

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**DEPRESSİYANIN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



**Bakı
2009**

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli
3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DEPRESSİYANIN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2009

56.14

D 32

D 32 Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol – 60 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib və çap olunmuşdur.

Klinik protokolun redaktoru:

C. Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti

G. Gəraybəyli – SN baş psixiatri, ATU-nun Psixiatriya kafedrasının müdiri, t.e.d.

F. İsmayılov – ATU-nun Psixiatriya kafedrasının assistenti, t.e.n.

S. Katibli – ATU-nun Psixiatriya kafedrasının dosenti, t.e.n.

N. Həsənzadə – Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin Psixiatriya kafedrasının dosenti, t.e.n.

A. Səmədov – ATU-nun Psixiatriya kafedrasının assistenti

R.Abdullayeva – ATU-nun Farmakologiya kafedrasının assistenti, SN İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi dərman vasitələrinin planlaşdırılması və rasional istifadəsi şöbəsinin müdiri

L. Qafarov – SN İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi ilkin səhiyyənin təşkili şöbəsinin müdiri

Ş. Kazımov – Abt Associates Inc., İlkin Səhiyyənin Gücləndirilməsi Layihəsi rəhbərinin müavini

Səhiyyə Nazirliyinin Tibbi yardımın təşkili şöbəsi tərəfindən rəy verilmişdir.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud • Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı:

- DALY** – keyfiyyətli həyatın davamiyyəti
- EEQ** – elektroensefaloqrafiya
- ET** – elektrokonvulsiv terapiya
- HAM-D** – Hamiltonun Depressiya reytingi cədvəli
- XBT-10** – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
- İPT** – interpersonal terapiya
- KBT** – koqnitiv-bihevioral terapiyası
- KDT** – koqnitiv-davranış (bihevioral) terapiya
- KT** – kompüter tomografiyası
- MAOI** – monoaminoksidazanın inhibitorları
- NMR** – nüvə maqnit rezonans müayinəsi
- PDT** – psixodinamik terapiya
- PHQ-9** – pasiyentin sağlamlıq sorğusu
- RKT** – Randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat
- SİUSİ** – serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
- SNİUSİ** – serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
- TMS** – transkraniyal maqnit stimulyasiyası
- TSA** – trisiklik antidepressantlar
- ÜST** – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

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

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

Protokolun məqsədləri:

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

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

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

Depressiya zamanı təhlükə amilləri və onun səbəbləri

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

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

Epidemiologiya

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

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

F32 Depressiya epizodu

- F32.0 Yüngül depressiya epizodu
- F32.1 Orta dərəcəli depressiya epizodu
- F32.2 Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiya epizodu
- F32.3 Psixotik əlamətlərlə ağır depressiya epizodu
- F32.8 Digər depressiya epizodları
- F32.9 Müəyyənləşdirilməmiş depressiya epizodu

F33 Rekurrent depressiya pozuntusu

- F33.0 Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun yüngül dərəcəsi
- F33.1 Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun orta dərəcəsi
- F33.2 Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun psixotik əlamətlərsiz ağır dərəcəsi
- F33.2 Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı epizodun psixotik əlamətləri olan ağır dərəcəsi
- F33.4 Rekurrent depressiya pozuntusu, hazırkı remissiya halı
- F33.8 Digər rekurrent depressiya pozuntuları
- F33.9 Müəyyənləşdirilməmiş rekurrent depressiya pozuntusu

F34 Davamlı (xroniki) affektiv pozuntuları

- F34.1 Distimiya
- F34.8 Digər davamlı (xroniki) affektiv pozuntuları
- F34.9 Müəyyənləşdirilməmiş davamlı (xroniki) affektiv pozuntuları

Depressiyanın təbii gedişi və nəticələri

Depressiv pozuntu istənilən yaş dövründə başlaya bilər. Lakin bununla yanaşı o daha çox 25-30 yaş arası başlayır. O qəfildən (məsələn güclü stresslə əlaqədar) yaranı bilər və ya bir neçə gün və həftə müddətində tədricən inkişaf edə bilər. Bu zaman depressiyanın əlamətləri kimi həyəcan, təlaş tutmaları və ya ümumi narahatlıq müşahidə edilə bilər. Depressiv epizodun davamlılığı bir neçə aydan, bir neçə ilədək tərəddüd edir, müalicə olunmadan yaşanan depressiya epizodları adətən 6 aydan 9 ayədək davam edir. Depressiya təkrarlanan (residiv verən) xəstəlikdir. Birinci epizoddan sonra residiv təhlükəsi 50%, ikinci epizoddan sonra 75%, üçüncü epizoddan sonra 90% təşkil edir. Residiv göstəriciləri 45 yaşdan yuxarı qruplar arasında xüsusilə yüksəkdir. Remissiya dövründə insanların çoxu ilkin hallarına qayıdırlar, lakin bəzi xəstələrdə qalıq əlamətlər də qeydə alınır. Demək olar ki, bütün halların 20%-də, xüsusilə də adekvat müalicə ilə təmin olunmayan hallarda, depressiya xroniki xəstəliyə çevrilir və remissiya olmadan keçir. Depressiyanın ən ağır nəticəsi intihardır. Depressiyadan əziyyət çəkən şəxslərin 15-20%-i həyatlarına intiharla son qoyurlar. Depressiyanın digər nəticələrinə, işin (vəzifənin) itirilməsi, təcrid, təhlükəli davranış formaları, alkoqoldan və digər psixoaktiv maddələrdən istifadə aiddir. Depressiv pozuntu xəstənin ailəsinə və yaxınlarına, xüsusilə də uşaqlarına – depressiyadan əziyyət çəkən xəstənin valideynlik funksiyalarını yerinə yetirmək imkanının azalması ilə əlaqədar olaraq, – mənfi təsir göstərir. Depressiv pozuntu pasiyentin fiziki sağlamlığına mənfi təsir göstərə, yanaşı gedən somatik xəstəliyin gedişini ağırlaşdırı bilər. Bundan əlavə depressiya zamanı ürək-damar patologiyalarının yaranması ehtimalı da artır.

DEPRESSİV POZUNTUNUN DİAQNOSTİKASI

Psixi və Davranış Pozuntularının Beynəlxalq Təsnifatına (XBT-10) uyğun şəkildə depressiv pozuntu diaqnozunun qoyulması üçün əlamətlər 2 həftədən az olmayaraq müşahidə edilməlidir. Anamnezdə maniakal və ya hipomaniakal epizodlar olmamalıdır. Simptomlar psixoaktiv maddələrin qəbulu və ya istənilən orqanik psixi xəstəlik ilə əlaqəli olmamalıdır.

Depressiyanın **əsas** əlamətləri:

- ▶ Pasiyent üçün qeyri-normal hesab edilən səviyyəyədək uzun müddət əhvalın enməsi
- ▶ Adətən pasiyent üçün xoş olan məşğuliyyətə aydın formada marağın və alınan zövqün azalması
- ▶ Demək olar ki, hər gün müşahidə edilən yorulma və güc tükənməsi.

Depressiyanın **əlavə** əlamətləri:

- ▶ Özünəinamın və özünüqiymətləndirmə hissinin enməsi
- ▶ Səbəbsiz özünütənqid və ya qeyri-adekvat günahkarlıq hissi
- ▶ Təkrarlanan ölüm və ya özünəqəsd fikirləri və ya intihar davranışı
- ▶ Düşünmə və fikir cəmləmə qabiliyyətinin azalması
- ▶ Tormozlanma və ya həyəcanla müşayiət olunan psixomotor fəallığın pozulması (subyektiv və ya obyektiv)
- ▶ İstənilən növ yuxu pozuntusu (yuxusuzluq və ya yuxuculluq-süslük)
- ▶ Çəki dəyişkənliyi ilə müşayiət olunan iştahanın dəyişməsi (artması və ya azalması)

İfadə səviyyəsindən asılı olaraq əlamətlər fərqlənir:

Yüngül depressiya epizodu (F32.0) – əsas əlamətlərdən ən azı 2-si və əlavə əlamətlər müşahidə olunur (ümumi sayda 4-dən az olmayaraq)

Orta dərəcəli depressiya epizodu (F32.1) – əsas əlamətlərdən ən azı 2-si və əlavə əlamətlər müşahidə olunur (ümumi sayda 6-dan az olmayaraq)

Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiya epizodu (F32.2) – əsas əlamətlərin hər üçü və əlavə əlamətlər müşahidə olunur (ümumi sayda 8-dən az olmayaraq)

Psixotik əlamətlərlə ağır depressiya epizodu (F32.3) sayıqlama, qarabasma və ya depressiv stupor zamanı diaqnozlaşdırılmalıdır. Bu halda özünügünahlandırma sayıqlamaları, ipoxondrik, nihilistik və persikutor məzmunlu münasibət daha xarakterik mövzulardandır.

Differensial diaqnostika

Cədvəl 1. Depressiv pozuntuların differensial diaqnostikasının prinsipləri

Pozuntu	Əlamətlərin ifadə səviyyəsi	Epizodların sayı	Epizodların davamlılığı
Depressiv epizod (F32)	Yüngül, orta ifadəli, ağır	bir	≥ 2 həftə
Rekurrent depressiv pozuntu (F33)	Yüngül, orta ifadəli, ağır	≥ 2	≥ 2 həftə
Distimiya (F34.1)	Yüngül, orta ifadəli,	≥ 1	≥ 2 il
Depressiv reaksiya (F43.2)	Yüngül	bir	≤ 1 ay

Maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq tipin heç olmasa bir epizodunun yaşanmasına dair məlumatın mövcudluğu **Bipolyar pozuntu (F31)** diaqnozunun qoyulmasını tələb edir.

Şizofreniya simptomlarının mövcudluğu **Şizoaffektiv pozuntu (F25.1)** və ya **Postşizofrenik depressiya (F20.4)** diaqnozunun qoyulmasını tələb edir.

MSS-nin üzvi zədələnməsinin əlamətlərinin mövcudluğu **Üzvi affektiv pozuntu (F06.3)** diaqnozunun qoyulmasını tələb edir.

Psixoaktiv maddələrin qəbulundan sonra bilavasitə inkişaf edən simptomatika **Psixi simptomları olan psixoaktiv maddələrin qəbulu nəticəsində yaranan psixi pozuntu diaqnozunun (F10.5)** qoyulmasını tələb edir.

İLKİN TİBBİ YARDIM SİSTEMİNDƏ DEPRESSİYASI OLAN PASİYENTLƏRİN MÜŞAHİDƏ VƏ MÜALİCƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. İlkın tibbi yardım sistemində çalışan həkimlər müalicə müəssisəsinə müraciət edən bütün pasiyentlərə depressiyaya dair skrining keçirməlidirlər [C].
2. Pasiyentə 2 sual vermək lazımdır:
 - ✓ *Əhvalınızın enməsinə, ruh düşkünlüyü və ya tənhalıq hiss edirsinizmi?*
 - ✓ *Adətən Sizin üçün xoş olan məşğuliyyətə marağın və aldığınız zövqün enməsinə müşahidə edirsinizmi?* [B]
3. Bu suallardan heç olmasa birinə təsdiq cavabı aldığınız təqdirdə depressiyanı və onun ağırlıq dərəcəsinə [C] müəyyənləşdirmək üçün standartlaşdırılmış şkaladan (PHQ-9, Əlavə 1) istifadə edin.
4. Əzələ ağrıları, bəldə ağrıları, döş qəfəsində ağırlıq hissləri, ümumi halsızlıq və ya yorğunluq, baş ağrıları, qəbizlik kimi tibbi xarakterli anlaşılmaz şikayətlər depressiya ilə əlaqədar ola bilər [C].
5. Pasiyentin müalicə rejiminə riayət etməməsi, tibbi yardımla əlaqədar olan və olmayan həyat seçimlərini reallaşdırmaq bacarığının olmaması, hər hansı bir problemə (adətən əhəmiyyətsiz) dair qayğısı, tibb müəssisəsində yanlış davranışı kimi depressiyanın mümkün əlamətləri həkimin diqqətini cəlb etməlidir [D].

6. Depressiyanın əlamətlərinin aşkarlanması zamanı həkim intihar təhlükəsini qiymətləndirməlidir [A]. Nəzakətli formada aşağıdakı sualları vermək lazımdır:

- 1) *Öz gələcəyinizi necə görürsünüz?*
- 2) *Siz yatıb, bir də heç vaxt oyanmamaq istəyirsinizmi?*
- 3) *Həyatdan getmək barədə düşünürsünüzmü?*
- 4) *Əgər bu belədirsə, bunu necə reallaşdırmaq olar?*
- 5) *İntihar etmək üçün istifadə olunan vasitələri əldə etmək imkanınız varmı?*
- 6) *Özünü zərər yetirməkdən Sizi çəkindirən nədir?*

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

Depressiya ilə əlaqədar amillər	Sosial-demoqrafik amillər
<ul style="list-style-type: none"> ✓ İntihara dair fikirlərin, qərar və planların mövcudluğu ✓ Anamnezdə əvvəl yaşanan intihar cəhdləri ✓ Alkoqol və narkotik maddələrin qəbulu ✓ Kəskin psixotik simptomların mövcudluğu (imperativ qarabasmalar, özünü günahlandırma sayıqlamaları) ✓ İmkansızlıq-ələcsizlik və ya günah hissi ilə müşayiət olunan ağır depressiya və həmçinin ifadə olunmuş həyəcan və təlaş ✓ Depressiyanın ağır somatik xəstəlik ilə yanaşı getməsi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İntiharı həyata keçirmək üçün öldürücü maddələri əldə etmək imkanı ✓ İntihara irsi meyllilik və digər insan tərəfindən icra olunan intiharın müşahidəsi ✓ Yeniyetmə və ya ahıl yaş dövrü ✓ Arzuolunmaz həyat şəraiti (tənhalıq, işsizlik, sosial dəstəyin yoxluğu) ✓ Uşaqlıqda yaşanan psixoloji travmalar (zorakılıq, valideyn itkisi) ✓ Kişi cinsinə mənsubluq

7. İlk sәhiyyә sistemi hәkimi müayinәnin nәticәlərinә әsasәn depressiv pozuntunun ilkin diaqnozunu qoya bilәр. Ekspert qәrarlarının qәbulu vә ya digәр sosial-hüquqi mәsәlәlərin müәyyәnlәşdirilmәsi üçün son diaqnoz hәkim-psixiatr tәрәfindән tәyin olunur.

8. Hәkim, depressiyanın aşkarlanmasından, onun ağırlıq dәрәcәsinin vә intihar tәhlükәsinin müәyyәnlәşdirilmәsindən sonra özündә aşağıdakıları birlәşdirән anamnestik mәlumatları toplamalıdır:

- ✓ Pasiyentin hazırkı vəziyyətinin dinamikasına dair məlumat
- ✓ Öncədən yaşanan epizodların sayı və ağırlıq dərəcəsi
- ✓ Öncəki müalicənin səmərəsi

9. Hәkim pasiyentin fiziki halını qiymәtlәndirmәli, keçmişdә olan vә ya indi dә yaşanan somatik xəstәliklәр vә depressiya simptomları yarada bilәcәk preparatların öncәki qәbuluna dair mәlumatları araşdırmalıdır.

Әlavә müayinә aşağıdakı hallarda tәyin olunur:

- ✓ Depressiv pozuntu üçün xarakterik olmayan simptomların aşkarlanması
- ✓ Yaşlı pasiyentlərә
- ✓ 40 yaşından sonra başlanan depressiya zamanı
- ✓ Alkoqol vә narkotik maddələrin qәbuluna dair şübhələrin olduğu təqdirdә

10. Hәkim pasiyentin hәyatında mühüm rol oynayan vә onun halına vә müalicәsinә tәsir edә bilәcәk aşağıdakı psixososial faktorları gözdән keçirmәlidir:

- ✓ Ailә vә şəxsiyyətlәrarası münasibәtlәр
- ✓ Professional fәaliyyət/tәhsil
- ✓ İqtisadi durum
- ✓ Ailә-mәişәt mәsәlәləri
- ✓ Sosial әhatә vә qanunla münasibәtlәр
- ✓ Tibbi yardımdan yararlanmaq imkanı

11. Hәkim depressiv pozuntunun ilkin diaqnozunun qoyulmasından sonra göstәrilәcәk yardımı işlәyib hazırlamalı, onu rәsmi formada sәndlәşdirmәli vә pasiyentlә müzakirә etmәlidir. Bu plan özündә güman edilән müdaxilələrin xarakter vә hәcmi, pasiyentlә әlaqәnin

vaxtını, böhran halları zamanı görüləcək tədbirləri, əlavə müayinə və digər mütəxəssislərə təyinatı birləşdirməlidir. (Əlavə 3)

Cədvəl 2. Depressiyanın müxtəlif ağırlıq dərəcələrində həyata keçirilən müdaxilələrin xarakteri və həcmi

Depressiyanın ağırlıq dərəcəsi	Müdaxilə	Qeyd
yüngül	Müşahidə, psixi maarifləndirmə, məsləhətləşmə	2 həftədə 1 dəfədən az olmayaraq əlaqə vaxtını təyin etmək. Əvvəldə yaşanan daha ağır epizodların mövcudluğu zamanı effektiv olmuş antidepressantları təyin etmək. Pasiyentdə intihar xarakterli davranış qeydə alındıqda, onu həkim-psixiatriin qəbuluna göndərmək.
orta ifadəli	Psixi maarifləndirmə, məsləhət vermə, farmakoterapiya və/və ya psixoterapiya	Birinci həftə ərzində 1 dəfədən, müalicəyə yaxşı həssaslıq zamanı isə 2 həftədə 1 dəfədən az olmayaraq əlaqə vaxtı təyin etmək. İlk seçim antidepressantı ilə monoterapiya təyin etmək. 4 həftə müddətində cüzi effektin müşahidəsi və ya effektin yoxluğu zamanı antidepressantı dəyişmək. Pasiyentdə intihar xarakterli davranış (o cümlədən anamnezdə) qeydə alındıqda ona həkim-psixiatriin yanına göndəriş vermək.
ifadə olunmuş	Farmakoterapiya, psixoterapiya və/və ya mütəxəssisin cəlb edilməsi və ya ixtisaslaşdırılmış müəssisəyə göndəriş	Birinci həftə ərzində 1 dəfədən az olmayaraq görüş vaxtı təyin etmək. İlk seçim antidepressantı ilə monoterapiya təyin etmək. 4 həftə müddətində cüzi səmərənin müşahidəsi və ya onun yoxluğu zamanı antidepressantı dəyişmək. Əhvalın kəskinləşməsi zamanı həkim-psixiatriin konsultasiyasına göndərmək və ya xüsusi müəssisəyə göndərişi həyata keçirmək.
ağır	İxtisaslaşdırılmış müəssisəyə göndəriş	Xüsusi müəssisələrə göndəriş

Depressiyası olan xəstələrin müşahidə və aparılmasının ümumi prinsipləri

1. Həkim müalicəyə məlumatlandırılmış razılığın alınması, pasiyentin arzu və istəklərinin aydınlaşdırılması, ümumi qərarların təkmilləşdirilməsi və gələcəkdə atılacaq addımların planlaşdırılması yolu ilə pasiyentlə əməkdaşlıq yaratmalı və bu əməkdaşlığı inkişaf etdirməlidir.
2. Həkim xəstənin ailə və yaxınlarını (tibbi etika və qanunvericilik normalarına riayət etməklə) xəstəlik, potensial təhlükənin minimallaşdırılması, pasiyentlə gündəlik işlərin icrasında necə yardım etmək mövzularında məlumatlandırmaqla, onları müalicəyə cəlb etməlidir. Xəstəlik müddətində birbaşa pasiyentə və onun ailəsinə aid olan vacib fərdi və professional qərarların qəbulunu təxirə salmağı tövsiyə etmək lazımdır **[D]**.
3. Həkim yardım göstərilməsi zamanı özündə pasiyentin vəziyyət dinamikasını, intihar tendensiyalarını, sosial vəziyyəti, tibbi göstərişlərə riayət olunmanı, əlavə təsirləri və həmçinin pasiyentin müalicəyə dair fikirlərini birləşdirən monitorinqi həyata keçirməlidir. (monitorinqin həyata keçirilməsi müddəti Q7 bəndində göstərilmişdir) **[B]**.
4. Həkim pasiyentin təkidi zamanı, diaqnozun doğruluğuna dair şübhələrin olduğu, simptomların kəskin ifadəliliyi, pasiyentin psixoaktiv maddələr qəbul etməsinə dair ehtimalın olduğu, pasiyentdə intihar xarakterli davranışın aşkarlandığı (həmçinin anamnezdə), həmçinin psixoterapiya, əlavə müayinə və ya müalicə aparan mütəxəssisə inamın olmadığı təqdirdə mütəxəssis məsləhətləşməsi təşkil etməlidir **[A]**.

Qeyri-medikamentoz müdaxilələr

1. Pasiyentin maarifləndirilməsi depressiyaya, onun müxtəlif təzahürlərinə, müalicə metodları və profilaktikasına dair məlumat verən həkimlə keçirilən mütəmadi görüşlər zamanı aparılır **[C]**. Pasiyentin diqqətinə çatdırılacaq əsas məlumatlar:

- ✓ Depressiya iradə zəifliyi və əqli çatışmazlıq deyil, o tibbi problemdir.
 - ✓ Sağalma – qaydadır, istisna hal deyil.
 - ✓ Müalicə demək olar ki, bütün pasiyentlərə kömək edir.
 - ✓ Müalicənin məqsədi sadəcə əhvalın yaxşılaşdırılması deyil, tam sağalma və gələcəkdə emosional problemlərin öhdəsindən gəlmək bacarığını daha da inkişaf etdirməkdir.
 - ✓ Depressiyanın birinci epizoddan sonra 50%, ikinci epizoddan sonra 70%, üçüncü epizoddan sonra 90% təkrarlanmaq ehtimalı olduğu üçün uzunmüddətli müalicəyə ehtiyac vardır.
 - ✓ Depressiyanın ilkin əlamətləri təzahür etdiyi təqdirdə pasiyent və onun ailə üzvləri sayıqlıq göstərməli və yardım üçün mümkün qədər tez müraciət etməlidirlər.
2. Sağlam həyat tərzini depressiv simptomların yaranma tezliyini və ağırlıq dərəcəsini azaldır [C]. Sağlam həyat tərzinə dair əsas tövsiyələr:
- ✓ Stress yaradan situasiyalardan qaçmaq
 - ✓ Gündəlik vəzifələri düzgün bölmək
 - ✓ Alkoqol və narkotik maddələrin qəbulunu dayandırmaq
 - ✓ Düzgün yuxu rejiminə riayət etmək
 - ✓ Qida qəbulunun balanslaşdırılması
 - ✓ Fiziki məşqlər (idman, aerobika, üzgüçülük, qaçış)
 - ✓ Xoşagələnmə məşğuliyyətinə ayrılan vaxtın artırılması (əyləncənin planlaşdırılması, xoşagələnmə insanlarla ünsiyyət, mütaliə, filmlərə baxmaq)
3. Problemin həllinə yönəldilmiş məsləhətləşmə ən sadə və səmərəli müdaxilədir [B]. Bu növ məsləhətləşmənin məqsədi pasiyenti öz resurslarından istifadə etməklə problemlərinin öhdəsindən necə gəlməyə dair təlimləndirməkdir. Bura daxildir:
- 1) Problemin müzakirəsi və müəyyənləşdirilməsi
 - 2) Onun həlli üçün aydın və əldə oluna bilən məqsədlərin müəyyənləşdirilməsi
 - 3) Qərarın müxtəlif növ variantlarının işlənilməsi və hazırlanması və bütün “lehinə” və “əleyhinə” variantların gözdən keçirilməsi
 - 4) Üstünlük verilən qərarın seçimi və mərhələli planın nəzərdən keçirilməsi

- 5) Bu planın həyata keçirilməsi
- 6) Problemin həllinə dair nəticənin qiymətləndirilməsi

Medikamentoz müalicə

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

olması, qəbul rahatlığı (gün ərzində bir dəfə təyin edilə bilər) və daimi nəzarət tələb etməyən standart terapevtik dozada təyin olunma imkanının mövcudluğundan ibarətdir. **SIUSİ** və **SNIUSİ** ənənəvi trisiklik antidepressantlardan heç də az effektiv deyil. **SIUSİ** və **SNIUSİ**-nin ilkin təyininə tam əks-göstəriş (zərərli olması) bu preparatların keçmişdə qəbulunun mümkünsüzlüyünə dair məlumatların olması ilə əlaqədar ola bilər [A].

5. **SIUSİ** və **SNIUSİ**-nin qəbulunun əlavə təsirlərinə görə dayandırılması halı çox az ehtimalla xarakterizə olunur [A]. Bir çox insanlar üçün **SIUSİ** və **SNIUSİ**-nin qəbulunda ən xoşagəlməz əlavə təsir seksual disfunksiyadır (*anorqazmiya, libidonun azalması və ya erektil və ejakulyator disfunksiya*). Mədə-bağırsaq pozuntuları və çəkinin artması daha az təsadüf olunan əlavə təsirlərdir. Dozanın azaldılması, dərmanların qəbulunda fasilə və ya eyni sinfin digər preparatına keçid belə effektləri azalda bilər. Dərmanlarla qarşılıqlı təsir, o cümlədən qaraciyərin P450 sitoxrom fermentlərində olan dəyişikliklər **SIUSİ** və **SNIUSİ** üçün hipotetikdir və bir çox hallarda onlar digər preparatlarla eyni vaxtda istifadə oluna bilərlər. Eyni zamanda **SIUSİ** və **SNIUSİ** ilə serotoninergik aktivliyə malik olan preparatlar (tərkibində **dekstrometorfin**, **tramadol** olan preparatlar) arasındakı qarşılıqlı əlaqə, özünü miokloniya, diareya (ishal), hipomaniya, təlaş, hiperrefleksiya, fikri cəmləmə pozuntusu, qızdırma, hiperqidroz, arterial təzyiqin dəyişməsi, ürəkbulanması və qusma (Əlavə 5) kimi göstərən potensial təhlükəli reaksiyanın – serotonin sindromunun inkişafına gətirib çıxara bilər. Serotonin sindromu dozanın azaldılması və ya preparatın qəbulunun dayandırılmasından sonra çox vaxt 24 saat ərzində aradan qalxan, geri dönmə haldır. Ağır hallarda simptomatikanın ifadəliliyini azaltmaq üçün serotonin reseptorlarının qeyri-spesifik antaqonistlərindən olan **Metiserqid** və **Siproheptadindən** (peritol) və həmçinin də *5-HT1A reseptorunun blokatoru* hesab edilən **Propranoldan** istifadə etmək tövsiyə edilir [D]. **SIUSİ** və **SNIUSİ**-nin monoaminoksidazanın (MAO) dönmə və dönməyən inhibitorları ilə birgə istifadəsi yolverilməzdir. Pasiyentin MAOI qəbul

etməsi zamanı **SIUSİ** və **SNIUSİ**-nin təyini, ilk növbədə orqanizmin MAO inhibitorlarından təmizlənməsini tələb edir.

6. Antidepressantların terapevtik təsirinin dərhal üzə çıxmadığını nəzərə alsaq, klinik ifadəli həyəcan və/ və ya təlaşla müşayiət olunan depressiya yaşayan xəstələrə antidepressantlarla eyni zamanda anksiolitiklərin (kiçik trankvilizator) təyini də məqsədəuyğundur [A]. Tolerantlıq, asılılıq və ya dərman qəbulunun dayandırılması sindromu yaratmayan həyəcana qarşı preparatlara qeyri-benzodiazepin sırası anksiolitikləri (**Buspiron, Hidroksizin**) aiddir [D]. Daha ifadə olunmuş sedativ təsirə malik olan (**Alprozolam, Lorazepam, Klonozepam**) benzodiazepin trankvilizatorlarının istifadəsinə böyük diqqətlə yanaşmaq və onları qısa müddətə (2 həftədən çox olmayaraq) təyin etmək lazımdır [C]. Trankvilizatorların əksəriyyəti depressiya zamanı yuxuculluğu gücləndirə və fikri cəmləmə qabiliyyətini zəiflədə bilər. Bu səbəbdən də xüsusilə nəqliyyat vasitələrini idarə edən pasiyentlər bu effektlərə dair məlumatlandırılmalıdırlar.
7. Müalicənin ilk ayında 2 həftədə 1 dəfədən az olmayaraq terapevtik monitorinq həyata keçirmək lazımdır. Ağır depressiya zamanı monitorinqlər daha tez-tez keçirilməlidir [C]. Monitorinq zamanı ehtimal olunan əlavə təsirlərə, intihar cəhdlərinə, həyəcan və təlaşın yaranması və güclənməsinə, həmçinin həkimin göstərişlərinə xəstənin necə əməl etməsinə nəzarət etmək lazımdır. Müalicə rejiminə və həkim göstərişlərinə riayət etmək müalicədə əsas (aparıcı) faktordur [A]. Həkim göstərişlərinə riayət etməyə, pasiyenti aşağıdakılara dair məlumatlandırmaqla nail olmaq olar:
 - ✓ *Terapiyanın ilkin hissə olunacaq nəticələri (səmərası) 2 həftədən tez olmayaraq meydana çıxma bilər. Lakin depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün daha uzun müddət tələb olunur.*
 - ✓ *Əlavə təsirlər terapiyanın müsbət təsirini qabaqlaya bilər və onlar adətən əlavə tədbirlər aparılmadan keçib gedirlər.*

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

8. **SİUSİ** və **SNİUSİ**-nin standart dozasının terapevtik effektinin kifayət qədər olmadığı təqdirdə və əlavə təsirlərin yoxluğu zamanı preparatın ilkin dozası tədricən artırıla bilər [A]. Müalicənin başlanmasından sonra, 4 həftə ərzində terapevtik effektin yoxluğu, terapiyanın əvvəlində olmayan və əhəmiyyətsiz (cüzi) dərəcədə ifadə olunan depressiv simptomatikanın artması və ya intihar tendensiyasının güclənməsi və ya əlavə təsirlərin kəskinləşməsi zamanı başqa **SİUSİ** və ya **SNİUSİ** təyin etmək lazımdır [C]. Əgər sonrakı 4 həftə ərzində də müsbət dəyişikliklər nəzərə çarpmırsa, ikinci seçim preparatlarına keçmək lazımdır [B].
9. İkinci seçim preparatlarına *trisiklik antidepressantlar* (TSA), qarışıq təsirli antidepressantlar (QTA) və monoaminoksidazanın dönən inhibitorları (MAO Dİ) aiddir [C]. TSA ilə müalicəyə tədricən, terapevtik effektin və əlavə təsirlərin yaranmasına səbəb olan kiçik dozalardan başlamaq lazımdır [C]. TSA-nın *Monoaminoksidazanın (MAO) dönən və dönməyən inhibitorları* ilə birlikdə qəbulu yolverilməzdir. Pasiyentin MAO inhibitorlarından istifadəsi faktının mövcud olduğu təqdirdə TSA-nın təyin olunması ilk növbədə orqanizmin MAO inhibitorlarından təmizlənməsini tələb edir. TSA-nın yüksək dozası arzuolunmaz təsirlərin yaranması təhlükəsi ilə bağlıdır. TSA ishal və yuxusuzluqdan əziyyət çəkən xəstələr üçün xeyirli ola biləcək, sedasiya və ya qəbizlik kimi antixolinergik əlavə təsirlərə malikdir [A]. TSA həmçinin çəki artımına və ya nevroloji ağrıların yaranmasına da səbəb ola bilər. Antixolinergik təsirlər özündə ağızda quruluq, görmə yayğınlığı, səmtləşmə

proseslərinin pozulması, ortostatik təzyiğin enməsinə birləşdirir və müalicə sxeminə riayət olunmamasına gətirib çıxara bilər. Müalicənin qeyri-effektivliyi kifayət qədər olmayan dərman miqdarı və ya müalicə müddəti ilə əlaqədar ola bilər. TSA-nın dozasını aşmağın ölüm hallarına səbəb olmasını nəzərə alsaq, intihara şübhəli xəstələrə bu preparatları **məhdud miqdarda təyin etmək lazımdır [A]**.

10. İlk səhiyyə sisteminin həkimləri MAO-nun dönməyən inhibitorlarını, iki antidepressantla uyğunlaşdırılmış terapiyanı, *antidepressantla Neyroleptikin, antidepressantla Litium duzlarının, antidepressantla əhval stabilizatorlarının* kombinasiyasını təyin etməməlidirlər **[D]**. Bu cür təyinatlar yalnız mütəxəssis psixiatr tərəfindən verilə bilər.
11. Antidepressantlarla aparılan terapiyanın davamlılığı, birinci epizodda remissiya əldə olunandan sonra altı aydan, ikinci epizodda isə iki ildən az olmamalıdır **[A]**. Qeyri-məhdud zaman kəsiyində istifadə olunan antidepressantlı, dəstəkləyici terapiya üçüncü epizoddan və ya ifadə olunmuş ağırlıq dərəcəsi, intihar cəhdləri, psixoz, uzunmüddətli depressiv epizodlarla müşayiət olunan ikinci epizoddan və ya 60 yaşından sonra təyin olunmalıdır **[B]**. Müalicənin fəal fazasından fərqli olaraq dəstəkləyici terapiya zamanı antidepressantların daha az terapevtik dozalarından istifadə etmək olar **[D]**.
12. Dərman qəbulunun kəsilməsi sindromunun yaranma ehtimalı ilə əlaqədar olaraq terapiyanın dayandırılması prosesi dozanın iki həftə ərzində tədricən azaldılması yolu ilə aparılmalıdır **[C]**. Pasiyentlər dərman qəbulunun müstəqil formada (həkimlə məsləhətləşmədən) dayandırılmasının yolverilməzliyinə dair məlumatlandırılmalıdırlar. Həkim müalicənin dayandırılması qərarını qəbul edərkən əvvəlcədən pasiyentin psixi halını müayinə etməlidir.

İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş

1. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:

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

İXTİSASLAŞDIRILMIŞ YARDIM SİSTEMİNDƏ DEPRESSİYASI OLAN PASİYENTLƏRİN MÜŞAHİDƏSİ VƏ MÜALİCƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım sistemində işləyən həkim-psixiatr əvvəlcədən diaqnozu qoyulmuş depressiyanı təsdiq və ya inkar etmək üçün dəqiq, hərtərəfli müayinə aparmalıdır.
2. Həkim-psixiatr ilkin olaraq depressiya diaqnozu qoyulmuş xəstələri çoxprofilli xəstəxananın ixtisaslaşdırılmış şöbəsində, ixtisaslaşdırılmış psixiatrik müəssisədə və ya digər tibbi müəssisələrdə konsultativ yardım qaydası üzrə müayinədən keçirə bilər.
3. İlkin depressiya diaqnozu qoyulmuş xəstələrin müayinəsi özündə Hamilton Reyting Cədvəlinin (Əlavə 2) istifadəsi ilə depressiyanın simptomlarının qiymətləndirilməsini, intihar

təhlükəsini, həmçinin depressiya ilə yanaşı gedən psixososial faktor yükünü və pasiyentin şəxsi xüsusiyyətlərini birləşdirir.

4. Həkim-psixiatr depressiv pozuntunun depressiya ilə müşayiət olunan digər psixi pozuntulardan differensial diaqnostikasını həyata keçirməlidir. Həkim ehtiyac duyulduqda pasiyenti EEQ, KT, NMR daxil olmaqla laborator və ya instrumental müayinəyə göndərməlidir.
5. Həkim-psixiatr öncəki müayinənin bütün aspektlərini, o cümlədən dozaların adekvatlığını (eyniliyini), dərman preparatlarının qəbul qaydasını və həmçinin də təyin olunmuş müalicə qaydasına pasiyentin nə dərəcədə riayət etməsini dərinədən araşdırmalıdır.
6. İxtisaslaşdırılmış qeyri-psixiatrik müəssisələrdə depressiyası olan xəstələrin müayinəsi və müalicəsinin təşkili həkim-psixiatrik nəzarəti altında həyata keçirilməlidir.
7. Depressiv pozuntusu olan xəstələrin xəstəxanada yerləşdirilməsi, müalicənin ən son tədbiri kimi ən minimal müddətə və ən məhdud şərtlərlə həyata keçirilməlidir.

Yalnız psixotik depressiyadan əziyyət çəkən, özünə və ya ətrafdakılara zərər törətmək təhlükəsi olan, həmçinin tələbatlarına özlərinə ziyan verəcək dərəcədə etinasız yanaşan xəstələr hospitalizə edilə bilərlər.

Psixotik depressiya

1. Psixotik simptomları olan depressiya yüksək intihar təhlükəsi ilə əlaqədardır olduğundan, müalicənin stasionarda keçirilməsi labüdlüyünü nəzərdə tutur [C]. Psixotik depressiyalı xəstələrin stasionardan kənar müşahidə və müalicəsi zamanı bütün təhlükəsizlik tədbirlərini təmin etmək (özünə və ətrafdakılara zərər yetirə biləcək vasitələrə nəzarət daxil olmaqla) və xəstənin gündəlik vəziyyətinin monitorinqini həyata keçirmək lazımdır.
2. Psixotik simptomlar əhval-ruhiyyənin enməsinə (özünü təqşirləndirmə sayıqlamaları, ipoxondrik, nihilistik məzmunlu münasibət, xəstənin davranışını qınayan hallüsinasiyalar) uyğun ola və ya depressiv affektlə əlaqədar olmaya da bilərlər [A].

3. Psixotik depressiyası olan xəstələr bir preparatdan ibarət olan monoterapiyadan çox, antipsixotik preparatın antidepressantlarla kombinasiyasına daha müsbət reaksiya verirlər. İlkin seçimin antipsixotik preparatlarına, ənənəvi neyroleptiklərdən fərqli olaraq daha yüksək təhlükəsizlik profilinə malik olan *atipik neyroleptiklər* aiddir [C]. Psixotik depressiyalar zamanı standart terapevtik dozalarda *antidepressantla* **Risperidonun** kombinasiyasının effektivliyinə dair sübutlar mövcuddur [C]. **Risperidonun** ən çox təsadüf edilən əlavə təsiri iştahanın və bədən çəkisinin artmasıdır. Bu əlamətlərin monitorinqini keçirmək və ehtiyac duyulduqda pəhriz və fiziki məşqlər tövsiyə edilməlidir.
4. Çox vaxt psixotik depressiyanı müşayiət edən psixomotor həyəcan zamanı əsas terapiyaya məhdud müddətə *benzodiazepen trankvilizatorlarını* (**Diazepam, Klonozepam, Alprozolam** və ya **Lorazepam**) əlavə etmək lazımdır [C]. İstisna hallarda sedativ təsirli neyroleptik preparatlardan (**Sulpirid, Levomepromazin, Haloperidol**) da istifadə etmək olar.
5. Dərmanların inyeksiyon yolla daxil edilməsi üstünlüklərinə dair sübutlar yoxdur. Ona görə də inyeksiya üsulundan yalnız o hallarda istifadə etmək lazımdır ki, psixotik depressiyası olan pasiyentin təyin olunmuş terapiyanı qəbul etmək üçün digər üsulu olmasın (TSA-nın inyeksiyon formaları da mövcuddur).
6. Müalicənin birinci həftəsi ərzində psixotik simptomların reduksiya əlamətləri müşahidə edilmədikdə, neyroleptikin dozasının effekt əldə edənə və ya əlavə təsirlərin meydana gəlməsinə qədər tədricən (üç günərzində) artırılması gərəkdir [D]. Antidepressant və neyroleptiklərlə birgə terapiyaya rezistent olan xəstələrin müalicəsinə **Litium duzlarının** əlavə edilməsi daha məqsədəuyğundur [B].
7. Psixotik depressiyada *neyroleptiklərin* qəbulunun optimal müddəti təyin olunmamışdır. Psixotik və depressiv simptomların tam reduksiyasından sonra bir ay ərzində dozanı tədricən azaltmaqla *neyroleptikin* qəbulunu dayandırmaq lazımdır [D].

Təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya

1. Son 12 ay ərzində 2 və ya daha çox depressiv epizodların müşahidə edilməsi *təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiyanın* mövcudluğunu təsdiq edir.
2. Dəstəkləyici antidepressant terapiya sonrakı depressiv epizodların tezliyinin qarşısını almağa imkan yaradır. Təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya zamanı antidepressantlar iki ildən az olmayan müddətə təyin olunmalıdır. **[B]**.
3. Təkrarlanan rekurrent depressiya zamanı icra olunan antidepressantlı profilaktik terapiya pasiyentin kəskin depressiv vəziyyətdən çıxması üçün istifadə edilən doza üzrə aparılmalıdır **[C]**.
4. Antidepressantlı dəstəkləyici terapiya alan pasiyentlərdə təkrarlanan depressiv epizodların inkişafı zamanı müalicəyə əhval-ruhiyyə stabilizatorları (**Litium duzları, Valproat** və ya **Lamotrigin**) əlavə etmək lazımdır **[B]**. Preparat seçimi, onun profilaktik məqsədlər üçün uzunmüddətli istifadəsinə (6 aydan az olmayaraq) və pasiyent üçün olan təhlükəsizliyinə əsaslanmalıdır.
5. Təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya zamanı əhval-ruhiyyə stabilizatoru ilə monoterapiyadan istifadə etmək tövsiyə edilmir. Əgər sonradan təkrarlanan epizodlu rekurrent depressiya yaşayan, antidepressant və əhval-ruhiyyə stabilizatoru qəbul edən pasiyentə iki preparatdan yalnız birini təyin etmək, digərinin qəbulunu isə dayandırmaq lazım gələrsə, bu zaman əhval-ruhiyyə stabilizatorunun qəbulunu dayandırmaq lazımdır **[C]**.

Atipik depressiya

1. Atipik simptomlu depressiya qadınlarda kifayət qədər çox təsadüf olunur. Onun əsas əlaməti – *emosional reaktivlikdir. Aktual və ya potensial müsbət hadisələrə cavab olaraq əhvalın yaxşılaşmasıdır.* Atipik depressiya diaqnozunun qoyulması üçün aşağıdakı əlamətlərdən iki və ya daha çoxu tələb olunur:

- ✓ Hiss olunacaq çəki artımı və ya iştahanın artması
 - ✓ Gün ərzində yüksək yuxuculluq və ya hipersomniya
 - ✓ Əzginlik hissi (yorğunluq, zəiflik, ətraflarda ağırlıq hissi)
 - ✓ Şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə müşahidə edilən və sosial və ya professional disfunksiyaya səbəb olan qəbul etməmə hissində qarşı davamlı yüksək həssaslıq
2. Atipik depressiyalı xəstələrin terapiyasını **SIUSİ** ilə aparmaq lazımdır. Atipik depressiya zamanı TSA istifadəsinin qeyri-effektivliyinə dair sübutlar mövcuddur [C].
 3. Atipik depressiya yaşayan pasiyentlərin **SIUSİ** qəbulunu ağır keçirdikləri və ya müsbət dəyişikliklərin olmadığı təqdirdə MAOI terapiyasına keçmək lazımdır [C]. MAOI-ni digər preparatlarla eyni vaxtda təyin etmək olmaz. Buna görə də MAOI terapiyasına keçid zamanı xəstənin digər preparatlar qəbul etmədiyini yoxlamaq və orqanizmin təmizlənməsi üçün iki həftə gözləmək lazımdır
 4. MAOI təyin edilən pasiyentlərin vəziyyətinə dair dəqiq monitorinqlər (arterial təzyiqin ölçülməsi daxil olmaqla) keçirilməli və süd məhsullarını istisna edən qida rasionuna riayət edilməsinə dair tövsiyələr verilməlidir [A].
 5. MAOI-ya alternativ (əvəz) hesab edilə bilən **Buprapionun** atipik depressiya zamanı effektiv təsir göstərdiyinə dair məlumatlar mövcuddur [D]. **Buprapionun** həyəcan yaratma və ya onu gücləndirmə xüsusiyyətlərinə malik olduğunu nəzərə alsaq, onu həyəcan təzahürləri olan atipik depressiya yaşayan pasiyentlərə təyin etmək lazım deyil.

Xroniki depressiya

1. Xroniki depressiya diaqnozu iki ildən az olmayaraq davam edən depressiv əlamətləri olan pasiyentlərə qoyulur. Xroniki depressiya bir qayda olaraq müxtəlif xoşagəlməz psixososial faktorlarla müşayiət edilir və sosial uyğunlaşmanın zəifləməsinə gətirib çıxara bilər [A].

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

Rezistent depressiya

1. Rezistent depressiya diaqnozu, adekvat zaman ərzində adekvat dozada təyin edilən iki və ya daha çox antidepressantın qəbulundan sonra durumu yaxşılaşmayan pasiyentlərə qoyulur.
2. Xroniki depressiya zamanı **SİUSİ** və noradrenergik və ya dofaminergik (Buprapion) təsirə malik olan iki antidepressantın təyin olunması perspektivini nəzərdən keçirmək lazımdır [A]. Belə hallarda terapevtik təsirin, əlavə təsirlərin və xüsusilə də serotonin sindromunun dəqiq monitorinqini keçirmək lazımdır.
3. Tədqiqatlar əsasında antidepressant terapiyaya atipik neyroleptikin – **Respiridonun** əlavə edilməsinin, müalicəyə olan həssaslığın yüksəlməsinə gətirib çıxarması aşkar edilmişdir [C]. Həmçinin digər *neyroleptiklər* – **Sulpirid** və **Flüonksol** da istifadə edilə bilər.
4. Digər alternativ, SİUSİ-yə və ya TSA-ya standart terapevtik dozalarda əhval stabilizatorlarının (**Litium duzları**, **Valproat**, **Lomatrigin**) əlavə edilməsidir [B]. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, **Valproat** qanda TSA-nın konsentrasiyasını azalda bilər.
5. Bəzi hallarda TSA-nın təsirini gücləndirən, gün ərzində 50 mq dozada istifadə olunan **Triyodtironin ilə kombinə olunmuş** terapiyadan da istifadə edilə bilər [D].
6. Bəzi tədqiqatlarda TSA-nın psixostimulyatorlarla (**Metilfendat**) kombinasiyasının mümkünlüyü də göstərilmişdir. Bu preparatı ürək patologiyası olan pasiyentlərə təyin etmək olmaz.

DEPRESSİYA ZAMANI GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ

Uşaqlar

1. Depressiyadan əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrə yardım göstərən mütəxəssislər, müalicənin aparılmasında valideynlərin razılığı barədə Azərbaycan Respublikası Qanunvericiliyinə və Uşaq Hüquqları Konvensiyasına dəqiqliklə riayət etməlidirlər.
2. Uşaq və yeniyetmələr ilə işləyən həkimlər bu yaş dövründə depressiyanın əlamətlərini müəyyənləşdirməyi bacarmalıdırlar. Bu əlamətlərə aiddir:
 - ✓ tez-tez baş verən, davamlı kədər hissi və ağlağanlıq;
 - ✓ adətən bu yaş dövrü üçün xas olan təhsilə və ya məktəbdən kənar fəaliyyətə marağın azalması;
 - ✓ sosial təcrid və ya ünsiyyət çatışmazlığı;
 - ✓ yüksək əsəbilik, qəzəb və düşmənçilik hissi;
 - ✓ tez-tez baş verən somatik şikayətlər;
 - ✓ özünə zərər vermə aktları və intihar haqqında söhbətlər.
3. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə depressiyanın inkişafı adətən bu yaş dövrü üçün səciyyəvi olan psixososial faktorlarla – valideynlər arasında münaqişə (o cümlədən boşanma), müəllim və həmyaşıdlarla yaşanan problemlər (o cümlədən məktəbdə olan rixənd halları), fiziki, seksual və ya emosional zorakılıq, yaxın adamın vəfatı, digər məktəbə keçirilmə, somatik psixi pozuntular ilə əlaqədar olur. Həkimlər uşaq və yeniyetmələrdə olan depressiyanı müşayiət edən bütün halları dəqiqliklə təhlil etməlidirlər.
4. Uşaqda yüngül depressiya aşkarlanan zaman dərhal bu barədə valideynlər məlumatlandırılmalı və depressiyaya səbəb ola biləcək psixososial faktorları aradan qaldırmaq üçün tədbirlər həyata keçirilməlidir. Valideynlərə, digər ailə üzvlərinin təhlükəsizliyini və dəstəyini təmin edərək öz uşaqlarının halını və davranışını diqqətlə müşahidə etməyi tövsiyə etmək lazımdır. Gün rejimi (məşğulluq və istirahət daxil olmaqla), düzgün qidalanma və fiziki fəallıq mövzusunda tövsiyələr verilməlidir.

5. Uşaq və ya yeniyetmədə orta və ya ağır depressiyanın mövcudluğuna dair şübhələrin olduğu təqdirdə, o, uşaqların psixi sağlamlığı sahəsində çalışan mütəxəssisin yanına göndərilməlidir. Uşaqların psixi sağlamlığı sahəsi üzrə mütəxəssis olmayan həkim (o cümlədən pediatr) uşaq və yeniyetmələrdə olan depressiyanın müalicəsini müstəqil olaraq başlaya və ya müalicəni apara bilməz.
6. Orta ifadəli və ya ağır depressiyalı uşaq və yeniyetmələrin müalicəsində üstünlük medikamentoz deyil, psixoloji müalicə metodlarına (KBT, İPT, qrup şəkilli terapiya) verilməlidir. Uşaqlar 11 yaşınadək antidepressant müalicə almamalıdırlar [A].
7. Orta ifadəli və ya ağır depressiyalı, 11 yaşından böyük uşaqlar 4 həftə ərzində psixoloji müalicədən heç bir müsbət nəticə əldə etmirlərsə, bu zaman onlara psixoloji müalicə ilə uyğunlaşdırılmış antidepressantlar təyin edilə bilər [C].
8. Orta ifadəli və ya ağır depressiyadan əziyyət çəkən, 11 yaşından yuxarı uşaqların müalicəsinin ilkin seçim preparatı **Fluoksetin**dir. **Fluoksetin** gün ərzində 10 mq dozada təyin olunmalıdır [B]. Əgər bir həftə ərzində terapevtik effekt yoxdursa, doza daha 20 mq-ə qədər artırıla bilər. Uşaq və yeniyetmələrdə preparatın sonrakı doza artımı yolverilməzdir.
9. **Fluoksetinin** təyinindən sonra 4 həftə ərzində gözlənilən effekt əldə olunmursa, bu zaman preparat digər **SIUSİ** ilə əvəz oluna bilər. Yeni preparatın başlanğıc dozası böyük yaşlı şəxsin dozasının ½-nə ekvivalent olmalıdır [D]. Doza 4 həftə ərzində böyük adamın orta terapevtik dozasına qədər artırıla bilər. Digər qrup antidepressantlar uşaq və yeniyetmələrə təyin olunmamalıdır.

Ahıl yaşlı insanlar

1. Depressiya ahıl yaş dövründə geniş təsadüf olunur və bu növ depressiya adətən aşkarlanmır və müalicə olunmur. Yaxın adamın həyatdan getməsi, sosial təcrid və xroniki sağlamlıq problemləri ahıl yaşda depressiya yarada və ya onu kəskinləşdirə bilər. Yaşlı insanlarda ən yüksək depressiya göstəriciləri iflic

(30%-60%), qan-damar xəstəlikləri (44%), xərçəng (40%), Parkinson xəstəliyi (40%) və Alshaymer xəstəliyi (20%-40%) zamanı qeydə alınır [A].

2. Ahıl yaş dövründə depressiyadan əziyyət çəkən insanlar az hallarda əhvalın enməsindən şikayət edirlər. Onlar əsasən yuxusuzluq, iştahanın itməsi, yorğunluq, xroniki ağrılar, qəbizlik, skelet əzələlərində pozuntular kimi somatik xarakterli şikayətlər səsləndirirlər.
3. Farmakoterapiya və psixoterapiya gənc yaş dövründə olduğu kimi, ahıl yaş dövründə də effektiv müalicə metodu hesab olunur [C]. Bununla yanaşı yaşlı insanlar psixoterapiyanın imkanlarını məhdudlaşdıran koqnitiv pozuntulara malik ola bilər və ya dərman qəbuluna üstünlük verərək psixoterapiyadan imtina edə bilərlər.
4. Farmakoterapiya təyin edərkən nəzərə almaq lazımdır:
 - ✓ preparatın metabolizminin ahıl yaşda fizioloji dəyişikliklərə necə təsir göstərməsini
 - ✓ hazırkı preparatın komorbid pozuntulara necə təsir göstərməsini
 - ✓ yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi üçün yaşlı insanların istifadə etdiyi digər dərmanların hazırkı preparatla nə dərəcədə uyuşmasını
5. Metabolik proseslərin yaşlı dövrdə yavaşması plazmada preparatların səviyyəsini yüksəldə bilər. Bu isə öz növbəsində terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını və qanda preparatın səviyyəsini nəzarətdə saxlamağı tələb edir [C].
6. Yaşlı dövrdə ilk seçim antidepressantı qaraciyərdə P450 sitoxrom fermentlərinə təsir etməyən və kardiotoxikliyə malik olmayan **Milnospamid** [D]. İlkin seçimin digər preparatlarına SIUSİ, ikinci seçim preparatlarına isə ikili aminlər (**Nortriptilin**, **Dizepramin**) aiddir [A].
7. Digər TSA-lar (üçlü aminlər) antixolinergik effektlər nəticəsində yaranan deliriumun mümkün inkişafı ilə əlaqədar olaraq yaşlı

adamlara təyin olunmamalıdır. Bu preparatlar həmçinin prostat pozuntularına (sidiyin ifrazının ləngiməsinə), qəbizlik və ürək fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb ola bilərlər.

8. Yaşlı insanların qulluğunu təmin edən şəxslər müalicə və kriz zamanı göstərilən yardım resurslarına dair məlumatlandırılmalıdırlar. Ahıl yaş dövründə yaşanan depressiyanın müalicəsinə sosial xidmətlərin cəlbi böyük əhəmiyyət kəsb edə bilər.

Somatik xəstələr

1. Somatik xəstəliklər zamanı depressiv pozuntular geniş müşahidə olunur. İlk tibbi yardım sistemində depressiv göstəricilər 10%-i ötür keçir. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində somatik xəstəlikləri olan pasiyentlərin 22-30%-də depressiya müşahidə olunur. Depressiyanın yaranma ehtimalı somatik xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin artması və müddətinin uzanması ilə artır **[B]**.
2. Somatik xəstələrdə şikayətlərin adətən somatik simptomlar kimi səhv şərh edilməsi səbəbindən bu xəstələrdə olan depressiya aşkarlanmır. Depressiyanın mövcudluğu somatik xəstəliyin müalicəsinə də çətinləşdirir. Aşkarlanmayan və müalicə olunmayan depressiya fiziki və psixi halın pisləşməsinə səbəb olur və proqnoza mənfi təsir göstərir.
3. Ağır somatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələr depressiya əlamətləri bürüzə verdikdə mütəxəssis yanına məsləhətləşməyə göndərilməlidirlər. Depressiv pozuntunun müalicəsi somatik xəstəliyin müalicəsi ilə eyni vaxtda aparılmalıdır. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində somatik xəstələrdə depressiyanın müalicəsi həkim-psixiatriyin iştirakı ilə aparılmalıdır **[D]**.
4. Həkim somatik xəstələrə müalicə təyin edərkən **Barbituratların, Hipotenziv** preparatların (lipofil β -blokatorlar), antiaritmik preparatların, antixolesterin (antiaterosklerotik) preparatların, kimyəvi terapiyanın, antibiotiklərin, H_2 -blokatorlarının qəbulu ilə əlaqədar depressiyanın yaranma ehtimalını da nəzərə almalıdır. Yuxarıda sadalanan preparatlarla müalicə zamanı depressiyanın yarandığı təqdirdə psixiatrın məsləhətləşməni həyata keçirmək lazımdır.

5. Somatik pozuntuları olan xəstələrə antidepressantların təyini, antidepressantların somatik pozuntu simptomlarına potensial təsirinin, həmçinin onların somatik pozuntuların müalicəsində istifadə olunan digər preparatlarla qarşılıqlı təsirinin dərindən araşdırılmasını tələb edir [C].
6. Somatik xəstəliklərdən müalicə olunan xəstələr üçün ilkin seçim antidepressantı qaraciyər P 450 sitoxrom fermentlərinə təsir etməyən **Milnaseprandır [D]**. Digər seçim preparatlarına somatik pozuntular zamanı yüksək təhlükəsizlik profilinə malik **SIUSİ** aiddir.
7. Depressiya yaşayan somatik xəstələrin qulluğunu təmin edən şəxslər müalicə və böhran zamanı göstərilən yardım resurslarına dair məlumatlandırılmalıdır. Həyat üçün təhlükə törədən xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələrlə diaqnozu müzakirə edərkən xüsusilə ehtiyatlı olmaq lazımdır. Bu xəstələrdə depressiyanın effektiv müalicəsi həkim göstərişlərinə daha dəqiq riayət olunmasına səbəb ola bilər.

Hamiləlik və doğuş

1. Depressiv pozuntular hamiləlik və doğuş zamanı geniş yayılan pozuntulardandır. 50%-ə qədər qadın bu dövrdə subklinik depressiya yaşayır. Klinik ifadəli depressiv epizodlar 30% qadınlarda qeydə alınır. 1000 doğuşun 2-də psixotik epizodlar müşahidə olunur [C]. Həkimlər hamiləlik və doğuşdan sonrakı dövrdə qadınlarda depressiyanın inkişafı ehtimalına hazır olmalıdırlar. Aşkarlanmamış və müalicə olunmamış depressiya yalnız anaya deyil, onun körpəsinə, həmçinin vaxtından əvvəl baş verən doğuşa, körpənin kifayət qədər olmayan çəkisinə və körpəyə qulluq problemlərinə mənfi təsir göstərə bilər [A].
2. Hamiləlik və doğuş təkrari depressiya epizodlarına səbəb ola bilər. Depressiyaya görə dəstəkləyici terapiya alan, hamiləliyi planlaşdıran və ya artıq hamilə olan qadınlara müalicəni dayandıрмаğı tövsiyə etmək lazım deyil. Belə ki, depressiyanın təkrarən kəskinləşməsi təhlükəsi 70%-dir. [B].
3. Klinik mənbələrin məhdudluğuna baxmayaraq **Paraksetin** istisna olunmaqla **SNIUSİ** hamiləlik dövründə nisbi təhlükəsiz

preparat hesab olunur [B]. Ümumi populyasiyada olduğu kimi dölün patoloji inkişafı təhlükəsi 1-3%-i ötmür. **Paraksetinin** qəbulu ürək patologiyası təhlükəsi ilə assosiasiya olunur [C].

4. Antidepressantların qəbulu uşaqsalma hallarının cüzi sayda artması ilə səciyyəlidir. Bununla yanaşı bu məsələdə depressiv pozuntuya və dərman maddələrinə hansı rolun ayrıldığı məlum deyil.
5. Hamiləliyin üçüncü rübündə **SIUSİ-** nin qəbulu 10-30% halda yenid doğulmuşlarda keçici adaptasiya sindromunun inkişafı ilə əlaqədardır [C]. Adaptasiya sindromunun əlamətlərinə uşaqlarda olan və adətən 2 həftə ərzində keçən qıcolma, narahatlıq, əzələ tonusunun güclənməsi, yüngül respirator pozuntular aiddir. Körpənin sonrakı inkişafına təsiri aşkarlanmamışdır [D].
7. Preparatın ana südündə konsentrasiyası müxtəlif antidepressantlarda müxtəlifdir. Antidepressantların çoxu döşlə əmizdirmə zamanı yeni doğulmuş körpənin qanında cüzi səviyyədə özünü göstərir və bu da körpənin davranışına böyük təsir göstərmir [D].
8. Ailə üzvləri və yaxınlar depressiyanın profilaktikası üçün ana və onun körpəsinə münbit psixososial şəraitin yaradılması zəruriliyinə dair məlumatlandırılmalıdırlar.

DEPRESSİYANIN MÜALİCƏSİNİN DİGƏR METODLARI

Yuxunun deprivasiyası (ayılma terapiyası)

1. Yuxunun deprivasiyası 60% hallarda, xüsusilə də sutka ərzində depressiv əlamətlərin ifadə olunması dəyişən pasiyentlərdə terapevtik effekt yaradır. Gecə vaxtı oyaq qalmaq, səhəri gün əhvalın aşkar şəkildə yaxşılaşmasına zəmin yaradır **[D]**. Yuxunun deprivasiyası tez effekt əldə etmək lazım olduqda təyin edilir.
2. Yuxunun deprivasiyası zamanı əhvalın yaxşılaşması adətən qısamüddətli olur. Yuxunun bərpasından sonra 80-85% pasiyentlərdə təkrar depressiya böhranları qeydə alınır. Buna görə də yuxunun deprivasiyasını medikamentoz müalicə ilə uyğunlaşdırmaq lazımdır.
3. Pasiyentə 22.00-dən 02.00-dək yatmağa icazə verildiyi natamam deprivasiya alternativ metod hesab olunur.

İşıq terapiyası

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

Transkraniyal maqnit stimulyasiyası (TMS)

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

Elektrokonvulsiv terapiya (ET)

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

Psixoterapiya

1. Psixoterapiya depressiya və digər psixi pozuntuların müalicəsində istifadə edilən psixoloji təsir metodudur. Psixoterapiya monoterapiya və eyni zamanda, medikamentoz

terapiya ilə uyğunlaşdırılaraq istifadə edilə bilər. Psixoterapiya ilə medikamentoz müalicənin uyğunlaşdırılması daha effektiv üsul hesab edilir. Depressiyanın müalicəsində səmərəsi klinik tədqiqatlar əsasında sübuta yetirilmiş psixoterapevtik metodlara, koqnitiv-davranış (bihevyioral) terapiya (KDT), interpersonal terapiya (İPT), qrupşəkilli və ailə terapiyası formaları aiddir.

2. KDT daha çox tədqiq olunmuş, depressiya müalicəsində istifadə olunan terapiyadır [A]. Bu psixoterapiya növünə koqnitiv və davranış texnikası aiddir. Koqnitiv texnikadan depressiv həyəcanın özəyində dayanan, xəstənin özünə, başqa insanlara və ətrafdakı aləmə avtomatik mənfi münasibətinin aradan qaldırılmasında istifadə edilir. Davranış texnikası müəyyən “ev” tapşırıqlarının yerinə yetirilməsi və yeni vərdişlərin təkmilləşdirilməsi yolu ilə konstruktiv davranışın formalaşdırılmasına yönəldilmişdir. KBT-nin müddəti bir həftəlik intervalla 12-16 terapevtik seansdır. KBT depressiyanın simptomlarını aradan qaldırmaqla yanaşı, təkrar epizodların inkişafı ehtimalını da azaldır
3. İnterpersonal psixoterapiya məhz depressiyanın müalicəsi üçün yaradılmışdır. İPT-nin özəyində belə bir mülahizə dayanır ki, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin pozulması depressiya yarada və onu inkişaf etdirə bilər. Digər hallarda isə depressiyanın yaranması, insanın ətrafındakıqlarla münasibətlərini pisləşdirərək, onun sosial fəallığına təsir göstərir [A]. İPT nəticəsi aradan qaldırılmamış itki, şəxsiyyətlərarası münasibət, rolun dəyişməsi, şəxsiyyətlərarası münasibət vərdişlərinin çatışmazlığı kimi 4 problemlə məkanda təsir göstərir. İPT-nin davamlılığı KBT-də olduğu kimidir.
4. Psixodinamik terapiya (PDT) psixoanalizə əsaslanan, xüsusilə uşaqlıqda psixotravma yaşamış şəxslərin müalicəsində çox perspektivli seçimdir [C]. Depressiya zamanı PDT-nin effektivliyinin sistemli tədqiqinin kifayətsizliyi səbəbindən bu növ terapiyaya ilkin seçim kimi baxılır.
5. Qrup və ailə psixoterapiyasının depressiyanın müalicəsində effektivliyi sübut olunmuşdur [B]. Psixoterapiyanın bu növləri xüsusilə təyin olunmuş rejimə riayət edilməsinin

yaxşılaşdırılması, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin həlli və xəstəliyə dair məlumatlılığın artırılması mövzusunda daha səmərəlidir.

Ədəbiyyat:

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, November 2007, 46:11, 1503-1526
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder Second Edition Washington DC 2000, www.psych.org
3. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care 11th edition May 2008 www.icsi.org
4. Lepine J.P. et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int. Clin. Psychopharmacol. 1997;12(1):19-29.
5. National Alliance for the Mentally Ill, Major Depression, May, 2003. <http://www.nami.org>
6. National Institute for Health and Clinical Excellence: Clinical Guideline 23 (amended) Depression: management of depression in primary and secondary care April 2007 www.nice.org.uk/CG023NICEguideline
7. National Institute of Mental Health, Depression, NIH Publication No. 00-3561, 2000. www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/complete-publication.shtml
8. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: Clinical Practice Guidelines Team for Depression Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:389-407
9. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg A, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD, McGrath PJ, Rosenbaum JF, Sackeim HA, Kupfer DJ, Fava M. Acute and Longer-term Outcomes in Depressed Outpatients Who Required One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. American Journal of Psychiatry. 2006 Oct; 163(11):

10. World Health Organization International Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, ICD -10 1992 Geneva
11. World Health Organization Mental Health Disorders in Primary Care: A WHO Educational package, WHO, Geneva, 1998
12. World Health Organization The World health report: 2001 : Mental health: new understanding, new hope. 2001 Geneva
13. World Psychiatric Association Series Evidence and Experience in Psychiatry vol.2 Depressive Disorders. Ed. by M. Maj, N. Sartorius, 1999, Wiley, Chichester:
14. World Psychiatric Association/ International Committee for Prevention and Treatment of Depression – Depressive Disorders in Physical Illness, 1998, New York

Pasiyentin depressiya ilə bağlı müayinəsi (PHQ-9)

Pasiyentin adı _____

Tarix _____

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

	Heç vaxt	Bir neçə gün	Bütün günlərin çox hissəsi	Demək olar ki hər gün
	0	1	2	3
1. Əhəmiyyətsiz maraq və ya adət edilmiş məşğuliyyətlərdən zövq almamaq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Əzginlik, əhvalın enməsi və ya əlacsızlıq hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yuxuya getmə problemləri, yuxusuzluq və ya həddən ziyadə yuxuculluq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yorğunluq hissi və ya enerji çatışmazlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zəif iştaha və ya çox yemə	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Özündən narazılıq hissi və ya özü ilə bağlı qeyri-qənaətbəxşlik hissi və ya özünü və ailəni pis vəziyyətdə qoymasına dair fikirlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Fikri cəmləmə problemləri (məsələn, mütaliə zamanı, televizora baxarkən)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ətrafdakıların hiss etdiyi dərəcədə hərəkətlərdə və ya nitqdə lənglik və ya əksinə, adi halda olduğundan çox hərəkət etdikdə müşahidə edilən narahatlıq və tələskənlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ən yaxşı çıxış yolunun ölüm olması və ya özünə ziyan vurma fikirləri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nəticələrin izahı

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

Böyük depressiv pozuntu təyin olunur -

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

Digər depressiv pozuntular təyin olunur

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

Qeyd

Sorğu pasiyentin özünü qiymətləndirməsinə əsaslandığına görə bütün cavablar həkim tərəfindən yoxlanılmalıdır və son diaqnoz pasiyentin sualları nə dərəcədə başa düşdüyünə və pasiyentdən alınan digər

məlumatlara əsaslanmalıdır. Böyük depressiya pozuntusu və ya digər depressiv pozuntu diaqnozları sosial, professional və digər mühüm fəaliyyət sahələrində olan pozuntuların mövcudluğuna əsaslanmalıdır. Əgər xəstənin halı adi kədər reaksiyası kimi qiymətləndirilsə və ya anamnezdə maniakal epizodlar varsa (bipolyar pozuntular), somatik səbəblər, dərman preparatlarının və ya narkotik maddələrin qəbulu və ya depressiv simptomların yaranmasına səbəb olan digər faktorlar mövcuddursa, o zaman depressiv pozuntular istisna edilir.

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

Heç vaxt = 0

Bir neçə gün = 1

Bütün günlərin çox hissəsi = 2

Demək olar ki, hər gün = 3

Şərh (yalnız həkimlər üçün)

0-4 – depressiyanın yoxluğu

5-9 – yüngül depressiya

10-14 – orta ifadəli depressiya

15-19 – ifadə olunmuş depressiya

20-27 – ağır depressiya

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

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

Klinisistlər üçün təlimat:

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

Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

İlk 17 bəndin ümumi balları

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

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTİNQİ 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 – yoxdur

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

2 – hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir

5. Gecə ərzində yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

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

6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

0 – yoxdur

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

7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti

0 – çətinliklər yoxdur

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

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

0 – normal nitq və təfəkkür

- 1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir
- 2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir
- 3 – müsahibə keçirmək çətindir
- 4 – tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

0 – yoxdur

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

10. Təşviş (psixoloji)

0 – yoxdur

1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma

2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirməsi

3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir

4 – sorğusuz da ifadə edilən qorxular

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

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.

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

2 – 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

3 – ağır dərəcədə ifadə olunub

4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

20. Paranoid simptomlar

0 – yoxdur

1 – ifrat dərəcədə şübhəlilik

2 – münasibət ideyaları

3 – təqib və münasibət sayıqlamaları

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

HAMİLTONUN DEPRESSİYA REYTİNQİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

Xəstənin adı, soyadı _____

Ambulator kartın / xəstəlik tarixinin № _____

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

Yardım planı

Pasiyentə dair məlumatlar

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

Depressiyaya dair məlumatlar

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

Müayinə və müalicə

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

vəziyyətinin yaranması zamanı yardım göstərmək məsuliyyəti daşıyan müəssisə	
---	--

Həkimə dair məlumatlar

Həkimin adı və soyadı

İmza

Depressiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ)			
Sitalopram <i>Citalopram</i>	- CIPRAMIL 20 mq, örtülü tablet; - FRIMAIND, 20 mq, tablet; - DEPROLAM, 20, 40 mq, örtülü tablet; - CELEXA 10, 20, 40 mq, tablet	20	20-60
Essitalopram <i>Escitalopram</i>	- CIPRALEX, 10 mq, örtülü tablet; - LEXAPRO 10 mq, örtülü tablet	10	10-20
Fluoksetin <i>Fluoxetine</i>	- PROZAC 20 mq, kapsul; - PORTAL 20 mq, kapsul; - FLUOXETINE LANNACHER, 20 mq, kapsul	10	10-80
Fluvoksamin <i>Fluvoxamin</i>	- FEVARIN, 50, 100 mq, örtülü tablet	50	50-300
Paroksetin <i>Paroxetine</i>	- SEROXAT, 20 mq, örtülü tablet; - PAXIL 20mq, örtülü tablet; - REXETIN, 20 mq, örtülü tablet	10	10-60

Sertralin <i>Certraline</i>	- ZOLOFT, 50 mq, 100 mq örtülü tablet; - DEBITUM-SANOVEL, 25, 50, 100 mq, kapsul; - STIMULOTON, 50, 100 mq, örtülü tablet	50	50-200
2. Serotonin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNİUSİ)			
Venlafaksin <i>Venlafaxine</i>	- EFFEXOR XR 37.5, 75, 150 mq, tablet; - VENLAFAXINE, 37.5, 75, 150 mq, tablet; - VENLAXOR, 37.5, 75 mq, tablet	37,5	75-225
Duloksetin* <i>Duloxetine</i>	- CYMBALTA 30, 60 mq, kapsul	30	30-60
Milnasipran <i>Milnacipran</i>	- IXEL, 25, 50mq, kapsul	50	50-100
3. Noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (NİUSİ)			
Reboksetin* <i>Reboxetine</i>	- EDRONAX 4mq, tablet	8	8-10
4. Noradrenalin və serotonin modulyatorları (NSM)			
Mirtazapin* <i>Mirtazapine</i>	- REMERON 15, 30, 45 mq, örtülü tablet	15	15-45
Mianserin* <i>Mianserin</i>	- LERIVON 30 mq örtülü tablet	30	30-90
5. Noradrenalin və dofaminin intraneyronal udulmasının inhibitorları (NDİUİ)			
Bupradion* <i>Buprapion</i>	- WELLBUTRIN XL 75, 100 mq, örtülü tablet	150	150-450
6. Serotonin modulyatorları (SM)			
Nefazodon* <i>Nefazodone</i>	- SERZONE 100, 150 mq, tablet	200	200-600
Tianeptin	- COAXIL, 12.5 mq, örtülü	37,5	37,5

<i>Tianeptine</i>	tablet		
7. Tri- və heterosiklik antidepressantlar			
İmipramin <i>Imipramine</i>	- MELIPRAMIN, 25 mq, draje, inyeksiya üçün məhlul	25-50	75-300
Amitriptilin <i>Aminotriptyline</i>	- SAROTEN RETARD, 50 mq, kapsul; - AMITRIPTYLINE-AKOS, 20mq, tablet; - AMITRIPTYLINE, 25 mq, örtülü tablet; - AMITRIPTYLINE HYDROCHLORID, 25 mq, tablet	25-50	75-300
Klomipramin <i>Clomipramine</i>	- ANAFRANIL, 25 mq, örtülü tablet	25	75-250
Doksepin <i>Doxepin</i>	- SINEQUAN 50, 100 mq, kapsul	25-50	75-300
Trimipramin <i>Trimipramine</i>	- SURMONTIL 25, 50, 100 mq kapsul	25-50	75-300
Dezipramin <i>Desipramine</i>	- NORPRAMIN 50, 75, 100 mq, örtülü tablet	25-50	75-300
Nortriptilin <i>Nortriptyline</i>	- NORTRIPTYLIN 25 mq, tablet	10-25	40-200
Protriptilin <i>Protriptyline</i>	- VIVACTIL 5, 10 mq tablet	10-20	15-60
Amoksapin* <i>Amoxapine</i>	- AMOXAPINE 50, 100, 150 mq, tablet	50	100-400
Maprotilin <i>Maprotiline</i>	- LUDIOMIL 25 mq, örtülü tablet, 5 ml ampula	25	50-225
8. Monoaminoksidaza inhibitorları (MAOI)			
Moklobemid <i>Moclobemide</i>	- AURORIX - 150 mq, tablet	150	300-600

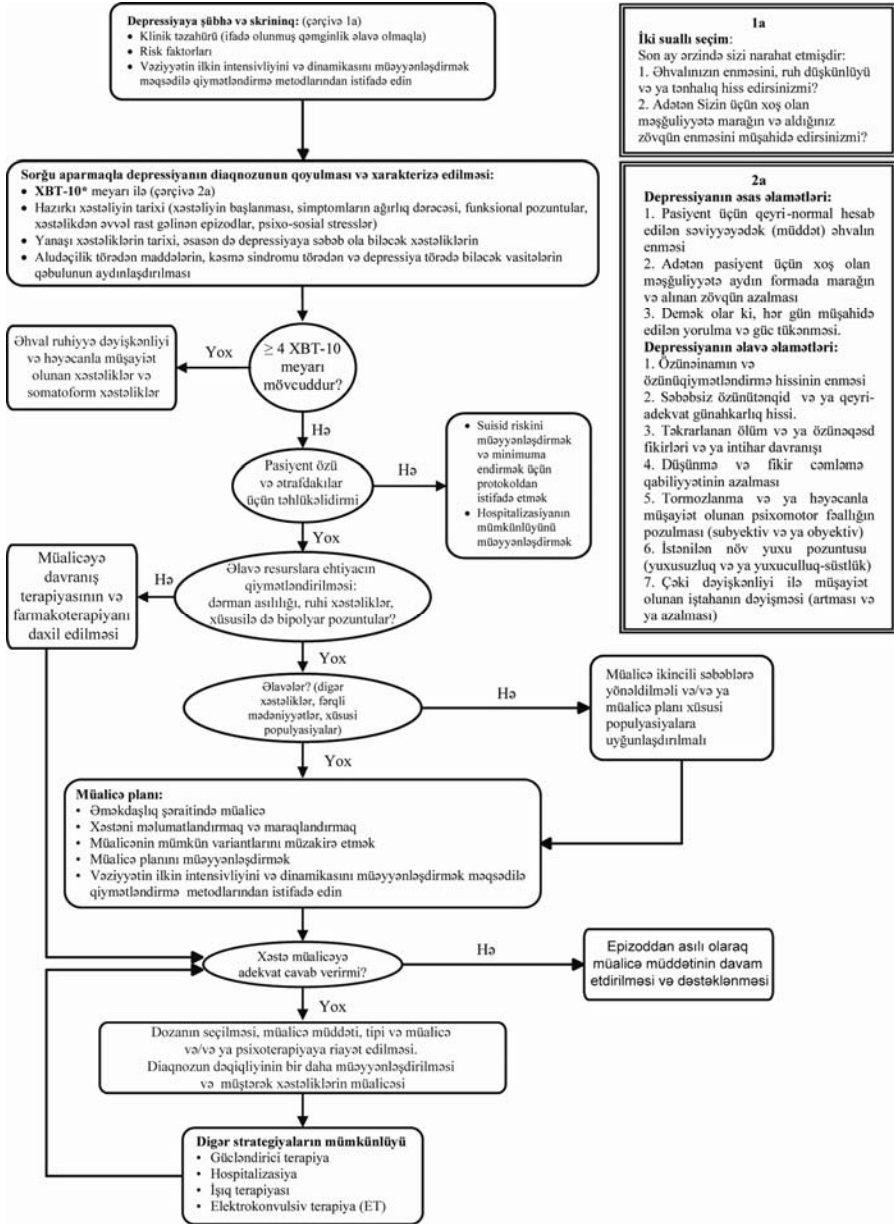
* Klinik protokolun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi.

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

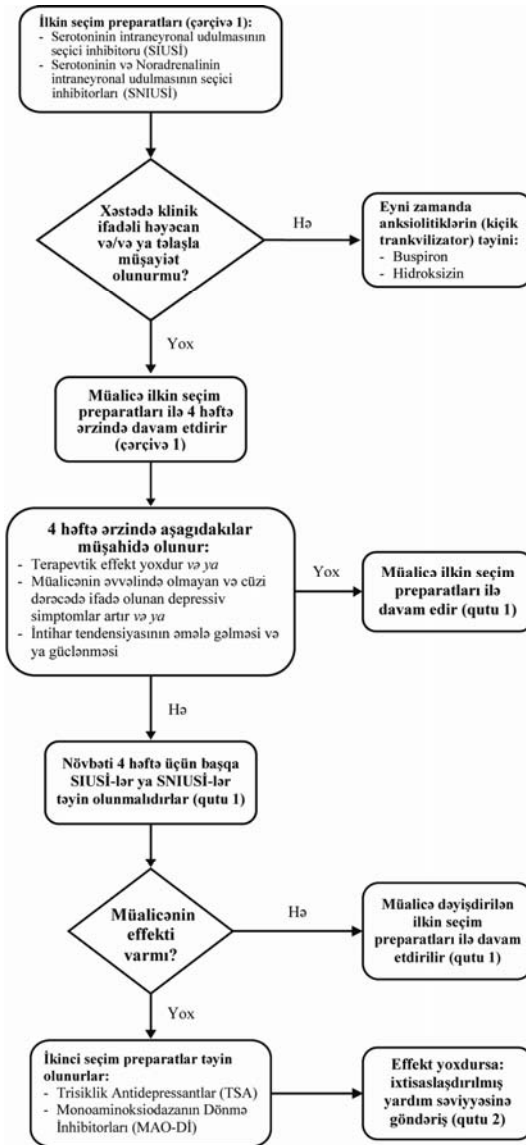
Digər dərman vasitələri ilə qarşılıqlı təsiri	Əlavə təsirləri	İstifadəsinə əks-göstərişlər
Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ)		
<p>MAOI və digər antidepressantlarla, furazolidon və prokarbazinlə birlikdə təyini ölümlə nəticələnmə bilən serotoninergik sindrom törədə bilər.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

Serotonin və Noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNIUSİ)		
<p>MAOI və serotoninergik vasitələrlə birgə qəbulu yol verilməzdir. Klonidinin hipotenziv təsirini ləngidir. Qanda litiumun səviyyəsini dəyişdirir. Epinefrin və norepinefrin hipertoniya kriz və aritmik təsirini artırır. Diqoksin hemodinamik pozuntuları artırır. Müalicə müddətində alkoqol qəbulu yol verilməzdir</p>	<p>Yuxululuq və yuxusuzluq, başgicəllənmə, başağrısı, həyəcan, əsəbilik, tremor, görmə bulanıqlığı, ağızda quruluq, ürəkbulanma, seksual disfunktsiyalar, tərləmə, iştahanın itməsi, anoreksiya</p>	<p>- hiperhəssaslıq - MAOI ilə birlikdə qəbulu -18 yaşa qədər (effektivliyi və təhlükəsizliyi sübut olunmadığından)</p>
Tri- və Heterosiklik Antidepressantlar (TSA)		
<p>Alkoqol və MAOI ilə birlikdə təyin edilə bilməz. Fenitoinin effektivliyini azaldır. Xolinolitiklər, fenotiazin və benzodiazepinlər imipraminin sedativ və mərkəzi xolinolitik təsirlərini artırır. MSS-i süstləşdirən vasitələrin, simpatomimetiklərin, parkinsonizm əleyhinə vasitələrin təsirini qüvvətləndirir, hipotenziv və qıcolma əleyhinə vasitələrin təsirini zəiflədir. Barbituratlar, karbamazepin TSA-ların qanda qatılığını azaldır, simetidini isə artırır.</p>	<p>Başgicəllənmə, tremor, taxikardiya, ortostatik hipotenziv, arterial təzyiqin yüksəlməsi, aritmiyalar, ağızda quruluq, qəbizlik, sidinin ləngiməsi bədən çəkisinin artması, fotosensibilizasiya</p>	<p>- Hiperhəssaslıq, qlaukoma, epilepsiya, prostat vəzin hiperplaziyası, sidik kisəsi atoniyası, paralitik bağırsaq keçməməzliyi, pilorostenoz, anamnezdə miokard infarktı, hamiləlik, laktasiya, 6 yaşa qədər uşaqlar</p>

İlkin səhiyyədə depressiyanın böyük yaş dövründə müalicəsi



İlkin səhiyyə səviyyəsində depressiyanın böyük yaş dövründə farmakoterapiyasının algoritmi



1

Müalicənin xüsusiyyətləri:

- Müalicənin ilkin hissələrinə tez olmayaraq meydana çıxma bilər. Lakin depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün daha uzun müddət tələb olunur.
- Əlavə təsirlər terapiyanın müsbət təsirini qabaqlaya bilər və onlar adətən əlavə tədbirlərsiz keçib gedir.
- Uğurlu müalicə dozanın dəyişdirilməsini və ya digər antidepressantın təyini tələb edə bilər.
- Terapiya əhval rühiyyənin yaxşılaşmasından sonra 6 aydan az olmayaraq hələ davam etdiriləcək.
- İlkin səhiyyə sisteminin həkimləri MAO DI, iki antidepressantla uyğunlaşdırılmış terapiyanı, antidepressantla neyroleptikin, antidepressantla litiyin, antidepressantla əhval stabilizatorlarının kombinasiyasını təyin etməlidirlər.
- Antidepressantlarla aparılan müalicənin davamlılığı birinci epizodda remissiya əldə olunan sonra altı aydan, ikinci epizodda isə iki ildən az olmalıdır.
- Qeyri-məhdud zaman kəsiyində istifadə olunan antidepressantı, dastakləyici terapiya üçün epizoddan və ya ifadə olunmuş ağır dərəcəsi, intihar cəhdləri, psixoz, uzunmüddətli depressiv epizodlarla müşayiət olunan ikinci epizoddan və ya 60 yaşından sonra təyin olunmalıdır.
- Müalicənin fəal fəzasından fərqli olaraq dastakləyici terapiya zamanı antidepressantların daha az terapevtik dozalarından istifadə etmək olar.

2

İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəris aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:

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

Klinik protokolla baęlı tklif v  iradlarınızı
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin İctimai
Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinə göndərə bilərsiniz.

Ünvan: Bakı, H.Zərdabi k  ., 96

Tel: 431-60-88

Faks: 430-52-85

Email: office@isim.az

