

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
Kollegiyasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli  
24 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**OBSESSİV-KOMPULSİV POZUNTULARIN  
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL  
(2-ci nəşr yeniləşdirilmiş)**

**Bakı – 2021**

616.155.194.8

O 12

**O 12** Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş).  
B.: “\_\_\_\_\_”, 2021. – 34 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 21 may 2015-ci il tarixli 23 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yeniləşdirilmiş variantıdır.

***Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:***

**F. İsmayılov** – AR SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, ATU-nun psixiatriya kafedrasının professoru, t.e.d.

**R. Salayev** – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini, MSc, həkim-psixiatr

**A. İsmayılova** – AR SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi, psixiatrı

**S.Nəcəfova** – AR SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi, psixiatrı

**Ş. İsmayılova** – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

***Rəyçi:***

**İxtisarlarm siyahısı**

**DSM-5** – Psixi pozuntuların diaqnostika və statistikasına üzrə rəhbərlik, 5-ci baxış (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*)

**EEQ** – elektroensefaloqrafiya

**ECT** – elektrocəngolma terapiyası

**EKQ** – elektrokardiografiya

**XBT-10-11** – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10 və 11-ci baxış

**KDT** – koqnitiv-davranış (*behavioral*) terapiyası

**OKP** – obsessiv-kompulsiv pozuntu

**RQAE** – ritualların qarşısının alınması ekspozisiyası

**SSRI** – serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru

**TMS** – transkraniyal maqnit stimulyasiya

**TSA** – trisiklik antidepressantlar

**ÜST** – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

**Y-BOCS** – (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) Yel-Braun obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika cədvəli

*Klinik protokol ilkin səhiyyə səviyyəsində işləyən sahə həkimləri, ailə həkimləri və həkim-psixiatrlar üçün nəzərdə tutulmuşdur.*

**Pasiyent qrupu:** *obsessiv-kompulsiv pozuntuları olan xəstələr.*

**Protokol** *obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi, erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi, müəyyən olunmuş psixopatoloji simptomların aradan qaldırılması və bu simptomlarla olan xəstələrin həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan müasir metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.*

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

**Obsessiya** – güclü təşviş yaranan, daim təkrarlanan arzuolunmaz, sarışan fikirlər, meyllər və obrazlardır. Onlar ya birdən-birə, ya da hər hansı bir vəziyyət və hadisə ilə əlaqədar olaraq yarana bilər. Obsessiyaların daha çox rast gəlinən mövzusu infeksiya xəstəliklərinə yoluxma və infeksiya yayma qorxusu, ətrafına təsadüfi, ya da düşünülmüş zərər yetirmə qorxusu, kobud səhv etmə qorxusu, mənəvi və dini qadağaları pozma qorxusu, pedofil və homoseksual davranış törətmə qorxusu olur.

**Kompulsiya** – pasiyent “qeyri-adi, fəvqəltəbii” şəkildə onu qorxudan hadisənin, sarışan fikirlərlərin qarşısını almaq və ya həyəcanı, gərginliyi azaltmaq üçün etməyə ehtiyac hiss etdiyi fiziki və ya psixi hərəkətlərdir (rituallar).

**Fiziki kompulsiyalar** – tez-tez əl yuma, qapıları bağlama və s. kimi kənardan hiss olunan təkrarlanan hərəkətlərdir.

**Psixi kompulsiyalar** – kənardan hiss olunmayan, xəstənin iradəsinə tabe olmayan və onu narahat edən fikrində təkrarlanan hesablama, dualar və qarğışlar kimi sarışan pozuntulardır

Obsessiyalar, sarışan fikirlər və narahatlıq kimi koqnitiv fenomenlər bu vəziyyətlərin yarımqrupları üçün (yəni, obsessiv-kompulsiv pozuntu, dismorfofobiya, ipoxondriya, qoxu pozuntusu) əsas sayılır və yanaşı təkrarlanan davranışlarla müşayiət olunur. Patoloji yığıcılıq pozuntusu (silloqomaniya) sarışan arzuolunmaz fikirlərlə bağlı deyildir, daha çox əşyaların sarışan toplanması və onları atdıqda yaranan distreslə xarakterizə olunur. Bu qrupa həmçinin nəzərəçarpan koqnitiv aspekti olmayan, dəri örtüyünə yönəldilmiş (tüklərin çıxarılması, dərinin didilməsi), ilk növbədə təkrarlanan və adət edilmiş hərəkətlərlə xarakterizə olunan bədən

fokuslu təkrarlanan davranış pozuntusudur.

## **Epidemiologiya**

Əhalinin 80%-nin müəyyən vaxtlarda sarışan fikirlər hiss etməsinə və təxminən 50%-nin müəyyən rituallar etməsinə baxmayaraq, OKP-nin klinik təzahürlü vəziyyətinə bir o qədər tez-tez rast gəlinmir. OKP-yə 18 yaşından yuxarı qadınlarda daha çox rast gəlinir, kişilərdə isə bu, daha erkən yaşlarda başlayır. 15 yaşa kimi olan uşaqlar arasında OKP-nin yayılması 0,25% təşkil edir. OKP-nin epidemioloji göstəriciləri sosial-iqtisadi vəziyyətdən və etnik mənsubiyətdən asılı olmur.

OKP-nin başlanmasına xas olan 19-30 yaş dövrüdür. Təxminən 25% pasiyentlərdə xəstəlik 14 yaşından sonra başlayır. Xəstəliyin 35 yaşdan sonra başlanması nadir hallarda rast gəlinir.

Xəstəliyin daha erkən başlanğıcı simptomların kəskin təzahürü, daha çox kompulsiyaların olması ilə (obsessiyasız) xarakterizə olunur. Belə hallarda komorbid pozuntular (tiklər, diqqət çatışmazlığı hiperaktivlik sindromu və təşviş pozuntusu) və müalicəyə həssaslığın olmaması müşahidə olunur. Eyni zamanda uşaq və yeniyetmə dövründə xəstələnlərin 40%-də yetkinlik dövründə tam remissiya müşahidə olunur.

OKP-dən əziyyət çəkən xəstələrin yarısında suicidal (özünə qəsd) fikirlər, 25%-də isə suicidal cəhdlər qeyd oluna bilər. Özünə qəsd cəhdi daha çox yanaşı gedən depressiya ilə əlaqədar yaranır. OKP həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyanın nəzərə çarpacaq dərəcədə enməsi ilə assosiasiya olunur. Məsələn, OKP-si olan xəstələr obsessiyayı və kompulsiyayı yaradan vəziyyətdən və ya insanlara zərər yetirə bilmə qorxusuna görə onlarla münasibətdən qaça bilərlər. Eyni zamanda obsessiyalarla əlaqədar olaraq onlar həkimə müraciət etməkdən də qaçırırlar. Bəzi xəstələr ailə münasibətlərinə neqativ təsir edən öz qayda və qadağalarını yaymağa çalışırlar.

### **Obsessiv-kompulsiv və ya oxşar pozuntuların risk amilləri**

OKP-nin inkişaf etməsində risk amilləri arasında aşağıdakıları göstərmək olar:

- ▶ irsiyyətində OKP-nin və tik pozuntunun olması
- ▶ qeyri-kafi həyat şəraiti
- ▶ cinsi, dini və gigiyena sahəsində uyğunlaşa bilməyən

mövqenin formalaşması ilə əlaqədar yaranan mədəni-sosial amillər

- ▶ neqativ emosionallıq
- ▶ inkişaf prosesinə davranışın təsiri, uşaqlıqda baş verən fiziki və cinsi zorakılıq
- ▶ infeksiyadan sonra yaranmış autoimmün sindrom

## **XBT-11 ÜZRƏ TƏSNİFAT**

### **6B20 Obsessiv-kompulsiv pozuntu (XBT-10 kodu F42 )**

Obsessiv-kompulsiv pozuntu daimi obsessiylar və ya kompulsiyaların yaxud onların hər ikisinin olması ilə xarakterizə olunur. İnsan onlara fikir verməməyə və ya kompulsiyaların köməyi ilə onları neytrallaşdırmağa çalışır. Obsessiya və kompulsiyalar böyük vaxtı əhatə etməlidir (gündə 1 saatdan az olmayaraq) və ailə, şəxsi, sosial, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə çətinlik və pozuntulara səbəb olurlar. Funksional adaptasiyanın saxlanması nəzərə çarpan əlavə səylər tələb edir. Simptom və davranışlar digər tibbi vəziyyətin təzahürü (məsələn, bazal qanqlionların işemik insultu) deyil və kəsilmə sindromu da daxil olmaqla psixoaktiv maddə və ya dərman vasitələrinin (məsələn, amfetaamin) MSS-nə təsirlə bağlı deyildir.

- **6B20.0 Özünədənqidə obsessiv-kompulsiv pozuntu** - Obsessiv-kompulsiv pozuntunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının yanlış olduğunu başa düşür və alternativ izahları qəbul edir. Məhdud hallarda (həddən artıq təşvişli) özünədənqid olmaya bilər.
- **6B20.1 Özünədənqid olmayan obsessiv-kompulsiv pozuntu** - Obsessiv-kompulsiv pozuntunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının doğru olduğunu düşünür və alternativ izahları qəbul etmir. Özünədənqidin olmaması təşvişin ağırlıq dərəcəsindən asılı deyildir.
- **6B20.Z Obsessiv-kompulsiv pozuntu, dəqiqləşdirilməmiş**

### **6B21 Bədən dismorfik pozuntu**

Bədənin dismorfik pozuntusu zahiri görkəmdə digərləri tərəfindən bir və ya bir neçə nəzərəçarpmayan və ya zəif

nəzərəçarpan qüsurlar və ya qüsurları ilə bağlı daimi narahatlıqla xarakterizə olunur.

Şəxs çox zaman istinadları qeyd etməklə (məsələn, insanlar qüsurları və ya çatışmazlığa diqqət edir, onun haqqında danışır, müzakirə edir) həddən artıq narahatlıq hiss edirlər.

Narahatlığına cavab olaraq belə şəxslərin zahiri görkəmin təkrar nəzərdən keçirilməsi və ya aşkar edilmiş qüsurların gizlədilməsi və ya dəyişdirilməsi üçün həddən artıq səy göstərdiyi və ya aşkar edilmiş qüsurla bağlı distresi artıran sosial şərait və tətikləyici amillərdən səylə yayınmasının daxil olduğu təkrarlanan və izafi davranışlar nümayiş etdirirlər.

Simptomlar ailə, şəxsi, sosial, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə çətinlik və pozuntulara səbəb olacaq ağırlıqdadır.

- **6B21.0 Özünədən qədər bədən dismorfik pozuntu** - Bədən dismorfik pozuntunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının yanlış olduğunu başa düşür və alternativ izahları qəbul edir. Məhdud hallarda (həddən artıq təşvişli) özünədən qədər olmaya bilər.
- **6B21.1 Özünədən qədər olmadan bədən dismorfik pozuntu** - Bədən dismorfik pozuntunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının doğru olduğunu düşünür və alternativ izahları qəbul etmir. Özünədən qədər olmaması təşvişin ağırlıq dərəcəsindən asılı deyildir.
- **6B21.Z Bədən dismorfik pozuntu, dəqiqləşdirilmiş**

## **6B22 Qoxu pozuntusu**

Qoxu pozuntusu şəxsin bədənini və ya nəfəsindən digərləri tərəfindən hiss edilməyən və ya az hiss edilən iy gəlməsinə dair daimi narahat fikirlərinin olması ilə xarakterizə olunur.

Şəxs çox zaman istinadları qeyd etməklə (məsələn, insanlar qüsurları və ya çatışmazlığa diqqət edir, onun haqqında danışır, müzakirə edir) həddən artıq narahatlıq hiss edirlər.

Narahatlığına cavab olaraq belə şəxslərin bədən iyinin və ya qoxunun mənbəyinin dəfələrlə nəzərdən keçirilməsi, özünü sakitləşdirmək cəhdləri və ya iyin gizlədilməsi, ləğv edilməsi və ya dəyişdirilməsi üçün həddən artıq səy göstərdiyi və ya qoxuyla bağlı

distresi artıran sosial şərait və tətikləyici amillərdən səylə yayınmasının daxil olduğu təkrarlanan və izafi davranışlar nümayiş etdirirlər.

Simptomlar ailə, şəxsi, sosial, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə çətinlik və pozuntulara səbəb olacaq ağırlıqdadır.

- **6B22.0 Özünətənqidlə qoxu pozuntusu** - Qoxu pozuntusunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının yanlış olduğunu başa düşür və alternativ izahları qəbul edir. Məhdud hallarda (həddən artıq təşvişli) özünətənqid olmaya bilər.
- **6B22.1 Özünətənqid olmadan qoxu pozuntusu** - Qoxu pozuntusunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox zaman şəxs onun pozuntuya spesifik inanclarının doğru olduğunu düşünür və alternativ izahları qəbul etmir. Özünətənqidin olmaması təşvişin ağırlıq dərəcəsiindən asılı deyildir.
- **6B22.Z Qoxu pozuntusu, dəqiqləşdirilmiş**

### **6B23 İpoxondriya (XBT-10 kodu F45.2)**

İpoxondriya bir və bir neçə ciddi, progressiv və sağlamlığa təhlükə yaradan xəstəlik ehtimalı qarşısında narahatlıq və ya qorxu ilə xarakterizə olunur.

Narahatlıq sağlamlıqla bağlı həddən artıq və təkrarlanan davranışlar və ya qeyri-adekvat davranış yayınmaları şəklində təzahür edən, normal və adi hissiyyatlar da daxil olmaqla bədən əlamət və simptomlarının yanlış interpretasiyası ilə bağlıdır.

Narahatlıq və ya qorxu pasiyentin konkret məzmunla əlaqədar əsaslanmış ehtimalı deyildir və müvafiq tibbi müayinə və sübut edilməsinə baxmayaraq saxlanılır və ya təkrarlanır.

Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur.

- **6B23.0 Özünətənqidlə ipoxondriya** - İpoxondriyanın bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox hallarda şəxs onun pozuntusunun-spesifik inanclarının doğru olmadığını nəzərə alır və alternativ izahları qəbul etməyə hazır olur. Məhdud hallarda isə (məsələn, həddən artıq təşvişli olanda)



özünətənqid olmaya bilər.

- **6B23.1 Özünətənqid olmadan ipoxondriya** - İpoxondriyanın bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Əhatə etdiyi bütün müddət və ya müddətin çox hissəsi ərzində şəxs pozuntuya xas fikirlərinin həqiqi olduğuna inanır və alternativ izahları qəbul edə bilmir. Təşvişin dərəcəsindən asılı olmayaraq fərdin özünətənqidinin olmamasında dəyişiklik müşahidə edilmir.
- **6B23.Z İpoxondriya, dəqqiləşdirilməmiş**

## **6B24 Yığıcılıq pozuntusu**

Yığıcılıq pozuntusu əşyaların faktik dəyərini nəzərə almadan əşyaların həddən artıq istifadə edilməsi və ya atılması ilə bağlı çətinliklə əlaqədar əşyaların toplanması ilə xarakterizə olunur.

Həddən artıq yığıcılıq əşyaların alınması və toplanması ilə bağlı təkrarlanan cəhd və davranışlarla xarakterizə olunur. Əşyalardan imtina edilməsinin çətinliyi onların qorunması və atıldığı zaman yaranan distreslə xarakterizə olunur. Əşyaların yığılması zamanı yaşayış yeri o dərəcədə sıxlaşır ki, istifadəsi və təhlükəsizliyi risk altında qalır.

Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur.

- **6B24.0 Özünətənqidlə yığıcılıq pozuntusu** - Yığıcılıq pozuntusunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox hallarda şəxs onun pozuntusunun-spesifik inanclarının və davranışlarının (həddən artıq yığıcılıq, əşyaların atılması ilə bağlı çətinlik, səliqəsizlik) doğru olmadığını nəzərə alır və alternativ izahları qəbul etməyə hazır olur. Bu bölmə məhdud hallarda (məsələn, həddən artıq təşvişli olanda) özünətənqid olmadığı zaman da tətbiq edilə bilər.
- **6B24.1 Özünətənqid olmadan yığıcılıq pozuntusu** - Yığıcılıq pozuntusunun bütün diaqnostik tələbləri qarşılır. Çox hallarda şəxs onun pozuntusunun-spesifik inanclarının və davranışlarının (həddən artıq yığıcılıq, əşyaların atılması ilə bağlı çətinlik, səliqəsizlik) alternativ izahlara baxmayaraq problemlili olduğunu qəbul etmir. Təşvişin dərəcəsindən asılı olmayaraq fərdin özünətənqidinin olmamasında dəyişiklik

müşahidə edilmir.

- **6B24.Z Yığıcılıq pozuntusu, dəqiqləşdirilməmiş**

### **6B25 Bədənə fokuslu təkrarlanan davranış pozuntuları**

Bədənə fokuslu təkrarlanan davranış pozuntusu adətən dəri örtüklərinə yönəlmiş (məsələn, tüklərin çıxarılması, dərinin didilməsi, dodaqların çeynənməsi) və dermatoloji nəticələrə səbəb olan (saçların tökülməsi, dərinin zədələnməsi, dodaqlarda soyulma) davranışların azaldılması və ya dayandırılması istiqamətində uğursuz cəhdlərlə müşayiət olunan vərdiş edilmiş və təkrarlanan hərəkətlərlə xarakterizə olunur. Davranışlar gün ərzində dəfələrlə qısa dövrlərlə və ya az sayda uzun dövrlərlə baş verə bilər. Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur.

- **6B25.0 Trixotillomaniya** - Trixotillomaniya davranışın azaldılması və ya dayandırılması istiqamətində uğursuz cəhdlərlə müşayiət olunan, saçların nəzərəcarpacaq dərəcədə tökülməsilə nəticələnən, öz saçlarının təkrarlanan çıxarılması ilə xarakterizə olunur. Tüklər bədənin istənilən nahiyəsindən çıxarıla bilər, lakin baş dərisi, qaşlar və kirpiklər daha geniş yayılmış nahiyələrdir. Davranışlar gün ərzində dəfələrlə qısa dövrlərlə və ya az sayda uzun dövrlərlə baş verə bilər. Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur.
- **6B25.1 Ekskoriaziya (dərinin didilməsi) pozuntusu** - Ekskoriaziya pozuntusu davranışın azaldılması və ya dayandırılması istiqamətində uğursuz cəhdlərlə müşayiət olunan, dərinin təkrarlanan didilməsilə xarakterizə olunur. Daha çox seçilən nahiyə üz, qol və əllərdir, lakin bir çox insanlar bir neçə nahiyəni seçirlər. Davranışlar gün ərzində dəfələrlə qısa dövrlərlə və ya az sayda uzun dövrlərlə baş verə bilər. Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur.
- **6B25.Y Digər spesifik bədənə fokuslu təkrarlanan davranış pozuntuları**

## Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostikası

Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostikasında Yel-Braun obsessiv-kompulsiv simptomların cədvəlindən (Y-BOCS) istifadə edilir. Cədvəl iki hissədən ibarətdir:

- ▶ obsessiyaların reyting cədvəli üzrə balların qiymətləndirilməsi
- ▶ kompulsiyaların reyting cədvəli üzrə balların qiymətləndirilməsi  
(Əlavə 1)

## Diferensial diaqnostika

Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diferensial diaqnostikası Cədvəl 1-də göstərilib.

### Cədvəl 1. Obsessiv-kompulsiv və ya oxşar pozuntuların diferensial diaqnostikasının prinsipləri

Pozuntu	Oxşar əlamətlər	Fərqli əlamətlər
Təşviş pozuntuları	Təkrarlanan fikirlər, yayınan davranış, təsdiqə ehtiyac	Rasional ehtiyatlılıq, konkret vəziyyətlərlə məhdudlaşma, kompulsiyaların olmaması
Depressiv pozuntular	Xoşagəlməyən fikirlər, bədbianə gözləntilər	Fikirlər sarışan hal kimi qəbul olunmur, əhvali-ruhiyyəyə uyğun olur
Qida pozuntuları	Qida və çəki ilə əlaqədar təkrarlanan fikirlər	Fikirlər ancaq çəki və qidaya yönəlidir
Tik pozuntusu	Stereotip, arzuolunmaz	Obsessiyaların azalmasına yönəlmir
Psixotik pozuntular	Sarışan sayıqlama ideyaları, stereotip təsir	Tənqid olmur, digər əlamətlər olur (məsələn, təfəkkürün formal pozuntuları)
Asılılıq	Kompulsiv davranış	Davranış həzz almağa yönəldilir
Obsessiv-kompulsiv şəxsiyyət pozuntusu	Pozuntuların adlarının oxşar olması	Obsessiya və kompulsiyaların olmaması

## **İLKİN SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ ÇALIŞAN SAHƏ VƏ AİLƏ HƏKİMLƏRİ TƏRƏFİNDƏN OBSESSİV-KOMPULSİV POZUNTULARIN AŞKAR EDİLMƏSİ VƏ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİ**

1. OKP riski yüksək olan, həm də digər səbəblərdən – depressiya, təşviş pozuntusu, qida pozuntusu, ipoxondrik pozuntu və s. yardıma müraciət edən şəxslərə OKP-nin mövcud olmasını təsdiq etmək üçün skrining keçirmək və aşağıdakı sualları vermək lazımdır:
  - ✓ Olur ki, tez-tez və çox yuyunasınız?
  - ✓ Olur ki, Siz nəyi isə dəfələrlə yoxlayasınız?
  - ✓ Olur ki, Siz əşyaları müəyyən qaydada yığmağa meyil edəsiniz?
  - ✓ Olur ki, Sizi incidən hər hansı bir fikirdən azad olmaq istəyirsiniz, lakin bacarmırsınız?
  - ✓ Olur ki, Siz necə görünməyiniz barədə daim narahatlıq keçirir və çalışırsınız ki, bu barədə düşünməyəsiz?
  - ✓ Olur ki, ev işləri çox vaxtınızı alsın və onları bitirməkdə çətinlik çəkəsiniz?
  - ✓ Bu problemlər Sizin həyatınıza, məsələn, cəmiyyətdə işləməyə, ev işlərini görməyə, yaxınlarınız ilə münasibətə mane olur?
2. Bu suallardan heç olmasa birinə təsdiq cavabı aldığınız təqdirdə OKP-nin və onun ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün standartlaşdırılmış cədvəldən (Y-BOCS, *Əlavə 1-ə bax*) istifadə edin.
3. OKP-nin əlamətlərinin aşkarlanması zamanı həkim yanaşı gedən depressiya, özünə zərər vermə və intihar təhlükəsini qiymətləndirməlidir. Riskin qiymətləndirilməsi kompulsiv davranışın pasiyentin özünə və ətrafına təsirinə baxılmasından ibarət olur.
4. OKP-nin yüngül simptomlarının mövcudluğu zamanı medikamentoz müalicənin faydasından çox, ziyanının ola biləcəyini nəzərə alaraq dərman vasitələrinin ilkin təyini tövsiyə edilmir. Belə hallarda həkim pasiyentin halını diqqətlə müşahidə etməli və qeyri-medikamentoz müdaxilə həyata keçirməlidir.

(Əlavə 2, 3).

5. Pasiyentin maarifləndirilməsi OKP-nin müxtəlif təzahürlərinə, müalicə metodlarına və profilaktikasına dair məlumat verən həkimlə keçirilən mütəmadi görüşlər zamanı aparılır.
6. OKP-nin yüngül və yaxud zəif ifadə olunmuş əlamətlərinə malik olan pasiyentlərə ritualların qarşısının alınması üçün ekspozisiya (RQAE) aparılması məsləhət görülür. RQAE obsessiya və təşviş yaradan vəziyyətə qarşı pasiyentin özünün cəlb olunmasını nəzərdə tutur və bununla yanaşı pasiyenti kompulsiv davranışı həyata keçirməkdən çəkinməyə təlimatlandırır.
7. Effekt olmayanda və yaxud pasiyent RQAE-dən imtina edəndə digər qeyri-medikamentoz müdaxilə (koqnitiv-davranış terapiyası) tətbiq olunur:
  - ✓ koqnitiv restrekturizasiya – aşkara çıxarmaq, yoxlamaq və daha konstruktiv həll etmək yolu ilə disfunkional fikirlərin dəyişilməsidir
  - ✓ neytrallaşmış texnika, məsələn, obsessiyaların dayandırılması texnikası və ya progressiv relaksasiya texnikası
  - ✓ mnemonik kart texnikası – pasiyentin təhlükəsizliyini təmin edən və təşvişinin qarşısını ala bilən frazaların xatırladılmasından ibarətdir
8. Kompulsiv davranışa pasiyentin ailə üzvləri də cəlb oluna bilərlər. Məsələn, OKP-si olan xəstə müəyyən ritualları etməyə onları da məcbur edir. Yardım planına həm də OKP-si olan pasiyentin koqnitiv davranışında ailə üzvlərinin cəlb olunmasının azaldılmasına yönəldilən psixoloji müdaxilə də qoşulmalıdır.
9. Pasiyentlər aşağıdakı hallarda ixtisaslaşdırılmış yardım sisteminə (həkim-psixiatra) yönəndilməlidirlər:
  - ✓ OKP-nin əlamətlərinin təzahürü (Y-BOCS >15 bal)
  - ✓ 12 həftə ərzində müalicənin effektinin olmaması
  - ✓ depressiya və şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
  - ✓ özü və ətrafı üçün təhlükə riskinin olması
  - ✓ cinsi, ölümlə əlaqəli və ya aqressiv obsessiyaların olması

- ✓ pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
- ✓ ilkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü

## **İXTİSASLAŞDIRILMIŞ YARDIM SİSTEMİNDƏ OBSESSİV-- KOMPULSİV POZUNTULARI OLAN PASİYENTLƏRİN MÜAYİNƏSİ VƏ MÜALİCƏSİ**

### **Pasiyentlərin müayinəsi**

1. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım sistemində işləyən həkim-psixiatr əvvəlcədən diaqnozu qoyulmuş OKP və ya oxşar pozuntunun təsdiq və ya inkar etmək üçün dəqiq, hərtərəfli müayinə aparmalıdır.
  - ✓ Obsessiya və kompulsiyaların ifadəlilik dərəcəsini müəyyən etmək, həmçinin müalicə prosesində bu simptomların sonrakı monitorinqi üçün Yel-Braun obsessiv-kompulsiv simptomların cədvəlindən (Y-BOCS) istifadə edilir.
2. OKP və ya oxşar pozuntu diaqnozu olan şəxslərdə yanaşı depressiyanın olub-olmaması aydınlaşdırılmalı və özünə zərər yetirmə və ya intihar riski qiymətləndirilməlidir. OKP simptomlarının pasiyentin özünə və ətrafdakılara təsirini aydınlaşdırmaq bu müayinənin bir hissəsini təşkil edir.
3. Plastik cərrahiyyəyə və ya dermatoloji müalicəyə müraciət etmək istəyən bədən dismorfik pozuntusu olan şəxslərə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.
4. Müvəqqəti fiziki xəstəliyin müalicəsilə məşğul olan ipoxondriya diaqnozu təyin edilmiş şəxslərə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

### **Obsessiv-kompulsiv və ya oxşar pozuntular zamanı KBT**

1. OKP zamanı psixoterapiyanın yeganə sübut olunmuş effektiv metodu KDT-dir. KDT-li ekspozisiyaya əsaslanmış texnika və koqnitiv texnika aiddir.
2. Ekspozisiyaya əsaslanmış texnika sistemativ desensibilizasiyanı, emosional gərginliyin, pasiyenti qorxudan obyekt və ya vəziyyətlərə qarşı yaranan təşviş və qorxuların azaldılması üçün olan metodikanı təqdim edir. Bu texnika real şəraitdə və ya təsəvvürlərdə istifadə olunur:

- ✓ real şəraitdə ekspozisiyanın aparılması zamanı pasiyentə obsessiya ilə əlaqəli hansısa bir hərəkəti etməsi təklif edilir (məsələn, qapının qulpuna toxunmaq),
  - ✓ təsəvvür ekspozisiyası zamanı isə pasiyentə obsessiya ilə əlaqədar vəziyyəti təsəvvür etmək təklif edilir (məsələn, yaxın adamda infeksiya xəstəliyi).
3. Çox vaxt ekspozisiya ritualları edilməsinin qarşısını almaqla birgə istifadə edilir.
  4. Koqnitiv texnikalar səhf fikirlər, obsessiya və kompulsiya ilə əlaqədar irrasional (məntiqlə uyğun olmayan) baxışların aradan qaldırılmasına yönəldilir. Belə irrasional baxışlara aiddir:
    - ✓ hədə, risk və ya zərərin gücləndirilməsi
    - ✓ fikirlərə normadan artıq əhəmiyyət verilməsi
    - ✓ daimi yoxlamanın vacibliyi
    - ✓ qeyri-müəyyənlik qorxusu
    - ✓ perfeksionizm
    - ✓ həddindən artıq məsuliyyət, günah və eyib hissi
    - ✓ həddindən artıq mənəvi tələbat
  5. Başlanğıc mərhələdə pasiyentlərə ehtimal olunan hadisələri və onların nəticələrinin ciddiliyini müəyyən etmək öyrədilir. Sonra onlar sarışan fikirləri neytrallaşdıran və kompulsiv davranışa qarşı müqavimət göstərməyə imkan yaradan yeni koqnitiv yanaşmaları inkişaf etdirirlər.

### **Medikamentoz müalicə**

1. Medikamentoz müalicə orta-ifadəli və ya ağır OKP simptomları olan pasiyentlərə təyin edilməlidir.
2. Müalicə terapiyasının təyin olunmasından əvvəl pasiyent aşağıda qeyd olunanlarla məlumatlandırılmalıdır:
  - ✓ Müalicə alışqanlıq və ya asılılıq yaratmır
  - ✓ Dərman vasitələri ilə müalicənin dayandırılması, dərman vasitəsinin qəbulunun ötürülməsi və ya dozanın azadılması zamanı simptomların yenidən yaranması riski mövcuddur
  - ✓ Dərman vasitələrinin qəbulu ən çox müalicənin əvvəlində müntəzəm monitorinqin aparılmasını tələb edən təşvişin artması, akatiziyanın və ya özünə qəsd fikirlərinin yaranması ilə müşahidə oluna bilər

- ✓ Dərman vasitələrinin təsirinin başlanğıcı 12 həftəyə kimi uzana bilər, amma müşahidə olunan depressiyanın əlamətləri daha qısa vaxt ərzində keçə bilər
  - ✓ Dərman vasitəsi 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
  - ✓ Dərman vasitəsinin qəbul edilməsi pasiyentin xasiyyətinin zəifliyi demək deyil
3. OKP ilə yanaşı depressiyası olan xəstələr, həmçinin OKP-si olan cavan xəstələr tez-tez və müntəzəm şəkildə müalicə həkiminin müşahidəsində olmalıdırlar və onlara təyin olunan dərman vasitələri az miqdarda yazılmalıdır.
  4. OKP zamanı ilkin seçilən dərman vasitələrinə serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (**SSRI**) aiddir: **fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin və essitalopram**. Bədənin dismorfik pozuntusu zamanı ilkin seçim dərman vasitəsi **fluoksetindir**, bu dərman vasitəsinin müqayisədə daha effektiv olduğu sübut olunub.
  5. Antidepressantların qəbulu zamanı kəskin və davamlı əlavə təsirlər əmələ gəldiyi üçün dərman vasitəsi digər SSRI ilə əvəz olunmalıdır.
  6. 4-6 həftə müddətində SSRI-nin standart dozada təyini zamanı gözlənilən effekt olmayanda, pasiyentin dərman vasitəsinə müntəzəm şəkildə və təyin olunmuş dozada qəbul etməsindən, alkoqol və ya narkotik qəbul edib-etməməsindən əmin olmaq lazımdır.
  7. Əgər pasiyent müalicə rejiminə riayət edir, lakin 4-6 həftə müddətində təyin olunmuş SSRI-nin standart dozası gözlənilən effekti vermirsə və pasiyentdə əlavə təsirlər qeyd olunmursa, dərman vasitəsinin dozasını tədricən artırmaq lazımdır. Dərman vasitəsinin dozasını artıran zaman müalicəvi effekti, yaranan əlavə təsirləri və pasiyentin aparılan müalicə haqqında fikirlərini nəzərə almaq lazımdır.
  8. Əgər SSRI ilə müalicə effekt verirsə, residivlərin qarşısını



almaq və pasiyentin vəziyyətinin yaxşılaşmasına nail olmaq üçün onu 12 ay müddətində davam etmək olar.

9. SSRI-nin 12 ay müddətində qəbulu zamanı remissiya yaranırsa, (məsələn, kəskin ifadə edilmiş klinik əlamətlərin olmaması və ən azı 3 ay müddətində pasiyentin normal fəaliyyəti) müalicənin uzadılmasına baxmaq vacibdir. Bu zaman xəstəliyin başlanğıc dövrə ağırlığını və davamlılığını, baş vermiş epizodların sayını, rezidual əlamətlərin olmasını, psixosial problemlərin müşahidə olunmasını nəzərə almaq lazımdır.
10. Əgər SSRI ilə müalicə 12 aydan çox davam edirsə (məsələn, kəskin klinik əlamətlərin olması və ən azı 3 ay müddətində pasiyentin normal fəaliyyətinin olmaması zamanı) müalicənin davam olunmasının vacibliyinə hər 3 aydan bir müntəzəm şəkildə baxılmalıdır.
11. OKP-nin medikamentoz müalicəsinin dayandırılması haqda qərar verərkən sindromun minimizasiyası üçün SSRI-nin dayandırılması tədricən bir neçə həftə ərzində dozanın azaldılması ilə həyata keçirilməlidir. Belə halda dərman vasitəsinin başlanğıc dozasını, orqanizmdən çıxma dövrünü və əlavə təsirlərini nəzərə almaq lazımdır. Pasiyent dərman vasitəsinin “kəsilməsi sindromu” yarananda həkimə müraciətin vacibliyi haqda məlumatlandırılmalıdır.
12. Aşağıda qeyd olunan dərman vasitələri OKP-nin müalicəsi üçün istifadə olunmamalıdır:
  - ✓ Tri- və tetratsiklik antidepressantlar (*klomipramin istisna olmaqla*)
  - ✓ Monoaminoksidazanın inhibitorları
  - ✓ Benzodiazepin qrupu anksiolitiklər (SSRI hələ təsirə başlamadığı dövrdə müalicənin başlanğıc dövrünü çıxmaq şərti ilə *alprazolam* təyin oluna bilər)
  - ✓ Birinci nəsil antipsixotik dərman vasitələri (ənənəvi nevroleptiklər)
  - ✓ OKP-nin monoterapiyası üçün seçim dərman vasitəsi kimi atipik antipsixotiklər

### **OKP-nin ilkin müalicəsinə rezistentlik**

1. SSRI ilə ilkin müalicənin başlandıqı andan 12 həftə

müddətində gözlənilən müalicəvi effektin olmaması zamanı aşağıdakı variantlardan birini seçmək lazımdır:

- ✓ SSRI dərman vasitəsinin qəbulu ilə yanaşı, eyni vaxtda koqnitiv-davranış (*bibehavioral*) terapiyasının (KDT) aparılmasına başlamaq
  - ✓ təyin olunmuş dərman vasitəsinə digər SSRI dərman vasitəsi ilə əvəz etmək
  - ✓ təyin olunmuş dərman vasitəsinə klomipramin ilə əvəz etmək
2. Əgər pasiyent müalicə rejiminə riayət edirsə, lakin yeni SSRI-nin standart dozasından və ya klomipramindən gözlənilən effect olursa, nəzərdə tutulmuş qaydalara uyğun şəkildə dərman vasitəsinin dozasını tədricən artırmaq lazımdır (*Əlavə 3*). Klomipraminin dozasını artırarkən əlavə təsirlərin yaranmasını diqqətlə izləmək lazımdır. Klomipraminin təyindən əvvəl ürək-damar xəstəlikləri riski olan şəxslərə EKG müayinəsi və arterial təzyiqin ölçülməsi məsləhətdir.
3. Yeni SSRI dərman vasitəsinə keçəndən və ya klomipraminin təyindən sonra gözlənilən terapevtik effekt alınmadıqda pasiyentin psixi vəziyyətinin əlavə müayinəsi tövsiyə olunur. Depressiya və şəxsiyyət pozuntuları da daxil olmaqla, digər psixi pozuntuların olmaq ehtimalını nəzərə almaq, aparılan medikamentoz müalicə və psixoterapiya, həmçinin müalicə rejiminə riayət etmə haqqında daha tam anamnez yığmaq lazımdır.
4. Aparılan tədbirlərdən sonra müalicənin davamı üçün aşağıdakı variantlardan birini seçmək lazımdır:
- ✓ yeni SSRI dərman vasitəsi və ya klomipramin ilə birgə KDT-nin aparılması
  - ✓ təyin olunmuş SSRI dərman vasitəsinə və ya klomipraminə atipik antipsixotik dərman vasitələrindən birinin (*olanzapin, risperidon, kvetiapin və ya aripiprazol*) əlavə edilməsi
  - ✓ *klomipramin* ilə eyni vaxtda *escitaloprainin* təyin edilməsi
  - ✓ SSRI ilə *bupironun* birləşdirilməsi
5. Göstərilən tədbirlərdən sonra, gözlənilən müalicəvi effektin

olmaması zamanı digər antidepressantların qəbulunun mümkünlüyünü nəzərə almaq (*venlafaksin, mirtazapin, duloksetin*), eyni zamanda *topiramat, qabapentin, lamotrijin* və ya SSRI ilə birgə *memantin*in təyini tövsiyə olunur.

### Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsi

1. OKP-nin kəskin klinik simptomaları olan uşaq və yeniyetmələrə dərman vasitəsi təyin etməzdən əvvəl ilk növbədə psixoterapevtik müdaxilə (KDT və RQAE) təklif edilməlidir. Uşaq və yeniyetmələrdə psixoterapevtik müdaxilə OKP-nin müalicəsi üzrə xüsusi hazırlığa malik mütəxəssislər tərəfindən aparılmalıdır.
2. Psixoterapevtik müdaxilə zamanı uşaq və yeniyetmələrin valideynləri və ya qəyyumları müalicəyə fəal şəkildə cəlb olunmalıdırlar. Psixoterapevtik müdaxilə uşağın və ya yeniyetmənin yaşına və psixoloji inkişaf mərhələsinə uyğun aparılmalıdır.
3. Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsini apararkən, dərman proqramını çatdırması da daxil olmaqla, psixososial amillərə, ailə problemlərinə və valideynlərdə mümkün psixi pozuntulara diqqət etmək lazımdır. Psixoterapevtik müdaxilə aparən mütəxəssislər motivasiyanı gücləndirmək və davranışın arzu olunan formasını möhkəmləndirmək üçün həvəsləndirmədən istifadə etməlidirlər.
4. Uşaq və yeniyetmələrdə psixoterapevtik müdaxilənin aparılması mümkünsüz olduqda və ya müalicənin effekti olmadıqda SSRI təyininin mümkünlüyünə baxılmalıdır. Uşaq və yeniyetmələrə SSRI-nin təyini ehtiyatla, dərman vasitələrinin qəbul rejimi və əlavə təsirlərinin monitorinqi ilə bir yerdə aparılmalıdır.
5. Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsi üçün istifadə olunan dərman vasitələri *sertralin və fluvoksamindir*. Yanaşı yaranan kəskin klinik depressiyanın olması zamanı ilkin seçim dərman vasitəsi *fluoksetindir*. Fluoksetin, həmçinin, uşaq və yeniyetmələrdə bədənin dismorfik pozuntusu olanda təyin edilir.
6. Uşaq və yeniyetmələrdə SSRI-nin təyini zamanı özünə qəsd fikirlərinin və digər forma özünə qəsd cəhdlərinin xüsusi monitorinqi aparılmalıdır. Uşaq və yeniyetmələr (və onların valideynləri), həmçinin, dərman vasitəsi ilə müalicənin məqsədi,

müalicə rejiminə riayət etmənin vacibliyi, müalicənin müddəti və yarana bilən əlavə təsirlər haqqında məlumatlandırılmalıdırlar.

7. 12 yaşa qədər uşaqlarda başlanğıc doza yetkin insanlar üçün təyin olunan başlanğıc dozanın  $\frac{1}{4}$ -dən ibarət olmalıdır. 12 yaşından yuxarı yeniyetmələr üçün başlanğıc doza isə yetkin insanlara təyin olunan başlanğıc dozanın  $\frac{1}{2}$ -ni təşkil etməlidir.
8. Uşaq və yeniyetmələrdə zəif doza dərman vasitələrinin qəbulu effekt vermədikdə başlanğıc doza müalicəvi effektin ilkin əlamətləri yaranana kimi tədricən artırılmalıdır. Dozanı artırarkən müalicənin effektinin gecikmə ehtimalını (12 həftəyə kimi) və pasiyentin yaşını nəzərə almaq lazımdır.
9. Uşaq və yeniyetmələrdə SSRI-nin təyini zamanı müalicəvi effekt olmadıqda klomipraminin təyin olunmasının mümkünlüyünə baxılmalıdır. Bu zaman bəzi uşaq və yeniyetmələrə klomipramini təyin etməzdən əvvəl yarana biləcək əks-təsirlər nəzərə alınır. Bura ürək patologiyaları aiddir. Onları istisna etmək üçün öncə EKQ müayinəsi aparmaq lazımdır. Klomipraminin qəbulu zamanı müalicəvi effekt və əlavə təsirlər olmadıqda onun başlanğıc dozası tədricən artırılır.
10. Uşaq və yeniyetmələrə SSRI-ni və ya klomipramini təyin edərkən müalicəvi effektin əldə olunması zamanı remissiya dövründə müalicə 6 aydan az olmayaraq davam etməlidir. Bu dövrdə vəziyyətin davamlı yaxşılaşmasını gözləmək olar.
11. Uşaq və yeniyetmələrdə SSRI və ya klomipramin ilə gedən müalicənin dayandırılması qərarı uzun müddətli remissiya zamanı qəbul olunmalıdır (6 aydan az olmayaraq). Dərman vasitəsinin dayandırılması bir neçə həftə ərzində tədricən aparılmalıdır. Dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqdan sonra OKP-nin kəskinləşməsinin qarşısını almaq üçün psixoterapevtik müdaxilə aparıla bilər.

### **OKP-nin müalicəsinin digər metodları**

#### ***Transkraniyal maqnit stimulyasiyası (TMS)***

TMS – kortikal neyronların stimulyasiyası üçün istifadə olunan intensiv maqnit sahəsinin generasiyası texnikasıdır. Hal-hazırda beyin qabığının sol və sağ lateral prefrontal sahəsinin stimulyasiyasından istifadə edilir. Baxmayaraq ki, TMS əks-göstərişləri olmayan qeyri-invaziv və ucuz müalicə metodudur, OKP zamanı TMS-nin

istifadəsinə dair aydın tövsiyələr mövcud deyildir.

***Elektrocəngolma terapiya (ECT)***

Ədəbiyyatlarda müalicəyə rezistent OKP-li xəstələr üçün ECT-nin uğurlu istifadəsi haqqında məlumatlar var. Eyni zamanda xəstə sayının kifayət qədər olmaması OKP zamanı ECT-nin istifadəsində statdartaşdırılmış metodun olmaması, həm də müalicədən sonra xəstələrin müşahidə müddətinin kifayət qədər olmaması bu metodun effektivini mübahisə etməyə imkan vermir.

**Yel-Braun obsessiv-kompulsiv simptomların cədvəli (Y-BOCS)**

Yel-Braun cədvəli xəstədə olan obsessiv və kompulsiv simptomların ağırlıq dərəcəsini ölçmək üçün klinik vəsaitdir. Cədvəl obsessiv və kompulsiv simptomların ifadə formasından asılı olmayaraq onların ifadə dərəcəsini təyin edir. Y-BOCS cədvəli obsessiv-kompulsiv pozuntuların (sarışan halların) ağırlıq dərəcəsini təyin etməklə müalicə zamanı pozuntunun klinik dinamikasını müşahidə etmək imkanı verir. Geniş yayılmış və əsaslı validizasiya olunmuş (effektivliyi təsdiq olunmuş) klinik vəsaitdir.

**Klinisistlər üçün təlimat:** Y-BOCS cədvəlinin 10 bəndi klinik müsahibə keçirilərək doldurulur və ümumi ball hesablanır. Hər bir bəndə aid olan simptomlar 5 ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir: 0-dan 4-dək. Simptomları qiymətləndirərək onların son həftə ərzində orta ifadəsi əks olunur.

Y-BOCS cədvəlinin istifadəsində əsas məqsəd xəstəyə təyin olunan müalicənin təsirinin dinamikasının qiymətləndirilməsidir. Cədvəli silsilə şəklində istifadə etməklə klinisist medikamentoz müalicənin və ya psixoterapiyanın nəticələrini sənədləşdirə bilər.

Fərdi xəstələrin müalicəsində istifadə edilməklə yanaşı bu cədvəldən, həmçinin çoxlu pasiyentləri əhatə edən tədqiqatlarda da istifadə oluna bilər.

**Obsessiyalar** aşağıdakı əlamətlərlə səciyyələnir:

- ▶ İnsanda təkrarlanan və inadlı fikirlər, impulslar və ya təsəvvürlər mövcuddur; onlar narahatlıq zamanının hər-hansı bir anından duyulmağa başlayır; təngəgətirici və yersiz olaraq əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuş təşviş və ya distress yaradır
- ▶ Bu fikirlər, impulslar və ya təsəvvürlərin real həyat problemlərinə dair yaratdığı narahatlıqlar ifrat dərəcədə ifadə olunur.
- ▶ İnsan bu fikirlərə, impulslara və ya təsəvvürlərə diqqət göstərmək və ya onları boğmaq, yaxud başqa bir fikir və ya hərəkətlə neytrallaşdırmağa çalışır
- ▶ İnsanın anlamı var ki, bu sarışan fikirlər, impulslar və ya təsəvvürlər onun zehni fəaliyyətinin nəticəsidir (onlar fikir yerləşdirmə kimi kənardan yeridilməyib)

**Kompulsiyalar** aşağıdakı əlamətlərlə səciyyələnir:

- ▶ İnsanda təkrarlanan hərəkətlər (məsələn, əlyumalar, yoxlamalar) və ya zehni fəaliyyətlər (məsələn, dua etmələr, saymalar, öz- özünə sözlərin təkrarlanması) mövcuddur; insan onları obsessiyalara cavab olaraq edir və ya öz-özünə sərt qayda kimi tətbiq edir
- ▶ Bu hərəkətlər və ya zehni fəaliyyətlər hər hansı xoşagəlməz halın və ya vəziyyətin qarşısını almaq üçün edilir; bununla belə, bu hərəkətlər və ya zehni fəaliyyətlər ya xoşagəlməz halların real qaydada qarşısını almaq və ya neytrallaşdırmaq iqtidarında deyil, ya da ki, onlar ifrat dərəcədə ifadə olunub

## **Obsessiyaların reyting cədvəli üzrə balların qiymətləndirilməsi**

### **1. Gün ərzində obsessiyaları əhatə edən vaxt**

- 0 – gün ərzində obsessiyalar duyulmur
- 1 – gündə 1 saata qədər obsessiyalar hiss edilir
- 2 – gündə 1-3 saat obsessiyalar keçirilir
- 3 – gündə 3-8 saat obsessiyalar keçirilir
- 4 – gündə 8 saatdan artıq obsessiyalar keçirilir

### **2. Obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması**

- 0 – yoxdur
- 1 – obsessiyaların gündəlik fəaliyyətə yüngül dərəcədə təsiri var
- 2 – obsessiyaların gündəlik fəaliyyətə əhəmiyyətli dərəcədə təsiri var, lakin adi gündəlik fəaliyyəti davam etdirmək mümkündür
- 3 – obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyət əhəmiyyətli dərəcədə pozulub
- 4 – obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyət tamamilə pozulub

### **3. Obsessiyalar nəticəsində distress**

- 0 – yoxdur
- 1 – distress yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – distress orta dərəcədə ifadə olunub, lakin xəstə onu qənaətbəxş keçirə bilir
- 3 – distress ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – xəstə kəskin ağır dərəcədə ifadə olunan distresdən demək olar ki, bütün gün ərzində əziyyət çəkir

- 4. Obsessiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti**  
 0 – bütün hallarda obsessiyalara müqavimət kifayət qədərdir  
 1 – əksər hallarda obsessiyalara müqavimət kifayət qədərdir  
 2 – bəzi hallarda obsessiyalara müqavimət kifayət qədərdir  
 3 – xəstə əksər hallarda obsessiyalara tabe olur  
 4 – xəstə tamamilə obsessiyalara tabe olur
- 5. Obsessiyaları idarə etmək qabiliyyəti**  
 0 – obsessiyalar tam idarə edilir  
 1 – obsessiyalar əksər hallarda idarə edilir  
 2 – obsessiyalar bəzi hallarda idarə edilir  
 3 – obsessiyalar cüzi dərəcədə idarə edilir  
 4 – obsessiyaları qətiyyənlə idarə etmək mümkün deyil

## **Kompulsiyaların reyting cədvəli üzrə balların qiymətləndirilməsi**

- 1. Gün ərzində kompulsiyaları əhatə edən vaxt**  
 0 – gün ərzində kompulsiyalara heç bir vaxt sərf olunmur  
 1 – gündə 1 saata qədər kompulsiyalara vaxt sərf olunur  
 2 – gündə 1-3 saat kompulsiyalara vaxt sərf olunur  
 3 – gündə 3-8 saat kompulsiyalara vaxt sərf olunur  
 4 – gündə 8 saatdan artıq kompulsiyalara vaxt sərf olunur
- 2. Kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması**  
 0 – yoxdur  
 1 – kompulsiyaların gündəlik fəaliyyətə yüngül dərəcədə təsiri var  
 2 – kompulsiyaların gündəlik fəaliyyətə əhəmiyyətli dərəcədə təsiri var, lakin adi gündəlik fəaliyyəti davam etdirmək mümkündür  
 3 – kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyət əhəmiyyətli dərəcədə pozulub  
 4 – kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyət tamamilə pozulub
- 3. Kompulsiyalar nəticəsində distress**  
 0 – yoxdur  
 1 – distress yüngül dərəcədə ifadə olunub  
 2 – distress orta dərəcədə ifadə olunub, lakin xəstə onu qənaətbəxş keçirə bilir – distress ağır dərəcədə ifadə



olunub

3 – xəstə kəskin ağır dərəcədə ifadə olunan distressdən demək olar ki, bütün gün ərzində əziyyət çəkir

**4. Kompulsiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti**

0 – bütün hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir

1 – əksər hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir

2 – bəzi hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir

3 – xəstə əksər hallarda kompulsiyalara tabe olur

4 – xəstə tamamilə kompulsiyalara tabe olur

**5. Kompulsiyaları idarə etmək qabiliyyəti**

0 – kompulsiyalar tam idarə edilir

1 – kompulsiyalar əksər hallarda idarə edilir

2 – kompulsiyalar bəzi hallarda idarə edilir

3 – kompulsiyalar cüzi dərəcədə idarə edilir

4 – kompulsiyaları qətiyyənlə idarə etmək mümkün deyil

## Obsessiv-kompulsiv simptomların Yel-Braun cədvəli (Y-BOCS)

Xəstənin Adı \_\_\_\_\_ Amb. kartasının/xəstəlik tarixinin № \_\_\_\_\_

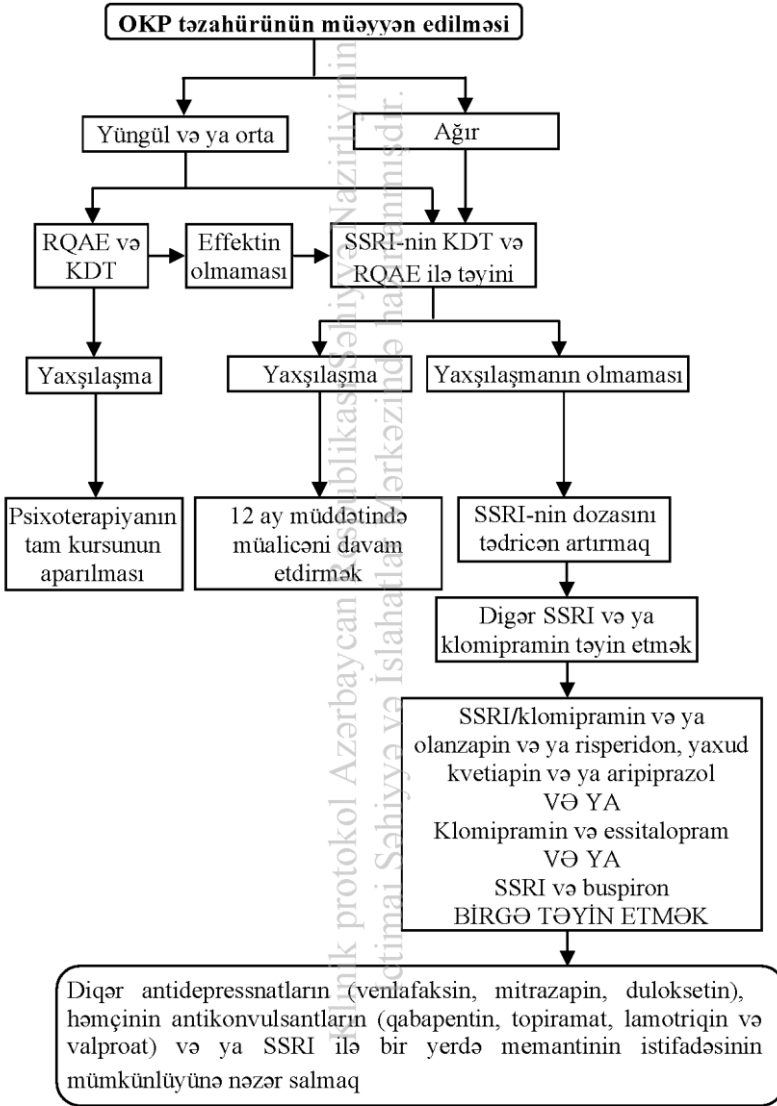
SİMPTOMLAR	İlkin müayinə	1-ci təkrar müayinə	2-ci təkrar müayinə
	Tarix _____	Tarix _____	Tarix _____
<b>Obsessiyaların reyting cədvəli</b>			
1. Gün ərzində obsessiyaları əhatə edən vaxt	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
2. Obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
3. Obsessiyalar nəticəsində distress	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
4. Obsessiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
5. Obsessiyaları idarə etmək qabiliyyəti	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
<b>Kompulsiyaların reyting cədvəli</b>			
1. Gün ərzində kompulsiyaları əhatə edən vaxt	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
2. Kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
3. Kompulsiyalar nəticəsində distress	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
4. Kompulsiyalara qarşı müqavimət			

göstərmək qabiliyyəti	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
5. Kompulsionaları idarə etmək qabiliyyəti	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4	( 1 2 3 4
<b>ÜMUMİ BAL</b>			

### **Bütün 10 bəndin ümumi balları**

- 0-7 – Subklinik hal  
8-15 – Yüngül dərəcəli obsessiv-kompulsiv pozuntu  
16-23 – Orta ağır dərəcədə olan obsessiv-kompulsiv pozuntu  
24-31 – Ağır dərəcədə olan obsessiv-kompulsiv pozuntu  
32-40 – Kəskin ağır dərəcədə olan obsessiv-kompulsiv pozuntu

**OKP müalicəsinin algoritmi**



## OKP-nin müalicəsində istifadə edilən dərman vasitələri

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Optimal doza (mq/gün)
<b>1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SSRI)</b>			
<b>Escitalopram</b>	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
<b>Sertraline</b>	Stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
<b>Fluvoxamine</b>	Fevarin 50 mq, 100 mq örtülü həb	50	200-300
<b>Paroxetine*</b>	Paxil 20mq, örtülü tablet;	20	40-60
<b>Fluoxetine</b>	Profluzak 20 mq kapsul; Prozak 20 mq kapsul;	10	10-80
<b>2. Serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNRİ), tri- və heterosiklik (TSA) və digər antidepressantları</b>			
<b>Venlafaxine</b>	Venlaksor 37,5 mq, 75 mq tablet; Velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq uzunmüddətli təsirə malik kapsul	37,5	75-225
<b>Clomipramine</b>	Anafranil, 25 mq, örtülü tablet	25	75-250
<b>Duloxetine</b>	Dukset 30 mq, 60 mq kapsul; Duloksenta 30 mq, 60 mq kapsul; Depratal 30 mq, 60 mq enterik örtüklü tablet	30	30-60
<b>Mirtazapine</b>	Deprazin 30 mq tablet	15	15-45
<b>3. Trankvilizatorlar (anksiolitiklər)</b>			
<b>Buspirone</b>	Spitomin 5 mq, 10 mq	10	20-30
<b>Alprazolam</b>	Zolomaks 0,25 mq, 0,5 mq tablet	0,25-0,75	0,5-1
<b>4. Antipsixotik preparalar (neyroleptiklər)</b>			
<b>Risperidone</b>	Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Rispaqsol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Torendo 2 mq, 4 mq tablet	1-2	3-6
<b>Olanzapine</b>	Egolanza 5 mq, 10 mq tablet;	5-10	5-20

	Zolaksa 5 mq örtüklü tablet; Zolaksa ODT 5 mq, 10 mq sorma tablet; Zalasta 5 mq, 10 mq tablet; Olanzapel 5 mq, 10 mq örtüklü tablet		
<b>Aripiprazole</b>	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
<b>Quetiapine</b>	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
<b>5. Antikonvulsantlar</b>			
<b>Topiramate*</b>	Topepsil 25 mq, 50 mq örtülü həb	25	150-250
<b>Gabapentin</b>	Qabaqamma 100 mq, 300 mq kapsula;	100	300-600
<b>Lamotrigine</b>	Lamotrin 50 mq, 100 mq tablet	25 mq	50-200 mq

\* Klinik protokolun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş və ya digər satış adına malik olan dərman vasitəsi.

## Ədəbiyyat

1. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı; 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470 səh.
2. Əliyev N.Ə., Məmmədova F.İ., Sultanov M.Z. Əsas Psixiatrik Reyting (Psixometrik) Cədvəllərinin Toplumu Bakı, 2009
3. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Electronic resource] / M.Katzman [et al.] // BMC Psychiatry. - 2014. - vol.14 (Suppl 1).- 83p.
4. Evidence - based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology [Electronic resource] / David S Baldwin [et al.] // Journal of Psychopharmacology. 2014. - 37p
5. Management of Anxiety Disorders: Obsessive-Compulsive Disorder [Electronic resource] / Richard P Swinson [et al] // Can J Psychiatry. - 2006. - vol 51 (Suppl 2). - 92p.
6. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: NICE Clinical Practice Guideline 31 [Electronic resource]
7. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [Electronic resource] / Lorrin M. Koran [et al] / American Psychiatric Association. - Arlington, VA. - 2013. - 22p.
8. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder [Electronic resource] / National Institute for Health and Clinical Excellence. – London (UK). - 2006. - 350p. resource] // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. - 2012. - 51(1). 98-113p.
9. 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>