

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

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N 01-151 / ო ბრძანებით

შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში

(მოკლე ვერსია)

დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1 შესავალი

2 პიროვნებაზე ორიენტირებული ზრუნვა

3 ფსიქიატრიული დახმარების ძირითადი პრიორიტეტები

4 რეკომენდაციები

4.1 ზრუნვის ზოგადი პრინციპები ყველა ფაზაში

4.2 ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყება (პირველი ეპიზოდი)

4.3 მწვავე ეპიზოდის მკურნალობა

4.4 გამოჯანმრთელების ხელშეწყობა

5 პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

6 გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფი

7 დანართები

1. შესავალი

გაიდლაინში განხილულია მოზრდილთა “შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობების”¹ მკურნალობისა და მართვის საკითხები, რომელსაც ახორციელებს პირველადი ჯანდაცვის, სათემო და სპეციალიზებული სერვისები. აღნიშნული გაიდლაინი არ მოიცავს 18 წლამდე ასაკის მოზარდების მკურნალობის სპეციფიკურ საკითხებს.

შიზოფრენია წარმოადგენს ძირითად ფსიქიკურ დაავადებას ან აშლილობათა ჯგუფს, რომელსაც ახასიათებს აზროვნებისა და აღქმის ძირეული დარღვევები შეუსაბამო ემოციური რეაგირებითა და/ან ემოციური სფეროს გასადავებით. შიზოფრენიის მქონე ცალკეულ პიროვნებას აღნიშნება სიმპტომთა უნიკალური კომბინაცია, რომლის ჩამოყალიბებაზე გავლენას კონკრეტული გარემო ახდენს. ჩვეულებრივ, შიზოფრენია „პროდრომული“ პერიოდით იწყება, რომელსაც ახასიათებს პიროვნების ფუნქციონირების გაუარესება. ამ პერიოდის სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს მეხსიერებისა და კონცენტრაციის პრობლემებს, სოციალურ იზოლაციას, უცნაურ ქცევას, ახირებულ იდეებს, შეგრძნებების შეცვლას, კომუნიკაციის და აფექტური რეაგირების გაუარესებას, მოტივაციისა და ინტერესების დაქვეითებას. პროდრომულ ფაზას ჩვეულებრივ მოყვება მწვავე ფაზა, რომელსაც ახასიათებს ბოდვა, ჰალუცინაცია, იდეატორული ავტომატიზმი და ქცევითი დარღვევები. ამ სიმპტომებს ხშირად „პოზიტიურ სიმპტომებს“ უწოდებენ. ძირითადად, ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური ან სხვა სახის ინტერვენციის შედეგად პაციენტი გამოდის მწვავე მდგომარეობიდან, პოზიტიური სიმპტომები უკუვითარდება ან ქრება; თუმცა ზოგჯერ რჩება აპათია, მოტივაციისა და ინტერესების ნაკლებობა, სოციალური იზოლაცია. ამ სიმპტომებს „ნეგატიურ სიმპტომებს“ უწოდებენ. მესამე ფაზაში, რომელიც შეიძლება წლები გაგრძელდეს, ხშირად ვითარდება მწვავე ეგზაცერბაციები (გამწვაება), რომელიც, როგორც წესი, დამატებით ინტერვენციას საჭიროებს.

ზემოაღნიშნული მოდელი გავრცელებულია, თუმცა შიზოფრენიის მიმდინარეობა მრავალფეროვნებით გამოირჩევა. ზოგჯერ პოზიტიური სიმპტომები ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში არსებობს, ზოგჯერ კი წლების განმავლობაში. შიზოფრენიული აშლილობა შეიძლება დაიწყოს მწვავედ, პროდრომული პერიოდის გარეშე.

მსოფლიოში შიზოფრენიის გავრცელება საერთო პოპულაციაში საშუალოდ მოსახლეობის 1%-ს შეადგენს. პირველი სიმპტომები ხშირად ადრეული მოწიფულობის ასაკში იჩენს თავს, თუმცა შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ასაკში, ჩვეულებრივ როცა ადამიანი დამოუკიდებელ ცხოვრებას

¹ შიზოფრენია, შიზოტიპური, შიზოაფექტური და ბოდვითი აშლილობები

იწყებს. შიზოფრენიასთან დაკავშირებული სიმპტომები და ქცევა უარყოფით გავლენას ახდენს ოჯახსა და გარემოცვაზე.

შიზოფრენიის დიაგნოზი კვლავ დაკავშირებულია მნიშვნელოვან სტიგმასთან, შიშთან და საზოგადოების არასაკმარის გათვითცნობიერებასთან. შეტევის შემდეგ პირველი წლები შეიძლება მძიმე და ქაოტური იყოს, რის გამოც ამ დროს უფრო მაღალია სუიციდის რისკი. მწვავე ეპიზოდის დასრულების შემდეგ თავს იჩენს ისეთი პრობლემები, როგორცაა სოციალური გარიყვა, სამსახურში დაბრუნების ან სწავლის გაგრძელების სიმძნელები, ახალი ურთიერთობების დამყარების გართულება.

უკანასკნელ ხანს განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ადრეული გამოვლენისა და ინტერვენციის სერვისებს, გრძელვადიან გამოჯანმრთელებასა და პაციენტების მიერ საკუთარი დაავადების მართვაზე ფოკუსირებას. არსებობს მონაცემები, რომ ადამიანთა უმრავლესობა წარმატებით ძლევს დაავადებას, თუმცა ზოგჯერ პრობლემები ხანგრძლივად რჩება ან არსებობს მომავალში ეპიზოდების განმეორების საფრთხე.

პაციენტის მხარდამჭერი, ნათესავი და მეგობარი მნიშვნელოვან როლს უთამაშებს წარმოადგენს, როგორც შეფასების და პაციენტის ჩართვის ეტაპზე, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში ეფექტური მკურნალობის განხორციელებისთვის. გაიდლაინში გამოყენებული ტერმინი „**მხარდამჭერი პირი**“ გულისხმობს ყველას, ვისაც რეგულარული, ახლო ურთიერთობა აქვს პაციენტთან, მეგობრების, მეზობლების და ოჯახის წევრების ჩათვლით.

შიზოფრენიის დროს ხშირად გვხვდება სხვა მდგომარეობები, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, პიროვნების პათოლოგია და წამალდამოკიდებულება. წინამდებარე გაიდლაინი არ ფარავს აღნიშნულ საკითხებს.

2. პიროვნებაზე ორიენტირებული ზრუნვა

გაიდლაინში მოცემულია შიზოფრენიის მქონე პაციენტის მკურნალობის საუკეთესო პრაქტიკა. ყოველი მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღების წინ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტს და მხარდამჭერ პირს მიაწოდა სრული და გასაგები ინფორმაცია და ჩადო შესაბამისი ძალისხმევა თანხმობასთან დაკავშირებული საკითხების ასახსნელად. თუ პაციენტს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, პროფესიონალი მოქმედებს ფსიქიატრიული დახმარების კანონის შესაბამისად.

მკურნალობა და ზრუნვა უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის საჭიროებებსა და სურვილებს. კარგი კომუნიკაცია პროფესიონალსა და პაციენტს შორის მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას. მკურნალობა და ზრუნვა, ასევე პაციენტისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა იყოს კულტურალურად მისაღები. ფსიქიატრიული დახმარება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ასევე ფიზიკური ან ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე პირთათვის და ეთნიკური უმცირესობისათვის. თუ პაციენტი თანახმაა, სასარგებლოა მხარდამჭერების ჩართვა დახმარების გეგმის შემუშავებასა და მკურნალობის განხორციელების პროცესში. მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის მუშაკებმა გაითვალისწინონ პაციენტის ოჯახის და მხარდამჭერის მდგომარეობა და დახმარება აღმოუჩინონ მათ ფსიქოლოგიური სირთულეების დაძლევაში.

3. ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრიორიტეტები

ხელმისაწვდომობა და ჩართვა

- პროფესიონალები, რომლებიც მუშაობენ შიზოფრენიით დაავადებულ პირებთან კომპეტენტურნი უნდა იყვნენ ისეთ საკითხებში, როგორცაა:
 - სხვადასხვა ეთნიკური და კულტურალური კუთვნილების გათვალისწინებით ადამიანის უნარების შეფასება;
 - ფსიქიკური პრობლემების წარმოშობის ბიოლოგიური, სოციალური და ოჯახური ფაქტორების ზეგავლენის კულტურალურად და ეთნიკურად განსხვავებული მიდგომების გათვალისწინება;
 - შიზოფრენიის შესაძლო მიზეზების და მკურნალობის ახსნა;
 - მკურნალობის მიმართ სხვადასხვა კულტურალური და ეთნიკური ჯგუფების დამოკიდებულების თავისებურების გათვალისწინება;
 - შიზოფრენიის მქონე პირთა ოჯახებთან ურთიერთობის დამყარება;
 - კონფლიქტის მართვა და გადაჭრა.
- პროფესიონალებმა უნდა მიაწოდონ პაციენტებსა და მხარდამჭერებს ინფორმაცია თვითდახმარების ჯგუფების, თანადგომის ჯგუფებისა და სხვა ლოკალური ფსიქიატრიული დახმარების რესურსების შესახებ.

- თუ შიზოფრენიის მქონე პირებთან პროფესიონალთა ჯგუფი მუშაობს, ჯგუფის შიგნით უნდა დაინიშნოს გუნდის ლიდერი, რომლის მოვალეობაა შეამოწმოს და განიხილოს:
 - რამდენად ხელმისაწვდომია ფსიქოლოგიური დახმარება;
 - ფსიქოლოგიური დახმარების გადაწყვეტილება და მისი შესაბამისობა.

პირველადი ჯანდაცვა და ფიზიკური ჯანმრთელობა

- შიზოფრენიის მქონე პირთა ფიზიკური ჯანმრთელობა უნდა შეფასდეს პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ არანაკლებ წელიწადში ერთხელ, იმის გათვალისწინებით, რომ ზოგად პოპულაციასთან შედარებით ამ ადამიანებს კარდიოვასკულარული დაავადების მომატებული რისკი აქვთ. გამოკვლევის ასლი უნდა გაეგზავნოს ფსიქიატრს ან გუნდის კოორდინატორს და ჩაიდოს სამედიცინო ბარათში.
- შიზოფრენიის მქონე პაციენტები კარდიოვასკულარული დაავადების და/ან დიაბეტის მომატებული რისკით (მაგალითად, მაღალი არტერიული წნევა, ლიპიდების მომატებული დონე, სიმსუქნე) უნდა გამოვლინდნენ რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე და მკურნალობა განხორციელდეს შესაბამისი გაიდლაინით.

ფსიქოლოგიური ინტერვენცია

- შესთავაზეთ კბთ (კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია) გამოჯანმრთელების ხელშეწყობის მიზნით პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ მყარი პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები და მათ ვინც რემისიაში არიან.
- შესთავაზეთ ოჯახური თერაპია ოჯახებს, რომლებიც ცხოვრობენ ან მჭიდრო ურთიერთობა აქვთ შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან. ოჯახური თერაპია შეიძლება დაიწყოს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

- პირებს, რომელთაც შიზოფრენიის დიაგნოზი ახალი დასმული აქვთ:

- შესთავაზეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები პერორალურად. მიაწოდეთ სერვისის მომხმარებლებს ინფორმაცია და განიხილეთ მედიკამენტების ეფექტურობა და გვერდითი მოვლენები;
- მედიკამენტის შერჩევა უნდა მოხდეს სერვისის მომხმარებლის და პროფესიონალის მიერ ერთობლივად ინდივიდუალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტის პოტენციური გვერდითი ეფექტის გათვალისწინებით, როგორცაა: ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტი (აკათიზიის ჩათვლით), მეტაბოლური გვერდითი ეფექტი (წონის მატების ჩათვლით) და სხვა გვერდითი მოვლენები (სუბიექტური არასასიამოვნო განცდების ჩათვლით);
- სერვისის მომხმარებლის თანხმობის შემთხვევაში, ჩართეთ მზრუნველი.
- ნუ გამოიყენებთ რეგულარულად სხვადასხვა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების კომბინაციას, გარდა ხანმოკლე პერიოდებისა (მაგალითად როცა ცვლით მედიკამენტს).

შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობა, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი

- შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობისას, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი:
 - გადახედეთ დიაგნოზს;
 - დარწმუნდით, რომ დანიშნულება სრულდება და ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დოზები ადეკვატურია;
 - განიხილეთ ფსიქოლოგიური დახმარების ჩართვის საკითხები ამ გაიდლაინის მიხედვით;
 - თუ კბთ ჩატარებულია, შესთავაზეთ ოჯახური ინტერვენცია;
 - განიხილეთ რეზისტენტობის სხვა მიზეზები, როგორცაა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა გამოყენება (ალკოჰოლის ჩათვლით), სხვა მედიკამენტების მიღება ან სომატური დაავადება;
- შესთავაზეთ კლოზაპინი თუ უკვე გამოყენებულია არანაკლებ ორი განსხვავებული ანტიფსიქოზური მედიკამენტი ადეკვატური დოზებით; ერთი მედიკამენტი მაინც უნდა იყოს მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატი (არა-კლოზაპინი).

4. რეკომენდაციები

მოცემული რეკომენდაციები ეფუძნება საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკას და განკუთვნილია ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალისთვის, რომლებიც მუშაობენ შიზოფრენიის მქონე პირებთან. გაიდლაინის სრულ ვერსიაში აღწერილია მეთოდები და ფაქტები, რომლებსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაციები.

4.1 ზრუნვის ზოგადი პრინციპები ყველა ფაზაში

4.1.1 ოპტიმიზმი

4.1.1.1 შიზოფრენიის მქონე პაციენტებთან და მხარდამჭერებთან მუშაობისას გამოიყენეთ თანამშრომლობის პრონციპი და შესთავაზეთ დახმარება ოპტიმიზმის და იმედის გარემოცვაში. დაამყარეთ გულწრფელი და ნდობაზე აგებული ურთიერთობა, როგორც დახმარების მნიშვნელოვანი კომპონენტი.

4.1.2 კულტურა და ეთნიკური წარმოშობა

4.1.2.1 როდესაც მუშაობთ შიზოფრენიის მქონე პირებთან და მხარდამჭერებთან:

- მიაწოდეთ ინფორმაცია მათთვის გასაგებ ენაზე;
- მოერიდეთ კლინიკური ტერმინების გამოყენებას შესაბამისი ახსნა-განმარტებების გარეშე;
- მიაქციეთ ყურადღება, რომ სრულყოფილი წერილობითი ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს შესაბამის ენაზე;
- უზრუნველყავით თარჯიმნის დახმარება საჭიროების შემთხვევაში.

4.1.2.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა, რომლებსაც არ აქვთ სხვადასხვა კულტურალურ ან ეთნიკურ ჯგუფებთან მუშაობის გამოცდილება, უნდა მიმართონ დახმარებისა და სუპერვიზიისთვის გამოცდილ კოლეგებს;

4.1.2.3 პროფესიონალები, რომლებიც მუშაობენ შიზოფრენიის მქონე პირებთან, კომპეტენტური უნდა იყვნენ შემდეგ საკითხებში:

- შეაფასონ ადამიანის უნარები სხვადასხვა ეთნიკური და კულტურალური კუთვნილების გათვალისწინებით;

- გაითვალისწინონ ფსიქიკური პრობლემების წარმოშობის ბიოლოგიური, სოციალური და ოჯახური ფაქტორების ზეგავლენის კულტურალურად და ეთნიკურად განსხვავებული მიდგომები;
- ახსნან შიზოფრენიის მიზეზები და მკურნალობის საშუალებები;
- გაითვალისწინონ მკურნალობის მიმართ განსხვავებული კულტურალური და ეთნიკური დამოკიდებულება;
- შეძლონ შიზოფრენიის მქონე პირთა ოჯახებთან ურთიერთობის დამყარება;
- შეძლონ კონფლიქტის მართვა და კონფლიქტის გადაჭრა.

4.1.2.4 მიაწოდეთ ინფორმაცია თვითდახმარების ჯგუფების, თანადგომის ჯგუფებისა და სხვა ლოკალური რესურსების შესახებ.

4.1.3 ადრეული დახმარება

4.1.3.1 პროფესიონალებმა უნდა უზრუნველყონ რაც შესაძლებელია ადრეული შეფასება და მკურნალობის ხელმისაწვდომობა დახმარების ყველა ფაზაში.

4.1.4 კლინიკური შეფასება

4.1.4.1 დარწმუნდით, რომ შიზოფრენიის მქონე პირებს ჩაუტარდათ სრული მულტიდისციპლინური ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სომატური შეფასება. შეფასება ასევე უნდა მოიცავდეს:

- საცხოვრებელს;
- კულტურას და ეთნიკურ წარმოშობას;
- ეკონომიკურ მდგომარეობას
- განათლებას და პროფესიას (დასაქმების და სოციალური ფუნქციონირების ჩათვლით);
- მედიკამენტებით მკურნალობის ისტორიას;
- ცხოვრების ხარისხს;
- პაუსხისმგებლობას ბავშვებზე;
- თვით ან სხვების დაზიანების რისკს;
- სექსუალური ჯანმრთელობას;
- სოციალური კავშირებს;

4.1.4.2 რუტინულად გამოიკვლიეთ სხვა თანმხლები მდგომარეობები, დეპრესიის და შფოთვის ჩათვლით, განსაკუთრებით მკურნალობის დაწყებისას.

4.1.5 ყოველმხრივი მომსახურება

4.1.5.1 ყველა ჯგუფმა, რომელიც შიზოფრენიის მქონე პაციენტებს ემსახურება უნდა შესთავაზოს ამ გაიდლაინის შესაბამისი ყოველმხრივი ინტერვენცია.

4.1.6 მხარდამჭერ პირებთან თანამშრომლობა

4.1.6.1 როდესაც მუშაობთ შიზოფრენიის მქონე პირთა მხარდამჭერებთან:

- მიაწოდეთ წერილობითი და ზეპირი ინფორმაცია დაავადებისა და მისი მართვის შესახებ; მიაწოდეთ ასევე ინფორმაცია, თუ როგორ შეუძლია ოჯახს და მზრუნველს დაეხმაროს პაციენტს მკურნალობის ყველა ფაზაში;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია თვითდახმარების ჯგუფების, თანადგომის ჯგუფებისა და სხვა ლოკალური რესურსების შესახებ;
- განიხილეთ კონფიდენციალობის საკითხები;
- თუ ოჯახში ბავშვები არიან, განიხილეთ მათი საჭიროებები;

4.1.7 თანხმობა და გადაწყვეტილების მიღების უნარი

4.1.7.1 ყოველი მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღების წინ, ჯანდაცვის პროფესიონალი უნდა დარწმუნდეს, რომ:

- პაციენტს და მხარდამჭერს მიაწოდა სრული და გასაგები ინფორმაცია შიზოფრენიის და მისი მართვის შესახებ ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად;
- პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას იმოქმედა კანონის შესაბამისად;

4.1.7.2 არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში, მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია გასაჩივრების უფლების შესახებ და დაეხმარეთ, თუ პაციენტმა გადაწყვიტა გასაჩივრება.

4.1.8 მეორე პროფესიონალის კონსულტაცია

4.1.8.1 შიზოფრენიის მქონე პირის ან შესაბამის შემთხვევებში, მხარდამჭერის მიერ დიაგნოზთან დაკავშირებით სხვა სპეციალისტის კონსულტაციის მოთხოვნა უნდა დაკმაყოფილდეს,

მხედველობაში უნდა მივიღოთ რა შიზოფრენიის დიაგნოზთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი პიროვნული და სოციალური შედეგები.

4.1.9 სერვისებს შორის მოძრაობა

4.1.9.1 წინასწარ განიხილეთ შიზოფრენიის მქონე პირთან ან მხარდამჭერთან სხვა სერვისში გადასვლა; დაუკავშირდით სერვისის მიმწოდებელს, რომ უზრუნველყოთ ეფექტური კომუნიკაცია გადაყვანის პროცესში.

4.2 ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყება

(პირველი ეპიზოდი)

4.2.1 ადრეული რეფერალი

4.2.1.1 პაციენტები ფსიქოზის პირველი ნიშნებით პირველადი ჯანდაცვიდან დაუყოვნებლივ უნდა გადაიგზავნონ თემში არსებულ სპეციალიზებულ სამსახურებში (მაგალითად ამბულატორიული სამსახური, კრიზისული ინტერვენციის გუნდი, ადრეული ინტერვენციის სამსახურები, სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები). სერვისის შერჩევა უნდა მოხდეს სიმპტომათა სიმძიმის და ლოკალური კონტექსტის მიხედვით; რეფერალი ადრეული ინტერვენციის სერვისებთან შეიძლება განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების პირველადი ან მეორადი რგოლიდან.

4.2.1.2 სამედიცინო მომსახურების მეორად დონეზე უნდა განხორციელდეს ფსიქიკური სიმპტომების მქონე პირის სრული შეფასება. პაციენტის მონაწილეობით უნდა შემუშავდეს დახმარების გეგმა, რომელის ასლი გადაეცემა გამომგზავნ პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალს და პაციენტს.

4.2.1.3 რისკის შეფასების საფუძველზე ჩართეთ კრიზისის დაძლევის გეგმა დახმარების გეგმაში. კრიზისის გეგმა უნდა მოიცავდეს პირველადი და მეორადი დონის პროფესიონალთა დახმარების გეგმას და ძირითად კლინიკურ კონტაქტებს კრიზისის შემთხვევაში.

4.2.2 ადრეული ინტერვენციის სერვისები

4.2.2.1 ადამიანებს ფსიქოზის პირველი ეპიზოდით ან პირველი გამოვლინებით, შესთავაზეთ ადრეული ინტერვენცია მიუხედავად ასაკისა ან ფსიქოზის ხანგრძლივობისა; რეფერალი შეიძლება განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების პირველადი ან მეორადი დონიდან.

4.2.2.2 ადრეული ინტერვენციის სერვისების მიზანია, მიაწოდოს ფსიქოზის მქონე პირებს მთელი რიგი შესაბამისი ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, ოკუპაციური და საგანმანათლებლო ინტერვენცია ამ გაიდლაინის მიხედვით.

4.2.3 ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

4.2.3.1 პირებს, რომელთაც შიზოფრენიის დიაგნოზი ახალი დასმული აქვთ:

- შესთავაზეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები პერორალურად;
- მიაწოდეთ სერვისის მომხმარებლებს ინფორმაცია და განიხილეთ მედიკამენტების ეფექტურობა და გვერდითი მოვლენები;
- მედიკამენტის შერჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის და პროფესიონალის მიერ ერთობლივად ინდივიდუალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტის პოტენციური გვერდითი ეფექტის გათვალისწინებით, როგორცაა: ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტი (აკათიზიის ჩათვლით), მეტაბოლური გვერდითი ეფექტი (წონის მატების ჩათვლით) და სხვა გვერდითი მოვლენები (სუბიექტური არასასიამოვნო განცდების ჩათვლით);
- სერვისის მომხმარებლის თანხმობის შემთხვევაში, ჩართეთ მზრუნველი.

4.2.3.2 სანამ ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობას დაიწყებთ, გადაიღეთ ელექტოკარდიოგრამა (ეკგ) თუ:

- ეს ხაზგასმულია მედიკამენტის ანოტაციაში;
- სომატურმა გამოკვლევამ გამოავლინა სპეციფიკური კარდიოვასკულარული რისკი (მაგალითად მაღალი არტერიული წნევა);
- პაციენტს აღენიშნება კარდიოვასკულარული დაავადება ან
- სერვისის მომხმარებელი მოთავსდა სტაციონარში.
- პაციენტის სტაციონარიდან გაწრისას თუ მოხდა მედიკამენტის მიღების რეჟიმის შეცვლა;

4.2.3.3 ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობა უნდა განიხილებოდეს როგორც დეტალურად გაწერილი ინდივიდუალური თერაპიული პროცესი, რომელიც მოიცავს შემდეგს:

- ჩანაწერს პერორალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მოსალოდნელი ეფექტის და რისკის შესახებ, ასევე სიმპტომთა შეცვლის და გვერდითი ეფექტების გამოვლენის სავარაუდო დროის შესახებ;
- მკურნალობა დაიწყეთ რეკომენდებული დოზის ქვედა ზღვარით და თანდათანობით ზარდეთ დაშვებული დოზების ფარგლებში;

- დაასაბუთეთ თუ იყენებთ თერაპიული დოზების ზედა ზღვარს;
- მკურნალობის მანძილზე რეგულარულად შეაფასეთ და აწარმოეთ ჩანაწერები, განსაკუთრებით, ტიტრაციის დროს:
 - ეფექტურობა (სიმპტომების და ქცევის ცვლილების ჩათვლით);
 - გვერდითი ეფექტები (გაითვალისწინეთ ზოგიერთი გვერდითი ეფექტის და შიზოფრენიის სიმპტომის თანხვედრა, მაგალითად აკათიზია და აჟიტაცია ან შფოთვა);
 - მკურნალობის რეჟიმის დაცვა;
 - სომატური მდგომარეობა;
- დაასაბუთეთ მედიკამენტების გაგრძელების, შეცვლის ან შეწყვეტის ლოგიკა და მსგავსი ცვლილების შედეგები;
- მედიკამენტების ოპტიმალური დოზებით მკურნალობა გააგრძელეთ 4-6 კვირა.

4.2.3.4 განიხილეთ პაციენტის ან მხარდამჭერის სურვილის შემთხვევაში, სხვა არდანიშნული თერაპიების ჩართვის შესაძლებლობა (მათ შორის დამატებითი თერაპიების). აუხსენით ამ თერაპიების უსაფრთხოება და ეფექტურობა და შესაძლო ურთიერთქმედება თქვენს მიერ დანიშნულ მედიკამენტურ და ფსიქოლოგიურ თერაპიებთან.

4.2.3.5 განიხილეთ თამბაქოს, ალკოჰოლის და არდანიშნული მედიკამენტების გამოყენება პაციენტთან და მხარდამჭერთან; აუხსენით შესაძლო ურთიერთქმედება თქვენს მიერ დანიშნულ მედიკამენტურ და ფსიქოლოგიურ თერაპიებთან.

4.2.3.6 მოთხოვნილი ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დანიშვნა უნდა მოხდეს როგორც 7.2.3.3 სექციაშია აღწერილი: შეაფასეთ კლინიკური მაჩვენებლები, ეფექტურობა, გვერდითი მოვლენები, დაიცავით თერაპიული დოზები.

4.2.3.7 არ გამოიყენოთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დატყმითი დოზები (ხშირად აღნიშნავენ როგორც „სწრაფ ნეიროლეპტიზაციას“).

4.2.3.8 ნუ გამოიყენებთ რეგულარულად სხვადასხვა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების კომბინაციას, გარდა ხანმოკლე პერიოდებისა (მაგალითად როცა ცვლით მედიკამენტს).

4.2.3.9 ქლორპრომაზინით მკურნალობის დაწყებისას, აუხსენით სინათლეზე კანის მგრძობელობის (ფოტოსენსიტივობა) შესაძლო განვითარების შესახებ. ურჩიეთ მზის დამცავი კრემის გამოყენება

4.3 მწვავე ეპიზოდის მკურნალობა

4.3.1 ინტერვენცია სერვისის დონეზე

4.3.1.1 შიზოფრენიის მქონე პირების მკურნალობა ხორციელდება ამბულატორიული სამსახურების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო გუნდების ან სხვა თემში არსებული სამსახურების მიერ.

4.3.1.2 კრიზისის დაძლევის და სახლში ზრუნვის ჯგუფები გამოყენებული უნდა იყოს თემში მწვავე ეპიზოდის კუპირებისთვის; გუნდმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს რისკის შეფასებას, როგორც ყველაზე მნიშვნელოვან რუტინულ აქტივობას.

4.3.1.3 კრიზისის დაძლევის და სახლში ზრუნვის გუნდები გამოყენებული უნდა იყოს ხანმოკლე მკურნალობის შემდეგ სტაციონარიდან გამოწერილი პაციენტებისთვის.

4.3.1.4 მწვავე დღის ჰოსპიტლები კრიზისულ და სახლში მომსახურების გუნდებთან ერთად უნდა განიხილებოდეს, როგორც სტაციონარული მკურნალობის ალტერნატივა და სტაციონარული მკურნალობის ვადების შემცირების საშუალება.

4.3.2 ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

4.3.2.1 შიზოფრენიის მწვავე შეტევის ან რეციდივის დროს შესთავაზეთ პერორალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები. წამლის არჩევა უნდა მოხდეს 4.2.3.3 სექციაში მოცემული რეკომენდაციების მიხედვით. გაითვალისწინეთ კლინიკური რეაგირება და გვერდითი მოვლენები და მედიკამენტების მიღების ინდივიდუალური გამოცდილება

4.3.3 სწრაფი ტრანკვილიზაცია

4.3.3.1 შიზოფრენიის მქონე პირები მწვავე ეპიზოდში ხანადახან უქმნიან გარადუვალ საფრთხეს საკუთარ თავს ან სხვებს და შეიძლება საჭიროებდნენ სწრაფ დამშვიდებას. ინტერვენცია პროპორციული უნდა იყოს პაციენტის მიერ შექმნილი რისკის;

- გამოიყენეთ სწრაფი ტრანკვილიზაცია, როცა სხვა სტრატეგია წარუმატებელი აღმოჩნდა პაციენტის დასამშვიდებლად; სწრაფი ტრანკვილიზაცია წარმოადგენს გადაუდებელი მკურნალობას და არა პირველად თერაპიულ სტარტეგიას;

4.3.3.2 სწრაფ ტრანკვილიზაციასთან დაკავშირებული რისკი

სწრაფი ტრანკვილიზაციის დროს სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტის გამოყენებისას არსებობს სპეციფიკური რისკები. როცა სხვადასხვა პრეპარატის კომბინაცია ერთდროულად გამოიყენება, რისკი შეიძლება გაღრმავდეს:

ბენზოდიაზეპინებისთვის

- ცნობიერების დაკარგვა;
- რესპირატორული დეპრესია;
- კარდიოვასკულარული კოლაფსი.

ანტიფსიქოზური პრეპარატებისთვის

- ცნობიერების დაკარგვა;
- კრუნჩხვა;
- კარდიოვასკულარული და რესპირატორული კოლაფსი;
- მოუსვენრობა (აკათიზია);
- კუნთთა მწვავე რიგიდობა (დისტონია);
- უნებლიე მოძრაობები (დისკინეზია);
- ავთვისებიანი ნეიროლეფსიური სინდრომი;
- გადაჭარბებული სედაცია.

4.3.3.3 სწრაფი ტრანკვილიზაციის განხორციელება

- შესთავაზეთ თავიდან თუ შესაძლებელია პერორალური მედიკამენტი;
- სწრაფი ტრანკვილიზაციის განმავლობაში პაციენტს უნდა შეეძლოს კონტაქტზე რეაგირება;
- მედიკამენტის პერორალურ ან პარენტერალურ დოზებს შორის საკმარისი დრო უნდა გავიდეს კლინიკური რეაგირებისთვის;
- ერთი და იმავე კლასის ორი პრეპარატის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, გარდა განსაკუთრებული გარემოებებისა, რომლის შესაბამისი დასაბუთება სამედიცინო ჩანაწერებში უნდა მოხდეს;
- არ უნდა მოხდეს მედიკამენტების ერთ შპრიცში შერევა;
- როდესაც სწრაფი ტრანკვილიზაციისთვის გამოიყენება ჰალოპერიდოლი კუნთში ინექციის სახით, პაციენტს დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს ანტიქოლინერგული პრეპარატი (მაგალითად ციკლოდოლი) ან ბენზოდიაზეპინი, დისტონიის და სხვა ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტის რისკის შესამცირებლად;

- მწვავე ტრანკვილიზაციის შემდეგ შესთავაზეთ პაციენტს მისი განცდების განხილვა. მიაწოდეთ ინფორმაცია გადაუდებელი სედაციის გადაწყვეტილების აუცილებლობის შესახებ.

4.3.3.4 სწრაფი ტრანკვილიზაციის დროს ფიზიკური მდგომარეობის მონიტორინგი

ანტიფსიქოზური მედიკამენტის ინტრაპარენტერალური შეყვანის შემდეგ აკონტროლეთ:

- ტემპერატურა
- პულსი
- არტერიული წნევა
- სუნთქვის სიხშირე

მონიტორინგი ხორციელდება ყოველ 5-10 წუთში 1 საათის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ ნახევარ საათში, სანამ გრძელდება ტრანკვილიზაცია. თუ პაციენტი არ იძლევა გამოკვლევის საშუალებას, დააკვირდით ჰიპოტენზიის, გადაჭარბებული სედაციის გამოვლენას და ზოგადად, სომატური მდგომარეობის სიმპტომებს. ძილის დროს პაციენტი უნდა იყოს ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ. ეკგ და ჰემატოლოგიური მონიტორინგი რეკომენდირებულია განსაკუთრებით მაღალი დოზების გამოყენებისას.

4.3.4 ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

4.3.4.1 შესთავაზეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (კბთ) შიზოფრენიის მქონე პაციენტს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში.

4.3.4.2 შესთავაზეთ ოჯახური ინტერვენცია ყველა ოჯახს, რომელიც ცხოვრობს ან ახლო ურთიერთობა აქვს შიზოფრენიის მქონე პირებთან; ინტერვენცია შეიძლება დაიწყოს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში.

4.3.4.3 განიხილეთ ხელოვნებით თერაპიის დაწყება შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან, განსაკუთრებით ნეგატიური სიმპტომების შემცირებისთვის; ინტერვენცია შეიძლება დაიწყოს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში.

4.3.4.3 ნუ შესთავაზებთ რუტინულად ფსიქოლოგიურ კონსულტაციას და მხარდამჭერ ფსიქოთერაპიას (როგორც სპეციფიკურ ინტერვენციას). თუმცა გაითვალისწინეთ სერვისის მომხმარებლის სურვილი, განსაკუთრებით თუ სხვა ფსიქოლოგიური სერვისები (კბთ, ოჯახური თერაპია, არტთერაპია არ არის ლოკალურად).

4.3.4.5 ნუ შესთავაზებთ შიზოფრენიის მქონე პაციენტს თანხმობით თერაპიას (როგორც სპეციფიკურ ინტერვენციას).

4.3.4.6 ნუ შესთავაზებთ შიზოფრენიის მქონე პირებს სოციალურ უნართა ტრენინგს (როგორც სპეციფიკურ ინტერვენციას).

ფსიქოლოგიური ინტერვენციის პრინციპები

4.3.4.7 როდესაც სთავაზობთ ფსიქოლოგიურ ინტერვენციას, რუტინულად და სისტემატურად შეაფასეთ მიღწეული შედეგები შესაბამის სფეროებში, მათ შორის სერვისის მომხმარებლის და თუ შესაძლებელია მხარდამჭერი პირის კმაყოფილების ჩათვლით.

4.3.4.8 თუ შიზოფრენიის მქონე პირებთან პროფესიონალთა ჯგუფი მუშაობს, ჯგუფის შიგნით უნდა დაინიშნოს გუნდის ლიდერი, რომლის მოვალეობაა შეამოწმოს და განიხილოს:

- რამდენად ხელმისაწვდომია ფსიქოლოგიური დახმარება;
- ფსიქოლოგიური დახმარების გადაწყვეტილება და მისი შესაბამისობა.

4.3.4.9 პროფესიონალებს, რომლებიც ახორციელებენ ფსიქოლოგიურ ინტერვენციას უნდა:

- გააჩნდეთ შესაბამისი კომპეტენცია შიზოფრენიის მქონე პაციენტებთან მუშაობის;
- რეგულარულად უტარდებოდეთ გამოცდილი თერაპევტის სუპერვიზია.

4.3.4.10 პროფესიონალებისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს შესაბამისი ტრენინგი, რომელიც მისცემს საშუალებას განახორციელონ ფსიქოლოგიური ინტერვენცია გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციების შესაბამისად;

4.3.4.11 როდესაც ფსიქოლოგიური მკურნალობა (არტთერაპიის ჩათვლით) დაწყებულია მწვავე ფაზაში (მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში), სრული კურსი უნდა გაგრძელდეს გაწერის შემდეგაც შეუწყვეტლად.

ფსიქოლოგიური ინტერვენციის განხორციელება

4.3.4.12 კბთ უნდა განხორციელდეს ინდივიდუალურად და მოიცავდეს არანაკლებ 16 დაგეგმილ სესიას და:

- უნდა დაიცვას თერაპიის სახელმძღვანელოს მოთხოვნები, რომ პაციენტებმა შეძლონ:
 - დაამყარონ კავშირი მათ აზრებს, გრძნობებსა და ქცევას შორის მიმდინარე ან წარსულში არსებული სიმპტომების გათვალისწინებით;
 - გადააფასონ სიმპტომებთან დაკავშირებული განცდები, წარმოდგენები ან დასკვნები.
- უნდა შეიცავდეს სულ მცირე ერთ მომდევნო კომპონენტს:

- პაციენტების მიერ სიმპტომებთან დაკავშირებული საკუთარი ფიქრების, გრძობების ან ქცევის მონიტორინგი, და/ან
- სიმპტომებთან გამკლავების ალტერნატიული გზების ძიება, და/ან
- დისტრესის შემცირება, და/ან
- ფუნქციონირების გაუმჯობესება.

4.3.4.13 ოჯახური თერაპია:

- თუ შესაძლებელია, ტარდება პაციენტის მონაწილეობით;
- გრძელდება 3 თვიდან 1 წლამდე;
- მოიცავს სულ მცირე 10 დაგეგმილ სესიას;
- ითვალისწინებს ოჯახის სურვილს ინდივიდუალური თუ ჯგუფური ინტერვენციის შესახებ;
- ითვალისწინებს პაციენტსა და ძირითად მხარდამჭერ პირს შორის კავშირს;
- ატარებს სპეციფიკურ მხარდამჭერ, საგანმანათლებლო ან თერაპიულ ფუნქციას და მოიცავს პრობლემის გადაჭრის და კრიზისული სიტუაციების მართვის საკითხებს.

4.3.4.14 ხელოვნებით თერაპიას უნდა ატარებდეს ტრენირებული სპეციალისტი, რომელსაც შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან მუშაობის გამოცდილება აქვს. ინტერვენცია უნდა ტარდებოდეს ჯგუფში, თუ არ არსებობს ჯგუფში ჩართვის ხელშემშლელი ფაქტორები.

ხელოვნებით თერაპია უნდა აერთიანებდეს ფსიქოთერაპიულ ტექნიკებს და შემოქმედებითი ექსპრესიისაკენ მიმართულ აქტივობებს, ხშირად არასტრუქტურირებულს და პაციენტის მიერ მართულს. ხელოვნებით თერაპიის მიზანია:

- მისცეს საშუალება პაციენტს განსხვავებულად აღიქვას საკუთარი თავი და სხვებთან დამოკიდებულება;
- დაეხმაროს პაციენტს გამოხატოს საკუთარი თავი და გამოცდილება ესთეტიკურ ფორმებში;
- ნაბიჯ-ნაბიჯ დაეხმაროს ადამიანებს გააცნობიერონ შემოქმედებით პროცესში აღმოცენებული გრძობები.

4.3.5 მწვავე პერიოდის შემდგომი მკურნალობა

ადრეულ პოსტ-მწვავე პერიოდში, რომელიც მოყვება მწვავე ეპიზოდს, პაციენტმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალმა უნდა ერთობლივად განიხილონ მწვავე ეპიზოდის გავლენა და დაგეგმონ მომავალი დახმარება.

4.3.5.1 ყოველი მწვავე ეპიზოდის შემდეგ დაეხმარეთ პაციენტს შეიტანონ თავის ჩანაწერებში მიღებული გამოცდილება.

4.3.5.2 პროფესიონალებმა შეიძლება გამოიყენონ ფსიქოდინამიური თერაპიის პრინციპები, რომ დაეხმარონ პაციენტს მიღებული გამოცდილების გააზრებაში.

4.3.5.3 მართვა:

- მიაწოდეთ ინფორმაცია პაციენტებს რეციდივის მაღალი რისკის შესახებ იმ შემთხვევაში, თუ შეწყვეტენ მედიკამენტების მიღებას შემდგომ 1-2 წელიწადში.
- თუ ხსნით ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს, შეამცირეთ დოზები თანდათანობით და დააკვირდით რეციდივის ნიშნების ან სიმპტომების აღმოცენებას.
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მოხსნის შემდეგ დააკვირდით რეციდივის ნიშნების ან სიმპტომების აღმოცენებას სულ მცირე 2 წლის განმავლობაში.

4.4 გამოჯანმრთელების ხელშეწყობა

4.4.1 პირველადი ჯანდაცვა

4.4.1.1. შიზოფრენიის მქონე პირთა ფიზიკური ჯანმრთელობა უნდა შეფასდეს პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ არანაკლებ წელიწადში ერთხელ, იმის გათვალისწინებით, რომ ზოგად პოპულაციასთან შედარებით ამ ადამიანებს კარდიოვასკულარული დაავადების მომატებული რისკი აქვთ. გამოკვლევის ასლი უნდა გაეგზავნოს ფსიქიატრს ან გუნდის კოორდინატორს და ჩაიდოს სამედიცინო ბარათში.

4.4.1.2 შიზოფრენიის მქონე პაციენტები კარდიოვასკულარული დაავადების და/ან დიაბეტის მომატებული რისკით (მაგალითად, მაღალი არტერიული წნევა, ლიპიდების მომატებული დონე, სიმსუქნე) უნდა გამოვლინდნენ რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე და მკურნალობა განხორციელდეს შესაბამისი გაიდლაინით.

4.4.1.3 შიზოფრენიის მქონე პაციენტები, რომელთაც კარდიოვასკულარული დაავადება ან დიაბეტი აქვთ, მკურნალობენ სამედიცინო მომსახურების პირველად დონეზე შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით.

4.4.1.4 მეორადი დონის სამედიცინო მომსახურების სპეციალისტებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ შიზოფრენიის მქონე პირებმა მიიღონ შესაბამისი მკურნალობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.

4.4.1.5 შიზოფრენიის მქონე პირების ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების ნიშნების აღმოცენებისას პირველადი ჯანდაცვის ექიმი მიმართავს სპეციალიზებულ დახმარებას კრიზისული გეგმის მიხედვით.

4.4.2 ინტერვენცია სერვისის დონეზე

4.4.2.1. ასერტიული სათემო გუნდი უნდა მოემსახუროს პაციენტებს სერიოზული ფსიქიკური აშლილობით, მათ შორის შიზოფრენიით, რომლებიც ხშირად ხვდებიან სტაციონარში და არ მიმართავენ სერვისებს, რის გამოც აღენიშნებათ ხშირი გამწვავება და სოციალური ფუნქციონირების დაქვეითება.

4.4.3. ფსიქოლოგიური ინტერვენცია

4.4.3.1 შესთავაზეთ კბთ გამოჯანმრთელების ხელშეწყობის მიზნით პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ მყარი პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები და მათ ვინც რემისიაში არიან. განახორციელეთ კბთ 4.3.4.12 რეკომენდაციის შესაბამისად.

4.4.3.2 შესთავაზეთ ოჯახური თერაპია ოჯახებს, რომლებიც ცხოვრობენ ან მჭიდრო ურთიერთობა აქვთ შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან. განახორციელეთ ოჯახური ინტერვენცია 4.3.4.13 რეკომენდაციის მიხედვით;

4.4.3.3 ოჯახური თერაპია შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს იმ პაციენტთა ოჯახებისთვის, რომლებსაც

- დაავადების გამწვავება აქვთ ან გამწვავების რისკი აღენიშნებათ;
- აღენიშნებათ მყარი სიმპტომები.

4.4.3.4. განიხილეთ არტთერაპიის ჩართვა გამოჯანმრთელების ხელშეწყობის მიზნით, განსაკუთრებით ნეგატიური სიმპტომების მქონე პაციენტებთან.

4.4.4. ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

- მედიკამენტის შერჩევა უნდა მოხდეს იმავე პრინციპით, რაც რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყებისთვის;

- არ გამოიყენოთ წყვეტილი დოზებით შემანარჩუნებელი მკურნალობის სტრატეგია რუტინულად. თუმცა შესთავაზეთ ეს სტრატეგია მათ, ვინც მედიკამენტების ხანგრძლივად მიღების წინააღმდეგია ან გვერდითი მოვლენები აღენიშნება;
- მწვავე ეპიზოდის შემდეგ, სადაც არსებობს მკურნალობის მიტოვების საფრთხე, განიხილეთ დეპო-პროლონგირებული მედიკამენტების ინექციის სახით დანიშვნის შესაძლებლობა მათთვის, ვინც უპირატესობას ანიჭებს მსგავს მკურნალობას.

4.4.5 დეპო/პროლონგირებული ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება

4.4.5.1 როდესაც იყენებთ დეპო/პროლონგირებულ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს:

- გაითვალისწინეთ პაციენტის სურვილი და დამოკიდებულება და ორგანიზაციული საკითხები (მაგალითად სახლში ვიზიტი ან უახლოესი კლინიკის მდებარეობა);
- გამოიყენეთ იგივე რეკომენდაციები რაც მოცემულია პერორალური მედიკამენტების დანიშვნისას
- დასაწყისში გამოიყენეთ დაბალი დოზები.

4.4.6 შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობა, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი

4.4.6.1 შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობისას, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი:

- გადახედეთ დიაგნოზს
- დარწმუნდით, რომ დანიშნულება სრულდება და ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დოზები ადეკვატურია;
- განიხილეთ ფსიქოლოგიური დახმარების ჩართვის საკითხები ამ გაიდლაინის მიხედვით;
- თუ კბთ ჩატარებულია, შესთავაზეთ ოჯახური ინტერვენცია;
- განიხილეთ რეზისტენტობის სხვა მიზეზები, როგორცაა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა გამოყენება (ალკოჰოლის ჩათვლით), სხვა მედიკამენტების მიღება ან სომატური დაავადება;

4.4.6.2 შესთავაზეთ კლოზაპინი თუ უკვე გამოყენებულია არანაკლებ ორი განსხვავებული ანტიფსიქოზური მედიკამენტი ადეკვატური დოზებით; ერთი მედიკამენტი მაინც უნდა იყოს მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატი (არა-კლოზაპინი).

4.4.6.3 შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობისას, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია კლოზაპინის ოპტიმალური დოზის მიმართ, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა განიხილონ რეკომენდაციები, რომელიც მოცემულია სექციაში 4.4.6.1, სანამ კლოზაპინს გააძლიერებენ სხვა ანტიფსიქოზური პრეპარატით. აღნიშნული დამატება შეიძლება გაგრძელდეს 8-10 კვირა. აირჩიეთ წამალი, რომელიც არ აძლიერებს კლოზაპინის გვერდით ეფექტს.

5. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

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

6. გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფი

სიმონ სურგულაძე – ფსიქიატრი, მმდ, ლონდონის სამეფო კოლეჯის ფსიქიატრიის ინსტიტუტის საპატიო ლექტორი, სამხრეთ ლონდონის და მოუდსლის „NHS Trust“ ფონდის საპატიო მდივანი, პიტსბურგის (აშშ) უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი

ნანა ზავრადაშვილი – ფსიქიატრი, კოალიციის „ადამიანის უფლებები ჯანდაცვის სფეროში“ დირექტორი

ქეთევან აბდუშელიშვილი – მმდ, მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი, კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის განყოფილების ხელმძღვანელ, უმაღლესი სამედიცინო სკოლა "აიეტის" ქვევათა მეცნიერების და ფსიქიატრიის კათედრის ასოცირებული პროფესორი

ლელა სერებრიაკოვა – ჯანდაცვის ეკონომისტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სოფიო მორგოშია – მთავარი სპეციალისტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ზურაბ ბერია – ფსიქიატრი, მმდ, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის და ნარკოლოგიის დეპარტამენტის ფსიქიატრიის მიმართულების ასოცირებული პროფესორი

არჩილ ბეგიაშვილი – ფსიქიატრი, მმდ, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის დირექტორი

მანანა ელიაშვილი – ფსიქიატრი, საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების გამგეობის წევრი

ირინე გეგჭკორი – ფსიქიატრი, შპს თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის დირექტორი

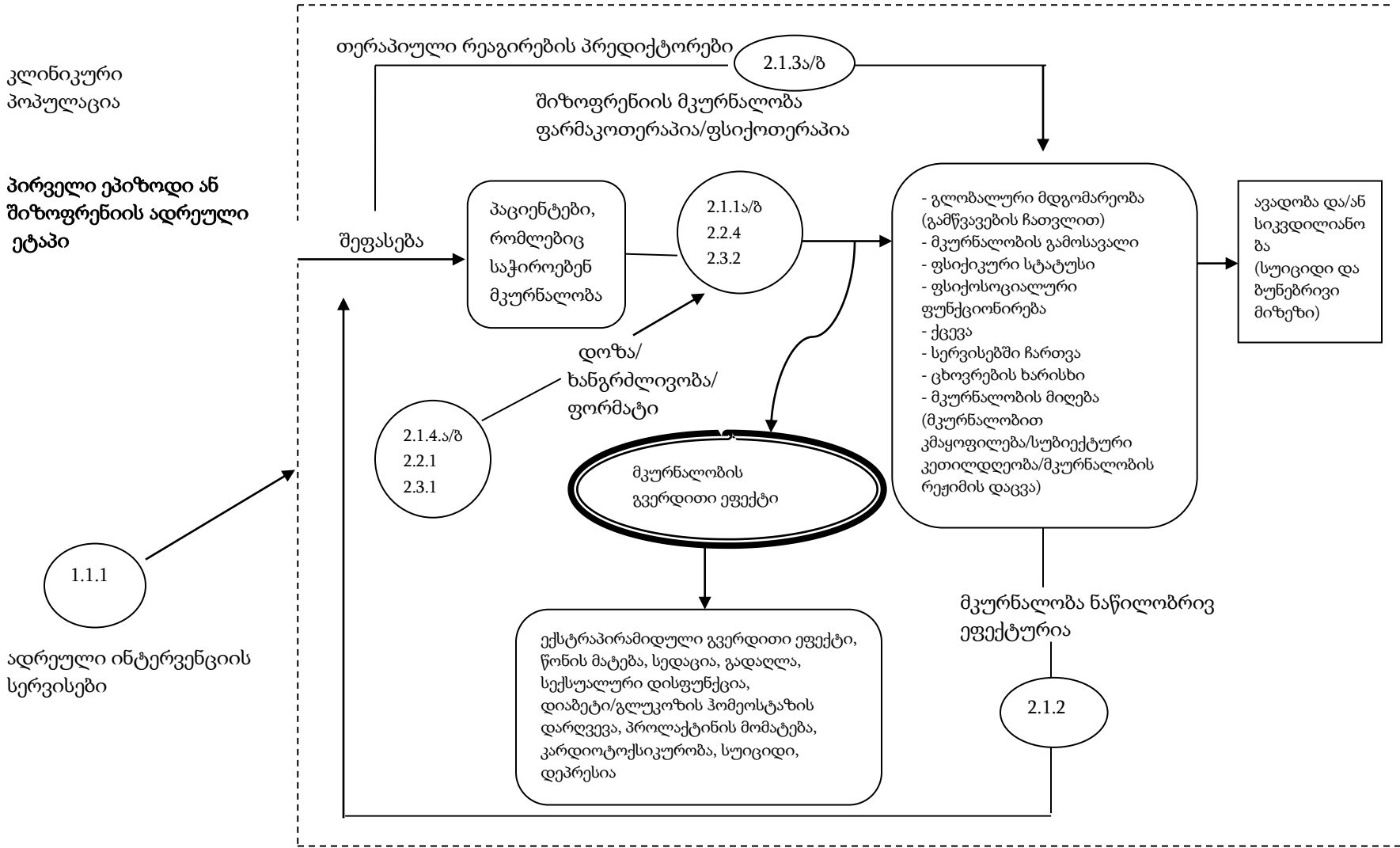
ხათუნა კაკიაშვილი – ფსიქიატრი, ქ.რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის დირექტორი

ნათია წერეთელი – ფსიქოლოგი, ა.გოცირიძის სახ. ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი

ლალი წულეისკირი – სოციალური მუშაკი, შპს "ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"

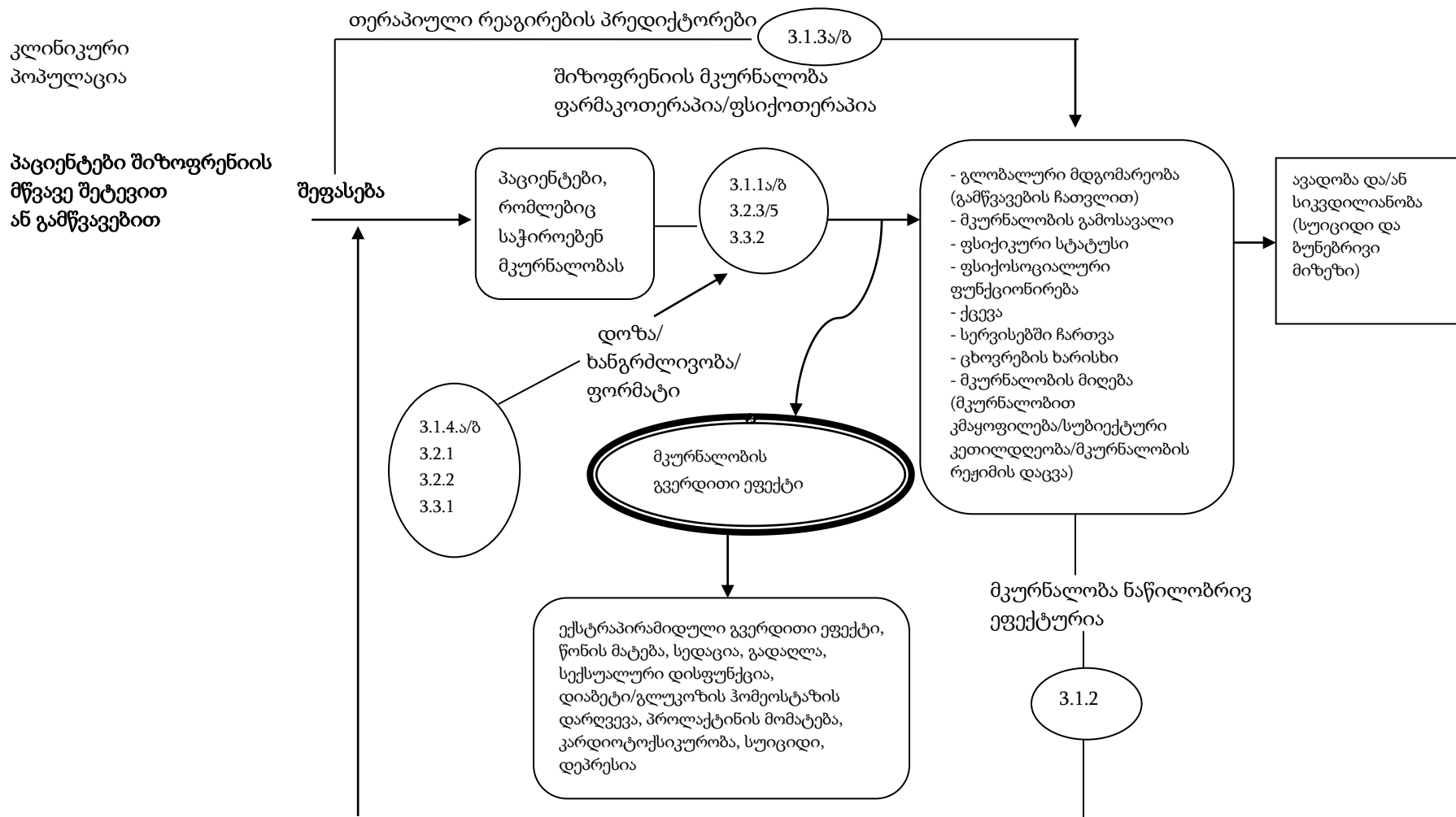
საჩუქარი მკურნალობა (National Institute for Health & Clinical Excellence)

მკურნალობის და მართვის სქემა, როდესაც პიროვნება პირველად ექცევა სერვისების ყურადღების ცენტრში კლინიკური სურათით, რომელიც სავარაუდოდ შიზოფრენიის დიაგნოზზე მიუთითებს



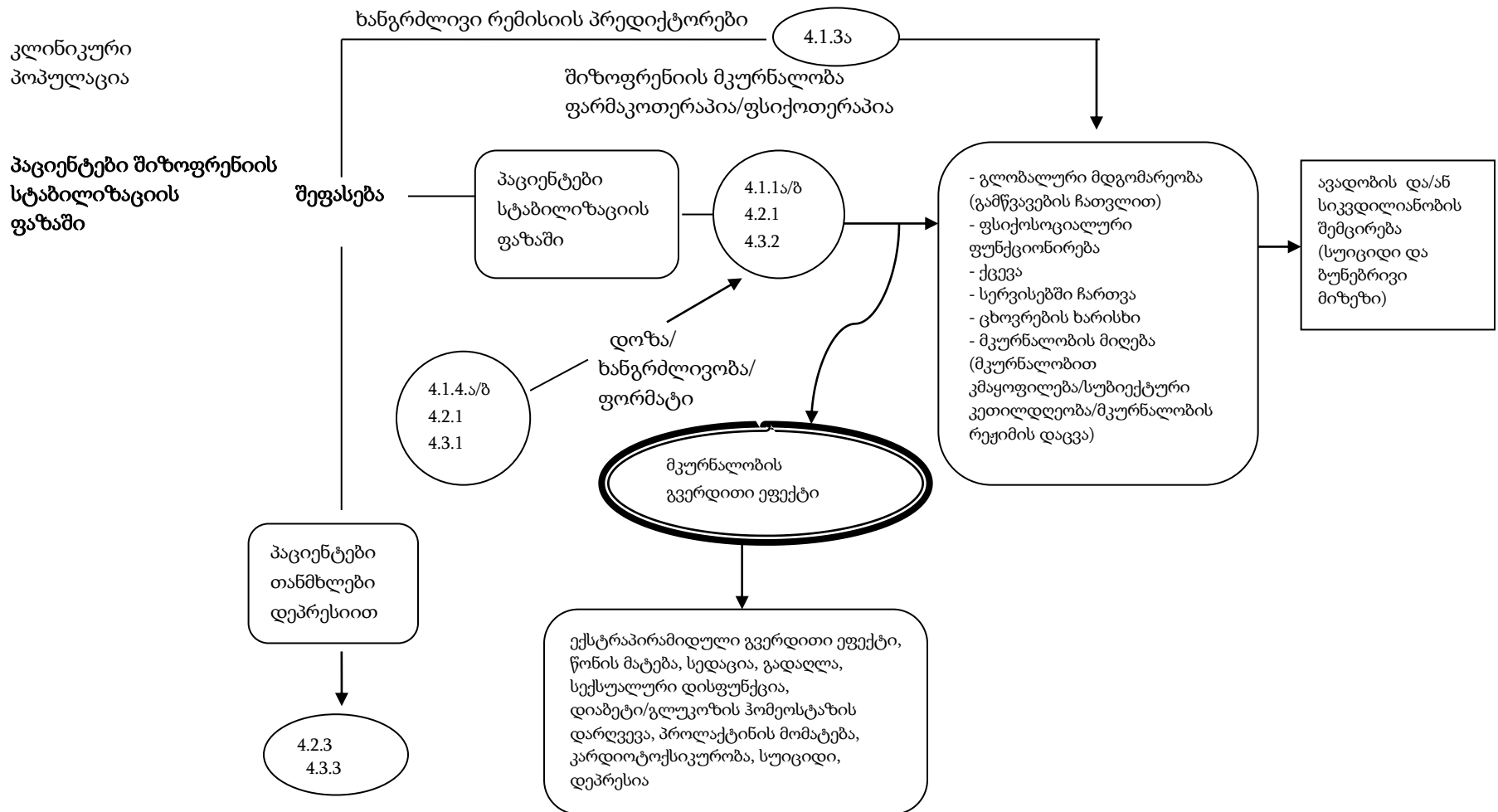
მწვავე ფაზის მკურნალობა (National Institute for Health & Clinical Excellence)

შიზოფრენიის მწვავე შეტევის ან რეციდივის მკურნალობა და მართვა



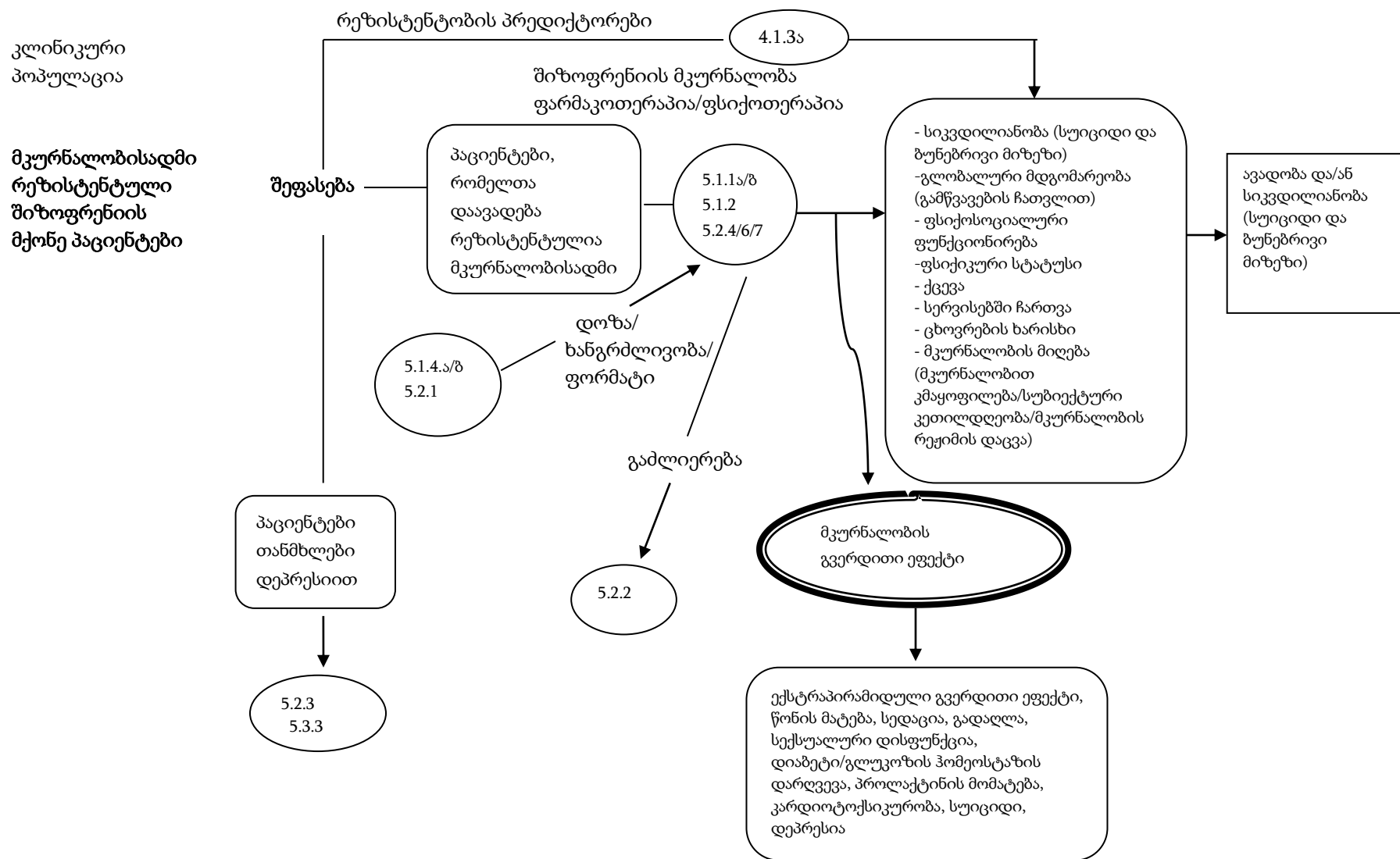
სტაბილიზაციის ფაზაში შიზოფრენიის მქონე პირთა გამოჯანმრთელების ხელშეწყობა

შიზოფრენიის ხანგრძლივი მკურნალობა და მართვა (National Institute for Health & Clinical Excellence)



შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა გამოჯანმრთელების ხელშეწყობა, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი

შიზოფრენიის ხანგრძლივი მკურნალობა და მართვა (National Institute for Health & Clinical Excellence)



ანტიფსიქოზური პრეპარატების ეკვივალენტური დოზები

მედიკამენტი	ეკვივალენტური (კონსენსუსით)	დოზები	ლიტერატურაში დოზების დიაპაზონი	მითითებული
ქლორპრომაზინი	100 მგ/დღ		-	
ფლუფენაზინი	2 მგ/დღ		2-5 მგ/დღ	
ტრიფლუოპერაზინი	5 მგ/დღ		2.5-5 მგ/დღ	
ფლუპენტიქსოლი	3 მგ/დღ		2-3 მგ/დღ	
ზუკლოპენტიქსოლი	25 მგ/დღ		25-60 მგ/დღ	
ჰალოპერიდოლი	3 მგ/დღ		1.5-5 მგ/დღ	
სულპირიდი	200 მგ/დღ		200-270 მგ/დღ	
პიმოზიდი	2 მგ/დღ		2 მგ/დღ	
ლოქსაპინი	10 მგ/დღ		10-25 მგ/დღ	
ფლუფენაზინ-დეპო	5 მგ/კვირა		1-12.5 მგ/კვირა	
პიპოტიაზინ-დეპო	10 მგ/კვირა		10-12.5 მგ/კვირა	
ფლუპენტიქსოლ-დეპო	10 მგ/კვირა		10-20 მგ/კვირა	
ზუკლოპენტიქსოლ-დეპო	100 მგ/კვირა		40-100 მგ/კვირა	
ჰალოპერიდოლ-დეპო	15 მგ/კვირა		5-25მგ/კვირა	

ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მინიმალური ეფექტური დოზა/დღეში		
მედიკამენტი	პირველი ეპიზოდი	რეციდივი
პირველი თაობის		
ქლორპრომაზინი	200 მგ*	300 მგ
ტრიფლუოპერაზინი	10 მგ*	15 მგ
ჰალოპერიდოლი	2 მგ	4 მგ და მეტი
სულპირიდი	400 მგ*	800 მგ
მეორე თაობის		
ამისულპირიდი	400 მგ*	800 მგ
არიპიპრაზოლი	10 მგ*	10 მგ
ოლანზაპინი	5 მგ	10 მგ
პალიპერიდონი	3 მგ*	3 მგ
ქვეტიაპინი	150 მგ*	300 მგ
რისპერიდონი	1-2 მგ	3-4მგ
სერტინდოლი	არ გამოიყენება	12 მგ
ზიპრაზიდონი	80 მგ*	80 მგ
*იანგარიშება- ძალზე მცირე მონაცემებია ხელმისაწვდომი		

ცხრილი 4.3: ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მაქსიმალური დოზა/დღეში	
მედიკამენტი	მაქსიმალური დოზა
პირველი თაობის-პერორალური	
ქლორპრომაზინი	1000 მგ/დღ
ფლუპენტიქსოლი	18 მგ/დღ
ტრიფლუოპერაზინი	არ არის (საკვარაუდოდ 30 მგ/დღ)
ჰალოპერიდოლი	30 მგ/დღ
სულპირიდი	2400 მგ/დღ
ლევომეპრომაზინი	1000 მგ/დღ
პერიციაზინი	300 მგ/დღ
პერფენაზინი	24 მგ/დღ
პიმოზიდი	20 მგ/დღ
ზუკლოპენტიქსოლი	150 მგ/დღ
მეორე თაობის-პერორალური	
ამისულპირიდი	1200 მგ/დღ
არიპიპრაზოლი	30 მგ/დღ
კლოზაპინი	900 მგ/დღ
ოლანზაპინი	20 მგ/დღ
პალიპერიდონი	12 მგ/დღ
ქვეტიაპინი	750/800 მგ/დღ
რისპერიდონი	16 მგ/დღ
ზიპრაზიდონი*	160 მგ/დღ
ზოტეპინი	300 მგ/დღ
დეპო-პრეპარატები	
ფლუფენაზინ-დეპო	50 მგ/კვირაში
პიპოტიაზინ-დეპო	50 მგ/კვირაში
ფლუპენტიქსოლ-დეპო	400 მგ/კვირა
ჰალოპერიდოლ-დეპო	300 მგ/ყოველ 4 კვირაში
ზუკლოპენტიქსოლ-დეპო	600 მგ/კვირა
რისპერიდონი**	25 მგ/კვირა
* არა ბრიტანული, არამედ ევროპული მონაცემებით	
** მხოლოდ ორ კვირაში ერთხელ შეიძლება გამოყენება	

ცხრილი 4. 7 ანტიფსიქოზური დეპო-ინექციები – რეკომენდებული დოზები და სიხშირე					
წამალი	სავაჭრო სახელი	ტესტ-დოზა (მგ)	დოზების საზღვრები (მგ/კვირა)	ინექციებს შორის ინტერვალი (კვირები)	კომენტარი
ფლუპენტისოლ დეკანოატი	დეპისოლი	20	12.5-400	2-4	მაქს. თერაპიული დოზა ბევრად მაღალია შედარებით სხვა დეპოებთან
ფლუფენაზინ დეკანოატი	მოდიტენ-დეპო	12.5	6.25-50	2-5	მაღალი რისკი ეპს
ჰალოპერიდოლ-დეკანოატი	ჰალოპერიდოლ-დეკანოატი	25*	12.5-75	4	მაღალი რისკი ეპს
პიპოთიაზინ პალმიტატი	პიპორტილი	25	12.5-50	4	ნაკლებია ეპს-ს შემთხვევები (დაუდასტურებელია)
ზუკლოპენტისოლ დეკანოატი	კლოპისოლი	100	100-600	2-4	ოდნავ უკეთესია ეფექტურობა
რისპერიდონ მიკროსფერო	რისპერდალ კონსტა	არა**	12.5-25 მგ	2	წამლის გამოთავისუფლება ხდება მოგვიანებით 2-3 კვირაში
ოლანზაპინ პამოატი	ზიპადერა	არა**	75-150 მგ	2-4	არის „პოსტინექციური სინდრომის“ რისკი
პალიპერიდონ პალმიტატი	ესეპლიონი	არა**	6.25-37.5	4	თანდათანობით დოზის მომატება დასაწყისში

შენიშვნა:

- ასაკოვნებში მიეცით აღნიშნული დოზების 1/4-1/2.
- ტესტ-დოზის შემდეგ დაელოდეთ 4-10 დღე, სანამ დაიწყებთ ტიტრაციას შემნარჩუნებელ მკურნალობამდე (იხილეთ თითოეული წამლის შესახებ ინფორმაცია პროდუქტზე)
- დოზების საზღვრები მოცემულია მგ/კვირაში მხოლოდ ტრადიციულ მედიკამენტებზე - მოერიდეთ რეკომენდებულთნ შედარებით დოზებს შორის ინტერვალის შემოკლებას, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა (მაგ. ხანგრძლივი ინტერვალი საჭიროებს ინექციებს, დიდი მოცულობით 3-4 მლ-ზე მეტი)

*ტესტ-დოზა არ არის მითითებული მანუფაქტურულად
 **არ არის სავალდებულო

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები: შედარებითი გვერდითი ეფექტები

წამალი	სედაცია	წონის მატება	ეპს	ანტიქოლინერ გიული	ჰიპოტენზია	პროლაქტინის მომატება
ამისულპირიდი	-	+	+	-	-	+++
არიპიპრაზოლი	-	+/-	+/-	-	-	-
ბენპერიდოლი	+	+	+++	+	+	+++
ქლორპრომაზინი	+++	++	++	++	+++	+++
კლოზაპინი	+++	+++	-	+++	+++	-
ფლუპენტისოლი	+	++	++	++	+	+++
ფლუფენაზინი	+	+	+++	++	+	+++
ჰალოპერიდოლი	+	+	+++	+	+	+++
ლოქსაპინი	++	+	+++	+	++	+++
ოლანზაპინი	++	+++	+/-	+	+	+
პალიპერიდონი	+	++	+	+	++	+++
პერფენაზინი	+	+	+++	+	+	+++
პიმოზიდი	+	+	+	+	+	+++
პიპოთიაზინი	++	++	++	++	++	+++
პრომაზინი	+++	++	+	++	++	++
ქვეტიპინი	++	++	-	+	++	-
რისპერიდონი	+	++	+	+	++	+++
სერტინდოლი	-	+	-	-	+++	+/-
სულპირიდი	-	+	+	-	-	+++
ტრიფლუოპერაზინი	+	+	+++	+/-	+	+/-
ზიპრაზიდონი	+	+/-	+/-	-	+	+/-
ზოტეპინი	+++	++	+	+	++	+++
ზუკლოპენტისოლი	++	++	++	++	+	+++

შენიშვნა:
 ზემოთ მოყვანილი ცხრილი შედგენილია გვ. ეფექტების აღმოცენების შედარებითი სიხშირის მიახლოებითი შეფასებით, რაც კლინიკურ გამოცდილებას, მწარმოებლების ლიტერატურას და კვლევებს ეყრდნობა. ეს მხოლოდ ზოგადი მონაცემებია