

მანანა ზოკუჩავა

გერონტოლოგიის და
გერონტოფსიქიატრიის
საკითხები

თბილისი
2021

წიგნი მოიცავს დაბერების პროცესის ფიზიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და ფსიქიატრიულ ასპექტებს, დემენციის ფსიქოპათოლოგიასა და იმ დაავადებებს, რომლებიც იწვევენ დემენციას. მოცემულია დემენციის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები და მისი პათოგენეზური მექანიზმების შესახებ თანამედროვე კვლევები. აგრეთვე, განხილულია გვიან ასაკში მანიფესტირებული ფსიქიკური აშლილობები: შიზოფრენია, დეპრესია და სხვა აფექტური აშლილობები. ცალკე მიმოხილულია ლიტერატურული მონაცემები შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობის შესახებ. წიგნის ბოლოს მოყვანილია დემენციით დაავადებული ცნობილი ადამიანების ბიოგრაფიები.

წიგნი განკუთვნილია ფსიქიატრების, ნევროლოგების, ფსიქოლოგებისა და ამ საკითხებით დაინტერესებული სხვადასხვა პროფილის ექიმებისთვის, აგრეთვე, ფართო მკითხველისთვის.

ქალბატონი მანანა ბოკუჩავას ნაშრომი „გერონტოლოგიის და გერონტოფსიქიატრიის საკითხები“ წარმოადგენს პირველ ქართულენოვან სისტემურ სახელმძღვანელოს გერონტოფსიქიატრიაში, რომელიც საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების მიერ რეკომენდებულია როგორც სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისთვის, ასევე ფსიქიატრებისა და სხვა სპეციალობის ექიმებისთვის.

ა.ზურაბაშვილის სახელობის საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარე, მედიცინის დოქტორი, თსსუ-ს ასოცირებული პროფესორი - ეკა ჭყონია

რეცენზენტი: თსსუ-ს პროფესორი, კლინიკური ნევროლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი - მარინა ჯანელიძე

წიგნი გამოიცა კომპანია GRINDEX - ის მხარდაჭერით

© მანანა ბოკუჩავა, 2021

© პოლიგრაფიული ცენტრი „ბარტონი“

ISBN 978-9941-9649-8-5

როგორც ცნობილია, უკანასკნელ ხანებში, ხანდაზმული მოსახლეობის ზრდასთან ერთად, გაიზარდა ინტერესი გერონტოლოგიის და ზოგადად, დაბერების პროცესის შესწავლის მიმართ. განსაკუთრებული ყურადღება არის გამახვილებული იმ დაავადებებზე, რომელებიც ხანდაზმულ ასაკში იწვევს სხვადასხვა სახის დემენციას. მანანა ბოკუჩავას მიერ წარმოდგენილი წიგნი „გერონტოლოგიის და გერონტოფსიქიატრიის საკითხები“ ეხება ზოგადად, დაბერების პროცესის ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს და უფრო დაწვრილებით, გერონტოფსიქიატრიის აქტუალურ საკითხებს. აღსანიშნავია, რომ გერონტოფსიქიატრიის თემაზე, ქართულ ენაზე, სახელმძღვანელო ნაშრომი, დღემდე არ გამოცემულა, რაც უფრო მნიშვნელოვანს ხდის წიგნის ღირებულებას.

ქალბატონ მანანა ბოკუჩავას წიგნის კითხვისას, ამჟამად მივიწყებული ის სურნელი იფრქვევა, რომელიც მოგვაგონებს, რომ ფსიქიატრია მხოლოდ კლინიკური ნეირომეცნიერება კი არ არის, არამედ ხელოვნებასთან, ფილოსოფიასთან, ლიტერატურასთან წილნაყარი დარგია, რაც ძალიან კარგად იცოდნენ ამ დარგის ფუძემდებლებმა და გარკვეულ დავიწყებას ეძლევა თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური მედიცინის ეპოქაში.

წიგნში საკმაოდ ფართოდ არის განხილული სხვადასხვა მეცნიერული შეხედულებები სიბერის და დაბერების პროცესის შესახებ, როგორც ისტორიულ ასპექტში, ისე, თანამედროვე მონაცემები; არაორდინალურად არის წარმოდგენილი მხატვრული და პუბლიცისტური მაგალითები სიბერის შესახებ. წიგნში, აგრეთვე, მოყვანილია გერონტოლოგიის განვითარების ისტორია, მონაცემები ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობის და დღეგრძელი (100 წელს გადაცილებული) ადამიანების ძალზე საინტერესო ისტორიები.

წიგნი მოიცავს დემენციის თანამედროვე კლინიკო-დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს და მკურნალობის საკითხებს. შემდგომ, ცალ-ცალკე არის განხილული ყველა ის დაავადება, რომელიც მოგვიანებულ ასაკში იწვევს სხვადასხვა სახის დემენციას; კერძოდ, განხილულია ამ დაავადებების გავრცელება, ეთიოპათოგენეზი, დიაგნოსტიკა, კლინიკა და მკურნალობა. ნაშრომში, აგრეთვე, შესულია ის ფსიქიკური დაავადებებიც, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს ხანდაზმულობის ასაკში: შიზოფრენია, დეპრესია, ბიპოლარული და სხვა ფსიქიკური აშლილობები. შესაბამისად, მოყვანილია სხვადასხვა კლინიკური შემთხვევა და მათი ანალიზი. ცალკე თავის სახით მიმოხილულია ლიტერატურული მონაცემები შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობის თავისებურებების შესახებ.

წიგნი გამდიდრებულია დემენციით დაავადებული ზოგიერთი ცნობილი ადამიანის ბიოგრაფიით. ყოველივე ეს კი წიგნს, უფრო მრავალფეროვანს და მიმზიდველს ხდის მკითხველთათვის.

გფიქრობ, რომ ეს წიგნი დაეხმარება სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებს, ფსიქიატრებს, ნევროლოგებს და სხვა სპეციალობის ექიმებს გერიატრიული პროფილის ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებში, მომავალში კი, გერონტოფსიქიატრების მომზადების საქმეში. წიგნი აგრეთვე, განკუთვნილია ამ საკითხებით დაინტერესებული მკითხველთა ფართო წრისთვის. მოხუცებულობის პრობლემის განხილვამ კი, შესაძლებელია დააფიქროს ახალგაზრდობა ხანდაზმული ადამიანების მიმართ პატივისცემის, გულისხმიერების და მზრუნველობის გამოვლენის თვალსაზრისით.

ზოგადად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად, საზოგადოებისათვის სულ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს ადამიანებისთვის ღირსეული სიბერის უზრუნველყოფა.

ხანდაზმული ადამიანის პრობლემისადმი საზოგადოების გულისხმიერი და მზრუნველი დამოკიდებულება საზოგადოების ცივილიზირების, მისი სიმწიფის და განვითარების უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელია. ქალბატონი მანანა ბოკუჩავას წიგნიც, სწორედ ამ მიმართულებით გადადგმული მნიშვნელოვანი ნაბიჯია.

თსსუ-ს პროფესორი, კლინიკური ნევროლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი - მარინა ჯანელიძე

შესავალი.....	7
თავი 1. გერონტოლოგია და გერიატრიული ფსიქიატრია.....	20
თავი 2. გერიატრიული ფსიქიკური დაავადებები.....	69
თავი 3. დემენცია.....	125
თავი 4. თავის ტვინის ატროფიული დაავადებები.....	144
თავი 5. სისხლძარღვოვანი (ვასკულური) დემენცია.....	181
თავი 6. შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობა.....	201
თავი 7. დემენციით დაავადებული ცნობილი ადამიანები.....	215
ბოლოთქმა.....	227

შესავალი

„ბედნიერება არ ცნობს სიბერეს.
ვინც მართლა ბედნიერია,
არასოდეს ბერდება.“

ფრანც კაფკა

ადამიანი იბადება, იზრდება, ვითარდება, ხდება ზრდასრული, შემდეგ ბერდება და გარდაიცვლება (გარდაიცვლება და არ კვდება, კვდება სხეული). ეს ბუნების გარდაუვალი კანონია. ადამიანი თავისი ცხოვრების განმავლობაში გაივლის განვითარების სხვადასხვა ეტაპს: ბავშვობის, პუბერტატული, ანუ სქესობრივი მომწიფების, ზრდასრულობის, ინვოლუციისა და მოხუცებულობის პერიოდებს. 45–50 წლიდან ორგანიზმში იწყება ჰორმონალური ძვრები და ინვოლუციის, ანუ უკუგანვითარების პროცესი. ამ პერიოდს ადამიანები სხვადასხვანაირად ხვდებიან. ზოგი მას ფსიქოლოგიურად მტკივნეულად აღიქვამს და მძიმედ გადააქვს, ზოგს - იოლად. ეს მრავალ ფაქტორზე, მათ შორის პიროვნულ თავისებურებებზე, არის დამოკიდებული. განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში ადამიანს უჩნდება მთელი რიგი პრობლემები ჯანმრთელობის მხრივ - როგორც სომატური, ისე ფსიქოლოგიური და ფსიქიკური. ადამიანს შეიძლება დაეწყოს ან დაუძმძმდეს სომატური დაავადებები, რომლებიც მთელ რიგ ფიზიოლოგიურ პროცესებთან არის დაკავშირებული. რაც შეეხება ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, ხანდაზმულ ასაკში მისი მიზეზი, პირველ რიგში, არის მომავლის (ფუტურუმი) პერსპექტივის დაკარგვის განცდა. ამას შეიძლება დაემატოს მრავალი ფსიქომატრამვირებელი ფაქტორი, როგორიცაა: მეუღლის, ან/და მეგობრების გარდაცვალება, მარტოობა, სამსახურიდან დათხოვნა, პენსიაზე გასვლა და სხვა.

დაბერების ფენომენი ოდითგანვე აწუხებდათ მსოფლიოს გამოჩენილ მოაზროვნეებს. ეს სრულიად გასაგებია, ვინაიდან სიბერის გააზრება დაკავშირებულია ისეთ ფუნდამენტურ ფილოსოფიურ საკითხებთან, როგორიცაა: სიცოცხლე და სიკვდილი, ადამიანის ბუნება, ჰუმანიზმი, სიკეთე, ცხოვრების აზრი და სხვა. ანტიკური ხანის ფილოსოფოსებს დაბერების პროცესთან დაკავშირებით მსგავსი პოზიციები ჰქონდათ, ლაპარაკობდნენ ხანდაზმულობის ასაკის სიბრძნის, ხანდაზმული ადამიანების ძალაუფლებისკენ მიდრეკილებისა და სხვათა შესახებ.

ძველი ბერძენი ფილოსოფოსი პლატონი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებდა ხანდაზმულ ასაკს. ის ამტკიცებდა, რომ ხანდაზმულობისას ფიზიკური დაბერება ივსება სულიერი გამდიდრებით, სიბრძნით, განჭვრეტის უნარითა და შინაგანი თავისუფლებით. ეს მოსაზრება აქტუალური იყო მრავალი საუკუნის განმავლობაში და არის დღესაც. მაგრამ ყველა დიდი მოაზროვნე არ თვლიდა სიბერეს ადამიანის ცხოვრების ღირსეულ პერიოდად. ერთ-ერთი იყო არისტოტელე, რომელიც კრიტიკულად აფასებდა დაბერების პროცესს. მან შექმნა მოხუცი ადამიანის ნეგატიური პორტრეტი. მისი მოსაზრებით, სიბერისას ზრდასრულ ადამიანს ტოვებს ფიზიკური და გონებრივი ძალები, სულიერი შესაძლებლობები. არისტოტელეს ნაშრომებში მითითებულია ხანდაზმული ადამიანის მხოლოდ უარყოფითი თვისებები: ეჭვიანობა და სკეპტიციზმი, მომჭირნეობა, ბუზღუნი, სულმოკლეობა.

მოგვიანებულ ანტიკურ პერიოდში არისტოტელეს მიმდევრები ყურადღებას ამახვილებდნენ ადამიანის ფიზიკურ დაბერებაზე, წარმოაჩენდნენ რა ხანდაზმულ ადამიანს, როგორც დაუძლურებულს, საცოდავს, ძალაგამოცლილს, ავადმყოფს.

ანტიკური ხანიდან მოყოლებული, სიბერის შესახებ მდიდარი ინფორმაცია შემორჩენილია ციცერონის შრომებში. მის

თხზულებებში ხაზგასმულია, რომ პატივისცემა არ მიიღწევა ჭაღარა თმითა და სახეზე ნაოჭების რაოდენობით, ის უნდა დაიმსახურო საკუთარი საქმეებითა და განვლილი ცხოვრებით. ამასთან, ფილოსოფოსი ამტკიცებდა, რომ ადამიანისთვის, რომელსაც სწყურია საუკეთესოს გაზიარება, სიბერისას უმაღლესი ჯილდო, ყველაზე დიდი სიამოვნება არის ახალგაზრდების გარემოცვაში ყოფნა. ციცერონი სთავაზობდა ბედნიერი მოხუცე-ბულობის რამდენიმე რეცეპტს, რომელთაგან ძირითადი იყო აქტიური საქმიანობისკენ მოწოდება.

შუა საუკუნეებში და შემდგომ, მეცნიერების განვითარების კვალდაკვალ, იცვლებოდა შეხედულებები სიბერის შესახებ (რომლებსაც აქ ვერ განვიხილავთ). ცნობილი ფილოსოფოსი არტურ შოპენჰაუერი წერდა, რომ ახალგაზრდობა შექმნილია პოეზიისთვის, სიბერე კი - ფილოსოფიისთვის. ბედნიერ სიბერეზე წერდა ფილოსოფოსი ალბერტ შვეიცერი.

რა არის სიბერე, არის თუ არა სიბერე ავადმყოფობა? ამ საკითხზე დღემდე განსხვავებული შეხედულებები არსებობს და იგი კამათის საგანს წარმოადგენს. ერთნი, რომლებიც მოხუცებულობას ავადმყოფობად არ მიიჩნევენ, თვლიან, რომ ავად შეიძლება გახდეს როგორც ახალგაზრდა, ისე მოხუციც. ზოგიერთის აზრით კი, სიბერე პათოლოგიური პროცესია. ძველი დროიდან მოყოლებული, სიბერეს უძლურებას, სხვაზე დამოკიდებულებას, მეხსიერებისა და აზროვნების დაქვეითებას უკავშირებენ, რამაც საზოგადოებაში გარკვეული მყარი სტერეოტიპები და, შესაძლოა, მცდარი შეხედულებები შექმნა. მართალია, სიბერე ადამიანის ორგანიზმის სტრუქტურულ და ფუნქციურ ცვლილებებთან არის დაკავშირებული, მაგრამ არ არსებობს მჭიდრო კორელაცია სიბერესა და ადამიანის კალენდარულ ასაკს შორის. ადამიანები სხვადასხვანაირად და სხვადასხვა ასაკში ბერდებიან.

ცნობილმა ფინელმა მწერალმა ტუვე მარიკა იანსონმა 1976 წელს დაწერა წიგნი, რომელსაც „Sun city“ („მზის ქალაქი“) უწოდა. წიგნში ავტორი მოგვითხრობს ადამიანებზე, რომლებმაც თავიანთი ცხოვრების ბოლოს ნავსაყუდელი იპოვეს წყნარ და მშვიდ გარემოში. ეს არის მოხუცთა პანსიონატები, სადაც ყოველთვის თბილი და კომფორტული გარემოა. აქ, ამ პენსიონერების ქალაქში, ერთი შეხედვით, დრო თითქოს გაჩერდა, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ცხოვრება საინტერესოა, სავსეა მოვლენებით, კამათითა და თავგადასავლებით. ტუვე მარიკა იანსონი ჰანს კრისტიან ანდერსენის სახელობის პრესტიჟული ჯილდოს მფლობელი იყო. წერდა შვედურ ენაზე. ავტორია მრავალი საბავშვო და სათავგადასავლო წიგნების, უფრო მეტად კი ცნობილია, როგორც მუმინების სერიის ავტორი, სადაც საუბარია ფანტასტიკურ, გამოგონილ არსებებზე მუმინებსა და მათ მეგობრებზე. ალბათ, საგულისხმოა, რომ სწორედ მან დაწერა წიგნი სიბერეზე - მოხუცებს ხომ ხშირად ბავშვებს ადარებენ.

სიბერის შესახებ, ბევრ მწერალს დაუწერია თავის მხატვრულ ნაწარმოებებში. მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია დიდი გერმანელი მწერლის, ჰერმან ჰესეს, არაჩვეულებრივ ესეს, რომელშიც არის ადამიანის სიბერის ფსიქოლოგიისა და არსის ღრმა წვდომა, ცხოვრების ამ პერიოდის დანიშნულების, ამოცანის მნიშვნელობა, მისი პოზიტიური შეფასება და, რაც მთავარია, მოხუცებისთვის დადებითი განწყობის შექმნა. სწორედ ამიტომ, სრულად მომყავს ჰერმან ჰესეს ესე „სიბერე“.

„სიბერე ჩვენი ცხოვრების საფეხურია, რომელსაც ისევე, როგორც მის სხვა ეტაპებს, აქვს საკუთარი სახე, ატმოსფერო და ტემპერატურა, საკუთარი სიხარული და დარდი. ჩვენ, ჰალარა მოხუცებს, ისევე, როგორც ჩვენს უმცროს თანამომხმეებს, გვაქვს ამოცანა, რომელიც აზრს აძლევს ჩვენს არსებობას ისევე, როგორც სასიკვდილოდ გაწირულ ავადმყოფს, მომავლდავსაც რომლის

სარეცელამდე საეჭვოა, მიაღწიოს ხმამ ამქვეყნიური სამყაროდან - აქვს თავისი ამოცანა, მანაც უნდა შეასრულოს მნიშვნელოვანი და საჭირო საქმე.

ოყო მოხუცი - ისეთივე შესანიშნავი და აუცილებელი ამოცანაა, როგორც იყო ახალგაზრდა, ისწავლო, კვდებოდე (სიკვდილი) და სიკვდილი ისეთივე საპატიო ფუნქციაა, როგორიც სხვა ნებისმიერი - იმ პირობთ, თუ ეს სრულდება ყოველგვარი სიცოცხლის აზრისა და სიწმინდის წინაშე მოწიწებით, კრძალვით. მოხუცი, რომლისთვისაც სიბერე, ჭაღარა და სიკვდილის სიახლოვე მხოლოდ სიძულვილი და საშინელია, ისეთივე უღირსი წარმომადგენელია თავისი ცხოვრების ამ ეტაპისა, როგორიც ახალგაზრდა და ძლიერი ადამიანი, რომელსაც სძულს თავისი საქმიანობა, ყოველდღიური შრომა და ცდილობს მისგან თავი დაიძვრინოს.

მოკლედ რომ ვთქვათ, სიბერეში შენი დანიშნულება რომ შეასრულო და თავი გაართვა შენს ამოცანას, შეთნხმებული უნდა იყოს სიბერესთან და იმ ყველაფერთან, რაც მას თან მოაქვს, უნდა უთხრა: დიახ. ამ დიახის (დასტურის), იმის მზადყოფნის გარეშე, რომ მივცეთ მას, რასაც ბუნება ჩვენგან ითხოვს, ჩვენ - მოხუცები ვართ თუ ახალგაზრდები - ვკარგავთ ჩვენს დღეთა ფასეულობასა (მნიშვნელობას) და აზრს და სიცოცხლეს ვატყუებთ. ყოველმა ადამიანმა იცის, რომ სიბერეს ახლავს ათასგვარი ტვირთი და რომ ის სიკვდილით მთავრდება. წლიდან წლამდე მსხვერპლი უნდა გაიღო და ბევრ რამეზე უარი თქვა. უნდა ისწავლო, აღარ ენდო შენს გრძნობებსა და ძალებს. გზა, რომელიც ჯერ კიდევ ცოტა ხნის წინ შენთვის პატარა გასეირნება იყო, გრძელი და რთული ხდება და ერთ მშვენიერ დღეს ვეღარც შევძლებთ მის გავლას. უარის თქმა გვიხდება საკმელზეც, რომელიც მთელი ცხოვრება გვიყვარდა. ფიზიკურ სიამოვნებასა და სიხარულს სულ უფრო იშვიათად განვიცდით და ამ სიამოვნებისათვის სულ უფრო ძვირი

უნდა გადავიხადოთ. და შემდეგ, ყოველგვარი სნეულება და ავადმყოფობა, გრძნობების დაჩლუნგება, ორგანოების დასუსტება და ათასნაირი ტკივილი, განსაკუთრებით ღამდამოებით, ხშირად ასეთი ხანგრძლივი და საშინელი ამ ყველაფერს თავს ვერ დააღწევ. ეს მწარე სინამდვილეა, მაგრამ საცოდაობა და სამწუხარო იქნებოდა, რომ მარტოდენ დაკნინების, დაცემის ამ პროცესს მისცემოდი და ვერ დაგენახა, რომ სიბერესაც აქვს თავისი კარგი მხარეები, უპირატესობა, თავისი სანუგეშო და სასიხარულო. როცა ორი მოხუცი ერთმანეთს ხვდება, მათ მხოლოდ წყეულ ნიკრისის ქარებზე, სხეულზე, რომელიც აღარ გემორჩილება და ქოშინზე, კიბეზე ასვლისას რომ გაწუხებს, კი არ ილაპარაკონ, არამედ სასიხარულო და სასიამოვნო შეგრძნებებსა და შთაბეჭდილებებზე. ასეთები კი მრავლადაა.

როცა შეგახსენებთ მოხუცთა ცხოვრების ამ დადებითსა და შესანიშნავ მხარესა და იმაზე, რომ ჩვენ, ჭაღაროსნებს, გვსმენია ძალის, მოთმინების, სიხარულის ისეთი წყაროების შესახებ, რომლებიც ახალგაზრდების ცხოვრებაში არავითარ როლს არ ასრულებენ, მე არ შემფერის ვილაპარაკო რელიგიისა და ეკლესიის ნუგეშისცემაზე. ეს მღვდლის საქმეა. მაგრამ შემიძლია ჩამოვთვალო რაღაც-რაღაც საჩუქრები, რომლებიც ჩვენთვის სიბერეს მოაქვს. მათგან ჩემთვის ყველაზე ძვირფასია საგანძური იმ სურათებისა, რომლებიც ხანგრძლივი ცხოვრების შემდეგ გონებაში აღგბეჭვდება და რომლებსაც, როცა შენი აქტიურობა ცხრება, სრულიად სხვა თანაგრძნობით უმზერ, ვიდრე ოდესმე. იმ ადამიანთა ხატებანი და სახეები, რომლებიც სამოცი-სამოცდაათი წელია, წასულან ამ ქვეყნიდან, ისევ ჩვენთან არიან, გვიცქერენ ცოცხალი თვალებით. უკვე გამქრალ და სრულიად გადასხვაფერებულ სახლებს, ბარებსა და ქალაქებს ვხედავთ ცოცხალთა და უვნებელთ, როგორც ოდესღაც, როგორც შორეულ წლებში, ზღვისპირეთს, სადაც ათეული წლის წინ ვიმოგზაურეთ, ისევ

მთელი თავისი ფერადოვნებით აღვიქვამთ ამ ჩვენს სურათებთან წიგნში. მზერა, დაკვირვება, ჰვრეტა სულ უფრო მეტად გადადის ჩვევაში და განწყობილება და დამკვირვებლის პოზიცია განსაზღვრავს ჩვენს საქციელს. სურვილების, ოცნებების, გატაცებების, ვნებებისაგან დევნილები, ჩვენც, როგორც ადამიანთა უმრავლესობა, ჩვენი ცხოვრების გზაზე მივქროდით მოუთმენლად, ცნობისმოყვარეობითა და იმედებით, მტკივნეულად განვიცდიდით წარმატებებსა და იმედგაცრუებებს. დღეს კი, ჩვენი საკუთარი ცხოვრების დიდი, ილუსტრირებული წიგნის ფურცლისას გვიკვირს, როგორი მშვენიერი და საამურია გამოხვიდე ამ რბოლიდან და სწრაფვიდან და მიეცე „ვიტა ცომტემპლატივალს“. აქ, მოხუცთა ამ ბაღში, ყვავის უამრავი, ყვავილი, რომელთა მოვლაზეც კი არ გვიფიქრია. აქ ყვავის ყვავილი მოთმინებისა, მარცვალ კეთილშობილი, ჩვენ ვხდებით უფრო მშვიდნი, შემწყნარებელნი, და რაც უფრო ნაკლები მოთხოვნილება გვაქვს ჩავერიოთ და ვიმოქმედოთ, მით მეტი უნარი გვეძლევა, დავაკვირდეთ და ყური მივუგდოთ ბუნების სიცოცხლესა და ჩვენს თანამომძმეთა ცხოვრებას, კრიტიკის გარეშე ვადევნოთ თვალი მის მსვლელობას და გვიკვირდეს მისი მრვალფეროვნება, ზოგჯერ - თანაგრძნობითა და ჩუმი სევდით, ზოგჯერ სიცილით, ნათელი სიხარულით, იუმორით.

ამას წინათ ბაღში კოცონთან ვიდექი და ცეცხლში ვყრიდი ფოთლებსა და გამხმარ ტოტებს. ეკლიანი ღობის იქით გაიარა მოხუცმა ქალმა, რომელიც ალბათ 80 წლის იქნებოდა. იგი შეჩერდა და ყურება დამიწყო. მე მივესალმე, მაშინ მან გაიცინა და მითხრა: „სწორად მოიქეცით, კოცონი რომ გააჩაღეთ. ჩვენს ასაკში დროა, ნელ-ნელა შევეგუოთ ჯოჯოხეთს“. ამან მისცა ტონი საუბარს, რომლის დროსაც ერთმანეთს შევჩივლეთ ათასგვარი ტკივილისა და გაჭირვების შესახებ, მაგრამ სულ ხუმრობით (ხუმრობის კილოთი). საუბრის ბოლოს ვაღიარეთ, რომ, მიუხედავად ყველა-

ფრისა, ჩვენ ჯერ კიდევ არ ვართ საშინლად მოხუცები, სანამ ჩვენს სოფელში ცხოვრობს უხუცესი, რომელიც 100 წლისაა.

როცა სრულიად ახალგაზრდები თავიანთი ძალის უპირატესობითა და გულუბრყვილობით ჩვენ ზურგს უკან ილიმებიან, სასაცილოდ ეჩვენებათ ჩვენი მძიმე სიარული და დამარღვული ყელი, ჩვენ ვიხსენებთ, როცა ასეთი ძლიერები და ასეთივე მიაშიტები ვიყავით, ოდესღაც ჩვენც ვიცინოდით და სრულიად არ მიგვაჩნია, რომ დამარცხებულები ვართ, არამედ გვიხარია, რომ ცხოვრების ამ საფეხურს გადავაბიჯეთ და გავხდით უფრო ჭკვიანნი და მომთმენნი“.

ექიმი და ნოვატორი ბილ თომასი მრავალი წელია, ცდილობს შეცვალოს სიბერის პარადიგმა და უფროსი ასაკის ადამიანების ცხოვრების ხარისხი გააუმჯობესოს. ბილ თომასი ამბობს, რომ „ენაში დამკვიდრებული პოპულარული კლიშეები: „ასაკი არ გეტყობა“, „22 წლისას ჰგავხარ“ სულაც არ უნდა აღვიქვათ, როგორც კომპლიმენტი. ეს ფრაზები ასაკისა და სიბერისადმი ჩვენს კულტურაში დამკვიდრებულ განწყობებსა და შიშს გამოხატავს“. მე დავმენდი, ეს იგივეა, როცა ხანდაზმულ ადამიანს თითქოს კომპლიმენტს ეუბნებიან ფრაზით: „რა კარგად გამოიყურები“.

თომასმა შექმნა პროექტი (2016), რომელსაც „The Age of Disruption“ („რღვევის ასაკი“) უწოდა. იგი მოგზაურობს სხვადასხვა ქალაქში და დგამს 80-წუთიან პერფორმანსებს ნეირომეცნიერების მიღწევების მარტივ ენაზე გადმოცემით, იმის აღსაწერად, თუ როგორ იცვლება ადამიანის ტვინის ფუნქციონირება ასაკის მატებასთან ერთად. თომასი იყენებს სხვადასხვა ტიპის თამაშებს, უკრავს გიტარაზე, მუსიკის თანხლებით კითხულობს ამონარიდებს სამეცნიერო ნაშრომებიდან და შესაბამის ანალიზს აცნობს მსმენელს.

არსებობს ქრისტიანული, კერძოდ, მართლმადიდებლური შეხედულება, თუ რა არის სიბერე და როგორი დამოკიდებულება უნდა გვქონდეს მის მიმართ. ამ მხრივ, ძალზე საინტერესოა ილუმენია თეოფილას (ლექეშინსკაია) წიგნი: "Рифмуется с радостью. Размышления о старости" (2014). ვფიქრობ, რომ თვითონ წიგნის დასათაურება არის არაჩვეულებრივი: სიბერე ირითმება ბედნიერებასთან, ანუ სიბერეს უნდა ახლდეს ბედნიერება. ამ წიგნის შესახებ ვკითხულობთ: „სიბერე განსაზღვრულია შემოქმედის მიერ და, ამდენად, ის არ შეიძლება იყოს წინა ცხოვრების უბრალო დამამძიმელი დანამატი, არამედ მას აქვს თავისი მიზანი, თავისი მნიშვნელობა; მით უმეტეს, იგი არ უნდა შემობრუნდეს წამებად, ბოროტებად, წვალებად. ეს წიგნი განკუთვნილია ყველა ასაკის ადამიანებისთვის, ვინაიდან სიბერისადმი შიში დამახასიათებელია ყველა ადამიანისთვის იმიტომ, რომ მას მოსდევს სიკვდილი, შეუცნობლობა. მაგრამ სიკვდილზე არანაკლებ, ადამიანს აშინებს ძალის დაკარგვა, უსუსურობა, გარშემომყოფთათვის მძიმე ტვირთად ქცევის საშიშროება. ეს წიგნი მკითხველს სთავაზობს სიბერის პრობლემას შეხედოს ქრისტიანული თვალსაზრისით, რათა სწორად გააცნობიეროს ცხოვრების ეს პერიოდი, რომელიც ელის ყველა ადამიანს და ღირსეულად მიიღოს ღვთის ნება, საკუთარ თავსა და თავის ახლობლებზე“.

მხატვრული ლიტერატურა არსებობს არა მხოლოდ სიბერის, არამედ ალცჰაიმერისა და სხვა დაავადებების შესახებ, რომლებიც იწვევენ დემენციას. სწორედ ამ მხრივ, ძალზე საინტერესოა ამერიკელი მწერალი და ნეირობიოლოგი Lisa Genova. მას ეკუთვნის რომანი „Still Alice“ („ჯერ კიდევ ელისი“, 2007), რომელმაც მოიპოვა დიდი პოპულარობა, გახდა ბესტსელერი და თარგმნილია 37 ენაზე. ეს წიგნი არის ჰარვარდის უნივერსიტეტის პროფესორზე, რომელიც ადრეულ ასაკში დაავადდა ალცჰაიმერის

დაავადებით და თანდათან უვითარდება დემენცია. წიგნის ავტორმა, თავისი სამედიცინო განათლების საფუძველზე, არაჩვეულებრივად კარგად და ყოვლისმომცველად აღწერა ამ ადამიანის განცდები და ტანჯვა ალცჰაიმერის დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე და მისი დამოკიდებულებები გარშემომყოფებთან. ელისს, ლინგვისტიკის პროფესორს, უეცრად ეწყება მეხსიერების ჩავარდნები, ის ხდება გულმავიწყი, დაბნეული. მაგრამ, როგორც ამ ასაკის პროფესიონალების უმრავლესობა, ყოველივე ამას თავიდან მიაწერს ასაკს, სტრესებს, გამოუძინებლობას და სხვა. დროთა განმავლობაში ეს ყველაფერი უფრო სერიოზული ხდება. ბოლოს იგი მიაკითხავს ნევროლოგს და იგებს, რომ მას აქვს ალცჰაიმერის დაავადება. რამდენიმე ხნის შემდეგ ელისს აღარ შეუძლია დაეყრდნოს საკუთარ გონებასა და მოგონებებს, იძულებული ხდება თავი დაანებოს პროფესორის კარიერას ჰარვარდში, რომელთანაც აიგივებდა საკუთარ თავს და იძულებული ხდება ეძებოს პასუხი კითხვებზე: „ვინ ვარ მე“ და „რას ვიმსახურებ“. დაავადება თანდათან მძიმდება და ნაწილ-ნაწილ ართმევს მას იმას, რასაც მიჩვეული იყო, ჩათვალა, როგორც საკუთარი „მე“. აქ კი ელისი აკეთებს აღმოჩენას: „თვითონ ის რაღაც უფრო მეტია, ვიდრე შეუძლია დაიტოს მისმა მეხსიერებამ.“ რომანი „Still Alice“ იწყება შესანიშნავი შესავლით (რომანის რუსული თარგმანი): „Еще тогда, более года назад, в ее голове задыхались нейроны их предсмертных криков она не слышала, хоть они и раздавались совсем недалеко от ее ушей. Кто-то возьмется объяснить: недуг этот столь коварен, что сами нейроны и дали толчок роковым событиям, неуклонно разрушая самое себя. Было это молекулярным убийством или клеточным самоубийством - не так уж важно. В любом случае они не смогли бы предупредить ее о своей гибели („ ჯერ კიდევ მაშინ, ერთ წელზე მეტი ხნის წინ, მის თავში იხრჩობოდნენ ნეირონები - მათი მომავლადი ყვირილი მას არ ესმოდა, მიუხედა-

ვად იმისა, რომ ის ისმოდა საკმაოდ ახლოს მის ყურებთან. ვიღაცა დაიწყებს ახსნას: ეს დაავადება იმდენად მზაკვრულია, რომ ნეირონებმა თავად მისცეს ბიბგი საბედისწერო მოვლენებს, სტაბილურად ანგრევს რა თავის თავს. ეს იყო მოლეკულური მკვლელობა თუ უჯრედოვანი თვითმკვლელობა, არც ისე მნიშვნელოვანია. ნებისმიერ შემთხვევაში, მათ არ შეეძლოთ მისი გაფრთხილება თავისი სიკვდილის შესახებ“ (მ. ბ).

ავტორი ამ წიგნის დაწერის მრავალ მიზეზს შორის გამოყოფს მთავარს - მის ბეზიას დაუსვეს ალცჰაიმერის დიაგნოზი, როდესაც იგი 80 წელს გადაცილებული იყო. მაგრამ ლაიზა ჯენოვა თვლის, რომ მისი ბეზია დაავადებული იყო ამ დაავადებით გაცილებით ადრე, ვიდრე ოჯახს „აეხილებოდა თვალი“. როდესაც ოჯახმა დაიწყო წუხილი მისი მდგომარეობის გამო, ის უკვე მძიმე ავადმყოფი იყო. ეს კი დიდი დარტყმა აღმოჩნდა ყველასთვის. მისი ბეზია ყოველთვის იყო ჭკვიანი, ენერგიული, დამოუკიდებელი ქალი. ოჯახი ხედავდა, თუ როგორ ნაბიჯ-ნაბიჯ ანგრევდა ეს დაავადება ამ ადამიანს: დაავიწყდა, რა ერქვა შვილებს და, საერთოდ, ჰყავდა თუ არა შვილები, არ იცოდა, სად ცხოვრობდა, ავიწყდებოდა ტუალეტში შესვლა, თავს დასტრიალებდა პლასტმასის თოჯინებს, როგორც ცოცხალ ჩვილებს, ვერ სცნობდა საკუთარ თავს სარკეში. ყოველივე ეს მძიმე სანახავი იყო ახლობლებისთვის, მაგრამ „მე მიხვდი, რომ ჩემთვის სულერთი არ არის ეს პრობლემა. როგორც ნევროლოგს, მე მაინტერესებდა, რა ხდება ბეზიას თავში. ჩვენ ვხედავთ შინაგანი რღვევის რეზულტატს. მე მინდოდა, თითქოს შიგნიდან მედევნებინა თვალ-ყური მოვლენათა ჯაჭვისათვის, რომელსაც მიჰყავს რღვევამდე. მე მქონდა კითხვა: როგორია, როცა ცნობიერების ის ნაწილი, რომელიც განსაზღვრავს შენს ინდივიდუალობას და გაგებას, შენ აღარ გემორჩილება. მე მინდოდა ალცჰაიმერის დაავადებისთვის შემეხედა ამ დიაგნოზით დაავადებული

ადამიანის თვალთ. ჩემს ბეზიას უკვე არ შეეძლო ამაზე პასუხის გაცემა, მაგრამ ვილაცას, ადრეული ალცჰაიმერით შეეძლო. სწორედ ეს გახდა ამ წიგნის დაწერის ათვლის წერტილი“, - წერს ავტორი.

„Still Alice“ რომანის მიხედვით, 2014 წელს გადაიღეს ფილმი, რომელმაც მოიპოვა ოსკარის პრემია. ჯილდო მიიღო მსახიობმა ჯულიანა მურმა ელის ჰოულენდის როლის შესრულებისთვის ნომინაციაში - ქალის საუკეთესო როლი.

ლაიზა ჯენოვა გახდა პოპულარული მომხსენებელი ალცჰაიმერის დაავადების შესახებ. იგი გადაიღეს დოკუმენტურ ფილმში, რომელიც არის ფილმის „Not Fade Away“ -ის (2009), გაგრძელება. ეს ფილმი არის ქალის მარი ვიტალეს ისტორია, რომელსაც 45 წლის ასაკში დაუსვეს ალცჰაიმერის დიაგნოზი. ფილმი დაჯილდოებულია პრემიით „ემი“.

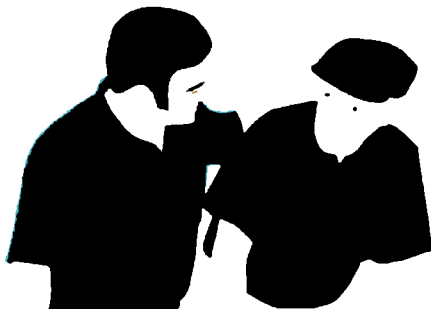
ლაიზა ჯენოვამ შექმნა ბელეტრისტიკა პერსონაჟებზე, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ნევროლოგიური დაავადებები. იგი რამდენიმე რომანის ავტორია. წიგნში „Left Neglected“ (2011) გადმოგვცემს ქალის ისტორიას, რომელმაც გადაიტანა ქალატვინის ტრავმა. ვინაიდან ქალი ყოველმხრივ ცდილობს გამოჯანმრთელებას, მიხვდება, რომ უნდა მიიღოს უფრო მარტივი ცხოვრება. ის იწყებს გამოჯანმრთელებას, როდესაც იწყებს ზრუნვას საკუთარ თავზე, ოჯახსა და გარემომცველ სამყაროში არსებულ წვრილმანებზე, რომლებსაც მანამდე უყურადღებოდ ტოვებდა.

რომანში „Inside the O'Briens“ (2015) მოთხრობილია ოჯახის შესახებ, რომლის ზოგიერთმა წევრმა მემკვიდრეობით მიიღო ჰანტიგტონის დაავადება და როგორ მოქმედებს ეს დაავადება მათ ცხოვრებასა და ურთიერთობებზე. ეს რომანი 2015 წელს ნომინირებულია მხატვრული ლიტერატურის პრემიით. ლაიზა

ჯენოვას ეკუთვნის აგრეთვე, რომანი „Love Anthony“(2012) აუტიზმით დაავადებულ ბიჭზე.

თუ როგორ აღიქვამს ადამიანი საკუთარ ასაკს, ერთი მხრივ, დამოკიდებულია ინდივიდუალურ მიდგომასა და ცხოვრებისეულ კრედოზე, მეორე მხრივ კი, კონკრეტულ ქვეყანაში არსებულ სოციალურ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

სხვა ქვეყნებში სამოგზაუროდ წასულებს და საქართველოშიც, ალბათ, ხშირად შეგვინიშნავს, სპორტულ ტანსაცმელში გამოწყობილი ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც აქტიურად ისვენებენ, მოგზაურობენ, ახალ შთაბეჭდილებებსა და დადებით ემოციებს იღებენ. ეგვიპტეში დასვენებისას ჩემი ყურადღება მიიქცია ინვალიდის ეტლს მიჯაჭვულმა ხანდაზმულმა გერმანელმა ტურისტმა, რომელიც არათუ პასიურად ისვენებდა, არამედ წითელ ზღვაზე ძალიან საინტერესო (წყალქვეშა სამყაროს დათვალიერება) ექსკურსიაზეც კი წამოვიდა. ვისურვებდი, რომ მეტი ხანდაზმული ტურისტი მენახოს საქართველოდან ყველგან.



თავი 1. გერონტოლოგია და გერიატრიული ფსიქიატრია

გერონტოლოგია (ბერძ. γέρων - მოხუცი + λόγος ცოდნა, სიტყვა, სწავლება) - მეცნიერება ადამიანის დაბერების ბიოლოგიური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ასპექტების, მისი მიზეზებისა და მასთან ბრძოლის საშუალებების შესახებ. მეცნიერების ეს დარგი წარმოიშვა დაახლოებით ერთი საუკუნის წინ. გერონტოლოგიის შემადგენელი ნაწილებია: გერიატრია სწავლება იმ დაავადებების შესახებ, რომლებიც წარმოიშვება ხანდაზმულ და მოხუცებულ ასაკში (მკურნალობა და პროფილაქტიკა), გეროპიგიენა, გერონტოფსიქოლოგია - ხანდაზმული ასაკის ადამიანების ფსიქოლოგიურ-ქცევითი თავისებურებების შესახებ და გერონტოფსიქიატრია, რომელიც შეისწავლის ხანდაზმული და მოხუცი ადამიანების ფსიქიკურ აშლილობებს.

გერონტოლოგიის განვითარების ისტორია. დაბერების საკითხი ოდითგანვე აინტერესებდათ ადამიანებს. მითები და ლეგენდები უსასრულო ახალგაზრდობის, დღეგრძელობის შესახებ არსებობდა კაცობრიობის განვითარების მთელი ისტორიის განმავლობაში. სწავლება სიბერის შესახებ სათავეს იღებს მედიცინის წარმოშობასთან ერთად. ჯერ კიდევ ჰიპოკრატესა და მისი სკოლის ექიმების პირველ ნაშრომებში აღმოჩენილია აღწერილობები დაბერებისა და მოხუცების დაავადებების შესახებ. მათი აზრით, დაავადების მიმდინარეობა დამოკიდებულია ასაკზე და თითოეულ ასაკობრივ პერიოდს აქვს თავისი სპეციფიკური წინასწარგანწყობის ფაქტორები. დაავადების პათოგენეზსა და გამოჯანმრთელებას უკავშირებდნენ ადამიანის კონსტიტუციას, სხეულის აგებულებასა და ხასიათს. ასე მაგალითად, ფლეგმატიკები უფრო მიდრეკილნი არიან მოხუცებულობის დაავადებებისადმი. ამის საწინააღმდეგოდ, ქოლერიკებისთვის მოხუცებულობა ყველაზე

ჯანმრთელი პერიოდია. ასევე, აღნიშნავდნენ, რომ მოხუცი ადამიანები თავს უკეთ გრძნობენ ზაფხულსა და შემოდგომის დასაწყისში. ჰიპოკრატემ და მისმა მიმდევრებმა მოხუცებში აღწერეს თირკმელების, ნაღვლის ბუშტის, ხველების სპეციფიკური სიმპტომები, სახსრების ტკივილები, თავბრუსხვევა, უძილობა, სმენის დაქვეითება, კატარაქტა და სხვა. ძველ საბერძნეთში პირველად შემუშავდა მოხუცების ჰიგიენის რეჟიმის სქემა, რომლის პრინციპი იყო: „ზომიერება ყველაფერში“ - საკვების პროგრესული შემცირება, უნარ-ჩვევების შენარჩუნება და შრომითი აქტიურობის შემცირება.

ჰიპოკრატეს სკოლამ პირველმა მოგვცა ადამიანის ქრონოლოგიური ასაკის შემდეგი დაყოფა:

1. ბავშვობა	- <i>unventus</i>	14 წლამდე
2. ზრდასრულობა	- <i>adolescentia</i>	15-დან 42 წლამდე
3. მოხუცებულობა	- <i>senectus</i>	43-დან 63 წლამდე
4. დღეგრძელობა	- <i>senium</i>	63 წელი და მეტი

ნიშანდობლივია, რომ ამ სქემით მოხუცებულობა 43 წლიდან იწყება, დღეგრძელობა კი - 63 წლიდან. საუკუნეების განმავლობაში საგრძნობლად გახანგრძლივდა ადამიანის სიცოცხლე.

ცნობილი ძველი რომაელი მეცნიერი გალენი სწავლობდა დაბერებასა და სიბერეს, რომელიც ეყრდნობოდა კონცეფციას სიცოცხლის შესახებ, როგორც ოთხი ელემენტარული თვისების წონასწორობა: სითბო, სიცივე, ტენიანობა და სიმშრალე. მან შემოიღო ცნება „დისკრაზია“, როგორც სიბერის ფენომენი, რომელიც ვლინდება ქსოვილების მიერ სითბოსა და ტენიანობის დაკარგვითა და სხეულის მზარდი სიმშრალით. გალენმა პირველმა გამოყო ნორმალური და ავადმყოფური დაბერება,

რომელსაც *senium ex morbi* უწოდა. გალენის სკოლის ყურადღება გამახვილებული იყო სიბერის პროფილაქტიკასა და მოხუცი ადამიანის ჯანმრთელობის ჰარმონიული წონასწორობის შენარჩუნებაზე. შეიქმნა მედიცინის ახალი მიმართულება *Gerocomia* გეროკომია (ბერძნული) - სწავლება დიეტური წესების შესახებ მოხუცებისთვის, რომელიც მოიცავს ყოველივეს, რაც გავლენას ახდენს მოხუცებულობის ასაკის ადამიანების ცხოვრების ნირზე. სიბერის პროფილაქტიკაში პირველ ადგილზე აყენებდნენ დიეტასა და კვებას - მსუბუქ საჭმელს (უცხიმო ხორცი, თევზი, მცენარეული ზეთი, ჩირი), პირადი ჰიგიენის წესებს: პერიოდულად - აბანოები, მასაჟები, ცხოვრების აქტიური წესი. მოხუცების სრული უმოძრაობა განიხილებოდა კატასტროფად მძიმე შედეგებით. გალენმა პირველმა მიაქცია ყურადღება მარტობას, როგორც დაბერების ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს. ის მოხუცებს ურჩევდა, ეცხოვრათ თავიანთი ოჯახის წრეში. ყველა ეს რჩევა შეესაბამება დღევანდელ რეკომენდაციებს!

არაბული მედიცინის ბრწყინვალე წარმომადგენელი ავიცენა მოხუც ადამიანებს ურჩევდა მიეღოთ რძის და მცენარეული პროდუქტები, ცოტაოდენი წითელი ღვინო, ასევე სეირნობას, მასაჟებს, ცხენოსნობასა და საფალარათო საშუალებებს.

შუა საუკუნეებში გეროკომიის განვითარებაში დიდი წვლილი შეიტანა სალერმის (იტალია) სამედიცინო სკოლამ. მოხუცებისთვის რეჟიმის ყველა წესი მათ მიერ განზოგადდა წიგნში „სალერმის წესები ჯანმრთელობის შესახებ“. ამ სკოლის ექიმები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ საექიმო მედიცინას არ შეუძლია სიცოცხლის გახანგრძლივება ბიოლოგიური ნორმის ზევით, მაგრამ ყველაფერი უნდა გაკეთდეს, რომ მივალწიოთ სიცოცხლის ამ ზღვარს. სალერმის სკოლის თანახმად, დღეგრძელობის მისაღწევად ზომები უნდა მივიღოთ ჯერ კიდევ აქტიურ ასაკში: „ცხოვრების ზომიერი წესი, მზიარული გუნება-განწყობა და

დასვენება“. აღსანიშნავია, რომ ბევრი დროიდან მოყოლებული, ზემოთ აღნიშნული ყველა რეკომენდაცია დღესაც ისეთივე აქტუალური და მისაღებია.

XVI საუკუნის ფილოსოფოსმა და მეცნიერმა ფ. ბეკონმა თავის ფუნდამენტურ შრომაში მეცნიერების კლასიფიკაციების შესახებ ყველა მეცნიერება დაყო ორ ჯგუფად: მეცნიერება ბუნების შესახებ და მეცნიერება ადამიანის შესახებ. მან ცალკე გამოყო მეცნიერება ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების შესახებ. იგი თვლიდა, რომ დაბერების პროცესების სისტემატური შესწავლით შესაძლებელია აღმოვაჩინოთ დაბერების მიზეზები. ბეკონი დარწმუნებული იყო, რომ დაბერების პროცესზე ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს არაჯანსაღი ჩვევები.

1796 წელს გამოვიდა გერმანელ გერონტოლოგ ქრისტოფ ვილგელმ გუფელდის თხზულება „მაკრობიოტიკა ან ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების ხელოვნება“, რომელიც თარგმნილი იქნა მრავალ ენაზე. გუფელდის წიგნის გამოსვლას უკავშირებენ ფუნდამენტური მეცნიერებების განვითარებასა და მიღწევებს მოხუცებულობისა და დაბერების შესახებ სწავლების ახალ პერიოდს. ამ პერიოდში უკვე დაწყებულია მოხუცებში დაავადებების სიმპტომებსა და მიმდინარეობაზე დაკვირვება აუტოპსიის (გაკვეთის) მეშვეობით. მაკრობიოტიკა არის მეცნიერება კვების შესახებ, რომელიც შეიქმნა იაპონელი ექიმის და ფილოსოფოსის ჯორჯ ოსავას (1893-1966) მიერ. მაკრობიოტიკა ამტკიცებს, რომ ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად აუცილებელია დაბალანსირებული და ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქტი, რომელიც იზრდება საცხოვრებელი ადგილის მახლობლად.

XIX საუკუნეში დაბერების შესახებ სწავლების განვითარებაში ძირითადი გახდა კლინიკური დაკვირვებები გერმანიაში, ინგლისსა და საფრანგეთში. პარიზში შეიქმნა გერიატრიული ცენტრები: „სალპეტრიერი“-ს და „ბისეტრი“-ს კლინიკაში. ინგლისში გერონ-

ტოლოგია ვითარდებოდა, როგორც საერთო მედიცინის მოსაზღვრე დისციპლინა და მხოლოდ XX საუკუნის დასაწყისში იგი დააკავშირეს ბიოლოგიის მიღწევებთან.

მნიშვნელოვნად გვიან განვითარდა გერონტოლოგია აშშ-ში, სადაც მისი განვითარება, ძირითადად, განპირობებული იყო ხანდაზმული ქრონიკული ავადმყოფებისთვის სპეციალიზირებული დაწესებულებების გახსნის აუცილებლობასთან. ამერიკული გერონტოლოგიის მამამთავარი, ექიმი ი. რაშერი თვლიდა, რომ სიბერე ავადმყოფობაა, რომლის წინაშე მედიცინა უძლურია. მისი ინიციატივითა და უშუალო ხელმძღვანელობით, 1912 წელს ნიუ-ორკში დაფუძნდა გერიატრთა პირველი სამეცნიერო საზოგადოება. მოხუცებულობის ასაკის დაავადებების შესახებ მეცნიერებისათვის ი. რაშერმა შესთავაზა ტერმინი „გერიატრია“ - „პედიატრიის“ ანალოგიურად. ორი წლის შემდეგ, 1914 წელს, გამოიცა გერიატრიისა და გერონტოლოგიის პირველი სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისთვის. სულ მოკლე პერიოდში აშშ-ში შეიქმნა გერონტოლოგიისა და გერიატრიის მსხვილი კლინიკები და ცენტრები. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ფუნდამენტური კვლევები, ძირითადად, ეხებოდა დაბერების ბიოლოგიური საფუძვლებისა და სიბერის სოციალური პრობლემების შესწავლას.

XVIII საუკუნეში რუსეთში გამოვიდა ი. ფიშერის წიგნი „სიბერე, მისი ხარისხები და დაავადებები“. ჯანმრთელობასა და დღეგრძელობას იგი უკავშირებდა კონსტიტუციურ ფაქტორებსა და ფსიქიკას და მათ დამოკიდებულებას ეკოლოგიაზე. ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების ფაქტორებს შორის მნიშვნელოვნად სახელდებოდა დაავადებების პროფილაქტიკა, სხეულის გაკაფება, კვების რეჟიმი და დიეტა. ფართო დაკვირვებები დაბერების პათოლოგიასა და ფიზიოლოგიაზე ეკუთვნის ცნობილ რუს ექიმ ს. ბოტკინს. მისი თაოსნობით ჩატარებული კვლევების შედეგები

შესაძლებლობას იძლეოდა, გაემიჯნათ ნორმალური და პათოლოგიური დაბერება. დადგინდა, რომ დაბერების ნიშნები ვითარდება თანდათან და სხვადასხვა დინამიკით. რუსულმა გერონტოლოგიურმა სკოლამ მსოფლიო აღიარება მოიპოვა ი.ი. მეჩნიკოვის ცნობილი კვლევების შემდეგ. მეჩნიკოვმა დაადასტურა შეხედულება ნაადრევი დაბერების არსებობის შესახებ. მისი აზრით, „სიბერე არის ავადმყოფობა, რომელსაც მკურნალობა ესაჭიროება“, რაც დღემდე გერონტოლოგიის აქტუალურ და სადისკუსიო პრობლემას წარმოადგენს. მეჩნიკოვის იდეებს, დაბერების პროფილაქტიკასა და დღეგრძელობისათან დაკავშირებით, დღესაც არ დაუკარგავთ აქტუალობა.

გერიატრიული სამსახური საქართველოში. საქართველოში გერონტოლოგიისა და გერიატრიის საკითხები აქტუალური გახდა გასული საუკუნის 50-ან წლებში. ჩამოყალიბდა გერონტოლოგიური ფსიქიატრიის მიმართულება, რომელსაც ხელმძღვანელობდა ქართული ფსიქიატრიის ბრწყინვალე წარმომადგენელი პროფესორი ელენე (ლილი) ნაკაშიძე. პროფესორი ელენე ნაკაშიძე იყო გერონტოლოგთა და გერიატრთა საზოგადოების პრეზიდენტის წევრი. მის კალამს ეკუთვნის შესანიშნავი ნაშრომი: „ინვოლუციური მელანქოლია“ (რომელსაც შემდგომ განვიხილავთ). გერიატრიული ასაკის ფსიქიკური დაავადებების შესახებ არსებობს სხვა ქართველი ფსიქიატრების სხვა შრომები (ა. მაკარიძე, ც. ჭილაძე და სხვ.).

საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ალ. ნათიშვილის სახელობის ექსპერიმენტული მორფოლოგიის ინსტიტუტში 1970 წლიდან 2006 წლამდე ფუნქციონირებდა გერონტოლოგიის განყოფილება. 2000 წლიდან აკადემიკოს ნ. ყიფშიძის სახელობის თერაპიის ეროვნულ ცენტრში არსებობდა გერიატრია-გერონტოლოგიის განყოფილება, მაგრამ ეს სამსახურები არ იყო ფოკუსირებული გერიატრიის ფსიქიატრიულ ასპექტებზე.

საქართველოში გერიატრიული ასაკის ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები, ჩვეულებრივ, თავსდებოდნენ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში - მოზრდილთა განყოფილებებში და მათ შესაბამისი ფსიქიატრიული დახმარება ეწეოდათ. გასული საუკუნის 90-იანი წლების მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის პირობებში, ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ძალიან მცირე ბიუჯეტის გამო ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტებს პრობლემები შეექმნათ როგორც მკურნალობის, ისე სტაციონარებში არსებული პირობების (გათბობა, კვება და სხვ.) გაუარესების თვალსაზრისით. განსაკუთრებით ეს შეეხო ხანდაზმული ასაკის პაციენტებს, ვინაიდან ისინი საჭიროებენ სპეციფიკურ მოვლა-პატრონობას. ამის გამო შედარებით შეიზღუდა ხანდაზმულთა სტაციონირება ფსიქიატრიულ სტაციონარებში. ასევე, მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პრობლემები იყო ამბულატორიული დახმარების სერვისებში.

2003 წლის აგვისტოში ხანდაზმულთა ფსიქიატრიული და ფსიქო-სოციალური დახმარების მიზნით ფსიქიატრ ნესტან (დოდო) დუდუჩავას ინიციატივით, დაარსდა გერიატრიული საზოგადოება „ამაგი“. საზოგადოების დამფუძნებლების ძალისხმევითა და არასამთავრობო ბიუჯეტის ფონდის- „საქართველოს ამერიკელი მეგობრები“ (კონსტანტინე სიდამონ-ერისთავი დირექტორთა საბჭოს თავჯდომარე) და მისი წარმომადგენლის, ქალბატონი მარუსია ჭავჭავაძის ხელმძღვანელობით, მასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის სტრუქტურაში გაიხსნა გერიატრიული განყოფილება (განყოფილების გამგე მანანა ბოკუჩავა). ეს განყოფილება ემსახურებოდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ხანდაზმულებს (60 წლის ასაკის ზევით). პაციენტთა დაავადებების ნუსხა მოიცავდა როგორც ატროფიული, სისხლმარღვოვანი პროცესებით, ქალა-ტვინის ტრავმებით გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობებს (დემენციებს, ფსიქოზური რეგისტრის

აშლილობებს), ისე სხვა ფსიქიკურ აშლილობებს, რომლებიც მანიფესტირებს ან ადრე დაწყებული, გრძელდება მოგვიანებულ ასაკში (შიზოფრენია, აფექტური აშლილობები, დეპრესია და სხვ.).

აღნიშნული გერონტოლოგიური განყოფილება ფუნქციონირებდა 20 ავადმყოფზე (ქალები და მამაკაცები), ძირითადად, ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებით. ამასთან, გრძელდებოდა ამერიკელი მეგობრების მატერიალური დახმარება განყოფილებაში მომუშავე მომვლელი პერსონალისთვის. ცნობილია, რომ ხანდაზმულობისთვის დამახასიათებელი ორგანიზმის სომატური მდგომარეობა იწვევს ფსიქიკური აშლილობების კლინიკური სურათის გარკვეულ სახეცვლილებას, რაც განაპირობებს ამ კონტინგენტის სპეციფიკურობას. დაბერების პროცესისთვის დამახასიათებელი პრობლემებისა და დამძიმებული ზოგადი სომატური პროცესების ფონზე, ასეთი ავადმყოფები საჭიროებენ არ მხოლოდ ფსიქოტროპული საშუალებებით, არამედ სხვადასხვა პროფილის მედიკამენტებით მკურნალობას. ხანდაზმული პაციენტები ის კონტინგენტია, რომელიც საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლა-პატრონობას, კვებას, დამატებით ჰიგიენურ საშუალებებს, კარგ გარემო პირობებს. ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე, საჭირო შეიქმნა გერიატრიული განყოფილების თანადაფინანსების პრინციპით მუშაობა, რაც წარმოადგენდა ამ პროფილის ავადმყოფებთან დაკავშირებით მინიმალური დახმარების პაკეტს. გერონტოლოგიურ განყოფილებაში განხორციელდა:

1. ფსიქიკური პრობლემების ხანდაზმულთა(60 წლის ზემოთ) გაუმჯობესებული სტაციონარულ დახმარება;

2. გერიატრიული პროფილის ავადმყოფთა მკურნალობა ისეთი ფსიქოტროპული საშუალებებით, რომლებსაც ისინი საჭიროებენ, სახელმწიფო პროგრამით კი არ იყო გათვალისწინებული;

3. ამ ავადმყოფთა მუდმივი მეთვალყურეობა თერაპევტისა და ნევროლოგის მიერ;

4. ხანდაზმულთა ფსიქიკური აშლილობებისა და თანმხლები სომატური დაავადებების მკურნალობა;

5. გერიატრიული პროფილის ავადმყოფთა განსაკუთრებული მოვლა- პატრონობა დამატებითი პერსონალის მიერ;

6. გერიატრიული განყოფილების კომფორტული პირობებით (გათბობა და ჰიგიენური საშუალებები) უზრუნველყოფა;

7. დღის კვების გაზრდა კალორიული კვების დამატებით.

განყოფილებამ იფუნქციონირა მხოლოდ 3 წლის განმავლობაში. ამის მიზეზი გახდა მწირი სახელმწიფო ბიუჯეტი და თანადაფინანსებასთან დაკავშირებული პრობლემები (პაციენტების ოჯახების მატერიალური მდგომარეობა და ზოგჯერ - გულგრილობაც). სამწუხაროდ, ამჟამადც ფსიქიატრიის სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამაში ცალკე არ არის გათვალისწინებული გერიატრიული სამსახური (განყოფილება). გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევებში, ხანდაზმული ასაკის პაციენტები, კვლავინდებურად, სხვა პაციენტებთან ერთად თავსდებიან ფსიქიატრიულ კლინიკებში. ზემოთ აღნიშნული გერიატრიული კონტიგენტის თავისებურებებიდან გამომდინარე კი, ამ პაციენტების მოთავსება ჩვეულებრივ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მთელ რიგ პრობლემებთან არის დაკავშირებული.

იმავე წლებში ფონდ „საქართველოს ამერიკელი მეგობრების“ დახმარებით, კერძოდ, ქალბატონი მარუსია ჭავჭავაძის თაოსნობით, ქალაქ თბილისის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის (დირექტორი ნ. დუდუჩავა) მიერ ხორციელდებოდა ხანდაზმული პაციენტების ბინაზე მომსახურეობა და მათი შესაბამისი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

გარდა ამისა, საზოგადოება „ამაგის“ ფარგლებში, ნესტან დუდუჩავას ხელმძღვანელობით, რამდენიმე წელს ფუნქციონი-

რებდა ე.წ. „ხანდაზმულთა შეხვედრების სახლი“. ეს იყო ხანდაზმულთა ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის პროგრამა. აქ, ამ სახლში, გარკვეული პერიოდულობით იკრიბებოდნენ ხანდაზმული ადამიანები, მათ შორის - საზოგადოებისთვის ცნობილი პიროვნებები. ისინი ლამაზ, თბილ, სასიამოვნო გარემოში, ფსიქიატრებთან ერთად, ურთიერთობდნენ, საუბრობდნენ, ერთობოდნენ, მღეროდნენ, უკრავდნენ. მათი მხიარულებისა და ბედნიერების შემყურე (არადა, ზოგ მათგანს დიდი ტრაგედია ჰქონდა გადატანილი), ჩვენ, ფსიქიატრებიც, ბედნიერები ვიყავით. იმ წლებში, როდესაც ფსიქიატრთა საერთაშორისო დღე 10 ოქტომბერი მიეძღვნა ხანდაზმულებს, „ამაგის“ მიერ გამოშვებულ ბუკლეტზე ეწერა: „თუ გავვიმართლებს, ჩვენც დავბერდებით“.

მისასალმებელია, რომ შ.პ.ს. „ბათუმის სამედიცინო ცენტრში“ 2017 წლის 13 ივლისიდან ფუნქციონირებს გერიატრიის განყოფილება, რომელიც ემსახურება 50 ბენეფიციარს. ბენეფიციარები განყოფილებაში მიიღებიან დიაგნოზის (F01- F09), ასაკის (60 წ. მამაკაცი და 65 წ. ქალი), რეგისტრაციის (აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რეგიონი) მიხედვით. საშტატო ერთეული წარმოდგენილია შემდეგი მომსახურე სამედიცინო პერსონალით: 2 ექიმი ფსიქიატრი, 2 სოციალური მუშაკი, განყოფილების უფროსი ექთანი, ექთნები (დღის და მორიგე), მომვლელები (დღის და მორიგე) და სხვ. განყოფილებაში მუშობენ კონსულტანტები: ფსიქოლოგი, თერაპევტი, ნევროლოგი, კარდიოლოგი. ბენეფიციარები, შეძლებისდაგვარად, ჩართულები არიან ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში, სარგებლობენ მოკლევადიანი შვებულებით, სოციალური მუშაკების დახმარებით კონტაქტი აქვთ თავიანთი ოჯახის წევრებთან.

ახლა გადავიდეთ საკითხზე: რა არის დაბერება? რა პროცესია? ეგზისტენციალური თვალსაზრისით, ადამიანის ცნობიერების ფორმირებისას ვექტორი მიმართულია მომავალში. მოგვიანებულ

ასაკში კი ცნობიერების ვექტორი შემობრუნებულია წარსულში, ნოსტალგიური შემადგენელით. ეგზისტენციალურ ცნობიერებაში დომინირებს „ყოფნის ისტორია“. თუ წარსული იდეალიზირებულია და თან ახლავს დადებითი ემოციები, მომავალი აბსოლუტურად არააქტუალურია და საკუთარი ცხოვრების დასასრულზე წარმოდგენები, ფიქრები არ არის. ფენომელოგიურად წარმოდგენები სიკვდილზე ეგზისტენციალურად იმანენტურია (ადამიანისთვის დამახასიათებელი, მისი ბუნებიდან გამომდინარე).

ცნობილ ფრანგ ფილოსოფოს კატრინ მალაბუს ეკუთვნის კონცეფცია „ტვინის პლასტიკურობის“ შესახებ. იგი ავტორია წიგნის: „Что нам делать с нашим мозгом?“ (2019). დაბერების პროცესთან დაკავშირებით იგი წერს: „მოკლედ რომ ვთქვათ, იმისათვის, რომ სიბერეში შევასრულოთ საკუთარი დანიშნულება და გავუმკლავდეთ ჩვენს ამოცანას, უნდა დავეთანხმოთ სიბერეს და ყველაფერს, რაც მას მოაქვს. უნდა ვუთხრათ მას: „დიახ“. ამ თანხმობის გარეშე, იმის მზაობის გარეშე, რასაც ჩვენგან ბუნება მოითხოვს, მოხუცი ვართ თუ ახალგაზრდა, ვკარგავთ ჩვენი დღეების ფასეულობასა და აზრს და ვატყუებთ ცხოვრებას“.

კატრინ მალაბუ („Онтология случайного: эссе о деструктивной пластичности“, 2016) ფსიქოანალიტიკოსებთან პოლემიკაში ამტკიცებს, რომ მოხუცებულობა, როგორც ჩვენ მიგვაჩნია, არ არის დაქვეითების თანდათანობითი პროცესი, არამედ თვითმფრინავის კატასტროფის მსგავსი მოვლენაა, რომელიც უეცრად ხდება. ავტორის აზრით, „სიბერე ხშირად განიხილება, როგორც პლასტიკურობის დაკარგვა. და ამ დროს ჩვენ ვლაპარაკობთ „კარგი“ პლასტიკურობის დაკარგვაზე. მაგრამ არ ფიქრობენ, რომ მაშინ, როდესაც სცენიდან მიდის „კარგი“ პლასტიკურობა, შესაძლებელია, მოქმედებდეს სხვა პლასტიკურობაც. ალბათ, დაბერების ეს ორი დაპირისპირებული კონცეფცია ფარულად ეწინააღმდეგება

ერთმანეთს და საჭიროებს დაბერების განსაზღვრას, როგორც გარკვეულ ცვლილებას“.

დაბერების შესახებ ყველაზე გავრცელებული შეხედულებით, დაბერება განიხილება, როგორც ცხოვრების ბუნებრივი დასასრული, დაუძლურება, რომელიც აუცილებლად დგება ზრდასრულობის შემდეგ. დაბერების დადგომის თვალსაჩინო მაგალითი კატრინ მალაბუს მოჰყავს ფსიქოანალიტიკოს ჟერარ გუეს წიგნიდან „ასაკი და სიამოვნების პრინციპი“. მასში ცხოვრება შედარებულია თვითმფრინავით მოგზაურობასთან: „გადაფრენა შეიძლება დავყოთ სამ ეტაპად: აფრენა, ფრენა და დაფრენა. თუ ჩვენ ბავშვობა და ახალგაზრდობა გვესმის, როგორც აფრენა, ზრდასრულობა კი - ფრენა, მაშინ დაბერება დაფრენის დასაწყისია, დროა, რომელიც მიწაზე დაშვებისათვის არის საჭირო. ამ შედარებისას, დაბერებას სუბიექტი იღებს ან პასიურად, როგორც რეისის მგზავრი, ან აქტიურად ცხოვრობს თუ სუბიექტი გადაწყვეტს თავის ხელში აიღოს საქმე, როგორც პილოტი, რომელიც მართავს და აძლევს განკარგულებებს“. ფრენის ეს მეტაფორა დაბერებას განიხილავს, როგორც ნელ და თანდათანობით პროცესს, რომელიც იწყება ცხოვრების შუაში, სწორხაზოვანია და თანმიმდევრობით გაივლის ყველა მომდევნო სტადიას. ამ სქემის მიხედვით, იყო პლასტიკური, ნიშნავს გარკვეულად „გამოიგონო“ საკუთარი ასაკი, იცოდე, როგორ „განაგებდე“ მას, როგორ „დარჩე ახალგაზრდა“. ამისგან განსხვავებით, პლასტიკურობის დაკარგვა შეიძლება გაგებული იქნას, როგორც უძლურება, პასიურობა და საბოლოო რღვევის მიღება.

კატრინ მალაბუს აზრით, მეორე კონცეფციით, „დაბერება განიხილება არა მხოლოდ როგორც მარტივი, თანდათანობითი პროცესი, არამედ, ასევე, როგორც მოვლენა (თვითმფრინავის ნგრევა). შედარებით მშვიდ დაბერებასაც კი ყოველთვის ახლავს

შემთხვევითობის ელემენტი, კატასტროფის განზომილება. ეს მეორე სქემა ართულებს პირველს. იგი მიუთითებს, რომ დაბერებას არა აქვს რაღაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა. დაბერება საჭიროებს რაღაც სხვა, უეცარ, განუჭვრეტელ მოვლენას. დაბერების ამ მეორე კონცეფციას არ შეიძლება ვუწოდოთ მოხუცად გახდომა, არამედ უფრო - „მომენტალური დაბერება“. ეს შეიძლება შევადაროთ ისტორიებს, როდესაც ვკითხულობთ: „თმები გაუთეთრდა ერთ ღამეში“. ხდება რაღაც, რაც აჩქარებს სუბიექტის დაბერებას მოულოდნელობა, ცუდი ახალი ამბავი, გლოვა, ტკივილი. როგორ ვბერდებით ჩვენ - ბუნებრივად თუ ძალადობრივად? (შედარებულია სიკვდილთან). მიუხედავად ამისა, ჩვენ არავითარ შემთხვევაში არ შეგვიძლია ერთმანეთისგან გავმიჯნოთ დაბერების ეს ორი კონცეფცია. სინამდვილეში, ავადმყოფობა შეიძლება ინტერპრეტირებული იყოს, როგორც უწყვეტობის სქემა, ასევე - როგორც მოვლენის სქემა“.

რამდენი წელი უნდა იცოცხლოს ადამიანმა და რატომ ბერდება? ცოტას თუ აქვს ამაზე პასუხი. მეცნიერებმა უკვე დიდი ხნის წინ დასვეს ეს კითხვა: რა ხდება ორგანიზმში და რა იწვევს დაბერების პროცესს? უჯრედებს ხომ დაყოფის უნარი გააჩნია და, შესაბამისად, ორგანიზმი მუდამ ახალგაზრდა და ჯანმრთელი უნდა იყოს. თუმცა, აღმოჩნდა რომ ჩვენს უჯრედებს მხოლოდ გარკვეულ რაოდენობამდე შეუძლია განახლდეს, შემდეგ კი დგება ავადმყოფობისა და სიბერის პროცესი, რომელიც იწვევს სიკვდილს - უჯრედების განახლების შეუძლებლობას. არსებობს დაბერების მიზეზების ბევრი თეორია, რომელიც ამ პროცესის სხვადასხვა ასპექტს განიხილავს. თუმცა, დღეს არ არსებობს ერთიანი თეორია დაბერების მიზეზებისა და მისი შედეგების შესახებ და, ამდენად, როგორც მეცნიერებს მიაჩნიათ, მასთან გამკლავებაც ძნელია.

მოხუცებულობისას ორგანიზმის იმუნიტეტი დაქვეითებულია გარემო ფაქტორებისა და ინფექციების მიმართ და ისინი ინდივიდუალურ მიდგომას საჭიროებენ. მოხუცებში განსხვავებულია როგორც სომატური, ისე ფსიქიკური დაავადებების მიმდინარეობა. ზოგჯერ დაბერებისას ორგანიზმში მიმდინარე ყველა ცვლილებას დაავადებას მიაწერენ. ფიზიოლოგიურია, როცა თმა კარგავს პიგმენტს, კანი - ელასტიურობას და ჩნდება ნაოჭები, პიგმენტური ლაქები, ძილზე მოთხოვნილება ნაკლებია. ეს პროცესები გენეტიკური ფაქტორებითაც არის განპირობებული. ამბობენ, რომ ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა 30-40% განპირობებულია გენეტიკით, დანარჩენი - გარემო ფაქტორებით. შესაძლებელია, ასრულდება ადამიანების ოცნება სიცოცხლის გახანგრძლივების შესახებ და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 100 წელზე მეტი იქნება, თუ ადამიანი სწორი ცხოვრების წესით იცხოვრებს. ცხოვრების სწორი წესის შესახებ კი ოდითგანვე, ჰიპოკრატედან დაწყებული, მიუთითებდნენ ცნობილი მედიკოსები და მეცნიერები.

დაბერება ისეთივე მნიშვნელოვანი ეტაპია ჩვენს ცხოვრებასა და განვითარებაში, როგორც ნებისმიერი სხვა პერიოდი. თითოეული ადამიანი ბერდება ინდივიდუალურად და თავისებურად განიცდის ამას. ადამიანმა შეიძლება ვერ შეამჩნიოს თავის თავში მნიშვნელოვანი ცვლილებებიც კი (გარეგნობის გარდა), მაგრამ მაინც, დაბერება გავლენას ახდენს ადამიანზე, იცვლება მისი პიროვნული ხაზები, ემოციები. იგი წუხს საკუთარი ჯანმრთელობის გამო, რაც სრულიად ბუნებრივია. აგრეთვე, დამამძიმებელი ფაქტორია ხანდაზმულ ასაკში ბევრი ახლო ადამიანის დანაკლისის განცდა, მომავლის უპერსპექტივობა და ბევრი სხვა რამ.

აღსანიშნავია, რომ დღეისათვის არ არსებობს რაიმე საერთო თეორია დაბერების მიზეზებსა და მისი შედეგების შესახებ. უფრო

მეტიც, სიბერე საერთოდ არ განიხილება, როგორც დაავადება. ზოგადად, დაბერება - ეს არის პროცესი, რომელსაც განაპირობებს ბევრი ფაქტორი, რომელთა მოქმედება გროვდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში და იწვევს ორგანიზმის აწეულ მგრძნობელობას. მეცნიერების აზრით, არაერთგვეროვანია სიბერის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის შეფასება: „სიბერე ავადმყოფობა“ თუ - „ავადმყოფობა - სიბერე“. მაგრამ ერთია, რომ სიბერესთან საჭიროა ბრძოლა ყველა მიმართულებით. სტრესი, მარტოობა ყველა ასაკში მოქმედებს ადამიანზე და ეს აუცილებლად დამოკიდებული არ არის ასაკზე. მაგრამ როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ხანდაზმულ ასაკში აწეულია ორგანიზმის მგრძნობელობა და ადამიანი უფრო სენსიტიური ხდება. მიმდინარეობს ფიზიოლოგიური დაბერება და, პირველ რიგში, ქვეითდება მხედველობა და სმენა, რაც განაპირობებს გარემოს აღქმის გაძნელებასა და არასწორად შეფასებას. ყველაზე მნიშვნელოვანი კი არის მეხსიერების პრობლემები. დაბერების პროცესისათვის დამახასიათებელია მეხსიერების ერთგვარი დაქვეითება, თუ იგი ადამიანს არ უქმნის პრობლემებს. მაგრამ მეხსიერების დაქვეითება, დემენციური პროცესის საწყის ეტაპზე, ძნელი გასამიჯნია ნორმალური დაბერებისთვის დამახასიათებელი მეხსიერების შესუსტებისგან. სიბერისას ადამიანი უფრო ფრთხილი ხდება, მეხსიერება უქვეითდება და სრულიად ნორმალურია, რომ ახალი სიტუაციები იწვევენ თავის თავში დაურწმუნებლობასა და შიშებს. ასევე, მარტოობა ან მოძრაობის უნარის შეზღუდვა ხანდახან იწვევს დაუცველობისა და უსუსურობის განცდას.

რატომ ბერდება ორგანიზმი? ზოგიერთი მეცნიერის მტკიცებით, სიბერე ცილის დაზიანებისა და დაშლის პროცესით იწყება. ცნობილია, რომ ცილა ჩვენი ორგანიზმის, კონკრეტულად კი, ძვლების საშენ მასალას წარმოადგენს. სხვა მეცნიერები სიბერის მიზეზად სიკვდილის გენებს მიიჩნევენ, რომლებიც

სიბერის დროს სხვა მხრივ იწყებენ გააქტიურებას. ორგანიზმში გროვდება „სიბინძურე“ და თუ დაბინძურების დონე აჭარბებს დასაშვებ ნორმას, მაშინ ორგანიზმი სხვადასხვა ავადმყოფობით ავადდება, იფიტება და კვდება. ასევე, არსებობს იმუნოლოგიური თეორია. ნამდვილი მიზეზი, თუ რატომ ბერდება ადამიანი და იწყება უჯრედების კვდომა, ფიქრობენ, უნდა ვეძებოთ ჩვენს გენეტიკურ კოდში.

მოლეკულურმა ბიოლოგმა ელიზაბედ ბლექბარნმა ნობელის პრემია მიიღო კვლევაში, რომელიც ტელომერებს ეხებოდა სტრუქტურებს ქრომოსომების წვეროებზე, რომლებიც უმთავრეს როლს თამაშობენ უჯრედის დაბერებაში. თუმცა, მისი იმედგაცრუება გამოიწვია იმან, რომ ნაშრომის მნიშვნელოვანი ნაწილები მხოლოდ სამეცნიერო წრეებისთვის იყო ცნობილი და მხოლოდ აკადემიური განათლების მქონე ადამიანებს შეეძლოთ მისი გაგება. ამიტომ, ფსიქოლოგ ელისა ეპელთან ერთად, მან თავისი კვლევები ახალ წიგნში გამოაქვეყნა, რომელიც გათვლილი იყო ფართო საზოგადოებისთვის. მან წარმოადგინა მეცნიერული დასკვნა, რომელმაც შესაძლოა მოტივაცია მისცეს მკითხველებს, რომ არ მოწიონ, იკვებონ ჯანსაღად, იძინონ საკმარისად, ივარჯიშონ რეგულარულად და შეამცირონ სტრესი. „ტელომერის ეფექტი“ (The Telomere Effect) არის ის, რომ ჩვენ იმაზე ბევრად მეტი კონტროლი გვაქვს დაბერების პროცესზე, ვიდრე წარმოგვიდგენია“. ათასობით ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, რეალურად ჩვენ შეგვიძლია გავიხანგრძლივოთ ჩვენი ტელომერები - და ალბათ, სიცოცხლეც: „ტელომერები გისმენენ, ისინი უსმენენ შენს ქცევებს, შენი გონების მდგომარეობას“, - ამბობს ბლექბარნი.

მეცნიერების აზრით, ადამიანის ორგანიზმი დაახლოებით 70 ტრილიონი უჯრედისგან შედგება. „ჩვენი ორგანოები, სისხლძარღვები, ნერვები, სისხლი და მთლიანად ჩვენ - არაფერია, თუ არა ტრილიონობით ფუტკრებივით მომუშავე უჯრედი. უჯრედები

დნმ-ის დახმარებით იმართებიან, ტელომერი კი დნმ-ის ფრაგმენტია, საიდანაც იწყება დაბერება და დაავადებები“.

როგორც მეცნიერები ამბობენ, დროთა განმავლობაში, ასაკთან ერთად ტელომერები მოკლდებიან და ვეღარ უზრუნველყოფენ უჯრედებს სათანადო ინფორმაციით. როცა უჯრედები დნმ-დან ვეღარ იღებენ მითითებებს, ისინი განიცდიან დეგრადაციას, რაც ქმნის დაავადებებისა და დაბერების წინაპირობას. ფიქრობენ, რომ ტელომერებზე გავლენას ახდენს როგორც გენეტიკური, ასევე, გარემო ფაქტორებიც. აქედან გამომდინარე, აკეთებენ დასკვნას, რომ გენეტიკა ჩვენი ბედისწერა სულაც არ არის და შესაძლებელია ჩვენივე ცხოვრების წესით მასზე ზეგავლენა. დაბერების შეჩერება არ შეგვიძლია, მაგრამ, საბედნიეროდ, მისი შენელების ძალა კი შეგვწევს.

ტელომერების ცვეთის ხელშემწყობ ფაქტორებად ასახელებენ სიგარეტს, უმოდრაობას, ჭარბ წონას, არაჯანსაღ საკვებს, ქრონიკულ სტრესსა და ტოქსინებს. მართალია, ყოველდღიური ცხოვრების წესში უცებ ცვლილებების შეტანა ადვილი არ არის, მაგრამ ნელ-ნელა შესაძლებელია ახალი ჩვევების გამომუშავება.

დაბერება მიჩნეულია ორგანიზმის, უჯრედებისა და ქსოვილების ფუნქციონირების პროგრესულ ვარდნად. ადამიანების ფუნქციონირების ვარდნის ან შეწყვეტის მიზეზი კი, ფიქრობენ, რომ მრავალია. კვლევების მიხედვით, სიბერის ბიოლოგიის ახალ ფოკუსს წარმოადგენს ქსოვილებსა და ორგანოებში „დაბერებული“ უჯრედების აკუმულაცია. დაბერებული უჯრედები ძველი, გაუარესებული მდგომარეობის უჯრედებია, რომლებიც სათანადოდ ვერ ფუნქციონირებენ და რისკის ქვეშ აყენებენ მათ გარშემო არსებულ უჯრედთა ფუნქციონირებასაც. ამ მოშლილი უჯრედების მოშორებამ ცხოველებში უკვე აჩვენა დაბერების მრავალი მახასიათებლის გაუმჯობესება. მაგალითად, უფრო გვიან დაიწყო განვითარება კატარაქტამ.

მეცნიერებისთვის ჯერ კიდევ ბოლომდე უცნობია, ასაკის მატებასთან ერთად რატომ ბერდებიან უჯრედები. სავარაუდო მიზეზებს შორის არის დნმ-ის დაზიანება, ანთებების ზემოქმედება და ქრომოსომების დაბოლოებაში არსებული დამცავი მოლეკულების (ტელომერების) დაზიანება.

მეცნიერებს ბოლო დროს გაუჩნდათ ვარაუდი, რომ დაბერების ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს ის ფაქტი, რომ კვარგავთ გენების ჩართვისა და გამორთვის უნარს შესაბამის დროსა და ადგილზე. ფიქრობენ, რომ დაბერებასთან ერთად კვარგავთ გენების რეგულირების კონტროლის უნარს. სხეულის თითოეული უჯრედი შეიძლება სიცოცხლისთვის საჭირო ყველა ინფორმაციას, მაგრამ ყველა ქსოვილსა და ყველა გარემოში ყველა გენი არ აქტიურდება.

ამ მოსაზრების მიხედვით, როდესაც უჯრედის შიგნიდან ან გარედან მომდინარე სიგნალები გენებს ააქტიურებს, წარმოიქმნება მოლეკულური შეტყობინება (მას რნმ-ს უწოდებენ), რომელიც შეიცავს ყველა ინფორმაციას, რაც კი გენების „საქმიანობისთვისაა“ საჭირო. ჩვენი გენების 95 პროცენტზე მეტი რამდენიმე განსხვავებული ტიპის შეტყობინებებს ამზადებს, რაც უჯრედის საჭიროებებზეა დამოკიდებული. გადაწყვეტილებას, თუ რომელი ტიპის შეტყობინებები უნდა აწარმოონ მოცემულ დროს, იღებს 300 ცილისგან შემდგარი ჯგუფი, რომელსაც „სპლაისინგის ფაქტორებს“ უწოდებენ.

დაბერებასთან ერთად მცირდება ე.წ. სპლაისინგის ფაქტორების ოდენობაც. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ბებერ უჯრედებს უქვეითდებათ გარემოს ცვლილების საპასუხოდ გენების ჩართვა-გამორთვის უნარი. კვლევებით დადასტურებულია, რომ ამ მნიშვნელოვან რეგულატორთა დონე შემცირებულია მოხუცი ადამიანების სისხლში ისევე, როგორც სხვადასხვა ტიპის ქსოვილთა იზოლირებულ დაბერებულ უჯრედებში.

შესაძლებელია თუ არა დაბერების უკუქცევა. ალბათ, ეს არის ის, რაზეც მსოფლიოში მრავალი ადამიანი ოცნებობს. მის რეალობად ქცევამდე კი ჯერ კიდევ დიდი გზა რჩება. მაგრამ ცოტა ხნის წინ, ერთ-ერთი ექსპერიმენტის ფარგლებში, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ექსეტერის უნივერსიტეტის მეცნიერებმა ადამიანის უჯრედებში დაბერების პროცესი უკუაქციეს (ამის განხილვა არ შედის ჩვენს კომპეტენციაში). მათი აზრით, ამ ექსპერიმენტმა შესაძლოა, საფუძველი დაუდოს დაბერების საწინააღმდეგო პრეპარატებს.

დაბერების პროცესის შეჩერება ჯერჯერობით ადამიანს არ შეუძლია, მაგრამ არსებობს საშუალებები, რომელთა ყოველდღიური გამოყენება დაბერების პროცესის შენელებაში დაგვეხმარება. ასაკი ავტომატურად არ გულისხმობს დაავადებებს. ჩვენს ორგანიზმს აქვს პოტენციალი ნებისმიერ ასაკში ვიგრძნოთ თავი ენერგიულად, ჯანმრთელად, გვქონდეს ენთუზიაზმი და ცხოვრების მიმართ ინტერესი. გამოავლენს თუ არა ორგანიზმი ამ პოტენციალს, ჩვენს ყოველდღიურ არჩევანზეა დამოკიდებული

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2017 წლის პროგნოზით, მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს მოსახლეობის სწრაფი დაბერება. 2015-დან - 2050-მდე წლების პერიოდში 60 წელს გადაცილებული ადამიანების წილი თითქმის გაორმაგდება - 12%-დან - 22%-მდე. იგივე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი წლების მონაცემებით, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა იყო: მამაკაცებში - 68 წელი, ქალებში - 72 წელი. 2019 წლის გაეროს მონაცემებით, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენს 67,2 წელს (65,0 - მამაკაცებისათვის და 69,5 ქალებისათვის). არსებობს მონაცემები, რომ იმავე 2019 წლის ივლისში სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად გაიზარდა: ქალებისთვის 78,5 წელი, მამაკაცებისთვის ათი წლით ნაკლები 68,5 წელი. საინტერესოა მიზეზები

ქალებში სიცოცხლის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვანი გაზრდის, მამაკაცებში კი - უმნიშვნელო შემცირების.

პლანეტის მოსახლეობის მხოლოდ მცირე ნაწილი ცხოვრობს 100 წლამდე. რაში მდგომარეობს დღეგრძელობის საიდუმლო, ამაზე პასუხი არის: ყველას თავისი საიდუმლო აქვს. ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობას განაპირობებს მრავალი ფაქტორი: გენეტიკური განწყობა, გარემო პირობები, ფიზიკური ჯანმრთელობა, სულიერი მდგომარეობა, სიცოცხლის წყურვილი.

დღეს 100 წლის ასაკს დედამიწის მოსახლეობის საკმაოდ მცირე ნაწილი თუ აღწევს, 110 წელს გადაცილებულები კი კიდევ უფრო ნაკლებია. 2008 წლის 28 ივნისის ოფიციალური მონაცემებით, მსოფლიოში ცნობილი სუპერდღეგრძელი იყო 84 ადამიანი, რომლებმაც 110 წელს გადააბიჯეს (მათგან 75 ქალია, 9 მამაკაცი), 100 წელს გადაცილებულთა რიცხვი კი 200 ათასს უტოლდებოდა.

ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა. დედამიწის ყველაზე ხანდაზმული ადამიანის ოფიციალური ტიტული ეკუთვნის ფრანგ ქალბატონს, ჟანა-ლუიზა კალმანს, რომელიც 1997 წელს, 122 წლის გარდაიცვალა, დედამიწის ყველაზე ხანდაზმული მამაკაცის ტიტულს კი 118 წლის იაპონელი, კუნძულ კოსიუზე მცხოვრები ტომოძი ტანაბე ფლობდა. ეს სტატუსი იაპონელს მას შემდეგ ერგო, რაც 115 წლის ასაკში ამერიკის შეერთებულ შტატებში გარდაიცვალა წინა რეკორდსმენი, პუერტორიკოელი ემილიანო მერკადო დელ ტორო. მაქს პლანკის სახელობის დემოგრაფიული კვლევის ინსტიტუტმა (გერმანია) გამოაქვეყნა დოკუმენტი, რომელშიც მკვლევარებმა დღეგრძელი ქალბატონის, ჟანა-ლუიზა კალმანის ასაკი, რომელიც 122 წლის გარდაიცვალა, დოკუმენტურად დაამტკიცეს. ეს შესაძლებელი გახდა ამ ქალბატონის მონაყოლი ინფორმაციის შეკრებისა და გადამოწმების საფუძველზე. ეს

ინფორმაცია ეხებოდა მისი და ნათესავების ცხოვრების პერიოდში მომხდარ საზოგადოებრივ მოვლენებს. ქალბატონი კალმანის მონაყოლი შეადარეს სამოქალაქო, სანოტარო და საეკლესიო ჩანაწერებს, საგაზეთო სტატიებსა და მოსახლეობის სააღწერო დოკუმენტებს. ამასთან, მიუთითებენ, რომ შეუძლებელი იყო თითოეული დეტალის დამტკიცება, მაგრამ, პირდაპირი თუ ირიბი მტკიცებულებების საფუძველზე, შესაძლებელი გახდა მისი სიცოცხლის ხანგრძლივობის დადგენა.

ყველაზე ხანდაზმულ ადამიანებს შორის იყო ჰოლანდიელი ქალბატონი ჰენდრიკე ვან ანდელ-შიფერი, რომელსაც 115 წელი შეუსრულდა. მან ეს ტიტული 114 წლის იაპონელი იონე მინაგავას გარდაცვალების შემდეგ დაისაკუთრა. ყველაზე ხანდაზმული ტყუპი ამერიკაში, ვირჯინიის შტატში, 1803 წელს დაბადებული ილან შადრაკ და ჯონ მეშაკ ფიბსები არიან. ისინი 108 წლისანი გარდაიცვალნენ.

გერონტოლოგების მტკიცებით, თანამედროვე ადამიანი ცხოვრობს იმაზე 40%-ით ნაკლებს, ვიდრე ეს ბუნებით არის ბოძებული. აქტიური ცხოვრების 100-200 წელი არ არის ადამიანის ორგანიზმის სიცოცხლის ზღვარი.

რას ამბობს ბიბლია ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობის შესახებ? ამ მხრივ, ძალზე საინტერესოა ბიბლიაში არსებული მონაცემების ანალიზი.

ბიბლიიდან ვიგებთ, რომ ძველ დროში ადამიანები გაცილებით დიდხანს (დღეისთვის დაუჯერებელი ასაკი) ცხოვრობდნენ. მაგალითად, ზოგის ასაკი თითქმის ათას წელს ითვლიდა. მართლა ასე დიდხანს ცოცხლობდნენ ადამიანები ბიბლიურ დროში?

„ბიბლიის“ წიგნი „დაბადება“ ასახელებს შვიდ მამაკაცს, რომლებმაც 900 წელზე მეტხანს იცოცხლეს. ყოველი მათგანი ნოეს დროს მომხდარ წარღვნამდე დაიბადა. მათი სახელებია: ადამი,

შეთი, ენოში, კენანი, იარედი, მეთუშალახი და ნოე (დაბადება 5:5-27; 9:29). უმეტესობისთვის მათი ვინაობა შეიძლება ნაკლებად ცნობილი იყოს, მაგრამ ისინი კაცობრიობის ისტორიაში პირველი ათი თაობის წარმომადგენლები არიან. ამ ადამიანებს შორის მეთუშალახმა ყველაზე დიდხანს, 969 წელს, იცოცხლა.

ბიბლია ასახელებს სულ მცირე კიდევ 25 ადამიანს, რომლებმაც იმაზე გაცილებით დიდხანს იცოცხლეს, ვიდრე დღეს ცოცხლობენ ადამიანები. ზოგმა მათგანმა 300, 400, 700 წელს ან უფრო მეტხანს იცოცხლა (დაბადება 5:28-31; 11:10-25). თუმცა ბევრს არ სჯერა, რომ ბიბლიაში მოხსენიებული ეს ადამიანები ამდენ ხანს ცხოვრობდნენ. ეს მითია თუ რეალობა?

მოსე, რომელმაც, ღვთის შთაგონებით, ბიბლიის პირველი ხუთი წიგნი დაწერა, ერთ-ერთი ყველაზე გავლენიანი და პატივდებული კაცის სახელით შევიდა კაცობრიობის ისტორიაში. ებრაელები მას ყველაზე დიდ მოძღვრად მიიჩნევენ, ქრისტიანებისთვის იესო ქრისტეს წინამორბედი, მუსლიმებისთვის იგი ერთ-ერთი უდიდესი წინასწარმეტყველია. მეცნიერები სვამენ კითხვას: სწორი იქნება, რომ ასეთი მნიშვნელოვანი და ისტორიული პიროვნების ჩანაწერები სანდო არ იყოს?

ზოგი ამტკიცებს, რომ ძველად დროს სხვაგვარად ზომავდნენ და ის, რასაც წელიწადს უწოდებდნენ, სინამდვილეში თვე იყო. მაგრამ „დაბადების“ მიხედვით, დავრწმუნდებით, რომ ძველად დრო ისე იზომებოდა, როგორც დღეს იზომება. ამას ადასტურებს ორი მაგალითი. ბიბლიაში ვკითხულობთ, რომ წარღვნა დაიწყო მაშინ, როცა ნოე 600 წლისა იყო, „მეორე თვეს, თვის მეჩვიდმეტე დღეს“. შემდეგ ვკითხულობთ, რომ დედამიწაზე წყალი 150 დღეს მძლავრობდა და რომ „მეშვიდე თვის მეჩვიდმეტე დღეს კიდობანი არარატის მთებზე გაჩერდა“ (დაბადება 7:11, 24; 8:4). ამრიგად, ხუთთვიანი პერიოდი - მეორე თვის მეჩვიდმეტე დღიდან დაწყებული იმავე წლის მეშვიდე თვის მეჩვიდმეტე დღით დამთავრე-

ბული - შეადგენს 150 დღეს. აქედან გამომდინარე, უსაფუძვლოა იმის მტკიცება, რომ წელიწადში თვე იგულისხმებოდა.

მეორე მაგალითი: დაბადების 5:15-18-ის თანახმად, მაჰალა-ლელს 65 წლის ასაკში შეეძინა ვაჟი. ამის შემდეგ მან კიდევ 830 წელს იცოცხლა და 895 წლისა მოკვდა. მისი შვილიშვილი ენოქიც 65 წლისა იყო, როცა ვაჟი შეეძინა (დაბადება 5:21). წელიწადი თვე რომ ყოფილიყო, გამოდის, ეს ორი კაცი ხუთი წლის ასაკში გახდა მამა, რაც სრული აბსურდია.

არქეოლოგიური მასალებიც იმაზე მოწმობს, რომ ბიბლიაში მოხსენიებული დღეგრძელი ადამიანები მართლა არსებობდნენ. აბრაამის შესახებ ბიბლია ამბობს, რომ იგი ქალაქ ურიდან იყო. შემდეგ ქალაქ ხარანში დასახლდა, მოგვიანებით კი - ქანაანის მიწაზე, ებრძოდა ელამის მეფე ქედარლაომერს და დაამარცხა (დაბადება 11:31;12:5; 14:13-17). არქეოლოგიური აღმოჩენები ადასტურებს ამ ქალაქებისა და ადამიანების არსებობას. არქეოლოგიამ, აგრეთვე, ნათელი მოჰფინა გეოგრაფიული ადგილების თავისებურებებსა და იმ ხალხის ტრადიციებს, რომლებიც აბრაამთან დაკავშირებით მოიხსენიება. თუკი ეს ინფორმაცია უტყუარია, რატომ უნდა იწვევდეს ეჭვს ის, რომ აბრაამის სიცოცხლის დღეები 175 წელს ითვლიდა? (დაბადება 25:7).

აქედან გამომდინარე, არავითარი მიზეზი არ არსებობს, სკეპტიკურად შეხედონ ბიბლიის განაცხადს იმის შესახებ, რომ ძველად ადამიანები უჩვეულოდ დიდხანს ცხოვრობდნენ. მაგრამ რატომ უნდა გვანტერესებდეს ეს საკითხი? პასუხი: **თქვენ შეგიძლიათ იმაზე დიდხანს იცოცხლოთ, ვიდრე წარმოგიდგენიათ!**

წარღვნამდე მცხოვრები ადამიანების უჩვეულოდ ხანგრძლივი სიცოცხლე ადამიანის ორგანიზმის წარმოუდგენელ შესაძლებლობებზე მეტყველებს. თანამედროვე ტექნოლოგიები მეცნიერებს შესაძლებლობას აძლევს, ღრმად გამოიკვლიონ უნიკალურად შექმნილი ადამიანის სხეული, მათ შორის ორგანიზმის განახ-

ლებისა და თვითგანკურნების უნარი. მედიცინის პროფესორი ტომ კერკუდი ამბობს, რომ „სიბერე მედიცინის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ საიდუმლოდ რჩება“.

მაგრამ ღვთისთვის სიბერე არც საიდუმლოს წარმოადგენს და არც გადაუჭრელ პრობლემას. მან პირველი ადამიანი, ადამი, სრულყოფილი შექმნა. ღმერთს განზრახული ჰქონდა, რომ ადამიანებს მარადიულად ეცხოვრათ. სამწუხაროდ, ადამმა ზურგი აქცია ღმერთს და შედეგად ცოდვა და არასრულყოფილება მოიმკა. სწორედ ეს არის იმ კითხვაზე პასუხი, რომელსაც მეცნიერები დიდი ხანია ეძებენ. ბიბლიაში წერია: „ერთი ადამიანის მეშვეობით შემოვიდა ცოდვა ქვეყნიერებაში და ცოდვის მეშვეობით - სიკვდილი, ამგვარად, სიკვდილი გავრცელდა ყველა ადამიანზე, რადგან ყველამ შესცოდა“ (რომაელები 5:12). ჩვენი ავადმყოფობის, სიბერისა და სიკვდილის მიზეზი სწორედ ცოდვა და არასრულყოფილებაა.

კითხვაზე: არსებობს თუ არა ასაკის ზღვარი, სადამდეც ადამიანს შეუძლია იცოცხლოს? - ბიბლიის დაბადების წიგნში 6:3 დაწერილ სიტყვებს ბევრი აღიქვამს, როგორც ადამიანის სიცოცხლის ასაკის შეზღუდვას 120 წლამდე. მიუხედავად ამისა, ნახსენები არიან ადამიანები, რომლებმაც ამ ასაკზე გაცილებით მეტხანს იცხოვრეს. აქედან გამომდინარე, ზოგიერთების აზრით, დაბადების ტექსტის 6:3-ის მიხედვით, ადამიანები, ზოგადად, არ იცოცხლებენ 120 წელზე მეტს. წარღვნის შემდეგ ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა მკვეთრად მცირდებოდა (შედარებულია დაბადება 5 და დაბადება 11) და თანდათან დავიდა 120 წლამდე (დაბადება 11:24). ამ პერიოდიდან მხოლოდ ზოგიერთი ადამიანი ცხოვრობდა 120 წელზე მეტს. სხვა განმარტებით, დაბადება 6:3 წარმოადგენს ღვთიურ გაფრთხილებას, რომ 120 წლის შემდეგ იქნება წარღვნა.

წარღვნიდან რამდენიმე ასწლეულის შემდეგ მოსემ თქვა: „ჩვენი დღეების წელი 70 წელია, დიდი სიძლიერისას - 80 წელი (ფსალმუნი 90:10). არც დაბადება 6:3 და არც ფსალმუნი 90:10 არ წარმოადგენს ღვთის მიერ ადამიანის სიცოცხლის ასაკის შეზღუდვას. დაბადება 6:3 არის წარღვნის დროის წინასწარმეტყველება. ფსალმუნი 90:10 უბრალოდ ამტკიცებს, რომ ადამიანები ზოგადად ცხოვრობენ 70-80 წელს“ (Существует ли ограничение возраста, до которого мы можем дожить? © Библия Онлайн, 2003-2020).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაციით, დღეგრძელებს მიეკუთვნება ხანდაზმული ადამიანები, რომლებმაც გადააბიჯეს 90 წელს. გინესის რეკორდების წიგნის მიხედვით, ადამიანის სიცოცხლის ზღვარი არის 122 წელი. სწორედ ამდენი იცოცხლა საფრანგეთში მცხოვრებმა ფრანგმა ქალბატონმა ჟანა ლუიზა კალმანმა. ორი წლით ნაკლები იცოცხლა იაპონიაში მცხოვრებმა შიგეცო იზუმიმ. ვიეტნამში იპოვეს ადამიანი, რომელსაც შეუსრულდა 142 წელი.

კოლუმბიის ყველაზე მოხუცმა მაცხოვრებელმა ჰევეირა პერეირამ იცოცხლა 169 წელს. როდესაც მას შეუსრულდა 146 წელი, სთხოვეს თანხმობა, რომ მის საპატივცემულოდ გამოეშვათ სამახსოვრო მარკა მისი გამოსახულებით. პერეირა დათანხმდა ერთი პირობით მარკის ბოლოში უნდა ყოფილიყო წარწერა: „კიდევ ვსვამ და კიდევ ვეწევი“.

დღეგრძელობის შემთხვევათა დოკუმენტურად დადასტურებულ მონაცემთა ბაზაზე - International Database on Longevity დაყრდნობით, ინდონეზიელი მამაკაცი გარდაიცვალა 146 წლის ასაკში, იავას სოფელში (რაც შემოწმდა). როდესაც ჰკითხეს დღეგრძელობის მიზეზი, მან უპასუხა: „მთავარია მოთმინება. მე ვიცხოვრე დიდხანს იმიტომ, რომ ჩემზე ზრუნავდნენ ადამიანები, რომლებსაც ვუყვარდი“. იგი მთელი ცხოვრების განმავლობაში

იყო აქტიური მწეველი, მან იგოცხლა თავის 4 ცოლზე, 10 დედმამიშვილსა და შვილებზე დიდხანს.

საინტერესო შემთხვევას აღწერენ ინგლისელი ისტორიკოსები. 1635 წელს პროვინციიდან ლონდონში ჩავიდა გლეხი თომას პარი, რომელიც უნდა წარმდგარიყო მეფის წინაშე, როგორც დლეგრძელი ადამიანი. ის ამტკიცებდა, რომ მოესწრო ცხრა მეფეს და არის 152 წლის. პარის საპატივცემულოდ მეფემ მოაწყო დიდი წვეულება, რის შემდეგ ის გარდაიცვალა. გაკვეთის თანახმად, პარი გარდაიცვალა პნევმონიით. მაგრამ ამბობენ, რომ მისი სიკვდილის მიზეზი იყო მეფის მდიდრული სუფრა. შეიძლება სხვა ადამიანების ჩამოთვლა, რომლებმაც მიაღწიეს 186, 185, 170, 169 წელს.

ლეონარდ ჰეიფლიკმა, კალიფორნიის უნივერსიტეტის პროფესორმა, სხვადასხვა ქვეყანაში ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ცალკეული პერიოდების მიხედვით შედგენილი გრაფიკების საფუძველზე, მიიღო თეორიული მრუდე 115 წლის ზედა მაჩვენებლით. ამასთან ერთად, მან აღმოაჩინა კიდევ ერთი საინტერესო კანონზომიერება: აღმოჩნდა, რომ ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა პროპორციულია თავის ტვინის სხეულის წონასთან შეფარდების. რაც უფრო დიდია ეს შეფარდება, მით უფრო ხანგრძლივია სიცოცხლე და ის საკმაოდ მკვეთრად იცვლებოდა ევოლუციის გარკვეულ პერიოდებში. უკანასკნელად, ის მკვეთრად გაიზარდა 100 ათასი წლის წინ, რის შემდეგ პრაქტიკულად არ შეცვლილა ისევე, როგორც ტვინის მასის შეფარდება სხეულის წონასთან. ამ მეცნიერმა გამოთქვა, ასევე, ორიგინალური მოსაზრება ორგანიზმის დაბერების შესახებ. მისი აზრით, დაბერება დგება ზრდის შეწყვეტის შედეგად და ის არსებები, რომელთა ზრდაც არ წყდება დროთა განმავლობაში (მაგალითად, ზვიგენი, კუს ერთ-ერთი სახეობა), ბერდებიან ძალიან ნელ-ნელა.

მსოფლიოს მეცნიერების მოსაზრებები ადამიანის სიცოცხლის ზედა ზღვარის შესახებ განსხვავებულია. შუა საუკუნეების ცნობილი ექიმი პარაცელსი თვლიდა, რომ ადამიანმა შეიძლება იცოცხლოს 600 წელს. ალბრეხტ ფონ გალლერი და ქრისტოფ ვილგელმ გუფელანდი (მე-18 საუკუნის მეცნიერები) მიიჩნევდნენ, რომ ადამიანის სიცოცხლის ზღვარი 200 წელია. დიდი რუსი მეცნიერები: ილია მეჩნიკოვი და ალექსანდრე ბოგომოლეცი ლაპარაკობდნენ 160 წელზე.

პარადოქსულად თვლიან, რომ ხანდაზმულები იშვიათად კვდებიან უშუალოდ ასაკის გამო. პრაქტიკულად, სიკვდილის მიზეზი ყოველთვის არის სხვადასხვა დაავადება - გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვების ანთება (წარსულში ტუბერკულოზი), თირკმელების, ონკოლოგიური, ინფექციური. ცნობილი ინგლისელი დღეგრძელი თომას პარი (152) და თურქი ზარა აგა (156) გარდაიცვალნენ არა ასაკის გამო, არამედ ავადმყოფობით (პირველი პნევმონიით, მეორე - ურემიული კომით, გამოწვეული პროსტატის დაავადებით). აქ იბადება კითხვა: ზოგიერთი ეს დაავადება (მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვების ანთება, თირკმელების), ორგანიზმში დაბერებისას მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესების შედეგად ხომ არ ვითარდება?

100 წლის დღეგრძელთა შორის არაიშვიათია ლოთებიც. მე-18-მე-19 საუკუნეებში იყო შემთხვევები - ქირურგი, რომელიც გარდაიცვალა 140 წლის, 25 წლის ასაკიდან სამუშაოს შემდეგ ყოველ დღე თვრებოდა; 120 წლის დღეგრძელის შემთხვევაში, ის კვირაში ორჯერ თვრებოდა. მოყვანილია ერთი ირლანდიელის მაგალითი, რომელმაც 120 წელს იცოცხლა და დატოვა ანდერძი: „ის ყოველთვის მთვრალი იყო და ისე საშიში ამ მდგომარეობაში, რომ თვით სიკვდილსაც ეშინოდა მისი“. ზოგ დღეგრძელს უყვარდა ყავა, მაგალითად, ცნობილ ფრანგ ფილოსოფოს ვოლტერს და როდესაც ერთმა ექიმმა მას უთხრა, რომ ყავა არის შხამი, ვოლტერმა

უპასუხა: „აი, მაღე, 80 წელია, რაც მე ვიწამლები ამ შხამით“. ასევე, ამბობენ, რომ მოწევა ამოკლებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას. მაგრამ, ბევრი დღეგრძელი იყო აქტიური მწველი. დღეგრძელობის პრემიის ლაურეატი, გვარად როსი, რომელიც გარდაიცვალა 102 წლის ასაკში, ძალზე ბევრს ეწეოდა.

მსოფლიოს ერთ-ერთმა ყველაზე ავტორიტეტულმა სამეცნიერო ჟურნალ „Nature“-მა ნიუ-იორკის ალბერტ აინშტაინის სამედიცინო კოლეჯის მეცნიერების კვლევა გამოაქვეყნა, რომელიც ეხებოდა ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაქსიმალურ ზღვარს. სტატიას მსოფლიოს მედიასაშუალებებში დიდი გამოხმაურება მოჰყვა. ამ საკითხის შესწავლას ჰოლანდიელმა მეცნიერებმაც მიუძღვნეს კვლევა. მათი დასკვნა დაემთხვა ამერიკელების დასკვნას.

ამ დასკვნაში მნიშვნელოვანია ის, რომ ბოლო 20-30 წლის განმავლობაში ცნობილი დღეგრძელი ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა შემცირდა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური სახეობის, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზღვარი 115 წელზე გაჩერდა. არსებობს ამ ზღვარის გადალახვის ერთეული შემთხვევები, მაგრამ, საშუალოდ, რეკორდსმენიუხუცესები სწორედ 116 წლისთვის კვდებიან. ფაქტობრივად, იმავეს ადასტურებენ ჰოლანდიელი მკვლევრებიც. ამის დადგენა შეძლეს გამორჩეული დღეგრძელობის შემთხვევათა დოკუმენტურად დადასტურებულ მონაცემთა ბაზაზე - International Database on Longevity დაყრდნობით.

ამ ბაზაში ხვდებიან სხვადასხვა ქვეყნის მაცხოვრებლები, რომლებმაც 110 წელს გადააბიჯეს. მთავარია, ასაკი დოკუმენტურად იყოს დადასტურებული. მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ ამ სუპერდღეგრძელი ადამიანების გარდაცვალების საშუალო ასაკი, რაც ათობით წლის განმავლობაში უწყვეტად იზრდებოდა, 1995 წლიდან აღარ იზრდება და 115 წელზე გაიყინა. აქედან გამომ-

დინარე, იზადება კითხვა: 22-ე საუკუნეში ადამიანები 115 წელზე მეტს ველარ იცოცხლებენ?

„Nature“-ში გამოქვეყნებული სტატიის ავტორები დარწმუნებულნი არიან, რომ არსებობს სიცოცხლის რაღაც ბიოლოგიური ზღვარი, რომელსაც ვეღარავინ გადალახავს. იმავდროულად, არსებობენ მეცნიერები, რომლებსაც სხვა მოსაზრება აქვთ. მაგალითად, ჯეიმს ვოპელი, იმავე ჟურნალში რამდენიმე წლით ადრე გამოქვეყნებულ სტატიაში დემოგრაფიის, ეპიდემიოლოგიისა და ბიოლოგიის უამრავ კვლევას განაზოგადებს და ამტკიცებს, რომ დროთა განმავლობაში აუცილებლად გაიზრდება ისეთი ადამიანების წილი, რომლებიც ღრმა მოხუცებულობამდე იცხოვრებენ. ასეთი ადამიანების რიცხვი რაც უფრო მეტი იქნება, მით მეტი იქნება იმ ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც 115-წლიან ზღვარს გადალახავენ; გაჩნდებიან ერთეული დღეგრძელები, რომლებიც 120-ე დაბადების დღეს აღნიშნავენ. მიუხედავად ამისა, ნათლად არ ჩანს, შეიძლება თუ არა დღეს მომავალი თაობების სიცოცხლის ხანგრძლივობის განსაზღვრა და ადამიანთა დღეგრძელობის რეკორდების პროგნოზირება. დღევანდელი რეკორდსმენები მე-19 და მე-20 საუკუნის ზღვარზე ან მე-20 საუკუნის დასაწყისში დაიბადნენ. მას შემდეგ ცხოვრების პირობები შეიცვალა, რაც, გარკვეულად, ამ ადამიანებზეც აისახა. ასე რომ, მათი ცხოვრების დასაწყისში რთული გამოსაცნობი იყო, თუ რამდენ წელს იცოცხლებდნენ ისინი. არსებობს ყველა საფუძველი, მეცნიერებმა იფიქრონ, რომ მედიცინის, ტექნოლოგიების განვითარების, ასევე, საზოგადოების სოციალური ტრანსფორმაციის პოზიტიური ეფექტი მომავალი თაობების სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე უფრო ძლიერად და, რაც მთავარია, დადებითად აისახება.

არსებობს იმის ალბათობა, რომ მომავალში მეცნიერების დასკვნები შეიძლება გადაიხედოს. ის ფაქტი, რომ ცალკეული უნიკალური დღეგრძელი ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლი-

ვობის ზრდა შეჩერდა, შეიძლება დროებითი მოვლენა იყოს და დასკვნები ნაადრევი აღმოჩნდეს.

ისმება კითხვა: ზოგადად, იზრდება თუ არა ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა? ჯანმრთელობის შემთხვევაში, უფრო დიდხანს სიცოცხლის ალბათობა შეუქცევადად იზრდება. ჟაკ ვალენისა და ფრანს მელეს კვლევის მიხედვით, რომელიც მონაცემთა უზარმაზარ ბაზას ეყრდნობა, ცხადია, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა გლობალური მოდერნიზაციის პერიოდს ემთხვევა, მისი თანმდევი მოვლენაა და ეს ტენდენცია შეწყვეტას არ აპირებს.

ადამიანების დღეგრძელობა, დიდწილად, ქვეყნის განვითარების დონეზეა დამოკიდებული. მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდას ადამიანთების ისეთი გარე ფაქტორები განაპირობებდა, როგორებიცაა: ეპიდემია, ჰიგიენა, საბაზისო მედიცინა და ასე შემდეგ. 1960-იანი წლების შემდეგ მსოფლიო შევიდა ისეთ ფაზაში, როდესაც სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება დამოკიდებული გახდა ადამიანის ცხოვრების წესზე.

სამწუხაროდ, საქსტატის ოფიციალური მონაცემებით, საქართველოში ადამიანის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 2007 წლის შემდეგ შემცირებულია. კერძოდ, 2007 წლის მონაცემებით, ეს იყო 75.1 წელი, ხოლო 2016 წელს 72.7 წელი. იმავდროულად, დროის ამ შუალედში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 2013 წელს დაფიქსირდა - 75.2 წელი. კლება შენარჩუნდება თუ ტენდენცია მატებისკენ შეიცვლება, გაურკვეველია (უფრო ახალი მონაცემები მიუწვდომელია).

ამერიკელმა მეცნიერებმა გაარკვიეს, თუ რა გავლენას ახდენს დაბადების თარიღი მის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. მათი მტკიცებით, ისინი, ვინც შემოდგომაზე ან ზამთარში იბადებიან, უფრო დღეგრძელები არიან,

ვიდრე გაზაფხულზე და ზაფხულში დაბადებულები. ჩიკაგოს უნივერსიტეტის მეცნიერები, 1500 ამერიკელის მონაცემის შესწავლის საფუძველზე, მივიდნენ ასეთ დასკვნამდე.

ამასთან, დღეგრძელთა შორის, ყველაზე მეტი ნოემბერში იყო დაბადებული და ყველაზე ნაკლები მარტში. როგორც კვლევის ავტორები ამტკიცებენ, 100 წლამდე მარტში დაბადებულების მხოლოდ 4% ცხოვრობს. კვლევის ასეთ შედეგს ისინი იმიტომ ხსნიან, რომ ჩვილი, რომელიც შემოდგომაზე და ზამთარში იბადება, მუცლად ყოფნის ბოლო თვეებში, ანუ წლის თბილ სეზონში, უფრო მეტ ვიტამინებსა და მინერალებს იღებს ახალი ხილიდან და ბოსტნეულიდან, ვიდრე ის, ვინც გაზაფხულზე ან თუნდაც, ზაფხულში იბადება. გარდა ამისა, ითვლება, რომ ფეხმძიმე ქალის ვიტამინიზირებული კვება ბავშვს კვების სწორ ჩვევებს უყალიბებს. მეცნიერები, ასევე, ამტკიცებენ, რომ შემოდგომაზე დაბადებულები ქრონიკული დაავადებებით იშვიათად იტანჯებიან.

გარდა ამისა, მიუთითებენ, რომ ბავშვები, რომლებიც სასწავლო წლის მიწურულს დაიბადნენ, სწავლაში ნაკლებად წარმატებულნი არიან, ვიდრე ისინი, ვინც შემოდგომაზე დაიბადნენ. აგრეთვე, არის მოსაზრება, რომ წითური ადამიანები უფრო გვიან ბერდებიან.

მეცნიერებს ყოველთვის აინტერესებდათ ე.წ. „დღეგრძელობის კერები“ (ადგილები), სადაც ადამიანები მნიშვნელოვნად უფრო დიდხანს ცხოვრობენ და სიცოცხლის ბოლომდე ინარჩუნებენ მხნეობასა და ენერგიას. მსოფლიოში ერთ-ერთ ასეთ რეგიონად დასახელებული იყო აფხაზეთი, სადაც მოსახლეობის 3% დღეგრძელი, 100 წელს გადაცილებული იყო. აშშ-ში 100 წელზე მეტი ასაკის ადამიანები წარმოადგენენ ერთ-ერთ ყველაზე მზარდ ასაკობრივ ჯგუფს. უკანასკნელი წლების მონაცემებით, კუბაში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 76 წელი - ერთ-ერთი ყვე-

ლაზე მაღალია მსოფლიოში. ამ ქვეყნის 11 მილიონი მოსახლეობიდან 3 ათასი ადამიანი იყო, რომელმაც გადააბიჯა 100 წელს. 100 წელზე მეტი ასაკის ადამიანების დიდი რიცხვით შეიძლება დაიკვეხნოს ტაივანმა.

საინტერესოა, რომ არის ქვეყნები, სადაც ხალხი გაცილებით დიდხანს ცოცხლობს, ვიდრე საშუალოდ მთელს მსოფლიოში - და თითოეულ ადგილს სიცოცხლისუნარიანობის განმაპირობებელი თავისი მიზეზები და საკუთარი საიდუმლო წყარო აქვს. ეს ქვეყნებია: იაპონია, სამხრეთ კორეა, ესპანეთი, სინგაპური, შვეიცარია.

იაპონია. უკვე რამდენიმე საუკუნეა, რაც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობით იაპონია პირველ ადგილს ინარჩუნებს. რამდენიმე წლის წინ არსებული მონაცემებით, იქ 100 წელს გადაცილებულთა რიცხვი 28 ათასს აღწევდა, მათი 85,4% ქალია.

თანამედროვე იაპონელი მამაკაცების სიცოცხლის საშუალო მაჩვენებელი 79, ხოლო ქალებათათვის - 86 წელია, საშუალოდ 83 წლამდე ცხოვრობენ. იაპონელები ატარებენ მსოფლიოში ყველაზე ხანდაზმული მოსახლეობის ტიტულსაც. ამ ქვეყანაში მოსახლეობის 25,6%-მა გადააბიჯა 60 წელს (დღევანდელი მონაცემებით, შეიძლება მეტია).

ოფიციალური სტატისტიკით, ყველაზე მეტი დღეგრძელი იაპონიის სამხრეთში, ოკინავაში, ცხოვრობს, სადაც ყოველ 100 ათას ადამიანზე 54 ასწლოვანი მოდის. ოკინავა, რომელსაც ხშირად „უკვდავთა მიწასაც“ ეძახიან, დღეგრძელ მაცხოვრებელთა გამოკვლევის გლობალურ ცენტრად ითვლება, რადგან სამხრეთ იაპონიის ამ კუნძულებს 400-ზე მეტი 100 წელს გადაცილებული მაცხოვრებელი ჰყავს.

იაპონელთა დღეგრძელობაში, მემკვიდრეობით ნიშან-თვისებათა და აღზრდის თავისებურებათა გარდა, დიდ როლს ასრულებს კვების რაციონი, სადაც უპირატესობა ენიჭება ზღვისა და

ოკეანის პროდუქტებს, თევზს, პარკოსნებს, სოიოს, რძესა და ხილს. ასეთი კვება ორგანიზმში რამდენჯერმე ამცირებს ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების განვითარების ალბათობას.

იაპონიაში ხანდაზმულ მაცხოვრებელთა შორის არსებული აქტიური სოციალური ურთიერთობები და, ასევე, ძლიერი სამოქალაქო საზოგადოებაც ხელს უწყობს სტრესის შემცირებასა და თვითმყოფადობის გრძნობის გაძლიერებას.

ესპანეთი. გულისთვის სასარგებლო ზეითუნის ზეთით, ბოსტნეულითა და ღვინით მდიდარი ხმელთაშუა ზღვის საკვები უკვე დიდი ხანია ესპანეთის მოსახლეობის სიცოცხლისუნარიანობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია. „ესპანეთს სახელოში მრავალწლოვანობის კიდეც ერთი საიდუმლო აქვს დამალული: შუადღის ძილი.“ “ხალხი ფიქრობს, რომ ყველა ესპანელი მაღაზიების დახურვისას 2:00-დან 5:00-მდე შუალედში “თვლემს“, მაგრამ ეს ყველაფერი, უბრალოდ, სწორად ორგანიზებული სამუშაო განრიგია“. თუ უწყვეტი განრიგი და ლანჩისთვის მხოლოდ ნახევარსაათიანი შესვენება გაქვთ, მაშინ იძულებული ხართ, რომ სწრაფი კვების ობიექტებში მიირთვათ. მაგრამ თუ იძულებული ხართ, რომ 2-3 საათი შეისვენოთ, მაშინ სახლში ან რესტორანში მიდიხართ, სადაც ორი სრულფასოვანი კერძისა და დესერტის მირთმევა შეგიძლიათ და მონელებისათვისაც საკმარისი დრო დაგრჩებათ, რა თქმა უნდა, ეს ყველაფერი უფრო ჯანსაღად გამოიყურება, ვიდრე სწრაფი კვება.“

ესპანეთის ქალაქების სიმჭიდროვე ხალხს მეტი მოძრაობისკენ უბიძგებს, რადგან, როგორც წესი, მაღაზიები და რესტორნები ხალხის საცხოვრებლებიდან ფეხით რამდენიმე წუთის სავალზეა. ესპანეთის ქალაქების სიმჭიდროვის გამო ხალხი უპირატესობას სიარულსა და ველოსიპედით სეირობას ანიჭებს, ხოლო საკუთარ ავტოსატრანსპორტო საშუალებას ნაკლებად იყენებს.

სინგაპური. ქვეყნის თანამედროვე სამედიცინო დაწესებულებებსა და, როგორც ემახიან, “სასწაულ” ჯანდაცვის სისტემაზე ფართო ხელმისაწვდომობის წყალობით, სინგაპურელები უფრო დიდხანს ცხოვრობენ, ვიდრე აქამდე საშუალოდ 83.1 წლის ასაკამდე. ამ ქვეყანას დედებისა და ახალშობილების დაღუპვის ერთ-ერთი ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს მსოფლიოში და მათი ჯანდაცვის სისტემა პროფილაქტიკურ მოვლაზეა ფოკუსირებული. სიცოცხლის გახანგრძლივებაში თავისი კულტურა და ხელმისაწვდომი ქალაქური გარემოც უწყობთ ხელს. სინგაპურში უამრავი ხალხი დადის სპორტულ დარბაზებში ან ვარჯიშობს საზოგადოებრივ პარკებში, რომლებიც იქ საკმაოდ ბევრია.

სინგაპურში არაჯანსაღი ჩვევების შენარჩუნება საკმაოდ ძნელია. „ემიგრანტებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ აქ „მავნებლობა“ ბევრად უფრო ძვირი ჯდება“, ალკოჰოლი მძიმედ იბეგრება და ამიტომ ის იქ ბევრად მეტი ღირს.

შვეიცარია. მამაკაცები შვეიცარიაში უფრო უკეთესად ცხოვრობენ, ვიდრე მსოფლიოს სხვა ნებისმიერ წერტილში, ისინი საშუალოდ 81 წლამდე ცხოვრობენ. როგორც ევროპის ერთ-ერთ ყველაზე მდიდარ ქვეყანას, მას მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სისტემა გააჩნია, ადამიანებს კი ძლიერი პირადი უსაფრთხოების და კეთილდღეობის შეგრძნება აქვთ. ზოგიერთი კვლევა დღეგრძელობის ერთ-ერთ წამყვან ფაქტორად ქვეყანაში ყველისა და რძის პროდუქტების გამოყენების ტრადიციასაც მიიჩნევს. „მამაკაცები შვეიცარიაში უფრო უკეთესად ცხოვრობენ, ვიდრე მსოფლიოს სხვა ნებისმიერ წერტილში.“ შვეიცარიაზე ამბობენ, „როცა თქვენთან ახლოს ალპებია, დროის სუფთა ჰაერზე გატარებაც უფრო იოლია“.

სამხრეთ კორეა. ბოლოს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სამხრეთ კორეა პირველი ქვეყანაა, სადაც სიცოცხლის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელმა 90 წლამდე მიაღწია. ეს ყველაფერი

კი ძლიერმა და მზარდმა ეკონომიკამ, ფართოდ ხელმისაწვდომმა ჯანდაცვამ და მაცხოვრებელთა შედარებით დაბალმა არტერიულმა წნევამ განაპირობა.

ქვეყანას, ასევე, ფერმენტირებული საკვებით მდიდარი რაციონი აქვს, რომელიც, როგორც ცნობილია, ქოლესტერინის დონეს ამცირებს, ზრდის იმუნიტეტსა და ხელს უშლის კიბოს წარმოქმნას. „მთლიანობაში, კორეული საკვები მდიდარია ბოჭკოვანი და მკვებავი ნივთიერებებით“. სამხრეთ კორეის მაცხოვრებლები ამბობენ, რომ საზოგადოებისკენ მიმართული კულტურული ორიენტირი და მათთან დაკავშირებული ტრადიციები აქაური ყოველდღიური ცხოვრების ხარისხზე ზეგავლენას ახდენს. სამხრეთ კორეაში „შეგნების საერთო მნიშვნელობა არსებობს, რომელიც როგორც ბუდისტური აზროვნებიდან, ასევე ინდივიდუალიზმის წინააღმდეგ თანამშრომლობის კულტურის საერთო დამოკიდებულებიდანაც მოდის“.

ჩამოთვლილი ქვეყნების გარდა, მიუთითებენ **იტალიელ დღეგრძელებზე**.

ევროპაში იტალია (საფრანგეთთან ერთად, რომელიც მას მცირედით ჩამორჩება), დღეგრძელთა (100 წელს გადაცილებული პირები) რაოდენობით რეკორდსმენია, განსაკუთრებით კუნძულ სარდინიის მოსახლეობა. დღეგრძელთა შორის ოდითგანვე მრავლად იყვნენ საუკუნეზე მეტი ხნის ადამიანები. სარდინიაში ერთი საინტერესო ტენდენცია გამოიკვეთა: ყველგან, სადაც კი დღეგრძელი ადამიანები ცხოვრობენ, ქალებსა და მამაკაცებს შორის თანაფარდობა 4:1-ია, სარდინიაში კი ეს მაჩვენებელი 1:1-ს უტოლდება, ანუ ქალებათონები სარდინიაში ზუსტად იმდენს ცოცხლობენ, რამდენსაც - მათი მეორე ნახევრები. სპეციალისტთა აზრით, ეს ერთი ძველი ტრადიციის ერთგულებით აიხსნება, რომლის თანახმადაც, სარდინიაში ფუნქციები სქესობრივი ნიშნის მიხედვით მკაცრად არის გამიჯნული: მამაკაცები ფიზიკურად

შრომობენ, ზრუნავენ ოჯახის გამოკვებაზე, ქალები კი პასუხს აგებენ საოჯახო საქმეებსა და ფინანსების მართვაზე. საქმიანობის ასეთი გაყოფა მამაკაცებს მაქსიმალურად აცილებს თავიდან სტრესულ სიტუაციებს, რის გამოც მკვეთრად იკლებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი. სარდინიულ დღეგრძელობას უკავშირებენ, ასევე, წითელი ღვინის ზომიერ და ყველ პეკორინოს უხვ გამოყენებას. წითელი ღვინო უხვად შეიცავს ქიმიურ ნივთიერებებს, რომლებიც ხელს უშლიან ენდოთელინის (ნივთიერება, რომელიც მთავარი ფაქტორია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში) წარმოქმნას, ყველი პეკორინო კი შეიცავს სასარგებლო ცხიმოვან მჟავებს, რომლებიც სარდინიელებს სიცოცხლეს უხანგრძლივებს. სარდინიელები დღეში დაახლოებით 4-5 ჭიქა სითხეს სვამენ და თითქმის ყოველდღიურად მიირთმევენ კაკლის რამდენიმე ლებანს, რაც, ასევე, ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკს. არსებობს კიდევ ერთი მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტორი: სარდინიელები ღვთისმოსაობით გამოირჩევიან. "გწამდეს ქრისტე - ნიშნავს იყო სტრესებისგან თავისუფალი", - სწამთ სარდინიელებს. ბოლო 10 წლის (2009-2019) განმავლობაში იმ იტალიელთა რაოდენობა, რომლებმაც 100 წელს გადააბიჯეს, 11000-დან 14456-მდე გაიზარდა, ხოლო იმ იტალიელთა რაოდენობამ, რომლებმაც 105 წლის იუბილე იზეიმეს, ორჯერ მეტად მოიმატა – 472-დან 1112-მდე (ანუ 136%-ით).

ორგანიზაცია Cent'anni e non sentirli-ის ანგარიშის მონაცემების მიხედვით, რომელიც სტატისტიკის ეროვნულმა ინსტიტუტმა Istat-მა გამოაქვეყნა: იმ 14456 ადამიანს შორის, რომლებმაც 100 წელს გადააბიჯეს, 84% ქალია, 105 წელს გადაცილებულთა შორის 87% ქალია, ხოლო იმ 125 დღეგრძელიდან, რომლებმაც 110 წელი უკან ჩამოიტოვეს, 93%-ს ასევე ქალები წარმოადგენენ.

იტალიაში ამ 10-წლიან პერიოდში დღეგრძელ ადამიანთა რაოდენობა 2015 წლამდე გაზრდილი იზრდებოდა და 2015 წელს

ისტორიულ პიკს მიაღწია, ამის შემდეგ მათი რაოდენობა მცირდება. იმავე ორგანიზაცია Cent'anni e non sentirli-ის მონაცემებით, დღეგრძელ ადამიანთა დიდი ნაწილი ჩრდილოეთ იტალიაში ცხოვრობს. იტალიის ყველაზე ხანდაზმული ადამიანი პეპა ბებია 2019 წლის 18 ივნისს გარდაიცვალა 116 წლის ასაკში. მას შემდეგ იტალიის ყველაზე ხანდაზმული ადამიანი 113 წლის ქალბატონია, რომელიც ემილია-რომანიაში ცხოვრობს (შესაძლებელია, გარდაიცვალა).

კავკასიური დღეგრძელობა. კავკასიელები ოდითგანვე განთქმულნი იყვნენ დღეგრძელობით. მთიან რეგიონებში 100 წელს გადაცილებულები არავის უკვირდა. მათი ცხოვრების პირობებისა და საქმიანობის შესწავლამ ცხადყო, რომ დღეგრძელობის საფუძველს ტრადიციული კვების რაციონი და ცხოვრების ჯანსაღი წესი წარმოადგენდა.

კავკასიელთა დღეგრძელობის საიდუმლო ყოფილა:

1. ლიზინით, მეთიონინითა და ტრიპტოფანით (3 უმთავრესი და უმნიშვნელოვანესი ამინომჟავა, რომლებსაც საკვებ პროდუქტთა მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიცავს) მდიდარი საკვები;

2. მცენარეული ზეთისა და ცხოველური ცხიმების დაბალანსებული მიღება;

3. კვებითი ანტიოქსიდანტებით მდიდარი მენიუ, იმ პროდუქტების სიუხვე, რომელთა როლიც სიცოცხლის გახანგრძლივებაში ექსპერიმენტულად არის დადასტურებული;

4. შაქრისა და მარილის მწირი გამოყენება;

5. სწორად ორგანიზებული რაციონი, უჯრედისით მდიდარი საკვების სიჭარბე;

6. ცხარე სანელებლები, ალკოჰოლის ზომიერი მიღება, მაღალკალორიული საკვები ცხიმების ოპტიმალური შემცველობით;

7. ვიტამინებით, მიკრო და მაკროელემენტებით მდიდარი საკვები, რომლებსაც კარგად გამოხატული ანტიათეროსკლეროზული თვისებები აქვს.

ასე იკვებებოდნენ კავკასიელი მთიელები სიცოცხლის ბოლომდე, რის წყალობითაც, ორგანიზმი მედგარ წინააღმდეგობას უწევდა გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების რისკ-ფაქტორებს. ადამიანები დიდხანს ინარჩუნებდნენ ჯანმრთელობას და დიდხანს ცოცხლობდნენ. ამას შეიძლება დავუმატოთ გეოგრაფიული მდებარეობა და კლიმატური პირობები.

დაბერების პროცესთან დაკავშირებული სხვადასხვა ასპექტის მიმოხილვის შემდეგ უნდა შევხვთ უშუალოდ ხანდაზმული ასაკის ფსიქიკურ პრობლემებს. ხანდაზმული ასაკის ფსიქიატრიულ პრობლემებს განიხილავს გერონტოლოგიური ფსიქიატრია. გერონტოლოგიური ფსიქიატრია, როგორც კლინიკური ფსიქიატრიის დამოუკიდებელი სფერო, გამოიყო ჯერ კიდევ გასული საუკუნის 60-იან წლებში. ეს განაპირობა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ხანდაზმულ პაციენტთა რიცხვის მატებამ. მთელი რიგი მკვლევრების აზრით, ხანდაზმულ პაციენტთა რიცხოვრივ მატებაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს უფროსი ასაკის ადამიანების ხვედრითი წილის გაზრდას საერთო პოპულაციაში. გარკვეული დემოგრაფიული ცვლილებები კი, ასევე, ვრცელდება ფსიქიკური პაციენტების პოპულაციაზე. უკანასკნელი წლებში გერონტოლოგიისადმი ინტერესი მკვეთრად გაიზარდა, რაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გამოწვეულია საერთო პოპულაციაში მოხუცების რიცხვის ზრდით. თუ საუკუნის დასაწყისში დასავლეთ ევროპაში 65 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობა 5% იყო, დღეისთვის უკვე 15%-მდეა, მათ შორის 1/3 75 წელზე მეტი ასაკის არის. ასაკის მატებასთან ერთად, მოსალოდნელია ფსიქიკური დარღვევებისა და განსაკუთრებით, დემენციით დაავადებულთა რაოდენობრივი

მატება, რაც ზრდის მოთხოვნას მოხუცთა ფსიქიატრიულ დახმარებაზე.

მოხუცებში ფსიქიკური დაავადების რისკის ფაქტორს წარმოადგენს უპატრონობა, უსახლკარობა, სიღატაკე, სტრესული სიტუაციები და ცუდი ინტერპერსონალური ურთიერთობანი, რასაც ბევრად განაპირობებს ტრადიციული და ზოგადი კულტურალური ასპექტები.

გერიატრიულ ფსიქიატრიაში აქტუალურია ფიზიოლოგიური სიბერის, ფსიქიკურ აშლილობათა სიმპტომკომპლექსების, მკურნალობის ზოგიერთი ასაკობრივი თავისებურებებისა და პრაქტიკული მუშაობის ორგანიზების საკითხები. გერიატრიული ფსიქიატრია შეისწავლის, აგრეთვე, გერიატრიული ასაკის აშლილობების პროფილაქტიკის საკითხებსაც.

გერონტოფსიქიატრიის საკითხების უშუალო განხილვამდე საინტერესოა მოკლედ შევხვით ადამიანის ხანდაზმულობის ასაკთან დაკავშირებულ პროცესებს, კერძოდ, დაბერებასთან დაკავშირებულ თავისებურებებს.

არჩევენ სომატური, ფსიქიკური და პიროვნული დაბერების პროცესებს. გერონტოფსიქიატრიაში, აგრეთვე, არის ტერმინი ნორმალური დაბერება. ფსიქიატრიის ინტერესებიდან გამომდინარე, ჩვენ მოკლედ შევხვებით ფსიქიკური და პიროვნული დაბერების პროცესებს.

ფსიქიკური დაბერების პროცესში განიხილავენ, ზოგადად, ინტელექტის, კერძოდ, მეხსიერების დაქვეითებას, ფსიქომოტორული ფუნქციების შენელებას, ემოციების ერთგვარ დაჩლუნგებას. H. Ruffin (1967) მიუთითებდა, მაგალითად, Kraepelin და Runge-ზე, რომლებიც ადამიანის ფსიქიკურ დაბერებას ხედავდნენ, უპირველეს ყოვლისა, მნესტიკური აქტების შესუსტებაში (განსაკუთრებით დამახსოვრების), ემოციური სფეროს შევიწროებაში, აქტივობისა და ნებელობის დაქვეითებასა და ქარაქტე-

რეოლოგიური მანკიერებების ჩამოყალიბებაში (ჭირვეულობისა და უნდობლობის სახით). Runge განსაკუთრებით ხაზს უსვამდა ინტელექტუალური პროდუქტიულობის ჩაქრობასა და აფექტური რეაგირების უუნარობას. მისი აზრით, მოხუცებულობითი დემენციის მარტივი ფორმების სიმპტომები, ალბათ, წარმოადგენს მხოლოდ „ნორმალური დაბერების“ გამოვლინებების გამძაფრებას“. იმავე აზრის იყვნენ Schutz და Hoff, რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ პროდუქტიულობის დაქვეითებას თან ახლავს: 1. მომატებული კონსერვატიზმი; 2. ხასიათის არსებული ნიშნების გამძაფრება (სიძუნწე, უნდობლობა, ლაყბობა, იპოქონდრიულობა); 3. ინტერესთა წრის შევიწროვება და მტრული დამოკიდებულება ყოველივე ახლისადმი; 4. მეხსიერების დაქვეითება (დამახსოვრება და ყურადღება); 5. ავადმყოფობებისადმი შიში; 6. ყველა მოქმედების ზოგადი შენელება.

1939 წელს Gruhle ლაპარაკობდა „დაბერებისას ცხოვრების განმავლობაში გამოუმუშავებული ჩვევების მუდმივობასა და სიმტკიცეზე, მშვიდ გონიერებაზე, რომელსაც უნარი აქვს, შექმნას ხელოვნების ნაწარმოებები, თუმცა ყოველივე ახალს თვლის რაღაც არასაჭიროდ“. მექანიკური მეხსიერების დაქვეითებასთან ერთად, შენარჩუნებულია სისტემატიზირებული მეხსიერება, ანუ დაჯგუფების, მოწესრიგებისა და შედარების უნარი. აღინიშნება აზროვნების პროცესების „ავტომატიზაცია“, ანუ აზროვნება წარმოებს გამზადებული მსჯელობებით. ამასთან, „როცა აზროვნება კარგავს თვალსაჩინოებას, სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს ლოგიკური აზროვნება“ (Lange).“ უნარები ქრება, მაგრამ მას ცვლის დაგროვილი გამოცდილების სიმდიდრე, თავშეკავებულობა, ცხოვრებისეული მოწესრიგებულობა, საკუთარი თავის ფლობა, რომელიც სულიერ არსებობას აძლევს რაღაც მიყრუებულის, განუმეორებლობის ელფერს“ (Jaspers).

Ruffin (1967) ასკვნის, რომ ფსიქიკური დაბერება, ზოგადად, იწვევს ცვლილებებს, პირველ რიგში, ინტელექტის სტრუქტურასა და თვით პიროვნებაში: „აქ არ შეიძლება შემოვიფარგლოთ მხოლოდ ნეგატიური შეფასებით. თუმცა, სასიცოცხლო ძალის დაქვეითებასთან ერთად, ქვეითდება ინტელექტუალური და მნესტიკური ფუნქციები, ამავედროულად და სწორედ ამის გამო, შესაძლებელია პროდუქტიულობის აწევა იმ ამოცანების გადაწყვეტაში, რომლებიც მოითხოვს პროფესიონალურ ცოდნასა და გამოცდილებას“. მოხუც ადამიანებში აღნიშნულ ცვლილებებს ავტორი ინტელექტის სტრუქტურის გადაწყობას უწოდებს. მისი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ახალი მასალის ათვისების დიაპაზონი მცირდება მაშინ, როცა ინტელექტის დონე შენარჩუნებულია დიდი ხნის განმავლობაში, შეძენილი ცოდნა და ცხოვრებისეული გამოცდილება კი ხდება უფრო ნათელი და ღრმა. მოხუცებულობისას, უარყოფით თვისებებთან (ჭირვეულობა, კონსერვატიზმი, სიჯიუტე) ერთად, ვლინდება ისეთი დადებითი თვისებებიც, როგორიცაა: გაწონასწორებულობა, სანდოობა და კეთილსინდისიერება. ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, ისმება კითხვა: რამდენად სწორია ინტელექტისა და პიროვნების გაყოფა?, რაზეც Ruffin უარყოფითად პასუხობს.

საერთოდ, პიროვნული დაბერების პრობლემები უფრო ნაკლებადაა შესწავლილი, ვიდრე, ზოგადად, ფსიქიკური დაბერების პროცესი (ინტელექტის, მეხსიერების, ფსიქომოტორული რეაქციების და სხვა ფუნქციების).

ჯერ კიდევ გრძელდება დისკუსია, ბერდება თუ არა პიროვნება ორგანიზმის დაბერებასთან ერთად. ნ. შახმატოვის (1966) აზრით, პიროვნება, მთელი მისი ასაკობრივი თავისებურებებით, სიბერეში, არსობრივად, არ იცვლება. ფსიქიკური ფუნქციების მოცულობის შემცირება, მათი სიძლიერის დაქვეი-

თება მოხუცებულობის ასაკში ადამიანის პიროვნებას არ არღვევს. იგივე ავტორი უფრო გვიანდელ პუბლიკაციებში (1996) წერდა, რომ ფიზიკური უძლურების ზრდა, სოციალური იზოლაცია და ბიოლოგიური აქტივობის დაქვეითება, გამოწვეული ადრინდელი ინტერესებისა და მოთხოვნილებების ჩაქრობით, მაინც იწვევს სიბერეში პიროვნული ბირთვის შეცვლას.

ე. ავერბუხის (1965) აზრით, მოხუცი არ არის ავადმყოფი, დანგრეული ადამიანი, არამედ ის რჩება პიროვნებად, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი ხასიათობრივი ხაზებით, რომლებიც მას სხვა მოხუცებისგან განასხვავებს.

დაბერების პროცესში განსაკუთრებით დიდი როლი ენიჭება თვით პიროვნებას. ფსიქიკური დაბერება და ფიზიკური დაბერება პარალელურად არ ხდება და დაბერებას არ განიხილავენ, როგორც პიროვნების დეგრადაციას. დაბერებისას ადაპტაციის სიძლიერე ქვეითდება, მაგრამ ის შეიძლება წარმატებით კომპერსირდეს განსჯის დიდი უნარით, ფართო მსოფლმხედველობით, შემოქმედებითი აქტივობითა და სოციალური პასუხისმგებლობის დიდი გრძნობით.

ნორმალური დაბერების დროს პროცესების შეცვლა აღწერეს E.Kraepelin, H.W.Gruhle, E.Stransky. ამ ავტორებმა მიუთითეს, რომ ნორმალური დაბერების დროს ხდება პიროვნული ხაზების ჯერ გამძაფრება, შემდეგ კი - ნიველირება.

ასაკობრივი ხასიათობრივი თავისებურებებია: ეგოცენტრიზმი, კონსერვატიზმი, ინტერესთა სფეროს შევიწროება, აქტივობისა და ინიციატივის დაქვეითება. ზოგიერთი ფსიქიატრი ამას უმატებს დაურწმუნებლობას, სიმხდალეს, შფოთვის მომატებას, ინტრავერსირების ზრდას, რიგიდობას, შემოქმედებითი უნარის დაქვეითებას. ეს თავისებურებები, ერთი მხრივ, თავის ტვინში კანონზომიერად მიმდინარე მოხუცებულობითი ფიზიოლოგიური ატროფიული პროცესების, ხოლო, მეორე მხრივ, სიბერეში

ცხოვრების სტილისა და ურთიერთობების სისტემის მნიშვნელოვანი შეცვლითაა გამოწვეული. ღრმა მოხუცებში ამას ერთვის უმაღლესი ემოციების შესუსტება, თავისებური სულიერი გაღარიბება, რაც შესაძლებელია მყარი სომატოგენური და ცერებრული ასთენიით იყოს განპირობებული. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ 45-50 წლიდან მძაფრდება ზეღირებულოვანი აზრებისკენ მიდრეკილება პარანოიალური მზაობის სახით, ეჭვიანობა და უნდობლობა. აქედან გამომდინარე, ინვოლუციურ ასაკში ასაკობრივი ცვლილებები ხელს უწყობს დეპრესიული, მშფოთვარე-დეპრესიული და პარანოიალური აშლილობების აღმოცენებას, იმ პირებშიც კი, რომლებსაც პრემორბიდში არ ჰქონდათ ეს ხაზები. გვიან ასაკში, ავერბუხის აზრით, როგორც წესი, ქვეითდება აქტიურობა, ცხოვრებისეული დაბრკოლებების გადალახვის უნარი, იცვლება ინტერესთა მიმართულება, ვიწროვდება წრე, ჩნდება საკუთარი თავის მიმართ დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა, სიფრთხილე და გაურკვეველი უსიამოვნების მოლოდინი. ყოველივე ეს კი განაპირობებს პიროვნების დეკომპენსაციასა და ფსიქიკურ აშლილობას.

ადამიანის თავის ტვინის მასა 30-დან 70 წლის ასაკამდე თანდათანობით მცირდება დაახლოებით 5%-ით; 80 წლისთვის 10%-ით და 90 წლისათვის - 20%-ით. ამასთან ერთად, ტვინის პარკუჭები ფართოვდება და სქელდება ტვინის გარსები, ერთგვარად იკარგება ნერვული უჯრედები. უფრო მნიშვნელოვანია ფსიქიკური პროცესების გაუარესება და სენილური ფოლაქების წარმოქმნა, რაც 70 წლის ზევით ჯანმრთელ ადამიანთა დაახლოებით 80%-ს აქვს. უფრო იშვიათია ნეიროფიბრილური წნულები და გრანოვასკულური დეგენერაცია. იშემიური დარღვევები თავის ტვინში 65 წელზე მეტი ასაკის ჯანსაღ ადამიანთა დაახლოებით 50%-ს აქვს. ბიოქიმიური შესწავლის საფუძველზე,

გამოვლენილია ერთგვარი ცვლილებები ნეიროტრანსმიტერულ სისტემასა და ტვინის პროტეინების სინთეზში.

პიროვნული კრიზისი სიბერეში ხშირად დაკავშირებულია ძირითადი სასიცოცხლო მოტივების დაკარგვასთან: პენსიაზე გასვლა, მეუღლის გარდაცვალება და სხვა, რომელთა შეცვლაც ახალი მოტივით შეუძლებელია. ახალგაზრდისაგან განსხვავებით, წარსული მოხუცისათვის უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მომავალი.

ამგვარად, წამყვანი რჩება შეხედულება, რომლის თანახმადაც, სიბერეში ადამიანი განიცდის გარკვეულ რეგრესს და პიროვნების დაბერება ისევე, როგორც ორგანიზმის დაბერება, დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე: 1. ბიოლოგიური (კონსტიტუციური ტიპი, ტემპერამენტი, ფიზიკური ჯანმრთელობა); 2. სოციალურ-ფსიქოლოგიური (ცხოვრების სტილი, ოჯახური, საყოფაცხოვრებო მდგომარეობა, შემოქმედებითი აქტიურობა).

არსებობს მოსაზრება, რომ დაბერებისადმი უფრო გამძლეა უმაღლესი ნერვული მოქმედების ძლიერი, გაწონასწორებული, მოძრავი ტიპი (სანგვინიკი), ნაკლებ გამძლეა სუსტი ტიპი (მელანქოლიკი). დაბერებასთან ერთად, შესაძლოა მოხდეს უმაღლესი ნერვული მოქმედების ძლიერი ტიპის ტრანსფორმირება სუსტში, წონასწორობისა გაუწონასწორებელში, აქტიურისა-ინერტულში, ექსტრავერტულისა - ინტრავერტულში. შემოქმედებითად აქტიური ადამიანის პიროვნება ისე არ ბერდება, როგორც უმოქმედო პენსიონერის. გერონტოლოგიაში ცნობილია დებულება, რომ ადამიანი ბერდება იმგვარად, როგორც ის ცხოვრობდა თავისი სიცოცხლის განმავლობაში და როგორიც იყო ის, როგორც ადამიანი. ეს მოსაზრება ეხება როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ დაბერებას.

პირობითად გამოყოფენ მოხუცებულობის სამ სახეს: 1. „ბედნიერი“, 2. „არაბედნიერი“, 3. „ფსიქოპათოლოგიური“.

„ბედნიერი“ მოხუცებულობა ხასიათდება სიმშვიდით, მსოფლმხედველობის ბრძნული გაცისკროვნებით, მჭვრეტელობით, თავშეკავებით, რომელიც ყალიბდება არა მარტო ცხოვრებისეული გამოცდილების დაგროვების შედეგად, არამედ ემოციებისა და აფექტების ფსიქიკაზე ზემოქმედების შესუსტების შედეგად. ასეთი მოხუცებულობის შემთხვევებში, ისინი წარსულში მიეკუთვნებოდნენ ჰარმონიულ, გაწონასწორებულ ტიპებს და პენსიაზე გასვლის შემდეგ ეწეოდნენ ინტელექტუალურ შემოქმედებით საქმიანობას.

ე.წ. „არაბედნიერი მოხუცებულობა“ ხასიათდება შფოთვით, შფოთვითი ეჭვიანობით საკუთარი ფიზიკური ჯანმრთელობის გამო. იგი ვითარდება სხვადასხვა სომატური დარღვევების არსებობისას, აგრეთვე, ახლობლების: შვილების, შვილიშვილების - ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე მუდმივი ფიქრით. დამახასიათებელია საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა, წარსული ცხოვრების აზრის დაკარგვა და სხვა ცხოვრების აზრის არარსებობა, ფიქრი მოახლოებული სიკვდილის შესახებ. ასეთ მოხუცებს პრემორბიდში აღენიშნებოდათ შფოთვის, ეჭვიანობის, სენზიტიურობის ხაზები, ჭარბობდა უმაღლესი ქერქული მოქმედების სუსტი ტიპი.

ე.წ. „ფსიქოპათოლოგიური“ სიბერე ვლინდება ფსიქიკის, პიროვნებისა და ქცევის ასაკობრივ-ორგანული დარღვევებით: ნევრასთენიისმაგვარი, ფსიქოპათიისმაგვარი და ფსიქოორგანული დარღვევებით დემენციის გამოვლინებამდე. ამ შემთხვევაში პრემორბიდში რომელიმე გარკვეული ხაზების გამოყოფა შეუძლებელია.

გერონტოფსიქიატრიის დიდ ინტერესს იწვევს ფსიქოპათიური და აქცენტუირებული პიროვნების დაბერების საკითხი.

ვ. სემკეს კვლევებით (1965), რომელმაც შეისწავლა ფსიქოპათიის კლინიკური დინამიკა მოგვიანებულ ასაკში, ინვოლუ-

ციურ ასაკში მძაფრდება ფსიქოპათიური ხაზები, სიბერეში კი გასადავდება; ემოციურ-ნებელობითი ტონუსის დაქვეითების გამო მიმდინარეობს პიროვნების დეფსიქოპათიზაციის პროცესი.

რიგი გამოკვლევებით, აგზნებადი და ისტერიული წრის ფსიქოპათებსა და აქცენტუანტებში პრესენილურ ასაკში მძაფრდება პიროვნული ხასიათობრივი ხაზები, ხოლო სენილურში ნიველირდება. პარანოიალურ ფსიქოპათებში მოგვიანებულ ასაკში სულ უფრო მეტად მძაფრდება ხასიათობრივი ხაზები და შეიმჩნევა ზედირებულოვანი, პარანოიალური იდეების ჩამოყალიბებისა და, საერთოდ, პიროვნების პარანოიალური განვითარებისკენ ტენდენცია (მოდავეობისა და კვერულანტური იდეებით).

ა. ლიჩკოს კვლევებით (1977), ემოციურად ლაბილური ტიპის აქცენტუანტების ნაწილში, სიბერეში ემოციური ლაბილობა ქრება, ნაწილში კი რჩება, ინფანტილიზმთან ერთად. ჰიპერთიმიულ ფსიქოპათებსა და აქცენტუანტებს დიდი გამძლეობა აქვთ დაბერებისადმი. სენზიტიურ ფსიქოპათებსა და აქცენტუანტებში სიბერეში მძაფრდება ხასიათობრივი ხაზები. ე.ი., დაბერების პროცესისადმი უფრო გამძლეები არიან სანგვინიკური ტემპერამენტის, ჰიპერთიმიული წყობის, შემოქმედებითი პიროვნებები.

ცნობილია, რომ მოხუცებულობა არის ასაკობრივი ცვლილებების კანონზომიერი შედეგი. მოხუცებულობა განიხილება, როგორც მოხუცებულობის სამი სახის ერთობლიობა: 1. სოციალური, 2. ბიოლოგიური, 3. ფსიქოლოგიური (И. Штеренберг, 2011).

აუცილებლად უნდა აღვნიშნოთ, რომ საზოგადოება გავლენას ახდენს როგორც ბიოლოგიურ, ისე სოციალურ და ფსიქოლოგიურ დაბერებაზე.

პიროვნების დაბერება შეიძლება გამოვლინდეს უცხოელი ავტორების მიერ გამოყოფილ ე.წ. „დაბერების მიუღებლობის“ სინდრომში. მას საფუძვლად უდევს შინაგანი კონფლიქტი ჯერ კიდევ შენახულ, მაგრამ შესუსტებულ პიროვნულ მოთხოვნილებებსა და ფიზიკური და ფსიქიკური დაბერების გამო შეზღუდულ შესაძლებლობებს შორის. ეს წინააღმდეგობრიობა განაპირობებს ფრუსტრაციას და სოციალურ-ფსიქოლოგიური და პათოლოგიური დეზადაპტაციის სხვადასხვა ფორმას, სხვადასხვა ავადმყოფური მდგომარეობით.

ლიტერატურაში ცნობილია „დორიან გრეის სინდრომი“ (**Dorian Gray syndrome**), ოსკარ უალდის „დორიან გრეის პორტრეტის“ პერსონაჟის საპატივცემულოდ (ნაწარმოებში დორიან გრეი არ ბერდება, ფიზიკურ დაბერებას იგი დაინახავს მხოლოდ საკუთარ პორტრეტზე, რომლის განადგურებითაც თვითონ კვდება). ეს სინდრომი არის ახალგაზრდობის კულტი, რა დროსაც ცდილობენ ცხოვრების იმ წესის ხანგრძლივ შენარჩუნებას, რომელიც დამახასიათებელია ცხოვრების უფრო ახალგაზრდა პერიოდისთვის. ძირითადად, იგი ვლინდება დაბერების გამო ძლიერი განცდებითა და შიშით. დაბერებისას კანი კარგავს სიმკვრივეს, ჩნდება ნაოჭები და პირველი ჭაღარა. მალე ეს განცდები უფრო მძაფრდება და ადამიანი მიმართავს სხვადასხვა, ხანდახან რადიკალურ მეთოდს დაბერების პროცესის გადავადებისა და ახალგაზრდობის შენარჩუნებისთვის. ეს კომპენსირდება ახალგაზრდული ატრიბუტიკისა და ტანსაცმლის არჩევით, უკიდურეს შემთხვევებში პლასტიკური ქირურგიისა და კოსმეტიკური საშუალებების ბოროტად გამოყენებით. ხანდახან ეს მთავრდება დეპრესიითა და თვითმკვლელობის ცდებით. ეს ფსიქოლოგიური მდგომარეობა განსაკუთრებით გავრცელებულია ცნობილ ადამიანებში: კინოვარსკვლავებში, მსახიობებში, მომღერლებში. არის თუ არა ეს დაავადება, ამის შესახებ არ არსებობს

საერთო აზრი და იგი არ არის შეტანილი ფსიქიკურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციებში.

„დაბერების მიუღებლობას“, აგრეთვე, განაპირობებს ე.წ. „ეიჯიზმი“ (ageism). ეს არის უარყოფითი ან დამამცირებელი დამოკიდებულება გარკვეული ასაკობრივი ჯგუფის მიმართ. ყველაზე ხშირად ეს ტერმინი გამოიყენება ხანდაზმული და მოხუცი ადამიანების მიმართ. თანამედროვე საზოგადოებაში ფართოდ არის გავრცელებული სოციალური განწყობა, რომელიც გულისხმობს ახალგაზრდობის მაღალ შეფასებასა და ხანდაზმულების დისკრიმინაციას. ის ვლინდება ისეთ ნეგატიურ მახასიათებლებში, რომლებიც მიეწერება მოხუცებულობას: ავადმყოფობა, სხვაზე დამოკიდებულება, უსუსურობა, მარტოობა, პასიურობა, უმოქმედობა, გამოუსადეგარობა, სტატუსის, ძალაუფლების, საკუთარი თავის პატივისცემის დაკარგვა. საზოგადოების ასეთი დამოკიდებულება კი განაპირობებს იმას, რომ ადამიანებს არ სურთ შეურიგდნენ თავის დაბერებას. ისინი ყველა საშუალებით ცდილობენ დამაღონ სიბერის ნიშნები: ცდილობენ გამოიყურებოდნენ ახალგაზრდულად, იკეთებენ პლასტიკურ ოპერაციებს, იჩენენ ახალგაზრდა პარტნიორებს, იცვამენ ახალგაზრდულად, კოპირებენ ახალგაზრდების ცხოვრების სტილს (И. Штеренберг, 2011).

„დაბერების მიუღებლობის“ სინდრომის დაძლევისა და პროფილაქტიკისთვის ზოგიერთი გერონტოფსიქიატრი გვთავაზობს ფსიქოლოგიური კორექციის გარკვეულ პრინციპებს: 1. მოვლენათა აქტიური მონაწილეობიდან განდგომა, პასიური დამკვირვებლისა და ბრძენი დამრიგებლის როლის მიღებით; 2. ფიზიკური და ფსიქიკური დაბერების ცვლილებების მიღება თვითშეფასების დანაკლისის გარეშე; 3. ემოციურ, ინტელექტუალურ სფეროში გარდაუვალი დანაკლისებისთვის მზადება და მისი მიღება.

ამ პრინციპებთან დაკავშირებით, მოხუცებულობის პერიოდში ერთ-ერთ მთავარ ამოცანას წარმოადგენს ორგანიზმისა და ფსიქიკის ასაკობრივი ცვლილებების აუცილებელი მიღება, პიროვნების წინანდელი სოციალური და ფსიქოლოგიური როლის შესაბამისად. აღნიშნული ეწინააღმდეგება რუსული გერონტოფსიქიატრიის ძირითად პრინციპებს, რომლებიც ითვალისწინებს პიროვნების განწყობისა და მოქმედების შენარჩუნებას, რომელიც მიმართულია დაბერების პროცესის შენელებისკენ, აქტიური ცხოვრების წესის რაც შეიძლება დიდხანს სოციალური და ფსიქოლოგიური როლის შენარჩუნების გზით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სიბერეში, პიროვნული ხაზებისა და ემოციური რეაგირების ფორმების შეცვლასთან ერთად, ვლინდება კოგნიტური ფუნქციების გაუარესება.

ინტელექტუალური შესაძლებლობები (სტანდარტული ტესტებით) უარესდება შუახნის ასაკიდან, თუმცა ინდივიდუალური დინამიკა ფართო საზღვრებში ვარირებს. აღსანიშნავია, რომ ამ ტესტების მონაცემები არასრულფასოვანია, რადგან ის, ძირითადად, ასახავს ახალი ცოდნის შეძენის უნარს და არ ასახავს გამოცდილების მნიშვნელობას. საუბრისას ყველაზე თვალსაჩინო მახასიათებელია ხანმოკლე მეხსიერების გაუარესება და ფსიქიკური პროცესების შენელება, რაც განაპირობებს კოგნიტური ტესტების შედეგების გაუარესებას. გაუარესებულია ფსიქომოტორული ტესტების შედეგებიც, რაც მიუთითებს უფრო ცენტრალურ წარმოშობაზე, ვიდრე პერიფერიულზე.

სიბერეში ადაპტაციის უნარისა და ფუნქციური შესაძლებლობების დაქვეითებას ხშირად თან ახლავს თავის ტვინის ქრონიკული დეგენერაციული პროცესი, სენსორული და მოტორული დარღვევები და ერთდროულად რამდენიმე სომატური დაავადების არსებობა. ამას თან ერთვის მედიკამენტების მიმართ აწეული მგრძნობელობა. ფსიქიკური დაავადებები მოგვიანებულ ასაკში, სწორედ, დაბერების პროცესის ამ თავისებურებების ფონზე მიმდინარეობს.

თავი 2. გერიატრიული ფსიქიკური დაავადებები

გერიატრიული ასაკის ფსიქიკური დაავადებებისადმი ინტერესი განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორით, რომელთა შორის განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს მათი კლინიკური კვალიფიკაციის სირთულე. ამ მხრივ, მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკური აშლილობების ჩამოყალიბების პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება არა მხოლოდ ბიოლოგიურ და პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებს, არამედ სოციალურ, ინდივიდის ცხოვრებისეული სტრეოტიპის შეცვლისა და პათოპერსონოლოგიურ ასპექტებს. გერიატრიული ფსიქიატრიის ლიტერატურაში დღემდე არ არსებობს ერთიანი აზრი მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკური აშლილობის ასაკობრივი კლასიფიკაციის საკითხზე. ითვლება, რომ 45-59 წელი არის საშუალო, 60-74 წელი - ხანდაზმული და მხოლოდ 75 წლის ზევით - მოხუცებულობითი ასაკი.

გერონტოფსიქიატრიის საკითხები შედარებით ნაკლებად არის გაშუქებული ქართულ ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში. ამ მხრივ, აღსანიშნავია ქართულ ენაზე 2012 წელს გამოცემული „ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში“ (მაიკლ გელდერი, პოლ ჰარისონი, ფილიპ ქოუენი), სადაც შესულია თავი „ხანდაზმულთა ფსიქიატრია“. და მაინც, გერიატრიული ფსიქიატრიის საკითხები ყველაზე ფართოდ წარმოდგენილია რუსულ ენაზე გამოცემულ ერიხ შტენბერგის მონოგრაფიაში „გერონტოლოგიური ფსიქიატრია“ (1977). წიგნში განხილულია ყველა პრობლემა, რომლებიც მნიშვნელოვანია მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკური დაავადებების კლინიკურ შესწავლასთან: გაანალიზირებულია ხანდაზმულ პაციენტთა სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადების სტატისტიკური მონაცემები, ნაჩვენებია გერონტოლოგიური ფსიქიატრიის ძირითადი მიმართულებები, განხილულია ზოგადი გერონტოლოგიისა და მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკურ

დაავადებებს შორის დამოკიდებულება, ფსიქიკური აშლილობების ასაკობრივი თავისებურებები, აგრეთვე, თვისობრივი განსხვავება ორგანული დაავადებების დროს განვითარებულ ჭკუასუსტობასა და ფიზიოლოგიური დაბერებების დროს მიმდინარე ფსიქიკური მოქმედების დაქვეითებას შორის. მოცემულია მოგვიანებული ასაკის დაავადებების სხვადასხვა კლასიფიკაცია, შემოთავაზებულია კლასიფიკაცია, რომელიც განასხვავებს მოგვიანებულ ასაკში დაწყებულ დაავადებებს იმ ფორმებისაგან, რომლებიც გვხვდება სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში. დაწვრილებით არის გაანალიზებული უპირატესად მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული დაავადებების გენეტიკა, პათოგენეზი, ფსიქოპათოლოგია, პათოლოგიური ანატომია.

მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკური აშლილობები არაერთგვაროვანია როგორც კლინიკური, ეთიოპათოგენეტიკური, ისე მათი გამოვლინების ასაკის თვალსაზრისით. მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია წარმოადგენს რთულ ამოცანას. სირთულეები დაკავშირებულია, უპირველეს ყოვლისა, ფსიქიატრიულ ნოზოლოგიურ პრობლემებთან და გერონტოლოგიური ფსიქიატრიის საგნის სპეციფიკურ თავისებურებებთან. ამიტომ, გერონტოფსიქიატრიის განვითარების კვალდაკვალ არსებობდა სხვადასხვა ტიპის კლასიფიკაციები, რომლებიც გამოიყენებოდა როგორც სტატისტიკური დამუშავების, ისე პრაქტიკული დიაგნოსტიკისთვის. აქედან გამომდინარე, კლასიფიკაციის სქემები არ არის აგებული ერთი რომელიმე კრიტერიუმის საფუძველზე. სხვადასხვა ავტორი კლასიფიკაციისას სხვადასხვა კრიტერიუმს ანიჭებდა უპირატესობას.

ა.ვ. სნეჟნევსკის მიერ 1958 წ. შემუშავებული სისტემატიზაცია წარმოადგენდა უპირატესად პათოგენეტიკურ და ეთიოლოგიურ კლასიფიკაციას, სადაც ძირითადი კრიტერიუმი იყო სხვადასხვა კლინიკური დაავადების, ფორმის მიმართება

დაბერების პროცესთან. კრეპელინი ცდილობდა თავის სისტემატიკაში გამოეყო სახელდობრ ასაკობრივი ფსიქოზები, რომლებიც დაკავშირებული იყო უშუალოდ დაბერების პროცესთან, განსხვავებით იმ ფსიქოზებისაგან, რომლებიც გვხვდება მოგვიანებულ ასაკში და დაკავშირებულია სხვა ფაქტორებთან. მაგრამ შემდგომ მსგავსი კლასიფიკაციები გადაიხედა, შეიცვალა მიდგომები (ანუ უშუალო კავშირი დაბერების პროცესსა და ასაკობრივ ფსიქოზებს შორის). რიგი ავტორები (Mayer-Gross, Slater, Roth, 1955; Post, 1965) იყენებდნენ, აგრეთვე, კლინიკო-პროგნოსტიკულ კრიტერიუმებს. სხვაგვარი პრინციპი, რომელიც მოგვიანებული ასაკის დაავადებათა კლასიფიკაციის საფუძველს წარმოადგენდა, იყო ანატომიური. ამიტომ მოგვიანებით კლასიფიკაციებში დაავადებები იყოფოდა ორგანულად და ფუნქციონალურად.

მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზების სისტემატიზაცია, რომელიც მოწოდებულია ა.ვ. სნეჟნესკის მიერ 1958 წელს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აგებულია ეთიოლოგიურ და პათოგენეზურ პრინციპზე. ამ კლასიფიკაციაში გამოყოფილია 5 ჯგუფი, მათგან მხოლოდ ორი (ფსიქიკური დარღვევები სენილურ-ატროფიული პროცესით, ტვინის პირველადი დაზიანების დროს და ფსიქოზები, გამოწვეული სხვა სისტემების პირველადი დაზიანების დროს) განიხილებოდა, როგორც ასაკობრივი დაავადებები, ვიწრო გაგებით. დანარჩენი სამი ჯგუფი (ტვინის სხვადასხვა დეგენერაციული დაავადება, აფექტური და ბოდვითი, ე.ი., ფუნქციური ფსიქოზები და ათეროსკლეროზული დარღვევები) არ მიაკუთვნეს საკუთრივ ასაკობრივ ფორმებს. მოგვიანებითი ასაკი განიხილებოდა, როგორც მხოლოდ ხელშემწყობი ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს ამ ფსიქოზის წარმოქმნას, ცვლის მათ პათოგენეზსა და კლინიკურ სურათს. კრეპელინი, ასევე, გამოყოფდა საკუთრივ ასაკობრივ ფსიქოზებს, რომლებიც

მიზეზობრივ კავშირში არის დაბერების პროცესებთან. მათ მიაკუთვნებდა მელანქოლიის ზოგიერთ ფორმას, დანაკლისის პრესენილურ ბოდვასა და სენილური დემენციის სხვადასხვა ფორმას.

მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკურ დაავადებათა საკმაოდ რთული კლასიფიკაცია შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციზე მოსკოვში, 1968 წელს:

ა) ფსიქიკური დაავადებები, უპირატესად ან მხოლოდ მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული:

- ფსიქოზები, რომლებიც არ არიან განპირობებული ტლანქი ორგანული, დესტრუქციული პროცესებით; ფუნქციური ასაკობრივი ფსიქოზები (ინვოლუციური მელანქოლია, მოგვიანებითი დეპრესიები); ბოდვითი და ჰალუცინაციურ-ბოდვითი ფორმები (ინვოლუციური და მოგვიანებული პარანოიდები, პარანოიალური ფსიქოზები);
- ფსიქიკური აშლილობები ორგანული დაავადებების დროს;
- ფსიქიკური დარღვევები სისხლძარღვოვანი დაავადებების დროს: ინიციალური სტადიის სინდრომები (ნევროზისმაგვარი, ფსიქოპათიისმაგვარი და სხვ.);
- სისხლძარღვოვანი დემენციის სინდრომები (ლაკუნარული, ფსევდოპარალიტიკური, სენილურისმსგავსი და სხვა ფორმები);
- სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები (მწვავე, ქვემწვავე სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები), გახანგრძლივებული (ენდომორფული - აფექტური, ბოდვითი, ჰალუცინაციური და სხვა);
- ფსიქიკური აშლილობები ატროფიული პროცესების დროს;
- სენილური დემენცია;

- დაუზუსტებელი სენილური ფსიქოზები;
- ალცჰაიმერის დაავადება (პრესენილური დემენცია) და სხვა პრესენილური დემენციები (პიკის, ჰანტიგტონის ქორეის, პარკინსონის დაავადების დროს).

ბ) ფსიქიკური დაავადებები, დაწყებული სხვადასხვა ასაკში, მათ შორის მოგვიანებულ ასაკში:

- ენდოგენური ფსიქოზები (შიზოფრენია, მდფ);
- ეპილეფსია მოგვიანებულ ასაკში;
- მოგვიანებული ასაკის სიმპტომური ფსიქოზები;
- ოლიგოფრენიის დინამიკა მოგვიანებულ ასაკში;
- ფსიქოპათიის ასაკობრივი დინამიკა;
- მოხუცებულობითი ფსიქოპათიზაცია;
- რეაქტიული, ფსიქოგენურად განპირობებული ფსიქიკური აშლილობები მოგვიანებულ ასაკში.

Ciompì-მა (1972) შემოგვთავაზა მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზების შედარებით მარტივი კლასიფიკაცია, რომელიც, ძირითადად, დაფუძნებული იყო დაავადების კლინიკურ გამოვლინებებსა და მიმდინარეობაზე:

1. დაავადებები, უპირატესად ფსიქოორგანული გამოვლინებებით:
 - ა) სენილური დემენცია და ალცჰაიმერის დაავადება;
 - ბ) არტერიოსკლეროზული დემენცია;
 - გ) პიკის დაავადება და სხვა პრესენილური დემენციები;
2. აბნევის მწვავე მდგომარეობები;
3. ასაკობრივი დაავადებები, უპირატესად „არაორგანული გამოვლინებებით“:
 - ა) მოგვიანებული ასაკის დეპრესიული და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზები;
 - ბ) ბოდვითი და ჰალუცინაციურ-ბოდვითი ფსიქოზები;
 - გ) არაფსიქოზური აშლილობები და ქცევის ანომალიები.

თანამედროვე მონაცემებით, ფსიქიატრიული პრობლემის მქონე მოხუც ავადმყოფებს, ძირითადად, სამ ჯგუფად ყოფენ:

- პაციენტები, რომლებიც ფსიქიატრიულ კლინიკაში მოხვდნენ მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შემოღებამდე და იქ მოხუცდნენ;

მოხუცები ფუნქციური ფსიქიკური აშლილობებით;

მოხუცები დემენციით (განსაზღვრება „მოხუცი“ ეხება 65 წლისა და მეტი ასაკის ადამიანს).

პირველ ჯგუფს შეადგენენ მოხუცი ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფები, ძირითადად, შიზოფრენიით დაავადებულნი, რომლებიც იმყოფებიან ფსიქიატრიულ კლინიკაში და მათ ზოგადი პროფილის ფსიქიატრები მკურნალობენ.

მეორე და მესამე ჯგუფის პაციენტებზე პასუხისმგებლობას იღებს გერონტოფსიქიატრიული სამსახური.

გერონტოფსიქიატრიული დახმარების დროს გათვალისწინებული უნდა იქნას რამდენიმე პრინციპი:

- ყველა ზომა უნდა იყოს მიღებული, რათა მოხუცი რაც შეიძლება დიდხანს დარჩეს სახლის პირობებში;
- ოპერატიულად მოხდეს რეაგირება სამედიცინო და სოციალურ პრობლემებზე;
- დახმარება გაუწიონ სახლის პირობებში მოხუც ავადმყოფებზე მზრუნავ ნათესავებს;
- სამედიცინო ბრიგადა, რომელშიც შედის ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, საპატრონაჟო მედდა და სოციალური მუშაკი, უნდა ეყრდნობოდეს მულტიდისციპლინურ პრინციპს.

სერვისების ორგანიზება. ხანდაზმული ადამიანების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის უმთავრესი ელემენტები:

- პირველადი ჯანდაცვის გუნდი
- ხანდაზმულთა ფსიქიატრიის სპეციალისტთა გუნდი

- სტაციონარული განყოფილება
- რეაბილიტაცია (და სხვა სერვისები)

ფსიქიკური აშლილობის ეპიდემიოლოგია ასაკოვან ადამიანებში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2017 წლების მონაცემებით 60 და 60 წლის ზევით ასაკის ადამიანთა 15% დაავადებულია ფსიქიკური აშლილობებით.

„ოქსფორდის სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში“ მიხედვით, კეიმ და მისმა კოლეგებმა (Kay et al., 1964) ჩაატარეს პირველი სისტემური კვლევა ზოგად პოპულაციაში ხანდაზმულ პირებს შორის ფსიქიკური აშლილობების სიხშირის გამოსავლენად. მათ ჩრდილოეთ ინგლისის ერთ-ერთ რეგიონში გამოიკვლიეს როგორც სახლებში, ისე ინსტიტუტებში მყოფი ასაკოვანი ადამიანები.

აშლილობა	გავრცელება (%)
დემენცია(მძიმე)	5.6%
დემენცია(მსუბუქი)	5.7%
ნევროზი და პერსონოლოგიური აშლილობა	12.5%
ბიპოლარული აშლილობა	1.4%
შიზოფრენია	1.1%
სხვა სახის აშლილობა	26.3%

ეს შედეგები მომდევნო კვლევებშიც განმეორდა, რომლებშიც გათვალისწინებული იყო ზოგიერთი ცვლილებების შეტანა დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში და დაავადებების შემთხვევების გამოვლენის პრობლემები (მაგ., დეპრესიის ჩართვა ნევროზის კატეგორიაში). უკანასკნელ ხანებში დიდ პოპულაციაზე ჩატარებულმა ერთ-ერთმა ფრანგულმა კვლევამ 65 წელს გადაცილებულ ადამიანებში დაადგინა შფოთვითი აშლილობის

გავრცელების 14%, ფობიის 11%, ღრმა დეპრესიისა 3%, და ფსიქოზის 1.7%. სხვა კვლევები აჩვენებს თავშესაფრის ტიპის საცხოვრებლებსა და საავადმყოფოებში მყოფ ასაკოვან ადამიანებში ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაღალ სიხშირეს.

მოხუცთა სახლებში მცხოვრები ადამიანების ერთ მესამედს აღენიშნება კოგნიტური ფუნქციების მნიშვნელოვანი დაქვეითება. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების განყოფილებებში 65 წელს გადაცილებული პაციენტების 30-50%-ს ფსიქიკური დაავადების ესა თუ ის ფორმა აღენიშნება.

ზოგადი პროფილის ექიმებსა და ფსიქიატრებს ფსიქიკურ აშლილობაზე ხშირად მიაწინებთ სოციალური ფაქტორები: ნათესავის ავადმყოფობა ან მძიმე დანაკლისი; ან უკიდურესად გადაღლილმა ან იმედგაცრუებულმა ოჯახმა შეიძლება გადაწყვიტოს, რომ აღარ შეუძლია ხანდაზმულ ადამიანზე ზრუნვა. ხანდაზნან ნათესავები ცდილობენ თავიდან აიცილონ პასუხისმგებლობა. ხანდაზმულებშიც, ისევე როგორც ახალგაზრდა პოპულაციაში, არსებობს გენდერული განსხვავებები ფსიქიკური აშლილობის გავრცელების თვალსაზრისით, ასევე, განსხვავებები აშლილობის გამოვლენაში, მის მიმდინარეობასა და მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებში (Lehmann, 2003).

მარტივი სქემით, მოგვიანებული ასაკის ფსიქიკური აშლილობები, ძირითადად, იყოფა ორ ჯგუფად:

პირველში შედის ის ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც იწყება უფრო ადრეულ ასაკობრივ ჯგუფებში და გრძელდება ან მეორდება მოგვიანებულ ასაკში. იგი მოიცავს იმ დაავადებებსაც, რომლებიც პირველად ვითარდება მოგვიანებულ ასაკში, მაგრამ არ არის ამ ასაკისთვის სპეციფიკური. ამ ჯგუფში შედის ფსიქიკური დაავადებების უმრავლესობა: შიზოფრენია,

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი (ბიპოლარული აშლილობა), ეპილეფსია, პერსონოლოგიური და ქცევითი აშლილობები (ფსიქოპათია), გონებრივი ჩამორჩენილობა (ოლიგოფრენია), ფსიქოგენული დაავადებები, ფსიქიკური აშლილობები, განპირობებული ინფექცია-ინტოქსიკაციით და სხვა.

მეორე ჯგუფს შეადგენს ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც უპირატესად ან ყოველთვის ვითარდება მხოლოდ მოგვიანებულ ასაკში და ასე თუ ისე დაკავშირებულია დაბერების პროცესთან. ამ ჯგუფში შედის სენილური და პრესენილური დემენციები და ფსიქიკური აშლილობები, განპირობებული ცერებრო-სისხლძარღვოვანი პათოლოგიით (თავის ტვინის ათეროსკლეროზი და ჰიპერტონული დაავადება), აგრეთვე, მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქიკური აშლილობები (რუსი ავტორების მიხედვით).

მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქოზები აღწერილია ბევრი რუსი ავტორის ფსიქიატრიის სახელმძღვანელოებში (Снежневский А. В. 1983, Тиганов А.С., 1999, Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. 2006 და სხვ.).

მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქოზები არის ფსიქიკური დაავადებები, რომელთა განვითარება დაკავშირებულია დაბერების პროცესთან და მანიფესტირდება მოგვიანებულ ასაკში. მათ არ ახასიათებთ ორგანული დემენციის განვითარების ტენდენცია ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაშიც კი. მათი დაწყების ასაკთან დაკავშირებით, გამოყოფენ ფსიქოზებს, რომლებიც მანიფესტირდება 45-65 წლის ასაკში ინვოლუციური ფსიქოზები და ფსიქოზები 65 წლის ზემოთ განვითარებული - მოგვიანებითი ინვოლუციური ანუ მოხუცებულობითი ფსიქოზები. მოგვიანებითი ასაკის ფსიქოზები, ფსიქოპათოლოგიური სურათის მიხედვით, იყოფა ორ ჯგუფად: მოგვიანებული ასაკის დეპრესიები და მოგვიანებული

ასაკის პარანოიდები (ინვოლუციური პარანოიდები, მოგვიანებული პარანოიდები).

რუსულენოვან ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული დეპრესიები ცნობილია, როგორც ინვოლუციური - 45-60 წლის ასაკში ან სენილური მოხუცებულობითი უფრო გვიან ასაკში. ამ უკანასკნელის კლინიკური სურათი ინვოლუციური დეპრესიის მსგავსია, მაგრამ მშფოთვარე დეპრესიულ აფექტს ხშირად თან ახლავს გამდიზიანებლობა (ე.წ. მობუზღუნე დეპრესიები) ან დისფორიულობა.

მოგვიანებული ასაკის დეპრესიები ეს არის ფსიქოზები, რომლებიც პირველად მანიფესტირდება მოგვიანებულ ასაკში და ხასიათდება სხვადასხვა სტრუქტურის დეპრესიული სინდრომებით, სენილური დემენციის განვითარების გარეშე. მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია ინვოლუციურ მელანქოლიას. თანამედროვე რუსი ავტორების ყველა სახელმძღვანელოში ინვოლუციური მელანქოლია მიეკუთვნება ინვოლუციურ (პრესენილური) ფსიქოზებს (დასაწყისი 45-65 წელი), რომელიც შედის მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქოზების ჯგუფში. ინვოლუციური მელანქოლია ICD -10-ის კლასიფიკაციაში განეკუთვნება რუბრიკას „გუნება-განწყობის აშლილობები“, „მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე“.

მელანქოლიის შესახებ ცალკე ნაშრომი ეკუთვნის ქართული ფსიქიატრიული სკოლის ერთ-ერთ თვალსაჩინო წარმომადგენელს, ე. ნაკაშიძეს (1960). ნაშრომი მოიცავს ინვოლუციური მელანქოლიის როგორც ისტორიულ მიმოხილვას, ასევე მის კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებებს, რომლებიც გამდიდრებულია საკუთარი კლინიკური შემთხვევებითა და ანალიზით. ცნობილია, რომ მელანქოლიამ, რომელსაც კრეპელინმა მისცა „ინვოლუციურის“ სახელწოდება და პრესენილური

ფსიქოზების ჯგუფში შეიყვანა, დამოუკიდებელი ადგილი მოიპოვა მის ნოზოლოგიურ სისტემატიკაში. ტერმინი „მელანქოლია“ კრეპელინმა მხოლოდ დეპრესიის ამ ფორმას შეუნარჩუნა, დანარჩენმა მელანქოლიებმა კი დაკარგა დამოუკიდებლობა, ყველა ისინი დეპრესიის სინდრომების ან ფაზების სახელწოდებით შევიდა ნაადრევი კკუასუსტობის ან მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ჯგუფში.

ტიპური ინვოლუციური მელანქოლია ვლინდება მშფოთვარე-ბოდვითი სინდრომით. მისთვის დამახასიათებელია დათრგუნული გუნება-განწყობა, შფოთვა, აგზნება შიშის განცდით, ვერბალური ილუზიებით, დანაშაულის ბოდვითა და კოტარის ბოდვით. თავდაპირველად ვლინდება დათრგუნულობა, დისფორია, ძილის დარღვევა, შემდგომ ვითარდება შფოთვა, მოუსვენრობა, მოტორული და იდეატორული აგზნება და სხვადასხვა შინაარსის დეპრესიული ბოდვა: თვითდანაშაულის, დასჯის, განადგურების, იპოქონდრიული და სუიციდური აზრები. ბოდვა ტრანსფორმირდება კოტარის ბოდვის დეპრესიულ ან ნიჰილისტურ ვარიანტში. ფსიქოზი მთვრდება თავისებური დეფექტით, რომელსაც „დეპრესიულ ფსიქიკურ სისუსტეს“ (Bumke O., 1924) უწოდებდნენ. იგი ხასიათდება ფსიქიკური აქტივობის დაქვეითებით, გუნება-განწყობის მუდმივი დათრგუნულობითა და ემოციური რეზონანსის შესუსტებით. ინვოლუციური მელანქოლიის დიაგნოზი დიდი ხანია აღარ შედის დაავადებათა არც ერთ საერთაშორისო კლასიფიკაციაში, თუმცა, მთელი რიგი კითხვებისა, რომლებიც დაკავშირებულია მოგვიანებულ ასაკში განვითარებულ დეპრესიების წარმოშობასთან, დიაგნოსტიკასა და თერაპიასთან, ისევ რჩება (Тиганов А.С., 1999).

მოგვიანებითი ასაკის პარანოიდები არის ბოდვითი და ჰალუცინაციური ფსიქოზები, პირველად აღმოცენებული მოგ-

ვიანებით ასაკში, რომელიც არ იწვევს ორგანული დემენციის განვითარებას. „მოგვიანებითი პარანოიდები“, ანუ მოგვიანებითი ასაკის პარანოიდები, ს.გ.ჟისლინის (1965) მიხედვით, გამოირჩევა მთელი რიგი თავისებურებებით. ბოდვითი და ჰალუცინაციური აშლილობები თემატურად, ძირითადად, დაკავშირებულია გარემო სიტუაციასთან. მათი შინაარსი, უმთავრესად, მიმართულია უშუალოდ მასთან მცხოვრები პირების მიმართ. ამიტომ ბოდვის შინაარსი წარმოდგება, როგორც სინამდვილე, როგორც ახლობლებთან გამწვავებული კონფლიქტი. ჰალუცინაციური განცდები, ძირითადად, ვლინდება აღქმის ელემენტარული გაუკმართებით (აკოაზმები, ყნოსვითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები), რომლებიც ასევე საყოფაცხოვრებო შინაარსისაა. ასეთი პაციენტები დიდხანს ინარჩუნებენ სოციალურ ადაპტაციას და ბოდვის სფეროს გარეშე არ ავლენენ შესამჩნევ ფსიქიკურ გადახრებს, რაც დიდხანს ამნელებს დაავადების ამოცნობას. დაავადებათა საერთშორისო კლასიფიკაციაში ინვოლუციური პარანოიდი შესულია რუბრიკაში „ბოდვითი აშლილობა“ (F22.0). მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზები, რომლებიც განპირობებულია დაბერების პროცესის ბიოლოგიური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორებით და არ იწვევენ ფსიქიკის გამოხატულ ორგანულ დეფექტს ან ჰკუასუსტობას, ვითარდება არა მხოლოდ ინვოლუციურ, არამედ მოხუცებულობით ასაკშიც.

მოხუცებულობის ასაკში გამოვლენილი ფსიქოზების ნაწილი იდენტურია ან ჰგავს ინვოლუციურ დეპრესიას, ან ინვოლუციურ პარანოიდს. ასეთი ფსიქოზები ზოგი ფსიქიატრის მიერ კვალიფიცირდება, როგორც პრესენილური ფსიქოზების მოგვიანებული ვარიანტები, სხვები კი მათ უწოდებენ მოხუცებულობით ფუნქციურ ფსიქოზებს (რაც თავისი არსით ერთი და იგივეა). მოგვიანებულ ასაკში გვხვდება სხვა ფსიქოპათო-

ლოგიური სურათის ფუნქციური ფსიქოზებიც: დეპრესიების სხვადასხვა ვარიანტი, მათ შორის ეწ. „მოზუზღუნე დეპრესიები“, მხედველობითი, ვერბალური, ტაქტილური და ყნოსვითი ჰალუცინოზები, აზნევის მწვავე მდგომარეობები, გარემოში ტლანქი დეზორიენტაციით, ფრაგმენტული ჰალუცინაციურ-ბოდვითი განცდებით, აგზნებით და ამნეზიით გადატანილის მიმართ. მოგვიანებული ასაკის ფუნქციურ ჰალუცინოზებს ACD 10-ის მიხედვით აკუთვნებენ „შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების“ ქვეთავს: „სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობები“ (F28). როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქოზები არ იწვევენ ჭკუასუსტობას, მაგრამ მათი პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. კერძოდ, ეს ფსიქოზები მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ქრონიკულად. კლინიკური გამოჯანმრთელება ძალზე იშვიათია. განსაკუთრებით, პროგნოზულად არაკეთილსაიმედოა აზნევის მწვავე მდგომარეობები, რომლებიც ხშირად ლეტალურად მთავრდება.

მოგვიანებულ ასაკში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გვხვდება სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობა. მათ შორის არის დეპრესიული აშლილობები, პარანოიდული ფსიქოზები, აგრეთვე, ბიპოლარული აშლილობა, შიზოფრენია და სხვა. ქვემოთ მათ მოკლეთ განვიხილავთ თანამედროვე კვლევების მიხედვით.

გუნებ-განწყობის აშლილობები

დეპრესიული აშლილობა. მიუხედავად იმისა, რომ ასაკოვან ადამიანებში დემენციაზე არის გამახვილებული ყურადღება, მოგვიანებით ასაკში განსაკუთრებით გავრცელებულია დეპრესიული აშლილობები. ზოგადად, დეპრესიული აშლილობის სიხშირე 65 წლის ასაკის ზევით 10%-ია; მძიმე დეპრესიისა კი - 2-3%. პირველადი, მძიმე დეპრესიული აშლილობებით დაავა-

დებულთა რიცხვი უფრო მაღალია 50–60 წლის ასაკში; 60 წლის შემდეგ კი იკლებს და 80 წლის ზევით იშვიათი ხდება.

ასაკის მატებასთან ერთად, სტაბილურად იზრდება თვით-მკვლელობის რიცხვი. სუიციდი ხანდაზმულებში, ძირითადად, დეპრესიულ აშლილობასთან არის დაკავშირებული (Waern et al., 2002). საზოგადოებაში ჩატარებული მასიური გამოკვლევები მოწმობს, რომ მოხუცებულობითი დეპრესიული აშლილობების გამოვლენა სათანადოდ არ ხდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიერ, რომლებიც ან არ აქცევენ ყურადღებას დეპრესიის სიმპტომებს, ან თვლიან ნორმალური სიბერის გამოვლინებად, ან მიიჩნევენ მსუბუქ დემენციად (Foster et al 1976; Cooper, Bickel, 1984). დეპრესიის ეპიდემიოლოგიის შესწავლა ხანდაზმულ ასაკში გაძნელებულია დეპრესიისა და დემენციის (აღრეულ ეტაპზე) იდენტიფიკაციის გამო. დემენციური ავადმყოფების ახლობლები ხშირად მიმართავენ ექიმებს დეპრესიის, როგორც ძირითადი პრობლემის, გამო. ინტელექტუალური დაქვეითების გამოვლინება საშუალებას იძლევა სწორი დიაგნოზის დასასმელად (I. Kaplan, B.I. Sadock., 1998).

დეპრესია შესაძლებელია შერწყმული იყოს დემენციასთან. იგი ხშირად აღმოცენდება ალცჰაიმერის დაავადების აღრეულ ეტაპზე. აღსანიშნავია, რომ ღრმა დეპრესია იშვიათია ალცჰაიმერის დაავადების ფარგლებში და იშვიათია სუიციდური ქცევა. დემონსტრაციული განცხადება - „უკეთესია, მოკვდე“, რომელსაც თან არ სდევს სუიციდური ქცევები, დამახასიათებელია ალცჰაიმერის დაავადებისთვის.

დეპრესია შესაძლებელია განვითარდეს თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლის (ინსულტის), შუბლის წილის დაზიანების დროს, მაგრამ მას ახასიათებს აფექტის შეუკავებლობა, მყარი ემოციური დაქვეითების ან დისფორიის გარეშე. დეპრესია ხანდაზმულ ასაკში ხშირად არის სომატური

დაავადების შედეგი. მაგალითად, დიურეტიკების მიღებისას, B₁₂ ის ნაკლებობისას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ოპერაციის შემდეგ.

დეპრესიული აშლილობების ფსიქოპათოლოგიის ასაკობრივი თავისებურების შესწავლისას (მ. ბოკუჩავა, 2015), დეპრესიული აფექტის გამოვლინებების ფართო სპექტრიდან, მოგვიანებულ ასაკში ადგილი ჰქონდა სევდიან, მშფოთვარე და აპათიურ დეპრესიებს. ზოგჯერ, ძნელი იყო წამყვანი აფექტის გამოყოფა მისი ცვალებადობის, არამდგრადობის და სინდრომის სხვადასხვა კომპონენტის რთული შერწყმის გამო. დეპრესიის ვიტალური ხასიათი ვლინდებოდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის სომატო-ვეგეტატიურ სიმპტომებში. ყველაზე ხშირი იყო ჩივილები გულმკერდის, მუცლის არეში, თავში, კიდურებში. პათოლოგიური შეგრძნებები წარმოდგენილი იყო როგორც ალგიების, ისე შედარებით მარტივი ზეწოლის, მოჭერის, წვის და ძნელად გადმოსაცემი სენესტოპათიური შეგრძნებების სახით. სენესტო-ვეგეტატიური სიმპტომები უფრო ხშირად თან ერთვოდა შფოთვის აფექტს და, შესაბამისად, უმეტესად, გვხვდებოდა მშფოთვარე დეპრესიების შემთხვევებში.

„ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში“ (2012) მონაცემების მიხედვით, თემზე დაფუძნებული კვლევების მიმოხილვამ აჩვენა დეპრესიის კლინიკური შემთხვევების გავრცელების სიხშირის შემდეგი საშუალო მაჩვენებლები: 13.5% - 55 წელს გადაცილებულ პირებში, რომელთაგანაც 9.8% დიაგნოსცირდა, როგორც მსუბუქი, ხოლო 1.8%, როგორც დიდი დეპრესია. გავრცელების მაჩვენებლები უფრო მაღალი იყო ქალებსა და იმ ხანდაზმულ პირებში, რომლებიც ცუდ პირობებში ცხოვრობდნენ (Beekman et al., 1999). ეს ციფრები აჩვენებს, რომ დეპრესიული ხანდაზმულების დიდი ნაწილი არ აკმაყოფილებს დიდი დეპრესიის კრიტერიუმებს. მათ უფრო ხშირად

უსვავენ მსუბუქი დეპრესიის, დისტიმიის ან ქვეზღურბლოვანი დეპრესიის დიაგნოზს. თუმცა, ამით მათი დეპრესიული მდგომარეობა არ ხდება კლინიკურად ნაკლებ მნიშვნელოვანი, რადგან მოცემულ შემთხვევებში მორბიდობა და დაავადების მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორიც - მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში (Beekman et al., 1997, 2002).

წიგნში აღნიშნულია, რომ დეპრესიის მაჩვენებლები გარემოზეა დამოკიდებული. კოენიგმა და ბლეიზერმა (Koenig and Blazer, 1992) დაასახელეს შემდეგი მაჩვენებლები: 0.4 1.4% თემში, 5-10% - ამბულატორიულ პაციენტებში, 10-15% სტაციონარულ პაციენტებში, 15-20% მოხუცთა სახლებში. ეს განსხვავებები ასახავს ხანდაზმულებში დეპრესიის ხშირ კომორბიდობას სხვა ფსიქიკურ (Devanand, 2002) და სომატურ (Krishnan et al., 2002) დარღვევებთან, განსაკუთრებით კი ვასკულურ დარღვევებთან. მაგ., დეპრესიის მაჩვენებლები მაღალია იმ პირებში, რომლებსაც გულის პრობლემები და ნეიროდეგენერაციული აშლილობები აღენიშნებათ. გარდა ამისა, პაციენტების ერთ მესამედს აღენიშნება ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა. კომორბიდობის ეს შემთხვევები ხელს უწყობს დეპრესიის მქონე ხანდაზმულებში უნარშეზღუდულობისა და სიკვდილიანობის შემთხვევების ზრდას, რომლებიც განსაკუთრებით კარდიალური პრობლემებითაა გამოწვეული (Penninx et al., 1999). ხანდაზმულ პაციენტებთან დაფიქსირებულია დეპრესიის განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები (Fazel et al., 2001).

ბიოლოგიური (Krishnan, 2002), სოციალური და ფსიქოლოგიური (Blazer and Hybels, 2005) თვალსაზრისით, მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული დეპრესიის ეთიოლოგია ისეთივეა, როგორიც - ადრეულ ასაკში დაწყებული დეპრესიის. თუმცა, გრძელდება დისკუსია იმის თაობაზე, აქვს თუ არა გვიან ასაკში დაწყებულ

დეპრესიას ადრეულ წლებში დაწყებული დეპრესიისგან განსხვავებული ბიოლოგიური საფუძველი.

მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული დეპრესიის საილუსტრაციოდ მოგვყავს ავადმყოფობის შემდეგი ისტორია.

პაციენტი: ბ.ა., მამაკაცი, დაბადებული 1938 წელს, 75 წლის, ქვრივი, პენსიონერი, პროფესიით მძღოლი. შემოვიდა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში: 25.02.2014. გაეწერა: 31.03. 2014. ავადმყოფობის ისტორია N 145.

ანამნეზი (მოწოდებულია შვილისა და თვით პაციენტის მიერ). მემკვიდრეობა ფსიქოპათოლოგიურად დატვირთულია. პაციენტის დედას აღენიშნებოდა დეპრესიული მდგომარეობა შვილის (პაციენტის ძმის) გარდაცვალების შემდეგ, რომელმაც თვითმკვლელობით დაამთავრა სიცოცხლე. აგრეთვე, პაციენტის შვილმაც 22 წლის ასაკში სიცოცხლე დაამთავრა სუიციდით.

დაიბადა დროული, იყო ფსიქო-ფიზიკურად ჯანმრთელი ბავშვი. ადრეული ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა ნორმის ფარგლებში. ოჯახში იყო 5 დედ-მამიშვილი. ამჟამად ჰყავს ერთი და და ერთი ძმა, ფსიქო-ფიზიკურად ჯანმრთელები. ადრეული ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა ნორმის ფარგლებში. სკოლაში შევიდა დროულად, სწავლობდა საშუალოდ. დაამთავრა 10 კლასი. შემდეგ მოიხადა სავალდებულო სამხედრო სამსახური. იყო მოწესრიგებული, პასუხისმგებელიანი, მშრომელი, ენერგიული, აქტიური, კონტაქტური. სახლში დაბრუნების შემდგომ დაიწყო მუშაობა მძღოლად, ჯერ გადამზიდავ მანქანებზე, შემდეგ კი 20-25 წელი იმუშავა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანაზე. 22 წლის ასაკში იქორწინა სიყვარულით, ჰყავდა ორი ვაჟი, რომელთაგან ერთმა სიცოცხლე დაამთავრა სუიციდით. ცნობილია, რომ ამ ვაჟს

მიღებული ჰქონდა ქალა-ტვინის ტრავმა (მოჰყვა ავტოავარიამი), რის შემდგომაც შეამჩნიეს ფსიქიკური პრობლემები, რომლებსაც ვერ აზუსტებდნენ. 22 წლის ასაკში ჩაიდინა სუიციდი - ჩამოიხრჩო თავი. პაციენტმა შვილის გარდაცვალება განიცადა მძიმედ, თუმცა მალევე დაუბრუნდა სამსახურსა და ცხოვრების ჩვეულ რიტმს (მხოლოდ 1 კვირის განმავლობაში არ გასულა სამსახურში). მას შემდეგ აგრძელებდა მუშაობას მძლოად. რჩებოდა აქტიური, მშრომელი, ყურადღებიანი ახლობლების მიმართ. დაახლოებით 7-8 წლის წინ სამსახურში შემცირებაში მოჰყვა და პენსიაზე გავიდა. ოჯახში აგრძელებდა საქმიანობას, მუშაობდა ვენახში, ბოსტანში, აგრეთვე, უვლიდა სოფელში მიტოვებულ ეკლესიას, რომელიც თავისი ხელით გაარემონტა კიდევ. შემდგომში ეკლესია გახდა მომქმედი და პაციენტს აღარ ევალეობოდა მისი მოვლა-პატრონობა, რამაც ის გაანაწყენა. აღნიშნულის გამო მცირე შელაპარაკებაც კი მოუვიდა მოძღვართან. 2009 წელს მეუღლე გახდა ცუდად, მაღალი წნევის ფონზე განუვითარდა ინსულტი და ჩავარდა ლოგინად. ჩვენი პაციენტი 2 წლის განმავლობაში უვლიდა ლოგინში ჩავარდნილ მეუღლეს, ყველაფერს აკეთებდა მარტო, დამოუკიდებლად, სხვისი დახმარების გარეშე.

2011 წელს მეუღლე გარდაეცვალა. მიუხედავად ხანგრძლივი ავადმყოფობისა, ჩვენმა პაციენტმა მაინც მძიმედ განიცდიდა მეუღლის გარდაცვალება. გახდა ერთგვარად უხალისო, მოწყენილი, მაგრამ ცდილობდა გაეგრძელებინა ცხოვრების ჩვეული რიტმი. ამ პერიოდში დაეწყო არტერიული წნევის მომატება, რის გამოც იღებდა ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. თანდათან დაკარგა ჩვეული ინტერესები და დაახლოებით 6 თვეში უფრო შესამჩნევი გახდა გუნება-განწყობის დაქვეითება. ნაკლებად გამოდიოდა სახლიდან, აღიზიანებდა ხალხმრავლობა, დაკარგა ინტერესი ყოველგვარი საქმიანობის

მიმართ. 2011 წელს, მეუღლის გარდაცვალებიდან დაახლოებით 6 თვის შემდეგ, სცადა თვითმკვლელობა თავის ჩამოხრჩობით, თუმცა თოკი გაწყდა და სუიციდის მცდელობა ბოლომდე ვერ მიიყვანა. ამის შემდეგ ახლობლებმა მიიყვანეს ფსიქიატრთან, დაენიშნა მკურნალობა და დაახლოებით 2 წლის განმავლობაში მკურნალობდა. იღებდა ტრიფტაზინს, ბენზპექსოლს, ამიტრიფტილინსა და ტრუქსალს. მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა გაუმჯობესდა, წინანდელთან შედარებით, ენერგიული და ხალისიანი გახდა, თუმცა, ცხოვრების ჩვეულ რიტმს მაინც ვერ დაუბრუნდა. მოგვიანებით შეწყვიტა მკურნალობა, განაცხადა, წამალი ვერ მიშველისო, რასაც მალევე მოჰყვა სუიციდების მთელი სერია. თავდაპირველად დალია დიდი რაოდენობით ფსიქოტროპული მედიკამენტები, მაგრამ შვილმა მიუსწრო და დროულად ჩაუტარდა პირველადი დახმარება. შემდგომში, ძირითადად, თავის ჩამოხრჩობას ცდილობდა. ყოველ მცდელობას ახლობლები დროულად ამჩნევდნენ და მცდელობა ვერ ხორციელდებოდა. უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში 3-ჯერ სცადა თავის ჩამოხრჩობა. ყოველი სუიციდური მცდელობის წინ პაციენტი თავს იწესრიგებდა, საგარეო ტანსაცმელში გამოეწყობოდა, ტოვებდა წერილს, შემდეგ თოკს კიდებდა და უნდოდა თავის ჩამოხრჩობა. ამიტომ, როდესაც ახლობლები შეამჩნევდნენ საგარეო ტანსაცმელში გამოწყობილ ჩვენს პაციენტს, მაშინ აძლიერებდნენ ყურადღებას და ყოველთვის პოულობდნენ თავის ჩამოსახრჩობად გამზადებულ თოკს. სუიციდური მცდელობების მიზეზის გამოკითხვისას ახლობლებს ეუბნებოდა, რომ არ სურდა არავის შეწუხება, რომ ის არავის არ სჭირდებოდა და მის სიცოცხლეს აზრი არ ჰქონდა. სტაციონირებამდე ერთი დღით ადრე პაციენტმა კვლავ სცადა თავის მოკვლა. შვილმა მარანში შეუსწრო თოკის ჩამოკიდების

მომენტში. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულის გამო მოიყვანეს ჩვენს კლინიკაში.

ფიზიკური მდგომარეობა: მაღალი ტანის, სწორი აგებულების. კანი სუფთა, გამონაყარის გარეშე. ხილული ლორწოვანი გარსები - მკრთალი ვარდისფერი. ძვალ-სახსროვანი სისტემა - პათოლოგიის გარეშე.

თერაპევტის კონსულტაცია: უჩივის პერიოდულად არტერიული წნევის მატებას. მაქსიმალური - 160/100მმდე. ალერგიას საკვებსა და მედიკამენტებზე უარყოფს. TBC, ვირუსულ ჰეპატიტს უარყოფს. ნორმოსტენური კონსტიტუციის, სწორი აგებულების, კანი - სუფთა. ხილული ლორწოვანი - ვარდისფერი, ძვალ-სახსროვანი სისტემა ხილული პათოლოგიის გარეშე. პერიფერიული ლიმფური კვანძები - ჰიპერტროფიის გარეშე. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: დახედვით გულის არე უცვლელი. აუსკულტაციით - ტონები სუფთა, რითმული. P - 68', რიტმული, ზომიერი ავსებისა და დაჭიმულობის, TA 140/80 mm hg. სასუნთქი სისტემა: გულ-მკერდი - დეფორმაციის გარეშე. მისი ორივე ნახევარი სუნთქვაში თანაბრად მონაწილეობს. R-17'. აუსკულტაციით მარჯვნივ შესუსტებული სუნთქვა, T36.6. საკმლის მომწიფებელი სისტემა: ენა სველი, ნადების გარეშე. ყლაპვა თავისუფალი. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკივნეულო. ღვიძლი და ელენთა არ სცილდება ნეკნთა რკალს. დეფეკაცია - რეგულარული. შარდ-სასქესო სისტემა: ბიმაწუალური პალპაციით თირკმელები არ ისინჯება. შარდის ბუშტის არე - პალპაციით უმტკივნეულო. „დარტყმის“ სიმპტომი - უარყოფითი ორივე მხარეს. შარდვა - თავისუფალი.

Dx: არტერიული ჰიპერტენზია II

Rp : Enozid H 10/25mg

S: 1 აბი დილით

ნევროლოგის კონსულტაცია: პაციენტი უჩივის თავბრუსხვევას, წონასწორობის დაკარგვას. ანამნეზში აღნიშნავს არტერიული წნევის მაღალ ციფრებს. T/A -160/90 mm.hg ობიექტურად: თ/ტ ნერვებიდან დაყენებითი ნისტაგმოიდი. ღრმარეფლექსები იწვევა ცოცხლად. S=D პათოლოგიური რეფლექსები არ იწვევა. მგრძნობელობა ინტაქტურია. ორმხრივ სუსტად დადებითია მარინესკუ-რადოვიჩისა და ბრახას რეფლექსი. რომბერგის პოზაში არამდგრადია. ალენიშნება რეტრო და ლატეროპულსია. მენინგიალური ნიშნები არ აღენიშნება.

Ds: ვერტებრო-ბაზილარული უკმარისობა

ფსიქოლოგიური გამოკვლევა: ავადმყოფი კონტაქტში ადვილად ერთვის. შეკითხვაზე ადექვატურად პასუხობს. დაწვრილებით გვაწვდის ანამნეზურ ცნობებს, თუმცა ზოგჯერ უჭირს მნიშვნელოვანი თარიღების გახსენება. ასოციაციები თანმიმდევრული, რიგ შემთხვევაში, ერთდერძოვანი. ფორმალურად კრიტიკულია თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ. ექსპერიმენტში ძალდაუტანებლად ერთვის. აღქმა საგნობრივი, სწორი. ყურადღება აქტიური. ყურადღების კონცენტრაციისა და გადანაცვლების ხარისხი დაქვეითებულია. მეხსიერება - ფიქსაცია რეპროდუქცია გაძნელებულია. აზროვნება - მოფიქრება გააზრების პროცესი გაძნელებულია, თუმცა ყურადღების მოკრეფის შემდეგ ახერხებს ჩასწვდეს მარტივი ამოცანების შინაარსს. უჭირს მაღალი ზოგადობის დადგენა. ძირითადად, იყენებს გარეგნული მსგავსებისა და გამოყენებით ნიშნებს. გუნება-განწყობის ფონი დაქვეითებულია.

ფსიქიკური მდგომარეობა: პაციენტი განყოფილებაში შემოსვლისას გარეგნულად მეტ-ნაკლებად მოწესრიგებული იყო. ადგილში, დროსა და საკუთარ თავში ორიენტირებული იყო სწორად. იჯდა ჩუმად, თავდახრილი, მოწყენილი სახის

გამომეტყველებით, ერთ პოზაში. კონტაქტში ერთვოდა უხალისოდ. დასმულ შეკითხვებზე გვპასუხობდა დაყოვნებით, გარკვეული პაუზის შემდეგ, მოკლედ, მარტივად, დაბალი ხმით, მხოლოდ მრავალჯერადი ჩაკითხვის შემდეგ. საკუთარი განცდების ირგვლივ ნაკლებად საუბრობდა. ამბობდა, რომ ის არავისთვის აღარ არის საჭირო და ასეთი სიცოცხლე აღარ უნდა. აცხადებდა: „მე რა საჭირო ვარ, ირგვლივ ყველას ვაწუხებ, რად მინდა ასეთი სიცოცხლე?“... ჩვენს შეგონებებზე ჩუმდებოდა, თავს ხრიდა და არაფერს არ გვპასუხობდა. ასოციაციური პროცესი შენელებული, ღარიბი, უარყოფითი შინაარსის იყო. აღქმის პათოლოგიას უარყოფდა და არც ობიექტური დაკვირვებით შეინიშნებოდა. ბოდვით აზრებს არ გამოთქვამდა. მოძრაობა-მოქმედებები შენელებული ჰქონდა. მომდევნო დღეებში განყოფილებაში განმარტოებული იყო, დადიოდა ნელი ნაბიჯებით, ძირითადად, პალატაში იყო და ლოგინში იწვა. გასაუბრებისას ნაკლებად პროდუქტიული, მოწყენილი იყო. გუნებ-განწყობის ფონი დაქვეითებული რჩებოდა. განყოფილების რეჟიმს ემორჩილებოდა პასიურად, იკვებებოდა მცირე ულუფებით, ხშირად უჩიოდა ყაზობას, ძილი მედიკამენტური ჰქონდა. გასაუბრებისას გამოთქვამდა დეპრესიული შინაარსის აზრებს: „ხანდახან სიკვდილი მინდება, ხასიათზე ვერა ვარ ხოლმე, ცოლის სიკვდილის შემდეგ სულ ამერია გზა-კვალი“. პაციენტი წუხდა, რომ აღარ აქვს ხალისი და ენერგია, როგორიც ადრე ჰქონდა: „ყველაფრის გაკეთება მეზარება, ადრე მიწაზე მუშაობა მიყვარდა, ახლა ესეც მეზარება, ხალხმრავლობა მაღიზიანებს და ვერ ვიტან, მირჩევნია ჩემთვის მარტო ყოფნა“.

მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა. გახდა უფრო აქტიური, გამოდიოდა განყოფილებაში, ირგვლივმოყვებთან კონტაქტს ამყარებდა, მაგრამ არჩევითად.

უხაროდა ახლობლების მოსვლა, მათ ხვდებოდა და ესაუბრებოდა ხალისით. ჩვენთან საუბრისას აღნიშნა, რომ თავს უკეთ გრძნობს. დაინტერესდა სატელევიზიო გადაცემებით. უკმაყოფილებაც კი გამოთქვა იმასთან დაკავშირებით, რომ მისთვის საინტერესო საინფორმაციო გადაცემების ყურებას ვერ ახერხებს: „მე სულ მაინტერესებდა საინფორმაციო, ყოველთვის ვუყურებდი „მომამეს“, ახლაც მინდა, მაგრამ ტელევიზორი სულ გადართულია სხვა პროგრამაზე და საინფორმაციოს ვერ ვუყურებ“. საუბრისას გამოხატავს კეთილგანწყობილებას, ცდილობს მაღლიერება გამოხატოს ჩვენს მზრუნველობასთან დაკავშირებით, ილიმის. აღნიშნავს, რომ თვს უკეთესად გრძნობს. თუმცა, როცა შევთავაზეთ სახლში წასვლა, თავი შეიკავა და გაჩუმდა. შემდგომში დაგვეთანხმა, რომ სახლში ყოფნას აქ ყოფნა ურჩევნია („აქ უფრო მშვიდად ვგრძნობ თავს“). პაციენტი დღის განმავლობაში არის მშვიდად, დადის დერეფანში, ხვდება ახლობლებს, საკვებს იღებს დამაკმაყოფილებლად, მედიკამენტების მიღებისას დამყოლია, განყოფილების რეჟიმს ექვემდებარება. გუნებ-განწყობა და თვით-გრძნობა შედარებით გამოუსწორდა. საუბრისას უფრო პროდუქტიულია, აქვს სურვილი, რომ გადმოგვეცეს საკუთარი განცდები. კრიტიკა მდგომარეობის მიმართ ფორმალურია.

პაციენტს ჩაუტარდა გამოკვლევა დეპრესიის ბეკის კითხვარით (**Beck Depression Inventory – BDI**) და დეპრესიის ჰამილტონის სკალის (**Hamilton Depression Rating Scale –HDRS**) მიხედვით.

ბეკის კითხვარის მიხედვით, ექსპერიმენტის შედეგი **BDI = 18 – დეპრესიის სიმძიმის ხარისხი - ზომიერი დეპრესია.**

ჰამილტონის სკალის მიხედვით, ექსპერიმენტის შედეგი: **HDRS = 21 – საშუალო სიმძიმის დეპრესია.**

შემთხვევის ანალიზი: მემკვიდრეობა პათოლოგიურად დატვირთულია სუიციდებით, როგორც დაღმავალი (დედა, ძმა), ისე აღმავალი (შვილი) გზით.

პრემორბიდი ხასიათდება, როგორც აქტიური, ენერგიული, მშრომელი, სთენიური პიროვნება. მძიმე ფსიქოტრავმები გადაიტანა პათოლოგიური რეაქციების გარეშე, მაგალითად, შვილის გარდაცვალების შემდეგ, 1 კვირაში გავიდა სამსახურში. პირველად, 73 წლის ასაკში, განუვითარდა დეპრესიული მდგომარეობა, რომელსაც რამდენიმე თვით ადრე უძლოდა ფსიქოტრავმა (მეუღლის გარდაცვალება, რომელსაც 2 წელი უვლიდა). ადგილი ჰქონდა სუიციდს თავის ჩამოხრჩობის მცდელობის სახით. მკურნალობის ფონზე აღენიშნებოდა მდგომარეობის ერთგვარი გაუმჯობესება, მკურნალობის შეწყვეტის შემდგომ კი

გაუარესება. მომდევნო წლებში აღენიშნებოდა სხვადასხვა სიმძიმის დეპრესიები, რომელთა შორის ნათელი პერიოდები თითქმის არ ყოფილა. დეპრესია, ძირითადად, ვლინდებოდა დაწეული გუნება-განწყობით, უხალისობით, უინტერესობით, ენერგიისა და შრომის უნარის დაქვეითებით, გამოთქვმდა პესიმისტური, სუიციდური შინაარსის აზრებს, რომელთა ფონზე აღენიშნებოდა სუიციდების მთელი სერია, ძირითადად, თავის ჩამოხრჩობის სახით, მხოლოდ ერთხელ მიიღო მედიკამენტები თვითმკვლელობის მიზნით. სტაციონირებამდე 1 თვით ადრე 3-ჯერ ჰქონდა სუიციდის მცდელობა. სუიციდურ მცდელობას ყოველთვის ჰქონდა წინასწარ დაგეგმილი, მოფიქრებული ხასიათი (მაგალითად, ამზადებდა თოკს, ყოველთვის ეწყობოდა საგარეო ტანსაცმელში).

ამჟამინდელი სტაციონირებისას დეპრესია წარმოდგენილი იყო მარტივი სტრუქტურით, რომელიც ვლინდებოდა დაწეული გუნება-განწყობით, უხალისობით, მოწყენილობით, იდეატორული და მოტორული პროცესების შენელებით.

ასოციაციები ატარებდნენ დეპრესიულ შინაარსს, სუიციდური აზრებით. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად სუიციდური აზრებისა და ქმედებებისა, თვითბრალდებისა და თვითდანაშაულის აზრები არც წარსულში და არც ამჟამად არ ჰქონდა. დეპრესიის კლინიკურ სურათში ვლინდებოდა სომატური ხასიათის ჩივილები, ყაბზობის, არტერიული წნევის მომატების, საერთო სისუსტის, თავბრუსხვევის სახით.

ბეკისა და ჰამილტონის დეპრესიის სკალების მიხედვით, დეპრესია შეესაბამებოდა საშუალო სიმძიმის დეპრესიას.

დაავადების ანამნეზიდან და ამჟამინდელი ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, **დიაგნოზი: რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა, მიმდინარე ეპიზოდში საშუალო სიმძიმის დეპრესია. F.32.2.** მაგრამ ამ შემთხვევაში აღსანიშნავია: 1. დეპრესიის პირველი ეპიზოდის განვითარება მოგვიანებულ ასაკში; 2. მოხუცებულ ასაკში ფსიქოტრავმა (მეუღლის გარდაცვალება), რომელიც წინ უძღოდა დეპრესიას; 3. დეპრესიის კლინიკური სურათის აღნიშნული ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებები, მათ შორის, მრავლობითი სუიციდური მცდელობები, რომლებიც საშუალო სიმძიმის დეპრესიების დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში არ შედის; 4. დეპრესიების გახანძლივებული, კონტინუალური მიმდინარეობა, რომელიც მოგვიანებული ასაკისთვის არის დამახასიათებელი.

სიტუაციური დეპრესია მოხუცებულთა ასაკში. ამ დროს ადგილი აქვს მოხუცებულ ასაკში პირველადად გამოვლინებულ გუნება-განწყობის მყარ დაქვეითებას. ავადმყოფურად მიუღებელი ხდება საკუთარი სიბერე როგორც ფიზიკურ, ასევე სოციალურ ასპექტში. ჩივილებია: დღევანდელი ცხოვრების სიცარიელის მძაფრი განცდა, ყველაფერი, რაც ირგვლივ ხდება, ნაკლებად მნიშვნელოვანია, უინტერესოა. მომავლის იმედი დაკარგულია. ადგილი აქვს განცდას

„მარტოობა ბრბოში“ ის არავის არ სჭირდება, მისი განცდები არავის არ აინტერესებს. ამ ფონზე მისი ჩვეული ქცევის ფორმა არ იცვლება, ამ მდგომარეობას ჩვეულებრივად თვლიან და მკურნალობაზე უარს ამბობენ. შველას ხედავენ გარემო პირობების შეცვლაში, მაგრამ ამასაც პესიმისტურად უყურებენ. მოგვიანებულ ასაკში დეპრესიები ხშირად პროვოცირებულია ფსიქომატრამვირებელი სიტუაციებით (Круглов Л.С., Малкова Е.Е., Гнездилов А.В., 2015). რიგი ავტორი (Ильницкий А., Прощаев К., 2018, Круглов Л.С., Малкова Е.Е., Гнездилов А.В. 2015) ცალკე განიხილავს ასაკობრივ-სიტუაციურ დეპრესიას, როგორც განსაკუთრებულ მდგომარეობას. ამასთან, მიუთითებენ, რომ ასაკობრივ-სიტუაციური დეპრესია წარმოადგენს ფონს, რომელზეც ვითარდება მშფოთვარე-დეპრესიული სინდრომი, რომელიც საჭიროებს ექიმ-ფსიქოთერაპევტის ან ფსიქიატრის დაკვირვებასა და მკურნალობას.

ბიპოლარული აშლილობები. დეპრესიული აშლილობებისგან განსხვავებით, ბიპოლარული აშლილობა და მანია ნაკლებად არის გავრცელებული ხანდაზმულ ასაკში. ბიპოლარული აშლილობების დიდი რიცხვი მოდის 50 წელზე, 65 ზევით კი ნაკლებია. თუ მანიაკალური ეპიზოდი პირველად ვითარდება 65 წლის მერე, ყურადღება უნდა გამახვილდეს ორგანულ ეთიოლოგიაზე. ეთიოლოგიური ფაქტორები შეიძლება იყოს წამლების გვერდითი მოვლენები და თანმხლები დემენცია.

მანია შეადგენს აფექტური აშლილობების 5–10%-ს. ეპიზოდის საშუალო ხანგრძლივობა ხანდაზმულ ასაკში ისეთივეა, როგორიც ახალგაზრდა ასაკში (1-3 თვე). მოგვიანებულ ასაკში გვხვდება სხვადასხვა ტიპის მანიები, უპირატესად, ეიფორიულ-ექსპანსიური ტიპი. ეიფორიულ-ექსპანსიური ტიპის მანიის შემთხვევებში, გუნება-განწყობის აწეულობა ატარებს უდარდელობისა და უზრუნველობის ხასიათს, ერთგვარი მოსულელო

ქცევებით, ეროტიულობითა და ხანდახან გარემოში დეზორიენტაციის გამოვლინებით, რაც თავის ტვინის ორგანული დაავადების იმიტაციას იძლევა.

მოგვიანებული ასაკის მანქებისათვის დამახასიათებელია ნაკლებად გამოხატული, მონოტონური აფექტი, მანიის ეიფორიული ტონი, უდარდელობისა და უზრუნველობის განცდით ან ექსპანსიური ტონი, ბოდვითი იდეებით, სადაც, განდიდების იდეებთან ერთად, გვხვდება დანაკლისის აზრები; ხშირია ცნობიერების აშლის ეპიზოდები. მთელ რიგ გამოკვლევებში, ხანდაზმულებში ხაზგასმით აღნიშნულია მანიაკალურ ფაზაში დეპრესიული ელემენტების სიხშირე, ემოციური ლაბილობა, შერეული ფორმებისკენ ტენდენცია. მოგვიანებულ ასაკში აღსანიშნავია, აგრეთვე, ბოლმიანი აფექტის, გამღიზიანებლობის სიჭარბე, პარანოიდული ტენდენციებისა და პარანოიალური ბოდვის გაძლიერება, შესაბამისი ასაკობრივი თემატიკით (დანაკლისის, მოწამვლის, ეჭვიანობის, გადატაკების იდეები), რაც დიდ კონტრასტს ქმნის მანიაკალურ აფექტთან. ხშირია, აგრეთვე, კვერულანტური და იპოქონდრიული შინაარსის ბოდვითი იდეები. მეტყველება ნაკლებად პროდუქტიულია, ადგილი აქვს პერსევერაციებსა და წარსული მოვლენების გადაფასებას.

მონოტონური, ეიფორიული გუნება-განწყობის ფონზე შესაძლებელია სუსტსულოვნების გამოვლინების რეაქციები. ხანდაზმული ავადმყოფები მანიაკალურ მდგომარეობაში ნაკლებად პროდუქტიულები არიან, ასოციაციები შედარებით ღარიბი აქვთ, ხშირად აღინიშნება გაჭიანურებული აზროვნება, დეტალიზაციისაკენ მიდრეკილება. მანიაკალური მახვილგონიერების ნაცვლად, ვლინდება ტლანქი იუმორის, ზედაპირული აზროვნების, აბსურდული გეგმებისკენ მიდრეკილება. მოქმედებებისადმი სწრაფვის ნაცვლად, აღინიშნება უმიზნო მოუ-

სვენრობა, რომელიც ძლიერდება საღამოსა და ღამით. ავად-
მყოფები ხშირად უსუფთაონი ხდებიან, ყურადღებას არ აქცევენ
ჩაცმულობას, თმები დაუვარცხნელი აქვთ, ჯიბეები კი - საკვე
ნაგვითა და საჭმლის ნარჩენებით. მოგვიანებულ ასაკში ხშირია
შეუსაბამობა მოძრაობით ნაკლებ აქტივობასა და მეტყველებით
აგზნებას შორის (მ. ბოკუჩავა, 2015).

მოგვიანებული პერიოდის ბიპოლარული აფექტური
ფსიქოზების დროს გამოიყო განსაზღვრული კრიტერიუმები,
რომელთა საშუალებითაც დგინდება დაავადების პროგნოზი
და განისაზღვრება თერაპია. მათ მიეკუთვნება ისეთი პარა-
მეტრები, როგორიცაა: ასაკი დაავადების მანიფესტაციის
მომენტში, ფაზების რაოდენობა და სიხშირე, ციკლების
ხანგრძლივობა, გამოსავალი. ამ კრიტერიუმების გამოყენებამ
შესაძლებელი გახადა აფექტური ფსიქოზების ვარიანტების
გამოყოფა. ამ ვარიანტებიდან აღსანიშნავია: მონოპოლარული
მანია, რომლის დროსაც დეპრესიული გამოვლინებები ან არ
არის ან ნაკლებად გამოხატულია, წაშლილია; ბიპოლარული
ფაზური მიმდინარეობა; კონტინუალური მიმდინარეობა აფე-
ქტური ფაზების განუწყვეტელი ცვლით; ხანმოკლე აფექტუ-
რი ფაზების სწრაფი მონაცვლეობით მიმდინარე ფორმა (4
ფაზა და მეტი წელიწადში), რომელსაც „სწრაფ ციკლს“
უწოდებენ.

მონოპოლარული მანიები შედარებით იშვიათია. მათზე
მოდის აფექტური ფსიქოზების 5,6-35,6%. A.Kukopulos et al.,
(1980). ასეთი განსხვავებული მონაცემები აიხსნება იმით, რომ
ზოგიერთ კვლევაში შესულია არა მარტო გამოხატული მანია,
არამედ ჰიპომანიითა და დეპრესიის სიჭარბით მიმდინარე
მდგომარეობებიც. მოგვიანებით ასაკში მონოპოლარული
მანია კიდევ უფრო იშვიათად გვხვდება. მათი სიხშირე 60

წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებში შეადგენს ბიპოლარული ფსიქოზის 8%-ს.

ბიპოლარული აფექტური ფსიქოზისა და მონოპოლარული მანიის შედარებისას კვლევის შედეგები ხშირად წინააღმდეგობრივია. მაგ., ავტორთა ერთი ჯგუფი მონოპოლარული მანიის დროს აღნიშნავს დაავადების დაწყებას უფრო მოგვიანებით ასაკში. სხვები ვერ ხედავენ განსხვავებას ასაკის მიხედვით, ხოლო ავტორთა მესამე ჯგუფი აღნიშნავს დაავადების დაწყებას უფრო ადრეულ პერიოდში. საინტერესო მონაცემები არსებობს მოხუცებულობის ასაკის ბიპოლარული აფექტური ფსიქოზების ჯგუფში. აღმოჩნდა, რომ მონოპოლარული მანიის შემთხვევაში დაავადება მანიფესტირდება ადრე, 40 წლამდე და მონოპოლარული მანიის მაღალი სიხშირე არის მამაკაცებში, მაგრამ ეს მონაცემები არ ითვლება სტატისტიკურად სარწმუნოდ. მონოპოლარული მანიების ბიპოლარულ აფექტურ ფსიქოზებთან შედარებისას, არის მონაცემები დაავადების ნაკლები ხანგრძლივობის, ფაზებისა და სწრაფი ციკლის ნაკლები სიხშირის შესახებ, რაც მეტყველებს მონოპოლარული მანიების უფრო კეთილთვისებიან პროგნოზზე.

შფოთვა და სტრესთან დაკავშირებული აშლილობები. შფოთვითი აშლილობები წარმოადგენს ფსიქიკური პათოლოგიის ყველაზე ხშირ ფორმას, განსაკუთრებით, კი გერიტრიულ პაციენტებში და იგი უვითარდება პოპულაციის თითქმის მეოთხედს. შფოთვითი აშლილობის გავრცელება მოსახლეობაში შეადგენს 6-13,6%. შფოთვის სიმპტომები წარმოადგენს რისკ-ფაქტორებს კარდიოვასკულური, ცერებრო-სისხლძარღვოვანი და კოგნიტური დარღვევების. შფოთვით აშლილობებს მიეკუთვნება: აგორაფობია, სოციალური ფობია, სპეციფიური (იზოლირებული) ფობიები, პანიკური აშლილობა, გენერალიზებული შფოთვითი

აშლილობა, შერეული შფოთვითი ან დეპრესიული აშლილობა და სხვა. შფოთვითი აშლილობები ხელს უშლის ადამიანის ყოველდღიურ ფუნქციონირებას, იწვევს მნიშვნელოვან ფიზიკურ და ფსიქიკურ დისკომფორტს.

ზოგად სამედიცინო პრაქტიკაზე დაყრდნობით, შეფერდმა (Shepherd et al., 1966) აღმოაჩინა, რომ ნევროზის ახალი შემთხვევების (მაგ., შფოთვითი აშლილობის) სიხშირე თანდათან იკლებს 55 წელს გადაცილებულ პაციენტებში. თუმცა, ზოგადი პროფილის ექიმთან ნევროზთან დაკავშირებული კონსულტაციების სიხშირე არ მცირდება. ზოგადი პოპულაციის გამოკითხვა მიუთითებს, რომ 65 წლის შემდეგ ჩნდება ნევროზული აშლილობის ახალი შემთხვევები, რომელთა გავრცელების სიხშირე დაახლოებით 12%-ს შეადგენს (Kay and Begmann, 1980). პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის გავრცელების სიხშირე ხანდაზმულებში დაახლოებით 1%-ს უდრის (Van Zeist et al., 2003).

შიზოფრენიის მსგავსი აშლილობები და პარანოიდული მდგომარეობები. ხანდაზმულ პოპულაციაში შიზოფრენიის მსგავსი და პარანოიდული აშლილობები დიდი ხანია იწვევს აზრთა სხვადასხვაობასა და ტერმინოლოგიურ გაურკვევლობას. ICD-10-სა და DSM-5-ში, ტერმინი - „ძალიან გვიანი დებიუტის მქონე შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქოზი“ მოიცავს ისეთი ტიპის ფსიქოზებს, რომლებიც 60 წლის შემდეგ ვითარდება. ამ ჯგუფის გამოყოფა და მისი დიფერენციატა გვიანი დებიუტის მქონე შიზოფრენიისგან, რომელიც, ჩვეულებრივ, 40-59 წლის პაციენტებში გვხვდება, ეფუძნება განსხვავებებს ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებსა და რისკ-ფაქტორებში (Howard et al., 2000). პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ „ძალიან გვიანი დებიუტის მქონე შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქოზი, შეადგენენ გერიატრიული განყოფილებების პაციენტთა 10%-ს. არ არსე-

ბოზს ზუსტი მონაცემები ამ აშლილობის საერთო პოპულაციაში გავრცელების სიხშირის შესახებ, რადგან დაავადების ყველა შემთხვევის იდენტიფიცირება გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული; მაგალითად, თუ პაციენტს დემენციის ან მძიმე დეპრესიის ტიპური ფსიქოზური სიმპტომები ახასიათებს.

რაც შეეხება ზოგადად პარანოიდული ფსიქოზებს, ეს ფსიქოზები მოგვიანებულ ასაკში გამოწვეულია სხვადასხვა მიზეზით. ხანდახან სენსორული დარღვევები ხელს უწყობს პარანოიდული ფსიქოზების განვითარებას. სხვა შემთხვევებში, ისინი დაკავშირებული არიან ცერებროვასკულურ დარღვევებთან და დემენციასთან. უკანასკნელი მონაცემებით, პარანოიდული ფსიქოზები ხანდახან წინ უძღვის ალცჰაიმერის დაავადებას.

გვიანი დებიუტის მქონე შიზოფრენიისმაგვარი ბოდვითი აშლილობის საილუსტრაციდ მოყვანილია შემდეგი კლინიკური შემთხვევა.

ავ-ფი ენ., ქალი, დაბ. 24.09.1940, 72წ., თბილისის მცხოვრები, დილმის მასივი მე-5 კვ, მე7 კორპ. №58. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში შემოვიდა: 20.02.2012წ., გაეწერა: 19.04.2012წ., ისტორია №87

ანამნეზი - მემკვიდრეობაში ფსიქოპათოლოგიურ დატვირთვას უარყოფენ. ადრეული ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა ნორმის ფარგლებში, სკოლაში სწავლობდა კარგად, დამთავრებული აქვს უცხო ენათა ინსტიტუტი, გერმანული ენისა და ლიტერატურის ფაკულტეტი. 21 წლის ასაკში გათხოვდა სიყვარულით, შეეძინა 2 ქალიშვილი, რომლებიც ამჟამად ქმარშვილიანები არიან და ცხოვრობენ რუსეთში. წლების განმავლობაში მუშაობდა ფიზიკის ინსტიტუტში ერთ-ერთი განყოფილების უფროსად. მეუღლე გარდაეცვალა 10 წლის წინ ინსულტით. 16

წელია, აღენიშნება არტერიული ჰიპერტენზია (200/100-180/100 mm.hg)

პრემორბიდულად ახასიათებენ, როგორც მკაცრ, მომთხოვნ, გულჩათხრობილ ადამიანს, ლიდერის თვისებებით. ავადმყოფური მდგომარეობა დაეწყო 4-5 წლის წინ, რუსეთში შვილებთან ყოფნის დროს. დაინტერესდა რელიგიური და ფილოსოფიური ლიტერატურით, მთელ დღეს ატარებდა ეკლესიაში, იცავდა სხვადასხვა რელიგიურ რიტუალს, მარხვას. შვილებს მოუწოდებდა, თავიანთი ქონება: ფული, ნივთები, ბინები გადაეცათ ეკლესიისათვის და დაეწყოთ ეკლესიური ცხოვრება. ჰქონდა უცნაური გამონათქვამები და ქცევები, სუიციდის მცდელობა დალია ტრანკვილიზატორები, რაც იმით ახსნა, რომ შვილები თბილისში არ უშვებდნენ.

თბილისში დაბრუნების შემდეგ ცხოვრობდა მარტო თავის სახლში, მთელ დღეს ატარებდა სამების ეკლესიაში, სახლიდან გაიტანა საოჯახო ნივთები, ავეჯი, ტელევიზორი, მაცივარი და გააჩუქა, იცავდა მარხვას. დასა და შვილებს მოუწოდებდა, მათაც გაეჩუქებინათ ნივთები, გაეყიდათ ბინები და სხვებისთვის მიეცათ ან ეკლესიისთვის შეეწირათ. 2009 წლის ზაფხულში წავიდა თიანეთის დედათა მონასტერში, იქიდან დაბრუნდა 1 თვეში. მონასტრის რეჟიმთან შეგუება ვერ შეძლო, იქცეოდა თვითნებურად, არაადეკვატურად. თიანეთიდან დაბრუნდა აფორიაქებული, დაძაბული. განაცხადა, რომ თიანეთში მკვლელობა მოხდებოდა: მონაზონი მოძღვარს მოკლავდა და მკვლელობას მას დააბრალებდნენ. გადაწყვიტა, რომ სახელი და გვარი გამოეცვალა, ახლობლებს აფრთხილებდა, რომ მოაკითხავდნენ და წაიყვანდნენ, დაიჭერდნენ. დაიწყო სახლიდან ნივთების გადაყრა, „იქ ჩემი აურა არის და დამიჭერენ.“ ყველაფერს, რასაც თითებით შეეხებოდა, სველი ტილოთი წმენდდა, თითების ანაბეჭდებს ანადგურებდა. პერიოდულად თავისთვის

ბუტბუტებდა, თითქოს ვიღაცას ეპასუხებოდა, აცხადებდა, რომ ღმერთი მითითებებს აძლევდა, დას მოსთხოვა, ბინა გაეყიდა და ეკლესიის აშენებაში დახმარებოდა. თვლიდა, რომ გარკვეული მისია დააკისრა ღმერთმა დედათა მონასტერი უნდა აეშენებინა თიანეთში, შეადგინა გეგმა და ყველა ახლობელს გარკვეული დავალება მისცა. შემდეგ ჩაიკეტა, დაეწყო შიშები, მკვეთრად შეზღუდა საკვების მიღება, გაუჩნდა აზრი, რომ დაიჭერდნენ, მკვლელობას დააბრალებდნენ, ლაზერის სხივებით დაასხივებდნენ, მოკლავდნენ. 7.10.2009 16.11.2009 წელს პირველად იქნა სტაციონირებული ჩვენს კლინიკაში დიაგნოზით: F06.2. გაწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. თავიდან აგრძელებდა მედიკამენტების მიღებას, იყო მშვიდად, ცხოვრობდა დის ოჯახში, შემდეგ შეწყვიტა წამლების მიღება, თანდათან აფორიაქდა, დაიძაბა. დაიწყო საუბარი თავისი მისიის შესახებ, იმყოფებოდა სმენითი ჰალუცინაციების ზემოქმედების ქვეშ. შეწყვიტა საკვების მიღება, იქცეოდა არაადეკვატურად, ღამით არ ეძინა. აღენიშნებოდა არტერიული წნევის მერყეობა, ჰიპოტენზიურ საშუალებებს არ იღებდა. აღნიშნულის გამო განმეორებით იქნა სტაციონირებული 4.06.2010-27.08.2010 წელს.

გაწერის შემდეგ სახლში მედიკამენტებს არ იღებდა, მეტ დროს ატარებდა ეკლესიაში, გაჰქონდა ფული, პირადი ნივთები და არიგებდა, ბოლო დღეებში აფორიაქდა, აიგზნო, მოითხოვდა ბეთლემის ეკლესიაში წაყვანას: „იქ კარმული დედა მელოდებაო“. აცხადებდა, რომ „მონსტრები“ ებრძვიან, მისი მეზობელი მოკლეს, ბინა ხელში ჩაიგდეს, სიძეს თავი მოაჭრეს. ხედავდა მონსტრებს, გრძნობდა შეხებას. შიშით, რომ მონსტრები მოკლავდნენ, რამდენიმე თვის პენსია -500 ლარამდე ჩადო ბოთლში და ქუჩაში ხალხმრავალ ადგილზე დადო. იყო აგზნებული, აფორიაქებული, ღამით არ ეძინა. 7.11.2010

14.03.2011 წ. განმეორებით იქნა სტაციონირებული. გაეწერა გაუმჯობესებით.

სახლში მედიკამენტებს იღებდა, მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი. 2012 წლის იანვარში დაუდგინეს ეროზიული გასტრიტის, წყლულოვანი ეზოფაგიტის დიაგნოზი. შეწყვიტა წამლების მიღება, თანდათან ისევ გაუმწავდა მდგომარეობა: ესმოდა ხმები, გრძნობდა შეხებას სხეულზე, დაერღვა ძილი. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულის გამო კვლავ მოთავსდა ჩვენს კლინიკაში.

ფიზიკური მდგომარეობა. ავადმყოფი საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულების, კანი და ხილული ლორწოვანი - გამონაყარის გარეშე, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი - ზომიერად განვითარებული. ძვალ-სახსროვანი სისტემა ხილული დეფორმაციის გარეშე.

ლაბორატორიული გამოკვლევებით რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლენილა.

თერაპევტის კონსულტაცია. P - 72'. T/A - 110/70 mm.hg R-17'. მუცელი - რბილი, უმტკივნეულო, შარდვა თავისუფალი. უჩივის ტკივილს მკერდის ძვლის უკან. **დიაგნოზი: გასტრიტი, რეფლუქს-ეზოფაგიტი.**

ნევროლოგის კონსულტაცია. უჩივის პერიოდულად თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, წონასწორობის დარღვევას, არტერიული წნევის ციფრების მერყეობას. რამდენიმე წელია, აღენიშნება არტერიული ჰიპერტენზია არტერიული წნევის ციფრების მკვეთრი მერყეობით. ობიექტურად: T/A 100/60 mm.hg, P - 72'.

ნევროლოგიური სტატუსი: ვერბალური კონტაქტისთვის მისაწვდომია. ადგილში, დროში, გარემოში დეზორიენტირებულია. საკუთარ თავში სწორადაა ორიენტირებული. მეხსიერება - დაქვეითებული. მეტყველება - შენახული. კრანიალური ნერვები - პათოლოგიის გარეშე. გუგები D = S, მრგვალი. ფოტორე-

აქცია ცოცხალი. რეაქცია-აკომოდაცია -კონვერგენციაზე შენახული. მოტორული დეფიციტი არ აღენიშნება. ცხვირ-თითის ცდას დამაკმაყოფილებლად ასრულებს. რომბერგის პოზაში არამყარია. მყესთა და მყეს-ძვალთა რეფლექსების საერთო ფონი - ცოცხალი, $D = S$. აქსიალური რეფლექსები გაცხოველებულია. დერმოგრაფიზმი - მყარი წითელი, ტროფიკა - შენახული. მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციას აკონტროლებს.

დიაგნოზი: არტერიული ჰიპერტენზია. დისცირკულატორული ენცეფალოპათია - III სტადია.

დანიშნულება: Mexibati 100 mg

S. 1 აბ. დღეში ერთხელ (10 დღე).

ფსიქოლოგის გამოკვლევა. ავადმყოფი კონტაქტისათვის მისაწვდომია. შეკითხვებზე პასუხობს შენელებული ტემპით. საუბარში ავლენს გარკვეულ ინიციატივას ცხოვრებისეული გამოცდილებისა და ბიოგრაფიული ეპიზოდების გადმოცემის თვალსაზრისით. უპირატესად იხსენებს მისთვის სასიამოვნო განცდებსა და მოვლენებს. მათზე თხრობისას აღენიშნება ერთგვარი კმაყოფილება. ექსპერიმენტში ერთვის პასიურად. ცდილობს თავისი შესაძლებლობების გამოვლენას. წარმატება-წარუმატებლობაზე რეაგირებს ასთენიური რეაქციებით. შედეგებით დაინტერესებას გარეგნულად არ ავლენს.

გამოკვლევის მონაცემების მიხედვით, აღენიშნება ფსიქიკური პროცესების ინერტულობა, დინამიკური პროცესების შენელება, განლევადობა.

ქცევაში აღენიშნება მიზანმიმართული ქცევის ფუნქციის მოშლა, რაც გამოიხატა, ერთი მხრივ, მოტივაციური კომპონენტის სისუსტით, მეორე მხრივ, დინამიკური პროცესების შენელებით, უსუსურობით.

აფექტურ სფეროში აღინიშნება ემოციური გასადავების ნიშნები, მცირედი ეიფორიულობა, აფექტური ლაბილობა.

მოტივთა და ინტერესთა წრეში დომინანტურია ფიზიკური გადარჩენის, მზრუნველობის მიღების მოთხოვნები. ინტერაქტივობა - დეფიციტური. ობიექტივაციის უნარი - დაქვეითებული.

საგნობრივი აღქმა - სწორი. სიტუაციის აღქმისა და გააზრების რეალობის ხარისხი - საშუალო. აქტიური ყურადღების მოცულობა - სუსტი ავსების. კონცენტრაცია - დაქვეითებული. სახეზეა განლევადობა.

მეხსიერების მხრივ, ფიქსაცია-რეტენციის ხარისხი - დაქვეითებული როგორც რაოდენობრივ მასალაზე, ასევე, რთული ზოგადობის მასალაზე.

აზროვნებისათვის დამახასიათებელია რაოდენობრივი გაღარიბების ნიშნები, მსჯელობის პროცესი მოკლებულია ვებალური ინტერპრეტაციის შესაძლებლობებს. ხასიათდება სქემატიურობით, სტერეოტიპიულობით. ასოციაციური პროცესები - გასაგები კავშირებით. მახვილგონიერებისა და აზრის გადატანთი მნიშვნელობის წვდომის უნარი - გაძნელებული. მეტყველება მონოტონური, გამომსახველობითი დეფიციტით, ინერვაციის შესუსტებით. კინეტიკური პრაქსისები დისკოორდინირებულია. სახეზეა კოგნიტური დაქვეითების ნიშნები.

ფსიქიკური მდგომარეობა. პაციენტი კონტაქტში ერთვის პასიურად. შეკითხვებზე პასუხობს მოკლედ, საჭიროებს შეკითხვის გამეორებას, დაკონკრეტებას. მეტყველება დიზართრიული, შენელებული. სწორად არის ორიენტირებული საკუთარ თავში და ადგილში, დროში დეზორიენტირებულია. უჩივის მოდუნებას, სისუსტეს, ტკივილს მკერდის ძვლის უკან, განსაკუთრებით ყლაპვის დროს, შიშებს. გვიდასტურებს, რომ ესმის ადამიანების ხმები, რომლებიც მიუთითებენ გარკვეულ მოქმედებებზე; მაგალითად, ეუბნებიან: „ადექი, დაჯექი“. აღნიშნავს, რომ გრძნობს სხეულზე სხვადასხვა სახის შეხებას, განსაკუთრებით საღამოს და ღამით:

„თითქოს ვიღაც მეხება, დენს მირტყამს, მწიწკნის“; აგრეთვე შეიგრძნობს პატარა ცხოველების შეხებასაც.

აზროვნება - ტორპიდული. ასოციაციების ტემპი შენელებული, შინაარსობრივად ერთფეროვანი, ღარიბი, გასაგები კავშირებით. მოსაზრება-მოფიქრების უნარი დაქვეითებული. მეხსიერება - დაქვეითებული, როგორც მიმდინარე ფაქტებზე, ისე წარსულზე, უჭირს ცხოვრებისეული ფაქტების დათარიღება.

გუნება-განწყობა - თვითგრძნობა ცუდი. აღენიშნება ემოციური ლაბილობა, სუსტსულოვნება, რომელიც გამოხატულია საკუთარი განცდების გადმოცემისას.

განყოფილებაში პასიურია, დროის უმეტეს ნაწილს ატარებს საწოლის ფარგლებში, განმარტოებულია. მოძრაობა-მოქმედებები შენელებული აქვს. საუბრისას გამოსთქვამს ჩივილებს: მოდუნებას, ტკივილს ყლაპვის დროს, ბარბაცს სიარულისას, აგრეთვე მეხსიერების დაქვეითებას. ერთხელ განაცხადა, რომ დაინახა როგორ უძვრებოდა კუდიანი ცხოველი პირში, ხელი მოკიდა და შორს მოისროლა, რასაც თან სდევდა ემოციური განცდა და კრიტიკის არარსებობა. აღნიშნავს, რომ ერთგვარად შეუმცირდა ხმების ინტენსივობა.

პაციენტის მდგომარეობა არსებითი ცვლილებების გარეშეა. მოაკითხა დამ და გაწერილი იქნა სტაციონარიდან გარკვეული დანიშნულებით და რჩევა-დარიგებით.

მკურნალობა უტარდებოდა: ტრიფტაზინის ინექციები - 8მგ, სედარექსი 4მგ, ტრუქსალი 25მგ, მექსიტატის ინექციები, ომეპრაზოლი.

შემთხვევის მოკლე ანალიზი. დაავადება დაეწყო მოგვიანებულ, დაახლოებით 67 წლის ასაკში, ცხოვრების წესის რადიკალური შეცვლით - დაინტერესდა რელიგიით, გახდა ძალზე ეკლესიური, ჰქონდა უცნაური გამონათქვამები და ქცევები.

მდგომარეობა თანდათან გაუმწვავდა: გამოთქვამდა დამოკიდებულების, დევნის, ზემოქმედების, განდიდების ბოდვით აზრებს. აღნიშნებოდა ჭეშმარიტი სმენითი, შემაშინებელი შინაარსის მხედველობითი (ხედავდა მონსტრებს, კუდიან არსებებს, ახლობელს მოკვეთილი თავით) და ტაქტილური ჰალუცინაციები (მათ შორის კუდიანი ცხოველი). დარღვეული ჰქონდა ძილი, ავლენდა სრულიად არაადექვატურ ქცევებს (რამდენიმე თვის საკუთარი პენსია - 500 ლარამდე, ჩადო ბოთლში და ქუჩაში, ხალხმრავალ ადგილზე დადო). ყოველივე აღნიშნულის გამო რამოდენიმეჯერ მოთავსდა სტაციონარში. მკურნალობის შედეგად მდგომარეობა შედარებით უმჯობესდებოდა, მაგრამ მალე წყვეტდა მედიკამენტების მიღებას და მდგომარეობა კვლავ მწვავდებოდა. ფსიქიკური აშლილობები მიმდინარეობდა მაღალი არტერიული წნევის (რომელსაც არ მკურნალობდა) და პიროვნების ორგანული დაქვეითების ფონზე.

ანამნეზის, ფსიქიკური მდგომარეობის, ფსიქოლოგიური და ნევროლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დაესვა დიაგნოზი: **შიზოფრენიისმაგვარი ორგანული ბოდვითი აშლილობა F06.2.**

შიზოფრენია ხანდაზმულ ასაკში. Post-ის (1971) მონაცემების მიხედვით, სტაციონარში შემოსულ 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფების 4% დაავადებულია შიზოაფექტური აშლილობით ან შიზოფრენიით. ამ მდგომარეობების დროს პროგნოზი ნაკლებად კეთილსაიმედოა, ვიდრე აფექტური აშლილობის დროს.

შიზოფრენია, ძირითადად, იწყება ადრეულ, ზრდასრულ ან შუახნის ასაკში, მაგრამ მისი დებიუტი, იშვიათად, 60 წელს ზევითაც გვხვდება. დიდი ხნის განმავლობაში დამკვიდრებული იყო შეხედულება, რომ გვიანი დებიუტის შემთხვევები მიმდინარეობის პროგრესიულობითა და კლინიკური გამოვლინე-

ბეზით, განსხვავებულია ადრეული დებიუტის შემთხვევებისგან, თუმცა, არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ შიზოფრენია, მისი დებიუტის ასაკის მიხედვით, ცალკე ქვეტიპად გამოიყოს.

კლინიკური სიმპტომები. მიუხედავად იმისა, რომ შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომები და ზოგადი კლინიკური ნიშნები ახალგაზრდა ასაკში დაწყებულის მსგავსია, არსებობს მოგვიანებული ასაკისთვის დამახასიათებელი თავისებურებებიც. „გვიანი შიზოფრენია“ ეს ცნება შემოღებული იქნა მ. ბლეილერის (M. Bleuler) მიერ 1943 წელს, როდესაც დაავადების მანიფესტაცია ხდება 45 წლიდან. შემდგომ კვლევებში დაავადების მანიფესტაციის ასაკი გაიზარდა 45-დან 60-65 წლამდე და მოხუცებულობის ასაკამდეც (შტენბერგი, მოლჩანოვა და სხვ.). მ. ბლეილერი გვიანი შიზოფრენიის შესწავლისას ასკვნიდა, რომ ეს შემთხვევები არ გამოირჩევა ადრე ასაკში დაწყებულისგან, თუმცა, მიუთითებდა, რომ დაავადების მიმდინარეობაში ჭარბობს პარანოიალური, პარანოიდული, პარაფრენული და მშოთვარე-ბოდვითი სინდრომები. ბოდვით სინდრომებს აქვთ გახანგრძლივებული მიმდინარეობის ტენდენცია. ბოდვითი პროდუქციების შინაარსი ყოფითი ხასიათისაა, როგორიცაა: დამოკიდებულების, მოდავეობის, მატერიალური დანაკლისის, შევიწროების, ეჭვიანობის იდეები ე.წ. „მცირე გაქანების“ ბოდვა. ეჭვიანობის ბოდვა უვითარდებათ უფრო მამაკაცებს, დანაკლისისა კი – ქალებს. ამასთან ერთად, შეაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ჯადოს ზემოქმედების, მოწამვლის, ეროტიულ, დევნის ბოდვით აზრებს. კანდინსკ-კლერამბოს სინდრომის განვითარებისას ჭარბობს სენსორულ-სენესტოპათიური ავტომატიზმები. რიგ შემთხვევებში, ვითარდება ვერბალური ჰალუცინოზი ჭეშმარიტი ჰალუცინაციების სახით, რომელიც თერაპიისადმი რეზისტენტულია. როგორც ბლეილერი, შემდგომ კი შტენბერგი აღნიშნავდნენ, შიზოფრენიის გვიანი დებიუტისას

ადინიშნება ქარაქტერეოლოგიური მახასიათებლების ასე თუ ისე შენარჩუნება და არ ვლინდება ღრმა პიროვნული, ნეგატიური ცვლილებები. ზოგიერთი მკვლევრის აზრით, ჭეშმარიტი გვიანი შიზოფრენია არ არსებობს, არამედ ეს არის უფრო ადრე დაწყებული ფსიქოპათოლოგიური – ნევროზისმაგვარი, ფსიქოპათიისმაგვარი და არამყარი პარანოიალური სიმპტომატიკის გამწვავება.

გვიანი დებიუტის შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებად ოქსფორდის სახელმძღვანელოში გამოყოფილია ვიზუალური, ტაქტილური და ყნოსვითი ჰალუცინაციები, მაკომენტირებელი და შეურაცხმყოფელი შინაარსის სმენითი ჰალუცინაციები, დევნის, შეპყრობილობის ბოდვითი იდეები.

შედარებით იშვიათი სიმპტომებია: აზროვნების აშლილობები, ემოციური გასადავება, ემოციური სიჩლუნგე, ნეგატიური სიმპტომები.

შიზოფრენია ხანდაზმულ ასაკში გვხვდება უპირატესად ქალებში, არ ადინიშნება აშკარა გენეტიკური დატვირთვა, შედარებით დაბალი პრემორბიდული დისფუნქცია არის განათლებისა და ფსიქოსოციალურ სფეროში, ანტიფსიქოზური პრეპარატები ბევრად უფრო მცირე დოზით გამოიყენება. რაც შეეხება კოგნიტურ სფეროს, შიზოფრენიის დროს, ასაკისგან განურჩევლად, ადინიშნება კოგნიტური ფუნქციების ზოგადი დაქვეითება. თუმცა, გვიანი დებიუტის შემთხვევებში კოგნიტური დეფიციტი უფრო მსუბუქად არის გამოხატული, ვიდრე ადრეული დებიუტის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში. კოგნიტური დეფიციტი განსაკუთრებით ვლინდება ოპერაციულ და ვერბალურ მეხსიერებაში. იშვიათად ხანდაზმული პაციენტების გარკვეულ ნაწილს ადინიშნება ინტელექტუალური ფუნქციების აშკარად გამოხატული გაუარესება და უყალიბდება ზომიერი ან მძიმე ხარისხის დემენცია (Harvey, 2001).

მიმდინარეობა და პროგნოზი. ფიქრობდნენ, რომ მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული შიზოფრენია შედარებით ნაკლებად პროგრესირებულა. მაგრამ, არ არსებობს თანამედროვე მონაცემები ხანდაზმულ ასაკში დაწყებული შიზოფრენიის მიმდინარეობასა და გამოსავალზე. ასევე, არ არის ცნობილი, გვიან დაწყებული შიზოფრენიის შემთხვევებში განვითარდება თუ არა დემენცია (იგულისხმება ორგანული ტიპის დემენცია).

დიფერენციალური დიაგნოზი. ადრეულ ასაკში დაწყებული შიზოფრენიისგან განსხვავებით, როდესაც ხანდაზმულ ადამიანებში ვლინდება ფსიქოზური სიმპტომები, მას, ჩვეულებრივ, რაიმე ტიპის ორგანული ფსიქოზი აღენიშნება. ამგვარად, ყველა ხანდაზმული პაციენტი, რომლებსაც პირველად გამოუვლინდათ შიზოფრენიის მსგავსი სიმპტომები, კარგად უნდა იქნეს გამოკვლეული დელირიუმის, დემენციის ან ორგანული ფსიქოზის გამორიცხვის მიზნით. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ისეთი ნევროლოგიური ან სომატური დაავადებით, როგორიცაა: ნეიროსიფილისი, აივი ან თავის ტვინის სიმსივნე. ისევე, როგორც ახალგაზრდა პაციენტების შემთხვევაში, დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს სხვა ფსიქიკურ აშლილობებთან, რომლებსაც ახასიათებს ფსიქოზური სიმპტომები, განსაკუთრებით ბოდვით აშლილობებთან და ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე აფექტურ აშლილობებთან. მათი გამიჯვნა შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება დევნის იდეები, მაგრამ სხვა სიმპტომები არ არის მკაფიოდ გამოხატული და თუ ავადმყოფობის ისტორია პარანოიდულ პერსონოლოგიურ აშლილობაზე მიუთითებს. როდესაც ადგილი აქვს არამყარ, არასისტემატიზირებულ ბოდვითი იდეებს, ცრემლიან გუნება-განწყობას, აფექტის ლაბილობას, კლინიკური გამოვლინებების ინტენსივობის მერყეობას, მნესტიკური პროცესების დაქვეითე-

ბას, ეს მიუთითებს ამ აშლილობების ორგანულ წარმოშობაზე. თუ პაციენტს აღენიშნება მხოლოდ ვიზუალური ჰალუცინაციების სიმპტომი, შესაძლებელია, შარლ ბონეს სინდრომს ჰქონდეს ადგილი.

ეტიოლოგია. ხანდაზმულ ასაკში დაწყებული შიზოფრენიის შემთხვევებში პაციენტის ოჯახის წევრებში შიზოფრენიის გავრცელების სიხშირე უფრო დაბალია, ვიდრე ადრეული დებიუტის მქონე შიზოფრენიის დროს, რაც უფრო ნაკლებ გენეტიკურ მიდრეკილებაზე მიუთითებს. მეკვიდრეობითი კავშირი არ შეინიშნება ნეიროდეგენერაციულ და ცერებროვასკულურ აშლილობებთან. თავის ტვინის ვიზუალიზაციით გამოვლენილი ცვლილებები ისეთივეა, როგორიც ადრეულ პერიოდში დაწყებული შიზოფრენიის დროს. არსებობს მოსაზრება (Seeman, 1997), რომ გვიანი დებიუტის მქონე შიზოფრენიის ეტიოლოგიაში გარკვეულ როლს თამაშობს სასქესო ჰორმონები, რაც ეფუძნება იმ ფაქტს, რომ გვიანი დებიუტი ქალებში უფრო ხშირად გვხვდება, თუმცა, ამ მოსაზრების დამადასტურებელი მტკიცებულება ცოტა არის. გვიანი დებიუტის ფსიქოზების შემთხვევებში შიზოიდური და პარანოიდული პიროვნული თავისებურებები უფრო ხშირია (Kay et al., 1976). საინტერესოა ჰიპოთეზა, რომ შიზოფრენიის მქონე პაციენტებშიც შესაძლებელია ნეიროდეგენერაციული დაავადებების, მაგალითად, ალცჰაიმერის მსგავსად, ჰომოცისტეინის დონე მომატებული იყოს.

ამ ჰიპოთეზის თანახმად, ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის (Jin Sook Cheon, M.D, Ph.D and Byoung Hoon Oh, M.D, Ph.D., 2009) მიზანს წარმოადგენდა შიზოფრენიის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში კოგნიტური დისფუნქციის სიხშირის და ჰომოცისტეინის დონესთან მისი მიმართების დადგენა.

კვლევის მეთოდები: გამოკვლეული იქნა 65 წლის ასაკის ზემოთ შიზოფრენიის მქონე 108 პაციენტი (59 კაცი და 49 ქალი). კოგნიტური ფუნქციები შეფასდა MMSE-K და MoCa-K (Montreal Cognitive Assessment). ფსიქოზის სიმწვავე შეფასდა K-PANSS-ის, ხოლო დეპრესია K-GDS (Geriatric Depression Scale) მიხედვით.

კვლევის შედეგები:

1. ჰომოცისტეინის მაღალი დონის მქონე პაციენტების უმეტესობა იყო მამაკაცი, ამასთან, ავადმყოფობის უფრო ხანგრძლივი ისტორიით.

2. MMSE-K და MoCa-k შეფასებისას კოგნიტური დისფუნქციის სიხშირე საერთო საკვლევ ჯგუფში იყო შესაბამისად 83.33% vs 98.15%; ჰომოცისტეინის ნორმალური დონის პაციენტებში 67.88% vs 96.43%, ხოლო ჰომოცისტეინის მაღალი დონის პაციენტებში - 100%, ორივე მეთოდით კვლევისას. თუმცა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება გამოვლინდა მხოლოდ MMSE-K-ით.

3. ჰომოცისტეინის მაღალი დონის მქონე პაციენტებში როგორც MMSE-K-ით, ასევე MoCa-k-ით შეფასებისას დაბალი იყო როგორც საერთო-ჯამური ქულა, ასევე, ცალკეული ქვეტესტების ქულებიც.

4. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი ნეგატიური კორელაცია ჰომოცისტეინის დონესა და კოგნიტურ ინდექსს შორის.

გაკეთდა დასკვნა, რომ ჰომოცისტეინის მომატებული დონე შესაძლებელია ასრულებდეს გარკვეულ როლს შიზოფრენიის მქონე ხანდაზმული პაციენტების კოგნიტური დისფუნქციის პათოგენეზში.

მკურნალობა. შიზოფრენიის გვიანი დებიუტის დროს ისევე, როგორც შედარებით ადრეული დებიუტის შემთხვევაში, ძირითადად, გამოიყენება ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, თუმცა, ამ დროს, საკმარისია ბევრად უფრო დაბალი დოზების დანიშვნა (მოზრდილების დოზის 10-20%). ეს არ არის განპირობე-

ბული მხოლოდ პაციენტის ასაკით, ვინაიდან, როგორც წესი, ადრეული დებიუტის მქონე პაციენტებს, როდესაც ისინი ხანდაზმულობის ასაკს აღწევენ, უფრო მაღალი დოზები ენიშნებათ. ანტიფსიქოზური წამლების სიფრთხილით გამოყენების მეორე მიზეზი ისაა, რომ, ახალგაზრდებთან შედარებით, ამ ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია გვიანი დისკინეზიის განვითარების რისკი (Jeste et al., 1995). ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატების გამოყენებისას, ტიპურ ანტიფსიქოზურ პრეპარატებთან შედარებით, გვიანი დისკინეზიის განვითარების რისკი უფრო დაბალია. მაგრამ არის მონაცემები, რომ ატიპურ ანტიფსიქოტიკებს შეუძლიათ გაზარდონ ცერებროვასკულური მოვლენები, რაც აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული. ადრეული დებიუტის შემთხვევების მსგავსად, ხანდაზმულებში შიზოფრენიის მართვისას უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის სომატური და სოციალური პრობლემები. აღსანიშნავია, რომ ხანდაზმული პაციენტებისთვის არსებული სერვისები უფრო ნაკლებია, შესაძლოა, ახალგაზრდა პაციენტებზე ფოკუსირების გამო (Cohen et al., 2000).

გვიან მანიფესტირებული შიზოაფექტური აშლილობის საილუსტრაციოდ ქვემოთ მოყვანილია შემდეგი შემთხვევა.

პაციენტი: თ.კ., მამაკაცი, დაბადებული 1958 წელს, 61 წლის. შემოვიდა რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში: 11.01.2020წ. გაეწერა: 24.02.2020. მცხოვრები: ქ. რუსთავი, კონსტიტუციის ქ. #9, ისტორია #13

ანამნეზი. დაოჯახებულია, ჰყავს მეუღლე, შვილები არ ჰყავს. მშობლებიდან ცოცხალია მხოლოდ დედა, რომელიც ცხოვრობს მარტო, ძირითადად, აკითხავს მეუღლე და ზრუნავს მასზე.

მემკვიდრეობაში ფსიქოპათოლოგიურ დატვირთვას უარყოფს. დაბადებულია ქალაქ რუსთავში, ოჯახში პირველი შვილია, ჰყავს ფსიქო-ფიზიკურად ჯანმრთელი უმცროსი ძმა. დაიბადა ფიზიო-

ლოგიური მშობიარობით, ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა ნორმის ფარგლებში, დადიოდა ბაღში, სკოლაში შევიდა დროულად, დაასრულა რუსთავის IX სკოლის სრული 10 კლასი, სწავლობდა კარგად, განსაკუთრებით ტექნიკურ საგნებს, მათემატიკას. პრემორბიდულად ხათიათით იყო მეგობრული, მშვიდი, გაწონასწორებული და, ამავდროულად, ჯიუტი. სკოლის დასრულების შემდეგ სწავლა განაგრძო პუშკინის პედაგოგიური ინსტიტუტის ფიზიკა-მათემატიკურ ფაკულტეტზე, სწავლობდა წარჩინებით. უმაღლესი სასწავლებლის დასრულების შემდეგ 1 წლის განმავლობაში მუშაობდა სკოლაში მათემატიკის პედაგოგად. სამუშაო არ მოსწონდა, ამბობდა, რომ 120 მანეთზე მუშაობა და ბავშვებთან ნერვების მოშლა არ იყო მაინდამაინც კარგი არჩევანი, თუმცა, მამას გაუწია ანგარიში და ერთი წელი იმუშავა. ერთი წლის შემდეგ, 22 წლის ასაკში, საკუთარი სურვილით წავიდა სამხედრო სამსახურში, იმსახურა 1 წელს. სამხედრო სამსახურის მოხდის შემდეგ დაიწყო მუშაობა რუსთავის ავტომატიკის ინსტიტუტში, სადაც გაიცნო თავისი მომავალი მეუღლე. თუმცა, იმხანად პაციენტი დანიშნული იყო სხვა გოგონაზე, რომელიც ცოლად არ შეირთო, რადგან ვერ დააკმაყოფილა გოგონას მატერიალური მოთხოვნები. დაახლოებით 29 წლის ასაკში გაემგზავრა რუსეთში, ვორონეჟში, მაგრამ ერთ წელიწადში დაბრუნდა საქართველოში და დაიწყო მუშაობა მეტალურგიულ ქარხანაში. 1988 წელს 33 წლის ასაკში დაოჯახდა, ცხოვრობდა მეუღლის ოჯახში სიდედრთან ერთად. მეუღლესთან ურთიერთობაში პრობლემები არასოდეს ჰქონია, მეუღლის დედასთანაც ჰქონდა კარგი ურთიერთობა. იყო მშვიდი, გაწონასწორებული, ჯიუტი და საკუთარ თავში დარწმუნებული. შემდგომ მუშაობდა ქარხანაში, ე.წ. „550“. 1994 წელს პირველად გაემგზავრა როსტოვში, სადაც პერიოდულად ჩადიოდა 1995-1997 წლებში, მუშაობდა ნათესავების სახლში დამხმარედ, სარემონტო სამუშაო-

ებზე. ერთ-ერთი ასეთი ვიზიტის დროს მასთან ერთად იყო მეუღლე, რომელიც იყო ფეხმძიმედ და დაკარგა ნაყოფი, ჰქონდა გართულებები, დასჭირდა ოპერაციული ჩარევა (კონკრეტულად რა ოპერაცია, ვერ ასახელებენ). აღნიშნული ფაქტის შემდეგ შვილი არ ჰყოლიათ. წლების განმავლობაში პაციენტი მუშაობდა თავის თავზე, კითხულობდა წიგნებს, აწყობდა კომპიუტერებს და სხვა ტექნიკურ მოწყობილობებს. შეისწავლა კომპიუტერული პროგრამირება და ელექტრობა. 1998 წლის პირველ ნახევარში მატერიალური შემოსავლის მიზნით მეუღლესთან ერთად რუსთავის ე.წ. „სტამბულის“ ბაზარში ყიდდა კოსმეტიკას (ძირითადად, მეუღლე ამუშავებდა ამ ბიზნესს, დახურეს 2000 წელს). 1999 წელს დაიწყო მუშაობა კომპიუტერულ ფირმა „ვეგამი“. აღნიშნულ ფირმას საქართველოში შემოჰქონდა სხვადასხვა ფირმის კონდინციონერები, ფილტრები, გამწოვი სისტემები და კომპიუტერები. პაციენტმა კარგად იცოდა აღნიშნული ტექნიკა - მისი საქმიანობა მოიცავდა აწყობას, მონტაჟს, შეკეთებას. პერიოდულად პრეზიდენტის რეზიდენციაში ამოწმებდა და აკეთებდა საჰაერო ფილტრებისა და კონდენციონერების სისტემას. მთელი ამ წლების განმავლობაში პაციენტმა სრულად შეისწავლა კონდენცირების სისტემასთან დაკავშირებული საკითხები. 2008 წელს იგი მეუღლესთან ერთად გაათავისუფლეს სამსახურიდან, რადგან კომპანიის მენეჯერებმა მოიყვანა ახალგაზრდა კადრები სტაჟიორები და სტუდენტები, რომლებსაც უფასოდ ამუშავებდნენ. ამავე წელს მეგობართან ერთად დააფუძნა საკუთარი შ.პ.ს., რომელსაც უცხოეთიდან შემოაქვს საჰაერო ფილტრებისა და გამწოვების სისტემა, კონდენციონერები. მუშაობს დიდ შეკვეთებზე, აღნიშნული ტექნიკა მისმა კომპანიამ დაამონტაჟა ისეთ დაწესებულებებში, როგორებიცაა: „აგრო ჰაბი“ და სასტუმრო „არტ პალასი“. საქმიანობაში მეუღლეც ჩართულია. პაციენტი, ძირითადად, მუშაობს სახლის პირობებში, კომპიუტერისა და ტელეფონის

საშუალებით, პერიოდულად კი გადის ობიექტებზე. აღსანიშნავია, რომ 2008 წლის შემდეგ მისი სამუშაო გრაფიკი არის საკმაოდ დატვირთული, რაც იმას ნიშნავს, რომ ღამის საათებში, ძირითადად, ელვიძა, ხოლო დღისით ეძინა. მეუღლე ახასიათებს, როგორც უზომოდ შრომისმოყვარე, პატიოსან ადამიანს, რომელიც იხდის დიდ გადასახადებს და არასოდეს ატყუებს კლიენტებს. პერიოდულად აღენიშნებოდა ხერხემლის პრობლემები (ვერ გვიზუსტებენ), რის გამოც მიმართავდა ხოლმე ნევროლოგს, მანუალურ თერაპევტს.

2019 წლის ნოემბრის თვეში მეუშაობდა რთულ პროექტზე, რაზეც დახარჯა დიდი ძალისხმევა, გადაიღალა და დაერღვა ძილი. ამავე პერიოდში ხერხემლის ტკივილის გამო მიმართა მანუალურ-თერაპევტს, სადაც გაიცნო მასაჟის სპეციალისტი და მასთან პერიოდულად დადიოდა მასაჟზე. დაახლოებით ნოემბრის ბოლოს - დეკემბრის პირველ რიცხვებში მეუღლეს განუცხადა, რომ მასაჟის სპეციალისტმა დაავალა გარკვეული სავარჯიშოების კეთება, რაც მოიცავდა აზიდვებსა და კუნთის გაჭიმვას. ყოველ დღე იკეტებოდა ოთახში და ასრულებდა ფიზიკურ აქტივობებს, ვარჯიშობდა, დადიოდა ფეხით. ასევე, დაინტერესდა „იოგა კუნდალინით“, რომელზეც ინფორმაცია მიაწოდა მასაჟის სპეციალისტმა. „იოგა კუნდალინის“ შესახებ კითხულობდა უამრავ ლიტერატურას, თუმცა, არ განუცხადებია მეუღლისთვის, რომ აპირებდა ამით დაკავებას. 16 დეკემბერს განაცხადა, რომ სტკივა დუნდულოს კუნთები, გავიდა სასეირნოდ მარტო და მალევე დაბრუნდა. 17 დეკემბერს მთელი დღე გაატარა სახლში, განაცხადა, რომ უფრო მეტად სტკივა კუნთები, არ გასულა სახლიდან, ქუჩაში არ შეხვდა გვიან დაბრუნებულ მეუღლეს (რაც მის მეუღლეს გაუკვირდა). 18-19 დეკემბერს აცხადებდა, რომ აქვს კუნთების ძლიერი ტკივილი და იმასაუბრებდა პერიოდულად, მთელი ამ პერიოდის განმავლობაში იკვებებოდა ნორმალურად. 20

დეკემბერს პაციენტი თითქმის უმოძრაო მდგომარეობაში, თვალეზღაბებული იწვა საკუთარ ოთახში, არ იღებდა საკვებსა და წყალს, რამოდენიმეჯერ ჩაიშარდა, მეუღლეს არ უშვებდა ოთახში. 21 დეკემბერს დაწვა იატაკზე თვალეზღაბებული მდგომარეობაში, ყვიროდა: „არ შემიშალოთ ხელი, დავიკარგები, ისეთ ადგილას შევედი, ველარ გამოვდივარ“. აღნიშნულის გამო პაციენტის მეუღლემ დაურეკა მასაჟის სპეციალისტს, რომელმაც ასწავლა გარკვეული „შელოცვა“, რის შემდეგაც პაციენტი მოახერხებდა მდგომარეობიდან გამოსვლას. „შელოცვის“ შემდეგ პაციენტი რამდენიმე წუთში ნელი მოძრაობით ადგა, მალევე მოითხოვა დიდი რაოდენობით წყალი. მომდევნო დღეებში იყო დაუძლურებული, მოუწესრიგებელი, საკვებად ითხოვდა მხოლოდ მაწონს, თაფლს, ბანანსა და ბულიონს, ამ პერიოდში დაკარგა დაახლოებით 6 კგ. სატელეფონო ზარებს არ პასუხობდა, არ იწესრიგებდა თავს. მეუღლეს სთხოვდა, რომ სავარძლით გაეყვანა ტუალეტში, რადგან არ შეეძლო ნაბიჯის გადადგმა, ხოლო იქიდან თავად გამოდიოდა სავარძლის გარეშე. 7 იანვარს პაციენტმა იბანავა, მოწესრიგდა, იღებდა უცნაურ საკვებს (მხოლოდ დაბლენდერებულ ბოსტნეულსა და დიდი რაოდენობით მწვანილს), საკვები შეჭკონდა საძინებელში და განმარტოებით მიირთმევდა. შემდგომ დღეებში მარტო გადიოდა სასეირნოდ. 10 იანვარს ჩართო ტელეფონი და ესაუბრა კოლეგებს, ღამის საათებში შევიდა სააბაზანოში, ჩაიკეტა რამდენიმე საათით, ბანაობდა და პერიოდულად მღეროდა. დაახლოებით ღამის 3 საათზე გამოვიდა აბაზანიდან, მიიღო საკვები, გააღვიძა მეუღლე, იყო მოუსვენრად. ამბობდა, რომ საფრთხე ემუქრებათ, რომ 4 ადამიანი მტრობს. მას შემდეგ, რაც მეუღლე შეეკამათა, უყვიროდა, რომ მას უნდა მისი ფსიქიატრიულში გამოკეტვა. ცდილობდა მეუღლისთვის ტელეფონის წართმევას, რათა დაერეკა ოჯახის ახლობლებთან და ეთქვა, რომ მას ვიღაც მტრობს და საფრთხე ემუქრება. დაახლოებით 6

საათზე გავიდა მეზობელთან დასარეკად. მეუღლე მაშინვე დაუკავშირდა ოჯახის ახლობლებს და გამოიძახეს სასწრაფო დახმარების ბრიგადა. პაციენტი გაიქცა ქუჩაში, თუმცა გზად შემხვედრ სასწრაფო დახმარების ბრიგადის თანამშრომლებს მშვიდი ტონით უთხრა, რომ თავად სურს ფსიქიატრიულში მისვლა და საკუთარი ნებით გამოჰყვა მათ. 11.01.2020 08:40 მოყვანილია პოლიციის ეკიპაჟის თანხლებით კლინიკაში.

მორიგე ექიმის ჩანაწერით: გარეგნულად მეტ-ნაკლებად მოწესრიგებულია, გამომეტყველება - დაძაბული, პირქუში, კონტაქტში შემოსვლას თავს არიდებს, იმყოფება ფსიქო-მოტორული აგზნების მდგომარეობაში, არის აგრესიული, ყვირის. ორიენტაციის დადგენა ვერ ხერხდება, კითხვაზე კითხვით გვპასუხობს. ბოდვით აზრებს სპონტანურად არ გამოთქვამს. ალქმის პათოლოგიის არსებობას უარყოფს, თუმცა, ობიექტურად შეინიშნება სმენითი საორიენტაციო რეფლექსის დაძაბვა. მოცულია ავადმყოფური განცდებით. ამ ეტაპზე მდგომარეობის სიმწვავის გამო პაციენტთან კლინიკური გასაუბრების წარმართვა გაძნელებულია. გუნებ-განწყობის ფონი დისფორიული. კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ არ გააჩნია.

ფიზიკური მდგომარეობა. პაციენტი სწორი აგებულების, 180 სმ. კანი - სუფთა, ხორბლისფერი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი - სუსტად გამოხატული. შესამჩნევია წონის ნაკლებობა, 59 კგ. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: ობიექტურად P-98' რითმული, მაჯასა და გულისცემასთან. TA 140/80mm.hg. Cor: აუსკულტაციით გულის ტონები - სუფთა. სასუნთქი სისტემის, საჭმლის მომნელებელი სისტემისა და შარდ-სასქესო სისტემის კლინიკური გამოკვლევის საშუალებას არ გვაძლევს.

ნევროლოგიის კონსულტაცია. გუგები - მრგვალი, თანაბარი, ფოტო-რეაქციები იწვევა საშუალო სიცხოველით. თვალის გუგების მოძრაობა წარმოებს მთელი სიფართით, კერერ-კუიგოვის

(თვალის კაკლებზე ზეწოლის) სიმპტომი უარყოფითია. გვერდზე მზერისას ორმხრივად იწვევა წვრილამპლიტუდოვანი ჰორიზონტალური ნისტაგმი. მყესთა რეფლექსები იწვევა ზომიერი სიციხველით, პათოლოგიური რეფლექსები არ იწვევა. რომბერგის პოზაში ზომიერად ინტენციურია, საკოორდინაციო ცდებს ასრულებს. მენინგიალური სიმპტომები უარყოფითია.

დიაგნოზი: ქრონიკული ვერტებრო-ბაზილარული უკმარი-სობა (G 45.0).

ფსიქოლოგის გამოკვლევა. მიზანმიმართულ კლინიკურ საუბარსა და ფსიქოლოგიურ გამოკვლევაში ერთვის. საუბრისას ასოციაციები გამრავლებული აქვს. ხშირად ერთი თემიდან ინაცვლებს სხვა თემაზე, დაწყებულ აზრს ვერ ამთავრებს. შეკითხვის გარეშეც ლაპარაკობს მონოლოგის სახით. საუბრობს თავის შესაძლებლობებზე, თვითშეფასება მომატებული აქვს. გამოთქვამს განდიდების მეგალომანიურ აზრებს.

ობიექტურად: ალო-აუტო ფსიქიკური ორიენტაცია - სწორი. გუნება-განწყობა და ემოციური ფონი - გაზერელებული. აფექტურ სფეროში აღენიშნება იოლი გამდიზიანებლობა. აღქმის პათოლოგიას უარყოფს, თუმცა, აღენიშნებოდა ონეიროიდული განცდები.

აზროვნება რეზონიორული, პარალოგიური. მსჯელობის პროცესი - ჯაჭვური, გამრავლებული, გვერდითი ასოციაციებით. აქტიური ყურადღება - კონცენტრაცია და გადანაცვლების უნარი გამწელებულია. ანდაზების, აფორიზმების, მეტაფორების აზრის გადატანით მნიშვნელობას ხვდება. სააზროვნო მასალის შესრულებისას მცირედ იყო გამოხატული არაარსებითობა. უკრიტიკოა საკუთარი მდგომარეობისა და განცდების მიმართ.

ფსიქიკური სტატუსი. პაციენტი გარეგნულად მოწესრიგებულია, გამხდარია, შესამჩნევია წონის ნაკლებობა. სწორად არის ორიენტირებული დროში, ადგილსა და საკუთარ თავში. კონტაქტში ერთვება აქტიურად, არის ერთგვარად დამაბული, შეკითხვე-

ბზე პასუხობს არსებითად, მაგრამ მრავალსიტყვიერად. ასოციაციები - ტემპი რამდენადმე აჩქარებული, გვერდითი ასოციაციებით. აზროვნება - რეზონიორული, ახდენს საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასებას. საუბრისას პერიოდულად ავლენს გამლიზიანებლობას. აღქმის პათოლოგია ობიექტურად არ ვლინდება, ბოდვით აზრებს სპონტანურად არ გამოთქვამს. აცხადებს: „ისე მოხდა, რომ საკუთარი სხეულით დავინტერესდი. არ ვიცი, რა მოხდა, ქვეცნობიერი და ცნობიერი ვერ დავაკავშირე ერთმანეთთან, ალბათ, გადავიღალე, მთელი ცხოვრება ძილის რეჟიმი დარღვეული მაქვს სამუშაოს გამო, ვიცი, ყველა შევაშინე და განსაკუთრებულ ბოდიშს მოვუხდი ჩემს მეუღლეს“. გუნება-განწყობის ფონი - რამდენადმე აწეული. კრიტიკა ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ ფორმალური. პაციენტი თანახმაა მკურნალობაზე.

შემდგომ დღეებში აცხადებდა, რომ ყველაფერი სპეციალურად მოუწყვეს, აკვირდება ოთახში დამონტაჟებულ ვიდეოთვალს, ითხოვს საკვებს, დაძაბულია, დისფორიულია, ავლენს გამლიზიანებლობას, არის მოუსვენრად. პალატაში აქტიურად ასრულებს სხვადასხვა ფიზიკურ ვარჯიშს. დღეში რამდენიმეჯერ დგება სასწორზე საკუთარი წონის განსაზღვის მიზნით, იკვებება მხოლოდ მეუღლის მოტანილი საკვებით, საკვების რაციონი კი შეიცავს მხოლოდ მაწონს, თაფლსა და ქათმის წვნიანს. უარს აცხადებს მედიკამენტების მიღებაზე. არის მოუსვენრად, ინტერვიუს დროს აცხადებს: „აბოლუტურად გაურკვეველი მდგომარეობაა, ხან მაკვირდება კამერა, ხან არა, ამას სპეციალურად მიწყობს სამედიცინო პერსონალი, საკვები არ მომცეს, გადმომაგდეს საწოლიდან, სხვა ახსნას ვერ ვპოულობ. მე შევიმუშავე კვების სპეციალური რეჟიმი, რასაც ჰქვია კვება ცილოვანი საკვებით, 3 კვირაში მოვიმატებ 18 კილოგრამს, ვარჯიშები მეხმარება, რომ კუნთის მასა გავზარდო“.

მომდევნო დღეებში არის აგრესიული, ყვირის. საუბრისას მრავალსიტყვიერია, აქტიურად გამოთქვამს ბოდვით აზრებს: „მე აქ ჩემი ნებით მოვედი, სპეციალურად მომიყვანეს სასწრაფო დახმარების ბრიგადა. მე ვიცოდი, რომ თქვენ უნდა მეპოვნეთ, არ ვიცოდი, როგორ გამოიყურებოდით ან რა გერქვათ, მაგრამ ვიცოდი, რომ თქვენ უნდა შემხვედროდით, რათა ამდენ პაციენტში მე გენახეთ, შეგხვედროდით არაჩვეულებრივ და არასტანდარტულ პიროვნებას. თქვენ მიხვდებით ჩემს ნიჭს, მე ყოველდღე მეხსნება ახალი შესაძლებლობები და ნიჭი, რომელსაც ჩემს თავში აღმოვაჩენ, შეიძლება ითქვას, გენიოსიც ვარ, მინდა წარმატებული გახდეთ ჩემი ქეისის საფუძველზე, ეს კლინიკა იქნება რეგიონში პირველი, რადგან მე შევქმნი ისეთ სისტემას, რომლითაც საოცრებების გაკეთება არის შესაძლებელი“. სრულიად უკრიტიკოა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ, მოცულია ავადმყოფური განცდებით.

ამჟამად პაციენტი გარეგნულად მოწესრიგებულია, კონტაქტში ერთვის თავისუფლად, ასოციაციები თანმიმდევრული და შინაარსობრივად გასაგებია. გვაწვდის ანამნეზურ ცნობებს, გულწრფელად და ღიად ყველა გადატანილის შესახებ. აცხადებს: „ვგრძნობდი ჩემს სხეულში და თითებზე ელექტროდენის ზემოქმედებას, ვგრძნობდი, რომ რაღაც ძალით ვიმართებოდი, იმართებოდა ჩემი ქმედებები. 20 და 21 დეკემბერს ვიწექი, ვერ ვარხვედი სხეულს, თუმცა ჩემი სხეული დავინახე ელექტროსქემის სახით, გავიხლიჩე, თითქოს ჩემი ილუზორული ნაწილი ოდნავ აიწია ჰაერში, ხოლო სქემა დარჩა საწოლზე, სადაც ვიწექი, ვნახე ჯოჯოხეთი და სამოთხე. ამ დროს ვერ ვდგებოდი, ტუალეტში ვერ გავდიოდი, ადგილზე გავაკეთე ყველაფერი. მანამდე, წინა დღეებში, ვგრძნობდი ენერგიის მოზღვაებასა და ჩემს განსაკუთრებულობას“. მითითებისას პაციენტი აცხადებს, რომ ნაწოლი გაუჩნდა სწორედ დროის იმ მონაკვეთში, როდესაც იგი

გაუნძრევლად იწვა საწოლში. ობიექტურად, წელის 5-6 მალის არეში აღენიშნება დაზიანებული შავი ფერის კანი, ნეკროზული ქსოვილით.

შემთხვევის ანალიზი. პრემორბიდი - აქტიური, კონტაქტური, შრომისმოყვარე, მიზანდასახული, ნიჭიერი პიროვნება, რომელმაც გარკვეულ წარმატებებს მიაღწია საკუთარ ბიზნესში. საინტერესოა, რომ ამ პიროვნებას ფსიქიკური აშლილობა პირველად გვიან - 61 წლის ასაკში - განუვითარდა. ავადმყოფური მდგომარეობა დაეწყო სომატო-ვეგეტატიური შეგრძნებებით, რის გამოც მკურნალობდა მასაჟისტთან, შემდგომ კი დაინტერესდა „იოგა კუნდალინით“, ბევრს კითხულობდა ლიტერატურას მის შესახებ. ინტენსიურად ვარჯიშობდა, იკვებებოდა გარკვეული პროდუქტებით, ბოლოს კი საკმაოდ უცნაურად მხოლოდ დაბლენდერებული ბოსტნეულითა და დიდი რაოდენობის მწვანილით. საერთოდ ვეღარ მუშაობდა, გაწყვიტა კონტაქტები ბიზნესპარტნიორებთან და ახლობლებთან. ამ ფონზე, სახლში მყოფს, განუვითარდა მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობა - ცნობიერების ონეიროიდული შეცვლით - გარემოსგან სრული მოწყვეტით, ბოდვითი დეპერსონალიზაციური და ზემოქმედების განცდებით, კატატონიური სტუპორით, რომელიც შეიძლება კვალიფიცირდეს, როგორც ონეიროიდულ-კატატონიური მდგომარეობა. სტაციონარში მოთავსების შემდეგ სახეზე იყო ფსიქომოტორული აგზნება, გარემოს ბოდვითი აღქმა, დევენის, განდიდების მეგალომანიური ბოდვითი აზრები, აწეული გუნება-განწყობა, სრული უკრიტიკობა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ. მომდევნო დღეებში ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა შედარებით რედეცირდა, ქცევები მოუწესრიგდა, გაუჩნდა ფორმალური კრიტიკა გადატანილის მიმართ.

ანამნეზური მონაცემები, ნევროლოგის კონსულტაცია, ფსიქოლოგიური კვლევა, ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა და მისი

განვითარების დინამიკა გვაფიქრებინებს გვიან ასაკში დაწყებულ მანიაკალური ტიპის შიზოაფექტურ აშლილობაზე F25.0.

პერსონოლოგიური აშლილობა ხანდაზმულ პირებში. ასაკთან ერთად, ზოგიერთი პიროვნული თვისებები და პიროვნული აშლილობა სუსტდება, ზოგი ისეთივე ინტენსიობის რჩება, ზოგი კი უფრო მწვავედება. მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ 50 წელს გადაცილებულ პირებში პერსონოლოგიური აშლილობის გავრცელების სიხშირე შეადგენდა 7-10%-ს (Abrams and Horowitz, 1996), ხოლო ახალგაზრდა ასაკში ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალია. აღსანიშნავია, რომ ასაკთან ერთად, პერსონოლოგიური აშლილობების „B“კლასტერი (ანტისოციალური, მოსაზღვრე, ისტერიული, ნარცისული) ნაკლებად გამოხატული ხდება (Cohen et al., 1994), ხოლო ობსესიურ-კომპულსური, შიზოიდური და პარანოიდული პერსონოლოგიური ხაზები - უფრო თვალსაჩინო (Engels et al., 2003). შიზოიდური ან პარანოიდული პიროვნული თვისებები შეიძლება გაამწვაოს ხანდაზმულ ასაკთან დაკავშირებულმა სოციალურმა იზოლაციამ და სხვა გარემო ფაქტორებმა იმდენად, რომ შესაძლებელია ისინი ბოდვით აშლილობად ან შიზოფრენიად ჩათვალონ. ხანდაზმულ ასაკში კრიმინალური ქცევა ძალზე იშვიათია. ხანდაზმულებში პერსონოლოგიური აშლილობა ხშირად კომორბიდულია დეპრესიასთან და სხვა ფსიქიკურ აშლილობებთან. პერსონოლოგიური აშლილობა შეიძლება გვიანი პერიოდის დეპრესიის რისკ-ფაქტორსაც წარმოადგენდეს (Abrams et al., 1987).

სენილური სიბინძურის სინდრომი. სენილური სიბინძურის სინდრომი, ასევე, ცნობილია, როგორც „Сенильное убожество“, სინდრომი, დიოგენეს სინდრომი. დიოგენეს სინდრომი ცალკე გამოიყო 1966 წელს. დიოგენეს სინდრომი ეწოდა ძველი ბერძენი ფილოსოფოსის, დიოგენეს, საპატივცემულოდ, რომელიც მომხრე იყო უკიდურესი მინიმალიზმის, არ მისდევდა საკუთრების

დაგროვებას და დიდ თიხის კასრში ცხოვრობდა. მაგრამ ის გამოდიოდა გარეთ და ისწრაფვოდა ხალხთან ურთიერთობისკენ. აქედან გამომდინარე, ამ სახელწოდებას არასწორად მიიჩნევენ და მის მაგივრად იყენებენ სხვა სახელწოდებებს: სენილური სიბინძურის სინდრომი, მოხუცებულობის საცოდაობის სინდრომი, პლუშკინის სინდრომი (გოგოლის „მკვდარი სულების“ პერსონაჟის მიხედვით). ამ სინდრომს ახასიათებს საკუთარი თავის უგულვებელყოფა, სოციალური იზოლაცია, აპათია, შინ სიბინძურეში ყოფნა, სირცხვილის გრძნობის არარსებობა. ხანდაზმულ პირებში ადგილი აქვს **სილოგმანიასაც** (Syllogomania, ქორდინგი). ეს არის არასაჭირო ნივთების, უფრო ხშირად, საოჯახო ნივთების, შეგროვებისა და შენახვის აკვიატებული ქცევა. არასაჭირო ნივთები გროვდება იმდენად დიდი რაოდენობით, რომ ხელს უშლის საცხოვრებელი სახლის, ბინის დანიშნულების მიხედვით გამოყენებას. ფაქტიურად იგივეა, რაც გადაგდებული ძველი ნივთების შეგროვება. სენილური სიბინძურის სინდრომის პროვოცირება შეიძლება გამოიწვიოს სტრესულმა ცხოვრებისეულმა მოვლენებმა, მაგალითად, ახლობლის მძიმე ავადმყოფობამ ან ახლობლის გარდაცვალებამ. ასეთი პაციენტების საავადმყოფოში მოთავსების შემდგომ სიკვდილიანობა მაღალია. დიოგენეს სინდრომის არსებობისას უნდა გამოირიცხოს საკუთარი თავის უგულვებელყოფის სხვა მიზეზები, განსაკუთრებით დემენცია, ფსიქოზი ან მძიმე დეპრესია. ამ სინდრომის დროს ადამიანი ჯიუტად უარს ამბობს ნებისმიერ დახმარებაზე და შესაძლებელია საჭირო გახდეს იძულებითი ჩარევა.

შარლ ბონეს სინდრომი. შარლ ბონეს მხედველობითი ჰალუცინოზის სინდრომი, უპირატესად, გვხვდება მოხუცებულობის (70-80 წლის) ასაკში, მხედველობის სრული ან ნაწილობრივი დაქვეითების დროს. მისთვის დამახასიათებელია ჭეშმარიტი მხედველობითი (ვიზუალური) ჰალუცინაციები ფსიქო-

ზის, დემენციის ან დელირიუმის სხვა სიმპტომების გარეშე. ჰალუცინაციები ატარებენ ჭეშმარიტი ჰალუცინაციების კრიტიკულობებს და გარე სივრცეში არსებულად აღიქმება. დამახასიათებელია მრავლობითი, მოძრავი, სცენისმაგვარი, ფერადი მიკროსკოპული ჰალუცინაციები ადამიანთა, ცხოველთა ან ბუნების სურათების სახით. ამ დროს კრიტიკა შენახულია. არის შემთხვევები, როდესაც არასწორად ისმება ეს დიაგნოზი, რასაც მოსდევს არასწორი მკურნალობის დანიშვნა. ამიტომ საჭიროა ამ სინდრომის დიფერენცირება სხვა აშლილობებისგან, განსაკუთრებით ფსიქოზისგან. ეს სინდრომი ატარებს შვეიცარიელი ფილოსოფოსის სახელს, რომელმაც 1760 წელს აღწერა თავისი პაპის შემთხვევა. გავრცელების სიხშირე დაახლოებით 10-15%-ია. ჰალუცინაციები შეიძლება პერიოდული ან მუდმივი ხასიათისა იყოს. მათი შინაარსი ხან ცვალებადია, ხან - სტერეოტიპული. ისინი პაციენტისთვის არანაირი პიროვნული მნიშვნელობის მატარებლები არ არის (კრიტიკა შენახულია). მიუხედავად იმისა, რომ მხედველობითი ჰალუცინაციები ჭეშმარიტი ხასიათის ჰალუცინაციებია, პაციენტს ისეთი განცდა აქვს, რომ ისინი არარეალურია და ხშირად მათი გაქრობა თვალების დახუჭვით შეუძლია. მდგომარეობა უმჯობესდება, თუ მხედველობა აღდგება ან პაციენტი სრულიად დაბრმავდება. არ არსებობს ამ სინდრომის სპეციფიკური მკურნალობა. არის მოსაზრება, რომ სინდრომი შეიძლება დემენციის ადრეულ ნიშანს წარმოადგენდეს, მაგრამ ეს მოსაზრება დადასტურებული არ არის.

თავი 3. დემენცია

მოგვიანებული ასაკის ორგანული დაავადებების დროს ვითარდება თავის ტვინის პათოლოგიური პროცესი, დესტრუქციული ცვლილებებით, ფსიქიკური მოქმედების გაღარიბების ტენდენცია, ე.ი., მიმდინარეობს სხვადასხვა ხარისხისა და ფორმის დემენცია (ამასთან, შესაძლებელია სხვადასხვა პროდუქტიული სიმპტომატიკაც), სხვადასხვა კეროვანი, ნევროლოგიური სიმპტომატიკა. მაგრამ ყოველივე ეს არ ნიშნავს იმას, რომ მოგვიანებული ასაკის ფუნქციური ფსიქოზების დროს არ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს თავის ტვინის პათოლოგანატომიურ ცვლილებებს ან ფსიქიკური მოქმედების შეუქცევად დაქვეითებას.

კლასიკურ ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში დიდი ხანია არსებობს მონაცემები დემენციის შესახებ, მაგრამ თანამედროვე მედიცინამ ხანდაზმულ ადამიანებში დემენციის დიაგნოზი მას შემდეგ აღიარა, რაც ფრანგმა ფსიქიატრმა ესკიროლმა (Esquirol) 1838 წელს აღწერა *demense senile*. ესკიროლმა დემენცია აღწერა ზოგადი ტერმინების გამოყენებით, მაგრამ იგი მაინც ჰგავს დღეისთვის არსებულ კონცეფციას (Aleqsander, 1972) დემენციის შესახებ. კრეპელინმა დემენცია განასხვავა ფსიქოზებისგან, რომლებიც ორგანული მიზეზების საფუძველზე (მაგ., ნეიროსიფილისი) აღმოცენდება და მასში რამდენიმე ფორმა გამოყო: პრესენილური, სენილური და არტერიოსკლეროზული. ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კვლევაში როთმა (Roth, 1955) აჩვენა, რომ ხანდაზმულებში დემენცია იმით განსხვავდება აფექტური და პარანოიდული აშლილობებისგან, რომ მას ცუდი პროგნოზი უკავშირდება. როთის შემდეგ დემენციის გავრცელების სიხშირეზე მრავალი გამოკვლევა და მეტაანალიზი ჩატარდა. დემენციის გავრცელების სიხშირე, ასაკთან ერთად, მკვეთრად იზრდება 90 წლამდე; ამის

შემდეგ ზრდა ნელდება და ასი წლისა და ამ ასაკს გადაცილებული ადამიანების ერთი მეოთხედი ინარჩუნებს კოგნიტურ ფუნქციებს (Perls, 2004). დემენციის ყველაზე ხშირი მიზეზებია: ალცჰაიმერის დაავადება, ვასკულური დემენცია და დემენცია ლევის სხეულებით.

დემენცია (de-წართმევა, mentis-გონება) არის ფსიქიკური დარღვევა, რომელიც ვლინდება ინტელექტუალური მოქმედების საერთო (ზოგადი) დაქვეითებით, თანმხლები მეხსიერებისა და აღქმის გაუარესებით, აკალკულით, პათოლოგიური გაფანტულობით, მოუკრეფაობით, აფექტისა და გუნება-განწყობის ცვლილებებით, მსჯელობისა და აბსტრაქციის უნარის დაქვეითებით, მეტყველების გადარიბებითა და ორიენტაციის დარღვევით, პიროვნული ცვლილებებით, პროფესიული და სოციალური დეზადაპტაციით. მიუხედავად იმისა, რომ დემენციის განვითარება პროგრესული დეგენერაციული პროცესია და შეუქცევადია, მკურნალობა ზოგჯერ შესაძლებელია ეფექტური აღმოჩნდეს.

დემენციის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM IV (DSM V) – ის მიხედვით:

1. პროგრესირებადი მრავლობითი კოგნიტური დარღვევები შემდეგი გამოვლინებებით:

ა) მეხსიერების დარღვევა (ახალი ინფორმაციის მიღებისა და ადრე მიღებულის კვლავწარმოება);

ბ) ერთი ან მეტი შემდეგი დარღვევებიდან:

✓ აფაზია (მეტყველების მოშლა);

✓ აპრაქსია (მოძრაობითი აქტივობის რეალიზების უნარის დაქვეითება მოძრაობითი ფუნქციების შენახვის დროს);

- ✓ აგნოზია (ობიექტების ცნობის ან გარჩევის შეუძლებლობა სენსორული ფუნქციების შენახვის დროს);
- ✓ ინტეგრაციული და შემსრულებელი ფუნქციის დარღვევა (დაგეგმვის, ორგანიზაციის, თანმიმდევრობის, აბსტრაქციის).

2. კოგნიტური დაქვეითებით გამოწვეული სოციალური, ყოფითი და შრომითი დეზადაპტაცია.

3. თავის ტვინის ორგანული დაზიანება.

4. ცნობიერების შენახვა.

კოგნიტური დარღვევები იწვევენ სოციალური და შრომითი ადაპტაციის არსებით გაძნელებას. იგი უნდა განიხილებოდეს, როგორც ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი გაუარესება. კოგნიტური აშლილობების მქონე ასაკობრივი ჯგუფისთვის დახმარების აღმოჩენის პრობლემა მულტიპროფილური ხასიათის არის. ამის მიზეზი კი ბიოლოგიური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორებია, რომლებიც კოგნიტური აშლილობების ფორმირებისას ზემოქმედებენ პაციენტის პიროვნებაზე. პოლიპროფესიული დახმარება საშუალებას იძლევა გადაიჭრას სამედიცინო, სოციალური, ფსიქოლოგიური და საკანონმდებლური პრობლემების მთელი კომპლექსი, რომელიც დაკავშირებულია კოგნიტურ დაქვეითებასა და დემენციასთან (Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А.2016).

ანამნეზის, ფიზიკური გამოკვლევის და სპეციალური მეთოდებით გამოკვლევის შედეგები ამტკიცებს დარღვევების პირდაპირ კავშირს ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებებთან.

დეფიციტი არ წარმოიქმნება დელირიუმის ფონზე.

დემენციის დიაგნოზს სვამენ ეთიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით, კერძოდ, გამოიყოფა:

- ✓ ალცჰაიმერის ტიპის დემენცია;

- ✓ სისხლძარღვოვანი დემენცია;
- ✓ სხვა სომატური და ნევროლოგიური დაავადებით განპირობებული დემენცია, რომელშიც შედის:
 - დემენცია გამოწვეულია აივ-ით;
 - დემენცია გამოწვეულია ქალა-ტვინის ტრავმით;
 - დემენცია გამოწვეულია პარკინსონის დაავადებით;
 - დემენცია გამოწვეულია ჰანტინგტონის დაავადებით;
 - დემენცია გამოწვეულია პიკის დაავადებით;
 - დემენცია განპირობებულია სხვა სომატური ან ნევროლოგიური დაავადებით, მაგალითად: თავის ტვინის პირველადი სიმსივნეები, ინფექციური პროცესები (ქრონიკული) - ათაშანგი, ეპილეფსია, B₁₂ ვიტამინის უკმარისობა, გაფანტული სკლეროზი, აგრეთვე, ალკოჰოლით, დასხივებით გამოწვეული და სხვა.

ICD-10 და DSM-IV (DSM-V) კლასიფიკაციების მიხედვით, დემენციის დიაგნოზის დასმისთვის საჭიროა ორი ან ორზე მეტი კოგნიტური ფუნქციის ისეთი გაუარესება, რომლებიც გავლენას ახდენს სოციალურ და ოკუპაციურ ფუნქციონირებაზე. თავდაპირველად გამოვლენილი კოგნიტური დეფიციტი შეიძლება იყოს უმნიშვნელო და არ აკმაყოფილებდეს დემენციის კრიტერიუმებს. ამ შემთხვევაში ლაპარაკობენ მსუბუქ კოგნიტურ დაქვეითებაზე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით (2019), დემენცია არის სინდრომი, რომლის დროსაც ხდება მეხსიერების, აზროვნების, ქცევისა და ყოველდღიური მოქმედებების უნარის დეგრადაცია. დემენცია, ძირითადად, უვითარდებათ ხანდაზმულ ადამიანებს, მაგრამ ის არ არის ნორმალური დაბერების მდგომარეობა. დემენცია არის ქრონიკული, პროგრესირებადი პროცესი, რომლის დროსაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ხდება კოგნიტური ფუნქციის დეგრადაცია უფრო მეტად, ვიდრე

ნორმალური დაბერების დროს. ადგილი აქვს მეხსიერების, თვლის, გაგების, მეტყველებისა და ორიენტაციის უნარის მოშლას. ხშირად მას თან ახლავს ემოციებზე კონტროლის გაუარესება. დემენციის სინდრომი, კოგნიტურთან ერთად, მოიცავს არაკოგნიტურ სიმპტომებაც, მათ შორის კვებითი ქცევის დარღვევას. ამ მიზნით გერონტოფსიქიატრიულ დაწესებულებაში კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტებში დემენციის სტრუქტურაში სინდრომების კორელაციური ანალიზი დინამიკაში ჩატარდა (Языкова И.М., Сиденкова А.П., 2015). კვებითი დარღვევები ვლინდებოდა აწეული მადისა (ჰიპერფაგია) და დაწეული მადის, კვების აკრძალვის სახით (Языкова И.М., Сиденкова А.П. 2016). ბევრ ოჯახში, ამჩნევენ რა ხანდაზმული ახლობლის გულმავიწყობას, უსუფთაობას, ცხოვრებისადმი ინტერესის დაკარგვას, ყოველივე ამას მიაწერენ დაბერების ბუნებრივ პროცესს. ექიმს კი აკითხავენ მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტის აშლილობები და ქცევები (ხეტიალი, აგრესია, დემონსტრაციული სექსუალობა და სხვ.) ირგვლივმყოფებისათვის აუტანელი ხდება, მაშინ, როდესაც პროფილაქტიკითა და დროული თერაპიით შესაძლებელია დემენციის დროში გადაწევა (Сонин А.Г. 2016).

ეპიდემიოლოგია. დემენცია უფრო გავრცელებულია ხანდაზმულ ასაკში. 65 წლის ასაკის ზევით ამერიკელთა 5% დაავადებულია მძიმე დემენციით, 15% მსუბუქი დემენციით, 80 წლის ზევით კი 20% - მძიმე დემენციით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი წლების მონაცემებით, მსოფლიოში დემენციით 50 მილიონი ადამიანი აღირიცხება, მათ შორის თითქმის 60% ცხოვრობს დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. ყოველწლიურად დემენციის 10 მილიონი ახალი შემთხვევა ფიქსირდება. ხანდაზმული ასაკი რისკის მთავარი ფაქტორია. იმავე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შეფასებულია, რომ 60 და 60 წლის ასაკის ზევით დემენციით

დაავადებულები ადამიანები დროის რაღაცა მომენტში მთელი მოსახლეობის 5%-8%-ს შეადგენენ. დემენციის მიზეზებს შორის პირველ ადგილზეა ალცჰაიმერის დაავადება მასზე მოდის ყველა შემთხვევის 60-70%. მას მოდევს სისხლძარღვოვანი ვასკულური დემენცია, ლევის სხეულების დემენცია და პიკის დაავადება. აივ-ითა და შიდსით გამოწვეული დემენცია შეადგენს ყველა დემენციის 1%-ს. დემენციის სხვადასხვა სახეს შორის არ არის მკვეთრი საზღვარი და შესაძლებელია თანაარსებობა და შერეული ფორმების არსებობაც. დემენცია არის ინვალიდობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი. პროგნოზირებენ, რომ 2030 წლისთვის დემენციით დაავადებულთა რიცხვი იქნება 82 მილიონი, 2050 წლისთვის კი - 152 მილიონი. ასეთი ზრდა, ძირითადად, იქნება დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. დემენცია იწვევს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და ეკონომიურ ზემოქმედებას არა მხოლოდ დაავადებულ ადამიანზე, არამედ მის მომვლელ ახლობელ ადამიანებზე, ოჯახის წევრებზე და, საერთოდ, საზოგადოებაზე. ხშირად, ამ მდგომარეობას არასაკმარისად იგებენ გარშემომყოფები, რასაც მოსდევს სტიგმატიზაცია და დაბრკოლებები დემენციის დიაგნოსტიკასა და სამედიცინო დახმარებისთვის. სხვადასხვა ქვეყანაში და მათ შორის, რუსეთში, შეისწავლეს მეხსიერებისა და ალცჰაიმერის ცენტრების ფუნქციონირების მონაცემები, განიხილეს კლინიკური და ეკონომიკური ეფექტურობის ორგანიზაციის ახალი ტექნოლოგიები და ნაციონალური პროგრამების როლი, რომელიც მიმართულია მოგვიანებული ასაკის დემენციების პრობლემის გადაჭრაზე (Михайлова Н.М., 2017).

საინტერესოა დემენციის განვითარების დინამიკა. დემენცია სხვადასხვაგვარად აზიანებს ადამიანის ტვინს. ეს დამოკიდებულია თავის ტვინზე დაავადების ზემოქმედებასა და ადამიანის ინდივიდუალურ თავისებურებებზე დაავადების დაწყების წინ.

დემენციის ნიშნები და სიმპტომები გადიან განვითარების სამ სტადიას.

ადრეული სტადია: ადრეულ სტადიაში დემენცია ხშირად შეუმჩნეველია, ვინაიდან მიმდინარეობს ნელა. ამ სტადიაზე ვლინდება:

- გულმავიწყობა;
- დროის თვლის დაკარგვა;
- ორიენტაციის დაკარგვა ნაცნობ გარემოში.

საშუალო სტადია: დემენციის პროგრესირებასთან ერთად, სიმპტომები და ნიშნები უფრო თვალსაჩინო ხდება. იგი მოიცავს შემდეგ ნიშნებს:

- ახლო წარსულის მოვლენებისა და ადამიანთა სახელების დავიწყება;
- საცხოვრებელი სახლის ორიენტაციის დაკარგვა;
- ურთიერთობისას მზარდი სიმძნელები;
- საკუთარი თავის მოვლის დახმარების საჭიროება;
- ქცევის დარღვევები, რომლებიც მოიცავს უმიზნო სიარულსა და ერთი და იმავე კითხვების დასმას.

მოგვიანებითი სტადია: დემენციის მოგვიანებით სტადიაზე ვითარდება თითქმის მთლიანი დამოკიდებულება სხვაზე, პასიურობა. მეხსიერების დაქვეითება უფრო მნიშვნელოვანია და სხვა სიმპტომებიც უფრო თვალსაჩინოა. სიმპტომები მოიცავს შემდეგ ნიშნებს:

- ორიენტაციის დაკარგვა დროსა და გარემოში;
- ნათესავებისა და მეგობრების ცნობის გაძნელება;
- საკუთარი თავის მოვლის დახმარების მზარდი საჭიროება;
- გადაადგილების სიმძნელები;
- ქცევების დარღვევები, რომლებიც ღრმავდება და მოიცავს აგრესიას.

დემენციების დროს, ფსიქიკური სტატუსის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის შესწავლასთან ერთდ, მნიშვნელოვანია კოგნიტური ფუნქციების შეფასება სხვადასხვა სტანდარტიზებული ტესტისა და კითხვარის საშუალებით. ყველა გერიატრიულ პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მინი-მენტალური კვლევა.

კოგნიტური ფუნქციების კვლევისას ფასდება:

1. ორიენტაცია - დროში, ადგილსა და გარემოში;
2. ყურადღება და კონცენტრაციის უნარი კვირის დღეების ბოლოდან ჩამოთვლა, 100-დან 7-ის გამოკლებით დათვლა;
3. მეტყველება - მხარეობის (მემარჯვენე-მემარცხენეობის) დადგენა, სიტყვების გამეორება, გაგება, სიტყვების მოძებნა (ნაცნობი და უცნობი საგნების დასახელება), კითხვა (კითხვისას შინაარსობრივი შეცდომები), წერა (წერისას გამეორებები, ასოების გადაადგილება, ჩანაცვლება ან გამოტოვება);
4. მეხსიერება ხანმოკლე მეხსიერება (ციფრების გამეორება), ახლო წარსულში მომხდარის გახსენება (მაგალითად, რა ჭამა გუშინ), დასწავლა და 3-4 წუთის შემდეგ გამეორება, სემანტიკური მეხსიერება (ცნობილი ადამიანების, თარიღების, ადგილების დასახელება);
5. სივრცითი აღქმა - საგნებს შორის მანძილის განსაზღვრა, გემეტრიული ფიგურის კოპირება, საათის დახატვა;
6. ფრონტალური ფუნქცია მეტყველების სისხარტე (სიტყვების ჩამოთვლა ერთ ასოზე - 1 წუთში 10 სიტყვა, აბსტრაქტული აზროვნება (ანდაზის გაგება, განსხვავების მოძებნა საგნებს შორის, საგნის ზომის შეფასება (ყველაზე დიდი საგანი ოთახში).

დემენციების დროს მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური გამოკვლევა, მაგრამ ამის თაობაზე არაერთგვაროვანი მოსაზრებები არსებობს. ფსიქომეტრული ტესტებით მიღებული მონაცემები არ უნდა გადაფასდეს. არ არსებობს ისეთი ტესტი, რომელიც სრულად გამიჯნავს ორგანული პათოლოგიით გამოწვეულ ფსიქიკურ

დარღვევებს სხვა არაორგანული პათოლოგიებისგან. ფსიქოლოგიური ტესტებით მიღებული შედეგები არ უნდა განვიხილოთ დაავადების კლინიკური სურათისგან იზოლირებულად. ამავე დროს, ფსიქომეტრულ ტესტებს, კლინიკურ გამოკვლევასთან შედარებით, გარკვეული უპირატესობაც აქვს. ეს არის სტანდარტიზებული და ქულებით შეფასებადი ტექნიკა. გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს გარკვეული პერიოდულობით, რაც დაავადების დინამიკაზე დაკვირვების საშუალებას იძლევა. ფსიქოლოგიური ტესტებით, აგრეთვე, ვლინდება პიროვნების ინდივიდუალური თავისებურებანი და უმნიშვნელო კოგნიტური დაქვეითებაც. ფსიქოლოგიური ტესტის ჩატარებისას გასათვალისწინებელია მისი უპირატესობაც და შეზღუდვებიც. ამიტომ, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს ფსიქოლოგიური ტესტების მოცულობის საჭიროება.

გამოკვლევების მეთოდები. დემენციაზე ეჭვის მიტანისას თავდაპირველად საჭიროა განისაზღვროს დემენციის გამომწვევი პოტენციური მიზეზი, შემდგომ შევეცადოთ გამოვავლინოთ სხვა სომატური და ნევროლოგიური მდგომარეობები, რომლებიც ამბიმებენ დემენციას (აღრმავებს კოგნიტურ დარღვევებს). ყველა შემთხვევაში უნდა გამოვიკვლიოთ სისხლის საერთო ანალიზი, ლეიკოციტური ფორმულით, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, ედს, B₁₂-ისა და ფოლის მჟავას განსაზღვრა სისხლის შრატში, სეროლოგიური გამოკვლევა ნეიროსიფილისზე, ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა, შარდის საერთო ანალიზი, შარდის ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევა, ეკგ, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, CT ან MRT და თავზურგტვინის პუნქცია.

მინი-მენტალური სტატუსის კვლევა

სახელი, გვარი

ასაკი

სქესი

ორიენტაცია

წელიწადის დრო

თვე

რიცხვი

კვირის რომელი დღეა

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

ადგილმდებარეობა

ქვეყანა

ქალაქი

სტაციონარი

სართული

განყოფილება

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

მეხსიერება

დაასახელეთ სამი ერთმანეთთან დაუ-
კავშირებელი სიტყვა და სთხოვეთ
პაციენტს გაიმეოროს, მაგალითად:
აქლემი, სკამი, ცა. თითოეული სწორი
პასუხი ფასდება თითო ქულით.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

ყურადღება და თვლა

პაციენტს სთხოვეთ დაითვალოს
100-დან უკან 7 ციფრის
გამოკლებით (93, 86, 79, 72 და 5).
თითოეული სწორი პასუხი
ფასდება თითო ქულით

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

ყურადღება

ალტერნატიულად შესთავაზეთ
სიტყვა „ტყვია“ წარმოსთქვას
საპირისპირო თანმიმდევრობით
„აივყტ“. დაწერეთ თითო ქულა
ყოველ სწორი თანმიმდევრობით
ნათქვამს ასოზე.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

გახსენება

პაციენტს სთხოვეთ გაიხსენოს თავში
„მეხსიერება“ დასახელებული სამი
სიტყვა (აქლემი, სკამი, ცა). დაწერეთ
თითო ქულა თითო სწორ პასუხში.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

სახელდება

აჩვენეთ პაციენტს მაჯის საათი,
ფანქარი და სთხოვეთ დაასახელოს.
დაწერეთ თითო ქულა თითო სწორ
პასუხში.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

გამეორება

სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს
შემდეგი წინადადება: „თუები,
მაგრამები ან დაები“. დაწერეთ 1
ქულა სწორ პასუხში.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები

სამსაფეხურიანი მიეცით პაციენტს ფურცელი და
დავალება უთხარით: „დაიჭირე ფურცელი
მარჯვენა ხელში, გაკეცე ორად და
დადე იატაკზე“. დაწერეთ თითო ქულა
თითო სწორ პასუხში.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

წერითი მეტყველება მიაწოდეთ პაციენტს ფურცელი,
რომელზეც წერია „დახუჭე თვალები“.
სთხოვეთ წაიკითხოს და შეასრულოს
ინსტრუქცია. სწორი პასუხი შეაფასეთ
1 ქულით.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

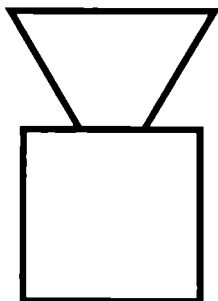
წინადადების წერა სთხოვეთ პაციენტს დაწეროს
წინადადება: „იგი შევიდა
მაღაზიაში ფეხსაცმლების
საყიდლად“. სწორი პასუხი
შეაფასეთ 1 ქულით.

საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

ფიგურის გადახატვა

სთხოვეთ პაციენტს გადახატოს
ფიგურა. სწორი პასუხი შეაფასეთ 1
ქულით.



საერთო მაჩვენებელი

შენიშვნები -----

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა. დემენციების დროს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს ორგანულ და არაორგანულ პათოლოგიებს შორის, რაც, რიგ შემთხვევებში, საკმაოდ რთულია. ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზურ მონაცემებსა და კლინიკურ გამოკვლევას. ამასთან ერთად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მნიშვნელოვანია ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევის შედეგები. დიფერენციალური დიაგნოზი შეიძლება გატარდეს შემდეგ აშლილობებთან:

1. ინტელექტუალური ფუნქციების ასაკობრივი გაუარესება (დაბერების ნორმალური პროცესი). ეს არის ახალი მასალის ათვისების გაძნელება და აზროვნებითი პროცესების შენელება ბუნებრივი, ფიზიოლოგიური დაბერების შედეგად. გარდა

ამისა, ხშირად ადგილი აქვს კეთილთვისებიან მოხუცებულობით გულმავიწყობას, რომელსაც არა აქვს პროგრესული მიმდინარეობა.

2. დეპრესია. დეპრესია ხანდაზმულ ასაკში შეიძლება გავრცელდეს კოგნიტური დარღვევების სიმპტომებით: მეხსიერების დარღვევები, ყურადღების პრობლემები, ფსიქიკური ფუნქციების შენელება („ფსევდოდემენცია“). დიფერციალური დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია, რომ დეპრესიული პაციენტი უფრო კარგად ახერხებს თავისი მდგომარეობის აღწერასა და შეფასებას, ვიდრე დემენციის განვითარების დროს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ დემენციის დიაგნოზიან ავადმყოფებში შეიძლება წარმოიშვას დეპრესია პროგრესირებადი კოგნიტური დარღვევების გაცნობიერების შედეგად. დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ნაჩვენებია ანტიდეპრესანტების ან ეკთ-ით მკურნალობის საცდელი კურსი.

3. დელირიუმი. ასევე ხასიათდება გლობალური კოგნიტური დარღვევებით. დელირიუმი შეიძლება განვითარდეს არსებული დემენციის ფონზე. დემენციას ტენდენცია აქვს ქრონიკული მიმდინარეობებისკენ, დელირიუმისთვის კი ტიპურია უცაბედი დაწყება, მდგომარეობის სწრაფი ცვლილებები, ცნობიერების აშლის სიღრმის ცვალებადობა, ფსიქომოტორული დარღვევები, ძილ-ღვიძილის ციკლის გამოხატული დარღვევები, ჰალუცინაციები ან ბოდვითი აშლილობები.

4. ნევროზული აშლილობები. ორგანული პათოლოგიის საწყის ეტაპზე დამახასიათებელია შფოთვა, მოუსვენრობა, გამღიზიანებლობა, ძილის რითმის დარღვევა, ჩივილები მეხსიერების დაქვეითებაზე, კონცენტრაციის გაძნელებაზე, სხვადასხვა გაუგებარი სომატური ჩივილები, იშვიათად, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ფობიკურ და ობსესიურ სიმპტომებს. ორგანული პათოლოგიის მქონე პაციენტები სათანადოდ ვერ აფასებენ

თავიანთ კოგნიტურ დეფიციტს, სიმპტომთა სიმწვავეს და საჭირო ხდება ინფორმაციის შეკრება ახლობლებისგან. მაშინ, როდესაც ნევროტული პაციენტები გადაჭარბებულად წარმოაჩენენ თავიანთ პრობლემებს და აქტიურად ითხოვენ შევლას. დიფერენციალური დიაგნოზისთვის, აგრეთვე, მნიშვნელოვანია პიროვნების თავისებურებები და წარსულში ფსიქიკური აშლილობის არსებობა.

5. შიზოფრენიასთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებისას უნდა შეფასდეს დაავადების ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა. კერძოდ, ორგანული პათოლოგიების დროს ჭარბობს მხედველობითი ჰალუცინაციები, აფექტურად შეფერადებული, არასისტემატიზებული, არამყარი, ღარიბი შინაარსის (უპირატესად, დანაკლისის, მოწამვლის, დამოკიდებულების) ბოდვითი აზრები. შიზოფრენიისთვის კი დამახასიათებელია სმენითი ჰალუცინაციები, კანდინსკ-კლერამბოს ავტომატიზმის სიმპტომები და ფანტასტიკური შინაარსის ბოდვითი აზრები. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ შესაძლებელია შიზოფრენიისა და ორგანული პათოლოგიის თანაარსებობა.

მიმდინარეობა და პროგნოზი. დემენცია შეიძლება იყოს პროგრესირებადი, სტაბილური ან რემიტირებადი. შემთხვევათა 10%-ში დემენცია შექცევადია (მაგ.: დემენცია განპირობებული ჰიპოთირეოზით, B₁₂-ის უკმარისობით, ურემიით და ჰიპოქსიით). ამიტომ მისი განვითარება დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზებზე, რომლებიც შემდგომ სტაბილიზდება. დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს კი ხასიათდება ნელი, ეტაპობრივი პროგრესირებით. თავიდან ავადმყოფი კარგავს ორიენტაციას ნაცნობ გარემოში, შემდგომ კარგავს ფულის მოხმარების უნარს, შემდგომ ვერ ცნობს ახლობლებს, ხდება უსუფთაო (შარდისა და განავლის შეუკავებლობა).

მკურნალობა და მოვლა. ამჟამად არ არსებობს დემენციის განსაკუთრებული რაიმე თერაპიული საშუალება, თუმცა, ხანდახან

შესაძლებელი ხდება პროგრესირების დროებითი შეჩერება გარკვეული მედიკამენტებით; ესეც, ალბათ, თვით დემენციის ტიპზე არის დამოკიდებული.

დემენციის დროს სამედიცინო დახმარების ძირითად მიზანს წარმოადგენს:

- დემენციის ადრეული დიაგნოსტიკა;
- ფიზიკური მდგომარეობის, კოგნიტური ფუნქციებისა და აქტივობის ოპტიმიზაცია;
- თანმხლები ფიზიკური დაავადების გამოვლენა და მკურნალობა;
- ქცევითი და ფსიქოზური სიმპტომების გამოვლენა და მკურნალობა;

მომვლელი ადამიანებისთვის ინფორმაციის მიწოდება და თანადგომის განხორციელება.

მედიკამენტური თერაპია. დემენციის სამკურნალოდ, ძირითადად, გამოიყენება აცეტილქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები (დონეპეზილი, რივასტიგმინი, გალანტამინი) და ნეიროპროტექტორები (მემანტინი, გინკო ბილობა და სხვა). თავი უნდა შევიკავოთ ბარბიტურატებისა და ბენზოდიაზეპინების ხმარებისგან, ვინაიდან ისინი აუარესებს კოგნიტურ ფუნქციებს. ქცევითი დარღვევების, აჟიტაციისა და ფსიქოზური სიმპტომატიკის სამკურნალოდ გამოიყენება ანტიფსიქოზური პრეპარატების მცირე დოზები. აგრესიული ქცევების დროს განსაკუთრებით ეფექტურია 2მგ. ჰალოპერიდოლი per os, ან კუნთებში. სხვა შემთხვევებში, უფრო მიზანშეწონილად ითვლება ატიპური ნეიროლეპტიკების გამოყენება, განსაკუთრებით რისპერიდონი - 1მგ-მდე, აგრეთვე, კლოზაპინი და ქვეტიპინი. ზოგიერთი კლინიცისტის რეკომენდაციით, გამოიყენება არაპროლონგირებული მოქმედების ბენზოდიაზეპინები, მაგ.: ტრიაზოლამი 0,25

მგ per os, მაგრამ მეორე დღეს შესაძლებელია კოგნიტური დარღვევების გაუარესება.

ამასთან, საჭიროა ზოგადგამამაგრებელი თერაპია, თანმხლები დაავადების კორექცია. მნიშვნელოვანია სწორი კვება, ფიზიკური და ფსიქიკური აქტივობის აუცილებელი დონის შენარჩუნება, ავადმყოფისთვის დღეების, რიცხვებისა და ადგილმდებარეობის ხშირად შეხსენება. ინტელექტუალური და პიროვნული დაქვეითების მიხედვით, შეიძლება საჭირო გახდეს ავადმყოფის მოთავსება სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში, მუდმივი მოვლით. ფსიქიკური დარღვევები ხშირად მძიმდება ღამით, ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა სწორედ ღამის საათებში.

ფსიქოთერაპია. მხარდამჭერი თერაპია, ჯგუფური თერაპია და ორგანიზაციების ჩართვა, რომლებიც აერთიანებენ დემენციით დაავადებულთა ოჯახებს და მათ ეხმარებიან გადალახონ ახლობლების ავადმყოფობით გამოწვეული დათრგუნულობა და უსუსურობის განცდა.

დემენციამ შეიძლება ძლიერი ზემოქმედება იქონიოს ავადმყოფთა ოჯახის წევრებსა და მომღლელებზე. ფიზიკურმა, ემოციურმა და ფინანსურმა დატვირთვამ კი შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი სტრესი ოჯახის წევრებსა და უშუალოდ მომვლელ ადამიანებზე. ამიტომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მოუწოდებს, რომ მათ სჭირდებათ მხარდაჭერა ჯანდაცვის, სოციალური, ფინანსური და ადამიანთა უფლებების დაცვის სისტემების მხრივ.

დემენციის რისკის ფაქტორები და პროფილაქტიკა. მიუხედავად იმისა, რომ ასაკი წარმოადგენს დემენციის განვითარების რისკის უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს, ის არ არის დაბერების პროცესისთვის გარდაუვალი. უფრო მეტიც, დემენცია აავადებს არა მხოლოდ ხანდაზმულ ადამიანებს, არამედ შესაძლებელია

განვითარდეს უფრო ადრე (65 წლამდე) და მასზე მოდის დემენციის ყველა შემთხვევის დაახლოებით 9%. გამოკვლევები აჩვენებს, რომ დემენციის განვითარების რისკი შეიძლება შემცირდეს ფიზიკური ვარჯიშებით, არმოწევით, ალკოჰოლის ჭარბად მიღებისაგან თავის არიდებით, წონის კორექციით, სწორი კვებით, არტერიული წნევის, ქოლესტერინისა და სისხლში შაქრის ნორმალური დონის შენარჩუნებით. რისკის სხვა ფაქტორებია: დეპრესია, განათლების დაბალი დონე, სოციალური იზოლაცია და დაბალი ინტელექტუალური აქტივობა.

თავი 4. თავის ტვინის ატროფიული დაავადებები

ყველა ცერებრული ატროფიული პროცესისთვის საერთო თავისებურებებს მიეკუთვნება: დაავადების ტიპური დაწყება; კერძოდ, როგორც წესი, ნელი, ნაკლებად შესამჩნევი და თანდათანობითი ხასიათი; ქრონიკული, პროგრედიენტული მიმდინარეობა; ავადმყოფობის შეუქცევადობა, რომელიც განაპირობებს არაკეთილთვისებიან პროგნოზს; პიროვნების დონის დაქვეითება და ფსიქიკური მოქმედების თანდათანობითი დაშლა, ე.ი., ტოტალური ჰკუასუსტობის განვითარება; დაავადების ენდოგენური ხასიათი, რომლის დროსაც სხვადასხვა გარე ფაქტორი თამაშობს მხოლოდ მაპროვოცირებელ როლს; გენეტიკური ფაქტორის მნიშვნელობა, თუმცა, ამ მხრივ, არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ატროფიული პროცესის სხვადასხვა ფორმას შორის; ყველა ფორმისთვის საერთო ძირითადი „მორფოლოგიური“ ხასიათი, რომელსაც მიჰყავს სხვადასხვა ხარისხისა და ფორმის ატროფიამდე. თუმცა, ცალკეული კლინიკური ფორმების დროს არსებობს განმასხვავებელი მაკრო და მიკროსკოპული ნიშნები და განსხვავებული ლოკალიზაცია.

ატროფიული დაავადებების კლასიფიკაციაში გამოიყენება ორი პრინციპი: ასაკობრივი და ნოზოლოგიური. მანიფესტაციის ასაკის მიხედვით, არჩევენ პრესენილურ და სენილურ ფორმებს. პრესენილური დემენციების ჯგუფი, რომელიც, უპირატესად, მანიფესტირებს 45-50-60 წლის ასაკში, მოიცავს ალცჰაიმერისა და პიკის დაავადებებს, ჰანტიგტონის ქორეას, პარკინსონის დაავადებას და უფრო იშვიათ ფორმებს. ყველა ამ დაავადებას, გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, აერთიანებს მანიფესტაციის პრესენილური ასაკი, გამოხატული ქერქული და სხვა ნევროლოგიური სიმპტომების არსებობა, რომლებიც ერწყმის, როგორც წესი, პროგრესირებად ჰკუასუსტობას.

ნოზოლოგიური კლასიფიკაციის ცდები გამომდინარეობს, უწინარეს ყოვლისა, იმ ნიშნებიდან, რომლებიც მიუთითებენ ცალკეული კლინიკური ფორმების დამოკიდებულებას ასაკობრივი ინვოლუციის პროცესებთან. ამ მხრივ, ყველაზე თვალსაჩინოა ალცჰაიმერის დაავადების და განსაკუთრებით, სენილური დემენციის დროს ატროფიული პროცესის მსგავსება ტვინის ასაკობრივ ინვოლუციასთან, რაც დასტურება მორფოლოგიური და კლინიკური მონაცემებით. სხვა, არაპირდაპირი დამოკიდებულება ალცჰაიმერის დაავადებას, პიკის დაავადებას, ჰანტიგტონის ქორეას, პარკინსონის დაავადებას და ასაკობრივ ინვოლუციას შორის, რომლებიც განასხვავებენ ამ ატროფიებს „ფიზიოლოგიური“ ან „პათოლოგიური“ ინვოლუციისგან, მდგომარეობს შემდეგში: ატროფიული ცვლილებების შედარებით შემოსაზღვრულ (სისტემურ) ხასიათში; ჰისტოლოგიურ თავისებურებებში (მოხუცებულობითი ფოლაქები და ნეიროფიბრილაციური აპარატის ცვლილებები); ამ ატროფიული დაავადებების სიახლოვე სხვა სისტემურ ატროფიებთან, მათ შორის ნევროლოგიურ დაავადებებთან, რომლებიც მანიფესტირებენ უფრო ახლგაზრდა ასაკში. მიუხედავად ყოველივე ამისა, პათოლოგანატომიური პროცესი, რომელიც საფუძვლად უდევს ზემოთ ჩამოთვლილ ატროფიულ დაავადებებს, ახლოს დგას ფიზიოლოგიურ ან პათოლოგიურ ასაკობრივ ტვინის ინვოლუციასთან. ამიტომ მოგვიანებულ ასაკში მანიფესტირებული სისტემური ატროფიები განიხილება მოხუცებულობით ატროფიებთან ერთად.

ოქსფორდის ფსიქიატრიის სახელმძღვანელოში დემენციების სხვაგვარი კლასიფიკაციაა წარმოდგენილი. კერძოდ, ნეიროანატომიური თავისებურებებიდან გამომდინარე, განასხვავებენ კორტიკულ და სუბკორტიკულ დემენციებს (Gummings, 1990). სუბკორტიკული დემენციისთვის დამახასიათებელია

აზროვნების შენელება, ინტელექტუალური ამოცანების გადაწყვეტის პრობლემები, ემოციური გასადავება და პიროვნული დაქვეითება, ხოლო მეტყველების, თვლისა და დასწავლის უნარები შედარებით შენახულია. ამის საპირისპიროდ, კორტიკული დემენციის დროს აღინიშნება მეხსიერების, სივრცითი ორიენტაციის, თვლის, წერის, მეტყველების დისფუნქცია და გამოხატული პიროვნული ცვლილებები. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით, ალცჰაიმერის დაავადება, პიკის დაავადება (ფრონტოტემპორალური), Kreutzfeldt-Jakob-ის დაავადება მიეკუთვნება კორტიკულ დემენციებს. ჰანტინგტონის დაავადება, პარკინსონის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი, ჰიდროცეფალია ნორმალური წნევით, ფოკალური თალამური და ბაზალური განგლიების დაზიანება სუბკორტიკულ დემენციებს. გამოყოფენ, აგრეთვე, შერეულ დემენციებსაც: ვასკულური დემენცია, ლევის სხეულების დემენცია, კორტიკობაზალური დეგენერაცია, ნეიროსიფილისი.

სენილური დემენცია

სენილურ (მოხუცებულობით) დემენციასთან დაკავშირებით საინტერესოა შემდეგი საკითხები:

- ნორმალურ დაბერებას და სენილურ დემენციას შორის ურთიერთდამოკიდებულება;
სენილურ დემენციასა და ალცჰაიმერის დაავადებას შორის (სენილური დემენციის ალცჰაიმერიზაციის საკითხი) ურთიერთდამოკიდებულება;
სენილური ფსიქოზი, ანუ „მოხუცებულობითი შეშლილობა“; გახანგრძლივებული ინიციალური ფსიქოზები, რომლებიც მიმდინარეობს ენდოფორმული სიმპტომატიკით;
სენილური დემენციის მორფოლოგიური სუბტრატი;

სენილური დემენციის გენეტიკური ასპექტები; დამატებითი ფაქტორების, განსაკუთრებით სომატური, სოციალური მნიშვნელობა დაავადების ფორმირებასა და მიმდინარეობაში.

სენილური დემენცია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში ACD-10 შესულია რუბრიკაში - დაუზუსტებელი დემენცია F03 (სადაც, აგრეთვე, შედის პრესენილური დემენცია); DSM-IV (DSM-V) - ში კი სენილური დემენცია საერთოდ არ არის შესული. ოქსფორდის ფსიქიატრიის სახელმძღვანელოში აღნიშნავენ, რომ სენილურ დემენციას, უპირატესად, ვასკულურ დემენციად თვლიდნენ და პრესენილურ და სენილურ დემენციებად დაყოფა დღეს აღარ არის აქტუალური. ვასკულური დემენცია მოიხსენება, როგორც შერეული ტიპის დემენცია (ამავე ტიპს მიეკუთვნება ლევის სხეულების დემენცია, კორტიკობაზალური დეგენერაცია და ნეიროსიფილისი).

სენილური დემენცია მიეკუთვნება ტოტალურ ჰკუასუსტობას, რომელსაც ახასიათებს ფსიქიკური მოქმედებების სრული დაშლა და რომელიც მიმდინარეობს პროგრესირებადი ამნეზიის კანონზომიერებებით. ეს განსაკუთრებით ვლინდება მეხსიერების დარღვევებში, ე.ი., ამნეზიურ სინდრომში. დასაწყისში ვითარდება ფიქსაციური ამნეზია. ამ სტადიაში ვლინდება ე.წ. ამნეზიური დეზორიენტაცია ქრონოლოგიაში, დროსა და გარემოში (აუტოფსიქიკური ორიენტაცია შენარჩუნებულია უფრო დიდხანს). იმის გამო, რომ ამნეზიური სინდრომი ვითარდება პროგრესირებადი ჰკუასუსტობის ფონზე, კონფაბულაციები ღარიბი და ფრაგმენტული ხასიათისაა. ისინი ასახავენ „ცხოვრებას წარსულში“ (ეკმნესტიკური კონფაბულაციები).

მეხსიერების პროგრესირებადი გამოცარიელება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გარემოს გრძნობადი აღქმის მზარდ დარღვევებთან. კერძოდ, მხედველობითი, სმენითი და სხვა

სახის აღქმა ხდება სულ უფრო დეფექტური. წარმოიშვება ცრუ აღქმა, რომელიც ასახავს „წარსულში გადასვლას“ ცხოვრება წარსულში (С.Г.Жислин). იგი მოიცავს საკუთარ პიროვნებასაც ვითარდება აუტოფსიქიკური დეზორიენტაცია. ამ უკანასკნელის გამოვლინება არის ე.წ. „სარკის სიმპტომი“ (საკუთარ თავს ვერ ცნობს სარკეში).

სენილურ დემენციას ახასიათებს მანიფესტაციის ტიპური ასაკი. კრეპელინი მიუთითებდა, რომ შემთხვევათა 85%-ში დაავადება იწყება 65-80 წლის ასაკში, 13,3%-ში - უფრო მოგვიანებით და მხოლოდ 1,7%-ში - მოხუცებულობითი ასაკის დადგომამდე. სხვა ავტორები (А.В.Снежневский) მოხუცებულობის საშუალო ასაკად თვლიან 70-78 წელს. დაავადების საშუალო ხანგრძლივობა 5-8 წელია. დაავადება ქალებში უფრო გავრცელებულია, ვიდრე მამაკაცებში (2-3:1). უნდა აღვნიშნოთ, ამჟამად მოხუცებულობის ასაკი ითვლება კონკრეტულად 74 წლის ზევით. ალბათ, ეს განაპირობა ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდამ.

სენილური დემენცია ვითარდება თანდათან, იმდენად, რომ შეუძლებელია მისი დაწყების დადგენა, განსაკუთრებით, პიროვნული ცვლილებებით დებიუტის შემთხვევაში. ისევე, როგორც სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის ან ფიზიოლოგიური დაბერების დროს, მკაცრდება პიროვნული ხაზები, შემდგომ კი ავადმყოფის ინდივიდუალური თვისებები ნიველირდება და იცვლება პიროვნული სტრუქტურა. ფსიქოპათიისმაგვარი ცვლილებები შეიძლება ერწყმოდეს ზნეობრიობის, ტაქტის, სირცხვილის გრძნობის დაკარგვას, შესაძლებელია ლტოლვათა განმუხრუჭება, სექსუალური აგზნება და გაუკუღმართებები, ხეტიალი, ყოველგვარი „ხლამის“ შეგროვება. პიროვნული ცვლილების დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვან-

ნია იმ შემთხვევაში, როცა ინიციალურ სტადიაში ვითარდება გახანგრძლივებული ფსიქოზური მდგომარეობები.

სენილური დემენციის გამოვლინებას, რომელიც დაკავშირებულია ამნეზიურ დეზორიენტაციასთან, წარმოადგენს „მოხუცებულობითი დელირიუმი“, უფრო სწორად „ცრუ დელირიუმი“. იგი წარმოადგენს ხანგრძლივ ან მუდმივ ამნეზიურ დეზორიენტაციას, გარემოს გადანაცვლებით წარსულში და შესაბამისი ცრუ შეცნობებით, საქმიანობითა და ფსევდომოქმედებით, მეორე მხრივ კი, ცრუ, წარსულში გადანაცვლებული წამორდგენებით საკუთარ თავსა და გარემო სიტუაციაზე.

აფექტური სფეროს ცვლილებები თავიდან ხასიათდება მოწყენილ-პირქუში დათრგუნულობით, რომელიც ხშირად გამოხატავს „სიცოცხლის არსურვილს“. შემდგომ იგი იცვლება უზრუნველობით, ეიფორიით, გვიან ეტაპზე კი სრული ემოციური გამოცარიელობით. გვიან ეტაპზე ქცევა რეგრესირდება, ვლინდება ღორმუცელობა, უსუფთაობა, ბოლოს კი ავადმყოფები ხდებიან სრულიად უსუსურები. მაგრამ, მარაზმის სტადიაზეც კი არ შეინიშნება ტაცებისა და ორალური ავტომატიზმები, რომელიც დამახასიათებელი ალცჰაიმერის დაავადებისთვის. სენილური დემენციისთვის დამახასიათებელია მილ-ღვიძილის რითმის დარღვევა, ღამით მოუსვენრობა, აფორიაქება, ტიპურია „შეკრება გზისთვის“.

ყურადსაღებია მოხუცი ავადმყოფების ლაყობა, დამახასიათებელია მეტყველების დაშლა ამნეზიურ-აფაზიური გამოვარდნებით, რომელიც არ აღწევს ტოტალურ აფაზიას. კერძოდ, ექსპანსიური (მოტორული) მეტყველება არ იშლება სრულად, როგორც ეს ხდება ალცჰაიმერის დაავადების დროს. კრეპელინის მიერ 1910 წელს აღწერილი სენილური აგრაფია გამოწვეულია, ძირითადად, მოხუცებულობითი ტრემორითა და

სემანტიკური დარღვევებით და მხოლოდ იშვიათად ჰგავს ჭეშმარიტ კეროვან აგრაფიას.

სენილური დემენციის მიმდინარეობა უწყვეტი ან ტალღისმაგვარი- პოგრესირებადია. ავადმყოფთა ნაწილი აღწევს მარაზმის სტადიამდე. ამ სატადიაზე ისინი წვანან თითქმის გაუნძრევლად, ემბრიონულ პოზაში, კონტაქტისათვის, პრაქტიკულად, მიუწვდომლები არიან. შენარჩუნებული აქვთ ზოგიერთი ბიოლოგიური მოთხოვნილება. სიკვდილი უფრო ხშირად დგება ინტერკურენტული დაავადებების ფონზე. მთლიანად დაავადების მიმდინარეობა გრძელდება 2-10 წელს.

სენილური დემენციის გართულებულ ფორმებს, უპირველეს ყოვლისა, მიეკუთვნება ჭეშმარიტი სენილური აზნევა („მწვავე დელირიოზული პრესბიოფრენია“), რომელიც განპირობებულია დამატებითი სომატოგენური ფაქტორებით (ინფექციები, გულსისხლძარღვთა დარღვევები, სომატური მდგომარეობის გაუარესება ოპერაციის შემდგომ და სხვ.). გარდა ამისა, სენილური დემენციის ფარგლებში აღწერილია „ქრონიკული ამნეზიური პრესბიოფრენია“ (C.Vermike, 1904), „მოხუცებულობითი ფსიქოზის კონფაბულატორული ფორმა“ (А.В.Снежневский 1948, 1958), რომელსაც ახასიათებს: გუნება-განწყობის აწეული ფონი, ეიფორია, მოტორული და მეტყველებითი აქტიურობა, შედარებით შენახული ინტელექტუალური უნარებით, გამოხატული ამნეზური სინდრომის ფონზე.

სენილურ-ატროფიულ პროცესთან ქერქის წვრილი სისხლძარღვების არტერიოსკლეროზული პროცესის მიერთება აღწერილია В.М. Гаккебуш, А.И. Гейманович, Т.А. Гейер - ის მიერ (1912,1915). ეს არის იშვიათი, კეროვანი (აფაზური, აპრაქსული, აგნოსტიკური) დარღვევებით მიმდინარე „ალცჰაიმერისმაგვარი ფორმა“ (ეწგაკვებუშ-გეიმანოვიჩ-გეიერის სინდრომი, ანუ დაავადება).

სენილური დემენციის ფსიქოზურ ფორმებს მიეკუთვნება არაერთგვაროვანი ენდოგენურ-ორგანული წარმოშობის აშლილობების შუალედური ფორმების სპექტრი. ამ ჯგუფში შემავალი შემთხვევების ნაწილი მიეკუთვნება სენილურ დემენციას, სხვა შემთხვევები კი გვიან მანიფესტირებული ენდოგენური ფსიქოზების მსგავსია და მათგან განსხვავდება ორგანულ დემენციაში თანდათანობითი გადასვლით. ეს უკანასკნელი კი დიაგნოსტიკურ სირთულეებს წარმოადგენს.

სენილურ დემენციასა და ალცჰაიმერის დაავადებას შორის ურთიერთდამოკიდებულების საკითხი

სენილურ დემენციასა და ალცჰაიმერის დაავადებას შორის ურთიერთდამოკიდებულების საკითხი, კერძოდ, მათი იდენტურობის ან არსებითი განსხვავების საკითხი, დღემდე ითვლება გადაუწყვეტლად. თავის პირველ ნაშრომში Alzheimer-მა (1901) გამოთქვა მოსაზრება მის მიერ აღწერილი „თავის ტვინის ქერქის თავისებური დაავადება“ ნოზოლოგიური თავისებურებების შესახებ. თუმცა, მეორე ნაშრომში (1911) ეს შემთხვევები თვითონვე მიაკუთვნა სენილურ დემენციას. შემდგომ, მრავალი რუსი ფსიქიატრი (В.А. Гиляровский, С.Г. Жислин, А.В. Снежневский) ალცჰაიმერის დაავადებას განიხილავდა, როგორც ატიპურ ფორმას, „განვითარების გარკვეულ სტადიას“ ან შედარებით ადრეულ ასაკში განვითარებულ მოხუცებულობით ჰკუასუსტობას. უკანასკნელ წლებში მრავალი უცხოელი მკვლევარი აერთიანებს ამ ორ დაავადებას, როგორც ერთი ნოზოლოგიური პროცესის სხვადასხვა გამოვლინებას. ამის დასადასტურებლად მოჰყავთ შემდეგი მტკიცებულებები:

1) ორივე დაავადების მორფოლოგიური პროცესის მსგავსება (იდენტურობა). მხოლოდ ალცჰაიმერის დაავადების დროს იგი რაოდენობრივად უფრო გამოხატულია და უფრო მძიმეა;

2) ორივე დაავადების „განვითარების სტერეოტიპი“-ის მსგავსება, ხოლო მათ შორის კლინიკური განსხვავებები დამოკიდებულია დაავადების მანიფესტაციის ასაკზე. ლაპარაკია ე.წ. სენილური დემენციის ე.წ. ალცჰაიმერიზაციაზე. ამ ტერმინით აღნიშნავდნენ კეროვანი დარღვევების გამოვლენას სენილური დემენციის მოგვიანებულ ეტაპზე. მაგრამ, მსგავსებიდან გამომდინარე, გაუგებარი ხდება შემდეგი: მთელი რიგი ავტორების მიხედვით (С.Г.Жислин, А.В.Снежневский, W.Mayer-Gross და სხვა), ალცჰაიმერის დაავადება წარმოადგენს სენილური დემენციის ადრეულ (პრესენილურ) ვარიანტს, ე.ი., მისთვის დამახასიათებელი კეროვანი სიმპტომატიკა დამოკიდებულია ადრეულ მანიფესტაციაზე, ანუ ასაკობრივ ფაქტორზე. ამავე დროს, ალცჰაიმერიზაციის მოვლენები, ანუ სენილური დემენციის ალცჰაიმერში გადასვლის პროცესი, პირიქით, როგორც წესი, აღინიშნება ღრმა მოხუცებულობაში, სენილური დემენციის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას. ამ მხრივ, გარკვეულ სიმწელებებს ქმნის საერთო კანონზომიერება: ორივე დაავადებისას ატროფიული პროცესების კლინიკური გამოვლინებები დამოკიდებულია ავადმყოფობის დაწყების ასაკზე და, ჩვეულებრივ, ნაკლებად გამოხატულია მისი მანიფესტაციისას შედარებით გვიან ასაკში.

უკანასკნელ წლებში გაიზარდა ინტერესი სომატური ჯანმრთელობისა და, საერთოდ, სომატური მდგომარეობის როლის შესახებ სენილური დემენციის პათოგენეზსა და კლინიკის მიმართებაში. პათოგენური ფაქტორების თვალსაზრისით, საინტერესოა სხვადასხვა სოციალური ფაქტორის მნიშვნელობა. ინგლისურ-ამერიკულ და, საერთოდ, თანამედროვე შრომებში მიუთითებენ სოციალური იზოლაციის, პარტნიორის ან ახლობლის დაკარგვის, პენსიაზე გასვლის, სოციალური როლის დაკარგვისა და სხვა ფაქტორებზე.

სენილური დემენციის მქონე პაციენტებს, უპირველეს ყოვლისა, ესაჭიროებათ მეთვალყურეობა, მოვლა და მზრუნველობა. აუცილებელია დიეტური კვება, ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებზე დაკვირვება, კანის ჰიგიენის დაცვა, შეძლებისდაგვარად, მოძრაობითი გააქტიურება და უმარტივეს საქმიანობაში ჩართვა. საჭიროა მუდმივი მეთვალყურეობა პაციენტთა ქცევებზე, ვინაიდან მათ შეიძლება ჩაიდინონ საშიში ქცევები.

სენილური დემენციის რაიმე ეფექტური მკურნალობა, რომელიც შეაჩერებს პროგრესირებად ჰკუასუსტობას, არ არსებობს. ძირითადად, გამოიყენება სიმპტომური მკურნალობა, რომელიც მიმართულია პაციენტთა სომატური მდგომარეობის ფუნქციონირებაზე. ფსიქოზური სიმპტომატიკის სამკურნალოდ გამოიყენება უფრო რბილი მოქმედების ანტიფსიქოტიკები (სონაპაქსი, ქლორპროტიქსენი, ნეულეპტილი, რისპერიდონი) და ანტიდეპრესანტები (სუსი-ები), რომლებიც მოზრდილთა საშუალო დოზის 1/3 - 1/4-ს შეადგენს.

ალცჰაიმერის დაავადება

ალიოზ ალცჰაიმერმა (A.Alzheimer) 1907 წელს აღწერა პრესენილური დიაგნოზის მქონე ერთი პაციენტის შემთხვევა, რომლის ტვინში სპეციფიკური ცვლილებები ნახეს. შემდგომ, კრეპელინმა ამ დაავადებას ალცჰაიმერის სახელი უწოდა, რომელსაც დიდი ხნის განმავლობაში პრესენილურ დემენციად თვლიდნენ. შემდგომი კვლევებით დადგინდა, რომ დემენციის ყველაზე ხშირი მიზეზი არის ალცჰაიმერის დაავადება და იგი შეადგენს, სხვადასხვა მონაცემებით, ყველა დემენციის 35-50%-ს. სხვა მონაცემებით, დემენციის მქონე პაციენტების 64%-ს აუტოფსიით დაუდასტურდა ალცჰაიმერის დაავადება. უკანასკნელი წლების ეპიდემიოლოგიური კვლევები მიუთითებს მისი

ხედრითი წონის ზრდას როგორც ზოგად პოპულაციაში, ისე ყველა სხვა დემენციას შორის. ამის მიზეზი კი ჯერჯერობით დაუდგენელია. დაავადების გავრცელების სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს: 65 წლის ასაკისთვის - 2-7%, 80 წლისთვის - 8-10% (20%-საც აღწევს), 90 წლისთვის - 30-40%-ია (ალბათ, ამ მონაცემებით, სენილური დემენციაც შედის და ყველა შემთხვევა დიაგნოსტირებულია, როგორც ალცჰაიმერის დაავადება). ACD-10-ის კლასიფიკაციის მიხედვით, ფსიქიატრიაში დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს გამოყოფენ მის რამდენიმე ვარიანტს, მათ შორის: ადრეული დასაწყისით F00.0; მოგვიანებითი დასაწყისით F00.1.

დაავადების დაწყების საშუალო ასაკი არის 55 წელი, უფრო ხშირად კი - 55-65 წელი. ამერიკულ ლიტერატურაში გვხვდება ე.წ. ადრეული ან იუვენილური ალცჰაიმერის შემთხვევები. აგრეთვე, არის შემთხვევები, სადაც ინიციალური სტადია გრძელდება 10 წელს და, ასაკობრივ პიროვნულ ცვლილებებთან ერთად, ადგილი აქვს პარანოიალურ ბოდვას მცირემამტაბიანი დანაკლისის, მოწამვლისა და ეჭვიანობის ბოდვის სახით. რიგ შემთხვევებში, აღინიშნება ეპილეპტიფორმული გულყრები. შემდეგ კი ტიპურად ვითარდება ალცჰაიმერის დაავადება. შესაძლებელია დაავადების დაწყება უფრო ადრეულ ასაკში (45 წელი), ხანგრძლივობა კი 20 წელი. ამ შემთხვევაში მემკვიდრეობით დატვირთვაში ვლინდება ენდოგენური ფსიქოზების კონსიტიტუციურ-გენეტიკური წინასწარგაწყობის როლი. გარდა ამისა, ალცჰაიმერის დაავადებას ახასიათებს კლინიკური გამოვლინებების საკმაო სიმყარე და მდგრადობა დამატებითი პათოგენური ფაქტორების მიმართ.

დაავადება ქალებში უფრო გავრცელებულია, ვიდრე მამაკაცებში. ეს შეფარდება შეადგენს 2:1-დან 4:1, რუსი ავტორების მონაცემებით კი - 8:1.

ალცჰაიმერის დაავადების რისკ-ფაქტორებად ასახელებენ:

- განათლების დაბალი დონე;
- ქალა-ტვინის ტრავმები;
- ცერებროვასკულური დაავადება;
- დეპრესია;
- ჰომოცისტეინის მაღალი დონე;
- შაქრიანი დიაბეტი.

პროფილაქტიკური ფაქტორები:

- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენება;
- ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპია;
- კოგნიტური და ფიზიკური აქტივობა ზრდასრულ და ხანდაზმულ ასაკში.

ალცჰაიმერის პათოგენეზში ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამილოიდური ცილის ჩალაგებას. უფრო ადრეულ შრომებში გამოვლინდა კავშირი აცეტილქოლინერგულ დეფიციტსა და მეხსიერების დაქვეითებას შორის, რომელიც არის ამ დაავადების ადრეული და ტლანჩი გამოვლინება.

თავად მეხსიერების დაქვეითება ჰიპოკამპის დაშლისა და საფეთქლის ქერქის დაზიანების შედეგია. ფაქტორები, რომლებიც აჩქარებენ ალცჰაიმერის დაავადების პროგრესირებას, არის ქალა-ტვინის ტრავმები, განათლების დაბალი დონე, ჰიპოდინამია და სიმსუქნე. ფიქრობენ, რომ დაავადება იწყება გაცილებით ადრე, ვიდრე ადგენენ დემენციის დიაგნოზს. ამ დაავადების განვითარებას ახასიათებს მთელი რიგი თავისებურებები. მაგალითად, თავის ტვინში ამილოიდური ცილის ჩალაგებასა და დაავადების გამოვლენას შორის პერიოდი, სხვადასხვა მონაცემებით, 10-15 წელია. ამილოიდური ცილის ჩალაგებას განაპირობებს გენეტიკური ფაქტორები. გენეტიკური ფაქტორების გავლენა აღნიშნება დაავადების 65 წლის ასაკამდე განვითარებისას (პრესენილური

ალცჰაიმერის დაავადება). დაავადების მოგვიანებით ასაკში დაწყებისას კი გენეტიკური ფაქტორების გავლენა გაცილებით ნაკლებია. ამ შემთხვევებში დაავადების განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პაციენტის ცხოვრების ფაქტორებზე - ინტელექტუალურ დატვირთვაზე, ფიზიკურ აქტივობაზე, ანამნეზში ქალა-ტვინის ტრავმებზე და სხვა. აქედან გამომდინარე, რიგ შემთხვევებში, შეგვიძლია გადავწყვიტოთ ალცჰაიმერის დაავადების დაწყება კარგა ხნით, მით უმეტეს, თუ ზემოქმედებას მოვახდენთ აღნიშნულ ზოგიერთ ფაქტორზე.

ვინაიდან ალცჰაიმერის დაავადების განვითარება ხანგრძლივი პროცესია და მიმდინარეობს წლების განმავლობაში, ძალზე მნიშვნელოვანია ამ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა. ამ მიზნით მოწოდებულია ახალი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

1. ეპიზოდური მეხსიერების დარღვევა:
 - მეხსიერების დარღვევის ჰიპოკამპური ტიპი (ნეიორო-ფსიქოლოგიური ტესტირებით);
 - მეხსიერების პროგრესირებადი დაქვეითება.
2. ქვემოთ მოყვანილი კრიტერიუმებიდან ერთ-ერთი:
 - უპირატესად საფეთქლის წილის ატროფია (მრტ კვლევით);
ლიქვორში ამილოიდური ცილისა და T პროტეინის ცილის გამოვლენა (ლაბორატორიულად);
ტვინის ამილოიდოზი (ფუნქციური ნეიროვიზუალიზაციის რეზულტატებით).

როგორც სენილური დემენციის დროს, ისე აქაც ხდება ფსიქიკური ქმედების სრული დაშლა, ე.ი., ვითარდება ტოტალური დემენციის კლინიკური სურათი. კლინიკური სურათის ცენტრში არის პროგრესირებადი ამნეზია, მისთვის დამახასიათებელი კანონზომიერებით. მაგრამ ამ პროცესს ალცჰაიმერის დაავადების დროს ახასიათებს ტიპური თავისებურება: მაგალი-

თად, პროგრესირებადი ამნეზიის დასაწყისში დამახასიათებელია დისოციაცია მეხსიერების გამოხატულ დარღვევებს, უსუსურობასა და პიროვნების შეცვლის გრძნობას შორის, რომელსაც თან ახლავს დაბნეულობა, გაურკვევლობა და ავადმყოფის განცდაც კი, ე.ი., „პიროვნების ფასადის“ შენარჩუნება (Lauter, 1968). სხვა სიტყვებით, ყველაზე ადრე ვლინდება მეხსიერების დარღვევები, რომლებიც წინ უსწრებს პიროვნულ ცვლილებებსა და კრიტიკის, მსჯელობის დაქვეითებას. მეორე დამახასიათებელი თავისებურება კი მდგომარეობს იმაში, რომ ამნეზიურ სინდრომსა და ამნეზიურ დეზორიენტირებას უფრო იშვიათად ახლავს თან სენილური დემენციისთვის დამახასიათებელი მოვლენები: მეხსიერების ძველი მარაგის პათოლოგიური „გაცოცხლება“, სიტუაციის გადანაცვლება წარსულში, „ცხოვრება წარსულში“, ანუ „მოხუცებულობითი დელირიუმი“.

ალცჰაიმერისთვის დამახასიათებელია დემენციის სინდრომის კომპონენტების გადაზრდის ტენდენცია კეროვან სიმპტომატიკაში (ნევროლოგიურში). მაგალითად, ჩვევების დაკარგვის (კერვა, რეცხვა) თანდათანობითი გადასვლა აპრაქსიულ სინდრომებში, გულმავიწყობისა - ამნეზიურ აფაზიაში. სენილური დემენციისაგან განსხვავებით, რომლის დროსაც ხანგრძლივად არის შენარჩუნებული ავტომატიზებული მოძრაობითი აქტები, „ფსევდოშემოქმედება“, ალცჰაიმერის დროს მოტორიკა სწრაფად იშლება.

მეხსიერების დარღვევისთვის ძალზე ტიპურია მეხსიერების დარღვევა სივრცით დამოკიდებულებაში, ორიენტაციის დარღვევა ახალ სიტუაციაში და, საერთოდ, სივრცითი ორიენტაციის დარღვევა.

ალცჰაიმერის დაავადების კლინიკურ თავისებურებას წარმოადგენს კეროვანი დარღვევები ან ქერქოვანი ფუნქციების დარღვევები, რომელთა განვითარებაც განაპირობებს ალცჰაიმე-

რის დაავადების კლინიკურ სურათს. ვითარდება აფაზო-აპრაქსო-აგნოსტიკური სიმპტომოკომპლექსი. დემენციის სინდრომისა და კეროვანი სიმპტომებისთვის ვლინდება როგორც ატროფიული პროცესის საერთო კანონზომიერებები, ისე თავისებურებები, რომლებიც მხოლოდ ალცჰაიმერის დაავადებისათვის არის დამახასიათებელი. მაგ., პიკის დაავადებისგან განსხვავებით, ალცჰაიმერის დაავადებისას, იმპრესიული მეტყველების დარღვევას ახასიათებს მეტყველების უფრო მაღალი აქტივობა (ლოგორეა), დიზართრია, მეტყველებითი ავტომატიზმები (ლოგოკლონია) და ძალდატანებითი მეტყველების სხვა ფორმები; მაშინ, როდესაც, პიკის დაავადების დროს, მოგვიანებით ეტაპზე, ავადმყოფები საერთოდ წყვეტენ ლაპარაკს.

ალცჰაიმერის დაავადების კეროვან სიმპტომატიკას განეკუთვნება აგრავია, ალექსია, აკალკულია, რომელთაც გააჩნიათ დამახასიათებელი ნოზოლოგიური თავისებურებები. აგრავია ხშირად წინ უსწრებს ზეპირი მეტყველების დაშლას. პიკის დაავადებისგან განსხვავებით, რომლის დროსაც ავადმყოფები მთლიანად კარგავენ წერის უნარს, ალცჰაიმერის დროს წერის მოშლის პროცესი უფრო რთული და სხვადასხვაგვარია. კერძოდ, თავიდან ადგილი აქვს ასოთა არასწორ კონტურებს, ასოთა ელემენტების გამოტოვებას ან დამატებას, შემდგომ კი ასოთა კონსტრუქციის შეუძლებლობას. საბოლოოდ, ვითარდება სრული (აპრაქსიული) აგრავია. სხვა შემთხვევებში, სადაც ადგილი აქვს ლოგოკლონურ, ძალდატანებით მეტყველებას, ვლინდება „ძალდატანებითი წერა“, რომელიც იღებს სტერეოტიპულად განმეორებადი კარაკულების ხასიათს. საინტერესოა, რომ ალცჰაიმერის დროს აპრაქსია აღწევს ისეთ ხარისხს, რომელიც სხვა ატროფიული პროცესების დროს არ გვხვდება: კერძოდ, სრული უმოძრაობა, განპირობებული უნივერსალური

აპრაქსიით, როდესაც მიზანდასახული მოტორული აქტები იცვლება რუდიმენტული და უაზრო მოძრაობით.

ნევროლოგიური დარღვევები გვხვდება როგორც ალცჰაიმერის, ისე პიკის დაავადების დროს, მაგრამ ისინი განსხვავდება ერთმანეთისგან. მაგალითად, ეპილეფსიური გულყრები, ტიპური დიდი, აბორტული კრუნჩხვითი გულყრები გვხვდება, უპირატესად, ალცჰაიმერის დროს. თავისებურებები ვლინდება დაავადების ტერმინალურ სტადიაშიც. კერძოდ, თავისებურებები ახასიათებს ორალურ და ტაცების ავტომატიზმების განვითარებას. აგრეთვე, დამახასიათებელია ძალდატანებითი ტირილი და სიცილი და ძალდატანებითი მანკვა. ტვინის მიკროსკოპული გამოკვლევით, დამახასიათებელია მორფოლოგიური ცვლილებები: 1. ნეიროფიბრილური გორგლები, 2. ამილოიდური ფოლაქები და 3. ვასკულური ამილოიდი. ნეიროფიბრილური გორგლები და ამილოიდური ფოლაქები ნორმალური დაბერების პროცესისა და სხვა ატროფიული პროცესისთვისაც არის დამახასიათებელი, მაგრამ ალცჰაიმერის დაავადების დროს უფრო მეტად არის გამოხატული.

ალცჰაიმერის დაავადების საწყის ეტაპზე არაიშვიათია დეპრესია (სხვადასხვა მონაცემით, დაახლოებით 33%-ში). ფსიქოზური დარღვევები საკმაოდ ხშირად გვხვდება (დაახლოებით 40%-ში), კერძოდ, ინიციალური გახანგრძლივებული პარანოიალური მდგომარეობები (10-50%), ფრაგმენტული მცირემასშტაბიანი დანაკლისის, მოწამვლისა და წვრილმანი დევენის ბოღვითი იდეებით. დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე ვლინდება რუდიმენტული მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინოზები (10-25%), აბნევისა და ფსიქომოტორული აგზნების მდგომარეობები. ალცჰაიმერის დაავადების დროს დამახასიათებელია ქცევითი დარღვევები, რომლებიც პრობლემატურია მომვლელისთვის. პაციენტი მოუსვენარი, აგზნებულია, განსაკუთრებით

დამით. მოტორული აქტივობა მომატებულია საღამოს საათებში, რასაც „მზის ჩასვლის“ სიმპტომს უწოდებენ. პაციენტებს არეული აქვთ დღედამური ციკლი. ხშირია აგრესიულობა, როგორც ვერბალური, ისე ფიზიკური. დამახასიათებელია უმიზნო საქმიანობა, ხეტიალისადმი მიდრეკილება, რომელიც შეიძლება სარისკო აღმოჩნდეს. სექსუალური სურვილი დაქვეითებული აქვთ, თუმცა შესაძლებელია სექსუალური განმუხრუჭება. თავის მოვლა მნიშვნელოვნად უარესდება.

დაავადების საშუალო ხანგრძლივობა 8-10 წელია. ტერმინალურ, მარაზმის სტადიაში ავადმყოფები წვანან „ემბრიონულ პოზაში“. სიკვდილის მიზეზი, უფრო ხშირად, თანხმლები რესპირატორული ინფექციებია.

ალცჰაიმერის დაავადების ზოგიერთი თანამედროვე კვლევა. ალცჰაიმერის დაავადების მოლეკულური გენეტიკის კვლევებმა აჩვენა, რომ სხვადასხვა გენეტიკური რისკ-ფაქტორებიდან, რომლებიც შესაძლებელია განიხილოს, როგორც გენეტიკური მარკერები ალცჰაიმერის დაავადების სპორადულ შემთხვევებში, აპოლიპოპროტეინ E(apoE) პოლიმორფიზმი ერთადერთია, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ალცჰაიმერის დაავადების მულტიფაქტორულ პათოგენეზში. ამ თვალსაზრისით, შეფასდა სხვადასხვა გენეტიკური მარკერის, კერძოდ, აპოლიპოპროტეინ E(apo E), ალფა-2-მაკროგლობულინის (A2M) და აპოპტოზის აქტივატორების (BIN1, CR1, ApoJ) როლი მოგვიანებითი ასაკის ალცჰაიმერთან დაკავშირებით.

ერთ-ერთ კვლევაში (Perry G. Ridge,¹ Mark T. W. Ebbert,^{1,2} and John S. K. Kauwe ¹, Review Article, 2013) აღნიშნული მარკერების გენოტიპირება ჩატარდა 56 პაციენტში (42 ქალი, 14 მამაკაცი). დადგინდა, რომ აპოლიპოპროტეინ E4 ალელის არსებობა ზრდის ალცჰაიმერის რისკს და ამცირებს დაავადების საშუალო ასაკს. რისკი ყველაზე დაბალია 3/3 გენოტიპის მქონე, მაღალია 3/4

გენოტიპის, ხოლო ყველაზე მაღალი 4/4 გენოტიპის შემთხვევაში. APOE2 ალელი ამცირებს ალცჰაიმერის რისკს, თუმცა აღნიშნული გენი მონაწილეობს დაავადებულთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 5%-ში. აპოპტოზის აქტივატორები ზრდიან ტვინში ანთებითი პროცესის რისკს, რაც, ასევე, შესაძლებელია განვიხილოთ, როგორც ალცჰაიმერის განვითარების პოტენციური რისკ-ფაქტორები.

საინტერესოა ტეხასის უნივერსიტეტის ამერიკელი მეცნიერების კვლევები. ამ კვლევებით დაადგინეს, რომ ადამიანის თავის ტვინში შეიძლება განვითარდეს „ტაუ-ცილის“ გორგლები, სწორედ ისინი შლიან ტვინის უჯრედებს. წინათ თვლიდნენ, რომ თავად „ტაუ-ცილა“ საშიში არ არის. ეს ვერსია მათ უარყვეს. მიუთითებენ, რომ დაავადების განვითარების ბიძგის მიმცემია ის მომენტი, როდესაც ტაუ-ცილა ხდება ტოქსიკური, მაგრამ ჯერ კიდევ არ არის მომაკვდინებელ გორგლებად ფორმირებული. ამ ეტაპზე ამ ცილის სტრუქტურაში შესაძლებელია გამოვლინდეს მოლეკულური ცვლილებები. ამ მეცნიერების აზრით, ახალი მონაცემების საფუძველზე, შეიძლება შემუშავდეს ეფექტური დიაგნოსტიკური მეთოდები და შესაძლებელი გახდეს დაავადება აღმოვაჩინოთ მისი აშკარა სიმპტომების გაჩენამდე. მკვლევრები არ გამორიცხავენ, რომ შესაძლებელია ისეთი პრეპარატის შექმნა, რომელიც თავიდან ააცილებს ტაუ-ცილის შეწებებას. ეს კი დაამუხრუჭებს დაავადების განვითარებას.

ამჟამად, ალცჰაიმერის დაავადების მკურნალობა მიმართულია ამ დაავადების ზოგიერთი სიმპტომის პროგრესირების შენელებასა და ადამიანის ქცევაზე ზემოქმედებაზე. დიდი ბრიტანეთის შეფილდის უნივერსიტეტის მეცნიერებმა ახალი კვლევებით გამოავლინეს, რომ პრეპარატი, რომელიც აქამდე გამოიყენება ღვიძლის დაავადების სამკურნალოდ (ურსოდეზოკსიქოლის მჟავა), შეიძლება ეფექტური იყოს ალცჰაიმერის

დაავადების თერაპიისთვის. ამ პრეპარატს აქვს უნარი „გამო-
ასწოროს“ დარღვევები უჯრედულ დონეზე. ამ მიზნით
მკურნალობის მეთოდების ძიების ახალი კვლევები ფოკუსი-
რებულია უჯრედული დონის მექანიზმებზე, რომლებიც განაპი-
რობებენ ალცჰაიმერის დაავადებას. რუსმა მეცნიერებმაც განა-
ცხადეს, რომ ალცჰაიმერის დაავადებისას ფსიქიკური მდგომარე-
ობის გაუმჯობესების საშუალება იპოვეს.

მეცნიერთა აზრით, ალცჰაიმერის დაავადების განვითარებაში
ერთ-ერთ მთავარ პათოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს მიტო-
ქონდრიების დისფუნქცია. ეს ცვლილებები კი, ალბათ, მანამდე
ხდება, სანამ ტოქსიკური ცილოვანი ფოლაქები ტვინში დაგრო-
ვებას იწყებენ. აქედან გამომდინარე, მიტოქონდრიული დისფუნ-
ქცია კარგი თერაპიული სამიზნე ხდება.

ოტაგოს უნივერსიტეტის მეცნიერებმა სისხლის ანლიზით
აღმოაჩინეს მარკერი, რომლის საშუალებით შესაძლებელია
ალცჰაიმერის დაავადების დიაგნოსტიკა. დიაგნოსტიკისთვის
ისინი იყენებდნენ ადამიანის თავის ტვინსა და სისხლში
ლოკალიზებულ მიკრო რნმ-ის (რიბონუკლეინის მჟავა) მოლეკუ-
ლებს. სპეციფიკური ნაკრების განსაზღვრით, ალცჰაიმერის
დაავადება დიაგნოსტიკა შემთხვევათა 86%-ში.

აღმოჩნდა, რომ ადამიანის თავის ტვინს ალცჰაიმერის
დაავადების სიგნალის მოცემა შეუძლია დაავადების სიმპტომების
გაჩენამდე 30 წლით ადრე. ამის აღმოჩენა კი შესაძლებელია
ტომოგრაფიითა და თავ-ზურგ ტვინის ანალიზის საშუალებით.

შვედეთის კაროლინის ინსტიტუტის კვლევებში მეცნიერებმა
აჩვენეს, რომ პათოლოგიური პროცესები (ანთებითი) ტვინში
იწყება დაავადების სიმპტომების გამოვლინებამდე 20 წლით ადრე.
მათი განსაზღვრა შეიძლება ასტროციტების ტვინის გლიის
უჯრედების აქტიურობის „აფეთქებით“. მაგრამ პრობლემა ისაა,
რომ ამ აფეთქების „დაჭერა“ შეიძლება მხოლოდ პოზიტრონულ-

ემისიური ტომოგრაფიით, ეს კი ძალიან ძვირია და ყველგან არ არის შესაძლებელი.

ალცჰაიმერის დაავადების მკურნალობის არასტანდარტული გადაწყვეტილება შემოგვთავაზეს იაპონელმა ორგანულმა ქიმიკოსებმა. მათ დაადგინეს, რომ ტოქსიკური ნივთიერება აკროლეინი მცირე დოზებით ხელს უშლის ამილოიდური ფოლაქების ფორმირებას თავის ტვინში. ჯერჯერობით აკროლეინის მიცემას არ აპირებენ, მაგრამ მომავალში შესაძლებელია ეს დაეხმაროს წამლების შემქმნელებს. კიდევ მრავალი კვლევა ხორციელდება ალცჰაიმერის დაავადებასთან საბრძოლველად, მაგრამ ისინი ჯერჯერობით ჩატარებულია მხოლოდ თაგვებზე. უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში მსხვილ ფარმაცოლოგიურ კომპანიებს ალცჰაიმერის დაავადების რაიმე ახალი სამკურნალო საშუალება არ მოუწოდებიათ.

არსებობს ახალი მონაცემები ალცჰაიმერის დაავადების ინფექციური გენეზის შესახებ. მეცნიერებმა, მიკრობიოლოგ იან პოტემპის მეთაურობით, ალცჰაიმერით დაავადებულთა თავის ტვინში აღმოაჩინეს ბაქტერია *Porphyromonas gingivalis*. ეს მიკროორგანიზმი ჩნდება ქრონიკული პერიოდონტიტის დროს ან ღრძილების ანთების დროს, რომლითაც დაავადებულია მილიონობით ადამიანი. გარდა ამისა, მეცნიერებმა შეძლეს ტოქსიკური ფერმენტების განსაზღვრა, რომლებიც ბაქტერიებით გამოიყოფა ალცჰაიმერით დაავადებულთა თავის ტვინში. ეს ტოქსინები კორელირებს დაავადების ორ ცალკეულ მარკერთან: ტაუ-ცილის ჯგუფთან და ცილა უბიკვინთან, მაგრამ აქვე გამოთქვამენ გარკვეულ სიფრთხილეს ამ კვლევებთან დაკავშირებით.

საინტერესოა ბალტიმორის უნივერსიტეტის მეცნიერების განხორციელებული კვლევის შედეგები. კვლევაში მონაწილეობდა 290 ადამიანი, ალცჰაიმერის დაავადების მაღალი რისკით. მეცნიერთა განცხადებით, მათ გამოავლინეს თავის ტვინის ბიო-

ლოგიური და ანატომიური ცვლილებები, რომლებიც შესაძლებელია მოწმობდეს დაავადების განვითარებას მისი პირველი სიმპტომების გამოვლინებამდე მრავალი წლით ადრე. ყველა მონაწილე 40 წლის ასაკის ზევით, ექსპერიმენტის დაწყებამდე კოგნიტურად ჯანმრთელი იყო, მაგრამ უმრავლესობა განეკუთვნებოდა რისკის ჯგუფს, ვინაიდან ერთი ნათესავი მაინც ჰყავდათ ალცჰაიმერის დემენციით. 1995 წლიდან 2013 წლამდე მეცნიერები მონაწილეებს უღებდნენ თავ-ზურგ ტვინის სითხეს და უკეთებდნენ მაგნიტურ-რეზონანსულ კვლევას, აგრეთვე, უტარებდნენ კოგნიტურ ტესტებს მეხსიერებაზე, აღქმასა და ყურადღებაზე. მონაცემების შეგროვების დასრულებისას 209 მონაწილე რჩებოდა კოგნიტურად ჯანმრთელი, 81 კი მსუბუქი კოგნიტური დარღვევებით ან ალცჰაიმერის დემენციით დიაგნოსტირდა.

81 პაციენტის ჯგუფში კოგნიტური ტესტების რეზულტატების უმნიშვნელო ცვლილებები თვალსაჩინო იყო დაავადების აშკარა გამოვლინებების დაწყებამდე 11-15 წლით ადრე. გარდა ამისა, თავ-ზურგტვინის სითხეში აღმოჩნდა ტაუ-ცილის დაგროვება, რომელიც ალცჰაიმერის დაავადების ერთ-ერთი მარკერია. ამასთან, საერთო ტაუ-ცილის პირველი ცვლილებები შეინიშნებოდა კოგნიტური დარღვევების გამოვლინებამდე 34 წლით ადრე (ალბათ, თავ-ზურგტვინის სითხის პირველი ანალიზი კეთდებოდა კვლევის დაწყებამდე, 1995 წლამდე). კვლევის ავტორები მიუთითებენ, რომ კოგნიტური დარღვევები სხვადასხვა ადამიანს სხვადასხვანაირად უვითარდება, ამიტომ მათი გამოთვლები მხოლოდ მიახლოებითია. მიუთითებენ, რომ ალცჰაიმერის დაავადება კაცობრიობის დაბერების პროცესის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. დღესდღეობით კი არ არსებობს საერთო აზრი ამ დაავადების წარმოშობის მიზეზების შესახებ და არ არსებობს არც მედიკამენტი მის წინააღმდეგ, ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკა კი გაძნელებულია.

ალცჰაიმერის დაავადების შესახებ ლიტერატურის ვრცელ მიმოხილვაში ავტორები აღნიშნავენ, რომ AD-ის დროული დიაგნოზი ძალზე მნიშვნელოვანია ისეთ დროს, როდესაც ადამიანები, პირველ რიგში, ეძებენ დახმარებას, ვინაიდან აწუხებთ შემეცნების, ქცევის ან ფუნქციონირების ცვლილებები, რომლებიც არ ვლინდება დემენციით. დაავადების პროდრომულ ეტაპზე დროული დიაგნოსტიკა შეიძლება სასარგებლო იყოს როგორც პაციენტებისთვის, ისე მათი მომვლელებისთვის, განსაკუთრებით დაავადების სიმპტომების გასაკონტროლებლად, აგრეთვე, მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობის განსაზღვრისათვის. დროული დიაგნოსტიკისას პაციენტებს შეუძლათ წინასწარ დაგეგმონ მომავალი, სიცოცხლის ბოლომდე და მიიღონ გადაწყვეტილებები, განიხილონ არაჯანსაღი ცხოვრების წესი და უკეთესი სამედიცინო დახმარება. ამ ლიტერატურის მიმოხილვის შედეგები აჩვენებს, რომ დღევანდელ დროში ეს მოსაზრება, ძირითადად, ემყარება ექსპერტიზის აზრს და, ალბათ, რწმენას, რასაც მტკიცებულება აკლია. შემდგომში კვლევები უნდა ჩატარდეს არა მხოლოდ იმის დასადგენად, რომ დროული დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია და საჭიროა, არამედ იმისათვის, რომ მას აქვს სარგებელი. ამგვარი მტკიცებულებები ხელს შეუწყობს ალცჰაიმერის დაავადების პროდრომულ ეტაპზე დიაგნოზის დასმის მართებულობას (Bruno Dubois, Alessandro Padovani, Philip Scheltens, Andrea Rossi, and Grazia Dell’Agnello 2016).

ცნობილი ამერიკელი ნევროლოგი ლაიზა ჯენოვა (ავტორი წიგნის „Still Alice“) თავის ერთ-ერთ ინტერვიუში აცხადებდა, „რომ მარტო ამერიკის შეერთებულ შტატებში 65 წელზე ნაკლები ასაკის ნახევარ მილიონზე მეტი ადამიანი ცხოვრობს, რომელიც დაავადებულია ალცჰაიმერის დემენციით. და როცა ლაპარაკობენ ალცჰაიმერის დაავადებაზე, ეს ადამიანები მხედველობაში არ ჰყავთ. ხალხმა, ძირითადად, იცის, როგორ გამოიყურებიან და

იქცევია 85 წელს გადაცილებული ადამიანები ალცჰაიმერის ბოლო სტადიაზე, მაგრამ წარმოდგენა არა აქვთ, როგორ გამოიყუებიან და იქცევია ადამიანები ალცჰაიმერის დაავადებით, რომლებიც მხოლოდ 50 წლის არიან. მოვიდა დრო, როდესაც მათ ბოლოს და ბოლოს უნდა მიაქციონ ყურადღება. ძალიან მნიშვნელოვანია ადრეული სიმპტომების ამოცნობა, მაშინ ადამიანებს შეეძლებათ გაიარონ დიაგნოსტიკა და დაგვიანების გარეშე მიიღონ მედიკამენტური დახმარება. ეს მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ადამიანები ადრეული ალცჰაიმერით ამას საჭიროებენ. ეს მნიშვნელოვანია, რომ ბოლოს და ბოლოს ფარმაცეპტულმა კომპანიებმა ჩართონ ეს კატეგორია კლინიკურ კვლევებში, ვინაიდან ისინი ამას იმსახურებენ. დაავადების ადრეული სიმპტომების ამოცნობა მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ავადმყოფთა ოჯახებს უფლება აქვთ დაგეგმონ თავისი მომავალი - როგორც ფინანსურ, ისე ემოციურ კრილში. ეს მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ასეთი მიდგომა ააცილებთ ჭკუასუსტობის დამლას, რომელსაც ადებენ ადამიანებს, რომლებიც ცხოვრობენ ამ დაავადებით“.

ალცჰაიმერის დაავადების საილუსტრაციოდ მოგვყავს შემდეგი კლინიკური შემთხვევა.

პაციენტი: მ. მ., ქალი, დაბადებული 1940 წელს, მცხოვრები ქ.თბილისში. შემოვიდა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში: 30.12.2019 წ., გაწერა: 04.01.2020 წ., ისტორია #2854

ანამნეზი: (ობიექტური, მოწოდებული ქალიშვილის მიერ)

პაციენტი მოიყვანეს ახლობლებმა. მემკვიდრეობაში ფსიქოპათოლოგიურ დატვირთვას ადასტურებენ: დედას აღენიშნებოდა ფსიქიკური პრობლემები. პაციენტს მეუღლე გარდაცვლილი ჰყავს, ცხოვრობს ქალიშვილთან ერთად. პაციენტის ადრეული ზრდა-განვითარების შესახებ ცნობების შეგროვება ვერ ხერხდება. დამთავრებული აქვს საშუალო სკოლა, შემდეგ კი - უმაღლესი სასწა-

ვლელის საინჟინრო ფაკულტეტი. დაოჯახდა 1969 წელს, 29 წლის ასაკში. ჰყავდა ორი ქალიშვილი და ერთი შვილიშვილი, ერთი ქალიშვილი გარდაეცვალა 2 თვის წინ, რაც გარკვეულად განიცადა. პრემორბიდულად აღწერენ, როგორც თბილ, მზრუნველ, მოსიყვარულე პიროვნებას. ავადმყოფური მდგომარეობა გმოვლინდა დაახლოებით 2018 წლის ზაფხულიდან (78 წლის ასაკში), რასაც წინ უძღოდა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არტერიული წნევის მაღალი მაჩვენებლები, გარკვეული სტრესული სიტუაციები. ხასიათობრივად შეიცვალა, გახდა გულჩათხრობილი, უკონტაქტო, ნაკლებად უვლიდა თავს, საქმეს ვეღარ აკეთებდა, რაც ძლიერ აწუხებდა. თანდათან აღნიშნულს დაერთო გულმავიწყობა, დაბნეულობა, უსუსურობის ნიშნები, არაადეკვატურობა ქცევასა და საუბარში. ბოლო პერიოდში, შვილის გარდაცვალების შემდეგ, აქტიურად გამოთქვამდა სუიციდურ აზრებს, იმეორებდა, რომ „ასეთ სიცოცხლეს აზრი აღარ აქვს“. გარბოდა სახლიდან, იკარგებოდა, ეძებდნენ ქუჩა-ქუჩა. სახლში დაბრუნების შემდეგ აგრესიას გამოხატავდა ოჯახის წევრების მიმართ. გამოთქვამდა დამოკიდებულებისა და დანაკლისის შინაარსის ბოღვით აზრებს. ღამით არ ეძინა. სტაციონირების დღეს იყო სრულიად უმართავი, კვლავ ცდილობდა შინიდან გაქცევას, მითითებებსა და შენიშვნებზე იწყებდა ტირილს, ჩხუბს, იმეორებდა, რომ „სიკვდილი უნდა“. აღნიშნულის გამო პაციენტი მოიყვანეს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ამბულატორიაში. აყვანილი იქნა დისპანსერულ აღრიცვაზე, მიეცა სათანადო რეკომენდაციები და დანიშნულება. კლინიკაშივე გამოავლინა აგრესია, გადაყარა მიცემული წამლები, რის გამოც იმავე დღეს მოთავსდა ჩვენს კლინიკაში სტაციონარული მკურნალობის ჩასატარებლად.

ფიზიკური მდგომარეობა. პაციენტი - საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულების. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი

გამონაყარის გარეშე. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი - საშუალოდ გამოხატული. ძვალ-სახსროვანი სისტემა - ხილული პათოლოგიის გარეშე. მოძრაობა სახსრებში - თავისუფალი, უმტკივნეულო.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები: სისხლის საერთო ანალიზი, Syphilis , HIV, HCV-უარყოფითი. ნევროპათოლოგიის, ფსიქოლოგისა და თერაპევტის კონსულტაცია .

თერაპევტის კონსულტაცია. უჩივის სისუსტეს. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი გამონაყარის გარეშე. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი - საშუალოდ გამოხატული. ძვალ-სახსროვანი სისტემა - ხილული პათოლოგიის გარეშე. მოძრაობა სახსრებში - თავისუფალი, უმტკივნეულო. T/A -100/70 mm.hg, P - 76', რითმული. Cor - ტონები სუფთა, Pulmo - ვეზიკულური სუნთქვა. მუცელი რბილი, უმტკივნეულო, ღვიძლი და ელენთა არ ისინჯება. თირკმელები ბიძანუალური პალპაციით არ ისინჯება, პასტერნაკის სიმპტომი უარყოფითია ორივე მხარეს.

სსა -Er - 3,4.1012/ლ, Hb -114 გ/ლ.

Ds: ანემია დაუზუსტებელი D 64.9

ნევროლოგიის კონსულტაცია. **Ds:** ალცჰაიმერის დაავადება გვიანი დასაწყისით G 30.1

დანიშნულება: Cogniveri 50 mg (2ml) - 1 ამპულა i/v 1-ჯერ დღეში (10 დღე).

ფსიქოლოგიური გამოკვლევა. პაციენტი კონტაქტისათვის ძნელად მისაწვდომია. პასუხობს დაყოვნებით. ორიენტაცია საკუთარ თავში შენახულია, დროში, ადგილსა და გარემოში დეზორიენტირებულია. საუბრისას მოუსვენრობს, ზოგჯერ უმიზეზოდ იცინის. მიზანმიმართული საუბარისა და გამოკვლევის ჩატარება გაძნელებულია.

მეხსიერება მკვეთრად დაქვეითებულია. ყურადღება - გაფანტული.

აზროვნება უჭირს სააზროვნო პროცესების გადაწყვეტა, დავალების გაგება და შესრულება. აზროვნების დინამიკა ინერტული ხასიათისაა. მსჯელობა ზერელე, პრიმიტიული. აღსანიშნავია ემოციური გაზერელება და კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება. სახეზეა დემენცია.

ფსიქიკური მდგომარეობა. განყოფილებაში მოთავსებისას გარეგნულად მეტ-ნაკლებად მოწერსიგებულია. ექიმთან კაბინეტში შემოდის შეწუხებული, დაბნეული სახის გამომეტყველებით. საუბარში ერთვის პასიურად. ჩაკითხვით ასახელებს საკუთარ ვინაობას, დროში, ადგილსა და გარემოში დეზორიენტირებულია: ვერ გვისახელებს თარიღს, წელიწადის დროს, ვერ გვპასუხობს კითხვაზე, თუ სად იმყოფება. ოხრავს, შფოთავს, აცხადებს, რომ „ასეთ ცხოვრებას რა აზრი აქვს, გონებაც არ მივარგა“. უჭირს ხანგრძლივი საუბარი, დგება სკამიდან, ცდილობს დატოვოს ოთახი. მითითებებს ემორჩილება პასიურად. მიზანმიმართულ კითხვებს ვერ პასუხობს, ვერ გვაწოდებს ანამნეზურ ცნობებს. მნესტიური ფუნქციები დაქვეითებული აქვს, ყურადღება გაფანტული. კითხვის გამეორებისას იძაბება, ღელავს. ნეგატიურ განწყობას ავლენს ქალიშვილის მიმართ.

გუნებ-განწყობის ფონი - ლაბილური, შფოთვითა და დისფორიული ელფერით. კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ არ გააჩნია.

მომდევნო დღეებში პაციენტის ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობა არსებითი ცვლილებების გარეშეა. დღის განმავლობაში, ძირითადად, იმყოფება საწოლის ფარგლებში, განმარტოებული. ექიმთან საუბრისას მიზანმიმართულ კონტაქტში ძნელად ერთვის. საკვებსა და დანიშნულებას იღებს. ღამის ძილი - მედიკამენტური, წყვეტილი.

შემდგომ, წინა დღეებთან შედარებით, ძილი გაუმჯობესდა, უფრო მშვიდად არის, შფოთვისა და მოუსვენრობას ნაკლებად ავლენს. დღის განმავლობაში ისევ, ძირითადად, იმყოფება საწოლის ფარგლებში. ექიმთან საუბრისას აცხადებს, რომ თავს უკეთ გრძნობს, თუმცა ვერ აკონკრეტებს. ინტერესდება გაწერის თარიღით. ერთხელ, შუადამით, გაელვიდა, დგებოდა საწოლიდან და შედიოდა სხვების პალატებში, წვებოდა სხვის საწოლში. ამის გამო ერთჯერადად მიეცა დიაზეპამი 10მგ., მოგვიანებით ჩაეძინა.

04.01.2020 წ. პაციენტი მოაკითხა შვილმა და ითხოვა მისი წაყვანა. ვინაიდან ამჟამად არ ვლინდება არანეზაყოფლობითი სტაციონირების კრიტერიუმები და პაციენტი საჭიროებს მოვლასა და მეთვალყურეობას ოჯახის პირობებში, პაციენტი გაიწერა განყოფილებიდან.

ჩატარებული მკურნალობა: Sedarexi 2mg. Cyclodoli 2mg. Tizercini 25mg.

Sol.Cogniveri 2ml. Ferumleki 100mg. Megaforci, Diazepam 10mg. Amaryl 1mg.(საკუთარი).

შემთხვევის მოკლე ანალიზი. ავადმყოფური მდგომარეობა გამოვლინდა 78 წლის ასაკში, რასაც წინ უძღოდა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არტერიული წნევის მაღალი მაჩვენებლები, გარკვეული სტრესული სიტუაციები (ალცჰაიმერის დაავადების რისკ-ფაქტორები).ხასიათობრივად შეიცვალა, გახდა უკონტაქტო, ნაკლებად უვლიდა თავს, საქმეს ვეღარ აკეთებდა. თანდათან, აღნიშნულს დაერთო გულმავიწყობა, დაბნეულობა, უსუსურობის გამოვლინება, არაადეკვატურობა ქცევასა და საუბარში. დაერღვა ორიენტაცია დროში, ადგილსა და გარემოში, გამოხატავდა აგრესიას ოჯახის წევრების მიმართ, იმუქრებოდა სუიციდით. გამოთქვამდა დამოკიდებულების და დანაკლისის ბოდვით აზრებს, რომელიც შესაძლებელია განვითარდეს ალცჰაიმერის დაავადების დასაწყისში, ტოტალური დემენციის ჩამოყალიბე-

ბამდე. სტაციონარში დეზორიენტირებულია დროში, ადგილსა და გარემოში, მეხსიერება მკვეთრად დაქვეითებულია, ყურადღება გაფანტული. გამწვანებულია მიზანმიმართული საუბარი, უჭირს სააზროვნო პროცესების გადაწყვეტა, დავალების გაგება და შესრულება. გამოხატულია ემოციური გაზერელება, არაადეკვატურობა.

ანამნეზის, ფსიქიკური მდგომარეობის, ნევროლოგიური და ფსიქოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე, დაესვა დიაგნოზი: დემენცია ალცაიმერის დაავადების დროს მოგვიანებითი დასაწყისით F00.1

ლევის სხეულების დემენცია

ლევის სხეულების დემენცია თავისი გავრცელებით დემენციის ხშირი (ზოგიერთი მონაცემებით, ალცაიმერის შემდეგ მეორე) ტიპია. ალცაიმერის დაავადებასთან შედარებით, უფრო გვიან ასაკში ვითარდება 70 წელს ზემოთ. მისი კლინიკური სურათი წარმოდგენილია დემენციით, პარკინსონიზმითა და მხედველობითი ჰალუცინაციებით. ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელია კოგნიტური სიმპტომების სიმძიმის მერყეობა (როგორც რამდენიმე კვირის, ისე რამდენიმე დღის განმავლობაში).

ლევის სხეულების დემენცია, ისევე, როგორც ალცაიმერის დაავადება, მიეკუთვნება ნეიროდეგენერაციულ დაავადებათა ჯგუფს, რომლის დროსაც კვდება თავის ტვინის უჯრედები. ნეიროდეგენერაცია ვრცელდება თავის ტვინის მთელ ქერქსა და ქერქვეშა კვანძებზე. მორფოლოგიურად დამახასიათებელია ნეირონების შიგნით ლევის სხეულების გაჩენა, ჩანართების სახით.

ლევის სხეულების დემენცის კლინიკურ სურათს ახასიათებს რიგი თავისებურებები. პირველ რიგში, ეს არის ფსიქიკური პროცესების სიჩქარისა და ყურადღების დაქვეითება. გამოხატულია ფსიქიკური ქმედების განლევადობა - ნეიროფსიქოლოგიური

ტესტების შესრულებისას პაციენტმა შეიძლება ჩაიძინოს. ქვეითდება მეხსიერება, უფრო ჰიპოკამპური მეხსიერება, მაგრამ არა ისე, როგორც ალცჰაიმერის დაავადების დროს.

პარკინსონიზმის სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ბრადიკინეზია და არა რიგიდულობა, ტრემორი უმნიშვნელოა, ან არ არის, მოძრაობის დარღვევა გამოხატულია უფრო ფეხებში და დარღვეულია სიარული.

მხედველობითი ჰალუცინაციები წარმოდგენილია ჭეშმარიტი ხასიათის სახით, კონკრეტული, მკაფიო გამოსახულებით, რომელიც პაციენტს შემდგომ არ ახსოვს. ვარაუდობენ, რომ ჰალუცინაციების საფუძველს წარმოადგენს ანტიქოლინერგული ცერებრული დეფიციტი.

კიდევ ერთი სიმპტომი, რომელსაც ყურადღება უნდა მიექცეს ლევის სხეულების დემენციის დროს, არის პერიფერიული ვეგეტატური სისტემის უკმარისობა, კერძოდ, ორთოსტატული ჰიპოტენზია. ამიტომ, ლევის სხეულების დემენციის დროს სკრინინგის შემადგენელია წნევისა და პულსის სისტემატური შემოწმება.

სხვა ატროფიული პროცესები (პიკის დაავადება, *Kreutzfeldt-Jakob*-ის დაავადება, ჰანტიგტონის ქორეა, პარკინსონის დაავადება)

რუსულენოვანი ფსიქიატრების ნაშრომებში ეს დაავადებები განხილულია ერთად. მათ ერთად განხილვას გამართლებულად თვლიან ამ დაავადებების ნოზოლოგიური სიახლოვის გამო, ანუ ისინი მიეკუთვნებიან ენდოგენურ, სხვადასხვა ხარისხის, გენეტიკურად განპირობებულ ატროფიულ-დეგენერაციულ დაავადებებს. ავტორთა უმრავლესობა მათ სისტემურ ატროფიებს უწოდებს. ამიტომ, მათი მიკუთვნება ასაკობრივი (სენილურ) ატროფიული დაავადებებისადმი უფრო შორეულია, ვიდრე, მაგალითად, ალცჰაიმერის დაავადებისა. ამ დაავადებების

განხილვა გერონტოლოგიურ ფსიქიატრიაში გამართლებულია შემდეგი მომენტების გამო: 1. მანიფესტაცია მოგვიანებულ ასაკში; 2. ჭკუასუსტობის სხვადასხვა ფორმის განვითარება; 3. მორფოლოგიური პროცესების ატროფიული ხასიათი. როგორც სხვა ნევროლოგიური სისტემური ატროფიების დროს, ამ შემთხვევებშიც ატროფიულ პროცესს უფრო ლოკალური ხასიათი აქვს. ამასთან, არჩევენ როგორც ძირითად ლოკალიზაციას (მაგ., პიკის დროს ქერქის გარკვეულ უბნებში), ისე სხვა უბნების ფაკულტატურ დაზიანებას (პიკის დროს ქერქ-ქვეშა განგლიები). ყოველივე ეს კი განაპირობებს დაავადების კლინიკურ სურათს. ეს დაავადებები განსხვავდება ერთმანეთისგან მემკვიდრეობის როლით. ამ მხრივ, ჰანტიგტონის ქორეის მიკუთვნება მემკვიდრეობითი დაავადებისადმი უტყუარია (აუტოსომიურ-დომინანტური ტიპით), პიკის და პარკინსონის დაავადებისა კი - ნაკლებად. საინტერესოა, რომ ალცჰაიმერისა და სენილური დემენციისგან განსხვავებით, რომელთა დროსაც მემკვიდრეობაში გვხვდება სხვა დაავადება სენილური დემენცია ალცჰაიმერის დროს და, პირიქით, პიკის დროს სენილური დემენციის შემთხვევებს არ აქვს ადგილი. აღწერილია ოჯახები, სადაც, პიკის დაავადების გარდა, გვხვდება სხვა სისტემური ატროფიები: ჰანტიგტონის ქორეა, ამიოტროფული გვერდითი სკლეროზი და სხვა.

პიკის დაავადება

ეს დაავადება აღწერა Arnold Pick-მა 1892 წელს. ამჟამად პიკის დაავადებას მიაკუთვნებენ ფრონტოტემპორალური დემენციის ჯგუფს, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შუბლისა და საფეთქლის წილების ატროფია, პირამიდული ნეირონების გაჯირჯება და მათში პიკის სხეულების არსებობა. პიკის სხეულები ჰიპოკამპშიც გვხვდება. დაავადება იწყება თანდათანობით, 45-65

წლის, უფრო ხშირად, 55-60 წლის ასაკში. დაავადების მიმდინარეობის საშუალო ხანგრძლივობა უფრო ნაკლებია, ვიდრე ალცჰაიმერის დაავადების - 6 წლამდე. ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიხედვით, პიკის დაავადება 4-5-ჯერ უფრო იშვიათია, ვიდრე ალცჰაიმერის დაავადება. იგი, დაახლოებით მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული დემენციების 7%-ს შეადგენს.

ატროფიული პროცესისთვის დამახასიათებელი საერთო კანონზომიერების ფონზე, პიკის დაავადებას გააჩნია ტიპური გამოვლინებები და განვითარების სტერეოტიპი. ტიპურია დაწყება პიროვნული ცვლილებებით, რომელთა კლინიკური თავისებურება დამოკიდებულია ატროფიული პროცესის უპირატეს ლოკალიზაციაზე. შუბლის წილების დაზიანებისას ჭარბობს უმოქმედება, მოდუნება, აპათია და განურჩევლობა, ასპონტანურობა, ემოციური გადარიბება. ორბიტალური ქერქის ლოკალიზაციისას აღინიშნება დისტანციისა და ტაქტის გრძნობის, ზნეობრივი ქცევის დაკარგვა, დაბალი ლტოლვების განმუხრუჭება, ეიფორია, კრიტიკის დაქვეითება - მეხსიერებისა და ორიენტაციის შედარებითი შენახვის პირობებში (ფსევდოპარალიზური სინდრომი). საფეთქლის წილის ან შუბლ-საფეთქლის ატროფიის დროს ადრე ვლინდება მეტყველების, ქცევისა და მოქმედებების სტერეოტიპები. ყოველივე ეს ქმნის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გარკვეულ სირთულეებს.

პიკის დაავადების დროს გვხვდება უფრო იშვიათი ინიციალური სინდრომები: 1. ასთენიური, სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის ჩივილებით; 2. სიმსივნური პროცესისმაგვარი, აფაზური, კეროვანი გამოვლინებებით; 3. შიზოფრენიისმაგვარი, ფსიქოზური დარღვევებით - დეცნის, ეჭვიანობის, დანაკლისის ბოდვის სახით; 4. ამნეზიური დარღვევებით, ალცჰაიმერის დაავადების მსგავსი.

დაავადების საწყისი ეტაპისთვის, როგორც წესი, არ არის დამახასიათებელი მეხსიერების დარღვევები. პიკის დაავადების დროს დასწყისშივე ცვლილებებს განიცდის „თვითონ ინტელექტი“ (Stertz), ვლინდება ინტელექტუალური უკმარისობა (უფრო რთული, განმაზოგადებელი პროცესების, აბსტრაგირებისა და მსჯელობის უნარი), რომლებიც სჭარბობს მეხსიერების დარღვევებს. მეხსიერების გამოხატული დარღვევები ვლინდება მხოლოდ მოგვიანებით და ადგილი არ აქვს ამნეზიურ დეზორიენტაციას. პიკის დაავადებისთვის დამახასიათებელია ე.წ. სემანტიკური დემენცია - ვერბალური და არავერბალური მასალის მნიშვნელობის, გაგების პროგრესული გაუარესება, რაც დაკავშირებულია საფეთქლის, უპირატესად, მარცხენა წილის ატროფიასთან. დაავადების პროგრესიულულობასთან ერთად, ვითარდება დემენცია, რომელიც თანდათანობით უახლოვდება ტოტალურს.

უფრო იშვითია ჰალუცინაციურ-ბოდვითი სიმპტომატიკა და ეპილეპტიფორმული გულყრები. პიკის დაავადების დროს დამახასიათებელია ის, რომ დაავადების საწყისი ეტაპის კლინიკური სურათის დამოკიდებულება ატროფიის ლიკალიზაციაზე შეინიშნება შემდგომაც, გამოსავალ სტადიამდე. ამიტომ, დემენციის კლინიკა პიკის დაავადების დროს გამოირჩევა უფრო მრავალფეროვნებით, ვიდრე ალცჰაიმერის დაავადების დროს. ამ უკანასკნელისგან განსხვავებით, ბოლო სტადიაშიც ავადმყოფები ინარჩუნებენ ტლანქი ორიენტირებისა და დამახსოვრების უნარს.

პიკის დაავადების კლინიკური სურათის ცენტრში არის მეტყველების დარღვევა. აგრაფიის, აპრაქსიისა და აგნოზიის მოვლენები დიდი ხნის განმავლობაში შეიძლება ნაკლებად იყოს გამოხატული, ვიდრე ალცჰაიმერის დროს. ექსპრესიული მეტყველებაში არ არის სიტყვათა წარმოთქმის დარღვევები

(დიზართრია) და მეტყველებითი ავტომატიზმები (ლოგოკლონია). ჭარბობს, განსაკუთრებით შუბლის წილის ლოკალიზაციის დროს, თავისებური მეტყველებითი ასპონტანურობა, მეტყველებითი აქტივობის დაქვეითება, რომელიც საბოლოოდ მიდის იქამდე, რომ ავადმყოფები აღარ ლაპარაკობენ, ადგილი აქვს მუტიზმს. მაგრამ გამორიცხული არ არის, რომ ავადმყოფმა უცებ დაიწყოს მეტყველება (უფრო სტერეოტიპული გამეორებების სახით) ან სიმღერა.

იმპრესიული მეტყველება ირღვევა უფრო ნელა, ამიტომ შედარებით შენარჩუნებულია სხვისი მეტყველების გაგების უნარი. მეტყველების აფაზურ დარღვევებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია პერსევერაციებს, ექოლალიებს. მეტყველება თანდათან კარგავს ფრაზეოლოგიურ ხასიათს, დამახასიათებელია მეტყველებითი სტერეოტიპები, ანუ „განმეორებადი გამოთქმები“. თავიდან ისინი აზრობრივ კავშირშია საუბრის თემასთან, ე.ი., ასრულებს გარკვეულ კომუნიკაბელურ ფუნქციას, შემდეგ კი თანდათან კარგავს ამ ფუნქციას.

მეტყველების გაღარიბება, ექოლალია, „განმეორებადი გამოთქმები“, მეტყველების სტერეოტიპულობა არ შეიძლება ჩაითვალოს პიკის დაავადებისთვის პათოგნომურად; ტიპურია მათი განვითარების სტერეოტიპი, რომელიც გამოხატება უფრო რთული და დიფერენცირებული დარღვევებიდან - უფრო მარტივ, სტერეოტიპულ და ავტომატიზირებულ დარღვევებზე გადასვლით.

ავადმყოფთა ნაწილში ვითარდება მარაზმი. სიკვდილის მიზეზი ხდება მეორადი ინფექცია დაავადების დაწყებიდან 5-6 წლის შემდეგ.

ალცჰაიმერისა და პიკის დაავადების მკურნალობა არ განსხვავდება სენილური დემენციის თერაპიისგან. სამწუხაროდ, პროგრესირებადი დემენციის თერაპიული საშუალებებით შეჩე-

რება ჯერჯერობით შეუძლებელია. საჭიროა თანმხლები სომა-ტური და მოხუცებულობითი დაავადებების მკურნალობა, რითაც სიცოცხლის გახანგრძლივება ხდება. ფსიქოზის, ქცევითი აშლილობებისა და ძილის დარღვევებისას ინიშნება ფსიქო-ტროპული მედიკამენტების მცირე დოზები. ძალიან მნიშვნე-ლოვანია ასეთი პაციენტების სისტემატური მოვლა და მათზე მზრუნველობა.

Kreutzfeldt-Jakob-ის დაავადება

Kreutzfeldt-Jakob-ის დაავადება მიეკუთვნება პრიონულ დაავადებათა ჯგუფს. „პრიონი“ ცილოვან ინფექციურ ნაწილაკს ნიშნავს. ყოველ წელს ერთ მილიონ მოსახლეზე ერთი შემ-თხვევა მოდის. გარკვეული შემთხვევები აუტოსომურ-დომინან-ტური ტიპით გადადის. ასევე, დაავადება შეიძლება იატროგე-ნულად განვითარდეს (მაგალითად, დაბინძურებული ქირურგი-ული ინსტრუმენტებით, სისხლის გადასხმით და სხვ.). ინკუბა-ციური პერიოდი საშუალოდ 20 წელია. დაავადების დაწყების ასაკი 50-60 წელია. პირველი ნიშანი მეხსიერების დაქვეითებაა, რომელსაც თან სდევს ქცევის დარღვევები და პიროვნული ცვლილებები. ხშირია ნათხემის დაზიანების ნიშნები, უნებლიე მოძრაობები, მიოკლონური კრუნჩხვები და სხვა მოტორული ნიშნები, რომლებიც უფრო მოგვიანებით ეტაპზე ვითარდება. დაავადება უწყვეტად და სწრაფად ვითარდება და 6 თვეში შესაძლოა სიკვდილით დამთავრდეს. თავ-ზურგტვინის სითხეში ბიოქომიურად ვლინდება „14-3-3 პროტეინები“, რომლებსაც დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ პაციენტის სიცოცხლეში ზუსტი დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა ტვინის ბიოფსია.

ჰანტინგტონის დაავადება (ჰანტიგტონის ქორეა)

დაავადება პირველად აღწერა ჯორჯ ჰანტიგტონმა (George Huntington) 1872 წელს. მისი სიხშირე მთელს მსოფლიოში შეადგენს 4-7% - 100000 მოსახლეზე. იგი წარმოადგენს აუტოსომურ-დომინანტურ დაავადებას, რომელიც ერთი გენით გადადის და ახასიათებს სრული პენეტრანტობა (ასეთი მუტაციური გენის მქონე ყველა პირს უვითარდება). პათოლოგიური ცვლილებები, უპირატესად, ვლინდება კუდიან სხეულსა და შუბლის წილში. ჩვეულებრივ, იწყება საშუალო ასაკში, თუმცა შესაძლებელია მოზარდობაშიც გამოვლინდეს. ახასიათებს პროგრესირებადი კოგნიტური და ქცევითი დარღვევები. დემენციას წინ უძღვის ქორეოფორმული სიმპტომატიკა, რომელიც ყოველთვის არ არის გამოხატული. იგი შეიძლება გამოვლინდეს ზედმეტი მოძრაობებით უმიზნო მოუსვენრობის სახით. ასეთმა პაციენტმა შეიძლება მიმართოს ფსიქიატრს დეპრესიის გამო, რომელიც დამახასიათებელია დაავადების ადრეულ სტადიაზე. ხშირია პარანოიდული სიმპტომები, შიზოფრენიისმაგვარი ან აფექტური ფსიქოზები. დემენცია ხასიათდება ნელი პროგრესიენტულობით 10-20 წლის განმავლობაში. თანდათან ქვეითდება მიზანმიმართული ფსიქომოტორული აქტივობა, მოგვიანებით დგება აპათია. ტიპური სიმპტომებია: მზერის აპრაქსია და ენის მყარი პროტრუზია (ე.წ. „გველის ენა“).

ჰანტინგტონის დაავადების რაიმე სპეციფიკური თერაპია არ არსებობს. მწვავე შემთხვევებში, შეიძლება საჭირო გახდეს დოფამინური ბლოკადა. დეპრესიას მკურნალობენ ანტიდეპრესანტებით.

პარკინსონის დაავადება

პარკინსონის დაავადება 55 წელს გადაცილებული ასაკის პოპულაციის დაახლოებით 1%-ს აღენიშნება. იგი შავი სუბსტანციის დოფამინური ნეირონების დაზიანების შედეგად ვითარდება. დოფამინერგულ და სხვა ნეირონებში ლევის სხეულების არსებობა პარკინსონის დაავადების პათოგნომურ ნიშნად ითვლება (როგორც ლევის სხეულების დემენციის დროს).

პარკინსონის დაავადების კარდინალური სიმპტომებია: 1. მოსვენების ტრემორი, 2. რიგიდობა და 3. ბრადიკინეზია. ყველაზე ხშირი ფსიქიატრიული ნიშნებია: სუბკორტიკული ტიპის კოგნიტური დაქვეითება და დეპრესია. პარკინსონის დაავადების დროს ადგილი აქვს ნაკლებად გამოხატულ ორგანულ დაქვეითებას. დემენცია პარკინსონის დაავადების დროს ვითარდება შემთხვევათა 40%-ში და დემენციის დიაგნოზს სვამენ დაავადების დაწყებიდან 12 თვეში. მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად უფრო ეფექტურია აცეტილქოლინესტერაზას ინჰიბიტორების გამოყენება.

პარკინსონის დაავადების დროს მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ე.წ. „არამოტორული“ კლინიკური გამოვლინებანი, მათ შორის - შფოთვა და დეპრესია. ეს პათოლოგიური სიმპტომები აქვეითებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და საჭიროებს მკურნალობას (Шутеева Т.В., Горшунова Н.К., 2017). დეპრესია, პარკინსონის დაავადების შემთხვევებში, დაახლოებით 40%-ში გვხვდება. იგი უფრო ხშირია საწყის და ტერმინალურ სტადიებზე. ამ დროს ნაჩვენებია ანტიდეპრესანტების გამოყენება. დეპრესია შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დოფამინერგულ სისტემასა და შუბლის წილის დარღვევებთან. ანტიდეპრესანტებიდან მიზანშეწონილია სუსი-ების გამოყენება, ვინაიდან მათ ნაკლები ანტიქოლინერგული ეფექტი აქვთ.

ფსიქოზური სიმპტომები ვითარდება შემთხვევათა 20%-ში. ადგილი აქვს მხედველობით ჰალუცინაციებს, რომლებიც, ძირითადად, დოფამინერგული პრეპარატების გამოყენებასთან არის დაკავშირებული. ბოდვითი იდეები უფრო იშვიათია და ისინი, უპირატესად, პარანოიდული შინაარსისაა. ამიტომ რეკომენდირებულია ანტიფსიქოზური პრეპარატების მცირე დოზები, უპირატესად, ატიპური - კლოზაპინი და ქვეტიაპინი.

თავი 5. სისხლმარღვოვანი (ვასკულური) დემენცია

სისხლმარღვოვანი დემენცია არის დემენცია, რომელიც განპირობებულია ცერებროვასკულური დაავადებით. ყველაზე ხშირად იგი ვითარდება თავის ტვინის შემდეგი სისხლმარღვოვანი დაავადებების დროს: ცერებრული ათეროსკლეროზის და ჰიპერტონიის, იშვიათად მაობლიტირებელი თრომბანგიტის დროს. დემენცია, ჩვეულებრივ, ვითარდება თანდათან, თავის ტვინის ქსოვილის ყოველი მომდევნო ინფარქტის შემდგომ. ამიტომ მას მულტიინფარქტულ დემენციასაც უწოდებენ. ცერებრულ ინფარქტებსა და დემენციას განაპირობებს ჰიპერტენზია და გულის არითმიები. პაციენტები მიუთითებენ კონკრეტულ მომენტზე, როცა მათი მდგომარეობა უარესდება, რის შემდეგ მდგომარეობა ერთგვარად უმჯობესდება რამდენიმე დღით, მომდევნო ინფარქტამდე.

პათოგენეზურ როლს თამაშობს არა მარტო ცერებრული ინფარქტები, არამედ ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევები ინსულტის სახით, აგრეთვე, ტრანზიტორული დარღვევები (ჰიპერტონული კრიზები) და სისხლმარღვოვანი უკმარისობა (მწვავე და ქრონიკული), ექსტრაცერებრული სისხლმარღვოვანი დაავადების დროს. კოგნიტური ფუნქციების დარღვევა შესაძლებელია ფრაგმენტული იყოს, შემეცნებითი პროცესების ნაწილობრივი შენახვით.

სისხლმარღვოვანი კოგნიტური დაქვეითება, თავისი განვითარების სიჩქარის მიხედვით, სხვადასხვაგვარად მიმდინარეობს. კოგნიტური დაქვეითების განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს როგორც ინსულტის მოცულობას, ისე კერის ლოკალიზაციას.

კოგნიტური დაქვეითება შესაძლებელია იყოს თავის ტვინის წვრილი სისხლმარღვების დაზიანების შედეგი. ამ შემთხვევაში დაავადება ხასიათდება პროგრესირებით და მიმდინარეობით

წააგავს ალცჰაიმერის დაავადებას (Преображенская И.С., 2013). ალცჰაიმერის დაავადებისაგან განსხვავებით, წინა პლანზე არის არა მეხსიერების დაქვეითება, არამედ ფსიქიკური პროცესების სიჩქარის შენელება - აზროვნების, მეტყველების, ახალი მასალის ათვისების გაძნელება. ადრეულ ეტაპზე უკვე გამოხატულია ქცევის დარღვევები, მენჯის ღრუს ფუნქციის დარღვევები, მოგვიანებით - ტაყების რეფლექსები.

სისხლძარღვოვანი დემენციის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV- ით:

A. პროგრესირებადი მრავლობითი კოგნიტური დარღვევები შემდეგი გამოვლინებებით:

მეხსიერების დარღვევა (ახალი ინფორმაციისა ათვისების და ადრე შეძენილის რეპროდუქციის უნარი)

ერთი ან მეტი შემდეგი კოგნიტური დაღვევები:

ა) აფაზია

ბ) აპრაქსია

გ) აგნოზია

დ) ინტეგრაციული და შემსრულებელი ფუნქციის დარღვევა (დაგეგმვა, ორგანიზაცია, აბსტრაქცია).

B. თითოეული კოგნიტური დარღვევა იწვევს სოციალური და შრომითი ადაპტაციის გაძნელებას და განაპირობებს ფუნქციონირების დონის დაქვეითებას.

C. ლოკალური ნევროლოგიური სიმპტომები (მაგალითად, ღრმა მყესთა რეფლექსების აწევა, ფსევდობულბალური დამბლა, სიარულის დარღვევა, კიდურების, კუნთთა სისუსტე) ან ლაბორატორიული მონაცემები მიუთითებენ ცერებროვასკულურ დაავადებაზე (მაგ., თავის ტვინის ქერქის მრავლობითი ინფარქტები), რომელიც განიხილება, როგორც ეთიოლოგიური ფაქტორი.

D. დარღვევები ვლინდება არა მხოლოდ დელირიუმის ფონზე.

დარღვევების კოდირება უნდა მოხდეს შემდეგ სიმპტომებზე დაყრდნობით:

- დელირიუმი, თუ დელირიუმი ვითარდება დემენციის ფონზე;
- ბოდვა, თუ დომინირებს ბოდვითი მდგომარეობები;
- დეპრესია, თუ ჭარბობს დეპრესიული გუნება-განწყობა (დიდი დეპრესიული ეპიზოდის ჩართვით). გუნება-განწყობის დარღვევის იზოლირებული დიაგნოზი არ ისმება, თუ ის განპირობებულია სომატური ან ნევროლოგიური დაავადებით.

ეპიდემიოლოგია. თანამედროვე მონაცემებით, ვასკულური დემენცია შეადგენს ყველა დემენციის 15%-ს (ზოგიერთი მონაცემებით - 30%-ს). უფრო ხშირად, იგი ვითარდება 60–70 წლის ასაკში და ნაკლებად გავრცელებულია, ვიდრე ალცჰაიმერის დაავადება. უფრო ხშირია მამაკაცებში. იწყება უფრო ადრე, ვიდრე ალცჰაიმერის დემენცია. ხანდაზმულ ადამიანებში სისხლძარღვოვანი დემენცია თავისი მნიშვნელობით წარმოადგენს დემენციის განვითარების მეორე მიზეზს. ვასკულური დემენცია ავადმყოფების 50%-ში ერწყმის ალცჰაიმერის დაავადებას, 25%-ში ალცჰაიმერის დაავადება ცერებროვასკულურ დარღვევებთან ერთად არის და 15%-ში ალცჰაიმერის დაავადების გამოვლინების გარეშეა. სისხლძარღვოვანი დემენციის ხვედრითი წონა პირდაპირ დაკავშირებულია სისხლძარღვოვანი დარღვევების რისკის ფაქტორებებთან: რაც უფრო ნაკლებია პოპულაციაში ეს რისკ-ფაქტორები, მით ნაკლებია სისხლძარღვოვანი დემენციის ხვედრითი წონა. პირიქით, სისხლძარღვოვანი ფაქტორების თავიდან აცილების არაეფექტურობის შემთხვევებში,

სისხლმარღვოვანი დემენციის სიხშირე მაღალია და შესაძლებელია აღმატებოდეს ალცჰაიმერის გავრცელების სიხშირეს.

სისხლმარღვოვანი დაავადების გავრცელება პოპულაციაში მაღალია, მაგრამ ავადმყოფები წლობით მკურნალობენ თერაპევტებთან, ნევროლოგებთან და არ ხვდებიან ფსიქიატრის მხედველობის არეში. მხოლოდ დემენციის სიმპტომების მატებას უკავშირებენ ცერებროვასკულურ დაავადებას და ასეთი პაციენტები მიმართავენ ფსიქიატრს აშკარა ფსიქოპათოლოგიური დარღვევების გამოვლინების დროს. სისხლმარღვოვანი დემენციის პროგრესირება შეიძლება შეჩერებულ იქნას, ზოგ შემთხვევაში კი, ადრეული დიაგნოსტიკის და დროული მკურნალობის დროს, შეიძლება მიღწეულ იქნას მრავალი სიმპტომის უკუგანვითარება. ამასთან დაკავშირებით, საერთო პრაქტიკის ექიმმა ყოველთვის ყურადღება უნდა მიაქციოს პაციენტის ფსიქიკურ დარღვევებსაც. პაციენტის ასთენიური და სხვა ნევროზისმაგვარი ჩივილებისას აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

სისხლმარღვოვანი დემენცია ვითარდება თანდათან, ალცჰაიმერის დაავადებისთვის დამახასიათებელი სტადიების გარეშე. მაგრამ დაავადების საბოლოო სტადია პროგრესირებს ისევე ჩქარა, როგორც - ალცჰაიმერის დაავადების დროს.

ათეროსკლეროზული დემენცია. იგი დებიუტირებს ნევროზისმაგვარი სიმპტომატიკით (გამღიზიანებლობა, ადვილად დაღლილობა, გაფანტულობა, გულმავიწყობა, ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელება, თავის ტკივილები, ძილის დარღვევა, შრომის უნარის დაქვეითება) და ავადმყოფის ქარაქტეროლოგიური ხაზების გამკაცრებით, უტირირებით, გაშარჟებით. დემენცია, უფრო ხშირად, ლაკუნარულია (პარციალური, დისმნეზიური), უფრო იშვიათად - გლობალური, ტოტალური. ლაკუნარული დემენციისთვის დამახასიათებელია არათანაბარი,

ნაწილობრივი დარღვევები, პიროვნების ბირთვის გარკვეული შენახვა (ქცევის ჩვევების, პიროვნული რეაქციების, დამოკიდებულებებისა და განწყობების), ავადმყოფობის ნაწილობრივი გააზრება, საკუთარი უსუსურობის კრიტიკული შეფასება. ნელდება ფსიქიკური პროცესები, მეტყველება, მოტორიკა, ქვეითდება ფსიქიკური აქტიურობა და ინტელექტუალური საქმიანობა, იკარგება პიროვნების ადრინდელი მოქნილობა (აზროვნების „გამძალება“, შეზოჭილობა). გუნება-განწყობა დათრგუნული ან შფოთვით, ძალზე ტიპურია ემოციური ლაბილობა (სუსტსულოვნება – თვალცრემლიანობა, აფექტის შეუკავებლობა). ათეროსკლეროზული დემენციის ეს ფორმა გვხვდება 50-60 წლის ასაკში. ათეროსკლეროზული დემენცია, მართალია, პროგრესირებს, მაგრამ შესაძლებელია სიმპტომატიკის სტაბილიზაცია და რემისიაც კი.

გამოყოფენ პოსტაპოპლექსურ დემენციას, რომელიც წარმოიქმნება თავის ტვინის ინფარქტის ან ინსულტის შემდგომ. იგი შეიძლება განპირობებული იყოს ჰიპერტონიითა და ათეროსკლეროზით და გამოვლინდეს უკვე არსებული დემენციის ფონზე. მისი კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დაზიანებული კერის ზომასა და ლოკალიზაციაზე.

ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლამ შეიძლება განაპირობოს ე.წ. ამნეზიური სისხლძარღვოვანი დემენცია, მეხსიერების გამოხატული დარღვევით – ფიქსაციური ამნეზიით, ამნეზიური დეზორიენტირებითა და ჩანაცვლებითი (მნემონური) კონფაბულაციებით, კორსაკოვის სინდრომის ტიპით. ამნეზიურ სისხლძარღვოვან დემენციას შეიძლება რეგრედიენტული მიმდინარეობა ჰქონდეს გამომწვევი მიზეზის უკუგანვითარების დროს.

ინსულტები და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის ტრანზიტორული დარღვევები, ჩვეულებრივ, არ იწვევს პროგრესულ

დემენციას. ეს არის თავის ტვინის უბნების იშემიის ხანმოკლე ეპიზოდები და მის მიერ გამოწვეული ნევროლოგიური დისფუნქციები 24 სთ-ზე ნაკლები ხანგრძლივობით (ჩვეულებრივ 5-15 წთ). ინსულტის შემდეგ პაციენტს შეიძლება განუვითარდეს ცალკეული კოგნიტური დარღვევები. თუ იშემია უმნიშვნელოა, მაშინ ერთეული ინსულტი, როგორც წესი, არ იწვევს დემენციას.

დემენციების მიმდინარეობა ჰიპერტონული დაავადების დროს შეიძლება იყოს ტალღისმაგვარი (სიმპტომატიკის ფლუქტუაციით, შედარებითი სტაბილიზაციის პერიოდებითა და ნაწილობრივი უკუგანვითარებით) ან პროგრესიული. ხშირი და მძიმე ჰიპერტონული კრიზები და ინსულტები ამძიმებენ დემენციის სიმპტომატიკას. ე.წ. „ტვინის კატასტროფამ“ შეიძლება სწრაფად გამოიწვიოს ლაკუნარული დემენცია ფსიქიკური ფუნქციების არათანაბარი დაქვეითებით, პიროვნების პარციალური დეფექტით, პიროვნების ბირთვისა და ძირითადი თვისებების შენახვით.

დემენცია ჰიპერტონული დაავადების დროს ვითარდება მისი ავთვისებიანი მიმდინარეობის დროს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფსევდოპარალიტიკური ტიპის დემენციას (PP-ს დემენცია). დამახასიათებელია უზრუნველობა, ეიფორია, ლახვობა, კრიტიკისა და მსჯელობის დონის დაქვეითება, შესაძლებელია ლტოლვათა განმუხრუჭება. ჰიპერტონული დაავადების მძიმე ფორმების დროს შესაძლებელია დემენციის ფსევდოტუმოროზული ტიპი, მეტყველებისა და მოძრაობითი აქტივობის დაქვეითებით - ადინამიამდე, ყურადღების, ფიქსაციისა და გარემოს გააზრების გაძნელებით, გაბრუებით. მაგრამ უფრო ხშირია დემენციის უფრო მსუბუქი ფორმები, ფსიქიკური აქტიურობის დაქვეითებით, ინტელექტუალური პროდუქტიულობის მოცულობის შევიწროვებითა და ტემპის შენელებით,

მსჯელობისა და კრიტიკის დაქვეითებით, მეხსიერების შესუსტებით, ახალი მასალის დამახსოვრების გაძნელებითა (ფიქსაციური ამნეზია) და მთლიანობაში - პიროვნების დაქვეითებით. დამახასიათებელია გუნება-განწყობის დაქვეითება - დარდის ან შფოთვის უპირატესობით, მოუსვენრობა (განსაკუთრებით ღამით), ხანდახან მოულოდნელი შიშის აფექტი. აღინიშნება გამდიზიანებლობა, აგზნებადობა, სუსტსულოვნება, თვალცრემლიანობა. ხშირად, შენახულია ნაწილობრივი კრიტიკა თავისი არაქმედითუნარობის მიმართ. დემენცია გარკვეულად შექცევადია ტვინის სისხლის მიმოქცევის აღდგენისას.

მკურნალობის ძირითადი მეთოდები სისხლძარღვოვანი დემენციის დროს იგივეა, რაც ალცჰაიმერის დემენციის დროს. პროფილაქტიკა კი მდგომარეობს ჰიპერტენზიისა და გულის არითმიების მკურნალობაში და ინსულტების ასაცილებელი (საპროფილაქტიკო) პრეპარატების გამოყენებაში. ამ უკანსკნელთა შორის ყველაზე ეფექტურად თვლიან სალიცილატებს (ასპირინი).

დემენციების დიაგნოსტიკა, რომლებიც შეიძლება განპირობებული იყოს 50-ზე მეტი მიზეზით და მათი დიფერენცირება დემენციის მთავარ მიზეზთან - ალცჰაიმერის დაავადებასთან, ემყარება ლაბორატორულ გამოკვლევებსა და ალცჰაიმერის კლინიკას. ლაბორატორიული გამოკვლევები მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზს, ელექტროლიტებისა და ფერმენტების გამოკვლევას შრატში, B₁₂-ისა და ფოლიატების განსაზღვრას შრატში, ფარისებური ჰორმონების განსაზღვრას, შარდის ანალიზსა და ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

სისხლძარღვოვანი დემენციის საილუსტრაციოდ მოგვყავს 2 კლინიკური შემთხვევა.

ავ-ფი შ.დ., მამაკაცი, დაბადებული 1945 წ., 74წ., მცხოვრები: თბილისი, იოსებძის ქ. #63, ზ.7. შემოვიდა ფსიქიკური

ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის კლინიკაში: 13.02.2019წ. გაეწერა: 1.03.2019წ. ისტორია #153

ანამნეზი: მემკვიდრეობაში ფსიქოპათოლოგიურ დატვირთვას უარყოფენ. მშობლები და უმცროსი ძმა გარდაცვლილები არიან. ორსულობის, მშობიარობისა და ადრეული ზრდა-განვითარების შესახებ ცნობები არ მოგვეპოვება. სკოლაში სწავლობდა წარჩინებით. დაამთავრებული აქვს თსუ-ის ქიმიის ფაკულტეტი, მუშაობდა იმავე უნივერსიტეტში, იყო კათედრის პროფესორი. პრემორბიდულად ახასიათებენ, როგორც მკაცრს, მომთხოვნს, დისციპლინირებულს. დაოჯახდა 1971წელს, 26 წლის ასაკში. ჰყავს ქალ-ვაჟი, ორივე ჯანმრთელი, დაოჯახებული. მეუღლე გარდაეცვალა 2003 წელს, მკერდის ავთვისებიანი სიმსივნით. ქ/ტ ტრავმებს ანამნეზურად უარყოფენ. ბოლო ერთი წელი უჩიოდა მესხიერების დაქვეითებას, ქეიმის დანიშნულებით, იღებდა აკატინოლს. 2018 წლის ოქტომბრის თვეში გადაიტანა იშემიური ინსულტი, იწვა თსსუ-ის საუნივერსიტეტო კლინიკაში, ჰქონდა მარცხენამხრივი ჰემიპარეზი, MRI კვლევით - ატროფიული უბნები ქერქში, მცირე ზომის დარბილების კერა მარცხნივ. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ ცხოვრობდა ქალიშვილთან. მკურნალობდა ნევროლოგის დანიშნულებით, იღებდა პრესტარიუმს, აკატინოლს, ტეზოკან-ფორტეს, პლავიქსს, ალზეპილს, აპორეზოვასტატონს, მელატონინს, კეტილექტს. ამ ფონზე იყო მეტ-ნაკლებად სტაბილურად. ბოლო ერთი თვეა, გახდა ადვილად გამღიზიანებადი, ფეთქებადი, დაერღვა ძილი, ოჯახის წევრების მიმართ ავლენდა აგრესიას. უკანასკნელი ორი კვირის განმავლობაში უმიზნოდ გარბოდა სახლიდან, შვილს ემუქრებოდა მოკვლით, ფიზიკური ანგარიშსწორებით. შენიშვნაზე იძლეოდა აფექტურ რეაქციას, ყვიროდა, ჩხუბობდა, ღამით არ ეძინა. სტაციონირების დღეს გააღო აივნის კარი, იმუქრებოდა გადახტომით, რის გამოც გამოიძახეს ს/დ ბრიგადა და საპატრულო

პოლიცია. გადაიყვანეს ჯერ ნევროლოგიურ კლინიკაში, მოგვიანებით კი - ჩვენს კლინიკაში.

ფიზიკური მდგომარეობა: ავადმყოფი საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულების, ძვალ-სახსროვანი სისტემა - ხილული პათოლოგიის გარეშე, კანი და ლორწოვანები - სუფთა, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი - ზომიერად განვითარებული. სხეულზე დაზიანების ნიშნები არ ვლინდება, Pulmo - ჩივილებს არ გვიდგენს, $P' - 80'$. T/A-120/80-mmHg. შარდვა და დეფეკაცია თავისუფალი, უმტკივნეულო.

ავადმყოფი სტაციონირების განმავლობაში სომატურ ჩივილებს არ გვიდგენდა. ჩატარებული ლაბორატორიული გამოკვლევებით, რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდა.

ნევროლოგის კონსულტაცია. დიაგნოზი: თ/ტ სხვა სისხლმარღვოვანი სინდრომები ცერებრო-ვასკულარული ავადმყოფობის დროს $G46.8^*$; თ/ტ ინფარქტის შედეგი I 69.3; არტერიული ჰიპერტენზია III I10.

ფსიქოლოგის გამოკვლევა. ავადმყოფი მიზანმიმართული კონტაქტისათვის ნაკლებად მისაწვდომია, ნაკლებად პროდუქტიული. შეკითხვებზე პასუხობს დაყოვნებით და, ამასთან, გამომდინარე იქიდან, ესმის თუ არა დასმული შეკითხვის არსი. აღენიშნება ფსიქიკური პროცესების მკვეთრი განღვადობა, ასოციაციათა შენელება, ინტერაქტივობის მკვეთრი შეზღუდვა. ექსპერიმენტული კვლევისთვის ძნელად მისაწვდომია, თუმცა, რიგ დავალებებსა და მითითებებს ასრულებს შეძლებისდაგვარად. აღენიშნება დაბალი ჩართულობა. ქცევაში წამყვანია ასპონტანობის ნიშნები, უსუსურობის მაჩვენებლები.

აფექტურ სფეროში აღენიშნება ემოციის გასადავება გაღარიბების მაჩვენებლები. მოტივთა და ინტერესთა წრეში დომინანტურია ვიტალური ხასიათი. ინტერპერსონალური ურთიერთობების მხრივ, ემპათიის უნარი არ აღინიშნება.

აქტიური ყურადღების კონცენტრაცია -გადანაცვლების მხრივ, სახეზეა მკვეთრი დაქვეითება, მკვეთრი განლევადობა. მეხსიერების მხრივ, რეტენცია-ფიქსაციის შესაძლებლობა მკვეთრად დაქვეითებული. ვერ აღადგინა სამი სიტყვა. უჭირს მოსმენილის უშუალო გამეორება, წერით კარნახი, ვერ იმახსოვრებს აზრს. რეპროდუქცია - ფრაგმენტული, ქრონოლოგიურად არაზუსტი, არაპროდუქტიული.

აზროვნებისათვის დამახასიათებელია ტორპიდულობა, მსჯელობის უუნარობა. აზრის გადატანითი მნიშვნელობის წდომა და მახვილგონიერების უნარები -მკვეთრად დაქვეითებული. აღენიშნება წერისა და კითხვის ჩვევის ნაწილობრივ მოშლა. ტოვებს ასოებს, ვერ იცავს ხაზს. ჩაუტარდა ტესტი „მინი მენტალზე“, სადაც დააგროვა 12 ქულა.

დინამიკური პრაქსისები - დისკოორდინირებული, განმეორებითად არაკოორდინირებადი.

მეტყველება - ლექსიკა ღარიბი, ასოციაციები შენელებული, წყვეტილი, არაკომუნიკაბელური, გამომსახველობითად ერთგვაროვანი.

სახეზეა ორგანული დემენცია.

ფსიქიკური მდგომარეობა: ავადმყოფი სტაციონარში შემოვიდა ღამის საათებში. იყო ძალზე დამაბული, აგრესიული ირგვლივმყოფთა მიმართ, რის გამოც, საჭირო გახდა პაციენტის ფიქსაცია. დაფიქსირებისას ერთჯერადად გაუკეთდა 1ამპ. ტიზერცინი. თანდათან დამშვიდდა, ფიქსაცია მოიხსნა, ღამით ეძინა მშვიდად.

პაციენტი განყოფილებაში გარეგნულად მეტ-ნაკლებად მოწესრიგებული იყო, მაგრამ შფოთავდა, ვერ ჩერდებოდა ერთ ადგილზე, ქცევები მოუწესრიგებელი ჰქონდა. საუბრისას კონტაქტში ერთვოდა დამაბულად, შეკითხვებზე გვპასუხობდა მოგვიანებით, ხშირად - არაარსებითად, საჭიროებდა მრავალჯე-

რად ჩაკითხვას, შეკითხვის დაკონკრეტებას. დეზორიენტირებული იყო დროში, ადგილში, ვერ ხვდებოდა, სად იმყოფებოდა. თვლიდა, რომ ბაკურიანშია ქიმიკოსთა და ფიზიკოსთა სიმპოზიუმზე და ხალხი მის მოხსენებას ელის. ავლენდა უნდობლობას, ვერ იცავდა დისტაციას. ანამნეზური მონაცემების მოწოდებას, ცხოვრებისეული მნიშვნელოვანი ფაქტების დათარიღებასა და ქრონოლოგიურად დალაგებას ვერ ახერხებდა. ვერ იხსენებდა შვილების სახელებს, ასაკს, დაბადების წელს, ჩაკითხვისას იძაბებოდა. ასოციაციები - შინაარსობრივად ღარიბი, ერთფეროვანი, ტემპი - შენელებული. მიზანმიმართული კლინიკური საუბრის წარმართვა ვერ ხერხდებოდა, იძაბებოდა. სპონტანურად ბოდვით აზრებს არ გამოთქვამდა. აღქმის პათოლოგიის არსებობა, ობიექტური დაკვირვებით, არ ვლინდებოდა. მეხსიერების მხრივ, მკვეთრად დაქვეითებული იყო როგორც ფიქსაცია, ისე რეპროდუქცია. გუნებ-განწყობის საერთო ფონი - ლაბილური, გამღიზიანებლობის ელფერით. ყურადღება -გაფანტული, მოუკრეფავი. სიარულის დროს უჭირდა წონასწორობის დაცვა, ბარბაცებდა. კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ არ გააჩნდა.

შემდგომ დღეებში პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა სტაბილურად უცვლელი რჩება. დაბნეულია, დეზორიენტირებულია. მეტ დროს ატარებს პალატაში, განმარტოებული, პასიურია. ირგვლივმოქმედებთან არ ურთიერთობს, დერეფანში გამოსული კი დამოუკიდებლად ვერ აგნებს საკუთარ პალატას, სხვას შეჰყავს. სიარულის დროს უჭირს წონასწორობის დაცვა. სანახავად მოსულ ახლობლებს ხვდება ინდიფერენტულად, ხშირად ვერ ცნობს მათ. საჭიროებს მეთვალყურეობას მედიკამენტებისა და საკვების მიღებისას, პირად ჰიგიენას იცავს მხოლოდ შეხსენებით. ძილი მედიკამენტური. ექიმთან სასაუბროდ შემოდის სხვისი დახმარებით, ზის დაბნეული გამომეტყველებით, ასოციაციები - ღარიბი, ბანალური. საჭიროებს შეკითხვის მრავალჯერად განმეორებას,

პასუხობს მოკლედ, ერთი სიტყვით, არაარსებითად. ექვის თვალთ გვიყურებს, ავლენს უნდობლობას. ინტერესდება ჩვენი ვინაობით, თუმცა არ სჯერა, რომ ექიმების გარემოცვაშია, დარწმუნებულია, რომ ფიზიკოსთა სიმპოზიუმზეა. აღენიშნება ცრუ შეცნობები: ქალიშვილი ჰგონია მეუღლე, ხოლო ვაჟი - ძმა. გუნებ-განწყობის საერთო ფონი - ლაბილური, გამღიზიანებლობის ელფერი. სრულიად უკრიტიკოა საკუთარი ავადმყოფური მდგომარეობისა და შექმნილი ვითარების მიმართ.

ჩატარებული მკურნალობა: Sol. Tizercini 2,5%-1,0. Truqsali 50mg. Rispaqsoli 4mg. Prestariumi 5mg. Plavixi 75mg(საკ). Carbamazepini 400mg. Sol.Cogniveri 2,0. Neirolepsini 400mg. Captoprili 50mg. Anaprilini 20mg.

მკურნალობის ფონზე ქცევა შედარებით მოუწესრიგდა, გაეწერა ერთგვარი გაუმჯობესებით, მიეცა ამბულატორიული მკურნალობის რეკომენდაცია.

ავადმყოფი ე.ა., ქალი, დაბადებული 1942, 70წ; მცხოვრები: თბილისი, სამრეწველოს დასახლება I ქუჩა, IV ჩიხი, ბ.3/2. შემოვიდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში: 17.11.2012წ. გაეწერა: 26.11.2012 წ. ისტორია №650

ანამნეზი (მოწოდებული შვილის მიერ). მემკვიდრეობაში ფსიქოპათოლოგიურ დატვირთვას უარყოფენ. ადრეული ზრდა-განვითარება მიმდინარეობდა ნორმის ფარგლებში, დაამთავრა სკოლა, შემდეგ სწავლა არ გაუგრძელებია, მუშაობდა სხვადასხვა დაბალკვალიფიციურ სამუშაოებზე, მრავალი წლის განმავლობაში მუშაობდა ფეიქრად ფაბრიკაში. ამჟამად ქვრივია, ჰყავს 1 შვილი, დაოჯახებული, 2 შვილიშვილი. მუშაობის პროცესში საფეიქრო საწარმოში მიიღო ქალა-ტვინის ტრავმა, დაზგის ნაწილი მოხვდა თავში.

პრემორბიდულად ახასიათებენ, როგორც კონფლიქტურ, ჯიუტ, ჭირვეულ, ეჭვიან პიროვნებას.

დაახლოებით ორი წლის წინ გადაიტანა თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, გამოხატული დიზართრით, მოდუნებითა და საერთო სისუსტით, მოთავსდა ნევროლოგიურ კლინიკაში ერთი დღით, შემდგომ მკურნალობა გააგრძელა სახლის პირობებში ნევროპათოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ. თანდათან მდგომარეობა გაუმჯობესდა, თუმცა წინა პლანზე წამოვიდა ხასიათობრივი ცვლილებები: გახდა ადვილად აგზნებადი, გამღიზიანებადი, კონფლიქტური, გამოთქვამდა მატერიალური დანაკლისისა და დამოკიდებულების ბოდვით აზრებს, შესამჩნევი გახდა მეხსიერების, მოფიქრება-მოსაზრებისა და თვითმომსახურების უნარ-ჩვევების დაქვეითება. განსაკუთრებით რძლის მიმართ გახდა უნდობი, აგრესიული, კონფლიქტური, მას ადანაშაულებდა ცუდად მოპყრობაში, შევიწროებაში. თვლიდა, რომ ის სპეციალურად აღიზიანებდა, შვილსა და შვილიშვილებს მის წინააღმდეგ განაწყობდა, რძალი იპარავდა და ყრიდა მის შეძენილ ნივთებს, ავეჯს, გამუდმებით ეძებდა თავის ნაყიდ ნივთებს და შემდეგ იწყებდა ჩხუბს: „მომპარეთ, გადაყარეთ, გაყიდეთ და მის ნაცვლად სხვა იყიდეთ“ (რამდენიმე წლის წინ ოჯახმა გადაიტანა ხანძარი და ძველი ნივთები და ავეჯი დაეწვათ). ბოლო თვეებში კიდევ უფრო შესამჩნევი გახდა მეხსიერების დაქვეითება, ვერ პოულობდა თავის ნივთებს, ვერ უვლიდა თავს, უჭირდა პირადი ჰიგიენის დაცვა, გადიოდა სახლიდან, დაეხეტებოდა ქუჩაში. იყო შემთხვევა, როცა სახლს ვეღარ მოაგნო. რძლის მიმართ კიდევ უფრო აგრესიული გახდა, გამუდმებით ეჩხუბებოდა მას, „ყველაფერს მპარავს და ყიდის.“ ფიზიკურ აგრესიას იჩენდა შვილიშვილების მიმართაც: „ჩემზე ლაპარაკობენ, ქვებს მესვრიან.“ მოითხოვდა სახლიდან წასულიყვნენ რძალი და შვილიშვილები. ორი კვირის წინ კონსულტირებული იქნა ჩვენი კლინიკის ამბულატორიულ დეპარტამენტში,

მაგრამ დანიშნული მედიკამენტები არ მიიღო. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულის გამო მოათვსდა ჩვენს კლინიკაში.

ფიზიკური მდგომარეობა. ავადმყოფი დაბალი ტანის, ასთენიური კონსტიტუციის. კანის ტურგორი - დაქვეითებული, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული, ძვალსახსროვანი სისტემა ხილული პათოლოგიის გარეშე. მოძრაობა სახსრებში - თავისუფალი, უმტკივნეულო. TA 110-70 mm.hg, P-78'.

მუცელი უმტკივნეულო, დეფეკაცია რეგულარული, უმტკივნეულო.

შარდ-სასქესო ორგანოთა სისტემა - ჩივილებს არ გვიდგენს, შარდვა - თავისუფალი, უმტკივნეულო. ჩატარებული ლაბორატორიული გამოკვლევები ნორმის ფარგლებშია.

თერაპევტის კონსულტაცია. ჩივილებს არ წარმოადგენს. ანამნეზში აღენიშნება იშემიური ინსულტი 2 წლის წინ.

ობიექტურად. Cor - აუსკულტაციით: გულის ტონები - სუფთა, რითმული. პულსი - რითმული, ზომიერი ავსებისა და დაჭიმულობის, სინქრონული გულის რიტმთან. P-75', TA -155/85 mm.hg. გულ-მკერდი - დეფორმაციის გარეშე. მისი ორივე ნახევარი თანაბრად მონაწილეობს სუნთქვაში. პერკუსიით: ორივე მხარეს ფილტვის ნათელი ხმიანობა, აუსკულტაციით: ორივე მხარეს ვეზიკულური სუნთქვა. T36.5C. ენა სველი, უნადებო, მუცელი - პალპაციით რბილი, უმტკივნეულო. ღვიძლი არ სცილდება ნეკნთა რკალს, ელენთა არ ისინჯება. დეფეკაცია რეგულარული. "დარტყმის" სიმპტომი უარყოფითია წელის ორივე მხარეს. შარდვა - თავისუფალი, უმტკივნეულო.

Ds: არტერიული ჰიპერტენზია.

დანიშნულება: 1. ვეროშპირონი 25 მგ., 1 აბი დილით

3. ენადენკი 10 მგ., ერთხელ დღეში

4. კარდიომაგნილი 75მგ., 1 აბი სადილის შემდეგ

არტერიული წნევის მონიტორინგი.

ნევროლოგის კონსულტაცია. უჩივის პერიოდულად თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, წონასწორობის დარღვევას, არტერიული წნევის ციფრების მერყეობას. რამდენიმე წელია, აღენიშნება არტერიული ჰიპერტენზია არტერიული წნევის ციფრების მკვეთრი მერყეობით.

ნევროლოგიური სტატუსი: ვერბალური კონტაქტისთვის მისაწვდომია. ადგილში, დროში, გარემოში დეზორიენტირებულია. საკუთარ თავში სწორადაა ორიენტირებული. მეხსიერება - დაქვეითებული. მეტყველება - შენახული. კრანიალური ნერვები - პათოლოგიის გარეშე. გუგები $D=S$, მრგვალი. ფოტორეაქცია

ცოცხალი, რეაქცია-აკომოდაცია, კონვერგენციაზე შენახული. მოტორული დეფიციტი არ აღენიშნება. ცხვირ-თითის ცდას დამაკმაყოფილებლად ასრულებს. რომბერგის პოზაში არამყარია. მყესთა და მყეს-ძვალთა რეფლექსების საერთო ფონი ცოცხალი, $D=S$. აქსიალური რეფლექსები გაცხოველებულია. დერმოგრაფიზმი - მყარი წითელი, ტროფიკა შენახული. მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციას აკონტროლებს.

დიაგნოზი: არტერიული ჰიპერტენზია. დისცირკულატორული ენცეფალოპათია III სტადია.

დანიშნულება: Mexibati 100 მგ

S. 1 ამპ. კუნთებში დღეში ერთხელ (10 დღე).

ფსიქოლოგის გამოკვლევა. ავადმყოფი მიზანმიმართული კონტაქტისათვის ნაკლებად მისაწვდომია, ნაკლებად პროდუქტიული. შეკითხვებზე პასუხობს დაყოვნებით და, ამასთან, გამომდინარე იქიდან, ესმის თუ არა დასმული შეკითხვის არსი. აღენიშნება ფსიქიკური პროცესების მკვეთრი განლევა-დობა, ინტერაქტივობის მკვეთრი შეზღუდვა. ექსპერიმენტული კვლევისთვის ძნელად მისაწვდომია, თუმცა რიგ დავალებებსა და მითითებებს ასრულებს შეძლებისდაგვარად. აღენიშნება

დაბალი ჩართულობა. ქცევაში წამყვანია ასპონტანობის ნიშნები, უსუსურობის მაჩვენებლები.

აფექტურ სფეროში აღენიშნება ემოციის გასადავება-გადარიბების მაჩვენებლები. მოტივთა და ინტერესთა წრეში დომინანტურია ვიტალური ხასიათი. ინტერპერსონალურ ურთიერთობების მხრივ, ემპათიის უნარი არ აღინიშნება. აქტიური ყურადღების კონცენტრაცია, გადანაცვლების მხრივ, სახეზეა მკვეთრი დაქვეითება, მკვეთრი განლევადობა.

მეხსიერების მხრივ, რეტენცია-ფიქსაციის შესაძლებლობა დაქვეითებული. ვერ აღადგინა სამი სიტყვა. უჭირს მოსმენილის უშუალო გამეორება, წერით კარნახი, ვერ იმახსოვრებს აზრს. რეპროდუქცია - ფრაგმენტული. ქრონოლოგიურად არაზუსტი, არაპროდუქტიული.

აზროვნებისათვის დამახასიათებელია ტორპიდულობა. მსჯელობის უუნარობა. აზრის გადატანითი მნიშვნელობის წვდომა და მახვილგონიერების უნარები - მკვეთრად დაქვეითებული. ელემენტარული ბაზისური მარაგი აღინიშნება, წერა-კითხვის, თვლისა და 20-ის ფარგლებში ანგარიშის სახით, თუმცა მათ აქტუალიზაციას ანდომებს დიდ დროს. ამავე დროს, აღენიშნება წერისა და კითხვის ჩვევის ნაწილობრივ მოშლა. ტოვებს ასოებს, ვერ იცავს ხაზს. ჩაუტარდა ტესტი „მინი მენტალზე“, სადაც დააგროვა 18 ქულა.

დინამიკური პრაქსისები დისკოორდინირებული. განმეორებითად არაკოორდინირებადი.

მეტყველება. ლექსიკა - ღარიბი, ასოციაციები - შენელებული, წყვეტილი, არაკომუნიკაბელური, გამომსახველობითად ერთგვაროვანი, ინერვაცია შესუსტებული. ინტელექტი - პრემორბიდულად შეზღუდული. სახეზეა ნეიროკოგნიტური დაქვეითების მაჩვენებლები, ორგანული დემენციის ნიშნები.

ფსიქიკური მდგომარეობა. განყოფილებაში მოთავსდა აგზნებული, დაძაბული. გარეგნულად იყო მოუწესრიგებელი, თმაგაწეწილი, კონტაქტში ერთვოდა აქტიურად, ლაპარაკობდა ხმაბლად, შეკითხვებზე გვპასუხობდა მრავალსიტყვიერად, ხშირად - არაარსებითად, საჭიროებდა ჩაკითხვას, შეკითხვის დაკონკრეტებას. დეზორიენტირებული იყო დროში, ადგილში, არ იცოდა მიმდინარე წელი, „1995 წელია,“ ვერ ასახელებდა თავის დაბადების წელს, ასაკს, „65 წლის ვარ,“ ვერ ხვდებოდა, სად იმყოფება. ადგილი ჰქონდა ცრუ შეცნობებს, ექიმებს თვლიდა რძლის მოგზავნილებად, მიმართავდა მათ ნაცნობების სახელებით, ავლენდა უნდობლობას, ნეგატიურ განწყობას, ვერ იცავდა დისტაციას, მოგვმართავდა უხეშად. ანამნეზური მონაცემების მოწოდება, ცხოვრებისეული მნიშვნელოვანი ფაქტების დათარიღება და ქრონოლოგიური დალაგება არ შეეძლო, ვერ იხსენებდა შვილის ასაკს, დაბადების წელს, ჩაკითხვისას ღიზიანდებოდა, იწყებდა ყვირილს.

ადგილი ჰქონდა ამნეზიურ აფაზიას, საუბრისას უჭირდა საჭირო სიტყვის გახსენება. ასოციაციები დაუკავშირებელი, ერთგვაროვანი შინაარსის, აზროვნებაში წამყვანი იყო ტორპიდულობა, ტკეპნა, მოფიქრება-მოსაზრების უნარის დაქვეითება. ანამნეზით მოწოდებულ ფაქტებს უარყოფდა: „მე შვილიშვილები არასდროს მიცემია.“ „მე ძალიან კარგი მეხსიერება მაქვს.“ მიზანმიმართული კლინიკური საუბრისას იძაბებოდა, რძალს ბრალს სდებდა ცუდად მოპყრობაში, მას მტერს, „გიჟს“ უწოდებდა: „რძალი გადამემტერა, უნდა რომ მომკლას, ცდილობს თავიდან მომიშოროს და მერე მარტო იცხოვროს სახლში, სპეციალურად მესხმის თავს, რომ მანერვიულოს, მცემს... შვილსა და შვილიშვილებს ჩემ წინააღმდეგ განაწყობს.“ აგრეთვე, რძალს ბრალს სდებდა ნივთების მოპარვასა და გაყიდვაში: „ყველაფერი ჩუმად გააქვს სახლიდან და ყიდის. სამეფო ავეჯი, სკამები, კარადები,

ჭურჭელი, თეთრეული გაიტანა და გაყიდა, ნაწილი კი გადაყარა.“
აღქმის პათოლოგიის არსებობას უარყოფდა და არც ობიექტური
დაკვირვებით შეიმჩნეოდა.

მეხსიერება - დაქვეითებული, როგორც ფიქსაცია, ისე რეპრო-
დუქცია.

გუნებ-განწყობის ფონი ლაბილური, გამღიზიანებლობის
თანხლებით. ყურადღება გაფანტული, მოუკრეფავი.

სიარულის დროს უჭირს წონასწორობის დაცვა, ბარბაცებს.

კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ არ გააჩნია.

განყოფილებაში განმარტოებულია, პასიურია. აღენიშნება
არტერიული წნევის მერყეობა. TA- 170/100 – 140/100mm.hg. წნევის
გაზომვისას ჭირვეულობს, 22.11. მაღალი წნევის შემდეგ კიდევ
უფრო გამოიხატა დიზართრია, სიარულის გაძნელება, იკვებება
პერსონალის დახმარებით საწოლის ფარგლებში.

მდგომარეობა სტაციონაროდან გადაყვანისას. 25.11. დილიდან
საწოლის ფარგლებშია, უჭირს წამოდგომა, სიარული, მეტყველება
დიზართრიულია, საკვები მიიღო მცირე რაოდენობით, იკვება
პერსონალის დახმარებით, შეკითხვებზე გვპასუხობს მოკლედ.
საღამოს T-37, TA-130/80mm.hg. 23 სთ-ზე მდგომარეობა დამძიმდა,
TA-140/110mm.hg, P-90, T-38,2 ვერბალური კონტაქტისათვის
გახდა მიუწვდომელი. ზოგადი და ნევროლოგიური
მდგომარეობის დამძიმების გამო პაციენტი გადაყვანილი იქნა
ქირურგიის ეროვნულ ცენტრში.

შემთხვევების მოკლე ანაღიზი. ორივე შემთხვევაში, ანამნეზი,
ნევროლოგის კონსულტაცია, ფსიქოლოგიური გამოკვლევა და
ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკა მიუთითებენ სისხლძარღვო-
ვანი დემენციის დიაგნოზზე. მაგრამ, პირველ შემთხვევაში,
კერძოდ, ადგილი აქვს F01.0 (მულტიინფაქტური დემენცია), მეორე
შემთხვევაში, კი F01 სისხლძარღვოვანი (ვასკულური დემენცია).
აღსანიშნავია, რომ პირველი შემთხვევისაგან განსხვავებით,

მეორეში, დემენციის ფონზე ადგილი აქვს ფსიქოზურ სიმპტომატიკასაც, დამოკიდებულებისა და დანაკლისის ბოღვითი აზრების სახით, რაც დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი გენეზისა და სხვა მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზებისათვის.

სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები

სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები, მისი ხასიათისა და პროგრესიულობის მიხედვით, არის მწვავე და ქვემწვავე. ეს ფსიქოზები აღწერილია F.Stern - ის მიერ (1930), როგორც „აზნევის არტერიოსკლეროზული მდგომარეობები“. ამ ფსიქოზებს ახასიათებს საერთო კლინიკური ნიშნები: ადგილი აქვს ცნობიერების შეცვლის სინდრომებს (ეგზოგენური ტიპის რეაქციები), რომლებიც გამოირჩევა ატიპურობით, რუდიმენტულობითა და სინდრომული დაუსრულებლობით. მწვავე ფსიქოზის გამოვლინებები ყოველთვის არ შეესაბამება დელირიუმის, ამენციის, ბინდისებური ცნობიერების მდგომარეობებს, რის გამოც რიგი ავტორების (Bleuler M. 1966; Willi G. 1966 და სხვ.) მიერ ისინი კვალიფიცირებული იქნა, როგორც „აზნევის მდგომარეობები“.

მწვავე ფსიქოზური დარღვევები ხშირად ხანმოკლე, ეპიზოდურია. მათი ხანგრძლივობა ხანდახან არ აღემატება რამდენიმე საათს. ისინი წარმოიშობა, უპირატესად, ღამით, დღისით კი ავადმყოფები არ ავლენენ ფსიქოზურ დაღვევებს. მათ ახასიათებთ მრავალჯერადი განმეორება. ხშირია ღამის აზნევები.

მწვავე სისხლძარღვოვანი ფსიქოზების მიმდინარეობა არსებითად განსხვავდება სხვა ეთიოლოგიის სიმპტომური ფსიქოზებისგან (მაგ. ალკოჰოლური დელირიუმი, მწვავე ტრავმული ფსიქოზები). თუ სხვა ეთიოლოგიის დროს დაავადება მძიმდება ერთი სინდრომის ფარგლებში, მწვავე სისხლძარღვოვანი ფსიქოზის დროს ცნობიერების შეცვლის სხვადასხვა სინდრომი ერთმანეთს ენაცვლება.

სისხლმარღვოვანი ფსიქოზების უფრო გახანგრძლივებული (ქვემწვავე) მიმდინარეობისას, ცნობიერების შეცვლის სინდრომების გარდა, შეიძლება გამოვლინდეს, ასევე, შექცევადი სინდრომები ცნობიერების შეცვლის გარეშე, ე.წ. გარდამავალი, ანუ შუალედური.

სისხლმარღვოვანი ფსიქოზების გახანგრძლივებული და უფრო რთული ფორმები გვხვდება მნიშვნელოვნად ხშირად. შეიძლება წამოიქმნას (წინ უსწრებდეს ცნობიერების შეცვლის სინდრომებს ან მათ მოსდევდეს) შუალედური სინდრომების ყველა სახე: ნევროზული, აფექტური (ასთენიური, დეპრესიული, მშფოთვარე-დეპრესიული), ჰალუცინაციურ-პარანოიდული (შიზოფორმული) და ორგანული წრის სინდრომები (ადინამიური, აპათიკო-აბულიური, ეიფორიული, კონფაბულატორული, ამნეზიური, კორსაკოვისმაგვარი).

მწვავე ფსიქოზები ხანდახან გვხვდება ინსულტის პროდრომში. უფრო ხშირად კი - დაახლოებით 10%-ში, ისინი ვითრდება პოსტაპოპლექსურად. ასეთი პოსტინსულტური ფსიქოზები აბნევით, შფოთვით, ერთეული ჰალუცინაციებითა და ბოდვითი დარღვევებით, ჩვეულებრივ, გადადის გახანგრძლივებულ ასთენო-დეპრესიულ მდგომარეობაში, მაგრამ შესაძლებელია ამნეზიური სინდრომის გავლით ტრანსფორმირდეს დემენციაში. დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვანია, რომ მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდები შეიძლება წარმოიშვას სისხლმარღვოვანი პროცესის გამწვავების დროს სხვადასხვა ფსიქიკური ცვლილების, მათ შორის დემენციის, ფონზე.

უფრო რთულ და სადავო დიაგნოსტიკურ პრობლემას წარმოადგენს შედარებით იშვიათი, გახანგრძლივებული (ქრონიკული), ე.წ. ენდომორფული სისხლმარღვოვანი ფსიქოზები: პარანოიკური, ქრონიკული ვერბალური ჰალუცინოზი, ქრონიკული ჰალუცინაციურ-ბოდვითი, დეპრესიული (Э.Я. Штернберг 1983).

თავი 6. შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობა

ამ თავში მიმოხილულია შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობის შესახებ არსებული ლიტერატურა. გასულ საუკუნეში ფიქრობდნენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობა წარმოადგენს დიდ ინტერესს როგორც შიზოფრენიის გამოსავალი მდგომარეობების, ისე შიზოფრენიაზე ასაკობრივი გავლენის შესწავლის ასპექტში - ე.წ. შიზოფრენიული ჰკუასუსტობის არსის გაგების თვალსაზრისით. ამასთან, ავტორთა უმეტესობა ხაზს უსვამდა შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე მოხუცებულთა შორის პარანოიდული ფორმით დაავადებულთა სიჭარბეს. ფსიქიკურ დაავადებათა თანამედროვე კლასიფიკაციებში უკვე კარგა ხანია აღარ გამოყოფენ შიზოფრენიის გამოსავალი და შიზოფრენიული ჰკუასუსტობის მდგომარეობებს.

ჯერ კიდევ კრეპელინი (1902), აღწერდა რა ადრეული ჰკუასუსტობის არაკეთილთვისებიან პარანოიდულ ფორმას, აღნიშნავდა, რომ მოხუცებულ ავადმყოფებში, დაავადების მიმდინარეობის ცალკეულ ეტაპებზე, ხშირად, დემენციის გამოხატულ სიმპტომებთან ერთად (გაუმაძღრობა, მეტყველების აზნევა, სტერეოტიპულობა, მანერულობა, იმპულსურობა), ადგილი აქვს „წინანდელი სამყაროს გასაოცარ შემეცნებას“. ასეთი ავადმყოფები „გვაოცებენ მოსაზრებულობით“, ხდებიან უფრო მშვიდნი, იწყებენ რაღაც საქმიანობას. არსებული პოზიტიური სიმპტომები (ჰალუცინაციები, ბოდვითი აზრები) არსებით გავლენას არ ახდენს მათ ქცევაზე, მიუხედავად ავადმყოფური გამოვლინებების მიმართ უკრიტიკობისა. იმავე აზრზე იყვნენ რიგი ავტორები, მათ შორის - ე. ბლეილერი, რომლის დაკვირვებათა თანახმადაც, არც თუ იშვიათად, მოხუცებულობის პრო-

ცეს თან ერთვის კლინიკური სურათის ცვლილებები, გაუმჯობესების მიმართულებით ავადმყოფთა „განთავისუფლება“ („ხსნა“) შიზოფრენული აშლილობებისგან. ამასთან, ებლელიერი აღნიშნავდა, რომ ბოდვისა და ჰალუცინაციების შესუსტება, განვითარებული გვიანდელ ასაკში, დაკავშირებულია როგორც თავად დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობასთან, ისე ასაკის გავლენასთან.

ამრიგად, უკვე შიზოფრენიის სწავლების ფუძემდებელნი მიუთითებდნენ მოხუცებულ ავადმყოფებში გამოსავალ მდგომარეობათა გამოხატულ დინამიკაზე. ამ მხრივ, კიდევ უფრო შესამჩნევი ძვრები აღწერეს მ.ურშტეინმა (1922) და სხვებმა. მ.ურშტეინი, რომელიც აკვირდებოდა შიზოფრენიით დაავადებულ მოხუცებულთა შორის ემოციურობის, ფსიქიკური აქტივობის გაჩენას, ამტკიცებდა, რომ „გამოსავალი მდგომარეობის“ ცნება ხშირად პირობითი განსაზღვრებაა. 65 წელზე უფროსი ასაკის შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში გამოვლინდა, რომ მოხუცებულობით ასაკში მათი ქცევა მოწესრიგდა, გაქრა აფექტური დამაბულობა, გაჩნდა გარემოსადმი ინტერესი, დეზაქტუალიზირდა ბოძვა.

W.Mayer-Gross (1954, 1960) აღნიშნავდა „მოხუცებულობის ერთობ საინტერესო გავლენას შიზოფრენიულ პროცესზე“. მოხუცებულობისას შიზოფრენიის კლინიკურ სურათში მან შენიშნა ავადმყოფთა ქცევის შედარებითი ნორმალიზება, რამაც საფუძველი მისცა გამოეყო შიზოფრენიის მიმდინარეობაში ე.წ. „მეორადი გარდატეხა“. ავტორის აზრით, „მეორადი გარდატეხისას“ ავადმყოფი „ამთავრებს ბრძოლას“ და ურიგდება ავადმყოფურ განცდებს. ამასთან, „ცნობიერების ჰიპოტონიის“ გამო მას არ უჩნდება მოცემული სიტუაციის შესაბამისი მისწრაფებები. ამიტომაც, „გვეჩვენება, რომ ავადმყოფს შეუსუსტდა აფექტები“. მაიერ-გროსის აღწერით, „მეორადი გარდატეხის“

პერიოდში ავადმყოფებს ახასიათებთ ეიფორიული გუნება-განწყობა, ქცევის მოწესრიგებულობა, კონტაქტისათვის მისაწვდომობა, კეთილგანწყობა.

მოხუცებულობისას ავადმყოფთა მდგომარეობის შესამჩნევი გაუმჯობესების შესაძლებლობაზე მითითებულია ვ. ოლემშკევიჩის შრომაში (1934). ავტორს მოჰყავს დაკვირვება 65 წლის ასაკის ქალზე, რომელიც შიზოფრენიით დაავადებული იყო 35 წელიწადზე მეტ ხანს. ავადმყოფი მრავალი წლის განმავლობაში იყო სტერეოტიპულად აგზნებული, ხშირად აგრესიული, უსუფთაო, კონტაქტისათვის მიუწვდომელი. ასაკში შესვლასთან ერთად, აქტიურობა თანდათან „ჩაქრა“, ქცევა მოუწესრიგდა. იგი გამოიყურებოდა „ფაქიზ (სუფთა) მოხუცად, რომელიც დასაქმებული იყო თეთრეულის დაკერებით, ქსოვითა და კითხვით“.

ანალოგიური აღწერილობა გვხვდება T.Freeman და J.L.Cameron-ის (1958) ნაშრომებში, რომლებშიც მითითებულია მოხუცებულობისას მთელი რიგი მყარი ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინების შექცევადობის შესახებ. ეს ავტორები, აკვირდებოდნენ რა ავადმყოფებს ადრეული ჰკუასუსტობით, რომელთაც მიაღწიეს მოხუცებულობის ასაკს, აღნიშნავენ, რომ მათი ქცევა მოწესრიგდა ჰალუცინაზიურ-ბოდვითი სიმპტომატიკის შესუსტების ხარჯზე. პიროვნული ცვლილებები კი (ინტერესთა არარსებობა, გულჩათხრობილობა, ეთიკური ნორმებისა და წარმოდგენების დაკარგვა) უფრო გამოჩნდა. A. Ey-ის ნაშრომში (1939), მოხუცებულობის ასაკში პარანოიდული შიზოფრენიით დაავადებულთა კატამნეზის შესწავლის საფუძველზე, შემუშავებული იყო ჰიპოთეზა ამ ავადმყოფთა „მეორე ცხოვრების“ შესახებ. ბოდვისა და გარე სამყაროსადმი ავადმყოფთა დამოკიდებულების მიხედვით, ავტორმა გამოყო ბოდვითი ფსიქოზების გამოსავალთა სამი ტიპი:

1. ფსიქოპათოლოგიური გაუმჯობესების მდგომარეობა, ბოდვით და ჰალუცინაციურ აშლილობათა ინკაფსულაციით. განცდათა აფექტური დაძაბულობის შემცირებას ავტორი განსაზღვრავს, როგორც „ბოდვის ვისცერალიზაციას“. ამ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები გამოირჩევიან ცხოვრებასთან კარგი შემგუებულობით, შრომის უნარის შენარჩუნებით, კონტაქტურობით, საკმარისად ადექვატური ქცევითა და ემოციებით, მაგრამ წინანდელი სოციალური კავშირების სრული გაწყვეტით, ანუ ცხოვრებასთან შემგუებულობის ახალი „მეორე“ ფორმით. კვლავინდებურად საავადმყოფოში მყოფნი, ისინი ასრულებენ სასოფლო-სამეურნეო სამუშაოებს, წყვეტენ რა ყველა კავშირს წარსულ ცხოვრებასთან;

2. შრომის უნარის აღდგენა ჰალუცინაციებისა და ბოდვის არსებობის პირობებში;

3. უპირატესად, ქცევის ფსიქოზური ფორმების არსებობა.

ამრიგად, უკვე დიდი ხანია ცნობილია ხანგრძლივად მიმდინარე შიზოფრენიული პროცესის ცვლილების შესაძლებლობა გვიან ასაკში. ამასთან, მხოლოდ ცალკეული ავტორები აღნიშნავდნენ დაავადების მიმდინარეობის ხასიათის დამოკიდებულებას ასაკობრივ ცვლილებებთან დაკავშირებით.

გაიზარდა რა ფსიქიკურად დაავადებულთა რიცხვი, რომელთაც მიაღწიეს მოხუცებულობის ასაკს, შესამჩნევად მოიმატა მკვლევართა ინტერესმაც დაავადების კლინიკურ გამოვლინებებზე მოგვიანებული ასაკის გავლენის შესახებ. ამასთან, განსაკუთრებით დიდი ადგილი ეთმობა კვლევებს, რომლებიც ეხება შიზოფრენიული ფსიქოზების გვიან მანიფესტირებად ფორმებს და მათ დიფერენციაციას მოხუცებულობითი ასაკის სხვა ფსიქოზებთან. აგრეთვე, საყურადღებოა შრომები, რომლებიც ეხება ასაკის პათოპლასტიკურ გავლენას შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიურ სურათზე, მაგრამ ნაკლები ყურადღება

ეთმოზა შიზოფრენიის ასაკობრივი დინამიკის საკითხებს, რომლებიც ვლინდება სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში და გრძელდება მოხუცებულობამდე.

შიზოფრენიის მიმდინარეობასა და გამოვლინებებზე მოხუცებულობითი ასაკის გავლენის შესახებ მითითებულია მრავალი ავტორის პუბლიკაციებში (M. Bleuler, 1943, 1971, 1972, 1973; W.Mayer-Gross, G.Huber 1973; G. Huber, 1961, 1964, 1968, M.Muller, 1959, 1965, 1971, 1976).

არსებობს ნაშრომები, რომლებშიც ამტკიცებენ, რომ მოხუცებულობითი ასაკი საერთოდ არ ახდენს შესამჩნევ გავლენას შიზოფრენიულ პროცესზე (ამაკარიძე, 1974; G.Langfeld, 1956; D.Reimer, 1950). რეიმერმა გამოიკვლია 65 წელზე უფროსი ასაკის 100-ზე მეტი შიზოფრენიით დაავადებული, რომლებიც 25 წელზე მეტხანს განუწყვეტლივ იმყოფებოდნენ ფსიქიატრიული სტაციონარის პირობებში. ავადმყოფთა უმეტეს ნაწილს აღენიშნებოდა ჰალუცინაციურ-ბოდვით განცდათა და მათი შესაბამისი ემოციური ცვლილებების მდგრადობა. ავადმყოფებში ვერ დაინახეს მოხუცებულობისა და ათეროსკლეროზისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები, რაც, ავტორის აზრით, აიხსნება ავადმყოფთა სტაციონარში ყოფნით, მათი „გამიჯვნით“ ცხოვრებისეული სირთულეებისა და სტრესული გავლენებისგან. ლანგფელდი თვლიდა, რომ შიზოფრენიის დროს გამოსავალის ხასიათი საერთოდ არ არის დამოკიდებული ავადმყოფთა ასაკზე, არამედ განპირობებულია პიროვნების პრემორბიდული ქარაქტეროლოგიური თავისებურებებით, კლინიკურ აშლილობათა ინდივიდუალური პერიოდით, სოციალური ფაქტორებითა და თერაპიული ჩარევის ვადებით. ამ. მაკარიძე მიუთითებდა, რომ შიზოფრენიისას, რომელიც იწყება ჭაბუკობის ასაკში და გრძელდება მოხუცებულობამდე, ფიზიოლოგიური ასაკობრივი ცვლილებები არ არის საკმარისი, რათა

მოახდინოს არსებითი გავლენა დაავადების ძირითად ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებებზე.

ავტორთა უმეტესობა ემხრობოდა აზრს შიზოფრენიული პროცესის განვითარებაზე მოგვიანებული ასაკის უდავო გავლენის შესახებ. ფიქრობდნენ, რომ შემთხვევათა ერთ ნაწილში ხდება ავადმყოფურ აშლილობათა შედარებითი სტაბილიზაცია და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის გამოხატულების შემცირება რემისიის დონემდეც, მეორე ნაწილში კი - ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა გამოხატულების გაძლიერება.

ზოგიერთი ფსიქიატრი აღნიშნავდა დაავადების „შეჩერებას“, რაც ვლინდება ჰალუცინაციურ და ბოდვით აშლილობათა რედუქციითა და ავადმყოფთა სოციალური ადაპტაციის გაუმჯობესებით. ამ შემთხვევაში საუბარი შეიძლება უფრო „ერთი მიმართულებით სირბილის გაგრძელებაზე, როცა ახალი არაფერი ხდება“. მოხუცებულობისას პარანოიდული შიზოფრენიის დინამიკის აღწერისას მიუთითებდნენ როგორც ბოდვის „გაფართოების“, ისე მისი „ინკაფსულირების“ შესაძლებლობაზე. ამასთან ერთად, აღნიშნავდნენ განცდათა აფექტური დამახულობის შემცირებას. კერძოდ, „სიმკვეთრის“ გაქრობას, რომელსაც უშუალოდ უკავშირებდნენ მოხუცებულობისას „სოციალური შემგულებულობის“ გაუმჯობესებას.

დიდი ინტერესი გამოიწვია ვ. იანცარიკის (1963) ნაშრომმა, რომელიც აკვირდებოდა მოხუცებულობისას შიზოფრენიით დაავადებული 100 ავადმყოფის დაავადების სურათის ცვლილებას (კატამნეზური გამოკვლევა არანაკლებ 35 წელი, ხოლო რიგ შემთხვევებში - 50 წელი). ავტორი სთავაზობდა შიზოფრენიის მიმდინარეობის „სიგრძივ“ ჭრილში შესწავლის პრინციპს დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა პერიოდში კლინიკურ თავისებურებათა გამოვლინებით. ვ. იანცარიკი აღნიშნავდა კატატონიურ აშლილობათა გვიანი გაჩენის იშვიათ შემთხვე-

ვებს და ხასგასმით მიუთითებდა სინდრომთა ცვლას, როგორც შიზოფრენიის მიმდინარეობისთვის დამახასიათებელ ნიშანს. საბოლოო მდგომარეობებს იგი თვლიდა „ნაკლებად დამახასიათებელ“ და „ფიქსირებულ“ სიმპტომებად მოხუცებულობის დროს, მიიჩნევდა, რომ მათი „ტიპოლოგია უაზროა“. იგი მივიდა დასკვნამდე, რომ შიზოფრენიის მიმდინარეობის გვიანდელ ეტაპზე შესაძლებელია დაავადების გამწვავება პარანოიდული ბოდვის პარაფრენიულში ტრანსფორმაციით. ამასთან, აღნიშნავდა ავადმყოფთა აფექტური დამახულობის შემცირებას: ისინი ხდებიან უფრო ადაპტირებულნი ცხოვრების მიმართ. პიროვნული ცვლილებები, რომლებიც ვითარდება დაავადების დაწყებიდან 10-15 წლის შემდეგ (აფექტური „სიცივე“, აუტიზმი, „გამოცარიელება“), მომდევნო 15 წლის შემდეგ ისეთი ხარისხით უკვე აღარ ვლინდება და, შესაბამისი პირობების არსებობის შემთხვევაში, შესაძლებელია ავადმყოფების საავადმყოფოდან გაწერაც. ვიანცარიკი სთავაზობდა მოსაზრებას, რომ მოხუცებულობა „არბილებს დეფექტს“, ასაკობრივი ძვრები, თითქოსდა, წარმოცავენ სხვაობას ფსიქიკურ და, საერთოდ, მოხუცებს შორის, რასაც მივყავართ თავისებურ „რესინქრონიზაციამდე“. შემდგომ პუბლიკაციებში, ავტორის მიერ ნაჩვენებია, რომ დაავადების მიმდინარეობისა და გამოვლინებათა ყველაზე მეტი დინამიურობა აღინიშნება მიმდინარეობის საშუალო ეტაპებზე, ხოლო მოხუცებულობასთან მიახლოებისკენ ჭარბობს ტენდენცია სიმპტომატიკის სტაბილიზაციასა და შერბილებისკენ. ანალოგიური მოსაზრება ჰქონდა G.Huber-ს (1973), რომელიც აღნიშნავდა, რომ დაავადება პროგრესირებს გარკვეულ დონემდე, რის შემდეგაც შესაბამისი სტაბილური ცვლილებები ჩერდება და შეიძლება შემცირდეს კიდევ, ე.ი., უმჯობესდება ავადმყოფთა ადაპტაცია. ეს პოზიტიური გარდატეხა, ჩვეულ-

ბრივ, ჩნდება დაავადების პირველ-მესამე ათწლეულში და ავადმყოფთა ასაკზე არ არის დამოკიდებული.

უკანასკნელი წლების შრომებში გამოვლინდა არა იმდენად ასაკობრივ თავისებურებათა ან საკუთრივ პროცესუალურ გამოვლინებათა სიღრმისეული შესწავლის, რამდენადაც „ქრონიკული ტვინისმიერი“ ან „ფსიქოორგანული სინდრომის“ შეფასების ტენდენციები. ამასთან ერთად, ამ შრომებში არის გარკვეული მონაცემები, რომლებიც მოწმობს მთელ რიგ პროცესუალურ გამოვლინებათა დინამიურობას. M.Muller (1959), სწავლობდა რა შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობას (65 წელზე უფროსი, ხოლო დაავადების 40 წელზე მეტი ხანგრძლივობის მქონე ავადმყოფებში), მიუთითებდა როგორც მდგომარეობის გაუმჯობესების, ისე მისი სტაბილიზაციისა და გაფერმკრთალების შესაძლებლობაზე. ამასთან, განსაკუთრებით გამოკვეთილი გაუმჯობესება დგებოდა იმ ავადმყოფებში, რომელნიც იყვნენ პრემორბიდულად სინტონურნი, არ ავლენდნენ ფრიქოზის სიმალეზე პიროვნების ღრმა რღვევას. ავტორი აღნიშნავს, რომ ძალზე დიდი ხნის განმავლობაში შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური ქცევის გაუმჯობესება დაკავშირებულია „ეიფორიულ“ გუნება-განწყობაზე გადასვლასთან, კონტაქტის გაუმჯობესებასთან, აუტიზმის შემცირებასთან, ავადმყოფურ განცდათა გაფერმკრთალებასთან, „სინტონიზაციის“ გაუმჯობესებასთან. უფრო გვიანდელ ნაშრომებში (1965, 1971) იგი აღნიშნავს, რომ რაც უფრო მასიურად და მკაფიოდ იყო გამოხატული ადრეულ ასაკში გაჩენილი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები და მათი დამოკიდებულება ფსიქოგენურ ფაქტორებზე, მით უფრო კეთილსასურველი გავლენა შეეძლო მოეხდინა მოხუცებულობას დაავადების გამოვლინებებზე. ამრიგად, მიუღერი შესაძლებლად თვლიდა მოსაზრებას შიზოფრენიული პროცესის, როგორც მოხუცებულობის

„განმკურნებელი“ გავლენის, შესახებ. ამასთან, გაუარესების რიგ შემთხვევებში, იგი აკვირდებოდა ბოდვის „გენერალიზაციას“: ბოდვა ხდებოდა ფანტასტიკური, მას თან ახლდა „რეალურობის გრძნობის დაკარგვა“. ავტორის აზრით, მოხუცებულობისას სიმპტომატიკის გამწვავება აღინიშნება იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს ორგანულ ცვლილებათა ნიშნებს.

M.Muller და G.Huber (1959) თვლიდნენ, რომ შიზოფრენიის კლინიკურ გამოვლინებათა აშკარა ცვლილებები, ძირითადად, აღინიშნება ავადმყოფის ცხოვრების მე-6 ათწლეულში. ამის შემდეგ დაავადების სურათი, ჩვეულებრივ, რჩება სტაბილური და, შესაბამისად, არ იცვლება არც ავადმყოფთა პიროვნება, არც მათი ცხოვრების სტილი. ავტორები აღწერენ „ბოდვის არსებობას უცვლელი სახით“ და ავადმყოფთა „ყოფნას ორ სამყაროში - ბოდვითსა და რეალურში“.

ადრეულ რიგ კვლევებში (J.T.Baruch et al., 1957), რომლებშიც აკვირდებოდნენ 70 წელზე უფროსი ასაკის შიზოფრენიით დაავადებულებს, აღწერენ შემთხვევებს როგორც შიზოფრენიული პროცესის ხანგრძლივი სტაბილიზაციის ტენდენციით, ისე პაციენტებს, რომელთაც პროცესის ძალზე დიდი ხანდაზმულობის პირობებში რჩებოდათ „პროდუქტიული ფსიქოზური სიმპტომატიკის წარმოქმნის დაუშრეტელი ტენდენცია“. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, უარყოფდნენ რა პროცესის სრულ შეჩერებას, ხაზს უსვამდნენ მოხუცებულობისას შიზოფრენიული პროცესის გაგრძელების შესაძლებლობას და ამით ეწინააღმდეგებოდნენ იმ ავტორებს, რომლებიც ამტკიცებდნენ, რომ მოხუცებულობით ასაკში ადგილი აქვს შიზოფრენიული სურათის მდგრად სტაბილურობას. ამასთან, აღნიშნავდნენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ მოხუცებულთა ქცევა „გაცილებით უკეთესია ახალგაზრდა ავადმყოფთა ქცევაზე: ისინი უფრო მოწესრიგებულნი არიან და შრომობენ“. მათი აგზნება „უკიდუ-

რესად იშვიათია“, კიდევ უფრო იშვიათია „იმპულსური მოქმედებანი და აგრესია“.

როგორც ცნობილია, გვიანი შიზოფრენიის პრობლემის შესწავლაში მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა მ. ბლეილერმა. გვიან შიზოფრენიას იგი აკუთვნებდა შემთხვევებს, როცა დაავადება იწყება 40 წლის ან უფრო მეტი ხნის ასაკში. მისი ძირითადი გამოვლინებანი მსგავსია ტიპური შიზოფრენიული ფსიქოზებისა, არ აქვს ადგილი ფსიქოორგანულ სიმპტომატიკას. ბლეილერმა დაამტკიცა გვიანი შიზოფრენიის ნოზოლოგიური იგივეობა კრეპელინის „ადრეულ ჰკუასუსტობასთან“. აგრეთვე, იგი აღნიშნავდა გვიან ასაკში პარანოიდულ და პარაფრენიულ აშლილობათა „გაყინვის“ ტენდენციას. ბლეილერი თვლიდა, რომ გვინი შიზოფრენიისას არა აქვს ადგილი დამანგრეველ პროცესს. შესაძლებელია გამოჯანმრთელება და სულიერი ცხოვრების შედარებითი შენახულობა დემენციის არსებობის დროსაც კი. თავის ფუნდამენტურ მონოგრაფიაში შიზოფრენიული ფსიქიკური აშლილობების შესახებ (1972) მან გააანალიზა 208 შიზოფრენიით დაავადებულთა შემთხვევა. ამ ავადმყოფებს იგი აკვირდებოდა 20 წლის და მეტი ხნის განმავლობაში: ისინი დაჰყო ჯგუფებად კატატონიის, ჰეზეფრენიის, პარანოიდული, მარტივი და ატიპური ფორმების დიაგნოზების შესაბამისად. ყველაზე მრავალრიცხოვანი ჯგუფი შეადგინეს პარანოიდული შიზოფრენიით დაავადებულებმა (101 პაციენტი). მიმდინარეობის ხასიათის განსასაზღვრად ავტორმა გამოყო მისი 3 ტიპი, მათ შორის „მარტივი მიმდინარეობა“ თავისი სახესხვაობებით. ნაშრომში ბლეილერი შეეხო „გამოსავალი მდგომარეობის“ ცნებასაც, მხედველობაში ჰქონდა რა პროცესის არა სრული და საბოლოო შეჩერება, არამედ მისი გამოვლინებების სტაბილურობა არანაკლებ 5 წლის პერიოდის განმავლობაში. ავტორი აღნიშნავს, რომ „გვიანი გაუმჯობე-

სებები“ ხშირად გვხვდება პარანოიდული ფორმის მქონე ავად-
მყოფებში. შემარბილებელ ფაქტორთა შორის, იგი მიუთითებდა
გვიან ასაკზე და სოციალური ფაქტორების გავლენაზე.

რუსი ფსიქიატრების ნაშრომებში შეიმჩნევა ინტერესი
შიზოფრენიით დაავადებულთა მოხუცებულობის საკითხის
მიმართ. უნდა აღინიშნოს ს.გ. ჟისლინის (1949, 1962, 1965), ა.გ.
ამბრუმოვას (1965), ე.კ.მოლჩანოვას (1968, 1969), ე.ი. შტერნ-
ბერგის (1964, 1965, 1972, 1975), აგრეთვე ცა.ჭილაძისა (1968) და
სხვათა ნაშრომები.

ს. ჟისლინი, ეხებოდა რა ბოდვის წარმოქმნის ზოგად ასაკო-
ბრივ კანონზომიერებებს, ხაზს უსვამდა მოხუცებულობით
ასაკში ბოდვითი თემატიკის მოცულობის შევიწროებასა და
გარკვეული თემატიკის „უპირატესობას“, ნოზოლოგიური კუთ-
ვნილებისგან დამოუკიდებლად. იგი მიუთითებდა შიზოფრე-
ნიით დაავადებულ მოხუცებულთა შორის ბოდვის წარმოშობის
ასაკობრივ ტენდენციაზე - მატერიალური დანაკლისის ბოდვა,
ბოდვის შინაარსის „კონკრეტიზაცია“, მისი „დაწერილმანება“.

უკანასკნელი წლების ერთ-ერთი კვლევით (В.Г.Ротштейн,
2015), ეპიდემიოლოგიური მეთოდით ვერიფიცირდა მოგვიანე-
ბული შიზოფრენიის მქონე 1781 პაციენტის შემთხვევა, მათ
შორის, 403 პაციენტის ასაკი იყო 60 წელი და მეტი. ამ კვლე-
ვით გამოვლინდა ამ ჯგუფისათვის დამახასიათებელი რიგი
თავისებურებები. დადგინდა, რომ ეს თავისებურებები დაკავში-
რებულია რამდენიმე ფაქტორთან: ახალგაზრდობის ასაკში
დაწყებული დაავადებულების მოხუცებულობის ასაკამდე მიღ-
წევის ალბათობა, დიდი ხნის განმავლობაში ფსიქიატრის მე-
თვალყურეობის ქვეშ დარჩენის ალბათობა, მოგვიანებულ
ასაკში ცალკეული ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების ფორმი-
რებისა და მათი განვითარების ალბათობა. ავტორის აზრით,
აღნიშნული ფაქტორების ერთობლიობა განაპირობებს მოგვი-

ანებული შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელ თავისებურებებს, კერძოდ, ავთვისებიანი ფორმების იშვიათობასა და დეპრესიული სინდრომების სიხშირეს. კარგად არის ცნობილი სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის განვითარებასა და დაავადების მიმდინარეობას შორის კავშირი ასაკთან დაკავშირებით. ზოგიერთი მათგანი ისე მჭიდრო კავშირშია ასაკთან, რომ დამკვიდრდა ტერმინი „ჭაბუკური შიზოფრენია“, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ფილოსოფიური ინტოქსიკაცია და ჰეზიოიდური ქცევები. მაგრამ მოგვიანებული შიზოფრენიისთვის ასეთი განსაზღვრება არ არსებობს. აღნიშნული კვლევა მიუთითებს ასაკის მატებასთან ერთად ამა თუ იმ აშლილობების სიხშირის გარკვეულ ტენდენციებზე. ერთგვარი კანონზომიერება გამოვლინდა ორი ჯგუფის სინდრომების მიმართ: ფსიქოპათიისმაგვარი სინდრომები, რომელთა სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად იკლებს და დეპრესიული, რომელთა სიხშირეც, პირიქით იმატებს. ხაზგასმულია, რომ ლაპარაკია ტენდენციაზე: ყოველ ათწლეულში დეპრესიული აშლილობები უფრო ხშირად აღმოცენდება, ფსიქოპათიისმაგვარი კი - უფრო იშვიათად. ამასთან, 70-79 წლის ასაკში დეპრესია უფრო ხშირია, ვიდრე 60-69 წლის ასაკში, 80 წლის ზევით კი კიდევ უფრო ხშირია. ავტორის მიხედვით, ის თავისებურებები, რომლებსაც მოგვიანებული შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელად თვლიან, არ აღმოცენდება გარკვეული ასაკის შემდეგ, არამედ ახალგაზრდობაში დაწყებული პროცესის ტენდენციის გაგრძელებაა.

მოგვიანებული შიზოფრენიის ასაკის ზღვარი დღემდე რჩება ღიად. მ. ბლეილერი მოგვიანებულ შიზოფრენიას მიაკუთვნებდა 40 წლის ზემოთ დაწყებულ შემთხვევებს. შემდგომ, გასული საუკუნის 60-იან წლებში, დადგინდა, რომ ეს შემთხვევები არაფრით არ განსხვავდება ადრე დაწყებული შემთხვევე-

ბისგან. უკანასკნელ ხანებში ლაპარაკობენ 60 წლის ზღვარზე. ამასთან, მიუთითებენ, რომ პაციენტები 60-69 წლის ასაკში დაწყებული დაავადებით შეადგენენ რაღაც შუალედურ ჯგუფს, რომელიც დემოგრაფიული და კლინიკური სტრუქტურით განსხვავდება როგორც ახალგაზრდა, ისე უფრო ხანდაზმული პაციენტებისაგან. თუ ეს ასეა, მაშინ, მოგვიანებულ შიზოფრენიას უნდა მივაკუთნოთ შიზოფრენია, რომელიც აღმოცენდება 70 წლის მერე.

კვლევებში, რომლებშიც აღწერილია 60 წლის და ზევით ასაკში დაწყებული შიზოფრენიის თავისებურებები, აღნიშნავენ, რომ ცნება „მოგვიანებული შიზოფრენია“ არ არის საკმარისად ჩამოყალიბებული. სიცოცხლის გახანგრძლივებასთან ერთად, მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული შიზოფრენიის შემთხვევები სულ უფრო მეტად გვხვდება, მაგრამ მოგვიანებული შიზოფრენიის ფორმის ცალკე გამოიკვნიისათვის ვერ იქნა გამოყოფილი ვერც ასაკობრივი და ვერც კლინიკური დამაჯერებელი კრიტერიუმები.

დასკვნა

გერიატრიული ფსიქიატრიის საკითხების შეჯამებისას, ვფიქრობ, რომ სამომავლო ამოცანებს წარმოადგენს შემდეგი:

- საქართველოში უნდა შეიქმნას გერონტოფსიქიატრიული სამსახური, შესაბამისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალით, ამ კონტიგენტის სპეციფიკიდან გამომდინარე. ეს სამსახური ითვალისწინებს, როგორც სტაციონარულ განყოფილებას, ისე ამბულატორიულ დახმარებას;
- საქართველოში უნდა ჩატარდეს გერონტოფსიქიატრიული დაავადებების ეპიდემიოლოგიური კვლევები, რაც შესა-

ძლებელი იქნება მხოლოდ გერონტოფსიქიატრიული სამსახურის შექმნის შედეგად, რომელიც უნდა მოიცავდეს იმ ადამიანებსაც, რომლებიც საკუთარ სახლში ან მოხუცთა თავშესაფარში იმყოფებიან;

გერონტოფსიქიატრიის კლინიკური კვლევები უნდა ტარდებოდეს არა მხოლოდ მოგვიანებული ასაკისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური ორგანული დაავადებების (სხვადასხვა ტიპის დემენციების), არამედ მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული ისეთი დაავადებების, როგორიცაა: შიზოფრენია, ბიპოლარული აფექტური აშლილობა და სხვა. სწორედ იმიტომ, რომ მოგვიანებულ ასაკში დაწყებულ შიზოფრენიას ან ბიპოლარულ აფექტურ აშლილობას ახასიათებს თავისებურებები, რომლებიც მათ განასხვავებს ადრე ასაკში დაწყებული ამ დაავადებებისაგან; ამ მხრივ, არსებობს გარკვეული ლიტერატურული მონაცემები;

ძალზე მნიშვნელოვანია მოგვიანებულ ასაკში დაწყებული ფსიქიკური აშლილობების პათოგენეზის შესწავლა. ამ მიმართულებით კვლევები აქტიურად მიმდინარეობს ბევრ ქვეყანაში, რაც მათი პროფილაქტიკისა და ეფექტური მკურნალობის საწინდარია.

თავი 7. დემენციით დაავადებული ცნობილი ადამიანები

როგორც ცნობილია, მოგვიანებულ ასაკში არავინ არ არის დაზღვეული ნებისმიერი დაავადებისგან არც სომატური, არც ფსიქიკური და არც დემენციისგან. დემენციით, პირველ რიგში, ალცჰაიმერის დაავადებით, დაავადებული იყო ბევრი ცნობილი ადამიანი. მათ შორის არიან დიდი პოლიტიკოსები, მთელ მსოფლიოში პოპულარული მსახიობები, სპორტსმენები, მუსიკოსები, ექიმები. აღსანიშნავია, რომ არსებობს ვერსია, რომ თვით ალიოს ალცჰაიმერი გახდა ამ დაავადების მსხვერპლი, რომლის სახელიც შემდგომ უწოდეს მის მიერ აღწერილ დაავადებას. მაგრამ ეს მხოლოდ ვერსიაა. იგი მთელი ცხოვრების განმავლობაში სწავლობდა თავის ტვინის რუხი ნივთიერების უჯრედების თვისებებს, რომელთა პათოლოგია განაპირობებს დემენციებს.

მიუხედავად მოსაზრებისა, რომ ადამიანებს, რომლებიც ეწევიან აქტიურ ინტელექტუალურ საქმიანობას, ნაკლებად ემართებათ თავის ტვინის დეგენერაციული დაავადებები, ალცჰაიმერის დაავადება არ არის იშვიათობა გონებრივი შრომით დაკავებულ ადამიანებში, მაგ., პოლიტიკოსებსა და მწერლებში. ალცჰაიმერის დაავადება ემართებათ იმ ადამიანებსაც, რომლებმაც მთელი ცხოვრება ხელოვნებას მიუძღვნეს.

ქვემოთ მოყვანილია ინფორმაცია დემენციით დაავადებული ცნობილი პიროვნებების შესახებ.

რონალდ რეიგანი (რონალდ უილსონ რეიგანი)

ამერიკის შეერთებული შტატების ყოფილი, რიგით მე-40 პრეზიდენტი (1981-1989წწ.) და წარსულში მსახიობი. თავისი ხანგრძლივი ცხოვრების განმავლობაში (დაიბადა 1911 წ., გარდაიცვალა 2004 წ., 93 წლის ასაკში) ებრძოდა სხვადასხვა დაავადებას. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები დაეწყო 1981

წლის 30 მარტს, როდესაც იგი ფილტვში დაჭრა ფსიქიკურად დაავადებულმა სასტუმრო „ჰილტონთან“. ორი წლის შემდეგ დაუქვეითდა სმენა ერთ ყურში, რასაც უკავშირებენ მის სამსახი-ობო კარიერას გადაღებისას ყურთან ახლოს გაიროლეს პისტოლეტი. ამის გამო იძულებული გახდა ეტარებინა სასმენი აპარატი (რითაც დიდი რეკლამა გაუკეთა ამ აპარატს). შემდგომ, ავთვისებიანი სიმსივნის გამო, გადაიტანა რამდენიმე ოპერაცია ნაწლავებზე, აგრეთვე, აღმოაჩნდა კანის კიბო და ამოკვეთეს ბაზალიომა კისრის არეში. მაგრამ ყველაზე მძიმე განსაცდელი დაეწყო მოგვიანებით, როდესაც 83 წლის ასაკში, 1994 წელს, დაუსვეს ალცჰაიმერის დაავადების დიაგნოზი. რეიგანმა, რომელსაც უყვარდა სახალხოდ გამოსვლა, ღიად განაცხადა თავისი დიაგნოზის შესახებ და მიმართა თავის ხალხს: „ამჟამად მე თავს კარგად ვგრძნობ. ვიმედოვნებ, რომ ღვთის მიერ ნაბოძარი დარჩენილი დღეები ვაკეთო ის, რასაც ყოველთვის ვასრულებდი... ახლა მე ვიწყებ მოგზაურობას, რომელიც მიმიყვანს ჩემი დღეების დაისამდე“. დამეთანხმებით, დიდებული სიტყვებია, ვერაფერს ვიტყვით...

10 წლის შემდეგ კი, 2004 წელს, როდესაც იგი გარდაიცვალა მეუღლის, ნენსის, მკლავებში (რომელიც ბოლომდე ახსოვდა), ნენსიმ განაცხადა: „რონის გრძელმა გზამ მიაღწია იმ წერტილამდე, სადაც მე ვერ ვიქნები მასთან ერთად“. რეიგანის დაკრძალვის დღეს არ მუშაობდა არც ერთი საახელმწიფო დაწესებულება, გარდა თავდაცვის უწყებისა, მიხეილ გორბაჩოვმა კი განაცხადა, რომ რეიგანის გარეშე არ მოხდებოდა ე.წ. „პერესტროიკა“ (შემდგომ კი, სსრკ-ის დაშლა, რეიგანმა სსრკ-ს უწოდა „ბოროტების იმპერია“). მისი მკურნალი ექიმის გადმოცემით, როდესაც რეიგანს დაუსვეს ალცჰაიმერის დაავადების დიაგნოზი, არ არსებობდა არავითარი წამალი მის წინააღმდეგ. სწორედ ამის შემდეგ გაუშვეს ამ დაავადების კვლევისა და იმ მეთოდების

პროგრამა, რომელმაც შეძლო დაავადების განვითარების გარკვეული შეჩერება. ამბობენ, რომ სწორედ რონალდ რეიგანს უნდა ვუმაღლოდეთ, რომ არსებობს მედიკამენტები და საშუალებები, რომლებითაც ამჟამად მკურნალობენ სხვადასხვა ტიპის დემენციას და შანსს აძლევენ ხანდაზმულ ადამიანებს, უფრო ხანგრძლივად შეინარჩუნონ ნათელი გონება.

მარგარეტ ტეტჩერი (ბარონესა მარგარეტ ჰილდა ტეტჩერი)

2013 წელს 87 წლის ასაკში გარდაიცვალა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ყოფილი პრემიერ-მინისტრი (1979-1990 წწ.) მარგარეტ ტეტჩერი. საბჭოთა ჟურნალისტიკამ მას „რკინის ლედი“ შეარქვა. თავდაპირველად, მკვლევარი ქიმიკოსი, მე-20 საუკუნის ყველაზე ხანგრძლივი ვადით არჩეული პრემიერ-მინისტრი და 2016 წლამდე ამ პოსტზე ერთადერთი ქალბატონი იყო. 1990 წელს ის გადადგა პრემიერ-მინისტრის პოსტიდან და დაწერა წიგნი „სახელმწიფოს მართვის ხელოვნება“. 1992 წელს ბარონესას ტიტული მიანიჭეს. ოფიციალური ვერსიით, გარდაცვალების მიზეზი იყო ინსულტი, მაგრამ დემენციის ნიშნები გამოვლინდა გარდაცვალებამდე 10 წლით ადრე. მისი ქალიშვილის გადმოცემით, დაეწყო მეხსიერების დაქვეითება, ავიწყდებოდა ელემენტარული რაღაცები, შემდგომ ვერ ცნობდა ოჯახის წევრებს, ახლობლებს. დაავადების განვითარებასთან ერთად, მეტყველებისას ვერ ამთავრებდა დაწყებულ წინადადებას, ბოლოს დაკარგა თვითმომსახურების უნარი.

მიუხედავად იმისა, რომ მარგარეტ ტეტჩერი, „რკინის ლედი“, აღიარებულია თავისი თაობის ერთ-ერთ უჭკვიანეს ქალად, ალცჰაიმერის დაავადებამ ისიც არ დაინდო. პრემიერ-მინისტრის პოსტზე ყოფნისას, 11 წლის განმავლობაში, თავის ქვეყანაში იგი ებრძოდა სიღარიბეს, უმუშევრობასა და სოციალურ უთანასწორობას და საბოლოოდ გაიმარჯვა. ალცჰაიმერის დაავადებასთან

ბრძოლა კი დაახლოებით ორჯერ უფრო ხანმოკლე იყო. მიუხედავად ამისა, ექიმები დარწმუნებულები არიან, რომ ამ დაავადების დროში გადაწევის ერთადერთი საშუალება არის ტვინის ვარჯიში.

უინსტონ ჩერჩილი (სერ უინტონ ლეონარდ სპენსერ-ჩერჩილი)

ბრიტანელი სახელმწიფო და პოლიტიკური მოღვაწე, ორატორი და მწერალი, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს პრემიერ-მინისტრი 1940-1945 და 1951-1955 წლებში, ნობელის პრემიის ლაურეატი ლიტერატურის დარგში. მამა ლორდი რენდოლფ ჰენრი სპენსერი, დიდი პოლიტიკოსი და ბრიტანეთის კანცლერი, დედა ჯენი, ლეონარდო ჯერომის, ამერიკელი ბიზნესმენის, „Niw York Tims“-ის მეპატრონისა და რედაქტორის, ქალიშვილი. ოფიციალურად დადასტურებული არ არის, რომ ბრიტანეთის პრემიერ-მინისტრი უინსტონ ჩერჩილი ავად იყო ალცჰაიმერის დაავადებით. მაშინ ეს დიაგნოზი იშვიათად ისმებოდა, ვინაიდან გამოკვლევის მეთოდები ისეთ დონეზე არ იყო, როგორიც დღესაა.

გარდაცვალებამდე 15 წლით ადრე ჩერჩილს დაუსვეს თავის ტვინის სისხლძაღვების სპაზმის დიაგნოზი (სხვა ვერსიით, მას გულის შეტევები ჰქონდა). ორი წლის შემდეგ კი მან გადაიტანა ინსულტი და რამდენიმე თვის განმავლობაში დაკარგა აზრების გასაგებად (დალაგებულად) გადმოცემის უნარი. 1953 წელს მიიღო ნობელის პრემია ლიტერატურის დარგში და მხოლოდ 1955 წელს დატოვა პრემიერ-მინისტრის პოსტი. ცხოვრების ბოლო ათი წლის განმავლობაში გახდა სრულიად არააქტიური და დიდი პოლიტიკოსი ხალხში ძალზე იშვიათად გამოდიოდა. საზოგადოებაში გავრცელდა ხმები, რომ ჩერჩილი იტანჯებოდა ალცჰაიმერის დაავადებით, მაგრამ, ბევრი სამედიცინო ექსპერტის აზრით, მისი

ჯანმრთელობის მდგომარეობა განპირობებული იყო გულის შეტევებით. 2002 წელს BBC-ის მიერ იგი დასახელდა ისტორიაში ყველაზე დიდ ბრიტანელად. გარდაიცვალა 1965 წელს, 90 წლის ასაკში.

როგორც ცნობილია, ჩერჩილი გაუთავებლად ეწეოდა კუბურ სიგარებს. ყველას ახსოვს სიგარით - ფოტოზე თუ დოკუმენტურ ფილმებში. მისი სიტყვებია: „ჭამეთ, სვით და მოწიეთ სიგარა, რამდენიც გნებავთ. და ყველაზე მთავარი - არავითარი სპორტი!“. საინტერესოა, რომ მეორე მსოფლიო ომის ამ ერთ-ერთი ტრიუმფატორის მაგალითზე მიმდინარეობს კვლევები ალცჰაიმერის დაავადების დროს ნიკოტინის შესაძლო დადებითი ზემოქმედების შესახებ.

პრინცი ჩარლზი (ფილიპ არტურ ჯორჯი, უელსის პრინცი)

დიდი ბრიტანეთის სამეფო ტახტის მემკვიდრე, ფელდმარშალი, ფლოტის ადმირალი, დიდი ბრიტანეთის სამეფოს სამხედრო საჰაერო ძალების მარშალი. დაიბადა 1948 წელს, დედოფალ ელისაბედ II-ისა და მისი მეუღლის, პრინც ფილიპ მაუნტბატენის, უფროსი შვილი, პრინცესა დიანას ყოფილი მეუღლე. მანაც ვერ აიცილა ამ მძიმე დაავადების ხვედრი. ჯერ კიდევ 2011 წელს გაჩნდა ინფორმაცია, რომ პრინცს დაუქვეითდა მეხსიერება. პრინცის ნათესავების გადმოცემით, ალცჰაიმერის დაავადებამ გამოიწვია მეხსიერების დაქვეითება, ამაჟამინდელი მეუღლე კამილა პარკერი შემფოთებულია, რომ პრინცის ჯანმრთელობა სწრაფად უარესდება. მედიკების დაკვირვებით, ვლინდება ალცჰაიმერის დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები.

მიუხედავად დიაგნოზისა, ეს პრინცს ხელს არ უშლის სამეფო ტახტისთვის ბრძოლაში, ის ხშირად ჩანს საზოგადოებაში, მასმედიაში. როგორც ცნობილია, ჩარლზი და მისი შვილი უილიამი სამეფო ტახტის მთავარი პრეტენდენტები არიან დედოფალ

ელისაბედის სიკვდილის შემდეგ. ხანში შესული პრინცი არ ერიდება შვილის მისამართით არაკორექტულ გამოთქმებს (2014 წელს კი კანადაში ვიზიტისას რუსეთის პრეზიდენტი პუტინი შეადარა ჰიტლერს). იგი აცხადებს, რომ უილიამი ახალგაზრდა და სულელია და შეუფერებელია სამეფო ტახტის დასაკავებლად. მაგრამ ინგლისელები, ძირითადად, არაკეთილგანწყობილნი არიან პრინც ჩარლზის მიმართ და ფიქრობენ, რომ დიდი ბრიტანეთისა და ჩრთილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფოს ტახტს დაიკავებს ახალგაზრდა პრეტენდენტი.

შონ კონერი (სერ ტომას შონ კონერი)

ჯეიმს ბონდის როლის შემსრულებელი, ყველაზე პოპულარული ოსკარის, ოქროს გლობუსისა და BAFTA-ს მფლობელი, მოტლანდიელი მსახიობი და პროდიუსერი. 1987 წელს მან მიიღო ოსკარი ნომინაციაში „საუკეთესო მეორეხარისხოვანი როლი“ ფილმისთვის „ხელშეუხებელნი“. გადაღებულია ცნობილ ფილმებში: „მკვლელობა აღმოსავლეთის ექსპრესში“, „ინდიანა ჯოუნსი და უკანასკნელი ჯვაროსნული ლაშქრობა“ და სხვა. საინტერესოა, რომ შონ კონერი ყველაზე ასაკოვანი მსახიობია, რომელსაც სექს-სიმბოლოს ტიტული მიაკუთვნეს 59 წლის ასაკში და 10 წლის შემდეგაც მან ეს ტიტული შეინარჩუნა. 2000 წელს შონ კონერი „რაინდის“ წოდებითა და ტიტულით „სერ“, რომელზეც იგი ყოველთვის ოცნებობდა, დაჯილდოვდა ინგლისის დედოფალ ელისაბედ მეორისგან.

ინფორმაცია, რომ ჯეიმს ბონდის როლის პირველ შემსრულებელს აღენიშნება მეხსიერების პროგრესირებადი დაქვეითება და ალცჰაიმერის დაავადება აქვს, გაჩნდა, როცა იგი 83 წლის იყო. მისი ახლო მეგობრის, „007 აგენტის“, მსახიობ მაიკლ კეინის გადმოცემით, კონერმა დაკარგა სამუშაოსადმი ყოველგვარი ინტერესი და ავიწყდებოდა, ხუთიოდე წუთის წინ რაზე

ლაპარაკობდა. საინფორმაციო საშუალებები, აგრეთვე, წერდნენ, რომ თითქოს მეუღლეს მისი ქუჩაში მარტო გაშვების ემინია: „შეიძლება დაავიწყდეს სახლის მისამართი, საკუთარი სახელიც კი, ხანდახან კი აღარ ახსოვს, რომ ის მსახიობია და არ ახსოვს თავისი ბრწყინვალე წარსული“. ერთი თვის შემდეგ ეს ინფორმაცია მეგობრმა და მეუღლემ უარყვეს. ფიქრობენ, რომ შონ კონერის მეხსიერების ჩავარდნები შესაძლოა ალცჰაიმერის დაავადების ნიშნები იყოს ან მენტალური პრობლემები განპირობებული იყოს არა ამ ვერაგი დაავადებით, არამედ მისი ხანდაზმული ასაკით. 84 წლის ასაკიდან კონერი ხალხში ძალზე იშვიათად ჩნდებოდა და პრეზენტაბელურად არ გამოიყურებოდა, მაგრამ თავისი ასაკისათვის არც ისე ცუდად გრძნობდა თავს. 15 წლის წინ, როდესაც მან თავი დაანება სამსახიობო კარიერას, ეს იმიტომ ახსნა, რომ არ სურს ეკრანზე განახორციელოს ხანდაზმული მამაკაცები. გარდაიცვალა 2020 წელს, 90 წლის ასაკში.

პიტერ ფალკი

ამერიკელი მსახიობი პიტერ ფალკი (მე-19 საუკუნეში რუსეთიდან ემიგრირებულ ებრაულ ოჯახში დაბადებული, იგი ნახევრად რუსი იყო) 24 წლის განმავლობაში თამაშობდა ყველასთვის ცნობილ ლეიტენანტ კოლომბოს როლს. ამასთან, სხვა ფილმებშიც მონაწილეობდა, უფრო ეპიზოდურ როლებში. პიტერ ფალკი სამსახიობო კარიერის განმავლობაში მეორეხარისხოვანი როლის შესრულებისათვის ორჯერ იყო დაჯილდოებული „ოსკარით“ (ნომინირებული 10-ჯერ), მიღებული აქვს ოთხი ტელეპრემია „ემმი“, გახდა „ოქროს გლობუსის“ მფლობელი.

2008 წლიდან (80 წლის ასაკიდან) ფალკის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუარესდა. ფოტოებზე ის აღბეჭდილია აწეწილი თმებით, მოუვლელი, უსუფთაოდ ჩაცმული, ქუჩაში მოსეირნე. იმავე წელს მას დაუსვეს ალცჰაიმერის დაავა-

დების დიაგნოზი. არაქმედუნარიანობის დადგენის სასამართლო პროცესზე, ერთ-ერთი ექიმის გადმოცემით, დემენციის ნიშნები მას გამოუვლინდა 2007 წელს, მთელი რიგი სტომატოლოგიური ოპერაციების შემდეგ. დაავადების დაწყებისთანავე პიტერ ფალკმა საბოლოოდ შეწყვიტა კინოში გადაღება. სიცოცხლის ბოლო წლებში მას ალცჰაიმერის დაავადება ტანჯავდა. არც ახსოვდა, ვინ იყო კოლომბო და რატომ უწოდებენ მას გამვლელები ამ გვარს, ვერ ცნობდა საკუთარ ქალიშვილებს. გარდაიცვალა 2011 წელს, 83 წლის ასაკში. გარდაცვალების მიზეზი გახდა პნევმონია და პროგრესირებადი ალცჰაიმერის დაავადება. მის საფლავის ქვას ასეთი რამ აწერია: „მე აქ არ ვარ, მე ვარ სახლში შირასთან“ (მეუღლე).

ანი ჟირარდო

ფრანგული კინოსა და თეატრის ერთ-ერთი საუკეთესო მსახიობი. მსოფლიო წარმატება ჟირარდოს მოუტანა ფილმმა „როკო და მისი ძმები“, სადაც ალენ დელონთან ერთად ითამაშა. მის სამსახიობო კარიერაში რამდენჯერმე იყო ხანგრძლივი შემოქმედებითი კრიზისი, სიდუხჭირე, რის გამოც გაყიდა თავისი სახლი პარიზში. მიღებული აქვს რამდენიმე „სეზარი“, ვენეციის კინოფესტივალის პრემია, ფრანგული სატელევიზიო თეატრალური პრემია „მოლიერი“ და სხვა. წარმატების წლებში მას წელიწადში რვა ფილმში იღებდნენ და გადაღებულია 170-ზე მეტ ფილმში. 78 წლის ასაკში კი ყოველივე ეს სართოდ აღარ ახსოვდა.

2006 წელს ახლობლებმა განაცხადეს, რომ ჟირარდოს დაუსვეს ალცჰაიმერის დაავადების დიაგნოზი. დაავადების დასაწყისში ის კიდევ ახერხებდა კინოში გადაღებას. დიაგნოზის დასმიდან ოთხი წლის შემდეგ კი ვეღარ ცნობდა ახლობლებს. 2010 წელს მისმა ქალიშვილმა განაცხადა: „დედას არ ახსოვს, რომ მსახიობი იყო“. ალცჰაიმერის დაავადება მსახიობის ტვინს ანადგურებდა ხუთი

წლის განმავლობაში. ანი ჟირარდო გარდაიცვალა მეხსიერების სრულად დაკარგვიდან ერთი წლის შემდეგ, 2011 წელს, 79 წლის ასაკში.

ელვინ ბრუკს უაითი

ამერიკელი მწერალი, პუბლიცისტი და ლიტერატურული სტილისტი. ელვინ ბრუკს უაითმა სახელი გაითქვა საბავშვო ნაწარმოებებით: „შარლოტას ობობა“ და „სტიუარტ ლიტლი“. აგრეთვე, მუშაობდა რეპორტიორად, კორესპონდენტად და თავის ხანგრძლივ შემოქმედებით ცხოვრებაში იყო ცნობილი ამერიკული ჟურნალის «The New Yorker» -ის თანამშრომელი. მას ეკუთვნის ინგლისური ენის სტილისტური ცნობარი. 1963 წელს დაჯილდოვდა პრეზიდენტის მშვიდობის მედლით და პრემიით ლიტერატურაში განსაკუთრებული ღვაწლისთვის. ალცჰაიმერის დაავადება დაეწყო 81 წლის ასაკში და რამდენიმე წლის განმავლობაში იტანჯებოდა ამ სენით. გარდაიცვალა 1985 წელს, 86 წლის ასაკში.

ცნობილ მწერლებს შორის, რომლებსაც ჰქონდათ ალცჰაიმერის დაავადება, აგრეთვე, არიან: **ტერი პრეტჩეტი**, ცნობილი ბრიტანელი ფანტასტი და **აირის მერდოკი**, ბრიტანელი მწერალი და ფილოსოფოსი.

ტერი პრეტჩეტი

ინგლისელი მწერალი, მრავალი რომანის ავტორი. ლიტერატურაში შეტანილი ღვაწლისათვის 1998 წელს მიანიჭეს ბრიტანეთის იმპერიის კავალერის ორდენი. 2007 წელს გავრცელდა ინფორმაცია, რომ ტერი პრეტჩეტი დაავადებულია ალცჰაიმერის დაავადების ადრეული ფორმით. მან ეს ინფორმაცია დაადასტურა და თავისი დაავადების შესახებ განაცხადა 2009 წელს, 59 წლის ასაკში. ის არასოდეს მალავდა თავის დაავადებას. მან ბრიტანეთის მთავრობას მიმართა თხოვნით, დაეკანონებინათ ევთანაზია

მოურჩენელი სენის პაციენტებისათვის და თვითონაც მზად იყო ამ პროცედურისთვის. 2011 წელს გამოვიდა BBC-ის დოკუმენტური ფილმი: „ტერი პრეტრეტი. სიკვდილის არჩევა“. ის იცავდა ადამიანის ამ ქვეყნიდან ნებაყოფლობით წასვლის იდეას. თვლიდა, რომ ადამიანს უნდა ჰქონდეს არჩევანი იცოცხლოს და იტანჯოს, თუ მშვიდად გარდაიცვალოს. 2012 წელს პრეტრეტის მდგომარეობა გაუარესდა, მას უჭირდა წერა და კითხვა, მაგრამ აგრძელებდა მუშაობას, ნაწარმოებს კარნახობდა დამხმარეს ან იყენებდა ე.წ. მეტყველების ამოცნობის პროგრამას. გარდაიცვალა 2015 წელს, 68 წლის ასაკში. წერენ, რომ სოციალურ ქსელში მისი ბოლო პოსტების მიხედვით, ტერისთან სიკვდილი მისივე რომანებიდან მოვიდა, უკანასკნელი პოსტი კი ძალზე ლაკონურია და მისი ცხოვრების რეზიუმეს წარმოადგენს.

ჯინ აირის მერდოკი

აირის მერდოკი 26 რომანის, ფილოსოფიური და დრამატული ნაწარმოების ავტორია. 1987 წელს იგი გახდა ბრიტანეთის იმპერიის ორდენის ქალბატონი-კომანდორი, რამაც „ქალბატონის“ ტიტულის ტარების უფლება მისცა. მისი პირველი რომანი „ქსელის ქვეშ“ 1998 წელს აღიარებული იქნა მე-20 საუკუნის 100 ყველაზე კარგ ინგლისურენოვან რომანს შორის. 2008 წელს „The Times“-მა სიაში „50 უდიდესი ბრიტანელი მწერალი 1945 წლიდან“ მას მე-12 ადგილი მიაკუთვნა. სიცოცხლის ბოლო წლებში იგი ებრძოდა ალცჰაიმერის დაავადებას. მაგრამ, მიუხედავად მეხსიერების პრობლემებისა, აგრძელებდა მუშაობას. ალცჰაიმერით დაავადებულმა დაწერა თავისი უკანასკნელი რომანი „ჯეკსონის დილემა“ (რომელიც კრიტიკოსებმა ცივად მიიღეს). მწერალმა ეს რომანი დაასრულა 1995 წელს, გარდაცვალებამდე 4 წლით ადრე. გარდაიცვალა 1999 წელს, 80 წლის ასაკში, მოხუცთა სახლში.

მალკოლმ მიტჩელ იანგი

ავსტრალიელი როკ-მუსიკოსი, ცნობილი, როგორც როკ-ჯგუფ AC/DC-ის დამაარსებელი და რითმ-გიტარისტი. მალკოლმ იანგმა 2014 წელს, 61 წლის ასაკში, დატოვა ჯგუფი ჯანმრთელობის პრობლემების გამო. იმავე წელს იანგის ოჯახის წევრებმა დაადასტურეს, რომ ამის მიზეზი დემენცია იყო. მუსიკოსს დაეწყო სერიოზული პრობლემები მეხსიერების მხრივ, განსაკუთრებით ხანმოკლე მეხსიერების. ამბობდნენ, რომ თუ მასთან ერთად იმყოფებოდით ოთახში და ერთი წუთით დატოვებდით, მას აღარ ახსოვდა, ვინ იყავით. მას შეიძლება დავიწყებოდა, რაზე ლაპარაკობდა ორიოდ წუთის წინ. დაავადება ხელს უშლიდა მუსიკოსს გამოსვლისას, ავიწყდებოდა თავისი პარტიები, რის გამოც იძულებული გახდა, თავი დაენებინა საკონცერტო კარიერისთვის. დაავადება კი პროგრესირებდა, მან სრულად დაკარგა მეხსიერება. 2017 წელს, 64 წლის ასაკში, მალკოლმ იანგი გარდაიცვალა.

იმ ცნობილ სპორტსმენებს შორის, რომლებსაც დიაგნოსტირებული ჰქონდათ ალცჰაიმერის დაავადება, იყვნენ: ლეგენდარული მოკრივე შუგარ რეი რობინსონი და ლეგენდარული უნგრელი ფეხბურთელი ფერენც პუშკაში.

შუგარ რეი რობინსონი (ჟოლკერ სმიტ-უმცროსი).

მსოფლიოს არაერთგზის ჩემპიონი, ყველა დროის საუკეთესო მოკრივე. რეი რობინსონმა ისეთი კვალი დატოვა კრივის განვითარების ისტორიაში, რომ სპორტის ამ სახეობაში განასხვავებენ „კრივს შუგერამდე“ და „კრივს შუგერის შემდეგ“. უკანასკნელად რინგზე გამოვიდა 1965 წელს. ეს მისი მე-200 ბრძოლა იყო და წაგების შემდეგ, 44 წლის ასაკში, დაამთავრა თავისი სპორტული კარიერა. ცხოვრების ბოლო წლებში ის იტანჯებოდა ალცჰაიმერის

დაავადებით. ფიქრობენ, რომ მისი დაავადება, სავარაუდოდ, კრივს უკავშირდებოდა. გარდაიცვალა 1989 წელს, 68 წლის ასაკში.

ფერენც პუშკაში (ფერენც პულცელდ გირო), ოლიმპიური თამაშების ჩემპიონი (1952 წელი), უნგრეთის ხუთგზის ჩენპიონი, მრავალი თასის მფლობელი, დასახელდა მე-20 საუკუნის საუკეთესო უნგრელ ფეხბურთელად, საუკეთესო ბომბარდირად, შესულია „ფიფას“ ასეულში. 2000 წლიდან დიაგნოსტირებული ჰქონდა ალცჰაიმერის დაავადება, რომლიც პროგრესირებდა 6 წლის განმავლობაში. 2006 წელს, 79 წლის ასაკში, გარდაიცვალა. გარდაცვალების უშუალო მიზეზი გახდა პნევმონია.

ბოლოთქმა

ზემოთ მოყვანილი ადამიანების გარდა, ალბათ, სხვა ცნობილ ადამიანებსაც ჰქონიათ ან აქვთ სხვადასხვა ტიპის დემენცია, მაგრამ საზოგადოებისთვის არ არის გახმაურებული. ამის მიზეზი კი შეიძლება იყოს ამ დაავადების მძიმე ხვედრი, გამოსავალი და დასასრული არა მარტო თვით ავადმყოფისთვის, არამედ მისი ახლობლებისთვის.

სამწუხაროდ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ინტელექტუალური დატვირთვის და შემოქმედებითი აქტივობის ფონზე, ადამიანს მაინც ემართება ასაკისთვის სპეციფიკური თავის ტვინის ორგანული დაავადებები, რომლებსაც პიროვნებები განსხვავებულად ხვდებიან. ამიტომ, ვფიქრობ, რომ რონალდ რეიგანის საჯარო განცხადება თავისი ვერაგი დაავადების შესახებ კიდევ უფრო დასაფასებელი და პატივსაცემია. უდიდესმა ფიზიკოსმა ალბერტ აინშტაინმა კი, როდესაც გაიგო, რომ მას თავის ტვინის სისხლძარღვოვანი დაავადება დაუდგინეს და ოპერაცია შესთავაზეს, უარი განაცხადა: „ეს არის ცხოვრების უგემოვნო გახანგრძლივება ხელოვნურად“.

ხანდაზმული ფსიქიატრები ვხუმრობთ ხოლმე (ისე, სახუმარო თემა არ არის), რომ ჩვენს ასაკში ფსიქიკური დაავადებებიდან დარჩა მხოლოდ დემენცია, რომელიც შეიძლება დაგვემართოს (თუ, რასაკვირველია, მანამდე სხვა ფსიქიკური აშლილობა არ გვქონია). როგორც ვნახეთ, დემენციით დაავადებულთა შორის არიან დიდი სახელმწიფო მოღვაწეები, პოლიტიკოსები, ცნობილი მწერლები, მსახიობები, რომლებიც განსაკუთრებით აქტიურ ინტელექტუალურ ცხოვრებას ეწეოდნენ, მაგრამ ამ ვერაგმა დაავადებამ ისინიც არ დაინდო.

მიუხედავად ამისა, აუცილებელია, ადამიანმა ხანდაზმულ ასაკში, შეძლებისდაგვარად გააგრძელოს ინტელექტუალური

პროფესიული საქმიანობა, ფიზიკური აქტიურობა და, ზოგადად, ცხოვრების აქტიური წესი. ამასთან, ვფიქრობ, რომ დღეგრძელობისთვის მნიშვნელოვანია ადამიანის ისეთი პიროვნული მახასიათებლები, როგორიცაა: სიყვარულის უნარი, ჰუმანურობა, მიმტევებლობა, გულისხმიერება, გაწონასწორებული ხასიათი.

დღეგრძელი გამოჩენილი ადამიანები მრავლად იყვნენ (და ალბათ, მომავალშიც იქნებიან) საქართველოში - ცნობილი საზოგადო მოღვაწეები, მეცნიერები, მწერლები: ექვთიმე თაყაიშვილი, წმინდა ექვთიმე ღვთისკაცი, გარდაიცვალა 91 წლის ასაკში, აკაკი შანიძე და ნინო ჯავახიშვილი, რომლებიც 100 წლის ასაკამდე აგრძელებდნენ ნაყოფიერ სამეცნიერო მიღვაწეობას, ნიკო მუსხელიშვილი, ავლიპ ზურაბაშვილი, თამარ დეკანოსიძე, ირაკლი ციციშვილი, დიდი ქართველი მწერალი ჭაბუა ამირეჯიბი და სხვა. სულ ახლახან, კი მათ შეუერთდა თამაზ გამყრელიძე.

განსაკუთრებით მინდა შევჩერდე ბატონ შოთა გამყრელიძეზე, ვინაიდან მასთან ერთად ვმუშობდი ფსიქიატრიაში მისვლის დღიდან მის გარდაცვალებამდე. შოთა გამყრელიძე 93 წლის ასაკშიც, სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებამდე, ჩვეული ენერგიითა და შემართებით აგრძელებდა როგორც სამეცნიერო, ისე საექიმო პრაქტიკულ საქმიანობას.

შოთა გამყრელიძე იყო დიდბუნოვანი ადამიანი, ფსიქიატრთა მრავალი თაობის აღმზრდელი. მისი სამეცნიერო საქმიანობა იშვიათი ნაყოფიერებით გამოირჩეოდა. ბატონი შოთა, აგრეთვე, გამოირჩეოდა თავისი ჰარმონიული და გაწონასწორებული ხასიათით: მუდამ მშვიდი, დინჯი, კეთილგანწყობილი, მიმტევებელი, თავმდაბალი, ამასთან, ძალზე მიზანდასახული, ენერგიული, შრომისმოყვარე. იგი თვითონ გასცემდა სიყვარულს, სიბოძს, ავლენდა პატივისცემას ადამიანების მიმართ და იმავეს გრძნობდა სხვებისგანაც. შესაძლებელია, სწორედ ეს

ხასიათი იყო მისი შრომისუნარიანობისა და ნათელი გონების საწინდარი ხანდაზმულ ასაკშიც.

დემენციის პროფილაქტიკის საკითხებში ძალზე მნიშვნელოვანია ხანდაზმულ ადამიანს ჰქონდეს მეტი დადებითი ემოცია, გრძნობდეს სიყვარულსა და ზრუნვას ახლობლების, ირგვლიმყოფებისა და, საერთოდ, საზოგადოებისგან.

რაც შეეხება ზოგიერთ თანამედროვე კვლევას და იმ მარკერების აღმოჩენას, რომელებიც 20-30 წლით ადრე მიუთითებენ ალცჰაიმერის დაავადების განვითარებაზე, უდავოდ დიდი მეცნიერული პროგრესია, მაგრამ ერთობ დასაფიქრებელია: ჯერ ერთი, 30 წლის განმავლობაში ადამიანს შეიძლება სულ სხვა დაავადება (სომატური თუ ფსიქიკური) დაემართოს ან სულაც უბედური შემთხვევის მსხვერპლი გახდეს და, მეორე, რატომ უნდა იცხოვროს მან ამ მძიმე დაავადების მოლოდინითა და შიშით?! ჩემი სუბიექტური აზრით, ასევე, დასაფიქრებელია, იმავე მარკერების საშუალებით დაავადებული ადამიანის შვილების გამოკვლევა შემდგომში დაავადების განვითარების რისკის დადგენის მიზნით; მით უმეტეს, რომ ალცჰაიმერის დაავადების პროფილაქტიკური ან რაიმე ეფექტური სამკურნალო საშუალება დღესდღეობით არ არის, იმედია, მომავალში გამოჩნდება.

დემენციის პრობლემასთან დაკავშირებით მიჩნდება კითხვა: რა უფრო მძიმე ხვედრია ადამიანისთვის ხანდაზმულ ასაკში - სომატური დაავადების დროს სხეულის მტანჯველი ტკივილი თუ ტვინის ატროფიული პროცესი, რომელიც იწვევს ტოტალურ დემენციას - ინტელექტუალური ფუნქციების სრული კრახითა და პიროვნების ნიველირებით. მართალია, ადამიანები არ ირჩევენ დაავადებას, მაგრამ ახლობლების პასუხები განსხვავებულია: ზოგს არ ძალუძს უყუროს საყვარელი ადამიანის ფიზიკურ ტანჯვას, ზოგს კი - პიროვნულ დეგრადაციას. ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ მოჰყავთ დემენციით დაავადებულის სრული

უკრიტიკობა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ. პირადად ჩემი პოზიცია იხრება ნათელი გონების სასარგებლოდ; ფიზიკური ტკივილის შემთხვევაში (რომლის შემსუბუქება შესაძლებელია), ადამიანს ეძლევა შანსი, გაიაზროს, შეაფასოს თავისი განვლილი ცხოვრება, მიიღოს გარკვეული გადაწყვეტილებები, გამოხატოს თავისი ემოციები და დაემშვიდობოს მისთვის ძვირფას ადამიანებს.

ისე კი, ყველაფერი უფლის ნებაა...

და ბოლოს, მინდა დავამთავრო უკვდავი გალაკტიონის სიტყვებით:

სიკვდილს მე როდი შევუშინდები,
იგი, ძმა, მუდამ ჩვენს მხარეზეა,
მე მეშინია იმგვარ სიცოცხლის,
სიკვდილს რომ ჰგავს და უარესია...
მაშ, გაუმარჯოს იმგვარ სიცოცხლეს,
სიცოცხლეზე რომ უტკბოესია!

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ბოკუჩავა მ. აფექტურ აშლილობათა ფსიქოპათოლოგიის ასაკობრივი თავისებურებანი. თბილისი, 2015, 165 გვ.
2. გამყრელიძე ა., ნიკოლაშვილი ნ. ფსიქიატრიული ენციკლოპედია. თბილისი, 1999
3. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია - მე-10 გადასინჯვა (ფსიქიატრია), პროფ. გ. ნანეიშვილის რედაქციით. თბილისი, 1996
4. ბრუნი ბ., ჭითანავა მ. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში, 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შედეგებზე დაფუძნებული მიმოხილვა, თბილისი, 2017
5. ნაკაშიძე ე. ინვოლუციური მელანქოლია. თბილისი, 1960, 166 გვ.
6. ნანეიშვილი გ. ფსიქიატრიის მოკლე კურსი. თბილისი, 1998
7. ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში, მეხუთე გამოცემა. გელდერი მ., ჰარისონი პ., ქოუენი ფ. 2012, გვ. 233-284
8. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიატრიის ლექსიკონები, პროფ. გ. ნანეიშვილის რედაქციით. თბილისი, 2005
9. ჰესე ჰ. „სიბერე“. მთარგმნელი რ. დარჩიაშვილი, <http://litklubi.ge>
10. Авербух Е.С., Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л., 1969, 286 с.
11. Башкирева А.С., Качан Е.Ю., Кулапина М.Э., Психофизиологические маркеры ускоренного старения у работающих во вредных условиях, Сообщение II, Возрастные изменения функции внимания. Успехи геронтологии, 2015.-N 2.с.336-343
12. Беляева К.Н., Депрессии позднего возраста (клиника, вопросы патогенеза, лечение). М., 1983, 327 с.

13. Гаврилова С.И., Колыхалов И.В., Пономарева Е.В., «Меманталъ» в лечении умеренной и тяжелой болезни Альцгеймера. Тихоокеанский медицинский журнал, 2019.-N 1.с.23-28
14. Дюков Е.В., Бачинская Н.Ю., Холин В.А., Коляда А.К., Вайсерман А.М., Генетические и эпигенетические детерминанты болезни Альцгеймера. Успехи геронтологии, 2015.-N 2, с. 299-306
15. Жислин С.Г., Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М.,1956, 226 с.
16. Зурабашвили А.Д., Теоретические вопросы психопатологии депрессии, В кн: Депрессии, Вопросы клиники, психопатологии, терапии, М. 1970.
17. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева А.И. Возрастные особенности ипохондрической депрессии. Ж.имени П.Б. Ганнушкина, 2013, 4, с.11-17
18. Игумения Феофила (Лепешинская). "Рифмуется с радостью. Размышления о старости". Издательство: Храм Татианы (Святой мученицы) при МГУ, 2014 г, 354 с.
19. Ильницкий А., Прощаев К. Возрастно-ситуационная депрессия. Врач, 2018, -N 9. -с. 48-49
20. Калын Я.Б., Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Шешенин В.С., Корнилов В.В., Шипилова Е.С., Гаврилова С.И., Опыт применения вальдоксана (агомелатин) в геронтопсихиатрическом стационаре для лечения пожилых больных с депрессией. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2015.-N 11.с.55-62
21. Каннабих Ю.В. История психиатрии, М.,1928, 499 с.
22. Кекелидзе З.И., Пищикова Л.Е., Полищук Ю.И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста. Вестник Росздравнадзора, 2016, N 4, с. 9-14

23. Круглов Л.С., Малкова Е.Е., Гнездилов А.В., Психогенно спровоцированные депрессии в пожилом и старческом возрасте: клинические характеристики, особенности актуальных психотравмирующих ситуаций и системы отношений. Успехи геронтологии, 2015, N 2, с. 387-392
24. Лакосина Н.Д. Эмоциональные расстройства, В кн: Психиатрия, Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И., М., 2006, с. 92-103
25. Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Пучева Н.А., Агеев М.И., Шулькин Л.М. Невротические расстройства как проблема современной геронтопсихиатрии. Ж. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2019. N 4, с.88-92
26. Любов Е.Б., Старческие деменции в свете МКБ -11. Социальная и клиническая психиатрия, 2015, N 2, с. 5-8
27. Малабу К., Онтология случайного: эссе о деструктивной пластичности, 2016
28. Михайлова Н.М. Нужна ли геронтопсихиатрическая служба в первичном звене здравоохранения? Российский психиатрический журнал, 2017, N 6, с.76-78.
29. Михайлова Н.М., Организация внебольничной геронтопсихиатрической помощи при деменции и когнитивном снижении. Часть II: Клиническая и экономическая эффективность деятельности клиник памяти и Альцгеймеровских центров. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2017, N 7, с.89-98.
30. Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Захаренко Д.В. Клинико-динамическая характеристика рекуррентных депрессивных расстройств в позднем возрасте (к проблеме психосоматических соотношений). Ж. Психические расстройства в общей медицине (под. ред. А.Б. Смулевича), 2013, 1, с. 4-9.

31. Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Прокопович Г.А. Психосоциальные характеристики пожилых людей, совершивших суицидальные попытки отравления. Успехи геронтологии, 2017, N 2, с. 262-268.
32. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Синдром старческой астении в геронтологии и гериатрии с точки зрения геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия, 2018, N 4, с.71-74.
33. Полищук Ю.И., Пищикова Л.Е., Медицинская помощь людям пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами. Вестник Росздравнадзора, 2016, N 4, с. 48-52
34. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Кузнецова А.К. Изучение внутренней картины психического дефекта у больных с умеренными когнитивными нарушениями. Вестник восстановительной медицины, 2014, N 3, с.88-89
35. Рохлина М.Л., Об особенностях маниакальных состояний в позднем возрасте. Проблемы организации психиатрической помощи психических заболеваний, ч.1, М., 1970, с. 83-87.
36. Руководство по психиатрии, в 2-х томах. Под. ред. А.В.Снежневского. Москва, 1983
37. Руководство по психиатрии, в 2-х томах, Под. ред. Г.В. Морозова. Москва, 1988
38. Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А., Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. Психическое здоровье, 2016, N 2, с.13-19
39. Сиденкова А.П., Уместность применения дименсионального подхода к изучению тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста. Уральский медицинский журнал, 2018, N 12, с.5-11

40. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Диагностика когнитивной сферы у лиц пожилого возраста. Успехи геронтологии, 2015, N 2, с. 366-373.
41. Смулевич А.Б., Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003, 429 с.
42. Соколинская Е.В. Опыт преподавания курса «Клиническая психология в геронтологии» с применением элементов метода «Терапия творческим самовыражением М.Е.Бурно (ТТСБ). Психотерапия, 2016, N 2, с.66-69.
43. Сонин А.Г., Деменция - не нормальное старение. Справочник фельдшера и акушерки, 2016, N 4, с.58-70
44. Существует ли ограничение возраста, до которого мы можем дожить? © Библия Онлайн, 2003-2020.
45. Таньшина О.В., Организация паллиативной помощи пациентам с деменцией. Клиническая геронтология, 2017, N 3-4, с. 45-50.
46. Цыганков Б.Д., Боев И.В. Одарченко С.С., Основы пограничной геронтопсихиатрии. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2017, N 2, с. 127-130
47. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М., 1996, 302 с.
48. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М., 1966, с. 32-36, 60-87.
49. Штеренберг И. Причины, по которым человек не осознает своего старения. Ж. «Психология зрелости и старения», № 3, 2011
50. Штеренберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М. 1977, 216 с.
51. Штернберг Э. Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Л., 1967, 246с.
52. Штернберг Э.Я., Клиника Психических заболеваний лиц пожилого и старического возраста. Киев, 1965, с. 216

53. Штернберг Э.Я. О Некоторых клинических особенностях депрессий позднего возраста. Депрессии, Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М., 1970
54. Штернберг Э.Я., Современное состояние проблемы инволюционных психозов. Ж., невропатол и психиатр, 1975, т. 75, в. 8, с. 1239-1242
55. Штернберг Э.Я. Сосудистые заболевания головного мозга, В кн.: Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского. М., 1983, с. 93-108.
56. Шутеева Т.В., Горшунова Н.К., Коррекция тревожно-депрессивных расстройств при болезни паркинсона. Успехи геронтологии, 2017, N 5, с. 765-769.
57. Языкова И.М., Сиденкова А.П., Клинико-динамический анализ нарушений пищевого поведения при деменциях. Уральский медицинский журнал, 2015, N 8, с. 26-32
58. Языкова И.М., Сиденкова А.П., Клинико-катамнестический анализ нарушений пищевого поведения при поздних деменциях. Уральский медицинский журнал, 2016, N 8, с.9
59. Alzheimers J., Dis. 2016; 49(3): 617–631. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. Dubois B., Padovani A., Scheltens P., Rossi A. and Dell'Agnello G.
60. Asbury AK., McKhann GM., McDonald WI., et al., 2002, Diseases of the nervous system. Clinical neuroscience and therapeutic principles, 3rd edn. Cambridge University Press, Cambridge
61. Bruandet A., Richard F., Bombois S., Maurage CA., Deramecourt V., Lebert F., Amouyel P., Pasquier F., Alzheimer disease with cerebrovascular disease and vascular dementia: Clinical features and course compared with Alzheimer disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80:133–139.

62. Carpenter BD., Xiong C., Porensky EK., Lee MM., Brown PJ., Coats M., Johnson D., Morris JC. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J. Am Geriatr Soc.* 2008, 56:405–412
63. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–IV), 2000
64. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), 2013
65. Draper B., Peisah C., Snowden J., Brodaty H., Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia, *Alzheimers Dement*, 2010;6:75–82.
66. Draper B. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. *Int Psychogeriatr*, 2015;27:1601–1611.
67. Garand L., RN, PhD, CS, ARNP and Kathleen C. Buckwalter, RN, PhD, FAAN. THE BIOLOGICAL BASIS OF BEHAVIORAL SYMPTOMS IN DEMENTIA. *Issues Ment Health Nurs*, 2000, Jan–Feb; 21(1): 91–107.
68. Gelder M.G., Lopez-Ibor JJ., Andreasen NC. (eds) (2000) *The new Oxford textbook of psychiatry*, Section 8: The psychiatry of old age, Oxford University Press.
69. Genetics of Alzheimer's Disease, Perry G., Ridge 1 Mark T. W. Ebbert,1,2 and John S. K. Kauwe 1, Review Article, Volume 2013, p.13
70. Genova L., *Left Neglected*, 2011, p. 327
71. Genova L., *Still Alice*, 2007, p. 169
72. *Guidelines on Depression in Older People*, Robert C. Baldwin, Edmond Chiu, Cornelius Katona, Nori Graham. Martin Dunitz, London, 2002

73. Helmhen H., Diagnostic dilemmas and difficulties in elderly depressed patients, In: The elderly person as a patient, Kielcholz Ed. P., Adams C. Deutsch Arte-Verlag, Köln, 1986, S. 100-105
74. Heun Papassotiropoulos A., Jessen F. et al., (2001), A family study of Alzheimer disease and early- and late-onset depression in elderly patients., Archives of General Psychiatry, 58, 190-196
75. Iliffe S., Robinson L., Brayne C., Goodman C., Rait G., Manthorpe J., Ashley P. DeNDRoN Primary Care Clinical Studies Group Primary care and dementia: 1. Diagnosis, screening and disclosure, Int J Geriatr Psychiatry, 2009;24:895-901.
76. Jansson. T., Sun city, by Pantheon books, 1976, p. 214
77. Jacoby R., (2000) Assessment of mental disorder in older patients and of the treatment needs of patients and their carers, In MG Gelder, JJ Lopez-Ibor JR and NC Andersean, eds. The new Oxford Handbook of psychiatry, Chapter 8.4, Oxford University Press.
78. Jacoby R., Oppenheimer C. (2002), Psychiatry in the elderly.,3rd edn, Oxford, Oxford University Press (Definitive textbook)
79. Jin Sook Cheon, M.D, Ph.D. and Byoung Hoon Oh, M.D, Ph.D. Association of Homocysteine with Cognitiv Deficit in Old Shizophrenics, Published online: 12 Jul 2014
80. Kaplan and Sadock's., Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/Clinical Psychiatry. th edition, 2007, Virginia A. Sadock, MD. end Benjamin J. Sadock.
81. Kaplan and Sadock's., Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock , Virginia A. Sadock , Pedro Ruiz MD, 2017
82. Koch T., Iliffe S., Dementia diagnosis and management: A narrative review of changing practice. Br J Gen Pract. 2011;61:e513-e525.i K, Abley C., Campbell S., Keady J., Manthorpe J., Robinson L., Watts S., Bond J., Negotiating a labyrinth: Experiences of assessment and

- diagnostic journey in cognitive impairment and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2014; 29:58–67
83. Lawrence V., Pickett J., Ballard C., Murray J. Patient and carer views on participating in clinical trials for prodromal Alzheimer's disease and mild cognitive impairment, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2014; 29:22
 84. Lauter H., Meyer J.E., Clinical and nosological aspects of senile dementia. In: C. Muller, L. Ciompi. *Senile dementia*, Bern, 1968, p. 13-26
 85. London RJ., Benson JM., Wikler EM., Weldon KJ., Georges J., Baumgart M., Kallmyer BA., The impact of experience with a family member with Alzheimer's disease on views about the disease across five countries, *Int J Alzheimer Dis*, 2012; 2012: 903645.
 86. Lishman, W.A. (1998), *Organic psychiatry*, 3rd edn. Blackwells, Oxford.
 87. Manthorpe J., Samsi K., Campbell S., Abley C., Keady J., Bond J., Watts S., Robinson L., Warner J., Iliffe S., From forgetfulness to dementia: Clinical and commissioning implications of diagnostic experiences, *Br J Gen Pract*. 2013;63:69-75.
 88. Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., *Clinical psychiatry* London, 1960, Volume 156
 89. Mendez M.F., Mania in neurologic disorders, *Current Psychiatry Reports*, 2000, 2,5, 440-445.
 90. Mitsuda H., *Clinical Genetics in psychiatry*, Kyoto, 1967; 49-90.
 91. Post F., *The clinical psychiatry of late life*, London, 1965
 92. Rickaby G.A. *J.Nerv., Mental Disorder*, 1977, 165, 4, 225-262.
Переживание утраты и развитие мании, М.П. Ж. 10,1978
 93. Robinson L., Gemski A., Abley C., Bond J., Keady J., Campbell S., Samsi K., Manthorpe J., The transition to dementia – individual and

family experiences of receiving a diagnosis: A review, *Int Psychogeriatr*. 2011;23:1026–1043.

94. Ruffin H., Старение и психозы позднего возраста. В кн. Клиническая психиатрия. Под. ред. Г.Груле, Р.Юнга, В.Майер-Гросса, М.Мюллера, М., 1967, с. 780-805.
95. Samsi K., Abley C., Campbell S., Keady J., Manthorpe J., Robinson L., Watts S., Bond J., Negotiating a labyrinth: Experiences of assessment and diagnostic journey in cognitive impairment and dementia, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2014, 29: 58–67.
96. Seyfried LS., Kales HC., Ignacio RV., Conwell Y., Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia, *Alzheimers Dement*, 2011,7:567–573
97. Schweitzer et al., (2002), Is late onset depression a prodrome to demencia?, *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 997-1005
98. Tomas B., *The Age of Disruption*, Tour, 2016.