

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**DEPRESSİYANIN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKL**
(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı
2021

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli
24 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DEPRESSİYANIN DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL
(2-ci nəşr, yenilənmiş)**

Bakı - 2021

616.895

D32

D32 Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). Bakı, 2021. – 50 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Fuad İsmayılov – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

Rüstəm Salayev – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, həkim-psixiatr

Aydan İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatrı

Səbinə Nəcəfova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatrı

Şəhla İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

Zəfər Əliyev – Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

İxtisarlara siyahısı

- DALY** – əlilliyə uyğunlaşmış illərin sayı
- EEQ** – elektroensefaloqrafiya
- ECT** – elektrik cəngolma terapiyası
- HAM-D** – Hamiltonun Depressiya reytingi cədvəli
- XBT-10** – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
- İPT** – interpersonal terapiya
- KDT** – koqnitiv-davranış (biheyvioral) terapiya
- KT** – kompüter tomoqrafiyası
- QTA** – qarışıq təsirli antidepressantlar
- MAO DI** – monoaminoksidazanın dönan inhibitorları
- MAOI** – monoaminoksidazanın inhibitorları
- MRT** – maqnit rezonans tomoqrafiyası
- MSS** – mərkəzi sinir sistemi
- NSM** – noradrenalin və serotonin modulyatorları
- NDİUİ** – Noradrenalin və dofaminin intraneyronal udulmasının inhibitorları
- PDT** – psixodinamik terapiya
- PHQ-9** – pasiyentin depressiya ilə bağlı qiymətləndirilməsi
- RKT** – randomizə olunmuş klinik tədqiqat
- SM** – serotonin modulyatorları

SSRI	– serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
SNRI	– serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
TMS	– transkraniyal maqnit stimulyasiyası
TSA	– tritsiklik antidepressantlar
ÜST	– Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Protokol həkim-psixiatrlar, ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: Depressiya xəstəliyi olan uşaq və böyük yaşlı şəxslər.

Protokolun məqsədləri:

- ▶ Müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə depressiyanın diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ Depressiyanın erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi
- ▶ Depressiyalı xəstələrin həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Depressiya – ruh düşkünlüyü, yüksək halsızlıq, gərəksizlik hissi, intihara dair fikirlər, iştahanın azalması, yuxusuzluq, psixomotor tormozlanma və ya oyanıqlıq, həmçinin müxtəlif somatik simptom və şikayətlərlə müşayiət olunan, əhval-ruhiyyənin enməsi ilə səciyyələnən psixi pozuntudur. Tibbi mənada depressiya, bu terminin adi anlamından – ümitsizlik, əzginlik və kədər halından – fərqlənir və tibbi yardım göstərilməsini tələb edir. Bir əlamət və ya sindrom kimi depressiya bir çox somatik və ya psixi xəstəliklərin əlaməti və ya nəticəsi kimi meydana gələ bilər. Belə hallarda heç də həmişə depressiyanın ümumi patogenetik mexanizmlərə malik olmasını, onun xəstəliyə ikinci psixoloji reaksiya olmasını (özünü göstərməsini) və ya onun digər xəstəlikdən asılı olmayaraq yaranmasını müəyyənləşdirmək mümkün olmur. Digər hallarda depressiya, müstəqil affektiv pozuntu (depressiv epizod, rekurrent depressiya, distimiya, depressiv reaksiya) və ya bipolyar affektiv pozuntunun tərkib hissəsi olur (bax: Bipolyar affektiv pozuntu üzrə klinik protokol).

Depressiya zamanı təhlükə amilləri və onun səbəbləri

Depressiya daha çox psixi pozuntunun bio-psixo-sosial modelinə uyğun gəlir. Depressiya zamanı aşağıdakı **bioloji** amillər mühüm rol oynayırlar: *irsi xarakter daşıyan depressiyaya meyillilik, bəzi somatik xəstəliklər (xüsusilə xronik və residivləşən), spirtli içki və narkotik maddələrin qəbulu, bəzi dərman maddələri (hipotenziv maddələr, H₂ blokatorları, kortikosteroidlər, estrogenlər/ progesteronlar, interferonlar, lipofil β blokatorlar).*

Psixoloji amillər arasında *uşaqlıqda yaşanan psixotravmalara, ailə və şəxsiyyətlərarası problemlərə, həyatda baş verən mühüm dəyişikliklərə, yaxın adamın ölümü və ya ağır xəstəliyi ilə bağlı həyəcan hissəsinə və tənhalığa* daha mühüm əhəmiyyət verilir. Depressiyanın inkişafına səbəb olan **sosial** amillərə *müharibə daxil olmaqla, arzuolunmaz sosial dəyişiklik, təbii fəlakət, qəza, yoxsulluq, işsizlik, cinayətkarlıq, sosial müdafiəsizlik* aiddir.

Epidemiologiya

Depressiya ən geniş yayılmış psixi pozuntudur. Müxtəlif mənbələrə əsasən böyük yaş dövrünə aid olan əhalinin həyatı boyu depressiyaya “yoluxması”, kişilər arasında 2,5%-dən 10%-dək, qadınlar arasında isə 5%-dən 20%-dək dəyişir. Depressiya, bu pozuntudan əziyyət çəkən qohumları olan şəxslərdə 1.5-3 dəfə daha çox təsadüf olunur. Eyni zamanda bütün dünyada depressiyanın yayılma səviyyəsinin yüksəlməsi və bu məfhumun gəncləşməsi tendensiyası qeydə alınır. Depressiyanın yayılma səviyyəsi uşaqlar arasında 2%, yeniyetmələr arasında 4-8% təşkil edir. Azərbaycanda depressiv pozuntunun aşkarlanmasının kifayətsizliyi şəraitində ÜST-nin (2002) rəsmi statistikasına əsasən ölkəmizdə depressiya, ürək-damar xəstəliklərindən (13%) və aşağı tənəffüs yollarının infeksiyasından (11%) sonra əlilliyə uyğunlaşmış həyat illəri (DALY) göstəricisi üzrə üçüncü yerdə durur. Depressiya DALY göstəricisi üzrə neyropsixiatrik hallar arasında birinci yeri tutur.

XBT-10 və XBT-11 ÜZRƏ TƏSNİFAT

XBT-10 üzrə diaqnozu	XBT-10 kodu	XBT-11 üzrə diaqnozu	XBT-11 kodu
Depressiya epizodu	F32	Təksaylı depressiv epizod pozuntusu	6A70
Yüngül depressiv epizod	F32.0	Təksaylı yüngül depressiv epizod pozuntusu	6A70.0
Orta depressiv epizod	F32.1	Təksaylı orta depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərsiz	6A70.1
		Təksaylı orta depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərlə	6A70.2
Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiv epizod	F32.2	Təksaylı ağır depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərsiz	6A70.3
Psixotik əlamətlərlə ağır depressiv epizod	F32.3	Təksaylı ağır depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərlə	6A70.4
Digər depressiv epizodlar	F32.8	Təksaylı ağır depressiv epizod pozuntusu, dəqiqləşdirilməmiş ağırlıq dərəcəsi	6A70.5
Müəyyənləşdirilməmiş depressiv epizod	F32.9		
		Təksaylı depressiv epizod pozuntusu, cari natamam remissiya ilə	6A70.6
		Təksaylı depressiv epizod pozuntusu, cari tam remissiya ilə	6A70.7
Rekurrent depressiv pozuntu	F33	Rekurrent depressiv pozuntu	6A71
Rekurrent depressiv pozuntu, hazırkı epizodun yüngül dərəcəsi	F33.0	Rekurrent depressiv pozuntu, cari yüngül epizod	6A71.0
Rekurrent depressiv pozuntu, hazırkı epizodun orta dərəcəsi	F33.1	Rekurrent orta depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərsiz	6A71.1
		Rekurrent orta depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərlə	6A71.2

Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun psixotik əlamətlərsiz ağır dərəcəsi	F33.2	Rekurrent ağır depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərsiz	6A71.3
Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun psixotik əlamətləri olan ağır dərəcəsi	F33.2	Rekurrent ağır depressiv epizod pozuntusu, psixotik əlamətlərlə	6A71.4
Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı remissiya halı	F33.4	Rekurrent depressiv epizod pozuntusu, cari natamam remissiya ilə	6A71.6
		Rekurrent depressiv epizod pozuntusu, cari tam remissiya ilə	6A71.7
		Cari rekkurent depressiv epizod pozuntusu, dəqiqləşdirilməmiş ağırlıq dərəcəsi	6A71.5
Digər rekurrent depressiya pozuntuları	F33.8	Digər spesifik rekurrent depressiv epizod pozuntusu	6A71.Y
Müəyyənləşdirilməmiş rekurrent depressiya pozuntusu	F33.9	Rekurrent depressiv epizod pozuntusu, dəqiqləşdirilməmiş	6A71.Z
Davamlı (xronik) affektiv pozuntuları	F34		
Distimiya	F34.1	Distimiya	6A72
Digər davamlı (xronik) affektiv pozuntuları	F34.8	Digər spesifik depressive pozuntular	6A7Y
Müəyyənləşdirilməmiş davamlı (xronik) affektiv pozuntuları	F34.9	Depressiv pozuntular, dəqiqləşdirilməmiş	6A7Z
		Qarışıq depressiv və təşviş pozuntusu	6A73
		Premenstrual disforik pozuntu	GA34.41

Depressiyanın təbii gedişi və nəticələri

Depressiv pozuntu istənilən yaş dövründə başlaya bilər. Lakin bununla yanaşı o daha çox 25-30 yaş arası başlayır. O, qəfildən (məsələn güclü stresslə əlaqədar) yarana bilər və ya bir neçə gün və

həftə müddətində tədricən inkişaf edə bilər. Bu zaman depressiyanın əlamətləri kimi həyəcan, təlaş tutmaları və ya ümumi narahatlıq müşahidə edilə bilər. Depressiv epizodun davamlılığı bir neçə aydan, bir neçə ilədək təəddüd edir, müalicə olunmadan yaşanan depressiya epizodları adətən 6 aydan 9 ayadək davam edir. Depressiya təkrarlanan (residiv verən) xəstəlikdir. Birinci epizoddan sonra residiv təhlükəsi 50%, ikinci epizoddan sonra 75%, üçüncü epizoddan sonra 90% təşkil edir. Residiv göstəriciləri 45 yaşdan yuxarı olan insanlar arasında xüsusilə yüksəkdir. Depressiyanın ən ağır nəticəsi intihardır. Depressiyadan əziyyət çəkən şəxslərin 15-20%-i həyatlarına intiharla son qoyurlar. Depressiyanın digər nəticələrinə, işin (vəzifənin) itirilməsi, təcrid, təhlükəli davranış formaları, alkoqoldan və digər psixoaktiv maddələrdən istifadə aiddir. Depressiv pozuntu pasiyentin fiziki sağlamlığına mənfi təsir göstərə, yanaşı gedən somatik xəstəliyin gedişini ağırlaşdırma bilər.

DEPRESSİV POZUNTUNUN DİAQNOSTİKASI

Depressiv epizod

- Ən azı 2 həftə ərzində demək olar ki, hər gün, günün əksər vaxtı ən azı 5 simptom olmalıdır. Simptomlardan ən azı biri affektiv bölməyə aid olmalıdır. Simptomların olması və ya olmaması fərdin adi fəaliyyətinə nəzərən qiymətləndirilməlidir.

Affektiv klaster:

- Şəxsin özünün məlumat verdiyi (məsələn, ruh düşkünlüyü, kədər) və ya müşahidə edilən (məsələn, ağlağanlıq, kədərli üz ifadəsi) əhvalın enməsi. Uşaq və yeniyetmələrdə depressiv əhval qıcıqlılıq şəklində təzahür edə bilər.
- Şəxsin əvvəllər xoşuna gələn fəaliyyətə maraqlı və ondan zövq almağın azalması. Sonuncu cinsi istəyin azalmasını da özündə əks etdirə bilər.

Kognitiv davranış klasteri:

- Diqqətin cəmlənməsi və saxlanması qabiliyyətinin azalması, nəzərəcarpacaq dərəcədə qərarlılıq
- Şəxsi yetərsizliyi fikirləri və ya sayıqlama şəklində özünü göstərən qeyri-adekvat günahkarlıq hissi. Bu bənd şəxs günahkarlıq hiss etdikdə və depressiyaya düşdüyü üçün özünü günahlandırdıqda nəzərə alınmır.
- Gələcəyə ümitsizlik hissi
- Ölüm haqqında (sadəcə ölüm qorxusu deyil) təkrarlanan fikirlər, intihar fikirləri (xüsusi planın olmasından asılı olmadan) və ya intihar cəhdləri haqqında məlumat

Neyrovegetativ klaster:

- Əhəmiyyətli dərəcədə yuxu pozuntusu (uzun müddət yuxuya gedə bilmir, gecə tez-tez oyanır və ya erkən oyanır) və ya həddən artıq yuxululuq
- Əhəmiyyətli dərəcədə iştaha dəyişikliyi (azalma və ya artma) və ya çəkinin əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməsi (artım və ya azalma)
- Psixomotor oyanıqlıq və ya ləngimə (subyektiv olaraq hiss edilən bir yerdə qərar tutmamaq deyil, ətrafdakıların hiss etdiyi dərəcədə olmalıdır və ya hərəkətlərin ləngiməsi).
- Enerjinin azalması, əzginlik və ya minimal yüklənmədən sonra əhəmiyyətli dərəcədə yorğunluq
- Simptomlar yaxın adamı itirdikdən sonra yaşanan kədərə aid deyildir
- Simptomlar digər xəstəliyin (məsələn, baş beyin şişi), kəsilmə sindromu da daxil olmaqla MSS-nə təsir edən dərman və ya maddələrin (məsələn, kokain, amfetamin) qəbulunun təzahürü deyildir.
- Klinik təzahür Qarışıq epizodun kriteriyalarına cavab vermir.

Ağrılıq dərəcəsinə görə ayırılmalıdır:

Yüngül depressiv epizod:

- ✓ Simptomların heç biri yüksək intensivlik dərəcəsinə çatmır
- ✓ Şəxs distress və adaptasiya zamanı bəzi çətinliklər hiss edir
- ✓ Epizod zamanı sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə olunmur

Psixotik əlamətlər olmadan orta depressiv epizod:

- ✓ Depressiyanın bəzi simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya daima depressiv simptomların böyük qismi qeydə alınır
- ✓ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə nəzərəçarpan çətinliklər yaşayır
- ✓ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınmır

Psixotik əlamətlərlə orta depressiv epizod

- ✓ Depressiyanın bəzi simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya daima depressiv simptomları böyük qismi qeydə alınır
- ✓ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə nəzərəçarpan çətinliklər yaşayır
- ✓ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınır

Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiv epizod

✓ Depressiyanın əksər simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya depressiv simptomların az bir qismi yüksək ifadəlilik dərəcəsinə çatır

✓ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə çox böyük çətinliklər yaşayır

✓ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınmır

Psixotik əlamətlərlə ağır depressiv epizod

✓ Depressiyanın əksər simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya depressiv simptomların az bir qismi yüksək ifadəlilik dərəcəsinə çatır

✓ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə çox böyük çətinliklər yaşayır

✓ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınır

Bundan əlavə, XBT-11 affektiv pozuntular zamanı əhval epizodlarının simptomatika, təzahür və gedişini müəyyən etmək imkanı verir. Bu bölmə depressiv, qayıdan depressiv, bipolyar pozuntu I və ya II növ kimi pozuntuların təzahürü və xarakteristikasını təsvir etmək üçün istifadə edilə bilər. Bu bölmələr klinik təzahür və ya dövrün spesifik, vacib xüsusiyyətlərini, affektiv pozuntuların başlanğıcı və xarakterini göstərir. Bu bölmələr bir-birini istisna etmir, tətbiq edildiyi qədər əlavə edilə bilər. Bu bölmələr heç zaman ilkin kodlaşdırma kimi tətbiq edilməməlidir. Şifrələr affektiv pozuntular zamanı affektiv epizodların vacib xüsusiyyətlərini göstərmək üçün qoşma və ya əlavə şifrə kimi istifadə edilmək üçün təqdim edilmişdir:

6A80.0 *Affektiv epizodlar zamanı təşvişin nəzərəçarpan əlamətləri* – Depressiv epizod çərçivəsində nəzərəçarpan və klinik əhəmiyyətli təşviş əlamətləri (əsəbilik, həyacan və ya səbrsiz, narahat fikirlərin idarə edilə bilinməməsi, pis hadisə baş verəcəyi hissiyyatı, rahatlaşa bilinməməsi, hərəkə gərginlik, avtonom simptomlar) son iki həftənin böyük qismində müşahidə edilmişdir.

6A80.1 *Affektiv epizodlar zamanı panik ataklar* - Cari affektiv epizod çərçivəsində (maniya, depressiya, qarışıq və ya hipomaniya) affektiv epizodun xüsusiyyəti olan təşviş törədici fikirlərə cavab olaraq son bir ay ərzində qayıdan panik ataklar (ən azı 2) baş verir. Panik ataklar məhz belə fikirlərə cavab olaraq yaranırsa, o ayrıca təşviş pozuntusu kimi deyil, bu bölmədən istifadə edərək qeydə alınmalıdır.

6A80.2 *Cari davamlı depressiv epizod* - Depressiv epizodun diaqnostik tələbləri hal-hazırda qarşılır və son 2 il ərzində davamlı şəkildə müşahidə edilmişdir

6A80.3 *Melanxoliya ilə cari depressiv epizod* - Cari affektiv epizod çərçivəsində son bir ay ərzində növbəti simptomlar ən əlverişsiz dövrdə təzahür edirlər: şəxsin adətən maraq dairəsində olan fəaliyyətlərin çoxuna qarşı marağın itirilməsi və ya zövq ala bilinməməsi (pervaziv anhedoniya); Adətən adi xoşagələn stimullar və ya hadisələrə və ya vəziyyətlərə qarşı emosional reaksiyaların olmaması (yəni, əhval-ruhiyyə həтта müvəqqəti təsirlə belə yüksəlmir); terminal yuxusuzluq (səhərlər təyin edilən vaxtdan 2-3 saat və ya daha çox vaxt öncə oyanmaq); depressiyanın simptomları səhərlər kəskinləşməsi; nəzərəçarpan psixomotor ləngimə və ya oyanıqlıq; nəzərəçarpacaq qədər iştahanın azalması və çəki itkisi.

6A80.4 *Affektiv epizodun mövsümi təzahürləri* – Rekurrent depressiv pozuntu çərçivəsində başlanğıcın daimi mövsümi xarakteri və ən azı bir epizodun (yəni depressiv, maniakal, qarışıq və hipomaniakal) mövsümi nümunəyə müvafiq gələn əhval epizodlarının böyük qisminin remissiyası müşahidə edilir (bipolyar pozuntu I və II növdə əhval epizodlarının bütün növləri bu səciyyəyə müvafiq gəlməyə bilər). Mövsümi səciyyəni konkret mövsümlə üst-üstə düşən, lakin əsasən daimi olaraq ilin həmin vaxtı yaranan psixoloji stressorla (məsələn, mövsümi işsizlik) əlaqədar olan epizoddan fərqləndirmək lazımdır.

Differensial diaqnostika

Cədvəl 1. Depressiv pozuntuların differensial diaqnostikasının prinsipləri

Pozuntu	Əlamətlərin ifadə səviyyəsi	Epizodları n sayı	Epizodların davamlılığı
Təksaylı depressiv epizod pozuntusu 6A70	Müxtəlif ağırlıq dərəcəli	bir	> 2 həftə
Rekurrent depressiv pozuntu 6A71	Müxtəlif ağırlıq dərəcəli	≥ 2	– ≥ 2 həftə
Distimiya 6A72	Yüngül	≥ 1	> 2 il
Qarışıq depressiv və təşviş epizodu 6A73	Yüngül, orta psixotik əlamətlərsiz	bir	≤ 1 ay

İLKİN SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ ÇALIŞAN SAHƏ VƏ AİLƏ HƏKİMLƏRİ TƏRƏFİNDƏN DEPRESSİV POZUNTUNUN AŞKAR EDİLMƏSİ VƏ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. İlk tibbi yardım sistemində çalışan həkimlər müalicə müəssisəsinə müraciət edən bütün pasiyentlərə depressiyaya dair skrining keçirməlidirlər.
2. Pasiyentə 2 sual vermək lazımdır:
 - a. *Əhvalınızın enməsinə, ruh düşkünlüyü və ya tənhalıq hiss edirsinizmi?*
 - b. *Adətən Sizin üçün xoş olan məşğuliyyətə marağın və aldığınız zövqün enməsinə müşahidə edirsinizmi?*
3. Bu suallardan heç olmasa birinə təsdiq cavabı aldığınız təqdirdə depressiyanı və onun ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün standartlaşdırılmış şkaladan (PHQ-9, Əlavə 1) istifadə edin.
4. Depressiyanın əlamətlərinin aşkarlanması zamanı həkim intihar təhlükəsini qiymətləndirməlidir. Nəzakətli formada aşağıdakı sualları vermək lazımdır:
 - a. *Öz gələcəyinizi necə görürsünüz?*
 - b. *Siz yatıb, bir də heç vaxt oyanmamaq istəyirsinizmi?*
 - c. *Həyatdan getmək barədə düşünürsünüz mü?*
 - d. *Əgər bu belədirsə, bunu necə reallaşdırmaq olar?*
 - e. *İntihar etmək üçün istifadə olunan vasitələri əldə etmək imkanınız varmı?*
 - f. *Özünü zərər yetirməkdən Sizi çəkindirən nədir?*

İntihar cəhdlərinin yüksək təhlükəsi ilə əlaqədar olan faktorları da nəzərdən keçirmək lazımdır. Onlara aşağıdakılar aiddir:

Depressiya ilə əlaqədar amillər	Sosial-demoqrafik amillər
<ul style="list-style-type: none"> • İntihara dair fikirlərin, qərar və planların mövcudluğu • Anamnezdə əvvəl yaşanan intihar cəhdləri • Alkoqol və narkotik maddələrin qəbulu • Kəskin psixotik simptomların mövcudluğu (imperativ hallüsinasiyalar, özünü günahlandırma sayıqlamaları) 	<ul style="list-style-type: none"> • İntiharı həyata keçirmək üçün öldürücü maddələri əldə etmək imkanı • İntihara irsi meyllilik və digər insan tərəfindən icra olunan intiharın müşahidəsi • Yeniyetmə və ya ahıl yaş dövrü • Arzuolunmaz həyat şəraiti (tənhalıq, işsizlik, sosial dəstəyin yoxluğu)

<ul style="list-style-type: none"> • İmkansızlıq-ələcsizlik və ya günah hissi ilə müşayiət olunan ağır depressiya və həmçinin ifadə olunmuş həyəcan və təlaş • Depressiyanın ağır somatik xəstəlik ilə yanaşı getməsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Uşaqlıqda yaşanan psixoloji travmalar (zorakılıq, valideyn itkisi) • Kişi cinsinə mənsubluq
---	--

İntihar riski, ətrafdakılara təhlükə, alkohol və ya narkotik problemləri aşkar olunursa pasiyent psixiatra/psixiatrik və ya narkoloji müəssisəyə müayinə üçün yönləndirməlidir

5. Depressiya əlamətləri aşkar edilmiş bütün pasiyentlərdən yüksək əhval-ruhiyyənin, hədsiz aktivlik, impulsiv davranışın keçmişdə olub-olmaması haqqında soruşmaq lazımdır. Bu məlumat təsdiqləndikdə yüksək bipolyar pozuntu riskilə əlaqədar pasiyent psixiatr müayinəsinə yönləndirilməlidir.
6. Depressiya əlamətləri aşkar edilmiş bütün pasiyentlərdən psixotik simptomların (sayıqlama, hallüsinasiya, qeyri-mütəşəkkil davranış) olub-olmaması haqqında soruşmaq lazımdır. Bu məlumat təsdiqləndikdə yüksək bipolyar pozuntu riskilə əlaqədar pasiyent psixiatr müayinəsinə yönləndirilməlidir.
7. Həkim pasiyentin fiziki halını qiymətləndirməli, keçmişdə olan və ya indi də yaşanan somatik xəstəliklər və depressiya simptomları yarada biləcək preparatların öncəki qəbuluna dair məlumatları araşdırmalıdır. Əlavə müayinə aşağıdakı hallarda təyin olunur:
 - ✓ Depressiv pozuntu üçün xarakterik olmayan simptomların aşkarlanması
 - ✓ Yaşlı pasiyentlərə
 - ✓ 40 yaşından sonra başlanan depressiya zamanı
 - ✓ Alkoqol və narkotik maddələrin qəbuluna dair şübhələrin olduğu təqdirdə
8. İlk səhiyyə sistemi həkimi müayinənin nəticələrinə əsasən depressiv pozuntunun ilkin diaqnozunu təyin edə bilər. Ekspert qərarlarının qəbulu və ya digər sosial-hüquqi məsələlərin müəyyənləşdirilməsi üçün son diaqnoz həkim-psixiatr tərəfindən təyin olunur.

Qeyri-medikamentoz müdaxilələr

1. Pasiyentin maarifləndirilməsi depressiyaya, onun müxtəlif təzahürlərinə, müalicə metodları və profilaktikasına dair məlumat verən həkimlə keçirilən mütəmadi görüşlər zamanı aparılır. Pasiyentin diqqətinə çatdırılacaq əsas məlumatlar:
 - ✓ Depressiya iradə zəifliyi və əqli gerilik deyil, tibbi problemdir.
 - ✓ Sağalma – qaydadır, istisna hal deyil.
 - ✓ Müalicə demək olar ki, bütün pasiyentlərə kömək edir.
 - ✓ Müalicənin məqsədi sadəcə əhvalın yaxşılaşdırılması deyil, tam sağalma və gələcəkdə emosional problemlərin öhdəsindən gəlmək bacarığını daha da inkişaf etdirməkdir.
 - ✓ Depressiyanın ilkin əlamətləri təzahür etdiyi təqdirdə pasiyent və onun ailə üzvləri sayıqlıq göstərməli və yardım üçün mümkün qədər tez müraciət etməlidirlər.
2. Sağlam həyat tərzini depressiv simptomların yaranma tezliyini və ağırlıq dərəcəsini azaldır. Sağlam həyat tərzinə dair əsas tövsiyələr:
 - ✓ Stress yaradan situasiyalardan qaçmaq
 - ✓ Gündəlik vəzifələri düzgün bölmək
 - ✓ Spirtli içki və narkotik maddələrin qəbulunu dayandırmaq
 - ✓ Düzgün yuxu rejiminə riayət etmək
 - ✓ Qida qəbulunun balanslaşdırılması
 - ✓ Fiziki məşqlər (idman, aerobika, üzgüçülük, qaçış)
 - ✓ Xoşagələn məşğuliyyətə ayrılan vaxtın artırılması (əyləncənin planlaşdırılması, xoşagələn insanlarla ünsiyyət, mütaliə, filmlərə baxmaq)
3. Problemin həllinə yönəldilmiş məsləhətləşmə ən sadə və səmərəli müdaxilədir. Bu növ məsləhətləşmənin məqsədi pasiyenti öz resurslarından istifadə etməklə problemlərinin öhdəsindən necə gəlməyə dair təlimləndirməkdir. Bura daxildir:
 - a. Problemin müzakirəsi və müəyyənləşdirilməsi
 - b. Onun həlli üçün aydın və əldə oluna bilən məqsədlərin müəyyənləşdirilməsi
 - c. Qərarın müxtəlif növ variantlarının işlənilib hazırlanması və bütün “lehinə” və “əleyhinə” variantların gözdən keçirilməsi

- d. Üstünlük verilən qərarın seçimi və mərhələli planın nəzərdən keçirilməsi
- e. Bu planın həyata keçirilməsi
- f. Problemin həllinə dair nəticənin qiymətləndirilməsi

Medikamentoz müalicə

1. Medikamentoz müalicə orta ifadəli və ya ağır depressiya diaqnozu qoyulan pasiyentlərə təyin edilməlidir. Depressiyanın yüngül mərhələsində medikamentoz müalicənin faydasının onun təhlükəsindən geridə qaldığını nəzərə alaraq, medikamentlərin ilkin təyini tövsiyə edilmir. Belə hallarda həkim 2 həftə pasiyentin halını diqqətlə müşahidə etməli və qeyri-medikamentoz müdaxilə həyata keçirməlidir (əvvəlki bölməyə bax).
2. Yüngül depressiya mərhələsində olan pasiyentlərə dərman preparatları, qeyri-medikamentoz müdaxilələrin effektiv olmaması, yaxud keçmişdə orta və ya ifadə olunmuş depressiya epizodlarının yaşanması hallarında, depressiyanın psixososial amil və ya somatik patologiya ilə əlaqədar olduğu təqdirdə təyin olunur. Belə hallarda yüngül depressiyanın medikamentoz müalicəsi orta ifadəli və ağır depressiyada olduğu kimi aparılır.
3. Antidepressantın seçimi pasiyentin xəstəlik tarixi, ailə anamnezi, preparatın əlavə təsiri və təhlükəsizlik profili ilə müəyyənləşdirilir. Məsələn: Əgər xəstə hər hansı bir preparata “müsbət” reaksiya veribsə, bu preparatın gələn dəfə də effektiv olacağı ehtimalı var. Əgər pasiyentin hər hansı bir preparata həssas olan qohumu varsa, bu təqdirdə o həmin preparata həssas ola bilər. Preparatın klinik profil özəllikləri də seçimi müəyyənləşdirə bilər. Məsələn: Əsasən həyəcan şikayətləri olan xəstələr böyük sedativ effekti olan antidepressantlara (*venlafaxine*), tormozlanma müşahidə edilən xəstələr isə stimullaşdırıcı təsirə malik antidepressantlara (*fluoxetine*) müsbət reaksiya verə bilərlər.
4. Depressiya zamanı ilkin seçilən preparatlara *serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SSRI) – fluoxetine, sertraline, escitalopram* və *serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SNRI) venlafaxine və duloxetine* aiddir

5. İlk depressiv epizod yaşayan pasiyentlərə bu preparatlardan biri başlanğıc dozada təyin edilməlidir.
6. Depressiya simptomlarını qeyri-effektli üsullarla, məsələn vitamin inyeksiyaları, homeopatik vasitələr və ya infuzion terapiya ilə müalicə etmək olmaz.
7. **SSRI** və **SNRI**-nin qəbulunun əlavə təsirlərinə görə dayandırılması halı çox az ehtimalla xarakterizə olunur . Bir çox insanlar üçün **SSRI** və **SNRI**-nin qəbulunda ən xoşagəlməz əlavə təsir aşağıdakılardır:
 - ✓ cinsi disfunksiyadır (*anorqazmiya, libidonun azalması və ya erektil və ejakulyator disfunksiya*).
 - ✓ mədə-bağırsaq pozuntuları və çəkinin artması daha az təsadüf olunan əlavə təsirlərdir.
8. Dərmanlarla qarşılıqlı təsir, o cümlədən qaraciyərin P450 sitoxrom fermentlərində olan dəyişikliklər **SSRI** və **SNRI** üçün hipotetikdir və bir çox hallarda onlar digər preparatlarla eyni vaxtda istifadə oluna bilərlər.
9. Serotonin sindromunun yaranma riski ilə əlaqədar olaraq ilkin səhiyyə mütəxəssisləri eyni vaxtda 2 və daha artıq antidepressant və ya antidepressantı digər serotoninergik aktivliyə malik olan preparatlar (tərkibində **dekstrometorfin**, **tramadol** olan preparatlar) ilə birgə təyin etməməlidir.
10. Serotonin sindromu yarandıqda aşağıdakı simptomlar müşahidə edilir:
 - ✓ miokloniya,
 - ✓ diareya (ishal)
 - ✓ hiperrefleksiya
 - ✓ diqqət cəmləmənin pozulması
 - ✓ temperaturun yüksəlməsi
 - ✓ hiperhidroz
 - ✓ arterial təzyiqin dəyişməsi
 - ✓ ürəkbulanma və qusma (Əlavə 5) göstərilən potensial təhlükəli reaksiyanın – serotonin sindromunun inkişafına gətirib çıxara bilər.
11. Serotonin sindromu antidepressantın dozanın azaldılması və ya preparatın qəbulunun dayandırılmasından sonra çox vaxt 24 saat ərzində aradan qalxan, geri dönməz haldır. Ağır hallarda simptomatikanın ifadəliliyini azaltmaq üçün serotonin

reseptorlarının qeyri-spesifik antaqonistlərindən olan *Metiserqid* və *Siproheptadindən* (peritol) və həmçinin də 5-HT1A reseptorunun blokatoru hesab edilən *Propranololdan* istifadə etmək tövsiyə edilir.

12. **SSRI** və **SNRI**-nin monoaminoksidazanın (MAO) dönən və dönməyən inhibitorları ilə birgə istifadəsi yolverilməzdir.
13. Antidepressantların terapeutik təsirinin dərhal üzə çıxmadığını nəzərə alsaq, klinik ifadəli təşviş və/ və ya təlaşla müşayiət olunan depressiya yaşayan xəstələrə antidepressantlarla eyni zamanda anksiolitiklərin (kiçik trankvilizator) təyini də məqsədəuyğundur (*Buspiron, Hidroksizin*). Daha ifadə olunmuş sedativ təsirə malik olan (*Alprozolam, Lorazepam, Klonozepam*) benzodiazepin trankvilizatorlarının istifadəsinə böyük diqqətlə yanaşmaq və onları qısa müddətə (2 həftədən çox olmayaraq) təyin etmək lazımdır.
14. Trankvilizatorların əksəriyyəti depressiya zamanı yuxuculluğu gücləndirə və fikri cəmləmə qabiliyyətini zəiflədə bilər. Bu səbəbdən də xüsusilə nəqliyyat vasitələrini idarə edən pasiyentlər bu effektlərə dair məlumatlandırılmalıdırlar.
15. Müalicənin ilk ayında 2 həftədə 1 dəfədən az olmayaraq terapeutik monitorinq həyata keçirmək lazımdır. Ağır depressiya zamanı monitorinqlər daha tez-tez keçirilməlidir. Monitorinq zamanı ehtimal olunan əlavə təsirlərə, intihar cəhdlərinə, təşviş və təlaşın yaranması və güclənməsinə, həmçinin həkimin göstərişlərinə xəstənin necə əməl etməsinə nəzarət etmək lazımdır. Müalicə rejiminə və həkim göstərişlərinə riayət etmək müalicədə əsas (aparıcı) faktordur.
16. Həkim göstərişlərinə riayət etməyə, pasiyenti aşağıdakılara dair məlumatlandırmaqla nail olmaq olar:
 - ✓ *Terapiyanın ilkin hiss olunacaq nəticələri (səmərası) 2 həftədən tez olmayaraq meydana çıxmağa bilər. Lakin depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün daha uzun müddət tələb olunur.*
 - ✓ *Əlavə təsirlər terapiyanın müsbət təsirini qabaqlaya bilər və onlar adətən əlavə tədbirlər aparılmadan keçib gedirlər.*
 - ✓ *Uğurlu müalicə dozanın dəyişdirilməsini və ya digər antidepressantın təyini tələb edə bilər.*

- ✓ *Terapiya əhval-ruhiyyənin yaxşılaşmasından sonra 6 aydan az olmayaraq hələ davam etdiriləcək.*
- ✓ *Dərman preparatı həkimin göstərişinə əsasən ardıcıl formada qəbul olunmalıdır. Müalicə rejiminə riayət edilməməsi depressiv simptomların kəskinləşməsinə və ya yeni epizodun inkişafına gətirib çıxara bilər.*
- ✓ *Müalicə ilə bağlı bütün məsələlərə dair həkimlə məsləhətləşmək lazımdır.*

17. **SSRI** və **SNRI**-nin standart dozasının terapevtik effektinin kifayət qədər olmadığı təqdirdə və əlavə təsirlərin yoxluğu zamanı preparatın ilkin dozası tədricən artırılı bilər.
18. Müalicənin başlanmasından sonra, 4 həftə ərzində standart dozada preparat qəbul edildiyi halda terapevtik effektin olmaması, terapiyanın əvvəlində olmayan və əhəmiyyətsiz (cüzi) dərəcədə ifadə olunan depressiv simptomatikanın artması və ya intihar tendensiyasının güclənməsi və ya əlavə təsirlərin kəskinləşməsi zamanı başqa **SSRI** və ya **SNRI** təyin etmək lazımdır.
19. İlkin səhiyyə sisteminin həkimləri tritsiklik antidepressanlar (TSA), MAO-nun dönməyən inhibitorlarını, iki antidepressantla uyğunlaşdırılmış terapiyanı, antidepressantla *antipsixotik*, və ya *əhval stabilizatorlarının* kombinasiyasını təyin etməməlidirlər. Bu cür təyinatlar yalnız mütəxəssis psixiatr tərəfindən verilə bilər.
20. Antidepressantlarla aparılan terapiyanın davamlılığı, birinci epizodda remissiya əldə olunandan sonra altı aydan, ikinci epizodda isə iki ildən az olmamalıdır.
21. Qeyri-məhdud zaman kəsiyində istifadə olunan antidepressantlı, dəstəkləyici terapiya üçüncü epizoddan və ya ifadə olunmuş ağırlıq dərəcəsi, intihar cəhdləri, psixoz, uzunmüddətli depressiv epizodlarla müşayiət olunan ikinci epizoddan və ya 60 yaşından sonra təyin olunmalıdır. Müalicənin fəal fazasından fərqli olaraq dəstəkləyici terapiya zamanı antidepressantların daha az terapevtik dozalarından istifadə etmək olar.
22. Dərman qəbulunun kəsilməsi sindromunun yaranma ehtimalı ilə əlaqədar olaraq terapiyanın dayandırılması prosesi dozanın iki həftə ərzində tədricən azaldılması yolu ilə aparılmalıdır. Pasiyentlər dərman qəbulunun müstəqil formada (həkimlə məsləhətləşmədən) dayandırılmasının yolverilməzliyinə dair

məlumatlandırılmalıdırlar. Həkim müalicənin dayandırılması qərarını qəbul edərkən əvvəlcədən pasiyentin psixi halını müayinə etməlidir.

23. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:
- ✓ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
 - ✓ Ağır və ya psixotik depressiya inkişafı zamanı
 - ✓ 8 həftə ərzində müalicənin rezistentliyi
 - ✓ Pasiyentin alkohol və narkotik maddələrdən istifadəsi
 - ✓ Maniakal və ya qarışıq epizodun mövcudluğuna dair məlumatların əldə olunması ilə əlaqədar ilkin diaqnozun dəyişdirilməsi
 - ✓ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu zamanı
 - ✓ İlkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü zamanı
24. İlkin səhiyyə sisteminin həkimi mütəxəssis yanına göndəriş verərkən depressiv pozuntunun davamlılığı, ağırlıq dərəcəsi və dinamikası, intihar tendensiyaları və ətrafdakılara təhlükə, davam edən və öncədən aparılan müalicə haqqında məlumat təqdim etməlidir. Bundan əlavə mütəxəssisdən tələb olunan yardımı da qeyd etmək lazımdır (konsultasiya, ilkin səhiyyə sistemində və ya hospitalizasiya daxil olmaqla psixiatrik müəssisədə ümumi müalicə).

İXTİSASLAŞDIRILMIŞ YARDIM SİSTEMİNDƏ DEPRESSİYASI OLAN PASİYENTLƏRİN MÜŞAHİDƏSİ VƏ MÜALİCƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım sistemində işləyən həkim-psixiatr əvvəlcədən diaqnozu qoyulmuş depressiyanı təsdiq və ya inkar etmək üçün dəqiq, hərtərəfli müayinə aparmalıdır.
2. Həkim-psixiatr ilkin olaraq depressiya diaqnozu qoyulmuş xəstələri çoxprofilli xəstəxananın ixtisaslaşdırılmış şöbəsində, ixtisaslaşdırılmış psixiatrik müəssisədə və ya digər tibbi müəssisələrdə konsultativ yardım qaydası üzrə müayinədən keçirə bilər.

3. İlk depressiya diaqnozu qoyulmuş xəstələrin müayinəsi özündə Hamilton Reyting Cədvəlinin (Əlavə 2) istifadəsi ilə depressiyanın simptomlarının qiymətləndirilməsini, intihar təhlükəsini, həmçinin depressiya ilə yanaşı gedən psixososial amil yükünü və pasiyentin şəxsi xüsusiyyətlərini birləşdirir.
4. Həkim-psixiatr depressiv pozuntunun depressiya ilə müşayiət olunan digər psixi pozuntulardan differensial diaqnostikasını həyata keçirməlidir. Həkim ehtiyac duyulduqda pasiyenti EEQ, KT, MRT daxil olmaqla laborator və ya instrumental müayinəyə göndərməlidir.
5. Həkim-psixiatr öncəki müayinənin bütün aspektlərini, o cümlədən dozaların adekvatlığını (eyniliyini), dərman preparatlarının qəbul qaydasını və həmçinin də təyin olunmuş müalicə qaydasına pasiyentin nə dərəcədə riayət etməsini dərinədən araşdırmalıdır.
6. İxtisaslaşdırılmış qeyri-psixiatrik müəssisələrdə depressiyası olan xəstələrin müayinəsi və müalicəsinin təşkili həkim-psixiatrın nəzarəti altında həyata keçirilməlidir.
7. Depressiv pozuntusu olan xəstələrin xəstəxanada yerləşdirilməsi, müalicənin ən son tədbiri kimi ən minimal müddətə və ən məhdud şərtlərlə həyata keçirilməlidir.
8. Yalnız psixotik depressiyadan əziyyət çəkən, özünə və ya ətrafdakılara zərər törətmək təhlükəsi olan, həmçinin tələbatlarına özlərinə ziyan verəcək dərəcədə etinasız yanaşan xəstələr hospitalizə edilə bilərlər.

Farmakoloji müalicə

1. Baxmayaraq ki, ixtisaslaşmış yardım sistemində istənilən antidepressant təyin edilə bilər, lakin preparat seçimi zamanı üstünlüyü **SSRI, SNRI** və qarışıq təsirli antidepressantlar (**QTA**) *mirtazapine, trazadone, agomelatine, bupropion, vortioxetine* və ya onların kombinasiyasına vermək lazımdır.
2. Antidepressant təyini zamanı pasiyentlərə aşağıdakıları bildirmək lazımdır:
 - ✓ Antidepressantlar 2-3 həftə ərzində tədricən təsir edir və tam effekt əldə etmək üçün zaman tələb olunur.
 - ✓ Antidepressantlar həkim-psixiatrın təyin etdiyi sxem üzrə qəbul olunmalıdır və onlar remissiya əldə edildikdən sonra da davam edilməlidir.

- ✓ Antidepressantların yan təsirləri ola bilər və onlar yarandığında müalicə həkiminə məlumat verilməlidir.
 - ✓ Antidepressantlar digər dərmanlarla qarşılıqlı təsərə malik ola bilər. Həmin dərmanların qəbulu haqqında müalicə həkiminə məlumat verilməlidir.
 - ✓ Bəzi antidepressantlar (*paroxetine* və *venlafaxine*) kəsilmə sindromu yarada bilər. Buna görə də dozanın azaldılması və ya ləğv edilməsi həkim nəzarəti altında həyata keçirilməlidir.
 - ✓ Antidepressantlarla müalicə asılılıq yaratmır.
3. Antidepressant qəbulu zamanı yan təsirlər yarandığında aşağıdakı tədbirlər görülməlidir:
- ✓ Əgər yan təsirlər zəifdirsə və ya pasiyent tərəfindən normal keçirilsə, onların mütəmadi olaraq monitorinqini aparmaq
 - ✓ Pasiyentin seçimindən asılı olaraq dozanı azaltmaq və ya başqa antidepressantla əvəz etmək
 - ✓ Qısa müddətə (2 həftədən çox olmayaraq) anksiolitik təyini nəzərdən keçirmək
4. Əgər sonrakı 4 həftə ərzində də müsbət dəyişikliklər nəzərə çarpmırsa, ikinci seçim preparatlarına keçmək lazımdır. İkinci seçim preparatlarına *tritsiklik antidepressantlar (TSA)*, qarışıq təsirli antidepressantlar (*QTA*) aiddir.
5. **TSA** ilə müalicəyə tədricən, terapevtik effektin və əlavə təsirlərin yaranmasına səbəb olan kiçik dozalardan başlamaq lazımdır. **TSA**-nın yüksək dozası arzuolunmaz təsirlərin yaranması təhlükəsi ilə bağlıdır.
6. **TSA** ishal və yuxusuzluqdan əziyyət çəkən xəstələr üçün xeyirli ola biləcək, belə ki sedasiya və ya qəbizlik kimi antixolinergik əlavə təsirlərə malikdir.
7. **TSA** həmçinin çəki artımına və ya nevroloji ağrıların yaranmasına da səbəb ola bilər. Antixolinergik təsirlər özündə:
- ✓ ağızda quruluq,
 - ✓ görmə pozuntusu
 - ✓ koordinasiyanın pozulması
 - ✓ ortostatik təzyiğin enməsinə səbəbdir və müalicə sxeminə riayət olunmamasına gətirib çıxara bilər. Müalicənin qeyri-effektivliyi kifayət qədər olmayan dərman miqdarı və ya müalicə müddəti ilə əlaqədar ola bilər.

8. **TSA**-nın dozasını aşmağın ölüm hallarına səbəb olmasını nəzərə alsaq, intihara şübhəli xəstələrə bu preparatları **məhdud miqdarda təyin etmək lazımdır**.
9. Bir antidepressantdan digərinə keçid ehtiyacı yarandıqda aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:
 - ✓ Antidepressantların klinik profilində fərqlərin olması (aktivləşdirici və ya sedativ təsir)
 - ✓ Qarışıq təsirli antidepressantlar (**QTA**) və ya **TSA** qrupuna aid olması
 - ✓ Orqanizmdəki yarımparçalanma dövrü (məsələn, **fluoxetine** üçün bu müddət 1 aydır)
 - ✓ Preparatın təsirinin inhibisiya effekti (məsələn, **fluoxetine** və **paroxetine** TSA təsirini inhibisiya edir)
 - ✓ MAOI keçid zamanı serotonin sindromunun yaranma riski ehtimalı (MAOI preparatlarından digər antidepressanta keçid zamanı antidepressant qəbulu 2 həftə ərzində dayandırılmalıdır)
10. Kombinə edilmiş müalicə zamanı aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:
 - ✓ Kombinə edilmiş terapiyanın tətbiqinin əsaslandırılması
 - ✓ Sübuta yetirilmiş effektivliyə malik preparatların təhlükəsiz kombinasiyası
 - ✓ İlk müayinə aparmaq (məsələn, antidepressantlara **litium** əlavə edildikdə böyrək və qalxanabənzər vəzinin fəaliyyətinin yoxlanması)
 - ✓ Mümkün yan təsirlərin monitorinqinin aparılması
11. Kombinə edilmiş terapiya qismində tətbiq edilə bilər:
 - ✓ Antidepressantın əhval-ruhiyyə stabilizatoru ilə kombinasiyası (**litium, valproate, lamotrigine, qabapentine**)
 - ✓ Antidepressantın antipsixotik preparat ilə kombinasiyası (**aripiprazole, olanzapine, quetiapine və ya risperidone**)
 - ✓ İki antidepressantın kombinasiyası (məsələn, **SSRI** və **mirtazapine**)
12. İlk depressiya epizodundan sonra remissiya əldə edildikdə dəstəkləyici terapiya 6 aydan az olmayaraq aparılmalıdır. 2 və daha çox epizoddan sonra remissiya əldə edildikdə dəstəkləyici terapiya 2 ildən az olmayaraq davam etdirilməlidir.

Depressiya sixotik simptomlarla

1. Psixotik simptomları olan depressiya yüksək intihar təhlükəsi ilə əlaqədar olması müalicənin stasionarda keçirilməsi vacibliyini yaradır. Psixotik depressiyalı xəstələrin stasionardan kənar müşahidə və müalicəsi zamanı bütün təhlükəsizlik tədbirlərini təmin etmək (özünə və ətrafdakılara zərər yetirə biləcək vasitələrə nəzarət daxil olmaqla) və xəstənin gündəlik vəziyyətinin monitorinqini həyata keçirmək lazımdır.
2. Psixotik simptomlar əhval-ruhiyyənin enməsinə (özünü təqsirləndirmə sayıqlamaları, ipoxondrik, nihilistik məzmunlu münasibət, xəstənin davranışını qınayan hallüsinasiyalar) uyğun ola və ya depressiv affektlə əlaqədar olmaya da bilirlər.
3. Psixotik simptomlarla depressiyası olan xəstələr bir preparatdan ibarət olan monoterapiyadan çox, antipsixotik preparatın antidepressantlarla kombinasiyasına daha müsbət reaksiya verirlər. İlk seçim antipsixotik preparatlarına ənənəvi neyroleptiklərdən fərqli olaraq daha yüksək təhlükəsizlik profilinə malik olan *atipik neyroleptiklər* aiddir.
4. Psixotik depressiyalar zamanı standart terapevtik dozalarda *antidepressantla aripiprazole, olanzapine, quetiapine və ya risperidone* kombinasiyasının effektivliyinə dair sübutlar mövcuddur. **Atipik antipsixotiklərin** ən çox təsadüf edilən əlavə təsiri iştahanın və bədən çəkisinin artmasıdır. Bu əlamətlərin monitorinqini keçirmək və ehtiyac duyulduqda pəhriz və fiziki məşqlər tövsiyə edilməlidir.
5. Çox vaxt psixotik depressiyanı müşayiət edən psixomotor həyəcan zamanı əsas terapiyaya məhdud müddətə *benzodiazepin qrupundan trankvilizatorlar (Diazepam, Klonzepam, Alprozolam və ya Lorazepam)* əlavə etmək olar.
6. Dərmanların inyeksiya yolu ilə daxil edilməsi üstünlüklərinə dair sübutlar yoxdur. Ona görə də inyeksiya üsulundan yalnız o hallarda istifadə etmək lazımdır ki, psixotik depressiyası olan pasiyentin təyin olunmuş terapiyanı qəbul etmək üçün digər üsulu olmasın (TSA-nın inyeksion formaları da mövcuddur).
7. Müalicənin birinci həftəsi ərzində psixotik simptomların reduksiya əlamətləri müşahidə edilmədikdə, neyroleptikin dozasının effekt əldə edənə və ya əlavə təsirlərin meydana

gəlməsinə qədər tədricən (üç günərzində) artırılması gərəkdir. Antidepressant və neyroleptiklərlə birgə terapiyaya rezistent olan xəstələrin müalicəsinə **Litium duzlarının** əlavə edilməsi daha məqsəduyğundur.

8. Psixotik depressiyada *antipsixotiklərin* qəbulunun optimal müddəti təyin olunmamışdır. Psixotik və depressiv simptomların tam reduksiyasından sonra bir ay ərzində dozanı tədricən azaltmaqla *antipsixotikin* qəbulunu dayandırmaq lazımdır.

Sürətli təkrarlanan depressiya

1. Son 12 ay ərzində 4 və ya daha çox depressiv epizodların müşahidə edilməsi *Sürətli təkrarlanan rekurrent depressiyanın* mövcudluğunu təsdiq edir.
2. Dəstəkləyici antidepressant terapiya sonrakı depressiv epizodların tezliyinin qarşısını almağa imkan yaradır. Təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya zamanı antidepressantlar iki ildən az olmayan müddətə təyin olunmalıdır.
3. Sürətli təkrarlanan rekurrent depressiya zamanı icra olunan antidepressantlı profilaktik terapiya pasiyentin kəskin depressiv vəziyyətdən çıxması üçün istifadə edilən doza üzrə aparılmalıdır.
4. Antidepressantlı dəstəkləyici terapiya alan pasiyentlərdə təkrarlanan depressiv epizodların inkişafı zamanı müalicəyə əhval-ruhiyyə stabilizatorları (*Litium duzları, Valproate* və ya *Lamotrigine*) əlavə etmək lazımdır. Preparat seçimi, onun profilaktik məqsədlər üçün uzunmüddətli istifadəsinə və pasiyent üçün olan təhlükəsizliyinə əsaslanmalıdır.
5. Sürətli təkrarlanan rekurrent depressiya zamanı əhval-ruhiyyə stabilizatoru ilə monoterapiyadan istifadə etmək tövsiyə edilmir. Əgər sonradan təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya yaşayan, antidepressant və əhval-ruhiyyə stabilizatoru qəbul edən pasiyentə iki preparatdan yalnız birini təyin etmək, digərinin qəbulunu isə dayandırmaq lazım gələrsə, bu zaman əhval-ruhiyyə stabilizatorunun qəbulunu dayandırmaq lazımdır.

Xronik depressiya

1. Xronik depressiya diaqnozu iki ildən az olmayaraq davam edən depressive əlamətləri olan pasiyentlərə qoyulur. Xronik depressiya bir qayda olaraq müxtəlif xoşagəlməz psixososial

faktorlarla müşayiət edilir və sosial uyğunlaşmanın zəifləməsinə gətirib çıxara bilər.

2. Xronik depressiyadan əziyyət çəkən pasiyentlər özündə antidepressantları və psixoterapiyanı cəmləyən kompleks terapiya qəbul etməlidirlər.
3. Xronik depressiyanın medikamentoz müalicəsi kəskin depressiv epizodların müalicəsində istifadə edilən prinsiplər əsasında aparılır.
4. Əmək qabiliyyətini itirmiş xronik depressiyalı pasiyentlər üçün bərpa (reabilitasiya) tədbirlərinin keçirilməsi və sosial yardımın alınması imkanını nəzərdən keçirmək lazımdır.

Rezistent depressiya

1. Rezistent depressiya diaqnozu, adekvat zaman ərzində adekvat dozada təyin edilən iki və ya daha çox antidepressantın qəbulundan sonra durumu yaxşılaşmayan pasiyentlərə qoyulur.
2. Rezistent depressiya zamanı **SSRI** və noradrenergik və ya dofaminergik (**Buprapion**) təsirə malik olan iki antidepressantın təyin olunması perspektivini nəzərdən keçirmək lazımdır. Belə hallarda terapevtik təsirin, əlavə təsirlərin və xüsusilə də serotonin sindromunun dəqiq monitorinqini keçirmək lazımdır.
3. Tədqiqatlar əsasında antidepressant terapiyaya atipik antipsixotiklərin əlavə edilməsinin, müalicəyə olan həssaslığın yüksəlməsinə gətirib çıxarması aşkar edilmişdir.
4. Digər alternativ, **SSRI**-yə və ya **TSA**-ya standart terapevtik dozalarda əhval stabilizatorlarının (*Litium duzları, Valproate, Lamotrigine*) əlavə edilməsidir. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, **Valproat** qanda **TSA**-nın konsentrasiyasını azalda bilər.
5. Bəzi hallarda **TSA**-nın təsirini gücləndirən, gün ərzində 50 mq dozada istifadə olunan **Triyodtironin ilə kombinə olunmuş** terapiyadan da istifadə edilə bilər.

DEPRESSİYA ZAMANI GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ

Uşaqlar

1. Depressiyadan əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrə yardım göstərən mütəxəssislər, müalicənin aparılmasında valideynlərin

razılığı barədə Azərbaycan Respublikası Qanunvericiliyinə və Uşaq Hüquqları Konvensiyasına dəqiqliklə riayət etməlidirlər.

2. Uşaq və yeniyetmələr ilə işləyən həkimlər bu yaş dövründə depressiyanın əlamətlərini müəyyənləşdirməyi bacarmalıdırlar. Bu əlamətlərə aiddir:
 - ✓ tez-tez baş verən, davamlı kədər hissi və ağlağanlıq;
 - ✓ adətən bu yaş dövrü üçün xas olan təhsilə və ya məktəbdən kənar fəaliyyətə marağın azalması;
 - ✓ sosial təcrid və ya ünsiyyət çatışmazlığı;
 - ✓ yüksək əsəbilik, qəzəb və düşmənçilik hissi;
 - ✓ tez-tez baş verən somatik şikayətlər;
 - ✓ özünə zərər vermə aktları və intihar haqqında söhbətlər.
3. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə depressiyanın inkişafı adətən bu yaş dövrü üçün səciyyəvi olan psixososial faktorlarla – valideynlər arasında münaqişə (o cümlədən boşanma), müəllim və həmyaşıdlarla yaşanan problemlər (o cümlədən məktəbdə olan rixşənd halları), fiziki, seksual və ya emosional zorakılıq, yaxın adamın vəfatı, digər məktəbə keçirilmə, somatik psixi pozuntular ilə əlaqədar olur. Həkimlər uşaq və yeniyetmələrdə olan depressiyanı müşayiət edən bütün halları dəqiqliklə təhlil etməlidirlər.
4. Uşaqda yüngül depressiya aşkarlanan zaman dərhal bu barədə valideynlər məlumatlandırılmalı və depressiyaya səbəb ola biləcək psixososial faktorları aradan qaldırmaq üçün tədbirlər həyata keçirilməlidir. Valideynlərə, digər ailə üzvlərinin təhlükəsizliyini və dəstəyini təmin edərək öz uşaqlarının halını və davranışını diqqətlə müşahidə etməyi tövsiyə etmək lazımdır. Gün rejimi (məşğulluq və istirahət daxil olmaqla), düzgün qidalanma və fiziki fəallıq mövzusunda tövsiyələr verilməlidir.
5. Uşaq və ya yeniyetmədə orta və ya ağır depressiyanın mövcudluğuna dair şübhələrin olduğu təqdirdə, o, uşaqların psixi sağlamlığı sahəsində çalışan mütəxəssisin yanına göndərilməlidir. Uşaqların psixi sağlamlığı sahəsi üzrə mütəxəssis olmayan həkim (o cümlədən pediatr) uşaq və yeniyetmələrdə olan depressiyanın müalicəsini müstəqil olaraq başlaya və ya müalicəni apara bilməz.
6. Orta ifadəli və ya ağır depressiyalı uşaq və yeniyetmələrin müalicəsində üstünlük medikamentoz deyil, psixoloji müalicə

metodlarına (KBT, İPT, ailə terapiyası) verilməlidir. Uşaqlar 11 yaşınadək antidepressant müalicə almamalıdırlar.

7. Orta ifadəli və ağır depressiyalı, 11 yaşından böyük uşaqlar 4 həftə ərzində psixoloji müalicədən heç bir müsbət nəticə əldə etmirlərsə, bu zaman onlara psixoloji müalicə ilə uyğunlaşdırılmış antidepressantlar təyin edilə bilər.
8. Orta ifadəli və ya ağır depressiyadan əziyyət çəkən, 11 yaşından yuxarı uşaqların müalicəsinin ilkin seçim preparatı **Fluoksetindir**. **Fluoksetin** gün ərzində 10 mq dozada təyin olunmalıdır. Əgər bir həftə ərzində terapevtik effekt yoxdursa, doza daha 20 mq-ə qədər artırıla bilər. Uşaq və yeniyetmələrdə preparatın sonrakı doza artımı yolverilməzdir.
9. **Fluoksetinin** təyindən sonra 4 həftə ərzində gözlənilən effekt əldə olunmursa, bu zaman preparat digər **SSRI** ilə əvəz oluna bilər. Yeni preparatın başlanğıc dozası böyük yaşlı şəxsin dozasının ½-nə ekvivalent olmalıdır. Doza 4 həftə ərzində böyük adamın orta terapevtik dozasına qədər artırıla bilər. Digər qrup antidepressantlar uşaq və yeniyetmələrə təyin olunmamalıdır.

Ahıl yaşlı insanlar

1. Depressiya ahıl yaş dövründə geniş təsadüf olunur və bu növ depressiya adətən aşkarlanmır və müalicə olunmur. Yaxın adamın həyatdan getməsi, sosial təcrid və xronik sağlamlıq problemləri ahıl yaşda depressiya yarada və ya onu kəskinləşdirə bilər. Yaşlı insanlarda ən yüksək depressiya göstəriciləri iflic (30%-60%), qan-damar xəstəlikləri (44%), xərçəng (40%), Parkinson xəstəliyi (40%) və Alsheymer xəstəliyi (20%-40%) zamanı qeydə alınır.
2. Ahıl yaş dövründə depressiyadan əziyyət çəkən insanlar az hallarda əhvalın enməsindən şikayət edirlər. Onlar əsasən yuxusuzluq, iştahanın itməsi, yorğunluq, xronik ağrılar, qəbizlik, skelet əzələlərində pozuntular kimi somatik xarakterli şikayətlər səsləndirirlər.
3. Farmakoterapiya və psixoterapiya gənc yaş dövründə olduğu kimi, ahıl yaş dövründə də effektiv müalicə metodu hesab olunur. Bununla yanaşı yaşlı insanlar psixoterapiyanın imkanlarını məhdudlaşdıran koqnitiv pozuntulara malik ola bilər və ya

dərman qəbuluna üstünlük verərək psixoterapiyadan imtina edə bilirlər.

4. Farmakoterapiya təyin edərkən nəzərə almaq lazımdır:
 - ✓ preparatın metabolizminin ahıl yaşda fizioloji dəyişikliklərə necə təsir göstərməsini
 - ✓ hazırkı preparatın komorbid pozuntulara necə təsir göstərməsini
 - ✓ yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi üçün yaşlı insanların istifadə etdiyi digər dərmanların hazırkı preparatla nə dərəcədə uyuşmasını
5. Metabolik proseslərin yaşlı dövrdə yavaşması plazmada preparatların səviyyəsini yüksəldə bilər. Bu isə öz növbəsində terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını və qanda preparatın səviyyəsini nəzarətdə saxlamağı tələb edir.
6. Yaşlı dövrdə ilk seçim antidepressantı SSRI, ikinci seçim preparatlarına isə ikili aminlər (**Nortriptilin**) aiddir
7. Digər **TSA**-lar (üçlü aminlər) antixolinergik effektlər nəticəsində yaranan deliriumun mümkün inkişafı ilə əlaqədar olaraq yaşlı adamlara təyin olunmamalıdır. Bu preparatlar həmçinin prostat pozuntularına (sidiyin ifrazının ləngiməsinə), qəbizlik və ürək fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb ola bilərlər.
8. Yaşlı insanların qulluğunu təmin edən şəxslər müalicə və krizis zamanı göstərilən yardım resurslarına dair məlumatlandırılmalıdırlar. Ahıl yaş dövründə yaşanan depressiyanın müalicəsinə sosial xidmətlərin cəlbi böyük əhəmiyyət kəsb edə bilər.

Somatik xəstələr

1. Somatik xəstəliklər zamanı depressiv pozuntular geniş müşahidə olunur. İlk tibbi yardım sistemində depressiv göstəricilər 10%-i ötür keçir. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində somatik xəstəlikləri olan pasiyentlərin 22-30%-də depressiya müşahidə olunur. Depressiyanın yaranma ehtimalı somatik xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin artması və müddətinin uzanması ilə artır.
2. Somatik xəstələrdə şikayətlərin adətən somatik simptomlar kimi səhv şərh edilməsi səbəbindən bu xəstələrdə olan depressiya aşkarlanmır. Depressiyanın mövcudluğu somatik xəstəliyin

müalicəsini də çətinləşdirir. Aşkarlanmayan və müalicə olunmayan depressiya fiziki və psixi halın pisləşməsinə səbəb olur və proqnoza mənfi təsir göstərir.

3. Ağır somatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələr depressiya əlamətləri büruzə verdikdə mütəxəssis yanına məsləhətləşməyə göndərməlidirlər. Depressiv pozuntunun müalicəsi somatik xəstəliyin müalicəsi ilə eyni vaxtda aparılmalıdır. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində somatik xəstələrdə depressiyanın müalicəsi həkim-psixiatrın iştirakı ilə aparılmalıdır.
4. Həkim somatik xəstələrə müalicə təyin edərkən **Barbituratların, Hipotenziv** preparatların (lipofil β -blokatorlar), antiaritmik preparatların, antixolesterin (antiaterosklerotik) preparatların, kimyəvi terapiyanın, antibiotiklərin, H_2 -blokatorlarının qəbulu ilə əlaqədar depressiyanın yaranma ehtimalını da nəzərə almalıdır. Yuxarıda sadalanan preparatlarla müalicə zamanı depressiyanın yarandığı təqdirdə psixiatrla məsləhətləşməni həyata keçirmək lazımdır.
5. Somatik pozuntuları olan xəstələrə antidepressantların təyini, antidepressantların somatik pozuntu simptomlarına potensial təsirinin, həmçinin onların somatik pozuntuların müalicəsində istifadə olunan digər preparatlarla qarşılıqlı təsirinin dərindən araşdırılmasını tələb edir.
6. Somatik xəstəliklərdən müalicə olunan xəstələr üçün ilkin seçim antidepressantı yüksək təhlükəsizlik profilinə malik **SSRI** aiddir.
7. Depressiya yaşayan somatik xəstələrin qulluğunu təmin edən şəxslər müalicə və böhran zamanı göstərilən yardım resurslarına dair məlumatlandırılmalıdır. Həyat üçün təhlükə törədən xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələrlə diaqnozu müzakirə edərkən xüsusilə ehtiyatlı olmaq lazımdır. Bu xəstələrdə depressiyanın effektiv müalicəsi həkim göstərişlərinə daha dəqiq riayət olunmasına səbəb ola bilər.

Hamiləlik və doğuş

1. Depressiv pozuntular hamiləlik və doğuş zamanı geniş yayılan pozuntulardandır. 50%-ə qədər qadın bu dövrdə subklinik depressiya yaşayır. Klinik ifadəli depressiv epizodlar 30% qadınlarda qeydə alınır. 1000 doğuşun 2-də psixotik epizodlar müşahidə olunur. Həkimlər hamiləlik və doğuşdan sonrakı

dövrədə qadınlarda depressiyanın inkişafı ehtimalına hazır olmalıdırlar. Aşkarlanmamış və müalicə olunmamış depressiya yalnız anaya deyil, onun körpəsinə, həmçinin vaxtından əvvəl baş verən doğuşa, körpənin kifayət qədər olmayan çəkisinə və körpəyə qulluq problemlərinə mənfi təsir göstərə bilər.

2. Hamiləlik və doğuş depressiya epizodlarına səbəb ola bilər. Depressiyaya görə dəstəkləyici terapiya alan, hamiləliyi planlaşdıran və ya artıq hamilə olan qadınlara müalicəni dayandıрмаğı tövsiyə etmək lazım deyil. Belə ki, depressiyanın təkrarən kəskinləşməsi təhlükəsi 70%-dir.
3. Klinik mənbələrin məhdudluğuna baxmayaraq **Paroksetin** istisna olmaqla **SSRI** hamiləlik dövründə nisbi təhlükəsiz preparat hesab olunur. Ümumi populyasiyada olduğu kimi dölün patoloji inkişafı təhlükəsi 1-3%-i ötmür. **Paroksetinin** qəbulu ürək patologiyası təhlükəsi ilə assosiasiya olunur.
4. Antidepressantların qəbulu uşaqsalma hallarının cüzi sayda artması ilə səciyyələnilir. Bununla yanaşı bu məsələdə depressiv pozuntuya və dərman maddələrinə hansı rolun ayrıldığı məlum deyil.
5. Hamiləliyin üçüncü rübündə **SSRI**-nin qəbulu 10-30% halda yenidoğulmuşlarda keçici adaptasiya sindromunun inkişafı ilə əlaqədardır. Adaptasiya sindromunun əlamətlərinə uşaqlarda olan və adətən 2 həftə ərzində keçən qıcolma, narahatlıq, əzələ tonusunun güclənməsi, yüngül respirator pozuntular aiddir. Körpənin sonrakı inkişafına təsiri aşkarlanmamışdır.
6. Preparatın ana südündə konsentrasiyası müxtəlif antidepressantlarda müxtəlifdir. Antidepressantların çoxu döşlə əmizdirmə zamanı yeni doğulmuş körpənin qanında cüzi səviyyədə özünü göstərir və bu da körpənin davranışına böyük təsir göstərmir.
7. Ailə üzvləri və yaxınlar depressiyanın profilaktikası üçün ana və onun körpəsinə münbit psixososial şəraitin yaradılması zəruriliyinə dair məlumatlandırılmalıdırlar.

DEPRESSİYANIN MÜALİCƏSİNİN DİGƏR METODLARI

Yuxunun deprivasiyası (ayıltma terapiyası)

1. Yuxunun deprivasiyası 60% hallarda, xüsusilə də sutka ərzində depressiv əlamətlərin ifadə olunması dəyişən pasiyentlərdə

terapevtik effekt yaradır. Gecə vaxtı oyaq qalmaq, səhəri gün əhvalın aşkar şəkildə yaxşılaşmasına zəmin yaradır. Yuxunun deprivasiyası tez effekt əldə etmək lazım olduqda təyin edilir.

2. Yuxunun deprivasiyası zamanı əhvalın yaxşılaşması adətən qısamüddətli olur. Yuxunun bərpasından sonra 80-85% pasiyentlərdə təkrar depressiya böhranları qeydə alınır. Buna görə də yuxunun deprivasiyasını medikamentoz müalicə ilə uyğunlaşdırmaq lazımdır.
3. Pasiyentə 22.00-dən 02.00-dək yatmağa icazə verildiyi natamam deprivasiya alternativ metod hesab olunur.

İşıq terapiyası

1. İşıq terapiyası mövsümi depressiyalar zamanı tətbiq edilən ilkin seçim müalicəsi kimi çox effektivdir. Bu zaman ultrabənövşəyi şüalar təcrid edilməklə parlaqlığı 10.000 lüks olan ağ süni işıqlandırmadan istifadə olunur. Terapiya hər səhər oyandıqdan sonra 30 dəq. ərzində həyata keçirilir.
2. Güman edilir ki, terapevtik effekt beyinə retino-hipotalamik trakt tərəfindən göstərilən təsir nəticəsində əldə edilir. Bu da öz növbəsində sirkad ritmlərin normallaşmasına və neyrotransmitterlərin (dofamin və serotonin) tənzimlənməsinə səbəb olur.
3. İşıq terapiyası qeyri-invaziv və ucuz müalicə metodudur. İşıq terapiyası tor qışa xəstəlikləri, sarı ləkənin degenerasiyası, həmçinin eyni vaxtda bəzi preparatların (*Tioridazin, Litium duzları, Melatonin*) qəbul zamanı əks-göstərişdir.

Transkraniyal maqnit stimulyasiyası (TMS)

1. TMS – kortikal neyronların stimulyasiyası üçün istifadə olunan intensiv maqnit sahəsinin generasiyası texnikasıdır. Hal-hazırda qabığın sol dorsal lartral sahəsinin yüksək tezlikli stimulyasiyası və ya qabığın sağ dorsal lartral sahəsinin zəif tezlikli stimulyasiyasının effektivliyi sübuta yetirilib. Lakin TMS-nin antidepressiv effektinin davamlılığına dair sübutlar yoxdur.
2. TMS əks-göstərişləri olmayan qeyri-invaziv və ucuz müalicə metodudur. Lakin hal-hazırda depressiya zamanı bu metodun istifadəsinə dair (dəqiq) aydın tövsiyələr mövcud deyildir.

Elektrik cəngolma terapiyası (ECT)

1. ECT – baş beyinə elektrik cərəyanının təsiri zamanı süni qıcolmaların törədilməsidir. ECT üçün göstərişlərə xəstənin somatik vəziyyətini pisləşdirən (qidadan imtina) yüksək intihar təhlükəsi, psixotik depressiya, pis həssaslıq və ya antidepressant qəbulunun çətin keçirilməsi, pasiyentin şəxsi istəyi aiddir.
2. ECT-nin əlavə təsirlərinə hiposteziya, ürəkbulanması, baş və əzələ ağrıları aiddir. Sümük-əzələ travmaları, dişlərin zədələnməsi, mialgiya, ürək-damar pozuntuları, koqnitiv funksiyaların qısamüddətli pozuntusu kimi hallar daha az qeydə alınır.
3. ECT kursunun ümumi müddəti 6-12 seansdır. Seanslar həftədə üç dəfə aparılır. Elektrodların unilateral və bifrontal düzülüşü ənənəvi bitemporal düzülüşə nisbətən daha az koqnitiv pozuntularla səciyyələnir.
4. Antidepressantlarla ECT-nin kombinasiyası, müalicənin fəal fazasında tək-cə tətbiq edilən ECT ilə müqayisədə üstünlüyə malik deyil. ECT tətbiqi zamanı preparatların qəbulunu dayandırmaq lazımdır və yalnız ECT-nin tam kursunu başa vurduqdan sonra yenidən qəbulu bərpa etmək olar.

Psixoterapiya

1. Psixoterapiya depressiya və digər psixi pozuntuların müalicəsində istifadə edilən psixoloji təsir metodudur. Psixoterapiya monoterapiya və eyni zamanda, medikamentoz terapiya ilə uyğunlaşdırılaraq istifadə edilə bilər. Psixoterapiya ilə medikamentoz müalicənin uyğunlaşdırılması daha effektiv üsul hesab edilir. Depressiyanın müalicəsində səmərəsi klinik tədqiqatlar əsasında sübuta yetirilmiş psixoterapevtik metodlara, koqnitiv-davranış (bihevyioral) terapiya (KDT), interpersonal terapiya (İPT), qrupşəkilli və ailə terapiyası formaları aiddir.
2. KDT daha çox tədqiq olunmuş, depressiya müalicəsində istifadə olunan terapiyadır. Bu psixoterapiya növünə koqnitiv və davranış texnikası aiddir. Koqnitiv texnikadan depressiv həyəcanın özəyində dayanan, xəstənin özünə, başqa insanlara və ətrafdakı aləmə avtomatik mənfi münasibətinin aradan qaldırılmasında istifadə edilir. Davranış texnikası müəyyən “ev” tapşırıqlarının yerinə yetirilməsi və yeni vərdişlərin təkmilləşdirilməsi yolu ilə

konstruktiv davranışın formalaşdırılmasına yönəldilmişdir. KBT-nin müddəti bir həftəlik intervalla 12-16 terapevtik seansdır. KBT depressiyanın simptomlarını aradan qaldırmaqla yanaşı, təkrar epizodların inkişafı ehtimalını da azaldır

3. İnterpersonal psixoterapiya məhz depressiyanın müalicəsi üçün yaradılmışdır. İPT-nin özəyində belə bir mülahizə dayanır ki, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin pozulması depressiya yarada və onu inkişaf etdirə bilər. Digər hallarda isə depressiyanın yaranması, insanın ətrafındakıqlarla münasibətlərini pisləşdirərək, onun sosial fəallığına təsir göstərir. İPT nəticəsi aradan qaldırılmamış itki, şəxsiyyətlərarası münaqişə, rolun dəyişməsi, şəxsiyyətlərarası münasibət vərdişlərinin çatışmazlığı kimi 4 problemlə məkanda təsir göstərir. İPT-nin davamlılığı KBT-də olduğu kimidir.
4. Psixodinamik terapiya (PDT) psixoanalizə əsaslanan, xüsusilə uşaqlıqda psixotravma yaşamış şəxslərin müalicəsində çox perspektivli seçimdir. Depressiya zamanı PDT-nin effektivliyinin sistemli tədqiqinin kifayətsizliyi səbəbindən bu növ terapiyaya ilkin seçim kimi baxılır.
5. Qrup və ailə psixoterapiyasının depressiyanın müalicəsində effektivliyi sübut olunmuşdur. Psixoterapiyanın bu növləri xüsusilə təyin olunmuş rejimə riayət edilməsinin yaxşılaşdırılması, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin həlli və xəstəliyə dair məlumatlılığın artırılması mövzusunda daha səmərəlidir.

Pasiyentin depressiya ilə bağlı müayinəsi (PHQ-9)

Pasiyentin adı _____

Tarix _____

Son **2 həftə** ərzində Sizi aşağıda sadalanan hansı problemlərdən biri narahat etmişdir? (Cavabınızı qeydə alın✓)

	Heç vaxt 0	Bir neçə gün 1	Bütün günlərin çox hissəsi 2	Demək olar ki hər gün 3
1. Əhəmiyyətsiz maraq və ya adət edilmiş məşğuliyyətlərdən zövq almamaq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Əzginlik, əhvalın enməsi və ya əlacsızlıq hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yuxuya getmə problemləri, yuxusuzluq və ya həddən ziyadə yuxuculluq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yorğunluq hissi və ya enerji çatışmazlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zəif iştaha və ya çox yemə	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Özündən narazılıq hissi və ya özü ilə bağlı qeyri-qənaətbəxşlik hissi və ya özünü və ailəni pis vəziyyətdə qoymasına dair fikirlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fikri cəmləmə problemləri (məsələn, mütaliə zamanı, televizora baxarkən)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ətrafdakıların hiss etdiyi dərəcədə hərəkətlərdə və ya nitqdə lənglik və ya əksinə, adi halda olduğundan çox hərəkət etdikdə müşahidə edilən narahatlıq və tələskənlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ən yaxşı çıxış yolunun ölüm olması və ya özünə ziyan vurma fikirləri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nəticələrin izahı

2 sağ sütundan minimum 4 ✓ (birinci və ikinci sual daxil olmaqla) olmasına artıq depressiv pozuntunun mövcudluğu kimi baxılmalıdır. Depressiyanın ifadə olunma səviyyəsini müəyyən etmək üçün xalları toplayın.

Böyük depressiv pozuntu təyin olunur -

2 sağ sütunda minimum 5 ✓ varsa (onlardan biri birinci və ikinci suallara aiddir)

Digər depressiv pozuntular təyin olunur

2 sağ sütunda 2-dən 4-dək ✓ varsa (onlardan biri birinci və ikinci suallara aiddir)

Qeyd

Sorğu pasiyentin özünü qiymətləndirməsinə əsaslandığına görə bütün cavablar həkim tərəfindən yoxlanılmalıdır və son diaqnoz pasiyentin sualları nə dərəcədə başa düşdüyünə və pasiyentdən alınan digər məlumatlara əsaslanmalıdır. Böyük depressiya pozuntusu və ya digər depressiv pozuntu diaqnozları sosial, professional və digər mühüm fəaliyyət sahələrində olan pozuntuların mövcudluğuna əsaslanmalıdır. Əgər xəstənin halı adi kədər reaksiyası kimi qiymətləndirilirsə və ya anamnezdə maniakal epizodlar varsa (bipolyar pozuntular), somatik səbəblər, dərman preparatlarının və ya narkotik maddələrin qəbulu və ya depressiv simptomların yaranmasına səbəb olan digər faktorlar mövcuddursa, o zaman depressiv pozuntular istisna edilir.

Bütün qeydə alınmış sütunlarda olan ✓ işarəsinə uyğun gələn balları hesablayın.

Heç vaxt = 0,

Bir neçə gün = 1,

Bütün günlərin çox hissəsi = 2,

Demək olar ki, hər gün = 3

Şərh (yalnız həkimlər üçün)

0-4 – depressiyanın yoxluğu

5-9 – yüngül depressiya

10-14 – orta ifadəli depressiya

15-19 – ifadə olunmuş depressiya

20-27 – ağır depressiya

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

1960-cı ildə prof. M.Hamilton (Lids Universiteti, İngiltərə) tərəfindən icad olunmuş Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəli (HAM-D) depressiv xəstələrdə müalicədən əvvəl, müalicə zamanı və müalicədən sonra depressiyanın ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün (klinik dinamikanı müşahidə etmək üçün) istifadə edilən klinik vəsaitdir. Bu cədvəl uzun illər ərzində öz yüksək faydalılığını sübut etmişdir. İcad olunduğu tarixdən HAM-D cədvəli klinik praktikada çox geniş istifadə olunur. Bundan əlavə, farmakoloji tədqiqatlarda bu cədvəl dərmanların effektivliyini təyin edən standart kimi qəbul edilir. Psixiatrik xəstələrlə işləmək təcrübəsi olan klinisist tərəfindən doldurulur.

Klinisistlər üçün təlimat:

HAM-D cədvəli 21 bənddən ibarətdir. Ümumi bal ilk 17 bəndin ballarını cəmləməklə hesablanır. Cədvəl təxminən 20-25 dəqiqə çəkən klinik müsahibə keçirməklə doldurulur. HAM-D-nin doqquz bəndində olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub), səkkiz bənd isə 3-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0; 1; 2). Simptomların qiymətləndirilməsi xəstənin son bir neçə gün (1 həftə) ərzində olan klinik halını əks etdirir. Cədvəldən ardıcıl şəkildə istifadə etməklə klinisist medikamentoz müalicənin və ya psixoterapiyanın nəticələrini sənədləşdirə bilər.

Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

İlk 17 bəndin ümumi balları

0-7 – Norma

8-13 – Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu

14-18 – Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

19-22 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

> 23 – Çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D)

- 1. Depressiv əhval-ruhiyyə** (məyusluq, ümitsizlik, əlacsızlıq, özünü əhəmiyyətsiz hiss etmə)
 - 0 – yoxdur
 - 1 – bu hisslər yalnız sorğu zamanı məlum olur
 - 2 – bu hisslər sorğusuz da spontan olaraq verbal ifadə olunur
 - 3 – bu hisslər həm verbal, həm də qeyri-verbal (xəstənin mimikası, pozası, səsi, ağlaması) vasitələrlə ifadə olunur
 - 4 – xəstə **yalnız bu hissləri** həm spontan verbal ifadələrlə, həm də qeyri-verbal şəkildə ifadə edir
- 2. Günah hissi**
 - 0 – yoxdur
 - 1 – öz-özünü günahlandırır, hesab edir ki, digər insanları pis vəziyyətdə qoyub
 - 2 – günah fikirləri, keçmişdə edilən səhvlər və ya günahlar barədə fikirləşir
 - 3 – hal-hazırkı xəstəliyi cəza kimi qəbul edir; günahkarlıq sayıqlamaları
 - 4 – xəstə günahlandırıcı və hədələyici səslər eşidir və ya onda hədələyici görmə hallüsinasiyaları (qarabasma) olur
- 3. İntihar niyyətləri**
 - 0 – yoxdur
 - 1 – hiss edir ki, yaşamağa dəyməz
 - 2 – ölməyi arzulayır və ya ölüm ehtimalları barəsində fikirləşir
 - 3 – intihar fikirləri və ya intihar jestləri
 - 4 – intihar təşəbbüsləri (hər hansı ciddi intihar təşəbbüsü 4 balla qiymətləndirilir)
- 4. Erkən yuxusuzluq**
 - 0 – yoxdur
 - 1 – şikayət edir ki, vaxtaşırı yuxuya getməyə çətinlik çəkir (məsələn, 30 dəqiqədən artıq)
 - 2 – hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir
- 5. Gecə ərzində yuxusuzluq**
 - 0 – yoxdur
 - 1 – şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

- 2 – şikayət edir ki, gecə ərzində dəfələrlə oyanır – hər hansı yataqdan durma halı (fizioloji tələbatları ödəməkdən başqa) 2 balla qiymətləndirilir

6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

- 0 – yoxdur
- 1 – erkən səhər saatlarında oyanır, lakin yenidən yuxuya gedir
- 2 – yataqdan durduqdan sonra yenidən yuxuya getmək mümkün deyil

7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti

- 0 – çətinliklər yoxdur
- 1 – qabiliyyətsizlik fikirləri və hissləri; fəaliyyətlə (iş və ya hobbi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi
- 2 – fəaliyyətə (iş və ya hobbi) olan marağın itməsi; xəstə bunu birbaşa şikayətlərlə və ya dolayısı yollarla – süstlük, qətiyyətsizlik (fəaliyyətə başlamaq və ya onu davam etdirmək üçün əlavə cəhdlərin lazım olması hissi) ifadə edir
- 3 – fəaliyyətə sərf olunan real vaxtın azalması və ya fəaliyyətin səmərəliliyinin azalması
- 4 – xəstəlik nəticəsində işin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət işlərindən başqa digər fəaliyyət göstərməməsi və ya gündəlik məişət işləri ilə də köməksiz məşğul ola bilməməsi 4 balla qiymətləndirilir.

8. Psixomotor süstlük (təfəkkürün və nitqin ləngiməsi, diqqəti cəlb etmə qabiliyyətinin azalması, motor aktivliyinin azalması)

- 0 – normal nitq və təfəkkür
- 1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir
- 2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir
- 3 – müsahibə keçirmək çətindir
- 4 – tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

- 0 – yoxdur
- 1 – həyəcan qeyd edilir
- 2 – həyəcanlı əl hərəkətləri, saçla oynama və s.
- 3 – xəstə həyəcandan bir yerdə otura bilmir
- 4 – daim barmaqları şaqqıldatmaq, dırnaqları çeynəmək, saçı yolmaq, dodaqları dişləmək

10. Təşviş (psixoloji)

- 0 – yoxdur
- 1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma
- 2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirməsi
- 3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir
- 4 – sorğusuz da ifadə edilən qorxular

11. Təşviş (somatik əlamətləri) Təşvişin fizioloji əlamətləri (məsələn, vegetativ sinir sisteminin hiperreaktivliyi, titrəmələr, dispepsiya, qarın nahiyəsində sancılar, diareya, gəyirmələr, ürək döyümləri, hiperventilyasiya, paresteziyalar, dərinin qızarması, tərləmələr, baş ağrıları, sidiyə getmənin tezləşməsi. Dərmanların mümkün olan yanaşı effektlərinə (məsələn, ağızda quruluq, qəbizlik) aid olan şikayətlər barəsində sorğudan daşınır.

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

12. Qastrointestinal somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – iştahanın itməsi, lakin xəstə başqalarının təkidi olmadan qidanı qəbul edir. Qida qəbulunun miqdarı təxminən normaldır
- 2 – başqaların təkidi olmadan qidanın qəbulunda çətinliklər.
- 3 – əhəmiyyətli dərəcədə qida qəbulunun miqdarının azalması

13. Ümumi somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – ətraflarda, başda, kürəkdə ağırlıq hissi. Baş, kürək, əzələ ağrıları, enerjinin itməsi, tez yorulma
- 2 – yuxarıda göstərilən simptomlardan hər hansının kəskin dərəcədə ifadəsi 2 balla qiymətləndirilir

14. Cinsi simptomlar (libidonun itməsi, cinsi aktivliyin enməsi, menstrual pozuntular)

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

15. İpoxondriya

- 0 – yoxdur
- 1 – öz bədənində artmış diqqət
- 2 – xəstənin əsas diqqəti öz sağlamlığı ətrafında cəmlənib
- 3 – tez-tez səhhəti barəsində şikayət edir, ona kömək etməyi xahiş edir və s.
- 4 – ipoxondrik sayıqlama fikirləri

16. Bədən çəkisinin azalması

A. anamnezə əsasən

- 0 – yoxdur
- 1 – mövcud olan xəstəlik nəticəsində ehtimal edilən bədən çəkisinin azalması
- 2 – əhəmiyyətli dərəcədə bədən çəkisinin azalması (xəstənin sözlərinə əsasən)

B. həftəlik bədən çəkisinin ölçülməsinə əsasən

- 0 – yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az
- 1 – həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama qədəri
- 2 – həftədə 1 kiloqramdan artıq

17. Öz halına tənqidi yanaşma

- 0 – öz halına tənqidi var, anlayır ki, xəstədir və depressiya halındadır
- 1 – xəstəlik olduğunu qəbul edir, lakin onu yalnız pis qida ilə, iqlimlə, yorğunluqla və s. əlaqələndirir
- 2 – öz halına tənqidi yanaşma yoxdur, xəstə olduğunu tamamilə inkar edir

18. Gün ərzində əhval-ruhiyyənin dəyişməsi (A və B bəndlərə əsasən)

A. Xəstənin halının günün hansı hissəsində ağırlaşmasını qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – səhərlər
- 2 – axşamlar

B. Əgər xəstənin halının gün ərzində dəyişməsi mövcuddursa, bu dəyişmələrin hansı dərəcədə olduğunu qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – yüngül dərəcədə dəyişir
- 2 – nəzərə qarpan dərəcədə dəyişir

19. Depersonalizasiya və derealizasiya (öz şəxsiyyəti və ətraf mühitlə bağlı anlayışın dəyişməsi; məsələn, qeyri-reallıq hissi, nihilistik fikirlər)

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

20. Paranoid simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – ifrat dərəcədə şübhəlilik
- 2 – münasibət ideyaları
- 3 – təqib və münasibət sayıqlamaları

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

Xəstənin adı, soyadı _____

Ambulator kartın / xəstəlik tarixinin № _____

SİMPTOMLAR	Müalicədən qabaq	1-ci təkrar müayinə	2-ci təkrar müayinə
	Tarix_	Tarix_	Tarix_
1. Depressiv əhval-ruhiyyə	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Günah hissi	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. İntihar niyyətləri	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Erkən yuxusuzluq	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Gecə ərzində yuxusuzluq	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq	0 1 2 3 4	0 1 2	0 1 2
7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Psixomotor süstlük	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Ajitasiya (təlaş)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Təşviş (psixoloji)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Təşviş (somatik əlamətləri)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Qastrointestinal somatik simptomlar	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. Ümumi somatik simptomlar	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14. Cinsi simptomlar	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15. İpoxondriya	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Bədən çəkisinin azalması	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17. Öz halına tənqidi yanaşma	0 1 2	0 1 2	0 1 2
18. Gün ərzində halın dəyişməsi (A və B bəndlərinə əsasən)	(A) 0 1 2 (B) 0 1 2	(A) 0 1 2 (B) 0 1 2	(A) 0 1 2 (B) 0 1 2
19. Depersonalizasiya və derealizasiya	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Paranoid simptomlar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
21. Obsessiv-kompulsiv simptomları	0 1 2	0 1 2	0 1 2
ÜMUMİ BAL			

Yardım planı

Pasiyentə dair

Soyadı	Adı	Atasının adı	Doğum tarixi
Ünvan		Telefon	Pasport/sığorta
№ ambulator/stasionar kartlar		Tarix	

Depressiyaya dair

Pasiyentdə depressiya simptomları varmı (2 əsas və 2 əlavə)	< Bəli < Xeyr
PHQ-9 üzrə depressiyanın ifadə səviyyəsi	< yüngül (5-9 bal) < orta ifadəli (10-14) < ifadəli (15-19) < ağır (20-27)
Pasiyentdə intihara cəhd təhlükəsi varmı?	< Bəli < Xeyr

Müayinə və müalicə

Laborator və /və ya instrumental müayinə və həmçinin də digər mütəxəssislərin konsultasiyası (göstərmək)	
Müdaxilələr (preparat üçün onun adını, dozasını, qəbul rejimini və müddətini, psixoterapiya üçün isə növünü və sessiyaların tezliyini göstərmək)	
Vəziyyətin monitorinqi (növbəti gəlişin tarixini göstərmək)	
Əlaqələndirici şəxs və ya böhran vəziyyətinin yaranması zamanı yardım göstərmək məsuliyyəti daşıyan müəssisə	

Həkimə dair məlumatlar

Həkimin adı və soyadı

İmza

Depressiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
Antidepressantlar			
Escitalopram	Sipraleks 10 mq örtüklü tablet; Estolam 10 mq, 20 mq örtüklü tablet; Elisea 10 mq, 20 mq tablet; Eşçita 10 mq, 20 mq örtülü tablet;	10	10-20
Fluoxetine	Profluzak 20 mq kapsul; Prozak 20 mq kapsul;	10	10-80
Paroxetine*	Paxil 20mq, örtülü tablet;	10	10-60
Sertraline	Stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
Venlafaxine	Venlaksor 37,5 mq, 75 mq tablet; Velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq uzunmüddətli təsirə malik kapsul	37,5	75-225
Duloxetine	Dukset 30 mq, 60 mq kapsul; Duloksenta 30 mq, 60 mq kapsul; Depratal 30 mq, 60 mq enterik örtüklü tablet	30	30-60
Mirtazapine	Deprazin 30 mq tablet	15	15-45
Agomelatine	Melitor 25 mq tablet	25	25
Vortioxetine	Brintellix 5 mq, 10 mq, 15 mq, 20 mq örtüklü tablet	5	10
Aminotriptyline	Amitriptyline, 25 mq, örtülü tablet; Amitriptyline Hydrochlorid, 25 mq, tablet	25-50	75-300
Clomipramine	Anafranil, 25 mq, örtülü tablet	25	75-250
Atipik antipsixotik vasitələr			
Risperidone	Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Rispaksol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Torendo 2 mq, 4 mq tablet	1-2	3-6
Olanzapine	Egolanza 5 mq, 10 mq tablet; Zolaksa 5 mq örtüklü tablet; Zolaksa ODT 5 mq, 10 mq sorma tablet;	5-10	5-20

	Zalasta 5 mq, 10 mq tablet; Olanzapel 5 mq, 10 mq örtüklü tablet		
Aripiprazole	Aripegis 10 mq, 15 mq tablet; Aribit 10 mq tablet; Abizol 5 mq, 10 mq, 15 mq örtüklü tablet; Zilaksera 5 mq, 10 mq, 15 mq tablet	10-15	10-30
Quetiapine	Ketilept 100 mq, 200 mq örtüklü tablet; Kventiaks SR 25 mq, 150 mq, 200 mq, 300 mq tablet; Keday XR 50, 150, 200 mq uzunmüddətli təsirə malik tablet	25-200	200-800
Əhval ruhiyyə stabilizatorları			
Valproate	Depakine Chrono 300 mq, 500 mq örtüklü tablet	500-750	1000-2000
Lithium carbonate	Sedalit 300 mq tablet	600-900	1500-2100
Lamotrigine	Lamotrin 50 mq, 100 mq tablet	25	50-200
Gabapentin	Qabaqamma 100 mq, 300 mq tablet;	100	300-600
İkili aminlər			
Nortriptyline	Nortriptylin 25 mq, tablet	10-25	40-200
Trankvilizator			
Buspiron	Spitomin 5 mq, 10 mq	5-10	10-20
Hydroxyzine	Atarax 25 mq tablet	25-100	25-100
Alprozolam	Zolomaks 0,25 mq, 0,5 mq tablet	0,25-0,75	0,5-1
Lorazepam	Lorazepam 1 mq tablet	2-3	2-6
Clonazepam	Clonazepam 0,5 mq, 2 mq tablet	1	1-3
Diazepam	Relanium 10 mq/2 ml ampula	10	10-30

**Antidepressantların digər dərmanlarla qarşılıqlı təsiri,
əlavə təsir və əks-göstərişləri**

Digər dərman vasitələri ilə qarşılıqlı təsiri	Əlavə təsirləri	İstifadəsinə əks-göstərişlər
Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SSRI)		
<p>MAOI və digər antidepressantlarla, furazolidon və prokarbazinlə birlikdə təyini ölümlə nəticələnə bilən serotoninergik sindrom törədə bilər.</p> <p>Peroral antikoagulyantlar, oral hipoplükemik vasitələr, ürək qlikozidləri və s. birlikdə qəbulu onların plazmada qatılığının artırır. Sitoxrom P 450 ilə metabolizmə uğrayan dərman vasitələrinin metabolizmini ləngidir.</p> <p>Birlikdə təyin zamanı litiumun plazmada qatılığını dəyişdirir, fenitoinin qatılığını artırır, trisiklik antidepressantların səviyyəsini yüksəldir.</p> <p>Triptofan SSRI-nin serotoninergik təsirlərini gücləndirir. Alkoqolla birlikdə qəbul edilə bilməz.</p>	<p>Yuxululuq və yuxusuzluq, tremor, əsəbilik, MSS-in oyanıqlığının artması, diqqət pozuntusu, amneziya, başgicəllənmə, akkomodasiya iflici, midriaz, gözdə ağrılar, qulaqda küy, AT enməsi və yüksəlməsi, taxikardiya və bradikardiya, öskürək, rinit, dipnoe, taxipnoe, ürəkbulanma, iştahanın itməsi, dispepsiya, qaraciyər transaminazalarının aktivliyinin artması, stomatit, artrit, artralgiya, dizuriya, poliuriya, sidiyi saxlaya bilməmək, sidik ifrazının ləngiməsi, amenoreya, dismenoreya, mastit, seksual disfunksiyalar, periferik ödemlər, bədən çəkisinin azalması və ya artması, anemiya, leykopeniya, allergik reaksiyalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hiperhəssaslıq - MAOI ilə birlikdə qəbulu - qaraciyər/böyrək çatışmazlığı - epilepsiya və qıcolmalar - suisidal əhval ruhiyyə - şəkərli diabet - sidik kisəsi atoniyası - bağlı uclu qlaukoma - prostat vəzinin hipertrofiyası - laktasiya - uşaq yaşları, miokard infarktı, anamnezində qaraciyər sirrozu zamanı ehtiyatlılıq tələb olunur

Serotonin və Noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNRI)

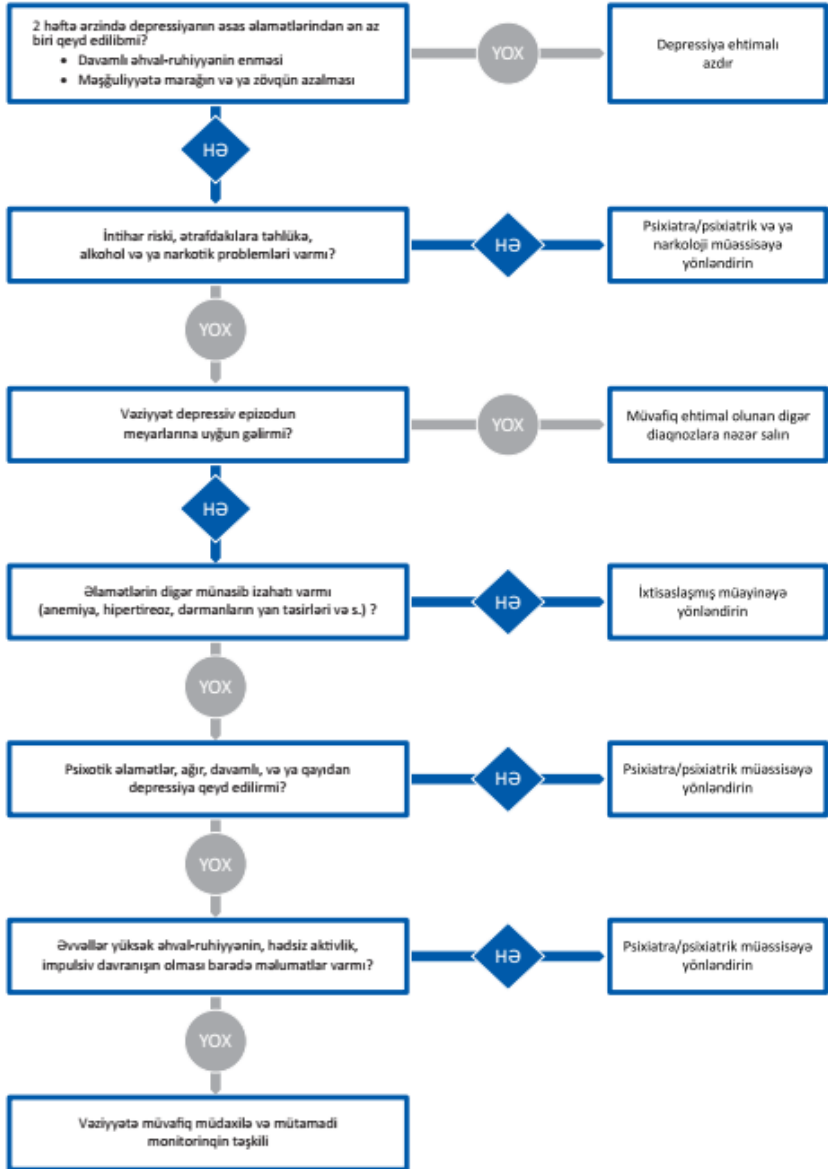
<p>MAOI və serotoninergik vasitələrlə birgə qəbulu yol verilməzdir. Klonidinin hipotenziv təsirini ləngidir. Qanda litiumun səviyyəsini dəyişdirir. Epinefrin və norepinefrin hipertoniya kriz və aritmik təsirini artırır. Diqoksin hemodinamik pozuntuları artırır.</p>	<p>Yuxululuq və yuxusuzluq, başgicəllənmə, başağrısı, həyəcan, əsəbilik, tremor, görmə bulanıqlığı, ağızda quruluq, ürəkbulanma, seksual disfunksiyalar, tərləmə, iştahanın itməsi, anoreksiya</p>	<p>- hiperhəssaslıq - MAOI ilə birlikdə qəbulu -18 yaşa qədər (effektivliyi və təhlükəsizliyi sübut olunmadığından)</p>
---	--	---

Tri- və Heterosiklik Antidepressantlar (TSA)

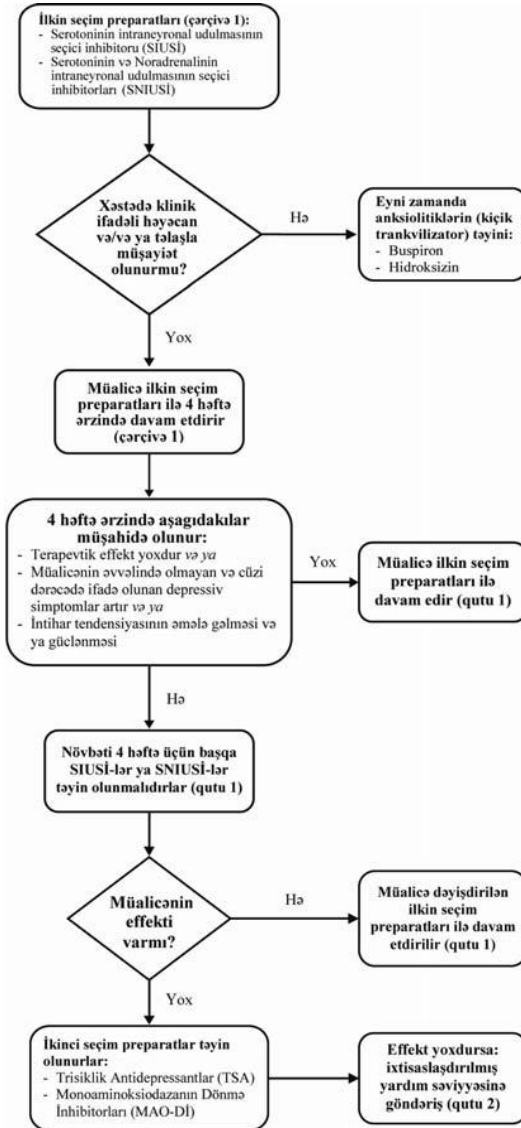
<p>Alkohol və MAOI ilə birlikdə təyin edilə bilməz. Fenitoinin effektivliyini azaldır. Xolinolitiklər, fenotiazin və benzodiazepinlər imipraminin sedativ və mərkəzi xolinolitik təsirlərini artırır. MSS-i süzləşdirən vasitələrin, simpatomimetiklərin, parkinsonizm əleyhinə vasitələrin təsirini qüvvətləndirir, hipotenziv və qıcolma əleyhinə vasitələrin təsirini zəiflədir</p>	<p>Başgicəllənmə, tremor, taxikardiya, ortostatik hipotenziya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, aritmiyalar, ağızda quruluq, qəbizlik, sidinin ləngiməsi bədən çəkisinin artması, fotosensibilizasiya</p>	<p>- Hiperhəssaslıq, qlaukoma, epilepsiya, prostat vəzin hiperplaziyası, sidik kisəsi atoniyası, parolitik bağırsaq keçməməzliyi, pilorostenoz, anamnezdə miokard infarktı, hamiləlik, laktasiya, 6 yaşa qədər uşaqlar</p>
--	--	--

İlkin səhiyyədə depressiyanın böyük yaş dövründə müalicəsi

Depressiyanın müayinə alqoritmi



İlkin səhiyyə səviyyəsində depressiyanın böyük yaş dövründə farmakoterapiyasının alqoritmi



1 Müalicənin xüsusiyyətləri:

- Müalicənin ilkin hissəsinə qaynaqlar natiçələri 2 həftədən tez olmayaraq meydana çıxır. Lakin depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün daha uzun müddət tələb olunur.
- Əlavə təsirlər terapiyanın müsbət təsirini qabaqlaya bilər və onlar adətən əlavə tədbirlərsiz keçir gedirlər.
- Uğurlu müalicə dozanın dəyişdirilməsini və ya digər antidepressantın təyini tələb edə bilər.
- Terapiya əhval rühiyyənin yaxşılaşmasından sonra 6 aydan az olmayaraq hələ davam etdiriləcək.
- İlkin səhiyyə sisteminin hakimləri MAO Dİ, iki antidepressantla uyğunlaşdırılmış terapiyanı, antidepressantla neyroleptikin, antidepressantla litiyin, antidepressantla əhval stabilizatorların kombinasiyasını təyin etməlidirlər.
- Antidepressantlarla aparılan müalicənin davamlılığı birinci epizodda remissiya əldə olunduqdan sonra altı aydan, ikinci epizodda isə iki ildən az olmamalıdır.
- Qeyri-məhdud zaman kəsiyində istifadə olunan antidepressantlı, dəstəkləyici terapiya üçün epizoddan və ya ifadə olunmuş ağırliq dərəcəsi, intihar cəhdləri, psixoz, uzunmüddətli depressiv epizodlarla müşayiət olunan ikinci epizoddan və ya 60 yaşından sonra təyin olunmalıdır.
- Müalicənin fəal fazasından fərqli olaraq dəstəkləyici terapiya zamanı antidepressantların daha az terapevtik dozalarından istifadə etmək olar.

2 İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:

- İntihara cəhd və ya ictimai təhlükə
- Psixotik depressiya
- Alqohol/narkotik maddələrdən istifadə
- Bipolyar pozuntunun depressiv epizodu
- Şəxsiyyət pozuntusu
- Komorbid psixi pozuntular
- İlkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünslüzlüyü zamanı.

Ədəbiyyat

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder Second Edition Washington DC 2010, www.psych.org
2. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders Adopted as APA Policy Feb. 16, 2019
3. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. 2016 Sep;61(9):540-60. doi: 10.1177/0706743716659417. Epub 2016 PMID: 27486148; PMCID: PMC4994790.
4. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Washington, D.C.: U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense; 2016. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDC_PGFINAL82916.pdf
5. National Institute for Health and Clinical Excellence: Clinical Guideline 23 (amended) Depression: management of depression in primary and secondary care April 2010 Updated 2020 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
6. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. Med J Aust. 2018 Mar 5;208(4):175-180. doi: 10.5694/mja17.00659. PMID: 29490210
7. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. <https://app.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>
9. N.Ə. Əliyev, F.İ. Məmmədova, M.Z. Sultanov Əsas Psixiatrik Reyting (Psixometrik) Cədvəllərinin Toplumu Bakı, 2009

