**როგორ უნდა ვმართოთ დეპრესია მწვავე ფაზაში?**  
დეპრესიის მკურნალობაში ინტერვენცია უმეტესწილად მოდის მაღალგანვითარებად ქვეყნებზე, ხოლო საშუალო და დაბალგანვითარებად ქვეყნებზე მოდის ფაქტების გაზრდილი რაოდენობა.13 მაგრამ, რაც არ უნდა იყოს, მწვავე ფაზაში მკურნალობის მთავარ ასპექტს წარმოადგენს სიმპტომების რემისიულ ფაზაში გადაყვანა,9-10 რადგანაც მიჩნეულია, რომ დეპრესიის სიმპტომების მკურნალობისას მისი რემისიის ფაზაში გადაყვანა იძლევა უკეთეს შედეგებს, ვიდრე გამოჯანმრთელების პროცესის დაწყება მის გარეშე.14  
**ფსიქოლოგიური მკურნალობა**  
კლინიკური პრაქტიკიდან გამომდინარე, მსუბუქი ფორმის დეპრესიისას NICE რეკომენდაციას იძლევა, შეფასება მოხდეს გარკვეული დროის, ორი კვირის გასვლის მერე, ხანგრძლივი დაკვირვების საფუძველზე. ეს განსაკუთრებით ეხება იმ პროფესიონალებს, ვინც არ ეთანხმება ინტერვენციას და სჯერათ, რომ პაციენტი შესაძლოა განიკურნოს სპონტანურად.11 სხვა შემთხვევაში მსუბუქი ხასიათის დეპრესიისას რეკომენდებულია პირველი ხაზის მკურნალობა, რომელიც დაფუძნებულია რეალურ კვლევებზე და წარმოადგენს ღრმა ფსიქოლოგიურ დახმარებას (6-8 სეანსი), რომელიც თავის მხრივ მოიცავს პრობლემის გადაჭრისა და კოგნიტური სფეროს თერაპიას, კონსულტაციებს.11 ფაქტები აჩვენებს, რომ პრობლემის გადაჭრისა და კოგნიტური სფეროს თერაპია და კონსულტაციები ასევე ძალიან ეფექტურია ზომიერი დეპრესიის მკურნალობისათვის.11 რეალურ ფაქტებზე დაფუძნებული რანდომიზირებული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით (274 პაციენტი) NICE გაიდლაინის რეკომენდაციაა მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის სამკურნალოდ გამოვიყენოთ კოგნიტური სფეროს თერაპიის სამი კომპიუტერიზებული ტიპიდან ერთერთი.15 ანტიდეპრესანტების გამოყენება, როგორც ასეთი, რეკომენდებული არაა მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის სამკურნალოდ, რადგანაც არაა დამტკიცებული მათი ეფექტურობა და გვერდითი ეფექტების დაბალი მაჩვენებელი აღნიშნულ შემთხვევაში.10-11  
აღმოჩნდა, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება (16-20 სეანსი) ეფექტურია ზომიერი და ღრმა დეპრესიის სამკურნალოდ. თუმცა, პირველ რიგში აუცილებელია კოგნიტური ქცევების ინდივიდუალური თერაპია.11 მეორეს მხრივ, რანდომიზებული კვლევების მცირე ნაწილი ადასტურებს, რომ პერსონალური თერაპია უფრო ეფექტურია, ვიდრე პლაცებოს გამოყენება ან მკურნალობის რუტინული მეთოდები.11 სხვა რანდომიზებული კვლევების შედეგებმა კარგი ეფექტი აჩვენა ჯგუფური მკურნალობის მეთოდის გამოყენებისას დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში.16 არსებობს ასევე მონაცემები ორი მცირე რანდომიზირებული კვლევისა, რომლებიც გვთავაზობს ე.წ. „მარიტალურ“ თერაპიას (დეპრესიაში ჩავარდნილი მეუღლეების მკურნალობა, როდესაც ურთიერთობის პრობლემები დაკავშირებულია დეპრესიასთან).17 თუმცა აღნიშნული კვლევები მოკლებულია მონაცემებს ოჯახური თერაპიისა და მოკლევადიანი ფსიქოდინამიური ფსიქოთერაპიის ეფექტურობაზე.9-11-18 გარდა ამისა, პაციენტები ძალიან ხშირად ირჩევენ ფსიქოლოგიური მკურნალობის ისეთ მეთოდს, რომლის განხორციელებაც შეუძლებელია.19  
**ფარმაკოლოგიური მკურნალობა**  
უამრავი რანდომიზებული კვლევა აჩვენებს, რომ მესამე თაობის ანტიდეპრესანტები, სელექტიური სეროტონინის, სელექტიური სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის შემბოჭველი ინჰიბიტორები გაცილებით უფრო ეფექტურად მოქმედებენ დეპრესიის მკურნალობაზე, ვიდრე პლაცებო.10 რატომღაც, აღნიშნული კვლევების უმეტესობა დაფინანსებული იყო ფარმაცევტული კომპანიების მიერ.11,20 ასევე დოკუმენტირებულია მტკიცებულება სეროტონინ-ნორადრენერგული მირტაზაპინის შესახებ.10-11   
კოხრეანის ბიბლიოთეკის სტატიისა და 194 რანდომიზირებული კვლევის მეტა-ანალიზი აჩვენებს, რომ მესამე თაობის ანტიდეპრესანტი ამიტრიპტილინი (დეპრესიის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი) კვლავ მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს ეფექტურობის თვალსაზრისით მესამე თაობის სხვა პრეპარატებთან ერთად, თუმცა ის არ არის ისეთივე ტოლერანტული, როგორც სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველი ინჰიბიტორები.21 აგრეთვე უნდა აღინიშნოს, რომ რამოდენიმე დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ჩატარებული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების მიხედვით მოწოდებული მკურნალობის მრავალფაქტიანი საფეხურობრივი მოდელი 13 მოიცავს მკურნალობის კურსს ამიტრიპტილინით, იმიპრამინით ან ფლუოქსეტინით მწვავე და პერსისტენტული დეპრესიის მკურნალობისათვის.22 მხოლოდ ფლუოქსეტინით მკურნალობაც ეფექტური აღმოჩნდა.23 ზოგადად მიჩნეულია, რომ სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველი ინჰიბიტორები უფრო ტოლერანტულია, ვიდრე მესამე თაობის ანტიდეპრესანტები.21 NICE რეკომენდაციას უწევს სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველ ინჰიბიტორებს, როგორც პირველი არჩევის პრეპარატს დეპრესიის სამკურნალოდ.11  
ახლახანს ჩატარებული სისტემატური კვლევა და 93 გამოქვეყნებული და გამოუქვეყნებელი მეტა-ანალიზი აჩვენებს, რომ სეროტონერგულ-ნორადრენერგული ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა უფრო ეფექტურია, ვიდრე სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველი ინჰიბიტორები.24 მონოამინ ოქსიდაზას ინჰიბიტორი, რომელიც წარმოადგენს ანტიდეპრესანტების უფრო ძველ კლასს, არ არის მიჩნეული პირველი რიგის პრეპარატად, რადგანაც მათ პოტენციურად გააჩნიათ ფატალური გვერდითი ეფექტები.10 ჩვენ გვჯერა, რომ მოკლობემიდი (მონოამინ ოქსიდაზას შექცევადი ინჰიბიტორი) არ არის ვარგისი პირველი რიგის პრეპარატად დეპრესიის მკურნალობისთვის, რადგანაც გააჩნია სეროტონერგული სინდრომის განვითარების პოტენციური რისკი.  
ყველა გაიდლაინი9-11 ხაზს უსვამს კლინიკური განაჩენის მნიშვნელობას, როდესაც მტკიცებულებები მოითხოვს კლინიკური კვლევების დასკვნებს ინდივიდუალური პაციენტების მიმართ. ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას, წამლების პოტენციური გვერდითი ეფექტები გათვალისწინებული უნდა იყოს აუცილებლად პაციენტების პრეფერანსებისა და წინა მკურნალობიდან მიღებული გამოცდილების საფუძველზე. უფრო მეტიც, მიჩნეულია, რომ ანტიდეპრესანტებს აქვთ რემისიის დაბალი ხარისხი – ერთერთი კვლევის მონაცემებით რემისიას ადგილი ჰქონდა მხოლოდ პაციენტების 36.8%-ში, რომლებიც მკურნალობდნენ სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველი ინჰიბიტორებით.14 აღნიშნული ფაქტებიდან გამომდინარე, ჩვენ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მკურნალობის მრავალფაქტორიან გეგმას უფრო კარგი შედეგები აქვს საბოლოოდ, ვიდრე ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას.  
**ფარმაკოლოგიური და ფსიქოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის კომბინაცია**  
ფაქტები აჩვენებს, რომ მწვავე და ქრონიკული დეპრესიის სამკურნალოდ უფრო მართებულია კომბინაციაში ანტიდეპრესანტებისა და კოგნიტური ქცევების თერაპიის გამოყენება, ვიდრე მხოლოდ ანტიდეპრესანტებისა.11 შედარებით მცირე რანდომიზირებული კვლევისას კი აღმოჩნდა, რომ პერსონალური თერაპიისა და ანტიდეპრესანტების კომბინაციაში გამოყენება უფრო ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ პერსონალური თერაპიისა.11  
**როგორ უნდა მოხდეს მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება?**  
მკურნალობის ეფექტურობის მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს შერჩეული მკურნალობის მოდალობისგან დამოუკიდებლად, განისაზღვროს სიმპტომების სიმწვავე და ფუნქციური სტატუსი. ბიოლოგიური ფსიქიატრიის საზოგადოების მსოფლიო ფედერაციის გაიდლაინის მიხედვით, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ფონზე უნდა მოხდეს მისი დაწყებიდან 2-4 კვირის შემდეგ, რაც გულისხმობს პაციენტის თვით- ან დამკვირვებლის შეფასებას .10 უნდა დავიმახსოვროთ, რომ რემისია არის კლინიკური განაჩენი და მისი განთავსება რეიტინგის სკალაში არ შეიძლება.  
**რა უნდა გაკეთდეს იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტები არ ემორჩილებიან მკურნალობის კურსს მწვავე ფაზაში?**  
თუ მკურნალობის კურსის დაწყებიდან 2-4 კვირის შემდეგ პასუხი ანტიდეპრესანტებზე არასაკმარისია, მაშინ უნდა შესრულდეს ოპტიმალური მკურნალობის გეგმა.10 მსგავს შემთხვევებში, ნორმალურ კლინიკურ პრაქტიკაში მიღებულია ანტიდეპრესანტების დოზის გაზრდა სტანდარტებში მოწოდებულ მაქსიმალურ დოზებამდე.10-11   
თუ პაციენტის არ აღენიშნება საგრძნობი გაუმჯობესება ფარმაკოლოგიური მკურნალობიდან ოთხი კვირის10 და ზომიერი გაუმჯობესება ფსიქოლოგიური მკურნალობიდან 4-8 კვირაში9, მაშინ უნდა ჩატარედეს მკურნალობის განმეორებითი კურსი პაციენტის თანხმობის საფუძველზე. თუ ამის შემდეგაც დიაგნოზად კვლავ დეპრესია დარჩება, მაშინ შემუშავდეს მენეჯმენტის ახალი გეგმა, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება პაციენტისთვის უფრო უპირატესი და სასარგებლო ელემენტები: თუ საჭირო გახდება, უნდა შეიცვალოს ფსიქოლოგიური მკურნალობის ინტენსივობა, ფსიქოთერაპიული მკურნალობა ფარმაკოლოგიური მკურნალობით ან ანტიდეპრესანტებისა და ფსიქოთერაპიის კომბინაციით.9 ანტიდეპრესანტების მიმართ ძირითადი კონსესუსი მდგომარეობს იმაში, რომ შესაძლებელია ერთი მათგანის მეორეთი შეცვლა. რვა რანდომიზირებული და 23 ღია კვლევის შედეგები მოწმობს, რომ ანტიდეპრესანტების ერთმანეთით ჩანაცვლება ლეგიტიმურია სელექტიური სეროტონინის შემბოჭველი ინჰიბიტორების პირველადად გამოყენებისა.26