

**Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə  
Nazirliyi**

**OBSESSİV-KOMPULSİV  
POZUNTULARIN  
DİAQNOSTİKA VƏ  
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL**



**Bakı  
2015**

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
kollegiyasının 21 may 2015-ci il tarixli  
23 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**OBSESSİV-KOMPULSİV POZUNTULARIN  
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL**

**Bakı - 2015**

56.14

O 12

O 12 Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2015. – 36 səh.

***Redaktor:***

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

***Tərtibçilər:***

G.Gəraybəyli Səhiyyə Nazirliyinin baş psixiatri, Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

F.İsmayılov Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasının dosenti, professor, t.e.d.

R.Salayev Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini, həkim-psixiatr

S.Kərimova Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin konsultativ-müalicə şöbəsinin müdiri

C.İsmayılova Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin konsultativ-müalicə şöbəsinin həkim-psixiatri

L.Orucova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

***Rəyçi:***

T.Qafarov Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Psixiatriya və narkologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

## Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

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

## Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

<b>Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi</b>	<b>Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi</b>
<b>A</b>	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>B</b>	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.
<b>C</b>	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.
<b>D</b>	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

<b>DÇHS</b>	diqqət çatışmazlığı hiperaktivlik sindromu
<b>DSM-5</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition</i> (Psixi pozuntuların diaqnostika və statistikasını üzrə rəhbərlik, 5-ci baxış)
<b>EEQ</b>	elektroensefaloqrafiya
<b>ECT</b>	elektrocəngolma terapiyası
<b>EKQ</b>	elektrokardioqrafiya
<b>XBT-10</b>	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
<b>KDT</b>	koqnitiv-davranış ( <i>bihavioral</i> ) terapiyası
<b>OKP</b>	obsessiv-kompulsiv pozuntu
<b>RQAE</b>	ritualların qarşısının alınması ekspozisiyası
<b>SIUSİ</b>	serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
<b>TMS</b>	transkraniyal maqnit stimulyasiya
<b>TSA</b>	trisiklik antidepressantlar
<b>ÜST</b>	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
<b>Y-BOCS</b>	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Yel-Braun obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostika cədvəli)

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

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

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

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

**Obsessiv-kompulsiv pozuntu (OKP)** sarışan fikirlərin (obsessiya) və ya sarışan hərəkətlərin (kompulsiya), daha çox isə onların hər ikisinin mövcudluğu ilə xarakterizə olunan, kəskin stress pozuntusuna və dezadaptasiyaya gətirib çıxaran psixi pozuntudur<sup>11</sup>.

**Obsessiya** – güclü təşviş yaradan, daim təkrarlanan arzuolunmaz fikirlər, meyillər və obrazlardır. Onlar ya birdən-birə, ya da hər hansı bir vəziyyət və hadisə ilə əlaqədar olaraq yarana bilər. Obsessiyaların daha çox rast gəlinən mövzusu infeksiya xəstəliklərinə yoluxma və infeksiya yayma qorxusu, ətrafına təsadüfi, ya da düşünülmüş zərər yetirmə qorxusu, kobud səhv etmə qorxusu, mənəvi və dini qadağaları pozma qorxusu, pedofil və homoseksual davranış törətmə qorxusu olur<sup>11,14</sup>.

**Kompulsiya** – pasiyent “qeyri-adi, fəvqəltəbii” şəkildə onu qorxudan hadisənin, sarışan fikirlərlərin qarşısını almaq və ya həyəcanı, gərginliyi azaltmaq üçün etməyə ehtiyac hiss etdiyi fiziki və ya psixi hərəkətlərdir (rituallar)<sup>11,14</sup>.

**Fiziki kompulsiyalar** – tez-tez əl yuma, qapıları bağlama və s. kimi kənardan hiss olunan təkrarlanan hərəkətlərdir<sup>14</sup>.

**Psixi kompulsiyalar** – kənardan hiss olunmayan, xəstənin iradəsinə tabe olmayan və onu narahat edən fikrində təkrarlanan hesablama, dualar və qarğışlar kimi sarışan pozuntulardır<sup>14</sup>.

XBT-10-da diaqnostik meyarların siyahısının məhdudluğuna görə ÜST hazırda DSM-5 daha geniş klinik təsvir və tövsiyələrini XBT-11-də istifadə etməyi təklif edir. Bu prinsip XBT-11 və DSM-



5-in bir yerdə uyğunlaşdırılmasını təşkil edəcək. Hazırda obsessiv-kompulsiv spektrə obsessiv-kompulsiv pozuntulardan başqa aşağıdakı pozuntular da aiddir:

- ▶ **Bədənin dismorfoloji pozuntusu** – öz xarici görünüşü barədə ətrafdakı insanlar tərəfindən hiss olunmayan və ya az hiss olunan bir, ya da bir neçə qüsurların olması haqqında fikirlərdir. Bu pozuntu sarışan hərəkətlərlə (*məsələn*, sarışan şəkildə güzgüdə özünə baxma, görünüşünə normadan artıq qulluq, “normal”lığını təsdiq etmək üçün başqalarından soruşmaq, öz görünüşünü daim başqaları ilə müqayisə etmə) təzahür edir və klinik ifadəli sosial dezadaptasiyaya gətirir. Kişilərdə bu pozuntu sarışan şəkildə intensiv fiziki çalışmalar və anabolik steroidlərin qəbulu yolu ilə əzələ kütləsini artırmağa cəhdlə təzahür edə bilər<sup>4,5,10,14</sup>.
- ▶ **Patoloji yığıcılıq – həqiqi dəyərindən asılı olmayaraq lazımsız əşyalardan azad ola bilməməkdir.** Bu pozuntu yaşayış sahəsinin istifadəsini çətinləşdirən lazımsız əşyaların toplanmasından ibarətdir. Belə lazımsız əşyalara, adətən, daha çox qəzetlər, jurnallar, kitablar, köhnə paltarlar, çantalar, yararsız məişət texnikası aid olur. Bunlar nəzəri cəhətdən pasiyentin ayrılı bilmədiyi istənilən lazımsız əşyalar ola bilər. Şizofreniya, demensiya və ya əqli geriliyi olan xəstələrdə patoloji yığıcılıq diaqnozu qoyulmur<sup>4,5</sup>.
- ▶ **Bədən yönümlü sarışan davranış (trixotilomaniya, dermatilomaniya)** - trixotilomaniya (saç dartma, tük örtüyünün seyrəlməsinə gətirib çıxardan saçqopartma) və ya dermatilomaniyadan (ekskoriasiya, dəri örtüyünün mikro zədələnməsinə səbəb olan dəri didmə) ibarət olan, onları azaltmaq və ya qarşısını almaq üçün yönəldilən təkrarlanan cəhdlərlə müşahidə olunan sarışan davranışdır<sup>4,5,10,12</sup>.

Obsessiv-kompulsiv pozuntular spektrinə həm də referent qoxu pozuntusu, ipoxondrik pozuntu və tikoz pozuntunu da aid edirlər (Sindrom Turetta)<sup>5,10,14</sup>.

## Epidemiologiya

Əhalinin 80%-nin müəyyən vaxtlarda sarışan fikirlər hiss etməsinə və təxminən 50%-nin müəyyən rituallar etməsinə baxmayaraq, OKP-nin klinik təzahürlü vəziyyətinə bir o qədər tez-tez rast gəlinmir. Bir il müddətində əhali arasında OKP-nin yaranma riski 1,1-1,8 %-ə bərabərdir, ümumi həyatı boyu isə hər bir adam üçün 1,6-3% təşkil edir. OKP-yə 18 yaşından yuxarı qadınlarda daha çox rast gəlinir, kişilərdə isə bu, daha erkən yaşlarda başlayır. 15 yaşa kimi olan uşaqlar arasında OKP-nin yayılması 0,25% təşkil edir. OKP-nin epidemioloji göstəriciləri sosial-iqtisadi vəziyyətdən və etnik mənsubiyyətdən asılı olmur<sup>14</sup>.

OKP-nin başlanmasına xas olan orta yaş dövrü 19-30 yaşdır. Təxminən 25% pasiyentlərdə xəstəlik 14 yaşından sonra başlayır. Xəstəliyin 35 yaşdan sonra başlanması isə nadir hallarda olur. Xəstəliyin daha erkən başlanğıcı simptomların kəskin təzahürü, daha çox kompulsiyaların olması ilə (obsessiyasız) xarakterizə olunur. Belə hallarda komorbid pozuntular (tiklər, diqqət çatışmazlığı hiperaktivlik sindromu və təşviş pozuntusu) və müalicəyə həssaslığın olmaması müşahidə olunur. Eyni zamanda uşaq və yeniyetmə dövründə xəstələnlərin 40%-də yetkinlik dövründə tam remissiya müşahidə olunur. Əlamətlərin intensivliyinin dalğavari gedişi OKP-nin müalicə olunmaması ilə xarakterizə olunur. Müalicəsiz, spontan sağalma ehtimalı 20%-i keçmir, 50% hallarda gedişat fasiləsiz, 25% hallarda isə epizodik xarakter daşıyır. OKP-dən əziyyət çəkən xəstələrin yarısında suicidal (özünə qəsd) fikirlər, 25%-də isə suicidal cəhdlər qeyd oluna bilər. Özünə qəsd cəhdi daha çox yanaşı gedən depressiya ilə əlaqədar yaranır. OKP həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyanın nəzərə çarpacaq dərəcədə enməsi ilə assosiasiya olunur. Məsələn, OKP-si olan xəstələr obsessiyanı və kompulsiyanı yaradan vəziyyətdən və ya insanlara zərər yetirə bilmə qorxusuna görə onlarla münasibətdən qaça bilərlər. Eyni zamanda obsessiyalarla əlaqədar olaraq onlar həkimə müraciət etməkdən də qaçırırlar. Bəzi xəstələr ailə münasibətlərinə neqativ təsir edən öz qayda və qadağalarını yaymağa çalışırlar<sup>5</sup>.

## Obsessiv-kompulsiv pozuntunun risk amilləri

OKP-nin inkişaf etməsində risk amilləri arasında aşağıdakıları göstərmək olar<sup>4,11,14</sup>:

- ▶ irsiyyətində OKP-nin və tik pozuntunun olması
- ▶ qeyri-kafi həyat şəraiti
- ▶ cinsi, dini və gigiyena sahəsində uyğunlaşa bilməyən mövqenin formalaşması ilə əlaqədar yaranan mədəni-sosial amillər
- ▶ neqativ emosionallıq
- ▶ inkişaf prosesinə davranışın təsiri, uşaqlıqda baş verən fiziki və cinsi zorakılıq
- ▶ infeksiyadan sonra yaranmış autoimmün sindrom

## XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT<sup>2</sup>

### F42 Obsessiv-kompulsiv (sarışan-məcburi) pozuntular

Belə vəziyyətin əsas xüsusiyyəti təkrari sarışan fikirlərin və ya məcburi hərəkətlərin olmasıdır. Sarışan fikirlər stereotip şəkildə xəstənin təkrar-təkrar ağına gələn ideyalardan, obrazlardan və ya arzulardan ibarətdir. Onlar demək olar ki, həmişə kədərləndiricidirlər və pasiyent, adətən, səmərəsiz onlara müqavimət göstərməyə çalışır. Bununla belə xəstə bu fikirləri nə qədər qeyri-iradi və pis olsalar belə özünükü sayır. Sarışan hərəkətlər və ya rituallar stereotip materiallardan ibarətdir ki, xəstə onları təkrar-təkrar yerinə yetirir. Onlar zövqalma üsulu və ya faydalı məsələlərin yerinə yetirilməsində atribut deyildirlər. Bu hərəkətlər xəstənin ehtiyat etdiyi xoşa gəlməz hadisənin baş verməsinin qarşısını almaq üsuludur, hansı ki, əks halda baş verərək onun özünə və ya xəstə tərəfindən digər şəxsə zərər yetirə bilər. Adətən belə davranış xəstə tərəfindən mənasız və ya effektsiz kimi başa düşülür və ona qarşı təkrari cəhdlər görülür. Demək olar ki, həmişə həyəcan müşahidə edilir. Əgər kompulsiv hərəkətlər tormozlanırsa, həyəcan daha da artır.

*Daxil edilib:* anankastiknevroz

obsessiv-kompulsivnevroz

*Çıxarılıb:* obsessiv-kompulsiv şəxsiyyət pozuntusu (F60.5)

## **F42.0 Əsasən sarışan fikirlər və ya düşüncələr**

Onlar demək olar ki, xəstəyə əziyyət verən ideyalar, fikir obrazları və ya hərəkətə təhrik etmə formasını ala bilirlər. Bəzən ideyalar tam olmayıb, gündəlik həyata aid olan adi, lakin vacib qərar qəbul etmək qabiliyyətinin olmaması ilə əlaqədar sonsuz müzakirə olunan alternativ fikir olur. Sarışan düşüncələr və depressiya arasında əlaqə xüsusi ilə sıxdır, buna görə də obsessiv-kompulsiv pozuntu diaqnozuna o halda üstünlük vermək olar ki, əgər sarışan fikirlər depressiya epizodu olmadan yaranır və ya saxlanılır.

## **F42.1 Əsasən kompulsiv hərəkətlər [sarışan rituallar]**

Kompulsiv məcburi hərəkətlərin əksəriyyəti çirkin təmizlənməsinə aid olur (əsasən əllərin yuyulması), potensial təhlükəli situasiyanın yarana bilməməsi haqqında zamanın alınması üçün təkrari yoxlamalara və ya təmizkarlığa və səliqəliliyə riayət etməyə aid olur. Belə aydın davranışın əsasında pasiyenti gözləyən təhlükədən və ya onun özünün başqa birisini təhlükəyə düşürəcəyi qorxusu durur və ritual hərəkətlər nəticəsiz qalır və ya təhlükənin qarşısını almaq üçün simvolik cəhdlər olur.

## **F42.2 Qarışıq sarışan fikirlər və hərəkətlər**

## **F42.8 Digər obsessiv-kompulsiv pozuntular**

## **F42.9 Dəqiqləşdirilməmiş obsessiv-kompulsiv pozuntular**

### **Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostikası**

Obsessiv-kompulsiv pozuntuların diaqnostikasında Yel-Braun obsessiv-kompulsiv simptomların cədvəlindən (Y-BOCS)<sup>16,17</sup> istifadə edilir. Cədvəl iki hissədən ibarətdir:

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

### **Diferensial diaqnostika<sup>5</sup>**

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

## **Cədvəl 1. OKP-nin diferensial diaqnostikasının prinsipləri**

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

### **Obsessiv-kompulsiv pozuntuları olan pasiyentlərin müayinəsi**

1. OKP riski yüksək olan, həm də digər səbəblərdən – depressiya, təşviş pozuntusu, qida pozuntusu, ipoxondrik pozuntu və s. yardıma müraciət edən şəxslərə OKP-nin mövcud olmasını təsdiq etmək üçün skrining keçirmək və aşağıdakı sualları vermək lazımdır (C)<sup>11,12</sup>:
  - ✓ Olur ki, tez-tez və çox yuyunasınız?
  - ✓ Olur ki, Siz nəyi isə dəfələrlə yoxlayasınız?
  - ✓ Olur ki, Siz əşyaları müəyyən qaydada yığmağa meyil edəsiniz?
  - ✓ Olur ki, Sizi incidən hər hansı bir fikirdən azad olmaq istəyirsiniz, lakin bacarmırsınız?
  - ✓ Olur ki, Siz necə görünməyiniz barədə daim narahatlıq keçirir və çalışırsınız ki, bu barədə düşünməyəsiz?
  - ✓ Olur ki, ev işləri çox vaxtınızı alsın və onları bitirməkdə çətinlik çəkəsiniz?
  - ✓ Bu problemlər Sizin həyatınıza, məsələn, cəmiyyətdə işləməyə, ev işlərini görməyə, yaxınlarınız ilə münasibətə mane olur?

2. Bu suallardan heç olmasa birinə təsdiq cavabı aldığınız təqdirdə OKP-nin və onun ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün standartlaşdırılmış cədvəldən (Y-BOCS, *Əlavə 1-ə bax*) istifadə edin<sup>14</sup>.
3. OKP-nin əlamətlərinin aşkarlanması zamanı həkim yanaşı gedən depressiya, özünə zərər vermə və intihar təhlükəsini qiymətləndirməlidir (**A**)<sup>1</sup>. Riskin qiymətləndirilməsi kompulsiv davranışın pasiyentin özünə və ətrafına təsirinə baxılmasından ibarət olur<sup>14</sup>.
4. Pasiyentlər aşağıdakı hallarda ixtisaslaşdırılmış yardım sisteminə (həkim-psixiatra) yönəndilməlidirlər<sup>11,14</sup>:
  - ✓ OKP-nin əlamətlərinin təzahürü (Y-BOCS >15 bal)
  - ✓ 12 həftə ərzində müalicənin effektinin olmaması
  - ✓ depressiya və şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
  - ✓ özü və ətrafı üçün təhlükə riskinin olması
  - ✓ cinsi, ölümlə əlaqəli və ya aqressiv obsessiyaların olması
  - ✓ pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
  - ✓ ilkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü

### **Obsessiv-kompulsiv pozuntuları olan xəstələrin müalicəsinin 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<sup>14</sup>.
2. Həkim xəstənin ailə üzvləri və yaxınlarını (tibbi etika və qanunvericilik normalarına riayət etməklə) xəstəlik, potensial təhlükənin azaldılması, pasiyentlə gündəlik işlərin icrasında necə yardım etmək mövzularında məlumatlandırmaqla, onları da müalicəyə cəlb etməlidir. Xəstəlik müddətində birbaşa pasiyentə və onun ailəsinə aid olan vacib fərdi və professional qərarların qəbulunu təxirə salmağı tövsiyə etmək lazımdır (**D**)<sup>1</sup>.
3. Həkim yardım göstərərkən pasiyentin vəziyyət dinamikasını, intihar tendensiyalarını, sosial vəziyyəti, tibbi göstərişlərə riayət

olunmanı, əlavə təsirləri və həmçinin pasiyentin müalicəyə dair fikirlərini birləşdirən monitorinqi həyata keçirməlidir (**B**)<sup>1,14</sup>.

4. Həkim pasiyentin təkidi zamanı diaqnozun doğruluğuna dair şübhələrin olduğu, simptomların kəskin ifadə olunduğu, pasiyentin psixoaktiv maddələr qəbul etməsinə dair şübhə olduğu, pasiyentdə təhlükə xarakterli davranışın aşkarlandığı (o cümlədən anamnezdə), həmçinin psixoterapiya, əlavə müayinə və ya müalicə aparın mütəxəssisə inamın olmadığı təqdirdə mütəxəssis məsləhətləşməsi təşkil etməlidir (**A**)<sup>1,14</sup>.
5. Yetkinlik yaşına çatmayan uşaqlar OKP-dən əziyyət çəkən valideyinlərinin davranışı ilə əlaqədar psixoloji problemlərin yaranması riskinə meyilli olurlar. Belə riski aşkar etmək üçün uşaqların xüsusi müayinəsi aparılmalıdır<sup>11,14</sup>.

### **Qeyri-medikamentoz müalicə**

1. OKP-nin yüngül simptomlarının mövcudluğu zamanı medikamentoz müalicənin faydasından çox, ziyanının ola biləcəyini nəzərə alaraq dərman vasitələrinin ilkin təyini tövsiyə edilmir. Belə hallarda həkim pasiyentin halını diqqətlə müşahidə etməli və qeyri-medikamentoz müdaxilə həyata keçirməlidir (**C**)<sup>11</sup> (*Əlavə 2, 3*).
2. Pasiyentin maarifləndirilməsi OKP-nin müxtəlif təzahürlərinə, müalicə metodlarına və profilaktikasına dair məlumat verən həkimlə keçirilən mütəmadi görüşlər zamanı aparılır (**C**)<sup>11,14</sup>.
3. OKP-nin yüngül və yaxud zəif ifadə olunmuş əlamətlərinə malik olan pasiyentlərə ritualların qarşısının alınması üçün ekspozisiya (RQAE) aparılması məsləhət görülür. RQAE obsessiya və təşviş yaradan vəziyyətə qarşı pasiyentin özünün cəlb olunmasını nəzərdə tutur və bununla yanaşı pasiyenti kompulsiv davranışı həyata keçirməkdən çəkinməyə təlimatlandırır (**C**)<sup>11,14</sup>.
4. Effekt olmayanda və yaxud pasiyent RQAE-dən imtina edəndə digər (**C**)<sup>11</sup> qeyri-medikamentoz müdaxilə (koqnitiv-davranış terapiyası) tətbiq olunur:
  - ✓ koqnitiv restrekturizasiya – aşkara çıxarmaq, yoxlamaq və daha konstruktiv həll etmək yolu ilə disfunksional fikirlərin dəyişilməsidir<sup>14</sup>

- ✓ neytrallaşmış texnika, məsələn, obsessiyların dayandırılması texnikası və ya progressiv relaksasiya texnikası
  - ✓ mnemonik kart texnikası – pasiyentin təhlükəsizliyini təmin edən və təşvişinin qarşısını ala bilən frazaların xatırladılmasından ibarətdir
5. Kompulsiv davranışa pasiyentin ailə üzvləri də cəlb oluna bilərlər. Məsələn, OKP-si olan xəstə müəyyən ritualları etməyə onları da məcbur edir. Yardım planına həm də OKP-si olan pasiyentin koqnitiv davranışında ailə üzvlərinin cəlb olunmasının azaldılmasına yönəldilən psixoloji müdaxilə də qoşulmalıdır<sup>11,14</sup>.

### **Medikamentoz müalicə**

1. Medikamentoz müalicə orta-ifadəli və ya ağır OKP simptomları olan pasiyentlərə təyin edilməlidir.
2. Müalicə terapiyasının təyin olunmasından əvvəl pasiyent aşağıda qeyd olunanlarla məlumatlandırılmalıdır:
  - ✓ Müalicə alışqanlıq və ya asılılıq yaratmır (C)<sup>11</sup>
  - ✓ Dərman vasitələri ilə müalicənin dayandırılması, dərman vasitəsinin qəbulunun ötürülməsi və ya dozanın azadılması zamanı simptomların yenidən yaranması riski mövcuddur (C)<sup>11</sup>
  - ✓ Dərman vasitələrinin qəbulu ən çox müalicənin əvvəlində müntəzəm monitorinqin aparılmasını tələb edən təşvişin artması, akatiziyanın və ya özünə qəsd fikirlərinin yaranması ilə müşahidə oluna bilər (C)<sup>11</sup>
  - ✓ Dərman vasitələrinin təsirinin başlanğıcı 12 həftəyə kimi uzana bilər, amma müşahidə olunan depressiyanın əlamətləri daha qısa vaxt ərzində keçə bilər (C)<sup>11</sup>
  - ✓ Dərman vasitəsi həkimin göstərişinə əsasən ardıcıl formada qəbul olunmalıdır. Müalicə rejiminə riayət edilməməsi depressiv simptomların kəskinləşməsinə və ya yeni epizodun inkişafına gətirib çıxara bilər (C)<sup>11</sup>
  - ✓ Müalicə ilə bağlı bütün məsələlərə dair həkimlə məsləhətləşmək lazımdır
  - ✓ Dərman vasitəsinin qəbul edilməsi pasiyentin xasiyyətinin zəifliyi demək deyil



3. OKP ilə yanaşı depressiyası olan xəstələr, həmçinin OKP-si olan cavan xəstələr tez-tez və müntəzəm şəkildə müalicə həkiminin müşahidəsində olmalıdırlar və onlara təyin olunan dərman vasitələri az miqdarda yazılmalıdır **(C)**<sup>11,14</sup>.
4. OKP zamanı ilkin seçilən dərman vasitələrinə serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (**SIUSİ**) aiddir **(A)**<sup>4,7,11,14</sup>: fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin və essitalopram. Bədənin dismorfoloji (dismorfofobik) pozuntusu zamanı ilkin seçim dərman vasitəsi fluoksetindir, bu dərman vasitəsinin müqayisədə daha effektiv olduğu sübut olunub **(B)**<sup>11</sup>.
5. Antidepressantların qəbulu zamanı kəskin və davamlı əlavə təsirlər əmələ gəldiyi üçün dərman vasitəsi digər SIUSİ ilə əvəz olunmalıdır **(C)**<sup>11</sup>. Bundan başqa, həkimlər OKP-si olan xəstələrin qəbul etdiyi dərman vasitələrinin SIUSİ-nin digər dərman vasitələri ilə qarşılıqlı təsirini də bilməlidirlər.
6. 4-6 həftə müddətində SIUSİ-nin standart dozada təyini zamanı gözlənilən effekt olmayanda, pasiyentin dərman vasitəsini müntəzəm şəkildə və təyin olunmuş dozada qəbul etməsindən, alkoqol və ya narkotik qəbul edib-etməməsindən əmin olmaq lazımdır<sup>11</sup>.
7. Əgər pasiyent müalicə rejiminə riayət edir, lakin 4-6 həftə müddətində təyin olunmuş SIUSİ-nin standart dozası gözlənilən effekti vermirsə və pasiyentdə əlavə təsirlər qeyd olunmursa, dərman vasitəsinin dozasını tədricən artırmaq lazımdır **(C)**<sup>7,11,14</sup>. Dərman vasitəsinin dozasını artıran zaman müalicəvi effekti, yaranan əlavə təsirləri və pasiyentin aparılan müalicə haqqında fikirlərini nəzərə almaq lazımdır.
8. Əgər SIUSİ ilə müalicə effekt verirsə, residivlərin qarşısını almaq və pasiyentin vəziyyətinin yaxşılaşmasına nail olmaq üçün onu 12 ay müddətində davam etmək olar **(C)**<sup>7,11,14</sup>.
9. SIUSİ-nin 12 ay müddətində qəbulu zamanı remissiya yaranırsa, (məsələn, kəskin ifadə edilmiş klinik əlamətlərin olmaması və ən azı 3 ay müddətində pasiyentin normal fəaliyyəti) müalicənin uzadılmasına baxmaq vacibdir. Bu zaman xəstəliyin başlanğıc dövrə ağırlığını və davamlılığını, baş vermiş epizodların sayını, rezidual əlamətlərin olmasını, psixososial problemlərin müşahidə olunmasını nəzərə almaq lazımdır.

10. Əgər SİUSİ ilə müalicə 12 aydan çox davam edirsə (məsələn, kəskin klinik əlamətlərin olması və ən azı 3 ay müddətində pasiyentin normal fəaliyyətinin olmaması zamanı) müalicənin davam olunmasının vacibliyinə hər 3 aydan bir müntəzəm şəkildə baxılmalıdır **(B)**<sup>11,14</sup>.
11. OKP-nin medikamentoz müalicəsinin dayandırılması haqda qərar verərkən sindromun minimizasiyası üçün SİUSİ-nin dayandırılması tədricən bir neçə həftə ərzində dozanın azaldılması ilə həyata keçirilməlidir. Belə halda dərman vasitəsinin başlanğıc dozasını, orqanizmdən çıxma dövrünü və əlavə təsirlərini nəzərə almaq lazımdır. Pasiyent dərman vasitəsinin “dayandırılması sindromu” yarananda həkimə müraciətin vacibliyi haqda məlumatlandırılmalıdır **(C)**<sup>11,14</sup>.
12. Aşağıda qeyd olunan dərman vasitələri OKP-nin müalicəsi üçün istifadə olunmamalıdır **(C)**<sup>11</sup>:
  - ✓ Tri- və tetratsiklik antidepressantlar (klomipramindən başqa)
  - ✓ Moniaminioksidazanın inqibitorları
  - ✓ Benzodiazepin anksiolitiklər (SİUSİ hələ təsirə başlamadığı dövrdə müalicənin başlanğıc dövrünü çıxmaq şərti ilə)
  - ✓ Birinci nəsil antipsixotik dərman vasitələri (ənənəvi nevroleptiklər)
  - ✓ OKP-nin monoterapiyası üçün seçim dərman vasitəsi kimi ikinci nəsil antipsixotiklər

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

1. SİUSİ ilə ilkin müalicənin başlandığı andan 12 həftə müddətində gözlənilən müalicəvi effektin olmaması zamanı aşağıdakı variantlardan birini seçmək lazımdır **(C)**<sup>7,11,14</sup>:
  - ✓ SİUSİ dərman vasitəsinin qəbulu ilə yanaşı, eyni vaxtda koqnitiv-davranış (*bibehavioral*) terapiyasının (KDT) aparılmasına başlamaq
  - ✓ təyin olunmuş dərman vasitəsinə digər SİUSİ dərman vasitəsi ilə əvəz etmək
  - ✓ təyin olunmuş dərman vasitəsinə klomipramin ilə əvəz etmək
2. Əgər pasiyent müalicə rejiminə riayət edirsə, lakin yeni SİUSİ-nin standart dozəsindən və ya klomipramindən gözlənilən effekt olmursa, nəzərdə tutulmuş qaydalara uyğun şəkildə dərman

vasitəsinin dozasını tədricən artırmaq lazımdır (C)<sup>7,11,14</sup> (Əlavə 3). Klomipraminin dozasını artırarkən əlavə təsirlərin yaranmasını diqqətlə izləmək lazımdır. Klomipraminin təyinindən əvvəl ürək-damar xəstəlikləri riski olan şəxslərə EKG müayinəsi və arterial təzyiqin ölçülməsi məsləhətdir (C)<sup>11,14</sup>.

3. Yeni SİUSİ dərman vasitəsinə keçəndən və ya klomipraminin təyinindən sonra gözlənilən terapeutik effekt alınmadıqda pasiyentin psixi vəziyyətinin əlavə müayinəsi tövsiyə olunur. Depressiya və şəxsiyyət pozuntuları da daxil olmaqla, digər psixi pozuntuların olmaq ehtimalını nəzərə almaq, aparılan medikamentoz müalicə və psixoterapiya, həmçinin müalicə rejiminə riayət etmə haqqında daha tam anamnez yığmaq lazımdır<sup>11</sup>.
4. Aparılan tədbirlərdən sonra müalicənin davamı üçün aşağıdakı variantlardan birini seçmək lazımdır:
  - ✓ yeni SİUSİ dərman vasitəsi və ya klomipramin ilə birgə KDT-nin aparılması (C)<sup>11</sup>
  - ✓ təyin olunmuş SİUSİ dərman vasitəsinə və ya klomipraminə atipik antipsixotik dərman vasitələrindən birinin (olanzapin, risperidon, kvetiapin və ya aripiprazol) əlavə edilməsi (C)<sup>11</sup>
  - ✓ klomipramin ilə eyni vaxtda sitaloprainin təyin edilməsi (C)<sup>11</sup>
  - ✓ SİUSİ ilə buspironun birləşdirilməsi (C)<sup>11</sup>
5. Göstərilən tədbirlərdən sonra, gözlənilən müalicəvi effektin olmaması zamanı digər antidepressantların qəbulunun mümkünlüyünü nəzərə almaq (venlafaksin, mitrazapin, duloksetin), eyni zamanda topiramet və ya SİUSİ ilə birgə memantinin təyini tövsiyə olunur<sup>11</sup>.

### **Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsi**

1. OKP-nin kəskin klinik simptomaları olan uşaq və yeniyetmələrə ilk növbədə dərman vasitəsi təyin etməzdən əvvəl psixoterapevtik müdaxilə (KDT və RQAE) təklif edilməlidir (C)<sup>11,15</sup>. Uşaq və yeniyetmələrdə psixoterapevtik müdaxilə OKP-nin müalicəsi üzrə xüsusi hazırlığa malik mütəxəssislər tərəfindən aparılmalıdır. Psixoterapevtik müdaxilə zamanı uşaq və yeniyetmələrin valideynləri və ya qəyyumları müalicəyə fəal şəkildə cəlb olunmalıdırlar. Psixoterapevtik müdaxilə uşağın və

ya yeniyetmənin yaşına və psixoloji inkişaf mərhələsinə uyğun aparılmalıdır (**B**)<sup>11</sup>.

2. Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsini apararkən, dərş proqramını çatdırması da daxil olmaqla, psixososial amillərə, ailə problemlərinə və valideynlərdə mümkün psixi pozuntulara diqqət etmək lazımdır. Psixoterapevtik müdaxilə apararı mütəxəssislər motivasiyanı gücləndirmək və davranışın arzu olunan formasını möhkəmləndirmək üçün həvəsləndirmədən istifadə etməlidirlər (**C**)<sup>11,14</sup>.
3. Uşaq və yeniyetmələrdə psixoterapevtik müdaxilənin aparılması mümkünsüz olduqda və ya müalicənin effekti olmadıqda SİUSİ təyininin mümkünlüyünə baxılmalıdır. Uşaq və yeniyetmələrə SİUSİ-nin təyini ehtiyatla, dərşan vasitələrinin qəbul rejimi və əlavə təsirlərinin monitorinqi ilə bir yerdə aparılmalıdır (**C**)<sup>11</sup>.
4. Uşaq və yeniyetmələrdə OKP-nin müalicəsi üçün istifadə olunan dərşan vasitələri sertralin və fluvoksamindir. Yanaşı yaranan kəskin klinik depressiyanın olması zamanı ilkin seçim dərşan vasitəsi fluoksetindir (**A**)<sup>11</sup>. Fluoksetin, həmçinin, uşaq və yeniyetmələrdə bədənin dismorfoloji (dismorfofobik) pozuntusu olanda təyin edilir (**C**)<sup>11</sup>.
5. Uşaq və yeniyetmələrdə SİUSİ-nin təyini zamanı özünə qəsd fikirlərinin və digər forma özünə qəsd cəhdlərinin xüsusi monitorinqi aparılmalıdır. Uşaq və yeniyetmələr (və onların valideynləri), həmçinin, dərşan vasitəsi ilə müalicənin məqsədi, müalicə rejiminə riayət etmənin vacibliyi, müalicənin müddəti və yarana bilən əlavə təsirlər haqqında məlumatlandırılmalıdırlar.
6. 12 yaşa qədər uşaqalarda başlanğıc doza yetkin insanlar üçün təyin olunan başlanğıc dozanın ¼-dən ibarət olmalıdır. 12 yaşından yuxarı yeniyetmələr üçün başlanğıc doza isə yetkin insanlara təyin olunan başlanğıc dozanın ½-ni təşkil etməlidir (**C**)<sup>11</sup>.
7. Uşaq və yeniyetmələrdə zəif doza dərşan vasitələrinin qəbulu effekt vermədikdə başlanğıc doza müalicəvi effektin ilkin əlamətləri yaranana kimi tədricən artırılmalıdır. Dozanı artırarkən müalicənin effektinin gecikmə ehtimalını (12 həftəyə kimi) və pasiyentin yaşını nəzərə almaq lazımdır (**C**)<sup>11,15</sup>.
8. Uşaq və yeniyetmələrdə SİUSİ-nin təyini zamanı müalicəvi effekt olmadıqda klomipraminin təyin olunmasının mümkünlüyünə baxılmalıdır. Bu zaman bəzi uşaq və

yeniyetmələrə klomipramini təyin etməzdən əvvəl yarana biləcək əks-təsirlər nəzərə alınır. Bura ürək patologiyaları aiddir. Onları istisna etmək üçün öncə EKQ müayinəsi aparmaq lazımdır. Klomipraminin qəbulu zamanı müalicəvi effekt və əlavə təsirlər olmadıqda onun başlanğıc dozası tədricən artırılır (C)<sup>11,15</sup>.

9. Uşaq və yeniyetmələrə SİSUI-ni və ya klomipramini təyin edərkən müalicəvi effektin əldə olunması zamanı remissiya dövründə müalicə 6 aydan az olmayaraq davam etməlidir. Bu dövrdə vəziyyətin davamlı yaxşılaşmasını gözləmək olar (B)<sup>11</sup>.
10. Uşaq və yeniyetmələrdə SUIŞİ və ya klomipramin ilə gedən müalicənin dayandırılması qərarı uzun müddətli remissiya zamanı qəbul olunmalıdır (6 aydan az olmayaraq) (C)<sup>11</sup>. Dərman vasitəsinin dayandırılması bir neçə həftə ərzində tədricən aparılmalıdır. Dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqdan sonra OKP-nin kəskinləşməsinin qarşısını almaq üçün psixoterapevtik müdaxilə aparıla bilər (C)<sup>11</sup>.

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

#### ***Transkraniyal maqnit stimulyasiyası (TMS)***<sup>1,11</sup>

TMS – kortikal neyronların stimulyasiyası üçün istifadə olunan intensiv maqnit sahəsinin generasiyası texnikasıdır. Hal-hazırda beyin qabığının sol və sağ lateral prefrontal sahəsinin stimulyasiyasından istifadə edilir. Baxmayaraq ki, TMS əks-göstərişləri olmayan qeyri-invaziv və ucuz müalicə metodudur, OKP zamanı TMS-nin istifadəsinə dair aydın tövsiyələr mövcud deyildir (D)<sup>1</sup>.

#### ***Elektrocəngolma terapiya (ECT)***<sup>11</sup>

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

#### ***Psixoterapiya***

OKP zamanı psixoterapiyanın yeganə sübut olunmuş effektiv metodu KDT-dir (A)<sup>7,14</sup>. KDT-li ekspozisiyaya əsaslanmış texnika və koqnitiv texnika (B)<sup>14</sup> aiddir. Ekspozisiyaya əsaslanmış texnika

sistematik desensibilizasiyanı, emosional gərginliyin, pasiyenti qorxudan obyekt və ya vəziyyətlərə qarşı yaranan təşviş və qorxuların azaldılması üçün olan metodikanı təqdim edir. Bu texnika real şəraitdə və ya təsəvvürlərdə istifadə olunur. Real şəraitdə ekspozisiyanın aparılması zamanı pasiyentə obsessiya ilə əlaqəli hansısa bir hərəkəti etməsi təklif edilir (məsələn, qapının qulpuna toxunmaq), təsəvvür ekspozisiyası zamanı isə pasiyentə obsessiya ilə əlaqədar vəziyyəti təsəvvür etmək təklif edilir (məsələn, yaxın adamda infeksiya xəstəliyi). Çox vaxt ekspozisiya ritualları edilməsinin qarşısını almaqla birgə istifadə edilir.

Koqnitiv texnikalar səhf fikirlər, obsessiya və kompulsiya ilə əlaqədar irrasional (məntiqlə uyğun olmayan) baxışların aradan qaldırılmasına yönəldilir. Belə irrasional baxışlara aiddir:

- ▶ hədə, risk və ya zərərin gücləndirilməsi
- ▶ fikirlərə normadan artıq əhəmiyyət verilməsi
- ▶ daimi yoxlamanın vacibliyi
- ▶ qeyri-müəyyənlik qorxusu
- ▶ perfeksionizm
- ▶ həddindən artıq məsuliyyət, günah və eyib hissi
- ▶ həddindən artıq mənəvi tələbat

Başlanğıc mərhələdə pasiyentlərə ehtimal olunan hadisələri və onların nəticələrinin ciddiliyini müəyyən etmək öyrədilir. Sonra onlar sarışan fikirləri neytrallaşdıran və kompulsiv davranışa qarşı müqavimət göstərməyə imkan yaradan yeni koqnitiv yanaşmaları inkişaf etdirirlər.

## **PASİYENT ÜÇÜN MƏLUMAT<sup>13</sup>**

**Obsessiv-kompulsiv pozuntu (OKP)** – sarışan fikirlərin (obsessiya) və ya sarışan hərəkətlərin (kompulsiya), daha çox isə onların hər ikisinin mövcudluğu ilə xarakterizə olunan, kəskin stress pozuntusuna və dezadaptasiyaya gətirib çıxardan psixi pozuntudur.

**Obsessiya (sarışan fikirlər) nədir?** Obsessiya beyninizdə davamlı canlanan xoşagəlməz fikirlər, təsəvvürlər və ya istəklərdir. Obsessiyalar sizin gündəlik problemləriniz haqqında narahatlıqlarınız deyil. Əsas obsessiyalar bunlardır:

- ▶ Bakteriya və virusa (məsələn, İİV) yoluxma qorxusu;

- ▶ Qapıların bağlı olmasından, ocağın yanmasından, kiməsə xəsarət törətməsindən narahat olmaq;
- ▶ Söyüş, küfr, cinsi əlaqə, zərərçəkmiş şəxs barədə usandırıcı fikir və ya təsəvvürlər;
- ▶ Səhv və ya yanlış hərəkət etmək qorxusu;
- ▶ Gördüyün işlərdə həddindən artıq vasvası olmaq;
- ▶ Özünü başqalarının atdığı şeyləri toplamağa məcbur hiss etmək.

Bunlar verilmiş nümunələrdir. Obsessiyalara bu cür hallar aiddir. Obsessiv fikirlər sizi həddindən artıq narahat edə və sizi bezdirə bilər. Siz normal şəkildə obsessiv fikirlərdən yaxa qurtarmağa çalışmalısınız, məsələn, bu fikirləri neytrallaşdırmaq üçün başqa şeylər fikirləşə bilərsiniz.

**Kompulsiya nədir?** Kompulsiyalar sizi təkrar-təkrar etməyə məcbur edən fikir və ya davranışlardır. Adətən, kompulsiv davranış obsessiya cavab kimi ortaya çıxır. Kompulsiya obsessiya tərəfindən yaranan kədər və ya narahatçılığı aradan qaldırmağın bir yoludur.

Məsələn, bakteriyalara yoluxmaq kimi obsessiv qorxuya cavab olaraq hər bir neçə dəqiqədən əllerinizi yuyursunuz. Buna başqa bir nümunə: qapının açıq qalmasından narahat olaraq siz davamlı olaraq bağladığınız qapını yoxlayırsınız. Digər kompulsiyalara təkrar-təkrar təmizləmək, saymaq, toxunmaq, sözləri sakitcə pıçıldamaq və s. daxildir.

**Obsessiv-kompulsiv pozuntular həyatınıza necə təsir edir?** OKP insanlara müxtəlif yollarla təsir edir. Məsələn, bəzi insanlar kompulsiyalara saatlarla vaxt sərf edir və buna görə də normal fəaliyyətlə məşğul ola bilmirlər. Bəziləri isə kompulsiyaları gizli şəkildə icra edirlər (rituallar kimi). Digər insanlar isə normal fəaliyyətlə məşğul olurlar, lakin təkrarlanan obsessiv fikirlərdən əziyyət çəkirlər. OKP işinizə (uşaqlarda məktəblə bağlı fəaliyyətlərə), münasibətlərə, sosial həyata və həyat keyfiyyətinizə təsir edir.

OKP-dən əziyyət çəkən bir çox insan bu barədə həkimə və ya ətrafındakı insanlara heç nə demir. Onlara elə gəlir ki, başqaları onların dəli olduğunu düşünə bilər. OKP-dən əziyyət çəkənlərin bir qismi, xüsusilə başqalarına zərər vermək və ya cinsi əlaqəyə girmək fikirlərinə sahibdirlərsə, öz simptomlarından utanır. Nəticədə, bu

insanlar depressiyaya düşürlər. Əgər OKP-dən əziyyət çəkirsinizsə, bilin ki, siz dəli və ya axmaq deyilsiniz. Bu, sizdən asılı deyil və adətən, müalicə olunandır. Əgər depressiyaya düşəcəyinizdən narahatsınızsa (məsələn, əhvalınız çox aşağıdır və ya əvvəllər həzz aldığınız işlərdən artıq zövq ala bilmirsinizsə), o zaman həkimə müraciət edin.

**Obsessiv-kompulsiv pozuntuya nə səbəb olur?** OKP-nin inkişaf etmə şansı bu simptomlara yoluxmuş şəxslərin birinci dərəcəli qohumlarında (ana, ata, bacı, qardaş, övlad) daha çox müşahidə oluna bilər. Belə ki, burada bəzi genetik elementlər ola bilər. Lakin indiyə qədər OKP ilə bağlı heç bir gen tapılmayıb.

**Obsessiv-kompulsiv pozuntuya kimlərdə rast gəlinir?** OKP istənilən yaşda yaşana bilər, əsasən, 19-30 yaşlararası, həmçinin uşaqlarda da inkişaf edə bilər. OKP-yə qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox rast gəlinir.

**Obsessiv-kompulsiv pozuntuya necə diaqnoz qoyulur?** OKP-yə diaqnoz qoyulması üçün daha təfsilatlı qiymətləndirməyə ehtiyac duyulur. Bu, həkiminiz tərəfindən yerinə yetirilə bilər. Qiymətləndirmədə sahib olduğunuz obsessiv fikirlər və kompulsiyalar, onların sizə və gündəlik həyatınıza necə təsir etməsi dəyərləndirilir. Əgər OKP-dən əziyyət çəkdiyinizə şübhə edirsinizsə, həkimə müraciət edərək şikayətlərinizi bildirin. Diaqnostika aşağıdakı suallardan başlanıla bilər:

- ▶ Olur ki, Siz tez-tez və çox yuyunasınız?
- ▶ Olur ki, Siz dəfələrlə nəyi isə yoxlayasınız?
- ▶ Olur ki, Siz əşyaları müəyyən qaydada yığmağa meyil edəsiniz?
- ▶ Olur ki, Sizi incidən hansısa bir fikirdən azad olmaq istəyirsiniz, lakin bacarmısınız?
- ▶ Olur ki, Siz necə görünməyiniz barədə daim narahatlıq keçirir və çalışırsınız ki, bu barədə düşünməyəsiz?
- ▶ Olur ki, ev işləri çox vaxtınızı alsın, hansı ki, bitirməkdə çətinlik çəkirsiniz?
- ▶ Bu problemlər Sizin həyatınıza, məsələn, cəmiyyətdə işləməyə, ev işlərini görməyə, yaxınlarınız ilə münasibətə mane olur?

Əgər uşaqlarda OKP müşahidə edilərsə, onlar OKP-li uşaqların müalicəsində təcrübəli həkim tərəfindən müalicə almalıdırlar.



## **Obsessiv-kompulsiv pozuntuları olan pasiyentlərin müayinəsi**

- ▶ OKP zamanı psixoterapiyanın yeganə sübut olunmuş effektiv metodu KDT-dir
- ▶ OKP zamanı ilkin seçilən dərman vasitələrinə serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ) aiddir
- ▶ Psixoterapiya və dərman vasitəsi ilə müalicənin bir yerdə təyin edilməsi hər bir müalicə metodunun ayrılıqda aparılmasından daha effektivdir

## **Obsessiv-kompulsiv pozuntunun müalicəsində istifadə edilən dərman vasitələri**

OKP zamanı ilkin seçilən dərman vasitələrinə “yeni nəsil” antidepressantlar aiddir. OKP zamanı ilkin seçilən dərman vasitələrinə serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ) aiddir: fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin və essitalopram.

### **Qeyd:**

- ▶ SİUSİ antidepressantları birbaşa təsir etmir və təsirini göstərənə qədər 4-6 həftə çəkir. Tam təsir etməsi üçün 12 həftə qəbul edilməlidir. Əsas problem odur ki, bəzi insanlar dərman vasitəsinin qəbulunu dayandırdıqdan bir həftə sonra heç bir müsbət irəliləyiş hiss etmirlər. Təsirini görmək üçün bir müddət zaman lazımdır.
- ▶ SİUSİ antidepressantları trankvilizator deyil və adətən, asılılıq yaratmır.
- ▶ OKP-ni müalicə etmək üçün təyin edilmiş SİUSİ-nin dozası depressiyanı müalicə etmək üçün lazım olan dozadan artıq olur.
- ▶ Əgər müsbət təsirini görürsünüzsə, OKP-ni müalicə etmək üçün azı bir il SİUSİ antidepressantlarını qəbul etməlisiniz.

**Obsessiv-kompulsiv pozuntu üçün proqnozlar necədir?** Əgər OKP müalicə edilmirsə, bəzi insanlarda obsessiv fikirlər və kompulsiyalar inkişaf etmir və ya daha da azalır. Lakin müalicə almaqla, bir çox insanlarda simptomlar nəzarət altına alınır və tamamilə sağala bilər.

Əgər OKP-dən əziyyət çəkirsinizsə, müalicə uğurla tamamlansa və tamamilə sağalsanız da, simptomların yenidən qayıtmaq riski var.

**Yel-Braun obsessiv-kompulsiv simptomların cədvəli (Y-BOCS)<sup>17</sup>**

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

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

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

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

**Obsessiyalar** aşağıdakı əlamətlərlə səciyyələnir:

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

**Kompulsiyalar** aşağıdakı əlamətlərlə səciyyələnir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. Kompulsiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti**

- 0 – bütün hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir
- 1 – əksər hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir
- 2 – bəzi hallarda kompulsiyalara müqavimət kifayət qədərdir
- 3 – xəstə əksər hallarda kompulsiyalara tabe olur
- 4 – xəstə tamamilə kompulsiyalara tabe olur

**5. Kompulsiyaları idarə etmək qabiliyyəti**

- 0 – kompulsiyalar tam idarə edilir
- 1 – kompulsiyalar əksər hallarda idarə edilir
- 2 – kompulsiyalar bəzi hallarda idarə edilir
- 3 – kompulsiyalar cüzi dərəcədə idarə edilir
- 4 – kompulsiyaları qətiyyənlə idarə etmək mümkün deyil

# Obsessiv-kompulsiv simptomların Yel-Braun cədvəli (Y-BOCS)<sup>16</sup>

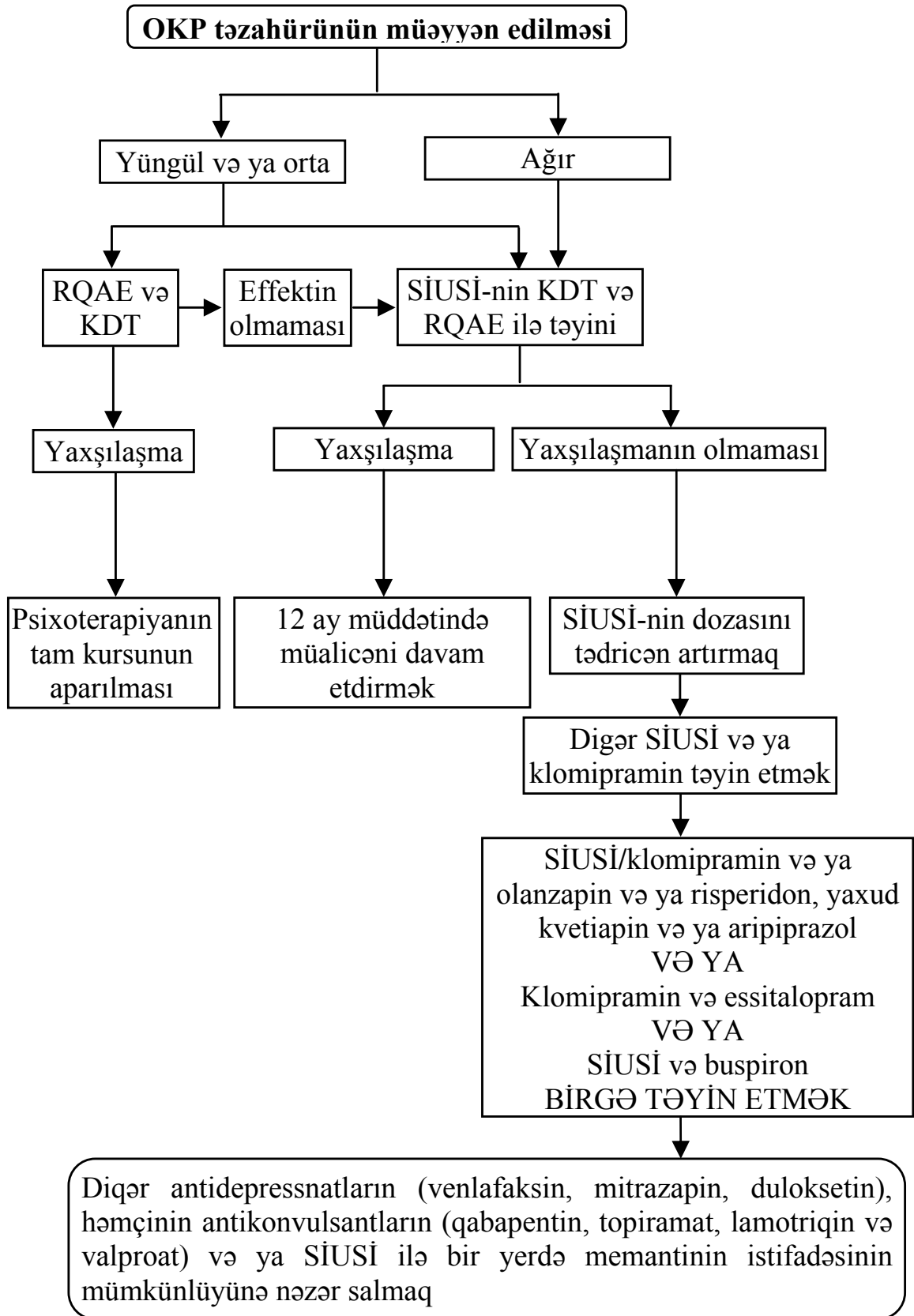
Xəstənin Adı \_\_\_\_\_

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

SİMPTOMLAR	İlkin müayinə	1-ci təkrar müayinə	2-ci təkrar müayinə
	Tarix _____	Tarix _____	Tarix _____
<b>Obsessiyaların reyting cədvəli</b>			
1. Gün ərzində obsessiyaları əhatə edən vaxt	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Obsessiyalar nəticəsində distress	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Obsessiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Obsessiyaları idarə etmək qabiliyyəti	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>Kompulsiyaların reyting cədvəli</b>			
1. Gün ərzində kompulsiyaları əhatə edən vaxt	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Kompulsiyalar nəticəsində distress	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Kompulsiyalara qarşı müqavimət göstərmək qabiliyyəti	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Kompulsiyaları idarə etmək qabiliyyəti	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>ÜMUMİ BALL</b>			

## **Bütün 10 bəndin ümumi balları**

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

OKP müalicəsinin algoritmi<sup>9</sup>



## OKP-nin müalicəsində istifadə edilən dərman vasitələri

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Optimal doza (mq/gün)
<b>1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ)</b>			
<b>Essitalopram(A)</b> <sup>4,11</sup>	sipraleks 10 mq örtülü həb; deploram-s 10 mq, 20 mq örtülü həb; deploram-s 10 mq/ml damcı; esçita 10 mq örtülü həb; estolam 10 mq; 20 mq həb; sevpram 10 mq həb; medolapram 10 mq; 20 mq həb	10	10-20
<b>Sertralin(A)</b> <sup>4,11</sup>	zoloft 50 mq örtülü həb; stimuloton 50 mq, 100 mq örtülü həb	50	150-250
<b>Fluvoksamin (A)</b> <sup>4,11</sup>	fevarin 50 mq, 100 mq örtülü həb	50	200-300
<b>Paroksetin(A)</b> <sup>4,11</sup>	seroksat 20 mq örtülü həb	20	40-60
<b>Fluoksetin(A)</b> <sup>4,11</sup>	profluzak 20 mq kapsul	20	40-80
<b>2. Serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNIUSİ), tri- və heterosiklik (TSA) və digər antidepressantları</b>			
<b>Venlafaksin(B)</b> <sup>4</sup>	velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq kapsul; venlaksor 37,5 mq, 75 mq örtülü həb	37,5	75-225
<b>Klomipramin(A)</b> <sup>4</sup>	anafranil 25 mq örtülü həb	25	75-250
<b>Duloksetin</b>	simbalta 30 mq, 60 mq örtülü həb		
<b>Mirtazapin* (B)</b> <sup>4</sup>	mirtazin 30 mq örtülü həb	15	15-45
<b>3. Trankvilizatorlar (anksiolitiklər)</b>			
<b>Buspiron*</b>	spitomin* 5 mq, 10 mq örtülü həb	10	20-30
<b>Alprazolam</b>	zolomaks 0,25 mq, 0,5 mq, 1 mq həb; ksanaks 0,25 mq, 0,5 mq, 1 mq həb		

\* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

<b>4. Antipsixotik preparalar (neyroleptiklər)</b>			
<b>Kvetiapin</b>	ketilept 100 mq, 200 mq örtülü həb; ketipin 100 mq, 200 mq örtülü həb	50	100-300
<b>Risperidon</b>	rileptid 2 mq örtülü həb; rispaksol 2 mq, 4 mq örtülü həb	0,5	4
<b>Olanzapin</b>	zipreksa 5 mq, 10 mq örtülü həb; roksizapin 5 mq, 10 mq örtülü həb; zolaksa 5 mq, 10 mq örtülü həb	5	5-10
<b>Aripiprazol (A)<sup>4</sup></b>	abizol 5mq, 15 mq həb		
<b>5. Digər dərman vasitələri</b>			
<b>Topiramamat</b>	topepsil 25 mq, 50 mq örtülü həb	25	150-250
<b>Memantin(B)<sup>4</sup></b>	mentiklayn 10 mq örtülü həb; pms-memantin 10 mq örtülü həb; neuromentin 10 mq örtülü həb; demantin 10 mq örtülü həb; demantin 10 mq/ml məhlul; alçeba 10 mq örtülü həb	10	20

## Ədəbiyyat:

1. Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı, 2009. - 60 səh.
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı; 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470 səh.
3. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder: abstract [Electronic resource] /Beucke J. C. [et al.] // JAMA Psychiatry. - 2013. - vol.70(6). - 619-629p. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740050> (12.02.2015)
4. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Electronic resource] / M.Katzman [et al.] // BMC Psychiatry.- 2014. - vol.14 (Suppl 1). - 83p. - Available at: [http://download.springer.com/static/pdf/749/art%253A10.1186%252F1471-244X-14-S1-S1.pdf?auth66=1423812574\\_7146e15b8b7952021aca5ef662780947&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/749/art%253A10.1186%252F1471-244X-14-S1-S1.pdf?auth66=1423812574_7146e15b8b7952021aca5ef662780947&ext=.pdf) (12.02.2015)
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. - 5th ed. / American Psychiatric Association. - Washington. - 2013. - 970p.
6. Error - related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder: abstract [Electronic resource] /Fitzgerald K.D. [et al.] // Biol Psychiatry. - 2005. - vol.57(3).- 287-294p. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15691530> (12.02.2015)
7. Evidence - based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology [Electronic resource] / David S Baldwin [et al.] // Journal of Psychopharmacology. - Abstract. - 2014. - 37p.- Available at: <http://www.bap.org.uk/pdfs/AnxietyGuidelines2014.pdf> (12.02.2015)
8. Management of Anxiety Disorders: Obsessive-Compulsive Disorder [Electronic resource] / Richard P Swinson [et al] // Can J Psychiatry. - 2006. - vol 51 (Suppl 2). - 92p. - Available at:

[https://ww1.cpa-apc.org/Publications/CJP/supplements/july2006/anxiety\\_guidelines\\_2006.pdf](https://ww1.cpa-apc.org/Publications/CJP/supplements/july2006/anxiety_guidelines_2006.pdf) (12.02.2015)

9. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management [Electronic resource] / Jill N. Fenske and Thomas L. Schwenk // American Family Physician. - Michigan. - 2009. - vol 80(3). - 239-245p. - Available at: <http://www.aafp.org/afp/2009/0801/p239.pdf> (12.02.2015)
10. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive - compulsive spectrum concepts [Electronic resource] / Dennis L. [et al.] // Dialogues in Clinical Neuroscience. - 2010. - vol 12(2)-18p. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181955/pdf/DialoguesClinNeurosci-12-131.pdf> (12.02.2015)
11. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: NICE Clinical Practice Guideline 31 [Electronic resource] / National Institute for Health and Clinical Excellence. - London (UK). - 2006. - 350p. - Available at: <http://www.nccmh.org.uk/downloads/OCD/cg031fullguideline.pdf> (12.02.2015)
12. Obsessive-compulsive disorder: clinical review [Electronic resource] / David Veale and Alison Roberts / BMJ. - April 2014. - 348 (1-6.) - Available at: [http://www.google.ru/url?url=http://www.researchgate.net/profile/David\\_Veale/publication/261443631\\_Obsessive-compulsive\\_disorder/links/5496a22c0cf20f487d2f742b.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=NLLdVP6hDYHjUPmkgogN&ved=0CBkQFjAD&usg=AFQjCNE-TINfIP7wzzu0NgrY84EQwKNh8Q](http://www.google.ru/url?url=http://www.researchgate.net/profile/David_Veale/publication/261443631_Obsessive-compulsive_disorder/links/5496a22c0cf20f487d2f742b.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=NLLdVP6hDYHjUPmkgogN&ved=0CBkQFjAD&usg=AFQjCNE-TINfIP7wzzu0NgrY84EQwKNh8Q) (12.02.2015)
13. Patient - Trusted medical information and support [Electronic resource] - Obsessive-compulsive Disorder. - Available at: <http://www.patient.co.uk/health/obsessive-compulsive-disorder-leaflet> (12.02.2015)
14. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [Electronic resource] / Lorrin M. Koran [et al] / American Psychiatric Association. - Arlington, VA. - 2013. - 22p. - Available at: <http://www.valueoptions.com/providers/>

Handbook/treatment/Obsessive-Compulsive-Disorder-Guideline-Watch.pdf (12.02.2015)

15. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder [Electronic resource] // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. - 2012. - 51(1). - 98-113p. - Available at: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36079> (12.02.2015)
16. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [Electronic resource] / Adapted Wayne K. Goodman [et al] // Arch. Gen. Psychiatry. - 1989. - vol.46. - Available at: <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/YBOCRatingScale.pdf> (12.02.2015)
17. Yale-Brown obsessive compulsive scale (y-bocs) [Electronic resource]. - 21p. - Available at: <http://www.stlocd.org/handouts/YBOC-Symptom-Checklist.pdf> (12.02.2015)
18. DSM-5: Классификация и изменения критериев: Специальные статьи [Электронный ресурс] / Darrel A. Regier [и др.] // World Psychiatry. - 2017. - 7 стр. - Режим доступа: [http://psychiatr.ru/files/magazines/2013\\_06\\_wpa\\_648.pdf](http://psychiatr.ru/files/magazines/2013_06_wpa_648.pdf) (12.02.2015)