

<b>Xəstəlik sinifi (XBT-10)</b>	<b>F- Psixi pozuntular və davranış pozuntuları</b>
---------------------------------	--

<b>İlkin versiyanın tərtibatçı (İSİM)</b>	<b>Yusifova B.</b>
---	--------------------

<b>XBT-10 rubrikası</b>	<b>Xəstəliklər</b>
F41.1	Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu
F41.0	Panik pozuntu
F40.0	Aqorafobiya
F40.2	Spesifik fobiya
F40.1	Sosial təşviş pozuntusu
F93.0	Ayrılıq təşvişi pozuntusu
F93.0	Ayrılıq təşvişi pozuntusu

## **Müalicə**

Təşviş pozuntularının medikamentoz müalicəsi

1. Şiddətli təşviş zamanı və ya qeyri-medikamentoz müdaxilələr 4-12 həftə ərzində nəticə vermədikdə medikamentoz müalicə təyin olunur.
2. Müalicə təyin olunmazdan əvvəl mümkün müalicə növləri, müalicə olunmağın vacibliyi, qəbul olunan müalicənin effekti və rast gəlinə bilən yan təsirləri barədə xəstə əvvəlcədən məlumatlandırılmalıdır.
3. Medikamentoz müalicənin təyin edilməsi zamanı aşağıdakıları nəzərə almaq zəruridir:
  - ✓ Pasiyentin yaşını
  - ✓ Əvvəlki müalicəni
  - ✓ Mümkün riskləri (intihar məqsədlə preparatın dozadan artıq istifadəsi ehtimalı)
  - ✓ Preparata qarşı dözümlülüyü
  - ✓ Pasiyentin üstünlük verdiyi müalicə üsullarını və məsrəfləri

4. Təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı ilkin seçim kimi serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorlar (SSRİ) qrupundan olan antidepressantlara üstünlük vermək lazımdır. **Sertralin, escitalopram, paroksetine, fluvoksamin** bu sıradan birinci seçiləcək preparatlardır. Hər cəhətdən sərfəli və qəbulu rahat olan (gün ərzində 1 dəfə təyin edilə bilər) bu preparatlar daha təhlükəsiz olması ilə seçilir.
5. SSRİ təyinatı zamanı xəstə aşağıda göstərilənlər haqqında məlumatlandırılmalıdır:
- ✓ Mümkün olan əlavə təsirlər (əsasən dərman qəbulunun ilk həftəsində)
  - ✓ Həyəcan simptomlarının bir neçə həftə ərzində tədricən itməsi
  - ✓ Müalicə rejiminə riayət edilməsi və saxlayıcı terapiyanın zəruri olması
  - ✓ Müalicəyə başlayandan sonra baş verən bütün dəyişikliklər haqqında həkimə məlumatın verilməsi
6. Müalicənin ilk 3 ayının hər 2-4 həftəsi və növbəti hər 3 ayda preparatın effektivliyi və yan təsirlərini nəzərdən keçirmək lazımdır. Əgər preparat effektivdirsə, yüksək residivlik ehtimalını nəzərə alaraq xəstəyə 1 il müddətinə preparatın qəbulunu davam etdirməsi tövsiyə olunmalıdır.
7. Əgər yuxarıda sadalanan preparatlardan biri 6 həftə ərzində xəstədə istənilən effekti vermirsə, SSRİ qrupundan digər preparat və yaxud da serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SNRİ) qrupundan olan preparat - venlafaxine təyin etmək olar.
8. SSRİ və SNRİ preparatlarını təyin edərkən dərman qəbulunun dayandırılması sindromu (xüsusilə *paroxetine* və venlafaxine) və yüksək dozalarda toksik təsirlə əlaqədar intihar riski (venlafaxine) kimi faktorları nəzərdə saxlamaq lazımdır.
9. Ağır təşviş pozuntularında böhran vəziyyətinin qarşısını almaq üçün qısa müddət ərzində (2 həftədən çox olmamaq şərtilə) **alprazolam** əlavə kömək vasitəsi kimi istifadə oluna bilər.
10. İlkin səhiyyə sistemində təşviş pozuntularının müalicəsində antipsixotik (neyroleptik) dərmanlar təyin olunmamalıdır.
11. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:
- ✓ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
  - ✓ 3 ay ərzində müalicəyə rezistentliyi
  - ✓ Pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
  - ✓ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla, komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
  - ✓ İlkin tibbi yardım şəraitində arzuolunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü

12. İlk sәhiyyә sisteminin hәkimi mütәxәssis yanına göndәriş verәrkән tәşviş pozuntusunun davamlılıęı, aęırlıq dәрәcәsi vә dinamikası, intihar tendensiyaları, davam edән vә әvvәlcә aparılan müalicә haqqında mәlumatı tәqdim etmәlidir.

## Әdәbiyyat

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti. "İlkin tibbi yardım göstәрән tibb müәssisələrində müalicәsinә icazә verilән xəstәliklәрin (psixi pozuntuların) Siyahısı"nın tәsdiq edilmәsi haqqında 2012-ci il 11 iyun tarixli 131 nömrәli qәrar [Elektron mәlumat]. – Bakı. – 11.06.2012. – Elektron ünvan: <http://www.cabmin.gov.az/?/az/pressreliz/view/702> (19.04.2013).
2. Xәstәliklәрin vә saęlamlıqla baęlı problemlәрın beynәlxalq statistik tәsnifatı: 10-cu baxış. – I cild. – Cenevrә, Ümumdünya Sәhiyyә Tәşkilatı, 2012.
3. Agoraphobia scale [Electronic resource]: Ost, L-G. The agoraphobia scale: an evaluation of its reliability and validity. Behav Res Ther. 1990. - 28. - p323-329.
4. Brief measure for assessing generalized anxiety disorder [Electronic resource]: GAD-7 scale. Spitzer, R. L. [et al] / Arch Intern Med - 2006. - vol 166(10).- p1092-1097
5. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. Aust N Z J Psychiatry. 2003 Dec;37(6):641-56. doi: 10.1080/j.1440-1614.2003.01254.x. PMID: 14636376.
6. Social anxiety support. Liebowitz Social Anxiety Scale Test [Electronic resource]. Heimburg, R.G. & Becker, R.E.(2002). Cognitive - Behavioral Group Therapy for Social Phobia. New York, The Guilford Press. - Available at: <http://www.socialanxiety-support.com/disorder/liebowitz/>

(19.04.2013).

7. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

8. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>