

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 27 ნოემბრის N6 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 23 ივნისის N01-180/ო ბრძანებით

## დეპრესია ბავშვებსა და მოზარდებში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია  
(გაიდლაინი)

## სარჩევი

1. შესავალი.....	2
1.1 რა არის კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო? .....	2
1.2 გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები.....	2
1.3 ვისთვისაა გაიდლაინი განკუთვნილი? .....	3
1.4 გაიდლაინის მოცულობა .....	3
1.5 გაიდლაინის სპეციფიკური მიზნები.....	3
2. დეპრესია .....	4
2.1 განმარტება, სიმპტომები, დაავადების ნიშნები და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები .....	4
2.2 დეპრესიის ტიპები ბავშვებსა და მოზარდებში.....	7
2.3 დეპრესიის სახეები.....	8
2.4 დეპრესიის დიაგნოზი .....	12
2.5 დიფერენციალური დიაგნოზი.....	13
2.6 მიმდინარეობა და პროგნოზი.....	14
2.7 ეპიდემიოლოგია .....	15
2.8 ეტიოლოგია .....	16
3. ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის იდენტიფიცირება და მართვა პირველად ჯანდაცვასა და ფსიქიატრიულ სერვისებში .....	18
3.1 პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა .....	18
3.2 გაიდლაინის დანერგვის ძირითადი საკითხები.....	18
4. რეკომენდაციები ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობასა და მართვასთან დაკავშირებით.....	20
4.1 დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებზე ზრუნვა .....	20
4.2 საფეხურეობრივი მოვლა.....	24
4.3 I საფეხური: გამოვლენა, რისკის განსაზღვრა და რეფერალი .....	24
4.4 II საფეხური: დეპრესიის გამოვლენა.....	27
4.5 III საფეხური: მსუბუქი დეპრესია.....	27
4.6 IV და V საფეხური: ზომიერი და მძიმე დეპრესია .....	28
4.7 მოზრდილთა სერვისებში გადაყვანა .....	34
5. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა .....	34
6. გაიდლაინის მიღების ხერხი .....	34
7. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი .....	34
8. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები .....	35
9. კლინიკური კითხვები.....	35
9.1 სკრინინგი/ განსაზღვრა/რისკი/ადრეული გამოვლენა .....	35
9.2 ფსიქოლოგიური ინტერვენცია.....	36
9.3 რეციდივის პრევენცია .....	36
10. ცხრილები .....	37
11.ლიტერატურა .....	39
12. გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფი .....	43

## ცხრილები

ცხრილი №1. დეპრესიის სიმწვავის შეფასება პირველად ჯანდაცვაში .....	37
ცხრილი №2. თვითდაზიანების მართვის ძირითადი საკითხები .....	38
ცხრილი №3. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი.....	38

# 1. შესავალი

## 1.1 რა არის კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელო?

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

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

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

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

## 1.2 გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები

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

კლინიკური მტკიცებულებების გარდა, კლინიკური რეკომენდაციებისთვის, სადაც შესაძლებელია, გათვალისწინებულია ხარჯთეფექტურობაც.

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

ამასთან, აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფა ხდება სხვა ღონისძიებებთან კონტექსტში. ეს ღონისძიებები ითვალისწინებს შესაბამისი ინტერვენციის სათანადოდ ორგანიზებასა და პაციენტის ჩართვას მკურნალობის პროცესში. მოვლის სათანადოდ ორგანიზება იმისთვის, რომ პაციენტთან

დავამყაროთ და შევინარჩუნოთ კარგი თერაპიული ურთიერთობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შეთავაზებული მკურნალობა.

### 1.3 ვისთვისაა გაიდლაინი განკუთვნილი?

ეს გაიდლაინი ეხება ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის საკითხებს, რომელსაც პირველადი ჯანდაცვის, სათემო და სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სერვისები ახორციელებენ.

გაიდლაინი შეიძლება გამოყენებული იყოს შემდეგი სამსახურების მიერ:

- ოკუპაციური (დასაქმების);
- სოციალური სამსახური.

დეპრესიამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს მთელს ოჯახსა და ზოგჯერ თემზეც. ამიტომ მკურნალობისა და თანადგომის საკითხებთან დაკავშირებით, გაიდლაინში ორივეს როლია გათვალისწინებული.

### 1.4 გაიდლაინის მოცულობა

გაიდლაინში მოცულია ბავშვებსა და მოზარდებში (5–დან 18 წლამდე ასაკის პირებში) დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის საკითხები, როგორც ჯანდაცვის პირველად რგოლში, ასევე სპეციალიზირებულ სერვისებში. გაიდლაინში შესულია ის აშლილობები, რომლებიც მოცემულია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადასინჯვაში (ICD-10) (World Health Organization, 1992), კერძოდ დეპრესიული ეპიზოდი (F32), რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა (F33), ასევე მოცემულია რამდენიმე რეკომენდაცია დისტიმიასთან (F34.1) დაკავშირებით.

გასათვალისწინებელია, რომ მტკიცებულებების მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომლებიც შესულია ამ გაიდლაინში მსგავსი, მაგრამ არა იდენტური კლასიფიკაციის (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მეოთხე გამოცემის) DSM-IV–ის გამოყენებით მიღებული შედეგების ანალიზს ეფუძნება.

### 1.5 გაიდლაინის სპეციფიკური მიზნები

გაიდლაინი გვთავაზობს რეკომენდაციებსა და დადებით პრაქტიკულ გამოცდილებას ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის საკითხებთან დაკავშირებით.

გაიდლაინი მიზნად ისახავს:

- ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის საკითხში სპეციფიკური ფსიქოლოგიური ინტერვენციების მნიშვნელობის შეფასებას;
- ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის საკითხში სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური ინტერვენციების მნიშვნელობის შეფასებას;
- მაღალი რისკის შემთხვევაში დიაგნოსტიკის, ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგისთვის ტესტ-კითხვარების გამოყენების საკითხების განხილვას;
- გაიდლაინის დანერგვის მოცულობის განსაზღვრისათვის ობიექტური შეფასების კრიტერიუმების შემუშავებას.

გაიდლაინი არ განიხილავს იმ ინტერვენციებს, რომლებიც საქართველოში ხელმისაწვდომი არაა.

## 2. დეპრესია

### 2.1 განმარტება, სიმპტომები, დაავადების ნიშნები და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ტერმინს „დეპრესია“ ყოველდღიურ ენაში განსხვავებული მნიშვნელობით ხმარობენ. მის ქვეშ ნორმალური ფუნქციონირების ზოგად დაქვეითებას და არა, რომელიმე კონკრეტული ფსიქიკური ფუნქციის გაუარესებას გულისხმობენ (Thompson, 1995). კლინიკურად დეპრესიის ქვეშ სიმპტომთა ჯგუფი იგულისხმება, რომელიც გუნებ-განწყობის, აზროვნებისა და ქცევის აშლილობებს მოიცავს. ეს აშლილობა ისეთი ინტენსივობით უნდა იყოს გამოხატული, რომ პიროვნული ან სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება გამოიწვიოს. გუნებ-განწყობის ცვლილებები, ძირითადად სევდითა და გაღიზიანებადობით ვლინდება. პიროვნება ავლენს ანჰედონიის ნიშნებს, როდესაც საყვარელი საქმიანობის კეთება მას სიამოვნებას აღარ ანიჭებს. კოგნიტური ცვლილებების მხრივ ძირითადად დამახასიათებელია ყურადღების კონცენტრირების, აზროვნებისა და გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაქვეითება. ჩვეულებრივ, გამოხატულია თვითკრიტიკულობა. ფიზიკურად დეპრესიული ადამიანები ნაკლებად აქტიურები არიან, რაც, ზოგჯერ, შფოთვითა და აჟიტაციითაა გადაფარული. ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიასა და მოზარდილებში განვითარებულ დეპრესიას შორის ბევრი მსგავსება არსებობს, თუმცა ასაკთან დაკავშირებული თავისებურებიდან გამომდინარე დამახასიათებელი განსხვავებებიც იჩენს თავს (Goodyer & Cooper, 1993). მოზარდილების მსგავსად ამ შემთხვევაშიც გუნებ-განწყობის დაქვეითება გამოხატულია და მდგრადია დროსა და გარემოში. ვლინდება ყოველდღიური ფუნქციონირების დაქვეითება. ზოგი ბავშვი უარყოფს, რომ სევდიანია, თუმცა ჩაკითხვისას გვეთანხმება, რომ ჩვეულებრივზე მეტად მოწყენილია. საკმაოდ ხშირად დეპრესიული ახალგაზრდები ანჰედონიასაც განიცდიან. გოგონებში, სიამოვნების მიღების უუნარობა, 15–20% შემთხვევებში აღინიშნება (Goodyer & Cooper, 1993). ჩვეულებრივ, დეპრესიულ მოზარდებს დაქვეითებული თვითშეფასება აქვთ. თავის დადებით თავისებებზე თითქმის ვერაფერს გვეუბნებიან. ხშირად, თვლიან, რომ „კარგით“ არაფრით გამოირჩევიან და მათ ცხოვრებაში არსებული პირადი თუ ყველა სოციალური პრობლემა მათი ბრალია. აქვთ გამოუვალობის განცდა. უიმედოდ უყურებენ მომავალს, რომელსაც, მათი აზრით, საკუთარი უსუსურობის გამო ვერასდროს შეცვლიან უკეთესობისკენ. შესაძლოა, უჩიოდნენ კონცენტრაციის დაქვეითებას, ყურადღების პრობლემებს და გადაწყვეტილების მიღების უუნარობას. მძიმე შემთხვევებში პაციენტი თავს დამნაშავედ ან, შესაძლოა, უზნეო პიროვნებად მიიჩნევდეს. იგი აცხადებს, რომ ჩადენილი საქციელის გამო დასჯას იმსახურებს. ასეთ ბავშვებს, შეიძლება ჰქონდეთ სუიციდური აზრები, რაც განსაკუთრებით ყურადსაღებია. აღსანიშნავია, რომ ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის ნორმალურია, რომ მშობლების გაყრასთან დაკავშირებით თავს დამნაშავედ თვლიდნენ. ახალგაზრდა პაციენტები ბოდვებსა და ჰალუცინაციებს ძალიან იშვიათად აღწერენ.

ფიზიკური ცვლილებები მოიცავს ენერჯის დაქვეითებას, აპათიას, ადვილად დაღლას, მოტივაციის ნაკლებობას. დაკისრებული მოვალეობის შეუსრულებლობამ, შეიძლება დანაშაულის გრძნობა გააძლიეროს და თვითშეფასება გააუარესოს. მადა იზრდება ან ქვეითდება (რაც იწვევს წონაში მატებას ან კლებას). ძილის რიტმი დარღვეულია – ღამით უძილობა, ხოლო დღის განმავლობაში ძილიანობა აღინიშნება. აქტიურობის ხარისხი, ზოგადად, გაუარესებულია. ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესია, ისევე როგორც მოზარდილებში, ზოგჯერ, კლასიკური „ენდოგენური ნიშნებით“ ხასიათდება. ფიზიკური

სიმპტომები დილის საათებში (გაღვიძებისას) უფრო მძიმედაა გამოხატული. დეპრესიისთვის ანჰედონია, მადისა და სექსუალური სურვილების დაქვეითება, ფიზიკური რეტარდაცია და შესუსტებული საპასუხო ემოციური რეაქციებია დამახასიათებელი.

ნებისმიერი დროის მონაკვეთში პირველად ჯანდაცვაში გამოკვლეული ბავშვების 2–10% უჩივის სხვადასხვა ხასიათის ტკივილს, მაგალითად, მუცლის, კიდურების, თავის ტკივილს. უფრო იშვიათია ჩივილები ადვილად დალლასა და ენერჯის დაქვეითებაზე (Campo et al., 2004). მათ შორის დაუზუსტებელ რაოდენობას საბოლოოდ დეპრესიული აშლილობის დიაგნოზი ესმება. კვლევები მიუთითებენ გარკვეულ კავშირზე სქესსა და დეპრესიის სომატურ სიმპტომებს შორის. მაგალითად, ითვლება, რომ გოგონებში თავის ტკივილსა და დეპრესიას შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირი არსებობს, მაშინ, როდესაც ძვალ-სახსროვან სისტემაში გაურკვეველი წარმოშობის სომატური ჩივილები, ორივე სქესისთვის, თანაბრადაა დამახასიათებელი (Egger et al., 1998; Egger et al., 1999).

ზოგ შემთხვევაში, ბავშვისა და მოზარდის დეპრესიული განცდები, შესაძლოა, ქცევით თავისებურებებში გამოვლინდეს. თვითდაზიანებები, საკუთარ გარეგნობაზე ნაკლებად ზრუნვა, განმარტოებისკენ სწრაფვა და ინტერესების დაქვეითება შეიძლება დეპრესიის ნიშნებს წარმოადგენდნენ. სხვა არასპეციფიკური ქცევითი დარღვევებია უწყობა, უცაბედი, გაუგებარი და მუდმივი გაღიზიანებადობა და აგრესიულობა, თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე აკადემიური მოსწრების გაუარესება. განცალკევებულად ქცევის ასეთი ცვლილებები, ბავშვის ან მოზარდის საერთო მდგომარეობის, საერთო სიმპტომატიკისა და გარემო ფაქტორების საფუძვლიანი შესწავლის გარეშე, დეპრესიის დიაგნოსტიკისათვის საკმარისად ვერ ჩაითვლება. თუმცა, ბავშვებთან მომუშავე პერსონალმა ამ ნიშნებს დაუყონებლივ ყურადღება უნდა მიაქციოს. არ არსებობს ასაკთან დაკავშირებული დეპრესიული სიმპტომების მკაფიოდ გამოხატული განსხვავება. ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის კლინიკური სურათი მრავალგვარია და დამოკიდებულია აშლილობის სიმწვავეზე, პიროვნულ მახასიათებლებსა და განვითარების ასაკზე. მაგალითად, კოგნიტური მახასიათებლები, როგორცაა უღირსობის განცდა, თვითკრიტიკულობა და ყურადღების დეფიციტი მოზარდებისთვის მეტადაა დამახასიათებელი, ხოლო სომატური ნიშნები (ტკივილი, უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულის სხვადასხვა ნაწილში) (Ryan et al., 1987; Goodyer & Cooper, 1993; Kolvin & Sadowski, 2001; Luby et al., 2003) ბავშვებში მეტად გვხვდება. თუმცა, ზოგჯერ, ბავშვებს შესწევთ უნარი გამოავლინონ დეპრესიული კოგნიცია, ხოლო მოზარდები ტკივილსა და უსიამოვნო შეგრძნებებს უჩივიან.

მნიშვნელოვანია სათანადო ყურადღება მიექცეს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც დეპრესიული სიმპტომები თვალსაჩინოდ არაა გამოხატული, თუმცა პიროვნების ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება გაუარესებულია. ეპიდემიოლოგიური კვლევებით გამოვლინდა, რომ 6–18 წლის ასაკის პირებშიც ასეთი ქვეზღურბლოვანი დეპრესიის შემთხვევები ხშირია. მათი იგნორირება შეუძლებელია და ისინი სათანადო მკურნალობას საჭიროებენ (Costello et al., 2002). დღემდე უცნობია, რამდენად სპეციფიკური კავშირი არსებობს ქვეზღურბლოვანი დეპრესიის სიმპტომებსა და კლინიკურ დეპრესიას შორის, თუმცა ნაჩვენებია, რომ ქვეზღურბლოვანი სიმპტომების მქონე პირებს, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, დეპრესია უფრო ხშირად უვითარდებათ.

### **დეპრესიის ნიშნები**

„დეპრესიული ეპიზოდის“ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10 (ავადმყოფობათა

საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მეათე გადახედვა) კლასიფიკაციის მიხედვით მოიცავს შემდეგ ნიშნებს:

- დეპრესიული ეპიზოდი გრძელდება, სულ ცოტა, ორი კვირა;
- ცხოვრების მანძილზე არ განვითარებულა ჰიპომანიაკალური ან მანიაკალური სიმპტომები, რომლებიც შეესაბამებინა ჰიპომანიაკალური ან მანიაკალური ეპიზოდის კრიტერიუმებს (F30–);
- ყველაზე ხშირი გამორიცხვის კრიტერიუმია: ეპიზოდი არ არის გამოწვეული ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით (F10-F19) და არ მიეკუთვნება ორგანულ ფსიქიკურ აშლილობას (F00-F09).

A

- გუნებ-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესებისა და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;
- ენერჯის დაქვეითება და აქტივობების შემცირება.

B

- ყურადღებისა და კონცენტრაციის დაქვეითება;
- თვითრწმენისა და თვითშეფასების დაქვეითება;
- თვითბრალდებისა და თვითდამცირების იდეები;
- პესიმისტური ფიქრები;
- თვითდაზიანების იდეები;
- ძილის დარღვევა;
- მადის დაქვეითება.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი: კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი უნდა იყოს მინიმუმ ორი A და ორი B სიმპტომი.

ზომიერი (საშუალო სიმძიმის) დეპრესიული ეპიზოდი: კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი უნდა იყოს მინიმუმ ორი A და სამი B სიმპტომი.

მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი: კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი უნდა იყოს ყველა A და მინიმუმ ოთხი B სიმპტომი.

კლასიფიკაციაში ასევე გათვალისწინებულია სიმპტომების სიმწვავე და ფუნქციური გაუარესება.

ბავშვებსა და მოზრდებში ნებისმიერი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი შესაძლოა იყოს დეპრესიული აშლილობის ნიშანი:

- მოწყენილობა (უგუნებობა) ან ტირილი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, კვირაში რამდენიმე დღე;
- სევდიანი გამომეტყველება. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ არ არის აუცილებელი რომ დეპრესიული ბავშვი მუდამ სევდიანად გამოიყურებოდეს;
- ინტერესების დაქვეითება, დაკარგვა. ჩვეული გართობა და აქტივობები (სპორტული თამაშები, სახლობანა, ომობანა, სეირნობა და ა.შ.), აღარ იწვევს მასში ენთუზიაზმს. კითხვაზე, თუ რა გაახალისებდა, დეპრესიულ ბავშვს უჭირს პასუხის გაცემა;

- გაღიზიანებადობა: მცირე უკმაყოფილება ან იმედის გაცრეება შესაძლებელია გახდეს ძლიერი გაბრაზების, ან დისტრესის მიზეზი. ბავშვს უქვეითდება უნარი დაძლიოს უმნიშვნელო ფრუსტრაციაც კი;
- თანატოლებისაგან ნებაყოფლობითი იზოლაცია; ბავშვი აღარ დადის სტუმრად მეგობრებთან ან/და არ პატიჟებს თანატოლებს თავისთან.) თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ ბავშვის/მოზარდის სიმარტოვისაკენ სწრაფვა და სოციალური ურთიერთობების იგნორირება შესაძლოა გამოწვეული იყოს დეპრესიისაგან დამოუკიდებელი პრემორბიდული მდგომარეობით, ამდენად პრემორბიდული ისტორიის და განვითარების წინა ეტაპების შესწავლას უდიდესი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს დიაგნოზის დასმისას. ყოველთვის მხედველობაში უნდა მივიღოთ ბავშვის პრემორბიდული თავისებურებები, ანუ დავადგინოთ, შეიცვალა თუ არა ბავშვის კომუნიკაბელურობის ხარისხი ბოლო დროს;
- დილით, უფრო გვიანი გაღვიძება ვიდრე ჩვეულებრივ. გრძნობს მოდუნებას; (უჭირს საწოლიდან ადგომა, ფიზიკური აქტივობა. აღენიშნება ძილიანობა დღის განმავლობაში) შესაძლოა უძილობა, მადის მომატება ან დაქვეითება;
- სხვადასხვა სომატური ჩივილი (მუცლის, თავის ტკივილები, უსიამოვნო შეგრძნებები და ტკივილები სხეულში);
- ჩამორჩენა აკადემიურ მოსწრებაში; ფრიადოსანი ხდება სამოსანი ან ოთხოსანი. ხშირად აცდენს სკოლას. ბავშვი, რომელიც ადრე მოწესრიგებული და ორგანიზებული იყო, ხდება გულმავიწყი ან გადაწყვეტილებების მიღება უჭირს;
- ალკოჰოლის ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება შესაძლოა დეპრესიის ადრეული გამოვლინებაც იყოს;
- ნეგატიური განაცხადებები. „მე ვარ უვარგისი, სულელი“, „ყველაფერი სისულელეა“, „ყველაფერი ჩემი ბრალია“. ასეთი გამონათქვამები სერიოზულ ყურადღებას საჭიროებენ ირგვლივმყოფების მხრიდან.

## 2.2 დეპრესიის ტიპები ბავშვებსა და მოზარდებში

ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის შემდეგ ფორმებს განიხილავენ:

**დეპრესიული ეპიზოდი** – ვლინდება დეპრესიული ტრიადით: გუნებ-განწყობის დაქვეითება, მოტორული ცვლილებები, ფსიქიკური აქტივობის დაქვეითება. ეპიზოდი შეიძლება 4-5 კვირა გაგრძელდეს, თუმცა შესაძლებელია უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობაც (4-6 თვე).

ასაკის შესაბამისად, დეპრესიული ტრიადის ერთ-ერთი კომპონენტი შესაძლოა მეტ-ნაკლებად იყოს გამოვლენილი.

**დეპრესიული რეკურენტული აშლილობა** – როდესაც ადგილი აქვს დეპრესიული ეპიზოდების განმეორებას

**დისტიმია** არის გუნებ-განწყობის ქრონიკული აშლილობა, რომელიც ახალგაზრდა ასაკში გახანგრძლივებული უხალისობით, დისფორიითა და ემოციური მერყეობით ხასიათდება. პიროვნება ფიქრობს, რომ იგი არავის უყვარს. თვითდამცირების იდეები და თვითშეფასების დაქვეითება დომინანტური ნეგატიური აზრებია. გამოხატულია გაღიზიანებადობა და ბრაზი, რაც ყოველდღიურ პრობლემებზე მომატებული მგრძნობელობით აიხსნება (Kovacs et al., 1994). DSM-IV-ის მიხედვით დისტიმია ქრონიკული დეპრესიული მდგომარეობაა, რომელიც



ბავშვებსა და მოზარდებში გუნებ-განწყობის დაქვეითების იგივე სიმპტომებითაა წარმოდგენილი (დისფორია და გალიზიანებადობა), რაც დეპრესია, თუმცა დეპრესიის დიაგნოზისთვის არასაკმარისად მწვავედაა გამოხატული. ეს სიმპტომები არანაკლებ 1 წლისა უნდა გრძელდებოდეს. ICD-10 – ის მიხედვით საჭიროა სიმპტომების არსებობა, სულ ცოტა, 2 წელი ან მეტი. ამ კლასიფიკაციის თანახმად დისთიმია, ძირითადად, მოგვიანებით მოზარდობისა და მოზრდილობის ასაკში ვითარდება და ბავშვთა ასაკში ამ აშლილობის განვითარების შესაძლებლობას არ ითვალისწინებს. ICD-10-ით დისთიმიის დიაგნოზისთვის პიროვნებას უნიპოლარული დეპრესიისთვის დამახასიათებელი ექვსი სიმპტომიდან ორი სიმპტომი უნდა აღენიშნებოდეს. დეპრესიის სიმპტომებიდან ამოღებულია სუიციდური ქცევა და თვითბრალდება. ითვლება, რომ ეს სიმპტომები არ გვხვდება დისთიმიის დროს და მათი არსებობა დეპრესიაზე მიუთითებს.

კვლევების თანახმად, დეპრესიულ ეპიზოდთან და რეკურენტულ დეპრესიასთან შედარებით დისთიმიას ნაკლებად ახასიათებს გამოხატული ანჰედონია და სოციალური იზოლაცია, თვითბრალდების განცდა, კონცენტრაციის დაქვეითება და ავადმყოფური მგრძნობელობა. დისთიმიის მქონე ბავშვების უმრავლესობას კარგი მადა და ძალიან მცირე ნაწილს ჰიპერსომნია ან ადვილად დაღლა აღენიშნება (Kovacs et al., 1994).

დისთიმიის დიაგნოსტიკისას მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ პიროვნება არ აკმაყოფილებს დეპრესიული ეპიზოდისა და რეკურენტული დეპრესიის კრიტერიუმებს. თუკი დეპრესიული ეპიზოდი წინ უსწრებს დისთიმიას, მაშინ დისთიმიის განვითარებამდე აუცილებელია, სულ ცოტა, 2 თვის მანძილზე ადგილი ჰქონდეს სრულ რემისიას ყველა დეპრესიული სიმპტომისგან. ამის საწინააღმდეგოდ, დისთიმიას შეიძლება თან დაერთოს დეპრესია და ორივე დიაგნოზი ერთად დაისვას (ორმაგი დეპრესია, „double depression“). ამ გაიდლაინში (სადაც დისთიმია არაა განხილული), დისთიმიის მკურნალობასთან დაკავშირებით, თუ ეს კლინიკურად საჭიროა, მსუბუქი დეპრესიისთვის მითითებული რჩევები გაითვალისწინეთ.

## 2.3 დეპრესიის სახეები

**მელანქოლიური დეპრესია** შესაძლოა განვითარდეს ბავშვის პირველი წლებიდან. ამ ტიპის შეტევები იწყება მზარდი განურჩევლობით, მოტორული უმოქმედობით, ემოციური გამოვლინებების გაუფერულებით და გუნებ-განწყობის დაქვეითებით. ბავშვს აღენიშნება ხანგრძლივი უმიზეზო ტირილი, ხან უმიზეზო კრუსუნა. ბავშვი, რომელიც ადრე გამოირჩეოდა აქტიურობით, გახსნილობით, ამჟამად ხდება გულჩათხრობილი, უჭირს დილით ადრე ადგომა; თუ იძულების წესით დგება საწოლიდან დიდხანს რჩება მოდუნებული, არ არის ემოციურად ჩართული არაფერში, გარეგნულად დაღლილად გამოიყურება, სახეზე ტანჯული გამომეტყველება აქვს. მოძრაობები შენელებულია. ბავშვი უარს ამბობს თამაშსა და სეირნობაზე, თუ მაინც თამაშობს, თამაშში შეინიშნება ერთფეროვნება. მეტყველება შეცვლილია – ჩუმი, შენელებული, ფრაზები შემოკლებული, ზოგჯერ დაუკავშირებელი. ბავშვი თითქმის არ მიმართავს მშობლებს და ახლობლებს, ადარ გამოხატავს სურვილებს. ძილი დარღვეულია, იგი არ ამშვიდებს და არ მოაქვს შვება. ხშირია გაღვიძება და უძილოდ წოლა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში; მადა დაქვეითებულია.

შეკავების პერიოდები შეიძლება შეიცვალოს შფოთვის შეტევებით. დამახასიათებელია გუნება-განწყობის მერყეობა. საღამოსკენ, ან ზოგჯერ, დღის ძილის შემდეგ შეინიშნება გამოცოცხლება. ბავშვი, ჩვეულებრივ, ემოციურად რეაგირებს მოფერებაზე, თუმცა ადრინდელი სინტონურობის

გარეშე. თვალსაჩინოა შეუსაბამობა ცუდ თვითგრძნობასა და სომატური სიმპტომების არარსებობობას შორის. ხშირად დეპრესიულ განცდებზე საუბარი შესაძლებელი ხდება 8 წლის ასაკის შემდეგ, როდესაც ბავშვების უმეტესობას უჩნდებათ მისი სიტყვიერად აღწერის უნარი.

ბავშვებში ხშირია დადლილობის, მოძრაობის სურვილის დაკარგვის, მუცლისა და კიდურებში ტკივილის შეგრძნებები. უფრო მოგვიანებით ასაკში ისინი უჩივიან მოწყენილობას, იშვიათად სევდას, თავიანთ უუნარობას ეთამაშონ და კონტაქტში იყვნენ თანატოლებთან. აღნიშნავენ აგრეთვე, რომ მათ აქვთ სევდიანი შინაარსის მოგონებები.

მელანქოლიური დეპრესიის დროს ყოველთვის გამოხატულია სომატო-ვეგეტატური სიმპტომები, როგორებიცაა მომატებული მგრძობელობა, ოფლიანობა, მადისა და სხეულის მასის დაქვეითება, გულისცემის აჩქარება. ასევე, დისბაქტერიოზის სიმპტომებით. ამიტომ, სანამ ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტთან მოხვდებიან, ასეთი ბავშვები ხშირად აკითხავენ ზოგადი პროფილის ექიმებს და უტარდებათ მრავალი გამოკვლევა.

მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ, აფექტის მონოტონურობა კიდევ დიდხანს რჩება, რაც ჯანმრთელი ბავშვისთვის დამახასიათებელი არაა.

შეტევა შესაძლოა გაგრძელდეს 3-5 კვირა, მაგრამ ზოგჯერ 4-6 თვემდე.

**ადინამიური დეპრესიის** დროს, ბავშვები ავლენენ მოდუნებას, მოძრაობის შენელებას, გარე სამყაროსადმი ინტერესის დაკარგვას, (პრაქტიკულად ყველაფრისადმი, გუნებ-განწყობა არის მონოტონური და განურჩეველი, მაგრამ ტიპური სევდის განცდა ამ დროს არ არის. გუნებ-განწყობა არ არის ლაბილური, ჩივილებს არ ადგენენ. კომუნიკაცია ირგვლივმოფრთხილად დარღვეულია. პრევალირებს მოტორული მოდუნება ადინამიით, ხანგრძლივი დაყოვნებით ერთსა და იმავე პოზაში, შესაძლებელია ჰიპერესთეზია, როცა ხმაური, ხმამაღალი ბგერები, ან მუსიკა იწვევს ბავშვის გაღიზიანებას (თუ ეს არაა გამოწვეული სენსორული ინტეგრაციის დარღვევებით). ამ დროს ზოგიერთს შესაძლოა განუვითარდეს ტიკები, სხეულსახვითი მოძრაობების ცვლილებები: დადიან მოხრილები, მოხუცი ადამიანებრივით. ადინამიას თან ახლავს დადლილობის და განურჩევლობის გრძნობა. თუ მშობლების იძულების შემდეგ, ისინი მაინც იწყებენ თამაშს, უხალისოდ იწყებენ და მალევე წყვეტენ. აქტივობის იძულება ხშირად იწვევს მათში გამღიზიანებლობას და უკმაყოფილებას.

ადინამიური დეპრესიის ხანგრძლივობა რამდენიმე კვირიდან, 3-4 თვემდეა.

**ასთენიური დეპრესია** ხასიათდება გუნებ-განწყობის დაქვეითებით, იოლი განლევადობით, უსუსურობის, უღონობის განცდით, და გამღიზიანებლური სისუსტით, რაც ჭირვეულობითა და ტირილით ხასიათდება.

ნებისმიერი საქმის კეთების დროს ბავშვები მალევე იღლებიან. გაძნელებულია უმარტივესი მოქმედებების, თუნდაც თამაშის მიზანმიმართული დასრულება. ასეთი ბავშვები ადვილად კარგავენ ინტერესს დაწყებული საქმისადმი. გამოვლენილი ჭირვეულობა დაკავშირებულია ბავშვის მიერ თავისი უუნარობის გაცნობიერებასთან. ამ ბავშვებს, ხშირად, მფრინავი ტკივილები აღნიშნებათ რომელთა კუპირება ანალგეტიკებით ვერ ხერხდება. იშვიათი არაა ჩივილები მოწყენილობასა და საქმის კეთების უუნარობაზე.

ასთენიურ დეპრესიას ახასიათებს სიმწვავის მიხედვით ცვალებადობა ან შეიძლება შეიცვალოს სხვა დეპრესიული მდგომარეობით (მელანქოლიური, ან შფოთვიანი ტიპით). ასევე,

შესაძლებელია დეპრესიიდან ნორმოტიმიური გამოსვლა. ასთენიური დეპრესიის ხანგრძლივობა რამდენიმე კვირიდან 2-4 თვეა.

**აქტირებული დეპრესია** ხასიათდება გუნებ-განწყობის დაქვეითებით და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის განცდით, აქტივობის დაქვეითებით, სიმორცხვით, მომატებული მგრძნობელობით და ზოგადი მოდუნებით. დღის განმავლობაში რამდენჯერმე იწყება შფოთვა, ზოგჯერ ისტერიოფორმული გამოვლინებებით. შფოთვა უსაგნოა, მისი სიღრმე მერყეობს და ზოგჯერ რაპტუსის მდგომარეობას აღწევს. ბავშვი შესაძლოა ყვიროდეს, იკაწრავდეს სახეს, ეცემოდეს იატაკზე (temper tantrum). დეპრესიული აფექტი ლაბილურია, გამოხატულია სისხლმარღვოვან-ვეგეტატური აშლილობები კანის გაფითრებით ან გაწითლებით, ოფლიანობით, რომელიც იცვლება შემცივნებით, უეცრად აღმოცენებული წყურვილის გრძნობით, ან მადის მომატებით ბულიმიამდე, ჰიპერ და ჰიპოთერმიით. ეს მოვლენები მოგვაგონებენ დიენცეფალურ აშლილობებს. ზოგჯერ შფოთვა მოულოდნელად წყდება. ბავშვები შესაძლოა გამოთქვამდნენ თვითბრალდების და საკუთარი თავისადმი ცუდის სურვილის სენტენციებს. მსგავსი შფოთვიანი მდგომარეობები შესაძლოა სხვადასხვა ინტენსივობით იყოს გამოხატული დღის განმავლობაში. საღამოს საათებში მდგომარეობა შესაძლოა რამდენადმე გაუმჯობესდეს, თუმცა იოლად აღმოცენდება უკმაყოფილება, გაღიზიანებადობა ან მოუსვენრობა. შეიძლება, მოულოდნელად განვითარდეს ძლიერი შფოთვა.

**დეპრესია თვითბრალდების იდეებით** ყველაზე ახლოა კლასიკურ დეპრესიასთან დამახასიათებელი ტრიადით: დაქვეითებული გუნებ-განწყობით, დატანჯული სახის გამომეტყველებითა და მოძრაობა-მოქმედებების შემცირებით. ამ დროს აღინიშნება გუნებ-განწყობის მერყეობის დღელამური რიტმები. საღამოს ან დღისით ძილის წინ იზრდება მოძრაობითი აქტივობა (ხშირად ეს უმიზნო სიარულია). შესაძლოა უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულის სხვადასხვა მიდამოში. ზოგჯერ გამოხატულია დანაშაულის, თვითბრალდების, საკუთარი თავისადმი ზარალის მიყენების იდეები. თუმცა, არასრულფასოვნების ასეთი იდეები გამოირჩევიან გულუბრყვილო შინაარსით. ზოგჯერ ბავშვი ითხოვს პატიებას წარსული სიცელქის გამო და პირობას დებს, რომ დამჯერი გახდება. ზოგჯერ გამოხატულია სიბრალულის განცდა მთელი ქვეყნიერების და საკუთარი თავის მიმართ. შესაძლოა ფანტასტიკური მელანქოლიური ბოდვის ელემენტები, მთელი სამყაროს დაღუპვის აზრებით. ნიჰილისტური განცდები ჩვეულებრივ არამდგრადია.

გარეგნულად ბავშვები „დაბერებულად“ გამოიყურებიან, თავი ჩაქინდრული აქვთ, მხრებში ჩაწეული, ფეხებს „მიაჩოჩიალებენ“, მეტყველება გაუგებარია, ლაპარაკობენ ჩურჩულით, მადა და ძილი დარღვეულია.

ბავშვებში შესაძლებელია გვხვდებოდეს გრძნობადი ბოდვა კაპგრა-ფრეგოლის სიმპტომებით, როდესაც გარშემომყოფებს აღიქვამენ ორ პლანში: რეალურში და ილუზორულში, ვლინდება უარყოფითი და დადებითი ორეულის სიმპტომი; არცთუ იშვიათად, უარყოფითი ორეული წარმოგვიდგება ბოროტი ცხოველის სახით. დამახასიათებელია აგრეთვე უარყოფითი ორეულის სიმპტომის სწრაფი შეცვლა დადებითი ორეულის სიმპტომით. ეს აშლილობები დაკავშირებულია არა მხოლოდ დეპრესიული აშლილობის სიღრმესთან, არამედ ბავშვის ფსიქიკური სიმწიფის სხვადასხვა დონესთან. იდეატორული კომპონენტის გართულება შეინიშნება ბავშვებში 5-6 წლის შემდეგ, ხოლო კაპგრა-ფრეგოლის სინდრომი 6-8 წელზე მეტ ასაკში.

დეპრესია დანაშაულის იდეებით, არცთუ იშვიათად იცვლება შერეული მდგომარეობებით, რომლისთვისაც დამახასიათებელია გუნებ-განწყობის დაქვეითება იდეატორული შეკავების გარეშე, თუმცა აღინიშნება მოტორული მოდუნება ან აკინეზიაც კი. ასეთი ბავშვები დროის ძირითად ნაწილს განმარტოებით ატარებენ, ხშირად გაუნძრევლად არიან. უპირატესად, მძიმე, დამთრგუნველი ხასიათის ფანტაზიებს ემღებებიან. ბავშვები ფიქრობენ სიკვდილზე, წარმოიდგენენ დაკრძალვის სცენებს, სევდა ამ შემთხვევაში შესაძლებელია შეიცვალოს ცრემლიანი დეპრესიით.

**დეპრესია დისფორიით** ხასიათდება სუსტად გამოხატული სევდის აფექტით და გარშემომყოფების მიმართ უკმაყოფილების განცდითა და აგრესიულობით. ამ დროს აღინიშნება პერვერზიული შინაარსის ფანტაზიები, რომელშიც ჭარბობს მკვლელობის, კატასტროფებისა და ნგრევის თემატიკა. ქცევაში აღინიშნება არამდგრადობა, აფექტური ფეთქებადობა პირქუშობასთან ერთად, რაც დეპრესიას დისფორიულ ელფერს აძლევს. მდგომარეობის დამძიმების შემთხვევაში დეპრესიის გაღრმავების გარეშე შეიძლება, საკუთარი სიცოცხლის გამო აკვიატებული შიშები გამოვლინდეს.

**დეპრესია აკვიატებებით.** ამ ტიპის დეპრესიის დროს ალგიური შეგრძნებებისა და დაქვეითებული გუნებ-განწყობილების ფონზე იდეატორული და მოტორული აკვიატებები აღინიშნება. დეპრესიული მდგომარეობის დამძიმებასთან ერთად ხდება ობსესიური სიმპტომების გაღრმავება. აკვიატებული შიშების შინაარსი, ჩვეულებრივ, დეპრესიულ მდგომარეობას ასახავს. ბავშვს ეშინია, როგორც თავისი, ასევე, ახლობლების სიკვდილის, მათი დაკარგვის. მათ საკმაოდ ხშირად აღენიშნებათ საკუთარი თავისადმი მიმართული აგრესია. ამ შემთხვევებში დეპრესიას ნიღბავს ფსიქოპათიური ქცევები.

**დეპრესია დეპროსონალიზაციით და დერეალიზაციით.** ამ დროს შეინიშნება ბავშვის თვითცნობიერების დარღვევა. იგი გარშემომყოფი სულიერი თუ უსულო საგნებისაგან საკუთარი თავის დიფერენცირებას ვერ ახდენს, ანუ დარღვეულია საკუთარი და ირგვლივმყოფების „მე“-ს განსხვავების უნარი. ამ მდგომარეობისთვის შფოთვის აფექტია დამახასიათებელი. ბავშვი ხშირად უარყოფს საკუთარ „მე“-ს და ჩაანაცვლებს მას სხვა „მე“-თი. იგი არ პასუხობს სახელით დამახებაზე და აქტიურად უარყოფს საკუთარ სახელს. საკუთარი სახელის იგნორირება, როგორც წესი, თხოვნითა ან ახსნა-განმარტებებით არ კორიგირდება. აღსანიშნავია, რომ ბავშვს თავად არ ესმის თავისი განცდის მიზეზები. ამ მდგომარეობას ახასიათებს სადღეღამისო მერყეობა: საღამოს საათებში ბავშვები რეაგირებენ თავიანთ სახელზე. ეს დარღვევები თამაშის დროს გარდასახვასთან არაა დაკავშირებული.

თვითცნობიერების აშლილობის გარდა ადგილი აქვს საკუთარი სხეულის სქემის დარღვევას, როდესაც სხეული ან მისი ცალკეული ნაწილები არა ერთ მთლიანობად, არამედ დანაწევრებულად და გაუცხოებულად აღიქმება. ამ შეგრძნებას თან ახლავს ტირილი, შფოთვა, მოუსვენრობა, ზოგჯერ აჟიტაციაც. ბავშვები უჩივიან, რომ „ხელები მას არ უჯერებენ“ ზოგჯერ თხოვენ მოაშორონ „ცუდი“ ხელი, შეუხვიონ ბინტი. ფიზიკური ერთიანობის დარღვევის განცდა შესაძლოა იყოს როგორც თვითცნობიერების შეცვლის ფონზე, ასევე მის გარეშეც. შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს საკუთარი ქცევებისდმი გაუცხოების შეგრძნებას. ბავშვი დარწმუნებული არაა განახორციელა თუ არა მოცემული აქტივობა. ისინი შემფოთებულები კითხულობენ „ჩავიცვი თუ არა“, „დავლიე თუ არა“. ამავე დროს ისინი, ხშირად, რამდენჯერმე იმეორებენ ერთსა და იმავე მოქმედებას, რადგან განიცდიან აფორიაქებას საკუთარი მდგომარეობის გამო. მათ დაკარგული აქვთ საკუთარი ქმედებების აღქმის უნარი. ეს

მდგომარეობა, როგორც წესი, მძაფრდება დეპრესიის გაღრმავებასთან ერთად და იწვევს შფოთვისა და დაბნეულობის განცდას.

ასევე, შესაძლებელია, ბავშვს დაერღვეს საკუთარი გრძნობების აღქმის უნარი. ანუ მოხდეს საკუთარ გრძნობებთან გაუცხოება. ადგილი ჰქონდეს საკუთარი ასაკის, სქესის აღქმის დარღვევებს, განცდის უნარის დაკარგვას. ზოგჯერ, თავს იჩენს უკვე ნანახის ფენომენი, დროის აჩქარების შეგრძნება, მალე დაბერებისა და მოსალოდნელი სიკვდილის შიში.

შესაძლებელია არსებობდეს დერეალიზაციაც. ის ჩვეულებრივ მარტივია და ვლინდება ჩივილებით, რომ გარე სამყარო „გაუგებრად“ და არამკვეთრად აღიქმება, „როგორც ძილში“. თუმცა, ეს განცდები არამდგრადი და ეპიზოდურია. ეს შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ ბავშვისათვის უფრო მნიშვნელოვანია აუტოფსიქიკური და არა ალოფსიქიკური დეპერსონალიზაცია, რაც სავარაუდოდ ბავშვის ონტოგენეზის თავისებურებებიდან გამომდინარეობს. მათთვის გარე სამყაროს მოვლენები ნაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე საკუთარი პერსონა.

**ფსიქოზური დეპრესია** – დეპრესია, რომლის დროსაც დეპრესიული აშლილობა შეუღლებულია ჰალუცინაციებთან და ბოდვებთან.

პრეპუბერტული ასაკის ბავშვებისათვის უფრო სმენითი ჰალუცინაციებია დამახასიათებელი, ხოლო მოზარდებს, როგორც ჰალუცინაციები, ასევე ბოდვითი აშლილობები აღენიშნებათ.

ბავშვებში შესაძლებელია გვხვდებოდეს კაპგრასა (Capgras syndrome) და ფრეგოლის (Fregoli syndrome) სინდრომები (ორეულის ბოდვა). ვლინდება როგორც უარყოფითი, ასევე დადებითი ორეულის ბოდვა. უფრო გაშლილი იდეატორული აშლილობები 5-6 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებისთვისაა დამახასიათებელი. კაპგრა-ფრეგოლის სინდრომი უმეტესად 6-8 წლის შემდეგ გვხვდება.

ფსიქოზური დეპრესია დეპრესიული ეპიზოდის მძიმე მიმდინარეობის მაჩვენებელია. ასეთ შემთხვევებში დიდია ბიპოლარული აფექტური აშლილობის განვითარების ალბათობა. დაავადებამ მომავალში შეიძლება რეკურენტული მიმდინარეობა შეიძინოს. ასევე, ამ მდგომარეობის დროს მაღალია სუიციდის რისკი.

## 2.4 დეპრესიის დიაგნოზი

ICD-10-ის მიხედვით ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიული აშლილობები იგივე კრიტერიუმებით ფასდება, როგორც მოზარდილთა ასაკში.

- **დეპრესიის ზოგადი კრიტერიუმებია:**
  - დეპრესიული მდგომარეობის ხანგრძლივობა უნდა იყოს არანაკლებ 2 კვირისა;
  - ანამნეზში არ უნდა იყოს მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური ეპიზოდები;
  - ეპიზოდი არ უნდა უკავშირდებოდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღებას, (FF10) ან სხვა ორგანულ ფსიქიკურ აშლილობას (F00-F09).
- **ძირითადი კრიტერიუმებია:**
  - გუნებ-განწყობის დაქვეითება;
  - ინტერესებისა და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;
  - აქტიურობის დაქვეითება.

- დამატებითი სიმპტომებია:
  - ყურადღებისა და კონცენტრირების უნარის დაქვეითება;
  - თვითრწმენისა და თვითშეფასების დაქვეითება;
  - თვითბრალდების და თვითდამცირების იდეები;
  - აზრი ან ქმედება თვითდაზიანებისა და თვითმკვლელობის მიზნით;
  - ძილის დარღვევა;
  - მადის დაქვეითება.
- დეპრესიის ტიპური სიმპტომებია:
  - სულ მცირე, ორი კვირის მანძილზე მუდმივად დაქვეითებული გუნება-განწყობა;
  - შესაძლებელია აღინიშნებოდეს გუნება-განწყობის დღელამური მერყეობა;
  - ზოგჯერ, შფოთვა, სასოწარკვეთა და აჟიტაცია დეპრესიაზე მეტადაა გამოხატული ან
- გუნება-განწყობის დაქვეითება შენიღბულია და ვლინდება შემდეგი ნიშნებით:
  - გაღიზიანებადობით;
  - ალკოჰოლის (ფსიქოაქტიური ნივთიერებების) ჭარბი მოხმარებით;
  - ისტერიულობით;
  - ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომებით;
  - იპოქონდრიული იდეებით;
  - სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომებით.

განსაკუთრებული კლინიკური მნიშვნელობა აქვს დეპრესიის სომატო-ვეგეტატურ ანუ „მელანქოლიის“ ნიშნებს:

- ჩვეულებრივ მისთვის სასიამოვნო საქმიანობისადმი ინტერესისა და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა – ანჰედონია;
- გარემოსა და მოვლენებზე ემოციური რეაქტიულობის დაკარგვა;
- დილით ჩვეულ დროზე ადრე გამოღვიძება (>2 საათით);
- დეპრესია უფრო მძიმეა დილაობით;
- მადის მკვეთრი დაქვეითება;
- წონაში დაკლება ბოლო ერთი თვის მანძილზე 5%-ით (ან ასაკის შესაბამისად ბავშვი წონაში არ იმატებს);
- ობიექტური მონაცემები მკვეთრად გამოხატული შეკავებაზე ან აჟიტაციაზე
- ლიბიდოს დაქვეითება;
- ფსიქომოტორული შეკავება ან აჟიტაცია.

## 2.5 დიფერენციალური დიაგნოზი

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიული აშლილობების დიაგნოზის დასმა ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სახეზეა დეპრესიული ეპიზოდისთვის დამახასიათებელი ნიშნები. დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გავატაროთ იმ პათოლოგიურ მდგომარეობებთან, რომლებსაც შეუძლიათ დეპრესიული აშლილობის იმიტაცია.

- მედიკამენტების მიღებით გამოწვეული მდგომარეობა:
  - ბეტა ბლოკატორები;
  - კორტიკოსტეროიდები;

- კონტრაცეპტივები;
- ნეიროლევსიური პრეპარატები.
- **სომატური დაავადებები:**
  - ჰიპო/ჰიპერთირეოზი;
  - მონონუკლეოზი;
  - ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი;
  - ნაწლავის ანთებითი დაავადებები (Inflammatory Bowel Disease);
  - მგლურა, ან სხვა კოლაგენოზები;
  - ტუმორი, ან ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დაავადებები.
- **ინფექციები:**
  - აივ ინფექცია;
  - ჰეპატიტი.
- **ფსიქიკური აშლილობები:**
  - დისტიმია;
  - ადაპტაციური დარღვევები დეპრესიული სიმპტომატიკით;
  - შფოთვითი აშლილობა;
  - ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობა;
  - ქცევის აშლილობა;
  - ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბოროტად მოხმარება;
  - ნერვული ანორექსია;
  - ბულიმია.

## 2.6 მიმდინარეობა და პროგნოზი

დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების 10% შემთხვევაში პირველი სამი თვის მანძილზე სპონტანურ გამოჯანმრთელდებას აქვს ადგილი. დარჩენილი 40% მდგომარეობიდან ერთი წლის განმავლობაში გამოდის. დეპრესიულ პირთა 50% ერთი წლის შემდეგ, კვლავ, დეპრესიაშია. 24 თვის თავზე ეს რიცხვი დაახლოებით 20–30%–ია (Harrington & Dubicka, 2001; Goodyer et al., 2003). დეპრესიის მიმდინარეობაზე მკურნალობის გავლენა ბოლომდე შესწავლილი არაა, თუმცა კლინიკურმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მკურნალობა დეპრესიის ხანგრძლივობას ამცირებს.

დეპრესიის ყველაზე ხშირი გართულება სუიციდია. სუიციდის რისკი შემდეგი 10 წლის მანძილზე 3%–ით იზრდება (Harrington, 2001). თვითმკვლელობის პრევენციისთვის აუცილებელია შესაბამისი სამკურნალო პროგრამების განხორციელება. თუმცა, მათ შეიძლება თავად დეპრესიაზე არ იმოქმედონ და მოცემული აფექტური აშლილობისთვის სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარება გახდეს საჭირო (Harrington et al., 1998). დეპრესიით გამოწვეულ სხვა გართულებებს მიეკუთვნება სკოლაში მოსწრების გაუარესება, მეგობრული ურთიერთობების დამყარებისა და შენარჩუნების უუნარობა.

ახალგაზრდებში პერსისტენტული დეპრესია პიროვნულ თვისებებსა და ფუნქციონირებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს. ზოგი მეცნიერის აზრით, პერსისტენტული დეპრესია ბავშვებსა და მოზარდებში ქიმიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს „ე.წ. იარებს“ იწვევს, რაც ტვინის ფუნქციების შეუქცევად დაზიანებაზე მიგვანიშნებს (Post, 1992; Sokolov & Kutcher, 2001).

ნაჩვენებია, რომ ყოველი მომდევნო დეპრესიული ეპიზოდის განვითარებაში, გარემო ხელშემწყობი ფაქტორების როლი სულ უფრო მცირდება. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ განმეორებადი დეპრესიული ეპიზოდები ზრდის დეპრესიისადმი პიროვნების მოწყვლადობას (Kendler et al., 2000; Kendler et al., 2001).

პირველი დეპრესიული ეპიზოდის შემდეგ, დაახლოებით 30%-ს, პირველი ხუთი წლის განმავლობაში, განმეორებითი ეპიზოდები უვითარდება (Fombonne et al., 2001a & b). იმ პირებს, რომლებსაც რეკურენტული ან ქრონიკული მიმდინარეობა ადრეულ ასაკში განუვითარდათ, სავარაუდოდ, უფრო გამოხატული დარღვევები და შრომისუნარიანობის მეტად დაქვეითება აღენიშნებათ. დეპრესია გავლენას ახდენს პიროვნების მთელ ცხოვრებაზე, დასაქმებაზე, სოციალურ, ემოციურ და ფიზიკურ მდგომარეობაზე. დეპრესია, ასევე სტიგმასთანაა დაკავშირებული. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ ბავშვობასა და მოზარდობაში განვითარებული დეპრესიული ეპიზოდი, უმეტეს შემთხვევაში, არ იღებს ქრონიკულ ან რეკურენტულ ხასიათს.

## 2.7 ეპიდემიოლოგია

ამერიკულ ფსიქიატრთა ასოციაციის მონაცემების თანახმად პრეპუბერტული ასაკის ბავშვებში დეპრესიული აშლილობების გარცელება 2%, ხოლო პუბერტატის ასაკში 5%-ია.

12-თვიანი პერიოდის მანძილზე პრეპუბერტულ ასაკში დეპრესიის გავრცელების ალბათობა 1%, ხოლო პოსტპუბერტულ მოზარდებში 3%-ია (Angold & Costello, 2001). პრეპუბერტულ ასაკში გავრცელების სიხშირე ორივე სქესში თანაბარია, ხოლო პოსტპუბერტულ შემთხვევებში მდედრობითი სქესი ჭარბობს და ეს განსხვავება ასაკთან ერთად იზრდება. 2000 წელს ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ (Meltzer et al., 2000) 5-15 წლის ასაკის პირების 10%-ს ფსიქიკური პრობლემები აღენიშნებოდა, აქედან 4% ემოციურ (დეპრესია და შფოთვა) და 0.9% დეპრესიაზე მოდიოდა. დეპრესიის მქონე ბავშვები და მოზარდები თითქმის ორჯერ მეტ შემთხვევაში მარტოხელა მშობელთან ცხოვრობდნენ (28% vs 15%). ორჯერ მეტს ჰყავდა ორივე, მაგრამ უმუშევარი მშობელი (27% vs 12%) და უფრო ხშირად მათ მშობლებს დაბალი შემოსავალი და კვალიფიკაცია ჰქონდათ და სოციალურად წარუმატებელ უბნებში ცხოვრობდნენ. გარდა ამისა, 50% შემთხვევაში ასეთი ბავშვების მშობლებს, თავად, ზოგადი ჯანმრთელობის პრობლემები აღენიშნებოდათ. ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიას, ხშირად, სხვა ფსიქიკური აშლილობები ახლავს თან.

არსებობს მონაცემები, რომ პირებს, რომლებიც გამოსასწორებელ კოლონიებში იმყოფებიან დეპრესიისა და ფსიქიკური აშლილობების განვითარების, განსაკუთრებით, მაღალი რისკი აქვთ (Meltzer et al., 2003b).

დეპრესია ხშირია ისეთ ინდივიდებში, რომლებსაც ახასიათებთ:

- სკოლის გაცდენები (სკოლაში სიარულზე უარის თქმა უფრო გოგონებისთვისაა დამახასიათებელი);
- ქცევითი პრობლემები, რომლებსაც დისციპლინური სასჯელი მოყვება;
- განმეორებადი თვითდაზიანებები;
- ალკოჰოლ- ან წამალდამოკიდებულება.



დეპრესია ხშირად ემართებათ იმ პირებს, რომლებიც ბავშვობაში ან ახალგაზრდა ასაკში ფიზიკურ, სექსუალურ თუ ფსიქოლოგიურ ძალადობას ან არასათანადო მოპყრობას განიცდიან ან გადატანილი აქვთ სხვა ძლიერი ტრავმული მოვლენა ან კონფლიქტურ ოჯახში ცხოვრობენ.

დისტიმია გვხვდება მოზარდების 3,3%-ში. პუბერტატამდე თანაფარდობა ვაჟებსა და გოგონებში თანაბარია, თუმცა პუბერტატის დროს, პროცენტულობა გოგონებში იმატებს (14, 9).

## 2.8 ეტიოლოგია

დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების 95%-ზე მეტს ხანგრძლივი ფსიქოსოციალური პრობლემები, ბულინგი და სოციალური იზოლაცია აღენიშნება. ძალიან მცირე ნაწილს დეპრესია ერთჯერადი ძლიერი (უპირატესად ეს ხდება პიროვნულად მნიშვნელოვანი) ტრავმული სიტუაციის შედეგად უვითარდება. დეპრესიის შემთხვევების 50–70% არის მწვავე, ვითარდება მაპროვოცირებელი მოვლენიდან რამდენიმე კვირაში. დანარჩენი შემთხვევების 30–50%-ში დეპრესია თანდათანობით, ფსიქოსოციალური სირთულეების პარალელურად ვითარდება (Rueter et al., 1999; Goodyer et al., 2000a).

არსებობს დეპრესიის განვითარების მრავალი ეტიოლოგიური თეორია – გენეტიკური, ბიოქიმიური, ენდოკრინული, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სოციოეკონომიკური. ცალკე არც ერთი თეორია საყოველთაოდ აღიარებული არ არის, თუმცა პრაგმატული მოდელი, რომელიც ამ თეორიებს აერთიანებს (სტრეს–მოწყვლადობის მოდელი – ‘Stress-Vulnerability’ model; Nuechterlein & Dawson, 1984) კლინიკური მიზნებისთვის ფართოდ გამოიყენება. ამ მოდელის თანახმად ბავშვს ან მოზარდს დეპრესიის მიმართ სხვადასხვა ხარისხის მოწყვლადობა უვითარდება, რომელიც გენეტიკური, ენდოკრინული და ადრეული ოჯახური ფაქტორებითაა განპირობებული (მაგალითად, ემოციური დეპრივაცია ან სექსუალური ძალადობა). ამ წინაგანწყობას უერთდება სოციალური გარემოებები (მაგალითად, სიღარიბე, ოჯახური პრობლემები), ასევე სტრესული მოვლენები, რამაც შესაძლოა დეპრესიის განვითარებაში გამშვები მექანიზმის როლი შეასრულოს (Harris, 2000).

ითვლება, რომ რისკის დაახლოებით 30% გენეტიკურ ფაქტორებს უკავშირდება. გენეტიკა ზრდის მიდრეკილებას სხვა „დეპრესოგენული“ თავისებურებებისადმი, როგორცაა ნეგატიური ტემპერამენტი ან ცხოვრებისეული სიტუაციების უფრო რთულად და მძიმედ გადატანა (Caspi et al., 2003b; Kendler et al., 2004). ზოგადად ითვლება, რომ პრეპუბერტულ ასაკში დეპრესიული სიმპტომატიკის განვითარებაზე გენეტიკური ფაქტორები ნაკლებად ახდენენ გავლენას, თუმცა, მათი მნიშვნელობა დეპრესიული აშლილობის განვითარებაში ბოლომდე შესწავლილი არ არის (Rice et al., 2002).

დეპრესიის ბიოქიმიური თეორიები მოიცავენ მონოამინურ თეორიასაც, რომელიც ტვინში „სეროტონინული სისტემის“ მონაწილეობაზე მიუთითებს (Birmaher & Heydl, 2001). არსებობს მონაცემები, რომ დეპრესიის განვითარებაში სხვა ნეიროტრანსმიტერებიც მონაწილეობენ. ასევე, კვლევები დეპრესიის მიმართ სტეროიდულ მოწყვლადობაზეც მიუთითებენ (Birmaher & Heydl, 2001), რაც იმაში მდგომარეობს, რომ კორტიზოლის მაღალი დონე წინ უსწრებს დეპრესიის განვითარებასა და ტვინის ფუნქციონირების გაუარესებას (მათ შორის, გავლენას ახდენს სეროტონინზეც) (Goodyer et al., 2000a). მნიშვნელოვანია, რომ კარგად მყოფ მოზარდებს, რომელთა დედებს მათზე მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის გამო კორტიზოლის მაღალი დონე ჰქონდათ, თავადაც, სისხლში კორტიზოლის მნიშვნელოვნად მომატებული მაჩვენებელი აღენიშნებოდათ. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ ადრეული ბავშვობისდროინდელი მდგომარეობა

ხანგრძლივ ბიოქიმიურ ზეგავლენას ახდენს და ზრდის დეპრესიისადმი მოწყვლადობის რისკს (Halligan et al., 2004).

ფსიქოლოგიური პროცესების თავისებურება, აზროვნების თანდაყოლილი პატერნი, მაგალითად, ცუდ ხასიათზე ყოფნისას საკუთარი თავის ნეგატიურად შეფასებისადმი მიდრეკილება და ამ აზრების „ლეჭვა/ცოხნა“, ცნობილია, რომ ფსიქოსოციალური წარუმატებლობის შემთხვევაში ზრდის დეპრესიული ეპიზოდის განვითარების რისკს (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Kelvin et al., 1999; Park et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2000; Spasojevic & Alloy, 2001).

ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ოჯახური ფაქტორებია: დისჰარმონიული ოჯახი, სექსუალური, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა, ხოლო არაოჯახური სირთულეებია – მეგობრებთან ურთიერთობის გაწყვეტა და ალკოჰოლ-წამალმომხმარება. დეპრესიაში მყოფი ახალგაზრდისთვის ეს პრობლემები შემანარჩუნებელი ფაქტორების როლს თამაშობენ. სუსტი მეგობრული კავშირები და სხვა არასასურველი ცხოვრებისეული მოვლენები ახანგრძლივებენ დეპრესიულ ეპიზოდს (Goodyer et al., 2001). ახალგაზრდა ასაკში განვითარებული პირველი დეპრესიული ეპიზოდი 30% შემთხვევებში 18 თვეზე მეტხანს გრძელდება. დადგენილია, რომ მეგობრებთან ქრონიკული უთანხმოება, ოჯახური პრობლემები და მწვავე სიმპტომების არასათანადოდ მკურნალობა დეპრესიული ეპიზოდის ხანგრძლივობაზე უარყოფითად მოქმედებს და მათ შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირი არსებობს (Goodyer et al., 2003).

დეპრესიული ეპიზოდის განვითარებაში პიროვნული წარუმატებლობა და იმედგაცრუება მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ. ბავშვობაში ეს უფრო ოჯახური პრობლემებითაა განპირობებული, ხოლო მოზარდობაში მეგობრობა მეტად მნიშვნელოვანი ხდება. თუმცა, ნებისმიერმა ძლიერ დისტრესულმა მოვლენამ, შეიძლება, დეპრესიისადმი მიდრეკილ ახალგაზრდა პირებში, რომლებსაც ქრონიკული ოჯახური პრობლემები აქვთ, დეპრესიული ეპიზოდისთვის გამწვავები მექანიზმის როლი შეასრულოს (Goodyer, 2001).

დეპრესიის ძირითად რისკ ფაქტორებში შესაძლოა 4 ჯგუფი გამოიყოს:

- გენეტიკური, რომელიც ყველაზე კარგადაა შესწავლილი; მიჩნეულია, რომ დეპრესია ხშირად მემკვიდრულ ხასიათს ატარებს. ბავშვის დეპრესიით დაავადების რისკი საგრძნობლად იზრდება, თუ დეპრესიული აშლილობა ორივე მშობელს აღენიშნება; ასეთ შემთხვევებში გასათვალისწინებელია არა მხოლოდ ბიოლოგიური პრედისპოზიცია, არამედ ისიც, რომ ადგილი აქვს უფროსების ქცევითი და ემოციური სტერეოტიპების მოდელირებას, ემოციურ დეპრივაციასა და მშობლების დაქვეითებულ აქტივობას;
- გარემო ფაქტორები: ოჯახური კონფლიქტები, დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, მშობლის ადრეული გარდაცვალება; უარყოფა და ცუდად მოპყრობა ახლობლების მხრიდან. ეს უკანასკნელი მცირეწლოვანი ბავშვებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია;
- ნეგატიური მოვლენები: ახლობლის გარდაცვალება, განსაკუთრებით დედის, 13 წლის ასაკამდე; ახლობლებისგან გარიყვა, მეგობრის დაკარგვა, სექსუალური და ფიზიკური ძალადობა. მშობლების გაყრა, ან დაშორება;
- ბავშვის მახასიათებლები: დაბალი თვითშეფასება, მაღალი თვითკრიტიკულობა, შფოთვის მაღალი დონე, კოგნიტიური პრობლემები, ნეგატიური ატრიბუციული სტილი,

სოციალური უნარ-ჩვევების დეფიციტი. ასევე, აკადემიური ჩამორჩენილობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები (მაგალითად, ჰიპერაქტივობის სინდრომი, ქცევითი და შფოთვითი აშლილობები (3,14,15).

### 3. ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის იდენტიფიცირება და მართვა პირველად ჯანდაცვასა და ფსიქიატრიულ სერვისებში

#### 3.1 პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა

მოცემულ გაიდლაინში მოყვანილი რეკომენდაციები ემყარება დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებზე ზრუნვის საუკეთესო პრაქტიკის სტანდარტებს. დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის პროცესში მნიშვნელოვანია ბავშვისა და მოზარდის ინდივიდუალური თავისებურებებისა და, ასევე, მათი მშობლების ან სხვა მზრუნველების საჭიროებების გათვალისწინება. პაციენტებს უნდა შეეძლოთ მკურნალობასთან დაკავშირებით, გაცნობიერებული არჩევანის გაკეთება. თუმცა, ყურადსაღებია მათი ასაკი, და გადაწყვეტილების მიღების უნარი. ითვლება, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ ახალგაზრდისა და მისი მზრუნველების მკურნალობის პროცესში ჩართვა, დადებითად აისახება მკურნალობის შედეგზე. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი ან მოზარდი სათანადო ასაკის არაა, მედპერსონალმა შესაბამისი კანონით უნდა იხელმძღვანელოს (იხილეთ საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი VIII არასრულწლოვანის უფლებები).

კარგი კომუნიკაცია პროფესიონალებს, პაციენტსა და მის მზრუნველებს შორის ძალიან მნიშვნელოვანია. მკურნალობისა და ინფორმაციის მიწოდებისას საჭიროა კულტურალური თავისებურებების და პაციენტის სხვა საჭიროებების მხედველობაში მიღება, მაგალითად, თუ პაციენტს აღენიშნება ფიზიკური, თუ სენსორული (პაციენტი ყრუ ან ბრმაა) უნარშეზღუდულობა ან ქართულად წერა-კითხვა არ იცის.

იმ შემთხვევების გარდა, სადაც ეს ბავშვისა ან მოზარდისთვის კანონით შეზღუდულია, პაციენტს და მის მზრუნველებს მკურნალობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის საშუალება უნდა მიეცეთ.

#### 3.2 გაიდლაინის დანერგვის ძირითადი საკითხები

გაიდლაინის დანერგვისთვის შემდეგი პრიორიტეტული რეკომენდაციებია მოწოდებული:

##### ➤ შეფასება და კოორდინაციული ზრუნვა

დეპრესიის მქონე ბავშვისა ან მოზარდის შეფასებისას სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსებისას ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტმა უნდა გაითვალისწინოს და მიუთითოს შესაძლო კომორბიდობა, ასევე, სოციალური, ოჯახური ან სწავლასთან დაკავშირებული კონტექსტი. ყურადღება უნდა მიექცეს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს როგორც ოჯახის წევრებთან, ასევე მეგობრებთან, თანატოლებთან და პედაგოგებთან.

##### ➤ მკურნალობის საკითხები ყველა დონეზე

- ბავშვებთან და ახალგაზრდებთან ფსიქოლოგიური თერაპია უნდა ჩაატაროს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპიაში მომზადებულმა ფსიქიატრმა ან ფსიქოლოგმა;
- დეპრესიის პარალელურად საჭიროა კომორბიდული დიაგნოზის მკურნალობა და განვითარების, სოციალური ან სწავლის პრობლემების მართვა. სადაც შესაძლებელია,

რეკომენდებულია სოციალურ და საგანმანათლებლო ზრუნვის სამსახურებთან ალიანსში ფართო საკონსულტაციო და თანამშრომლური ქსელის შექმნა;

- ყურადსადებია, მშობლების შესაძლო ფსიქიკური პრობლემები (განსაკუთრებით დეპრესია). პრობლემის გამოვლენის შემთხვევაში, აუცილებელია მშობლებისთვის მკურნალობის გეგმის შედგენა ან შესაბამის სერვისებში რეფერალი.

#### **I საფეხური: ამოცნობა და რისკის განსაზღვრა**

- პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) სპეციალისტებს, ბავშვებთან და მოზარდებთან შეხებაში მყოფი სამსახურების მედპერსონალს, ფსიქოლოგებს, პედაგოგებს, მანდატურებს და სოციალურ მუშაკებს (ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე სპეციალისტები – ბმმს) დეპრესიული სიმპტომების ან განვითარების რისკის მქონე პოპულაციის ამოცნობასთან დაკავშირებით შესაბამისი ტრენინგი უნდა ჩაუტარდეთ;
- ტრენინგი უნდა მოიცავდეს არსებული და წარსული ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორების ამოცნობას, როგორცაა, ასაკი, სქესი, ოჯახური პრობლემები, ბულინგი, ემოციური, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა, კომორბიდული დაავადებები, ალკოჰოლ ან წამალდამოხმარება, დეპრესიის ოჯახური ანამნეზი, მნიშვნელოვანი დანაკლისი, მრავლობითი რისკ-ფაქტორის მნიშვნელობა, ეთნიკური და კულტურალური ფაქტორები, და სხვა ფაქტორები, რომლებიც ცნობილია, რომ ასოცირებულია დეპრესიის მაღალ რისკთან და სხვა ჯანმრთელობის პრობლემებთან, მაგალითად, უსახლკარობა, ლტოლვილის სტატუსი და ინსტიტუციებში ცხოვრება;
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდნენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან (პჯდ), ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე სამსახურებთან (ბმმს) მათ უნდა უზრუნველყონ მედპერსონალის ტრენინგები და ხელი შეუწყონ დეპრესიის ან დეპრესიის მაღალი რისკის მქონე პირების დროულ გამოვლენას.

#### **II საფეხური: ამოცნობა**

- დეპრესიის ამოცნობის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია შესაბამისი ინსტრუმენტის შემუშავება, ადაპტირება და დანერგვა და შემდგომში, ამ საკითხთან დაკავშირებით, პირველადი ჯანდაცვის, ბავშვებსა და მოზარდებთან მომუშავე სამსახურების სპეციალისტების ტრენინგები.

#### **III საფეხური: მსუბუქი დეპრესია**

- ბავშვებსა და მოზარდებში მსუბუქი დეპრესიის პირველადი მკურნალობა არ უნდა იყოს მედიკამენტური.

#### **IV და V საფეხურები: ზომიერი და მძიმე დეპრესია**

- ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს მკურნალობა უნდა დაიწყოს ფსიქოლოგიური თერაპიით (მაგალითად, კოგნიტურ ბიჰევიორული ფსიქოთერაპია, ინტერპერსონალური თერაპია, მოკლევადიანი ოჯახური თერაპია ან სხვა ფსიქოლოგიური თერაპია, რომელიც მორგებული იქნება კონკრეტული კლიენტის მდგომარეობას, არანაკლებ, 3 თვის განმავლობაში)

- ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის მქონე ბავშვს ან მოზარდს ანტიდეპრესანტი ენიშნება მხოლოდ ფსიქოლოგიურ თერაპიასთან კომბინაციაში. წამლის გვერდითი ეფექტების გამოსავლენად და ფსიქიკური სტატუსისა და ზოგადი მდგომარეობის შესაფასებლად მკაცრი მონიტორინგია აუცილებელი. მაგალითად, ყოველკვირეული კონტაქტი პაციენტთან ან მის მზრუნველთან მკურნალობის პირველი 4 კვირის მანძილზე. შეხვედრების რიცხვი ინდივიდუალურად უნდა დაზუსტდეს და ჩაიწეროს სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ფსიქოლოგიური თერაპიის დასრულების ან შეწყვეტის შემდეგაც მედიკამენტური მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს. თუმცა, ვინაიდან პაციენტის მდგომარეობა ვეღარ შეფასდება ფსიქოთერაპიის სესიებზე, ექიმმა ფსიქიატრმა, რომელიც ატარებს მედიკამენტურ მკურნალობას, პაციენტის მდგომარეობას რეგულარული მონიტორინგი უნდა გაუწიოს და წამლის გვერდითი ეფექტების გამოვლენისთანავე შესაბამისი ზომები მიიღოს.

მოცემული გაიდლაინის რეკომენდაციები ეყრდნობა მტკიცებულებითი მედიცინის მონაცემებს. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ცხრილში N3.

## 4. რეკომენდაციები ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობასა და მართვასთან დაკავშირებით

### 4.1 დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებზე ზრუნვა

#### ➤ ინფორმაციის მიწოდება, ინფორმირებული თანხმობა და თანადგომა

ბავშვებს, მოზარდებსა და მათი ოჯახის წევრებს (მზრუნველებს) მკურნალობასა და ზრუნვასთან დაკავშირებით გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად სრული ინფორმაცია სჭირდება, რომელიც მედპერსონალმა თანამშრომლურ და მხარდამჭერ გარემოში უნდა მიაწოდოს.

- პაციენტთან და მის ოჯახთან მომუშავე მედპერსონალი, რომელიც მონაწილეობს დეპრესიის გამოვლენაში, შეფასებასა ან მკურნალობაში, ინფორმაციას მათ დროულად უნდა აწვდიდეს. ეს ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს საკითხებს დეპრესიის ბუნების, მიმდინარეობისა და მკურნალობის (წამლის გვერდითი მოვლენების ჩათვლით) შესახებ და ასაკის შესაბამისი უნდა იყოს; (ხარისხი D, დონე Va)
- პაციენტთან და მის ოჯახთან მომუშავე მედპერსონალმა სათანადო დრო უნდა დაუთმოს თანამშრომლური და მხარდამჭერი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას, როგორც პაციენტთან, ასევე მის მშობლებთან (მზრუნველებთან); (ხარისხი D, დონე Va)
- მედპერსონალმა ყველა შესაძლებლობა უნდა გამოიყენოს, რომ პაციენტი და მისი მშობლები (მზრუნველი) მკურნალობის პროცესში ჩართოს. ამასთან, პაციენტისა და მისი მზრუნველის მოლოდინი უნდა გაითვალისწინოს, რომ მკურნალობის დაწყებამდე მათგან გააზრებული ინფორმირებული თანხმობის მიღება შეძლოს; (ხარისხი D, დონე Va)
- არსებული სერვისებისა და პროგრამების შესახებ პაციენტებს და მათ მზრუნველებს სრული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს, რომ მათ ამ პროგრამებით სარგებლობა შესძლონ. (ხარისხი D, დონე Va)

#### ➤ ენა და ეთნიკური უმცირესობები

პაციენტს და მის მზრუნველს ინფორმაცია მისთვის გასაგენ ენაზე უნდა მივაწოდოთ. ფსიქოლოგიური თერაპია, სასურველია, პაციენტის მშობლიურ ენაზე ჩატარდეს.

- სადაც შესაძლებელია, სასურველია პაციენტისა და მისი მზრუნველის წერილობითი ინფორმაციით უზრუნველყოფა; (ხარისხი D, დონე Vb)
- პირველად ჯანდაცვასა და ფსიქიატრიულ სერვისებში მომუშავე პერსონალს დეპრესიის კულტურულ თავისებურებებთან დაკავშირებით ტრენინგები უნდა ჩაუტარდეს; (ხარისხი D, დონე Va)

### ➤ შეფასება და ზრუნვის კოორდინირება

ბავშვთა და მოზარდთა შეფასება სრული და ჰოლისტური უნდა იყოს. უნდა გავითვალისწინოთ ალკოჰოლ და წამალმომხმარება, თვითდაზიანების საშიშროება და სუიციდური აზრები. ასევე, პიროვნების თვითდაზიანების სტრატეგია და მეთოდები. მნიშვნელოვანია დეპრესიის ოჯახური ანამნეზის გამოვლენა, რომელიც მხედველობაში უნდა მივიღოთ.

- მედპერსონალმა სამედიცინო დოკუმენტაციაში ყოველთვის უნდა აღწეროს და დააფიქსიროს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სოციალური და ოჯახური კონტექსტი, პაციენტის ურთიერთობები, როგორც მზრუნველებთან, ასევე თანატოლებთან, პოტენციური კომორბიდობა და განათლებასთან დაკავშირებული საკითხები; (ხარისხი D, დონე Va)
- დეპრესიის მქონე ბავშვის და მოზარდის შეფასებისას მედპერსონალმა პაციენტსა და მის მზრუნველ(ებ)ს, ყოველთვის, პირდაპირ უნდა შევეკითხოთ ალკოჰოლისა ან წამალმომხმარების, ბულინგის, ძალადობის შემთხვევების, თვითდაზიანებისა და სუიციდური აზრების შესახებ. ამ თემებზე მოზარდებს, თავდაპირველად, ექიმთან პირისპირ გასაუბრების საშუალება უნდა ჰქონდეთ; (ხარისხი D, დონე Va)
- თვითდაზიანების შემთხვევაში დაუყონებლივ უნდა ჩატარდეს შესაბამისი ინტერვენცია (იხილეთ ცხრილი N2)
- მედპერსონალმა ყოველთვის უნდა ჰკითხოვს პაციენტს თვითდაზიანების მასალებსა ან მეთოდებზე და მზად უნდა იყოს პაციენტისა ან მისი მზრუნველისათვის დამხმარე მასალის არჩევისა და შეთავაზებისთვის. (ხარისხი D, დონე Va)
- მედპერსონალმა უნდა შესთავაზოს მხოლოდ თვითდაზიანების ნაბეჭდი მასალა, რაც პაციენტზე ზრუნვის გეგმით უნდა იყოს გათვალისწინებული; (ხარისხი D, დონე Va)
- დეპრესიაზე ექვის მიტანის შემთხვევაში, აუცილებელია, ბიპოლარულ და უნიპოლარულ დეპრესიულ აშლილობებზე ბავშვისა და მოზარდის ოჯახური ანამნეზის შესწავლა. (ხარისხი D, დონე Va)
- დეპრესიის დიაგნოზის შემთხვევაში, აუცილებელია ბავშვისა და მოზარდის მშობლების დეპრესიის, წამალმომხმარების ან სხვა ფსიქიკური პრობლემებისა და ამასთან ასოცირებული ცხოვრებისეული სირთულეების გამოვლენა. მნიშვნელოვანია მშობლებსაც ჩაუტარდეთ მკურნალობა, ვინაიდან მათი ფსიქიკური მდგომარეობა მჭიდროდაა დაკავშირებული ბავშვის დეპრესიასთან და უარყოფითად აისახება ბავშვისა და მოზარდის მკურნალობის შედეგებზე; (ხარისხი D, დონე Va)
- ჯანდაცვის მეორად რგოლში დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების მდგომარეობის მონიტორინგისთვის კლინიკურ საუბართან ერთად, სასურველია გუნებ-განწყობისა და

ემოციური მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის ადაპტირება და გამოყენება (self-report Mood and Feelings Questionnaire (MFQ); (ხარისხი C, დონე III, Angold et al., 2002).

- ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისას ყურადღება უნდა მიექცეს: (ხარისხი D, დონე Va)

- ✓ კონფიდენციალობას;
- ✓ პაციენტის თანხმობას (ასაკთან დაკავშირებით კანონმდებლობის გათვალისწინებით; იხილეთ საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ თავი VIII არასრულწლოვანის უფლებები);
- ✓ მშობლების თანხმობას;
- ✓ ბავშვის უსაფრთხოებას.

- პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას უნდა გავითვალისწინოთ კულტურული, ეთნიკური და ოჯახური ფასეულობები და ბავშვისა ან მოზარდის მდგომარეობის მიმართ ოჯახის წევრების დამოკიდებულება; (ხარისხი D, დონე Va).

### ➤ სერვისების ორგანიზება და დაგეგმვა

ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის ამოცნობის, მკურნალობისა და მონიტორინგისთვის მნიშვნელოვანია, ფართო თანამშრომლური ქსელის შექმნა ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვის სერვისებსა და ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე სხვა სამსახურებს შორის.

- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრებმა, რომლებსაც დეპრესიის მართვის სპეციალიზირებული ცოდნა აქვთ, მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლონ ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე სერვისების წარმომადგენლებთან, რათა გააუმჯობესონ მათი ცოდნა და უნარები დეპრესიის ამოცნობისა და მონიტორინგთან დაკავშირებით. ეს თანამშრომლობა, აგრეთვე, უნდა მოიცავდეს ტრენინგების ჩატარებასა და გაიდლაინის პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობას. (ხარისხი D, დონე Va)

- პაციენტის მკურნალობისა და მდგომარეობის მონიტორინგისთვის მედპერსონალმა მიზანშეწონილია გამოიყენოს შემუშავებული და ადაპტირებული სკრინინგ-ინსტრუმენტები და შედეგები სამედიცინო დოკუმენტაციაში დააფიქსიროს. ეს ინფორმაცია სერვისების დაგეგმვისას ყველა დონეზე უნდა იყოს გათვალისწინებული. (ხარისხი D, დონე Va)

### ➤ მკურნალობის ზოგადი პრინციპები ყველა დონეზე

მკურნალობა, ძირითადად, სათემო და სტაციონარგარეშე სერვისებში უნდა წარიმართოს. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია ბავშვისა და მოზარდის სოციალური გარემო ფაქტორების ღრმად შესწავლა. ბულინგის შემთხვევაში, მედპერსონალმა ერთობლივად უნდა შეიმუშავოს ანტიბულინგის სტრატეგია.

ფსიქოთერაპია უნდა ჩაატაროს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპიაში ტრენირებულმა ფსიქიატრმა ან ფსიქოლოგმა, რომლის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან (მზრუნველებთან) თანამშრომლური ურთიერთობის დამყარება უნდა იყოს.

გასათვალისწინებელია კომორბიდული აშლილობები და მნიშვნელოვანი პიროვნული პრობლემები. ბავშვებსა და მოზარდებს უნდა ვურჩიოთ ფიზიკური ვარჯიში და აქტივობა, ძილისა და კვების მოწესრიგება.

- ძირითადად, ბავშვებისა და მოზარდების მკურნალობა სტაციონარგარეშე და სათემო სერვისებში უნდა წარიმართოს. (ხარისხი C, დონე III, Gowers et al, 2001; Green, 2002).
- მკურნალობის დაწყებამდე მედპერსონალმა ბავშვთან ან მოზარდთან ერთად მისი სოციალური გარემო უნდა შეაფასოს. ეს უნდა მოიცავდეს იმ გამოვლენილი ფაქტორების წერილობით ფორმულირებას, რომლებიც, შესაძლოა, უარყოფით ან დადებით გავლენას ახდენდნენ მკურნალობაზე. ფორმულირებაში უნდა იყოს მითითებული ის საკითხები, თუ რა გზით შესძლებს მედპერსონალი ბავშვისა და მოზარდის სოციალური და პროფესიული გარემოს წარმომადგენლებთან თანამშრომლობას. (ხარისხი B, დონე I, Kraemer et al, 1997; Kendler et al., 2002)
- ბულინგის შემთხვევაში პირველადი ჯანდაცვის და ფსიქიატრიული სერვისების წარმომადგენლებმა და განათლების მუშაკებმა ერთობლივად უნდა შეიმუშავონ ანტიბულინგის სტრატეგია. (ხარისხი C, დონე III, DfES, 2002)
- ფსიქოლოგიური თერაპია ბავშვებსა და მოზარდებში უნდა ჩაატაროს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპიაში ტრენირებულმა ფსიქიატრმა ან ფსიქოლოგმა. (ხარისხი B, დონე II, Diamond et al., 2002)
- ფსიქოლოგიური თერაპია ბავშვებსა და მოზარდებში უნდა ჩაატაროს ფსიქიატრმა ან ფსიქოლოგმა, რომელსაც მოცემული მოდალობის თერაპიის ჩასატარებლად შესაბამისი კომპეტენცია გააჩნია. (ხარისხი C, დონე III, Wiesz, 1995)
- თერაპევტმა პაციენტის ოჯახთან თანამშრომლური ურთიერთობა უნდა დაამყაროს. თუ ეს ვერ ხერხდება, ოჯახს უნდა ჰქონდეს სხვა თერაპევტის არჩევის საშუალება. (ხარისხი C, დონე III, Emslie et al., 2003; Brent et al., 1998)
- კომორბიდული და განვითარების აშლილობები, სოციალური და განათლებასთან დაკავშირებული პრობლემები სათანადოდ უნდა შეფასდეს. მათი მართვა დეპრესიის მკურნალობის პარალელურად ან თანმიმდევრულად უნდა განხორციელდეს, სადაც შესაძლებელია, ეს ფართო საგანმანათლებლო და სოციალურ ქსელთან თანამშრომლობით უნდა მოგვარდეს. (ხარისხი B, დონე II, Emslie et al., 2003; Brent et al., 1998)
- განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მშობლების ფსიქიკურ მდგომარეობას. პრობლემის არსებობის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია მათი პარალელურად მკურნალობა და მოზარდილთა ფსიქიატრიულ სერვისებში გადამისამართება (რეფერალი). (ხარისხი B, დონე II, Ramchandani & Jones, 2003)
- დეპრესიის მქონე ბავშვსა და მოზარდს უნდა ვურჩიოთ რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში, რომელიც უნდა იყოს საშუალო ხანგრძლივობის (45 წუთიდან 1 საათამდე) სტრუქტურირებული პროგრამა ინსტრუქტორთან ერთად კვირაში სამჯერ 10–12 კვირის მანძილზე. (ხარისხი C, დონე III, Calfas. & Taylor, 1994)
- დეპრესიის მქონე ბავშვსა და ახალგაზრდას უნდა მივცეთ რჩევა ძილის ჰიგიენასა და შფოთვის მართვასთან დაკავშირებით. (ხარისხი C, დონე III, Feder et al., 2004)
- დეპრესიის მქონე ბავშვსა და ახალგაზრდას უნდა ავუხსნათ ჯანმრთელი კვებისა და დაბალანსებული დიეტის მნიშვნელობა. (ხარისხი D, დონე Vb).



## 4.2 საფეხურეობრივი მოვლა

საფეხურეობრივი მოდელი ითვალისწინებს დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების განსხვავებულ საჭიროებებს მათი მდგომარეობის სიმწვავისა და სოციალური გარემოებების მიხედვით და, ასევე, სერვისების ჩართულობის ხარისხს.

ეს მოდელი წარმოადგენს სერვისების ორგანიზების ჩარჩოს, რომელიც საუკეთესო ეფექტურ მკურნალობას უზრუნველყოფს.

გაიდლაინში ხუთი თანმიმდევრული საფეხურია განხილული:

- დეპრესიისა და რისკის გამოვლენა და შეფასება პირველად ჯანდაცვასა და სათემო სერვისებში;
- დეპრესიის გამოვლენა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში რეფერირებულ პირებში;
- მსუბუქი დეპრესიის მართვა;
- ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მართვა;
- რეზისტენტული, რეკურენტული და ფსიქოზური დეპრესიის მართვა.

## 4.3. I საფეხური: გამოვლენა, რისკის განსაზღვრა და რეფერალი

ბავშვთა და მოზარდთა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სკოლებსა და სათემო სერვისებში მომუშავე მედპერსონალს უნდა ჩაუტარდეთ ტრენინგები იმისთვის, რომ შესძლონ დეპრესიის რისკის დროული გამოვლენა, რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა და მძიმე ცხოვრებისეული მოვლენების დროს სათანადო ემოციური თანადგომა.

### ➤ გამოვლენა და რისკის განსაზღვრა

- მედპერსონალს, რომელიც მუშაობს ბავშვთა და მოზარდთა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სკოლებსა და სათემო სერვისებში უნდა ჩაუტარდეს ტრენინგები, რომ შეძლონ დეპრესიის დროული გამოვლენა და მაღალი რისკის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების სათანადოდ შეფასება. ტრენინგი ამჟამინდელი და წარსული ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორების განსაზღვრასთან დაკავშირებულ საკითხებს უნდა მოიცავდეს (როგორცაა, ასაკი, სქესი, ოჯახური უთანხმოება, ფიზიკური, სექსუალური ან ფსიქოლოგიური ძალადობა, კომორბიდული აშლილობები, წამალ ან ალკოჰოლმომხმარება და მშობლების დეპრესიის ანამნეზი, ასევე, ცალკეული სტრესული მოვლენა, მძიმე დანაკლისი ან მრავლობითი რისკ-ფაქტორი, ეთნიკური და კულტურალური ფაქტორები და სხვა დეპრესიასთან ასოცირებული ფაქტორები, ე.ი. უსახლკარობა, ლტოლვილის სტატუსი და ბავშვთა სახლში ან სხვა ინსტიტუციებში ცხოვრება). (ხარისხი C, დონე III, Goodyer et al., 2000a; Halligan et al., 2004)
- მედპერსონალს, რომელიც ბავშვთა და მოზარდთა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სკოლებსა და სათემო სერვისებში მუშაობს უნდა ჩაუტარდეს ტრენინგები კომუნიკაციურ უნარებში, როგორცაა: აქტიური მოსმენა და საუბრის ტექნიკა, რაც მისცემთ მათ სევდისა და დისტრესის (სიტუაციური დისტორიის) პროფესიულად მართვის საშუალებას, რომლებსაც ბავშვები ცხოვრებისეული არასასურველი მოვლენის შემდეგ განიცდიან. (ხარისხი D, დონე Vb)

- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა იცოდნენ გუნებ-განწყობის აშლილობების სკრინინგი. მათ უნდა ჰქონდეთ ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტებთან კონსულტაციის საშუალება. (ხარისხი **D**, დონე **Vb**)
- სიტუაციური დისფორიის შემთხვევაში პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა და სკოლისა და სათემო სერვისების მედპერსონალმა უნდა გაამახვილონ ყურადღება მიმდინარე სოციალურ და სხვა გარემო ფაქტორებზე, განსაკუთრებით მაშინ, თუ დისფორია პერმანენტულ ხასიათს იძენს. (ხარისხი **D**, დონე **Va**)
- იმისათვის, რომ დეპრესიის რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და მართვა ეთნიკურად და კულტურალურად სენზიტურ გარემოში მოხდეს, ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტებმა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე მედპერსონალს დეპრესიის ეთნიკურ და კულტურალურ საკითხებზე ტრენინგები უნდა ჩაუტარონ. (ხარისხი **D**, დონე **Va**)
- ტრენინგების ჩატარებისას უპირატესობა პირველი და მეორე საფეხურის საგანმანათლებლო დაწესებულებების მედპერსონალს (დაწყებითი და მაღალი კლასები), თემში მომუშავე პედაგოგებსა და ოჯახის ექიმების ტრენინგებს უნდა მიენიჭოს. (ხარისხი **D**, დონე **Va**)
- როდესაც ბავშვი ან მოზარდი მძიმე დანაკლისს ან ცხოვრებისეულ სტრესულ მოვლენას განიცდის, როგორცაა: ახლო ადამიანის გარდაცვალება, მშობლების გაყრა ან დაშორება ან ღრმა იმედგაცრუება, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტმა, სკოლისა ან სათემო სერვისის მედპერსონალმა უნდა შეაფასოს დეპრესიის განვითარების რისკი, დაუკავშირდეს პიროვნების მშობლებს (მზრუნველებს) და მათ პრობლემის მოგვარებაში დაეხმაროს. რისკის შეფასება სამედიცინო დოკუმენტაციაში უნდა დაფიქსირდეს. (ხარისხი **C**, დონე **III**, Goodyer et al., 2000a; Goodyer, 2001)
- თუ ბავშვი ან მოზარდი მძიმე დანაკლისს ან ცხოვრებისეულ სტრესულ მოვლენას განიცდის, ხოლო დეპრესიის განვითარების სხვა რისკ-ფაქტორები არ აღინიშნება, მაშინ პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტმა, სკოლისა ან სათემო სერვისის მედპერსონალმა ბავშვსა ან მოზარდს მხარდაჭერა უნდა შესთავაზოს და მოვლენის შესახებ საუბრის საშუალება უნდა მისცეს. (ხარისხი **D**, დონე **Va**)
- წარუმატებელი ცხოვრებისეული მოვლენის გამო, თუ ეს მოვლენა დეპრესიული აშლილობის პროვოცირებას არ იწვევს, ჩვეულებრივ, ბავშვის ან მოზარდის რეფერალი სხვა სერვისებში არ ხდება. (ხარისხი **C**, დონე **III**, Cotgrove, 2001; Green, 2002)
- ბავშვს ან მოზარდს, რომელმაც მძიმე დანაკლისი ან ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენა გადაიტანა და, ამასთან, დეპრესიის განვითარების მაღალი რისკი აღინიშნება (სხვა ორი ან მეტი რისკ-ფაქტორის არსებობა) მას პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტმა, სკოლისა ან სათემო სერვისის მედპერსონალმა მოვლენის შესახებ საუბრის საშუალება უნდა მისცეს და მისი ემოციური მდგომარეობა უნდა შეაფასოს. დეპრესიის ნიშნებისა და თვითდაზიანების შემთხვევაში უნდა მოხდეს ბავშვის ან მოზარდის ხელმისაწვდომ ფსიქიატრიულ სერვისებში ადრეული რეფერალის უზრუნველყოფა. (ხარისხი **D**, დონე **Vb**)
- ბავშვს ან მოზარდს, რომელმაც მძიმე დანაკლისი ან ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენა გადაიტანა და როდესაც მას, და შესაძლოა სხვა ოჯახის წევრსაც (მაგალითად,

მშობელს) დეპრესიის განვითარების მრავლობითი რისკ-ფაქტორი აღენიშნებათ, მათ პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტმა, სკოლისა ან სათემო სერვისის მედპერსონალმა მოვლენის შესახებ საუბრის საშუალება უნდა მისცეს და მათი ემოციური მდგომარეობა უნდა შეაფასოს, ხოლო დეპრესიის ნიშნებისა და თვითდაზიანების შემთხვევაში ხელმისაწვდომ ფსიქიატრიულ სერვისებში ადრეული რეფერალი უნდა უზრუნველყოს. (ხარისხი D, დონე Va)

- თუ ბავშვს ან მოზარდს წარსულში გადატანილი აქვს ზომიერი ან მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი და აღენიშნება დეპრესიული ნიშნები, მაშინ მდგომარეობის დამატებითი შეფასებისთვის პიროვნება ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიულ სერვისებში დაუყოვნებლივ უნდა გაიგზავნოს. (ხარისხი D, დონე Vb).

### ➤ რეფერალის კრიტერიუმები

- ბავშვებისა და მოზარდებისთვის შემდეგი კრიტერიუმები გვიჩვენებს, რომ დეპრესიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში შეიძლება წარიმართოს: (ხარისხი D, დონე Va).
- ერთჯერადი ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენის შედეგად განვითარებული დისტრესი, როდესაც დეპრესიის სხვა რისკ-ფაქტორები არ აღინიშნება;
- ერთჯერადი ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენის შედეგად განვითარებული დისტრესი, როდესაც დეპრესიის ორი ან მეტი რისკ-ფაქტორი აღინიშნება, მაგრამ დეპრესიისა და თვითდაზიანების ნიშნები არ ვლინდება;
- ახლო წარსულში გადატანილი ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენა, როდესაც ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს (შვილს და მშობელს) დეპრესიის მრავლობითი რისკ-ფაქტორი აღენიშნებათ, მაგრამ დეპრესიისა და თვითდაზიანების ნიშნებს ადგილი არ აქვს;
- მსუბუქი დეპრესია კომორბიდული აშლილობის გარეშე.

ბავშვებისა და მოზარდებისთვის შემდეგი კრიტერიუმები მიუთითებს იმაზე, რომ უნდა მოხდეს ბავშვისა ან მოზარდის ხელმისაწვდომ ფსიქიატრიულ სერვისებში რეფერალი ამბულატორიული დახმარების გასაწევად: (ხარისხი D, დონე Vb)

- დეპრესია, დეპრესიის ერთი ან ორი სხვა რისკ-ფაქტორის არსებობისას;
- დეპრესია, როდესაც ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს (შვილს და მშობელს) დეპრესიის მრავლობითი რისკ-ფაქტორი აღენიშნება;
- მსუბუქი დეპრესია, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში 2–3-თვიანი მკურნალობა უშედეგოა;
- ზომიერი ან მძიმე დეპრესია (ფსიქოზური სიმპტომების ჩათვლით);
- რეკურენტული დეპრესიის ნიშნების არსებობისას, თუ პიროვნებას წარსულში ზომიერი ან მძიმე დეპრესია აქვს გადატანილი;
- აუხსნელი მიზეზით საკუთარ თავზე ზრუნვის უგულვებელყოფა, რომელიც ერთ თვეზე მეტი ხანი გრძელდება და შესაძლოა საზიანო იყოს პიროვნების ფიზიკური ჯანმრთელობისთვის;
- აქტიური სუიციდური აზრები;
- ბავშვი ან მოზარდი ან მისი მშობლები (მზრუნველები) მოითხოვენ ფსიქიატრიულ სერვისებში რეფერალს.

ბავშვებსა და მოზარდებისთვის შემდეგი კრიტერიუმები მიუთითებს იმაზე, რომ უნდა მოხდეს ფსიქიატრიულ სტაციონარში რეფერალი. (ხარისხი D, დონე Vb)

- თვითდაზიანებისა და სუიციდის მაღალი რისკის დროს;
- მნიშვნელოვნად გამოხატული საკუთარი თავის მოვლის უგულვებელყოფისას (როგორცაა, პირადი ჰიგიენის ან საკვების მიღების უგულვებელყოფა);
- ინტენსიური მკურნალობის ან გამოკვლევა/შეფასების ან სუპერვიზიის ჩასატარებლად, რომლის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვისა და ამბულატორიულ სერვისებში შეუძლებელია.

#### 4.4 II საფეხური: დეპრესიის გამოვლენა

ბავშვებსა და მოზარდებთან მომუშავე სერვისებისა და პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალის მიერ დეპრესიის გამოვლენა უნდა გაუმჯობესდეს.

- ბავშვებს და ახალგაზრდებს, რომლებიც მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს, ზოგადი გამოკვლევის ფარგლებში (მაშინაც კი თუ მათ დეპრესიის დიაგნოზი არ აქვთ), შემუშავებული და ადაპტირებული თვითშეფასების კითხვარით სკრინინგი უნდა ჩაუტარდეთ. (ხარისხი **B**, დონე II, Dierker et al, 2001; Lucas et al, 2001; LeBlanc et al 2002)
- პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მედპერსონალის დეპრესიის გამოვლენის უნარი ტრენინგის საშუალებით უნდა გაუმჯობესდეს. შემუშავებული და ადაპტირებული ინსტრუმენტები უნდა მოდიფიცირდეს იმდაგვარად, რომ გადატვირთული გრაფიკის პირობებშიც მათი რეგულარული გამოყენება შესაძლებელი გახდეს. (ხარისხი **B**, დონე II, Dierker et al, 2001; Pavuluri & Birmaher, 2004)
- მედპერსონალი, რომელიც დეპრესიის მკურნალობაში სპეციალიზდება ინტერვიუზე–დაფუძნებული ინსტრუმენტების გამოყენებაში ტრენინგი უნდა გაიაროს. მას, ასევე, ბავშვების გუნებ–განწყობის არავერბალური შეფასების უნარ–ჩვევები უნდა ჰქონდეს. (ხარისხი **D**, დონე Va)

#### 4.5 III საფეხური: მსუბუქი დეპრესია

ზოგი მსუბუქი დეპრესიის მქონე ბავშვი და მოზარდი, შესაძლოა, სპეციფიკურ ინტერვენციას არ საჭიროებდეს, თუმცა აუცილებელია მდგომარეობის მონიტორინგი და დინამიური დაკვირვება, განსაკუთრებით თუ პაციენტმა დანიშნული შეხვედრა გააცდინა.

##### ➤ დინამიური დაკვირვება (Watchful waiting)

- თუ დადგენილია მსუბუქი დეპრესია და თავად პაციენტს არ აქვს მკურნალობის სურვილი, ან მედიცინის მუშაკი სპეციალურ ინტერვენციას საჭიროდ არ თვლის, რეკომენდებულია მისი მდგომარეობის მონიტორინგი დაახლოებით ორი კვირის განმავლობაში; ('watchful waiting'). (ხარისხი **C**, დონე III, FDA, 2004)
- თუ ასეთი პაციენტი არ გამოცხადდა შემდგომ დანიშნულ შეხვედრაზე, ჯანდაცვის პროფესიონალი უნდა დაუკავშირდეს მას. (ხარისხი **C**, დონე III, FDA, 2004)

##### ➤ ინტერვენცია მსუბუქი დეპრესიის დროს

- თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა დაკვირვებიდან დაახლოებით ოთხი კვირის მანძილზე, თუმცა არც მდგომარეობის დამძიმება და არც სუიციდური იდეები აღინიშნება, რეკომენდებულია ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია. (ხარისხი **D**, დონე Va)

- ბავშვების და მოზარდების შემთხვევაში, ფსიქოთერაპიული მკურნალობა წარმოადგენს პირველი რიგის მკურნალობას. რეკომენდებულია არადირექტიული მხარდამჭერი თერაპია, ჯგუფური, კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია, ან იმ მოდალობის ფსიქოლოგიური თერაპია, რომელშიც ტრენირებულია ბავშვებისა და მოზარდებთან მომუშავე ფსიქიატრი ან ფსიქოლოგი. ფსიქოლოგიური თერაპიის ხანგრძლივობა, სულ ცოტა, 2-3 თვე უნდა იყოს. (ხარისხი **D**, დონე Vb)
- მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში, ანტიდეპრესანტის ჩართვა დეპრესიის საწყის ეტაპზე არ არის რეკომენდებული. (ხარისხი **B**, დონე II, Fonagy et al, 2002; FDA, 2004)
- თუ მდგომარეობა ფსიქოთერაპიული ინტერვენციის შედეგად 2-3 თვის განმავლობაში არ უმჯობესდება, მაშინ მას, როგორც საშუალო და მძიმე დეპრესიას ისე უნდა ვუმკურნალოთ. (ხარისხი **D**, დონე Va)

#### 4.6 IV და V საფეხური: ზომიერი და მძიმე დეპრესია

არსებული მონაცემები 5–11 წლის ასაკის ბავშვებში ზომიერი და მძიმე დეპრესიის ეფექტურად მკურნალობასთან დაკავშირებით ძალიან მწირია. განსაკუთრებით, ეს ანტიდეპრესიული პრეპარატების გამოყენებას ეხება. ამიტომ, ბავშვებში მედიკამენტური მკურნალობა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს. ბავშვებთან დაკავშირებით მოცემული რეკომენდაციები 12–18 წლის პირებში მიღებულ შედეგებს ეფუძნება. ბავშვებსა და მოზარდებში პირველი არჩევის მკურნალობა ფსიქოლოგიური თერაპიაა.

##### ➤ ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მკურნალობა

- ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მქონე ყველა მოზარდი და ბავშვი უნდა გაიგზავნოს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიულ სერვისებში. (ხარისხი **B**, დონე II, Jacobs et al, 2004;)
- პირველი არჩევის მკურნალობად სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპიაა (ინდივიდუალური CBT, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე ორიენტირებული თერაპია, ან ოჯახური თერაპია) მიჩნეული. ფსიქოლოგიური თერაპიის ხანგრძლივობა სულ ცოტა 3 თვე უნდა გაგრძელდეს. (ხარისხი **B**, დონე II, Green, 2002)

##### ➤ კომბინირებული მკურნალობა ზომიერი და მძიმე დეპრესიისთვის

- თუ ფსიქოთერაპიულ ჩარევას შედეგი არ მოაქვს **6 (ექვსი) სეანსის** შემდეგ, მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ თანხმდები პრობლემების გამოვლენა/შეფასება უნდა მოხდეს. (ხარისხი **D**, დონე Va)
- თუ ფსიქოლოგიური თერაპია უშედეგოა სხვა თანხმდები ფაქტორების გამო, როგორცაა: კომორბიდული აშლილობა, მუდმივი ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორი (მაგალითად, ოჯახური უთანხმოება) ან მშობლის ფსიქიკური ჯანმრთელობა, მაშინ ოჯახის წევრს დამატებითი ფსიქოლოგიური თერაპია ან პაციენტს ალტერნატიული ფსიქოლოგიური თერაპია უნდა შევთავაზოთ. (ხარისხი **C**, დონე III, Ramchandani & Jones, 2003; Emslie et al., 2003; Schraedley et al, 1999)
- თუ ახალგაზრდისთვის (12–18 წლის ასაკის) სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპია ექვსი სესიის შემდეგ უშედეგოა, მაშინ ინიშნება ფლუოქსეტინი (სეროტონინის

უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი - სუსი). (ხარისხი **B**, დონე II, Wiesz et al, 1995;)

- თუ ბავშვისთვის (5–11წლის ასაკის) სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპია ექვსი სესიის შემდეგ არაეფექტურია, მაშინ დიდი სიფრთხილით ფლუოქსეტინის (სუსი) დანიშვნა შესაძლებელია, თუმცა მონაცემები მისი ეფექტურობის შესახებ ამ ასაკის პირებისთვის დადგენილი არაა. (ხარისხი **C**, დონე III, FDA, 2004)

### ➤ კომბინირებული მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული დეპრესია

- თუ დეპრესიის კომბინირებულ მკურნალობას ფსიქოთერაპიით და ფლუოქსეტინით შედეგი არ მოაქვს ექვსი სესიის შემდეგ, ან იმ შემთხვევაში, თუ მშობელმა ან მეურვემ უარი განაცხადა ფლუოქსეტინის მოხმარებაზე, მაშინ მულტიდისციპლინური გუნდი ახდენს რისკებისა და საჭიროებების ხელახალ შეფასებას. (ხარისხი **D**, დონე VI)
- უნდა მოხდეს დიაგნოზის თავიდან გადასინჯვა, გაირკვეს, არსებობს თუ არა სხვა კომორბიდული დაავადება, ახლიდან შეფასდეს დეპრესიული აშლილობის სოციალური, ოჯახური და ინდივიდუალური მიზეზები. მოხდეს გაანალიზება იმისა, თუ რამდენად სწორად იყო წარმართული მკურნალობა. მოხდეს შეფასება თუ როგორ წარიმართოს შემდგომი ფსიქოლოგიური მკურნალობა და ოჯახს რა სახის დახმარება ესაჭიროება. (ხარისხი **D**, დონე Va)
- მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ შეფასებისას შემდეგი საკითხებია გასათვალისწინებელი: (ხარისხი **B**, დონე II, Goodman, 2000)
  - ✓ ალტერნატიული ფსიქოლოგიური თერაპია, რომელიც მანამდე არ ჩატარებულა (ინდივიდუალური კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია (კბთ), ინტერპერსონალური თერაპია ან ხანმოკლე ოჯახური თერაპია) სულ ცოტა 3 თვის მანძილზე ან
  - ✓ სისტემური ოჯახური თერაპია (სულ ცოტა 15 სესია 2–ჯერ კვირაში) ან
  - ✓ ინდივიდუალური ბავშვთა ფსიქოთერაპია (დაახლოებით 30 სესია კვირაში ერთხელ).

### ➤ ანტიდეპრესანტების გამოყენება ბავშვებსა და მოზარდებში

ბავშვებსა და მოზარდებში ყველა ანტიდეპრესიული პრეპარატის გამოყენებას მნიშვნელოვანი რისკი ახლავს. ფლუოქსეტინის (სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი - სუსი) გარდა, მონაცემები სხვა ანტიდეპრესანტების ეფექტურობის შესახებ ძალიან მწირია. ფლუოქსეტინიც სერიოზულ გვერდით ეფექტებს იწვევს, ამიტომ მისი გამოყენება ფსიქოთერაპიასთან კომბინაციაში უფრო უსაფრთხოა.

ქვევით მოცემულია ფლუოქსეტინის გამოყენების წესები და განხილულია ალტერნატიული შესაძლებლობები ფლუოქსეტინის არაეფექტურობისა ან გამოხატული გვერდითი ეფექტების დროს:

- ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს ანტიდეპრესიული მკურნალობა ბავშვებსა და მოზარდს მხოლოდ ფსიქოთერაპიასთან კომბინაციაში უნდა შევთავაზოთ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს წამლის გვერდითი ეფექტების, ფსიქიკური სტატუსისა და ზოგადი პროგრესის მონიტორინგს. პირველი ოთხი კვირის მანძილზე მდგომარეობა უნდა შეფასდეს ყოველ კვირას პაციენტთან და მის მშობლებთან (მზრუნველებთან) კონტაქტის საფუძველზე. შეხვედრების რაოდენობა ინდივიდუალურად უნდა დაზუსტდეს. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი უარს აცხადებს ფსიქოლოგიურ ჩარევაზე, მედიკამენტური მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს,

თუმცა, მკურნალმა ექიმმა რეგულარულად უნდა შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა და განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმოს წამლის გვერდითი ეფექტების მონიტორინგს. (ხარისხი **B**, დონე II, FDA, 2004, Wiesz et al, 1995),

- მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის მიერ. (ხარისხი **C**, დონე III, CSM, 2003)

- პირველი არჩევის ანტიდეპრესანტად **ფლუოქსეტინი** (სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი - სუსი) ითვლება. ფლუოქსეტინი არის ერთადერთი ანტიდეპრესანტი, რომლის სარგებლიანობა საგრძნობლად აღემატება შესაძლო გვერდითი ეფექტებით გამოწვეულ ზიანს. (ხარისხი **A**, დონე I, CSM, 2003)

- ინფორმაცია მედიკამენტური მკურნალობის მიზანშეწონილობის, ხანგრძლივობის, გვერდითი მოვლენებისა და წამლის მოგვიანებითი ეფექტურობის შესახებ პაციენტს და მის მშობლებს (მზრუნველებს) ანტიდეპრესიული მკურნალობის დანიშვნამდე უნდა მივაწოდოთ. შესაძლებელია, საჭირო გახდეს დამატებითი წერილობითი მასალით უზრუნველყოფაც, რომელიც გასაგები იქნება პაციენტისა და მისი მშობლებისთვის (მზრუნველებისთვის). (ხარისხი **D**, დონე VI)

- ანტიდეპრესანტის დანიშვნისას ფსიქოთერაპევტისა და მკურნალი ექიმის მიერ სუიციდური ქცევის, თვითდაზიანებისა და მტრული განწყობის მკაცრი მონიტორინგი აუცილებელია. ანტიდეპრესანტის გეგმიურად დანიშვნისას სავარაუდო გვერდითი ეფექტების მსგავსი სიმპტომატიკის გამოვლენა პრეპარატის დანიშვნამდე 7 დღით ადრე უნდა მოხდეს. თუ მშობელი (მზრუნველი) შეამჩნევს, რომ პრეპარატის მიღების შემდეგ ზევით აღწერილი სიმპტომები თავს იჩენს ან უარესდება, მკურნალ ექიმს დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს. (ხარისხი **D**, დონე VI)

- ფლუოქსეტინის დანიშვნის შემთხვევაში საწყისი დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 10მგ/დღე. მისი გაზრდა შესაძლებელია თანდათანობით ერთი კვირის განმავლობაში 20 მგ/დღე-მდე. მცირე წონის შემთხვევაში დაბალი დოზებია რეკომენდებული. 20 მგ-ზე მეტი დოზის დანიშვნის ეფექტურობაზე მონაცემები ძალიან მწირია. უფრო მაღალი დოზების დანიშვნა, შედარებით უფროსი ასაკისა და დიდი წონის პირებშია შესაძლებელი. პრიორიტეტულად მწვავე მდგომარეობებზე ადრეული კლინიკური პასუხი ითვლება. (ხარისხი **D**, დონე VI)

- ფლუოქსეტინით მკურნალობა რემისიის (სიმპტომებისაგან თავისუფალი პერიოდი და ფუნქციონირების სრული აღდგენა, სულ ცოტა 8 კვირის განმავლობაში) შემდეგ, სულ ცოტა 6 თვე უნდა გაგრძელდეს. ანუ სიმპტომებისაგან თავისუფალი და სრული ფუნქციონირების 8 კვირის შემდეგ 6 თვე უნდა გაგრძელდეს. (ხარისხი **C**, დონე III, Duff, 2003a)

- ფლუოქსეტინის არაეფექტურობის ან აუტანლობის შემთხვევაში სხვა ანტიდეპრესანტი ინიშნება. მეორე არჩევის ანტიდეპრესანტები ბავშვებში სერტრალინი ან ციტალოპრამია. (ხარისხი **B**, დონე II, Duff, 2003b & 2003c)

- სერტრალინი და ციტალოპრამი ინიშნება შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინებით: (ხარისხი **C**, დონე III, Duff, 2003a & 2003b)

- ✓ პაციენტი და მისი მშობლები (მზრუნველები) სრულად მონაწილეობენ მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. მათ აქვთ სრული ინფორმაცია პრეპარატის დადებითი და უარყოფითი შედეგების შესახებ და

უზრუნველყოფილნი არიან სათანადო წერილობითი ინფორმაციით, რომელიც მოიცავს მკურნალობის მიზანშეწონილობას, შესაძლო გვერდით მოვლენებს, მკურნალობის ხანგრძლივობასა და მარეგულირებელი ორგანოს უახლეს ინფორმაციას პრეპარატთან დაკავშირებით;

- ✓ ბავშვსა ან მოზარდს მწვავე დეპრესია აღენიშნება, რომელიც მის სიცოცხლეს სერიოზულ პრობლემებს უქმნის (წონაში კლება, სუიციდური ქცევა);
- ✓ ფლუოქსეტინითა და ფსიქოთერაპიით ჩატარებული კომბინირებული თერაპია არაეფექტურია, იმ შემთხვევაშიც კი თუ მკურნალობის რეჟიმის დაცვისთვის ყველა ზომას მიღებული;
- ✓ მდგომარეობის ხელმეორედ შეფასებისას დეპრესიისა და მკურნალობისადმი რეზისტენტობის სხვა მიზეზები (როგორცაა, ბიპოლარული აშლილობა, წამალმოხმარება) გამოირიცხა;
- ✓ მედიკამენტი მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის მიერ ინიშნება;
- ✓ ინფორმირებულ თანხმობას ბავშვი ან მშობელი (მზრუნველი) ან ორივე ერთად ხელს აწერენ, პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული რეგულაციის შესაბამისად;

- სერტრალინზე და ციტალოპრამზე სასურველი თერაპიული პასუხის შემთხვევაში მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს რემისიის (სიმპტომებისაგან თავისუფალი და ფუნქციონირების სრული აღდგენის 8 კვირიანი პერიოდის შემდეგ) დადგომიდან, სულ ცოტა, 6 თვის მანძილზე. (ხარისხი C, დონე III, Duff, 2003a, 2003b & 2003c)

- ფლუოქსეტინის გარდა სხვა ანტიდეპრესანტით მკურნალობა, ზრდასრულების დღიური დოზის ნახევარი დოზით უნდა დაიწყოს. იმ შემთხვევაში, თუ ეს კლინიკურად საჭიროა, პრეპარატის დოზა ზრდასრულის დღიურ დოზამდე, თანდათანობით, 2–4 კვირის განმავლობაში უნდა გაიზარდოს. მცირე ასაკისა და ნაკლები წონის მქონე ბავშვებისთვის უფრო დაბალი დოზებია მიზანშეწონილი. ზრდასრულის დღიურ დოზაზე მაღალი დოზების გამოყენების ეფექტურობა ბავშვებში სათანადოდ შესწავლილი არაა. თუმცა უფროსი ასაკისა და დიდი წონის ან ძალიან მწვავე შემთხვევებში, შესაძლებელია უფრო მაღალი დოზების დანიშვნაც. პრიორიტეტი პრეპარატზე ადრეულ თერაპიულ პასუხს ენიჭება. (ხარისხი D, დონე VI)

- პაროქსეტინი და ველნაფაქსინი ბავშვებსა და მოზარდებში არ ინიშნება. (ხარისხი A, დონე I, Duff, 2003b)

- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ბავშვებსა და მოზარდებში არ ინიშნება. (ხარისხი C, დონე III, Duff, 2003a)

- ანტიდეპრესანტის მოხსნა 6–12 კვირის განმავლობაში უნდა მოხდეს. მოხსნის/დამოკიდებულების სიმპტომების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია დოზების ტიტრაცია. (ხარისხი C, დონე III, Duff, 2003a, 2003b & 2003c)

- მნიშვნელოვანია პრეპარატების ურთიერთშეთავსების გათვალისწინება, სხვა ალტერნატიულ მედიკამენტებსა ან ალკოჰოლურ ან ნარკოტიკულ საშუალებებთან. (ხარისხი D, დონე Va)



## ➤ ფსიქოზური დეპრესიის მკურნალობა

- ფსიქოზური დეპრესიის შემთხვევაში ანტიდეპრესანტებთან ერთად შესაძლებელია ატიპიური ანტიფსიქოზური პრეპარატების დანიშვნაც, თუმცა ანტიფსიქოზურების ოპტიმალური დოზები და მკურნალობის ხანგრძლივობა ცნობილი არაა. (ხარისხი C, დონე III, Geller et al, 1985)
- ანტიფსიქოზური პრეპარატების დანიშვნისას გვერდითი ეფექტების შეფასებისთვის ბავშვისა ან მოზარდის მკაცრი მონიტორინგია აუცილებელი. (ხარისხი C, დონე III, Geller et al, 1985)

## ➤ სტაციონარული მკურნალობა

დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში სტაციონარული მკურნალობა ტარდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ თვითდაზიანების მაღალი რისკი ან ინტენსიური მკურნალობისა ან სუპერვიზიის საჭიროება არსებობს.

- სტაციონარული მკურნალობა ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ დეპრესიის მქონე ბავშვსა და მოზარდს სუიციდის, თვითდაზიანებისა ან საკუთარი თავის მოვლის უგულვებელყოფის მაღალი რისკი აღენიშნება. ასევე, როდესაც ინტენსიური მკურნალობა ან მდგომარეობის შეფასება ესაჭიროება. (ხარისხი C, დონე III, Rothery et al, 1995)
- ბავშვისა და ახალგაზრდის სტაციონირებისას უნდა გავითვალისწინოთ სტაციონირების სარგებელი პოტენციურ ზიანთან შედარებით, როგორცაა საკუთარი ოჯახიდან და გარემოდან მოშორება. (ხარისხი C, დონე III, Gowers et al, 2001)
- სტაციონირების ჩვენებისას, მკურნალმა ექიმმა, რამდენადაც შესაძლებელია, პაციენტი და მისი მშობლები (მზრუნველები) სტაციონირებისა და მკურნალობის პროცესში უნდა ჩართოს. (ხარისხი B, დონე II, Green, 2002)
- მნიშვნელოვანია ბავშვისა და მოზარდის მოთავსება სტაციონარში, რომელიც მის სახლთან ახლოსაა, რომ ოჯახის ჩართვა და სოციალური კავშირების შენარჩუნება შესაძლებელი იყოს. (ხარისხი B, დონე II, Green, 2001 & 2002)
- საჭიროების შემთხვევაში, აუცილებელია დაუყონებლივი სტაციონირების უზრუნველყოფა. (ხარისხი D, დონე Va)
- სტაციონარში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სხვადასხვა სახის ინტერვენცია, მათ შორის მედიკამენტები, ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოლოგიური თერაპიები და ოჯახის მხარდაჭერა. (ხარისხი C, დონე III, Jacobs et al, 2004)
- სტაციონარული მომსახურება უნდა იყოს ასაკთან შესაბამისი და იძლეოდეს განათლებისა და რეკრიაციული აქტივობების საშუალებას. (ხარისხი C, დონე III, Pfeiffer, 1990)
- სტაციონარში მოთავსებამდე უნდა შემუშავდეს სტაციონარიდან გაწერის გეგმა, რომელიც ზრუნვაზე ორიენტირებულ მიდგომებზე იქნება დაფუძნებული. (ხარისხი D, დონე Va)
- სპეციალისტები, რომლებიც სტაციონირების პროცესში მონაწილეობენ, სტაციონირების კანონმდებლობასთან დაკავშირებით სპეციალურ ტრენინგს საჭიროებენ. (ხარისხი D, დონე Vb)

### ➤ სტაციონარიდან გაწერა პირველი ეპიზოდის შემდეგ

სრული რემისიის შემდეგ პაციენტზე დაკვირვება ერთი წლის განმავლობაში გრძელდება. სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ პაციენტი მცირე პერიოდების ინტერვალით უნდა ინახოს, ხოლო რეკურენტულობის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მოთავსდეს სტაციონარში.

- რემისიის პერიოდში (ორ სიმპტომზე ნაკლები და ფუნქციონირების სრული აღდგენა, სულ ცოტა, 8 კვირის მანძილზე) პაციენტის შეფასება ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის მიერ 12 თვის მანძილზე რეგულარულად უნდა მოხდეს. შეხვედრების ინტენსივობა უნდა შეთანხმდეს პაციენტს, მის მშობლებსა (მზრუნველებს) და მკურნალ ექიმს შორის და დაფიქსირდეს სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ამ პერიოდის გავლის შემდეგ, თუ რემისია მყარია, პაციენტი შეიძლება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში გადავამისამართოთ. (ხარისხი C, დონე III, Castello, 1985)
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული სერვისების მედპერსონალმა პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს ბავშვისა და მოზარდის შესახებ სრული ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს. ასევე, უნდა მიუთითოს, თუ ვის უნდა მიმართონ მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში. (ხარისხი D, დონე Vb)
- ბავშვები და მოზარდები, რომლებსაც წარმატებული მკურნალობა ჩაუტარდათ, ხოლო გაწერის შემდეგ კვლავ მიმართეს სტაციონარს, დაუყოვნებლივ უნდა მოთავსდნენ კლინიკაში. (ხარისხი D, დონე Va)

### ➤ რეკურენტული დეპრესია და გამწვავების პრევენცია

რეკურენტულობის მაღალი რისკის მქონე პირებისთვის გახანგრძლივებული ფსიქოლოგიური თერაპია და მდგომარეობის თვითმონიტორინგი, შესაძლებელია ეფექტური აღმოჩნდეს. მათი მეთვალყურეობა სულ ცოტა, 2 წელი უნდა გაგრძელდეს და ხელახალი რეფერალის შემთხვევაში სასწრაფო ინტერვენციას საჭიროებენ.

- რეკურენტულობის რისკის შესამცირებლად ან მდგომარეობის გაუარესების დროულად გამოვლენისთვის, მიზანშეწონილია, სპეციფიკური შემდგომი ფსიქოლოგიური თერაპიის ჩატარება. რეკურენტულობა მოსალოდნელია იმ პირებში, რომლებმაც უკვე გადაიტანეს ორი დეპრესიული ეპიზოდი ან გამოხატული ქვეზღურბლოვანი სიმპტომები აღენიშნებათ ან მრავლობითი რისკ-ფაქტორის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან. (ხარისხი B, დონე II, Department of Health, 2004)
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული სერვისების მედპერსონალმა რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს და მათ მშობლებს (მზრუნველებს) დეპრესიის ადრეული სასიგნალო ნიშნების ამოცნობა უნდა ასწავლოს. თვითდახმარების ტექნიკის დასწავლა მათ, შესაძლებელია, გამშვები ფაქტორების დაძლევაში დაეხმაროს. (ხარისხი D, დონე Vb)
- რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში რემისიის დროს (ორზე ნაკლები სიმპტომის არსებობა და ფუნქციონირების სრული აღდგენა, სულ ცოტა, 8 კვირის განმავლობაში) მათზე დაკვირვება, ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის მიერ, 24 თვე უნდა გაგრძელდეს. შეხვედრების ზუსტი რიცხვი პაციენტთან და მის მშობლებთან (მზრუნველებთან) უნდა შეთანხმდეს და სამედიცინო დოკუმენტაციაში დაფიქსირდეს. ამ

პერიოდის ამოწურვისთვის, შესაძლებელია მისი პირველადი ჯანდაცვის რგოლში გადამისამართება. (ხარისხი C, დონე III, Garber, 1988)

- წარმატებულად ნამკურნალევი რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების ხელახალი სტაციონირება გადაუდებელ შემთხვევად განიხილება. (ხარისხი D, დონე Vb)

#### 4.7 მოზრდილთა სერვისებში გადაყვანა

- თუ 17–18 წლის პირს დეპრესიის პირველი ეპიზოდის შემდეგ მკურნალობა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიულ სერვისებში უტარდება, მაშინაც კი, როდესაც იგი 18 წელზე მეტი ასაკისაა მკურნალობის დასრულებამდე იგივე სერვისების მეთვალყურეობის ქვეშ რჩება. (ხარისხი D, დონე Va)
- თუ 18 წლის ახალგაზრდას განმეორებითი დეპრესიული ეპიზოდი აღენიშნება, ჩვეულებრივ, მკურნალობა მოზრდილთა ფსიქიატრიულ სერვისებში უნდა გააგრძელოს. (ხარისხი D, დონე Va)
- მოზრდილთა ფსიქიატრიულ სერვისებში გადასვლა დაბრკოლებების გარეშე უნდა მოხდეს. ახალგაზრდას მოზრდილთა სერვისებზე წინასწარი ინფორმაცია სრულად უნდა მიეწოდოს. (ხარისხი D, დონე Vb)
- წარმატებულად ნამკურნალევი 17–18 წლის ახალგაზრდა, თუ მას გამწვავების მაღალი რისკი არ აღენიშნება, ჩვეულებრივ, მოზრდილთა ფსიქიატრიულ სერვისებში არ იგზავნება. (ხარისხი D, დონე Va)

### 5. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

### 6. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა პროფესიული საზოგადოების - ფონდის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ მოწვევით შემდგარი სამუშაო ჯგუფის მიერ, ფონდის „ღია საზოგადოება საქართველოს“ და პროექტის „გარდაქმნა აღმოსავლეთში“ ფინანსური დახმარებით 2012 წლის დეკემბერში. მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით სხვადასხვა მონაცემთა ბაზაში. მოძიებული 252 აბსტრაქტიდან შეირჩა 90-მდე მეტი გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, კანადასა და აშშ-ში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურა თან ერთვის გაიდლაინს.

### 7. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

წინამდებარე გზამკვლევის (გაიდლაინის) მიზანია ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის თაობაზე პირველადი ჯანდაცვის, სათემო და სპეციალიზებული

ფსიქიატრიული სერვისებისთვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება.

მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ცხრილში N3.

## 8. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში.
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება.
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

## 9. კლინიკური კითხვები

### 9.1 სკრინინგი/განსაზღვრა/რისკი/ადრეული გამოვლენა

- რა რისკ-ფაქტორებია ასოცირებული ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიასთან?
- რამდენად შესაძლებელია სკრინინგისთვის გამოყენებული ტესტ-კითხვარების საშუალებით ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის განსაზღვრა?
- ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის გამოვლენისთვის როგორ უნდა იყოს სერვისები ორგანიზებული?
- ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდების მკურნალობისას სასურველი შედეგის მისაღწევად არის რომელიმე ანტიდეპრესანტი პლაცებო/შესადარებელ მედიკამენტზე მეტად ეფექტური ან საზიანო?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდების მკურნალობისას სასურველი შედეგის მისაღწევად არის რომელიმე მედიკამენტი (ანტიდეპრესანტის გარდა) პლაცებო/შესადარებელ მედიკამენტზე მეტად ეფექტური ან საზიანო?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდების მკურნალობისას სასურველი შედეგის მისაღწევად არის ანტიდეპრესანტისა და ფსიქოლოგიური ინტერვენციის კომბინაცია ცალ-ცალკე ანტიდეპრესანტითა და ფსიქოლოგიური ინტერვენციით მკურნალობაზე მეტად ეფექტური ან საზიანო?

## 9.2 ფსიქოლოგიური ინტერვენცია

- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდების მკურნალობისას სასურველი შედეგის მისაღწევად არის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია „სტანდარტულ ზრუნვასთან“/დაყოვნების სიის კონტროლებთან/პროტოკოლით გათვალისწინებულ კლინიკურ მართვასთან/სხვა ფსიქოლოგიურ ინტერვენციებთან შედარებით მეტად ეფექტური ან საზიანო?
- ეფექტური ფსიქოლოგიური ინტერვენციის შედეგი არის დამოკიდებული თერაპევტის/სერვისის მომხმარებლის მახასიათებლებზე?

### თვითდახმარება, ოჯახის თანადგომა, სტაციონარული და სხვა მკურნალობა

- დეპრესიის მაღალი რისკის ბავშვებისა და მოზარდებისთვის, რომლებსაც არ აქვთ დეპრესიის დიაგნოზი, არის თვითდახმარება ან სხვა ფსიქოლოგიური ინტერვენცია „სტანდარტულ ზრუნვასთან“ შედარებით მეტად ეფექტური ან საზიანო?
- დეპრესიის მაღალი რისკის ბავშვებისა და მოზარდებისთვის, რომლებსაც არ აქვთ დეპრესიის დიაგნოზი, არის ოჯახის თანადგომა/მშობლების განათლება „სტანდარტულ ზრუნვასთან“ შედარებით მეტად ეფექტური ან საზიანო?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში არის ისეთი ქვეჯგუფი, რომლებისთვისაც სასურველი შედეგის მისაღწევად სტაციონარული მკურნალობა მეტად ეფექტურია?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში არის ისეთი ქვეჯგუფი, რომლებისთვისაც სასურველი შედეგის მისაღწევად სოციალური ინტერვენცია საკმარისი იქნება (მაგალითად, ახალგაზრდები, რომლებიც განიცდიან ბულინგს ან ძალადობას)?

## 9.3 რეციდივის პრევენცია

- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებისთვის ანტიდეპრესანტების ხანგრძლივად, დამჭერი თერაპიისთვის რეკომენდებული დოზებით მიღება „სტანდარტულ მკურნალობასთან“ შედარებით ახდენს რეციდივის პრევენციას?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში რეციდივის პრევენციისთვის რამდენი ხანი უნდა გაგრძელდეს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა?
- დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებისთვის სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით ფსიქოლოგიური ინტერვენციის გამოყენება ხანგრძლივ პერსპექტივაში ახდენს რეციდივის პრევენციას?

## 10. ცხრილები

<p><b>ცხრილი №1. დეპრესიის სიმწვავის შეფასება პირველად ჯანდაცვაში</b></p> <p><b>ძირითადი სიმპტომები</b></p> <p>ქვევით ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთი მაინც თავს იჩენს მთელი ან თითქმის მთელი დღის განმავლობაში და, სულ ცოტა, 2 კვირა გრძელდება:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პერსისტენტული სევდა ან დაქვეითებული (გალიზიანებული) გუნებ-განწყობა;</li> <li>• ინტერესებისა და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;</li> <li>• ენერჯის დაქვეითება ან ადვილად დაღლა.</li> </ul>
<p><b>თუ ძირითადი სიმპტომებიდან, რომელიმე სახეზეა შეეკითხეთ შემდეგი სიმპტომების შესახებ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ძილის გაძნელება ან მომატებული ძილიანობა;</li> <li>• ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება ან გადაწყვეტილების მიღების გაძნელება;</li> <li>• დაქვეითებული თვითშეფასება;</li> <li>• დაქვეითებული ან გაძლიერებული მადა;</li> <li>• სუიციდური აზრები ან ქმედება;</li> <li>• აჟიტაცია ან მოძრაობის შენელება;</li> <li>• დანაშაულისა და თვითბრალდების შეგრძნება.</li> </ul>
<p><b>შემდეგ შეეკითხეთ წარსულში გადატანილი შესაძლო დეპრესიული ეპიზოდის შესახებ, ოჯახის ანამნეზი, ჯანმრთელობასთან არსებული სხვა პრობლემებისა (უნარშეზღუდულობის) და სოციალური დახმარების ხელმისაწვდომობის შესახებ.</b></p>
<p><b>ფაქტორები, რომლებიც მხოლოდ ზოგად რჩევებსა და დინამიურ დაკვირვებას საჭიროებენ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ოთხი ან ნაკლები ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი;</li> <li>• ოჯახურ ანამნეზში დეპრესია არ აღინიშნება;</li> <li>• სოციალური დახმარება ხელმისაწვდომია;</li> <li>• სიმპტომები გარდამავალია ან ორ კვირაზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა;</li> <li>• პაციენტს სუიციდური აზრები და ქმედებები არ აღინიშნება;</li> <li>• შრომისუნარიანობა უმნიშვნელოდაა დაქვეითებული.</li> </ul>
<p><b>ფაქტორები, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უფრო აქტიურ ჩარევას საჭიროებენ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ოთხი ან ნაკლები სიმპტომის არსებობა;</li> <li>• დეპრესიის ოჯახური ანამნეზი;</li> <li>• არასაკმარისი სოციალური დახმარება;</li> </ul>
<p><b>ფაქტორები, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებში გადამისამართებას საჭიროებენ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ხუთი ან მეტი სიმპტომის არსებობა;</li> <li>• დეპრესიის ოჯახური ანამნეზი;</li> <li>• არასაკმარისი სოციალური დახმარება;</li> <li>• სუიციდური აზრები;</li> <li>• სოციალური ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი დაქვეითება.</li> </ul>
<p><b>ფაქტორები, რომლებიც დაუყონებლივ ფსიქიატრიულ ჩარევას საჭიროებენ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ცუდი ან არასაკმარისი პასუხი ინიციალურ ფსიქოლოგიური თერაპიით მკურნალობაზე;</li> <li>• ერთი წლის განმავლობაში განმეორებითი დეპრესიის ეპიზოდი;</li> <li>• საკუთარი თავის მოვლის უგულვებელყოფა;</li> <li>• აქტიური სუიციდური აზრები;</li> <li>• ფსიქოზური სიმპტომები;</li> <li>• მძიმე დეპრესია (შვიდი ან მეტი სიმპტომი) მწვავე აჟიტაციით.</li> </ul>
<p><b>ICD-10 ის მიხედვით</b></p> <p>მსუბუქი დეპრესია: ოთხი სიმპტომი          ზომიერი დეპრესია: ხუთი ან ექვსი სიმპტომი          მძიმე დეპრესია: შვიდი ან მეტი სიმპტომი ფსიქოზური სიმპტომატიკით ან ფსიქოზური სიმპტომატიკის გარეშე</p>

**ცხრილი №2. თვითდაზიანების მართვის ძირითადი საკითხები**

- პაციენციდან, გაგება და არჩევანი**
- თვითდაზიანების დროს პიროვნების მიმართ დამოკიდებულება და ჩატარებული მკურნალობა, ისეთივე უნდა იყოს, როგორც ნებისმიერი პაციენტის შემთხვევაში;
  - მედპერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს თვითდაზიანებასთან დაკავშირებული დისტრესი.
- სპეციალისტების ტრენინგების საკითხები**
- კლინიკურ და არაკლინიკურ პერსონალს, რომელსაც თვითდაზიანების შემთხვევებთან უხდება მუშაობა, უნდა ჩაუტარდეს ტრენინგი იმისთვის, რომ პიროვნების მდგომარეობის გაგება და მასზე სათანადოდ ზრუნვა შესძლოს.
- გააქტივებული ნახშირი**
- სასწრაფო დახმარების ბრიგადებსა და გადაუდებელი თერაპიის განყოფილებებში მომუშავე პერსონალისთვის გააქტივებული ნახშირი ყოველთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.
- ტრიაჟი**
- თვითდაზიანების დროს ყველა პირს უნდა ჩაუტარდეს წინასწარი ფსიქოსოციალური შეფასება. უნდა შეფასდეს: პიროვნების ფსიქიკური სტატუსი, დისტრესის ხარისხი და სავარაუდო ფსიქიკური აშლილობის არსებობა;
  - თუ თვითდაზიანების შემთხვევაში დახმარების დაუყოვნებლივ გაწევა ვერ ხერხდება, პიროვნება უსაფრთხო, მხარდამჭერ და მინიმალურად დისტრესულ გარემოში უნდა მოთავსდეს;
- მკურნალობა**
- თვითდაზიანების დროს, მიუხედავად იმისა პიროვნება თანახმაა თუ არა მკურნალობაზე, მას ფიზიკური საჭიროებების შესაბამისი მკურნალობა უტარდება;
  - მთელი მტკიცებულები ან დამამშვიდებელი პროცედურის მანძილზე აუცილებელია ადეკვატური ანესთეზიისა და ანალგეზიის უზრუნველყოფა;
  - პერსონალმა პიროვნებას დაგეგმილი ინტერვენციის შესახებ სრული ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს (მაგალითად, სტაციონარში მოთავსებისა ან მკურნალობის შესახებ).
- საჭიროებების განსაზღვრა**
- თვითდაზიანების ყველა შემთხვევაში პიროვნებას საჭიროებების შეფასება უნდა ჩაუტარდეს. საჭიროებების შეფასება უნდა მოიცავდეს თვითდაზიანებასთან დაკავშირებული სოციალური, ფსიქოლოგიური და მოტივაციური ფაქტორების შესწავლას, სუიციდური ტენდენციებისა და უიმედობის გამოვლენას, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური საჭიროებების განსაზღვრას.
- რისკის შეფასება**
- თვითდაზიანების დროს ყველა პიროვნებისთვის რისკი უნდა შეფასდეს. რისკის შეფასება მოიცავს სუიციდისა ან განმეორებითი თვითდაზიანების რისკთან დაკავშირებული კლინიკური, დემოგრაფიული და ფსიქოლოგიური პრობლემების გამოვლენას.
- ფსიქოლოგიური, ფსიქოსოციალური და ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია**
- თვითდაზიანების დროს რეფერალის განსასაზღვრა ყოველმხრივ ფსიქოსოციალურ შეფასებას საჭიროებს. გადაწყვეტილების მიღება ხდება სრული ფსიქოლოგიური, სოციალური და ფსიქიატრიული შეფასების საფუძველზე და არა უბრალოდ თვითდაზიანების ფაქტის მიხედვით.

**ცხრილი №3. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი**

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)	National Health and Medical Research Council <a href="http://www.nhmrc.gov.au">www.nhmrc.gov.au</a>
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას (მეტა-ანალიზს), რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია	მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა	B	ეყრდნობა I დონის	უმრავლეს

	მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას		მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია	შემთხვევაში შეგიძლიათ მისი გამოყენება
<b>III</b>	კლინიკური რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.	საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ მისი გამოყენება
<b>IV</b>	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს	მისი გამოყენების შემთხვევაში იყავით ფრთხილად
<b>Va</b>	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება			
<b>Vb</b>	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში			

## 11.ლიტერატურა

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP OFFICIAL ACTION. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders, 2007, Review decision date: September 2012.
2. Angold, A. & Costello, E.J. (2001) The epidemiology of depression in children and adolescents. In *The Depressed Child and Adolescent*, 2nd edn. (ed. I. M. Goodyer), pp. 143–178. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press. 40, 443–449.
3. Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., et al. (2002) Depression scale scores in 8–17 year-olds: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1052–1063.
4. Birmaher, B. & Heydl, P. (2001) Biological studies in depressed children and adolescents. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4, 149–157.
5. Brent, D.A., Kolko, D.J., Birmaher, B., et al. (1998) Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906–914.
6. Calfas, K.J. & Taylor, W. (1994) Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 406–423.
7. Campo, J.V., Bridge, J., Ehmann, M., et al. (2004) Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 113, 817–824.
8. Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., et al. (2003a) Children’s behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality*, 71, 495–513.
9. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., et al. (2003b) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386–389.
10. Committee on Safety of Medicines (CSM) (2003) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): overview of regulatory status and CSM advice relating to major depressive disorder (MDD) in children and adolescents including a summary of available safety and efficacy data. [http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafeequalmed/safetymessages/ssrioverview\\_101203.htm](http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafeequalmed/safetymessages/ssrioverview_101203.htm).
11. Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory.
12. Costello, E.J., Angold A., & Keeler, G.P. (1999) Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 121–128.
13. Costello, E.J., Edelbrock, C.S., & Costello, A.J. (1985) Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and paediatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 579–595.
14. Costello, E.J., Pine, D.S., Hammen, C., et al. (2002) Development and natural history of mood disorders.



Biological Psychiatry, 52, 529–542.

15. Cotgrove, A. (2001) The adolescent unit. In *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice* (ed. S. G. Gowers), pp. 321–345. London: E. Arnold.
16. Department for Education and Skills (DfES) (2002) *Bullying: Don't Suffer in Silence – An Anti-bullying Pack for Schools*. London: DfES Publications.
17. Department of Health (1996) *Primary Care: Delivering the Future?* London: HMSO.
18. Department of Health (2001) *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. London: Department of Health.
19. Department of Health (2003) *Expert Briefing: Self-help Interventions for Mental Health Problems*. National Institute for Mental Health in England. [www.nimhe.org.uk](http://www.nimhe.org.uk).
20. Department of Health (2004) *Child and Adolescent Mental Health – National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: Department of Health Publications.
21. Depression in children and young people NCCMH (2005) *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. [Full guideline] Review decision date: October 2013.
22. Dierker, L.C., Albano, A.M., Clarke, G.N., et al. (2001) Screening for anxiety and depression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 929–936.
23. Duff, G. (2003a) Safety of Seroxat (paroxetine) in children and adolescents under 18 years contraindication in the treatment of depressive illness. Epinet message from Professor G. Duff, Chairman of Committee on Safety of Medicines. <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/seroxat18.pdf> [accessed 10 December 2003].
24. Duff, G. (2003b) Safety of venlafaxine in children and adolescents under 18 years in the treatment of depressive illness. Epinet message from Professor G. Duff, Chairman of the Committee on Safety of Medicines. <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/efexor0903.pdf> [accessed 10 December 2003].
25. Duff, G. (2003c) Selective serotonin reuptake inhibitors – use in children and adolescents with major depressive disorder. Epinet message from Professor G. Duff, Chairman of the Committee on Safety of Medicines [http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/cemssri\\_101203.pdf](http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/cemssri_101203.pdf) [accessed 10 December 2003].
26. Egger, H.L., Angold, A., & Costello, E.J. (1998) Headaches and psychopathology in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 951–958.
27. Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., et al. (1999) Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 852–860.
28. Emslie, G.J., Mayes, T.L., Laptook, R.S., et al. (2003) Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 435–456.
29. Emslie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A., et al. (1998) Fluoxetine in child and adolescent depression: Acute and maintenance treatment. *Depression & Anxiety*, 7, 32–39.
30. Feder, A., Coplan, J.D., Goetz, R.R., et al. (2004) Twenty-four-hour cortisol secretion patterns in prepubertal children with anxiety or depressive disorders. *Biological Psychiatry*, 56, 198–204.
31. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., et al. (2001a) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179, 210–217.
32. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., et al. (2001b) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179, 218–223.
33. Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., et al. (2002) *What Works For Whom?: A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York & London: Guilford Press.
34. Food and Drug Administration (2004) *Public Health Advisory: suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm> [accessed 26 October 2004].
35. Garber, J., Kriss, M.R., Koch, M., et al. (1988) Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 49–54.
36. Geller, B., Cooper, T.B., Farooki, Z.Q., et al. (1985) Dose and plasma levels of nortriptyline and chlorpromazine in delusionally depressed adolescents and of nortriptyline in nondelusionally depressed

- adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 336–368.
37. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., et al. (2000) The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645–655.
  38. Goodyer, I.M. & Cooper, P.J. (1993) A community study of depression in adolescent girls. II: The clinical features of identified disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 374–380.
  39. Goodyer, I.M. (2001) Life events: their nature and effects. In *The Depressed Child and Adolescent*. (ed. I. M. Goodyer), pp. 204–233. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.
  40. Goodyer, I.M. (ed.) (2003) *Unipolar Depression: A Lifespan Perspective*. Oxford & New York: Oxford University Press.
  41. Goodyer, I.M., Herbert, J., Tamplin, A., et al. (2000a) Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 177, 499–504.
  42. Goodyer, I.M., Herbert, J., Tamplin, A., et al. (2000b) First-episode major depression in adolescents. Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *British Journal of Psychiatry*, 176, 142–149.
  43. Gowers, S., Clarke, J., Alldis, M., et al. (2001) Inpatient admission of adolescents with mental disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 537–544.
  44. Green, J. & Jones, D. (1998) Unwanted effects of in-patient treatment: anticipation, prevention, repair. In *In-patient Child Psychiatry: Modern Practice, Research and the Future* (eds J. Green and B. Jacobs), pp. 212–220. London: Routledge.
  45. Green, J. (2002) Provision of intensive treatment: in-patient units, day units and intensive outreach. In *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (eds M. Rutter & E. Taylor), pp. 1038–1050. London: Blackwell.
  46. Green, J., Kroll, L., Imrie, D., et al. (2001) Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 325–332.
  47. Halligan, S.L., Herbert, J., Goodyer, I.M., et al. (2004) Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biological Psychiatry*, 55, 376–381.
  48. Harrington, R. & Dubicka, B. (2001) Natural history of mood disorders in children and adolescents. In *The Depressed Child and Adolescent* (ed. I. M. Goodyer), pp. 311–343. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.
  49. Harrington, R. (2001) Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57, 47–60.
  50. Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., et al. (1998) Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512–518.
  51. Harris, T.L. & Molock, S.D. (2000) Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 30, 341–353.
  52. Jacobs, B.W., Green, J., Beecham, J. et al. (2004) CHYPIE: The Children and Young Persons Inpatient Evaluation Study, <http://kc.nimhe.org.uk/index.cfm?fuseaction=Item.viewResource&intItemID=45078>.
  53. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 113–126.
  54. Kelvin, R.G., Goodyer, I.M., Teasdale, J.D., et al. (1999) Latent negative self-schema and high emotionality in well adolescents at risk for psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 959–968.
  55. Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2002) Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133–1145.
  56. Kendler, K.S., Kuhn, J., & Prescott, C.A. (2004) The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 631–636.
  57. Kendler, K.S., Thornton, L.M., & Gardner, C.O. (2000) Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the 'kindling' hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1243–1251.
  58. Kendler, K.S., Thornton, L.M., & Gardner, C.O. (2001) Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 582–586.

59. Kolvin, I. & Sadowski, H. (2001) childhood depression: clinical phenomenology and classification. *The Depressed Child and Adolescent*, 2nd edn (ed. I. Goodyer), pp. 119–142. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.
60. Kovacs, M., Akiskal, H.S., Gatsonis, C., et al. (1994) Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365–374.
61. Kraemer, H.C., Kazdin, A., Offord, D.R., et al. (1997) Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.
62. Luby, J.L., Heffelfinger, A.K., Mrakotsky, C., et al. (2003) The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 340–348.
63. Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, N. (1995) Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176–190.
64. Meltzer, H., Corbin, T., Gatward, R., et al. (2003b) *The Mental Health of Young People Looked After by Local Authorities in England. Report of a survey carried out in 2002 by the Survey Division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health.* London: The Stationery Office.
65. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., et al. (2003a) Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15, 185–187.
66. Nolen-Hoeksema, S. (2000) The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504–511.
67. Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300–312.
68. Park, R.J., Goodyer, I.M., & Teasdale, J.D. (2004) Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent Major Depressive Disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 996–1006.
69. Pfeiffer, S. & Strzelecki, S. (1990) Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 847–853.
70. Post, R.M. (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999–1010.
71. Ramchandani, P. & Jones, D.P. (2003) Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. *British Journal of Psychiatry*, 183, 484–490.
72. Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002) The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 65–79.
73. Rothery, D., Wrate, R., McCabe, R., et al. (1995) Treatment goal-planning outcome findings of a British prospective multi-centre study of adolescent inpatient units. *European Child Adolescent Psychiatry*, 4, 209–220.
74. Rueter, M.A., Scaramella, L., Wallace, L.E., et al. (1999) First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56, 726–732.
75. Ryan, N.D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., et al. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854–861.
76. Schraedley, P.K., Gotlib, I.H., & Hayward, C. (1999) Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 98–108.
77. Sokolov, S. & Kutcher, S. (2001) Adolescent depression: Neuroendocrine aspects. In *The Depressed Child and Adolescent* (ed. I. M. Goodyer), pp. 233–266. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.
78. Spasojevic, J. & Alloy, L.B. (2001) Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25–37.
79. Thompson, D. (1995) *The Concise Oxford English Dictionary.* Oxford: Clarendon Press.
80. Wiesz, J.R., Weiss, B., Han, S.S. et al. (1995) Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450–468.

## 12. გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფი

**ეკა ჭყონია** – ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი; თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის დირექტორის მოადგილე კლინიკურ დარგში.

**მარინა გეგელაშვილი** – ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილია ჭავჭავაძის უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, ბავშვთა ფსიქიკურ პრობლემებზე მუშაობის გამოცდილებით.

**ნინო ნანეიშვილი** – ფსიქიატრი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიისა და ნარკომანიის დეპარტამენტის ფსიქიატრიის მიმართულების სასწავლო ნაწილი, შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ ამბულატორიული დეპარტამენტის ბავშვთა ფსიქიატრი. ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის ფსიქიატრი.

**თინათინ მეზვრიშვილი** – ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრი, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მანდატურის სამსახურთან არსებული ფსიქოლოგიური ცენტრის ფსიქიატრი.