**წყაროები და შერჩევის კრიტერიუმები**  
ჩვენ ვეძებდით PubMed-ში, კოხრეანის ბიბლიოთეკის მონაცემთა ბაზაში სისტემატიკურ მიმოხილვებს, ციტატების სიას, რომელიც კავშირში იყო აღნიშნულ სტატიასთან ისეთი საკვანძო სიტყვებით, როგორიცაა: „დეპრესია“, „ღრმა დეპრესია“, „მკურნალობა“, „მენეჯმენტი“, „ფსიქოსოციალური“ და „ფარმაკოლოგიური“. ასევე მოვიძიეთ NICE-ს, ამერიკელ ფსიქიატრთა ასოციაციის და ბიოლოგიური ფსიქიატრიის საზოგადოების მსოფლიო ფედერაციის გაიდლაინები.

**რატომ არის დეპრესიის დიაგნოზი ასეთი ძნელად დასასმელი?**  
WHO კვლევების მონაცემებით დეპრესიის მქონე პაციენტების 50-70%-ში პირველადი დახმარების დროს დაავადების აღმოჩენა ვერ ხერხდება და ის კვლავ რჩება ერთ-ერთ ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან პრობლემად, რომელიც ასოცირებულია მცდარ დიაგნოზებთან.5 დეპრესიის მქონე პაციენტების ორ მესამედს გარდა დეპრესიისა გამოხატული აქვს სხვადასხვა სახის სომატური სიმპტომები,6 ხოლო დეპრესიის აღმოჩენა სხვა თანმხლებ დაავადებასთან ერთად ექიმის განსაკუთრებულ პროფესიონალიზმს საჭიროებს. კონსულტაციის დროს დისკუსია სომატური სიმპტომებიდან უნდა გადავიტანოთ ემოციურ ჯანმრთელობაზე და პაციენტს ღიად ვკითხოთ, თუ რას ფიქრობს მისი ფიზიკური სიმპტომების გამომწვევ მიზეზებზე. ასევე ღირებულია გამოვიკვლიოთ ყველა ცხოვრებისეული მოვლენა, რომელსაც შესაძლოა ჰქონდეს კავშირი ან წინ უსწრებდეს დაავადების სიმპტომებს.  
დეპრესიის გამოვლინება შესაძლოა უფრო გავაუმჯობესოთ გონებრივი ჯანმრთელობის სკრინინგისა და ვარჯიშისას.5 ჰოსპიტალიზებულ და პირველად დახმარებაზე მყოფი მაღალი რისკის მქონე პაციენტები (მაგ. ქრონიკული დაავადებებით, ქრ. ტკივილის სინდრომით, ჯანმრთელობის ხშირი პრობლემებით, შიშებით ან დაბალი თვითშეფასების უნარით და აუხსნელი ფიზიკური სიმპტომებით) შემოწმებულები უნდა იყვნენ დეპრესიაზე სულ ორი შეკითხვის დასმით ხასიათის და ინტერესის შესახებ.8 საბოლოო დიაგნოზი უნდა დაისვას კონსულტაციის დროს, რათა განისაზღვროს გვხვდება თუ არა დეპრესიის კრიტერიუმები [).](javascript:WindowOpen1();)წამლებს და ზოგიერთ დაავადებას, როგორიცაა ჰიპერთირეოზი, ჰიპოთირეოზი, ჰანტინგტონის დაავადება, კუშინგის სინდრომი და ადისონის დაავადება არ წარმოადგენენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებით პრობლემას, რომელიც შეიძლება გახდეს დეპრესიის გამომწვევი მიზეზი. დეპრესია უფრო მეტად თან ახლავს სხვადასხვა ჩვეულ დაავედებებს და თუ ეს ასე ხდება, მაშინ მკურნალობის კურსი მიმართული უნდა იყოს როგორც დეპრესიის, ასევე დაავადების მიმართაც.7 დეპრესია ძალიან ხშირად ახლავს თან ასევე შიშებს.5 ის პირველ რიგში მკურნალობას მოითხოვს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პირველადადაა აღმოჩენილი.  
**რა უნდა მივიღოთ მხედველობაში, როდესაც ვაგებთ დეპრესიის მკურნალობის მენეჯმენტის გეგმას?**  
დეპრესიის სამკურნალოდ მოწოდებულ გაიდლაინებში ხაზგასმულია ის ფაქტი, რომ საჭირო და აუცილებელია ექიმი-პაციენტის ურთიერთობის ჩამოყალიბება მანამ, სანამ მკურნალობის სათანადო და გააზრებული მენეჯმენტის გეგმა ჩამოყალიბდება. ეს ურთიერთობა აუცილებლად უნდა გასდევდეს თან მკურნალობის მთელ პროცესს. გეგმის აგების პროცესში ასევე მნიშვნელოვანი და გასათვალისწინებელია პაციენტების პრეფერენსები, თანმხლები ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, სამკურნალწამლო საშუალებები, წინა მკურნალობის შედეგები, დეპრესიული სიმპტომების სიმწვავე ან დეპრესიის ქვეტიპი, სუიციდის რისკი და მკურნალობის ტიპი.9-11  
როგორც გამოცდილებამ აჩვენა, დეპრესიის მკურნალობისას მხოლოდ სკრინინგის მეთოდის გამოყენება არაეფექტურია, მხოლოდ კომპლექსური, კარგად გააზრებული სქემის შემთხვევაშია შესაძლებელი მივიღოთ გაუმჯობესებული შედეგები.4-5 ახლახან ჩატარებული კვლევის შედეგებიდან ჩანს, რომ „თანამშრომლობაზე დაფუძნებული მკურნალობის“ ეფექტური განმსაზღვრელი ფაქტორებია პაციენტის სისტემატური იდენტიფიკაცია, აღნიშნული შემთხვევის მცოდნე პროფესიონალი მენეჯერები და ამ მენეჯერების მაკონტროლებელი სპეციალისტები.12 მიუხედავად შესაბამისი კვლევების ნაკლებობისა, „თანამშრომლობაზე დაფუძნებული მკურნალობის” მოდელი საკმაოდ დამაიმედებელი ჩანს და მას შეუძლია გაზარდოს განკურნებული პაციენტების რიცხვი, შეავსოს ნაპრალი პიველადად და მეორადად გაწეულ დახმარებებს შორის.  
**როგორი სახის მკურნალობა შევარჩიოთ?**  
დეპრესიით დაავადებული პაციენტების 80% მკურნალობის მართვა მიმართულია პირველადი დახმარებისკენ.11 მეორადი დახმარება უფრო მეტად ესაჭიროებათ პაციენტებს დაავადების მწვავე მიმდინარეობისას. ხოლო პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ფსიქოზური მოვლენები და სუიციდალური აზრები, უნდა შეერჩეთ სპეციფიური მკურნალობის კურსი. ამას გარდა, სპეციალისტის დახმარება აუცილებელია იმ შემთხვევაშიც, როდესაც პაციენტები რეზისტენტულნი არიან მკურნალობის მიმართ ან აქვთ დეპრესიის რეციდივი. მკურნალობის საფეხურობრივი მოდელი  , რომელიც წარმოდგენილია NICE-ს ეროვნული ინსტიტუტის მიერ, მოიცავს იმ საჭირო ელემენტებს, განსხვავებული ასპექტებით, რომელიც აუცილებელია მკურნალობისა და მენეჯმენტისათვის.10-11  
**როგორ ხდება დეპრესიის მკურნალობა გაგრძელების ფაზაში?**  
გაგრძელების ფაზის მიზანი არის რემისიის გახანგრძლივება და რემისიის პრევენცია.10 ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს დაახლოებით 6 თვის მანძილზე, რადგანაც კვლევებით დამტკიცებულია, რომ ეს ფაქტი ამცირებს რეციდივის რისკს.11 მკურნალობის გაგრძელების ფაზაში არ უნდა შეიცვალოს არც ის ანტიდეპრესანტი და არც მისი დოზა, რომელიც წარმატებით გამოიყენებოდა მწვავე ფაზაში.10 თუ ადგილი არ აქვს რეციდივს და პაციენტი არ საჭიროებს პროფილაქტიკურ მკურნალობას, მაშინ ოთხი კვირის მერე, ფაზის ჩამთავრებისას რეკომენდებულია მისი თანდათანობითი შეწყვეტა.9-11   
დღესდღეობით ფსიქოთერაპიული კვლევების ნაკლებობაა ინტენსიური და გაგრძელების ფაზების შესახებ.9 ახლახანს ჩატარებული 4 სისტემური კვლევა (სამი რანდომიზებული) მოწმობს, რომ კოგნიტური სფეროს თერაპია გაგრძელების ფაზაში მნიშვნელოვნად ამცირებს რეციდივის რისკს.27  
**რომელ პაციენტს ესაჭიროება ინტენსიური ან პროფილაქტიკური მკურნალობა?**  
უნდა აღინიშნოს, რომ დეპრესია ხასიათდება საკმაოდ ხშირი რეციდივებით (დეპრესიით დაავადებული პაცინტების 30-40%28). პროფილაქტიკური თერაპია ნაჩვენებია მაღალი რეციდივის რისკის მქონე პაციენტებისათვის. ზოგადად კი, პროფილაქტიკური და ინტენსიური მკურნალობის საჭიროებას აფასებს კონსულტანტი ფსიქიატრი ან სპეციალისტი, რომელიც წარმართავს მეორად მკურნალობას.10-11

**﻿შეჯამება**  
სომატიზაცია ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ცალკეული პრობლემაა, რომელიც დაკავშირებულია დეპრესიის არასწორ დიაგნოზთან პირველადი დახმარებისას.  
დეპრესიის მართვა მრავლისმომცველი უნდა იყოს და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება უნდა ხდებოდეს თვეში ერთხელ.  
როდესაც რეაგირება მკურნალობის მიმართ სუსტია, უნდა მოხდეს დიაგნოზისა და მკურნალობის შესაბამისობის გადაფასება.  
ფსიქოსოციალური მკურნალობა ფართოდ გავრცელებულია დეპრესიის მსუბუქი ეტაპზე.  
სტრუქტურული ფსიქოლოგიური ინტერვენცია, როგორიცაა შემეცნებითი ქცევის თერაპია და პიროვნებათშორისი თერაპია და ანტიდეპრესანტები ეფექტურია ზომიერიდან მძიმე დეპრესიის ფორმამდე.  
მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ანტიდეპრესანტული და შემეცნებითი ქცევის თერაპია უფრო ეფექტურია ვიდრე, მხოლოდ ანტიდეპრესანტები ზომიერიდან მძიმე დეპრესიისა და ქრონიკული დეპრესიის შემთხვევებში.