

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2016 წლის 22 ნოემბრის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 23 მარტის №01-64/ო ბრძანებით

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია
(გაიდლაინი)

მომზადდა ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში.

სარჩევი

შესავალი	3
რა არის კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო?.....	3
გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები	3
გაიდლაინის სამიზნე ჯგუფი.....	4
ვისთვისაა გაიდლაინი განკუთვნილი	4
გაიდლაინის სპეციფიკური მიზნები	4
დისოციალური პიროვნული აშლილობა - ზოგადი ნაწილი.....	5
დეფინიცია, გამოყენებული ტერმინოლოგია, სინონიმები, კლასიფიკაცია.....	5
პრობლემის აქტუალობა.....	6
სიმპტომები, ნიშნები და მიმდინარეობა.....	8
ეპიდემიოლოგია.....	9
ეტიოპათოგენეზი	10
რისკ ფაქტორები	10
ეტიოლოგია	11
გენეტიკა და გარემოს ურთიერთქმედება	11
დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები.....	12
დიფერენციული დიაგნოზი.....	15
მიმდინარეობა და პროგნოზი	15
კომორბიდობა	16
ჯანდაცვის სისტემაში დისოციალური პიროვნული აშლილობის ადგილი	16
დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობის პრინციპები	17
ფსიქოთერაპია.....	19
ფარმაკოთერაპია.....	22
პრევენცია.....	25
დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობის ზოგადი პრინციპები	30
პრაქტიკაში ადაპტაციის და გაიდლაინის შემუშავების რეკომენდაციები.....	34
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების - აუდიტის კრიტერიუმები.....	35
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა.....	35
გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო.....	35
მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	36
ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება.....	36
გამოყენებული ლიტერატურა.....	36
გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი	39
დანართები.....	40

შესავალი

რა არის კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო?

კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) არის „მუდმივად განახლებადი დებულებების კრებული, რომელიც ეხმარება კლინიციისტებსა და პაციენტებს სპეციფიკური მდგომარეობების მკურნალობასთან დაკავშირებით სწორი გადაწყვეტილების მიღებაში“ (Mann, 1996). ეს დებულებები ეყრდნობა კვლევებით მიღებულ საუკეთესო მტკიცებულებებს, რომელთა მოპოვება ხდება სპეციფიკური, მდგომარეობებთან დაკავშირებული კვლევების მიზანმიმართული და სისტემატური შეფასებით.

არასაკმარისი მტკიცებულებების დროს გაიდლაინი ეყრდნობა სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეთანხმების (კონსენსუსის) საფუძველზე მიღებულ დებულებასა და რეკომენდაციას.

კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო განკუთვნილია მკურნალობის პროცესისა და გამოსავალის გაუმჯობესებისთვის, რაც მიიღწევა იმით, რომ კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო:

- უზრუნველყოფს მდგომარეობებისა და დაავადებების მართვასთან დაკავშირებით თანამედროვე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდებას;
- გამოიყენება საუკეთესო პრაქტიკის სტანდარტების დასაწერად, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი ხდება ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტების მუშაობის შეფასება;
- მის საფუძველზე ხდება ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტების სწავლება და ტრენირება; ეხმარება პიროვნებებსა და მათ მზრუნველებს მკურნალობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში;
- აუმჯობესებს კომუნიკაციას ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებსა და მათ მზრუნველებს შორის;
- განსაზღვრავს მომავალი კვლევების პრიორიტეტებს.

გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები

გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები ვერ შეცვლის პროფესიულ ცოდნასა და კლინიკურ ანალიზს. მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის მზა რეცეპტს. იგი უნდა განვიხილოთ, როგორც ათვლის სისტემა, რომელიც ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს და რომელიც უნდა მიესადაგოს ლოკალურ საჭიროებებს, რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს (განსაკუთრებით სოფლად და რეგიონულ/რაიონულ ცენტრებში).

გაიდლაინის გამოყენებისას მნიშვნელოვანია, გვახსოვდეს, რომ გარკვეული ინტერვენციის ეფექტურობის შესახებ ემპირიული მონაცემების არარსებობა არ ნიშნავს ამ ინტერვენციის არაეფექტურობას.

ამასთან, აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფა ხდება სხვა ღონისძიებებთან კონტექსტში. ეს ღონისძიებები ითვალისწინებს შესაბამისი ინტერვენციის სათანადოდ ორგანიზებასა და პაციენტის ჩართვას მკურნალობის პროცესში. მოვლის სათანადოდ ორგანიზება იმისთვის, რომ პაციენტთან დავამყაროთ და შევინარჩუნოთ კარგი თერაპიული ურთიერთობა, ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შეთავაზებული მკურნალობა.

გაიდლაინის სამიზნე ჯგუფი

გაიდლაინის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები.

ვისთვისაა გაიდლაინი განკუთვნილი

- გაიდლაინი ეხება დისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის საკითხებს, რომელსაც სათემო და სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სერვისები ახორციელებენ;
- გაიდლაინი შეიძლება გამოყენებული იქნას ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და ფსიქიატრიის დარგის სპეციალისტების მიერ, როგორც სამოქალაქო სექტორში, ასევე, პენიტენციურ სისტემაში;
- გაიდლაინი შეიძლება გამოყენებული იყოს უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო დაწესებულებების პედაგოგების მიერ, ასევე, უწყვეტი პროფესიული განათლებისათვის.

გაიდლაინის სპეციფიკური მიზნები

გაიდლაინში მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები შემუშავებულია სამედიცინო მომსახურების პირველ, მეორე და მესამე დონეზე დისოციალური (ანტი-სოციალური) პიროვნული აშლილობის მკურნალობისა და მართვის მიზნით. იგი მიზნად ისახავს:

- ჯანდაცვის სამსახურების უზრუნველყოფას დისოციალური პიროვნული აშლილობის იდენტიფიკაციის, მკურნალობის, პრევენციის და პაციენტის მართვის რეკომენდაციებით, რაც ეფუძნება მტკიცებულებითი მედიცინის პრინციპებს;
- დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობისთვის სპეციფიკური ფსიქოლოგიური ინტერვენციების შეფასებას;
- დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობისთვის სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეფასებას.

დისოციალური პიროვნული აშლილობა - ზოგადი ნაწილი

დეფინიცია, გამოყენებული ტერმინოლოგია, სინონიმები, კლასიფიკაცია

პიროვნული აშლილობა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ლექსიკონში პიროვნული აშლილობა, ზოგადად, განისაზღვრება, როგორც „კლინიკურად გამოხატული პიროვნულ და ქცევით თავისებურებათა ფართო სპექტრი, რომელიც ხასიათდება სტაბილურობით და წარმოადგენს ინდივიდის ცხოვრების სტილის დამახასიათებელ გამოხატულებას, ასევე, ურთიერთობების ფორმას საკუთარ თავთან და სხვებთან“.

დისოციალური პიროვნული აშლილობა: დსკ-10-ის განმარტებით, დისოციალური პიროვნული აშლილობის (F60.2) მქონე პირს „ახასიათებს მოვალეობათა უგულებელყოფა, სხვათა გრძნობების მიმართ სრული გულცივიობა. დიდი შეუთავსებლობაა ინდივიდის ქცევებსა და გაბატონებულ სოციალურ ნორმებს შორის. წინააღმდეგობის მიუხედავად, დასჯის ჩათვლით, ქცევები არ იცვლება. იმედის მსხვრევის მიმართ ტოლერანტობა დაბალია, ასევე, ადვილად გადააბიჯებს ზღვრებს აგრესიული განტვირთვით, ძალადობის ჩათვლით. გამოხატულია ტენდენცია სხვების დადანაშაულებისაკენ ან ახდენს საკუთარი ქცევის რაციონალურ ახსნას, რითაც პაციენტი საზოგადოებასთან კონფლიქტში შედის“.

სინონიმები: სხვადასხვა ტერმინი: „ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა“, „დისოციალური პიროვნული აშლილობა“, „სოციოპათია“ და „ფსიქოპათია“ გამოიყენება იმ პირების აღსაწერად, ვინც საკუთარი პიროვნული თვისებებიდან გამომდინარე, მუდმივად ექსპლოატაციას უწევს სხვებს და საზოგადოების წესებს პირადი სარგებლობისათვის არღვევს. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (დსკ-10, WHO, 1992) აღნიშნული პიროვნული აშლილობის მიმართ იყენებს ტერმინს „დისოციალური“, ხოლო ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (DSM-V, 2013) - აღწერს მას „ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის“ სახელით.

ფსიქოპათია - ტერმინი ამოღებულია ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკატორებიდან. მიუხედავად ამისა, ის გამოიყენება რ. ჰეარის (R.Hare) მიერ მოწოდებულ ფსიქოპათიის სიმპტომთა ჩამონათვალში (PCL-R) და, ფაქტობრივად, ითვლება დისოციალური პიროვნული აშლილობის ქვესახეობად, კერძოდ, ამ აშლილობის განსაკუთრებით მძიმე ფორმად, რასაც ხშირად თან ერთვის სადისტური ქცევა და/ან ნარცისული, პარანოიდული, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობების თვისებები. ფსიქოპათია განიხილება როგორც პენიტენციალურ სისტემაში მოხვედრილი დამნაშავეების განსაკუთრებული პიროვნული ტიპი, რომელიც დაკავშირებულია განმეორებითი დანაშაულის, ძალადობის და კანონის მოთხოვნათა დარღვევების ძალიან მაღალ რისკებთან.

ბულინგი (ინგ. Bully - ხულიგანი, მოძალადე) გულისხმობს დაშინებას, ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ დევნას იმ მიზნით, რომ სხვა ადამიანში გამოიწვიოს შიში, მორჩილება.

პრობლემის აქტუალობა

დისოციალური პიროვნული აშლილობის თანამედროვე კონცეფციების პირველი ჩანასახი ჩნდება მე-19 საუკუნის დასაწყისში და მჭიდროდ უკავშირდება მართლმსაჯულების (სისხლის სამართლის) და სამოქალაქო თავისუფლების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებას (Ferguson & Tyrer, 2000). მე-19 საუკუნის დასაწყისში ექიმებმა სცადეს ზოგიერთი კრიმინალის მიერ ჩადენილი მძიმე და ამაზრზენი დანაშაული ფსიქიკური მოშლილობით („სიგიჟით“) აეხსნათ, მაგრამ დამნაშავეთა ქცევა არ შეესაბამებოდა იმჟამად აღიარებულ ფსიქიკურ სინდრომებს. ასეთი პირების აღსაწერად Prichard-მა (1835) შემოიღო ტერმინი „მორალური შეშლილობა“, რაც განიხილებოდა, როგორც „ფსიქიკური მოშლის“ ისეთი ფორმა, რომელშიც ინტელექტუალური შესაძლებლობები შენახულია, მაგრამ „მორალური პრინციპები გარყვნილი და ქმედებები გაუკუღმართებულია“ და ინდივიდს არ შეუძლია „ცხოვრებაში წესიერად და მართებულად მოიქცეს.“

დისოციალურ პიროვნულ აშლილობასა და დანაშაულს შორის მჭიდრო კავშირის ფაქტი ექვეყნებოდა არასდროს დამდგარა, თუმცა დებატები, თუ რა ზეგავლენას ახდენს პიროვნული აშლილობა დანაშაულზე, დიდი ხანი მიმდინარეობდა. 1874 წელს მოდელი (Maudsley) ამტკიცებდა, რომ „მორალური შეშლილობა“ იყო „გონებრივი გაუცხოების ფორმა, რომელსაც მანკიერებისა ან დანაშაულის ისეთი სახე აქვს, რომ ბევრი ადამიანი მას დაუსაბუთებელ სამედიცინო მონაჭორად მიიჩნევს“. დაბრკოლებას ქმნიდა ის, რომ შეუძლებელი იყო ნორმიდან გადახრის ორ ფორმას შორის (ერთი მხრივ, კრიმინალურობა და ანტისოციალური პიროვნება - მეორე მხრივ) მნიშვნელოვანი ხაზგამყოფის გავლება.

მე-19 საუკუნის განმავლობაში დიაგნოზმა „მორალური შეშლილობა“ აღიარება მოიპოვა ევროპულ და ამერიკულ სასამართლოებში (რომლებიც დიდწილად თანაუგრძნობდნენ დაცვის მსგავს სტილს), სანამ არ შეიცვალა ტერმინით - „ფსიქოპათიური არასრულფასოვნება“, რაც აღწერილია Koch-ის (1891) მნიშვნელოვან ნაშრომებში. კოხს მიაჩნდა, რომ „პათოლოგიური ქცევები“ ვითარდება „ტვინის თანდაყოლილი ან შექმნილი არასრულფასოვანი კონსტიტუციის“ შედეგად. Kraepelin-ის (1905) მიერ „პიროვნული აშლილობის“ კლასიფიკაციის შექმნის შემდეგ, Schneider-მა (1923) შეიმუშავა ფსიქოპათიის დახასიათება, როგორც პიროვნების წყობის არსებითი დარღვევა. შნაიდერი „ფსიქოპათიურ პიროვნებებს“ განიხილავს როგორც პირებს, „ვინც იტანჯება საკუთარი ანომალიისგან ან ვის გამოც საზოგადოება იტანჯება.“ აღნიშნული მოსაზრება ფსიქიატრიაში თანამედროვე სადიაგნოსტიკო კონცეფციის წინამორბედად არის მიჩნეული, რადგან აქცენტი კეთდება ამ აშლილობით გამოწვეულ დისტრესსა ან მიყენებულ ზარალზე (მაგალითად, DSM და ICD).

მოგვიანებით, Henderson-მა (1939) დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკაფიო საზღვრები დაადგინა და „ფსიქოპათურ მდგომარეობაში“ მყოფი პირები განსაზღვრა როგორც ადამიანები, ვინც „ემორჩილება გარკვეულ ინტელექტუალურ სტანდარტებს, მაგრამ მთელი ცხოვრების მანძილზე ავლენენ ანტისოციალურ ან სოციალური ხასიათის ქცევით დარღვევებს“. აშშ-ში, Cleckley-მ (1941), McCord და McCord-მა (1956) ფსიქოპათიური პიროვნების შესახებ მოსაზრება გააფართოვეს მკაფიო მოხაზულობის მქონე კლინიკურ ერთეულამდე და დაადგინეს ანტისოციალური ქცევის (კერძოდ, აგრესიული ქმედებების) ძირითადი კრიტერიუმები. ამ შეხედულებებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა სოციალური (DSM-I, APA, 1952), ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის (DSM-II [APA

1968] მოყოლებული), დისოციალური პიროვნული აშლილობის (ICD) და ფსიქოპათიის (Hare, 1980) კლასიფიკაციაზე.

1959 წელს, დიდი ბრიტანეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონში შეტანილი იქნა ტერმინი „ფსიქოპათური აშლილობა“, რამაც შესაძლებელი გახადა პაციენტების იძულებითი სტაციონირება. ფსიქოპათური აშლილობა განისაზღვრა, როგორც „ფსიქიკის მყარი მოშლილობა (ინტელექტის დაქვეითებით ან მის გარეშე), რის შედეგადაც პაციენტი ავლენს პათოლოგიურად აგრესიულ ან სერიოზულად უპასუხისმგებლო ქცევას, და საჭიროებს მკურნალობას ან სავარაუდოა მკურნალობის სარგებელი.“ აღნიშნულმა სამართლებრივმა განმარტებამ კრიტიკა დაიმსახურა არასაკმარისად მკაფიო ფორმულირების გამო (გაუგებარი იყო, თუ რას გულისხმობდა „პათოლოგიურად აგრესიული“ ან "სერიოზულად უპასუხისმგებლო ქცევა“) და, ამიტომაც, ამოღებული იქნა ფსიქოპათიის ფსიქიატრიული კლასიფიკაციიდან (Lee, 1999).

ასევე, პრობლემური აღმოჩნდა ზემოაღნიშნული დეფინიციის უკანასკნელი დათქმა - „საჭიროებს მკურნალობას თუ იგი ამსუბუქებს ფსიქოპათიური აშლილობის მდგომარეობას ან ხელს უშლის მის გაუარესებას“, რადგან კონკრეტული მტკიცებულებები არ არსებობდა (Ferguson & Tyrer, 2000). მიუხედავად იმისა, რომ ე.წ. „მკურნალობის სარგებელის კრიტერიუმის“ დანერგვით პიროვნული აშლილობის მქონე პირები გარკვეულად დაცულნი აღმოჩნდნენ უკანონო პატიმრობისგან, მაგრამ წლების განმავლობაში „მკურნალობის სარგებელი“ იმდენად ფართოდ გამოიყენებოდა პრაქტიკაში, რომ იგი მნიშვნელობას მოკლებულად ჩაითვალა (Baker & Crichton, 1995).

ამიტომაც დიდი ბრიტანეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განახლებულ კანონში (HMSO, 2007) ზოგადი ტერმინი, „ფსიქიკური აშლილობა“ ცვლის ადრე გამოყენებულ ყველა სხვადასხვა ქვეკატეგორიას, როგორც არის „ფსიქიკური დაავადება“, „ფსიქოპათიური დარღვევა“, „ფსიქიკური შეზღუდულობა“ და „მძიმე ფსიქიკური დარღვევა“ და, როგორც შედეგი, ტერმინი „მკურნალობის შესაძლებლობის/სარგებლის ტესტი“ შეიცვალა ექიმის ვალდებულებით, დააფიქსიროს, რომ „შესაბამისი სამედიცინო მკურნალობა შესაძლებელი არის,“ რათა გაამართლოს ნებისმიერი ფსიქიკური აშლილობის დროს თავისუფლების შეზღუდვა.

ამავე დროს, დღემდე შემორჩენილია ფსიქოპათიური პიროვნების ორი განსაზღვრება. ფართო მნიშვნელობით, ის ყველა სახის ანომალიურ პიროვნებას მოიცავს, ხოლო ვიწრო მნიშვნელობით - ანტისოციალურ პიროვნებას. რადგანაც ტერმინი „ფსიქოპათიური პიროვნება“ საკმაოდ ბუნდოვანია, უპირატესობას ანიჭებენ ტერმინებს პიროვნული აშლილობა, რომელიც დეფინიციის ფართო მნიშვნელობას შეესაბამება და ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა, რომელიც დეფინიციის ვიწრო მნიშვნელობის შესაბამისია.

დიდი ბრიტანეთის და სხვა ქვეყნების კანონმდებლობაში არსებულ ორაზროვნებასთან ერთად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შორისაც არსებობს მნიშვნელოვანი ამბივალენტურობა ზოგადად, პიროვნული აშლილობის მქონე პირების და კონკრეტულად, ანტისოციალური პიროვნული აშლილობების მქონე ადამიანების მიმართ. ზოგიერთი სპეციალისტი ხედავს საშიშროებას, რომ ამ კატეგორიის გამოყენება მოხდება ნებისმიერი დესტრუქციული ქცევის დროს, რაც ხელს უწყობს ფიზიკურ პირებს, მოირგონ „ავადმყოფის

როლი“ და, ამდენად, შესაძლოა, თავიდან აიცილონ პასუხისმგებლობა. სხვები ფიქრობენ, რომ პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს უკეთესად და უფრო სწორად მართავს სისხლის სამართალწარმოების სისტემა. მაგალითად, ამ ნოზოლოგიის მართვის ბრიტანულ რეკომენდაციაში მითითებულია, რომ „პატიმრობა შეიძლება იყოს საუკეთესო გზა, რათა აკონტროლოთ ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის ყველაზე მძიმე და პერსისტული შემთხვევები. ანტისოციალურ დამნაშავეთა ციხის კედლებში მოთავსება, მათი მაქსიმალური კრიმინალური აქტივობის პერიოდებში, ამცირებს მათი ქცევის მძიმე „სოციალურ შედეგებს.“ თუმცა, არსებობს ალტერნატიული შეხედულებაც, რომლის თანახმადაც, მართალია, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა მიერ ხდება საზოგადოებრივი ნორმების დარღვევა, მაგრამ, ამავე დროს, თუ მათ აქვთ ჯანმრთელობის მხრივ სერიოზული საჭიროებები, ისინი განსაზღვრული და მართული უნდა იყოს, მართლმსაჯულების სისტემის ფარგლებში ან მის გარეთ.

ზემოაღნიშნული განსხვავებული მოსაზრებები, ასევე, აისახება დიაგნოსტიკის საკითხებშიც. მაგალითად, DSM-IV-ში მოტანილი კრიტერიუმები არაერთხელ გახდა კრიტიკის ობიექტი, რადგან აქცენტი კეთდებოდა უპირატესად ანტისოციალურ ქცევაზე და არა - პიროვნების სტრუქტურაზე (Widiger & Corbitt, 1993), რამაც, შესაძლოა, გამოიწვიოს დისოციალური პიროვნული აშლილობისა და მისი ვარიანტების ჰიპერდიაგნოსტიკა გარკვეულ ინსტიტუციებში, როგორცაა, ციხეები და მისი არამოცნობა - თემში/საზოგადოებაში (Lilienfeld, 1998; Oglloff, 2006). უფრო მეტიც, DSM-IV-ის ერთ-ერთი მოთხოვნა ისიც იყო, რომ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს აკმაყოფილებდეს არა მხოლოდ ზრდასრული ადამიანი, არამედ ბავშვი ან მოზარდი. DSM-V-ში დიაგნოსტიკის კრიტერიუმებში გარკვეული ცვლილებები იქნა შეტანილი, გარკვეულად მოიხსნა ასაკობრივი კონტექსტი (15 წლამდე არსებული დელიკვენტური ქცევა) და აქცენტი გადატანილი იქნა უპასუხისმგებლო და ანტისოციალურ ქცევაზე, იმპულსურობაზე, აგრესიულობასა და სხვათა უფლებების უგულვებელყოფაზე.

სიმპტომები, ნიშნები და მიმდინარეობა

ზოგადად, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები ავლენენ იმპულსურობას, ნეგატიურ ემოციურობას, არაკეთილსინდისიერებას და მასთან დაკავშირებულ ისეთ ქცევებს, როგორცაა, უპასუხისმგებლო, მანიპულაციური და ექსპლოატაციური ქცევა, დაუდევრობა და მატყუარობა. ეს ვლინდება არასტაბილური ინტერპერსონალური ურთიერთობებით, საკუთარი ქცევის შედეგების უგულვებელყოფით, მიღებული გამოცდილებიდან დასწავლის შეუძლებლობით, ეგოცენტრულობით, საკუთარი უპირატესობის განცდითა და სხვათა გრძნობების იგნორირებით. ეს მდგომარეობა დაკავშირებულია ინტერპერსონალური და სოციალური დარღვევების ფართო სპექტრთან.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები სამყაროს მტრულად და ისეთ ადგილად აღიქვამენ, სადაც გადარჩენა შესაძლებელია მხოლოდ სხვებზე ძალადობის, სხვათა ექსპლოატაციის გზით. მათ შეუძლიათ იბრძოლონ საკუთარი მოსაზრებების დასამკვიდრებლად, გამოიყენონ საკუთარი ხიბლი და მოხერხებულობა პირადი სარგებლის ან სიამოვნების მისაღწევად, უყურადღებოდ მოექცნენ მეგობარს, საყვარელ ადამიანს და მსგავსი ურთიერთობები განიხილონ მუდმივი დომინირების და მორჩილების სპექტრში. ისინი, ვისაც ანტისოციალური სიმპტომატიკა მძიმედ აქვთ გამოხატული,

შეიძლება წარმოადგენდნენ ანტისოციალური სპექტრის უკიდურეს ვარიანტს - ფსიქოპათიურ პირებს, რომლებიც, სავარაუდოდ, დანაშაულის და სხვებისათვის ზიანის მიყენების ძალიან მაღალ რისკს წარმოშობენ. ისინი ადრეული ასაკიდან ავლენენ ქცევით აშლილობებს, საზოგადოების მიმართ სიძულვილით არიან განმსჭვალულნი, უფულოები არიან ან სადისტური ქცევები აქვთ, დომინირების ძლიერი მოთხოვნილება და იმედგაცრუების (ფრუსტრაციის) მიმართ დაბალი ტოლერანტობა აქვთ. მიზნის მისაღწევად მათ შეიძლება გამოიყენონ როგორც ინსტრუმენტული, ისე ფეთქებადი აგრესია. ისინი თვლიან, რომ პირადი სარგებელის მისაღწევად უფლებამოსილნი არიან, სხვებს ექსპლოატაცია გაუწიონ და მკურნალობის მიმართაც რეზისტენტულნი არიან. ანტისოციალური სპექტრის მეორე, უფრო მსუბუქ ვარიანტს მიეკუთვნებიან ის დამნაშავეები, რომელთა პრობლემური ქცევა შეიძლება მოზარდობის ასაკში დაიწყოს, მაგრამ ადრეულშუა ასაკში ამოიწუროს („ანტისოციალური გადაწვა“). ამ ვარიანტისას მკურნალობის ეფექტურობა, მათ შორის - სპეციალურ პროგრამებში ჩართვით, სავარაუდოდ, უფრო მაღალია.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები ხშირად იზრდებიან დანგრეულ ოჯახებში, რომლისთვისაც ტიპურია მშობელთა კონფლიქტი და აღზრდის მკაცრი და არათანმიმდევრული სტილი. მშობლის არაადეკვატურობის ან/და ბავშვის რთული ქცევისგამო, ბავშვზე ზრუნვა ხშირად გადაეცემა სპეციალიზებულ სააგენტოებს. ეს, თავის მხრივ, სკოლის გაცდენის, დელინკვენტი (დამნაშავე) ნაცნობების შეძენის, ფსიქოპათიური ნივთიერებების ავადმომხარების მიზეზი ხდება, რაც, თავის მხრივ, ზრდასრული ასაკის მიღწევის შემდეგ - იწვევს უმუშევრობას, ღარიბ და არასტაბილურ საცხოვრებელ გარემოს და წინააღმდეგობრივ ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს. ბევრ ადამიანს, დისოციალური პიროვნული აშლილობით, აქვს ნასამართლეობა, პატიმრობა ან ნაადრევად კვდებიან წინდაუხედავი, დაუფიქრებელი საქციელის გამო.

ეპიდემიოლოგია

საქართველოში დისოციალური (ანტისოციალური) პიროვნული აშლილობის გავრცელების სტატისტიკა არასრულია და გაიდლაინში მოყვანილია სხვა ქვეყნების გამოცდილება. ზოგადად, ამ აშლილობის მოსახლეობაში წლიური გავრცელების საშუალო მაჩვენებელი მერყეობს 2% - 3% შორის (Moran 1999, Coid 2006).

მოსახლეობაში დისოციალური პიროვნული აშლილობის გავრცელება განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში და დამოკიდებულია ეპიდემიოლოგიური კვლევის გამოყენებულ მეთოდზე, თუმცა ყველა მონაცემი ადასტურებს, რომ ეს აშლილობა ბევრად უფრო გავრცელებულია მამაკაცებში. მაგალითად, ჩრდილოეთ ამერიკაში ჩატარებულ 2 კვლევაში პრევალენსი მამაკაცებს შორის იყო 4.5% და 0.8% ქალებში (Robins et al., 1991); 6.8% მამაკაცებს შორის და 0.8% ქალებში (Swanson et al., 1994). ორი ევროპული კვლევით გავრცელებაა - 1.3% მამაკაცებში და 0% - ქალებში (Torgesen et al., 2001); 1% - მამაკაცებში და 0,2% ქალებში (Coid et al., 2006). დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევებით, მოსახლეობაში მისი გავრცელება მუდმივად მაღალია მამაკაცებში, ქალებთან შედარებით: 3% - მამაკაცებში, 1% - ქალებში (Dolan, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ ჩრდილოეთ ამერიკისა და ევროპის კვლევებს შორის არსებობს განსხვავებები, თუნდაც ყველაზე კონსერვატიული შეფასებით, დისოციალურ პიროვნულ აშლილობას აქვს იგივე გავრცელება მამაკაცებში, როგორც შიზოფრენიას.

მიუხედავად იმისა, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობა ქალებში უფრო ნაკლებადაა გავრცელებული, არსებობს მტკიცებულება, რომ მათ (Yang & Coid, 2007) უფრო მძიმე პრობლემები ახასიათებთ კომორბიდობის და შესაბამისი ცუდი გამოსავლის (Galen et al., 2000) თვალსაზრისით.

ამდენად, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მიმართ მამაკაცებს უფრო მაღალი რისკი აქვთ, ვიდრე ქალებს. ეს აშლილობა სულ უფრო ხშირად გვხვდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში, სასამართლო სისტემასა და ციხეებში. დისოციალური პიროვნული აშლილობის გავრცელება (პრევალენსი) პატიმრებს შორის ჩატარებული სხვადასხვა კვლევით წარმოდგენილია 80%-ში (Singleton 1998; Moran 1999 Oglloff 2006 წ.), თუმცა ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ ის 50%-ზე ოდნავ ნაკლებია. თემის ეპიდემიოლოგიური კვლევებით დადგენილია, რომ მხოლოდ 47%-ს იმ პირებისა, ვინც აკმაყოფილებს დისოციალური პიროვნული აშლილობის კრიტერიუმებს, აქვს სამართალდარღვევების გამო დაკავებების ისტორია. დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებს წარსულში აგრესიის, უმუშევრობის და პრომისკუიტეტის (მოუწესრიგებელი სქესობრივი კავშირები) უფრო ხშირი ფაქტები ჰქონდათ, ვიდრე სერიოზული სამართალდარღვევები.

ეტიოპათოგენეზი

დისოციალური პიროვნული აშლილობის ეტიოპათოგენეზი კომპლექსურია და ბოლომდე შესწავლილი არ არის. მკვლევართა უმრავლესობა მის ეტიოლოგიაში ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს ანიჭებს უპირატესობას, ანუ ბიოლოგიური და გენეტიკური ფაქტორების გვერდით განიხილება, როგორც სოციალური ფაქტორები (როგორცაა ადრეული განვითარების ეტაპზე პირის ურთიერთობა ოჯახთან, თანატოლებთან და მეგობრებთან), ასევე, ფსიქოლოგიური ფაქტორებიც (პიროვნული თვისებები და ტემპერამენტი, რაც ყალიბდება გარემოს ზემოქმედების შედეგად და სტრესის დამღევის სტრატეგიების დასწავლით).

რისკ ფაქტორები

მიუხედავად იმისა, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის ზუსტი მიზეზი ცნობილი არ არის, გარკვეული ფაქტორები, როგორც ჩანს, ზრდის მათი განვითარების რისკს. მათ შორისაა:

- ბავშვობაში ქცევის დარღვევის დიაგნოზი;
- ოჯახურ ანამნეზში დისოციალური ან სხვა პიროვნული აშლილობის ან ფსიქიკური დაავადების არსებობა;
- ბავშვობაში ვერბალური, ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის გამოცდილება;
- ბავშვობაში არასტაბილური ან ქაოსური ოჯახური ცხოვრების გამოცდილება;
- ბავშვობაში მშობლების დაკარგვა ტრავმული განქორწინების პროცესით;
- მშობლების ან ოჯახის სხვა წევრების მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხარება.

ეტიოლოგია

გენეტიკა და გარემოს ურთიერთქმედება

როგორც ყველა ფსიქიატრიულ პათოლოგიას, დისოციალურ პიროვნულ აშლილობასაც როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქოსოციალური ეტიოლოგია აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ უკვე დიდი ხანია აღიარებულია, რომ გენებს წვლილი შეაქვთ ანტისოციალური ქცევის განვითარებაში, ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ამ სფეროში ცოდნა გამდიდრდა უფრო დახვეწილი დიზაინის და დიდი მოცულობის ტყუპებზე ჩატარებული კვლევებით. განსაკუთრებით აღსანიშნავია ორი მოვლენა.

პირველ რიგში, გაჩნდა მტკიცებულებები, რომ ბავშვების მიერ გამოვლენილი ანტისოციალური ქცევა არაერთგვაროვანია (ჰეტეროგენური). ამასთან, ბავშვებს, რომლებიც ადრეულ ასაკში და განსაკუთრებული აგრესიით არღვევენ კანონს, მემკვიდრეობითი დატვირთვა გაზრდილი აქვთ (Viding et al., 2008). აქედან გამომდინარე, არსებობს გარკვეული მტკიცებულებები, რომ აგრესიული ანტისოციალური ქცევა ადრეული ასაკიდან თავის ტვინში „მყარი სქემის“ სახით არსებობს.

მეორე, მიუხედავად დეტერმინისტული „მყარი სქემის“ არსებობის მტკიცებულებისა, თანამედროვე მიდგომები აღიარებს, რომ ბავშვებში თამაშდება განსხვავებული „გენი/გარემოს ზემოქმედება“ მექანიზმები. აქედან გამომდინარე, ბავშვები, რომლებიც, ანტისოციალური ქცევის თვალსაზრისით, გენეტიკურად მოწყვლადნი არიან, სავარაუდოდ, განიცდიან მძიმე და არათანმიმდევრულ მოპყრობას აღზრდის პროცესში, რაც თავის მხრივ, განაპირობებს გარემოს ზემოქმედებაზე ნეგატიურ პასუხს შესაბამისი აგრესიული ქცევით, რაც, ასევე, დასტურდება ტყუპების კვლევებითაც (Cadoret et al., 1995).

გენების და გარემოს ინტერაქტიული ეფექტი გულისხმობს, რომ გენეტიკური რისკი შეიძლება შემცირდეს, თუ მოხდება ჩარევა მშობლის მიერ გამოვლენილი უარყოფითი რეაქციების მართვის კუთხით (მაგალითად, მშობელთა სასწავლო პროგრამები, მულტისისტემური თერაპია და ა.შ.). გენეტიკური მოწყვლადობის შესახებ არსებული ცოდნა უნდა აისახოს პროგრამის შინაარსში, რაც მსგავსი პროგრამების ეფექტურობას გაზრდის. მაგალითად, გულქვა და უემოციო ბავშვები ცუდად რეაგირებენ დასჯაზე, მაგრამ დადებითად - წახალისებაზე.

აგრესიული ქცევის ბიოლოგიური მარკერები

აგრესიული ქცევის მქონე და არმქონე პირთა შედარებით ჩატარებულ ინტერსექტორალური კვლევებით დადასტურებულია ძლიერი განსხვავებები ამ ჯგუფების ფიზიოლოგიური რეაგირების, ტვინის სტრუქტურის და ფუნქციონირების საკითხებში (Patrick, 2008). მაგალითად, აგრესიისადმი მიდრეკილ პირებს აღენიშნებათ სტრესის მიმართ ავტონომიური რეაქტიულობის მომატება, EEG-ზე ნელი ტალღების აქტიურობის გაძლიერება, ტვინის სეროტონინის დონის შემცირება (Coccaro et al., 1996a; Dolan et al., 2001) და ფრონტოკორტიკალური და ლიმბური უბნების დისფუნქცია, რაც პასუხს აგებს ემოციურ გადაამუშავებაზე (Intrator et al., 1997; Raine et al., 2000, Blair et al., 2003).

მიუხედავად იმისა, რომ ანტისოციალური ქცევის ბიოლოგიის საფუძვლებში ახალი მიღწევებია, ცოდნა მაინც შეზღუდულია. კვლევათა უმეტესობა ყურადღებას უთმობს აგრესიული ქცევის მქონე პირებს და ფსიქოპათებს უფრო მეტად, ვიდრე დისოციალურ პიროვნულ აშლილობას. მაგალითად, იმ ბავშვებსა და მოზარდებს, რომლებიც აგრესიულები არიან, ავტონომიური აგზნების ქვედა ზღვარი დაბალი აქვთ, მაგრამ სტრესის მიმართ ავტონომიური რეაქტიულობა - მაღალი (Lorber, 2004); მაშინ, როცა მოზარდილებს, რომლებსაც მაღალი ქულები აქვთ ფსიქოპათიის სიმპტომების ჩამონათვალში, სტრესების მიმართ ავტონომიური რეაგირების დაქვეითება აღენიშნებათ. კვლევების ნაკლია ისიც, რომ ვერ ხერხდება შერეული ფაქტორების კონტროლი (მაგალითად, კომორბიდობა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარება), ასევე, ყურადღების კონცენტრირება სრულფასოვნად არ ხდება მარტივ ნეიროფსიქოლოგიურ პროცესებზე, როგორცაა მოტორული იმპულსურობა ან ძირითადი ემოციების ამოცნობა და მიმართულია უფრო რთული ქცევის და მორალური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესებზე. და ბოლოს, ეს კვლევები, როგორც ჩანს, დაშორებულია რუტინულ კლინიკურ საქმიანობას და, აქედან გამომდინარე, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ გავლენას მოახდენს მიმდინარე კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე (Duggan, 2008).

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

პიროვნული აშლილობების დიაგნოზი, როგორც წესი, უნდა დაისვას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი) მიერ. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების და სხვა სპეციალისტების კვალიფიკაცია არ არის საკმარისი, რათა დიაგნოსტირებული იქნას დისოციაციური პიროვნული აშლილობა. ამასთან, არ არსებობს სპეციფიკური ლაბორატორიული, გენეტიკური ან ნეიროვიზუალური კვლევა, რაც ამ აშლილობის დიაგნოსტიკაში დაგვეხმარება. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ ინტერვიუს, ფსიქოდიაგნოსტიკის მონაცემებს და ობიექტურ ანამნეზურ მონაცემებს.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის (F60.2) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (ICD-10, WHO 1992) წარმოდგენილია ცხრილის სახით.

<p>A. პიროვნული აშლილობის (F60) ზოგად კრიტერიუმებთან სრული თანხვედრა („კლინიკურად გამოხატული პიროვნულ და ქცევით თავისებურებათა ფართო სპექტრი, რომელიც ხასიათდება სტაბილურობით და წარმოადგენს ინდივიდის ცხოვრების სტილის დამახასიათებელ გამოხატულებას, ასევე, ურთიერთობების ფორმას თავისთავთან და სხვებთან“).</p>
<p>B. მინიმუმ სამი, შემდეგი ჩამონათვალიდან:</p> <ul style="list-style-type: none"> ა. სხვების გრძნობების მიმართ გულქვაობა და გულგრილობა; ბ. სოციალური ნორმების, წესების და მოვალეობების მიმართ მყარი და სრული უპასუხისმგებლობა და უპატივცემულობა; გ. მტკიცე ურთიერთობების შენარჩუნების უუნარობა, მიუხედავად იმისა, რომ მათი დამყარების სირთულე არ შეინიშნება; დ. იმედგაცრუების მიმართ დაბალი ტოლერანტობა და აგრესიის გამოთავისუფლების (მაღაღობის ჩათვლით) მიმართ დაბალი ზღურბლი; ე. სინანულის განცდის უუნარობა ან შეუძლებლობა, სარგებელი მიიღოს უარყოფითი

გამოცდილებიდან, მაგალითად, სასჯელის შემთხვევაში;
ვ. სხვათა დადანიშნულების ტენდენციის არსებობა, ან დამაჯერებელი რაციონალიზაცია საკუთარი ქცევისა, რაც საზოგადოებასთან კონფლიქტის მიზეზი გახდა.

ფსიქიკურ აშლილობათა ახალი ამერიკული კლასიფიკატორის (DSM-V) დიაგნოსტიკური სისტემის მიხედვით, პიროვნული აშლილობის არსებითი თვისებებია პიროვნების (თვით-და ინტერპერსონალური) ფუნქციონირების მოშლა და პათოლოგიური პიროვნული თვისებების არსებობა, ხოლო ანტისოციალური (დისოციალური) პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკა შემდეგ კრიტერიუმებს უნდა აკმაყოფილებდეს:

- A. პიროვნების ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი დარღვევები, რაც ვლინდება შემდეგით:
1. ინდივიდუალური ფუნქციონირების დარღვევა (ა ან ბ):
 - ა. იდენტობა: ეგოცენტრიზმი; ღირსების შეგრძნება (თავმომწონეობა) მიღებული პირადი სარგებელით, ძალაუფლებით ან სიამოვნებით.
 - ბ. მიზნები: თვითკმაყოფილებაზე დაფუძნებული მიზნების დასახვა; პროსოციალური ინტერნალური სტანდარტების არარსებობა, რაც უკავშირდება შეუძლებლობას, დაიცვას სამართლებრივი ან კულტურული ეთიკური ქცევის ნორმები.
- და
2. ინტერპერსონალური ფუნქციონირების დარღვევა (ა ან ბ):
 - ა. ემპათია: სხვათა საჭიროებების და ტკივილის მიმართ გულცივობა, თანაგანცდის ნაკლებობა; სინდისის ქენჯნის, სინანულის/სიბრალების განცდის არარსებობა სხვებისთვის ზიანის მიყენების ან სასტიკად მოპყრობის შემდეგ.
 - ბ. ინტიმურობა: ორმხრივი, ახლო ურთიერთობის დამყარების უუნარობა, რადგან ადამიანებთან ურთიერთობაში წამყვანია სხვათა გამოყენება (მოტყუებით და იძულებით) და კონტროლი - დომინირებითა და დაშინებით.

B პათოლოგიური პიროვნული თვისებები:

1. ანტაგონიზმი, რომელიც ხასიათდება:

ა. მანიპულირებით: ხრიკების/ემმაკობის ხშირი გამოყენება სხვებზე გავლენის ან კონტროლის მოპოვების მიზნით; საკუთარი მიზნების მისაღწევად ცდუნების, ხიბლის, ენამოსწრებულობის ან თავმომწონეობის გამოყენება.

ბ. ცბიერებით: არაკეთილსინდისიერება და თაღლითობა; საკუთარი თავის არასწორად წარდგენა; მოვლენების/ფაქტების შელამაზება ან გაყალბება.

გ. გულქვაობით: სხვათა გრძნობების ან პრობლემების მიმართ თანაგრძნობის არარსებობა; სინდისის ქენჯნის და სიბრაღულის განცდის დეფიციტი საკუთარი ქცევის შედეგად სხვებისთვის ზიანის მიყენების ან სასტიკად მოპყრობის შემდეგ; აგრესია; სადიზმი.

დ. მტრულობით: ხშირი ან მყარი რისხვის გრძნობა; ბრაზი და გაღიზიანება უმნიშვნელო უყურადღებობის და შეურაცხყოფის საპასუხოდ; მდაბიო, უხამსი და შურისმაძიებელი ქცევა.

2. განმუხრუჭება, რომელიც ხასიათდება:

ა. უპასუხისმგებლობით: ფინანსური და სხვა მოვალეობების ან ვალდებულებების უგულვებელყოფა; ხელშეკრულებების და დაპირებების შესრულების მიმართ პატივისცემის ნაკლებობა ან არარსებობა.

ბ. იმპულსურობით: მოულოდნელი, დაუყოვნებელი ქმედებები სტიმულის საპასუხოდ; შედეგების გააზრების და გეგმის გარეშე მყისიერი ქმედები; გეგმების დასახვის და მათი შესრულების სირთულეები.

გ. სარისკო ქცევით: ისეთ სახიფათო, სარისკო და პოტენციურად ზიანების მომტან საქმიანობაში ჩართვა, რაც არ არის აუცილებელი და შედეგები კი გაუაზრებელია; სევდიანობისკენ მიდრეკილება და წინდაუხედავად ისეთი აქტივობის დაწყება, რაც მოწყენილობას გადააღახინებს; შეზღუდვებისადმი გულგრილობა და რეალური პიროვნული საფრთხის უგულვებელყოფა.

C. პიროვნების ფუნქციონირების დარღვევები და ინდივიდუალური პიროვნული თვისებების გამოხატულება არის შედარებით სტაბილური ხანგრძლივი დროის მანძილზე და მყარი (ერთგვაროვანი) სხვადასხვა სიტუაციაში.

D. პიროვნების ფუნქციონირების დარღვევები და ინდივიდუალური პიროვნული თვისებების გამოხატულება არ აიხსნება, როგორც ნორმა, დამახასიათებელი პიროვნების განვითარების ეტაპისა ან სოციალურ-კულტურული გარემოსთვის.

E. პიროვნების ფუნქციონირების დარღვევები და ინდივიდუალური პიროვნული თვისებების გამოხატულება არ არის გამოწვეული რომელიმე ნივთიერების (მაგალითად, ნარკოტიკის ან მედიკამენტის ავადგამოყენება) პირდაპირი ფიზიოლოგიური ეფექტით და ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობით (მაგალითად, მძიმე ტრავმა).

F. პირი უნდა იყოს, სულ მცირე, 18 წლის.

მიზანშეწონილია, რომ ფსიქოლოგიურმა კვლევებმა (მაგ.: მინესოტას მრავალფაზიანი პიროვნული კითხვარი (MMPI), ეიზენკის პიროვნების კითხვარი ან სხვ.) გაამყაროს კლინიკური დიაგნოზი.

დიფერენციული დიაგნოზი

დისოციალური პიროვნული აშლილობის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ დაავადებებთან:

- წამალმომხმარება;
- შიზოფრენია;
- შიზოაფექტური აშლილობა;
- მანიაკალური ეპიზოდი;
- ფსიქიკური აშლილობები, სხვა სამედიცინო მიზეზებით გამოწვეული (ცნს-ის ტრავმა, ეპილეფსია);
- ჰანზერის სინდრომი;
- დეპრესია;
- ნარცისული პიროვნული აშლილობა;
- თეატრალური პიროვნული აშლილობა;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა;
- პარანოიდული პიროვნული აშლილობა;
- ზრდასრულთა ანტისოციალური ქცევა;
- პოსტტრავმული სტერესული აშლილობა (პტსა) და სხვ.

მიმდინარეობა და პროგნოზი

როგორც უკვე აღინიშნა, სქესი გავლენას ახდენს დისოციალური პიროვნული აშლილობის როგორც გავრცელებაზე, ასევე, მიმდინარეობაზე. ის უფრო ხშირი და ქრონიკულია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. მაგალითად, Guze-მ (1976) აღმოაჩინა, რომ მამრობითი სქესის პატიმრობაში მყოფი სისხლის სამართლის დამნაშავე შემდგომ წლებში კვლავ ანტისოციალური ქცევის რისკის მატარებლად რჩებოდა (87% - 3 წლის შემდეგ, 72% - 9 წლის შემდეგ), ხოლო Martin და სხვ. (1982) დაადგინეს, რომ ქალ-პატიმრებს შორის 3 წლის შემდეგ მხოლოდ 33% ავლენდა დანაშაულებრივი ქცევის პატერნს, ხოლო 6 წლის შემდეგ - 18%. მოგვიანებით, Black და სხვ. (1995) ხანგრძლივი კვლევებით მივიდნენ დასკვნამდე, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მამაკაცებში, მიუხედავად იმისა, რომ დროთა განმავლობაში შემცირდა იმპულსური ქცევა (და აქედან გამომდინარე, დანაშაულებრივი ქმედების ალბათობა), კვლავაც მნიშვნელოვანია ინტერპერსონალური პრობლემების არსებობა ცხოვრების განმავლობაში (Paris, 2003 წ.)

დისოციალური პიროვნული აშლილობა ასოცირდება სიკვდილიანობის ზრდასთანაც (Martin და სხვ. 1985; Black და სხვ. 1996). მკვლევარებმა აღმოაჩინეს, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ახალგაზრდა მამაკაცებს აქვთ ნაადრევი სიკვდილის მაღალი მაჩვენებელი, არა მხოლოდ სუიციდის, არამედ ისეთი წინდაუხედავი ქცევის გამო, როგორცაა ნარკოტიკების ავადმომხმარება და აგრესია.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მიმდინარეობა ცვალებადია და მიუხედავად იმისა, რომ „გამოჯანმრთელება“ დროთა განმავლობაში მიღწევადია, ზოგიერთი პირი შეიძლება კვლავაც განიცდიდეს სოციალურ და ინტერპერსონალურ პრობლემებს. ამ პიროვნულ

აშლილობას ხშირად თან სდევს დეპრესია, ქრონიკული შფოთვა, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ავადმობმარება.

ოჯახის ან მხარდამჭერთა არსებობა მნიშვნელოვანია დისოციალური პიროვნული აშლილობის პრევენციისა და მკურნალობისათვის. ტერმინები „ოჯახი“ და „მხარდამჭერი“ ვრცელდება ოჯახის ყველა წევრზე და იმ ადამიანებზე, როგორცაა მეგობრები და ადვოკატები (დამცველები), რომლებსაც ახლო ურთიერთობა აქვთ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთან.

კომორბიდობა

დისოციალურ პიროვნულ აშლილობას თან სდევს მრავალი სხვა ფსიქიატრიული პათოლოგია. მაგალითად, Swanson და სხვ. მიერ (1994) ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ „90.4%-ს აღენიშნებოდა მინიმუმ ერთი სხვა ფსიქიატრიული აშლილობა“, ყველაზე ხშირად კი - ფსიქოპათიური ნივთიერებების ავადმობმარება ფიქსირდებოდა (Robins et al., 1991). რაც შეეხება სხვა ფსიქიატრიულ დარღვევებს, დისოციალური პიროვნული აშლილობების მქონე პირების ნახევარს აღენიშნება შფოთვითი დარღვევები (Goodwin & Hamilton, 2003), ხოლო მეოთხედს - დეპრესიული აშლილობა (Lenzenweger et al., 2007), რომელთა მკურნალობა სტანდარტული სქემებით უნდა განხორციელდეს, რათა პიროვნული აშლილობის მკურნალობას დადებითი შედეგი ჰქონდეს.

ჯანდაცვის სისტემაში დისოციალური პიროვნული აშლილობის ადგილი

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები იშვიათად ხვდებიან ჯანდაცვის სისტემის არეალში. ზოგადად, ისინი შეიძლება შეფასდნენ, როგორც „მკურნალობის უარმყოფელები,“ ვიდრე „მკურნალობის მაძიებლები“ (Tyrrer et al., 2003), განსხვავებით მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებისგან, რომელთა უმრავლესობა შეეცდება იმკურნალოს, მაგრამ დისფუნქციური წესით (Benjamin, 1993).

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირი საკუთარი სურვილით ექიმს მიმართავს, როგორც წესი, კომორბიდული დაავადების მკურნალობის მიზნით და/ან იძულებით - კრიზისის დროს ოჯახის ან ავტორიტეტული პირის მოთხოვნის საფუძველზე. იმის გათვალისწინებით, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები ეწინააღმდეგებიან სამედიცინო დახმარების მიღების პროცესს და რომ მკურნალობის იძულება პირდაპირ საფრთხეს უქმნის მათ ძირითად პიროვნულ სტრუქტურას, ცხადია, რომ ასეთ ვითარებაში თერაპიული ჩარევაც ნაკლებეფექტური იქნება. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ველოდოთ მკურნალობის კურსში ჩავარდნებს (Huband et al., 2007). მიუხედავად ამისა, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირი თუ იმყოფება (ან ნებით ან სხვაგვარად) ჯანდაცვის სერვისებში, მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების პროცესში სრულად გაირკვეს ბაზისური პიროვნული საკითხები და მოხდეს მათზე რეაგირება.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობის პრინციპები

ეფექტური მკურნალობის მტკიცებულებათა ბაზა

ისტორიული კვლევები - დიდ ბრიტანეთში დისოციალური პიროვნული აშლილობის და ფსიქოპათიის მკურნალობის ადრეული მცდელობები დიდწილად მაღალი უსაფრთხოების მქონე საავადმყოფოებში მიმდინარეობდა. პიროვნული აშლილობის მკურნალობის პროცესში ყველაზე გავრცელებული იყო ფსიქოანალიზი (Cordess & Cox, 1998), რამაც გამოიწვია თერაპიული თემების განვითარება (Jones 1952), რომელშიც თავისთავად გარემო და გარემოცვა მკურნალობის პროცესის აუცილებელი თერაპიული ატრიბუტი გახდა.

მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები

იმ მტკიცებულებათა არარსებობის პირობებში, რაც გაამართლებდა უაღრესად სპეციალიზებული მკურნალობისთვის აუცილებელი ე.წ. „თერაპიული საცხოვრებლის“ მაღალ ხარჯებს, თერაპიული თემის პოპულარობა მნიშვნელოვნად შემცირდა და უპირატესად ჩანაცვლდა სპეციფიკური კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპიის (CBT) პროგრამებით, რომელიც მიეწოდება პიროვნული აშლილობის მქონე დამნაშავეებს სასჯელაღსრულების სისტემაში. კოგნიტიურ-ქცევითი მიდგომების გამოყენების ლოგიკა ეფუძნება დანაშაულებრივი ქცევის შემამცირებელი ინტერვენციების შესახებ არსებულ კრიმინალურ ლიტერატურას. პროგრამები უაღრესად ეფექტურად მოერგო რისკი-საჭიროება-მგრძნობელობა (RNR) მოდელს (Andrews 1995; Simon 1998). ამ მოდელის მიხედვით „რისკი“ გულისხმობს დანაშაულის განმეორების რისკს, „საჭიროება“ - ემპირიულად დადგენილი დინამიური კრიმინოგენული რისკის ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა კრიმინალური პოზიცია, ნივთიერებათა ავადმომხმარება და იმპულსურობა, ხოლო „მგრძნობელობა“ - ინტერვენციების იმგვარად მიწოდებას, რომ დამნაშავე მაქსიმალურად ჩართული იყოს მკურნალობის პროცესში. თუმცა, სამეცნიერო ლიტერატურაში არ ჩანს, კვლევებში მონაწილეთაგან რამდენი აკმაყოფილებდა დისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზს და, ამავე დროს, გამოსავლის კრიტერიუმები, როგორც წესი, განმეორებითი დანაშაულის არსებობა/არარსებობამდე არის შეზღუდული (NICE, 2009).

ამავე დროს, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში ცუდად არის შესწავლილი ორივე, ფსიქოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები და მათი ეფექტურობის პირდაპირი მტკიცებულება საკმაოდ მწირია. სამმა, შედარებით ახალმა ლიტერატურულმა მიმოხილვამ ვერ მოახერხა რაიმე მაღალი ხარისხის მტკიცებულების მოპოვება (Salekin, 2002; Warren et al., 2003; Duggan et al., 2007).

მკურნალობის მეთოდის არჩევამდე გასათვალისწინებელია ზოგადი რეკომენდაციები, რაც გულისხმობს შემდეგს (Meloy 2014):

- მკურნალობა იწყება, თუ ის აშკარად უსაფრთხო და ეფექტურია როგორც პაციენტის, ასევე, ექიმისთვის;
- სავალდებულოა ზუსტი დიაგნოსტიკური შეფასება, ფსიქოპათიის სიმძიმის განსაზღვრის ჩათვლით;

- ყურადღება უნდა გამახვილდეს შფოთვის არსებობაზე, პაციენტის გაცნობიერების უნარსა და ურთიერთობის დამყარების შესაძლებლობაზე;
- აუცილებელია განკურნებადი მდგომარეობების იდენტიფიკაცია, როგორცაა ალკოჰოლის მოხმარება, დეპრესია და სხვ.;
- აუცილებელია იმ სიტუაციური და გარემოს ფაქტორების იდენტიფიკაცია, რომლებიც შეიძლება ამძიმებს ან აუარესებს ანტისოციალურ ქცევას;
- სიფრთხილეა საჭირო კონტრ-ტრანსფერის რეაქციებზე.

ფსიქოლოგიური თერაპიის მტკიცებულებების ბაზა

დამნაშავეთა მკურნალობის პროგრამების გავრცელების მიუხედავად, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპიის შესახებ მხოლოდ რამდენიმე მაღალი ხარისხისა და ვალიდური მტკიცებულებების მქონე კვლევა არსებობს.

არსებული ლიტერატურის სხვადასხვა მეტა-ანალიზი ხაზს უსვამს ამ ჯგუფის პაციენტებში ეფექტური მკურნალობის მტკიცებულებათა შეზღუდულ მონაცემებს (Warren 2003; Duggan 2007; NICE 2009; Gibbon 2010) და ასახავს არა მხოლოდ პაციენტების კვლევებში ჩართვის სირთულეებს, არამედ დიაგნოსტიკურ შეუსაბამობებს და წარუმატებლობას, კვლევათა შედეგებში აისახოს განსხვავება მიღებულ პაციენტებში ფსიქოპათიით ან მის გარეშე (De Brito 2009). არსებული კვლევების შედარებითი შეფასება მოგვიანებით შეფერხდა, რადგან განსხვავებულია შედეგების განსაზღვრა/გაზომვა, ისევე როგორც განსხვავებულია მკურნალობაზე ფოკუსირება პატიმრებსა და თემში მყოფ პირებს შორის. ეს მეთოდოლოგიური შეზღუდვები ხაზგასმული იყო დისოციალური პიროვნული აშლილობის ყველა პროსპექტული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების კოკრეინის მიმოხილვაში (Gibbon 2010). თუმცა, იმის გამო, რომ შედარებით ძლიერი კლინიკური მტკიცებულება მიუთითებს, რომ ჯგუფზე დაფუძნებული კოგნიტიური და ქცევითი ინტერვენციები ზომიერად ეფექტურია დამნაშავეებისათვის, NICE გაიდლაინმა დაასკვნა, რომ, ვინაიდან მოსახლეობაში მაღალია „ანტი-სოციალური პიროვნული აშლილობის გავრცელება, სასარგებლო იქნება, თუ ასეთი ჩარევები ეფექტურად ჩაითვლება ანტი-სოციალური პიროვნული აშლილობის დროს“ და შესაბამისად, რეკომენდაცია გაუწია მათ გამოყენებას.

კოკრეინის მიმოხილვა - ანტი-სოციალური (დისოციალური) პიროვნული აშლილობა (Gibbon 2010)

- გამოვლენილია 11 პროსპექტული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევა და მათში ჩართული იყო 471 პაციენტი.
- მხოლოდ ორი კვლევა ფოკუსირდება კონკრეტულად ანტი-სოციალურ (დისოციალურ) პიროვნულ აშლილობაზე.
- 11 კვლევა განიხილავს სხვადასხვა ფსიქოლოგიურ ინტერვენციას.
- მხოლოდ ორი კვლევა იძლევა ინფორმაციას განმეორებითი პატიმრობის, ხოლო ერთი კი - აგრესიის შესახებ.
- ცოტა კვლევა შეეხება პირველად გამოსავალს, აგრესიას, განმეორებით პატიმრობას,

გლობალურ ფუნქციონირებას, სოციალურ ფუნქციონირებას და გვერდით მოვლენებს.

- მხოლოდ სამი ინტერვენციის ეფექტურობა არის დადასტურებული საკონტროლო ჯგუფების მონაცემებთან შედარებით.
- მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება შემოიფარგლება ნარკოტიკების ავადმომხმარებელი გამოწვეული შედეგების შემცირებით.
- არცერთი კვლევა არ ადასტურებს რომელიმე ანტისოციალური ქცევის ცვლილებას.
- კვლევებში არასაკმარისი მტკიცებულებაა იმისათვის, რომ გაამართლოს ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე მოზრდილებში რომელიმე ფსიქოლოგიური ინტერვენცია.

ფსიქოთერაპია

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა ფსიქოთერაპია უნდა ფოკუსირდებოდეს აღნიშნული აშლილობის ბუნების და შედეგების გააზრებაზე იმგვარად, რომ პირმა შეძლოს გააკონტროლოს ქცევა. ექსპერიმენტული ან ინსაით-ორიენტირებული ფსიქოთერაპია ზოგადად სასარგებლო არ არის.

კოგნიტური თერაპია

კოგნიტური თერაპია ცოტა ხანია, რაც გამოიყენება დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა კონტიგენტში. თერაპევტმა უნდა შექმნას პაციენტის ჩართულობისათვის სახელმძღვანელო პრინციპები, მათ შორის, რეგულარული დასწრება, აქტიური მონაწილეობა და ნებისმიერი საჭირო მუშაობის დასრულება საოფისე ვიზიტების შემდეგაც კი. პაციენტს, რომელიც თანხმდება თერაპიას მხოლოდ იმისთვის, რომ პატიმრობა თავიდან აიცილოს, მკურნალობა განზრახული არა აქვს. თერაპია უნდა იყოს მეტი, ვიდრე საშუალება, რითაც ანტისოციალური პირი ცდილობს აიცილოს საკუთარი ქცევიდან დამდგარი შედეგები. შემეცნებითი თერაპიის ძირითადი მიზანია, დაეხმაროს პაციენტს გააზროს/გააცნობიეროს, თუ როგორ უქმნის საკუთარ თავს პრობლემებს და როგორ მუშაობს მისი დამახინჯებული აღქმა, რის გამოც საკუთარ თავს განსხვავებულად აღიქვამს იმ ხატისაგან, როგორც მას სხვები აღიქვამენ.

ანტისოციალურ პირებთან მუშაობა საკმაოდ რთულია იმის გამო, რომ ისინი, როგორც წესი, სხვებს ადანაშაულებენ, მათ დაბალი ტოლერანტობა აქვთ იმედგაცრუების მიმართ, არიან იმპულსურნი და იშვიათად ქმნიან მყარ და ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობებს. მათ ხშირად აკლიათ მოტივაცია და საკუთარ ქცევებზე დაკვირვება არ შეუძლიათ. ისინი, უბრალოდ, საკუთარ თავს ვერ ხედავენ ისე, როგორც სხვები.

თერაპევტმა უნდა იცოდეს მათი განცდები და სიფხიზლე გამოიჩინოს, რათა თავიდან აიცილოს პაციენტის მიმართ ემოციური რეაგირებით თერაპიის პროცესის ჩაშლა. არ აქვს მნიშვნელობა, თუ როგორ განისაზღვრება თერაპევტის დახმარება ანტისოციალური პაციენტის მიმართ. არ არის გამორიცხული, რომ პაციენტის კრიმინალური წარსულის, უპასუხისმგებლობისა და ძალადობის მიმართ არაპროგნოზირებადი ტენდენციის გამო

თერაპევტი სრულიად მოიცვას უსიამოვნო განცდამ. მკურნალობის საუკეთესო პერსპექტივები აქვთ იმ პროფესიონალებს, რომლებიც კარგად გათვითცნობიერებულნი არიან დისოციალურ პიროვნული აშლილობაში და რომლებსაც შეუძლიათ, განსაზღვრონ საკუთარი ემოციები და დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ გამოხატონ მორალური შეფასების გარეშე.

სქემა-თერაპია

სქემა-თერაპია სპეციფიკურად შემუშავებულია იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც არ პასუხობს ტრადიციულ კოგნიტურ თერაპიას. ამ კონტექსტში მძიმე პიროვნული აშლილობების მქონე პირები აღნიშნული თერაპიის ერთ-ერთ სამიზნე ჯგუფად მოიაზრება (Young et al., 2003). როგორც, უკვე აღინიშნა, ფსიქოპათია დისოციალური პიროვნული აშლილობის მძიმე ფორმად მიიჩნევა და ხასიათდება ემპათიის და სინანულის არარსებობით, თვითგანდიდებით, მანიპულაციური ინტერპერსონალური ურთიერთობის სტილით და ქცევის გაკონტროლების შესუსტებით. ამ ტიპის პაციენტთა მკურნალობისთვის, სავარაუდოდ, სქემა თერაპია ეფექტური ინტერვენცია იქნება.

ზოგადად, სქემა-თერაპია აფართოებს Beck, Freeman და სხვათა (1990) მიერ შემუშავებულ კოგნიტურ-ქცევით მიდგომას და უფრო დიდ აქცენტს აკეთებს ბავშვობისდროინდელი ფსიქოლოგიური პრობლემების მოკვლევაზე, ექსპერიმენტული დასწავლის ტექნიკაზე, თერაპევტ-კლიენტის ურთიერთობასა და არაადაპტური დამღევის სტილზე (Young et al., 2003). მისი ეფექტურობა დადასტურებულია პენიტენციალური სისტემის გარეთ მყოფ პირებზე ჩატარებული 4 კლინიკური კვლევით, რომელთა შორის 3 - რანდომიზებული კვლევაა (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006), ხოლო ერთი - ღია (Nadort et al., 2009).

იმის გათვალისწინებით, რომ აღნიშნული თერაპიის შექმნის მიზანი იყო ჭეშმარიტი ემოციური კავშირის დამყარება პაციენტთან და პაციენტის ხასიათის ძირითადი თვისებების შეცვლა, სქემა-თერაპია წარმოადგენს გადახვევას ფსიქოპათიის კოგნიტურ-ქცევითი მკურნალობის მეთოდებიდან, რადგან ნავარაუდევია, რომ ფსიქოპათიური პიროვნული თვისებების შეცვლა შეუძლებელია პაციენტთა სერიოზული ემოციური დეფიციტის გამო (Wong & Hare, 2005).

Bernstein, Arntz, & de Vos-მა (2007) მოახდინეს სქემა-თერაპიის ადაპტირება პენიტენციალური სისტემის პაციენტებისთვის იმგვარად, რომ ფსიქოპათიური დისოციალური პიროვნული აშლილობის დროს შეიცვალოს ის ხუთი სქემა, რაც განაპირობებს არაადაპტურ დამღევის სტილს:

1. წინააღმდეგობის გაწევის და მანიპულირების მცდელობა.
2. თვითგანდიდება და სხვათა გაუფასურება.
3. დაშინების და მუქარის მცდელობა.
4. ყურადღების ფოკუსირება ფარული მუქარის ან მტრის აღმოჩენაზე.
5. ცივი, გათვლილი აგრესია გამიზნული საფრთხის ან მეტოქის აღმოფხვრაზე.

ბოლო კვლევები მიუთითებს, რომ ადრეული არაადაპტური სქემები პრევალირებს დისოციალური პიროვნული აშლილობის ფსიქოპათიურ პაციენტებში (Chakhsi, Bernstein და

Ruiter, 2012; Lobbetael, Arntz, Cima, და Chakhsi, 2009) და სქემა-თერაპიის შედეგად შესაძლებელია მომავალი ძალადობის რისკის შემცირება (Bernstein et al., 2012).

სარეაბილიტაციო პროგრამები სასჯელაღსრულებით სისტემაში

ფართო მასშტაბიანი კვლევებისა და რამდენიმე კვლევის კომბინაციის გამოყენება რუტინულად გვიჩვენებს, რომ **ფსიქოლოგიურ და ქცევით ტექნიკებზე** დაფუძნებული სარეაბილიტაციო ინტერვენციები **ამცირებს დანაშაულის განმეორებით ჩადენის მაჩვენებელს** (Lipsey & Wilson 1993; Losel 1995; Hollin 1999).

სარეაბილიტაციო ინტერვენციების წარმატება პირდაპირ კავშირშია იმასთან, არის თუ არა ინტერვენციები „მტკიცებულებაზე დაფუძნებული“ (Maguire 2002).

მტკიცებულება გვიჩვენებს, რომ ინტერვენცია რამდენიმე ძირითად პრინციპს უნდა აკმაყოფილებდეს. სამი ძირითადი პრინციპია: რისკი, საჭიროება და რეაგირება (Risk, Need and Responsivity principles (RNR). **RNR-ის** გაუთვალისწინებლობამ შეიძლება რეალურად გამოიწვიოს განმეორებითი დანაშაულის მაჩვენებლის მცირედით ზრდა (Andrews et al 1990), ხოლო მათმა გათვალისწინებამ რეციდივის მაჩვენებლის საშუალოდ 17%-ით შემცირება შეიძლება გამოიწვიოს **პატიმრობის** პერიოდში მათი განხორციელებისას და 35%-ით შემცირება საპატიმროს გარეთ განხორციელების შემთხვევაში (Andrews & Bonata 2006).

რამდენიმე მოცულობითმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ყველაზე წარმატებული იყო ის ინტერვენციები, რომლებიც **ჩარევის სხვადასხვა ტექნიკას და კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მიდგომას აერთიანებს** (Pearson et al 2002; Wilson et al 2005). მთავარი აქცენტი უნდა გაკეთდეს **„ქცევის შესაცვლელად აზროვნების შეცვლაზე.“** მნიშვნელოვანია, რომ ახალი ტიპის აზროვნება პრაქტიკაში მხარდაჭერის გარემოში განხორციელდეს. ერთ-ერთი მეტა ანალიზის თანახმად საპატიმროში და საპატიმროს გარეთ რეციდივიზმის საშუალო მაჩვენებელი 25%-ით მეტი იყო იმ პატიმრებთან შედარებით, რომლებსაც კოგნიტურ-ბიჰევიორულ პროგრამაში ინტერვენციები არ უტარდებოდათ (Landenberger & Lipsey 2005).

მაღალი რისკის სამართალდამრღვევების შემთხვევაში რთული პრობლემების ფართო სპექტრი გვხვდება, ვიდრე დაბალი რისკის სამართალდამრღვევებთან. **მაღალი რისკის სამართალდამრღვევებმა უფრო დიდი მოცულობის და უფრო ინტენსიური ჩარევა** უნდა მიიღონ, ვიდრე დაბალი რისკის სამართალდამრღვევებმა.

ინტერვენციები მაღალი რისკის მატარებელ სამართალდამრღვევებთან (დაახლოებით 10%) უფრო წარმატებულია, ვიდრე დაბალი რისკის მატარებელ სამართალდამრღვევებთან (დაახლოებით 3%) Andrews & (Dowden 2006).

ინტერვენციებს **ეფექტი არ აქვს განმეორებით მსჯავრდების მაჩვენებლებზე** იმ პირებთან მიმართებაში, რომელთა **რისკის მაჩვენებელიც ძალიან დაბალი** იყო ინტერვენციის პერიოდისათვის (Palmer et al 2008), ამიტომ არის მნიშვნელოვანი ინტერვენციისა და რისკის შესაბამისობა. კვლევამ დაადასტურა, რომ ინტერვენცია ამცირებდა განმეორებით დანაშაულის ჩადენის მაჩვენებელს, თუკი ის ორიენტირებული იყო უარყოფით ემოციებზე, ანტისოციალურ დამოკიდებულებებზე, ოჯახში თვითკონტროლის დახმარებაზე და პროსოციალურ დახმარებაზე (Dowden 1998).

პროგრამისათვის სამართალდამრღვევთა შერჩევის დროს მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ფსიქოპათიური მახასიათებლების მქონე პირების ჩართვა პროგრამაში არ არის რეკომენდებული, ჯგუფზე ან ცალკეულ პიროვნებებზე ზეგავლენის მოხდენის მაღალი რისკის გამო.

ფარმაკოთერაპია

ზოგადი მოსაზრებები

დისოციალური პიროვნული აშლილობისას ფარმაკოლოგიური მიდგომების ლოგიკა არის ის, რომ პიროვნული აშლილობისას ბევრ ქცევით პატერნს შეიძლება ჰქონდეს ბიოლოგიური საფუძველი და უკავშირდებოდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეიროქიმიურ დარღვევებს (Coccaro et al., 1996a, 1996b; Hollander et al., 1994). თუმცა, მედიკამენტების მოქმედების კვლევებში მთავარი პრობლემა არის ის, რომ ძნელია მოახდინო პრეპარატების კარტირება დიაგნოსტიკურ სისტემებში ჩამოვლილი პიროვნული აშლილობების მიხედვით.

ამის მიზეზი ის არის, რომ პიროვნულ აშლილობათა გამოვლენები იმდენად მრავალფეროვანია, რომ ქცევით კლასტერზე ფოკუსირება შეიძლება უფრო ნაყოფიერი იყოს (Markovitz, 2001). Soloff-ის (1998) მოსაზრება სიმპტომზე ორიენტირებული მიდგომის შესახებ დღემდე ძლიერი გავლენით სარგებლობს. მან პიროვნების ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებები დააჯგუფა სიმპტომთა არეალებად: შემეცნებით-აღქმით (კოგნიტიურ-პერცეპტუალურ), აფექტურ, იმპულსურ-ქცევით და შფოთვით-ფობიკურად. აფექტური სიმპტომები, თავის მხრივ, დაყოფილი იქნა გუნება-განწყობის და შფოთვით დარღვევებად. ავტორის მოსაზრებით, ვინაიდან ეს არეალები (დომენები) რეგულირდება იგივე ნეიროტრანსმიტერული სისტემებით, რითაც ძირითადი ფსიქიკური დარღვევები (თუმცა უფრო შემსუბუქებული ფორმით), აღნიშნული მიდგომა შეიძლება მედიკამენტების რაციონალური გამოყენების საფუძველი გახდეს.

აღნიშნული პოზიციის გამოყენებით, Soloff-მა მოიპოვა გარკვეული მტკიცებულებები, რომ კონვენციული ანტიფსიქოზური პრეპარატების დაბალი დოზა ეფექტური იყო შემეცნებით-აღქმითი დარღვევების შემცირების თვალსაზრისით (Soloff et al., 1986a; Goldberg et al., 1986). გუნება-განწყობის დისრეგულაციისას გარკვეული მტკიცებულებები გაჩნდა სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების (SSRI) (Cornelius et al., 1990; Markovitz et al., 1991), ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების (Soloff et al., 1986b), ვენლაფაქსინის (Markovitz & Wagner, 1995) და მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორების (MAOIs) (Parsons et al., 1989) გამოყენებისას. იმპულსური ქცევის კონტროლის მოშლისას განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა SSRI-ს (Cornelius et al., 1990; Kavoussi et al., 1994), მაგრამ ლითიუმის კარბონატმა (Tupin et al., 1973; Links, 1990) და ანტიკონვულსანტებმა, როგორცაა კარბამაზეპინი (Cowdry & Gardner, 1989), ვალპროატი (Stein et al., 1995) და ნატრიუმის დივალპროექსი (Wilcox, 1995), ასევე, გარკვეული დადებითი შედეგი გამოიღო.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის სხვადასხვა სიმპტომი შეიძლება ფარმაკოლოგიური ინტერვენციის სამიზნედაც გამოვიყენოთ. მაგალითად, პარანოია ჩნდება არასწორი ფაქტორული ანალიზის (ფაქტების არასწორი გადამუშავების) შედეგად და აქედან გამომდინარე, ანტიფსიქოზური პრეპარატების დაბალი დოზის სამიზნე შეიძლება გახდეს.

ანალოგიურად, იმპულსური და აგრესიული ქცევა დისოციალური პიროვნული აშლილობის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია და მიზნობრივი მკურნალობა SSRI-ის ჯგუფით ან განწყობა-განწყობის სტაბილიზატორებით შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს.

გასათვალისწინებელია, რომ ფარმაკოლოგიური ინტერვენციის ეფექტურობის შეფასებისას, ფსიქოლოგიური ინტერვენციის ეფექტურობის შეფასების მსგავსად, არსებობს სამი სირთულე:

1. დისოციალური პიროვნული აშლილობის ხშირად თანმხლები ზოგიერთი მდგომარეობა (იგულისხმება ყველა ფსიქიკური აშლილობა პიროვნული აშლილობების და გონებრივი განვითარების შეფერხების გარდა), როგორც წესი, ხდება ექიმთან მიმართვის საფუძველი, თუმცა ექიმისთვის ყოველთვის ნათელი არ არის, რომელ პრობლემაზე ორიენტირებული მიზნობრივი მკურნალობა დაიწყოს.
2. ალკოჰოლის და სხვა უკანონო ნივთიერებების მოხმარებამ, რაც ძალზე ხშირია დისოციალური პიროვნული აშლილობის დროს, შეიძლება, შეამციროს ფარმაკოთერაპიაზე რეაგირების ხარისხი (Markovitz, 2001).
3. როგორც ჩანს, ისეთი კომპლექსური მდგომარეობისას, როგორცაა დისოციალური პიროვნული აშლილობა, თითქმის ყველა ნეიროტრანსმიტერული სისტემა არის ჩართული, და ამიტომაც ძალზე რთული ხდება მედიკამენტის შერჩევა (Soloff, 1998).

არსებული პრაქტიკა და რეკომენდაციები

თანამედროვე პრაქტიკაში დომინირებს მოსაზრება, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის სამკურნალოდ არ არსებობს კონკრეტული ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია, მაგრამ ციხეებში საკმაოდ მაღალია მედიკამენტების გამოყენების სტატისტიკა (Ch.Rowlands, 2007).

გამოქვეყნებული სამეცნიერო სტატიების შეჯგერებით ჩატარებული მტკიცებულებები მოცემულია შემდეგი რეკომენდაციების სახით (D.Black, 2013):

1. დისოციალური პიროვნული აშლილობის სპეციფიკური მედიკამენტური მკურნალობა არ არსებობს.
2. ზოგიერთი პრეპარატი ეფექტურობას ავლენს აგრესიის შემცირების კონტექსტში, რაც ძალზედ მნიშვნელოვანია ანტიდისოციალური ქცევის მქონე პირებში.
3. ყველაზე კარგად დოკუმენტირებულია ლითიუმის კარბონატის ეფექტურობა, რომელიც ამცირებს ბრაზის აფექტს, სახიფათო ქცევას და მოჩხუბარობას პატიმრებს შორის. ბოლო პერიოდში ეს პრეპარატი ავლენს ისეთი ქცევების, როგორცაა ბულინგი, ჩხუბი და განრისხების (temper outbursts) ეპიზოდების შემცირებას.
4. ფენიტონი, როგორც ანტიკონვულსანტი, ასევე, ამცირებს ციხეებში იმპულსურ აგრესიულობას.
5. სხვა პრეპარატები, როგორცაა კარბამაზეპინი, ვალპროატი, პროპრანოლოლი, ბუსპირონი და ტრაზოდონი - ასევე გამოიყენება აგრესიის სამკურნალოდ თავის ტვინის დაზიანებების და ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტებში.
6. ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს, ასევე, შეუძლიათ აგრესიის შეზღუდვა, მაგრამ შესაძლოა, შეუქცევადი არასასურველი თანამოვლენები გამოავლინონ.

7. დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობის პროცესში ბენზოდიაზეპინის კლასის ტრანკვილიზატორების გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის პრეპარატების პოტენციურად ადიქტური თვისებებიდან გამომდინარე და ამავე დროს, მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ ქცევითი კონტროლის დაკარგვა.
8. სამკურნალწამლო საშუალებების გამოყენება მიზანშეწონილია კომორბიდული დაავადებების (დეპრესია, შფოთვითი აშლილობები, ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტიურობის სინდრომი და სხვ.) არსებობისას, რათა შემსუბუქდეს თანმხლები ფსიქიატრიული დარღვევების სიმპტომატიკა და, შესაბამისად, ანტისოციალური ქცევის რისკები.
9. აფექტური სფეროს აშლილობები წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა თანმხლებ პრობლემას და ყველაზე უკეთ ემორჩილება მკურნალობას. თუმცა, დღემდე დაუდგენელი მიზეზების გამო, პიროვნული დარღვევების მქონე დეპრესიული პაციენტები, როგორც წესი, უფრო მეტ რეზისტენტობას ავლენენ ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების მიმართ, ვიდრე ის დეპრესიული პაციენტები, რომელთაც პიროვნული აშლილობა არ აღენიშნებათ.
10. დისოციალური პიროვნული აშლილობის და ბიპოლარული აშლილობის კომორბიდობისას გუნება-განწყობის სტაბილიზაციის მიზნით რეკომენდებულია ლითიუმის კარბონატი, კარბამაზეპინი ან ვალპროის მჟავის გამოყენება, რაც, თავის მხრივ, ამცირებს ანტისოციალურ ქცევით პატერნებს.
11. მასტიმულირებელი მედიკამენტების გამოყენება ამცირებს ყურადღების დეფიციტის სიმპტომებს, ანუ იმ მდგომარეობას, რაც ამძიმებს დისოციალური პიროვნული აშლილობის დროს გამოვლენილ აგრესიულობას და იმპულსურობას. სტიმულანტების გამოყენებაც გონივრულად უნდა მოხდეს, პრეპარატების მიმართ დამოკიდებულება რომ არ განვითარდეს.
12. ზოგიერთ ქვეყანაში სექსუალური ქცევის უკონტროლო და სახიფათო ფორმების შემთხვევაში დასაშვებია ტესტოსტერონის დონის შესამცირებლად სინთეზური ჰორმონის (მედროქსიპროჟესტერონის აცეტატი) მიზნობრივი გამოყენება.

კომორბიდული ადიქციური პრობლემების მკურნალობა

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობაში ალკოჰოლის და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებეა დღემდე უმთავრეს დაბრკოლებად რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარებისგან თავშეკავება არ იძლევა ანტისოციალური ქცევის შემცირების გარანტიას, ის პირები, ვინც წყვეტს ნარკოტიკების მიღებას, ნაკლებად ავლენენ ანტისოციალურ ან დანაშაულებრივ ქმედებებში ჩართულობას, ნაკლებად აქვთ ოჯახური კონფლიქტები და ემოციური პრობლემები.

ანტისოციალური პირებისათვის კიდევ ერთი, საერთო ადიქციური ქცევა არის დამახასიათებელი - პათოლოგიური აზარტული თამაშები - ლუდომანია, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო პრობლემა, რომელიც საკმაოდ განსხვავდება სოციალური და პროფესიული თამაშისაგან. ამდენად, ძალზე მნიშვნელოვანია პაციენტების წახალისება ანტინარკომანიულ და ადიქციის საწინააღმდეგოდ მიმართულ აქტივობებში ჩართვის თვალსაზრისით.

ანტისოციალურ პირებს, ვისაც მეუღლე და ოჯახი ჰყავს, შეუძლია, სარგებელი მიიღოს ოჯახური კონსულტაციებისგან (family counseling). ოჯახის წევრების შემოყვანა პროცესში შეიძლება დაეხმაროს ანტისოციალურ პაციენტებს, გააცნობიეროს მათი აშლილობის გავლენა სოციალურ და ოჯახურ ფუნქციონირებაზე და - ზოგადად ცხოვრებაზე. ფსიქოთერაპევტები, რომლებიც სპეციალიზდებიან ოჯახურ კონსულტირებაზე, შეიძლება მნიშვნელოვანი მხარდამჭერები აღმოჩნდნენ ანტისოციალური პროვინების პრობლემების გადაჭრაში, კერძოდ - მეუღლის ან პარტნიორის მიმართ ერთგულების შენარჩუნებაში; მის უუნარობაში, რომ იყოს ეფექტური მშობელი; წესიერებასა და პასუხისმგებლობასთან, ასევე - რისხვასა და მტრულობასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევაში, რამაც შეიძლება ოჯახური ძალადობა გამოიწვიოს.

პრევენცია

წარმატებული პრაქტიკა და მიდგომები

დისოციალური პროვინული აშლილობის ადრეული პრევენციის ღონისძიებები ძირითადად მიმართულია ბავშვებსა და მოზარდებზე და მათ ოჯახებზე, რომლებსაც უკვე აქვთ ქცევითი აშლილობის პირველადი ნიშნები ან რისკის ჯგუფში იმყოფებიან. პრევენციის ერთ-ერთი ამოცანა მათი და მათი ოჯახების იდენტიფიცირებაა. პრევენციის პროგრამები ეფუძნება გორდონის კვლევებს, რომელიც საუბრობს 3 დონის პრევენციაზე:

ა) უნივერსალური, ბ) შერჩეული, გ) სპეციფიკური Gordon (1983).

ა) უნივერსალური ანუ პირველადი პრევენცია ორიენტირებულია მთლიანად საზოგადოებაზე, მისი ამოცანა არ არის ცალკეული რისკის შემცველი ჯგუფების გამოვლენა და ძირითადად აღზრდის და ბავშვთან ურთიერთობის საკითხების, ძალადობრივი აღზრდის რისკების გაცნობიერებაზეა ორიენტირებული;

ბ) შერჩეული, ანუ მეორე დონის პრევენცია ფოკუსირებულია ჯგუფებზე, სადაც გამოვლენილია სარისკო ნიშნები: სიღატაკე, უმუშევრობა, მშობელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, ოჯახური კონფლიქტები და სხვა. ამ თვალსაზრისით საკმაოდ წარმატებული აღმოჩნდა პროგრამა Nurse Family Partnership (1997). ის გულისხმობს მედეების ვიზიტებს ოჯახებში დედის ორსულობის პერიოდიდანვე და მიზნად ისახავს მუდმივ მონიტორინგს ორსულობის გართულების თავიდან ასაცილებლად, ბავშვის ჯანმრთელობაზე სისტემატურ დაკვირვებას (დაბადებიდან 2 წლამდე), ასევე, აქვს საგანმანათლებლო დატვირთვა და, საჭიროების შემთხვევაში, ოჯახს აკავშირებს სხვადასხვა სახის სოციალურ სერვისებთან. პროგრამა ეფექტური აღმოჩნდა ადრეულ ასაკში ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და მოზარდთა დელიქვენტობის პრევენციისათვის;

გ) სპეციფიკური ანუ მესამე დონის პრევენცია გულისხმობს ჩარევას, როცა უკვე სახეზეა სხვადასხვა სახის სპეციფიკური ქცევითი აშლილობები, რომლებიც შეიცავს ანტისოციალურ ქცევით გამოვლინებებს და წარმოადგენს პრედიქტორს დისოციალური პროვინული აშლილობისათვის. წარმატებულ პრაქტიკად მიიჩნევა ინტერვენციული პროგრამები, რომლებიც ეფუძნება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპებს (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

იმ შემთხვევის 50% ში, სადაც არ ხდება ადრეული ჩარევა სკოლამდელი ასაკის ბავშვებთან, რომლებსაც გამოკვეთილი აქვთ ოპოზიციურ-დევიაციური ან სხვა სახის ქცევითი დარღვევები, დეპრესია და სხვა, მოზარდობისა და მოზრდილობის ასაკში შედეგად ვიღებთ უფრო მძიმე გართულებებს დელიქვენტობის, წამალდამოკიდებულების სახით (Tremblay et al., 2004, (Barlow & Stewart-Brown, 2000). კვლევებით დადასტურებულია, რომ განსაკუთრებული პრევენციული ეფექტი აქვს ჩარევას, როცა ის ხორციელდება, როგორც ინდივიდუალურ დონეზე, ასევე, ხდება მშობელთა ჩართვაც პოზიტიური მშობლობის პროგრამებში (Barlow et al., 2005). კვლევებით დადასტურებულია, რომ ინტერვენციის პროგრამები, სადაც არ ხდებოდა ჩარევა ოჯახის დონეზე, ნაკლებად ეფექტურია (Belsky et al., 2006).

საკმაოდ წარმატებული აღმოჩნდა სირაკუზას უნივერსიტეტის ოჯახის განვითარების პროგრამა (Lally et al., 1988), რომელიც ორიენტირებული იყო 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვის კოგნიტურ განვითარებაზე, ოჯახში ბავშვის მოვლისა და აღზრდის წარმატებული პრაქტიკის დანერგვაზე. პროგრამა ითვალისწინებდა დღის ცენტრისა და ოჯახის შეთანხმებულ მუშაობას, კვირაში ერთხელ სპეციალურად მომზადებული პროფესიონალები ახორციელებდნენ ვიზიტებს ბინაზე, სადაც ისინი მშობლებს, როგორც საკუთარი შვილების პირველ და საუკეთესო მასწავლებლებს, ასწავლიდნენ ბავშვების განმავითარებელ თამაშებს, ასევე, ხდებოდა მშობელთა მხარდაჭერა საოჯახო პრობლემების გადაწყვეტაში, ზრუნვა მათ განათლებაზე, დაკავშირება სხვადასხვა სოციალურ სამსახურთან, ხდებოდა მათი შვილების დღის ცენტრებში ტრანსპორტირების ხელშეწყობა, სადაც ისინი მაღალი ხარისხის ზრუნვას იღებდნენ და, ამასთან ერთად, სპეციალურად შემუშავებული სენსომოტორული თამაშების საშუალებით, ხდებოდა ზრუნვა მათ კოგნიტურ განვითარებაზე. პროგრამის ამოცანა იყო არა მხოლოდ ეკონომიკური და სოციალური პრობლემების მოგვარება და ოჯახთა ხელშეწყობა ბავშვის უკეთ განვითარებისათვის, არამედ მშობლებში თვითეფექტურობის მაჩვენებლის გაზრდა. პროგრამაში მონაწილე მშობელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 18 წელს, მათი 85% იყო მარტოხელა დედა, უმრავლესობა იყო დაბალშემოსავლიანი. ბავშვები ამ პროგრამაში ძირითადად ჩართული იყვნენ 5 წლამდე. პროგრამის follow-up, შედეგების ანალიზი ხდებოდა მაშინ, როცა პროგრამაში ჩართული ბავშვები აღწევდნენ 15 წელს. შედეგების მიხედვით გოგონები გამოირჩეოდნენ მაღალი აკადემიური მაჩვენებლებით, პოზიტიური თვითაღქმით, მასწავლებლები აძლევდნენ კარგ შეფასებას და არ ჰქონდათ ემოციების რეგულაციის და იმპულსურობის პრობლემა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. რაც შეეხებათ მოზარდ ბიჭებს - საკონტროლო ჯგუფსა და პროგრამაში ჩართულ პირებს შორის თითქმის არ იყო განსხვავება აკადემიური მოსწრების თვალსაზრისით, თუმცა, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, მაღალი იყო პოზიტიური თვითაღქმისა და ემოციების რეგულაციის უნარის მაჩვენებლები. შედეგების ანალიზმა ცხადყო, რომ პროგრამაში ჩართული მოზარდების 6%-ს ჰქონდა კანონთან კონფლიქტი, საკონტროლო ჯგუფიდან კი 22 % -ს.

ქცევითი პრობლემების მქონე ბავშვთა ინტერვენციის პროგრამები

დიდ ბრიტანეთში უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე საკმაოდ გაფართოვდა ინტერვენციისა და მკურნალობის პროგრამები, რომლებიც ორიენტირებულია ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვებზე. ინტერვენციები დაიყო 4 ძირითად კატეგორიად: ბავშვზე ორიენტირებული (უნარებზე დაფუძნებული ტრენინგი ბავშვებისათვის), მშობლებზე

ორიენტირებული (ქცევის მართვის ტრენინგი მშობლებისათვის), ოჯახზე ორიენტირებული (რომელიც ცდილობს შეცვალოს პრობლემური ინტერაქციები ოჯახის შიგნით) და მულტიკომპონენტური (რომლის სამიზნეცაა ოჯახი და უფრო ფართო სოციალური გარემო) (NICE, 2006b).

კოგნიტური უნარების სატრენინგო პროგრამა ბავშვებისათვის

ინტერვენციის მთავარ სამიზნეს ბავშვის აზროვნების პროცესები წარმოადგენს, რომლებსაც გავლენა აქვთ როგორ ქცევაზე, ასევე, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე. ინტერვენციაში შედის:

- „ნაბიჯ - ნაბიჯ მიდგომის“ სწავლება ინტერპერსონალური პრობლემების გადასაჭრელად;
- სტრუქტურირებული დავალებები, როგორცაა თამაშები და ისტორიები, რაც ბავშვებს ეხმარება უნარების განვითარებაში;
- მიდგომების კომბინირება, სადაც შედის მოდელირება და პრაქტიკა, როლური თამაშები და განმტკიცება (Kazdin, 2010).

ბრაზის მართვის ტრენინგი

განკუთვნილია იმ სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის, რომლებიც აგრესიულობით გამოირჩევიან. პროგრამა იყენებს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ტექნიკებს, რომლებიც ეხმარება ბავშვს ბრაზის მართვის უნარების დასწავლაში. აქვე შედის სხვა უნარებიც - რელაქსაცია, სოციალური უნარები, კომუნიკაციის უნარები და სხვა. (Kazdin, 2010).

სოციალური უნარების ტრენინგი

სპეციფიკური პროგრამაა, რომელიც ცდილობს შეცვალოს და გააფართოვოს ბავშვის მიერ ინტერპერსონალური ურთიერთობების აღქმისა და შეფასების უნარები და გააუმჯობესოს ბავშვების უნარი, უკეთ დაარეგულირონ საკუთარი ემოციური პასუხები (Fonagy et al., 2002).

მშობლებზე ფოკუსირებული ინტერვენციის პროგრამები

მშობლების ტრენინგის პროგრამა

პროგრამების მთავარი მიზანია მშობლებს დაასწავლოს ბავშვის ქცევის მართვის პრინციპები; გაზარდოს მათი კომპეტენცია და დარწმუნებულობა ბავშვის აღზრდის პროცესში; გააუმჯობესოს მშობელი/ბავშვის ურთიერთობა ეფექტური და არამალადობრივი კომუნიკაციის უნარების ჩამოყალიბებით, რაც ბავშვის განვითარების ხელშემწყობია.

პროგრამები სტრუქტურირებულია და რამდენიმე კვირის განმავლობაში გაწერილ გეგმას მიჰყვება. ისინი ძირითადად ტარდება ჯგუფურად, მაგრამ შესაძლებელია მათი მოდიფიცირება ინდივიდუალური მკურნალობისათვის. წარმატებული პროგრამის მაგალითებია - Triple P - (Positive Parenting Program) (Sanders et al., 2000a) და ვებსტერ სტრატონი - Webster-Stratton (Webster-Stratton, 1988), სადაც ფოკუსი ძირითადად აღმზრდელზეა, თუმცა ზოგიერთი პროგრამა ამატებს ბავშვზე ფოკუსირებულ ინტერვენციებსაც. (NCCMH, 2009).

ოჯახზე ფოკუსირებული ინტერვენციის პროგრამები

სტრუქტურული ან სისტემური ოჯახური თერაპია

ეს არის ფსიქოლოგიური მიდგომა, რომელიც მომდინარეობს ოჯახებში ინტერაქციული პროცესების მოდელიდან. პროგრამის მიზანია, დაეხმაროს მონაწილეებს გაიაზრონ, თუ როგორ ზემოქმედებს სხვებზე ოჯახში არსებული პრობლემური ინტერაქციები, როგორც ქცევითი პრობლემების განმაპირობებელი ან შემანარჩუნებელი ფაქტორები. ასევე, პროგრამის მიზანია ინტერაქციების ბუნება შეცვალოს ისე, რომ ოჯახებმა შეძლონ, შექმნან ურთიერთობები, რომლებიც უფრო მხარდამჭერი იქნება და გამოიწვევს ნაკლებ კონფლიქტს ([NCCMH, 2005a](#)).

ფუნქციური ოჯახური თერაპია

ეს არის ოჯახზე დაფუძნებული ფსიქოლოგიური ინტერვენცია, რომელიც თავისი ფოკუსით ბიჰევიორულია. ინტერვენციის მთავარი ელემენტებია ოჯახის ჩართვა მკურნალობის პროცესში. ასევე, ოჯახის შიგნით საგანმანათლებლო კომპონენტის შეტანა უნარების ტრენინგის სახით, რომელიც ოჯახს ეხმარება, როგორც ქცევის შეცვლაში, ასევე, პრობლემების მოგვარებაში. პროგრამა ცდილობს ამ ცვლილების გენერალიზება მოახდინოს არა მხოლოდ ოჯახის შიგნითა, არამედ გარეთ, თემის ტიპის სააგენტოებთან ურთიერთობაში, მაგალითად, როგორცაა სკოლა ([Gordon et al., 1995](#)).

მულტისისტემური თერაპია

აქ გამოიყენება სტრატეგიები ოჯახური თერაპიიდან და ქცევითი თერაპიიდან, რათა პირდაპირ მოხდეს ჩართვა იმ სისტემებში და პროცესებში, რომლებიც დაკავშირებულია ანტი-სოციალურ ქცევასთან (მაგ: მშობლების დისციპლინა, ოჯახის აფექტური ურთიერთობები, თანატოლთა ასოციაციები და სკოლაში აკადემიური მოსწრება). ეს პროგრამა არის ბავშვებისა და მოზარდებისათვის ([Henggeler et al., 1992](#)).

ანტი-სოციალური ქცევის პრევენციისა და ინტერვენციის პროგრამა მოზარდებისათვის [EQUIP John C. Gibbs, Granville Bud Potter, Arnold P. Goldstein](#)

ჯგუფური ინტერვენციის პროგრამა EQUIP -ის ეფექტურობა დადგენილია არა ერთი კვლევით და ის წარმატებით გამოიყენება მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში როგორც კანონთან კონფლიქტში მყოფ, ასევე, დანაშაულის ჩადენის რისკის ქვეშ მყოფ მოზარდებთან სამუშაოდ, შესაბამისად, პროგრამა გამოდგება, როგორც მეორე, ასევე, მესამე დონის პრევენციისათვის.

პროგრამა EQUIP - ორიენტირებულია იმ დეფიციტების დაძლევაზე, რომელიც არასრულწლოვანთა დანაშაულებრივ ქცევას იწვევს - სოციალური უნარების დეფიციტი, მორალური განვითარების შეფერხება და კოგნიტური დამახინჯებები. პროგრამა ეფუძნება კოგნიტურ-ბიჰევიორალური თერაპიის პრინციპებს და ძირითადად მიმართულია მოზარდთა უნარებით აღჭურვაზე.

პროგრამა მოიცავს ოთხი სახის მოდულს:

- ბრაზის მართვა;
- სოციალური უნარები;
- სოციალური გადაწყვეტილებების მიღება;
- ურთიერთდახმარების შეხვედრები.

პროგრამა იმდაგვარადაა აგებული, რომ მოზარდი უშუალოდ პროგრამაში მონაწილეობის ფარგლებში არა მხოლოდ დაისწავლის ახალ უნარებს, არამედ ურთიერთდახმარების სესიებზე, მას ეძლევა ამ უნარების გამოყენების, გავარჯიშების შესაძლებლობაც, სადაც ის თავისსავე თანატოლს ეხმარება, გაიაზროს კოგნიტური შეცდომები, გააცნობიეროს საკუთარი პრობლემა და მიიღოს ზრდასრული გადაწყვეტილება.

პროგრამას თან ახლავს შეფასების ინსტრუმენტებიც, რომელიც დასაწყისში და პროგრამის ბოლოს ტარდება და კარგად ჩანს, რამდენად იკლებს ანტისოციალური ქცევის პიროვნული რისკ-ფაქტორები.

პროგრამის ადაპტირებული ვარიანტი არსებობს საქართველოშიც და 2010 წლიდან გამოიყენება არასრულწოვანთა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში, ასევე, სსიპ „დანაშაულის პრევენციის ცენტრში“.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობის ზოგადი პრინციპები

1. ხელმისაწვდომობა და შეფასება

1.1 დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირები ამორიცხულნი არ უნდა იყვნენ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურის სერვისებიდან, მათი დიაგნოზის ან ანტიდისოციალური და დანაშაულებრივი ქცევის გამო.

1.2 ეცადეთ, რათა შეამციროთ თერაპიული ინტერვენციის პროცესის ნებისმიერი ჩავარდნა შემდეგი გზით:

- დარწმუნდით, რომ მკურნალობის პირველადი დაგეგმვა და განხორციელება გაგრძელდება ინსტიტუციიდან სათემო ორგანიზაციებში;
- ინტერვენციის პროცესში არ მოახდინოთ, შეძლებისდაგვარად, პაციენტის დაწესებულებებს შორის უსარგებლო გადამისამართება, რათა თავიდან აიცილოთ შეთანხმებული მკურნალობის გეგმის ჩავარდნები.

1.3 დარწმუნდით, რომ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ყველა პირს, მათ შორის, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებსაც - ჰქონდეთ კლინიკურ საჭიროებებზე დაფუძნებულ სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

1.4 როდესაც პაციენტს ენობრივი ბარიერი აქვს, ან წერა-კითხვის არმცოდნეა, დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს უნდა შესთავაზოთ:

- ინფორმაცია მათთვის სასურველ ენაზე და ხელმისაწვდომი ფორმატით;
- ფსიქოლოგიური და სხვა ჩარევები მათთვის სასურველ ენაზე;
- დამოუკიდებელი თარჯიმანის მომსახურება.

1.5 როდესაც დასმულია დიაგნოზი - დისოციალური პიროვნული აშლილობა, განიხილეთ, თუ რა შედეგებს მოუტანს ეს დიაგნოზი პიროვნებას, მის ოჯახს ან მასზე მზრუნველ პირებს, ასევე - პერსონალს და:

- განიხილეთ სტიგმისა და იზოლაციის საკითხები, რაც ახასიათებს დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებზე ზრუნვა/მოვლის პროცესს;
- ყურადღება გაამახვილეთ, რომ დიაგნოზი არ ზღუდავს კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობების ადეკვატური მკურნალობის ხელმისაწვდომობას;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია და განუმარტეთ ჯანდაცვის, სოციალური და სასჯელაღსრულების სისტემების შესაბამისი როლები.

1.6 დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ქალებთან მუშაობის პროცესში გასათვალისწინებელია, რომ ამ კონტიგენტში უფრო ხშირია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და სხვა პიროვნული დარღვევების კომორბიდობა და აუცილებელი ხდება:

- ამ რეალობის ფონზე ინტერვენციების ადაპტირება (მაგალითად, მათი ხანგრძლივობის გაზრდა);
- ყურადღების გამახვილება მათ გაზრდილ მოწყვლადობაზე, სტაციონარისა და საცხოვრებელი გარემოსაგან გამომდინარე, გაზრდილი დაუცველობის მიმართ.

1.7. დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მომუშავე სპეციალისტებმა უნდა უზრუნველყონ რეგულარული ინდივიდუალური შეხვედრები, სადაც განიხილება მიღწეული დადებითი შედეგები, მაშინაც კი, როდესაც მკურნალობის მეთოდი არის ჯგუფური მუშაობა.

2. ავტონომია და არჩევანი

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან პარტნიორული მუშაობა უნდა წარიმართოს პაციენტის ავტონომიურობისა და არჩევანისთვის ხელშეწყობის პრიმატით, რაც:

- უზრუნველყოფს პაციენტის აქტიურ ჩართულობას საკუთარი პრობლემების გადაჭრაში, მათ შორის, კრიზისის დროსაც;
- ხელს უწყობს, რომ გაითვალისწინოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის და ცხოვრებისეული არჩევანის არსებობა და, შედეგების გათვალისწინებით, გააკეთოს საკუთარი არჩევანი.

3. ოპტიმისტური და ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის დამყარება

3.1 დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მომუშავე პერსონალმა უნდა გააცნობიეროს, რომ პაციენტთა სამკურნალო პროცესში ჩართვის და შენარჩუნებისთვის პოზიტიური და წამახალისებელი მიდგომა უფრო წარმატებული იქნება, ვიდრე სადამსჯელო ღონისძიებები. პაციენტებთან მომუშავე პროფესიონალებმა:

- პაციენტთან უნდა განიხილონ მკურნალობის ვარიანტები იმედიითა და ოპტიმიზმით, და აუხსნან, რომ გამოჯანსაღება შესაძლებელი და მიღწევადია;
- უნდა შეძლონ ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის აგება, მუშაობა ღია, მიმზიდველი და არაგანკითხვის პრინციპით, თანმიმდევრულობისა და საიმედოობის დაცვით.

4. ჩართულობა და მოტივაცია

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან ინტერვენციების ჩატარებისას, განსაკუთრებით რეზიდენციალურ სერვისებსა და ინსტიტუციებში, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტთა მოტივაციას მკურნალობაში ჩართულობასა და თანამშრომლობის საკითხებში. მოტივაცია აუცილებლად უნდა შეფასდეს ნებისმიერი ინტერვენციის დასაწყისში, რადგან აღნიშნულ კონტიგენტს აქვს მიდრეკილება ნაადრევად შეწყვიტოს მკურნალობა და დამხმარე ინტერვენციები.

5. ოჯახის წევრები და მხარდამჭერთა ჩართვა

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირს პირდაპირ ჰკითხეთ, სურს თუ არა, რომ მისი ოჯახი ან მხარდამჭერი ჩართული იყოს მასზე ზრუნვის პროცესში, რადგან აღნიშნული საკითხი, კონფიდენციალურობის უფლებიდან გამომდინარე, ექვემდებარება პაციენტის თანხმობას. მას აუცილებლად უნდა განემარტოს, რომ ოჯახის და მზრუნველთა ჩართულობით მოხდება პაციენტის, ოჯახის და მზრუნველების საჭიროებების ადეკვატური შეფასება, მაგალითად, ოჯახზე ანტისოციალური და დანაშაულებრივი ქცევის გავლენა;

ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ავადმომხმარებით დამდგარი მძიმე შედეგები; პაციენტის ოჯახში ბავშვთა საჭიროებები, რისკები და მათი ინტერესების დაცვა.

6. დისოციალური პიროვნული აშლილობის შეფასება და რისკის მართვა

6.1 შეფასება

პირის შეფასებისას, როდესაც სავარაუდოა დისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი, მეორე დონის და სასამართლო ფსიქიატრიული სერვისების პროფესიონალებმა უნდა სრულად შეაფასონ:

- ანტიდისოციალური ქცევა;
- პიროვნების ფუნქციონირება, დაძლევის სტრატეგიები, პიროვნული სიმძლავრეები და მოწყვლადობა;
- თანმდევი ფსიქიკური აშლილობები (მათ შორის, დეპრესია და შფოთვა, ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ავადმომხმარება, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და სხვა პიროვნული დარღვევები);
- ფსიქოლოგიური მკურნალობის, სოციალური მომსახურებისა და მხარდაჭერის და ოკუპაციური რეაბილიტაციის საჭიროება;
- ოჯახური ძალადობა და ცუდად მოპყრობა.

6.2 დისოციალური პიროვნული აშლილობის შეფასების პროცესში ჩართული მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებების და სპეციალიზირებული სერვისების პერსონალი უნდა იყენებდეს სტრუქტურირებული შეფასების მეთოდებს, როდესაც ეს შესაძლებელია, რაც შეფასების ვალიდურობას გაზრდის. სასამართლო ფსიქიატრიულ სისტემაში, დისოციალური პიროვნული აშლილობის სიმძიმის შესაფასებლად, ისეთი საზომების გამოყენება, როგორც PCL-R ან PCL-SV, სავალდებულო უნდა გახდეს რუტინული შეფასების პროცესში.

6.3 პირველი და მეორე დონის სამედიცინო სერვისების სპეციალისტები (მაგალითად, ნარკოლოგიური მომსახურება) და სათემო სერვისები (მაგალითად, პრობაციის სამსახური), რომელიც დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა დიდ რაოდენობას ემსახურება, ვხიზლად უნდა იყვნენ, რათა არ გამოეპაროთ დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირის თანმხლები პრობლემები და საჭიროებები, რათა დროულად მოხდეს პაციენტის რეფერალი ჯანდაცვის შესაბამის სერვისებში.

7. რისკის შეფასება და მართვა

7.1 პირველადი ჯანდაცვის სერვისი

7.1.1 ძალადობის რისკის შეფასება პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის რუტინული არ არის, მაგრამ თუ ასეთი შეფასება საჭიროა, ყურადღება უნდა გამახვილდეს:

- მიმდინარე მომენტში ან ადრე არსებულ ძალადობის ფაქტებზე, მათ შორის, მათ სიმძიმეზე, გარემოებებზე, პრეციპიტანტებსა და ძალადობის მსხვერპლზე;
- კომორბიდულ ფსიქიკურ აშლილობასა ან / და ნარკოტიკების ავადმომხმარებაზე;
- მიმდინარე ცხოვრებისეულ სტრესორებზე, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებსა და ცხოვრებისეულ მოვლენებზე;

- ოჯახის წევრებისა და მხარდამჭერთა მხრიდან მოწოდებულ დამატებით ინფორმაციაზე (სავალდებულოა პაციენტის თანხმობა კონფიდენციალურობის დაცვის უფლებიდან გამომდინარე), რადგან დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირი შეიძლება ყოველთვის არ იძლეოდეს სრულფასოვან და სანდო ინფორმაციას.

7.1.2 პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა გაითვალისწინონ მეორე დონის ჯანდაცვის ან სასამართლო ექსპერტიზის სერვისებთან კონტაქტის ან/და რეფერალის შესაძლებლობა, როცა სახეზეა მაღალი რისკის ძალადობის ან მუქარის შემცველი ქმედებები ან/და ანამნეზში სერიოზული ძალადობის ფაქტები, განსაკუთრებით, თუ ძალადობის ობიექტია ბავშვი ან მოწყვლადი პოპულაცია.

7.2 მეორე დონის სერვისები

7.2.1. მეორე დონის ჯანდაცვის სერვისებში ძალადობის რისკის შეფასებისას გასათვალისწინებელია და სამედიცინო დოკუმენტაციაში უნდა დაფიქსირდეს ძალადობის დეტალური აღწერა:

- მიმდინარე მომენტში ან წარსულში ჩადენილი ძალადობა, მათი სიმძიმე, გარემოებები, პრეციპიტანტები და ძალადობის მსხვერპლი;
- მართლმსაჯულების სისტემასთან კონტაქტი, ნასამართლეობის და პატიმრობის ჩათვლით;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა ან/და ნარკოტიკების ავადმობმარება;
- მიმდინარე ცხოვრებისული სტრესორები, ინტერპერსონალური ურთიერთობები და ცხოვრებისეულ მოვლენები;
- ოჯახის წევრებისა და მხარდამჭერთა მხრიდან მოწოდებული დამატებითი ინფორმაცია (სავალდებულოა პაციენტის თანხმობა კონფიდენციალურობის დაცვის უფლებიდან გამომდინარე), რადგან დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირი შეიძლება ყოველთვის არ იძლეოდეს სრულფასოვან და სანდო ინფორმაციას.

7.2.2. საწყის ეტაპზე რისკის მართვა გულისხმობს კრიზისის დაძლევას და მწვავე გამაღიზიანებელი გარემოებების ამოწურვას. წინა ძალადობის ფაქტიდან მიღებული გამოცდილება უნდა გახდეს სახელმძღვანელო ნებისმიერი მომავალი ძალადობის რისკის მართვის გეგმის შემუშავებისათვის.

7.2.3. მეორე დონის ჯანდაცვის სერვისების პერსონალმა უნდა მიმართოს სასამართლო ექსპერტიზის სერვისებს, როდესაც სახეზეა:

- ძალადობრივი ქცევა ან მაღალი რისკის ქცევის საფრთხე ან სერვისის ოპერაციული მომსახურების ჩაშლის საშიშროება;
- წარსულში არსებული სერიოზული, განმეორებითი ძალადობის ფაქტები, განსაკუთრებით, თუ ძალადობის ობიექტია ბავშვი ან მოწყვლადი პოპულაცია.

7.2.4. მეორე დონის ჯანდაცვის სერვისების პერსონალმა უნდა მიმართოს სასამართლო ექსპერტიზის სერვისებს, როდესაც სახეზეა:

- ძალადობრივი ქცევა ან მაღალი რისკის ქცევის საფრთხე ან სერვისის ოპერაციული მომსახურების ჩაშლის საშიშროება;
- წარსულში არსებული სერიოზული, განმეორებითი ძალადობის ფაქტები, განსაკუთრებით, თუ ძალადობის ობიექტია ბავშვი ან მოწყვლადი პოპულაცია.

8. პიროვნული აშლილობის სპეციალისტი ან სასამართლო ექსპერტიზის სერვისები

8.1 როცა ძალადობის რისკი ფასდება სასამართლო სისტემაში ან პიროვნული აშლილობის სპეციალისტის მიერ ან შესაბამის ფსიქიატრიულ სერვისებში, აუცილებელია ძალადობის დეტალური ანამნეზის მოძიება და შემდგომი დოკუმენტირება:

- მიმდინარე მომენტში ან წარსულში ჩადენილი ძალადობა, მათი სიმძიმე, გარემოებები, პრეციპიტანტები და ძალადობის მსხვერპლი;
- მართლმსაჯულების სისტემასთან კონტაქტი, ნასამართლეობის და პატიმრობის ვადების ჩათვლით;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა ან / და ნარკოტიკების ავადმობმარება;
- მიმდინარე ცხოვრებისული სტრესორები, ინტერპერსონალური ურთიერთობები და ცხოვრებისეულ მოვლენები;
- ოჯახის წევრებისა და მხარდამჭერთა მხრიდან მოწოდებულ დამატებით ინფორმაცია (სავალდებულოა პაციენტის თანხმობა კონფიდენციალურობის დაცვის უფლებიდან გამომდინარე), რადგან დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირი შეიძლება ყოველთვის არ იძლეოდეს სრულფასოვან და სანდო ინფორმაციას.

8.2 სასამართლო სისტემაში ან პიროვნული აშლილობის სპეციალისტის მიერ ან შესაბამის ფსიქიატრიულ სერვისებში გათვალისწინებული უნდა იყოს სტრუქტურირებული კლინიკური შეფასების პარალელურად შემდეგი ინსტრუმენტების რუტინული გამოყენება:

- დისოციალური პიროვნული აშლილობის სიმწვავის სტანდარტიზებული საზომი (მაგალითად, PCL-R ან PCL-SV);
- ფორმალური შესაფასებელი ინსტრუმენტი, როგორცაა HCR-20, რომ შემუშავდეს რისკის მართვის სტრატეგია.

პრაქტიკაში ადაპტაციის და გაიდლაინის შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში).
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge).
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება.
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების - აუდიტის კრიტერიუმები

აუდიტით უნდა შეფასდეს დისოციალური პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკის, არამედიკამენტური და მედიკამენტური მკურნალობისა და მიმდინარე მეთვალყურეობის ეტაპები.

რეკომენდებულია შეფასება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

- პირველადი ჯანდაცვის დონე - ოჯახის ექიმს გააჩნია დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა შესახებ ინფორმაცია:
 - რამდენი პირი გაიგზავნა გამოკვლევისათვის სპეციალისტთან?
- ჯანდაცვის მეორე და მესამე დონე - კლინიკას გააჩნია დისოციალური პიროვნული აშლილობის მართვის გაიდლაინები და ლოკალური პროტოკოლები.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს გავლილი აქვთ შესაფერისი ტრენინგები
 - დისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე რამდენი პირი გამოვლინდა მიმდინარე წელს?
 - რამდენ პაციენტს დაენიშნა მედიკამენტური მკურნალობა?

გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება, სასურველია, განხორციელდეს მისი დანერგვიდან 5 წლის შემდეგ.

გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი შემუშავდა 2015 წლის ნოემბერი - 2016 წლის თებერვლის პერიოდში. ევროპის კავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროექტის: „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში.

პირველ ეტაპზე, დისოციალური პიროვნული აშლილობის უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში (Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR, Health Technology Assessment (HTA) Database, National Guideline Clearinghouse, National Library for Health (NLH); The Cochrane Library, MEDLINE, BIOSIS, PsycINFO, APA practice guidelines, NICE guidance). მოძიებული 200-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 50-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკასა და კანადაში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი და კლინიკური მიმოხილვა), გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა გაიდლაინს თან ერთვის.

მტკიცებულებების დონეები და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ცხრილში:

მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას (მეტა-ანალიზს), რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Antisocial personality disorder, NICE Clinical Guideline (January 2009)
2. Armelius, B.A., and T.H. Andreassen. "Cognitive-Behavioral Treatment for Antisocial Behavior in Youth in Residential Treatment." *Cochrane Database Systems Review* 17.4 Oct. 2007: CD 005650.
3. Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Keulen-de Vos, M. E., de Vogel, V., & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*, 312–324.
4. Bienenfeld D, Personality Disorders, Medscape, Jan 2013
5. Bienenfeld, D. "Personality Disorders." eMedicine.com. July 17, 2008. <<http://emedicine.medscape.com/article/294307-overview>>.
6. Black DW, Baumgard CH, Bell SE. A 16 to 45 year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36:130–140. [PubMed]
7. Blair, RJR. "Neurobiological Basis of Psychopathy." *The British Journal of Psychiatry* 182 (2003): 5-7.
8. Chakhssi, F., Bernstein, D. P., & de Ruiter, C. (2012). Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders. *Legal and Criminological Psychology*. Article first published online: 8 November 2012.
9. Coid J, Yang M, Tyrer P, et al. (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188:423–431. [PubMed]

10. Dadds MR, Allen JL, Oliver BR, et al (2012) Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 200: 191–6.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
12. Douglas K, Chan G, Gelernter J, et al (2011) 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences *Psychiatr Genet*. 2011 Oct;21(5):240–8.
13. DSM –IV TR, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
14. Duggan C, Adams C, McCarthy L, et al. (2007) Systematic review of the effectiveness of pharmacological and psychological strategies for the management of people with personality disorder, NHS National R&D Programme in Forensic Mental Health
15. Duggan C. (2008) Why are programmes for offenders with personality disorder not informed by the relevant scientific findings? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2008;363:2483–2622. [PMC free article] [PubMed]
16. Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317–328.
17. General Diagnostic Criteria for Personality Disorder, American Psychiatric Association, 2010
18. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K (2010) Psychological interventions for antisocial personality disorder (Review) *Cochrane Library*, Issue 6 <http://www.thecochranelibrary.com>
19. Gibbs J et al (1995) The Equip Program Teaching Youth to Think and Act Responsibly through a Peer-Helping Approach
20. Goodwin R, Hamilton SP. (2003) Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*. 2003;117:159–166. [PubMed]
21. Hare RD, Clark D, Grann M, et al. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*. 2000;18:623–645. [PubMed]
22. Hare RD. A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*. 1980;1:111–117.
23. Harris, G.T., and M.E. Rice. "What Treatment Should Psychopaths Receive?" *Cross Currents* Spring 2006.
24. Huband N, McMurrin M, Evans C, et al. (2007) Social problem solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190:307–313. [PubMed]
25. ICD-10 (1992) WPA <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
26. Joseph N, Benefield N (2012) A joint offender personality disorder pathway strategy: An outline summary. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22: 210–17.
27. Kazdin AE. (2010) *Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents, A Guide to Treatments that Work*. 3rd edition. Nathan PE, Gorman JM, editors. New York: Oxford University Press
28. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, et al. (2007) DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;15:553–564. [PMC free article] [PubMed]
29. Lewis CF; Substance use and violent behavior in women with antisocial personality disorder. *Behav Sci Law*. 2011 Sep;29(5):667–76. doi: 10.1002/bsl.1006.
30. Liu, J. (2011) "Early health risk factors for violence: conceptualization, review of the evidence and implications." *Aggressive Violent Behavior* 16.1 (2011): 63–73.
31. Markovitz PJ. (2001) *Pharmacotherapy, Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. Livesley WJ, editor. New York: Guilford Press

32. Martens, W.H.J. "Antisocial and Psychopathic Personality Disorders: Causes, Course and Remission- A Review Article." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 44.4 (2000): 406-430.
33. Meloy JR, Yakeley J (2014) Antisocial personality disorder. In Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders (eds GO Gabbard, J Gunderson). American Psychiatric Publishing (in press).
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention (NICE Clinical Guideline 77). NICE.
35. Ogden T, Halliday-Boykins CA. Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004;9:77-8
36. Ogloff JRP. The psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.2006;40:519-528. [[PubMed](#)]
37. Paris J. (2003) *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2003. [[PubMed](#)]
38. Personality Diagnostic Questionnaire for the DSM IV, PDQ-4 website, 2011
39. Personality disorders: borderline and antisocial, NICE Quality Standard (Jun 2015)
40. Pickersgill M; Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a Social Health Illn. 2011 Oct 21. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01404.x.
41. Rodrigo C, Rajapakse S, Jayananda G; The 'antisocial' person: an insight in to biology, classification and current Ann Gen Psychiatry. 2010 Jul 6;9:31.
42. Salekin RT. (2002) Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*. 2002;22:79-112. [[PubMed](#)]
43. Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, et al. Predictors of antisocial personality disorder. Continuities from childhood to adult life.*The British Journal of Psychiatry*. 2004;184:118-127. [[PubMed](#)]
44. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005338. [[PubMed](#)]
45. Soloff P. Symptom-orientated psychopharmacology for personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*. 1998;4:3-11.
46. Turner KMT, Sanders MR. (2006) Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*. 2006; 37:131-142. [[PubMed](#)]
47. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, et al. (2003) Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: type R and type S.*Journal of Personality Disorders*. 2003;17:268-270. [[PubMed](#)]
48. Viding E, Larsson H, Jones AP. (2008) Quantitative genetic studies of antisocial behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2008;363:2519-2527. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
49. Wilson DB, Bouffard LA, Mackenzie DL. (2005) A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*. 32:172-204.
50. Working with offenders with personality disorder - A practitioners guide (2015) 2 Ed. - Ed: Craissati J, Joseph N, Skett S.
51. Yakeley J, Williams A. (2014) Antisocial personality disorder: new directions. *Advances in psychiatric treatment* vol. 20, 132-143 doi: 10.1192/apt.bp.113.011205.
52. Yang M, Coid J. (2007) Gender differences in psychiatric morbidity and violent behaviour among a household population in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42:599-605. [[PubMed](#)].

გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი

გაიდლაინი მომზადებულია მულტიპროფესიული სამუშაო ჯგუფის მიერ:

ნინო ოკრიბელაშვილი - სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი, ექიმი-ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი; ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის და სამედიცინო ფსიქოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

ნინო გობრონიძე - პროექტის უფროსი ოფიცერი, ევროპის საბჭოს ოფისი საქართველოში, იურისტი, მაგისტრის ხარისხი ადამიანის უფლებებში;

სოფიო მორგოშია - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მრჩეველი, მაგისტრის ხარისხი ფსიქიკურ ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სერვისებში;

გიორგი ჭეიშვილი - ექიმი-ფსიქიატრი, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის თავმჯდომარე;

რუსუდან ჯიჯიხია - №18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის ფსიქიატრიული განყოფილების ექიმი - ფსიქიატრი;

ნელი მაისურაძე - კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ფსიქოლოგ-კონსულტანტი; სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს №18 სამკურნალო დაწესებულების, ფსიქიატრიული განყოფილების ფსიქოლოგი;

გიორგი დონაძე - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს, პენიტენციურ დეპარტამენტი №8 დაწესებულება, ფსიქოლოგი, სუიციდის პრევენციის პროგრამის ადგილობრივი კოორდინატორი;

მიშა სინიცა - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სამედიცინო დეპარტამენტი, ექიმი-ფსიქოთერაპევტი;

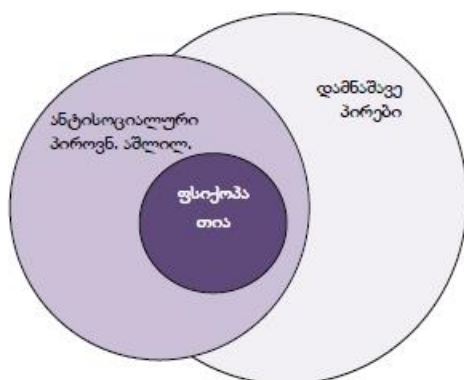
მადონა ასათიანი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და პროგრამების სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი;

მაია ცირამუა - ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპევტი - წამების მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი (GCRT), ფსიქოლოგი;

ეკა ჭყონია - ექიმი - ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარე, ევროპის ნეიროფსიქოფარმაკოლოგიის კოლეგიის (ECNP) ელჩი საქართველოში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის კლინიკური დირექტორი.

დანართი 1

ა. სქემა ასახავს დამნაშავე პირებს, დისოციალურ პიროვნულ აშლილობასა და ფსიქოპათიას შორის არსებულ კავშირს.



ბ. დისოციალური პიროვნული აშლილობა და ფსიქოპათია

- ICD-10 და DSM-5 აღწერს ქცევათა თანავარსკვლავედს, რომელიც შეიძლება სხვადასხვა ეტიოლოგიური ფაქტორით იყოს განპირობებული;
- ფსიქოპათია და დისოციალური პიროვნული აშლილობა სინონიმები არ არის;
- ფსიქოპათია ფასდება დამოუკიდებლად, როგორც ცალკე განზომილება;
- ფსიქოპათიის ქულების მაღალი მაჩვენებელი მკურნალობის გამოსავალის ცუდი პროგნოზია.

დანართი 2

აფექტური დისრეგულაციისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა

პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
SSRI/SNRI	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი ვენლაფაქსინი რექსეტინი	დეპრესიული გუნებ-განწყობა, გუნებ-განწყობის ლაბილობა, უარყოფისა და განშორების მიმართ სენზიტიურობა, შფოთვა, იმპულსურობა, თვითდაზიანება, ბრაზი, მტრული განწყობა, ცუდი გლობალური ფუნქციონირება	A	შედარებით უსაფრთხოა, გვერდითი მოვლენები ასატანია, მტკიცებულებები მოპოვებულია მწვავე (6-14 კვირა) და შემანარჩუნებელი (1-3 წელი) მკურნალობის კლინიკური კვლევებით. პირველი SSRI-ის ნაკლებ ეფექტურობისას სხვა SSRI -ზე ან სხვა ჯგუფის ანტიდეპრესანტზე გადასვლა რეკომენდებული (C)
მაოი	ფენელზინი, ტრანილიციპრომინი	აფექტური რეაქტიულობა, უარყოფისა და განშორების მიმართ სენზიტიურობა, იმპულსურობა, ადვილად გაღიზიანება, ბრაზი, მტრული განწყობა, ატიპიური დეპრესია და დისფორია	B	SSRI -ის შემდეგ მეორე არჩევის მკურნალობაა. დანიშნამდე აუცილებელია SSRI -ის სრულად გამოყვანა. დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს. ეფექტურია ატიპური დეპრესიისას, თუ პიროვნული აშლილობა მეორადი დიაგნოზია.
გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები	ლითიუმი	გუნებ-განწყობის მერყეობა, ბრაზი, სუიციდური ტენდენციები, იმპულსურობა, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	C	შეიძლება გამოვიყენოთ მონოთერაპიის ან დამატებითი თერაპიის სახით. საშიშაა ჭარბი დოზის მიღებისას, ვინაიდან უსაფრთხოების დაბალი ზღვარი აქვს. საჭიროა სისხლში კონცენტრაციის მონიტორინგი. შეიძლება განვითარდეს ჰიპოთირეოიდიზმი.
	კარბამაზეპინი	სუიციდური ტენდენციები, შფოთვა, ბრაზი, იმპულსურობა	C	ეფექტურია დისფორიის დროს. შეიძლება გამოიწვიოს მელანქოლური დეპრესია და ძვლის ტვინის სუპრესია. სისხლში ლეიკოციტების დონე უნდა გაკონტროლდეს.
	ვალპროატი	მწვავე სიმპტომები, დეპრესია, ბრაზი, იმპულსურობა, განშორების მიმართ სენზიტიურობა, ადვილად გაღიზიანება, აჟიტაცია, აგრესია, შფოთვა	C	კლინიკური პრაქტიკის კვლევების მონაცემებით უფრო მეტი ეფექტურობაა ნაჩვენები, ვიდრე რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი კვლევებითაა მიღებული. ღვიძლის ფუნქციური სინჯების ჩატარება სავალდებულოა.
ბენზოდაზეპინები*	ალპრაზოლამი, კლონაზეპამი	შფოთვა, იმპულსურობა, აჟიტაცია	C	დამოკიდებულების ანვითარების მაღალი რისკი, ალპრაზოლამი იწვევს ქვევით დიზინჰიბიციას
ნეიროლეფსიური საშუალებები ტიპური*	ჰალოპერიდოლი	უკონტროლო ქცევა, ბრაზი, მტრული განწყობა, ძალადობრივი ქცევა, თვითდაზიანება	A	სწრაფი ეფექტის გამო ქვევის გაკონტროლება მყისიერადაა შესაძლებელი
ატიპური*	კლოზაპინი, ოლანზაპინი, ქვეტიპინი, რისპერიდონი,	მწვავე მდგომარეობა, ფსიქოზური სიმპტომები, იმპულსურობა, თვითდაზიანება	B	გამოიყენება ხანმოკლე მკურნალობისთვის. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია სიმპტომებისა და ზოგადი ფუნქციონირების მკაცრი მონიტორინგი

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

* მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენება, როგორც დამხმარე

დანართი 3

იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა				
პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
SSRI	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი	იმპულსური აგრესია, ბრაზი, ადვილად გაღიზიანება, თვითდაზიანება, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	A	ბრაზზე და აგრესიულობაზე პრეპარატის ეფექტურობა სწრაფად და დეპრესიული და შფოთვისითი სიმპტომებისგან დამოუკიდებლად ვლინდება. იმპულსურობის მკურნალობისთვის პირველი წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ სხვა SSRI-ის დანიშვნა ლიტერატურაში მითითებული არაა.
მაოი	ფენელზინი, ტრანილციპრომინი	ბრაზი, ადვილად გაღიზიანება, იმპულსურობა დისფორიის მქონე პირებში	A	SSRI -ის შემდეგ მეორე არჩვის მკურნალობაა. მაოი-ს დანიშვნამდე აუცილებელია SSRI -ის სრულად გამოყვანა ორგანიზმიდან. დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს.
გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები	ლითიუმი	იმპულსური აგრესია, რომელიც პიროვნული აშლილობითაა განპირობებული	A	შეიძლება გამოვიყენოთ მონოთერაპიის ან დამატებითი თერაპიის სახით. საშიშია ჭარბი დოზის მიღებისას, ვინაიდან უსაფრთხოების დაბალი ზღვარი აქვს. საჭიროა სისხლში კონცენტრაციის მონიტორინგი. შეიძლება განვითარდეს ჰიპოთირეოიდიზმი.
	კარბამაზეპინი	იმპულსურობა დისფორიის მქონე პირებში	C	გაზრდილია მელანქოლური დეპრესიის განვითარების. სისხლში ლეივოციტების დონე უნდა გაკონტროლდეს.
	ვალპროატი	იმპულსური აგრესია, აუტაცია, მოზარდების ჯგუფი ქცევის პრობლემებით, დამაბულობა, შფოთვა, ფეთქებადი ხასიათი, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	B	ეფექტურობა რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი კვლევითაა ნაჩვენები.
ნეიროლეპტიკები ტიპური*	ჰალოპერიდოლი	ძლიერი ბრაზი, მტრული განწყობა, აგრესიული ქცევა, თვითდაზიანება	A	არასპეციფიკური ეფექტი აქვს იმპულსურობაზე. უფრო ეფექტურია ბრაზის შემთხვევაში. აქვს ძალიან სწრაფი მოქმედება, ამიტომ იმპულსური სიმპტომების ესკალაციის ეფექტურად კონტროლის საშუალებას იძლევა.
ატიპური*	კლოზაპინი	ძლიერი ბრაზი, მტრული განწყობა, აგრესიულობა, თვითდაზიანება,	C	აგრანულოციტოზის განვითარების საფრთხის გამო, ფრთხილად უნდა დავნიშნოთ. აუცილებელია სისხლის მონიტორინგი

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

*მედიკამენტები, რომლებიც როგორც დამხმარე პრეპარატები ისე გამოიყენება

დანართი 4

კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომებისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა

პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
ნეიროლეპტიკები ტიპური	დაბალი დოზებით ჰალოპერიდოლი, პერფენაზინი, თიორიდაზინი, ფლუპენტისოლი, ქლორპრომაზინი, ტრიფლუოპერაზინი	დამოკიდებულების იდეები, ილუზიები, პარანოიდული აზრები (მასთან დაკავშირებული ბრაზი/მტრული განწყობა) მწვავე მდგომარეობა, დეპრესიული გუნებ-განწყობა, შფოთვა, იმპულსურობა, განმეორებადი სუიციდური აზრები	A	ეფექტურობა დადგენილია ხანმოკლე კვლევებით (5-16 კვირა) გრძელვადიან კვლევებში (22 კვირა) მკურნალობისთვის თავის დანებება ხშირია. იზრდება აკინეზიის, დეპრესიის განვითარების რისკი. 6 თვის მანძილზე ჩატარებული კვლევით დადგენილია, რომ განმეორებადი პარასუიციდური ქცევების დროს ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა ეფექტურია
ატიპური	კლოზაპინი, ოლანზაპინი, რისპერიდონი	იგივე, რაც ტიპური პრეპარატების დროს. ასევე, თვითდაზიანების და რეზისტენტული ფსიქოზური სიმპტომების შემთხვევაში	C	აგრანულოციტოზის განვითარების საფრთხის გამო, კლოზაპინი საჭიროებს სისხლის მონიტორინგს
SSRI*	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი,	ადვილად გაღიზიანება, ბრაზი/მტრული განწყობა, დეპრესიული გუნებ-განწყობა, იმპულსური აგრესია,	A	განსაკუთრებით ეფექტურია ემოციური სიმპტომების არსებობის დროს, ასევე - თანდართული აფექტური დისრეგულაციისა და იმპულსური ქცევების დროს.
მაოი*	ფენელზინი, ტრნილციპრომინი	იგივე, რაც სუსი-ების დროს	A	დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს.

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

*მედიკამენტები, რომლებიც როგორც დამხმარე პრეპარატები ისე გამოიყენება