

Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə  
Nazirliyi

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



Bakı  
2013

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli  
38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

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

**Bakı - 2013**

56.14

T 49

T 49 Təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2013. – 48 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

**Redaktor:**

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

**Tərtibçilər:**

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

Ü.Məmmədova Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin Planlaşdırma şöbəsinin müdiri, həkim-psixiatr

S.Babayeva Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin Müalicə-konsultativ şöbəsinin müdiri, həkim-psixiatr

E.Haqverdi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Narkologiya kafedrasının assistenti, həkim-psixiatr

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

**Rəyçi:**

G.Gəraybəyli Səhiyyə Nazirliyinin baş psixiatrı, Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya 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

## Təvsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Təvsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Təvsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	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	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	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	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

## İxtisarların siyahısı

<b>BDT</b>	benzodiazepin trankvilizatorları
<b>DST-IV</b>	Diagnostik və Statistik Təsnifatın 4-cü baxışı ( <i>Diagnostic Statistical Manual</i> )
<b>GTP</b>	generalizə olunmuş təşviş pozuntusu
<b>GTP-7</b>	generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalası ( <i>Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale</i> )
<b>XBT-10</b>	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
<b>İPT</b>	interpersonal psixoterapiya
<b>HSA</b>	heterotsiklik antidepressant
<b>KDT</b>	koqnitiv-davranış terapiyası
<b>QAYT</b>	qamma-amino yağ turşusu
<b>QBDT</b>	qeyri-benzodiazepin trankvilizatorları
<b>MSS</b>	mərkəzi sinir sistemi
<b>PP</b>	panik pozuntu
<b>SF</b>	sosial fobiya
<b>SİUSİ</b>	serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
<b>SNIUSİ</b>	serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
<b>TSA</b>	tritsiklik antidepressant
<b>ÜST</b>	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

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

**Protokol** müasir diaqnostika və müalicə metodları üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi ilə təşviş pozuntularının

- ▶ diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi
- ▶ xəstələrin psixopatoloji simptomlarının aradan qaldırılması, həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması məqsədlərini daşıyır.

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

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

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

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

**Cədvəl 1. Təşviş pozuntularının simptomları**<sup>9,11,13</sup>

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



Təşviş pozuntularının etiologiyasında bioloji, psixoloji, sosial faktorlar aparıcı rol oynayır. Genetik tədqiqatlar göstərir ki, sağlam insanlarla müqayisədə təşviş pozuntularından əziyyət çəkən insanların nəsində bu xəstəliyə rastgəlmə ehtimalı beş dəfə çoxdur. Eyni zamanda təşviş pozuntularını yaradan spesifik genlər aşkarlanmayıb. Tədqiqatlar göstərir ki, bu xəstəliyin yaranmasına valideynlər tərəfindən göstərilən qayğı və emosional münasibətin azlığı da səbəb ola bilər. Həmçinin, uşaq yaşlarında baş vermiş real və ya güman edilən “təhlükəli” hadisələr də təşviş pozuntularının risk faktoru sayıla bilər (*Cədvəl 2*).

**Cədvəl 2. Risk faktorları**<sup>11,14,15</sup>

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

## **XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT<sup>2</sup>**

### **F40 Fobiyalı təşviş pozuntuları**

Əslində təhlükəsi olmayan situasiyalarda təşvişin yaranması ilə səciyyələnən pozuntular qrupudur. Nəticədə insan belə situasiyalardan qaçır və ya qorxu hissi keçirərək dözüür. Xəstəni narahat edən ürəkdöyünmə, ümumi zəiflik kimi ayrı-ayrı simptomlar ola bilər və bir çox hallarda bu, ölümdən, özünü idarə etmənin və ya ağılın itirilməsindən ibarət olan qorxu ilə müşayiət olunur. Fobiyalı situasiyanın yarana biləcəyini düşünmək belə, adətən, gözlənilən həyəcanı törədir. Fobiyalı həyəcan və depressiya çox hallarda müştərək olur. İki diaqnozun

(fobiya təşviş pozuntusu və depressiv epizod) və ya onlardan birinin qoyulması haqqında qərar bu halların davam etmə müddəti və xəstənin konsultasiyası zamanı onun müalicəsi barədə həkimin düşüncələri ilə müəyyən olunur.

#### **F40.0 Aqorafobiya**

Evdən çıxmaqdan, mağazaya daxil olmaqdan, izdihamlı və ictimai yerlərdə olmaqdan, qatarla, avtobusla, təyyarə ilə tək səyahət etməkdən qorxması ilə səciyyəvi olan kifayət qədər yaxşı təsvir olunmuş fobiyalar qrupudur. Tələşə düşmə pozuntusu həm keçmiş, həm də hazırkı epizodların xüsusiyyətidir. Bundan əlavə olaraq bu, insanlarda çox hallarda depressiv, təqibəedici simptomlar və sosial fobiyalarda müşahidə olunur. Adətən, situasiyalardan qaçma cəhdləri əhəmiyyətli olur və aqorafobiyadan əziyyət çəkən bəzi şəxslər “təhlükələrdən” qaçmağa nail olduqlarına görə elə bir böyük narahatçılıq keçirmirlər.

Anamnezdə tələşə düşmə pozuntusu olmayan aqorafobiya  
Aqorafobiya tələşə düşmə pozuntusu

#### **F40.1 Sosial fobiyalar**

Sosial situasiyalardan qaçmaya səbəb olan, digər insanların diqqətindən qorxmadır. Daha dərin sosial fobiyalar özünü aşağı qiymətləndirmə və tənqiddən qorxma ilə əlaqədardır. Onlar üzün qızarması, əllərin əsməsi, ürəkbulanma, təcili sidiyə getmək çağırışlarında özünü göstərir. Bəzən xəstəyə elə gəlir ki, onun əsas problemi bu ikincili əlamətlərdən hər hansı biridir. Simptomlar artıb panik tutmalara gətirə bilər.

Antropofobiya  
Sosial nevroz

#### **F40.2 Spesifik (təcrid olunmuş) fobiyalar**

Bura son dərəcə xüsusi situasiyalarla məhdudlaşmış, belə ki, müəyyən heyvanların yaxınlığı, hündürlük, ildırım, qaranlıq, uçuş, qapalı yer, ictimai ayaqyoluna getmək, müəyyən qida məhsullarının istifadəsi, dişlərin müalicəsi, qan və ya travmaya baxış kimi fobiyalar daxildir. Bu situasiyalar fərqli olsa da, onlar aqorafobiya və ya sosial fobiyada olduğu kimi tələş yarada bilər.

Akrofobiya – hündürlükdən qorxma  
Klaustrofobiya – qapalı yerdə olmaqdan qorxma  
Sadə fobiya

*Çıxarılıb:* dismorfofobiya (sayıqlamasız) (F45.2)  
xəstələnməkdən qorxma (nazofobiya) (F45.2)

#### **F40.8 Digər fobiya təşviş pozuntuları**

#### **F40.9 Dəqiqləşdirilməmiş fobiya təşviş pozuntusu**

ƏGO fobiya  
ƏGO fobiya vəziyyəti

## **F41 Digər təşviş pozuntuları**

Əsas simptomu həyəcan olan və hər hansı xüsusi ətraf situasiya ilə məhdudlaşmayan pozuntudur. Həmçinin, ikincili və daha az ağırlıqda olmaq şərti ilə, depressiv və təqib edici simptomlar və hətta bəzi fobiyalı həyəcan elementləri də müşahidə edilə bilər.

### **F41.0 Panik pozuntu [epizodik paroksizmal təlaş]**

Pozuntunun əsas əlaməti hər hansı xüsusi situasiya və ya şərait ilə məhdudlaşmayan, buna görə də əvvəlcədən xəbər verməyən residivləşən kəskin ifadə olunmuş təlaş (panik) tutmalarıdır. Digər təşviş pozuntularında olduğu kimi əsas simptomlar qəflətən meydana çıxan ürəkdöyünmə, döş sümüyü arxasında ağrı, təngnəfəslik, qeyri-reallıq (depersonalizasiya və ya derealizasiya) hissidir. Bundan əlavə ikincili olaraq bir çox hallarda ölümdən, özünə nəzarətin və ya ağılın itirməsindən ibarət qorxu müşahidə olunur. Əgər pasiyentdə panik tutmanın əvvəlində depressiv pozuntu varsa, panik pozuntu əsas diaqnoz kimi istifadə edilməməlidir. Bu hallarda panik tutmalar, çox güman ki, depressiyaya nəzərən ikincilidir.

Panik:

- tutma
- hal

**Çıxarılıb:** aqorafobiya ilə birlikdə panik pozuntu (F40.0)

### **F41.1 Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu**

Yayılmış və davamlı olan, lakin hər hansı xüsusi ətraf şərait ilə məhdudlaşmayan və ya əsas etibarilə onun təsiri altında yaranmayan (başqa sözlə, “sərbəst üzən”) həyəcandır. Dominant simptomlar müxtəlifdir və onlara davamlı əsəbilik, əsmə, əzələ gərginliyi, tərləmə, qeyri-müəyyən idrak, baş gicəllənməsi, epiqastral nahiyədə diskomfort hissiyyatı aiddir. Xəstədə bir çox hallarda onu və qohumlarını yaxın zamanlarda gözləyən bədbəxt hadisədən və ya xəstəlikdən qorxu ifadə olunur.

Təşviş:

- nevrozu
- reaksiyası
- halı

**Çıxarılıb:** nevrasteniyası (F48.0)

### **F41.2 Qarışıq təşvişli depressiv pozuntu**

Bu kateqoriya həm təşviş, həm də depressiya mövcud olan, lakin heç biri üstünlüyə malik olmayan və üstünlüyü təşkil edən simptomların əsasında əsas diaqnozun qoyulması mümkün olmayan hallarda istifadə edilməlidir. Həm təşviş, həm də depressiya simptomlarının bu pozuntuların hər birinə ayrıca diaqnoz qoymağa imkan verdiyi dərəcədə ifadə olunduğu halda hər iki diaqnozu kodlaşdırmaq lazımdır və bu halda hazırkı rubrika istifadə olunmamalıdır.

Təşvişli depressiya (yüngül və ya davamsız)

### **F41.3 Digər qarışıq təşviş pozuntuları**

Təşviş simptomları F42-F48 rubrikalarında təsnif olunan digər pozuntuların əlamətləri ilə müştərək olan hallardır. Müxtəlif qrup simptomların ifadə dərəcəsi onlar ayrıca nəzərdən keçirildikdə diaqnozun qoyulması üçün kifayət deyil.

### **F41.8 Digər dəqiqləşdirilmiş təşviş pozuntuları**

Həyəcan isteriyası

### **F41.9 Dəqiqləşdirilməmiş təşviş pozuntusu**

ƏGO həyəcan

## **AQORAFOBİYA**

Bu qrup özündə müəyyən olunmuş hadisə və obyektlərlə bağlı yaranan, lakin həmin an üçün təhlükə daşımayan təşvişli halları birləşdirir. Nəticə olaraq həmin şəxs belə situasiyalardan qaçmağa çalışır və yaxud həmin halları qorxu içində keçirir.

### **Epidemiologiya**

Aqorafobiya daha çox PP ilə yanaşı gedən psixi pozuntudur və həyat boyunca onun yayılması 1,1%-ə bərabərdir. PP-siz aqorafobiyanın həyat boyunca göstəricisi 0,8%-dir. Aqorafobiyanın PP ilə birgə inkişaf etməsinə baxmayaraq, aqorafobiyalı pasiyentlərin 60%-də PP-yə rast gəlinmir. Aqorafobiya daha çox gənc yaşlarda və qadınlarda rast gəlinir. Bəzən aqorafobiya PP-dən daha erkən inkişaf edir, lakin əksər hallarda aqorafobiya PP nəticəsində əmələ gəlir<sup>20</sup>.

### **XBT-10 üzrə diaqnostik meyarlar<sup>21</sup>**

- A.** Aşağıda qeyd olunan halların ən azı ikisində daimi olaraq nəzərə çarpan qorxu hissinin yaranması (və ya xəstənin belə vəziyyətlərdən qaçmağa çalışması):
- ▶ Kütlə arasında olmaq
  - ▶ İctimai yerlərdə olmaq
  - ▶ Təkbaşına edilən səyahətlər
  - ▶ Evdən uzaqlaşma ilə əlaqəli hərəkətlər
- B.** Pozuntunun başladığı zamandan xəstədə təşvişin ən azı iki əlaməti yaranır və bunlardan biri aşağıda sadalanan əlamətlərdəndir (*Cədvəl 3*):

### Cədvəl 3. Təşvişin əlamətləri

Vegetativ əlamətlər	Qarın boşluğu və döş qəfəsinə aid əlamətlər	Psixi vəziyyətə aid əlamətlər	Ümumi əlamətlər
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ürək döyüntüsünün sürətlənməsi;</li> <li>▶ tərləmə</li> <li>▶ titrəmə və ya əsmə</li> <li>▶ ağızda quruluq</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ tənəffüsün çətinləşməsi</li> <li>▶ boğulma hissi</li> <li>▶ döş qəfəsində ağrı və diskomfort</li> <li>▶ ürəkbulanma və qarın boşluğunda xoşagəlməz hissiyyət</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ başgicəllənmə, zəiflik, dözümsüzlük hissi</li> <li>▶ ətraf obyektlərin qeyri-real qəbul olunması (derealizasiya), öz şəxsiyyətindən uzaqlaşma hissi (depersonalizasiya)</li> <li>▶ şüurunun və özünüidare etməni itirmə qorxusu</li> <li>▶ ölüm qorxusu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ istiliyin gəlməsi</li> <li>▶ keyləşmə hissi</li> </ul>

- A.** Qorxu yaradan vəziyyətlərdən qaçmaq və ya təşviş əlamətləri xəstədə emosional distress yaradır, hərçənd, xəstə dərk edir ki, onun bu cür reaksiyaları əsassızdır.
- B.** Təşvişin əlamətləri yalnız həmin vəziyyətlərdə və ya həmin vəziyyətlər haqqında düşünəndə yaranır.
- C.** Yuxarıda qeyd olunan simptomlar digər bölmələrdəki (F00-F09, F20-F29, F30-F39, F42) pozuntularda qeyd olunan əlamətlərlə əlaqədar deyil.

#### Aqorafobiyanın təbii gedişi və proqnozu

Panik hücumları olmayan aqorafobiyanın gedişi kifayət qədər öyrənilməyib. Bəzi sübutlara görə aqorafobiya uzun müddət davam edə və ifadə olunmuş funksional disadaptasiyaya səbəb ola bilər<sup>6</sup>.

### SOSIAL FOBİYALAR

Sosial fobiya ətrafdakıların diqqəti mərkəzində olmaq qorxusu ilə ictimai şəraitdən qaçmağa gətirib çıxaran hallardır. Bu pozuntunun daha ağır formaları, adətən, özünü qiymətləndirmənin aşağı olması və tənqid olunma qorxusu ilə müşahidə olunur. Sosial fobiya üçün qızarması, əllərin əsməsi, ürəkbulanma və ya qeyri-iradi sidik ifrazı kimi əlamətlərin olması ilə özünü göstərə bilər, hansı ki, xəstə bu

ikincili əlamətlərdən birini əsas problem kimi qəbul edir.

## **Epidemiologiya**

Depressiya və GTP-dən sonra ən geniş yayılmış psixi pozuntudur. Həyat boyu rast gəlinmə ehtimalı 13%-dir. 1 aylıq yayılma göstəricisi 4,5%-dir. Sosial fobiya əziyyət çəkən insanların yalnız 5%-i müalicə üçün mütəxəssislərə müraciət edir. 86,9% pasiyentlərdə 2 və daha artıq qorxu növü olur<sup>5</sup>.

89,4% xəstələr insan kütləsi içində çıxış etməkdən qorxurlar. Xəstələrin 63,1%-i insanlar olan otağa daxil olmaqdan və 47,3%-i tanımadığı adamlarla görüşməkdən qorxurlar. Sosial fobiya kişilərlə müqayisədə qadınlarda 2 dəfə daha artıq rast gəlinir<sup>6</sup>.

### **XBT-10 üzrə diaqnostik meyarlar<sup>21</sup>**

**A.** Aşağıda sadalanan əlamətlərdən hər hansı birinin olması:

1. Ətrafdakıların diqqət mərkəzində olub çıxılmaz və ya alçalmış vəziyyətə düşmək qorxusu
2. Ətrafdakıların diqqət mərkəzində olub çıxılmaz və ya alçalmış vəziyyətə düşmək riski olan situasiyalardan nəzərə çarpan dərəcədə qaçmaq

Bu qorxular ictimai yerdə yemək, tədbirlərə getmək, başqalarının yanında tanışlarla təsadüfi görüş, kiçik yığıncaqlarda vacib iştirak kimi sosial situasiyalar zamanı yaranır.

**B.** Pozuntunun başlanğıcında xəstədə F40.0 bölməsinin B bəndində göstərilən təşvişin ən azı iki əlaməti və aşağıda sadalanan əlamətlərdən biri (və ya bir neçəsi) yaranır:

1. Üzün qızarması və ya titrəmə
2. Qusma qorxusu
3. Sidiyə getmə və ya defekasiya çağırışı, yaxud bu cür çağırışların yaranması qorxusu

**C.** Öz reaksiyalarının əsassız olduğunu dərk etməsinə baxmayaraq, həmin reaksiyaları yaradan situasiyalardan qaçması və ya təşviş əlamətlərinin üzə çıxması xəstədə emosional disstress yaradır.

**D.** Təşviş əlamətləri yalnız həmin situasiyalarda və ya onlar haqda düşünəndə yaranır.

**E.** Yuxarıda qeyd olunan simptomlar digər bölmələrdəki (F00-F09, F20-F29, F30-F39, F42) pozuntularda qeyd olunan əlamətlərlə əlaqədar deyil.

## **Təbii gedişi və proqnozu**

Sosial fobiyalar 50% insanlarda 10 yaşına qədər başlayır. Sosial fobiya əziyyət çəkən insanların əksəriyyəti 15-25 yaşlar arasında ilk dəfə həkimə müraciət edir. Belə yubanmış müraciətin səbəbi xəstələrin sosial fobiyanın simptomlarını xəstəlik kimi deyil, xasiyyət kimi qəbul etmələridir. Sosial fobiya stabil gedişə malikdir, 1 il ərzində 27% xəstə bu psixi pozuntudan sağalır. Xəstəliyin 11 yaşdan sonra başlaması, digər psixi pozuntuların olmaması, təhsil səviyyəsinin yüksək olması xəstəliyin müsbət proqnoz göstəriciləridir. Xəstəliyin davam etmə müddəti təxminən 20 ildir və bu müddətdən sonra 79% insanlarda tam və ya hissəvi remissiya müşahidə olunur. Xəstəliyin təkrar olunma ehtimalı çox azdır<sup>6</sup>.

## **Panik [epizodik paroksizmal təşviş]**

Təşvişin qəfil və intensiv tutmaları ilə müşahidə edilir, həmin şəxsin ətrafında baş verən hadisələrlə bağlı olmur. İnsan panik hücumun yenidən baş verməsini gözlədiyi hallar istisna olmaqla, adətən, tutmalar arasındakı dövrdə həyəcan müşahidə olunmur.

## **Epidemiologiya**

Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, həyat boyu PP-nin yayılması 1,4-2,9%-dir. Xəstəliyə daha çox qadınlarda rast gəlinir. PP-dən əziyyət çəkən insanların təxminən 1/3 hissəsində və ya 1/2 hissəsində aqorafobiya müşahidə olunur<sup>8</sup>.

## **XBT-10 üzrə diaqnostik meyarlar<sup>21</sup>**

- A.** Heç bir müəyyən situasiya və ya obyektə əlaqəsi olmayan, spontan olaraq yaranan təkrarlanan (*recurrent*) panik (təlaş) hücumların qeyd edilməsi. Bu tutmalar, həmçinin, heç bir fiziki güc, gərginlik və ya həyat üçün təhlükəli olan real təhdid ilə əlaqəli deyil.
- B.** Panik hücum aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə olunur:
  1. Möhkəm qorxu və ya diskomfortun digər təzahürü ilə baş verən epizodlar
  2. Tutma gözlənilmədən başlanır
  3. Epizod ən azı bir neçə dəqiqə davam edir, halbuki əlamətlərin

intensivliyi maksimuma çox tez çatır

4. Aşağıda sadalanan əlamətlərdən ən azı dördü qeyd edilir, eləcə də bunlardan biri a-d sırasındadır (*Cədvəl 3*)

C. Yuxarıda qeyd olunan simptomlar digər bölmələrdəki (F00-F09, F20-F29, F30-F39, F42) pozuntularda qeyd olunan əlamətlərlə əlaqədar deyil.

### **Təbii gedişi və proqnozu**

**Panik pozuntunun** orta yaş göstəricisi 25 yaşdır. PP-nin gedişində 2 variant mövcuddur:

a. qəflətən yaranan heç bir təkanla bağlı olmayan panik hücumlar

b. konkret şərait ilə əlaqəli olan panik hücumlar

Əgər panik hücumlar hər hansı bir şəraitlə bağlıdırsa, bu aqorafobiya gətirib çıxara bilər.

Panik hücumlar davam etmə müddətinə və intensivliyinə görə fərqlənə bilər. Belə ki, eyni xəstədə panik hücumlar həm bir ay ərzində dəfələrlə, həm də aylarla olan fasilə ilə baş verə bilər. Aqorafobiya ilə birgə inkişaf edən panik hücumlar xəstənin şəxsiyyətlərarası problemlərinə və cəmiyyətdə sosial rolunun itirilməsinə gətirib çıxarır. Həkimlərin tövsiyələrinə baxmayaraq belə xəstələr hesab edirlər ki, panik hücumlar onların həyatı üçün təhlükə yaradır, bu səbəbdən onlar işdən uzaqlaşır, evdən çıxmırlar. 4-6 il ərzində təxminən 30% hallarda vəziyyət sağalma ilə nəticələnir, 40-50% hallarda isə simptomların mövcudluğuna baxmayaraq yaxşı kimi qiymətləndirilir<sup>16</sup>.

### **Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu (GTP)**

GTP digər təşviş pozuntularından fərqlidir. Bunda təşviş spesifik bir vəziyyət və ya təşviş hücumunun olması qorxusu ilə əlaqəli deyil. GTP üçün aramsız ümumi narahatlıq, gərginlik və gələcəkdə adi hadisələrlə bağlı həddindən artıq təşviş xasdır. GTP zamanı həyatda rast gəlinən adi vəziyyətlər (iş, təhsil, maddi rifah, şəxslərarası münasibətlər) və ya reallaşma ehtimalı az olan hadisələrlə əlaqədar ümumi həyəcan, emosional gərginlik və həddən artıq narahatlıq müşahidə olunur. Narahatlıq GTP-nin xüsusiyyəti olmasına baxmayaraq, digər təşviş formalarına xas olan müxtəlif psixoloji



simptomlara bu pozuntuda daha az rast gəlinir.

Üstünlük təşkil edən əlamətlər dəyişkəndir, buna baxmayaraq daimi əsəbilik, titrəmə, əzələ gərginliyi, ürəkdöyünmə, başgicəllənmə, epiqastral nahiyədə diskomfort hissi daha çox rast gəlinən şikayətlərdəndir. Çox vaxt pasiyent özünün və ya yaxınlarından birinin yaxın vaxtlarda xəstələnəcəyi və ya bədbəxt hadisənin qurbanı olacağı barədə qorxu hissi keçirir.

### **Epidemiologiya**

Bir sıra icma əsaslı tədqiqatların nəticələri göstərir ki, GTP üçün hazırkı yayılma dərəcəsi 1,2%-dən 6,4%-ə, həyat boyu isə 4%-dən 6,6%-ə qədər dəyişir.

GTP-dən əziyyət çəkən xəstələrin 66%-i peşəkar yardım alır, 44%-i isə simptomlarını azaltmaq üçün dərman qəbul edir<sup>5</sup>.

Qeyd olunan pozuntuda davamlı təşvişin yayılmış xarakteri müşahidə olunur, halbuki, o nəinki hər hansı müəyyən olunmuş ətraf vəziyyətlə məhdudlaşmır, hətta onun hansı situasiyalarda daha tez-tez yaranmasını qeyd etmək mümkün olmur.

### **XBT-10 üzrə diaqnostik meyarlar<sup>21</sup>**

- A.** Ən azı altı ay ərzində xəstə daimi olaraq qabaqcadan hiss etdiyi gündəlik həyatında gələcəkdə olacaq kədərli hadisə ilə əlaqəli ifadə olunmuş gərginlik, narahatlıq, eləcə də ehtiyat hissi keçirir
- B.** Aşağıda sadalanan əlamətlərdən ən azı dördünün qeyd olunması, bunlardan da ən azı biri 1-4 sırasından olmalıdır (*Cədvəl 4*)
- C.** Bu pozuntu təşvişli, təşvişli-fobik, obsessiv-kompulsiv, ipoxondrik pozuntuların meyarlarına cavab vermir
- D.** Yuxarıda qeyd olunan simptomlar digər bölmələrdəki (F00-F09, F20-F29, F30-F39, F42) pozuntularda qeyd olunan əlamətlərlə əlaqədar deyil

**Cədvəl 4. Təşviş əlamətləri**

Vegetativ əlamətlər	Qarın boşluğu və döş qəfəsinə aid əlamətlər	Psixi vəziyyətə aid əlamətlər	Ümumi əlamətlər	Digər qeyri-spesifik əlamətlər
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ürək döyüntüsünün sürətlənməsi</li> <li>▶ tərləmə</li> <li>▶ titrəmə və ya əsmə</li> <li>▶ ağızda quruluq</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ tənəffüsün çətinləşməsi</li> <li>▶ boğulma hissi</li> <li>▶ döş qəfəsində ağrı və diskomfort</li> <li>▶ ürəkbulanma və qarın boşluğunda xoşagəlməz hissiyyat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ başgicəllənmə, zəiflik, dözümsüzlük hissi</li> <li>▶ ətraf obyektlərin qeyri-real qəbul olunması (derealizasiya), öz şəxsiyyətindən uzaqlaşma hissi (depersonalizasiya)</li> <li>▶ şüurunu və özünüidarə etməni itirmə qorxusu</li> <li>▶ ölüm qorxusu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ istiliyin gəlməsi</li> <li>▶ keyləşmə hissi</li> <li>▶ əzələ gərginliyi və ya ağrılar</li> <li>▶ hərəkəti narahatlıq və rahatlıq bilməmək;</li> <li>▶ əsəbilik hissi, “əsəblərin qırılması sərhədi” vəziyyəti və ya psixi gərginlik</li> <li>▶ boğazda düyünlük hissi və ya udmanın çətinləşməsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ qorxu yaratmaq məqsədilə istənilən gözlənilməzlik və ya hərəkətə qarşı güclənmiş reaksiya təşəbbüsü göstərmək</li> <li>▶ təşviş və ya narahatlıq nəticəsində diqqətin cəmləşməsinin çətinləşməsi və ya “başda boşluq” hissi</li> <li>▶ daimi tez qıcıqlanma</li> <li>▶ narahatçılıq səbəbindən yuxuya getmənin çətinləşməsi</li> </ul>

## **Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun təbii gedişi və proqnozu**

**Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu** – adətən, yeniyetməliklə təqribən 14-20 yaşlararası dövrdə başlayır dövr arasında başlayır. Araşdırmalar göstərir ki, GTP-li şəxslərin 15%-i tam remissiyanı 2 ay və başlanğıc dövründən sonrakı ilk ilin müəyyən dövründə yaşayır. Xəstələrin yalnız 25%-də başlanğıc dövründən sonrakı 2 il ərzində tam remissiya müşahidə olunur. GTP ilə əlaqəli əlillik PD-li və ya əsas (*major*) depressiyalı fərdlərlə eynidir. Keçmiş və perspektiv (gələcək) hesabat/hesablamalar göstərir ki, GTP-nin gedişi xronik, 10 il və ya daha uzun müddət ərzində davam edir. Xəstələr müxtəlif somatik şikayətlər ilə müxtəlif həkimlərə müraciət edirlər. GTP-dən əziyyət çəkən insanların 30%-də işin məhsuldarlığı aşağı düşür. Bu səbəbdən onlar çox vaxt işsiz qalırlar. Bu xəstələr arasında ailə qurmayan və ya ailə qurub ayrılanların da sayı çoxdur<sup>6</sup>.

### **Təşviş pozuntusunun diaqnostikası**

Təşviş pozuntularını digər sistemlərin xəstəliklərindən, eləcə də bəzi psixi xəstəliklərdən diferensiasiya etmək lazımdır<sup>15</sup> (*Cədvəl 5*).

**Endokrin sistemi xəstəlikləri:** Hipertireoz və hipotireoz, hipoplikemiya, böyrəküstü vəzinin çatışmazlığı, feoxromositoma, menopauza, hiperadrenokortisizm.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bir neçə qrup dərman preparatlarının qəbulu ilə əlaqədar yaranan əlavə təsirlər.

### ***Cədvəl 5. Diferensial diaqnostika***

<b>Təşviş pozuntuları</b>	<b>Əsas əlamətlər</b>	<b>Vəziyyət</b>	<b>Davam etməsi</b>
<b>Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Həddən artıq narahatlıq</li> <li>▶ Həyəcanın vegetativ əlamətləri</li> </ul>	▶ Müəyyən bir vəziyyətlə bağlılığı yoxdur	6 aydan az olmayaraq davam edir
<b>Panik pozuntu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Güclü qorxu və ya diskomfortun diskret epizodu</li> <li>▶ Qəfildən başlayır</li> <li>▶ Bir neçə dəqiqə ərzində maksimum həddə çatır</li> <li>▶ Ən azı bir neçə dəqiqə davam edir</li> <li>▶ Həyəcanın vegetativ simptomları ilə müşayiət olunur</li> </ul>	▶ Müəyyən bir vəziyyətlə bağlılığı yoxdur	1 ay ərzində ən azı 4 hücum
<b>Sosial fobiya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diqqət mərkəzində olmaqla əlaqədar və ya hər hansı bir hərəkətin sonda utanmağa və ya alçalmağa gətirib çıxara biləcəyi ilə bağlı qorxu</li> <li>▶ Diqqət mərkəzində olmaqdan, yaxud hər hansı bir hərəkətin sonda utanmağa və ya alçalmağa gətirib çıxara biləcəyi ehtimalı ilə bağlı vəziyyətlərdən açıq-aşkar çəkinmək</li> </ul>	▶ Sosial vəziyyətlər (çıxışlar, insanlar arasında qida qəbulu, kütləvi tədbirlər)	Müəyyən edilməyib

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aşağıdakı simptomlardan biri ilə müşayiət edilmə:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. qızarmaq və “titrəmək” qorxusu</li> <li>2. qusma qorxusu</li> <li>3. sidiyə çıxma, yaxud defekasiya hissi və ya bununla bağlı qorxu</li> </ol> </li> </ul>		
<b>Aqorafobiya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psixi narahatlıq</li> <li>▶ Həyəcanın vegetativ əlamətləri</li> </ul>	Konkret vəziyyətlər <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ insan kütləsi</li> <li>▶ kütləvi yerlər</li> <li>▶ təkbaşına hərəkət etmək</li> <li>▶ tanış olmayan yerlər</li> </ul>	Müəyyən edilməyib

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

1. GTP-nin 7 göstərici üzrə şkalası (GAD- 7) (bax *Əlavə 4*)<sup>10</sup>
2. *Liebowitz* Sosial fobiya şkalası (bax *Əlavə 5*)<sup>19</sup>
3. Aqorafobiya şkalası (bax *Əlavə 6*)<sup>3</sup>
4. Panik pozuntu şkalası (bax *Əlavə 7*)<sup>18</sup>

# TƏŞVİŞ POZUNTULARIN MÜALİCƏSİ. İLKİN SƏHİYYƏ SİSTEMİNDƏ GÖSTƏRİLƏN YARDIM

## Təşviş pozuntuları zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələr

1. Təşviş pozuntularının mövcudluğundan şübhələndə kompleks müayinə aparılmalıdır (**A**)<sup>7,11</sup>. Bu zaman simptomların təzahür olunmasını (GTP-7, bax *Əlavə 4*), disstressin və funksional dezadaptasiyanın səviyyəsini nəzərə almaq lazımdır.
2. Yüngül (GTP-7 üzrə 5-9 bal, bax *Əlavə 4*) və ya az təzahür olunmuş (GTP-7 üzrə 10-14 bal, bax *Əlavə 4*); az təzahür olunmuş təşviş pozuntuları zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələrə üstünlük verilməlidir.
3. Təşviş pozuntusu diaqnozunu qoyarkən aşağıdakılara diqqət yetirmək lazımdır<sup>9,14,15</sup>:
  - ▶ Depressiya simptomlarının mövcudluğu
  - ▶ Alkoqol və digər psixoaktiv maddələrin istifadəsi
  - ▶ Yanaşı gedən somatik xəstəliklər
  - ▶ Anamnezdə psixi və somatik xəstəliklərin mövcudluğu
  - ▶ Əvvəlki müalicə və ona qarşı həssaslıq
4. Generalizə olunmuş təşviş, panik (təlaş pozuntusu), sosial fobiya və aqorafobiya kimi pozuntulardan xəstənin tam sağalması məqsəd kimi qəbul edilməlidir. Bu qrup pozuntuların yaranmasında psixoloji faktorların önəmli yer tutmasına görə psixo-farmakoterapevtik müdaxilələrin aparılması çox vaxt məqsəduyğun deyil (**B**)<sup>15</sup>.
5. İlk qeyri-farmakoloji yardım – pasiyenti öz xəstəliyi haqqında məlumatlandırmaqdır. Pozuntular barəsində maarifləndirmə pasiyentin həkimlə növbəti görüşü zamanı həyata keçirilir. Həkim təşviş pozuntuları, onların müxtəlif təzahür formaları, müalicə metodları və profilaktikası haqqında məlumatı pasiyentin diqqətinə çatdırır, bu da aşağıdakı formada həyata keçirilə bilər<sup>9</sup>:
  - ▶ Təşviş pozuntusunun (o cümlədən fiziki simptomların) əslini təsvir etmək
  - ▶ Təşviş pozuntusunun əhali arasında geniş yayılmasını qeyd etmək
  - ▶ Təşviş pozuntularına irsi meyilliliyin olması barədə məlumat vermək
  - ▶ Pasiyentə tam sağalmağın mümkünlüyünü bildirmək

- ▶ Təşvişi yarada bilən səbəbləri qeyd etmək (stress halları, sosial amillər, həssaslıq)
  - ▶ Effektiv müalicə metodları barədə məlumatlandırmaq
  - ▶ Sağalmağa olan ümidi dəstəkləmək  
Sağlam həyat tərzini qorumaq profilaktik tədbirlər çərçivəsində məsləhət görülür<sup>8</sup>:
  - ▶ Kofein, nikotin və şokoladın istifadəsini azaltmaq
  - ▶ Sakitləşdirici maddələrin istifadəsini mümkün qədər azaltmaq
  - ▶ Aerobika ilə məşğul olmaq (20-40 dəqiqə, həftədə 3-5 dəfə)
  - ▶ Yemək rejimi və pəhriz
  - ▶ Alkoqol qəbulunu istisna etmək
6. Tənəffüs məşğələləri təşvişin intensivliyini azaltmaq üçün istifadə olunur. Şiddətli təşviş zamanı aşağıda göstərilənləri tətbiq edən pasiyent ən azı xoşagəlməz hislər və fikirlərdən yayınır<sup>9</sup>.
- Tənəffüs məşğələsi<sup>9</sup>:**
- ✓ 3 saniyə ərzində nəfəs almaq
  - ✓ Üçə kimi sayıb 3 saniyə ərzində nəfəs vermək
  - ✓ 3 saniyə (nəfəs almadan) fasilə edib yuxarıda göstərilənləri təkrarlamaq
  - ✓ Bu məşqi gündə 2 dəfə 10 dəqiqə ərzində etmək (heç olmasa 5 dəqiqə ərzində)
  - ✓ Bu texnikadan təşviş zamanı da istifadə etmək
7. Proqressiv relaksasiya təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı qeyri-medikamentoz müdaxilələr arasında ən asan və effektiv üsuldur.
- Proqressiv relaksasiya keçirdikdə<sup>9</sup>:
- a) Rahat vəziyyət almaq, aramla nəfəs almaq, bədən əzələlərinə boşalmaq göstərişi vermək.
  - b) Bu və ya digər əzələ qrupunu gərilmiş vəziyyətə gətirmək (bax: yerinə yetirilmə qaydasına) və həmin vəziyyətdə 5 saniyəyə qədər saxlamaq.
  - c) Əzələləri 10 saniyəlik boşaltmaq, bunu eyni zamanda “boşal” verbal komandası ilə gücləndirmək.
  - d) Məşqdən sonra “adi” vəziyyətə qayıtmaq üçün 2 dəqiqə vaxt ayırmaq.

## Əzələlərin boşaldılması qaydası<sup>9</sup>

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

## Təşviş pozuntularının medikamentoz müalicəsi Müalicənin məqsədləri

1. Şiddətli təşviş zamanı (**GTP-7** üzrə 15 baldan yuxarı) və ya qeyri-medikamentoz müdaxilələr 4-12 həftə ərzində nəticə vermədikdə medikamentoz müalicə təyin olunur (**C**)<sup>11</sup>.
2. Həkim pasiyentin arzu və istəklərinin aydınlaşdırılması, müalicəyə məlumatlandırılmış razılığın alınması, birgə qərarların təkmilləşdirilməsi və gələcəkdə atılacaq addımların planlaşdırılması yolu ilə pasiyentlə əməkdaşlıq yaratmalı və bu əməkdaşlığı inkişaf etdirməlidir<sup>11</sup>.
3. Həkim xəstənin ailə və yaxınlarını (tibbi etika və qanunvericilik normalarına riayət etməklə) xəstəlik, potensial təhlükənin minimuma çatdırılması, pasiyentə onun gündəlik işlərində necə yardım edilməsi haqda məlumatlandırmaqla, onları müalicəyə cəlb etməlidir. Xəstəlik müddətində birbaşa pasiyentə və onun ailəsinə aid olan vacib fərدي və professional qərarların



- verilməsinin təxirə salınmasını tövsiyə etmək lazımdır (**D**)<sup>7,14</sup>.
4. Həkim pasiyentin əhvalının dinamikasını, onun sosial vəziyyətini, tibbi göstərişlərə riayət olunmasını, əlavə təsirləri və həmçinin, pasiyentin müalicəyə dair fikirlərini izləməlidir (**A**)<sup>11</sup>.
  5. Həkim pasiyentin təkidi zamanı onun diaqnozun doğruluğuna dair şübhələrinin olduğu, simptomların kəskin təzahürü, həmçinin, psixoterapiya, əlavə müayinə və ya müalicə aparan mütəxəssisə inamının olmadığı təqdirdə mütəxəssis məsləhətləşməsinə təşkil etməlidir<sup>7,11</sup> (bax *Əlavə 2, 3*).

### Müalicənin təyin edilməsi

1. Müalicə təyin olunmazdan əvvəl mümkün müalicə növləri, müalicə olunmağın vacibliyi, qəbul olunan müalicənin effekti və rast gəlinə bilən yan təsirləri barədə xəstə əvvəlcədən məlumatlandırılmalıdır (**A**)<sup>7</sup>.
2. Medikamentoz müalicənin təyin edilməsi zamanı aşağıdakıları nəzərə almaq zəruridir<sup>7</sup>:
  - ▶ Pasiyentin yaşını
  - ▶ Əvvəlki müalicəni
  - ▶ Mümkün riskləri (intihar məqsədlə preparatın dozadan artıq istifadəsi ehtimalı)
  - ▶ Preparata qarşı dözümlülüyü
  - ▶ Pasiyentin üstünlük verdiyi müalicə üsullarını və məsrəfləri
3. Təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı ilkin seçim kimi *serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorlar (SİUSİ)* qrupundan olan antidepressantlara üstünlük vermək lazımdır (**A**)<sup>4,7,11,15</sup>. *Sertralin, essitalopram, paroksetin, fluvoksamin (B)*<sup>11</sup> bu sıradan birinci seçiləcək preparatlardır. Hər cəhətdən sərfəli və qəbulu rahat olan (gün ərzində 1 dəfə təyin edilə bilər) bu preparatlar daha təhlükəsiz olması ilə seçilir.
4. SİUSİ təyinatı zamanı xəstə aşağıda göstərilənlər haqqında məlumatlandırılmalıdır<sup>4,11</sup>:
  - ▶ Mümkün olan əlavə təsirlər (əsasən dərman qəbulunun ilk həftəsində)
  - ▶ Həyəcan simptomlarının bir neçə həftə ərzində tədricən itməsi
  - ▶ Müalicə rejiminə riayət edilməsi və saxlayıcı terapiyanın zəruri olması

- ▶ Müalicəyə başlayandan sonra baş verən bütün dəyişikliklər haqqında həkimə məlumatın verilməsi
5. Müalicənin ilk 3 ayının hər 2-4 həftəsi və növbəti hər 3 ayda preparatın effektivliyi və yan təsirlərini nəzərdən keçirmək lazımdır **(C)**<sup>7,11</sup>. Əgər preparat effektivdirsə, yüksək residivlik ehtimalını nəzərə alaraq xəstəyə 1 il müddətinə preparatın qəbulunu davam etdirməsi tövsiyə olunmalıdır **(D)**<sup>7</sup>.
  6. Əgər yuxarıda sadalanan preparatlardan biri 12 həftə ərzində xəstədə istənilən effekti vermirsə, SİUSİ qrupundan digər preparat və yaxud da *serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SNIUSİ)* qrupundan olan preparat - *venlaksaxin* təyin etmək olar **(B)**<sup>4,7,11</sup>.
  7. SİUSİ və SNIUSİ preparatlarını təyin edərkən dərman qəbulunun dayandırılması sindromu (xüsusilə *paroksetin* və *venlaksaxin*) və yüksək dozalarda toksik təsirlə əlaqədar intihar riski (*venlaksaxin*) kimi faktorları nəzərdə saxlamaq lazımdır **(B)**<sup>7,11</sup>.
  8. Ağır təşviş pozuntularında böhran vəziyyətinin qarşısını almaq üçün qısa müddət ərzində (2 həftədən çox olmamaq şərtilə) *alprazolam* əlavə kömək vasitəsi kimi istifadə oluna bilər **(B)**<sup>4,11</sup>.
  9. İlk səhiyyə sistemində təşviş pozuntularının müalicəsində antipsixotik (neyroleptik) dərmanlar təyin olunmamalıdır.

### **İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş**

1. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:
  - ▶ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
  - ▶ 6 ay ərzində müalicəyə rezistentliyi
  - ▶ Pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
  - ▶ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla, komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
  - ▶ İlk tibbi yardım şəraitində arzuolunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü
2. İlk səhiyyə sisteminin həkimi mütəxəssis yanına göndəriş verərkən təşviş pozuntusunun davamlılığı, ağırlıq dərəcəsi və dinamikası, intihar tendensiyaları, davam edən və əvvəlcə aparılan müalicə haqqında məlumatı təqdim etməlidir.

# İXTİSASLAŞDIRILMIŞ SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ GÖSTƏRİLƏN YARDIM

## Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu

1. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində GTP müalicəsində psixoterapiya birinci seçim üsuludur (**A**)<sup>7</sup>. Bu həm monoterapiya şəklində, həm də medikamentoz müalicə ilə birgə keçirilə bilər. Psixoterapiya individual və qrup şəklində keçirilir. GTP müalicəsində KDT daha effektivdir. Bu terapiya həftədə bir dəfə olmaqla 10-20 seans davam edir (**B**)<sup>7,11,15</sup>.
2. GTP-nin KDT ilə müalicəsi özündə koqnitiv proseslərin yenidən qurulması, ekspozisiyası, sistematik desensibilizasiyasını birləşdirir.
3. GTP-nin ixtisaslaşdırılmış yardım sistemində müalicəsində ilkin seçim preparatlarına SİUSİ, SNIUSİ aiddir (**B**)<sup>4,7,11,15</sup> (bax Əlavə I).
4. Ehtiyac olarsa, preparatlar daha yüksək dozalarda təyin oluna bilər: *sertralin* (100-200 mq) (**B**), *essitalopram* (20 mq) (**B**), *paroksetin* (40 mq) (**A**), *fluvoksamin* (100-300 mq), *venlaksaxin* (150-225 mq) (**A**)<sup>7</sup>. Dozaların artırılması 1-2 həftə intervalla tədricən həyata keçirilməlidir<sup>4,7,11,15</sup>.
5. İkinci seçim preparatları kimi trisiklik antidepressant - *kломипрамин* istifadə olunur (50-100 mq gündə), həmçinin, qeyri-benzidiazapin trankvilizatorlar (**QBDT**) – *hidroksizin* (**B**) və *buspiron* (**B**) təyin oluna bilər (**C**)<sup>11,15</sup>.
6. **QBDT** heç vaxt benzidiazapin tranvilizatorlar qəbul etməyən xəstələrə təyin olunur. Onlar ayrıca müalicə kimi az dozada antidepressant ilə birgə təyin oluna bilər. Trankvilizatorların təyini zamanı onların sedativ təsirini nəzərə alaraq xəstəni nəqliyyat vasitələrini idarə edərkən ehtiyatlı olmaq zəruriyyəti barədə məlumatlandırmaq lazımdır<sup>11,15</sup> (bax Əlavə I).
7. **BDT** – *alprazolam*, *bromozepam*\*, *lorazepam*\* və yaxud *diazepam* antidepressantların təyindən sonra effekt əldə olunmadıqda təşvişin ağır simptomlarını aradan qaldırmaq məqsədi ilə 4 həftədən artıq olmayan müddətə təyin oluna bilər (**B**)<sup>4,11,15</sup>.

---

\* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçmiş dərman vasitələri

8. GTP-nin rezistent formalarının müalicəsində kiçik dozalarda antipsixotik preparatlar *qvetiapin*, *risperidon* və ya *olanzapin* (**B**)<sup>11</sup> istifadə oluna bilər.
9. Müalicədə lazımı nəticə əldə olunduqdan sonra 1 ildən az olmayaraq saxlayıcı terapiyanı davam etdirmək lazımdır (**D**)<sup>7</sup>.
10. Diaqnostikanın və müalicənin monitorinqi məqsədi ilə Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalasını (**GTP-7**) istifadə etmək olar (bax *Əlavə 4*).

### **Panik pozuntu və aqorafobiya**

1. KDT panik pozuntunun müalicəsi üçün ən effektiv üsuldür (**A**)<sup>7</sup>. KDT farmakoterapiya ilə birgə də aparıla bilər. Təkrar kəskinləşmələrin qarşısını almaq üçün KDT medikamentoz müalicədən daha üstündür (**A**)<sup>7,11,12</sup>.
2. PP-nin və aqorafobiyanın müalicəsi zamanı istifadə olunan KDT metodları özündə destruktiv fikirlərin dayanmasını, ekspozisiyanı (in vivo), özünü idarəetmənin və emosiyaların tənzimlənməsini özündə birləşdirir<sup>11,12,15</sup>.
3. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində PP-nin müalicəsi üçün ilkin seçim preparatları standart dozalarda təyin olunmuş SİUSİ - *sertralin*, *essitalopram*, *paroksetin*, *fluvoksamın* olmalıdır<sup>4,7,11,12,15</sup>.
4. Əgər 4 həftə ərzində təyin olunan preparat gözlənilən nəticəni vermirsə və ya xəstəyə pis təsir edirsə, bu zaman başqa SİUSİ və ya SNIUSİ (*venlaksaxin*) (**B**) ilə əvəz oluna bilər<sup>4,7,11,12</sup>.
5. 8-12 həftə ərzində SİUSİ və ya SNIUSİ preparatları ilə müalicə nəticə vermədikdə, bu preparatları *klomipramin* (**A**)<sup>7</sup> və ya *mitrazapin*\* və ya *reboksetin*\* ilə əvəz etmək lazımdır<sup>4,11,12</sup>.
6. **BDT** – *alprazolam*, *klonazepam*, *lorazepam*\* və ya *diazepam* anitidepressant təyininədən sonra effekt olmadıqda təşvişin ağır simptomlarını aradan qaldırmaq məqsədi ilə 4 həftədən artıq olmayan müddətə təyin olunmalıdır (**B**)<sup>4,7,11,12</sup>.
7. VP-nin rezistent formalarında müalicəyə *qabapentin* (**B**)<sup>11</sup> və ya *natrium valproat* əlavə oluna bilər.
8. β-blokatorların və antipsixotik preparatların tətbiqi məsləhət görülmür (**D**)<sup>7,15</sup>.

---

\* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

9. Gözlənilən nəticə əldə olunduqdan sonra 1 ildən az olmayaraq saxlayıcı terapiyanı davam etdirmək lazımdır **(D)**<sup>7</sup>.
10. Diaqnostikanın və müalicənin monitorinqi məqsədi ilə **Aqorafobiya üzrə şkalanı** istifadə etmək olar (bax *Əlavə 6*).
11. Diaqnostikanın və müalicənin monitorinqi məqsədi ilə **Tələş Pozuntusu üzrə şkalanı** istifadə etmək olar (bax *Əlavə 7*).

### **Sosial fobiya**

1. SF-nin müalicəsi zamanı ən effektiv üsul KDT **(A)** və interpersonal psixoterapiyadır (İPT). KDT və İPT individual və qrup şəklində keçirilir, ayrı və ya farmakoterapiya ilə birgə<sup>7,12,15</sup>.
2. SF-nin müalicəsində istifadə olunan psixoterapevtik üsullar rol oyunlarını, ünsiyyət təhlilini, sosial qabiliyyətlərin inkişafını və davranış eksperimentini əhatə edir.
3. İxtisaslaşdırılmış yardım sistemində SF-nin müalicəsində ilkin seçim preparatları SİUSİ təyin olunur **(A)**<sup>4,12</sup>.
4. 12 həftə ərzində SİUSİ-nin tətbiqi nəticə vermirsə, *venlaksaxin* **(B)**<sup>4</sup> və ya *moklobemid*\* **(B)** təyin olunur<sup>12,15</sup>.
5. **BDT** – *klonazepam* **(B)**<sup>4</sup> və ya *bromozepam*\* **(B)**<sup>15</sup> anitidepressant təyinindən sonra effekt olmadıqda təşvişin ağır simptomlarını aradan qaldırmaq məqsədi ilə 4 həftədən artıq olmayan müddətə təyin olunmalıdır.
6. SF-nin rezistent formalarının müalicəsində *qabapentin* **(B)** və *topiramet* **(D)** tətbiq etmək daha məqsədəuyğundur<sup>4,15</sup>.
7. SF-nin rezistent formalarında kiçik dozalarda antipsixotik preparatlar *qvetiapin* **(D)** və ya *olanzapin* **(B)** istifadə oluna bilər. Bu preparatlar monoterapiya və ya digər dərman preparatları ilə birgə təyin oluna bilər<sup>4,15</sup>.
8. SF-nin müalicəsi zamanı TSA, QBDT və β-blokatorların tətbiqi məqsədəuyğundur<sup>11,15</sup>.
9. Diaqnostikanın və müalicənin monitorinqi məqsədi ilə **Liebowitz sosial fobiya şkalasını** istifadə etmək olar (bax *Əlavə 5*).

# TƏŞVİŞ POZUNTULARI HALLARINDA GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ

## Uşaqlar

1. Təşviş pozuntularından əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrə müalicənin aparılması üçün yardım göstərən mütəxəssislər valideynlərin razılıqlarını Azərbaycan Respublikası Qanunvericiliyinə və Uşaq Hüquqları Konvensiyasına dəqiqliklə riayət etməklə almalıdırlar.
2. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə təşviş pozuntularının inkişafı, adətən, bu yaş dövrü üçün səciyyəvi olan psixososial faktorlarla – valideynlər arasında münaqişə (o cümlədən boşanma), müəllim və həmyaşıdlarla yaşanan problemlər (o cümlədən məktəbdə olan rixşənd halları), fiziki, cinsi və ya emosional zorakılıq, yaxın adamın vəfatı, digər məktəbə keçirilmə, somatik və digər psixi pozuntular ilə əlaqədar olur. Həkimlər uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularını müşayiət edən bütün halları dəqiqliklə təhlil etməlidirlər<sup>12,15</sup>.
3. Uşaqda təşviş pozuntusu aşkarlanan zaman dərhal bu barədə valideynlər məlumatlandırılmalı və təşvişə səbəb ola biləcək psixososial faktorları aradan qaldırmaq üçün tədbirlər həyata keçirilməlidir. Valideynlərə öz uşaqlarının halını və davranışını diqqətlə müşahidə etməyi tövsiyə etmək lazımdır. Onlara uşaqların gün rejimi (məşğulluq və istirahət daxil olmaqla), düzgün qidalanması və fiziki fəallığı haqda məsləhət verilməlidir<sup>12,15</sup>.
4. Uşaq və ya yeniyetmələrdə ifadə olunmuş təşviş pozuntusunun mövcudluğuna dair şübhələrin olduğu təqdirdə, onlar uşaqların psixi sağlamlığı sahəsində çalışan mütəxəssisin yanına göndərməlidirlər. Uşaqların psixi sağlamlığı sahəsi üzrə mütəxəssis olmayan həkim (o cümlədən pediatri) uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularının müalicəsini müstəqil olaraq başlaya və ya müalicəni apara bilməz.
5. Uşaq və yeniyetmələrdə olan təşviş pozuntularının müalicəsində birinci seçim psixoterapiyadır. Psixoterapevtik metodikalardan çoxu öz effektivliyini KDT və İPT istifadəsi zamanı uşaq və yeniyetmələrdə təşviş əlamətlərinin aradan qaldırılması və

onların sağlması ilə sübut etmişdir<sup>12,15</sup>.

6. Böyüklərdə təşviş pozuntularının müalicəsi üçün istifadə olunan dərman preparatlarının çoxunun effektivliyi uşaq və yeniyetmələrin müalicəsində sübut edilməmişdir, buna görə də 16 yaşından aşağı olan uşaqlarda həmin preparatlar təyin olunmamalıdır. Kiçik yaşlı uşaqlarda təşviş əleyhinə dərmanların qəbulu paradoksal effektlər və intihar riskinin artması ilə müşahidə oluna bilər<sup>12,15</sup>.
7. Müstəsna hallarda *fluvoksamin* (**B**) başlanğıc kimi yarım dozada təyin oluna bilər. Müalicə başlanan vaxtdan 4 həftə ərzində gözlənilən effekt əldə olunmasa, təyin olunan doza tədricən artırıla bilər<sup>4,12,15</sup>.

### Ahıl yaşlı insanlar

1. Təşvişli vəziyyətlərə ahıl yaşlarda tez-tez rast gəlinir. Çox vaxt bu yaşlarda rast gəlinən psixi və somatik xəstəliklər təşvişin əsas səbəbləri kimi göstərilə bilər. Buna görə də ahıl yaşlı insanlarda təşviş pozuntularının diaqnostikası və müalicəsi zamanı təşvişin yaranmasına səbəb ola biləcək somatik xəstəliklər, qəbul olunan dərmanlar, demensiya kimi faktorları müəyyənləşdirmək lazımdır<sup>4,15</sup>.
2. Farmakoterapiyanı təyin edərkən aşağıda göstərilənləri nəzərə almaq lazımdır<sup>15</sup>:
  - ▶ preparatın metabolizminin ahıl yaşlıların fizioloji proseslərinə necə təsir göstərməsini
  - ▶ hazırkı preparatın komorbid pozuntulara necə təsir göstərməsini
  - ▶ yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi üçün yaşlı insanların istifadə etdiyi digər dərmanların hazırkı preparatla nə dərəcədə uyuşmasını.
3. Ahıl yaşlı insanlarda təşviş pozuntularının müalicəsi zamanı birinci seçim preparatlarına SİUSİ – *sertralin*, *essitalopram*, *fluvoksamin*, həmçinin *moclobemid*\* aiddir (**B**). Yarana bilən antixolinergik effektlərə görə *paroksetin* çox ehtiyatla təyin olunmalı, *fluoksetin* isə ahıl yaşlı insanlara təyin olunmamalıdır<sup>4,15</sup>.

4. TSA - *venlaksaxin* (**B**)<sup>12</sup> və *mirtazapin*\* antixolinergik effektlər nəticəsində yaranan deliriumun mümkün inkişafı ilə əlaqədar olaraq yaşlı adamlara təyin olunmamalıdır. Bu preparatlar, həmçinin, prostat pozuntularına (sidiyin ifrazının ləngiməsinə), qəbizlik və ürək fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb ola bilər<sup>4</sup>.
5. Metabolik proseslərin yaşlı dövrdə yavaşması plazmada preparatların səviyyəsini yüksəldə bilər. Bu isə öz növbəsində terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını tələb edir (**D**)<sup>12</sup>.
6. Ahıl yaşlı insanlara BDT təyin edilən zaman bu preparatların orqanizmdə toplanmasını və yüksək hipotenziya riskini nəzərə almaq lazımdır (**D**)<sup>7</sup>.

### Hamiləlik və doğuş

1. Hamiləlik və doğuş təşviş pozuntularına səbəb ola bilər. Buna görə də müalicə birinci növbədə təşvişi yaradan hamiləlik və ya doğuşun psixoloji faktorlarının aradan qaldırılmasına doğru yönəldilməlidir<sup>4,15</sup>.
2. Antidepressantların çoxu hamiləlik zamanı yaranan təşviş pozuntularının müalicəsində uğurla istifadə oluna bilər, lakin yarana biləcək dərman qəbulu dayandırılması sindromu və yenidən doğulmuşda serotoninergik effektin meydana çıxması kimi vəziyyətləri nəzərdə saxlamaq lazımdır<sup>4,15</sup>.
3. Hamiləliyin üçüncü trimestrində SİUSİ-nin qəbulu 10-30% halda yenidən doğulmuşlarda keçici adaptasiya sindromunun inkişafı ilə əlaqədardır (**C**)<sup>11</sup>. Adaptasiya sindromunun əlamətlərinə uşaqlarda olan və adətən, 2 həftə ərzində keçən qıcolma, narahatlıq, əzələ tonusunun güclənməsi, yüngül respirator pozuntular aiddir (**C**). SNIUSİ-nin körpənin sonrakı inkişafına təsiri aşkarlanmamışdır<sup>11,15</sup>.
4. Hamiləlik zamanı *paroksetin* qəbulu döldə ürək qüsurunun yaranması riskini artırma bilər. Hamiləliyin birinci üç ayı müddətində BDT-nin qəbulu qurdağızlılıq, dovşandodaqlılıq kimi qüsurların yaranması üçün risk ola bilər (**B**). Teratogen

---

\* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri



effekt, həmçinin, hamiləlikdə antikonvulsiv preparatların qəbulu zamanı qeyd olunur<sup>4,11,15</sup>.

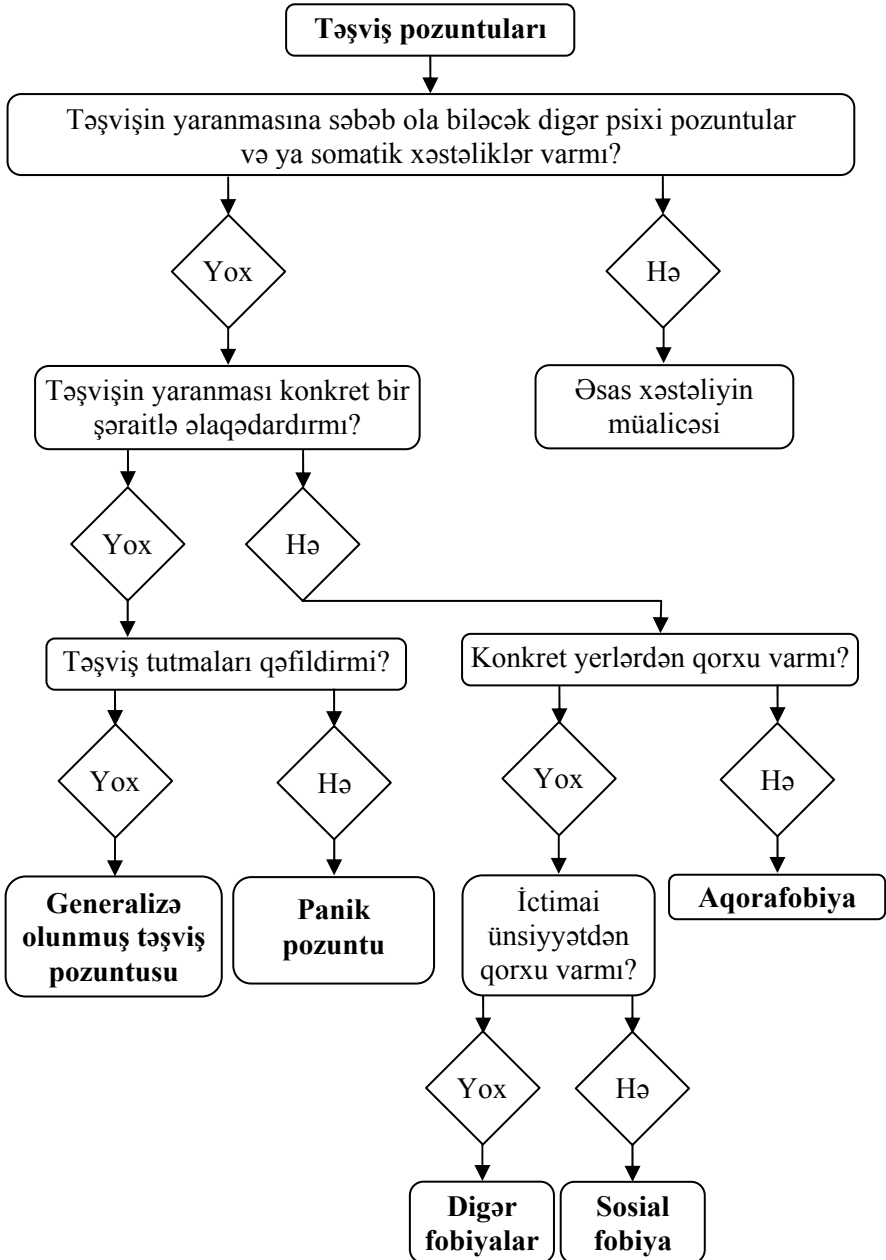
5. Preparatın ana südündə konsentrasiyası müxtəlif preparatlar üçün fərqlidir. Antidepressantların çoxu döşlə əmizdirmə zamanı yeni doğulmuş körpənin qanında cüzi səviyyədə aşkar olunur və bu da körpənin davranışına böyük təsir göstərmir (**D**)<sup>4,11,15</sup>.

## Təşviş pozuntularının müalicəsində istifadə edilən preparatlar

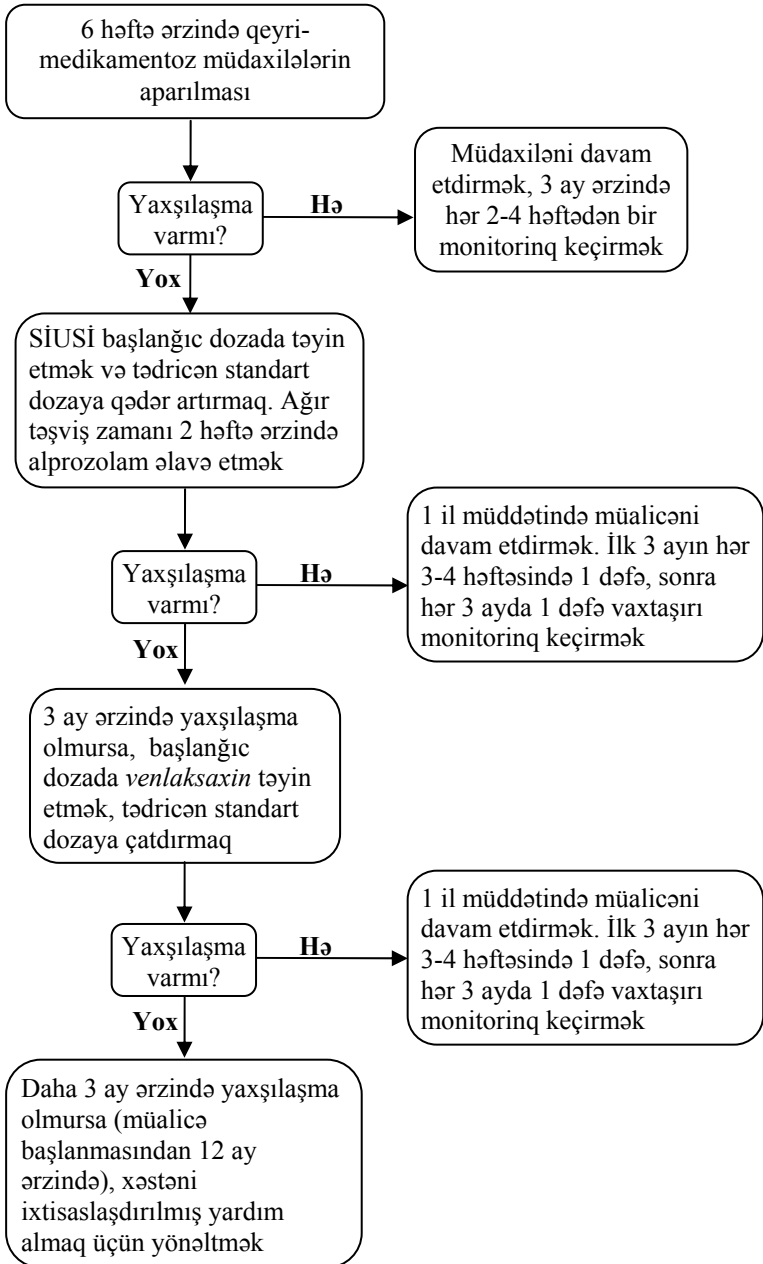
Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlangıç doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
<b>1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SIUSİ)</b>			
<i>Essitalopram</i>	sipraleks 10 mq örtülü tablet; deploram-S 10 mq, 20 mq örtülü tablet; eşçita 10 mq örtülü tablet	10	10-20
<i>Sertralin</i>	stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
<i>Fluvoksamin</i>	fevarin 50 mq, 100 mq örtülü tablet;	50	150
<i>Paroksetin</i>	seroksat 20 mq örtülü tablet	10	20-60
<b>2. Serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNIUSİ), tri- və heterosiklik (TSA) və digər antidepressantları</b>			
<i>Venlaksaxin</i>	velaksin 37,5, 75, 150 mq kapsul	37,5	75-225
<i>Klomipramin</i>	anafranil 25 mq örtülü tablet	25	75-250
<i>Mirtazapin*</i>	zapiks* 15, 30, 45 mq örtülü tablet	15	15-45
<i>Reboksetin*</i>	edronaks 4 mq tablet	8	8-10
<i>Moklobemid*</i>	auroriks 150 mq tablet	150	300-600
<b>3. Qeyri-benzodiazepin trankvilizatorları (anksiolitkləri) (QBDT)</b>			
<i>Hidroksizin</i>	ataraks 25 mq tablet	25	50-100
<i>Buspiro*</i>	buspar* 10 mq örtülü tablet	10	20-30
<b>4. Benzodiazepin trankvilizatorları (anksiolitkləri) (BDT)</b>			
<i>Alprazolam</i>	ksanaks 0,25-0,5 mq örtülü tablet	0,5	1-4
<i>Bromozepam*</i>	leksotan 3 mq örtülü tablet	3	6-12
<i>Lorazepam*</i>	ativan 0,5 mq, 1 mq örtülü tablet	1	2-6
<i>Klonazepam</i>	rivotril 0,5 mq, 2 mq örtülü tablet	0,25	0,5-4
<b>5. Antipsixotik preparatlar (neyroleptiklər)</b>			
<i>Qvetiapin</i>	ketilept 100 mq, 200 mq örtülü tablet	50	100-300
<i>Risperidon</i>	rispolept 2 mq tablet	1	2-6
<i>Olanzapin</i>	roksizapin 5 mq, 10 mq örtülü tablet olanklin 2,5 mq, 5 mq, 10 mq tablet zolaksa 5 mq, 10 mq tablet	5	5-20
<b>6. Antikonvulsantlar</b>			
<i>Qabapentin</i>	qabaqamma 100 mq, 300 mq tablet;	100	300-600
<i>Topiramamat</i>	topepsil 25 mq, 50 mq örtülü tablet; topamaks 25 mq, 50 mq örtülü tablet.	25	50-100

\* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

**Təşviş pozuntuları üçün diaqnostik alqoritm<sup>11</sup>**



İlkin səhiyyə sistemində təşviş pozuntularının müalicə algoritmi<sup>11</sup>



## Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalası (GTP-7)<sup>10</sup>

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

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

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

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

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

**Liebowitz sosial fobiya şkalası<sup>19</sup>**

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

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

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

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

### Aqorafobiya şkalası<sup>3</sup>

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

0	1	2	3	4
təşvişin olmaması təşviş	yüngül təşviş	orta dərəcəli	ciddi təşviş (və ya ağır təşviş)	çox ağır təşviş
0	1		2	
tamamilə boyun qaçırma	mümkün olan hallarda boyun qaçırma		tamamilə boyun qaçırmama	



<b>№</b>	<b>Yarana biləcək situasiyalar</b>	<b>təşviş</b>	<b>qaçılma</b>
1	Öz evində tək olmaq		
2	Kiçik alış-veriş təkbaşına getmək (məsələn, ərzaq dükanına, aptekə)		
3	Şəhərdə küçəni təkbaşına keçmək		
4	Kütlə içərisində təkbaşına olmaq		
5	İnsanlarla dolu avtobusda təkbaşına getmək		
6	Şəhərin geniş açıq sahələrində gəzmək, (məsələn, meydanda)		
7	Uzun tuneldə tək olaraq maşın sürmək		
8	Evdən çıxıb təkbaşına gəzmək		
9	İnsanlarla dolu qatar və ya metroda təkbaşına getmək		
10	Poçt idarəsi, bank, supermarketdə və s. təkbaşına uzun müddət növbədə durmaq		
11	Başqa insanların yığılmasında uzun müddət oturmaq		
12	Restoranda və ya kafedə yemək		
13	Kino və ya teatrda orta sırada oturmaq		
14	İnsanlarla dolu olan böyük ticarət mərkəzlərində alış-veriş etmək		
15	Çoxlu insan və tıxac olan körpü üzərində gəzmək		
16	Körpü üzərində təkbaşına maşın sürmək		
17	Gözellik salonunda (bərbərdə) təkbaşına saç kəsdirmək		
18	İnsanlarla dolu olan supermarketlərdə təkbaşına alış-veriş etmək		
19	Kütlə olan küçədə təkbaşına gəzmək		
20	Liftdən təkbaşına istifadə etmək		
	<b>Həyəcan və boyun qaçırmanın ballarını toplayın</b>		

**Panik pozuntu üzrə şkala<sup>18</sup>**

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

Tarix \_\_\_\_\_

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

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

**Simptomlar aşağıdakılardır:**

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

1. Həftə ərzində neçə dəfə tələş tutması və onun limitli simptomları baş verib?
  0. Heç bir panik tutma və simptom epizodları
  1. Yüngül: gün ərzində tam olmayan tələş (panik) tutması və 1-dən artıq olmayan simptom
  2. Orta: gün ərzində 1 və ya 2 panik tutma və ya çoxlu sayda simptomlar
  3. Ağır: gün ərzində 2-dən artıq panik tutmalar
  4. Həddən artıq ağır: gün ərzində çoxlu sayda panik tutma, lakin hər gün yox
2. Əgər keçən həftə ərzində panik tutmalar baş vermişdirsə, onlar Sizdə neçə dəfə distress (narahatçılıq, qorxu) yaradıb?

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

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

bəzi dəyişikliklər yaranıb, lakin mənim bütün fəaliyyətlərimdə zəifləmə yaratmayıb

3. Ağır: hədsiz qaçılma. Mənim həyatımdakı bütün dəyişikliklər məndə qaçılmanı tələb edir. Bu halda adi fəaliyyətimi idarə etməkdə çətinlik yoxdur
4. Son dərəcə ağır: yayılmış qorxu və ya qaçılma. Mənim həyat tərzimə hədsiz təsiri nəticəsində vacib tapşırıqları, məsələləri belə icra etməyə mane olur
5. Keçən həftə ərzində qorxu hissi keçirməyinizə və ya boyun qaçırmağınıza səbəb olan (məsələn: fiziki gərginlik, intim münasibətlər, düşün qəbul edilməsi, həyəcanlı və ya qorxulu filmlərə baxılması) fəaliyyətlər olmuşdur?

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

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

0. Nə işdə, nə də evdəki məsuliyyətimin daşınmasına heç bir təsiri olmamışdır
  1. Yüngül dərəcəli: iş və ya evdəki məsuliyyətimə təsir etmişdir, lakin demək olar ki, hər şeyin öhdəsindən gəldim, sanki bu problemlərin heç birisi yox idi
  2. İşdə və ya evdəki məsuliyyətimin daşınmasına əhəmiyyətli təsir göstərmiş, lakin hələ də ehtiyac duyduğum işləri görməyi bacarırdım
  3. İş və ya evdəki məsuliyyətimin daşınmasında tamamilə qabiliyyətsiz idim
  4. Tamamilə qabiliyyətsiz olmuşam
7. Keçən həftə ərzində situasiya və fəaliyyətlə əlaqədar vəlvələ və limitli simptom, tutma və ya qorxular nə dərəcədə sosial həyatınıza təsir etmişdir? (ötən həftə ərzində ünsiyyət üçün çoxlu imkanlarınız olmaybsa, təsəvvür edin ki, çoxlu imkanlarınız olub və buna əsasən cavab verməyə çalışın).
0. Heç bir təsiri olmayıb
  1. Yüngül dərəcədə sosial fəaliyyətimə təsiri. Bu problemlərim olmasaydı, demək olar ki, hər şey edərdim
  2. Sosial fəaliyyətimə əhəmiyyətli təsir, lakin əgər cəhd etsəydim, çox şeyi idarə etməyi bacarırdım
  3. Sosial fəaliyyətdə nəzərə çarpacaq yüksək dərəcədə zəifləmə. Bu problemlərin ucbatından çoxlu sayda sosial fəaliyyətimi icra edə bilmədim
  4. Hədsiz bacarıqsızlıq: mən ünsiyyətdə olmaqda çətinlik çəkirəm

## Ədəbiyyat:

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti. “İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində müalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) Siyahısı”nın təsdiq edilməsi haqqında 2012-ci il 11 iyun tarixli 131 nömrəli qərar [Elektron məlumat]. – Bakı. – 11.06.2012. – Elektron ünvan: <http://www.cabmin.gov.az/?/az/pressreliz/view/702> (19.04.2013).
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. – I cild. – Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2012.
3. Agoraphobia scale [Electronic resource]: Ost, L-G. The agoraphobia scale: an evaluation of its reliability and validity. Behav Res Ther. 1990. - 28. - p323-329. - Available at: <http://www.goodmedicine.org.uk/files/panic,%20assessment%20agoraphobia,%20tahoma.DOC> (19.04.2013).
4. Anxiety Disorders: Drug Treatment Guidelines [Electronic resource]: Sean Hood [et al]; Western Australian Psychotropic Drugs Committee. - August 2008. - p24. - Available at: [http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health\\_Problems/HP010922\\_anxiety\\_disorders.pdf](http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/HP010922_anxiety_disorders.pdf) (19.04.2013).
5. Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorder, Obsessive – Compulsive Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder / ed. D. Nutt & J. Ballenger. - Blackwell Publishing Ltd, 2005. - p242.
6. Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder. ed. D. Nutt & J. Ballenger. - Blackwell Publishing Ltd, 2005. - p280.
7. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care [Electronic resource]: Clinical Guideline 22 (amended). National Institute for Health and Clinical Excellence. - April 2007. - p54. - Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG022NICEguidelineamended.pdf> (19.04.2013).
8. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia [Electronic resource]: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic

- Disorder and Agoraphobia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.- 2003. - vol 37.- p641–656. - Available at: [www.ranzcp.org/Files/ranzcp-attachments/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG\\_Clinician-Full\\_Panic\\_Disorder\\_Agoraphobia-pdf.aspx](http://www.ranzcp.org/Files/ranzcp-attachments/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG_Clinician-Full_Panic_Disorder_Agoraphobia-pdf.aspx) (19.04.2013).
9. A WHO Educational Package [Electronic resource]: Mental Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management of Common Mental Disorders in Primary Care: Programme Guidelines. Dr D. Berardi [et al]. - Geneva.: World Health Organization. - 1998. - p 105. - Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67186/1/WHO\\_MSA\\_MNHIEAC\\_98.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67186/1/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf) (19.04.2013).
  10. Brief measure for assessing generalized anxiety disorder [Electronic resource]: GAD-7 scale. Spitzer, R. L. [et al] / Arch Intern Med - 2006. - vol 166(10).- p1092-1097. – Available at: [http://www.practicalhappiness.co.uk/media/download\\_gallery/Assessment%20Measures.pdf](http://www.practicalhappiness.co.uk/media/download_gallery/Assessment%20Measures.pdf) (19.04.2013).
  11. Clinical Practice Guideline for Treatment of Patients with Anxiety Disorders in Primary Care [Electronic resource]: Spanish NHS, Ministry of Health and Consumer Affairs Spain, Madrid.: Agencia Lann Entralgo. Unidad de Evaluaciyn de Tecnolognas Sanitarias, 2008. - p152. - Available at: [www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Anxiety\\_Lain\\_Entr\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Anxiety_Lain_Entr_compl_en.pdf) (19.04.2013).
  12. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for psychopharmacology [Electronic resource]. David S. Baldwin[et al]. Journal of Psychopharmacology. - 19(6). - 2005. - 567–596p. - Available at: [http://www.bap.org.uk/pdfs/Anxiety\\_Disorder\\_Guidelines.pdf](http://www.bap.org.uk/pdfs/Anxiety_Disorder_Guidelines.pdf) (19.04.2013).
  13. Generalised anxiety disorder in adults: management in primary, secondary and community care: Clinical guideline 113 [Electronic resource]: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. - London.: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. - 2011. -

Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13314/52667/52667.pdf> (19.04.2013)

14. Magellan Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Adults [Electronic resource]. Robert Ciaverelli [et al]. - Columbia.: Magellan Health, 2008 - 2012. - p25. - Available at: [www.magellanprovider.com/MHS/MGL/providing\\_care/clinical\\_guidelines/clin\\_prac\\_guidelines/GAD.pdf](http://www.magellanprovider.com/MHS/MGL/providing_care/clinical_guidelines/clin_prac_guidelines/GAD.pdf) (19.04.2013)
15. Management of Anxiety Disorders: Clinical Practice Guidelines [Electronic resource]. Martin M Antony [et al]. The Canadian Journal of Psychiatry.- July 2006. - Vol 51. - p92. - Available at: [http://ww1.cpa-apc.org/Publications/CJP/supplements/july2006/anxiety\\_guidelines\\_2006.pdf](http://ww1.cpa-apc.org/Publications/CJP/supplements/july2006/anxiety_guidelines_2006.pdf) (19.04.2013).
16. MCCQE. Psychiatry [Electronic resource]. Dr. U. Jain [et al]. - 2002. - 52p. - Availabe at: <http://www.ualberta.ca/~loewen/Toronto%20Notes/Psychiatry.pdf> (19.04.2013).
17. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder [Electronic resource]. Murray B. Stein [et al]. American Psychiatric Association (APA) practice guidelines provide evidence-based recommendations for the assessment and treatment of psychiatric disorders. - Second Edition. - January 2009. - p90. - Available at: <http://psychiatryonline.org/pdfaccess.ashx?ResourceID=243182&PDFSource=6> (19.04.2013).
18. Panic Disorder Severity Scale: Self Report Form [Electronic resource]. Shear MK, [et al]. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. American Journal of Psychiatry .- 1997.- vol 154.- p1571-1575. - Availabe at: <http://www.goodmedicine.org.uk/files/panic,%20assessment%20pdss.pdf> (19.04.2013).
19. Social anxiety support. Liebowitz Social Anxiety Scale Test [Electronic resource]. Heimburg, R.G. & Becker, R.E.(2002). Cognitive - Behavioral Group Therapy for Social Phobia. New York, The Guilford Press. - Availabe at: <http://www.socialanxiety-support.com/disorder/liebowitz/> (19.04.2013).
20. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication [Electronic resource]. Ronald C. Kessler [et al]. Arch Gen



- Psychiatry. - April 2006. - vol 63(4). - p415-424. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958997/> (19.04.2013)
21. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for research [Electronic resource]. World Health Organization .- Geneva.- 1993. - p263. - Available at: <http://who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (19.04.2013)
22. Международная классификация болезней. Классификация психических расстройств [Электронный ресурс]: Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная Организация Здравоохранения. Санкт-Петербург.: «Оверлайнд», 1994. – 173с. - Режим доступа: <http://bookap.info/genpsy/mkbklin/> (19.04. 2013).