

**Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə  
Nazirliyi**

**TƏŞVİŞ POZUNTULARININ  
DİAQNOSTİKA VƏ  
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL**  
(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**

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

**Bakı – 2021**

616.89-008

T 49

T 49 Təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). Bakı, 2021. – 40 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli 38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Təşviş pozuntularının 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 psixiatri

Səbinə Nəcəfova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatri

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

### ***Rəyçi:***

Bilal Əsədov – Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

### **İxtisarlara siyahısı**

**BDT** – benzodiazepin trankvilizatorları

**GTP** – generalizə olunmuş təşviş pozuntusu

**GTP-7** – generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalası (*Generalized Anxiety Disorder 7-item scale*)

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

**İPT** – interpersonal psixoterapiya

**HAS** – heterotsiklik antidepressant

**KDT** – koqnitiv-davranış terapiyası

**QBDT** – qeyri-benzodiazepin trankvilizatorları

**MSS** – mərkəzi sinir sistemi

**PP** – panik pozuntu

**SF** – sosial fobiya

**SSRI** – serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru

**SNRI** – serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru

**TSA** – tritsiklik antidepressant

**ÜST** – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

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

*Protokol müasir diaqnostika və müalicə metodları üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi ilə təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi, erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi, xəstələrin psixopatoloji simptomlarının aradan qaldırılması, həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması məqsədlərini daşıyır.*

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Təşviş və qorxu terminlərindən həyatda insanın üzləşdiyi qorxulu və təhlükəli vəziyyətlərə orqanizmin verdiyi psixi və fizioloji reaksiyaları təsvir etmək üçün istifadə edirlər. Bəzi hallarda, məsələn, çətin imtahan verərkən, kütləvi auditoriya qarşısında çıxış zamanı, ağır hava şəraitində avtomobili idarə edərkən təşviş normal reaksiya hesab olunur.

Təşviş pozuntuları barədə aşağıdakı hallarda danışmaq olar:

- ▶ təşviş reaksiyaları çox tez-tez yaranır
- ▶ onları yaradan faktorlara uyğun deyil
- ▶ insan təşviş yaradan situasiyalardan çəkinməyə başlayır
- ▶ təşviş məhsuldarlığa, sosial əlaqələrə və ya ailə həyatına mənfi təsir göstərir

Təşviş pozuntularının simptomlarını 2 qrupa bölmək olar: **somatik** və **psixoloji** simptomlar (*Cədvəl 1*).

## **Cədvəl 1. Təşviş pozuntularının simptomları**

<b>Somatik simptomlar</b>	<b>Psixoloji simptomlar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tənginəfəslik, hava çatışmazlığı</li> <li>▶ Ürək döyüntülərinin sürətlənməsi</li> <li>▶ Döş qəfəsində diskomfort (göynəmə, dartılma, sancma)</li> <li>▶ Başgicəllənmə, başağrıları</li> <li>▶ Zəiflik, əzginlik hissi</li> <li>▶ Tərləmə</li> <li>▶ Ürəkbulanma</li> <li>▶ Qarın nahiyəsində diskomfort</li> <li>▶ Bədənin müxtəlif hissələrinin keyləşməsi hissi</li> <li>▶ Titrəmə</li> <li>▶ Bədən hərəkətinin yüksəlməsi hissi</li> <li>▶ Ağızda quruluq hissi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ümumi narahatçılıq</li> <li>▶ Həssaslıq</li> <li>▶ Diqqəti cəmləmə problemləri</li> <li>▶ Ölüm qorxusu</li> <li>▶ “Dəli olmaq” qorxusu, hərəkətləri üzərində hakimiyyəti itirmək qorxusu</li> <li>▶ Reallığın itirilməsi qorxusu</li> </ul>

Təşviş və ya qorxu ilə əlaqədar pozuntular şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəçarpan distress və ya pozuntu yarada biləcək simptomlara malik təşviş və ya qorxu ilə əlaqədar davranış pozuntuları ilə xarakterizə olunur. Qorxu və təşviş – sıx əlaqəli amillərdir; qorxu indiki zamanda mövcud olan təhlükəyə qarşı, təşviş isə gələcəkdə yarana biləcək təhlükəyə qarşı reaksiyadır. Təşviş pozuntuları və qorxu ilə bağlı pozuntuların əsas fərqləndirici cəhəti spesifik qorxu ocaqlarının, yəni qorxu və ya təşviş yaradan stimulyar və ya situasiyanın olmasıdır. Təşviş və qorxu ilə əlaqədar pozuntuların klinik təzahürünə qorxu hissənin fokusunun dəqiqləşdirilməsi vasitəsilə pozuntuların differensiasiyasına kömək edə biləcək spesifik assosiasiya olunmuş məlumatlardır.

Genetik tədqiqatlar göstərir ki, sağlam insanlarla müqayisədə təşviş pozuntularından əziyyət çəkən insanların nəsində bu xəstəliyə rastgəlmə ehtimalı beş dəfə çoxdur. Təşviş pozuntularının risk faktorları Cədvəl 2-də göstərilib.

## **Cədvəl 2. Risk faktorları**

<b>Bioloji faktorlar</b>	<b>Psixoloji faktorlar</b>	<b>Sosial faktorlar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Genetik meyillilik</li> <li>▶ Şəkərli diabet</li> <li>▶ Feoxromasitoma</li> <li>▶ Vitamin çatışmazlığı</li> <li>▶ Alkoqol, kofein, kokain və bəzi dərman preparatlarının qəbulu</li> <li>▶ Beyin şişləri</li> <li>▶ Qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri</li> <li>▶ Bəzi infeksiyon xəstəliklər</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Düzgün olmayan gündəlik rejim</li> <li>▶ Yaxın adamın ölümü</li> <li>▶ Həddən artıq gərginlik</li> <li>▶ Arzuolunmaz həyat tərz</li> <li>▶ Şəxsiyyətlərərası problemlər</li> <li>▶ Ailə qurmamaq və ya dul olmaq</li> <li>▶ Anamnezdə psixi travmanın olması</li> <li>▶ Cinsi təcavüzə məruz qalmaq</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ İşsizlik və ya işsiz qalmaq təhlükəsi</li> <li>▶ Sosial təminatın aşağı olması</li> <li>▶ Yaşayış şəraitinin qeyri-qənaətbəxş olması</li> <li>▶ Təhlükəli şəraitdə yaşamaq</li> <li>▶ Arzuolunmaz iş şəraiti</li> <li>▶ İqtisadi və ya siyasi böhranın mövcudluğu</li> <li>▶ Tibbi və sosial yardımdan yararlanmanın məhdudluğu</li> </ul>

### **Təbii gediş və proqnoz**

Təşviş və qorxu ilə bağlı pozuntuların böyük əksəriyyəti yeniyetmə və ya gənc yaşlarda başlayır. Bu pozuntuların başlanmasına çox zaman keçirilmiş güclü stress təkan verir. Təşviş və qorxu ilə bağlı pozuntular müalicə olunmadıqda bir qayda olaraq uzun müddət davam edir və yaş artdıqca əlamətlərin azalması ilə səciyyələndir. Yüngül və ya orta dərəcəli simptomları olan pasiyentlərin əksəriyyəti yardım üçün müraciət etmirlər. Daha ağır simptomlar tez-tez baş verən kəskinləşmələr və ya vəziyyətin xronikləşməsilə xarakterizə olunur. Komorbid şəxsiyyət pozuntusu, depressiv epizod, psixoaktiv maddələrdən istifadə halları pis proqnoz ilə assosiasiya olunur.

### **XBT-11 və XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT**

**6B00 Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu (XBT-10 kodu – F41.1)**

İfadə olunmuş təşviş simptomları təzahür edir:

- Konkret situasiya ilə məhdudlaşmayan ümumi narahatlıqla (yəni

“sərbəst təşviş”) VƏ YA

- Gündəlik həyatın müxtəlif sahələrində (iş, pul, sağlamlıq, ailə) baş verən neqativ hadisələrlə bağlı güclü narahatlıqla Təşviş və narahatlıq müşayiət olunur:
- əzələ gərginliyi və ya hərəki narahatlıq
- tez-tez təkrarlanan mədə-bağırsaq simptomları (məsələn, ürəkbulanma, abdominal diskomfort) formasında təzahür edən həddən artıq simpatik vegetativ aktivlik, taxikardiya, tərləmə, tremor, ağızda quruluq
- subyektiv həyəcan hissiyyatı
- diqqət cəmlənməsilə bağlı çətinliklər
- qıcıqlanma
- yuxu pozuntuları

Simptomlar daimidir və ən azı bir neçə ay ərzində bir neçə gün davam edir.

Simptomlar hər hansı digər sağlamlıq vəziyyətinin təzahürü deyildir və müəyyən maddə və ya dərman vasitəsinin mərkəzi sinir sisteminə təsirlə əlaqəsi yoxdur.

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

### **6B01 Panik pozuntu (XBT-10 kodu – F41.0)**

Rekkurent panik ataklar intensiv qorxu və ya narahatlığın ayrıca epizodu hesab edilir və spesifik simptomlar qrupunun sürətli və eyni zamanda təzahür etməsilə xarakterizə olunur. Bu simptomlara aid edilir:

- Ürəkdöyünmə və ya ürək vurğularının sayının artması
- Tərləmə
- Tremor
- Tənəffüs çatışmazlığı hissiyyatı
- Təngnəfəslik
- Döş qəfəsində ağrı
- Ürəkbulanma və ya mədə diskomfortu
- Başgicəllənmə
- Titrəmə və ya istilik tutmaları
- Parasteziya



- Depersonalizasiya və ya derealizasiya
- Nəzarətin itirilməsi və ya aqlını itirmək qorxusu
- Qəflətən ölüm qorxusu

Ən azı bir neçə panik atak gözlənilmədən yaranır, yəni onlar konkret stimula və ya situasiya ilə məhdudlaşmır və daha çox qəflətən meydana gəlir.

Panik atakdan sonra onun təkrarlanacağına (məsələn, bir neçə həftə ərzində) və ya neqativ səbəbinə (məsələn, miokard infarktının təzahürü ola bilər) dair daimi narahatlıq başlayır yaxud onların təkrarlanmasına yol verməmək üçün yayınma davranışı (məsələn, yalnız etibar etdiyi adamla evdən çıxır) qeydə alınır.

Panik ataklar digər psixi pozuntular çərçivəsində yaranan situasiyalarla məhdudlaşmır.

Simptomlar somatik xəstəliyin (məsələn, feoxromositoma) əlaməti deyildir və kəsilmə sindromu da daxil olmaqla (məsələn, spirtli içki, benzodiazepin) psixoaktiv maddələr və ya dərmanların (məsələn, kofe, kokain) MSS-nə birbaşa təsirlə bağlı deyildir. Simptomlar öz növbəsində şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəcarpacaq dərəcədə çətinlik və ya pozuntulara səbəb olur. Adaptasiyanı ciddi səylər göstərməklə saxlamaq olar.

### **6B02 Aqorafobiya (XBT-10 kodu – F40.0)**

Aqorafobiya yayınmanın çətin olduğu və ya köməyin mümkün olmadığı, məsələn ictimai nəqliyyatda, kütlə arasında, evdən kənar (mağazalarda, teatrda, növbələrdə) çoxsaylı situasiyalara cavab olaraq yaranan ifadə olunmuş və həddən artıq qorxu və narahatlıqla xarakterizə olunur.

Şəxs konkret neqativ nəticələrdən (məsələn, panik atak, onları yararsız və ya utandırıcı vəziyyətə salan əlamətlər) qorxdığı üçün daim narahatdır.

Situasiyalardan aktiv şəkildə yayınırlar, yalnız etibarlı yoldaşın müşayiəti zamanı situasiyanı qəbul edirlər və ya güclü qorxu və ya narahatlıq hissi keçirirlər.

Simptomlar ən azı bir neçə ay ərzində davam edir və şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəcarpacaq dərəcədə çətinlik və ya pozuntulara səbəb olacaq qədər ciddi olurlar.

### **6B03 Spesifik fobiya (XBT-10 kodu – F40.2)**

Spesifik fobiya bir və ya bir neçə konkret obyekt və ya şəraitin (məsələn, müəyyən heyvanların yaxında olması, uçuş, hündürlük, qapalı məkan, qan görüntüsü və ya travma) təsiri zamanı yaranan ifadə olunmuş və həddən artıq qorxu və təşvişlə xarakterizə olunur.

Fobiya obyektləri və ya şəraitlərindən yayınılır və ya qorxu və ya təşviş keçirilir.

Spesifik obyekt və ya situasiya ilə bağlı olan qorxu, təşviş və yayınma uzun müddət davam edir (məsələn, bir neçə ay).

Simptomlar ən azı bir neçə ay ərzində davam edir və şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəcarpacaq dərəcədə çətinlik və ya pozuntulara səbəb olacaq qədər ciddi olurlar.

### **6B04 Sosial təşviş pozuntusu (XBT-10 kodu – F40.1)**

Sosial təşviş pozuntusu sosial qarşılıqlı münasibət (məsələn, söhbət), müşahidə edildiyi (yemək və ya içki qəbulu zamanı), başqaları qarşısında çıxış edərkən (məsələn, nitq söyləyərkən) kimi bir və ya bir neçə şəraitdə daima meydana gələn həddən artıq qorxu və təşvişlə xarakterizə olunur.

İnsan narahat olur ki, onun davranışları və ya təşviş simptomları ətrafdakılar tərəfindən (məsələn, ona güləcəklər, alçaldacaqlar, qəbul etməyəcəklər və ya aqressiya göstərəcəklər) neqativ qəbul edilir.

Sosial şəraitlərdən israrla yayınılır və ya qorxu və ya təşviş keçirilir.

Simptomlar ən azı bir neçə ay ərzində davam edir və şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəcarpacaq dərəcədə çətinlik və ya pozuntulara səbəb olacaq qədər ciddi olurlar.

### **6B05 Ayrılıq təşvişi pozuntusu (XBT-10 kodu – F93.0 əvvəllər yalnız uşaqlarda kodlaşdırılırdı)**

Ayrılıq təşvişi pozuntusu bağlılığın mövcud olduğu konkret fiqurlarla ayrılıq zamanı yaranan həddən artıq qorxu və təşvişlə xarakterizə olunur. Uşaqlarda ayrılıq təşvişi adətən himayədar, valideyn və ya digər ailə üzvü ilə bağlı; böyüklərdə adətən romantik tərəfdaş və ya uşaqla bağlı yaranır.

Ayrılıq təşvişi bağlılığın olduğu fiqura zərər və ya pis hadisə fikirləri, məktəbə və ya işə getmək istəyinin olmaması, ayrılıqla bağlı

mütəmadi distress, bağlılığın olduğu fiqur olmadan yatmaqdan imtina, mütəmadi olaraq ayrılıqla əlaqəli gecə kabusları şəklində təzahür edir.

Simptomlar ən azı bir neçə ay ərzində davam edir və şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və digər vacib fəaliyyət sahələrində nəzərəçarpacaq dərəcədə çətinlik və ya pozuntulara səbəb olacaq qədər ciddi olurlar.

*Bir çox təşviş pozuntuları panik ataklarla müşayiət oluna bilər, buna baxmayaraq XBT-11-də “panik ataklar ilə” adlı MB23 kimi əlavə şifrə tətbiq edilmişdir. Panik pozuntudan fərqli olaraq panik atak konkret hallarla (məsələn, Spesifik fobiya olan pasiyent qorxu yaradan obyektə üzləşəndə və ya Ayrılıq təşvişi pozuntusu olan pasiyent yaxın adamından ayrılanda) yaranır. Belə hallarda əsas diaqnoz şifrəsindən sonra MB23.H şifrəsini təyin etmək lazımdır.*

### **Təşviş pozuntusunun diaqnostikası**

Təşviş pozuntularını digər sistemlərin xəstəliklərindən, eləcə də bəzi psixi xəstəliklərdən diferensiasiya etmək lazımdır (*Cədvəl 3*).

**Endokrin sistemi xəstəlikləri:** Hipertireoz və hipotireoz, hipoqlikemiya, böyrəküstü vəzinin çatışmazlığı, feoxromositoma, menopauza, hiperadrenokortizizm.

**Ürək-damar sistemi xəstəlikləri:** Ürək çatışmazlığı, aritmiya, mitral qapağın prolapsı, stenokardiya.

**Tənəffüs sistemi xəstəlikləri:** Bronxial astma, ağciyərin xronik obstruktiv xəstəliyi, pnevmoniya.

**Metabolizmlə əlaqədar:** Şəkərli diabet, porfiriya.

**MSS-nin xəstəlikləri:** Periferik vestibulyar sindrom, gicgah epilepsiyası, miqren, erkən demensiya, ensefalit.

**Kimyəvi maddələrlə peşə zəhərlənmələri:** Qurğuşun zəhərlənməsi.

**Mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri:** Bağırsağın qıcıqlanma sindromu, peptik xora.

**Hematoloji xəstəliklər:** Anemiya, Vit B12 defisiti.

**Sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri:** Yaşlılarda sidik-cinsiyyət yollarının infeksiyası.

**Digər:** Xronik yorğunluq, digər sağalmaz və ciddi vəziyyətlər (xərçəng).

### Cədvəl 3. Diferensial diaqnostika

Təşviş pozuntuları	Əsas əlamətlər	Vəziyyət
<b>Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Həddən artıq narahatlıq</li> <li>▶ Həyəcanın vegetativ əlamətləri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Müəyyən bir vəziyyətlə bağlılığı yoxdur</li> </ul>
<b>Panik pozuntu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Güclü qorxu və ya diskomfortun diskret epizodu</li> <li>▶ Qəfildən başlayır</li> <li>▶ Bir neçə dəqiqə ərzində maksimum həddə çatır</li> <li>▶ Ən azı bir neçə dəqiqə davam edir</li> <li>▶ Həyəcanın vegetativ simptomları ilə müşayiət olunur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Müəyyən bir vəziyyətlə bağlılığı yoxdur</li> </ul>
<b>Sosial təşviş pozuntusu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diqqət mərkəzində olmaqla əlaqədar və ya hər hansı bir hərəkətin sonda utanmağa və ya alçalmağa gətirib çıxara biləcəyi ilə bağlı qorxu</li> <li>▶ Diqqət mərkəzində olmaqdan, yaxud hər hansı bir hərəkətin sonda utanmağa və ya alçalmağa gətirib çıxara biləcəyi ehtimalı ilə bağlı vəziyyətlərdən açıq- aşkar çəkinmək</li> </ul> <p>Aşağıdakı simptomlardan biri ilə müşayiət edilmə:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. qızarmaq və “titrəmək” qorxusu</li> <li>2. qusma qorxusu</li> <li>3. sidiyə çıxma, yaxud defekasiya hissi və ya bununla bağlı qorxu</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sosial vəziyyətlər (çıxışlar, insanlar arasında qida qəbulu, kütləvi tədbirlər)</li> </ul>

<b>Aqorafobiya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psixi narahatlıq</li> <li>▶ Həyəcanın vegetative əlamətləri</li> </ul>	Konkret vəziyyətlər <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ insan kütləsi</li> <li>▶ kütləvi yerlər</li> <li>▶ təkləsinə hərəkət etmək</li> <li>▶ tanış olmayan yerlər</li> </ul>
--------------------	---	--

**Təşviş pozuntularının diaqnostikasında aşağıda göstərilən şkalalardan istifadə etmək olar:**

1. GTP-nin 7 göstərici üzrə şkalası (GAD-7) (bax Əlavə 2)
2. *Liebowitz* Sosial fobiya şkalası (bax Əlavə 3)
3. Aqorafobiya şkalası (bax Əlavə 4)
4. Panik pozuntu şkalası (bax Əlavə 5)
5. Spesifik fobiya və Ayrılıq təşvişi pozuntusu şkalası (bax Əlavə 6)

**TƏŞVİŞ POZUNTULARIN MÜALİCƏSİ.  
İLKİN SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ GÖSTƏRİLƏN YARDIM**

İlkin səhiyyə sistemində göstərilən yardımın həcminə dair alqoritm səh 37-də verilib.

**Təşviş pozuntuları zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələr**

1. Təşviş pozuntularının mövcudluğundan şübhələyəndə kompleks müayinə aparılmalıdır. Bu zaman simptomların təzahür olunmasını, disstressin və funksional dezadaptasiyanın səviyyəsini nəzərə almaq lazımdır.
2. Yüngül və ya az təzahür olunmuş təşviş pozuntuları zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələrə üstünlük verilməlidir.
3. Təşviş pozuntusu diaqnozunu təyin edərkən aşağıdakılara diqqət yetirmək lazımdır:
  - ▶ Depressiya simptomlarının mövcudluğu
  - ▶ Alkoqol və digər psixoaktiv maddələrin istifadəsi
  - ▶ Yanaşı gedən somatik xəstəliklər
  - ▶ Anamnezdə psixi və somatik xəstəliklərin mövcudluğu
  - ▶ Əvvəlki müalicə və ona qarşı həssaslıq
4. Generalizə olunmuş təşviş, panik (tələş pozuntusu), sosial fobiya və aqorafobiya kimi pozuntulardan xəstənin tam sağalması məqsəd kimi qəbul edilməlidir. Bu qrup pozuntuların

yararlanmasında psixoloji faktorların önəmli yer tutmasına görə psixo-farmakoterapevtik müdaxilələrin aparılması çox vaxt məqsədəuyğun deyil.

5. İlk qeyri-farmakoloji yardım – pasiyenti öz xəstəliyi haqqında məlumatlandırmaqdır. Pozuntular barəsində maarifləndirmə pasiyentin həkimlə növbəti görüşü zamanı həyata keçirilir. Həkim təşviş pozuntuları, onların müxtəlif təzahür formaları, müalicə metodları və profilaktikası haqqında məlumatı pasiyentin diqqətinə çatdırır, bu da aşağıdakı formada həyata keçirilə bilər:

- ▶ Təşviş pozuntusunun (o cümlədən fiziki simptomların) əslini təsvir etmək
- ▶ Təşviş pozuntusunun əhali arasında geniş yayılmasını qeyd etmək
- ▶ Təşviş pozuntularına irsi meyilliliyin olması barədə məlumat vermək
- ▶ Pasiyentə tam sağalmağın mümkünlüyünü bildirmək
- ▶ Təşvişi yarada bilən səbəbləri qeyd etmək (stress halları, sosial amillər, həssaslıq)
- ▶ Effektiv müalicə metodları barədə məlumatlandırmaq
- ▶ Sağalmağa olan ümidi dəstəkləmək

Sağlam həyat tərzini qorumaq profilaktik tədbirlər çərçivəsində məsləhət görülür:

- ▶ Kofein, nikotin və şokoladın istifadəsini azaltmaq
- ▶ Sakitləşdirici maddələrin istifadəsini mümkün qədər azaltmaq
- ▶ Aerobika ilə məşğul olmaq (20-40 dəqiqə, həftədə 3-5 dəfə)
- ▶ Yemək rejimi və pəhriz
- ▶ Alkoqol qəbulunu istisna etmək

6. Tənəffüs məşğələləri təşvişin intensivliyini azaltmaq üçün istifadə olunur. Şiddətli təşviş zamanı aşağıda göstərilənləri tətbiq edən pasiyent ən azı xoşagəlməz hislər və fikirlərdən yayınır.

**Tənəffüs məşğələsi:**

- ✓ 3 saniyə ərzində nəfəs almaq
- ✓ Üçə kimi sayıb 3 saniyə ərzində nəfəs vermək
- ✓ 3 saniyə (nəfəs almadan) fasilə edib yuxarıda göstərilənləri təkrarlamaq
- ✓ Bu məşqi gündə 2 dəfə 10 dəqiqə ərzində etmək (heç olmasa

5 dəqiqə ərzində)

✓ Bu texnikadan təşviş zamanı da istifadə etmək

7. Proqressiv relaksasiya təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələr arasında ən asan və effektiv üsuldur.

Proqressiv relaksasiya keçirdikdə:

- a) Rahat vəziyyət almaq, aramla nəfəs almaq, bədən əzələlərinə boşalmaq göstərişi vermək.
- b) Bu və ya digər əzələ qrupunu gərilmiş vəziyyətə gətirmək (bax: yerinə yetirilmə qaydasına) və həmin vəziyyətdə 5 saniyəyə qədər saxlamaq.
- c) Əzələləri 10 saniyəlik boşaltmaq, bunu eyni zamanda “boşal” verbal komandası ilə gücləndirmək.
- d) Məşqdən sonra “adi” vəziyyətə qayıtmaq üçün 2 dəqiqə vaxt ayırmaq.

### **Əzələlərin boşaldılması qaydası**

1. Sağ əl və said, sağ bazı əzələlərini gərib-boşaltmaq; sonra eyni hərəkətləri sol əllə təkrar etmək
2. Alın əzələləri: qaşları yuxarı qaldırmaq və endirmək
3. Gözlər və göz qapaqları: gözləri yummaq, göz qapaqlarını möhkəm sıxmaq və boşaltmaq
4. Ağız və çənə: ağızı əsnəyəndə olduğu kimi çox açmaq və yummaq
5. Boyun: ehtiyatla və yavaş-yavaş başı arxaya qatlamaq, boyun əzələlərini gərmək və boşaltmaq
6. Çiyinlər: çiyinləri yuxarı qaldırmaq və endirmək
7. Kürək: kürəyi gərmək, kürək sümüklərini bir-birinə yaxınlaşdırıb aralamaq
8. Sinə və diafraqma: dərindən nəfəs alıb ağciyərləri şişirdib boşaltmaq
9. Sağrı əzələlərini gərib-boşaltmaq
10. Sağ bud, sonra sağ baldır və sağ pəncə əzələlərini gərib-boşaltmaq, sonra bunu sol ayaqla təkrar etmək

## Təşviş pozuntularının medikamentoz müalicəsi

1. Şiddətli təşviş zamanı və ya qeyri-medikamentoz müdaxilələr 4-12 həftə ərzində nəticə vermədikdə medikamentoz müalicə təyin olunur.
2. Müalicə təyin olunmazdan əvvəl mümkün müalicə növləri, müalicə olunmağın vacibliyi, qəbul olunan müalicənin effekti və rast gəlinə bilən yan təsirləri barədə xəstə əvvəlcədən məlumatlandırılmalıdır.
3. Medikamentoz müalicənin təyin edilməsi zamanı aşağıdakıları nəzərə almaq zəruridir:
  - ▶ Pasiyentin yaşını
  - ▶ Əvvəlki müalicəni
  - ▶ Mümkün riskləri (intihar məqsədlə preparatın dozadan artıq istifadəsi ehtimalı)
  - ▶ Preparata qarşı dözümlülüyü
  - ▶ Pasiyentin üstünlük verdiyi müalicə üsullarını və məsrəfləri
4. Təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı ilkin seçim kimi *serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorlar (SSRİ)* qrupundan olan antidepressantlara üstünlük vermək lazımdır. *Sertralin, escitalopram, paroksetin, fluvoksamin* bu sıradan birinci seçiləcək preparatlardır. Hər cəhətdən sərfəli və qəbulu rahat olan (gün ərzində 1 dəfə təyin edilə bilər) bu preparatlar daha təhlükəsiz olması ilə seçilir.
5. SSRİ təyinatı zamanı xəstə aşağıda göstərilənlər haqqında məlumatlandırılmalıdır:
  - ▶ Mümkün olan əlavə təsirlər (əsasən dərman qəbulunun ilk həftəsində)
  - ▶ Həyəcan simptomlarının bir neçə həftə ərzində tədricən itməsi
  - ▶ Müalicə rejiminə riayət edilməsi və saxlayıcı terapiyanın zəruri olması
  - ▶ Müalicəyə başlayandan sonra baş verən bütün dəyişikliklər haqqında həkimə məlumatın verilməsi
6. Müalicənin ilk 3 ayının hər 2-4 həftəsi və növbəti hər 3 ayda preparatın effektivliyi və yan təsirlərini nəzərdən keçirmək lazımdır. Əgər preparat effektivdirsə, yüksək residivlik ehtimalını nəzərə alaraq xəstəyə 1 il müddətinə preparatın qəbulunu davam



etdirməsi tövsiyə olunmalıdır.

7. Əgər yuxarıda sadalanan preparatlardan biri 6 həftə ərzində xəstədə istənilən effekti vermirsə, SSRI qrupundan digər preparat və yaxud da *serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SNRI)* qrupundan olan preparat - *venlafaxine* təyin etmək olar.
8. SSRI və SNRI preparatlarını təyin edərkən dərman qəbulunun dayandırılması sindromu (xüsusilə *paroxetine* və *venlafaxine*) və yüksək dozalarda toksik təsirlə əlaqədar intihar riski (*venlafaxine*) kimi faktorları nəzərdə saxlamaq lazımdır.
9. Ağır təşviş pozuntularında böhran vəziyyətinin qarşısını almaq üçün qısa müddət ərzində (2 həftədən çox olmamaq şərtilə) *alprazolam* əlavə kömək vasitəsi kimi istifadə oluna bilər.
10. İlk səhiyyə sistemində təşviş pozuntularının müalicəsində antipsixotik (neyroleptik) dərmanlar təyin olunmamalıdır.
11. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:
  - ▶ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
  - ▶ 3 ay ərzində müalicəyə rezistentliyi
  - ▶ Pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
  - ▶ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla, komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
  - ▶ İlk tibbi yardım şəraitində arzuolunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü
12. İlk səhiyyə sisteminin həkimi mütəxəssis yanına göndəriş verərkən təşviş pozuntusunun davamlılığı, ağırlıq dərəcəsi və dinamikası, intihar tendensiyaları, davam edən və əvvəlcə aparılan müalicə haqqında məlumatı təqdim etməlidir.

## **İXTİSASLAŞDIRILMIŞ SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ GÖSTƏRİLƏN YARDIM**

1. Təşviş pozuntusu olan pasiyentlər ixtisaslaşmış yardım sisteminə müraciət etdikdə müayinənin məqsədi aşağıdakılar olmalıdır:
  - Pozitiv terapevtik münasibətlərin yaradılması və yardım planının tərtib edilməsi

- Differensial diaqnostika aparılması və əsas təşviş pozuntusu diaqnozunun təyin edilməsi (bax Təşviş pozuntularına dair diaqnostik alqoritm)
  - Təşviş pozuntusunun yaranması, gedişi və müalicəsinə təsir edən psixososial amillər və komorbid pozuntuların müəyyən edilməsi
  - Təşviş pozuntusunun mənşəyi, təzahür dərəcəsi və davam etmə müddətinin müəyyən edilməsi, həmçinin intihar riskinin qiymətləndirilməsi
  - Əvvəlki müalicənin onun effektivliyi və yan təsirləri də daxil olmaqla təhlili
2. Əsas təşviş pozuntusu müəyyən edildikdən sonra simptomların ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün şkalalar vasitəsilə müayinə aparmaq lazımdır.
  3. Bir qayda olaraq təşviş pozuntularının diaqnostikası üçün spesifik laborator və ya instrumental müayinələr tələb olunmur. Lakin təşviş pozuntusu ilə oxşar klinik şəkli olan somatik (məsələn, stenokardiya) və ya nevroloji (məsələn, epilepsiya) xəstəlik şübhəsi olduqda müvafiq müayinələr təyin edilir (bax Təşviş və qorxu ilə əlaqədar pozuntularının müayinə alqoritm).
  4. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində təşviş pozuntuların müalicəsində Koqnitiv-davranış psixoterapiyası (KDT) birinci seçim üsuludur. Psixoterapiya fərdi və qrup şəklində həftədə bir dəfə olmaqla 10-20 seans davam edir.
  5. Təşviş pozuntusunun tipindən asılı olaraq koqnitiv proseslərin yenidən qurulması, ekspozisiyası, sistematik desensibilizasiyası və s.daxil olmaqla müxtəlif KDT texnikaları tətbiq edilə bilər.
  6. KDT həm monoterapiya şəklində, həm də medikamentoz müalicə ilə birgə keçirilə bilər. Ağır, uzunmüddətli və ya müalicəyə rezistent təşviş pozuntusu hallarında KDT tətbiqi mütləq sayılır.
  7. Təşviş pozuntularının ixtisaslaşdırılmış yardım sistemində müalicəsində ilkin seçim preparatlarına SSRI (*sertraline*, *escitalopram*, *fluoxetine*, *paroxetine*) və ya SNRI (*venlafaxin* və ya *duloxetine*) aiddir (bax Əlavə 1).
  8. SSRI və ya SNRI başlanğıc dozada təyin edilməlidir və 6 həftədən 12 həftəyə qədər müddətdə terapevtik effekt əldə edilənə qədər tədricən titrlənməlidir.

9. Kifayət qədər terapevtik effekt olmadıqda bu preparatlar daha yüksək dozalarda təyin oluna bilər: *sertralin* (100-200 mq), *escitalopram* (20 mq), *paroxetine* (40 mq), *fluoxetine* (40-80 mq), *venlafaxine* (150-225 mq), *duloxetine* (60-120 mq). Dozaların artırılması 1-2 həftə intervalla tədricən həyata keçirilməlidir.
10. İkinci seçim preparatları kimi *klomipramin* (25-100 mq gündə), *mirtazapine* (15-60 mg) və ya *agomelatine* (25-50 mq) təyin oluna bilər.
11. 12 həftə ərzində KDT və SSRI/SNRI kombinasiyasının tətbiqi nəticəsində adekvat effekt əldə edilmədikdə antidepressantlarla müalicəyə aşağıdakılar əlavə edilə bilər:
  - qeyri-benzidiazapin trankvilizatorlar (QBDT) – *hidroksizin* və ya *bupiron*
  - benzidiazapin tranvilizatorlar BDT - *alprazolam*, *clonazepam*, *bromozepam*, *lorozepam*, *tofizopam* və ya *diazepam* (4 həftədən artıq təyin olunmamalıdır)
  - GABA struktur analoqu – *pregabaline* və ya *gabapentine*
  - antipsixotik preparatlar - *quetiapine*
12. Müalicədə lazımı nəticə əldə olunduqdan sonra 1 ildən az olmayaraq saxlayıcı terapiyanı davam etdirmək lazımdır. Müalicə bir neçə həftə və ya ay ərzində kəsilmə sindromu olmaması üçün tədricən aparılmalıdır.

## **TƏŞVİŞ POZUNTULARI HALLARINDA GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ**

### **Uşaqlar**

1. Təşviş pozuntularından əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrə müalicənin aparılması üçün yardım göstərən mütəxəssislər valideynlərin razılıqlarını Azərbaycan Respublikası Qanunvericiliyinə və Uşaq Hüquqları Konvensiyasına dəqiqliklə riayət etməklə almalıdırlar.
2. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə təşviş pozuntularının 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, cinsi və ya emosional zorakılıq, yaxın

adamın vəfatı, digər məktəbə keçirilmə, somatik və digər psixi pozuntular ilə əlaqədar olur. Həkimlər uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularını müşayiət edən bütün halları dəqiqliklə təhlil etməlidirlər.

3. Uşaqda təşviş pozuntusu aşkarlanan zaman dərhal bu barədə valideynlər məlumatlandırılmalı və təşvişə səbəb ola biləcək psixososial faktorları aradan qaldırmaq üçün tədbirlər həyata keçirilməlidir. Valideynlərə öz uşaqlarının halını və davranışını diqqətlə müşahidə etməyi tövsiyə etmək lazımdır. Onlara uşaqların gün rejimi (məşğulluq və istirahət daxil olmaqla), düzgün qidalanması və fiziki fəallığı haqda məsləhət verilməlidir.
4. Uşaq və ya yeniyetmələrdə ifadə olunmuş təşviş pozuntusunun mövcudluğuna dair şübhələrin olduğu təqdirdə, onlar uşaqların psixi sağlamlığı sahəsində çalışan mütəxəssisin yanına göndərilməlidirlər. Uşaqların psixi sağlamlığı sahəsi üzrə mütəxəssis olmayan həkim (o cümlədən pediatri) uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularının müalicəsini müstəqil olaraq başlaya və ya müalicəni apara bilməz.
5. Uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularının müalicəsində birinci seçim psixoterapiyadır. Psixoterapevtik metodikaların çoxu öz effektivliyini KDT istifadəsi zamanı uşaq və yeniyetmələrdə təşviş əlamətlərinin aradan qaldırılması və onların sağlması ilə sübut etmişdir.
6. Böyüklərdə təşviş pozuntularının müalicəsi üçün istifadə olunan dərman preparatlarının çoxunun effektivliyi uşaq və yeniyetmələrin müalicəsində sübut edilməmişdir, buna görə də 16 yaşından aşağı olan uşaqlarda həmin preparatlar təyin olunmamalıdır. Kiçik yaşlı uşaqlarda təşviş əleyhinə dərmanların qəbulu paradoksal effektlər və intihar riskinin artması ilə müşahidə oluna bilər.
7. Müstəsna hallarda SSRİ başlanğıc kimi yarım dozada təyin oluna bilər. Müalicə başlanan vaxtdan 4 həftə ərzində gözlənilən effekt əldə olunmasa, təyin olunan doza tədricən artırıla bilər.

## Ahıl yaşlı insanlar

1. Təşvişli vəziyyətlərə ahıl yaşlarda tez-tez rast gəlinir. Çox vaxt bu yaşlarda rast gəlinən psixi və somatik xəstəliklər təşvişin əsas səbəbləri kimi göstərilə bilər. Buna görə də ahıl yaşlı insanlarda təşviş pozuntularının diaqnostikası və müalicəsi zamanı təşvişin yaranmasına səbəb ola biləcək somatik xəstəliklər, qəbul olunan dərmanlar, demensiya kimi faktorları müəyyənləşdirmək lazımdır.
2. Farmakoterapiyanı təyin edərkən aşağıda göstərilənləri nəzərə almaq lazımdır:
  - preparatın metabolizminin ahıl yaşlıların fizioloji proseslərinə 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.
3. Ahıl yaşlı insanlarda təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı birinci seçim preparatlarına *sertraline* və *escitalopram* aiddir. Yarana bilən antixolinergik effektlərə görə *paroxetine* çox ehtiyatla təyin olunmalıdır.
4. TSA, *venlafaxine* və *mirtazapine* 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 bilər.
5. Metabolik proseslərin yaşlı dövrdə yavaşması plazmada preparatların səviyyəsini yüksəldə bilər. Bu işə öz növbəsində terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını tələb edir.
6. Ahıl yaşlı insanlara KDT təyin edilən zaman bu preparatların orqanizmdə toplanmasını və yüksək hipotenziya riskini nəzərə almaq lazımdır.

## Hamiləlik və doğuş

1. Hamiləlik və doğuş təşviş pozuntularına səbəb ola bilər. Buna görə də müalicə birinci növbədə təşvişi yaradan hamiləlik və ya

doğuşun psixoloji faktorlarının aradan qaldırılmasına doğru yönəldilməlidir.

2. Antidepressantların çoxu hamiləlik zamanı yaranan təşviş pozuntularının müalicəsində uğurla istifadə oluna bilər, lakin yarana biləcək dərman qəbulu dayandırılması sindromu və yenidoğulmuşda serotoninergik effektin meydana çıxması kimi vəziyyətləri nəzərdə saxlamaq lazımdır.
3. Hamiləliyin üçüncü trimestrində SSRİ-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. SNRI-nin körpənin sonrakı inkişafına təsiri aşkarlanmamışdır.
4. Hamiləlik zamanı *paroxetine* qəbulu döldə ürək qüsurunun yaranması riskini artırır. Hamiləliyin birinci üç ayı müddətində BDT-nin qəbulu qurdağızlılıq, dovşandodaqlılıq kimi qüsurların yaranması üçün risk ola bilər. Teratogen effekt, həmçinin, hamiləlikdə antikonvulsiv preparatların qəbulu zamanı qeyd olunur.
5. Preparatın ana südündə konsentrasiyası müxtəlif preparatlar üçün fərqlidir. Antidepressantların çoxu döşlə əmizdirmə zamanı yeni doğulmuş körpənin qanında cüzi səviyyədə aşkar olunur və bu da körpənin davranışına böyük təsir göstərmir.

## Təsvişi pozuntularının müalicəsində istifadə edilən preparatlar

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
<b>1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ)</b>			
<i>Escitalopram</i>	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
<i>Sertraline</i>	Stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
<i>Fluoxetine</i>	Profluzak 20 mq kapsul; Prozak 20 mq kapsul;	10	10-80
<i>Paroxetine</i>	Paksil 20 mq örtülü tablet	10	20-60
<i>Fluvoxamine</i>	Fevarin 50 mq, 100 mq örtülü həb	50	200-300
<b>2. Serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNİUSİ), tri- və heterosiklik (TSA) və digər antidepressantları</b>			
<i>Venlafaxine</i>	Venlaksor 37,5 mq, 75 mq tablet; Velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq uzunmüddətli təsirə malik kapsul	37,5	75-225
<i>Clomipramine</i>	Anafranil 25 mq örtülü tablet	25	75-250
<i>Mirtazapine</i>	Deprazin 30 mq tablet	15	15-45

<i>Duloxetine</i>	Dukset 30 mq, 60 mq kapsul; Duloksenta 30 mq, 60 mq kapsul; Depratal 30 mq, 60 mq enterik örtüklü tablet	30	30-60
<i>Agomelatine</i>	Melitor 25 mq tablet	25	25
<b>3. Qeyri-benzodiazepin trankvilizatorları (anksiolitikləri) (QBDT)</b>			
<i>Hydroxyzine</i>	Ataraks 25 mq tablet	25	50-100
<i>Bupirone</i>	Spitomin 5 mq, 10 mq	10	20-30
<b>4. Benzodiazepin trankvilizatorları (anksiolitikləri) (BDT)</b>			
<i>Alprazolam</i>	Zolomaks 0,25 mq, 0,5 mq tablet	0,5	1-4
<i>Bromozepam</i>	Leksotan 3 mq örtülü tablet	3	6-12
<i>Lorazepam</i>	Ativan 0,5 mq, 1 mq örtülü tablet	1	2-6
<i>Klonazepam</i>	Rivotril 0,5 mq, 2 mq örtülü tablet	0,25	0,5-4
<i>Diazepam</i>	Relanium 10 mq/2 ml ampula	10	10-30
<i>Tofisopam</i>	Qrandaksin 50 mq tablet	50-100	100-200
<b>5. Antipsixotik preparalar (neyroleptiklər)</b>			
<i>Quetiapine</i>	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>6. Antikonvulsantlar</b>			
<i>Gabapentin</i>	Qabaqamma 100 mq, 300 mq tablet;	100	300-600
<i>Pregabalin</i>	Preqabalin KRKA 150 mq, 300 mq kapsul; Prabegin 75 mq, 150 mq kapsul	25	50-100



## Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalası (GTP-7)

**GTP-7** generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun və onun klinik praktikada ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi üçün etibarlı və effektiv vasitədir. DSM-IV təsnifatına əsaslanan GTP-7 cədvəli şərhədə asandır. Cədvəli klinik qərarın əvəzi kimi nəzərdə tutulmayan köməkçi vasitə kimi nəzərdən keçirin.

Ümumi balı hesablamaq üçün sorğu kitabçasının hər bəndinin ballarını toplamaq lazımdır. Beləliklə, ümumi toplanmış bal 0-21 ədədləri arasında dəyişə bilər.

GTP-7 üzrə ballar	Təşviş dərəcəsi
0-4	minimal
5-9	yüngül
10-14	orta
15-21	ağır

Qiymətləndirən şəxs aşağıda sadalanan suallara onun cari vəziyyətinə daha çox uyğun olan cavabları qeyd etməlidir

Son iki həftə ərzində aşağıda sadalanan problemlər nə qədər tez-tez sizi narahat edib	Yoxdur	Bir neçə	Daha çox sayda gün	Demək olar ki, hər gün
1. Əsəbilik, təşviş və ya gərginlik hissi	0	1	2	3
2. Həyəcanı dəyandırmək və ya ona nəzarət etmək iqtidarında olmamaq	0	1	2	3
3. Müxtəlif səbəblərə görə həddən ziyadə narahat olmaq	0	1	2	3
4. Dincələ bilməmək	0	1	2	3
5. Bir yerdə qərar tuta bilməmək	0	1	2	3
6. Tez yaranan qıcıqlanma və bezikmə	0	1	2	3
7. Hər hansı bir dəhşətli hadisənin baş verə biləcəyinə dair fikirlər	0	1	2	3
	+ + + +			
	<b>Toplanmış bal</b>			

## Liebowitz sosial fobiya şkalası

Ad: \_\_\_\_\_

Tarix: \_\_\_\_\_

	Qorxu və ya təlaş				Boyun qaçırma			
	Yox	Yüngül	Orta	Ağır	Heç vaxt	Bəzən	Tez-tez	Adətən
					0%	1-33%	33-67%	67-100%
İctimai yerlərdə telefonla danışmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Kiçik qruplarda iştirak etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
İctimai yerlərdə yemək	0	1	2	3	0	1	2	3
İctimai yerlərdə başqaları ilə içmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Vəzifəli insanlarla söhbət etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Auditoriya qarşısında çıxış etmək, söhbət etmək və ya hərəkət etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Əyləncəyə getmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Müşahidə olunarkən yazmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Çox yaxşı tanımadığı insanlara zəng etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Çox yaxşı tanımadığı insanlarla söhbət etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Tanış olmayan insanlarla görüşmək	0	1	2	3	0	1	2	3
İctimai tualetlərdən istifadə etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Başqaları əyləşən otağa daxil olmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Diqqət mərkəzində olmaq	0	1	2	3	0	1	2	3

İclasda danışmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
İmtahan vermək	0	1	2	3	0	1	2	3
Çox yaxşı tanımadığı insanlara narazılıq və ya bəyənməməyi ifadə etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
Çox yaxşı tanımadığı insanların gözüne baxmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Qrupa məlumat vermək	0	1	2	3	0	1	2	3
İntim və ya romantik bir münasibət məqsədi ilə birinə yaxınlaşmağa çalışmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Mağazadan alınan malları qaytarmaq	0	1	2	3	0	1	2	3
Əyləncə təşkil etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
İsrarlı bir satıcıyı rədd etmək	0	1	2	3	0	1	2	3
_____ + _____								
<b>Toplanmış bal</b> _____								
55-65 orta dərəcəli sosial fobiya 65-80 ciddi sosial fobiya 80-95 hədsiz ağır sosial fobiya 95-dən yuxarı çox ağır dərəcəli sosial fobiya								

### Aqorafobiya şkalası

Aşağıda təsvir olunan hallar təşviş və yaxud situasiyadan qaçılmanı yarada bilər. Hər bir bəndi diqqətlə oxuyub təsvir olunan halların Sizde nə dərəcədə təşviş (0-4) və ya həmin situasiyadan qaçılma (0-2) arzusunu yaranmasını aşağıdakı sütunda qeyd edin.

0	1	2	3	4
təşvişin olmaması	yüngül təşviş	orta dərəcəli təşviş	ciddi təşviş (və ya ağır təşviş)	çox ağır təşviş

0	1	2
tamamilə boyun qaçırma	mümkün olan hallarda boyun qaçırma	tamamilə boyun qaçırmama

№	Yarana biləcək situasiyalar	təşviş	qaçılma
1	Öz evində tək olmaq		
2	Kiçik alış-verişə təkbaşına getmək (məsələn, ərzaq dükanına, aptekə)		
3	Şəhərdə küçəni təkbaşına keçmək		
4	Kütlə içərisində təkbaşına olmaq		
5	İnsanlarla dolu avtobusda təkbaşına getmək		
6	Şəhərin geniş açıq sahələrində gəzmək, (məsələn, meydana)		
7	Uzun tuneldə tək olaraq maşın sürmək		
8	Evdən çıxıb təkbaşına gəzmək		
9	İnsanlarla dolu qatar və ya metroda təkbaşına getmək		
10	Poçt idarəsi, bank, supermarketdə və s. təkbaşına uzun müddət növbədə durmaq		
11	Başqa insanların yığılmasında uzun müddət oturmaq		
12	Restoranda və ya kafedə yemək		
13	Kino və ya teatrda orta sırada oturmaq		
14	İnsanlarla dolu olan böyük ticarət mərkəzlərində alış-veriş etmək		
15	Çoxlu insan və tıxac olan körpü üzərində gəzmək		

16	Körpü üzərində təkbaşına maşın sürmək		
17	Gözəllik salonunda (bərbərdə) təkbaşına saç kəsdirmək		
18	İnsanlarla dolu olan supermarketlərdə təkbaşına alış-veriş etmək		
19	Kütlə olan küçədə təkbaşına gəzmək		
20	Liftdən təkbaşına istifadə etmək		
21	Həyəcan və boyun qaçırmanın ballarını toplayın		

## Panik pozuntu üzrə şkala

Ad: \_\_\_\_\_

Tarix \_\_\_\_\_

Aşağıda qeyd olunan suallar tələş pozuntusu və onun simptomlarını nəzərdə tutur.

İnsanda qəflətən minimum 4 aşağıda qeyd olunan qorxu və ya diskomfort simptomunun yaranması halında onda tələş pozuntusu müəyyənləşdirilir. Qəfil hücum nəticəsində simptomlar 10 dəqiqə ərzində şiddətli davam etməlidir. Qeyd olunmuş simptomlardan 4-dən azı aşkar olunarsa, limitli simptomlar adlanır.

### Simptomlar aşağıdakılardır:

▶ ürək döyüntülərinin sürətlənməsi	▶ boğulma hissi	▶ reallığın itirilməsi hissi
▶ tərləmə	▶ döş qəfəsində ağrı və ya diskomfort	▶ keyləşmə və ya sancı hissi
▶ titrəmə və əsmə	▶ ürək bulanması	▶ istilik və ya soyuqluq hissi
▶ təngnəfəslik	▶ baş gicəllənməsi və ya bayılma hissi	▶ özünə nəzarəti itirmək və ya dəli olmaq qorxusu
		▶ ölmək qorxusu

### 1. Həftə ərzində neçə dəfə tələş tutması və onun limitli simptomları baş verib?

1. Heç bir panik tutma və simptom epizodları
2. Yüngül: gün ərzində tam olmayan tələş (panik) tutması və 1-dən artıq olmayan simptom
3. Orta: gün ərzində 1 və ya 2 panik tutma və ya çoxlu sayda simptomlar
4. Ağır: gün ərzində 2-dən artıq panik tutmalar
5. Həddən artıq ağır: gün ərzində çoxlu sayda panik tutma, lakin hər gün yox

### 2. Əgər keçən həftə ərzində panik tutmalar baş vermişdirsə, onlar Sizde neçə dəfə distress (narahatçılıq, qorxu) yaradıb?

### 3. Əgər onların sayı 1-dən çox olubsa, onların orta sayını qeyd edin. Əgər heç bir panik tutma olmayıbsa, lakin limitli simptomlar özünü büruzə veribsə, limitli simptomlara əsasən cavabınızı qeyd edin.

1. Ötən həftə ərzində tamamilə disstress və ya panik və ya limitli simptomların olmaması
  2. Yüngül disstress (şiddətli olmayan)
  3. Orta dərəcəli disstress (şiddətli, lakin nəzarət edilə bilən)
  4. Ağır distress (çox şiddətli)
  5. Çox ağır disstress (bütün tutmalar zamanı hədsiz disstress)
- 4. Ötən həftə ərzində Siz növbəti panik tutmanın meydana çıxması və ya bu tutmalarla əlaqədar qorxuların yaranması, narahatlıq və ya təşviş keçirmisinizmi? (məsələn, bunlar Sizde fiziki və ya psixi sağlamlıq problemlərinin və ya sosial utancaqlığın yaranmasına səbəb olur).**
1. Tamamilə yox
  2. Hərdənbir və ya yüngül dərəcədə
  3. Tez-tez və ya orta dərəcədə
  4. Çox tez-tez və ya narahatedici dərəcədə
  5. Demək olar ki, daimi olaraq və şiddətli dərəcədə
- 5. Ötən həftə ərzində Sizde qorxu hissi və ya müəyyən situasiya və yerlərdən (məsələn: ictimai nəqliyyat, kinoteatr, kütlə toplanan, körpülər, tunellər, ticarət mərkəzləri, tək olmaq) qaçılmağımıza (narahatlıq, boyun qaçırma və ya tərk etmək istəyi) səbəb olan panik tutmalar baş verib və ya ötən həftə ərzində eyni səbəbə görə boyun qaçırmaq istədiyiniz və ya qorxduğunuz digər situasiyalar baş veribmi? Əgər olubsa, ötən həftə üçün qorxu və ya qaçılmanın dərəcəsi və ya səviyyəsini qeyd edin.**
1. Heç bir qorxu və qaçılma olmayıb
  2. Yüngül: arabir qorxu və qaçılma olub, lakin bu situasiyalarla üzləşməyi bacardım. Mənim həyat tərzimə az dərəcədə dəyişiklik edir və yaxud heç bir dəyişiklik etmir
  3. Orta: nəzərə çarpan qorxu və ya qaçılma, lakin idarə edilə bilən. Mən bəzi situasiyalardan boyun qaçırıram, lakin onlarla üz-üzə gələ bilirəm. Bunun nəticəsində mənim həyat tərzimdə bəzi dəyişikliklər yaranıb, lakin mənim bütün fəaliyyətlərimdə zəifləmə yaratmayıb
  4. Ağır: hədsiz qaçılma. Mənim həyatımdakı bütün dəyişikliklər məndə qaçılmanı tələb edir. Bu halda adi fəaliyyətimi idarə

etməkdə çətinlik yoxdur

5. Son dərəcə ağır: yayılmış qorxu və ya qaçılma. Mənim həyat tərzimə hədsiz təsiri nəticəsində vacib tapşırıqları, məsələləri belə icra etməyə mane olur
6. Keçən həftə ərzində qorxu hissi keçirməyinizə və ya boyun qaçırmağınıza səbəb olan (məsələn: fiziki gərginlik, intim münasibətlər, düşün qəbul edilməsi, həyəcanlı və ya qorxulu filmlərə baxılması) fəaliyyətlər olmuşdur?

**6. Həftə ərzində qorxu hissi keçirməyinizə və ya boyun qaçırmağınıza səbəb olan başqa fəaliyyətlər olub? Əgər hər hansı bir suala cavab müsbətdirsə, zəhmət olmasa qorxunuzun dərəcəsini və sözügedən fəaliyyətlərdən boyun qaçırmağınızı qiymətləndirin.**

1. Situasiyalardan qorxu və ya boyunqaçırma yoxdur, yaxud fəaliyyətlər fiziki hislərin ucbatındandır
  2. Yüngül: hərdənbir qorxu və ya boyunqaçırma, lakin, adətən, mən fiziki səbəbi olan və kiçik disstesslə nəticələnən həyəcanla üzləşməyi bacarıram. Mənim həyat tərzimdə az dəyişiklik var
  3. Orta: nəzərə çarpan boyunqaçırmalar, lakin idarə oluna biləndir. Həyat tərzimdə bəzi dəyişikliklər var, amma onlar mənim iş vəzifələrimi tam zəiflətmir
  4. Ağır: hədsiz boyunqaçırma. Həyat tərzimdə əhəmiyyətli dəyişikliklər var və ya mənim vəzifələrimə (işimə) çox təsir edir
  5. Hədsiz ağır: yayılmış boyunqaçırma
- 7. Ötən həftə ərzində simptomlar (panik tutmalar və limitli sptomlar haqqında narahatçılıq ucbatından situasiya və fəaliyyətlərlə bağlı qorxu) nə dərəcədə Sizin işləmək qabiliyyətinizə və ya evdə məsuliyyətinizi daşımaq qabiliyyətinizə təsir etmişdir (ötən həftə ərzində Sizin işdə və ya evdə məsuliyyətiniz əvvəlkindən az olubsa, təsəvvür edin ki, məsuliyyətiniz çox olub, bu zaman suala necə cavab verərdiniz?).**
1. Nə işdə, nə də evdəki məsuliyyətimin daşınmasına heç bir təsiri olmamışdır



2. Yüngül dərəcəli: iş və ya evdəki məsuliyyətimə təsir etmişdir, lakin demək olar ki, hər şeyin öhdəsindən gəldim, sanki bu problemlərin heç birisi yox idi
3. İşdə və ya evdəki məsuliyyətimin daşınmasına əhəmiyyətli təsir göstərmiş, lakin hələ də ehtiyac duyduğum işləri görməyi bacarırdım
4. İş və ya evdəki məsuliyyətimin daşınmasında tamamilə qabiliyyətsiz idim
5. Tamamilə qabiliyyətsiz olmuşam

**8. Keçən həftə ərzində situasiya və fəaliyyətlə əlaqədar vəlvələ və limitli simptom, tutma və ya qorxular nə dərəcədə sosial həyatınıza təsir etmişdir? (ötən həftə ərzində ünsiyyət üçün çoxlu imkanlarınız olmayıbsa, təsəvvür edin ki, çoxlu imkanlarınız olub və buna əsasən cavab verməyə çalışın).**

1. Heç bir təsiri olmayıb
2. Yüngül dərəcədə sosial fəaliyyətimə təsiri. Bu problemlərim olmasaydı, demək olar ki, hər şey edərdim
3. Sosial fəaliyyətimə əhəmiyyətli təsir, lakin əgər cəhd etsəydim, çox şeyi idarə etməyi bacarırdım
4. Sosial fəaliyyətdə nəzərə çarpacaq yüksək dərəcədə zəifləmə.
5. Bu problemlərin ucbatından çoxlu sayda sosial fəaliyyətimi icra edə bilmədim
6. Hədsiz bacarıqsızlıq: mən ünsiyyətdə olmaqda çətinlik çəkirəm

## Spesifik fobiya və Ayrılıq təşvişi pozuntusu şkalası

Təşviş və ya qorxu yaradan bir situasiya seçin					
Maşın idarə etmək, uçuş, körpü, tunel və ya qapalı məkanlar	Heyvan və ya həşərat	Hündürlük, qasırğa və ya su mühiti	Qan və ya inyeksiya	Boğulma və ya qusma	Yaxın insanlardan ayrı düşmək

	Son bir həftə ərzində Sizi aşağıda sadalanan hansı problemlərdən biri narahat etmişdir?	Heç vaxt 0	Hərdən 1	Tez-tez 2	Çox vaxt 3	Həmişə 4
1	Qəfiləti təlaş, dəhşət və ya qorxu tutmaları					
2	Təşviş, narahatçılıq və ya həyəcan hissləri					
3	Nə isə pis hadisə olacağı barədə fikirlər (məsələn, ailədə faciə, ağır xəstəlik, işin itirilməsi və ya bədbəxt hadisə)					
4	Ürək döyüntüsü, tərləmə, tengənəfəslik, bayılma hissi, əsmə					
5	Əzələ gərginliyi, bir yerdə qərar tutmamaq, rahat ola bilməmək, yuxu problemləri					
6	Narahatlıq yaradan məkan və obyektlərdən yayınmaq					
7	Narahatlığa görə tədbirlərdə iştirak müddətinin azalması və ya tez tərək etmə					

8	Narahatlığa görə qərar verməyə çox vaxt sərf etmə, yaxud onları təxirə salmaq və ya görüləcək fəaliyyətə çox hazırlaşmaq					
9	Narahatlığa görə ətrafdakılardan zəmanət axtarmaq					
10	Narahatlığı aradan qaldırmaq üçün digər vasitələrdən istifadə etmək (məsələn, alkoqol, dərman, “inam əşyaları”, və ya başqalarının köməyi)					
	<b>Ümumi bal</b>					

**Şərh (yalnız mütəxəssis üçün )**

**0-5 – təşvişin yoxluğu**

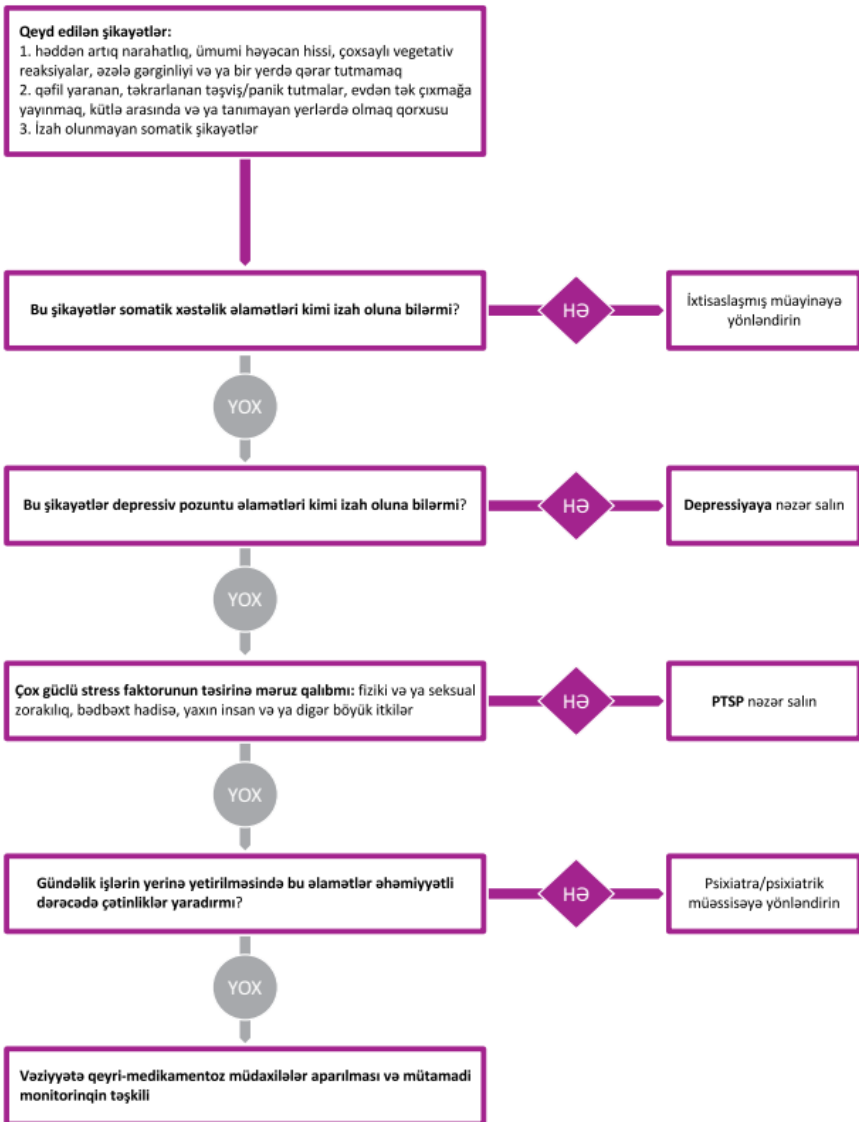
**6-15 – yüngül təşviş**

**16-25 – orta ifadəli təşviş**

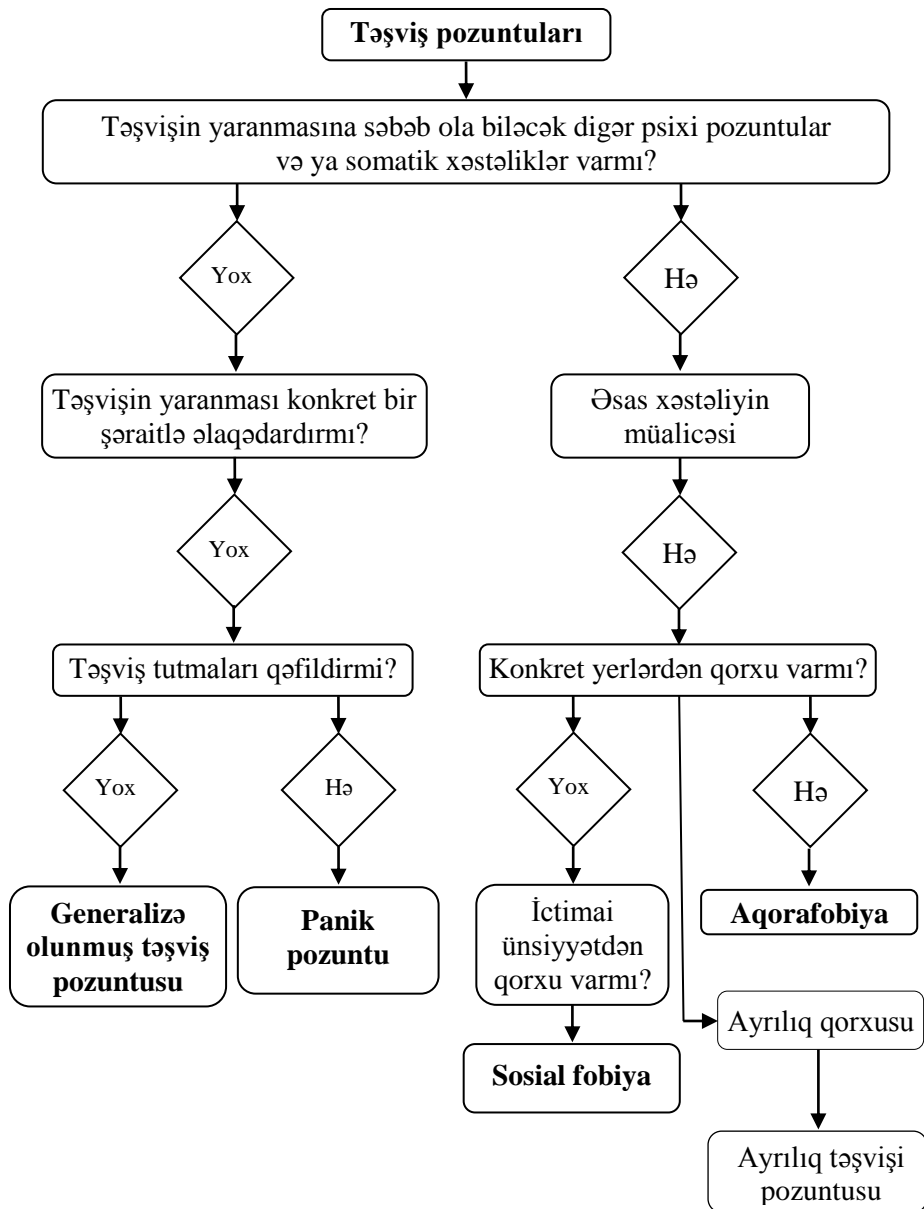
**26-35 – ifadə olunmuş təşviş**

**36-40 – ağır təşviş**

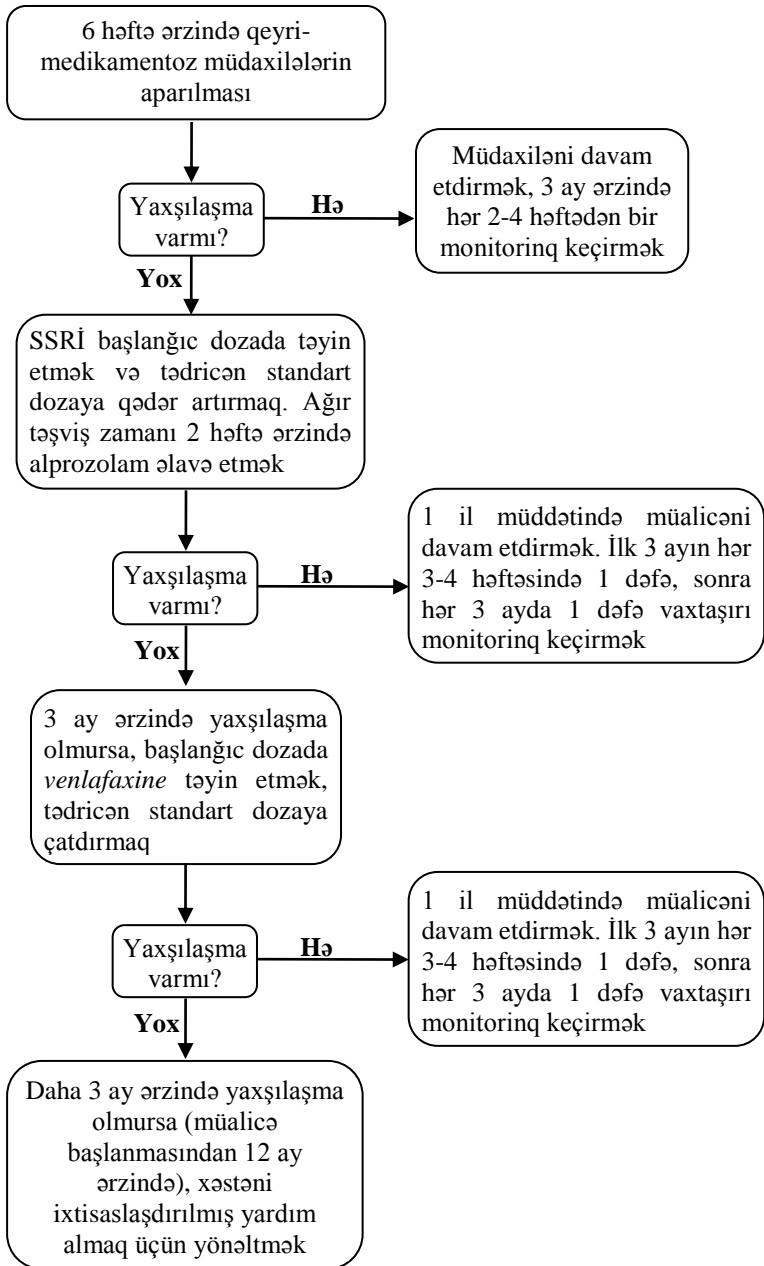
## Təşviş və qorxu ilə əlaqədar pozuntuların müayinə algoritmi



## Təşviş pozuntularına dair diaqnostik alqoritm



## İlkin səhiyyə sistemində təşviş pozuntularının müalicə algoritmi



## Ədəbiyyat

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti. “İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində m üalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) Siyahısı”nın təsdiq edilməsi haqqında 2012-ci il 11 iyun tarixli 131 nömrəli qərar [Elektron məlumat]. – Bakı. – 11.06.2012. – Elektron ünvan: <http://www.cabmin.gov.az/?/az/pressreliz/view/702> (19.04.2013).
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. – I cild. – Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2012.
3. Agoraphobia scale [Electronic resource]: Ost, L-G. The agoraphobia scale: an evaluation of its reliability and validity. Behav Res Ther. 1990. - 28. - p323-329.
4. Brief measure for assessing generalized anxiety disorder [Electronic resource]: GAD-7 scale. Spitzer, R. L. [et al] / Arch Intern Med - 2006. - vol 166(10).- p1092-1097
5. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. Aust N Z J Psychiatry. 2003 Dec;37(6):641-56. doi: 10.1080/j.1440-1614.2003.01254.x. PMID: 14636376.
6. Social anxiety support. Liebowitz Social Anxiety Scale Test [Electronic resource]. Heimburg, R.G. & Becker, R.E.(2002). Cognitive - Behavioral Group Therapy for Social Phobia. New York, The Guilford Press. - Available at: <http://www.socialanxiety.com/disorder/liebowitz/> (19.04.2013).
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://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>
8. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>





