

მძიმე სტრესზე პიროვნების
რეაქციის და ადაპტაციის
დარღვევების დიაგნოსტიკა და
მკურნალობა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „მძიმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 18 დეკემბრის № 282/ო ბრძანებით.

მძიმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ბაიფლანინი განკუთვნილია

- ⇒ ფსიქიატრების, პირველადი ჯანდაცვის და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალისათვის, რომელთაც უშუალო შეხება აქვთ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის, სტრესზე მწვავე რეაქციის ან ადაპტაციის დარღვევების მქონე სხვადასხვა ასაკის პაციენტებთან;
- ⇒ შეიძლება გამოყენებული იქნას ფსიქოთერაპევტებისათვის და სოციალური მუშაკების მიერ;
- ⇒ შეიძლება გამოყენებული იყოს უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო დაწესებულებების პედაგოგების მიერ, ასევე უწყვეტი პროფესიული განათლებისათვის.

1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, ტერმინოლოგია და კლასიფიკაცია

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

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

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

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

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

ტიპიური ტერმინოლოგია:

სტრესი - არასპეციფიკური ადაპტაციური რეაქცია, რომელიც მუდმივად არსებობს მთელი ცხოვრების მანძილზე;

დისტრესი - საზიანო, უარყოფითი სტრესული ზემოქმედება. ვლინდება ფსიქომატრავმირებელი ფაქტორების ზემოქმედების შემდეგ უარყოფითი ემოციური – რეაქციების, შფოთვის და ადაპტაციის უნარის დაკარგვის სახით;

ცხოვრებისეული მოვლენა – ნაკლები ინტენსივობის ფსიქოსოციალური სტრესი, გამოწვეული სოციალურ გარემოში მომხდარი ცვლილებებით;

ტრავმული მოვლენა - ისეთი სტრესორების ნაკრები, რომელთაც ზოგადად განვიხილავთ როგორც უარყოფით გამოცდილებას, რომელიც ტვირთავს ინდივიდის პიროვნულ რესურსებს (იგულისხმება პრობლემის გადაჭრის უნარი – “coping abilities”);

სტრესული სიტუაცია - მწვავედ აღმოცენებული და ხანგრძლივად შენარჩუნებული შეუსაბამობა ორგანიზმის მოთხოვნილებებსა და შესაძლებლობებს შორის;

სტრესორი - ფსიქომატრავმირებელი მოვლენები, რომლებიც სტრესს იწვევს და ახასიათებს თვისობრივი და რაოდენობრივი ასპექტები. სტრესორები იყოფა კატეგორიებად: ქვეზღურბლოვანი სტრესორები, პოტენციურად მატრავმირებელი მოვლენები (DSM-IV-ის მიხედვით კრიტერიუმი A) და მატრავმირებელი მოვლენები (კრიტერიუმ A1-A2-თან თანმხვედრი);

ფლეშბეკი – Flashback - დისოციაციური ეპიზოდები, როცა მატრავმირებელი მოვლენა და ის, რაც მას წინ უძღოდა, კვლავ მეორდება გონებაში თავსმოხვეული, გაცოცხლებული ხატების ან სურათების სახით.

ისტორიული მიმოხილვა: (30)

პტსა-ის სიმპტომები კაცობრიობისათვის უძველესი დროიდანაა ცნობილი, მაგრამ მისი ინტენსიური შესწავლა გასული საუკუნის შუა პერიოდიდან იწყება და უკავშირდება J.Erichsen-ის (1867), J.Da Costa-ს (1871), J.J.Putnam-ის (1883), H.W.Page-ის (1885), H.Oppenheim-ის (1888), P.Janet-ს (1907), C.Barrois-ის (1907), D.Honingmann-ის (1907), E.Stierlin-ის (1911), J.Fromet-ის (1918) და სხვათა სახელებს. XX საუკუნის 50 წლებისათვის პოსტტრავმული სინდრომს უკვე ჰქონდა ინდივიდუალური, მკაფიოდ გამოკვეთილი აღწერილობა (W.Menninger, 1946) და, ამიტომაც, 1952 წელს ფსიქიკურ დაავადებათა ამერიკულ კლასიფიკაციაში (DSM-I) გარდამავალი სიტუაციური პიროვნული აშლილობის ფარგლებში პირველად იქნა აღწერილი დიდი სტრესული რეაქცია. მოგვიანებით, 1980 წელს, სინდრომთა თავმოყრა მოხდა DSM-III-ში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სახელწოდებით. პტსა-ის დიაგნოსტიკების DSM-III-ის კრიტერიუმებში შესაძლებელია აღმოვაჩინოთ ყველა ის ძირითადი სიმპტომი, რაც სხვადასხვა პერიოდში ჰქონდათ მკვლევარებს აღწერილი: კოშმარები, ინსომნია, საზარელი ხატები და გამღიზიანებლობა (Erichsen J., 1867; Putnam J., 1883 - "Railway spine syndrome"); კრთომის რეფლექსი, ავტონომიური ჰიპერრეაქტიულობა (Mott F.W., 1919 - Startle reflex); მეხსიერებისა და კონცენტრაციის პრობლემები (Strumpell, 1895); ტრავმის განმეორებითი განცდის ფენომენი (Mott F.W., 1919; Kardinger A., 1941); სოციალური განსვლა (Sutherland J.D.,

1941); სოციალური კავშირებისთვის თავის არიდება, ბრალეულობის განცდა (Lindemann E., 1944); ამნეზია ("ომის ნევროზის" ფარგლებში დამოუკიდებელ სინდრომად გამოყოფილი - W.Sargant et al., 1941). 1939 წელს S.Freud-ი საუბრობდა ბავშვთა ასაკის ტრავმული გამოცდილების პოზიტიურ და ნეგატიურ გავლენაზე. პოზიტიურ ეფექტს შესაძლოა მივაკუთვნოთ ტრავმის "გაცოცხლება", ხოლო ნეგატიურ რეაქციებს მიეკუთვნება ტრავმასთან ასოცირებული დავიწყებული მოგონებებისა და ქცევებისათვის თავის არიდების ფენომენი.

1976 წელს M.J.Horowitz-მა პოსტტრავმული სიმპტომები დააჯგუფა თავსმოსხვეული ხატების და თავის არიდების (უარყოფის) ფენომენების მიხედვით, რაც, საბოლოოდ, DSM-III-ის ორგანიზაციულ ტიპოლოგიად იქცა. დღეისთვის, ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის განმარტებით, პტსა განიხილება როგორც ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია ისეთ ფსიქიკურ ტრავმაზე, რომელიც სცილდება ნორმალური ადამიანური გამოცდილების საზღვრებს.

პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მიმართ ქართულ ფსიქიატრიაში ინტერესი ვლინდება 80-იანი წლების დასასრულს. მაგრამ კვლევები, რომელიც შეისწავლიდა ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ფსიქომატრავმირებელი მოვლენების ზეგავლენას, ტარდებოდა ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში და დაკავშირებულია მ.ასათიანის (1920), მოგვიანებით კი ა.ზურაბაშვილის (1957, 1963), ი.მენთემაშვილის (1957), ო.ჭითავას (1957, 1963, 1995), ბ.სვანის (1963), და სხვათა სახელებთან. ბოლო წლებში ამ საკითხებზე მუშაობდნენ ბ.ნანეიშვილი და სხვ., 1990; ი.ლაზარიშვილი, 1993; გ.ნანეიშვილი და სხვ., 1995; ნ.დუდუშავა და სხვ., 1990; მ.ჯიშკარიანი და სხვ., 1997, ნ.ოკრიბელაშვილი, 1999. მკვლევართა ყურადღება აგრეთვე მიექცა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ასაკობრივ (დ.ზურაბაშვილი, 1998) და სასამართლო-ფსიქიატრიულ ასპექტებს (თ.ხარებავა, 1996).

2. პტსა-ის ეპიდემიოლოგია (33, 45, 62)

- პტსა დღეისათვის საკმაოდ გავრცელებული და ხშირი აშლილობაა, რადგან ყოველდღიურ ცხოვრებაში მოსახლეობას ხშირი შეხება აქვს ძალადობასთან;
- სხვადასხვა პოპულაციების გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ პტსა-ს გავრცელება საერთო მოსახლეობაში მერყეობს 1-14%. რისკის ჯგუფებში (ომის ვეტერანები, ძალადობის მსხვერპლნი) 23-56%;
- აშშ-ში ჩატარებული მოსახლეობის კოჰორტული კვლევებით დადგენილია, რომ ქალების 51%-ს და მამაკაცების 61%-ს სიცოცხლის მანძილზე გადატანილი აქვთ ერთი ტრავმული მოვლენა მაინც;
- 5.2 მილიონ ამერიკელ მოზრდილს (18-54წ.) ანუ დაახლოებით მოსახლეობის 3.6%-ს აქვს პტსა;
- ტრავმული გამოცდილების შემდეგ პტსა ქალებში 2-ჯერ მეტია, ვიდრე მამაკაცებში;
- აშშ-ში ჩატარებული კოჰორტული კვლევებით დადგინდა, რომ ტრავმული გამოცდილების მქონე პირთა 9-25%-ში საბოლოოდ ვითარდება პტსა;
- მწვავე სტრესული რეაქციის შემდეგ 80%-ში საბოლოოდ ვითარდება პტსა. (27; C დონის მტკიცებულება);

- პტსა აშლილობა ვითარდება იმ პირების 4.3%-ში, რომელთაც ტრავმული მოვლენა გადაიტანეს მწვავე სტრესული აშლილობის გარეშე;
- აშლილობა ვითარდება ნებისმიერ ასაკში, ადრეული ბავშვობის ჩათვლით. გამომწვევეი სიტუაციების ბუნებიდან გამომდინარე ყველაზე ხშირია დასაწყისი ახალგაზრდა ასაკში;
- საერთო პოპულაციაში პტსა ხშირად შერწყმულია სხვა ფსიქიკურ აშლილობებთან (აფექტური და შფოთვითი აშლილობები, ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები);
- მამაკაცებში სტრესორის როლში უფრო ხშირად გვევლინება განცდები, დაკავშირებული ომთან, საბრძოლო მოქმედებებთან, ხოლო ქალებში – თავდასხმა და გაუპატიურება;
- საქართველოში სოციალური სტრესების რანდომიზირებული კვლევის ფარგლებში (ნ. ოკრიბელაშვილი, 1998) დადგენილია, რომ იძულებით ადგილნაცვალთა შორის 33,3%-ში გამოიკვეთა გახანგრძლივებული პტსა-ს დიაგნოზი. პტსა-ის დიაგნოზი საკონტროლო, პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირების ჯგუფში დაესვა 20%, რაც კორელაციაშია ლიტერატურაში არსებულ მონაცემებთან.

3. პტსა-ის მთიოპათოგენეზი

დღეისათვის ითვლება, რომ პტსა არის “გასაგები” რეაქცია დისტრესულ გარემო სიტუაციაზე და იგი შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერ ინდივიდს, ანუ კაუზალური მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმას. პტსა-ს განვითარებაში მნიშვნელოვანია ინდივიდის ცხოვრების ისტორია, ფსიქიკური და სომატური მდგომარეობა, მსოფლმხედველობა, ძირითადი ფასეულობებები და მორალური ღირებულებები. ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ტრავმული მოვლენების შეთავსება ისეთ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან, როგორცაა: უძილობა, სიცივე, შიმშილი, ელექტროობის, წყლის უქონლობა და სხვა, რასაც მიუყვართ პიროვნების დაცვითი მექანიზმების გამოფიტვასთან, და პტსა განვითარებისათვის იქმნება პათოლოგიურად შეცვლილი ნიადაგი. ასევე მნიშვნელოვანია ეთნო-კულტურული, რელიგიური თავისებურებები, გარემომყოფი სოციუმის შეფასება, საზოგადოების რეაქცია და მეორადი ფსიქოტრავმები მატრავმირებელი მოვლენების დამთავრების შემდეგ. ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პტსა-ს სიმპტომების სიმყარეზე და აშლილობის მიმდინარეობაზე.

რის-კვაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ პტსა-ს აღმოცენებას განაპირობებენ მის სიმძიმესა და პროგნოზს და წარმოადგენენ საუკეთესო პრედიქტორებს მისი განვითარებისათვის. ისინი პირობითად იყოფა სამ კატეგორიად: გარემო-სოციალური, ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური და ბიოლოგიური. რაც შეეხება მეორე და მესამე კატეგორიებს, მათ ახასიათებთ ერთიანობა და მჭიდრო ურთიერთკავშირი. გამაერთიანებელ რგოლს წარმოადგენს ინდივიდის ფსიქო-დინამიკური მახასიათებლები.

მნიშვნელოვანია ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორები. რიგი გამოკვლევები მიუთითებენ, რომ პტსა-ს მქონე პირებს ახასიათებს MMPI-ს მოდალური კოდი 2-8/8-2, რაც მიუთითებს მათ სოციალურ ინტროვერტულობაზე, პიროვნებათაშორისი მგრძობიანობის მაღალ დონეზე, სოციალურ ცხოვრებაში შეხლულულ ჩართულობაზე, სხვა პირებისაგან დამოკიდებულებაზე და

გამლიზიანებლობაზე. ასეთი პიროვნული მახასიათებლების მქონე ადამიანებს აქვთ შიში, რომ დაკარგავენ კონტროლს საკუთარ ემოციებზე და ამიტომ უარყოფენ არასასურველ ემოციებს. პიროვნული შფოთვის მაღალი დონე ასევე კავშირშია პტსა-სთან. როგორც მამაკაცებში ასევე ქალებში აღინიშნება უარყოფითი კორელაციური კავშირი ისეთ პარამეტრებში, როგორიცაა გულადობა და პტსა. პტსა კავშირშია აგრეთვე მოსაზღვრე, ობსესიურ-კომპულსიურ, პარანოიალურ აშლილობებთან, აგრეთვე ანტისოციალურ პარანოიალურ და ნარცისულ ქცევასთან. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით პერიტრავმული დისოციაცია (სუბიექტის დისოციაციური განცდები უშუალოდ ტრავმის განცდის მომენტში) წარმოადგენს მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს პტსა-ის განვითარებისათვის და გასაგებს ხდის წარმოშობილ სიმპტომთა 30%-ს. ცნობილია აგრეთვე, რომ ინტელექტის დაბალი დონე ზრდის პტსა-ს განვითარების ალბათობას.

ბიოლოგიურად ორიენტირებული თეორიების თანახმად, ავადმყოფებს, რომელთაც უვითარდებათ პტსა, პრემორბიდში აღენიშნებოდათ სტრესსზე გამოსატული ვეგეტატიური რეაქტიულობისადმი მიდრეკილება. პტსა-ს მქონე პაციენტებში, ტრავმის განმეორებადი განცდის დროს, აღმოჩენილია კატექოლამინების მაღალი კონცენტრაცია ნერვულ უჯრედებში. ვიეტნამის ომის ვეტერანებში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგებმა აჩვენა, რომ ხანგრძლივი და ინტენსიური საგანგებო მასტიმულირებელი ზემოქმედების შედეგად თავის ტვინის ქერქის ნეირონებში ხდება ცვლილებები, კერძოდ სინაფსური გადაცემის შეფერხება და ნეირონების კვდომაც კი. პირველ რიგში ზიანდება ტვინის ის უბნები, რომლებიც დაკავშირებულია აგრესიულობასა და ძილის ციკლის კონტროლთან.

პტსა-ის ეტიოლოგიაში ფუნდამენტურ როლს თამაშობს გლუტამატური, ნორადრენერგული, სეროტონინერგული და ნეიროენდოკრინული გზების ბიოლოგიური დისრეგულაცია. ეს ბიოლოგიური ცვლილებები იწვევს ტვინის სტრუქტურულ და ფუნქციურ ცვლილებებს, რაც მანიფესტირდება ისეთ სიმპტომებში, როგორიცაა – ჰიპერრეაგირება (აგზნებადობა) და ფლემშეკები – რაც კლასიკურად ასოცირდება პტსა-სთან.

დღეისათვის მრავალი ნეიროვიზუალური კვლევით დადგენილია, რომ პტსა-ის დროს გარკვეულად ზიანდება ცნს-ის ზოგიერთი უბანი. მაგალითად, აღწერილია ტემპორალური წილის მოცულობის შემცირება და ფრონტალური წილის “დეფიციტი”. პტსა-ის მქონე პაციენტებს ასევე აღენიშნებათ ჰიპოკამპის მოცულობაში შემცირება. ამასთან, ჯერჯერობით არ არსებობს დამაჯერებელი მონაცემები იმისა, რომ ჰიპოკამპის მოცულობის შემცირება არის უშუალოდ ტრავმის ექსპოზიციის მიზეზი. შესაძლოა – ეს არის ადრე არსებული პათოლოგია, რომელიც პტსა-ის განვითარებისათვის რისკის ფაქტორს წარმოადგენდა. აშშ-ში ამ მიმართულებით გრძელდება კვლევები სპეციფიკურ კონტინგენტში, კერძოდ, ჯარისკაცების, როგორც მაღალი რისკის ჯგუფის, როგორც ტრავმის წინარე, ასევე შემდგომ პერიოდებში შესწავლის მიზნით.

გენეტიკურმა გამოკვლევებმა ცხადჰყო, რომ პტსა-ს სიმპტომთა 30% აქვს გენეტიკური საფუძველი. სიბესების გამოკვლევების შედეგებით დასტურდება, რომ პტსა-ს სიმძიმე მეტად გამოსატულია იმ შემთხვევებში, როდესაც ერთ-ერთ ტყუპს აქვს პტსა. ამავე დროს უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან მონოზიგოტური სიბესები.

4. პტსა-ის კლინიკური სიმპტომატიკა

კლინიკური სურათი ჩვეულებრივ მოიცავს შემდეგ სიმპტომებს:

- ძილის დარღვევა. ავადმყოფს აღენიშნება ჩაძინების გაძნელება. ძილის დროს მატრავმირებელი სიტუაციის ამსახველი კოშმარული სიზმრების გამო ხშირი გამოღვიძებები, რომლის დროსაც გამოხასტულია დეზორიენტაცია და ხშირად აგრესიულობა პარტნიორის მიმართ;
- სოციალური განრიდება, დისტანცირება გარშემომყოფებისაგან, მათ შორის უახლოესი ადამიანებისაგან. სუბიექტი კარგავს ინტერესს საყვარელი საქმიანობისადმი. ვერ ავლენს ემოციურ განცდებს;
- ქცევის შეცვლა. ექსპლოზიური აფეთქებები, გამღიზიანებლობა და მიდრეკილება ფიზიკური ძალადობისადმი სხვის მიმართ;
- ტრავმული სიტუაციის განმეორებითი განცდა ხატოვანი ეპიზოდური მოგონებების სახით (Flashbacks), რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წამიდან რამდენიმე საათამდე;
- ფსიქოპათიური ნივთიერებებისადმი (ალკოჰოლი, ნარკოტიკები) მიდრეკილება, განსაკუთრებით ავადმყოფური განცდების, მოგონებებისა და შეგრძნებების “სიმწვავის მოხსნისათვის”;
- ანტისოციალური ქცევა ან კანონსაწინააღმდეგო ქმედებები;
- დეპრესია, სუიციდური აზრები ან თვითმკვლელობის მცდელობები;
- შფოთვითი დაძაბულობის ან ფსიქოლოგიური არამდგრადობის მაღალი დონე;
- არასპეციფიკური სომატური ჩივილები (მაგ. თავის ტკივილი).

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

პტსა-ის მიმდინარეობა და გამოსავალი

პტსა-ის სრული სინდრომი ჩვეულებრივ ვითარდება ტრავმიდან გარკვეული დროის შემდეგ. სიმპტომები მუდამდებელი პირველი სამი თვის განმავლობაში, თუმცა შესაძლებელია რამდენიმე თვით ან წლით დაგვიანებული დასაწყისი. ხშირად აშლილობა იწყება უშუალოდ სტრესის შემდეგ. ამ შემთხვევაში ისმება დიაგნოზი მწვავე პტსა. ამავე დროს ეს დიაგნოზი გამოიყენება, როდესაც სიმპტომების ხანგრძლივობა არ აღემატება სამ თვეს. სამ თვეზე მეტ ხანს სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში ისმება ქრონიკული პტსა-ს დიაგნოზი. ხოლო როცა, მატრავმირებელ სიტუაციასა და აშლილობის დასაწყის შორის გასულია არანაკლებ ექვსი თვისა, ისმება დიაგნოზი - პტსა მოგვიანებითი დასაწყისით. დაავადების მიმდინარეობა ტალღისებურია, სიმპტომთა ინტენსიობა მატულობს დამატებითი სტრესორების მოქმედებით. პაციენტების 30% შემთხვევებში აღინიშნება გამოჯანმრთელება, 40% პაციენტებს რჩებათ უმნიშვნელო დარღვევები, 20% – ზომიერად გამოხატული და 10% შემთხვევებში მდგომარეობა არ იცვლება ან რთულდება. კარგი პროგნოზის მაჩვენებლად ითვლება: სწრაფი დასაწყისი, ავადმყოფური გამოვლინებების ხანმოკლე ვადა, კეთილსაიმედო პრემორბიდი, ძლიერი სოციალური მხარდაჭერა და დახმარება და სხვა ფსიქიკური და სომატური დაავადებების არარსებობა. დაავადების

გამოსავალი ბევრად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად დროულად იქნა აღმოჩენილი დახმარება. ყურადღება მისაქცევია აგრეთვე ოჯახის წევრთა ავადმყოფის მდგომარეობაზე რეაგირების საკითხი, რომ არ მოხდეს ზოგიერთი ავადმყოფური ქცევითი გამოვლინების ხელშეწყობა.

პტსა-ის თანმხლები სამედიცინო და სოციალური პრობლემები

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება; დესტრუქციული ქცევა; მკვლევლობებისა და თვითმკვლევლობების საფრთხე; მოდავეობა, კვერულანტობა, სამსახურის დაკარგვა და ოჯახის დანგრევა.

5. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

მწვავე სტრესული რეაქცია /F43.0/

მნიშვნელოვნად გამოხატული, გარდამავალი ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც განვითარებულია პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში ძლიერი ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესის შედეგად, რომელიც გრძელდება დღეებისა, და შესაძლებელია, საათების განმავლობაში. მწვავე სტრესული რეაქციის დროს განსაკუთრებული როლი ენიჭება როგორც ინდივიდის მგრძობელობას, ასევე მისი ადაპტაციის უნარს. ტიპურად სიმპტომები შერეული და ცვალებადია, და საწყის ეტაპზე ატარებს გაბრუების ხასიათს ცნობიერების შევიწროვებითა და ყურადღების დაქვეითებით. ინდივიდს არ შეუძლია ადეკვატური რეაგირება გარეგან გამღიზიანებლებზე, შესაძლოა დეზორიენტაციაც. ამ სტადიას შესაძლებელია მოჰყვეს განსვლა გარემო სიტუაციიდან, შეკავების (დისოციაციური სტუპორი) ან პირიქით, აუტიციის და ჰიპერაქტიურობის (ფუგა) სახით. ხშირია პანიკური შფოთვის შეტევის ვეგეტატიური ნიშნები (ტაქიკარდია, ოფლიანობა, გაწითლება). სიმპტომები ჩვეულებრივ თავს იჩენს სტრესის ზეგავლენისთანავე და ქრება ორ-სამ დღეში (ხშირად რამდენიმე საათში). შესაძლებელია ადგილი ქონდეს ნაწილობრივ ან სრულ ამნეზიას თუ სიმპტომატიკა გრძელდება, დიაგნოზი უნდა გადამოწმდეს.

სინონიმები:

- მწვავე კრიზისული რეაქცია ან სიტუაცია;
- ბრძოლით გადაღლა;
- მწვავე ფსიქიკური შოკი.

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით (29)

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

სიმპტომებს, რომელიც ამ დროს აღმოცენდება:

- ა. აქვთ შერეული და ცვალებადი სურათი;
- ბ. წყდება სწრაფად (გრძელდება არაუმეტეს რამდენიმე საათისა) იმ შემთხვევებში, სადაც შესაძლებელია სტრესული სიტუაცია ამოიწუროს. ხოლო იმ შემთხვევებში, სადაც სტრესი გრძელდება, სიმპტომები ჩვეულებრივად ქრებას იწყებს 24-48 სთ-ის შემდეგ და მინიმუმამდე დადის 3 დღის განმავლობაში;

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

მწვავე სტრესული რეაქცია (ICD-10-ის მიხედვით F43.0)

- A. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ზოგადი სამედიცინო ხასიათის ან ფიზიკური სტრესორის ზემოქმედება;
- B. სიმპტომები აღმოცენდება უშუალოდ სტრესორის მოქმედების შემდეგ, 1 სთ-ის განმავლობაში;
- C. გამოიყოფა სიმპტომთა 2 ჯგუფი; მწვავე სტრესზე რეაქცია შეიძლება იყოს:

F.43.00 - მსუბუქი (შეესაბამება მხოლოდ კრიტერიუმ 1-ის მოთხოვნებს);

F.43.01 - საშუალო სიმძიმის (შეესაბამება კრიტერიუმ 1-ის მოთხოვნებს და თანაარსებობს ნებისმიერი ორი სიმპტომი კრიტერიუმში 2-დან);

F.43.02 - მძიმე (შეესაბამება კრიტერიუმ 1-ის მოთხოვნებს და თან ერთვის 4 სიმპტომი მაინც კრიტერიუმში 2-დან; ან სახეზეა დისოციაციური სტუპორი (F.44.2)).

- D. თუ სტრესორი გარდამავალია ან შეიძლება შემსუბუქდეს მისი ზემოქმედება, სიმპტომთა სიმწვავე უნდა შემსუბუქდეს არაუმეტეს 8 სთ-ში. თუ სტრესორის მოქმედება ხანგრძლივია, მაშინ სიმპტომებმა სიცხოველ უნდა დაკარგოს არაუმეტეს 48 სთ-სა;
- E. დიაგნოზის გამოსარიცხი კრიტერიუმები. რეაქცია უნდა ვითარდებოდეს ICD-10-ში მოცემული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების არარსებობისას (გამონაკლისს წარმოადგენს F41.1 - გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა და F60 - პიროვნული აშლილობა) და სხვა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის ნებისმიერი ეპიზოდის ამოწურვის შემდეგ არაუგვიანეს 3 თვისა.

1. სრულდება B, C და D კრიტერიუმები გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობების კრიტერიუმებიდან (F.41.1);

- 2. ა) მოსალოდნელი სოციალური ურთიერთობებისადმი ამრიდებლობა
- ბ) ყურადღების ველის შევიწროვება
- გ) დეზორიენტაციის გამოვლინება
- დ) სიტყვიერი აგრესია და სიბრაზე
- ე) უიმედობა ან სასოწარკვეთილება
- ვ) არაადეკვატური ან უმიზნო ჰიპერაქტიულობა
- ზ) არაკონტროლირებადი და ძალზე ღრმა დარდი (გლოვის ფენომენი განიხილება კულტურულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში)

ადაპტაციური რეაქციების დარღვევა / F43.2/

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

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

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

სინონიმები:

- კულტურული შოკი;
- რეაქცია უბედურ შემთხვევაზე;
- ჰოსპიტალიზმი ბავშვებში.

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

- **ხანმოკლე დეპრესიული რეაქცია, განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით.** ტრანზიტორული იოლი დეპრესიული მდგომარეობა, რომლის ხანგრძლივობა არ აღემატება ერთ თვეს F43.20.
- **გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია, განპირობებული ადაპტაციის დარღვევით.** ხანგრძლივად მოქმედი სტრესული სიტუაციის ზეგავლენით მიმდინარე მსუბუქი დეპრესიული მდგომარეობა, რომელიც გრძელდება არაუმეტეს ორი წლისა F43.21.

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

სხვა რეაქციები მძიმე სტრესზე /F43.8/

ამ კატეგორიას მიეკუთვნება პიროვნების ნოზოგენური რეაქციები, რომლებიც მძიმე სომატურ დაავადებასთან კავშირში აღმოცენდება და სტრესულ ფაქტორად გვევლინება თვით სომატური დაავადების არსებობა.

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

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

გამოვლინდება ტრავმის განმეორებითი განცდა თავსმოხვეული ეპიზოდური მოვლენების ("ფლეშბეკი") ან კომარული სიზმრების სახით, რომლებიც თავს იჩენს გახევების ("გაყინვის") და ერთგვარი ემოციური სინდრომის, ადამიანებისაგან და გარემო მოვლენებისაგან განცალკევების, რეაქციის უქონლობის, ანჰედონის მყარ ფონზე. ამასთან, სუბიექტი გაურბის იმ ქმედებებსა და სიტუაციებს, რაც ტრავმას აგონებს.

ჩვეულებრივ სახეზეა სუსტ გამღიზიანებლებზე ძლიერი ვეგეტატიური რეაქციები, შიშის გაძლიერებული რეაქციები და ინსომნია. ზემოქანმოთვლილ სიმპტომებთან ხშირად თანაარსებობს დეპრესია და შფოთვა, აგრეთვე თვითმკვლელობის აზრებიც. ტრავმის შემდგომი ლატენტიური პერიოდი მოიცავს რამდენიმე კვირას ან თვეს. მიმდინარეობა ტალღისებურია, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში მოსალოდნელია გამოჯანმრთელება, მცირე შემთხვევებში კი აშლილობა შეიძლება გადაიზარდოს ქრონიკულ მიმდინარეობაში; გაგრძელდეს

მრავალი წლის განმავლობაში და შესაძლოა გადაიზარდოს მყარ პიროვნულ ცვლილებებში.

სინონიმი:

- ტრავმული ნევროზი.

პტსა-ის დიაგნოზი

პტსა-ს დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები და კლინიკური გამოვლინებები მოცემულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადასინჯვაში - ICD-10 (29) და ფსიქიკური აშლილობების ამერიკულ დიაგნოსტიკურ კლასიფიკაციაში DSM-IV (15).

DSM-IV-ში ეს აშლილობა მოთავსებულია თავში “შფოთვითი აშლილობები“, ხოლო ICD-10-ში თავში “რეაქციები მძიმე სტრესზე და ადაპტაციური დარღვევები“.

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

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

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

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

D. ნებისმიერი, შემდეგი ორიდან:

1. ნაწილობრივი ან სრული ფსიქოგენური ამნეზია სტრესორის მოქმედების პერიოდის მთავარი ფაქტების მიმართ;
2. ფსიქოლოგიური მგრძობელობის მომატების ან აგზნებადობის სიმპტომები (რაც სტრესის ზემოქმედებამდე არ შეინიშნებოდა), რომელიც წარმოდგენილია ნებისმიერი ორი სიმპტომით, შემდეგიდან:
 - ა) ჩაძინების ან ძილის გაგრძელების გაძნელება;
 - ბ) გამღიზიანებლობა ან ფეთქებადობა;
 - გ) ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
 - დ) სიფხიზლის დონის მომატება;
 - ე) ოთხგორაკის რეფლექსის გაძლიერება (კრთომის რეფლექსი).

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

ბ. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-ის მიხედვით (15)

A. სუბიექტი სტრესის ზემოქმედების ქვეშაა, როცა ერთდროულად არსებობს შემდეგი ორი გარემოება:

1. სუბიექტი განიცდის ან მოწმეა „ცხოვრებისეული სტრესული მოვლენის“ (Life Stress Event), ან ისეთი მოვლენების, როგორცაა სიკვდილი, სიცოცხლის საფრთხე, სერიოზული ფიზიკური დაზიანება, შეურაცხყოფა, ფიზიკური განადგურების მუქარა;
2. სუბიექტის საპასუხო რეაქცია მოიცავს ინტენსიურ შიშს, უმწეობას და საშინელების განცდას.

შენიშვნა: ბავშვებში შეიძლება აღინიშნოს დეზორგანიზებული და აუტირებული ქცევები.

B. მატრავმირებული სიტუაცია პერსისტენტულად, მუდმივად განიცდება შემდეგი გზებით:

1. მომხდარის მუდმივად გამეორება, რაც მოიცავს წარმოდგენებს, აზრებს, აღქმას.

შენიშვნა: ბავშვების თამაშებში ჩანს ტრავმის განმეორებადი თემატიკა.

2. აკვიატებული, დამთრგუნველი სიზმრები ტრავმის შესახებ;

შენიშვნა: ბავშვებში შეიძლება იყოს გაუაზრებელი კომმარული სიზმრები.

3. შეგრძნება და ქცევა, თითქოს სუბიექტი ხელახლა მოხვდა მატრავმირებელ სიტუაციაში (გაცოცხლებული წარმოდგენები, ილუზიები, პალუცინაციები, “Flashback”-ის ეპიზოდები);

შენიშვნა: ბავშვები თამაშით აღადგენენ მატრავმირებელ სიტუაციას.

4. ინტენსიური ფსიქოლოგიური განცდა იმ შინაგან ან გარეგან მიზეზებზე, რომლებიც ახსენებენ ან სიმბოლურად გამოხატავენ ტრავმას;

5. ინტენსიური ფსიქოლოგიური რეაქცია იმ შინაგან ან გარეგან გამღიზიანებლებზე, რომლებიც ახსენებენ ან სიმბოლურად გამოხატავენ ტრავმას.

C. ტრავმასთან ასოცირებული სტიმულებისაგან გაქცევის მუდმივი მცდელობა და სხვა მოვლენებისადმი განურჩევლობა. ეს შეიძლება გამოიხატოს ქვემოთჩამოთვლილიდან სამი ან მეტი ნიშნით:

1. ტრავმასთან დაკავშირებული აზრების, გრძნობების და საუბრების თავიდან აცილება;
2. იმ საქმიანობისაგან, ადგილებისაგან და ადამიანებისაგან გაქცევის მცდელობა, რომლებიც იწვევენ მოგონებებს ტრავმის შესახებ;
3. ტრავმის უმნიშვნელოვანესი ასპექტების აღდგენის შეუძლებლობა;
4. მნიშვნელოვანი საქმიანობისადმი ინტერესის გამოხატული დაქვეითება;
5. გაუცხოებისა და სხვებისაგან განდგომის გრძნობა;
6. ემოციათა სპექტრის შეზღუდვა;
7. მომავლის უპერსპექტივობის განცდა (ფიქრი, რომ არ ეყოლება ოჯახი, შვილები, არ ექნება კარიერა ან ნორმალური ადამიანური ცხოვრება).

D. მომატებული აგზნებადობის მყარი მუდმივი გამოვლინება (არ აღინიშნებოდა ტრავმამდე), რომლებიც გამოვლინდება შემდეგი ორი ან მეტი ნიშნით:

1. ჩაძინების გაძნელება ან ძილის დარღვევა;
2. გამღიზიანებლობა ან განრისხება;
3. ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელება;
4. ზესიფხიზლე;
5. მომეტებული შიშის გრძნობა. ხშირი შეკრთომებით;
6. ფიზიოლოგიური რეაქტიულობა იმ მოვლენებთან შეხებისას, რომლებშიც სიმბოლურად აისახება ტრავმული მოვლენის ზოგიერთი ასპექტი (მაგ.: ქალს, რომელიც გაუპატიურებული იყო ლიფტში, შემდგომში ლიფტში შესვლისას აღენიშნება გაძლიერებული ჰიპერჰიდროზი).

E. B, C, D კრიტერიუმების სიმპტომების ხანგრძლივობა უნდა აღემატებოდეს 1 თვეს.

პტსა-ის მიმდინარეობა განისაზღვრება, როგორც:

- **მწვავე:** თუ სიმპტომები გრძელდება არაუმეტეს 3 თვისა;
- **ქრონიკული:** თუ სიმპტომები გრძელდება 3 თვეზე მეტ ხანს;
- **მოგვიანებითი:** თუ სტრესულ მოვლენას და სიმპტომატიკის დასაწყისს შორის გასულია არანაკლებ 6 თვე.

პტსა-ის დიფერენციალური დიაგნოზი (1, 54, 62)

- პტსა-ს დიფერენცირება პირველ რიგში უნდა მოხდეს იმ სხვა აშლილობებისაგან, რომლებიც გამოწვეულია მძიმე სტრესით. პტსა-ს განვითარებისათვის სტრესორი უნდა იყოს უკიდურესად მძიმე, განსხვავებით ადაპტაციური აშლილობებისაგან, როდესაც სტრესორი სხვადასხვა სიმძიმისაა. ადაპტაციური აშლილობის დიაგნოზი ისმება ორ შემთხვევაში: როცა ექსტრემალურ სტრესორზე არ ვითარდება პტსა, ან პტსა-ს მსგავსი სიმპტომები მუდმივად ნაკლებად მატრავმირებელ სიტუაციაზე (მაგ.: სამსახურიდან განთავისუფლება, მეუღლის წასვლა);
- მწვავე სტრესული აშლილობები პტსა-სგან განსხვავდება იმით, რომ სიმპტომები მუდმივად მატრავმირებელი მოვლენის შემდეგ პირველ ორსამ კვირაში და რედუცირდება ერთი თვის განმავლობაში. თუ სიმპტომები რჩება ერთ თვეზე მეტ ხანს მაშინ დიაგნოზი იცვლება პტსა-თი;
- პირველ რიგში, როდესაც ხდება პტსა-ს დიაგნოზის დასმისას საჭიროა განხილულ იქნას საკითხი იმის შესახებ, ფსიქიკურ ტრავმასთან ერთად ადგილი აქვს თუ არა ქალა-ტვინის ტრავმას (რაც ხშირია). ასევე გასათვალისწინებელია, ხომ არ აქვს ადგილი ალკოჰოლიზმს ან ნარკომანიას. ეს ორივე ფაქტორი შეიძლება განაპირობებდეს ან აძლიერებდეს პტსა-ს სიმპტომატიკას, წარმოადგენს რა მის ორგანულ მიზეზს;
- ფსიქიატრიული დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ხელოვნურად დემონსტრირებულ ფსიქიკურ აშლილობებთან,

სიმულაციასთან, სხვადასხვა პიროვნულ აშლილობასთან, შიზოფრენიასთან, დეპრესიასთან, ობსესიურ-კომპულსიურ აშლილობასთან, პანიკურ რეაქციებთან და გენერალიზებულ შფოთვით აშლილობასთან.

გამოკვლევის სქემა

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

პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის (უოტსონის)

სახელი, გვარი, ასაკი

ინსტრუქცია: გამომცდელმა უნდა წაუკითხოს ცდის პირს A-1 (საჭიროებისას A-2) და შეავსოს შესაბამისი ცარიელი უჯრები. გამომცდელი ავსებს აგრეთვე A-3 უჯრედსაც, ხოლო შემდეგ გამოსაცდელ პირს აწოდებს შეფასების სკალას (გასაღებს). გამომცდელი ვალდებულია ხმამაღლა წაუკითხოს სკალის ყველა პუნქტი და სთხოვოს გამოსაცდელ პირს მოახდინოს თვითშეფასება, თითოეული პუნქტზე. გამომცდელი იწერს პასუხს და გადადის შემდეგ პუნქტზე. საბოლოოდ, გამომცდელი ავსებს სკალის შემაჯამებელ ნაწილს.

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

დიახ -----.

რა შეგემთხვათ? -----

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

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

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

განუცდია თუ არა გამოსაცდელ პირს ფსიქოტრავმა: დიახ ----- არა -----

რა ასაკში გადაიტანა ტრავმა: ----- თარიღი: -----

(მიაწოდეთ საკვლევი პირს შეფასების სკალა და სთხოვეთ შეარჩიოს მომდევნო შეკითხვებზე პასუხი).

შეფასების სკალა

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

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

D-5	მოვლენის შემდეგ დროდადრო მოულოდნელი ხმაური, მოძრაობა ან შეხება თქვენ გაფრთხობთ უფრო მეტად, ვიდრე ადრე	
D-6	მოვლენასთან (სტრესორთან) დაკავშირებული ფაქტები, ნივთები, მოგონებები თქვენში იწვევს ოფლიანობას, სუნთქვის შეკვრას, კანკალს, დაძაბულობას ან მათზე რეაგირებთ სხვა ფიზიკური გამოვლინებით.	

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

E-1	ეს პრობლემები თქვენ გაქვთ სტრესორის ამოქმედების შემდეგ პერიოდულად, სულ მცირე თვეში 2-ჯერ მაინც	
E-2	ეს პრობლემები გქონდათ რამდენიმეჯერმე გასული თვის თითქმის ყოველ კვირაში	
E-3	როდის გაგიჩნდათ პირველად აღნიშნული პრობლემები (თვე, წელი)?	

შეჯამება

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

ღიაბნობი

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

გამოკვლევის თარიღი: -----

ხელმოწერა: -----

პტსა-ის მკურნალობის სქემა: (1, 20, 21, 54, 62, 64)

მკურნალობა ნაჩვენებია პაციანტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად **მწვავე რეაქცია სტრესზე და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა)**. მკურნალობის მიზანია მწვავე სიმპტომების რედუქცია, ტრავმასთან დაკავშირებული თანმხლები მდგომარეობების პრევენცია, ადაპტაციური უნარის გაძლიერება, დაცულობის ფსიქოლოგიური შეგრძნების აღდგენა, გადატანილი ტრავმული მოვლენის გენერალიზაციისაგან პაციენტის დაცვა და გამწვავებების პრევენცია (62).

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

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

განათლება

- პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების, რაშიც უმთავრეს როლს ასრულებს ზოგადი პროფილის ექიმი, ძირითადად ევალუატი ტრავმის მსხვერპლისათვის აუცილებელი ცოდნის (ინფორმაციის) დაუყოვნებლივ მიწოდება. (**C დონის მტკიცებულება - 62**);
- პაციენტებისათვის აუცილებელია ახსნა, რომ შესაძლოა ჰქონდეთ შფოთვა, დეპრესია, გამღიზიანებლობა, ღამის კოშმარები და ფლემუბეკები; და რომ ეს სიმპტომები მატრავმირებელ, სტრესულ მოვლენაზე ნორმალური რეაქციის ნაწილია;
- რეკომენდებულია, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებმა “ასწავლონ” პაციენტებს, რომ მათ მეტი ისაუბრონ ტრავმულ გამოცდილებაზე მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან, ვინაიდან ემოციათა “განიავება” იმ ადამიანებთან, რომელსაც ვენდობით, ძალზე მნიშვნელოვანია. ექიმებს, ამავე დროს უნდა ახსოვდეთ, რომ ზოგ ადამიანს გაუჭირდება ამის განხორციელება, ისინი ამჯობინებენ დისტანცირება მოახდინონ საკუთარი გამოცდილებიდან (“გაიყინონ”, “გაცივდნენ”) და ამ თემაზე საერთოდ არ ისაუბრონ;
- პაციენტების ფსიქოგანათლება უნდა გაგრძელდეს რჩევით, რომ სტრესის შემდგომ, ხანმოკლე დროის მანძილზე მათ ყურადღება გაამახვილონ ცხოვრების ჯანმრთელ წესზე და თავი აარიდონ ალკოჰოლის, ნიკოტინის და ზოგიერთი პრეპარატის ჭარბ მოხმარებას, რადგან დადასტურებულია, რომ მწვევლებში იზრდება სიგარეტის და ალკოჰოლის მოხმარება.

ფსიქოსოციალური დახმარება (5, 43, 48)

- პირველი ორი კვირის განმავლობაში ფსიქოსოციალური თერაპია დახმარების უმთავრესი ფორმაა;
- უნდა განისაზღვროს პირველადი ინტერვენციის აუცილებლობა და მოცულობა;

- ერთი ან ორი კვირის კონსულტაცია საკმარისია, რომ პაციენტმა გადალახოს ემოციური დისტრესი და მას ჩამოუყალიბდეს დაცულობის განცდა.
- კონსულტაციები გვეხმარება შევამციროთ შიში და თავიდან ავიცილოთ მომდევნო პერიოდის სტრესორები.

ფსიქოსოციალური დახმარება და/ან ფსიქოთერაპია (43, 49)

- ფსიქოსოციალური დახმარება პირველადი დახმარების უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს, განსაკუთრებით პირველი ორი კვირის განმავლობაში;
- ამავე პერიოდში უნდა განისაზღვროს პირველადი ინტერვენციის აუცილებლობა და მოცულობა;
- დადგენილია, რომ ერთი ან ორი კონსულტაცია (counseling sessions) ხშირად საკმარისია, რომ პაციენტმა გადალახოს ემოციური დისტრესი და მას ჩამოუყალიბდეს დაცულობის გრძობა - სწორედ ეს არის მთავრი ტრავმირებული პაციენტის კეთილდღეობისათვის. კონსულტაციები დაგვეხმარება მინიმუმამდე დავიყვანოთ არა მხოლოდ შიში, რაც პტსა-ის დერძული სიმპტომია, არამედ თავიდან ავიცილოთ მომდევნო პერიოდის საფრთხეები, რასაც აწყდებიან, მაგალითად, დენილები მათი ცხოვრებისეული პრობლემების გამო. (46; 59; 60 C დონის მტკიცებულება);
- მედიკოსთა მოსაზრებები იყოფა იმ საკითხში, რომელიც ძილის პრობლემებთანაა დაკავშირებული. დღეს რეკომენდებულია, რომ თუ პაციენტს ზედიზედ 4 ღამის განმავლობაში აღენიშნება, უძილობა, ექიმმა უნდა მოახდინოს ამ პრობლემის სიმპტომური გადაჭრა, სურველია ბენზოდიაზეპინების რიგის საძილე საშუალებების გარეშე.
- მეორე ან მესამე კვირის ბოლოს თუ პაციენტი კვლავ რჩება დისტრესულ სიტუაციაში, არაკომუნიკაბელური, წარუმატებელი ყოველდღიურ საქმიანობაში, როგორც ჩანს, პტსა-ის განვითარება გარდაუვალია და მისთვის სპეციალიზებული დახმარება აუცილებელი ხდება.
- დებრიფინგი არის პირველი ეტაპის – ანუ მწვავე ეტაპის მართვის უმთავრესი იარაღი. ამასთან, ჯერ კიდევ ბოლომდე არ არის დადასტურებული, თუ რამდენად ახდენს იგი პტსა-ის განვითარების პრევენციას. (63 – C დონის მტკიცებულება; 51 - A დონის მტკიცებულება)

ფსიქოთერაპია (1, 20, 21, 58, 62)

- დადასტურებულია, რომ კოგნიტიურ - ქცევითი თერაპია პტსა-ის მკურნალობის ყველაზე კარგად შესწავლილი და ეფექტური მეთოდია. ის მოიცავს ექსპოზიციურ თერაპიას, სტრესის ინოკულაციურ (იმუნიზაციურ) ტრეინინგსა და კოგნიტიურ თერაპიას. ყველა ეს მეთოდი (ანუ ტექნიკა) სპეციფიკური არის პტსა-ის მენეჯმენტისათვის, ვინაიდან ფოკუსირებულია მატრავმირებელ მოვლენაზე. (37 - C დონის მტკიცებულება) (53 - A დონის მტკიცებულება);

- ექსპოზიციური თერაპიის დროს პაციენტს მიემართავთ ტრავმულ მოგონებებზე. ეს მეთოდი საკმაოდ ეფექტურია დახარჯული დროის თვალსაზრისით და წარმატება მიიღწევა 9-12 სესიონში;
- თუ ექსპოზიციურ თერაპიას ვუმატებთ სხვა სახის კოგნიტიურ-ქცევით თერაპიას, ეს საკითხი საჭიროებს გასაკუთრებულ სიფრთხილეს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში. შესაბამისი ნდობის გარეშე, შესაძლოა პაციენტმა თავი აარიდოს ფსიქოთერაპიულ მკურნალობას და ეს გამოვლინდება სესიონებზე არარეგულარული გამოცხადებით. თვითნებურად მკურნალობის შეწყვეტა, აშშ-ს მონაცემებით დაახლოებით 20%-ის ფარგლებში ხდება, რაც სხვა შფოთვითი აშლილობების შემთხვევების მსგავსია.

მკურნალობის ალგორითმი (1, 20, 21, 31, 47; 62, 64)

პტსა-ის სამკურნალოდ გამოიყენება მრავალი ფსიქოთერაპიული ტექნიკა და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება, რომელთაც ამ თავში მიმოვიხილავთ. ეს რეკომენდაციები ემყარება კლინიკურ გამოკვლევებით მიღებულ მტკიცებულებებს.

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

- არ არის რეკომენდებული ისეთი მკურნალობის გამოყენება, რომელსაც პლაცებოზე მაღალი ეფექტურობა არ გააჩნია, არ იწვევს სპონტანურ რემისიას ან რეგრესიის ტენდენციას სუსტი აქვს. პლაცებო ეფექტი დროთა განმავლობაში შეიძლება შესუსტდეს. უფრო მეტიც, მსგავსი არასრულყოფილი მკურნალობის გამოყენებით, პაციენტმა შეიძლება უარი თქვას ხელმისაწვდომ ეფექტურ ალტერნატიულ მკურნალობაზეც;
- დადასტურებული ეფექტურობის არამქონე მედიკამენტების გამოწვევით მნიშვნელოვანი დანახარჯები დააწვევა ჯანდაცვის სისტემას და საზოგადოებას (32 - ექსპერტული მოსაზრება).

რეკომენდაცია 1. მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა

1.1. მკურნალობის თანმიმდევრობის განსაზღვრა

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

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

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

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

13. მკურნალობის ინიციალურ ფაზაში პაციენტზე მზრუნველობა

მკურნალობის ინიციალურ სტადიაში ექსპერტები მიზანშეწონილად თვლიან, 60 წთ-იანი ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის ჩატარებას კვირაში ერთხელ. მედიკამენტური მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად მკურნალობის პირველი თვის განმავლობაში რეკომენდებულია ყოველკვირეული ვიზიტი ექიმთან.

	რეკომენდაციები	ასევე მისაღებია
ფსიქოთერაპიული სესიების სიხშირე	ყოველკვირეული	ორ კვირაში ერთხელ
ფსიქოთერაპიული სესიების ხანგრძლივობა	60 წთ.	45 წთ ან 60 წთზე მეტიც. მაგალითად, ექსპოზიციური თერაპიისას შესაძლოა ხანგრძლივობა გაიზარდოს
ფსიქოთერაპიული სესიის ფორმატი	ინდივიდუალური	ინდივიდუალური და ჯგუფური ან ოჯახური თერაპიის კომბინაცია
ექიმთან ვიზიტი	პირველ თვეში – ყოველკვირეული ვიზიტები, შემდეგ თვეებში – ორ კვირაში ერთხელ	3 თვის მანძილზე ყოველკვირეული ვიზიტები ყოველ 2 კვირაში ერთხელ მკურნალობის სამი თვის მანძილზე

რეკომენდაცია 2. საწყისი ფსიქოთერაპიის შერჩევა

- დადასტურებულია, რომ კოგნიტიურ - ბიჰევიორული თერაპია პტსა-ის მკურნალობის ყველაზე შესწავლილი მეთოდია და ეფექტურიც. ის მოიცავს ექსპოზიციურ თერაპიას, სტრესის ინოკულაციაზე (იმუნიზაციაზე) ორიენტირებულ სავარჯიშოებს და კოგნიტიურ თერაპიას. ყველა ეს მეთოდი (ანუ ტექნიკა) სპეციფიკური არის პტსა-ის მარჯისთვის, ვინაიდან ფოკუსირებულია მატრავმირებელ მოვლენაზე. (38,39,50 - A დონის მტკიცებულებები);
- ექსპოზიციური თერაპიის დროს პაციენტს მივმართავთ ტრავმულ მოგონებებზე. ეს მეთოდი საკმაოდ ეფექტურია, რადგან წარმატების მიღწევა მცირე დროში, 9-12 სესიონში არის შესაძლებელი;
- თუ ექსპოზიციურ თერაპიას ვუმატებთ სხვა სახის კოგნიტიურ-ქცევით თერაპიას, ეს საკითხი საჭიროებს გასაკუთრებულ სიფრთხილეს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში. შესაბამისი ნდობის გარეშე, შესაძლოა პაციენტმა თავი აარიდოს ფსიქოთერაპიულ მკურნალობას და ეს დაუმორჩილება გამოვლინდება სესიონებზე არარეგულარული გამოცხადებით;
- თვითნებურად მკურნალობის შეწყვეტა, აშშ-ს მონაცემებით დაახლოებით 20%-ის ფარგლებში ხდება, რაც სხვა შფოთვითი აშლილობების მონაცემების მსგავსია.

ყველაზე ეფექტური ფსიქოთერაპიული ტექნიკების ჩამონათვალი წარმოდგენილია ცხრილის სახით.

<p>შფოთვის მართვა (სტრესის ინოკულაციის სავარჯიშოები) მიზანშეწონილია შემდეგი ტექნიკებით</p> <ul style="list-style-type: none"> • რელაქსაციური ტექნიკა – პაციენტებს ასწავლით შიშისა და შფოთვის კონტროლს დიდი კუნთების ჯგუფების თანმიმდევრული რელაქსაციით; • სუნთქვითი სავარჯიშოები – პაციენტს ასწავლიან ნელ, მუცლისმიერ სუნთქვას, რაც რელაქსაციის უწყობს ხელს და თავიდან აცილებს ჰიპერვინტილაციას თანმხლები არასასიამოვნო და ხშირად შემაწუხებელი ფიზიკური შეგრძნებებით; • პოზიტიური გააზრება და საკუთარ თავთან საუბარი (ინტერნალური დიალოგი) – პაციენტს ასწავლით, როგორ ჩაანაცვლოს სტრესორთან შეხების მოლოდინში წარმოქმნილი უარყოფითი ფიქრები (მაგ.: “მე შეიძლება კონტროლი დაგკარგო”) პოზიტიური აზრებით (მაგ.: “მე ეს ადრე შევძელი და ეხლაც შევძლებ!”); • თვითდაჯერებულობის განმტკიცება – პიროვნებას ასწავლით საკუთარი სურვილების, აზრების და ემოციების თავისუფლად გამოხატვას.
<p>კოგნიტიური თერაპია</p>
<p>ექსპოზიციური თერაპია</p> <ul style="list-style-type: none"> • წარმოსახვითი ექსპოზიცია - ტრავმული მოგონებების განმეორებითი ემოციური თხრობა, სანამ აღარ გამოიწვევს დისტრესის მაღალ დონეს; • In vivo ექსპოზიცია – შეჯახება ისეთ სიტუაციებთან, რომელიც მართალია უსაფრთხოა, მაგრამ პაციენტისათვის ასოცირებულია

ტრავმასთან და შიშის გამომწვევია.
თამაშით თერაპია – გამოიყენება ბავშვთა კონტინგენტში
<p>ფსიქოგანათლება</p> <ul style="list-style-type: none"> პტსა-ის სიმპტომების, მკურნალობის ფორმების და გამოსავლის შესახებ პაციენტისა და მისი ოჯახისათვის ინფორმაციის მიწოდება. <p>ტრავმის მსხვერპლისათვის აუცილებელია ცოდნის (ინფორმაციის) მიწოდება ანუ მათ უნდა ავუხსნათ, რომ შესაძლოა ჰქონდეთ შფოთვა, დეპრესია, გამღიზიანებლობა, კოშმარები და ფლეშბეკები; და რომ ეს სიმპტომები არის ნაწილი ნორმალური რეაქციისა მატრავმირებელ, სტრესულ მოვლენაზე. ექიმმა უნდა “ასწავლოს” პაციენტებს, რომ რაც შეიძლება მეტი ისაუბრონ ტრავმულ გამოცდილებაზე მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან, ვინაიდან ემოციათა “განთავსება” იმ ადამიანებთან, რომელსაც ვენდობით, ძალზე მნიშვნელოვანია. ექიმებს, ამავე დროს უნდა ახსოვდეთ, რომ ზოგ ადამიანს გაუჭირდება ამის განხორციელება და უფრო მეტიც, ისინი ამჯობინებენ დისტანცირება მოახდინონ საკუთარი გამოცდილებიდან (“გაიყინონ”, “გაცივდნენ”) და ამ თემაზე საერთოდ არ ისაუბრონ.</p> <p>პაციენტების განათლება უნდა გაგრძელდეს რჩევით, რომ სტრესის შემდგომ, ხანმოკლე დროის მანძილზე მათ ყურადღება გაამახვილონ ცხოვრების ჯანმრთელ წესზე და თავი აარიდონ ალკოჰოლის, ნიკოტინის და ზოგიერთი პრეპარატის ჭარბ მოხმარებას, რადგან დადასტურებულია, რომ მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ მწვეველებში იზრდება სიგარეტის მოხმარება. ასევე, ალკოჰოლთან მიმართებაშიც.</p>

2.1. ფსიქოთერაპიული ტექნიკის სამიზნე სიმპტომები

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

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

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

რეკომენდაცია 3. საწყის ეტაპზე მედიკამენტის შერჩევა

- ექსპერტების უმრავლესობა და ლიტერატურული წყაროები სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებს (სუმი) აღიარებენ, როგორც პირველი რიგის პრეპარატებს. მათი მოქმედების სპექტრის გათვალისწინებით ეს ჯგუფი აკმაყოფილებს ყველა მოთხოვნას, რასაც პტსა-ის მენეჯმენტი აყენებს ექიმის წინაშე: ამცირებს სიმპტომატიკას და ზოგად უუნარობას, აუმჯობესებს ფუნქციონირებას და სტრესისადმი მდგრადობას, ამასთან, მკურნალობს თანმხლებ დეპრესიასა და შფოთვას. (40; 41; 42; 55 - **A დონის მტკიცებულება**);
- პტსა-ის მკურნალობისათვის ასევე კლინიკურად სარწმუნოდ ითვლება შემდეგი ფარმაკოლოგიური საშუალებები: ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და მონოამინოოქსიდაზის ინჰიბიტორები (56 - **A დონის მტკიცებულება**), ასევე ანტიკონვულსანტები (28 - **C დონის მტკიცებულება**) და ბენზოდიაზეპინები (34 - **C დონის მტკიცებულება**);
- ორმაგი ბრმა მეთოდით დადასტურებულია ტცა-ის – ამიტრიპტილინისა და იმიპრამინის ეფექტურობა (50-300 მგ/დღ), მაგრამ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ჯგუფის გამოყენება შეზღუდულად უნდა მოხდეს, ვინაიდან დღის განმავლობაში იწვევს ძილიანობას, ხასიათდება კარდიოტოქსიკურობით, იწვევს რეაქციის დროის შენელებას და ზრდის საგზაო შემთხვევების რისკს. (35, **III-C**);
- ნეფაზოდონის ეფექტურობა დადასტურებულია რიგი კვლევებით (13, 23; 52-**C დონის მტკიცებულებები**)
- სერტრალინის ეფექტურობა დადასტურებულია რიგი კვლევებით (6, 65 - **B დონის მტკიცებულება**), (12, **A დონის მტკიცებულება**)
- პტსა-ის დროს ბენზოდიაზეპინების ეფექტურობა დასაბუთებული არ არის. უფრო მეტიც, არსებობს მტკიცებულებები, რომ პტსა-ის მქონე

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

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

* - საქართველოში რეგისტრირებული პრეპარატები

3.1 მედიკამენტის ჯგუფის შერჩევა სამიზნე სიმპტომების მიხედვით

დომინანტური სიმპტომი	რეკომენდებული მედიკამენტი	ასევე მისაღებია
თავსმოსხვეული (ინტრუზიული) ფიქრები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა)
ფლეშბეკები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა
ტრავმასთან დაკავშირებული შიშები, პანიკა და ამრიდებლობა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები (მაგ.: კლონაზეპამი*)
ზოგადი შფოთვა (ზეგამლიზიანებლობა, ზესიფსიზლე, კრთომები)	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები • ანტიადრენერგიული პრეპარატები • ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი
ემოციური გახევება, (გაყინვა), გაუცხოება, ინტერესების დაკარგვა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა
დისოციაციური სიმპტომები		<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი • ტცა
ძილის დარღვევები	<ul style="list-style-type: none"> • ტრაზოდონი 	<ul style="list-style-type: none"> • ზოლპიდემი • ბენადრილი • ტცა • ბენზოდიაზეპინები
გამლიზიანებლობა, განრისხების	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი 	<ul style="list-style-type: none"> • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები

(დისფორიული) ეპიზოდები	<ul style="list-style-type: none"> • ვენლაფაქსინი 	(მაგ.: დივალპროექსი) <ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ანტიდრენერგული საშუალებები
კონცენტრაციის სირთულეები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა
ბრალეულობა ან ცოდვიანობის განცდა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა

3.2 მედიკამენტის შეჩჩევა სტრესორის ტიპის მიხედვით

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

სტრესორი	რეკომენდებული მედიკამენტი	ასევე მისაღებია
საომარი მოქმედებები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა) • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები (მაგ.: დივალპროექსი)
სექსუალური ტრავმა მოზრდილებში	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები (მაგ.: კლონაზეპამი)
სექსუალური ან ფიზიკური ძალადობა ბავშვებში	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
უბედური შემთხვევა, ავტოკატასტროფა	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები
ბუნებრივი კატასტროფები	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები
ძალადობის ან წამების მსხვერპლი	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები
სხვა სახის ტრავმა (მაგ.: ტრავმული მოვლენის თვითმხილველი)	<ul style="list-style-type: none"> • სუმსი • ნეფაზოდონი • ვენლაფაქსინი 	<ul style="list-style-type: none"> • ტცა • ბენზოდიაზეპინები

რეკომენდაცია 4. მედიკამენტის შერჩევა ზოგიერთი თანმხლები ფსიქიკური აშლილობის დროს

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

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

რეკომენდაცია 5. მედიკამენტის შერჩევა ზოგიერთი თანმხლები სომატური პრობლემების დროს

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

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

რეკომენდაცია 6. საწყისი მკურნალობის ხანგრძლივობა

სანამ ექიმი გადაწყვეტს, რომ პაციენტს ესაჭიროება მედიკამენტის შეცვლა, უნდა დარწმუნდეს, რომ პრეპარატი შერჩეულია ოპტიმალური დოზით და მკურნალობის დაწყებიდან საკმაოდ დროა გასული. ხშირად პაციენტები იღებენ

მრავალ პრეპარატს და კლინიციტს უჭირს შეაფასოს, რომელი პრეპარატია ეფექტური. პაციენტებში ნაწილობრივი თერაპიული შედეგის შემთხვევაში ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია დანიშნულების მეტი ხანგრძლივობა.

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

რეკომენდაცია 7. მკურნალობის მეორე ეტაპი

ტერმინების განმარტება

რემისია:	სიმპტომების 75%-ზე მეტი რედუცირებულია და ეს მდგომარეობა შენარჩუნებულია სულ ცოტა 3 თვის განმავლობაში
ნაწილობრივი პასუხი:	სიმპტომთა 25-75% უცვლელია
პასუხი არ არის:	სიმპტომების 25%-ზე ნაკლებია რედუცირებულია
სრული რეზისტენტობა:	მრავალი ფსიქოთერაპიული ტექნიკის და პრეპარატის გამოცდის შემდეგ მდგომარეობა უმნიშვნელოდ ან საერთოდ არ იცვლება.

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

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

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

როცა პტსა-ის საწყისი მედიკამენტური მკურნალობა უშედეგოა, ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია სხვა ჯგუფის პრეპარატზე გადართვა. მაგალითად, საბრძოლო მოქმედებებით გამოწვეული პტსა-ის მქონე პაციენტების სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების მიმართ სრული რეზისტენტობისას რეკომენდებულია ოლანზაპინის (9; 57) (**C დონის მტკიცებულება**) ან რისპერიდონის (19) – (ექსპერტული მოსაზრება), (25) – (**B დონის მტკიცებულება**) გამოყენება, ასევე მეორე თაობის ანტიდეპრესანტების, მაგალითად ვენლაფაქსინის (26).

ექსპერტების მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები ასახულია შემდეგ ცხრილში:

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

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

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

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

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

ნაწილობრივი პასუხის შემთხვევაში, დამატებითი მედიკამენტური მკურნალობისათვის რეკომენდებული პრეპარატების ჩამონათვალი:

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

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

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

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

	<p>გაძლიერება, შრომითი რეაბილიტაცია);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ოჯახური ფსიქოთერაპიის დამატება.
პოსპიტალიზაციის ინდიკატორები	<ul style="list-style-type: none"> • სუიციდის რისკი; • ასოციალური ქცევის საშიშროება.

რეკომენდაცია 8. შემანარჩუნებელი თერაპია

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

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

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

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

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

რეკომენდაცია 9. მედიკამენტის დოზირება

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

	მწვავე ფაზა				
	მოზრდილის საწყისი დოზა (მგ/დღ)	საშუალო დოზა (მგ/დღ)			უმაღლესი დოზა (მგ/დღ)
		მოზრდილი	ბავშვი	გვიანი ასაკი	
სუმსი ციტალოპრამი	20	20-40	20	20	60
ფლუოქსეტინი	10-20	20-50	10-20	20	80
ფლუვოქსამინი	50	100-250	50	100	300
პაროქსეტინი	10-20	20-50	20	20	50
სერტრალინი	25-50	50-150	50	75	200
სხვა ანტიდეპრესანტები					
ნეფაზოდონი	100	300-500	200	250	600
ვენლაფაქსინი	75	75-225	50	150	225
გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები დივალპროექსი	500	500-1500	750	750	2000

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

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ძირითადი რეკომენდაციები:

- ტრავმული მოვლენების, ბუნებრივი და ხელოვნური კატასტროფებიდან ერთი თვის შემდეგ პტსა-ის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირებს (განმეორებითი ტრავმა, დისოციაციური სიმპტომები, განათლების დაბალი დონე, ნევროლოგიური სიმპტომები, დაბალი ინტელექტუალური და სოციალური შესაძლებლობები, სტრესორის ხასიათი და სხვა) უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი პტსა-ზე. (7, 8; 24) **(B და C დონის მტკიცებულებები);**
- ტრავმული მოვლენის შემდეგ ადამიანს, რომელსაც აღენიშნა მწვავე სტრესული რეაქცია, პტსა-ის განვითარების მაღალი რისკი აქვს, თუ დამატებითი სტრესორი ხდება უმუშევრობა (22) **(D დონის მტკიცებულება);**
- როცა პტსა-ის მსუბუქი სიმპტომები 4 კვირაზე ნაკლებ ხანს გრძელდება პაციენტი საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებას და რეკომენდებულია მდგომარეობის განმეორებითი შეფასება ერთი თვის შემდეგ. (8) **(C დონის მტკიცებულება);**
- ადრეული ჩარევის უზრუნველსაყოფად ჯანდაცვისა და სოციალური სფეროს მუშაკებს სათანადო ცოდნა უნდა ჰქონდეთ მატრავმირებელი მოვლენების ფსიქოლოგიური ზემოქმედების შესახებ. ტრავმული მოვლენების მსხვერპლს დაუყოვნებლივ ესაჭიროება პრაქტიკული, სოციალური და ემოციური დახმარება (62) (ექსპერტთა მოსაზრება).

თანმხლები დაავადებები:

- პტსა-ის და დეპრესიის მქონე პაციენტებში პირველად უნდა დაიწოს პტსა-ის მკურნალობა, რადგან ემოციური სფეროს მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება პტსა-ის ეფექტური მკურნალობის ფონზე. (10) **(C დონის მტკიცებულება);**
- პტსა-ის მქონე პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი, რაც ართულებს პტსა-ის მკურნალობის დაწყებას (მაგალითად, გამოხატულია ენერჯიის მკვეთრი დაქვეითება, ყურადღების კონცენტრაციის

უნარის დაქვეითება და სუიციდის მაღალი რისკი), აუცილებელია პირველად დაიწყოს დეპრესიის მკურნალობა. (4; 36) (C დონის მტკიცებულება);

- პტსა-ის მქონე პაციენტებში, რომელთაც განვითარებული აქვთ წამალდამოკიდებულება ან ალკოჰოლიზმი, აუცილებელია პირველად დაიწყოს წამალდამოკიდებულების ან ალკოჰოლიზმის მკურნალობა. (2) (C დონის მტკიცებულება);
- ტრავმაზე ფოკუსირებული ფსიქოთერაპიული მკურნალობის გახანგრძლივება აუცილებელია, როცა პტსა-ის მქონე პაციენტებს აქვთ პიროვნული აშლილობა. (44) (C დონის მტკიცებულება);
- სუიციდის ან სხვა სოციალური საშიშროების რისკის მქონე პტსა-ის მქონე პირებში ექიმმა კონცენტრირება უნდა მოახდინოს ასეთი რისკების მართვაზე (44) (C დონის მტკიცებულება);
- პაციენტი, რომელმაც ახლო მეგობარი ან ნათესავი მოულოდნელად დაკარგა, შეაფასეთ პტსა-ის სიმპტომებზე. პირველ ეტაპზე მათთვის აუცილებელია პტსა-ის მკურნალობა და ექიმმა თავი არ უნდა აარიდოს გლოვის რეაქციაზე საუბრებს (44) (C დონის მტკიცებულება).

ფსიქოთერაპია

- ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპია პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მწვავე პოსტტრავმული სიმპტომების არსებობისას ან მძიმე პტსა-ის შემთხვევებში, ტრავმული მოვლენიდან ერთი თვის შუალედში. თერაპია ტარდება ინდივიდუალურად, ამბულატორიულ პირობებში. (11, 17,18) (A დონის მტკიცებულება);
- ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპია რეკომენდებული უნდა იყოს ყველა იმ ადამიანისათვის, რომელსაც პტსა-ს დიაგნოზი დაუდგინდა. (14) (A დონის მტკიცებულება);
- ჩვეულებრივ, ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპიის ხანგრძლივობა უნდა იყოს 8-12 სესია, მაგრამ თუ მკურნალობა იწყება ტრავმული მოვლენიდან ერთი თვის შუალედში, შეიძლება საკმარისი იყოს სესიები ნაკლები რაოდენობა (დაახლოებით 5). როცა სესიის დროს მსჯელობთ ტრავმაზე, ამისათვის საჭიროა უფრო მეტი დრო (მაგალითად, 90 წუთი). ფსიქოთერაპია უნდა ატარებდეს რეგულარულ და თანმიმდევრულ (სულ ცოტა კვირაში ერთი სესია) ხასიათს და მას უნდა ატარებდეს ერთი ადამიანი. (1; 44) (B დონის მტკიცებულება);
- ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპიის სესიების რაოდენობის გაზრდა (12-ზე მეტი) დასაშვებია განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როგორცაა სახეზეა ტრავმული მოვლენების სიმრავლე, პათოლოგიური გლოვა ან ტრავმით გამოწვეული ქრონიკული უნარშეზღუდულობა, მნიშვნელოვნად გამოხატული ფსიქიკური, სომატური დაავადებები ან სოციალური პრობლემები. (3) (C დონის მტკიცებულება);
- ტრავმაზე არაფოკუსირებული ფსიქოთერაპიული ტექნიკები (მაგალითად, რელაქსაცია), რომელიც არ არის მიზანმიმართული ტრავმულ მოგონებებზე, აუცილებელი არ არის დაენიშნოს ყველა იმ ადამიანს, რომელსაც პტსა გამოუვლინდა. (11; 44) (B დონის მტკიცებულება).

- ტრავმაზე ფოკუსირებული ფსიქოთერაპია რეკომენდებულია ყველა ადამიანისათვის, ვისაც დასმული აქვს პტსა-ის დიაგნოზი, მიუხედავად იმისა, თუ ტრავმიდან რა პერიოდის შემდეგ გამოვლინდა სიმპტომები. (44) **(B დონის მტკიცებულება).**

მედიკამენტური მკურნალობა

- პტსა-ის მკურნალობის დაწყება მედიკამენტების გამოყენებით მიზანშეწონილი არ არის – უპირატესობა ტრავმაზე ფოკუსირებულ ფსიქოთერაპიას ეკუთვნის. (1; 44) **(A დონის მტკიცებულება);**
- მედიკამენტური მკურნალობა შეიძლება დაწყებული იქნას მხოლოდ მაშინ, თუ პტსა-ის მქონე ზრდასრული პირი უარს აცხადებს ფსიქოთერაპიაზე (61) **(B დონის მტკიცებულება);**
- მედიკამენტური მკურნალობა შეიძლება შევთავაზოთ პტსა-ის მქონე ზრდასრულ ადამიანს, რომელსაც არ შეუძლია დაიწყოს ფსიქოთერაპია, რადგან არსებობს ტრავმირების სერიოზული საშიშროება (მაგალითად, ოჯახური ძალადობა) (44) **(C დონის მტკიცებულება);**
- მედიკამენტური მკურნალობა რეკომენდებული მაშინაც, როცა პტსა-ის მქონე ზრდასრული პირი ფსიქოთერაპიის შედეგად მცირე ეფექტს ღებულობს (1) **(C დონის მტკიცებულება);**
- პტსა-ის დროს (ადრეულ სტადიაზე, აგრეთვე მწვავე ფაზაში) რეკომენდებულია საძილე საშუალებების ხანმოკლე გამოყენება. თუ ძილის დარღვევები ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს, მიზანშეწონილია ადრეულ სტადიაზე ანტიდეპრესანტის დანიშვნა, რათა თავიდან იქნას აცილებული დამოკიდებულების განვითარება (1) **(C დონის მტკიცებულება).**

8. ბაილლაინის ბაღასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 2 წელი

9. ბაილლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

- პტსა-ის შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმარისი რაოდენობა. მოცემული გზამკვლევის შემქმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფმა მოიძია და შეაფასა უკვე არსებული პრაქტიკული გაიდლაინები, რამდენიმე ფუნდამენტური ნაშრომი და ექსპერტთა კონსენსუსის ჯგუფის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები. ბაზისურად გამოყენებული იქნა შემდეგი ნაშრომები:
1. American Psychiatric Association (2004). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines. (1);
 2. Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003). Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Utrecht: Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Intitute. (16);

3. Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. Foa EB, Davidson JRT, Francis A. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 16) (20);
 4. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ: Guidelines for treatment of PTSD. Journal of Traumatic Stress 13:539-588, 2000 (21);
 5. National Institute for Clinical Excellence (2005) Clinical Guideline: Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary www.nice.org.uk/CG026NICEguideline (44);
 6. Veterans Health Administration: Management of Post-Traumatic Stress. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04. Washington, DC, VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, 2003. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_Base.htm (62);
 7. WFSBP - World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2002) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders - Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper Z, Möller HJ - World J Biol Psychiatry (2002) 3, 171 – 199 (64).
- მოხდა არსებული რეკომენდაციების თარგმნა, შეჯერება და ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც, ერთი მხრივ, პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო, მეორე მხრივ, ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს;
 - რეკომენდაციათა მოძიება ხორციელდებოდა კლინიკური რეკომენდაციების საერთაშორისო რეესტრებში, ელექტრონული მონაცემების ბაზებში ინტერნეტის გამოყენებით.

ქვეყანა და რესურსის დასახელება	ინტერნეტ-მისამართი
ფსიქიატრიული გზამკვლევები	www.psychguides.com
National Center for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)	http://www.ncptsd.va.gov
Anxiety Disorders Association of American (ADAA)	www.adaa.org
APA Disaster Psychiatry	http://www.psych.org/disasterpsych
National Organization for Victim Assistance (NOVA)	www.try-nova.org
National Victim Center	www.nvc.org
International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)	www.istss.org
National Mental Health Association (NMHA)	www.nmha.org
Evidence-Based Medicine [EBM] toolbox, Centre for Evidence-Based Medicine	http://www.cebm.net
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov

National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
National electronic Library for Health (NeLH)	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
მტკიცებითი მედიცინის სპეციალისტთა რეგიონთაშორისი საზოგადოება	http://www.osdm.org

კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები

- კოხრეინის ბიბლიოთეკა - *The Cochrane Library 2006, Issue 4*;
- ამერიკის სამედიცინო ბიბლიოთეკის მიერ შექმნილი ელექტრონულ ბიბლიოგრაფიულ მონაცემთა ბაზა – *MEDLINE*.

10. ალტერნატიული ბაიფლაინი არ არსებობს

11. გამოყენებული ლიტერატურა

1. American Psychiatric Association (2004). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
2. Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., et al (1992) AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization. (C დონის მტკიცებულება)
3. Blanchard E.B., Hickling E.J., Devineni T. et al (2003a) A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. Behaviour Research and Therapy, 41, 79–96. (C დონის მტკიცებულება)
4. Blanchard E.B., Hickling E.J., Malta L.S. et al (2003b) Prediction of response to psychological treatment among motor vehicle accident survivors with PTSD. Behavior Therapy, 34, 351–363. (C დონის მტკიცებულება)
5. Bleich, A., Kotler, M., Kutz, E., Shalev, A. (2002) A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community.
6. Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R. et al. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial, JAMA, 283, 1837-1844. (B დონის მტკიცებულება)
7. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000 (B დონის მტკიცებულება)
8. Bryant RA, Harvey AG, Guthrie RM et al. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. J Abnorm Psychol 2000; 109 (2):341-4. (C დონის მტკიცებულება)
9. Butterfield MI, Becker ME, Connor KM et al. Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (4):197-203. (C დონის მტკიცებულება)

10. Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237–1247. (C ღონის მტკიცებულება)
11. CREST (2003). The management of post traumatic stress disorder in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.
12. Davidson, J., Pearlstein, T., Lonnberg, P., Brady, K. T., Rothbaum, B., Bell, J. et al. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: Results of a 28-week doubleblind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1974-1981 (A ღონის მტკიცებულება)
13. Davis LL, Nugent AL, Murray J et al. Nefazodone treatment for chronic posttraumatic stress disorder: an open trial. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20 (2):159-64. (C ღონის მტკიცებულება)
14. Devilly GJ, Spence SH: The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 1999; 13:131–157 (A ღონის მტკიცებულება)
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Copyright 2000). American Psychiatric Association.
16. Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003). Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Utrecht: Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Intitute.
17. Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., et al (2003) A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032. (A ღონის მტკიცებულება)
18. Ehlers, A., Clark, D., Hackmann, A., et al (2005) Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. (A ღონის მტკიცებულება)
19. Eidelman I, Seedat S, Stein DJ. Risperidone in the treatment of acute stress disorder in physically traumatized in-patients. *Depress Anxiety* 2000; 11 (4):187-8. (ექსპერტთა მოსაზრება)
20. Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. Foa EB, Davidson JRT, Francis A. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 16):3-76 (G ღონის მტკიცებულება. ექსპერტთა მოსაზრება)
21. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ: Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 13:539-588, 2000 [Medline] (ექსპერტთა მოსაზრება)
22. Galea S, Resnick H, Ahern J, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D, Stuber J, Vlahov D: Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *J Urban Health* 2002; 79:340–353 (D ღონის მტკიცებულება)
23. Garfield DA, Fichtner CG, Leveroni C et al. Open trial of nefazodone for combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2001; 14 (3):453-60. (C ღონის მტკიცებულება)
24. Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., et al (2002) Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345–357. (B ღონის მტკიცებულება)
25. Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG, Frueh BC, Huber MG, Arana GW (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: A preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology*, 18, 1-8. (B ღონის მტკიცებულება)

26. Hamner MB, Frueh BC. Response to venlafaxine in a previously antidepressant treatment-resistant combat veteran with post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13 (5):233-4. (B დონის მტკიცებულება)
27. Harvey AG, Bryant RA: The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:985–988 (C დონის მტკიცებულება)
28. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 45 (9):1226-9. (A დონის მტკიცებულება)
29. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (10th edn), Vol.1. Geneva: World Health Organization (1993)
30. Jones E, Vermaas RH, McCartney H et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *Br J Psychiatry* 2003; 182:158-63.
31. Katz RJ, Lott MH, Arbus P, Crocq L, Herlobsen P, Lingjaerde O, Lopez G, Loughrey GC, MacFarlane DJ, McIvor R, Mehlum L, Nugent D, Turner SW, Weisaeth L, Yule W: Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder with a novel psychotropic. *Anxiety* 1994–1995; 1:169–174 (A დონის მტკიცებულება)
32. Kessler RC (2000) Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry* 61(suppl 5):4-12, 2000 [[Medline](#)] (ექსპერტთა მოსაზრება)
33. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048
34. Kosten TR, Fontana A, Sernyak MJ et al. Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (7):454-9. (C დონის მტკიცებულება)
35. Kosten TR, Frank JB, Dan E, McDougle CJ, Giller EL (1991) Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179 (6):366-70.
36. Kroll J, Habenicht M, Mackenzie T, Yang M, Chan S, Vang T, Nguyen T, Ly M, Phommasouvanh B, Nguyen H, Vang Y, Souvannasoth L, Cabugao R: Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1592–1597 (C დონის მტკიცებულება)
37. Kubany E.S.; Hill E.E.; Owens J.A (2003) Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 81-91. (C დონის მტკიცებულება)
38. Lovell K, Marks IM, Noshirvani H et al. Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behav and Cognitive Psychotherapy* 2001 (A დონის მტკიცებულება)
39. Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325. (A დონის მტკიცებულება)
40. Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1982-1988. (A დონის მტკიცებულება)
41. Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Koke, S. C., Prakash, A. (2002). Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 315-320. (A დონის მტკიცებულება)
42. Mellman TA, Miller AL et al. (2001) Evidence-Based Pharmacologic Treatment for People With Severe Mental Illness: A Focus on Guidelines and Algorithms. *Psychiatr Serv* 52:619-625, May 2001 (ექსპერტთა მოსაზრება)

43. Mental Health and Mass Violence: Evidenced-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. National Institute of Mental Health 2002. NIH Publication No. 02-5138. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov/research/massviolence.pdf>
44. NICE-National Institute for Clinical Excellence (2005) Clinical Guideline: Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary www.nice.org.uk/CG026NICEguideline
45. NIMH. Fact Sheet: Reliving Trauma. NIH Publication No. 01-4597. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/reliving.cfm>. 2001.
46. Paunovic, N. Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behaviour Research Therapy, 39, 1183-1197 (C დონის მტკიცებულება)
47. Prior TI. Treatment of posttraumatic stress disorder with olanzapine. Can J Psychiatry 2001; 46 (2):182. (C დონის მტკიცებულება)
48. Raphael B, Newman L. Disaster Mental Health Response Handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management. Sydney: New South Wales Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health. State Health Publication No: (CMH) 00145; 2000.
49. Raphael B: Early interventions and the debriefing debate, in Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions. Edited by Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2003; pp 146–161 (F)
50. Resick PA, Nishith P, Weaver TL et al. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. J Consult Clin Psychol 2002; 70 (4):867-79. (A დონის მტკიცებულება)
51. Rose, S., Bisson, J. Wessely, S. (2004) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane review). Cochrane Library, issue 3. Chichester: John Wiley. (A დონის მტკიცებულება)
52. Saygin, M. Z., Sungur, M. Z., Sabol, E. U., Cetinkaya, P. (2002). Nefazodone versus sertraline in treatment of posttraumatic stress disorder. Klinik Psikofarmakoloji Buelteni, 12, 1-5. (C დონის მტკიცებულება)
53. Schnurr, P.P.; Friedman, M.J.; Foy, D.W.; Shea, T.; Hsieh, F.Y.; Lavori, P.W.; Glynn, S.M.; Wattenberg, M.; Bernardy, N.C. (2003) Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry, 60, 481-489 (A დონის მტკიცებულება)
54. Sjöblom, P.O., Andréewitch, S . et al. (2003) Regional treatment recommendation for anxiety disorders. Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City Council
55. Stein DJ, Seedat S, van der Linden GJ et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int Clin Psychopharmacol 2000; 15 (Suppl 2):S31-9. (A დონის მტკიცებულება)
56. Stein DJ, Zungu-Dirwayi, N., Van der Linden, G. J. H., et al (2004) Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). Cochrane Library, issue 2. Chichester: John Wiley. (A დონის მტკიცებულება)
57. Stein MB, Kline, N. A., Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. American Journal of Psychiatry, 159, 1777-1779. (A დონის მტკიცებულება)
58. Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., et al (2003) Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR and relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 330–338.

59. Turner SW (2004) Emotional reactions to torture and organized state violence. PTSD Research Quarterly, 15. <http://www.ncptsd.org/publications/rq/rqpdf/V15N2.PDF>
60. Turner SW, Bowie, C., Dunn, G., et al (2003) Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. British Journal of Psychiatry, 182, 444–448.
61. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao T. (1995) Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. Journal of Nervous and Mental Disease, 183, 36–42. (B ღონის მტკიცებულება)
62. Veterans Health Administration: Management of Post-Traumatic Stress. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04. Washington, DC, VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, 2003. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_Base.htm (ექსპერტთა მოსაზრება)
63. Wessely S., Rose S. Bisson J. (1998) A systematic review of brief psychological interventions ('debriefing') for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder (Cochrane Review). Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software. (C)
64. WFSBP - World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2002) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders - Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper Z, Möller HJ - World J Biol Psychiatry (2002) 3, 171 - 199
65. Zohar, J., Amital, D., Miodownik, C., Kotler, M., Bleich, A., Lane, R. M. et al. (2002). Double-blind placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology, 22, 190-195. (B)

12. ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს უსიძიპური ჯანმრთელობის ასოციაცია

- ⇒ ჯგუფის ხელმძღვანელი – მანანა ბოკუჩავა – მდ, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის კონსულტანტი;
- ⇒ მარინე ნემსიწვერიძე – ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის განყოფილების გამგე

ექსპერტები:

- ⇒ თემურ სილაგაძე – თსსუ ნეირომედიცინის დეპარტამენტის ფსიქიატრიის მიმართულების ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ ნინო ოკრიბელაშვილი – თსუ-ს ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის კათედრის ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.