

BMJ Best Practice

დეპრესია მოზრდილებში

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



ბოლო განახლება: May 08, 2024

სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
განსაზღვრება	3
თეორია	4
ეპიდემიოლოგია	4
ეტიოლოგია	4
პათოფიზიოლოგია	5
კლასიფიკაცია	5
შემთხვევის ანამნეზი	6
დიაგნოზი	8
მიდგომა	8
ანამნეზი და გასინჯვა	10
რისკფაქტორები	11
კვლევები	14
დიფერენციული დიაგნოზები	17
კრიტერიუმები	20
სკრინინგი	23
მართვა	25
მიდგომა	25
მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა	39
მკურნალობის ალგორითმი	42
სიახლეები	105
პირველადი პრევენცია	108
მეორეული პრევენცია	108
განხილვები პაციენტთან	108
მეთვალყურეობა	109
მონიტორინგი	109
გართულებები	111
პროგნოზი	112
გაიდლაინები	113
დიაგნოსტიკური გაიდლაინები	113
მკურნალობის გაიდლაინები	114
ონლაინ რესურსები	116
მტკიცებულების ცხრილები	117
წყაროები	124
განმარტება	163

შეჯამება

დეპრესიას შეუძლია აღწეროს როგორც განწყობა, ასევე ავადმყოფობა.

ძირითადი დეპრესიული აშლილობა არის კლინიკური სინდრომი, რომელიც მოიცავს განწყობას, ნეიროვეგეტატიურ ფუნქციებს, შემეცნებას და ქცევას.

სიცოცხლის განმავლობაში პრევალენტობა დაახლოებით 10%.

რისკის ფაქტორები მოიცავს ადრე არსებულ დეპრესიას და დეპრესიის ოჯახურ ანამნეზს. შეიძლება წვლილი შეიტანოს ბოლო დროს განცდილმა მძიმე დანაკარგმა, სტრესმა, ან სამედიცინო დაავადებამ.

სკრინინგისა და დიაგნოზისთვის სასარგებლოა თვითშეფასების ფორმები, მაგრამ კლინიკური დიაგნოზი უმთავრესია. დადებითი სკრინინგის დროს საჭიროა შეგროვდეს სრული ანამნეზი, ფსიქიკური სტატუსის შეფასება, მკურნალობა და შემდგომი კონტროლი.

პაციენტთა უმრავლესობა კარგად რეაგირებს მედიკამენტებით მკურნალობაზე, თერაპიულ საუბრებზე ან ამ ორივეს კომბინაციაზე.

სუიციდური იდეები შეიძლება გაჩნდეს მკურნალობის დაწყებამდე და პიკს მიაღწიოს მკურნალობის დროს, ამიტომ რეკომენდებულია ადრეული მჭიდრო კონტროლი.

განსაზღვრება

დეპრესიული დარღვევები, როგორც წესი, ხასიათდება მუდმივი დაბალი განწყობით, ინტერესის და სიამოვნების დაკარგვით, ნეიროვეგეტატიური დარღვევებით, ენერჯის დაქვითვით, რაც იწვევს სხვადასხვა დონის სოციალურ და საოკუპაციო დისფუნქციას. დეპრესიული სიმპტომები მოიცავს დეპრესიულ განწყობას, ანჰედონიას, წონის ცვლილებებს, ლიბიდოს ცვლილებებს, ძილის დარღვევას, ფსიქომოტორულ პრობლემებს, ენერჯის დაქვითვას, დანაშაულის გადაჭარბებულ გრძობას, ცუდ კონცენტრაციას და სუიციდურ იდეებს. ზოგიერთ შემთხვევაში განწყობა არ არის სევდიანი, მაგრამ პაციენტი არის შემფოთებული ან გაღიზიანებული ან უსიცოცხლო.[1]

ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, მეხუთე გამოცემა, შესწორებული (DSM-5-TR) არ შეიცავს ქვეზღვრული (მცირე) დეპრესიის დიაგნოზს. თუმცა, ზოგჯერ ეს ტერმინი გამოიყენება პაციენტში დეპრესიის ორიდან ოთხ სიმპტომთან, მათ შორის დეპრესიულ განწყობასთან ან ანჰედონიასთან, რომელიც 2 კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება.

მუდმივ დეპრესიულ აშლილობას ახასიათებს მინიმუმ 2 წლის დეპრესიული განწყობა დღის უმეტესი ნაწილის განმავლობაში, სულ მცირე 2 წლის განმავლობაში.[1]

ეპიდემიოლოგია

დეპრესიული აშლილობები ძალიან ხშირია და მსოფლიოში უუნარობის წამყვან მიზეზებს შორისაა.[10] 18-დან 44 წლამდე ასაკის ადამიანებში დეპრესია უუნარობისა და ნაადრევი სიკვდილის წამყვანი მიზეზია. შეერთებულ შტატებში დიდი დეპრესია არის ინვალიდობის მეორე წამყვანი მიზეზი მთლიანობაში.[11] გარდა დეპრესიის უშუალო გემოქმედებისა პროფესიულ საქმიანობასა და ცხოვრების ხარისხზე, დეპრესია ასოცირდება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან რიგ დაავადებებში.[12] [13] [14]

ქალებში სიხშირე ორჯერ მეტია, ვიდრე მამაკაცებში.[15] [16]

დეპრესიისა და შფოთვის საერთო წერტილის პრევალენტობა დაფიქსირდა 12.9%, ხოლო სიცოცხლის განმავლობაში პრევალენტობა დაფიქსირდა 10.8%.[17] გავრცელებული პრევალენტობა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქვეყნებს შორის, 2%-დან 21%-მდე.[18] ევროპაში პრევალენტობა მერყეობს 2,56%-დან (სლოვაკეთში) 10,33%-მდე (ისლანდიაში).[16]

პაციენტებში, რომლებსაც ჰყავთ დაავადებული პირველი რიგის ნათესავი, სიცოცხლის განმავლობაში დეპრესიის რისკი ორ-სამჯერ იზრდება. პირველი დანყება ყველაზე ხშირად გვხვდება 12-დან 24 წლამდე ან 65 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში.[19] დაახლოებით ყოველი მეხუთე მოხუცთა სახლის მცხოვრები დემენციის გარეშე დიაგნოზირებულია დეპრესიით.[20] დემენცია, ზოგიერთი საზომით, შეიძლება თითქმის გააორმაგოს რისკი.[21]

დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომების გავრცელება გაიზარდა COVID-19 პანდემიის დროს.[22] ჯერ არ არის დადგენილი, არის თუ არა კოვიდ-19-თან დაკავშირებული ძირითადი დეპრესიული აშლილობის პრევალენტობის ზრდა. შეზღუდული მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ ტელემედიცინა ისეთივე ეფექტურია, როგორც პირადი ვიზიტები ძირითადი დეპრესიული აშლილობის სამკურნალოდ; საჭიროა შემდგომი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები.[23]

ეტიოლოგია

დეპრესიის ეტიოლოგია ცუდად გაგებული რჩება. ინტეგრაციული მოდელები, რომლებიც ითვალისწინებს ბიოლოგიურ და სოციალურ ცვლადებს, ყველაზე ეფექტურად ასახავს კომპლექსურ ეტიოლოგიას. არსებობს ძლიერი მტკიცებულება დეპრესიის გენეტიკური კომპონენტისთვის, მაგრამ კონკრეტული გენეტიკური ფაქტორები არ გამოვლენილა.

გენი-გარემოს ურთიერთქმედება, სავარაუდოდ, ხელს შეუწყობს დეპრესიისადმი მიდრეკილების ახსნას; თუმცა, მტკიცებულება არაერთგვაროვანია. რამდენიმე გენის ვარიანტები დაკავშირებული იყო დეპრესიასთან იმ ადამიანების ქვეჯგუფებში, რომლებმაც განიცადეს მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული სტრესი.[24] [25] ცნობილი გენეტიკური კომპონენტით ან მის გარეშე, სტრესულმა ცხოვრებისეულმა მოვლენებმა, პიროვნებამ და სქესმა შეიძლება ასევე შემცველი როლი ითამაშოს დეპრესიის რისკში.

ნაწლავის მიკრობიომის როლი დეპრესიის ეტიოლოგიაში აქტიური კვლევის სფეროა. კვლევამ გამოავლინა განსხვავებები ნაწლავის მიკრობიოტას შემადგენლობაში და ასოცირებული განსხვავებები ნაწლავის ამინომჟავების მეტაბოლიზმში დეპრესიულ ადამიანებსა და ჯანმრთელ კონტროლს შორის.[26] [27]

პათოფიზიოლოგია

ნეიროტრანსმიტერების ანომალური კონცენტრაციები, ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ-ადრენული (HPA) ღერძის დისრეგულაცია და მეორე მესენჯერი სისტემების ანომალიები განისაზღვრა როგორც შესაძლოდ ჩართული დეპრესიის პათოფიზიოლოგიაში.

მონომინერგული ნეიროტრანსმიტერებისა და დეპრესიის პათოფიზიოლოგიური თეორიები ცდილობენ დააკავშირონ ანტიდეპრესანტების მოქმედების ცნობილი მექანიზმები სპეციფიკური ნეიროტრანსმიტერების როლთან და დეპრესიის კლინიკურ გამოვლინებებთან. მაგალითად, დოფამინის დონის დარღვევები შეიძლება დაკავშირებული იყოს მოტივაციისა და კონცენტრაციის დაქვეითებასთან, ნორეპინეფრინის (ნორეპინეფრინის) და დოფამინის დაბალმა დონემ შეიძლება როლი შეასრულოს დაღლილობასა და ჰიპერსომნიაში, ხოლო ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის დისრეგულაციამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ფიზიკურ სიმპტომებს.[28] [29] [30]

დეპრესიის მქონე ადამიანებში გამოვლინდა HPA ღერძის დისრეგულაცია. დეპრესიის მქონე ბევრ ადამიანში დილის კორტიზოლის სეკრეცია არ ითრგუნება ძილის წინ დექსამეტაზონის დაბალი დოზებით.[31] [32]

ვარაუდობენ, რომ ნაწლავის მიკრობიოტას ცვლილებები გავლენას ახდენს განწყობაზე მეტაბოლიტების და ბაქტერიული კომპონენტების წარმოქმნით, რომლებიც გავლენას ახდენენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ნეიროტრანსმისიაზე.[26] [27]

მსოფლიოს 20 ცენტრში ჩატარებული ნეიროვიზუალიზაციის კვლევების ანალიზმა აჩვენა, რომ მძიმე დეპრესიის მქონე მოზრდილებში ვლინდება ორბიტოფრონტალური, ცინგულატური, ინსულარული და ტემპორალური ქერქის უბნების გათხელება, აგრეთვე ჰიპოკამპუსის მოცულობის შემცირება.[33] [34] [35] სტრუქტურული და ფუნქციური დარღვევები ფრონტო-ლიმბურ ქსელებში ასევე დაფიქსირდა დეპრესიის მქონე არანამკურნალები პაციენტების ნეიროვიზუალიზაციის კვლევებში.[36] [37]

კლასიფიკაცია

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მეთერთმეტე გამოცემა (ICD-11)[2]

დეპრესიული აშლილობები ICD-11-ის მიხედვით იყოფა ერთ და მორეციდივე ტიპებად, რომლებიც განისაზღვრება ბოლო ეპიზოდის სიმძიმით და, მძიმე შემთხვევებში, ფსიქოზის არსებობით ან არარსებობით (ჰალუცინაციები ან ბოღვები).

გარდა ამისა, ICD-11 მოიცავს დისთიმური აშლილობის დიაგნოზს და შერეული შფოთვით-დეპრესიული აშლილობის ახალ დიაგნოზს დეპრესიული აშლილობების კატეგორიაში.

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, მეხუთე გამოცემა, ტექსტის გადახედვა (DSM-5-TR)[1]

DSM-5-TR დეპრესიულ აშლილობებს ყოფს:

- გუნება-განწყობის დარღვევის აშლილობა
- ძირითადი დეპრესიული აშლილობა (მათ შორის დიდი დეპრესიული ეპიზოდი)
- პერსისტენტული, მუდმივი დეპრესიული აშლილობა (აღრე ცნობილი როგორც დისთიმური აშლილობა)

- პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობა
- ნივთიერებით/მედიკამენტებით გამონეული დეპრესიული აშლილობა
- დეპრესიული აშლილობა სხვა სამედიცინო მდგომარეობის გამო
- სხვა სპეციფიური დეპრესიული დარღვევები
- დაუზუსტებელი დეპრესიული აშლილობა
- დაუზუსტებელი განწყობის დარღვევა.

დეპრესიის ამ ტიპებს განასხვავებენ სიმპტომების ხანგრძლივობის და რიცხვის, აგრეთვე, მწუხარე განწყობის და/ან ანჰედონიის, ფუნქციური გაუარესების ხარისხისა და სიმპტომების სიმძიმის საფუძველზე. გარდა ამისა, დეპრესიული სიმპტომები შესაძლებელია ასევე გამოვლინდეს, როგორც ციკლოთიმის ან ბიპოლარული აშლილობის ნაწილი.

შემთხვევის ანამნეზი

შემთხვევის ანამნეზი #1

45 წლის ქალს აღენიშნება ცუდი ძილისა და გაღიზიანებული განწყობის 1 თვიანი ისტორია, ბოლო განქორწინებისა და ყოფილ ქმართან ორ თინეიჯერ შვილზე მეურვეობის შესახებ მიმდინარე ბრძოლის ფონზე. მას ასევე ჰქონდა ცუდი გამოხმაურება სამსახურში ვადების დარღვევის გამო და ეშინია, რომ სამსახურს დაკარგავს. იგი განმარტავს, რომ სამუშაოსთან დაკავშირებით პრობლემები წარმოექმნა, რადგან ვერ ინარჩუნებდა კონცენტრაციას სამუშაოზე. იგი გამოხატავს უსარგებლობის გრძნობას და ხანდახან უკვირს, რა აზრი აქვს სიცოცხლეს. მან უნდა აიძულოს თავი გააგრძელოს შვილების საქმიანობა და სხვა ინტერესები, რომლებიც მანამდე სიამოვნებდა; ის გრძნობს, რომ "უბრალოდ მიდის დინებაში". მას მსგავსი ეპიზოდი ჰქონდა მისი მეორე შვილის დაბადების შემდეგ, მაგრამ რამდენიმე თვის შემდეგ გამოვიდა ამ მდგომარეობიდან. არსებობს თვითმკვლელობის ოჯახური ანამნეზი; მისმა დედამ თავი მოიკლა, როდესაც პაციენტი 10 წლის იყო. გასინჯვით აღსანიშნავია თვალის ცუდი კონტაქტი და ხშირი ცრემლები. ტესტების შედეგები, თიროიდმასტიმულირებელი ჰორმონის ჩათვლით, ნორმალურია.

სხვა გამოვლინებები

ხანდაზმულ ადამიანებში დეპრესია შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც საკუთარი თავის მოვლის შემცირება, ფსიქომოტორული ჩამორჩენილობა, გაღიზიანება და აპათია. ამ პაციენტებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ მძიმე კოგნიტიური დარღვევები (მეხსიერების დეფიციტი) დეპრესიის შედეგად. ამ პოპულაციისთვის ხელმისაწვდომია რამდენიმე სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტი, როგორცაა გერიატრიული დეპრესიის სკალა და, როდესაც კოგნიტური უკმარისობა ამჟღავნებს, დემენციის დროს დეპრესიის კორნელის სკალა. [Cornell Scale For Depression in Dementia] (https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/cornell_scale_depression.pdf)

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქალები დეპრესიის მაღალი რისკის ქვეშ არიან.[3] მტკიცებულება გვიჩვენებს, რომ ორსული და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ქალების სკრინინგი ამცირებს დეპრესიის რისკს.[4] [5] ექიმები ფიზიკურად უნდა იყვნენ ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდგომ კვირების განმავლობაში და შეიძლება ჩაატარონ სკრინინგი პოსტნატალურ დეპრესიაზე ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალის გამოყენებით. [Edinburgh Postnatal Depression Scale] (<https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>)

ღიაბეტის, კობოს, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის, სიმსუქნის და სხვა ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობების მქონე პაციენტებს დეპრესიის მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი მაჩვენებლები აქვთ, ვიდრე თანხლები მდგომარეობების არმქონე პირებს და შეიძლება გამოვლინდეს ატიპურად

შეუსაბამობით, მრავალრიცხოვანი აუხსნელი სიმპტომით ან ქრონიკული ტკივილის სინდრომებით.[6] [7] [8] [9]

მიდგომა

ანამნეზი.

პაციენტებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ დეპრესიული, შფოთვითი, გაღიზიანებული ან უინტერესო განწყობის ისტორია; ანჰედონია; წონის ცვლილებები; ლიბიდოს ცვლილებები; ძილის დარღვევა; ფსიქომოტორული პრობლემები; დაბალი ენერჯია; გადაჭარბებული დანაშაული; ცუდი კონცენტრაცია; ან სუიციდური აზრები.[1]

მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტები, როგორც ჩანს, ნორმალურად ფუნქციონირებენ, მაგრამ ეს მოითხოვს მნიშვნელოვან ძალისხმევას.[1] დადებითი და ძილის დარღვევა დეპრესიის საერთო ნიშნებია. ფსიქომოტორული დარღვევები და ბოღვითი (ან თითქმის ბოღვითი) დანაშაულის გრძნობა გაცილებით ნაკლებად ხშირია, მაგრამ თუ არსებობს, მიუთითებს დაავადების საერთო სიმძიმეზე.[1] ზოგიერთი პაციენტი ხაზს უსვამს სომატურ ჩივილებს და არა მწუხარების გრძნობას.[1]

პაციენტებმა შეიძლება გამოავლინონ ფსიქოზური სიმპტომები, როგორცაა ბოღვები ან პალუცინაცია.[1] [2]

პაციენტებს ხშირად აქვთ დეპრესიის პირადი ან ოჯახური ანამნეზი. დაინტერესდით პაციენტის პასუხის შესახებ ნებისმიერ წარსულში არსებულ ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე (ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის ჩათვლით), ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის ნებისმიერ ისტორიაზე და ნებისმიერ გადაუდებელ განყოფილებაში ფსიქიატრიულ დაავადებაზე ვიზიტების შესახებ.[61]

ზოგიერთ პაციენტს ექნება სტრესი, ტრავმა ან დაკარგვა. კლინიკისტებმა უნდა გამოიყენონ ღია, ემპათიური კითხვები პაციენტის ტრავმის ისტორიის შესახებ.[61] პაციენტებს ეკრძალებათ ბავშვობაში ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის დეტალების გაზიარება, თუ ამას შესახებ სპეციალურად არ კითხის.[61]

ხანდაზმულ პაციენტებში დეპრესია შეიძლება გამოვლინდეს როგორც თვითმოვლის დაქვეითება, სომატური ჩივილები, ფსიქომოტორული ჩამორჩენა, გაღიზიანება და აპათია. ამ პაციენტებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ მძიმე კოგნიტიური დარღვევები (მეხსიერების დეფიციტი) დეპრესიის შედეგად.[62] ხანდაზმულ პაციენტებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ ერთი ან მეტი თანმხლები დაავადება, რომელიც ხელს უწყობს დეპრესიას (მაგ. ავადმყოფობა გამონეწველი სამედიცინო მდგომარეობის ან არაფსიქიატრიული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებით)[63]

სუიციდის რისკის მართვა კრიტიკულია, განსაკუთრებით იმის გამო, რომ რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის დასაწყისში. პაციენტებისთვის სუიციდური იდეების შესახებ რეგულარულად შეკითხვამ და ლეტალური საშუალებების (განსაკუთრებით, სასროლი იარაღი) ხელმისაწვდომობის შემცირებამ შეიძლება შეამციროს თვითმკვლელობის რისკი.[64] იხ სუიციდის რისკის შერბილება .

ნივთიერების გამოყენება ხშირია დეპრესიის მქონე ადამიანებში.[53] [54] გამოკითხვა უნდა მოიცავდეს ალკოჰოლის, თამბაქოს, ნარკოტიკების მოხმარების შეფასებას, და რეცეპტით ან ურეცეპტოდ გაცემული მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების შეფასებას.[61]

იკითხეთ არაფსიქიატრიული ღიაგნობის შესახებ. ზოგიერთმა ფიზიკურმა დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს დეპრესიის მსგავსი სიმპტომები (მაგ. ჰიპოთირეოზი, კუშინგის დაავადება). დეპრესიამ ასევე შეიძლება გავლენა მოახდინოს პაციენტის უნარზე დაიცვას ფიზიკური დაავადების მკურნალობა.

გამოკვლევა

ფიზიკური გამოკვლევა არ იძლევა დეპრესიის არსებობის ნათელ მტკიცებულებას. ბევრ პაციენტს ექნება დეპრესიული აფექტი. ზოგიერთი ადამიანი განიცდის დაქვეითებულ მზერას, შეჭმუნულ წარბებს, ფსიქომოტორულ ჩამორჩენას, დაგვიანებულ მეტყველებას და დანაშაულის გამოხატვას ან საკუთარი თავის შეურაცხყოფას.

ფიზიკური გასინჯვა და კოგნიტიური სკრინინგი შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგადი მდგომარეობების გამოსარიცხად, რომლებიც ხშირად ეშლებათ დეპრესიაში (მაგ., ჰიპოთირეოზი, დემენცია) და ხშირი თანმდევი დაავადებების (მაგ., სიმსუქნე, კიბო, ინსულტი) ძებნისას.

დეპრესიის სკრინინგი

ზოგადად გამოყენებული სკრინინგის ტესტები მოიცავს ფსიქიკური აშლილობების პირველადი მოვლის შეფასებას (PRIME-MD) და პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარის (PHQ-9) დეპრესიის 9-პუნქტიან სკალას მოზრდილებისთვის ჯანდაცვის პირველად რგოლში და ედინბურგის დეპრესიის მაჩვენებელს პოსტნატალური დეპრესიისთვის.[65] [66] [Edinburgh Postnatal Depression Scale] (<https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>) აშშ-ის პროფილაქტიკური სამსახურის სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას იძლევა, რომ მოზრდილების სკრინინგის პირველადი მოვლის პრაქტიკას ჰქონდეს სისტემები, იმის უზრუნველსაყოფად, რომ სკრინინგის დადებით შედეგებს მოჰყვება ზუსტი დიაგნოზი, ეფექტური მკურნალობა და საგულდაგულო შემდგომი კონტროლი.

დეპრესიის დიაგნოზი

დიაგნოსტიკური სიზუსტის უზრუნველსაყოფად, ექიმებმა უნდა გამოიყენონ დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მეთერთმეტე გამოცემა (ICD-11) ან ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, მეხუთე გამოცემა, ტექსტის გადახედვის (DSM-5-TR) კრიტერიუმები ყველა პაციენტზე, რომლებსაც აქვთ დეპრესია ან რომლებსაც აქვთ დადებითი სკრინინგ ტესტი დეპრესიისთვის. იმის განსაზღვრა, ეპიზოდი მსუბუქი, ზომიერი თუ მძიმეა, ფსიქოზით თუ ფსიქოზის გარეშე, ინფორმაციას იძლევა მკურნალობის გადამწყვეტილებებისთვის. იხ კრიტერიუმები.

დემენციის მქონე პაციენტებისთვის, რომლებმაც შეიძლება ადვილად ვერ შეძლონ კოგნიტიური გაუარესების გამო სიმპტომების ამოცნობა ან აღწერა, კლინიკური შეფასება აუცილებელია შემთხვევების აღმოჩენისას, რის დახმარებაც შესაძლებელია მრავალი სადიაგნოსტიკო საშუალების გამოყენებით.[67] არსებობს სპეციალური სტრუქტურირებული დიაგნოსტიკური შეფასებები ხანდაზმულებისთვის, რომლებიც უნდა იქნას გამოყენებული PRIME-MD ან PHQ-9-ის ნაცვლად: მაგალითად, გერიატრიული დეპრესიის სკალა ან კოგნიტიური დარღვევის მქონე ხანდაზმული ადამიანებისთვის, დემენციის კორნელის დეპრესიის შეფასების სკალა. [Cornell Scale For Depression in Dementia] (https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/cornell_scale_depression.pdf) ექიმებს შეუძლიათ გამოიყენონ PHQ-9 არსებული დეპრესიის სიმძიმის შესაფასებლად და მკურნალობაზე რეაგირების შემდგომი კონტროლისთვის.

ანალიზები

დეპრესია კლინიკური დიაგნოზია. არ არსებობს დიაგნოსტიკური ტესტები.[68] დეპრესიის სიმპტომების სხვა მიზეზების გამოსარიცხად უნდა ჩატარდეს მარტივი ლაბორატორიული ტესტები. თავდაპირველი ტესტები მოიცავს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციურ ტესტებს, მეტაბოლურ პანელს და სისხლის საერთო ანალიზს. შრატში ვიტამინი B12 და ფოლატის დონეები და 24-საათიანი შარდის კორტიზოლი შეიძლება ასევე ინფორმაციული იყოს.

ანამნეზი და გასინჯვა

ძირითადი დიაგნოსტიკური ფაქტორები

რისკ-ფაქტორების არსებობა (ხშირი)

- ძირითადი რისკის ფაქტორები მოიცავს ხანდაზმულ ასაკს; ბოლო მშობიარობა, სტრესი ან ტრავმა; თანმხლები სამედიცინო პირობები (დიაბეტი, კიბო, ინსულტი, მიოკარდიუმის ინფარქტი და სიმსუქნე); დეპრესიის პირადი ან ოჯახური ისტორია; გარკვეული მედიკამენტები (მაგ. კორტიკოსტეროიდები) და მდებარეობითი სქესი.

დეპრესიული განწყობა (ხშირი)

- ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი: დეპრესიული განწყობა ან ინტერესის დაკარგვა ღლის უმეტესი ნაწილი, თითქმის ყოველდღე, 2 კვირის განმავლობაში, ისევე როგორც დეპრესიის 4 სხვა სიმპტომი.[1]

ანჰედონია (ხშირი)

- დიაგნოსტიკის მთავარი კრიტერიუმი: დაქვეითებული ინტერესი ან სიამოვნება ყველა ან თითქმის ყველა აქტივობის მიმართ ღლის უმეტესი ნაწილი, თითქმის ყოველდღე, 2 კვირის განმავლობაში დეპრესიის 4 სხვა სიმპტომთან ერთად.[1]

ფუნქციური დარღვევა (ხშირი)

- სიმპტომები იწვევს, მაგალითად, სოციალურ ან პროფესიულ ფუნქციების დარღვევას.[1]

სხვა დიაგნოსტიკური ფაქტორები

წონის ცვლილებები (ხშირი)

- წონის მნიშვნელოვანი კლება დიეტის გარეშე, წონის მომატება ან მადის დაქვეითება ან მომატება თითქმის ყოველდღე.[1] სხეულის წონის >5% ცვლილება 1 თვის განმავლობაში ითვლება მნიშვნელოვნად.[1]

ლიბიდოს ცვლილებები (ხშირი)

- შეიძლება შემცირდეს ლიბიდო.

ძილის დარღვევა (ხშირი)

- მუდმივი უძილობა ან ძილიანობა[1]

ცვლილებები მოძრაობაში (ხშირი)

- ფსიქომოტორული აგზნება ან ჩამორჩენა თითქმის ყოველდღე.[1] მოძრაობის ცვლილებები სხვებისთვის შესამჩნევი უნდა იყოს და არ გამოიწვიოს შფოთვის ან შენელების სუბიექტური გრძნობები.[1]

დაბალი ენერჯია (ხშირი)

- დაღლილობა ან ენერჯიის დაკარგვა თითქმის ყოველდღე.[1]

დანაშაულის გადაჭარბებული გრძნობა (ხშირი)

- უღირსობის ან გადაჭარბებული ან შეუსაბამო დანაშაულის გრძნობა თითქმის ყოველდღე.[1]

ცუდი კონცენტრაცია (ხშირი)

- აზროვნების და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, გაურკვეველობა თითქმის ყოველდღე[1]

სუიციდური იდეები (ხშირი)

- სიკვდილის შესახებ განმეორებადი ფიქრები, განმეორებადი სუიციდური აზრები კონკრეტული გეგმის გარეშე, თვითმკვლელობის კონკრეტული გეგმა ან თვითმკვლელობის მცდელობა.[1]

ბიპოლარული აშლილობა გამორიცხულია (ხშირი)

- DSM-5-TR-ის მიხედვით, არ უნდა არსებობდეს მანიის ან ჰიპომანიის მტკიცებულება.[1]

ნივთიერების ბოროტად გამოყენება / მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები გამორიცხულია (ხშირი)

- DSM-5-TR-ის მიხედვით, ძირითადი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოსტირება არ შეიძლება, თუ სიმპტომები ძირითადად გამომწვეულია დანიშნული მედიკამენტების ან ბოროტად გამოყენების ფარმაკოლოგიური ეფექტებით ან გვერდითი ეფექტებით.[1]

სამედიცინო ავადმყოფობა გამორიცხულია (ხშირი)

- DSM-5-TR-ის მიხედვით, ძირითადი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოსტირება არ უნდა მოხდეს, თუ სიმპტომები ძირითადად გამომწვეულია ფიზიკური დაავადებით.[1]

შიზოფრენია გამორიცხულია (იშვიათი)

- DSM-5-TR-ის მიხედვით, ქრონიკული ფსიქოზი გამორიცხავს ძირითადი დეპრესიული აშლილობის დიაგნოზს, თუ დეპრესიის სიმპტომები ძირითადად გამომწვეულია ქრონიკული ფსიქოზური დაავადებით.[1]

რისკფაქტორები

ძლიერი

პოსტნატალური მდგომარეობა

- მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქალების დაახლოებით 19% აქვს დიდი დეპრესიული ეპიზოდი პირველი სამი თვის განმავლობაში მშობიარობის შემდეგ.[38] ადრე არსებული ფსიქიატრიული დარღვევების, ცუდი სოციალური დახმარების და დაუგეგმავი ორსულობის პირობებში მყოფი ქალები უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან.[3] აღზრდის პროგრამებმა შეიძლება გააუმჯობესოს დედების მოკლევადიანი ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობა.[39]

დეპრესიული აშლილობის ან თვითმკვლელობის პირადი ან ოჯახური ანამნეზი.

- დეპრესიის ოჯახური ანამნეზი დაკავშირებულია 2-ჯერ გაზრდილ რისკთან, მეტ ფუნქციურ გაუარესებასთან, უფრო ხანგრძლივ ეპიზოდებთან, უფრო ხშირ გამეორებასთან და სიკვდილსა და თვითმკვლელობაზე მუდმივ აზრებთან.[40] თვითმკვლელობის სიხშირე ორჯერ მაღალია თვითმკვლელობის მსხვერპლთა ოჯახებში.[41]

დემენცია

- დემენციის მქონე ხანდაზმულებში, თანმხლები დეპრესიის პრევალენტობა, როგორც ჩანს, არის დაახლოებით 16%, თუმცა შეიძლება იყოს 35%-მდე, გამოყენებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების



მიხედვით; დემენცია, ზოგიერთი საზომით, შეიძლება თითქმის გაორმაგდეს დეპრესიის რისკი ხანდაზმულებში.[21]

კორტიკოსტეროიდები

- დეპრესია არის დოკუმენტირებული არასასურველი ეფექტი.

ინტერფერონი

- დეპრესია არის დოკუმენტირებული არასასურველი ეფექტი და მკურნალობას ექვემდებარება.[42]

პროპრანოლოლი

- დეპრესია არის დოკუმენტირებული არასასურველი ეფექტი.

პერორალური კონტრაცეპტივები

- დეპრესია არის დოკუმენტირებული არასასურველი ეფექტი.

თანმხლები სამედიცინო მდგომარეობები

- სამედიცინო ან ქირურგიული პრობლემების გამო ჰოსპიტალიზებული პაციენტები და სხვადასხვა ქრონიკული სამედიცინო პირობების მქონე პაციენტები, მათ შორის დიაბეტი, კიბო, ინსულტი, კორონარული არტერიის დაავადება, აივ, ქრონიკული ტკივილი, პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომი და სიმსუქნე, დეპრესიის მნიშვნელოვნად მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, ვიდრე თანმხლები დაავადებების გარეშე.[6] [7] [8] [9] [43] [44] [45] [46] [47] [48] შეიძლება იყოს განსაკუთრებით გაზრდილი დეპრესიის რისკი ქრონიკული დაავადების დროს პაციენტებში, რომლებსაც ახასიათებთ ანთება და ტკივილი.[49] ქრონიკულ სამედიცინო მდგომარეობასა და დეპრესიას შორის კავშირი ორმხრივია. დეპრესიულ პაციენტებს უფრო ხშირად უვითარდებათ ქრონიკული სამედიცინო მდგომარეობები.[50] [51] მოზრდილები, რომლებმაც ბავშვობაში განიცადეს ქრონიკული სამედიცინო დაავადება, ასევე აქვთ დეპრესიის უფრო მაღალი მაჩვენებლები.[52]

მდებრობითი სქესი.

- ქალებში დეპრესიის სიხშირე ორჯერ მეტია, ვიდრე მამაკაცებში.[15] [16]

სუსტი

თანმდევი ნივთიერების გამოყენება

- დამატარებელი ნივთიერებების (ალკოჰოლი, კანაფისი და სხვა რეკრეაციული ნარკოტიკების) გამოყენება ხშირად გადაჭარბებული ან ჩვეული ხარისხით ხშირია დეპრესიის მქონე ადამიანებში.[53] [54] დეპრესიის მქონე მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად განიცდიან ნივთიერების მოხმარების აშლილობას ქალებთან შედარებით.[53] არ არსებობს მტკიცებულება, რომ სამედიცინო კანაბინოიდები ეფექტურია დეპრესიის სამკურნალოდ.[55]

პიროვნების დარღვევები

- პიროვნების ზოგიერთი დარღვევები უფრო ხშირია დეპრესიასთან ერთად. პიროვნების დარღვევასთან კომბინირებულ დეპრესიას შეიძლება უფრო ცუდი გამოსავალი ჰქონდეს, ვიდრე მხოლოდ დეპრესიას; თუმცა, მონაცემები არაერთგვაროვანია.[56]

სტრესული ცხოვრებისეული მოვლენები

- მეტა-ანალიზმა აჩვენა კავშირი დეპრესიასა და სტრესულ ცხოვრებისეულ მოვლენებს შორის.[24] სტრესული მოვლენები მოიცავდა: სერიოზულ დაავადებას ან დაზიანებას (პაციენტის ან ახლო ნათესავის); პირველი ან მეორე რიგის ნათესავის ან ახლო მეგობრის გარდაცვალება;

დიაგნოზი

სტაბილური ურთიერთობის ან ქორწინების დასრულება; უმუშევრობა; სამსახურის დაკარგვა; ინტერპერსონალური პრობლემა ნათესავთან, ახლო მეგობართან ან მეზობელთან; ძირითადი ფინანსური პრობლემები; პრობლემა პოლიციასთან ან სასამართლოში; და ძვირფასი ნივთის ქურდობა ან დაკარგვა.[57] ბავშვობაში უბედურება დაკავშირებულია დეპრესიის გაზრდილ რისკთან იმ ადამიანებში, რომლებსაც აქვთ პოლიმორფული FKBP5 გენის განსაკუთრებული ალელები, რომლებიც აკოდირებენ ცილას, რომელიც მონაწილეობს გლუკოკორტიკოიდების სასიგნალო გზებში.[25]

სიმსუქნე

- მონაცემთა ანალიზის ახალი მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება რამდენიმე ძალიან დიდ მონაცემთა ბაზაში, მხარს უჭერს ჰიპოთეზას, რომ სხეულის ცხიმის მასა დაკავშირებულია დეპრესიასთან და, სავარაუდოდ, გამომწვევ ფაქტორთან.[58] ევროპაში ჩატარებულმა პოპულაციამდე დაფუძნებულმა ერთმა კვლევამ აჩვენა დეპრესიის მნიშვნელოვნად მაღალი გავრცელება ადამიანებში BMI >30 კგ/მ², ვიდრე ადამიანებში BMI >18,5 კგ/მ² და <30 კგ/მ². [16]

კვლევები

1-ლად შესაკვეთი ტესტები

ტესტი	შედეგი
<p>კლინიკური დიაგნოზი</p> <ul style="list-style-type: none"> • დიდი დეპრესია: ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ≥ 5 გამოვლინდა იმავე ორკვირიან პერიოდში და წარმოადგენს ცვლილებას წინა ფუნქციონირებასთან შედარებით. სულ მცირე ერთი სიმპტომია ან დეპრესიული განწყობა ან ინტერესის ან სიამოვნების დაკარგვა: დეპრესიული განწყობა დღის უმეტეს ნაწილს, თითქმის ყოველდღე, როგორც ამას თავად აცხადებენ ან ამჩნევენ სხვები. მკვეთრად შემცირებული ინტერესი ან სიამოვნება ყველა ან თითქმის ყველა აქტივობის მიმართ დღის უმეტესი ნაწილი, თითქმის ყოველდღე; წონის მნიშვნელოვანი დაკლება დიეტის, წონის მომატების ან მადის დაქვეითების ან მომატების გარეშე თითქმის ყოველდღე; უძილობა ან გაზრდილი ძილიანობა თითქმის ყოველდღე; ფსიქომოტორული აგზნება ან ჩამორჩენა თითქმის ყოველდღე; დაღლილობა ან ენერჯის დაკარგვა თითქმის ყოველდღე; უღირსობის ან გადაჭარბებული ან შეუსაბამო დანაშაულის გრძობა თითქმის ყოველდღე; აზროვნების ან კონცენტრირების უნარის დაქვეითება, ან გაურკვეველობა თითქმის ყოველდღე; სიკვდილის შესახებ განმეორებადი აზრები, განმეორებადი სუიციდური აზრები კონკრეტული გეგმის გარეშე, თვითმკვლელობის კონკრეტული გეგმა ან თვითმკვლელობის მცდელობა. [1] • გარდა ამისა, ეს სიმპტომები: ინვეს ფუნქციურ გაუარესებას (მაგ., სოციალური, ოკუპაციური); არ არის დაკავშირებული პრეპარატების ბოროტად გამოყენებასთან, მედიკამენტების გვერდით ეფექტებთან ან სხვა სამედიცინო მდგომარეობასთან; არ არის დაკავშირებული მწუხარების რეაქციასთან. • ქალებს, რომლებსაც აქვთ განწყობის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილებები სხვა დეპრესიულ სიმპტომებთან ერთად, რომლებიც მენსტრუალურ ციკლს უკავშირდება, შეიძლება დაუდგინდეთ პრედმენსტრუალური დისფორიის დიაგნოზი. პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ დეპრესიული სიმპტომები, რომლებიც მიეკუთვნება სხვა მიზეზებს, როგორცაა ფსიქოაქტიური მედიკამენტები, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები ან სამედიცინო დაავადება, შეიძლება დაესვას სპეციფიკური ნივთიერებით გამოწვეული ან მედიკამენტებით გამოწვეული დეპრესიული სიმპტომები ან დეპრესია, შესაბამისი სომატური სამედიცინო მდგომარეობის გამო. წინააღმდეგ შემთხვევაში, კლინიკურად მნიშვნელოვანი დეპრესია, რომელშიც სიმპტომები არ აკმაყოფილებს სრულ DSM-5-TR კრიტერიუმებს რაოდენობის, ხანგრძლივობის ან სიმძიმის შესახებ, შეიძლება დიაგნოზირდეს როგორც „სხვა განსაზღვრული დეპრესიული აშლილობა“. (სადაც მითითებულია კრიტერიუმების შეუსრულებლობის მიზეზი: მაგალითად, „გარდამავალი“ ან „მოკლე ხანგრძლივობის“ ან „არასაკმარისი სიმპტომები“) ან „დეპრესიული აშლილობა დაუზუსტებელი“, სადაც მიზეზი არ არის მითითებული. • მუდმივი დეპრესიული აშლილობა: პაციენტს აქვს დეპრესიული განწყობა მთელი დღის განმავლობაში, ხშირად ≥ 2 წლის განმავლობაში. [1] 	<p>დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-11 ან DSM-5-TR დეპრესიული ქვეკატეგორიის მიხედვით</p>

დიაგნოზი

ტესტი	შედეგი
<p>მეტაბოლური პანელი (სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი)</p> <ul style="list-style-type: none"> უზრუნველყოფს საბაზისო მონაცემებს და შეიძლება გამოავლინოს მეტაბოლური დარღვევა. 	<p>ნორმის ფარგლებში</p>
<p>FBC</p> <ul style="list-style-type: none"> დადლილობის სხვა მიზეზები, როგორცაა ანემია, უნდა გამოირიცხოს. 	<p>ნორმის ფარგლებში</p>
<p>ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯები</p> <ul style="list-style-type: none"> შრატში თიროიდმასტიმულირებელი ჰორმონის დონის მომატება მიუთითებს ჰიპოთირეოზზე. 	<p>ნორმის ფარგლებში</p>
<p>პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-2 (PHQ-2)</p> <ul style="list-style-type: none"> PHQ-2 კითხვარი ეფუძნება ფსიქიკური აშლილობის პირველადი დახმარების ინსტრუმენტს (PRIME-MD) და საშუალებას გაძლევთ სწრაფად და ზუსტად შეათვსოთ დეპრესია მხოლოდ ორ კითხვაზე პასუხის გაცემით: 'გასული 2 კვირის განმავლობაში გრძნობდით თავს დადლილი, დეპრესიული, უიმედო?' და 'გასული 2 კვირის განმავლობაში, გქონიათ თუ არა რაიმე ინტერესი ან სიამოვნება რაიმეს კეთების მიმართ?' [69] დადებითი პასუხი ნებისმიერ კითხვაზე მოითხოვს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების ან ექვივალენტური ინსტრუმენტის საფუძვლიან განხილვას. 	<p>დადებითი შედეგის სკრინინგები დეპრესიაზე პირველადი ჯანდაცვის სფეროში</p>
<p>პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9)</p> <ul style="list-style-type: none"> PHQ-9 შეიძლება გამოიყენებოდეს როგორც დიაგნოსტიკის და დაავადების მართვის ინსტრუმენტი. PHQ-9 არის 9-პუნქტიანი დეპრესიის კითხვარი, რომელიც ასახავს DSM-5-TR კრიტერიუმებს. იგი ახდენს არსებული სიმპტომების კლასიფიკაციას 0-დან (სიმპტომები არაა) 4-მდე (ყოველდღიური სიმპტომები) სკალის მიხედვით. იგი დამტკიცებულია პირველადი ჯანდაცვაში გამოსაყენებლად. PHQ-9-ის გამოთვლა მკურნალობის დროს კლინიცისტს საშუალებას აძლევს ობიექტურად აკონტროლოს მკურნალობაზე პასუხი. 	<p>დადებითი შედეგის სკრინინგები დეპრესიაზე პირველადი ჯანდაცვის სფეროში</p>
<p>ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალა</p> <ul style="list-style-type: none"> ექიმებმა უნდა განახორციელონ სკრინინგი პოსტნატალურ დეპრესიაზე ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალის მიხედვით 4-6 კვირაზე მშობიარობის შემდეგ. [Edinburgh Postnatal Depression Scale] (https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf) ეს სკალა არის 10-პუნქტიანი კითხვარი მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ქალებისთვის. ≥ 10 ქულა მიგვითითებს დეპრესიაზე; ამასთან, კლინიცისტებმა უნდა გაითვალისწინონ პაციენტის ინდივიდუალური გარემოებები (მაგ., განათლება და კულტურა), რამაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს ქულაზე. [70] [71] [72] მიუხედავად იმისა, რომ იგი არ აფასებს დეპრესიის სიმძიმეს, სუიციდური იდეების შეფასებას ახდენს. 	<p>დადებითი შედეგის სკრინინგები დეპრესიაზე პოსტნატალურ პერიოდში</p>
<p>გერიატრიული დეპრესიის სკალა</p> <ul style="list-style-type: none"> მოკლე ფორმა შეიცავს 15 დიახ/არა შეკითხვას. ეს სკალა არ აფასებს სიმპტომების სიმძიმეს. [73] [74] 	<p>>5 მიუთითებს დეპრესიაზე; >10 მტკიცედ მიუთითებს დეპრესიაზე</p>
<p>კორნელის სკალა დეპრესიისთვის დემენციის დროს</p> <ul style="list-style-type: none"> ეს სკალა არის 19-პუნქტიანი კითხვარი, რომელიც განკუთვნილია დემენციის მქონე გერიატრიული პაციენტებისთვის. [Cornell] 	<p>>10 მიუთითებს სავარაუდო დეპრესიაზე; >18 მიუთითებს ნამდვილ დეპრესიაზე</p>

სეანგაი

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.

ტესტი	შედეგი
Scale For Depression in Dementia] (https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/cornell_scale_depression.pdf) • ეს სკალა არ აფასებს სიმპტომების სიმძიმეს.[75]	

სხვა გასათვალისწინებელი ტესტები

ტესტი	შედეგი
24 საათიანი თავისუფალი კორტიზოლი • მომატებული 24 საათიანი შარდის თავისუფალი კორტიზოლის დონე გვაფარაუდებინებს კუშინგის დაავადებას.	ნორმის ფარგლებში
ვიტამინი B12 • B12 ვიტამინის დეფიციტი დაკავშირებულია მაკროციტურ ანემიასთან, პარესთეზიასთან, დაბუყებასთან და მესხიერების გაუარესებასთან.	ნორმის ფარგლებში
ფოლიუმჟავა • დადგინდა, რომ დეპრესიის მქონე პაციენტებში შრატის ფოლიუმის დონე უფრო დაბალია, ვიდრე ფსიქიატრიული დიაგნოზის გარეშე და არადეპრესიულ ფსიქიატრიულ პაციენტებთან შედარებით.[76]	ნორმის ფარგლებში

დიფერენციული დიაგნოზები

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
ადაპტაციის დარღვევა დეპრესიული განწყობით	<ul style="list-style-type: none"> ეს არის სუბსინდრომული დეპრესია ნათლად გამოხატული მაპროვოცირებელი მოვლენით. ეს, როგორც წესი, არ საჭიროებს მედიკამენტს და წყდება მწვავე სტრესის მოგვარებასთან ერთად. 	<ul style="list-style-type: none"> DSM-5-TR.
ნივთიერება/წამალი ან სამედიცინო დაავადებასთან დაკავშირებული და სხვა დეპრესიული აშლილობები	<ul style="list-style-type: none"> დეპრესიული სიმპტომები, რომლებიც არ შეესაბამება სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს დიდი დეპრესიული დარღვევისთვის ნივთიერების თანმდევი გამოყენების, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტის ან სომატური სამედიცინო ავადმყოფობის გამო, ან სხვა კონკრეტული ან დაუზუსტებელი მიზეზების გამო. 	<ul style="list-style-type: none"> სამედიცინო ანამნეზი და ფიზიკური, ქიმიური, ჰემატოლოგიური და სხვა ტესტები სომატური სამედიცინო ავადმყოფობის გამორიცხვის ან დიაგნოსტიკისთვის; რეცეპტურული მედიკამენტების მიმოხილვა და მონიტორინგი მედიკამენტების შესაძლო გვერდითი ეფექტისთვის; ტოქსიკოლოგიური სკრინინგი ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების მტკიცებულებაზე.
ბიპოლარული დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> ამ მდგომარეობაში, დიდ დეპრესიულ აშლილობას თან ახლავს ან პერიოდულად თავს იჩენს მანიის, ჰიპომანიის ან შერეული ერთი ან მეტი ეპიზოდი. 	<ul style="list-style-type: none"> ICD-11, DSM-5-TR.
პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობა (PMDD)	<ul style="list-style-type: none"> PMDD-ს ახასიათებს დეპრესიული განწყობა, შფოთვა და გაღიზიანება ერთი კვირის გამავლობაში მესტრუაციამდე, რაც წყდება მესტრუაციასთან ერთად. PMDD-ს ასევე აქვს ტკივილის გამოხატული სიმპტომები. 	<ul style="list-style-type: none"> ICD-11, DSM-5-TR.
მწუხარება/გლოვა	<ul style="list-style-type: none"> დეპრესიული სიმპტომებს შეიძლება გარდამავალი სახით ადგილი ჰქონდეს ნორმალური მწუხარების დროს. ნორმალური მწუხარების ხანგრძლივობა და გამოხატვა განსხვავდება 	<ul style="list-style-type: none"> ICD-11, DSM-5-TR.



დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მალდიფერენცირებელი ტესტები
	<p>სხვადასხვა რასობრივ/ეთნიკურ ჯგუფებში.[77]</p> <ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომები, რომლებიც უფრო შეესაბამება დეპრესიას, მოიცავს დანაშაულის არასათანადო გრძნობას საყვარელი ადამიანის სიკვდილის გარშემო ქმედებებთან დაკავშირებით, მუდმივ ფიქრებს სიკვდილზე (გადარჩენილი ადამიანის გრძნობები, რომ სჯობდა ის მომკვდარიყო ან მომკვდარიყო გარდაცვლილთან ერთად, მიიჩნევა მწუხარების ნორმალურ ნაწილად) ავადმყოფურ ფიქრებს უსარგებლობაზე, გამობატულ ფსიქომოტორულ ჩამორჩენას, გახანგრძლივებულ და გამობატულ ფუნქციურ გაუარესებას და ჰალუცინაციებს. გარდამავალი სახით გარდაცვლილი პირის ხმის გაგონება ან მისი დანახვა მიიჩნევა დანაკარგის ნორმალურ ფარგლებში. • DSM-5-TR-ის მიხედვით, თუ პაციენტს აქვს დიდი დეპრესიული აშლილობის სრული სინდრომი, ბოლოდროინდელი დაკარგვის ან წუხილი არ გამოირიცხავს დიაგნოზს ან გამოირიცხავს ანტიდეპრესანტული მკურნალობის სარგებელს. თუმცა, ფსიქოთერაპიული მიდგომა, რომელიც ფოკუსირებულია დანაკარგთან გამკლავებაზე, სავარაუდოდ უფრო წარმატებული იქნება, ვიდრე სტანდარტული ფსიქოთერაპიული მიდგომები დეპრესიის სამკურნალოდ.[78] 	
დემენცია	<ul style="list-style-type: none"> • დემენცია ხასიათდება კოგნიტიური (მეხსიერების) ცვლილებებით, 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ დიაგნოზი გაურკვეველია, უნდა ჩატარდეს მინი ფსიქიკური

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	<p>ფსიქიატრიული სიმპტომებით, პიროვნების ცვლილებებით, პრობლემური ქცევით და ყოველდღიური ფუნქციონირების ცვლილებებით.</p>	<p>მდგომარეობის გამოკვლევა ან ნეიროფსიქიატრიული ტესტირება.[79]</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფოკუსირებული ლაბორატორიული ტესტირება (ანუ, თიროიდმასტიმულირებელი ჰორმონის დონე, B12 ვიტამინის დონე) მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დემენციის შექცევადი მიზეზებისთვის.
<p>შფოთვითი აშლილობები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვით აშლილობებს ხშირად აქვს ადგილი დეპრესიასთან ერთად. გენერალიზებულ შფოთვით აშლილობას (GAD) ახასიათებს ჭარბი შეშფოთება, კუნთების დაძაბვა, დაღლილობა, ავტონომური ჰიპერაქტიურობა, და მომატებული სიფხიზლე; შფოთვითი დეპრესიის მქონე პაციენტებს შეიძლება აღმოაჩნდეთ GAD.[80] ასევე მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული სპეციფიკური შფოთვითი დარღვევები (ანუ, პანიკური დარღვევები, სოციალური ფობია, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, PTSD). 	<ul style="list-style-type: none"> • ICD-11, DSM-5-TR.
<p>ალკოჰოლის არასწორი მოხმარებით გამოწვეული დარღვევები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები ხშირად შეიძლება უჩიოდნენ უძილობას, კომპარებს, ცუდ მენსიერებას და ნერვიულობას. 	<ul style="list-style-type: none"> • სკრინინგის სხვადასხვა ინსტრუმენტები ფართო მასშტაბით გამოიყენება, მათ შორისაა CAGE კითხვარი და ალკოჰოლის მოხმარების დარღვევების გამოვლენის ტესტი (AUDIT).[81]
<p>ნერვული ანორექსია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • კვების დარღვევები, როგორცაა ნერვული ანორექსია უფრო ხშირია ქალებში და ხასიათდება სხეულის წონის, ზომის ან ფორმის აღქმის დარღვევით და ჭანსალი წონის შენარჩუნების უარყოფით. 	<ul style="list-style-type: none"> • ICD-11, DSM-5-TR.
<p>ჰიპოთირეოზი</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ასოცირებული ნიშნები და სიმპტომები მოიცავს წონის 	<ul style="list-style-type: none"> • შრატში თიროიდმასტიმულირებელი



დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
მედიკამენტების არასასურველი ეფექტები	<p>მომატებას, შეკრულობას და დაღლილობას.</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებს უნდა ჰქონთ გლუკოკორტიკოიდების, ინტერფერონის, ლევოდოპას, პროპრანოლოლის და ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების შესახებ. კვლევების შედეგები, რომლებიც ამოწმებენ, ზრდის თუ არა იზოტრეტინოინი დეპრესიის და/ან სუიციდური აზრების სიხშირეს, არათანმიმდევრულია; დეპრესიის ნიშნები და სიმპტომები უნდა იყოს მონიტორინგი იზოტრეტინოინით მკურნალობის დროს და მის შემდეგ.[82] 	<ul style="list-style-type: none"> • ეს ეფექტები შეიძლება დროებით იყოს დაკავშირებული მედიკამენტების დანყებასთან.
კუშინგის დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> • ეს დაავადება უკავშირდება პროგრესულ სიმსუქნეს, დერმატოლოგიურ გამოვლინებებს, თირკმელზედა ჯირკვლის ანდროგენის სიჭარბის ნიშნებს და პროქსიმალური კუნთების განღვებას. 	<ul style="list-style-type: none"> • შარდის თავისუფალი კორტიზოლის 24 საათიანი დონის მომატება.
B12 ვიტამინის დეფიციტი	<ul style="list-style-type: none"> • ეს დეფიციტი დაკავშირებულია მაკროციტურ ანემიასთან, პარესთეზიასთან, დაბუყებასთან და მესხიერების გაუარესებასთან. 	<ul style="list-style-type: none"> • შრავი B12 ვიტამინის დონის შემცირება.
ძილის ობსტრუქციული აპნოეს სინდრომი	<ul style="list-style-type: none"> • დეპრესიული სიმპტომებია OSA-ს ხშირი შედეგია და შეიძლება ალაგდეს OSA-ზე მიმართული მკურნალობის შედეგად.[83] 	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის შესწავლა.

დიაგნოზი

კრიტერიუმები

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მეთერთმეტე გამოცემა (ICD-11)[2]

დეპრესიული აშლილობები ICD-11-ის მიხედვით იყოფა ერთ და მორეციდივე ტიპებად, რომლებიც განისაზღვრება ბოლო ეპიზოდის სიმძიმით და, მძიმე შემთხვევებში, ფსიქოზის არსებობით ან არარსებობით (ჰალუცინაციები ან ბოდვები).

დამახასიათებელი სიმპტომები:

- დეპრესიული განწყობა
- ინტენსიის და სიამოვნების დაქვეითება
- ძილის ცვლილება
- ფსიქომოტორული ცვლილება
- შემცირებული ენერჯია; დაღლილობა
- უღირსობის განცდა; დანაშაულის გადაჭარბებული ან შეუსაბამო გრძნობა
- უიმედობა
- კონცენტრირების გართულება
- სიკვდილის ან თვითმკვლელობის განმეორებითი ფიქრები.

მსუბუქი დეპრესიის დიაგნოსტიკა ხდება მაშინ, როდესაც არ არის გამოხატული სიმპტომი ინტენსიურად და არის გარკვეული, მაგრამ არა მნიშვნელოვანი, ფუნქციური დაქვეითება.

ზომიერი დეპრესია ხასიათდება რამდენიმე სიმპტომის სიმძიმით და ფუნქციის მნიშვნელოვანი, მაგრამ არა სრული დარღვევით.

მძიმე დეპრესია დიაგნოზირებულია, როდესაც დეპრესიის დამახასიათებელი სიმპტომების მრავალი ან უმეტესი ნაწილი იმყოფება მნიშვნელოვან ხარისხში და/ან რამდენიმე მათგანი იმყოფება ინტენსიური ხარისხით და არის ფუნქციის სრული ან თითქმის სრული დაქვეითება.

შენიშვნა: ფსიქოზური სიმპტომების არსებობა განსაზღვრავს ეპიზოდს, როგორც საშუალო ან მძიმე.

გარდა ამისა, ICD-11 მოიცავს დისტიმური აშლილობის დიაგნოზს დეპრესიული აშლილობების კატეგორიაში, ასევე შერეული შფოთვით-დეპრესიული აშლილობის ახალ დიაგნოზს.

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, მეხუთე გამოცემა, ტექსტის გადახედვა (DSM-5-TR)[1]

DSM-5-TR დეპრესიულ აშლილობებს ყოფს:

- გუნება-განწყობის დარღვევის აშლილობა
- ძირითადი დეპრესიული აშლილობა (მათ შორის დიდი დეპრესიული ეპიზოდი)
- პერსისტენტული, მუდმივი დეპრესიული აშლილობა (აღრე ცნობილი როგორც დისტიმური აშლილობა)
- პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობა
- ნივთიერებით/მედიკამენტებით გამოწვეული დეპრესიული აშლილობა
- დეპრესიული აშლილობა სხვა სამედიცინო მდგომარეობის გამო
- სხვა სპეციფიური დეპრესიული დარღვევები
- დაუზუსტებელი დეპრესიული აშლილობა
- დაუზუსტებელი განწყობის დარღვევა.

დიდი დეპრესიული აშლილობა[1]

იმავე 2-კვირიანი პერიოდის განმავლობაში იყო ხუთი ან მეტი შემდეგი სიმპტომებიდან და წარმოადგენს ადრე არსებული ფუნქციონირების ცვლილებას. მინიმუმ ერთი სიმპტომია დეპრესიული განწყობა ან ინტერესის ან სიამოვნების დაკარგვა:

- დეპრესიული განწყობა თითქმის მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღე, როგორც თავად იტყობინება ან სხვების დაკვირვებით
- ინტერესის ან სიამოვნების მნიშვნელოვანი შემცირება ყველა ან თითქმის ყველა აქტივობის მიმართ, დღის უმეტესი ნაწილი, თითქმის ყოველდღე
- წონაში მნიშვნელოვანი დაკლება, როდესაც არ არის დიეტაზე, წონის მომატება, ან მადის შემცირება ან მომატება თითქმის ყოველდღე.
- უძილობა ან ჰიპერსომნია თითქმის ყოველდღე
- ფსიქომოტორული აგზნება ან ჩამორჩენა თითქმის ყოველდღე
- დაღლილობა ან ენერჯის დაკარგვა თითქმის ყოველდღე
- უღირსობის ან გადაჭარბებული ან არასათანადო დანაშაულის გრძობა თითქმის ყოველ დღე
- აზროვნების ან კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, ან გაურკვეველობა, თითქმის ყოველდღე
- სიკვდილის შესახებ განმეორებადი ფიქრები, განმეორებადი სუიციდური აზრები კონკრეტული გეგმის გარეშე, თვითმკვლელობის კონკრეტული გეგმა ან თვითმკვლელობის მცდელობა.

გარდა ამისა, ეს სიმპტომები:

- იწვევს ფუნქციურ გაუარესებას (მაგ., სოციალური, ოკუპაციური)
- უკეთ არ აიხსნება პრეპარატების ბოროტად გამოყენებით, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებით ან სხვა ფსიქიატრიული ან სომატური სამედიცინო მდგომარეობებით.

DSM-5-TR განსაზღვრავს 3 სიმძიმის დონეს მძიმე დეპრესიისთვის:

- მსუბუქი: რამდენიმე, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, სიმპტომები აღემატება მძიმე დეპრესიის დიაგნოსტიკისთვის საჭირო სიმპტომებს, სიმპტომების ინტენსივობა საგანგაშოა, მაგრამ მართვადი და სიმპტომები იწვევს მცირე ფუნქციურ დაქვეითებას.
- საშუალო სიმძიმის: სიმპტომების რაოდენობა, სიმპტომების ინტენსივობა და/ან ფუნქციური უკმარისობა არის "მსუბუქი" და "მძიმე" დეპრესიისთვის მითითებულებს შორის
- მძიმე: სიმპტომების რაოდენობა არსებითად აღემატება დიაგნოზს, სიმპტომების ინტენსივობა სერიოზულად შემამოფოთებელი და უმართავია და სიმპტომები მნიშვნელოვნად აფერხებს სოციალურ და პროფესიულ ფუნქციონირებას.

დეპრესიული აშლილობის დიაგნოზს შეიძლება დაემატოს შემდეგი სპეციფიკაციები:

- შფოთვითი აშლილობა
- შერეული სიმპტომებით (თუ არსებობს მინიმუმ 3 თანმხლები მანიაკალური/ჰიპომანიური სიმპტომი)
- მელანქოლიური თვისებებით
- ატიპიური თვისებებით
- ფსიქოზური თვისებებით
- კატატონით
- მშობიარობის შემდგომი დაწყებით
- სეზონური ნიმუშით.

დეპრესიული აშლილობა (ქვეზღვრული ან მცირე დეპრესია)

ქვეზღვრული (მცირე) დეპრესია არ არის განსაზღვრული DSM-5-TR-ში, მაგრამ წარსულში გამოყენებისას იგი ეხება პაციენტს, რომელსაც ჰქონდა 2-დან 4-მდე დეპრესიული სიმპტომი, მათ შორის სევდიანი განწყობა ან ანჰედონია მინიმუმ 2 კვირის განმავლობაში.

დეპრესიული აშლილობა შემდეგის გამო:

- ნივთიერების/მედიკამენტების გამოყენება/ბოროტად გამოყენება: სრული ან ნაწილობრივი დიდი დეპრესიული სინდრომი, რომელიც მიეკუთვნება ფარმაცევტულ ან სხვა ინტოქსიკაციებს
- სამედიცინო მდგომარეობა: სრული ან ნაწილობრივი დიდი დეპრესიული სინდრომი, რომელიც მიეკუთვნება სხვა სომატურ სამედიცინო დაავადებას
- სხვა (დადგენილი ან დაუზუსტებელი) დეპრესიული აშლილობა: დიდი დეპრესიული სინდრომი, რომელიც მიეკუთვნება სხვა გარე ან სომატურ მიზეზს, ან დეპრესიული სინდრომი, რომელიც სხვა ცნობილი ან უცნობი მიზეზების გამო, არ შეესაბამება სრულ დიდ დეპრესიულ სინდრომს.

დეპრესიული ხანგრძლივი აშლილობა [1]

დეპრესიული განწყობა გრძელდება უმეტეს დღეებში ≥ 2 წლის განმავლობაში. გაუარესება შეიძლება იყოს ნაკლებად მძიმე, ვიდრე ძირითადი დეპრესიული აშლილობა. ორი წლის განმავლობაში, პაციენტი არასოდეს ყოფილა ასიმპტომური ზედიზედ ორ თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.

დეპრესიის დროს ორი ან მეტი შემდეგი სიმპტომია:

- ცუდი მადა ან ზედმეტი ჭამა
- უძილობა ან ჰიპერსომნია
- დაბალი ენერჯია ან დაღლილობა
- დაბალი თვით-შეფასება
- დაღლილობა
- ცუდი კონცენტრაცია ან გადაწყვეტილების მიღების სირთულე
- უიმედობის განცდა.

სკრინინგი

რეკომენდაციები

აშშ-ს პრევენციული სერვისების სამუშაო ჯგუფმა (USPSTF) აღმოაჩინა დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომ რეკომენდაციას უნევს დეპრესიის სკრინინგს ზოგადად ზრდასრულ პოპულაციაში, მათ შორის ორსულებსა და პოსტნატალურ ქალებში და ხანდაზმულებში, თუმცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოები ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ., კანადა) არ გირჩევენ რუტინულ სკრინინგს. [84][85] უნდა არსებობდეს სისტემები ზუსტი დიაგნოზის, ეფექტური მკურნალობისა და სკრინინგის შემდეგ შესაბამისი შემდგომი დაკვირვების უზრუნველსაყოფად. USPSTF-მა დაასკვნა, რომ არსებული მტკიცებულებები არასაკმარისია ზრდასრულ პოპულაციაში სუიციდის რისკის სკრინინგის ბალანსისა და ზიანის შესაფასებლად. [84]

არის რამდენიმე კლინიკური სიტუაცია, რომლებშიც რეკომენდებულია რუტინული სკრინინგი. მაგალითად, თიბიკური ტრავმის შემდეგ დეპრესიის მაღალი რისკის გამო, მოკლე სკრინინგის ინსტრუმენტი, როგორცაა პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-2 (PHQ-2) ან პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) უნდა მიენიჭოს ტრავმის ცენტრებში მოთავსებულ პაციენტებს. , აშშ-ში დაფუძნებული სახელმძღვანელოს მიხედვით. [86]

საშუალებები

PHQ-2 მიღებულია თსიქიკური აშლილობების პირველადი ჯანდაცვის შეფასების (PRIME-MD) ინსტრუმენტიდან და სწრაფად და ზუსტად ამოწმებს დეპრესიას მხოლოდ ორი კითხვით: [69]

"ბოლო 2 კვირის განმავლობაში გრძნობდით თუ არა თავს დათრგუნულად, დეპრესიულად, უიმედოდ?"

"ბოლო 2 კვირის განმავლობაში გრძნობდით თუ არა მცირე ინტერესს ან სიამოვნებას რამის კეთებისას?"



დადებითი პასუხი ნებისმიერ კითხვაზე მოითხოვს ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს, მეხუთე გამოცემის, ტექსტის გადასინჯვის (DSM-5-TR) კრიტერიუმების ან ექვივალენტური ხელსაწყო საფუძვლიან მიმოხილვას.

PHQ-9 შეიძლება გამოიყენებოდეს როგორც დიაგნოსტიკის და დაავადების მართვის ინსტრუმენტი. PHQ-9 არის 9-პუნქტიანი დეპრესიის კითხვარი, რომელიც ასახავს DSM-5-TR კრიტერიუმებს. იგი ახდენს არსებული სიმპტომების კლასიფიკაციას 0-დან (სიმპტომები არაა) 3-მდე (ყოველდღიური სიმპტომები) სკალის მიხედვით. იგი დამტკიცებულია პირველადი ჯანდაცვაში გამოსაყენებლად. მკურნალობის დროს PHQ-9 გამეორება ექიმს თერაპიაზე რეაგირების ობიექტური მონიტორინგის საშუალებას აძლევს.

ერთმა მეტა-ანალიზმა დაადგინა, რომ სკრინინგის მიდგომა დაწყებული PHQ-2-ით და გადადის PHQ-9-ზე PHQ-2 ქულების ≥ 2 -ზე, ანალოგიურად ზუსტი იყო PHQ-9-ის ყველა პაციენტზე და ამცირებს საჭიროებას. სრული PHQ-9-ის ადმინისტრირება 50%-ზე მეტით.[87]

ორსული და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ქალების სკრინინგი

მტკიცებულება გვიჩვენებს, რომ ორსული და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ქალების სკრინინგი ამცირებს დეპრესიის რისკს.[4] [5] აშშ-ის გაიდლაინები ხაზს უსვამს პაციენტების რეგულარულად შეფასების მნიშვნელობას დეპრესიისთვის პერინატალური პერიოდის განმავლობაში. მეან-გინეკოლოგთა ამერიკული კოლეჯი (ACOG) რეკომენდაციას უწევს პერინატალური დეპრესიის სკრინინგს პერინატალური პერიოდის განმავლობაში სხვადასხვა დროს, იგივე სტანდარტიზებული, დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით; ეს მოიცავს პირველ პრენატალურ ვიზიტს, მოგვიანებით ვიზიტებს ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდგომ ვიზიტებს. მოყვანილი მაგალითები მოიცავს ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალა (EPDS) ან პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი (PHQ-9).[88] კლინიცისტებმა უნდა ჩაატარონ მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის სკრინინგი EPDS-ის გამოყენებით მშობიარობიდან 4-დან 6 კვირამდე. [Edinburgh Postnatal Depression Scale] (<https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>) ეს სკალა არის 10-პუნქტიანი კითხვარი მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ქალებისთვის. ≥ 10 ქულა გვაგვარაუდებინებს დეპრესიას.[70] [71] [72] ერთმა მეტა-ანალიზმა დაადგინა, რომ 13 ან მეტი შემთხვევის ათვლის ქულა იდენტიფიცირებულია უფრო მაღალი სიმძიმის შემთხვევისთვის, ხოლო 11-იანი ან მეტის შემცირებული ქულა ოპტიმიზირებულია სკრინინგის მგრძობელობასა და სპეციფიკაში.[89] EDPS მოიცავს სუიციდური აზრების შეფასებას.

მიდგომა

მკურნალობის მიზნებია დეპრესიის სიმპტომების აღმოფხვრა, ყოველდღიური ფუნქციონირებისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, სამუშაო ადგილის ფუნქციონირების გაუმჯობესება, თვითმკვლელობის შემცირება, მკურნალობის არასასურველი ეფექტების მინიმუმამდე შემცირება და რეციდივის თავიდან აცილება.^{[90] [91] [92] [93]}

მკურნალობის რეჟიმები მოიცავს ანტიდეპრესანტებს, სხვა ფარმაკოთერაპიებს, ფსიქოთერაპიას, მხარდამჭერ ჩარევებს და ელექტროკონვულსიურ თერაპიას (ECT).

დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც გადიან ამბულატორიულ მკურნალობას, მნიშვნელოვანი სარგებელი უკავშირდება კოლაბორაციული ქრონიკული მოვლის მოდელს, რაც მოიცავს პაციენტთა ტრენინგს, ორგანიზაციულ მხარდაჭერას, საზოგადოების რესურსებს და სხვა მულტიდისციპლინურ ჩარევებს შორის.^{[94] [95]} როგორც ჩანს, ერთობლივი ზრუნვა ეფექტურია როგორც მხოლოდ დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის, ასევე დეპრესიით და თანმხლები ქრონიკული ფიზიკური პირობებით დაავადებულთათვის.^[96] ინტერნეტსა და მობილურზე დაფუძნებული ინტერვენციები ასევე ამცირებენ დეპრესიის სიმპტომებს.^{[97] [98]}

მძიმე დეპრესია

მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებს მიეკუთვნებიან ფსიქოზური, სუიციდური, კატატონური ან მძიმე ფსიქომოტორული ჩამორჩენილობის, რომელიც ხელს უშლის ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობას, ან მძიმე აგზნების მქონე პაციენტები. ამ პაციენტებს აქვთ სუიციდის გაზრდილი რისკი, იმპულსური და პოტენციურად თვითდესტრუქციული ქცევა და ჯანმრთელობის გართულებები ცუდი თვითმოვლის და უმოძრაობის გამო.

კონსულტანტებთან მიმართვა, ჰოსპიტალიზაცია, მუდმივი და კვირვება, ტრანკვილიზაცია და/ან ECT შეიძლება საჭირო იყოს პაციენტის უსაფრთხოდ შესანარჩუნებლად, სანამ გადამწყვეტი ანტიდეპრესანტული თერაპია იმოქმედებს. ამ პაციენტებში გამოყენებული ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის ვარიანტები, რისკების სტაბილიზების შემდეგ, განხილულია ქვემოთ მოცემულ ნაწილში „ზომიერი დეპრესია“.

კონსულტანტთან მიმართვა ნაჩვენებია და ჰოსპიტალიზაცია მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული, თუ პაციენტებს:

- მნიშვნელოვანია სუიციდური იდეა ან განზრახვა და არ გააჩნიათ ადეკვატური გარანტიები ოჯახის გარემოში
 - აქვთ სხვების დაზარალების განზრახვა
 - ვერ ახერხებენ საკუთარი თავის მოვლას ან მათი მკურნალობის შესრულებას
 - აქვთ ფსიქოზური სიმპტომები
 - აქვთ უკონტროლო აგზნება, რომელსაც თან ახლავს იმპულსური ქცევის რისკი
- თვითმკვლელობის რისკის მართვა

- სუიციდის რისკის მართვა კრიტიკულია, განსაკუთრებით იმის გამო, რომ რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის დასაწყისში. პაციენტებისთვის სუიციდური იდეების შესახებ რეგულარულად შეკითხვამ და ლეტალური საშუალებების (განსაკუთრებით, სასროლი იარაღი) ხელმისაწვდომობის შემცირებამ შეიძლება შეამციროს თვითმკვლელობის რისკი.^[64] სწავლება გავლილი ფსიქიატრის მიერ მჭიდრო სატელეფონო შემდგომმა კონტროლმა შეიძლება შეამციროს თვითმკვლელობით სიკვდილის რისკი ადრე არსებული თვითმკვლელობის მცდელობის შემდეგ.^[99]

ფარმაკოთერაპია

- ჩვენება: ანტიდეპრესანტული თერაპია, როგორც წესი, პირველი რიგის ვარიანტია მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში. ანტიდეპრესანტების გამონერის ზოგადი პრინციპები აღწერილია ქვემოთ მოცემულ ნაწილში „ზომიერი დეპრესია“. მხოლოდ ანტიდეპრესანტებმა შეიძლება ეფექტურად ვერ მოაგვარონ ფსიქოზური სიმპტომები, როგორცაა ბოდვები ან ჰალუცინაციები; ამიტომ, კლინიკისთვის უნდა ჰქონდეთ უფრო დაბალი ბარიერი ანტიფსიქოტიკის დასამატებლად ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაში მძიმე შემთხვევებში რამდენიმე გარემოებებში.[100]
- მწვავე დისტრესი: პაციენტებისთვის, რომლებსაც აღგზნება აქვთ, როგორც დეპრესიის სიმპტომი, ანტიფსიქოტიკებს შეუძლია უშუალოდ დაამშვიდოს მძიმე დეპრესიის ამ ფორმასთან დაკავშირებული დისტრესი. აღგზნებულ პაციენტებს ასევე შეუძლიათ ისარგებლონ მოკლევადიანი მკურნალობით ბენზოდიამინით, ან შესაძლოა როგორც ანტიფსიქოტიკით, ასევე ბენზოდიამინით, სანამ საბოლოო ანტიდეპრესანტული თერაპია ამოქმედდება.[101]

ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)

- ჩვენებები: მიუხედავად იმისა, რომ ECT-ზე მიმართული პაციენტების უმეტესობამ სცადა სხვა ანტიდეპრესანტები, ECT შეიძლება ჩაითვალოს პირველი რიგის მკურნალობად ზოგიერთ პაციენტში მძიმე დეპრესიით. მისი გამოყენება შესაძლებელია დეპრესიის მკურნალობის ადრეულ ეტაპებზე ფსიქოზური სიმპტომებით, სუიციდით ან კატატონით, რეფრაქტორული დეპრესიის ან ანტიდეპრესანტების მიმართ აუტანლობის მქონე ადამიანების მკურნალობის შემდგომ ეტაპებზე.[102] ECT ხშირად არჩევის მკურნალობა მძიმე დეპრესიით ხანდაზმული პაციენტებისთვის, რადგან ის ეფექტურია და თავიდან აიცილებს გართულებებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას ფარმაკოლოგიური აუტანლობისა და წამლების ურთიერთქმედების შედეგად, რომლებიც დაკავშირებულია თანხმლები ფიზიკური მდგომარეობის მკურნალობასთან.[103]
- ზოგადი პროცედურა: ECT ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, ჩვეულებრივ კვირაში 2 ან 3-ჯერ, სულ 6-დან 12 პროცედურა.[104]
- რისკები: პაციენტი და კლინიკისტი სრულად უნდა იყვნენ ინფორმირებული პოტენციური რისკების შესახებ, რათა პაციენტმა შეძლოს ინფორმირებული თანხმობა. ECT-ით სიკვდილობის მაჩვენებელი შეფასებულია დაახლოებით 2 სიკვდილობა 100000 მკურნალობაზე.[105] [106] საერთო ჯამში, არ არის გაზრდილი სამედიცინო გართულებების რისკი პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ECT-ს, ვიდრე თანაბრად დეპრესიულ პაციენტებში, რომლებიც არ იღებენ ECT-ს.[107] ECT გავლენას ახდენს გულისცემის სიხშირეზე და არტერიულ წნევაზე. გულმკერდის ტკივილი, არითმიები, მუდმივი ჰიპერტენზია და ეკგ ცვლილებები დაფიქსირდა, როგორც გართულებები, განსაკუთრებით ადრე არსებული გულის დაავადების მქონე პაციენტებში.[108] გულ-სისხლძარღვთა მდგომარეობა უნდა იყოს სტაბილიზირებული ECT-ის გამოყენებამდე.[108] პაციენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს არასასურველ კოგნიტურ ეფექტს მკურნალობის დროს და ცოტა ხნის შემდეგ, ყველაზე ხშირად მეხსიერების დაკარგვა (როგორც ანტეროგრაფული, ასევე რეტროგრაფული ამნეზია). როგორც ჩანს, ეს დარღვევა ხანმოკლეა ობიექტური შეფასების მიხედვით, თუმცა პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი აღნიშნავს მეხსიერების მუდმივ დაკარგვას ECT-ის შემდეგ.[109] [110] ეს პოტენციური რისკი დაბალანსებული უნდა იყოს მისი ეფექტურობის სასარგებლო მტკიცებულებებთან, განსაკუთრებით მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში.
- შემდგომი ეფექტები: ECT მკურნალობის ეფექტები დროებითია; წარმატებული მკურნალობის შემდეგ, ეფექტი უნდა შენარჩუნდეს ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების გამოყენებით და/ან შემანარჩუნებელი ელექტროკონვულსიური მკურნალობა (ჩვეულებრივ, კვირაში ერთხელ 4 კვირაში ერთხელ ან უფრო მეტხანს, ტიტრირებული სტაბილურობამდე).[111]

დამხმარე მკურნალობა

- აღვზნებული პაციენტები საჭიროებენ ზრუნვის მაღალ დონეს მათი გაძლიერებული ემოციური დისტრესის და იმპულსური ძალადობის რისკის გამო. კათატონიის ან ფსიქომოტორული ჩამორჩენის გამო ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობის მძიმე გაუარესება აძლიერებს დეპრესიის სიმძიმეს, რადგან ინერტულ და ლოგინად ჩაყარდნილ პაციენტებს ან რომლებიც არ იღებენ ადეკვატურ კვებას, აქვთ ჯანმრთელობის გაუარესების რისკი ფარმაკოთერაპიაზე რეაგირების მოლოდინში. ამ პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დამხმარე საექთნო მოვლა. ფსიქოთერაპია

- მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სხვა სასაუბრო მკურნალობა ეფექტური იყოს და ამან შეიძლება გააუარესოს მათი პროგნოზი. შეზღუდულ ფსიქოთერაპია იმ მხარდაჭერით, რომელიც აუცილებელია პაციენტის უსაფრთხოდ მართვისთვის და წახალისეთ, მიიღოს საბოლოო მკურნალობა.

ზომიერი დეპრესია

ზომიერი დეპრესიის მქონე პაციენტებს აღენიშნებათ მძიმე სიმპტომები და მნიშვნელოვანი დარღვევები, მაგრამ არ აქვთ ფსიქოზური სიმპტომები, სუიციდური აზრები, მძიმე ფსიქომოტორული ჩამორჩენა ან ავზნება. ეს პაციენტები იტანჯებიან და თუ ვერ ახერხებენ თავიანთი ნორმალური ცხოვრებისეული ამოცანების შესრულებას, მათ ძალიან უჭირთ ამის გაკეთება.

ანტიდეპრესანტები უფრო ეფექტურია ვიდრე პლაცებო ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში.[112] [113] [114] მწვავედან მძიმემდე დეპრესიის მქონე პაციენტები უმეტეს სარეგებელს იღებენ ანტიდეპრესანტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციისგან.[115] [116] მჭიდრო მონიტორინგმა და, მინიმუმ, დამხმარე ან საგანმანათლებლო ჩარევებმა მკურნალობის დასაწყისში შეიძლება გააუმჯობესოს მედიკამენტების დაცვა და ასევე შეამციროს თვითდაზიანების ან თვითმკვლელობის რისკი, რაც შეიძლება მოხდეს გამოჯანმრთელების ადრეულ სტადიებზე, როდესაც გაიზარდა ენერჯისა და აღვზნების დონეები, მაგრამ განწყობა რჩება დეპრესიული.

ანტიდეპრესანტის არჩევანი

ანტიდეპრესანტების ძირითადი არჩევანი მოიცავს შემდეგს:

- სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) (მაგ., ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი)
- სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) (მაგ., დესვენლაფაქსინი, დულოქსეტინი, ლევომილნაციპრანი, ვენლაფაქსინი)
- ბუპროპიონი (დოპამინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი)
- მირტაპინი (5-HT2 რეცეპტორების ანტაგონისტი)
- ვილაზოდონი (SSRI და ნაწილობრივი 5-HT1A რეცეპტორის აგონისტი)
- ვორტიოქსეტინი (სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი სეროტონინის რეცეპტორების მოდულაციის თვისებებით)
- აგომელატინი (მელატონინის რეცეპტორის აგონისტი და 5-HT2c რეცეპტორის ანტაგონისტი)
- რებოქსეტინი (ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი).

ანტიდეპრესანტებს შორის უსაფრთხოების ან ეფექტურობის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ გამოვლენილა[117] [118] პრეპარატის არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის პრეფერენციებს, ტოლერანტობას, უსაფრთხოებას დოზის გადაჭარბებისას, სხვა ფსიქიატრიული დაავადების არსებობას და პაციენტში ეფექტურობის წარსულ მტკიცებულებებს.[119]

ერთ მეტა-ანალიზში მოხსენებული იყო სხვადასხვა ანტიდეპრესანტების ეფექტურობასა და მიზნობრივ ეფექტურობაზე, რომლებიც შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის შერჩევის ნაწილად.[114] კიდევ ერთმა

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024. BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მეტა-ანალიზმა აღმოაჩინა ესციტალოპრამი ყველაზე ეფექტური SSRI-ებს შორის.[120] ცალკეული პაციენტის მონაცემების კიდევ ერთმა მეტა-ანალიზმა ძირითადი დეპრესიის მწვავე ფაზის მკურნალობის 15 კონტროლირებადი ცდებიდან დაასკვნა, რომ მირტაზაპინი შეიძლება იყოს უფრო სწრაფად ეფექტური ანტიდეპრესანტი, ვიდრე SSRI.[121]

ანტიდეპრესანტის დოზის განსაზღვრა ცნობილი სამიზნე დოზის დიაპაზონის საფუძველზე. მეორე თაობის რამდენიმე ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტისთვის (SSRIs, ვენლაფაქსინი და მირტაზაპინი) რეკომენდებული დიაპაზონის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ პოპულაციაში დოზასა და მიზნობრივი ეფექტურობას შორის კორელაცია სწორდება ან მცირდება დაახლოებით შუა წერტილში, ნაწილობრივ უფრო მაღალი დოზების მიღებისას შემცირებული ტოლერანტობის გამო.[122] მაღალი დოზით SSRI მკურნალობა დეპრესიისთვის პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტერულნი არიან საშუალო დოზის მკურნალობაზე, არ არის მხარდაჭერილი და არ არის რეკომენდებული.[123] [124] [125]

დეპრესიის და დაუდგენელი ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონე პაციენტები შეიძლება განუვითარდეთ ამკარა მანიაა, თუ ისინი მიიღებენ ანტიდეპრესანტებს. შეეკითხეთ პაციენტებს მანიაკალური ეპიზოდების ადრე არსებულ ანამნეზზე (მაგ., დღეების ან კვირების ხანგრძლივობის პერიოდები, რომლებიც აღსანიშნავი იყო უჩვეულოდ მაღალი ენერჯით, ეიფორიით, უძილობით, ჰიპერაქტიურობით, ან გაუარესებული განსჯით) ანტიდეპრესანტული თერაპიის დაწყებამდე.

თვითმკვლელობის რისკი

მიუხედავად იმისა, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საბოლოო შედეგი არის სუიციდური აზრების მნიშვნელოვანი შემცირება, არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს სუიციდური ქცევის ზრდაზე მკურნალობის პირველ კვირებში, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და მათ შორის, ვინც ღებულობს შედარებით მაღალ სანყის დოზებს.[112] [126] [127] [128] ზოგიერთი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ თინეიჯერები და ახალგაზრდები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების აზრების ზრდას.[129] [130] თუმცა, ეს ასოციაცია სულაც არ არის მიზეზობრივი და შესაძლოა განპირობებული იყოს ხელშემწყობი ფაქტორებით[131] ერთი დიდი მეტა-ანალიზის შედეგები ვარაუდობს, რომ 25 წლამდე ასაკის მოზრდილებში სუიციდური განვითარების რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის 3-დან 6 კვირამდე (მაგრამ არა 1-2 კვირაში).[132]

მკურნალობის ხანგრძლივობა

პაციენტებს უტარდებათ მეთვალყურეობა თერაპიის დაწყებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ყოველთვიურად მომდევნო 12 კვირის განმავლობაში. პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების შესაფასებლად. პაციენტებში, რომლებიც განიცდიან ნაწილობრივ პასუხს 2-დან 4 კვირის შემდეგ, ანტიდეპრესანტის დოზა უნდა იყოს ტიტრირებული მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. პაციენტებმა შეიძლება დაიწყონ პასუხის გამოვლენა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 1-2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, მათი ერთი მეხუთედი, ვინც ადრე არ უპასუხა, შეიძლება დაიწყოს პასუხი მე-5 კვირის შემდეგ.[133] წარმატებულ ანტიდეპრესანტულ თერაპიას შეიძლება დასჭირდეს 6-დან 8 კვირამდე ყველა სიმპტომის რემისიამდე. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.

სიმპტომების რემისიის შემდეგ მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების წინა კურსზე. მკურნალობის შედეგების შესახებ მონაცემები მკურნალობის სანყის კვირების მიღმა შემზღვეულია, თუმცა ერთი სისტემატური მიმოხილვა ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით სტაბილურია მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში მაინც.[134] ზოგადად, როგორც ჩანს, რეციდივის რისკი შემცირებულია, როდესაც ანტიდეპრესანტები

გრძელდება 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.[135] [136] [137] [138] გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137]

პაციენტებმა, რომლებიც იღებენ ანტიდეპრესანტებს, რეგულარულად უნდა განიხილონ მათი ანტიდეპრესანტული მედიკამენტები, რათა შეფასდეს ეფექტურობა და რაიმე გვერდითი ეფექტების არსებობა და იმის უზრუნველსაყოფად, რომ გრძელვადიანი გამოყენება რჩება კლინიკურად გამართლებული.[139]

რემისიის შემდეგ ანტიდეპრესანტების მიღება არ იძლევა გარანტიას რეციდივისაგან დაცვაზე, მაგრამ არსებობს მტკიცებულება სულ მცირე სარგებლის შესახებ.[140] ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომ შემანარჩუნებელ ფაზაში გადასვლა ფარმაკოთერაპიიდან ფსიქოთერაპიაზე შეიძლება იყოს მინიმუმ ისეთივე ეფექტური რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, როგორც ფარმაკოთერაპიაზე დარჩენა.[141] [142] იფიქრეთ შემანარჩუნებელი მკურნალობის განუსაზღვრელი ვადით გაგრძელების შესახებ, თუ პაციენტს ჰქონდა მრავალი ეპიზოდი და რეციდივი, არასრული მკურნალობა ან გართულებული პრობლემები, როგორცაა ნივთიერების ბოროტად გამოყენება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს რეციდივი.[143]

შენწყვეტა

თუ საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა, ნელა შეამცირეთ დოზა, რათა შეამცირდეს მოხსნის უსიამოვნო სიმპტომების რისკი; ამას შეიძლება რამდენიმე თვე დასჭირდეს პაციენტისთვის მისაღები ტემპით. გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანების გამოცდილება მოხსნის სიმპტომების შესახებ შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მსუბუქი და გარდამავალიდან უფრო ხანგრძლივ და უფრო მძიმემდე. მჭიდროდ დააკვირდით პაციენტს, რათა დარწმუნდეთ, რომ მოხსნის ნებისმიერი აშკარა გამოვლენილი სიმპტომი ფაქტობრივად არ წარმოადგენს მათი დეპრესიის რეციდივას.[139]

ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

ნაჩვენებია, რომ ფსიქოთერაპია ეფექტური და ეკონომიურია დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად.[144] [145] ფსიქოთერაპია ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფარმაკოთერაპია და ამცირებს რეციდივის რისკს, როდესაც დაემატება ფარმაკოთერაპიას.[146] [147] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ნაჩვენებია, რომ უფრო ეფექტურია ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] მკურნალობის ეტაპობრივი კვლევები ვარაუდობს, რომ CBT შეიძლება იყოს განსაკუთრებით მომგებიანი, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის/განმეორებითი დაავადება, რისკს, სულ მცირე, ისევე როგორც და შესაძლოა უკეთესია, ვიდრე ანტიდეპრესანტების გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში ცნობიერებაზე დაფუძნებული CBT განსაკუთრებით სასარგებლო აღმოჩნდა რეციდივის პროფილაქტიკაში.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155] CBT მონოთერაპია არის ზომიერი დეპრესიის მკურნალობის პოტენციური ვარიანტი, როგორც ეს მხარდაჭერილია მკურნალობის ზოგიერთი გაიდლაინებით, თუმცა ამ თემის ავტორი აღნიშნავს, რომ ამ მიდგომის მტკიცებულება დაბალი ხარისხისაა და რომ მარტო ფსიქოთერაპია არ არის შესაფერისი ვარიანტი მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის.[156] [157] [158] ამიტომ,

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



კლინიკისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ პაციენტის უპირატესობით ან სხვა პაციენტისთვის სპეციფიკური ფაქტორებით, რათა გადანიშნონ შესაფერისი თუ არა ფსიქოთერაპია ზომიერი დეპრესიისთვის.

დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდები მოიცავს შემდეგს.

- ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT): მოითხოვს პაციენტს ჰქონდეს ფსიქოლოგიური გამჭრიახობა და ერთგული იყოს გრძელვადიანი თერაპიის მიმართ.[159] როგორც CBT, ისე IPT სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160]
- პრობლემის გადაჭრის თერაპია (PST): ფოკუსირებულია პრობლემის გადაჭრისა და ურთიერთობის ადაპტური უნარების სწავლებაზე.[161] [162] [163] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პარამეტრებში.[164]
- ქცევითი აქტივაცია: CBT-ის ნაკლებად ცერებრალური, უფრო ქცევითი ალტერნატივა. იგი აქტიურად უწყობს ხელს ფუნქციონირების დაბრუნებას და აქვს უპირატესობა, რომ ამისთვის არ არის საჭირო ექიმის დონის სპეციალისტი. Cochrane-ის მიმოხილვამ დაადგინა, რომ ის თანაბრად ეფექტურია CBT-თან შედარებით დეპრესიის მქონე მოზრდილებისთვის, თუმცა დარწმუნების დაბალი დონით, არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით.[165]
- ბიბლიოთერაპია: თვითდახმარების პროგრამა კითხვით, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი სარგებელი ზოგიერთი პაციენტისთვის.[166]
- ECT: შეიძლება იყოს ვარიანტი მათთვის, ვინც არ უპასუხა ან ვერ აიტანა ანტიდეპრესანტები; პასუხის მაჩვენებელი უკეთესია მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში, ვიდრე ზომიერი ან მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებში.

მსუბუქი დეპრესია

მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებს აქვთ დაბალიდან ზომიერამდე სიმძიმის სიმპტომები, ნაწილობრივი გაუარესება, არა აქვთ ფსიქოზური სიმპტომები, არა აქვთ სუიციდური იდეები და არა აქვთ ფსიქომოტორული ჩამორჩენის ან აგზნება.

ეს პაციენტები ერთნაირად კარგად იღებენ ან CBT-ს ან ანტიდეპრესანტს.[167] კომბინირებული ფსიქოთერაპია და მედიკამენტი არ სთავაზობს ამ ჯგუფში რაიმე თვალსაჩინო მოკლევადიან უპირატესობას. თუმცა, გახანგრძლივებული ფსიქოთერაპია ანტიდეპრესანტული მკურნალობით - ეფექტური ვარიანტია, როდესაც გრძელდება მკურნალობის როგორც მწვავე, ისე მიმდინარე ფაზაში.[115]

თერაპიის სანყისი არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის პრეფერენციებს. შესაძლო მიდგომებია:

- ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა
- ფსიქოთერაპია[168] [169] [170]
- დამხმარე ინტერვენციები: თვითდახმარების წიგნები, იოგა, რელაქსაციის ტრენინგი, სინათლით თერაპია, ფიზიკური ვარჯიში, ტაი-ძი, მუსიკით თერაპია და აკუპუნქტურა[171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185]
- კომპიუტერზე დაფუძნებული მკურნალობა: CBT, PST და სტრესის მართვა.[186] [187] [188] [189] [190] [191] [192] [193] [194]

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა

- მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის ანტიდეპრესანტების რუტინული გამოყენება კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგა მსუბუქ შემთხვევებში ეფექტურობის სუსტი მტკიცებულებების საფუძველზე.[139] ზოგიერთი მკურნალობის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს არაფარმაკოლოგიურ

მკურნალობას (CBT), როგორც პირველი რიგის მკურნალობას მსუბუქი დეპრესიის მქონე ადამიანებისთვის.[156] [157] შემდგომმა ანალიზებმა თანმიმდევრულად არ დაადგინა, რომ მსუბუქი დეპრესია ნაკლებად რეაგირებს ანტიდეპრესანტულ მედიკამენტებზე, ვიდრე მძიმე დეპრესია.[195] [196] ამიტომ, კლინიკისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ პაციენტის უპირატესობით ან სხვა პაციენტისთვის სპეციფიკური ფაქტორებით, რათა გადაწყვიტონ, შესთავაზონ თუ არა ფარმაკოთერაპია მსუბუქი დეპრესიისთვის.

- თუ გამოიყენება ანტიდეპრესანტები, დაიცავით იგივე პრინციპები, რაც ზომიერი დეპრესიისთვის (ზემოთ).

ფსიქოთერაპია

- ფსიქოთერაპია (CBT, IPT ან PST) ასევე განიხილება პირველი რიგის ვარიანტად მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის დროს. როგორც ჩანს, ფსიქოთერაპია დადებით გავლენას ახდენს დეპრესიის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე, დეპრესიული სიმპტომების სიმძიმის გაზომვადი შემცირების გარდა.[197] ფსიქოთერაპიით ნამკურნალები მსუბუქი დეპრესია შეიძლება ნაკლები ალბათობით გადაიზარდოს მძიმე დეპრესიაში.[198] ცალკეულ პაციენტებში მხოლოდ ფსიქოგანათლებით შეიძლება რემისიის მიღწევა.[199]

მხარდამჭერი ინტერვენციები

- ზოგიერთი პაციენტისთვის, რომლებსაც აქვთ უფრო მსუბუქი სიმპტომები, ამ სიმპტომების დარღვევის ან დისტრესის ხარისხი შეიძლება არ აღემატებოდეს იმ სტიმუსს, რომელსაც პაციენტები ანიჭებენ ფსიქიატრიული მკურნალობის რაიმე ფორმის მიღებას; ამ პაციენტებში სიმპტომების მართვაზე ფოკუსირება შეიძლება იყოს ოპტიმალური სტრატეგია.[200]
- პოპულარულია თვითდახმარების წიგნები და ბიბლიოთერაპიამ მეტი ეფექტურობა აჩვენა, ვიდრე მკურნალობის არარსებობამ.[201] კოგნიტიურმა ბიბლიოთერაპიამ ფსიქოთერაპიის მსგავსი შედეგები აჩვენა.[202]
- იოგას შეიძლება სასარგებლო ეფექტი ჰქონდეს დეპრესიულ აშლილობებზე, მაგრამ არსებობს მნიშვნელოვანი გასხვავებები ინტერვენციების, აღრიცხვის და მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით.[203] [204]
- სხვა დამხმარე ინტერვენციები მოიცავს რელაქსაციის ტრენინგს, სინათლით თერაპიას, ფიზიკურ ვარჯიშს, ტაი-ძის და აკუპუნქტურას.[171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] დეპრესიის მქონე პაციენტებში, უფრო მაღალი რემისიის მაჩვენებლები დაფიქსირდა უფრო მაღალი დოზებით ვარჯიშის ჯგუფში, პლუს SSRI მკურნალობის გაგრძელება დაბალი დოზით ვარჯიშთან და SSRI-ებთან შედარებით.[181] პირიქით, ვარჯიშის შეწყვეტამ შეიძლება გააუარესოს დეპრესიული სიმპტომები.[205] [206]
- კრაზანა არის მცენარე, რომელიც ეფექტურად ითვლება მსუბუქიდან ზომიერამდე დეპრესიის მკურნალობისთვის.[207] [208] [Evidence C] [Evidence C] ასევე შეიძლება მისი გამოყენება ალტერნატიული თერაპიის სახით (მხოლოდ როგორც მონოთერაპია), თუ არ არის რეაქცია პირველი და მეორე რიგის მკურნალობაზე.[209] [210] კრაზანას აქვს უსაფრთხოების საიმედო პროფილი; თუმცა, მრავალრიცხოვანი მოხსენებები მიუთითებს მედიკამენტებს შორის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედების შესაძლებლობაზე, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნას მედიკამენტის დაიშვამდე.[209] [210]
- მიეცით რჩევა იმის შესახებ, თუ რა აქტივობებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს კეთილდღეობას. პაციენტებს ურჩიეთ ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვა; მაგალითად, მოერიდეთ ჭარბ სასმელს, იკვებეთ ჯანსაღად, იძინეთ საკმარისი რაოდენობით და რეგულარულად ივარჯიშეთ.[157]

კომპიუტერზე დაფუძნებული მკურნალობა

- პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ წვდომა, ანაზღაურება ან დაგვემვა ინდივიდუალური ან ჯგუფური პირისპირ შეხვედრებითი ქცევითი თერაპიისთვის, არსებობს მტკიცებულება, რომელიც

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024. BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მხარს უჭერს კომპიუტერზე დაფუძნებული კოგნიტური ქცევითი თერაპიის გამოყენებას.[186] [187] [188] [189] [190] [191] [211] [212] [213] [214] ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს კომპიუტერზე დაფუძნებული PST და სტრესის მართვის ეფექტურობას.[192] [193] [194] თუმცა, ხშირია გამოსვლის მაღალი ხარისხი.

დეპრესია, რომელიც არ რეაგირებს სანკის თერაპიაზე

თუ პირველი რიგის თერაპიაზე პასუხი არაადეკვატურია, განიხილეთ ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა.[215] [216] თერაპიის ცვლილება შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, უნდა გვახსოვდეს, რომ ადრეული პასუხი შეიძლება, თუმცა არა აუცილებლად, იყოს მოგვიანებითი პასუხის სანდო მაჩვენებელი.[217] [218] [219] [220]

გააგრძელეთ მკურნალობა, თუ გაუმჯობესება შეინიშნება მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე, მაგრამ არ გააგრძელოთ პრეპარატი, რომელიც არ მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ დადებითი დინამიკა ფლუოქსეტინით მკურნალობით, ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ დადებით რეაქციაზე გადასვლის ალბათობა მცირდებოდა, რაც უფრო დიდხანს რჩებოდნენ პაციენტები გაუმჯობესების გარეშე[221] CBT-ით გაძლიერება შეიძლება განიხილებოდეს, თუ არის ნაწილობრივი გაუმჯობესება პირველი რიგის ფარმაკოთერაპიით, იმის გათვალისწინებით, რომ მტკიცებულებები მიუთითებს ორივეს გამოყენების სინერგიულ ეფექტზე.[116] [115] [156] მედიკამენტებიდან CBT-ზე გადასვლა შეიძლება იყოს გონივრული ვარიანტი, რომელიც განიხილება მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიისთვის, მაგალითად, თუ პაციენტი ამას გამოხატავს როგორც უპირატესობას და შეუძლია CBT-ზე წვდომა.[156]

ანტიდეპრესანტებს შორის გადასვლა კლასში შეიძლება განიხილებოდეს თავდაპირველად (მაგ., ერთი SSRI-დან მეორე SSRI-ზე).[119] შემდეგ განიხილეთ მედიკამენტების კლასის ცვლილება; მაგალითად, თუ პაციენტი იმყოფებოდა SSRI-ზე, მაშინ განიხილეთ SNRI.[119] თუ მკურნალობა შეუძლებელია გვერდითი ეფექტების გამო, ხელახლა სცადეთ ნაკლები ან განსხვავებული გვერდითი ეფექტების მქონე აგენტი. თუ აგენტი შეიცვალა, განახლეთ ყოველკვირეული დაკვირვება, სანამ პასუხი არ გამოჩნდება.

სიფრთხილეთ საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შენყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო.

უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკურ თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობელობა და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაიწყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა; ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დაწყებამდე ლოდინს გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ გამოდევნის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებულია მედიკამენტთან, რომელთანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამოდევნის პერიოდებთან დაკავშირებით, ხელმისაწვდომია და უნდა გაეცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიდლაინების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც

ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

თუ არსებობს არაადეკვატური პასუხი ორ (ან მეტ) სრულ დოზაზე და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტზე, პაციენტის დეპრესია შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობისადმი რეზისტენტულად ან მკურნალობაზე რეფრაქტორულად და იმსახურებს უფრო კომპლექსურ მიდგომას, როგორც აღწერილია "მკურნალობისადმი რეზისტენტული/რეფრაქტორული". დეპრესიის განყოფილება ქვემოთ.

მკურნალობისადმი რეზისტენტული/რეფრაქტორული დეპრესია

დეპრესიის მქონე პაციენტთა უმეტესობა არ აღწევს სრულ რემისიას პირველი ანტიდეპრესანტული ცდის შემდეგ, მაგრამ მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი პასუხობს მეორე ან მესამე ანტიდეპრესანტს.^[216] ტერმინები „მკურნალობისადმი რეფრაქტორული“ ან „მკურნალობისადმი რეზისტენტული“ დეპრესია გამოიყენება სხვადასხვაგვარად და გარკვეულწილად არათანმიმდევრულად, დეპრესიული დაავადების აღსანიშნავად, რომელიც არ განიხილება ადექვატური დოზისა და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტების ორი კვლევის შემდეგ.^{[222] [223]} შემოთავაზებულია ალტერნატიული ტერმინი, რომელიც ნაკლებად ხაზს უსვამს რემისიის ან არარემისიის ორობით პასუხს და უფრო მეტად ნაწილობრივი, ან არათანმიმდევრული, მკურნალობის პასუხის საერთო სცენარს: „რთულად განკურნებადი დეპრესია“.^[224] ტერმინოლოგიის მიუხედავად, გაიდლაინები, როგორც წესი, ვარაუდობენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის კლინიკაში მომუშავე კლინიცისტებმა უნდა მოითხოვონ ფსიქიატრისგან დახმარება ორი წარუმატებელი მკურნალობის ჩარევის შემდეგ; თუმცა, პრაქტიკაში ეს შეიძლება დაბალანსებული იყოს მიმართვის ბარიერებთან, როგორცაა სპეციალისტების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა.^{[225] [226]} თანმხლები სამედიცინო მდგომარეობები და ფსიქოსოციალური ფაქტორები, როგორცაა ტემპერამენტული დაუცველობა, ქცევის სქემები და ცხოვრებისეული გარემოებები, შეიძლება ყველამ გაართულოს დეპრესიის მკურნალობა.

ახალი სიმპტომები, რომლებიც მიეკუთვნება მედიკამენტების გვერდით ეფექტებს, ჩვეულებრივ წყვეტს ფარმაკოთერაპიის მცდელობებს; თუმცა, სომატური სიმპტომები დეპრესიული აშლილობის საერთო კორელაციაა. მედიკამენტების მრავალი გვერდითი ეფექტი, როგორცაა კოგნიტური დაქვეითება, წონის მომატება და თავის ტკივილი, გვხვდება ისევე ხშირად საკვლევე პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ პლაცებოს.^[227]

განმეორებითი შეფასება

ხელახალი შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს მკურნალობის აშკარად წარუმატებელი კურსის შემდეგ, რადგან დეპრესიის ზოგიერთი ნარჩენი სიმპტომი (მაგ. სოციალური აცილება, ძილის/ღვიძილის შეცვლა, უიმედობის გრძნობა) შეიძლება ასახავდეს დეპრესიასთან ქცევით ადაპტაციას და არა თავად დაავადებას. ასეთ შემთხვევებში სიმპტომები საუკეთესოდ შეიძლება გაუმჯობესდეს ქცევითი ჩარევის ან ფსიქოთერაპიის მეშვეობით, ვიდრე ახალი მედიკამენტების ცდა. წყვეტილი, ხანმოკლე შემდგომი მეთვალყურეობის ვიზიტებისას ასევე ადვილია განწყობის ციკლის გამორჩენა, რომელსაც შეიძლება ადვილი ჰქონდეს სესიებს შორის, რაც მიუთითებს ბიპოლარული სპექტრის დარღვევაზე და არა სუფთა დიდ დეპრესიაზე.

სიმპტომების რემისია ყოველთვის არ იწვევს ფუნქციის სრულ და მყისიერ აღდგენას – რაც შეიძლება აღმოჩნდეს მკურნალობის წარუმატებლობა, პირიქით, წარმატებული მკურნალობისას ნაწილობრივი გამოჯანმრთელების მდგომარეობაა. ხშირია კოგნიტური დეფიციტი სიმპტომების რემისიის შემდეგ.^[228] ეს შეიძლება მოითხოვოს მონიტორინგს და, საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტმა შეიძლება ისარგებლოს იმით, რომ შემდგომი გაუმჯობესება შეიძლება შეინიშნოს დროთა განმავლობაში.

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა

- ანტიდეპრესანტების შეცვლა: თუ ვივარაუდებთ, რომ ძირითადი დეპრესიული აშლილობა კვლავ რჩება ყველაზე თვალსაჩინო კლინიკურ პრობლემად, ანტიდეპრესანტების კლასში მკურნალობისადმი რეზისტენტული/რეფრაქტერული დეპრესიის ალტერნატიული ვარიანტები მოიცავს მონოთერაპიას მესამე (ან მეოთხე ან მეხუთე) SSRI, SNRI ან ატიპიური აგენტი (მაგ. ბუპროპიონი, მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი). თუმცა, ამ მიდგომის ერთი ნაკლი არის ის, რომ მცირეა მაღალი ხარისხის კლინიკური კვლევების მონაცემები, რომლებიც მხარს უჭერენ სხვა ანტიდეპრესანტზე გადასვლას, ვიდრე პირველზე (და ღობის გაზრდას ან დამატებით სტრატეგიებს).[229]
- ანტიდეპრესანტების კომბინირება: ანტიდეპრესანტების შეცვლის პროცესი, თუ განხორციელდა, იძლევა შესაძლებლობას კომბინირებული ანტიდეპრესანტული თერაპიისთვის (ანუ SSRI ან SNRI პლუს ბუპროპიონი ან მირტაზაპინი) ერთიდან მეორეზე გადასვლისას. თუმცა, არსებობს მცირე მონაცემები ანტიდეპრესანტების კომბინაციების ეფექტურობის მხარდასაჭერად.[230] [231] [232] [233] თუმცა, სპეციალისტმა შეიძლება დანიშნოს ორი (ან იშვიათ შემთხვევებში მეტი) ანტიდეპრესანტი გვერდითი ეფექტების ოპტიმალური მართვის მიზნით (მაგალითად, მირტაზაპინის დამატება SNRI-ში ძილის დასახმარებლად, ან ბუპროპიონის SNRI-ს სექსუალური ფუნქციის გასაუმჯობესებლად). არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ ერთი ან მეტი ანტიდეპრესანტის წარუმატებლობა არ გამოიწვევს შემდგომ წარმატებას.[215] [216] მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადი წესია ანტიდეპრესანტების მიცემა მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე, თუ პირველი 2 კვირის განმავლობაში საერთოდ არ არის გაუმჯობესება, შეცვლა ამ ეტაპზე შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს.[218]
- ალტერნატიული ანტიდეპრესანტების არჩევანი: მესამე (ან მეოთხე ან მეხუთე) მედიკამენტის არჩევასას გასათვალისწინებელია არა მხოლოდ სხვა SSRI, SNRI ან ატიპიური აგენტი (მაგ., ბუპროპიონი, მირტაზაპინი), არამედ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA) (მაგ. ამიტრიპტილინი, დეზიპრამინი, დოქსეპინი, იმიპრამინი ან ნორტრიპტილინი). ისტორიულად, პირველი რიგის თერაპიული დეპრესიისთვის, TCA-ბი გარკვეულწილად დაკარგა პოპულარობა უარყოფითი ეფექტების, თანდათანობით დოზირების გაზრდის საჭიროების და ღობის გადაჭარბებისას მათი პოტენციური ლეტალობის გამო. თუმცა, ისინი ეფექტური და სასარგებლო რჩება მრავალი პაციენტისთვის. TCA დოზირება სისხლის თერაპიული მონიტორინგის შესაბამისად. TCA-ების უმეტესობისთვის არის მინიმალური თერაპიული დონე; ნორტრიპტილინისთვის, ცალსახად, არსებობს თერაპიული ფანჯარა, რომელიც განსაზღვრავს ეფექტურ დონეებს.
- მონოამინ ოქსიდაზას ინჰიბიტორები (MAOIs): იმ შემთხვევებში, როდესაც სხვა არაფერი მუშაობდა და პაციენტს შეუძლია მოითმინოს მიმდინარე ანტიდეპრესანტიდან მოხსნის პერიოდი; MAO (მაგ., იზოკარბოქსაზიდი, ფენელზინი, სელეგილინი, ტრანილციპრომინი) შეიძლება იყოს ძალიან ეფექტური, მაშინაც კი, თუ ისინი დაკავშირებულია უფრო მძიმე გვერდითი ეფექტების პროფილთან და რეკომენდებულია მხოლოდ მაშინ, როდესაც სხვა ვარიანტები წარუმატებელი აღმოჩნდა.[234] [235] მოხსნის პერიოდი დამოკიდებულია იმ ანტიდეპრესანტის ნახევარგამოყოფის პერიოდზე, რომელსაც პაციენტი ამჟამად იყენებს და შეიძლება იყოს 1-დან 5 კვირამდე. არ გამოიყენოთ MAOI ფსიქიატრთან წინასწარი კონსულტაციის გარეშე.
- ლითიუმის გაძლიერება: ზოგიერთი კვლევა აჩვენებს, რომ ანტიდეპრესანტების კომბინაცია სხვა კლასების მედიკამენტებთან უკეთესია, ვიდრე მხოლოდ სხვადასხვა ანტიდეპრესანტების კომბინაცია.[236] პაციენტებში, რომლებმაც არ უპასუხეს ჩვეულებრივ ანტიდეპრესანტებს, ლითიუმის გაზრდა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომაა.[237] ლითიუმის აუგმენტაცია ინიცირებულია ფსიქიატრის მიერ მისი ვინჩრო თერაპიული ინდექსის და უნებლიე ტოქსიკურობის რისკის გამო გადაჭარბებული დოზირებისა და წამლის ურთიერთქმედების გამო.

- ანტიფსიქოზური აუგმენტაცია: გარკვეული მედიკამენტებით გაძლიერება სულ უფრო გავრცელებული პრაქტიკა ხდება და შეიძლება გააუმჯობესოს შედეგები.[238] [239] თუმცა, ერთმა კოჰორტულმა კვლევამ აჩვენა სიკვდილიანობის გაზრდილი რისკი პაციენტებში, რომლებიც იღებენ დამატებით მკურნალობას ანტიფსიქოზური საშუალებებით დეპრესიისთვის, შედარებით პაციენტებთან, რომლებიც იღებენ დამატებით მკურნალობას მეორე ანტიდეპრესანტით.[240] გაურკვეველია არის თუ არა ეს ანტიფსიქოტიკის ფარმაკოლოგიური ეფექტი თუ ასახავს იმის შესაძლებლობას, რომ ანტიფსიქოტიკები ინიშნება პაციენტებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან სხვა მიზეზების გამო სიკვდილის მაღალი რისკის ქვეშ. ამ პოტენციური რისკის გამო, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დამატება მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიისთვის, ჩვეულებრივ, უნდა იყოს ფსიქიატრის მეთვალყურეობის ქვეშ, რომელსაც შეუძლია განსაზღვროს ამ ვარიანტის კლინიკური საჭიროება სხვა სტრატეგიებთან შედარებით. ხელმისაწვდომი მტკიცებულებები ხელს უწყობს დამატებითი ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოკლევადიანი და არა გრძელვადიანი გამოყენების ეფექტურობას.[241] ხანგრძლივი გამოყენებისას პაციენტებს ახასიათებთ საერთო ანტიფსიქოზური გვერდითი მოვლენები, როგორცაა წონის მომატება, აკათიზია და იშვიათად გვიანი დისკინეზია. ეს პრობლემა ასევე გავლენას ახდენს ახალ ნამლებზე, როგორცაა ბრექსპროპრაზოლი, რომლებიც სტრუქტურულად მსგავსია ანტიფსიქოზური საშუალებების, მაგრამ სპეციალურად იყიდება სამკურნალოდ რეზისტენტული დეპრესიის დროს გამოსაყენებლად. მიუხედავად იმისა, რომ პრეპარატი ითვლება ეფექტურად (კვლევების მცირე რაოდენობაში), მისი გვერდითი ეფექტები მსგავსია სხვა ანტიფსიქოზური საშუალებების გვერდითი ეფექტებისა, ამიტომ მნიშვნელოვანია განიხილოს, აღემატება თუ არა სარგებელი რისკს ფსიქოზის გარეშე ადამიანებში.[242] [243] [244] [245] [246]
- სპეციალისტების მიერ გამოყენებული სხვა სტრატეგიები მოიცავს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონს, მოდაფინილს, კეტამინს და პინდოლოლს.[247] [248] [249]

არაფარმაკოლოგიური და ალტერნატიული მიდგომები

- ფსიქოთერაპია: შეამონმეთ და დარწმუნდით, რომ პაციენტმა დაიწყო ფსიქოთერაპია, თუ მრავალი ფარმაკოლოგიური აგენტი წარუმატებელი აღმოჩნდა; კერძოდ, CBT ეფექტურია მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად ხანგრძლივი შედეგებით (მინიმუმ 1 წლამდე).[250]
- ECT: როდესაც დეპრესია საკმარისად მძიმეა, რომ გამოიწვიოს საფრთხე, მნიშვნელოვანი სტრესი ან ფუნქციური დაქვეითება, ECT-ის უმაღლესი ეფექტურობა მას გადაუდებელი მკურნალობის საიმედო და გონივრულ მეთოდად აქცევს. გარდამავალი ზემოქმედება მესხიერებასა და შემეცნებაზე, რამაც შეიძლება შეამციროს ფუნქციონირება აქტიური მკურნალობის დროს, ECT ნაკლებად სასურველს ხდის უფრო მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის. მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ECT-ის ეფექტი ჩვეულებრივ გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე კვირა, ამიტომ ფარმაკოთერაპია აუცილებელია მისი ეფექტის შესანარჩუნებლად ან შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით. ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციაში ნაჩვენებია, რომ ლითიუმი ამცირებს ECT-ის შემდგომი რეციდივის რისკს.[251]

განმეორებითი ეპიზოდები

დეპრესიის განმეორებით ეპიზოდებს უნდა უმკურნალონ იგივე ანტიდეპრესანტით, რომელმაც ადრე გამოიწვია რემისია, იმ პირობით, რომ რეციდივებს ადგილი არ ჰქონია, სანამ პაციენტს უტარდებოდა ადეკვატური შემანარჩუნებელი მკურნალობა ასეთი მედიკამენტით. მხედველობაში მიიღეთ შემანარჩუნებელი თერაპია მინიმუმ 3-დან 5 წლამდე ან სიცოცხლის განმავლობაში იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც ჰქონდათ დეპრესიის მესამე ეპიზოდი.[137] პაციენტები დეპრესიის მეორე ეპიზოდით და შემდგომი რეციდივის რისკის ფაქტორებით (მათ შორის ბიპოლარული აშლილობის ოჯახური ისტორია, რეციდივი 1 წლის განმავლობაში, თინეიჯრობის დაწყება, მძიმე დეპრესია ან სუიციდის

მცდელობა, სიმპტომების უეცარი გაჩენა ან რეციდივის წინა ისტორია) ასევე შეიძლება ისარგებლონ ხანგრძლივი შემანარჩუნებელი თერაპიით. ამ მკურნალობის შერჩევა და წარმატება დამოკიდებულია დეპრესიული სიმპტომების ტიპსა და სიმძიმეზე, მაგრამ ყველაზე ხშირად ეყრდნობა კვლევისა და შეცდომას. ფსიქოთერაპია პაციენტებისთვის, რომლებსაც განმეორებითი ეპიზოდები აწუხებთ, შეიძლება ეფექტური იყოს, თუ ის მიმართავს იმ სასონარკვეთას, რომელსაც ხშირად განიცდიან პაციენტები, როდესაც ისინი განიხილავენ გამოჯანმრთელებას, როგორც მხოლოდ ტანჯვის დროებით შევებას. და თუ ის ასწავლის პაციენტებს რეციდივების მოგვარების და შესაძლოა თავიდან აცილების გზებზე.

ორსულობა

ორსულობის თანმდევი დეპრესია მნიშვნელოვან კლინიკურ დილემას ქმნის. ერთის მხრივ, ნაყოფი ექვემდებარება პოტენციურ ზიანს დედის მიერ ნივთიერების არასწორად გამოყენების, ჯანმრთელობის უგულებელყოფის ან თვითმკვლელობის გაზრდილი შესაძლებლობის გამო. მეორეს მხრივ, ყველა ანტიდეპრესანტი კვეთს პლაცენტურ ბარიერს და აქვს ნაყოფს იატროგენული ზიანის მიყენების პოტენციალი. ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტების გამოყენების უსაფრთხოების კვლევები უმეტესწილად მინიმალურ რისკს უქმნის ნაყოფს.[\[252\]](#) [\[253\]](#) კონტროლირებადი კვლევებიდან მცირე მტკიცებულება არსებობს.[\[254\]](#) არ არის თანმიმდევრული მონაცემების ნაკლებობა სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მხარდასაჭერად.[\[255\]](#) [\[256\]](#) [\[257\]](#) [\[258\]](#) [\[259\]](#) [\[260\]](#) [\[261\]](#) [\[262\]](#)

ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტების მიღებასთან დაკავშირებული რისკები დედისთვის

კოჰორტულმა კვლევებმა აჩვენა პრეეკლამსიის, მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის და გესტაციური დიაბეტის რისკის მცირე ზრდა ქალებში, რომლებიც აგრძელებენ ანტიდეპრესანტების მიღებას მთელი ორსულობის განმავლობაში.[\[263\]](#) [\[264\]](#) ანტიდეპრესანტებთან ასოცირებული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გაზრდილი რისკის შერეულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, დიდი ბრიტანეთის მთავრობამ სიფრთხილე გვირჩია.[\[265\]](#)

დედისთვის ანტიდეპრესანტების მიღების შეწყვეტის რისკი

ქალები, რომლებიც წყვეტენ ანტიდეპრესანტების მიღებას, უფრო ხშირად განიცდიან დეპრესიას ორსულობის დროს.[\[266\]](#) თავად დეპრესიამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ნაყოფის განვითარებაზე (მაგ., გამოიწვიოს ჰიპერაქტიურობა და ნაყოფის არარეგულარული გულისცემა), გაზარდოს ჩვილებში კორტიზოლის დონე, გავლენა მოახდინოს ჩვილის ტემპერამენტზე და გავლენა მოახდინოს ქცევაზე მოგვიანებით ბავშვობაში და მოზარდობაში.[\[267\]](#)

ზემოქმედება ნაყოფზე და ბავშვზე

არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს ნაადრევი მშობიარობისა და დაბალი წონის მომატებულ რისკზე იმ დედების ჩვილებისთვის, რომლებიც ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობდნენ.[\[264\]](#) [\[268\]](#) [\[269\]](#) თუმცა, ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს ნაადრევი მშობიარობისა და დაბალი წონის მომატებულ რისკზე არანამკურნალევი დეპრესიის მქონე ქალებში.[\[270\]](#) ერთი სისტემატური მიმოხილვისა და მეტა-ანალიზის შედეგები ვარაუდობს, რომ დაბალი წონის რისკი მსგავსია ორსულებში, რომლებიც იღებენ ანტიდეპრესანტებს და დეპრესიის მქონე ქალებში, რომლებიც არ იღებენ მკურნალობას. ოდნავ უფრო მოკლე გესტაციური ასაკით მკურნალობის მიმღებ ჯგუფში, რომლის კლინიკური მნიშვნელობა გაურკვეველია.[\[271\]](#) სხვა მეტა-ანალიზმა არ აღმოაჩინა დაბალი წონის მტკიცებულება, მაგრამ აღმოაჩინა ნაადრევი მშობიარობის გაზრდილი მაჩვენებელი.[\[272\]](#)

გარდამავალი ვალიზიანება და ანტიდეპრესანტის შეწყვეტის სინდრომების მსგავსი სხვა სინდრომები გავლენას ახდენს ახალშობილების მნიშვნელოვან წილზე, რომელიც ექვემდებარებიან ანტიდეპრესანტების მოქმედებას საშვილოსნოში დაბადების დრომდე.[273]

ახალშობილებში მუდმივი ფილტვის ჰიპერტენზიის მცირედ გაზრდილი რისკია დედის SSRI-სა და SNRI-ების ზემოქმედებისას ნებისმიერ ტრიმესტრში (რაოდენობა საჭიროა ზიანის მიყენებისთვის = 100).[274]

დეპრესიას, ანტიდეპრესანტულ მკურნალობასა და აუტისტური სპექტრის აშლილობებს (ASD) შორის კავშირის მტკიცებულებები არაერთგვაროვანია: შეიძლება გამოვლინდეს კავშირი, მაგრამ არ არის დადგენილი, რომ ანტიდეპრესანტები ზრდიან ASD-ის რისკს, რადგან ეს შეიძლება იყოს გამოწვეული ასოცირებული ფაქტორებით.[131] ზოგიერთი კვლევა აჩვენებს კავშირს დედის მიერ ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტების გამოყენებასა და ბავშვში ASD-ის ოდნავ გაზრდილ რისკს შორის; სხვა კვლევები აჩვენებს ASD-ის გაზრდილ რისკს პრენატალური ფსიქიკური აშლილობის მქონე დედების ბავშვებში, რომლებიც არ იღებდნენ ანტიდეპრესანტებს. სხვა კვლევები აჩვენებს ASD-ის გაზრდილ რისკს პრენატალური ფსიქიკური აშლილობის მქონე დედების ბავშვებში, რომლებიც არ იღებდნენ ანტიდეპრესანტებს.[275] [276] [277]

რეკომენდაციები მენეჯმენტისთვის

კლინიცისტებმა და პაციენტებმა გულდასმით უნდა განიხილონ ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გაგრძელების რისკები, ანტიდეპრესანტების შეწყვეტის ან თავიდან აცილების რისკისა და ნაყოფის მშობიარობის წინა დეპრესიის მავნე ზემოქმედების გამოვლენის რისკის წინააღმდეგ. აშშ-ში ასეთ დისკუსიებს ხშირად ატარებს პაციენტის მეანი; მეანებმა შეერთებულ შტატებში შეიძლება მოიძიონ შემდგომი კონსულტანტი მკურნალობის რჩევები პერინატალური ფსიქიატრიის ხელმისაწვდომობის პროგრამებიდან, სადაც ეს შესაძლებელია.[278] სხვა ადგილებში (მაგ. გაერთიანებულ სამეფოში) კლინიცისტებმა უნდა გაიარონ კონსულტაცია პერინატალურ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში გამოცდილების მქონე კონსულტანტთან, როგორც ამ პროცესის ნაწილი. ნაყოფის და ჩვილის ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე ანტიდეპრესანტების მავნე ზემოქმედების თანმიმდევრული მტკიცებულებების არარსებობის მიუხედავად, საჭიროა სიფრთხილე. ანტიდეპრესანტების და სხვა ფარმაცევტული საშუალებების შესაძლო ზიანის შესახებ განახლებული ინფორმაცია შეგიძლიათ ნახოთ სხვადასხვა რესურსებზე. [UK Teratology Information Service] (<http://www.uktis.org>)

დეპრესიის სიმპტომების სიმძიმე შეიძლება გავლენა იქონიოს მკურნალობის არჩევანზე. ორსულობის დროს მძიმე დიდი დეპრესიის მქონე ქალებისთვის, ECT შეიძლება იყოს არჩევის მკურნალობა, რადგან ის არ ახდენს ნაყოფის ექსპოზიციას რაიმე ცნობილი რისკის მიმართ.[279] [280] ზომიერი და მძიმე ეპიზოდების შემთხვევაში, ნაყოფისთვის რისკი დედის არანამკურნალევი დეპრესიის პოტენციურად მავნე ზემოქმედებით მის ჯანმრთელობაზე შეიძლება აღემატებოდეს ნაყოფისთვის ანტიდეპრესანტების ნებისმიერ გამოვლენილ რისკს.[252] [253] [254] სადაც დედისა და ნაყოფის არანამკურნალევი დეპრესიის რისკი დაბალია, როგორც მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის დროს, რისკი/სარგებელი ბალანსი შეიძლება გადაიზარდოს არათერაპიული თერაპიის სასარგებლოდ, როგორც ეს აისახება მკურნალობის რამდენიმე გაიდლაინში მთელს მსოფლიოში.[281]

ფსიქოთერაპიას არსებითად არ გააჩნია გვერდითი ეფექტების რისკი და ზოგიერთ კვლევაში აღმოჩნდა ეფექტური. კერძოდ, CBT ასოცირდება ორსულობის დროს ძირითადი დეპრესიული აშლილობის ზომიერ სამკურნალო ეფექტთან. ინტერპერსონალურ ფსიქოთერაპიას, როგორც ჩანს, ასევე აქვს სამკურნალო ეფექტი, მაგრამ უფრო მცირე ზომით, ვიდრე CBT-ს.[282] [283] მშობიარობის შემდგომი მოსმენის ვიზიტები, რომლებსაც ატარებენ ექთნები, შეუძლიათ შეამსუბუქონ მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის სიმპტომები.[284]

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მშობიარობის შემდგომი დეპრესია

იხ პოსტნატალური დეპრესია .

პოსტნატალური დეპრესიის რისკის ფაქტორების მქონე ქალების სკრინინგი პოსტნატალური დეპრესიის თავიდან ასაცილებლად ან დაუყოვნებლივ სამკურნალოდ.

ანტიდეპრესანტებისგან და სხვა ფარმაცევტული საშუალებებისგან ძუძუთი კვებაზე მყოფი ჩვილებისთვის შესაძლო ზიანის შესახებ განახლებული ინფორმაცია შეგიძლიათ ნახოთ სხვადასხვა რესურსებზე.

[TOXNET: LactMed] (<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>)

ხანდაზმულები დეპრესიით (ასაკი > 65 წელზე მეტი)

ხანდაზმულებში დეპრესიის მკურნალობა ძირითადად მსგავსია ახალგაზრდა მოზრდილ პაციენტებში და ანტიდეპრესანტები ამ ჯგუფის დეპრესიის ეფექტური მკურნალობაა.[63]

სიფრთხილვა საჭირო დეპრესიის მქონე ხანდაზმული პაციენტებისთვის (როგორც ხანდაზმულ ადამიანებში ნებისმიერი ფარმაკოლოგიური მკურნალობისას) დანიშვნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკის და ამ პოპულაციაში ერთდროული მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, კლინიკისტებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და ნელი ტიტრაცია ხანდაზმულებში ნებისმიერი წამლის მკურნალობისას და იცოდნენ პოტენციური წამლების ურთიერთქმედების შესახებ. თუმცა, თუ ხანდაზმულები არ რეაგირებენ ანტიდეპრესანტების დაბალ დოზაზე, შეიძლება საჭირო გახდეს უფრო მაღალი დოზა; ბევრ ხანდაზმულ პაციენტს საბოლოოდ ესაჭიროება ანტიდეპრესანტების იგივე დოზები, რომლებიც გამოიყენება ახალგაზრდებისთვის.

ხანდაზმულთა დანიშნულების სკრინინგი და სკრინინგი, რათა გააფრთხილონ ექიმები სწორი მკურნალობის შესახებ (STOPP/START) არის საიმედო სკრინინგის ინსტრუმენტი, რომელიც საშუალებას აძლევს კლინიკისტებს თავიდან აიცილონ პოტენციურად შეუსაბამო მკურნალობა (და არასაკმარისი მკურნალობა) 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში.[63] [STOPP-START] (<https://www.cgakit.com/m-2-stop-start>)

ECT შეიძლება იყოს შესაფერისი მკურნალობა ხანდაზმული პაციენტებისთვის მძიმე დეპრესიით და თავიდან აიცილებს გართულებებს, რომლებიც წარმოიქმნება წამალთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტებიდან.[103]

თანხლები დაავადებები:

ანტიდეპრესანტები შეიძლება ეფექტური იყოს დეპრესიის და ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებაში იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ თანდართული დეპრესია და ალკოჰოლზე დამოკიდებულება.[285] ანტიდეპრესანტების გამოყენება დეპრესიულ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ოპიოიდური აგონისტების თერაპიას, კარგად არ არის მხარდაჭერილი.[286] დემენციის თანხლები დეპრესიისთვის ანტიდეპრესანტების გამოყენების შესახებ ხელმისაწვდომი მტკიცებულება მწირია, ვარაუდობს, რომ მათი პოტენციური მნიშვნელობა ხშირ შემთხვევაში შეიძლება გადაწონის შესაძლო გვერდითი ეფექტებით.[287] ერთმა ფართომასშტაბიანმა მეტა-ანალიზმა დაასკვნა, რომ ფსიქოთერაპიული ჩარევები შეიძლება აღემატებოდეს ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას დემენციის მქონე პაციენტებში.[288] მტკიცებულება ასევე დაბალი ხარისხისაა, მაგრამ უფრო ხელსაყრელია ანტიდეპრესანტებისთვის დეპრესიისა და აივ ინფექციით დაავადებულ პაციენტებში.[289] კიბოსთან დაკავშირებული დეპრესიისთვის ანტიდეპრესანტების მხარდაჭერა შერეულია.[290] [291]

მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob](#).
განმარტება

მწვავე		(შეჯამება)
<p>მძიმე დეპრესია, არა ორსული: ფსიქოზური, სუიციდური, მძიმე ფსიქომოტორული ჩამორჩენილობა, რომელიც ხელს უშლის ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობას, კატატონია ან მძიმე ავზნება</p>		
1-ლი	ფსიქიატრთან მიმართვა ± ჰოსპიტალიზაცია + ანტიდეპრესანტი	
დამატებით	სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიაზეპინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება	
1-ლი	ფსიქიატრთან მიმართვა ± ჰოსპიტალიზაცია + ელექტროკონველსიური თერაპია (ECT)	
დამატებით	ანტიდეპრესანტი	
დამატებით	სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიაზეპინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება	
მე-2	ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა	
<p>ზომიერი დეპრესია, არა ორსული: მძიმე სიმპტომები, მნიშვნელოვანი გაუარესება, მაგრამ არ არის ფსიქოზური სიმპტომები, არ არის სუიციდური იდეები და არ არის მძიმე ფსიქომოტორული ჩამორჩენა ან ავზნება</p>		
1-ლი	ანტიდეპრესანტი	
დამატებით	ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა	
დამატებით	სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიაზეპინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება	
მე-2	ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა	
დამატებით	ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა	
<p>მსუბუქი დეპრესია, არა ორსული: დაბალიდან საშუალომდე სიმძიმის სიმპტომები, ნაწილობრივი გაუარესება, ფსიქოზური სიმპტომების არარსებობა, სუიციდური იდეების არარსებობა, ან ფსიქომოტორული ჩამორჩენის ან ავზნების არარსებობა</p>		
1-ლი	განიხილეთ ანტიდეპრესანტი	
1-ლი	ფსიქოთერაპია	
1-ლი	მხარდაჭერი ინტერვენციები	

მწვავე (შეჯამება)	
1-ლი	კომპიუტერზე დაფუძნებული ინტერვენციები
მე-2	ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა
მე-3	კრაზანა
მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული/ რეფრაქტორული დეპრესია	
1-ლი	ხელახლა შეაფასეთ და გადადით ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე ან სცადეთ კომბინირებული თერაპია
დამატებით	განიხილეთ თერაპიის გაძლიერება
დამატებით	ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა
მე-2	მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორი (MAOI)
დამატებით	ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა
მე-3	ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)
ორსულები	
1-ლი	აქტიური მონიტორინგი და/ ან ანტიდეპრესანტული და/ან ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)
დამატებით	ფსიქოთერაპია

მიმდინარე (შეჯამება)	
მკურნალობაზე მორეაგირე	
1-ლი	შემანარჩუნებელი ანტიდეპრესანტული თერაპია
დამატებით	ფსიქოთერაპია
განმეორებითი ეპიზოდი	
1-ლი	რემისიის გამომწვევი რეჟიმის ან გრძელვადიანი თერაპიის გამეორება
დამატებით	ფსიქოთერაპია

მკურნალობის ალგორითმი

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob](#).
[განმარტება](#)

მწვავე

მძიმე დეპრესია, არა ორსული:
 ფსიქოზური, სუიციდური, მძიმე
 ფსიქომოტორული ჩამორჩენილობა,
 რომელიც ხელს უშლის ყოველდღიური
 ცხოვრების საქმიანობას, კატატონია ან
 მძიმე ავზნება

1-ლი ფსიქიატრთან მიმართვა ± ჰოსპიტალიზაცია +
 ანტიდეპრესანტი

პირველადი პარამეტრები

» **ციტალოპრამი:** 20 მგ პერორალურად
 დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის
 თანდათანობით გაზრდით რეაგირების
 მიხედვით, მაქსიმუმი 40 მგ/დღეში

ან

» **ესციტალოპრამი:** 10 მგ პერორალურად
 დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის
 თანდათანობით გაზრდით რეაგირების
 მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

» **ფლუოქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად
 (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება)
 ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის
 თანდათანობით გაზრდით რეაგირების
 მიხედვით, მაქსიმუმი 80 მგ/დღეში; დოზები
 >20 მგ/დღეში შეიძლება მიეცეს 2 დაყოფილ
 დოზად
 დაგვიანებული გამოთავისუფლების, კვირაში
 ერთხელ ფორმულა ხელმისაწვდომია
 შემანარჩუნებელი თერაპიისთვის.

ან

» **პაროქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად
 (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) დღეში
 ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 50 მგ/დღეში; 25 მგ პერორალურად
 (კონტროლირებადი გამოთავისუფლება)
 დღეში ერთხელ, დოზის თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 62.5 მგ/დღეში

ან

მწვავე

» **სერტრალინი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200 მგ/დღეში

ან

» **დესვენლაფაქსინი:** 50 მგ/დღეში პერორალურად ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ/დღეში; დოზებმა >50 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» **დულოქსეტინი:** 40-60 მგ/დღეში პერორალურად დასაწყისში 1-2 დაყოფილი დოზით, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში; დოზებმა >60 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» **ლევომილნაციპრანი:** 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში 2 დღის განმავლობაში, დღეში ერთხელ 40 მგ-მდე გაზრდით, შემდეგ თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში

ან

» **ვენლაფაქსინი:** 75 მგ/დღეში პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) 2-3 დაყოფილი დოზით დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში; 75 მგ პერორალურად (გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში

ან

» **ბუპროპიონი:** 100 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) დღეში ორჯერ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში, 2-3 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (შენელებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ

მწვავე

დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ დღეში, 2 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში

ან

» **მირტაზაპინი:** 15 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 45 მგ/დღეში

ან

» **ვილამოდონი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, გაზარდეთ დოზა მედიკამენტზე რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმ 40 მგ/დღეში

ან

» **ვორტიოქსეტინი:** 5-10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» **აკომელატინი:** 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში

ან

» **რებოქსეტინი:** 4 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 12 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» მიმართეთ პაციენტი ფსიქიატრთან. სუიციდის რისკის შეფასება კრიტიკული მნიშვნელობისაა. პოსპიტალიზაცია მხეველობაში უნდა იქნას მიღებული, თუ პაციენტებს: აქვთ მნიშვნელოვანია სუიციდური იდეები ან

მწვავე

განზრახვა და არ გააჩნიათ ადეკვატური დაცვის გარანტიები ოჯახის გარემოში; აქვთ სხვების დაზარალების განზრახვა; ვერ ახერხებენ საკუთარი თავის მოვლას ან მკურნალობის შესრულებას; აქვთ ფსიქომორული სიმპტომები, ან აქვთ უკონტროლო აგზნება, რომელსაც თან ახლავს იმპულსური ქცევის რისკი. თუ პაციენტს პოსპიტალიზაცია არ სურს, ჩართეთ ოჯახის მხარდაჭერა და, საჭიროების შემთხვევაში, გამოიყენეთ სამართლებრივი საშუალებები მკურნალობის იძულებით ჩასატარებლად.

» ადგზნებული პაციენტები საჭიროებენ ზრუნვის მაღალ დონეს მათი გაძლიერებული ემოციური დისტრესის და იმპულსური ძალადობის რისკის გამო. კატატონიის ან ფსიქომორული ჩამორჩენის გამო ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობის მძიმე გაუარესება აძლიერებს დეპრესიის სიმძიმეს, რადგან ინერტულ და ლოგინად ჩავარდნილ პაციენტებს ან რომლებიც არ იღებენ ადეკვატურ კვებას, აქვთ ჯანმრთელობის გაუარესების რისკი ფარმაკოთერაპიაზე რეაგირების მოლოდინში. ამ პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დამხმარე საექთნო მოვლა.

» ანტიდეპრესანტული თერაპია, როგორც წესი, პირველი რიგის არჩევანია პაციენტების უმეტესობაში. ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT) არის პირველი რიგის მკურნალობა ზოგიერთ მძიმე შემთხვევებში, მაგრამ როდესაც დაუყოვნებელი ECT ან არ არის ნაჩვენები ან არ არის ვარიანტი, ანტიდეპრესანტული ფარმაკოთერაპია გადამწყვეტია.

» ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტები მოიცავს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიურ ინჰიბიტორებს (SSRIs) (მაგ., ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი), სეროტონინი-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) (მაგ. (მაგ., ბუპროპიონი, მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი, რებოქსეტინი და აგომელატინი).

» ანტიდეპრესანტებს შორის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის თანმიმდევრული განსხვავებები არ გამოვლენილა, თუმცა ეფექტურობისა და მისაღებიობის ზოგიერთი განსხვავება გამოვლინდა ერთ დიდ მეტაანალიზში და შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის შერჩევის მრავალ ფაქტორს შორის.[114] [117] ერთმა მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ ესციტალოპრამი ყველაზე ეფექტურია SSRI-ებს შორის.[120] ცალკეული პაციენტის მონაცემების ერთი განსხვავებული მეტაანალიზის მიხედვით, ძირითადი დეპრესიის მწვავე ფაზის მკურნალობის 15 კონტროლირებადი

მწვავე

კვლევებიდან, მირტაზაპინი შეიძლება იყოს უფრო სწრაფად ეფექტური, ვიდრე SSRI.[121]

» მედიკამენტის არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის არჩევანს, ამტანობასა და პაციენტში ეფექტურობის წარსულ მტკიცებულებას. ზოგიერთ ექიმს შეიძლება ჰქონდეს უფრო დაბალი ზღურბლი ანტიდეპრესანტით მკურნალობის გათვალისწინებისთვის, რომელმაც გამოავლინა ეფექტურობა ოჯახის წევრში. ამის ერთ-ერთი დასაბუთებაა, რომ პირისთვის, რომელმაც დაინახა, რომ ოჯახის წევრი რეაგირებდა კონკრეტულ მედიკამენტზე, შეიძლება ამ პრეპარატით მკურნალობა უფრო მისაღები იყოს და, შესაძლოა, გამოჯანმრთელების მეტი მოლოდინი ჰქონდეს. ამასთან, ეს არ არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომა; ფარმაკოგენომიკის მიღწევებმა (განხილავს მემკვიდრეობითი გენეტიკური ფაქტორების გავლენას მკურნალობის ეფექტურობასა და ამტანობაზე ცალკეულ პაციენტებში) შეიძლება საბოლოოდ დაზუსტება მოგვცეს, მაგრამ ფარმაკოგენომური ანალიზები ჯერ კიდევ არ არის რეკომენდებული ფართო გამოყენებისთვის.[292]

» მიუხედავად იმისა, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საბოლოო შედეგი არის სუიციდური აზრების მნიშვნელოვანი შემცირება, არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს სუიციდური ქცევის ზრდაზე მკურნალობის პირველ კვირებში, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და მათ შორის, ვინც ღებულობს შედარებით მაღალ სანყისი დოზებს.[112] [126] [127] [128] ზოგიერთი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ თინეიჯერები და ახალგაზრდები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების აზრების ზრდას.[129] [130] თუმცა, ეს ასოციაციაა სულაც არ არის მიზეზობრივი და შესაძლოა განპირობებული იყოს ხელშემწყობი ფაქტორებით[131] ერთი დიდი მეტა-ანალიზის შედეგების თანახმად, 25 წლამდე ასაკის მოზრდილებში, სუიციდალობის როგორც განვითარების, ისე გაუარესების რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის 3-6 კვირაზე (მაგრამ არა 1-2 კვირაზე), რაც უფრო გვიანაა, ვიდრე სხვა კვლევებით იყო შემოთავაზებული.[132]

» ანტიდეპრესანტის დოზის განსაზღვრა ცნობილი სამიზნე დოზის დიაპაზონის საფუძველზე. მეორე თაობის რამდენიმე ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტისთვის (SSRIs, ვენლაფაქსინი და მირტაზაპინი)



მწვავე

რეკომენდებული დიაპაზონის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ პოპულაციაში დოზის ეფექტურობას შორის კორელაცია სწორდება ან მცირდება დაახლოებით შუა წერტილში, ნაწილობრივ უფრო მაღალი დოზების მიღებისას შემცირებული ტოლერანტობის გამო.[122] მაღალი დოზის SSRI-ბით დეპრესიის მკურნალობა პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტორული არიან საშუალო დოზით მკურნალობის მიმართ, არ არის რეკომენდებული.[123] პაციენტთა უმცირესობაში, ფარმაკოგენომური ტესტირება შეიძლება მიუთითებდეს ყველაზე დაბალი ან ყველაზე მაღალი დოზის გამოყენებაზე გენოტიპის მიხედვით. მთლიანობაში, არ არსებობს არანაირი მტკიცებულება დოზირების დადგენილი დიაპაზონის მიღმა დოზის რეგულარულად გაზრდის მხარდასაჭერად.[124] სიფრთხილე უნდა იქნას გამოყენებული 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში პრეპარატის დანიშვნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

» პაციენტებს უტარდებათ მეთვალყურეობა თერაპიის დაწყებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ყოველთვიურად მომდევნო 12 კვირის განმავლობაში. თუ სისტემატური შეფასება გირჩევნიათ, გამოიყენეთ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების შესაფასებლად. პაციენტებში, რომლებიც განიცდიან ნაწილობრივ პასუხს 2-დან 4 კვირის შემდეგ, ანტიდეპრესანტის დოზა უნდა იყოს ტიტრირებული მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. პაციენტებმა შეიძლება დაიწყონ პასუხის გამოვლენა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 1-2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, მათი ერთი მეხუთედი, ვინც ადრე არ უპასუხა, შეიძლება დაიწყოს პასუხი მე-5 კვირის შემდეგ.[133] წარმატებული ანტიდეპრესანტული თერაპია ყველა სიმპტომის რემისიის წერტილამდე შეიძლება დასჭირდეს 6-დან 8 კვირამდე. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი რეციდივების მქონე პაციენტებს,

მწვავე

დამატებით

რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიამინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ლორაზეპამი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» კლონაზეპამი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» რისპერიდონი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ოლანზაპინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ქვეტიაპინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ფლუფენაზინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ტრაზოდონი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» განწყობის დარღვევის სიმპტომების დაუყოვნებლივ მკურნალობა მიზნად ისახავს სიტუაციის სტაბილიზაციას, რომელიც სხვაგვარად საფრთხეში აგდებს პაციენტს სუციდური იმპულსების ან საკუთარი თავის

მწვავე

უკიდურესად უგულებელყოფის გამო, ან საფრთხეში აგდებს მესამე მხარეებს არაპროგნოზირებადი, იმპულსური ან აგრესიული ქცევის გამო. ბენზოდიაზეპინებით და/ან ანტიფსიქოტიკებით ხანმოკლე მკურნალობამ შეიძლება ასევე უზრუნველყოს უძილობის, შფოთვის, აგზნების და მუდმივი აკვიატებული აზრების დაუყოვნებელი შემსუბუქება, ანტიდეპრესანტიდან სიმპტომების მნიშვნელოვანი რემისიის მოლოდინში რამდენიმე კვირის განმავლობაში.[101]

» იმის გამო, რომ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს აქვს მნიშვნელოვანი კლინიკური მოქმედება უფრო სწრაფად, ვიდრე ანტიდეპრესანტებს, მათი გამოყენების გადანყვეტილება უფრო აქტუალურია, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გამოყენება. გქონდეთ ქვედა ზღურბლი ანტიფსიქოტიკის დასამატებლად ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაში მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში სხვადასხვა გარემოებებში. მხოლოდ ანტიდეპრესანტებმა შეიძლება ეფექტურად არ იმოქმედოს ფსიქოზურ სიმპტომებზე, როგორებიცაა მანიები ან ჰალუცინაციები;[100]

» კატატონიის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ბენზოდიაზეპინით (მაგ., ლორაზეპამი, კლონაზეპამი). ფსიქოზის ან ძლიერი აგზნების მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ანტიფსიქოზური საშუალებებით (მაგ., რისპერიდონი, ოლანზაპინი, კვეტიაპინი, ფლუფენაზინი). მსუბუქი აგზნების ან ძლიერი შფოთვის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ბენზოდიაზეპინით და/ან ანტიფსიქოზური საშუალებებით. უძილობის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება კვეტიაპინით ან ტრაზოდონით. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები უფრო მიზანშეწონილია, როდესაც არსებობს ბენზოდიაზეპინზე წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკი.

» ეფექტურობის დოზა: თუ ბენზოდიაზეპინი ან ანტიფსიქოზური პრეპარატი ვერ ახდენს ეფექტს და კარგად აიტანება, გაზარდეთ დოზა სიფრთხილით, რეკომენდებულ მაქსიმუმამდე. თუ წარმატების მიღწევა არ ხდება მაქსიმალურ დოზაზე ან იწვევს აუტანელ გვერდით ეფექტებს უფრო დაბალ დოზებზე, გადადით სხვა მედიკამენტზე. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში დანიშნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

მწვავე

1-ლი

» პაციენტებმა არ უნდა მართონ მანქანა ამ ტრანკვილიზატორების მიღებისას.

ფსიქიატრთან მიმართვა ± ჰოსპიტალიზაცია + ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)

» მიმართეთ პაციენტი ფსიქიატრთან. სუიციდის რისკის შეფასება კრიტიკული მნიშვნელობისაა. ჰოსპიტალიზაცია მხეველობაში უნდა იქნას მიღებული, თუ პაციენტებს: აქვთ მნიშვნელოვანია სუიციდური იდეები ან განზრახვა და არ გააჩნიათ ადეკვატური დაცვის გარანტიები ოჯახის გარემოში; აქვთ სხვების დაზარალების განზრახვა; ვერ ახერხებენ საკუთარი თავის მოვლას ან მკურნალობის შესრულებას; აქვთ ფსიქოზური სიმპტომები, ან აქვთ უკონტროლო აგზნება, რომელსაც თან ახლავს იმპულსური ქცევის რისკი. თუ პაციენტს ჰოსპიტალიზაცია არ სურს, ჩართეთ ოჯახის მხარდაჭერა და, საჭიროების შემთხვევაში, გამოიყენეთ სამართლებრივი საშუალებები მკურნალობის იძულებით ჩასატარებლად.

» ალგზნებული პაციენტები საჭიროებენ ზრუნვის მაღალ დონეს მათი გაძლიერებული ემოციური დისტრესის და იმპულსური ძალადობის რისკის გამო. კატატონიის ან ფსიქომოტორული ჩამორჩენის გამო ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობის მძიმე გაუარესება აძლიერებს დეპრესიის სიმძიმეს, რადგან ინერტულ და ლოგინად ჩავარდნილ პაციენტებს ან რომლებიც არ იღებენ ადეკვატურ კვებას, აქვთ ჯანმრთელობის გაუარესების რისკი ფარმაკოთერაპიაზე რეაგირების მოლოდინში. ამ პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დამხმარე საექთნო მოვლა.

» ცალკეულ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ მძიმე დეპრესია, აქვთ ფსიქოზური ნიშნები, აქვთ აქტიური სუიციდალური ფიქრები ან არ რეაგირებენ ან ვერ იტანენ ანტიდეპრესანტებს, ECT შეიძლება ჩაითვალოს პირველი რიგის მკურნალობად.[19] ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას ფსიქოზური სიმპტომებით, სუიციდურობით ან კატატონიით დეპრესიის მკურნალობის დასაწყისში.[102] ECT ხშირად არის რჩეული მკურნალობა მძიმე დეპრესიით ხანდაზმული პაციენტებისთვის, რადგან ის ეფექტურია და თავიდან აიცილებს გართულებებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას ფარმაკოლოგიური აუტანლობისა და წამლების ურთიერთქმედების შედეგად, რომლებიც დაკავშირებულია თანმხლები ფიზიკური პირობების მკურნალობასთან.[103]

» ECT ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, როგორც წესი, კვირაში 2 ან 3-ჯერ, სულ 6-დან 12 პროცედურა.[104]

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მწვავე

» პაციენტი და ექიმი სრულად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი პოტენციური რისკების შესახებ, რათა პაციენტმა შეძლოს ინფორმირებული თანხმობის გაცემა. ECT-ით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეფასებულია დაახლოებით 2 სიკვდილობამდე 100000 მკურნალობაზე, რაც ნიშნავს, რომ ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე უსაფრთხო პროცედურა, რომელიც ხორციელდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.[105] [106] საერთო ჯამში, არ არის გაზრდილი სამედიცინო გართულებების რისკი პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ECT-ს, ვიდრე თანაბრად დეპრესიულ პაციენტებში, რომლებიც არ იღებენ ECT-ს.[107] ECT გავლენას ახდენს გულისცემის სიხშირეზე და არტერიულ წნევაზე. გულმკერდის ტკივილი, არითმიები, მუდმივი ჰიპერტენზია და ეკგ ცვლილებები დაფიქსირდა, როგორც გართულებები, განსაკუთრებით ადრე არსებული გულის დაავადების მქონე პაციენტებში.[108] გულ-სისხლძარღვთა მდგომარეობა უნდა იყოს სტაბილიზირებული ECT-ის გამოყენებამდე.[108] პაციენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს არასასურველ კოგნიტურ ეფექტს მკურნალობის დროს და მალევე, ყველაზე ხშირად მეხსიერების დაქვეითება (როგორც ანტეროგრადული, ასევე რეტროგრადული ამნეზია).[110] ეს გაუფასურება, როგორც ჩანს, ხანმოკლეა ობიექტური შეფასების შესაბამისად,[109] თუმცა, პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი აფიქსირებს მეხსიერების მუდმივ დაკარგვას ECT შემდეგ.[110] ეს პოტენციური რისკი დაბალანსებული უნდა იყოს მისი ეფექტურობის სასარგებლო მტკიცებულებებთან, განსაკუთრებით მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში.

» ECT მკურნალობის ეფექტი დროებითია; წარმატებული მკურნალობის შემდეგ, ეფექტი უნდა შენარჩუნდეს ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების გამოყენებით და/ან შემანარჩუნებელი ელექტროკონვულსიური მკურნალობით (ჩვეულებრივ, კვირაში ერთხელ 4 კვირაში ერთხელ ან უფრო მეტხანს, ტიტრირებული სტაბილურობამდე).[111] ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციაში ნაჩვენებია, რომ ლითიუმი ამცირებს ECT-ის შემდგომი რეციდივის რისკს.[251]

დამატებით ანტიდეპრესანტი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ციტალოპრამი: 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის

მწვავე

თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 40 მგ/დღეში

ან

» **ესციტალოპრამი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

» **ფლუოქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 80 მგ/დღეში; დოზები >20 მგ/დღეში შეიძლება მიეცეს 2 დაყოფილ დოზად დაგვიანებული გამოთავისუფლების, კვირაში ერთხელ ფორმულა ხელმისაწვდომია შემანარჩუნებელი თერაპიისთვის.

ან

» **პაროქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში; 25 მგ პერორალურად (კონტროლირებადი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 62.5 მგ/დღეში

ან

» **სერტრალინი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200 მგ/დღეში

ან

» **დესვენლაფაქსინი:** 50 მგ/დღეში პერორალურად ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ/დღეში; დოზებმა >50 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

მწვავე

» **დულოქსეტინი:** 40-60 მგ/დღეში
 პერორალურად დასაწყისში 1-2 დაყოფილი
 დოზით, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/
 დღეში; დოზებმა >60 მგ/დღეში არ აჩვენა
 დამატებითი სარგებელი

ან

» **ლევომილნაციპრანი:** 20 მგ
 პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში
 2 დღის განმავლობაში, დღეში ერთხელ 40
 მგ-მდე გაზრდით, შემდეგ თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 120 მგ/დღეში

ან

» **ვენლაფაქსინი:** 75 მგ/დღეში
 პერორალურად (დაუყოვნებლივი
 გამოთავისუფლება) 2-3 დაყოფილი
 დოზით დასაწყისში, თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით,
 მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში; 75 მგ
 პერორალურად (გახანგრძლივებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ,
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/
 დღეში

ან

» **ბუპროპიონი:** 100 მგ პერორალურად
 (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება)
 დღეში ორჯერ დასაწყისში, თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 450 მგ/დღეში, 2-3 დაყოფილი დოზით;
 150 მგ პერორალურად (შენელებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400
 მგ დღეში, 2 დაყოფილი დოზით; 150 მგ
 პერორალურად (გახანგრძლივებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/
 დღეში

ან

» **მირტაპინი:** 15 მგ პერორალურად დღეში
 ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 45 მგ/დღეში

ან

მწვავე

» ვილაზოდონი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, გაზრდით დოზა მედიკამენტზე რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმ 40 მგ/დღეში

ან

» ვორტიოქსეტინი: 5-10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმ 20 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» აგომელათინი: 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმ 50 მგ/დღეში

ან

» რებოქსეტინი: 4 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმ 12 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტები მოიცავს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიურ ინჰიბიტორებს (SSRIs) (მაგ., ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი), სეროტონინი-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) (მაგ. (მაგ., ბუპროპიონი, მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი, რებოქსეტინი და აგომელათინი).

» ანტიდეპრესანტებს შორის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის თანმიმდევრული განსხვავებები არ გამოვლენილა, თუმცა ეფექტურობისა და მისაღებიობის ზოგიერთი განსხვავება გამოვლინდა ერთ დიდ მეტაანალიზში და შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის შერჩევის მრავალ ფაქტორს შორის.[114] [117] ერთმა მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ ესციტალოპრამი ყველაზე ეფექტურია SSRI-ებს შორის.[120] ცალკეული პაციენტის მონაცემების ერთი განსხვავებული მეტაანალიზის მიხედვით, ძირითადი დეპრესიის მწვავე

მწვავე

ფაზის მკურნალობის 15 კონტროლირებადი კვლევებიდან, მირტაზაპინი შეიძლება იყოს უფრო სწრაფად ეფექტური, ვიდრე SSRI.[121]

» მედიკამენტის არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის არჩევანს, ამტანობასა და პაციენტში ეფექტურობის წარსულ მტკიცებულებას. ზოგიერთ ექიმს შეიძლება ჰქონდეს უფრო დაბალი ზღურბლი ანტიდეპრესანტით მკურნალობის გათვალისწინებისთვის, რომელმაც გამოავლინა ეფექტურობა ოჯახის წევრში. ამის ერთ-ერთი დასაბუთებაა, რომ პირისთვის, რომელმაც დაინახა, რომ ოჯახის წევრი რეაგირებდა კონკრეტულ მედიკამენტზე, შეიძლება ამ პრეპარატით მკურნალობა უფრო მისაღები იყოს და, შესაძლოა, გამოჯანმრთელების მეტი მოლოდინი ჰქონდეს. ამასთან, ეს არ არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომა; ფარმაკოგენომიკის მიღწევებმა (განხილავს მემკვიდრეობითი გენეტიკური ფაქტორების გავლენას მკურნალობის ეფექტურობასა და ამტანობაზე ცალკეულ პაციენტებში) შეიძლება საბოლოოდ დაზუსტება მოგვცეს, მაგრამ ფარმაკოგენომური ანალიზები ჯერ კიდევ არ არის რეკომენდებული ფართო გამოყენებისთვის.[292]

» მიუხედავად იმისა, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საბოლოო შედეგი არის სუიციდური აზრების მნიშვნელოვანი შემცირება, არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს სუიციდური ქცევის ზრდაზე მკურნალობის პირველ კვირებში, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და მათ შორის, ვინც ღებულობს შედარებით მაღალ სანყისი დოზებს.[112] [126] [127] [128] ზოგიერთი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ თინეიჯერები და ახალგაზრდები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების აზრების ზრდას.[129] [130] თუმცა, ეს ასოციაციაა სულაც არ არის მიზეზობრივი და შესაძლოა განპირობებული იყოს ხელშემწყობი ფაქტორებით[131] ერთი დიდი მეტა-ანალიზის შედეგები ვარაუდობს, რომ 25 წლამდე ასაკის მოზრდილებში სუიციდური განვითარების რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის მე-3-დან მე-6 კვირაში (მაგრამ არა 1-2 კვირაში). უფრო გვიან, ვიდრე სხვა კვლევებით იყო შემოთავაზებული.[132]

» ანტიდეპრესანტის დოზის განსაზღვრა ცნობილი სამიზნე დოზის დიაპაზონის საფუძველზე. მეორე თაობის რამდენიმე ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტისთვის

მწვავე

(SSRIs, ვენლაფაქსინი და მირტაზაპინი) რეკომენდებული დიაპაზონის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ პოპულაციაში დოზის ეფექტურობას შორის კორელაცია სწორდება ან მცირდება დაახლოებით შუა წერტილში, ნაწილობრივ უფრო მაღალი დოზების მიღებისას შემცირებული ტოლერანტობის გამო.[122] მაღალი დოზის SSRI-ბით დეპრესიის მკურნალობა პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტორული არიან საშუალო დოზით მკურნალობის მიმართ, არ არის რეკომენდებული.[123] პაციენტთა უმცირესობაში ფარმაკოგენომიკურმა ტესტირებამ შეიძლება მიუთითოს დაბალი ან მაღალი დოზის გამოყენება გენოტიპიდან გამომდინარე. მთლიანობაში, არ არსებობს არანაირი მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს დოზის რუტინულ ზრდას დადგენილ დიაპაზონს მიღმა.[124] სიფრთხილე უნდა იქნას გამოყენებული 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში პრეპარატის დანიშვნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

» პაციენტებს უტარდებათ მეთვალყურეობა თერაპიის დაწყებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ყოველთვიურად მომდევნო 12 კვირის განმავლობაში. თუ სისტემური შეფასება გირჩევნიათ, გამოიყენეთ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების შესაფასებლად. ანტიდეპრესანტის დოზის ტიტრაცია მაქსიმალურ ასატან დოზამდე პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ნაწილობრივი რეაგირება 2-4 კვირის შემდეგ. პაციენტებმა შეიძლება დაიწყონ პასუხის გამოვლენა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 1-2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, მათი ერთი მეხუთედი, ვინც აღრე არ უპასუხა, შეიძლება დაიწყოს პასუხი მე-5 კვირის შემდეგ.[133] წარმატებული ანტიდეპრესანტული თერაპია ყველა სიმპტომის რემისიის წერტილამდე შეიძლება დასაჭირდეს 6-დან 8 კვირამდე. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ



BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.

მწვავე

დამატებით

ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიამაზინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ლორაზეპამი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» კლონაზეპამი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» რისპერიდონი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ოლანზაპინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ქვეტიაპინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ფლუფენაზინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ტრაზოდონი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» განწყობის დარღვევის სიმპტომების დაუყოვნებელი მკურნალობა მიზნად ისახავს სიტუაციის სტაბილიზაციას, რომელიც სხვაგვარად საფრთხეში ტოვებს პაციენტს სუციდური იმპულსების ან საკუთარი თავის უკიდურესად უგულებელყოფის გამო,

მწვავე

ან საფრთხეში ავდებს მესამე მხარეებს არაპროგნოზირებადი, იმპულსური ან აგრესიული ქცევის გამო. ბენზოდიამეპინებით და/ან ანტიფსიქოტიკებით ხანმოკლე მკურნალობამ შეიძლება ასევე უზრუნველყოს უძილობის, შფოთვის, აგზნების და მულტიპლ აკვიატებული აზრების დაუყოვნებელი შემსუბუქება, ანტიდეპრესანტიდან სიმპტომების მნიშვნელოვანი რემისიის მოლოდინში რამდენიმე კვირის განმავლობაში.[101]

» იმის გამო, რომ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს აქვს მნიშვნელოვანი კლინიკური მოქმედება უფრო სწრაფად, ვიდრე ანტიდეპრესანტებს, მათი გამოყენების გადანყვეტილება უფრო აქტუალურია, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გამოყენება. გქონდეთ ქვედა ზღურბლი ანტიფსიქოტიკის დასამატებლად ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაში მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებში სხვადასხვა გარემოებებში. მხოლოდ ანტიდეპრესანტებმა შეიძლება ეფექტურად არ იმოქმედოს ფსიქოზურ სიმპტომებზე, როგორებიცაა მანიები ან ჰალუცინაციები;[100]

» კატატონიის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ბენზოდიამეპინით (მაგ., ლორაზეპამი, კლონაზეპამი). ფსიქოზის ან ძლიერი აგზნების მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ანტიფსიქოზური საშუალებებით (მაგ., რისპერიდონი, ოლანზაპინი, კვეტიაპინი, ფლუფენაზინი). მსუბუქი აგზნების ან ძლიერი შფოთვის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება ბენზოდიამეპინით და/ან ანტიფსიქოზური საშუალებებით. უძილობის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება კვეტიაპინით ან ტრაზოდონით. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები უფრო მიზანშეწონილია, როდესაც არსებობს ბენზოდიამეპინზე წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკი.

» ეფექტურობის დოზა: თუ ბენზოდიამეპინი ან ანტიფსიქოზური პრეპარატი ვერ ახდენს ეფექტს და კარგად აიტანება, გაზარდეთ დოზა სიფრთხილით, რეკომენდებულ მაქსიმუმამდე. თუ წარმატების მიღწევა არ ხდება მაქსიმალურ დოზაზე ან იწვევს აუტანელ გვერდით ეფექტებს უფრო დაბალ დოზებზე, გადადით სხვა მედიკამენტზე. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში დანიშნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

მწვავე

მე-2

» პაციენტებმა არ უნდა მართონ მანქანა ამ ტრანკვილიზატორების მიღებისას.

ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა

» თუ პირველი ხაზის თერაპიაზე რეაქცია არაადეკვატურია, განიხილეთ ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა.[215] [216] მედიკამენტების შემსწავლელი ოთხი სხვადასხვა კვლევის დასასრულს, როგორც ჩანს, პაციენტთა 60%-დან 70%-მდე რეაგირებს მკურნალობაზე. შეცვლა შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ მოხდა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 2 კვირის განმავლობაში.[217] [218] ამასთან, ადრეული რეაგირება შეიძლება იყოს, მაგრამ არ არის აუცილებელი უწყვეტი რეაგირების საიმედო მაჩვენებელი.[219] [220] გააგრძელეთ მკურნალობა, თუ გაუმჯობესება შეინიშნება მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე. მაგრამ არ გააგრძელოთ პრეპარატი, რომელიც არ მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ დადებითი დინამიკა ფლუოქსეტინით მკურნალობით, ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ დადებით რეაქციაზე გადასვლის ალბათობა მცირდებოდა, რაც უფრო დიდხანს რჩებოდნენ პაციენტები გაუმჯობესების გარეშე[221]

» გაითვალისწინეთ მედიკამენტის კლასის შეცვლა; თუ პაციენტი იმყოფებოდა სელექტიურ სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორზე, სცადეთ სეროტონინის ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი. თუ მკურნალობა არ აიტანებოდა უარყოფითი მოვლენების გამო, ხელახლა სცადეთ მკურნალობა აგენტით, რომელსაც ნაკლები ან განსხვავებული უარყოფითი მოვლენები აქვს. თუ აგენტი შეიცვალა, განაახლეთ ყოველკვირეული დაკვირვება, სანამ პასუხი არ გამოჩნდება.

» სიფრთხილეა საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შეწყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო. უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკურ თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობიერება და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაიწყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა;

მწვავე

ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დაწყებამდე ლოლინის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ გამოდევნის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებული მედიკამენტთან, რომელთაგანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამორეცხვის პერიოდებთან დაკავშირებით, ხელმისაწვდომია და უნდა გაეცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიღლაინების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი ადრე არსებული გამეორებების და რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

» თუ არაადეკვატური პასუხია ორი (ან მეტი) სრული დოზით და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტზე, პაციენტის დეპრესია შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის რეზისტენტულად ან რეფრაქტერულად და იმსახურებს უფრო კომპლექსურ მიდგომას.

ზომიერი დეპრესია, არა ორსული: მძიმე სიმპტომები, მნიშვნელოვანი გაუარესება, მაგრამ არ არის ფსიქოზური სიმპტომები, არ არის სუიციდური იდეები და არ არის მძიმე ფსიქომოტორული ჩამორჩენა ან ავზნება

1-ლი ანტიდეპრესანტი

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024. BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს [განმარტებას](#) (. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მწვავე

პირველადი პარამეტრები

» **ციტალოპრამი:** 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 40 მგ/დღეში

ან

» **ესციტალოპრამი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

» **ფლუოქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 80 მგ/დღეში; დოზები >20 მგ/დღეში შეიძლება მიეცეს 2 დაყოფილ დოზად დაგვიანებული გამოთავისუფლების, კვირაში ერთხელ ფორმულა ხელმისაწვდომია შემანარჩუნებელი თერაპიისთვის.

ან

» **პაროქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში; 25 მგ პერორალურად (კონტროლირებადი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 62.5 მგ/დღეში

ან

» **სერტრალინი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200 მგ/დღეში

ან

» **დესვენლაფაქსინი:** 50 მგ/დღეში პერორალურად ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ/დღეში; დოზებმა >50 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

მწვავე

ან

» დულოქსეტინი: 40-60 მგ/დღეში
 პერორალურად დასაწყისში 1-2 დაყოფილი
 დოზით, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/
 დღეში; დოზებმა >60 მგ/დღეში არ აჩვენა
 დამატებითი სარგებელი

ან

» ლევომილნაციპრანი: 20 მგ
 პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში
 2 დღის განმავლობაში, დღეში ერთხელ 40
 მგ-მდე გაზრდით, შემდეგ თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 120 მგ/დღეში

ან

» ვენლაფაქსინი: 75 მგ/დღეში
 პერორალურად (დაუყოვნებლივი
 გამოთავისუფლება) 2-3 დაყოფილი
 დოზით დასაწყისში, თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით,
 მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში; 75 მგ
 პერორალურად (გახანგრძლივებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ,
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/
 დღეში

ან

» ბუპროპიონი: 100 მგ პერორალურად
 (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება)
 დღეში ორჯერ დასაწყისში, თანდათანობით
 გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი
 450 მგ/დღეში, 2-3 დაყოფილი დოზით;
 150 მგ პერორალურად (შენელებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400
 მგ დღეში, 2 დაყოფილი დოზით; 150 მგ
 პერორალურად (გახანგრძლივებული
 გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ
 დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით
 რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/
 დღეში

ან

» მირტაპინი: 15 მგ პერორალურად დღეში
 ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით

მწვავე

გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 45 მგ/დღეში

ან

» ვილაზოდონი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, გაზრდით დოზა მედიკამენტზე რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმ 40 მგ/დღეში

ან

» ვორტიოქსეტინი: 5-10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» აგომელატინი: 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში

ან

» რებოქსეტინი: 4 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 12 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტები მოიცავს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიურ ინჰიბიტორებს (SSRIs) (მაგ., ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი), სეროტონინი-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) (მაგ. (მაგ., ბუპროპიონი, მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი, რებოქსეტინი და აგომელატინი).

» ანტიდეპრესანტებს შორის უსაფრთხოების ან ეფექტურობის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ გამოვლენილა [117] [118] პრეპარატის არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის პრეფერენციებს, ტოლერანტობას, უსაფრთხოებას დოზის გადაჭარბებისას, სხვა ფსიქიატრიული დაავადების არსებობას და პაციენტში ეფექტურობის წარსულ მტკიცებულებებს. [119] ერთი მეტა-

მწვავე

ანალიზი მოხსენებული იყო სხვადასხვა ანტიდეპრესანტების თავდაპირველი ეფექტურობისა და მისაღებობის შესახებ, რომლებიც შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის შერჩევის ნაწილად.[114] კიდევ ერთმა მეტა-ანალიზმა აღმოაჩინა ესციტალოპრამი ყველაზე ეფექტური SSRI-ებს შორის.[120] ცალკეული პაციენტის მონაცემების კიდევ ერთმა მეტა-ანალიზმა ძირითადი დეპრესიის მწვავე ფაზის მკურნალობის 15 კონტროლირებადი ცდებიდან დაასკვნა, რომ მირტაზაპინი შეიძლება იყოს უფრო სწრაფად ეფექტური ანტიდეპრესანტი, ვიდრე SSRI.[121]

» ანტიდეპრესანტის დოზის განსაზღვრა ცნობილი სამიზნე დოზის დიაპაზონის საფუძველზე. მეორე თაობის რამდენიმე ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტისთვის (SSRIs, ვენლაფაქსინი და მირტაზაპინი) რეკომენდებული დიაპაზონის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ პოპულაციაში დოზასა და მიზნობრივი ეფექტურობას შორის კორელაცია სწორდება ან მცირდება დაახლოებით შუა წერტილში, ნაწილობრივ უფრო მაღალი დოზების მიღებისას შემცირებული ტოლერანტობის გამო.[122] მაღალი დოზით SSRI მკურნალობა დეპრესიისთვის პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტორულნი არიან საშუალო დოზის მკურნალობაზე, არ არის მხარდაჭერილი და არ არის რეკომენდებული.[123] [124] [125]

» დეპრესიის და დაუდგენელი ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონე პაციენტები შეიძლება განუვითარდეთ ამკარა მანიაა, თუ ისინი მიიღებენ ანტიდეპრესანტებს. შეეკითხეთ პაციენტებს მანიაკალური ეპიზოდების ადრე არსებულ ანამნეზზე (მაგ., დღეების ან კვირების ხანგრძლივობის პერიოდები, რომლებიც აღსანიშნავი იყო უჩვეულოდ მაღალი ენერჯით, ეიფორიით, უძილობით, ჰიპერაქტიურობით, ან გაუარესებული განსჯით) ანტიდეპრესანტული თერაპიის დაწყებამდე.

» მიუხედავად იმისა, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საბოლოო შედეგი არის სუიციდური აზრების მნიშვნელოვანი შემცირება, არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს სუიციდური ქცევის ზრდაზე მკურნალობის პირველ კვირებში, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და მათ შორის, ვინც ღებულობს შედარებით მაღალ სანყისი დოზებს.[112] [126] [127] [128] ზოგიერთი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ თინეიტჯერები და ახალგაზრდები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან თვითმკვლელობისა



მწვავე

და თვითდაზიანების აზრების ზრდას.[129] [130] თუმცა, ეს ასოციაცია სულაც არ არის მიზეზობრივი და შესაძლოა განპირობებული იყოს ხელშემწყობი ფაქტორებით[131] ერთი ღილი მეტა-ანალიზის შედეგები ვარაუდობს, რომ 25 წლამდე ასაკის მოზრდილებში სუიციდური განვითარების რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის მე-3-დან მე-6 კვირაში (მაგრამ არა 1-2 კვირაში). უფრო გვიან, ვიდრე სხვა კვლევებით იყო შემოთავაზებული.[132]

» პაციენტებს უტარდებათ მეთვალყურეობა თერაპიის დაწყებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ყოველთვიურად მომდევნო 12 კვირის განმავლობაში. თუ სისტემატური შეფასება გირჩევნიათ, გამოიყენეთ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების შესაფასებლად. პაციენტებში, რომლებიც განიცდიან ნაწილობრივ პასუხს 2-დან 4 კვირის შემდეგ, ანტიდეპრესანტის დოზა უნდა იყოს ტიტრირებული მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. პაციენტებმა შეიძლება დაიწყონ პასუხის გამოვლენა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 1-2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, მათი ერთი მეხუთედი, ვინც ადრე არ უპასუხა, შეიძლება დაიწყოს პასუხი მე-5 კვირის შემდეგ.[133] წარმატებული ანტიდეპრესანტული თერაპია ყველა სიმპტომის რემისიის წერტილამდე შეიძლება დასჭირდეს 6-დან 8 კვირამდე. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.

» სიმპტომების რემისიის შემდეგ მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების წინა კურსზე. მკურნალობის შედეგების შესახებ მონაცემები მკურნალობის სანყისი კვირების მიღმა შეზღუდულია, თუმცა ერთი სისტემატური მიმოხილვა ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით სტაბილურია მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში მაინც.[134] ზოგადად, როგორც ჩანს, რეციდივის რისკი შემცირებულია, როდესაც ანტიდეპრესანტები გრძელდება 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.[135] [136] [137] [138] გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137]

» თუ საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა, ნელა შეამცირეთ დოზა, რათა შემცირდეს მოხსნის უსიამოვნო

მართვა

მწვავე

სიმპტომების რისკი; ამას შეიძლება რამდენიმე თვე დასჭირდეს პაციენტისთვის მისაღები ტემპით. გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანების გამოცდილება მოხსნის სიმპტომების შესახებ შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მსუბუქი და გარდამავალიდან უფრო ხანგრძლივ და უფრო მძიმემდე. მჭიდროდ დააკვირდით პაციენტს, რათა დარწმუნდეთ, რომ მოხსნის ნებისმიერი აშკარა გამოვლენილი სიმპტომი ფაქტობრივად არ წარმოადგენს მათი დეპრესიის რეციდივას.[139]

დამატებით ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» მწვავედან მძიმემდე დეპრესიის მქონე პაციენტები უმეტეს სარეგებელს იღებენ ანტიდეპრესანტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციისგან.[115] [116]

» ნაჩვენებია, რომ ფსიქოთერაპია ეფექტური და ეკონომიურია დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად.[144] [145] ფსიქოთერაპია ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფარმაკოთერაპია და ამცირებს რეციდივის რისკს, როდესაც დამატება ფარმაკოთერაპიას.[146] [147] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

» კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ნაჩვენებია, რომ უფრო ეფექტურია ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] ეტაპობრივი მკურნალობის კვლევები ცხადყოფს, რომ CBT შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის / გამეორებების რისკს, როგორც მინიმუმ და, ალბათ, უკეთ, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებლი CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155]

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: May 08, 2024.
BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მწვავე

» მონოთერაპია CBT-ით არის ზომიერი დეპრესიის პოტენციური ვარიანტი, როგორც ეს დადასტურებულია მკურნალობის ზოგიერთ გაიდლაინში, თუმცა ამ თემის ავტორი აღნიშნავს, რომ ამ მიდგომის სასარგებლოდ მტკიცებულებები დაბალი ხარისხისაა.[156] [157] [158] ამიტომ, კლინიკისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ პაციენტის უპირატესობით ან სხვა პაციენტისთვის სპეციფიკური ფაქტორებით, რათა გადაწყვიტონ შესთავაზონ თუ არა ფსიქოთერაპია ზომიერი დეპრესიისთვის.

» დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT), პრობლემის გადაჭრის თერაპია (PST), ქცევითი აქტივაცია და ბიბლიოთერაპია.

» IPT მოითხოვს პაციენტს ჰქონდეს ფსიქოლოგიური გამჭრიახობა და ერთგული იყოს გრძელვადიანი თერაპიის მიმართ.[159] როგორც CBT, ისე IPT სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160] PST ყურადღებას ამახვილებს პრობლემების გადაჭრის დამოკიდებულებების და უნარ-ჩვევების ადაპტაციურ ტრენინგზე.[161] [162] [163] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პარამეტრებში.[164]

» ქცევითი აქტივაცია არის კოგნიტური ქცევითი თერაპიის ნაკლებად ინტელექტუალური, უფრო ქცევითი ალტერნატივა. იგი აქტიურად უწყობს ხელს ფუნქციონირების დაბრუნებას და აქვს უპირატესობა, რომ ამისთვის არ არის საჭირო ექიმის დონის სპეციალისტი. Cochrane-ის მიმოხილვამ დაადგინა, რომ ის თანაბრად ეფექტურია CBT-სთან შედარებით დეპრესიის მქონე მოზრდილებისთვის, თუმცა არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით დაბალი მტკიცებულებით.[165]

» ბიბლიოთერაპია, კითხვით თვითდახმარების პროგრამა, შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი სარგებელი ზოგიერთი პაციენტისთვის.[166]

დამატებით სიმპტომის დაუყოვნებლივ მკურნალობა ბენზოდიაზეპინით ± ანტიფსიქოზური საშუალება მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლორანჯჰამი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

მწვავე

ან

» კლონაზეპამი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ქვეტიაპინი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» ტრაზოდონი: დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაცნობით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახაზად.

» მსუბუქი აგზნების ან მძიმე შფოთვის მქონე პაციენტებს შეიძლება მკურნალობდნენ ბენზოდიამეპინის (მაგ., ლორაზეპამი, კლონაზეპამი) და/ან ანტიფსიქოტიკის (მაგ., ქუეთიაპინის) მოკლევადიანი გამოყენებით. თუმცა, ერთმა კოჰორტულმა კვლევამ აჩვენა სიკვდილიანობის გაზრდილი რისკი პაციენტებში, რომლებიც იღებენ დამატებით მკურნალობას ანტიფსიქოტიკური საშუალებებით დეპრესიისთვის, შედარებით პაციენტებთან, რომლებიც იღებენ დამატებით მკურნალობას მეორე ანტიდეპრესანტით.[240] უძილობის მქონე პაციენტების მკურნალობა შეიძლება კვეტიაპინით ან ტრაზოდონით. ანტიფსიქოტიკური მედიკამენტები უფრო მიზანმიმართულია, როდესაც არსებობს ბენზოდიამეპინზე წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკი.

» ეფექტურობის დოზა: თუ ბენზოდიამეპინი ან ანტიფსიქოტიკური პრეპარატი ვერ ახდენს ეფექტს და კარგად აიტანება, გაზარდეთ დოზა სიფრთხილით, რეკომენდებულ მაქსიმუმამდე. თუ წარმატების მიღწევა არ ხდება მაქსიმალურ დოზაზე ან ინვესს აუტანელ გვერდით ეფექტებს უფრო დაბალ დოზებზე, გადადით სხვა მედიკამენტზე. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში დანიშნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

მწვავე

მე-2

» პაციენტებმა არ უნდა მართონ მანქანა ამ ტრანკვილიზატორების მიღებისას.

ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა

» თუ პირველი ხაზის თერაპიაზე რეაქცია არაადეკვატურია, განიხილეთ ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა.[215] [216] შეცვლა შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ მოხდა მკურნალობის დანყებიდან პირველი 2 კვირის განმავლობაში.[217] [218] ამასთან, ადრეული რეაგირება შეიძლება იყოს, მაგრამ არ არის აუცილებელი უწყვეტი რეაგირების საიმედო მაჩვენებელი.[219] [220] გააგრძელეთ მკურნალობა, თუ გაუმჯობესება შეინიშნება მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე, მაგრამ არ გააგრძელოთ პრეპარატი, რომელიც არ მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ დადებითი დინამიკა ფლუოქსეტინით მკურნალობით, ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ დადებით რეაქციაზე გადასვლის ალბათობა მცირდებოდა, რაც უფრო დიდხანს რჩებოდნენ პაციენტები გაუმჯობესების გარეშე[221]

» ანტიდეპრესანტებს შორის გადასვლა შეიძლება განიხილებოდეს კლასში (მაგ., სეროტონინის უკუმიტაცების ერთი შერჩევითი ინჰიბიტორიდან (SSRI) მეორე SSRI-ზე.[119] შემდეგ განიხილეთ მედიკამენტების კლასის ცვლილება; მაგალითად, თუ პაციენტი იმყოფებოდა SSRI-ზე, მაშინ განიხილეთ სეროტონინის ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი (SNRI).[119] თუ მკურნალობა შეუძლებელია გვერდითი ეფექტების გამო, ხელახლა სცადეთ ნაკლები ან განსხვავებული გვერდითი ეფექტების მქონე აგენტი. თუ აგენტი შეიცვალა, განახლეთ ყოველკვირეული დაკვირვება, სანამ პასუხი არ გამოჩნდება.

» სიფრთხილეა საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შეწყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო. იხილეთ სეროტონინის სინდრომი .

» უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების თარმაკოკინეტიკურ თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობიერება და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაინყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია

მწვავე

ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა; ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დანერგვამდე ლოლინის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ ნახევარდაშლის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებული მედიკამენტთან, რომელთანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამორეცხვის პერიოდებთან დაკავშირებით, ხელმისაწვდომია და უნდა გაეცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიღლაინების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი ადრე არსებული გამეორებების და რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

» თუ არაადეკვატური პასუხია ორი (ან მეტი) სრული დოზით და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტზე, პაციენტის დეპრესია შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის რეზისტენტულად ან რეფრაქტერულად და იმსახურებს უფრო კომპლექსურ მიდგომას.

დამატებით ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა
 მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის



მწვავე

» მწვავედანი მიიმედე დეპრესიის მქონე პაციენტები უმეტეს სარეგებელს იღებენ ანტიდეპრესანტების და ფსიქოთერაპიის კომბინაციისგან.[115] [116]

» ნაჩვენებია, რომ ფსიქოთერაპია ეფექტური და ეკონომიურია დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად.[144] [145] ფსიქოთერაპია ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფარმაკოთერაპია და ამცირებს რეციდივის რისკს, როდესაც დაემატება ფარმაკოთერაპიას.[146] [147] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

» კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ნაჩვენებია, რომ უფრო ეფექტურია ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] ეტაპობრივი მკურნალობის კვლევები ცხადყოფს, რომ CBT შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის / გამეორებების რისკს, როგორც მინიმუმი და, ალბათ, უკეთ, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებლი CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155]

» პრაქტიკაში, CBT-ით გაძლიერება შეიძლება განიხილოს, თუ არის ნაწილობრივი გაუმჯობესება პირველი რიგის ფარმაკოთერაპიით, იმის გათვალისწინებით, რომ მტკიცებულებები მიუთითებს ორივეს გამოყენების სინერგიულ ეფექტზე.[116] [156] [115] მედიკამენტებიდან CBT-ზე გადასვლა შეიძლება იყოს გონივრული ვარიანტი, რომელიც უნდა განიხილებოდეს საშუალო და ზომიერი დეპრესიისთვის, მაგალითად, თუ პაციენტი ამას გამოხატავს როგორც უპირატესობას და შეუძლია CBT-ზე წვდომა.[156]

» დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT), პრობლემის გადაჭრის

მწვავე

თერაპია (PST), ქცევითი აქტივაცია და ბიბლიოთერაპია. IPT მოითხოვს პაციენტს ჰქონდეს ფსიქოლოგიური გამჭრიახობა და ერთგული იყოს გრძელვადიანი თერაპიის მიმართ.[159] როგორც CBT, ისე IPT სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160] PST ყურადღებას ამახვილებს პრობლემების გადაჭრის დამოკიდებულებების და უნარ-ჩვევების ადაპტაციურ ტრენინგზე.[161] [162] [163] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პარამეტრებში.[164]

» ქცევითი აქტივაცია არის კოგნიტური ქცევითი თერაპიის ნაკლებად ინტელექტუალური, უფრო ქცევითი ალტერნატივა. იგი აქტიურად უწყობს ხელს ფუნქციონირების დაბრუნებას და აქვს უპირატესობა, რომ ამისთვის არ არის საჭირო ექიმის დონის სპეციალისტი. Cochrane-ის მიმოხილვამ დაადგინა, რომ ის თანაბრად ეფექტურია CBT-სთან შედარებით დეპრესიის მქონე მოზრდილებისთვის,თუმცა არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით დაბალი მტკიცებულებით.[165]

» ბიბლიოთერაპია, კითხვით თვითდახმარების პროგრამა, შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი სარგებელი ზოგიერთი პაციენტისთვის.[166]

მსუბუქი დეპრესია, არა ორსული: დაბალიდან საშუალომდე სიმძიმის სიმპტომები, ნაწილობრივი გაუარესება, ფსიქოზური სიმპტომების არარსებობა, სუიციდური იდეების არარსებობა, ან ფსიქომოტორული ჩამორჩენის ან აგზნების არარსებობა

1-ლი განიხილეთ ანტიდეპრესანტი პირველადი პარამეტრები

» ციტალოპრამი: 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 40 მგ/დღეში

ან

» ესციტალოპრამი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

მწვავე

» ფლოქსეტინი: 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 80 მგ/დღეში; დოზები >20 მგ/დღეში შეიძლება მიეცეს 2 დაყოფილ დოზად
დაგვიანებული გამოთავისუფლების, კვირაში ერთხელ ფორმულა ხელმისაწვდომია შემანარჩუნებელი თერაპიისთვის.

ან

» პაროქსეტინი: 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში; 25 მგ პერორალურად (კონტროლირებადი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 62.5 მგ/დღეში

ან

» სერტრალინი: 50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200 მგ/დღეში

ან

» დესვენლაფაქსინი: 50 მგ/დღეში პერორალურად ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ/დღეში; დოზებმა >50 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» დულოქსეტინი: 40-60 მგ/დღეში პერორალურად დასაწყისში 1-2 დაყოფილი დოზით, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში; დოზებმა >60 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» ლევომილნაციპრანი: 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში 2 დღის განმავლობაში, დღეში ერთხელ 40 მგ-მდე გაზრდით, შემდეგ თანდათანობით

მწვავე

გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში

ან

» **ვენლაფაქსინი:** 75 მგ/დღეში პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) 2-3 დაყოფილი დოზით დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში; 75 მგ პერორალურად (გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში

ან

» **ბუპროპიონი:** 100 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) დღეში ორჯერ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში, 2-3 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (შენელებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ დღეში, 2 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში

ან

» **მირტაპაინი:** 15 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 45 მგ/დღეში

ან

» **ვილაზოდონი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, გაზარდეთ დოზა მედიკამენტზე რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმ 40 მგ/დღეში

ან

» **ვორტიოქსეტინი:** 5-10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

მწვავე

მეორეული ვარიანტები

» აგომელატინი: 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში

ან

» რებოქსეტინი: 4 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 12 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის ანტიდეპრესანტების რუტინული გამოყენება კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგა მსუბუქ შემთხვევებში ეფექტურობის სუსტი მტკიცებულებების საფუძველზე.[139] ზოგიერთი მკურნალობის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს არაფარმაკოლოგიურ მკურნალობას (CBT), როგორც პირველი რიგის მკურნალობას მსუბუქი დეპრესიის მქონე ადამიანებისთვის.[156] [157] შემდგომმა ანალიზებმა არ გამოავლინა ნათელი დასკვნა, რომ მსუბუქი დეპრესია ნაკლებად რეაგირებს ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, ვიდრე მძიმე დეპრესია.[195] [196] ამიტომ, კლინიცისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ პაციენტის უპირატესობით ან სხვა პაციენტისთვის სპეციფიკური ფაქტორებით, რათა გადაწყვიტონ, შესთავაზონ თუ არა ფარმაკოთერაპია მსუბუქი დეპრესიისთვის.

» მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიისთვის მკურნალობა ჩვეულებრივ გულისხმობს კოგნიტურ ქცევით თერაპიას ან ანტიდეპრესანტს.[167] ზოგიერთ პაციენტში შეიძლება სასურველი იყოს ანტიდეპრესანტი, რადგან მას შეუძლია უფრო სწრაფი რეაგირება შესთავაზოს, ვიდრე თვითდახმარება ან თსიქოთერაპია.

» ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტები მოიცავს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიურ ინჰიბიტორებს (SSRIs) (მაგ., ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი), სეროტონინი-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) (მაგ., ბუპროპიონი,

მწვავე

მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი, რებოქსეტინი და აგომელატინი).

» ყველაზე ხშირად დანიშნული ანტიდეპრესანტები, SSRI და SNRI, გვთავაზობენ პასუხების ანალოგიურ მაჩვენებლებს და შეიძლება გამოყენებულ იქნას პირველი რიგის მონოთერაპიის სახით მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის დროს.[293] ანტიდეპრესანტებს შორის უსაფრთხოების ან ეფექტურობის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ გამოვლენილა[117] [118] პრეპარატის არჩევანი უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის პრეფერენციებს, ტოლერანტობას, უსაფრთხოებას დოზის გადაჭარბებისას, სხვა ფსიქიატრიული დაავადების არსებობას და პაციენტში ეფექტურობის წარსულ მტკიცებულებებს.[119] ერთი მეტა-ანალიზი მოხსენებული იყო სხვადასხვა ანტიდეპრესანტების თავდაპირველი ეფექტურობისა და მისაღებობის შესახებ, რომლებიც შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის შერჩევის ნაწილად.[114] კიდევ ერთმა მეტა-ანალიზმა აღმოაჩინა ესციტალოპრამი ყველაზე ეფექტური SSRI-ებს შორის.[120] ცალკეული პაციენტის მონაცემების კიდევ ერთმა მეტა-ანალიზმა ძირითადი დეპრესიის მწვავე ფაზის მკურნალობის 15 კონტროლირებადი ცდებიდან დაასკვნა, რომ მირტაზაპინი შეიძლება იყოს უფრო სწრაფად ეფექტური ანტიდეპრესანტი, ვიდრე SSRI.[121]

» ანტიდეპრესანტის დოზის განსაზღვრა ცნობილი საშიშრე დოზის დიაპაზონის საფუძველზე. მეორე თაობის რამდენიმე ხშირად გამოყენებული ანტიდეპრესანტისთვის (SSRIs, ვენლაფაქსინი და მირტაზაპინი) რეკომენდებული დიაპაზონის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ პოპულაციაში დოზასა და მიზნობრივი ეფექტურობას შორის კორელაცია სწორდება ან მცირდება დაახლოებით შუა წერტილში, ნაწილობრივ უფრო მაღალი დოზების მიღებისას შემცირებული ტოლერანტობის გამო.[122] მაღალი დოზით SSRI მკურნალობა დეპრესიისთვის პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტერულნი არიან საშუალო დოზის მკურნალობაზე, არ არის მხარდაჭერილი და არ არის რეკომენდებული.[123] [124] [125]

» დეპრესიის და დაუდგენელი ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონე პაციენტები შეიძლება განუვითარდეთ ამკარა მანიაა, თუ ისინი მიიღებენ ანტიდეპრესანტებს. შეეკითხეთ პაციენტებს მანიაკალური ეპიზოდების ადრე არსებულ ანამნეზზე (მაგ., დღეების ან კვირების ხანგრძლივობის პერიოდები, რომლებიც

მწვავე

აღსანიშნავი იყო უჩვეულოდ მაღალი ენერჯით, ეიფორიით, უძილობით, ჰიპერაქტიურობით, ან გაუარესებული განსჯით) ანტიდეპრესანტული თერაპიის დაწყებამდე.

» კომბინირებული ფსიქოთერაპია და მედიკამენტი არ სთავაზობს ამ ჯგუფში რაიმე თვალსაჩინო მოკლევადიან უპირატესობას. თუმცა, გახანგრძლივებული ფსიქოთერაპია ანტიდეპრესანტული მკურნალობით - ეფექტური ვარიანტია, როდესაც გრძელდება მკურნალობის როგორც მწვავე, ისე მიმდინარე ფაზაში.[115]

» მიუხედავად იმისა, რომ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საბოლოო შედეგი არის სუიციდური აზრების მნიშვნელოვანი შემცირება, არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს სუიციდური ქცევის ზრდაზე მკურნალობის პირველ კვირებში, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და მათ შორის, ვინც ღებულობს შედარებით მაღალ საწყისი დოზებს.[112] [126] [127] [128] ზოგიერთი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ თინეიჯერები და ახალგაზრდები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების აზრების ზრდას.[129] [130] თუმცა, ეს ასოციაცია სულაც არ არის მიზეზობრივი და შესაძლოა განპირობებული იყოს ხელშემწყობი ფაქტორებით[131] ერთი დიდი მეტა-ანალიზის შედეგები ვარაუდობს, რომ 25 წლამდე ასაკის მოზრდილებში სუიციდური განვითარების რისკი შეიძლება გაიზარდოს მკურნალობის მე-3-დან მე-6 კვირაში (მაგრამ არა 1-2 კვირაში). უფრო გვიან, ვიდრე სხვა კვლევებით იყო შემოთავაზებული.[132]

» სიფრთხილე უნდა იქნას გამოყენებული 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში პრეპარატის დანიშნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, კლინიცისტებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და ნელი ტიტრაციით და იცოდეთ სხვა წამლებთან შესაძლო ურთიერთქმედების შესახებ; თუმცა, ბევრ ხანდაზმულს საბოლოოდ დასჭირდება ანტიდეპრესანტების იგივე დოზები, რომლებიც გამოიყენება დეპრესიის მქონე ახალგაზრდებისთვის.[63]

» პაციენტებს უტარდებათ მეთვალყურეობა თერაპიის დაწყებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ყოველთვიურად მომდევნო 12 კვირის განმავლობაში. თუ

მწვავე

სისტემატური შეფასება გირჩევნიათ, გამოიყენოთ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების შესაფასებლად. პაციენტებში, რომლებიც განიცდიან ნაწილობრივ პასუხს 2-დან 4 კვირის შემდეგ, ანტიდეპრესანტის დოზა უნდა იყოს ტიტრირებული მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. პაციენტებმა შეიძლება დაიწყონ პასუხის გამოვლენა მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 1-2 კვირის განმავლობაში; თუმცა, მათი ერთი მესუთელი, ვინც ადრე არ უპასუხა, შეიძლება დაიწყოს პასუხი მე-5 კვირის შემდეგ.[133] წარმატებული ანტიდეპრესანტული თერაპია ყველა სიმპტომის რემისიის წერტილამდე შეიძლება დასჭირდეს 6-დან 8 კვირამდე. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.

» სიმპტომების რემისიის შემდეგ მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების წინა კურსზე. მკურნალობის შედეგების შესახებ მონაცემები მკურნალობის საწყისი კვირების მიღმა შეზღუდულია, თუმცა ერთი სისტემატური მიმოხილვა ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით სტაბილურია მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში მაინც.[134] ზოგადად, როგორც ჩანს, რეციდივის რისკი შემცირებულია, როდესაც ანტიდეპრესანტები გრძელდება 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.[135] [136] [137] [138] გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137]

» თუ საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა, ნელა შეამცირეთ დოზა, რათა შემცირდეს მოხსნის უსიამოვნო სიმპტომების რისკი; ამას შეიძლება რამდენიმე თვე დასჭირდეს პაციენტისთვის მისაღები ტემპით. გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანების გამოცდილება მოხსნის სიმპტომების შესახებ შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მსუბუქი და გარდამავალიდან უფრო ხანგრძლივ და უფრო მძიმემდე. მჭიდროდ დააკვირდით პაციენტს, რათა დარწმუნდეთ, რომ მოხსნის ნებისმიერი ამკარა გამოვლენილი სიმპტომი ფაქტობრივად არ წარმოადგენს მათი დეპრესიის რეციდივას.[139]

1-ლი ფსიქოთერაპია

» ფსიქოთერაპია ასევე ითვლება პირველი ხაზის ვარიანტად მსუბუქიდან ზომიერამდე დეპრესიაში. როგორც ჩანს, ფსიქოთერაპია

მწვავე

დადებით გავლენას ახდენს დეპრესიის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე, დეპრესიული სიმპტომების სიმძიმის გაზომვადი შემცირების გარდა.[197] ფსიქოთერაპიით ნამკურნალები მსუბუქი დეპრესია შეიძლება ნაკლები ალბათობით გადაიზარდოს მძიმე დეპრესიაში.[198]

» კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ნაჩვენებია, რომ უფრო ეფექტურია ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] ეტაპობრივი მკურნალობის კვლევები ცხადყოფს, რომ CBT შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის / გამეორებების რისკს, როგორც მინიმუმი და, ალბათ, უკეთ, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებლი CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155]

» დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT), პრობლემის გადაჭრის თერაპია (PST), ქცევითი აქტივაცია და ბიბლიოთერაპია. IPT მოითხოვს პაციენტს ჰქონდეს ფსიქოლოგიური გამჭრიახობა და ერთგული იყოს გრძელვადიანი თერაპიის მიმართ.[159] როგორც CBT, ასევე IPT-ის სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160] PST ყურადღებას ამახვილებს ტრენინგზე ადაპტური პრობლემის გადაჭრის დამოკიდებულებებისა და უნარების შესახებ.[161] [162] [163] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პირობებში.[164]

1-ლი მხარდამჭერი ინტერვენციები

» ზოგიერთი პაციენტისთვის, რომლებსაც აქვთ უფრო მსუბუქი სიმპტომები, ამ სიმპტომების დარღვევის ან დისტრესის

მწვავე

ხარისხი შეიძლება არ აღემატებოდეს იმ სტიგმას, რომელსაც პაციენტები ანიჭებენ ფსიქიატრიული მკურნალობის რაიმე ფორმის მიღებას; ამ პაციენტებში სიმპტომების მართვაზე ფოკუსირება შეიძლება იყოს ოპტიმალური სტრატეგია.[200] პოპულარულია თვითდახმარების წიგნები და ბიბლიოთერაპიამ მეტი ეფექტურობა აჩვენა, ვიდრე მკურნალობის არარსებობამ.[201] კოგნიტიურმა ბიბლიოთერაპიამ ფსიქოთერაპიის მსგავსი შედეგები აჩვენა.[202]

» იოგას ინტერვენციებს შეიძლება სასარგებლო ეფექტი ჰქონდეს დეპრესიულ აშლილობებზე, მაგრამ არსებობს მნიშვნელოვანი გასხვავებები ინტერვენციების, ანგარიშების და მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით.[203] [204]

» სხვა დამხმარე ინტერვენციები მოიცავს რელაქსაციის ტრენინგს, სინათლით თერაპიას, ფიზიკურ ვარჯიშს, ტაი-დის და აკუპუნქტურას.[171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] დეპრესიის მქონე პაციენტებში, უფრო მაღალი დოზებით ვარჯიშის ჯგუფში დაფიქსირდა რემისიის უფრო მაღალი სიხშირე, პლუს სეროტონინის ნორადრენალინის უკუმითაცების ინჰიბიტორებით მკურნალობის გაგრძელება დაბალი დოზით ვარჯიშთან და სეროტონინის უკუმითაცების შერჩევითი ინჰიბიტორებთან შედარებით.[181] პირიქით, ვარჯიშის შეწყვეტამ შეიძლება გააუარესოს დეპრესიული სიმპტომები.[205] [206]

» მიეცით რჩევა იმის შესახებ, თუ რა აქტივობებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს კეთილდღეობას. პაციენტებს ურჩიეთ ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვა; მაგალითად, მოერიდეთ ჭარბ სასმელს, იკვებეთ ჯანსაღად, იძინეთ საკმარისი რაოდენობით და რეგულარულად ივარჯიშეთ.[157]

1-ლი კომპიუტერზე დაფუძნებული ინტერვენციები

» პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ წვდომა ან ახერხებენ ან დაგეგმონ ინდივიდუალური ან ჯგუფური პირისპირ კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT), არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს კომპიუტერზე დაფუძნებული CBT-ს გამოყენებას.[186] [187] [188] [189] [190] [191] [211] [212] [214] ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს კომპიუტერზე დაფუძნებული პრობლემის გადაჭრის თერაპიის და სტრესის მართვის ეფექტურობას.[192] [193] [194] თუმცა, ხშირია გამოსვლის მაღალი ხარისხი.

მწვავე

მე-2 ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა

» თუ პირველი ხაზის თერაპიაზე რეაქცია არაადეკვატურია, განიხილეთ ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე გადასვლა.[215] [216] შეცვლა შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ მოხდა მკურნალობის დანყებიდან პირველი 2 კვირის განმავლობაში.[217] [218] ამასთან, ადრეული რეაგირება შეიძლება იყოს, მაგრამ არ არის აუცილებელად უწყვეტი რეაგირების საიმედო მაჩვენებელი.[219] [220] გააგრძელეთ მკურნალობა, თუ გაუმჯობესება შეინიშნება მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე, მაგრამ არ გააგრძელოთ პრეპარატი, რომელიც არ მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ დადებითი დინამიკა ფლუოქსეტინით მკურნალობით, ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ დადებით რეაქციაზე გადასვლის ალბათობა მცირდებოდა, რაც უფრო დიდხანს რჩებოდნენ პაციენტები გაუმჯობესების გარეშე[221]

» ანტიდეპრესანტებს შორის გადასვლა კლასში შეიძლება განიხილებოდეს თავდაპირველად (მაგ., სეროტონინის უკუმიტაცების ერთი შერჩევითი ინჰიბიტორიდან (SSRI) სხვა SSRI-ზე).[119] შემდეგ განიხილეთ მედიკამენტების კლასის ცვლილება; მაგალითად, თუ პაციენტი იმყოფებოდა SSRI-ზე, მაშინ განიხილეთ სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი [SNRI].[119] თუ მკურნალობა შეუძლებელია გვერდითი ეფექტების გამო, ხელახლა სცადეთ ნაკლები ან განსხვავებული გვერდითი ეფექტების მქონე აგენტი. თუ აგენტი შეიცვალა, განაახლეთ ყოველკვირეული დაკვირვება, სანამ პასუხი არ გამოჩნდება.

» სიფრთხილეა საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შეწყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო. იხილეთ სეროტონინის სინდრომი .

» უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკურ თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობიანობა და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაინყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა;

მართვა

მწვავე

ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დაწყებამდე ლოდიის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ ნახევარდაშლის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებული მედიკამენტთან, რომელთანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამორეცხვის პერიოდებთან დაკავშირებით, ხელმისაწვდომია და უნდა გაეცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიძლიანების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი ადრე არსებული გამეორებების და რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

» თუ არაადეკვატური პასუხია ორი (ან მეტი) სრული დოზით და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტზე, პაციენტის დეპრესია შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის რეზისტენტულად ან რეფრაქტერულად და იმსახურებს უფრო კომპლექსურ მიდგომას.

მე-3

კრაზანა

» კრაზანა არის მცენარე, რომელიც მიიჩნევა, რომ მოქმედებს სეროტონინის უკუმიტაციების ინჰიბირებით ან უჭრედების ზედაპირის სეროტონინის რეცეპტორების შემცირებით.



მწვავე

» ის ეფექტურად ითვლება მსუბუქიდან ზომიერამდე დეპრესიაში.[207] [208] [Evidence C] [Evidence C] ასევე შეიძლება მისი გამოყენება ალტერნატიული თერაპიის სახით (მხოლოდ როგორც მონოთერაპია), თუ არ არის რეაქცია პირველი და მეორე რიგის მკურნალობაზე.

» აქვს უსაფრთხოების საიმედო პროფილი; თუმცა, მრავალრიცხოვანი მოხსენებები მიუთითებს მედიკამენტის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედების შესაძლებლობის შესახებ, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნას მედიკამენტის დანიშვამდე.[209] [210]

» არ უნდა დაინიშნოს სხვა ანტიდეპრესანტებთან ერთად სეროტონინის სინდრომის რისკის გამო.

» პრეპარატების ფორმები შეიძლება განსხვავდებოდეს; ნახეთ ლიტერატურა პროდუქტის შესახებ დოზირებასთან დაკავშირებით მითითებისთვის.

მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული/რეტორაქტორული დეპრესია

1-ლი

ხელახლა შეაფასეთ და გადადით ალტერნატიულ ანტიდეპრესანტზე ან სცადეთ კომბინირებული თერაპია

პირველადი პარამეტრები

» ციტალოპრამი: 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 40 მგ/დღეში

ან

» ესციტალოპრამი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

» ფლუოქსეტინი: 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლება) ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 80 მგ/დღეში; დოზები >20 მგ/დღეში შეიძლება მიეცეს 2 დაყოფილ დოზად
დაგვიანებული გამოთავისუფლების, კვირაში ერთხელ ფორმულა ხელმისაწვდომია შემანარჩუნებელი თერაპიისთვის.

მწვავე

ან

» **პაროქსეტინი:** 20 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში; 25 მგ პერორალურად (კონტროლირებადი გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 62.5 მგ/დღეში

ან

» **სერტრალინი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200 მგ/დღეში

ან

» **დესვენლაფაქსინი:** 50 მგ/დღეში პერორალურად ერთხელ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ/დღეში; დოზებმა >50 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» **დულოქსეტინი:** 40-60 მგ/დღეში პერორალურად დასაწყისში 1-2 დაყოფილი დოზით, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში; დოზებმა >60 მგ/დღეში არ აჩვენა დამატებითი სარგებელი

ან

» **ლევომილნაცპრანი:** 20 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში 2 დღის განმავლობაში, დღეში ერთხელ 40 მგ-მდე გაზრდით, შემდეგ თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 120 მგ/დღეში

ან

» **ვენლაფაქსინი:** 75 მგ/დღეში პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) 2-3 დაყოფილი დოზით დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში; 75 მგ პერორალურად (ვახანგრძლივებული

მწვავე

გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ, დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 225 მგ/დღეში

ან

» **ბუპროპიონი:** 100 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) დღეში ორჯერ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში, 2-3 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (შენელებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 400 მგ დღეში, 2 დაყოფილი დოზით; 150 მგ პერორალურად (გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება) დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 450 მგ/დღეში

ან

» **მირტაპინი:** 15 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 45 მგ/დღეში

ან

» **ვილაზოდონი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, გაზარდეთ დოზა მედიკამენტზე რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმ 40 მგ/დღეში

ან

» **ვორტიოქსეტინი:** 5-10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 20 მგ/დღეში

ან

» **ამიტრიპტილინი:** 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ ძილის წინ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 150-300 მგ/დღეში (შეიძლება დაყოფილი დოზებით)

ან

მწვავე

» **დესიპრამინი:** 50-75 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ ძილის წინ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 200-300 მგ/დღეში (შეიძლება დაყოფილი დოზებით)

ან

» **დოქსეპინი:** 25-75 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ ძილის წინ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 150-300 მგ/დღეში (შეიძლება დაყოფილი დოზებით)

ან

» **იმიპრამინი:** 25-75 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ ძილის წინ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 150-300 მგ/დღეში (შეიძლება დაყოფილი დოზებით)

ან

» **ნორტიპტილინი:** 25-50 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ ძილის წინ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 150 მგ/დღეში (შეიძლება დაყოფილი დოზებით)

მეორეული ვარიანტები

» **აგომელათინი:** 25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 50 მგ/დღეში

ან

» **რებოქსეტინი:** 4 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, დოზის თანდათანობით გაზრდით რეაგირების მიხედვით, მაქსიმუმი 12 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» დეპრესიის მქონე პაციენტთა უმეტესობა არ აღწევს სრულ რემისიას პირველი ანტიდეპრესანტული ცდის შემდეგ, მაგრამ მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი უასუხობს მეორე ან მესამე ანტიდეპრესანტს.[216] ტერმინები

მწვავე

"მკურნალობისადმი რეფრაქტორული" ან "მკურნალობისადმი რეზისტენტული" დეპრესია გამოიყენება სხვადასხვაგვარად და გარკვეულწილად არათანმიმდევრულად, დეპრესიული დაავადების აღსანიშნავად, რომელიც არ გაქრა ადექვატური დოზით და ხანგრძლივობის ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ორი კურსის შემდეგ. [222] [223] შემოთავაზებულია ალტერნატიული ტერმინი, რომელიც ნაკლებად ხაზს უსვამს რემისიის ან არარემისიის ორობით პასუხს და უფრო მეტად ნაწილობრივი, ან არათანმიმდევრული, მკურნალობის პასუხის საერთო სცენარს: „რთულად განკურნებადი დეპრესია“. [224] ტერმინოლოგიის მიუხედავად, გაიდლაინები, როგორც წესი, რეკომენდაციას უწევენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს მიმართონ სპეციალისტს ორი წარუმატებელი მკურნალობის ჩარევის შემდეგ, სადაც ეს შესაძლებელია. [225] [226] თანმხლები სამედიცინო მდგომარეობები და ფსიქოსოციალური ფაქტორები, როგორცაა ტემპერამენტული დაუცველობა, ქცევის სქემები და ცხოვრებისეული გარემოებები, შეიძლება ყველამ გაართულოს დეპრესიის მკურნალობა.

» ხელახალი შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს მკურნალობის აშკარად წარუმატებელი კურსის შემდეგ, რადგან დეპრესიის ზოგიერთი ნარჩენი სიმპტომი (მაგ. სოციალური აცილება, ძილის/ღვიძილის შეცვლა, უიმედობის გრძნობა) შეიძლება ასახავდეს დეპრესიასთან ქცევით ადაპტაციას და არა თავად დაავადებას. ასეთ შემთხვევებში სიმპტომები საუკეთესოდ შეიძლება გაუმჯობესდეს ქცევითი ჩარევის ან ფსიქოთერაპიის მეშვეობით, ვიდრე ახალი მედიკამენტების ცდა. წყვეტილი, ხანმოკლე შემდგომი კონტროლის ვიზიტებისას ასევე აღვილია განწყობის ციკლის გამორჩენა, რომელსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სესიებს შორის, რაც მიუთითებს ბიპოლარული სპექტრის აშლილობაზე და არა წმინდა დიდ დეპრესიაზე. განიხილეთ განმეორებითი დიაგნოსტიკური შეფასება ან დაადგინეთ, იყო თუ არა პრობლემები მკურნალობის დაცვათთან დაკავშირებით, ან ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ნივთიერების ბოროტად გამოყენება, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები ან სამედიცინო მდგომარეობამ შეიძლება ხელი შეუშალოს მკურნალობას.

» სიმპტომების რემისია ყოველთვის არ იწვევს ფუნქციის სრულ და მყისიერ აღდგენას – რაც შეიძლება აღმოჩნდეს მკურნალობის წარუმატებლობა, პირიქით, წარმატებული მკურნალობისას ნაწილობრივი გამოჯანმრთელების მდგომარეობაა. ხშირია

მართვა

მწვავე

კოგნიტური დეფიციტი სიმპტომების რემისიის შემდეგ.[228] ეს შეიძლება მოითხოვოს მონიტორინგს და, საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტმა შეიძლება ისარგებლოს იმით, რომ შემდგომი გაუმჯობესება შეიძლება შეინიშნოს დროთა განმავლობაში.

» თუ დავუშვებთ, რომ დიდი დეპრესიული აშლილობა ყველაზე მნიშვნელოვან კლინიკურ პრობლემად რჩება, ანტიდეპრესანტით მკურნალობისადმი რეზისტენტული/რეფრაქტორული დეპრესიისთვის ალტერნატიული ვარიანტები მოიცავს მონოთერაპიას მესამე (ან მეოთხე ან მეხუთე) სელექტიური სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორით (SSRI), სეროტონინი ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორით (SNRI), ან ატიპური აგენტი (მაგ., ბუპროპიონი, მირტაზაპინი, ვილაზოდონი, ვორტიოქსეტინი, რებოქსეტინი და აგომელატინი). ანტიდეპრესანტების შეცვლის პროცესი თუ განხორციელდა, იძლევა შესაძლებლობას კომბინირებული ანტიდეპრესანტული თერაპიისთვის (ანუ SSRI ან SNRI პლუს ბუპროპიონი ან მირტაზაპინი) ერთიდან მეორეზე გადასვლისას. თუმცა, არსებობს მცირე მონაცემები ანტიდეპრესანტების კომბინაციების ეფექტურობის მხარდასაჭერად.[230] [231] [232] [233] მიუხედავად ამისა, სპეციალისტმა შეიძლება დანიშნოს ორი (ან იმეიათ შემთხვევებში მეტი) ანტიდეპრესანტი, როგორც გვერდითი ეფექტების ოპტიმალური გამოყენების საშუალება (მაგ., მირტაზაპინის დამატება SNRI-ში ძილის გასაადვილებლად, ან ბუპროპიონი SSRI-სთვის სექსუალური ფუნქციის გასაუმჯობესებლად.). არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ ერთი ან მეტი ანტიდეპრესანტის წარმატებლობა არ გამოირიყხავს შემდგომ წარმატებას.[215] [216] მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადი წესია ანტიდეპრესანტების მიცემა მინიმუმ 6-დან 8 კვირამდე, თუ პირველი 2 კვირის განმავლობაში საერთოდ არ არის გაუმჯობესება, შეცვლა ამ ეტაპზე შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს.[218]

» მესამე (ან მეოთხე ან მეხუთე) მედიკამენტის არჩევისას ამ მედიკამენტზე გადასასვლელად, გაითვალისწინეთ არა მხოლოდ სხვა SSRI, SNRI, ან ატიპური აგენტი, არამედ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA) (მაგ., ამიტრიპტილინი, დეზიპრამინი, დოქსეპინი, იმიპრამინი ან ნორტრიპტილინი). ისტორიულად, პირველი რიგის თერაპიულად დეპრესიისთვის, TCA-ბი გარკვეულწილად დაკარგა პოპულარობა უარყოფითი ეფექტების, თანდათანობით დოზირების გაზრდის საჭიროების და დოზის გადაჭარბებისას მათი პოტენციური ლეტალობის



მწვავე

გამო. თუმცა, ისინი ეფექტური და სასარგებლო რჩევა მრავალი პაციენტისთვის. TCA ღობირება სისხლის თერაპიული მონიტორინგის შესაბამისად. TCA-ების უმეტესობისთვის არის მინიმალური თერაპიული დონე; ნორტრიპტილინისთვის, ცალსახად, არსებობს თერაპიული ფანჯარა, რომელიც განსაზღვრავს ეფექტურ დონეებს.

» სიფრთხილე უნდა იქნას გამოყენებული 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში პრეპარატის დანიშნვისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში თანმხლები მედიკამენტების გაზრდილი გამოყენების გამო. როგორც წესი, ექიმებმა უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და თანდათან გაზარდონ.[63]

» სიფრთხილეა საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შეწყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო. უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკურ თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობელობა და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაიწყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა; ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დანერგვამდე ლოდინის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ გამოდევნის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებული მედიკამენტთან, რომელთანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამოყოფის პერიოდებთან დაკავშირებით,

მწვავე

ხელმისაწვდომია და უნდა გავცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიღლაინების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდებრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი ადრე არსებული გამეორებების და რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდებრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

დამატებით განიხილეთ თერაპიის გაძლიერება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლითიუმი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» **არიპიპრაზოლი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» **ოლანზაპინი/ფლუოქსეტინი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» **ბრექსპიპრაზოლი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

ან

» **კარიპრაზინი:** დაუკავშირდით სპეციალისტს დოზირებასთან დაკავშირებით.

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაცნაით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს



მწვავე

სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» პაციენტებში, რომლებმაც არ უპასუხეს ჩვეულებრივ ანტიდეპრესანტებს, ლითიუმის გაზრდა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომაა.[237] ლითიუმის აუგმენტაცია ინიცირებულია ფსიქიატრის მიერ მისი ვინრო თერაპიული ინდექსის და უნებლიე ტოქსიკურობის რისკის გამო გადაჭარბებული დოზირებისა და წამლის ურთიერთქმედების გამო. ზოგიერთი ანტიფსიქოზური აგენტი გაძლიერებამ შეიძლება გააუმჯობესოს შედეგები.[238] [239] [294] თუმცა, ერთმა კოჰორტულმა კვლევამ მოიხსენია ზოგადად სიკვდილიანობის გაზრდილი რისკი, რომელიც დაკავშირებულია ანტიფსიქოტიკის დამატებასთან მეორე ანტიდეპრესანტის დამატებით.[240] გაურკვეველია არის თუ არა ეს ანტიფსიქოტიკის ფარმაკოლოგიური ეფექტი თუ ასახავს იმის ალბათობას, რომ ანტიფსიქოტიკები ინიშნება პაციენტებისთვის, რომლებიც სხვა მიზეზების გამო არიან სიკვდილიანობის მაღალი რისკის ქვეშ. ამ პოტენციური რისკის გამო, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დამატება მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიისთვის, ჩვეულებრივ, უნდა იყოს ფსიქიატრის მეთვალყურეობის ქვეშ, რომელსაც შეუძლია განსაზღვროს ამ ვარიანტის კლინიკური საჭიროება სხვა სტრატეგიებთან შედარებით.

» ხელმისაწვდომი მტკიცებულებები ხელს უწყობს დამატებითი ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოკლევადიანი და არა გრძელვადიანი გამოყენების ეფექტურობას.[241] ხანგრძლივი გამოყენებისას პაციენტებს ახასიათებთ საერთო ანტიფსიქოზური გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა წონის მომატება, აკათიზია და იშვიათად გვიანი დისკინეზია. ეს შეშფოთება ასევე ეხება ახალ აგენტებს, როგორიცაა ბრექსპიპრაზოლი, რომლებიც სტრუქტურულად მსგავსია ანტიფსიქოტიკების, მაგრამ მონიშნულია სპეციალურად სამკურნალოდ რეზისტენტული დეპრესიის დროს გამოყენებლად. მიუხედავად იმისა, რომ პრეპარატი ითვლება ეფექტურად (კვლევების მცირე რაოდენობაში), მისი გვერდითი ეფექტები მსგავსია სხვა ანტიფსიქოზური საშუალებების გვერდითი ეფექტებისა, ამიტომ მნიშვნელოვანია განიხილოს, აღემატება თუ არა სარგებელი რისკს ფსიქოზის გარეშე ადამიანებში.[242] [243] [244] [245] [246]

» სპეციალისტების მიერ გამოყენებული სხვა სტრატეგიები მოიცავს ფარისებრი ჯირკვლის

მწვავე

- ჰორმონს, მოდაფინილს, კეტამინს და პინდოლოლს.[247] [248] [249]
- დამატებით ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

 - » შეამონმეთ და დარწმუნდით, რომ პაციენტმა დაიწყო ფსიქოთერაპია, თუ მრავალი ფარმაკოლოგიური აგენტი წარუმატებელი აღმოჩნდა; კერძოდ, კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ეფექტურია მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად ხანგრძლივი შედეგებით (მინიმუმ 1 წლამდე).[250]
 - » ნაჩვენებია, რომ ფსიქოთერაპია ეფექტური და ეკონომიურია დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად.[144] [145] ფსიქოთერაპია ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფარმაკოთერაპია და ამცირებს რეციდივის რისკს, როდესაც დამატება ფარმაკოთერაპიას.[146] [147] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]
 - » CBT აჩვენა უფრო დიდი ეფექტურობა, ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] ეტაპობრივი მკურნალობის კვლევები ცხადყოფს, რომ CBT შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების თაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის / გამეორებების რისკს, როგორც მინიმუმი და, ალბათ, უკეთ, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებლი CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155]
 - » დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT), პრობლემის გადაჭრის თერაპია (PST), ქცევითი აქტივაცია და ბიბლიოთერაპია. IPT მოითხოვს პაციენტს

მართვა

მწვავე

ჰქონდეს ფსიქოლოგიური გამჭრიახობა და ერთგული იყოს გრძელვადიანი თერაპიის მიმართ.[159] როგორც CBT, ისე IPT სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160] PST ყურადღებას ამახვილებს პრობლემების გადაჭრის დამოკიდებულებების და უნარ-ჩვევების ადაპტაციურ ტრენინგზე.[161] [162] [163] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პარამეტრებში.[164]

» ქცევითი აქტივაცია არის კოგნიტური ქცევითი თერაპიის ნაკლებად ინტელექტუალური, უფრო ქცევითი ალტერნატივა. იგი აქტიურად უწყობს ხელს ფუნქციონირების დაბრუნებას და აქვს უპირატესობა, რომ ამისთვის არ არის საჭირო ექიმის დონის სპეციალისტი. Cochrane-ის მიმოხილვამ დაადგინა, რომ ის თანაბრად ეფექტურია CBT-სთან შედარებით დეპრესიის მქონე მოზრდილებისთვის,თუმცა არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით დაბალი მტკიცებულებით.[165]

» ბიბლიოთერაპია, კითხვით თვითდახმარების პროგრამა, შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი სარგებელი ზოგიერთი პაციენტისთვის.[166]

მე-2 მონომინოქსიდაზის ინჰიბიტორი (MAOI)

პირველადი პარამეტრები

» **იზოკარბოქსამიდი:** 1 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდა რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმი 60 მგ/დღეში 2-4 დაყოფილი დოზით

ან

» **ფენელზინი:** 15 მგ პერორალურად სამჯერ დღეში დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდა რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმი 90 მგ/დღეში; დოზის თანდათანობით შემცირება მაქსიმალური სარგებლის მიღწევის შემდეგ 15 მგ-მდე დღეში ერთხელ ან დღევამოშვებით

ან

» **სელეგილინი ტრანსდერმული:** 6 მგ/24 სთ სალბუნი დღეში ერთხელ დასაწყისში, თანდათანობით გაზრდა რეაქციის მიხედვით, მაქსიმუმი 12 მგ/24 სთ

ან

მწვავე

» ტრანილციპრომინი: 30 მგ/დღეში პერორალურად 2-3 დაყოფილი დოზით დასაწყისში, მაქსიმუმი 60 მგ/დღეში

» ჩამოთვლილი სპეციფიკური წამლების რეჟიმები მხოლოდ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სქემების მაგალითებია. გაეცანით ადგილობრივ სახელმძღვანელოებს სხვა მაგალითების და სასურველი ვარიანტების სანახავად.

» იმ შემთხვევებში, როდესაც სხვა არაფერი მუშაობდა და პაციენტს შეუძლია მოითმინოს მიმდინარე ანტიდეპრესანტიდან მოხსნის პერიოდი, მათ გამოყენება შეიძლება (მაგ., იზოკარბოქსაზიდი, ფენელზინი, სელეგლინი, ტრანილციპრომინი) იყოს ცალსახად ეფექტური, მიუხედავად იმისა, რომ ის დაკავშირებულია უფრო მძიმე გვერდითი ეფექტების პროფილთან და რეკომენდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც სხვა ვარიანტები წარუმატებელი აღმოჩნდება.^[234] ^[235] მოხსნის პერიოდი დამოკიდებულია იმ ანტიდეპრესანტის ნახევარგამოყოფის პერიოდზე, რომელსაც პაციენტი ამჟამად იყენებს და შეიძლება იყოს 1-დან 5 კვირამდე. არ გამოიყენოთ MAOI ფსიქიატრთან წინასწარი კონსულტაციის გარეშე.

» MAOI ინჰიბირებს მონოამინოქსიდაზას, რაც იწვევს მონოამინის ნეიროტრანსმიტერების (მაგ., სეროტონინი, ადრენალინი და დოპამინი) მომატებას. MAOI-ს იშვიათად იყენებენ, რადგან მათ აქვს მრავალი მედიკამენტი-მედიკამენტთან და მედიკამენტი-საკვებთან ურთიერთქმედება და არ უნდა გამოიყენებოდეს ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში. ისინი, ჩვეულებრივ, არ გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში და არ უნდა გამოიყენებოდეს ფსიქიატრთან კონსულტაციის გარეშე. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო 65 წელზე უფროსი ასაკის მოზარდებში წამლების დანიშნისას გვერდითი ეფექტების გაზრდილი რისკისა და ამ პოპულაციაში გაზრდილი ერთდროული მედიკამენტების გამოყენების გამო. კლინიკისტებმა, როგორც წესი, უნდა დაიწყონ ყველაზე დაბალი დოზით და ნელი ტიტრაცია და იცოდნენ წამლის პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ.^[63]

» სიფრთხილეა საჭირო ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლის დროს მედიკამენტების ურთიერთქმედების, სეროტონინის სინდრომის, შეწყვეტის სიმპტომების ან რეციდივის რისკის გამო. უსაფრთხო შეცვლისთვის საჭირო ვადა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკურ

მწვავე

თვისებებზე და მათ შორის შესაძლო ურთიერთქმედებებზე, ასევე პაციენტის მახასიათებლებზე, როგორცაა ასაკი, არასასურველი ეფექტების მიმართ მგრძობელობა და ლოდინის შესაძლებლობა, რომ დაიწყოს მკურნალობის ახალი კურსი. ზოგიერთ სიტუაციაში შესაძლებელია ორივე მედიკამენტის მიცემა მოკლე დროის განმავლობაში, როდესაც ხდება შეცვლა; ამასთან, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. სხვა შემთხვევაში, უფრო უსაფრთხოა უფრო კონსერვატიული მიდგომა. ეს გულისხმობს პირველი მედიკამენტის დოზის ნელ-ნელა შემცირებას მის შეწყვეტამდე და შემდეგ მეორე მედიკამენტის დაწყებამდე ლოდინის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (ცნობილია, როგორც გამორეცხვის პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, პირველი მედიკამენტის ხუთი ნახევარგამოყოფის პერიოდია). უფრო ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის პერიოდის მქონე მედიკამენტები (მაგ., ფლუოქსეტინი) საჭიროებს გახანგრძლივებულ გამოდევნის პერიოდებს (მაგ., 5-6 კვირამდე), როდესაც კომბინირებული მედიკამენტთან, რომელთანაც კომბინაცია უკუნაჩვენებია (მაგ., მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორები ფლუოქსეტინთან). სპეციალური რეკომენდაციები ერთი ანტიდეპრესანტიდან მეორეზე გადასვლასთან, ასევე შესაბამის გამოყოფის პერიოდებთან დაკავშირებით, ხელმისაწვდომია და უნდა გაეცნოთ ადგილობრივ სახელმძღვანელო მითითებებს. როდესაც ეჭვი გეპარებათ, ასეთი გაიღლაინების არარსებობის შემთხვევაში, როგორც ზოგადი პრინციპი, ჩაატარეთ წამლის ურთიერთქმედების შემოწმება, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები და შემდეგ „დაიწყეთ დაბალი და იარეთ ნელა“, სანამ უსაფრთხოება არ დადგინდება.

» გააგრძელეთ წარმატებული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა რემისიის შემდეგ 9-დან 12 თვემდე.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ხშირი ადრე არსებული გამეორებების და რეციდივების მქონე პაციენტებს, რომლებიც წარმატებით რეაგირებენ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე, შეიძლება სჭირდებოდეთ განუსაზღვრელი თერაპია.

დამატებით ფსიქოთერაპია და სხვა არა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

მწვავე

» შეამონმეთ და დარწმუნდით, რომ პაციენტმა დაიწყო ფსიქოთერაპია, თუ მრავალი ფარმაკოლოგიური აგენტი წარუმატებელი აღმოჩნდა; კერძოდ, კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) ეფექტურია მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად ხანგრძლივი შედეგებით (მინიმუმ 1 წლამდე).[250]

» ნაჩვენებია, რომ ფსიქოთერაპია ეფექტური და ეკონომიურია დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად.[144] [145] ფსიქოთერაპია ისეთივე ეფექტურია, როგორც ფარმაკოთერაპია და ამცირებს რეციდივის რისკს, როდესაც დაემატება ფარმაკოთერაპიას.[146] [147] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

» CBT აჩვენა უფრო დიდი ეფექტურობა, ვიდრე ფარმაკოლოგიური პლაცებო, მიუხედავად სიმძიმისა.[148] ზოგიერთ კვლევაში CBT-ზე სამკურნალო რეაგირება შედარებულია ანტიდეპრესანტებზე რეაგირებასთან.[149] [Evidence B] ეტაპობრივი მკურნალობის კვლევები ცხადყოფს, რომ CBT შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების თაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის / გამეორებების რისკს, როგორც მინიმუმი და, ალბათ, უკეთ, ვიდრე ანტიდეპრესანტის გაგრძელება.[150] [151] [152] გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებლი CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153] როგორც ჩანს, CBT-ს აქვს მდგრადი ეფექტი, რომელიც ამცირებს შემდგომ რისკს მკურნალობის დასრულების შემდეგ.[154] ასევე აღმოჩნდა, რომ დამხმარე CBT აუმჯობესებს დეპრესიის მკურნალობის შედეგებს პირველადი სამედიცინო დახმარების პირობებში.[155]

» დეპრესიის სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია (IPT), პრობლემის გადაჭრის თერაპია (PST), ქცევითი აქტივაცია და ბიბლიოთერაპია. IPT მოითხოვს პაციენტს ჰქონდეს ფსიქოლოგიური ხედვის უნარი და იყოს ერთგული გრძელვადიანი თერაპიისთვის.[159] როგორც CBT, ისე IPT სიხშირე განისაზღვრება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ. რეაგირების დრო დაახლოებით 12 კვირაა. IPT შეიძლება გააუმჯობესოს ინტერპერსონალური



მწვავე

ფუნქციონირება და ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160] PST ყურადღებას ამახვილებს პრობლემების გადაჭრის დამოკიდებულებების და უნარ-ჩვევების ადაპტაციურ ტრენინგზე.[161] [162] PST-ის შედეგები შედარებულია CBT-ის შედეგებთან პირველადი ჯანდაცვის პარამეტრებში.[164]

» ქცევითი აქტივაცია არის კოგნიტური ქცევითი თერაპიის ნაკლებად ინტელექტუალური, უფრო ქცევითი ალტერნატივა. იგი აქტიურად უწყობს ხელს ფუნქციონირების დაბრუნებას და აქვს უპირატესობა, რომ ამისთვის არ არის საჭირო ექიმის დონის სპეციალისტი. Cochrane-ის მიმოხილვამ დაადგინა, რომ ის თანაბრად ეფექტურია CBT-სთან შედარებით დეპრესიის მქონე მოზრდილებისთვის,თუმცა არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით დაბალი მტკიცებულებით.[165]

» ბიბლიოთერაპია, კითხვით თვითდახმარების პროგრამა, შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი სარგებელი ზოგიერთი პაციენტისთვის.[166]

მე-3 ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)

» ECT შეიძლება იყოს არჩევანის ვარიანტი მათთვის, ვინც არ რეაგირებდა, ან ვერ იტანს ანტიდეპრესანტებს. გარდამავალი ზემოქმედება მენსიურებასა და შემეცნებაზე, რამაც შეიძლება შეამციროს ფუნქციონირება აქტიური მკურნალობის დროს, ECT ნაკლებად სასურველს ხდის უფრო მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის. ECT-ის ეფექტი ჩვეულებრივ გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე კვირა, ამიტომ ფარმაკოთერაპია აუცილებელია მისი ეფექტის შესანარჩუნებლად ან შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით.[111] ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციაში ნაჩვენებია, რომ ლითიუმი ამცირებს ECT-ის შემდგომი რეციდივის რისკს.[251]

» ECT ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, როგორც წესი, კვირაში 2 ან 3-ჯერ, სულ 6-დან 12 პროცედურა. გაუმჯობესება, ჩვეულებრივ, შეიმჩევა რამდენიმე პროცედურის შემდეგ.[19]

» ECT-ით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეფასებულია დაახლოებით 2 სიკვდილობამდე 100000 მკურნალობაზე, რაც ნიშნავს, რომ ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე უსაფრთხო პროცედურა, რომელიც ხორციელდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.[105] [106] საერთო ჯამში, არ არის გაზრდილი სამედიცინო გართულებების რისკი პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ECT-ს, ვიდრე თანაბრად დეპრესიულ პაციენტებში, რომლებიც არ იღებენ ECT-ს.[107] სიკვდილის რისკი შეიძლება გაიზარდოს

მწვავე

კორონარული არტერიის დაავადების მქონე პაციენტებში ინდუცირებული შეტევის დროს იშემიის რისკის თეორიული ზრდის გამო. ხშირია მოკლევადიანი კოგნიტური გვერდითი ეფექტები (მაგ., ამნეზია).[110] პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი აღნიშნავს მესხიერების მუდმივ დაკარგვას ECT-ის შემდეგ.

ორსულები

1-ლი

აქტიური მონიტორინგი და/ან ანტიდეპრესანტული და/ან ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT)

» მსუბუქი ეპიზოდები: როდესაც დედისა და ნაყოფისთვის არანამკურნალევი დეპრესიის რისკი დაბალია, როგორც მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეპრესიის დროს, რისკი/სარგებელი ბალანსი შეიძლება გადაიზარდოს არათერაპიული თერაპიის სასარგებლოდ, როგორც ეს აისახება მკურნალობის რამდენიმე გაიდლაინში მთელს მსოფლიოში.[281]

» ზომიერი და მძიმე ეპიზოდები: ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტების გამოყენების უსაფრთხოების კვლევები უშედეგოდ მინიმალურ რისკს უქმნის ნაყოფს.[252] [253] კონტროლირებადი კვლევებიდან მცირე მტკიცებულება არსებობს.[254] არ არის თანმიმდევრული მონაცემების ნაკლებობა სრულად ინფორმირებული გადწყვეტილებების მხარდასაჭერად.[255] [256] [257] [258] [259] [260] [261] [262] კოჰორტულმა კვლევებმა აჩვენა პრეეკლამსიის, მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის და გესტაციური დიაბეტის რისკის მცირე ზრდა ქალებში, რომლებიც აგრძელებენ ანტიდეპრესანტების მიღებას მთელი ორსულობის განმავლობაში.[263] [264] ანტიდეპრესანტებთან ასოცირებული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გაზრდილი რისკის შერეულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, დიდი ბრიტანეთის მთავრობამ სიფრთხილე გვირჩია.[265]

» ქალები, რომლებიც წყვეტენ ანტიდეპრესანტების მიღებას, უფრო ხშირად განიცდიან დეპრესიას ორსულობის დროს.[266] თავისთავად დეპრესიამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ნაყოფის განვითარებაზე (მაგ., ჰიპერაქტიურობა და ნაყოფის არარეგულარული გულისცემა გამოიწვიოს), გაზარდოს ჩვილების კორტიზოლის დონე, მოახდინოს ჩვილის ტემპერამენტზე გავლენა და მოახდინოს ქცევაზე გავლენა მოგვიანებით ბავშვობაში და მოზარდობაში.[267]

მწვავე

» არსებობს რამდენიმე მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს ნადრევი მშობიარობისა და დაბალი წონის მომატებულ რისკზე იმ დედების ჩვილებისთვის, რომლებიც ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობდნენ.[264] [268] [269] თუმცა, ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს ნადრევი მშობიარობისა და დაბალი წონის მომატებულ რისკზე არანამკურნალევი დეპრესიის მქონე ქალებში.[270]

» კლინიციკებმა და პაციენტებმა გულდასმით უნდა განიხილონ ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გაგრძელების რისკები, ანტიდეპრესანტების შეწყვეტის ან თავიდან აცილების რისკისა და ნაყოფის მშობიარობის წინა დეპრესიის მავნე ზემოქმედების გამოვლენის რისკის წინააღმდეგ. ნაყოფის და ჩვილის ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე ანტიდეპრესანტების მავნე ზემოქმედების თანმიმდევრული მტკიცებულებების არარსებობის მიუხედავად, საჭიროა სიფრთხილე. ანტიდეპრესანტების და სხვა ფარმაცევტული საშუალებების შესაძლო ზიანის შესახებ განახლებული ინფორმაცია შეგიძლიათ ნახოთ სხვადასხვა რესურსებზე. [UK Teratology Information Service] (<http://www.uktis.org>)

» დეპრესიის სიმპტომების სიმძიმემ შეიძლება გავლენა იქონიოს მკურნალობის არჩევანზე. ორსულობის ძალიან მძიმე დეპრესიის დროს, ელექტროკონვულსიური თერაპია (ECT) შეიძლება იყოს რჩეული მკურნალობა, როდესაც დაავადების სიმძიმე აყენებს ნაყოფს რისკის ქვეშ ან დედის ცუდი თვითმოვლის ან თვითმკვლელობის გამო. ECT-ით ნაყოფისთვის ცნობილი რისკი არ არის.[279] [280]

დამატებით ფსიქოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) დაკავშირებულია ორსულობის დროს დიდი დეპრესიული აშლილობის გამოხატულ ზომიერ სამკურნალო ეფექტთან. ინტერპერსონალურ ფსიქოთერაპიას, როგორც ჩანს, ასევე აქვს სამკურნალო ეფექტი, მაგრამ უფრო მცირე ზომით, ვიდრე CBT-ს.[283] არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს საკონსულტაციო ინტერვენციების გამოყენებას, როგორცაა CBT და ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია, რათა თავიდან აიცილოს დეპრესია ორსულ და მშობიარობის შემდგომ ქალებში, რომლებიც დეპრესიის შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ არიან ოჯახური ისტორიის, სტრესული ცხოვრებისეული გარემოებების და

მწვავე

ორსულობისა და მშობიარობის სამედიცინო გართულებების გამო. და ბავშვი.[59] [60] მშობიარობის შემდგომი მოსმენის ვიზიტები, რომლებსაც ატარებენ ექთნები, შეუძლიათ შეამსუბუქონ მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის სიმპტომები.[284]

მიმდინარე

მკურნალობაზე მორეაგირე

1-ლი შემანარჩუნებელი ანტიდეპრესანტული თერაპია

» რემისიის შემდეგ ანტიდეპრესანტების მიღება არ იძლევა გარანტიას რეციდივისაგან დაცვაზე, მაგრამ არსებობს მტკიცებულება სულ მცირე სარგებლის შესახებ.[140]

გააგრძელეთ ანტიდეპრესანტების კურსი, რამაც გამოიწვია რემისია 9-12 თვის განმავლობაში რემისიის დადგომიდან.[136] [137] თუმცა, ზოგიერთი ექიმი ურჩევს პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ხშირი რეციდივები და ანამნეზში რეციდივები, ვინც წარმატებით პასუხობს ანტიდეპრესანტულ მკურნალობას, შეიძლება საჭირო გახდეს განუსაზღვრელი თერაპია. პაციენტებმა, რომლებიც იღებენ ანტიდეპრესანტებს, რეგულარულად უნდა განიხილონ მათი ანტიდეპრესანტული მედიკამენტები, რათა შეფასდეს ეფექტურობა და რაიმე გვერდითი ეფექტების არსებობა და იმის უზრუნველსაყოფად, რომ გრძელვადიანი გამოყენება რჩება კლინიკურად გამართლებული.[139]

» თუ საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა, ნელა შეამცირეთ დოზა, რათა შემცირდეს მოხსნის უსიამოვნო სიმპტომების რისკი; ამას შეიძლება რამდენიმე თვე დასჭირდეს პაციენტისთვის მისაღები ტემპით. გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანების გამოცდილება მოხსნის სიმპტომების შესახებ შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მსუბუქი და გარდამავალიდან უფრო ხანგრძლივი და უფრო მძიმემდე. მჭიდროდ დააკვირდით პაციენტს, რათა დარწმუნდეთ, რომ მოხსნის ნებისმიერი აშკარა გამოვლენილი სიმპტომი ფაქტობრივად არ წარმოადგენს მათი დეპრესიის რეციდივას.[139]

დამატებით ფსიქოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ფსიქოთერაპია სხვადასხვა ფორმით ნაჩვენებია, როგორც ეფექტური და ეკონომიური დეპრესიის სიმპტომების შესამცირებლად და ისეთივე ეფექტური, როგორც ფარმაკოთერაპია.[144] [145] [146] შენარჩუნების ფაზაში აღმოჩნდა, რომ ფსიქოთერაპია ამცირებს რეციდივის სისშირეს.[147] ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომ ფარმაკოთერაპიიდან ფსიქოთერაპიაზე გადასვლა შემანარჩუნებელ ფაზაში შეიძლება იყოს მინიმუმ ისეთივე ეფექტური რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, როგორც ფარმაკოთერაპიის გაგრძელება.[141] [142]

მიმდინარე

ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

» გახანგრძლივებული ფსიქოთერაპია ანტიდეპრესანტული მკურნალობით - ეფექტური ვარიანტია, როდესაც გრძელდება მკურნალობის როგორც მწვავე, ისე მიმდინარე ფაზაში.[115] მკურნალობის ეტაპობრივი კვლევები ვარაუდობს, რომ კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) შეიძლება იყოს განსაკუთრებით მომგებიანი, როდესაც გამოიყენება მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში; CBT ამცირებს რეციდივის/რეციდივის რისკს, სულ მცირე, ისევე როგორც და შესაძლოა უკეთესია, ვიდრე ანტიდეპრესანტების გაგრძელება.[150] [151] [152]

» გაერთიანებულ კლინიკურ კვლევებში დადგინდა, ყურადღებით გამოყენებული CBT განსაკუთრებით სასარგებლოა რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[153]

» ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია ასევე ეფექტურია რეციდივის პროფილაქტიკისთვის.[160]

» კომპიუტერული CBT რეკომენდებულია ზოგიერთი საერთაშორისო გაიდლაინებით რეციდივის პრევენციისთვის მსუბუქი დეპრესიის მქონე პაციენტებში.[226]

განმეორებითი ეპიზოდი

1-ლი რემისიის გამომწვევი რეჟიმის ან გრძელვადიანი თერაპიის გამეორება

» დიდი დეპრესიის განმეორებითი ეპიზოდები უნდა განიხილებოდეს იმავე ანტიდეპრესანტით, რომელიც ადრე იწვევდა რემისიას, იმ პირობით, რომ რეციდივი არ მომხდარიყო ასეთი მედიკამენტებით ადექვატური შემანარჩუნებელი მკურნალობის დროს.

» განიხილეთ შემანარჩუნებელი თერაპია მინიმუმ 3-დან 5 წლამდე ან სიცოცხლის განმავლობაში შემანარჩუნებელი მკურნალობა პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ დეპრესიის მესამე ეპიზოდი.[137] პაციენტები დეპრესიის მეორე ეპიზოდით და შემდგომი რეციდივების რისკის ფაქტორებით (მაგ. ბიპოლარული აშლილობის ოჯახური ისტორია, განმეორება 1 წლის განმავლობაში, დაწყება მოზარდობაში, მძიმე დეპრესია ან სუიციდის მცდელობა, სიმპტომების უეცარი გაჩენა ან განმეორების წინა ისტორია) ისარგებლეთ გრძელვადიანი შემანარჩუნებელი თერაპიით. ამ მკურნალობის

მიმდინარე

შერჩევა და წარმატება დამოკიდებულია დეპრესიული სიმპტომების ტიპსა და სიმძიმეზე, მაგრამ ყველაზე ხშირად ეყრდნობა კვლევასა და შეცლომას.

დამატებით ფსიქოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» აღმოჩნდა, რომ ფსიქოთერაპია ამცირებს რეციდივის სიხშირეს.[147] ფსიქოთერაპია პაციენტებისთვის, რომლებსაც განმეორებითი ეპიზოდები აწუხებთ შეიძლება ეფექტური იყოს, თუ ის ეხება იმ სასონარკვეთას, რომელსაც ხშირად განიცდიან პაციენტები, როდესაც ისინი განიხილავენ გამოჯანმრთელებას, როგორც მხოლოდ ტანჯვის დროებით შვებას. და თუ ის ასწავლის პაციენტებს რეციდივების მოგვარების და შესაძლოა თავიდან აცილების გზებზე. ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომ ფარმაკოთერაპიიდან ფსიქოთერაპიაზე გადასვლა შემანარჩუნებელ ფაზაში შეიძლება იყოს მინიმუმ ისეთივე ეფექტური რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, როგორც ფარმაკოთერაპიის გაგრძელება.[141] [142] ფსიქოლოგიურმა ჩარევებმა შეიძლება შეამციროს სამუშაოდან ავადმყოფობის გამოყოფის დღეების რაოდენობა, იქნება ეს პირისპირ თუ ონლაინ.[93]

სიახლეები

ახალი ანტიდეპრესანტები

ხდება მრავალი ახალი და ძველი რეფორმულირებული აგენტების შემუშავება; ტრადიციული ანტიდეპრესანტებისგან განსხვავებით, მათ ყველას არა აქვს მოქმედების პირველადი მექანიზმი, რომელიც მოიცავს მონოამინერგულ ნეიროტრანსმისას.[295] [296] დექსტრომეტორფანი/ბუპროპიონი დამტკიცებულია აშშ-ს სურსათისა და წამლების ასოციაციის (FDA) მიერ. დექსტრომეტორფანი არის პირველი ორალური N-მეთილ D-ასპარტატის (NMDA) რეცეპტორის ანტაგონისტი (და სიგმა-1 რეცეპტორის აგონისტი), რომელიც დამტკიცებულია ძირითადი დეპრესიული აპლილობის სამკურნალოდ. ის სწრაფად მოქმედებს, მაგრამ დეპრესიის სამკურნალოდ მოქმედების ზუსტი მექანიზმი გაურკვეველია. ბუპროპიონი კოფორმულირდება დექსტრომეტორფანთან, რათა გაზარდოს და გაახანგრძლივოს პლაზმაში დექსტრომეტორფანის დონე ციტოქრომ P450 2D6-ის კონკურენტული ინჰიბირებით. დამტკიცება მოჰყვა ცდის ორ პოზიტიურ შედეგს; პირველი, რომელიც მან აჩვენა უპირატესობა პლაცებოს მიმართ და მეორე, როდესაც მან აჩვენა უპირატესობა მხოლოდ ბუპროპიონის მიმართ. უნდა აღინიშნოს, რომ დექსტრომეტორფანის/ბუპროპიონის ეფექტურობა დაფიქსირდა მკურნალობის ადრეულ ეტაპებზე (1-2 კვირის შემდეგ) და შემდგომში შენარჩუნდა.[297] [298] ფსიქოდელიურმა სამკურნალო საშუალებებამ, ფსილოციბინმა მიიღო რეფორმულირების თერაპიის აღნიშვნა აშშ სურსათისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციისგან (FDA) მდგრადი დეპრესიის სამკურნალოდ.[299] მე-2 ფაზის ერთ კვლევაში, რომელიც ადარებდა ფსილოციბინით მკურნალობას ესციტალოპრამით მკურნალობასთან, იყო გაუმჯობესების მსგავსი ხარისხი ორივე სამკურნალო ჯგუფში.[300] ვარაუდობენ, რომ დადებითი სარგებელი შეტად ხდება ფსილოციბინით ადმინისტრირებული ფსიქოთერაპიის საშუალებით, პირდაპირი თერაპიული კოლოგიური ეფექტისგან განსხვავებით.[301] აზოტის ოქსიდმა გამოიღო გარკვეული წინასწარი დადებითი შედეგი ლია ცდაში.[302] ანტიბიოტიკმა მინოციკლინმა აჩვენა გარკვეული დადებითი წინასწარი შედეგები ანტიდეპრესანტებთან დამხმარე თერაპიის სახით გამოყენებისას.[303] [304]

ინტრავენური კეტამინი

ინტრავენური კეტამინი, NMDA რეცეპტორების ანტაგონისტი, მის ინჰალაციურ იზომერ ესკეტამინთან ერთად (იხ. ქვემოთ) განაგრძობს უკეთეს მოქმედებას ვიდრე პლაცებო დეპრესიული სიმპტომების შესამსუბუქებლად, მაგრამ ჯერ არ გამოიყენება სტანდარტულ კლინიკურ პრაქტიკაში.[305] [306] [307] შემთხვევის მოხსენებებში, შემთხვევის სერიებში და შერჩეულ კვლევებში, ნაჩვენებია, რომ კეტამინს აქვს სწრაფი ეფექტი დეპრესიის რამდენიმე სკალაზე ქულების შემცირებაში.[308] [309] [310] ინტრავენური კეტამინი, როგორც ჩანს, უფრო ეფექტურია, ვიდრე ინტრანაზალური ესკეტამინი.[311] თუმცა, უცნობია მისი უსაფრთხოება და ეფექტურობა გრძელვადიანი გამოყენებისას.[312] [313] მწვავე გვერდითი მოვლენები ხშირია და ყველაზე ხშირად გვხვდება პაციენტებში, რომლებიც იღებენ კეტამინს ინტრავენურად. გვერდითი ეფექტების უმეტესობა ქრება წამლის მიღებიდან მალევე. მათ შორისაა ფსიქიატრიული (ყველაზე ხშირად შფოთვა), ფსიქომიმეტური, გულ-სისხლძარღვთა და ნევროლოგიური ეფექტები. ყველაზე ხშირო სომატური მოვლენები იყო თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, დისოციაცია, არტერიული წნევის მომატება და მხედველობის დაბინდვა.[314] პაციენტთა სხვა ჯგუფებში კეტამინის განმეორებით გამოყენებას უკავშირდება უროლოგიური და ღვიძლის ტოქსიკურობა, კოგნიტური დეფიციტები და დამოკიდებულება.[314]

ესკეტამინის ცხვირის სპრეი

ესკეტამინი არის კეტამინის აქტიური იზომერი. 2019 წლის მარტში FDA-მ დაამტკიცა ესკეტამინის ცხვირის სპრეი, რომელიც გამოიყენებოდა ორალურ ანტიდეპრესანტთან ერთად, მკურნალობა რეზისტენტული დეპრესიისთვის მოზრდილებში, ხოლო 2020 წლის აგვისტოში FDA-მ გააფართოვა დამტკიცება, რათა მოიცავდეს დიდი დეპრესიული აპლილობის მქონე მოზრდილებს მწვავე სუიციდური იდეებით ან ქცევით. . პრეპარატის დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ შემზღვეული განაწილების სისტემის საშუალებით, რისკების შეფასებისა და შემცირების სტრატეგიის (REMS) საფუძველზე, რომელიც პრეპარატის დანიშვნელი და პაციენტი ხელს აწერენ პაციენტის ჩარიცხვის ფორმას. პრეპარატი თვითდანიშნული უნდა იქნას იმ პაციენტის მიერ, რომლის მეთვალყურეობა ხორციელდება ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ სერტიფიცირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში და პაციენტის მონიტორინგი უნდა ხორციელდებოდეს მინიმუმ 2 საათის განმავლობაში სედაციის რისკის, ყურადღების, განსჯის და აზროვნების (დისოციაცია) სირთულის, თვითმკვლელობის აზრების და ქცევების და მედიკამენტის ბოროტად გამოყენების შესაძლებლობის გამო. გაითვალისწინეთ, რომ ცუდად კონტროლირებული ჰიპერტენზიის ან ადრე არსებული ანევრიზმული სისხლძარღვოვანი დაავადებების მქონე პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულური უარყოფითი ეფექტების მომატებული რისკი. ესკეტამინის ეფექტურობა შეფასდა



ორ მოკლევადიან (ოთხკვირიან) კლინიკურ კვლევაში და ერთ გრძელვადიან ეფექტის შენარჩუნების კვლევაში. ერთ-ერთ მოკლევადიან კვლევაში ესკეტამინის ცხვირის სპრეიმ აჩვენა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტი პლაცებოსთან შედარებით დეპრესიის სიმძიმეზე და გარკვეული ეფექტი 2 დღის განმავლობაში იყო.[315] სხვა მოკლევადიანმა კვლევამ არ აჩვენა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტურობა, მაგრამ ავტორებმა აღნიშნეს, რომ ესკეტამინის ცხვირის სპრეის სამკურნალო ეფექტმა გადააჭარბა იმას, რაც კლინიკურად მნიშვნელოვნად მიიჩნეოდა დამტკიცებული ანტიდეპრესანტებისთვის პლაცებოსთან შედარებით.[316] ეფექტურობის შენარჩუნების გრძელვადიან კვლევაში ესკეტამინი პლუს პერორალური ანტიდეპრესანტის შედეგად იყო სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად უფრო დიდი დრო დეპრესიული სიმპტომების განმეორებაზე შედარებით პლაცებოს ცხვირის სპრეი პლუს პერორალური ანტიდეპრესანტი.[317] ყველაზე გავრცელებული გვერდითი მოვლენები იყო დისოციაცია, თავბრუსხვევა, გულისრევა, სედაცია, ვერტიგო, შეგრძნების დაქვეითება ან მგრძობილობა (ჰიპოესთეზია), შფოთვა, ლეტარგია, არტერიული წნევის მომატება, პირღებინება და სიმთვრალის შეგრძნება. ამასთან, ესკეტამინმა არ შეაფერხა მამოძრავებელი მოქმედება ერთ პატარა ორმაგ ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში.[318] ევროპის მედიკამენტების სააგენტომ (EMA) 2019 წლის ოქტომბერში დაამტკიცა ესკეტამინის ცხვირის სპრეი მკურნალობისადმი რეგისტრაციული დეპრესიისთვის, ხოლო 2020 წლის დეკემბერში EMA-მ გააფართოვა მითითება და მოიცავდა მოზრდილების მკურნალობას ზომიერი და მძიმე დეპრესიით, როგორც მწვავე მოკლევადიანი მკურნალობა, სწრაფი მკურნალობისთვის. დეპრესიული სიმპტომების შემცირება, რაც კლინიკური შეფასებით წარმოადგენს ფსიქიატრიულ გადაუდებელ მდგომარეობას.

ტრანსკრანიალური მაგნიტური სტიმულაცია (TMS)

2008 წელს დანერგვის შემდეგ, TMS - თავის ქალაში მაგნიტური ველის გამოყენება ელექტრული აქტივობის გამოწვევის მიზნით, ყოველდღიურ სესიებში 1-დან 2 თვემდე - ფართოდ გახდა ხელმისაწვდომი ზოგიერთ კლინიკურ გარემოში. დასკვნები მხარს უჭერს ანტიდეპრესანტულ ეფექტს მაღალი სიხშირის განმეორებადი TMS-ის, რომელიც გამოიყენება მარცხენა წინა ფრონტალურ ქერქზე და შემუშავებულია საუკეთესო პრაქტიკის გაიდლაინები.[319] [320] [321] მიუხედავად იმისა, რომ მიღწეულია კონსენსუსი მკურნალობის ჩვენებებისა და გამოყენების ზოგიერთ ასპექტზე, ის რჩება განვითარებად მკურნალობად, რადგან არსებობს მრავალი ძირითადი კითხვა იმის შესახებ, თუ როდის, როგორ და ვისთან უნდა გამოვიყენოთ იგი. ანტიდეპრესანტებთან შედარებით, TMS იწვევს მაღალ ხარჯებს როგორც დროის, ასევე ფულის თვალსაზრისით. ამ დროისთვის, ის ძირითადად განკუთვნილია იმ პაციენტებისთვის, რომლებმაც არ უპასუხეს ანტიდეპრესანტულ მედიკამენტებს. ფსიქომის არარსებობა და უფრო ახალგაზრდა ასაკი შეიძლება იყოს წარმატების მიზეზი.[319] ლიტერატურის მიმოხილვამ აღმოაჩინა დეპრესიის დროს სარგებლის ურთიერთგამომრიცხავი მტკიცებულება და ანტიდეპრესანტების თანხმობები მკურნალობის ზოგიერთი მტკიცებულება სინერგიული ეფექტის შესახებ.[322] [323] [324] [325] [326] [327] გამძლეობის კვლევაში, TMS თერაპიამ აჩვენა გრძელვადიანი ეფექტები და შეიძლება მისი, როგორც წყვეტილი სამაშველო სტრატეგიის წარმატებით გამოყენება მოსალოდნელი რეციდივის პრევენციისთვის.[328] კიდევ ერთი კვლევა ვარაუდობს, რომ შემანარჩუნებელ მკურნალობას შეუძლია გააძლიეროს TMS-ის ანტიდეპრესანტული ეფექტის გამძლეობა.[329] მცირე ზომის ნიმუშის საფუძველზე, როგორც ჩანს, ეს ორსულობის დროს უსაფრთხო და ეფექტურია, თუმცა მონაცემები შეზღუდულია და აუცილებელია შემდგომი კონტროლირებადი კვლევები.[330] მიმდინარეობს მუშაობა იმის დასადგენად, რამდენად შეიძლება იქონიოს მკურნალობის პარამეტრების შეცვლამ გავლენა გამოსავალზე.[331] სხვა მტკიცებულებები გვიჩვენებს, რომ TMS არაფრით არ განსხვავდება ცრუ TMS მკურნალობისგან დეპრესიის მქონე პაციენტებში.[332] საჭიროა ფართო მასშტაბიანი კვლევები.[333]

ვაგუსის სტიმულაცია (VNS)

VNS გულისხმობს კისრის მარცხენა ვაგუსის ნერვის სტიმულაციას, კომერციული მონოპოლიზაციის გამოყენებით.[334] დაახლოებით, ჯიბის საათის ზომის გენერატორის იმპლანტაცია ხდება კანქვეშ, გულმკერდის მარცხენა კედელში და უერთდება მარცხენა ვაგუსზე მიმაგრებულ ბიპოლარულ ელექტროდებს.[335] გენერატორი დაპროგრამებულია სუსტი ელექტრული იმპულსების მიწოდებაზე უწყვეტ ციკლებად, როგორც წესი, სტიმულირების 30 წამს მოჰყვება 5 წუთი გათიშვა.[335] VNS დამტკიცებულია კანადაში, ევროპასა და აშშ-ში ქრონიკული დეპრესიის დამხმარე გრძელვადიანი მკურნალობისთვის 18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებისთვის, რომლებიც განიცდიან დიდი დეპრესიის ეპიზოდს და არა აქვთ ადეკვატური რეაქცია ≥ 4 ადეკვატურ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობაზე.[336] [337] VNS-ის ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებები შერეულია.[338] [339] თუმცა, ერთ გრძელვადიან კვლევაში, VNS-ის სარგებელი ჩვეულებრივ მოვლაზე კვლავ დაფიქსირდა 5 წლის განმავლობაში.[340]

თავის ტვინის ღრმა სტიმულირება (DBS)

მართვა

წინა ტვინის სტრუქტურების DBS-ს პერსპექტიული ეფექტი ჰქონდა მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულ დეპრესიაზე ადამიანების მცირე ჯგუფში, მაგრამ ეს შორს არის რუტინისგან ან დაბალი რისკისგან.[341] [342] შედეგები შემოიფარგლება ნიმუშის მცირე ზომით და არასაკმარისი რანდომიზებული კონტროლის მონაცემებით.[343] [344] [345]

ტრანსკრანიალური სტიმულაცია მუდმივი დენით (tDCS)

TMS-ის მსგავსია მკურნალობის ლოკალიზაციაში და ტოლერანტობაში, მაგრამ იყენებს დენს და არა მაგნიტურ ველს. მიუხედავად იმისა, რომ ეფექტის ზომა მსგავსი იყო TMS-ის ზოგიერთ კვლევაში, სხვა კვლევების შედეგები შერეული იყო.[327] [346] [347] [348] როგორც ჩანს, tDCS მწვავე დეპრესიის დროს უკეთესად მოქმედებს ვიდრე მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული დეპრესიის დროს და, როგორც ჩანს, ეს შედარებით უსაფრთხო ვარიანტია, დღემდე აღრიცხული მხოლოდ მცირე უარყოფითი ეფექტებით.[349]

მეთილფენიდატი და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონი

მეთილფენიდატის და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონის, როგორც ცალკეული ან კო-თერაპიის სარგებელი საკამათო რჩება.[350] [351] [352] [353] [354] მეთილფენიდატის თერაპიული სარგებელი ყველაზე საიმედოდ შეინიშნება ხანდაზმულ პაციენტებში.[355]

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები (NSAID)

დეპრესიის დროს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების ეფექტურობის ორი სისტემატური მიმოხილვა და მეტა-ანალიზი ვარაუდობს, რომ ისინი შეიძლება იყოს ეფექტური (განსაკუთრებით ცელეკოქსიბი) და უსაფრთხო ამ ჩვენებისთვის; თუმცა, საჭიროა შემდგომი მუშაობა იმის დასადგენად, რომელ პაციენტებში შეიძლება იყოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები ყველაზე ეფექტური.[356] [357]

ბუპრენორფინი

ბუპრენორფინი, ნაწილობრივი ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტი, რომელიც ამჟამად ფართოდ გამოიყენება ოპიოიდური დამოკიდებულების სამკურნალოდ, აჩვენა მოკლევადიანი ეფექტურობა მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიისთვის.[358] არ არსებობს გრძელვადიანი უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის მონაცემები.

კვებითი დანამატები

ზოგიერთი კვლევაში ნაჩვენებია, რომ ფარმაცევტული დონის ნუტრიენტების, როგორცაა S-ადენოზილმეთიონინი (SAMe), აცეტილცისტეინი, მეთილფენიდატი, ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავები, ვიტამინი D და სხვა, ეფექტური აღმოჩნდა ანტიდეპრესანტებზე რეაქციის გასაუმჯობესებლად და მცირე ან ნულოვანი რისკი აქვს პაციენტისთვის,[359] [360] [361] [362] [363] [364] [365] [366] ფოლიუმის მჟავა იყო განსაკუთრებული ინტერესი იმის გამო, რომ დეპრესიის მქონე პაციენტებს აქვთ შრატის ფოლიუმის უფრო დაბალი დონე, ვიდრე დეპრესიის გარეშე ადამიანებს, მათ შორის სხვა ფსიქიატრიული დაავადებების მქონე ადამიანებს.[76] ფოლიუმის მჟავას დამატება შეიძლება სასარგებლო იყოს დეპრესირებულ პაციენტებში ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით. ფოლიუმის მჟავას დამატება შეიძლება ასევე ეფექტური იყოს იმ შემთხვევებში, როდესაც ემატება სტანდარტულ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობას არა ნამკურნალებ ან მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულ პაციენტებში; თუმცა, შედეგები არათანმიმდევრულია.[76] [367] [368] მულტი-ნუტრიენტების (ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავები, სელენი, ფოლიუმის მჟავა და ვიტამინი D3 პლუს კალციუმი) ერთ 2x2 ფაქტორულ რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევაში, თერაპიამ (ჯგუფურმა ან ინდივიდუალურმა) ან მათმა კომბინაციამ, რომელიც ჩატარდა სუბსინდრომული დეპრესიული სიმპტომების მქონე პაციენტებში, აჩვენა, რომ მულტი-ნუტრიენტებს არ შეუმცირებია დიდი დეპრესიული აშლილობის ეპიზოდები 1 წლის განმავლობაში.[369]

ფარმაკოგენეტიკა

სწრაფი და ხელმისაწვდომი გენეტიკური გამოკვლევების გაჩენამ განაპირობა გენეტიკური ტესტირების მზარდი გამოყენება დეპრესიისთვის ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების არჩევისთვის.[370] ზოგადად, ეს ტესტები გვანვდის ორი სახის ინფორმაციას: ზოგიერთი ანალიზი აღმოაჩენს ძირითადი ენზიმების ალელურ ვარიანტებს, რომლებსაც დადასტურებული ასოციაცია აქვს მკურნალობაზე რეაგირების ვარიაციებთან;



უმრავლესობა განსაზღვრავს ღვიძლის ენზიმების ვარიანტს, რომლებიც მედიკამენტების მეტაბოლიზაციას ახდენს.[371] ამ ინფორმაციიდან არ ჩანს, თუ რომელი მედიკამენტები შეიძლება აღმოჩნდეს ეფექტური, არამედ, შეიძლება თუ არა საჭირო გახდეს ადამიანისთვის მედიკამენტების მაღალი დოზების (სწრაფი მეტაბოლიზატორი, რომელიც გამოდევნის წამალს, სანამ მოხდება თავის ტვინის ადეკვატური პერფუზია), ან დაბალი დოზების (ნელი მეტაბოლიზატორი, რომელშიც მედიკამენტის რეკომენდებულმა დოზებმა შეიძლება აუტანელი გვერდითი მოვლენები გამოიწვიოს) მიღება. ამ ტესტებმა შეიძლება გააუმჯობესოს შედეგი.[372] [373] თუმცა, პრაქტიკაში ისინი არ დადასტურდა, რომ ეფექტურია. ფარმაკოგენომური ანალიზი ჯერ კიდევ არ არის რეკომენდებული რუტინული გამოყენებისთვის.[292]

პირველადი პრევენცია

არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს საკონსულტაციო ინტერვენციების გამოყენებას, როგორც კოგნიტური ქცევითი თერაპია და ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია, დეპრესიის თავიდან ასაცილებლად ორსულ და მშობიარობის შემდგომ ქალებში, რომლებიც იმყოფებიან დეპრესიის შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ ოჯახის ისტორიის, სტრესული ცხოვრებისეული გარემოებების და ორსულობის სამედიცინო გართულებების გამო. და დედისა და ბავშვის მიწოდება.[59] [60]

მეორეული პრევენცია

პაციენტები და მათი ოჯახები ფრთხილად უნდა იყვნენ მედიკამენტოზური მკურნალობის ადრეულ ეტაპებზე, ვინაიდან სუიციდის რისკი შეიძლება დროებით გაიზარდოს. პაციენტებისთვის სუიციდური იდეების შესახებ რეგულარულად შეკითხვამ და ლეტალური საშუალებების (განსაკუთრებით, სასროლი იარაღი) ხელმისაწვდომობის შემცირებამ შეიძლება შეამციროს თვითმკვლელობის რისკი.[64] ის სუიციდის რისკის შერბილება .

ანტიდეპრესანტებით პრევენციულმა მკურნალობამ შეიძლება თავიდან აიცილოს დეპრესია სამედიცინო დაავადებების მქონე პაციენტებში, მაგრამ ამის მტკიცებულება გაურკვეველია.[401]

განხილვები პაციენტთან

ნებისმიერს, ვისაც აღენიშნება დეპრესიის კლინიკურად მნიშვნელოვანი სიმპტომები, უნდა შეაფასოს ექიმმა.

მედიკამენტები და ფსიქოთერაპია ყველაზე გავრცელებული მკურნალობაა.

არსებობს მრავალი სხვადასხვა ტიპის ანტიდეპრესანტული მედიკამენტები. შეიძლება რამდენიმე კვირა გავიდეს, სანამ ეს მედიკამენტები ეფექტური გახდება და მრავალი თვის განმავლობაში უნდა მიიღონ სიმპტომების დაბრუნების თავიდან ასაცილებლად. მედიკამენტები სასარგებლოა მსუბუქი, ზომიერი ან მძიმე დეპრესიის მქონე პაციენტებისთვის და ექიმი ან ფსიქიატრი დაეხმარება იმის გადამწყვეტაში, თუ რომელი შეესაბამება პაციენტს საუკეთესოდ.

ფსიქოთერაპია ან სასაუბრო თერაპია ასევე ეხმარება დეპრესიის მქონე პაციენტების უმეტესობას. სასაუბრო თერაპია ეხმარება პაციენტს შეისწავლოს და შეცვალოს დეპრესიასთან დაკავშირებული აზრები, დამოკიდებულებები და ურთიერთობების პრობლემები. მსუბუქი ან ზომიერი დეპრესიის ეფექტურად მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ ფსიქოთერაპიით. მძიმე დეპრესია საჭიროებს როგორც ფსიქოთერაპიას, ისე ანტიდეპრესანტულ მედიკამენტებს.

პაციენტთა განათლება უნდა შეიცავდეს გაფრთხილებებს ანტიდეპრესანტების მკვეთრ შეწყვეტასთან დაკავშირებული პოტენციური პრობლემების შესახებ.

მონიტორინგი

მონიტორინგი

საწყისი

- მედიკამენტის მიღების არ დაცვა ხშირია და, როგორც ჩანს, უკავშირდება მრავალ არახელსაყრელ კლინიკურ გამოსავალს, მათ შორის, დეპრესიის სიმძიმის ზრდას, რეციდივის და ჰოსპიტალიზაციის მომატებულ რისკს. პაციენტების ნახევარი ან მეტი, რომლებიც იღებენ ანტიდეპრესანტებს, ვერ იღებენ მათ ადეკვატური დოზით, ადეკვატური ხანგრძლივობით. [385] [386] 8-12 კვირიანი დანაწიების და ტიტრაციის ფაზის დროს, მედიკამენტური თერაპიის პირველ 2 კვირას შეწყვეტის ყველაზე დიდი რისკი აქვს.
- ეხმარება პაციენტებს, გააგრძელონ მედიკამენტური თერაპია არასასურველ ეფექტებზე დროული რეაგირებით და მჭიდრო კონტაქტის შენარჩუნებით. დიაგნოზის შემუშავების პროცესში მათი სარგებლის მიღმა, ანამნეზი, გასინჯვა და ლაბორატორიული კვლევები შეიძლება სასიცოცხლო მნიშვნელობის იყოს მკურნალობის მონიტორინგისთვის და არასასურველი ეფექტების თავიდან აცილებისთვის. [387] პირველი ორი კვირის განმავლობაში უზრუნველყავით პაციენტის მეთვალყურეობა პირადად ან ტელეფონით გვერდითი ეფექტების, თვითმკვლელობისა და მედიკამენტების მიღების უკმარისობის აღმოსაფხვრელად და საგანმანათლებლო შეტყობინებების გასაძლიერებლად. ასევე ეფექტურია განვრთნილი მედიკამენტების მიერ სატელეფონო დაკვირვება, ისევე როგორც ტექსტური შეტყობინებები. [388] [389]
- არსებობს მზარდი მტკიცებულება, რომ ხანმოკლე ფსიქოსოციალურმა ინტერვენციამ, რომელიც ეხება ანტიდეპრესანტული მკურნალობის ბარიერებს (მკურნალობის დანაწიების და მონაწილეობის პროგრამა), რომელიც მიენიჭება ანტიდეპრესანტით მკურნალობის პირველ 6 კვირაში სამ ნუთიანი სესიების სახით, შეიძლება გააუმჯობესოს მკურნალობის რეჟიმის დაცვა ხანდაზმულ ასაკის მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლში. [390]

გაგრძელება, შენარჩუნება და შეწყვეტა

- რეაგირების სიჩქარიდან, სტაბილურობიდან და ადეკვატურობიდან გამომდინარე, დეპრესიის სამკურნალოდ შეიძლება საჭირო გახდეს 1 წლამდე მჭიდრო კონტროლი, თერაპიის კორექტირების ან დამატების მიზნით.
- შენარჩუნების 12-კვირიანი ფაზის განმავლობაში საჭიროა პაციენტების ყოველთვიური მონიტორინგი პირადად ან ტელეფონით. მნიშვნელოვანია მკურნალობის დაცვის, სუიციდის და არასასურველი ეფექტების შეფასების გაგრძელება. სიმპტომების რემისიის მიღწევის შემდეგ პაციენტებმა უნდა გააგრძელონ მიმდინარე რეჟიმი მინიმუმ 9-დან 12 თვემდე. [136] [137] ექიმებმა უნდა ასწავლონ პაციენტებსა და მათ ოჯახებს სიმპტომების და განმეორებითი ეპიზოდების რისკის თვითშეფასება და უნდა განაგრძონ პაციენტების სკრინინგი რეგულარულად დაგეგმილ შეხვედრებზე.
- გამოიყენეთ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი-9 (PHQ-9) სიმპტომების სიმძიმის ცვლილებების ობიექტურად შესაფასებლად. სიმპტომების ქულის 50%-იანი შემცირება ადეკვატურ რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სიმპტომების ქულის 25%-დან 50%-მდე ცვლილება შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის შეცვლის საჭიროებაზე.
- დაავადების მართვის "ზრუნვის გზები" არეგულირებს დეპრესიის მქონე პაციენტების მრავალ საჭიროებას. პროგრამებმა მრავალ პრაქტიკულ გარემოში აჩვენა ზრუნვის გაუმჯობესება. ზრუნვის გზების ძირითადი ელემენტები შეიძლება მოიცავდეს ზრუნვის კოორდინაციას ზრუნვის მენეჯერების მიერ, სწავლების მიმწოდებლებს, პაციენტების მკურნალობაზე რეაგირების სტრუქტურირებულ სისტემატურ შეფასებას პროვაიდერის ინფორმირებით, ფსიქიატრიული კონსულტაციებისთვის ეტაპობრივ მიმართვას, კლინიკურ ფსიქიატრიულ დახმარებას, საექთნო სატელეფონო მხარდაჭერას, ტექსტურ შეტყობინებებს და საგანმანათლებლო ზარებს ან პაციენტების ურთიერთმხარდაჭერას. [94] [388] [389] [391] [392] [393] [394] შეიძლება იყოს თვითდახმარების და თვითმმართველი ინტერვენციების მზარდი როლი, როგორცაა ქცევითი აქტივაციის სტრატეგიები და ინტერნეტზე დაფუძნებული თერაპია. [395] [396] ამასთან, პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ დაბალი განათლება, აქვთ სიმპტომების გაუარესების მომატებული რისკი ინტერნეტზე დაფუძნებული თვითდახმარებით, ვიდრე მეტი განათლების მქონე პაციენტებს. [397]
- სიმპტომების რემისიის შემდეგ მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების წინა კურსზე. მკურნალობის შედეგების შესახებ მონაცემები მკურნალობის საწყისი კვირების მიღმა

შეზღუდულია, თუმცა ერთი სისტემატური მიმოხილვა ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით სტაბილურია მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში მაინც.[134] ზოგადად, როგორც ჩანს, რეციდივის რისკი შემცირებულია, როდესაც ანტიდეპრესანტები გრძელდება 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.[135] [136] [137] ანტიდეპრესანტით წარმატებული მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს 9-12 თვის განმავლობაში რემისიის შემდეგ.[136] [137]

- ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა მუდმივად შეიცავს რეციდივის უფრო დიდ რისკს, ვიდრე მკურნალობის გაგრძელება და, შესაბამისად, რთული კლინიკური გადანყვეტილებაა.[398] [399] [400] იფიქრეთ შემანარჩუნებელი მკურნალობის განუსაზღვრელი ვადით გაგრძელების შესახებ, თუ პაციენტს ჰქონდა მრავალი ეპიზოდი და რეციდივი, არასრული მკურნალობა ან გართულებული პრობლემები, როგორცაა ნივთიერების ბოროტად გამოყენება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს რეციდივი.[143]
- პაციენტებისთვის, რომლებიც დაფუძნებულია დეპრესიის ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, რეგულარულად გადახედეთ მათ ანტიდეპრესანტების გამოყენებას, რათა შეაფასონ ეფექტურობა და რაიმე გვერდითი ეფექტების არსებობა და უზრუნველყონ, რომ ხანგრძლივი გამოყენება რჩება კლინიკურად ნაჩვენები.[139]
- თუ საჭიროა ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შეწყვეტა, ნელა შეამცირეთ დოზა, რათა შემცირდეს მოხსნის უსიამოვნო სიმპტომების რისკი; ეს შეიძლება მოხდეს რამდენიმე თვის განმავლობაში და უნდა გაკეთდეს პაციენტისთვის ტოლერანტული სიჩქარით. გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანების გამოცდილება მოხსნის სიმპტომების შესახებ შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მსუბუქი და გარდამავალიდან უფრო ხანგრძლივ და უფრო მძიმემდე. მჭიდროდ დააკვირდით პაციენტს, რათა დარწმუნდეთ, რომ მოხსნის ნებისმიერი აშკარა გამოვლენილი სიმპტომი ფაქტობრივად არ წარმოადგენს მათი დეპრესიის რეციდივს.[139]

გართულებები

გართულებები	ქრონოლოგია ალბათობა	
სელექტიური სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI) და სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SNRI) უარყოფითი ეფექტები სქესობრივი ფუნქციის მხრივ	მოკლევადიანი	საშუალო
მკურნალობის ვარიანტები მოიცავს: მოქმედების სხვა მექანიზმის მქონე მედიკამენტზე გადასვლა (მაგ., ბუპროპიონი ან მირტაზაპინი ან ტრაზოდონი), ან უკუჩვენებების არარსებობის შემთხვევაში, სილდენაფილით ფორსირების გათვალისწინება. ^[375] ^[376] ასევე შეიძლება გამოსადევი იყოს ბუპროპიონის ან ტრაზოდონის SSRI თერაპიისთვის დამატება. ^[377] გაითვალისწინეთ, რომ იზრდება ცნობიერება ამ პრეპარატების უფრო მდგრადი ნეგატიური ზემოქმედების შესახებ ლიბიდოზე ზოგიერთ პაციენტში, რომელიც გრძელდება წამლის შეწყვეტის შემდეგ; თუმცა, ეს გავლენა რჩება ცუდად გაგებული და დახასიათებული. ^[378]		
თვითღამაზიანებელი ქცევის რისკი	მოკლევადიანი	საშუალო
ბავშვებს, მოზარდებს და ახალგაზრდა მოზრდილები შეიძლება განიცდიდნენ თვითღამაზიანების რისკის გარდამავალ ზრდას, რაც ყველაზე მძიმეა დოზირების სწრაფი გაზრდის დროს. ^[128]		
წონის არასასურველი მომატება ანტიდეპრესანტებისგან	მოკლევადიანი	დაბალი
წონის მომატება ყველაზე ხშირია მირტაზაპინთან, მაგრამ შეიძლება ასევე ადგილი ჰქონდეს SSRI-თან, ვენლაფაქსინთან და ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან. შეიძლება პაციენტის გადაყვანა ბუპროპიონზე.		
აგზნება ან გადაჭარბებული აქტივაცია ანტიდეპრესანტებისგან	მოკლევადიანი	დაბალი
შეიძლება პაციენტის გადაყვანა სხვა SSRI-ზე ან შეიძლება დაემატოს დაბალი დოზის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი ან მირტაზაპინი. ექიმებმა შეიძლება მხედველობაში მიიღონ ბენზოდიამინების მოკლე კურსი, დანყებულნი ყველაზე დაბალი შესაძლო ეფექტური დოზიდან ხანმოკლე აგზნების წინააღმდეგ, რომელიც ასოცირებულია SSRI-ის დანყებასთან.		
მანიის გამოვლენა	მოკლევადიანი	დაბალი
დეპრესიის დიაგნოზის მქონე 5 პაციენტიდან ერთს შეიძლება მოგვიანებით განუვითარდეს მანია, ამიტომ გადავიდეს ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზზე; საუკეთესო პროგნოზული ფაქტორი არის ბიპოლარული აშლილობის ოჯახური ანამნეზი. ^[379] დეპრესირებული პაციენტები, რომელთაც არა აქვთ დიაგნოსტირებული ბიპოლარული აშლილობა, შეიძლება გადავიდნენ ჭეშმარიტ მანიაში, თუ მიიღებენ ანტიდეპრესანტულ მედიკამენტებს. შეეკითხეთ პაციენტებს მანიაკალური ეპიზოდების ადრე არსებულ ანამნეზზე (მაგ., დღეების ან კვირების ხანგრძლივობის პერიოდები, რომლებიც აღსანიშნავი იყო უჩვეულოდ მაღალი ენერჯით, ეიფორიით, უძილობით, ჰიპერაქტიურობით, ან გაუარესებული განსჯით) ანტიდეპრესანტული თერაპიის დანყებამდე.		
პაციენტები, რომლებსაც ანტიდეპრესანტის დანყების შემდეგ მანიაკალური ან ჰიპომანიური სიმპტომები უვითარდებათ, ფსიქიატრმა უნდა შეათავსოს. ჭეშმარიტი მანია გვაგარაუდებინებს ბიპოლარულ დაავადებას და უნდა მიანიშნოს ანტიდეპრესანტის შეწყვეტა და განწყობის სტაბილიზატორის დანყება, სასურველია, ფსიქიატრის ზედამხედველობის ქვეშ. მნიშვნელოვანია ბიპოლარული აშლილობისას განწყობის სტაბილიზატორული მედიკამენტური თერაპიის ადრეული დანყება. ^[380]		

განმეორებული შიდა ნაწილი

გართულებები		ქრონოლოგია ალბათობა	
მანია ანტიდეპრესანტის მოხსნის გამო	მოკლევადიანი	დაბალი	
<p>ანტიდეპრესანტის მოხსნის მანია ან ჰიპომანია უჩვეულო მოვლენაა, მაგრამ შეიძლება მოჰყვეს თითქმის ნებისმიერი პრეპარატის მოულოდნელად მოხსნას, დოზის თანდათანობით შემცირებით შეწყვეტას ან დოზის შემცირებას.[381]</p> <p>სინდრომი შეიძლება იყოს თვითშემზღუდველი, შეიძლება შესუსტდეს ანტიდეპრესანტის აღდგენასთან ერთად ან შეიძლება მოითხოვოს მანიის სანინაალმდეგო მკურნალობა. განწყობის სტაბილიზატორები აუცილებლად არ იცავს ამ სინდრომისგან.[382]</p>			
ანტიდეპრესანტის შეწყვეტის სინდრომი	მოკლევადიანი	დაბალი	
<p>ეს ხდება ანტიდეპრესანტული მედიკამენტის მკვეთრი შეწყვეტის შემდეგ, რომელსაც, მინიმუმ, 6 კვირის განმავლობაში იღებდა. ტიპური სიმპტომებია გრიპის მსგავსი სიმპტომები, უძილობა, გულისრევა, დისბალანსი, სენსორული დარღვევები და ზედმეტი აგზნება.</p>			
სუიციდის რისკი SSRI-ით მკურნალობისას	ცვალებადი	დაბალი	
<p>SSRI-ების გამოყენება შეიძლება დაკავშირებული იყოს 25 წლამდე ასაკის პაციენტებში სუიციდური ქცევის გაზრდილ რისკთან და 25 წელზე უფროსი ასაკის მოზრდილებში შემცირებულ რისკთან.[92] [383] [384]</p>			

პროგნოზი

სიმპტომების სრული რემისია და ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენა თერაპიის მიზნებს წარმოადგენს. დეპრესიის პირველ ეპიზოდში მყოფი პაციენტებისთვის, რემისიის მკურნალობას შეიძლება დასჭირდეს რამდენიმე თვე და უნდა გაგრძელდეს რემისიის შემდეგ მინიმუმ 9-დან 12 თვემდე. [\[136\]](#) [\[137\]](#) პაციენტებისთვის, რომლებსაც ჰქონდათ მორეციდივე ეპიზოდები ან რომლებსაც აქვთ რეციდივის ან რეციდივის მაღალი რისკი, არსებობს მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს ხანგრძლივ ანტიდეპრესანტულ მკურნალობას.[\[137\]](#)

დეპრესია მეორდება პაციენტების დაახლოებით ერთ მესამედში 1 წლის განმავლობაში მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ და 50%-ზე მეტ პაციენტში სიცოცხლის განმავლობაში.[\[19\]](#) მტკიცებულება, რომ ანტიდეპრესანტებს შეუძლიათ რეციდივის თავიდან აცილება გაურკვეველია.[\[137\]](#) [\[374\]](#) 15 წლის შემდეგ, 87% განიცდის განმეორებას. 3 განმეორებითი დეპრესიული ეპიზოდის მქონე პაციენტებისთვის მრავალი ექსპერტი მხარს უჭერს გრძელვადიან შემანარჩუნებელ თერაპიას.

დიაგნოსტიკური გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Depression in adults: treatment and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

ჩრდილოეთი ამერიკა

Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Search-Clinical-Guidance>)

ავტორი American College of Obstetricians and Gynecologists

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

Depression and suicide risk in adults: screening (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf>)

ავტორი US Preventive Services Task Force

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

Screening and intervention for mental health disorders and substance use and misuse in the acute trauma patient (<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/best-practices-guidelines>)

ავტორი American College of Surgeons

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

Perinatal depression: preventive interventions (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics>)

ავტორი US Preventive Services Task Force

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

Practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults (<https://psychiatryonline.org/guidelines>)

ავტორი American Psychiatric Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

Recommendations on screening for depression in adults (<https://canadiantaskforce.ca/guidelines/all-guidelines>)

ავტორი Canadian Task Force on Preventive Health Care

ბოლო გამოქვეყნება: 2013

გაიდლაინები

მკურნალობის გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Depression in adults: treatment and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

Rehabilitation for adults with complex psychosis (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2020

British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017 (<https://www.bap.org.uk/guidelines>)

ავტორი British Association for Psychopharmacology

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines (<https://www.bap.org.uk/guidelines>)

ავტორი British Association for Psychopharmacology

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

ევროპა

Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression (<https://www.europsy.net/guidance-papers>)

ავტორი European Psychiatric Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2012

The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention (<https://www.europsy.net/guidance-papers>)

ავტორი European Psychiatric Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2012

საერთაშორისო

Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder - update 2015 (<https://www.wfsbp.org/educational-activities/wfsbp-treatment-guidelines-and-consensus-papers>)

ავტორი World Federation of Societies of Biological Psychiatry

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders (<https://www.wfsbp.org/educational-activities/wfsbp-treatment-guidelines-and-consensus-papers>)

ავტორი World Federation of Societies of Biological Psychiatry

ბოლო გამოქვეყნება: 2013

ჩრდილოეთი ამერიკა

Nonpharmacologic and pharmacologic treatment of adults in the acute phase of major depressive disorder (<https://www.acponline.org/clinical-information/clinical-guidelines-recommendations>)

ავტორი American College of Physicians

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Search-Clinical-Guidance>)

ავტორი American College of Obstetricians and Gynecologists

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder (<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd>)

ავტორი US Department of Veterans Affairs; Department of Defense

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

Depression, adult in primary care (<https://www.icsi.org/guideline>)

ავტორი Institute for Clinical Systems Improvement

ბოლო გამოქვეყნება: 2016

Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder (<https://journals.sagepub.com/toc/cpab/61/9>)

ავტორი Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

ბოლო გამოქვეყნება: 2016

Practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults (<https://psychiatryonline.org/guidelines>)

ავტორი American Psychiatric Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

The CANMAT task force recommendations for mood disorders and comorbid conditions: diagnostic, assessment, and treatment principles (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22303524>)

ავტორი Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment

ბოლო გამოქვეყნება: 2012

Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (<https://psychiatryonline.org/guidelines>)

ავტორი American Psychiatric Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2010

ოკეანეთი

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders (<https://www.ranzcp.org/Publications/Guidelines-and-resources-for-practice.aspx>)

ავტორი The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

ბოლო გამოქვეყნება: 2020

ონლაინ რესურსები

1. Cornell Scale For Depression in Dementia (https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/cornell_scale_depression.pdf) (external link)
2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (<https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>) (external link)
3. UK Teratology Information Service (<http://www.uktis.org>) (external link)
4. TOXNET: LactMed (<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>) (external link)
5. STOPP-START (<https://www.cgakit.com/m-2-stopp-start>) (external link)

მტკიცებულების ცხრილები

როგორია კოგნიტური ქცევითი თერაპიის (CBT) ეფექტი მეორე თაობის

ანტიდეპრესანტებთან (მაგ. სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები ან სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები) შედარებით დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილებში? [149]

i ეს ცხრილი ზემოთ მოცემულ მნიშვნელოვან კლინიკურ შეკითხვაზე ფოკუსირებულ სისტემატური მიმოხილვაში მოხსენებული ანალიზის შეჯამებაა.

იხილეთ სრული წყარო სისტემატური მიმოხილვა (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623437>)

B დონის მტკიცებულება * მტკიცებულებების სარწმუნოება არის ზომიერი ან დაბალიდან საშუალომდე სადაც GRADE სისტემით შეფასება ჩატარებულია. ძირითადი შედეგების ეფექტიანობის მიხედვით ამასთან, ინტერვენციასა და შედარებით ჯგუფს შორის შესაძლოა განსხვავება არ არსებობდეს.

პოპულაცია: ძირითადი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილები

ინტერვენცია: კოგნიტური ქცევითი თერაპია

შედარება: მეორე თაობის ანტიდეპრესანტები (მაგ., სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები ან სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები)

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
მკურნალობაზე რეაგირება	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ზომიერი

შენიშვნა:

სისტემატური მიმოხილვის რეცენზენტები (იხილეთ სრული წყაროს სისტემატური მიმოხილვა ზემოთ) გამოიყენეს „მკურნალობაზე პასუხი“, როგორც ეს განსაზღვრულია ინდივიდუალურ კვლევებში, მაგრამ აღნიშნავენ, რომ ყველაზე ხშირად ეს წარმოდგენილი იყო როგორც სიმპტომების 50%-ით შემცირება დეპრესიის შეფასების შკალაზე (მაგ. ჰამილტონის დეპრესიის სკალა).

მკაცრად დაცულია

რა გავლენას ახდენს St John's Wort(კრაზანა) დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილებში ანტიდეპრესანტებთან შედარებით?[208]

i ეს ცხრილი ზემოთ მოცემულ მნიშვნელოვან კლინიკურ შეკითხვაზე ფოკუსირებულ სისტემატური მიმოხილვაში მოხსენებული ანალიზის შეჯამებაა.

იხილეთ სრული წყარო სისტემატური მიმოხილვა (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5010734>)

C დონის მტკიცებულება * მტკიცებულებების სარწმუნოება არის ზომიერი ან დაბალიდან საშუალომდე, სადაც GRADE სისტემით შეფასება ჩატარებულია. ძირითადი შედეგების ეფექტიანობის მიხედვით ინტერვენციასა და შედარებით ჯგუფს შორის შესაძლოა განსხვავება არ არსებობდეს. თუმცა, ეს დაზუსტებული არ არის და ახალმა მტკიცებულებებმა მომავალში შესაძლოა რეკომენდაცია შეცვალოს.

პოპულაცია: ძირითადი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილები
 ინტერვენცია: კრაზანა
 შედარება: ანტიდეპრესანტი

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
დეპრესია, პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც რეაგირებენ მკურნალობაზე	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ზომიერი
დეპრესიის სკალის ქულა	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ზომიერი
დეპრესიის რემისია	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
დეპრესიის რეციდივი	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
ცხოვრების ხარისხი: გონებრივი	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
ცხოვრების ხარისხი: ფიზიკური	უპირატესობას ანიჭებს ინტერვენციას	ძალიან დაბალი
გვერდითი მოვლენების მქონე პაციენტების რაოდენობა	უფრო ხშირად გვხვდება ანტიდეპრესანტების მიღებისას, ვიდრე კრაზანის (ხელს უწყობს ინტერვენციას)	ზომიერი

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
სერიოზული გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
კუჭ-ნაწლავის/მეტაბოლური/კვებითი გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება ანტიდეპრესანტების მიღებისას, ვიდრე კრაზანის (ხელს უწყობს ინტერვენციას)	დაბალი
ნევროლოგიური/ნერვული სისტემის გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება ანტიდეპრესანტების მიღებისას, ვიდრე კრაზანის (ხელს უწყობს ინტერვენციას)	დაბალი
კანის/კუნთოვანი სისტემის გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
რესპირატორული/ინფექციური გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
სხვა ორგანოთა სისტემის (თვალის, ყურის, ღვიძლის, თირკმელების, რეპროდუქციული) გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
ფსიქიატრიული გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება ანტიდეპრესანტების მიღებისას, ვიდრე კრაზანის (ხელს უწყობს ინტერვენციას)	ძალიან დაბალი
სექსუალური დისფუნქციის გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება ანტიდეპრესანტების მიღებისას, ვიდრე კრაზანის (ხელს უწყობს ინტერვენციას)	დაბალი

შენიშვნა:

- სისტემატური მიმოხილვის რეცენზენტებმა (იხილეთ სრული წყაროს სისტემატური მიმოხილვა ზემოთ) დაასკვნეს, რომ კრაზანა ანალოგიურად ეფექტურია ანტიდეპრესანტებთან შედარებით.
- ნაკლები გვერდითი მოვლენა დაფიქსირდა კუჭ-ნაწლავის, ნევროლოგიურ და ფსიქიატრიულ ფუნქციონირებაში კრაზანით ანტიდეპრესანტებთან შედარებით.

- მიმოხილვაში ჩართული იყო მხოლოდ კვლევები მკურნალობის ხანგრძლივობით ≥ 4 კვირა.

როგორია კრაზანის ეფექტი დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილებში პლაცებოსთან შედარებით?[208]

i ეს ცხრილი ზემოთ მოცემულ მნიშვნელოვან კლინიკურ შეკითხვაზე ფოკუსირებულ სისტემატური მიმოხილვაში მოხსენებული ანალიზის შეჯამებაა.

იხილეთ სრული წყარო სისტემატური მიმოხილვა (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5010734>)

C დონის მტკიცებულება * იმ შემთხვევებში, სადაც GRADE სისტემით შეფასება ჩატარებულია, მტკიცებულებების სარწმუნოება ძალიან დაბალია, ან დაბალია და საკვანძო შედეგების მიხედვით ინტერვენციების ეფექტურობა/სარგებლიანობა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით მაღალია. თუმცა, ეს დაზუსტებული არ არის და ახალმა მტკიცებულებებმა მომავალში შესაძლოა რეკომენდაცია შეცვალოს.

პოპულაცია: ძირითადი დეპრესიული აშლილობის მქონე მოზრდილები
 ინტერვენცია: კრაზანა
 შედარება: პლაცებო

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
დეპრესია, პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც რეაგირებენ მკურნალობაზე	უპირატესობას ანიჭებს ინტერვენციას	ზომიერი
დეპრესიის სკალის ქულა	უპირატესობას ანიჭებს ინტერვენციას	ზომიერი
დეპრესიის რემისია	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
დეპრესიის რეციდივი	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
ცხოვრების ხარისხი: გონებრივი	უპირატესობას ანიჭებს ინტერვენციას	დაბალი
ცხოვრების ხარისხი: ფიზიკური	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
გვერდითი მოვლენების მქონე პაციენტების რაოდენობა	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ზომიერი
სერიოზული გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ზომიერი

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
კუჭ-ნაწლავის/მეტაბოლური/კვებითი გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
ნევროლოგიური/ნერვული სისტემის გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება კრაზანით, პლაცებოსთან შედარებით (მომხტარია შედარება)	დაბალი
კანის/კუნთოვანი სისტემის გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
მგრძნობელობა სინათლეზე	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
რესპირატორული/ინფექციური გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
სხვა ორგანოთა სისტემის (თვალის, ყურის, ღვიძლის, თირკმელების, რეპროდუქციული) გვერდითი მოვლენები	უფრო ხშირად გვხვდება კრაზანით, პლაცებოსთან შედარებით (მომხტარია შედარება)	დაბალი
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
ფსიქიატრიული გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
სექსუალური დისფუნქციის გვერდითი მოვლენები	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი

შენიშვნა:

- სისტემატური მიმოხილვის რეცენზენტებმა (იხილეთ სრული წყაროს სისტემატური მიმოხილვა ზემოთ) დაასკვნეს, რომ კრაზანა ეფექტურია ძირითადი დეპრესიული აშლილობის სამკურნალოდ პლაცებოსთან შედარებით.
- ნერვულ სისტემასთან, თვალებთან, ყურებთან, ღვიძლთან, თირკმელებთან და რეპროდუქციულ ორგანოებთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები დაფიქსირდა პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ კრაზანას პლაცებოსთან შედარებით.
- მიმოხილვაში ჩართული იყო მხოლოდ კვლევები მკურნალობის ხანგრძლივობით ≥ 4 კვირა.

*** მტკიცებულების დონეები**

მტკიცებულების დონე BMJ Best Practice-ის მიერ გამოყენებული შეფასების შიდა სისტემის სისტემაა. იხილეთ EBM ნაკრები (<https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/>) დეტალებისთვის

მტკიცებულების სარწმუნოება

- A - მაღალი ან საშუალო-მაღალი
- B - საშუალო ან დაბალი-საშუალო
- C - ძალიან დაბალი ან დაბალი

† ეფექტიანობა (BMJ შეფასება)

სტატისტიკური მნიშვნელობის მიხედვით, რაც მიუთითებს, რომ შედეგები ნაკლებად სავარაუდოა შემთხვევით იყოს გამოწვეული, თუმცა ცალსახად არ ამტკიცებს შედეგების კლინიკურ მნიშვნელობას.

‡ Grade სარწმუნოების შკალები

მაღალია	ავტორები საკმაოდ დარწმუნებულები არიან, რომ ჭეშმარიტი ეფექტი გამოთვლილის მსგავსია.
ზომიერი	ავტორები საშუალოდ დარწმუნებულები არიან, რომ ჭეშმარიტი ეფექტი სავარაუდოდ ახლოა გამოთვლილ ეფექტთან.
დაბალი	ავტორები არ არიან დარწმუნებულები, რომ ეფექტის მაჩვენებელი და ჭეშმარიტი ეფექტი მსგავსია. სავარაუდოა მნიშვნელოვანი განსხვავებები.
ძალიან დაბალი	ავტორები არ არიან დარწმუნებულები, რომ ეფექტის მაჩვენებელი და ჭეშმარიტი ეფექტი მსგავსია. სავარაუდოა ძალიან მნიშვნელოვანი აცდენა.

BMJ Best Practice EBM ნაკრები: რა არის GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

ძირითადი სტატიები

- Institute for Clinical Systems Improvement. Depression, adult in primary care. Mar 2016 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.icsi.org/guideline/depression\)](https://www.icsi.org/guideline/depression)
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249421?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249421?tool=bestpractice.bmj.com)
- Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2012 Aug;169(8):790-804. [სრული ტექსტი \(http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11111616\)](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11111616) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772364?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772364?tool=bestpractice.bmj.com)
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66. [სრული ტექსტი \(https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32802-7/fulltext\)](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32802-7/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29477251?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29477251?tool=bestpractice.bmj.com)
- Karyotaki E, Smit Y, de Beurs DP, et al. The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized trials. Depress Anxiety. 2016 May;33(5):370-83. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000501?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000501?tool=bestpractice.bmj.com)

წყაროები

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (ICD). 11th revision. Jan 2022 [Internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://icd.who.int/browse11/l-m/en\)](https://icd.who.int/browse11/l-m/en)
3. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712?tool=bestpractice.bmj.com)
4. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016 Jan 26;315(4):388-406. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813212?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813212?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Depression, adult in primary care. Mar 2016 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.icsi.org/guideline/depression\)](https://www.icsi.org/guideline/depression)
6. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. Nat Rev Cardiol. 2016 Nov 17;14(3):145-55. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27853162?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27853162?tool=bestpractice.bmj.com)

7. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *Am J Psychiatry*. 2015 Dec 18;173(3):221-31. [სრული ტექსტი \(https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.15030363?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed\)](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.15030363?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684921?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684921?tool=bestpractice.bmj.com)

8. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 May 17;3(6):461-71. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25995124?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25995124?tool=bestpractice.bmj.com)

9. Caruso R, Nanni MG, Riba M, et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol*. 2017 Feb;56(2):146-55. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28140731?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28140731?tool=bestpractice.bmj.com)

10. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610\)](https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610)

11. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013 Aug 14;310(6):591-608. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1001/jama.2013.13805\)](https://www.doi.org/10.1001/jama.2013.13805) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842577?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842577?tool=bestpractice.bmj.com)

12. Matcham F, Norton S, Scott DL, et al. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016 Feb;55(2):268-78. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710801\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710801) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26350486?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26350486?tool=bestpractice.bmj.com)

13. Harshfield EL, Pennells L, Schwartz JE, et al. Association between depressive symptoms and incident cardiovascular diseases. *JAMA*. 2020 Dec 15;324(23):2396-405. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7739139\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7739139) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33320224?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33320224?tool=bestpractice.bmj.com)

14. Choudhary P, Ronkainen J, Nedelec R, et al. The relationship of life-course patterns of adiposity with type 2 diabetes, depression, and their comorbidity in the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Int J Obes (Lond)*. 2022 May 13 [Epub ahead of print]. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9105590\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9105590) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35562396?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35562396?tool=bestpractice.bmj.com)

15. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014 May;71(5):573-81. [სრული ტექსტი \(https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1847579\)](https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1847579) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24806211?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24806211?tool=bestpractice.bmj.com)

16. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health*. 2021 Oct;6(10):e729-38. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8460452\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8460452) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33961802?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33961802?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Lim GY, Tam WW, Lu Y, et al. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018 Feb 12;8(1):2861. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809481\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809481) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29434331?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29434331?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;42(6):657-72. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678895\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678895) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32756809?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32756809?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ*. 2002 Nov 26;167(11):1253-60. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451082?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451082?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Fornaro M, Solmi M, Stubbs B, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020 Jan;216(1):6-15. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1192/bjp.2019.5\)](https://www.doi.org/10.1192/bjp.2019.5) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30864533?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30864533?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Asmer MS, Kirkham J, Newton H, et al. Meta-analysis of the prevalence of major depressive disorder among older adults with dementia. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jul 31;79(5). [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30085437?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30085437?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Jia H, Guerin RJ, Barile JP, et al. National and state trends in anxiety and depression severity scores among adults during the COVID-19 pandemic: United States, 2020-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Oct 8;70(40):1427-32. [სრული ტექსტი \(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7040e3.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7040e3.htm) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34618798?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34618798?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Guaiiana G, Mastrangelo J, Hendriks S, et al. A systematic review of the use of telepsychiatry in depression. *Community Ment Health J*. 2021 Jan;57(1):93-100. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7547814\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7547814) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33040191?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33040191?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Risch N, Herrell R, Lehner T, et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2009 Jun 17;301(23):2462-71. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531786?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531786?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Wang Q, Shelton RC, Dwivedi Y. Interaction between early-life stress and FKBP5 gene variants in major depressive disorder and post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:422-8. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626653\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626653) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28850857?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28850857?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Yang J, Zheng P, Li Y, et al. Landscapes of bacterial and metabolic signatures and their interaction in major depressive disorders. *Sci Adv*. 2020 Dec;6(49):eaba8555. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710361\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710361) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33268363?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33268363?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Knudsen JK, Bundgaard-Nielsen C, Hjerrild S, et al. Gut microbiota variations in patients diagnosed with major depressive disorder: a systematic review. *Brain Behav*. 2021 Jul;11(7):e02177. [სრული ტექსტი](#)

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8323045>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34047485?tool=bestpractice.bmj.com>)

28. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry. 2007 Mar;64(3):327-37. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339521?tool=bestpractice.bmj.com>)
29. Nutt DJ, Baldwin DS, Clayton AH, et al. Consensus statement and research needs: the role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. J Clin Psychiatry. 2006;67(suppl 6):S46-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16848678?tool=bestpractice.bmj.com>)
30. Greden JF. Physical symptoms of depression: unmet needs. J Clin Psychiatry. 2003;64(suppl 7):S5-11. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12755646?tool=bestpractice.bmj.com>)
31. Ising M, Horstmann S, Kloiber S, et al. Combined dexamethasone/corticotropin releasing hormone test predicts treatment response in major depression - a potential biomarker? Biol Psychiatry. 2007 Jul 1;62(1):47-54. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17123470?tool=bestpractice.bmj.com>)
32. Carroll BJ, Feinberg M, Greden JF, et al. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia: standardization, validation, and clinical utility. Arch Gen Psychiatry. 1981 Jan;38(1):15-22. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7458567?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. Mol Psychiatry. 2017 Jun;22(6):900-9. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5444023>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27137745?tool=bestpractice.bmj.com>)
34. Schmaal L, Veltman DJ, van Erp TG, et al. Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. Mol Psychiatry. 2016 Jun;21(6):806-12. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879183>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26122586?tool=bestpractice.bmj.com>)
35. MacQueen G, Frodl T. The hippocampus in major depression: evidence for the convergence of the bench and bedside in psychiatric research? Mol Psychiatry. 2011 Mar;16(3):252-64. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661246?tool=bestpractice.bmj.com>)
36. Peng W, Chen Z, Yin L, et al. Essential brain structural alterations in major depressive disorder: a voxel-wise meta-analysis on first episode, medication-naïve patients. J Affect Disord. 2016 Jul 15;199:114-23. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27100056?tool=bestpractice.bmj.com>)
37. Zhong X, Pu W, Yao S. Functional alterations of fronto-limbic circuit and default mode network systems in first-episode, drug-naïve patients with major depressive disorder: a meta-analysis of resting-state fMRI data. J Affect Disord. 2016 Dec;206:280-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27639862?tool=bestpractice.bmj.com>)

38. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260528?tool=bestpractice.bmj.com>)

39. Barlow J, Smailagic N, Huband N, et al. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 May 17;(5):CD002020. **სრული ტექსტი** (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002020.pub4/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24838729?tool=bestpractice.bmj.com>)

40. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Apr;56(4):322-7. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197826?tool=bestpractice.bmj.com>)

41. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry.* 2003 Aug;160(8):1525-6. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900320?tool=bestpractice.bmj.com>)

42. Baraldi S, Hepgul N, Mondelli V, et al. Symptomatic treatment of interferon- α -induced depression in hepatitis C: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol.* 2012 Aug;32(4):531-43. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22722514?tool=bestpractice.bmj.com>)

43. Walker J, Burke K, Wanat M, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med.* 2018 Oct;48(14):2285-98. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29576041?tool=bestpractice.bmj.com>)

44. Pitman A, Suleman S, Hyde N, et al. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018 Apr 25;361:k1415. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29695476?tool=bestpractice.bmj.com>)

45. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, et al. Depression in HIV infected patients: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Jan;17(1):530. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25413636?tool=bestpractice.bmj.com>)

46. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003 Nov 10;163(20):2433-45. **სრული ტექსტი** (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/216320>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14609780?tool=bestpractice.bmj.com>)

47. Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO, et al. Overweight and obesity associated with higher depression prevalence in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Nutr.* 2017 Mar-Apr;36(3):223-33. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28394727?tool=bestpractice.bmj.com>)

48. Khaledi M, Haghghatdoost F, Feizi A, et al. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Acta Diabetol.* 2019 Jun;56(6):631-650. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.1007/s00592-019-01295-9>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30903433?tool=bestpractice.bmj.com>)

49. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, et al. Patterns of association of chronic medical conditions and major depression. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018 Feb;27(1):42-50. **სრული ტექსტი** (<https://>)

www.doi.org/10.1017/S204579601600072X) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27784343?tool=bestpractice.bmj.com>)

50. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(1):7-23. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21485743?tool=bestpractice.bmj.com>)
51. Cooney LG, Lee I, Sammel MD, et al. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2017 May 1;32(5):1075-91. სრული ტექსტი (<https://academic.oup.com/humrep/article/32/5/1075/3064352>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28333286?tool=bestpractice.bmj.com>)
52. Secinti E, Thompson EJ, Richards M, et al. Research Review: childhood chronic physical illness and adult emotional health - a systematic review and meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2017 Jul;58(7):753-69. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28449285?tool=bestpractice.bmj.com>)
53. Hunt GE, Malhi GS, Lai HMX, et al. Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2020 Apr 1;266:288-304. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32056890?tool=bestpractice.bmj.com>)
54. Onaemo VN, Fawehinmi TO, D'Arcy C. Comorbid cannabis use disorder with major depression and generalized anxiety disorder: a systematic review with meta-analysis of nationally representative epidemiological surveys. J Affect Disord. 2021 Feb 15;281:467-75. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33360749?tool=bestpractice.bmj.com>)
55. Black N, Stockings E, Campbell G, et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019 Dec;6(12):995-1010. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6949116>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31672337?tool=bestpractice.bmj.com>)
56. Kool S, Schoevers R, de Maat S, et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2005 Nov;88(3):269-78. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16165217?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, et al. The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. Psychol Med. 1985 Feb;15(1):189-94. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3991833?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Speed MS, Jepsen OH, Børghlum AD, et al. Investigating the association between body fat and depression via Mendelian randomization. Transl Psychiatry. 2019 Aug 5;9(1):184. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1038/s41398-019-0516-4>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31383844?tool=bestpractice.bmj.com>)
59. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2019 Feb 12;321(6):580-7. სრული ტექსტი (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2724195>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30747971?tool=bestpractice.bmj.com>)

60. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, et al. Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 13;17(22):8421. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7697337>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33203014?tool=bestpractice.bmj.com>)
61. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, et al. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry*. 2015 Aug 1;172(8):798-802. სრული ტექსტი (<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.1720501>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26234607?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327033?tool=bestpractice.bmj.com>)
63. Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of depression in older adults: a review. *JAMA*. 2017 May 23;317(20):2114-22. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28535241?tool=bestpractice.bmj.com>)
64. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249421?tool=bestpractice.bmj.com>)
65. Gilbody S, Richards D, Brealey S, et al. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov;22(11):1596-602. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219806>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17874169?tool=bestpractice.bmj.com>)
66. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a systematic review. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:473-83. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33126078?tool=bestpractice.bmj.com>)
67. Goodarzi ZS, Mele BS, Roberts DJ, et al. Depression case finding in individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2017 May;65(5):937-48. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28152174?tool=bestpractice.bmj.com>)
68. Kennis M, Gerritsen L, van Dalen M, et al. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2020 Feb;25(2):321-38. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6974432>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31745238?tool=bestpractice.bmj.com>)
69. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, et al. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*. 2016 Mar 9;2(2):127-38. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4995584>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27703765?tool=bestpractice.bmj.com>)
70. Di Florio A, Putnam K, Altemus M, et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol Med*. 2017

Apr;47(5):787-99. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369767>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27866476?tool=bestpractice.bmj.com>)

71. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002 Jul 18;347(3):194-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12124409?tool=bestpractice.bmj.com>)

72. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732?tool=bestpractice.bmj.com>)

73. Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO, 3rd, et al. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. Int Psychogeriatr. 1991 Spring;3(1):23-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1863703?tool=bestpractice.bmj.com>)

74. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759?tool=bestpractice.bmj.com>)

75. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry. 1988 Feb 1;23(3):271-84. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3337862?tool=bestpractice.bmj.com>)

76. Morris DW, Trivedi MH, Rush AJ. Folate and unipolar depression. J Altern Complement Med. 2008 Apr;14(3):277-85. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18370582?tool=bestpractice.bmj.com>)

77. Casarett D, Kutner JS, Abraham J. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. Ann Intern Med. 2001;134:208-215. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177334?tool=bestpractice.bmj.com>)

78. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, et al. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014 Nov;71(11):1287-95. სრული ტექსტი (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1910337>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250737?tool=bestpractice.bmj.com>)

79. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204?tool=bestpractice.bmj.com>)

80. Zbozinek TD, Rose RD, Wolitzky-Taylor KB, et al. Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. Depress Anxiety. 2012 Dec;29(12):1065-71. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3629816/pdf/nihms457466.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23184657?tool=bestpractice.bmj.com>)

81. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018 Nov 13;320(18):1910-1928. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1001/jama.2018.12086>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422198?tool=bestpractice.bmj.com>)

82. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016 May;74(5):945-73. [სრული ტექსტი \(https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(15\)02614-6/fulltext\)](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)02614-6/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897386?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897386?tool=bestpractice.bmj.com)
83. Povitz M, Bolo CE, Heitman SJ, et al. Effect of treatment of obstructive sleep apnea on depressive symptoms: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2014 Nov 25;11(11):e1001762. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244041\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244041) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25423175?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25423175?tool=bestpractice.bmj.com)
84. US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, et al. Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2023 Jun 20;329(23):2057-67. [სრული ტექსტი \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806144\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806144) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338872?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338872?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Canadian Task Force on Preventive Health Care; Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ. 2013 Jun 11;185(9):775-82. [სრული ტექსტი \(http://www.cmaj.ca/content/suppl/2013/07/29/cmaj.130403.DC3/depress-update.pdf\)](http://www.cmaj.ca/content/suppl/2013/07/29/cmaj.130403.DC3/depress-update.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23670157?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23670157?tool=bestpractice.bmj.com)
86. American College of Surgeons. Best practices guidelines: screening and intervention for mental health disorders and substance use and misuse in the acute trauma patient. Dec 2022 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.facs.org/media/nrcj31ku/mental-health-guidelines.pdf\)](https://www.facs.org/media/nrcj31ku/mental-health-guidelines.pdf)
87. Levis B, Sun Y, He C, et al. Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect major depression: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2020 Jun 9;323(22):2290-300. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7284301\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7284301) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32515813?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32515813?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline no. 4. Obstet Gynecol. 2023 Jun 1;141(6):1232-61. [სრული ტექსტი \(https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/screening_and_diagnosis_of_mental_health.35.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/screening_and_diagnosis_of_mental_health.35.aspx) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37486660?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37486660?tool=bestpractice.bmj.com)
89. Levis B, Negeri Z, Sun Y, et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ. 2020 Nov 11;371:m4022. [სრული ტექსტი \(https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4022.long\)](https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4022.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33177069?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33177069?tool=bestpractice.bmj.com)
90. Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, et al. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2017 Jun;46(4):265-86. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663193\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663193) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440699?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440699?tool=bestpractice.bmj.com)
91. Lee Y, Rosenblat JD, Lee J, et al. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: a systematic review. J Affect Disord. 2018 Feb;227:406-15. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29154157?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29154157?tool=bestpractice.bmj.com)

92. Barbui C, Butler R, Cipriani A, et al. Depression in adults. *BMJ Clinical Evid*, Issue 16, 2006.

93. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeier-Gromen A, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Oct 13;(10):CD006237. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006237.pub4/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33052607?tool=bestpractice.bmj.com>)

94. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012 Aug;169(8):790-804. სრული ტექსტი (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11111616>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772364?tool=bestpractice.bmj.com>)

95. Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013 Aug 19;347:f4913. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746956>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959152?tool=bestpractice.bmj.com>)

96. Panagioti M, Bower P, Kontopantelis E, et al. Association between chronic physical conditions and the effectiveness of collaborative care for depression: an individual participant data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Sep 1;73(9):978-89. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27602561?tool=bestpractice.bmj.com>)

97. Josephine K, Josefine L, Philipp D, et al. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Dec 1;223:28-40. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28715726?tool=bestpractice.bmj.com>)

98. Păsărelu CR, Andersson G, Bergman Nordgren L, et al. Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther*. 2017 Jan;46(1):1-28. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27712544?tool=bestpractice.bmj.com>)

99. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1241-5. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16735333?tool=bestpractice.bmj.com>)

100. Kruizinga J, Liemburg E, Burger H, et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 7;(12):CD004044. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004044.pub5/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34875106?tool=bestpractice.bmj.com>)

101. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 3;(6):CD001026. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001026.pub2/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31158298?tool=bestpractice.bmj.com>)

102. van Diermen L, van den Aamee S, Kamperman AM, et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018 Feb;212(2):71-80. სრული ტექსტი

(<https://www.doi.org/10.1192/bjp.2017.28>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29436330?tool=bestpractice.bmj.com>)

103. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive therapy in the elderly: new findings in geriatric depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Apr;18(4):40. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909702?tool=bestpractice.bmj.com>)
104. Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *N Engl J Med.* 2007 Nov 8;357(19):1939-45. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17989386?tool=bestpractice.bmj.com>)
105. Watts BV, Groft A, Bagian JP. An examination of mortality and other adverse events related to electroconvulsive therapy using a national adverse event report system. *J ECT.* 2011 Jun;27(2):105-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966769?tool=bestpractice.bmj.com>)
106. Tørring N, Sanghani SN, Petrides G, et al. The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2017 May;135(5):388-97. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28332236?tool=bestpractice.bmj.com>)
107. Kaster TS, Vigod SN, Gomes T, et al. Risk of serious medical events in patients with depression treated with electroconvulsive therapy: a propensity score-matched, retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2021 Aug;8(8):686-95. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34265274?tool=bestpractice.bmj.com>)
108. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. *N Engl J Med.* 2009 Apr 2;360(14):1437-44. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339723?tool=bestpractice.bmj.com>)
109. Semkowska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry.* 2010 Sep 15;68(6):568-77. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673880?tool=bestpractice.bmj.com>)
110. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ.* 2003 Jun 21;326(7403):1363. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12816822?tool=bestpractice.bmj.com>)
111. Elias A, Phutane VH, Clarke S, et al. Electroconvulsive therapy in the continuation and maintenance treatment of depression: systematic review and meta-analyses. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018 May;52(5):415-24. სრული ტექსტი (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867417743343>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29256252?tool=bestpractice.bmj.com>)
112. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry.* 2012 Jun;69(6):572-9. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371295>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22393205?tool=bestpractice.bmj.com>)
113. Vöhringer PA, Ghaemi SN. Solving the antidepressant efficacy question: effect sizes in major depressive disorder. *Clin Ther.* 2011 Dec;33(12):B49-61. სრული ტექსტი (<http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918%2811%2900770-3/fulltext>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22136980?tool=bestpractice.bmj.com>)

114. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66. სრული ტექსტი ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32802-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32802-7/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29477251?tool=bestpractice.bmj.com>)
115. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):24-36. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20950863?tool=bestpractice.bmj.com>)
116. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020 Feb;19(1):92-107. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953550>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31922679?tool=bestpractice.bmj.com>)
117. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2011 Dec 6;155(11):772-85. სრული ტექსტი (<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-155-11-201112060-00009>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22147715?tool=bestpractice.bmj.com>)
118. Maslej MM, Furukawa TA, Cipriani A, et al. Individual differences in response to antidepressants: a meta-analysis of placebo-controlled randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*. 2021 May 1;78(5):490-7. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7890446>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33595620?tool=bestpractice.bmj.com>)
119. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015 May;29(5):459-525. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25969470?tool=bestpractice.bmj.com>)
120. Ghaffari Darab M, Hedayati A, Khorasani E, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in major depression disorder treatment: an umbrella review on systematic reviews. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2020 Nov;24(4):357-70. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32667275?tool=bestpractice.bmj.com>)
121. Thase ME, Nierenberg AA, Vrijland P, et al. Remission with mirtazapine and selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of individual patient data from 15 controlled trials of acute phase treatment of major depression. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010 Jul;25(4):189-98. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20531012?tool=bestpractice.bmj.com>)
122. Furukawa TA, Cipriani A, Cowen PJ, et al. Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul;6(7):601-9. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586944>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31178367?tool=bestpractice.bmj.com>)
123. Adli M, Baethge C, Heinz A, et al. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.

2005 Dec;255(6):387-400. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868067?tool=bestpractice.bmj.com>)

124. Dold M, Bartova L, Rupprecht R, et al. Dose escalation of antidepressants in unipolar depression: a meta-analysis of double-blind, randomized controlled trials. *Psychother Psychosom.* 2017 Sep 14;86(5):283-91. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903107?tool=bestpractice.bmj.com>)
125. Braun C, Adams A, Rink L, et al. In search of a dose-response relationship in SSRIs—a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020 Dec;142(6):430-42. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13235>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32970827?tool=bestpractice.bmj.com>)
126. Rucci P, Frank E, Scocco P, et al. Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with SSRI pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depress Anxiety.* 2011 Apr;28(4):303-9. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079416>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308882?tool=bestpractice.bmj.com>)
127. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA.* 2004 Jul 21;292(3):338-43. **სრული ტექსტი** (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199120>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265848?tool=bestpractice.bmj.com>)
128. Miller M, Swanson SA, Azrael D, et al. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med.* 2014 Jun;174(6):899-909. **სრული ტექსტი** (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1863925>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24782035?tool=bestpractice.bmj.com>)
129. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomized controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ.* 2005 Feb 19;330(7488):385. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718537?tool=bestpractice.bmj.com>)
130. Saperia J, Ashby D, Gunnell D. Suicidal behaviour and SSRIs: updated meta-analysis. *BMJ.* 2006 Jun 17;332(7555):1453. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16777898?tool=bestpractice.bmj.com>)
131. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, et al. Association of antidepressant use with adverse health outcomes: a systematic umbrella review. *JAMA Psychiatry.* 2019 Dec 1;76(12):1241-55. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6777224>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31577342?tool=bestpractice.bmj.com>)
132. Näslund J, Hieronymus F, Lisinski A, et al. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on rating-scale-assessed suicidality in adults with depression. *Br J Psychiatry.* 2018 Mar;212(3):148-54. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29436321?tool=bestpractice.bmj.com>)
133. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, et al. Trajectories of acute antidepressant efficacy: how long to wait for response? A systematic review and meta-analysis of long-term, placebo-controlled acute treatment trials.

J Clin Psychiatry. 2018 May/June;79(3). **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29659207?tool=bestpractice.bmj.com>)

134. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, et al. Long-term acute-phase treatment with antidepressants, 8 weeks and beyond: a systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2018 Jan/Feb;79(1). **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28068463?tool=bestpractice.bmj.com>)

135. Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, et al. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. J Clin Psychopharmacol. 2015 Feb;35(1):75-6. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25502491?tool=bestpractice.bmj.com>)

136. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet. 2003 Feb 22;361(9358):653-61. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12606176?tool=bestpractice.bmj.com>)

137. El-Mallakh RS, Briscoe B. Studies of long-term use of antidepressants: how should the data from them be interpreted? CNS Drugs. 2012 Feb 1;26(2):97-109. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296314?tool=bestpractice.bmj.com>)

138. Kato M, Hori H, Inoue T, et al. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2021 Jan;26(1):118-33. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7815511>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32704061?tool=bestpractice.bmj.com>)

139. Royal College of Psychiatrists. Position statement on antidepressants and depression. May 2019 [internet publication]. **სრული ტექსტი** (https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps04_19---antidepressants-and-depression.pdf?sfvrsn=ddea9473_5)

140. Gueorguieva R, Chekroud AM, Krystal JH. Trajectories of relapse in randomised, placebo-controlled trials of treatment discontinuation in major depressive disorder: an individual patient-level data meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017 Mar;4(3):230-7. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340978>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28189575?tool=bestpractice.bmj.com>)

141. Guidi J, Fava GA. Sequential combination of pharmacotherapy and psychotherapy in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021 Mar 1;78(3):261-9. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7689568>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33237285?tool=bestpractice.bmj.com>)

142. Breedvelt JF, Warren FC, Segal Z, et al. Continuation of antidepressants vs sequential psychological interventions to prevent relapse in depression: an individual participant data meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021 Aug 1;78(8):868-75. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8135055>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34009273?tool=bestpractice.bmj.com>)

143. Bauer M, Severus E, Köhler S, et al.; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder - update 2015. World J Biol Psychiatry. 2015 Feb;16(2):76-95. **სრული ტექსტი** (https://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/)

Treatment_Guidelines/Bauer_et_al_2015.pdf) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25677972?tool=bestpractice.bmj.com>)

144. Health Quality Ontario. Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser. 2017 Nov 13;17(15):1-167. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709536>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29213344?tool=bestpractice.bmj.com>)
145. Karyotaki E, Smit Y, de Beurs DP, et al. The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety*. 2016 May;33(5):370-83. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000501?tool=bestpractice.bmj.com>)
146. Kappelmann N, Rein M, Fietz J, et al. Psychotherapy or medication for depression? Using individual symptom meta-analyses to derive a symptom-oriented therapy (SOtT) metric for a personalised psychiatry. *BMC Med*. 2020 Jun 5;18(1):170. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273646>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32498707?tool=bestpractice.bmj.com>)
147. Breedvelt JF, Brouwer ME, Harrer M, et al. Psychological interventions as an alternative and add-on to antidepressant medication to prevent depressive relapse: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2021 Oct;219(4):538-45. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33205715?tool=bestpractice.bmj.com>)
148. Furukawa TA, Weitz ES, Tanaka S, et al. Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2017 Mar;210(3):190-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104735?tool=bestpractice.bmj.com>)
149. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2017 Jun 14;7(6):e014912. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623437>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28615268?tool=bestpractice.bmj.com>)
150. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Jul 4;386(9988):63-73. სრული ტექსტი (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614622224>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25907157?tool=bestpractice.bmj.com>)
151. Guidi J, Tomba E, Fava GA. The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2016 Feb 1;173(2):128-37. სრული ტექსტი (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.15040476>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26481173?tool=bestpractice.bmj.com>)
152. Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, et al. Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018 May;5(5):401-10. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29625762?tool=bestpractice.bmj.com>)

153. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA Psychiatry. 2016 Jun 1;73(6):565-74. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27119968?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27119968?tool=bestpractice.bmj.com)
154. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry. 2005 Apr;62(4):417-22. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15809409?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15809409?tool=bestpractice.bmj.com)
155. Wiles N, Thomas L, Abel A, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: the CoBaIT randomised controlled trial. Health Technol Assess. 2014 May;18(31):1-167. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK261983\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK261983) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24824481?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24824481?tool=bestpractice.bmj.com)
156. Qaseem A, Owens DK, Etxeandia-Ikobaltzeta I, et al. Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adults in the acute phase of major depressive disorder: a living clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2023 Feb;176(2):239-52. [სრული ტექსტი \(https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M22-2056\)](https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M22-2056) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36689752?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36689752?tool=bestpractice.bmj.com)
157. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Jun 2022 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng222\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng222)
158. Gartlehner G, Dobrescu A, Chapman A, et al. Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adult patients with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis for a clinical guideline by the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2023 Feb;176(2):196-211. [სრული ტექსტი \(https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M22-1845\)](https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M22-1845) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36689750?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36689750?tool=bestpractice.bmj.com)
159. De Mello MF, De Jesus Mari J, Bacaltchuk J, et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Apr;255(2):75-82. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15812600?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15812600?tool=bestpractice.bmj.com)
160. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. Am J Psychiatry. 2016 Jul 1;173(7):680-7. [სრული ტექსტი \(https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15091141\)](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15091141) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27032627?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27032627?tool=bestpractice.bmj.com)
161. Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009 Jun;29(4):348-53. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299058?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299058?tool=bestpractice.bmj.com)
162. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007 Jan;22(1):9-15. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572?tool=bestpractice.bmj.com)
163. Shang P, Cao X, You S, et al. Problem-solving therapy for major depressive disorders in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Aging Clin

Exp Res. 2021 Jun;33(6):1465-75. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32767273?tool=bestpractice.bmj.com>)

164. Zhang A, Franklin C, Jing S, et al. The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019 Feb 15;245:1168-86. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30699860?tool=bestpractice.bmj.com>)
165. Uphoff E, Ekers D, Robertson L, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jul 6;(7):CD013305. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013305.pub2/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32628293?tool=bestpractice.bmj.com>)
166. Gualano MR, Bert F, Martorana M, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: systematic review of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev. 2017 Dec;58:49-58. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28993103?tool=bestpractice.bmj.com>)
167. Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, et al. Comparative benefits and harms of antidepressant, psychological, complementary, and exercise treatments for major depression: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016 Mar 1;164(5):331-41. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26857743?tool=bestpractice.bmj.com>)
168. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, et al. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract. 2009 Feb;59(559):e51-60. **სრული ტექსტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629842>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19192368?tool=bestpractice.bmj.com>)
169. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol. 2008 Dec;76(6):909-22. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19045960?tool=bestpractice.bmj.com>)
170. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, et al. Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. BMC Psychiatry. 2008 May 16;8:36. **სრული ტექსტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408566>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18485191?tool=bestpractice.bmj.com>)
171. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, et al. Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Nov 16;(11):CD004517. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004517.pub3/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29144545?tool=bestpractice.bmj.com>)
172. Even C, Schröder CM, Friedman S, et al. Efficacy of light therapy in nonseasonal depression: a systematic review. J Affect Disord. 2008 May;108(1-2):11-23. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17950467?tool=bestpractice.bmj.com>)
173. Penders TM, Stanciu CN, Schoemann AM, et al. Bright light therapy as augmentation of pharmacotherapy for treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. Prim Care Companion CNS Disord. 2016 Oct 20;18(5). **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27835725?tool=bestpractice.bmj.com>)

174. Morgan, AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*. 2008 Aug 19;7:13. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542367\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542367) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18710579?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18710579?tool=bestpractice.bmj.com)
175. Sun YL, Chen SB, Gao Y, et al. Acupuncture versus western medicine for depression in China: a systematic review. *Chin J Evid Based Med*. 2008;8:340-5.
176. Herring MP, Puetz TW, O'Connor PJ, et al. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2012 Jan 23;172(2):101-11. [სრული ტექსტი \(http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108677\)](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108677) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22271118?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22271118?tool=bestpractice.bmj.com)
177. Chi I, Jordan-Marsh M, Guo M, et al. Tai chi and reduction of depressive symptoms for older adults: a meta-analysis of randomized trials. *Geriatr Gerontol Int*. 2013 Jan;13(1):3-12. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22680972?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22680972?tool=bestpractice.bmj.com)
178. Bridle C, Spanjers K, Patel S, et al. Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2012 Sep;201(3):180-5. [სრული ტექსტი \(http://bjp.rcpsych.org/content/201/3/180.full.pdf\)](http://bjp.rcpsych.org/content/201/3/180.full.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22945926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22945926?tool=bestpractice.bmj.com)
179. Belvederi Murri M, Amore M, Menchetti M, et al; Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors (SEEDS) Study Group. Physical exercise for late-life major depression. *Br J Psychiatry*. 2015 Sep;207(3):235-42. [სრული ტექსტი \(http://bjp.rcpsych.org/content/207/3/235.long\)](http://bjp.rcpsych.org/content/207/3/235.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26206864?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26206864?tool=bestpractice.bmj.com)
180. Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, et al. Efficacy of bright light treatment, fluoxetine, and the combination in patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jan;73(1):56-63. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26580307?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26580307?tool=bestpractice.bmj.com)
181. Trivedi MH, Greer TL, Church TS, et al. Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *J Clin Psychiatry*. 2011 May;72(5):677-84. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658349?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658349?tool=bestpractice.bmj.com)
182. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 12; (9):CD004366. [სრული ტექსტი \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026850?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026850?tool=bestpractice.bmj.com)
183. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, et al. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2017 Jul 12;7(7):e014499. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734422\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734422) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28706086?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28706086?tool=bestpractice.bmj.com)
184. Catalan-Matamoros D, Gomez-Conesa A, Stubbs B, et al. Exercise improves depressive symptoms in older adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*. 2016 Oct 30;244:202-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494042?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494042?tool=bestpractice.bmj.com)

185. Smith CA, Armour M, Lee MS, et al. Acupuncture for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Mar 4;(3):CD004046. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004046.pub4/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29502347?tool=bestpractice.bmj.com>)

186. Spek V, Nyklicek I, Smits N, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. Psychol Med. 2007 Dec;37(12):1797-806. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17466110?tool=bestpractice.bmj.com>)

187. Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, et al. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. Br J Psychiatry. 2008 Sep;193(3):181-4. სრული ტექსტი (<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/computerised-cognitive-behavioural-therapy-for-depression-systematic-review/CB1DC3F5CE548A93B1049382AE958B01>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18757972?tool=bestpractice.bmj.com>)

188. Alvarez LM, Sotres JF, Leon SO, et al. Computer program in the treatment for major depression and cognitive impairment in university students. Comp Human Behav. 2008 May;24(3):816-26.

189. Charova E, Dorstyn D, Tully P, et al. Web-based interventions for comorbid depression and chronic illness: a systematic review. J Telemed Telecare. 2015 Jun;21(4):189-201. აბსტრაქტი (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert_id?tool=bestpractice.bmj.com)

190. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. JAMA Psychiatry. 2017 Apr 1;74(4):351-9. სრული ტექსტი (<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2604310>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28241179?tool=bestpractice.bmj.com>)

191. Zhou T, Li X, Pei Y, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2016 Oct 21;16(1):356. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073460>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27769266?tool=bestpractice.bmj.com>)

192. Warmerdam L, van Straten A, Twisk J, et al. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2008 Nov 20;10(4):e44. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629364>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19033149?tool=bestpractice.bmj.com>)

193. van Straten A, Cuijpers P, Smits N. Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2008 Mar 25;10(1):e7. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18364344?tool=bestpractice.bmj.com>)

194. Billings DW, Cook RF, Hendrickson A, Dove DC. A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. J Occup Environ Med. 2008 Aug;50(8):960-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695455?tool=bestpractice.bmj.com>)

195. Furukawa TA, Maruo K, Noma H, et al. Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Jun;137(6):450-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29611870?tool=bestpractice.bmj.com>)
196. Hieronymus F, Lisinski A, Nilsson S, et al. Influence of baseline severity on the effects of SSRIs in depression: an item-based, patient-level post-hoc analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019 Sep;6(9):745-52. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31303567?tool=bestpractice.bmj.com>)
197. Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016 Dec;209(6):460-8. სრული ტექსტი (<http://bjp.rcpsych.org/content/209/6/460.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27539296?tool=bestpractice.bmj.com>)
198. Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, et al. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014 Oct;205(4):268-74. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180844>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274315?tool=bestpractice.bmj.com>)
199. Casañas R, Catalán R, del Val JL, et al. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2012 Dec 18;12:230. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551665/pdf/1471-244X-12-230.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23249399?tool=bestpractice.bmj.com>)
200. Nair P, Bhanu C, Frost R, et al. A systematic review of older adults' attitudes towards depression and its treatment. *Gerontologist.* 2020 Jan 24;60(1):e93-104. სრული ტექსტი (<https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/1/e93/5497004>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31115449?tool=bestpractice.bmj.com>)
201. den Boer PC, Wiersma D, Van den Bosch RJ. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med.* 2004 Aug;34(6):959-71. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15554567?tool=bestpractice.bmj.com>)
202. Gregory RJ, Canning SS, Lee TW, et al. Cognitive bibliotherapy for depression: a meta-analysis. *Prof Psychol Res Pract.* 2004;35.
203. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, et al. Yoga for depression: the research evidence. *J Affect Disord.* 2005 Dec;89(1-3):13-24. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16185770?tool=bestpractice.bmj.com>)
204. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, et al. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2011 Apr;72(4):529-38. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21034688?tool=bestpractice.bmj.com>)
205. Morgan JA, Olagunju AT, Corrigan F, et al. Does ceasing exercise induce depressive symptoms? A systematic review of experimental trials including immunological and neurogenic markers. *J Affect Disord.* 2018 Jul;234:180-92. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29529552?tool=bestpractice.bmj.com>)
206. Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Stathi A, et al. Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2019 Jan;36(1):39-53. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30334597?tool=bestpractice.bmj.com>)

207. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD000448. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000448.pub3/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843608?tool=bestpractice.bmj.com>)
208. Apaydin EA, Maher AR, Shanman R, et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder. Syst Rev. 2016 Sep 2;5(1):148. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5010734>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27589952?tool=bestpractice.bmj.com>)
209. Schulz V. Safety of St. John's Wort extract compared to synthetic antidepressants. Phytomedicine. 2006 Feb;13(3):199-204. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16428030?tool=bestpractice.bmj.com>)
210. Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M. Efficacy and tolerability of Hypericum perforatum in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009 Feb 1;33(1):118-27. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19028540?tool=bestpractice.bmj.com>)
211. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. J Anxiety Disord. 2018 Apr;55:70-78. სრული ტექსტი (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422409?tool=bestpractice.bmj.com>)
212. Apaydin EA, Maher AR, Raaen L, et al. The use of technology in the clinical care of depression: an evidence map. J Clin Psychiatry. 2018 Aug 21;79(5). აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30152646?tool=bestpractice.bmj.com>)
213. Health Quality Ontario. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depression and anxiety disorders: a health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser. 2019;19(6):1-199. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6394534>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30873251?tool=bestpractice.bmj.com>)
214. Furukawa TA, Sukanuma A, Ostinelli EG, et al. Dismantling, optimising, and personalising internet cognitive behavioural therapy for depression: a systematic review and component network meta-analysis using individual participant data. Lancet Psychiatry. 2021 Jun;8(6):500-11. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8838916>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33957075?tool=bestpractice.bmj.com>)
215. McGrath PJ, Stewart JW, Fava M, et al. Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STAR*D report. Am J Psychiatry. 2006 Sep;163(9):1531-41. სრული ტექსტი (<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2006.163.9.1531>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946177?tool=bestpractice.bmj.com>)
216. Schlaepfer TE, Agren H, Monteleone P, et al. The hidden third: improving outcome in treatment-resistant depression. J Psychopharmacol. 2012 May;26(5):587-602. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22236505?tool=bestpractice.bmj.com>)

217. Lam RW. Onset, time course and trajectories of improvement with antidepressants. Eur Neuropsychopharmacol. 2012;22(suppl 3):S492-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959114?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959114?tool=bestpractice.bmj.com)
218. Kemp DE, Ganocy SJ, Brecher M, et al. Clinical value of early partial symptomatic improvement in the prediction of response and remission during short-term treatment trials in 3369 subjects with bipolar I or II depression. J Affect Disord. 2011 Apr;130(1-2):171-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071096?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071096?tool=bestpractice.bmj.com)
219. Wagner S, Engel A, Engelmann J, et al. Early improvement as a resilience signal predicting later remission to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2017 Nov;94:96-106. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697423?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697423?tool=bestpractice.bmj.com)
220. Olgati P, Serretti A, Souery D, et al. Early improvement and response to antidepressant medications in adults with major depressive disorder. Meta-analysis and study of a sample with treatment-resistant depression. J Affect Disord. 2018 Feb;227:777-86. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29254066?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29254066?tool=bestpractice.bmj.com)
221. Posternak MA, Baer L, Nierenberg AA, et al. Response rates to fluoxetine in subjects who initially show no improvement. J Clin Psychiatry. 2011 Jul;72(7):949-54. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21672502?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21672502?tool=bestpractice.bmj.com)
222. Berlim MT, Turecki G. What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. Eur Neuropsychopharmacol. 2007 Nov;17(11):696-707. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17521891?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17521891?tool=bestpractice.bmj.com)
223. Brown S, Rittenbach K, Cheung S, et al. Current and common definitions of treatment-resistant depression: findings from a systematic review and qualitative interviews. Can J Psychiatry. 2019 Jun;64(6):380-7. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6591751\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6591751) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30763119?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30763119?tool=bestpractice.bmj.com)
224. McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: an international consensus statement. J Affect Disord. 2020 Apr 15;267:264-82. [სრული ტექსტი \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719321925\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719321925) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32217227?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32217227?tool=bestpractice.bmj.com)
225. Huynh NN, McIntyre RS. What are the implications of the STAR*D trial for primary care? A review and synthesis. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2008;10(2):91-6. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292446\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292446) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458732?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458732?tool=bestpractice.bmj.com)
226. Ramanuj P, Ferenchick EK, Pincus HA. Depression in primary care: part 2 - management. BMJ. 2019 Apr 8;365:l835. [სრული ტექსტი \(https://www.bmj.com/content/365/bmj.l835\)](https://www.bmj.com/content/365/bmj.l835) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30962249?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30962249?tool=bestpractice.bmj.com)

227. Sinyor M, Cheung CP, Abraha HY, et al. Antidepressant-placebo differences for specific adverse events in major depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020 Apr 15;267:185-90. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32217218?tool=bestpractice.bmj.com>)
228. Semkowska M, Quinlivan L, O'Grady T, et al. Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019 Oct;6(10):851-61. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31422920?tool=bestpractice.bmj.com>)
229. Bschor T, Kern H, Hensler J, et al. Switching the Antidepressant After Nonresponse in Adults With Major Depression: A Systematic Literature Search and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jan/Feb;79(1):. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.4088/JCP.16r10749>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27929611?tool=bestpractice.bmj.com>)
230. Rush AJ, Trivedi MH, Stewart JW, et al. Combining medications to enhance depression outcomes (CO-MED): acute and long-term outcomes of a single-blind randomized study. *Am J Psychiatry*. 2011 Jul;168(7):689-701. **სრული ტექსტი** (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2011.10111645>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536692?tool=bestpractice.bmj.com>)
231. Dold M, Kasper S. Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017 Mar;21(1):13-23. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27848269?tool=bestpractice.bmj.com>)
232. Hensler J, Bschor T, Baethge C. Combining antidepressants in acute treatment of depression: a meta-analysis of 38 studies including 4511 patients. *Can J Psychiatry*. 2016 Jan;61(1):29-43. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756602>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27582451?tool=bestpractice.bmj.com>)
233. Kessler D, Burns A, Tallon D, et al. Combining mirtazapine with SSRIs or SNRIs for treatment-resistant depression: the MIR RCT. *Health Technol Assess*. 2018 Nov;22(63):1-136. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533904>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30468145?tool=bestpractice.bmj.com>)
234. Shulman KI, Herrmann N, Walker SE. Current place of monoamine oxidase inhibitors in the treatment of depression. *CNS Drugs*. 2013 Oct;27(10):789-97. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23934742?tool=bestpractice.bmj.com>)
235. Suchting R, Tirumalajaru V, Gareeb R, et al. Revisiting monoamine oxidase inhibitors for the treatment of depressive disorders: a systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021 Mar 1;282:1153-60. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33601690?tool=bestpractice.bmj.com>)
236. Strawbridge R, Carter B, Marwood L, et al. Augmentation therapies for treatment-resistant depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2019 Jan;214(1):42-51. **სრული ტექსტი** (<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/augmentation-therapies-for-treatment-resistant-depression-systematic-review-and-metaanalysis/0FEA123FDECE5FB2E838517DC22F8C57/core-reader>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30457075?tool=bestpractice.bmj.com>)

237. Undurraga J, Sim K, Tondo L, et al. Lithium treatment for unipolar major depressive disorder: systematic review. *J Psychopharmacol.* 2019 Feb;33(2):167-76. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30698058?tool=bestpractice.bmj.com>)
238. Tohen M, Case M, Trivedi MH, et al. Olanzapine/fluoxetine combination in patients with treatment-resistant depression: rapid onset of therapeutic response and its predictive value for subsequent overall response in a pooled analysis of 5 studies. *J Clin Psychiatry.* 2010 Apr;71(4):451-62. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20361905?tool=bestpractice.bmj.com>)
239. Mohamed S, Johnson GR, Chen P, et al. Effect of antidepressant switching vs augmentation on remission among patients with major depressive disorder unresponsive to antidepressant treatment: the VAST-D randomized clinical trial. *JAMA.* 2017 Jul 11;318(2):132-45. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697253?tool=bestpractice.bmj.com>)
240. Gerhard T, Stroup TS, Correll CU, et al. Mortality risk of antipsychotic augmentation for adult depression. *PLoS One.* 2020 Sep 30;15(9):e0239206. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7526884>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32997687?tool=bestpractice.bmj.com>)
241. Mulder R, Hamilton A, Irwin L, et al. Treating depression with adjunctive antipsychotics. *Bipolar Disord.* 2018 Nov;20 Suppl 2:17-24. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12701>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30328223?tool=bestpractice.bmj.com>)
242. Spielmans GI, Berman MI, Linardatos E, et al. Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes. *PLoS Med.* 2013;10(3):e1001403. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3595214>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23554581?tool=bestpractice.bmj.com>)
243. Thase ME, Hobart M, Augustine C, et al. EPA-0808 - efficacy and safety of adjunctive brexpiprazole (opc-34712) in major depressive disorder (MDD): a phase iii, randomized, placebo-controlled study. *Eur Psychiatry.* 2014;29(suppl 1):1.
244. Yoon S, Jeon SW, Ko YH, et al. Adjunctive brexpiprazole as a novel effective strategy for treating major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2017 Feb;37(1):46-53. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27941419?tool=bestpractice.bmj.com>)
245. Hobart M, Zhang P, Weiss C, et al. Adjunctive brexpiprazole and functioning in major depressive disorder: a pooled analysis of six randomized studies using the Sheehan disability scale. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019 Mar 1;22(3):173-9. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6403084>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30508090?tool=bestpractice.bmj.com>)
246. Kishi T, Sakuma K, Nomura I, et al. Brexpiprazole as adjunctive treatment for major depressive disorder following treatment failure with at least one antidepressant in the current episode: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019 Nov 1;22(11):698-709. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6872963>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31350882?tool=bestpractice.bmj.com>)
247. Hollinghurst S, Carroll FE, Abel A, et al. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: economic evaluation of the CoBaIT

Trial. Br J Psychiatry. 2014 Jan;204(1):69-76. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262818?tool=bestpractice.bmj.com>)

248. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, et al. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 14;(5):CD010558. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010558.pub2/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29761488?tool=bestpractice.bmj.com>)

249. Kleeblatt J, Betzler F, Kilarski LL, et al. Efficacy of off-label augmentation in unipolar depression: a systematic review of the evidence. Eur Neuropsychopharmacol. 2017 May;27(5):423-41. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28318897?tool=bestpractice.bmj.com>)

250. Li JM, Zhang Y, Su WJ, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2018 Oct;268:243-50. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30071387?tool=bestpractice.bmj.com>)

251. Lambrichts S, Detraux J, Vansteelandt K, et al. Does lithium prevent relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression? A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2021 Apr;143(4):294-306. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33506961?tool=bestpractice.bmj.com>)

252. Chaudron LH. Complex challenges in treating depression during pregnancy. Am J Psychiatry. 2013 Jan;170(1):12-20. **სრული ტექსტი** (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12040440>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23288385?tool=bestpractice.bmj.com>)

253. Lassen D, Ennis ZN, Damkier P, et al. First-trimester pregnancy exposure to venlafaxine or duloxetine and risk of major congenital malformations: a systematic review. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2016 Jan;118(1):32-6. **სრული ტექსტი** (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcpt.12497/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26435496?tool=bestpractice.bmj.com>)

254. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. J Psychopharmacol. 2017 May;31(5):519-52. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440103?tool=bestpractice.bmj.com>)

255. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, et al. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. N Engl J Med. 2006 Feb 9;354(6):579-87. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16467545?tool=bestpractice.bmj.com>)

256. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2013 Apr;70(4):436-43. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23446732?tool=bestpractice.bmj.com>)

257. Furu K, Kieler H, Haglund B, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. BMJ. 2015 Apr 17;350:h1798. **სრული ტექსტი** (<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1798.long>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25888213?tool=bestpractice.bmj.com>)

258. Huybrechts KF, Palmsten K, Avorn J, et al. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *N Engl J Med.* 2014 Jun 19;370(25):2397-407. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4062924>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24941178?tool=bestpractice.bmj.com>)
259. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2014 Sep;124(3):526-34. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004304?tool=bestpractice.bmj.com>)
260. Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Sertraline use during pregnancy and the risk of major malformations. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Jun;212(6):795.e1-795.e12. სრული ტექსტი ([https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00090-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00090-3/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25637841?tool=bestpractice.bmj.com>)
261. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, et al. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *JAMA.* 2015 Jun 2;313(21):2142-51. სრული ტექსტი (<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2300602>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26034955?tool=bestpractice.bmj.com>)
262. Biffi A, Cantarutti A, Rea F, et al. Use of antidepressants during pregnancy and neonatal outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *J Psychiatr Res.* 2020 May;124:99-108. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32135392?tool=bestpractice.bmj.com>)
263. Dandjinou M, Sheehy O, Bérard A. Antidepressant use during pregnancy and the risk of gestational diabetes mellitus: a nested case-control study. *BMJ Open.* 2019 Oct 1;9(9):e025908. სრული ტექსტი (<https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e025908.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31575566?tool=bestpractice.bmj.com>)
264. Cabailot A, Bourset A, Mulliez A, et al. Trajectories of antidepressant drugs during pregnancy: a cohort study from a community-based sample. *Br J Clin Pharmacol.* 2021 Mar;87(3):965-87. სრული ტექსტი (<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.14449>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32755022?tool=bestpractice.bmj.com>)
265. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. SSRI/SNRI antidepressant medicines: small increased risk of postpartum haemorrhage when used in the month before delivery. Jan 2021 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.gov.uk/drug-safety-update/ssri-slash-snri-antidepressant-medicines-small-increased-risk-of-postpartum-haemorrhage-when-used-in-the-month-before-delivery>)
266. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA.* 2006 Feb 1;295(5):499-507. სრული ტექსტი (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202291>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615?tool=bestpractice.bmj.com>)
267. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience.* 2017 Feb 7;342:154-66. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343292?tool=bestpractice.bmj.com>)

268. Eke AC, Saccone G, Berghella V. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2016 Nov;123(12):1900-7. [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239775?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239775?tool=bestpractice.bmj.com)

269. Zhao X, Liu Q, Cao S, et al. A meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) use during prenatal depression and risk of low birth weight and small for gestational age. J Affect Disord. 2018 Dec 1;241:563-570. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.061\)](https://www.doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.061) [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30153640?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30153640?tool=bestpractice.bmj.com)

270. Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016 Aug 1;73(8):826-37. [სრული ტექსტი \(https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2526241\)](https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2526241) [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27276520?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27276520?tool=bestpractice.bmj.com)

271. Mitchell J, Goodman J. Comparative effects of antidepressant medications and untreated major depression on pregnancy outcomes: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2018 Oct;21(5):505-516. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1007/s00737-018-0844-z\)](https://www.doi.org/10.1007/s00737-018-0844-z) [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29644439?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29644439?tool=bestpractice.bmj.com)

272. Fitton CA, Steiner MFC, Aucott L, et al. In utero exposure to antidepressant medication and neonatal and child outcomes: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2020 Jan;141(1):21-33. [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31648376?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31648376?tool=bestpractice.bmj.com)

273. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. Lancet. 2005 Feb 5-11;365(9458):482-7. [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705457?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705457?tool=bestpractice.bmj.com)

274. Masarwa R, Bar-Oz B, Gorelik E, et al. Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin norepinephrine reuptake inhibitors and risk for persistent pulmonary hypertension of the newborn: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2019 Jan;220(1):57. [სრული ტექსტი \(https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30709-9/fulltext\)](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30709-9/fulltext) [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30170040?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30170040?tool=bestpractice.bmj.com)

275. Rai D, Lee BK, Dalman C, et al. Antidepressants during pregnancy and autism in offspring: population based cohort study. BMJ. 2017 Jul 19;358:j2811. [სრული ტექსტი \(http://www.bmj.com/content/358/bmj.j2811.long\)](http://www.bmj.com/content/358/bmj.j2811.long) [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28724519?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28724519?tool=bestpractice.bmj.com)

276. Kaplan YC, Keskin-Arslan E, Acar S, et al. Maternal SSRI discontinuation, use, psychiatric disorder and the risk of autism in children: a meta-analysis of cohort studies. Br J Clin Pharmacol. 2017 Dec;83(12):2798-806. [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28734011?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28734011?tool=bestpractice.bmj.com)

277. Brown HK, Hussain-Shamsy N, Lunsby Y, et al. The association between antenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and autism: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2017 Jan;78(1):e48-58. [ასტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28129495?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28129495?tool=bestpractice.bmj.com)

278. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline no. 5. Obstet Gynecol. 2023 Jun 1;141(6):1262-88. [სრული ტექსტი \(https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/\)](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/)

treatment_and_management_of_mental_health.36.aspx) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37486661?tool=bestpractice.bmj.com>)

279. Pompili M, Dominici G, Giordano G, et al. Electroconvulsive treatment during pregnancy: a systematic review. *Expert Rev of Neurother*. 2014 Dec;14(12):1377-90. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25346216?tool=bestpractice.bmj.com>)

280. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med*. 2009 Feb;71(2):235-42. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19073751?tool=bestpractice.bmj.com>)

281. Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, et al. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: an international review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Apr;52(4):320-7. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871019>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29506399?tool=bestpractice.bmj.com>)

282. Nillni YI, Mehralizade A, Mayer L, et al. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018 Dec;66:136-148. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29935979?tool=bestpractice.bmj.com>)

283. van Ravesteyn LM, Lambregtse-van den Berg MP, Hoogendijk WJ, et al. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Mar 30;12(3):e0173397. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373816>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358808?tool=bestpractice.bmj.com>)

284. McCabe JE, Wickberg B, Deberg J, et al. Listening visits for maternal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Aug;24(4):595-603. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33452571?tool=bestpractice.bmj.com>)

285. Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 24;(4):CD008581. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008581.pub2/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688573?tool=bestpractice.bmj.com>)

286. Hassan AN, Howe AS, Samokhvalov AV, et al. Management of mood and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist therapy: review and meta-analysis. *Am J Addict*. 2017 Sep;26(6):551-63. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28675762?tool=bestpractice.bmj.com>)

287. Dudas R, Malouf R, McCleery J, et al. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 31;(8):CD003944. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003944.pub2/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30168578?tool=bestpractice.bmj.com>)

288. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2021 Mar 24;372:n532. სრული ტექსტი (<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n532.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33762262?tool=bestpractice.bmj.com>)

289. Eshun-Wilson I, Siegfried N, Akena DH, et al. Antidepressants for depression in adults with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jan 22;(1):CD008525. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008525.pub3/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355886?tool=bestpractice.bmj.com>)
290. Li M, Kennedy EB, Byrne N, et al. Management of depression in patients with cancer: a clinical practice guideline. *J Oncol Pract*. 2016 Aug;12(8):747-56. სრული ტექსტი (<http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2016.011072>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27382000?tool=bestpractice.bmj.com>)
291. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 23;(4):CD011006. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011006.pub3/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29683474?tool=bestpractice.bmj.com>)
292. Peterson K, Dieperink E, Anderson J, et al. Rapid evidence review of the comparative effectiveness, harms, and cost-effectiveness of pharmacogenomics-guided antidepressant treatment versus usual care for major depressive disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017 Jun;234(11):1649-61. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456840?tool=bestpractice.bmj.com>)
293. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Nov 18;149(10):734-50. სრული ტექსტი (<http://www.annals.org/content/149/10/734.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017592?tool=bestpractice.bmj.com>)
294. Edwards SJ, Hamilton V, Nherera L, et al. Lithium or an atypical antipsychotic drug in the management of treatment-resistant depression: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013 Nov;17(54):1-190. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24284258?tool=bestpractice.bmj.com>)
295. Fornaro M. Beyond monoamines towards the development of novel antidepressants. *Journal of Psychopathology*. 2012;18:226-33. სრული ტექსტი (<http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/04Fornaro1.pdf>)
296. Connolly KR, Thase ME. Emerging drugs for major depressive disorder. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2012 Mar;17(1):105-26. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22339643?tool=bestpractice.bmj.com>)
297. Iosifescu DV, Jones A, O'Gorman C, et al. Efficacy and safety of AXS-05 (dextromethorphan-bupropion) in patients with major depressive disorder: a phase 3 randomized clinical trial (GEMINI). *J Clin Psychiatry*. 2022 May 30;83(4):21m14345. სრული ტექსტი (<https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/efficacy-safety-of-axs-05-dextromethorphan-bupropion-mdd>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35649167?tool=bestpractice.bmj.com>)
298. Tabuteau H, Jones A, Anderson A, et al. Effect of AXS-05 (dextromethorphan-bupropion) in major depressive disorder: a randomized double-blind controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2022 Jul;179(7):490-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35582785?tool=bestpractice.bmj.com>)

299. Rucker JJ, Jelen LA, Flynn S, et al. Psychedelics in the treatment of unipolar mood disorders: a systematic review. *J Psychopharmacol*. 2016 Dec;30(12):1220-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27856684?tool=bestpractice.bmj.com>)
300. Carhart-Harris R, Giribaldi B, Watts R, et al. Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *N Engl J Med*. 2021 Apr 15;384(15):1402-11. **სრული ტექსტი** (<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2032994>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33852780?tool=bestpractice.bmj.com>)
301. Davis AK, Barrett FS, May DG, et al. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 May 1;78(5):481-9. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7643046>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33146667?tool=bestpractice.bmj.com>)
302. Nagele P, Palanca BJ, Gott B, et al. A phase 2 trial of inhaled nitrous oxide for treatment-resistant major depression. *Sci Transl Med*. 2021 Jun 9;13(597):eabe1376. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34108247?tool=bestpractice.bmj.com>)
303. Zazula R, Husain MI, Mohebbi M, et al. Minocycline as adjunctive treatment for major depressive disorder: pooled data from two randomized controlled trials. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021 Aug;55(8):784-98. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33092404?tool=bestpractice.bmj.com>)
304. Cai DB, Zheng W, Zhang QE, et al. Minocycline for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized, double-blinded, placebo-controlled trials. *Psychiatr Q*. 2020 Jun;91(2):451-61. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31965454?tool=bestpractice.bmj.com>)
305. Dean RL, Hurducas C, Hawton K, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults with unipolar major depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 12;9(9):CD011612. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011612.pub3/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34510411?tool=bestpractice.bmj.com>)
306. Sanacora G, Frye MA, McDonald W, et al. A consensus statement on the use of ketamine in the treatment of mood disorders. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr 1;74(4):399-405. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28249076?tool=bestpractice.bmj.com>)
307. Dean RL, Marquardt T, Hurducas C, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults with bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Oct 8;10(10):CD011611. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011611.pub3/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34623633?tool=bestpractice.bmj.com>)
308. Murrough JW, Iosifescu DV, Chang LC, et al. Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013 Oct;170(10):1134-42. **სრული ტექსტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992936>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23982301?tool=bestpractice.bmj.com>)
309. Kraus C, Rabl U, Vanicek T, et al. Administration of ketamine for unipolar and bipolar depression. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017 Mar;21(1):2-12. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28097909?tool=bestpractice.bmj.com>)

310. Singh JB, Fedgchin M, Daly EJ, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled, dose-frequency study of intravenous ketamine in patients with treatment-resistant depression. *Am J Psychiatry*. 2016 Aug 1;173(8):816-26. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27056608?tool=bestpractice.bmj.com>)

311. Bahji A, Vazquez GH, Zarate CA Jr. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021 Jan 1;278:542-55. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7704936>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33022440?tool=bestpractice.bmj.com>)

312. Covvey JR, Crawford AN, Lowe DK. Intravenous ketamine for treatment-resistant major depressive disorder. *Ann Pharmacother*. 2012 Jan;46(1):117-23. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22190250?tool=bestpractice.bmj.com>)

313. Newport DJ, Carpenter LL, McDonald WM, et al; APA Council of Research Task Force on Novel Biomarkers and Treatments. Ketamine and other NMDA antagonists: early clinical trials and possible mechanisms in depression. *Am J Psychiatry*. 2015 Oct;172(10):950-66. **სრული ტექსტი** (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.15040465>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26423481?tool=bestpractice.bmj.com>)

314. Short B, Fong J, Galvez V, et al. Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2018 Jan;5(1):65-78. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28757132?tool=bestpractice.bmj.com>)

315. Popova V, Daly EJ, Trivedi M, et al. Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: a randomized double-blind active-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2019 May 21;176(6):428-38. **სრული ტექსტი** (www.doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19020172) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31109201?tool=bestpractice.bmj.com>)

316. Fedgchin M, Trivedi M, Daly EJ, et al. Efficacy and safety of fixed-dose esketamine nasal spray combined with a new oral antidepressant in treatment-resistant depression: results of a randomized, double-blind, active-controlled study (TRANSFORM-1). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019 Oct 1;22(10):616-30. **სრული ტექსტი** (www.doi.org/10.1093/ijnp/pyz039) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31290965?tool=bestpractice.bmj.com>)

317. Daly EJ, Trivedi MH, Janik A, et al. Efficacy of esketamine nasal spray plus oral antidepressant treatment for relapse prevention in patients with treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 1;76(9):893-903. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6551577>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31166571?tool=bestpractice.bmj.com>)

318. van de Loo AJAE, Bervoets AC, Mooren L, et al. The effects of intranasal esketamine (84 mg) and oral mirtazapine (30 mg) on on-road driving performance: a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017 Nov;234(21):3175-83. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660834>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28755104?tool=bestpractice.bmj.com>)

319. Gershon AA, Dannon PN, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):835-45. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12727683?tool=bestpractice.bmj.com>)

320. Perera T, George MS, Grammer G, et al. The Clinical TMS Society consensus review and treatment recommendations for TMS therapy for major depressive disorder. *Brain Stimul*. 2016 May-Jun;9(3):336-46. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5612370>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27090022?tool=bestpractice.bmj.com>)

321. McClintock SM, Reti IM, Carpenter LL, et al. Consensus Recommendations for the Clinical Application of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the Treatment of Depression. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jan/Feb;79(1):. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.4088/JCP.16cs10905>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28541649?tool=bestpractice.bmj.com>)

322. Martin JLR, Barbanj MJ, Schlaepfer TE, et al. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD003493. **სრული ტექსტი** (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003493/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076483?tool=bestpractice.bmj.com>)

323. Herrmann LLE. Transcranial magnetic stimulation. *Psychiatry*. 2009;8:130-4.

324. Allan CL, Herrmann LL, Ebmeier KP. Transcranial magnetic stimulation in the management of mood disorders. *Neuropsychobiology*. 2011;64(3):163-9. **სრული ტექსტი** (<http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=10.1159/000328951>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21811086?tool=bestpractice.bmj.com>)

325. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb;27(2):129-41. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22137775?tool=bestpractice.bmj.com>)

326. Berlim MT, Van den Eynde F, Daskalakis ZJ. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation accelerates and enhances the clinical response to antidepressants in major depression: a meta-analysis of randomized, double-blind, and sham-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2013 Feb;74(2):e122-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23473357?tool=bestpractice.bmj.com>)

327. Mutz J, Vipulanathan V, Carter B, et al. Comparative efficacy and acceptability of non-surgical brain stimulation for the acute treatment of major depressive episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2019 Mar 27;364:l1079. **სრული ტექსტი** (<https://www.bmj.com/content/364/bmj.l1079.long>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30917990?tool=bestpractice.bmj.com>)

328. Janicak PG, Nahas Z, Lisanby SH, et al. Durability of clinical benefit with transcranial magnetic stimulation (TMS) in the treatment of pharmacoresistant major depression: assessment of relapse during a 6-month, multisite, open-label study. *Brain Stimul*. 2010 Oct;3(4):187-99. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20965447?tool=bestpractice.bmj.com>)

329. Senova S, Cotovio G, Pascual-Leone A, et al. Durability of antidepressant response to repetitive transcranial magnetic stimulation: Systematic review and meta-analysis. *Brain Stimul*. 2019 Jan -

Feb;12(1):119-128. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1016/j.brs.2018.10.001>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30344109?tool=bestpractice.bmj.com>)

330. Felipe RM, Ferrão YA. Transcranial magnetic stimulation for treatment of major depression during pregnancy: a review. Trends Psychiatry Psychother. 2016 Oct-Dec;38(4):190-7. სრული ტექსტი (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000400190&lng=en&nrm=iso&tlng=en) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28076639?tool=bestpractice.bmj.com>)
331. Brunoni AR, Chaimani A, Moffa AH, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the acute treatment of major depressive episodes: a systematic review with network meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017 Feb 1;74(2):143-52. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28030740?tool=bestpractice.bmj.com>)
332. Couturier JL. Efficacy of rapid-rate repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatry Neurosci. 2005 Mar;30(2):83-90. სრული ტექსტი (<https://www.jpn.ca/content/30/2/83.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798783?tool=bestpractice.bmj.com>)
333. Lopez-Ibor JJ, Lopez-Ibor MI, Pastrana JI. Transcranial magnetic stimulation. Curr Opin Psychiatry. 2008 Nov;21(6):640-4. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18852574?tool=bestpractice.bmj.com>)
334. Grimm S, Bajbouj M. Efficacy of vagus nerve stimulation in the treatment of depression. Expert Rev Neurother. 2010 Jan;10(1):87-92. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20021323?tool=bestpractice.bmj.com>)
335. Carpenter LL, Friehs GM, Tyrka AR, et al. Vagus nerve stimulation and deep brain stimulation for treatment resistant depression. Med Health RI. 2006 Apr;89(4):137;140-1. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676910?tool=bestpractice.bmj.com>)
336. Howland RH. Vagus nerve stimulation for depression and other neuropsychiatric disorders. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2006 Sep;44(9):11-4. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16989326?tool=bestpractice.bmj.com>)
337. Murphy JV, Patil A. Stimulation of the nervous system for the management of seizures: current and future developments. CNS Drugs. 2003;17(2):101-15. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12521358?tool=bestpractice.bmj.com>)
338. Martin JL, Martín-Sánchez E. Systematic review and meta-analysis of vagus nerve stimulation in the treatment of depression: variable results based on study designs. Eur Psychiatry. 2012 Apr;27(3):147-55. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22137776?tool=bestpractice.bmj.com>)
339. Wu C, Liu P, Fu H, et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation in treating major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018 Dec;97(52):e13845. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1097/MD.00000000000013845>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30593183?tool=bestpractice.bmj.com>)
340. Aaronson ST, Sears P, Ruvuna F, et al. A 5-Year Observational Study of Patients With Treatment-Resistant Depression Treated With Vagus Nerve Stimulation or Treatment as Usual: Comparison of Response, Remission, and Suicidality. Am J Psychiatry. 2017 Jul 1;174(7):640-648. სრული ტექსტი

(<https://www.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16010034>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28359201?tool=bestpractice.bmj.com>)

341. Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn ML, et al. Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2016 May 1;73(5):456-64. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27049915?tool=bestpractice.bmj.com>)
342. Zhou C, Zhang H, Qin Y, et al. A systematic review and meta-analysis of deep brain stimulation in treatment-resistant depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018 Mar 2;82:224-232. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.11.012>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29146474?tool=bestpractice.bmj.com>)
343. Naesström M, Blomstedt P, Bodlund O. A systematic review of psychiatric indications for deep brain stimulation, with focus on major depressive and obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2016 Oct;70(7):483-91. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103550?tool=bestpractice.bmj.com>)
344. Mosley PE, Marsh R, Carter A. Deep brain stimulation for depression: Scientific issues and future directions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Nov;49(11):967-78. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26276049?tool=bestpractice.bmj.com>)
345. Dandekar MP, Fenoy AJ, Carvalho AF, et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: an integrative review of preclinical and clinical findings and translational implications. *Mol Psychiatry*. 2018 May;23(5):1094-1112. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1038/mp.2018.2>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29483673?tool=bestpractice.bmj.com>)
346. Brunoni AR, Moffa AH, Fregni F, et al. Transcranial direct current stimulation for acute major depressive episodes: meta-analysis of individual patient data. *Br J Psychiatry*. 2016 Jun;208(6):522-31. სრული ტექსტი (<http://bjp.rcpsych.org/content/208/6/522.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27056623?tool=bestpractice.bmj.com>)
347. Brunoni AR, Moffa AH, Sampaio-Junior B, et al. Trial of electrical direct-current therapy versus escitalopram for depression. *N Engl J Med*. 2017 Jun 29;376(26):2523-33. სრული ტექსტი (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1612999>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28657871?tool=bestpractice.bmj.com>)
348. Borrione L, Moffa AH, Martin D, et al. Transcranial Direct Current Stimulation in the Acute Depressive Episode: A Systematic Review of Current Knowledge. *J ECT*. 2018 Sep;34(3):153-163. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1097/YCT.0000000000000512>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29901497?tool=bestpractice.bmj.com>)
349. Palm U, Hasan A, Strube W, et al. tDCS for the treatment of depression: a comprehensive review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Dec;266(8):681-94. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842422?tool=bestpractice.bmj.com>)
350. Papakostas GI, Cooper-Kazaz R, Appelhof BC, et al. Simultaneous initiation (coinitiation) of pharmacotherapy with triiodothyronine and a selective serotonin reuptake inhibitor for major depressive disorder: a quantitative synthesis of double-blind studies. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009 Jan;24(1):19-25. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19092448?tool=bestpractice.bmj.com>)

351. Obrocea GVM. Thyroid hormone augmentation in treatment-refractory depression. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2008;6(1):3-10.
352. Hardy SE. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically ill older adults and terminally ill adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2009 Feb;7(1):34-59. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281939?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281939?tool=bestpractice.bmj.com)
353. Cooper-Kazaz R, Lerer B. Efficacy and safety of triiodothyronine supplementation in patients with major depressive disorder treated with specific serotonin reuptake inhibitors. Int J Neuropsychopharmacol. 2008 Aug;11(5):685-99. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18047754?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18047754?tool=bestpractice.bmj.com)
354. Candy M, Jones L, Williams R, et al. Psychostimulants for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD006722. [სრული ტექსტი \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006722.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006722.pub2/full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425966?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425966?tool=bestpractice.bmj.com)
355. Smith KR, Kahlon CH, Brown JN, et al. Methylphenidate use in geriatric depression: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Sep;36(9):1304-12. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33829530?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33829530?tool=bestpractice.bmj.com)
356. Kohler O, Benros ME, Nordentoft M, et al. Effect of anti-inflammatory treatment on depression, depressive symptoms, and adverse effects: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Psychiatry. 2014 Dec 1;71(12):1381-91. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25322082?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25322082?tool=bestpractice.bmj.com)
357. Bai S, Guo W, Feng Y, et al. Efficacy and safety of anti-inflammatory agents for the treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020 Jan;91(1):21-32. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1136/jnnp-2019-320912\)](https://www.doi.org/10.1136/jnnp-2019-320912) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31658959?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31658959?tool=bestpractice.bmj.com)
358. Serafini G, Adavastro G, Canepa G, et al. The Efficacy of Buprenorphine in Major Depression, Treatment-Resistant Depression and Suicidal Behavior: A Systematic Review. Int J Mol Sci. 2018 Aug 15;19(8):. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.3390/ijms19082410\)](https://www.doi.org/10.3390/ijms19082410) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30111745?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30111745?tool=bestpractice.bmj.com)
359. Sarris J, Murphy J, Mischoulon D, et al. Adjunctive nutraceuticals for depression: a systematic review and meta-analyses. Am J Psychiatry. 2016 Jun 1;173(6):575-87. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27113121?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27113121?tool=bestpractice.bmj.com)
360. De Berardis D, Orsolini L, Serroni N, et al. A comprehensive review on the efficacy of S-adenosyl-L-methionine in major depressive disorder. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2016;15(1):35-44. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26295824?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26295824?tool=bestpractice.bmj.com)
361. Mocking RJ, Harmsen I, Assies J, et al. Meta-analysis and meta-regression of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for major depressive disorder. Transl Psychiatry. 2016 Mar 15;6:e756. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872453\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872453) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26978738?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26978738?tool=bestpractice.bmj.com)

362. Fernandes BS, Dean OM, Dodd S, et al. N-Acetylcysteine in depressive symptoms and functionality: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2016 Apr;77(4):e457-66. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27137430?tool=bestpractice.bmj.com>)
363. Sarris J. Clinical use of nutraceuticals in the adjunctive treatment of depression in mood disorders. *Australas Psychiatry*. 2017 Aug;25(4):369-372. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.1177/1039856216689533>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28135835?tool=bestpractice.bmj.com>)
364. Bae JH, Kim G. Systematic review and meta-analysis of omega-3-fatty acids in elderly patients with depression. *Nutr Res*. 2018 Feb;50:1-9. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.1016/j.nutres.2017.10.013>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29540267?tool=bestpractice.bmj.com>)
365. Deane KHO, Jimoh OF, Biswas P, et al. Omega-3 and polyunsaturated fat for prevention of depression and anxiety symptoms: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2021 Mar;218(3):135-142. **სრული ტექსტი** (<https://www.doi.org/10.1192/bjp.2019.234>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31647041?tool=bestpractice.bmj.com>)
366. Hoepner CT, McIntyre RS, Papakostas GI. Impact of supplementation and nutritional interventions on pathogenic processes of mood disorders: a review of the evidence. *Nutrients*. 2021 Feb 26;13(3):767. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996954>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33652997?tool=bestpractice.bmj.com>)
367. Bedson E, Bell D, Carr D, et al. Folate augmentation of treatment-evaluation for depression (FolATED): randomised trial and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2014 Jul;18(48):vii-viii;1-159. **სრული ტექსტი** (<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta18480/#/full-report>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25052890?tool=bestpractice.bmj.com>)
368. Roberts E, Carter B, Young AH. Caveat emptor: folate in unipolar depressive illness, a systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2018 Apr;32(4):377-84. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29442609?tool=bestpractice.bmj.com>)
369. Bot M, Brouwer IA, Roca M, et al. Effect of multinutrient supplementation and food-related behavioral activation therapy on prevention of major depressive disorder among overweight or obese adults with subsyndromal depressive symptoms: the MoodFOOD randomized clinical trial. *JAMA*. 2019 Mar 5;321(9):858-68. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30835307?tool=bestpractice.bmj.com>)
370. Bousman CA, Arandjelovic K, Mancuso SG, et al. Pharmacogenetic tests and depressive symptom remission: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pharmacogenomics*. 2019 Jan;20(1):37-47. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30520364?tool=bestpractice.bmj.com>)
371. Nassan M, Nicholson WT, Elliott MA, et al. Pharmacokinetic pharmacogenetic prescribing guidelines for antidepressants: a template for psychiatric precision medicine. *Mayo Clin Proc*. 2016 Jul;91(7):897-907. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27289413?tool=bestpractice.bmj.com>)
372. Rosenblat JD, Lee Y, McIntyre RS. Does pharmacogenomic testing improve clinical outcomes for major depressive disorder? A systematic review of clinical trials and cost-effectiveness studies. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jun;78(6):720-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28068459?tool=bestpractice.bmj.com>)

373. Rosenblat JD, Lee Y, McIntyre RS. The effect of pharmacogenomic testing on response and remission rates in the acute treatment of major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:484-491. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.056>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30149336?tool=bestpractice.bmj.com>)
374. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011 Jun;168(6):581-92. სრული ტექსტი (<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21362740?tool=bestpractice.bmj.com>)
375. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, et al. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD003382. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003382.pub3/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728643?tool=bestpractice.bmj.com>)
376. Nurnberg HG, Hensley PL. Selective phosphodiesterase type-5 inhibitor treatment of serotonergic reuptake inhibitor antidepressant-associated sexual dysfunction: a review of diagnosis, treatment, and relevance. *CNS Spectr*. 2003 Mar;8(3):194-202. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12595814?tool=bestpractice.bmj.com>)
377. Demyttenaere K, Jaspers L. Review: bupropion and SSRI-induced side effects. *J Psychopharmacol*. 2008 Sep;22(7):792-804. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18308785?tool=bestpractice.bmj.com>)
378. Reisman Y. Post-SSRI sexual dysfunction. *BMJ*. 2020 Feb 27;368:m754. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32107204?tool=bestpractice.bmj.com>)
379. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, et al. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017 Apr;135(4):273-84. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28097648?tool=bestpractice.bmj.com>)
380. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002 Nov;63(11):985-91. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12444811?tool=bestpractice.bmj.com>)
381. Andrade C. Antidepressant-withdrawal mania: a critical review and synthesis of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):987-93. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15291689?tool=bestpractice.bmj.com>)
382. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, et al. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2004 Jan;161(1):163-5. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702267?tool=bestpractice.bmj.com>)
383. Möller HJ, Baldwin DS, Goodwin G, et al. Do SSRIs or antidepressants in general increase suicidality? WPA Section on Pharmacopsychiatry: consensus statement. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Aug;258(suppl 3):S3-23. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18668279?tool=bestpractice.bmj.com>)

384. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, et al. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2011 Nov;72(11):1503-14. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367354?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367354?tool=bestpractice.bmj.com)
385. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, et al. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: a systematic review. J Affect Disord. 2016 Mar 15;193:1-10. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26748881?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26748881?tool=bestpractice.bmj.com)
386. Holvast F, Oude Voshaar RC, Wouters H, et al. Non-adherence to antidepressants among older patients with depression: a longitudinal cohort study in primary care. Fam Pract. 2019 Jan 25;36(1):12-20. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30395196?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30395196?tool=bestpractice.bmj.com)
387. Dodd S, Mitchell PB, Bauer M, et al. Monitoring for antidepressant-associated adverse events in the treatment of patients with major depressive disorder: An international consensus statement. World J Biol Psychiatry. 2018 Aug;19(5):330-48. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28984491?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28984491?tool=bestpractice.bmj.com)
388. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2000 Jan 12;283(2):212-20. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10634337?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10634337?tool=bestpractice.bmj.com)
389. Simon GE, Ralston JD, Savarino J, et al. Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. J Gen Intern Med. 2011 Jul;26(7):698-704. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138593\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138593) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21384219?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21384219?tool=bestpractice.bmj.com)
390. Sirey JA, Banerjee S, Marino P, et al. Adherence to depression treatment in primary care: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017 Nov 1;74(11):1129-35. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28973066?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28973066?tool=bestpractice.bmj.com)
391. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. Arch Gen Psychiatry. 2005 Dec;62(12):1313-20. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330719?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330719?tool=bestpractice.bmj.com)
392. Koike AK, Unutzer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. Am J Psychiatry. 2002 Oct;159(10):1738-45. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359681?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359681?tool=bestpractice.bmj.com)
393. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA. 2002 Dec 11;288(22):2836-45. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472325?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472325?tool=bestpractice.bmj.com)
394. Wells KB. The design of Partners in Care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999 Jan;34(1):20-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073117?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073117?tool=bestpractice.bmj.com)

395. Soucy Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord.* 2013 Mar 5;145(3):292-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884236?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884236?tool=bestpractice.bmj.com)
396. Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, et al. A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behav Res Ther.* 2012 Aug;50(7-8):513-21. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22677231?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22677231?tool=bestpractice.bmj.com)
397. Ebert DD, Donkin L, Andersson G, et al. Does internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med.* 2016 Oct;46(13):2679-93. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5560500\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5560500) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649340?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649340?tool=bestpractice.bmj.com)
398. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Apr 15;4(4):CD013495. [სრული ტექსტი \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013495.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013495.pub2/full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886130?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886130?tool=bestpractice.bmj.com)
399. Lewis G, Marston L, Duffy L, et al. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. *N Engl J Med.* 2021 Sep 30;385(14):1257-67. [სრული ტექსტი \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2106356\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2106356) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34587384?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34587384?tool=bestpractice.bmj.com)
400. Donald M, Partanen R, Sharman L, et al. Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GPs' views on discontinuation. *Br J Gen Pract.* 2021 Jul;71(708):e508-16. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074642\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074642) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33875415?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33875415?tool=bestpractice.bmj.com)
401. Kampling H, Baumeister H, Bengel J, et al. Prevention of depression in adults with long-term physical conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Mar 5;3(3):CD011246. [სრული ტექსტი \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011246.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011246.pub2/full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33667319?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33667319?tool=bestpractice.bmj.com)

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვარიანტებს, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მონოდედულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვიწრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმეთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვლით არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდობაზე, ან მესამე პირების მიერ მონოდედულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/მეცვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმჯვლიოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილე გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმეთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინეროს მეთოდების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ



ეს მიღგომა შესაბამემა [International Bureau of Weights and Measures Service-ის სტანდარტს](#).

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Dean F. MacKinnon, MD

Associate Professor

Psychiatry and Behavioral Sciences, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD

განცხადება: DFM declares that he has no competing interests.

// მადლიერება:

Dr Dean F. MacKinnon would like to gratefully acknowledge Dr Roger S. McIntyre, Dr Tonya Fancher, and Dr Richard Kravitz, the previous contributors to this topic.

განცხადება: RSM has received research funds from Stanley Medical Research Institute and National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD). RSM is on the advisory board for AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, France Foundation, GlaxoSmithKline, Janssen-Ortho, Solvay/Wyeth, Eli Lilly, Organon, Lundbeck, Biovail, Pfizer, Shire, and Schering-Plough. RSM is on the Speakers Bureau for Janssen-Ortho, AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck, Biovail, and Wyeth. RSM has received research grants from Eli Lilly, Janssen-Ortho, Shire, and AstraZeneca. RSM has received travel funds from Bristol-Myers Squibb. TF declares that she has no competing interests. RK has received research grants from Pfizer on non-depression-related topics.

// რეცენზენტები:

Scott McAfee, MD

Director

Residency Training, St Vincent's Hospital, Manhattan, NY

განცხადება: SM declares that he has no competing interests.

Dietmar Winkler, MD

Department of Psychiatry and Psychotherapy

Medical University of Vienna, Vienna, Austria

განცხადება: DW has received lecture fees from CSC Pharmaceuticals, GlaxoSmithKline, and Pfizer, and has served as a consultant for GlaxoSmithKline.