

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/ო ბრძანებით

## დევრისიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

# დეპრესიის მართვა მოზრდილებში (პროტოკოლი)

## 1. დაავადების ბანმარტება

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

### კლასიფიკაცია

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

### გუნებ-განწყობის დარღვევის ძირითადი კლასიფიკაციები

<b>DSM-IV-TR</b> გუნებ-განწყობის დარღვევები	<b>ICD-10</b> გუნებ-განწყობის (აფექტური) დარღვევები
დიდი დეპრესიული აშლილობა <ul style="list-style-type: none"> <li>• მსუბუქი</li> <li>• საშუალო</li> <li>• მძიმე</li> <li>• მელანქოლიური ნიშნებით</li> <li>• ფსიქოზური ნიშნებით</li> </ul>	დეპრესიული ეპიზოდი <ul style="list-style-type: none"> <li>• მსუბუქი</li> <li>• საშუალო</li> <li>• მძიმე</li> <li>• სომატური ნიშნებით</li> <li>• ფსიქოზური ნიშნებით</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ერთი ეპიზოდი</li> <li>• განმეორებითი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• განმეორებითი დეპრესიული დარღვევა</li> </ul>
ბიპოლარული დარღვევა <ul style="list-style-type: none"> <li>• ახალი ეპიზოდი დეპრესიის, მანიის ან ორივეს ერთად</li> </ul>	ბიპოლარული აფექტური დარღვევა <ul style="list-style-type: none"> <li>• მიმდინარე ეპიზოდი დეპრესიის, მანიის ან ორივეს ერთად</li> </ul>
დისტიმია (ქრონიკული დეპრესია) ციკლოთიმია	დისტიმია ციკლოთიმია
თანმსლები დარღვევები <ul style="list-style-type: none"> <li>• დეპრესიული გუნებ-განწყობით</li> <li>• დეპრესიის და შფოთვის ერთობლიობით</li> </ul>	თანმსლები დარღვევები <ul style="list-style-type: none"> <li>• ხანმოკლე დეპრესიული რეაქცია</li> <li>• გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია</li> <li>• დეპრესიის და შფოთვის ერთობლიობა</li> </ul>
გუნებ-განწყობის დარღვევა გამოწვეული სპეციფიკური სამედიცინო მდგომარეობით	ორგანული გუნებ-განწყობის (აფექტური) დარღვევა

## 2. დეპრესიის სიმპტომები

**გუნებ-განწყობის დარღვევა** - დეპრესიული გუნებ-განწყობა (მწუხარება, ნალვლიანობა).

**ანჰედონია** - ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა.

**დეპრესიული ფიქრები** - ჩაფიქრება, პესიმიზმი, დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება, მორცხვობა, უიმედობა, სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

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

## 3. დეპრესიის კლინიკური სურათი სიმძიმის ხარისხის მიხედვით

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

**მსუბუქი დეპრესიის** დროს ავადმყოფი გარეგნულად არ გამოიყურება დათრგუნულად. უჩივის გუნებ-განწყობის დაქვეითებას, უღონობას, სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვას, მომატებულ გაღიზიანებადობას, ძილის დარღვევას, უჭირს ჩაძინება, ღამე უტყდება ძილი და მხოლოდ გამთენიისას იძინებს.

„ბიოლოგიური“ ნიშნები, როგორც წესი არ ვლინდება, თუმცა გუნებ-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. ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება გაძნელებულია.

**საშუალო დეპრესია** ხასიათდება სიმპტომების ზომიერებით და ჰარმონიული დეპრესიული ტრიალით – გუნებ-განწყობის დაქვეითება, სიხარულის განცდის უნარის დაკარგვა, პესიმიზმური 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 ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება. გამოხატულია იდეატორული და მოტორული შეკავება. ვითარდება ადინამიური, ანუ შეკავებული დეპრესია ან ზოგჯერ ფსიქიკური ანესთეზია.

#### 4. პაციენტის შეფასება და დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები

**DSM IV-**ს მიხედვით დეპრესიის დიაგნოზი ისმება 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 იქნეს სულ მცირე ერთი-ერთი ამ ორი სიმპტომიდან: 1) დეპრესიული გუნებ-განწყობა ან 2) ინტერესის ან სიამოვნების განცდის დაკარგვა.

**სულ მცირე ხუთი სიმპტომი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:**

1. დეპრესიული გუნებ-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 აუტირება 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 განიხილავს დეპრესიის 10 სიმპტომს:**

- დეპრესიული გუნებ-განწყობა;
- ინტერესის, სიამოვნების მიღების უნარის დაქვეითება;
- მომავლისადმი პესიმისტური განწყობა;
- მადის დარღვევა (მადის დაქვეითება ან მომატება);
- ძილის დაეღვევები;
- 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**

- დექსამეტაზონის ტესტი ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზურ-ადრენალური სისტემის ჰიპერაქტივობით გამოწვეული კორტიზოლის ჰიპერსეკრეციის დათრგუნვა არ ხდება დექსამეტაზონის შეყვანის შედეგად – ტესტზე დადებითი პასუხი. შეზღუდულია მისი კლინიკური გამოყენება სირთულისა და მაღალი ცდომილების გამო;
- ფსიქოლოგიური ტესტები დეპრესიის საკვლევი უნიფიცირებული შკალები: ბეკის დეპრესიის კითხვარი (იხ. გაიდლაინი). ჰამილტონის დეპრესიის შეფასების შკალა.

**5. 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).

### **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, ციტალპრამი), 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 აუტირება, შეცვალებული 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 ასოციაციის 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, ფლუოქსამინი, პაროქსეტინი, ტრიციკლური ანტიდებრესანტები ან ვენლაფაქსინი) (C);
- ანტიდებრესანტების დიდი დოზით გამოყენებისას ან ორი მედიკამენტის კომბინაციისას, შესაძლოა განვითარდეს სეროტონინული სინდრომი.

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

### **საშუალო და მძიმე დებრესიის საწყისი მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში:**

- დააზუსტეთ, იტარებდა თუ არა პაციენტი მედიკამენტურ მკურნალობას რეგულარულად და დანიშნული დოზის მიხედვით;
- თუ ანტიდებრესანტების სტანდარტული დოზით მიღებისას არა გვაქვს ადეკვატური შედეგი და არ არის გამოხატული გვერდითი ეფექტები, გაზარდეთ დოზა თანდათანობით, სქემის მიხედვით (C);
- შეცვალეთ ანტიდებრესანტი, თუ მკურნალობის დაწყებიდან ერთი თვის შემდეგ ადეკვატური შედეგი არა გვაქვს (C);
- როდესაც ერთი ანტიდებრესანტი მეორე ანტიდებრესანტით იცვლება, მიზანშეწონილია არაეფექტური ან დაბალი ტოლერანტობის მქონე ანტიდებრესანტის დოზების თანდათანობით შემცირება და ახალი პრეპარატით თანდათანობითი ჩანაცვლება (C);
- ერთი ანტიდებრესანტის მეორით შეცვლის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ წამალთშორისი ურთიერთქმედება და სეროტონინული სინდრომის განვითარების რისკი, როდესაც დანიშნულია სეროტონერგიული ანტიდებრესანტების კომბინაცია (C);
- დებრესიის რეზისტენტული, ატიპური და ფსიქოზური ფორმების შემთხვევაში საჭიროა რეფერალი სპეციალისტთან;
- დებრესიის რეზისტენტული, ატიპური და ფსიქოზური ფორმების შემთხვევაში საჭიროა რეფერალი სპეციალისტთან.



**ანტიდეპრესანტების კლასიფიკაცია და დოზირება**

სახელწოდება	საწყისი დოზა მგ/დღე	თერაპიული დოზა მგ/დღე	მაქსიმალური დოზა მგ/დღე
<b>ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები</b>			
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
<b>სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები</b>			
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
<b>სხვა ძირითადი სტრუქტურის ანტიდეპრესანტები</b>			
ბუპროპიონი	150	150 - 300	450
ვენლაფაქსინი	37,5	75 – 225	375
<b>სეროტონინის მოდულატორები</b>			
ნეფაზადონი	200	300 – 500	600
ტრაზოდონი	150	300 – 400	400 – 600
<b>მაო-ს უეუქცევალი ინჰიბიტორები</b>			
ნიალამიდი	300	300 – 400	500
ფენელზინი	45	45 – 75	90
ტრანილციპრომინი	30	30 – 40	60
<b>მაო-ს უეუქცევალი ინჰიბიტორები</b>			
მოკლობემიდი	150	300 – 600	600
პირაზიდოლი	100	150 – 400	500

**ანტიდეპრესანტივის გვერდითი ეფექტები**

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

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

## 6. მონიტორინგის სამიზნეები

მდგომარეობის გაუმჯობესების ყველაზე საიმედო ორიენტირებია:

- დადებითი კლინიკური დინამიკა;
- დეპრესიული გუნებ-განწყობის გაუმჯობესება;
- ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის აღდგენა;
- ძილის, წონის, მადის მხრივ დარღვევების გაუმჯობესება;
- კონცენტრირების ან გადაწყვეტილების მიღების უნარის გაუმჯობესება;
- სუიციდური აზრების არქონა;
- პაციენტის ინფორმირებულობა პრობლემის შესახებ და მისი ჩართულობა მკურნალობის პროცესში;
- მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

## 7. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა პროტოკოლი

- „დეპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.

# დეპრესიის მართვა ბავშვებსა და მოზარდებში (პროტოკოლი)

## 1. დიაგნოზის განმარტება

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

### სინონიმები

ჯანდაცვის პროფესიონალები იყენებენ ტერმინებს: დეპრესია, კლინიკური დეპრესია, დეპრესიული დაავადება, დეპრესიული აშლილობის 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).

## 2. სიმპტომები:

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

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

ფიზიკურად დეპრესიის მქონე პაციენტები ნაკლებად აქტიურები ხდებიან, თუმცა პასიურობა შეიძლება შენიღბული იყოს შფოთვითა და მღელვარებით.

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;
- უმაღლობა ან, პირიქით, გაძლიერებული მადა;
- ძილის ნორმალური რიტმის დარღვევა: უძილობა ღამით, მომატებული ძილიანობა დღისით;
- “ენდოგენური დაავადების” სიმპტომები: დაღლილობის შეგრძნება დღით, ცუდი მადა, აპათია. ფიზიკური რეტარაცია 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.

### **3. პაციენტის შეფასება და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:**

#### **დიაგნოსტიკა**

დეპრესია ჰეტეროგენული დიაგნოსტიკურ კატეგორიაა ცვალებადი კლინიკური საზღვრებითა თუ საკლასიფიკაციო სქემებით. ICD-10-ის კლასიფიკაციით დეპრესიის დაყოფა მსუბუქ, საშუალო და მიიმე ხარისხის დეპრესიად კლინიკური ღირებულების მქონეა.

დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკის აუცილებელი პირობაა:

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

#### **ძირითადი კრიტერიუმები:**

- გუნებ-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესების და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;
- ენერჯის დაქვეითება აქტივობის დაქვეითებით და დაღლილობის 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 აუტიცია უფრო მეტად იყოს გამოხატული, ვიდრე დეპრესია.

გუნებ-განწყობის დაქვეითება შესაძლოა შეინიღბოს დამატებითი სიმპტომებით:

- გაღიზიანებლობით;
- 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 ინტენსიურად;
- 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 სიმპტომი ან
- თან ახლავს 2 ან სამი მძიმე სომატური სიმპტომი.

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

**F32. 1 – ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდი**

- ძირითადი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ორის არსებობა;

- ძირითად კრიტერიუმებთან ერთად 4-5 დამატებითი კრიტერიუმის არსებობა.

მე-5 ნიშანის 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 სიმპტომი.

ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდის დროს მნიშვნელოვნად გაძნელებულია.

**F32. 2 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე მნიშვნელოვნადაა გამოხატული:**

- მოუსვენრობა და აუიტაცია 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 ჰალუციანაცია 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. პრეპერტული 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 აღრეულ ეტაპზე მკურნალობის საჭიროების ინდიკატორია, თუმცა ასევე ანტიდეპრესანტებით მონოთერაპიის რესიზტენტობის ინდოკატორიც შეიძლება იყოს.

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

მოზრდილები	ბავშვები და მოზარდები
<p>ა) ქვემოთ მოცემული სიმპტომებიდან 5 ან მეტი აღინიშნება მინიმუმ 2 კვირის მანძილზე და პიროვნების ფუნქციონირება აღრინდელ 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 გამომეტყველება, 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>



მოზრდილები	ბავშვები და მოზარდები
3) წონაში მნიშვნელოვანი კლება დიეტის დაცვის გარეშე ან მნიშვნელოვანი მატება (სხეულის მასის 5%-ის ცვლილება ერთი თვის განმავლობაში), ან მადის მნიშვნელოვანი მომატება/უმაღლობა ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე.	ბავშვებში უფრო ხშირია წონაში მატების შეჩერება, ვიდრე წონაში დაკლება
4) ინსომნია-უძილობა ან ჰიპერსომნია თითქმის ყოველ დღე	მსგავსად მოზრდილებისა
5) ფსიქომოტორული აუტირება ან შეკავება თითქმის ყოველდღე (სხვების დაკვირვების საფუძველზე და არა უბრალოდ სუბიექტური მოუსვენრობისა ან შენელებულობის შეგრძნება)	გუნებ-განწყობის ცვლილებებთან ერთად შეიძლება აღინიშნოს ჰიპერაქტიური ქცევა.
6) დაღლილობა ან ენერჯის არქონა თითქმის ყოველდღე	დაღლილობაზე მიმანიშნებელ სიმპტომებად შეიძლება ჩაითვალოს თანატოლებთან თამაშისაგან გამოთიშვა, სკოლაში სიარულზე უარის თქმა და სკოლის გაცდენა.
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 გაჩუქება.
<b>ბ) სიმპტომები არ აკმაყოფილებს შერეული ბიპოლარული აშლილობის კრიტერიუმებს</b>	<b>მსგავსად მოზრდილებისა სიმპტომები არ აკმაყოფილებს შერეული ბიპოლარული აშლილობის კრიტერიუმებს</b>
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	მსგავსად მოზრდილებისა

მოზრდილები	ბავშვები და მოზარდები
მქონე ნივთიერებებით (სხვადასხვა მედიკამენტი, ტოქსიკომანია) ან სამედიცინო მდგომარეობით (მაგ., ჰიპოთირეოზი)	
ესიმპტომები 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 შინაარსისანი არიან.

**დეპრესიის სადიაგნოზო ტაქტიკა 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 ჰიპერაქტივობის 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 მიჩნეული.*

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, პოზიტიური 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 ანტიდეპრესანტებით 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><b><u>ბიოდეემოგრაფიული მონაცემები:</u></b>  <b>ასაკი:</b> გვიანი მოზარდობის პერიოდი 20 წლის ჩათვლით (20% ფიქრობს სუიციდზე, 8% ცდილობს ჩაიდინოს სუიციდი)  <b>სქესი:</b> სუიციდის მცდელობა და იდეები მაღალია გოგონებში, თუმცა განხორციელებული სუიციდი ხუთჯერ მეტია ვაჟებში.  <b>ეთნიკური წარმომავლობა:</b> რისკი მაღალია თეთრკანიანებში და ლათინოამერიკული წარმოშობის პირებში, შედარებით ნაკლებია შავკანიანებში და ყველაზე მცირეა ყვითელკანიანებში</p>	<p>შავკანიანი, მღვდრობითი სქესის ბავშვი (მოზარდი)</p>
<p><b><u>ანამნეზური მონაცემები:</u></b>  <b>დიდი დეპრესია:</b> სუიციდის რისკი 12-ჯერ მაღალია ორივე სქესის ბავშვსა და მოზარდში. განსაკუთრებით თუ ერთ-ერთი სიმპტომია უძიებლობა  <b>ტოქსიკომანია:</b> რისკი მატულობს 2-ჯერ</p> <p><b><u>ქცევითი აშლილობა ქცევითი აშლილობა ვაჟებში სუიციდის 1/3 ქცევით აშლილობასთან არის დაკავშირებული.სუიციდის რისკი იზრდება დაახლოებით 2-ჯერ სტრესორების არსებობა ან დანაკლისი (პრობლემები სკოლაში, რომანტიკული ურთიერთობის გაწყვეტა, არასასურველი ორსულობა, პრობლემები სამართალდამცავებთან ძლიერი ხანგრძლივი დამცირება სხვების მიერ)</u></b>  <b><u>ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა</u></b></p> <p><b><u>მინიმალური კომუნიკაცია მშობლებთან</u></b></p>	<p>ამჟამად არ აღინიშნება დეპრესია</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  მშობლების უნარი მხარში ამოუდგნენ და თან ზედამხედველობა მოახდინონ ბავშვზე (მოზარდზე) მისთვის კრიტიკულ მომენტებში</p> <p>ანამნეზში ფიზიკური თუ სექსუალური ძალადობის არარსებობა  ღრმა რელიგიური რწმენა.</p> <p>პოზიტიური შეხედულება მომავალზე, კონკრეტული პოზიტიური გეგმებით</p> <p>გარკვევით აყალიბებს იმ მიზეზებს, რატომაც უნდა იცოცხლოს, სუიციდისადმი ამბივალენტურობა.</p>

<b>სუიციდის რისკისა და დამცავი ფაქტორების სქემა ბავშვებსა და მოზარდებში.</b>	
<b>მაღალი რისკი</b>	<b>დაბალი რისკი ან დამცავი ფაქტორი</b>
<p><b>სუიციდური ქცევა ანამნეზში</b></p> <p>სუიციდური აზრები სუიციდური გეგმით: სიტყვიერად საუბრობს სპეციალური გეგმის არსებობაზე, ასევე სახეზეა სუიციდის სავარაუდო გეგმის არავერბალური ეკვივალენტები (მაგ. საყვარელი ნივთების გაჩუქება)</p> <p><b>სუიციდის მცდელობა ანამნეზში:</b> სუიციდის ერთ-ერთი უდიდესი პრედიქტორია</p> <p><b>სუიციდის ოჯახური ანამნეზი</b></p> <p><b>ცეცხლსასროლ იარაღისა და ტოქსინების ხელმისაწვდომობა</b></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><b>მავნე გავლენა:</b> 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>

#### 4. 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 მდგომარეობებია:**

- ენდოკრინოპათიები (ჰიპოთირეოზი);
- ავთვისებიანი სიმსივნეები;
- ქრონიკული დაავადებები;
- ინფექციური მონონუკლეოზი;
- ანემია;
- ვიტამინების დეფიციტი (განსაკუთრებით ფოლის მჟავა);

- სამედიცინო დანიშნულებით მიღებული მედიკამენტით გამოწვეული დეპრესია (მაგ, იზოტრეტინინი).

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.

დეპრესიას შეიძლება თან ახლდეს სხვა მენტალური პრობლემაც.

### **დეპრესიის სადიაგნოზო კითხვარები**

*ბავშვთა დეპრესიის კითხვარი* Childrens depression Inventory CDI გამოიყენება 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში სადიაგნოზოდ.

*განწყობისა და შეგრძნებების კითხვარი* Mood and feeling Questionnaire (MFQ) გამოიყენება 8-17 წლის ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში დეპრესიის სადიაგნოზოდ.

*რეინოლდის მოზარდთა დეპრესიის შკალა* Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) განკუთვნილია 13-18 წლის მოზარდთათვის.

*ეპიდემიოლოგიური კვლევების ცენტრის დეპრესიის შკალა (CES-D)* შექმნილი იყო მოზრდილებში და ნაწილობრივ მოზარდებში დეპრესიის სადიაგნოზოდ.

*კუჩერის მოზარდთა დეპრესიის შკალა* Kutcher Adolescent Depression Scale(KADS).

## 5. მკურნალობა

### ფსიქოლოგიური მკურნალობა

არსებობს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის მკურნალობის ფსიქოლოგიური მეთოდები. მათი კლინიკური ეფექტურობა განსხვავებულია. ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მეთოდებია:

- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია;
- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ცალკე მშობლის სეანსით;
- ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია;
- ფსიქოანალიზურ/ფსიქოდინამიკური ბავშვთა ფსიქოთერაპია;
- თვითმოდელირება;
- თვითრელაქსაცია;
- სოციალური უნარების ტრენინგი;
- მართული თვითთერაპია;
- კონტროლის გამაძლიერებელი თერაპია;
- კონტროლის ჯგუფები (არადირექტიული თანადგომითი თერაპია, თერაპიული თანადგომის ჯგუფი, სტანდარტული მზრუნველობა, კლინიკური მენეჯმენტი, ქცევით 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 მოზარდი 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 გადაავაზნონ 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 ფსიქიური 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**

ფლუოქსეტინი ერთადერთი სეროტონინის სელექციური უკუშთანთქმის ინჰიბიტორი/ატიპური ანტიდეპრესანტია, რომლის ეფექტურობაც, არსებული მტკიცებულებების მიხედვით, აღემატება რისკს.

არსებული მტკიცებულებებით ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები არ უნდა იქნეს გამოყენებული ბავშვთა 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 იქნეს გამოყენებული ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ.

**კლინიკური რეკომენდაციები**

ანტიდეპრესანტები არ უნდა იქნეს 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 შეეთავაზოს 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, ყოველკვირეული 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 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 დანიშვნისას, 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 იყვნენ მკურნალობის თავისებურებების (ხანგრძლივობა, გვერდითი ეფექტები, ეფექტურობა) და მედიკამენტის დანიშნულებისამებრ მიღების მნიშვნელობის თაობაზე. აღნიშნული ინფორმაცია წერილობითი სახით მათთვის გასაგებ ენაზე მიწოდებულ უნდა იქნეს, როგორც ბავშვისათვის (მოზარდისათვის), ასევე მისი მშობლებისათვის (მეურვისათვის). ასევე მიწოდებული უნდა იყოს ბოლო ინფორმაცია ბავშვის (მოზარდის) მდგომარეობის თაობაზე **(კარგი კლინიკური პრაქტიკა)**.

თუ ბავშვს (მოზარდს) დანიშნული აქვს ანტიდეპრესანტი, მკურნალმა ექიმმა ან ფსიქოლოგიურ მკურნალობის მიმწოდებელმა სპეციალისტმა უნდა შეაფასოს ბავშვის (მოზარდის) სიუცდილური იდეების, თვითზიანის მიყენების, მტრული ქმედებების არსებობა, განსაკუთრებით მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე. თუ არ არის მედიკამენტის დაუყოვნებლივ დაწყების აუცილებლობა, მედიკამენტის გამომწერამდე 7 დღის განმავლობაში უნდა მოხდეს სიმპტომების მონიტორინგა, რომლებიც შემდგომში შეიძლება ინტერპრეტირებულ იქნეს როგორც გვერდითი ეფექტები. მედიკამენტის გამომწერის შემდეგ მკურნალმა ექიმმა უნდა გააფრთხილოს პაციენტი და მისი მშობლები (მეურვე), რომ 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 მკურნალობაა რეკომენდებული. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები დღეში 20მგ-ზე მაღალი დოზებით მკურნალობის ეფექტურობის თაობაზე, თუმცა მაღალი დოზებით მკურნალობა შეიძლება მოაზრებული 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 მიღწევის (8-კვირიანი მკურნალობის შემდეგ არ აღინიშნება სიმპტომები და სახეზეა სრული ფუნქციონირება) შემდეგ მკურნალობა კიდევ 6 თვეს უნდა გაგრძელდეს (C).

იმ შემთხვევაში, თუ ფლუოქსეტინით მკურნალობა წარუმატებელია ან თუ ვერ ხდება მედიკამენტის ატანა მისი გვერდითი ეფექტების გამო, სხვა ანტიდეპრესანტის დანიშვნაა საჭირო. ამ შემთხვევაში სერტრალინი და ციტალოპრამია 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 ბავშვს ან მოზარდს ენიშნება ფლუოქსეტინისაგან განსხვავებული ანტიდეპრესანტი, საწყისი დოზა მოზრდილების 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 მიეკუთვნოს. მიუხედავად მონაცემების სიმწირისა მოზრდილებსა და ბავშვებში მაღალი დოზით მიღებული 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 იქნეს 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**).

კრაზანა არ უნდა იქნეს გამოყენებული ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დეპრესიის სამკურნალოდ (**C**).

თუ დეპრესიის მქონე ბავშვი ან მოზარდი დამატებით ღებულობს კრაზანას, მას უნდა განემარტოს რისკი, ერჩიოს მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა და შეეთავაზოს 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 რეკომენდებული (**B**).

თუ მულტიდისციპლინური განხილვის შემდეგ ბავშვის (5-11 წლის) საშუალო-მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება ფსიქოლოგიური

მკურნალობის 4-6 კურსს, ფლუოქსეტინით მკურნალობა სიფროთხილით უნდა იყოს მოაზრებული. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ფლუოქსეტინის ეფექტურობა შესწავლილი არ არის (C).

თუ საშუალო ან მძიმე ხარისხის დეპრესია არ ემორჩილება სპეციფიკური 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 დაავადებების 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 რისკის ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ) განსჯილი უნდა იქნეს რეციდივის აღბათობა ან ჩატარდეს სპეციფიკური ფსიქოლოგიური მკურნალობის კურსი რეციდივის აღბათობის 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 ფსიქიკური 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 ნამკურნალები რეკურენტული დეპრესიის მქონე ბავშვის (მოზარდის) განმეორებითი დეპრესიული ეპიზოდის დროს ის დაუყოვნებლივ უნდა აიგზავნოს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან (კარგი კლინიკური პრაქტიკა).

ელექტროკონვულსიური თერაპიის შესაძლებლობა განიხილება 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).

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

ელექტროკონვულსიური თერაპია არ არის რეკომენდებული 5-11 წლის ბავშვების სამკურნალოდ (C).

ფსიქოზური დეპრესიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების დეპრესიის მკურნალობის სქემაში გათვალისწინებული უნდა იქნეს 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).

**ანტიდეპრესანტების გვერდითი ეფექტები მოცემულია დეპრესიის მართვის გაიდლაინში**

## 6. მონიტორინგის სამიზნეები

მდგომარეობის გაუმჯობესების ყველაზე საიმედო ორიენტირებია:

- დადებითი კლინიკური დინამიკა;
- დეპრესიული გუნებ-განწყობის გაუმჯობესება;
- ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის აღდგენა;
- ძილის, წონის, მადის მხრივ დარღვევების გაუმჯობესება;
- კონცენტრირების ან გადაწყვეტილების მიღების უნარის გაუმჯობესება ;
- სუიციდური აზრების არქონა;
- პაციენტის ინფორმირებულობა პრობლემის შესახებ და მისი ჩართულობა მკურნალობის პროცესში ;
- მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

## 7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა პროტოკოლი

- „დეპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.