

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**BİPOLYAR AFFEKTİV
POZUNTUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**
(2-ci nəşr, yenilənmiş)



**Bakı
2021**

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

**BİPOLYAR AFFEKTİV POZUNTUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı – 2021

616.895

B 61

B 61 Bipolyar affektiv pozuntunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B.: 2021 – 44 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Bipolyar affektiv pozuntunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yeniləşdirilmiş 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:

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

İxtisarlarnın siyahısı

BAP	bipolyar affektiv pozuntu
ECT	elektrik cəngolma terapiyası
EEQ	elektroensefaloqrafiya
EKQ	elektrokardioqrafiya
KT	kompüter tomoqrafiyası
MAOI	monoaminoksidazanın inhibitorları
NMR	nüvə maqnit rezonansı müayinəsi
RKT	randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlar
SNRI	serotonin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
SSRI	serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
TSA	trisiklik antidepressantlar
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış

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

Pasiyent qrupu: Bipolyar affektiv pozuntu xəstəliyi olan uşaq və böyük yaşlı şəxslər.

Protokolun məqsədləri:

- ▶ Müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə bipolyar pozuntunun diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ Bipolyar pozuntunun erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi
- ▶ Bipolyar pozuntusu olan xəstələrin həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Bipolyar affektiv pozuntu (BAP) – təkrari (heç olmazsa iki) affektiv epizodlarla xarakterizə edilən xəstəlikdir və həmin epizodlardan biri maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq tipə aid olur. Təkcə təkrarlanan maniya epizodlarından əziyyət çəkən xəstələrə nisbətən az rast gəlinir. Onlar xəstəliyin əsas xüsusiyyətlərinə görə (ailə anamnezi, premorbid xüsusiyyətlər, xəstəliyin başlama vaxtı və proqnoz) nadir depressiya epizodlarının da müşahidə edildiyi xəstələri xatırladırlar. Ona görə də belə xəstələr bipolyar pozuntusu olan pasiyentlər kimi qiymətləndirilir. Bir dəfə baş vermiş maniakal epizod və tsiklotimiya bipolyar pozuntunun diaqnostik kateqoriyasına daxil deyil.

Epidemiologiya

Bipolyar pozuntunun yayılma səviyyəsi əvvəllər hesab edildiyindən daha yüksəkdir və yaşlı əhali arasında həyat ərzində 1.6% təşkil edir. Bipolyar pozuntu ilə xəstələnmə səviyyəsi həm kişilər, həm də qadınlar üçün təqribən eynidir, lakin bipolyar pozuntunun bəzi alt tiplərinə (II tip bipolyar pozuntu) qadınlar arasında daha tez-tez təsadüf olunur. İlk epizod istənilən yaşda meydana çıxıb bilər, ancaq 15 yaşa qədər bipolyar pozuntunun başlanğıc mərhələsini diqqət çatışmazlığı ilə müşayiət olunan hiperaktivliklə, 60 yaşdan yuxarı isə mərkəzi sinir sisteminin üzvi

pozulmaları ilə differensiasiya etmək çətinlik törədir. Pasiyentlərin əksəriyyətində xəstəlik 15-24 yaş arasında başlayır.

XBT-10 və XBT-11 üzrə təsnifatı

XBT-10 üzrə diaqnozu	XBT-10 kodu	XBT-11 üzrə diaqnozu	XBT-11 kodu
Bipolyar affektiv pozuntu, hipomaniyaların növbəti epizodu	F31.0	Bipolyar pozuntu I növ, cari hipomaniya epizodu	6A60.2
Bipolyar affektiv pozuntu, növbəti maniya epizodu psixotik əlamətlərsiz	F31.1	Bipolyar pozuntu I növ, cari maniya epizodu, psixotik əlamətlərsiz	6A60.0
Bipolyar affektiv pozuntu, növbəti maniya epizodu psixotik əlamətlərlə	F31.2	Bipolyar pozuntu I növ, cari maniya epizodu, psixotik əlamətlərlə	6A60.1
Bipolyar affektiv pozuntu, yüngül və ya orta dərəcəli depressiyaların növbəti epizodu	F31.3	Bipolyar pozuntu I növ, cari yüngül depressiya epizodu	6A60.3
		Bipolyar pozuntu I növ, cari orta depressiya epizodu, psixotik əlamətlərsiz	6A60.4
		Bipolyar pozuntu I növ, cari orta depressiya epizodu, psixotik əlamətlərlə	6A60.5
Bipolyar affektiv pozuntu, psixotik əlamətlərsiz gedən ağır dərəcəli depressiyanın növbəti epizodu	F31.4	Bipolyar pozuntu I növ, cari ağır depressiya epizodu, psixotik əlamətlərsiz	6A60.6
Bipolyar affektiv pozuntu, növbəti	F31.5	Bipolyar pozuntu I növ, cari ağır	6A60.7

epizod: psixotik əlamətlərlə gedən ağır dərəcəli depressiya		depressiya epizodu, psixotik əlamətlərlə	
Bipolyar affektiv pozuntu, qarışıq xarakterli növbəti epizod	F31.6	Bipolyar pozuntu I növ, cari qarışıq epizod ilə, psixotik əlamətlərsiz	6A60.9
		Bipolyar pozuntu I növ, cari qarışıq epizod ilə, psixotik əlamətlərlə	6A60.A
Bipolyar pozuntu remissiya halı	F31.7	Bipolyar pozuntu I növ, cari natamam remissiya, ən son maniya və hipomaniya epizodu	6A60.B
		Bipolyar pozuntu I növ, cari natamam remissiya, ən son depressiv epizod	6A60.C
		Bipolyar pozuntu I növ, cari natamam remissiya, ən son qarışıq epizod	6A60.D
		Bipolyar pozuntu I növ, cari natamam remissiya, ən son epizod dəqiqləşdirilməmişdir	6A60.E
		Bipolyar pozuntu I növ, cari tam remissiya ilə	6A60.F

XBT-11 2-ci tip bipolyar pozuntunun diaqnostik kateqoriyasını daxil etməklə vacib yenilik gətirdi. 2-ci tip bipolyar pozuntunun diaqnostik kateqoriyalarına aiddir:

- ▶ Bipolyar pozuntu II növ bir və ya bir neçə hipomaniya və ən azı bir depressiya epizodunun qeyd olunması.

► Keçmişdə maniakal və qarışıq epizodlar müşahidə edilməməsi.

Bu diaqnoza aşağıdakılar aiddir:

6A61.0 Bipolyar pozuntu II növ, cari hipomaniya epizodu

6A61.1 Bipolyar pozuntu II növ, cari yüngül depressiv epizod

6A61.2 Bipolyar pozuntu II növ, cari orta depressiv epizod, psixotik əlamətlərsiz

6A61.3 Bipolyar pozuntu II növ, cari orta depressiv epizod, psixotik əlamətlərlə

6A61.4 Bipolyar pozuntu II növ, cari ağır depressiv epizod, psixotik əlamətlərsiz

6A60.7 Bipolyar pozuntu I növ, cari ağır depressiv epizod, psixotik əlamətlərlə

6A61.6 Bipolyar pozuntu II növ, cari depressiv epizod, dəqiqləşdirilməmiş ağırlıq dərəcəsi

6A61.7 Bipolyar pozuntu II növ, cari natamam remissiya, ən son hipomaniya epizod

6A61.8 Bipolyar pozuntu II növ, cari natamam remissiya, ən son depressiv epizod

6A61.9 Bipolyar pozuntu I növ, cari natamam remissiya, ən son dəqiqləşdirilməmiş epizod

6A61.A Bipolyar pozuntu II növ, cari tam remissiya ilə

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

6A80.0 Affektiv epizodlar zamanı təşvişin nəzərəçarpan əlamətləri - Depressiv, maniya, qarışıq və ya hipomaniya epizodu çərçivəsində nəzərəçarpan və klinik əhəmiyyətli təşviş

əlamətləri (ə səbilik, təşviş və ya səbrsiz, narahat fikirlərin idarə edilə bilinməməsi, pis hadisə baş verəcəyi hissiyyatı, rahatlaşa bilinməməsi, hərəki gərginlik, avtonom simptomlar) son iki həftənin böyük qismində müşahidə edilmişdir. Cari depressiv və ya qarışıq epizod zamanı panik atak olmuşdursa, bu ayrıca qeyd edilməlidir. Həm affektiv, həm də təşviş və ya qorxuyla əlaqədar pozuntunun diaqnostik tələbləri qarşılandıqda təşviş və ya qorxuyla əlaqədar pozuntu diaqnozu da təyin edilməlidir.

- 6A80.1** Affektiv epizodlar zamanı panik ataklar - cari affektiv epizod çərçivəsində (maniya, depressiya, qarışıq və ya hipomaniya) affektiv epizodun xüsusiyyəti olan təşviş törədici fikirlərə cavab olaraq son bir ay ərzində qayıdan panik ataklar (ən azı 2) baş verir. Panik ataklar məhz belə fikirlərə cavab olaraq yaranırsa, o ayrıca təşviş pozuntusu kimi deyil, bu bölmədən istifadə edərək qeydə alınmalıdır. Bəzi panik ataklar depressiv və qarışıq epizod boyunca depressiv və təşviş yaradan fikirlərə cavab olaraq deyil, qəflətən yaranmışdırsa, ayrıca təşviş pozuntusu diaqnozu təyin edilməlidir.
- 6A80.2** Müalicəyə çətin tabe olan cari depressiv epizod - depressiv epizodun diaqnostik tələbləri hal-hazırda qarşılır və son 2 il ərzində davamlı şəkildə müşahidə edilmişdir.
- 6A80.3** Melanxoliya ilə cari depressiv epizod - cari affektiv epizod çərçivəsində son bir ay ərzində növbəti simptomlar ən əlverişsiz dövrdə təzahür edirlər: şəxsin adətən maraq dairəsində olan fəaliyyətlərin çoxuna qarşı marağın itirilməsi və ya zövq ala bilinməməsi (pervaziv anhedoniya); adətən adi xoşagələn stimullar və ya hadisələrə və ya vəziyyətlərə qarşı emosional reaksiyaların olmaması (yəni, əhval-ruhiyyə həтта müvəqqəti təsirlə belə yüksəlmir); terminal yuxusuzluq (səhərlər təyin edilən vaxtdan 2-3 saat və ya daha çox vaxt öncə oyanmaq); depressiyanın simptomlarının səhərlər kəskinləşməsi; nəzərəçarpan psixomotor ləngimə və ya oyanıqlıq; nəzərəçarpacaq qədər iştahanın azalması və çəki itkisi.
- 6A80.4** Affektiv epizodun mövsümi təzahürləri - rekurrent depressiv

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

6A80.5 Sürətli dövrilik - Bipolyar pozuntu I və II növ çərçivəsində son 12 ay ərzində affektiv epizodların yüksək tezliyi (ən az 4) müşahidə edilir. Əhvalın bir növü digərini əvəz edə bilər və ya epizodlar remissiyalarla məhdudlaşa bilər. Yüksək tezlikli əhval epizodu olan şəxslərin bəzilərində bipolyar pozuntu I və II növlə müqayisədə davam etmə müddəti daha qısa ola bilər. Xüsusilə depressiv dövrlər bir neçə gün davam edə bilər. Depressiv və maniakal epizodlar çox sürətlə əvəz olunursa (bir gündən bir və ya bir gün ərzində), sürətli dövrilik deyil, qarışıq epizod diaqnozu təyin edilməlidir.

Bipolyar pozuntunun təbii gedişi və nəticələri

- ▶ Bipolyar pozuntunun gedişi affektiv epizodların meydana çıxmasında müxtəliflik və həyat boyu davam etmə ilə xarakterizə olunur.
- ▶ İlk epizod çox hallarda depressiv olur, ancaq onun maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq olması da mümkündür.
- ▶ Maniakal epizodlar adətən qəfildən başlayır və 2 həftədən 5 aya qədər davam edir (epizodun orta davam etmə müddəti 4 aya yaxın təşkil edir).
- ▶ Depressiyalarda daha uzun müddət davam etməyə meyl müşahidə olunur (orta davam etmə müddəti 6 aya yaxındır), lakin bu müddət nadir hallarda bir ildən artıq çəkir.
- ▶ Bipolyar pozuntunun birinci və ikinci epizodları arasındakı interval adətən 4 il və daha uzun müddət təşkil edir.

- ▶ Çox zaman ilk maniakal epizodun meydana çıxmasına qədər pasiyentlər bir neçə depressiv epizod keçirirlər. Belə hallarda ilkin olaraq qoyulmuş rekurrent depressiya diaqnozu bipolyar pozuntu diaqnozuna dəyişdirilməlidir. Bundan başqa pasiyentlər maniakal və hipomaniakal epizodlar haqqında heç bir məlumat verməyə və yalnız depressiya dövründə yardım üçün müraciət edə bilirlər.
- ▶ Epizodların baş vermə tezliyi, remissiyaların və kəskinləşmələrin xarakteri xeyli müxtəlif olur, ancaq yaş ötdükcə remissiyaların qısalmasına meyl müşahidə edilir. Müalicə almamış pasiyentlərin həyatı boyu 10-dan artıq maniakal və depressiv epizod qeyd olunur.

Bir çox tədqiqatçılar tərəfindən bipolyar pozuntuların alttıplərinin ayırd edilməsi təklif olunur:

- ▶ I tip bipolyar pozuntu – aşkar maniakal epizodlar və böyük depressiv epizodlar
- ▶ II tip bipolyar pozuntu – böyük depressiya epizodları və hipomaniakal epizodlar
- ▶ Digər tip bipolyar pozuntular

Bipolyar pozuntunun gedişi əvvəllər hesab edildiyindən daha əlverişsizdir – bipolyar pozuntu epizodları ilə bağlı müalicə almış xəstələrin yalnız dördüdə biri 12 ay müddətində daha əvvəl mövcud olmuş funksional adaptasiya səviyyəsinə qayıda bilir. Demək olar ki, xəstələrin 60%-də ictimai və fərdlərarası əlaqələrin qırılması müşahidə edilir. Bipolyar pozuntusu olan xəstələrdə boşanmaların sayı ümumi populyasiyada olduğundan 2-3 dəfə artıqdır, məşğulluq göstəricisi isə sağlam insanlara nisbətən 2 dəfə azdır. Xəstələrin 10-20%-də intihar halları müşahidə edilir, bu isə əhali üzrə göstəricilərdən 15 dəfə artıqdır; intiharların 80%-i depressiv epizodun inkişafı ilə bağlıdır. Bipolyar pozuntu ilə assosiasiya yaradan digər mənfi sosial amillərə alkoqol və narkotiklərdən istifadə, ailədaxili zorakılıq, riskli davranış formaları, qanun pozuntuları aiddir.

BİPOLYAR POZUNTUNUN DİAQNOSTİKASI

Maniakal epizod

- ▶ 1 həftə ərzində terapevtik müdaxilə nəticəsində müddətin qısaldığı hallar istisna olmaqla günün əksər hissəsi, demək olar ki, hər gün eyni vaxtda və daima olmalıdır.
- ▶ İnsanın adi əhvalından əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənən, eyforiya, qıcıqlanma və ya eksponsivliklə xarakterizə olunan həddən artıq yüksək əhval-ruhiyyədir. Çox zaman bir emosional vəziyyətdən digərinə keçid müşahidə olunur (emosional labillik).
- ▶ Fəaliyyətin artması və ya adi haldan fərqlənən, subyektiv hiss olunan enerjinin yüksəlməsidir
 - ✓ Göstərilən simptomlardan bəziləri pasiyentin davranışı və ya subyektiv hissiyyatında əhəmiyyətli dəyişiklikləri göstərir:
- ▶ Çox danışmaq və ya “nitq seli” (daxilən çox danışmaq hissənin olması)
- ▶ Fikir axını və ya təfəkkürün sürətlənməsi (məsələn, fikirlər tez-tez bir-birini əvəz edir, bəzən onlar arasında məntiqi ardıcılıq olmur; şəxs bildirir ki, bir mövzunu dəstəkləməkdə çətinlik çəkir).
- ▶ Yüksək özünəinam və ya özünüböyütmə fikirləri (məsələn, şəxs əmindir ki, öz bacarıqları çərçivəsində olmayan tapşırıqları yerinə yetirə bilər və ya məşhurlaşır). Psixotik maniya zamanı bu hal özünüböyütmə sayıqlaması kimi təzahür edir
- ▶ Yuxu ehtiyacının azalması (məsələn, şəxs bildirir ki, fəaliyyətini bərpa etmək üçün 2-3 saatlıq yuxu ona kifayət edir). Bu hal insanın yatmaq istəyib, lakin yuxuya gedə bilmədiyi yuxusuzluq halından fərqlənir.
- ▶ Diqqət yayınması (məsələn, şəxs tapşırığı sona qədər yerinə yetirə bilmir, belə ki, diqqəti söhbət zamanı kənar səslər kimi əhəmiyyətsiz və ya gərəksiz xarici stimullara yayınır).
- ▶ İmpulsiv davranış (məsələn, şəxs potensial neqativ nəticələri düşünmədən xoş fəaliyyət növlərinə qoşulur və ya adekvat planlama olmadan impulsiv şəkildə vacib qərarlar qəbul edir).
- ▶ Cinsi meyl, ünsiyyət və ya məqsədyönlü davranışların artması
 - ✓ Simptomlar digər xəstəliyin (məsələn, baş beyin şişi), kəsilmə sindromu da daxil olmaqla MSS-nə təsir edən dərman və ya maddələrin (məsələn, kokain, amfetamin) qəbulunun təzahürü deyildir.
 - ✓ Klinik təzahür Qarıışıq epizodun kriteriyalarına cavab vermir.
 - ✓ Əhvalın pozulması şəxsi, ailə, sosial, peşə, təhsil və digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə pisləşməyə səbəb olur. Özünə və ya ətrafına zərər verilməsinin qarşısının alınması üçün intensiv müalicə (məsələn, hospitalaşdırma) tələb edir və ya sayıqlama və hallüsinasiyalar ilə müşayiət olunur.

Hipomaniya – hipomaniakal simptom zamanı eyni simptomlar daha zəif ifadə olunmuş şəkildə müşahidə olunur. Bundan əlavə, hipomaniya zamanı heç zaman psixotik əlamətlər qeydə alınmır, davranışın dəyişməsi ekstremal xarakter daşımır, nəzərəçarpan funksional deadaptasiya baş vermir. Hipomaniya simptomlarının davam etmə müddəti bir həftədən az ola bilər, pasiyentlər daha az hallarda yardım üçün müraciət edirlər. Adi əhval yüksəlməsindən differensiasiya etmək üçün qeyri-tipik əhval və davranış haqqında anamnestik məlumat toplamaq lazımdır. Bir və ya bir neçə hipomaniakal epizodun olması bipolyar pozuntu diaqnozunun təyin edilməsi üçün kifayət etmir.

Depressiv epizod

- ▶ 2 həftə müddətində əksər günlər ərzində ən azı 5 simptom müşahidə edilməlidir. Ən azı bir simptom affektiv bölməyə aid olmalıdır. Simptomların olması və ya olmamasının qiymətləndirilməsi fərdin adi fəaliyyətilə müqayisədə həyata keçirilməlidir.

Affektiv klaster:

- ✓ Əhvalın enməsi (məsələn, ruh düşkünlüyü, kədər) – bu haqda şəxsin özü məlumat verir və ya kənardan müşahidə edilir (məsələn, ağlağanlıq, kədərli üz ifadəsi). Uşaq və yeniyetmələrdə depressiv əhval qıcıqlılıq şəklində özünü göstərə bilər.
- ✓ Şəxsin əvvəllər xoşuna gələn fəaliyyətə maraq və ondan zövq almanın azalması. Sonuncu cinsi istəyin azalmasını da özündə əks etdirə bilər.

Koqnitiv davranış klasteri:

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

Neyrovegetativ klaster:

- ✓ Əhəmiyyətli dərəcədə yuxu pozuntusu (uzun müddət yuxuya gedə bilər, gecə tez-tez oyanmır və ya erkən oyanır) və ya həddən artıq

yuxululuq

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

Ağrılıq dərəcəsinə görə ayırd edilir:

Yüngül depressiv epizod:

- ▶ Simptomların heç biri yüksək intensivlik dərəcəsinə çatmır
- ▶ Şəxs distress və adaptasiya zamanı bəzi çətinliklər hiss edir
- ▶ Epizod zamanı sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə olunmur
- ▶ Psixotik əlamətlər olmadan orta depressiv epizod:
- ▶ Depressiyanın bəzi simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya daima depressiv simptomları böyük qismi qeydə alınır
- ▶ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə nəzərəçarpan çətinliklər yaşayır
- ▶ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınmır

Psixotik əlamətlərlə orta depressiv epizod

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

Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiv epizod

- ▶ Depressiyanın əksər simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya depressiv simptomların az bir qismi yüksək ifadəlilik dərəcəsinə çatır
- ▶ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə çox böyük çətinliklər yaşayır

- ▶ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınır

Psixotik əlamətlərlə ağır depressiv epizod

- ▶ Depressiyanın əksər simptomları əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuşdur və ya depressiv simptomların az bir qismi yüksək ifadəlilik dərəcəsinə çatır
- ▶ Şəxs demək olar ki, bütün sahələrdə çox böyük çətinliklər yaşayır
- ▶ Epizod zamanı sayıqlama və ya hallüsinasiya qeydə alınır

Qarışıq epizod

- ▶ Eyni zamanda maniyanın və depressiyanın bir neçə nəzərəçarpan simptomu qeydə alınır və ya bu simptomlar bir-birini sürətlə əvəz edir (günəşiri və ya gün ərzində). Simptomlara maniakal və ya depressiv epizodla (yəni, depressiv, disforik, eyforik və ya ekspansiv əhval) oxşarlıq təşkil edən əhval-ruhiyyə dəyişikliyi daxil olmalıdır, ən azı 2 həftə ərzində günün əksər vaxtı müşahidə edilməlidir. Terapevtik müdaxilə nəticəsində bu müddətin qısalması istisnalıq təşkil edir.
- ▶ Maniakal simptomlar üstünlük təşkil etdikdə əks qütbün (depressiya) ən çox qeydə alınan simptomlarını disforiya, gərəksizliyinə inam, çarəsizlik, intihar fikirləri təşkil edir.
- ▶ Depressiv simptomlar üstünlük təşkil etdikdə əks qütbün (maniya) ən çox qeydə alınan simptomlarını qıcıqlanma, fikir axını, çox danışmaq, hiperaktivlik təşkil edir.
- ▶ Qarışıq epizod zamanı depressiv və maniakal simptomlar bir-birini tez-tez əvəz edərsə əhval-ruhiyyə eyforiyadan disforiyaya qədər, laqeydlikdən emosional stimullara reaksiyanın artmasına, meyllərin yüksəlməsindən azalmasına (yüksək və aşağı aktivlik dövrünün növbələşməsi, cinsi istək, iştah), koqnitiv proseslərin sürətlənməsindən ləngiməsinə (təfəkkürün, diqqətin, yaddaşın sürətlənməsi və ləngiməsi) qədər dəyişir.
- ▶ Simptomlar digər xəstəliyin (məsələn, baş beyin şişi), kəsilmə sindromu da daxil olmaqla MSS-nə təsir edən dərman və ya maddələrin (məsələn, kokain, amfetamin) qəbulunun təzahürü deyildir.
- ▶ Əhvalın pozulması şəxsi, ailə, sosial, peşə, təhsil və digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə pisləşməyə səbəb olur, özünə və ya ətrafdakılara zərər vermənin qarşısını almaq üçün intensiv müalicə tələb edir (məsələn, hospitalaşdırma) və ya hallüsinasiya və sayıqlamalarla müşayiət olunur.

Differensial diaqnostika

Cədvəl № 1. Bipolyar pozuntunun differensial diaqnostikası

Pozuntunun növü	Depressiv epizod	Maniakal və ya qarışıq epizod	Hipomaniakal epizod
6A60 Bipolyar pozuntu, I tip	Tələb olunmur (ancaq səciyyəvidir)	≥ 1 tələb olunur	Tələb olunmur (ancaq səciyyəvidir)
6A61 Bipolyar pozuntu, II tip	≥ 1 tələb olunur	Qeyd edilmir	≥ 1 tələb olunur
6A62 Tsiklotimiya	Tələb olunur (yalnız yüngül)	Qeyd edilmir	2 il ərzində dəfələrlə
6A71 Depressiv pozuntu	≥ 1 tələb olunur	Qeyd edilmir	Qeyd edilmir
6A72 Distimiya	≥ 2 tələb olunur (yalnız yüngül)	Qeyd edilmir	Qeyd edilmir

İlkin səhiyyə sistemində çalışan sahə və ailə həkimləri tərəfindən biopolyar pozuntunun aşkar edilməsi və yardım göstərilməsi

- ▶ Özü və ya ətrafdakılar üçün təhlükə törədən, yaxud psixotik simptomları olan maniyalı və ya ağır depressiyalı xəstələr ilkin səhiyyə həkimləri tərəfindən təxirə salınmadan psixiatrın müayinəsinə göndərməlidir.
- ▶ İlkin səhiyyə həkimləri depressiyalı xəstəni müayinə edərkən keçmişdə maniakal və ya hipomaniakal simptomların olmasını öyrənməlidirlər:
 - ✓ pasiyentdə ən azı 4 gün müddətində hiperaktivlik və ya həyəcan müşahidə olunur (depressiya dövrləri haqqında məlumatların olub-olmamasından asılı olmayaraq)
 - ✓ pasiyentdə təkrarlanan depressiya epizodları qeyd edilir və anamnezində hiperaktivlik və ya həyəcan hallarının olması haqqında məlumatlar mövcuddur

Bu məlumat təsdiqləndikdə belə xəstələr üçün psixiatrın konsultasiyası təmin edilməlidir.

- ▶ Bu əlamətlərin digər tibbi izahatı varsa - infeksiya, metabolik pozuntular, MSS-nin zədələnməsi, alkohol və ya narkotik intoksikasiya, dərmanların yan təsirləri (məsələn, steroidlər), və deliriy olması ehtimalı yüksəkdirsə, səbəbi müəyyən etmək üçün aşağıdakı müayinələri aparmaq lazımdır:
 - ✓ Əsas göstəricilər – arterial təzyiq, nəbz, hərarət, bədən kütlə indeksi
 - ✓ Qanın genişləndirilmiş analizi, qanda qlükozanın, lipidlərin (xolesterin, lipoproteidlər, triqliseridlər) və prolaktinin miqdarı
 - ✓ Qaraciyərin, böyrəklərin, qalxanvari vəzinin funksiyasının müayinəsi
 - ✓ Nevroloji müayinə, EKQ, flüoroqrafik müayinə, oftalmoloji müayinə (40 yaşdan yuxarı şəxslər üçün), reproduktiv yaşda olan qadınlarda hamiləliyə görə müayinə
 - ✓ Sifilis, hepatit C, İİV, vərəm testi, narkotiklərin və akoqulun istifadəsinə görə test.
- ▶ Digər ehtimal olunan affektiv pozuntunun səbəblərinin müəyyən etmək üçün ixtisaslaşmış müayinəyə yönləndirilməlidir
- ▶ Pasiyent və ona qulluq edən şəxslərə bildirmək lazımdır:
 - ✓ Bipolyar pozuntu - əhval, enerji və fəaliyyət imkanlarının dəyişməsinə səbəb olan psixi pozuntudur. Bu dəyişikliklər emosional vəziyyətin həddən artıq yüksəlməsi (maniya) və enməsi (depressiya) şəklində təzahür edə bilər.
 - ✓ Dərman preparatlarının qəbulu bipolyar pozuntunun uğurlu müalicəsinin əsasını təşkil edir.
 - ✓ Bipolyar pozuntu təkrarlanan maniya və depressiya epizodları olan xronik xəstəlik olduğu üçün pasiyent daima müalicə almalı və müntəzəm olaraq mütəxəssis müayinəsindən keçməlidir.
 - ✓ Kəskin hal dövründə pasiyent sonradan peşman olacağı düşünülməmiş qərarlar verə bilər. Buna yol verməmək üçün kəskin hal dövründə maşının açarı, pul, kredit kartı və telefonu yaxınlarından biri özündə saxlamalıdır.
 - ✓ Pasiyent sağlam həyat tərzinə riayət etməlidir (balanslaşdırılmış pəhriz, müntəzəm yuxu, şəxsi gigiyena),

stress amillərdən və spirtli işki, narkotik maddə qəbulundan yayınmalıdır.

- ▶ İlk səhiyyə həkimləri depressiv və ya qarışıq epizodla müalicə edilən bipolyar pozuntusu olan xəstələrdə intihar riski qiymətləndirilməlidir. Yüksək risk aşkar edildikdə bu xəstələr təcili psixiatriya müəssisələrinə göndərilməlidirlər.
- ▶ İlk səhiyyə həkimləri xəstələrdə maniakal oyanıqlıq (ajitəli, aqressiv və ya impulsiv davranış) və ya psixotik vəziyyətində (nəzərəçarpan sayıqlama, eşitmə və ya görmə hallüsinasiyaları, aşkar etdikdə, bu xəstələri təcili psixiatriya müəssisələrinə göndərməlidirlər.
- ▶ Maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq epizod zamanı antidepressantla müalicə alan pasiyent dərhal antidepressant qəbulunu dayandırmalıdır.
- ▶ Həkim psixiatr tərəfindən yardım göstəmək mümkün olmadığı müstəsna hallarda, ilkin səhiyyə sistemi həkimi kəskin vəziyyəti aradan götürmək üçün olanzapine 5 mg (oral) və ya haloperidol 5 mq və ya diazepam 5 mg əzələ daxilində təyin edərək, ən qısa müddətə ixtisaslaşdırılmış yardımla yararlanma imkanını təmin etməlidir .

İxtisaslaşmış yardım sistemində bipolyar pozuntunun diaqnostika və müalicəsi

Bipolyar pozuntunun diaqnostikası

- ▶ Ehtimal edilən bipolyar pozuntusu olan pasiyentin ilkin müayinəsinə müayinənin səbəbi; pasiyentlərin məqsədi və müalicə zamanı seçimləri; psixopatoloji simptomların və psixotravmanın icmalı; keçmiş psixiatrik müalicə; somatik vəziyyətin qiymətləndirilməsi; psixososial və mədəni amillərin qiymətləndirilməsi; koqnitiv funksiyaları da daxil olmaqla psixi statusun müayinə edilməsi; intihar və ya aqressiv davranışın qiymətləndirilməsini əks etdirməlidir
- ▶ Ehtimal edilən bipolyar pozuntusu olan pasiyent aşağıdakı laborator və instrumental müayinələrdən keçməlidir:
 - ✓ Mütləq şəkildə – nəbz, arterial təzyiğin, temperaturun, bədən çəki indeksinin müəyyən edilməsi, hamiləlik testi (fertil dövrdə olan qadınlar üçün)

- ✓ Klinik göstəricilərə görə - qan dəyərləri göstəriciləri, qaraciyər, böyrək fəaliyyətinin yoxlanması, TSH, elektrolitlər, prolaktin səviyyəsi
- ✓ 4 ay ərzində antipsixotik preparat qəbulu zamanı – qlükoza, hemaqlöbin, xolesterol, triqliserid, yüksək sıxlıqlı lipoprotein (YSL) aşağı sıxlıqlı lipoprotein (ASL) səviyyəsi.
- ✓ Anamnestik məlumatlar və nevroloji müayinə - EEQ, KT və ya MRT əsasında; antipsixotik preparatlar və QT-EKQ intervalına təsir edən digər dərmanların qəbulu
- ▶ Ehtimal edilən bipolyar pozuntu olan pasiyentlərin ilkin psixiatrik müayinəsi müalicənin istiqamətləndirilməli olduğu simptomların ağırlığının və dezadaptasiyanın dərəcəsinin aşkar və müəyyən etmək üçün kəmiyyət ölçücülərini (şkalalar) əks etdirməlidir:
 - ✓ Bipolyar pozuntu zamanı depressiya simptomlarının ifadəliliyinin qiymətləndirilməsi Hamilton şkalası (HDRS) və ya PHQ-9 üzrə aparılmalıdır.
 - ✓ Bipolyar pozuntu zamanı maniya simptomlarının ifadəliliyinin qiymətləndirilməsi Yanq şkalası üzrə aparılmalıdır (Young Mania Scale)
- ▶ Bipolyar xəstələrinin sübuta yetirilmiş farmakoloji və qeyri-farmakoloji müdaxiləni əks etdirən rəsmi sənədləşdirilmiş, fərdi, kompleks müalicə planı olmalıdır. Kompleks müalicə planı özündə əks etdirməlidir:
 - ✓ Pasiyent və onun yaxınlarının xəstəlik və müalicə imkanları haqqında məlumatlandırılması və onların müalicə prosesinə cəlb edilməsi
 - ✓ Müalicə optimal şərtlərinin müəyyən edilməsi və müalicəyə bağlılığa qarşı maneələrin aradan qaldırılması
 - ✓ Pasiyent və ətrafdakılar üçün aqressiv davranış və intihar riskin azaldılması
 - ✓ Əlavə tələbatların müəyyən edilməsi və müalicənin onlara uyğunlaşdırılması (yaş, hamiləlik, komorbidlik)
 - ✓ Müalicə məqsədlərinə sosial yardımın daxil edilməsi və fəaliyyətin yaxşılaşdırılması
 - ✓ Digər mütəxəssislərlə/təşkilatlarla əməkdaşlıq

- ▶ Əgər pasiyentdə intihara cəhd, aqressivlik aşkar edilərsə, o öz tələbatlarına qarşı əhəmiyyətli dərəcədə etinasızlıq göstərsə, yaxud anamnezində məcburi hospitalizasiya halları mövcud olarsa, o zaman pasiyentin iştirakı ilə böhran planı tərtib edilməlidir və həmin plana aşağıdakılar daxil olmalıdır:
 - ✓ təhlükəli davranışa gətirib çıxaran amillərin nəzərdən keçirilməsi və kəskinləşmənin erkən əlamətlərinin siyahısı
 - ✓ risk müəyyən olunduqda yardıma müraciət etmənin qaydası (məsələn, dərmanların qəbulu qaydası, həkimlə əlaqələrin artırılması, böhran zamanı müraciət etmək lazım olan müəssisələr haqqında məlumat)
- ▶ Bipolyar pozuntusu olan pasiyentlərin psixiatriya müəssisəsinə hospitalizasiyası məsələsi yalnız onların özünə və ətrafdakılara zərər vermə riskinin əhəmiyyətli dərəcədə olması halında nəzərdən keçirilir. Bəzi hallarda xəstənin gündüz stasionarına yerləşdirilməsi tamdəyərli stasionar müalicəsini əvəz etməyə kifayət edir.

Bipolyar pozuntunun maniakal, qarışıq və hipomaniakal epizodlarının farmakoloji müalicə

- ▶ Maniakal, hipomaniakal və qarışıq epizodların müalicəsi simptomların kəskinlik dərəcəsindən, əvvəlki müalicədən, həmçinin pasiyentin öz vəziyyətini anlamasından və müalicəvi tədbirləri yerinə yetirməyə hazır olmasından asılıdır.
- ▶ Maniakal vəziyyətin mənfi nəticələrini azaltmaq üçün həkimlər pasiyentə müalicə zamanı güclü stimullardan çəkinməyi, sakit fəaliyyətlə məşğul olmağı, vacib qərarların qəbulunu təxirə salmağı və aktivliyin azalmasına gətirib çıxaran uyğun gündəlik rejimə (yuxu vaxtı daxil olmaqla) keçməyi tövsiyə etməlidirlər.
- ▶ Antidepressantlar qəbul edən pasiyent maniakal epizodun başlanğıcında onların qəbulunu dayandırmalıdır. Klinik göstərişlərdən və müalicənin kəsilməsi ilə bağlı əvvəlki təcrübədən asılı olaraq, bunu ya dərhal, ya da tədricən bir neçə gün ərzində yerinə yetirmək lazımdır.
- ▶ Preparatın seçimi zamanı gələcəkdə profilaktik müalicənin davam etdirilməsini və pasiyent üçün təhlükəsizliyi nəzərə almaq

lazımdır. Preparatın daha əvvəl göstərdiyi təsir və pasiyentin özünün nəyə üstünlük verməsinə diqqət yetirmək də vacibdir.

- ▶ Əgər antipsixotik preparat və ya əhval-ruhiyyə stabilizatoru qəbul etməyən pasiyentdə psixotik əlamətlər olmadan keçən maniakal və ya qarışıq epizod qeydə alınrsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:

- ✓ antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) monoterapiya

- ✓ Əhval-ruhiyyə stabilizatorlarından birilə monoterapiya (lithium və ya valproate)

- ✓ Antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazole, amisulpride* və ya *cariprazine*) əhval-ruhiyyə stabilizatorlarının (*lithium, valproate* və ya *gabapentine*) kombinə edilmiş terapiyası

- ▶ Əgər antipsixotik preparat və ya əhval-ruhiyyə stabilizatoru qəbul etməyən pasiyentdə psixotik əlamətlərlə keçən maniakal və ya qarışıq epizod qeydə alınrsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:

- ✓ antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) əhval-ruhiyyə stabilizatorlarının (*lithium* və ya *valproate*) kombinə edilmiş terapiyası

- ✓ antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) monoterapiya

- ▶ Əgər antipsixotik preparat və ya əhval-ruhiyyə stabilizatoru qəbul etməyən pasiyentdə hipomaniakal epizod qeydə alınrsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:

- ✓ antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) monoterapiya

- ✓ Əhval-ruhiyyə stabilizatorlarından birilə monoterapiya (lithium və ya valproate)

- ▶ Əgər monoterapiya qismində təyin edilmiş ilk antipsixotik preparat istənilən dozada pis təsir edirsə və ya maksimal terapevtik dozada effektiv deyildirsə siyahıdakı digər antipsixotik preparata keçmək lazımdır. Gözlənilən effekt olmadıqda lithium və ya valproate əlavə edilməlidir.

- ▶ Əgər litium qəbul edən pasiyentdə terapevtik effekt olmasa, litiumun qanda konsentrasiyasını yoxlamaq lazımdır. 0,8 mmol/l-dən aşağı olan subklinik doza zamanı dozanı artırmaq lazımdır. Terapevtik effektin olmaması halında bir antipsixotik (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) əlavə edilməsi nəzərdən keçirilməlidir.
- ▶ Artıq valproate qəbul edən pasiyentdə terapevtik effekt olmasa valproatın dozasını artırmaq lazımdır. Bunu simptomların azalmağa başlaması anına və ya əlavə təsirlərin dozanın artırılmasını məhdudlaşdırmasına qədər davam etdirmək lazımdır. Yaxşılaşma əlamətləri müşahidə edilmədikdə bir antipsixotik (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) əlavə etmək lazımdır.

Bipolyar pozuntunun depressiv epizodlarının farmakoloji müalicəsi

- ▶ Monopolyar depressiyadan fərqli olaraq, bipolyar pozuntu olan xəstələrdə depressiyadan çıxdıqdan sonra maniakal və ya hipomaniakal epizodun inkişaf etməsi ehtimalı vardır. Buna görə də affektin inversiyasını törədə bilən antidepressant istifadəsindən yayınmaq tövsiyə olunur.
- ▶ Əgər müalicə almayan pasiyentdə psixotik simptomlar olmadan keçən yüngül və ya orta depressiv epizod qeydə alınarsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:
 - ✓ Əhval-ruhiyyə stabilizatorlarından birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) monoterapiya
 - ✓ Kiçik dozalarda antipsixotik preparatla (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) monoterapiya
 - ✓ *Lamotrigine, valproate* və ya *lithium* ilə kombinə edilmiş terapiyası
- ▶ Əgər müalicə almayan pasiyentdə psixotik simptomlar olmadan ağır depressiv epizod qeydə alınarsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:
 - ✓ *Lamotrigine, valproate* və ya *lithium* ilə kombinə edilmiş terapiya

- ✓ Kiçik dozalarda antipsixotik preparatla (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) əhval-ruhiyyə stabilizatorlarından birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) kombinə edilmiş terapiya
- ✓ Kiçik və ya standart dozalarda antipsixotik preparatla (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) antidepressantın (*escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine* və ya *duloxetine*) kombinə edilmiş terapiyası
- ▶ Əgər müalicə almayan pasiyentdə psixotik simptomlarla keçən orta və ya ağır depressiv epizod qeydə alınarsa ona aşağıdakı variantlardan birini təklif edin:
 - ✓ Standart dozada antipsixotik preparatlar (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) və əhval-ruhiyyə stabilizatorlarından birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) kombinə edilmiş terapiya
 - ✓ Standart dozada antipsixotik preparatlar (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) və antidepressantlarla (*escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine* və ya *duloxetine*) kombinə edilmiş terapiya
- ▶ Antidepressant qəbulu nəticəsində maniakal və hipomaniakal epizodun yaranma riski qarşısını almaq üçün depressiya simptomlarının aradan qaldırmasından sonra antidepressantların qəbulunu 8 həftə ərzində dayandırmaq lazımdır.
- ▶ Əgər monoterapiya qismində ilk təyin edilən antipsixotik preparat və ya əhval-ruhiyyə stabilizatoru istənilə dozada pis təsir edirsə və ya maksimal terapevtik dozada effektiv deyildirsə siyahıda olan digər antipsixotik preparat və ya əhval-ruhiyyə stabilizatoruna keçmək lazımdır. Gözlənilən effekt olmadıqda kombinə edilmiş terapiyaya başlamaq lazımdır.
- ▶ Kombinə edilmiş terapiyadan gözlənilən effekt əldə edilmədikdə dozalarını müvafiq şəkildə seçməklə preparat kombinasiyasını dəyişdirmək lazımdır. Müəyyən hallarda eyni vaxtda antipsixotik preparat, stabilizator və antidepressant qəbulu mümkündür.
- ▶ Rezistent hallarda *clozapine*, elektrik cəngolma terapiyası tətbiqi və ya *buspiron* yaxud tiroid hormonu əlavə edilməsi nəzərdən keçirilməlidir.

- ▶ Bipolyar depressiyanın müalicəsinin bütün mərhələlərində intihar riskinin yaranması ilə bağlı olaraq simptomların ətraflı monitorinqi həyata keçirilməlidir.

Dəstəkləyici terapiya və təkrar epizodların profilaktikası

- ▶ Dəstəkləyici terapiyanın bir neçə məqsədi vardır, bunlara sonrakı kəskinləşmələrin profilaktikası, qalıq simptomların reduksiyası, remissiya müddətinin uzadılması, əhvalın sabitliyinin əldə edilməsi, həmçinin xəstələrin funksional adaptasiyası və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması aiddir.
- ▶ Dəstəkləyici terapiya bipolyar pozuntusu olan bütün xəstələrə tövsiyə olunur. Əvvəlki müalicənin effektivliyindən irəli gələrək aşağıdakı variantlar mümkündür:
 - ✓ əhval-ruhiyyə stabilizatorlarının birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) monoterapiya
 - ✓ Antipsixotik preparatlardan birilə (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) monoterapiya
 - ✓ Antipsixotik preparatlardan (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) əhval-ruhiyyə stabilizatorlarının birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) kombinə edilmiş terapiyası tövsiyə edilir.
- ▶ Dəstəkləyici terapiya qismində antidepressant təyin edilməsi tövsiyə edilmir.
- ▶ II növ bipolyar pozuntu zamanı stabilizator qismində lamotrigine təyin edilməsi tövsiyə edilir.
- ▶ Qarışıq epizodlarla davam edən bipolyar pozuntu zamanı antipsixotik preparatların (*olanzapine, quetiapine risperidone, aripiprazol* və ya *cariprazine*) və ya əhval-ruhiyyə stabilizatorlarının birilə (*lamotrigine, valproate, lithium*) kombinə edilmiş terapiya tövsiyə edilir.
- ▶ Dəstəkləyici terapiyanın davam etmə müddəti ilk affektiv epizoddan sonra 6 aydan az olmamalıdır və pasiyenti dəstəkləyici müalicəni daha uzun müddət qəbul etməsinə həvəsləndirmək lazımdır.
- ▶ Dəstəkləyici terapiyanın davam etmə müddəti iki və daha artıq affektiv epizoddan sonra 24 aydan az olmamalıdır və pasiyenti

dəstəkləyici müalicəni daha uzun müddət qəbul etməsinə həvəsləndirmək lazımdır.

- ▶ Dəstəkləyici terapiya zamanı 3 ayda 1 dəfədən az olmayaraq pasiyentin vəziyyətinin monitorinqi və müalicəyə riayət edilməsinə dəstək tədbirləri keçirilməlidir.

Xüsusi baxış tələb edən farmakoloji müalicə məsələləri

- ▶ Bugün bipolyar pozuntunun hamiləlik dövründə farmakoloji müalicəsi üzrə dəqiq tövsiyələr mövcud deyildir. Hamiləliyin ilk trimestrində valproate, lithium, paroxetine, həmçinin lamotrigine >200 mq/sutka istifadəsindən yayınmaq lazımdır.
- ▶ Bipolyar pozuntudan əziyyət çəkən pasiyent qadın hamiləlik haqqında qərar qəbul edərsə, müalicənin dayandırılması imkanını nəzərdən keçirmək lazımdır. Sabit vəziyyət zamanı:
 - ✓ dərmanların qəbulunu 1-ci trimestr boyu dayandırmaq olar
 - ✓ Müalicənin 1-ci trimestrdə dayandırılması uşurla başa çatarsa, dərmanlardan istifadə olunmamasını bütün hamiləlik dövründə davam etdirmək
 - ✓ və ya doğuşdan sonrakı kəskinləşmənin qarşısını almaq üçün 3-cü trimestrdə dərmanların qəbuluna başlamaq məqsədəuyğundur.
- ▶ Zahılıq dövründə profilaktik müalicənin bərpa olunması lazımdır. Süd vermə zamanı dərman preparatlarının qəbulu uşağın sağlamlığı və inkişafına mənfi təsir göstərə bilər, ona görə də belə vəziyyətdə süni qidalandırmaya keçilməsini düzgün hesab etmək olar.
- ▶ Bipolyar pozuntusu olan uşaq və yeniyetmələrə dərman preparatlarının təyini eynilə böyüklərdə olduğu kimi aparılır, yalnız müalicə kiçik dozalardan başlayır. Uşağın yaşı, çəkisi və boyunu nəzərə almaq vacibdir.
- ▶ Yaşlı şəxslərdə dərman metabolizminin yaş dəyişikliyi və komorbid somatik xəstəlikləri nəzərə alaraq monoterapiya aparılmasına üstünlük verilməlidir.
- ▶ Somatik xəstəliyi olan şəxslərdə bipolyar pozuntunun müalicəsi aşağıdakı şəkildə aparılmalıdır:
 - ✓ Artıq çəkisi olan xəstələrdə ilkin seçim preparatı *aripiprazole* və/və ya *lithium*

- ✓ allergik reaksiyalara meylliliyi olan pasiyentlərə *lamotrigine* təyin etmək olmaz
- ✓ metabolik pozuntusu, o cümlədən ürək-damar və böyrək patologiyası olan xəstələrdə ilkin seçim preparatı *aripiprazole*
- ✓ qaraciyər funksiyasının pozulduğu xəstələrdə ilkin seçim preparatı *aripiprazole* və/və ya *lithium*
- ✓ serebrovaskulyar patologiyası olan xəstələrdə ilkin seçim preparatı *aripiprazole* və/və ya *valproate*

Psixososial müdaxilələr

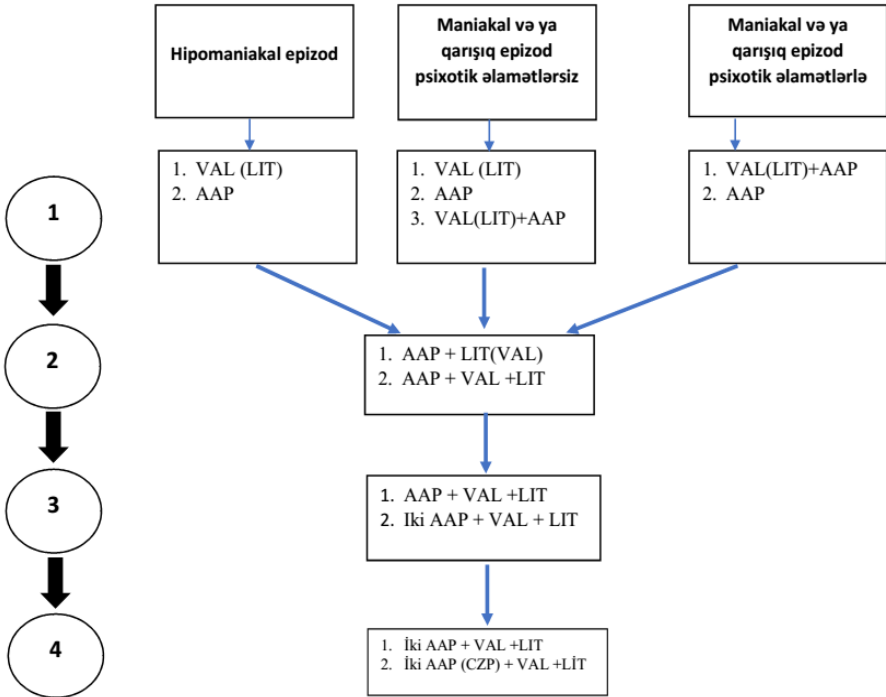
- ▶ Bipolyar pozuntu olan xəstələr və onların ailə üzvləri psixi sağlamlıq üzrə maarifləndirilməlidir. Maarifləndirmə ambulator və ya stasionar şəraitdə keçirilir. Maarifləndirmə zamanı qrup ya fərdi şəkildə aşağıdakı mövzular əhatə olunmalıdır:
 - ✓ bipolyar pozuntu və onun müalicəsi haqqında məlumat
 - ✓ maniya və depressiyanın başlanğıc simptomlarının tanınması
 - ✓ stress-menecment üsulları
 - ✓ problemlərin həlli texnikaları
 - ✓ sağlam həyat tərzinin dəstəklənməsi üsulları
 - ✓ müalicəyə riayət edilməsinin təmini
- ▶ Bipolyar pozuntu olan xəstələrə aşağıdakı psixoterapiya növlərindən birini tətbiq etmək lazımdır:
 - ✓ Koqnitiv-davranış terapiyası – 6 ay müddətində həftədə 1 dəfə olmaqla keçirilən 20 sessiyadan ibarətdir. Terapiyanın əsas məqsədi maniakal və ya depressiv epizod zamanı davranışa koqnitiv nəzarətin təyin edilməsi və xəstəliklə bağlı neqativ nəticələrin aradan qaldırılması üzrə fərdi strategiyaların qurulmasıdır.
 - ✓ Sosial ritmin interpersonal terapiyası – bioloji və sosial ritmin sabitləşdirilməsinə, həmçinin şəxslərarası münasibətlər və yerinə yetirilən sosial rolların yaxşılaşdırılmasına yönləndirilmiş 14 həftəlik sessiyadan ibarətdir.
 - ✓ Ailə psixoterapiyası – bipolyar pozuntusu olan xəstələrin ailələrilə əməkdaşlıq və dəstəyə, xüsusilə ünsiyyət, ər-arvad münasibətlərinin möhkəmləndirilməsi, ailə vəzifələrinin yerinə yetirilməsinə yönləndirilmiş, 21 sessiyadan ibarət 9 aylıq terapiya kursudur.

**Bipolyar affektiv pozuntunun müalicəsində istifadə edilən
dərman vasitələri**

Dərman vasitəsinin adı	Ticarət adı və buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
Atipik antipsixotik vasitələr			
Risperidone	Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Rispaksol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Torendo 2 mq, 4 mq tablet	1-2 mq	3-6 mq
Olanzapine	Egolanza 5 mq, 10 mq tablet; 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	5-10 mq	5-20 mq
Aripiprazole	Aripegis 10 mq, 15 mq tablet; Aribit 10 mq tablet; Abizol 5 mq, 10 mq, 15 mq örtüklü tablet; Zilaksera 5 mq, 10 mq, 15 mq tablet	10-15 mq	10-30 mq
Cariprazine	Reaqila 1,5 mq, 3 mq, 4 mq, 6 mq kapsul	1,5 mq	1,5- 6 mq
Quetiapine	Ketilept 100 mq, 200 mq örtüklü tablet; Kventiaks SR 25 mq, 150 mq, 200 mq, 300 mq tablet; Keday XR 50, 150, 200 mq uzunmüddətli təsirə malik tablet	25-200 mq	200-800 mq
Clozapine	Leponeks 25 mq, 100 mq tablet	12,5-25 mq	200-450 mq
Amisulpride	Solian 200, 400 mq tablet	200-400 mq	200-400 mq

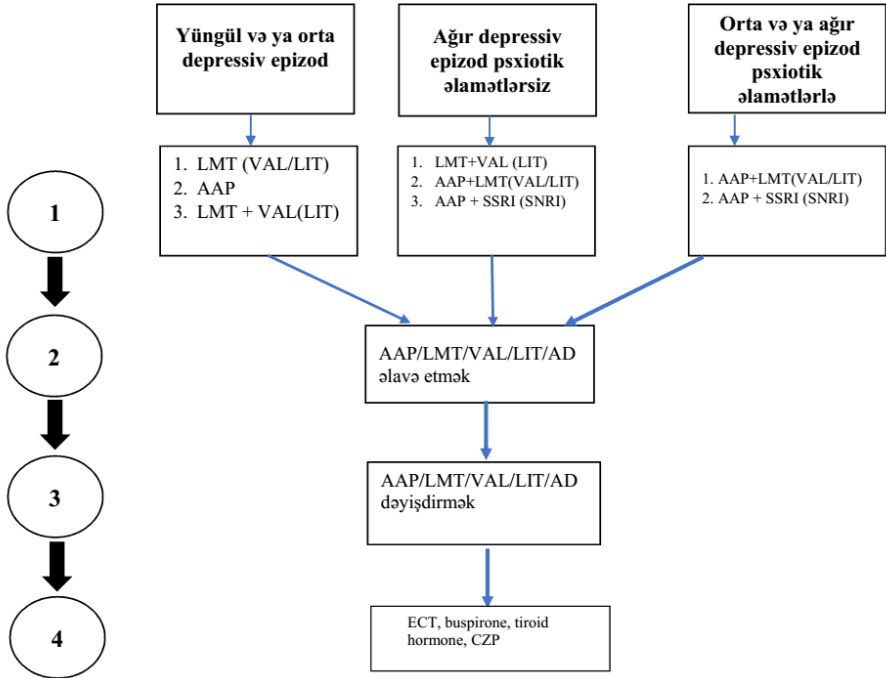
Antidepressantlar			
Sertraline	Stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50 mq	50- 200 mq
Escitalopram	Sipraleks 10 mq örtüklü tablet; Estolam 10 mq, 20 mq örtüklü tablet; Elisea 10 mq, 20 mq tablet; Esçita 10 mq, 20mq örtülü tablet; Deploram-S 10 mq, 20 mq örtülü tablet;	5-10 mq	10-20 mq
Fluoxetine	Profluzak 20 mq kapsul; Prozak 20 mq kapsul;	20 mq	20-40 mq
Venlafaxine	Venlaksor 37,5 mq, 75 mq tablet; Velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq uzunmüddətli təsirə malik kapsul	37,5-75 mq	75-225 mq
Duloxetine	Dukset 30 mq, 60 mq kapsul; Duloksenta 30 mq, 60 mq kapsul; Depratal 30 mq, 60 mq enterik örtüklü tablet	30 mq	30-60 mq
Əhval ruhiyyə stabilizatorları			
Valproate	Depakine Chrono 300 mq, 500 mq örtüklü tablet	500-750 mq	1000-2000 mq
Lithium carbonate	Sedalit 300 mq tablet	600-900 mq	1500-2100 mq
Lamotrigine	Lamotrin 50 mq, 100 mq tablet	25 mq	50-200 mq
Gabapentin	Qabaqamma 100 mq, 300 mq kapsula;	100 mq	300-600 mq
Trankvilizator			
Buspirone	Spitomin 5 mq, 10 mq	5-10 mq	10-20 mq

MANİAKAL EPİZODUN MÜALİCƏSİ



AAP- atipik antipsixotik, VAL – valproate, LİT – lithium, CZP - clonozepam

DEPRESSİV EPİZODUN MÜALİCƏSİ



AAP- atipik antipsixotik, VAL – valproate, LİT – lithium, LMT -lamotrigine, CZP – clonozepam, SSRI - serotoninin geriyyə sorulmasının selektiv inhibitorları, SNRI - serotonin və noradrenalinin geri sorulmasının selektiv inhibitorları, AD - antidepressant

YANQIN MANİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (YMRS)

Yanqın maniya reytingi cədvəli (Young mania rating scale (YMRS) manyakal simptomların qiymətləndirilməsində istifadə edilən kliniki vəsaitdir. Təcrübəsi olan klinisist tərəfindən doldurulur.

Klinisistlər üçün təlimat:

YMRS cədvəlinin 11 bəndi təxminən 15-30 dəqiqə ərzində kliniki müsahibə keçirdilərək doldurulur və ümumi bal hesablanır. Cədvəl bəndlərinin qiymətləndirilməsi pasiyentin son 48 saat ərzində olan halı barəsində məlumata və kliniki müsahibə zamanı pasiyentin müşahidəsi əsasında edilir. Cədvəlin 4 bəndi (qıçıqlanma, nitq, fikirlərin məzmunu və aqressiv davranış) ikiqat ballarla 0-dan 8-ə kimi qiymətləndirilir; qalan 7 bəndin qiymətləndirilməsi 0-dan 4-də qədərdir. Cədvəlin 4 bəndinin ikiqat ballarla qiymətləndirilməsi kəskin ifadə olunmuş manyakal simptomları xəstə ilə ünsiyyətin zəif olmasını kompensasiya edir. Əgər xəstənin simptomlarının ifadə dərəcəsi (və ya onların ifadə dərəcəsinin dəyişməsi) ikiqat bala uyğun gəlmirsə, onda ikiqat ballar (2, 4, 6, 8) əvəzinə aralıq ballardan (1, 3, 5, 7) istifadə etmək olar. Hesablanan ümumi bal əsasında xəstənin ümumi vəziyyəti və onun manyakal simptomlarının dinamikası qiymətləndirilir.

Yanqın Maniya Reytingi cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

0-12	Norma
13-21	Hipomanyakal hal
22-30	Manyakal hal
>30	Kəskin ifadə edilmiş manyakal hal

YANQIN MANİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (YMRS)

1. ƏHVAL-RUHIYYƏNİN YÜKSƏLMƏSİ

0 qeyd olunmur

1 bir qədər yüksəlmiş əhval-ruhiyyə və ya ehtimal edilən əhval-ruhiyyənin yüksəlməsi yalnız sorğu zamanı məlum olur

2 əhval-ruhiyyənin yüksəlməsi subyektiv duyulur; insan optimistik, özünə güvənən, şən və ətraf mühitə uyğun görünür

3 mühitə uyğun olmayan yüksəlmiş əhval-ruhiyyə; yersiz zarafatlar

4 xəstə eyforikdir; səbəbi olmadan gülür; yersiz mahnı oxuyur

2. HƏRƏKƏT AKTİVLİYİNİN (ENERJİNİN) YÜKSƏLMƏSİ

0 qeyd olunmur

1 yüksəlmə subyektiv qeyd olunur

2 ümumi canlandırılma və əl-qol hərəkətlərinin canlandırılması müşahidə edilir

3 həddən artıq canlandırılma; periodik hiperaktivlik; rahatsızlıq (sakit etmək mümkündür)

4 hərəkət yanıqlılığı; daimi hiperaktivlik (sakit etmək mümkün deyil)

3. SEKSUAL MARAQ

0 normaldır; yüksəlməmişdir

1 bir qədər yüksəlib və ya yüksəlməsi ehtimal edilir

2 sorğu zamanı seksual marağının yüksəlməsi subyektiv qeyd edilir

3 ünsiyyət zamanı spontan olaraq seksual mövzulara keçir; seksual məsələlərdən ətraflı danışır; özünün hiperseksuallığı barədə bildirir

4 açıq seksual davranış (digər pasiyentlərə, tibbi personala və ya həkimə qarşı)

4. YUXU

0 yuxunun azalmasını qeyd etmir

1 adi yuxu rejimi ilə müqayisədə 1 saata qədər yuxunun azalması

2 adi yuxu rejimi ilə müqayisədə 1 saatdan artıq yuxunun azalması

3 yuxuya ehtiyacın azalmasını qeyd edir

4 yuxuya ehtiyacını inkar edir

5. QICIQLANMANIN ARTMASI

- 0 yoxdur
- 2 qıcıqlanmanın artması subyektiv qeyd edilir
- 4 müsahibə zamanı qıcıqlıdır; palatada son zamanlarda qeyd olunan hirs və ya əsəbilik epizodları
- 6 müsahibə zamanı tez-tez qıcıqlanıb hirsələnir, səbirsizdir, həkimin sözünü kəsir; müsahibəni tez bitirmək istəyir.
- 8 düşməncəsinə münasibət göstərir; əməkdaşlıq etməsi mümkün deyil; müsahibə keçirmək mümkün deyil

6. NİTQ (sürəti və kəmiyyəti)

- 0 artmayıb
- 2 subyektiv olaraq danışqanlığı qeyd edilir
- 4 nitqin sürəti yüksəlib, vaxtaşırı çox danışır
- 6 ünsiyyət zamanı həmsöhbətini üstələməyə çalışır; nitqin sürəti və kəmiyyəti əhəmiyyətli dərəcədə artıb; sözünü kəsmək çətindir
- 8 söz axını; sözünü kəsmək mümkün deyil, fasiləsiz danışır

7. TƏFƏKKÜRÜN POZULMASI

- 0 yoxdur
- 1 müfəssəllik qeyd olunur; fikirləri bir qədər yayındırılır; təfəkkürü sürətlənib
- 2 pasiyentin fikirləri yayınır, söylədiyi fikrin məqsədini itirir; tez-tez söhbətdə mövzudan mövzuya keçir
- 3 fikirlər axını qeyd olunur; fikirlər dolaşıqdır; fikirlərin mənasını izləmək çətindir; cümlələri qafiyələndirir; exolaliya qeyd olunur
- 4 təfəkkürü mənasızdır; ünsiyyət yaratmaq mümkün deyil

8. FİKİRLƏRİN MƏZMUNU

- 0 normaldır
- 2 reallığı sual doğuran planlar; təzə maraqlar
- 4 xüsusi proyektlər barəsində fikirlər; həddən artıq olan dindarlıq
- 6 nəhəng və ya paranoid ideyalar; münasibət ideyaları
- 8 sayıqlamalar; hallüsinasiyalar

9. AQRƏSSİV DAVRANIŞ

- 0 qeyd olunmur; həkimlə yaxşı əməkdaşlıq qurur
- 2 sarkastikdir; bəzən ucadan danışır; gərgindir
- 4 iddialar ifadə edir; şöbədə başqalarını hədələyir

- 6 müsahibə zamanı həkimi hədələyir; qışqırır; müsahibə keçirmək çətinidir
- 8 hücum edir; ətrafı dağıtmağa çalışır; müsahibə keçirmək mümkün deyil

10. ZAHİRİ GÖRÜNÜŞÜ

- 0 şəraitə uyğun geyinib və səliqəlidir
- 1 bir qədər səliqəsiz görünür
- 2 səliqəsiz görünür; üst-başı kifayət qədər qarışıq və əzilmişdir; şəraitə uyğun olmadan təntənəli geyinib
- 3 üst-başı qarışıq və əzilmişdir; tam geyinməyib; ədəbsiz makiyaj
- 4 üst-başı tamamilə dolaşıqdır; ibarəlidir; üstündə yöndəmsiz bəzəmələr

11. ÖZ HALINA TƏNQİDİ

- 0 mövcuddur; xəstə olduğunu qəbul edir; müalicəyə ehtiyacı olduğu ilə razıdır
- 1 xəstə olması ehtimalını qəbul edir
- 2 davranışında dəyişikliklərin olduğunu qəbul edir, lakin xəstə olduğunu inkar edir
- 3 davranışında dəyişikliklərin olduğunu ehtimalını qəbul edir, lakin xəstə olduğunu inkar edir
- 4 davranışında hər hansı dəyişikliklərin olduğunu inkar edir

YANQIN MANİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (YMRS)

Xəstənin Adı _____

Amb. kartasının / xəstəlik tarixin № _____

SİMPTOMLAR	İlkin müayinə	1-ci təkrar müayinə	2-ci təkrar müayinə
	Tarix _____	Tarix _____	Tarix _____
1. Əhval-ruhiyyənin yüksəlməsi	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Hərəkət aktivliyinin (enerjinin) yüksəlməsi	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Seksual maraq	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Yuxu	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Qıcıqlanmanın artması	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8
6. Nitq (sürəti və kəmiyyəti)	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8
7. Təfəkkürün pozulması	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Fikirlərin məzmunu	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8
9. Aqressiv davranış	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8	0(1)2(3)4(5)6(7)8
10. Zahirə görünüşü	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Öz halına tənqidi	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
ÜMUMİ BAL			

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

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

Klinisistlər üçün təlimat:

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

Hamiltonun Depressiya Reytingi cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

İlk 17 bəndin ümumi balları

0-7	Norma
8-13	Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu
14-18	Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu 19-22 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu
>23	Çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

1. Depressiv əhval-ruhiyyə (məyusluq, ümitsizlik, əlacsızlıq, özünü əhəmiyyətsiz hiss etmə)

0 yoxdur

1 bu hisslər yalnız sorğu zamanı məlum olur

2 bu hisslər sorğusuz da spontan olaraq verbal ifadə olunur

3 bu hisslər həm verbal, həm də qeyri-verbal (xəstənin mimikası, pozası, səsi, ağlaması) vasitələrlə ifadə olunur

4 xəstə yalnız bu hissləri həm spontan verbal ifadələrlə, həm də qeyri-verbal şəkildə ifadə edir

2. Günah hissi

0 yoxdur

1 öz-özünü günahlandırır, hesab edir ki, digər insanları pis vəziyyətdə qoyub

2 günah fikirləri, keçmişdə edilən səhvlər və ya günahlar barədə fikirləşir

3 hal-hazırkı xəstəliyi cəza kimi qəbul edir; günahkarlıq sayıqlamaları

4 xəstə günahlandırıcı və hədələyici səslər eşidir və ya onda hədələyici görmə hallüsinasiyaları (qarabasma) olur

3. İntihar niyyətləri

0 yoxdur

1 hiss edir ki, yaşamağa dəyməz

2 ölməyi arzulayır və ya ölüm ehtimalları barəsində fikirləşir

3 intihar fikirləri və ya intihar jestləri

4 intihar təşəbbüsləri (hər hansı ciddi intihar təşəbbüsü 4 balla qiymətləndirilir)

4. Erkən yuxusuzluq

0 Oyoxdur

1 şikayət edir ki, vaxtaşırı yuxuya getməyə çətinlik çəkir (məsələn, 30 dəqiqədən artıq)

2 hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir

5. Gecə ərzində yuxusuzluq

0 yoxdur

1 şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

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

6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

0 yoxdur

1 erkən səhər saatlarında oyanır, lakin yenidən yuxuya gedir

2 yataqdan durduqdan sonra yenidən yuxuya getmək mümkün deyil

7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti

0 çətinliklər yoxdur

1 qabiliyyətsizlik fikirləri və hissləri; fəaliyyətlə (iş və ya hobbi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi

2 fəaliyyətə (iş və ya hobbi) olan marağın itməsi; xəstə bunu birbaşa şikayətlərlə və ya dolayısı yollarla – süstlük, qətiyyətsizlik (fəaliyyətə başlamaq və ya onu davam etdirmək üçün əlavə cəhdlərin lazım olması hissi) ifadə edir

3 fəaliyyətə sərf olunan real vaxtın azalması və ya fəaliyyətin səmərəliliyinin azalması

4 xəstəlik nəticəsində işin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət işlərindən başqa digər fəaliyyət göstərməməsi və ya gündəlik məişət işləri ilə də köməksiz məşğul ola bilməməsi 4 balla qiymətləndirilir.

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

0 normal nitq və təfəkkür

1 müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir

2 müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir 3 – müsahibə keçirmək çətindir

3 tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

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

10. Təşviş (psixoloji)

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

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

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

12. Qastrointestinal somatik simptomlar

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

13. Ümumi somatik simptomlar

0 yoxdur

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

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

0 yoxdur

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

15. İpoxondriya

0 yoxdur

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

16. Bədən çəkisinin azalması

A. anamnezə əsasən

0 yoxdur

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

B. həftəlik bədən çəkisinin ölçülməsinə əsasən

0 yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az

- 1 həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama qədəri
- 2 həftədə 1 kiloqramdan artıq

17. Öz halına tənqidi yanaşma

0 öz halına tənqidi var, anlayır ki, xəstədir və depressiya halındadır

- 1 xəstəlik olduğunu qəbul edir, lakin onu yalnız pis qida ilə, iqlimlə, yorğunluqla və s. əlaqələndirir
- 2 öz halına tənqidi yanaşma yoxdur, xəstə olduğunu tamamilə inkar edir

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

A. Xəstənin halının günün hansı hissəsində ağırlaşmasını qeyd edin

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

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

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

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

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

20. Paranoid simptomlar

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

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

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

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

Xəstənin adı, soyadı_____

Ambulator kartın / xəstəlik tarixinin №__

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

Ədəbiyyat

1. Bipolyar affektiv pozuntunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, Bakı, 2009
2. Əliyev N.Ə., Məmmədova F.İ., Sultanov M.Z. Əsas Psixiatrik Reyting (Psixometrik) Cədvəllərinin Toplumu Bakı, 2009
3. American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision) 2002 www.guideline.gov
4. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018; 20(2):97-170. doi:10.1111/bdi.12609
5. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2016 Jun; 30(6):495-553. doi: 10.1177/0269881116636545. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26979387; PMCID: PMC4922419.
6. Jeong JH, Bahk WM, Woo YS, et al. Korean Medication Algorithm for Bipolar Disorder 2018: Comparisons with Other Treatment Guidelines. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2019; 17(2):155-169. doi:10.9758/cpn.2019.17.2.155
7. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Bipolar Disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2014 Updated 2020 www.nice.org.uk
8. The Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Bipolar disorder summary. *Bipolar Disord.* 2020 Dec; 22(8):805-821. doi: 10.1111/bdi.13036. PMID: 33296123.
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>

QEYDLƏR
