

ობსესიურ-კომპულსიური აუღილობა (ობკა)

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ობა)

1. დაავადების დეფინიციის

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ობა) არის ფსიქიკური აშლილობა, წარმოდგენილი განმეორებითი, რეციდიული აკვიატებული აზრების – ობსესიების და აკვიატებული მოქმედებების – კომპულსიების სახით.

o **სინონიმები:** აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი, ანანკასტური ნევროზი.

- **ობსესია** (ლათ. Obsessio – ბლოკადა, ალყა, გარშემორტყმა). იგულისხმება ინდივიდის ნების გარეშე მის ცნობიერებაში აღმოცენებული აკვიატებული აზრები, გრძნობები, წარმოდგენები და წარმოსახვები, რომლებიც სტერეოტიპული ფორმით მეორდება გონებაში. თან ახლავს კრიტიკული დამოკიდებულება და მათი ავადმყოფური წარმოშობის განცდა;
- **კომპულსია** (ლათ. Compello – ვაიძულე). იგულისხმება დაუძლეველი აკვიატებული ლტოლვა რაიმე მოქმედებისაკენ, რომელიც აღმოცენდება გონების, ნების, გრძნობის საწინააღმდეგოდ და ინდივიდის მიერ შეიცნობა, როგორც არასწორი, მიუღებელი, რის გამოც მისი რეალიზება არ ხდება. იგი ხშირად წინააღმდეგობაშია ინდივიდის მორალურ-ეთიკურ დაყენებებთან. უფრო ფართო გაგებით - მოძრაობითი სფეროს ნებისმიერი აკვიატება, მათ შორის – აკვიატებული რიტუალები;
- **რიტუალი** – იგულისხმება აკვიატებული ჩვევა, რომლის დანიშნულებაც თითქოსდა მომავალი საფრთხის თავიდან აცილება, შიშის დაძლევა. ხშირად მოწყვეტილია შიშის რეალურ სურათს და ატარებს სიმბოლურ ხასიათს.

2. ობა-ს დიაგნოზი

ა. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10 გადასინჯვის მიხედვით:

ობსესიები და კომპულსიები აღინიშნება არანაკლებ 2 კვირის განმავლობაში, უმრავლეს დღეებში.

ამ სიმპტომთა ძირითადი მახასიათებლებია:

ა.	ინდივიდის მიერ ისინი აღიქმება, როგორც საკუთარი.
ბ.	უნდა არსებობდეს თუნდაც ერთი აზრი ან მოქმედება, რომელსაც ინდივიდი ეწინააღმდეგება ან ებრძვის, მაშინაც, როცა არსებობს სხვა აზრები და იმპულსები, რომელთა მიმართ წინააღმდეგობა აღარ წარმოიშვება.
გ.	მოქმედების შესრულების შესახებ აზრი თავისთავად უსიამოვნოა (ამ თვალსაზრისით დაძაბულობის ან შფოთვის ერთგვარი შემცირებაც კი არ ითვლება სასიამოვნოდ).
დ.	აზრები, წარმოდგენები და იმპულსები უნდა იყოს უსიამოვნო, განმეორებადი და იწვევდეს დისტრესსა და აქტიურობის დარღვევას.

ICD-10-ის მიხედვით ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის (F.42.0) ვარიანტებია:

1. უპირატესად აკვიტებული აზრები და ფიქრები (F.42.0);
2. უპირატესად კომპულსიური ქმედებები (F42.1);
3. შერეული აკვიტებული აზრები და ქმედებები (F42.2);
4. სხვა ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები (F42.8);
5. დაუზუსტებელი ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები (F42.9).

3. კლინიკური სიმპტომატიკა

ა. სიმპტომების ჩამონათვალი

დაავადების ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს სხვადასხვა სახის აკვიტებები – ობსესიები და კომპულსიები, რომელთაც გააჩნიათ ზოგიერთი საერთო თვისებები:

1. სუბიექტის ცნობიერებაში აზრის ან იმპულსის ჩანერგვა ხდება დაუინებოთ და ინტენსიურად;
2. ძირითადი გამოვლინებების თანმხლები შფოთვა და შიში იწვევს სუბიექტის მიერ საპირისპირო ღონისძიებების შემუშავებას, რაც მიმართულია აღმოცენებული აზრის ან იმპულსის წინააღმდეგ;
3. ობსესია და კომპულსია უცხოა ეგო-სთვის, აღიქმება სუბიექტის მიერ როგორც მისი პიროვნებისათვის მიუღებელი;
4. რამდენადაც მძაფრი და გამომწვევი არ უნდა იყოს ობსესიები და კომპულსიები, სუბიექტი მაინც აცნობიერებს მათ აბსურდულობას და ირაციონალიზმს;
5. სუბიექტი იტანჯება ობსესიების და კომპულსიებისაგან, აქვს ძლიერი სურვილი განთავისუფლდეს და წინააღმდეგობას უწევს მათ (წინააღმდეგობის ხარისხი განსხვავებულია).

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები ვლინდება შემდეგი სიმპტომოკომპლექსების სახით: ობსესიური აზრები, ობსესიური წარმოდგენები, ობსესიური იმპულსები, ობსესიური რიტუალები, აკვიტებული მსჯელობა (“აზროვნებითი ცოხნა”), კომპულსიური მოქმედებები.

განსაკუთრებული ადგილი მიეკუთვნება აკვიტებულ მოქმედებებს იზოლირებული, მონოსიმპტომური მოძრაობითი დარღვევების სახით. მათ შორის, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში, ხშირია ტიკები. განსხვავებით ორგანულად განპირობებული უნებლიე მოძრაობებისაგან, ამ დროს წარმოდგენილია გაცილებით უფრო რთული მოტორული აქტები, რომლებსაც დაკარგული აქვთ თავისი პირვანდელი აზრი.

აკვიტებები (ობსესიები) იყოფა ხატოვან ანუ გრძნობად ობსესიებად, რომლებსაც თან ახლავს აფექტური კომპონენტი (ხშირად მძიმე), და აფექტურად ნეიტრალური შინაარსის აკვიტებებად.

გრძნობად აკვიტებებს მიეკუთვნება აკვიტებული იტყვენულობა, მოგონებები, წარმოსახვები, ლტოლვა, მოქმედებები, შიშები, ანტიპათიის აკვიტებული გრძნობა, აკვიტებული შიშები ჩვეული ქცევების მიმართ.

აკვიტებული შიშების შედეგად ხშირად ყალიბდება რიტუალები – მოქმედებები, რომლებიც იძენენ „მაგიური“ შელოცვის მნიშვნელობას. მიუხედავად პაციენტის კრიტიკული დამოკიდებულებისა ობსესიების მიმართ, ისინი ხორციელდება ამა თუ იმ შესაძლებელი უბედურებისაგან დაცვის

მიზნით. რაიმე მნიშვნელოვანი საქმის დაწყებამდე ავადმყოფმა აუცილებლად უნდა განახორციელოს გარკვეული მოქმედება, რათა გამორიცხოს წარუმატებლობა ამ საქმეში. რიტუალები შეიძლება გამოვლინდეს მაგალითად: თითების დაკაკუნებით, რაიმე მელოდიის წამღერებით, გარკვეული სიტყვების წარმოთქმით ან სხეულის გარკვეული მოძრაობით. რიტუალები, კომბინირებული სხვა აკვიატებებთან წარმოადგენს საკმაოდ სტაბილურ სისტემას, რომელიც აღინიშნება ხოლმე წლების განმავლობაში.

აფექტურად ნეიტრალური შინაარსის აკვიატებები – აკვიატებული ბრძნობა, აკვიატებული თვლა (არითმომანია), ტერმინთა, ფორმულირებების და სხვათა აკვიატებული გახსენება. ისინი ნაკლებად შემაწუხებელია, მაგრამ ხელს უშლის ავადმყოფის ინტელექტუალურ მოქმედებას. ოპა-ს ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობა.

4. ბამოკვლევის სქემა

- ა. კლინიკური ინტერვიუ;
- ბ. სიმპტომების სიმწვავე ფასდება იელი-ბრაუნის ობსესიურ-კომპულსიური სკალით (დანართი №1).

5. ოპა-ს მკურნალობის სქემა (23, 24)

მკურნალობა ნაჩვენებია პაციენტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად, როგორც **ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოპა)**.

აკვიატებულ მდგომარეობათა თანამედროვე თერაპია აუცილებლად გულისხმობს კომპლექსურ მიდგომას (ფსიქოთერაპია და ფარმაკოთერაპია). ამასთან, მთავარ ამოცანას წარმოადგენს შფოთვის რედუქცია, შინაგანი კონფლიქტის გადაჭრა და სტრესიდან გამოსვლის ეფექტური გზების მოძებნა.

მკურნალობის გეგმის შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- 1. პაციენტის უფლება თანხმობა განაცხადოს მკურნალობაზე;
- 2. დაავადების სიმწვავე;
- 3. თანმხლები დაავადებები, გართულებები, ნარკომანია, ან სუიციდის რისკი (I-A);
- 4. ადრე ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა;

ოკპ-ს მკურნალობაში გამოყენებული პრეპარატების და ფსიქოთერაპიული ტექნიკის ზოგადი დახასიათება

- ფსიქოტროპულ საშუალებებს შორის ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდა ანტიდეპრესანტების ჯგუფი. მკვლევართა უმრავლესობა თვლის, რომ ოკპ-ს დროს განსაკუთრებით ეფექტურია კლომიპრამინი (**I-A**);
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები (**SSRI** - სუმსი) პირველი არჩევის პრეპარატებია ობსესიურ-კომპულსიული აშლილობის მკურნალობის დროს ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ან იმ შემთხვევაში, როცა დეპრესია და ოკპ თანაარსებობს;
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების (**SSRI** - სუმსი) ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები და მიღების ფორმები წარმოდგენილია ცხრილის სახით:

სუმსი-ს პროფილი	<ul style="list-style-type: none"> • სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRI) თავისი ეფექტურობით უტოლდება ტცა-ის მოქმედებას.
სიმპტომზე მოქმედება	<ul style="list-style-type: none"> • მათ არ ახასიათებთ სედაცია, ამიტომ ძილის დარღვევებისა და გამოხატული შფოთვისას, მაინც უპირატესობა ტცა-ებს ენიჭებათ; • სუსტი ანტიქოლინერგული მოქმედების გამო, ფართოდ გამოიყენება გერიატრიულ პრაქტიკასა და კარდიოლოგიური პროფილის პაციენტებში.
პრეპარატის მიღება	<ul style="list-style-type: none"> • პრეპარატების მიღება ერთჯერადაა შესაძლებელი; • სუმსი-ის ეფექტი საკმაოდ მალე ვლინდება (თერაპიის II-IV კვირა) და თანდათან ძლიერდება მე-8 – მე-12 კვირისათვის. (III-C); • პირველადი გაუმჯობესება მჭიდრო კორელაციაშია ანტიდეპრესანტების ზოგადად დამახასიათებელ ეფექტურობასთან; • პრეპარატის თერაპიული დოზები ახლოსაა მაქსიმალურთან და საშუალოზე მაღალია, რაც დეპრესიის მკურნალობისათვის და შეადგენს: ფლუოქსამინი – 150-300 მგ/დღ; ფლუოქსეტინი – 40-80 მგ/დღ; სერტრალინი – 150-250 მგ/დღ; პაროქსეტინი – 40-60 მგ/დღ; ციტალოპრამი – 40-60 მგ/დღ (III-C). • ზოგიერთი ამ პრეპარატის შემთხვევაში აღინიშნა პირდაპირი კორელაცია დოზასა და ეფექტურობას შორის (III-C); • დასაშვებია SSRI-ის კომბინირება მსუბუქ ანქსიოლიზურ საშუალებებთან (II-B); • მიღების პირველ კვირაში მატულობს სუიციდის და თვითდაზიანების რისკი, რაც საჭიროებს ყურადღების გამახვილებას მაღალი რისკის ჯგუფებზე – 30 წლამდე ასაკის პაციენტებში, თნამსლები დეპრესიის შემთხვევები, ანამნეზში სუიციდური ქმედების მქონე პირები (III-C). • სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტების თერაპიის ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენს დაახლოებით 3 თვეს,

	<p>ზოგ კვლევებში – 2 წელზე მეტს. შემთხვევათა უმრავლესობაში წამლის მოხსნის შემდეგ ერთი წლის მანძილზე ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომატიკა კვლავ გამოვლინდა, თუმცა რიგ პაციენტებში აღინიშნა შედარებით მყარი რემისია, განსაკუთრებით მყარი რემისია ადეკვატური განმამტკიცებელი ფსიქოთერაპიის ფონზე. (ექსპერტთა მოსაზრება);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზოგადად, სუმსი ბევრად სჯობს კლომიპრამინს განმამტკიცებელი თერაპიისათვის, რადგან უკეთესად იტანენ პაციენტები და სუბიექტურადაც უკეთ აღიქმება. დღეს საყოველთაოდ მიღებულია სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტების მინიმუმ ერთწლიანი გამოყენება. (III-C)
პრეპარატის მოხსნა	<ul style="list-style-type: none"> • ეფექტური პროფილაქტიკური თერაპიის შეწყვეტის შემთხვევაში დოზას ნელა ვამცირებთ – დოზის 20-30%-ით ყოველ 2-3 თვეში.
გვერდითი მოვლენები	<ul style="list-style-type: none"> • მკურნალობის პირველ კვირაში სუმსი-ის მიღებას შეიძლება თან ახლდეს მცირე გვერდითი მოვლენები, როგორცაა: გულისრევის შეგრძნება, თავისტიკივილი, ნევროტულობა, ინსომნია და დიარეა - რაც გარდამავალია და ძალზე მსუბუქი (III-C); • მოუსვენრობა, გამღიზიანებლობა, შფოთვითი სიმპტომების გაძლიერება და უძილობა მკურნალობის პირველ დღეებში ან კვირებში შეიძლება გახდეს მკურნალობაზე უარის თქმის მიზეზი. საწყისი დოზის დაკლებამ შეიძლება შეამციროს ზემოაღნიშნული სიმპტომები (II-B); • ხანგრძლივი მკურნალობისას შეიძლება გამოვლინდეს სქესობრივი სფეროს დისფუნქცია ან ადეკვატის სინდრომი, ანქსიოლიზური ეფექტი შეიძლება დადგეს 2-4 კვირის პერიოდში ან უფრო გვიან; • უძილობა და გვერდითი მოვლენები შემცირდება, თუ პრეპარატს დაენიშნავეთ დილით და შუადღეს.

- ზოგიერთ პაციენტისათვის ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს ტრაზოდონი, **(III-C)** დღიური დოზით 300-600 მგ;
- არსებობს წინასწარი მონაცემები ოკა-ს დროს ახალი ანტიდეპრესანტის ვენლაფაქსინის ეფექტურობის თაობაზე, რომელიც მცირე დოზით (150 მგ/დღ) ავლენს სეროტონინპოზიტიურ ეფექტს, ხოლო დიდ დოზებში (225მგ/დღ) ორმაგ – სეროტონინერგულ და ნორადრენერგულ მოქმედებას;
- ქცევითი თერაპია მედიკამენტური თერაპიის ექვივალენტურ ეფექტს იძლევა **(I-A)** და მისი შედეგი ხანგრძლივად შენარჩუნებულია **(I-A)**;
- მედიკამენტური თერაპიისაგან განსხვავებით, რომლის მოხსნაც სიმპტომებს ამწვავებს, ფსიქოთერაპიის შედეგი სახეზეა მრავალი თვის და წლის განმავლობაში. ფსიქოთერაპიას უკეთ ემორჩილება კომპულსიები, ვიდრე ობსესიები. ქცევითი ფსიქოთერაპიის ზოგადი ეფექტურობა 50-60%-ს აღწევს, მაგრამ, პაციენტი ხშირად უარს აცხადებს ჩაიტაროს თერაპიის ეს სახე მისი სიძვირის გამო ან შფოთვის გაძლიერების შიშით **(II-B)**;

- მკურნალობაში უპირატესობა ენიჭება კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ (ქცევით) თერაპიას (I-A), აგრეთვე ფსიქოგანათლებას. აუცილებელია სხვადასხვა სოციორეაბილიტაციური ღონისძიებების გატარებაც;
- მძიმე, არაკუპირებადი აკვიატებებისას იყენებენ არამედიკამენტურ მეთოდებს – ეკთ-ს (ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია), ტრანსკრანიალურ მაგნიტურ სტიმულაციას (ტმს), სტერეოტაქსიურ წინა კაფსულოტომიას ან ცინგულოტომიას.

ამრიგად, ოკა-ს თერაპიაში პათოგენეზური მიდგომა დღეისათვის, გულისხმობს სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (კლომიპრამინი, სუმსი) გამოყენების გზით სეროტონინერგული ნეიროგადაცემის გაძლიერებას. ზოგჯერ ეფექტურია დოფამინ-ბლოკერის გამოყენება – ასეთია ანტიფსიქოზური პრეპარატები: პიმოზიდი, ჰალოპერიდოლი, რისპერიდოლი და ა.შ.

მძიმე, რეზისტენტულ შემთხვევათა 30-50%-ში ეფექტური აღმოჩნდა ქირურგიული ჩარევა – სტერეოტაქსიური ცინგულოტომია, თუმცა სერიოზული გართულებების, მათ შორის, კრუნჩხვითი სინდრომის განვითარების გამო, მისი გამოყენება მნიშვნელოვნად შეზღუდულია.

რეკომენდაცია 1. ინვიზიალური მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა

- ოკა-ს დროს რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება ან მხოლოდ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიით (კბთ) (III-C) ან კომბინაციით - კბთ და მედიკამენტი (კბთ +SRI).
 - მითითება: SRI - სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები. მათ შორისაა 5 პრეპარატი: კლომიპრამინი, ფლუოქსეტინი, ფლუვოქსამინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი. SSRI (სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი) არის ყველა მათგანი, გარდა კლომიპრამინისა.
- მედიკამენტის არჩევა დაკავშირებულია ოკა-ს სიმწვავესა და პაციენტის ასაკზე. მსუბუქი ოკა-ს დროს, მხოლოდ კბთ არის პირველი რიგის არჩევანი. სიმწვავის მომატებასთან ერთად, უკვე დაწყებულ კბთ-ს ემატება პრეპარატი ან პაციენტს ეძლევა მხოლოდ მედიკამენტი. ახალგაზრდა პაციენტებში, ექსპერტები რეკომენდაციას აძლევენ მხოლოდ კბთ-ს.

რეკომენდაცია 2. სპეციფიკური კოგნიტიურ-ქცევითი ტექნიკის შერჩევა

კბთ-ს შერჩევა	ობსესიები	კომპულსიები
პირველი რიგის არჩევანი	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია
	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია კოგნიტიურ თერაპიასთან კომბინაციაში	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია კოგნიტიურ თერაპიასთან კომბინაციაში

რეკომენდაცია 3. სპეციფიკური მედიკამენტის შერჩევის სტრატეგია

- მედიკამენტების სხვადასხვა კლასებს შორის, სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SRI) ყველაზე ეფექტურად არის მიჩნეული (I-ს სამკურნალოდ. რეკომენდებულია ხუთივე დასახელების SRI: კლომიპრამინი, ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი*. სხვა წამლები, მათ შორის ვენლაფაქსინი, მაო-ს ინჰიბიტორები და კლონაზეპამი*, მიჩნეულია მესამე რიგის პრეპარატებად და შეიძლება გამართლებული იყოს, როცა SRI თავისთავად ეფექტური არ არის (III-C);
- SRI ჯგუფის პრეპარატები უფრო ეფექტურია პათოლოგიური იტენუელობის და აგრესიული ობსესიებისას, ფსიქიკური (გონებრივი) რიტუალების დროს, ვიდრე გარდამავალი და ტიკისმაგვარი სიმპტომებისას;
- თუ პაციენტი არ რეაგირებს SRI-ის საშუალო დოზაზე, რეკომენდებულია დოზის თანდათანობითი მატება, მკურნალობის დაწყებიდან 4-8 კვირის განმავლობაში, მაქსიმალურ დოზამდე;
- თუ პასუხი არ არის, მაქსიმალური დოზის მიღებიდან 4-6 კვირის შემდეგ რეკომენდებულია სხვა SRI-ზე გადასვლა;
- თუ პაციენტი ნაწილობრივ პასუხობს საშუალო დოზით მკურნალობას, რეკომენდებულია დოზის მატება მკურნალობის დაწყებიდან 5-9 კვირის განმავლობაში. როცა დოზა მაქსიმუმამდე იზრდება, მიზანშეწონილია დოზის მატების პერიოდი იყოს 2-4 კვირა, რათა მიეცეს დრო დოზაზე პასუხისათვის;
- იმ პაციენტებში, რომლებიც ნაწილობრივ რეაგირებენ პრეპარატზე და მცირე გვერდითი მოვლენები აღენიშნებათ, პრეპარატის დოზები არ უნდა ავწიოთ მაღალ დონემდე, სანამ მკურნალობის დაწყებიდან სულ ცოტა 12 კვირა არ გაივლის;
- ექსპერტები თვლიან, რომ 8-13 კვირა საკმარისია ადეკვატური მედიკამენტის შესარჩევად, სანამ შეცვლით ან ჩაანაცვლებთ სხვა პრეპარატით.

*- საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

	მედიკამენტი**	დოზის საზღვრები (მგ)	საშუალო დღიური დოზა (მგ)	პასუხი არ არის SRI-ის საშუალო დოზაზე	ნაწილობრივი პასუხის საშუალო SRI-ის დოზაზე
პირველი რიგი	ფლუოქსამინი ფლუოქსეტინი კლომიპრამინი სერტრალინი პაროქსეტინი	100–300 20–80 100–300 75–225 20–60	200 50 200 150 50	დოზის გრადუალური მატება მაქსიმუმამდე მკურნალობის დაწყებიდან 4-8 კვირის განმავლობაში	მოუმატეტ დოზა მაქსიმუმამდე – მკურნალობის დაწყებიდან 5-9 კვირის განმავლობაში

** დოზა დამრგვალებულია ტაბლეტის სტანდარტულ დოზამდე. დოზირება ინდივიდუალურია და შეიძლება იყოს მეტი ან ნაკლები, რაც დამოკიდებულია ინდივიდუალურ, დოზასთან დაკავშირებულ პასუხის მრუდზე. მედიკამენტები ჩამოთვლილია ექსპერტების მიერ მინიჭებული ქულების რანჟირების თანახმად.

რეკომენდაცია 4. მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა

- როცა პირველად დანიშნული მკურნალობა ეფექტური არ არის აუცილებელია გადასინჯული იქნას დანიშნულება;
- როცა პაციენტის მდგომარეობა, რომელსაც მხოლოდ კბთ უტარდება უცვლელია, მიზანშეწონილია SRI-ს ჯგუფის მედიკამენტის დამატება და პირიქით, როცა მხოლოდ მედიკამენტური მკურნალობა უშედეგოა, რეკომენდებულია კბთ-ს დამატება ან ახალ მედიკამენტზე გადასვლა;
- თუ პაციენტი არ პასუხობს კომბინირებულ თერაპიას, აუცილებელია ახალ SRI-ზე გადასვლა და კბთ-ს გაგრძელება;
- თუ პაციენტი ნაწილობრივ პასუხობს კომბინირებულ თერაპიას, რეკომენდებულია ახალ SRI-ზე გადასვლა, კბთ-ის ინტენსიფიკაცია (დამატებითი სესიების ხარჯზე) ან ახალი ფორმატი (აკვიტებული აზრების შეჩერების ტექნიკის ჩართვა ან ოჯახური თერაპიის დამატება) და მკურნალობის სქემაში დამატებითი პრეპარატის ჩართვა.

რეკომენდაცია 5: სტრატეგია, გამოყენებული მკურნალობისადმი რეზისტენტულ პაციენტებში

- მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად რეკომენდირებულია ოკა-ს შეფასების სკალის გამოყენება;
- სანამ პაციენტი მკურნალობისადმი რეზისტენტულად ჩაითვლება, უნდა დარწმუნდეთ, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული, პაციენტი ემორჩილება მკურნალობას, პრეპარატის დოზა სწორადაა შერჩეული და საკმარისი დროა გასული მკურნალობის დაწყებიდან;
- მკურნალობის ეფექტურობაზე გავლენა შეიძლება მოახდინოს ისეთმა პრეპარატებმაც, როგორცაა ნივთიერებათა ცვლის მასტიმულირებელი ან ინჰიბიტორი;
- მკურნალობის შედეგზე შეიძლება გავლენა იქონიოს ფსიქოსოციალურმა ფაქტორებმა;
- როცა პირველად არჩეული თერაპია უშედეგოა, ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს, როდის შეცვალოს მედიკამენტი;
- მრავალ პაციენტთან, რომელთაც მკურნალობისადმი რეზისტენტობა აღენიშნებათ, დადებითი შედეგი მოაქვს ანტიდეპრესანტის კლასის შეცვლას (მაგ: გადართვა სუმსი-დან ტცა-ზე ან პირიქით).

	პასუხი არ არის კბთ + 3 SRI გამოყენებისას*	ნაწილობრივი პასუხია კბთ + 3 SRI გამოყენებისას*
პირველი რიგი	ჩაანაცვლე** სხვა წამლით	ჩაანაცვლე** სხვა წამლით
მეორე რიგი	კბთ –ის ახალი ფორმატი ან ტექნიკა ან შეხვედრათა ინტენსივობა მაგ: გადართეთ სხვა პრეპარატზე (SRI) ან (IMAO)	კბთ–ის ახალი ფორმატი, ტექნიკა ან შეხვედრათა ინტენსივობა გადართეთ სხვა პრეპარატზე (SRI) ან (IMAO)

იშვიათად საჭიროა, მაგრამ ზოგჯერ აუცილებელია	კლომიპრამინი (ინტრავენურად) ეკთ – თუ დეპრესიულია ნეიროქირურგია (ინტერნალური კაფსულოტომია)	კლომიპრამინი (ინტრავენურად)
---	--	--------------------------------

* კლომიპრამინი

** ჩანაცვლებით სტრატეგიაში შეიძლება გამოყენებული იქნას: კლომიპრამინი, კლონაზეპამი, ნეიროლეპტიკები, ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი, რისპერიდონი, ოლანზაპინი და მეორე SSRI შეიძლება დაემატოს პირველს.

რეკომენდაცია 6: მკურნალობა შემანარჩუნებელ ფაზაში

	ვიზიტის განრიგი პირველ 3-6 თვეში მწვავე ფაზის შემდეგ	როდის შევამციროთ დოზები?	როგორ შევამციროთ დოზა?	გახანგრძლივებული პროფილაქტიკური მკურნალობა
რეკომენდებულია	ყოველთვიური ვიზიტი	1,5-2 წლის შემდგომ	გრადუალური*, ყოველთვიური შეფასებით	2-4 მწვავე რელაფსის შემდეგ 3-4- საშუალოდან- მსუბუქ რელაფსამდე
ასევე მისაძებია	ყოველკვირეული ვიზიტები		გრადუალური*, ყოველთვიური კბთ-ს ინოკულაციური (იმუნიზაციური) სესიებით ვიზიტი მედიკამენტის საკითხზე	

* გრადუალურში იგულისხმება მედიკამენტის დოზის შემცირება 25%-ით და 2 თვიანი შუალედებით (გასათვალისწინებელია პაციენტის მდგომარეობა). თერაპიის შეწყვეტაზე გადაწყვეტილების მიღწევის შემთხვევაში, დოზა თანდათან უნდა დავაკლოთ, რადგან პრეპარატის უეცარი შეწყვეტა, როგორც წესი ამწვავეს ობსესიურ-კომპულსიურ განცდებს და შესაძლოა განვითარდეს "აღკვეთის" სინდრომი.

რეკომენდაცია 7: ოკა-ს მკურნალობა თანმხლები ფსიქიკური დაავადებებისას

თანმხლები დაავადება	პირველი რიგი	მეორე რიგი
პანიკური აშლილობა, სოციალური ფობია	კბთ + SSRI კბთ მხოლოდ	კბთ + კლომიპრამინი კბთ + SRI + რომელიმე ბენზოდიაზეპინი კბთ + MAOI +/- ბენზოდიაზეპინი
დეპრესია	კბთ + SRI	კბთ მხოლოდ კბთ + MAOI კბთ + SRI + რომელიმე ბენზოდიაზეპინი
ბიპოლარული აშლილობა (რემისია, სტაბილიზატორების ფონზე)	კბთ + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი კბთ + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი + SRI	SRI + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი
შიზოფრენია	SRI + ნეიროლეპტიკი	კბთ + SRI + ნეიროლეგსიური
ტურეტის სინდრომი	კბთ + SRI + კონვენციური ნეიროლეპტიკი	კბთ + SRI + რისპერიდონი ან a-2 აგონისტი კბთ + SRI კბთ მხოლოდ
ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი	კბთ + SSRI + რომელიმე ფსიქოსტიმულატორი	კბთ + კლომიპრამინი + რომელიმე ფსიქოსტიმულატორი კბთ + SRI კბთ მხოლოდ
ქცევითი დარღვევები	SRI + კბთ + ოჯახური თერაპია SSRI + კბთ	კბთ + ოჯახური თერაპია კლომიპრამინი + კბთ SSRI კლომიპრამინი კბთ მხოლოდ

ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა).”

აღამიანური და მატერიალურ-ტიქნიკური რესურსი

ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს:

- მულტიპროფესიულ მიდგომას – მკურნალობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი;

- ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობას საერთაშორისოდ აპრობირებული ფსიქოტროპული საშუალებებით და მტკიცებულებითი მედიცინის შესაბამისი პატერნებით;
- დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის პროცესში ზოგადი პროფილის სპეციალისტების ჩართვას – ნევროპათოლოგი, თერაპევტი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვა;
- პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევას თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ კლინიკურ ლაბორატორიებში – ღვიძლის, თირკმლის და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების განსაზღვრა, სისხლში ელექტროლიტების და სამკურნალო პრეპარატების კონცენტრაციის განსაზღვრა, ელექტროენცეფალოგრაფია და ელექტროკარდიოგრაფია, MRI-ტომოგრაფია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი და სხვა;
- გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ფსოქოსოციალურ ინტერვენციაზე;
- ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული განთავსებული უნდა იყოს რეგიონული/კომუნური პრინციპით;
- თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის სასწავლო პროგრამების შედგენას და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგებს.

იელ-გრანის სკალა ობსესიურ-კომპულსიური ავლილობისათვის

სახელი, გვარი: _____ თარიღი: _____ ექიმი: _____

შენიშვნა: ქულები უნდა ასახავდეს პაციენტზე ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომების ერთობლივ ზემოქმედებას. ყოველი პუნქტისათვის შეაფასეთ საშუალო შემთხვევა წინა კვირის განმავლობაში, მათ შორის ინტერვიუს პერიოდში. შემოხაზეთ ყველაზე მისაღები პასუხი.

სიმპტომი		სიმწვავის ხარისხი				
		0 სთ/დღ	0-1 სთ/დღ	1-3 სთ/დღ	3-8 სთ/დღ	>8 სთ/დღ
1.	ობსესიებზე დახარჯული დრო					
	ქულა	0	1	2	3	4
2.	ობსესიებით გამოწვეული დაბრკოლებები	არა	მსუბუქი	გარკვეული, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	მწყობრიდან გამომყვანი
	ქულა	0	1	2	3	4
3.	დისტრესი ობსესიების გამო	არა	მცირედენი	საშუალო, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	თითქმის მუდმივად, შრომის უნარის დაკარგვამდე
	ქულა	0	1	2	3	4
4.	ობსესიებისადმი მდგრადობა	სრული	მცირედენი	ზომიერად	სშირად წინ ვერ აღუდგება	სრულად ნებდება
	ქულა	0	1	2	3	4
5.	ობსესიების კონტროლი	სრული	უპირატესად აკონტროლებს	ზომიერად	მცირედი	ვერ აკონტროლებს
	ქულა	0	1	2	3	4

ქულათა ჯამი (ობსესიები) _____

სიმპტომი		სიმწვავის ხარისხი				
		0 სთ/დღ	0-1 სთ/დღ	1-3 სთ/დღ	3-8 სთ/დღ	>8 სთ/დღ
6.	კომპულსიებზე დახარჯული დრო					
	ქულა	0	1	2	3	4
7.	კომპულსიებით გამოწვეული დაბრკოლებები	არა	მსუბუქი	გარკვეული, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	მწყობრიდან გამომყვანი
	ქულა	0	1	2	3	4
8.	დისტრესი კომპულსიების გამო	არა	მცირედენი	საშუალო, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	თითქმის მუდმივად, შრომის უნარის დაკარგვამდე
	ქულა	0	1	2	3	4
9.	კომპულსიებისადმი მდგრადობა	სრული	მცირედენი	ზომიერად	სშირად წინ ვერ აღუდგება	სრულად ნებდება
	ქულა	0	1	2	3	4

10.	კომპულსიების კონტროლი	სრული	უპირატესად აკონტროლებს	ზომიერად	მცირედი	ვერ აკონტროლებს
	ქულა	0	1	2	3	4

ქულათა ჯამი (კომპულსიები) _____

საერთო ჯამი

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების სიმწვავის ხარისხი:

0-7 კლინიკურად გამოსატული არ არის;

8-15 მსუბუქი;

16-23 ზომიერად გამოსატული;

24-31 მძიმე;

32-40 უკიდურესად მძიმე.

მსუბუქი ოპა (იელი-ბრაუნის ობსესიურ-კომპულსიური სკალით 8-15) იწვევს დისტრესს, მაგრამ არა დისფუნქციას და პაციენტები დღის განმავლობაში სხვათა დახმარებას არ საჭიროებენ. საშუალო სიმძიმის ოპა (სკალით 16-31) იწვევს როგორც დისტრესს, ისე ფუნქციურ შეზღუდულობას. უკიდურესად მძიმე და მწვავე ოპა (სკალით 32 ან მეტი) იწვევს სერიოზულ ფუნქციურ დარღვევას, რაც საჭიროებს სხვათა მხრიდან მუდმივ დახმარებას.