

მძიმე სტრესზე პიროვნების
რეაქციის და ადაპტაციის
დარღვევების დიაგნოსტიკა და
მკურნალობა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

მძიმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ICD-10-ის მიხედვით, რეაქცია მძიმე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები აერთიანებს სამ ძირითად დიაგნოსტიკურ ქვეკატეგორიას:

- მწვავე სტრესული რეაქცია
- პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა)
- ადაპტაციის დარღვევები

ფსიქიკური აშლილობის ეს კატეგორია განსხვავდება ნევროზული და სტრესთან დაკავშირებული სხვა აშლილობებისაგან იმით, რომ მისი განსაზღვრა ხდება არა მარტო სიმპტომატოლოგიის და მიმდინარეობის საფუძველზე, არამედ ორი ძირითადი მიზეზობრივი ფაქტორიდან ერთ-ერთის აუცილებელი არსებობის გამო:

- განსაკუთრებით ძლიერი სტრესული მოვლენა, რომელიც იწვევს მწვავე სტრესულ რეაქციას (მოგვიანებით შეიძლება განვითარდეს პტსა);
- მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ცვლილება, რის გამოც ხანგრძლივი დროის მანძილზე პიროვნება ექცევა მატრავმირებელ გარემოში და შედეგად ვითარდება ადაპტაციის უნარის დარღვევები.

ამდენად, აშლილობების აღნიშნული კატეგორია ყოველთვის აღმოცენდება მძიმე და მწვავე სტრესის ან პროლონგირებული ძლიერი ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციის შედეგად. სტრესული მოვლენა ან გახანგრძლივებული, უსიამოვნო გარემო პირობები წარმოადგენს პირველად და ძირითად მიზეზს, რომლის ზემოქმედების გარეშეც ეს აშლილობები ვერ აღმოცენდება.

მწვავე სტრესული რეაქცია /F43.0/

1. დეფინიცია

მნიშვნელოვნად გამოხატული, გარდამავალი ფსიქიკური აშლილობა, განვითარებული პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში ძლიერი ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესის ზემოქმედების შედეგად, დღეებისა, და შესაძლებელია, საათების განმავლობაში. მწვავე სტრესული რეაქციის დროს განსაკუთრებული როლი ენიჭება როგორც ინდივიდის მგრძობიანობას, ასევე მისი ადაპტაციის უნარს.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

ძლიერი სტრესორის ზემოქმედებას და სიმპტომების აღმოცენებას შორის აუცილებელად უნდა არსებობდეს მკაფიოდ გამოხატული დროში კავშირი; დასაწყისი ჩვეულებრივ მყისიერია ან იწყება რამდენიმე წუთში.

სიმპტომებს, რომელიც ამ დროს აღმოცენდება:

- ა. აქვთ შერეული და ცვალებადი სურათი;
- ბ. წყდება სწრაფად (გრძელდება არაუმეტეს რამდენიმე საათისა) იმ შემთხვევებში, სადაც შესაძლებელია სტრესული სიტუაცია ამოიწუროს. ხოლო იმ შემთხვევებში, სადაც სტრესი გრძელდება სიმპტომები

ჩვეულებრივ ქრება 24-48 სთ-ის შემდეგ და მინიმუმამდე დადის 3 დღის განმავლობაში.

ეს დიაგნოზი არ უნდა იქნას გამოყენებული იმ პირებში, რომელთაც უკვე აღენიშნებათ რაიმე სხვა ფსიქიკური დაავადების სიმპტომები და ეს სიმპტომები უეცრად მწვავედება. ამასთან, ამ დიაგნოზის გამოყენება შესაძლებელია და ადეკვატურიც ანამნეზში მანამდე არსებული ფსიქიკური აშლილობის დროს.

3. დაავადების სიმპტომები

ტიპურად სიმპტომები შერეული და ცვალებადია და საწყის ეტაპზე ატარებს გაბრუნების ხასიათს ცნობიერების შევიწროვებითა და ყურადღების დაქვეითებით. ინდივიდს არ შეუძლია ადეკვატური რეაგირება გარეგან გამღიზიანებლებზე, შესაძლოა დეზორიენტაციაც. ამ სტადიას შესაძლებელია მოჰყვეს ან შემდგომი განსვლა გარემო სიტუაციიდან (განვითარდეს დისოციაციური სტუპორი) ან პირიქით განვითარდეს აუიტაცია და ჰიპერაქტიურობა (ფუგა). ხშირია პანიკური შფოთვის ვეგეტატიური ნიშნები (ტაქიკარდია, ოფლიანობა, გაწითლება). სიმპტომები ჩვეულებრივ თავს იჩენს სტრესის ზეგავლენისთანავე და ქრება ორ-სამ დღეში (ხშირად რამდენიმე საათში). შესაძლებელია ადგილი ქონდეს ნაწილობრივ ან სრულ ამნეზიას. თუ სიმპტომატიკა გრძელდება, დიაგნოზი უნდა გადამოწმდეს.

აღაკტაციური რეაქციების დარღვევა / F43.2/

1. დეფინიცია

სუბიექტური დისტრესისა და ემოციური აშლილობის მდგომარეობა, რაც აძნელებს ჩვეულ სოციალურ ურთიერთობებს და საქმიანობას და აღმოცენდება მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ცვლილებებისა და სტრესული სიტუაციების მიმართ ადაპტაციის პერიოდში. სტრესორმა შეიძლება ზიანი მიაყენოს პიროვნების სოციალური გარემოს ინტეგრალურ მთლიანობას (ახლობლის სიკვდილი, განშორება) ან სოციალური დახმარებისა და ღირებულებათა ფართო სისტემებს (მიგრაცია, ლტოლვილის სტატუსი). სტრესორი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ან განვითარების კრიზისული პერიოდებით ან ერთი სოციალური მდგომარეობიდან მეორეში გადასვლის სახით (მაგალითად, სკოლაში წასვლა, მშობლად გახდომა, წარუმატებლობა პიროვნულად ღირებული მიზნის მიღწევაში, სამსახურიდან დათხოვნა). ადაპტაციურ აშლილობათა განვითარებაზე და მათ გამოვლინებათა ფორმირებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ინდივიდუალური მგრძობელობა ან მზაობა. ამასთან, ითვლება, რომ სტრესორის მოქმედების გარეშე აღნიშნული კატეგორია არ აღმოცენდება.

2. ICD-10-ის მიხედვით გამოყოფენ ადაპტაციური რეაქციების დარღვევის შემდეგ სახეებს:

- ხანმოკლე დეპრესიული რეაქცია, განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით. ტრანზიტორული იოლი დეპრესიული მდგომარეობა, რომლის ხაგრძლივობა არ აღემატება ერთ თვეს F43.20.

- **გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია, განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით.** ხანგრძლივად მოქმედი სტრესული სიტუაციის ზეგავლენით მიმდინარე მსუბუქი დეპრესიული მდგომარეობა, რომელიც გრძელდება არაუმეტეს ორი წლისა F43.21;
- **შერეული შფოთვითი და დეპრესიული რეაქცია, განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით.** გამოკვეთილი შფოთვითი და დეპრესიული სიმპტომატიკა, რომლის დონე არ აღემატება ასეთს შერეული შფოთვითი და დეპრესიული აშლილობის დროს - F41.22;
- **ადაპტაციის დარღვევა სხვა ემოციების უპირატესი აშლით.** გამოხატულია ემოციური აშლილობების სხვადასხვა ტიპი მაგ.: შფოთვა, დეპრესია, მოუსვენრობა, დაძაბულობა და მრისხანება. ეს კატეგორია გამოიყენება ბავშვებშიც, როდესაც ადგილი აქვს ენურეზის ან თითის წოვის მსგავს რეგრესულ ქცევებს. საჭიროა განსხვავდეს სხვა შერეული შფოთვითი აშლილობისაგან - F41.23;
- **ადაპტაციის დარღვევა ქცევის უპირატესი დარღვევით.** ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს ქცევითი აშლილობა. იგულისხმება მოზარდთა მწუხარების რეაქცია, რომელიც განაპირობებს აგრესიულ და დისოციალურ ქცევას - F43.24;
- **ემოციებისა და ქცევის შერეული აშლილობა განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით.** დამახასიათებელ ნიშნებს წარმოადგენს როგორც ემოციური სიმპტომები ასევე ქცევითი აშლილობები F43.25.

3. კლინიკური სიმპტომატიკა

ამ დარღვევების დროს შეიძლება გამოვლინდეს: დეპრესიული გუნებ-განწყობა; შფოთვა ან წუხილი (ან ორივე ერთად); პიროვნული განცდა, რომ არ შეუძლია გადაჭრას პრობლემა ან დაგეგმოს მომავალი, ან დარჩეს მოცემულ კონკრეტულ სიტუაციაში; ყოველდღიური საქმიანობის ეფექტურობის ერთგვარი დაქვეითება. მოზარდებში ხშირია ქცევითი აშლილობების თანდართვა (უპირატესად, მიდრეკილება აგრესიული ქცევებისადმი). კლინიკურ სურათში შეიძლება წამყვანი იყოს მწვავე ან გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია ან სხვა ავექტური და ქცევითი აშლილობები.

ჩვეულებრივ იწყება სტრესული მოვლენიდან ერთი თვის განმავლობაში და გრძელდება არაუმეტეს ექვსი თვისა (გამონაკლისს წარმოადგენს პროლონგირებული დეპრესიული რეაქცია - F43.21).

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა, PTSD) /F43.1/

1. დეფინიცია

შეყოვნებული და პროტრაგირებული რეაქცია (ხანმოკლე ან ხანგრძლივი), განვითარებული განსაკუთრებით სახიფათო ან კატასტროფული მასშტაბის ისეთი სტრესული მოვლენის საპასუხოდ, რომელიც თითქმის ყველა ინდივიდში იწვევს დისტრესს. პიროვნულმა ხაზებმა ან ანამნეზში ნევროზული დაავადების არსებობამ, შესაძლებელია გააადვილოს პიროვნებაში პტსა-ს სიმპტომების აღმოცენება და დაამძიმოს მისი მიმდინარეობა. ამასთან, ეს ფონი

არც აუცილებელია და არც საკმარისი იმისათვის, რომ ავსსნათ ამ აშლილობის განვითარება.

2. პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით (F43.1)

A. პაციენტზე უნდა იმოქმედოს ძალზე სახიფათო ან კატასტროფული ხასიათის სტრესულმა მოვლენამ ან სიტუაციამ (როგორც ხანმოკლემ, ისევე ხანგძლივმა), რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს ზოგადი დისტრესი თითქმის ყველა ფსიქიკურად ჯანმრთელ ინდივიდში;

B. მყარი მოგონებანი ან სტრესორის წარმოსახვითი გაცოცხლება თავსმოსხვეული რემინესცენციებით, მკაფიო ხატებით ან განმეორებადი სიზმრებით, ან დარდის განმეორებადი განცდა - როდესაც პიროვნებაზე მოქმედებს მდგომარეობა (ვითარება), რომელიც ახსენებს ან ასოცირდება სტრესორთან;

C. პაციენტს უნდა აღენიშნებოდეს ფაქტიური ამრიდებლობა ან მცდელობა თავი აარიდოს სიტუაციებს, რომელიც ახსენებს ან ასოცირდება სტრესორთან (რაც არ შეინიშნებოდა სტრესორის ზემოქმედებამდე);

D. ნებისმიერი შემდეგი ორიდან:

1. ნაწილობრივი ან სრული ფსიქოგენური ამნეზია (F44.0) სტრესორის მოქმედების პერიოდის მთავარი ასპექტების მიმართ;

2. ფსიქოლოგიური მგრძობელობის მომატების ან ავზნებადობის სიმპტომები (რაც სტრესის ზემოქმედებამდე არ შეინიშნებოდა), რომელიც წარმოდგენილია ნებისმიერი ორით შემდეგიდან:

ა) ჩაძინების ან ძილის გაგრძელების გაძნელება;

ბ) გამღიზიანებლობა ან ფეთქებადობა;

გ) ყურადღების კონცენტრაციის სირთულეები;

დ) სიფხიზლის დონის მომატება;

ე) ოთხგორაკის რეფლექსის გაძლიერება (კრთომის რეფლექსი).

E. კრიტერიუმები B, C და D აღმოცენდება 6 თვის განმავლობაში სტრესოგენური სიტუაციის შემდეგ ან სტრესის მოქმედების დასასრულს. 6 თვის შემდეგ აღმოცენებული პტსა - განისაზღვრება, როგორც მოგვიანებული პტსა.

3. პტსა-ის კლინიკური სიმპტომატიკა

კლინიკური სურათი ჩვეულებრივ მოიცავს შემდეგ სიმპტომებს:

- ძილის დარღვევა. ავადმყოფს აღენიშნება ჩაძინების გაძნელება. ძილის დროს მატრავმირებელი სიტუაციის ამსახველი კოშმარული სიზმრების გამო ხშირი გამოღვიძებები, რომლის დროსაც გამოხასტულია დეზორიენტაცია და ხშირად აგრესიულობა პარტნიორის მიმართ;

- სოციალური განრიდება, დისტანცირება გარშემომყოფებისაგან, მათ შორის უახლოესი ადამიანებისაგან. სუბიექტი კარგავს ინტერესს საყვარელი საქმიანობისადმი. ვერ ავლენს ემოციურ განცდებს;

- ქცევის შეცვლა. ექსპლოზიური აფეთქებები, გამღიზიანებლობა და მიდრეკილება ფიზიკური ძალადობისადმი სხვის მიმართ;

- ტრავმული სიტუაციის განმეორებითი განცდა ხატოვანი ეპიზოდური მოგონებების სახით (Flashbacks), რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წამიდან რამდენიმე საათამდე;
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლი, ნარკოტიკები) მიდრეკილება, განსაკუთრებით ავადმყოფური განცდების, მოგონებებისა და შეგრძნებების “სიმწვავეის მოხსნისათვის”;
- ანტისოციალური ქცევა ან კანონსაწინააღმდეგო ქმედებები;
- დეპრესია, სუიციდური აზრები ან თვითმკვლელობის მცდელობები;
- შფოთვითი დაძაბულობის ან ფსიქოლოგიური არამდგრადობის მაღალი დონე;
- არასპეციფიკური სომატური ჩივილები (მაგ. თავის ტკივილი).

პტსა დიაგნოზის დასმისათვის აუცილებელია ზემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომთა ჯგუფებიდან როგორც მინიმუმ ორის არსებობა ტრავმიდან ერთი თვის განმავლობაში.

4. გამოკვლევის სქემა

- ა. კლინიკური ინტერვიუ, ფსიქიკური სტატუსის შეფასება;
- ბ. ნერვული სისტემის შეფასება;
- გ. გამორიცხეთ წამალდამოკიდებულება და ალკოჰოლიზმი;
- დ. დიაგნოსტიკა ხდება პტსა-ის მოზრდილთა კოთხვართ, რომელიც უოტსონის მიერაა მოწოდებული

5. პტსა-ის მკურნალობის სქემა

მკურნალობა ნაჩვენებია პაციანტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად მწვავე რეაქცია სტრესზე და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა). მკურნალობის მიზანია მწვავე სიმპტომების რედუქცია, ტრავმასთან დაკავშირებული თანმხლები მდგომარეობების პრევენცია, ადაპტაციური უნარის გაძლიერება, დაცულობის ფსიქოლოგიური შეგრძნების აღდგენა, გადატანილი ტრავმული მოვლენის გენერალიზაციისაგან პაციენტის დაცვა და გამწვავეების პრევენცია.

არსებობს სამი ძირითადი ასპექტი, რის შესაბამისადაც უნდა ვმართოთ პტსა-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტი:

1. განათლება;
2. ფსიქოსოციალური დახმარება და/ან ფსიქოთერაპია;
3. ფსიქოფარმაკოთერაპია.

ფსიქოთერაპია

დადასტურებულია, რომ კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპია პტსა-ის მკურნალობის ყველაზე შესწავლილი და ეფექტური მეთოდია. ის მოიცავს ექსპოზიციურ თერაპიას, სტრესის ინოკულაციურ (იმუნიზაციურ) ტრეინინგსა და კოგნიტიურ

თერაპიას. ყველა ეს მეთოდი (ანუ ტექნიკა) სპეციფიკური არის პტსა-ის მენეჯმენტისათვის, ვინაიდან ფოკუსირებულია მატრავმირებელ მოვლენაზე. ექსპოზიციური თერაპიის დროს პაციენტს მივმართავთ ტრავმულ მოვლენებზე. ეს მეთოდი საკმაოდ ეფექტურია დახარჯული დროის თვალსაზრისით და წარმატება მიიღწევა 9-12 სესიონში.

- თუ ექსპოზიციურ თერაპიას ვუმატებთ სხვა სახის კოგნიტიურ-ქცევით თერაპიას, ეს საკითხი საჭიროებს გასაკუთრებულ სიფრთხილეს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში. შესაბამისი ნდობის გარეშე, შესაძლოა პაციენტმა თავი აარიდოს ფსიქოთერაპიულ მკურნალობას და ეს დაუმორჩილება გამოვლინდება სესიონებზე არარეგულარული გამოცხადებით. თვითნებურად მკურნალობის შეწყვეტა, აშშ-ში დაახლოებით 20 %-ის ფარგლებშია, რაც სხვა შფოთვითი აშლილობების მონაცემების მსგავსია.

მკურნალობის ალგორითმი

პტსა-ის სამკურნალოდ გამოიყენება მრავალი ფსიქოთერაპიული ტექნიკა და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება. ეს რეკომენდაციები ემყარება კლინიკურ გამოკვლევებით მიღებულ მტკიცებულებებს.

- პაციენტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად – პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, ნაჩვენებია მკურნალობის დაწყება;
- მკურნალობის გეგმის შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის უფლება თანხმობა განაცხადოს მკურნალობაზე; დაავადების სიმწვავე, თანმხლები დაავადებები, გართულებები, ნარკომანია ან სუიციდის რისკი, ასევე – ადრე ჩატარებული მკურნალობა. ზოგ ქვეყანაში, მკურნალობის ხარჯებიც შეიძლება იქნას გათვალისწინებული;
- პტსა-ის დროს ექიმის სტრატეგია მიმართულია 5 მიზნის მისაღწევად:
 1. შემცირდეს ბაზისური (დერძული) სიმპტომები;
 2. გაუმჯობესდეს სტრესისადმი მდგრადობა;
 3. გაუმჯობესდეს ცხოვრების ხარისხი;
 4. შემცირდეს ინვალიდობა;
 5. შემცირდეს კომორბიდობა.
- მკურნალობის ვარიანტებია – მედიკამენტური მკურნალობა, ფსიქოთერაპია ან ამ ორის კომბინაცია;
- მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებამდე, პაციენტს უნდა ავუხსნათ პტსა-ის გამომწვევი მექანიზმები;
- პაციენტი, რომელსაც წინასწარ ავუხსნით მკურნალობის სარგებელსა და შესაძლო გვერდით მოვლენებს უკეთ ემორჩილება მკურნალობის სქემას;
- პტსა-ის მქონე პაციენტები ზოგჯერ გამოხატავენ უსაფუძვლო ან გაზვიადებულ შიშებს ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატების გვერდითი მოვლენების მიმართ (მაგ: მიჩვევის შიში);
- გამოხატული პლაცებო-ეფექტი კარგად ცნობილი ფენომენია ზოგადად შფოთვითი აშლილობების და, კერძოდ, პტსა-ის მკურნალობის პროცესში;

- არ არის რეკომენდებული ისეთი მკურნალობის გამოყენება, რომელსაც პლაცებოზე მაღალი ეფექტურობა არ გააჩნია, არ იწვევს სპონტანურ რემისიას ან რეგრესიის ტენდენციას სუსტი აქვს. პლაცებო ეფექტი დროთა განმავლობაში შეიძლება შესუსტდეს. უფრო მეტიც, მსგავსი არასრულყოფილი მკურნალობის გამოყენებით, პაციენტმა შეიძლება უარი თქვას ხელმისაწვდომ ეფექტურ ალტერნატიულ მკურნალობაზეც;
- დადასტურებული ეფექტურობის არამქონე მედიკამენტების გამოწვევით მნიშვნელოვანი დანახარჯები დააწვევა ჯანდაცვის სისტემას და საზოგადოებას.

რეკომენდაცია 1. მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა

1.1. მკურნალობის თანმიმდევრობის განსაზღვრა

პტსა-ის მკურნალობის დაწყებისას გასათვალისწინებელია, თუ რომელ სტრატეგიას მიენიჭება უპირატესობა: მხოლოდ ფსიქოთერაპიას, მხოლოდ მედიკამენტურ ჩარევას თუ ამ ორის კომბინაციას. ამ არჩევანის დროს გასათვალისწინებელია პაციენტის ასაკი, მდგომარეობის სიმწვავე და მიმდინარეობის ტიპი, რაც ასახულია ცხრილში.

ასაკი	სიმწვავე	მწვავე პტსა	ქრონიკული პტსა
ბავშვთა ასაკი, ადრეული მოზარდობის ხანა	მსუბუქი	დაწყება ფსიქოთერაპიით	დაწყება ფსიქოთერაპიით
	მწვავე	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია
გვიანი მოზარდობის ხანა, ზრდასრული ასაკი	მსუბუქი	დაწყება ფსიქოთერაპიით	დაწყება ფსიქოთერაპიით
	მწვავე	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია
გერიატრიული ასაკი	მსუბუქი	დაწყება ფსიქოთერაპიით	დაწყება ფსიქოთერაპიით
	მწვავე	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია	დაწყება ფსიქოთერაპიით ან მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაცია

12. მკურნალობის თანმიმდევრობის განსაზღვრა იმ შემთხვევებში, როცა პტსა-ის თანმსვლელობა სხვა ფსიქიკური აშლილობები.

თანმსვლელობა აშლილობა	რეკომენდებული სტრატეგია
დეპრესიული აშლილობა	მკურნალობა დაიწყეთ მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციით
ბიპოლარული აშლილობა	მკურნალობა დაიწყეთ მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციით
სხვა შფოთვითი აშლილობები (მაგ. პანიკური აშლილობა, სოციალური ფობია, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, გენერალიზებული აშლილობა	მკურნალობა დაიწყეთ მედიკამენტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციით
ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ან ნარკომანია	მსუბუქი ფორმებისას მიზანშეწონილია ერთდროულად დაიწყოს როგორც ნარკომანიის, ისე პტსა-ის მკურნალობა; ხოლო მძიმე შემთხვევებში უმჯობესია პირველად უმკურნალოთ წამალდამოკიდებულების პრობლემას.

რეკომენდაცია 2. საწყისი ფსიქოთერაპიის შერჩევა

პტსა-ის მკურნალობაში ყველაზე წარმატებულად გამოიყენება სამი ტიპის ფსიქოთერაპიული ტექნიკა: ექსპოზიციური თერაპია, კოგნიტიური თერაპია და შფოთვის მართვა. მაგრამ ყოველ მათგანს თავისი სამიზნე სიმპტომები აქვს, რაც ასახულია მომდევნო ცხრილში.

დომინანტური სიმპტომი	რეკომენდებული ტექნიკა	ასევე მისაღებია
თავსმოხვეული (ინტრუზიული) ფიქრები	<ul style="list-style-type: none"> ექსპოზიციური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> კოგნიტიური თერაპია შფოთვის მართვა ფსიქოგანათლება თამაშით თერაპია ბავშვებში
ფლეშბეკები	<ul style="list-style-type: none"> ექსპოზიციური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> შფოთვის მართვა კოგნიტიური თერაპია ფსიქოგანათლება
ტრავმასთან დაკავშირებული შიშები, პანიკა და ამრიდებლობა	<ul style="list-style-type: none"> ექსპოზიციური თერაპია კოგნიტიური თერაპია შფოთვის მართვა 	<ul style="list-style-type: none"> ფსიქოგანათლება ბავშვებში თამაშით თერაპია
ემოციური გახევება, (გაყინვა), გაუცხოება, ინტერესების დაკარგვა	<ul style="list-style-type: none"> კოგნიტიური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> ფსიქოგანათლება ექსპოზიციური თერაპია
გამღიზიანებლობა, განრისხების (დისფორიული)	<ul style="list-style-type: none"> კოგნიტიური თერაპია შფოთვის მართვა 	<ul style="list-style-type: none"> ფსიქოგანათლება თამაშით თერაპია

ეპიზოდები		ბავშვებში
ბრალეულობის ან ცოდვიანობის განცდა	<ul style="list-style-type: none"> • კოგნიტიური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> • ფსიქოგანათლება • თამაშით თერაპია ბავშვებში
ზოგადი შფოთვა (ზეგამღიზიანებლობა, ზესიფსიზლე, კროთმები)	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვის მართვა • ექსპოზიციური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> • კოგნიტიური თერაპია • ფსიქოგანათლება • თამაშით თერაპია ბავშვებში
ძილის დარღვევები	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვის მართვა 	<ul style="list-style-type: none"> • ექსპოზიციური თერაპია • კოგნიტიური თერაპია • ფსიქოგანათლება
კონცენტრაციის სირთულეები	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვის მართვა 	<ul style="list-style-type: none"> • კოგნიტიური თერაპია • ფსიქოგანათლება

რეკომენდაცია 3. საწყის ეტაპზე მედიკამენტის შერჩევა

- ექსპერტების უმრავლესობა და ლიტერატურული წყაროები სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებს (სუმი) აღიარებენ, როგორც პირველი რიგის პრეპარატებს. მათი მოქმედების სპექტრის გათვალისწინებით ეს ჯგუფი აკმაყოფილებს ყველა მოთხოვნას, რასაც პტსა-ის მენეჯმენტი აყენებს ექიმის წინაშე: ამცირებს სიმპტომატიკას და ზოგად უუნარობას, აუმჯობესებს ფუნქციონირებას და სტრესისადმი მდგრადობას, ამასთან, მკურნალობს თანმხლებ დეპრესიასა და შფოთვას. (**A დონის მტკიცებულება**);
- პტსა-ის მკურნალობისათვის ასევე კლინიკურად სარწმუნოდ ითვლება შემდეგი ფარმაკოლოგიური საშუალებები: ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები (**A დონის მტკიცებულება**), ასევე ანტიკონვულსანტები (**C დონის მტკიცებულება**) და ბენზოდიაზეპინები (**C დონის მტკიცებულება**);
- ორმაგი ბრმა მეთოდით დადასტურებულია ტცა-ის – ამიტრიპტილინისა და იმიპრამინის ეფექტურობა (50-300 მგ/დღ), მაგრამ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ჯგუფის გამოყენება შეზღუდულად უნდა მოხდეს, ვინაიდან დღის განმავლობაში იწვევს ძილიანობას, ხასიათდება კარდიოტოქსიკურობით, იწვევს რეაქციის დროის შენელებას და ზრდის საგზაო შემთხვევების რისკს. (**III-C**);
- ნეფაზოდონის ეფექტურობა დადასტურებულია რიგი კვლევებით (**C დონის მტკიცებულებები**);
- სერტრალინის ეფექტურობა დადასტურებულია რიგი კვლევებით (**A - B დონის მტკიცებულება**);
- პტსა-ის დროს ბენზოდიაზეპინების ეფექტურობა დასაბუთებული არ არის. უფრო მეტიც, არსებობს მტკიცებულებები, რომ პტსა-ის მქონე პაციენტების კლინიკური მდგომარეობა უარესდება ამ პრეპარატების

გამოყენებით. კერძოდ, უარესდება კოგნიტური ფუნქციები (მაგალითად, ახალი მასალის ათვისება) და შესაძლოა ძალზე მალე განვითარდეს აბსტინენციისმაგვარი მდგომარეობაც. გასათვალისწინებელია მათი მაპოტენცირებელი მოქმედება ალკოჰოლის მოხმარებისას. ამიტომ ბენზოდიაზეპინების გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ მცირე პერიოდის განმავლობაში, პტსა-ის საწყის ეტაპზე ძილის მწვავე დარღვევების შემთხვევაში;

- თანმიმდევრულად, 4 დამის განმავლობაში პაციენტის უძილობის შემთხვევაში ექიმმა უნდა მოახდინოს ამ პრობლემის სიმპტომატური გადაჭრა უპირატესად არა ბენზოდიაზეპინების რიგის საძილე საშუალებებით.

რეკომენდაცია 4. მედიკამენტის შერჩევა ზოგიერთი თანმხლები ფსიქიკური აშლილობის დროს

მითითება: ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება შეზღუდულია ანამნეზში წამალდამოკიდებულების მქონე პირთათვის.

თანმხლები დაავადება	რეკომენდებული მედიკამენტი	ასევე მისაღებია
უნებოლარული დეპრესიული აშლილობა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) 	
ბიპოლარული აშლილობა, დეპრესიული ეპიზოდი	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი) 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა
ბიპოლარული აშლილობა, მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური ეპიზოდი	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატები • კონვენციული ანტიფსიქოზური საშუალებები
ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა
პანიკური აშლილობა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები

	<ul style="list-style-type: none"> • ვენლაფაქსინი 	
სოციალური ფობია	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები
გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები • ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი

რეკომენდაცია 5. მედიკამენტის შერჩევა ზოგიერთი თანმხლები სომატური პრობლემების დროს

მითითება: ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება შეზღუდულია ანამნეზში წამალდამოკიდებულების მქონე პირთათვის.

თანმხლები დაავადება	რეკომენდებული მედიკამენტი	ასევე მისაღებია
ცნს-ის დაზიანება (მაგ.: თავის ტვინის ტრავმა, ეპილეფსია, ინსულტი)	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი)
ქრონიკული ტკივილის სინდრომი	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
ჰიპერტენზია	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ანტიდრენერგული საშუალებები • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები • ბენზოდიაზეპინები (მაგ.: კლონაზეპამი) • ტცა
გულის დაავადებები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ბენზოდიაზეპინები (მაგ.: კლონაზეპამი) • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
ფარისებრი ჯირკვლის პრობლემები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
დიაბეტი	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები

		•
რესპირატორული სისტემის დაავადებები (მაგ.: ასთმა, ემფიზემა)	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
კუჭნაწლავის ტრაქტის დაავადებები (მაგ.: წყლულოვანი დაავადება)	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები
ღვიძლის დაავადებები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	

რეკომენდაცია 6. საწყისი მკურნალობის ხანგრძლივობა

სანამ ექიმი გადაწყვეტს, რომ პაციენტს ესაჭიროება მედიკამენტის შეცვლა, უნდა დარწმუნდეს, რომ პრეპარატი შერჩეულია ოპტიმალური დოზით და მკურნალობის დაწყებიდან საკმარის დროა გასული. ხშირად პაციენტები იღებენ მრავალ პრეპარატს და კლინიციუსს უჭირს შეაფასოს, რომელი პრეპარატია ეფექტური. ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია ასეთ პაციენტებს დაეთმოს ცოტა მეტი დრო.

პრეპარატთა ჯგუფები	დანიშნულების მიღების ხანგრძლივობა, რის შემდეგაც მისაღებია პრეპარატის შეცვლა ან ახლის დამატება	
	პასუხი არ არის	პასუხი ნაწილობრივია
ანტიდეპრესანტი	6 კვირა	8 კვირა
ანტიფსიქოზური	3 კვირა	4 კვირა
ბენზოდიაზეპინი	2 კვირა	3 კვირა
ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი	4 კვირა	5 კვირა
გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები	4 კვირა	6 კვირა
ანტიადრენერგული	2 კვირა	3 კვირა

რეკომენდაცია 7. მკურნალობის მეორე ეტაპი

იმ შემთხვევაში, თუ საწყისი მკურნალობის დანიშნულ დროს გარკვეული პერიოდის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა საჭიროა გარკვეული ცვლილებების განხორციელება მკურნალობის ტაქტიკაში. მაგალითად, თუ პაციენტი არის მონოთერაპიაზე (ან მხოლოდ ფსიქოთერაპია ან მხოლოდ მხოლოდ მედიკამენტური თერაპია) მიზანშეწონილია ან იმ ტიპის მკურნალობის დამატება, რაც ადრე დანიშნული არ ჰქონდა (მაგალითად, ფსიქოთერაპიას ემატება მედიკამენტური მკურნალობა და პირიქით); ან მკურნალობის შეცვლა (ახალ მედიკამენტზე გადაყვანა, ახალი ფსიქოთერაპიული ტექნიკა).

როცა პტსა-ის მკურნალობის სამი ძირითადი ფსიქოთერაპიული სტრატეგიიდან ერთ-ერთი შედეგს არ იძლევა, რეკომენდებულია დანარჩენი ორის დამატება შემდეგი ალგორითმის დაცვით:

თუ პაციენტს უტარდებოდა	კომბინირება მიზანშეწონილია	ასევე მისაღებია
შფოთვის მართვა	<ul style="list-style-type: none"> • კოგნიტიური თერაპია • ექსპოზიციური თერაპია 	ფსიქოგანათლება
კოგნიტიური თერაპია	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვის მართვა • ექსპოზიციური თერაპია 	ფსიქოგანათლება
ექსპოზიციური თერაპია	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვის მართვა • კოგნიტიური თერაპია 	ფსიქოგანათლება

როცა პტსა-ის საწყისი მედიკამენტური მკურნალობა უშედეგოა, ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია სხვა ჯგუფის პრეპარატზე გადართვა. მაგალითად, საბრძოლო მოქმედებებით გამოწვეული პტსა-ის მქონე პაციენტების სეროტონინის უკუმიტაციების სელექტიური ინჰიბიტორების მიმართ სრული რეზისტენტობისას რეკომენდებულია ოლანზაპინის (**C დონის მტკიცებულება**) ან რისპერიდონის (**B დონის მტკიცებულება**), ასევე მეორე თაობის ანტიდეპრესანტების, მაგალითად ვენლაფაქსინის გამოყენება.

ექსპერტების მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები ასახულია ცხრილში:

თუ საწყისი მკურნალობისათვის გამოყენებული იყო:	გადასვლა რეკომენდებულია შემდეგ ჯგუფზე
<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი (სეროტონინის უკუმიტაციების სელექტიური ინჰიბიტორი) 	<ul style="list-style-type: none"> • ვენლაფაქსინი • ნეფაზოდონი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) • მონოამინოოქსიდაზის ინჰიბიტორი • სხვა სუმსი • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი)
<ul style="list-style-type: none"> • ნეფაზოდონი 	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ვენლაფაქსინი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) • მონოამინოოქსიდაზის ინჰიბიტორი • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი)
<ul style="list-style-type: none"> • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) • ნეფაზოდონი • მონოამინოოქსიდაზის ინჰიბიტორი • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები

	(მაგ.: დივალპროექსი)
<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი, დანიშნული ექსპლოზიურობის, გამდიზიანებლობის და აგრესიულობის გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • ამავე ჯგუფის სხვა პრეპარატი • სუმსი • ატიპური ანტიფსიქოზური • ვენლაფაქსინი • ნეფაზოდონი • ტცა
<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი – დანიშნული პტსა-ის თანმხლები ბიპოლარული აშლილობის გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • უნდა გაგრძელდეს იგივე პრეპარატი • დაემატოს სუმსი
<ul style="list-style-type: none"> • ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი, დანიშნული ექსპლოზიურობის, გამდიზიანებლობის და აგრესიულობის გამო. 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი) • ანტიდეპრესანტი • სხვა ატიპური ანტიფსიქოზური
<ul style="list-style-type: none"> • ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი, დანიშნული პტსა-სთან ასოცირებული გამოხატული ფლემუბეკების, დისოციაციური სიმპტომების და ფსიქოზური სიმპტომების გამო. 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი • ანტიდეპრესანტი • სხვა ატიპური ანტიფსიქოზური • კონვენციური ანტიფსიქოზური

როცა პაციენტის მდგომარეობა ნაწილობრივ უმჯობესდება, საჭიროა დანიშნულების გარკვეული მოდიფიკაცია. ექსპერტთა მოსაზრებები ასახულია ცხრილში:

	ნაწილობრივი პასუხი მხოლოდ ფსიქოთერაპიაზე	ნაწილობრივი პასუხი მხოლოდ მედიკამენტზე	ნაწილობრივი პასუხი ფსიქოთერაპიის და მედიკამენტის კომბინაციაზე
მწვავე პტსა	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ მედიკამენტი და/ან • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა ფსიქოთერაპიულ ტექნიკაზე 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ფსიქოთერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ან გადადით სხვა მედიკამენტზე და/ან • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა ფსიქოთერაპიულ ტექნიკაზე
ქრონიკული პტსა	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ მედიკამენტი და/ან • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა ფსიქოთერაპიულ ტექნიკაზე 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ფსიქოთერაპია და/ან • დაამატეთ სხვა პრეპარატი 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ან გადადით სხვა მედიკამენტზე ან • მედიკამენტის დოზა მაქსიმალურ დასაშვებ

			<p>დოზამდე ასწიეთ და/ან</p> <ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა ფსიქოთერაპიულ ტექნიკაზე
<p>პტსა, მკვეთრად გამოხატული სუიციდური ან აგრესიულობის ტენდენციებით</p>	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ მედიკამენტი და/ან • დაამატეთ სხვა ფსიქოთერაპიული ტექნიკა 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ფსიქოთერაპია და/ან • დაამატეთ სხვა პრეპარატი 	<ul style="list-style-type: none"> • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა მედიკამენტზე ან • მედიკამენტის დოზა მაქსიმალურ დასაშვებ დოზამდე ასწიეთ და/ან • დაამატეთ ან გადართეთ სხვა ფსიქოთერაპიულ ტექნიკაზე

ნაწილობრივი პასუხის შემთხვევაში, დამატებითი მედიკამენტური მკურნალობისათვის რეკომენდებული პრეპარატების ჩამონათვალი:

თუ საწყისი მკურნალობისათვის გამოყენებული იყო:	რეკომენდებულია შემდეგი ჯგუფის დამატება:
<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი (სეროტონინის უკუმიტაციების სელექციური ინჰიბიტორი) 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი (მაგ.: დივალპროექსი) • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
<ul style="list-style-type: none"> • ნეფაზოდონი 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი
<ul style="list-style-type: none"> • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი
<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი, დანიშნული ექსპლოზიურობის, გამღიზიანებლობის და აგრესიულობის გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ატიპური ანტიფსიქოზური • გუნებ-განწყობის სხვა სტაბილიზატორი • ტრაზოდონი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი
<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი – დანიშნული პტსა-ის თანმხლები ბიპოლარული აშლილობის გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი

	<ul style="list-style-type: none"> • ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი • გუნებ-განწყობის სხვა სტაბილიზატორი
<ul style="list-style-type: none"> • ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი, დანიშნული ექსპლოზიურობის, გამდიზიანებლობის და აგრესიულობის გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი • ანტიდეპრესანტი
<ul style="list-style-type: none"> • ატიპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი, დანიშნული პტსა-სთან ასოცირებული გამოხატული ფლემბეკების, დისოციაციური სიმპტომების და ფსიქოზური სიმპტომების გამო 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი • ანტიდეპრესანტი • კლონაზეპამი

მკურნალობისადმი სრული რეზისტენტობის დროს, როცა ექიმმა სრულად გამოიყენა მის ხელთ არსებული მედიკამენტური და ფსიქოთერაპიული საშუალებები, უმთავრესია კიდევ ერთხელ დააკვირვებით შეაფასოს რეზისტენტობის სავარაუდო მიზეზები (მაგალითად, წამალთდამოკიდებულება, თანმხლები ფსიქიკური აშლილობები). ამ ეტაპზე მკურნალობის დაგეგმვა ექიმის კლინიკურ აზროვნებაზე და გამოცდილებაზეა დამოკიდებული. ქვემოთ მოცემული ცხრილი ექიმს დაეხმარება ადეკვატური თერაპიის შერჩევაში.

	რეკომენდებულია
შეფასების სტრატეგიები	<ul style="list-style-type: none"> • გამორიცხეთ წამალთდამოკიდებულების არსებობა; • შეაფასეთ თანმხლები ფსიქიკური აშლილობები; • გამორიცხეთ ნევროლოგიური და სხვა ზოგადი პროფილის დაავადების არსებობა; • ხელმეორედ გადასინჯეთ პტსა-ის დიაგნოზი.
მედიკამენტური ჩარევა	<p>გამოიყენეთ მედიკამენტების კომბინაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> • მიზანშეწონილია კომბინაცია: ანტიდეპრესანტი + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი <p>ასევე მისაღებია შემდეგი კომბინაციები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ანტიდეპრესანტი + ანტიფსიქოზური; • ანტიდეპრესანტი + ანტიფსიქოზური + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი; • ორი ანტიდეპრესანტი; • დამატებით ბენზოდიაზეპინი ან ტრაზოდონი
ფსიქოსოციალური ჩარევა	<ul style="list-style-type: none"> • ფსიქოთერაპიული ტექნიკების კომბინაცია (ზემოთ მოყვანილი ცხრილი); • სპეციალური რეაბილიტაციური პროგრამის

	<p>დამატება (მაგ.: სოციალური ჩვევების გაძლიერება, შრომითი რეაბილიტაცია);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ოჯახური ფსიქოთერაპიის დამატება.
<p>ჰოსპიტალიზაციის ინდიკატორები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სუიციდის რისკი; • მომატებული სოციალური საშიშროება.

რეკომენდაცია 8. შემანარჩუნებელი თერაპია

ეფექტურად ჩატარებული საწყისი მკურნალობა, რომელიც გრძელდება 3 თვე ან მდგომარეობის სტაბილიზაციამდე, საჭიროებს გარკვეული პერიოდით განმამტკიცებელ მკურნალობას. ცხრილში წარმოდგენილია რეკომენდაციები შემანარჩუნებელი ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ინტენსივობის და ხანგრძლივობის შესახებ.

<p>მდგომარეობა სტაბილიზაციის შემდეგ ფსიქოთერაპიის ხანგრძლივობა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პტსა: ფსიქოთერაპია გააგრძელეთ კიდევ 3 თვე - ინოკულაციური სესიებით ყოველ 2-4 კვირაში; • ქრონიკული პტსა: ფსიქოთერაპია გააგრძელეთ კიდევ 6 თვე - ინოკულაციური სესიებით თავდაპირველად ყოველ 2-4 კვირაში, ხოლო შემდეგ უფრო იშვიათად.
<p>ინოკულაციური სესიების ინდიკატორები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მიმდინარე ცხოვრებისეული სტრესორები; • სოციალური დახმარების დეფიციტი; • წარსულში მაღალი სუიციდური რისკი; • ძალადობის ფაქტები ანამნეზში; • ზოგიერთი სიმპტომის რეზისტენტობა; • ფუნქციონირების დაქვეითება; • თანმხლები ფსიქიკური აშლილობები; • თანმხლები სომატური დაავადებები.

ეფექტური მკურნალობა ასევე საჭიროებს გარკვეული პერიოდით შემანარჩუნებელი მედიკამენტური მკურნალობის ჩატარებას. ცხრილში წარმოდგენილია რეკომენდაციები შემანარჩუნებელი მედიკამენტური მკურნალობის ხანგრძლივობის და ინტენსივობის შესახებ.

<p>მკურნალობის ხანგრძლივობა, დოზის შემცირებამდე</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პტსა: 6-12 თვე; • ქრონიკული პტსა კარგი რემისიით: 12-24 თვე; • ქრონიკული პტსა რეზიდუალური სიმპტომებით: სულ ცოტა 24 თვე და უფრო მეტიც, თუ ქვემოთ მოყვანილი ინდიკატორები არსებობს.
<p>მედიკამენტური მკურნალობის გახანგრძლივების ინდიკატორები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მიმდინარე ცხოვრებისეული სტრესორები; • სოციალური დახმარების დეფიციტი; • წარსულში მაღალი სუიციდური რისკი; • ძალადობის ფაქტები ანამნეზში; • თანმხლები ფსიქიკური აშლილობები;

	<ul style="list-style-type: none"> პტსა-ის სიმპტომების ხანგრძლივად არსებობა ; ფუნქციონირების დაქვეითება; ანამნეზში პტსა-ის მწვავე სიმპტომები.
ექიმთან ვიზიტების ინტენსივობა მედიკამენტის დოზის კონტროლისათვის	<ul style="list-style-type: none"> 3-6 თვე: თვეში ერთხელ; 6-12 თვე: 1-2 თვეში ერთხელ; 12 თვის შემდეგ: 3 თვეში ერთხელ.
მედიკამენტის დოზის კლება	<ul style="list-style-type: none"> აღკვეთის სინდრომის პროფილაქტიკისათვის: მედიკამენტის დოზის შემცირება ყოველ 2 კვირაში ან 1 თვეში, გარდა ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატებისა, რომელთა დოზის კლება უნდა მოხდეს ერთ თვის მანძილზე ან მეტი ხნის განმავლობაში. გამწვავების ანუ რელაფსის თავიდან ასაცილებლად მედიკამენტის მოხსნა უნდა მოხდეს 4-12 კვირის განმავლობაში, გარდა ბენზოდიაზეპინებისა, რომლის მოხსნის პერიოდი 12 კვირაზე მეტ ხანს შეიძლება გაგრძელდეს.

რეკომენდაცია 9. მედიკამენტის დოზირება

დოზის შერჩევასას გაითვალისწინეთ პაციენტის ისეთი სპეციფიკური მახასიათებლები, როგორცაა ასაკი, სომატური მდგომარეობა, უკვე დანიშნული მედიკამენტები.

	მწვავე ფაზა				
	მოზრდილის საწყისი დოზა (მგ/დღ)	საშუალო დოზა (მგ/დღ)			უმაღლესი დოზა (მგ/დღ)
		მოზრდილი	ბავშვი	გვიანი ასაკი	
სუმსი ციტალოპრამი	20	20-40	20	20	60
ფლუოქსეტინი	10-20	20-50	10-20	20	80
ფლუოქსამინი	50	100-250	50	100	300
პაროქსეტინი	10-20	20-50	20	20	50
სერტრალინი	25-50	50-150	50	75	200
სხვა ანტიდეპრესანტები ნეფაზოდონი	100	300-500	200	250	600
ვენლაფაქსინი	75	75-225	50	150	225
გუნებ-განწყობის					

სტაბილიზატორები დივალპროექსი	500	500-1500	750	750	2000
ანტიფსიქოზურები ჰალოპერიდოლი	2	2-10	1.5	3	20
რისპერიდონი	1	2-6	1.5	2.5	8
ოლანზაპინი*	5	5-15	5	7.5	20
ქუეტიპინი	50	100-400	-	150	800
შფოთვის საწინააღმდეგო საშუალებები ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი	15	20-60	20	30	60
ალპრაზოლამი	1	1-4	1	1.5	4
კლონაზეპამი	1	1-4	1.5	1.5	4

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
“შიდმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების
დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.”

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს:

- მულტიპროფესიულ მიდგომას – მკურნალობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი;
- ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობას საერთაშორისოდ აპრობირებული ფსიქოტროპული საშუალებებით და მტკიცებულებითი მედიცინის შესაბამისი პატერნებით;
- დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის პროცესში ზოგადი პროფილის სპეციალისტების ჩართვას – ნევროპათოლოგი, თერაპევტი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვა;
- პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევას თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ კლინიკურ ლაბორატორიებში – ღვიძლის, თირკმლის და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების განსაზღვრა, სისხლში ელექტროლიტების და სამკურნალო პრეპარატების კონცენტრაციის განსაზღვრა, ელექტროენცეფალოგრაფია და ელექტროკარდიოგრაფია, MRI-ტომოგრაფია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი და სხვა;
- გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ფსოქოსოციალურ ინტერვენციაზე;
- ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული განთავსებული უნდა იყოს რეგიონული/კომუნური პრინციპით;

- თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის სასწავლო პროგრამების შედგენას და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგებს.

**პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის
(უოტსონის)**

სახელი, გვარი, ასაკი

ინსტრუქცია: გამომცდელმა უნდა წაუკითხოს ცდის პირს A-1 (საჭიროებისას A-2) და შეავსოს შესაბამისი ცარიელი უჯრები. გამომცდელი ავსებს აგრეთვე A-3 უჯრედსაც, ხოლო შემდეგ სადცდელ პირს აწოდებს შეფასების სკალას (გასაღებს). გამომცდელი ვალდებულია ხმამაღლა წაუკითხოს ყველა პუნქტი და სთხოვოს საცდელ პირს მოახდინოს თითოეული პუნქტის თვითშეფასება სკალის გამოყენებით. გამომცდელი იწერს ყოველ პასუხს და შემდგომ პუნქტს კითხულობს. საბოლოოდ, გამომცდელი ავსებს შემაჯამებელ განყოფილებას.

A-1 გადაგიტანიათ თუ არა ძალზე უჩვეულო და, ამავე დროს, ძალზე საშიში მოვლენა, რომელიც შესძრავდა ნებისმიერ ადამიანს (მაგ. საომარი მოქმედებანი)?

დიახ -----
რა შეგემთხვათ? -----

(A-1-ზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გამოტოვეთ A-2 და გადადიეთ A-3-ზე),

A-2. A-1-ზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, საცდელ პირს ჰკითხეთ “რა იყო ყველაზე საშიში და საზარელი მოვლენა, რაც თქვენ გადაგიტანიათ?”

A-3 თუ მოვლენა, აღნიშნული A-1 A-2 პუნქტებში, არის როგორც უჩვეულო (“სცილდება ნორმალური ადამიანური გამოცდილების საზღვრებს”), ასევე მეტად ძლიერი (“მოსალოდნელია გამოიწვიოს სტრესისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები ნებისმიერ ადამიანში”), იგი განისაზღვრება, როგორც ტრავმა. თუ A-1, A-2 პუნქტებიდან ერთ-ერთი არ იქნა გამოვლენილი, სავარაუდოა, რომ საცდელ პირს ტრავმა არ გადაუტანია.

განუცდია თუ არა საცდელ პირს ფსიქოტრავმა: დიახ ----- არა -----
რა ასაკში გადაიტანა ტრავმა: ----- თარიღი: -----
(მიაწოდეთ საკვლევ პირს შეფასების სკალა და სთხოვეთ შეარჩიოს მომდევნო შეკითხვებზე პასუხი).

შეფასების სკალა

1. არა, არასდროს
2. ძალიან მცირე
3. არარსებითად, ზოგჯერ, ხანდახან
4. ნაწილობრივ, ჩვეულებრივ, საშუალოდ
5. ხშირად, ცოტაოდენზე მეტად
6. ძლიერ, საკმაოდ ხშირად
7. უკიდურესად, ყოველთვის.

B-1	გაქვთ ამდელვებელი (წონასწორობიდან გამომყვანი) მოგონებები სტრესორის შესახებ, რომელიც დროდადრო იძულებით აღწევს (გზას იკაფავს) თქვენს მესხიერებაში	
B-2	გაქვთ განმეორებადი უსიამოვნო სიზმრები სტრესორის შესახებ	
B-3	ოდესმე მოულოდნელად გიმოქმედიათ ან გქონიათ შეგრძნება, თითქოს სტრესორი კვლავ განმეორდა (ფლეშბეკი, ილუზიები, ჰალუცინაციები ან სხვა სახით მოვლენის “გაცოცხლება”, თუნდაც ნასვამ მდგომარეობაში ან უეცარი გაღვიძებისას).	
B-4	ძლიერ გაღიზიანებთ ის საგნები (მოვლენები), რაც სტრესორს გახსენებთ	
C-1	გიცდიათ ოდესმე თავი აგერიდებინათ სტრესორზე ფიქრისათვის ან იმ გრძნობისათვის, რომლებიც ასოცირებულნი არიან სტრესორთან?	
C-2	გიცდიათ ზოგჯერ თავი აგერიდებინათ იმ საქმიანობისათვის და სიტუაციებისათვის, რომლებიც გახსენებენ სტრესორს?	
C-3	ხომ არ შეგინიშნავთ, რომ ზოგჯერ ვერ იხსენებთ მოვლენასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ფაქტებს, ეპიზოდებს ან ვითარებას?	
C-4	ხომ არ დაგიკარგავთ ინტერესი იმ საგნებისადმი, რაც თქვენთვის ძლიერ მნიშვნელოვანი იყო სტრესულ მოვლენამდე?	
C-5	გრძნობთ ემოციურ გასადავებას და შეზღუდულობას სხვა ადამიანებთან შედარებით სტრესორის მოქმედების შემდეგ?	
C-6	ყოფილა შემთხვევები, როცა თქვენ გრძნობდით, რომ არ შეგიძლიათ ემოციათა გამოხატვა ისე სრულად და თავისუფლად, როგორც ადრე?	
C-7	მოვლენის შემდეგ თქვენ გქონდათ პერიოდები, როცა ფიქრობდით, რომ აღარ გაქვთ მომავალი, შეუძლებელია შექმნათ ბედნიერი ოჯახი, მიაღწიოთ მაღალ თანამდებობას ან დიდხანს იცოცხლოთ?	
D-1	მოვლენის შემდეგ დროდადრო ვიჭირთ ჩაძინება ან შემცირებული გაქვთ ძილის ხანგრძლივობა	
D-2	მოვლენის შემდეგ დროდადრო უფრო ადვილად ღიზიანდებით ან მოთმინებიდან გამოდიხართ	
D-3	მოვლენის შემდეგ იყო პერიოდები, როცა ჩვეულებრივზე მეტად გიჭირდათ კონცენტრირება და ყურადღების მოკრეფა	
D-4	მოვლენის შემდეგ იჩინებდით მეტ სიფრთხილეს ან გადაჭარბებულ ყურადღებას საშიში ხმაურის ან სხვა სახის გამღიზიანებელთა მიმართ, ვიდრე ადრე.	
D-5	მოვლენის შემდეგ დროდადრო მოულოდნელი ხმაური, მოძრაობა ან შეხება თქვენ გაფრთხობთ უფრო მეტად, ვიდრე ადრე.	
D-6	მოვლენასთან (სტრესორთან) დაკავშირებული ფაქტები, ნივთები, მოგონებები თქვენში იწვევს ოფლიანობას, სუნთქვის შეკვრას, კანკალს, დაძაბულობას ან მათზე რეაგირებთ სხვა ფიზიკური გამოვლინებით.	

E-1 – E-2 შეკითხვებზე გაეცით პასუხი: “დიახ” ან “არა”

E-1	ეს პრობლემები თქვენ გაქვთ სტრესორის ამოქმედების შემდეგ პერიოდულად, სულ მცირე თვეში 2-ჯერ მაინც	
E-2	ეს პრობლემები გქონდათ რამდენიმეჯერმე გასული თვის თითქმის ყოველ კვირაში	

E-3	როდის გაგიჩნდათ პირველად აღნიშნული პრობლემები (თვე, წელი)?	
-----	------------------------------------------------------------	--

შეჯამება

შეესაბამება თუ არა პასუხები DSM-ის კრიტერიუმებს:	დიახ	არა
A-სექტორი (ტრავმის ისტორია) დადებითი პასუხი A-3 პუნქტში		
B -სექტორი (ტრავმის განმეორებითი განცდა) სულ მცირე ერთი 4-ქულიანი შეფასება ან უფრო მაღალი B1, B-2, B-3 და B-4 პუნქტებზე		
C-სექტორი (ტრავმაზე ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდება) სულ მცირე სამი 4-ქულიანი შეფასება ან უფრო მაღალი C-1, C-2, C-3, C-4, C-5, C-6 და (ან) C-7 პუნქტებზე		
D-სექტორი სულ მცირე ორი “4” ქულიანი შეფასება ან უფრო მეტი D-1, D-2, D-3, D-4, D-5 და/ან D-6 პუნქტებზე		

დიაგნოზი

გახანგრძლივებული PTSD (დადებითი პასუხი შემაჯამებელ A,B,C,D-სექტორებსა და E-1 პუნქტზე გახანგრძლივებული PTSD		
მიმდინარე PTSD დადებითი პასუხი შემაჯამებელ A,B,C,D-სექტორებსა და E-2 პუნქტზე მიმდინარე PTSD		
PTSD-ის ზღვრული სიმწვავე (შეაჯამეთ ქულები B-1-დან D-6-ის ჩათვლით)		

გამოკვლევის თარიღი: -----

ხელმოწერა: -----