F(1,28) = 6,56, MSE = 20,81, p < 0,05$ ), შუაში ( $F(1,28) = 8,34, MSE = 95,82, p < 0,01$ ) და ბოლოში ( $F(1,28) = 5,79, MSE = 41,04, p < 0,05$ ). მიღებული შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ, ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების ტესტის არც ერთ პარამეტრზე არსებითი გავლენა არ იქონია პრეპარატების დღიურმა დოზამ. მედიკამენტების საწყისი დოზის დაფიქსირების მიუხედავად, სტატისტიკურად

სანდო მონაცემების მიღება მიუთითებს კოგნიტურ სფეროში IPT-ს მოდიფიცირებული ვარიანტის ეფექტურობაზე.

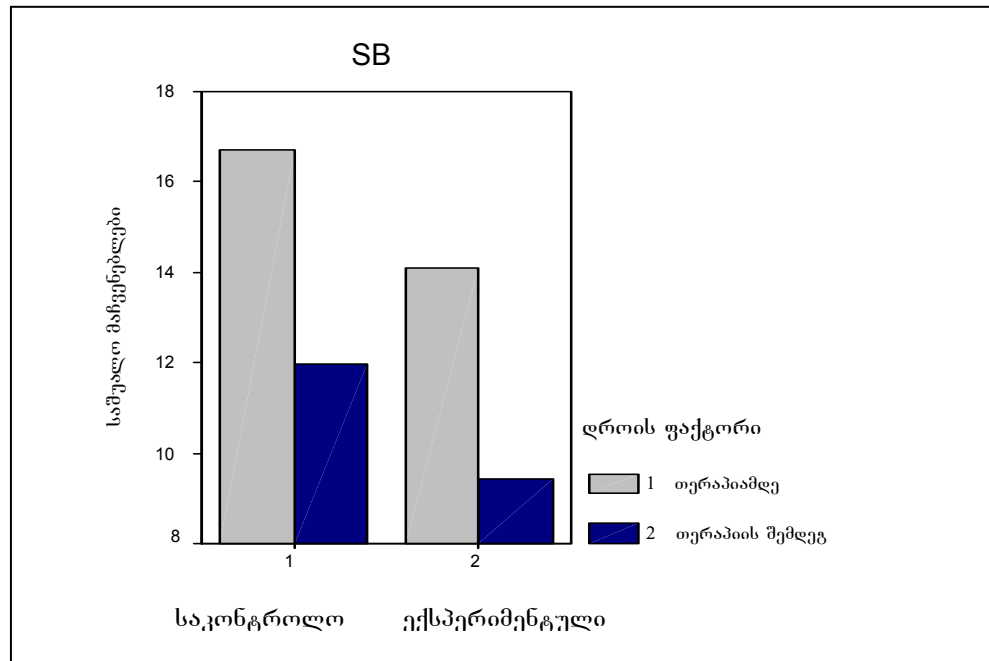
მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების საფუძველზე დადასტურდა, რომ საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების ტესტის ზოგიერთ პარამეტრზე გავლენა იქონია მედიკამენტების ღირებულებამ, რამდენადაც, მისი გამორიცხვის შედეგად მიღებულ იქნა უფრო სტატისტიკურად სანდო დადებითი ცვლილება ტესტის დასაწყისში შეცდომების რაოდენობის მხრივ და მთელს ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობის მხრივ.

პრეპარატების დღიური ღირებულების ცვლილების დაფიქსირების (გამორიცხვის) შედეგად სანდო დადებითი ცვლილება იქნა მიღებული დროის ფაქტორში მთელს ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობაში (GZ) ( $F(1,28) = 9,25$ ,  $MSE = 2844,31$ ,  $p < 0,05$ ). კვლავ დაფიქსირდა დროისა და ჯგუფის ფაქტორების ინტერაქციის სტატისტიკურად სანდო ეფექტი ( $F(1,28) = 10,57$ ,  $MSE = 2844,31$ ,  $p < 0,01$ ); დროის ფაქტორში სტატისტიკურად სანდო ცვლილება იქნა მიღებული შეცდომების რაოდენობაში ( $F(1,28) = 9,79$ ,  $MSE = 347,89$ ,  $p < 0,01$ ), შეცდომების პროცენტულ მაჩვენებელში ( $F(1,28) = 13,15$ ,  $MSE = 18,05$ ,  $p < 0,01$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობაში ( $F(1,28) = 21,54$ ,  $MSE = 2174,66$ ,  $p < 0,0001$ ). სტატისტიკურად სანდო ცვლილება დადასტურდა შეცდომების რაოდენობაში ტესტის დასაწყისში ( $F(1,28) = 5,97$ ,  $MSE = 20,79$ ,  $p < 0,05$ ), შუაში ( $F(1,28) = 9,95$ ,  $MSE = 92,90$ ,  $p < 0,01$ ) და ბოლოში ( $F(1,28) = 6,62$ ,  $MSE = 40,96$ ,  $p < 0,05$ ). ჯგუფის ფაქტორის და პრეპარატების დღიური ღირებულების და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ).

მედიკამენტების საწყისი ღირებულება და მისი ცვლილების დაფიქსირების შემთხვევაში, საკონტროლო ჯგუფში არ იქნა სანდო ცვლილება მიღებული SB-ში ( $p = 0,098$ ), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ფარმაკოლოგიურმა ჩარევამ განსაზღვრული წვლილი შეიგანა ყურადღების ტესტში მინიმალურ და მაქსიმალურ მიღწევებს შორის სხვაობაში (გრაფიკი 7). რაც უფრო დიდია SB - ს სხვაობაში სიდიდე მიუთითებს იმაზე, რომ ტესტის შესრულების განმავლობაში პაციენტი არასტაბილურად მუშაობს - პერიოდულად სწრაფად ასრულებს დავალებას, დროდადრო კი იღლება და შესრულების ტემპიც კლებულობს. დანარჩენ ცვლადებში მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული. არ დაფიქსირდა ღირებულების ცვლილების გავლენა სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობაზე.

რამდენადაც მედიკამენტების საწყისი ღირებულება და მისი ცვლილების ერთდროულად დაფიქსირების შედეგად ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების ტესტის მაჩვენებლები იგივე დარჩა, მიღებული შედეგები კიდევ ერთხელ განამტკიცებს ვარაუდს, რომ

ყურადღების გესტში მიღწევებზე დადებითი გავლენა იქონია დროის ფაქტორის და და IPT – ს ურთიერთგავლენამ. მედიკამენტების ფაქტორი არ ცვლიდა ექსპერიმენტული ჯგუფის მონაცემებს, სადაც საკონტროლოსგან განსხვავებით, თავიდანვე მაღალი იყო მედიკამენტების საწყისი დოზა.



**გრაფიკი 7: SB-ს შედეგები მულტიფაქტორიული დისპერსიული ანალიზის მიხედვით**

ყურადღების გესტში მიღებულ დადებით შედეგებზე თერაპიების ეფექტურობის დამატებით გადასამოწმებლად გამოყენებულ იქნა წრფივი მრავლობითი რეგრესია. დამოუკიდებელ ცვლადებად აღებულ იქნა IQ, განათლება, დაავადების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა და ხანგრძლივობა, პრეპარატების დღიური დოზა და დოზის ცვლილება. დამოუკიდებელ ცვლადად აღებულ იქნა ყურადღების გესტის ცალკეული მახასიათებელი. საკონტროლო ჯგუფში SB-ში (თერაპიის შემდეგ) დეგერმინაციის კოეფიციენტმა აჩვენა, რომ აღებული მოდელი (დამოუკიდებელი ცვლადების ერთობლიობა) დამოუკიდებელი ცვლადის დისპერსიის 93%-ს ხსინის ( $R^2 = 0,93$ ). აღებული მოდელიდან SB-ში სანდო წვლილი შეიგანა დაავადების ხანგრძლივობამ ( $b_z = 0,698$ ,  $t = 3,314$ ,  $p < 0,05$ ) და პრეპარატების დღიურმა დოზამ ( $b_z = -0,818$ ,  $t = -3,396$ ,  $p < 0,05$ ). გესტის დასაწყისში შეცდომების განაწილებაში უარყოფითი შედეგის მიღებაში სანდო წვლილი შეიგანა დაავადების ხანგრძლივობამ ( $R^2 = 0,93$ ) ( $b_z = ,737$ ,  $t = 3,519$ ,  $p < 0,05$ ). მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების გესტის

არასტაბილურად შესრულებაში დაფიქსირდა პრეპარატების დღიური დოზის გავლენა (რაც ადასტურებს მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზით მიღებულ შედეგებს). წრფივი მრავლობით რეგრესიის შედეგად გამოვლინდა, რომ დაავადების ხანგრძლივობა განსაზღვრულ უარყოფით გავლენას ახდენდა ტესტში ჩართულობის ხარისხზე, ინსტრუქციის სწრაფად გაგებასა და სწრაფ გავარჯიშებაზე.

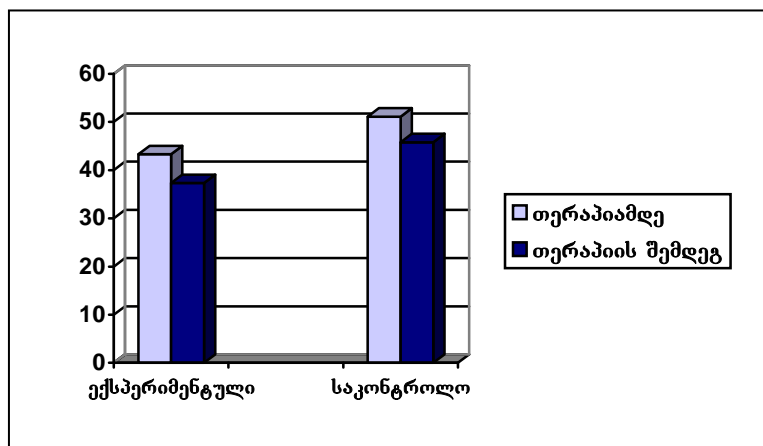
ექსპერიმენტულ ჯგუფში თერაპიის შემდეგ ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობაში სანდო წვლილი შეიგანა პაციენტების განათლებამ ( $R^2 = 0,97$   $b_z = -,802$ ,  $t = -0,4,505$ ,  $p < 0,05$ ) და IQ-მ ( $b_z = 0,921$ ,  $t = 6,276$ ,  $p < 0,01$ ). მსგავსი სურათი იქნა მიღებული სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის შემთხვევაშიც. ყოველივე ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ რაც უფრო მაღალი იყო პაციენტების ინტელექტი და განათლება, პაციენტები მით უფრო მეტი ნიშნის დამუშავებას ასწრებდნენ და უფრო მეტი იყო სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა. მოცემული ფაქტი შეიძლება აიხსნას იმით, რომ შედარებით მაღალი ინტელექტის მქონე პაციენტები ტესტის შესრულებისას თავიდანვე სწორ სტრატეგიას ირჩევდნენ - მეტად სწრაფი მუშაობა ზრდის შეცდომების რაოდენობას. ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებმა თერაპიის ბოლოს შეიმუშავეს ტესტის შესრულების ის ოპტიმალური ტემპი, რომლის დროსაც შედარებით ნაკლები შეცდომების დაშვებაა მოსალოდნელი. მიღებული შედეგები კიდევ ერთხელ ადასტურებს IPT-ს ეფექტურობას.

## **ფსიქოპათოლოგია**

### **BPRS**

*ექსპერიმენტულ ჯგუფში თერაპიის დასაწყისში* BPRS-ში ჯამური მაჩვენებლის მინიმალური ქულა იყო 30, მაქსიმალური – 58, საშუალო ქულა იყო 43 (SD = 8.5). თერაპიის შემდეგ, მინიმალური ქულა გახდა 30, მაქსიმალური – 48. შესაბამისად, საშუალო ქულა იყო 37 (SD = 5.5). *საკონტროლო ჯგუფში* BPRS-ში ჯამური მაჩვენებლის მინიმალური ქულა იყო 31, მაქსიმალური – 89, საშუალო ქულა იყო 51 (SD = 15.05). თერაპიის შემდეგ, მინიმალური ქულა იყო 32, მაქსიმალური - 68, საშუალო ქულა იყო 46 (SD = 11.3) (გრაფიკი 8). თავად ტესტის შიგნით, თითოეული სიმპტომის შეფასება ხდებოდა 7 ბალიან სკალაზე. ამასთან, 1 ნიშნავს – ”არ აღინიშნება”, 2 – ”ძალიან სუსტი”, 3 – ”სუსტი”, 4 – ”საშუალო/ზომიერი”, 5 – ”ზომიერად მძიმე”, 6 – ”მძიმე” და 7 – ”ძალიან მძიმე”. თერაპიამდე და მის შემდეგ სიმპტომების სიმძიმის ხარისხების მაქსიმალური მაჩვენებლები მოყვანილია დანართის ცხრილში 3. თავალსაჩინოებისთვის,

მოყვანილია საკონტროლო ჯგუფის მონაცემებიც. ცხრილში არ არის მინიმალური შეფასებები იმის გამო, რომ როგორც ექსპერიმენტული, ასევე საკონტროლო ჯგუფებისთვის ყველა სიმპტომის დროს მინიმალური მაჩვენებელი იყო 1.



**გრაფიკი 8:** BPRS–ში ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების საშუალო მაჩვენებლების ცვლილება თერაპიამდე და მის შემდეგ

BPRS-ში შედარდა ჯამური ქულები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ. *ექსპერიმენტულ* ჯგუფში Paired Samples T-Test-ის მიხედვით მიღებულ იქნა სანდო ცვლილებები ( $t=4,39$ ,  $p=0,001$ ). გესტის შიგნით, სტატისტიკურად სანდოდ იკლო შფოთვის დონემ ( $t=2,45$ ,  $p=0,028$ ), აგზნებადობამ ( $t=2,358$ ,  $p=0,033$ ), მანერულობამ ( $t=2,45$ ,  $p=0,028$ ), აწეულმა გუნებ-განწყობამ ( $t=2,45$ ,  $p=0,028$ ) და ჰიპერაქტიურობამ ( $t=3,67$ ,  $p=0,003$ ). ასევე შემცირდა აუტიზმი ( $t=2,092$ ,  $p=0,055$ ) და დაძაბულობის ხარისხი ( $t=2,092$ ,  $p=0,055$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკის (Wilcoxon Signed Ranks Test) მიხედვით, მსგავსი დადებითი შედეგი იქნა მიღებული როგორც ზოგადად ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებაში ( $Z=-3,141$ ,  $p=0,002$ ), ასევე, შემცირდა შფოთვის დონე ( $Z=-2,121$ ,  $p=0,034$ ), აგზნებადობა ( $Z=-1,94$ ,  $p=0,05$ ), მანერულობა ( $Z=-2,121$ ,  $p=0,034$ ), აწეული გუნებ-განწყობა ( $Z=-2,121$ ,  $p=0,034$ ) და ჰიპერაქტიურობა ( $Z=-2,71$ ,  $p=0,007$ ). მაშასადამე, მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად გამოვლინდა, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში თვალსაჩინოდ შემცირდა პოზიტიური სიმპტომები. ანუ, შეიძლება ითქვას, რომ მართალია ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან ზოგიერთი სიმპტომის ინტენსივობამ შედარებით მოიმატა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მთლიანობაში, პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა.

საკონტროლო ჯგუფში Paired Samples T-Test-ის მიხედვით, ჯამურ მაჩვენებლებში არ იქნა მიღებული სანდო ცვლილება. თავად გესტის შიგნით, სანდოდ შესუსტდა

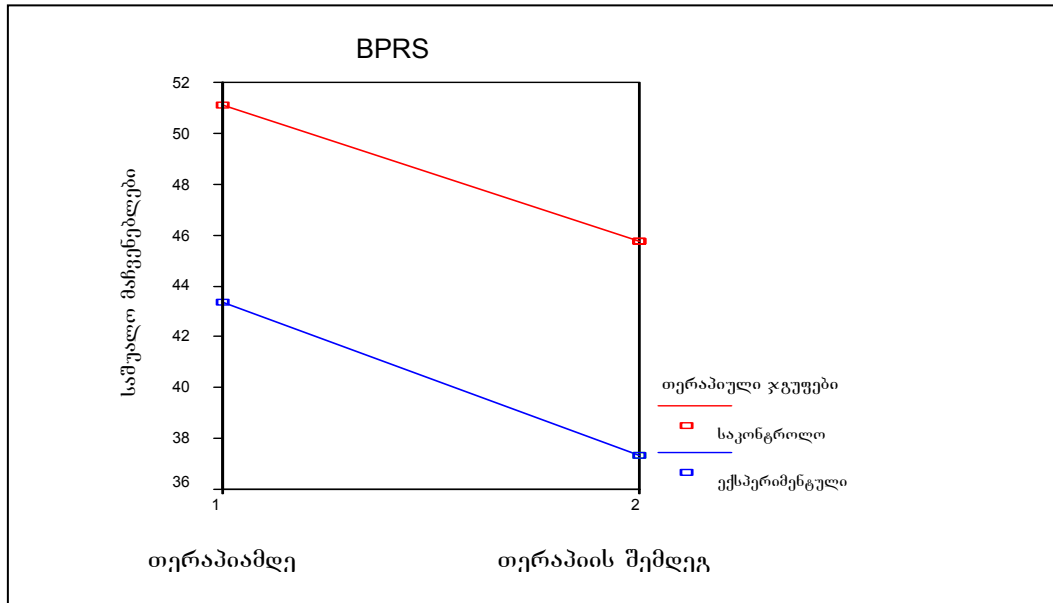
ჰალუცინაციები ( $t=2,93$ ,  $p=0,01$ ), აუტიზმი ( $t=2,236$ ,  $p=0,041$ ) და სუიციდალობა ( $t=2,423$ ,  $p=0,029$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკის (Wilcoxon Signed Ranks Test) მიხედვითაც სანდო ცვლილება დაფიქსირდა ჰალუცინაციების ( $Z=-2,39$ ,  $p=0,017$ ), აუტიზმის ( $Z=-2,06$ ,  $p=0,039$ ) და სუიციდალობის ( $Z=-2,209$ ,  $p=0,027$ ) შესუსტებაში. ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ მართალია საკონტროლო ჯგუფში თერაპიის შემდეგ ზოგიერთი სიმპტომატიკის ინტენსივობამ იკლო, მაგრამ თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა.

**ცხრილი 25:** ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების სტატისტიკური მონაცემები Wilcoxon Signed Ranks Test და T-Test-ის მიხედვით:

	საშუალო მაჩვენებლები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ				Wilcoxon Signed Ranks Test		Paired Samples T-Test	
	M <sub>1</sub> (თერაპიამდე)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>1</sub> )	M <sub>2</sub> (თერაპიის შემდეგ)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>2</sub> )	Z	p (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
BPRS - თერაპიამდე	43	8,5	37	5,5	-3,14	<b>0,002</b>	4,39	<b>0,001</b>
BPRS - თერაპიის შემდეგ	51	15,05	46	11,3	-1,48	0,14	1,499	0,155

როგორც შედეგებიდან ჩანს, ზოგადად, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან უფრო მეტად გაუმჯობესდა ფსიქიკური მდგომარეობა. მიუხედავად ჰალუცინაციების მცირედ მომატებისა, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა უფრო უკეთესი იყო თერაპიის ბოლოს, ვიდრე დასაწყისში. საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან თერაპიის ბოლოს ფსიქიკური მდგომარეობა დაახლოებით ისეთივე იყო, როგორც თერაპიის დასაწყისში.

თერაპიულ ჯგუფებს შორის განსხვავებების დასადგენად გამოყენებულ იქნა 2 (თერაპიული ჯგუფი) x 2 (დროის პერიოდი) მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზი. მონაცემების დამუშავების შედეგად დროის ფაქტორში სანდო ცვლილებები იქნა მიღებული ჯამურ მაჩვენებელში ( $F(1,29)=8,35$ ,  $MSE=1739,875$ ,  $p<0,01$ ). დამატებით, სტატისტიკურად სანდო ცვლილება იქნა მიღებული თერაპიული ჯგუფის (IPT) ფაქტორში ( $F(1,29)=5,899$ ,  $MSE=5007,542$ ,  $p<0,05$ ) (გრაფიკი 9).

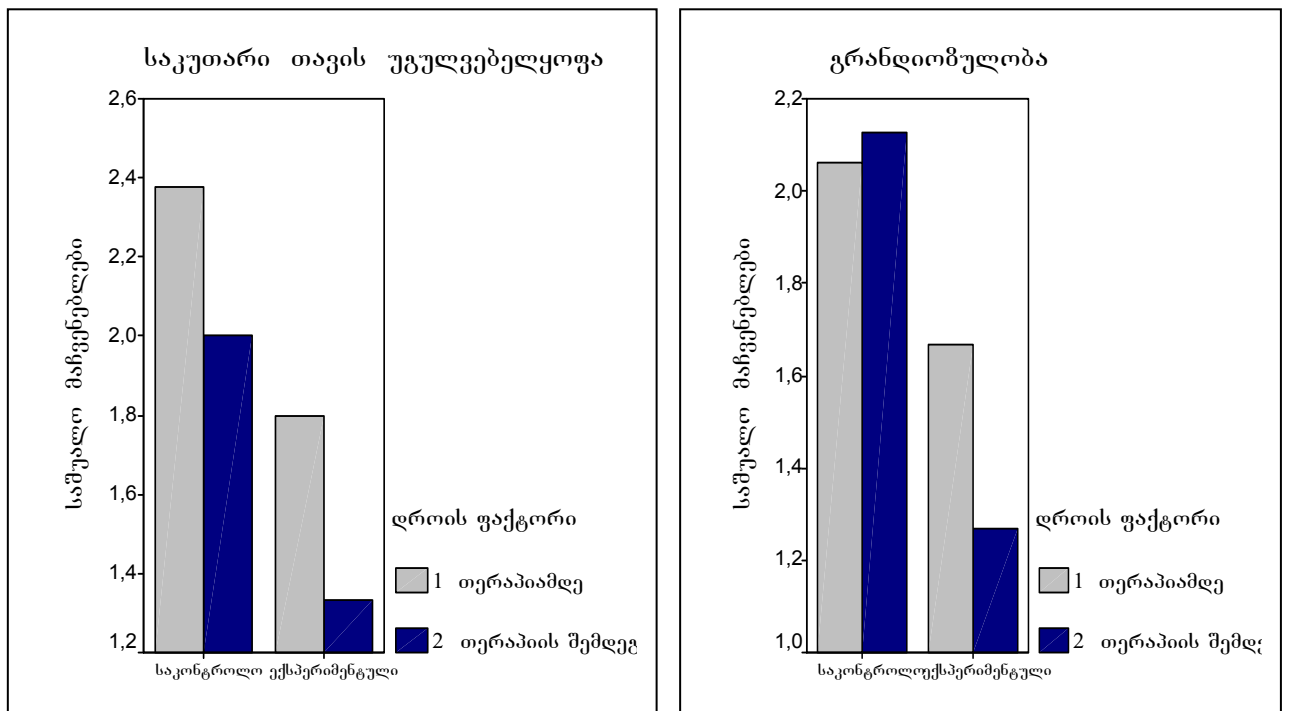


გრაფიკი 9: IPT-ს ეფექტურობა BPRS-ის მიხედვით

შკალის შიგნით, თერაპიული *ჯგუფის ფაქტორში* სტატისტიკურად სანდო ეფექტი იქნა მიღებული *“დანამატის განცდის”* შემცირებაში:  $(F(1,29)=7,598, MSE=38,419, p<0,01)$ . დროის და ჯგუფის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა  $(F<1)$ . ჯგუფის ფაქტორში სანდო ცვლილება აღინიშნა *“გრანდიოზულობაში”*  $(F(1,29)=4,45, MSE = 39,685, p<0,05)$  (გრაფიკი 11). *დროის ფაქტორში* სანდოდ შემცირდა *“მტრული განწყობა”*  $(F(1,29) = 5,017, MSE = 13,585, p<0,05)$ . ამ უკანასკნელში *ჯგუფის ფაქტორში* მიღებულ იქნა მღვრული ცვლილება  $(F(1,29)=3,041, MSE = 42,335, p=0,092)$ . *“პალუცინაციებში”* დროის ფაქტორსა და დროისა და ჯგუფის ფაქტორების *ინტერაქციაში* მიღებულ დადებითი შედეგი  $(F(1,29) = 6,065, MSE = 12,219, p<0,05)$ . *დროის ფაქტორში* დადებითად შეიცვალა *“აგზნებადობა”*  $(F(1,29) = 4,016, MSE = 12,269, p=0,054)$ , *“მანერულობა”*  $(F(1,29) = 7,77, MSE = 8,675, p<0,01)$ , *“უკვირება”*  $(F(1,29)=8,995, MSE = 8,667, p<0,01)$ , *“სუიციდალობა”*  $(F(1,29) = 6,55, MSE = 13,367, p<0,05)$ , *“სასოწარკვეთილება”*  $(F(1,29) = 6,156, MSE = 14,635, p<0,05)$  – სადაც *ჯგუფის ფაქტორშიც* აღინიშნება დადებითი ცვლილება  $(F(1,29) = 6,195, MSE = 45,185, p<0,05)$ ; ასევე შესუსტდა *“საკუთარი თავის უგულვებელყოფა”*  $(F(1,29) = 4,243, MSE = 18,742, p<0,05)$ , ამ უკანასკნელში მღვრული ცვლილება შეინიშნება *ჯგუფის ფაქტორში*  $(F(1,29) = 3,55, MSE = 48,742, p = 0,07)$  (გრაფიკი 10). მაშასადამე, მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზის მეშვეობითაც კიდევ ერთხელ დადასტურდა IPT-ს ეფექტური გავლენა როგორც პოზიტიური, ასევე ნეგატიური სიმპტომატიკის ინტენსივობის შემცირებაში.



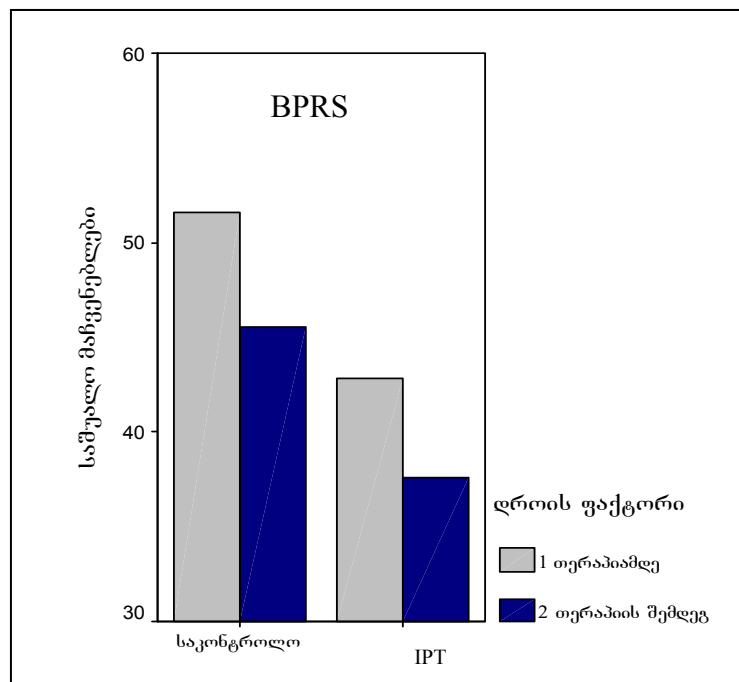
დროის ფაქტორში სტატისტიკურად ზღვრულად სანდო ეფექტი იქნა მიღებული “დეპრესიაში” ( $F(1,29) = 3,39$ ,  $MSE = 19,467$ ,  $p = 0,076$ ); ასევე, “უზვეულო აზრებში” - დროის ფაქტორში და დროის და ჯგუფის ინტერაქციაში მიღებული იქნა ზღვრულად სანდო ეფექტი ( $F(1,29) = 3,08$ ,  $MSE = 20,5$ ,  $p = 0,09$ ); ასევე “აფექტის გასადავებაში” ( $F(1,29) = 3,61$ ,  $MSE = 18,675$ ,  $p = 0,067$ ), “დაძაბულობაში” ( $F(1,29) = 3,266$ ,  $MSE = 21,542$ ,  $p = 0,081$ ), “ჰიპერაქტიურობაში” - დროის ფაქტორში და დროისა და ჯგუფის ინტერაქციაში ვლინდება სტატისტიკურად ზღვრული ეფექტი ( $F(1,29) = 3,425$ ,  $MSE = 11,8$ ,  $p = 0,074$ ).



**გრაფიკი 10-11:** საკუთარი თავის უგულვებელყოფის და გრანდიოზულობის შესუსტებაზე თერაპიული ჯგუფის ეფექტურობა

იმისათვის, რომ დაგვედგინა, დროის და თერაპიული ჯგუფის ფაქტორში რამ გამოიწვია დადებითი ცვლილება და განგვესაზღვრა, თუ რითი შეიძლება აიხსნას კითხვარის ზოგიერთ სიმპტომში სტატისტიკურად ზღვრული ცვლილების მიღება, *გამოვრიცხეთ (დავაფიქსირეთ) პრეპარატების საწყისი დღიური დოზა და დოზის ცვლილება*. მიღებულ იქნა შემდეგი სახის შედეგები: მედიკამენტების დღიური დოზის დაფიქსირების შემდეგ, *ჯგუფის ფაქტორში* კვლავ დადებითი შედეგი მივიღეთ BPRS-ის *ჯამურ* მაჩვენებელში ( $F(1,27) = 5,38$ ,  $MSE = 4992,603$ ,  $p < 0,05$ ) (გრაფიკი 12). დროის, მედიკამენტების და ჯგუფის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ). თერაპიული ჯგუფის (IPT) ეფექტურობასთან ერთად (გრაფიკი 14) დოზის

ცვლილებამ ზღვრული გავლენა იქონია “შფოთვის” შემცირებაზე ( $F(1,27) = 3,35$ ,  $MSE = 15,825$ ,  $p = 0,078$ ). “აგზნებალობის” ცვლილებაზე გავლენას ახდენდა მედიკამენტების საწყისი დოზა ( $F(1,27) = 4,2$ ,  $MSE = 31,342$ ,  $p < 0,05$ ). “აწეულ გუნებ-განწყობის” შემცირებაზე გავლენა იქონია დროს ფაქტორის და დოზის ცვლილების ინტერაქციამ ( $F(1,27) = 4,25$ ,  $MSE = 12,099$ ,  $p < 0,05$ ); “უხვეულო აბრების” პუნქტში გამოვლინდა დროის და ჯგუფის ფაქტორების სტატიკურად სანდო ინტერაქცია ( $F(1,27) = 3,533$ ,  $MSE = 20$ ,  $p = 0,071$ ), ასევე ჯგუფის ფაქტორის ეფექტი ( $F(1,27) = 3,049$ ,  $MSE = 59,344$ ,  $p = 0,092$ ). “აფექტის გასადავების” შემცირებაზე სტატიკურად ზღვრულ გავლენას ახდენდა დროის ფაქტორი ( $F(1,27) = 3,036$ ,  $MSE = 17,977$ ,  $p = 0,093$ ). “სუიცედალობაში” გამოვლინდა დროის და ჯგუფის ინტერაქციის სტატიკურად ზღვრული ეფექტი ( $F(1,27) = 3,347$ ,  $MSE = 17,977$ ,  $p = 0,078$ ). “საკუთარი თავის უგულვებელყოფაში” აღინიშნა სტატიკურად ზღვრული ეფექტი ჯგუფის ფაქტორში ( $F(1,27) = 3,529$ ,  $MSE = 48,045$ ,  $p = 0,071$ ).

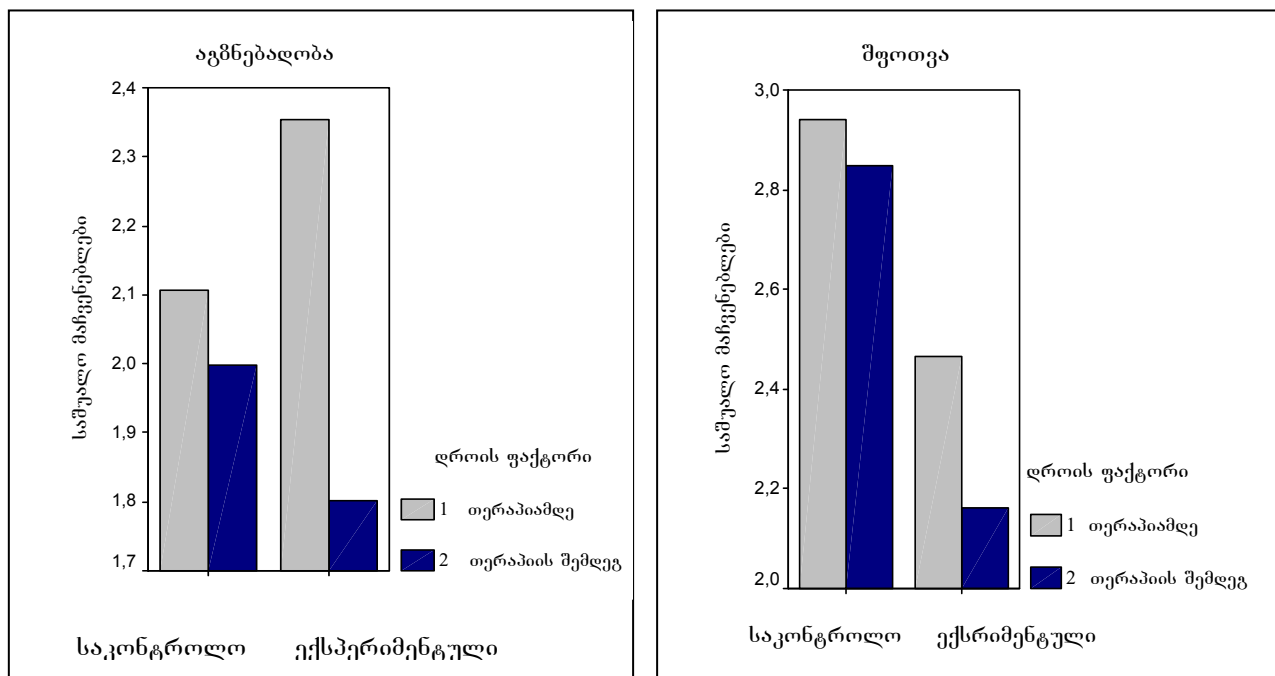


**გრაფიკი 12:** BPRS-ის დადებითი შედეგები პრეპარატების დღიური დოზის დაფიქსირების შემდეგ

როგორც მიღებული შედეგებიდან ჩანს, პრეპარატების გამორიცხვის შედეგად დადასტურდა, რომ უხვეულო აბრების, სუიცედალობის, აფექტის გასადავების, აწეული გუნებ-განწყობის, აგზნებალობის და შფოთვის დონის შემცირებაზე თერაპიული ჯგუფის პარალელურად, არსებით გავლენას ახდენდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, ხოლო

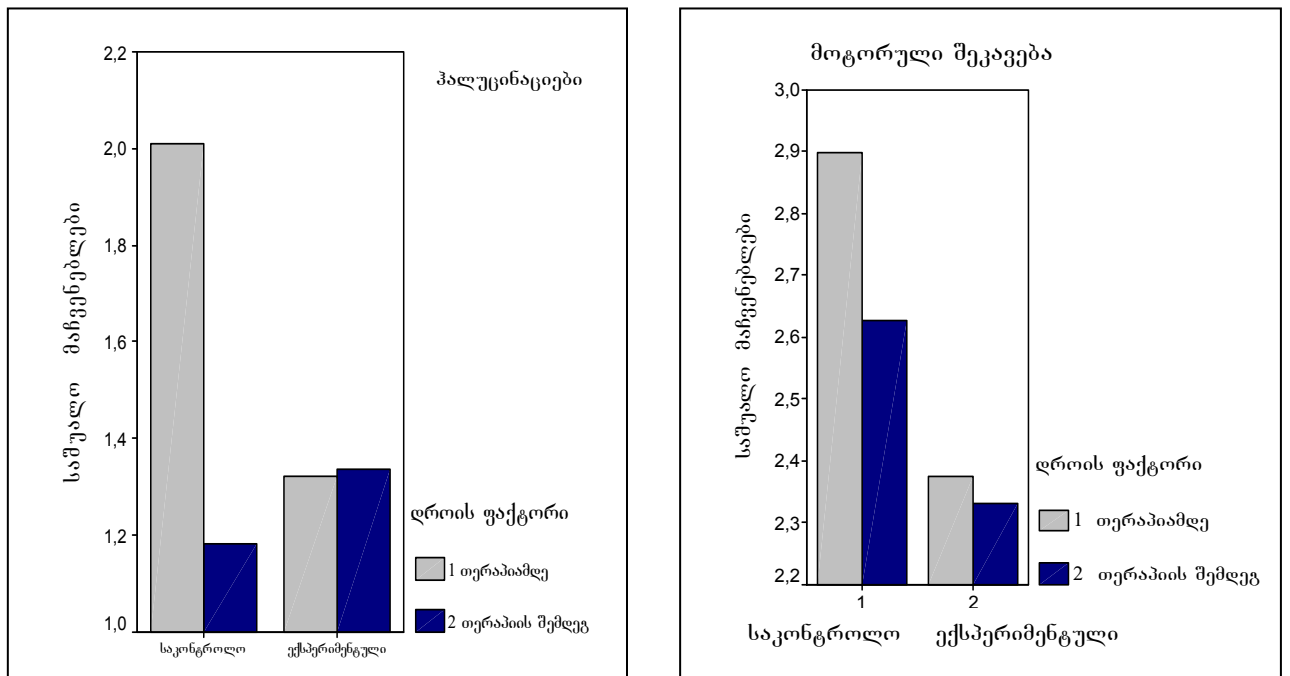
თანამშრომლობის არქონის და სასოწარკვეთილების შესუსტებაზე მნიშვნელოვანი წვლილი შეიგანა თერაპიულმა ჯგუფმა (IPT).

მედიკამენტების **საწყისი დოზის დაფიქსირების** შემთხვევაში მიღებულ იქნა შემდეგი სახის მონაცემები: **”თანამშრომლობის არქონაში”** ჯგუფებს შორის გამოვლინდა მედიკამენტების საწყისი დოზის გაყვანის მდგრული ეფექტი ( $F(1,28) = 3,591$ ,  $MSE = 7,255$ ,  $p = 0,068$ ). ჯგუფებს შორის მედიკამენტების **საწყისი დოზის** სტატისტიკურად სანდო ეფექტი გამოვლინდა **”აგზნებალობაში”** ( $F(1,28) = 8,024$ ,  $MSE = 32,789$ ,  $p < 0,005$ ). ანუ, მოცემულ მახასიათებელზე დაფიქსირდა მედიკამენტების და თერაპიული ჯგუფის ურთიერთგავლენა (გრაფიკი 13). **დროის ფაქტორში** გამოვლინდა სტატისტიკურად სანდო ეფექტი **”აფექტის გასადავებაში”** ( $F(1,28) = 4,312$ ,  $MSE = 17,978$ ,  $p < 0,05$ ). დროის ფაქტორის და საწყისი დოზის **ინტერაქციის** სტატისტიკურად **მდგრადი** ეფექტი გამოვლინდა **”დეპრესიაში”** ( $F(1,28) = 3,637$ ,  $MSE = 17,229$ ,  $p = 0,067$ ), **”უხვეულო აბრებში”** ( $F(1,28) = 3,226$ ,  $MSE = 20,308$ ,  $p = 0,083$ ), ამავე მახასიათებელში აღინიშნა ჯგუფის ფაქტორის ( $F(1,28) = 3,01$ ,  $MSE = 59,639$ ,  $p = 0,094$ ) და საწყისი დოზის მდგრადი ეფექტი ( $F(1,28) = 3,784$ ,  $MSE = 59,639$ ,  $p = 0,062$ ).



**გრაფიკი 13 - 14:** აგზნებალობის და შფოთვის შემცირებაზე IPT-ს და მედიკამენტური მკურნალობის ურთიერთგავლენა

”სუციდალობაში” დროის ფაქტორის და თერაპიული ჯგუფის ინტერაქციის სტატისტიკურად მღვრული ეფექტი იქნა მიღებული ( $F(1,28) = 3,949$ ,  $MSE = 12,696$ ,  $p = 0,057$ ). **ჯგუფის ფაქტორში** სტატისტიკურად მღვრული ეფექტი აღინიშნა ”გრანდიოზობაში” ( $F(1,28) = 3,524$ ,  $MSE = 37,584$ ,  $p = 0,071$ ) და ”საკუთარი თავის უკუღებელყოფაში” ( $F(1,28) = 3,788$ ,  $MSE = 48,06$ ,  $p = 0,062$ ). **დროის ფაქტორში** სტატისტიკურად მღვრული ეფექტი გამოვლინდა ”მტრულ განწყობაში” ( $F(1,28) = 3,04$ ,  $MSE = 13,548$ ,  $p = 0,092$ ), ”მანერულობაში” ( $F(1,28) = 3,031$ ,  $MSE = 8,655$ ,  $p = 0,093$ ). ”ჰალუცინაციებში” გამოვლინდა დროის და თერაპიული ჯგუფის ფაქტორის ინტერაქციის სტატისტიკურად სანდო ეფექტი ( $F(1,28) = 5,974$ ,  $MSE = 12,143$ ,  $p < 0,05$ ). ასევე, აღინიშნა დომის ცვლილების მღვრული ეფექტი ( $F(1,28) = 2,932$ ,  $MSE = 28,667$ ,  $p = 0,098$ ), ანუ ჰალუცინაციების მომაგებას ან კლებას განსაზღვრული სახით უკავშირდებოდა მედიკამენტების დომის მაგება ან კლება (გრაფიკი 13). ”თანამშრომლობის არქონაში” გამოვლინდა როგორც თერაპიული ჯგუფისა და დროის ინტერაქციის სტატისტიკურად სანდო ეფექტი ( $F(1,28) = 4,302$ ,  $MSE = 2,328$ ,  $p < 0,05$ ), ასევე დროის ფაქტორისა და დომის ცვლილების ინტერაქციის ეფექტი ( $F(1,28) = 5,107$ ,  $MSE = 2,328$ ,  $p < 0,05$ ). ცაკლე ჯგუფის და დროის ფაქტორის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ).



**გრაფიკი 15 - 16:** საკონტროლო ჯგუფში ჰალუცინაციების და მოგორული შეკავების შესუსტებაზე ფარმაკოლოგიური მკურნალობის და დროის ფაქტორის ურთიერთგავლენა

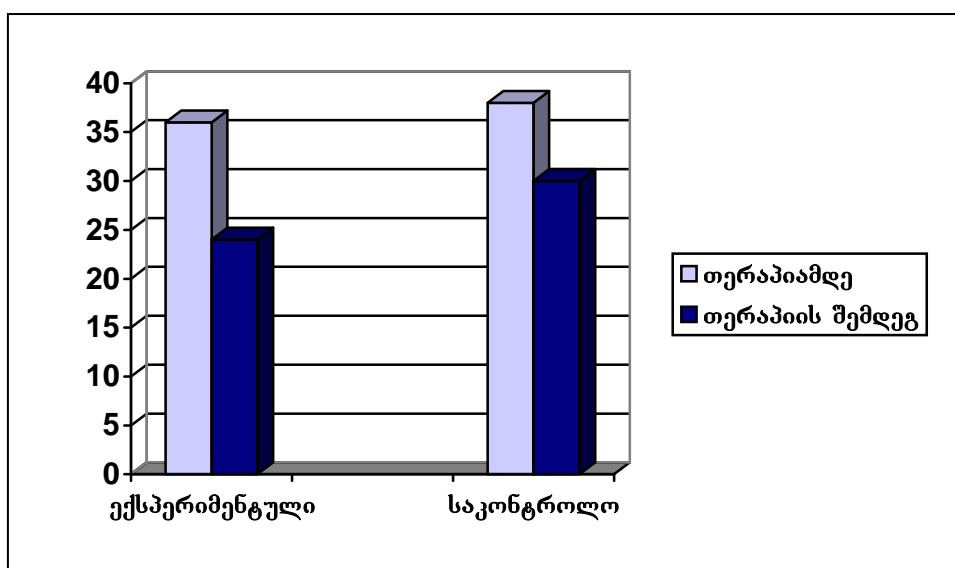
მედიკამენტების დღიური დოზის ცვლილების დაფიქსირების შემთხვევაშიც მიღებულ იქნა მსგავსი მონაცემები. მაშასადამე, შეიძლება ითქვას, რომ უჩვეულო ამრების, აგზნებადობის, გრანდიოზულობის საკუთარი თავის უგულვებელყოფის, სუიციდალობის და მანერულობის შესუსტებაზე ერთდროულად დადებით გავლენას ახდენდა მედიკამენტური მკურნალობის და თერაპიული ჯგუფის (IPT) ურთიერთქმედება. IPT-ს ჯგუფში შემცირდა ისეთი სიმპტომების ინტენსივობა, როგორებიცაა შფოთვა, მგრული განწყობა, ეჭვიანობა, აფექტის გასაღავება, აწეული გუნებ-განწყობა და ჰიპერაქტიურობა. საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან თვალსაჩინოდ შემცირდა შემდეგი სიმპტომების ინტენსივობა: სომატური ჩივილები, ჰალუცინაციები, დანაშაულის განცდა და უჩვეულო ამრები. როგორც შედეგებიდან ჩანს, ექსპერიმენტულ ჯგუფში პოზიტიური სიმპტომების უმრავლესობის ინტენსივობამ იკლო, ხოლო ზოგიერთი მათგანის ინტენსივობა მცირედ გაიზარდა. ზოგადად, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, სტატისტიკურად სანდოდ გაუმჯობესდა ექსპერიმენტული ჯგუფის ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა, რაც შესაძლებელია არის როგორც ფარმაკოლოგიური მკურნალობის, ასევე ინტეგრირებული ფსიქოთერაპიული პროგრამის ურთიერთქმედების შედეგი. მაშასადამე, დასკვნის სახით შეიძლება ვთქვათ, რომ ჩვენი მონაცემები შეესაბამება შიმოფრენიის ეტოპათოგენეზისადმი ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომას, რომლის მიხედვითაც პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების შემცირებისთვის ეფექტურ მკურნალობად ითვლება ფარმაკოთერაპიის და ფსიქოთერაპიის კომბინირება.

### **ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარი (FBF)**

*ექსპერიმენტულ ჯგუფში* ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარში თერაპის დასაწყისში ჯამური მაჩვენებლის მინიმალური ქულა იყო 10, მაქსიმალური - 67, შესაბამისად, საშუალო მაჩვენებელი იყო 35,9 (SD = 19,83). თერაპიის შემდეგ, მინიმალური ქულა გახდა 4, მაქსიმალური - 45, შესაბამისად, საშუალო ქულა იყო 23,6 (SD = 13,17). *საკონტროლო ჯგუფში თერაპის დასაწყისში* ჯამური მაჩვენებლის მინიმალური ქულა იყო 11, მაქსიმალური - 86, შესაბამისად, საშუალო ქულა იყო 38.1 (SD = 22.3) (იხ. გრაფიკი 17). თერაპიის შემდეგ, მინიმალური ქულა გახდა 5, მაქსიმალური - 67, ხოლო საშუალო ქულა გახდა 38.1 (SD = 20.9). ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების

შესადარებლად თავად კითხვარის შიგნით მიღებული მონაცემები მოყვანილია დანართის ცხრილში 4.

როგორ აღწერთი სტატისტიკიდან ჩანს, თერაპიის დასაწყისში ორივე ჯგუფში დაახლოებით მსგავსად იყო გამოხატული ფსიქიკური დარღვევები. თერაპიის შემდეგ, ექსპერიმენტულ ჯგუფში პაციენტები სუბიექტურად მიუთითებდნენ როგორც კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაზე, ასევე პოზიტიური სიმპტომების შემცირებაზე. IPT-ს ეფექტურობის დასადგენად მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურად.



გრაფიკი 17: ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებისთვის FBF –ის შედარება თერაპიამდე და მის შემდეგ

ექსპერიმენტულ ჯგუფში Paired Samples T-Testis მიხედვით, ჯამურ მაჩვენებელში მიღებულ იქნა სტატისტიკურად სანდო ცვლილება ( $t=3,24, p=0,006$ ). ტესტის შიგნით სანდოდ გაუმჯობესდა "სპეციფიური შიშები" ( $t=3,16, p=0,007$ ), "სელექციური ყურადღება" ( $t=2,73, p=0,016$ ), "დისკრიმინაციის სისუსტე" ( $t=3,01, p=0,009$ ), "მოტორიკა" ( $t=3,83, p=0,002$ ), "კოგნიტური დაცურება" ( $t=2,97, p=0,01$ ), "ავტომატიზმის დაკარგვა" ( $t=2,35, p=0,034$ ) და ფიზიკური ჩივილები ( $t=2,56, p=0,023$ ).

არაპარამეტრული სტატისტიკის (Wilcoxon Signed Ranks Test) მიხედვითაც მიღებულ იქნა ანალოგიური შედეგები: ჯამურ მაჩვენებელში მიღებულ იქნა სტატისტიკურად სანდო ცვლილება ( $Z=-2,52, p=0,011$ ). როგორც შედეგებიდან ჩანს, მოცემულ კითხვარში პაციენტები სუბიექტურადაც აღნიშნავენ კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებას.

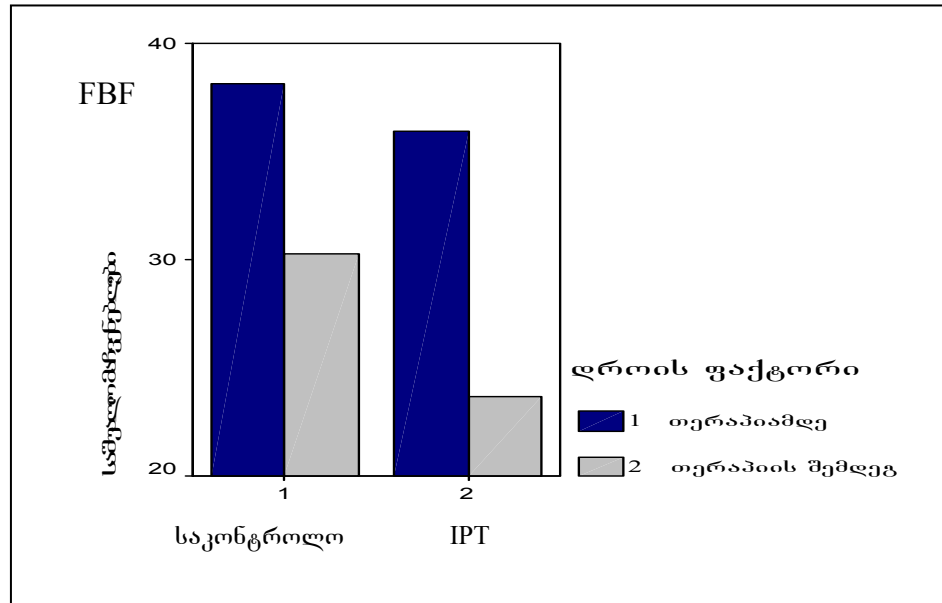
ცხრილი 28: ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების სტატისტიკური მონაცემები Wilcoxon Signed Ranks Test და T-Test-ის მიხედვით:

კითხვა-რები	საშუალო მაჩვენებლები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ				Wilcoxon Signed Ranks Test		Paired Samples T-Test	
	M <sub>1</sub> (თერაპიამდე)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>1</sub> )	M <sub>2</sub> (თერაპიის შემდეგ)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>2</sub> )	Z	p (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
FBF - ექსპერიმენტული	36	19,8	24	13,17	-2,52	<b>0,011</b>	3,24	<b>0,006</b>
FBF - საკონტროლო	38	22,3	30	20,1	-1,81	0,79	1,819	0,089

საკონტროლო ჯგუფში Paired Samples T-Test-ის მიხედვით ჯამურ მაჩვენებელში არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სანდო ცვლილება. ტესტის შიგნით, გაუმჯობესდა დისკრიმინაციის სისუსტე ( $t=2,45$ ,  $p=0,027$ ), ალქმის დარღვევები ( $t=2,403$ ,  $p=0,03$ ) და სენსორული დარღვევები ( $t=2,406$ ,  $p=0,029$ ). მღვრულად გაუმჯობესდა ბლოკირება ( $t=1,88$ ,  $p=0,079$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკის (Wilcoxon Signed Ranks Test) მიხედვით, მღვრულად გაუმჯობესდა ჯამური მაჩვენებელი ( $Z=-1,81$ ,  $p=0,07$ ). ტესტის შიგნით გაუმჯობესდა დისკრიმინაციის სისუსტე ( $Z=-2,23$ ,  $p=0,026$ ), ალქმა ( $Z=-2,14$ ,  $p=0,032$ ), ავტომატიზმის დაკარგვა ( $Z=-2,019$ ,  $p=0,043$ ), სპეციფიური სენსორული დარღვევები ( $Z=2,07$ ,  $p=0,038$ ); მღვრულად გაუმჯობესდა ბლოკირება ( $Z=-1,79$ ,  $p=0,078$ ).

მაშასადამე, მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად ვლინდება, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში, საკონტროლოსგან განსხვავებით სუბიექტურადაც გაუმჯობესდა პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა, განსაკუთრებით კი კოგნიტური ფუნქციები და შემცირდა სპეციფიური შიშები. საკონტროლო ჯგუფში უფრო მეტად შემდირდა პოზიტიური სიმპტომატიკა (როგორცაა, სპეციფიური სენსორული დარღვევები, ალქმის დარღვევები).

2 (თერაპიული ჯგუფი) x 2 (დროის პერიოდი) მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზით მონაცემების დამუშავების შედეგად, *დროის ფაქტორში* სტატისტიკურად სანდო ცვლილება იქნა მიღებული ფრანკრუფის აშლილობათა კითხვარის ჯამურ მაჩვენებელში ( $F(1,29) = 12,13$ ,  $MSE = 3754,34$ ,  $p < 0,01$ ). ჯგუფის და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ) (გრაფიკი 18).



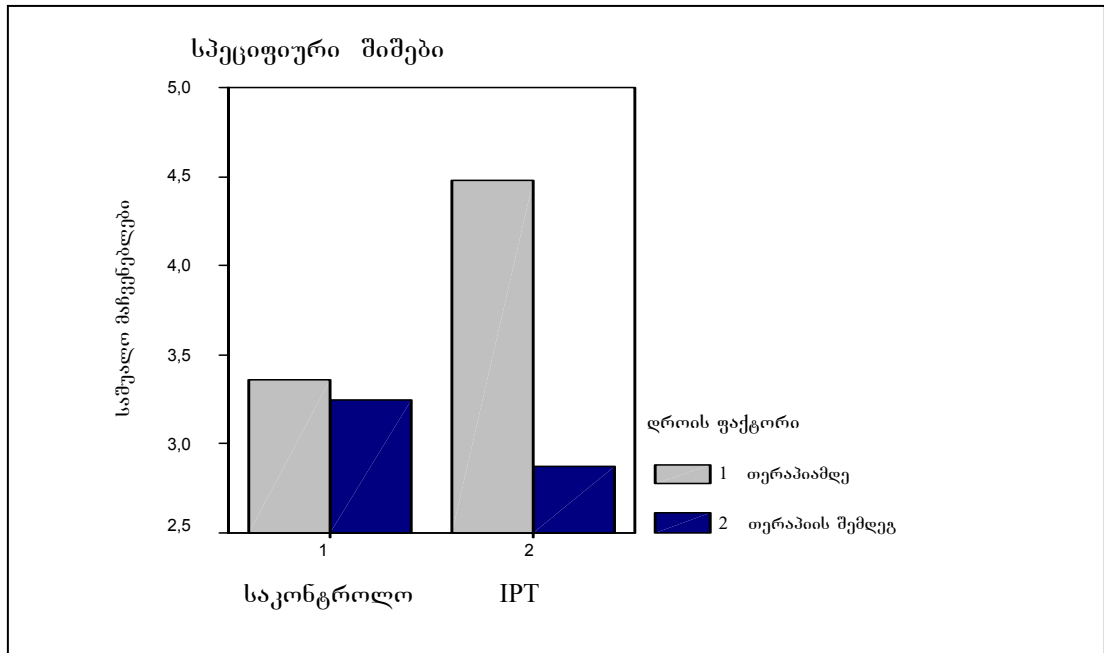
**გრაფიკი 18:** თერაპიების ეფექტურობის მაჩვენებელი მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზის მიხედვით

დროის ფაქტორის მიხედვით, სტატისტიკურად სანდო ცვლილება აღინიშნა “სპეციფიურ შიშებში” ( $F(1,29) = 6,34, MSE = 52,67, p < 0,05$ ), სადაც ასევე გამოვლინდა დროის ფაქტორის და თერაპიული ჯგუფის ინტერაქცია ( $F(1,29) = 4,63, MSE = 52,67, p < 0,05$ ). სტატისტიკურად სანდო ცვლილება აღინიშნა “სელექციურ ყურადღებაში” ( $F(1,29) = 7,16, MSE = 52,43, p < 0,05$ ), “დისკრიმინაციის სისუსტეში” ( $F(1,29) = 15,13, MSE = 28,08, p < 0,05$ ), “მოტორიკაში” ( $F(1,29) = 9,47, MSE = 48,38, p < 0,01$ ), “აქტმაში” ( $F(1,29) = 10,27, MSE = 46,46, p < 0,01$ ), “ბლოკირებაში” ( $F(1,29) = 5,79, MSE = 63,34, p < 0,05$ ), “ავტომატიზმის დაკარგვაში” ( $F(1,29) = 9,57, MSE = 78,74, p < 0,01$ ), და “ფიზიკურ ჩივილებში” ( $F(1,29) = 6,08, MSE = 34,87, p < 0,05$ ). ჯგუფის და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ). მაშასადამე, IPT-ს განსაკუთრებული ეფექტურობა დადასტურდა კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაში და სპეციფიურ შიშების შემცირებაში (გრაფიკი 19).

დროის ფაქტორის ბღერული ეფექტი გამოვლინდა “სენსორულ დარღვევებში” ( $F(1,29) = 3,60, MSE = 15,43, p = 0,068$ ) და “თავის გართმევის რეაქციებში” ( $F(1,29) = 4,03, MSE = 78,07, p = 0,054$ ). ჯგუფის და დროის ფაქტორის ინტერაქციის ეფექტი სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა ( $F < 1$ ). სტატისტიკურად სანდო ეფექტი არ იქნა მიღებული “კოგნიტურ დაცურებაში” და “მეცხველების დარღვევებში”.



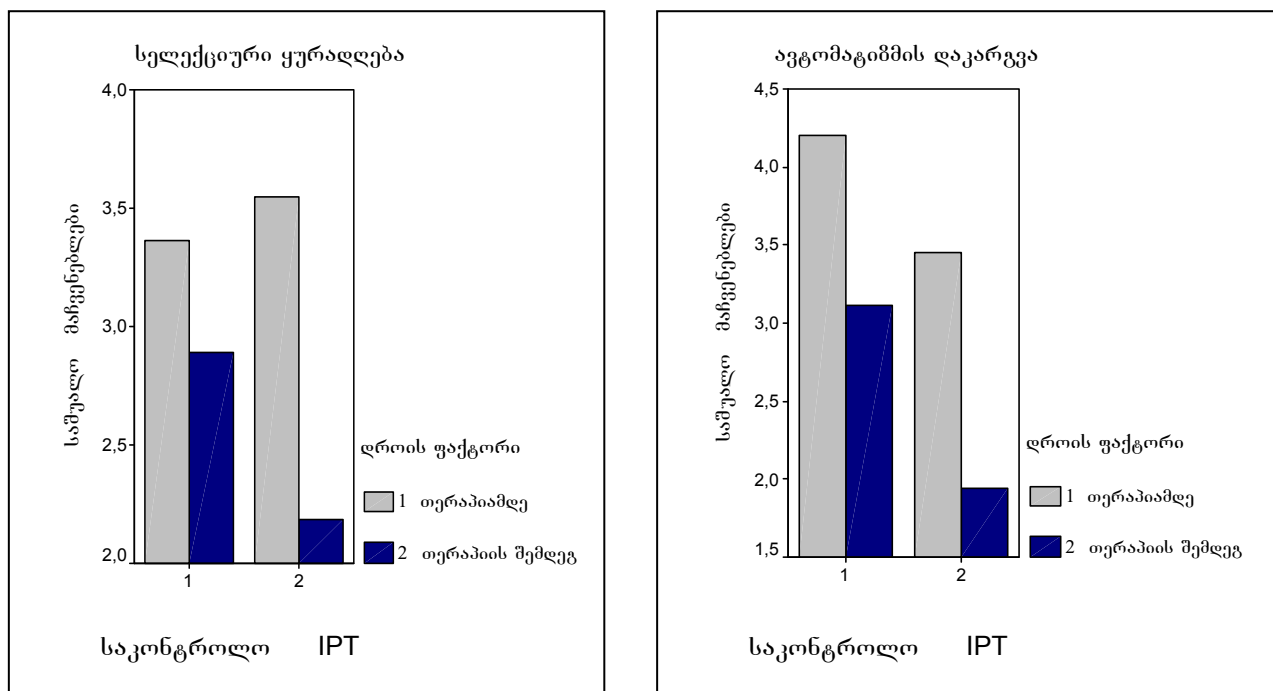
იმის გასარკვევად, თუ რაგომ მივიღეთ ზღვრული ეფექტი კითხვარის ზოგიერთ სუბსკალაში და იმის დასადგენად, დადებითი შედეგი გამოწვეული იყო ფარმაკოთერაპიის, IPT-ს თუ მათი ურთიერთგავლენის შედეგად, კოვარიაციული ანალიზის მეშვეობით გამოირიცხულ (დაფიქსირებულ) იქნა პრეპარატების საწყისი დღიური დოზა და დოზის შემდგომი ცვლილება ერთდროულად (და ცალ-ცალკე).



**გრაფიკი 19:** IPT-ს ეფექტურობა სპეციფიური შიშების შემცირებაში

მაშინ, როცა გამოირიცხვის გარეშე სტატისტიკურად სადნო ცვლილება იქნა მიღებული, მედიკამენტების საწყისი დოზის და მისი ცვლილების დაფიქსირების შედეგად დროის ფაქტორში გამოვლინდა ზღვრული ეფექტი "მოგორიკაში" ( $F(1,27) = 3,86, MSE = 48,30, p = 0,06$ ), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში მოგორიკის გაუმჯობესებაზე ერთობლივი გავლენა იქონია IPT-მ და ფარმაკოლოგიურმა მკურნალობამ. სტატისტიკურად სადნო ეფექტი აღარ გამოვლინდა "ბლოკირებაში" და "ფიზიკურ ჩივილებში". მიღებული შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომების შესუსტებაზე განსაზღვრული როლი შეასრულა ფარმაკოთერაპიამ. კვლავ არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სადნო ეფექტი "სენსორულ დარღვევებში", "თავის გართმევის რეაქციებში", "კოგნიტურ დაცურებაში" და "მეცხველების დარღვევებში", რაც შეიძლება აიხსნას იმით, რომ ორივე ჯგუფში,

მოცემული დარღვევების შემცირებაში არსებითი წვლილი შეიტანა დროის ფაქტორმა (მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად).



**გრაფიკი 20 - 21:** IPT-ს ეფექტურობა სელექციური ყურადღების გაუმჯობესებაში და ავტომატიზმის დაკარგვის შემცირებაში

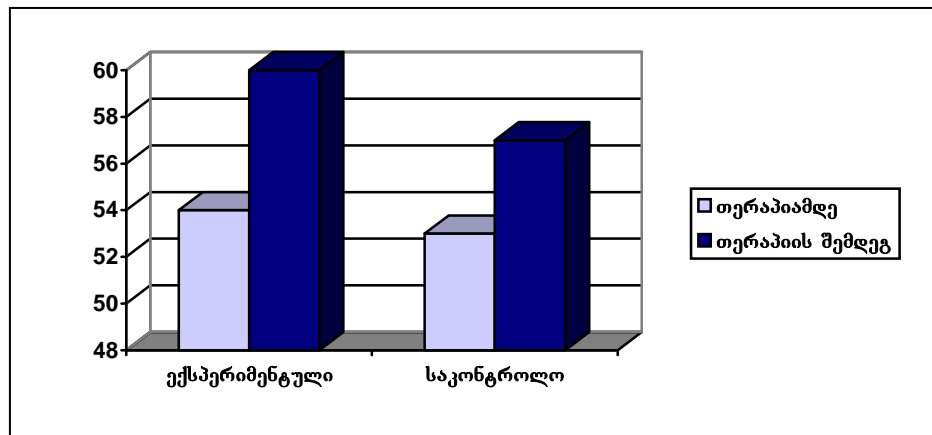
მხოლოდ მედიკამენტების საწყისი დღიური დოზის დაფიქსირების შედეგად დროის ფაქტორში ბღვრული ეფექტი იქნა მიღწეული ”კოგნიტურ დაცურებაში” ( $F(1,28) = 2,91$ ,  $MSE = 52,72$ ,  $p = 0,099$ ) და ”სენსორულ დარღვევებში” ( $F(1,28) = 3,76$ ,  $MSE = 15,03$ ,  $p = 0,063$ ). ჯგუფის ფაქტორში გამოვლინდა მედიკამენტების საწყისი დოზის ბღვრული გავლენა ”აღქმის” ცვლილებაზე ( $F(1,28) = 3,11$ ,  $MSE = 45,29$ ,  $p = 0,088$ ). მხოლოდ მედიკამენტების დღიური დოზის ცვლილების დაფიქსირების მეშვეობით მიღებულ იქნა მსგავსი შედეგები. მიღებული შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ რაც უფრო მეტად იყო გამოხატული ზოგადად, აღქმის დარღვევები და კოგნიტური დაცურება, პაციენტები მით უფრო მეტად საჭიროებდნენ პრეპარატების მაღალ დღიურ დოზას. ანუ, მოცემული სიმპტომატიკის შემცირებაზე ძირითადი გავლენა იქონია ფარმაკოლოგიურმა მკურნალობამ.

მედიკამენტების გამორიცხვის მიუხედავად, IPT-ს ეფექტურობა გამოვლინდა FBF-ის ჯამურ მაჩვენებელში, ”სპეციფიურ მიშების”, ”სელექციურ ყურადღების”, ”მოტორიკის” გაუმჯობესებაში, ”კოგნიტური დაცურების”, ”ავტომატიზმის დაკარგვის”

და "ფიზიკური ჩივილების" შესუსტებაში (გრაფიკი 20, 21). მაშასადამე, დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ IPT განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა კოგნიტური ფუნქციების გამუჯობებაში, ნეგატიური სიმპტომატიკის შემცირებასა და ასევე რიგი პოზიტიური სიმპტომატიკის შემცირებაში.

### სოციალური ფუნქციონირება

ექსპერიმენტულ ჯგუფში ფუნქციონირების გლობალური შეფასების შკალაში თერაპიამდე მინიმალური ქულა იყო - 42 მაქსიმალური - 66, საშუალო ქულა იყო  $M = 54$  ( $SD = 5,65$ ), თერაპიის შემდეგ კი - მინიმალური ქულა გახდა - 44, მაქსიმალური - 72, ხოლო საშუალო ქულა -  $M = 60$  ( $SD = 6,123$ ) (გრაფიკი 22).



გრაფიკი 22: GAF – ის მიხედვით ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების საშუალო მაჩვენებლები

Paired Samples T-Test- ის მიხედვით, აღინიშნა სანდო ცვლილება თერაპიის შემდეგ ( $t = 12,6$ ,  $p = 0,0001$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკის (Wilcoxon Signed Ranks Test) მიხედვითაც აღინიშნება სანდო ცვლილება ( $Z = -3,43$ ,  $p = 0,001$ ).

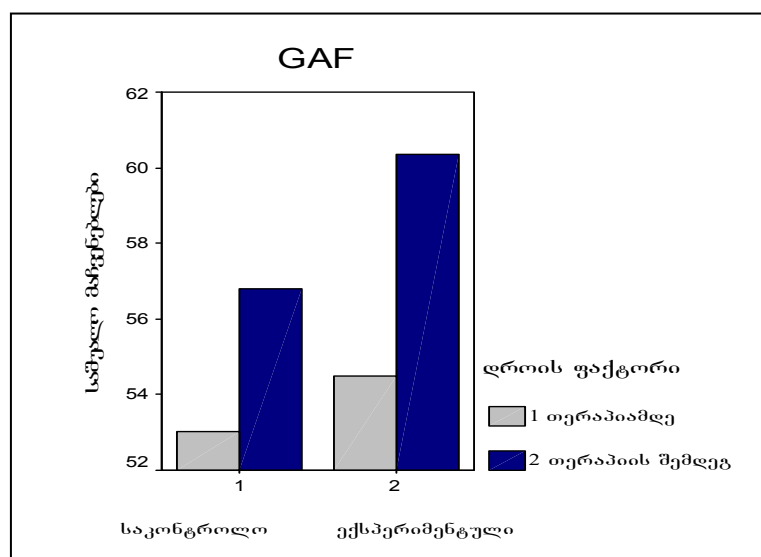
საკონტროლო ჯგუფში თერაპიამდე GAF –ის მინიმალური მაჩვენებელი იყო - 41, მაქსიმალური - 67, საშუალო მაჩვენებელი იყო  $M = 53$  ( $SD = 6,95$ ); თერაპიის შემდეგ, მინიმალური მაჩვენებელი გახდა - 46, მაქსიმალური - , საშუალო მაჩვენებელი კი - 70,  $M = 57$  ( $SD = 5,615$ ).

Paired Samples T-Test- ის მიხედვით, თერაპიამდე და მის შემდეგ, აღინიშნა სანდო ცვლილება ( $t = -3,38$ ,  $p = 0,004$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკური მეთოდებით (Wilcoxon Signed Ranks Test) დამუშავების შემდეგაც მიღებულ იქნა სტატისტიკურად სანდო ცვლილება ( $Z = -2,69$ ,  $p = 0,007$ ).

ცხრილი 29: ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების სტატისტიკური მონაცემები Wilcoxon Signed Ranks Test და T-Test-ის მიხედვით:

კითხვარები	საშუალო მაჩვენებლები თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ				Wilcoxon Signed Ranks Test		Paired Samples T-Test	
	M <sub>1</sub> (თერაპიამდე)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>1</sub> )	M <sub>2</sub> (თერაპიის შემდეგ)	სტანდარტული გადახრა (SD <sub>2</sub> )	Z	p (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
GAF (ექსპერიმენტული)	54	5,65	60	6,12	-3,43	<b>0,001</b>	-12,6	<b>0,0001</b>
GAF (საკონტროლო)	53	6,95	57	5,61	-2,69	<b>0,007</b>	-3,38	<b>0,004</b>

2 (დროის პერიოდი) x 2 (თერაპიული ჯგუფი) მულტიფაქტორული დისპერსიული ანალიზის მიხედვით, დროის ფაქტორში ორივე ჯგუფში სტატისტიკურად სანდოდ გაუმჯობესდა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი ( $F(1,29) = 24,838$ ,  $MSE = 396,169$ ,  $p < 0,0001$ ). მოცემული მეთოდის შედეგად IPT-ს ჯგუფში სტატისტიკურად სანდოდ დადასტურდა დროის პერიოდისა და თერაპიული ჯგუფის ინტერაქციის ეფექტი სოციალური ფუნქციონირების ხარისხზე ( $F(1,29) = 19,22$ ,  $MSE = 396,169$ ,  $p < 0,0001$ ). ჯგუფის ფაქტორში არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სანდო ეფექტი ( $F < 1$ ).



გრაფიკი 23: თერაპიების ეფექტურობის შედარება GAF-ის მიხედვით

მედიკამენტების *საწყისი დღიური დოზის და დოზის ცვლილების* ერთობლივად გამორიცხვის (დაფიქსირების) შედეგად სტატისტიკურად სანდო ეფექტი დაფიქსირდა ღრის ფაქტორის მიხედვით ( $F(1,27) = 14,092$ ,  $MSE = 363,459$ ,  $p < 0,001$ ), გამოვლინდა თერაპიული ჯგუფის და ღრის ფაქტორის ინტერაქციის სტატისტიკურად სანდო ცვლილება ( $F(1,27) = 20,93$ ,  $MSE = 363,459$ ,  $p < 0,0001$ ). ჯგუფის ფაქტორში არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სანდო ეფექტი ( $F < 1$ ).

მონაცემების მულტიფაქტორული ანალიზით დამუშავების მეშვეობით მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში მედიკამენტების დოზის მომაგებამ (რაც არის ზოგიერთი პოზიტიური სიმპტომის ინტენსივობის მომაგების შედეგი), უარყოფითად არ იმოქმედა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხზე. მიუხედავად ზოგიერთი პოზიტიური სიმპტომის ინტენსივობის მომაგებისა, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების ჩვეული ცხოვრების რითმი არ შეცვლილა. მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ IPT - მ არსებითი გავლენა იქონია პაციენტების სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

### **ურთიერთკავშირი კოგნიტურ ფუნქციებს, სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოპათოლოგიას შორის**

ფუნქციონირების სფეროებს შორის ურთიერთკავშირის დასადგენად გამოყენებულ იქნა კორელაციური (Pearson, Spearman Correlation) ანალიზი. პირსონის (და სპირმენის) კორელაციური ანალიზის მიხედვით, კოგნიტური ფუნქციების და ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება სანდო კორელაციურ კავშირში აღმოჩნდა სოციალურ ფუნქციონირებასთან. ეს უკანასკნელი კავშირი აღინიშნა როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონტროლო ჯგუფში.

*ფუნქციონირების გლობალური შეფასების სკალის* მაჩვენებელი *ექსპერიმენტული ჯგუფში* სტატისტიკურად სანდო უარყოფით კორელაციაში აღმოჩნდა BPRS – სთან ( $r = -0,722$ ,  $p < 0,01$ ), რაც იმას ნიშნავს, რომ ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება პაციენტებს ეხმარებოდა საზოგადოებაში წარმატებით ფუნქციონირებაში. თერაპიის შემდეგ სოციალურ ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა, თუ რამდენად იყო გამოხატული პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები, როგორცაა: "შფოთვა" ( $r_s = -0,665$ ,  $p < 0,01$ ), "უჩვეულო ამრები" ( $r_s = -0,611$ ,  $p < 0,05$ ), "გრანდიოზულობა" ( $r_s = -0,516$ ,  $p < 0,05$ ), "მოგორული შეკავება" ( $r_s = -0,594$ ,  $p < 0,05$ ),

”დაძაბულობა” ( $r_s = -0,601, p < 0,05$ ) ”აუციზმი” ( $r_s = -0,762, p < 0,01$ ) და ფიზიკური ჩივილები ( $r_s = -0,677, p < 0,01$ ) მოცემული სიმპტომების ძლიერად გამოხატვის შემთხვევაში, პაციენტებს უძნელდებოდათ რეალობის ადექვატურად აღქმა, ექმნებოდათ პრობლემები ყოველდღიური ცხოვრებისეული სიტუაციების სწორად შეფასებაში და შესაბამისად რეაგირებაში.

მიღებული შედეგების მიხედვით, ექსპერიმენტულ ჯგუფში გამოვლინდა კორელაცია სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას შორის.

საკონტროლო ჯგუფში GAF-ის მაჩვენებელი სტატისტიკურად სანდო დადებით კორელაციურ კავშირში აღმოჩნდა ყურადღების გესტში დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობასთან (GZ) ( $r = 0,612, p < 0,05$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობასთან (GZ - F) ( $r = 0,583, p < 0,005$ ). რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ყურადღების გესტში სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის მომატებას უკავშირდება სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესება და პირიქით.

GAF ასევე სტატისტიკურად სანდო უარყოფით კორელაციურ კავშირში აღმოჩნდა ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარის ( $r = -0,596, p < 0,05$ ) და BPRS-ის ჯამურ მაჩვენებლებთან ( $r = -0,506, p < 0,05$ ), რაც მიუთითებს იმაზე, ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება (რაც აისახება ჯამური ქულების შემცირებაში) კორელაციაში აღმოჩნდა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებასთან. თვით კითხვარების შიგნით, FBF - ის შემთხვევაში, სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის მრღა კორელაციაში იყო სპეციფიური შიშების ( $r_s = -0,702, p < 0,01$ ), სელექციური ყურადღების ( $r_s = -0,502, p < 0,05$ ), მეტყველების დარღვევების ( $r_s = -0,774, p < 0,01$ ) და აღქმის პათოლოგიის ( $r_s = -0,532, p < 0,05$ ) შემცირებასთან.

ანუ, როგორც ჩანს, სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენდა კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესება. გარდა ამისა, სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე, ასევე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენდა პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების ინტენსივობის შემცირება. თერაპიის შემდეგ სოციალური ფუნქციონირების ხარისხზე სტატისტიკურად სანდო უარყოფით გავლენას ახდენდა (BPRS -ის მიხედვით) თერაპიის ბოლოს შემდეგი პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების არსებობა: ”შფოთვა” ( $r_s = -0,613, p < 0,05$ ), ”გრანდიოზულობა” ( $r_s = -0,59, p < 0,05$ ), ”უჩვეულო აზრები” ( $r_s = -0,687, p < 0,01$ ), ”ჰალუცინაციები” ( $r_s = -0,525, p < 0,05$ ), ”დემორიენგაცია” ( $r_s = -0,525, p < 0,05$ ), ”დაძაბულობა” ( $r_s = -0,531, p < 0,05$ ),

”თანამშრომლობის არქონა” ( $r_s = -0,525, p < 0,05$ ) და ”სასოწარკვეთილება” ( $r_s = -0,566, p < 0,05$ ). სავარაუდოდ, საკონტროლო ჯგუფში კოგნიტური ფუნქციების შედარებით ნაკლებად გაუმჯობესება შესაძლებელია იყო პაციენტების არასტაბილური ფსიქიკური მდგომარეობის შედეგი.

ამრიგად, მიღებული შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ საკონტროლო ჯგუფში აღინიშნა ურთიერთკავშირი კოგნიტურ ფუნქციებს, სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას შორის.

*ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების გესგის* მაჩვენებლებიდან, დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის (GZ) ზრდა კორელირებდა ინტელექტთან ( $r = 0,591, p < 0,05$ ), FBF-ში ”სელექციური ყურადღების” დაქვეითებასთან ( $r = -0,581, p < 0,05$ ) და ”დისკრიმინაციის სისუსტესთან” ( $r = -0,603, p < 0,05$ ). შეცლომების რაოდენობის (F) შემცირება კორელირებდა სელექციური ყურადღების გაუმჯობესებასთან ( $r = 0,526, p < 0,05$ ), ჰალუცინაციების ( $r = 0,559, p < 0,05$ ) და ”დემორიენგაციის” ( $r = 0,586, p < 0,05$ ) შემცირებასთან, ასევე, ჰოსპიტალიზაციის ნაკლებ რაოდენობასთან ( $r = 0,516, p < 0,05$ ). შეცლომების პროცენტული რაოდენობის შემცირება კორელირებდა სელექციური ყურადღების გაუმჯობესებასთან ( $r = 0,551, p < 0,05$ ), ჰალუცინაციების ( $r = 0,613, p < 0,05$ ) და დემორიენგაციის ( $r = 0,607, p < 0,05$ ) შესუსტებასთან. სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის (GZ - F) ზრდა კორელირებდა ინტელექტთან ( $r = 0,564, p < 0,05$ ), ”სელექციური ყურადღების” ( $r = 0,622, p < 0,05$ ) და დისკრიმინაციის სისუსტის ( $r = 0,580, p < 0,05$ ) და ”გრანდიოზულობის” ( $r = -0,532, p < 0,05$ ) შემცირებასთან. ყურადღების გესგში მინიმალურ და მაქსიმალურ მიღწევებს შორის სხვაობის შემცირება (SB) კორელირებდა ”დეპრესიის” ( $r = 0,545, p < 0,05$ ) და ”სუიციდალობის” ( $r = 0,643, p < 0,01$ ) შემცირებასთან.

მაშასადამე, შეიძლება ითქვას, რომ რაც უფრო მაღალი იყო პაციენტების ინტელექტი, ისინი მით უფრო კარგად ასრულებდნენ ყურადღების გესგს. ასევე, გამოხატული პოზიტიური სიმპტომები (განსაკუთრებით ჰალუცინაციები და ბოღვითი იდეები) წარმოადგენდა ყურადღების კონცენტრაციისთვის ხელშემშლელ ფაქტორს, რასაც შედეგად მოსდევდა შეცლომების რაოდენობის ზრდა, ხოლო პოზიტიური სიმპტომების ინტენსივობის შესუსტების შედეგად, ექსპერიმენტულ ჯგუფში მიღებულ იქნა ყურადღების გესგში მაღალი მიღწევები. მაშასადამე, შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში კვლავ გამოვლინდა კოგნიტურ ფუნქციებსა და ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას შორის ურთიერთკავშირი.

*საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების ტესტში* რაც უფრო მეტი იყო მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $r = 0,612, p < 0,05$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $r = 0,583, p < 0,05$ ), მით უფრო მაღალი იყო GAF-ის ქულა. ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $r_s = -0,511, p < 0,05$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა ( $r_s = -0,532, p < 0,05$ ) უარყოფით კორელაციაში აღმოჩნდა FBF კითხვარის ”სპეციფიურ შიშებთან”, ხოლო მიღწევებს შორის სხვაობა (SB) დადებით კორელაციაში აღმოჩნდა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობასთან ( $r_s = 0,531, p < 0,05$ ). მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან ყურადღების ტესტში შედარებით დაბალ მიღწევებს განაპირობებდა პაციენტების შინაგანი შფოთვა, რაც ხელს უშლიდა მათ ტესტის წარმატებით შესრულებაში. ასევე, გამოვლინდა, რომ ტესტის უარყოფით შედეგებზე იმოქმედა პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობამ. ზოგადად, საკონტროლო ჯგუფშიც აღინიშნა კავშირი კოგნიტურ ფუნქციებსა და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხს შორის.

*ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარში ექსპერიმენტულ ჯგუფში* სტატისტიკურად სანდო კორელაცია დაფიქსირდა ტესტის ჯამურ მაჩვენებლებში თერაპიის დასაწყისსა და ბოლოში ( $r = 0,673, p < 0,001$ ); ასევე FBF კორელირებდა BPRS-ის ჯამურ მაჩვენებელთან ( $r = 0,365, p < 0,05$ ) და GAF-თან ( $r = -0,479, p < 0,01$ ). მიღებული შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტები საკუთარ ფსიქიკურ მდგომარეობას აღექვამურად აფასებდნენ; ასევე აღსანიშნავია, რომ ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება დადებით გავლენას ახდენდა პაციენტების ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

”სელექციური ყურადღების” გაუმჯობესება კორელირებდა ყურადღების ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა ( $r_s = -0,539, p < 0,05$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობასთან ( $r_s = -0,613, p < 0,05$ ). ასევე, სელექციური ყურადღების გაუმჯობესებას ადგილი ჰქონდა ”სასოწარკვეთილების” ( $r_s = 0,547, p < 0,05$ ) და ”საკუთარი თავის უგულვებელჰყოფის” ( $r_s = 0,519, p < 0,05$ ) შემცირებისას. ”დისკრიმინაციის სისუსტე” უარყოფით კორელაციაში იყო ყურადღების ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა საერთო რაოდენობასთან ( $r_s = -0,577, p < 0,05$ ) და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობასთან ( $r_s = -0,615, p < 0,05$ ). ”ავტომატიზმის დაკარგვა” დადებით კორელაციურ კავშირში აღმოჩნდა დაავადების ხანგრძლივობასთან ( $r_s = 0,572, p < 0,05$ ). ასევე, რაც უფრო მეტად იყო გამოხატული სიძნელეები თავის გართმევის რეაქციებში, მით უფრო მეტად იყო საჭირო



მედიკამენტების მაღალი ღლიური ღირებულება ( $r_s = -0,535, p < 0,05$ ), ხოლო მედიკამენტების ღირებულების მომატების ( $r_s = 0,515, p < 0,05$ ) შედეგად მცირდებოდა ფიზიკური ჩივილები.

მაშასადამე, ექსპერიმენტულ ჯგუფში, ყურადღების ტესტში მიღწევების ხარისხი განაპირობებდა სელექციური ყურადღების და დისკრიმინაციის სისუსტის გამოხატვის ხარისხის სუბიექტურად შემცირებას, რაც უფრო მეტი იყო დაავადების ხანგრძლივობა, მითუ უფრო ძლიერი იყო ავტომატიზმის დაკარგვის სუბიექტური განცდა, ხოლო ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შედეგად მცირდებოდა თავის გართმევის სიმძიმეები და ფიზიკური ჩივილები. ანუ, შეიძლება ითქვას, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების ობიექტურად გაუმჯობესება იმდენად შესაძლებელი იყო, რომ პაციენტები სუბიექტურადაც განიცდიდნენ ამას, რაც ვლინდებოდა FBF-ში.

საკონტროლო ჯგუფში FBF-ის ჯამური მაჩვენებელი სტატისტიკურად სანდო დადებით კორელაციაში აღმოჩნდა BPRS-ის ჯამურ მაჩვენებელთან ( $r = 0,542, p < 0,05$ ), ხოლო უარყოფით კორელაციაში - GAF-თან ( $r = -0,596, p < 0,05$ ). კითხვარის შიგნით, "სელექციური ყურადღების" გაუმჯობესება უკავშირდებოდა BPRS-ში "დაძაბულობის" ( $r_s = 0,638, p < 0,01$ ) და "ეჭვიანობის" ( $r_s = 0,607, p < 0,05$ ) შემცირებას.

მაშასადამე, საკონტროლო ჯგუფშიც აღინიშნა კორელაცია ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობის გაუმჯობესებასა და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებას შორის. ასევე გამოვლინდა, რომ სელექციური ყურადღების გაუმჯობესებამ გავლენას ახდენდა დაძაბულობის და ეჭვიანობის გამოხატვის ხარისხზე. ეს უკანასკნელი შედეგი მეტყველებს კოგნიტურ ფუნქციებსა და ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას შორის ურთიერთდამოკიდებულების არსებობაზე. საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების გაუმჯობესება იმდენად უმნიშვნელოდ მოხდა, რომ პაციენტები მას სუბიექტურად ვერ განიცდიდნენ და შესაბამისად, არ მიუთითებდნენ ფრანკურტის აშლილობათა კითხვარში.

ექსპერიმენტულ ჯგუფში თერაპიის შემდეგ BPRS-ის ჯამური მაჩვენებელი სტატისტიკურად სანდო უარყოფით კორელაციაში იყო GAF-ის მაჩვენებელთან როგორც თერაპიამდე ( $r = 0,644, p < 0,01$ ), ასევე თერაპიის შემდეგ ( $r = 0,722, p < 0,01$ ). რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება კორელაციაშია სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებასთან. მსგავსი სურათი იქნა მიღებული საკონტროლო ჯგუფშიც, სადაც თერაპიის შემდეგ BPRS-ის ჯამური მაჩვენებლის სიდიდე უარყოფით კორელაციაში აღმოჩნდა GAF-ის ქულასთან ( $r = -0,506, p < 0,05$ ); რაც იმას ნიშნავს, რომ როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონტროლო ჯგუფში

ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუარესების შედეგად უარესდებოდა პაციენტების სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი. მაშასადამე, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე (ან გაუარესებაზე) გავლენას ახდენდა პაციენტების ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება (ან გაუარესება).

დასკვნის სახით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონტროლო ჯგუფში დადასტურდა კავშირი კოგნიტურ ფუნქციებს, ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობასა და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხს შორის.

ფსიქოსოციალურ ფუნქციონირებაზე და თერაპიის ეფექტურობაზე *ინტელექტის, განათლების, დაავადების ხანგრძლივობის, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის და ხანგრძლივობის და პრეპარატების საწისი დღიური დოზის და მისი ცვლილების* გავლენის დასადგენად გამოყენებულ იქნა როგორც არაპარამეტრული სტატისტიკა - Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis Test, ასევე, კორელაციური ანალიზი (Pearson, Spearman), Independent Samples T-Test (სტიუდენტის t კრიტერიუმი), დამატებით, გამოყენებულ იქნა წრფივი რეგრესიული ანალიზი (Linear Regression) და ერთფაქტორიანი დისპერსიული ანალიზი (oneway ANOVA).

მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად აღმოჩნდა, რომ პაციენტების *ინტელექტი* გავლენას ახდენდა შემდეგ პარამეტრებზე: *ექსპერიმენტულ ჯგუფში* რაც უფრო მაღალი იყო პაციენტების ინტელექტი, ისინი ყურადღების ტესტში მით უფრო მეტი ნიშნის (GZ) დამუშავებას ასწრებდნენ ( $r = -0,591$ ,  $p < 0,05$ ) და მით უფრო მეტი იყო სწორად დამუშავებულ ნიშანთა (GZ-F) რაოდენობა ( $r = -0,564$ ,  $p < 0,05$ ) (Pearson correlacion). საკონტროლო ჯგუფში არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სანდო კორელაცია პაციენტების ინტელექტსა ყურადღების ტესტის მიღწევებს შორის. ეს შეიძლება აიხსნას იმით, რომ პაციენტების უმრავლესობას ინტელექტის ტესტში დაახლოებით მსგავსი ქულები ჰქონდათ მიღებული, რაც არ იძლეოდა სტატისტიკურად სანდო განსხვავებების მიღების საშუალებას.

მაშასადამე, მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება ვთქვათ, რომ რაც უფრო მაღალი იყო პაციენტების ინტელექტი, მით უფრო მაღალი იყო ყურადღების ტესტში მიღწევის ზოგადი მაჩვენებელი, ანუ მით უფრო ნაკლებად იყო გამოხატული ყურადღების დეფიციტი. მიუხედავად მიღებული შედეგისა, ცდის პირთა და მონაცემების სიმცირის გამო მოცემული კვლევა არ იძლევა მიღებული შედეგის განზოგადების საშუალებას ყურადღებასა და ინტელექტს შორის კორელაციის შესახებ.

კვლევაში აღინიშნა სხვაობები *განათლების* მხრივაც. Independent Samples T-Test-ის მიხედვით, ექსპერიმენტულ ჯგუფში გამოვლინდა, რომ უმაღლესი განათლების მქონე პირებთან ყურადღების ტესტში უფრო ნაკლები იყო შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი ( $t=-2,279$ ,  $df=13$ ,  $p<0,05$ ) და ნაკლებ შეცდომებს უშვებდნენ ტესტის დასაწყისში ( $t=-2,464$ ,  $df=13$ ,  $p<0,05$ ). ასევე, რაც უფრო მეტი იყო პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ( $t=-2,348$ ,  $df=13$ ,  $p<0,05$ ), მით უფრო ნაკლებად ახერხებდნენ უმაღლესი განათლების მიღებას. არაპარამეტრული სტატისტიკის (Mann-Whitney Test) მიხედვით, რაც უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა ( $Z=-2,372$ ,  $p<0,05$ ), პაციენტები მით უფრო ნაკლები განათლების მიღებას ახერხებდნენ და მით უფრო მეტად იყო გამოხატული კოგნიტური დაცურება ( $Z=-2,131$ ,  $p<0,05$ ). ყურადღების ტესტში შეცდომების რაოდენობის კორელაცია განათლებასთან შეიძლება აიხსნას იმით, რომ მაღალი ინტელექტის და განათლების მქონე პირები ტესტის შესრულებისას ირჩევენ სწორ სტრატეგიას – რაც უფრო თანმიმდევრულად ნელა იმუშავებდნენ, მით უფრო ნაკლებ შეცდომებს დაუშვებდნენ.

საკონტროლო ჯგუფში Independent Samples T-Test-ის მიხედვით გამოვლინდა, რომ რაც უფრო ნაკლები იყო პაციენტების განათლება, მით უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ( $t=-2,928$ ,  $df=14$ ,  $p<0,05$ ) და შესაბამისად, დაბალი იყო მათი სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი GAF-ის მიხედვით ( $t=-2,147$ ,  $df=14$ ,  $p<0,05$ ), და მით უფრო მეტ შეცდომებს უშვებდნენ ყურადღების ტესტის დასაწყისში ( $t=-2,263$ ,  $df=14$ ,  $p<0,05$ ). არაპარამეტრული სტატისტიკის (Mann-Whitney Test) მიხედვით, რაც უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა ( $Z=-2,252$ ,  $p<0,05$ ), პაციენტები მით უფრო ნაკლები განათლების მიღებას ახერხებდნენ.

როგორც შედეგებიდან ჩანს, ორივე ჯგუფის პაციენტებთან განათლება სტატისტიკურად სანდო კორელაციაში აღმოჩნდა ყურადღების ტესტის მაჩვენებლებთან, რაც შემდგომში განაპირობებდა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებას. ასევე, რაც უფრო მეტი იყო პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა და ხანგრძლივობა, მით უფრო ნაკლებად ჰქონდათ მათ უმაღლესი განათლება მიეღოთ, რაც კვლავ აისახებოდა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხზე.

*დაავადების ხანგრძლივობა* ექსპერიმენტულ ჯგუფში კორელირებდა პაციენტების ასაკთან ( $r = -0,641$ ,  $p<0,01$ ), ასევე თერაპიის ბოლოს აღქმის დარღვევებთან ( $r_s = -,532$ ,  $p<0,05$ ) ”ავტომატიზმის დაკარგვასთან” ( $r_s = -0,590$ ,  $p<0,05$ ), მეტყველების დარღვევებთან ( $r_s = -,628$ ,  $p<0,05$ ), ”უჩვეულო აზრების” ( $r_s = -0,526$ ,  $p<0,05$ ) მაგებასთან და აგაქსიურ

ქცევასთან ( $r_s = -0,643$ ,  $p < 0,01$ ). საკონტროლო ჯგუფში დაავადების ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად მაგულობდა ”მგრული განწყობის” გამოხატვის ხარისხი ( $r_s = -0,505$ ,  $p < 0,05$ ). როგორც ჩანს, დაავადების ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად მაგულობდა განსაზღვრული სახის პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომატიკა.

**ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ექსპერიმენტულ ჯგუფში** კორელირებდა განათლებასთან ( $r = 0,546$ ,  $p < 0,05$ ). რაც უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, პაციენტები ყურადღების ტესტში მით უფრო მეტ შეცდომებს უშეებდნენ ( $r = 0,516$ ,  $p < 0,05$ ) და მით უფრო მეტი იყო სხვაობა – SB ( $r = 0,517$ ,  $p < 0,05$ ). ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობასთან სტატისტიკურად სანდო კორელაცია აღინიშნა თერაპიის ბოლოს ”სპეციფიურ შიშებში” ( $r_s = -0,585$ ,  $p < 0,05$ ), ”მეცყველების დარღვევებში” ( $r_s = -0,580$ ,  $p < 0,05$ ) და ”ექვიანობაში” ( $r_s = -0,518$ ,  $p < 0,05$ ). როგორც ჩანს, იმ პაციენტებთან, რომლებიც ხშირ ჰოსპიტალიზირებას საჭიროებდნენ, უფრო მეტად იყო გამოხატული პოზიტიური სიმპტომატიკა. საკონტროლო ჯგუფში რაც უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, პაციენტები მით უფრო ნაკლებად ახერხებდნენ უმაღლესი განათლების მიღებას ( $r = 0,616$ ,  $p < 0,05$ ), მით უფრო მეტად იყო გამოხატული კოგნიტური დაცურება ( $r_s = -0,501$ ,  $p < 0,05$ ) და მგრული განწყობა ( $r_s = -0,530$ ,  $p < 0,05$ ).

როგორც ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფის შედეგებიდან ვლინდება, ხშირი ჰოსპიტალიზაციების შემთხვევაში ღრმავებოდა კოგნიტური დეფიციტი, პაციენტებს განათლების მიღების ნაკლები შესაძლებლობა ეძლეოდათ; ასევე, გამოხატული იყო სოციალური შიშები და პერსისტენტული ბოღვითი იდეები, ანუ ზოგადად პოზიტიური სიმპტომატიკა.

**ცხრილი 30:** ექსპერიმენტული ჯგუფის მონაცემები ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის მიხედვით (Pearson და Spearman Correlation):

	ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	
	R	Sig. (2-tailed)
d2 (SB)	,516	,049
d2 (F)	,516	,049
კოგნიტური დაცურება	,554	,029
შიზოფაზია	,687	,005
აგაქსიური ქცევა	,567	,028
მოგორული ჰიპერაქტიურობა	,786	,001

*ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის* გავლენის დასადგენად გამოყენებულ იქნა ერთფაქტორიანი დისპერსიული ანალიზი (oneway ANOVA). საკონტროლო ჯგუფში ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის გავლენა არ აღინიშნა ტესტის არც ერთ მახასიათებელზე, რამდენადაც ამ ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 1 წელს და მხოლოდ 2 პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა იყო 1 წელზე მეტი. ექსპერიმენტულ ჯგუფში ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის გავლენა აღინიშნა ყურადღების ტესტის მახასიათებლებზე. აღმოჩნდა, რომ იგი კორელირებდა შეცდომების რაოდენობასთან ( $F=10,603$ ,  $df=2$ ,  $p<0,01$ ), შეცდომების პროცენტულ მაჩვენებელთან ( $F=10,26$ ,  $df=2$ ,  $p<0,01$ ) და შეცდომების განაწილებასთან ტესტის დასაწყისში ( $F=5,002$ ,  $df=2$ ,  $p<0,05$ ), შუაში ( $F=10,072$ ,  $df=2$ ,  $p<0,01$ ) და ბოლოში ( $F=12,938$ ,  $df=2$ ,  $p<0,01$ ). როგორც შედეგებიდან ჩანს, რაც უფრო მეტი იყო ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა, ყურადღების ტესტში მით უფრო მეტი იყო შეცდომების რაოდენობა. სავარაუდოა, რომ ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად უფრო მეტად ღრმავდებოდა კოგნიტიური დეფიციტი, კერძოდ კი მიანდებოდა აღმასრულებელი ფუნქციები, რაც ხელს უშლიდა პაციენტებს სწორი სტრატეგიის შერჩევაში.

არაპარამეტრული სტატისტიკის (Kruskal-Wallis Test) გამოყენების საფუძველზე, აღინიშნა ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის გავლენა ეჭვიანობაზე ( $\chi^2=6,79$ ,  $df=2$ ,  $p<0,05$ ) და აგზნებალობაზე ( $\chi^2=6,059$ ,  $df=2$ ,  $p<0,05$ ).  $\chi^2$ -ის მიხედვით (Pearson  $\chi^2$ ), ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა კორელაციაში აღმოჩნდა განათლებასთან ( $\chi^2=6,071$ ,  $df=2$ ,  $p<0,05$ ) და ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობასთან ( $\chi^2= 26,667$ ,  $df=12$ ,  $p<0,01$ ). ანუ, ანამნეზში ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის მქონე პირებს აღენიშნებოდათ პერსისგენგული ბოღვითი იდეები, რაც თერაპიის მიუხედავად უცვლელი რჩებოდა.

პრეპარატების დღიური დოზის გავლენის შესწავლისას მიღებულ იქნა შემდეგი სურათი: ექსპერიმენტულ ჯგუფში რაც უფრო მაღალი იყო *მედიკამენტების საწყისი (თერაპიამდე) დოზა*, მით უფრო მკვეთრად იყო გამოხატული სიძნელეები "თავის გართმევის რეაქციებში" ( $r_s = -0,535$ ,  $p<0,05$ ), უფრო მეტად ვლინდებოდა ჰალუსინაციები ( $r_s = -0,570$ ,  $p<0,05$ ) და აგზნებალობა ( $r_s = -0,597$ ,  $p<0,05$ ). პრეპარატების შემდგომი *დოზის მომატების* შედეგად შემცირდა "ფიზიკური ჩივილები" ( $r_s = 0,515$ ,  $p<0,05$ ). საკონტროლო ჯგუფში პრეპარატების მაღალი დღიური *დოზა* ეძლეოდა იმ პაციენტებს, რომლებთანაც აღენიშნებოდათ მაღალი მაჩვენებლები თერაპიამდე BPRS-ში ( $r=0,621$ ,  $p<0,05$ ) და დაბალი ქულა GAF-ში ( $r=0,523$ ,  $p<0,05$ ). ასევე, მედიკამენტების მაღალი დოზის

შემთხვევაში გამოსატყუი იყო პომბიგური სიმპტომები: თერაპიამდე - "დეპრესია" ( $r=0,570$ ,  $p<0,05$ ), "ეჭვიანობა" ( $r=0,517$ ,  $p<0,05$ ), "უხვეულო ამრები" ( $r=0,702$ ,  $p<0,01$ ), "მოგორული შეფერხება" ( $r=0,554$ ,  $p<0,05$ ), "სუიციდალობა" ( $r=0,521$ ,  $p<0,05$ ) და "სასოწარკვეთილება" ( $r=0,570$ ,  $p<0,05$ ); თერაპიის შემდეგ კი - "აგზნებალობა" ( $r_s=-0,668$ ,  $p<0,01$ ). მედიკამენტების დღიური დომის მომაგება კორელაციაში აღმოჩნდა პრეპარატების საწყის დომასთან ( $r=0,591$ ,  $p<0,05$ ), ასევე, თერაპიის შემდეგ მედიკამენტების დღიური დომის მომაგებამ გამოიწვია მეტყველების დარღვევების ( $r_s=0,561$ ,  $p<0,05$ ) გაუარესება. ანუ, შედეგების საფუძველზე შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ როგორც ექსპერიმენტული, ასევე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან მთელი რიგი პომბიგური სიმპტომების ინტენსივობის შემცირებაზე, თერაპიების მიუხედავად, არსებითი გავლენა იქონია ფარმაკოლოგიურმა მკურნალობამ.

წრფივი რეგრესიული ანალიზით შესწავლილ იქნა დამოუკიდებელი და დამოკიდებული ცვლადების ურთიერკავშირი. დამოუკიდებელ ცვლადებად აღებულ იქნა პაციენტების განათლება, ინტელექტი, დაავადების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა და ხანგრძლივობა, მედიკამენტების საწყისი დღიური დოზა და მისი ცვლილება. როდესაც დამოკიდებულ ცვლადად აღებულ იქნა ყურადღების ტესტში დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა (GZ), დეგრმინაციის კოეფიციენტმა აჩვენა, რომ აღებული მოდელი (ანუ დამოკიდებული ცვლადების ერთობლიობა), დამოკიდებული ცვლადის დისპერსიის 98%-ს ხსნიდა ( $R^2=0,98$ ). აღებული მოდელიდან დამოკიდებულ ცვლადში სანდო წვლილი შეიგანა განათლებამ ( $b_z=-0,802$ ,  $t=-4,505$ ,  $p<,05$ ) და IQ-მ ( $b_z=-0,921$ ,  $t=-6,276$ ,  $p<0,01$ ); დამოკიდებულ ცვლადად სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობის აღების შემთხვევაშიც მსგავსი შედეგი მივიღეთ, რაც იმას გულისხმობს, რომ ყურადღების ტესტში მიღწევის ხარისხზე არსებით გავლენას ახდენდა პაციენტების განათლება და ინტელექტი. ანუ, მაღალი ინტელექტის მქონე პაციენტები თავიდანვე სწორად ირჩევდნენ ტესტის შესრულების სტრატეგიას და შესაბამისად, უფრო კარგად ასრულებდნენ მას.

იმის გასარკვევად, საკონტროლო ჯგუფში ყურადღების ტესტში რატომ არ იქნა მიღებული ცვლილება ტესტის დასაწყისში შეცდომების განაწილებაში, დამოკიდებულ ცვლადად ამ პარამეტრის აღებისას გამოვლინდა, რომ მასზე გავლენას ახდენდა დაავადების ხანგრძლივობა ( $b_z=1,04$ ,  $t=5,616$ ,  $p<0,01$ ) და პრეპარატების მაღალი დღიური დოზა ( $b_z=-0,886$ ,  $t=-4,186$ ,  $p<0,05$ ) ( $R^2=0,89$ ). მსგავსი სურათი იქნა მიღებული SB-ს შემთხვევაშიც ( $R^2=0,94$ ). ანუ, შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ საკონტროლო ჯგუფის

პაციენტებთან ყურადღების ტესტის ცუდად შესრულებაზე გავლენას ახდენდა ანტიფსიქომური პრეპარატების მაღალი დოზა და დაავადების ხანგრძლივობა.

ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის გავლენა ექსპერიმენტულ ჯგუფში აღინიშნა თერაპიის ბოლოს FBF-ში მოგორიკის ( $b_z=1,306$ ,  $t=3,48$ ,  $p<0,05$ ) ( $R^2=0,89$ ) და ავტომატიზმის დაკარგვის ( $b_z=1,041$ ,  $t=3,83$ ,  $p<0,05$ ) ( $R^2=0,95$ ) ინტენსივობის შენარჩუნებაში.

მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებამ გავლენა იქონია სოციალური ფუნქციონირების ხარისხისზე და პირიქით. გარდა ამისა, სოციალურ ფუნქციონირებაზე და კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენდა პოზიტიური და განსაკუთრებით, ნეგატიური სიმპტომების შემცირება, რაც კარგად გამოვლინდა ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარის და BPRS-ის მეშვეობით.

მაშასადამე, მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად გამოვლინდა, რომ დაავადების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა და რაოდენობა გარკვეულწილად გავლენას ახდენდა პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების ხარისხზე და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციები ხელს უშლიდა პაციენტებს მიეღოთ უმაღლესი განათლება.

ამრიგად, ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მიღებული შედეგების საფუძველზე დასკვნის სახით შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ დაავადების ხანგრძლივობა და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია გავლენას ახდენს პიროვნების ფსიქო-სოციალურ ფუნქციონირებაზე, რასაც საფუძველად ელო გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი და დაავადების შესასრულებლად სწორი სტრატეგიის შერჩევის შეუძლებლობა. ყოველივე ეს კი შემდგომში, განაპირობებდა სიმძნელებს პროფესიული უნარ-ჩვევების დასწავლასა (ანუ სპეციალური განათლების) და სამოგადოებაში რეინტეგრაციაში.

## *ეფექტურობის ძალის განსაზღვრა*

*კოგნიტური სფერო* - კოგნიტურ სფეროში IPT-ს ეფექტურობის განსაზღვრისთვის გამოვიყენეთ Smith-ის [107] ეფექტურობის ძალის (ES) განსაზღვრელი ფორმულა:  $ES = (M_{post} - M_{pre}) / SD_{pre+post}$ . მიღებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილებში 31 და 32. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემული ფორმულა ვერ იძლევა მედიკამენტების ღირს დაფიქსირების საშუალებას, რამდენადაც მასში შედის თითოეული პარამეტრის საშუალო მაჩვენებლები. სწორედ ამიტომ, მოცემული ფორმულის მეშვეობით კოგნიტურ სფეროში მიღებულ იქნა შედარებით დაბალი მაჩვენებლები. Müller et al<sup>[87]</sup> –ის კვლევის მიხედვით, d2 ტესტში ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის ეფექტურობის ძალის საშუალო მაჩვენებელია 0,6 (CI: 0,43-0,76), ხოლო საკონტროლო ჯგუფისთვის – 0,33 (CI: 0,16-0,55). ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები შეესაბამება ლიტერატურაში მოყვანილ ფარგლებს. შედარებით აღრეული მონაცემების მიხედვით, ექსპერიმენტულ ჯგუფში  $ES = 0,58$ , საკონტროლოში კი  $-0,34$ .

**ცხრილი 31:** ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის Smith-ის ფორმულის მიხედვით საშუალო მაჩვენებლები, სტანდარტული გადახრები და ეფექტურობის ძალა

<b>d2</b>	<b>M<sub>pre</sub></b>	<b>M<sub>pos</sub></b>	<b>SD<sub>pre</sub></b>	<b>SD<sub>pos</sub></b>	<b>ES</b>
GZ	401,8	499,8	94,576	68,081	0,6
F	35	18,73	23,201	13,823	0,439
F%	9,1493	3,9519	6,52147	3,077	0,542
GZ-F	368,8	480,9	93,905	75,245	0,66
SB	14,13	9,13	5,63	2,693	0,6
შედ. განაწილება ტესტის დასაწყისში	9	5,27	6,118	4,2	0,361
შედ. განაწილება ტესტის შუაში	15,73	8,2	11,554	7,083	0,404
შედ. განაწილება ტესტის ბოლოში	10,2	5,27	7,589	3,453	0,446
					<b>ES<sub>M</sub> = 0,51</b>



**ცხრილი 32:** საკონტროლო ჯგუფისთვის Smith-ის ფორმულის მიხედვით საშუალო მაჩვენებლები, სტანდარტული გადახრები და ეფექტურობის ძალა.

<b>d2</b>	<b>M<sub>pre</sub></b>	<b>M<sub>post</sub></b>	<b>SD<sub>pre</sub></b>	<b>SD<sub>post</sub></b>	<b>ES</b>
GZ	412,44	423,19	82,521	90,91	0,193
F	46,69	25,19	38,41	13,664	0,342
F%	10,9475	6,0794	8,16059	3,0936	0,33
GZ-F	367,69	398,0	74,533	89,353	0,245
SB	16,69	12,25	7,88	4,155	0,36
შედ. განაწილება ტესტის დასაწყისში	9,63	6,69	8,429	4,393	0,159
შედ. განაწილება ტესტის შუაში	20	9,88	18,007	5,83	0,234
შედ. განაწილება ტესტის ბოლოში	15,56	8,63	13,322	5,548	0,302
					<b>ES<sub>M</sub> = 0,271</b>

**ფსიქოპათოლოგია** - BPRS-ში IPT-ს ეფექტურობის განსაზღვრისთვის Smith-ის<sup>[107]</sup> მონაცემები დამუშავდა ეფექტურობის ძალის (ES) განმსაზღვრელი ფორმულის მეშვეობით:  $ES = (M_{post}-M_{pre})/SD_{pre+post}$ . ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებისთვის მიღებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 33. როგორც ცხრილიდან ჩანს, ექსპერიმენტულ ჯგუფში ეფექტურობის ძალა ( $ES = 0.429$ ) ორჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში ( $ES = 0.204$ ). Müller et al<sup>[87]</sup> –ის კვლევაში ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის BPRS-ში საშუალო მაჩვენებელია 0,64 (CI: 0,45-0,77), საკონტროლო ჯგუფისთვის კი – 0,34 (CI: 0,2-0,6).

**ცხრილი 33:** ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის Smith-ის ფორმულის მიხედვით საშუალო მაჩვენებლები, სტანდარტული გადახრები და ეფექტურობის ძალა.

	<b>M<sub>pre</sub></b>	<b>M<sub>pos</sub></b>	<b>SD<sub>pre</sub></b>	<b>SD<sub>pos</sub></b>	<b>ES</b>
<b>BPRS</b> <b>ექსპერიმენტული</b>	43,33	37,33	8,5	5,5	<b>0.429</b>
<b>BPRS</b> <b>საკონტროლო</b>	51,13	45,75	15,05	11,3	<b>0.204</b>

**ფრანკფურტის ამლილობათა კითხვარში (FBF) - Smith-ის<sup>[107]</sup> ეფექტურობის ძალის (ES) განმსაზღვრელი ფორმულით** ( $ES = (M_{post}-M_{pre})/SD_{pre+post}$ ) ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებისთვის მიღებული FBF-ის მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 34. Müller et al<sup>[87]</sup> –ის კვლევის მიხედვით, ექსპერიმენტულ ჯგუფში საშუალო მაჩვენებელია 0,41 (CI: 0,24-0,57), საკონტროლო ჯგუფში კი – 0, 25 (CI: 0,04-0,51). ჩვენს შემთხვევაშიც მიღებულ იქნა ანალოგიური მონაცემები. როგორც ცხრილი 34-დან ჩანს, ექსპერიმენტულ ჯგუფში ეფექტურობის ძალა - 0,37 ორჯერ უფრო მეტია, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში, სადაც ეფექტურობის ძალა არის 0,18.

**ცხრილი 34:** ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის Smith-ის ფორმულის მიხედვით საშუალო მაჩვენებლები, სტანდარტული გადახრები და ეფექტურობის ძალა.

	M <sub>pre</sub>	M <sub>pos</sub>	SD <sub>pre</sub>	SD <sub>pos</sub>	ES
<b>FBF</b> <b>ექსპერიმენტული</b>	35,93	23,67	19,83	13,178	<b>0,371</b>
<b>FBF</b> <b>საკონტროლო</b>	38,13	30,25	22,32	20,95	<b>0,182</b>

**მოგადად,** ფსიქოპათოლოგიის სფეროში IPT-ს ეფექტურობის განსაზღვრისთვის BPRS–ის და FBF –ის ეფექტურობის ძალის საშუალო მაჩვენებლები შევაჯამეთ და გამოვიყვანეთ საშუალო მაჩვენებელი. შედეგად, მივიღეთ, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში  $ES_M = 0,31$ , ხოლო საკონტროლო ჯგუფში  $ES_M = 0,193$ . Müller et al<sup>[87]</sup> –ის კვლევაში ექსპერიმენტულ ჯგუფში ეფექტურობის საშუალო მაჩვენებელია 0,58 (CI: 0,39-0,61), ხოლო საკონტროლოში – 0,29 (CI: 0,11-0,55). შედარებით ადრეული მონაცემების მიხედვით, საშუალო მაჩვენებლები იყო ექსპერიმენტულისთვის 0,46, ხოლო საკონტროლო ჯგუფისთვის – 0,31.

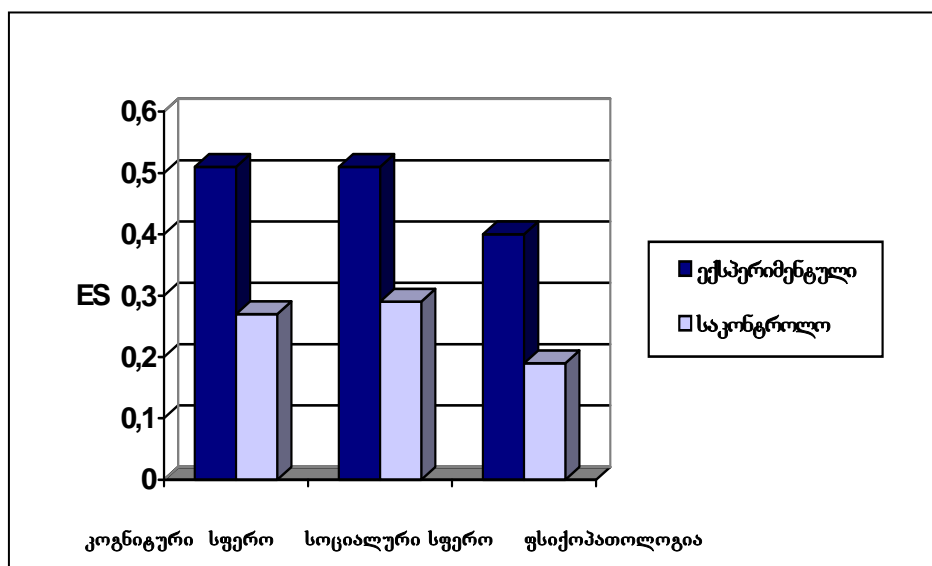
ჩვენს შემთხვევაში, ფსიქოპათოლოგიის სფეროში თერაპიების ეფექტურობის მაჩვენებლები საშუალოზე უფრო დაბალია, თუმცა შეესაბამება IPT-ს კვლევების შედეგებს და თავსდება მითითებულ ფარგლებში.

**სოციალური ფუნქციონირება** - სოციალურ ფუნქციონირებაში IPT-ს ეფექტურობის დასადგენად, Smith-ის ეფექტურობის ძალის (ES) განმსაზღვრელი ფორმულის მეშვეობით ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებისთვის მიღებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 35. როგორც ცხრილიდან ჩანს, ექსპერიმენტულ ჯგუფში დადასტურდა

სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესება, შესაბამისად, ეფექტურობის ძალის მაჩვენებელია 0,51, რაც მიუთითებს საშუალოზე ოდნავ მეტი ხარისხის ეფექტურობაზე. საკონტროლო ჯგუფში ეფექტურობის მაჩვენებელი გამოვიდა 0,29. Müller et al<sup>[87]</sup> –ის კვლევის მიხედვით, IPT-ს 28 კვლევაში სოციალური ფუნქციონირების საშუალო მაჩვენებელია 0,59, რაც მერყეობს 0,36-სა და 0,82-ს შორის. ხოლო საკონტროლო ჯგუფისთვის საშუალო მაჩვენებლად მიჩნეულია 0,34 (CI: 0,2 – 0,6). ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემები შეესაბამება მოგადად IPT-ს კვლევაში მიღებულ მონაცემებს და თავსდება დადგენილ ფარგლებში (გრაფიკი 24).

**ცხრილი 35:** ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფებისთვის საშუალო მაჩვენებლები, სტანდარტული გადახრები და ეფექტურობის ძალა Smith-ის ფორმულის მიხედვით.

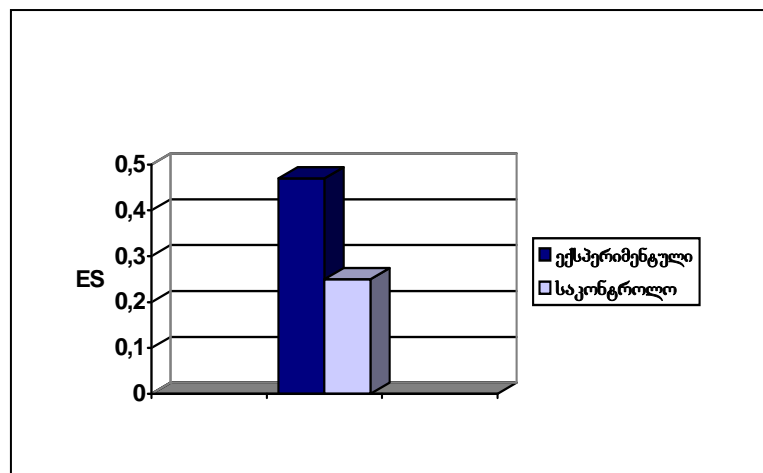
	M <sub>pre</sub>	M <sub>pos</sub>	SD <sub>pre</sub>	SD <sub>pos</sub>	ES
<b>GAF</b> ექსპერიმენტული	54,07	60,07	5,65	6,123	<b>0,51</b>
<b>GAF</b> საკონტროლო	53,44	57,06	6,957	5,615	<b>0,29</b>



**გრაფიკი 24:** თერაპიების ეფექტურობა კოგნიტური ფუნქციებში, სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოპათოლოგიაში

**თერაპიების ზოგადი ეფექტურობა** - IPT-ს ეფექტურობის განსაზღვრისთვის, სამივე სფეროსთვის (კოგნიტური ფუნქციები, ფსიქოპათოლოგია და სოციალური ფუნქციონირება) გამოვიყენეთ Smith-ის ეფექტურობის ძალის (ES) განსაზღვრელი ფორმულა:  $ES = (M_{post} - M_{pre}) / SD_{pre+post}$  თერაპიის ეფექტურობის ძალა (ES) შესაძლებელია იყოს დაბალი (0,2), საშუალო (0,5) ან მაღალი (0,8). ჩვენს შემთხვევაში, IPT-ს ზოგადი ეფექტურობა გამოვიდა 0,47, ხოლო არავერბალური თერაპიის ეფექტურობა - 0,25 (გრაფიკი 25).

ლიტერატურაში, ორივე ჯგუფისთვის მიღებულია უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებლები (0,53 და 0,34). ამბულატორიული პაციენტებისთვის, IPT-ს ჯგუფისთვის ეფექტურობის ძალის საშუალო მაჩვენებელია 0,53 (CI: 0,32-0,61), ხოლო საკონტროლო ჯგუფისთვის – 0,34 (CI: 0,24 – 0,40). როგორც გრაფიკი 25-დანაც ჩანს, ეფექტურობის მაჩვენებელი ჩვენს შემთხვევაში მოთავსებულია ლიტერატურაში მოყვანილ ფარგლებში. მართალია ჩვენ მივიღეთ საშუალოზე მცირედ დაბალი რიცხვი, მიუხედავად ამისა, აშკარა სხვაობა აღინიშნება არავერბალურ თერაპიასთან შედარებით.



**გრაფიკი 25** თერაპიების ზოგადი ეფექტურობა

IPT – ს ეფექტურობაზე 28 კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებში ნაჩვენებია, რომ თერაპიის ეფექტურობაზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფაქტორი. ასეთებად ძირითადად დასახელებულია სამკურნალო დაწესებულება (სტაციონარი ან ამბულატორია) და დაავადების სტადუსი (სადაც იგულისხმება სტაბილური სიმპტომატიკის ან პოსტმწვავე პაციენტები). დამტკიცდა, რომ IPT –ს შედეგად სტაციონარში მყოფ პაციენტებს უფრო მეტად აღენიშნებათ გაუმჯობესება ( $ES = 0,57$ , CI: 0,39-0,66), ვიდრე

ამულაგორიულ პაციენტებს (ES = 0,53, CI: 0,22-0,77). საკონტროლო ჯგუფში მიღებულ იქნა საპირისპირო მაჩვენებლები (სტაციონარში ES = 0,2, CI: 0,03-0,37, ხოლო ამულაგორიაში - ES = 0,27, CI: 0,14-0,40). სტაციონარში IPT-ს უფრო მაღალი ეფექტურობა აიხსნება იმით, რომ პაციენტები დასაწყისში ავლენენ უფრო გამოხატულ სიმპტომატიკას როგორც BPRS-ში, ასევე FBF კითხვარში. რაც შეეხება დაავადების სტატუსს, მიჩნეულია, რომ სტაბილური სიმპტომატიკის მქონე პაციენტებთან IPT-ს ეფექტურობა უფრო მაღალია (ES = 0,57, CI: 0,39-0,66), ვიდრე პოსტმწვავე პაციენტებთან (ES = 0,51, CI: 0,29-0,72). სტაბილური სიმპტომატიკის მქონე პაციენტების საკონტროლო ჯგუფში არ არის მიღებული სტატისტიკურად სანდო ეფექტი. პოსტმწვავე პაციენტების შემთხვევაში, ორივე ჯგუფის (როგორც ექსპერიმენტული, ასევე საკონტროლო) პაციენტებს თერაპიის დასაწყისში აღენიშნებათ გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი (ყურადღების ტესტი d2-ის მიხედვით), ვიდრე სტაბილური სიმპტომატიკის მქონეებს. მიუხედავად ამისა, არ დადასტურდა დაავადების სტატუსის გავლენა IPT-ს ეფექტურობაზე.

ჩვენს კვლევაში მონაწილეობას იღებდნენ შედარებით სტაბილური სიმპტომატიკის მქონე პაციენტები, რომლებიც გადიოდნენ ამულაგორულ მკურნალობას. ანუ, ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მონაწილე პაციენტები იმყოფებოდნენ რემისიაში. ყოველივე ამის გათვალისწინებით, ჩვენს მიერ მიღებული თერაპიების ეფექტურობის მაჩვენებელი სტაციონარულ პაციენტებთან შედარებით, უნდა ყოფილიყო უფრო დაბალი, რაც ჩვენს კვლევაში გამოვლინდა. მოცემული კვლევა მნიშვნელოვანია იმ მხრივაც, რომ დღემდე ჩაგარებული IPT-ს კვლევებიდან, მხოლოდ 5 კვლევა ჩაგარდა ამულაგორიაში. ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები სრულიად შეესაბამება ამულაგორიულ პაციენტებთან ჩაგარებულ IPT-ს ეფექტურობის კვლევების მონაცემებს, რის საფუძველზეც სავარაუდოდ შეგვიძლია დავასკვნოთ, რომ დადასტურებულ იქნა ქართულენოვანი ჯგუფისთვის IPT-ს მოდიფიცირებული ვარიანტის ეფექტურობა.

#### 4.8. შედეგების მიმოხილვა

##### *ექსპერიმენტული და საკონგრულო ჯგუფების შედარებითი ანალიზი*

ყურადღების ტესტი d2- ყურადღების ფუნქცია შიზოფრენიის შემთხვევაში მიჩნეულია მოწყვლადობის და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან განმსაზღვრელ ფაქტორად. ყურადღების კონცენტრაციის შეფასების ტესტი წარმოადგენს შიზოფრენიით დაავადებულთა ზოგადი მიღწევის და შრომისუნარიანობის ინდიკატორს.

ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების ტესტის ყველა მახასიათებელში მიღებული სტატისტიკურად სანდო დადებითი ცვლილებები და ეფექტურობის ძალის განმსაზღვრელი ფორმულით მიღებული ეფექტურობის საშუალო მაჩვენებელი (0,51) გვაძლევს შესაძლებლობას ვივარაუდოთ, რომ IPT-ს შედეგად ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან არსებითად გაუმჯობესდა ყურადღების ფუნქცია.

საკონგრულო ჯგუფში ყურადღების ტესტში მიღებული მცირედ დადებითი შედეგები (0,27) შეიძლება აიხსნას იმით, რომ პაციენტების კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებისას განსაზღვრული წვლილი შეიგანა არავერბალურმა თერაპიებმა და განსაკუთრებით, ერგოთერაპიამ, სადაც სხვადასხვა სახის დავალებების (ქსოვა, თექაზე მუშაობა, და სხვა საქმიანობები) შესრულების შედეგად პაციენტებს გარკვეულწილად გაუმჯობესდათ ყურადღება.

საკონგრულო ჯგუფში არ იქნა მიღებული სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ყურადღების ტესტში მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობაში და ტესტის დასაწყისში შეცდომების განაწილებაში. მოსწრებულ ნიშანთა რაოდენობას (GZ) ყურადღების კონცენტრაციის ტესტში უწოდებენ "მიღწევის ზოგად მაჩვენებელს" და იგი უშუალოდ მიუთითებს ყურადღების ტესტის დადებით თუ უარყოფით შედეგზე. საკონგრულო ჯგუფში სწორედ ამ პარამეტრში მიღებული უარყოფითი შედეგი მიუთითებს "მიღწევის დაბალ მაჩვენებელზე", რაც შეიძლება იმით აიხსნას, რომ საკონგრულო ჯგუფის პაციენტებმა ვერ მოახერხეს ყურადღების ტესტის წარმატებით შესრულების სტრატეგიის შემუშავება. დასაწყისში შეცდომების დიდი რაოდენობით დაშვება მიუთითებს იმაზე, რომ პაციენტებს გააჩნდათ ინსტრუქციის სწრაფად წვდომის და ჩართულობის დეფიციტი, რის გამოც დავალებაში გასარკვევად უფრო მეტ დროს საჭიროებდნენ. ანუ, საკონგრულო ჯგუფის პაციენტებთან კვლავ აღინიშნებოდა გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი და მიღწევის დაბალი მაჩვენებელი.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ მართალია ყურადღება ექსპერიმენტულ ჯგუფში არსებითად გავარჯიშდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ნორმისგან განსხვავებით, ჩვენს

პაციენტებთან კვლავ აღინიშნებოდა მცირედ გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი. მიღებული შედეგები შეესაბამება ლიგერაგურაში მოყვანილ მონაცემებს<sup>[17]</sup>. მრავალ კვლევაში დადასტურებულია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს, მიუხედავად იმისა, იმყოფებიან ისინი რემისიაში თუ არა, გარკვეული სახით მაინც აღინიშნებათ კოგნიტური დეფიციტი (Fuller et al, 2002<sup>[45]</sup>). სტრესისადმი მოწყვლადობის თეორიების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებს აღინიშნებათ მეტად მნიშვნელოვანი რესურსი – დასწავლის უნარი, რის შედეგადაც შესაძლებელია მათი კოგნიტური ფუნქციების გაფარჯიშება. სწორედ ამიტომ, ჩვენი მიზანი იყო, კოგნიტური ტრენინგის მეშვეობით შეძლებისდაგვარად გაგვეუმჯობესებინა დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციები.

**ფსიქოპათოლოგია - BPRS** – თერაპიის შემდეგ ექსპერიმენტულ ჯგუფში BPRS-ში მიღებული იქნა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება, თუმცა ეფექტურობის ძალის განმსაზღვრელი ფორმულით, გამოვლინდა ეფექტურობის საშუალოზე მცირედ დაბალი მაჩვენებელი (0,43). IPT-ს ეფექტურობა შედარებით დაბალი აღმოჩნდა პოზიტიურ სიმპტომატიკის ინტენსივობის შემცირებაში, რაც შეესაბამება ლიგერაგურის მონაცემებს, რომლის თანახმად<sup>[104,105]</sup>, ფსიქოპათოლოგიის სფეროში IPT-ს შედეგად უფრო მეტად უმჯობესდება ნეგატიური სიმპტომები, ვიდრე – პოზიტიური.

საკონტროლო ჯგუფში ექსპერიმენტულისგან განსხვავებით არ იქნა მიღებული ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის არსებითი გაუმჯობესება (0,2). მიუხედავად ამისა, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან უმეტესწილად შემცირდა პოზიტიური სიმპტომატიკა, რაც მიუთითებს ფარმაკოთერაპიის დადებით შედეგზე. ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე აგრეთვე მეტყველებს თერაპიის დასასრულს პრეპარატების დღიური დოზის შემცირება. ერგოთერაპიის როლი პოზიტიური სიმპტომების შემცირების შემთხვევაში გამოირიცხულია.

ექსპერიმენტულ ჯგუფში პოზიტიური სიმპტომებიდან მცირედ მოიმატა ჰალუცინაციებმა, თუმცა შემცირდა ბოღვითი აზრები. მიღებული შედეგები შეიძლება აიხსნას იმით, რომ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის გარდა, პაციენტებმა კოგნიტური ტრენინგის და სოციალური აღქმის ქვეპროგრამების დროს აითვისეს მეტად მნიშვნელოვანი პრინციპი: ”რასაც ვერ ვხედავ და არ ვიცი რა ხდება, მას თავი უნდა დავანებო”. მოცემული ფრაზა ხშირად მეორდებოდა თერაპიის განმავლობაში. თერაპიის დასაწყისშივე პაციენტები სწავლობდნენ, მხოლოდ იმის გაკეთებას, რაც მოეთხოვებოდათ; ასევე, დავალებების დროს პაციენტებისადმი მნიშვნელოვანი მოთხოვნა იყო წაყენებული - მათ გედმიწევნით სწორად უნდა გაეგოთ ინსტრუქცია და შემდგომში, ემოქმედათ ამ ინსტრუქციის

შესაბამისად. კოგნიტური ტრენინგის მეშვეობით პაციენტები გავარჯიშდნენ ინსტრუქციების სწორად გაგებაში, რეალობის აღქვავატურად შეფასებაში, და ისწავლეს მათდამი წაყენებულ სხვადასხვა მოთხოვნებზე აღქვავატური რეაგირება. ქვეპროგრამა სოციალური აღქმის საფუძველზე პაციენტებმა აითვისეს კონტექსტის მიხედვით სიტუაციების ინტერპრეტაცია და სახის გამომეგყველების, სხეულის პომის, მიმიკის და ექსტეკულაციის სწორად გაგება. ყოველივე ამან მნიშვნელოვანი წვლილი შეიგანა ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების ბოღვითი ამრების შემცირებაში. მიუხედავად ზოგიერთ პაციენტთან მცირედ მომაგებული პომიტიური სიმპტომაციკისა, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებმა დასძლიეს სუბკლინიკური გამწვავება. მიღებული ფაქტი მეტყველებს იმაზე, რომ ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან სავარაუდოდ, შემცირდა მოწყვლადობის დონე, რამაც ხელი შეუწყო პაციენტების ჩვეული ცხოვრების რითმის შენარჩუნებას და სამოგადობაში ჩვეულებრივი ფუნქციონიების გაგრძელებას.

ჩვენს კვლევაში პასუხი გაეცა კითხვას: ექსპერიმენტულ ჯგუფში პომიტიური და ნეგაციური სიმპტომაციკის შესუსტების მიმეში იყო ფარმაციკოლოგიური მკურნალობა, IPT-ს შედეგი თუ ორივე თერაპიის ერთობლივი ზემოქმედება. აღმოჩნდა, რომ თერაპიული ჯგუფის დაღებითი გაღენის გარდა, ზოგიერთი სიმპტომის შესუსტება გამოიწვია ფარმაციკოლოგიურმა მკურნალობამ.

მიღებული შედეგი კვლავ ადასტურებს ფაქტს, რომ ფსიქოთერაპიული ჩარევები ფარმაციკოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად უფრო ეფექტურ შედეგს იძლევა, ვიდრე თითოეული მათგანის დამოუკიდებლად გამოყენება.

**ფრანკფურტის ამლილობათა კითხვარი - FBF** იძლევა ინფორმაციას პაციენტების ფსიქიკური მღგომარეობის სუბიექტურ შეფასების შესახებ და მასში უფრო მეტად ექცევა ყურადღება ნეგაციური სიმპტომების შეფასებას. სწორედ ამიტომ, ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო დაგვეღვინა, თუ როგორ აფასებდნენ პაციენტები საკუთარ ფსიქიკურ მღგომარეობას თერაპიებამდე და თერაპიების შემდეგ.

ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტები სუბიექტურად მიუთითებდნენ კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაზე. მათთან ყურადღების ფუნქციის გაუმჯობესება ობიექტურადაც დადასტურდა ყურადღების ტესტი d2-ის მიხედვით. ექსპერიმენტულ ჯგუფში პაციენტები სუბიექტურადაც აღნიშნავდნენ ფსიქიკური მღგომარეობის ზოგად გაუმჯობესებას (0,37), რაც საკონტროლო ჯგუფში არ იქნა მიღწეული (0,18). საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთანაც ძირითადად შემცირდა პომიტიური სიმპტომების ინტენსივობა.



საკონგრულო ჯგუფის პაციენტებს არ უტარდებოდათ პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების შესუსტებაზე მიმართული ფსიქოთერაპია (ისინი ესწრებოდნენ მხოლოდ არავერბალურ თერაპიებს). ამიგომ, მიღებული შედეგები გვაფიქრებინებს, რომ ამ ჯგუფში პოზიტიური სიმპტომების შემცირება მიღწეულ იქნა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შედეგად.

ექსპერიმენტულ ჯგუფში შემცირდა როგორც პოზიტიური, ასევე ნეგატიური სიმპტომები. საკონგრულო ჯგუფისგან განსხვავებით, ნეგატიური სიმპტომების ინტენსივობის უფრო მეტად შესუსტება შეიძლება აიხსნას თერაპიული ჯგუფის (IPT) თავისებურებით. IPT ისე არის აგებული, რომ თავიდანვე ითვალისწინებს შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პაციენტებთან სოციალური შიშების და ნეგატიური სიმპტომების ფაქტორს. თერაპიის პროცესში თანდათანობით ხდებოდა პაციენტების აქტიურობის დონის გაზრდა, მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცეოდა ჯგუფში ჩართულობას, მზერით კონტაქტს, სხეულის პოზას და გამომეგყველებას. განსაკუთრებით დადებითად ფასდებოდა პაციენტის ადექვატური ქცევა და თერაპიის მსვლელობისას პაციენტის ყოველი დადებითი შენაგანი. სავარაუდოა, რომ ექსპერიმენტულ ჯგუფში სწორედ IPT-ს შედეგად უფრო მეტად შემცირდა ნეგატიური სიმპტომები. საკონგრულო ჯგუფში მედიკამენტური მკურნალობის და ერგოთერაპიის შედეგად ვერ იქნა მიღწეული ნეგატიური სიმპტომების არსებითი შემცირება.

IPT –ს ეფექტურობა გამოვლინდა იმ მხრივაც, რომ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მიუხედავად (მისი გამორიცხვის შემდეგაც) მთლიანობაში, შემცირდა სუბიექტური ჩივლების რაოდენობა. ყოველივე ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ დროის განმავლობაში ფარმაკოლოგიური მკურნალობის და ფსიქოთერაპიული მკურნალობის შედეგად გაუმჯობესდა პაციენტების ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა – ძირითადად პოზიტიური სიმპტომები შესუსტდა როგორც ექსპერიმენტული, ასევე საკონგრულო ჯგუფის პაციენტებთან, ხოლო ნეგატიური სიმპტომები განსაკუთრებით შესუსტდა ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს ფსიქოპათოლოგიის სფეროში IPT-ს ეფექტურობას.

**სოციალური ფუნქციონირება (GAF)** - ფუნქციონირების გლობალური შეფასების სკალა განიხილება მხოლოდ ფსიქოლოგიური, სოციალური და პროფესიული (შრომითი) ფუნქციონირების ჭრილში. სკალაში არ შედის ფიზიკური ან გარემოს (ეგზოგენური) ფაქტორებით გამოწვეული დარღვევები. თითოეული პაციენტის სოციალური ფუნქციონირების დონეს ვაფასებდით უშუალოდ თერაპიის დასაწყისში და ბოლოში.

თერაპიის დასაწყისში ორივე ჯგუფის პაციენტები იმყოფებოდნენ ფუნქციონირების დაახლოებით მსგავს საფეხურზე. მოგადად, კვლევაში მონაწილე პაციენტები ნაწილდებოდნენ სოციალური ფუნქციონირების 3 საფეხურზე. თერაპიის დასაწყისში ორივე ჯგუფის პაციენტების განსაზღვრული ნაწილი იმყოფებოდა შედარებით დაბალ საფეხურზე, რომლის დროსაც პაციენტებს აღენიშნებოდათ გამოხატული სიმპტომები, სერიოზული დარღვევები სოციალურ სფეროში, დაკარგული ჰქონდათ თვითმომსახურების ელემენტარული უნარ-ჩვევები, სახეზე იყო სოციალური კონტაქტების დეფიციტი თვით რეაბილიტაციის ცენტრის ფარგლებში. პაციენტების უმრავლესობა მეორე საფეხურზე იმყოფებოდა. მეორე საფეხური გულისხმობს საშუალო სიმძიმით გამოხატულ სიმპტომებს და საშუალო სიმძიმის სიმძლეებს სოციალურ სფეროში. უკვე ამ საფეხურზე მყოფმა პაციენტებმა მოახერხეს დასაქმებულებად რეაბილიტაციის ცენტრში - მოესინჯათ ერგოთერაპიაზე საკუთარი შესაძლებლობები. გაიზარდა მათი კონტაქტუნარიანობა და შემცირდა კონფლიქტები როგორც ოჯახში, ასევე რეაბილიტაციის ცენტრის პაციენტებთან. თერაპიის შემდეგ, ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების უმრავლესობა (ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების მესამედი) შეფასების შემდეგ, გადავიდა უფრო მაღალ საფეხურზე, რამდენადაც თერაპიის ბოლოს მათ უკვე აღენიშნებოდათ მსუბუქად გამოხატული სიმპტომები, მცირედ გამოხატული დარღვევები სოციალურ სფეროში. პაციენტების გარკვეულმა ნაწილმა შესძლო მუშაობის ან სწავლის დაწყება, ისინი პრაქტიკულად სრულფასოვნად უძღვებოდნენ დაკისრებულ საქმიანობას და საერთო ჯამში, მათი მოღვაწეობა წარმატებული გახდა.

მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად გამოვლინდა, რომ საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთანაც გაუმჯობესდა სოციალური ფუნქციონირება (0,29). თუმცა, IPT-ს შედეგად, დაახლოებით ორჯერ უფრო მეტად გაუმჯობესდა ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი (0,51). მედიკამენტების სტატისტიკურად გამორიცხვის მიუხედავად, კვლავ მიღებულ იქნა თერაპიული ჯგუფების სტატისტიკურად დამაჯერებელი დადებით ეფექტი, რაც მეტყველებს იმაზე, რომ ანტიფსიქოტოპური პრეპარატებით მკურნალობის პარალელურად, თერაპიებმაც მნიშვნელოვან როლი შეასრულეს სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაზრდაში.

ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები შეესაბამება ლიტერატურის მონაცემებს. რამდენადაც, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტები გადიოდნენ რეაბილიტაციას და აქტიურად იყვნენ ჩართულნი ერგოთერაპიაში, მოსალოდნელიც იყო მათი სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება. ერგოთერაპიაზე მათ შესძლეს თვითმომსახურებისთვის აუცილებელი

უნარ-ჩვევების აღდგენა და ზოგ შემთხვევაში, ახალ შრომით უნარ-ჩვევებსაც ეუფლებოდნენ. ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაზრდა თვალსაჩინო იყო იმ მხრივ, რომ ზოგმა მათგანმა დაიწყო სწავლა, უმრავლესობამ – მუშაობა, შემცირდა კონფლიქტები ოჯახში და მეზობლებთან, რაც იძლევა საშუალებას დავასკვნათ, რომ ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტების სოციალური ფუნქციონირება წარმატებული გახდა.

**ეფექტურობის ძალის განსაზღვრა** - ეფექტურობის ძალის განმსაზღვრელი ფორმულის გამოყენებით დადგინდა ფუნქციონირების როგორც კოგნიტურ, ასევე, სოციალურ და ფსიქოპათოლოგიის სფეროში მიღებული ეფექტურობა და თერაპიის ზოგადი ეფექტურობა. საზღვარგარეთის ქვეყნებისგან განსხვავებით, ჩვენს საკონგრესო ჯგუფში კოგნიტურ და სოციალური ფუნქციონირების სფეროში თერაპიის ეფექტურობის შედარებით დაბალი მაჩვენებელი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ჩვენს ქვეყანაში არსებული დაბალი ეკონომიკური, სოციალური და ყოფითი პირობებით. რეაბილიტაციური პროგრამების ეფექტურობის ამაღლების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი შესაძლებელია რეაბილიტაციური ზემოქმედების ფარგლებს გარეთ არსებობს და თვალსაჩინოს ხდის, რომ აუცილებელია თითოეული პაციენტისთვის დამაკმაყოფილებელი საარსებო პირობების შექმნა (რამდენადაც, პერვაბიულობის მოდელის მიხედვით, "რომელიმე ღონებზე არსებული დეფიციტი, რომელიც ვეღარ აიხსნება კოგნიტური დეფიციტით, უნდა აიხსნას გარემოს ანდა ორგანიზმის ცვლადებით").

რამდენადაც ფსიქოპათოლოგიის სფეროში ექსპერიმენტულ და საკონგრესო ჯგუფში მიღებულ იქნა ეფექტურობის უფრო დაბალი მონაცემები, ვიდრე ეს სხვა კვლევებშია მითითებული, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ თერაპიის ეფექტურობისთვის გარდა ყოფითი პირობების აუცილებლობისა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს აგიპიური ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა. ჩვენს შემთხვევაში პაციენტების უმრავლესობა იღებდა კლასიკურ (ძველი თაობის) ნეიროლეფსიურ საშუალებებს. ამასთან, ერთადერთი აგიპიური ნეიროლეპტიკი, რომელსაც პაციენტთა უმრავლესობა იღებდა იყო კლომაპინი. ხოლო რისპერიდონით მხოლოდ რამდენიმე პაციენტი მკურნალობდა.

ზემოაღნიშნული ადასტურებს, რომ რეაბილიტაციის პროცესში გარემო პირობების და აგიპიური ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობის ფაქტორი მეტად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს.

## **პერვაზიულობის მოდელთან შედეგების შესაბამისობა**

თანამედროვე ლიგერატურაში შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების პროგნოზირების მნიშვნელოვან ინდიკატორად მიჩნეულია კონფიგურული ფუნქციების დეფიციტის გამოხატვის ხარისხი. ამასთან, შრომითი უნარ-ჩვევების დასწავლისა და გავარჯიშებისთვის მნიშვნელოვან პრედიქტორად განიხილება ყურადღება. კვლევებში კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებისთვის ასევე განსაკუთრებით გამოყოფენ ატიპიური ანტიფსიქოტური პრეპარატების გამოყენების მნიშვნელოვნებას. გარდა ამისა, როდერის და მისი კოლეგების კვლევებში მითითებულია, რომ რაც უფრო მეტია დაავადების ხანგრძლივობა, მით უფრო მეტად არის გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი და შესაბამისად, მით უფრო დაბალია პაციენტების სოციალური ფუნქციონირების დონე.

მოცემულ კვლევაში მიზნად დავისახეთ, მიღებული მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების მეშვეობით, პასუხი გავვეცა რამდენიმე კითხვისთვის. **პირველი**, ყველაზე მნიშვნელოვანი, საჭირო იყო გავვერკვია, თუ რა ურთიერთდამოკიდებულება არსებობს ერთის მხრივ სოციალური ფუნქციონირების დონესა და მეორეს მხრივ, კოგნიტურ ფუნქციებსა და ფსიქიკურ მდგომარეობას შორის. **მეორე** - განვესაზღვრა, ფუნქციონირების რომელ სფეროზე იქონია განსაკუთრებული გავლენა ფარმაკოლოგიურმა მკურნალობამ. **მესამე** საკითხი ეხებოდა - კოგნიტური ფუნქციების, ფსიქოპათოლოგიის და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე რამდენად ახდენდა გავლენას პაციენტების განათლება, ინტელექტი, დაავადების და ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა და ხანგრძლივობა.

**პირველი** საკითხთან დაკავშირებით, როგორც ექსპერიმენტულ ასევე საკონტროლო ჯგუფებში დადასტურდა სოციალური ფუნქციონირების კავშირი ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობასთან. დადასტურდა სტატისტიკურად სანდო კორელაცია სოციალური ფუნქციონირების ხარისხსა და ყურადღების დეფიციტს შორის. ზოგადად გამოვლიდა, რომ ყურადღების ფუნქციის გაუმჯობესებასთან ერთად უმჯობესდებოდა სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი და მცირდებოდა როგორც პოზიტიური, ასევე ნეგატიური სიმპტომატიკა. ამას გარდა, დადასტურდა, რომ ყურადღების ტესტის შედეგების გაუმჯობესება კორელაციურ კავშირშია პოზიტიური (ჰალუცინაციები, ბოღვები) და ნეგატიური სიმპტომების გამოხატვის ხარისხთან. ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის სუბიექტური და ობიექტური შეფასების კითხვარებს შორის აღინიშნა სანდო კორელაციური კავშირი. მიღებული შედეგები შეესაბამება ლიგერატურის მონაცემებს და

განსაკუთრებით პერვაზიულობის მოდელს, რომელთა მიხედვითაც, ფუნქციონირების ერთ დონეზე არსებული დარღვევები ამიანებენ სხვა, უფრო მაღალ დონეზე არსებულ ფუნქციებს (სოციალური ფუნქციონირება), ანუ, ფუნქციონირების სხვადასხვა დონეზე არსებულ დეფიციტს აღენიშნება ურთიერთშელწევადი (გავრცელებადი) ხასიათი.

**მეორე** საკითხთან დაკავშირებით გამოვლინდა, რომ როგორც ექსპერიმენტულ, ასევე საკონგრულო ჯგუფში ანტიფსიქოზური მედიკამენტების შედეგად შემცირდა პოზიტიური და გარკვეულწილად, ნეგატიური სიმპტომები. ყურადღების და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაუმჯობესებაზე არ დადასტურდა ფარმაკოთერაპიის სტატისტიკურად დადებითი ეფექტი. მიღებული მონაცემები მნიშვნელოვანია იმ მხრივ, რომ კიდევ ერთხელ დადასტურდა IPT-ს ქართულ ენაზე მოდიფიცირებული ვარიანტის ეფექტურობა კოგნიტურ სფეროში და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე.

**მესამე** საკითხთან დაკავშირებით გამოვლინდა, რომ ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებთან ინტელექტი კორელაციაში იყო კოგნიტური ფუნქციების და ნეგატიური სიმპტომების გამოხატვის ხარისხთან. ექსპერიმენტულ და საკონგრულო ჯგუფებში პაციენტების განათლება კორელირებდა ყურადღების ტესტის შედეგებთან, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობასთან და რაოდენობასთან. ამასთან, საკონგრულო ჯგუფში დამატებით აღინიშნა კორელაცია სოციალური ფუნქციონირების ხარისხთან. როგორც აღმოჩნდა, საკონგრულო ჯგუფში პაციენტების დიდ ნაწილს არ ჰქონდა მიღებული უმაღლესი განათლება, რაც სავარაუდოდ ხშირი ჰოსპიტალიზაციების და დაავადების ხანგრძლივობის შედეგია. ხოლო, რაც უფრო მეტია ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა და ხანგრძლივობა, მით უფრო მეტად იყო გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი. ხშირი და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის შედეგად, პაციენტებთან პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები უფრო მეტად აღინიშნებოდა. ყოველივე ეს კი პაციენტებს ხელს უშლიდა პროფესიული უნარ-ჩვევების შექმნასა და საბოლოოდ, სამოგალოებაში სრულფასოვან ინტეგრირებაში.

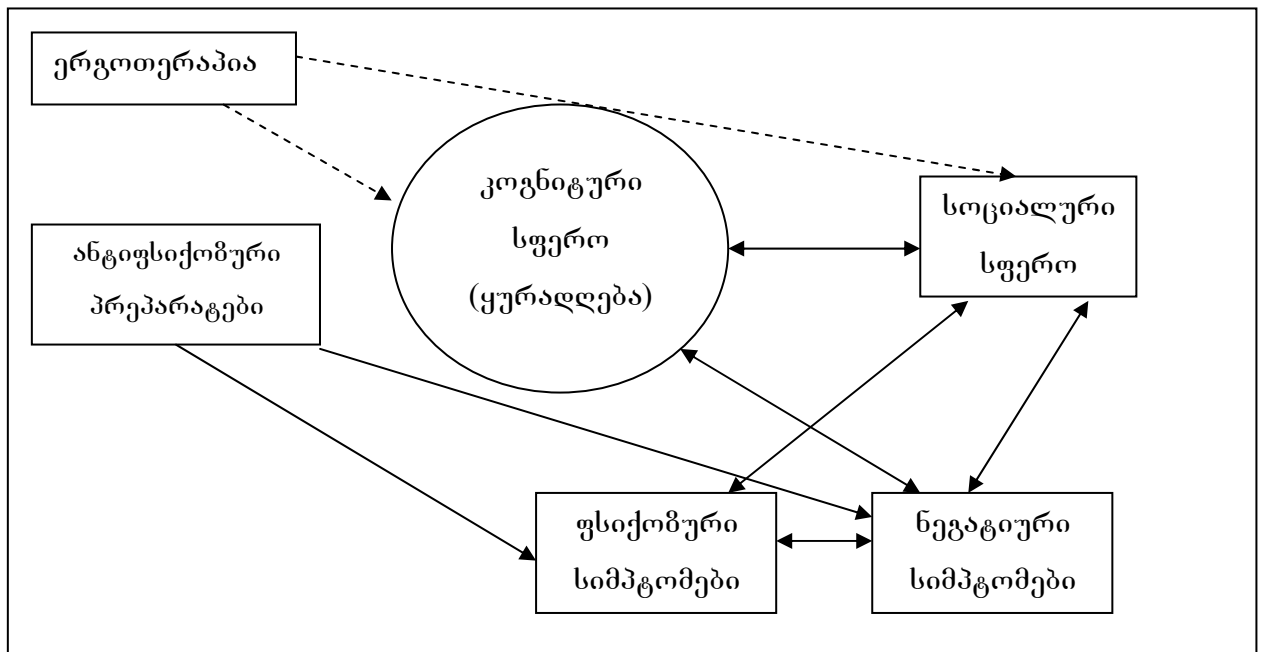
დასკვნის სახით შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები შეესაბამება ლიტერატურაში მიღებულ მონაცემებს, რაც კიდევ ერთხელ განამტკიცებს მოსაზრებას, რომ პაციენტების სამოგალოებაში რეინტეგრაციისთვის, მეტად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს დაავადების ეთიოპათოგენეზისადმი ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომა, კერძოდ, ფარმაკოთერაპიასთან ერთად მეტად მნიშვნელოვანია შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტური ფუნქციების ვარჯიში და სოციალური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება. ამასთან, რაც უფრო მეტია ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა,

მით უფრო მეტად არის გამოხატული კოგნიტური დეფიციტი და მით უფრო თვალსაჩინოა დარღვევები შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური ფუნქციონირების სფეროში.

### **ფუნქციონირების სხვადასხვა სფეროებს შორის ურთიერთკავშირი**

კოგნიტურ სფეროს, სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოპათოლოგიას (პოზიტიურ და ნეგატიურ სიმპტომებს) შორის ურთიერთკავშირის განსაზღვრის დროს ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მიღებულ იქნა განსხვავებული სურათი.

ექსპერიმენტულ ჯგუფში მიღებული ურთიერთკავშირი უფრო მეტად მიესადაგება როგორც პერვაზიულობის მოდელს, ასევე Green & Nuechterlein-ის მოდელს, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში მიღებული ურთიერთკავშირი პირდაპირ შეესაბამება Green & Nuechterlein (1999)-ის მოდელს: ”ურთიერთკავშირი ნეიროკოგნიტურ დეფიციტს, შიზოფრენიის სიმპტომატიკასა და სოციალურ ფუნქციონირებას შორის”. ამ უკანასკნელ მოდელს საფუძვლად უდევს პერვაზიულობის მოდელის ძირითადი პოსტულატები: ”1) შიზოფრენიით დაავადებულებს გააჩნიათ დეფიციტი ფუნქციონირების სხვადასხვა სფეროში, 2) ერთ სფეროში (ყურადღების/პერცეპტულ და კოგნიტურ) არსებულ დეფიციტს შეუძლია დაამიანოს სხვა (მიკრო და მაკროსოციალურ) სფეროში არსებული ფუნქციები”.



**სქემა 1:** საკონტროლო ჯგუფში მიღებული ურთიერთკავშირი კოგნიტურ ფუნქციებს, ფსიქოპათოლოგიასა და სოციალურ ფუნქციონირებას შორის

სქემა 1-ზე ნაჩვენებია პირდაპირი კავშირი ფუნქციონირების სფეროებს შორის. ჩვენს შემთხვევაში, კოგნიტური სფეროდან შესწავლილ იქნა ყურადღება. სოციალურ სფეროში იგულისხმება ფუნქციონირების გლობალური შეფასების შკალა (GAF). ფსიქოპათოლოგიური სფერო დაყვავით ორ ნაწილად – ნეგატიურ (დეფიციტურ) და პოზიტიურ (ფსიქომორ) სიმპტომებად. ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარში (FBF) უპირატესად აღწერილია ნეგატიური სიმპტომები, BPRS-ში კი – უპირატესად პოზიტიური სიმპტომები. შესაბამისად, ფსიქომორ სიმპტომებში ვიგულისხმეთ BPRS –ის მონაცემები, ხოლო ნეგატიურ სიმპტომებში FBF–ის მონაცემები. *საკონგრულო ჯგუფში* გამოვლინდა, რომ GAF-ი უშუალო კორელაციაშია d2 ტესტის მონაცემებთან, BPRS-თან და FBF-თან, რაც ასახულია სქემა 1-ზე. როგორც სქემიდან ჩანს, თითოეული სფერო ერთმანეთთან უშუალო ურთიერთდამოკიდებულებაშია. ყურადღების ტესტის მონაცემებზე ფსიქომორი სიმპტომების გეგავლენა არ დადასტურდა, რაც შეესაბამება დღეისთვის მიღებული მოსაზრებას, რომლის თანახმად, ყურადღების დეფიციტსა და პოზიტიურ სიმპტომებს შორის კავშირი სპეციფიურია მხოლოდ ჰალუცინაციებისა და ბოღვებისთვის. ამ სპეციფიურობის გამო, Green & Nuechterlein – ის მოდელში არ არის მითითებული ეს ურთიერთკავშირი. ჩვენს შემთხვევაშიც, მსგავსი მონაცემები მივიღეთ, რაც ასახულია სქემა 1-ზე.

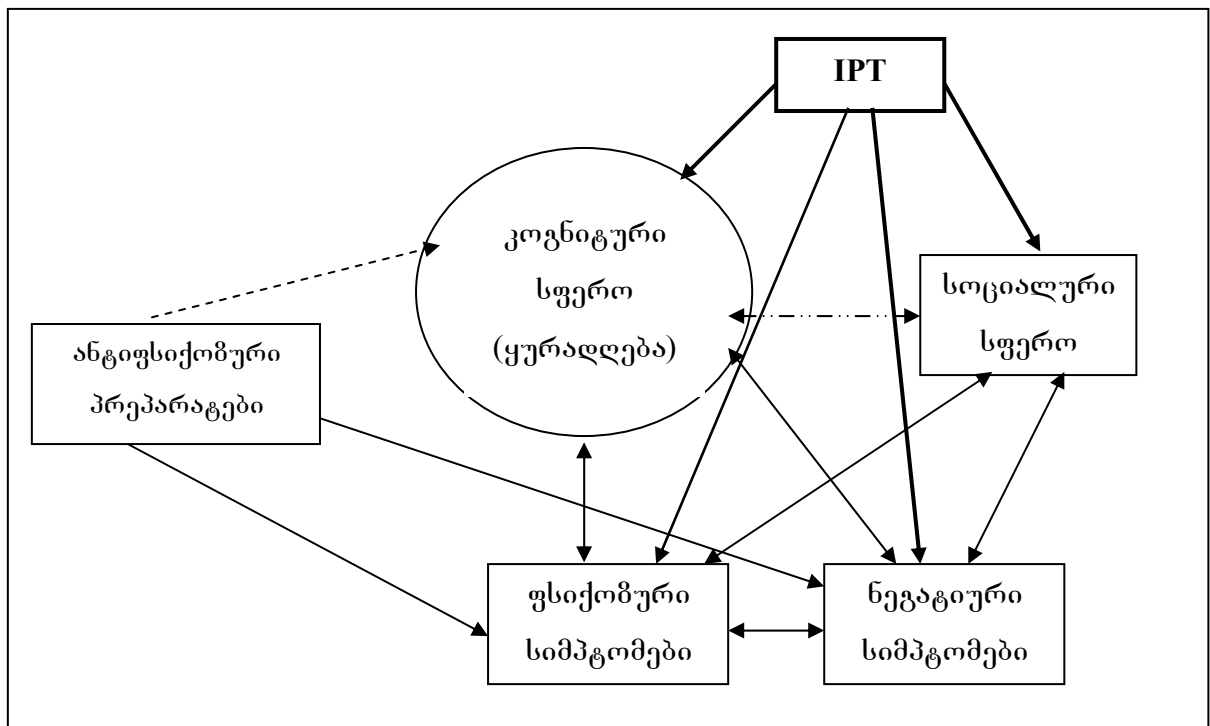
საკონგრულო ჯგუფში თავიდანვე ნაკლებად იყო გამოხატული პოზიტიური სიმპტომები (ჰალუცინაციები და პერსისტენტული ბოღვითი იდეები). სავარაუდოა, რომ სწორედ ამის გამო არ იქნა მიღებული კორელაცია კოგნიტურ ფუნქციებსა და ფსიქომორ სიმპტომებს შორის. საკონგრულო ჯგუფისგან განსხვავებით, ექსპერიმენტულ ჯგუფის პაციენტების უმრავლესობას გააჩნდა პერსისტენტული სიმპტომები (ჰალუცინაციების და ბოღვების სახით). შესაბამისად, ექსპერიმენტულ ჯგუფში უფრო მეტად გამოვლინდა პოზიტიურ სიმპტომებსა და კოგნიტურ დეფიციტს შორის სპეციფიური ურთიერთკავშირი (სქემა 2). სქემა 1 გამოხატავს ფუნქციონირების სფეროებს შორის ურთიერთკავშირს რაიმე სპეციფიური ფსიქოთერაპიული ჩარევის გარეშე. მოდელში თავისთავად ნაგულისხმებია ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.

ჩვენს შემთხვევაშიც, სქემაში შევიყვანეთ თერაპიული ჩარევა – როგორც ერგოთერაპია, ასევე ფარმაკოლოგიური მკურნალობა. ჩვენს სქემაში არ არის დაყოფილი ანტიფსიქომორი პრეპარატების სახეები, რადგანაც მოცემული კვლევა არ ისახავდა მიზნად პრეპარატების ეფექტურობის განსაზღვრას და გარდა ამისა, კვლევაში მონაწილე პაციენტების მხოლოდ მცირე ნაწილი გადიოდა ახალი ანტიფსიქომორი

პრეპარატებით მკურნალობას. შესაბამისად, სტატისტიკურმა ანალიზმა არ მოგვცა სანდო შედეგები.

სქემა 1-ზე ორმაგი ისრით ნაჩვენებია ფუნქციონირების სფეროებს შორის ურთიერთკავშირი. წყვეტილი ისრით აღნიშნულია ერგოთერაპიის სავარაუდო გავლენა კოგნიტურ სფეროზე და სოციალურ ფუნქციონირებაზე. ეს გავლენა აღვნიშნეთ იმის გამო, რომ თერაპიების ეფექტურობის ძალის განმსაზღვრელი ფორმულით საკონკრეტო ჯგუფში დადასტურდა მცირე ხარისხის, მაგრამ ერგოთერაპიის მაინც დადებითი ეფექტურობა როგორც კოგნიტურ სფეროში, ასევე სოციალურ ფუნქციონირებაში.

ჩვენს მიერ საკონკრეტო ჯგუფისთვის მორგებული მოდელი აღწერს ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების სფეროებზე დასაქმებითი თერაპიის და ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ეფექტურობას.



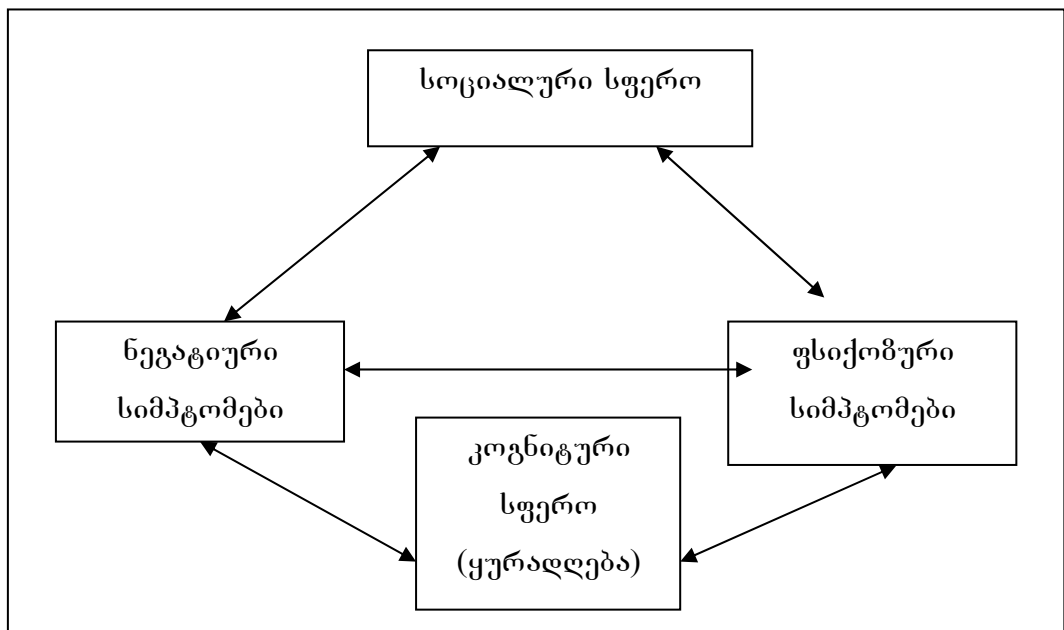
**სქემა 2:** IPT-ს ეფექტურობა კოგნიტური ფუნქციების, ფსიქოპათოლოგიის და სოციალური ფუნქციონირების სფეროში

*ექსპერიმენტულ ჯგუფში* მიღებულ იქნა განსხვავებული სურათი, რაც ნაჩვენებია სქემა 2-ზე. როგორც სქემიდან ჩანს, აქაც აღინიშნება ურთიერთკავშირი ფუნქციონირების სამივე სფეროს შორის. კოგნიტურ და სოციალურ სფეროებს შორის წყვეტილი ისარი მიუთითებს მათ შორის არა უშუალო, არამედ გაშუალებულ კავშირზე. ექსპერიმენტულ ჯგუფში ყურადღების ტესტსა და სოციალურ სფეროს შორის არ იქნა მიღებული უშუალო



კავშირი. ამ ფაქტის ახსნა შესაძლებელია შემდეგნაირად: კოგნიტური ფუნქციების ობიექტურად გაუმჯობესების შემდეგ, პაციენტები სუბიექტურადაც აღიქვამდნენ ყურადღების ფუნქციის გავარჯიშებას, რასაც მიუთითებდნენ ფრანკფურტის აშლილობათა კითხვარში. საკონტროლო ჯგუფში კი ყურადღების დეფიციტის შემცირება იმდენად მცირე იყო, რომ პაციენტები სუბიექტურად ვერ განიცდიდნენ ამ უკანასკნელის გაუმჯობესებას. მოცემული შედეგი კიდევ ერთხელ მეტყველებს ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფებში მიღებული შედეგების სხვაობაზე. სავარაუდოა რომ IPT-ს შედეგად ექსპერიმენტულ ჯგუფში (როგორც ობიექტურად, ასევე სუბიექტურად) არსებითად შემცირდა კოგნიტური დეფიციტი. სქემა 2-ზე მუქი ისრებით ასახულია IPT-ს ეფექტურობა როგორც კოგნიტურ, ასევე სოციალურ და ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის სფეროში; თერაპიის შედეგად პოზიტიური სიმპტომები შედარებით ნაკლებად შემცირდა, რის გამოც ეფექტურობის დაბალი მაჩვენებელი აღნიშნულია წვრილი ისრით.

იმისათვის, რომ თვალსაჩინო გავლენადა ყურადღების სფეროსა და სოციალურ ფუნქციონირებას შორის არაპირდაპირი ურთიერთკავშირი, ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის შედგენილ იქნა დამატებითი მოდელი, რაც სქემა 3-ზეა ასახული.

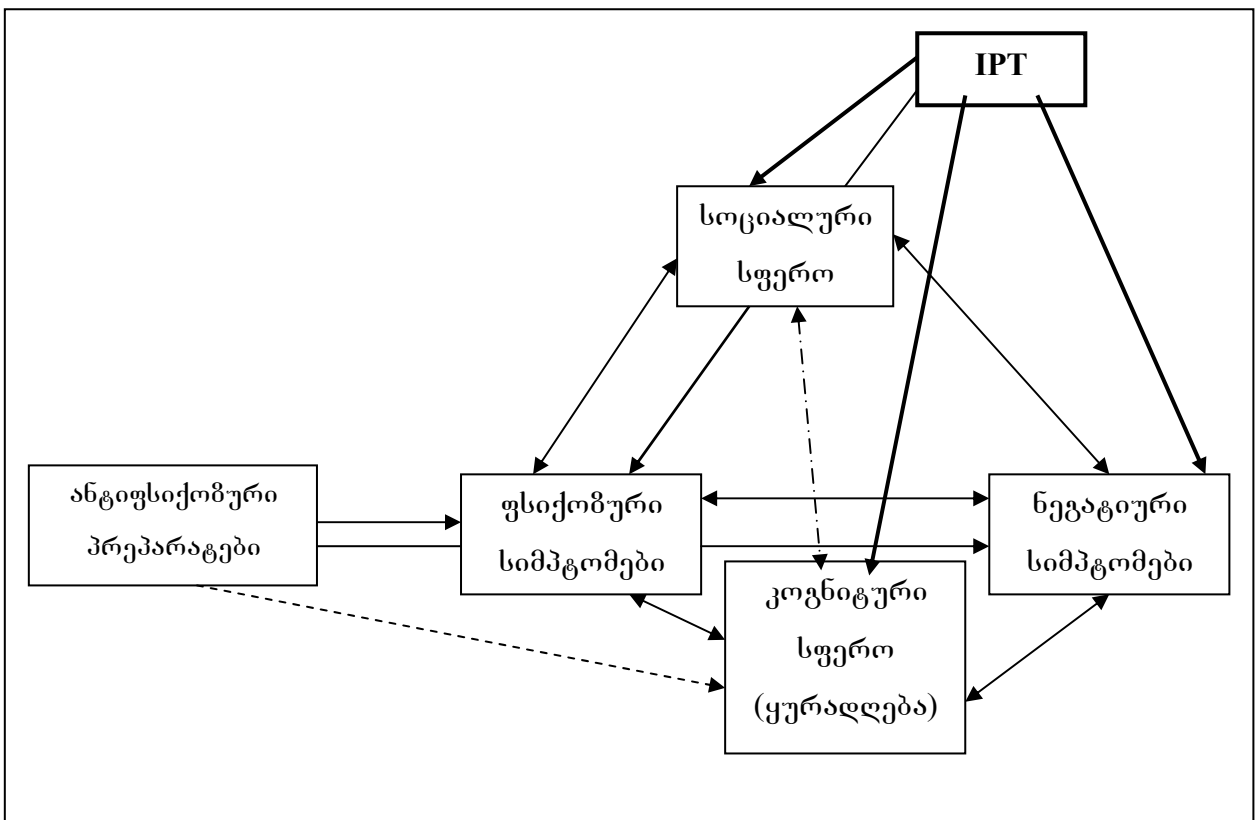


**სქემა 3:** ექსპერიმენტული ჯგუფის მონაცემების ახსნა პერვაზიულობის მოდელის მიხედვით

ექსპერიმენტულ ჯგუფში მიღებული შედეგები, დამატებით, პასუხობს პერვაზიულობის მესამე პოსტულატს: "ფუნქციონირების სხვადასხვა სფერო ერთმანეთთან იერარქიულ

დამოკიდებულებაშია”. სქემა 3-ზე პირობითად ნაჩვენებია ფუნქციონირების სფეროებს შორის იერარქიული დამოკიდებულება, სადაც პირველ საფეხურზე დგას ყურადღების ფუნქცია, ხოლო ბოლოზე – სოციალური ფუნქციონირება.

სქემა 2-ის ნაკლს წარმოადგენს ის, რომ მასში არ არის ასახული ფუნქციონირების სფეროებს შორის არსებული იერარქია და ასახულია მხოლოდ უშუალო კავშირი ფუნქციონირების სფეროებს შორის. დადებით მხარეს წარმოადგენს თერაპიული ჩარევის გავლენის თვალსაჩინოება. სქემა 3-ის ნაკლი ის არის, რომ მასში არ არის ნაჩვენები (ფარმაკოლოგიური და ფსიქოლოგიური) თერაპიების ეფექტურობა. სამაგიეროდ, კარგად არის გადმოცემული ფუნქციონირების სფეროებს შორის იერარქიული ურთიერთდამოკიდებულება. ორივე მოდელის ნაკლის აღმოსაფხვრელად, სქემაზე 4 გაერთიანებულ იქნა პერვაზიულობის და ურთიერთდამოკიდებულების მოდელები.



**სქემა 4: IPT-ს ეფექტურობის გაერთიანებული მოდელი**

ეს უკანასკნელი შესაძლებელია მიჩნეულ იყოს IPT-ს ეფექტურობის მოდელად, რომელშიც თვალსაჩინოდ არის გადმოცემული თერაპიის ეფექტურობა ფუნქციონირების სამივე სფეროსთვის, სადაც, დამატებით მითითებულია ანგიფსიქოტური პრეპარატების გავლენა.

## დასკვნები:

1. ქართულენოვან მიზნობრივ ჯგუფში ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებული ვერსიის შედეგად სტატისტიკურად სანდოდ გაუმჯობესდა შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პაციენტების კოგნიტური ფუნქციები, სოციალური ფუნქციონირება და ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა.
2. როგორც საკონტროლო, ასევე, ექსპერიმენტულ (IPT) ჯგუფში გარკვეული როლი ითამაშა დროის ფაქტორმა, რაზეც მეტყველებს სტატისტიკურად სანდოდ გაუმჯობესებული ყურადღების გესტის მონაცემები და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების შემცირება. საკონტროლო ჯგუფში, ექსპერიმენტულის მსგავსად, მიღებულ იქნა სანდო დადებითი ცვლილება სოციალურ ფუნქციონირებაში.
3. მართალია, კოგნიტური ფუნქციები საკონტროლო ჯგუფშიც გავარჯიშდა, მაგრამ თერაპიული პროგრამის შედეგად, ექსპერიმენტულ ჯგუფში კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებამ გამოიწვია სოციალური ფუნქციონირების სტატისტიკურად სანდო გაუმჯობესება.
4. შიზოფრენიული აშლილობის მქონე პირებში განათლება, ინტელექტი, დაავადებისა და ჰოსპიტალიზაციის ხაგრძლივობა და რაოდენობა არსებითად არ უშლიდა ხელს თერაპიული ეფექტის მიღებას. თერაპიის სრულყოფილი შედეგის მიღებაში დამაბრკოლებელ ფაქტორს წარმოადგენდა ნეგატიური სიმპტომატიკის არსებობა. ანუ, რაც უფრო ნაკლებად იყო გამოხატული ნეგატიური სიმპტომატიკა, მით უფრო ეფექტური იყო IPT.
5. ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ფაქტორის სტატისტიკური მეთოდებით გამორიცხვის შედეგად, ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებული ვერსიის ეფექტურობა არ შეცვლილა. ფარმაკოთერაპიული ფაქტორის მიუხედავად, დადასტურდა IPT-პროგრამის ადაპტირებული ვარიანტის ეფექტურობა.
6. ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებმა ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიის ქვეპროგრამის მოდიფიცირებული ვერსიის თითოეული საფეხური სწრაფად დაძლიეს; ისინი აღვილად იგებდნენ ინსტრუქციას, რეგულარულად და ხარისხიანად ასრულებდნენ დავალებებს, რაც იძლევა საშუალებას დავასკვნათ, რომ თერაპიული პროგრამა ქართულენოვანი ჯგუფისთვის დამაკმაყოფილებლად იქნა ადაპტირებული.

7. ლიგერაგურაში არსებულ მონაცემებთან შედარებით, კვლევის შედეგად მიღებულ იქნა თერაპიების ეფექტურობის მცირედ დაბალი მაჩვენებლები, როგორც საკონტროლო, ასევე, ექსპერიმენტულ ჯგუფებში, რაც გვაძლევს საშუალებას დავასკვნათ, რომ სხვაობის მიზეზი არსებობს რეაბილიტაციური პროცედურების მიღმა; რეაბილიტაციის ეფექტურობის მაღალი მაჩვენებლის მისაღებად, დამატებით, აუცილებელია დამაკმაყოფილებელი სოციალური პირობების არსებობა და თანამედროვე ფარმაკოლოგიური მკურნალობის გამოყენება.

### რეკომენდაციები:

- რეკომენდირებულია ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის მოდიფიცირებული ვერსიის გავრცელება საქართველოს რაიონებში, კერძოდ, ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში, საავადმყოფოებსა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრებში;
- შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების საზოგადოებაში რეინტეგრაციისთვის ფსიქოთერაპიულ მეთოდებთან ერთად რეკომენდირებულია აგიპიური ანტიფსიქოზური პრეპარატების უფრო მეტად გამოყენება და ელემენტარულად დამაკმაყოფილებელი სოციალური პირობების შექმნა.

## ლიტერატურა:

1. **Addington J.**, Addington, D., Cognitive functioning in first episode schizophrenia. *J. psych. Neurosci.* 27, 188-192 (2002)
2. **Adolphs R**, Tranel D, Hamann S, Young AW, Calder A, Phelps EA, Anderson A, Lee GP, Damasio AR: Recognition of facial emotion in nine individuals with bilateral amygdal damage. *Neuropsychologia* 1999; 37:110–111
3. **Aleman A.**, Hijman R., de Haan E., Kahn R. S., Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1358–1366
4. **Ambelas A**: Preschizophrenics: adding to the evidence, sharpening the focus. *Br J Psychiatry* 1992; 160:401–404
5. **Baddeley AD**. Essentials of Human Memory. Psychology Press, Hove, UK (1999), pp. 43 -47
6. **Baddeley A**, Gathercole S, Papagno C: The phonological loop as a language learning device. *Psychol Rev* 1998; 105:158–173
7. **Baddeley A**: Working memory. *Science* 1992; 255:556–559
8. **Banaschewski T**, Schulz E, Martin M, Remschmidt H. Cognitive functions and psychopathological symptoms in early-onset schizophrenia. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 9 (1): 11-20
9. **Bilder RM.**, Goldman RS., Robinson D. et al., Neuropsychology of first episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *Am J. Psych.* 2000; 157: 549-559
10. **Bilder R**, Lipschultz-Broch L, Reiter G, Geisler S, Mayerhoff D, Lieberman J: Intellectual deficits in first-episode patients with schizophrenia: evidence for progressive deterioration. *Schizophr Bull* 1992; 18:437–448
11. **Bilder RM.**, Volavka J., Czobor P. et al., Neurocognitive correlates of the COMT Val (158) Met polymorphism in chronic schizophrenia. *Bio. Psych.* 52, 701-707 (2002)
12. **Bleuler E**: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911). Translated by Zinkin J. New York, International Universities Press, 1950
13. **Böker W.**, & Brenner HD., Selbstheilungsversuche Schizophrener. Psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt*, 1983; 54: 578-589.
14. **Braff DL.**, Saccuzzo DP. Effect of antipsychotic medication on speed of information processing in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1127-1130.

15. **Bregraad R.**, & Glenthøj, BY., Information Processing and Attentional Dysfunctions as Vulnerability Indicators in Schizophrenia Spectrum Disorders. *World J Biol Psychiatry* 2000; 1: 5-15.
16. **Brenner HD**, Hodel B, Roder V, Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull.*1992;18(1):21-6
17. **Brickenkamp R.**, Die Durchführung. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, 7. Auflage, Verlag für Psychologie. Dr.C.J.Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich. 1975, S. 8-10.
18. **Brewer WJ.**, Rfancey SM., Wood SJ., Jackson HJ., et al., Memory impairments identified in people at ultra-high risk for psychosis who later develop first-episode psychosis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 71-79.
19. **Broadbent DE.**, Decision and Stress. London, Academic Press, 1971, pp 12-15
20. **Broadbent DE.**, Perception and Communication. Oxford, UK, Pergamon Press, 1958. pp. 872
21. **Broadbent DE:** Stimulus set and response set: two kinds of selective attention, in *Attention: Contemporary Theory and Analysis*. Edited by Mostofsk DL. New York, Appleton-Century-Crofts, 1977, pp 51-60.
22. **Brown GW.**, Birley JLT & Wing JK, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 241-258.
23. **Calkins M.E.**, R.C. Gur, Ragland J.D., Gur R.E., Face Recognition Memory Deficits and Visual Object Memory Performance in Patients With Schizophrenia and Their Relatives. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1963–1966
24. **Canstatt C.** Handbuch der medicinischen Klinik.1.Bd.2.Aufl.Enke,Erlangen, 1843, s.34
25. **Cassens G.**, Inglis AK., Appelbaum PS., et al., Neuroleptics: effects on neuropsychological function in chronic schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1990; 16:477-499.
26. **Chen WJ**, Faraone SV: Sustained attention deficits as markers of genetic susceptibility to schizophrenia. *Am. J Med Genet Semin. Med Genet* 2000; 97:52-57.
27. **Chen WJ**, Lui SK, Chang CJ, et al., Sustained attention deficit and schizotypal personality features in nonpsychotic relatives of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1214-1220.
28. **Ciampi L.**, The natural History Schizophrenia in the long Run. *Brit. J. of Psychiatry*. 1980; N136. - P. 413-420
29. **Ciampi L.**, Modellvorstellungen zum Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren in der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 1984a; 52: 200-206

30. **Cirillo MA**, Seidman L., Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychol. Rev.* 13, 43-77 (2003)
31. **Cohen J.**, Statistical power analyses for the behavioral sciences. Erlbaum, Hillsdale, 1988, P. 118-128
32. **Conklin HM**, Calkins ME, Anderson CW, Dinzeo TJ, Iacono WG: Recognition memory for faces in schizophrenia patients and their first-degree relatives. *Neuropsychologia* 2002; 40:2314–2324
33. **Cornblatt B.**, Obuchowski M., Schnur DB., et al., Attention and clinical symptoms in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1997; 68: 343-359.
34. **Dahl G.**, Testaufgabe und Bewertung der Lösung. WIP, Handbuch zum Reduzierten Wechsler-Intelligenztest, 2. Auflage, 1987, S.92-111.
35. **David A, Malmberg A**, Brandt L, Allebeck P, Lewis G: IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med* 1997; 27:1311–1323
36. **Davidson M, Reichenberg A**, Rabinowitz J, Weiser M, Kaplan Z, Mark M: Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1328–1335
37. **Deutsch JA**, Deutsch D.: Attention: some theoretical considerations. *Psychol. Rev* 1963; 70:80-90.
38. **Diester A.**, Möller HJ., Ätiopathogenese (Kap. 4) in: Schizophrenie und verwandte Psychosen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 1998. S.33-49
39. **Drachman DA**, Leavitt J., Human memory and the cholinergic system. *Arch Neurol.* 1974; 30:114-121.
40. **Edwards J**, Pattison PE, Jackson HJ, Wales RJ: Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 48:235–253
41. **Egan M.**, Goldberg T., Gscheidle T. et al., Relative risk for cognitive impairments in siblings of patients with schizophrenia. *Bio. Psych.* 50, 98-107 (2001)
42. **Ekman P**, Friesen WV: Unmasking the Face. Englewood Cliffs, NJ, *Prentice-Hall*, 1975
43. **Erlenmeyer-Kimling L**, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, Adamo UH, Gottesman II: Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1416–1422.
44. **Frackowiak RSJ, Friston KJ, Frith CD., et al., eds.** *Human brain function*. New York: Academic Press, 1997.

45. **Fuller R.**, Nopoulos P., Arndt S., O’Leary D., Ho B. C., Andreasen N. C., Longitudinal Assessment of Premorbid Cognitive Functioning in Patients With Schizophrenia Through Examination of Standardized Scholastic Test Performance. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1183–1189
46. **Galderisi S.**, Maj M., Mucci, Cassano G.B., et al., Historical, Psychopathological, Neurological, and Neuropsychological Aspects of Deficit Schizophrenia: A Multicenter Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:983–990
47. **Gold S**, Arndt S, Nopoulos P, O’Leary DS, Andreasen NC: Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1342–1348
48. **Goldberg T.E.**, Green M.F., Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia: an overview, chapter 48, pp 657-667. In: *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. New York: Academic Press, 1998
49. **Goldberg TE**, Greenberg R., Griffin SJ, et al., The effect of clozapine on cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 162:43-48. 48
50. **Goldberg E**, Seidman L: Higher cortical functions in normals and in schizophrenia: a selective review, in *Neuropsychology, Psychophysiology and Information Processing: Handbook of Schizophrenia*, vol 5. Edited by Steinhauser S, Gruzelier J, Zubin J. Amsterdam, Elsevier, 1991, pp 553–597
51. **Gopal Y. V. & Variend H.**, First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Advances in Psychiatric Treatment* (2005), vol. 11, 38–44
52. **Green MF**, Kern RS, Braff DL, Mintz J: Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000; 26:119–136
53. **Green MF**, Kern RS, Heaton R.K., Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research* 2004; 72: 41-51.
54. **Green MF**, Recent study on the neurocognitive effects of second-generation antipsychotic medication. *curr. Opin. Psych.* 2002, 15, 25-29
55. **Green MF**: *Schizophrenia From a Neurocognitive Perspective: Probing the Impenetrable Darkness*. Boston, Allyn & Bacon, 1998 p.106-112
56. **Green MF**: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1999; 46:1321-1327.
57. **Gur RC**, Erwin RJ, Gur RE, Zwil AS, Heimberg C, Kraemer HC: Facial emotion discrimination, II: behavioral findings in depression. *Psychiatry Res* 1992; 42:241–251



- 58. Gur RC**, Ragland JD, Moberg PJ, Bilker WB, Kohler C, Siegel SJ, Gur RE: Computerized neurocognitive scanning, II: the profile of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25:777–788
- 59. Gur RE**, Turetsky BI, Cowell PE, Finkelman C, Maany V, Grossman RI, Arnold SE, Bilker WB, Gur RC: Temporolimbic volume reductions in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:769–775
- 60. Hagger C.**, Buckley P., Kenny JT, et al., Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biol Psychiatry* 1993; 34:702-712..
- 61. Heaton R**, Paulsen J, McAdams L, Kuck J, Zisook S, Braff D, Harris J, Jeste D: Neuropsychological deficits in schizophrenics: relationship to age, chronicity, and dementia. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:469–476
- 62. Heimberg C**, Gur RE, Erwin RJ, Shtasel DL, Gur RC: Facial emotion discrimination, III: behavioral findings in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1992; 42:253–265
- 63. Heinrichs, R. W. & Zakzanis, K. K.** (1998) Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, **12**, 426–445
- 64. Hilger E.**, Kasper S., et al., Kognitive Symptomatik bei schizophrener Erkrankung: Diagnostic und Pharmakotherapie. *J Neurol. Neurochir, Psychiatr.* 2002; 4:17-22
- 65. Higuera R.**, Rehabilitation of cognitive function in patients with severe mental disorder: a pilot study using the cognitive modules of the IPT program. *Psychology in Spain*, 2003, Vol. 7. No 1, 77-85.
- 66. Hille, B., Peter K.**, Gedächtnisstörungen bei Schizophrenen – Relevanz auch für die Praxis? Schizophrenie. Beiträge zu Forschung, Therapie und Psychosozialem Management, *gfts e.V.*. Jahrgang 18, November 2002, s. 21-32
- 67. Hoff AL.**, Faustman WO., Wieneke M., et al., The effects of clozapine on symptom reduction, neurocognitive function, and clinical management in treatment refractory state hospital schizophrenic inpatients. *Neuropsychopharmacology* 1996; 15:361-369.
- 68. Hughes C.**, Kumari V., Soni W. et al., Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schiz. Res.* 59, 137-146 (2003)
- 69. Hunt J McV.**, Cofer C.N., Psychological deficit, In: Hunt J McV., ed. Personality and the behavior disorders. *New York: Roland Press*, 1994
- 70. Hutton, S. B., Puri, B. K., Duncan, J., et al.**, Executive function in first episode schizophrenia. *Psychological Medicine*, 1998. **28**, 463–473.

- 71. Janzarik W.**, Der Psychose-Begriff und die Qualität des Psychotischen. *Nervenarzt* 2003, 74:3–11. DOI 10.1007/s00115-002-1348-6
- 72. Janzarik W.** Wandlungen des Schizophreniebegriffes. *Nervenarzt* (1978) 49:133–139
- 73. Jones P**, Rodgers B, Murray R, Marmot M: Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994; 344:1398–1402
- 74. Joyce, E.**, Hutton, S., Mutsatsa, S., *et al* Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. *British Journal of Psychiatry*, 2002, **181** (suppl. 43), s38–44.
- 75. Kerr SL**, Neale JM: Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Abnorm Psychol* 1993; 102:312–318
- 76. Koh S.**, Remembering of verbal materials by schizophrenic young adults. In: *Language and Cognition in Schizophrenia*. Schwartz S. (Ed.) Erlbaum, N.J. USA (1978)
- 77. Kohler C.G.**, Turner T.H, Bilker W.B., Brensinger C.M., Siegel S.J., Kanes S.J., Gur R.E, Gur R.C., Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1768–1774
- 78. Kraepelin E:** Dementia Praecox and Paraphrenia. Translated by Barclay RM; edited by Robertson GM. Edinburgh, E & S Livingstone, 1919, pp. 98
- 79. Kraepelin E.**, In: Robertson GM., ed. Dementia preacox and paraphrenia. Melbourne, FL: Robert T. Krieger, 1971 (originaly published in 1919)
- 80. Krieger S.**, Lis S., Cetin T., Gallhofer B., Meyer-Lindenberg A., Executive function and cognitive subprocesses in first-episode, drug-naive schizophrenia: an analysis of n-back performance. *Am. J Psychiatry* 2005; 162: 1206-1208.
- 81. Lewis R.**, Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29(2): 102-13
- 82. Lieb H.**, Lutz R., (Hrsg.) Ein integratives Verhaltenstherapeutisches Abteilungskonzept für die Behandlung schizophrener Patienten. In: *Verhaltenstherapie, Ihre Entwicklung – ihr Menschbild*. Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen-Stuttgart, 1992. S. 97-108
- 83. Liberman, M.D.**, Instruments for Assessing Psychopathology. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, UCLA School of Medicine, Psychiatric Rehabilitation Consultants, Camarillo, California, 1999, P. 60-62, 67-75
- 84. Liu SK.**, Chiu CH., Chang CJ., Hwang TJ., Hwu HG., Chen WJ., Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders: stable versus state-dependent markers. *Am J Psychiatry* 2002; 159:975-982

85. **Mandal** MK, Pandey R, Prasad AB: Facial expressions of emotions and schizophrenia: review. *Schizophr Bull* 1998; 24:399–412
86. **Mathalon** DH., heinks TH., Ford JM., Selective attention in schizophrenia: sparing and loss of executive control. *Am J Psychiatry* 2004; 161:872-881
87. **Milev** P., Ho BC., Arndt S., Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 495-506
88. **Miller** R., Schizophrenia as a progressive disorder: relations to EEG, CT, neuropathological and other evidence. *Prag Neurobiol* 1989; 33: 17-44.
89. **Minzenberg** M.J., Poole J.H., Benton C., Vinogradov S., Association of Anticholinergic Load With Impairment of Complex Attention and Memory in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:116–124
90. **Mohamed**, S., Paulsen, J. S., O’Leary, D., *et al* (1999) Generalised cognitive deficits in schizophrenia, study of first-episode patients. *Archives of General Psychiatry*, **56**, 749–754.
91. **Morrison** RL, Bellack AS, Mueser KT: Deficits in facial-affect recognition and schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988; 14:67–83
92. **Moritz** S., Woodward T. S., Cuttler C., Whitman J.C, Watson J.M., False Memories in Schizophrenia. *Neuropsychology* 2004, Vol. 18, No. 2, 276–283
93. **Müller** D. R, Roder V., Brenner H. D., Effektivität des integrierten psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte. Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. *Der Nervenarzt*, DOI .10.1007/s00115-005-1974-x, (2003) Originalien
94. **Myin-Germeys** I., Krabbendam L., Jolles J., Delespaul, P. A., Are Cognitive Impairments Associated With Sensitivity to Stress in Schizophrenia? An Experience Sampling Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:443–449
95. **Nelson** MD, Saykin AJ, Flashman LA, Riordan HJ: Hippocampal volume reduction in schizophrenia as assessed by magnetic resonance imaging: a meta-analytic study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:433–440
96. **Nuechterlein** KH, Vigilance in schizophrenia and related disorders, in *Handbook of Schizophrenia*, vol 5: Neuropsychology, Psychophysiology and Information Processing. Edited by Steinhauer SR., Gruzelier JH, Zubin K. Amsterdam, Elsevier, 1991, pp 397-433.
97. **Nuechterlein** KH, & Dawson, ME, Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10, 160-203.
98. **Nuechterlein** KH, & Dawson, ME, A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes, *Schizophrenia Bulletin*, 1984a; 10: 300-312.

- 99. Perlick D**, Stastny P, Katz I, Mayer M, Mattis S: Memory deficits and anticholinergic levels in chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:230–232
- 100. Putnam K.**, Harvey P., Memory performance of geriatric and nongeriatric chronic schizophrenic patients: a cross-sectional study. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 5, 494-501 (1999)
- 101. Rassovsky Y.**, Green MF., Nuechterlein KH. Breitmeyer B., Mintz J., modulation of attention during visual masking in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1533-2535
- 102. Roder V**, Studer K, Brenner H. Experiences with an integrated psychological therapy program for training communication and cognitive abilities in the rehabilitation of severely ill chronic schizophrenic patients. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 1987;138(1):31-44
- 103. Roder V**, Brenner HD, Muller D, Reisch T, Lachler M, Zorn P, Guggenbuhl R, Schroder S, Christen C, Schmidl F, Jenull B. Effects of new cognitive-behavioral therapy programs for improvement of specific social skills of schizophrenics - a controlled study *Nervenarzt.*2001Sep;72(9):709-16
- 104. Roder F.**, Kienzle N., Brener H.D., Hodel B., Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten, BELTZ, Psychologie VerlagsUnion, 1997, S. 13, 17-20, 152-156, 159-160, 197
- 105. Roder F.**, Kienzle N., Brener H.D., Hodel B., Theoretische Begründung der Unterprogramme des IPT. Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten, BELTZ, Psychologie VerlagsUnion, 2001, S. 49-59, 72
- 106. Rund BR.**, Melle I, Riis S., Larsen TK., et al., Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis. *Am J Psychiatry* 2004; 161:466-472
- 107. Salem JE**, Kring AM, Kerr SL: More evidence for generalized poor performance in facial emotion perception in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1996; 105:480–483
- 108. Saykin A**, Gur R, Gur R, Mozley P, Mozley L, Resnick S, Kester D, Stafiniak P: Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:618–624
- 109. Saykin, A. J.**, Shtasel, D. L., Gur, R. E., et al., Neuropsychological deficits in neuroleptic naïve patients with first episode schizophrenia. *Archives of Psychiatry*,1994. **51**, 124–131.
- 110. Shakow D.**, Some observations in the psychology (and some fewer on the biology) of schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1971; 153: 300-316.
- 111. Scharfetter C.**, Psychische Vulnerabilität – Canstatt 1841. *Nervenarzt* 1987, 58:527
- 112. Schmidt-Degenhard M** Disposition –Vulnerabilität - Verletzlichkeit. *Nervenarzt* (1988) 59:573–585

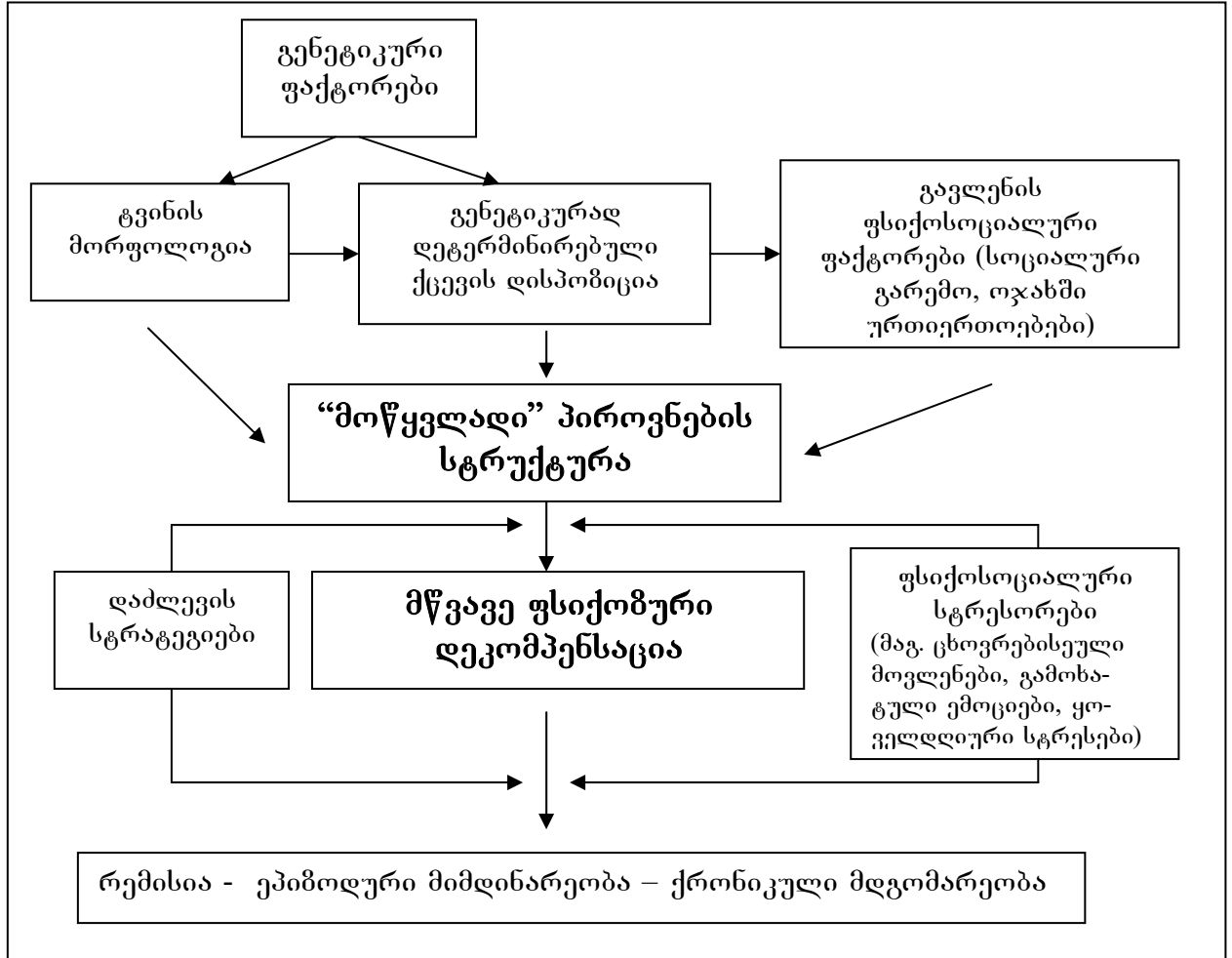
- 113. Schneider F**, Gur RC, Gur RE, Shtasel DL: Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioural probes in relation to psychopathology. *Schizophr Res* 1995; 17:67–75
- 114. Siegel DJ.**, Perception and cognition. In: Kaplan, HI. and Sadoc BJ., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6<sup>th</sup> edition. vol. 1. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995, pp 277-291.
- 115. Silver H.**, Feldman P., Bilker W., Gur R. C., Working Memory Deficit as a Core Neuropsychological Dysfunction in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1809–1816
- 116. Smith ML.**, Glass GV., Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32:752-760
- 117. Spohn HE**, Strauss ME, Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive function in schizophrenia. *J Abnorm. Psychiatry* 1985; 42:849-859.
- 118. Spohn HE**, Strauss ME: Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive functions in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1989; 98:367–380
- 119. Spohn HE**, Strauss ME., Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive function in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1999; 98:367-390.
- 120. Stamm R.**, Bühler K. E., Vulnerabilitätskonzepte bei psychischen Störungen. Conceptions of Vulnerability In Mental Disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 300-309  
DOI: 10.1055/s-2001-15303
- 121. Strauss M**, Reynolds K, Jayaram G, Tune, L.: Effects of anticholinergic medication on memory in schizophrenia. *Schizophr Res* 1990; 3:127–129
- 122. Süllwold L.**, Vorarbeiten zum “Frankfurter Beschwerde-Fragebogen“. Symptome schizophrener Erkrankungen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1976, S. 25-31, 36-43, 84-94.
- 123. Süllwold L.** & Herrlich J., Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Stuttgart. Kohlhammer. 1990, 121-135.
- 124. Theilemann S.** Modification of cognitive disorders in schizophrenic and schizoaffective psychoses using cognitive therapy in comparison with sociotherapy. *Nervenarzt*. 1993 Sep; 64(9):587-93
- 125. Touloupoulou T.**, Morris RG., Murray R., Selectivity of verbal memory deficit in schizophrenic patients and their relatives. *am. J. Med. Gen. Part B – Neuropsychiatric Genetics* B116, 1-7 (2003)
- 126. Touloupoulou T.**, Murray R., Verbal memory deficit in patients with schizophrenia: an important future target for treatment. *Expert Rev. Neurotherapeutics* 4 (1), 43-52 (2004)

127. **Toulopoulou T.** Rabe-hesketh S., King H., Murray R., Morris RG., Episodic memory in schizophrenic patients and their relatives. *Schiz. Res.* 63, 261-271 (2003)
128. **Tracy J.** Mattson R., King C. et al., A comparison of memory for verbal and nonverbal material in schizophrenia. *Schi. Res.* 50, 199-211 (2001)
129. **Tulving E.**, Episodic memory: from mind to brain. *An Rev. psychol.* 2002, 53, 1-25
130. **Tulving E.**, Memory: performance, knowledge and experience. *Eur. J. Cog. Psychol.* 1, 3-26 (1989)
131. **Turetsky BI.**, Morberg PJ., Mozley LH., et al., Memory-delineated dubtypes of schizophrenia: Relationship to clinical, neuroanatomical, and neurophysiological measures. *Neuropsychology* 2002; vol. 16, No. 4:481-490
132. **Vaughn, CE.**, & Leff JP., The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British journal of Psychiatry*, 1978b; 129: 125-137.
133. **Vaz S.**, Heinrichs RW., Schizophrenia and memory impairment: evidence for a neurocognitive subtype. *Psych. Res.* 2000; 97: 51-59
134. **Walker E.** Marwit SJ, Emory E: A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *J Abnorm Psychol* 1980; 3: 428–436
135. **Weiss A.P.**, Dodson C.S., Goff D.C., Schacter D.L., Heckers S., Intact Suppression of Increased False Recognition in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1506–1513
136. **Zubin J.**, & spring BJ., Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977; 86: 103-126.
137. **Бююль А.**, Цефель П., Дисперсионный анализ. Гл. 17. SPSS Искусство обработки информации. DiaSoft, Москва. Санкт-Петербург. Киев, 2002, стр. 323-340
138. **Каплан HI, Sadock BJ**, Антипсихотические Препараты. Клиническая психиатрия, Гэотар Медицина, Москва 1998, стр. 395 – 398
139. **როდერი ფ.**, კინცლე ნ., ბრენერი ჰ.დ., ჰოლელი ბ., თერაპიული პროგრამის ჩატარება. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა, გამომცემლობა „აწმყო“, თბილისი 2003. გვ. 111-168, 237-241, 245-247
140. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების მოკლე სკალა (BPRS). გამომცემლობა „აწმყო“. თბილისი 2002, გვ. 72-76

உ ள ன ள ள த ி

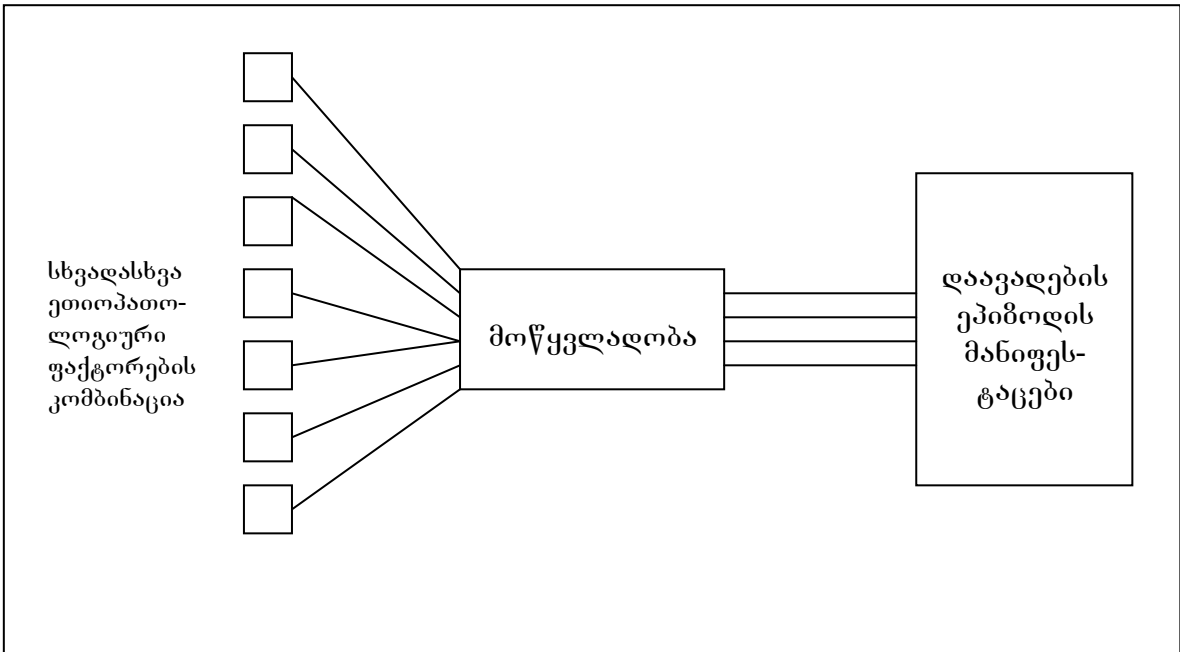
## სტრესისადმი მოწყვლადობის მიდგომები

სქემა 1. მოწყვლადობის მიდგომა: შიზოფრენიის წარმოშობის სხვადასხვა ფაქტორებს შორის დამოკიდებულება.

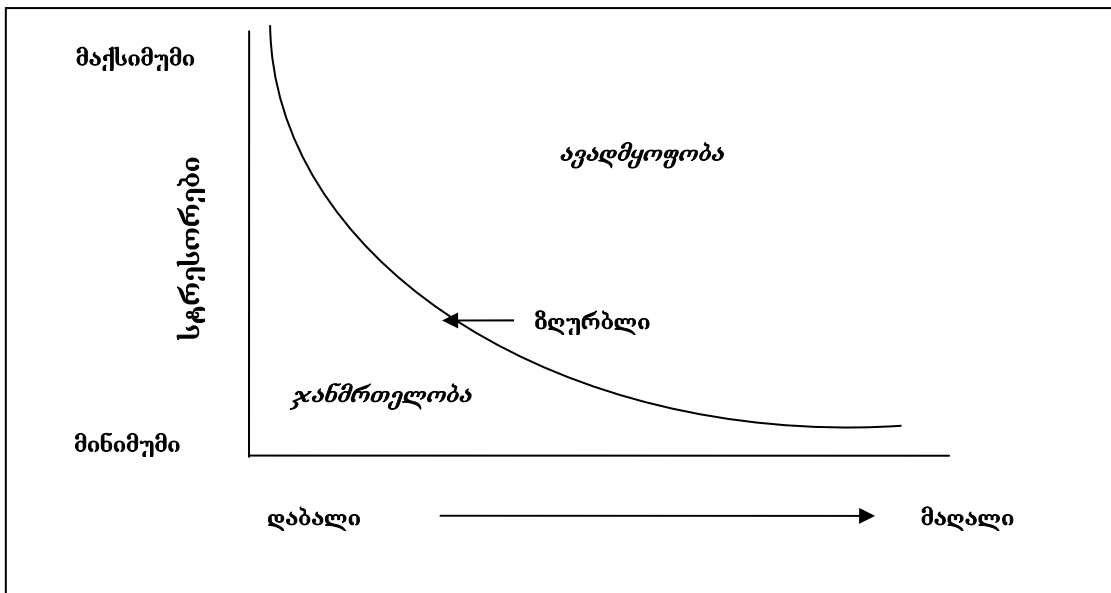


სქემა 2. Zubin და Spring-ის (1977) სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი

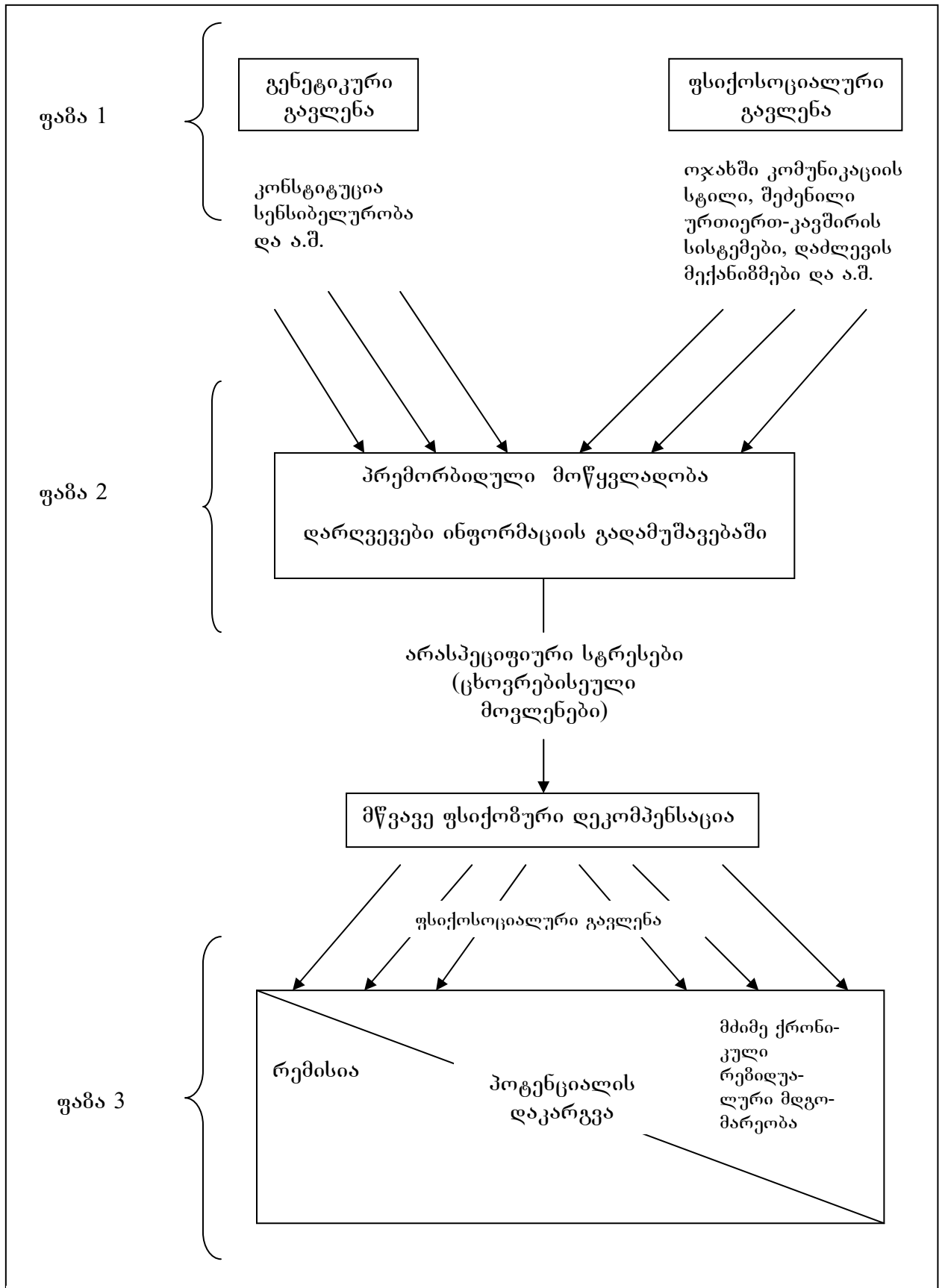




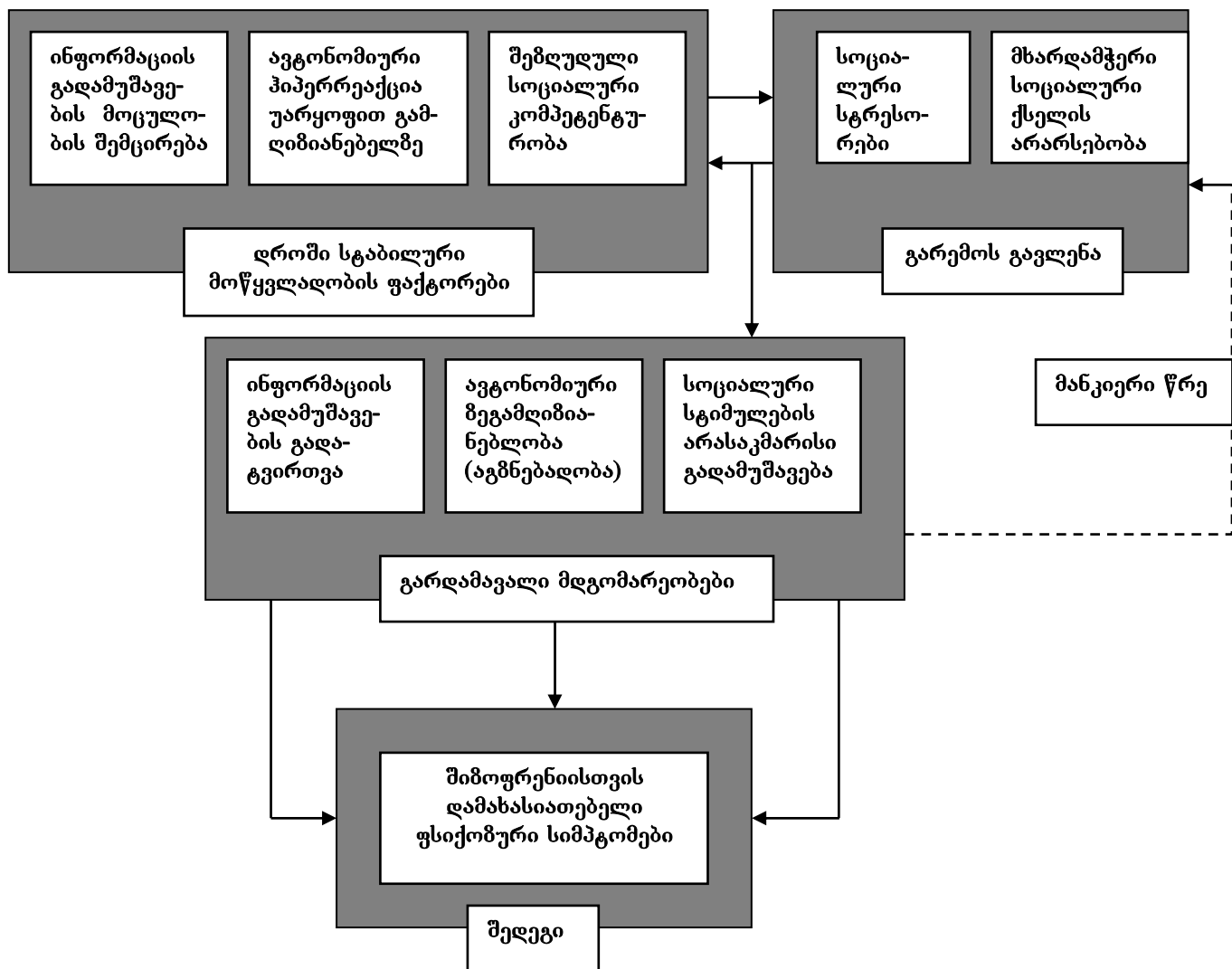
სქემა 3. სტრესისადმი მოწვევადობის მოდელი (Zubin&Steinbauer 1981)



სქემა 4. შიზოფრენიის სამფაზიანი მოდელი (Ciompi 1982)

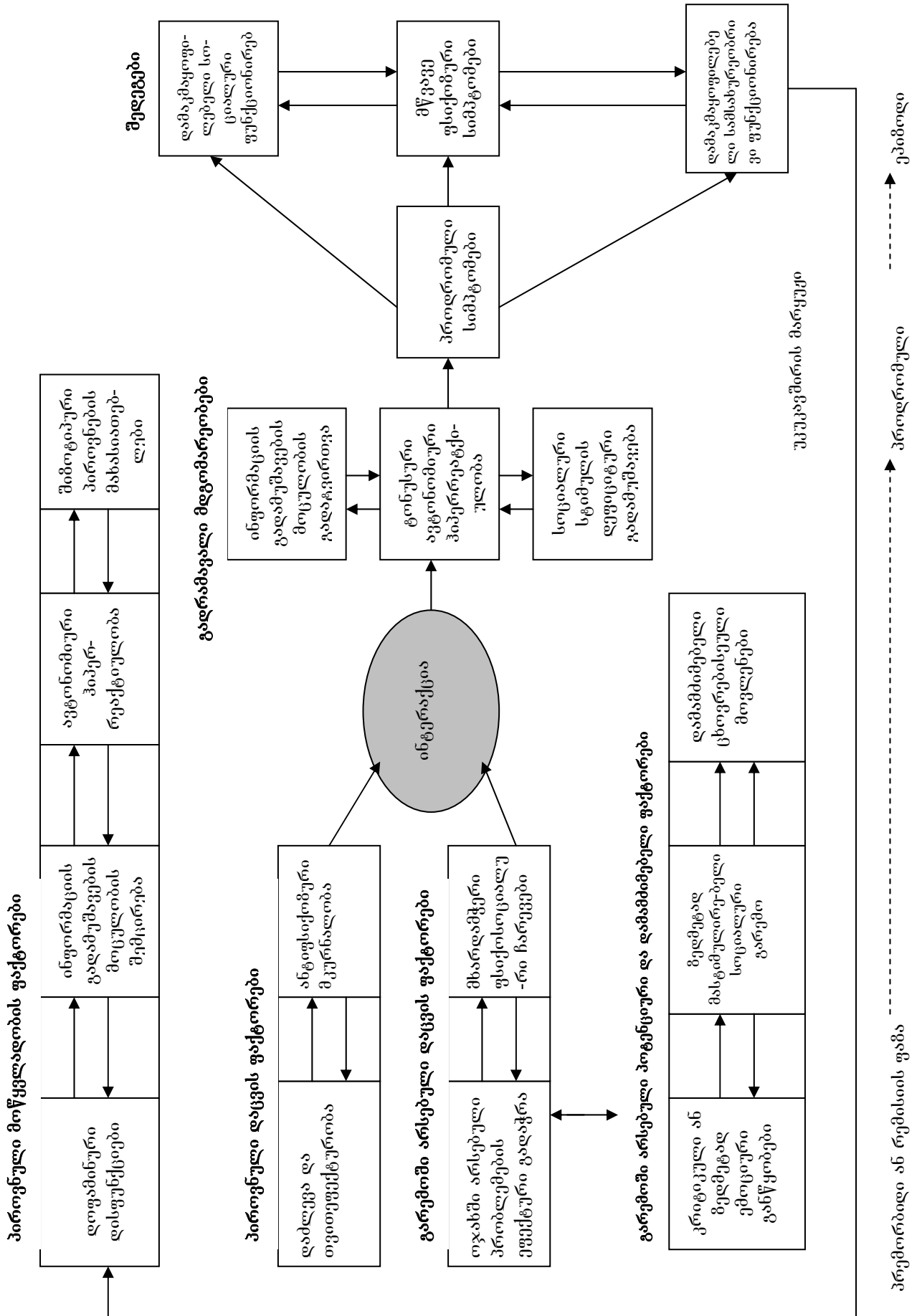


სქემა 5. Nuechterlein & Dawson-ის (1984) შიზოფრენიული ფსიქოზური ეპიზოდის განვითარების ინტერაქტიული სტრეს-მოწყვლადობის მოდელი

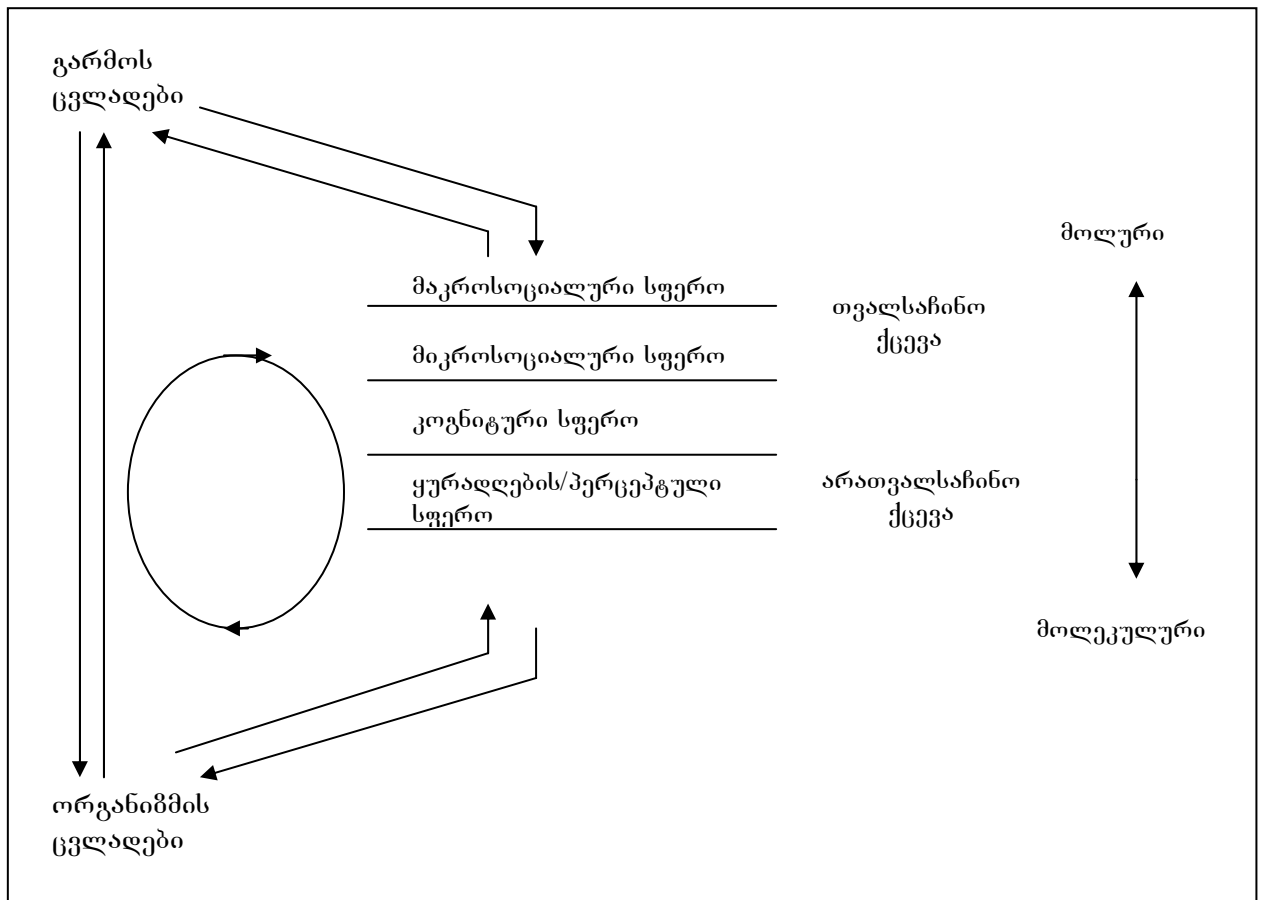


სქემა 6. ევრისტული სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი

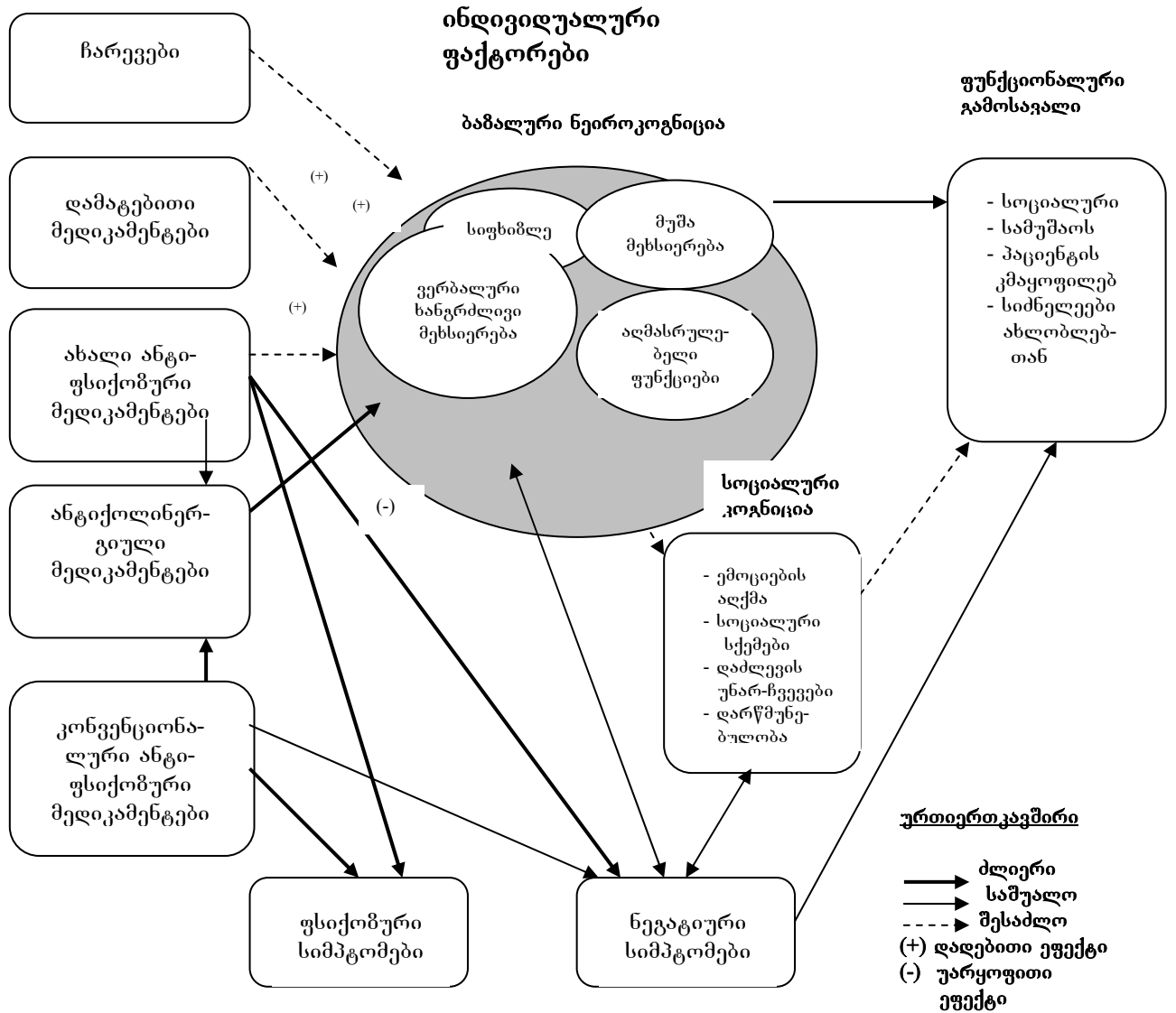
( მოდიფიცირებულია Nuechterlein et al., (1994) – ის მიერ; Zubin&Spring,



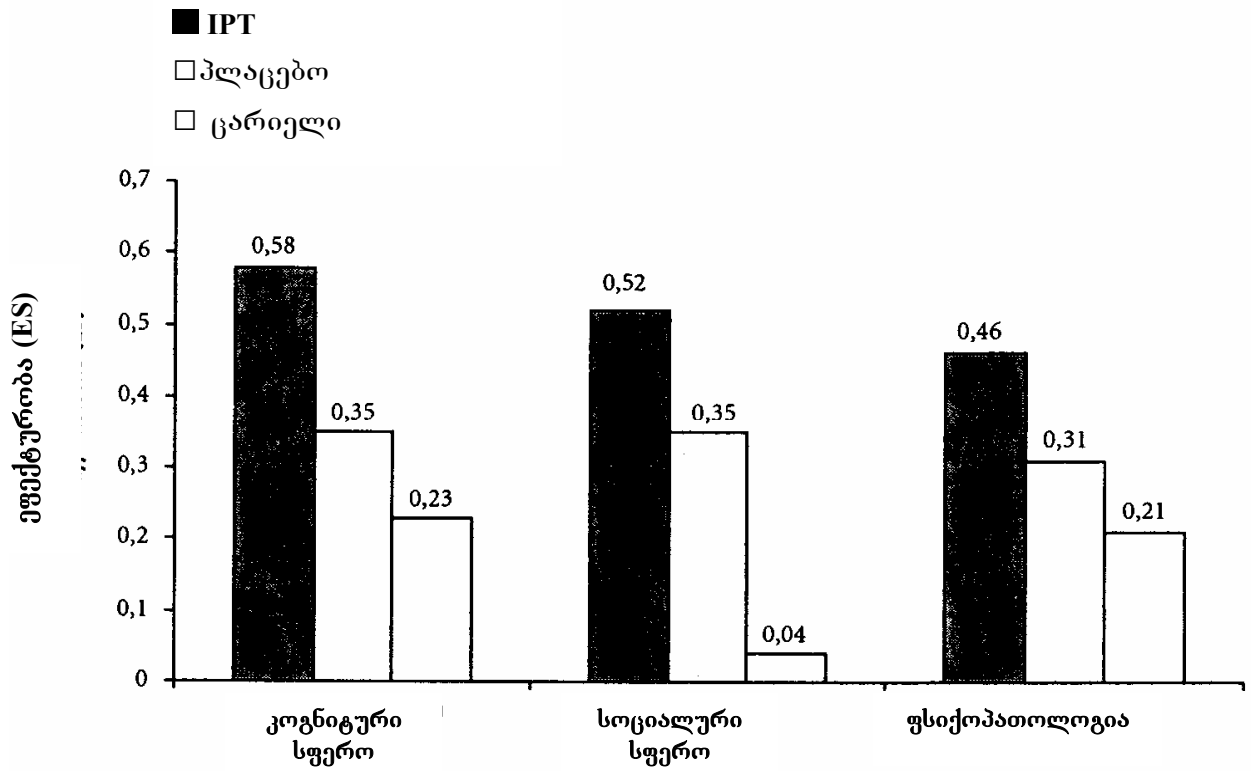
სქემა 7. პერვაზიულობის მოდელი (Brenner 1986)



სქემა 8. ურთიერთკავშირი ნეიროკოგნიტურ ლეფიცის, შიზოფრენიის სიმპტომატიკასა და სოციალური ფუნქციონირების დონეს შორის

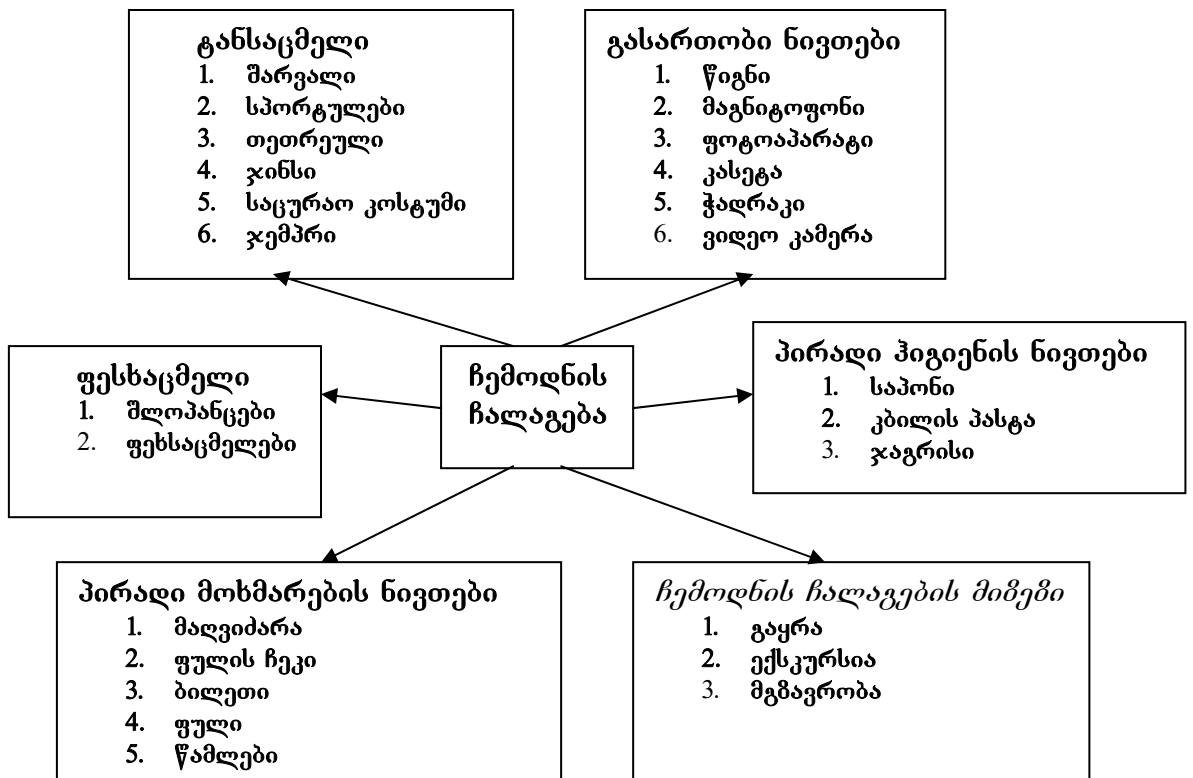


სქემა 9. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ეფექტურობის მაჩვენებელი:



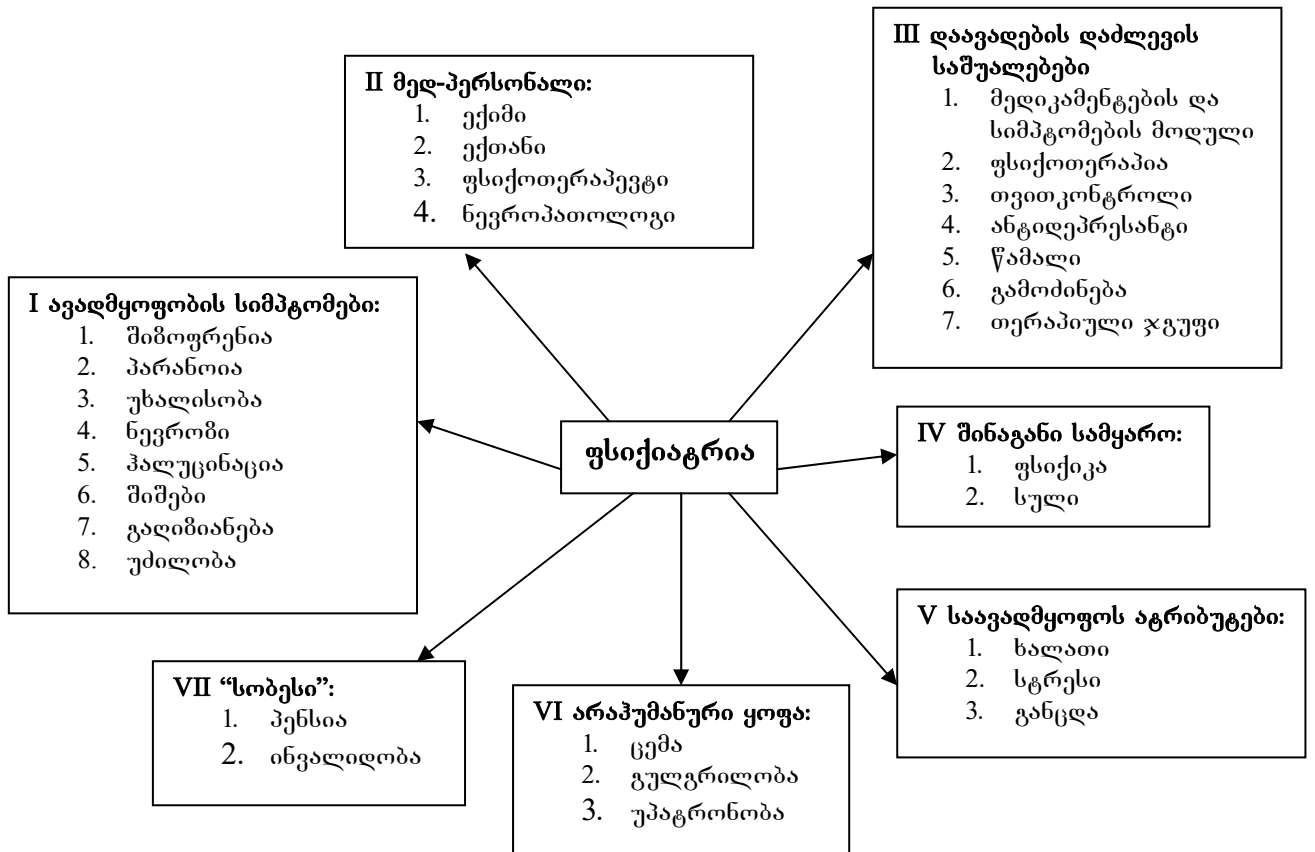
## თერაპიის ჩატარების მეთოდოლოგია

სქემა 10: „ჩემოდნის ჩალაგება“ (I ჯგუფი)





სქემა 11: “ფსიქიატრია” (II ჯგუფი)



სურათი 1: კოგნიტურად და ემოციურად ნეიგრალური სლაიდი



სურათი 2: კოგნიტურად დატვირთული სლაიდი



სურათი 3: ემოციურად დატვირთული სლაიდი

**ნიმუში 1:** თემების ჩამონათვალი, რომელიც განხილულ იქნა თერაპიის განმავლობაში:

- |                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| 1. განათლება                | 7. რელიგია    |
| 2. სპორტი                   | 8. სიყვარული  |
| 3. ფსიქიატრიული საავადმყოფო | 9. მუსიკა     |
| 4. ტექნიკა                  | 10. ხელოვნება |
| 5. ქალაქი                   | 11. ბიზნესი   |
| 6. პოლიტიკა                 | 12. მისტიკა   |

**ნიმუში 2:** თემა „რელიგიის“ ირგვლივ დასახელებული სიტყვები:

- |                     |                        |                 |
|---------------------|------------------------|-----------------|
| 1. კრიმინალები      | 13. მოძღვარი           | 25. კელაპგარი   |
| 2. ბერი             | 14. ინკვიზიცია         | 26. სტიქაროსანი |
| 3. ცოდვა            | 15. მღვდელი            | 27. ლოცვა       |
| 4. ხატი             | 16. სანთელი            | 28. განდევილი   |
| 5. მონაზონი         | 17. მოციქული           | 29. ჯვარცმა     |
| 6. ბიბლია           | 18. წინასწარმეტყველება | 30. ღმერთი      |
| 7. მართლმადიდებლობა | 19. მუსულმანობა        | 31. ზიარება     |
| 8. შიში             | 20. ქურუმი             | 32. რწმენა      |
| 9. კათოლიკობა       | 21. მცნება             | 33. აღდგომა     |
| 10. ჯვარი           | 22. საკმეველი          | 34. აღსარება    |
| 11. ქრისტიანობა     | 23. მოწაფე             |                 |
| 12. ეკლესია         | 24. მოწამეები          |                 |

**ნიმუში 3:** თემა „რელიგიის“ ირგვლივ კითხვების და პასუხების რამდენიმე მაგალითი:

- |   |  |
|---|--|
| - როდის წაიკითხე პირველად ბიბლია?   | - რომელ საუკუნეებში და სად ჩამოყალიბდა ინკვიზიცია?   |
| - ერთი წლის წინ.  | - 17-ე საუკუნეში რომში. ყველაზე დიდ მასშტაბებს ესპანეთში მიაღწია.  |
| - რატომ მიდიან განდევილები მონაზვნად?   | - ვინ დაულო საფუძველი მუსულმანობას?  |
| - ეს ღვთის ნებაა არის და მონაზვნობა ძნელი გამოცდაა. იმიტომ მიდიან, რომ სულიერად გაძლიერდნენ, მოშორდნენ აქაურ ცხოვრებას. | - არ ვიცი, წვერებიანი კაცი იყო, მუჰამედმა.   |
|   | - რას ნიშნავს სტიქაროსანი?   |
|   | - სტიქაროსანი ნიშნავს ადამიანს, მოწამეს, რომელიც არის მომსახურე პერსონალი, მაგ. ლოცვის დროს მღვდელს ეხმარება |

**“მხატვრის სურათის მოწონება/შექება”** (პირველი ჯგუფი)

- ა: 1. მე თქვენთან დალაპარაკება მინდა. თქვენი სურათი ძალიან მომწონს და წარმატებას ვისურვებთ.
2. თქვენი სურათი ძალიან მომწონს. მეგი ხატეთ, რათა ხელი უფრო დახვეწოთ.
3. გამარჯობათ, როგორც ვხედავ ეს თქვენი ნამუშევარია. ძალიან მომეწონა. თუ გაყიდით, იქნებ ფასზე მოვილაპარაკოთ. მე შევიძინდი.
- ბ: 1. დახატვას ვჩქარობდი და მე მგონი არც ისეთი კარგი გამოვიდა.
2. დიდი მადლობა რომ მოგეწონათ ჩემი ნახატი და რომ შემაქეთ. ალბათ არც ძალიან ძვირად შევაფასებ.
3. დიდი მადლობა თქვენი ასეთი შეფასებისთვის. ეს ჩემთვის სასიამოვნო იყო.

**“ფულის არქონის გამო კლიენტის და ოფიციალის საუბარი** (პირველი ჯგუფი)

- ა: 1. უკაცრავად, როგორც ჩანს ფული სახლში დამრჩენია, როგორ გამოვიდე ამ მდგომარეობიდან?
2. უკაცრავად, აღმოჩნდა, რომ ფული არ მაქვს. დაბნეული ვარ, როგორ მოვიქცე?
3. უკაცრავად, აღმოჩნდა, რომ ფული არ მაქვს. ძალიან უხერხულ მდგომარეობაში ვარ, არ ვიცი როგორ მოვიქცე.
- ბ: 1. არ ვიცი, უნდა ვკითხო აღმინისგრაფიას.
2. დაგელოდებით და გადაიხადეთ.
3. შეგიძლიათ თქვენი პასპორტი დაგოვოთ და ფული მერე გადაიხადოთ.
4. დატოვეთ რაიმე ძვირფასი ნივთი და რომ გადაიხდით დაგიბრუნებთ.
- ა: 1. ჰკითხეთ თუ შეიძლება.
2. საათს დაგიტოვებთ და გადახდის შემდეგ დამიბრუნებთ.
3. მადლობელი ვარ, ფულს მალე გადავიხდი.
- ბ: 1. ჩვენ დაგელოდებით და გთხოვთ, რაც შეიძლება მალე მოიგანეთ ფული.
2. თუ გვიან მობრუნდებით, მეორე ოფიციალს დაუტოვეთ ფული.
3. რაც შეიძლება მალე მოიგანეთ.
4. კარგით, დატოვეთ და ფულს რომ მოიგანთ, დაგიბრუნებთ.
- ა: 1. გმადლობთ, შევეცდები რაც შეიძლება მალე მოვიდე.

2. მაღლობელი ვარ, შევეცდები 1 სთ-ში მოვიდე და გადავიხადო ფული.
3. დიდი მაღლობა ნდობისთვის, შევეცდები რაც შეიძლება მალე მოვიგანო.

## ნიმუში 6:

### *“გასაუბრება (გაცნობა) მეგროში” (მეორე ჯგუფი)*

ა: გამარჯობა, რამდენი ხანია ვხვდებით ერთმანეთს მეგროში დილაობით. ამ უბნელი ხართ?

ბ: 1. დიას, ამ უბნელი ვარ.

2. ამ უბანში ვმუშაობ, მეც შეგამჩნიეთ დიდი ხანია.

ა: გავიცნოთ ერთმანეთი, მე მქვია “ა”.

ბ: მე ვარ “ბ”. თქვენ აქ ცხოვრობთ , თუ აქეთ მუშაობთ?

ა: აქვე ვცხოვრობ და ვმუშაობ. თქვენ რას აკეთებთ?

ბ: ავთიაქში (საბავშვო ბაღში) ვმუშაობ.

ა: 1. სამსახურის შემდეგ სადმე ხომ არ შევხვდეთ?

2. დაოჯახებული ხართ?

3. შეიძლება სამსახურამდე გაგაცილოთ?

ბ: 1. რა საჭიროა.

2. დიას, მყავს 2 ბავშვი

3. არა, რა საჭიროა

ა: 1. და 3: ერთმანეთს უკეთესად გავიცნობთ

2. ძალიან კარგი

ბ: გავიცნოთ ერთმანეთი

ა: 1. ტელეფონის ნომრები გავცვალოთ, საღამოს დაგირეკავთ, ნახვამდის

2. ჩემი გაჩერებაა, კარგად იყავით, შემდეგ შეხვედრამდე მეგროში.

**ნომერი 7: V ქვეპროგრამა: ინგერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა**

**მოწყენილობის შეფასების კითხვარი**

სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_

დროის პერიოდი: \_\_\_\_\_

*იესება 1 კვირის განმავლობაში დღეში 3-ჯერ*

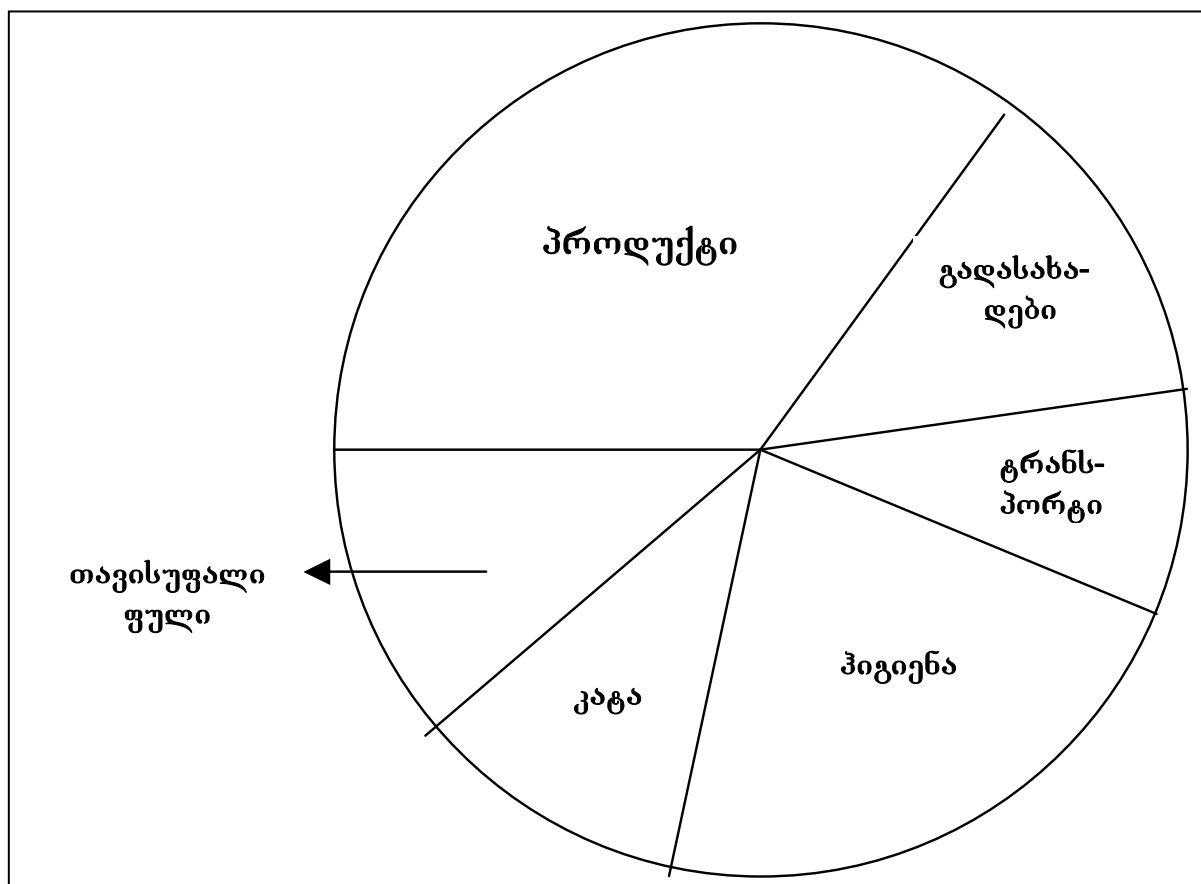
“0 - დროის ამ პერიოდში მე ძალიან მოწყენილი ვიყავი, ვერაფერს ვაკეთებდი.

“1” - დროის ამ პერიოდში მე ცოტათი მოწყენილი ვიყავი, საქმის კეთებისას თავს ძალას ვაგანდი.

“2” - დროის ამ პერიოდში მე არ ვყოფილვარ მოწყენილი, საქმეებს მეტად კარგად ვართმევდი თავს.

კვირის დღეები:	11-დან 3 სთ-მდე/ შეფასება:	3-დან 7 სთ-მდე/ შეფასება:	7-დან 11 სთ-მდე/ შეფასება:
ორშაბათი	2 [2]	1 [1-უსინათლობა, კბილის გკივილი]	1 [2]
სამშაბათი	2 [2]	2 [2]	1 [2]
ოთხშაბათი	2 [1]	1 [1]	1 [1]
ხუთშაბათი	2 [1]	1 [1]	1 [1]
პარასკევი	2 [1-ღამე გირილის გამო დილით მოწყენილი ვიყავი]	2 [1 - თავი მტკიოდა და სევდა შემომავწვა]	2 [2]
შაბათი	0 - მთელი დღე მეძინა [2]	[1 - დენი არ იყო, სიბნელემ შემაწუხა]	[2]
კვირა	0 (მთელი დღე მეძინა) [2-ჯვარი დავიწერე]	[2]	[2]

ნომერი 8: ფულის განაწილების პრობლემაზე მუშაობა (ერთ-ერთი პაციენტის მაგალითის განხილვა)



ნიმუში 9: თავისუფალი ღროის პრობლემაზე მუშაობისთვის შემუშავებული საქმიანობების ღროში განაწილების ფორმა

შესრულების ღრო	საქმიანობები:				
	ორშაბათი	სამშაბათი	ოთხშაბათი	ხუთშაბათი	პარასკევი
გალეიებიდან ცენტრში მოსვლამდე					
18 <sup>00</sup> -დან 19 <sup>00</sup> - მდე					
19 <sup>00</sup> -დან 20 <sup>00</sup> - მდე					
20 <sup>00</sup> -დან 21 <sup>00</sup> - მდე					
21 <sup>00</sup> -დან ლაბინებამდე					
შესრულების ღრო	საქმიანობები:				
	შაბათი		კვირა		
გალეიები- დან 11 <sup>00</sup> -მდე					
11 <sup>00</sup> -დან 14 <sup>00</sup> -მდე					
14 <sup>00</sup> –დან 17 <sup>00</sup> -მდე					
17 <sup>00</sup> - დან 20 <sup>00</sup> - მდე					
20 <sup>00</sup> – დან ლაბინებამდე					



**ნომერი 10: საქმიანობების შეფასება სირთულის და სიამოვნების ხარისხის მიხედვით**

საქმიანობა/ თარიღი	სირთულის ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	სიამოვნების ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	სირთულის ხარისხი შესრულების შემდეგ (0-100)	სიამოვნების ხარისხი შესრულების შემდეგ (0-100)
1. ღობის შეღებვა	60%	0%	20%	100%
2. მაღაზიების დათვალიერება	50%	50%	80%	10%
3. ახლობლის მონახულება	90%	70%	30%	90%
4. ტანსაცმლის გადახალისება	50%	50%	80%	90%

## მიღებული შედეგები

**ცხრილი 1:** ექსპერიმენტული ჯგუფისთვის ყურადღების ტესტში მიღებული მონაცემები:

	თერაპიამდე				თერაპიის შემდეგ			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
d2 (GZ)	225	570	401,80	94,57	422	631	499,53	68,081
d2 (F)	2	89	35,0	23,20	1	48	18,73	13,82
d2 (F%)	,40	23,90	9,149	6,5214	,16	10,70	3,951	3,0771
d2 (GZ-F)	194	526	368,80	93,90	401	630	480,80	75,245
d2 (SB)	5	25	14,13	5,63	6	15	9,13	2,696
d2 (დ)	0	20	9	6.118	0	13	5,27	4,20
d2 (შ)	2	44	15,73	11,554	1	26	8,20	7,083
d2 (ბ)	0	27	10,20	7,58	0	12	5,27	3,45

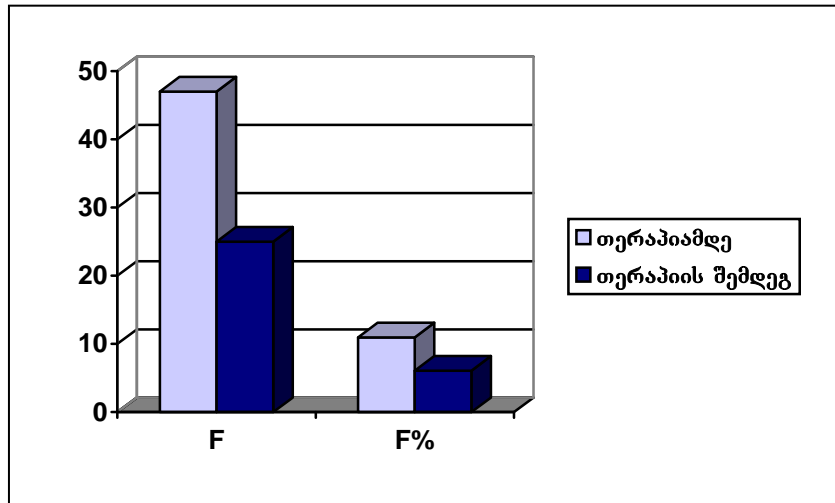
**ცხრილი 2:** საკონტროლო ჯგუფისთვის ყურადღების ტესტში მიღებული მონაცემები:

	თერაპიამდე				თერაპიის შემდეგ			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
d2 (GZ)	257	620	412,44	82,521	263	602	423,19	90,91
d2 (F)	4	148	46,69	38,410	2	44	25,19	13,664
d2 (F%)	,80	30,50	10,947	8,1605	,40	10,80	6,079	3,0936
d2 (GZ-F)	243	552	367,69	74,533	246	580	398,0	89,353
d2 (SB)	8	33	16,69	7,88	5	20	12,25	4,155
d2 (დ)	1	33	9,63	8,429	0	16	6,69	4,39
d2 (შ)	1	66	20,0	18,007	2	21	9,88	5,83
d2 (ბ)	1	49	15,56	13,322	0	18	8,63	5,548

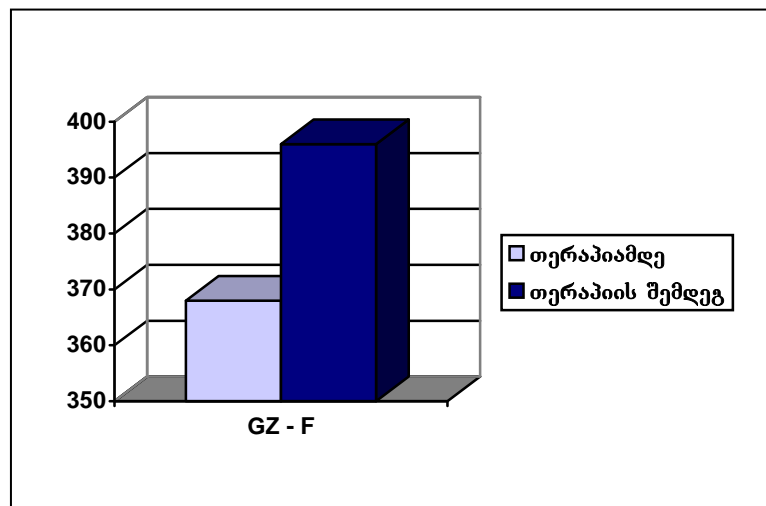
## ყურადღების ტესტი d2

### საკონტროლო ჯგუფი

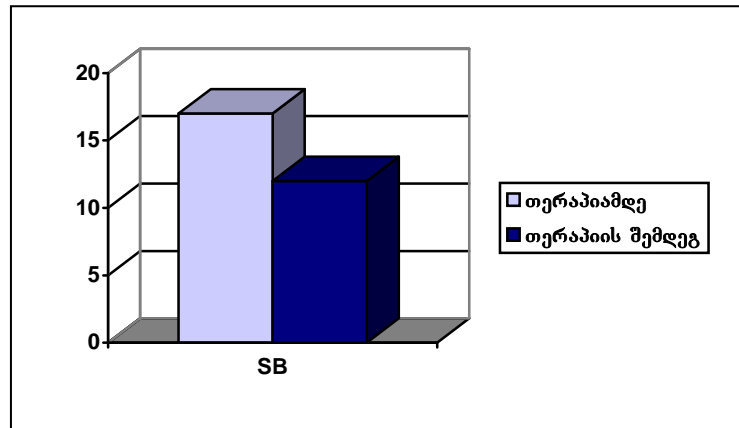
გრაფიკი 1: F – შეცდომების რაოდენობა და – შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი – F% თერაპიაზე და თერაპიის შემდეგ:



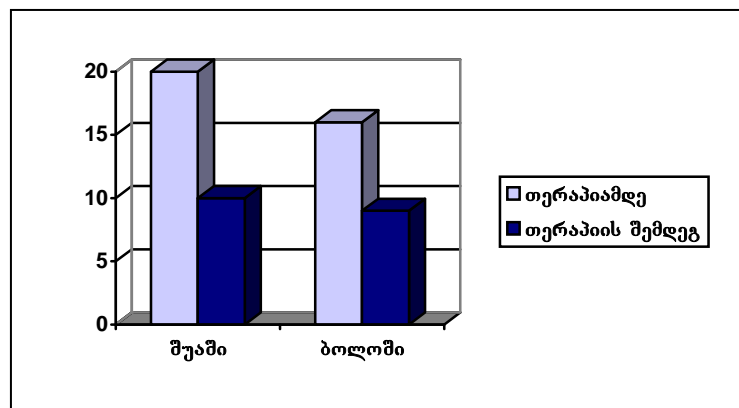
გრაფიკი 2: GZ – F – ტესტში სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა თერაპიაზე და მის შემდეგ:



გრაფიკი 3: SB – მაქსიმალურ და მინიმალურ მიღწევებს შორის სხვაობა:

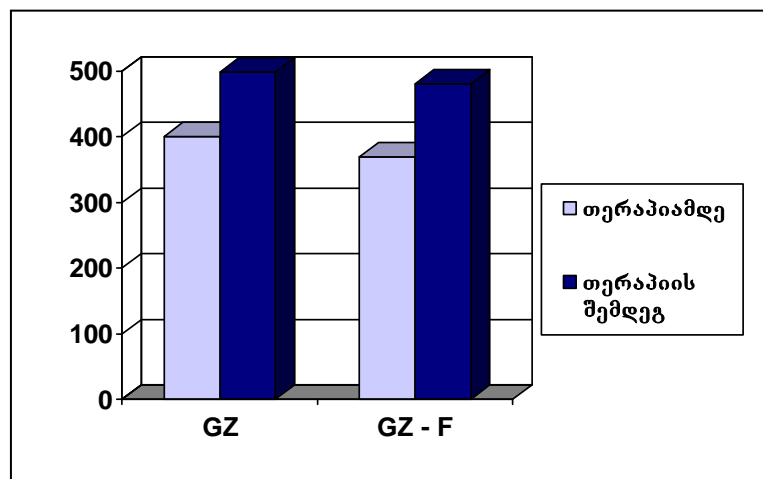


გრაფიკი 4: თერაპიამდე და მის შემდეგ შეცდომების განაწილება ტესტის შუაში და ბოლოში:

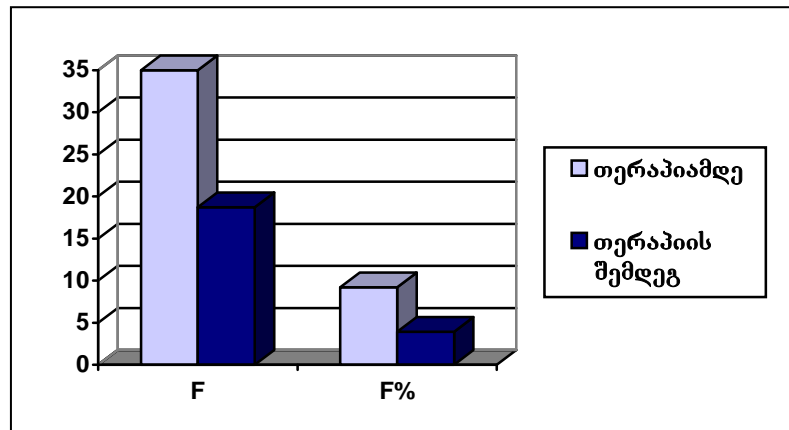


**ექსპერიმენტული (IPT) ჯგუფი:**

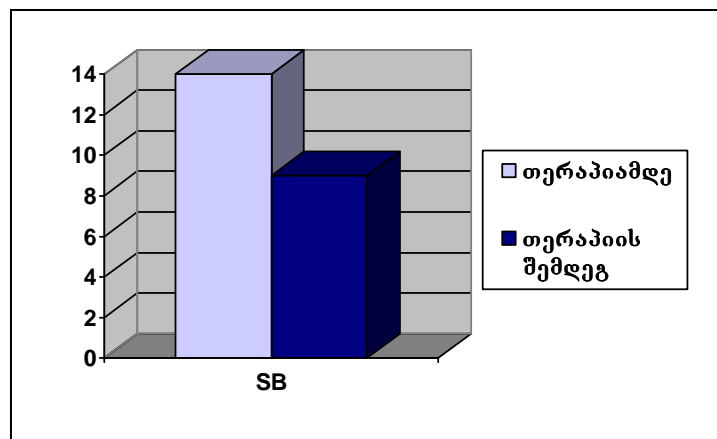
გრაფიკი 5: GZ – მთელს ტესტში დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა და სწორად დამუშავებულ ნიშანთა რაოდენობა:



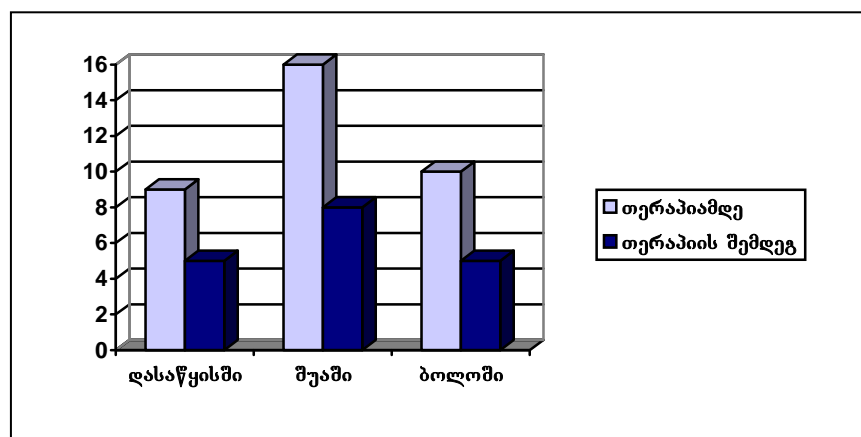
გრაფიკი 6: F – შეცდომების რაოდენობა და შეცდომების პროცენტული მაჩვენებელი – F% თერაპიამდე და მის შემდეგ;



გრაფიკი 7: SB – ს ცვლილება თერაპიამდე და თერაპიის შემდეგ;



გრაფიკი 8 თერაპიის და მის შემდეგ შეცდომების განაწილება ტესტის დასაწყისში, შუაში და ბოლოში;



ცხრილი 3: ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების შედარება თერაპიამდე და მის შემდეგ BPRS – ში მიღებული მაქსიმალური ქულების მიხედვით:

	ექსპერიმენტული ჯგუფი		საკონტროლო ჯგუფი	
	Max. თერაპია მდე	Max. თერაპიის შემდეგ	Max. თერაპია მდე	Max. თერაპიის შემდეგ
1. სომატური ჩივილები	3	4	7	4
2. შფოთვა	5	4	5	4
3. დეპრესია	5	4	5	4
4. დანაშაულის განცდა	4	4	6	5
5. მგრული განწყობა	3	3	4	4
6. ეჭვიანობა	5	4	7	5
7. უჩვეულო ამრები	4	3	6	5
8. გრანდიოზულობა	4	2	5	4
9. ჰალუსინაციები	3	4	4	3
10. დემორიენგაცია	3	3	4	2
11. შიზოფანია	3	3	3	2
12. აგზნება	4	3	4	4
13. მოგორული შეფერხება	5	4	6	4
14. აფექტის გასადავება	4	3	4	4
15. დაძაბულობა	5	4	6	4
16. მანერულობა	4	3	4	4
17. თანამშრომლობის არქონა	1	2	4	2
18. აუტიზმი	6	5	7	4
19. სუიციდალობა	2	3	6	2
20. საკუთარი თავის უგულვებელყოფა	5	3	5	4
21. აგაქსიური ქცევა	3	2	3	4
22. აწეული გუნებ-განწყობა	3	3	3	4
23. მოგორული ჰიპერაქტიულობა	4	4	3	4
24. სასოწარკვეთილება	3	2	5	4

ცხრილი 4: ექსპერიმენტული და საკონტროლო ჯგუფების შედარება FBF – ში მიღებული მინიმალური და მაქსიმალური შედეგების მიხედვით:

	ექსპერიმენტული ჯგუფი				საკონტროლო ჯგუფი			
	თერაპი- ამლე		თერაპიის შემდეგ		თერაპი- ამლე		თერაპიის შემდეგ	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
1. სპეციფიური შიშები	0	8	0	7	0	8	0	8
2. სელექციური ყურადღება	0	6	0	4	0	8	0	6
3. დისკრიმინაციის სისუსტე	0	6	0	3	0	6	0	3
4. მოტორიკა	0	7	0	3	0	7	0	5
5. აღქმა	0	5	0	3	0	5	0	2
6. კოგნიტური დაცურება	0	7	0	6	0	8	0	7
7. ბლოკირება	1	8	0	7	0	9	0	8
8. მეტყველების დარღვევები	0	8	0	6	0	8	0	9
9. ავტომატიზმის დაკარგვა	0	9	0	5	0	10	0	10
10. სპეციალური სენსორული დარღვევები	0	4	0	4	0	5	0	5
11. თავის გართმევის რეაქციები	0	10	1	7	2	11	0	10
12. ფიზიკური ჩივილები	0	5	0	4	0	6	0	6

**გამოყენებული კითხვარები**

**სარეგისტრაციო ფორმა**

პაციენტის № \_\_\_\_\_ შევსების თარიღი(დასაწყისში):\_\_\_\_\_

პაციენტის პირადი № \_\_\_\_\_ შევსების თარიღი (დასასრულს):\_\_\_\_\_

თერაპიული ჯგუფი: \_\_\_\_\_

(IPT, ერგოთერაპია/ხელოვნებით თერაპია)

სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_

დაბადების თარიღი, ასაკი: \_\_\_\_\_

(20-55 წელი)

სქესი: \_\_\_\_\_

განათლება, სპეციალობა: \_\_\_\_\_

ოჯახური მდგომარეობა: \_\_\_\_\_

დაავადების ხანგრძლივობა: \_\_\_\_\_

(1-დან 20 წლამდე)

ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, ხანგრძლივობა: \_\_\_\_\_

(მინიმუმ 1 წელი)

ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას გადის: \_\_\_\_\_



მედიკამენტის დასახელება	როდიდან იღებს	დღიური დოზა	დოზის ცვლილება	ქლორპრომაზინის/ ამინაზინის ექვივალენტი
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

დიაგნოზი: \_\_\_\_\_

დაწესებულება: \_\_\_\_\_

(რეაბილიტაციის ცენტრი, დისპანსერი, სტაციონარი და სხვ.)

გამოკვლევის მაჩვენებლები

თერაპიის დასაწყისში:

თერაპიის დასასრულს:

WIP (IQ) \_\_\_\_\_

d 2				
	RW	%	PR	SW
GZ		–		
F				–
GZ-F		–		
SB		–		–
შეცლომების განაწილება				

d 2				
	RW	%	PR	SW
GZ		–		
F				–
GZ-F		–		
SB		–		–
შეცლომების განაწილება				

FBF	
1. სპეციფიკური შიშები	
2. სელექციური ყურადღება	
3. დისკრიმინაციის სისუსტე	
4. მოგორიკა	
5. აღქმა	
6. კოგნიტიური დაცურება	
7. ბლოკირება	
8. მეტყველების დარღვევები	
9. ავტომატიზმის დაკარგვა	
10. სპეც. სენსორული დარღვ.	
11. დაძლევის რეაქციები	
12. ფიზიკური ჩივილები	

FBF	
1. სპეციფიკური შიშები	
2. სელექციური ყურადღება	
3. დისკრიმინაციის სისუსტე	
4. მოგორიკა	
5. აღქმა	
6. კოგნიტიური დაცურება	
7. ბლოკირება	
8. მეტყველების დარღვევები	
9. ავტომატიზმის დაკარგვა	
10. სპეც. სენსორული დარღვ.	
11. დაძლევის რეაქციები	
12. ფიზიკური ჩივილები	

BPRS	
1. სომატური ჩივილები	
2. შფოთვა	
3. დეპრესია	
4. დანაშაულის განცდა	
5. მტრული განწყობა	
6. ეჭვიანობა	
7. უჩვეულო აზრები	
8. გრანდიოზულობა	
9. ჰალუცინაციები	
10. დემორიენტაცია	
11. შიზოფანია	
12. აგზნება	
13. მოგორული შეფერხება	
14. აფექტური აშლილობა	
15. დაძაბულობა	

BPRS	
1. სომატური ჩივილები	
2. შფოთვა	
3. დეპრესია	
4. დანაშაულის განცდა	
5. მტრული განწყობა	
6. ეჭვიანობა	
7. უჩვეულო აზრები	
8. გრანდიოზულობა	
9. ჰალუცინაციები	
10. დემორიენტაცია	
11. შიზოფანია	
12. აგზნება	
13. მოგორული შეფერხება	
14. აფექტური აშლილობა	
15. დაძაბულობა	

16. მანერულობა	
17. თანამშრომლობის არქონა	
18. აუგიზმი	
19. სუიციდალობა	
20. საკ. თავის უგულველყოფა	
21. აგაქსიური ქცევა	
22. აწეული გუნება-განწყობა	
23. მოგორული ჰიპერაქტიურობა	
24. სასოწარკვეთილება	

16. მანერულობა	
17. თანამშრომლობის არქონა	
18. აუგიზმი	
19. სუიციდალობა	
20. საკ. თავის უგულველყოფა	
21. აგაქსიური ქცევა	
22. აწეული გუნება-განწყობა	
23. მოგორული ჰიპერაქტიურობა	
24. სასოწარკვეთილება	

**არ აღინიშნება:**

- ტვინის ორგანული დარღვევები
- გამოკვეთილი პლუს სიმპტომატიკა
- ჰებეფრენია, კატატონია
- მწვავე ჰალუცინაციები, ბოდვები

სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_ თარიღი: \_\_\_\_\_

შენიშვნები: \_\_\_\_\_

ეს ფორმა შეიცავს 24 სიმპტომს. თითოეული მათგანი უნდა შეფასდეს 7 ბალიან სკალაზე სიმძიმის ხარისხის მიხედვით დაწყებული „არ აღინიშნება“-დან“ ძალიან მძიმემდე“. თუ რომელიმე სიმპტომი არ არის შეფასებული, უნდა აღინიშნოს „შა“ = „შეფასებული არ არის“. შემთხვევით ის ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ აღწერს პაციენტის ახლანდელ მდგომარეობას.

შა	1	2	3	4	5	6	7
შეფასებული არ არის	არ აღინიშნება	ძალიან სუსტი	სუსტი	საშუალო (ზომიერი)	ზომიერად მძიმე	მძიმე	ძალიან მძიმე

შეაფასეთ პუნქტები 1-10 პაციენტის ახსნა-განმარტების საფუძველზე

1. სომატური ჩივილები	შა	1	2	3	4	5	6	7
2. შფოთვა	შა	1	2	3	4	5	6	7
3. დეპრესია	შა	1	2	3	4	5	6	7
4. დანაშაულის განცდა	შა	1	2	3	4	5	6	7
5. მგრული განწყობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
6. ეჭვიანობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
7. უჩვეულო აზრები	შა	1	2	3	4	5	6	7
8. გრანდიოზულობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
9. ჰალუცინაციები	შა	1	2	3	4	5	6	7
10. დემორიენგაცია	შა	1	2	3	4	5	6	7

შეაფასეთ პუნქტები 11-24 ქვევანა და მეტყველებაზე დაკვირვების საფუძველზე:

11. შიზოფრენია	შა	1	2	3	4	5	6	7
----------------	----	---	---	---	---	---	---	---

12. აგზნება	შა	1	2	3	4	5	6	7
13. მოგორული შეფერხება	შა	1	2	3	4	5	6	7
14. აფექტური აშლილობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
15. დაძაბულობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
16. მანერულობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
17. თანამშრომლობის არქონა	შა	1	2	3	4	5	6	7
18. აუტიზმი	შა	1	2	3	4	5	6	7
19. სუიციდალობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
20. საკუთარი თავის უგულველყოფა	შა	1	2	3	4	5	6	7
21. აგაქსიური ქცევა	შა	1	2	3	4	5	6	7
22. აწეული გუნება-განწყობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
23. მოგორული ჰიპერაქტიურობა	შა	1	2	3	4	5	6	7
24. სასოწარკვეთილება	შა	1	2	3	4	5	6	7

თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაზუსტებისთვის საჭიროა პასუხი გასცეთ ქვემოთ მოყვანილ კითხვებს. უპასუხეთ დადებითად იმ კითხვებს, რომლებიც შეესაბამება თქვენს ჩივილებს. უარყოფითად – თუ აღწერილი ღარღვევა არ გაგაჩნიათ. შეგიძლიათ ყოველი პუნქტი განავრცოთ, შეავსოთ თქვენს შემთხვევაში არსებული დეტალებით.

1. მე ვშიშობ, რომ ჩემი აზროვნების შესაძლებლობები თანდათან მცირდება.
2. მე მახსენებს ის, რომ თავში ერთდროულად მრავალი აზრი მიგრიალებს.
3. ზოგჯერ მეზალება შეგრძნება, თითქოს რაღაც ფილმს ვუყურებ და თვალს ვერ ვაშორებ.
4. ჩემი აზრები ზოგჯერ მეტად მომაბეზრებელია. თითქოს ჩემში ვიღაც ხმამაღლა ლაპარაკობს.
5. აღრინდელთან შედარებით უფრო მეტს ვოცნებობ.
6. ჩვეულებრივი, ყოველდღიური საქმიანობა სულ უფრო მიჭირს, მჭირდება ხოლმე თითოეული ნაბიჯის გააზრება.
7. ზოგჯერ არ შემიძლია გარემოზე რეაგირება და მჭირდება დალოდება, სანამ ეს მდგომარეობა არ გამივლის.
8. ჩემს მეხსიერებაში გაჩნდა მრავალი ცარიელი ადგილი: ბევრი რამ, რაც აღრე ვიცოდი – გაუჩინარდა.
9. ზოგჯერ მოძრაობისას ჩემი სხეულის ნაწილებს ვერ ვგრძნობ.
10. სრულიად ჩვეულებრივი ხმაური, რომელსაც აღრე ვერ ვამჩნევდი, ახლა ყურადღებას მიფანტავს.
11. სიარულისას ზოგჯერ ყოველ ნაბიჯს ვსაზღვრავ.
12. საკუთარ აზრები ზოგჯერ შიშს მგერის.
13. ფიქრის დროს ხშირად ხელს მიშლის უადგილო აზრები.
14. ზოგჯერ აღამიანთა სახეები უჩვეულოდ, დამახინჯებულად ან დაშორებულად მეჩვენება.
15. მე შემიძლია სქესობრივი მოთხოვნილება.
16. ჩემი გრძნობები ერთიანად უსიამოვნო გახდა. მე ველარ ვგრძნობ ნამდვილ სიხარულს.
17. ვამჩნევ, რომ აღამიანების მელმეტად მეშინია, თუმცა ამის საფუძელი არ არსებობს.

18. ზოგჯერ უწონადობის შეგრძნება მაქვს.
19. დროდადრო საგნები გადაადგილებული და დაგრეხილი მოჩანან.
20. ზოგჯერ იმ მოძრაობის მაგიერ, რომელიც მინდა (მაგ. ხელის აწევა) ვასრულებ რაღაც სხვას ან ვერანაირს.
21. როგორც კი ოთახში ბევრი ხალხი იკრიბება, სხვადასხვა ხმა ერთმანეთში ირევა და ერთ მოსაუბრეს ვეღარ ვუსმენ.
22. რაღაც დროიდან მუდმივად შიში მიპყრობს, რაიმე უაზრობა არ ჩავიდინო.
23. ხშირად არ ვარ დარწმუნებული, ნამდვილად განვიცდი რაიმეს, თუ ეს მხოლოდ ჩემი წარმოდგენაა.
24. დროდადრო ნაცნობი საგნების ფერები შეცვლილად გამოიყურება.
25. ხანდახან ხმები განსხვავებულად ჟღერს.
26. ზოგჯერ სახლიდან ვერ გამოვდივარ, რადგან ვერ ვახერხებ მომზადებაზე კონცენტრირებას.
27. ზოგჯერ რაღაცას ვაკეთებ და არ ვიცი, რაგომ და რისთვის.
28. კარგი მადა აღარ მაქვს.
29. დროდადრო ყველაფერი ჩემს გარშემო დაპაგარავებულად გამოიყურება.
30. თუ ზოგჯერ თვალები ერთ ადგილას არ დავაფიქსირე, ყველაფერი ბუნდოვნად ჩანს.
31. მიჭირს ხოლმე გრძელი წინადადებების ბოლომდე გამოთქმა.
32. როდესაც ჩემს გარშემო ვიყურები, ზოგჯერ რომელიღაც საგანი თავისით მეცემა ხოლმე თვალში, მიუხედავად იმისა, რომ პირადად მას არ ვუყურებ.
33. ხშირად შემიძნეწვია, რომ სულ სხვა სიგყვებს ვამბობ, იმის ნაცვლად რაც მინდოდა მეთქვა.
34. ზოგჯერ არა ვარ დარწმუნებული, შევძლებ თუ არა ამა თუ იმ მოძრაობის შესრულებას (მაგ. სკამიდან ადგომას და სხვ.).
35. აზრების მწყობრში მოყვანა ჩემგან ღიდ ძალდატანებას მოითხოვს.
36. ჩემი ყურადღების კონცენტრაციის უნარი სულ უფრო მცირდება, აზრებს ვეღარ ვიმორჩილებ.
37. როდესაც ჩემს უკან ადამიანები გადიან ან საუბრობენ, ზოგჯერ მოულოდნელი შიში მიპყრობს.



38. ჩვეული ყოველდღიური საქმეების კეთებისას, როგორცაა მაგალითად ტელეფონზე დარეკვა ან საყიდლებზე წასვლა, იძულებული ვარ ჯერ კარგად მოვიფიქრო, თუ რა რის შემდეგ გავაკეთო.
39. ხდება ხოლმე, როცა ვერ ვხვდები, თუ რაზე მინდოდა ყურადღების კონცენტრირება.
40. კითხვის დროს ხშირად ვჩერდები ხოლმე ჩვეულებრივ სიგყვამზე და ვცდილობ გავიხსენო, თუ რას ნიშნავს იგი.
41. ისე კარგად აღარ მძინავს, როგორც ადრე.
42. ხშირად არასწორ პასუხებს ვიძლევი, რადგან ჩემი ამრები სწრაფად მიქრიან და მათ შეჩერებას ვერ ვახერხებ.
43. ზოგჯერ ტვინი თითქოს ცარიელი მაქვს.
44. მოძრაობისას ზოგჯერ ვჩერდები და ვიხსენებ, საით მივდიოდი.
45. ყოველდღიურ საქმეებს თავს ვერ ვართმევ, რადგან ყველაფერზე დიდი ძალისხმევა მჭირდება.
46. ჩემი ღღის განრიგი ხშირად არეულია, ვინაიდან ჩემი ჩვეულებანი დამავიწყდა.
47. დროდადრო თვალები მიჭრელდება.
48. ცუდად რომ არ გავხდე, აუცილებლად უნდა ავარიდო თავი დაძაბულობას.
49. საჭმელს ისეთი გემო აღარ აქვს, როგორც ადრე.
50. ზოგჯერ ქუჩაში ან ოთახში ვგრძნობ, რომ კედლები და საგნები ჩემსკენ მოძრაობს.
51. ხანდახან აუცილებელია დავწყნარდე, რათა საგნებმა ჩემს ირგვლივ შეწყვიტონ მოძრაობა.
52. ზოგჯერ სიზმარში მგონია თავი.
53. ჩვეულებრივი ხმაურიც უცებ შეიძლება ძალიან ხმამაღლად მომეჩვენოს.
54. როდესაც რაღაცაზე მინდა ვიფიქრო, ყურადღებას მიფანტავენ სრულიად შეუსაბამო სიგყვები.
55. თითქმის ყველაფრის მეშინია, რაც ჩემს გარშემო ხდება.
56. ქუჩაში დაურწმუნებლობის განცდა მიჩნდება, რადგან მაგალითად, ვეღარ ვხვდები, რამდენად სწრაფად მიახლოვდება მანქანა.
57. ხშირად თვალებზე სიმძიმეს ვგრძნობ.
58. მე გადამეტებით ფხიბლად ვარ, ყველაფერს ვამჩნევ, თუმცა ეს ყოველთვის არ მსურს.

59. ჩემი სახის გამომეტყველება ზოგჯერ იმას არ გამოხატავს, რაც მე მსურს.
60. ძალიან ხშირად თავში შემაწუხებელი შეგრძნებები მიჩნდება.
61. ვერ ვიგან, როდესაც ჩემს შესახებ ლაპარაკობენ, ამიგომ მიხდება ხოლმე მათგან მოშორება, რომ წონასწორობა შევინარჩუნო.
62. ზოგჯერ საქმის კეთებას შუა გზაში ვწყვეტ ხოლმე, ყოველგვარი მიზეზის გარეშე.
63. ხშირად მთელ საგანს კი არ ვხედავ, არამედ მის ნაწილებს, მაგ. სახის, სახლის, და სხვ.
64. დიდი ძალდატანება მიხდება ხოლმე, რათა ჩემი კუნთები კონტროლს დავუმორჩილო.
65. როდესაც ვინმეს ველაპარაკები, არაფერმა არ უნდა შემიშალოს ხელი, წინააღმდეგ შემთხვევაში საუბარს ვერ ვაგრძელებ.
66. ლაპარაკი საერთოდ მიჭირს, რადგან სიტყვები ისე სწრაფად აღარ მომდის თავში.
67. ხანდახან ყველაფერს ბუნდოვნად ვხედავ, მიუხედავად იმისა, რომ თვბრუს ხევა არ მაქვს.
68. როდესაც რაღაცის წარმოდგენა მინდა ხოლმე, ძალიან მიჭირს ცალკეული დეტალების გაერთიანება.
69. ხშირად ყოფილა რომ როდესაც მელაპარაკებიან, სიტყვები კი მესმის, მაგრამ აზრი ვერ გამომაქვს.
70. ძალიან უსიამოვნო გრძნობა მაქვს, თითქოს ჩემი აზრები გაუჩინარდა.
71. ზოგჯერ ლაპარაკი მიჭირს, რადგან სიტყვები მეკარგება.
72. მუსიკა ძველებურად აღარ ჟღერს.
73. როცა ვლაპარაკობ, თავში შეუსაბამო სიტყვები მომდის და თავგზა მეზნევა.
74. ზოგჯერ მაქვს ხოლმე რაღაც უჩვეულო მდგომარეობა, რომელიც შიშს მგერის.
75. აღრინდელთან შედარებით ყველაფრისათვის მეტი ღრო მჭირდება, რადგან წვრილმანებზე მიხდება ყურადღების შეჩერება.
76. ზოგჯერ ვერ გავრკვეულვარ – რაღაცას ვხედავ თუ ეს მხოლოდ ჩემი წარმოდგენაა.
77. ზოგჯერ ყოველდღიურ საქმეებსაც ვერ ვახერხებ(როგორცაა მაგალითად, ქუჩაზე გადასვლა ან საყიდლებზე წასვლა), რადგან არ მყოფნის კონცენტრაციის უნარი.
78. ზოგჯერ მოძრაობისას მოულოდნელად შუა გზაზე ვჩერდები.
79. ზოგჯერ, როცა საგნებს ვუყურებ, მეჩვენება, თითქოს ისინი თავისით მოძრაობენ.
80. ძლიერი გულის შეტევები მაქვს, რაც აღრე არ მქონია.

81. ისეთი ჩვეულებები ჩამომიყალიბდა, რასაც თავადაც უაზრობად მივიჩნევ.
82. კითხვისას ხშირად სტრიქონები ისე გამირბიან, რომ აზრი ვერ გამომაქვს.
83. ჩვეულ ყოველდღიურ სიტუაციებშიც ვამოწმებ თითოეულ ჩემს ნაბიჯს, რათა არაფერი შემეშალოს.
84. ხშირად მოუსვენრობის განცდა მიპყრობს, რომლის ახსნასაც ვერ ვახერხებ.
85. ზოგჯერ ვერ გავრკვეულვარ, თუ რაზე მინდოდა მეფიქრა.
86. დროდადრო ცოგა ხნით ვშეშდები და გარემოზე რეაქციას ვერ ვახდენ, სურვილის მიუხედავად.
87. როდესაც აღელვებული ვარ, ხშირად ვერ გამირკვევია – სიხარულს განვიცდი თუ სიბრაზეს.
88. ლაპარაკისას ზოგჯერ ჩემდა უნებურად შუა წინადადებაზე ვჩერდები.
89. თავს ვგრძნობ დაუცველად, ყველაფერი ძალიან ძლიერ მოქმედებს ჩემზე.
90. თითქმის აღარაფერს ვკითხულობ, რადგან ძალიან მიჭირს წაკითხულის მნიშვნელობის გაგება.
91. სწრაფად რომ ვიმუშავო სიფრთხილე მჭირდება, თორემ გონება სრულიად მერევა.
92. ყოფილა, რომ სარკეში ჩემი თავი ვერ მიცნია, რასაც ძლიერ შევუშინებოვარ.
93. მირჩევნია ხალხისაგან განმარტოვება, რადგან მიჭირს საუბარში მონაწილეობის მიღება.
94. თუ ვინმე გრძელი წინადადებით საუბრობს, მიჭირს აზრის გამოგანა.
95. ჩვეული სამუშაოც მღლის, რადგან მჭირდება ყველაფრის თავიდან გააზრება.
96. ზოგჯერ ჩემი სურვილის გარეშე სიცილი ან გირილი მიტყდება.
97. ტელევიზორის ყურებისას სიამოვნებას ველარ ვღებულობ, რადგან ეს ძალიან მღლის.
98. მე ვშიშობ, რომ ჩემი ყურადღების უნარი თანდათან მცირდება.
99. მოუსვენრობა მიპყრობს, რადგან ხშირად ისე არ ვიქცევი, როგორც ეს მსურს.
100. აუცილებლად მჭირდება ვისწავლო თავის კარგად დაცვა, რომ ჩემს გონებაზე კონტროლი არ დაკარგო.
101. როგორც კი ჩემგან ბევრს მოითხოვენ, გონება მეთიშება და რაღაც დროის განმავლობაში ვერაფერზე ველარ ვფიქრობ.
102. თავს ვარიღებ ყველაფერს, რაც ჩემს გრძნობებს ეხება.

103. ყველაზე კარგად მაშინ ვგრძნობ თავს, როცა არაფერი განსაზღვრულის გაკეთება არ მჭირდება და ჩემთვის ვარ.



