

პანიკური აშლილობა (პა)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „პანიკური აშლილობა (პა)“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 18 დეკემბრის № 281/ო ბრძანებით.

პანიკური აშლილობა (პა)

1. დაავადების დეფინიცია, ისტორია, ტერმინოლოგია

პანიკური აშლილობა (პა) წარმოადგენს განმეორებადი, სპონტანური მწვავე შფოთვის შეტევებით (პანიკური შეტევები) მიმდინარე ავადმყოფურ მდგომარეობას.

პანიკური შეტევის (პშ) ქვეშ იგულისხმება ავადმყოფისათვის აუხსნელი, მტანჯველი შიშისა და შფოთვის პაროქსიზმი, რასაც თან ახლავს მრავალი ვეგეტატიური (სომატური) გამოვლინება.

DSM-III-ის გამოქვეყნებამდე, პანიკური რეაქციები და გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობები განიხილებოდა, როგორც ერთიანი დაავადება, სახელწოდებით “შფოთვის ნევროზი”. მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე დაავადება აღწერილი იყო ლიტერატურაში XIX საუკუნიდან. ადრე ასეთ სიმპტომებს მიაკუთვნებდნენ გულის ავადმყოფურ აგზნებადობას, ნეიროციკლურულ ასთენიას, დაძაბვის სინდრომს. ზოგიერთი ავტორის აზრით, დაავადების აღმოცენებაში მნიშვნელობა მიეწერებოდა ფსიქოლოგიურ მიზეზებს.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ განახლდა ინტერესი ამ დაავადების მიმართ, (Woods S. et al 1941) გამოკვლევებით სარწმუნოდ წარმოადგინა, რომ ეს არის შფოთვითი აშლილობის ფორმა, თუმცა მისი ცალკე რუბრიკად გამოყოფა მოხდა მხოლოდ 80-იან წლებში DSM-III-ში. დიაგნოსტიკურ სტატისტიკური კრიტერიუმები ICD-9 გადასინჯვაში აღნიშნული აშლილობა არ გამოიყოფოდა და მისი არსებობა დაფიქსირდა ICD-10 გადასინჯვაში.

2. ეპიდემიოლოგია

პანიკური აშლილობა გავრცელებული, ქრონიზაციისაკენ მიდრეკილი დაავადებაა, რომელიც მანიფესტირდება ახალგაზრდა, სოციალურად აქტიურ ასაკში (საშუალო ასაკი – 25წ.), თუმცა შესაძლებელია გამოვლინდეს ნებისმიერ ასაკში. პოპულაციაში მისი გავრცელება შეადგენს დაახლოებით 2%-ს. ქალები ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ კარდიოლოგებთან მიღებაზე მოსული პაციენტების 15%-ში, ხოლო საერთო პრაქტიკის ექიმებისათვის მიმართულ პაციენტთა 27%-ში აღმოაჩნდა პანიკური აშლილობა. ამ პათოლოგიის მქონე პაციენტები წარმოადგენენ ამბულატორიულ ფსიქიკურ ავადმყოფთა 5-25%.

3. ეტიოპათოგენეზი (13, 14, 16)

პანიკური აშლილობის საწყისი მიზეზის შესახებ გამოთქმულია სამი ძირითადი ჰიპოთეზა. პირველი გულისხმობს ბიოქიმიურ დარღვევებს, მეორე – ჰიპერვენტილაციის არსებობას და მესამე – კოგნიტური პროცესების მოშლას.

ბიოქიმიური ჰიპოთეზა აისახება ტერმინში “ენდოგენური შფოთვა”. ეს ჰიპოთეზა ემყარება 3 ჯგუფის დაკვირვებებს:

1. დადგენილია, რომ ისეთი ქიმიური საშუალებები, როგორცაა ნატრიუმის ლაქტატი და იოქიმბინი უფრო ადვილად იწვევენ პანიკური შეტევების პროვოცირებას, პა-ს მქონე ავადმყოფებში, ვიდრე ჯანმრთელებში;

2. იმიპრამინი ამცირებს პანიკის შეტევებს;
3. ზოგიერთი მონაცემებით პანიკური აშლილობა უფრო ხშირად უვითარდება ამ დაავადების მქონე პრობანდთა ნათესავებს, რაც მიუთითებს გენეტიკურ წინასწარგანწყობაზე (Crowe et all, 1983). სიბლინგთა გამოკვლევის შედეგები ადასტურებენ ამ ჰიპოთეზას.

ჰიპერვენტილაციის შესახებ არსებული ჰიპოთეზა ემყარება იმ დაკვირვებას, რომ ზოგიერთ ადამიანში თავისთავად გამოწვეული სუნთქვის გახშირება იწვევს ისეთ სიმპტომებს, რომელიც გავს პანიკური შეტევის სიმპტომებს (Hubbert, 1984). ძირითადი პოსტულატი: პანიკის სპონტანური შეტევები წარმოადგენს თავისთავადი ჰიპერვენტილაციის შედეგს. თუმცა ზოგიერთი პანიკური შეტევა ნამდვილად აღმოცენდება ან მწვავედება ჰიპერვენტილაციის გამო, ჯერჯერობით დადასტურებული არ არის, რომ ჰიპერვენტილაცია პანიკური აშლილობის საერთო მიზეზია.

კოგნიტური ჰიპოთეზა დაფუძნებულია შემდეგ დაკვირვებაზე: სერიოზული სომატური ან ფსიქიკური დაავადების შიში უფრო ხშირია პანიკური შეტევების მქონე ავადმყოფებში, ვიდრე იმ პირებში, რომლებსაც აქვთ შფოთვითი აშლილობა პანიკური შეტევების გარეშე. ამფენომენის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ პანიკური აშლილობის დროს პათოლოგიური მდგომარეობის განვითარება მიმდინარეობს სპირალისებურად: შფოთვა იწვევს სომატურ სიმპტომებს, რომლებიც, თავის მხრივ, აძლიერებს დაავადების შიშს. ეს დაკვირვებები საშუალებას იძლევა ვივარაუდოთ, რომ კოგნიტური თერაპია პანიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობაში ეფექტური იქნება.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

პანიკური აშლილობის ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს რეკურენტული პანიკური შეტევები (ხშირად მას თან ახლავს გარდაუვალი სიკვდილის შიში). როგორც წესი ეს მდგომარეობა არ არის განპირობებული კონკრეტული სიტუაციით ან მოვლენებით და ამიტომ პანიკური შეტევის მოახლოების წინასწარგანჭვრეტა შეუძლებელია. სხვა შფოთვითი აშლილობების მსგავსად ამ დროსაც გვხვდება რიგი სიმპტომებისა რომელთაგან მინიმუმ 4-ის არსებობა აუცილებელია პანიკური აშლილობის დიაგნოზის გამოტანისათვის.

ეს სიმპტომებია:

1. პულსაცია, გაძლიერებული გულისცემა, ტაქიკარდია;
2. ოფლიანობა;
3. ქოშინი, დისპნოე;
4. ჰაერის უკმარისობა, მოხრჩობის შეგრძნება;
5. შემცივნება, ტრემორი, შინაგანი კანკალი;
6. თავბრუსხვევა, წონასწორობის დაკარგვა, სიმსუბუქის შეგრძნება თავში;
7. წამოწითლება (სახის ჰიპერემიის გარეშე), “ბატის კანი”;
8. დაბუეების ან ჩხვლეტის შეგრძნება კიდურებში (პარესთეზიები);
9. ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში;
10. გულისრევა ან აბდომინალური დისკომფორტი;

11. დერეალიზაცია და/ან დეპერსონალიზაცია;
12. სიკვდილის შიში;
13. “გაგიჟების” ან არაკონტროლირებადი საქციელის ჩადენის შიში.

მნიშვნელოვანია, რომ მრავალი პაროქსიზმული მდგომარეობისაგან განსხვავებით, პანიკური შეტევისთვის არ არის დამახასიათებელი პროდრომული პერიოდი. პანიკასთან ასოცირებული სიმპტომები ვითარდება უეცრად და თავის პიკს აღწევს 10 წუთის განმავლობაში. შეტევის შემდგომი პერიოდი ხასიათდება საერთო სისუსტით, დაღლილობის შეგრძნებით. პაციენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ შეტევის შემდეგ აღენიშნებათ “სიმსუბუქის განცდა”. შეტევის ხანგრძლიობა საშუალოდ 15-30 წთ-ს გრძელდება, თუმცა ზოგიერთი შეტევა შეიძლება გაგრძელდეს უფრო დიდხანსაც (1 სთ და მეტი).

პაციენტთა დიდი უმრავლესობა საუბრობს შეტევის სპონტანურობაზე (ვერაფერთან მას ვერ აკავშირებს). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აქტიური გამოკითხვის შედეგად ზოგ შემთხვევაში დგინდება, რომ სპონტანურ შეტევებთან ერთად ადგილი აქვს “პროვოცირებულ” შეტევებსაც (აგზნებული მდგომარეობა, ფიზიკური გადაძაბვა, სექსუალური აქტიობა ან ზომიერი ემოციური განცდა). ძირითად ფსიქიკურ დარღვევას – შიშსა და შფოთვისას თან ახლავს სიკვდილის შიში. ამ დროს შეიძლება გამოხატული იყოს აბნევა, კონცენტრაციის უნარის გაძნელება, ავადმყოფი ცდილობს გაეცალოს ადგილს, სადაც იმ დროს იმყოფება, ეძებოს შეველა.

პანიკური შეტევა უპირატესად აღმოცენდება ხოლმე ღვიძილის დროს (დილის ან საღამოს საათებში). იშვიათად დღის შეტევებთან ერთად აღინიშნება ღამის შეტევებიც, რომელიც ძილში აღმოცენდება და პაციენტის გაღვიძებას იწვევს.

პანიკურ აშლილობას ახასიათებს სიმპტომატიკის ჩამოყალიბებისა და განვითარების გარკვეული სტერეოტიპი.

პანიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელია, რომ პირველი პანიკური შეტევები წარუშლელ კვალს ტოვებს ავადმყოფის მეხსიერებაში. შეტევებს შორის პერიოდში ავადმყოფი შეწუხებული და შემფოთებულია იმით, რომ შესაძლებელია კვლავ დაეწყოს ახალი შეტევა ანუ მას აღენიშნება ე.წ. მოლოდინის შფოთვა. ეს უკანასკნელი თავის მხრივ ზრდის შეტევათა განმეორებადობის ალბათობას. შეტევების განმეორება ერთმანეთის მსგავს სიტუაციაში (ტრანსპორტი, ხალხმრავალი ადგილები და ა.შ.) ხელს უწყობს ისეთი ქცევის ფორმირებას, როდესაც ავადმყოფი გაურბის პანიკური შეტევებისათვის საშიშ ადგილებისა და სიტუაციებს (ე.წ. განრიდების ქცევა). შფოთვა შეტევის შესაძლო განვითარების შესახებ განსაზღვრულ ადგილსა ან სიტუაციაში და ამ ადგილისა ან სიტუაციისაგან თავის არიდება განისაზღვრება ტერმინით “ავორაფობია”. ავორაფობიული სიმპტომატიკის გაჩენა და გაძლიერება იწვევს პაციენტის სოციალურ დეზადაპტაციას. იგი ვეღარ რჩება მარტო, ერიდება სახლიდან გასვლას, ხდება მისი ფიქსირება ავადმყოფურ შეგრძნებებსა და განცდებზე, რაც ხელს უშლის მის ჩვეულ საქმიანობასა და ფუნქციონირებას.

მიმდინარეობა, გართულებები და პროგნოზი (15)

პანიკური აშლილობას ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ აშლილობის განვითარების კვალდაკვალ ხდება გართულებების ჩამოყალიბება. ყველაზე ხშირია დეპრესიის სიმპტომების გაჩენა. დადგენილია, რომ პანიკური აშლილობის მანიფესტაციამდე, პაციენტთა თითქმის მესამედს აღენიშნება

დეპრესიული სიმპტომატიკა. რაც შეეხება დეპრესიით გართულებას, იგი პროგრესულად იმატებს პანიკური აშლილობის გახანგრძლივებასთან დაკავშირებით. მრავალი მკვლევარის აზრით დადასტურებულია, რომ პანიკური აშლილობისა და დეპრესიის თანაარსებობის დროს ორივე აშლილობა მუდამდება გაცილებით უფრო მძიმე ფორმით. საერთოდ, პანიკური აშლილობა ხასიათდება კომორბიდული მდგომარეობების მაღალი სიხშირით, რაც მთლიანობაში ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას და აქვეითებს რემისიების ალბათობას.

უპირატესი კომორბიდული მდგომარეობები პანიკური აშლილობის დროს:

- აგორაფობია;
- დეპრესია;
- გენერალიზებული შფოთვა;
- სოციალური ფობია;
- ალკოჰოლიზმი;
- სამკურნალწამლო საშუალებების ბოროტად გამოყენება;
- პიროვნული აშლილობა.

ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ პანიკური აშლილობის ქრონიზაციას და ართულებს პროგნოზს

მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის მიერ პირველი პანიკური შეტევების შეფასებას. რაც უფრო კატასტროფულად ფასდება იგი პაციენტის მიერ (მიოკარდიუმის ინფარქტი, მოგუდვა, “ტვინის კატასტროფის შეგრძნება” და ა.შ.) მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება და უფრო სწრაფად ხდება კომორბიდული მდგომარეობების თანდართვა. პროგნოზი რთულდება აგრეთვე, როდესაც სამედიცინო პერსონალი მისდა უნებურად უშყარებს პაციენტს აზრს პანიკური შეტევის კატასტროფული შეფასების შესახებ.

პაციენტთა უმრავლესობა, განიცდის რა პირველად პანიკის შემზარავ სიმპტომებს, მიმართავს სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია “სასწრაფოს” მიერ ხელს უწყობს მისი რწმენის გამყარებას იმაში, რომ საფრთხე რეალურია და დაავადება სერიოზული. როდესაც პაციენტი საკუთარ შეგრძნებებსა და განცდებს აღიქვამს, როგორც რაიმე სომატური დაავადების გამოვლინებას, იგი ხშირად მიმართავს ექიმს, იღებს კონსულტაციებს სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებთან, იტარებს გაუმართლებელ, არასაჭირო დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს. ყოველივე ეს პაციენტს უქმნის შთაბეჭდილებას, რომ მისი დაავადება რთული და უნიკალურია. ასეთი არასწორი შეხედულებები დაავადების არსის შესახებ იწვევს იპოქონდრიული სიმტომების აღმოცენებას, რაც ასევე ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. პანიკური აშლილობის ქრონიზაციას აგრეთვე ხელს უწყობს არაადექვატური და არადროული სამკურნალო ღონისძიებები. პანიკური აშლილობის დიაგნოსტიკა ხდება პაციენტთა მხოლოდ 50% შემთხვევებში. 50%-ზე ნაკლები პაციენტები იღებენ რაიმე მკურნალობას და 30%-ზე ნაკლები – ადეკვატურ თერაპიას.

5. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

F41.0 პანიკური აშლილობა (ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვა) (ICD-10-ის მიხედვით) (17)

1. პანიკური შეტევების განმეორებადი (რეკურენტული) აღმოცენება;
2. პანიკური შეტევების განმეორება (ერთი ან რამდენიმე) ერთი თვის განმავლობაში. თან ახლავს შემდეგი სიმტომები:
 - მუდმივი წუხილი და მოლოდინი შეტევის შესაძლო გამეორების გამო;
 - შეშფოთება და შიში შეტევის გართულებისა და მისი შედეგების გამო.
3. შეტევის აღმოცენება არ არის განპირობებული რაიმე ნივთიერებების ან სომატური დაავადებების უშუალო მიზეზით (არითმია, თირეოტიკოსიკოზი, ჰიპერტონული დაავადება, გულის იშემიური დაავადება, ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარება და ა.შ.);
4. შეტევა აღმოცენდება სიტუაციებში, რომელიც არ არის დაკავშირებული ობიექტურ საფრთხესთან.

DSM IV-ის მიხედვით პანიკური აშლილობა განიხილება ორი სახით: პანიკური აშლილობა აგორაფობიის გარეშე (300.01) და პანიკური აშლილობა აგორაფობიით (300.21) (18), ესუკანასკნელი აღნიშნულ გაიდლაინში არ განიხილება, რადგან ICD-10-I მათ არ აღიფერენციირებს.

პანიკური აშლილობა აგორაფობიის გარეშე (კრიტერიუმები)

1. მოულოდნელად აღმოცენებული პანიკური შეტევები;
2. განეორებითი ერთი ან რამდენიმე პანიკური შეტევა რომელიც ვითარდება არაუმეტეს ერთი თვის განმავლობაში:
 - ა. მუდმივი შიშის მოლოდინი, რომ შეტევა განმეორდება;
 - ბ. წუხილი შეტევის მოსალოდნელი გართულებისა და შედეგების შესახებ;
 - გ. შეტევებთან დაკავშირებით ქცევის მნიშვნელოვანი შეცვლა.
- . აგორაფობიის არარსებობა
3. პანიკური შეტევა არ არის გამოწვეული ზოგადი სომატური დაავადებებით ან დამოკიდებულების გამომწვევი ნივთიერებების მიღებით;
5. პანიკური შეტევა არ არის განპირობებული სხვა ფსიქიკური აშლილობით.

დიფერენციალური დიაგნოზი (13, 14, 16)

ზოგადად, დიაგნოზის დასმისას უნდა გამოვიყენოთ ისეთი მდგომარეობები (მაგალიათად, კოფინიზმი, ჰიპერთირეოიდიზმი, ეპილეფსია და გულის არითმია), რომლებიც იწვევს პანიკური შეტევა მსგავსი სიმპტომების აღმოცენებას. ასეთ დროს საჭიროა სპეციფიკური ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება.

ფსიქიატრიული დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება შემდეგ ფსიქიკურ აშლილობებთან:

დეპრესია, შიზოფრენია, პიროვნული აშლილობები, აგრეთვე ორგანული ბუნების ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც მიმდინარეობს შფოთვითა და ეპიზოდური პანიკური შეტევებით. განსაკუთრებით ძნელი ხდება პანიკური აშლილობის დიფერენცირება აგორაფობიისაგან. კერძოდ აგორაფობიის იმ ვარიანტთან, რომელსაც თან ახლავს პანიკური შეტევები. პანიკური შეტევები ხშირად მეორადია დეპრესიული აშლილობების არარსებობისას, განსაკუთრებით მამაკაცებში, ამიტომ იქ, სადაც მკვეთრად ვლინდება დეპრესიული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, პანიკური აშლილობა, არ უნდა იქნას გამოყენებული, როგორც ძირითადი დიაგნოზი.

6. ბამოკვლევის სქემა

ა. კლინიკური ინტერვიუს დროს ექიმი ვალდებულია შეაფასოს შემდეგი ფაქტები:

- პანიკური შეტევების რაოდენობა და სიმწვავე;
- პანიკური შეტევის წინმსწრები შფოთვის სიმწვავე;
- აგორაფობიული სიმპტომების სიმწვავე;
- სუიციდური აზრები და მცდელობები;
- სამსახურის/სკოლის გაცდენები;
- სამსახურში/სკოლაში წარუმატებლობები;
- სოციალური ქცევის ცვლილება;
- შესაძლებლობების შეზღუდვა.

ბ. სიმპტომების სიმწვავის შეფასება შესაძლებელია შიხანის სკალით

შიხანის პანიკის შეფასების სკალა

გასაღები:

0. არა 1. მცირედ 2. ზომიერად 3. საკმარისად 4. უკიდურესად ძლიერ

1	ჩასუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობა ან აჩქარებული სუნთქვა	0	1	2	3	4
2	მოსრჩობის შეგრძნება ან ბურთი ყელში	0	1	2	3	4
3	გული ხტის, ფართხალებს, მზადაა ამოხტეს მკერდიდან	0	1	2	3	4
4	ტკივილი მკერდის ძვლის საპროექციო არეში, უსიამოვნო სიმძიმის გრძნობა გულ-მკერდის არეში	0	1	2	3	4
5	ძლიერი ოფლიანობა, ოფლში ცურვის შეგრძნება	0	1	2	3	4
6	სისუსტე, გულის წასვლისა და თავბრუსხვევის შეგრძნება	0	1	2	3	4
7	”ბამბის ფეხები” - შეგრძნება თითქოს ფეხები არ გემორჩილება	0	1	2	3	4
8	სხეულის არამყარი მდგომარეობის შეგრძნება ან წონასწორობის დაკარგვა	0	1	2	3	4
9	გულის რევის ან კუჭის არეში უსიამოვნო შეგრძნება	0	1	2	3	4

10	შეგრძნება, რომ გარშემო ყველაფერი არარეალური, უცნაური, ბურუსით მოცული ან დაშორებული გახდა	0	1	2	3	4
11	შეგრძნება, რომ ყველაფერი მიცურავს ("სხეულის გარეთ ვარსებობ")	0	1	2	3	4
12	სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ჩხვლეტის ან დაბუყების შეგრძნება	0	1	2	3	4
13	შეხურების ან შეცივების შეგრძნება	0	1	2	3	4
14	კანკალი (ტრემორი)	0	1	2	3	4
15	სიკვდილის შიში ან შიში იმისა, რომ ახლა რაღაც საშინელება მოხდება	0	1	2	3	4
16	ჭკუაზე შეშლის შიში ან იმის შიში, რომ საკუთარ თავს ვერ მართავ	0	1	2	3	4
17	შფოთვის (განგაშის) მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 3 ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი – აღმოცენებული უშუალოდ ისეთი სიტუაციის წინ ან მასში მოხვედრისას, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს	0	1	2	3	4
18	შიშის მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 3 ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე (ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს)	0	1	2	3	4
19	უეცარი, მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 1 ან 2 ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე (ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს)	0	1	2	3	4
20	პანიკის (შფოთვის) პერიოდები, რომელიც მატულობს იმისდა მიხედვით, როდესაც თქვენ ემზადებით გააკეთოთ ისეთი რამ, რასაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია გამოიწვიოს განგაში, თანაც იმაზე ძლიერი, ვიდრე ადამიანთა უმეტესობა ასეთ სიტუაციაში განიცდის	0	1	2	3	4
21	ისეთი სიტუაციის თავის არიდება, რომელიც თქვენ გაშინებთ	0	1	2	3	4
22	მდგომარეობა, როდესაც სხვაზე ხართ დამოკიდებული	0	1	2	3	4
23	დაძაბული ხართ და არ შეგიძლიათ მოეშვათ (მოდუნდეთ)	0	1	2	3	4
24	განგაში (შფოთვა), „ნევროტულობა“, მოუსვენრობა	0	1	2	3	4
25	მომეტებელი მგრძობელობა ბგერის, სინათლის და შეხების მიმართ	0	1	2	3	4
26	ფაღარათის შემთხვევები	0	1	2	3	4
27	გადამეტებელი წუხილი საკუთარ ჯანმრთელობაზე	0	1	2	3	4
28	დაღლილობის, სისუსტის და გამოფიტვის შეგრძნება	0	1	2	3	4
29	თავის ტკივილები ან ტკივილი კისრის არეში	0	1	2	3	4
30	ჩაძინების გაძნელება	0	1	2	3	4
31	ღამით გაღვიძება ან მოუსვენარი ძილი	0	1	2	3	4
32	დეპრესიის მოულოდნელი პერიოდები, რომლებიც უმნიშვნელო საბაბით ან მის გარეშე აღმოცენდება	0	1	2	3	4
33	გუნებ-განწყობის და ემოციის მერყეობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია თქვენს გარშემო მიმდინარე მოვლენებზე	0	1	2	3	4
34	განმეორებადი და მოუცილებელი აზრები, წარმოდგენები, აზრები, იმპულსები ან ხატები, რომლებსაც თქვენ აღიქვამთ როგორც მძიმეს, უსიამოვნოს, უაზროს და მიუღებელს	0	1	2	3	4
35	ერთიდაიგივე მოქმედების განმეორება რიტუალის სახით (მაგ. გადამოწმება, გადათვლები, ხელები განმეორებითი ბანვა), რაც აუცილებლობით არ რაის გამოწვეული	0	1	2	3	4



დამუშავება და ინტერპრეტაცია: შფოთვის დონე 30 ქულის ზემოთ ითვლება ანომალურად, ხოლო 80-ის ზემოთ – მაღალ დონედ. პანიკური აშლილობის დროს საშუალო დონე 57 ქულას შეადგენს, მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს განგაშის დონის 20 ქულაზე დაბლა დაყვანა.

7. მკურნალობის სქემა

მკურნალობა ნაჩვენებია პაციენტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად როგორც – პანიკური აშლილობა.

პანიკური აშლილობის თანამედროვე თერაპიაში წარმატებით გამოიყენება ფსიქოთერაპია და ფარმაკოთერაპია.

მკურნალობის გეგმის შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს:

1. პაციენტის უფლება თანხმობა განაცხადოს მკურნალობაზე;
2. დაავადების სიმწვავე;
3. თანმხლები დაავადებები, წამლდამოკიდებულება ან სუიციდის რისკი;
4. ადრე ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა;
5. ზოგ ქვეყანაში, შეიძლება გათვალისწინებული იქნეს მკურნალობის ხარჯებიც.

ავადმყოფობის ისტორიის, არსებული სიმპტომებისა და თანმხლები დაავადებების ყოველმხრივი შეფასების შემდეგ პანიკური აშლილობის მკურნალობაში გამოყენებული რეკომენდაციები შემდეგი სახითაა ჩამოყალიბებული:

ფსიქოგანათლება

პაციენტის და მისი ოჯახის ფსიქოგანათლება ეფექტური მკურნალობის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ამ მიზნით:

- პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია პანიკური აშლილობის ბუნების და მიმდინარეობის შესახებ;
- პაციენტს უნდა განემარტოს პანიკური შეტევების საფუძველი;
- პაციენტი უნდა გაეცნოს მკურნალობის პრინციპებს, მოსალოდნელ დადებით დინამიკას და მკურნალობის ხანგრძლივობას;
- პაციენტს უნდა განემარტოს, რომ მკურნალობის პროცესში შესაძლებელია შფოთვის გაძლიერება, აგრეთვე მკურნალობის დამთავრების შემდეგ შესაძლებელია დარჩეს გარკვეული რეზიდუალური სიმპტომატიკა;
- პაციენტს უნდა განემარტოს ცხოვრების სტილისა და მავნე ჩვევების ცვლილების საჭიროება (მაგალითად, კოფეინის მოხმარების შემცირება).

მტკიცებულებებზე დამყარებული თერაპიული სტრატეგიები:

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია (1,2,3,4)

- პანიკური აშლილობის კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიით მკურნალობა უფრო ეფექტური და იაფი მეთოდია, ვიდრე მედიკამენტური თერაპია;
- კბთ პანიკური აშლილობის მკურნალობის მეთოდია, რომელიც სიმპტომზეა ორიენტირებული;
- კბთ-ის ძირითადი კომპონენტებია:
 - o ფსიქოგანათლება;
 - o პანიკის მონიტორინგი;
 - o სუნთქვითი ვარჯიშები;
 - o მცდარი სხეულებრივი შეგრძნებების კორექცია კოგნიტიური რესტრუქტურით;
 - o საშიშ სიტუაციებთან შეხება/ექსპოზიცია.
- კბთ უფრო ხანგრძლივი მკურნალობის მეთოდია, მაგრამ პაციენტთა უმრავლესობას დადებითი შედეგი აქვს და მკურნალობაზე უარის თქმა უფრო იშვიათია, ვიდრე მედიკამენტური მკურნალობის დროს;
- ეფექტური მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია ჩართული იყოს ფსიქოთერაპიის პროცესში, რათა დაძლეული იქნას განრიდების ქცევა პანიკური შეტევების მაპროვოცირებელი სიტუაციების მიმართ (მაგალითად, აგორაფობია);
- ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატებთან კბთ-ის კომბინირება ნაკლებეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ კბთ;
- არ არსებობს სარწმუნო მონაცემები კბთ-ის ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციის სასარგებლოდ;
- დადებითი შედეგი ჩვეულებრივ დგება 6-8 კვირაში;
- ტიპური კურსი საშუალოდ 12 სესიამდე გრძელდება, თუმცა შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი თერაპიაც მწვავე აგორაფობიის შემთხვევაში.

პირველი რიგის მედიკამენტური თერაპია (7,8,9,10,11,12)

- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები თანაბრად ეფექტურია პანიკური აშლილობის მკურნალობისას და ეს ჯგუფები უნდა ვამჯობინოთ ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატებს;
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების, როგორც პირველი რიგის პრეპარატების, საწყისი რეკომენდებული დოზებია: ფლუოქსეტინი – 10 მგ/დღ; სერტრალინი – 25 მგ/დღ; პაროქსეტინი – 10 მგ/დღ; ფლუვოქსამინი* - 50 მგ/დღ;
- რეკომენდებულია სუმსი-ის ინიციალური დოზის შენარჩუნება რამდენიმე დღის ან კვირის მანძილზე და შემდეგ ამ დოზის სტანდარტულ დღიურ დოზამდე გაზრდა (ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი – 20 მგ/დღ; სერტრალინი – 50 მგ/დღ; ფლუვოქსამინი - 150 მგ/დღ.);
- პანიკური აშლილობისას სუმსი-ით მკურნალობა გრძელდება 6-12 კვირა და უფრო მეტიც. ზოგადად მიღებულია, რომ დადებით შედეგს არ უნდა ველოდოთ პირველი 4 კვირის მანძილზე;

- ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ტცა-ის გამოყენება შეზღუდულია გვერდითი მოვლენების (ანტიქოლინერგული ეფექტი, ძილის დარღვევები, ოფლიანობა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, საერთო სისუსტე, კოგნიტიური დარღვევები და სხვა) გამო;
- ტცა-ის ფონზე პანიკური შეტევების ინტენსივობა და სიხშირე კლებულობს, მცირდება მოლოდინის შფოთვა და დეპრესიული სიმპტომები. ტცა ეფექტურია პანიკური აშლილობების დროს განრიდების ქცევის სამკურნალოდაც;
- ტცა-ის დოზირება: იმიპრამინის რეკომენდებული ინიციალური დოზაა 10 მგ/დღ, მომდევნო კვირების განმავლობაში თანდათანობით მატებით მაქსიმუმამდე - 100მგ/დღ. თუ 4 კვირის შემდეგ ტცა-ით მკურნალობა ეფექტური არ არის, შესაძლოა დოზის მომატება 300მგ/დღ - მდე. კლომიპრამინის შემთხვევაში დოზის ჩარჩოებია 25-150 მგ/დღ;
- ტცა-ის მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 8-12 კვირა ან მეტი;
- პანიკური აშლილობის მკურნალობაში ბენზოდიაზეპინები მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება, მაგრამ ამ ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება შეზღუდულია წამალდამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკის გამო.
- რეკომენდებული დოზირება მოწოდებულია ცხრილის სახით:

პრეპარატი	საწყისი დოზა	შემანარჩუნებელი დოზა
აღპრაზოლამი	0.25 მგ 2-ჯერ დღეში ან 0.5 მგ დღეში ერთხელ	1 მგ 3-ჯერ დღეში ან 3 მგ დღეში ერთხელ
ქლორდიაზეპოქსიდი	5 მგ 3-ჯერ დღეში	25 მგ 3-ჯერ დღეში
კლონაზეპამი	0.25 მგ ერთხელ დღეში	1 მგ 3-ჯერ დღეში
კლორაზეპატი	7.5 მგ 2-ჯერ დღეში	7.5 მგ 3-ჯერ დღეში ან 17 მგ 2-ჯერ დღეში
დიაზეპამი	2 მგ 3-ჯერ დღეში	5 მგ 3-ჯერ დღეში
ლორაზეპამი	0.5 მგ 3-ჯერ დღეში	1 მგ 3-ჯერ დღეში
ოქსაზეპამი	10 მგ 3-ჯერ დღეში	15 მგ 3-ჯერ დღეში

მეორე რივის არჩევანი რეზისტენტულ შემთხვევებში (13, 14, 16)

- თუ ინიციალური მკურნალობის ფონზე მდგომარეობის გაუმჯობესება არ აღინიშნება, ახალი მედიკამენტის დანიშვნა ან დამატებაა საჭირო;
- თუ პანიკური აშლილობა უფრო მწვავეა, ვიდრე თანმხლები დაავადება და იწვევს ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვასა და დისტრესს, მკურნალობის ფოკუსირება უნდა მოხდეს პანიკურ აშლილობაზე;
- მწვავე აგორაფობია უარყოფითი პროგნოზული სიმპტომია, მაშინ როცა თანმხლებ დეპრესიას გამოსავალზე სერიოზული გავლენა არა აქვს.

8. ბაილჰაინის ბადასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 2 წელი

9. ბაიფლანინის მიღების ხერხი/წყარო

- პა-ის შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმარისი რაოდენობა. მოცემული გზამკვლევის შემქმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფმა მოიძია და შეაფასა უკვე არსებული პრაქტიკული გაიდლაინები, რამდენიმე ფუნდამენტური ნაშრომი და ექსპერტთა კონსენსუსის ჯგუფის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები. ბაზისურად გამოყენებული იქნა ლიტერატურაში მითითებული ნაშრომები:

10. ალტერნატიული ბაიფლანინი არ არსებობს

11. გამომყენებული ლიტერატურა

1. Chambless DL, Gillis MM: Cognitive therapy of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:248–260 [ექსპერტთა მოსაზრება];
2. Clum GA, Suris R: A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:317–326 [E] Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS: Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 1989; 20:261–282 [A];
3. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M: A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1994; 164:759–769 [A];
4. Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R, Wright F: A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149:778–783 [A];
5. Modigh K, Westberg P, Eriksson E: Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12:251–261 [A];
6. Klerman GL: Overview of the Cross-National Collaborative Panic Study. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:407–412 [D];
7. Keller MB, Lavori PW, Goldenberg IM, Baker LA, Pollack MH, Sachs GS, Rosenbaum JF, Deltito JA, Leon A, Shear K, Klerman GL: Influence of depression on the treatment of panic disorder with imipramine, alprazolam, imipramine. *J Affect Disord* 1993; 28:27–38 [A];
8. Woods S, Nagy LM, Koleszar AS, Krystal JH, Heninger GR, Charney DS: Controlled trial of alprazolam supplementation during imipramine treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 12:32–38 [A];
9. Mellergard M, Lorentzen K, Bech P, Ottoson JQ, Rosenberg R: A trend analysis of changes during treatment of panic disorder with alprazolam and imipramine. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1991; 365:28–32 [A];
10. Pollack MH, Otto MW, Sachs GS, Leon A, Shear MK, Deltito JA, Keller MB, Rosenbaum JF: Anxiety psychopathology predictive of outcome in patients with panic disorder and depression treated with imipramine, alprazolam, and placebo. *J Affect Disord* 1994; 30:273–281 [A];
11. Den Boer JA, Westenberg HG: Effect of a serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorder: a double-blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *Int Clin Psychopharmacol* 1988; 3:59–74 [B];
12. Cassano GB, Petracca A, Perugi G, Nisita C, Musetti L, Mengali F, McNair DM: Clomipramine for panic disorder, I: the first 10 weeks of a long-term comparison with imipramine. *J Affect Disord* 1988; 14:123–127 [B];
13. Australian treatment guide for consumers and carers: Panic disorder and agoraphobia June 2005, www.ranzcp.org;

14. Summary of guideline for the treatment of panic disorder and agoraphobia Gavin Andrews, Mark Oakley-Browne, David Castle, Fiona Judd and Andrew Baillie for the RANZCP Clinical Practice Guideline Team for Panic Disorder Australasian Psychiatry • Vol 11, No 1 • March 2003;
15. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review 1995; **15** : 819–844. (A);
16. APA Practice Guidelines: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder: J. Gorman, K. Shear, D. Cowley et al. (1998);
17. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (10th edn), Vol.1. Geneva: World Health Organization (1993);
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

12. ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს უსიძიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია

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

მშპპრტები:

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