

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

**ŞİZOFRENIYANIN  
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL  
(2-ci nəşr yeniləşdirilmiş)**

**Bakı - 2021**

§ 58 Şizofreniyanın diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol – 38 səh.  
(2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş). B.: “\_\_\_\_\_, 2021. – 27 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 20 noyabr 2009-cu il tarixli 29 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Şizofreniyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yeniləşdirilmiş variantıdır.

### ***Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:***

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

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

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

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

**T. Hüseyinov** – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkimi

### ***Rəyçi:***

### **İxtisarlarm siyahısı:**

<b>EEQ</b>	– elektroensefaloqrafiya
<b>ECT</b>	– elektro-cəngolma terapiyası
<b>EKQ</b>	– elektrokardioqrafiya
<b>AR</b>	– Azərbaycan Respublikası
<b>XBT-10-11</b>	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu və 11-ci baxış
<b>HİV</b> virus)	– insan immunodefisit virusu (human immunodeficiency virus)
<b>KDT</b>	– koqnitiv-davranış (bihavioral) terapiya
<b>ƏN</b>	– ənənəvi neyroleptik
<b>AA</b>	– atipik antipsixotik
<b>AT</b>	– arterial təzyiq
<b>SSRİ</b> inhibitoru	– serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
<b>SNRİ</b>	– serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
<b>TS</b>	– təcili sedasiya

*Protokol həkim-psixiatrlar, ilkin səhiyyə sistemində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.*

*Pasiyent qrupu: şizofreniya xəstəliyi olan böyük yaşlı şəxslər və onların ailə üzvləri.*

### **Protokolun məqsədləri:**

- ▶ Müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə şizofreniyanın diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ Şizofreniyanın erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi
- ▶ Şizofreniya diaqnozu olan xəstələrin həyat keyfiyyətinin və sosial uyğunlaşmasının yaxşılaşdırılması

## **ÜMUMİ MÜDDƏALAR**

Şizofreniya ağır, xroniki və əlilliyə səbəb olan psixi xəstəlikdir. Xəstəlik çox vaxt gənc yaşlarda başlayır və bütün ömür boyu psixotik əlamətlərlə davam edərək, xəstələrin həyat fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir.

Tarixi məzmununda şizofreniyanın spesifik əlamətləri assosiativ pozuntular, affektiv pozuntular, autizm və ambivalentlikdir (4A). Müasir təsəvvürlərə görə şizofreniya aşağıdakı sferalarda çoxsaylı pozuntularla xarakterizə olunur:

**Təfəkkür** (formaca pozuntular və sayıqlama fikirləri), **qavrama** (hallüsinasiyalar), **özünü hiss etmə** (fikir, hissiyyat və davranışın xarici qüvvələr tərəfindən idarə edilməsi hissi), **koqnitiv sfera** (diqqət, verbal yaddaşın, planlaşdırma, qərar qəbulu və sosial intellektin pisləşməsi), **iradə** (motivasiyanın itirilməsi), **emosiya** (emosional reaksiyaların ifadəsinin zəifləməsi), **davranış** (qəribə və ya mənasız hərəkətlər, katatonik oyanma və ya katatonik stupor da daxil olmaqla nizamsız davranışlar).

Şizofreniya üçün tipik olan, onu digər psixi pozuntulardan fərqləndirən **neqativ simptomlardır**. Ən aşkar neqativ simptomlar emosiyaların kütləşməsi və iradənin zəifləməsidir. Xəstələr uzun müddət heç nə etmədən və heç bir maraq göstərmədən passiv şəkildə bir yerdə otura bilər. Digər neqativ simptomlara alojiya – nitqin kasadlaşması, anhedoniya – zövq almaq bacarığının olmaması və asosiallıq – sosial uzaqlaşma və ya sosial qarşılıqlı əlaqə qura bilməmək aiddir.

Şizofreniyalı xəstələr intihar, psixoaktiv maddələrin istifadəsi, evsizlik, işsizlik, həmçinin somatik xəstələnmənin aid olduğu yüksək ictimai təhlükə riskinə malikdirlər. Şəxsiyyətin müəyyən dəyişiklikləri, sosial və qohumluq əlaqələrinin itirilməsi ilə əlaqədar olaraq, şizofreniyalı xəstələr tez-tez qeyri-qanuni əməllərin qurbanları olurlar və digər insanlar tərəfindən ayrıseçkiliyə məruz qalırlar. Qeyd

etmək vacibdir ki, şizofreniyalı xəstələr və onların ailə üzvləri çox vaxt xəcalət, günahkarlıq və ya dəyərsizlik hissi ilə bağlı olan damğanın təsirini hiss edirlər, bu isə zəruri yardım üçün müraciət etməyə mane olur.

### **Epidemiologiya**

ÜST-nin məlumatlarına görə şizofreniya ilə illik xəstələnmə hər 1000 nəfər əhaliyə 0,22%-ə bərabərdir. Şizofreniya ilə xəstələnmə riski 1% qiymətləndirilir, kişilər və qadınlar üçün eynidir. 20-40% pasiyentlərdə ilk psixotik əlamətlər 20 yaşa qədər meydana çıxır. Bu zaman xəstələnmənin zirvəsi kişilərdə 15-25 yaşlara, qadınlarda isə 25-35 yaşlara təsadüf edir. Bundan başqa qadınlarda 40-45 yaşlarda, bilavasitə menopauzadan əvvəl xəstələnmənin ikinci zirvəsi qeyd olunur. Əlavə etmək lazımdır ki, kişilərdə çox vaxt neqativ əlamətlər, qadınlarda isə affektiv əlamətlər aşkar olunur. Produktiv əlamətlərin ifadə olunması isə hər iki cinsin nümayəndələrində eynidir.

### **Şizofreniyanın təbii gedişi və nəticələri**

Prodromal dövr bir neçə aydan bir neçə ilə qədər davam edə bilər. Bu dövrdə aydın psixotik əlamətlərin təzahür etməsinə qədər pasiyentlərdə funksional adaptasiyanın pisləşməsi, sosial əlaqələrin zəifləməsi və həmçinin yuxunun pozulması, təşviş, tez hirsələnmə, diqqətin pisləşməsi, qeyri-adekvat davranış kimi qeyri-spesifik əlamətlər qeyd oluna bilər.

Prodromal dövrün sonunda qavramanın pozulması, şübhəlilik, qeyri-adi mülahizələr söyləmək müşahidə edilə bilər, bu isə, psixozun meydana gəlməsini göstərir.

İlk psixotik epizod həm qəflətən, həm də tədricən inkişaf edə bilər.

İxtisaslaşdırılmış yardıma, adətən, xəstəliyin başlamasından 1-2 il keçdikdən sonra müraciət edilir. Şizofreniyanın inkişafında üç mərhələ ayırd olunur: psixotik epizod (kəskin mərhələ), sabitləşmə (yarım-kəskin mərhələ) və remissiya (müvəqqəti sağalma mərhələsi).

Psixotik epizod sayıqlama, hallüsinasiya, təfəkkürün formal pozuntuları və nizamsız davranış kimi produktiv psixopatoloji əlamətlərin mövcud olması ilə səciyyələnir. Neqativ simptomatikanın ifadə olunma dərəcəsi nisbətən yüngül emosional solğunluqdan özünəqulluq qabiliyyətinin itirilməsinə qədər geniş dairədə dəyişə bilər. Sabitləşmə mərhələsi pasiyent kəskin vəziyyətdən çıxdıqdan sonra başlayır. O, kəskin mərhələyə nisbətən az ifadə olunmuş neqativ

və qalığ produktiv əlamətlərin mövcud olması ilə səciyyələnir. Bəzi pasiyentlərdə qalığ produktiv əlamətlər olmaya bilər, digərlərində isə təşviş, depressiya, yuxunun pozulması kimi qeyri-psixotik əlamətlər aşkar edilə bilər. Təqribən 50% xəstələrdə remissiya qeyd edilir və bu hal funksional adaptasiyanın bərpa olunması ilə səciyyələnir. Lakin xəstələrin digər yarısında remissiya dövründə neqativ simptomatikanın artması aşkar edilir. Ehtimal ki, xəstəliyin gediş xüsusiyyəti, qeyri-adekvat medikamentoz və psixososial yardım ilə əlaqədardır.

Xəstəliyin başlanmasından sonra ilk 5 ili xəstəliyin erkən dövrü hesab etmək qəbul edilmişdir. Simptomatikanın inkişafı və pasiyentin sosial fəaliyyətinin pisləşməsi məhz bu dövrdə müşahidə edilir və kritik hesab olunur. 80% xəstələrdə ilk 5 il ərzində təkrar kəskinləşmələr baş verir. Təkrar kəskinləşmələri, bir qayda olaraq, bir ay müddətində qeyri-psixotik əlamətlər müşayiət edir. Şzofreniyanın uzunmüddətli proqnozu nisbi sağalmadan əmək qabiliyyətinin tam itirilməsinə qədər dəyişir. 15-20% pasiyentlərdə təkrar epizodların qeyd edilməməsinə baxmayaraq, 70% xəstələrdə klinik mənzərənin tədricən pisləşməsi ilə kəskinləşmələr remissiyalar ilə növbələnir, 10-15% xəstələrdə isə xroniki ağır vəziyyət müşahidə olunur. Yaxşı proqnoz, adətən, aşağıdakı amillərlə assosiasiya olunur:

- Qadın cinsinə mənsub olma
- Ailə üzvlərində affektiv xəstəliklərin mövcudluğu
- Xəstəliyin mənşəyində irsi amilin olmaması
- Yaxşı premorbid fəaliyyət
- Yüksək zəhin
- Nigahda olmaq
- Xəstəliyin gec yaşda başlaması
- Streslə əlaqədar kəskin başlanğıc
- Nadir kəskinləşmələr
- Fasiləli gediş
- Komorbidliyin (yanaxı xəstəliklərin olmaması) olmaması
- Klinik mənzərədə pozitiv əlamətlərin üstünlük təşkil etməsi

İntihar 10% pasiyentlərdə, çox vaxt kişilərdə qeyd olunur, həmçinin bədbəxt hadisələr, ürək-damar, respirator və infeksiyon xəstəliklər də ölümə səbəb olur.

## XBT-10 və XBT-11 ÜZRƏ TƏSNİFAT

<b>XBT-10 üzrə diaqnozun təsviri</b>	<b>XBT-10 kodu</b>	<b>XBT-11 üzrə diaqnozun təsviri</b>	<b>XBT-11 kodu</b>
		Şizofreniya, birinci epizod, cari simptomlarla*	6A20.00
Şizofreniya paranoid forma**, fasiləsiz gedişlə	F20.00	Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə	6A20.2
Şizofreniya paranoid forma, epizodik gedişlə, artan qüsurlu***	F20.01	Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla	6A20.1
Şizofreniya paranoid forma, epizodik gedişlə, sabit qüsurlu	F20.02	Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla	6A20.1
Şizofreniya paranoid forma, remittent (qayıdan) gedişlə	F20.03	Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla	6A20.1
Şizofreniya paranoid forma, natamam remissiya	F20.04	Şizofreniya, birinci epizod, natamam remissiya ilə Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, natamam remissiya ilə	6A20.01 6A20.11
Şizofreniya paranoid forma, tam remissiya	F20.05	Şizofreniya, birinci epizod, tam remissiya ilə Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, tam remissiya ilə	6A20.02 6A20.12
Şizofreniya paranoid forma, digər gediş tipi	F20x8	Digər spesifik şizofreniya	6A20.Y
Şizofreniya paranoid forma, gediş təyin edilməmişdir, müşahidə dövrü olduqca qısadır	F20x9	6A20.Z Şizofreniya, dəqiqləşdirilməmiş	
<p>* bu diaqnoz XBT-11-də nəzərdə tutulmamışdır  ** XBT-11-də şizofreniyanın forması göstərilmir (bax: aşağı)  *** XBT-11-də neqativ simptomların ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün ayrıca bölmə vardır</p>			

## ŞİZOFRENIYANIN DİAQNOSTİKASI

### 6A20 Şizofreniya

• Aşağıdakılardan ən azı 2 simptom 1 ay və ya daha çox müddət ərzində (pasiyentin özünün verdiyi məlumatlar və ya klinik müşahidə yaxud digər şəxslərdən əldə edilmiş məlumatlar əsasında) müşahidə edilməlidir. Ən azı 1 simptom a)-d) bəndlərinə aid olmalıdır:

a) Davamlı sayıqlama (məsələn, özünüböyütmə sayıqlaması, təsir sayıqlaması, təqib sayıqlaması).

b) Davamlı hallüsinasiyalar (daha çox eşitmə hallüsinasiyası qeydə alınır, lakin digər sensor sahələrlə də əlaqədar ola bilər).

c) Qeyri-mütəşəkkil təfəkkür (təfəkkürün formal pozuntuları, məsələn rezanyorluq və dissosiativ təfəkkür, paralogiya, neologizmlər). Ağır hallarda pasiyentin nitqi o dərəcədə əlaqəsiz ola bilər ki, onu başa düşmək mümkün olmur (“söz yığını”).

d) Təsir, təbə edilmə və nəzarət olunma hissiyyatı (yəni, şəxsi hiss, impuls, təsir və fikirlərin pasiyentə aid olmadığı və ya başına digər şəxslər tərəfindən yerləşdirildiyi yaxud şəxsi fikirlərinin başqa insanlara ötürüldüyü hissiyyatı olur).

e) Affektin solğunluğu, kasadlaşması və ya nitqin məhdudlaşması, iradənin enməsi, sosial təcridolma və ya anhedoniya kimi neqativ simptomlar.

f) Məqsədyönlü davranışa mane olan əhəmiyyətli dərəcədə qeyri-mütəşəkkil davranış (məsələn, qəribə və ya mənasız görünən davranış, davranışı təşkil etmək imkanı verən gözlənilməz və ya qeyri-adekvat emosional reaksiyalar).

g) Katatonik oyanma və ya ajitə, qeyri-təbii vəziyyətdə qalmaq, mumabənzər plastiklik, neqativizm, mutizm və ya stupor kimi psixomotor pozuntular.

• Simptomlar digət tibbi vəziyyətin (məsələn, baş beyin törəməsi) təzahürü deyildir və dərman və ya psixoaktiv maddələrin (məsələn, kortikosteroidlərin) kəsilmə sindromu da daxil olmaqla (məsələn, spirtli içki) MSS-nə təsirlə bağlı yaranmamışdır.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı 11-ci baxış



## **Gediş tipləri**

6A20.0 Şizofreniya, birinci epizod – cari və ya yeni təyin edilmiş diaqnoz şizofreniyanın bütün diaqnostik kriteriyalarına cavab verən (davamətmə müddəti də daxil olmaqla) ilk və yeganə təzahürü deyildir. Əgər keçmişdə Şizofreniya və ya Şizoaffektiv pozuntu epizodu olubsa 6A20.1 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla diaqnozu təyin edilir \*.

- ▶ 6A20.00 Şizofreniya, birinci epizod, cari simptomlarla
- ▶ 6A20.01 Şizofreniya, birinci epizod, natamam remissiya ilə
- ▶ 6A20.02 Şizofreniya, birinci epizod, tam remissiya ilə

6A20.1 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla – diaqnoz Şizofreniya və ya Şizoaffektiv pozuntunun bütün diaqnostik kriteriyalarına cavab verən minimum 2 epizod olduqda və ya 2 aydan az olmayaraq davam edən epizodlar arasında tam və ya natamam remissiya müşahidə edildikdə təyin edilir. Ən sonuncu epizod Şizofreniya epizodu olmalıdır. Qeyd: ilk epizodun ilk ayı üçün davamətmə tələbi digər epizodlar üçün mütləq şəkildə tətbiq edilməyə bilər. Remissiya dövründə Şizofreniyanın diaqnostik kriteriyaları ya hissəvi ödənilir, ya da ödənilmir.

- ▶ 6A20.10 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, cari simptomatika ilə
- ▶ 6A20.11 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, natamam remissiya ilə
- ▶ 6A20.12 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, tam remissiya ilə

6A20.2 Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə - Şizofreniyanın bütün diaqnostik meyarlarına cavab verən simptomlar xəstəliyin gedişi boyu, ən azı 1 il ərzində müşahidə olunur. Subklinik əlamətlər dövrü ümumi gedişlə müqayisədə olduqca qısa olur. Bu diaqnozun ilk epizoda tətbiq edilməsi üçün şizofreniyanın bu epizodunun davamətmə müddəti 1 ildən az olmamalıdır. Belə halda ilk epizodun diaqnozu Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə əvəz olunmalıdır.

## **Birincili psixotik pozuntunun simptomatik təzahürü**

XBT-11-də şizofreniyanın XBT-10-da olan formalarına görə bölgüsü ləğv edilmişdir. Belə qərarın səbəbi genetik, neyrovizualizasiya, kahort və klaster tədqiqatları nəticəsində şizofreniyanın formalarının

mövcud olduğuna sübutların aşkar edilməməsidir. Həmçinin şizofreniyanın eyni bir formasının sabit davam etməsinə də sübutlar tapılmamışdır. Bundan əlavə, əksər hallarda diaqnostika zamanı paranoid forma şizofreniya təyin edilirdi.

Bunun əvəzinə XBT-11-də Şizofreniya və digər Birincili psixotik pozuntuların diaqnostikası zamanı aparıcı simptomatikanı qeyd etmək təklif edilir:

6A25.0 Birincili psixotik pozuntu zamanı pozitiv simptomlar

6A25.1 Birincili psixotik pozuntu zamanı neqativ simptomlar

6A25.2 Birincili psixotik pozuntu zamanı depressiv simptomlar

6A25.3 Birincili psixotik pozuntu zamanı maniya simptomları

6A25.4 Birincili psixotik pozuntu zamanı psixomotor simptomlar

6A25.5 Birincili psixotik pozuntu zamanı koqnitiv simptomlar

Həmçinin bu simptomların ifadəlilik dərəcəsinin göstərilməsi təklif edilir: XS8H – yoxdur; XS5W – yüngül; XS0T – orta; XS25 – ağır

### Diferensial diaqnostika

#### Cədvəl № 1. Şizofreniyanın diferensial diaqnostikası

Pozuntu	Şizofreniyanın simptomları	Digər əlamətləri	Vəziyyətin davamlılığı
6A20 Şizofreniya	Müşahidə olunmalıdır	Mütləq deyil	>1 ay
6A21 Şizoaffektiv pozuntu	Müşahidə olunmalıdır	Mütləq maniakal, depressiv və ya qarışıq simptomlar müşahidə olunur	> 1 ay
6A22 Şizotipal pozuntu	Kifayət qədər ifadə olunmamışdır	Ekssentrik təfəkkür, nitq və davranış	> 2 il
6A23 Kəskin və tranzitor psixotik pozuntu	Əksər hallarda müşahidə olunmur	Kəskin başlanğıc, neqativ simptomların olmaması	< 3 ay
6A24 Sayıqlama pozuntusu	Müşahidə olunmur	Sayıqlama ilə əlaqəli olmayan emosiya, təfəkkür və davranış toxunulmaz qalır	> 3 ay

## **İlkin səhiyyə sistemində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri tərəfindən şizofreniyanın aşkar edilməsi və yardım göstərilməsi**

1. Belə ki, ilk dəfə psixotik simptomlar, o cümlədən şizofreniya əlamətləri aşkar olunan pasiyentlərin əksəriyyəti çox vaxt ilkin səhiyyə sistemi həkimlərinə müraciət edirlər. Ona görə ilkin səhiyyə sistemi həkimləri psixoz əlamətləri şübhəsi olan və ya ilk dəfə şizofreniya diaqnozu qoyulmuş bütün xəstələri həkim psixiatriyaya müayinəsinə göndərməlidirlər.
2. İlkin səhiyyə sistemi həkimləri pasiyentlərdə nəzərəçarpan davranış dəyişiklikləri – aqressivlik, passivlik, oyanıqlıq, laqeydlik, qərribə fikirlər, reallıqda olmayan obyektləri eşitmək və ya görmək kimi əlamətlər müşahidə etdikdə, belə xəstələrin psixiatr konsultasiyasını təmin etməlidir.
3. 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, hərərət, 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), hədd-buluğa çatmış qadınlarda hamiləliyə görə müayinə
  - Sifilis, hepatit C, İİV, vərəm testi, narkotiklərin və aqoqulun istifadəsinə görə test.
4. Digər ehtimal olunan psixoz səbəblərinin müəyyən etmək üçün ixtisaslaşmış müayinəyə yönləndirilməlidir
5. Pasiyentlər və onlara qulluq edən şəxslərə bildirmək lazımdır ki:
  - Psixi pozuntularla əlaqəli simptomlar ambulator və stasionar şəraitdə müalicə oluna bilərlər.
  - İxtisaslaşmış yardıma vaxtında müraciət edilməsi uğurlu müalicənin bünövrəsidir.

- Pasiyent və onun ailə üzvləri psixozun yaranma səbəbkarları deyildirlər.
  - Pasiyentlər təyin edilmiş dərmanları qəbul etməli və mütəmadi olaraq mütəxəssisin qəbuluna getməlidirlər.
  - Pasiyent sağlam həyat tərzini keçirməli (balanslaşdırılmış pəhriz, daimi yuxu, gərəkli şəxsi gigiyena), stress amillərdən yayınmalı və spirtli içki və narkotik maddə qəbul etməməlidirlər.
6. İlk səhiyyə sistemi həkimləri xəstələrdə kəskin psixotik əlamətlər (nəzərəçarpan sayıqlama, eşitmə və ya görmə hallüsinasiyaları, qeyri-adekvat, aqressiv, impulsiv və ya suisidal davranış, mənasız nitq, səliqəsizlik) aşkar etdikdə, bu xəstələri təcili psixiatriya müəssisələrinə göndərməlidirlər.
  7. Həkim psixiatr tərəfindən yardım göstəmək mümkün olmadığı müstəsna hallarda, ilk səhiyyə sistemi həkimi kəskin vəziyyəti aradan götürmək üçün atipik antipsixotiklərin başlanğıc dozası və ya *haloperidol* 5 mq əzələ daxilində təyin edərək, ən qısa müddətdə ixtisaslaşmış yardımdan yararlanma imkanını təmin etməlidir.

### **İxtisaslaşmış yardım sistemində şizofreniyanın diaqnotika və müalicəsi**

#### **Şizofreniyanın diaqnotikası**

1. Ehtimal edilən şizofreniya və digər birincili psixoz olan pasiyentin ilk müayinəsinin səbəbi; pasiyentlərin məqsədi və müalicə zamanı seçimləri; psixopatoloji simptomların və psixotravmanın icmalı; keçmiş psixiatrik müalicə; somatik vəziyyətin qiymətləndirilməsi; psixososial və mədəni amillərin qiymətləndirilməsi; koqnitiv funksiyalar da daxil olmaqla psixi statusun müayinə edilməsi; intihar və ya aqressiv davranışın qiymətləndirilməsini əks etdirməlidir
2. Ehtimal edilən şizofreniya və digər birincili psixoz olan pasiyentlə aşağıdakı laborator və instrumental müayinələr aparılmalıdır:
 

Mütləq qaydada – nəbz, arterial təzyiq, temperatur, bədən kütlə indeksinin yoxlanılması, hamiləlik testinin edilməsi (fertil yaş dövründə olan qadınlarda)

- Klinik göstəricilər üzrə - neytrofillərin sayının müəyyən edilməsi də daxil olmaqla (*clozapine* təyin edildikdə) qanın ümumi analizi, qaraciyərin, böyrəyin fəaliyyət analizləri, TSH, elektrolitlər, prolaktin səviyyəsi
  - 4 ay ərzində antipsixotik qəbul etdikdə - qlükozanın, hemaqlobinin, xolesterol, triqliserid, yüksək sıxlıqlı lipoprotein (YSL) və aşağı sıxlıqlı lipoprotein (ASL) səviyyəsi.
  - Anamnestik məlumatlar və nevroloji müayinə əsasında –EEQ, KT və ya MRT; QT intervalına təsir edən antipsixotiklər qəbul edildikdə - EKQ
3. Ehtimal edilən şizofreniya və digər birincili psixoz olan pasiyentlərin ilkin psixiatrik müayinəsi müalicənin istiqamətləndirilməli olduğu simptomların ağırlığının və dezadaptasiyanın dərəcəsinin aşkar və müəyyən etmək üçün kəmiyyət ölçücülərini (şkalalar) əks etdirməlidir:
- Şizofreniyanın simptomlarının ifadəlilik dərəcəsinin qiymətləndirilməsi PANSS və ya Psixotik Simptomların Qısa Şkalası vasitəsilə həyata keçirilməlidir.
  - Şizofreniya zamanı sosial dezadaptasiyanın (əlillik) qiymətləndirilməsi ÜST Əlillik Şkalası (WHODAS 2.0) vasitəsilə həyata keçirilə bilər.
  - Digər əhəmiyyətli göstəricilərin (tələbatlar, həyat keyfiyyəti, fəaliyyət) qiymətləndirilməsi üçün müvafiq şkalalar istifadə edilə bilər.
4. Şizofreniya xəstələrinin sübuta yetirilmiş farmakoloji və qeyri-farmakoloji müdaxiləni əks etdirən rəsmi sənədləşdirilmiş, fərdi, kompleks müalicə planı olmalıdır. Kompleks müalicə planı əks etdirməlidir:
- Pasiyent və onun yaxınlarının xəstəlik və müalicə imkanları haqqında məlumatlandırılması və onların müalicə prosesinə cəlb edilməsi
  - Müalicənin optimal şərtlərinin müəyyən edilməsi və müalicəyə bağlılığa qarşı maneələrin aradan qaldırılması
  - Pasiyent və ətrafdakılar üçün aqressiv davranış və intihar riskinin azaldılması

- Əlavə tələbatların müəyyən edilməsi və müalicənin onlara uyğunlaşdırılması (hamiləlik, qidalanma, komorbidlik)
- Müalicə məqsədlərinə sosial yardımın daxil edilməsi və fəaliyyətin yaxşılaşdırılması
- Digər mütəxəssislərlə/təşkilatlarla əməkdaşlıq

## Şizofreniyanın farmakoloji müalicəsi

1. Şizofreniyanın birinci epizodun müalicəsini imkan daxilində tez başlamaq lazımdır. Müalicənin gecikməsi ifadə olunmuş distreslə əlaqədardır və ictimai-təhlükəli fəaliyyət riskini artırır.
2. Şizofreniyanın birinci epizodun müalicəsini imkan daxilində ambulator şəraitində (stasionardan kənar) aparmaq lazımdır, bu, psixiatriya xəstəxanalarında müalicəyə görə qorxu və yanlış fikir hissini keçirən pasiyentlər və onların ailə üzvlərinin psixoloji travma və təşvişini azaldır.
3. Şizofreniya pasiyentlərin müalicəsi effektivliyinin və yan təsirlərinin monitorinqi ilə müşayiət olunan antipsixotik preparatlarla aparılır və ilk dəfə psixotrop dərman vasitələri qəbul edən pasiyentlərə farmakoloji müalicə cox ehtiyatla təyin edilməlidir.
4. İlk dəfə psixotrop dərman vasitələri qəbul edən şizofreniya pasiyentlərə birinci seçim preparatlar atipik antipsixotiklər, belə ki, onlar daha yaxşı tolerantlığa və gecikmiş diskineziyanın inkişaf etməsinin aşağı riskinə malikdirlər. Azərbaycanda qeydiyyatdan keçmiş atipik antipsixotiklər *olanzapin*, *aripiprazole*, *risperidon*, *quetiapine*, *cariparzine*. (*Clozapine* də atipik antipsixotikdir, lakin o, ikinci seçim dərman vasitələrinə aiddir)
5. Konkret preparat seçimi aşağıdakılardan asılıdır:
  - Pasiyentlərin seçimi
  - Preparatın spesifik xüsusiyyətləri - müəyyən reseptorlarla əlaqə, preparatın farmakokinetikası, digər dərmanlarla qarşılıqlı təsir
  - Preparata aid olan tipik yan təsirlər
  - Preparatın təsir edə biləcəyi somatik xəstəliyin mövcudluğu
  - Keçmişdə preparat istifadəsi təcrübəsi (təkrar müraciət edən pasiyentlər üçün)

6. Başlanğıc doza preparatın spesifikliyi, pasiyentin xüsusiyyətləri və əvvəllər bu preparatı qəbul edib-etmədiyindən asılıdır. Əgər pasiyent başlanğıc dozanı yaxşı keçirirsə, əksər antipsixotiklərin dozası kifayət qədər sürətlə adi terapevtik dozaya qədər artırılır.
7. Dozanın daha zəif titrlənməsi ilk şizofreniya epizodu olan, yaşlı, somatik zəifləmiş, yan təsirlərə həssas, həmçinin yanaşı nevroloji xəstəliyi olan pasiyentlərdə vacib ola bilər. Hər bir preparatla bağlı tövsiyələrə diqqət etmək lazımdır.
8. Müalicəyə fasilə etdikdən sonra preparat təyin etdikdə titrləməni yenidən başlamaq lazımdır. Ənənəvi (*haloperidol, trifluperazine, fluphenazine, zuclopenthixol*) neyroleptikin müalicəsi zamanı əgər yanaşı əlavə təsirlər olmadan yaxşı effekt varsa ənənəvi neyroleptikdən atipik antipsixotikə keçmək məsləhət görülür. Ənənəvi neyroleptiklər qəbul edən pasiyentlərdə vəziyyətlərinin yaxşılaşmasına baxmayaraq, bir çox əlavə təsirlər qeyd olunursa, atipik antipsixotik ilə əvəz olunmalıdırlar.
9. Preparat yaxşı effekt göstərdikdə 2-3 həftə ərzində bu preparatın eyni dozası ilə müalicəyə davam etmək və vəziyyətin yaxşılaşmasının monitorinqini həyata keçirmək lazımdır.
10. 2-3 həftə ərzində nəzərəcarpacaq yaxşılaşma müşahidə edilmədikdə (yəni vəziyyətin  $< 50\%$  yaxşılaşması) aşağıdakı addımları həyata keçirmək lazımdır:
  - Qanda preparatın səviyyəsini yoxlamaq
  - müalicəyə mane olan amillərin aradan qaldırılması (metabolizm, rejimə riayət edilməməsi)
  - Dozanı artırmaq və ya başqa antipsixotik təyin etmək
11. 2-6 həftə ərzində adekvat dozalar ilə 2 antipsixotiklə müalicə kursu effekt vermədikdə *clozapine* təyin etmək tövsiyə edilir. *Clozapine* təyin edilməsi digər dərmanların qəbulu ilə əlaqədar ləngidilməməlidir (məs. Antidepressantlar, neqativ və ya depressiv simptomlar zamanı)
12. Vəziyyəti antipsixotiklə müalicədən sonra yaxşılaşan şizofreniya xəstələri antipsixotik preparatlarla müalicəyə davam etməlidir. Müalicənin davam etdirilməsi haqqında qərar pasiyentlə birgə qəbul edilməlidir, bu zaman:

- Müalicənin davam etdirilməsinin faydasını - residiv və təkrar hospitalizasiyaların, ölümün azaldılması, adaptasiya və həyat keyfiyyətinin artırılmasını müzakirə etmək lazımdır
  - Müalicənin davam etdirilməsi ilə bağlı risklər - yan təsirlər, metabolik effektlər, sedasiya, tardiv diskineziya müzakirə edilməlidir
  - Arzuolunmaz halların monitorinqi və profilaktikası ilə bağlı tədbirlər nəzərdən keçirilməlidir
  - Dərman maddəsinin forması, qəbul rejimi, digər preparata keçidlə bağlı pasiyentin seçimlərini nəzərə almaq lazımdır
13. Təyin edilmiş antipsixotiklərdən sonra vəziyyəti yaxşılaşmış pasiyentlər eyni antipsixotik preparatla müalicəyə davam etməlidir. Eyni zamanda aşağıda göstərilən hallarda preparatı dəyişmək lazımdır:
- Antipsixotikin ilkin effektinə baxmayaraq xəstədə simptomların bir çoxu və funksional adaptasiya çətinliyi qalır
  - Uzadılmış təsirə malik inyeksiyaya keçmək vacib olmazdan öncə və preparatın uzadılmış təsirə malik formasının olmadığı zaman
  - Pasiyent preparatı əldə edə bilmədikdə
  - Əhəmiyyətli dərəcədə yan təsirlər yarandıqda
  - Pasiyent başqa müalicəyə üstünlük verdikdə
14. Digər preparata keçid zamanı nəzərə alınmalıdır:
- İlkin preparatı tədricən azaltmaqla yeni preparatın tədricən artırılması
  - Yeni preparatın təyini ilə bağlı mümkün fayda və risklər
  - Simptomların ətraflı monitorinqi və xəstə tərəfindən terapeutik rejimə riayət olunması
  - Yeni yan təsirlərin yaranma ehtimalı
15. Şizofreniya pasiyentlər özləri istədiyi zaman və ya anamnezlərində preparat qəbuluna riayət etmədiyi hallar olduqda uzadılmış təsirə malik antipsixotiklərlə (*fluphenazine-decanoate*, *haloperidol-decanoate*, *zuclopenthixol-decanoate*) keçirməlidir. Bu zaman Preparatın oral dozasının uzadılmış təsirə malik dozaya düzgün çevrilməsinə diqqət etmək lazımdır. Uzadılmış təsirə malik antipsixotiklərin aşağıda sadalanan üstünlüklərə malikdir:



- Subyektiv olaraq simptomların daha yaxşı idarə edilməsinin hiss edilməsi
- Daha az sayda dərmana ehtiyac olması və dərman qəbulunun unudulmasının daha az riskli olması
- Daima dərman barəsində xatırladan ailə üzvləri ilə münaqişələrin olmaması
- Həkimlər və ailə üzvləri əmindirlər ki, pasiyent mütəmadi şəkildə dərmanları qəbul edir, belə ki, unudulmuş inyeksiyanı asanlıqla aşkar etmək olur və dərhal tədbir görülür.
- Atipik antipsixotiklərin uzadılmış təsirə malik formaları yağ əsaslı olmadığı üçün daha az diskomfort yaradırlar.
- Bəzi müasir prolonqlar daha az tezliklə inyeksiya tələb edirlər (məsələn, Trivicta 3 ay fasilə ilə təyin edilir).

### **Şizofreniyanın müalicəsi zamanı *clozapine* istifadəsi**

1. Müalicəyə davamlı şizofreniya simptomatikanın müalicəyə effektiv olmasının olmaması və ya adekvat dozada təyin olunmuş 2 antipsixotiklərlə 2-6 həftəlik müalicə kursuna kifayət qədər terapevtik cavabın olmaması zamanı şizofreniya xəstələr *clozapine* ilə müalicə almalıdır.
2. *Clozapine* 12.5 mg dozadan başlayaraq sutkada 1 və ya 2 dəfə olmaqla tədricən 25–50 mg həddə çatdırılması, sonradan həftədə 1 və ya 2 dəfə olmaqla 100 mg dozaya qaldırılması qıcolma, ortostatik hipotenziya və həddən artıq sedasiyanın qarşısını alır.
3. Müalicədəki istənilən fasilədən sonra *clozapine* yenidən titrləmək lazımdır. *Clozapine* titrləndiyi zaman simptomlar və yan təsirlərin monitorinqini həyata keçirməlidir.
4. Baxmayaraq ki effektivlik çox vaxt 300–450 mg/sutka doza ilə görülür, lakin bəzi pasiyentlərə tam effekt üçün 900mg/sutka maksimal dozaya kimi yüksək doza təyin edilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, *clozapine*-in konsentrasiyası siqaret çəkməyənlər, yüksək miqdarda kofein istifadə edənlərdə, qadınlar və yaşlı insanlarda daha yüksək olacaqdır.
5. *Clozapine* təyin edərkən aqranulositozun monitorinqi mütləqdir. Aqranulositozun monitorinqi ağır neytropeniya yaranması riskilə (ANC <500/μL) əlaqədar müalicənin əvvəlində *clozapine* ilə müalicənin ilk 6 ayı ərzində mütəmadi aparılmalıdır.
6. Şizofreniya olan pasiyentlərə digər preparatlarla müalicə

edilməsinə baxmayaraq əhəmiyyətli dərəcədə intihar riski olduğu zaman **clozapine** təyin edilməlidir. **Clozapine** qəbul edən şizofreniya xəstələrində intihar cəhdlərinin və intihar davranışı ilə bağlı hospitalizasiyaların sayının daha az müşahidə olunur.

7. Şizofreniya pasiyentlərə digər preparatlar ilə müalicəyə baxmayaraq aqressiv davranış riskinin saxlandığı zaman **clozapine** təyin edilməlidir

### **Şizofreniyanın farmakoloji müalicəsi zamanı yan təsirlərin aradan qaldırılması**

1. Kəskin distoniya – ekstrapiramid simptomların müalicəsi məqsədilə istifadə edilən korrektorun dozasının azaldılmasından sonra və ya antipsixotik preparata başladıqda və ya dozası artırıldıqdan sonra yaranan anormal və uzunmüddətli əzələ spazmıdır (göz əzələləri, üz, boyun, ətraflar və gövdə əzələlər)- tez-tez rast gəlinən yan təsirdir. Kəskin distoniya zamanı:

- **Diphenhydramine** (Dimedrol) 25-50 mq dozada venadaxili və ya əzələdaxili təyin edilir. Alternativ olaraq **benztropine** (koqetin) 1-2 mq dozada əzələdaxili təyin edilə bilər
- Kəskin distoniyanın simptomları aradan qaldırıldıqdan sonra Antixolinergik preparatlar **-trihexyphenidyl** (tsiklodol) və ya **biperiden** (akineton) tablet şəklində təyin edilməlidir. Bu preparatlar antipsixotik preparatın dozanın azaldılması və daha az yan təsirə malik digər antipsixotikin təyin edilənə qədər qəbul edilməlidir
- Antixolinergik preparat təyin edilərkən yan təsirlərlə bağlı diqqətli olmaq lazımdır

2. Parkinson tremoru ekstrapiramid simptomların müalicəsi məqsədilə istifadə edilən korrektorun dozasının azaldılmasından sonra və ya antipsixotik preparata başladıqda və ya dozası artırıldıqdan sonra yaranan əzələ rigidliyi, akineziya (hərəkətlərin məhdudluğu) və ya bradikineziya (hərəkəti ləngimə) deməkdir. Parkinson tremoru zamanı:

- Antipsixotik dozasının azaldılması- dərman parkinsonizmi dozadan asılıdır və müalicə dayandırıldıqda adətən keçib gedir. Antipsixotik dozasının azaldanda parkinsonizmin aradan qaldırılmasının faydası psixotik əlamətlərin artması ehtimalı çərçivəsində nəzərdən keçirilməlidir

- Antixolinergik preparat təyin edilməsi. *Trihexyphenidyl* (tsiklodol) və ya *biperiden* (akineton) doza azaldılana və ya yeni preparat təyin edilənədək qısamüddətli və ya dozanın azaldılması yaxud digər preparata keçid məqsədəuyğun olmadığı zaman uzunmüddətli ola bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, parkinsonizmin müxtəlif simptomları antixolinergik preparatlara fərqli şəkildə cavab verir, bu səbəbdən bu simptomların aradan qaldırılmasına fərqli yanaşmalar mümkündür.
- Digər antipsixotik preparata keçid. Dərman parkinsonizminə yüksək həssaslığı olan pasiyentlər üçün *clozapine* təyin edilməsi tövsiyə edilir.

3. Akatiziya - ekstrapiramid simptomların müalicəsi məqsədilə istifadə edilən korrektorun dozasının azaldılmasından sonra və ya antipsixotik preparata başladıqda və ya dozası artırıldıqdan sonra yaranan bir yerdə qərar tuta bilməmək, həddən artıq hərəkətliliklə müşayiət olunan (yerində addımlamaq, oturma və ya dayana bilməmək) subyektiv şikayətlərdir. Antipsixotiklərlə müalicə ilə bağlı akatiziyası olan pasiyentlər üçün növbəti variantları təklif edir:

- Antipsixotik preparatın dozasının azaldılması. Akatiziyanın aradan qaldırılması üçün antipsixotikin dozasının azaldılması psixotik simptomların mümkün kəskinləşməsi çərçivəsində həyata keçirilməlidir.
- Başqa antipsixotik preparata keçid. Atipik və ya ənənəvi antipsixotik dərman vasitələri, bir dərman vasitəsindən digər dərman vasitəsinə keçdikdə, qısa müddət istisna olmaqla, eyni zamanda təyin edilməməlidirlər
- *Benzodiazepin* preparatı təyin edilməsi. Benzodiazepinlərin təyin edilməsi yuxululuq, koqnitiv problemlər, koordinasiya çətinliyi, həmçinin xüsusilə spirtli içki və digər sedativ preparatlar ilə birgə qəbul edildikdə tənəffüs çətinliyi yarada bilər.
- *$\beta$ -adrenoblokator* əlavə edilməsi.  $\beta$ -adrenoblokator təyin edildikdə qan təzyiqinə nəzarət etmək, həmçinin propranolol kimi preparatların zülal qida maddələrilə birgə biomənimsəmənin 50% artırdığını nəzərə almaq lazımdır.

4. Tardiv diskineziya dilin, üzün alt qismi və çənənin, həmçinin

ətrafların (bəzən faringial, diafraqmal və gövdə əzələləri də qoşula bilər) qeyri-iradi və ya xoreya tipli(ən azı bir neçə həftə davam edir) hərəkətləridir. yüngül, orta, ağır və çox ağır tardiv diskineziyası olan pasiyentlər vezikulyar monoamin daşıyıcısının 2 (VMAT2) geridönən inhibitoru ilə müalicə almalıdır. VMAT2 preparatı seçildiyi zaman aşağıdakı məqamlar nəzərə alınmalıdır:

- Ümumilikdə, *deutetrabenazine* və ya *valbenazine* tetrabenazinedən daha üstündür, belə ki, sonuncunun daha çox yan təsirləri var.
- *Tetrabenazine* və deutetrabenazine qaraciyər pozuntusu olan şəxslər üçün əks göstərişdir. *Valbenazine* qaraciyər pozuntusu olan şəxslər üçün tövsiyə edilmir
- Antixolinergik preparatlar tardiv diskineziyanı nəinki yaxşılaşdırmır, hətta pisləşdirir, yan təsirlər yaradır.

### **Şizofreniya zamanı kəskin halların farmakoloji müalicəsi ilə bağlı xüsusi məsələlər**

1. Şizofreniyanın kəskin vəziyyətinin müalicəsi ambulator şəraitdə aparıla bilər, psixiatriya xəstəxanasına/şöbəsinə hospitalizasiyanı isə son tədbir kimi digər müalicə üsulları səmərə vermədikdə, nəzərdən keçirmək lazımdır. Hospitalizasiya minimal mümkün olan qısa müddətə həyata keçirilməlidir. Stasionar müalicəyə ehtiyac ötdükdə isə xəstə təxirə salınmadan stasionardan çıxarılmalıdır. Kəskin epizodun müalicəsi adətən 3-6 həftədən çox olmamalıdır.
2. Əksəriyyət pasiyentlərdə kəskin vəziyyət zamanı təcili sedasiyaya ehtiyac yoxdur və o, xəstəni daha yüngül üsullarla sakitləşdirmək mümkün olmayan, müstəsna hallarda tətbiq edilməlidir:
  - Əgər pasiyent dərman qəbul etməyə razılaşıdıqda, oral antipsixotik preparatlara üstünlük verilməlidir. Təcili sedasiya üçün birinci seçim preparatı 5-10 mq. həb formasında olan *olanzapin*-dir, hansını ki, 5-10 mq. dozada *diazepam*-ın oral qəbulu ilə birgə təyin etmək olar.
  - Təcili sedasiyaya ehtiyacı olan pasiyentin oral preparatların qəbul olunmasından imtina etməsi zamanı ona dərmanı əzələdaxili 5 mq *haloperidol* və ya 5 mq. *diazepam* inyeksiya formasında vermək lazımdır. Dərman vasitəsinin venadaxili yeritmə üsulu müstəsna hallarda aparılır.

- Təcili sedasiyaya sonra ilk 4 saat ərzində həyati vacib göstəricilərin (nəbz, tənəffüs tezliyi, A/T) daimi monitorinqini aparmaq zəruridir, sonra monitorinq hər ½ saatdan bir həyata keçirilir.
3. Psixotik simptomlarla yanaşı maniakal və ya qarışıq tip simptomlar olduqda (Şizoaffektiv pozuntu) antipsixotiklərlə əsas müalicəyə əhval ruhiyyə stabilizatorları (*lithium, valproate*) əlavə edilir (bax: Bipolyar pozuntunun diaqnostika və müalicəsi üzrə protokol).
  4. Psixotik simptomlarla yanaşı depressiv simptomlar olduqda (Şizoaffektiv pozuntu) antipsixotiklərlə əsas müalicəyə antidepressant (*fluoxetine, escitolapram, sertraline, venlafaxine, duloxetine*) əlavə edilir (bax: Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə protokol). Nəzərə almaq lazımdır ki, bəzi antidepressantlar vəziyyəti kəskinləşdirə bilərlər.
  5. Şizofreniya zamanı həm kəskin, həm də digər vəziyyətlərin müalicəsi zamanı yalnız bir antipsixotik tətbiq edilməsi tövsiyə edilir. Eyni zamanda 2 antipsixotik təyin edilməsi aşağıdakı hallarda mümkündür:
    - Bir preparatdan digərin keçid
    - *Clozapine* digər antipsixotiklə yanaşı təyin edilməsi
    - Simptomların yalnız antipsixotik vasitəsilə adekvat şəkildə aradan qalxması baş vermədikdə
    - Konkret pasiyətdə 2 antipsixotik istifadəsinin üstünlüyə malik olduğuna dəqiq sübutların olması
  6. Xəstəliyin klinik mənzərəsində neqativ simptomlar üstünlük təşkil etdikdə *cariprazine* tətbiq edilməsi tövsiyə edilir.

### **Şizofreniya zamanı psixososial müdaxilələr**

1. Şizofreniya xəstəliyindən əziyyət çəkənlərə aşağıdakı təşkilatlar yardım göstərir:
  - İlk tibbi yardım müəssisələri - İlk səhiyyə sistemi həkimləri psixoz əlamətlərini aşkar etməyi, məsləhət xidmətlərini və belə xəstələri müayinə və müalicə üçün mütəxəssislərə göndərmək daxil olmaqla, ilk yardım göstərməyi bacarmalıdırlar.
  - Ambulator yardıma ixtisaslaşdırılmış psixiatrik ambulator müəssisələrdə və rayon poliklinikalarının psixiatriya

kabinetlərində göstərilən yardım aiddir. Ambulator psixiatriya müəssisələri şizofreniya xəstələrin farmakoloji müalicə, psixososial müdaxilələr, dinamik dispanser müşahidəsini və stasionar psixiatriya müəssisələrinə göndərilməsini həyata keçirirlər.

- Stasionar psixiatriya müəssisələri - Hospitalizasiyaya göstərişlərə yüksək intihar riski, ictimai təhlükəli davranış, psixoaktiv maddələrin istifadə edilməsi daxil olmaqla komorbid (yanaşı) xəstəliklər, həmçinin bəzi növ ekspertizaların aparılması həyata keçirilir
  - Gündüz stasionarları- ambulator şəraitdə müalicə çətinləşdikdə və reabilitasiya tədbirlərinin aparılması zərurəti olduğu hallarda xəstələrin hospitalizasiyasına alternativdir. Ambulator yardımdan fərqli olaraq, xəstələrin hər gün mütəxəssislərlə təmasda olması nəzərdə tutulan gündüz stasionarlarında müalicə pasiyentlərin vəziyyətini daha yaxşı nəzarət etməyə imkan verir.
  - Psixososial reabilitasiya müəssisələri- Bu müəssisələr pasiyentin müəyyən tələbatlarına ünvanlanmış müxtəlif proqramları həyata keçirirlər. Göstərilən proqramlara həyat qabiliyyətlərinin təlimi, əmək terapiyası, arterapiya, peşə təlimi, qarşılıqlı yardım qrupları, pasiyentlərin asudə vaxtının təşkili aid ola bilər.
  - Təcili yardımın psixiatriya briqadaları böhran hallarında təcili müayinə, müdaxilə edirlər və sonrakı yardımın göstərilməsi üçün xəstəni müvafiq psixiatriya müəssisələrinə göndərilməsini/daşınmasını həyata keçirirlər. İdeal halda, təcili yardımın psixiatriya briqadası tərəfindən göstərilən xidmət şizofreniyalı xəstələrin hospitalizasiyasının qarşısını almalıdır.
  - Xüsusi xidmətlər əlilliyin təyin edilməsi, sosial yardım göstərilməsi, yaşayış yerlə təmin edilmə, şizofreniya xəstələri və onların ailə üzvlərinin hüquq və vəzifələrinin müdafiə edilməsi ilə məşğul olurlar.
2. Şizofreniya birinci epizodu olan xəstələr koordinasiya olunmuş multidisiplinar yardım proqramı almalıdır. Multidisiplinar komanda psixiatr, klinik psixoloq, sosial işçi, psixiatriya üzrə tibb

bacısı, reabilitasiya üzrə mütəxəssis, əmək terapiyası üzrə mütəxəssis və könüllülərdən ibarətdir.

3. Şizofreniya birinci epizodu olan xəstələrə keyz menecment tətbiq edilməlidir. Keyz menecment fərdi əsasda istehlakçıya xidmətlərin təşkili və koordinasiyasından (əlaqələndirilməsindən) ibarət sosial iş metodudur. Keyz menecment prosesində məsul tibb/sosial işçi aşağıdakı məsələləri həll edir: 1) istehlakçı ilə uzun müddətli əlaqənin dəstəklənməsi (saxlanması); 2) istehlakçının tələblərinin və istəklərinin qiymətləndirilməsi; 3) müştərək fəaliyyətin planlaşdırılması; 4) istehlakçının tibbi və sosial müəssisələr ilə əlaqələrinin qurulması və koordinasiyası; 5) qəbul edilən xidmətlərin monitorinqi; 6) istehlakçının maraqlarının müdafiəsi.
4. Şizofreniya birinci epizodu 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:
  - Xəstəliyin yaranma səbəbləri, əsas simptomları və onların pasiyentlərin həyatına təsiri
  - Dərman müalicəsinə riayət olunması, yan təsirləri və onların qarşısının alınması
  - Şizofreniya zamanı ailə üzvlərinin rolu
  - Həyat tərzinin yaxşılaşdırılması və problematik davranışların aradan qaldırılması
  - Hüquq və maraqların müdafiəsi və sosial dəstək alması
5. Ailə əlaqələri olan şizofreniya xəstələrinə ailəyə yardıma yönləndirilmiş müdaxilə təqdim edilməlidir. Ailə müdaxilələrinə xəstəyə yardım göstərilməsində ailə ilə əməkdaşlığın inkişaf etdirilməsi, ailənin digər üzvlərində emosional distressin azaldılması, pozitiv ailə atmosferinin saxlanması, xəstəlik ilə əlaqədar müəyyən problemlərin həll edilməsi, pasiyent barəsində real istiqamətin inkişaf etdirilməsi daxildir. Ailə müdaxilələri mümkün qədər tez başlanmalıdır və müalicənin bütün mərhələlərində aparılmalıdır. Onlara ailə üzvləri üçün xüsusi çap və video materialların yayılması da daxil edilməlidir. Xəstələrin ailə üzvlərini istehlakçılar təşkilatlarına cəlb etmək lazımdır.

6. Şizofreniya xəstələrinə özünəqulluq vərdişlərinin inkişafı və fərdi sağalma imkanlarının artırılmasına yönləndirilmiş müdaxilələr təqdim edilməlidir. Xəstəlik zamanı özünəqulluq vərdişlərinin inkişafı proqramına aşağıdakılar aiddir:
  - Xəstəliklərin residivlərinin profilaktikası tədbirləri
  - Vəziyyətin kəskinləşməsinin erkən əlamətləri və açar məqamlarının aydınlaşdırılması
  - Kəskinləşmə dövründə fəaliyyət planının tərtib edilməsi
  - Xəstəliyin simptomlarının qarşısının alınması üçün ən yaxşı strategiyaların müəyyən edilməsi
  - Qısa və uzunmüddətli məqsədlərin müəyyən edilməsi
  - Həyatda məqsəd və uğurların əldə edilməsinə yönləndirilmiş strategiyaların öyrədilməsi
  - Ətraf dəstək resurslarının istifadə edilməsi
7. Şizofreniya birinci epizodu olan xəstələrə psixozlara adaptasiya olunmuş koqnitiv davranış terapiyası tətbiq edilməlidir. Şizofreniya zamanı KDT məqsədi müalicəyə rezistent (davamlı) əlamətlərin, həmçinin xəstəliyin emosional, koqnitiv və davranışla bağlı nəticələrinin aradan qaldırılmasıdır. Standart farmakoloji müalicə ilə birgə KDT remissiyanın başlamasını sürətləndirir. Şizofreniya zamanı KDT-nin daha effektiv vasitələrinə cətinlikləri aradan qaldırmaq üzrə strategiyanın inkişaf etdirilməsi, xəstəliyin əlamətlərinin başa düşülən şəkildə izah edilməsi, real məqsədlərin qoyulması, ağırlı tərəflərin dəyişdirilməsi, yeni davranış formalarının mənimsənilməsi aiddir. Adətən şizofreniya zamanı KDT həftədə 1 dəfə olmaqla, 20 fərdi psixoterapevtik sessiyadan ibarətdir, lakin qalıq təzahürlərin olması hallarında, əlavə görüşlərin keçirilməsi zərurəti yarana bilər. KDT, xüsusilə, komorbid (yanışı) pozuntusu olan və güclü emosional distress keçirən şizofreniyalı xəstələrə göstərişdir.
8. Şizofreniya xəstələrinə məşğulluq sahəsində xidmətlər təqdim edilməlidir. Əmək terapiyası insanın fundamental əmək hüququna əsaslanır. O, 2 komponentdən ibarətdir: peşə təhsili və xəstələrin məşğulluğunun dəstəklənməsi. Əmək terapiyası pasiyentlərin sosial fəaliyyətini yaxşılaşdırır, xəstəliyə görə əlilliyi və xərcləri azaldır, həmçinin xəstəliyin gedişinin pisləşmə riskini azaldır. Xəstələrin peşə təlimi ilə əmək terapiyası sahəsində xüsusi



hazırlanmış mütəxəssislər məşğul olmalıdırlar. Şizofreniyalı xəstələrin imkanlarına uyğun iş tapmaq arzuları dəstəklənməli və onlar işə düzəltmə agentliklərinə göndərilməlidirlər. Şizofreniyalı xəstələrin işə düzəldilməsi onların peşə tələbatlarına uyğun və yüksək təhlükəsizlik texnikası tələblərinə malik olan xüsusi iş yerlərinin yaradılmasını tələb edir.

9. Terapevtik yaxşılaşması olan şizofreniya xəstələri sosial vərdislərə yiyələnmə ilə təmin edilməlidir. Şizofreniyalı xəstələrə özünəxidmət, kommunikasiya(ünsiyyət) qabiliyyətlərinin və şəxslərarası münasibətlər yaxşılaşdırılması, sosial aktivlik, asudə vaxtın təşkili, faydalı məşğuliyyətlərin olması və müstəqil yaşamaq imkanlarının genişləndirilməsi aid olan xüsusi təlimlərin aparılması lazımdır.
10. Şizofreniya xəstələrinə psixiatriya xidmətlərilə zəif əlaqə, tez-tez residivlər, ciddi sosial problemlər- yaşayış yerinin olmaması, qanunla problemlər, tələbatların ödənilməsi üçün vasitələrin olmaması və s. zamanı xüsusi (assertiv) yardım göstərilməlidir. Xüsusi (assertiv) xidmətlər psixiatriya yardımına daha çox ehtiyacı olan pasiyentlərə təqdim edilir və onun əsas məqsədi instituzializasiya, marqinalizasiya, tüfeylilik, qanun pozuntuları və intiharların qarşısının alınmasıdır. Bu yardım qeyri-tibb müəssisələrində, daha çox evdə ziyarət şəklində aparılır və bütün həyat aspektlərini əhatə edir

## Ədəbiyyat:

1. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia Third Edition, Washington DC 2020, 312 p. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
2. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry.2017;62(9):594-603. doi:10.1177/0706743717719899
3. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); Update 2020 PMID: 25340235.,
4. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2016 May;50(5):410-72. doi: 10.1177/0004867416641195. PMID: 27106681.
5. 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>
6. 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>
7. N.Ə. Əliyev, F.İ. Məmmədova, M.Z. Sultanov Əsas Psixiatrik Reytinq (Psixometrik) Cədvəllərinin Toplum Bakı, 2009

# POZİTİV VƏ NEQATİV SİNDROMLAR CƏDVƏLİ (PANSS)

Xəstənin Adı \_\_\_\_\_

Amb. Kartasının / xəstəlik tarixinin № \_\_\_\_\_

ƏLAMƏTLƏR	Müalicə ən	1-ci təkrar	2-ci təkrar
	Tarix_	Tarix_	Tarix_
<b>POZİTİV SİMPTOMLAR CƏDVƏLİ</b>			
1. Sayıqlama	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
2. Təfəkkürün pozuntuları	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
3. Hallüsinator	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
4. Oyanıq hal	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
5. Özünüböyütmə	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
6. Şübhələnmə/təqib	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
7. Düşmənçilik	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
<b>Produktiv əlamətlərin ağırlığının</b>			
<b>NEQATİV SİMPTOMLAR CƏDVƏLİ</b>			
1. Affektin	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
2 Emosional	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
3. Zəif təmas	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
4. Passiv/apatik sosial	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
5. Mücərrədləşdirmə pozuntuları	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
6. Nitqin spontanlığı və səlisliyin çatışmamazlı	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
7. Təfəkkürün stereotipiyası	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
<b>Neqativ əlamətlərin ağırlığının</b>			
<b>Kompozit İndeksi</b>	pozitiv əlamətlər – (minus) neqativ əlamətlər		

**ÜMUMİ PSIXOPATOLOGIYA CƏDVƏLİ**

1. Somatik	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
2. Təşviş	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
3. Günah hissi	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
4. Gərginlik	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
5. Manerlik və poza almaq	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
6. Depressiya	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
7. Motor fəaliyyətinin	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
8. Əməkdaşlığa qapalılıq	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
9. Fikirlərin qeyri-adi	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
10. Bələdliyin Pozulması	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
11. Diqqətin pozulması	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
12. Qavramanın və tənqidin pozulması	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
13. İradə pozuntuları	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6
14. İmpulsiv davranış	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
15. Psixi təəsüratlara	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
16. Aktiv sosial uzaqlaşma	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
<b>Digər psixi pozuntuların</b>			

Ölçmələrin ağırlığı 6 ballı cədvəllə qiymətləndirilir.

**Yoxdur – 0, Cüzi ifadə olunmuş – 1, Yüngül – 2, Orta – 3,**

**Əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuş – 4,**

**Ağır – 5, Kəskin dərəcədə ifadə olunmuş – 6**

## Şizofreniyanın müalicəsində istifadə edilən dərman vasitələri

Dərman vasitəsinin adı	Ticarət adı və buraxılış forması	Başlangıç doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
<b>Atipik antipsixotik vasitələr</b>			
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	Reaqıla 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
<b>Ənənəvi neyroleptik dərman vasitələri</b>			
Trifluoperazine	Triftazin 5 mq tablet; Stelazin 5 mq tablet:	5-10 mq	15-50 mq

Fluphenazine deconoate	Moditen Depo prolonq 25 mg/ml ampul	0,4-10 mq	10-20 mq
Haloperidol	Haloperidol 1,5 mq tablet; Haloperidol Forte 5 mq/ml ampul; Haloperidol Dekanoat (prolonq) 50 mq/ml ampul	1-10 mq	5-20 mq
Zuclopenthixol	Klopiksol 2 mq, 10 mq tablet, Klopiksol Akufaz (prolonq) 50 mq/ml ampula; Klopiksol Depo (prolonq) 200 mq/ml ampul	2-5 mq	20-50 mq
<b>Antidepressantlar</b>			
Sertraline	Stimulton 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 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
<b>Əhval ruhiyyə stabilizatorları</b>			
Valproate	Depakine Chrono 300 mq, 500 mq örtüklü tablet	300-500 mq	1000-2000 mq
Lithium carbonate	Sedalit 300 mq tablet	600-900 mq	1500-2100 mq
<b>Korrektorlar</b>			
Trihexyphenidyl	Tsikladol 2 mq tablet	2-4 mq	2-6 mq
Biperiden	Akineton 2 mq tablet	2-4 mq	2-12 mq
Diphenhydramine	Dimedrol 10 mq/ml ampul	10-50 mq	10-50 mq

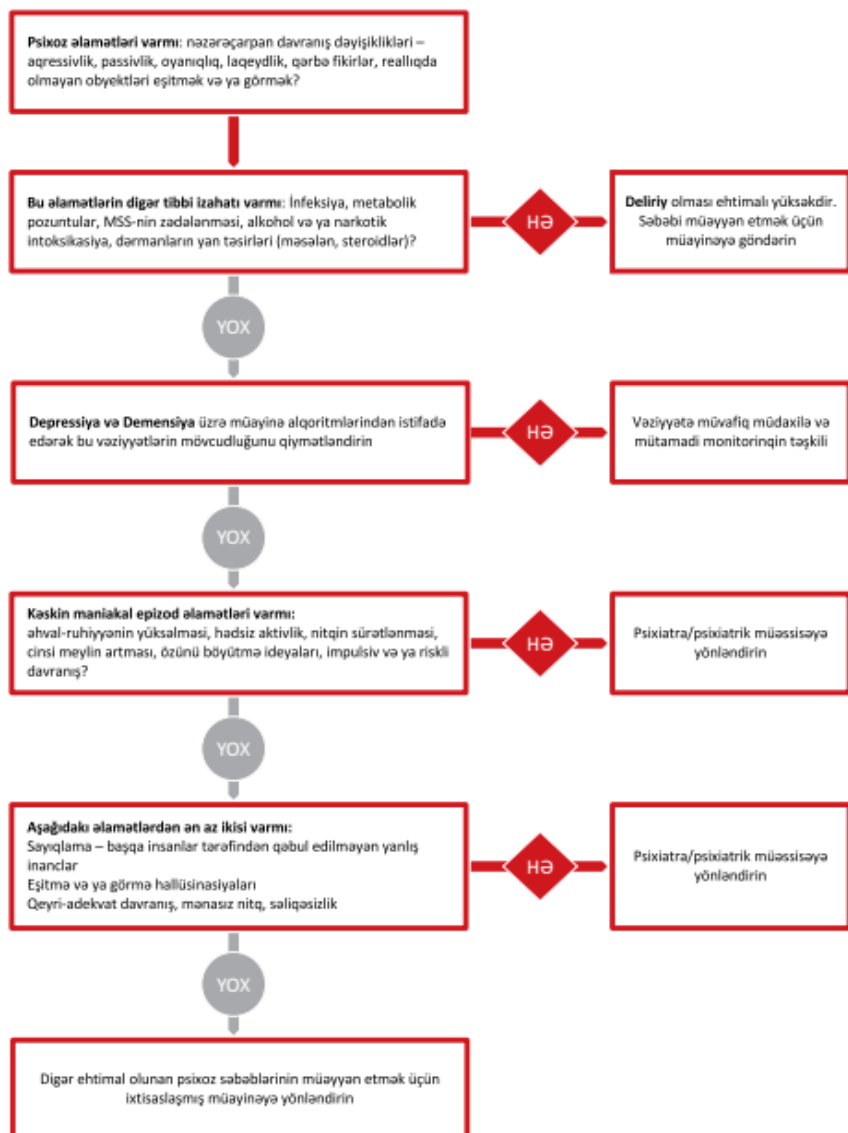
## Antipsixotik dərman vasitələrinin əlavə təsirləri

Əlavə təsir	Təsvir edilməsi	Müdaxilə
<b>Antihistamin təsir (HB1B reseptorlarının blokadası)</b>	Həddindən artıq tormozlanma, yuxuculluq, koqnitiv funksiyaların pisləşməsi	Dərman vasitəsinin dozasının azaldılması Digər vasitələrlə əvəz edilməsi
<b>Antiadrenergik təsir (αB1B-adrenoreseptorların blokadası)</b>	Ortostatik hipotoniya	Birdən ayağa qalxmadan çəkinmək, AT monitorinqi, ağır hallarda noradrenalin
<b>Ekstrapiramid pozuntular</b> <i>Kəskin distoniya</i>	Ənsə, ağız, saya əzələlərin və gövdə əzələlərinin spazması	Diphenhydramine (dimedrol) 25-50 mq Biperiden 2-4 mq ə/d
<i>Akatiziya</i>	Hövsələsizlik, daimi yerimə	Propranolol 20-80 mq Diazepam 5 mq ə/d
<i>Parkinsonizm</i>	Hipokineziya, əzələ tonusunun artması, sakitlik tremoru	Trihexyphenidil 2-6 mq/gün
<b>Tardiv (gecikmiş) diskineziya</b>	Dil və üz hiperkinezləri, boyun və gövdə hiperkinezləri, ətrafların xoreyayabənzər hiperkinezləri	ƏN kəsmək və AA keçmək
<b>Kardiotoksik təsir</b>	QT intervalının uzanması, səyrici mədəcik aritmiyası, piruent taxikardiya	Digər dərman vasitəsilə əvəz etmək Kalium vasitələrini təyin etmək
<b>M-xolinoblokadaedici təsir</b>	Ağızda quruluq, sidiyin ləngiməsi, bağırsaq atoniyası, qlaukomanın kəskinləşməsi	Digər dərman vasitəsilə əvəz etmək
<b>Leykopeniya və aqranulositoz</b>	Leykositlərin ümumi miqdarının $3000/\text{mm}^3$ -dən aşağı PP və neytrofillərin isə	Clozapine qəbulu zamanı leykoformulanın monitorinqi Leykositlərin miqdarı azaldıqda vasitənin dərhal kəsilməsi



	1500/mm <sup>3</sup> -dən aşağı PP düşməsi, kəskin faringit, naməlum mənşəli qızdırma, miokarditlər, kardiomiopatiya	və antibiotikoterapiya
<b>Çəki artımı və piylənmə</b>	İştahanın yüksəlməsi, bədənin kütləsinin artması, daha çox AA qəbulu ilə əlaqədardır	Pəhriz, müalicə bədənin tərbiyəsi, normotimiklər və/və ya antidepressantlarla kombinasiya
<b>Qlükoza mübadiləsinin pozulması</b>	Hiperqlikemiya, I tip diabetin kəskinləşməsi, II tip diabetin əmələ gəlməsi, diabetik ketoasidoz	Digər dərman vasitəsilə əvəz etmək
<b>Piy mübadiləsinin pozulması</b>	Lipidlərin miqdarının artması	Digər dərman vasitəsilə əvəz etmək, pəhriz
<b>Endokrin pozuntular</b>	Prolaktinin səviyyəsinin artması Cinsi disfunksiya Menstrasiya (aybaşı) tsiklinin pozulması, qalaktoreya	Digər dərman vasitəsilə əvəz etmək Cinsi aktivliyin monitorinqi
<b>Neyroleptik disforiya</b>	Ədavət, müalicədən imtina etmək, intihar davranışları	AA ilə terapiyaya keçmək
<b>Bədxassəli neyroleptik sindrom</b>	Əzələlərin rigidliyi, taxikardiya, hipertermiya, düşüncənin pozulması, kreatinkinazanın səviyyəsinin yüksəlməsi	Təcili antipsixotik dərman vasitələrini kəsmək. Dantrolene 2,5 mq/kq təyin etmək Bromkriptine, Amantadine

## Psixozların müayinə alqoritmi



## Müalicə algoritmi

