

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 ოქტომბრის № 330/თ ბრძანებით

დუპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

დეპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

განმარტება

დეპრესია განიხილება როგორც გუნებ-განწყობის, ინტერესის, ხალისის პროგრესირებადი დაქვეითება სულ მცირე ორი კვირის განმავლობაში, რასაც თან ახლავს ინდივიდის სოციალური (მათ შორის სამსახურებრივი/ პროფესიული) და ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება.

სინონიმები

ჯანდაცვის პროფესიონალები იყენებენ ტერმინებს: დეპრესია, კლინიკური დეპრესია, დეპრესიული დაავადება, დეპრესიული სინდრომი, მელანქოლია.

კლასიფიკაცია

დეპრესიის კლასიფიკაცია ეფუძნება ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მენტალური დაავადებების დიაგნოსტიკის და სტატისტიკის მეოთხე გადახედვას (**DSM-IV-TR**) და ჯანმოს დაავადებათა და ჯანმრელობის პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკურ კლასიფიკაციას (**ICD-10**).

გუნებ-განწყობის დარღვევის ძირითადი კლასიფიკაციები

DSM-IV-TR გუნებ-განწყობის დარღვევები	ICD-10 გუნებ-განწყობის (აფექტური) დარღვევები
დიდი დეპრესიული აშლილობა <ul style="list-style-type: none"> • მსუბუქი • საშუალო • მძიმე • მელანქოლიური ნიშნებით • ფსიქოზური ნიშნებით 	დეპრესიული ეპიზოდი <ul style="list-style-type: none"> • მსუბუქი • საშუალო • მძიმე • სომატური ნიშნებით • ფსიქოზური ნიშნებით
<ul style="list-style-type: none"> • ერთი ეპიზოდი • განმეორებითი 	<ul style="list-style-type: none"> • განმეორებითი დეპრესიული დარღვევა
ბიპოლარული დარღვევა <ul style="list-style-type: none"> • ახალი ეპიზოდი დეპრესიის, მანიის ან ორივეს ერთად 	ბიპოლარული აფექტური დარღვევა <ul style="list-style-type: none"> • მიმდინარე ეპიზოდი დეპრესიის, მანიის ან ორივეს ერთად
დისტიმია (ქრონიკული დეპრესია) ციკლოთიმია	დისტიმია ციკლოთიმია

<p>თანმსლები დარღვევები</p> <ul style="list-style-type: none"> • დეპრესიული გუნებ-განწყობით • დეპრესიის და შფოთვის ერთობლიობით 	<p>თანმსლები დარღვევები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ხანმოკლე დეპრესიული რეაქცია • გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია • დეპრესიის და შფოთვის ერთობლიობა
<p>გუნებ-განწყობის დარღვევა გამოწვეული სპეციფიკური სამედიცინო მდგომარეობით</p>	<p>ორგანული გუნებ-განწყობის (აფექტური) დარღვევა</p>

2. ეპიდემიოლოგია

- მსოფლიოში მოსახლეობის 5% დაავადებულია დეპრესიით; იმავდროულად სიცოცხლის მანძილზე დეპრესიით დაავადების რისკი დაახლოებით 20%-ს შეადგენს;
- ყოველი მერვე ადამიანი, ანუ საერთო პოპულაციის 15%, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც საჭიროებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას დეპრესიის გამო;
- დეპრესიის პრევალენსი განვითარებულ ქვეყნებში შეადგენს 2.3-3.2% -ს კაცებს შორის და 4.5-9.3 %-ს ქალებს შორის;
- დეპრესია, მოსახლეობის დაინვალიდების თვალსაზრისით, 2020 წელს დაიკავებს მეორე ადგილს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემდეგ;
- დეპრესიის ინსიდენსი პირველად ჯანდაცვაში 10 დან 14 %-მდეა იმ პაციენტებს შორის, რომლებიც რაიმე მიზეზით მიმართავენ ექიმს;
- ანტიდეპრესანტების გამოყენების სიხშირე მნიშვნელოვნად გაიზარდა. აშშ-ში ანტიდეპრესანტების გამოყენება ორჯერ გაიზარდა 1995 - 2002 წლებში;
- საქართველოში დეპრესიის თაობაზე ზუსტი სტატისტიკური მონაცემები არ არსებობს. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით, რომელიც ეყრდნობა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერების მონაცემებს, გუნებ-განწყობის აშლილობების პრევალენსი 2007 წლისთვის შეადგენდა 5160 შემთხვევას, აქედან 1948 ქალი იყო; ინსიდენსი – 189;
- პაციენტთა მხოლოდ 1/3 აკითხავს ფსიქიატრს;
- შემთხვევების მხოლოდ 1/4 -ში ხდება სწორი დიაგნოსტიკა და ინიშნება ადეკვატური მკურნალობა; აქედან 50% ამა თუ იმ მიზეზით წყვეტს მკურნალობას;
- დიდი დეპრესიული ეპიზოდის დროს დასრულებული სუიციდის სიხშირე 15-20%-ია, რაც 20-ჯერ უფრო მაღალია ვიდრე მთლიან პოპულაციაში და 3-4-ჯერ უფრო მაღალი, ვიდრე სხვა ფსიქიკური აშლილობების დროს;
- შემთხვევათა 60%-ში დაავადება იძენს ქრონიკულ ხასიათს;

- პირველი დეპრესიული ეპიზოდის შემდეგ ავადმყოფების 5-10%-ს უვითარდება მანიაკალური მდგომარეობა;
- გენდერული თანაფარდობა: შემთხვევათა 2/3 ქალია;
- დეპრესიას თან ახლავს შფოთვა შემთხვევათა 60–70%-ში;
- დეპრესიული ეპიზოდი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გადაიტანა ქალების 20-25%-მა, მამაკაცების 7-12%-მა;
- ატიპური დეპრესიის გავრცელება პოპულაციაში 0,7%-ია და მისი მანიფესტაციის საშუალო ასაკი 35 წელია;
- სიცოცხლის მანძილზე დისტიმიის განვითარების რისკი 3–6%-ს შეადგენს, ავადობა 2–ჯერ მეტია ქალებში.

3. ეტიოლოგია

რადგან დეპრესიას აქვს მრავალი მიზეზი, ზოგჯერ დეპრესიის გამომწვევ მიზეზებს ყოფენ სამ ჯგუფად: ფსიქოლოგიური, ნეიროენდოკრინული და სოციალური ფაქტორები.

- **ფსიქოლოგიური ფაქტორი:** სტრესი იწვევს გუნებ-განწყობის პროგრესირებად დაქვეითებას, საკუთარი თავისადმი პატივისცემის დაქვეითებას და მომავლისადმი უიმედობას. საკუთარი თავისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება „საქმეები ცუდად მიდის” “იმიტომ, რომ მე ვარ „ცუდი”, „ყოველთვის ყველაფერი ცუდად იქნება”, მომავლის პესიმისტური ხედვა – მარცხის მოლოდინი;
- **ნეიროენდოკრინული ფაქტორი:** დეპრესიას იწვევს ქიმიური ნივთიერებების დონის ცვლილება თავის ტვინში. მაგ.: მენსტრუალური ციკლის, ორსულობის, მშობიარობის, მენოპაუზის პერიოდში ორგანიზმში ჰორმონების დონის ცვალებადობა განაპირობებს გუნებ-განწყობის ცვალებადობას. კვლევებით დადასტურებულია, რომ დეპრესიულ პირებს აქვთ ნეიროტრანსმისტების, კერძოდ სეროტონინის, ნორადრენალინის და დოპამინის დაბალი დონე;
- **სოციალური ფაქტორი:** მძიმე შრომა, სიღარიბე, სოციალური იზოლაცია, ახლობლების გარდაცვალება, მოზარდობის ასაკში სტრესული შემთხვევები;
- **მემკვიდრეობა:** დადასტურებულია, რომ ადამიანების დაახლოებით 20% -ს აქვს **5-HTT** გენი; ეს ის ადამიანები არიან, რომლებიც განწყობილნი არიან დეპრესიისადმი სტრესულ მდგომარეობის შედეგად. მეორე მხრივ, დეპრესიის ოჯახური ანამნეზის მქონე ბევრ პირს არ უვითარდებათ დეპრესიული მდგომარეობა, მაშინ, როცა არაოჯახური ანამნეზის მქონე პირები ავადდებიან დეპრესიით.
- **დეპრესიის სხვა მიზეზები:** ალკოჰოლის ჭარბად მიღება, ნარკოტიკების მოხმარება, ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყენება.
- **კომორბიდული დაავადებები:** ქრონიკული დაავადებები ზრდიან დეპრესიის განვითარების რისკს. დეპრესიის შეფასებისას პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ უნდა დადგინდეს: დეპრესია

პირველადი პროცესია თუ ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებების სიმპტომი: გულის იშემიური დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ცერებროვასკულარული დაავადებები, ჰიპოთირეოიდიზმი, ჰიპერთირეოიდიზმი.

• **ასაკობრივი თავისებურებები:**

პრეპუბერტატული პერიოდი – სომატური ჩივილები, აჟიტაცია, შფოთვა, ფობიები;

პუბერტატული პერიოდი – ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბი მოხმარება, ოპოზიციური და ანტისოციალური ქცევა, დაუდევრობა, სიძნელეები სწავლაში, სკოლის გაცდენა, შემთხვევითი ნაცნობობა, ნეგატიური შეფასებისადმი მომეტებული მგრძობიანობა;

სიბერე – ინტელექტუალური დარღვევები, ყურადღების იოლი გადანაცვლება, მესხიერების დაქვეითება, დეზორიენტირება, ცნობიერების აბნევა, ფსევდოდემენცია ან დემენცია შერწყმული დეპრესიასთან, აპათია.

დეპრესიის გამომწვევი მედიკამენტები

დეპრესიის გამომწვევი მედიკამენტები	ალტერნატივები
კლონიდინი, მეთილდოფა, რეზერპინი	სხვა ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები (სადიურეზო, ACE-I, CCB, ARB და სხვა)
ლიპოფილური ბეტაბლოკერები (პროპრანოლოლი)	ატენოლოლი ან მეტოპროლოლი
კორტიკოსტეროიდები	დოზის შემცირება
სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებები	დოზის შემცირება
ბენზოდიაზეპინები	გამოყენების შემცირება
ესტროგენები, პროგესტერონი	ვიტამინი B6-ის დამატება, პროგესტერონის დოზის შემცირება
პარკინსონის საწინააღმდეგო მედიკამენტები	ალტერნატივა არ არსებობს
ანტიკონვულსანტები	შეაფასე დიაგნოზი და განიხილე ალტერნატივები
ინდომეტაცინი	სხვა არასტეროიდები
ინტერფერონი (HepC, MS)	ალტერნატივა არ არსებობს

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

გარეგნობა – დეპრესიული პაციენტი გამოირჩევა ტიპური გარეგნობით; მოუწესრიგებელია, მოუვლელია, შეცვლილი აქვს გამომეტყველება: დაშვებულია ტუჩის კუთხეები, შუბლი შეჭმუნულია, მზერა ჩამქრალი, ქუთუთოები დამძიმებული, იშვიათად ახამხამებს თვალებს. მხრები ჩამოვარდნილია, თავჩაქინდრული და თვალებდახრილია, ჟესტიკულაცია მინიმუმამდეა დაყვანილი, ზოგჯერ კი სრული ამიმიაა. მიუხედავად ღრმა დეპრესიისა, ზოგი ავადყოფი სახეზე ღიმილს ინარჩუნებს – მომღიმარი ანუ ირონიული დეპრესია.

გუნება-განწყობა – დომინირებადია მელანქოლიური აფექტი, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ნაღვლიანი, დათრგული, მელანქოლიური გუნებაგანწყობით.

ვიტალური კომპონენტი შეიძლება სხვადასხვა სიძლიერით იყოს გამოხატული, მსუბუქი მოდუნებიდან და სიცოცხლის ტონუსის დაქვეითებიდან გაქვავებამდე და სრული უმწეობის განცდამდე. ვიტალური განცდა – „სულიერი ტკივილის“, „გულზე ლოდის“, „სიმძიმის“, „სულის მარწუხებში მოქცევის“ შეგრძნებით, რომელსაც ზოგჯერ თან ახლავს მოსალოდნელი უბედურების დაუძლეველი განცდა. ვიტალური ნაღველის განცდას უფრო ხშირად თან ახლავს შფოთვა და ყალიბდება შფოთვით-ნაღვლიანი აფექტი, ხოლო ემოციური განცდების უკმარისობის, განურჩევლობის არსებობის დროს ყალიბდება აპათიური აფექტი.

დეპრესიის სიმპტომები:

გუნება-განწყობის დარღვევა – დეპრესიული გუნება-განწყობა (მწუხარება, ნაღვლიანობა).

ანჰედონია - ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა.

დეპრესიული ფიქრები – ჩაფიქრება, პესიმიზმი, დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება, მორცხეობა, უიმედობა, სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

ფიზიკური და ბიოლოგიური ცვლილებები – ძილის დარღვევები, წონის დაქვეითება ან პირიქით, მომატება (მადის დაქვეითება ან მომატება), დაღლილობა, ენერჯის დაქვეითება, ფსიქომოტორული ცვლილებები – აზროვნების შენელება, კონცენტრირების უნარის დაქვეითება, მოძრაობის შენელება, აჟიტირება, ლიბიდოს დაქვეითება.

დეპრესიის კლინიკური სურათი სიმძიმის ხარისხის მიხედვით

დეპრესიული ეპიზოდი შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო (ზომიერი) და მძიმე.

მსუბუქი დეპრესიის დროს ავადმყოფი გარეგნულად არ გამოიყურება დათრგუნულად. უჩივის გუნება-განწყობის დაქვეითებას, უღონობას, სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვას, მომატებულ გაღიზიანებადობას, ძილის დარღვევას – უჭირს ჩაძინება, ღამით უტყდება ძილი და მხოლოდ გამთენიისას იძინებს. „ბიოლოგიური“ ნიშნები, როგორც წესი, არ ვლინდება, თუმცა გუნება-განწყობა შეიძლება იცვლებოდეს დღის განმავლობაში, საღამოს ჩვეულებრივ უარესია, ვიდრე დილით. მსუბუქი დეპრესიის დროს უფრო ხშირად გვხვდება ე. წ. „ნევროზული“ სიმპტომები: ფობია, შფოთვა ობსესიური და ისტერიული სიმპტომები, რის გამოც ზოგი ავტორი მსუბუქ დეპრესიას ნევროზულ დეპრესიას უწოდებს. ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება გაძნელებულია.

საშუალო დეპრესია ხასიათდება სიმპტომების ზომიერებით და ჰარმონიული დეპრესიული ტრიადით – გუნება-განწყობის დაქვეითება, სიხარულის განცდის უნარის დაკარგვა, პესიმისტური აზროვნება, ენერჯის დაქვეითება, რაც ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების გაუარესებას და შრომის უნარის დაქვეითებას იწვევს.

მძიმე დეპრესიის დროს კლინიკურ სურათში დომინირებს დათრგუნული მელანქოლიური გუნებ-განწყობა (დარდი, შფოთვა, ნალველი), ინტერესების დაკარგვა, განურჩევლობა, ანჰედონია. დარღვეულია ინტერპერსონული ურთიერთობები და ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება. გამოხატულია იდეატორული და მოტორული შეკავება. ვითარდება ადინამიური, ანუ შეკავებული დეპრესია ან ზოგჯერ ფსიქიკური ანესთეზია.

დეპრესიის ტიპები

დიდი დეპრესია – დეპრესიის ხუთი ან მეტი სიმპტომის არსებობა სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში. დიდ დეპრესიას ახასიათებს სულ მცირე 6-თვიანი მიმდინარეობა. დიდი დეპრესიით დაავადებული პირები მიდრეკილნი არიან სუიციდისადმი.

მცირე დეპრესიისთვის დამახასიათებელია ხუთზე ნაკლები დეპრესიული სიმპტომის არსებობა სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში. მცირე დეპრესია მსგავსია დიდი დეპრესიისა, განსხვავდება მისგან მხოლოდ სიმპტომების რაოდენობით).

ბიპოლარული დეპრესია (ადრე იწოდებოდა დეპრესიულ მანიაკალურ დარღვევად) – დიდი დეპრესიის ეპიზოდების და არანორმალურად აწეული გუნებ-განწყობის – მანიის მონაცვლეობა.

უნიპოლარული დეპრესია – იგივე დიდი დეპრესია: ეს არის გუნებ-განწყობის დარღვევა, რომელსაც ახასიათებს დეპრესიული გუნებ-განწყობა, ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა, ძილის დარღვევა, წონის ცვალებადობა, კონცენტრირების და ყურადღების უნარის დაქვეითება, სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები. მაშინ, როდესაც ადამიანების უმრავლესობა პერიოდულად განიცდის მწუხარებას, უნიპოლარული დეპრესიით დაავადებული პირები განიცდიან უკიდურესად ღრმა მწუხარებას, რომელიც გრძელდება კვირების და თვეების გამნავლობაში. უნიპოლარული დეპრესიული დარღვევები მოიცავს დიდ დეპრესიას, დისტიმიას, სეზონურ დეპრესიას და სხვა მსგავს დეპრესიულ დარღვევებს.

დისტიმია – ქრონიკული დეპრესია მცირე დეპრესიის სიმპტომებით, გრძელდება სულ მცირე 2 წელი. დისტიმია წარმოადგენს ქრონიკულ დეპრესიულ აშლილობას, რომლის კლინიკური მიმდინარეობა ნაკლებად მძიმეა, ვიდრე დიდი დეპრესიისა. გამოყოფენ პირველად და მეორად დისტიმიებს, ასევე დისტიმიებს ადრეული და მოგვიანებითი დასაწყისით. პირველადი ანუ „სუფთა“ დისტიმია ჩვეულებრივ ვითარდება თანდათანობით, ბავშვობის ან პუბერტატულ ასაკში, სწრაფად იღებს ქრონიკულ ხასიათს (21 წ-მდე) და არ არის დაკავშირებული რაიმე წინამორბედ ფსიქიკურ აშლილობასთან. მეორადი დისტიმია იწყება მოგვიანებით, უკვე არსებული

ფსიქიკური ან სომატური დაავადების ფონზე.

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია – ვლინდება მშობიარე ქალთა 10-15 %-ში. მშობიარობის შემდგომი დეპრესია სიმპტომებით არ განსხვავდება უნიპოლარული ან ბიპოლარული დეპრესიისგან მშობიარობის შემდგომი პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში. დეპრესიის სიმძიმე შესაძლოა იყოს საშუალოდან მძიმემდე და გაგრძელდეს ორი კვირიდან ერთ თვემდე, შესაძლოა ერთ წლამდეც.

ატიაპური დეპრესია – ვლინდება დეპრესიით დაავადებულ პაციენტთა ერთ მესამედში. დამახასიათებელია პარადოქსული ანჰედონია, აღინიშნება გაძლიერებულ მადა და ძილიანობა (ჰიპერსომნია). ატიაპური დეპრესიით ძირითადად ავადდებიან ახალგაზრდა ქალები. მათ დეპრესიის სიმპტომები უფრო მძიმედ აქვთ გამოხატული.

შფოთვითი დეპრესია. კლინიკური სურათი გამოირჩევა ფორიაქის, აჟიტაციის, სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომების სიჭარბით. სადამოლობით მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს. ხშირია თვითდანაშაულის, თვითბრალდების იდეები, ასევე იპოქონდრიული განცდები და ფობიები.

ციკლოთიმია ბიპოლარული დეპრესიის მსგავსი მდგომარეობაა. მაშინ, როდესაც ბიპოლარული დეპრესიის მიმდინარეობა შესაძლოა გაუმჯობესდეს წლების განმავლობაში, ციკლოთიმია ქრონიკული მდგომარეობაა, რომელიც გრძელდება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში.

ციკლოთიმია ხასიათდება ქრონიკული ფლუქტუირებადი მიმდინარეობით და მრავლობითი ჰიპომანიაკალური და მსუბუქად ან ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდებით. ციკლოთიმიის კლინიკაში არ გვხვდება ფსიქოზური სიმპტომები. ქალებში და მამაკაცებში თანაბარი სიხშირით ვითარდება, როგორც წესი, მოზარდობის ან ყმაწვილობის ასაკში იწყება და თან ახლავს ალკოჰოლის და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბი გამოყენება. დეპრესიული აშლილობა უფრო ხშირია პირდაპირ ნათესავებში, ვიდრე პოპულაციაში. ემოციური აშლილობის რეკურენტულობამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება.

სეზონური დეპრესია უნიპოლარული დეპრესიის ერთ-ერთი სახეა, რომელიც ვლინდება უპირატესად ჩრდილოეთის ქვეყნების ახალგაზრდა ქალებში, უპირატესად ზამთარში., როდესაც მზის სინათლის პერიოდი ხანმოკლეა.

გუნებ-განწყობის სხვა დარღვევები: ამ დარღვევებში მოიაზრება მედიკამენტებით ან სხვა ნივთიერებებით გამოწვეული გუნებ-განწყობის დარღვევები. ორივე შემთხვევაში შესაძლოა სახეზე იყოს მანია, დეპრესია ან შერეული გუნებ-განწყობის დარღვევა.

ფსიქოზური დარღვევის, იგივე შიზოაფექტიური დარღვევის დიაგნოზი ისმება, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებულ პიროვნებას უვითარდება მანიის, დეპრესიის ეპიზოდები ან შერეული ფორმით ორივე ერთად.

რეზისტენტული დეპრესია – დეპრესიის ამ ფორმის დროს სიმპტომები - სევდა, იმედგაცრუება, ინტერესის დაკარგვა – პერსისტირებს მკურნალობის მიუხედავად.

გართულებები

დეპრესიით დაავადებულ პაციენტებს შორის 20 - ჯერ უფრო მაღალია სუიციდის რისკი. სუიციდის რისკი იზრდება ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საწყის პერიოდში, ამიტომ პაციენტები, რომლებიც მკურნალობენ ანტიდეპრესანტებით, განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებენ. სუიციდის მაღალ რისკზე მიუთითებს:

- პაციენტის მიერ სიკვდილზე ან სუიციდზე საუბარი. ფრაზები: “ჩემი ოცნებაა მკვდარი ვიყო” ან “მე ვფიქრობ, გარდაცვლილები ჩვენზე ბედნიერები არიან”, ან “კარგი იქნებოდა დამეძინა და არასოდეს გამღვიძებოდა”;
- თვითდაზიანებები: ხელების და ფეხების დასერვა, სიგარეტით მიყენებული დამწვრობა;
- გუნება-განწყობის უეცარი აწევა (დეპრესიის მიმდინარეობისას ან ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე უეცრად ამადლებული გუნება-განწყობა). ეს შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ პიროვნებამ გადაწყვიტა სუიციდის განხორციელება და ამ გადაწყვეტილების გამო თავს უკეთ გრძნობს.

5. დაავადების დიაგნოზი

DSM IV - ს მიხედვით დეპრესიის დიაგნოზი მართლზომიერია, თუ პაციენტს ქვემოთ ჩამოთვლილი ცხრა სიმპტომიდან აქვს ხუთი ან მეტი სიმპტომი. სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს ორკვირიანი პერიოდით, ან ყოველდღიურად და გამოიხატოს პირვანდელი ფუნქციონირების ცვლილებით. სახეზე უნდა იყოს სულ მცირე ერთი-ერთი ამ ორ სიმპტომთაგან: 1) დეპრესიული გუნება-განწყობა ან 2) ინტერესის ან სიამოვნების განცდის დაკარგვა.

სულ მცირე ხუთი სიმპტომი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:

1. დეპრესიული გუნება-განწყობა;
2. ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა;
3. წონის დაქვეითება ან პირიქით მომატება (მადის დაქვეითება ან მომატება);
4. ძილის დარღვევები;
5. დაღლილობა, ენერჯის დაქვეითება;
6. ფსიქომოტორული აჟიტირება ან შენელება;
7. კონცენტრირების ან გადაწყვეტილების მიღების შიში;
8. დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება;
9. სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

გამოვლენილი სიმპტომების მიხედვით დეპრესია შესაძლოა იყოს:

- **მსუბუქი** – ხუთი ან ექვსი დეპრესიული სიმპტომი ფუნქციონირების დაქვეითებით;
- **საშუალო** – სიმპტომები და ფუნქციონირების დაქვეითება მსუბუქსა და საშუალოს შორის;
- **მძიმე** – სახეზეა სიმპტომების უმრავლესობა ფუნქციონირების გამოხატული დაქვეითებით.

ICD-10 იყენებს დეპრესიის 10 სიმპტომს:

- დეპრესიული გუნებ-განწყობა;
- ინტერესის, სიამოვნების მიღების უნარის დაქვეითება;
- მომავლისადმი პესიმისტური განწყობა;
- მადის დარღვევა (მადის დაქვეითება ან მომატება);
- ძილის დარღვევები;
- ფსიქომოტორული აუტირება ან პირიქით შენელება;
- დაღლილობა, ენერჯის დაქვეითება;
- დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება;
- კონცენტრირების და ყურადღების უნარის დაქვეითება;
- სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

ICD-10 –ის მიხედვით სიმპტომები იყოფა 4 ძირითად ჯგუფად:

- დეპრესია არ არის (4 სიმპტომზე ნაკლები);
- მსუბუქი დეპრესია (4 სიმპტომი);
- საშუალო სიმძიმის დეპრესია (5-6 სიმპტომი);
- მძიმე დეპრესია (7 და მეტი სიმპტომი).
სიმპტომები სახეზე უნდა იყოს სულ მცირე 2 კვირა.

გამოკვლევის სქემა – ლაბორატორიული და ფსიქოლოგიური გამოკვლევა

- ტესტი დექსამეტაზონით - ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზურ-ადრენალური სისტემის ჰიპერაქტივობით გამოწვეული კორტიზოლის ჰიპერსეკრეციის დათრგუნვა არ ხდება დექსამეტაზონის შეყვანის შედეგად ტესტი დადებითად ითვლება. მისი კლინიკური გამოყენება შეზღუდულია სირთულისა და მაღალი ცდომილების გამო;
- ფსიქოლოგიური ტესტები:
დეპრესიის საკვლევი უნიფიცირებული შკალები:

- ბეკის დეპრესიის კითხვარი;
- ჰამილტონის დეპრესიის შეფასების შკალა.

ბეკის დეპრესიის კითხვარი მოცემულია დანართში.

ორსულეებში და მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის სკრინინგისათვის გამოიყენება ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალა.

6. მკურნალობა

კლინიკური რეკომენდაციები:

ანტიდეპრესანტები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ დეპრესიულ მდგომარეობას პლაცებოსთან შედარებით. ანტიდეპრესანტებს შორის ეფექტურობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის (A).

პაციენტები, რომლებიც მკურნალობენ ანტიდეპრესანტებით საჭიროებენ მონიტორინგს მედიკამენტების ეფექტურობის, გვერდითი ეფექტების და სუიციდის თვალსაზრისით (C).

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებიდან ოთხი-თორმეტი კვირის განმავლობაში მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა მკურნალობის საკითხის გადახედვა (B).

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის წარუმატებლობის შემთხვევაში შემდგომი გადაწყვეტილება შესაძლოა იყოს იმავე ჯგუფის სხვა პრეპარატით მკურნალობა, სხვა ჯგუფის მედიკამენტით მკურნალობა ან დამატებითი მეთოდების გამოყენება (B).

ანტიდეპრესანტები არ არის რეკომენდებული მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის საწყისი მკურნალობისთვის, რადგან რისკი აჭარბებს სარგებელს (C).

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სულ მცირე ექვსი კვირის განმავლობაში დეპრესიის ეპიზოდის რემისიის შემდეგ, რადგან ეს მნიშვნელოვნად ამცირებს რეციდივის რისკს (A).

პაციენტი, რომელსაც უახლოეს წარსულში ჰქონდა ორი ან მეტი დეპრესიული ეპიზოდი მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევებით, საჭიროებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას ორი წლის განმავლობაში (B).

დეპრესიის მკურნალობა მოიცავს სხვადასხვა მეთოდებს:

- ფარმაკოთერაპიას;
- ფსიქოთერაპიას;
- შემეცნებით ქცევით თერაპიას;

მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის მკურნალობა პირველად ჯანდაცვაში

- მსუბუქი დეპრესიის დროს, თუ პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობაზე ან შესაძლოა მისი გამოჯანმრთელება ყოველგვარი ჩარევის გარეშე, საჭიროა მონიტორინგი მდგომარეობის შეფასების მიზნით - ჩვეულებრივ ორი კვირის განმავლობაში **(C)**;
- მსუბუქი დეპრესიის დროს რეკომენდებულია რჩევები ფიზიკური აქტივობის, ძილის ჰიგიენის, ქცევითი თერაპიის, ფსიქოთერაპიის შესახებ **(C)**;
- ანტიდეპრესანტები არ არის რეკომენდებული მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის საწყისი მკურნალობისთვის, რადგან რისკი აჭარბებს სარგებელს **(C)**;
- თუ მსუბუქი დეპრესია პერსისტირებს, სხვადასხვა ჩარევების მიუხედავად, ან მას საფუძვლად უდევს ფსიქო-სოციალური ან სამედიცინო პრობლემები, ნაჩვენებია ანტიდეპრესანტების დანიშვნა **(C)**;
- თუ მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტს ანამნეზში აქვს საშუალო ან მძიმე დეპრესიის ეპიზოდები, ნაჩვენებია ანტიდეპრესანტების დანიშვნა **(C)**;
- რეკომენდებულია მსუბუქი დეპრესიით დაავადებული ყველა პაციენტის უწყვეტი მონიტორინგი **(C)**.

საშუალო და მძიმე დეპრესიის მკურნალობა პირველად ჯანდაცვაში

- საშუალო დეპრესიის მქონე ყველა პაციენტს რუტინულად უნდა დაენიშნოს ანტიდეპრესანტები ფსიქოლოგიური ინტერვენციების ჩატარებამდე **(B)**;
- აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება მედიკამენტების შესაძლო გვერდითი ეფექტების, მკურნალობის ხანგრძლივობის, მკურნალობის შეწყვეტის შედეგად განვითარებული მოხსნის სინდრომის, დანიშნულების სწორად შესრულების შესახებ **(C)**;
- სუციდიის მაღალი რისკის შემთხვევაში ინიშნება ანტიდეპრესანტების შეზღუდული დოზა. აუცილებელია პაციენტის მუდმივი მონიტორინგი **(C)**;
- საშუალო და მძიმე დეპრესიის დროს საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გაგრძელება რემისიის დადგომიდან სულ მცირე ექვსი თვის განმავლობაში **(A)**;
- რუტინული მკურნალობისთვის გამოიყენება სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, ციტალოპრამი), რომლებსაც ახასიათებთ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების მსგავსი ეფექტურობა და ნაკლებად გამოხატული ტოქსიკურობა, ვიდრე პირველი თაობის ანტიდეპრესანტებს **(A)**;

- დოზულებიანით, ფენელზინით, კომბინირებული ანტიდეპრესანტებით, ლითიუმის პრეპარატებით მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მხოლოდ სპეციალისტის მიერ **(C)**;
- თუ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორებით მკურნალობის დასწყისში გამოვლინდა გაძლიერებული აჟიტირება, შეცვალებულ სხვა ანტიდეპრესანტით ან ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში დამატებით დაინიშნეთ ბენზოდიაზეპინები **(C)**.

მკურნალობის ხანგრძლივობა

- პაციენტები, რომლებიც არ განეკუთვნებიან სუიციდის მაღალი რისკის ჯგუფს, საჭიროებენ მონიტორინგს მკურნალობის დაწყებიდან ორი კვირის შემდეგ და რეგულარულად ყოველ 2-4 კვირაში პირველი სამი თვის განმავლობაში **(C)**;
- საშუალო და მძიმე დეპრესიის დეპრესიის მქონე პაციენტებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა უნდა გაუგრძელდეთ სულ მცირე ექვსი თვე რემისიის დადგომის შემდეგ **(A)**;
- თუ პაციენტი იტარებს მკურნალობას ანტიდეპრესანტებით ექვსი თვის განმავლობაში რემისიის დადგომიდან, საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გაგრძელების საკითხის განხილვა წინა ეპიზოდების რაოდენობის, დეპრესიის არსებული ნარჩენი სიმპტომების და თანმხლები ფსიქო სოციალური გარემოებების გათვალისწინებით **(C)**;
- პაციენტი, რომელსაც უახლოეს წარსულში ჰქონდა ორი ან მეტი დეპრესიული ეპიზოდი მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევებით, საჭიროებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას ორი წლის განმავლობაში. **(B)**.

ანტიდეპრესანტის არჩევა

- ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის 2009 წლის გაიდლაინის მიხედვით, დეპრესიის მკურნალობაში უპირატესობა ენიჭება მეორე თაობის ანტიდეპრესანტებს (მაგ: სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციურ ინჰიბიტორებს, სეროტონინ-ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებს და სეროტონინ-ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების სელექციურ ინჰიბიტორებს);
- რუტინული მკურნალობისთვის გამოიყენება სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები, რომლებსაც აქვთ თანაბარი ეფექტურობა ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან და ნაკლებად გამოხატული ტოქსიკურობა დოზის გადაჭარბებისას, ვიდრე პირველი თაობის ანტიდეპრესანტებს (მაგ., ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები) **(A)**;
- დოზულებიანით, ფენელზინით, კომბინირებული ანტიდეპრესანტებით, ლითიუმის პრეპარატებით მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მხოლოდ სპეციალისტის მიერ **(C)**;
- ანტიდეპრესანტების მაღალი დოზით მკურნალობისას აუცილებელია მათი ტოქსიკურობის გათვალისწინება სუიციდის მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში. მხედველობაშია მისაღები ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენების მაღალი რისკი (ლოფეპრამინის

გარდა); მაგრამ ვენლაფაქსინიც ისევე საფრთხილოა, როგორც სხვა მსგავსი ეფექტურობის მედიკამენტები, რომლებიც რეკომენდებულია რუტინული გამოყენებისათვის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (C).

- ანტიდებრესანტებით მკურნალობისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული სხვა მედიკამენტებთან ურთიერთქმედება (განსაკუთრებით, როდესაც დანიშნულია ფლუოქსეტინი, ფლუვოქსამინი, პაროქსეტინი, ტრიციკლური ანტიდებრესანტები ან ვენლაფაქსინი) (C);
- ანტიდებრესანტების დიდი დოზით გამოყენებისას ან ორი მედიკამენტის კომბინაციისას, შესაძლოა განვითარდეს სეროტონინული სინდრომი.

სეროტონინული სინდრომი

- კუჭნაწლავის მხრივ – მუცლის კოლიკა და ბუყბუყი, მეტეორიზმი, გულისრევა, იშვიათად - ღებინება, დიარეა;
- ცნს-ის მხრივ: ტრემორი, დიზართრია, აკატიზია, ჰიპერრეფლექსია, კუნთოვანი ჰიპერტონუსი, მიოკლონური შეკრთომები (იწყება ტერფში და ვრცელდება მთელ სხეულში), შესაძლოა ატაქსია და კორდინაციის დარღვევა;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: არტერიული წნევის მომატება, ტაქიკარდია (სეროტონინერგიული ანტიდებრესანტები, ჩვეულებრივ, ბრადიკარდიას იწვევენ);
- მღვ-ის დამძიმებისას: ფსევდომანიაკალური სინდრომი, მეტყველების გაძნელება, იდეათა რბოლა, ძილის დარღვევა, ჰიპერაქტიურობა, აბნევა და დეზორიენტაცია;
- ტერმინალური სტადია ძალიან წააგავს ავთვისებიან ნეიროლეფსიურ სინდრომს – მაღალი ტემპერატურა, პროფუზული ოფლი, ნიღბისებური, გაპოხილი სახე;
- სიმპტომები ქრება სუმსი-ს დოზის შემცირების ან მოხსნის შემდეგ. მკურნალობა მძიმე შემთხვევებში – ციპროპრეტადინი 16-32 მგ დღეში; ბეტა-ბლოკერები; დეტოქსიკაცია, სიმპტომური თერაპია;
- სიკვდილი ვითარდება მწვავე კარდიო-ვასკულური უკმარისობის გამო.

ანტიდებრესანტების მოხსნა ან დოზის შემცირება

- ანტიდებრესანტების მოხსნის, დოზის შემცირების ან დოზის გამოტოვების დროს შესაძლოა განვითარდეს ე.წ. მოხსნის სიმპტომები. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივად, სუსტად გამოხატულია, მაგრამ შესაძლოა ჰქონდეს მძიმე გამოვლინება, განსაკუთრებით თუ მედიკამენტების მოხსნა მოხდა უეცრად. პაციენტი აუცილებლად უნდა იყოს ინფორმირებული ამის შესახებ (C);
- ურჩიეთ პაციენტს, მედიკამენტი მიიღოს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, განსაკუთრებით ნახევარდაშლის ხანმოკლე პერიოდის მქონე მედიკამენტები (პაროქსეტინი და ვენლაფაქსინი) (C);

- ანტიდეპრესანტების დოზა შეამცირეთ თანდათანობით, ოთხი კვირის განმავლობაში; ფლუოქსეტინის შემთხვევაში დოზის შემცირება შეიძლება უფრო მოკლე პერიოდის განმავლობაში (C).

ანტიდეპრესანტების „მოხსნის სინდრომი“			
	მაოი	ტცა	სუმსი
სიმპტომები	აჟიტაცია, ატაქსია გამლიზიანებლობა, აშლილობის გამწვავება, ინსომნია, სომნოლენცია, კოშმარული სიზმრები, კოგნიტური დარღვევები, გაუგებარი მეტყველება, იშვიათად – ჰალუცინაცია, ბოდვა	გრიპისმაგვარი სიმპტომები – შემცივნება, მიაღვია, ჰიპერჰიდროზი, თავის ტკივილი, გულისრევა, უძილობა ან მაფური სიზმრები. იშვიათად ვითარდება მანია და კარდიალური არითმია	გრიპისმაგვარი სიმპტომები, „ელექტრო შოკისმაგვარი“ შეგრძნებები, ინსომნია ან უზომო ძილიანობა, თავბრუსხვევა, გალიზიანებულობა, წამოყვრებები. იშვიათად –აშლილობის გამწვავება, ყურადღების კონცენტრაციის და მეხსიერების პრობლემები
ხშირად იწვევს ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე ანტიდეპრესანტი	ტრანილციპრომინი	ამიტრიპტილინი იმიპრამინი	პაროქსეტინი ვენლაფაქსინი

საშუალო და მძიმე დეპრესიის საწყისი მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში:

- დააზუსტეთ, იტარებდა თუ არა პაციენტი მედიკამენტურ მკურნალობას რეგულარულად და დანიშნული დოზის მიხედვით;
- თუ ანტიდეპრესანტების სტანდარტული დოზით მიღებისას არა გვაქვს ადეკვატური შედეგი და არ არის გამოხატული გვერდითი ეფექტები, გაზარდეთ დოზა თანდათანობით, სქემის მიხედვით (C);
- შეცვალეთ ანტიდეპრესანტი, თუ მკურნალობის დაწყებიდან ერთი თვის შემდეგ ადეკვატური შედეგი არა გვაქვს (C);
- როდესაც ერთი ანტიდეპრესანტი მეორე ანტიდეპრესანტით იცვლება, მიზანშეწონილია არაეფექტური ან დაბალი ტოლერანტობის მქონე ანტიდეპრესანტის დოზების თანდათანობით შემცირება და ახალი პრეპარატით თანდათანობითი ჩანაცვლება (C);
- ერთი ანტიდეპრესანტის მეორით შეცვლის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ წამალთშორისი ურთიერთქმედება და სეროტონინული სინდრომის განვითარების რისკი, როდესაც დანიშნულია სეროტონერგიული ანტიდეპრესანტების კომბინაცია (C);

- დეპრესიის რეზისტენტული, ატიპური და ფსიქოზური ფორმების შემთხვევაში საჭიროა რეფერალი სპეციალისტთან.

სხვადასხვა ტიპის დეპრესიის მკურნალობა

ატიპური დეპრესია

- ატიპური დეპრესიის სამკურნალოდ გამოიყენება სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები. მათი უეფექტობის შემთხვევაში რეკომენდებულია ფენელზინის დანიშვნა **(C)**;
- თუ მკურნალობის შედეგი არ არის ადეკვატური და გამოხატულია ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი დარღვევა, საჭიროა რეფერალი სპეციალისტთან **(C)**;
- ყველა პაციენტი, რომელიც იტარებს მკურნალობას ფენელზინით, საჭიროებს მკაცრ მონიტორინგს, არტერიული წნევის კონტროლს და წამალთშორისი ურთიერთქმედებების გათვალისწინებას **(C)**.

ქრონიკული დეპრესია—დისტიმია

- რეკომენდებულია ანტიდეპრესანტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია **(C)**;
- ქრონიკული დეპრესიით დაავადებული მამაკაცებისთვის, რომელთა მკურნალობა უეფექტოა სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორებით, რეკომენდებულია ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა **(C)**;
- მამაკაცებში მათი გვერდითი ეფექტები ნაკლებად არის გამოხატული **(C)**;
- ასეთი პაციენტებისათვის რეკომენდებულია „კლინიკების“ მოწყობა (ყოველკვირეული შეხვედრები 2-6 თვის განმავლობაში), როგორც დამატებითი ღონისძიება ფარმაკოლოგიურ და ფსიქოთერაპიულ მკურნალობასთან ერთად. რეკომენდებულია რეაბილიტაციური მკურნალობა უმუშევარი პაციენტებისათვის და მათთვის, ვინც დიდი ხანია ჩამოშორდა სოციალურად აქტიურ ცხოვრებას **(C)**.

რეზისტენტული დეპრესია

- რეზისტენტული დეპრესიის მქონე ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია (ფსიქოთერაპიის 16-20 სესიის ყოველ 6-9 თვეში) **(B)**;
- რეკომენდებულია რეზისტენტული დეპრესიის მქონე პაციენტების რეფერალი სპეციალისტთან.

ფსიქოზური დეპრესია

ფსიქოზური დეპრესიით დაავადებული პაციენტებისათვის ნაჩვენებია დამატებითი მკურნალობა ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით. რეკომენდებულია რეფერალი სპეციალისტთან.

ორსულთა დეპრესია

დეპრესიის ინსიდენსი ორსულებში ნაკლებია დეპრესიის ინსიდენსზე მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. დეპრესიის დიაგნოსტიკა ორსულებში რთულია, რადგან ორსულობას ხშირად ახლავს დეპრესიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, მაგ., ცვლილებები მადის, ძილის, ლიბიდოს მხრივ, ენერჯის დაქვეითება. ორსულთა დეპრესია არ განსხვავდება ცხოვრების სხვა პერიოდში განვითარებული დეპრესიისგან.

ორსულობის პერიოდში მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეპრესიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ფსიქოთერაპია. ზოგიერთ შემთხვევაში ორსული საჭიროებს ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას. პაროქსეტინი არ გამოიყენება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ან იმ შემთხვევაში, თუ ქალი გეგმავს ორსულობას. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში დეპრესიის სამკურნალოდ სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების და სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების გამოყენებისას უნდა შეფასდეს მკურნალობის რისკი და სარგებელი, რადგან ახალშობილებში, რომელთა დედები ორსულობის მესამე ტრიმესტრში იყენებდნენ ანტიდეპრესანტებს, შესაძლოა განვითარდეს ისეთი გართულებები როგორცაა დისპნოე, ციანოზი, რესპირაციული დისტრესი, კვების გაძნელება, ღებინება, ჰიპოგლიკემია, გაღიზიანებადობა, ტრემორი.

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია უვითარდება ქალების 8—10%-ს სკრინინგისათვის გამოიყენება ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალა (იხ. „დაავადების დიაგნოზი“) მკურნალობისთვის ძირითადად რეკომენდებულია ფსიქოთერაპია, ხოლო მძიმე დეპრესიის, სუიციდური აზრების და ფსიქოზური სიმპტომების არსებობისას - მედიკამენტური მკურნალობა. უპირატესობა ენიჭება სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების გამოყენებას. ლაქტაციის პერიოდში სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები ითვლებიან არჩევის პრეპარატებად. არჩევის პრეპარატებად ითვლება სერტრალინი და პაროქსეტინი. ფლუოქსეტინი არ არის რეკომენდებული პირველი რიგის სამკურნალო საშუალებად ლაქტაციის პერიოდში. ახალშობილებში ის იწვევს კოლიკას, წონის მატების შეფერხებას, გაღიზიანებადობას. არ არის მონაცემები ლაქტაციის პერიოდში ბუპროპიონის და ვენლაფაქსინის გამოყენების შესახებ.

ანტიდეპრესანტების კლასიფიკაცია და დოზირება

სახელწოდება	საწყისი დოზა მგ/დღე	თერაპიული დოზა მგ/დღე	მაქსიმალური დოზა მგ/დღე
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები			
ამიტრიპტილინი	25	75 – 150	300
კლომიპრამინი	25	100 – 200	250
დოქსეპინი	25	75 – 150	300
იმიპრამინი	25	50 – 150	300
ტრიმიპრამინი	25	50 – 150	200 – 300
დეზიპრამინი	25	100 – 200	300
ნორტრიფტილინი	10-25	75 – 150	300
თანეპტინი	25	37,5	50
პრტრიფტილინი	15	15 – 40	60
სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები			
ციტალოპრამი	20	20 – 40	60
ფლუოქსეტინი	20	20 – 40	80
ფლუოქსამინი	50	50 – 200	300
პაროქსეტინი	20	20 – 40	50
სერტრალინი	50	50 – 150	200
სხვა ძირითადი სტრუქტურის ანტიდეპრესანტები			
ბუპროპიონი	150	150 - 300	450
ვენლაფაქსინი	37,5	75 – 225	375
სეროტონინის მოდულატორები			
ნეფაზადონი	200	300 – 500	600
ტრაზოდონი	150	300 – 400	400 – 600
მაო-ს შეშუპვადი ინჰიბიტორები			
ნიალამიდი	300	300 – 400	500
ფენელზინი	45	45 – 75	90
ტრანილციპრომინი	30	30 – 40	60
მაო-ს შეშუპვადი ინჰიბიტორები			
მოკლობემიდი	150	300 – 600	600
პირაზიდოლი	100	150 – 400	500

ანტიდეპრესანტივის გვერდითი ეფექტები

<p align="center">ტრიციკლური ანტიდეპრესანტივი</p> <p align="center">(ტცა)</p>	<p align="center">მაო-ს ინჰიბიტორები</p> <p align="center">(მაოი)</p>	<p align="center">სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (სუმსი)</p>
<p>ქოლინერგული: პირის სიმშრალე, ყაბზობა, შარდის შეკავება, პერისტალტიკის და ეაკულაციის დათრგუნვა, აკომოდაციის დარღვევა, დელირიუმი-შირად მოხუცებში კუპირება: დოზების შემცირება ან მოხსნა, დეტოქსიკაცია. სიმპტომური თერაპია – პროზერინი ან გალანტამინი 1-4მგ კანქვეშ; ფიზოსტიგმინი 0,5-2მგ ყოველ საათში, I/M ან კანქვეშ; პილოკარპინი 1-2% (თვალის წვეთები);</p>	<p align="center">იგივე რც ტცა-ს დროს</p>	
<p>კარდიო-ვასკულური: · ტაქიკარდია, ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია; საჭიროა: დოზის შემცირება; კორდიამინი 2% -1,0მლI/M · ეკგ-ს დარღვევა: T კბილის დათრგუნვა ან ინვერსია, QRS სეგმენტის გახანგრძლივება, არითმია, გამტარებლობის დარღვევა. (ხანგრძლივი მიღებისას – მიოკარდიუმის ინფარქტი და კარდიომიოპათია); საჭიროა: მკ-ის შეწყვეტა; სიმპტომური თერაპია;</p>	<p>ტაქიკარდია, ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია; კუპირება: დოზების შემცირება</p>	<p>ტაქიკარდია, TA-ს მომატება საჭიროა: დოზების შემცირება</p>
<p>გასტრო-ენტეროლოგიური: · გულისრევა, დებინება, პირში მწარე გემო, ნაწლავების პერისტალტიკის დარღვევა; საჭიროა: დოზების შემცირება; -მედიკამენტის უფრო დანაწევრებული მიღება;</p>	<p>სიყვითლე, ჰეპატიტი; კუპირება: მკურნალობის შეწყვეტა</p>	<p>გულისრევა, კუჭის გადავსების გრძობა, დებინება, ბუყბუყი, მუცლის კოლიკა, დიარეა, მეტეორიზმი;</p>
<p>ჰემატოლოგიური: ლეიკოციტოზი, ლეიკოპენია, ეოზინოფილია, თრომბოციტოპენია; საჭიროა: მკურნალობის შეწყვეტა</p>		
<p>ცენტრალური: სედაცია, ძილიანობა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, ნისტაგმი, ატაქსია, დიზართრია, პაროქსიზმული მოვლენები, ექსტრაპირამიდული სიმპტომები, წვრილამპლიტუდიანი ტრემორი, რომელიც არ რეაგირებს ქოლინლიზურ პრეპარატებზე); საჭიროა: – დოზის შემცირება ან მკურნალობის შეწყვეტა; დოზის შემცირება+ბეტა ბლოკერები; ფენობარბიტალი; მანიაკალური მდგ-ის განვითარებისას საჭიროა: მკ-ის შეწყვეტა+ლითიუმი+ნეიროლეპტიკები</p>	<p>ჰიპერტონული კრიზი; კომა, სხვა პრეპარატებთან ინტერაქტივობის გამო. სმენის და ოპტიკური ნერვის დაზიანება საჭიროა: მკ-ის მოხსნა</p>	
<p>ალერგიული: * ქოლესტატიკური სიყვითლე, აგრანულოციტოზი, (მკ-ის დაწყებიდან 1-2 თვეში), დერმატოვასკულიტი, ჭინჭრის ციება; საჭიროა: მკურნალობის მოხსნა</p>		<p>დერმატოვასკულიტი ართროპათია, ართრიტი, ლიმფადენოპათია საჭიროა: მკ-ის მოხსნა</p>

<p>სხვადასხვა:</p> <ul style="list-style-type: none"> · „მოსნის სინდრომი“ – საჭიროა მედიკამენტის მოსნა 4-6 კვირის განმავლობაში (იხ. დაფა 6.) · წონის მომატება, ლიბიდოს დაქვეითება, პროლაქტინემია, ჰიპოგლიკემია 	<p>პრიაპიზმი, ლიბიდოს დაქვეითება, ანორგაზმია, „მოსნის სინდრომი“</p>	<p>პროლაქტინემია „სეროტონინული სინდრომი“.</p>
---	---	---

7. დეპრესია ბავშვებსა და მოზარდებში

გაიდლაინის ეს ნაწილი ეხება ეხება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში (5-დან 18 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფი) პირველად ჯანდაცვაში დეპრესიის იდენტიფიცირებას, მკურნალობასა და მართვას. გაიდლაინი განიხილავს დაავადებათა და მასთან დაკავშირებულ მდგომარეობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის (ICD-10 World Health Organization 1992) მიხედვით შემდეგ მდგომარეობებს: დეპრესიული ეპიზოდი (F32), რეკურენტული დეპრესიული ეპიზოდი (F33). გაიდლაინის უდიდესი ნაწილი ეფუძნება კვლევებს, რომლებშიც გამოყენებულია მსგავსი, თუმცა არაიდენტური კლასიფიკაცია (DSM-IV 1994.) - ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის გონებრივი აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს კლასიფიკაცია.

ბანმარტება, სიმპტომები

კლინიკურად დეპრესია წარმოადგენს ქცევის ტიპის ცვლილებებს, რომელიც შეიძლება გაერთიანდეს სიმპტომების სამ დიდ ჯგუფად: ცვლილება ხასიათში, აზროვნებასა და აქტივობაში, რომელიც პიროვნულ და /ან სოციალურ ფუნქციონირებაზე ახდენს უარყოფით გავლენას.

ხასიათის ცვლილებები ჩვეულებრივ წარმოდგენილია ნაღველიანობით და/ან გაღიზიანებადობით, რასაც თან ახლავს ადრე ხასიათოვნო და საინტერესო აქტივობების მიმართ სიამოვნების შეგრძნების დაკარგვა.

კოგნიტური ცვლილებები იწვევენ პაციენტისათვის უხერხულ აზრებს, რომლებიც ძირითადად თვითკრიტიკულ ხასიათს ატარებენ.

ფიზიკურად დეპრესიის მქონე პაციენტები ნაკლებად აქტიურები ხდებიან, თუმცა პასიურობა შეიძლება შენიღბული იყოს შფოთვითა და მდელვარებით. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიას შორის ბევრი მსგავსება, არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებანი ბავშვებსა და მოზარდებში ამ სამი სფეროს ცვლილებების განვითარებაში.

ისევე, როგორც მოზარდობაში, ბავშვებშიც აღინიშნება ცვლილებები ხასიათში, რაც სხვადასხვა გარემო პირობებში განსხვავებული დროის განმავლობაში პერსისტირებს და გავლენას ახდენს ბავშვის ყოველდღიურ აქტივობაზე. ზიგიერთმა ბავშვმა შეიძლება უარყოს, რომ ის მოწყენილია, თუმცა ზოგი აღნიშნავს, რომ “რადაც არ არის ხასიათზე”, ან გაბრაზებულია, გაბუტულია, გაღიზიანებულია. მოზარდი გოგონების 15-20% აღნიშნავს ცხოვრებისადმი ხალისის შეგრძნების დაკარგვას.

დეპრესიული ბავშვების და მოზარდების უმეტესობას აქვს:

- თვითშეფასების დაბალი დონე;

- სოციალური თუ საზოგადოებრივი პრობლემებისადმი საკუთარი ბრალეულობის შეგრძნება;
- მომავლის უპერსპექტივობის შეგრძნება;
- ჩივილები კონცენტრაციის უნარის და ყურადღების დაქვეითებაზე ;
- გადაწყვეტილების მიღების უუნარობა (საკუთარ თავში დაურწმუნებლობისა და ლოგიკურად აზროვნების უნარის შესუსტების გამო) ;
- თვითბრალდების, საკუთარი თავის დასჯის საჭიროების შეგრძნება;
- მშობლების განმორებაში თვითდანაშაულის შეგრძნება;
- სუიციდური აზრები;
- დელუზიები და ჰალუცინაციები (ძალზე იშვიათად);
- ფიზიკური დაღლილობის შეგრძნება, აპათია;
- მოტივაციის არქონა;
- უმადობა ან პირიქით - გაძლიერებული მადა;
- ძილის ნორმალური რიტმის დარღვევა: უძილობა დამით, მომატებული ძილიანობა დღის განძილზე;
- “ენდოგენური დაავადების” სიმპტომები: დაღლილობის შეგრძნება დღით, ცუდი მადა, აპათია. ფიზიკური რეტარდაცია და ცუდი ემოციური პასუხი;
- ჩივილები მუცლის, თავის ან ფეხის ტკივილზე. (ბავშვების 2-10%-ში).

დეპრესიასთან დაკავშირებულ სომატურ სიმპტომატიკაში შეიმჩნევა გენდერული განსხვავება. გაურკვეველი გენეზის თავის ტკივილის შემთხვევაში გოგონებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს დეპრესიას, ხოლო გაურკვეველი ძვალ-სახსროვანი სისტემის მხრივი ჩივილების დროს დეპრესია ორივე სქესის ბავშვებსა და მოზარდებშია მოსალოდნელი.

სომატური ხასიათის ჩივილები უფრო ხშირია ბავშვთა ასაკში, ხოლო კოგნიტური ცვლილებები, არარაობის შეგრძნება, თვითშეფასების დაბალი დონე და ჩივილები კონცენტრაციის უნარის დაქვეითებაზე სჭარბობს მოზარდებში.

დაავადების მიმდინარეობა და პროგნოზი

დეპრესიის მქონე ბავშვთა და მოზარდთა დაახლოებით 10% პირველი სამი თვის განმავლობაში სპონტანურად იკურნება. დანარჩენ 40% -ში ადგილი აქვს ერთი წლის მანძილზე სპონტანურ გამოჯანმრთელებას. დეპრესიის პირველი ეპიზოდიდან ერთი წლის თავზე ბავშვთა და მოზარდთა 50% კვლავ კლინიკურად დეპრესირებული რჩება, ხოლო დეპრესიული ეპიზოდიდან 24 თვისთვის 20-30%-ში კლინიკურად ვლინდება დეპრესია (Harrington and Dubicka 2001.Goodyer et.al 2003). არ არის ცნობილი, თუ რამდენად მოქმედებს დეპრესიის მკურნალობა მისი მიმდინარეობის ხანგრძლივობაზე, მაგრამ არსებობს მონაცემები, რომ მკურნალობა ამცირებს 12 თვეზე მეტი ხანგრძლივობის დეპრესიის სიმძიმესა და ხანგრძლივობას.

დეპრესიის ყველაზე სერიოზული გართულება სუიციდია. რისკი დაახლოებით 3%-ია. ასევე აღსანიშნავია დაბალი აკადემიური მოსწრება და მუდმივი სირთულე მეგობრების შექენასა და შენარჩუნებაში. პერსისტენტული

დეპრესია დიდ დავს ასვამს პიროვნების ფსიქიკურ სფეროს. არსებობს მოსაზრებები, რომ ის ცვლის თავის ტვინის ფუნქციებს, თუმცა დამადასტურებელი სისტემური კვლევები არ მოიპოვება. განმეორებადი დეპრესიული ეპიზოდები ზრდის დეპრესიის მიმდებობის რისკს.

პირველი 5 წლის განმავლობაში დეპრესიის რეციდივის რისკი დაახლოებით 30%-ია. ბევრ მათგანს რეციდივი მოზრდილობის ასაკში აღენიშნება. უცნობია მკურნალობის გავლენა გრძელვადიან პროგნოზულ გამოსავალზე.

ბავრცელება

დეპრესიის გავრცელება (პრევალენსი) პრეპუბერტულ ასაკში 12 თვის განმავლობაში 1%-ს შეადგენს, ხოლო პოსტპუბერტულ მოზარდებში, შესაბამისად, 3%-ა. პრეპუბერტულ ასაკში სხვადასხვა სქესის წარმომადგენლებს შორის თანაფარდობა არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან მაშინ როცა პოსტპუბერტულ მოზარდებში პრევალენტობა სჭარბობს გოგონებში.

დეპრესიას ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში ხშირად მენტალური სფეროს სხვა პრობლემებიც ახლავს თან.

დეპრესიის პრევალენტობა მაღალია სპეციფიკურ ჯგუფებში:

- სკოლაში ადაპტირების პრობლემა (უფრო ხშირია მოზარდ გოგონებში);
- უღისციპლინობით გამოწვეული ქცევითი სირთულეები;
- ძალადობის, მათ შორის გაუპატიურების, მსხვერპლი ბავშვები და მოზარდები;
- ბავშვები და მოზარდები, რომლებიც რეგულარულად ზიანს აყენებენ საკუთარ თავს;
- ბავშვები და მოზარდები გამუდმებული კამათით ოჯახში;
- ბავშვები და მოზარდები ალკოჰოლიზმით და ტოქსიკომანიით.

ეტიოლოგია

დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე ბავშვთა და მოზარდთა 95%-ს აღენიშნება ხანგრძლივი ფსიქო-სოციალური პრობლემები:

მუდმივი კამათი და ჩხუბი ოჯახში, მშობლების დაშორება-განქორწინება, ოჯახური ძალადობა, ფიზიკური თუ სექსუალური ძალადობა; პრობლემები სკოლაში: ცუდი აკადემიური მოსწრება, გამოცდაზე ჩაჭრა, თანატოლების მიერ აბუჩად აგდება, სოციალური იზოლაცია. ბავშვთა და მოზარდთა ძალიან მცირე ნაწილში დეპრესია აღმოცენდება უეცრად, ძლიერი სტრესორის ზემოქმედების შედეგად.

დეპრესიის ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია გენეტიკური, ბიოქიმიური და ენდოკრინული, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სოციოეკონომიური თეორიები, თუმცა საკმარისი მტკიცებულებების არარსებობის გამო ვერცერთმა თეორიამ ვერ მოიპოვა პოპულარობა.

დეპრესიის განვითარების რისკ ფაქტორები:

ფაქტორთა ტიპოლოგია

- პიროვნული მახასიათებლები (უბედური შემთხვევა, პოსტინფექციური პერიოდი, ფინანსური პრობლემები);
- ლატენტური ფსიქოლოგიური პროცესები (იმედგაცრეება, საფრთხე);
- პერსონალური ფოკუსირება (საკუთარ თავზე, მეგობარზე, მშობელზე);
- წარმოშობა (თვითინდუცირებული, დამოუკიდებელი);
- წარმოშობის დრო და ხანგრძლივობა;
- კონტროლირების ხარისხი (თვითკონტროლირებადი, არაკონტროლირებადი);
- რისკ ფაქტორების ზემოქმედების ასაკი (ჩვილობის ასაკი, ბავშვობის, პრე და პოსტპუბერტული პერიოდი).

სოციალური რისკის ფაქტორები: ყოველდღიური მოვლენები რაც ბავშვის კონტროლის გარეშეა და რასაც დეპრესიის გამოწვევა შეუძლია.

ოჯახური რისკის ფაქტორები: კონფლიქტი ბავშვსა და რომელიმე მშობელს შორის, შიდა კონფლიქტი ოჯახში, მშობლების განშორება, ოჯახური ძალადობა, ოჯახის რომელიმე წევრის ავადმყოფობა ან გარდაცვალება. ალკოჰოლიზმით ან ტოქსიკომანიით დაავადებული მშობელი.

მეგობრობა: მეგობრების არყოლა, ან მათთან იშვიათი კონტაქტი. დალატი მეგობრის მხრიდან (იმედგაცრეება, შეუსაბამობა მოლოდინსა და შედეგს შორის).

ინდივიდუალური რისკი: დეპრესიისადმი გენეტიკური წინასწარგანწყობის არსებობა საბოლოოდ დადასტურებული არ არის.

ტემპერამენტი: ემოციური, აქტიური, მგძობიარე, მტირალა ბავშვები უფრო მიდრეკილნი არიან დეპრესიისადმი.

თვითშეფასების დაბალი დონე: ბავშვი, რომელიც ფიქრობს, რომ ის არასასურველია, არ უყვართ მშობლებს. ბავშვი არარაობის და ზედმეტობის შეგრძნებით.

ფიზიოლოგიური რისკი: არსებობს რამოდენიმე უახლესი კვლევა დეპრესიის სხვადასხვა მონოამინებთან (სეროტონინი) და გლუკოკორტიკოიდებთან (კორტიზოლი) კავშირის თაობაზე.

განსაკუთრებული რისკის გჯუფი: ფიზიკური ნაკლის და შეზღუდული გონებრივი შესაძლებლობების, ასევე ღრმა ენდოკრინული დარღვევების მქონე ბავშვები. აუტიზმისა და ასპერჯერის სინდრომის მქონე ბავშვები.

რისკის კლასიფიკაცია

სავარაუდო ხელშემწყობი ფაქტორები

- სეროტონინის გენის დეფექტი;
- მომატებული დილის კორტიზოლის დონე;
- შექმნილი ფეტალური ინფექციები;
- ბავშვისადმი ჩვილობის ასაკში ცუდად მოპყრობა;
- დედის პოსტნატალური დეპრესია;
- ანამნეზში მშობლების დეპრესია (რისკი მაღალია);
- თავის ტვინის დაავადება, მათ შორის ტრავმა და ინფექცია ბავშვობის ასაკში;
- მდედრობითი სქესი (რისკი მაღალია);
- პოსტპუბერტული პერიოდი (რისკი მაღალია);
- განქორწინებული მშობლების ჰყოლა;
- მშობლების ქრონიკული ფსიქიკური დაავადება.

სავარაუდო აქტივატორები

- არასასურველი პირადი ცხოვრებისეული მოვლენები, რაც ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს შორის პოროვნებათაშორისი ურთიერთობის პერმანენტულ შეცვლას იწვევს (რისკი მაღალია);
- თავის ტვინის მწვავე ინფექცია;
- ომი, შიმშილი, ინფექცია;
- პიროვნული შეურაცხყოფა;
- დეპრესიული ეპიზოდი ანამნეზში (რისკი მაღალია);
- ნევროზული და ემოციური ხასიათის შტრიხები (რისკი მაღალია).

სხვადასხვა ფაქტორები, რომელთა როლი ბოლომდე გარკვეული არ არის:

- თვითღამამცირებელი აზრები;
- ცუდი აკადემიური მოსწრება სკოლაში;
- თანატოლების მიერ აბუჩად აგდება;
- თანხლები სამედიცინო პრობლემები;
- ახლო ნათესავის სიკვდილი;
- საყვარელი ცხოველის სიკვდილი;
- სიმსუქნე.

დამცავი ფაქტორები:

- კარგი იუმორის გრძნობა;
- კარგი მეგობრების ქსელი;
- კარგი ურთიერთობა მინიმუმ ერთ ოჯახის წევრთან;
- თვალსაჩინო სოციალური აქტივობა;
- ინტელექტის ნორმალური ან მაღალი დონე.

კლინიკური რეკომენდაციები:

პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები მომზადებული უნდა იყვნენ დეპრესიის სიმპტომების ამოსაცნობად და დეპრესიის განვითარების რისკის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების შესაფასებლად. ექიმმა უნდა მოახერხოს

წარსული თუ არსებული რისკის ფაქტორების შეფასება როგორცაა: ასაკი, სქესი, ოჯახური დისკარმონია, თანატოლების მხრივ დაჩაგრვა, სექსუალური, ფიზიკური თუ ემოციური ძალადობა, თანხლები პათოლოგიები, მათ შორის ალკოჰოლის მოხმარება და ტოქსიკომანია, მშობლების დეპრესია, რამოდენიმე რისკ ფაქტორის ერთდროულად არსებობა, ეთნიკურ-კულტურული თავისებურებები; ასევე, დეპრესიის განვითარების მაღალ რისკთან ასოცირებული ფაქტორები (უსახლკარობა, დევნილობა, საერთო საცხოვრებელში ცხოვრება) (C).

პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები უნდა ფლობდნენ ისეთი კომუნიკაციური უნარ-ჩვევებს, როგორცაა აქტიური მოსმენა და დიალოგის წარმოების ტექნიკა, რათა შეძლონ მწვავე დანადგლებისა თუ სტრესის ფაზაში მყოფ ბავშვთან (მოზარდთან) კონფიდენციალური დიალოგის წარმართვა (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა შეაფასონ უარყოფითი გარემო და/ან სოციალური ფაქტორების არსებობა მწვავე დანადგლიანებისა თუ სტრესის ფაზაში მყოფი ბავშვებისა და მოზარდებისათვის (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი არის ისეთი უარყოფითი ემოციური ფაქტორის გავლენის ქვეშ, როგორცაა მშობლების განშორება ან სხვა მწვავე, იმედის გამაცრუებელი ნეგატიური მოვლენა, ექიმმა უნდა შეფასოს, თუ რამდენად მაღალია დეპრესიის განვითარების რისკი ამ შემთხვევაში და შედეგი შეატყობინოს ბავშვის მშობლებს (მეურვეს) შემდგომი თანამშრომლობისათვის. შეფასების შედეგი დოკუმენტირებული უნდა იყოს ბავშვის (მოზარდის) სამედიცინო რუქაში (C).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი არის ისეთი უარყოფითი ემოციური ფაქტორის გავლენის ქვეშ, როგორცაა დანაკლისი, მშობლების განშორება ან სხვა მწვავე, იმედის გამაცრუებელი ნეგატიური მოვლენა და თუ დეპრესიის განვითარების რისკი დაბალია, ექიმმა უნდა გამოსატოს მხარდაჭერა და შესთავაზოს ბავშვს (მოზარდს) ამ უარყოფით საკითხზე საუბარი (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

ერთი ხანმოკლე უარყოფითი ცხოვრებისეული ეპიზოდის (დანაკლისი, მშობლების განშორება ან სხვა მწვავე, იმედის გამაცრუებელი ნეგატიური მოვლენა) შემდეგ ბავშვის გადაგზავნა სპეციალისტთან შემდგომი შეფასება – მკურნალობის მიზნით არ არის რეკომენდებული, რადგან ერთი ხანმოკლე უარყოფითი ეპიზოდის გავლენით დეპრესიის განვითარების ალბათობა დაბალია (C).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი არის ისეთი უარყოფითი ემოციური ფაქტორის გავლენის ქვეშ, როგორცაა დანაკლისი, მშობლების განშორება ან სხვა მწვავე, იმედის გამაცრუებელი ნეგატიური მოვლენა და დეპრესიის განვითარების რისკის შეფასებისას იგი მაღალია (არსებობს დეპრესიის განვითარების 2-ზე მეტი რისკის ფაქტორი), მას უნდა მიეცეს პროფესიონალთან ამ თემაზე საუბრის შესაძლებლობა. დეპრესიის და თვითდაზიანების არსებობისას დროულად უნდა განხორციელდეს რეფერალი სპეციალისტთან (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი არის ისეთი უარყოფითი ემოციური ფაქტორის გავლენის ქვეშ, როგორცაა დანაკლისი, მშობლების განშორება ან სხვა

მწვავე, იმედის გამაცრუებელი ნეგატიური მოვლენა და ოჯახის მინიმუმ ერთ წევრს აღნიშნება დეპრესიის მრავლობითი რისკის ფაქტორი, მათ უნდა შეეთავაზოთ აღნიშნულ უარყოფით მოვლენაზე პროფესიონალთან საუბარი, უნდა შეფასდეს დეპრესიის არსებობა. დეპრესიის და თვითდაზიანების შემთხვევაში საჭიროა რეფერალი ადრეულ ეტაპზე (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

დიაგნოსტიკა

დეპრესია წარმოადგენს ჰეტეროგენულ დიაგნოსტიკურ კატეგორიას ცვალებადი კლინიკური საზღვრებითა თუ კლასიფიკაციის მეთოდებით. ICD-10-ის კლასიფიკაციით დეპრესიის დაყოფა მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ხარისხის დეპრესიად კლინიკური ღირებულებისაა.

დეპრესიის სიმპტომატიკა თავს იჩენს დილის საათებში გაღვიძებისას, დღის მანძილზე სიმპტომატიკა შეიძლება გაუმჯობესდეს.

დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკის აუცილებელი პირობაა:

- დეპრესიული მდგომარეობის ხანგრძლივობა უნდა იყოს არა ნაკლები ორი კვირისა;
- ანამნეზში არ უნდა იყოს მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური ეპიზოდები;
- ეპიზოდი არ უნდა უკავშირდებოდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღებას, სხვა ფსიქიკურ ან სომატურ აშლილობას.

ძირითადი კრიტერიუმები:

- გუნებ-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესების და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;
- ენერჯიის დაქვეითება აქტივობის დაქვეითებით და დადლილობის შეგრძნება.

დამატებითი კრიტერიუმები:

- ყურადღების კონცენტრირების უნარის დაქვეითება;
- საკუთარ თავში რწმენის და თვითშეფასების დაქვეითება;
- თვითბრალდების და თვითდამცირების დაუსაბუთებელი იდეები;
- მომავლის ბუნდოვანი და პესიმისტური ხედვა;
- ხშირი, განმეორებადი აზრი ან ქმედება თვითდაზიანებისა და თვითმკვლელობის მიზნით;
- ძილის დარღვევა;
- მადის დაქვეითება.

დეპრესიის ტიპური სიმპტომები:

- დაქვეითებული გუნებ-განწყობა ნაკლებად იცვლება გარეგანი ფაქტორების ზეგავლენით და იკავებს დღის უმეტეს ნაწილს;
- ხასიათდება ცირკადულობით;
- შესაძლებელია შფოთვა, უიმედობა და აჟიტაცია უფრო მეტად იყოს გამოხატული, ვიდრე დეპრესია.

გუნებ-განწყობის დაქვეითება შესაძლებელია შენიღბული იყოს დამატებითი სიმპტომებით:

- გაღიზიანებულობით;
- ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარებით;
- ისტერიულობით;
- ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომებით;
- სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომებით.

F 32.0 მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი

კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი უნდა იყოს:

- დეპრესიის მინიმუმ ორი ძირითადი კრიტერიუმი და
- ორი დამატებითი კრიტერიუმი მაინც;
- არც ერთი სიმპტომი არ უნდა იყოს გამოხატული ღრმა ხარისხში;
- დეპრესიული ეპიზოდის ხანგრძლივობა უნდა იყოს არანაკლებ 2 კვირისა.

ტიპური სიმპტომებია:

- გუნებ-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესების დაკარგვა და ანჰედონია;
- იოლი დაღლა.

მე-5 ნიშნის გამოყენება შესაძლებელია სომატური სინდრომის აღსანიშნავად:

FXX. X0 – სომატური სიმპტომების გარეშე;

FXX. X1 – სომატური სიმპტომებით

- აკმაყოფილებს მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს;
- და თან ახლავს 4 ან მეტი სომატური სიმტომი ან
- თან ახლავს 2 ან სამი მძიმე სომატური სიმტომი.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის დროს, მიუხედავად სიმნელებისა, ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება შენარჩუნებულია.

F32. 1 – ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდი

- ძირითადი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ორის არსებობა;
- ძირითად კრიტერიუმებთან ერთად 4-5 დამატებითი კრიტერიუმის არსებობა.

მე-5 ნიშნის გამოყენება შესაძლებელია სომატური სინდრომის აღსანიშნავად:

FXX. X0 – სომატური სიმპტომების გარეშე;

FXX. X1 – სომატური სიმპტომებით

- აკმაყოფილებს ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს;
- და თან ახლავს 4 ან მეტი სომატური სიმტომი ან
- თან ახლავს 2 ან 3 მძიმე სომატური სიმტომი.

ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდის დროს მნიშვნელოვნად გაძნელებულია.

F32. 2 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე

მნიშვნელოვნადაა გამოხატული:

- მოუსვენრობა და აჟიტაცია ან შესაძლებელია შეკავება;
- საკუთარი არასრულფასოვნების, თვითდანაშაულის და თვითბრალდების აზრები;
- მაღალია სუიციდური რისკი;
- მუდმივია სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომები.

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- საერთო სამი ძირითადი კრიტერიუმიდან სამივე სახეზეა;
- ძირითად კრიტერიუმებთან ერთდროულად არსებობს არანაკლები 4 დამატებითი კრიტერიუმი, რომელთაგან ნაწილი მძიმე ხარისხით არის წარმოდგენილი;
- დეპრესიული ეპიზოდი გრძელდება არანაკლებ 2 კვირისა;
- მწვავე დასაწყისის და სიმპტომების განსაკუთრებული სიმძიმისას, დასაშვებია მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკა 2 კვირაზე ადრე.
- მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის დროს ავადმყოფის ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება მკვეთრად შეზღუდულია.

F32. 3 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომებით

- შეესაბამება მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის (F32. 2), კრიტერიუმებს, რომელსაც თან ერთვის:
- ბოღვითი იდეები, უფრო ხშირად თვითბრალდების, თვითდანაშაულის ცოდვიანობის, დანაკლისის შინაარსის;
- სმენითი ან ყნოსვითი ჰალუცინაციები – ხმები, რომლებიც ადანაშაულებენ და შეურაცხყოფას აყენებენ ან გახრწნილი ხორცის და სიბინძურის სუნი;
- დეპრესიული სტუპორი – მძიმე მოტორული შეკავება შეიძლება სტუპორში გადაიზარდოს.
- თუ არსებობს ამის საჭიროება, ბოღვა და ჰალუცინაცია შეიძლება განისაზღვროს, როგორც

F32. 30 – წამყვანი აფექტის კონგრუენტული ან

F32. 31 წამყვანი აფექტის არაკონგრუენტული

ფსიქოზური დეპრესია (დიდი დეპრესიული აშლილობა ასოცირებული ჰალუცინაციებთან ან დელუზიებთან) შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებსა და მოზარდებშიც. პრეპუბერტული ასაკის ბავშვებში ძირითადად ხშირია სმენითი ჰალუცინაციები, თუმცა მოზარდებში შეიძლება შეგვხვდეს როგორც დელუზიები, ასევე ჰალუცინაციები. ფსიქოზური დეპრესია ასოცირებულია უფრო მწვავე დეპრესიასთან, ხანგრძლივ ავადობასთან, რეციდივის წარმოქმნის მაღალ ალბათობასთან, ბიპოლარულ აშლილობასთან და სუიციდთან. ფსიქოზური სიმპტომების არსებობა ანტიდეპრესანტებით ადრეულ ეტაპზე მკურნალობის საჭიროების ინდიკატორია, თუმცა ასევე ანტიდეპრესანტებით მონოთერაპიის რესიზტენტობის ინდიკატორიც შეიძლება იყოს.

**დიდი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (DSM-IV 1994.)
ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის გონებრივი აშლილობების დიაგნოსტიკური და
სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მიხედვით**

მოზრდილება	ბავშვები და მოზარდები
<p>ა) ქვემოთ მოცემული სიმპტომებიდან 5 ან მეტი აღინიშნება მინიმუმ 2 კვირის მანძილზე და პიროვნების ფუნქციონირება ადრინდელ მდგომარეობასთან შედარებით, შეცვლილია. ამ სიმპტომთაგან მინიმუმ ერთი მაინც არის 1) დეპრესიული განწყობა ან 2) ინტერესის ან სიამოვნების შეგრძნების დაკარგვა</p>	
<p>1) დეპრესიული განწყობა თითქმის მთელი დღის მანძილზე, თითქმის ყოველდღე, რაც აღინიშნება სუბიექტურად პაციენტის (თავს გრძნობს მოწყენილად, ან დაცარიელებულად) ან გარშემომყოფთა მიერ (ხშირად შეუმჩნევიათ აცრემლებული)</p>	<p>განწყობა შეიძლება იყოს დეპრესიული ან აღინიშნებოდეს გაღიზიანებადობა. მოუმწიფებელი კოგნიტურ-ლინგვისტური შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის რთულია შინაგანი განწყობის გადმოცემა, ამიტომ ჩივილები შეიძლება წარმოდგენილ იყოს გაურკვეველი ხასიათის ფიზიკური შეგრძნებებით. ნაღვლიანი სახის გამოძეგველება, სუსტი თვალებით კონტაქტი. გაღიზიანებადობა შეიძლება გამოხატული იყოს მოუსვენრობით ან მტრული, აგრესიული ქმედებებით. მოზარდებში შეიძლება აღინიშნოს მოზრდილების მსგავსი განწყობის ცვლილებები.</p>
<p>2) ყველაფრისადმი ან თითქმის ყველაფრისადმი დაქვეითებული ინტერესი ან სიამოვნების შეგრძნების დაკარგვა ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე, რაც შეიგრძნობა როგორც სუბიექტურად, ასევე გარშემო მყოფთა მიერ.</p>	<p>თანატოლებთან თამაშის ან სასკოლო აქტივობებში მონაწილეობის მიღების ინტერესის დაკარგვა.</p>
<p>3) წონაში მნიშვნელოვანი კლება დიეტის დაცვის გარეშე ან მნიშვნელოვანი მატება (სხეულის მასის 5%-ის ცვლილება ერთი თვის განმავლობაში), ან მადის მნიშვნელოვანი მომატება/უმაღობა ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე.</p>	<p>ბავშვებში უფრო ხშირია წონაში მატების შეჩერება, ვიდრე წონაში დაკლება</p>
<p>4) ინსომნია-უძილობა ან ჰიპერსომნია თითქმის ყოველ დღე</p>	<p>მსგავსად მოზრდილებისა</p>
<p>5) ფსიქომოტორული აჟიტირება ან შეკავება თითქმის ყოველდღე (სხვების დაკვირვების საფუძველზე და არა უბრალოდ სუბიექტური მოუსვენრობისა ან შენელებულობის შეგრძნება)</p>	<p>გუნებ-განწყობის ცვლილებებთან ერთად შეიძლება აღინიშნოს ჰიპერაქტიური ქცევა.</p>
<p>6) დაღლილობა ან ენერჯის არქონა თითქმის ყოველდღე</p>	<p>დაღლილობაზე მიმანიშნებელ სიმპტომებად შეიძლება ჩაითვალოს თანატოლებთან თამაშისაგან გამოთიშვა, სკოლაში სიარულზე უარის თქმა და სკოლის გაცდენა.</p>

მოზრდილები	ბავშვები და მოზარდები
7) საკუთარი არარაობის შეგრძნება ან გადამეტებული და შეუსაბამო თვითდადანაშაულება ყველაფერში (დელუზიის ჩათვლით). თვითდადანაშაულება ცუდად ყოფნაში.	ბავშვებში ვლინდება საკუთარი თავის დამცირების ტენდენციები: "მე სულელი ვარ," "მე არაფერი ვიცი" და ა.შ. დელუზიები ჩვეულებრივ არ აღინიშნება.
8) ფიქრისა და კონცენტრირების, ასევე გადაწყვეტილების მიღების დაქვეითებული უნარი თითქმის ყოველდღე (აღიქმება სუბიექტურად ან ფიქსირდება გარშემო მყოფთა მიერ)	ყურადღების და კონცენტრაციის პრობლემები შეიძლება გამოიხატოს სკოლაში ცუდი დასწრებისა და ცუდი ყოფაქცევის სახით.
9) მუდმივი ფიქრი სიკვდილზე (არა უბრალოდ სიკვდილის შიში), მუდმივი სუიციდური იდეები რაიმე კონკრეტული გეგმით ან მის გარეშე ან სუიციდის მცდელობა.	შეიძლება არსებობდეს პოტენციური სუიციდის მიმანიშნებელი სპეციფიკური არავერბალური ქცევები: მაგ. საყვარელი ნივთის, კოლექციის განუქება.
ბ) სიმპტომები არ აკმაყოფილებს შერეული ბიპოლარული აშლილობის კრიტერიუმებს	მსგავსად მოზრდილებისა სიმპტომები არ აკმაყოფილებს შერეული ბიპოლარული აშლილობის კრიტერიუმებს
გ) სიმპტომები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ პაციენტის სოციალურ, სამსახურეობრივ თუ სხვა მნიშვნელოვან ფუნქციურ აქტივობაზე	კლინიკურად სახეზეა მნიშვნელოვანი სოციალური თუ სასკოლო აქტივობის მოშლა. მომუშავე მოზარდებში აღინიშნება სამსახურეობრივი პრობლემები
დ) სიმპტომები არ არის გამოწვეული პირდაპირი ფსიქოზური მოქმედების მქონე ნივთიერებებით (სხვადასხვა მედიკამენტი, ტოქსიკომანია) ან სამედიცინო მდგომარეობით (მაგ., ჰიპოთირეოზი)	მსგავსად მოზრდილებისა
ე) სიმპტომები არ არის გამოწვეული მძიმე დანაკლისით (მაგ., საყვარელი ადამიანის დაკარგვით). სიმპტომები პერსისტირებს 2 თვეზე მეტი და ხასიათდება მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევით: გადამეტებული არარაობის და უსუსურობის შეგრძნებით, სუიციდური იდეებით, ფსიქოზური სიმპტომებით ან ფსიქომოტორული რეტარდაციით.	მწვავედ გამოხატული დიდი დეპრესიული ეპიზოდის დროს შეიძლება არსებობდეს ფსიქოზური სიმპტომებიც, რომლებიც უფრო მეტად სმენითი ჰალუცინაციების სახეს ატარებენ და თვითკრიტიკული შინაარსისა არიან.

დეპრესიის სადიაგნოზო ტექნიკა ექიმებისათვის

შეკითხვა	ქმედება
ხომ არ არის აღნიშნული მდგომარეობა გამოწვეული ბავშვის (მოზარდის) ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობით, მედიკამენტებით ან ორივე ფაქტორით ერთად?	გამორიცხე დეპრესიული ქცევითი აშლილობის სხვა მიზეზები
ხომ არ არის აღნიშნული მდგომარეობა დაკავშირებული ალკოჰოლის ან არალეგალური მედიკამენტის (ტოქსიკომანია) გამოყენებასთან?	განსაზღვრე კონკრეტულ შემთხვევაში დეპრესია მეორადია, თუ თვით პირველადი დეპრესია არის გართულებული ტოქსიკომანიითა და/ან ალკოჰოლის გამოყენებით
დაკავშირებულია თუ არა დეპრესია ცხოვრებისეულ სტრესთან?	მოიაზრე ადაპტაციური აშლილობა
ხომ არ არის აღნიშნული ქრონიკული, მსუბუქი ხარისხის დეპრესია?	მოიაზრე დისტიმია
არის თუ არა ეს სხვა ტიპის დეპრესია?	მოიაზრე ბიპოლარული აშლილობა, სეზონური აფექტური აშლილობა ან ატიპური დეპრესია
არის ეს დიდი დეპრესია?	იხილე DSM-IV კლასიფიკაციის შკალა, შეაფასე ფსიქოტური სიმპტომები
არის თუ არა სხვა თანმხლები მენტალური დაავადება?	ტოქსიკომანია, მოიაზრე დისტიმია, აფექტური აშლილობა, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი, ოპოზიციურ-დემონსტრაციული აშლილობა, დისტიმია
სახიფათოა დეპრესია?	შეაფასე სუიციდის რისკი

სუიციდის რისკის შეფასება

პირველივე ვიზიტის დროს ექიმმა უნდა შეაფასოს სუიციდის რისკი დეპრესიის მქონე ყველა პაციენტში და შეიმუშავოს მკურნალობის ყველაზე შესაფერისი სტრატეგია. დეპრესიული აშლილობა წარმოადგენს სუიციდების ყველაზე ხშირ მიზეზს. აშშ-ში თინეიჯერების (13-19 წლის მოზარდები) 20% ფიქრობს სუიციდზე და 8%-ს აქვს სუიციდის მცდელობა. 2000 წლის აშშ-ის სტატისტიკით სუიციდი 10-19 წლის მოზარდებში სიკვდილობის მესამე მიზეზი იყო.

პაციენტის მხრიდან სუიციდზე ნებისმიერი სახის საუბარი სერიოზულად უნდა იყოს მიხნეული.

პაციენტის შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს სუიციდის მაღალი რისკის და პირიქით, მისგან დამცავი ფაქტორები. სუიციდის მაღალი რისკის მქონე პაციენტების რეფერალი უნდა მოხდეს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან.

დასაშვებია დაბალი რისკის და სუიციდისაგან დამცავი ფაქტორების (თბილი, შეკრული, მოსიყვარულე ოჯახი, პაციენტის მაღალრელიგიურობა, პროზიტიური

სამომავლო პერსპექტივები) მქონე პაციენტების ამბულატორიულად მკურნალობა.

მშობელი (მეურვე), თუ ოჯახის დანარჩენი წევრი გაფრთხილებულ უნდა იქნენ, ბავშვისათვის (მოზარდისთვის) მისი ცხოვრების ასეთ კრიტიკულ პერიოდში სხვადასხვა სახის მედიკამენტების, ასაფეთქებელი ნივთიერებების, მჭრელი საგნების თუ ცეცხლსასროლი იარაღის მიუწვდომლობის თაობაზე.

ბავშვის მშობელი (მეურვე) ასევე ინფორმირებული უნდა იყოს ანტიდებრესანტებით მკურნალობის დაწყების დროს სუიციდის მაღალი რისკის არსებობის თაობაზე.

სუიციდის რისკისა და დამცავი ფაქტორების სქემა ბავშვებსა და მოზარდებში.	
მაღალი რისკი	დაბალი რისკი ან დამცავი ფაქტორი
<p>ბიოდეტოგრაფიული მონაცემები: ასაკი: გვიანი მოზარდობის პერიოდი 20 წლის ჩათვლით (20% ფიქრობს სუიციდზე, 8% ცდილობს ჩაიღინოს სუიციდი) სქესი: სუიციდის მცდელობა და იდეები მაღალია გოგონებში, თუმცა განხორციელებული სუიციდი ხუთჯერ მეტია ვაჟებში. ეთნიკური წარმომავლობა: რისკი მაღალია თეთრკანიანებში და ლათინოამერიკული წარმოშობის პირებში, შედარებით ნაკლებია შავკანიანებში და ყველაზე მცირეა ყვითელკანიანებში</p>	<p>შავკანიანი, მდედრობითი სქესის ბავშვი (მოზარდი)</p>
<p>ანამნეზური მონაცემები: <u>დიდი დებრესია: სუიციდის რისკი 12-ჯერ მაღალია ორივე სქესის ბავშვებსა და მოზარდში. განსაკუთრებით თუ ერთ-ერთი სიმპტომია უძძებლობა</u> <u>ტოქსიკომანია: რისკი მატულობს 2-ჯერ</u> <u>ქცევითი აშლილობა ქცევითი აშლილობა ვაჟებში სუიციდის 1/3 ქცევით აშლილობასთან არის დაკავშირებული.სუიციდის რისკი იზრდება დაახლოებით 2-ჯერ</u> <u>სტრესორების არსებობა ან დანაკლისი (პრობლემები სკოლაში, რომანტიკული ურთიერთობის გაწყვეტა, არასასურველი ორსულობა, პრობლემები სამართალდამცავებთან ძლიერი ხანგრძლივი დამცირება სხვების მიერ)</u> <u>ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა</u> <u>მინიმალური კომუნიკაცია მშობლებთან</u></p>	<p>ამჟამად არ აღინიშნება დებრესია</p> <p>ტოქსიკომანია და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება ამჟამად არ აღინიშნება.</p> <p>სახეზეა გარემოსთან ადაპტაციისა და პრობლემების გადაწყვეტის კარგი უნარი</p> <p>სტრესორებისა თუ დანაკლისის არსებობა ამჟამად არ აღინიშნება</p> <p>შეკრული და დამხმარე ოჯახი და თბილი პოზიტიური დამოკიდებულება მშობლებთან</p> <p>მშობლების უნარი მხარში ამოუდგნენ და თან ზედამხედველობა მოახდინონ ბავშვზე (მოზარდზე) მისთვის კრიტიკულ მომენტებში</p> <p>ანამნეზში ფიზიკური თუ სექსუალური ძალადობის არარსებობა</p> <p>ღრმა რელიგიური რწმენა.</p>

სუიციდის რისკისა და დამცავი ფაქტორების სქემა ბავშვებსა და მოზარდებში.	
მაღალი რისკი	დაბალი რისკი ან დამცავი ფაქტორი
	<p>პოზიტიური შეხედულება მომავალზე, კონკრეტული პოზიტიური გეგმებით</p> <p>გარკვევით აყალიბებს იმ მიზეზებს, რატომაც უნდა იცოცხლოს, სუიციდისადმი ამბივალენტურობა.</p>
<p>სუიციდური ქცევა ანამნეზში</p> <p>სუიციდური აზრები სუიციდური გეგმით: სიტყვიერად საუბრობს სპეციალური გეგმის არსებობაზე, ასევე სახეზეა სუიციდის სავარაუდო გეგმის არავერბალური ეკვივალენტები (მაგ. საყვარელი ნივთების გაჩუქება)</p> <p>სუიციდის მცდელობა ანამნეზში: სუიციდის ერთ-ერთი უდიდესი პრედიქტორია</p> <p>სუიციდის ოჯახური ანამნეზი</p> <p>ცეცხლსასროლ იარაღისა და ტოქსინების ხელმისაწვდომობა</p>	<p>სუიციდური შინაარის აზრები არ აღინიშნება.</p> <p>არ არის სუიციდზე მიმანიშნებელი არავერბალური ეკვივალენტები.</p> <p>არ არის სუიციდის მცდელობა ანამნეზში.</p> <p>არ არის სუიციდის ოჯახური ანამნეზი</p> <p>ცეცხლსასროლი იარაღი და ტოქსინები არ არის ხელმისაწვდომი</p>
<p>მაწვე გაგვინა: ტელევიზორში, ინტერნეტში, ცნობილი პიროვნების “ვარსკვლავის” თვითმკვლელობის ამბავი</p> <p>სუიციდური ქცევის იმიტაციური თამაშები</p> <p>სუიციდი სკოლაში, საცხოვრებელ უბანში</p>	<p>მოცემული მომენტისათვის მედიაში და ბავშვის ირგვლივ სოციალურ გარემოში არ მოიპოვება სუიციდის შემცველი ინფორმაცია.</p>

დიფერენციული დიაგნოზი

პირველადი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოზი ექიმისაგან ყურადღებას და დახელოვნებას მოითხოვს, რადგან დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს სხვადასხვა მენტალურ თუ ორგანულ დაავადებებთან. ასევე აღსანიშნავია ინფორმაციის მოპოვების სირთულე ბავშვებში. მათ უჭირთ სიმპტომების გადმოცემა როგორც ექიმისთვის ასევე საკუთარი მშობლებისთვის. ამასთან, თვალცრემლიანობა და მტირალობა ყოველთვის არ წარმოადგენს დეპრესიაზე მიმანიშნებელ სიმპტომს.

დეპრესიის სადიფერენციაციო სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობები:

- ენდოკრინოპათიები (ჰიპოთირეოზი);
- ავთვისებიანი სიმსივნეები;
- ქრონიკული დაავადებები;
- ინფექციური მონონუკლეოზი;
- ანემია;

- ვიტამინების დეფიციტი (განსაკუთრებით ფოლის მჟავა);
- სამედიცინო დანიშნულებით მიღებული მედიკამენტით გამოწვეული დეპრესია (მაგ, იზოტრეტინონი).

თუ სახეზეა ჩამოთვლილი მიზეზიდან რომელიმე, მაშინ ისმება მეორადი დეპრესიული აშლილობის ან სამედიცინო მდგომარეობით გამოწვეული დეპრესიული ქცევითი აშლილობის დიაგნოზი. თუ მდგომარეობის მკურნალობის ან გამომწვევი მედიკამენტის მოხსნის შემდეგ დეპრესია მაინც რჩება, პაციენტი შემდგომ კვლევას საჭიროებს.

თუ სახეზეა ტოქსიკომანია, მაშინ დეპრესიის დიაგნოზის დასმა ხდება პრეპარატის მოხმარების რემისიის ფაზაში.

დეპრესიის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს სხვადასხვა მენტალურ პრობლემებთანაც:

- ადაპტაციური აშლილობა;
- ატიპური დეპრესია (ჰიპერსომნია, მომატებული მადა და ნახშირწყლების დიდი რაოდენობით მოხმარება, წონაში მატება, მგრძობიარობა პიროვნებათაშორის ურთიერთობებში, სიმძიმის შეგრძნება ხელ-ფეხში, რეაქტიული, მტრული განწყობა);
- სეზონური აფექტური აშლილობა;
- ბიპოლარული აშლილობა;
- ობსესიურ კომპულსიური აშლილობა;
- კვებითი აშლილობა.

სხვადასხვა კვლევების მიხედვით დეპრესიას თან ახლავს სხვა მენტალური პრობლემაც.

კლინიკური რეკომენდაციები

ექიმებმა, რომელთაც აქვთ შეხება დეპრესიის მქონე პაციენტის გამოვლენა, შეფასებასა და მკურნალობასთან, უნდა მოახერხონ პაციენტისთვის, მისი მშობლის (მშობლებისთვის) ან მეურვისათვის შესაბამისი ინფორმაციის შესაფერის დროს მიწოდება. ინფორმაცია უნდა იყოს ასაკის შესაფერისი და უნდა შეეხებოდეს დეპრესიის ბუნებას, მის მიმდინარეობას, მკურნალობას და მედიკამენტის დანიშნისას, მის შესაძლო გვერდით ეფექტებს. **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**

დეპრესიის მკურნალობაში მონაწილე ექიმმა დრო უნდა დაუთმოს პაციენტთან და მის მშობელთან (მეურვესთან) დამხმარე, მეგობრული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**

მკურნალობის დაწყებამდე ექიმმა უნდა მოახერხოს აქტიურად ჩართოს პაციენტი და მისი მშობელი (მეურვე) მკურნალობის მეთოდის ამორჩევაში, გაარკვიოს რა მოლოდინები აქვს თავად პაციენტს და მის მშობელს (მეურვეს) და მათგან გააზრებული ინფორმირებული თანხმობა მოიპოვოს **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**.

სხვადასხვა ეთნიკური წარმოშობის პაციენტთან და მშობლებთან ურთიერთობისას, ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს ეთნიკური თავისებურებები. ენობრივი ბარიერის დროს სასურველია პაციენტს და მის მშობლებს

(მეურვეს) ინფორმაცია მშობლიურ ენაზე მიეწოდოს. (კარგი კლინიკური პრაქტიკა)

დეპრესიის სადიაგნოზო კითხვარები

სპეციალური კითხვარის შევსება ბავშვებში (მოზარდებში) დეპრესიის სადიაგნოზოდ გამოყენებადი ყველაზე გავრცელებული მეთოდია. ბავშვს თხოვენ უპასუხოს შეკითხვებს და გადმოსცეს თუ როგორ გრძნობს თავს და რაზე ფიქრობს ბოლო ორი კვირის განმავლობაში. კითხვარებში განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთებულია დიდი დეპრესიის გამომჟღავნებაზე.

მოზრდილებში დეპრესიის სადიაგნოზოდ გამოყენებადი ბეკის კითხვარი არ გამოდგება ბავშვებში ამ უკანასკნელთა არასაკმარისი ლექსიკური მზაობის გამო. დაბალია კითხვარის მგრძობელობა და სპეციფიკურობა უფროსი ასაკის მოზრდილებშიც.

ბავშვთა დეპრესიის კითხვარი Childrens depression Inventory CDI გამოიყენება 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში სადიაგნოზოდ, თუმცა მონაცემები კითხვარის მგრძობელობა სპეციფიკურობაზე არადაამაკმაყოფილებელია. ზოგიერთი კვლევის მიხედვით კითხვარი საფუძვლიანად ვერ ანსხვავებს დეპრესიის მქონე და არმქონე ბავშვებს და შესაძლოა დისფორიული აშლილობის სადიაგნოზოდ უფრო გამოდგებოდეს.

განწყობისა და შეგრძნებების კითხვარი Mood and feeling Questionnaire (MFQ) გამოიყენება 8-17 წლის ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის სადიაგნოზოდ. მას გააჩნია ბავშვისა და მშობლის ფორმა და კარგი დიაგნოსტიკური ვალიდურობით ხასიათდება. კითხვარი შესწავლილია კლინიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევებითაც, თუმცა იგი ვერ აფასებს სუიციდური იდეების არსებობას.

რეინოლდის მოზარდთა დეპრესიის შკალა Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) განკუთვნილია 13-18 წლის მოზარდთათვის. შკალა ხასიათდება სანდობითა და ვალიდურობით, თუმცა ზოგიერთი კვლევის მიხედვით შემთხვევათა 30%-ში შკალა ცრუ უარყოფით შედეგს იძლევა.

ეპიდემიოლოგიური კვლევების ცენტრის დეპრესიის შკალა (CES-D) შექმნილი იყო მოზრდილებში და ნაწილობრივ მოზარდებში დეპრესიის სადიაგნოზოდ. კვლევებმა აჩვენა, მოზარდებში შკალის გამოყენების ბევრი სუსტი მხარე. CES-D წარმატებით გამოიყენება შინაგანი შფოთვის სადიაგნოზოდ.

კუჩერის მოზარდთა დეპრესიის შკალა Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS) ხასიათდება კარგი სანდობით და მაღალი მგრძობელობა სპეციფიკურობით. შკალა ექვს პუნქტიანია და წარმოადგენს დეპრესიის გამოსარიცხ ადვილად საწარმოებელ კითხვარს.

არსებობს დეპრესიის სადიაგნოზო სხვა კითხვარებიც, თუმცა ზემოთ მოხსენიებული მათგანნი ყველაზე მეტი სანდობით ხასიათდებიან. ბავშვთა ნახატებით დეპრესიის დიაგნოსტიკა პორველადი ჯანდაცვის სფეროში დეპრესიის პირველადი დიაგნოსტიკისათვის ნაკლებად გამოყენებადი მეთოდია. მისი გამოყენება მოიზრება ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის მართვის შემდგომ ეტაპზე მგდომარეობის შესაფასებლად.

მკურნალობა

ფსიქოლოგიური მკურნალობა

არსებობს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის მკურნალობის ფსიქოლოგიური მეთოდები. მათი კლინიკური ეფექტურობა მეთოდისა და კვლევების მიხედვით განსხვავებულია. ყველაზე ფართოდ გამოყენებადი მეთოდებია:

- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია;
- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ცალკე მშობლის სეანსით;
- ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია;
- ფსიქონალიზურ/ფსიქოდინამიური ბავშვთა ფსიქოთერაპია;
- თვით-მოდელირება;
- თვით რელაქსაცია;
- სოციალური უნარების ტრენინგი;
- მართული თვით თერაპია;
- კონტროლის გამაძლიერებელი თერაპია;
- კონტროლის ჯგუფები (არა დირექტული თანადგომითი თერაპია, თერაპიული თანადგომის ჯგუფი, სტანდარტული მზრუნველობა, კლინიკური მენეჯმენტი, ბიჰევიორული პრობლემის გადაწყვეტა, ცხოვრებისეული უნარების გამომუშავება).

კლინიკური რეკომენდაციები:

- თუ მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის მქონე ბავშვს ან მოზარდს არ სურს რაიმე სამედიცინო ჩარევა და თუ ექიმის დასკვნით მისი განკურნება ჩარევის გარეშე შესაძლებელია, შემდგომი შეფასება უნდა მოხდეს ორი კვირის განმავლობაში ე.წ. “ფხიზელი ლოდინი” **(C)**;
- თუ დეპრესიის მქონე ბავშვი ან მოზადი არ გამოცხადდება განმეორებით ვიზიტზე მგდომარეობის შესაფასებლად, ექიმი თავად უნდა დაუკავშირდეს მას **(C)**;
- 4 კვირამდე “ფხიზელი ლოდინის” შემდეგ ყველა მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის და თანმხლები დაავადებების არ მქონე ბავშვს და მოზარდს რომელთაც არ აღენიშნებათ სუიციდური იდეები, უნდა შესთავაზონ ხანმოკლე (დაახლოებით 2-3 თვე) არა დირექტიული თანადგომითი თერაპია, ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ან მართული თვით დახმარება. ყველა მეთოდი უნდა განახორციელოს ამ სფეროში კვალიფიცირებულმა სპეციალისტმა **(B)**;
- მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის მქონე ბავშვები და მოზარდები რომლებიც არ დაემორჩილებიან არა დირექტიულ თანადგომით თერაპიას, ჯგუფურ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას ან მართულ თვით დახმარებას გადავზაენილი უნდა იყვნენ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან შესაფასებლად **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**;

- საშუალო და მძიმე ხარისხის დეპრესიის მქონე ბავშვები და მოზარდები გადაგზავნილი უნდა იყვნენ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან შესაფასებლად **(B)**;
- საშუალო და მძიმე ხარისხის დეპრესიის მქონე ბავშვებს და მოზარდებს უნდა შესთავაზონ პირველი რიგის მკურნალობა, სპეციფიური ფსიქოლოგიური თერაპია (ინდივიდუალური კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია, ინტერპერსონალური თერაპია ან ხანმოკლე კურსით ოჯახური თერაპია). მკურნალობა სავარაუდოდ 3 თვე უნდა გაგრძელდეს **(B)**;
- ბავშვებისათვის და მოზარდებისათვის ფსიქოლოგიური თერაპიის მიმწოდებელი უნდა იყოს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში კვალიფიცირებული სპეციალისტი **(B)**;
- ფსიქოლოგიური მკურნალობის წარმმართველი სპეციალისტი უნდა თანამშრომლობდეს ბავშვისა თუ მოზარდის ოჯახის წევრებთან. თუ ამის განხორციელება ვერ ხერხდება, ოჯახის წევრებთან სხვა სპეციალისტმა უნდა იმუშაოს **(C)**;
- ბავშვისა თუ მოზარდის სხვა თანმხლები დაავადებები, სოციალური თუ განათლებისმხრივი პრობლემები შეფასებული და მართული უნდა იყოს ამ საქმეში კომპეტენტური სპეციალისტების მიერ **(B)**;
- ყურადღებით უნდა შეფასდეს ბავშვის (მოზარდის) მშობლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა (განსაკუთრებით დეპრესია) და საჭიროების შემთხვევაში დაიგეგმოს პარალელურად მშობლების შესაბამისი მკურნალობის სტრატეგია რაც ბავშვის (მოზარდის) მდგომარეობის გაუმჯობესებას მოემსახურება **(B)**.

ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შესახებ სისტემური კვლევების არსებობამდე, ხდებოდა მოზარდებში ჩატარებული იგივე სახის კვლევების ექსტრაპოლირება, რაც თავის მხრივ არასწორი მიდგომა იყო. ამჟამად ბავშვებსა და მოზარდებში სხვადასხვა ანტიდეპრესანტის გამოყენების ეფექტურობის შესახებ სხვადასხვა სისტემური კვლევა და შედეგების გადახედვა წარმოებს.

დიდ ბრიტანეთში ანტიდეპრესანტი პრეპარატების მწარმოებლები არ იძლევიან მათ 18 წლამდე ასაკის პირებში გამოყენების რეკომენდაციას და პრეპარატები არ არის ლიცენზირებული ამ ასაკობრივ ჯგუფში გამოსაყენებლად. მიუხედავად ამისა ბრიტანეთის პედიატრიისა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამეფო კოლეჯმა 2000 წელს გამოსცა მარეგულირებელი უწყება ზოგიერთი არალიცენზირებული მედიკამენტის ან ზოგიერთი ლიცენზირებული მედიკამენტის არალიცენზირებული დანიშნულებით გამოყენების თაობაზე, რაც პედიატრიის სფეროში ამ მედიკამენტების გამოყენების საჭიროებით იყო ნაკარნახევი.

მედიკამენტების უსაფრთხოების კომიტეტის ექსპერტების მუშა ჯგუფის მიერ (Expert Working Group of the Committee on Safety of Medicines (CSM, 2003) 2003 წელს გამოიცა რეკომენდაცია რომ ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსამინი,

პაროქსეტინი, სერტრალინი და ვენლაფაქსინი არ უნდა იყოს გამოყენებული 18 წლამდე ასაკის პირებში დეპრესიის ახალი შემთხვევის სამკურნალოდ. მათივე რეკომენდაციით მხოლოდ ფლუოქსეტინის რისკისა და ეფექტურობის ბალანსი იყო პოზიტიური.

ევროპის მედიკამენტების შეფასების სააგენტოს ადამიანის სამედიცინო პროდუქტების კომიტეტის (Committee on Human Medicinal Products (CHMP) of the European Medicines Evaluation Agency¹³ (EMA) 2005 წლის აპრილის რეკომენდაციით შესაძლებელია სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორებისა და სეროტონინ ნორადრენალინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორების ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში გამოყენება.

ამერიკის წამლისა და საკვები პროდუქტების ადმინისტრაციის 2004 წლის რეკომენდაციით The Food and Drug Administration (FDA) არსაებობს სუციდისა და სუციდური აზრების მომატებული რისკი ბავშვებისა და მოზარდების ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის პერიოდში. ამიტომ FDA-მ ურჩია წამლის მწარმოებლებს, ე.წ. შავი გამაფრთხილებელი აბრის მიკერა ყველა ასეთ პრეპარატზე, რათა ბავშვის მშობელი, მეურვე და ექიმი კიდევ ერთხელ გაფრთხილებულ იყოს რისკის და ბავშვის (მოზარდის) ინტენსიური მონიტორინგის აუცილობლობის თაობაზე.

ფლუოქსეტინი ამერიკის წამლისა და საკვები პროდუქტების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალო ერთადერთ ნებადართულ პრეპარატს წარმოადგენს.

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები არაეფექტურია ბავშვებში. იგი პლაცებოსთან შედარებით უმნიშვნელო ეფექტურობით ხასიათდება მოზარდებში დეპრესიის მკურნალობისას რემისიის მიღწევის, მკურნალობაზე პასუხის თუ სიმპტომების რედუქციის თვალსაზრისით.

პლაცებოსთან შედარებით ამ ჯგუფის მედიკამენტები უფრო მეტი გამოხატული გვერდითი ეფექტებით ხასიათდებიან, რაც მედიკამენტის მოხსნის მიზეზი ხდება. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ლოფეპრამინის გარდა) გადამეტდოზირების შემთხვევაში მაღალტოქსიურობით ხასიათდებიან

ფლუოქსეტინი (სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი)

ფლუოქსეტინი (40 მგ-მდე დღეში 7-დან 12 კვირის განმავლობაში) 7-18 წლის ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის სამკურნალო ეფექტური პრეპარატია. პლაცებოსთან შედარებით ადგილი აქვს სიმპტომატიკის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, ხანგრძლივ რემისიასა და მკურნალობაზე დადებით პასუხს. ასევე აღნიშნება მნიშვნელოვანი კლინიკური გაუმჯობესება და დეპრესიის სიმწვავის შემცირება. ბუნდოვანია მტკიცებულებები ფლუოქსეტინით მკურნალობის დროს ფუნქციური სტატუსის გაუმჯობესების თაობაზე.

სერიოზული გვერდითი ეფექტების და სუციდური ქცევების რისკის ინტერპრეტაცია გართულებულია, თუმცა აღნიშნული შედარებით მაღალია ფლუოქსეტინის ჯგუფში (შედარება ხდებოდა პლაცებოსთან). მუხედავად ამისა არსებობს მტკიცებულებები, რომ ფლუოქსეტინით მკურნალობის

ჯგუფში პლაცებო ჯგუფზე ნაკლებად ხდებოდა ნებისმიერი მიზეზით მკურნალობის შეწყვეტის აუცილებლობა.

მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტები მსგავსია ფლუქსეტინისა და პლაცებო ჯგუფში, გარდა ჰიპერკინეზის, თავის ტკივილის და კანზე გამონაყრისა, რაც ფლუქსეტინის ჯგუფში უფრო მეტად აღინიშნა.

პაროქსეტინი (სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი)

ერთი კვლევის მიხედვით პაროქსეტინით მკურნალობამ (40 მგ-მდე დღეში 8-12 კვირის მანძილზე) გააუმჯობესა რემისიის ხანგრძლივობა. თუმცა შედარებით ახალი კვლევების საფუძველზე მიღებული მტკიცებულებებით პაროქსეტინით მკურნალობისას მიიღწევა სუსტი პასუხი, ასევე უმნიშვნელოა კლინიკური და ფუნქციური გაუმჯობესება.

პაროქსეტინის ჯგუფში მნიშვნელოვნად მაღალია სერიოზული გვერდითი ეფექტების ალბათობა (ხდებოდა პლაცებოსთან შედარება). არასაკმარისია მტკიცებულებები სუიციდური ქცევების რისკის და ნებისმიერი მიზეზით მკურნალობის შეწყვეტის თაობაზე.

მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტები როგორცაა უძილობა, ძილიანობა, მტრული, აგრესიული ქმედებები, თავბრუსხვევა და ტრემორი პაროქსეტინის ჯგუფში უფრო მეტად აღინიშნა (ხდებოდა პლაცებოსთან შედარება)

სერტრალინი (სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი)

სერტრალინი (200მგ-მდე დღეში 10 კვირის განმავლობაში) პლაცებოსთან შედარებით დეპრესიული სიმპტომების უმნიშვნელო გაუმჯობესება გამოიწვია 6-17 წლის ბავშვებსა და მოზარდებში. თუმცა მტკიცებულებები რემისიის, მკურნალობაზე პასუხის და კლინიკური გაუმჯობესების თაობაზე არადადარწმუნებელია. მტკიცებულებების მიხედვით არ აღინიშნება არანაირი გავლენა ფუნქციურ სტატუსზე.

არსებობს მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ 6-11 წლის ბავშვების სერტრალინით მკურნალობისას დიდია მკურნალობის შეწყვეტის, პრეპარატის მოხსნის ალბათობა მისი გვერდითი ეფექტების გამო. მტკიცებულებები მედიკამენტის მიღების დროს სუიციდური იდეებისა და ქმედებების თაობაზე არასაკმარისია.

6-11 წლის ბავშვების სერტრალინით მკურნალობისას შედარებით მაღალია ისეთი გვერდითი ეფექტები როგორცაა გულისრევა, დიარეა და ანორექცია, ასევე შესაძლოა გაიზარდოს ღებინების, აჟიტირების, შარდვის შეუკავებლობის და პურპურის რისკი (ხდებოდა პლაცებოსთან შედარება).

12-17 წლის მოზარდებში სერტრალინით მკურნალობამ პლაცებოსთან შედარებით უფრო მეტად შეიძლება გამოიწვიოს ღებინება და დიარეა.

ციტალპრამი (სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი)

არ არის საკმარისი მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ ციტალპრამი (40 მგ-მდე დღეში 8-12 კვირის განმავლობაში) 7-18 წლის ბავშვებსა და მოზარდებში პლაცებოსთან შედარებით ახანგრძლივებს რემისიას, მკურნალობისადმი პასუხს და აუმჯობესებს სიმპტომატიკას.

არ მოიპოვება საკმარისი მტკიცებულებები ციტალოპრამით მკურნალობის დროს მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტების, სუიციდური აზრებისა და ქმედებების რისკის ზრდის თაობაზე ასევე მონაცემები გვერდითი ეფექტების გამო წამლის ადრეულ ეტაპზე მოხსნის აუცილებლობის შესახებ.

პლაცებოსთან შედარებით ციტალოპრამი უფრო მეტად იწვევს მკურნალობასთან დაკავშირებულ შემდეგ გვერდით ეფექტებს: რინიტს, გულისრევას, გრიპისმაგვარ სიმპტომებს, დაღლილობას, დიარეას და ფარინგიტს.

ვენლაფაქსინი (სეროტონინის და ნორადრენალინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი)

არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულებები, 6-17 წლის ბავშვებსა და მოზარდებში ვენლაფაქსინით (225 მგ-მდე დღეში 8 კვირის მანძილზე) მკურნალობისას დეპრესიული სიმპტომების უმნიშვნელო გაუმჯობესების თაობაზე (ხდებოდა პლაცებოსთან შედარება). არ არსებობს მტკიცებულებები ვენლაფაქსინით მკურნალობის დროს რემისიის მიღწევის სიხშირის, მკურნალობისადმი პასუხის თუ ფუნქციური სტატუსის გაზრდის თაობაზე.

არსებული მტკიცებულებებით ვენლაფაქსინით მკურნალობისას იზრდება სუიციდური ქცევებისა და იდეების რისკი რაც პრეპარატის არდრეულ ეტაპზე მოხსნის მიზეზი ხდება.

არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ ვენლაფაქსინი პლაცებოზე მეტად იწვევს მკურნალობასთან დაკავშირებულ გვერდით ეფექტებს: გულისრევას, ანორექსიას და თავბრუსხვევას.

მირტაზაპინი (პრესინაპსური α_2 ანტაგონისტი)

მტკიცებულებები მირტაზაპინის (15-45 მგ/დღეში 8 კვირის განმავლობაში) ეფექტურობის თაობაზე 7-17 წლის ბავშვებსა და მოზარდებში და მისი პლაცებოსთან შედარების შედეგები ურთიერთგამომრიცხავია. არ არსებობს მტკიცებულებები მირტაზაპინით მკურნალობის დროს რემისიის მიღწევის ალბათობის, მკურნალობისადმი პასუხის თუ ფუნქციური სტატუსის თაობაზე. არასარწმუნოა მტკიცებულებები მკურნალობის დროს სუიციდური ქცევებისა თუ იდეების გაზრდილი რისკის თაობაზე. მირტაზაპინით მკურნალობის დროს პლაცებოსთან შედარებით მაღალია შემდეგი გვერდითი ეფექტები წონაში მატება, სომნოლენცია, თავის ტკივილი და მადის მომატება.

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორებისა და ატიპური ანტიდეპრესანტების ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ გამოყენების ეფექტურობის თაობაზე. არსებობს მონაცემები მათი გამოყენებისას სუიციდური იდეებისა და ქმედებების მატების და გვერდითი ეფექტების გამო მკურნალობის შეწყვეტის მაღალი რისკის თაობაზე.

სეროტონინის უკუშთანთქმის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (სუმსი) ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტები	
სსუი-ის გამოყენებასთან დაკავშირებული	სსუი-ის დოზის დაკლებასთან ან მოხსნასთან დაკავშირებული
აკათიზია ან მოტორული მოუსვენრობა	თავბრუ
თავბრუ	ძილიანობა
ძილიანობა	დაღლილობა
გასტროინტესტინური სიმპტომები	კონცენტრაციის დარღვევები
თავის ტკივილი	თავის ტკივილი
მკურნალობასთან დაკავშირებული აუტირება და მტრული ქმედებები	გაბრუება
ტრემორი	გულისრევა

სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორის და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტის შედარება

არსებული მტკიცებულებებით სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორებმა (პაროქსეტინი 40 მგ-მდე დღეში 8 კვირის განმავლობაში) ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან (იმიპრამინი 200 მგ-მდე დღეში 8 კვირის განმავლობაში) შედარებით შეიძლება გაზარდონ დეპრესიის რემისიის ხანგრძლივობა 12-18 წლის მოზარდებში. მტკიცებულებები ურთიერთგამომრიცხავია მკურნალობაზე პასუხისა და დეპრესიული სიმპტომების გაუმჯობესების თაობაზე.

ასევე ურთიერთგამომრიცხავია მტკიცებულებები კლინიკური გაუმჯობესების თაობაზე სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორით (პაროქსეტინი 40 მგ-მდე დღეში 8 კვირის განმავლობაში) ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებით (იმიპრამინი 200 მგ-მდე დღეში 8 კვირის განმავლობაში) ან კლომიპრამინით (150მგ-მდე დღეში) 12-20 წლის პირების მკურნალობის შედარებისას.

არასაკმარისია მონაცემები გვერდითი ეფექტების შედარების თაობაზე, თუმცა პაროქსეტინის შემთხვევაში პრეპარატის გვერდითი ეფექტების გამო ადრეულ ეტაპზე მოხსნის რისკი ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან შედარებით დაბალია.

კრაზანა

არ არსებობს მტკიცებულებები კრაზანას ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ გამოყენების თაობაზე. ამასთან ერთად პრობლემატურია კრაზანას სხვა მედიკამენტებთან ერთად გამოყენება.

დასკვნა

ფლუოქსეტინი ერთადერთი სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი/ატიპიური ანტიდეპრესანტია რომლის ეფექტურობაზე არსებული მტკიცებულებები აღემატება რისკს.

არსებული მტკიცებულებებით ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვებსა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ.

კრაზანა არ არის ლიცენზირებული მედიკამენტი, არ არსებობს ამ ასაკობრივ ჯგუფში მისი გამოყენების ასევე სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედების შესახებ ინფორმაცია. იგი არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვებსა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ.

ანტიდეპრესანტები ფსიქოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად

ფლუოქსეტინის კოგნიტურ ბიჰევიორულ თერაპიასთან კომბინაცია უფრო ეფექტურია დეპრესიული სიმპტომების შემცირებისა და საერთო კლინიკური გამოსავლის თვალსაზრისით. ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით საკმაოდ მაღალია, ხოლო მხოლოდ ფლუოქსეტინით მკურნალობასთან შედარებით უმნიშვნელო.

არსებობს არასაკმარისი მონაცემები ფლუოქსეტინით მკურნალობისას სუიციდური იდეებისა თუ ქცევების რისკის მატების თაობაზე, თუმცა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან ერთად, ეს რისკი შესაძლოა მცირეა.

სხვა მედიკამენტები

არსებობს მხოლოდ ერთი რანდომიზებულ კონტროლირებადი კვლევა რომელიც ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის ლითიუმით მკურნალობას ადარებს პლაცებოს.

არ არსებობს მტკიცებულებები ლითიუმით მკურნალობის დროს პლაცებოსთან შედარებით დეპრესიული სიმპტომების ან საერთო ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესების თაობაზე. მტკიცებულებების საფუძველზე ლითიუმით მკურნალობის დროს შეიძლება გაიზარდოს ღებინება და დადგეს გვერდითი ეფექტების გამო ადრეულ ეტაპზე პრეპარატის მოხსნის აუცილებლობა.

რელაფსის პრევენცია

სისტემური კვლევების მიმოხილვით არ გამოვლინდა რანდომიზებულ კონტროლირებული კვლევა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის რელაფსის პრევენციის თაობაზე. არ არის კვლევები და შესაბამისად მტკიცებულებები მკურნალობის სტრატეგიის (თუ რამდენ ხანს გაგრძელდეს მკურნალობა, მასზე დადებითი პასუხის მიღების შემდეგ, და როგორ ავიცილოთ თავიდან რეციდივი) თაობაზე. ძირითადად ხდება მოზრდილთათვის განკუთვნილი რეკომენდაციების გამოყენება: თუ ბავშვი ან მოზარდი პასუხობს ანტიდეპრესანტით მკურნალობას, ის უნდა გაგრძელდეს 6-12თვე. დეპრესიის მეორე ეპიზოდის დროს მკურნალობა სულ მცირე 1 წლის განმავლობაში გრძელდება. დეპრესიის ორი სამი რელაფსის ეპიზოდის შემთხვევაში მკურნალობის ხანგრძლივობა 1-3 წლის განმავლობაში შეიძლება გაგრძელდეს. ასევე რეკომენდირებულია

თანდათანობით 4-6 კვირის განმავლობაში პრეპარატის დოზის შემცირებით ანტიდეპრესანტის მოხსნა, თუმცა მტკიცებულებები არასაკმარისია.

ელექტრო კონვულსიური თერაპია

ელექტრულად პროდუცირებული გულყრა. დიდ ბრიტანეთში მეთოდი ძალზე იშვიათად გამოიყენება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როცა ყველა სხვა დანარჩენი მეთოდი უშედეგოა და სახეზეა პაციენტის სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა. მეთოდის ყველაზე სერიოზული გვერდითი ეფექტი არის ამნეზია. არ არსებობს მონაცემები თუ რა გავლენას ახდენს ელექტრულად პროდუცირებული გულყრა მოზარდის ტვინზე.

ფსიქოზური დეპრესიის მართვა

სისტემური კვლევების ჩატარება ფსიქოზურ დეპრესიაზე შეზღუდულია რადგან აღნიშნული აშლილობა არ არის მკაფიოდ გამოყოფილი როგორც ცალკე დიაგნოსტიკური სუბტიპი. ასევე რთულია ასეთი პაციენტების კვლევაში ჩართვა. აქედან გამომდინარე არ მოიპოვება კარგი ხარისხის სანდო ეპიდემიოლოგიური და კონტროლორებადი კვლევები ფსიქოზური დეპრესიის მწვავე თუ ხანგრძლივი მკურნალობის თაობაზე. სისტემური კვლევების ელექტრონული ბაზის მიმოხლივით ნაპოვნი იქნა ერთი კვლევა (Geller *et al.*, 1985), სადაც მოზარდებში ფსიქოზური დეპრესიის ანტიდეპრესანტებითა და ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით კომბინირებული მკურნალობა შედარებით ეფექტურად ჩაითვა, თუმცა კვლევა ფოკუსირებული იყო პლაზმაში მედიკამენტის დონეზე ვიდრე გამოსავალზე.

კლინიკური რეკომენდაციები

ანტიდეპრესანტები არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვებსა და მოზარდებში მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის საწყის მკურნალობად **(B)**.

თუ მსუბუქი ხარისხის დეპრესია არ პასუხობს მკურნალობას, მაშინ ექიმმა უნდა იხელმძღვანელოს საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესიის მართვის რეკომენდაციებით **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**.

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა არ უნდა შესთავაზოთ საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს, გამონაკლისია ფსიქოლოგიურ მკურნალობასთან კომბინაცია. სპეციალური შეხვედრები უნდა დაიგეგმოს მენტალური სტატუსის და საერთო პროგრესის შესამოწმებლად ასევე წამლისმიერი გვერდითი ეფექტების მონიტორინგის მიზნით. მაგალითად, ყოველ კვირული კონტაქტი ბავშვთან (მოზარდთან) და მის მშობელთან (მეურვესთან) მკურნალობიდან პირველი 4 კვირის განმავლობაში. შეხვედრების სიხშირე ინდივიდუალურია და შეხვედრის შედეგები დოკუმენტირებული უნდა იყოს. თუ ბავშვი ან მოზარდი არ არის თანახმა ფსიქოლოგიურ მკურნალობაზე, მაშინ ანტიდეპრესანტები მაინც უნდა დაინიშნოს და მედიკამენტის გამომწერმა ექიმმა ხშირი მონიტორინგი უნდა აწარმოოს როგორც ბავშვის (მოზარდის) პროგრესზე ასევე მედიკამენტების გვერდით ეფექტებზე **(B)**.

ანტიდეპრესანტის დანიშვნის საჭიროება მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის შეფასებისა და დიაგნოსტიკის შემდეგ უნდა მოხდეს **(C)**

საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესიის დროს ანტიდეპრესანტის დანიშენებას, არჩევანი ფლუოქსეტინზე უნდა გაკეთდეს, რადგანაც ის ერთადერთი ანტიდეპრესანტია, რომელზეც ჩატარებულმა სისტემურმა კვლევებმა პრეპარატის სარგებლიანობის, რისკზე უპირატესობა აჩვენა (A).

ბავშვის (მოზარდის) ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყების წინ ბავშვი (მოზარდი), მისი მშობლები (მეურვე) ინფორმირებული უნდა იყოს მკურნალობის თავისებურებების (ხანგრძლივობა, გვერდითი ეფექტები, ეფექტურობა) და მედიკამენტის დანიშნულებისამებრ მიღების თაობაზე. აღნიშნული ინფორმაცია წერილობითი სახით მათთვის გასაგებ ენაზე მიწოდებულ უნდა იყოს როგორც ბავშვისათვის (მოზარდისათვის) ასევე მისი მშობლებისათვის (მეურვისათვის). ასევე მიწოდებული უნდა იყოს ბოლო ინფორმაცია ბავშვის (მოზარდის) მდგომარეობის თაობაზე. (კარგი კლინიკური პრაქტიკა)

თუ ბავშვისთვის (მოზარდისთვის) დანიშნულია ანტიდეპრესანტი, მკურნალმა ექიმმა ან ფსიქოლოგიური მკურნალობის მიმწოდებელმა სპეციალისტმა უნდა შეაფასოს ბავშვის (მოზარდის) სიუციდური იდეების, თვით ზიანის მიყენების, მტრული ქმედებების არსებობა, განსაკუთრებით მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე. თუ არ არის მედიკამენტის დაუყოვნებლივ დაწყების აუცილებლობა, მედიკამენტის გამოწერამდე 7 დღის განმავლობაში უნდა მოხდეს სიმპტომების მონიტორინგება, რომლებიც შემდგომში შეიძლება ინტერპრეტირებულ იქნეს როგორც გვერდითი ეფექტები. მედიკამენტის გამოწერის შემდეგ, მკურნალმა ექიმმა უნდა გააფრთხილოს პაციენტი და მისი მშობლები (მეურვე), ამ სახის ნებისმიერი ახალი სიმპტომის გამოჩენისთანავე დაუკავშირდნენ მას. (კარგი კლინიკური პრაქტიკა)

ბავშვებსა და მოზარდებში ფლუოქსეტინის დანიშვნის შემთხვევაში საწყისი დოზა უნდა იყოს 10მგ /დღეში. კლინიკური საჭიროებებიდან გამომდინარე მკურნალობიდან ერთი კვირის შემდეგ შესაძლებელია დოზის გაზრდა 20 მგ-მდე დღეში, თუმცა მცირე წონის, უმცროსი ასაკის ბავშვებში შედარებით დაბალი დოზებით მკურნალობა უნდა იყოს მოაზრებული. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები დღეში 20მგ-ზე მაღალი დოზებით მკურნალობის ეფექტურობის თაობაზე. თუმცა მაღალი დოზებით მკურნალობა შეიძლება მოაზრებულ იქნეს შედარებით უფროსი ასაკის, დიდი წონის მქონე მოზარდებში რომელთაც დაავადების მძიმე ფორმა აღენიშნებათ და პრიორიტეტულია ადრეულ ეტაპზე კლინიკური შედეგის მიღწევა (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი პასუხობს ფლუოქსეტინით მკურნალობას, რემისიის (8 კვირიანი მკურნალობის შემდეგ არ აღინიშნება სიმპტომები და სახეზეა სრული ფუნქციონირება) მიღწევის შემდეგ მკურნალობა კიდევ 6 თვეს უნდა გაგრძელდეს. (C)

იმ შემთხვევაში თუ ფლუოქსეტინით მკურნალობა წარუმატებელია ან თუ ვერ ხდება მედიკამენტის მისი გვერდითი ეფექტების გამო ატანა, სხვა ანტიდეპრესანტის დანიშვნა უნდა იყოს მოაზრებული. ამ შემთხვევაში სერტრალინი და ციტალოპრამი არის რეკომენდირებული მეორე რიგის მკურნალობა (B)

სერტრალინი და ციტალოპრამი უნდა დაინიშნოს მხოლოდ შემდეგ შემთხვევებში:

- ბავშვი (მოზარდი) და მისი მშობლები (მეურვე) სრულიად ინფორმირებულია და ჩართულია მედიკამენტის დანიშვნის დისკუსიაში. ახსნილი და განმარტებულია მედიკამენტის სავარაუდო პოზიტიური მხარეები და რისკები, ინფორმაცია მიწოდებულია წერილობითი ფორმით. ინფორმაცია უნდა შეეხებოდეს მედიკამენტით მკურნალობის თავისებურებებს (მკურნალობის ხანგრძლივობა, გვერდითი ეფექტები, ეფექტურობა, მოსალოდნელი შედეგები და მედიკამენტის დანიშნულებისამებრ მიღების აუცილებლობა) (C);
- ბავშვის (მოზარდის) დეპრესია იმდენად მძიმეა და/ან იწვევს სერიოზულ სიმპტომებს როგორცაა წონაში კლება და სუიციდური ქცევები, რომ გამართლებულია სხვა ანტიდეპრესანტით მკურნალობის მცდელობა (C);
- არსებობს უტყუარი მონაცემები ყველა რეკომენდირებული მკურნალობის ჩატარების მცდელობისა. (უშედეგოდ ნაცადი იყო ფლუოქსეტინითა და ფსიქოლოგიური მეთოდებით კომბინირებული მკურნალობა) (C);
- ხელახლა იქნა შეფასებული დეპრესიისა და მკურნალობის რეზისტენტობის სავარაუდო მიზეზები (გამორიცხულ იქნა ისეთი დიაგნოზები, როგორცაა ბიპოლარული აშლილობა და ტოქსიკომანია) (C);
- არსებობს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის რეკომენდაცია (C);
- ბავშვმა ან მოზარდმა ან მისმა მშობლებმა (მეურვემ), ან 16 წელს გადაცილებულმა მოზარდმა თავად (თუ ის მიჩნეულია კომპეტენტურად) შეაფასა მკურნალობის რისკები და პოზიტიური მხარეები და განაცხადა ინფორმირებული თანხმობა (C);

როდესაც ბავშვისთვის ან მოზარდისთვის ინიშნება ფლუოქსეტინისაგან განსხვავებული ანტიდეპრესანტი, საწყისი დოზა მოზარდების საწყისი დოზის ნახევარი უნდა იყოს. თუ კლინიკური საჭიროება მოითხოვს, შესაძლებელია დოზის თანდათანობითი (მომდევნო 2-4 კვირის განმავლობაში) მოზრდილების დღიურ დოზამდე გაზრდა. თუმცა მცირე წონის მქონე ბავშვებში უპირატესობა მაინც დაბალ დოზებს უნდა მიენიჭოს. მიუხედავად მონაცემების სიმწირისა მოზრდილებსა და ბავშვებში მაღალი დღიური დოზებით მკურნალობის ეფექტურობის თაობაზე, მაღალი დოზებით მკურნალობა შეიძლება მოაზრებულ იქნეს შედარებით უფროსი ასაკის დიდი წონის მქონე მოზარდებში, რომელთაც დეპრესიის მძიმე ფორმა აღენიშნებათ და პრიორიტეტულია ადრეულ ეტაპზე კლინიკური შედეგის მიღწევა (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

როდესაც ბავშვი ან მოზარდი პასუხობს ციტალოპრამით ან სერტრალინით მკურნალობას, რემისიის (8 კვირიანი მკურნალობის შემდეგ არ აღინიშნება სიმპტომები და სახეზეა სრული ფუნქციონირება) მიღწევის შემდეგ მკურნალობა კიდევ 6 თვეს უნდა გაგრძელდეს (C).

პაროქსეტინი და ვენლაფაქსინი არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის სამკურნალოდ (A).

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის სამკურნალოდ (C).

ანტიდეპრესანტის მოხსნა უნდა მოხდეს ეტაპობრივად 6-12 კვირის განმავლობაში დოზის ტიტრაციით (C).

ბავშვებისა და მოზარდების ანტიდეპრესანტით მკურნალობის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს სხვა დანარჩენ მედიკამენტებთან მის ურთიერთქმედებას. უნდა გაირკვეს პაციენტის მიერ სხვადასხვა ალტერნატიული მედიკამენტებისა თუ ბიოდანამატების, ასევე ალკოჰოლის მოხმარების ფაქტი (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს მონაცემები მოზრდელიებში მსუბუქი და საშუალო ხარისხის დეპრესიის დროს, კრაზანას გამოყენების ეფექტურობის შესახებ, შედეგების ბავშვებსა და მოზარდებში ექსტრაპოლირება არ არის რეკომენდირებული. ამასთან უცნობია მისი გვერდითი ეფექტები და იგი ურთიერთქმედებს მთელ რიგ მედიკამენტებთან, მათ შორის კონტრაცეპტივებთან. ყოველივეს გათვალისწინებით, კრაზანა არ უნდა იყოს გამოყენებული ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ (C).

თუ დეპრესიის მქონე ბავშვი ან მოზარდი დამატებით დებულობს კრაზანას, მას უნდა განემარტოს რისკი და ერიოს მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა და შესთავაზონ არსებული გაიდლაინის შედაბამისი ალტერნატიული მკურნალობა (C).

თუ ბავშვის (მოზარდის) საშუალო ან მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება ფსიქოლოგიურ მკურნალობას მკურნალობის 4-6 კურსის შემდეგ, უნდა მოხდეს მდგომარეობის მულტიდისციპლინური გადახედვა (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

თუ მულტიდისციპლინური განხილვის შემდეგ ბავშვის ან მოზარდის დეპრესია არ ემორჩილება ფსიქოლოგიურ მკურნალობას, სხვა თანმხლები ფაქტორების (ოჯახური კონფლიქტი, სხვა თანმხლები დაავადება, მშობლების ფსიქიური დაავადება) თანაარსებობის გამო, შესაძლოა მოაზრებულ იქნეს ალტერნატიული ფსიქოლოგიური მკურნალობა ბავშვისთვის ან დამატებითი ფსიქოლოგიური მკურნალობის ჩატარება მშობლებისათვის ან ოჯახის სხვა წევრებისათვის (C).

თუ მულტიდისციპლინური განხილვის შემდეგ ბავშვის ან მოზარდის (12-18 წლის) საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება ფსიქოლოგიური მკურნალობის 4-6 კურსს, ფლუოქსეტინით მკურნალობა უნდა იყოს შეთავაზებული (B).

თუ მულტიდისციპლინური განხილვის შემდეგ ბავშვის (5-11 წლის) საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება ფსიქოლოგიური მკურნალობის 4-6 კურსს. ფლუოქსეტინით მკურნალობა სიფრთხილით უნდა იყოს მოაზრებული. თუმცა ამ ასაკობრივ ჯგუფში ფლუოქსეტინის ეფექტურობა შესწავლილი არ არის (C).

თუ საშუალო ან მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება სპეციფიური ფსიქოლოგიური მკურნალობის 6 კურსით და ფლუოქსეტინით კომბინირებულ

მკურნალობას, ან თუ პაციენტი და/ ან მისი მშობელი (მშობლები), მეურვე უარს აცხადებს ფლუოქსეტინით მკურნალობაზე, მულტიდისციპლინურმა გუნდმა უნდა შეაფასოს პრეპარატის საჭიროება და რისკი. შეფასება უნდა მოიცავდეს დიაგნოზის ხელახლა გადახედვას, სავარაუდო თანმხლები დიაგნოზების აღმოჩენას, დეპრესიის სავარაუდო ინდივიდუალურ, ოჯახურ თუ საზოგადოებრივ მიზეზთა ხელახლა შეფასებას. ასევე უნდა შეფასდეს რამდენად გამართლებული იყო ჩატარებული მკურნალობა და გადაწყდეს შემდგომი ფსიქოლოგიური თერაპიის საჭიროება პაციენტისთვის და/ან დამატებითი დახმარება ოჯახისთვის (**კარგი კლინიკური პრაქტიკა**).

მაღალი რისკის ჯგუფში (მაგ. ინდივიდებში რომელთაც უკვე აღენიშნათ დეპრესიის 2 ეპიზოდი, რომელთაც აქვთ სუბსინდრომული სიმპტომები ან რომლებიც კვლავ რჩებიან დეპრესიის ხელშემწყობი მრავალი რისკ ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ) მოაზრებულ იქნეს სავარაუდო რეციდივის ალბათობა ან ჩატარდეს სპეციფიური ფსიქოლოგიური მკურნალობის კურსი რეციდივის ალბათობის შესამცირებლად (**B**).

რემისიის ფაზაში მყოფი რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვი ან მოზარდი (2 სიმპტომზე ნაკლები და სრული ფუნქციონირება სულ მცირე 8 კვირის განმავლობაში) რეგულარულად უნდა შემოწმდეს შემდგომი 24 თვის განმავლობაში გამოცდილი ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ. შეხვედრების სიხშირე და ინტერვალი ინდივიდუალურად უნდა შეთანხმდეს სპეციალისტს, ბავშვსა და მის მშობლებს (მეურვეს) შორის და შედეგები წერილობით უნდა იყოს დოკუმენტირებული. თუ აღნიშნული პერიოდის შემდეგ რემისია შენარჩუნებულია, ბავშვი (მოზარდი) პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ რჩება (**C**).

წარმატებულად ნამკურნალევი რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვის (მოზარდის) განმეორებითი დეპრესიული ეპიზოდის დროს ის დაუყოვნებლივ უნდა იყოს გადაგზავნილი ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან (**კარგი კლინიკური პრაქტიკა**).

ელექტრო კონვულსიური თერაპია მოაზრებულ უნდა იყოს ძალზე მძიმე ხარისხის დეპრესიის დროს, როცა არსებობს სიცოცხლისათვის საშიში სიმპტომები (მაგალითად სუიციდური ქცევები) ან როცა მძიმე ხარისხის დეპრესია არცერთ სხვა სამკურნალო მეთოდს არ დაემორჩილა (**C**).

ელექტრო კონვულსიური თერაპია ბავშვებსა და მოზარდებში გამოყენებულ უნდა იქნეს ძალზე იშვიათად, მხოლოდ ამ სფეროში გამოცდილი სპეციალისტის გულდასმით შეფასების და გაიდლაინის რეკომენდაციების გათვალისწინების შემდეგ (**C**).

ელექტრო კონვულსიური თერაპია არ არის რეკომენდირებული 5-11 წლის ბავშვების სამკურნალოდ (**C**).

ფსიქოზური დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების დეპრესიის მკურნალობის სქემაში მოაზრებული უნდა იყოს ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ჩართვა, თუმცა უცნობია ოპტიმალური დოზა და მკურნალობის ხანგრძლივობა (**C**).

ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობისას უნდა მოხდეს ბავშვებისა და მოზარდების გულდასმითი მონიტორინგი, გვერდითი ეფექტების გამოსავლენად (C).

8. ბაიფლანინის ბადასინჯვის და განახლების ვადაა 2 წელი;

გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადაა 2 წელი;

9. ბაიფლანინის მიღების ხერხი/წყარო:

წინამდებარე გაიდლაინი წარმოადგენს ადაპტირებულ გაიდლაინს. გაიდლაინების მიღების ხერხი/წყარო არის სხვადასხვა გაიდლაინების შეჯერება და ადაპტაცია. (იხ. ლიტერატურა).

მტკიცებულების დონე, რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარის- ხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსენსუსს
Vა	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vბ	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

10. ალტერნატიული ბაიფლანინი არ არსებობს

11. გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Depression: NICE guideline (amended) 25 April 2007
2. გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა . საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია 2008
3. Practice Guidelines ACP Guideline on Second-Generation Antidepressants for Depression Treatment August 1, 2009
4. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. New Zealand Guidelines Group; 2008 Jul.
5. *UW Health: 2008 – Diagnosing and Treating Depression in Adults in Primary Care*
6. Pharmacologic Management of Adult Depression - March 15, 2008 -- American Family Physician
7. Depression in Women . American academy of Family Physicians 2008
8. Treatment-Resistant Depression 2009 American Academy of Family Physicians
9. Major depressive disorder From Wikipedia, the free encyclopedia
10. Mood Disorders Merck Manuals online medical library
11. Beck-Depression-Inventory _ BDI <http://www.minddisorders.com/A-Br/Beck-Depression-Inventory.html>;
12. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV) Fourth Edition
13. *UW Health: 2008 – Diagnosing and Treating Depression in Adults in Primary Care – 10 UM-20787-08 7. Postpartum*
14. *UW Health: 2008 – Diagnosing and Treating Depression in Adults in Primary Care – 12 UM-20787-08 SQARTULI GAIDLAINI*
15. *UW Health: 2008 – Diagnosing and Treating Depression in Adults in Primary Care 11 UM-20787-08*
16. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი ჯანმრთელობის დაცვა საქართველო, 2007 სტატისტიკური ცნობარი
17. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders World Health Organization 23 January 2009
18. British National Formulary 16 Sep 2009: New BNF published
19. General Practice Psychiatry edited by Grant Blashki, Fiona Judd, Leon piterman 2007
20. Physician PEDIATRICS (ISSN 1098-4275). ©2007 by the American Academy of Pediatrics
21. Childhood and Adolescent Depression SHASHI K. BHATIA, M.D., and SUBHASH C. BHATIA, M.D., *Creighton University, Department of Psychiatry, Omaha, Nebraska 2008*
22. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management PEDIATRICS (ISSN 1098-4275). ©2007 by the American Academy of Pediatrics
23. The National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) Depression in Children and Young People.
24. hildhood and Adolescent depression. American Academy of Family Physician 2007y.
25. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management 2007. American Academy of Pedicatics
26. Screening for Child and Adolescent Depression In Primary Care Setting: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Service Task Force. 2009.april. American Academy of Pedicatics

27. Tiet, Q.Q., Bird, H.R. Davies, M., *et al.* (1998) Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191–1200.
28. United Nations (UN) Population Division (November 2004) Replacement migration. Age-sex structures by scenario for 2000.
<http://www.un.org/esa/population/publications/migration/uk.pdf>.
29. US Department of Health and Human Services (1996) *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, USA.
30. Walter, G., Rey, J.M., & Mitchell, P.B. (1999a) Practitioner review: Electroconvulsive therapy in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 325–33

12. სვტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

- ⇒ რუსუდან ჩიტაიშვილი (ოჯახის ექიმი), მაგდა სიმონია (ოჯახის ექიმი), დავით ზურაბიშვილი (ფსიქიატრი), გივი ჯავაშვილი (რედაქტორი), გურამ კიკნაძე (რედაქტორი).

ექსპერტები:

- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

13. ღანართები

ბეკის ღებრქსიის კითხვარი (Beck Depression Inventory – BDI)

A.

0. მე არ ვარ სევდიანი.
1. მე სევდიანი ვარ.
2. მე მუდამ სევდიანი ვარ და უნარი არ შემწევს მოვიშორო ეს განცდა.
3. მე იმდენად სევდიანი და უბედური ვარ, რომ ამის ატანა აღარ შემიძლია.

B.

0. მე, ჩვეულებრივ, უიმედოდ არ ვუყურებ ჩემს მომავალს.
1. მე უიმედობა მეუფლება ჩემი მომავლის გამო.
2. მე ვგრძნობ, რომ მომავალში არაფერი მაქვს საიმედო.
3. მე ვგრძნობ, რომ ჩემი მომავალი სრულიად უიმედოა და ამას არაფერი ეშველება

C.

0. მე არ ვთვლი თავს წარუმატებელ ადამიანად.
1. მე ვგრძნობ, რომ სხვა ადამიანებთან შედარებით ნაკლებად წარმატებული ვარ.
2. მე ცხოვრებაში უამრავი წარუმატებლობა მქონდა.
3. მე ვგრძნობ, რომ სრულიად წარუმატებელი ადამიანი ვარ.

D.

0. მე ისეთივე სიამოვნებას ვიღებ ცხოვრებიდან, როგორც ადრე.
1. მე ცხოვრებიდან ისეთ სიამოვნებას ვეღარ ვიღებ, როგორც ადრე.
2. მე ძალიან მიჭირს რაიმე სიამოვნების მიღება ცხოვრებიდან.
3. მე საერთოდ ვერანაირ სიამოვნებას ვეღარ ვიღებ ცხოვრებიდან.

E.

0. მე არა მაქვს დანაშაულის განცდა.
1. მე ზოგჯერ მაქვს დანაშაულის განცდა.
2. მე თითქმის ყოველთვის მაწუხებს დანაშაულის განცდა.
3. მე მუდმივად მაქვს დანაშაულის განცდა.

F.

0. მე არ მაწუხებს განცდა, რომ დავისჯები.
1. მე ვფიქრობ, რომ შეიძლება დავისაჯო.
2. მე ველოდები დასჯას.
3. მე აუცილებლად დავისჯები.

G.

0. მე არ ვარ უკმაყოფილო საკუთარი თავით.
1. მე გული გამიტყდა საკუთარ თავზე.
2. მე მგონია, რომ აუტანელი ვარ.
3. მე მეზიზღება საკუთარი თავი.

H.

0. მე საკუთარი თავი სხვებზე ნაკლებად ადამიანად არ მიმაჩნია.
1. მე შეცდომების გამო საკუთარ თავს ხშირად ვაკრიტიკებ.
2. მე მუდმივად ვსაყვედურობ საკუთარ თავს მრავალი ნაკლის გამო.
3. მე ყველაფერში საკუთარ თავს ვადანაშაულებ.

I.

0. მე არა მაქვს თვითმკვლევლობის აზრები.
1. მე ზოგჯერ მიჩნდება თვითმკვლევლობის აზრი, მაგრამ მე მას არ ვყვები.
2. მე თავის მოკვლა მიხდა.
3. მე თავს მოვიკლავ, როგორც კი ამისი შესაძლებლობა მექნება.

J.

0. მე არ ვტირი ჩვეულებრივზე უფრო მეტს.
1. ამჟამად გაცილებით მეტს ვტირი, ვიდრე საერთოდ მჩვევია.
2. მე ახლა სულ ვტირი.
3. ადრე შემეძლო მეტირა, ახლა კი ტირილის უნარიც დაკარგე.

K.

0. მე არ ვლიზიანდები ჩვეულებრივზე უფრო მეტად..
1. მე გაცილებით ადვილად ვლიზიანდები, ჩვეულებრივზე უფრო ადვილად ვგრძნობ თავს შურაცხყოფილად.
2. მუდმივად გალიზიანებული ვარ.
3. სულ აღარ მაღიზიანებს ის ამბები, რაც ადრე მაღიზიანებდა.

L.

0. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი არ მაქვს დაკარგული.
1. ადრინდელთან შედარებით სხვა ადამიანები ახლა ნაკლებად მაინტერესებს.
2. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი უმეტესად დაკარგული მაქვს.
3. აბსოლუტურად დაკარგე ყოველგვარი ინტერესი ადამიანების მიმართ.

M.

0. მე, ჩვეულებისამებრ, ადვილად ვიღებ გადაწყვეტილებებს.
1. მე ხშირად ვარიღებ თავს რაიმე გადაწყვეტილების მიღებას.
2. მე ძალიან მიჭირს გადაწყვეტილების მიღება.
3. მე საერთოდ ვერ ვიღებ ვერანაირ გადაწყვეტილებას.

N.

0. მე არა მაქვს იმის განცდა, რომ ადრინდელზე უარესად გამოვიყურები.
1. მე განვიცდი რომ მობერებულად და დაუძღურებულად გამოვიყურები.
2. მე ვგრძნობ, რომ გარეგნობა შემეცვალა, შეუხედავი გავხდი.
3. მე ვთვლი, რომ საშინლად გამოვიყურები.

O.

0. მე ისეთივე შრომისუნარიანი ვარ, როგორც ადრე.
1. მე ზოგჯერ თავს ძალას ვატან, რომ შევასრულო სამუშაო.
2. მე მუდმივად მჭირდება ძალდატანება საკუთარ თავზე, რომ სამუშაო შევასრულო.
3. მე საერთოდ ვეღარაფერს ვაკეთებ.

P.

0. მე, ჩვეულებისამებრ, კარგად მძინავს
1. მე ისე კარგად აღარ მძინავს, როგორც ადრე.
2. მე ჩვეულებრივზე 1-2 საათით ადრე მეღვიძება, შემდეგ მიჭირს დაძინება.
3. მე ჩვეულებრივზე რამდენიმე საათით ადრე მეღვიძება და ვეღარ ვიძინებ.

Q.

0. მე არ ვიძლება ადრინდელზე მეტად.
1. მე ადრინდელთან შედარებით უფრო ადვილად ვიძლება.
2. მე ყველაფერი მდლის.
3. მე ისეთი დაქანცული ვარ, რომ არაფრის გაკეთება შემიძლია.

R.

0. მე ჩვეულებრივ ცუდი მადა არ მაქვს.
1. მე ისეთი კარგი მადა აღარ მაქვს, როგორც ადრე.
2. ახლა გაცილებით უარესი მადა მაქვს, ვიდრე ადრე.
3. საერთოდ არ მაქვს მადა.

S.

0. წონაში არ დამიკლია მნიშვნელოვნად.
 1. წონაში დავიკელი 2,5 კილოგრამზე მეტი.
 2. წონაში დავიკელი 5 კგ-ზე მეტი.
 3. წონაში დავიკელი 7,5 კგ-ზე მეტი.
- (დააზუსტეთ, იცავს თუ არა დიეტას: დიახ /არა)

T.

0. ჩემი ჯანმრთელობა არ მაწუხებს ჩვეულებრივზე მეტად.
1. ზოგჯერ მე მაწუხებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა.
2. მაწუხებს საკუთარი ჯანმრთელობა და მიჭირს სხვა რამეზე ფიქრი.
3. იმდენად ვარ შეწუხებული საკუთარი ჯანმრთელობით, რომ არ შემიძლია სხვა რამეზე ფიქრი.

U.

0. ბოლო ხანებში არ შემინიშნავს რაიმე ცვლილება ჩემს სექსუალურ შესაძლებლობებში.
1. ადრინდელთან შედარებით, სექსით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული.
2. გაცილებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული სექსით.
3. სექსის მიმართ ინტერესი სრულიად დაგკარგე.

ბეკის კითხვარის ინტერპრეტაცია

- A. სევდა.
- B. უიმედობა.
- C. წარუმატებლობა.
- D. დაუკმაყოფილება.
- E. დანაშაულის განცდა.
- F. სასჯელის მოლოდინი.
- G. საკუთარი პიროვნების მიუღებლობა.
- H. თვითდანაშაული.
- I. სუიციდური აზრები.
- J. ტირილის ეპიზოდები.
- K. გაღიზიანებულობა.
- L. სოციალური გარიყვა.
- M. საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა.
- N. სხეულის ხატის შეცვლა.
- O. შენელება, შეკავება.
- P. უძილობა.
- Q. დაღლილობა.
- R. მადის დაქვეითება.
- S. წონის დაკლება.
- T. წუხილი სომატური ჩივილების გამო.
- U. დაბალი ენერგეტიკული დონე.

BDI შედეგების შესაფასება

A_0 1 2 3	H_0 1 2 3	O_0 1 2 3
B_0 1 2 3	I_0 1 2 3	P_0 1 2 3
C_0 1 2 3	J_0 1 2 3	Q_0 1 2 3
D_0 1 2 3	K_0 1 2 3	R_0 1 2 3
E_0 1 2 3	L_0 1 2 3	S_0 1 2 3
F_0 1 2 3	M_0 1 2 3	T_0 1 2 3
G_0 1 2 3	N_0 1 2 3	U_0 1 2 3
ექსპერიმენტის შედეგი BDI = დეპრესიის სიმძიმის ხარისხი		

BDI მოწოდებულია **Aaron T. Beck**-ის მიერ 1961 წელს;

წარმოადგენს დეპრესიის თვითშეფასების შკალას 17-80 წლის ასაკის პირებში;

BDI გამოიყენება დეპრესიის სიმპტომების გამოვლენის, სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისა და მონიტორინგისათვის კლინიკური და ექსპერიმენტული მიზნით;

ექსპერიმენტატორი შეიძლება იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი, რომელიც ტრენირებულია ამ შკალის გამოყენებასა და შეფასებაში;

BDI ტესტში მოცემულია 21 პუნქტი, თითოეულში 4 დებულება, რომელიც დალაგებულია სიმპტომის სიმძიმის ხარისხის მიხედვით – 0, 1, 2, 3 – ნეიტრალურიდან მაქსიმალურად მძიმემდე;

გამოსაკვლევი პირი ყოველ პუნქტში მონიშნავს მხოლოდ ერთ დებულებას, რომელსაც ყველაზე მეტად ეთანხმება „ამჟამად“ და/ან „ბოლო 7 დღის“ განმავლობაში;

კითხვარის შესავსებად ეძლევა 5-10 წუთი (არ არის მკაცრი შეზღუდვა);

ტესტის 1 –13 პუნქტით ფასდება ფსიქოლოგიური ბუნების, ხოლო 14 – 21 პუნქტით უპირატესად ფიზიკური სიმპტომები; ფასდება საკუთრივ დეპრესიული სიმპტომები და დეპრესიის სპეციფიკური ბიჰევიორული გამოვლინებები;

ტესტის საბოლოო ჯამური მაჩვენებელი განსაზღვრავს დეპრესიის სიმძიმის ხარისხს.

ტესტის ტოტალური მაჩვენებელი ფასდება:

BDI =

0 – 9 – არ აქვს დეპრესია (დეპრესიის სიმპტომები მინიმალურია)

10 – 16 – მსუბუქი დეპრესია

17 – 29 – საშუალო დეპრესია

30 – 63 – მძიმე დეპრესია

ზოგად პოპულაციაში დეპრესიის მაჩვენებელია >21 ჯამური მაჩვენებელი.

ქონის პოსტნატალური ღებრების სკალა

როგორ გრძნობდით თავს ბოლო ერთი კვირის, ბოლო 7 დღის განმავლობაში:

1 მე მქონდა სიცხის უნარი და სასაცილო მდგომარეობის აღქმის უნარი:

- როგორც ყოველთვის.
- არც იმდენად საკმარისად ამჟამად.
- ამჟამად განსაკუთრებით ნაკლებად.
- სრულებით არა.

2 მე, ჩვეულებრივ, ინტერესით ვუყურებ ჩემს მომავალს:

- როგორც ყოველთვის.
- ნაკლებად ვიდრე ადრე.
- მნიშვნელოვნად ნაკლებად ვიდრე ადრე.
- უიმედოდ შევეყურებ მომავალს.

*3 მე ვადანაშაულებ ჩენს თავს, როდესაც საქმეები ცუდად მიდის:

- დიახ, ყოველთვის.
- Xანდახან.
- არც ისე ხშირად.
- რასოდეს.

4 მე მქონდა შფოთვა და წუხილი არასასურველი შედეგისთვის:

- სრულებითაც არა.
- ზოგჯერ მსუბუქი.
- დიახ, ზოგჯერ.
- დიახ, ძალიან ხშირად.

*5 მე ვარდები პანიკაში და მიპყრობს შიში ცუდი აზრების გამო:

- დიახ, ხშირად.
- დიახ, ზოგჯერ.
- არც ისე ხშირად.
- რასდროს.

*6 საქმეები ზოგჯერ ჩემთვის მიუწვდომელი მწვერვალია:

- ხშირად მე არ შემიძლო თავი გამერთვა საქმეებისთვის.
- დიახ, ზოგჯერ მე არც ისე კარგად ვართმევდი თავს საქმეებს, როგორც მჩვევია.
- არა, უფრო ხშირად მე კარგად ვართმევდი საქმეებს თავს.
- არა, მე, როგორც ყოველთვის, კარგად ვართმევდი საქმეებს თავს.

* 7 მე ვიყავი ისეთი უბედური, რომ მქონდა სიძნელები ძილის მხრივ:

- დიახ, თითქმის ყოველთვის ამ პერიოდში.
- დიახ, ზოგჯერ.
- არც ისე ხშირად.
- არასდროს.

*8 მე თავს ვგრძნობ სევდიანად და დაუცველად:

- დიახ, თითქმის ყოველთვის.

- დიახ, ზოგჯერ.
- არც ისე ხშირად.
- რასდროს.

*9 მე ვიყავი ისეთი უბედური, რომ ვტიროდი:

- დიახ, ძალიან ხშირად.
- საკმაოდ ხშირად.
- იშვიათად.
- რასოდეს.

*10 ფიქრები თვითდაზიანების შესახებ:

- საკმაოდ ხშირად.
- ხანდახან.
- იშვიათად.
- არასოდეს.

პასუხები ფასდება 0 - დან 3 - მდე ქულით სიმპტომების სიმძიმის ზრდის მიხედვით.

* მონიშნული კითხვები ფასდება შებრუნებითი ქულებით (მაგ: 3, 2, 1 და 0)

თუ კიხვარის გამოყენებით ქალი დააგროვებს 9 დან 13 ქულამდე, ტესტი დადებითია. იმავდროულად, თუ დაგროვებული ქულები ცხრა ან მეტია, ან მითითებულია რომელიმე სუიციდური ნიშანი, რაც ნიშნავს, რომ მან მიუთითა ერთ-ერთ მაღალ ქულაზე №10 კითხვიდან, ასეთი პაციენტი საჭიროებს უწყვეტ მეთვალყურეობას. თუ დაგროვილი ქულები 9-ზე ნაკლებია, მაგრამ კლინიციისტების შეფასებით ქალს აქვს დეპრესია, ის საჭიროებს რეფერალს სპეციალისტთან.