

## შესავალი

გენერალიზებული შფოთვის დარღვევები (GAD) მოიცავს პანიკურ დარღვევებს (აგოროფობიით და მის გარეშე), პოსტ-ტრავმულ სტრესულ დარღვევებს, ობსესურ-კომპულსურ დარღვევებს, სოციალურ ფობიებს, სპეციფიკურ ფობიებს და მწვავე სტრესულ მოშლილობებს.

შფოთვის დარღვევები შეიძლება არსებობდეს იზოლირებულად თუმცა, უფრო ხშირად, ის თან ახლავს შფოვით და დეპრესიულ დარღვევებს.

## ძირითადი პრიორიტეტების განხორციელება

GAD განახლებული მართვის რეკომენდაციებიდან პრიორიტეტებად, განხორციელების თვალსაზრისით, შერჩეული იქნა შემდეგი რეკომენდაციები:

### ნაბიჯი/საფეხური 1: ყველა დადგენილი და GAD-ის საექვო გამოვლინება

#### იდენტიფიცირება

- მნიშვნელოვანია, GAD დიაგნოზის დადგენა და პაციენტთან კომუნიკაცია, რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე იმისათვის რომ, დავეხმაროთ მათ გაიგონ დაავადების/დარღვევის შესახებ მეტი და დავიწყოთ შესაბამისი, ეფექტური მკურნალობა. [new 2011]
- GAD დიაგნოზის მიზანშეწონილია განხილვა იმ პაციენტებთან, რომლებიც წარმოადგენენ შფოტვას ან მნიშვნელოვან წუხილს და აგრეთვე, იმათთან ვინც ხშირად მიმართავს პირველად ჯანდაცვას:
  - ჯანმრთელობის ქრონიკული ფიზიკური პრობლემით ან
  - არა აქვს ფიზიკური პრობლემა, თუმცა ესაჭიროებათ დარწმუნება სომატური სიმპტომების არსებობისას (განსაკუთრებით ხანდაზმულებსა და მცირე ეთნიკურ ჯგუფის პაციენტებში) ან
  - განმეორებით მომართავენ დაწესებულებას სხვადასხვა სახის პრობლემებზე წუხილის გამო [new 2011]

### ნაბიჯი/საფეხური 2: დიაგნოსტირებული GAD, რომელთა მდგომარეობა არ უმჯობესდება პირველი დონის ჩარევების შემდეგ.

GAD დაბალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენციები

- იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება განათლებისა და პირველ საფეხურზე განხორციელებული აქტიური მონიტორინგის შემდეგ, პაციენტს უნდა შევთავაზოთ ერთი ან მეტი შემდეგი პირველი რიგის ინტერვენცია, რომელიც წარმართება პიროვნების პრეფერენციის მიხედვით:
  - ინდივიდუალური თვით-დახმარება (ფასილიტაციის გარეშე)
  - ინდივიდუალური მართული თვით-დახმარება
  - ფსიქო-განათლების ჯგუფები [new 2011]

### **ინდივიდუალური თვით-დახმარება (ფასილიტაციის გარეშე) მოიცავს:**

- დაწერილ ან ელექტრონულ მასალას, რომელიც უნდა იყოს შესაბამისი ასაკისათვის წაკითხვადი (ან ალტერნატიული მედია)
- კოგნიტურ- ბიჰევიორისტული თერაპიის (CBT) მკურნალობის პრინციპზე დაფუძნებულ ინტერვენციას.
- პაციენტისათვის ინსტრუქციებს, რათა სისტემატურად იმუშაოს მასალებზე სულ მცირე 6 კვირის განმავლობაში.
- ჩვეულებრივ, ჩართულია თერაპისტის მინიმალური კონტაქტი, მაგ.: იშვიათად და მოკლე სატელეფონო საუბარი, არაუმეტეს 5 წუთისა. [new 2011]

### **ინდივიდუალური მართული თვით-დახმარება მოიცავს:**

- დაწერილ ან ელექტრონულ მასალას, რომელიც უნდა იყოს შესაბამისი ასაკისათვის წაკითხვადი (ან ალტერნატიული მედია)
- ტრენირებული პრაქტიკოსის დახმარებას/მხარდაჭერას, რომელიც ფასილიტაციას უწევს თვით-დახმარების პროგრამას და განიხილავს პროგრესსა და გამოსავლებს.
- ჩვეულებრივ, შედგება 5-7 კვირამდე ყოველკვირეულ ან ორ კვირაში ერთჯერ პირისპირ ან სატელეფონო სესიებს, რომელიც გრძელდება 20-30 წთ. [new 2011]

### **ფსიქო-განათლების ჯგუფები:**

- ეფუძნება კოგნიტურ - ბიჰევიორისტული თერაპიის მკურნალობის პრინციპს (CBT), ინტერაქტიულია და ახალისებს ობსერვაციულ სწავლებას.
- მოიცავს პრეზენტაციებს და თვით-დახმარების სახელმძღვანელოს.
- უძღვება ტრენირებული პრაქტიკოსი
- შეფარდება უნდა იყოს 1 პრაქტიკოსი : 12 მონაწილეზე.
- ჩვეულებრივ, შედგება 6 კვირიანი სესიებისაგან, თითოეულის 2 სთ-იანი ხანგრძლივობით. [new 2011]

### **პრაქტიკოსების მართული თვით-დახმარების და/ან ფსიქო-საგანმანათლებლო ჯგუფებმა:**

- უნდა მიიღონ მაღალი ხარისხის რეგულარული სუპერვიზია
- გამოიყენონ რუტინული გამოსავლების გაზომვის მეთოდები და დარწმუნდნენ იმაში, რომ GAD-ით პაციენტს სისტემატურად უტარდება მკურნალობის ეფექტიანობის მიმოხილვა. [new 2011]

**ნაბიჯი/საფეხური 3: GAD მნიშვნელოვანი ფუნქციური შეზღუდვებით ან ისინი, რომელთა მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა მეორე საფეხურის ინტერვენციების შედეგად.**

მკურნალობის ვარიანტები

- პაციენტებს, GAD-ით და მნიშვნელოვანი ფუნქციური შეზღუდვებით ან მათ, რომელთა მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა მეორე საფეხურის ინტერვენციების შედეგად, უნდა შევთავაზოთ ან

#### ◆ ინდივიდუალური მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია

თუკი პაციენტის GAD -ით ირჩევს მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენციას, უნდა შევთავაზოთ კოგნიტურ-ბიჰევიურო თერაპია (CBT) ან გამოყენებითი რელაქსაცია applied relaxation. [new 2011]

#### CBT პაციენტებში GAD-ით უნდა:

- ეფუძნებოდეს მკურნალობის სახელმძღვანელოს და GAD-ის სამკურნალოდ განხორციელებულ CBT კლინიკურ კვლევების სარწმუნო წყაროებს.
- უნდა წარმართონ ტრენირებულმა და კომპეტენტურმა პრაქტიკოსებმა.
- ჩვეულებრივ, მოიცავს 12–15 კვირიან სესიებს (უფრო ნაკლებსაც, თუკი პაციენტის მდგომარეობა უფრო ადრე გაუმჯობესდა, უფრო მეტს, თუკი კლინიკურად ესაჭიროება, თითოეული სესიის ხანგრძლივობაა 1 საათი. [new 2011]

#### გამოყენებითი რელაქსაცია პაციენტებში GAD-ით უნდა:

- ეფუძნებოდეს მკურნალობის სახელმძღვანელოს და GAD-ის სამკურნალოდ განხორციელებულ applied relaxation გამოყენებით რელაქსაციის კლინიკურ კვლევების სარწმუნო წყაროებს.
- უნდა წარმართონ ტრენირებულმა და კომპეტენტურმა პრაქტიკოსებმა.
- ჩვეულებრივ, მოიცავს 12–15 კვირიან სესიებს (უფრო ნაკლებსაც, თუკი პაციენტის მდგომარეობა უფრო ადრე გაუმჯობესდა, უფრო მეტს, თუკი კლინიკურად ესაჭიროება, თითოეული სესიის ხანგრძლივობაა 1 საათი. [new 2011]

პრაქტიკოსებმა, რომლებიც წარმართავენ მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიურ ინტერვენციებს GAD-ის სამკურნალოდ, უნდა:

- აწარმოონ რეგულარული სუპერვიზია მკურნალობის მოდელის ერთგულების შეფასების მიზნით, მკურნალობის სესიების აუდიო-ვიდეო ჩაწერის გამოყენებით თუ ეს შესაძლებელია და თუკი პაციენტი თანახმაა.
- რუტინულად უნდა გაიზომოს გამოსავლები და დარწმუნდეთ, რომ პაციენტი GAD -ით ჩართულია მკურნალობის ეფექტიანობის მიმოხილვაში. [new 2011]
- თუკი შესაძლებელია, უმჯობესია ინტერვენციები განხორციელდეს პაციენტისათვის გასაგებ ენაზე. [new 2011] ან

#### ◆ მედიკამენტური მკურნალობის პრინციპები

- პაციენტს უნდა მიეწოდოს ვერბალური და დაწერილი ინფორმაცია მკურნალობის ყველა სახის რისკებსა და სარგებლობებზე მ.შ. მედიკამენტების მოხმარების ტენდენციებზე, გვერდითი მოვლენებისა და მის მოხსნასთან ასოცირებული სინდრომების განმარტებებით.

- მკურნალობის გადაწყვეტილება დააფუძნოს პიროვნების პრეფერენციებზე, ვინაიდან არ არსებობს მეცნიერული მტკიცებულება რომელი სახის მკურნალობა უკეთესი (ინდივიდუალური მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია თუ წამლით მკურნალობა). [new 2011]

## მედიკამენტური მკურნალობა

- თუკი პაციენტმა აირჩია მედიკამენტური მკურნალობა, უნდა დაენიშნოს სელექტიური სეროტონონის უკუმიტაციების ინჰიბიტორი (SSRI). პირველ რიგში sertraline, როგორც ყველაზე ხარჯთ-ეფექტური მედიკამენტი. ინფორმირებული თანხმობა უნდა იყოს მიღებული და დოკუმენტირებული. აუცილებელია ყურადღებით მონიტორინგება გვერდით მოვლენებზე. [new 2011]
- თუკი sertraline აღმოჩნდება არაეფექტური, მეორე შერჩევის პრეპარატია SSRI ალტერნატივა ან serotonin–noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI), შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით:
  - მოხსნის სინდრომის განვითარების ტენდენცია (განსაკუთრებით paroxetine და venlafaxine)
  - გვერდითი ეფექტების პროფილი და მედიკამენტების პოტენციური ურთიერთქმედება
  - სუიციდის რისკი და ჭარბი დოზირებისას, ტოქსიკურობა (განსაკუთრებით, venlafaxine)
  - პაციენტის წარსული გამოცდილება კონკრეტულ მედიკამენტურ მკურნალობაზე (განსაკუთრებით, დამყოლობა, ეფექტურობა, გვერდითი მოვლენები, წარსული მოხსნის სინდრომი და პაციენტის პრეფერენციები. [new 2011]
- თუკი პაციენტი არ არის ტოლერანტული SSRIs ან SNRIs, განიხილეთ ან შეთავაზეთ pregabalin. [new 2011]
- არ გამოიყენოთ benzodiazepine GAD-ის სამკურნალოდ არც პუდ-ში და არც მეორეულ დონეზე, გარდა მოკლევადიანი საზომისა კრიზის დროს. კარგად გააცნობიერეთ ბენზოდიაზეპინების დანიშვნის კონტექსტი, ამ თვალსაზრისით. [new 2011]
- არ დაუნიშნოთ ანტიფსიქოტური მკურნალობა GAD-ის სამკურნალოდ პუდ-ში. [new 2011]
- ნებისმიერი წამლის დანიშვნამდე, პაციენტთან ერთად განიხილე მკურნალობის ვარიანტები და ნებისმიერი წუხილი მედიკამენტის დანიშვნასთან დაკავშირებით.
  - სრულად განუმარტეთ პაციენტს მედიკამენტის დანიშვნის საკითხი და მიაწოდეთ ვერბალური და დოკუმენტური ინფორმაცია.
  - სხვადასხვა მკურნალობის სავარაუდო სარგებელზე
  - თითოეული წამლის მიდრეკილებები გვერდითი მოვლენების, წამლების ურთიერთქმედებების და მოხსნის სინდრომის თვალსაზრისით.
  - აქტივაციის რისკი SSRIs და SNRIs მიღებისას - სიმპტომებზე, როგორცაა გაზრდილი შფოთვები, აჟიტირებები და ძილის პრობლემები.
  - თანდათანობითი ანქსიოლიტური ეფექტი 1 კვირასა და მეტ დროში.
  - მედიკამენტის მიღების მნიშვნელობა დანიშვნისას და გაგრძელების საჭიროება, რემისიის შემდეგაც, რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით. [new 2011]

- არ დაგავიწყდეთ სისხლდენის მომატებული რისკი SSRI-ს ჯგუფის მედიკამენტების დანიშვნისას, განსაკუთრებით, უფროსი ასაკის მოსახლეობაში, რომელსაც შეუძლია დააზიანოს გასტრო-ინტესტინური ლორწოვანი ან ხელი შეუშალოს შედეგებას (მაგ.: NSAIDs ან aspirin). ასეთ შემთხვევაში, შესაძლებელია, გასტრო-პროტექციული მოქმედების მედიკამენტების დანიშვნა. [new 2011]
- 30 წლამდე ასაკის პაციენტებში, ვისაც ენიშნება SSRI ან SNRI:
  - გააფრთხილეთ პაციენტები/ოჯახის წევრები/მომვლელეები, რომ ამ წამლების მოქმედება ასოცირებულია სუიციდზე ფიქრების მომატებულ რისკთან და თვით-დაზიანებასთან 30წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებში.
  - დანიშვნიდან 1 კვირის შემდეგ ინახულეთ პაციენტი.
  - პირველი თვის განმავლობაში, განახორციელეთ ყოველკვირეული მონიტორინგი სუიციდური ფიქრების რისკებსა და თვით-დაზიანებაზე. [new 2011]
  - მკურნალობის დაწყებისას გვერდითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში, მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია და განიხილეთ, ქვემოთჩამოთვლილთაგან, ერთერთი სტრატეგია:
    - განახორციელეთ უფრო ინტენსიური მონიტორინგი სიმპტომებზე, თუკი წამლის გვერდითი მოვლენები მსუბუქია ან პაციენტისათვის მისაღებია ან
    - შეამცირეთ წამლის დოზა ან
    - შეწყვიტეთ წამლის მიცემა და პაციენტის პრეფერენციების გათვალისწინებით, შესთავაზეთ ან
      - ალტერნატიული წამალი ან
      - მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია. [new 2011]
- მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში, ყოველ 2-4 კვირაში, განიხილეთ ეფექტურობა და წამლის მოქმედების გვერდითი მოვლენები და შემდგომი შეფასება საჭიროა სამთვიანი ინტერვალებით. [new 2011]
- თუკი წამლის მოქმედება ეფექტურია, ურჩიეთ პაციენტს გააგრძელოს მისი მიღება, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში, რადგანაც მოსალოდნელი რეციდივის რისკი მაღალია. [new 2011]

### **მესამე საფეხურის ინტერვენციებზე არაადექვატური პასუხი**

- თუკი GAD -ით პაციენტში ჩატარებული მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენციის სრული კურსი არ იქნა ეფექტიანი, განხილულ უნდა იქნას მედიკამენტური მკურნალობის საკითხი. [new 2011]
- თუკი GAD -ით პაციენტში ჩატარებული მედიკამენტური მკურნალობა არ იქნა ეფექტიანი, უნდა შეთავაზებული იქნას ან ჩატარებული მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია ან ალტერნატიული მედიკამენტური თერაპია. [new 2011]
- თუკი GAD-ით პაციენტში ჩატარებული მედიკამენტური მკურნალობა ნაწილობრივ ეფექტურია, დამატებით, შეთავაზებული უნდა იქნას ჩატარებული მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია. [new 2011]

- განიხილეთ რეფერალი მეოთხე საფეხურზე GAD -ით პაციენტებში, ვისაც აღენიშნება მწვავე შფოთვა მნიშვნელოვანი ფუნქციური შეზღუდვებით, რომელიც კავშირშია ქვემოთ ჩამოთვლილ რომელიმე სიმპტომთან/სინდრომთან:
  - თვით-დაშავებასთან ან სუიციდთან ან
  - მნიშვნელოვან დაავადებასთან, როგორცაა სუბსტანციის ბოროტად გამოყენება, პერსონალური დარღვევები ან კომპლექსური ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები. ან
  - თვით-უარყოფასთან ან
  - მესამე საფეხურის ჩარევებზე არაადექვატური პასუხი. [new 2011]

#### საფეხური/ნაბიჯი 4

**შეფასება :** კომპლექსური, მკურნალობაზე რეფრაქტერული GAD და ძალიან მნიშვნელოვანი ფუნქციური უნარშეზღუდულობა ან თვით-დაზიანების მაღალი რისკი.

პაციენტი GAD-ით იგზავნება სპეციალისტთან საჭიროებებისა და რისკების შეფასების მიზნით, რომელიც მოიცავს:

- სიმპტომების ხანგრძლივობისა და სიმწვავის შეფასებას, ფუნქციონალური შეზღუდვის, თანმხლები დაავადებების, თვით-დაზიანებისა და თვით-უარყოფის რისკების შეფასებას.
- მიმდინარე და წარსული მკურნალობის ფორმალურ მიმოხილვას, წარსულში დანიშნული მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობას და ჩვეულებრივ, მე- 4 საფეხურზე პაციენტი იგზავნება სათემო, მენტალური ჯანმრთელობის გუნდებთან, თუმცა ის შეიძლება მოიცავდეს სპეციალიტების სერვისებს და პჯდ პრაქტიკოს სპეციალისტებსაც. აგრეთვე, წინა ეტაპების ფსიქოლოგიურ ინტერვენციების ერთგულებას და მათ ზემოქმედებას სიმპტომებსა და ფუნქციურ შეზღუდვებზე.
- სახლში გარემოს
- მხარდაჭერას თემში
- ოჯახებთან/მომვლელებთან ურთიერთობებსა და მათ ზემოქმედებას. [new 2011]

#### მკურნალობა

- მიაწოდეთ პაციენტს GAD -ით ინფორმაცია, რომელსაც არ შეთავაზებია ან უარი განაცხადა 1-3 საფეხურების ინტერვენციებზე, შესაძლო პოტენციურ სარგებელზე და შევთავაზოთ მათ ის, რაც არ გამოუცდიათ წარსულში. [new 2011]
- განიხილეთ კომბინირებული - ფსიქოლოგიური და მედიკამენტური მკურნალობა, ანტიდეპრესანტებისა და ანტიდეპრესანტების გამაძლიერებელი სხვა წამლები, თუმცა ძალიან ფრთხილად:
  - კომბინაციური მკურნალობის მეცნიერული მტკიცებულებები სუსტია
  - გვერდითი მოვლენები და კომბინირების დროს ურთიერთქმედებები მეტადაა მოსალოდნელი, როდესაც მედიკამენტის მოქმედების გაძლიერება ხდება სხვა წამლით (ანტიდეპრესანტების აუგმენტაცია). [new 2011]

- კომბინირებული მკურნალობა ინიშნება მხოლოდ გამოცდილი პრაქტიკოსების მიერ, რომელთაც გააჩნიათ ექსპერტიზა ფსიქოლოგიური და მედიკამენტური მკურნალობის კომპლექსურად გამოყენებაში, რეფრაქტერული შფოთვისითი დარღვევების მართვაში და მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც სრულად განიხილავს პაციენტთან ერთად შეთავაზებული მკურნალობის რისკებსა და სარგებელში. [new 2011]

**გენერალიზებული შფოთვისითი დარღვევების (GAD) მართვის ძირითადი პრინციპები GAD-ით პაციენტებში, მათი ოჯახის წევრებსა და მომვლელებში**

როდესაც მუშაობთ GAD-ით პაციენტებში:

- ურთიერთობები ააგეთ და იმუშავეთ პაციენტებთან ღიად, მხარდამჭერად და არა განმსჯელი მანერით.
- გამოიკვლიეთ პიროვნების წუხილი ისეთი თანმიმდევრობით, რომ ერთობლივად გაიგოთ მათი ზეგავლენა GAD-ზე.
- გამოიკვლიეთ მკურნალობის ვარიანტები პაციენტთან თანამშრომლობით, მიუთითეთ, რომ გადაწყვეტილების მიღება გაზიარებული პროცესია.
- საუბრები უნდა ხდებოდეს ისეთ გარემოში, სადაც დაცული იქნება კონფიდენციალობა, პრივატულობა და ღირსების პატივისცემა. [new 2011]

GAD-ით პაციენტებთან მუშაობის დროს:

- მიაწოდეთ პაციენტს თავისი გაგების შესაფერისი ინფორმაცია, დაავადების შესახებ და მკურნალობის ხელმისაწვდომ ვარიანტებზე.
- თუკი საჭიროა, ყოვლისმომცველი ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტის არჩეულ ენაზე და აუდიო ფორმატით.
- საჭიროების შემთხვევაში, შეთავაზეთ დამოუკიდებელი თარჯიმანის მოყვანა. [new 2011]

პაციენტის მხარდამჭერი ოჯახის წევრებისა და მომვლელების ჩართულობის მიზნით, განიხილეთ შემდეგი საკითხები:

- შესთავაზეთ მომვლელთა შეფასება მათი ფუნქციის შესრულებაში - მოვლის, ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია - დამხმარე ჯგუფების საკონტაქტო დეტალები, მ.შ. მობილური ჯგუფების სატელეფონო კონსულტაციებისა და სხვ. ხელმისაწვდომი სერვისების.
- შეათანხმეთ პაციენტთან/ოჯახის წევრებთან/მომვლელებთან კონფიდენციალობისა და ინფორმაციის გაზიარების საკითხები.
- მიაწოდეთ GAD-სა და მის მართვაზე ზეპირი და წერილობითი ინფორმაცია მ.შ. თუ როგორი დახმარების/მხარდაჭერის აღმოჩენა შეუძლიათ ოჯახის წევრებსა და მომვლელებს.
- მიაწოდეთ საკონტაქტო ტელეფონები და ინფორმაცია ა უნდა გააკეთონ და ვის უნდა დაუკავშირდნენ კრიზის დროს. [new 2011]

პაციენტს GAD-ით უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია ლოკალურ და ნაციონალურ დონეზე მომუშავე თვითდახმარების ორგანიზაციებსა და მხარდამჭერ ჯგუფებზე, კონკრეტულად, სადაც მათ შეუძლიათ ესაუბრონ სხვებს მსგავს გამოცდილებაზე. [new 2011]

GAD-ით პაციენტებს, ვისაც გააჩნია სწავლებისათვის მსუბუქი ქმედუნარობა ან მსუბუქი შეძენილი შემეცნებითი შეზღუდვა, უნდა შევთავაზოთ იგივე ჩარევები, თუმცა აუცილებლობის შემთხვევაში, გათვალისწინებული და დარეგულირებული უნდა იყოს ინტერვენციის ხანგრძლივობა და შესაფერისი მეთოდი, ქმედუნარობის ან შეზღუდვების გათვალისწინებით. [new 2011]

საშუალო და მწვავე ქმედუნარობის ან შემეცნებითი დარღვევების დროს, განიხილეთ პაციენტის გაგზავნის საკითხი შესაბამის სპეციალისტთან. [new 2011]

## პანიკური დარღვევებით პაციენტების მართვის პრინციპები

- Step 1 – აღიარება (recognition) და დიაგნოსტიკა
- Step 2 – მკურნალობა პჯდ დონეზე
- Step 3 – მკურნალობის ალტერნატიული ვარიანტების განხილვა და მიმოხილვა
- Step 4 – მიმოხილვა და აგაგზავნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან
- Step 5 – მართვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ

Step 1: პანიკური დარღვევების აღიარება (recognition) და დიაგნოსტიკა

### კონსულტაციის უნარ-ჩვევები

აღნიშნული დაავადების დიაგნოზის დასმასა და მართვაში ჩართულ პერსონალს ესაჭიროება კონსულტაციის მაღალი სტანდარტის დემონსტრირებადი უნარ-ჩვევები, რათა სწორედ სტრუქტურირებულმა მიდგომამ, შესაძლოა, მიგვიყვანოს სწორ დიაგნოზამდე და შედეგად პანიკური დარღვევების ეფექტურ მართვის გეგმასთან.

### დიაგნოზის დასმა

პანიკური დარღვევების ზუსტ დიაგნოსტიკას უჭირავს ცენტრალური ადგილი ამ მდგომარეობის ეფექტურ მართვაში. აღიარებულია, რომ ხშირად სხვა მდგომარეობებმა, როგორცაა დეპრესია, შესაძლოა გამოვლინება და დიაგნოზი გახადოს დამაბნეველი და გაურკვეველი.

დიაგნოსტიკური პროცესის დროს, პერსონალური ისტორიიდან წინ წამოიწევეს აუცილებელი და მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, ნებისმიერი თვით მკურნალობა, კულტურული ან სხვა ინდივიდუალური მახასიათებლები, რაც შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს შემდგომი მოვლის თვალსაზრისით. [2004]

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომელიც იძლევა რეკომენდაციას კარგად ვალიდირებულ და თვით-ანგარიშგების სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებაზე



დიაგნოსტიკის პროცესში, ამდენად, კონსულტაციის უნარ-ჩვევები უნდა იყოს საიმედო, რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს ყველა საჭირო ინფორმაციის შეგროვებას. [2004]

### **თანმხლები დაავადებები**

კლინიკისტი ფიზიკურად უნდა იყოს ჩვეულებრივ კლინიკურ სიტუაციაშიც კი თანმხლებ დაავადებებთან მიმართებაში, განსაკუთრებით, პანიკური დარღვევები დეპრესიით და პანიკური დარღვევები სუბსტანციის არასწორად (ბოროტად) გამოყენების თვალსაზრისით. [2004, amended 2011]

ძირითადი პრობლემები, რაზეც უნდა დაენიშნოს მკურნალობა, უნდა იდენტიფიცირებული იქნას პაციენტთან დისკუსიის დროს. კომორბიდული მდგომარეობების პრიორიტეტების განსაზღვრა, თანმდევი პრობლემები უნდა იყოს ნათელი და კარგად გარკვეული. ეს დაეხმარება პაციენტს სხვადასხვა პრობლემების განვითარების დროს, მართვის, სწორ დროში განსაზღვრულ, დაგეგმვაში. განვითარებული სიმპტომების გაგება და შედარებითი პრიორიტეტის კომორბიდული მდგომარეობების უკეთესი გაგება, იძლევა შესაძლებლობას, მიღწეულ იქნას გადაწყვეტილება უფრო ეფექტურ ინტერვენციაზე, რაც სწორედ შეესაბამება პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებს.. [2004]

### **პანიკური შეტევების გამოვლინება (Presentation)**

მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ პანიკის შეტევები არ არის აუცილებელი ჩანაცვლდეს პანიკური დარღვევებით და პანიკური შეტევების შესაფერისი მკურნალობამ შეზღუდოს პანიკური დარღვევების განვითარება.

პაციენტს, პანიკური შეტევებით:

- უნდა შეეკითხოთ, იტარებს თუ არა რაიმე მკურნალობას პანიკური დარღვევების გამო
- უნდა ჩაუტარდეს მინიმალური აუცილებელი გამოკვლევები მწვავე ფიზიკური პრობლემის გამორიცხვის მიზნით.
- ჩვეულებრივ, ნაკლებად ხვდება სამედიცინო/ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში
- გაიგზავნოს პჯდ-ში შემდგომი მოვლისათვის, თუნდაც ის შეფასებული იყოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.
- უნდა მიეწოდოს წერილობითი ინფორმაცია პანიკური დარღვევების თაობაზე და თუ რატომ იგზავნებიან პჯდ-ს ექიმთან.
- უნდა შეთავაზოთ შესაბამისი ინფორმაცია, თუ რა სახის მხარდამჭერი სერვისებია ლოკალურ და ნაციონალურ დონეზე მოხალისეთა თუ თვით-დახმარების ჯგუფების არსებობის თაობაზე. [2004]

### **პანიკური დარღვევები – საფეხური 2–5**

**საფეხური 2 პანიკური დარღვევის დროს:** შესთავაზეთ მკურნალობა პჯდ-ში

მკურნალობის რეკომენდებულ ვარიანტებს გააჩნიათ მტკიცებითი საფუძვლები (evidence base): ფსიქოლოგიური თერაპია, მედიკამენტი და თვით-დახმარება მიგვითითებს ეფექტურობაზე. მკურნალობის შესახებ პაციენტის არჩევანი უნდა იყოს შეფასების პროცესისა და გაზიარებული გადაწყვეტილების თანმდევი.

ზოგჯერ, თუკი არ არსებობს ხელმისაწვდომი ყველაზე ეფექტური ინტერვენციები (მაგ.: კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპია [CBT]) ან მკურნალობის ვარიანტი ვერ შეარჩია პაციენტმა, ასეთ შემთხვევაში ჯანმრთელობის პროფესიონალმა საჭიროა, პაციენტთან დისკუსიის შემდეგ, განიხილოს არის თუ არა მისაღები რაიმე სხვა რეკომენდებული მკურნალობა. თუკი პრეფერენციული მკურნალობა იმჟამად არ არის ხელმისაწვდომი, ჯანმრთელობის პროფესიონალმა საჭიროა, პაციენტთან დისკუსიის შემდეგ, აგრეთვე განიხილოს საკითხი, თუ რამდენად სასარგებლო და ეფექტიანი იქნება დროის გარკვეულ მონაკვეთში ხელმისაწვდომი სერვისი.

### **ზოგადი რეკომენდაციები**

ბენზოდიაზეპინები Benzodiazepines ასოცირებულია ნაკლებად კარგ გრძელვადიან გამოსავლებთან და არ უნდა დაენიშნოს პაციენტს სამკურნალოდ პანიკური დარღვევების დროს. [2004]

სედატიური ანტიჰისტამინური ან ანტიფსიქოტური მედიკამენტების არ ინიშნება პანიკური დარღვევების სამკურნალოდ. [2004]

პანიკური დარღვევებით ინდივიდებში, უნდა შეთავაზებულ იქნას ქვემოთჩამოთვლილი ნებისმიერ ინტერვენცია და პაციენტის პრეფერენცია აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული. ინტერვენციები დალაგებულია გრძელვადიანი ეფექტურობის მტკიცებულებების მიხედვით:

- ფსიქოლოგიური თერაპია
- ფარმაკოლოგიური თერაპია (ანტიდეპრესანტით თერაპია)
- თვით-დახმარება. [2004]

მკურნალობის ვარიანტი შერჩეული უნდა იყოს შესაბამისად. [2004]

პირველად ჯანდაცვაზე დაფუძნებულ სერვისებს გააჩნიათ პოზიტიური უპირატესობა (მაგ.: მიმართვიანობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი) და ამ სერვისებს უპირატესობას ანიჭებენ თვითონ პაციენტები. [2004]

### **ფსიქოლოგიური ინტერვენციები**

შემეცნებით-ქცევითი თერაპია უნდა იქნას გამოყენებული Cognitive behavioural therapy (CBT) should be used. [2004]

CBT უნდა განხორციელდეს მხოლოდ, შესაბამისად გაწვრთნილი სპეციალისტის მიერ და ზედამხედველობა ჩატარდეს იმ პირების მიერ, რომელთაც შეუძლიათ დემონსტრირება, რომ ნათელია დამყოლობა დანერგილი სამკურნალო პროტოკოლების მიხედვით. [2004]

CBT უნდა იქნას შეთავაზებული ოპტიმალური დიაპაზონის ფარგლებში (ჯამურად 7–14 სთ). [2004]

უმრავლეს შემთხვევაში, CBT უნდა განხორციელდეს ყოველკვირეულად, სესიების ხანგრძლივობა განისაზღვრება 1–2 საათით და უნდა დასრულდეს მაქსიმუმ დაწყებიდან 4 (ოთხ) თვეში. [2004]

უფრო ხანმოკლე CBT შეიძლება იქნას გამოყენებული შესაბამისად ფოკუსირებულ ინფორმაციებსა და დავალებებზე. [2004]

შემოკლებული CBT დაახლოებით გრძელდება ჯამურად 7 საათით და პაციენტს უნდა მიეწოდოს კარგი დიზაინის თვით-დახმარების ინტეგრირებული სტრუქტურირებული მასალები. [2004]

მცირე შემთხვევებში, უფრო მოკლე დროში უფრო ინტენსიური CBT, შესაძლოა იყოს უფრო ეფექტური. [2004]

### **ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები - ანტიდეპრესიული მედიკამენტები**

ანტიდეპრესანტები ერთადერთი ფარმაკოლოგიური პრეპარატებია, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია პანიკური დარღვევების ხანგრძლივი მართვისათვის. ორი კლასის ანტიდეპრესანტები გამოიყენება, რომელთაც გააჩნიათ მეცნიერული მტკიცებულებები საფუძვლად, რომელთა ეფექტურობა დადგენილია - ეს არის სელექტიური serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) და tricyclic antidepressants (TCAs).

მედიკამენტის შეთავაზებისას/დანიშვნისას, ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ მომენტებზე:

- პაციენტის ასაკი
- პასუხი წინა მკურნალობაზე
- რისკები
  - შემთხვევითი ზედოზირების საშიშროება მკურნალობის დროს პაციენტის ან ოჯახის წევრის მიერ
  - მიზანმიმართული თვით დაზიანების საშიშროება, ჭარბი დოზირებით ან სხვა მიზეზით (უფრო მაღალია რისკი ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის შემთხვევაში TCAs)
- ტოლერანტობა
- შესაძლო ურთიქრთქმედება სხვა მედიკამენტთან, რომელსაც პაციენტი იღებს
- პაციენტის მკურნალობის პრეფერენციები
- დანახარჯი, სადაც თანაბარი ეფექტურობა დემონსტრირდება. [2004]

ყველა პაციენტი, რომელსაც ენიშნება ანტიდეპრესანტები, უნდა იყოს ინფორმირებული მკურნალობის დაწყების დროზე, წამლის პოტენციურ გვერდით მოვლენებზე, (მკურნალობის დაწყებისას გარდამავალი შფოთვის გაზრდის ჩათვლით) და მკურნალობის შეწყვეტის/მედიკამენტის მოხსნის რისკის თაობაზე სიმპტომების გაძლიერების თვალსაზრისით, პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ რისკი იზრდება თუ მან მედიკამენტი მოულოდნელად შეწყვიტა ან დოზა გამოტოვა, იშვიათად, დოზის შემცირების დროსაც კი. [2004 amended in 2007].

პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ ანტიდეპრესანტების დაწყებისთანავე გაუმჯობესებას ვერ იგრძნობს და ეფექტი დაიგვიანებს, უნდა იცოდეს კურსის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შესახებ, მკურნალობის ზუსტად შესრულების მნიშვნელობისა და შეწყვეტის/მოხსნის შესაძლო სიმპტომებზე. წერილობითი ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის საჭიროებებს. [2004]

იმ შემთხვევაში, თუ სხვა რამ არ არის მითითებული, ლიცენზირებული SSRI პანიკური დარღვევების დროს, უნდა შეთავაზოთ პაციენტს. [2004]

თუკი SSRI არ იქნა შესაფერისი ან გაუმჯობესებას ვერ მივაღწიეთ 12-კვირიანი კურსის განმავლობაში, შეიძლება დაინიშნოს შემდგომ ეტაპზე imipramine ან clomipramine.

ანტიდეპრესანტების დანიშვნისას, პრაქტიკოსმა უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი, შესაძლოა, უკვე გათვალისწინებულიც. [2004]

- ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებისას, გვერდითი მოვლენების მინიმიზაციის მიზნით, უნდა დავიწყოთ წამლის მიცემა დაბალი დოზებით და ნელნელა გავზარდოთ დოზა, ვიდრე არ მივაღწევთ დამაკმაყოფილებელ თერაპიულ პასუხს.
- ზოგჯერ, აუცილებელია ნაჩვენები დოზის დიაპაზონის მაქსიმალური ზედა ზღვარი, ამ შემთხვევაში, ვნიშნავთ წამალს, საჭიროების შესაბამისად.
- ზოგ შემთხვევაში, აუცილებელია ხანგრძლივი მკურნალობა, რა დროსაც ვიქცევით, საჭიროებების შესაბამისად.
- თუკი პაციენტის მდგომარეობა, ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ფონზე, გაუმჯობესდა, წამლის მიღება უნდა გაგრძელდეს ოპტიმალური დოზის მიღწევის შემდეგ, სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში, რის შემდეგაც დოზა შეიძლება, შემცირდეს. [2004].
- თუკი 12 - კვირიანი კურსის შემდეგ, მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, უნდა განიხილოთ ალტერნატიული კლასის ანტიდეპრესანტით მკურნალობის (თუკი სხვა მედიკამენტი იქნება შესაფერისი) საკითხი ან პაციენტს უნდა შეეთავაზოთ თერაპიის სხვა ტიპი. [2004]
- პაციენტს უნდა ერჩიოს წამლის მიღება დანიშნულების შესაბამისად. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე წამლების მიღება, რათა თავიდან ავიცილოთ წყვეტის/მოხსნის სიმპტომები. [2004]
- ანტიდეპრესანტების მოულოდნელად შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს შეწყვეტის/მოხსნის სიმპტომები. აღნიშნული სიმპტომების რისკის მინიმიზების მიზნით, დოზა უნდა შემცირდეს, თანდათანობით, გახანგრძლივებული პერიოდის განმავლობაში. [2004]

- ყველამ უნდა იცოდეს, რომ წამალი არ ასოცირდება ტოლერანტობასთან და შეწყვეტის/მოხსნის სიმპტომები შეიძლება გამოჩნდეს შეწყვეტის ან დოზის გამოტოვების ან, უფრო იშვიათად, მედიკამენტის დოზის შემცირების დროსაც კი. ჩვეულებრივ, ეს სიმპტომები მსუბუქი და თვით ლიმიტირებადია, თუმცა შეიძლება იყოს ძალიან მწვავეც, განსაკუთრებით, თუკი მედიკამენტის მიღებას უცბად შეწყვეტთ. [2004]
- პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული წამლის შეწყვეტის/მოხსნის სიმპტომებზე, როგორცაა თავბრუსხვევა, დაბუყებისა და ჩხვლეტის შეგრძნება, გასტრო-ინტესტინური მოვლენები (გულისრევა, ღებინება, თავის ტკივილი, ოფლიანობა, შფოთვა და ძილის დარღვევები. [2004]
- პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული მასზედ, რომ წამლის შეწყვეტის/მოხსნის სიმპტომების გამოვლენისას, უნდა მიმართოს ექიმს. [2004]
- თუკი წამლის შეწყვეტის/მოხსნის სიმპტომები მსუბუქია, პაციენტი უნდა დავამშვიდოთ და დავაწესოთ მონიტორინგი. თუკი სიმპტომები წამლის შეწყვეტის/მოხსნის შემდეგ მწვავეა, პრაქტიკოსმა ექიმმა უნდა განიხილოს მედიკამენტის ხელახალი (ან იმავე კლასის სხვა მედიკამენტის) დანიშვნის საკითხი, რომელსაც უფრო ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი გააჩნია, და თანდათანობით შევამციროთ დოზა, სიმპტომების მონიტორინგის ფონზე. [2004]

#### **თვით-დახმარება**

- შესაძლოა შევთავაზოთ ბიბლიოთერაპია CBT პრინციპების ფონზე. [2004]
- უნდა მივაწოდოთ მხარდამჭერ ჯგუფებზე ინფორმაცია, სადაც ეს ხელმისაწვდომია. (მხარდამჭერი ჯგუფები პირისპირ ხვდებიან ან პასუხობენ ტელეფონით [რაც შეიძლება დაეფუძნოს CBT პრინციპებს], ან დამატებითი ინფორმაცია შფოთვითი აშლილობების ყველა ასპექტის შესახებ პლუს დახმარების წყაროები. [2004]
- პაციენტს უნდა ვესაუბროთ ზოგადი ჯანმრთელობის და ვარჯიშის სარგებელზე პანიკური დარღვევების დროს, თუკი დრო შესაფერისია. [2004]

#### **საფეხური 3 პანიკური დარღვევების მქონე ადამიანებისათვის: მიმოხილვა და ალტერნატიული რეჟიმის შეთავაზება, თუკი ეს შესაფერისია.**

- თუკი მკურნალობის კურსის შემდეგ, კლინიცისტი და პაციენტი პანიკური დარღვევით თანხმდება, რომ არანაირი გაუმჯობესება ამ ერთი ტიპის ჩარევის შედეგად არ გააჩნია, პაციენტი განმეორებით უნდა შეფასდეს და განხილულ უნდა იქნას - ერთი ტიპის ინტერვენცია შეიცვალოს სხვა ტიპის ინტერვენციით. [2004]

#### **საფეხური/ ნაბიჯი 4 პაციენტებში პანიკური დარღვევებით: მიმოხილვა და რეფერალის შეთავაზება პჯდ-დან საჭიროების შესაბამისად**

- უმრავლეს შემთხვევაში, თუკი 2 სახის ინტერვენცია განხორცილდა (ფსიქოლოგიური ინტერვენციის, მედიკამენტური მკურნალობისა ან ბიბლიოთერაპიის ნებისმიერი კომბინაცია) და პაციენტს მაინც აღენიშნება მნიშვნელოვანი სიმპტომები, პაციენტს უნდა

შევთავაზოთ რეფერალი სპეციალისტთან, მენტალური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებაში. [2004]

### **საფეხური/ნაბიჯი 5 პანიკური დარღვევების დროს: სპეციალისტთან რეფერალი მენტალური ჯანმრთელობის სერვისის მისაღებად**

- სპეციალისტი, მენტალური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებაში. ახდენს პაციენტის ღრმა, განმეორებით ჰოლისტიკურ შეფასებას, აფასებს გარემოს და სოციალურ გარემოებებს. აღნიშნული განმეორებითი შეფასება მოიცავს ევალუაციას:
  - წინათ ჩატარებული მკურნალობისას, ეფექტურობის და ადექვატურობის ჩათვლით
  - ნებისმიერი სახის სუბსტანციის ავად გამოყენებას, ნიკოტინის, ალკოჰოლის, კოფეინისა და რეკრეაციული წამლების ჩათვლით.
  - კომორბიდულ მდგომარეობებს
  - ყოველდღიურ ფუნქციონირებას
  - სოციალურ ქსელებს
  - უწყვეტ ქრონიკულ სტრესორებს
  - აგოროფობიურ და სხვა განმარიდებელი სიმპტომების როლს

ყოველმომცველი რისკების შეფასება უნდა განხორციელდეს და შესაბამისი მართვის გეგმა შემუშავდეს. [2004]

იმისათვის, რომ მოვახდინოთ პაციენტის სრული ევალუაცია და შევიმუშავოთ და გავიზიაროთ სრული ფორმულაციები, შესაძლოა დაგვჭირდეს ერთზე მეტი სესია, რაც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. [2004]

### **მოვლა და მართვა უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებს და გაზიარებული გადაწყვეტილებები ერთად იქნას მიღებული. ვარიანტები მოიცავს:**

- კომორბიდული მდგომარეობების მკურნალობას
- გამოცდილი თერაპიის მიერ ჩატარებული CBT, თუკი მანამდე არ ჩატარებია, ბინაზე განხორციელებული CBT -ის ჩათვლით, თუკი პაციენტს უჭირს კლინიკაში მოსვლა.
- სტრუქტურირებული პრობლემის გადაჭრას
- ფარმაკოთერაპიის სრული გამოკვლევას
- დღის მხარდაჭერას, ოჯახის წევრების/მომვლელების დასახმარებლად
- რეფერალს რჩევისათვის, შეფასების ან მართვის მიზნით მესამეულ დონეზე. [2004]

უნდა არსებობდეს ზუსტი და ეფექტური კომუნიკაცია ყველა ჯანმრთელობის პროფესიონალს შორის, რომლებიც ჩართულნი არიან პანიკური დარღვევით ნებისმიერი პერსონის მოვლაში, უფრო კონკრეტულად, პჯდ კლინიცისტებსა (ოჯახის ექიმები და მათი გუნდები) და მეორეული დონის ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შორის, თუკი სახეზეა ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელსაც ესაჭიროება აქტიური მენეჯმენტი. [2004]

### **პანიკური დარღვევებით ინდივიდუალური პაციენტებზე მონიტორინგი და მიმდინარე მეთვალყურეობა**

## **ფსიქოლოგიური ინტერვენციები**

ნებისმიერ პრაქტიკაში, სადაც ტარდება CBT, უნდა არსებობდეს პაციენტის პროგრესის შესაფასებელი პროცესები. პროცესის ბუნება უნდა განისაზღვროს „შემთხვევიდან შემთხვევამდე“ საფუძველზე. [2004]

## **ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები**

როდესაც ახალ მედიკამენტს ვუნიშნავთ, ეფექტურობა და წამლის გვერდითი მოვლენები უნდა განიხილებოდეს მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირაში და განმეორებით, 4, 6 და 12 კვირაზე. დააწესეთ მიმდინარე მონიტორინგი, მედიკამენტის მახასიათებლების და მოთხოვნების გათვალისწინებით. [2004]

12 კვირის თავზე უნდა განხორციელდეს მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება და მიღებულ იქნას გადაწყვეტილება, მკურნალობის გაგრძელების ან ალტერნატიული ინტერვენციის თაობაზე. [2004]

თუკი მკურნალობა გრძელდება 12 კვირის შემდეგ, პაციენტის მდგომარეობა განხილულ უნდა იქნას 8-დან 12 კვირის ინტერვალით, იმისდა მიხედვით, თუ როგორია კლინიკური პროგრესი და ინდივიდუალური მდგომარეობა. [2004]

## **თვით-დახმარება**

ინდივიდები, რომლებიც იღებენ თვით-დახმარების ინტერვენციებს, უნდა შევთავაზოთ კონტაქტი პჯდ პროფესიონალებთან, რამდენადაც უნდა განხორციელდეს პროგრესის მონიტორინგი და ალტერნატიული ინტერვენციები, თუკი საჭიროა. ასეთი კონტაქტების სიხშირე დამოკიდებულია შემთხვევაზე, თუმცა სავარაუდოდ უნდა განხორციელდეს მე-4-სა და მე-8 კვირას შორის. [2004]

## **გამოსავლების გაზომვა**

მოკლე, თვით-შევისებადი კითხვარი (როგორცაა აგროფობიკური მობილობის ინვენტორი - პანიკის სუბ-სკალა პანიკური დარღვევებით პაციენტებისათვის) უნდა იქნას გამოყენებული გამოსავლების მონიტორინგის მიზნით, სადაც ეს შესაძლებელია. [2004]