

დანართი N1.1

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2013 წლის 30 აპრილის N1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N 01-150 / ო ბრძანებით

# დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში

(მოკლე ვერსია)

დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

### 1. დეპრესია

- 1.1. დეფინიცია, სიმპტომები, ნიშნები, დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები
- 1.2. დეპრესიულ აშლილობათა კლასიფიკაცია
- 1.3. დეპრესიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

### 2. მოზრდილთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური რეკომენდაციები

### 3. საფეხურეობრივი მოვლა

### 4. პირველი საფეხური

### 5. მე-2 საფეხური: ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა და მსუბუქი დეპრესიის მართვა

### 6. მე-3 საფეხური

### 7. მე-4 საფეხური: მძიმე და გართულებული დეპრესია

### 8. ზრუნვის პრინციპები დეპრესიის მკონე ყველა პირისთვის

- 8.1. ინფორმაციის მიწოდება, თანადგომის უზრუნველყოფა და ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება
- 8.2. წინასწარი მკურნალობის გეგმის შედგენა და გაფორმება
- 8.3. ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების თანადგომა
- 8.4. შეფასების, მკურნალობის შერჩევისა და კოორდინაციის პრინციპები
- 8.5. დეპრესიის დროს ინტერვენციების ეფექტური განხორციელება

### 9. საფეხურეობრივი მოვლა

- 9.1. პირველი საფეხური: ამოცნობა, შეფასება და საწყისი მენეჯმენტი (იხილეთ სქემა 2)
- 9.2. მე-2 საფეხური: ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა და მსუბუქი დეპრესიის მართვა (იხილეთ სქემა 3)
- 9.3. მე-3 საფეხური: ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მართვა ან საწყისი ინტერვენციის არაეფექტურობისას ქვეზღურბლოვანი და მსუბუქი დეპრესიის მართვა (იხილეთ სქემა 4)
- 9.4. მკურნალობის სტრატეგია ინიციალური მკურნალობის არაეფექტურობის ან არადამაკმაყოფილებელი ეფექტურობის შემთხვევაში
- 9.5. მკურნალობის გაგრძელება და გამწვავების პრევენცია
- 9.6. მე-4 საფეხური: მძიმე და გართულებული დეპრესია (იხილეთ სქემა 5)

### 10. დეპრესია და ქრონიკული სომატური დაავადებები

- 10.1. შესავალი
- 10.2. საფეხურეობრივი ზრუნვა
- 10.3. ინსულტის შემდგომი დეპრესია
- 10.4. დეპრესია და შაქრიანი დიაბეტი

### 11. დეპრესიის მკურნალობა ხანდაზმულ ასაკში

### 12. დეპრესიის მკურნალობა ფეხმძიმე და მეტუძურ ქალებში

- 12.1. ანტიდეპრესანტების დანიშვნა
- 12.2. სხვადასხვა პრეპარატის მიღებასთან დაკავშირებული რისკი ფეხმძიმობისა და ძუძუს წოვების დროს ანტიდეპრესანტები  
ბენზოდიამინები  
კარბამაზეპინი, ლამოტრიჯინი და ვალპროატი

## დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში

### 1. დეპრესია

#### 1.1. დეფინიცია, სიმპტომები, ნიშნები, დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

დეპრესია (სინონიმები: მელანქოლია) - დათრგუნული გუნება-განწყობა, იდეატორული და მოტორული აქტივობის რეტარაცია (ე. წ. დეპრესიული ტრიადა) შერწყმული სომატო-ვეგეტატიურ აშლილობებთან.

ტიპიური დეპრესიის მრავალფეროვნება ძირითადად დეპრესიული ტრიადის ამა თუ იმ კომპონენტის ან ცალკეული სიმპტომის დომინირებაზეა დამოკიდებული, ხოლო მის სტრუქტურაში ჰეტეროგენული ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების აღმოცენება აყალიბებს ატიპიურ დეპრესიას.

დეპრესიის ძირითადი მახასიათებლებია:

ძირითადი სიმპტომები:

- მუდმივად დაქვეითებული გუნება-განწყობა და/ან
- ინტერესებისა ან სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა
- არანაკლებ ორი კვირისა, ძირითადი დროის განმავლობაში.
- დამატებით 4 სიმპტომი ქვევით ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან:
- ძილის დარღვევები (ჩვეულებრივთან შედარებით, მომატებული ძილიანობა ან უძილობა);
- მადის და/ან სხეულის მასის მომატება ან შემცირება;
- ენერჯის დაქვეითება ან ადვილად დაღლა;
- კონცენტრაციის უნარის გაუარესება ან მერყეობა (თვითრწმენის დაქვეითება);
- თვითშეფასების დაქვეითება ან შეუსაბამო, ან გაზვიადებული თვითბრალდების განცდა;
- სუიციდური აზრები ან ქმედებები.

**სუიციდის რისკი** - სუიციდური აზრების, სუიციდური ტენდენციების და დასრულებული სუიციდის მაღალი სიხშირის გამო აუცილებელია სუიციდური რისკის შეფასება. მოტივაცია შეიძლება იყოს სრულიად განსხვავებული, უხშირესად დაუძლეველი სიძნელეების გადალახვზე უარის თქმა ან უსასრულო, მოჩვენებითი, მტანჯველი სულერი განცდებისათვის წერტილის დასმის სურვილი (იხილეთ დანართი 2).

სუიციდის სერიოზულ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს:

- სუიციდის მცდელობა წინა ეპიზოდის დროს;
- სუიციდის მცდელობა ავადმყოფის ნათესავებს შორის;
- თვითმკვლელობის პირდაპირი ან არაპირდაპირი მუქარა და შემდგომი „ავისმომასწავებელი“ დუმილი;
- სუიციდისათვის მზადება - სუიციდისათვის აუცილებელი ინვენტარის (თოკი, საწამლავი, იარაღი და ა. შ.) ძიება ან სუიციდური აქტის კონსტრუირების მცდელობა და მათი ლეტალურობის ხარისხი;
- აუტოდესტრუქციული აზრები.

სუიციდის რისკს მნიშვნელოვნად ზრდის: ვიტალური ნაღველი და შფოთვა, ძილის დარღვევა, ემოციური და სოციალური იზოლირება, გაბრაზება აგრესიული ტენდენციებით, გამოხატული დამნაშვეობის და არასრულფასოვნების განცდა, ფსიქოზური სიმპტომები, აზრები განუკურნებელ ავადმყოფობაზე.

სუიციდური რისკი განსაკუთრებით მაღალია დეპრესიული ეპიზოდის დასაწყისში ან ბოლოს, შერეული აფექტის დროს და ბიოლოგიურ კრიზისულ პერიოდებში (პუბერტატული ან ინვოლუციური პერიოდი, მენოპაუზის დადგომა).

სუიციდის პროტექტულ (ანტისუიციდურ) ფაქტორებად ითვლება:

- ბავშვები ოჯახში;
- პასუხისმგებლობის გრძნობა ოჯახის წინაშე;
- ორსულობა;

- რელიგიურობა;
- ცხოვრებით კმაყოფილება;
- რეალობის შეფასების უნარი;
- პრობლემის გადაჭრის პოზიტიური უნარ-ჩვევები;
- პოზიტიური სოციალური მხარდაჭერა;
- პოზიტიური თერაპიული კავშირი.

## 1.2. დეპრესიულ აშლილობათა კლასიფიკაცია

დეპრესიულ აშლილობათა კლასიფიკაცია	
ICD-10	DSM-IV
დეპრესიული ეპიზოდი F32	დიდი დეპრესიული ეპიზოდი 296.2
მსუბუქი F32.0	მსუბუქი 296.21
ზომიერი F32.1	ზომიერი 296.22
მძიმე F32.2	მძიმე 296.23
მძიმე ფსიქოზით F32.3	მძიმე ფსიქოზით 296.24
სხვა დეპრესიული ეპიზოდები F32.8 ატიპური დეპრესია შენიღბული	
რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა F33	დიდი დეპრესიული აშლილობა რეკურენტული 296.3
მიმდინარე ეპიზოდში მსუბუქი F33.0	
მიმდინარე ეპიზოდში ზომიერი F33.1	
მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე F33.2	
მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე დეპრესიული რეკურენტული აშლილობა ფსიქოზური სიმპტომებით F33.3	
რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა რემისიის მდგომარეობაში F33.4	
დისტიმია F34.1	დისტიმური აშლილობები 300.4
ორგანული დეპრესია F06.32	ზოგადი სამედიცინო პრობლემებით გამოწვეული დეპრესია 293.82
ხანმოკლე რეკურენტული დეპრესია F38.10	ხანმოკლე რეკურენტული დეპრესია

### 1.3. დეპრესიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

დეპრესიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოცემულია ორივე DSM-IV (დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო IV) და ICD-10 (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მეათე გადახედვა) კლასიფიკაციებში.

**‘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 შეესაბამებოდა 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

- ყურადღების 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 .

## **დიდი დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები - DSM-IV (დიაგნოსტიკური სტატისტიკური სახელმძღვანელო IV)**

არანაკლებ ორი კვირის განმავლობაში წარმოდგენილი უნდა იყოს ქვემოთ მოცემული ხუთი (ან მეტი) სიმპტომი და უნდა აღინიშნოს ცვლილებები ადრეულ ფუნქციონირებასთან შედარებით. აუცილებელია ორიდან ერთ-ერთის არსებობა: ა) დაქვეითებული გუნებ-განწყობა ან ბ) ინტერესებისა ან სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა.

1. დაქვეითებული გუნებ-განწყობა მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღე, რაც პაციენტის პირადი ჩივილით (სიცარიელის, სევდის შეგრძნება) ან გარშემომყოფთა ობიექტური დაკვირვებით (მაგ., მოვიდა ცრემლიანი თვალებით) ვლინდება.

2. ინტერესების შეზღუდვა და სიამოვნების მიღების უნარის დაქვეითება ყველა ან თითქმის ყველა საქმიანობისას, მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღე (რაც ვლინდება, როგორც სუბიექტური ჩივილით, ასევე სხვების დაკვირვებითაც).

3. წონის მნიშვნელოვანი კლება დიეტის გარეშე ან წონაში მატება (მაგ., საერთო წონის 5%-ზე მეტის ცვლილება თვის განმავლობაში); მადის მომატება ან დაქვეითება თითქმის ყოველდღე.

4. ინსომნია ან ჰიპერსომნია თითქმის ყოველდღე.

5. ფსიქომოტორული შეკავება ან პირიქით - აჟიტაცია. (მოუსვენრობის ან შენელების არა მხოლოდ სუბიექტური შეგრძნებაა, არამედ თვალსაჩინოა გარშემომყოფთათვისაც).

6. ადვილად დაღლა და ანერგია თითქმის ყოველდღე.

7. თვითშეფასების დაქვეითება ან შეუსაბამო, ან გაზვიადებული თვითბრალდების განცდა (შეიძლება იყოს ბოდვითი იდეებიც) თითქმის ყოველდღე (არა უბრალოდ თვითბრალდება ან ავადმყოფობის გამო საკუთარი



თავის დადანაშაულება).

8. ყურადღებისა და კონცენტრაციის უნარის ან თვითრწმენის დქვეითება თითქმის ყოველდღე (სუბიექტური ჩივილი ან გარშემომყოფთა დაკვირების საფუძველზე).

9. პერიოდული ფიქრები სიკვდილზე (არა უბრალოდ სიკვდილის შიში), განმეორებადი სუიციდური აზრები კონკრეტული გეგმისა ან მცდელობის გარეშე, ან დაგეგმილი სუიციდი.

### **დეპრესიის განმარტებები (DSM-IV-ის მიხედვით)**

**ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები:** არსებული სიმპტომების რაოდენობა დეპრესიის დიაგნოზის დასმისთვის აუცილებელ 5 სიმპტომზე ნაკლებია;

**მსუბუქი დეპრესია:** დეპრესიის დიაგნოზის დასმისათვის აუცილებელი 5 ან მეტი სიმპტომია, რომელიც იწვევს მხოლოდ მსუბუქ ფუნქციურ გაუარესებას;

**ზომიერი დეპრესია:** არსებული სიმპტომები აკმაყოფილებს დეპრესიის კრიტერიუმებს, ხოლო ფუნქციური გაუარესება „მსუბუქსა“ და „მძიმეს“ შორისაა;

**მძიმე დეპრესია:** სახეზეა სიმპტომთა უმრავლესობა, რომლებიც იწვევენ ფუნქციონირების მნიშვნელოვან გაუარესებას. შეიძლება იყოს ფსიქოზური სიმპტომებითა და ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე.

**შენიშვნა:** დეპრესიის კვალიფიციური დიაგნოზის დასმისთვის ყურადღება ექცევა არა უბრალოდ სიმპტომების რაოდენობას, არამედ ფუნქციური გაუარესებისა და/ან უნარშეზღუდულობის ხარისხს ამ აშლილობის გამო.

## 2. მოზრდილთა დეპრესიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური რეკომენდაციები

**ძირითადი საკითხები:**

**შეფასების პრინციპები**

- როდესაც აფასებთ დეპრესიის მქონე პიროვნებას, უნდა ჩატარდეს სრულფასოვანი გამოკვლევა, რომელიც არ ითვალისწინებს მხოლოდ სიმპტომების გამოვლენას. აუცილებელია ფუნქციური დაქვეითების ხარისხისა და/ან დეპრესიით გამოწვეული უნარშეზღუდულობისა და ეპიზოდის ხანგრძლივობის გათვალისწინება.

**ეფექტური ინტერვენცია და მომსახურების მიწოდება დეპრესიის დროს**

- ყველა სახის ინტერვენცია უნდა განხორციელდეს კვალიფიციური სპეციალისტების მიერ. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური ინტერვენცია უნდა ემყარებოდეს შესაბამის მკურნალობის სახელმძღვანელოს, რომელიც განსაზღვრავს ინტერვენციის სტრუქტურასა და ხანგრძლივობას.

- სპეციალისტი თავის მუშაობას უნდა გეგმავდეს შესაბამისი სახელმძღვანელოს საფუძველზე და ყველა ინტერვენციის შემთხვევაში პაციენტის მონაწილეობით უნდა განხორციელდეს რეგულარული სუპერვიზია.

- უნდა შეფასდეს მკურნალობის რეჟიმის დაცვა და სპეციალისტის კომპეტენცია.

**შემთხვევის იდენტიფიცირება და ამოცნობა**

- აუცილებელია დეპრესიის მიმართ სათანადო ყურადღების გამოჩენა (განსაკუთრებით ქრონიკული სომატური პრობლემებით გამოწვეული ფუნქციური დაქვეითებისა და წარსულში დეპრესიის არსებობის შემთხვევებში). არ უნდა დაგვავიწყდეს ორი მთავარი კითხვის დასმა:

- უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე ხშირად გქონიათ დაქვეითებული გუნებ-განწყობა ან უიმედო მდგომარეობა?

- უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე დაკარგეთ საქმის კეთების სურვილი და სიამოვნების განცდის უნარი?

### მედიკამენტური მკურნალობა

• მედიკამენტური მკურნალობა არ გამოიყენება რუტინულად ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომების და მსუბუქი დეპრესიის შემთხვევაში, ვინაიდან რისკისა და ეფექტურობის შეფარდება ძალიან უმნიშვნელოა, თუმცა საჭიროა მათი დანიშვნა იმ პირებში, რომლებსაც:

- წარსულში ზომიერი ან მძიმე დეპრესია აქვთ გადატანილი;  
ან
- თუ ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები გრძელდება დიდი ხნის მანძილზე (ჩვეულებრივ სულ ცოტა 2 წელი);  
ან
- ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები და მსუბუქი დეპრესიის მკურნალობა სხვა ინტერვენციით ვერ მოხერხდა.

### ფსიქოსოციალური ინტერვენცია\* (\*მიღებულია სამუშაო ჯგუფის კონსენსუსით)

გამოიყენება პიროვნების სურვილის გათვალისწინებით შემდეგ შემთხვევებში:

- ქვეზღურბლოვანი პერსისტენტული დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის დროს;  
ან
- იმ პირებისთვის, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან (მათ, ვისაც ანტიდეპრესიული მკურნალობის მიუხედავად, აქვთ გამწვავებები, ან უარს ამბობენ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გაგრძელებაზე) ან აღენიშნებათ რეზიდუალური სიმპტომები.

ფსიქოსოციალური ინტერვენციის მეთოდებია:

- ინდივიდუალური კბთ (კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია);
- ჯგუფური კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია;
- სტრუქტურირებული ფიზიკური აქტივობის პროგრამა.

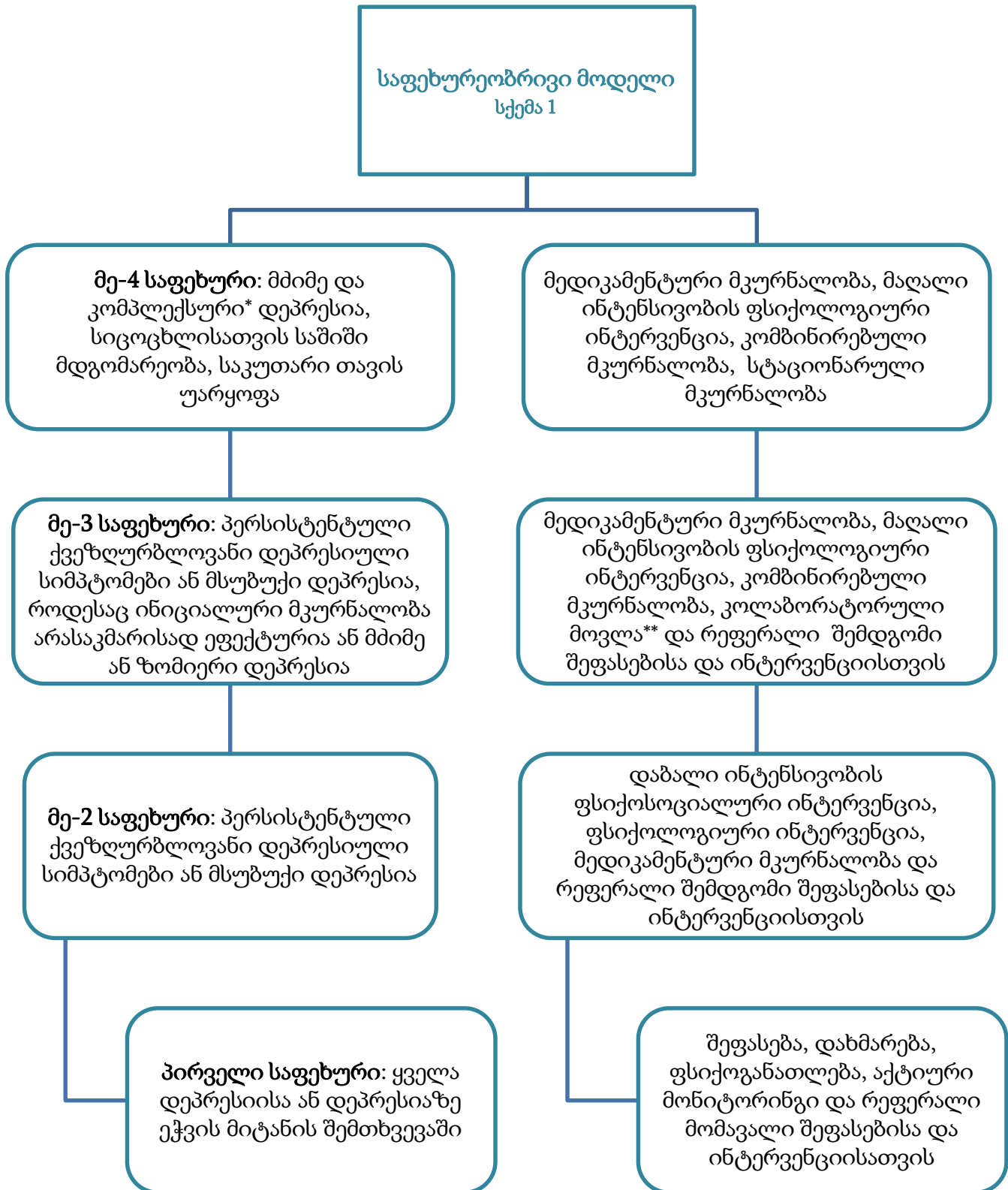
### **ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მკურნალობა**

- ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის მქონე პირებისთვის უნდა ჩატარდეს კომბინირებული მკურნალობა ანტიდეპრესანტებითა და ფსიქოლოგიური ინტერვენციით.

### **მკურნალობის გაგრძელება და გამწვავების პრევენცია**

- პირი, რომელიც იღებს ანტიდეპრესანტს, საჭიროებს თანადგომას და წახალისებას იმისთვის, რომ გააგრძელოს მედიკამენტის მიღება, სულ ცოტა, 6 თვის მანძილზე, დეპრესიული ეპიზოდის შემდგომი რემისიის დროს. პიროვნებას უნდა განემარტოს, რომ ასეთ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად მცირდება რეციდივის რისკი. პიროვნებამ უნდა იცოდეს, რომ ანდიტეპრესანტები არ იწვევენ შეჩვევას.

3. საფეხურეობრივი მოვლა



#### 4. პირველი საფეხური

##### I საფეხური სქემა (2)

ჰკითხეთ პაციენტს:

- უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე ხშირად გქონიათ დაქვეითებული გუნებ-განწყობა?
- უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე დაკარგეთ საქმის კეთების სურვილი და სიამოვნების განაცდის ონარი?

თუ ორივე კითხვაზე პასუხი არის „დიახ“, მაშინ ფსიქიკური სტატუსის შემდგომი შეფასება ხდება ფსიქიატრის ან კვალიფიციური სპეციალისტის მიერ, ვისაც აქვს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება

მდგომარეობის უკეთ შეფასებისთვის სპეციალისტმა უნდა დასვას შემდეგი სამი კითხვა:  
უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე ხშირად გქონიათ:

- უღირსობის განცდა?
- დაქვეითებული კონცენტრაცია?
- ფიქრები სიკვდილზე?

მნიშვნელოვანია სიმპტომების არა მხოლოდ რაოდენობრივი შეფასება, არამედ:

- ფუნქციური დაქვეითებისა და/ან უნარშეზღუდულობის ხარისხის განსაზღვრა
- ეპიზოდის ხანგრძლივობის დადგენა
- აუცილებელია ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და დანიშნულების გათვალისწინება.
- უნდა შემოწმდეს, ტარდება თუ არა ოპტიმალური მკურნალობა სომატური პრობლემებისთვის. საჭიროების შემთხვევაში, უნდა ჩატარდეს სპეციალისტის კონსულტაცია
- უნდა დადგინდეს, რა გავლენას მოახდენს დეპრესიის განვითარებაზე, მიმდინარეობასა და სიმწვავეზე შემდეგი მონაცემები: წარსულში გადატანილი დეპრესიის ეპიზოდები (ჩტარებული მკურნალობაც), თანმხლები სომატური ან ფსიქიკური აშლილობები ან აწეული გუნებ-განწყობა
- მნიშვნელოვანია ინტერპერსონალური ურთიერთობების, საცხოვრებელი პირობებისა და სოციალური იზოლაციის გათვალისწინება
- კომუნიკაციისა და მეტყველების დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობა უნდა დაზუსტდეს ახლობლებთან და მზრუნველებთან.

მნიშვნელოვანი დისტრესის გამოვლენისას საჭიროა გამოკვლევის გაგრძელება.

5. მე-2 საფეხური: ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა და მსუბუქი დეპრესიის მართვა

II საფეხური (სქემა 3)

**ძილის ჰიგიენა**

მიეცით რჩევები ძილის ჰიგიენის შესახებ, რომელიც მოიცავს:

- რეგულარული დაძინებისა და გაღვიძების დროის დაწესება
- დაძინების წინ ჭარბი საკვებისა და ალკოჰოლის მიღებისაგან და თამბაქოსგან თავის შეკავება
- ძილისთვის სასურველი გარემოს შექმნა
- რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში

**აქტიური მონიტორინგი**

იმ პირებთან, რომლებიც შეიძლება გამოჯანმრთელდნენ ფორმალური ინტერვენციის გარეშე ან ვისაც აღენიშნება მსუბუქი დეპრესია და უარს აცხადებენ ინტერვენციაზე ან ვისაც აღენიშნება დეპრესიის ქვეზღურბლოვანი სიმპტომები და საჭიროებენ ინტერვენციას:

- განიხილეთ არსებული პრობლემა(ები) და მასთან დაკავშირებული დისტრესი, რომელსაც პაციენტი განიცდის
- მიაწოდეთ ინფორმაცია დეპრესიის ბუნებისა და მიმდინარეობის შესახებ
- დანიშნეთ შემდეგი შეხვედრა, ჩვეულებრივ, ორი კვირის შემდეგ
- დაუკავშირდით, თუ არ გამოცხადდება დანიშნულ შეხვედრაზე

**ფსიქოსოციალური ინტერვენცია**

იმ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები ან მსუბუქი და ზომიერი დეპრესია, შესთავაზეთ შემდეგი ინტერვენციები მათი სურვილის გათვალისწინებით:

- ინდივიდუალური ან ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია
- ფიზიკური აქტივობის პროგრამა

**მედიკამენტური მკურნალობა**

არ გამოიყენოთ ანტიდეპრესანტები რუტინულად ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი დეპრესიის დროს, ვინაიდან რისკისა და ეფექტურობის შეფარდება უნიშვნელოა, თუმცა განიხილეთ მათი დანიშნვის საჭიროება იმ პირებისთვის, ვისაც:

- წარსულში გადატანილი აქვს ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის ეპიზოდ(ებ)ი
- ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები აღენიშნება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში (ჩვეულებრივ 2 წლის განმავლობაში)

სხვა ინტერვენციების მიუხედავად კვლავ აღენიშნება ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები ან მსუბუქი დეპრესია

6. მე-3 საფეხური

III საფეხური (სქემა 4)	
სამიზნე პოპულაცია	მკურნალობის არჩევანი
ქრონიკული ქვეზღურბლოვანი დეპრესიის ან მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის მქონე პირებისთვის, რომელთა მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა ფსიქოსოციალური ინტერვენციით	ანტიდეპრესანტები კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია
ზომიერი დეპრესიის მქონე პირებისთვის	კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია
მძიმე დეპრესიის მქონე პირებისთვის	ერთდროულად ანტიდეპრესანტები და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია
<p>ინტერვენციის შერჩევასა გაითვალისწინეთ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ეპიზოდის ხანგრძლივობა და სიმპტომების მონაცვლეობა</li> <li>- გადატანილი დეპრესიის ეპიზოდების მიმდინარეობა და მკურნალობაზე პასუხი</li> <li>- მკურნალობის რეჟიმისადმი დამორჩილების ალბათობა და შესაძლო გვერდითი ეფექტები</li> <li>- ქრონიკული სომატური დაავადების მიმდინარეობა და ჩატარებული მკურნალობა</li> <li>- პიროვნების მიერ მკურნალობის მეთოდისადმი უპირატესობის მინიჭება</li> </ul> <p>ინიციალური მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული ზომიერი და მძიმე დეპრესია</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- რეზისტენტულ შემთხვევებში, როდესაც ფსიქოსოციალური, მედიკამენტური ან ორივე მკურნალობის კომბინაცია არაეფექტურია საჭიროა თანამშრომლური (კოლაბორაციული) მიდგომის გამოყენება</li> <li>- კოლაბორაციული მიდგომის შემთხვევაში ადგილი აქვს მჭიდრო, ხანგრძლივ და კოორდინირებულ თანამშრომლობას ფსიქიატრიული და ფიზიკური პრობლემების მკურნალობაში ჩართულ მედპერსონალს შორის</li> </ul>	



7. მე-4 საფეხური: მძიმე და გართულებული დეპრესია

IV საფეხური (სქემა 5)

ინტერვენცია მოიცავს მედიკამენტურ მკურნალობას, ინტენსიურ ფსიქოლოგიურ და ელექტროკრუნჩხვით თერაპიას, კომბინირებულ მკურნალობას, კრიზისულ დახმარებასა და სტაციონარულ მკურნალობას

თუ პაციენტს მძიმე და გართულებული დეპრესიის გამო მკურნალობა უტარდება ფსიქიკური დახმარების სერვისებში აუცილებელია მჭიდრო თანამშრომლობა იმ სამსახურებთან, რომლებიც ამ პიროვნების ფიზიკური პრობლემის მკურნალობას ახორციელებენ

## 8. ზრუნვის პრინციპები დეპრესიის მქონე ყველა პირისთვის

### 8.1. ინფორმაციის მიწოდება, თანადგომის უზრუნველყოფა და ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება

8.1.1. დეპრესიის მქონე პირებთან, მათ მზრუნველებთან და ოჯახის წევრებთან მუშაობისას:

- დაამყარეთ გულწრფელი და ნდობაზე აგებული ურთიერთობა, მუშაობისას გამოიყენეთ პიროვნების ჩართვასა და არა განსჯაზე ორიენტირებული სტილი (მტკიცებულებების ხარისხი A, დონე I, Khan and colleagues (2007));
- მიაწოდეთ ინფორმაცია დეპრესიის სხვადასხვა მიმდინარეობებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. შექმენით იმედიანი და ოპტიმისტური განწყობა. აუხსენით, რომ მკურნალობა შესაძლებელია;
- მიიღეთ მხედველობაში, რომ დეპრესიის დიაგნოზს შეიძლება თან ახლდეს სტიგმა და დისკრიმინაცია;
- დარწმუნდით, რომ პიროვნებას ესაუბრებით ისეთ გარემოში, სადაც დაცულია მისი კონფიდენციალობა და ღირსება.

8.1.2. როდესაც მუშაობთ დეპრესიის მქონე პირებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ან მზრუნველებთან:

- დეპრესიისა და მისი მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია მიაწოდეთ მათთვის გასაგებ ენაზე
- მოერიდეთ კლინიკური ტერმინების გამოყენებას შესაბამისი ახსნა-განმარტებების გარეშე;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია თვითდახმარების ჯგუფების, თანადგომის ჯგუფებისა და სხვა ლოკალური რესურსების შესახებ.

8.1.3. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელად დარწმუნდით იმაში, რომ პიროვნებას აქვს ამომწურავი ინფორმაცია თავისი მდგომარეობის შესახებ. ეს

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში (მტკიცებულებების ხარისხი C, დონე III, Roberts et al, 2008).

8.1.4. მკურნალობაზე შეთანხმება უნდა ემყარებოდეს პიროვნებისთვის გასაგებ ინფორმაციას, რომლის გაფორმება წერილობითაცაა შესაძლებელი. ინტერვენციის შესახებ ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს:

- რას გულისხმობს ეს მკურნალობა;
- რას მოელის პიროვნება ამ მკურნალობისგან;
- სავარაუდო შედეგს (გვერდითი ეფექტების ჩათვლით).

## 8.2. წინასწარი მკურნალობის გეგმის შედგენა და გაფორმება

8.2.1. მძიმე რეკურენტული დეპრესიისა ან ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიის მქონე პირებისთვის და იმ პირებისთვის, ვინც არანებაყოფლობით მკურნალობაზე იმყოფება, პიროვნებასთან შეთანხმებით, განიხილეთ წინასწარი მკურნალობის გეგმა. გააფორმეთ ეს გეგმა წერილობით. ამ გეგმის ასლი მიეცით პიროვნებას ან, თუ პიროვნება თანახმაა, მის ოჯახის წევრებს და მზრუნველებს. გეგმის ასლი დაურთეთ ავადმყოფობის ისტორიას.

## 8.3. ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების თანადგომა

8.3.1. როდესაც ოჯახი ან მზრუნველი ჩართულია მძიმე ან ქრონიკული დეპრესიის მქონე პიროვნების მოვლაში:

- მიაწოდეთ წერილობითი ან ზეპირი ინფორმაცია დეპრესიასა და მის მართვაზე. ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია იმის შესახებ თუ, როგორ შეუძლია ოჯახს და მზრუნველს დაეხმაროს პიროვნებას;
- შესთვალეთ მზრუნველ(ებ)ს დახმარება სომატური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაში, მიაწოდეთ ინფორმაცია

ადგილობრივი ოჯახის დახმარების ჯგუფებსა და მოხალისე ორგანიზაციების შესახებ და დაეხმარეთ მათ ამ ორგანიზაციებთან დაკავშირებაში (მტკიცებულებების ხარისხი D, დონე IV, Yager J, 1992).

#### 8.4. შეფასების, მკურნალობის შერჩევისა და კოორდინაციის პრინციპები

8.4.1. გულდასმით შეაფასეთ დეპრესიის მქონე პირის მდგომარეობა. მდგომარეობის შეფასება არ გულისხმობს მხოლოდ სიმპტომების გამოვლენას. მნიშვნელოვანია ფუნქციური გაუარესებისა და დეპრესიით გამოწვეული უნარშეზღუდულობისა და ეპიზოდის ხანგრძლივობის გათვალისწინება (მტკიცებულებების ხარისხი A, დონე I, Mitchell et al., 2009).

8.4.2. სიმპტომებისა და ფუნქციური გაუარესების შეფასებასთან ერთად განიხილეთ დეპრესიული მდგომარეობის სიმძიმის, განვითარებისა და მიმდინარეობის საკითხში შემდეგი ფაქტორების მნიშვნელობა:

- წარსულში დეპრესიული ეპიზოდის ან კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობისა ან სომატური დაავადების არსებობა;
- წარსულში გადატანილი აწეული გუნებ-განწყობის ეპიზოდი (იმისთვის, რომ განვასზღვროთ, ბიპოლარული აშლილობასთან ხომ არ გვაქვს საქმე);
- წარსულში ჩატარებული მკურნალობა და ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა
- ინტერპერსონალური ურთიერთობების ხარისხი
- ცხოვრების ხარისხი და სოციალური ურთიერთობები.

8.4.3. დეპრესიულ პირებთან მუშაობისას პატივი ეცით პიროვნების კულტურალურ, რელიგიურ და ეთნიკურ განსხვავებებს და გაითვალისწინეთ ამ ფაქტორების გავლენა დეპრესიული სიმპტომების თავისებურებებზე (მტკიცებულებების ხარისხი C, დონე III, Bhugra, D. & Cochrane, R.2001).

უზრუნველყავით კომპეტენცია:

- კულტურალურ შეფასებაში;
- დეპრესიის ახსნის სხვადასხვა მოდელის ცოდნაში;
- მკურნალობის გეგმის შემუშავებისას კულტურალური და ეთნიკური თავისებურებების გათვალისწინებაში;
- ეთნო-კულტურალურად განსხვავებული პიროვნებების ოჯახებთან მუშაობაში.

8.4.4. დეპრესიაზე ექვის მიტანის შემთხვევაში პიროვნების მდგომარეობის შეფასებისას გაითვალისწინეთ გონებრივი ჩამორჩენილობისა ან შეძენილი კოგნიტური დეფიციტის არსებობა. საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ სპეციალისტს მკურნალობის გეგმის შემუშავებასა და სტრატეგიის განსაზღვრისთვის (ხარისხი C, დონე III, Bhugra, D, Prasher, V. (1999)).

8.4.5. როდესაც მკურნალობთ გონებრივი ჩამორჩენილობისა ან კოგნიტური დაქვეითების მქონე დეპრესიულ პიროვნებას:

- რამდენადაც შესაძლებელია გამოიყენეთ იგივე ინტერვენცია, როგორც სხვა დეპრესიული პირების შემთხვევაში;
- თუ საჭიროება მოითხოვს, მოარგეთ ინტერვენციის ხანგრძლივობა და მეთოდი გონებრივ ჩამორჩენილობასა და კოგნიტურ დაქვეითებას.

8.4.6. დეპრესიის მქონე პირებს ყოველთვის პირდაპირ შეეკითხეთ სუიციდური აზრების არსებობისა ან მცდელობის შესახებ. თუ ადგილი აქვს თვითდაზიანებისა ან სუიციდის რისკს (ხარისხი A, დონე I, Harris, E. C. & Barraclough, B. 1997);

- შეაფასეთ, აქვს თუ არა პიროვნებას ადექვატური სოციალური თანადგომა და იცის თუ არა ამ თანადგომის შესახებ;
- უზრუნველყავით რისკის ხარისხთან შესაბამისი დახმარება;
- ურჩიეთ, მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, მოითხოვოს დახმარება.

## 8.5. დეპრესიის დროს ინტერვენციების ეფექტური განხორციელება

8.5.1. ყველა ინტერვენცია უნდა ჩატარდეს ტრენირებული და კომპეტენტური სპეციალისტის მიერ. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური დახმარება უნდა ეფუძნებოდეს შესაბამის მკურნალობის სახელმძღვანელო(ებ)ს, რომელიც განსაზღვრავს ინტერვენციის სტრუქტურასა და ხანგრძლივობას. ყველა ინტერვენციის დროს (ხარისხი A, დონე I Badamgarav et al., 2003; დონე II, Gilbody et al., 2006):

- სპეციალისტს უნდა გაეწიოს რეგულარული მაღალპროფესიული სუპერვიზია;
- სპეციალისტი რუტინულად აფასებს მკურნალობის ეფექტურობას.
- პიროვნება აქტიურადაა ჩართული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების პროცესში

8.5.2. რამდენადაც შესაძლებელია, უზრუნველყავით ყველა ინტერვენცია პიროვნებისთვის გასაგებ ენაზე.

## 9. საფეხურეობრივი მოვლა

საფეხურეობრივი მოვლის მოდელი ითვალისწინებს მაქსიმალურად ეფექტური ინტერვენციის შერჩევასა და პიროვნების, მზრუნველებისა და სპეციალისტების თანადგომის უზრუნველყოფას (იხილეთ სქემა 1). საფეხურეობრივი მოვლის ძირითადი პრინციპია ნაკლებად შემზღუდავი და მაქსიმალურად ეფექტური ინტერვენციის განხორციელება. თუ საწყისი ინტერვენცია არაეფექტურია ან პიროვნება უარს აცხადებს შეთავაზებულ ინტერვენციაზე, მაშინ გადადით შემდეგ საფეხურზე (ხარისხი B, დონე II Bower & Gilbody, 2005a) .

## 9.1. პირველი საფეხური: ამოცნობა, შეფასება და საწყისი მენეჯმენტი (იხილეთ სქემა 2)

### 9.1.1. შემთხვევის გამოვლენა და ამოცნობა

- 9.1.1.1. ყურადღებით შეაფასეთ დეპრესიის ნიშნები, განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, ვისაც წარსულში გადატანილი აქვს დეპრესიული ეპიზოდი ან ვისაც აღენიშნება ქრონიკული სომატური დაავადება და მასთან ასოცირებული ფუნქციური გაუარესება.
- 9.1.1.2. პირებს, რომლებსაც შეიძლება ჰქონდეთ დეპრესია აუცილებლად დაუსვით შემდეგი ორი შეკითხვა (ხარისხი A, დონე II, Whooley, M. A., et al. 1997):
- უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე ხშირად გქონიათ დაქვეითებული გუნებ-განწყობა ან უიმედო მდგომარეობა?
  - უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე დაკარგეთ საქმის კეთების სურვილი და სიამოვნების განცდის უნარი?
- 9.1.1.3. თუ პიროვნება ორივე კითხვას დადებითად პასუხობს, ხოლო სპეციალისტი არ არის კომპეტენტური დეპრესიის მართვაში, პიროვნება უნდა გაიგზავნოს ფსიქიატრთან.
- 9.1.1.4. თუ სპეციალისტი კომპეტენტურია დეპრესიის მართვაში, უნდა შეამოწმოს პიროვნების ფსიქიკური მდგომარეობა და მასთან ასოცირებული ფუნქციური, ინტერპერსონალური და სოციალური გაუარესება.
- 9.1.1.5. როდესაც აფასებთ დეპრესიის მქონე პირს, მკურნალობის ეფექტურობის გამოსავლენად გამოიყენეთ დეპრესიის შეფასების კითხვარები – ბეკის დეპრესიის კითხვარი, ჰამილტონის დეპრესიის შეფასების სკალა და შრომისუნარიანობისა და ფუნქციური დაქვეითების შეფასებისთვის – ფუნქციონირების გლობალური შეფასების სკალა (მტკიცებულება ექსპერტთა შეთანხმება).
- 9.1.2. პირებთან, რომლებსაც აღენიშნებათ მეტყველებისა ან კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების დარღვევები, გამოკითხეთ ოჯახის წევრები. შესაძლებელია

დისტრესის თერმომეტრის გამოყენებაც (დისტრესის თერმომეტრი არის ერთკითხვიანი ტესტი, რომელიც აფასებს ნებისმიერი მიზეზით გამოწვეული დისტრესის ხარისხს. პაციენტს ვეკითხებით, რამდენად დეპრესიულია უკანასკნელი კვირის განმავლობაში და ვთხოვთ შეაფასოს ათბალიანი შკალით 0-დან 10 ქულამდე. 4 და მეტი ქულა ნიშნავს, რომ პიროვნება იმყოფება დისტრესში და საჭიროებს შემდგომ გულდასმით შეფასებას (ხარისხი C, დონე III, Roth AJ, et al. 1998).

### 9.1.3. რისკის შეფასება და მონიტორინგი

9.1.3.1. თუ პიროვნება საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს ან ირგვლიმყოფებს, უნდა გაეწიოს სპეციალისზირებული ფსიქიატრიული დახმარება (საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად – „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“).

9.1.3.2. აუცილებელია პიროვნების გაფრთხილება, რომ მკურნალობის საწყის ეტაპზე შეიძლება გაძლიერდეს აჟიტაცია, შფოთვა, და სუიციდური აზრები. ყურადღებით უნდა შეფასდეს ეს სიმპტომები (ხარისხი B, დონე II, MacMillan et al, 2005; Palmer, 2003).

- დარწმუნდით, რომ პიროვნებამ იცის, ვის მიმართოს გადაუდებელი დახმარებისთვის.
- გადახედეთ დანიშნულებას, თუ პიროვნებას აღენიშნება გამოხატული და გახანგრძლივებული აჟიტაცია.

9.1.3.3. აუცილებელია პიროვნების ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების გაფრთხილება, რომ ყურადღებით იყვნენ გუნებ-განწყობის ცვლილებებისადმი, პესიმისტური, უიმედო მდგომარეობისა და სუიციდური იდეებისადმი, რათა დროულად მიმართონ ექიმს. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სუიციდის მაღალი რისკის პერიოდში, კერძოდ,



მკურნალობის ინიციალურ პერიოდში და სტრესის გამძლიერების შემთხვევაში. ასევე, მწვავე აჟიტაციის, შფოთვის, უიმედობის, პერსისტენტული უძილობისა და ფსიქოზური სიმპტომების არსებობისას და/ან ცუდი სოციალური მხარდაჭერისას.

9.1.3.4. თუ დეპრესიის მქონე პიროვნებას თვითმკვლელობის რისკი აქვს:

- მხედველობაში მიიღეთ დანიშნული ანტიდეპრესანტის ან სხვა მედიკამენტის ტოქსიკურობა მათი ჭარბი დოზით მიღებისას;
- გაამძიერეთ მხარდაჭერა პირდაპირი კონტაქტით ან ტელეფონზე საუბრით;
- განიხილეთ პიროვნების სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციონირების საკითხი.

## 9.2. მე-2 საფეხური: ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა და მსუბუქი დეპრესიის მართვა (იხილეთ სქემა 3)

### 9.2.1. ზოგადი ღონისძიებები

#### დეპრესია შფოთვით

9.2.1.1. როდესაც დეპრესიას თან ახლავს შფოთვა, პრიორიტეტი უნდა მივანიჭოთ დეპრესიის მკურნალობას. თუ შფოთვითი აშლილობის დროს ადგილი აქვს დეპრესიას, მაშინ საჭიროა ჯერ შესაბამისი შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა (შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა ხშირად აუმჯობესებს დეპრესიულ სიმპტომატიკასაც) (ხარისხი B, დონე II, Barkow, 2004).

#### ძილის ჰიგიენა

9.2.1.2. ძილის ჰიგიენის დაცვასთან დაკავშირებით ურჩიეთ პიროვნებას (ხარისხი C, დონე III, NICE, 2004a)

- დაიძინოს და გაიღვიძოს ერთი და იგივე დროს;
- მოერიდოს ძილის წინ დიდი რაოდენობით საკვების მიღებას, თამბაქოს მოწევას ან ალკოჰოლიანი სასმელების დალევას;
- შექმნას ძილისთვის შესაბამისი გარემო;

- რეგულარულად ივარჯიშოს დღის საათებში.

### აქტიური მონიტორინგი

9.2.1.3. იმ პირებთან, რომლებიც ექიმის აზრით: (1) შეიძლება გამოჯანმრთელდნენ ინტერვენციის გარეშე; (2) ვისაც აღენიშნება მსუბუქი დეპრესია, თუმცა უარს აცხადებს ინტერვენციაზე; (3) ვისაც აღენიშნება დეპრესიის ქვეზღურბლოვანი სიმპტომები, მაგრამ საჭიროებს ინტერვენციას:

- განიხილეთ არსებული პრობლემა(ები) და მასთან დაკავშირებული დისტრესი, რომელსაც პიროვნება განიცდის;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია დეპრესიის ბუნებისა და მიმდინარეობის შესახებ;
- დანიშნეთ შემდეგი შეხვედრა, ჩვეულებრივ, ორი კვირის შემდეგ;
- დაუკავშირდით, თუ არ გამოცხადდება დანიშნულ შეხვედრაზე.

### 9.2.2. ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

9.2.2.1. იმ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები ან მსუბუქი დეპრესია, შესთავაზეთ შემდეგი ინტერვენცია მათი სურვილის გათვალისწინებით:

- ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია(ხარისხი A, დონე II, Ayen, 2004);
- ფიზიკური აქტივობის პროგრამა (ხარისხი D, დონე IV, Brown, 2005);

9.2.2.2. ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მიზანშეწონილია პერსისტენტული ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი დეპრესიის მქონე პირებისათვის.

9.2.2.3. ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია პერსისტენტული ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი დეპრესიის მქონე პირებისთვის:

- ეფუძნება სტრუქტურირებულ მოდელს, როგორცაა „დეპრესიის კოპინგი“;

- ტარდება ორი ტრენირებული და კომპეტენტური სპეციალისტის მიერ;
- მოიცავს 8-10 კაციანი ჯგუფის 10 -12 შეხვედრას;
- ჩვეულებრივ, გრძელდება 12-16 კვირა, რასაც მოყვება შემდგომი შეფასება.

9.2.2.4. ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა და მსუბუქი დეპრესიის მქონე პირებისთვის ფიზიკური აქტივობის პროგრამა უნდა:

- ჩატარდეს ჯგუფურად კომპეტენტური სპეციალისტის მიერ;
- ჩვეულებრივ ტარდება კვირაში სამჯერ 45წთ–დან 1სთ–მდე 10–14 (საშუალოდ 12) კვირის განმავლობაში (ხარისხი A, დონე II, Kazantzis, 2000).

### 9.2.3. მედიკამენტური მკურნალობა

9.2.3.1. არ გამოიყენოთ ანტიდეპრესანტები რუტინულად ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი დეპრესიის დროს, ვინაიდან გვერდითი მოვლენების განვითარების რისკისა და მედიკამენტური ეფექტურობის თანაფარდობა უნიშვნელოა, თუმცა განიხილეთ მათი დანიშვნის საჭიროება იმ პირებისთვის, ვისაც (ხარისხი A, დონე II, Kirsch, 2008; Paykel, 1988):

- წარსულში გადატანილი აქვს ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის ეპიზოდ(ებ)ი;
- ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები აღენიშნება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში (ჩვეულებრივ 2 წლის მანძილზე);
- სხვა ინტერვენციების მიუხედავად კვლავ აღენიშნება ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები ან მსუბუქი დეპრესია.

**9.3. მე-3 საფეხური: ზომიერი და მძიმე დეპრესიის მართვა ან საწყისი ინტერვენციის არაეფექტურობისას ქვეზღურბლოვანი და მსუბუქი დეპრესიის მართვა (იხილეთ სქემა 4)**

### 9.3.1. მკურნალობის არჩევანი

9.3.1.1. ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომებისა ან მსუბუქი დეპრესიის მქონე პირებთან, რომელთა მდგომარეობა არ უმჯობესდება ფსიქოსოციალური ინტერვენციით, განიხილეთ სხვა ინტერვენციები:

- დაუნიშნეთ ანტიდეპრესანტები (ჩვეულებრივ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები) ან
- კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია.

9.3.1.2. ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს უნდა ჩატარდეს კომბინირებული თერაპია ანტიდეპრესანტებითა და ფსიქოლოგიური ინტერვენციით (კბთ–ით) (ხარისხი A, დონე I Keller et al, 2000).

9.3.1.3. ინტერვენციის არჩევანი დამოკიდებულია:

- ეპიზოდის ხანგრძლივობასა და სიმპტომების მონაცვლეობაზე;
- გადატანილი დეპრესიული ეპიზოდების მიმდინარეობასა და გამოყენებული მკურნალობის ეფექტურობაზე;
- მკურნალობის რეჟიმის დაცვის ალბათობასა და გამოვლენილ გვერდით ეფექტ(ებ)ზე;
- პიროვნების მიერ მკურნალობის მეთოდებისადმი უპირატესობის მინიჭებასა და პრიორიტეტებზე.

### 9.3.2. ანტიდეპრესიული პრეპარატები

#### ანტიდეპრესანტების არჩევა

ანტიდეპრესანტის არჩევისას:

9.3.2.1. განიხილეთ ანტიდეპრესანტით მკურნალობის შემდეგი საკითხები:

- არჩევანის შესაძლებლობა გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით, მათი ურთიერთმოქმედება სხვა წამლებთან ან გავლენა სომატურ პრობლემებზე;

- პიროვნების აზრი მანამდე მიღებული ანტიდეპრესანტების ეფექტურობასა და ტოლერანტობაზე;
- ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებისას, მიზანშეწონილია მკურნალობა დავიწყოთ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორებით, ვინაიდან მათ ისეთივე ანტიდეპრესიული ეფექტი აქვთ, როგორც სხვა ანტიდეპრესანტებს და ნაკლებად გამოხატული გვერდითი მოვლენები ახასიათებთ (ხარისხი A, დონე I , Gartlehner *et al.*, 2008; Geddes *et al* 2000);
- თუმცა უნდა გავითვალისწინოთ, რომ:
- სუსი-ები დაკავშირებულია სისხლდენის გაზრდილ რისკთან, განსაკუთრებით ასაკოვან პირებში ან იმ პრეპარატების მიღებისას, რომლებიც მოქმედებენ კუჭნაწლავის ლორწოვან გარსზე ან გავლენას ახდენენ შედეგებაზე. განსაკუთრებით გასათვალისწინებელია არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებისა ან ასპირინის მიღება ხანდაზმულ ასაკში;
- ფლუოქსეტინი, ფლუვოქსამინი და პაროქსეტინი სხვა სუსი-ებთან შედარებით წამლებთან ურთიერთქმედების უფრო მაღალი პოტენციურობით გამოირჩევიან;
- პაროქსეტინს სხვა სუსი-ებთან შედარებით უფრო გამოხატული მოხსნის სიმპტომები ახასიათებს.

9.3.2.2. პირებისთვის, რომლებსაც სუიციდის მაღალი რისკი აღენიშნებათ, ანტიდეპრესანტების შერჩევასა გაითვალისწინეთ დანიშნული წამლის ტოქსიკურობა (თვითმკვლელობის მიზნით) თერაპიულ დოზაზე მაღალი დოზით მიღებისას. მხედველობაში მიიღეთ, რომ ტცა-ები ლოფერამინის გარდა, ყველაზე მაღალი ტოქსიკურობით გამოირჩევიან (თვითმკვლელობის მიზნით) თერაპიულ დოზაზე მაღალი დოზით მიღებისას.

9.3.2.3. სუსი-ების გარდა სხვა ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას გაითვალისწინეთ:

- ვენლაფაქსინის, დულოქსეტინისა და ტცა-ების დანიშვნისას გვერდითი ეფექტების გამო გაზრდილია მკურნალობისათვის თავის დანებების რისკი (და დოზის თანდათანობით მომატების საჭიროება).

9.3.2.4. გარკვეული სიფრთხილის გამოჩენაა საჭირო ზოგი პრეპარატის შემთხვევაში. აუცილებელია უკუჩვენებების გათვალისწინება და გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი:

- ვენლაფაქსინის მაღალი დოზებით დანიშვნისას იზრდება კარდიალური არითმიის საშიშროება და საჭიროა არტერიული წნევის მუდმივი მონიტორინგი;
- ვენლაფაქსინისა და დულოქსეტინის შემთხვევაში შესაძლოა არტერიული წნევის მომატება;
- ტცა-ები პოტენცირებას უკეთებენ არტერიული წნევის მომატებასა და არითმიის განვითარებას;
- მიანსერინის დანიშვნისას საჭიროა ჰემატოლოგიური მონიტორინგი.

9.3.2.5. შეუქცევადი მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები უნდა დანიშნოს ფსიქიატრმა.

9.3.2.6. გულსისხლძაღვთა დაავადების განვითარების გაზრდილი რისკის შემთხვევაში საჭიროა ეკგ მონიტორინგი (ხარისხი A, დონე I Nicholson et al, 2006; ხარისხი A, დონე II Roose et al, 2003).

### 9.3.3. მკურნალობის დაწყება და ინიციალური ფაზა

9.3.3.1. ანტიდეპრესანტის დანიშვნისას გამოიკითხეთ ყველა მოსაზრება, რომელიც აქვს პიროვნებას ანტიდეპრესანტის მიღებასთან დაკავშირებით. განუმარტეთ რატომ ესაჭიროება ანტიდეპრესანტი და მიაწოდეთ შემდეგი ინფორმაცია:

- ანტიდეპრესანტის სრული ეფექტის მისაღწევად საჭიროა დოზების თანდათანობით გაზრდა;
- აუცილებელი პრეპარატის დანიშნულების შესაბამისად მიღება და მკურნალობის გაგრძელება რემისიის ფაზაშიც.

პიროვნებას განუმარტეთ:

- ანტიდეპრესანტის პოტენციური გვერდითი ეფექტები;
- სხვა წამლებთან ურთიერთქმედება;
- მოხსნის სიმპტომების განვითარების რისკი და მათი ბუნება, განსაკუთრებით ისეთი პრეპარატების დანიშნისას, რომლებსაც ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი აქვთ (პაროქსეტინი, ვენლაფაქსინი) და ამ სიმპტომების შემცირების აუცილებლობა;
- ასევე აუხსენით, რომ ანტიდეპრესანტები არ იწვევენ დამოკიდებულებას;
- საჭიროებ(ებ)ის შესაბამისად უზრუნველყავით წერილობითი ინფორმაციით.

9.3.3.2. პირებს, რომლებსაც არ აქვთ სუიციდის გაზრდილი რისკი, დაუნიშნეთ შეხვედრა 2 კვირის შემდეგ. ამის შემდეგ ნახეთ რეგულარულად 2-დან 4-კვირამდე ინტერვალით პირველი სამი თვის განმავლობაში, შემდეგ, თუ მკურნალობა შედეგიანია, გაზარდეთ ეს ინტერვალები.

9.3.3.3. 30 წელზე ახალგაზრდა ასაკის პირებს (ვინაიდან ითვლება, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე ამ ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება სუიციდის რისკი) ან მათ, ვისაც აქვთ სუიციდის გაზრდილი რისკი, დაუნიშნეთ შეხვედრა 1 კვირის შემდეგ და ნახეთ უფრო ხშირად მანამდე, სანამ სუიციდის რისკი არ მოიხსნება.

9.3.3.4. თუ მკურნალობის დაწყების საწყის ეტაპზე გამოვლინდა ანტიდეპრესანტის გვერდითი ეფექტები, მიაწოდეთ შესაბამისი ინფორმაცია და დასახეთ რომელიმე შემდეგი სტრატეგია:

- შეაფასეთ გვერდითი მოვლენები უფრო დაკვირვებით, ხომ არაა გვერდითი მოვლენები ზომიერი და პიროვნებისთვის ასატანი ან,



- მოხსენით ანტიდეპრესანტი ან შეცვალეთ თუ პიროვნებისთვის ეს უფრო მისაღებია ან,
- განიხილეთ ხანმოკლე პერიოდით დამატებით ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა თუ შფოთვა, აგზნება და/ან უძილობაა პრობლემატური (იმ მდგომარეობების გარდა, როდესაც პიროვნებას აღენიშნება ქრონიკული შფოთვითი სიმპტომები); ეს არ უნდა გაგრძელდეს ორ კვირაზე მეტ ხანს, რომ არ განვითარდეს დამოკიდებულება.

9.3.3.5. თუ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების დაბალ დოზებზე პიროვნებას აღენიშნება გამოხატული კლინიკური ეფექტი, მაშინ მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს იგივე დოზებით ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

9.3.3.6. არ უნდა დაინიშნოს დოსულებინი.

9.3.3.7. თუ დეპრესიული მდგომარეობა არ უმჯობესდება თავდაპირველად დანიშნული ანტიდეპრესანტის მიღებიდან 2-4 კვირის შემდეგ, გადაამოწმეთ, იღებს თუ არა პიროვნება პრეპარატს რეგულარულად და დანიშნული დოზებით.

9.3.3.8. თუ მკურნალობაზე პასუხი არ გვაქვს ან მინიმალურია 3-4 კვირის შემდეგ, გააძლიერეთ მხარდაჭერა (შეხვედრები, ტელეფონზე კონტაქტი) და განიხილეთ:

- დოზების მომატება თუ არაა გამოხატული გვერდითი ეფექტები ან,
- გადადით სხვა ანტიდეპრესანტზე, თუ გამოვლინდა გვერდითი მოვლენები ან პიროვნება თავად გამოხატავს ამის სურვილს.

9.3.3.9. თუ დეპრესიული სიმპტომები უმჯობესდება 4 კვირის შემდეგ, გააგრძელეთ მკურნალობა მომდევნო 2-4 კვირის განმავლობაში.

9.3.3.10. შეცვალეთ ანტიდეპრესანტი, (როგორც 2.4.2 თავშია მოცემული) თუ:

- პასუხი არ არის ადექვატური;
- განვითარდა გვერდითი მოვლენები;
- პიროვნება გამოთქვამს პრეპარატის შეცვლის სურვილს.



### 9.3.4. ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

9.3.4.1. ყველა ფსიქოლოგიური ინტერვენციისთვის მკურნალობის ხანგრძლივობა უნდა იყოს ამ გაიდლაინში გათვალისწინებული ვადების საზღვრებში. ვინაიდან ინტერვენციის მიზანი მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების ან რემისიის მიღწევას, მკურნალობის ხანგრძლივობა შეიძლება (მტკიცებულება):

- შემცირდეს, თუ რემისია უფრო ადრე მიიღწევა;
- გაიზარდოს, თუ პროგრესი სახეზეა და პიროვნებაც და თერაპევტიც თვლიან, რომ დამატებითი სესიები სასარგებლოა (მაგალითად, თანდართული პერსონოლოგიური აშლილობის ან მნიშვნელოვანი ფსიქოსოციალური ფაქტორების არსებობის დროს, რაც გავლენას ახდენს მკურნალობის ეფექტურობაზე).

9.3.4.2. ყველა დეპრესიული პირისთვის ინდივიდუალური კბთ-ის ხანგრძლივობა უნდა მერყეობდეს 16-20 სესიის ფარგლებში 3-4 თვის განმავლობაში.

უნდა ჩატარდეს:

- 2 სესია კვირაში პირველი 2-3 კვირის განმავლობაში, თუ პიროვნებას ზომიერი ან მძიმე დეპრესია აქვს;
- შემდგომში 3-4 სესია თვეში მომდევნო 3-დან 6 თვემდე მანძილზე ყველა კბ თერაპიაზე მყოფი დეპრესიული პირისთვის;
- თერაპიის ადექვატური კურსი უნდა მოიცავდეს 15-20 სესიას 5-6 თვის მანძილზე.

### 9.3.5. მკურნალობის არჩევა დეპრესიის ქვეტიპისა და პიროვნული მახასიათებლების გათვალისწინებით

დეპრესიის დროს პიროვნული თვისებებისა ან ქვეტიპების მიხედვით მკურნალობის დანიშვნასთან დაკავშირებით არასაკმარისი მონაცემები არსებობს. ძირითადად

გათვალისწინებულია სხვადასხვა ფიზიკური დაავადებების დროს დეპრესიის მკურნალობის თავისებურებები.

9.3.5.1. მკურნალობის სტრატეგია დეპრესიის ქვეტიპისა (მაგალითად, ატიპიური დეპრესიისა ან სეზონური დეპრესიის) და პერსონოლოგიური აშლილობის გათვალისწინებით არ უნდა იცვლებოდეს ხშირად, ვინაიდან ამის მყარი მტკიცებულება არ არსებობს.

9.3.5.2. ზამთრის დეპრესიის მქონე პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ სეზონური დეპრესიის პატერნები და ანტიდეპრესანტებისა ან ფსიქოლოგიური თერაპიის მაგივრად სურთ სინათლით მკურნალობა, უნდა ავუხსნათ, რომ სინათლით თერაპიის ეფექტურობა დამტკიცებული არაა.

9.3.5.3. ხანდაზმული ასაკის ადამიანებში ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას:

- დანიშნეთ ასაკის შესაბამისი დოზით საერთო ფიზიკური მდგომარეობისა და სხვა დანიშნული პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკასა და ფარმაკოდინამიკაზე მოქმედების გათვალისწინებით;
- გულდასმით შეაფასეთ გვერდითი ეფექტები.

9.3.5.4. გახანგრძლივებული ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის მქონე პირებისთვის განიხილეთ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური პროგრამების შესაძლებლობა:

- თუ დეპრესიის გამო პიროვნებამ დაკარგა სამუშაო ან,
- ჩამოშორდა სხვა სოციალურ აქტივობებს დიდი ხნის განმავლობაში.

### 9.3.6. დეპრესიის გამლიერებული მოვლა

9.3.6.1. დეპრესიის მქონე პირების მკურნალობა არ უნდა ითვალისწინებდეს მხოლოდ მედიკამენტურ მკურნალობას. მედიკამენტური მკურნალობა უფრო ეფექტურია, როდესაც წარმოადგენს კომპლექსური ინტერვენციის ნაწილს

9.3.6.2. მძიმე დეპრესიისა და ზომიერი და კომპლექსური პრობლემების მქონე პირებისთვის განიხილეთ:

- მათი რეფერირება სპეციალიზირებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, რომელიც სთავაზობს კოორდინირებულ მულტიდისციპლინურ პროგრამას;
- კოლაბორაციული მოვლის უზრუნველყოფა თუ დეპრესია ვლინდება ქრონიკული ფიზიკური აშლილობის კონტექსტში თანდართული ფუნქციური გაუარესებით.

#### 9.4. მკურნალობის სტრატეგია ინიციალური მკურნალობის არაეფექტურობის ან არადამაკმაყოფილებელი ეფექტურობის შემთხვევაში

##### 9.4.1. მედიკამენტური მკურნალობა

9.4.1.1. როდესაც ვიხილავთ მედიკამენტურ მკურნალობას იმ პირებისთვის, რომელთა მდგომარეობა სათანადოდ არ შეიცვალა ინიციალური ფარმაკოლოგიური ჩარევის შემდეგ:

- გადაამოწმეთ მკურნალობის რეჟიმის დაცვა, გვერდითი მოვლენები, ინიციალური მკურნალობა.

9.4.1.2. გაზარდეთ შეხვედრების რიცხვი, აწარმოეთ მონიტორინგი. მკურნალობის ეფექტურობის გამოსავლენად გამოიყენეთ დეპრესიის შეფასების კითხვარები – ბეკის დეპრესიის კითხვარი, ჰამილტონის დეპრესიის შეფასების სკალა და შრომისუნარიანობისა და ფუნქციური დაქვეითების შეფასებისთვის – ფუნქციონირების გლობალური შეფასების სკალა;

- გაითვალისწინეთ, რომ ერთი ანტიდეპრესანტის გამოყენება, კომბინირებასა ან აუგმენტაციასთან შედარებით, ასოცირებულია ნაკლები გვერდითი მოვლენების განვითარების რისკთან;
- განიხილეთ ადრე დანიშნული მკურნალობის კვლავ დანიშვნა თუ პიროვნება არ იცავდა მკურნალობის რეჟიმს და არ იღებდა შესაბამის დანიშნულებას, განიხილეთ დოზის მომატებაც;

- განიხილეთ სხვა ანტიდეპრესანტზე გადასვლის შესაძლებლობა.

#### 9.4.2. ანტიდეპრესანტის შეცვლა

9.4.2.1. ანტიდეპრესანტის შეცვლისას გაითვალისწინეთ, რომ მტკიცებულებები კლასის შიგნით, თუ სხვადასხვა კლასის ანტიდეპრესანტების შეცვლის ეფექტურობაზე ძალიან სუსტია.

განიხილეთ გადასვლა:

- თავდაპირველად უკეთესი ტოლერანტობის სხვადასხვა სუსი-ზე;
- შემდგომ სხვა ფარმაკოლოგიური კლასის ანტიდეპრესანტებზე, რომლებიც უკეთესი ტოლერანტობით ხასიათდებიან, მაგალითად ვენლაფაქსინი, ან ტრიციკლები ან მათს ინჰიბიტორები.

9.4.2.2. ხანმოკლე ნახევარდაშლის ანტიდეპრესანტიდან სხვა ანტიდეპრესანტზე გადასვლა, ჩვეულებრივ, ერთი კვირის განმავლობაში უნდა მოხდეს. განიხილეთ ახალ წამალთან შეთავსებადობა და ამის გათვალისწინებით განსაზღვრეთ ჩანაცვლების ხანგრძლივობა და თავისებურება. განსაკუთრებული სიფრთხილე გამოიჩინეთ:

- ფლუოქსეტინიდან სხვა ანტიდეპრესანტზე გადასვლისას, ვინაიდან ფლუოქსეტინს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს (დაახლოებით ერთი კვირა);
- ფლუოქსეტინიდან ან პაროქსეტინიდან ტრიციკლებზე გადასვლისას, ვინაიდან ეს ორივე წამალი ბოჭავს ტცა-ს მეტაბოლიზმს.
- დანიშნეთ ტცა დაბალი საწყისი დოზებით;
- ფლუოქსეტინიდან ტცა-ზე გადასვლისას, ვინაიდან ფლუოქსეტინს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს;
- ახალ სეროტონინერგულ ანტიდეპრესანტებზე ან მათს ინჰიბიტორებზე გადასვლისას, ვინაიდან არსებობს სეროტონინის სინდრომის განვითარების რისკი (სეროტონინის სინდრომისათვის დამახასიათებელია: ცნობიერების

შეცვლა, დელირიუმი, კანკალი, ოფლიანობა, არტერიული წნევის მერყეობა და მიოკლონია).

9.4.2.3. შეუქცევადი მას ინჰიბიტორების მიღებიდან სხვა პრეპარატზე გადასვლისას აუცილებელია ორკვირიანი თავისუფალი პერიოდის დაცვა (ამ პერიოდში სხვა ანტიდეპრესანტების რუტინულად დანიშვნა არ შეიძლება).

### 9.4.3. კომბინაცია და აუგმენტაცია

‘აუგმენტაცია’ არის, როდესაც ერთი ანტიდეპრესანტი ინიშნება სხვა (არა ანტიდეპრესანტთან) პრეპარატთან ერთად, ხოლო ‘კომბინაცია’ არის, როდესაც ერთდროულად ინიშნება ორი ანტიდეპრესანტი.

9.4.3.1. კომბინაციის შემთხვევაში (რომელიც ინიშნება მხოლოდ ფსიქიატრის მიერ):

- შეარჩიეთ ისეთი პრეპარატები, რომლებსაც უსაფრთხო შეთავსებადობა ახასიათებთ;
- გაითვალისწინეთ გვერდითი მოვლენების მომატებული რისკი;
- განიხილეთ დეპრესიის მქონე პირებთან კომბინაციის მიზანშეწონილობა;
- იხელმძღვანელებთ პრეპარატის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით;
- შეაფასეთ გულდასმით გვერდითი ეფექტები;
- უნდა იცოდეთ ძირითადი მტკიცებულებები და უნდა მოიპოვოთ დამატებითი მონაცემები, როდესაც იყენებთ ახალ კომბინაციას. წერილობით დაასაბუთეთ შერჩეული კომბინაციის მიზანშეწონილობა.

9.4.3.2. თუ პიროვნება ინფორმირებულია კომბინაციისა და აუგმენტაციისას გვერდითი მოვლენების გაზრდილი რისკის შესახებ და თანახმაა ასეთ მკურნალობაზე, მაშინ განიხილეთ ანტიდეპრესანტების აუგმენტაცია და კომბინაცია შემდეგ პრეპარატებთან:

- ლითიუმთან ან,

- ანტიფსიქოზურ პრეპარატებთან - არიპიპრაზოლი\*, ოლანზაპინი\*, ქვეტიპინი\* და რისპერიდონი ან,
- სხვა ანტიდეპრესანტებთან.

#### 9.4.3.3. როდესაც ნიშნავთ ლითიუმს:

- შეაფასეთ თირკმლისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები მკურნალობის დაწყებამდე, ყოველ 6 თვეში მკურნალობის დროს (უფრო ხშირად თირკმლის დაზიანების შემთხვევაში);
- განიხილეთ ეკგ მონიტორინგის საჭიროება იმ დეპრესიის მქონე პირებისთვის, ვისაც აქვს გულსისხლძაღვთა დაავადების განვითარების გაზრდილი რისკი;
- მკურნალობის დაწყებიდან და დოზის შეცვლიდან 1 კვირის შემდეგ და შემდგომ სამი თვის ინტერვალით განსაზღვრეთ ლითიუმის დონე პლაზმაში (ხარისხი A, დონე I, Nierenberg et al, 2006; Cipriani et al, 2005).

#### 9.4.3.4. ანტიფსიქოზურების დანიშვნისას აკონტროლეთ სხეულის წონა, ლიპიდებისა და გლუკოზის დონე და გვერდითი ეფექტები (მაგალითად ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები და პროლაქტინთან-დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები).

#### 9.4.3.5. რუტინულად ნუ გამოიყენებთ შემდეგ სტრატეგიებს:

- ანტიდეპრესანტების აუგმენტაცია ბენზოდიაზეპინებთან ორ კვირაზე მეტი ხანგრძლივობით, ვინაიდან არსებობს შეჩვევის განვითარების რისკი;
- ანტიდეპრესანტების აუგმენტაცია კარბამაზეპინით\*, ლამოტრიჯინით\* ან ვალპროატით, ვინაიდან არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები მათ გამოყენებასთან დაკავშირებით;
- ანტიდეპრესანტების აუგმენტაცია ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონებთან, ვინაიდან ამის ეფექტურობის შესახებ მონაცემები არასაკმარისია.

#### 9.4.4. ფსიქოლოგიური და ფარმაკოლოგიური მკურნალობის კომბინაცია

9.4.4.1. თუ ფარმაკოლოგიური ან ფსიქოლოგიური მკურნალობა ცალცალკე უშედეგოა, განიხილეთ ანტიდეპრესანტებისა და კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპიის კომბინირებული მკურნალობა (მტკიცებულება).

9.4.4.2. იმ შემთხვევაში თუ დეპრესიის მკურნალობა ვერ ხერხდება სხვადასხვა სტრატეგიის, აუგმენტაციისა და კომბინირებული თერაპიის გამოყენებით, უნდა განიხილოს პიროვნების ფსიქიატრიულ სტაციონარში გაგზავნის საკითხი.

### 9.5. მკურნალობის გაგრძელება და გამწვავების პრევენცია

9.5.1.1. ანტიდეპრესანტით ეფექტური მკურნალობის შემთხვევაში პიროვნება საჭიროებს თანადგომასა და გამხნელებას, რომ დეპრესიული ეპიზოდის ამოწურვის შემდეგ გააგრძელოს მკურნალობა 6 თვის განმავლობაში.

განუმარტეთ პიროვნებას, რომ:

- მკურნალობის გაგრძელება მნიშვნელოვნად ამცირებს დეპრესიის რეციდივის რისკს;
- ანტიდეპრესანტი არ იწვევს შეჩვევას.

9.5.1.2. განიხილეთ ანტიდეპრესანტებით 6 თვეზე მეტი ხნით მკურნალობის გაგრძელება შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით:

- წარსულში გადატანილი დეპრესიული ეპიზოდების რაოდენობა;
- რეზიდუალური სიმპტომების არსებობა;
- თანდართული ფიზიკური პრობლემები და ფსიქოსოციალური სირთულეები.

9.5.1.3. დეპრესიის განვითარების მაღალი რისკის შემთხვევაში გამწვავების პრევენციისთვის განიხილეთ ფარმაკოთერაპიის გაგრძელება, მედიკამენტების აუგმენტაცია ან ფსიქოლოგიური (კბთ) თერაპია. მკურნალობის არჩევანის დროს უნდა გავითვალისწინოთ:



- მკურნალობის წარსული გამოცდილება, გამწვავებების, რეზიდუალური სიმპტომების, მკურნალობის ეფექტურობისა და მოხსნის სინდრომის განვითარების ჩათვლით;
- პიროვნების არჩევანი.

9.5.1.4. რეციდივის მაღალი რისკის არსებობის შემთხვევაში ურჩიეთ პიროვნებას ანტიდეპრესანტით მკურნალობის გაგრძელება 2 წლის ვადით. ანტიდეპრესანტებით შემანარჩუნებელი მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მწვავე ეპიზოდის მკურნალობისთვის ეფექტური დოზით (თუ დოზის შემცირების სხვა ჩვენება არ არის, მაგალითად, წამლის გვერდითი მოვლენები) (ხარისხი A, დონე II, Baldwin et al, 2009; Gilbody et al, 2006):

- პიროვნებას აღენიშნება ორი ან ორზე მეტი დეპრესიული ეპიზოდი ახლო წარსულში, რომლის დროსაც გამოხატული იყო ფუნქციური დაქვეითება;
- არსებობს გამწვავების სხვა რისკ-ფაქტორები, მაგალითად, რეზიდუალური სიმპტომები, გადატანილი რამდენიმე ეპიზოდი ან წარსულში მძიმე და გახანგრძლივებული, მკურნალობისადმი რეზისტენტული ეპიზოდის არსებობა;
- სავარაუდოა მძიმე ეპიზოდის განვითარება (მაგალითად, სუიციდის მცდელობა, ფუნქციონირებისა და შრომისუნარიანობის მნიშვნელოვანი გაუარესება).

9.5.1.5. ანტიდეპრესანტებით შემანარჩუნებელი მკურნალობის 2 წლით და მეტი ხნის ვადით გაგრძელებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პიროვნების ასაკი, თანდართული დაავადებები და სხვა რისკ ფაქტორები.

9.5.1.6. ხანგრძლივი შემანარჩუნებელი მკურნალობის ქვეშ მყოფი დეპრესიის მქონე პირებმა რეგულარულად უნდა გაიარონ შემოწმება სიხშირით, რომელიც განისაზღვრება:

- კომორბიდული მდგომარეობებით;
- გამწვავების რისკ-ფაქტორებით;



- დეპრესიული ეპიზოდის სიმძიმითა და სიხშირით.

9.5.1.7. დეპრესიის ხშირი ეპიზოდების შემთხვევაში, თუ ანტიდეპრესანტის აუგმენტაცია ეფექტურია, რემისიის შემდეგ იგივე მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს (თუ წამლის გვერდითი მოვლენები მისაღები და ნაკლებად შემაწუხებელია). თუ საჭიროა ერთი პრეპარატის შეწყვეტა, ეს უნდა იყოს აუგმენტაციისთვის გამოყენებული მედიკამენტი. გამწვავების პრევენციისთვის არ შეიძლება მხოლოდ ლითიუმის დანიშვნა (ხარისხი A, დონე I Gilbody et al, 2006; ხარისხი A, დონე II, Rush et al, 2006).

### 9.5.2. ფსიქოლოგიური ინტერვენცია გამწვავების პრევენციისთვის

9.5.2.1. გამწვავების მაღალი რისკის დეპრესიისა ან რეზიდუალური სიმპტომების მქონე პირებისთვის (მათი ჩათვლით, ვისაც ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის მიუხედავად აღენიშნებათ ხშირი გამწვავებები ან ვისაც არ შეუძლია ან არ სურს მკურნალობის ანტიდეპრესანტებით გაგრძელება) უნდა განვიხილოთ შემდეგი ფსიქოლოგიური ინტერვენციები:

- ინდივიდუალური კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია, მათ ვისაც ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის მიუხედავად აღენიშნებათ ხშირი გამწვავებები ან რეზიდუალური სიმპტომები;
- შემანარჩუნებელი კბთ, ვინც ამჟამად თავს კარგად გრძნობს, მაგრამ წარსულში გადატანილი აქვს სამი ან მეტი დეპრესიული ეპიზოდი.

9.5.2.2. ყველა დეპრესიის მქონე პირისთვის, ვისაც უტარდება ინდივიდუალური კბთ გამწვავების პროფილაქტიკისთვის, მკურნალობის კურსი მოიცავს 16–20 სესიას 3–4 თვის განმავლობაში. თუ რემისიის მისაღწევად საჭიროა მკურნალობის გაგრძელება, მაშინ უნდა ჩატარდეს:

- კვირაში ორი სესია პირველი 2–3 კვირის განმავლობაში;
- შემდგომი 4–6 სესია მომდევნო 6 თვის მანძილზე.

9.5.2.3. შემანარჩუნებელი კბთ ჩვეულებრივ ტარდება ჯგუფურად 8–15 კაცის შემადგენლობით, კვირაში ერთხელ 2–საათიანი შეხვედრებით პირველი 8 კვირის მანძილზე, ხოლო შემდგომი ოთხი სესია უნდა ჩატარდეს მომდევნო 12 თვეში (ხარისხი B, დონე II, Klein et al, 2004).

### 9.5.3. ანტიდეპრესანტების შემცირება ან მოხსნა

9.5.3.1. ანტიდეპრესანტის დოზის შემცირებამ ან გამოტოვებამ, ან პრეპარატის მიღების შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს მოხსნის სინდრომი. მოხსნის სინდრომი მოიცავს: გუნებ–განწყობის მერყეობას, მოუსვენრობას, ძილის გაძნელებას, ოფლიანობას, მუცლის ტკივილსა და უსიამოვნო შეგრძნებებს. ამის შესახებ უნდა გავაფრთხილოთ პიროვნება და ავუხსნათ, რომ ჩვეულებრივ ეს სიმპტომები ხანმოკლე (გრძელდება დაახლოებით 1 კვირა), მსუბუქი და გარდამავალია. იმ შემთხვევაში, თუ პრეპარატის მოხსნა უცბად ხდება, შესაძლოა, უფრო მწვავე სიმპტომების განვითარებაც ანტიდეპრესანტების მოხსნა ხდება დოზის თანდათანობითი შემცირებით, ჩვეულებრივ 4 კვირის ვადაში. ზოგ შემთხვევაში საჭიროა უფრო ხანგრძლივი პერიოდი, განსაკუთრებით მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე წამლების (მაგალითად, პაროქსეტინის და ვენლაფაქსინის) მოხსნის დროს. ფლუოქსეტინისთვის, გრძელი ნახევარდაშლის პერიოდის გამო, ეს საჭირო არაა.

9.5.3.2. პიროვნებას უნდა განემარტოს, რომ გამოხატული მოხსნის სიმპტომების განვითარების შემთხვევაში მიმართოს მკურნალ ექიმს. მოხსნის სინდრომის დროს:

- უნდა მოხდეს სიმპტომების მონიტორინგი. მსუბუქი მდგომარეობისას უნდა გავამხნევოთ პიროვნება;

- გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში უნდა აღდგეს მანამდე დანიშნული ანტიდეპრესანტის (ან იგივე კლასის სხვა, გრძელი ნახევრდაშლის პერიოდის მქონე ანტიდეპრესანტის) სამკურნალოდ ეფექტური დოზით მიღება და შემდგომ უნდა მოხდეს დოზის თანდათანობით შემცირება.

## 9.6. მე-4 საფეხური: მძიმე და გართულებული დეპრესია (იხილეთ სქემა 5)

დეპრესიის მქონე პირები, რომლებსაც აღენიშნებათ თვითდაზიანების მაღალი რისკი ან ფსიქოზური სიმპტომები, მკურნალობისათვის იგზავნიან ფსიქიატრიულ სტაციონარში

### 9.6.1. მდგომარეობის შეფასება

9.6.1.1. მდგომარეობის შეფასება, რომელსაც ატარებს ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტი მოიცავს:

- სიმპტომების გამოვლენას, სუიციდის რისკის განსაზღვრასა და, სადაც შესაძლებელია, წარსულში ჩატარებული მკურნალობის დადგენას;
- ფსიქოსოციალური სტრესორების, პერსონოლოგიური ფაქტორებისა და სხვებთან ურთიერთობის პრობლემების შესწავლას, განსაკუთრებით ქრონიკული და რეკურენტული დეპრესიის შემთხვევაში;
- კომორბიდული მდგომარეობების დიაგნოსტიკას, ალკოჰოლისა და წამალმომხმარების და პერსონოლოგიური აშლილობების ჩათვლით.

9.6.1.2. წარსულში დეპრესიის სამკურნალოდ ჩატარებული მკურნალობის საფუძვლიანად გადამოწმების შემდეგ დაიწყეთ იგივე მკურნალობა. გაითვალისწინეთ მკურნალობის სათანადოდ ჩატარებისა და პიროვნების მიერ დანიშნულების სწორად შესრულების მნიშვნელობა.

9.6.1.3. მძიმე დეპრესიის დროს, სიცოცხლისათვის საფრთხის მაღალი რისკის მქონე პირები (სუიციდის, თვითდაზიანებისა და თავის მოვლის უგულებელყოფის მაღალი რისკის დროს) უნდა გაიგზავნონ ფსიქიატრიულ სტაციონარში, სადაც

აღმოუჩენენ მაღალი ხარისხის გადაუდებელ დახმარებას. (საქართველოს რესპუბლიკის კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 9)

9.6.1.4. განსაკუთრებული პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს რისკის მონიტორინგს, რათა რისკის მოხსნისას პიროვნება დაუბრუნდეს ცხოვრების ჩვეულ რიტმს

9.6.1.5. გართულებული და მძიმე დეპრესიის მკურნალობისას მულტიდისციპლინური გუნდი (ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, სოციალური მუშაკი) პიროვნებასთან (პიროვნების თანახმობით, მის ოჯახის წევრებთან ან მზრუნველებთან) თანამშრომლობით შეიმუშავებს მკურნალობისა და მდგომარეობის მართვის გეგმას. ამ გეგმაში უნდა:

- გასაგებად იყოს აღწერილი პიროვნების მოვლაში ჩართული სამედიცინო და სოციალური სამსახურების ყველა პროფესიონალის მოვალეობები;
- აღწერილი იყოს კრიზის ინტერვენციის გეგმა, სადაც განსაზღვრულია კრიზისული მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზები და მათთან გამკლავების სტრატეგია;
- ეს გეგმა უნდა გავაცნოთ პიროვნების ზრუნვაში ჩართულ ყველა პირს.

## 9.6.2. სტაციონარული მკურნალობა, კრიზისული ინტერვენციისა და ბინაზე მომსახურების სამსახურები

9.6.2.1. პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ სუიციდის, თვითდაზიანებისა და თავის მოვლის უგულებელყოფის მაღალი რისკი, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ ფსიქიატრიულ სტაციონარში;

9.6.2.2. ინტენსიური ფსიქოლოგიური თერაპია (ინდივიდუალური კბთ) უნდა ჩატარდეს სტაციონარში, თუმცა უნდა გაიზარდოს თერაპიის ინტენსიურობა და ხანგრძლივობა და უნდა უზრუნველყოფილი იყოს ეფექტური და ხარისხიანი თერაპიის გაგრძელება პიროვნების სტაციონარიდან გაწერის შემდეგაც.

9.6.2.3. იმ შემთხვევაში, როდესაც პიროვნების სტაციონარიდან ადრე გამოწერა უკეთესი იქნება, მიმართეთ კრიზისული ინტერვენციისა და ბინაზე მომსახურების სამსახურებს

### 9.6.3. ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიის ფარნაკოლოგიური მკურნალობა

9.6.3.1. ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიის დროს განიხილეთ მიმდინარე მკურნალობის აუგმენტაცია ანტიფსიქოზური პრეპარატებით (ოპტიმალური დოზები და მკურნალობის ხანგრძლივობა დადგენილი არაა).

### 9.6.4. ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია (ეკთ)

9.6.4.1. ეკთ უნდა ჩატარდეს ფსიქიატრიულ სტაციონარში კვალიფიციური სპეციალისტის მიერ. ანესთეზიას ატარებს გამოცდილი სპეციალისტი. ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ასპირატორი, ჟანგბადის დადებითი წნევით მიწოდების აპარატი და რეანიმაციული წამლები. პროცედურას უნდა ესწრებოდეს ანესთეზიოლოგი, სულ მცირე ერთი მედდა და ფსიქიატრი.

9.6.4.2. პროცედურის ჩატარებამდე აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობის მიღება. უნდა გავითვალისწინოთ, რა პრეპარატებს იღებს პიროვნება და ანამნეზში აღენიშნება თუ არა ალერგიულობა ან გართულება ანესთეზიის დროს.

9.6.4.3. განიხილეთ ეკთ სიცოცხლისთვის საშიში მძიმე დეპრესიის დროს, როდესაც სწრაფი ეფექტის მიღებაა საჭირო, ან სხვა მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა.

9.6.4.4. არ გამოიყენოთ ეკთ რუტინულად ზომიერი დეპრესიის შემთხვევაში, არამედ დანიშნეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური და ფსიქოლოგიური მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა.

9.6.4.5. იმ პირებისთვის, ვისთვისაც ეკთ არ იყო ეფექტური, განმეორებით დანიშნეთ ეკთ მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც:

- გადაამოწმებთ წინა მკურნალობის კურსის ადეკვატურობას;
- განიხილავთ მკურნალობის ყველა სხვა შესაძლო არჩევანს;
- პიროვნებასთან ან/და მის ადვოკატთან ან მზრუნველთან შეაჯერებთ პროცედურის რისკისა და ეფექტურობის საკითხებს.

9.6.4.6. ეკთ–ს დანიშვნის შემთხვევაში დარწმუნდით, რომ დეპრესიის მქონე პიროვნება სრულადაა ინფორმირებული ეკთ–ის ზოგადი გართულებებისა და პირადად მასთან დაკავშირებული რისკისა და ეფექტურობის შესახებ. უნდა შეივსოს შესაბამისი საბუთი, სადაც გათვალისწინებულია:

- ანესთეზიასთან დაკავშირებული ზოგადი რისკი;
- კომორბიდული სომატური დაავადებები;
- პოტენციური გვერდითი მოვლენები, კერძოდ კოგნიტური გაუარესება;
- ეკთ–ს არ ჩატარებასთან დაკავშირებული რისკი.

ეკთ–სთან დაკავშირებული გართულებები უფრო გამოხატულია ხანდაზმულ ასაკში. განსაკუთრებული სიფრთხილით დანიშნეთ ეკთ ამ ჯგუფში

9.6.4.7. რამდენადაც შესაძლებელია, ეკთ–ს ჩატარებაზე გადაწყვეტილება უნდა მიღებული იყოს დეპრესიის მქონე პიროვნებასთან შეთანხმებით. გამოიყენეთ შესაბამისი აქტები და კანონმდებლობა. გაითვალისწინეთ, რომ:

- უნდა გაფორმდეს ვალიდური ინფორმირებული თანხმობა დამალებისა და ზეწოლის გარეშე;
- პიროვნებას უნდა შევახსენოთ, რომ უფლება აქვს უარი თქვას პროცედურის გაგრძელებაზე ნებისმიერ დროს;
- მკაცრად უნდა იყოს დაცული შეთანხმების აღიარებული პრინციპები და პროცესის გაადვილებისთვის უნდა მოხდეს ადვოკატებისა ან მზრუნველების ჩართვა;

- თუ ინფორმირებული თანხმობის მიღება შეუძლებელია, ეკთ ტარდება მხოლოდ დასაბუთებული მტკიცებულებების შემთხვევაში, ამასთან, პროცესში ჩართულები არიან პიროვნების ადვოკატი და/ან მზრუნველი.

9.6.4.8. ელექტროდების განლაგება და სტიმულის დოზირება დაკავშირებულია კრუნჩხვით მზაობასთან და უნდა დაბალანსდეს ეფექტურობისა და კოგნიტური გართულებების გათვალისწინებით. მიიღეთ მხედველობაში:

- ბილატერალური ეკთ უფრო ეფექტურია, ვიდრე უნილატერალური, თუმცა იწვევს უფრო გამოხატულ კოგნიტურ დარღვევებს;
- უნილატერალური ეკთ უფრო ეფექტურია ძლიერი სტიმულის გამოყენებისას, მაგრამ მეტადაა ასოცირებული კოგნიტურ გართულებებთან, ვიდრე დაბალი სტიმულის შემთხვევაში.

9.6.4.9. ყოველი ეკთ–ს შემდეგ კლინიკური მდგომარეობა შეაფასეთ ვალიდური კითხვარების გამოყენებით (ბეკი, ჰამილტონი). რემისიის მიღწევისა ან შემაწუხებელი გვერდითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში შეწყვიტეთ მკურნალობა.

9.6.4.10. ეკთ–ს დაწყებამდე შეაფასეთ კოგნიტური ფუნქციები და შეამოწმეთ ყოველი 3–4 პროცედურისა და კურსის დასრულების შემდეგ.

9.6.4.11. კოგნიტური ფუნქციების შეფასება უნდა მოიცავდეს:

- ყოველი პროცედურის შემდეგ დროში და ადგილში ორიენტაციის დადგენას;
- პროცედურიდან 24 საათის განმავლობაში დასწავლის უნარის გაზომვას, რეტროგრადული ამნეზიისა და სუბიექტური მეხსიერების დაქვეითების გამოვლენას.

9.6.4.12. თუ გამოვლინდა რომელიმე კოგნიტური ფუნქციის გაუარესება, განიხილეთ დეპრესიის მქონე პირებთან ბილატერალურიდან უნილატერალურ პროცედურებზე გადასვლა ან, უნილატერალური ეკთ–ს შემთხვევაში, სტიმულის შემცირება ან, რისკისა და ეფექტურობის ბალანსის გათვალისწინებით, მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლებლობა.

9.6.4.13. თუ ეკთ მკურნალობა უშედეგოა გამწვავების პრევენციისთვის უნდა გაგრძელდეს ანტიდეპრესანტის მიღება. განიხილეთ ანტიდეპრესანტის ლითიუმით აუგმენტაციის შესაძლებლობა.

### 9.6.5. ტრანსკრანიალური მაგნიტური სტიმულაცია

9.6.5.1. არსებული მონაცემებით ტრანსკრანიალური სტიმულაცია არ ითვლება უსაფრთხოდ მძიმე დეპრესიის მკურნალობისთვის. მყარი მტკიცებულებები პროცედურის კლინიკური ეფექტურობის შესახებ არ არსებობს, რაც შესაძლოა განპირობებულია იმ ფაქტით, რომ დადებითი შედეგისთვის საჭიროა მეტი ინტენსივობის, სიხშირისა და ხანგრძლივობის ბილატერალური ტმს–ს ჩატარება, ვიდრე დღემდეა გამოყენებული. ამდენად, ტმს შეიძლება გამოყენებული იყოს მხოლოდ სპეციალურად დაგეგმილ სამეცნიერო კვლევებში მისი უკეთ შესწავლის მიზნით.

## 10. დეპრესია და ქრონიკული სომატური დაავადებები

### 10.1. შესავალი

დეპრესია, თითქმის, ორჯერ ან სამჯერ ხშირია ქრონიკული სომატური პრობლემების მქონე პაციენტებში (როგორცაა სიმსივნეები, გულის დაავადებები ან დიაბეტი), ვიდრე ფიზიკურად ჯანმრთელ პირებში. ქრონიკულმა ფიზიკურმა პრობლემებმა შეიძლება გააძლიერონ დეპრესია, ხოლო დეპრესიის მკურნალობა ხელს უწყობს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და სიცოცხლის გახანგრძლივებას.

ზოგიერთი სიპტომის გადაფარვის გამო, სომატური პრობლემების მქონე პირებში ხშირად ძნელია დეპრესიის დროული ამოცნობა. ფიზიკური დაავადების დროს ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომების არსებობამაც კი შესაძლოა გამოიწვიოს დისტრესი და ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი გაუარესება.



## 10.2. საფეხურეობრივი ზრუნვა

### 10.2.1. დეპრესიულ პიროვნებაზე ზრუნვის პრინციპები

- გასათვალისწინებელია დეპრესიასთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, ამიტომ უზრუნველყოფილი უნდა იყოს პიროვნების კონფიდენციალობა და მასთან ღირსეული დამოკიდებულება;
- ყურადღება უნდა მიექცეს პიროვნების კულტურალურ, ეთნიკურ და რელიგიურ თავისებურებებს და ამით განპირობებულ დაავადების სურათში შესაძლო ვარიაციებს;
- სათანადოდ უნდა შეფასდეს კოგნიტური დაქვეითება ან გონებრივი ჩამორჩენილობა. საჭიროების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ფსიქოლოგის კონსულტაცია.
- მდგომარეობის მონიტორინგში უნდა ჩაერთოს ამბულატორიული სამსახურის ფსიქიატრი და/ან ოჯახის ექიმი;
- მკურნალობის გეგმა უნდა შევადგინოთ პიროვნების თანამონაწილეობით და (პიროვნების თანხმობით) გავაცნოთ მის ოჯახის წევრებსა და მზრუნველებს;
- თუ ქრონიკული ფიზიკური პრობლემის გამო პიროვნებას ვერ უტარდება ფსიქოსოციალური ან ფსიქოლოგიურ ინტერვენცია, საჭიროა სხვა ალტერნატივების განხილვა, როგორცაა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა;
- აუცილებელია სომატური პრობლემისთვის დანიშნული მედიკამენტებისა და ანტიდეპრესანტებს შორის ურთიერთშეთავსების გათვალისწინება;
- ყველა ინტერვენცია უნდა განხორციელდეს კომპეტენტური სპეციალისტის მიერ.

### 10.2.2. რისკის შეფასება და მონიტორინგი

- თუ პიროვნება საფრთხე უქმნის საკუთარ თავს ან სხვებს, საჭიროა ფსიქიატრიული სერვისებისთვის დაუყონებლივ მიმართვა;
- პიროვნებას, მისი ოჯახის წევრებსა და მზრუნველებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, თუ როგორ და სად მიიღონ გადაუდებელი დახმარება საჭიროების შემთხვევაში;
- აჟიტაციის, შფოთვისა და სუიციდური აზრების პოტენცირება ხდება მკურნალობის საწყის ფაზაში. მნიშვნელოვანია ამ სიმპტომების გამოვლენა და მკურნალობის გადამოწმება, თუ აჟიტაცია გამოხატული ან გახანგრძლივებულია;
- საჭიროა ყურადღების მიქცევა გუნებ-განწყობის ცვლილებების, უიმედობისა და სუიციდური აზრებისათვის, განსაკუთრებით, მკურნალობის დაწყების ან შეცვლის ან სტრესის შემთხვევაში;
- ქრონიკული სომატური დაავადების მქონე დეპრესიულ პიროვნებებს პირდაპირ უნდა დაესვას კითხვა სუიციდური აზრებისა და მცდელობის შესახებ;
- სუიციდის რისკის შემთხვევაში აუცილებელია:
- ფსიქიატრიული დახმარების გაძლიერება უფრო ხშირი კონტაქტით ან,
- ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში გაგზავნა (ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი, ფსიქიატრიული სტაციონარი, კრიზისული ინტერვენცია).

### 10.2.3. ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა

#### ანტიდეპრესანტების არჩევა

ანტიდეპრესანტების არჩევისას გასათვალისწინებელია:

- სხვა სომატური დაავადებების არსებობა;
- პრეპარატის გვერდითი მოვლენები (რომლებმაც შეიძლება გაართულონ ფიზიკური პრობლემები).

ამჟამად არ არსებობს მტკიცებულებები სხვადასხვა სომატური დაავადებების დროს სპეციფიკური ანტიდეპრესანტების გამოყენების შესახებ.

აუცილებელია წამალთა შორის შეთავსების გათვალისწინება (მოიძიეთ ოფიციალური ინფორმაცია პრეპარატების შესახებ).

საჭიროების შემთხვევაში საჭიროა სპეციალისტის ჩართვა;

- მკურნალობა უნდა დაიწყოს სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორების ჯენერიკებით – ციტალოპრამიტა ან სერტრალენით (თუ ურთიერთშეთავსების გამო უკუნაჩვენები არ არის);
- სუიციდის რისკის მქონე პირებისთვის ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას გასათვალისწინებელია პრეპარატის ტოქსიკურობა თვითმკვლელობის მიზნით თერაპიულ დოზაზე მეტი დოზის მიღებისას;
- ვენლაფაქსინი ასოცირებულია მაღალ ლეტალობასთან ჭარბი დოზებით მიღების შემთხვევაში;
- ტრიციკლები, ლოფეპრამინის გარდა, თერაპიულ დოზაზე მეტი დოზით მიღებისას, ყველაზე მაღალი ლეტალობით გამოირჩევიან.

#### 10.2.4. მკურნალობა

• მკურნალობის დაწყებამდე პიროვნებას უნდა განემარტოს ყველა მისთვის მნიშვნელოვანი საკითხი და მიეწოდოს სრული ინფორმაცია ანტიდეპრესანტებზე, კერძოდ, რომ:

- სრული ეფექტის მისაღწევად ანტიდეპრესანტების დოზა თანდათან უნდა გაიზარდოს;
  - მნიშვნელოვანია პრეპარატის დანიშნულების შესაბამისად მიღება და რემისიის შემდეგაც მკურნალობის გაგრძელება.
- აუცილებელია ინფორმაციის მიწოდება:
- მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებისა და წამლების შეთავსების შესახებ;

- ანტიდეპრესანტის შემცირებისა ან მიღების შეწყვეტის შემთხვევაში მოხსნის სიმპტომების განვითარების შესაძლებლობისა და მათი ბუნების შესახებ;
- იმ ფაქტის შესახებ, რომ ანტიდეპრესანტები არ იწვევენ შეჩვევას.
  - არ შეიძლება ანტიდეპრესანტების დანიშვნა თერაპიულ დოზაზე ნაკლები დოზით;
  - ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას, თუ პიროვნებას არ აღენიშნება სუიციდის გაზრდილი რისკი, იგი ხელმეორედ უნდა ინახოს 2 კვირის შემდეგ. პირველი 3 თვის განმავლობაში პიროვნების გასინჯვა ხდება ყოველი 2–4 კვირის შემდეგ. ეფექტური მკურნალობის შემთხვევაში ეს ინტერვალები თანდათანობით იზრდება;
  - სუიციდის გაზრდილი რისკის შემთხვევაში ან 30 წელზე ახალგაზრდა პირები უნდა ინახოს მკურნალობის დაწყებიდან ერთი კვირის შემდეგ და ასე რეგულარულად თვითმკვლელობის სასიშროების მოხსნამდე.

გვერდითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში:

- საჭიროა სიმპტომების მონიტორინგი და მკურნალობის გაგრძელება, თუ უარყოფითი ეფექტები მსუბუქი და ასატანია;
- უნდა მოიხსნას ან შეიცვალოს პრეპარატი გამოხატული გვერდითი მოვლენებისა ან პიროვნების სურვილის შემთხვევაში;
- შფოთვის, აჟიტაციისა და უძილობის შემთხვევაში უნდა დაემატოს ბენზოდიაზეპინი არა უმეტეს 2 კვირისა. დიდი სიფრთხილეა საჭირო იმ პირებისთვის დანიშვნისას, ვისაც დაცემის საშიშროება აღენიშნებათ;
- თუ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა ეფექტურია, სასურველია მკურნალობის გაგრძელება რემისიიდან კიდევ 6 თვე ან მეტი.

#### 10.2.5. ანტიდეპრესანტების მოხსნა

- ანტიდეპრესანტების მოხსნა ხდება თანდათანობით 4 კვირის განმავლობაში (ფლუოქსეტინის გარდა);

- მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე ანტიდეპრესანტების მოხსნისთვის უფრო მეტი დროა საჭირო (ვენლაფაქსინი და პაროქსეტინი).

### 10.3. ინსულტის შემდგომი დეპრესია

დეპრესია გავრცელებული პრობლემაა ინსულტგადატანილ პირებში (30–40%). დეპრესია აფერხებს რეაბილიტაციას. ანტიდეპრესანტების დანიშვნა მიზანშეწონილია არა მარტო დეპრესიის სიმპტომების გაუმჯობესებისთვის, არამედ სწრაფი რეაბილიტაციისთვისაც.

#### 10.3.1. პროფილაქტიკა

დეპრესიის მაღალი სიხშირე მნიშვნელოვანს ხდის დეპრესიის პროფილაქტიკას ინსულტის გადატანის შემდეგ. მრავალი კვლევით დამტკიცებულია, რომ დადებით შედეგს იძლევა ნორტრიპტილინის, ფლუოქსეტინის, ესციტალოპრამისა და სერტრალენის პროფილაქტიკური მიზნით დანიშვნა. მირტაზაპინი გამოიყენება არა მხოლოდ პროფილაქტიკისთვის, არამედ სამკურნალოდაც. მიაწერინი კი არაეფექტურია. ამიტრიპტილინი შეიძლება დაინიშნოს ცენტრალური ინსულტის შემდგომი ტკივილის დროს.

#### 10.3.2. მკურნალობა

**ინსულტის შემდგომი დეპრესიისთვის რეკომენდებული ანტიდეპრესანტებია**

- სუსი–ები
- მირტაზაპინი
- ნორტრიპტილინი

\*თუ პაციენტი იღებს ვარფარინს რეკომენდებულია ციტალოპრამის დანიშვნა.

\*\* სუსი–ების ანტიკოაგულანტებთან ან ასპირინთან ერთად დანიშვნისას საჭიროა გასტროპროტექტორები (მაგალითად, პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები).

\*\*\* მირტაზაპინი ნაკლებ გავლენას ახდენს სისხლის შედედებაზე.

დეპრესიის მკურნალობა გაძნელებულია თანდართული სომატური პრობლემებისა და წამლების სავარაუდო ურთიერთქმედების გამო (განსაკუთრებით ვარფარინთან ერთად). შეუთავსებლობა უფრო მეტად ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთანაა, ვიდრე სუსი-ებთან. ყველაზე მეტი კვლევა ჩატრებული არის ფლუოქსეტინზე, ციტალოპრამზე, და ნორტრიპტილინზე. მიღებული მონაცემებით მათი გამოყენება უსაფრთხო და ეფექტურია. სუსი-ები და ნორტრიპტილინი ინსულტის შემდგომი დეპრესიისთვის ფართოდ მიღებული მედიკამენტებია. რებოქსეტინიც კარგი ამტანობითა და ეფექტურობით ხასიათდება.

#### 10.4. დეპრესია და შაქრიანი დიაბეტი

დიაბეტსა და დეპრესიას შორის შემდეგი კავშირებია გამოვლენილი:

- შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში ორჯერ არის გაზრდილი დეპრესიის განვითარების სიხშირე;
- დიაბეტისა და თანდართული დეპრესიის მქონე პირებს მომატებული აქვთ გულსისხლძარღვთა დაავადების განვითარების რისკი და ლეტალობის მაჩვენელი;
- დეპრესიის არსებობა უარყოფითად მოქმედებს მეტაბოლურ ცვლაზე და გაუარესებული მეტაბოლური ცვლა აღრმავებს დეპრესიას.

ამ ფაქტორებიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში თანდართული დეპრესიის გამოვლენა, მკურნალობა და პრეპარატების სწორად შერჩევა.

##### 10.4.1. ძირითადი რეკომენდაციები დიაბეტის მქონე პაციენტებისთვის

- ყველა დეპრესიულ პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი დიაბეტზე

- დიაბეტის მქონე დეპრესიული პაციენტებისათვის:
  - სუსი–ები არის პირველი არჩევის ანტიდეპრესანტები, უპირატესად ფლუოქსეტინი;
  - ნუსი–ებიც უსაფრთხოა, თუმცა მათ შესახებ მცირე ინფორმაცია არსებობს;
  - მოერიდეთ ტცა–ებს და მაოი–ს ინჰიბიტორებს წონის მატებასა და გლუკოზის ჰომეოსტაზზე მათი გავლენის გამო;
  - აუცილებელია სისხლში შაქრის კონტროლი ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყების, დოზის შეცვლისა ან მოხსნის შემთხვევაში.

### *11. დეპრესიის მკურნალობა ხანდაზმულ ასაკში*

ფიზიკური დაავადებების სიხშირე მატულობს ასკთან ერთად. მრავალი სომატური პრობლემა, როგორცაა გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ქრონიკული ტკივილი, პარკინსონის დაავადება დაკავშირებულია დეპრესიის გაზრდილ რისკთან. ვინაიდან ასაკოვანი პირები ფიზიკურად ნაკლებ აქტიურები არიან, ამიტომ უფრო ხშირია თავის მოვლის უგულვებელყოფის საშიშროება (რასაც შესაძლოა მოყვეს გაუწყლოვნება, ჰიპოთერმია, ვენური სტაზი). თვითმკვლელობათა რიცხვის 20% მოდის ხანდაზმულ ასაკზე.

არ არსებობს იდეალური ანტიდეპრესანტი ასაკოვანი პირებისთვის:

- ყველას ახასიათებს გვერდითი მოვლენები;
- სუსი–ები უკეთესი ტოლერანტობით გამოირჩევიან, ვიდრე ტცა–ები, თუმცა არსებობს სისხლდენის გაზრდილი რისკი, განსაკუთრებით თუ პიროვნება იღებს არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებს, სტეროიდებს ან ვარფარინს. ასევე, უფრო ხშირია ჰიპონატრიემია, პოსტურული ჰიპოტენზია და გაზრდილია დაცემის საშიშროება;

- პრეპარატის არჩევანი უნდა გაკეთდეს კომორბიდული სომატური დაავადებისა და დანიშნულ მედიკამენტებთან ურთიერთქმედების გათვალისწინებით.

## 12. დეპრესიის მკურნალობა ფეხმძიმე და მეძუძურ ქალებში

### 12.1. ანტიდეპრესანტების დანიშვნა

- ფეხმძიმე და მეძუძური ქალებისთვის ანტიდეპრესანტების დანიშვნის დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ პრეპარატების უსაფრთხოების შესახებ მონაცემები არასაკმარისია.

არსებული მონაცემებით:

- სხვა ანტიდეპრესანტებთან შედარებით ნაკლები რისკი აქვს ამიტრიპტილინს, იმიპრამინსა და ნორტიპტილინს;
- სუსი–ებს შორის ყველაზე დაბალი რისკი ფეხმძიმობის დროს აქვს ფლუოქსეტინს;
- იმიპრამინი, ნორტიპტილინი და სერტრალინი შედარებით ნაკლები კონცენტრაციითაა წარმოდგენილი დედის რძეში;
- ციტალოპრამი და ფლუოქსეტინი შედარებით მაღალი კონცენტრაციითაა დედის რძეში;
- 20 კვირის ფეხმძიმობის შემდეგ სუსი–ების დანიშვნა დაკვირვებულია პულმონური ჰიპერტენზის განვითარების რისკთან ახალშობილებში;
- ფეხმძიმობის პირველ ტრიმესტრში პაროქსეტინის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის გულის დეფექტი;
- ვენლაფაქსინი მაღალი დოზებით იწვევს არტერიული წნევის აწევას, უფრო ტოქსიკურია, ვიდრე სუსი–ები და ზოგი ტრიციკლური და ახასიათებს მეტად გამოხატული მოხსნის სინდრომი;



- ახალშობილებში ყველა ანტიდეპრესანტის შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს მოხსნის სიმპტომები, თუმცა სიმპტომები უმეტესად მსუბუქი და გარდამავალია;
- იმ შემთხვევაში, თუ ფეხმძიმე ქალს ორსულობის პერიოდში განუვითარდება ქვეზღურბლოვანი დეპრესიული სიმპტომები ან მსუბუქი და ზომიერი დეპრესია, უნდა შევთავაზოთ ხანმოკლე კოგნიტურ ბიჰევიორული ფსიქოთერაპია;
- კბთ–ს ჩატარებისას მისი მდგომარეობის გადამოწმება უნდა მოხდეს პირველი შეფასებიდან ერთი თვის შემდეგ და არაუგვიანეს 3 თვისა მომდევნო პერიოდში.

## 12.2. სხვადასხვა პრეპარატის მიღებასთან დაკავშირებული რისკი ფეხმძიმობისა და ძუძუს წოვების დროს

### ანრიდეპრესანტები

- ფეხმძიმე ქალებისთვის ყველაზე დაბალი რისკის მქონე შესწავლილი პრეპარატებია: ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები: ამიტრიპტილინი, იმიპრამინი, ნორტიპტილინი, თუმცა (სუიციდის მიზნით) თერაპიულ დოზაზე მაღალი დოზებით მიღების შემთხვევაში უფრო სავარაუდოა ლეტალური გამოსავალი, ვიდრე სუსი–ები შემთხვევაში;
- ორსულობის დროს ყველაზე დაბალი რისკის შესწავლილი სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორია ფლუოქსეტინი;
- პაროქსეტინის მიღება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში იწვევს გულის თანდაყოლილ მანკებს;
- სუსი–ების დანიშვნა 20 და მეტი კვირის ორსულებში იწვევს პულმონურ ჰიპერტენზიას;

- ვენლაფაქსინი მაღალ დოზებში უფრო ტოქსიკურია ვიდრე სუსი–ები და ზოგი ტრიციკლური, ამასთან უფრო ხშირია მოხსნის სიმპტომების განვითარება;
- დედის რძეში ყველაზე დაბალია იმიპრამინის, სერტრალინისა და ნორტიპტილინის კონცენტრაცია;
- დედის რძეში ყველაზე მაღალია ციტალოპრამისა და ფლუოქსეტინის შემცველობა;
- პაციენტს, რომელიც გეგმავს ორსულობას ან უკვე ფეხმძიმედაა, ურჩიეთ პაროქსეტინის მიღების შეწყვეტა.

### ბენზოდიაზეპინები

- ახალბილებში იწვევს მგლის ხახისა და სხვა განვითარების მანკებს;
- კუნთთა ტონუსის მოდუნებას ახალშობილებში;
- არ შეიძლება ბენზოდიაზეპინების რუტინულად დანიშვნა ფეხმძიმე ქალებისთვის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტს აღენიშნება მწვავე აგზნება ან აჟიტაცია (არა უმეტეს 2 კვირის ხანგრძლივობით);
- ფეხმძიმე ქალებში საჭიროა პრეპარატის თანდათანობით მოხსნა.

### კარბამაზეპინი, ლამოტრიჯინი და ვალპროატი:

- კარბამაზეპინის მიღების დრო გაზრდილია გულისა და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მალფორმაციისა და ნერვული მილის დეფექტების განვითარების რისკი;
- ლამოტრიჯინის მიღებისას იზრდება მგლის ხახისა და დერმატოლოგიული პრობლემების განვითარების ალბათობა;
- ვალპროატის დანიშვნა ზრდის ნერვული მილის დეფექტებისა და ზურგის ტვინის თიაქარის (spina bifida) განვითარების რისკს;
- გავლენას ახდენს ბავშვის ინტელექტუალურ განვითარებაზე;

- იწვევს საკვერცხეების პოლიკისტოზს 18 წლამდე გოგონებში;
- არ შეიძლება ამ პრეპარატების რუტინულად გამოყენება ფეხმძიმე და მეძუპური ქალებისთვის და მათთვის, ვინც გეგმავს ორსულობას;
- ალტერნატიული პრეპარატების სახით განიხილეთ ანტიფსიქოზურების დანიშვნა;
- თუ ვალპროატის ალტერნატივა არაა, მაქსიმალურად შეამცირეთ დოზა.