

**Azərbaycan Tibb Universiteti
Azerbaijan Medical University
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
Azerbaijan Psychiatric Association**

**Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı
Azerbaijan Journal of Psychiatry
Азербайджанский Психиатрический Журнал**

№ 2(34)

**Bakı
Baku
Баку** 2019

REDAKSIYA HEYƏTİ:

BAŞ REDAKTOR
Fuad İsmayılov
t.e.d., prof.

BAŞ REDAKTORUN MÜAVİNİ
Nadir Əliyev
t.e.d. prof.

MƏSUL KATİB
Rüstəm Salayev

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ

Nadir İsmayılov / *t.e.d., prof.*
Gəray Gəraybəyli / *t.e.d., prof.*
Bilal Əsədov / *t.e.d., prof.*
Teymur Qafarov / *t.e.d., prof.*

REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

Ağazadə Nazim /t.e.d. prof.	(Bakı)	Mehtiyeva Leyla /t.ü.f.d. dos.	(Bakı)
Aleksandrovskiy Y.A. /t.e.d. prof.		Morozov P.V. /t.e.d. prof.	(Moskva)
RTEA Müxbir üzv	(Moskva)	Musayev Əlişir /ə.e.x. prof.	(Bakı)
Əliyev Zakir /t.e.d. prof.	(Bakı)	Sartorius Norman /t.e.d. prof.	(Cenevrə)
Əliquliyev Araz /t.e.d.	(Bakı)	Tural Rzayev /t.ü.f.d.	(Bakı)
Əliyev Zəfər /t.e.d. prof.	(Bakı)	Rəsulov Ağahəsən /t.ü.f.d.	(Bakı)
İkram Rüstəmov /t.ü.f.d.	(Bakı)	Şirəliyeva Rəna /t.e.d. prof.	(Bakı)
Manuçeri Araz / t.ü.f.d.dos	(Bakı)	Tağıyev Mayıl / t.ü.f.d.	(Sumqayıt)
Key Levent /t.e.d. prof.	(İstanbul)	Krasnov Valeriy /t.e.d. prof.	(Moskva)
Mahalov Şərif /ə.e.x. prof.	(Bakı)	Naneişvili Georgiy /t.e.d. prof.	(Tbilisi)

- **Bədii tərtibatçı:** Yavər Əsədov
- **Art dizayner:** Akif Dənzizadə
- **Korrektor:** Cəmilə İsmayılova

Lisenzia: AB №022269. Sayı: 300

Təsisçi: Azərbaycan Tibb Universiteti
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
(*Jurnal 1999-cu ildən, ildə 2 dəfə dərc olunur*)

Redaksiyanın ünvanı: AZ0154, Bakı, Hidayətzadə küç. 16,
tel: 566-24-09, fax: 567-82-32
www.apj.az
E-mail: fuadismayilov@psychiatry.az

ПСИХИАТРИЯ * PSYCHIATRY * ПСИХИАТРИЯ

A.P.Расулов *, Ф.Н.Исмаилов *, З.В.Абдулахадова **

Анализ эффективности программы психоэдукации при
лечении больных шизофренией 5

N.V.İsmayılov

Efferent-kombinə edilmiş terapiya (EKT) üsulu ilə
depressiyanın müalicəsinin nəticələri 19

Б.М. Асадов

Клинические особенности активного варианта синдрома
Кандинского-Клерамбо в клинике шизофрении 29

O.V.Fərci

Hemodializin psixiatrik aspektləri 40

C.Катибли, Г.Джабраилзаде

Сравнительный анализ депрессивных расстройств у женщин
в городской и сельской местности в Азербайджане 49

R. Z. Kərimova*

Damar mənşəli demensiyada psixi pozuntuların müasir klinik
xüsusiyyətləri və terapiyası 58

R.V.Qaffarova

Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyasının xüsusiyyətləri 69

N.E.Vahabov

Psixi pozuntusu olan qadınlardan onlara psixiatrik yardımın kifayət
qədər göstərilməməsi ilə əlaqədar suicidal davranış 75

N. M. Qurbanov

Kardioloji xəstəliklərin və affektiv pozuntuların komorbidliyi 80

**PSIXI SAĞLAMLIQ XİDMƏTLƏRİ * MENTAL HEALTH SERVICES *
СЛУЖБЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Г.Ч.Герайбейли, С.Р.Гаджиев

Некоторые аспекты изучения психического здоровья лиц
призывного возраста (обзор литературы) 90

A.Ş. Hacıyeva, A.R. Sultanova, R.R. Əliyeva

Psixi Sağlamlıq Mərkəzində psixososial reabilitasiyanın təşkili və inkişafı 110

PSIXONEVROLOQIYA - PSYCHONEUROLOGY – ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

Магалов Ш.И., Халилова Д.М., Асадова У.А.

Качество жизни и психоэмоциональное состояние больных
с височной эпилепсией 120

Алиев Н.А., Алиев З.Н.

Клиника, диагностика и лечение психических расстройств
как компонента эпилептических приступов 133

Н.Ф. Гашимзаде, Г.Н. Мусабекова, З.Ф. Мусабеков

Особенности ЭЭГ у детей с расстройствами аутистического спектра 146

NARKOLOQIYA - ADDICTION PSYCHIATRY – НАРКОЛОГИЯ

Алиев Н.А., Алиев З.Н.

Флупиртин (Sперсо) в терапии алкогольной абстиненции,
без психиатрической коморбидности, рандомизированное, двойное
слепое, плацебо-контролируемое исследование 152

A.Manucheri, M.Baxışov, R.Allahverdiyev, K.Javadi Tarziloo

Koqnitiv Davranış Terapiyası və Metadon ilə Terapiya programının paralel
tətbiqində zərərli azaldılmasına dair həyata keçirilmiş tədqiqatların meta-analizi 168

A.Manucheri, M.Baxışov, Z.Əliyev, R.Allahverdiyev, K.Javadi Tarziloo

Psixoaaktiv maddə asılılığının müalicəsində koqnitiv davranış terapiyası:
əhəmiyyəti, işlənmə səviyyəsi və həyata keçirilmə qaydaları 180

P.P.Məmmədov

Bakı şəhərində göstərilən narkoloji xidmətin xüsusiyyətləri 186

Z.Əliyev, F.Alısova, S.Seyfullayeva

Psixoaaktiv maddə asılılığının müalicə və reabilitasiyasında sosial iş müdaxiləsi 198

Yətkin şəxslərdə Böyük Depressiv Pozuntusunun müalicəsində

istifadə olunan 21 antidepressantın müqayisəli effektivliliyi və qəbulu:
network (şəbəkə) meta-analiz və sistemativ icmal (ingilis dilindən tərcümə)..... 205

Məqalələrin tərtib edilmə qaydaları 219

Правила оформления статей 220

**Анализ эффективности программы психоэдукации
при лечении больных шизофренией**

A.P.Расулов, Ф.Н.Исмайлов*, З.В.Абдулахадова***

**Şizofreniyalı pasiyentlərin müalicəsində psixoloji
maarifləndirmə proqramının effektivliyinin təhlili**

A.R.Rəsulov, F.N.İsmayilov, Z.V. Əbdüləhədova

**Analysis of effectiveness of psychoeducation program
for patients with schizophrenia**

A.R. Rasulov, F.N. Ismayilov, Z. V. Abdulahadova

ATU-nun psixiatriya kafedrası

E-mail: fuadismayilov@psychiatry.az

Məqsəd: Tədqiqatın məqsədi – stasionar müalicə alan şizofreniya xəstələrində xəstəliyə tənqidin formalaşması və aparılan müalicəyə müsbət yanaşma, həmçinin əlamətlərin ağırlığının və özünə stiqlmə göstəricilərinin aşağı salınmasında psixoloji maarifləndirmənin effektivliyinin müəyyən olunması.

Metodlar: Tədqiqata XBT-10 üzrə şizofreniya diaqnozu təyin olunmuş, qruplara təsadüfi seçilmiş 34 stasionar pasiyent cəlb olunmuşdur. Psixoloji maarifləndirmə qrupunda 16 nəfər, əənənəvi müalicə alan qrupda 18 nəfər iştirak etmişdir. Ölçülən göstəricilərə əlamətlərin ağırlığı, xəstəliyə qarşı tənqid, müalicəyə olan münasibət və özünə stiqlmə daxil edilmişdir.

Nəticələr: Psixoloji maarifləndirmə qrupunun iştirakçılarında kontrol qrupda olan pasiyentlərlə müqayisədə vəziyyətin daha nəzərə çarpan yaxşılaşması, xəstəliyə tənqid, müalicəyə tabeçilik aşkar olunmuşdur. Eyni zamanda qruplar arasında özünə stiqlmə ilə bağlı fərq müəyyən olunmamışdır.

Xülasə: Psixoloji maarifləndirmə müalicədə daha müsbət nəticələrə nail olunmasını təsdiqlədi və stasionar müalicə alan şizofreniya xəstələrində müalicənin vacib komponenti kimi tövsiyə olunmalıdır.

Açar sözlər: psixoloji maarifləndirmə, şizofreniya, stiqlmatizasiya, tənqid, müalicəyə tabeçilik

Objectives: The aim of the study was to determine the effectiveness of psychoeducation in inpatient (patients) with schizophrenia in terms of criticism of the disease and a positive attitude to the treatment, as well as reducing the severity of symptoms and indicators of self-stigmatization.

Methods: 34 inpatients meeting ICD-10 criteria for schizophrenia were randomly allocated to the group receiving psychoeducation (16 participants) and the control group receiving routine care alone

(18 participants). The outcome measures were symptom severity, insight into illness, attitude to medication, and self-stigma.

Results: Psychoeducation program participants revealed greater improvement of symptomatology, insight into illness and adherence to treatment as compared to controls. At the same time no significant difference between groups was observed in regard to self-stigma.

Conclusion: Psychoeducation proves its effectiveness in achieving better treatment outcomes and it should be recommended as a feasible intervention for inpatients with schizophrenia.

Key words: psychoeducation, schizophrenia, stigmatization, insight, adherence to treatment

Введение. Шизофрения является тяжелым, хронически протекающим психическим заболеванием, которое встречается почти у 1% населения и является одной из основных причин инвалидности и снижения качества жизни [27]. В этой связи шизофрения сопряжена с огромным бременем, ложащимся на самих пациентах, их семьи и обществе в целом [14]. Кроме прямых затрат на лечение больных шизофренией, существует множество косвенных потерь, связанных с утратой работоспособности, потребностями в уходе и получением социальной помощи [10]. Важно отметить, что до 75% больных шизофренией прекращают прием поддерживающей терапии, что в свою очередь обуславливает высокий риск обострения, ухудшение течения болезни и необходимость повторных госпитализаций [17].

Одним из самых значимых факторов, влияющих на показатели бремени болезни, качества жизни и отношения к лечению у больных шизофренией является стигма, под которой подразумевают совокупность предубеждений и негативных стереотипов, вызывающих страх, отвержение, избегание и дискриминацию лиц, страдающих этим заболеванием [9]. Как правило, предубеждения и стереотипы включают представления об опасности больных шизофренией, социальной несостоятельности или принципиальной невозможности излечения [29]. Во многих случаях ошибочные взгляды о клинических и социальных аспектах шизофрении разделяют не только посторонние люди, но и сами пациенты, а так же их близкие. Этот феномен получил название самостигматизация [30]. Прямыми последствиями самостигматизации являются уменьшение обращения за помощью, ухудшение доступности и качества услуг, а так же социальная изоляция и маргинализация больных [21].

Во многих случаях проблемы больных шизофренией связаны с ограниченными знаниями, касающимся этого заболевания. В отличие от тревоги и депрессии, где могут быть использованы знакомые способы реагирования на болезнь, многие симптомы шизофрении, такие как слуховые галлюцинации, бредовое восприятие и дезорганизованное мышление, представляют для пациента совершенно иной, ни с чем несравнимый опыт. Реакциями на эти симптомы зачастую будут чувства страха, беспомощности и отчаяния, настолько сильные, что даже эмоционально устойчивые и рационально мыслящие до болезни люди оказываются не в силах преодолеть их [3].

С целью преодоления указанных проблем, сопутствующих течению шизофрении, в индустриально развитых странах активно применяются психосоциальные вмешательства, важнейшим компонентом которых является психоэдукация [1, 18]. Термин «психоэдукация» был введен в 1980 г. С. Anderson, который рассматривал ее в качестве поведенческой терапии, состоящей из четырех компонентов – повышение осведомленности о болезни, обучение способам решения проблем, развитие навыков коммуникации и достижение уверенности в себе [2].

Согласно определению, данному немецкими специалистами, под психоэдукацией понимается «систематические дидактические психотерапевтические вмешательства, направленные на информирование больных и их близких о болезни и ее лечении, что способствует как пониманию личной ответственности в сопротивлении болезни, так и поддержке усилий людей, участвующих в ее преодолении» [4].

На сегодняшний день существует большое количество программ психоэдукации, которые отличаются в зависимости от продолжительности, формы, тематики, состава участников, например, некоторые программы проводятся совместно и для пациентов и для членов их семей [23].

В последнем систематическом обзоре 44 исследований, включавших более пяти тысяч пациентов, выполненных в период 1988-2009 гг, было показано, что проведение психоэдукации способствует большей приверженности лечению, уменьшению частоты повторных госпитали-

заций, снижению уровня симптоматики и улучшению функциональной адаптации и качества жизни у больных шизофренией [31].

В Азербайджане программы психоэдукации начали применяться с 2012 г. в Центре Психического Здоровья МЗ и до настоящего времени применялись как часть психосоциальной реабилитации амбулаторных больных с тяжелыми психическими расстройствами. По ряду причин в других психиатрических учреждениях, включая учреждения, оказывающих стационарную помощь, эта программа не применялась.

Цель исследования - определение эффективности психоэдукации у стационарных больных шизофренией в плане формирования критики болезни и позитивного отношения к проводимому лечению, а так же уменьшения тяжести симптомов и показателей самостигматизации.

Материал и методы исследования

Участники

Исследование проводилось среди стационарных пациентов Психиатрической Больницы № 1 Министерства Здравоохранения, которая является самым крупным лечебным учреждением в стране. Критериями для включения в исследования являлись: а) возраст больных от 18-60 лет; б) наличие диагноза шизофрения, установленного в соответствии с критериями МКБ-10; в) умеренный уровень выраженности психопатологических симптомов, позволяющий участвовать в программе психоэдукации и процедурах тестирования; г) отсутствие органических повреждений ЦНС и интеллектуальных нарушений, препятствующих психоэдукации; д) предполагаемая продолжительность госпитализации не менее 1-го месяца с момента начала программы психоэдукации; е) согласие пациента на участие в программе и тестировании.

Процедура

Из четырех (двух мужских и двух женских) отделений Психиатрической Больницы № 1 МЗ, в которых проходят лечение больные шизофренией, были первоначально отобраны 40 пациентов, соответствовавших критериям включения в исследование. Все отобранные пациенты методом простой рандомизации были распределены либо в основную (20 человек), либо в контрольную группу (20 человек), и среди них было проведено первоначальное тестирование. В ходе проведения программы

психоэдукации 6 человек выбыли из исследования – 3 пациента были выписаны из стационара, 2 пациента прервали свое участие в связи с острой респираторной инфекцией, а одному пациенту был изменен диагноз. Все выбывшие из исследования не учитывались при анализе данных. Таким образом, в исследовании приняли участие 34 пациента – 16 человек в основной и 18 человек в контрольной группе.

Первое тестирование (T_0) проводилось непосредственно до начала программы психоэдукации, а второе (T_1) – сразу после ее завершения, т.е. спустя четыре недели после первого тестирования.

Первое и второе тестирования проводились независимым специалистом - ассистентом психолога, который не был осведомлен о факте участия пациента в психоэдукации.

Социально-демографические и клинические данные о пациентах были собраны посредством изучения медицинской документации.

Инструменты

Краткая шкала оценки психотических симптомов (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) использовалась для определения выраженности психопатологических симптомов. В работе использовалась версия шкалы, состоящая из 18 пунктов, каждый пункт которой оценивался от 1 («симптом отсутствует») до 7 баллов («крайняя степень выраженности»). Применение шкалы занимало от 10 до 25 минут, в зависимости от возможности пациента отвечать на поставленные вопросы [22].

Шкала критики Бирчвуда (Birchwood Insight Scale, BIS) - шкала состоит из 8 утверждений, распределенных по трем темам: осознание болезни, атрибуция болезни и необходимость лечения. Первые две темы включают по 2 утверждения, а третья – четыре утверждения. Возможные варианты ответов – «согласен», «не уверен», «не согласен», оцениваются от 0 до 2 баллов в зависимости от совпадения с правильным ответом. Более высокие баллы соответствуют большей критике к болезни [6].

Опросник отношения к лекарствам (Drug Attitude Inventory, DAI) - шкала включает 10 утверждений, связанных с лечебными и побочными действиями лекарств. Пациенту предлагается определить, согласен ли он с утверждением или нет. Согласие пациента с правильным ответом оце-

нивается в 1 балл, более высокие баллы свидетельствуют о более позитивном отношении к лечению [13].

Опросник самостигматизации (Self-Stigma Questionnaire, SSQ) – шкала состоит из 14 утверждений, каждое из которых в зависимости от степени согласия оценивается по шкале Ликерта от 1 («полностью согласен») до 7 («совершенно не согласен») баллов. При подсчете ответы на 6 вопрос кодируются в обратном порядке. Большее число баллов свидетельствует о меньшей само-стигматизации [20].

Психоэдукация

Программа психоэдукации была разработана специалистами Центра Психического Здоровья МЗ и включала восемь 45-минутных тематических сессий, проводимых с интервалом 2 раза в неделю. Каждая сессия сопровождалась презентацией слайдов и последующим обсуждением полученной информации. Содержание программы психоэдукации и порядок ее проведения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Программа психоэдукации

№ сессии	Содержание программы
Сессия 1.	Определение целей программы, проблема стигматизации и самостигматизации
Сессия 2.	Информирование о шизофрении: этиология, симптомы, течение и прогноз
Сессия 3.	Лекарственная терапия шизофрении, важность соблюдения лечебного режима
Сессия 4.	Немедикаментозные вмешательства при шизофрении, принципы реабилитации
Сессия 5.	Методы профилактики рецидивов болезни и повторных госпитализаций
Сессия 6.	Тренинг навыков общения в различных социальных ситуациях
Сессия 7.	Улучшение внутрисемейного функционирования и интеграции в общество
Сессия 8.	Права лиц с психическими расстройствами, законодательство в области оказания помощи

Программа проводилась в отдельном помещении больницы, предназначенном для тренинга персонала, которое находилось за пределами лечебного корпуса. Сессии проводил клинический психолог с опытом работы с больными, страдающими тяжелыми психическими расстрой-

ствами. Пациенты заранее были предупреждены о необходимости посещения всех сессий и активного участия в групповых обсуждениях.

Сотрудники больницы из числа среднего медицинского персонала присутствовали на каждой сессии, однако они не были вовлечены в обсуждение тем сессии. Пациенты как в основной, так и в контрольной группах на период психоэдукации продолжали получать стандартное медикаментозное лечение.

До начала исследования пациенты обеих групп подписали форму информированного согласия на участие в нем. Само исследование получило официальное одобрение Этического Комитета Азербайджанской Психиатрической Ассоциации.

Статистический анализ

Минимальный размер выборки при уровне статистической значимости (α error probability) 0.05 и мощности ($1 - \beta$ error probability) 0.8 был определен с помощью программы G*Power (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) и составил по 16 человек для основной и контрольной групп. Таким образом, количество участников исследования (16 человек в основной группе и 18 человек в контрольной группе) соответствовало необходимому размеру выборки. Все остальные расчеты производились с помощью программы JASP-Version 0.9.2 (JASP Team, 2018). Для сравнения распределения по половому признаку использовался критерий χ^2 . При определении клинических различий между группами применялся t-тест для независимых выборок, а для сравнения повторных измерений показателей внутри групп - t-тест для зависимых выборок. Для сравнения результатов тестирования у пациентов в зависимости от участия в программе психоэдукации использовался метод ковариационного анализа (ANCOVA), где в качестве контролируемой переменной (коварианты) рассматривались результаты первого тестирования.

Результаты

В основную группу вошли 8 мужчин и 8 женщин, а в контрольную – 8 мужчин и 10 женщин ($\chi^2=0.105$, $p=0.746$). Одновременно не было выявлено статистически значимых различий по возрасту больных в основ-

ной ($M=49.1$, $SD=9.02$) и в контрольной группах ($M=44.56$, $SD=10.26$), $t=1.352$, $df=32$, $p=0.186$.

По клиническим показателям пациенты в основной и контрольной группах так же не отличались (Таблица 2)

Таблица 2. Сравнение клинических показателей в группах

Переменные	Основная группа M (SD)	Контрольная группа M (SD)	t	df	p
Возраст начала болезни	28.0 (10.3)	23.3 (8.9)	1.418	32	0.166
Длительность заболевания	252.7 (130.17)	254.67 (123.52)	-0.044	32	0.965
Число психотических эпизодов	6.36 (4.72)	9.11 (6.62)	-1.372	32	0.180
Длительность госпитализации	8.5 (5.75)	9.6 (7.72)	-0.447	32	0.658

Note. Student's t-test.

Сравнение результатов первого и второго тестирования выявило улучшение показателей по всем шкалам у пациентов, участвовавших в психоэдукации (Таблица 3). При этом за исключением показателей самостигматизации по шкале SSQ, различия между первоначальным и повторным обследованиями достигали уровня статистической значимости. У пациентов контрольной группы заметных различий между результатами первого и второго тестирований не наблюдались

Таблица 3. Сравнение первого и второго тестирования внутри групп

Основная группа	T ₀ M (SD)	T ₁ M (SD)	t	df	p	Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
							нижняя граница	верхняя граница
BPRS	61.8 (8.99)	55.5 (6.14)	5.246	15	<0.001	1.250	0.555	1.921
BIS_	8.00 (3.18)	12.6 (2.91)	-4.580	15	<0.001	-1.166	-1.817	-0.492
SSQ	55.3 (15.2)	48.0 (11.1)	1.987	15	0.066	0.477	-0.066	1.005
DAI	5.88 (2.36)	8.81 (1.83)	-6.140	15	<0.001	-1.463	-2.189	-0.713
Контрольная группа	T ₀ M (SD)	T ₁ M (SD)	t	df	p	Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
							нижняя граница	верхняя граница
BPRS	67.2 (6.85)	66.6 (6.59)	0.667	17	0.514	0.157	-0.310	1.921
BIS	7.11 (4.25)	6.94 (4.98)	0.215	17	0.833	0.051	-0.412	-0.492
SSQ	54.5 (14.9)	55.6 (14.9)	-0.363	17	0.721	-0.086	-0.547	1.005
DAI	5.83 (2.45)	6.06 (2.43)	-0.514	17	0.614	-0.121	-0.310	-0.713

T₀ – до вмешательства; T₁ – после вмешательства

Для анализа различий результатов тестов до и после психоэдукации в основной и контрольной группах применялась процедура ANCOVA. С целью контроля различий результатов первого тестирования между группами показатели первого тестирования использовались в качестве контролируемой переменной (коварианты), что позволяло соотнести результаты второго тестирования программе психоэдукации (Таблица 4).

Таблица 4. Сравнение результатов второго тестирования между группами

ANCOVA – BPRS второе тестирование						
Переменные	SS	df	MS	F	p	η^2_p
Психоэдукация	418.5	1	418.47	35.98	< 0.001	0.537
BPRS первое тестирование	945.4	1	945.37	81.28	< 0.001	0.724
Residual	360.6	31	11.63			
ANCOVA – BIS второе тестирование						
Переменные	SS	df	MS	F	p	η^2_p
Психоэдукация	224.7	1	224.72	18.77	< 0.001	0.377
BIS первое тестирование	179.3	1	179.29	14.98	< 0.001	0.326
Residual	371.1	31	11.97			
ANCOVA – DAI второе тестирование						
Переменные	SS	df	MS	F	p	η^2_p
Психоэдукация	63.2	1	63.21	23.58	< 0.001	0.432
DAI первое тестирование	68.3	1	68.31	25.49	< 0.001	0.451
Residual	83.1	31	2.68			
ANCOVA – SSQ второе тестирование						
Переменные	SS	df	MS	F	p	η^2_p
Психоэдукация	532.6	1	532.6	4.760	0.037	0.133
SSQ первое тестирование	1139.3	1	1139.3	10.181	0.003	0.247
Residual	3469.0	31	111.9			

SS-Sum of squares, MS – Mean Square, Note. Type III Sum of Squares

Уровень выраженности симптомов по шкале BPRS при повторном тестировании среди больных, участвовавших в психоэдукации ($M_{adj}=55.6$; $SE=6.14$) была значительно ниже показателей в контрольной группе ($M_{adj}=66.7$; $SE=6.6$), $F(1,31)=35.98$, $p<0.001$. Эти различия между группами составляли 53.7% вариации (η^2_p) по баллам BPRS.

Так же статистически значимое влияние психоэдукация оказывала на показатели шкалы BIS, которые были выше в основной группе ($M_{adj}=12.4$; $SE=0.87$) по сравнению с контрольной группой ($M_{adj}=7.2$; $SE=0.82$), $F(1,31)=18.77$, $p<0.001$. После устранения различий первого тестирования 37.7% межгрупповой вариации баллов по шкале BIS могут быть объяснены участием больных основной группы в психоэдукации.

Сравнение отношения к лекарственной терапии после проведения психоэдукации выявило более высокие показатели по шкале DAI у больных основной группы ($M_{adj}=8.8$; $SE=0.41$) чем у пациентов в контрольной группе ($M_{adj}=6.07$; $SE=0.39$), $F(1,31)=23.58$, $p<0.001$. Влиянием психоэдукации можно объяснить 43.2% различий между группами.

Психоэдукация оказывала минимальное влияние на показатели самостигматизации, которые в основной группе ($M_{adj}=47.8$; $SE=2.65$) были даже несколько ниже чем у лиц не участвовавших в психоэдукации ($M_{adj}=55.8$; $SE=2.49$), $F(1,31)=4.76$, $p<0.001$. Размер эффекта психоэдукации был минимальным и составлял 13.3% межгрупповой вариации по шкале SSQ.

Обсуждение

Настоящее исследование было направлено на определение эффективности программы психоэдукации у больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении. Как показали его результаты участие пациентов в данной программе нашло отражение в улучшении знаний, относящихся как к самой болезни, так и к ее лечению. Следует отметить, что все пациенты, прошедшие психоэдукацию, были лучше информированы о своей болезни, чем больные, не участвовавшие в программе. В ходе программы они получили полезные сведения о шизофрении, содействующие формированию критики к своему состоянию. Очень похожие результаты были достигнуты другими исследователями, которые также использовали шкалу критики Бирчвуда при оценке эффективности психоэдукации [28]

Важным итогом психоэдукации явилось заметное снижение выраженности психопатологической симптоматики, что, по нашему мнению, связано с уменьшением общего уровня стресса, тревоги и депрессии, ассоциирующихся с болезнью. К аналогичным выводам приходят и другие

авторы, отметившие уменьшение тяжести симптомов после завершения программы психоэдукации [16, 7]. Не случайно современные руководства по оказанию помощи больным шизофренией содержат рекомендации по применению программ психоэдукации в качестве дополнения к медикаментозному лечению [19]. В частности комбинированное лечение, включающее фармакотерапию и психоэдукацию, выражается в большем снижении риска обострения симптомов шизофрении, улучшении качества жизни и функциональной адаптации, по сравнению с применением только медикаментов [11, 8]. Схожий эффект мы могли наблюдать у больных, участвовавших в нашей программе психоэдукации, которые при повторном тестировании обнаруживали более позитивное отношение больных к проводимому лечению. Принимая во внимание тот факт, что многие больные шизофренией после выписки из стационара самостоятельно прекращают прием медикаментов [12], можно предположить, что полученные знания о лекарственной терапии шизофрении будут способствовать соблюдению лечебного режима. Более того, мы полностью разделяем мнение ряда исследователей о том, что повышение осведомленности пациента о лечении создает больше возможностей для сотрудничества со специалистом, что в свою очередь повышает готовность следовать врачебным рекомендациям [5].

Данные о положительном влиянии психоэдукации на отношение к приему медикаментов содержатся и в работе японских авторов [32], однако различия по шкале DAI, которая так же использовалась ими при первом и втором тестировании, были менее значимы чем в нашем исследовании.

Вопреки нашим ожиданиям, уровень самостигматизации у больных, участвовавших в психоэдукации, остался практически на прежнем уровне. При этом многие исследователи предполагают, что наибольшее влияние психоэдукация оказывает именно на стигму, сопутствующую тяжелым психическим расстройствам [33, 25]. Возможно расхождение наших данных с результатами других исследований связано с более таргетированным подходом к преодолению стигмы в процессе психоэдукации. Так же причина расхождений может быть связана с определенными различиями между популяциями больных, включенных в другие ис-

следования. В частности, в большинстве работ участниками психоэдукации являлись амбулаторные пациенты. Так же нельзя не согласиться и с мнением о том, что повышение осведомленности по психическому здоровью не всегда сопровождается уменьшением стигмы [26]. Более того, в некоторых исследованиях показано, что увеличение знаний о биологических аспектах шизофрении может препятствовать преодолению самостигматизации [24]. В свою очередь, полученные нами данные позволяют солидаризироваться с мнением тех исследователей [15], которые пришли к выводу, что групповая психоэдукация уменьшает лишь отдельные компоненты стигмы, тогда как другие, например представления о дискриминации, остаются практически без изменений или могут усиливаться.

Главным ограничением настоящего исследования является небольшой размер выборки. Кроме того, исследование проводилось в одной, пусть и самой крупной в стране, психиатрической больнице. Поэтому неясно насколько его результаты могут быть применены к другим стационарным учреждениям. Среди ограничений также следует отметить принципиальную невозможность проведения «слепого» исследования, когда пациенты остаются неосведомлены о проводимом вмешательстве. Наконец, проводимые тестирования ограничивались только опросом до начала и после завершения психоэдукации, таким образом мы не имели возможности определить устойчивость ее эффекта.

В заключение следует отметить, что участие в психоэдукации является эффективным вмешательством, способствующим повышению осведомленности о шизофрении, уменьшению выраженности симптомов, улучшению отношения к лечению и снижению стигмы. Внедрение программы психоэдукации может быть рекомендовано в практику оказания стационарной помощи больным шизофренией.

Авторы заявляют об отсутствии финансового или иного конфликта интересов.

Литература

1. American Psychiatric Association. Guidelines for Treatment of Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.
2. Anderson CM, Gerard E, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6:490–505.
3. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry.* 2005;186:331–334
4. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S1-9.
5. Bäuml J., Pitschel-Walz G., Volz A., Lüscher S., Rentrop M., Kissling W., Jahn T. Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophr Bull.* 2016;42 (Suppl 1):S62-70.
6. Birchwood M., Smith J., Drury V., Healy J., Macmillan F., Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:62–67.
7. Chien W., Thompson D. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry.* 2014. 205(1), 52-59. doi:10.1192/bjp.bp.113.134635
8. Choe K., Sung B.J., Kang Y., Yoo S.Y. Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Perspect Psychiatr Care.* 2016 Apr;52(2):113-9. doi: 10.1111/ppc.12106.
9. Corrigan PW, Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* (2002) 1:16–20.1688.
10. Fasseeh A, Németh B, Molnár A, Fricke F-U., Horváth M., Kóczyán K., Götze Á., Kaló Z. A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe. *Eur J Public Health.* 2018;28(6):1043-1049.
11. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, Lv L, Lu Z, Ma C. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry* 2010, 67: 895–904.
12. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med.* 2012 Oct;42(10):2145-55.
13. Hogan T.P., Awad A.G. Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia:a re-examination comparing two measures. *Psychol Med.* 1992; 22:347–352.
14. Iasevoli F, Giordano S, Balletta R, et al. Treatment resistant schizophrenia is associated with the worst community functioning among severely-ill highly-disabling psychiatric conditions and is the most relevant predictor of poorer achievements in functional milestones. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2016;65:34–48.
15. Ivezić S.Š., Sesar M.A., Mužinić L. Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. *Psychiatr Danub.* 2017 Mar;29(1):66-73.
16. Kumar CN, Thirthalli J, Suresha KK, Venkatesh BK, Arunachala U, Gangadhar BN. Antipsychotic treatment, psychoeducation & regular follow up as a public health strategy for schizophrenia: Results from a prospective study. *Indian J Med Res.* 2017;146(1):34-41.
17. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;353:1209–1223. doi: 10.1056/NEJMoa05

18. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: The NICE guideline on treatment and management. National Clinical Guideline Number 178. London; 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>. Cited 23 Jun 2017.
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management. NICE guideline CG178, March 2014. NICE: London, UK.
20. Ochoa S., Martínez-Zambrano F., Garcia-Franco M., Vilamala S., Ribas M., Arenas O., Garcia-Morales E., Álvarez I., Escartin G., Villellas R., Escandell M.J., Martínez-Raves M., López-Arias E., Cunyat C., Haro J.M. Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Compr Psychiatry*. 2015 Oct;62:93-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.06.011.
21. Oliver M.I., Pearson N., Coe N., Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2005 Apr;186:297-301.
22. Overall J.E., Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*. 1988; 24:97-99
23. Petretto DR, Preti A, Zuddas C, Veltro F, Rocchi MB, Sisti D, Martinelli V, Carta MG, Masala C; SPERA-S group. Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:323. Published 2013 Oct 7. doi:10.1186/1745-6215-14-323
24. Rüsçh N, Todd AR, Bodenhausen GV, Corrigan PW. Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Res*. 2010;179(3):328-332.
25. Schlier B., Lange P., Wiese S., Wirth A., Lincoln T. The effect of educational information about treatments for schizophrenia on stigmatizing perceptions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016 Sep;52:11-16. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.02.002.
26. Seroalo K.B., Du Plessis E., Koen M.P., Koen V. A critical synthesis of interventions to reduce stigma attached to mental illness. *Health SA Gesondheid*, 2014, 19(1), Art.800, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.800>
27. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2015;15:193. Published 2015 Aug 12. doi:10.1186/s12888-015-0578-7
28. Uchino T., Maeda M., Uchimura N. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J*. 2012;59(1-2):25-31.
29. Von Lersner U, Gerb J, Hizli S, Waldhuber D., Wallerand A.F., Bajbouj M., Schomerus G., Angermeyer M.C., Hahn E. Stigma of Mental Illness in Germans and Turkish Immigrants in Germany: The Effect of Causal Beliefs. *Front Psychiatry*. 2019;10:46. Published 2019 Feb 13. doi:10.3389/fpsy.2019.00046
30. Vrbova K., Prasko J., Holubova M., Kamaradova D., Ociskova M., Marackova M., Latalova K., Grambal A., Slepceky M., Zatkova M. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3011-3020. Published 2016 Nov 24. doi:10.2147/NDT.S120298
31. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6):CD002831. Published 2011 Jun 15. doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2
32. Yanagida N., Uchino T., Uchimura N. The Effects of Psychoeducation on Long-term Inpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Kurume Med J*. 2017 May 8;63(3.4):61-67. doi: 10.2739/kurumemedj.MS00011.
33. Yilmaz E., Kavak F. Effects of Mindfulness-Based Psychoeducation on the Internalized Stigmatization Level of Patients With Schizophrenia. *Clin Nurs Res*. 2018 Sep 14:1054773818797871. doi: 10.1177/1054773818797871.

Efferent-kombinə edilmiş terapiya (EKT) üsulu ilə depressiyanın müalicəsinin nəticələri

N.V.İsmayılov

Результаты лечения эфферентно-комбинированной терапией (ЭКТ) больных, страдающих депрессией.

Н.В.Исмаилов

Treatment results of efferent combination therapy for patients with depression

N.V.Ismayilov

ATU-nun psixiatriya kafedrası

Email: nadirismayilov@psvchiatry.az

Предпосылки. Эфферентно – комбинированная терапия (ЭКТ), примененная нами как лечебный метод депрессии, содержит в себе дезинтеграционные, иммуностимулирующие и психокорректирующие компоненты. Этот метод качественно отличается от традиционной терапии с антидепрессантами и потенциально может служить надежной альтернативой специалисту.

Цели. Выполнить методический критический анализ доказательств эффективности ЭКТ при лечении депрессии средней и тяжелой степени тяжести.

Метод. В обследуемые пациенты были выделены все амбулаторные больные с основным диагнозом по МКБ-10 среднего и тяжелого депрессивного эпизода. В исследование включались пациенты, проходившие лечение с 2002 по 2016 годы.

Результаты. Депрессивный эпизод был диагностирован 450 пациентам. Распространённость тяжёлых депрессивных эпизодов составляло 316 чел. (70,22%), распространённость средней тяжести эпизодов составляло 134 чел. (29,78%). Все наблюдения проведены в независимости от пола и возраста.

Выводы. Существуют неоспоримые данные, подтверждающие эффективность ЭКТ при лечении депрессии (качественная ремиссия 84,05% (378 чел.), некачественная ремиссия 14,05% (63 чел.), неотмеченные положительные результаты у 1,90% (9 чел.).

Необходимо расширение исследования для определения роли ЭКТ как одного из методов терапии у людей, страдающих депрессией.

Ключевые слова: *эфферентно-комбинированная терапия, терапевтическая эффективность, лечение депрессии.*

Prerequisites. Efferent-combination therapy (ECT), which we used as a therapeutic method for depression, contains disintegration, immunostimulating and psychocorrection components. This method is qualitatively different from traditional therapy with antidepressants and can potentially serve as a reliable alternative for a specialist.

Aim. The aim is to perform a methodical critical analysis of evidence of the effectiveness of ECT in the treatment of depression of moderate and severe acuteness.

Methods. Examined patients were allocated to all outpatients with a basic diagnosis of ICD – 10 of moderate and severe depressive episodes. The study included patients undergoing treatment from 2002 to 2016.

Results. 450 patients were diagnosed with depressive episode. The prevalence of severe depressive episodes was 316 (70,22%) , the prevalence of moderate severe episodes was 234 (29,78%) persons. All observations were independent of gender and age.

Conclusions. There is indisputable evidence confirming the effectiveness of ECT in the treatment of depression: high-quality remission 84.05 % (378 people), poor-quality remission 14,05% (63 people), unnoticed positive results in 1,90% (9 people). Expanding research is needed to determine the role of ECT as one of the therapies in people with depression.

Key words: *Efferent-combination therapy, therapeutic efficacy, treatment of depression*

Müxtəlif etiologiyalı (mənzəli) və klinik gedişli depressiyaların müalicəsi müasir psixiatriyanın ən problemləli və suallarla zəngin sahəsini əhatə edir. Müasir dövrdə medikamentoz terapiya əsas müalicə növü kimi sayılsa da pasiyentlərin böyük hissəsi üçün həmişə effektiv və səmərəli olmur (8-11). Bu da sübut kimi digər efferent metodlardan, əsasən də dezintoksikasyon – immunostimulyator müalicə üsuluna üstünlük verilməsini tələb edir (3,4,6).

Antidepressantlarla terapiya və dezintoksikasyon – immunobioloji terapiya zamanı bir sıra problemlərlə qarşılaşmalı oluruq. Bu problemlər içərisində mütəxəssis sayının azlığı az əhəmiyyət kəsb etmir. Son 15 il ərzində bizim tərəfimizdən EKT istifadə olunmuşdur. Aldığımız nəticələr haqqında bu metodla maraqlanan şəxsləri məlumatlandırmağa çalışacağıq. Apardığımız tədqiqatlar bir sıra çap və nəşrlər olsa da qərara gəldik ki, bu məqalədə əsas terapevtik nəticələri ümumiləşdirək.

Bu məqaləmiz orta və ağır dərəcəli depressiyadan əziyyət çəkən 450 patsiyent üzərində aparılan sınaqlar əsasında ümumiləşdirilmiş nəticələrə əsaslanır.

MƏQSƏDLƏR. Bizim tədqiqatlarımızın məqsədi efferent – kombinə edilmiş (EKT) üsul ilə ümumi qəbul edilmiş antidepressant preparatlarla müalicə arasında aparılan terapiyanın müqayisəsini qiymətləndirməkdir.

METOD. Orqanizmin intoksikasiya (autointoksikasiya) ilə əlaqəli olan depressiv pozuntularını tədqiq etdik. Bu zaman intoksikasyon komponentin varlığı qaçılmazdır. Bu ürək-qan damar sisteminin işinin artmasında çox hallarda (90%) tədqiq olunan şəxslərdə nəbz sayının

110-125-ə çatması kimi əlamətlərdə özünü biruzə verir. Bundan başqa intoksikasiya əlamətləri pasiyentin ümumi statusunda da özünü göstərdi: bəbək refleksinin itməsi, ürəkbulanma, mədə-bağırağ traktında pozuntular, iştahanın azalması, yuxu pozuntusu və sairə.

İntoksikasiyanın varlığı və bir sıra digər dəyişikliklər depressiyalı xəstələrin statusunda bir-bir ilə əlaqəli olaraq yaranır və bütün bu dəyişikliklər orqanizmin immunobioloji statusunun pozulması ilə birbaşa əlaqəli ola bilər.

Tədqiqat üçün öncədən qeyd olunmuş kriteriyalar və metodlar ədəbiyyatda təsvir olunmuşdur (4-6). Seçim XBT-10 əsasında aparılmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Tədqiq olunanların yaş və say göstəricisi N = 450

Diaqnoz	Sayı	Cinsi, Yaşı		
		Kişi	Qadın	Yaş
F 31.3 Bipolyar affektiv pozuntu orta ağırlıqlı depressiyalar	60	25	35	15 - 55
• 30 somatik əlamətlərsiz	440	220	220	
• 30 somatik əlamətlərlə	225	110	115	
F 31.4 Bipolyar affektiv pozuntu ağır dərəcəli depressiya (psixi əlamətlərsiz)	45	20	25	22 - 65
F 31.5 Bipolyar affektiv pozuntu ağır dərəcəli depressiyalarda (psixi əlamətlərlə)	92	40	552	15 - 58
F 32.1 Mülayim depressiv epizod	74	18		
• 10 somatik əlamətlərsiz	40		22	
• 11 somatik əlamətlərlə	34	14	20	16 - 60
F 32.2 Ağır depressiv epizod - psixi əlamətlərsiz	64	30	34	40 - 67
F 32.3 Ağır depressiv epizod psixi əlamətlərlə	115	56	59	42 - 66
Cəmi:	450	203	247	15 - 67

Terapevtik, cərrahi və digər xəstəliklər nəticəsində yaranmış depressiv pozuntulu xəstələr tədqiqatdan xaric edilmişdir. Səbəbindən asılı olmayaraq depressiv epizod və ya depressiv pozuntu diaqnozu qoyulmuş bütün pasiyentlər müalicə almaq hüququna malik olmuşdur. 15 yaşından yuxarı bütün pasiyentlər orta və ağır dərəcəli depressiv pozuntudan əziyyət çəkənlər tədqiqatda iştirak etmişdir.

Tədqiqatımızda efferent-kombinə edilmiş terapiya (EKT) əsas terapevtik müalicə üsulu kimi aparılmışdır.

Digər qrup pasiyentlərdə (130 nəfər) müalicə ümumi qəbul edilmiş üsulla – antidepressantlarla aparılmışdır. Müalicə nəticəsində ixtisaslaşdırılmış yardım metodu ilə nəticələr əsasında pasiyentlərdə psixi simptomların, şəxsiyyət və sosial uyğunlaşması, yaşam keyfiyyətinin yaxşılaşması müşahidə edilmişdir.

Tədqiq olunan və müşahidə altında olan pasiyentlər yaşı, cinsi, xəstəliyin gedişindən asılı olaraq fərdi yanaşma ilə öyrənilmişdir. Komponentlərin müxtəlifliyi nəzərə alındığı üçün standart statistik sintez apara bilmədik. Beləliklə cədvəldə göstərilən nəticələr portativ sintezə əsaslanmışdır.

EKT METODU İLƏ MÜALİCƏ (I qrup). Bu terapiyanın əsasında əvvəllər ədəbiyyatda təsvir olunmuş membranlı plazmaferez dayanır (1, 3).

Dezintoksikasion terapiya əksər hallarda 3, bəzən 4 seansdan ibarət olmuşdur. Hər seansda qanın ultrabənövşəyi şüalanması (UBŞ) tətbiq olunmuşdur (1, 3, 5, 7).

Membranlı plazmaferezin (MP) aparılması üçün Rusiya (Sankt Peterburq şəhəri) istehsalı olan PFM 800 plazmofiltiri, qan köçürmə üçün dializ aparatının qan monitoru Qambro AK-10-90 (İsveç istehsalı) istifadə edilib. Qanın ultrabənövşəyi şüalanması üçün dərin «Mustanq» aparatı (Rusiya, Moskva şəhərinin istehsalı) tətbiq edilib. Müalicəyə qədər I və II qrupda (müalicəyə 1 sutka qalmış) bütün pasiyentlərdə qalxanabənzər vəz, EKQ, EEQ və USM-i, qanda qalxanabənzər vəzin hormonları (T3, T4, T5H) müayinəsi aparılıb, qanda Li-nun miqdarı təyin edilib. Həmçinin hər 2 qrupda pasiyentlərdə qanın laxtalanması, qanda O₂-nin parsial təzyiqinin barmaq cihazı (Almaniya istehsalı) ilə ölçülməsi aparılıb.

Bütün xəstələrdə subyektiv məlumatlar da öyrənilmişdir:

- Əhvalın dəyişməsi;
- Ətrafla ünsiyyət və münasibətlərdə dəyişikliklər;
- Elementar məişət problemlərinin müstəqil həll edilməsi;
- Egoistik münasibətlərin zəifləməsi;
- İnadkarlığın azalması;
- Həyəcan dərəcəsinin zəifləməsi;
- Özünəqapanma, düşüncə və təfəkkürün pozuntuları.

Əsas qrupda plazmofarez seansı öncəsi bütün patsiyentlərdə təkrar olaraq EKQ (elektrokardioqramma) çəkilib. Demodulyasiya məqsədi ilə damar daxili 1200 ml NaCl məhlulu (0,9% - 400 ml), Rinçer (400 ml) məhlulu, qlukoza (5% - 400 ml) məhlulu köçürülmüşdür. Eyni zamanda sistem heprianizasiya tətbiq olunmuşdur. Hər bir seansda bütün patsiyentlərdə dövr edən plazmanın 30% xaric edilib. Seansın sonu hər patsiyentdə Natrium sitrat antikoagulyantın qalığı ölçülmüşdür. Dövr edən plazmanın bərpası məqsədi ilə bütün xəstələrə təkrar olaraq 1200 ml: tərkibi ACE 0,9% - 400 ml + Kalsium qlikonat 10% - 10 ml; Rinçer məhlulu 400 ml; Qlükoza 5% - 400 ml + Pananqin 10 ml + Riboksin 10% - 10 ml + vitamin kompleksi «Demoton - B» 2 ml yeridilib. Həmçinin bütün patsiyentlərə hüceyrə protektorları; kartan 5 ml, essensial 5 ml, aktoveqin 2 ml təyin olunub. Yuxarıda göstərilən terapiyanın sonunda növbəti gündən etibarən autohemoterapiya inyeksiyaları + 100 mq eqlonil məhlulu (ampul şəklində) da 10 seans olaraq təyinat olunub. Eyni zamanda patsiyentlərə Anafranil inyeksiyaları 25 mq ə/d gündə 2 dəfə olmaqla 10-15 gün təyin edilib. Daha sonra Anafranil tablet şəklində 25-50 mq sutkada 2-3 dəfə olmaqla davam etdirilib. Bunlar terapiyanın sonuna kimi davam etdirilib (3-6 aydan az olmayaraq).

Gecə yuxusunun normallaşması üçün: axşamlar Amitriptilin 12,5-25 mq, Fenazepam (və ya Fenodiazepin) 1-3 mq və korvalol 20-30 damcı bütün 3 preparat eyni vaxtda təyin olunub. Bu kombinasiya təcrübəmizdə yaxşı (yumşaq) yuxunu 7 – 9 saat ərzində tam normallaşdırıb. Lazım olduqda bəzi hallarda psixotrop preparatlar da (Rispolept, Roksizapin və s.) təyin etmişik.

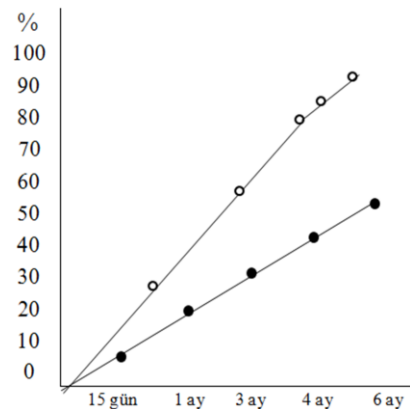
Bir qayda olaraq, bütün xəstələr psixokorreksiyaedici preparatlar qəbul ediblər (Tsikladol, Akiniton). Yuxarıda qeyd etdiyimiz terapiya 3 aydan az olmayaraq, bəzən isə 6 aya qədər müddətdə davam etdirilib.

ANTİDEPRESANTLARLA MÜALİCƏ (II qrup): Bu qrupa daxil olan pasiyentlər I qrupdakılar kimi klinik və patoloji xüsusiyyətlər baxımından eynilik təşkil etmişdir. Bu qrupda depressiyalı xəstələrin sayı 130 nəfər olub. Bir çox terapiya növləri nəzərdən keçirilib. Bu baxımdan tədqiqatın əsas məqsədi xəstəliyin müalicə proqnozunda bu müxtəlifliyin müsbət təsir bağışlayacağını təsdiq etmək idi. Buna baxmayaraq protokola uyğun olaraq terapiyanın müxtəlif üsullarla aparılması kəskin nəzarət altında getmişdir («Bipolyar – afektiv pozuntuların müalicəsi və diaqnostikası üzrə protokol», Bakı, 2009-cu il). Terapiya selektiv inhibitorla aparılıb noradrenalinin tormozlanmasına əsaslanıb. Müalicədən imtina və ya 1 aylıq müalicədə qeyri-effektivlik verdikdə digər selektiv terapiya növü seçilib. Bu zaman serotoninin inhibəsinə əsaslanaraq Hamilton şkalasında (Hamilton 1960, NDRS), göstəricilərin minimum 50% azalması (depressiyanın qiymətləndirilməsi) müşahidə olunmuşdur.

Digər variant olaraq «İndividual terapiya» adı altında müalicə üsulumuz da olub. Bu variantda müalicə edən psixiatr həkim məqbul bildiyi qaydada təyinatlar verib. Pasiyentlər ortalama olaraq 5-6 aylıq müalicə dövründə öz həkimini 10 gündən bir ziyarət ediblər.

MÜALİCƏNİN SƏMƏRƏSİ:

Müqayisəli olaraq EKT və antidepressantlarla müalicə klinik - statistik analizə əsasən 98% nəticə verib. Ümumi olaraq belə qənaətə gəlmək olar ki, I qrup pasiyentlərdə üstünlük daha çox olub. Bu nəticə 1:4 nisbətində özünü doğruldub. Bu terapevtik nəticə antidepressantlarla müalicədə müqayisəli olaraq daha yüksək göstəricilərə malik olmuşdur.



Şəkil 1. I və II qrup pasiyentlərdə müalicə prosesi, 6 aylıq nəticələr (● - I qrup, ○ - II qrup).

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ: Bəzi hallarda psixi və qeyri-psixi depressiv vəziyyətlərin etiologiyasında psixoloji travmaların rolu olub (20%). Digər hallarda depressiv epizodun başlanması spontan olub, yəni səbəbsiz olaraq yaranıb. 10,5 % hallarda pasiyentlərdə bu hallar generativ proseslə yenidən doğulmuşlarda özünü göstərmiş:

- 45,6% - vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlar;
- 24,2% - ağır patologiyalarla doğulmuş uşaqlar;
- 20,0% - ağır doğuş travmaları

Digər (11,2%) hallarda vacib səbəblər aşkar edilməyib.

Əsas simptomatika kimi depressiv epizodlar (bütün qruplar üçün) bunlardan ibarət olmuşdur:

- Fiziki enerjinin hədsiz itirilməsi;
- Sevinc hisslərinin olmaması;
- Ağlamaya meyllilik;
- Yuxu pozuntusu;
- İştah pozuntusu;
- Vaxtaşırı özünə qəsd etmə fikirlərinin yaranması (həyatda və yaşamaqda maraq görmürəm);
- Həyəcan, təşviş hissləri; həyat və məişət problemlərini dəf edə bilməmək kimi baxışlar;
- Apatiya (halsızlıq);
- Özünə güvən hissənin olmaması, köməksiz və yardımsız qalmaq qorxusu.

Müşahidə edilənlər arasında irsi xəstəliklərdən asılıqda (depressiya və digər ağır psixi xəstəliklər – Şizofreniya, Alshaymer xəstəliyi) olmuşdur.

Yuxarıda sadalananlardan belə qənaətə gəlmək olar ki, psixi travmalar, ailədaxili münasibət pozuntuları da olmuşdur. Depressiyaların əsas səbəbi kimi orqanizmin reaktivliyinin dəyişikliyinə əhəmiyyətini qeyd etmək lazımdır.

Cədvəl 2-də psixoloji travma faktorunun müxtəlif variantlarda müşahidə edildiyi göstərilib:

CƏDVƏL 2.

Amillərin adı	Xəstələrin sayı	
	Nəfər	%
Ailədəki mürəkkəb münasibətlər	140	31,1
Psixi travmalar	178	39,56
Stress faktı kimi doğuşlar	52	11,56
Yenidoğulmuşlarda problemlər	35	7,78
Səbəsiz hallar	45	10

Hər 2 qrupda psixi - travma və digər amillərin rast gəlinən xarakteri və tezliyi (N = 450).

Dürüstlük üçün birinci və ikinci qruplar arasındakı fərqin etibarlılıq səviyyəsinin hesabını apararkən terapiya nəticəsində aşağıdakı fərqlər müəyyən edildi. Bu fərq 37,77% təşkil etmişdir ki, bu da dürüstlük baxımından yüksəkdir ($P < 001$).

Həyəcanlı depressiv pozuntuların klinik mənzərəsi xəstəliyin gedişi boyu nəzərə çarpan başlıca əlamət əhval - ruhiyyənin enməsi olmuşdur. Depressiya əlamətinin quruluşu travmatik vəziyyətin xüsusiyyətindən asılı idi. Əksər hallarda depressiya düşüncələrinin əsas mövzusu uşaqlar və digər ailə üzvləri üçün həyatlarının gələcəyi ilə bağlı olanlar idi. Xəstələrdə narahatlıq pozuntuları qeyri-müəyyən təhlükə hissi, yaxınlaşan xoşagəlməz hadisələrin gözlənilməsi çox vaxt fəlakətlərlə xarakterizə olunurdu. Artan ürək vurğuları (dəqiqədə 110 - 125), tərləmə, yüksələn arterial təzyiq, əllərin titrəməsi, narahatlıq təzahürləri olmuşdur. Tez-tez göz yaşı tökmək depressiya dövrünün əsas əlamətlərindən biri idi. Narahat sifət ifadələri yavaş və bəzən sürətlənmiş nitq özünü biruzə verirdi. İstərik depressiv pozuntular yalnız psixogen depressiyalarla aşkar edilmiş, somatogen və endogen amillər ilə əlaqəli deyildi. Bu sistemlərin məntiqi tipini bu fenomenin nisbi nozoloji spesifikliyi barədə nəticə çıxarmağa imkan verir. Depressiya zamanı hadisələrin məzmununun sağlamlıq mövzuları üstünlük təşkil edirdi. Ailə üzvləri ilə əlaqədar narahatlıqlar daha az dərəcədə qeyd edildi. Çox vaxt əhəmiyyətsiz hadisələrə şiddətli affektiv reaksiyalar qeyd edilirdi. Asteno-depressiv variantda əhvalın xeyli enməsi, fiziki fəaliyyətin azalması, habelə artan yorğunluq, zəiflik, çəvikliyin

azalması hissləri ilə müşahidə olunurdu. Xəstələrdə gündəlik fəaliyyətə qarşı dözümlülüğün azalması da qeyd edildi. Zehni hiperesteziyanın təzahürləri tez-tez nəzərə çarpırdı. Əsasən səslərin çox yüksək qıcıqlandırıcı təsirindən şikayətlənirdilər. Depressiyaların melonxolik növündə tənhalıq hissi üstünlük təşkil edirdi.

MÜZAKİRƏ: Tədqiqatın nəticəsi antidepressantlarla müalicəsinin klinik effektivliyinin məhdudluğunu göstərdi (51% effekt). EKT-nin istifadə edildiyi nəticələrin səviyyəsi daha yüksək idi və antidepressantlardan istifadə edildiyi statistik göstəricidən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənirdi - 98,1% ($P < 0,001$).

İngilis istinad təlimatlarına (14, 16, 17, 20, 21) uyğun olaraq bütün növ antidepressantların depressiv pozuntular üçün qısa müddətli randomizə edilmiş sınaqlarda məhdud effektivliyini göstərmişdir. Əvvəllər yeniyetməlik depressiyasının müalicəsinə dair araşdırmalar, tritsiklik antidepressantların xüsusilə uşaqlarda təsirli olduğu qənaətinə gəlmişdir. (14,17,21). İntihar riski yüksək olduğu hallarda xəstələrdə antidepressant müalicəsinin bəzi faydalarına baxmayaraq yekun təsirlər həddindən artıq aşağı olmuşdur. Ölüm təsadüflərinə qarşı tritsiklik antidepressantların geniş istifadəsi tövsiyə edilmir (18,21). İstənilən yaş dövründə antidepressantlarla müalicənin bəzi üstünlüklərinə baxmayaraq intihar hadisəsinin meydana çıxmasından ehtiyat edərək trisiklik antidepressantların geniş formada istifadəsindən ehtiyatlanmaq lazımdır (19,20,21).

Beləliklə nəticə çıxarmaq olar ki, yetkinlik yaşına çatmayan depressiyalarda antidepressantlardan geniş istifadə məsələsi müzakirə mövzusu olaraq bu sahədə tədqiqatların davam etdirilməsini tələb edir.

NƏTİCƏLƏR. Depressiya pozuntuları zamanı xəstəliyin patogenezinə autointoksikasiyanın olmasını nəzərə alaraq efferent və immunostimuləedici üsullardan istifadəni əsaslandırılmış hesab etmək olar. Bu üsulun tətbiqi zamanı dezintoksikasiyanın və nəticədə toksik təzyiqin aradan qaldırılmasını əsaslandırılmış və vacib saymaq olar. Beləliklə EKT üsulunun depressiyaların rəasional müalicəsində geniş tətbiqinə əsasımızın olduğunu qəbul etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Воинов В.А., Зеликсон В.А. Мембранный плазмаферез. С.Петербург, 1997, 144 стр.
2. Гусейнов В.А. с соавт. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови в практической медицине. Баку, 2000, 202 стр.
3. Жосанов В.Ю. Эфферентная терапия фармакорезистентных состояний в психиатрической практике. Автореф. на соискание уч. степени к.м.н., Ростов на Дону, 1994.
4. Исмаилов Н.В., Гусейнов Б.А. Оптимизация традиционных методов лечения больных в психиатрической практике с использованием методов эфферентной терапии. Азербайджанский психиатрический журнал, Баку, 2004, №8, с. 37-42.
5. Исмаилов Н.В., Гусейнов В.А., Кочарли Ф.Х., Мамедов Г.А., Газиев Е.И. Вариант снятия синдрома абстиненции наркотического генеза. Азербайджанский психиатрический журнал, Баку, 2007, №13, с.27-41.
6. Исмаилов Н.В., Гусейнов Б.А. Эфферентные методы в лечении психически больных. Азербайджанский психиатрический журнал, Баку, 2016, №30, с.10-19.
7. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М., «Спутник», 1997, с 143.
8. Baldessarini RS, Feada GL, Hennen J. Risk of mania with serotonin reuptake inhibitors vs. tricyclic antidepressants in children, adolescents and young adults. Arch Pediatr, address c. Med 2005; 159: 298-9.
9. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent Depression: review of the past ten years. Part I. Am Acad child Adolesc Psychiatry 1996-35: 1427-39.
10. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent D.A, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: review of the past 10 years. Part. J Am Acad child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1575-83.
11. Birmaher B, Heydi P. Biological studies in depressed children and adolescents. Int J Neuropsychopharmacol 2001; 4: 149-57.
12. Critical Appraisal Programme. Checklist for Appraising RCT s. CASP, 2004 (<http://www.phru.nhs.uk/PHD/resources.htm/>).
13. Department of Health. Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. Evidence Based Clinical Practice Guideline. Department of Health. 2001.
14. Jureidini JN, Doecker CJ, Mansfield PR, Haby MM, Mankes DB, Tonkin AL. Efficacy and Safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ 2004; 328: 879-883.
15. Morrato EN, Libby AM, Orton HD, Brent D.A., Allen R., Valuck R.J. Frequency of provider contact after FDA advisory on risk of pediatric suicidality with SSRIs. Am J Psychiatry 2008; 165: 42-50.
16. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2. Update Software, 2002.
17. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: meta-analysis. BMJ 1995; 310: 897-901.
18. National Health Service Centre for Reviews and Dissemination. Improving the recognition and management of depression in primary care. Eff Health care, 2002; 7: 1-11.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary care. NICE, 2004 (http://www.nice.org.uk/cg023/NICE_Guidelines).
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guidelines for the Management of Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder. NICE, 2004 (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=235400/>).
21. National Institute for Clinical Excellence Depression in children and Young People: identification and Management in Primary Community and Secondary Care (CG28). NICE. 2005 (http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028_fullguideline.pdf/).

Клинические особенности активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо в клинике шизофрении

Б.М. Асадов

Şizofreniyanın klinikasında Kandiskiy-Klerambo sindromun aktiv variantinin klinik xüsusiyyətləri

В.М. Әсədov

Clinical features of the active variant of Kandinsky-Clerambo syndrome in the clinical process of schizophrenia

В.М. Asadov

ATU-nin psixiatriya kafedrası

E-mail: bilal_44@mail.ru

Bu iş 203 xəstədə müxtəlif tip gedişli şizofreniya xəstəliyinin klinik mənzərəsində əsas psixopatoloji fenomeni olan Kandinsky-Klerambo sindromunun klassik və aktiv variantlarının klinik-psixopatoloji və katamnestic tədqiqatlarının nəticələrinin ümumiləşdirilməsinə əsaslanır. Kandinsky-Klerambo sindromunun aktiv variantının təklif etdiyimiz təsnifatı dörd meyarə əsaslanır: a) müəyyən pozğunluqların yayılmasından asılı olaraq sindromun şiddəti (genişlənmiş, hissəvi) və psixopatoloji quruluşu (xəyali, psevdohallusinator, maniform, depresif, fantastik məzmunlu); c) təsirin istiqaməti (auto- və heteroaktiv); d) Kandinsky-Klerambo sindromunun aktiv variantının mütərəqqi inkişafının xüsusiyyətləri (proqrediyent, reqrediyent və stasionar). Tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, Kandinsky-Klerambo sindromunun aktiv variantının klinik xüsusiyyətləri şizofreniya gedişatının növü və formasından müəyyən qədər asılıdır. Kandinsky-Klerambo sindromunun aktiv variantının psixopatoloji fenomenlərinin proqnostik dəyəri onun bütövlüyü, yaranan xəstəliyinin mərhələsi, Kandinsky-Klerambo sindromunun klassik variantı ilə qarşılıqlı əlaqələrinin xüsusiyyətləri ilə müəyyən edilir.

Açar sözlər: şizofreniya, qediş tipi, Kandinsky-Klerambo sindromunun aktiv variantı, tipologiyası, proqnostik dəyəri.

This work is based on a generalization of the results of a clinical, psychopathological, and follow-up study of 203 patients with various types of schizophrenia, in whom the psychopathological phenomena of the classical and active variants of Kandinsky-Clerambo syndrome acted as the leading psychopathological disorder in the clinical picture. The basis of our proposed systematics of the active variant of Kandinsky-Clerambo syndrome is based on four criteria: a) the severity (detailed, non-expanded) and the psychopathological structure of the syndrome, depending on the prevalence of certain disorders (delusional, pseudo-hallucinatory, maniform, depressive coma doesn't nuded with fantastic content); c) the direction of exposure (auto- and heteroactive); d) features of progressive development (progradient, regredient and stationary) of the active variant of Kandinsky-Clerambo syndrome. The study revealed that the clinical features of the active variant of the Kandinsky-Clerambo syndrome are in a certain de-

pendence on the type and form of the course of schizophrenia. The prognostic value of the psychopathological phenomena of the active variant of the Kandisky-Clerambo syndrome is determined by its integrity, the stage of the disease at which it formed, the features of its relationship with the classic version of the Kandisky-Clerambo syndrome was.

Key words: *schizophrenia, type of course, active variant of Kandisky-Clerambo syndrome, typology, prognostic value.*

Актуальность исследования. В последние годы появился ряд исследований, посвященных изучению особенностей становления, формирования, психопатологического строения и специфической нозологической окраски синдрома Кандинского-Клерамбо [1; 2; 6; 9 и др.]. Однако, анализ психиатрической литературы показывает, что большинство исследований проведено в плане расширения нозологических форм психозов, в рамках которых встречается синдром Кандинского-Клерамбо, нежели в плане глубокого клинико-психопатологического исследования этого сложного психопатологического состояния. В то же время в структуре самого синдрома обнаруживаются психопатологические особенности, не ставшие еще предметом специального исследования.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на обобщении результатов клинико-психопатологического и катамнестического исследования 203 больных с различными типами течения шизофрении, у которых в клинической картине в качестве ведущего психопатологического расстройства выступали психопатологические феномены классического и активного вариантов синдрома Кандинского-Клерамбо. Адекватными поставленным задачам оказались клинико-психопатологический и катамнестический методы исследования, позволившие изучить особенности структуры, механизмы формирования, диагностическое и прогностическое значения психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

Результаты исследования. В процессе настоящего исследования при диагностировании психопатологических феноменов классического варианта синдрома психического автоматизма мы руководствовались критериями, изложенными в монографии В.Х.Кандинского “О псевдогаллюцинациях” [8], а также в классификации А.В.Снежневского [7].

При диагностике психопатологических феноменов активного варианта синдрома психического автоматизма Кандинского - Клерамбо мы руководствовались критериями, приведенными в работах М.Г. Гулямова [3, 4, 5], а также особенностями, выявленными в процессе настоящего исследования.

Переходя к решению поставленных в исследовании задач, прежде всего, необходимо было дать определение активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо – это сложное психопатологическое состояние, отличающееся от классического варианта синдрома двумя существенными особенностями – наличием чувства собственной внутренней деятельности и наличием чувства психического обогащения личности, вызванным извне и характеризующееся следующими психопатологическими расстройствами:

- бредом активного воздействия (появляющаяся у больных убежденность в том, что они, под воздействием извне, сами могут влиять на окружающее);

- активными слуховыми псевдогаллюцинациями (возникшая под воздействием извне способность передавать свой голос в головы людей или вызывать у них другие голоса);

- активным зрительными псевдогаллюцинациями (возникшая под воздействием извне способность, настроившись на биотоки мозга других людей, вызывать у них в голове различные образы, видения и т.п.);

- симптомами идеаторного автоматизма (способность больных, благодаря обогащению личности, вызванному воздействием извне, читать, вкладывать и отнимать мысли окружающих, путать, перебивать их, передавать мысли на большое расстояние, изменять настроение окружающих и т.п.);

- симптомами сенестопатического автоматизма (крайне неприятные, тягостные ощущения, вызываемые больными у окружающих благодаря обогащению личности, вызванному извне);

- симптомами кинестетического автоматизма (способность больных благодаря обогащению личности, вызванному извне, управлять действиями, поступками, движениями окружающих людей).

Проведенное комплексное клинико-психопатологическое исследование активного варианта синдрома Кандинского - Клерамбо на модели различных форм и типов течения шизофрении позволили разработать его систематику, выявить соотношение классического и активного вариантов синдрома Кандинского - Клерамбо, обосновать его клиническое, прогностическое и судебно – психиатрическое значения.

В основу предлагаемой нами систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо положены четыре критерия: а) выраженность психопатологической структуры синдрома в зависимости от преобладания тех или иных расстройств; в) направленность воздействия; г) особенности прогрессивности развития активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

С учетом первого критерия активный вариант синдрома Кандинского_ -Клерамбо проявлялся в двух разновидностях: развернутой и неразвернутой.

КЛИНИКА РАЗВЕРНУТОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА включала в себя бред активного воздействия, активные слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, симптомы ассоциативного, сенестопатического и кинестетического автоматизма.

КЛИНИКА НЕРАЗВЕРНУТОЙ РАЗНОВИДНОСТИ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО складывалась из бреда активного воздействия, симптомов ассоциативного и сенестопатического автоматизма, отличавшихся простотой конструкции, конкретностью и отсутствием склонности к расширению.

Второй критерий, который мы учитывали при разработке систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо_ это его психопатологическая структура в зависимости от преобладания тех или иных проявлений синдрома. Оценка этого критерия позволила нам выделить следующие его разновидности.

БРЕДОВАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Здесь все психопатологические феномены определялись систематизированным бредом активного воздействия, проявлявшимся убежденностью больных, что окружающие люди и даже преследователи находятся в их власти, они (больные) могут

управлять ими (окружающими) по своему желанию, на любых расстояниях и в любое время суток. Наши исследования показали, что эта разновидность активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо нередко сопровождалась бредом активный метаморфозы, проявлявшимся в убежденности больных, что они благодаря своей способности, развивающейся под влиянием извне, могут превращать людей в лягушек, мух, животных и т.п.

ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАТОРНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Эта разновидность синдрома разделена нами на два подтипа.

1. Псевдогаллюцинаторно-вербальная разновидность активного варианта синдрома Кандинского - Клерамбо. При этой разновидности психопатологические феномены синдрома определялись слуховыми псевдогаллюцинациями и тесно связанными с ними бредовыми идеями активного воздействия, которые вытекали из содержания слуховых псевдогаллюцинаций.

2. Псевдогаллюцинаторно-эрительная или условно “грезоподобная” разновидность активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо развивалась в клинике онейроидно-кататонических приступов шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении и находилось в тесной связи с грезоподобными эрительными псевдогаллюцинациями. Так, симптомы ассоциативного автоматизма проявлялись в высказываниях больных о том, что инопланетяне, экспериментаторы, черти, среди которых они себя видели, производя над ними эксперименты, при помощи аппаратов, космических лучей, колдовских чар, наделяли их особыми способностями, при помощи которых они читали мысли окружающих людей, отнимали мысли у тех же инопланетян и экспериментаторов, внушали им мысли, изменяли их настроение; симптомы сенестопатического автоматизма - в том, что те же инопланетяне, черти, экспериментаторы, наделяли больных способностью вызывать неприятные ощущения в различных частях тела окружающих, при этом наблюдали, как они переживают эти ощущения.

МАНИОФОРМНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО, развивалось на фоне

маниакального состояния в структуре шизоаффективных приступов шубообразной шизофрении, характеризовался тем, что все компоненты активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо отличались фантастичностью, однако в их основе с самого начала его развития лежал маниакальный аффект. Характерным для этой разновидности синдрома является то, что обратное развитие мании сопровождалось регрессом психопатологических феноменов активного варианта синдрома.

ДЕПРЕССИВНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО, развивавшаяся в клинике депрессивно - параноидных приступов шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении, характеризовалась тем, что депрессия пронизывала красной нитью все без исключения его психопатологические феномены. Так, симптомы ассоциативного автоматизма проявились в переживаниях больных о том, что они, в силу обогащения личности несвойственными качествами, происшедшими под влиянием извне, могут читать мысли окружающих, лишают их возможности мыслить, вкладывают им страшные мысли о гибели, их греховности, предстоящем наказании, вызывают у окружающих тоску, страх, тревогу; симптомы сенестопатического автоматизма — что при помощи своих способностей, переданных им преследователями, они вызывают страшные и мучительные ощущения у окружающих людей, заставляя их мучиться и страдать, при этом в голове слышали их крики, стоны, мольбы о прекращении воздействия. Характерным для этой разновидности синдрома является то, что с обратным развитием депрессии психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо также подвергались регрессу.

АКТИВНЫЙ ВАРИАНТ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО С ФАНТАСТИЧЕСКИМ СОДЕРЖАНИЕМ может развиваться в рамках как бредовой, так и псевдогаллюцинаторной разновидностей синдрома. Чаще всего он развивался на отделенном этапе манифестной стадии непрерывнотекущей шизофрении и характеризовался грандиозностью и фантастическим содержанием его психопатологических феноменов. Так, симптомы ассоциативного автоматизма здесь проявлялись в утверждениях больных о том, что в силу особых способностей, биополя, которыми их одарили высшие силы, бог они могут проникать в тайные замыслы всех людей, передавать мысли и читать их, независимо от рас-

стояния и несмотря ни на какие преграды, могут установить телепатическую связь с космосом и т.п.; симптомы сенестопатического автоматизма проявлялись в высказываниях больных о том, что они в силу особых возможностей могут сжигать всех грешников, заставляя их мучиться как в аду, вызывая у них страшные боли и т.п.; симптомы кинестетического автоматизма - благодаря особому дару, возможностям, которые передали им преследователи, больные могут управлять действиями всего человечества, передвигать горы, управлять всеми живыми существами и т.п.

Наличие чувства сделанности, являющегося одним из существенных компонентов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, позволило дифференцировать вышеописанное психопатологическое состояние от бреда величия. Кроме того, наши исследования показали, что явной корреляционной связи между указанной разновидностью активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо и степенью выраженности негативных дефицитарных расстройств нет. Другими словами, активный вариант синдрома с фантастическим содержанием не является отражением грубых шизофренических изменений личности.

Анализ критерия направленности активного воздействия при активном варианте синдрома Кандинского-Клерамбо позволил нам выделить его аутоактивную и гетероактивную разновидности.

ПРИ АУТОАКТИВНОЙ РАЗНОВИДНОСТИ СИНДРОМА у больных появлялась убежденность в том, что они под воздействием извне наделены способностью оказывать влияние не только на окружающих, но и на себя: читать свои мысли, ускорять или замедлять их, заменять на другие, изменять глубинные структуры мозга, регулировать свои чувства, настроение (симптомы ассоциативного автоматизма), вызывать у себя в голове различные неприятные, но необходимые им для пользы ощущения, направленные на самосовершенствование путем расширения одних участков мозга, сглаживания других и т.п. (симптомы сенестопатического автоматизма). Подтверждением выделенной нами аутоактивной разновидности активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо является тот факт, что способность воздействия на собственные психические акты возникает у больных под воздействием извне и сопровождается чувством внутренней активной деятельности.

ПРИ ГЕТЕРОАКТИВНОЙ РАЗНОВИДНОСТИ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО у больных появляется убежденность, что они под воздействием извне наделены способностью воздействовать на окружающих. При этой разновидности синдрома нами наблюдался психопатологический феномен, обозначенный как ЯВЛЕНИЕ АКТИВНОГО ТРАНЗИТИВИЗМА. Это своеобразный феномен, стоящий близко к явлениям транзитивизма при классическом варианте синдрома Кандинского-Клерамбо, заключающийся в высказываниях больных о том, что способности влиять на окружающих, которые они получили благодаря воздействию на них извне, позволили им в свою очередь одарить этими же способностями окружающих людей, которые вследствие этого сами могли читать мысли, вызывать у других людей неприятные ощущения и т.п.

Следующим критерием систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо является его типология с учетом прогрессивности развития психопатологических феноменов, его составляющих. В данном аспекте мы выделили три типа прогрессивности.

1. ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Этот тип прогрессивности наблюдался у части больных прогрессивной параноидной и шубообразной шизофренией с ранним началом заболевания, у которых активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо формировался на начальных этапах манифестной стадии психоза. Эдесь вначале происходило усиление его психопатологических феноменов, в последующем в динамике заболевания постепенная дезактуализация и стирание чувства сделанности, парафренизация переживаний больных, приобретающих все более нелепый и фантастический характер. Спустя 2-5 лет от начала развития заболевания, на фоне выраженного шизофренического дефекта, активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо представлял собой распавшуюся бредовую систему, проявления которой становились оскольчатными и проявлялись эпизодически.

2. РЕГРЕДИЕНТНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Наблюдался у части больных шизоаффективной шубообразной и у всех больных периодической шизофренией. Он характеризовался обратным развитием психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандинско-

го-Клерамбо, которое в наших наблюдениях происходило по двум направлениям. При первом из них активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо подвергался обратному развитию очень быстро, по типу критического обрывания психоза с полным исчезновением всех его симптомов, восстановлением полной критики к перенесенному состоянию. При втором – психопатологические феномены синдрома Кандинского-Клерамбо регрессировали медленно в той же последовательности, в какой они развивались. По выходе из психотического состояния, при формально правильном поведении, длительное время сохранялся резидуальный бред, на фоне различной степени выраженности изменений личности.

3. СТАЦИОНАРНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Наблюдался у больных прогрессивной параноидной шизофренией. Здесь проявления активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо стабилизировались, становились монотонными, стереотипными, теряли свою аффективную насыщенность, не оказывая сколь-нибудь заметного влияния на поведение больных, усиливаясь при ухудшении и вновь стабилизируясь при улучшении состояния больных.

Обсуждение результатов исследования. Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении - это сложное психопатологическое состояние, отличающееся от классического варианта синдрома Кандинского-Клерамбо двумя существенными особенностями: наличием чувства собственной внутренней деятельности и наличием чувства психического обогащения личности, вызванным воздействием извне. Вследствие этого у больных появляется убежденность в том, что они сами могут воздействовать на окружающих. Динамика активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо в основном предопределяется типом течения шизофрении. С позиции структурно-динамического анализа для него характерны прогрессивный, регрессивный, стационарный типы прогрессивности.

Клинические особенности активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо находятся в определенной зависимости от типа и формы течения шизофрении. Так, при непрерывнотекущей параноидной и прогрессивной шубообразной шизофрении психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо формируются на

среднем и отдаленном этапах манифестной стадии или клинической картине второго и третьего приступов, отличаются завершенностью расстройств, проявляясь в виде активного варианта с фантастическим содержанием, бредовой и псевдогаллюцинаторной его разновидностей. При шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандиского-Клерамбо развиваются преимущественно в картине первого и реже второго приступов, отличаются незавершенностью клинических расстройств, проявляясь в виде активного варианта с фантастическим содержанием, депрессивной, грезоподобной и аутоактивной разновидностей. Между психопатологическими феноменами классического и активного вариантов синдрома Кандиского-Клерамбо прослеживаются причинно обусловленная взаимосвязь и определенные закономерности перехода, которые можно условно свести в три варианта:

- первый вариант взаимоперехода классического и активного вариантов синдрома Кандиского-Клерамбо характеризуется их сосуществованием на всем протяжении психоза;

- второй - активный вариант синдрома Кандиского-Клерамбо, формируясь вслед за классическим вариантом, становится доминирующим психопатологическим расстройством;

- третий вариант характеризуется тем, что активный вариант синдрома Кандиского-Клерамбо с момента своего появления вскоре полностью заменяет психопатологические феномены классического варианта. Первая форма соотношения наблюдается при шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении; вторая - при шубообразной и третья-при прогрессивной параноидной и части прогрессивной шубообразной шизофрении.

Прогностическое значение психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандиского-Клерамбо определяется его целостностью, этапом заболевания, на котором он сформировался, особенностями его взаимоотношения с классическим вариантом синдрома Кандиского-Клерамбо. Наиболее неблагоприятно в прогностическом отношении протекает прогрессивная параноидная и прогрессивная шубообразная шизофрения, где активный вариант синдрома Кандиского-Клерамбо формируется на средних этапах манифестной стадии или при первых приступах болезни, отличаясь целостным содержанием и с мо-

мента своего появления полностью заменяет психопатологические феномены классического варианта синдрома Кандиского-Клерамбо. Течение болезни характеризуется быстрым нарастанием шизофренического дефекта, распадом бредовой системы, затяжным характером приступов, утратой больными социального статуса. Меньшей прогрессивностью отличается шизофрения, при которой активный вариант синдрома Кандиского-Клерамбо формируется на отдаленных этапах болезни, либо в 3-4 приступах, отличается незавершенностью клинических проявлений и сосуществует с психопатологическими феноменами классического варианта синдрома Кандиского-Клерамбо. При этом наблюдается стабилизация патологического процесса, относительная кратковременность приступов, изменения личности не достигают степени шизофренического дефекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бессонов Ю.В. Суицидальные и агрессивные действия больных параноидной шизофренией с синдромом Кандиского. – Автоферюдисс. ...канд.мед.наук. - 1980. – 19 с.
2. Бухман Ю.М. Нозологическое видоизменение синдрома Кандиского при атеросклеротических психозах. – Дисс.канд.мед. наук. -1975.
3. Гулямов М.Г. О психопатологии и динамике острого синдрома Кандиского при некоторых экзогенных онейроидах // Проблемы психоневрологии (научные тезисы). – М., 1969. – С. 269-273.
4. Гулямов М.Г. Об одном из вариантов синдрома психического автоматизма Кандиского // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1972. - № 12. – С.1847-1951.
5. Гулямов М.Г. О диагностическом и прогностическом значении активного варианта синдрома Кандиского при шизофрении // Нозологическое видоизменение психопатологических синдромов. – Душанбе, 1974. – С.51-56.
6. Дикая В.И. Клинико – психопатологические разновидности острого синдрома Кандиского –Клерамбо при шизофрении // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1985. - № 8. – С.1200 – 1205.
7. Снежневский А.В. Симптоматология психических заболеваний // Учебник психиатрии. – М., 1958. – С.78.
8. Снежневский А.В. В.Х.Кандинский // В.Х.Кандинский «О псевдо-галлюцинациях». – М., 1952. – С. 147-167.
9. Шарапова Н.М. Клиника и формирование синдрома Кандиского-Клерамбо при остром алкогольном галлюцинозе. –Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. - 1986. -18с.

Hemodializin psixiatrik aspektləri

O.V.Fərəcli

Психиатрические аспекты гемодиализа

О.В.Фаражли

The psychiatric aspects of hemodialysis

O.V.Farajli

1 saylı Respublika Psixiatriya Xəstəxanası

E-mail: ferecliornan@gmail.com

Keywords: hemodialysis, chronic renal failure, psychiatry, depression, anxiety

В последние годы частота сопутствующих психиатрических проблем значительно возросла при других хронических заболеваниях, включая почечную недостаточность. Хронические заболевания вызывают серьезные социальные и психологические трудности в жизни пациента и его семьи. В этой статье мы поговорим о психологических аспектах пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, этапах реакции пациента на диагностику заболевания и подходах к лечению возникающих психиатрических проблем.

Ключевые слова: гемодиализ, хроническая почечная недостаточность, психиатрия, депрессия, тревожность

In recent years, the incidence of comorbid psychiatric problems has increased significantly in (during) other chronic diseases, including renal failure. Chronic diseases cause serious social and psychological difficulties in the life of the patient and his family. In this article, we will talk about the psychological discues aspects of patients suffering from chronic renal failure, the stages of the patients' reactions to the detection of the disease, and approaches to the treatment of emerging psychiatric problems.

Keywords: hemodialysis, chronic renal failure, psychiatry, depression, anxiety

Giriş. Böyrəklərin xroniki xəstəliyi – nefronların tədricən məhvi nəticəsində böyrəklərin homeostatik (filtrasion, konsentrasion və endokrin) funksiyalarının davamlı, geridönməz və progressivləşən pozulmasıdır. Dünya statistikasına görə, 1000000 əhaliyə 250-400 xroniki böyrək çatışmazlığı xəstəliyi düşür. Onlardan 50-55%-i aktiv hemodializ müalicəsinə cəlb olunur. Azərbaycanda 10.000-dən artıq xroniki böyrək çatışmazlığından əziyyət

çəkən xəstə var, 1500 xəstə hemodializ müalicəsi qəbul edir. İl ərzində ölüm faizi 10,2-12,7%, yeni xəstələrin aşkarlanıb dializə cəlb olunması isə 22-27% təşkil etdiyindən, bu xəstələrin sayının ilbəlil 180-220 nəfər artması gözlənilir. Xronik böyrək xəstəlikləri, irsi xəstəliklər, şəkərli diabet, hipertoniya, uroloji patologiyalar, maddələr mübadiləsinin pozulmaları, transplantantın uyuşmazlığından sonra baş verə bilər (1). Amerika Böyrək Məlumat Bazasının 2008 ci ildə verdiyi məlumatda xroniki böyrək çatışmazlığının yaranma səbəbləri arasında diabetes mellitus 38%, glomerulonefrit 14%, hipertoniya 24.6 % nisbətində təşkil edir. Hemodializ, xroniki böyrək çatışmazlıqlarında istifadə olunan müalicə metodlarından biridir. Hemodializ xəstədən alınan qanın bir membran vasitəsilə aparatdan keçirilərək yenidən xəstəyə qaytarılmasıdır (2).

Hemodializ müalicəsinin tibbi və psixosial təsirləri: Həftədə 3 dəfə olmaqla orta hesabla 4-6 saat davam edən müalicə proseduruna baxmayaraq pasiyentlərdə uremiyaya bağlı ürəkbulanması, qusma, qaşınma, hipotensiya kimi problemlər qaçılmaz olur. Bu problemlər də öz növbəsində birbaşa olaraq xəstənin sosial həyatına, gündəlik həyat fəaliyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşmasına gətirib çıxarır (3).

Hemodializ alan xəstələrin psixoloji xüsusiyyətləri: Xəstəliyi inkar duyğusu hemodializ müalicəsinin müvəqqəti bir müalicə metodu olduğunu düşünməkləridir. Bəzi tədqiqatlar xəstəliyi inkar etmə düşüncəsinin xəstəliklə mübarizə aparma gücünü artırdığını vurğulasa da (4), eyni mövzudakı daha fərqli tədqiqat bunun əksinə olaraq yaşama müddətini qısaltması qənaətinə gəlmişdir (5). Hemodializ müalicəsi nəticəsində pasiyentin ömrünün uzanmasına baxmayaraq paralel şəkildə digər komorbid xəstəliklərin də müddəti uzanmağa başlayır. Ölüm qorxusunun daha çox hakim kəsildiyi bu xəstəlik zamanı bəzən pasiyentlər dializ aparatlarını bədənin bir hissəsi kimi görür, aparata əsəbləşib onunla insan kimi danışması mümkündür (6).

Hemodializə adaptasiya dövrünü aşağıda qeyd edəcəyimiz 4 mərhələdə dəyərləndirmək lazımdır:

I mərhələ: Dializə başlamadan əvvəl uremiya səbəbindən yorğunluq, halsızlıq, ifrat narahatçılıq ön planda olur. Həyatlarının riskdə olduğunu fikirləşirlər.

II mərhələ: Dializ əməliyyatına başladıqdan sonar apatiyanın azalması ölümdən uzaqlaşdığı düşüncəsini formalaşdırır və bu düşüncənin təsiri altında müvəqqəti eyforiya müşahidə oluna bilər.

III mərhələ: Sağlamlığındakı müsbət dəyişikliyin verdiyi sevinc hissənin azalması qeyd olunur. pasientin dializə adaptasiya olması, həyatındakı məhdudiyətlərin başlamasının verdiyi daxili narahatlıq 3-12 ay davam edə bilər.

IV mərhələ: Həyat keyfiyyətinin ön plana çıxdığı dövrdür. Dializə adaptasiya olmaqla yanaşı dializin gətirdiyi yeni həyat standartlarını da mənimsəməyə başlayır. Real olaraq xəstəliyi və prosedurları qəbul edib gələcəyə yönəlmiş orqan köçürülməsi ilə bağlı planlar qurmağa başlayırlar (7).

Dializ proseduru zaman; ortaya çıxan psixi pozuntular: Əksər tədqiqatlar ağır fiziki və psixoloji çətinliklər səbəbi ilə hemodializ xəstələrinə psixi pozuntuların geniş yayıldığını göstərmişdir. 1 il müddətində kontrolda saxlamaq şərti ilə tədqiqata cəlb olunan 80 xronik böyrək çatışmazlığı olan pasiyentin 30 % DSM-3 kriterlərinə görə psixi pozuntular aşkarlanmışdır. Adaptasiya pozuntusu 14%, major depressiya 12,5%, aqrofobiyalı panik atak 2% və generalizə təşviş pozuntusu 1,5% olmaqla təyin olunmuşdur (23).

Digər 1 il kontrolda saxlanılan bir tədqiqatda hemodializ xəstələrinin 10% ən az 1 psixi pozuntu olduğu aşkarlanmışdır. Ən çox rast gəlinən depressiya olmaqla bu siyahını orqanik beyin sindromu və demensiya, alkoqol və digər psixoaktiv maddə istifadəsi və psixotik pozuntular davam etdirir (24).

Orqan çatışmazlığının neyro –psixiatrik təsirləri ən çox xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə araşdırılmışdır (25).

Hipertireoz, anemiya, hipertoniya, endokrin və digər ürək damar sistemi xəstəliklərinin mövcudluğu XBC xəstələrində uremiyanın səbəb olduğu mərkəzi sinir sistemi pozuntularını daha da ağırlaşdırır (26,27).

Dializ tarazlıq pozuntusu (dysequilibrium) və demensiya XBC xəstə populyasiyası üçün xarakterik nevroloji sindromlardır. Dağıdıcı davranışlar kompleks parsial tutmalar nəticəsində yaranır (28).

Koqnitiv funksiyaları araşdıran tədqiqatlarda təzadlı nəticələr əldə olunmuşdur. 15 hemodializ xəstəsi ilə aparılan tədqiqatda mini mental ballarında azalma müşahidə olunsada böyrək transplantasiyası sonrası bu

nəticələr yenidən bərpa olunaraq əvvəlki vəziyyətinə qayıtmışdır (29). Digər 16 nəfərlik xronik hemodializ qəbul edən pasiyentlərdə aparılan koqnitiv araşdırmaların nəticələrinin sağlam qruplarla müqayisədə heç bir fərqlinin olmadığı ortaya çıxmışdır (30).

Hemodializ proqramındakı 426 xəstə ilə aparılan başqa bir tədqiqatda xəstələrin koqnitiv funksiyalarından daha çox depressiv və təşviş əlamətləri ön planda olduğu üçün, bu xəstələrin koqnitiv yöndən düzgün dəyərləndirilmənin çətin olduğu qənaətinə gəlinmişdir (31).

Üzvi mental pozuntular:

1. Koqnitiv pozuntu: Uremiya, anemiya, dərman intoksikasiyası, elektrolitlərin tarazlığının pozulması, hipertoniyaya səbəb ola bilər. Yaddaş pozuntu ilə bərabər diqqətsizlik, apatiya, halsızlıq, yuxusuzluq və ya yuxuya meyillik ola bilər. Bu hal dializin böyrək funksiyalarını tam bərpa etmədiyini göstərir (8).

2. Diyalitik tarazlıq pozuntusu: Əksər hallarda sürətli başlanan dializdən sonar yaranan vəziyyətdir. Xəstədə başağrısı, müvazinətin pozulması və nitq pozuntusu, əzələlərdə səyirmə, systemsiz hərəkətlər, yaddaş pozuntusu, həyəcan və qıcolmaya bənzəri tutmalar ola bilər. Əsas səbəb onurğa beyin mayesində kreatinin qandan daha tez düşməsi nəticəsində beyin-onurğa boşluğunda hiperosmosun yaranması və su tutumuna bağlıdır (9). Müalicəsində deforoksamın, alminumsuz dializ mayesi və simptomatik olaraq psixotrop dərmanlar verilir (10).

3. Diyalitik Ensefalopatiya (Demans): İlk dəfə 1972 ci ildə ortaya çıxarılan bu mənzərədə mioklonus, apraksiya, fokal epileptik tutmalar, parasteziya və delirium epizodları artaraq demensiyaya gətirib çıxarır (11). Ölüm ehtimalı xeyli yüksəkdir. Dializ mayesindəki alminium və sinkin beyində kumulyasiyası nəticəsində yaranması səbəb göstərilir (12).

Həyəcan pozuntuları: Hemodializ xəstələrində həyəcan çox tez -tez rast gəlinən haldır. Hər hansı bir cihaza bağlı olmaq, ailə üzvlərindən asılı vəziyyətə düşmək bu xəstələrin həyəcanını daha da artırır. Aparılan bir tədqiqatda xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə həyəcan təşviş pozuntusunun rast gəlmə ehtimalı 25% dir. Qəzəb hissində də tez tez rast gəlmək olur (13).

Depresiya və intihar: Dializ müddətində ən çox görülən ağırlaşmalardan biri də depresiyaadır. Depressiya adətən somatik vəziyyətin pisləməsi ilə əlaqədardır. Depresiyanın mövcudluğu immun sistemi daxil olmaqla şəxsi gigiyenadan tutmuş mübarizə gücünü azaltmağa qədər təsir edir (16,17,18).

XBC xəstələrində komorbid psixiatrik xəstəliklərin araşdıran sistemli tədqiqatların əksəriyyəti depresiya yönəlmişdir. Depresiyanın yayılmasını araşdıran tədqiqatlar 0-100% arasında dəyişən nəticələr göstərmişdir. Nəticələr arasında bu qədər çox fərqliliyin olması tətbiq olunan testlərin fərqli olması (32) və standartlaşma problemlərindən (33,34,35,36) qaynaqlandığını qeyd edirlər.

Qan təzyiqi dəyişməsi, uremiya dərəcəsi, iki dializ arasındakı çəki fərqi, kalsiyum, fosfor metabolisması, parallel gedən sistem xəstəlikləri, böyrək xəstəliyinin etiologiyası, xəstəliyin müddəti, anemiya, qaşıntı, xronik ağrı, dərman yan təsirləri və sair kimi müxtəlif faktorlar bu xəstələrdə depresiyanın daha çox yayılmasına təsir edir (37).

Uremiya ümumi narahatçılıq, depressiv əhval ruhiyyə, yuxusuzluq, apatiya və diqqət dağınıqlığı kimi əlamətlərin yaranmasına səbəb ola bilər. Hər dializ xəstəsi üçün uremiyanın kontrol edilmə dərəcəsi fərqlidir. Bu səbəbdən XBC xəstə populyasiyasında bəzi depressiv əhval-ruhiyyə depresiyanı daha çox düzgün müalicə edilməmiş uremiyaya bağlı ola bilər (38).

Uremiya ilə depresiya epizodlarını araşdıran tədqiqatçılar ancaq günahkarlıq duyğusu, ölüm və ya intihar düşüncələrinin depresiya üçün spesifik olduğunu qeyd edirlər (39). Halsızlıq, yuxu pozuntuları və cinsi istəkdə azalmalar kimi əlamətlərin differensial diaqnostika yönündən əhəmiyyəti aşağıdır (40).

Dializ xəstələrində depresiya normal populyasiyadan daha çox rast gəlinir (19,20,21).

Dializ xəstələrində intihar riski də normal populyasiyadan daha çox olsa da tədqiqat nəticələri çox fərqlilik göstərir (0.195-4,6%). Bunun əsas səbəbi intiharı ayırd etmənin çox çətin olmasıdır. Xəstənin məqsədli olaraq pəhrizə əməl etməməsi nəticəsində ölməsi də bir növ passiv intihar kimi qiymətləndirilə bilər. Pəhrizdən imtina, müalicəyə razılıq etməməsi, aktiv intihar cəhdləri bu xəstələrdə görülən zərərverici spektr davranışlardandır (22).

Yuxu pozuntuları: Hemodializ xəstələrinin 60-80 % rast gəlinən yuxu pozuntuları xəstələrin həyat keyfiyyətini pozması ilə yanaşı mortallıqə ciddi təsir edən amillərdəndir (41,42,43). Xəstələrin yaşadığı yuxu problemlərini tək bir səbəb bağlamaq olmaz. Hemodializ zamanı rast gəlinən qaşıntı və narahat ayaq sindromu, uzun müddətli dializ seanslarında yatıb qalmaq , günlük həyatın stressləri, antihipertensif dərmanlar da yuxu pozuntusunun yarada biləcək səbəblər arasındadır (42). Yuxu problemlərini aradan qaldırmaq üçün tətbiq olunan klassik yuxu gigiyenası metodları problem həll etməzsə, tibbi müdaxilələr tətbiq oluna bilər.

Cinsi funksiya pozuntuları: İstər xroniki böyrək çatışmazlığına bağlı metabolik pozuntular, istərsə də psixososial problemlərin mövcudluğu pasiyentlərdə cinsi funksiya pozuntuların yarada bilər. Qadınlarda orqazm ola bilməmək və cinsi istəkdə azalma müşahidə olunsada kişilərdə erektil disfunksiya və cinsi istəksizlik daha tez qeyd olunur. Hemodializ müalicəsi alan kişi xəstələr üzərində aparılan bir tədqiqatda erektil disfunksiya 70% də rast gəlinmişdir (43).

Hemodializ xəstələrində psixoterapevtik və psixofarmokoloji yanaşmalar:

1. Psixoterapiya - Hər hansı bir komorbid psixiatrik xəstəlik zamanı ən effektiv psixoterapiya metodu qısa müddətli terapiyalardır. Uzun müddətli psixoterapiyalar nevrotik pasiyentlər üçün tövsiyyə olunandır (44).

2. Psixofarmokoterapiya- Psixotrop dərmanların böyük əksəriyyəti qaraciyərdə metabolizmaya məruz qaldığı üçün böyrək xəstələrində istifadə oluna bilər (45,46,47,48). Trisiklik antidepressantlar, fenotiazinlər və benzo-diazpinlər qismən böyrəkdən metabolizma olduğu üçün doza tənzimləmək lazım ola bilər. Bundan başqa hipotensiya və sidik ləngiməsi kimi yan təsirlərinə görə diqqətli olmaq lazımdır. Litium isə tamamilə böyrəkdən ixrac olunduğu üçün çox məcbur qalmadıqca təyin olunmamalıdır. Amma diyaliz olduğuna görə bu xəstələrdə çox vacib olarsa dializ seansı sonrası tək doza istifadə oluna bilər (48).

Antidepressantların dializ xəstələrində çox yararlı olmadığı müşahidə olunmuşdur. Ağır depressiya və yuxusuzluq xaricində antidepressant istifadə tövsiyyə olunmur (49). Tranzitor həyəcan epizodları anksiyotiklərlə, psixoz əlamətləri isə antipsixotiklərlə müalicə oluna bilər.

Farmokoloji müalicə olaraq benzodiazpinlərdən klonozepam və alprozalam müalicədə müvvəfəqiyyətlə istifadə oluna bilər. Klonezepam üçün doza titrlənməsinə ehtiyac olmadan 0.5-1 mg, alprozalam üçün isə maksimum 2 mg istigadə oluna bilər (14,15).

Nəticə: Hemodializ xəstələrində metabolik və psixoloji dəyişikliklər mütəmadi şəkildə izlənilməlidir. Multidisiplinar yanaşmanın əhəmiyyəti olduqca yüksəkdir. Fərqli psixoloji seansların və rutin psixiatr baxışının olması lazım gəldikdə psixofarmokoloji yanaşmanın tətbiqi istər xətəxanaya yatış sayının azalmasında istərsə də komorbid psixiatrik problemlərin həllində xeyli kömək etmiş olacaqdır.

XBÇ şəxsin gündəlik fəaliyyətini, evlilik və ailə həyatını, peşə fəaliyyətini ciddi ölçüdə pozur. Son vaxtlarda psixososial və psixiatrik yöndən dializ və transplantsiyaya maraq artmışdır.

Dializ prosedurlarının çox vaxt aparması, əksər halalarda evdən xaricdə tətbiqi olunması, qida və su qəbuluna ciddi nəzarətin olması, bahalı prosedur olması xəstələrin əsas çətinliklərindəndir.

Nəticə olaraq dializ və transplantasiya şöbələrində xəstələrin təkcə somatik tərəfdən deyil, psixiatrik tərəfdən də müayinə olunması psixiatrik morbitiyi azaldıb həyat keyfiyyətini xeyli artıracaqdır. Standartlaşmanın tətbiqi olunmasının çox çətin olduğu bu sahədə kontrollu tədqiqatlara ehtiyac çoxdur.

Ədəbiyyat

1. Hemodializ üzrə klinik protokol – Bakı 2011, 44 səh.
2. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of Dialysis. Fourth Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 25-35.
3. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among endstage renal disease patients. The Journal of Psychosomatic Research 2005;58:471-476.
4. Short MJ, Wilson WP. Roles of denial in chronic hemodialysis. Arch Gen Psychiatry 1969;20:433-437.
5. Devins GM, Mann J, Mandin H ve ark. Psychosocial predictor of survival in end-stage renal disease. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 127-133.
6. Mürinqai T, Noble H, McGowan A. Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse. Br J Nurse 2008; 17: 362-366.
7. Özkan S. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. Özkan S(ed). Psikiyatrik Tıp: KonsültasyonLiyazon Psikiyatrisi. İstanbul;1993: 187-190.
8. Osberg JW, Meares GJ, McKee DCM ve ark. Intellectual functioning in renal failure and chronic dialysis. Journal of Chronic Diseases 1982; 35: 445-457
9. Lishman WA: Organic Psychiatry, ikinci baskı, Blackwell.Oxford 1987.

10. Levy NB. Chronic renal disease, dialysis and transplantation. Principles of Medical Psychiatry içinde, (eds) Stoudemire A, Fogel BS, Grune and Stratton, Orlando 1987, sf. 583-594.
11. Alfrey AC. Syndrome of dyspraxia and multifocal seizures associated with chronic hemodialysis. Trans AM Soc Artif Intern Organs 1972; 18: 257-260.
12. Lishman WA: Organic Psychiatry, ikinci nəşr, Blackwell.Oxford 1987.
13. De Sousa A. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian J Nephrol. 2008; 18: 47–50.
14. Dashti-Khavidaki S, Chamani N, Khalili H, Hajhossein Talasaz A, Ahmadi F, Lessan-Pezeshki M, Ghaeli P, Dalili S, Alimadadi A. Comparing effects of clonazepam and zolpidem on sleep quality of patients on maintenance hemodialysis. Iran J Kidney Dis. 2011; 5:404-9. 24.
15. Hadi Molanaei, Peter Stenvinkel, Abdul Rashid Qureshi, Juan Jesús Carrero, Olof Heimbürger, Bengt Lindholm, Ulf Diczfalusy, Ingegerd Odar-Cederlöf, Leif Bertilsson. Metabolism of alprazolam (a marker of CYP3A4) in hemodialysis patients with persistent inflammation. European Journal of Clinical Pharmacology 2012;68:571-577
16. Hussey DG, Westlie L, Thomas JS ve ark. Psychological, social and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. Archives of Internal Medicine 1987;147:1921-1924.
17. Stein M, Miller Ah, Trestman RL. Depression, the immune system and health and illness: findings in search of meaning. Arch Gen Psychiatry 1991;48: 171-177.
18. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. A review: Psychosomatics 1991; 32 (4):382-389.
19. Abram HS. Repetitive dialysis. Handbook of General Hospital Psychiatry içinde, (eds) Hackett TP, Cassem NH, 1. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1979, sf. 343-365
20. Surman SO. Hemodialysis and renal transplantation. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry içinde, (eds) Hackett TP, Cassem NH, 2. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1987, sf. 406-424
21. Levy NB. Chronic renal disease, dialysis and transplantation. Principles of Medical Psychiatry içinde, (eds) Stoudemire A, Fogel BS, Grune and Stratton, Orlando 1987, sf. 583-594.
22. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB Jr.: Suicidal behavior in chronic dialysis patients. Am J Psych 1971;127: 1199-1204.
23. House A (1987) Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. J Psychosom Res, 31: 441-452.
24. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM ve ark. (1998a) Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. Am J Med, 105:214-221.
25. Greenberg RP, Davis G, Massey R ve ark. (1973) The psychological evaluation of patients for a kidney transplant and hemodialysis program. Am J Psychiatry, 130:274-77.
26. McDaniel JW (1971) Metabolic and CNS correlates of cognitive dysfunction with renal failure. Psychophysiol, 8:704-713.
27. McDermott JR, Smith AI, Ward MK ve ark. (1978) Brain aluminium concentration in dialysis encephalopathy. Lancet, 1:901-904
28. Surman OS, Parker SW (1981) Complex partial seizures and psychiatric disturbance in end stage renal disease. Psychosomatics, 22:1077-1080.
29. Kramer L, Madi C, Stockenhuber F ve ark. (1996) Beneficial effect of renal transplantation on cognitive brain function. Kidney Int, 49:833-838.
30. Pliskin NH, Yurk HM, Umans JG ve ark. (1996) Neurocognitive function in chronic hemodialysis patients. Kidney Int, 49:1435-1440.
31. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT ve ark. (1996) Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. Gen Hosp Psychiatry, 18: 36-43.
32. Smith MD, Hong BA, Robson AM (1985) Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Am J Med, 79:160-166
33. Craven JL, Rodin GM, Johnson L ve ark. (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. Psychosom Med, 49:482-492.
34. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S ve ark. (1989) Depression in hemodialysis patients. Psychosomatics, 30:284-289.

35. Hong BA, Smith MD, Alan MR ve ark. (1987) Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychol Med*, 17:185-190.
36. Levenson JL, Colenda C, Larson DB ve ark. (1990) Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases. *Psychosomatics*, 31:367-376.
37. Levenson JL, Glocheski S (1991) Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics*, 32: 382-389.
38. Hart RP, Kreutzer JS (1988) Renal system. *Medical Neuropsychology: The Impact of Disease on Behavior*. Van Thiel DH, Edwards KL (Eds), New York, Plenum, s. 99-120.
39. Kimmel PL (2000) Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*, 35 (Suppl 1): 132-140.
40. Craven JL, Rodin GM, Johnson L ve ark. (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med*, 49:482-492.
41. Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. Quality of sleep and its relationship to quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences* 2013; 2(4): 295-304.
42. Shibata S, Tsutou A, Shiotani H. Relation between sleep quality and daily physical activity in hemodialysis outpatients. *Kobe Journal of Medical Science* 2013; 59(5): 161-166. 31.
43. Türk S, Karalezli G, Tonbul HZ, Yıldız M, Altıntepe L, Yıldız A, Yeksan M. Erectile dysfunction and the effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1818-1822.
44. House A. Psychosocial problems on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res* 1987;31:441-452.
45. Surman SO. Hemodialysis and renal transplantation. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry içinde*, (eds) Hackett TP, Cassem NH, 2. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1987, sf. 406-424.
46. Wolcott DI. Psychiatric aspects of renal dialysis and organ transplantation. *Psychiatr Med* 9 1991;(4):623-640.
47. Levy NB. Chronic renal disease, dialysis and transplantation. *Principles of Medical Psychiatry içinde*, (eds) Stoudemire A, Fogel BS, Grune and Stratton, Orlando 1987, sf. 583-594
48. Bernstein JG. Psychotropic drug prescribing. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry içinde*, (eds) Hackett TP, Cassem NH; 2. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1987, sf. 451-482.
49. Abram HS. Repetitive dialysis. *Handbook of General Hospital Psychiatry içinde*, (eds) Hackett TP, Cassem NH, 1. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1979, sf. 343-365

Сравнительный анализ депрессивных расстройств у женщин в городской и сельской местности в Азербайджане

С.Катибли, Г.Джабраилзаде

Azərbaycanda kənd və şəhər əhalisi arasında qadınlarda depressiv pozuntuların müqayisəli təhlili

S.Katibli, G.Cəbrayılzadə

Comparative analysis of depressive disorders in women in urban and rural areas of Azerbaijan

S.Katibli, G. Jabrayilzade

ATU-nin psixiatriya kafedrası

e-mail: sevdakatibli@gmail.com

Depressiya müxtəlif sosial, bioloji, psixoloji amillərin nəticəsində yaranır. Eyni zamanda depressiya stressi gücləndirir, həyat keyfiyyətini dəyişir, normal həyat fəaliyyətini pozur və nəticədə depressiya daha da ağırlaşır. Məlumdur ki, qadınlar kişilərdən 2 dəfə daha artıq depressiyadan əziyyət çəkir.

Tədqiqatın məqsədi: şəhərdə və kənd yerində yaşayan qadınlarda depressiv pozuntuların klinikasının müqayisəli analizi, adaptasiya mexanizmlərinin və stressə dözümlülük dərəcəsinin öyrənilməsi. Tədqiqata depressiv pozuntulardan əziyyət çəkən, 18-57 yaş arası, 100 qadın cəlb edilib. Pasiyentlər könüllü şəkildə tədqiqatda iştirak ediblər. Tədqiqata cəlb olunan pasiyentlər 2 saylı Klinik Psixiatriya Xəstəxanasında ambulator və stasionar müalicə qəbul edib. Pasiyentlərin müayinəsi üçün 3 psixometrik şkalalardan istifadə olunub: Zəncin öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (ZDRS); or-Davidson dözümlülük şkalası 25 (CD-RISC-25); COPE-BRIEF uyğunlaşma mexanizmlərini qiymətləndirmə şkalası. Aparılmış tədqiqat şəhər və kənd yerində yaşayan qadınlarda depressiv pozuntuların təzahüründə kəskin fərqlərin olduğunu ortaya çıxarır. Aşkar olunub ki, kənd yerində yaşayan qadınlar daha çox fiziki, somatik xarakterli şikayətlər təqdim edir. Eyni zamanda bu qrup pasiyentlərdə stressə dözümlülük səviyyəsi daha artıq olub. Hər iki qrupda adaptasiya mexanizmi kimi çox hallarda dinə müraciət diqqəti cəlb edir. Aparılan tədqiqat depressiv pozuntulardan əziyyət çəkən qadınlara psixososial yardımın sistem şəklində təşkilinin zəruriyyətini göstərir.

Açar sözlər: Qadınlarda depressiya, reproduktiv sağlamlıq, distress, adaptasiya

Depression develops as a result of the interaction of social, psychological, and biological factors. Depression, in turn, increases stress, disrupts normal functioning, impairs quality of life and leads to even more severe depression. It is known that women suffer from depression 2 times more often than men.

The purpose of the study: study of clinical manifestations of depressive disorders, adaptation mechanisms and degree of the stress resistance in women in urban and rural areas. The study involved, on a voluntary basis, 100 women aged from 18 to 57 years suffering from various forms of depressive disorders. Patients who underwent outpatient and inpatient treatment at the clinical psychiatric hospital № 2 in Baku were examined. For the examination of patients we used scales listed below: Zung self Rating Depression scale; Connor-Davidson 25 (CD-RISC-25) stress tolerance scale; the scale of adaptation mechanisms COPE-BRIEF.

The study revealed statistically significant differences in the manifestations of depressive disorders among women living in urban and rural areas. It has been found that women living in rural areas are more focused on physical, somatic symptoms. At the same time, the degree of stress tolerance in this group of patients was higher than that of women living in urban areas. In both groups, the rather frequent appeal to religion attracts as a mechanism of adaptation.

The study demonstrates the need to develop a system of psychosocial care for women suffering from depressive disorders.

Keywords: *depression in women, reproductive health, distress, adaptation.*

В современных условиях проблема депрессии рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Депрессивные расстройства — наиболее распространенные психические нарушения как в структуре психической патологии, так и среди всех причин обращения за медицинской помощью [1, 2]. При этом частота их неуклонно возрастает во всем мире, в том числе и в Азербайджане [3, 4]. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия займет второе после ишемической болезни сердца место среди инвалидизирующих заболеваний [5, 6]. Отмечается, что у 10% мужчин и 20% женщин существует высокий процент вероятности возникновения этого расстройства в течение жизни [1]. Этой проблеме уделяется достаточно внимания в специальной литературе. Изучены факторы развития депрессий (социальные, психологические, конституционально-биологические, нейрохимические), клинко-психопатологическая структура и динамика депрессивных расстройств, разработаны принципы и стандарты их терапии. Данные современных исследований свидетельствуют, что большинство людей, которые страдают от депрессивных нарушений, не обращаются за квалифицированной помощью (ввиду непонимания болезненности своего состояния, плохой информированности, страха психиатрического диагноза и т. д.), а большая часть тех, кто обратился, не принимает антидепрессанты амбулаторно или не заканчивает курс лечения. В последние годы все чаще появляются работы по изучению особенностей депрессий в зависимости

от места проживания – в сельской или городской местности [7; 8]. Среди факторов, ухудшающих выявление депрессий и обращаемость за медицинской специализированной помощью в сельской местности, можно отметить социальные факторы, такие как более низкий уровень образованности, меньшая информированность о заболевании, недоступность дорогостоящего лечения. Из медицинских факторов необходимо выделить низкий уровень диагностики депрессий, отсутствие психотерапевтической помощи, затруднения в вербализации жалоб, соматизация жалоб. Усложняет эту проблему в сельской местности недостаточность обеспечения медицинской помощью, отдаленность медицинских учреждений от мест проживания населения и нехватка квалифицированных кадров. А диагностика и своевременное распознавание депрессивных расстройств являются сегодня высокоактуальной задачей, в первую очередь, в связи с социально-экономическими факторами.

Имеются лишь единичные работы, посвященные диагностике и клиническим особенностям депрессивных расстройств у жителей сельской местности за рубежом [8;9%10], в Азербайджане такие исследования не проводились.

Целью настоящего исследования явилось : изучение особенностей клинических проявлений депрессивных расстройств, механизмов адаптации и степени стрессоустойчивости у женщин, страдающих депрессией в городской и сельской местности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 100 женщин, в возрасте от 18 до 57 лет, страдающих депрессивными расстройствами и обратившихся за помощью в Клиническую Психиатрическую Больницу №2 и Центр Психического Здоровья города Баку, в связи с первым или очередным депрессивным эпизодом. Все обследуемые пациенты были привлечены к исследованию на добровольной основе и информированы о цели о возможных рисках, что подтверждено этической комиссией Азербайджанского Медицинского Университета. Условно обследуемые были разделены на две группы: 1- пациенты, проживающие в городах (50 женщин); 2- пациенты из сельской местности (50женщин). Для клинического опроса были использованы анкеты, состоящие из 16 вопросов, охватывающих социо-демографические и

клинические показатели, а также внутрисемейные отношения, отношение пациентов к болезни, длительность болезни до обращения за квалифицированной помощью. Для клинической диагностики депрессии использовалась шкала Занга для самооценки депрессии (ZDRS), содержащая 20 утверждений, по каждому из которых обследуемый дает ответ по частоте возникновения у него того или иного признака. Для изучения механизмов адаптации применялась шкала механизмов адаптации COPE-BRIEF. Шкала состоит из 28 вопросов. Данная шкала предусматривает такие механизмы, как позитивное отношение, вытеснение, эмоциональное выражение, использование социальной поддержки, активная адаптация, отрицание, обращение к религии, юмор, терпимость, употребление психоактивных веществ, планирование и другие. Также в исследовании применялась шкала стрессоустойчивости Connor-Davidson 25 (CD-RISC-25), состоящая из 25 пунктов. [7]

Статистическая обработка материала проводилась с использованием статистического пакета SPSS. Установлен статистически значимый уровень $p < 0,05$.

С клинко-диагностической точки зрения обследованные пациенты были представлены тремя нозологическими рубриками МКБ-10: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31); депрессивный эпизод (F32); рекуррентный депрессивный эпизод (F33). Все обследуемые пациенты женского пола.

Таблица №1 Нозологическая принадлежность обследованных пациентов

МКБ-10	Сельская группа n-50		Городская группа n-50	
	абс	%	абс	%
F31	9	18%	13	26%
F32	17	34%	18	36%
F33	24	48%	19	38%

Социо-демографические показатели, возраст, образование, занятость, семейное положение, социальный статус, наличие детей нашли отражение в таблице № 2.

Таблица №2 Социо-демографические показатели в обеих группах исследования

Показатели	Жители сельской местности абс. %	Жители городской местности абс. %
Возраст		
18-25	8 (16%)	11 (22%)
26-40	23 (46%)	28 (56%)
41-57	19 (38%)	11 (22%)
Образование		
неполное среднее	18 (36%)	6 (12%)
среднее	24 (48%)	19 (38%)
высшее	8 (16%)	25 (50%)
Жилищно-бытовые условия		
неудовлетворительные	19 (38%)	24 (48%)
удовлетворительные	31 (62%)	26 (52%)
Занятость		
не работает	24 (48%)	14 (28%)
работает	12 (24%)	26 (52%)
частично занята	13 (26%)	6 (12%)
студентка	1 (2%)	4 (8%)
Семейное положение		
не замужем	11 (22%)	16 (32%)
замужем	35 (70%)	28 (56%)
вдова	4 (8%)	6 (12%)
Наличие детей		
есть	37 (74%)	32 (64%)
нет	13 (26%)	18 (26%)

Анализ полученных данных в ходе исследования показывает, что у сельских жителей период времени до обращения за специализированной помощью почти вдвое более продолжителен, чем у городских жителей. Кроме того сельские жители часто до обращения за медицинской помощью обращаются к нетрадиционным методам лечения, а еще чаще к религиозным деятелям и в, так называемые, «святые места».

Изучение клинико-психопатологических особенностей выявляет различие в предъявлении жалоб пациентами из двух групп сравнения. При распознавании депрессивных расстройств наибольшие трудности возникают в связи с тем, что в общении с больными, проживающими в сельской местности, часто возникает проблема в вербализации жалоб. Это обусловлено отсутствием навыка общения со специалистами психоневрологического профиля и, как правило, не принятием психиатрического диагноза. Женщины, проживающие в сельской местности, даже при обращении к психиатру, более склонны предъявлять жалобы на соматическое неблагополучие и семейные проблемы, нежели на психическое неблагополучие. Пациенты, с депрессией, проживающие в городах, излагают жалобы более четко, конкретно.

Депрессивное состояние у жителей сельской местности чаще проявлялось различными сомато-вегетативными симптомами (92%), повышенной утомляемостью (76%), общей слабостью (72%), диссомнией (62%), раздражительностью (68%), эмоциональной лабильностью, тревогой (64%) и чувством страха (48%). Анализ синдромологической структуры депрессий у женщин, проживающих в городах, показал, что наиболее распространенным является тревожный (ажитированный) синдром, выявленный у 84 % обследованных пациентов. Клинически данный синдром проявлялся тревогой, дурными предчувствиями, ощущением неопределенной угрозы и неуверенностью больного. Вторым по распространенности среди городских пациенток выделялся тоскливый синдром (78%) и быстрая утомляемость (78%). Клинически тоскливый синдром проявлялся преобладанием тоскливого аффекта, витальностью, мучительным переживанием *anaesthesia psychica dolorosa*, идеаторной и моторной заторможенностью, колебаниями настроения и самочувствия в течение суток, чувством вины, идеями собственной неполноценности и несостоятельности, суицидальными мыслями. Анализ клинических проявлений депрессии в обеих группах исследования представлен в таблице №3.

В исследовании изучены также механизмы адаптации, наиболее характерные для пациентов из различных групп обследования. Таким образом, пациенты, проживающие в сельской местности наиболее часто

прибегают к эмоциональному выражению своих переживаний, выплескивают эмоции, могут поплакать, получив при этом психологическое успокоение. Среди других механизмов адаптации жители сельской местности предпочитают стратегию избегания и отчуждения. Вместе с тем, в обеих группах пациенты часто обращаются к такому механизму, как обращение к религии. Для обследуемых из городской группы наиболее типичным механизмом является психологическое дистанцирование и отрицание. В обеих группах исследования такие стратегии, как юмор и употребление психоактивных веществ не отмечала ни одна обследуемая.

Таблица №3 Анализ клинических проявлений депрессии в обеих группах исследования

Клинические проявления	Жители сельской местности	Жители городской местности
	абс. %	абс. %
Утомляемость	38 76%	39 78%
Общая слабость	36 72%	33 66%
Диссомния	31 62%	24 48%
Раздражительность	34 68%	37 74%
Тревога	32 64%	42 84%
Чувство страха	24 48%	18 36%
Соматические жалобы	46 92%	8 16%
Тоска	16 32%	39 78%
Нарушения аппетита	16 32%	19 38%

Касательно устойчивости к стрессу, необходимо отметить, что обследуемые, проживающие в сельской местности показали более высокий уровень стрессоустойчивости, по сравнению с городскими жителями.

В процессе проводимого исследования был выявлен высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги у женщин, проживающих как в сельской местности, так и в городе. При этом у сельских жительниц отмечался более высокий, чем у горожанок, процент аутоагрессивных тенденций (70% против 38% соответственно). Пациенты с депрессией, проживающие в сельской местности, более склонны обращать внимание на свое соматическое, чем на психологическое состояние. В структуре жа-

люб, предъявляемых депрессивными больными, проживающими в городской местности основное место принадлежит таким жалобам, как снижение настроения, утрата интересов и чувства удовлетворенности от раннее значимой деятельности, равнодушие к окружающему, повышенная утомляемость.

Таблица 4 Сравнительный анализ стратегии адаптации в обеих группах исследования

Стратегия адаптации	Жители сельской местности	Жители городской местности
	абс. %	абс. %
Психологическое дистанцирование	9 18%	21 42%
Активное адаптирование	16 8%	24 12%
Отрицание	6 12%	23 46%
Употребление психоактивных веществ	0 0%	0 0%
Избегание	24 48%	6 12%
Выражение эмоций	20 40%	14 28%
Позитивное отношение	3 6%	16 32%
Планирование	2 4%	11 22%
Юмор	0 0%	0 0%
Принятие	11 22%	9 18%
Отчуждение	26 52%	9 18%
Обращение к религии	36 72%	32 64%
Обращение к эмоциональной помощи	12 24%	10 20%
Обращение к социальной помощи	2 4%	

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о необходимости более глубокого изучения клинических особенностей и факторов, которые приводят к формированию депрессии. Так же очевидно, что необходимо больше внимания уделять депрессивным расстройствам и их психопрофилактике в сельской среде. Это особенно актуально из-за меньшей доступности психиатрической и психотерапевтической помощи для этого контингента больных.

Список литературы

1. World Health Organization. The world health report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. Chapter 2: Burden of mental and behavioral disorders.
2. Thornicroft G, Sartorius N: The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychol Med* 1993; 23:1023-32. 3.
3. 3. Ф.И.Мамедова. Эпидемиология депрессивных расстройств в женской популяции: перспективное исследование в Азербайджане. *Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı*(№2(16)).
4. М.З.Султанов. Значение эпидемиологии постнатальной депрессии в определении диагностических критериев расстройства и влияния культуральных факторов // *Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı*(№2(16)).
5. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med* 1997; 1113-20.
6. Piccinelli M, Wilkinson G: Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92.
7. Əliyev N., Məmmədova F., Sultanov M. “Əsas psixiatrik reyting (psixometrik) cədvəllərinin toplumu”. *Psixiatrlar və kliniki psixoloqlar üçün metodik vəsait; çap olunmayıb (resenziya prosesində)*.
8. А.А. Манучери-Лалеи . Расстройства депрессивного спектра у пациентов с соматической патологией. *Azərbaycan Psixiatriya jurnalı*(№ 2(21)-2011).
9. Белостоцкая Ж. И. Особенности личности и депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 28–33.
10. F.N.ismayilov, S.Ə.Katibli, A.X.Xudanlı. Ginekoloji patologiyalar zamanı qadınlarda psixi sağlamlıq problemi və adaptasiya mexanizmlərinin müqayisəli tədqiqi // *Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı*(№1(24)-2013).

**Damar mənşəli demensiyada psixi pozuntuların
müasir klinik xüsusiyyətləri və terapiyası**
*R. Z. Kərimova**

**Современные клинические характеристики и
терапия при сосудистой деменции с психотическими
расстройствами**
Р. З.Каримова

**Modern clinical characteristics and therapy for vascular
dementia with psychotic disorders**
R. Z.Karimova

* AR SN 1 saylı Respublika Psixiatriya Xəstəxanası
E-mail: rumiyya_karimova@mail.ru

В представленной статье анализируются литературные данные о сосудистой деменции с психотическими расстройствами. Помимо увеличения числа взрослого населения, отмечается увеличение числа пациентов с деменцией. Второе место среди больных с данным диагнозом занимают больные сосудистой деменцией, которая сегодня находится в центре внимания из-за психотических осложнений, прогрессирующих расстройств, инвалидности и смертности. В последние годы патоморфоз в клинике привел к необходимости повторного пересмотра клиники, диагностики и лечения психотических расстройств при сосудистой деменции.

Ключевые слова: *сосудистая деменция, психотические расстройства, инвалидность, патоморфоз, диагностика, лечение*

This article is a literature review of dementia with psychotic disorders. In addition to the increase of adult population, the number of patients with dementia is also expected to increase. Vascular dementia takes second place among them, which is at center of attention today due to psychotic complications, progressive disorders, disability and mortality. In recent years, pathomorphosis in the clinical picture has led to the need for re-examination, diagnosis and treatment of psychotic disorders in vascular dementia.

Keywords: *vascular dementia, psychotic disorders, disability, pathomorphosis, diagnosis, treatment*

XXI əsrdə sosial-demoqrafik proseslər nəticəsində müxtəlif ölkələrin əhalisinin yaşlanmağı müşahidə edilir. Belə ki, dünya əhalisinin 12-15%-nin yaşı 65-dən yuxarıdır. Növbəti 20 il ərzində bu göstəricinin 2 dəfə artacağı proqnozlaşdırılır (2). Yaşlı əhalinin sayı artdıqca yaşlanma prosesinin daha dərinə öyrənilməyinə ehtiyac yaranır. Buna görə herontologiyanın aktual problemləri sırasında yaşlı insanlarda normal koqnitiv funksiyanın qorunması durur. Yaşama müddətinin artması ilə əlaqədar olaraq demensiyalı xəstələrin sayı da artmaqdadır (1). Statistika əsasən 60-64 yaşlı insanların 0,4 %-də demensiya müşahidə edilir və bu göstərici hər 5 ildən bir 5 dəfə artır. Demensiyanın diaqnostikası yüksək olan ölkələrdə isə bu göstərici 10%-dir (6). 2013-cü ildə bu xəstəlikdən əziyyət çəkən insanların sayı 44 mln olmuşdur. 2030-cu ildə 76 mln, 2050-ci ildə isə 130 mln-a qədər artacağı gözlənilir (3).

Əhali arasında bu cür sürətlə artan demensiya baş beyin xronik və ya progressivləşən xəstəlidir. O, yaşlı nəsil arasında qulluğa ehtiyac yaradan, əlilliyə gətirib çıxaran əsas səbəblərdən biridir. Demensiya nəinki bu xəstəliyə tutulan şəxslərə, həm də onun yaxınları və ona qulluq edən şəxslərə də təsir edir.

Bu xəstəliyin bir çox növü vardır: Altsheymer xəstəliyi, Levi cisimcikli demensiya, damar mənşəli demensiya, fronto-temporal demensiya. Onlar arasında 30% ilə 2-ci yeri isə damar mənşəli demensiyalar tutur (1,21,16,17).

İlk dəfə olaraq 1994-cü ildə V.Xaçinski “damar mənşəli koqnitiv pozuntular” terminin təklif etmişdir. Damar mənşəli koqnitiv pozuntular ifadə dərəcəsinə görə özlüyündə 3 yerə ayrılır – yüngül, mülayim və ağır koqnitiv pozuntular. Məhz ağır dərəcəli damar mənşəli koqnitiv pozuntulara damar mənşəli demensiya deyilir. Damar mənşəli demensiyalar XBT-10 da F01 ilə kodlaşdırılır.

Damar mənşəli demensiyanın etiologiyası

Damar mənşəli koqnitiv pozuntuların risk faktorlarını modifikasiya olunan və olunmayan olmaqla şərti olaraq 2 yerə ayırırlar:

- Modifikasiya olunmayan faktorlara aiddir : yaş, cins, irsi meyillik və genetik faktorlar,
- Qeyri-modifikasiya olunan faktorlara isə aiddir: həyat tərzi, fizioloji faktorlar, yanaşı gedən damar xəstəlikləri və depressiyalar (13).

Həyat tərzi faktoru dedikdə şəxsin təhsili və intellektual aktivliyi, pəhrizlər, hipodinamiya, artıq çəki, siqaret çəkmək, sosial dəstəyin çatışmamazlıqlar nəzərdə tutulur.

Fizioloji faktorlara yüksək arterial təzyiq, hiperqlikemiya, insulina rezistentlik, metabolik sindrom, şəkərli diabet və dislipidemiya aiddir.

Yanaşı gedən xəstəlikləri də şərti olaraq 3 qrupa ayırmaq olar:

1- Damar divarını zədələyən faktorlar: siqaret çəkmək, arterial hipertoniya, arterial hipotoniya, hiperxolesterenemiya, şəkərli diabet, infeksiyalar;

2- Beyin damarlarını zədələyən faktorlar: ateroskleroz, hialinoz, amiloidoz, tromboz və tromboembaliya;

3- Beynin işemik zədələnməsinə səbəb olan xəstəliklər. Belə ki, insult keçirən xəstələrin 20-50%-ində koqnitiv pozuntular qeyd edilir və bu xəstələrin 25-30%-ində isə damar mənşəli demensiya mərhələsinə qədər inkişaf edir.

Son dövrlər damar mənşəli demensiyanın etiologiyasına genetik faktor və autoimmun xəstəlikləri də əlavə edilmişdir.

Damar mənşəli demensiyanın patogenezi

Damar mənşəli demensiyanın patogenezinin əsasında baş beynin hipoksiyası və işemiyası durur. Müxtəlif xəstəliklər nəticəsində yarandığı üçün onun fiziopatologiyası fərqli olur (20). Bu qrup demensiyaların morfoloji dəyişikliyinə əsasında infarktlar (postinfarkt kistlər) və ya qabıqaltı ağ maddənin diffuz işemik destruksiyası durur. Bu cür subkortikal leykoensefalopatiyalar demielinasiya, qliozlar və aksomların məhvi ilə birgə biruzə verir.

Damar mənşəli demensiyaların ümumi klinik gedişi

Damar mənşəli demensiyalar tədricən və kəskin başlanğıçlı ola bilər. Xəstəliyin gedişi mərhələli olub bəzən stabilləşmə, hətta bəzən simptomların tam itməsi ilə gedir. Yanaşı gedən xəstəliklərdən və şəxsin öz fərdi xüsusiyyətlərindən asılı olaraq demensiyanın gedişi fərqli olur.

Damar mənşəli demensiyanın simptomları koqnitiv və qeyri-koqnitiv olmaqla şərti 2 yerə ayırmaq olar.

- Koqnitiv funksiyalar

Koqnitiv funksiyalara yaddaş, diqqət, nitq, praksis (məqsədyönlü fəaliyyət), qnozis (orientasiya, məkan və zamana bələdlilik), düşüncə daxildir.

Koqnitiv pozuntular ağırlıq dərəcəsinə əsasən 3 yerə bölünür: yüngül, mülayim və ağır (4). Müxtəlif müəlliflərin məlumatına əsasən yüngül və orta koqnitiv pozuntular 55-65% hallarda 5 il ərzində demensiyaya keçir.

Son dövrlərdə damar mənşəli koqnitiv pozuntuların o cümlədən demensiyaların konsepsiyası üzərində işlər gedir. Damar mənşəli koqnitiv pozuntuların konsepsiyası damar mənşəli demensiyaların inkişafının qarşısının alınmağında böyük köməklik göstərəcəyinə ümid edilir.

Damar mənşəli demensiya üçün spesifik koqnitiv dəyişikliklər olmasa da, əsasən diqqət pozuntusu qısa müddətli yaddaş pozuntusundan daha güclü olur. Atrofik demensiyalardan fərqli olaraq damar mənşəli demensiyalarda ağıl zəifliyi total xarakter daşımır və şəxsiyyət bu vaxt daha çox qorunur.

- Damar mənşəli demensiyada qeyri-koqnitiv əlamətlər

Demensiya xəstəliyinin əsas əlaməti koqnitiv pozuntular olsa da, neyropsixoloji simptomatika xəstəliyin istənilən mərhələsində biruzə verə bilər və xəstəliyin gedişinin ağırlaşma-cağını və proqnozunun pisləşəcəyinə dəlalat edir. Sonuncuların rastgəlmə tezliyi bəzi tədqiqatlara görə 100 % təşkil edir (8). Bəzi tədqiqatlar isə 60-90% demensiyalı xəstələrdə bir və ya bir neçə növ neyropsixiatrik simptomlar olduğunu vurğulayır. Ancaq hər bir halda xəstəyə qulluq edən şəxsləri koqnitiv funksiyanın enməsindən çox məhz neyropsixiatrik simptomlar narahat edir. Məhz çox vaxt bu simptomlara görə psixiatrlara müraciət edilir.

Bu isə özlüyündə bu cür xəstələrin əllillər evinə tərک edilməsi deməkdir. Bu simptomların inkişafı ilə xəstələrin yaşama müddəti arasında tərs mütənasiblik müşahidə edilir. Tədqiqatlar Altsheymer xəstələri zamanı psixi pozuntulardan əziyyət çəkən xəstələr üzərində aparılmış və nəticə psixi pozuntuları olan belə xəstələrin yaşama müddətinin daha az olduğu aşkarlanmışdı.

Bəzi hallarda neyropsixiatrik pozuntuların aşkarlanması demensiya diaqnozunun qoyulmağını qabaqlayır. Ona görə tam aydın olmur ki, neyropsixiatrik simptomlar risk faktorudur, yoxsa, demensiyanın ilkin əlamətidir.

Hələ 1906-ıncı illərdə A.Altsheymer qeyri-koqnitiv pozuntuları demensiyaların klinikasının bir hissəsi kimi təsvir etmişdi (10). Günümüzdə bəzi ədəbiyyatlar demensiyalar zamanı rast gəlinən davranış və psixi pozuntular qeyri-koqnitiv pozuntular adı altında birləşdirilir. Bəzi ədəbiyyatlar isə qeyri-koqnitiv pozuntulara aqressiya, ajitasiya, cinsi tormozlanma, apatiya, dep-

ressiya, təşviş pozuntusunu aid edir. Bəzən isə qeyri-koqnitiv əlamətləri 2 qrupa ayırmaq məsləhət görülür: psixotik sindromlar və affektiv sindromlar.

Həmçinin simptomları pozitiv, neqativ və digər simptomlar olmaq üzrə qruplaşdırırlar. Pozitiv simptomlara: narahatlıq, təşviş, qıcıqlanmaq, təklik hissi, disforiya, ağlağanlıq, emosional labillik, günahkarlıq hissi, suisial fikirlər aiddir. Neqativ simptomlara isə angedoniya, əzginlik, aktivliyin azalması hissi daxildir. Digər simptomlar qrupuna isə qida qəbulu pozuntuları, yuxu pozuntuları, paranoidal ideyalar, qavramanın təhrif olunması, diqqəti toplamaqda çətinlik daxildir. Bəzi ədəbiyyatlar isə demensiyalar zamanı rast gəlinən pozuntuları nevroloji (təşviş, depressiya, qıcıqlanma, psixomotor oyanıqlıq), psixotik simptomlar (hallusinasiya və sayıqlama), davranış pozuntuları və sirkard ritm pozuntuları şəklində təsnif edir.

Hər bir halda bu pozuntular beynin üzvü zədələnməsinin nəticəsidir və neyrodegenerativ proseslərlə əlaqədardır. Demensiyaların ağırlıq dərəcəsi və neyropsixiatrik pozuntuların inkişaf dərəcəsi arasında əlaqə mövcuddur. Demensiyanın dərəcəsi artdıqca psixi pozuntuların ağırlığı da artmış olur.

B. A. Папфенова (2006), J. L. Cummings (1996, 1997), R. Friedland et al. (2005) tədqiqatlarında demensiyalar zamanı rast gəlinən qeyri-koqnitiv psixopatoloji simptomların xəstələrin sosial və instrumental aktivliyinə neqativ təsir etdiyini göstərmişdir. Bununla yanaşı bir çox digər tədqiqatlar da qeyri-koqnitiv pozuntuların xəstələrin aillələrinin fiziki, iqtisadi, stressogen təsirinin olduğunu aşkarlamışdır.

Damar mənşəli demensiyanın növündən asılı olaraq rastgəlinən psixi pozuntular

2000-2014-cü illər arasında damar mənşəli koqnitiv pozuntular zamanı rast gəlinən davranış və psixi pozuntular haqqında aparılan 82 tədqiqatdan 13-ündə damar mənşəli demensiyaların fərqli yarımnovləri və klinik səviyyəsində (yüngül koqnitiv pozuntu və damar mənşəli demensiya) rast gəlinən psixi pozuntuların müqayisələr aparılmışdır. Tədqiqatların 4-ündə qabıqaltı damar mənşəli demensiyalarla qabıq-qabıqaltı damar demensiyalar arasında, 3-ündə isə demensiyasız damar mənşəli koqnitiv pozuntu və qabıqaltı demensiyalarda, 1 tədqiqatda qabıqaltı vaskulyar demensiya və demensiyasız damar mənşəli koqnitiv pozuntular arasında, 5-ində isə demensiyasız vaskulyar koqnitiv pozuntularda davranış və psixi pozuntular müqayisə edilmişdir.

Nəticələri müqayisə etdikdə görürük ki, tədqiqatlarda qabıqaltı və qabıq-qabıqaltı damar mənşəli demensiyalarda apatiya və depressiyalar daha çox rast gəlinir. Demensiyasız damar mənşəli koqnitiv pozuntularda isə damar mənşəli demensiyalara nisbətən davranış pozuntuları daha az ifadə olunmuşdur və daha az hallarda müşahidə edilir. Damar mənşəli koqnitiv pozuntuların müxtəlif mərhələlərində neyropsixiatrik simptomlar fərqlənir. Nə vaxt və hansı formalarda hansı davranış və psixi pozuntularının daha çox rast gəlməsi öyrənsək, gələcəkdə bu simptomların erkən diaqnostikası və müalicəsi asanlaşacaqdır (24).

Tədqiqatlar kiçik damarların zədələnməsi nəticəsində yaranan damar mənşəli demnsiyalarda daha çox apatiya, hərəkəi pozuntular və hallusinasiyalar ($p < 0,05$) müşahidə edildiyini vurğulayır. İri damarların zədələnməsi nəticəsində yaranan damar mənşəli demensiyalarda isə daha çox oyanıqlıq, aqressiya və eyforiya qeyd edilir ($p < 0,05$) (23).

Damar mənşəli demensiyalarda qeyri-koqnitiv pozuntuların yaranma mexanizmi

Damar mənşəli demensiyalar zamanı neyropsixiatrik pozuntularla demensiyanın davam etmə müddəti arasında tərs mütənəsiblik müşahidə edilir. Vaxt keçdikcə simptomların azalması degenerasiyanın progressivləşməsi ilə əlaqədardır. Neyrotransmitterlərdə baş verən anomaliyalar nəticəsində psixotik pozuntular da vaxt keçdikcə azalır.

Depressiya- koqnitiv sferanın enməsi ilə əlaqədar diaqnostikası çətin olduğu üçün bəzi ədəbiyyatlar affektiv pozuntunun diaqnostikası üçün anti-depressant təyini məsləhət görür. Depressiyalar damar mənşəli demensiyaların risk faktorlarına aid edildiyi kimi demensiyaların prodromal simptomlarına aid edilir. Adətən depressiyanın inkişafını serotonin sistemindəki dəyişikliklərlə əlaqələndirirlər. Ancaq demensiyalar zamanı rast gəlinən depressiyalarda digər neyromediatorlar da prosesdə iştirak edirlər. Dorsolateral prefrontal qabıqda asetilxolinin miqdarı azalır. Affektiv pozuntusu olmayan xəstələrin və depressiyası olan demensiyalı xəstələrin müayinəsi zamanı da maraqlı faktlarla qarşılaşırıq. Bir fotonlu emission kompyuter tomoqrafiyası zamanı alnın sol payının hipoperfuziyası, pazitor-emission tomoqrafiya zamanı isə beyin qabığının prefrontal hissəsində qlükozanın metabolizminin enməsi aşkarlanır. Beyin qabığının prefrontal və gicgah

payında atrofiyaların da depressiya simptomları ilə assosiasiya olunduğu müşahidə edilmişdi (38). Hətta gicgahın sol payında boz maddənin həcmi və depressiyanın dərəcəsi arasında əlaqələr də aşkarlanmışdı. Beyinin alın, gicgah, təpə paylarında ağ maddəsində dəyişikliklərlə depressiya arasında əlaqə də mövcuddur.

Psixomotor oyanıqlıq- demensiyalı xəstələrdə psixomotor oyanıqlıq və aqressiya nəinki xəstələrin özləri, həm də onlara qulluq edən şəxslər üçün təhlükə yaradır. Aqressivliyin dərəcəsi və koqnitiv çatışmazlığın dərəcəsi arasında düz mütənasib asılılıq var. Bu simptomların inkişafını serotinerjik disbalansla əlaqələndirirlər. Altsheymer xəstələrində serotonin reseptorlarının polimorfizmi öyrənilmişdir. Aqressivliyi, oyanıqlığı olan xəstələrdə serotonin transporterlərinin funksionallığının azalması müşahidə edilmişdir. Demensiya zamanı davranış pozuntularının patofiziologiyasını xolinergik disbalansla da izah etmək olar. Belə ki, aqressiv xəstələrdə beyin qabığının alın və gicgah paylarında asetilxolintransferazanın azalmağı qeyd edilir. Dofaminer-gik reseptorların allellərinin polimorfluğu psixi pozuntular, eləcə də davranış pozuntuları ilə bir başa əlaqəlidir. Məsələn: D1 allelinin heteroziqotluğu olan xəstələrdə daha çox oyanıqlıq və hallusinasiyalar müşahidə edildiyi halda, D3 allelinin heteroziqotluğu olan xəstələrdə isə daha çox sayıqlamalar müşahidə edilir. Demensiyalı xəstələrə klassik nootropların təyini zamanı oyanıqlıq epizodları müşahidə edilir. Bu da öz növbəsində qlutamaterjik sistemlə oynalıqlıq, aqressivlik arasında sıx əlaqənin olduğunu göstərir.

Apatiya – neyrovizualizasiyanın müasir metodları apatiyanı sol prefrontal beyin qabığının orbitomedial hissəsinin hipometabolizmi ilə əlaqələndirir. Depressiyanı isə dorsolateral hissənin hipometabolizminin nəticəsində yarandığını vurğulayır. Bəzi tədqiqatlar demensiyanın dərəcəsi və davam etmə müddəti artdıqca apatiyanın da rastgəlmə tezliyinin artdığını göstərsə də, bəzi tədqiqatlar əksinə xəstəlik davam etdikcə apatiyanın stabil qaldığını və əksinə ifadə olunma dərəcəsinin getdikcə azaldığını göstərir (14).

Psixotik simptomlar – Psixotik simptomlara hallusinasiya və sayıqlamalar daxil edilir. Bu simptomlar əsasən paranoidal xarakterlidir.

Damar mənşəli demensiyanın diaqnostikası

Damar mənşəli demensiya diaqnozunun qoyulmağında bir çox klinik, nevroloji, neyropsixiatrik aspektlərdən çətinliklər vardır. Diaqnostika XBT-10

əsasən aparılır. Demensiya və damar zədələnməsi arasında zaman əlaqəsinin olmağı mütləqdir. Demensiyanın olmağını koqnitiv sferanın 1-2 əlamətinin olmağı təsdiqləyir: mühakimənin azalması, tənqidin zəifləməsi, diqqətin və ya nitqin zəifləməsi, icra funksiyalarının, motor nəzarət və praksisin pozulması. Əlbətdəki diaqnozun qoyulmasında əsas yeri anamnestik məlumatlar tutur. Anamnezdə serebra-vaskulyar patologiyaların olmağı, xəstəliyin gedişi, koqnitiv pozuntuların olması, koqnitiv pozuntuların damar patologiyası ilə əlaqəsi diaqnostikaya kömək edir. Koqnitiv pozuntuların sırf damar mənşəli olmağını təsdiqləməyə kömək edən isə Xaçinski şkalasıdır (15).

Son illərdə damar mənşəli demensiya diaqnozunu qoymaq üçün bir çox kriteriyalar təklif edilmişdir. Çox əfsus ki, onların çoxu ancaq beyin infarktından sonra yaranan koqnitiv pozuntuları nəzərə alır. Daha populyar diaqnostik kriteriyalardan biri 1993-üncü ildə NINDS-AIREN qrupu tərəfindən təklif edilmişdir (22). Bu kriteriyalar əsasən damar mənşəli demensiya diaqnozu o halda qoyula bilir ki, xəstədə demensiya var və onunla serebravaskulyar xəstəlik arasında aydın əlaqə mövcuddur. Qabıqaltı demensiyanın diaqnostik kriteriyalarını isə 2000-inci ildə T. Erkinjuntti və onun əməkdaşları təklif etmişdir .

Damar mənşəli koqnitiv pozuntuların, həmçinin onun ağır forması olan demensiyanın diaqnostikası üçün bir çox neyropsixoloji testlərdən istifadə edirlər..Məsələn: “Mini-koqn” testi, “5 söz” testi, Smeanttik nitq aktivliyi testi. Ancaq ambulator şəraitdə MMSE, MoCA, FAB testindən və s. istifadə etmək daha məqsədə uyğundur.

Bununla belə koqnitiv pozuntunun olmağı hələ onun beyin mənşəli olduğuna sübut deyildir. Çünki bir çox somatik xəstəliklər koqnitiv sferaya da təsir edir. Məsələn: hipotireoz, qaraciyər və böyrək xəstəlikləri, B 12 vitamini və fol turşusu çatışmamaqlığı. Buna görə xəstələrdə qanın ümumi analizi, sidinin ümumi analizi, qaraciyər fermentlərinin analizi (AST,ALT,QQT) götürülməli, qlükoza xolesterin və onun fraksiyaları, triqliseridlər, kreatinin, sidik cövhəri, qalxanabənzər vəz hormonları, homosisteinin konsentrasiyası, folat və vit B12-nin səviyyəsi ölçülməlidir.

Mütləq şəkildə xəstələrin hamısına EKQ olunmalıdır.Bəzi tədqiqatlar ürəyin işemik xəstəlikləri, səyrici aritmiya, ürək çatışmazlıqları olan şəxslərdə

damar mənşəli koqnitiv pozuntunun yaranma riski artmış olduğunu vurğulayır (9). Ona görə EKQ müayinəsi mütləq hesab edilir.

Neyrovizuallaşdırma metodlarının nəticələri (KT,MRT) damar mənşəli demensiyanın diaqnostikasında vacib yer tutur. Bu vaxt beyin yarım-kürələrin qabıq və ya qabıqaltında iri və ya orta ölçüdə infarkt ocaqları olur, yaxud alın payının qabıqaltı və ya ağ maddəsində lakunar infarktlar müşahidə edilir, ya da ki iri həcimdə qabıqaltı ağ maddənin sıxlığının dəyişməsi qeyd edilir (leykoaraiozis).

Damar mənşəli demensiyalarda psixi pozuntuların diaqnostikası, xəstəliyin gedişini və aparılan müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək üçün isə bir çox neyropsixiatrik şkalalardan istifadə edilir. Bunlar içində ən çox istifadə edilən və informativ olan şkalalara E-BEHAVE-D, NBRS və NPI şkalası aiddir. Hər 3 şkala psixozun pisləşməyinə qarşı eyni həssəsliq göstərir. NPI və NBRS testi klinikanın yaxşılaşmağına daha həssasdırlar.

Müalicə ümumi prinsipləri

Damar mənşəli demensiyaların müalicəsini şərti olaraq 2 yerə ayırmaq olar. Qeyri-medikamentoz və medikamentoz müalicə.

Damar mənşəli koqnitiv pozuntuları olan xəstələrin müalicəsi individual olmalı, patogenetik faktor məzərə alınmalıdır. Əsas olaraq patoloji faktorun yaranması və progressivləşməsinin qarşısı alınmalı, ümumi terapevtik tədbirlər görülməlidir. Çox saylı patogenetik faktorlar olduğu üçün xəstəliyin konkret, standart müalicə üsulu yoxdur. Müalicəsi kombinə olunmuş olmalıdır. Koqnitiv pozuntular damar mənşəli olduğu üçün və müalicə nəticəsində geri dönmə olduğu üçün müalicənin ilkin mərhələlərindən damar risk faktorların korreksiyasına başlamaq lazımdır.

Bir çox tədqiqatlar sübut etmişdir ki, istər Altsheymer, istərsə də digər növ demensiyalar zamanı aparılan bazis terapiya psixi pozuntuların inkişafına, eləcə də onların müalicəsinə təsir edir(19). Əgər bazis terapiya fonunda davranış pozuntuları və psixi pozuntular yaranarsa, ya doza artırılmalı, ya da monoterapiya kombinə olunmuş terapiya ilə əvəz olunmalı, ya da simptomatik müalicəyə başlanmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, müalicənin effektivliyi morfoloji defektlər əmələ gəlmədən, yəni ilkin mərhələlərdə daha nəzərə çarpandır.

Damar mənşəli demensiyada psixi pozuntuların proqnozu

Damar mənşəli demensiyadan əziyyət çəkən xəstələrin yaşama müddəti Altsheymer xəstəliyindən əziyyət çəkənlərdən daha qısamdır. İnsulddan sonra yaranan demensiya özlüyündə artıq pis proqnostik əlamətdir. İnsulddan sonra damar mənşəli demensiya diaqnozu qoyulan xəstələrin ölüm faizi insultlu xəstələrdən 3 dəfə çoxdur. Psixotik pozuntular damar mənşəli demensiyanın hər bir dövründə inkişaf edə bilər. Ancaq onun ifadəlik dərəcəsi xəstəlik davam etdikcə azalır.

Nəticə

Damar mənşəli demensiya progressiv gediş, yüksək əlillik və ölüm faizinin çox olması ilə xarakterizə edilir. Bu xəstəlik zamanı 50-90% hallarda müşahidə edilən psixotik pozuntular isə xəstəliyin gedişini və proqnozunu daha da pisləşdirir. Ədəbiyyat icmalından çıxan nəticəyə əsasən damar mənşəli demensiyaların rastgəlmə tezliyi günü-gündən artmaqdadır. Çox əfsus ki, damar mənşəli demensiya zamanı rast gəlinən psixi pozuntuların diaqnozunun vaxtında qoyulmadığında bir çox çətinliklər var (5). Bunun əsas səbəblərindən biri damar mənşəli demensiyanın erkən dövründə nevroitik əlamətlərin üstünlük təşkil etməyi, sonrakı dövrlərdə isə qocalıq ağıl zəifliyinə bənzəməsidir. Digər əsas səbəb isə son illərdə psixiatrik və nevroloji xəstəliklərin klinikasında baş verən patomorfozdur (7). Bununla əlaqədar olaraq bir çox xəstəliklərdə olduğu kimi damar mənşəli demensiyaların da klinikasına, diaqnostikasına təkrar baxışa ehtiyac duyulur.

Son 10 ildə daha çox Altsheymer xəstəliyi, Levi cisimcikli, fronto-temporal demensiyaların klinikası, diaqnostikası və müalicəsi haqqında bir çox tədqiqatlar aparılmışdır. Damar mənşəli demensiyalar zamanı rast gəlinən psixi pozuntuların isə müasir klinik xüsusiyyətləri və müasir terapiyasına aid daha az sayda məlumat əldə etmək olur. Çünki damar mənşəli demensiyanın növlərinin klinik gedişi və psixi pozuntuların progressivləşməsi tam ətraflı öyrənilməmişdir (12,18). Günümüzdə damar demensiyalı xəstələrdə psixonevroloji ağırlaşmaların müalicəsinə aid randomizə olunmuş, müasir praktikada istifadə oluna bilən potensial müalicə üsullarının daha ətraflı öyrənilməsinə ehtiyac vardır.

Ədəbiyyat

1. Demensiyaların klinika və diaqnostikasi üzrə klinik protokol, Bakı 2013-33
2. А.И. Федин, Л.П. Соколова «Сосудистые когнитивные нарушения» журнал Невроньюс, выпуск №5(55), май 2019 г.
3. Васенина Е.Е., Левин О.С. Особенности клинической картины и лечения умеренной и тяжелой болезни Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115:6(2 «Неврология и психиатрия пожилого возраста»):17-25.
4. Н.Н. Яхно 2005
5. Гайфутдинов РТ, Чернов ДН, Перминова СК. 2013
6. Е.А. ХАУСТОВА1, д. мед. н., профессор; В.Г. БЕЗШЕЙКО1; К.И. КЛЕБАН Терапия деменции: от эффективности к повышению качества жизни пациента журнал: Ліки «неврологія • кардіологія» №9 (155) / 2011
7. Максимов В.И. Патоморфоз психических заболеваний // Журнал Современная терапия в психиатрии и неврологии. -2016. -№4. -С. 14-18
8. Менделевич ЕГ. Когнитивные и некогнитивные нейropsychические расстройства при деменции и методы их коррекции. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(2):65–70
9. Acanfora et al., 1996
10. Alzheimer A. Über einen eigenartigen schweren Er Krankungsprozess der Hirnrinde. Neurologisches Centralblatt. 1906;(23):1129–36.
11. Chang et al., 2013
12. Fuh J-L, Wang S-J, Cummings JL. Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005;76:1337–1341. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. Gorelick, Nyenhuis, 2013
14. Gupta M, Dasgupta A, Khwaja GA, Chowdhury D, Patidar Y, Batra A. Behavioural and psychological symptoms in poststroke vascular cognitive impairment. Behav Neurol. 2014;2014:430128. doi: 10.1155/2014/430128. Epub 2014 Mar 2.
15. Hachinski V.C., Cliff L.D., Zilka E. et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975;32:632—7
16. Holmes C, Amin J. Dementia. Medicine (Baltimore) 2016;44:687–690. [Google Scholar]
17. Iadecola C. The Pathobiology of Vascular Dementia. Neuron. 2013;80:844–866. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
18. Jin Y-L, Zhang H, Gao Y-Z, Shu M, Xu Y, Liu X, et al. Neuropsychiatric symptoms in patients with vascular dementia in mainland China. Transl Neurosci. 2015;6:157–161. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
19. Kales H, Gitlin L, Lyketsos C. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ. 2015;350(mar02 7):369369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
20. Marcelo Antônio Oliveira Santos, Lucas Soares Bezerra, Carolina da Cunha Correia and Igor Silvestre Bruscky. Neuropsychiatric symptoms in vascular dementia: Epidemiologic and clinical aspects Dement Neuropsychol. 2018 Jan-Mar; 12(1): 40–44. doi: 10.1590/1980-57642018dn12-010006. PMID: 29682232. Language: English | Portuguese.
21. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. Biomed Res Int. 2014;2014:908915–908915. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
22. Roman G.C., Tatemichi T.K., Erkinjuntti T. et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993;43(2):250—60.
23. Salka S Staekenborg1, Tanja Su1, Elisabeth C W van Straaten1, Roger Lane2, Philip Scheltens1, Frederik Barkhof3, Wiesje M van der Flier1,4, “Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia; differences between small- and large-vessel disease”, <https://jnnp.bmj.com/content/81/5/547.short>
24. Tiel C, Sudo FK, Alves GS, Ericeira-Valente L, Moreira DM, Laks J, Engelhardt E. Neuropsychiatric symptoms in Vascular Cognitive Impairment: a systematic review. Dement Neuropsychol. 2015 Jul-Sep;9(3):230-236. doi: 10.1590/1980-57642015DN93000004.

Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyasının xüsusiyyətləri
R.V.Qaffarova

**Особенности психосоциальной реабилитации
психически больных**
Р.В.Гаффарова

**Features of psychosocial rehabilitation
of mental patients**
R.V. Gaffarova

ATU-nin psixiatriya kafedrası
E-mail: bilal_44@mail.ru

В представленной статье рассматриваются вопросы психосоциальной реабилитации психически больных, длительно находящихся на стационарном лечении в психиатрических учреждениях, с целью восстановления у них, утраченных в связи с болезнью адапционных возможностей, нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных (включая знания, привычки, общение и умения решать проблемы) ресурсов. В результате правильно и грамотно построенной работы расширяются возможности реинтеграции подобного рода больных в общество. Данная работа начинается в стационаре с создания «терапевтического общества и включает тренинги, психо-образовательные программы, обучение стратегии преодоления остаточных психотических симптомов, семейную терапию. Указанные формы работы, также как и биологическая терапия, являются комплексом лечебных мероприятий, т.к. при обоих вмешательствах используются одни и те же индикаторы определения эффективности.

Ключевые слова: *психосоциальная реабилитация, восстановление адапционных возможностей, тренинги, психо-образовательные программы, обучение стратегии преодоления остаточных психотических симптомов, семейная терапия.*

This article discusses the issues of psychosocial rehabilitation of mentally ill patients who have been hospitalized for a long time in psychiatric institutions in order to restore their lost adaptive capabilities, cognitive, motivational, emotional (including knowledge, habits, communication and problem solving skills), lost due to illness) resources. As a result of correctly and competently constructed work, the possibilities of reintegrating such patients into society are expanding. This work begins in the hospital with the creation of a “therapeutic society and includes trainings, psycho-educational programs, teaching strategies for overcoming residual psychotic symptoms, family therapy. These forms of work, as well as biological therapy, are a complex of therapeutic measures, because both interventions use the same performance indicators.

Key words: *psychosocial rehabilitation, restoration of adaptive capabilities, trainings, psycho-educational programs, teaching strategies for overcoming residual psychotic symptoms, family therapy.*

Son illərdə psixiatriya təcrübəsində "psixososial terapiya" və "psixososial reabilitasiya" anlayışları və göstərilən psixiatriya yardımının forması kimi tanınmağa və geniş yayılmağa başlanmışdır [2, 3, 6, 11].

Psixososial reabilitasiyanın əsas məqsədi sosial adaptasiyasının çatışmazlığı olan psixi xəstələrdə xəstəlik nəticəsində pozulmuş koqnitiv, motivasiya, emosional (vərdişlər, biliklər, ünsiyyət və problemlərin həll olunma bacarıqları daxil olmaqla) resursların bərpasıdır və nəticədə onların cəmiyyətə inteqrasiyasının təmin olunmasıdır [4,5]. Bu məqsədlə son onilliklərdə geniş yayılmış üsul və formalar şəklində psixososial tədbirlərin kompleksindən istifadə olunur ki, bunlar da pasiyentin potensialın bərpasına yönəlir və onun digər insanlarla bərabər cəmiyyətdə öz mövqeyini tutmasına imkan yaradır. Reabilitasiya ilə məşqul olan alimlər [6, 7, 9, 12, 13] reabilitasiya prosesində pasiyentlərin özlərinin aktiv iştirakını qeyd edirdilər, lakin o zaman bilavasitə psixososial təsirin üsulları məhdud idi və daha çox vasitəli xarakterini daşıyırdı. Belə ki, yalnız əmək prosesinə cəlb olunmuş və psixiatrik stasionlardan kənar yaşayışla təmin olunan xəstələrdə qarşılıqlı sosial təsir və müstəqil, sərbəst yaşama vərdişləri tədricən bərpa olunurdu.

“Terapevtik cəmiyyət” kimi reabilitasiya üsulundan başlayaraq [6, 7] reabilitasiya tədbirləri çərçivəsində bilavasitə psixososial təsiri funksiyası üstünlük təşkil etməyə başlamışdır. Son dövrlərdə psixososial təsirlərə müstəqil əhəmiyyət verilir [7, 8,10]. Hal-hazırda bunlar çoxlu proqramlara (modullara) əsaslanan geniş pasiyentə-yönəlmiş, lakin onların yaxın əhatəsi daxil olmaqla, qrup və ya individual şəklində iş formalarıdır. Onlar aşağıdakılardır: sosial vərdişlərin, ünsiyyətin, özünəhərmətin, inandırılmış davranışın, müstəqil yaşamanın bərpasına yönəlmiş treninqlərdi, psixi-maarifləndirici proqramlar, qalıq psixotik əlamətlərə üstün gəlmək strategiyaların öyrənilməsi, ailəvi terapiyası və s. Göstərilən iş formaları bu gün bioloji terapiyası kimi, eyni mənalı terapevtik tədbirlərinin kompleksidir, çünki, hər ikisində aparılmış tədbirlərin səmərəliyinin ölçülməsi üçün eyni indikatorlar nəzərdən keçirilir. Belə ki, kliniki göstəriciləri (dinamikada psixi pozuntuların səviyyəsi, remissiyaların davamı, kəskinləşmələrin və rehospitalizasiyaların tezliyi) ilə yanaşı nəticələrin digər xarakteristikaları (sosial fəaliyyətində, yaşam keyfiyyətində dəyişikliklər, işlə təmin olunması, ailə yükünün azalması, xəstəlik haqqında biliklərin artması və s.) qiymətləndirilir.

Psixososial reabilitasiyada üç aşağıdakı mərhələləri aird etmək olar:

1. Aktiv psixososial təsirlərin mərhələsi (psixososial terapiya). Bu mərhələdə pasiyentlərin sosial dezadaptasiyası ilə şərtləşdirilmiş koqnitiv, motivasiya, emosional resursların pozulmasının və ya çatışmazlığının bərpasına yönəlmiş mövcud arsenalda olan müxtəlif forma psixososial təsirlərdən istifadə olunur. Bu son hadisə müəyyən adekvat psixososial təsirin təyin olunmasını tələb edir.

Psixososial reabilitasiyanın başlanması heç də psiyentin stasionarda olması ilə təsadüf edilmir. Bu proses psixiatriya yardımını göstərilməsinin hər bir mərhələsində başlaya bilər. Digər amil əsasdır – sosial dezadaptasiyanın xarakterin və səviyyəsinin qiymətləndirilməsi və psixososial təsirin hər bir konkret formasının tətbiqinə ehtiyacın olmasıdır. Adətən bu mərhələdə psixososial təsirin ən aktiv tədbirlər icra olunur.

2. İkinci mərhələsin əsas məqsədi pasiyentin onun əvvəlki ya yeni funksiyasının və sosial mövqelərinin bərpasıdır və ya onları öyrənilməsidir. Bu mərhələdə kompleks “aralıq” (psixiatrik müəssisələr və ictimaiyyət arasında) təşkilatı tədbirlər tətbiq olunur ki, bunlar da pasiyenti (sosial rolların və mövqelərin addımla mənimsənilməsi vasitəsi ilə) əhali arasında bilavasitə yaşamsına yaxınlaşdırır. Eyni zamanda bu proses daha mürəkkəb sosial münasibətlərə və tələblərə (yəni pasiyenti normal həyata qayıdarkən nə gözləyir) uyğun olaraq bərpa olunan vərdişlərin, bacarıqların, biliklərin (müxtəlif formalı psixososial təsirlərin köməyi ilə alınan) “generalizasiya” prosesidir.

3. Tam və ya natamam səviyyədə olunmuş sosial bərpasının bərkidilməsi və saxlanması mərhələsi. Aydındır ki, pasiyentlərin çox bir hissəsinin sosial himayəsinə və cəmiyyətdə psixososial işinin davam olunmasına daim ehtiyacı olacaq. Bundan başqa, bir sıra aparılmış tədqiqatların nəticələrindən məlum olur ki, tətbiq olunmuş psixososial təsirlərin (maarifləndirici proqramlar, terinqlər və s.) effekti müəyyən müddət saxlanılır ki, bundan sonra onların təkrar olunması tələb olunur. Hər bir anda, psixososial və sosial himayə psixososial reabilitasiyasının vacib komponentidir.

Reabilitasiya prosesinin vacib hissəsi olan psixososial reabilitasiya sisteminin əsas prinsiplərindən danışmaq olar .

1. Psixososial reabilitasiya prosesi psixiatriya yardımının hər bir mərhələsində başlaya bilər – psixi pozuntularının kəskin əlamətlərin aradan götürülməsindən dərhal sonra. Aydın ki, psixososial tədbirlər (bioloji terapiyası kimi) xəstəliyin başlanmasına münasibətdə nə qədər tez başlayırsa, o qədər də tez əlverişli nəticələri gözləmək olar. Göstərişlərə əsasən psixososial müalicənin müxtəlif növləri təyin oluna bilər. Psixiatriya yardımı göstərilən zaman kliniki materialın və aktual məsələlərin təhlili psixososial işinin üç ən vacib istiqamətlərini qeyd etmək olar, hansılar ki, təbii olaraq, bütün məsələlərini həll etmir və onlardan çoxusu ola bilsin daha əhəmiyyətlidir. Buna baxmayaraq, hal-hazırda psixotik vəziyyətdən çıxma ərafəsində olan pasiyentlərin (xüsusən birinci psixotik epizodda, ehtiyac olanda digər hallarda da) psixi-maarifləndirici qruplara cəlb olunması geniş yayılmışdır. Bu qrupda işin proqramı, ağır psixi xəstəliyin başlanması və onun nəticəsində yaranan şəraiti (peşənin, iş yerinin dəyişilməsi, ailədə yaranan problemlər) ilə əlaqədar stressin aradan götürülməsi ilə yanaşı, kifayət qədər uzun müddət psixofarmakoterapiyanın davam etdirilməsi üçün motivasiyanın formalaşmasına, qalıq psixopatoloji əlamətlərinə güc gəlmə strategiyasının öyrətməsinə yönəldirilir.

Psixososial reabilitasiyanın digər məqsədi təkrar kəskinləşmənin və rehospitalizasiyanın qarşısının alınmasıdır. Bir çox tədqiqatlarda müəyyən olunmuşdur ki, “problem qrupu” pasiyentlərə, yəni tez-tez xəstəxanalara düşən xəstələrlə, bir neçə növ psixososial təsirlərdən istifadə olunur ki, bunlar da təkrar kəskinləşmələrə münasibətdə bufer rolunu oynayır.

Müasir psixiatriyası üçün bu günki gündə ən aktual məsələlərdən biri uzun müddət, bəzən illərlə (“çökmə”) psixiatriya xəstəxanalarında qalan xəstələri ilə əlaqədardır. Məsələn Rusiyada bir ildən psixiatriya xəstəxanalarında qalan xəstələrin sayı ilin axırına xəstəxanada qalan bütün xəstələrə nisbətdə 20%-dən çox təşkil edir [4, 5, 6]. Bir qayda olaraq, onlarla psixososial tədbirlərinin (xüsusilə müstəqil yaşama modul şəklində) aparılmasına böyük ehtiyac var.

Buna uyğun olaraq, göstərilən modulun əsasında psixososial iş ambulator kontingenti olan, lakin xəstəliyin xroniki gedişi və xəstəlik stajı böyük olan şizofreniyalı xəstələrlə də aparıla bilər. Psixososial təsirlərin ilk dəfə təyini xəstənin psixososial reabilitasiyanın ilk mərhələsinə qoşulmasını göstərir.

2. Hər bir təsirin məqsədini, bu məqsədə nail olmaq üçün müddətini müəyyən etmək lazımdır, çün ki, psixososial təsirlər birinci – fərdi olmalı və konkret məqsədə yönəlməlidir və, ikinci – qısamüddətli olmalıdır.

Psixososial təsirin qurluqsuzluğu və icra olunma müddəti qeyri-müəyyən olması onun məqsədinə nail olunmasını də qeyri-müəyyən edir. Konkret təsirin müddəti istifadə olunan modulun müddəti ilə şərtləşir. Bütün bunlar psixososial reabilitasiya prosesinin strukturunu dəqiq müəyyən edir və onun yönəldilməsini əsaslandırılmış edir.

3. Konkret pasiyent üçün təsir formasının seçilməsi onun psixososial dezadaptasiyasının xüsusiyyətlərinə uyğun olmalıdır. Bununla əlaqədar hər bir psixiatrik müəssisədə daima fəaliyyət göstərən və müxtəlif məsələlərini həll edən bir neçə qrup olmalıdır. Bu şərtin həll olunmasının mümkün olmadığı təqdirdə, bir qrupun nümayəndəsi pasiyentlərin konkret problemlərini nəzərə almalıdır, məsələn, birində - ünsiyyət problemi, digərində - inamlı davranış vərdişlərin mənimsənilməsində, üçüncüdə - komplayens problemi və s. Belə qrupun fəaliyyət proqramına qrupda iştirak edən pasiyentlərin problemlərinin həll olunmasına yönəlmiş məşqələr daxil olmalıdır.

4. Psixososial təsirlərin ardıcılığı pasiyentlərin adi həyatı tələblərə yaxınlaşmasını və sosial kompetentliyinə çatmasını nəzərə almaqla aparılır. Göstərilən ardıcılıq məqsədə çatmasını müəyyən edir. Lakin bütün etapların tətbiqi mütləq deyil. Şəxsiyyətin nisbi saxlanmış pasiyentlərə psixiatrik yardımını aralıq növlərin tətbiq olunması artıq sayılır. Yalnız şəxsiyyətin enməsi ifadəli olan pasiyentləri qrup evlərə, yataqxanalara və müalicə-i-stehsalat emalatxanalarına göndərilməsi məqsədəuyğundur. Bu hal mərhələnin daha uzun müddətli olmasını müəyyən edir.

5. Psixososial reabilitasiyasının hər bir mərhələnin və ya bütün proqramının başa çatdırılmasında psixososial təsirlərin vaxtaşırı və ya arasıkəsilməyən təkrarlanması vacibliyi nəzərə alınmalıdır.

Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyası ilə məşğul olan alimlərin əsas leytmotivi – alınmış nəticələrin dəfələrlə təkrar olunması yolu ilə bərkidilməsi və mərhələlilik. İndividual və qrup himayənin üsulları və formaları işlənilib hazırlanmışdır ki, bunlar da bir çox hallarda əldə edilmiş nəticələrin saxlanması üçün zəruri şərtidir.

Psixiatriya xidmətin inkişafının hazırkı mərhələsində psixososial terapiyası və reabilitasiyanın psixososial aspektləri hər bir psixiatrik müəssisənin fəaliyyətinin zəruri hissəsi olur və ya olmalıdır. Bunu dərk etmək çox vacibdir, çünki, bu hissənin göstərilən psixiatrik xidmətinin tərkibində olmaması ciddi çatışmazlıq hesab olunur və psixiatrik müəssisəsi tərəfindən öz fəaliyyətinin hissəvi icra olunmasını göstərir.

Ədəbiyyat

1. Аскевис-Леерпе, Ф. Психология: краткий курс/ Ф. Аскевис-Леерпе, К.Барух, А.Картрон; пер. с франц. М.Л.Карачун. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 155, [5] с. ил.
2. Беззубик К.В. Содержание и методики психосоциальной работы в системе социальной работы: Уч. Пособие / Под ред. проф. Е.А. Сигиды. – М.: ИНФРА – М, 2008. 168 с. – (Высшее образование).
3. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб., 2001.
4. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных// Российский психиатрический журнал. 2006. № 2.
5. Дементьева А. Г. Психическое здоровье: проблемы и перспективы. // "Здравоохранение", № 2, 2002 г., с. 15-20.
6. Дмитриева Т.Б. Руководство по социальной психиатрии. - М.: Медицина, 2001. -С. 515.
7. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9.
8. Клиническая психология в социальной работе. / Под ред. Б.А. Маршинина. – М., Академия, 2002, с. 68.
9. Лукьянова И.Е. Инновационная реабилитация – приоритетное направление медико-социальной работы// Социальные технологии и исследования. 2006. №2.
10. Маслоу А. Мотивация и личность / Пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 478с.
11. Сафонова Л.В. Содержание и методика психосоциальной работы: Учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений/ Л.В. Сафонова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 224 с.
12. Синегубко Э.А.. Проблемы реабилитации лиц с ментальными нарушениями в учреждениях здравоохранения Нижегородской области. Доклад.// Материалы Российско-Германской научно-практической конференции "Реабилитация лиц с ментальными нарушениями: проблемы и пути решения", Нижний Новгород, 23-26 июня 2003года, стр.22.
13. Фирсов М.В. Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы.: Содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений. – М.: Изд. Центр «Академия», 2002. – 192 с.

Psixi pozuntusu olan qadınlarda onlara psixiatrik yardımın kifayət qədər göstərilməməsi ilə əlaqədar suicidal davranış

N.E.Vahabov

Суицидальное поведение женщин, страдающих психическими расстройствами, связанное с недостаточностью оказания психиатрической помощи

Н.Э.Вагабов

Suicidal behavior associated with insufficiency of psychiatric care in women with mental disorders

N.E.Vagabov

ATU-nin psixiatriya kafedrası

E-mail: bilal_44@mail.ru

В представленной статье приводятся данные, касающиеся проявлений суицидального поведения у 77 женщин, страдающих психическими расстройствами, совершивших завершённые суициды в связи с ошибками при оказании им психиатрической помощи. Были рассмотрены следующие характеристики психиатрической помощи, полученной женщинами при жизни: давность последней госпитализации в психиатрический стационар; ее продолжительность; время у пациенток при последней их госпитализации в психиатрический стационар; уровень психических расстройств, при последней госпитализации; давность последнего осмотра пациенток врачом-психиатром; прием пациентками в течение последнего месяца перед совершением суицида психотропных препаратов. В процессе исследования выявлено, что основными суицидогенными факторами, связанными с ошибками при оказании психиатрической помощи женщинам с психическими расстройствами являются: недостаточная продолжительность стационарного лечения женщин с психотическими и субпсихотическими расстройствами; недооценка психического состояния и нераспознавание признаков суицидального поведения врачами-психиатрами.

Ключевые слова: *суицидальное поведение у женщин, ошибки при оказании психиатрической помощи, суицидогенные факторы, психотические и субпсихотические расстройства.*

The article presents data on manifestations of suicidal behavior in 77 women with mental disorders who completed suicide due to the direct errors in the provision of mental health care. Considered the following characteristics of mental health care received by the women in their life: recent hospitali-

zation in a psychiatric hospital its duration; Duration of the last hospitalization in a psychiatric hospital; The level of mental disorders at the last hospitalization; Duration of the last examination of patients by a psychiatrist; administration of psychotropic drugs by patients during the last month. Regime During the study it was revealed that the main suicidal factors associated with errors in mental health care for women with mental disorders the insufficient length of hospital treatment for women with psychotic and subpsychotic disorders; underestimating the mental state and not recognizing the signs of suicidal behaviour by psychiatric doctors.

Keywords: *suicidal behavior in women, errors in the provision of psychiatric care, suicidal factors, psychotic and subpsychotic disorder.*

Tədqiqatın aktuallığı. İntihar dünyada demoqrafik vəziyyətə mühüm təsir göstərən ciddi tibbi-sosial problemdir. Belə ki, ÜST-nin məlumatına görə, dünyanın mükəmməl statistikaya malik 53 ölkəsində intihar 15-34 yaşlı şəxslərdə ölümün üç əsas səbəbinə aiddir ki, bu da həm hər iki cins üçün, həm də müxtəlif mədəniyyətlər üçün xarakterdir [4].

Suisidologiya sahəsində tədqiqatların sayının getdikcə artmasına baxmayaraq, intihar profilaktikasının mövcud olan metodları kifayət qədər effektiv deyildir [13] ki, bu da onların təkmilləşməsi zərurətini yaradır. Bu məsələnin həll edilməsinə yanaşmalardan biri suisidologiyanın profilaktikasının gender cəhətdən fərqli metodlarının işlənilib hazırlanması ola bilər. Bu, müxtəlif cinslərin nümayəndələrində suisidal davranış xüsusiyyətlərindəki mühüm fərqlərin olması ilə əlaqədardır. Bu fərqlər suisidlərin yayılma dərəcəsinə [5,6], suisidal risk amillərinə [15,16,17,18], suisidal davranışın bilavasitə təzahürlərinə [8, 11, 14, 19] aiddir. Göstərilən fərqlərin mövcud olması belə güman etməyə əsas verir ki, hər bir cinsin nümayəndələrində suisidal davranışın öz qanunauyğunluqları var, intiharın profilaktikası isə onların gender xüsusiyyətləri nəzərə alındıqda və cinsə görə fərqli yanaşmalar işlənilib hazırlandıqda daha effektiv ola bilər. Ədəbiyyat məlumatlarına görə [1, 3, 7, 10, 12], qadınlar intihardan kişilərə nisbətən 3-8 dəfə az ölürlər. Lakin başa çatdırılmış suisidlərin daha aşağı səviyyəsi hələ o demək deyildir ki, qadın intiharı problemi aktual deyil. ÜST-nin məlumatına görə [4], dünyada qadınlar arasında başa çatdırılmış suisidlərin orta tezliyi 2000-ci ildə hər 100 000 qadın əhalisinə 6,8-ə, Rusiya ölkədə 2008-ci ildə hər 100 000 qadın əhalisinə 9,5-ə bərabər olmuşdur [9]. Bundan başqa, suisidlər kişilərlə müqayisədə qadınlarda bütün zorakı ölüm hadisələrinin çox böyük payını təşkil edir [18].

Klinik material və tədqiqat üsulları. Psixi pozuntuları və ya xəstəlikləri olan pasiyentlərə psixiatrik yardımın səmərəsiz göstərilməsi ilə əlaqədar suisidogen amillərin olması barədə bəzi tədqiqatçılar artıq fikir söyləmişdir

[2, 12]. Belə amilləri aşkara çıxartmaq üçün biz sonradan intihar etmiş qadınlara göstərilən psixiatrik yardımın bir sıra müxtəlif aspektlərini öyrənmişik. Tədqiqatın bu hissəsi üçün material kimi tədqiqat dövründə psixiatr müşahidəsində olmuş və intihar etmiş 77 qadın pasiyentin retrospektiv müayinəsindən istifadə edilmişdir. Sağlığında psixiatrik yardım almış qadınların aşağıdakı xarakteristikaları nəzərdən keçirilmişdir: psixiatrik stasionarda axırncı hospitallaşmanın vaxtı; onun davam etmə müddəti; psixiatrik stasionarda axırncı hospitallaşma zamanı pasiyentlərdə psixi pozuntuların səviyyəsi; pasiyentlərin həkim-psixiatr tərəfindən axırncı müayinəsinin vaxtı; intihar etməzdən əvvəlki axırncı ay ərzində pasiyentlər tərəfindən psixotrop preparatların qəbul edilməsi xüsusiyyətləri.

Alınmış nəticələrinin müzakirəsi. Sadalanan xarakteristikalardan əvvəlcə intihar etmiş qadınların psixiatrik stasionarda axırncı hospitallaşmanın vaxtı nəzərdən keçirilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, intihar etmiş 77 qadınlardan 29-uz (37,6%) suisidə qədər bir ildən çox müddətində, 26-sı (33,8%) bir aydan bir ilə qədər, 15-i (19,5%) bir aydan az müddətdə psixiatrik stasionardan evə yazılmışdır. Yalnız 7 (9,1%) qadın heç vaxt psixiatrik stasionarda müalicə olunmamış və onlara ilk dəfə psixi xəstəlik diaqnozu ölümdən sonrakı məhkəmə-psixiatriya ekspertizası rəylərinin müayinəsi əsasında qoyulmuşdur. Beləliklə, belə bir dəqiq əsilliq müşahidə edilir: suisidlərin sayı pasiyentlərin psixiatrik stasionardan evə yazılma anından keçən müddətə düz mütənasib surətdə artmışdır. Bu əsilliq belə fikir yürütməyə əsas verir ki, psixi pozuntulardan əziyyət çəkən qadınların psixiatrik stasionarda axırncı hospitallaşmasından keçən müddət nə qədər çox olarsa, onlarda intihar riski bir o qədər çox olur. İntihar etmiş qadınların axırncı hospitallaşmasının vaxtı ilə yanaşı, onların psixiatrik stasionarda axırncı dəfə olmasının müddəti də təhlil edilmişdir. Nəticədə müəyyən edilmişdir ki, 36 (51,4%) qadın psixiatrik stasionarda bir aya qədər, 26 (37,2%) qadın bir aydan üç aya qədər və 8 (11,4%) qadın üç aydan çox olmuşdur. Göstərilən məlumatlar təsdiq edir ki, tədqiq olunan qrupun intihar etmiş nümayəndələrinin sayı onların stasionar müalicəsində olma müddətindən tərs münasibətdə əsilli olmuşdur. Bu fakt görünür onunla izah olunur ki, daha uzunmüddətli stasionar müalicə keyfiyyətli və davamlı remissiyanı təmin edir.

Tədqiq olunan qadınlar qrupunun psixiatrik stasionarda axırncı də hospitallaşmasının səbəbi kimi psixi pozuntuların səviyyəsinin təhlili göstərmişdir ki, onlardan 44 nəfər (62,8%) psixotik səviyyəli pozuntularına

görə, 12 nəfər (17,1%) psixotikönü pozuntularına görə, 14 nəfər (20,1%) nevroitik səviyyəli pozuntularına görə hospitallaşdırılmışdır. Bu nəticə onu göstərir ki, qadınların suicidal hərəkətinə psixiatrik stasionarda müalicənin vaxtı və davam etmə müddəti amillərinin təsir etməsinə aid yuxarıda qeyd olunan qanunauyğunluqlar əsas etibarlı ilə psixi pozuntuların daha ağır hallarına, yəni psixotik səviyyəli pozuntularına aiddir.

İntihar etmiş psixi xəstə qadınlara göstərilən psixiatrik yardımın öyrənilən növbəti xarakteristikası onların həkim-psixiatr tərəfindən axırıncı müayinəsinin vaxtı olmuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, tədqiq olunan qadınlardan 32-si (45,7%) həkim-psixiatr tərəfindən axırıncı dəfə suicidal qədərki bir ay müddətində, 22-si (31,4%) bir aydan üç aya qədər olan müddətdə, 11-i (15,7%) üç aydan bir ilə qədər olan müddətdə və 5-i (7,2%) intihara qədərki bir ildən çox müddətdə müayinə olunmuşdur. Göstərilən bölgüdə paradoksal nəticə çıxır: intiharı ən çox psixiatrik yanına yaxın vaxtlarda gedən qadınlar törətmişdir. Belə güman etmək olar ki, pasiyentlərin psixiatria müraciəti onların suicidal riski artıran psixi vəziyyətin pisləşməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Buna baxmayaraq, belə belə pasiyentlərin yenə də suicidal etməsi faktı həkimlər tərəfindən suicidal təhlükənin lazımi qədər qiymətləndirilməməsini və lazımi profilaktik tədbirlərin görülməməsini göstərir. Belə ehtimalın reallığı onunla təsdiq olunur ki, paranoid şizofreniyadan əziyyət çəkən 12 (17,1%) qadın intiharın əvvəlki bir həftədən də az bir vaxtda həkim-psixiatr tərəfindən müayinə olunmuş, bu zaman onların əksəriyyətində suicidal hisslərin aktualıq dərəcəsi kifayət qədər yüksək olmuşdur. Beləliklə, adətən psixopatoloji simptomatikanın özünün məzmunu ilə müəyyən olunan psixotik vəziyyətlər zamanı suicidal risk həkim-psixiatrlar tərəfindən lazımi qədər qiymətləndirilməmişdir.

Müayinə olunan qadınlar arasında intihara qədərki axırıncı bir ay ərzində 41 (58,6%) nəfər psixotrop preparatlar qəbul edirmiş, lakin onlardan müntəzəm köməkədi terapiyanı yalnız 17 pasiyent (38,5%) almış, 14 nəfər (20,1%) isə bunu epizodik hallarda, “əhvalına görə” etmişdir. Tədqiq olunan prupun xeyli hissəsi – 29 nəfər (41,4%) suicidal əvvəlki ay ərzində ümumiyyətlə heç bir psixotrop preparat qəbul etməmişdir. Beləliklə, ümumilikdə 43 pasiyent (61,4%) suicidal əvvəlki ay ərzində müntəzəm köməkədi terapiya almamışdır. Göstərilən rəqəmlər əsaslı surətdə sübut edir ki, köməkədi terapiyanın olmaması və ya qeyri-müntəzəmliyi suicidal cəhdlərin həyata keçirməsinə səbəb olan mühüm amil olmuşdur.

Yekün. Beləliklə, psixi pozuntuları olan qadınlara psixiatrik yardım göstərilməsindəki səhvlərlə əlaqədar əsas suisidagen amillər bunlardır: psixotik və subpsixotik pozuntuları olan qadınların stasionar müalicəsinin müddətinin kifayət qədər olmaması; həkim-psixiatrlar tərəfindən psixi vəziyyətin lazımı qədər qiymətləndirilməməsi və suisidal hərəkətin əlamətlərinə düzgün diaqnoz qoyulmaması.

ƏDƏBİYYAT

1. Бойко И.Б. Суицид как социально-медицинская проблема в современном обществе и его предупреждение: Дис. ... докт. мед. наук. — Рязань, 1998. -336 с.
2. Бондарев В:Г. Суицидальное поведение у консультативных больных // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С. 312^
3. Ваулин Г.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 26с:
4. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание - новые надежды. — ВОЗ, 2001. — 216с.
5. Войцех В.Ф. Суицидология. - М.;, 2007. - 280 с.
6. Журавлева И.В., Журавлева С.Л., Мягков А.Ю. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал.-2003. - №1 . - С. 16-26.
7. Рыбникова И.Л. Возрастной анализ и медико-психологические особенности суицидов различных групп населения мегаполиса (на примере Санкт-Петербурга): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2002. -19 с.
8. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: «Ко-гито-центр», 2005. – 376 с.
9. Федеральная служба государственной статистики. Демографический ежегодник России. - М.: Росстат, 2009. - 557 с.
10. Фисик М.В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2002. - 36 с.
11. Canetto S.S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis // Am. J. Orthopsychiatry. - 2008. - Vol. 78, N 2. - P. 259 - 266.
12. Cho Y. Suicide and depression in Japan: A comparison between three age groups // Abstracts-of 10th World Congress of psychiatry. - Madrid, 1996. -P. 23-28.
13. Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // The British Journal of Psychiatry. - 2005. — Vol. 187, Sep.-P. 206-208.
14. Hawton K., Harriss L., Simkin S., Bale E., Bond A. Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners // Suicide Life Treat. Behav. -2004. - Vol. 34, N 3. - P. 199 - 208.
15. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // J. Ment. Health Policy Econ. - 2007. - Vol. 10, N 4. - P: 177 - 187.
16. Makinen I.H., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // Suicide -An unnecessary death. — London, 2001. - P. 101 — 108.
17. Qin P., Agerbo E., Westergard-Nielsen N. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. -P. 546-550.
18. Rezalian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000 // East. Mediterr. Health J. - 2007. - Vol. 13, N 4. - P. 953 - 960.
19. Roy A., Janal M. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? // Suicide and Life Threatening Behavior. - 2006. - Vol. 36, N 3. - P. 329 - 335.

**Kardioloji xəstəliklərin və affektiv pozuntuların
komorbidliyi**
*N. M. Qurbanov**

**Коморбидность кардиологических заболеваний
и аффективных расстройств**
Н.М. Гурбанов

**Comorbidity of cardiological diseases and
affective disorders**
N. M. Gurbanov

¹ AR SN Quba rayonlarsı psixonevroloji reabilitasiya mərkəzi
E-mail: nerimanqurbanov@mail.ru

Эта обзорная статья охватывает различные аспекты коморбидности кардиологических заболеваний и аффективных расстройств. Представлены современные взгляды и подходы коморбидности как со стороны кардиологических заболеваний, так и со стороны аффективных расстройств.

Ключевые слова: коморбидность, кардиология, биполярное аффективное расстройство, депрессия.

This review article covers various aspects of the comorbidity of cardiological diseases and affective disorders. Presented literature review has modern views and approaches of comorbidity both from the side of cardiological diseases and from the side of affective disorders.

Key words: comorbidity, cardiology, bipolar affective disorder, depression.

Son illərin nəticələri onu göstərir ki, dünyada kardioloji xəstəliklərin və depressiv pozuntuların komorbidliyi artmaqdadır [1].

Araşdırmalara görə, ürək-damar xəstəlikləri olan kəslərdə, xüsusilə də kəskin koronar sindromlu xəstələrdə [11,23], stabil stenokardiyada [16] yaxud

müxtəlif ürək xəstəlikləri səbəbi ilə hospitallaşdırılmış [22] kəskin ifadə olunmuş təşviş simptomları müşahidə olunur.

Xəstəlik yükünün (ölüm + əlillik) qlobal strukturunda böyük depressiv pozuntular bu gün bütün patologiyalar arasında dördüncü yerdədir və 2020-ci ilə kimi ikinci yerə keçməsi proqnozlaşdırılır (ürəyin işemik xəstəliyi birinci yerdə) [27].

Dünyada 350 mln insan depressiyadan əziyyət çəkir və əlilliyinin əsas səbəblərindən biridir [2].

Depressiya kardioloji pasiyentlərin arasında geniş yayılıb. Ürəyin işemik xəstəliyi olan xəstələrin 31-45% depressiv simptomlardan əziyyət çəkir [30].

İşemik ürək xəstəliyi olan insanlarda 20%-ində, komorbid psixi pozuntular böyük depressiv pozuntunun kriteriyalarına uyğundur[7].

Xronik ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərdə tədqiqatların meta-analiz məlumatlarının 36% depressiv vəziyyətlərinin inkişafı ehtimalını və 20% – böyük depressiv pozuntusu ehtimalını göstərir [15]

İmplantasiya edilmiş kardiodefibrilyator olan xəstələrin müayinəsi seçmənin 11-28%-nin depressiv pozuntuları aşkar etdi.

Somatik xəstəliklərdə depressiyanın terapiyası zəruriliyini çoxsaylı tədqiqatlarda sübut edilmişdir. Belə ki, depressiya simptomlarının aradan qaldırılması və digər risk faktorlarının düzəldilməsi ilə yanaşı miokardın infarktı olan xəstələrinin ürəyin ölüm nisbətinin 34%, təkrar miokardın infarktında isə 29% azalmasına gətirib çıxardı [12].

Kardiovaskulyar xəstəlik anamnezlərində olan xəstələrdə antidepressantların istifadəsi miokard infarktı üçün xəstəxanaya yerləşdirmə riskin azalması ilə əlaqədardır [19].

Erkən mərhələdə depressiyanın müalicəsi fiziki sağlam insanlarda və somatik patologiyası olan xəstələrdə ürəyin işemik xəstəliyi və digər ürək-damar xəstəliklərinin tezliyinin azalmasına kömək edir [24].

Meta-analizə əsasən, depressiya olan somatik xəstələrdə antidepressantların istifadəsi plasebo ilə müqayisədə sağalmanın üçqat artımı ilə əlaqələndirilir [8].

Psixiatrik pozuntuları olan xəstələrdə psixiatrik olmayan xəstələrə nisbətən qəfil ürək dayanmasından sonra daha az sağ qalma var və iki qrup arasındakı boşluq zamanla genişlənmişdir[4].

Bipolyar affektiv pozuntusu olan xəstələrdə (BAP) ürək-damar xəstəlikləri və fəsadlar riski yüksəkdir. Bu artan risk vegetativ sinir sisteminin pozuntuları ilə əlaqəli hesab olunur. Nəticələr göstərdi ki, maniakal fazada olan BAP olan xəstələrdə ürək-damar vegetativ disfunksiyası riski yüksəkdir. Buna görə də, klinisistlər, EKQ dəyişiklikləri və əlaqədar maniakal fazada BAP olan xəstələrdə ürək aritmiyalar kimi mümkün olan ürək keçirmə problemləri ilə əlaqədar daha diqqətli olmalıdırlar. BAP və onun fazaları (depressiya, maniya və hipomaniya) vegetativ sinir sisteminin və ürək anormallıqları ilə əlaqədar araşdırmaq üçün əlavə longitudinal araşdırmalara ehtiyac var. [18].

Təəccüblü və böyük narahatlıq doğuran haldır ki, bipolyar pozuntusu olan xəstələrin zamanla baş verən somatik müalicə zamanı, xüsusən də səhiyyə xidmətlərinə bərabər və sərbəst mümkünlüyü olan ölkələrdə xeyli yaxşılaşma baş verməmişdir. Buna görə də, bu vəziyyətin, tibb işçilərinin psixi xəstəlikləri olan xəstələrə mənfi münasibətinin, xəstənin fiziki xəstəlikləri və ya digər amillərin nəticələrindən xəbərdar olmamasının nəticəsi, inkişaf strategiyalarına dair araşdırmalar da daxil olmaqla bipolyar affektiv pozuntusu olan xəstələrdə somatik xəstəliklərin idarə olunmasının yaxşılaşdırılması üçün lazımdır.[28]

Siqaret çəkmə, piylənmə, hipertenziya, artan xolesterol və ya diabet kimi ürək-damar risk faktorları bipolyar affektiv pozuntusu diaqnozu qoyulan xəstələrdə əsas populyasiyasına nisbətən iki dəfə çoxdur [5; 20].

Ürək-damar xəstəlikləri nəticəsində yaranan ölüm nisbəti, orta yaş əhalisinə nisbətən bipolyar affektiv pozuntusu olan xəstələrdə, ömrünün 10-15 ilə azalması ilə təxminən iki dəfə artır. [25].

Şizofreniya xəstələri ilə müqayisədə bipolyar affektiv pozuntusu diaqnozu qoyulan xəstələrdə kəskin miokard infarktının riski artması, ölüm səviyyəsi artdığını göstərir [6,32].

Takotsubo kardiomiopatiya hallar bipolyar affektiv pozuntusundan əziyyət çəkən xəstələrdə müşayiət olunurdu. Burada litium, elektrik cəng

olma terapiyası Takotsubo kardiomiopatiyasın yaranmasında ehtimal olunur. [13].

Bipolyar affektiv pozuntusu olan xəstələrdə xəstəlik zamanı ürək-damar xəstəlikləri və ölüm riski artmışdır. Yarım əsrdən çoxdur ki, litium BAP müalicə etmək üçün istifadə olunan qızıl standart dərmandır. Bundan əlavə, litium BAP olan xəstələrdə ürək-damar riskini modullayan bir neçə bioloji təsir göstərir. Araşdırmada litium mümkün ürək fəaliyyətlərinin əsasını qoyduğu hüceyrə və molekulyar mexanizmlər haqqında mövcud məlumatları yenilədi. Mexanik anlayışlar terapevtik səviyyədəki litiumun struktur və elektrik düzəlişlərini modulyasiya etməklə işemik ürəklərə kardioprotektiv təsir göstərdiyini nümayiş edir. Litiyumun mümkün kardioprotektiv hərəkətləri Wnt / glikogen sintaz kinaz-3 β , fosfatidilinositol-3-kinaz / protein kinaz B, fosfoinozitol / protein kinaz C və mitogen-aktivləşdirilmiş protein kinaz / hüceyrədənkənar siqnal daxil olmaqla geniş siqnal yollarını əhatə edə bilər. tənzimlənən kinaz kaskadları. Buna görə, litiumun kardioprotektiv təsirini başa düşmək, BAP olan xəstələrdə ürək-damar xəstəliklərini azaltmaq üçün potensial strategiyanın inkişafına səbəb ola bilər [10].

Bipolyar affektiv pozuntu, eutimiya ilə əvəzlənən maniyanın meydana gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bu tədqiqatın məqsədi ürək ritminin dəyişkənliyi (HRV) ilə göstərildiyi kimi BAP vegetativ sinir sisteminə təsirini araşdırmaq idi. Tədqiqat Klinik sınaqlar qeydində (NCT01272518) qeydə alınmışdır. On doqquz xəstəxanaya yerləşdirilmiş, I BAP tipli kişi xəstələr (yaş: 34.0 ± 12.3 il) maniya zamanı və eutimiya zamanı boşalma zamanı qiymətləndirilmişdir. Ürək ritminin dəyişkənliyinin məlumatları Polar RS 800 CX tezliyindən istifadə edərək istirahətdə, spontan nəfəs alma zamanı 20 dəqiqə ərzində toplanmışdır. Ürək dərəcəsinin dəyişkənliyi tədbirlərinə vaxt, tezlik və xətti olmayan sahələrdə dəyişənlər daxil edilmişdir. Psixiatrik vəziyyətlər Mini International Neuropsixiatrik Müsahibə (MINI) və Bech-Rafaelsen mania şkalası (BRMS) tərəfindən qiymətləndirilmişdir. RMSSD (Cohen's $d = 0.668$) və pNN50 (Cohen's $d = 0.688$) ölçüləri ikinci qiymətləndirmədən sonra artdı. Yüksək tezlikli komponent (HFms2) də artdı (Koen $d = 0.586$), eyni vaxtda LF / HF nisbəti azaldı (Cohen's $d = 0.785$). Poincare plot analizi çıxarılan SD1 komponenti (Cohen's $d = 0.668$) və SD1 / SD2 nisbəti (Cohen's $d = 1.2934$) daxil olmaqla qeyri-xətti ölçmələri ilk

qiymətləndirmədən sonra ikinci qiymətləndirmədə artdı. Dəyişən Lmean (Cohen's $d = 0.9627$), Lmax (Cohen's $d = 1.2164$), REC% (Cohen's $d = 1.0595$) və EntShannon (Cohen's $d = 1.0607$) maniyada daha yüksək idi. Buna əks olaraq, vegetativ sinir sistemini inkişafını əks etdirən EnEn (Cohen's $d = 0.995$) və EntSample (Cohen's $d = 1.189$) maniya zamanı daha az idi. Alınan nəticələr bu yaxınlarda dərc olunmuş modellər zaman fasiləsi boyunca neyrovisseral interpretasiya ilə əlaqəli olur, xəstələrin gələcək sağlamlığı və rifahı üçün təsirlər nəzərdən keçirilir [31].

Uzun QT sindromu (LQTS) elektrokardiografiyada (EKQ) uzadılmış QT intervalında müşahidə edilə bilən ventrikulyar taxikardiya (VT) epizodları nəticəsində qəfil sinkop hücumlarının və ya ölümün inkişafı kimi müşahidə olunurdu. İmplantasiya olunan bilən elektrik kardiodefibrilyator (Cardioverter Defibrilator), təlimatlardakı vəziyyətə görə birinci sıra müalicə kimi tövsiyə olunur. Bu yaxınlarda kardiodefibrilyator ilə müalicə olunan LQTS xəstəsi olan BAP diaqnozu qoyulan bir gənc təqdim etməyi, müvafiq ədəbiyyatla birlikdə müşahidə və müalicəsini müzakirə edilib.

NƏTİCƏLƏR:

LQTS, BAP diaqnozu qoyulan uşaqlar və yeniyetmələr üçün ciddi sağlamlıq problemdir. Bu vəziyyət, xüsusilə ailə risk faktorlarının olduğu və lazımi qiymətləndirmələrdə ehtiyat tədbirlərinin görülməsi halında yadda saxlanılmalıdır. Bu halların həm BAP, həm də LQTS ilə əlaqəli risk faktorları səbəbindən, həm psixiatriya, həm də kardiologiya bölmələrini əhatə edən çoxşəxəli bir şəkildə yaxından izlənməsinə ehtiyac var [29].

Bipolyar affektiv pozuntu ürək-damar xəstəliklərinin artması ilə əlaqədardır. Beyin mənşəli neyrotrofik amil və iltihab markerləri BAP zamanı aparıcı biomarkerlərdir. Bu biomarkerlərin bipolyar spektrli pozuntuları olan yeniyetmələr arasında BAP və ürək-damar xəstəliklərinin göstəriciləri arasındakı əlaqəni əsas götürdüklerini araşdırmışdılar.

Araşdırma BAP olan yeniyetmələr arasında artan iltihabın sübutlarını tapdı. Hazırkı nəticələr simptomatik status, biomarkerlər və ateroskleroz göstəriciləri arasında potensial qarşılıqlı əlaqəni təklif etsə də, sağlam insanlarla müqayisədə BAP olan yeniyetmələrdə yuxu arteriyasının karotid intimanın qalınlığı və ya axın səviyyəsində ciddi fərqlər olmamışdır. Bu BAP

olan yeniyetmələrdə ürək-damar xəstəliklərinin profilaktikası üçün potensial fürsətin olduğunu göstərə bilər [21].

BAP olan yaşlı xəstələrdə ürək-damar xəstəliklərinin riski yüksəkdir. Bununla birlikdə, bir neçə tədqiqat, ömrü boyu BAP olan xəstələrdə metabolik risklər və ürək-damar xəstəlikləri arasındakı əlaqəni birbaşa araşdırdı. Buna görə, aşağıda qeyd etdiyimiz araşdırmanın məqsədi BAP olan xəstələrdə ürək-damar xəstəlikləri üçün ömür boyu metabolik risk faktorlarını təyin etmək idi. 50 yaşdan yuxarı olan və ən azı bir psixiatriya xəstəxanaya yerləşdirilmiş BAP-I xəstələrini tədqiqata cəlb etdik. Kardioloq tərəfindən təsdiqlənmiş ürək-damar xəstəliklərin diaqnozu (ICD-9 kodu 401-414) olan xəstələr iş qrupuna təyin edildi. 55 nəfər xəstə, yaşa və cinsə görə ürək-damar xəstəlikləri olmadan nəzarət qrupun 55 xəstəsi ilə müqayisə edildi. Klinik məlumatlar retrospektiv şəkildə 30 illik xəstəxana qeydlərini nəzərdən keçirərək əldə edildi. Nəzarət şəxslər ilə müqayisədə, vəziyyətin əhəmiyyətli dərəcədə yüksək hissəsi 31 yaşdan 40 yaşa qədər acqarına qlükoza (17.4% -ə qarşı 44.0%, $p = 0.046$), 41-50 yaş arasında şəkərli diabet (8.6% qarşı 25.6%, $p = 0.054$) olmuşdur. , və 51 yaşdan sonra şəkərli diabet (12.7% qarşı 36.3%, $p = 0.005$). Artıq çəki, piylənmə və ya dislipidemiya halında ciddi bir fərq tapılmadı. İllərdir təhsil aldıqdan sonra, ilk epizod maniya kimi və ikinci nəsil antipsixotik istifadədən sonra ömür boyu şəkərli diabet, ürək-damar xəstəliklərinin üçün risk faktoru olaraq qaldı (OR = 4.45, 95% CI = 1.89-10.66, $p = 0.001$). Alınan nəticələr, yetkin yaş aralığında qlükoza disrequlyasiyasının, ehtimal ki, BAP olan xəstələrdə ürək-damar xəstəliklərə səbəb olan əsas metabolik risk olduğunu göstərir. Buna görə klinisistlər, gənclik dövrü bəzi xəstələrin zərərində acqarına qlükoza səviyyəsini fərq etməlidirlər [9].

BAP ürək-damar xəstəliklərinin həddindən artıq yayılması və vaxtından əvvəl başlaması ilə əlaqələndirilir. Bu əlaqə beynəlxalq səviyyədə həm klinik, həm də əsasən işlənməmiş epidemioloji nümunələrdə müşahidə olunur. Bu əlaqəni bir sıra amillər izah edə bilər, o cümlədən ənənəvi ürək-damar risk faktorlarının həddindən artıq dərəcəsi, fiziki fəaliyyət, qidalanma, alkoqol, tütün və narkotik maddələrin istifadəsi və psixiatrik dərmanların istifadəsi ilə əlaqəli suboptimal həyat tərzini davranışları ürək-damar risk faktorlarının yaranmasına meyli ilə. Buna baxmayaraq, əvvəlcədən müalicə olunmayan nümayəndəli populyasiya nümunələrindən məcburi nəticələr, BAP olan

insanlar arasında ürək-damar xəstəliklərin riskinin bu amillərlə izah edilə biləcəyi həddən artıq olduğunu göstərir. Bu izahlı araşdırmada, BAP və ürək-damar xəstəliklər ilə əlaqəli klinik epidemiologiyanı və həddindən artıq iltihabı da daxil olmaqla əvvəlcədən nəzərdən keçirilmiş bioloji prosesləri ümumiləşdirirəm və BAP olan yeniyetmələr arasında damar faktorları ilə bağlı müəllif tədqiqat qrupundan böyüyük bir ədəbiyyat toplusunu ümumiləşdiriblər. Profilaktik kardiologiya yanaşmalarının potensial faydalarından yüksək dərəcədə əməyi olan bir qrup xəstə. Nəhayət, mikro-damar fenotiplərinin ənənəvi ürək-damar risk faktorları ilə izah olunmayan ürək-damar xəstəliklərinin "əlavə" riskini qismən izah edə biləcəyi barədə bir fərziyyə üzərində işləyiblər [17]

Litium 60 ildən çoxdur bipolyar pozuntular müalicəsində istifadə olunur. Ədəbiyyatda həm yaxşı elektrokardiografik (EKQ) dəyişikliklərlə, həm də ölümcül aritmiya ilə nəticələnən ürək yan təsirləri barədə məlumatlar verilmişdir. Sistemli bir ədəbiyyat axtarışı, iki elektron məlumat bazasında - PubMed və Medline-da, 1970-ci ilin yanvarından 2016-cı ilin martına qədər olan dövrdə "elektrokardiografiya" və ya "EKQ" ilə birlikdə "litium" sözünü istifadə edərək həyata keçirildi. Bundan sonra bütün məqalələr və istinadlar 2 müəllif və kitabxanaçı tərəfindən əlaqələndirilmək üçün adı ilə seçildi. Ədəbiyyat axtarışında cəmi 406 məqalə aşkar edilmişdir ki, onlardan 56-sı seçim meyarlarına cavab vermişdir. T dalğasının inversiyası ən çox EKQ nəticələrində əks olunmuşdur. Digər əldə olunan nəticələr arasında sinus düyünü, disfunksiyası, sinoatrial bloklar, PR uzadılması, QT uzanması / dağılması və ventrikulyar taxiaritmiyalar var. Bəzi hallarda litiumla müalicə olunan xəstələrdə ST səviyyəsinin yüksəlməsi miokard infarktı, ürək blokları və Brugada nümunəsi kimi ciddi ürək nəticələri ilə qarşılaşdıqları göstərilmişdir. Litiumdan elektrik dəyişikliklərinin həm müalicə müddəti, həm də zərər litium səviyyəsindən asılı olduğu aşkar edildi. Standart EKQ qaydaları olmasa da, litium terapiyası ilə xəstələrin tez-tez izlənməsi dərmanların təhlükəsiz istifadəsini təmin edə bilər [26].

ABŞ-da araşdırmada bipolyar affektiv pozuntusu diaqnozu qoyulmuş gənclər arasında tibbi komorbidliyinin sayı və növü araşdırılıb. 2000-2001 Thomson Medstat MarketScan tibbi iddiaları və inzibati sənədləri istifadə edərək bir retrospektiv məlumat analizidir. Əhali Amerika Birləşmiş

Ştatlarının daxilində fərdi sığortalanmış ailələrdən olan gənclərin (6-18 yaş) əhatə edirdi. XBT-10 diaqnozu qoyulmuş bipolyar affektiv pozuntusu olan gənclərdə (N = 832) və psixiatrik xəstəliklərin digər növlərində (N = 21,493) The Johns Hopkins düzəliş edilmiş Klinik Qruplar Case Mix Sistemi, 8.0 Versiyasından istifadə edərək xroniki tibbi vəziyyətlərin sayı və tibbi komorbidliyinin növü təhlil edilmişdir. 8.0.

Məlumatlar onu göstərdi ki, bipolyar affektiv pozuntusu olan gənclərin otuz altı faizində digər psixiatrik diaqnozları olan gənclərin 8% -i ilə müqayisədə 2 və ya daha çox xroniki sağlamlıq vəziyyəti var. Bipolyar affektiv pozuntusu diaqnozu qoyulmuş gənclərdə aşağıdakı tibbi şərtlər daha çox yayılmışdır: kardiologiya, mədə-bağırsaq / qaraciyər, nevroloji, əzələ-sümük, qadın reproduktiv və tənəffüs. Toksik təsirlər və mənfi hadisələr digər psixiatrik xəstəlikləri olan gənclərə nisbətən bipolyar affektiv pozuntu gənclərdə daha yüksək olmuşdur.

Alınan nəticələr onu deməyə əsaəs verir ki, bipolyar affektiv pozuntusu olan gənclər digər psixiatrik diaqnozları olan gənclərə nisbətən bir çox tibbi xəstəliklərin daha yüksək dərəcələrini yaşayırlar. Bu fenomeni bir sıra amillər izah edə bilər, o cümlədən dərmanların yan təsirləri, qeyri sağlam həyat tərzini davranışları, səhiyyə xidmətlərinə daha zəif əlçatmağı, sosial-iqtisadi vəziyyət və bioloji həssaslıq. Bundan əlavə, bipolyar affektiv pozuntusu diaqnozu daha çox tibbi xidmətin istifadəsini və buna görə əlavə tibbi diaqnozlar üçün daha çox imkanları əks etdirə bilər. Bipolyar affektiv pozuntu diaqnozu qoyulmuş gənclər arasında bu nisbətən yüksək göstəricilərini daha yaxşı anlamaq bu pozuntunu erkən mərhələlərində / başlanğıclarında ümumi sağlamlığın və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına kömək edə bilər. [14].

Beləliklə kardioloji xəstəliklərin və affektiv pozuntularının komorbidliyi indiyə qədər aktual məsələlərdən biri olmağa davam edir və bu istiqamətdə tədqiqatların davam etdirilməsi zəruri hesab olunmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Винокуров Е.В., Собенников В.С. Депрессия и кардиологические заболевания (обзор литературы). АСТА BIOMEDICA SCIENTIFICA, 2017, Vol. 2, № 4. Психология и психиатрия. Стр. 63-67.
2. ВОЗ, 2012
3. Нуралиева Н.Ф., Напалков Д.А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. Вестник РАМН (2014) Актуальные вопросы кардиологии №9-10, стр. 21-26.
4. Barcella CA , Mohr GH, Kragholm K, Blanche P, Gerds TA, Wissenberg M, Hansen SM, Bundgaard K, Lippert FK, Folke F, Torp-Pedersen C, Kessing LV, Gislason GH, Søndergaard KB. Out-of-hospital cardiac arrest in patients with psychiatric disorders - Characteristics and outcomes. OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. October 2019. Volume 143, Pages 180–188 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.07.008>
5. Birkenaes et al. 2007. The level of cardiovascular risk factors in bipolar disorder equals that of schizophrenia: a comparative study. J Clin Psychiatry. 2007;68(6):917–923. doi: 10.4088/JCP.v68n0614.
6. Bodén R et al. Higher mortality after myocardial infarction in patients with severe mental illness: a nationwide cohort study. J Intern Med. 2015;277(6):727–736. doi: 10.1111/joim.12329.
7. Carney RM, Rich MW, Freedland KE, Saini J, TeVelde A, Simeone C, Clark K.(1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom. Med., 50(6), 627-633.
8. Celano CM, Huffman JC (2011). Depression and cardiac disease: a review. Cardiol. Rev. 19(3), 130142.
9. Chen PH, Lin YK, Chang CK, Chiang SJ, Tsai SY. Kaohsiung Dysregulation of glucose metabolism since young adulthood increases the risk of cardiovascular diseases in patients with bipolar disorder. J Med Sci. 2017 Dec;33(12):630-636. doi: 10.1016/j.kjms.2017.07.005. Epub 2017 Aug 10.
10. Chen PH, Chao TF, Kao YH, Chen YJ. Lithium interacts with cardiac remodeling: the fundamental value in the pharmacotherapy of bipolar disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2019 Jan 10;88:208-214. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.07.018. Epub 2018 Jul 24.
11. Denollet J., Strik JJ, Lousberg R., Honig A. (2006). Recognizing increased risk of depressive comorbidity after myocardial infarction: looking for 4 symptoms of anxiety-depression. Psychother. Psychosom., 75 (6), 346-352.
12. Doering LV, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Davidson P, Baker H, Meischke H, Dracup K. (2010). Persistent comorbid symptoms of depression and anxiety predict mortality in heart disease. Int. J. Cardiol. 145 (2), 188-192.
13. Dominika M Zoltowska, Jagadeesh K Kalavakunta, Prem S Subramaniam, William F Lapenna. Takotsubo cardiomyopathy in a patient with bipolar disorder. BMJ Case Rep. 2018 Aug 16;2018. pii: bcr-2018-226452. doi: 10.1136/bcr-2018-226452.
14. Evans-Lacko SE, Zeber JE, Gonzalez JM, Olvera RL. Medical comorbidity among youth diagnosed with bipolar disorder in the United States. J Clin Psychiatry. 2009 Oct;70(10):1461-6. doi: 10.4088/JCP.08m04871. Epub 2009 Sep 8.
15. Fosbol E.L., Gislason G.H., Poulsen H.E., Hansen M.L., Folke F., Schramm T.K., Olesen J.B., Bretler D.M., Abildstrom S.Z., Sorensen R., Hvelplund A., Kober L., Torp-Pedersen C. Prognosis in heart failure and the value of beta-blockers are altered by the use of antidepressants and depend on the type of antidepressants used. Circulation: Heart failure. 2009; 2 (6): 582-590.

16. Frasure-Smith N, Lespérance F, Habra M, Talajic M, Khairy P, Dorian P, Roy D. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch. Gen. Psychiat.*, 65 (1), 62-71.
17. Goldstein BI. Bipolar Disorder and the Vascular System: Mechanisms and New Prevention Opportunities. *Can J Cardiol.* 2017 Dec;33(12):1565-1576. doi: 10.1016/j.cjca.2017.10.006. Epub 2017 Oct 13.
18. Gurok MG, Korkmaz H, Yıldız S, Bakış D, Atmaca M. QT and P-wave dispersion during the manic phase of bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019 Jul 3;15:1805-1811. doi: 10.2147/NDT.S208253. eCollection 2019.
19. Hamer M., Batty G.D., Stamatakis E. Hypertension awareness and psychological distress. *Hypertension.* 2010; 56 (3): 547-550.
20. Hsu J-H et al. 2015. Increased risk of hyperlipidemia in patients with bipolar disorder: a population-based study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(4):294–298. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.04.003.
21. Hatch JK, Scola G, Olowoyeye O, Collins JE, Andrezza AC, Moody A, Levitt AJ, Strauss BH, Lanctot KL, Goldstein BI. Inflammatory Markers and Brain-Derived Neurotrophic Factor as Potential Bridges Linking Bipolar Disorder and Cardiovascular Risk Among Adolescents. *J Clin Psychiatry.* 2017 Mar;78(3):e286-e293. doi: 10.4088/JCP.16m10762.
22. Huffman JC, Mastromauro CA, Sowden GL, Wittmann C, Rodman R, Januzzi JL. (2011). A collaborative care depression management program for cardiac inpatients: depression characteristics and in-hospital outcomes. *Psychosomatics*, 52 (1), 26-33.
23. Hwang B., Moser D.K., Pelter M.M., Dracup K. Worsening somatic depressive symptoms are associated with increased mortality in patients with heart failure. *Circulation.* 2013; 128: 15988.
24. Ladwig K.H., Emeny R.T., Häfner S., Lacruz M.E. Depression. An underestimated risk for the development and progression of coronary heart disease. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011; 54 (1): 59-65.
25. Laursen et al. 2013. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the nordic countries. *PLoS ONE.* 2013;8(6):e67133. doi: 10.1371/journal.pone.0067133.
26. Mehta N, Vannozzi R. Lithium-induced electrocardiographic changes: A complete review. *Clin Cardiol.* 2017 Dec;40(12):1363-1367. doi: 10.1002/clc.22822. Epub 2017 Dec 16.
27. Murray C.J., Lopez A.D. The global burden of disease. – Geneva: WHO, 1996.
28. Nielsen RE et al. Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? *Int J Bipolar Disord.* 2019 May 5;7(1):12. doi: 10.1186/s40345-019-0147-y.
29. Önen Ö, Kutlu A, Erkan HÖ. Treating an Adolescent with Long QT Syndrome for Bipolar Disorder: A Case Presentation. *Psychopharmacol Bull.* 2017 Jan 26;47(1):33-39.
30. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. (2006). Depression in heart failure. A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 48(8), 1527-1537.
31. Wazen GLL, Gregório ML, Kemp AH, Godoy MF. Heart rate variability in patients with bipolar disorder: From mania to euthymia. *J Psychiatr Res.* 2018 Apr;99:33-38. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.01.008. Epub 2018 Jan 12.
32. Wu et al. Relative risk of acute myocardial infarction in people with schizophrenia and bipolar disorder: a population-based cohort study. *PLoS ONE.* 2015;10(8):e0134763. doi: 10.1371/journal.pone.0134763.

**Некоторые аспекты изучения психического
здоровья лиц призывного возраста**
(обзор литературы)

Г.Ч.Герайбейли, С.Р.Гаджиев

**Çağırışçı yaşda olan şəxslərin psixi sağlamlığının
öyrənilməsinin bəzi aspektləri**
(ədəbiyyat icmalı)

G.Ç.Gəraybəyli, S.R.Hacıyev

Some aspects of mental health in recruits
(literature review)

G.Ch.Geraybeyli, S.R.Hachiyev

ATU-nin Psixiatriya kafedrası
E-mail: lion-lb@rambler.ru

Təqdim olunmuş məqalədə ədəbiyyat məlumatları təhlil edilir ki, bunlar da hərbi xidmətə yararlılığı məsələlərini həll edilməsi məqsədi ilə, çağırışçı yaşda olan şəxslərin psixi sağlamlığını əhatə edir. Yetkinlik yaşa çatmamış şəxslərdə psixi və davranış pozuntuları problemi müasir uşaq və yeniyetmə psixiatriyasının ən aktual problemlərindən biridir. Bu problemin əhəmiyyətini həmin pozuntularının uşaq və yeniyetmə yaşlarında geniş yayılması, sosial dezadaptasiyanın kəskinliyi, bu kontingent şəxslər arasında qanuna zidd əməllərinin tezliyi təşkil edir. Bununla əlaqədar tədqiqatçıların böyük bir qismi bu probleminin öyrənilməsinə əhəmiyyətli maraq göstərir. Uşaq və yeniyetmələrin səhətinə təsir edən neqativ tendensiyalar sosial cəhətdən dezadaptasiyaya uğramış uşaqların artmasına, gənclərin 60%-ə qədər hərbi xidmətə yarasız olmasına, onların 70%-ə qədər səhhətlərində olan problemləri ilə əlaqədar peşə təhsilin alınmasına və işlə təmin olmasına məhdudiyətlərə gətirib çıxarır. Hərbi xidmətə çağırılan yeniyetmələrin psixi sağlamlığının qorunması ölkənin təhlükəsizliyinin elementi kimi qiymətləndirilməlidir və ona xüsusi diqqət yetirilməlidir.

***Açar sözlər:** çağırışçı yaşda olan şəxslər, psixi və davranış pozuntuları, hərbi xidmətə yararlılığı, yeniyetmələrin psixi sağlamlığının qorunması.*

This article discusses the literature data on the mental health of persons of military age in connection with the resolution of questions of fitness for military service. The problem of mental disorders and behavioral disorders in minors is one of the most pressing in modern child and adolescent psychiatry. Its importance is determined not only by their high prevalence in childhood and adolescence, but also by the severity of social maladjustment and the frequency of offenses among this group of people. The social significance and relevance of the mental health problem of the adolescent population determines the in-

terest of a wide range of researchers in it, pointing out the priority of this issue. Negative trends in the health status of children and adolescents caused an increase in the number of socially maladjusted children, a decrease in the young men's fitness for military service to 60% of the number of persons of military age, an increase to 70% in the proportion of people who have restrictions on vocational education and employment. The condition and mental health of adolescents to be called up for military service are considered as an element of a country's national security, and it is of particular importance.

Key words: *conscientious ages, mental and behavioral disorders, military service efficiency, mental health of teenagers.*

В обзоре эпидемиологических исследований, проведенных в ряде западноевропейских стран (88; 89; 90), указывается на большие расхождения в показателях болезненности пограничными психическими расстройствами в детско-подростковой популяции: от низких - 17-43 до чрезвычайно высоких - 113-210 на 1000 человек детско-подросткового населения. По данным Reynolds W.M., Johnston H.F. (88), неврозы встречаются у 26,0 % детско-подростковой популяции, психосоматические расстройства - у 31,0 %. На рост числа больных с невротическими расстройствами указывают и Sawye M. G., Kosky R. G. (91).

Анализируя эпидемиологические данные в России за 2000-2009 гг., можно констатировать негативные тенденции в состоянии психического здоровья детей и подростков (79). За рассматриваемый десятилетний период в Российской Федерации произошло значительное увеличение контингента подростков с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным и консультативным наблюдением. Наибольший рост (в 2,5 раза) произошел за счет пограничных форм нервно-психических расстройств (11). При анализе показателей впервые выявленных психических расстройств у подростков отмечен еще больший рост, чем в контингенте состоящих на диспансерном и консультативном учете. За 2000-2009 гг. общее число подростков с впервые выявленными психическими расстройствами увеличилось в РФ в 1,5 раза. В рамках основных нозологических форм самый большой рост выявлен в группе пограничных нервно-психических расстройств - в 3,3 раза. Наибольших значений показатели общей заболеваемости психическими расстройствами достигают в подростковом и юношеском возрастах. О масштабе существующей проблемы в Российской Федерации свидетельствуют данные анализа заболеваемости психическими расстройствами детей и

подростков на конец 2009 г. (78). Так, распространенность нервно-психических расстройств среди школьников составляет 70-80%. От 20% до 50% подростков имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья (5; 58; 66). Факт высокой распространенности пограничных нервно-психических расстройств у учащихся старших классов общеобразовательных учреждений подтвержден исследованиями Б. А. Дашиевой (24), В.Г. Косенко и соавт. (34).

Устойчивое увеличение числа детей и подростков с различными формами поведенческих отклонений ведет к превалированию среди них доли социально дезадаптированных лиц трудоспособного возраста и, как следствие, к росту социально-экономических проблем (15; 25; 47; 62; 83; 84; 87; 90).

Пограничные и аддиктивные состояния в силу их высокой распространенности, социальной значимости, общности этиопатогенеза представляют наибольший интерес с позиций ранней диагностики, реабилитации и своевременного превентивного воздействия (33; 63; 67, 68).

По данным А. В. Худякова (76), за период 1989-1999 годов в Российской Федерации общая болезненность, связанная с употреблением психоактивных веществ, возросла в 2,7 раза; болезненность наркоманиями - в 10,2 раза; токсикоманиями - в 7 раз. Ранняя алкоголизация, наркомании, токсикомании детей и подростков характеризуются быстрыми темпами формирования зависимости, злокачественностью течения, приостановлением психического и физического развития, ранним проявлением деградации личности, высоким риском сексуально-девиантного поведения с нарушением репродуктивного здоровья и асоциального поведения с криминализацией (8; 46; 85).

Эпидемиологические исследования, проводившиеся в последние годы в регионе Сибири, позволили выявить высокий уровень распространенности пограничной нервно-психической патологии в различных социально-профессиональных группах населения (2; 3; 4; 10; 22; 23; 54; 59; 74). Сравнительный анализ показателей здоровья населения Алтайского края и других регионов Сибири (Кемеровской, Новосибирской, Томской и Омской областей) показал, что в крае действуют самые мощные в регионе факторы риска для здоровья его жителей (1; 28; 31). Забо-

леваемость психическими расстройствами у детей и подростков в Томской области в 2009 году превышала аналогичные показатели по РФ в 1,8 раза (70). Подтверждением неблагополучия психического здоровья подростков Алтайского края служит рост пограничных и аддиктивных состояний (20; 74). О негативных тенденциях состояния психического здоровья детей и подростков Алтайского края свидетельствует рост показателей общей и первичной заболеваемости. Так, по данным В.А. Трешутина, О.А. Голдобиной (74), рост общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами у детей за период 1994-2000 гг. составил 6139-9293 на 100 тыс. человек детского населения (в 1,5 раза), у подростков — в 1,6 раза (с 2603 до 4182 на 100 тыс. человек подросткового населения). У детей прирост показателя первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами составил 99,6% (с 1365 до 2725 на 100 тыс. человек детского населения) за период 1994-2000 гг. К приведенным сведениям следует добавить, что около 20% школьников Алтайского края имеют опыт употребления наркотических и токсических веществ, отмечается значительный рост распространенности в детско-подростковой среде деструктивных форм социального поведения (64; 65; 74). Приведенные данные отражают существующие негативные тенденции в психическом здоровье детско-подростковой популяции края.

Состояние и охрана психического здоровья подростков, подлежащих призыву на военную службу, рассматривается как элемент национальной безопасности страны, и ему придается особое значение (38). Ухудшение количественно-качественной характеристики состояния здоровья подростков в Российской Федерации наглядно подтверждается снижением годности к военной службе лиц призывного возраста за 10-летний период (1988-1997 гг.) на 24,2% (38; 82). Среди причин, обусловивших освобождение лиц призывного возраста от службы в армии по состоянию здоровья, 33,0 % приходится на психические расстройства. Это самый высокий показатель из всех причин негодности.

Согласно результатам скрининг-обследования допризывников при первичной постановке на воинский учет, проведенного П.П. Балашовым и соавт. (4), Н.В. Петровой (52), лица с факторами риска в от-

ношении развития психических заболеваний составили 14,2 %, а лица с признаками нарушения психического здоровья - 50,9 %.

По данным С. В. Литвинцева (38), в структуре психических расстройств, послуживших причиной освобождения лиц призывного возраста от службы в армии в 1996-1999 гг., по Российской Федерации первое место занимает умственная отсталость, при этом число призывников с данной патологией увеличилось за четыре года на 26,5 %. Психические расстройства вследствие органических поражений головного мозга стабильно составляют 20-21 %. Имеет устойчивую тенденцию к повышению распространенность среди призывников личностных расстройств - с 9,6 % до 15,5 %, злоупотребление алкоголем и токсическими веществами - с 9,4 % до 13,0 %.

Растет количество уволенных из Вооруженных Сил военнослужащих по призыву с невротической и личностной патологией (56), количество суицидальных попыток среди лиц призывного возраста (16), количество неблагополучных семей (7), употребление алкоголя и наркотиков среди молодежи (8; 9). Стали чаще встречаться деструктивные формы поведения в подростковом возрасте (37; 50). Распространенность депрессивных расстройств в призывном возрасте достигает 2,0 % (46). У 35,0 % обследуемых призывников выявляется резидуально-органическая церебральная патология с нарушениями в эмоциональной и поведенческой сферах (12).

К этим данным примыкают наблюдения Р. А. Зиангирова (29), Н. Н. Коменскова (32), В. Г. Косенко (34), С. Ю. Палатова (48), отмечавших, что среди всей массы возвращённых по болезни молодых солдат удельный вес психической патологии составляет от 45,0 % до 75,0 %. Исследования, проведённые П.П. Балашовым с соавт. (4), показывают, что лидирующее положение среди направляемых на военно-психиатрическую экспертизу занимают невротические расстройства, затем расстройства личности и последствия органического поражения головного мозга различной этиологии в сочетании в отношении 2:1:1. По мнению Р. А. Зиангирова с соавт. (29), на каждую тысячу призывников выявляется 47 человек с психическими заболеваниями.

Современные условия военной службы сопряжены с большими

физическими нагрузками и психоэмоциональным напряжением (17; 18). «В период адаптации к службе в армии военнослужащие сталкиваются с особыми социально-психологическими условиями (относительная социальная изоляция, непривычные условия жизни и быта, строго регламентированный характер деятельности и общения и т.д.), где ведущую роль играет система взаимоотношений в воинском коллективе, складывающаяся как на основе уставных, так и неуставных отношений» (17; 75). С. В. Литвинцев (38) подчеркивает, что «создавшаяся ситуация, когда во многих частях и соединениях развитие войсковой инфраструктуры и повышение требований к боевой готовности войск отстают от потребностей в обеспечении надлежащих условий жизни и быта военнослужащих, является по существу стрессогенной и способствует возникновению, обострению и декомпенсации различных психических расстройств».

Проблема формирования ситуационных расстройств адаптации военнослужащих срочной службы рассматривается в работах многих исследователей (17; 28; 44; 45; 75). По данным В.В. Куликова (36), в среднем 31,4 % военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в первые три месяца находятся в состоянии психической дезадаптации донологического уровня. Причем, ситуационно спровоцированные поведенческие нарушения нередко приводят к госпитализации и увольнению из армии в первые месяцы военной службы (36). Е.В. Снедков (71, 72) и В.В. Нечипоренко (42) считают, что выраженные психопатические расстройства, проявляющиеся у лиц молодого возраста в трудных условиях армейской службы, в последующем, при изменении условий жизни на благоприятные, зачастую больше не выявляются, что свидетельствует об их транзиторности. А. Н. Глушко (17, 18) и С. А. Нурмагамбетова (44) в своих работах указывают на то, что расстройства адаптации часто обуславливаются типологическими особенностями личности. У военнослужащих с акцентуациями характера чаще развиваются ситуационные расстройства адаптации при прохождении срочной службы. С.А. Нурмагамбетова (44) отмечает преобладание среди лиц с нарушениями психической адаптации в условиях армейской службы личностей с истероидной, психастенической, шизоидной, астеноневро-

тической, сенситивной и неустойчивой акцентуациями характера.

Об актуальности изучаемой проблемы говорит также отчётливая тенденция к увеличению суицидального поведения среди военнослужащих срочной службы (34; 57; 61). Также выявлено, что наиболее часто попытки самоубийства предпринимались лицами, страдающими эндогенными заболеваниями (свыше 60%). Данный факт, наряду с всё чаще появляющимися сообщениями в средствах массовой информации о нелепых самострелах или расстрелах сослуживцев в воинских частях, говорит о низкой выявляемости психической патологии разных нозологических групп, а также личностно-психологических «факторов риска» среди допризывных и призывных контингентов (54; 73). Ухудшается «социальная характеристика призыва» - увеличивается количество призывников, имеющих неполное среднее образование и ниже, более 60 % призывников - выходцы из неблагополучных или неполных семей (60).

В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости умственной отсталостью, при этом такая тенденция будет сохраняться до 2010 года (51).

По данным С. В.Литвинцева (38) число призывников с умственной отсталостью увеличилось за 4 года (1996-1999 гг.) на 26,5 %. В структуре психически больных подростков с впервые в жизни установленным диагнозом в Российской Федерации в 2003 г. умственная отсталость составила 28,3 %. Среди них 83,8 % составила легкая умственная отсталость и 16,2 % - другие формы умственной отсталости.

А. В. Солоненко (73) определил низкую первичную выявляемость психических расстройств у подростков до приписки за счёт группы с лёгкой степенью умственной отсталости (92,7 %).

Таким образом, анализ эпидемиологических данных свидетельствует об отчетливой тенденции к увеличению числа подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами, личностными аномалиями, органическими заболеваниями ЦНС и легкими формами умственной отсталости.

Учитывая высокую распространенность нервно-психических расстройств у подростков допризывного возраста, особую актуальность приобретает совершенствование организационных форм профилактиче-

ской и медико-социальной помощи данному контингенту населения. С этой целью необходимо получение полной социальной, психологической, медицинской оценки допризывников и призывников с привлечением различных методов исследования.

Подростковый период рассматривается многими исследователями как динамичный и транзиторный, а личность подростка - как динамическое понятие, претерпевающее либо поступательное развитие с формированием адаптивного поведения, либо дезадаптацию, саморазрушение, отклоняющееся поведение.

Выделяются некоторые наиболее общие особенности, характеризующие психическую патологию у подростков (41):

- синдромальная незавершенность и рудиментарный характер симптоматики, выводимые из психической незрелости подростков;
- в подростковом возрасте, как правило, происходит редуцирование типичных для более ранних периодов так называемых специфических синдромов (энурез, тики, заикание) и поведенческих расстройств;
- «повзросление» клинической картины болезней;
- значительное преобладание в подростковом контингенте больных мужского пола (в 3-5 раз), что подтверждает точку зрения о большей уязвимости и подверженности психическим нарушениям в раннем возрасте лиц мужского пола.

В нозологическом распределении больных преобладают остаточные явления раннего (пре- или постнатального) повреждения ЦНС, умственная отсталость, формирующиеся расстройства личности, невротическая и соматоформная патология.

В настоящее время в структуре пограничных психических расстройств на первое место выдвигаются поведенческие и эмоционально-волевые нарушения, которые являются внутренними условиями социальной дезадаптации юношей допризывного и призывного возрастов, их делинквентного поведения (13; 30; 41; 86; 93).

Проблема патохарактерологических расстройств и нарушений поведения у несовершеннолетних является наиболее актуальной в современной детской и подростковой психиатрии. Ее значимость определяется не только их большой распространенностью в детском и подрост-

ковом возрасте (6; 39; 40;), но и выраженностью социальной дезадаптации, частотой правонарушений среди несовершеннолетних (14; 26; 81).

В МКБ-10 личностные расстройства у подростков объединены в разделах F91, F92 и включают в себя «гиперкинетическое расстройство», «расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи», «социализированное расстройство поведения», «смешанные расстройства поведения и эмоций».

В исследованиях В. Я. Семке (69, 69) показано, что для становления психопатического облика характерна трехэтапность. В начальной, препсихопатической стадии клинические проявления отличаются однообразием и бедностью реагирования на ситуационные вредности, патохарактерологические реакции существенно не влияют на механизмы социальной адаптации. На этапе структурирования поведение приобретает все более дисгармоничный характер, распространяясь на многие повседневные ситуации и на короткое время перекрываясь компенсаторными образованиями. По мере стабилизации психопатической структуры наступает «кристаллизация» способа реагирования с «последующей производственной и бытовой декомпенсацией и расширением форм клинической динамики (реакции, развития, фазы, «психопатический цикл» по О. В. Кербикову). Средние сроки начала и продолжительности каждого из этапов становления психопатии различны для трех генетических подгрупп («ядерной», «краевой», «органической»).

Формирование личностных расстройств в подростковом возрасте начинается с патохарактерологических реакций. А. Е. Личко (39, 40) были подробно описаны клинические проявления отдельных вариантов патохарактерологических реакций с нарушением социально-психологической адаптации. В.Я. Семке (67) под патохарактерологическими реакциями понимает отчетливое усиление привычного способа реагирования, не выходящее за пределы личностных ресурсов.

В соответствии с клинико-динамической концепцией патохарактерологических расстройств М. И. Рыбалко с соавт. (63) провели исследование клинико-нозологической структуры и клинико-динамических характеристик у подростков допризывного возраста с учетом патогенеза выделенных вариантов личностных расстройств: акцентуаций с ано-

мально-личностными реакциями, патохарактерологических реакций, патохарактерологических развитий, формирующихся расстройств личности. Также рассматривались психогенно обусловленные аффективные реакции, характерные для подростков - экстрапунитивные (агрессивные), интрапунитивные (аутоагрессивные), импунитивные, демонстративные. Характеризуя формирующиеся расстройства личности у допризывников, М. И. Рыбалко с соавт. (63, 64, 65) отметили, что уже в кризисный период (7 лет) в данном контингенте преобладали определенные типологические особенности: в 75,0% случаев выявлен препсихопатический преморбид, в 25,0% - акцентуированный. У допризывников, с формирующимися расстройствами личности, клинико-патогенетические факторы были представлены сложным комплексом влияний на различных этапах формирования расстройств — ни один из подростков не воспитывался в полной семье: 58,3% обследованных воспитывались одним родителем, у 25,0% подростков родители были лишены родительских прав, поэтому они воспитывались в детском доме, в 16,7% случаев подростков воспитывали родственники. У половины подростков наследственность была отягощена наследственной патологией характера: у 33,3 % - алкоголизмом, у 16,7 % - психическими расстройствами. Все подростки с формирующимися расстройствами личности обнаружили влияние экзогенно-органических факторов: сочетанных - в 41,7% случаев, антенатальных и перинатальных - в 33,3 %, черепно-мозговые травмы в анамнезе обнаружены у 25,0 % обследованных. Хронические микросоциальные, средовые, конституционально-биологические факторы приводили к образованию и закреплению патологических условных связей уже в раннем возрасте.

В исследовании Ю. В. Дроздовского (26) показано, что среди формирующихся личностных расстройств у подростков ведущее место занимали ранние и донозологические формы расстройств в виде акцентуаций характера с аномально-личностным реагированием, патохарактерологические реакции и состояния. В становлении и развитии формирующихся патохарактерологических личностных расстройств у подростков с нарушениями поведения принимала участие совокупность неблагоприятных клинико- патогенетических микросоциальных (средовых),

конституционально- биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов. Структурно-типологический анализ расстройств личности у подростков с нарушениями поведения обнаружил, что типичная динамика и этапы формирования «краевой» (приобретенной) психопатии как одного из проявлений формирующихся личностных расстройств включает в себя своеобразный патохарактерологический континуум, состоящий из последовательной смены клинико-динамических вариантов от наиболее легких (I и II этапы): акцентуация характера с аномально-личностными реакциями (или психодезадаптационный синдром при гармоничном преморбиде) и патохарактерологическое реагирование - к более выраженным в клиническом отношении (III и IV этапы): патохарактерологическое развитие и собственно «краевая» (приобретенная) психопатия. Автором определены критерии клинического и социального прогноза личностных нарушений, среди которых наибольшее значение имеют степень выраженности и скорость формирования патохарактерологического радикала, его клинико-динамический вариант, характеристика микросоциального окружения, наследственная отягощенность и преморбидный склад личности.

Исследование Е. В. Юсан (81) показало, что у всех пациентов с личностными расстройствами в подростковом периоде (12-18 лет) отмечались острые и хронические микросоциальные стрессовые воздействия. Для пациентов с различными клиническими вариантами личностной патологии в данном возрастном периоде наиболее значимыми явились конфликты в школе и семье. Автором было выявлено достоверное преобладание внутрисемейных проблем у лиц с краевой психопатией по сравнению с пациентами, страдающими ядерной и органической психопатиями.

Результаты проведенного Т. В. Глушко (17, 18) исследования юношей и подростков, прошедших военно-врачебную экспертизу, показали, что у 59,4% юношей было диагностировано формирующееся расстройство личности. Анализ анамнестических сведений позволил выявить нарушения развития у допризывников в дошкольном возрасте. У юношей с инфантильным личностным расстройством превалировали речевые и сочетанные нарушения (5,9% и 6,6%). Призывники с эмоцио-

нально-неустойчивым личностным расстройством в дошкольном периоде чаще страдали нарушениями самоощущения (3,2%) и сочетанными нарушениями (8,5%). У юношей с тревожным личностным расстройством чаще всего встречались нарушения в эмоциональной сфере и сочетанные нарушения (11,6% и 7,0%). Призывники со смешанным личностным расстройством имели сочетанные нарушения (21,7%).

При всех психопатических типах были выявлены психогенные патологические формирования личности. У всех юношей преобладало патохарактерологическое формирование, постреактивное развитие чаще встречалось у подростков с тревожным личностным расстройством, а невротическое формирование было характерно для юношей со смешанным личностным расстройством.

Таким образом, при всей очевидной актуальности изучения личностной патологии у подростков допризывного возраста многие вопросы возрастного становления, клинической динамики остаются нерешенными.

В МКБ-10 пограничные нервно-психические расстройства у подростков экзогенно-органической этиологии отнесены к рубрикам: F.06 «другие психические расстройства, вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни», F.07 «расстройства личности и поведения, вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга». При изучении экзогенно-органических непсихотических расстройств многие авторы использовали клинико-динамический подход, позволяющий выделить три этапа заболевания (37; 54; 55).

При исследовании клинических особенностей экзогенно-органической патологии у подростков допризывного возраста М. И. Рыбалко с соавт. (63, 64, 65) выявили последовательность и этапность психопатологических расстройств: *первый* этап, инициальный, в виде преимущественных астенических расстройств, *второй* — этап структурирования аномального склада личности и патохарактерологического сдвига. *Третий* - этап клинической динамики характеризуется углублением органической симптоматики, общеорганическим снижением, формированием патологического развития личности.

При анализе экзогенно-органических влияний у подростков-допризывников чаще всего наблюдалась церебрально-органическая патология сложного генеза (45,0%). В частности, сочетание черепно-мозговых травм и патологии анте- и перинатального периодов (то есть на имеющийся резидуально-органический фон накладывалась травма, что инициировало текущий процесс). Одинаковым было количество подростков с тяжелыми соматогениями и инфекционно-токсическими воздействиями в анамнезе.

О патогенетической роли конституционально-биологического фактора свидетельствовал тот факт, что заболевание развивалось в 65,0 % случаев у акцентуированных, в 15,0 % у преПСИХОПАТИЧЕСКИХ в преморбиде личностей. Измененная структура семьи наблюдалась у 60,0 % подростков, у 85,0 % отмечались неправильные формы воспитания, наряду с наследственной отягощенностью патологией характера у родственников, алкоголизмом, психическими расстройствами. Девиантное поведение было выявлено в 85,0 % случаев, в основном это были прогулы уроков, уходы из дома, алкоголизация, мелкое хулиганство. При неврологическом обследовании выявлялись горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов, рассеянные «органические знаки». Отмечались изменения на ЭЭГ в виде диффузных общемозговых изменений, на РЭГ в виде дистонии церебральных сосудов и нарушений венозного оттока. На ЭХО-ЭГ регистрировались легкие гипертензионно-гидроцефальные признаки.

Дальнейшее прогрессирование заболевания характеризовалось структурированием аномального склада, который наступал в результате воздействия массивных или повторных соматогенных или экзогенно-органических вредностей на фоне продолжительной астенизации. Присоединялись стойкие аффективные (дисфорические, дистимические) и когнитивные расстройства. На фоне стойких аффективных расстройств происходила трансформация характерологических черт в патохарактерологические. Симптоматика приобретала полиморфный характер. В когнитивной сфере, наряду с истощаемостью, на первый план выходили явления вязкости, инертности, тугоподвижности психических процессов с тенденцией к застреваемости, обстоятельности, что вело к интеллекту-

альной ретардации. Нарастало общеорганическое снижение личности (54; 55).

В международной классификации последнего пересмотра (МКБ-10) умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей» (77). В МКБ-10, в главе, касающейся психических и поведенческих расстройств, умственная отсталость составляет отдельную рубрику: VI «Умственная отсталость» с подразделением по тяжести на легкую: интеллектуальный коэффициент (IQ) 50-69 (F.70); умеренную: IQ 35-49 (F.71), тяжелую: IQ 20-34 (F.72), глубокую: IQ ниже 20 (F.73), другую (F.78), (F.79). При этом предусмотрено введение четвертого знака, обозначающего тяжесть поведенческих расстройств: минимальные поведенческие нарушения (0), значительные (1), другие (8), не уточнены (9). Пятым знаком обозначается причина (если она известна), приводящая к умственной отсталости. Понятием «другая умственная отсталость» (F.78) обозначается состояние психического недоразвития, осложненное слепотой, глухотой, немотой и тяжелой соматической инвалидизацией, когда определение глубины интеллектуального дефекта затруднено или невозможно.

Основной методикой для определения интеллектуального коэффициента IQ является тест Д. Векслера (21; 25; 35).

Ряд исследователей, используя стандартизированную шкалу, указали следующие типы личностных расстройств у умственно отсталых: экстравертированный, интравертированный, аффективный, эксплозивный, истерический, социопатический, ананкастический. Ряд ученых считают более плодотворным для квалификации эмоциональных и волевых расстройств при умственной отсталости использование синдромального принципа (27; 80; 92). При подобном подходе эмоционально-волевые расстройства образуют клиническое единство с интеллектуальными (43; 78; 84).

Т.В. Погореловой (53) были исследованы основные клинико-динамические характеристики умственной отсталости у призывников,

определяющие их социальную адаптацию. К ним, в первую очередь, автор относит дисгармоничное течение пубертатного криза на фоне декомпенсации ранних резидуально-органических состояний, высокий процент экспрессивных форм реагирования на стресс и зависимых расстройств. Среди факторов риска по умственной отсталости преобладают наследственная отягощенность психическими расстройствами, семейные случаи алкоголизма, умственная отсталость у родителей.

В заключение хотелось бы отметить, что, несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблеме психических нарушений у подростков призывного возраста, с точки зрения их типологии и клинической динамики, многие вопросы возрастного становления и формирования психической патологии в подростковом возрасте остаются актуальными и не решенными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков, А.П., Кублинская М.М. Психическое здоровье и организация психиатрической помощи населению Томской области. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы Второго национального конгресса по социальной психиатрии (Москва, 29 - 30 ноября 2006 г. -М.: ГЕОС, 2006 - С. 4-5.
2. Аксенов, М. М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно- психических расстройств (региональный аспект): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Томск, 1995. - 38 с.
3. Ю.Артемьев, И. А. Дефиниции эпидемиологии психических заболеваний. // Актовая речь на Ученом Совете ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. — Томск, 2007. — 38 с.
4. Балашов П.П., Федюнина Н.В., Климашин В.А. Клиническое скрининговое обследование юношей приписного возраста в условиях медицинского осмотра в военкомате. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы X научной отчетной сессии, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. - Томск: РАСКО, 2001.-Вып. 10.-С. 154-155.
5. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей на пороге 21 века: пути решения проблемы. // Русский медицинский журнал. - 2000.-Т. 8, N 18. - С. 737-738.
6. Беляничев В.В., Ваенский В.А., Куцентов А.В. Организация комплексной медико-психологической помощи социально дезадаптированным детям и подросткам. // Социальная и судебная психиатрия: история и современность: Материалы юбилейной конференции. - М.: Изд-во ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 1995. - С. 180-183.
7. Бондарева В. И. Особенности подросткового алкоголизма. // Актуальные проблемы психического здоровья.- Киров, 1998. — С. 235-237.
8. Бохан Н.А., Мандель А.И., Назарова И.А., Аболонин А.Ф. Агрессивные тенденции у подростков с противоправным поведением. // Агрессия и психическое здоровье населения Сибири: Материалы межрегиональной научно-практической конференции (Новосибирск, 7-9 декабря 2006 г.) / Под ред. В.Я. Семке. - Томск, 2006. - С. 34-38.
9. Бохан Н.А., Евсеев В.Д. Сексологические показатели шкалы СФМ у больных опийной наркоманией. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-

- практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В.Я.Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. - С. 42.
10. Варанкова Л.В., Зайченко Т.В. Структура непсихотических психических расстройств у детей в Томской области. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В. Я. Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. - С. 48-50.
 11. Васильева Н.А. Распространенность непсихотических психических расстройств в детской популяции Томской области. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально- демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В.Я. Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. - С. 50-51.
 12. Виноградова Р.Н., Логунова А.М. Об опыте работы по интеграции в общество людей с ограниченными возможностями в Германии. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - № 4. - С. 72-73.
 13. Вишневская О. П. Динамика патохарактерологического развития личности (по данным отдаленного катамнеза): Автореф дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2007. — 24с.
 14. Вишневская О.П. Неблагоприятная динамика патохарактерологических поведенческих нарушений при лонгитудинальном катамнестическом исследовании. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - №3 (42). - С.50-51.
 15. Гарганеев С.В. Полиаддиктивность у подростков. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально- демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / Под ред. В.Я. Семке. - Барнаул, 17-18 июня 2009 г. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. -С. 57-58.
 16. Гладышев М.В. Клинико-социальные характеристики психически больных, совершивших завершённые суициды. // Социальное преобразование и психическое здоровье. Второй национальный конгресс по социальной психиатрии. Научные материалы (Москва, 29 - 30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 102-103.
 17. Глушко Т.В. Распространенность и особенности основных клинических проявлений формирующихся расстройств личности среди подростков призывного и допризывного возрастов. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - N 4. - С. 53-56.
 18. Глушко Т.В. Формирование личностных расстройств у юношей допризывного и призывного возраста (клинико-динамические и реабилитационные аспекты): Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2008. — 195 с.
 19. Голдобина О.А. Системный подход к охране психического здоровья, обеспечению качества психиатрической помощи на территории Алтайского края. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В.Я. Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. - С.59-63.
 20. Голдобина О.А., Трешутин В.А. Психическое здоровье детей и подростков: проблемы, пути решения. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2001. - № 3. - С. 65-67.
 21. Горинев В.В. Клинико-динамические факторы в дезадаптации больных олигофренией, совершивших общественно опасные действия. // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. - М., 1989. - С. 117-123.
 22. Гычев А.В. Половозрастная характеристика безработных с различными уровнями психического здоровья (региональные аспекты). // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально- демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В.Я. Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009.
 23. Гычев А.В. Социально-демографические показатели психического здоровья безработных (динамический анализ). // Сибирский Вестник психиатрии и наркологии. - Томск, 2009.- №1. - С.27-30.

24. Дашиева Б.А., Куприянова И.Е. Особенности современных превентивных программ для детей и подростков. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2006. Приложение (41): Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока: Тезисы докладов научно- практической конференции с международным участием, посвященная 25-летию ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. - Томск, 2006. - С. 86—87.
25. Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З. Половые и тендерные аспекты различий реакций на острый и хронический психосоциальный стресс. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии (Москва, 29 - 30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 106.
26. Дроздовский Ю.В. Клиническая динамика, принципы ранней диагностики, реабилитации и психопрофилактики патохарактерологических отклонений у подростков с девиантным и делинквентным поведением: Дис. ... докт. мед. наук. - Томск, 2003. - 461 с.
27. Жариков Н.М., Шумаков Н.М. О значении эпидемиологических исследований для теории и практики судебной психиатрии. // Проблемы общей и судебной психиатрии: Материалы симпозиума психиатров социалистических стран. -М., 1981. - С. 210-218.
28. Зайцев О.С., Доровских И.В., Ураков С.В. К вопросу о некоторых предикторах дезадаптации у военнослужащих. // Военно- медицинский журнал. - 2000. - № 9 - С. 38-41.
29. Зиангиров Р.А., Мухаметова Н.Р. Анализ и структура возврата призывников и военнослужащих в связи с психическими расстройствами. // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии: Материалы 8 Всероссийского совещания по судебной психиатрии, посвященного 105-летию со дня основания Башкирской республиканской психиатрической больницы (Уфа, 27-28 мая 1999 г.).- Уфа, 1999. - С. 20-22.
30. Иванова Т.И. Организация помощи детям с депрессивными расстройствами на территории Омской области. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - N 1 (48). — С. 96-99.
31. Колядо В.Б. Медико-демографические и социально-гигиенические аспекты здоровья подростков. Организация лечебно-профилактической помощи подросткам: Методическое пособие. - Барнаул, 1998. - 20 с.
32. Коменков Н.Н. Состояние психопрофилактической работы среди юношей допризывных и призывных возрастов при подготовке их к действительной военной службе в ВС СССР. // Психиатрические и наркологические аспекты профилактической и лечебно-оздоровительной работы с подростками: Сборник ЦВВК МО СССР / Московский НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. - М., 1987.- С.3.
33. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Аддиктивное поведение в современной России. // Новые формы организации психиатрической помощи и сервиса: Материалы конференции. - Томск-Барнаул, 2001. - С. 85-87.
34. Косенко В.Г., Солоненко А.В., Косенко В.В. Некоторые вопросы первичной выявляемости психической патологии в призывном возрасте. // Кубанский научный медицинский вестник. - Краснодар, 1998. - №3. - С. 35-36.
35. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности психически больных. // Психиатрия и общество. - М., 2001. - С. 255-269.
36. Куликов В.В. Военно-врачебная экспертиза призывников с психическими расстройствами: Пособие для врачей. - М., 2002. - 33 с.
37. Лапицкий М.А., Осипова Н.Н. Типология агрессивности при нарушениях поведения у подростков с различными акцентуациями характера. // Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. - СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2001. - С. 58.
38. Литвинцев С.В. Актуальные проблемы сохранения и укрепления психического здоровья военнослужащих. // Российский психиатрический журнал. - 2002. - № 4. - С. 5-11.
39. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - СПб.: Медицина, 1991. -215 с.
40. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1997.-334 с.

41. Мазаева Н.А., Шмакова О.П. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами: Пособие для врачей. - М., 2005. - 38 с.
42. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В. Задачи по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих. // Военно-медицинский журнал. - 1996. - №3. - С. 11-15.
43. Новиков Ю.А. Особенности эмоциональной сферы и волевых процессов и их роль в совершении общественно опасных действий больных олигофренией. // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными. - М., 1979. - С. 11-13.
44. Нурмагамбетова С.А. Сравнительный анализ механизмов формирования расстройств адаптации у военнослужащих на разных этапах срочной службы. // Российский психиатрический журнал. - 2002. - №3. - С. 29-33.
45. Одинак М.М. Неврологические аспекты дезадаптационных нарушений у молодых лиц в начальный период военной службы. // Военно-медицинский журнал. — 1999. - № 9. — С. 9-13.
46. Олейчик И.В. Клинический патоморфоз юношеских депрессий, обусловленный влиянием современных социальных преобразований. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии (Москва, 29-30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 151-152.
47. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации. // Наркология. - 2002. - № 1. - С. 4-8.
48. Палатов С.Ю. Структура и распространённость психических расстройств у призывников и солдат, признанных непригодными к службе по медицинским показаниям. // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С. 27.
49. Певзнер М.С., Ростягайлова Л.И., Мастюкова Е.И. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности. - М.: Медицина, 1982. - 312 с.
50. Пережогин Л.О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии (Москва, 29 - 30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 153.
51. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей. - М., 1996. - 133 с.
52. Петрова Н.В. Особенности формирования и течения психических и поведенческих расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте: Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2005. - 184 с.
53. Погорелова Т.В. Умственная отсталость у подростков допризывного и призывного возраста: эпидемиологический, клинико-социальный и реабилитационный аспекты: Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2009. - 229 с.
54. Положий Б.С. Региональные особенности распространенности суицидов в России. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии (М., 29-30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 129-130.
55. Положий Б.С., Посвянская А.Д. Социокультуральная и клиническая характеристики больных с пограничными психическими расстройствами. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2001. - №3. - С. 57-61.
56. Полушин В.Д., Пасынков Ю.Н. Патоморфоз психических расстройств уволенных из армии военнослужащих. // Актуальные проблемы психического здоровья. - Киров, 1998. - С. 62-64.
57. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб.: Изд-во «Речь», 2002. - 402 с.
58. Попова Н.М. Клинико-психологические особенности алкогольной девиации в подростково-юношеском возрасте. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - (41). - С. 224-227.

59. Потапкин И.А. Клинико-динамическая характеристика пограничных психических расстройств (превентивный аспект): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Томск, 2001. - 30 с.
60. Пронина Л.А. Социальный профиль семей, имеющих детей с дивантным поведением. // Социальное преобразование и психическое здоровье: Научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии (М., 29 - 30 ноября 2006 г.). - М.: ГЕОС, 2006 - С. 154-155.
61. Пустовалов Л.В. Психопатическое криминальное реагирование военнослужащих в условиях срочной военной службы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1998. - 27 с.
62. Редченкова Е.М., Мандель А.И., Бохан Н.А. Наркологическая ситуация в Западно-Сибирском регионе за 1990-2000 гг. на модели Томской области. // Новости науки и техники. - 2001. - № 11. - С. 1-6.
63. Рыбалко М.И., Платонова А.В. Изучение расстройств личности смешанного типа у подростков. // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 17-18 июня 2009 г.) / Под ред. В.Я. Семке. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. - С. 209-210.
64. Рыбалко М.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика нарушений поведения у подростков с патохарактерологическими расстройствами. // Актуальные вопросы пограничных и аддитивных состояний. — Барнаул, 1998. - С. 134-136.
65. Рыбалко М.И. Патохарактерологические расстройства у детей и подростков с дивантным поведением (клинико-динамический и нейрофизиологический аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Томск, 1997 - 35 с.
66. Северный А.А., Шевченко Ю.С., Волошин В.М. Психиатрия, психология, психотерапия, социальная педагогика и смежные направления. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - М., 2002. - №2. - С. 5- 13.
67. Семке В.Я. Личность и аддитивное состояние. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2002. - № 1. - С.7- 14.
68. Семке В.Я. Нравственность и психическое здоровье. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - № 1(39). - С. 8-14.
69. Семке В.Я., Агарков А.П., Логунцова О.Н. Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект). // Томск: Изд-во «РАСКО», 2004. - 167с.
70. Семке В. Я., Агарков А.П. Психическое здоровье детей и подростков — гарантия будущего. // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): Тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 27 апреля 2010 г) / Под ред. В.Я. Семке, А.П. Агаркова. - Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. - С. 5-12.
71. Снедков Е.В., Малахов Ю.К. Теоретические основы проблемы психического здоровья военнослужащих. // Военная психиатрия: Учебник / Под ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. - СПб: ВМедА, ЭЛБИ-СПб, 2001. - Гл. 18. - С. 288-297.
72. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: Учебное пособие. Медкнига, 2007. - 272с.
73. Солоненко А.В. Клинико-социальные аспекты психической патологии у подростков допризывного и призывного возраста (клинико-статистическое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 2002. - 192 с.
74. Трешутин В.А., Щепин В. О. Социально-гигиеническое обоснование мониторинговой системы управления здоровьем населения. - М., 2001. - 256 с.
75. Уразов С.Х., Доровских И.В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы. // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 2000. - № 3. - С.25-30.
76. Худяков А.В. Аддитивное поведение и делинквентность подростков. // Российский психиатрический журнал. — 2000. - № 2. - С. 50-55.
77. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. - М.: Триада-Х, 1999. - С. 106-110.

78. Чуркин А.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. // Российский психиатрический журнал. - 2009. - N 4. - С. 35-40.
79. Чуркин, А.А., Творогова Н.А. Состояние психиатрической службы Российской Федерации в 2008 г. // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 5. - С. 36-42.
80. Шумаков В.М. К проблеме генеза и профилактики опасных действий психически больных. // Материалы седьмого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1981. - Т.1. - С. 188-191.
81. Юсан Е.В. Психотравмирующие факторы в динамике расстройств личности (клинический, социально-психологический и психофизиологический аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2005. - 25 с.
82. Ядчук А.Н., Клепиков А.Н., Ильин А.Г. Медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе. // Военно- медицинский журнал. – 2001. - № 3 - С. 16–19.
83. Brook J.S., Newcomb M.D. Childhood aggression and unconventionality: impact on later academic achievement, drug use, and workforce involvement. // *J. Genet. Psychol.* - 1995. -V. 156, № 4. - P. 393-410.
84. Ernst K. Familie, Pubertät und Generationsvortrange in der Anamnese neurotischer Klinikpatientinnen. // *J. Child Abuse & Neglect.* - 1993. - № 17. - P. 67-70.
85. Handen B., Gilchrist R. Practitioner review: Psychopharmacology in children and , adolescents with mental retardation. // *Child Psychol Psy- / chiatry.* - 2006. - Vol. 9, № 47. - P. 871-882. Levi G., 1979
86. Mattison R.E. School consultation a review of research on issues unique to the school environment. // *J. Am. Acad. Child & Ado- lesc. Psychiatry.* -2000. - Vol. 39, №4. - P. 402-413.
87. Polaino-Lorente A., Mediano Corts M.L., Martinez Arias R. Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. // *An. esp. pediat.* - 1997. - V. 46, № 4. - С. 344—350.
88. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression of children and adolescents. - New York: Plenum Press, 1994.
89. Ruiz, P. Mental illness. XIV world congress of psychiatry. // 20-25 September 2008, Prague, Czech Republic. - 2008. - P. 29.
90. Rydzynski Z., Gruszczynski W. Problems concerning the use of alcohol and other dependence including drugs used by children and adolescents of the region of Lodz in the years 1980-1992 in the Light of epidemiological studies by the Institute of Mental Hygiene of the Military Academy of Medicine. // *Psychiatry. Pol.* - 1993. - V. 27. - P. 521—534.
91. Sawye M. G., Kosky R.G. Mental health promotion for young people: a proposal for a tripartite approach. // *J. Pedeatric and Child Health.* - 1996.- Vol.32, № 5.- P. 365-398.
92. Ulione, M.S., Dooling M. Preschool injuries in child care centers: prevention. // *Journal of Pediatric Health Care.* - 1997. - № 6. - P. 111.
93. Wittchen, H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. // *European Neuropsychopharmacology*, 2005. - V. 15 (4). - P. 357-376.

Psixi Sağlamlıq Mərkəzində psixososial reabilitasiyanın təşkili və inkişafı
A.Ş. Hacıyeva¹, A.R. Sultanova², R.R. Əliyeva¹

**Организация и совершенствование психосоциальной
реабилитации в Центре Психического Здоровья**
А.Ш. Гаджиева¹, А.Р. Султанова², Р.Р. Алиева¹

**Organization and improvement of psychosocial rehabilitation at National
Mental Health Center**
A.S. Hacıyeva¹, A.R. Sultanova², R.R. Aliyeva¹

¹ Psixi Sağlamlıq Mərkəzi, Psixososial Reabilitasiya Şöbəsi

² Psixi Sağlamlıq Mərkəzi, Müalicə Konsultativ Şöbəsi

Email: haciyeva.aynur.sw@gmail.com

Эта статья была нацелена на обзор динамики развития психосоциальной реабилитации в Центре Психического Здоровья. Были описаны организация, результаты многолетней практики, трудности и перспективы на будущее в сфере реабилитации. В статье указаны как научно-обоснованные практические, так и теоретические данные из опыта работы в Азербайджане в сравнении с международным опытом.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, тяжелые психические расстройства, мультидисциплинарная команда

This article was aimed to review National Mental Health Center's psychosocial rehabilitation development dynamics. Organization, results of many year practice, obstacles and future perspectives were described. In this article we pointed evidence-based theoretical and practical information from international experience compared to the experience in Azerbaijan

Key words: psychosocial rehabilitation, severe mental illnesses, multidisciplinary team

Giriş

Psixososial reabilitasiya- psixi pozuntusu olan şəxslərin cəmiyyətdə özünün optimal səviyyədə müstəqil fəaliyyət göstərməsi imkanına nail olmağa yönələn prosesdir. O, psixi pozuntusu olan şəxslərin bacarıqlarının inkişaf etdirilməsini, eyni zamanda bu şəxslərdə həyat keyfiyyətlərinin yüksəldilməsinə təkan verən sosial mühitə uyğunlaşmanı nəzərdə tutur [22].

Dərman müdaxiləsi insanlara sağalma prosesində simptomların aradan qaldırılmasına kömək etsə də stabil psixi vəziyyət üçün həyat prosesində gündəlik işlərin, tapşırıqların yerinə yetirilməsi vacibdir. Bu məhz reabilitasiyanın prioritet məsələsidir. Pozuntunu müalicə etmək üçün pasiyentə kompleks yanaşılmalıdır. Kompleks yanaşmada isə müalicə və reabilitasiya qarşılıqlı əlaqədədir [23]. Beləliklə, reabilitasiya pasiyentin normal ətraf mühitdə sosial keyfiyyətlərinin inkişaf etdirilməsini və cəmiyyətdə iştirakının dəstəklənməsini, pasiyentin, onun ailəsinin həyat keyfiyyətlərinin yüksəldilməsini və müstəqilliyinin təmin edilməsini özündə birləşdirir. Burada əsas iş pasiyentin ən az dəstəklə yaşayışının təmin olunmasına çalışmaqdır [8].

ÜST-nin təyininə görə reabilitasiya, imkanları məhdudlaşdırıcı (əlilləşdirici) vəziyyətlərin, pozuntuların təsirini azaltmağa və individin cəmiyyətə optimal inteqrasiyasına istiqamətlənmiş tədbirlər məcmusudur. Bu tərifdə reabilitasiyanın iki əsas ideyası ifadə olunmuşdur. Birincisi, reabilitasiya xəstəliyin təsirini yüngülləşdirən vərdişlər qazandıran aktiv prosesdir, ikincisi isə, reabilitasiya təkcə fərdə yox, həm də onun ətrafına aid edilir. 1996-cı ildə ÜST beynəlxalq konsensus yolu ilə psixososial reabilitasiya məsələləri üzrə sənəd hazırlamışdır: psixososial reabilitasiya, individin cəmiyyətdə maksimal müstəqil fəaliyyətinə imkan yaradan prosesdir. O həm fərdin kompentensiyasının inkişafı üzrə iş, həm də onun ətraf mühitində zəruri dəyişikliklərin təşəbbüsünü daxil edir. Bu zaman imkanları məhdudlaşdıran psixi pozuntuları olan insanlara daha yaxşı həyat keyfiyyətinin təmin edilməsi nəzərdə tutulur. Psixososial reabilitasiya fərdlərə və cəmiyyətlərə optimal səviyyədə fəaliyyət göstərmək, həmçinin fərdin tam dəyərli həyat üçün üstünlük verdiyi mühit seçimini nəzərə alaraq, imkanların məhdudlaşdırılmasını minimuma endirməyə istiqamətlənmişdir [16].

Azərbaycan Respublikasında Psixi Sağlamlığı yaxşılaşdırmaq məqsədilə, 2008-ci il oktyabrın 2-də əlilliyi olan insanların hüquqlarının qorunması, diskriminasiya ilə mübarizə, qanun qarşısında bərabərlik, reabilitasiyanın həyata keçirilməsi, imkanların genişləndirilməsi və onların potensialının gücləndirilməsi, sosial müdafiə və cəmiyyətə inteqrasiyasını məqsəd qoyan əlilliyi olan insanların hüquqlarının qorunmasına yönəlmiş "Əlilliyi olan insanların hüquqları üzrə BMT Konvensiyası və əlilliyi olan

insanların hüquqları üzrə BMT Konvensiyasının Fakultativ protokolunun ratifikasiyası haqda" qanun qəbul olunmuşdur. 2009-cu il 28 yanvarda Azərbaycanda əlilliyi olan insanlar haqda BMT Konvensiyası və əlilliyi olan insanlar haqda BMT Konvensiyasının Fakultativ protokolu rəsmi qüvvəyə minmişdir. 2011-ci ildə Azərbaycan Respublikası əlilliyi olan insanların hüquqları üzrə BMT Komitəsinə BMT Konvensiyasının reallaşdırılması haqda ilk hesabatı təqdim etmişdir.

Azərbaycanda müasir psixososial reabilitasiyanın inkişafı

Avropada psixi pozuntuların mənfi nəticələrinin azaldılması məqsədilə Avropa Regionunun 52 ölkəsinin nümayəndələri tərəfindən 14 yanvar 2005-ci ildə Finlandiyanın paytaxtı Helsinki şəhərində Psixi Sağlamlığın Qorunması üzrə Avropa Fəaliyyət Planı qəbul edilmişdir [7]. Azərbaycan Respublikası da qeyd edilən sənədlərə imza atmış və onun əsasında tərtib edilmiş "Fəaliyyət Planı"-nın yerinə yetirilməsi ilə bağlı öz üzərinə öhdəlik götürmüşdür. 2013-cü ildə "Psixi Sağlamlıq sahəsində milli strategiya" qəbul olunmuşdur [1]. Həmin sənəddə pasiyentlərin psixososial reabilitasiya proqramına xüsusi diqqət yetirilmiş, 5-ci maddənin (Xidmətlərinin təkmilləşdirilməsi və ağır psixi pozuntuları olan şəxslərin sosial müdafiəsinin yaxşılaşdırılması üzrə tədbirlərin təmin edilməsi) 5.4.-cü bəndi psixososial reabilitasiyanın və ağır psixi pozuntuları olan şəxslərin cəmiyyətdə inteqrasiyasının inkişaf etdirilməsinə həsr olunmuşdur. Həmin sənəddə ölkədə psixi pozuntuları olan şəxslər tərəfindən cəmiyyətdə fəaliyyətin optimal səviyyəsini təmin etmək üçün lazım olan vərdişlərin əldə edilməsi və ya bərpa olunmasına yönəlmiş psixososial reabilitasiya sisteminin yaradılması, fərdin ehtiyaclarına ünvanlanması və onun yardım üçün müraciət etməsi anından başlayaraq ardıcıl şəkildə həyata keçirilməsi qeyd olunur. Eyni zamanda Psixiatriya sahəsində çalışan bir neçə baş mütəxəssisin İtaliyanın Triyest şəhərində baş tutmuş Ümümdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) Kollaborativ Mərkəzinin Franko Bazalya Məktəbində təşkil edilmiş təcrübə və təlim məktəbindən faydalanması Azərbaycanda deinstiualizasiya yolunda ilk addımlarından biri olmuşdur [20].

Respublika Psixi Sağlamlıq Mərkəzi və psixososial reabilitasiya şöbəsi 2012-ci ildə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən Psixi Sağlamlıq sahəsində Milli strategiyanın reallaşdırılması məqsədilə

yaradılmışdır. Yaradılan yeni xidmət sahəsi olan psixososial reabilitasiya şöbəsində keyfiyyəti artırmaq üçün bir sıra tədbirlər həyata keçirilmişdir. Psixososial reabilitasiya şöbəsi ilk işə başlarkən Türkiyə Cümhuriyyəti Bolu İzzet Baysal adına Ruhi Əsəb Xəstəlikləri xəstəxanası, Litvanın Vilyus şəhərinin “Vasaras” xəstəxanasının nəzdində fəaliyyət göstərən Psixososial Reabilitasiya mərkəzi ilə yaxından əməkdaşlıq etmişdir. 2012-ci ilin yayında Vasaras xəstəxanasının əməkdaşları Azərbaycana reabilitasiya proqramını inkişaf etdirmək üçün ilk səfərlərini təşkil etmiş, həmin ilin sentyabr ayında Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin reabilitasiya sahəsində çalışan bir qrup əməkdaşı Litvaya reabilitasiya proqramını öyrənmək məqsədilə səfər etmişdilər. Azərbaycanda reabilitasiyanı inkişaf etdirmək üçün 2012-ci ildə “Psixi Sağlamlıq Sahəsində sosial iş” mövzusu üzrə treninq təşkil edilmişdir. 2013-cü ildə Litvalı mütəxəssislər tərəfindən “Azərbaycan Psixi Sağlamlıq müəssisələrində psixososial reabilitasiyanın aparılması” üzrə yeni təlim aparılmışdır. 2013-cü ildə “Mü sahibənin alınması üsulları” və “Psixi Sağlamlıq sahəsində stiqmanın qarşısının alınmasına yönəlmiş mü sahibə üsulları” mövzuları üzrə digər treninq təşkil olunmuşdur. Psixososial reabilitasiya əməkdaşları 2013-cü ildə Türkiyə Cümhuriyyəti Başkəliyinə bağlı Ankara Dışkəpi Yıldırım Beyazıt Eğıtim və Araşdırma Hastanesində təcürəbi proqramda iştirak etmişlər.

Psixososial reabilitasiyanın aparılması

Psixi Sağlamlıq Mərkəzində keçirilən psixososial reabilitasiya proqramı multidisiplinar komanda tərəfindən həyata keçirilir. Multidisiplinar komanda ilk olaraq böyüklər (18 yaşdan yuxarı) sonra isə uşaq və yeniyətmələr üçün xidmət göstərməyə başlayıb. Multidisiplinar komandanın qurulmasında əsas prinsip Bio-Psixo-Sosial Model tutularaq, hər sahəni əhatə edəcək işin aparılması üçün komandaya psixiatr, psixoloq, sosial işçi və digər ixtisaslı mütəxəssislər daxil edilmişdir. Bu sahədə ardıcıl aparılan işlər biopsixososial modelə keçməyə böyük dəstək olur [20]. Multidisiplinar komandanın üstünlüyü mütəxəssislərlə əlaqənin intensivliyi və problemin həllinə hərtərəfli yanaşmadır.

Şəxsin individual ehtiyacları və resursları nəzərə alınaraq reabilitasiya planları qurulması üçün “CARE” modeli tətbiq olunur [19]. Hollandiyalı mütəxəssislərin tətbiq etdiyi bu model, digər reabilitasiya modeli olan Boston

modelindən fərqli olaraq bizim mədəni mühitə və mental dəyərlərə daha uyğun olduğu üçün seçilmişdir. Əgər Boston modeli istifadəçinin və yalnız onun istəkləri ilə seçilən reabilitasiya planı və proqramlarını nəzərdə tutursa, "CARE" modeli daha çox mütəxəssis tərəfindən yönəldilərək təklif olunan proqramlardan ən azından istifadəçi tərəfindən motivasiya olunaraq sınaqması üçün təşviq edilməsinə əsaslanır. Reabilitasiyada keys-menecment aparıcı vəzifədir [11, 15]. "CARE" modeli hər bir istifadəçinin öz keys-menecerinin olmasını nəzərdə tutulur. Keys-menecer ilk görüşdən reabilitasiya planı reallaşanaqədək pasiyentin kuratoru rolunu oynayır. O, pasiyentin mütəxəssislərlə görüşlərini təmin edərək, lazımı qrup və individual proqramlarda iştirakını tənzimləyir. Eləcə də, valideynlərlə daimi əlaqədə olaraq istifadəçinin ehtiyaclarını və qarşılaşdığı çətinliklərin aradan qaldırılmasını təmin etməyə çalışır. Multidisiplinar komandanın hər bir üzvü keys-menecer olmalıdır. Komanda daxilində mütəxəssislərin bir-birini əvəz edə bilməsinin təmin edilməsi əsas keyfiyyətlərdən biridir. Beləliklə, multidisiplinar komanda müstəqil şəkildə ayrı-ayrı ixtisas profillərinə sahib olan mütəxəssislərin profesional keyfiyyətlərə inam əsasında daxili qarşılıqlı əlaqələrinə əsaslanan birlikdir. Belə yardım ekonomik cəhətdən daha münasib olub, ağır psixi pozuntusu olan şəxslərə istiqamətlənmişdir [10].

Psixi Sağlamlıq Mərkəzində psixososial reabilitasiya prosesləri pasiyentin tələbatından asılı olaraq dəyişir. Bu proseslərə psixiatr, psixoloq, sosial işçi konsultasiyası, koqnitiv remediya terapiyası, əmək terapiyası, psixoterapiya, qrup terapiyası, art terapiya, dram terapiyası, "Sand" terapiya (qum terapiyası), film terapiyası yoga və ayrı-ayrı zamanlarda təşkil edilmiş xüsusi proqramlar (makiyaj kursları, ingilis dili, rus dili, komyuter kursları, rəsm kursları, siriyyat kursları və digərləri) daxildir. Reabilitasiya proqramının davam etmə müddəti pasiyentin vəziyyəti və tələbatından asılıdır.

Psixososial reabilitasiyanın nəticələri

Bildiyimiz kimi psixososial reabilitasiya ağır psixi pozuntular zamanı pasiyentlərin daha optimal şəkildə sosial həyata adaptasiya olunması imkanlarını genişləndirir. Psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətliliyini vurğulamaq üçün həm avropanın müxtəlif dövlətlərində eyni zamanda şərq ölkələrində müxtəlif istiqamətli tədqiqatlar aparılmışdır. Bu tədqiqatlara nəzər

saldıqda reabilitasiyanın əhəmiyyətliliyinin tədqiqi şəkildə təsdiq olunmasını görürük. Məsələn:

Remissiya mərhələsində olan ambulator pasiyentlər iki randomizə olunmuş qrupa ayrılmışdır. Əsas qrup monomedikamentoz müalicə, kontrol qrup isə monomedikamentoz müalicə və psixososial reabilitasiya xidmətləri almışdır. Tədqiqatda müəyyən edilmişdir ki, psixososial reabilitasiya klinik göstəricilərə effektiv təsir edir [24]. Digər tədqiqat zamanı psixi maarifləndirmənin əhəmiyyəti vurğulanmağa çalışılmış və alınan nəticələr fərziyyənin doğruluğunu sübut etmişdir. Psixi maarifləndirmə psixososial reabilitasiya proqramının bir hissəsi olub pasiyentlərə və onların ailəsinə xəstəlik, onun simptomları, residivlər, krizis vəziyyətində edilə biləcək işlər, simptomlarla mübarizə aparma yolları haqqında informasiyanın verilməsi, bu zaman doğru müdaxilələrin aparılmasını və digər vacib informasiyaları əhatə etmişdir. Çində ambulator müalicə alan ağır psixi pozuntusu olan pasiyentlərlə aparılan tədqiqat göstərdi ki, psixomaarfiləndirmə pasiyentlərə simptomların ağırlığı enməsinə, fəaliyyət imkanlarının genişlənməsinə və hospitalizasiya müddətinin azalmasına effektiv təsir edir [9]. Reabilitasiya proqramı neqativ əlamətlər ilə mübarizə aparma zamanı xüsusilə effektivdir. Bildiyimiz kimi, pasiyent psixotik vəziyyətdən sonra remissiya mərhələsinə keçəndə produktiv simptomlar aradan qalxsa da neqativ simptomlar çox zaman qalır və pasiyentin sosial adaptasiya imkanlarını çətinləşdirir. Bu müdaxilə pasiyentlərin davranış vərdişlərinin yaxşılaşmasına o da öz növbəsində sosial vərdişlərə, koqnitiv fəaliyyətə, bütünlükdə psixososial adaptasiyaya təsir edir. Yaxşılaşma əsasən passiv sosial uzaqlaşma, affektin kütləşməsi, hərəkətlərdə ləngimədə özünü göstərmişdir [13, 14, 21]. Koqnitiv remidiyasiyanın ağır psixi pozuntusu olan pasiyentlərin koqnitiv fəaliyyətinə qənaətbəxş təsiri vardır. Bu proqrama daxil edilmiş pasiyentlərin nəticələrində təfəkkür pozuntuları göstəriciləri arasında əhəmiyyətli və orta dərəcəli diferensasiya olunmuş yaxşılaşma olmuşdur [12].

Psixi Sağlamlıq Mərkəzi ağır psixi pozuntusu olan pasiyentlərin həyat bacarıqları profilini yaxşılaşdırmaq üçün fəaliyyət göstərdiyi müddətdə bir sıra tədbirlər həyata keçirmişdir. İlk olaraq 2013-cü ilin iyun ayında Bakıda "İçəri Şəhərdə" "Avropa şəhərciyi günləri" münasibəti ilə təşkil olunmuş sərgidə xəstələrin iştirakı ilə onların əl işlərinin, rəsmlərinin, gil və taxtadan

hazırlanmış suvenirlərinin və digər əşyalarının ilk dəfə cəmiyyətdə təqdimatı keçirildi. 2014-cü pasiyentlərimiz ildə Bədən İnsan və Səs (Body Human Sound) layihəsində iştirak etmişdir. Bu layihə çərçivəsində müxtəlif həssas qrupları bir yerə yığaraq diskriminasiya və diskriminasiya ilə mübarizə üçün Şəhriyar adına mədəniyyət evində tədbir həyata keçirilmişdir. 2014-2019 cü illərdə İsr plazada keçirilən yeni il və novruz yarmarkalarında pasiyentlərin əl işləri nümayiş olunmuşdur. 2014-cü ildə pasiyentlərin "Dünya mənim gözümlə" adlı fotosərgisi olmuşdur. 2016-cı ildən AZZA ilə əməkdaşlığa başlanılmış və pasiyentlər üçün şirniyyat kursları və Işıq layihəsi təşkil edilmişdir. Psixososial reabilitasiya şöbəsi eyni zamanda Kapoera federasiyası ilə də əməkdaşlıq edir və pasiyentlərin federasiyanın müxtəlif tədbirlərində və kurslarında iştirakını təmin edir. 2018-ci ildə pasiyentlərin əl işləri sahəsində bacarıqlarının artırılması üçün xarici mütəxəssislər tərəfindən ixtisaslaşmış dərslər həyata keçirilmişdir.

Psixi sağlamlıq sferası ilə bağlı problemlər və onların həlli

Psixi sağlamlığın qorunması və psixososial reabilitasiya proqramının inkişaf etdirilməsi Azərbaycanda səhiyyə sahəsində keçirilən islahatların əsasını təşkil edir. Bu zaman bir neçə baryerlərlə qarşılaşılır. 2005-2010-cu illərdə Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən aparılan psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərinin auditi göstərmişdir ki, ənənəvi psixiatrik müəssisələr istər iqtisadi, istərsə də müalicə nəticələrinin qiymətləndirilməsi kontekstində qeyri-effektivdir. Qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycanda yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərinin yaradılması bu yolda duran problemlərin başa düşülməsini, inkişafa mane olan hadisələr kompleksinin tədqiqini tələb edən kifayət qədər mürəkkəb prosesdir. Birinci maneə psixi sağlamlıq sahəsində idarə etmə və tənzimləmə sistemidir. Qərarlar verilməsi və siyasi strategiyaların hazırlanması ilə adətən psixiatriya sahəsində mütəxəssis olmayan, buna görə də ekspertlərin fikrinə arxalanmağa məcbur olan insanlar məşğul olur. Təəssüf ki, Azərbaycanda psixi sağlamlıq sahəsində aparıcı ekspertlər arasında yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması xidmətləri məsələsi üzrə konsensus olmadığından, siyasi qərarlardan cavabdeh insanlar ekspertlər cəmiyyətindən bir-birinə zidd məlumatlar alır və əksər hallarda psixi sağlamlıqla bağlı mürəkkəb məsələlərin anlaşılmasında çətinlik çəkirlər. İkinci maneə yaşayış yeri üzrə

psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərinin təşkili üçün resursların çatışmazlığıdır. Psixi sağlamlığın maliyyələşməsi ümumi səhiyyə büdcəsini yalnız 2%-ni təşkil edir, halbuki yeni psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərinin təsis olunması və inkişafı əlavə investisiyalar tələb edir. Bununla yanaşı ənənəvi psixiatrik müalicə müəssisələri ilə müqayisədə yeni təşkil olunan xidmətlərin iqtisadi effektivliyini sübut etmək asan deyil. Psixi sağlamlıq sferasında iqtisadi indikatorlar rəhbər orqanların digər tibb sahələrindən alınan rəqəmlərlə müqayisədə kifayət qədər aydın deyil. Üçüncü maneə səhiyyə sistemi, digər sahələr və yerli özünü idarə orqanları arasında koordinasiyanın çatışmazlığıdır. Məsələn, psixiatrlar və psixiatrik tibb bacıları Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyindədirlər, hansı ki, psixi xəstələrin reabilitasiyasına yox, stasionar və ambulator müalicəsinə cavabdehdir. Sağlamlıq imkanları məhdud insanların reabilitasiyası Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyinin sərəncamına daxildir, hansı ki, öz növbəsində tibb müəssisələri və psixi sağlamlığın qorunması institusiyalarına çıxışı malik deyil. Belə parçalanmış struktur ölkənin digər regionlarında da yerli səviyyədə mövcuddur. Bundan əlavə, əmək terapevtləri və sosial işçilər tibb ixtisasları sırasına daxil deyillər, beləliklə, onları psixiatrik tibbi yardım göstərilməsi işinə cəlb etmək mümkün deyil. Dördüncü maneə - insan resurslarının çatışmazlığıdır. Hal-hazırda Azərbaycanda psixi sağlamlıq sahəsində mütəxəssislər, xüsusilə regionlarda, yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərində pozisiyaları doldurmaq üçün yetərli deyil. Pis iş şərtləri, aşağı sosial status və qeyri-adekvat əmək haqqı – mütəxəssislərin dövlət səhiyyə müəssisələrində işləməkdən boyun qaçırmasının əsas səbəbləridir. Bununla yanaşı, ölkədə psixi sağlamlıq sahəsindəki əksər mütəxəssislərin idarəetmə bacarıqları, liderlik keyfiyyəti və yeni yaradılmış müəssisələrə uğurlu rəhbərlik təcrübəsi yoxdur [3, 4, 5, 6]. .

Gələcək perspektivlər

Psixososial reabilitasiya şöbəsinin iş perspektivləri genişdir və daima inkişaf etdirilir. 2019-cu ildən yenilik olaraq tətbiq etdiyimiz elektron əlaqə sistemi mütəxəssislərin öz arasında, eləcə də istifadəçi ilə əlaqəni tezləşdirmiş və asanlaşdırmışdır. Onlayn istifadəsi mümkün olan “Google Drive”-da bütün keyslərin proqramlar siyahısı vardır və bu cür tənzimləmə hər bir

mütəxəssisin məkandan asılı olmayaraq birgə işləməsini təmin edir. Elektron poçt vasitəsi ilə istifadəçiyə onun proqram siyahısı və gündəlik rejimi göndərilir. Aparılan cədvəllərin monitorinqi üçün “Google Təqvim” üzərindən bildirişlərin gəlməsi xüsusi rahat sistemdir. Beləcə, son bir neçə aydır istifadə olunan bu sistem komanda üzvlərinin işini qat-qat asanlaşdırmış, məhsuldarlığını artırmışdır. Fəaliyyətimiz göstərir ki, uzun müddət davam edən reabilitasiya proqramı ağır psixi pozuntulardan əziyyət çəkən insanların individual şəkildə problemlərinin aradan qaldırılmasının, sosial adaptasiyasının bərpası, təkrar stasionar müalicəyə ehtiyacının olmasının qarşısının alınmasını təmin edir. Ümumən son ildə Azərbaycanda psixoloq və psixiatra, o cümlədən psixososial reabilitasiya şöbəsinə müraciətlərin artması ümumi əhalinin daha az stiqma və diskriminasiya ilə bu sahəyə yanaşmasından irəli gəlir. Son bir ildə PSM-ə müraciətlərin sayının artması da bundan xəbər verir [2]. Regionlardakı psixi sağlamlıq mərkəzlərinin mütəxəssislərinin daima Psixi Sağlamlıq Mərkəzində təşkil olunan treninqlərdə iştirakı, PSM-in işçilərinin onlarla sıx əlaqədə olub lazımı dəstəyi göstərməsi gələcəkdə belə mərkəzlərin sayının artması baxımından çox mühüm rol oynayır. Bu islahatlar nəticəsində mərkəzlərdə fəaliyyət göstərən psixososial reabilitasiya şöbələrinin və multidisiplinar komandaların sayı artmışdır. Bakı şəhərindən başqa digər rayonlarda da belə şəraitin olması pasiyentlərin xidmətlərinin məsafə baxımından uzaq olduğu üçün gələ bilməmə problemlərini aradan qaldıracaqdır. Beləcə say və keyfiyyət baxımından artan psixososial reabilitasiya xidmətləri şəxslərin ixtisaslaşmış xidmətlərə xəstəliyin kəskin vəziyyətində müraciət etməsi hallarının azalmasına səbəb olacaqdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi Sağlamlıq Sahəsində Milli Strategiya: Bakı : 2011.
2. İsmayılov, F. (15 Oktyabr 2019 il) Azərbaycanda Psixi Sağlamlıq Xidmətləri
3. İsmayılov F., Keykens R., Yodkayte D., Psixi Sağlamlıq və İnsan Hüquqları. Psixiatriya qlobal təşəbbüs, İnkişaf Naminə İctimai Təşəbbüs; 2013. s.
4. Lyuis O., Maxaşvili N., İsmayılov F. Psixi Sağlamlığın qorunması probleminin siyasətdə, istifadəçilərin maraqların müstəqil təmsil olunması və lobbiçilik strategiyalarında aktuallaşdırılması. Psixiatriya qlobal təşəbbüs, İnkişaf Naminə İctimai Təşəbbüs; 2013. s.100.
5. Parker K., Leviçkayte K., İsmayılov F. Psixi Sağlamlıq Xidməti İstifadəçiləri Hərəkəti: Fərdi Təşəbbüslərdən Qeyri-Hökumət Təşkilatlarına Qədər. Psixiatriya qlobal təşəbbüs, İnkişaf Naminə İctimai Təşəbbüs; 2013. s.

6. Saraseno B., Lukoşaytite R., İsmayılov F. Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər. Psixiatriya qlobal təşəbbüs, İnkişaf Naminə İctimai Təşəbbüs; 2013. s. 111.
7. Ümumdünya Səhiyyə təşkilatı. Avropa ölkələri səhiyyə nazirlərinin konfransı. Psixi sağlamlığın qorunması üzrə Avropa Bəyannaməsi: Problemlər və həlli yolları; Helsinki: 2005.
8. Clinical practice guidelines in the Spanish NHS Ministry of Health and Social Policy, Clinical Practice Guidelines for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness, Ministry of Science and Innovation; 2009; p. 143.
9. [Chien WT.](#), [Lee IY.](#) The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. [Psychiatr Serv](#) 2013 1;64(4):376-9.
10. Deborah R. Becker and Robert E. Drake. A Working Life for People with Severe Mental Illness. Oxford university press; 2003 p. 213.
11. Elizabeth C. Thomas, K. E. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *69(3)*, 259-267.
12. [Eack SM.](#), [Meshlam-Gately RI.](#), [Greenwald DP.](#), [Hogarty SS.](#), [Keshavan MS.](#) Negative symptom improvement during cognitive rehabilitation: results from a 2-year trial of Cognitive Enhancement Therapy. [Psychiatry Res](#) 2013; 30;209(1):21-6.
13. [Eack SM.](#) Cognitive remediation: a new generation of psychosocial interventions for people with schizophrenia. [Soc Work](#) 2012;57(3):235-46.
14. [Kaneko Y.](#), [Keshavan M.](#) Cognitive remediation in schizophrenia. 2012;10(3):125-35.
15. Marc Gelkopf, L. L.-I. (July 2016). A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 182-189.
16. Michon HW., van Weeghel J., Kroon H., Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40(5):408-16.
17. Ofelia Altomare, M. R. (2003). Community Health System. B G. Ragnetti (Edt.), *First International Meeting for the building of community health care systems among CEI area countries* (Page 11). Trieste: Friuli Venezia Giulia - Regional Aldermanship for Health and Social Protection, the City of Trieste
18. Roberto Nuno, K. C. (April 2012) Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICC Framework. *Health Policy, Volume 105,*(Issue 1), Pages 55-64
19. Siti S Kasmani, E. C. (May 2018). A Multilevel Bidirectional Linkage Model in Enhancing Continuity of Psychiatric Care., *Health & Social Work*, 43(2), 126-130.
20. Sundaram, S. K. (2018). Tracing the development of psychosocial rehabilitation from its origin to the current with emphasis on the Indian context. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 2), S253-S257
21. [Saperstein AM.](#), [Kurtz MM.](#) Current trends in the empirical study of cognitive remediation for schizophrenia. [Can J Psychiatry](#) 2013;58(6):311-8. 84
22. World Health Organization. Division of Mental Health, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness Psychosocial Rehabilitation a Consensus Statement, WHO, Geneva:1996.
23. Wilken JP., Hollander D. Psychosocial rehabilitation: A comprehensive approach SWP Publishing; 2005.
24. Psychosocial Rehabilitation Training in the Treatment of Schizophrenia Outpatients: Randomized psychosocial Rehabilitation training and Mono-medication - Controlled Study. [Pak J Med Sci.](#) 2013; 29(2):597-600.
25. Yanos P., Rosenfield S., Horwitz A. Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 2005; 37.

**Качество жизни и психоэмоциональное состояние
больных с височной эпилепсией**

Магалов Ш.И., Халилова Д.М.*, Асадова У.А.***

**Gicgah epilepsiyası olan xəstələrin həyat keyfiyyəti
və psixi emosional durumunun öyrənilməsi**

Mahalov Ş.İ., Xəlilova D. M., Əsədova Ü.Ə.

**Assessment of quality of life and psychoemotional state
in pasients with temporal epilepsy**

Magalov Sh.I., Khalilova D. M., Asadova U.A.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Nevrologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

**7 saylı Birləşmiş Şəhər Xəstəxanası, Bakı, Azərbaycan

E-mail: asadli.u@mail.ru

Məqalədə Maştağa qəsəbəsində yaşayan 56 gicgah epilepsiyası (GE) olan xəstənin psixiemosional durumunun və həyat keyfiyyətinin (HK) qiymətləndirilməsi haqqında bəhs edilir. Ziqmond cədvəli ilə depressiya və həyəcanın subklinik 33(58.9%) və klinik 15(26.8%) xəstədə həddi QOLİE – 10 cədvəli ilə qiymətləndirilmiş HK –nə mənfi təsir göstərmişdir. Xəstələrin sosial durumlarını öyrəndikdə işsizliyin səviyyəsi yüksək olmuşdur (36,9% kişilər, 46,6% qadınlar). Yerli (28(75,7%)) və sonradan köçmüş əhali arasında (31(86,1%)) orta (tam, natamam), orta – xüsusi təhsili olan pasientlərin sayında əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. Tədqiqat aparılan populyasiyada 18(24,6%) evli, 2(5.4%) boşanmış, 53(72.7%) tənha xəstə aşkar edilmişdir. Müalicənin optimallaşdırılması nəticəsində GE olan xəstələrin HK – ni yerli əhali arasında 23.70 ± 0.37 dən 18.48 ± 0.14 qədər, sonradan köçmüş əhali arasında isə 25.79 ± 0.31 dən 18.89 ± 0.65 qədər yaxşılaşdırılmışdır. Seyidlər məhəlləsindən olan 2 GE xəstənin həyat keyfiyyətində qeydə alınmış dəyişikliklərin etnik faktorun təsiri nəticəsində olmasını təsdiq etmək xəstə sayının az olması mümkünsüz etmişdir.

Acar sözlər: gicgah epilepsiyası, həyat keyfiyyəti, etnokultural xüsusiyyətlər.

An article establishes assessment of quality of life and emotional condition condition of 56 patients with temporal epilepsy in the Maçtagi village. The Scale Ziqmond was used to measure depression and anxiety. QOLIE-10 was used for assessment of quality of life. The analisis of the survey data rewald obvious levels of depression aud anxiety adversely affecting life quality of subclinic (33(58.9%)) and clinic (15(26.8%)) patients. Analisis of social status revealed high rates on unemployment among patients (46.6% women, 36.9% men). The prevalence of patients with secondary and special education among native rural population is (28(75,7%)), among foreign rural population is (31(86,1%)). Analysis of marital status revealed that 18(24,6%) patients were married, 2(5.4%) –

divorced and 53(72.7%) of patients were single. Reduction in seizure frequency after optimization therapy have improved quality of life of pasients with temporal epilepsy in native (23.70 ± 0.37 to 18.48 ± 0.14) and foreign nonnative (25.79 ± 0.31 to 18.89 ± 0.65) population. Identified changes in quality of life two patients from place called "Saidlar Mahalla" insufficient for detention because of the influence of the ethnic factor.

Key words: temporal epilepsy, quality of life, ethnocultural features.

Височная эпилепсия – наиболее часто встречающаяся симптоматическая форма эпилепсии, на долю которой приходится до 25% наблюдений, а среди симптоматических парциальных эпилепсий - до 60% - 80% всех случаев. [5,7,10,39] По данным литературы, наиболее низкие показатели КЖ наблюдаются у больных с височной локализацией эпилептического очага, что обусловлено большей вовлеченностью височной доли в эмоциональные процессы.[2] Частые и тяжелые припадки, длительная терапия, ограничения в профессиональной и общественной деятельности (социальная изоляция, безработица, запрет на вождение автотранспорта) приводят к изменениям в психоэмоциональной сфере больных ВЭ, к развитию у них тревоги и депрессии, к снижению самооценки, что негативно отражается на качестве их жизни. Проблема социального функционирования и КЖ больных, страдающих эпилепсией, привлекает все большее внимание исследователей во всем мире [24,25,26,32]. Учитывая тесную связь КЖ с этнокультурными особенностями ее изучение у больных эпилепсией в отдельных популяциях актуально и для Азербайджана [7].

Цель работы: Определить в исследуемой популяции КЖ больных с височной эпилепсией (ВЭ) с учетом их этнокультуральных особенностей.

Материалы и методы исследования:

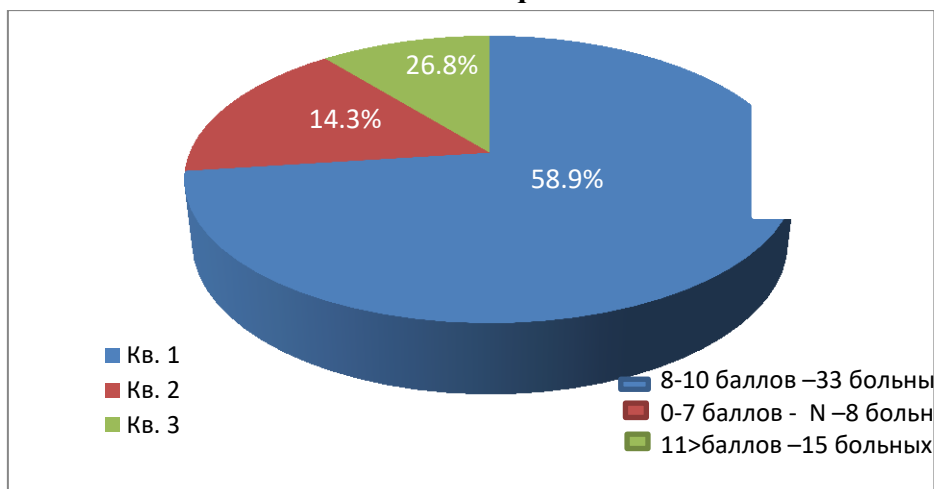
Работа была проведена на базе Объединенной Городской больницы №7 поселка Маштаги и кафедры неврологии Азербайджанского Медицинского Университета. Степень депрессии и тревоги у больных с ВЭ определяли с помощью шкалы Ziqmond. Для оценки качества жизни использовали опросник «QOLIE-10», в котором каждый ответ оценивался по шкале 1–5, при этом более высокий балл отражал более низкое качество жизни, итоговый балл составлял 0–50.

В исследуемой популяции из 73(39 мужчин и 34 женщин) больных с ВЭ, 37являлись коренными жителями, проживающими в поселке компактно в трех кварталах (мехелле): хунхар (потомки гуннских тюрков) - 11(29.7%) больных; кечан (потомки массагетов, представители огузских тюрков) - 20(54%) больных; сеидлер (потомки арабов) - 6(16.2%) больных ВЭ.[15,13]. Среди некоренных жителей было выявлено 36(49.3%) больных ВЭ.

Результаты исследования и обсуждение:

Оценка психоэмоционального статуса проводилась 56(76.7%) больным ВЭ. 17(23.3%) больных детским церебральным параличем (ДЦП), с выраженными когнитивными расстройствами, были исключены из тестирования.

Диаграмма№1. Оценка психологического статуса больных ВЭ по шкале Ziqmond.



По результатам определения психоэмоционального статуса по шкале Ziqmond, у 8(14.3%) больных ВЭ (6 (10.7%) больных из хунхар мехелле и 2(3.6%) больных из некоренных жителей поселка) отсутствовали выраженные симптомы депрессии и тревоги (0-7); у 33 (58.9%) больных (1(1.8%) из хунхар мехелле, 12 (21.4%) из кечан мехелле, 2 (3.6%) из сеидлер мехелле и 18 (32.1%) из некоренных

жителей)) признаки тревоги и депрессии были выражены субклинически, то есть, в пределах 8-10 Т или Д; у 15 (26.8%) больных ВЭ (9 (16.1%) больных из некоренных жителей и 6 (10.7%) больных из кечан мехелле)) депрессия и тревога была выражена клинически (выше 11).

Оценка КЖ больных ВЭ по опроснику QOLIE-10 проводилась дважды, в начале исследования и после оптимизации антиэпилептической терапии. Результаты исследования представлены в таблице №1 и 3.

Таблица №1. Результаты тестирования по шкале QOLIE-10 до оптимизации терапии.

Баллы	Больные из коренного населения (мехеллер) N=27				Больные из некоренного населения N=29
	хунхар N=7	кечан N=18	сеидлер N=2	Всего:	
КЖ	5.28±0.57	3.83±0.33	3.1±0.55	4.14 ±0.81	3.82±0.27
А-энергия	3.57±0.14	4.05±0.55	4.5±0.77	3.96 ±0.29	4.62±0.06
В-эмоции	2.85±0.71	3.44±0.44	4.1±0.14	3.33 ±0.33	3.17±0.24
С-активность (вождение)	3.42±0.85	2.27±0.77	0	2.40 ±0.74	2.48±0.27
Д-память	4.14±0.28	4.16±0.66	4.1±0.14	4.14 ±0.81	4.13±0.79
Е-влияние АЭП	3.57±0.14	3.27±0.77	2.5±0.13	3.29±0.62	4.20±0.68
Г-ожидание приступов	3.85±0.71	2.66±0.66	2.1±0.62	3.14±0.81	3.34±0.48
Г-КЖ в целом	26.7±0.42	24.05±0.55	20.1±0.51	23.70±0.37	25.79±0.31

При анализе результатов исследования по опроснику QOLIE-10, было выявлено, что субъективная оценка КЖ у больных ВЭ из коренного населения составила (4.14±0.81), а из некоренного населения (3.82±0.27). При этом у больных из хунхар мехелле оценка КЖ по признакам «энергичности» была (3.57±0.14), «памяти» - (4.14±0.28), и «субъективной оценки КЖ» - (4.14±0.28). Оценка КЖ по признакам «подавленность и упадок душевных сил» составила (2.85±0.71), «влияние АЭП на организм» - (3.57±0.14) и «опасение повторных припадков» - (3.85±0.71). Оценка КЖ у больных ВЭ из кечан мехелле по признакам «подавленность и упадок душевных сил» составила (3.44±0.44), «ожидания припадков в будущем» - (2.66±0.66). Но по признакам «влияния АЭП на организм» - (3.27±0.77), и «субъективной оценки КЖ» -

(3.83 ± 0.33). Больные же ВЭ из сеидлер мехелле, составили меньшинство 2 (3.57%), по сравнению с другими участвующими в исследовании представителями популяции и оценка КЖ у них по признакам «энергичности» составила ($4,5 \pm 0.77$), «упадку душевных сил» и «памяти» - (4.1 ± 0.14). КЖ по признакам опасения «влияния АЭП на организм» была (2.5 ± 0.13), а «появления припадков в будущем» - (2.1 ± 0.62). У больных ВЭ из некоренных жителей оценка КЖ по признакам «подавленность и упадок душевных сил» составила (3.17 ± 0.24), опасения «влияния АЭП на организм» - (4.20 ± 0.68), «появления припадков в будущем» - (3.03 ± 0.44) и «субъективной оценке КЖ» - (3.82 ± 0.27). Оценка КЖ относительно пункта «запрет на вождение автотранспорта» у большинства больных ВЭ мужского пола из коренных жителей оценивалась - (2.40 ± 0.74), а из некоренных жителей- (2.48 ± 0.27).

Судя по результатам исследования, частота припадков у 5 (8.9%) больных из хунхар мехелле, у 8 (14.3%) больных из кечан мехелле и у 18 (32.1%) больных из некоренных жителей отрицательно отразилась на их КЖ. Частые (ежедневные и еженедельные) припадки у этих больных способствовали снижению их памяти, концентрации внимания, настроения, что свидетельствует о главенствующей роли приступов в дезадаптации при эпилепсии и подтверждает мнение ряда авторов [18].

Анализ показателей КЖ в зависимости от типов припадков, выявил наиболее низкие показатели КЖ у больных со сложными парциальными 15(26.8%) и полиморфными 20(35.7%) припадками. Это связано с тем, что парциальные приступы с изменением сознания, нередко сопровождались неадекватным, асоциальным поведением больных ВЭ. Вызванная этим негативная реакция окружающих, наносила больным моральный ущерб, причиняя тяжелые душевные страдания, и усиливала их субъективную неудовлетворенность своей жизнью [6]. Отрицательно сказалась на оценке степени КЖ больных субклинически (у 33 (58.9%) больных) и клинически (у 15(26.8%) больных) выраженной по шкале Ziqmond степень депрессии и тревоги. Ранее проведенные исследования показали, что настроение и эмоциональный фон оказывают существенное влияние на КЖ больных ВЭ [24]. Результаты исследования Тгасу и соавторов (2007) также подтверждают, что фак-

тор настроения (в частности депрессия) серьезно влияет на общие и специфические составляющие КЖ.

Психотравмирующим воздействием также обладали факторы, связанные с социальным статусом больных ВЭ. Среди исследованных не было выявлено лиц, с постоянным местом работы. Уровень безработицы составил 34 (46.6%) среди больных женского и 27 (36.9%) мужского пола. Только 12 (16.4%) больных мужского пола работали разнорабочими в частном секторе, и КЖ оценивали выше, чем безработные. По данным литературы уровень безработицы среди больных ВЭ в ряде стран мира варьирует от 15 до 50% (в США-33%, в Канаде-40%, в Корее-31%). Безработица, приводящая к потере социальных связей у больных ВЭ, вызывает психический и эмоциональный дистресс и негативно отражается на оценке качества их жизни. (Scambler G. и Hopkins A. (1980); the ILAE, and WHO/2006; Lee S.A. 2005.) Безработица слабо отразилась на КЖ больных ВЭ женского пола, что связано, по-видимому, с установившимися традиционными порядками в поселке, в связи с которыми неработающая женщина не чувствует себя ущемленной. Негативно отразились на оценке КЖ ограничения в профессии больных – шоферов 3(4.1%). Возможность вождения автомобиля привносит в жизнь как здорового, так и больного эпилепсией не только комфорт. Для определенного числа больных в нашем исследовании оно являлось бы источником дохода. В нашей республике запрет на вождение больными эпилепсией автотранспорта - пожизненный, что и объясняет их негативную реакцию по поводу данного пункта. Но по результатам ряда исследований, проведенных в США, Канаде, можно констатировать, что вероятность возникновения дорожно-транспортных происшествий (ДТП) со смертельным исходом по вине пациента с эпилепсией в 120 раз меньше, чем по вине молодого водителя, и в 156 раз ниже, чем по вине водителя в состоянии алкогольного опьянения. (Sheth S.G., Krauss G./2004). Законы, связанные с запретом на вождение больными эпилепсией, во многих странах Европы (Италия, Франция, Великобритания, Германия, Нидерланды) смягчаются (State Driving Laws Database 2018). Возможно пересмотрение данного пункта и в законодательстве нашей республики, положительно

отразилось бы на медикосоциальной реабилитации больных в будущем.

Среди 60(82.2%) больных ВЭ инвалиды второй группы (48(80%)) преобладали над инвалидами первой 6(10%) и третьей 6(10%) группы. Получение социального пособия в условиях нетрудоустроенности, и самого факта социально-экономической структуры поселка Маштаги в целом, как непромышленного региона, помогло больным в их социальной адаптации, что позитивно отразилось на степени оценки их КЖ.

Судя по таблице №2, отражающей степень образованности, больные ВЭ со средним (полное, неполное) и средним-специальным образованием, преобладали как среди коренных 29(75.7%), так и некоренных жителей 31 (86.1%), что было обусловлено возрастом дебюта заболевания во втором и третьем десятилетии жизни.

Таблица №2 Степень образованности больных ВЭ

Образование	Коренное население N=37				Некоренное население N=36	Всего: N=73
	Хунхар мехилле N=11	Кечан мехелле N=20	Сеидлер мехелле N=6	Всего:		
Среднее:	10(27.0%)	15(40.5%)	2(2.7%)	27(70.3%)	29(80.6%)	56(75.3%)
полное	8(80%)	9(60.0%)	-	17(65.4%)	15(51.7%)	32(58.2%)
неполное	2(20%)	6(40.0%)	2(100%)	10(34.6%)	14(48.3%)	24(41.8%)
Среднее специальное	-	2(5.4%)	-	2(5.4%)	2(5.6%)	4(5.5%)
Необразованные	1(2.7%)	3(8.1%)	4(10.8%)	8(16.2%)	5(13.9%)	13(15.1%)

Прогрессирующее же течение заболевания и стигматизация обществом препятствовали его продолжению. По мнению авторов [1], начало приступов в детском и подростковом возрасте, а также стигматизация (Lim Y.J., Chan S.I., Ko Y. (2009)), значительно влияют на учебный процесс, ограничивая, в конечном итоге, выбор профессии у больных ВЭ со снижением их социальной активности. В исследовании была выявлена обратная корреляция степени образованности больных с оценкой их КЖ. Так, больные ВЭ из хунхар, кечан мехелле и некоренных жителей оценивали КЖ ниже, чем больные из сеидлер

мехелле. Это свидетельствует о доминирующем влиянии на КЖ осознания заболевания и отношения пациента к своему заболеванию (аутостигматизация). Низкий уровень образования и, соответственно, менее выраженная аутостигматизация больных из сеидлер мехелле, связанная с устоявшимися в регионе патологическими традиционными стратегиями воспитания и развития ребенка, формирующими пассивную личность с ограниченными возможностями, способствовали неадекватному восприятию ими своего состояния, что негативно отразилось на оценке их КЖ.

Одним из главных приоритетов в жизни человека является его семейное положение. В исследуемой популяции 10(27.0%) больных из коренных и 8(22.2%) – из некоренных жителей состояли в браке, 2(5.4%) больных из некоренных жителей - были разведены. Причиной одиночества 10(27.0%) больных из коренных и 7(19.4%) – из некоренных жителей была тяжелая форма ДЦП, 4(7.5%) больных из коренных жителей не достигли брачного возраста, 17(46.0%) больных из коренных и 24(66.7%) – из некоренных жителей не создали семью по причине эпилепсии. Больные ВЭ, вступившие в брак, имели более высокий уровень КЖ, чем одинокие. По мнению японских исследователей (Jiang H., Wang L. и др.(2015)), эмоциональная поддержка, получаемая от членов семьи, улучшает психическое здоровье личности, что положительно сказывается на оценке КЖ. А недовольство своими социальными взаимоотношениями и чувство изолированности от остальных людей, становятся причиной одиночества больных с хроническими заболеваниями, в том числе и эпилепсией (Guo W.C., Wu J. и др.(2012)).

На положительную оценку КЖ повлияли некоторые этнические особенности коренных представителей больных ВЭ. Примером послужил низкий удельный вес разводов среди исследуемых больных (2(5.4%) случая из некоренных жителей). Из этнографических источников известно, что, с одной стороны, тюрки всегда жили большими семьями и редко расторгали браки; с другой стороны, для жителей коренного населения поселка характерно уважительное и бережное отношение к больным, а также представление о том, что только совместные усилия всех членов семьи позволяют преодолеть болезнь.

Религиозность больных из кечан и хунхар мехелле положительно отразилась на оценке качества их жизни. Так, в исследуемом регионе жители сохранили древние обычаи и традиции, среди которых верование являлось главным атрибутом, а религия выступала как механизм психологической защиты. Существует мнение о том, что лечение некоторых болезней возможно посредством чтения аятов Корана.[12,20,21] Но это вовсе не значит, что стоит прерывать медикаментозное лечение. (Асият Гаджиева. Лечебное воздействие молитвы. 2012). Вместе с тем, у больных ВЭ выявлены этнокультуральные различия в форме выражения религиозных убеждений. Это может быть связано с представлениями об эпилепсии в древности, способствовавшими связыванию болезни с вселением в тело духа, дьявола, рассматриванию ее как результат божественного предначертания и лечению заклинаниями. (Электронный учебник «Психиатрия и наркология» Тема №12) Так, мистически настроенные и педантичные в отношении выражения религиозных убеждений больные из сеидлер мехелле принимали недуг как испытание, ниспосланное им Аллахом, и, используя молитвы в качестве альтернативной терапии, самовольно отказывались от медикаментозного лечения, что отрицательно сказалось на степени оценки их КЖ.

На оценку КЖ больных ВЭ повлияла и противоэпилептическая терапия.

Так, при повторном анализе результатов исследования по опроснику QOLIE-10 после оптимизации терапии, субъективная оценка КЖ у больных ВЭ из коренного (4.14 ± 0.81 до 2.55 ± 0.55) и из некоренного населения (3.82 ± 0.27 до 2.68 ± 0.96) улучшилась. При этом у больных из хунхар мехелле оценка КЖ изменилась по признакам «энергичности» (3.57 ± 0.14 до 2.68 ± 0.96), «памяти» (4.14 ± 0.28 до 2.28 ± 0.57), и «субъективной оценки КЖ» (4.14 ± 0.28 до 2.42 ± 0.85). Оценка КЖ по признакам «подавленность и упадок душевных сил» (2.85 ± 0.71 до 2.28 ± 0.57), «влияние АЭП на организм» (3.57 ± 0.14 до 2.42 ± 0.85) и «опасение повторных припадков» (3.85 ± 0.71 до 2.42 ± 0.85) изменилась незначительно. Оптимизация терапии слабо повлияла на оценку КЖ у больных ВЭ из кечан мехелле по признакам «подавленность и упадок

душевных сил» (3.44 ± 0.44 до 3.11 ± 0.11), «ожидания припадков в будущем» (2.66 ± 0.66 до 2.55 ± 0.55). Но по признакам «влияния АЭП на организм» (3.27 ± 0.77 до 2.61 ± 0.11), и «субъективной оценки КЖ» (3.83 ± 0.33 до 2.61 ± 0.11) изменения были положительными. Оптимизация терапии повысила у больных из сеидлер мехелле оценку КЖ по признакам «энергичности» (4.5 ± 0.77 до 3.5 ± 0.57), «упадку душевных сил» (4.1 ± 0.14 до 3.1 ± 0.84) и «памяти» (4.1 ± 0.14 до 3.1 ± 0.12). По признакам опасения «влияния АЭП на организм» ($2.5 \pm 0.13 = 2.5 \pm 0.94$) и «появления припадков в будущем» ($2.1 \pm 0.62 = 2.1 \pm 0.53$) оценка КЖ не изменилась. У большинства больных ВЭ мужского пола из коренных (2.40 ± 0.74 до 1.85 ± 0.18) и некоренных жителей (2.48 ± 0.27 до 2.31 ± 0.03) оценка КЖ относительно пункта «запрет на вождение автотранспорта» изменилась незначительно. У больных ВЭ из некоренных жителей оценка КЖ после оптимизации терапии улучшилась по признакам «подавленность и упадок душевных сил» (3.17 ± 0.24 до 2.79 ± 0.31), опасения «влияния АЭП на организм» (4.20 ± 0.68 до 2.37 ± 0.93), «появления припадков в будущем» (3.03 ± 0.44 до 2.75 ± 0.86) и «субъективной оценке КЖ» (3.82 ± 0.27 до 2.68 ± 0.96).

Пациенты, регулярно принимающие АЭП, КЖ оценивали выше, чем пациенты с наличием фармакорезистентности и отказавшиеся от лечения. Результаты в этом аспекте совпадают с результатами ранее проведенных исследований. Неадекватная диагностика эпилепсии и типов приступов, назначение противоэпилептических препаратов (ПЭП) без учета общего состояния больного, наличие сопутствующей соматической патологии и психоэмоциональных расстройств могут приводить к ухудшению КЖ больных (Зенков Л.Р., 2003; Карпов В.А., 2006; Кистень О.В., Евстигнеев В.В., Улащик В.С., Дубовик Б.В. 2009). Все это свидетельствует о том, что эпилепсию следует рассматривать со всех позиций, исследуя социальные, психологические и поведенческие проблемы наравне с соматическими.

**Таблица №3. Результаты тестирования по шкале
QOLIE-10 после оптимизации терапии**

Баллы	Больные из коренного населения (мехел- лелер) N=27				Больные из некоренного населения N=29
	хунхар N=7	кечан N=18	сеидлер N=2	Всего:	
КЖ	2.42±0.85	2.61±0.11	2.5±0.16	2.55 ±0.5	2.68±0.96
А-энергия	2.68±0.96	3.72±0.22	3.5±0.57	3.40 ±0.74	2.93±0.10
В-эмоции	2.28±0.57	3.11±0.11	3.1±0.84	2.88 ±0.88	2.79±0.31
С-активность (вожде- ние)	2.57±0.14	1.77±0.77	0	1.85 ±0.18	2.31±0.03
Д-память	2.28±0.57	2.88±0.88	3.1±0.12	2.74 ±0.07	3.03±0.44
Е-влияние АЭП	2.42±0.85	2.61±0.11	2.5±0.94	2.55±0.55	2.37±0.93
Ф-ожидание присту- пов	2.42±0.85	2.55±0.55	2.1±0.53	2.48±0.14	2.75±0.86
Г-КЖ в целом	17.1±0.87	12.85±0.18	16.5±0.23	18.48±0.14	18.89±0.65

Таким образом, изучение клинико-эпидемиологических и психо-эмоциональных особенностей больных ВЭ в популяции выявило, что оптимизация терапии и уменьшение вследствие этого частоты припадков, оказало позитивное влияние на их психо-эмоциональное состояние и улучшило КЖ больных ВЭ из коренного (23.70±0.37 до 18.48±0.14) и некоренного населения (25.79 ± 0.31 до 18.89 ±0.65). На значительное улучшение КЖ больных из хунхар мехелле (26.7±0.42 до 17.1±0.87) и из кечан мехелле (24.05±0.55 до 12.85±0.18) по-видимому, повлияли этнокультуральные особенности жителей этих кварталов (религиозность, отсутствие разводов, бережное отношение к браку). А форма выражения религиозных убеждений (мистическое отношение к религии, использование молитвы в качестве альтернативной терапии), и традиционные стратегии воспитания и развития ребенка (родительская гиперопека, формирующая пассивную личность с ограниченными возможностями) у жителей из сеидлер мехелле, могли явиться причиной относительно незначительного улучшения (20.1±0.51 до 16,5±0.23) степени КЖ больных этого квартала. Однако исследование всего двух больных из сеидлер мехелле недостаточно для заключения о влиянии

этнического фактора. Полученные данные позволяют считать, что наиболее «пострадавшими» оказались те стороны жизни больных ВЭ, которые непосредственно были связаны с припадками и их последствиями. Зависимость от лекарств и лечения, когнитивные нарушения и повышенная утомляемость ограничили их возможности в развлечениях, приобретении новых навыков, что негативно отразилось на оценке качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А.Б. Качество жизни больных эпилепсией. //Международная конференция «Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты». М. 2005; 120-125
2. Громов С.А., Михайлов В.М., Вассерман Л.И., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией. Журн. неврол. и психиатр. 2002; 4-8.
3. Зенков Л.Р. Как улучшить лечение эпилепсии в России. Рос. мед. журнал. 2003; 1: 1-8.
4. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психических больных. Обозрение психиатрии и мед. психологии. 2000; 1: 3-8.
5. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: руководство для врачей. Руководство для врачей. М. 2010; 720 с.
6. Кистень О.В., Евстигнеев В.В., Улащик В.С., Дубовик Б.В. Транскраниальная магнитная стимуляция в диагностике и лечении эпилепсии. Новости медикобиологических наук. 2009; 4: 99-108.
7. Магалов Ш.И. Эпилепсия, 2014г. стр. 159
8. Магалов Ш.И. и др. Медикаментозное лечение эпилепсии в г. Гяндже: эффективность и неадекватность// Азербайджанский Психиатрический журнал.-2014.-№1(26).-стр. 84-94.
9. Магалов Ш.И. и др. Состояние эпилептологической службы в Азербайджане и пути ее усовершенствования// Из материалов научно-практической конференции, посвященной 120 летию со дня рождения Ахундова С.Г. 2017. Стр.-312.
10. Мухин К.Ю. височная эпилепсия // Журн неврол и психиатр. — 2000. — Т. 100. — № 9. — С. 48—57.
11. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Тысячина М.Д., Алиханов А.А., Петрухин А.С. Электроклиническая характеристика больных симптоматической фокальной эпилепсией с феноменом вторичной билатеральной синхронизации на ЭЭГ // Русский журнал детской неврологии. 2006. Т.1. № 1. С. 6—17.
12. Мустафа Четин. Категория исцеления в Коране (на турец.)// Журнал факультета богословия Университета 9 сентября 1992, стр. 70.
13. Новруз Г.К., «Древний Маштаги» 2017,стр.580
14. Пылаева О.А. Воронкова К.В., Петрухин А.С. Побочные эффекты и осложнения антиэпилептической терапии.// Фарматека. 2004; 9 (10): 33-41.
15. Сарабский Г., «Старый Баку»,1958,стр.238-239.
16. Семке В.Я., Семке А. В. Сопоставление этнокультуральных технологий в современной транскультуральной персонологии и психотерапии // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. 2001. - Т.2. - С. 114-117.
17. Сметанников П.Г. Психиатрия. СПб.: СПб МАПО, 1996. С.428 - 455.
18. Социальные аспекты эпилепсии. Created by Epilepsy.su. © 2019
19. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология.// М., 2000. - С. 201-300.
20. Суат Йылдырым. // Священный Коран и открытия в области естественных наук (на турец.). Анкара, 1990, стр. 7.
21. Тантави, аль-Джавахир фи тафсири'ль-Кур'ан (на араб.). Каир, 1350/1931, III,1.

22. Терентьев А. В. // Клинико-социальные и этнокультуральные особенности больных шизофренией в Республике Коми: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2000. - 24 с.
23. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии в 2-х томах. Т. 2. - М.: Медицина, 1999.-С. 313-407.
24. Титов В.И. Деятельность медицинской службы лечебно-трудовых мастерских в современных условиях // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). Томск: Издательство научно-технической литературы, 1998. - С. 190-191.
25. Тойтман Ж.И., Тойтман О.Ж. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в Еврейской автономной области // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. - №10. - С. 45-47.
26. Усова Г.Н., Сафьянова Н.Г. Очерки истории социально-трудовой реабилитации в Омской психиатрической больнице // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). Томск: Издательство научно-технической литературы, 1998. С. 196-197.
27. Усюкина М.В. // Психические расстройства при эпилепсии и их судебно-психиатрическое значение: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2001. -60 с.
28. Усюкина М.В., Кузьминова М.В. // Влияние преморбидных особенностей личности на течение эпилепсии // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. Хабаровск, 1998. - С. 258-261.
29. Ушкалова Е.А. Влияние антиконвульсантов на качество жизни больных эпилепсией. //Фарматека. 2003; 16: 29-40.
30. Хотинец В.Ю. Этническое самосознание и его роль в развитии индивидуальности человека. Ижевск, 1996. - 76 с.
31. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. -М.: «Триада-Х»,2000. 232 с.
32. Чуркин А.А. Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Москва - Ижевск, 1997. - С. 10-16.
33. Юцкова Е.В., Татарина М. Ю. Качество жизни и фармакоэкономические особенности лечения эпилепсии у женщин.// Журнал неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2007; 107 (1): 52-55.
34. Baker G.A. Assessment of quality of life in people with epilepsy: some practical implications.// Epilepsia. 2001; 42 (3): 66-69.
35. Beassart M. Elements statistiques d'approche des problemes poses par/ 'epilepsie. J. Sci. Med. Lille. 1980; 9 (10).
36. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments.// Pharmacoeconomics. 2002; 20: 1039-1059.
37. Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al. Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life questionnaire (QOLIE-31).// Epilepsia. 1998; 39: 81-88.
38. Cramer J.A., Blum D., Reed M. // Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. Epilepsy Behav. 2003; 4: 15-21.
39. Hauser W.A. Recent developments in epidemiology of epilepsy. //Acta Neurolog. Scandinavica. 1995; 162: 17-21.
40. Kendrick A. // Quality of life. The clinical psychologists handbook of epilepsy: assesment and management. Eds. C. Cull, Goldstein. London-New York. 1997; 171-176.
41. Lim YJ, Chan SY, Ko Y. //Stigma and health-related quality of life in Asian adults with epilepsy. Epilepsy Res. 2009; 87:107-119.
42. Scambler, G., and Hopkins, A. (1980). // Social class, epileptic activity and disadvantage at work. J. Epidemiol. Community Health 34, 129-133.
43. Sheth SG, Krauss G, Krumholz A, Li G. // Mortality in epilepsy: driving fatalities with other causes of death in patients with epilepsy. 2004 Sep 28;63(6):1002-7. Tracy J, Dechant V, Sperling M, Cho R, Glosser D. // Neurology 2007;68:1101-1107.

Epileptik tutmaların bir komponenti olaraq psixi pozuntuların klinikası, diaqnozu və müalicəsi

N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev

Клиника, диагностика и лечение психических расстройств как компонента эпилептических приступов

Н.А.Алиев, З.Н. Алиев***

Clinic, diagnosis and treatment of mental disorders as a component of epileptic seizures

N.A. Aliyev, Z.N. Aliyev

¹Ə. Əliyev adına ADHTİ-nin Psixiatriya və narkologiya kafedrası

² ATU-nun Psixiatriya kafedrası

E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

Məqsəd: Təqdim olunan işin əsas məqsədi psixi pozuntuları epilepsiya zamanı tutmanın tərkib hissəsi kimi təsvir etməkdir.

Tədqiqat məqsədləri: Bu məqsədə çatmaq üçün sadə qismən epileptik tutma olan xəstələrin psixi pozuntularının fenomenoloji təhlili aparıldı.

Tədqiqatın metodu və materiallar Sadə parsial epileptik tutma olan 180 xəstə klinik-statistik üsulla müayinə edildi.

Nəticələr: Tədqiqatın nəticələri göstərir ki, sadə qismən epileptik tutma olan xəstələrdə psixi pozuntu diaqnozları düzgün təyin edilmir. Bu xəstələrə şizofreniya, müxtəlif affektiv pozğunluqlar və somatik nevroloji diaqnozlar qoyulur.

Yekun: Praktikada qismən tutulmaların bir hissəsi olaraq zehni pozuntular çox vaxt tamamilə təsirsiz olan antipsikotiklər ilə müalicə olunur. Bu vəziyyətdə valproate, lamotrigine, karbamazepin və levotioasetam törəmələrini təyin etmək lazımdır.

Açar sözlər: epilepsiya, psixi pozuntular, klinik xüsusiyyətlər, terapiya.

Purpose: The main goal of the presented work was to describe mental disorders as a component of a seizure during epilepsy.

Research objectives: To achieve this goal, a phenomenological analysis of the mental disorders of patients with simple partial epileptic seizures was carried out.

Material and research methods: 180 patients with simple partial epileptic seizures were examined by the clinical-statistical method.

Results: The results of the study reveal that diagnoses of mental disorders in patients with simple partial epileptic seizures are not properly identified. These patients are diagnosed with schizophrenia, various affective disorders, and somatic neurological diagnoses.

Conclusions: Mental disorders as a component of partial seizures in practice are often treated with antipsychotics, which are absolutely ineffective. In this case, it is necessary to prescribe derivatives of valproate, lamotrigine, carbamazepine and levotiracetam.

Key words: *epilepsy, psychiatric disorders, clinical characterization, therapy.*

Введение. Хорошо известно, что ИАЕ (Международная лига против эпилепсии) подготовила официальный отчет о «практическом клиническом определении эпилепсии» [1]. В этом отчете ИАЕ стремится расширить понимание эпилепсии в соответствии с представлениями эпилептологов об эпилепсии. Это включает временные рамки для определения клинического статуса и диагноза, описанного ниже. Практическая клиническая диагностика эпилепсии - эпилепсия как заболевание головного мозга должна соответствовать любому из следующих состояний:

1. Эпилептические припадки, возникающие как минимум в двух не провокационных (или рефлексивных) интервалах > 24 часов.

2. Два не провокационных эпилептических припадка за последние 10 лет в соответствии с общим риском не провокационного (или рефлексивного) рецидива эпилептического припадка ($> 60\%$).

3. Диагностика эпилептического синдрома.

Временное снижение предела напряжения не распространяется на эпилепсию.

Иногда эпилепсию определяли как расстройство или группу расстройств, а не как болезнь. Причиной этого стало сочетание множества различных заболеваний и состояний в самой эпилепсии. Термин «нарушение» указывает на кратковременное функциональное расстройство. Однако термин «болезнь» (хотя и не всегда) относится к долговременному нарушению функции. Хотя многие проблемы со здоровьем, такие как рак или диабет, не сочетаются со многими расстройствами, их называют болезнями. Термин «расстройство» недостаточно понятен публике и снижает серьезность эпилепсии. Международное бюро ИАЕ и наши исследование эпилепсии рассматривают эпилепсию как болезнь.

Эпилепсия является одним из самых распространенных нервно-психических заболеваний в мире. Очень интересная картина возникает, когда мы смотрим на Международную классификацию болезней (МКБ-10). Так, в адаптированном варианте МКБ-10 (введенный в действие

приказом Минздрава Российской Федерации от 27.05.97 N 170) классификации заболеваний нервной система относилась к VI классу. В VI классе в общей сложности 15 рубрик (эпилепсия - G40.0-G40.9; G41. Эпилептический статус – (G41.0-G41.9 и др.) были связаны с нарушениями нервной системы, связанными с эпилепсией. 5 класс МКБ-10 посвящен психическим и поведенческим расстройствам. Количество нарушений, связанных с эпилепсией, в этом классе составляет 17 рубрик (F02.8x2; F06.02; F06.22; F06.3; F06.302; F06.312; F06.322; F06.332; F06.342; F06.352) F06.362; F06.372; F06.42; F06.62; F06.72; F06.812). Другими словами, психические расстройства, возникающие в результате эпилепсии, больше, чем в классе нервных расстройств. Вот почему эпилепсию следует рассматривать как расстройство нервной и психической сферы.

Психические расстройства при эпилепсии можно классифицировать по следующим типам синдрома:

1. Продром как судороги.
2. Психические расстройства как компонент судорог.
3. Постиктальные психические расстройства.
4. Интериктальные психиатрические расстройства.

Кроме того, во время эпилепсии психические расстройства разделяют пароксизмальные и постоянные (перманентные) психические расстройства. Изучение систематических обзоров показывают, что люди, страдающие теменной эпилепсией, в 7,8 раза чаще страдают психозом, чем обычное население. Распространенность психоза при теменной эпилепсии составляет 7%, интериктальные 5,2% постиктальные и 2% в постиктальной [2].

С одной стороны, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году приняла резолюцию «О глобальном бремени эпилепсии и координации общенациональных действий в области здравоохранения, социальных услуг и общественной информации» [3], с другой стороны, стандартизированная классификация психических расстройств. (ХВТ-10 и DSM V) не позволяют обнаружить все психические расстройства, возникающие во время эпилепсии.

Таким образом, своевременное выявление психических расстройств во время эпилепсии и их адекватное лечение в настоящее время считаются одним из наиболее актуальных и перспективных в психоневрологии.

Об актуальность исследования эпилепсии в любом аспекте в постсоветском пространстве свидетельствует таблица «Глобальное, региональное и национальное бремя эпилепсии, 1990–2016 гг. : систематический анализ исследования глобального бремени болезней».

Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study [4].

Ölkələr	Deaths		Prevalence	DALYs		
	2016 Counts	Percentage change in age-standardised rates, 1990–2016		2016 counts	Percentage change in age-standardised rates 1990–2016	2016 counts
Russia	882	-54.9%	288 899	-8.7%	120 960	-38.4%
Ukraine	642	-10.9%	96 320	-3.6%	56 695	-14.6%
Uzbekistan	1789	95.6%	146 213	34.2%	141 783	54.4%
Kazakhstan	316	-2.9%	61 571	6.7%	36 654	-3.3%
Azerbaijan	260	11.3%	38 421	25.5%	26 774	6.8%
Georgia	40	-52.6%	13 424	4.5%	6115	-28.7%

Примечание: таблица немного упрощена, чтобы лучше понять данные.

По подсчетам ВОЗ, на постсоветском пространстве больше всего больных эпилепсией в России (288 899). В печальную первую тройку входят также Узбекистан (146 213) и Украина (96 320). Далее идут Литва Lithuania (63 858), Казахстан (61 571), Азербайджан (38 421), Таджикистан (32 028), Беларусь (21 987), Туркменистан (19 295), Кыргызстан (19 025), Грузия (13 424), Армения (9 642), Молдова (7 935), Латвия (4 820) и Эстония (3 813).

Цель данной работы - выявить психические расстройства, как компонент эпилептических приступов и разработать их терапевтические тактику.

Материалы и методы работы. С 01.01.2015 по 10.01.2017 в Центре психического здоровья Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики было обследовано 350 человек. Из них 50 не были включены в данное исследование из-за низкого порога раздражения во время электроэнцефалографии (ЕЕQ) и отсутствия пароксизмов. 60% из оставшихся 300 человек, то есть 180 (международные эпилептические припадки - Лига против международной эпилепсии - БИЛ, 1981) эти или другие формы (исключая двигательные знаки) были обозначены.

Это исследование было принято 18-й ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Хельсинки

Заявление было сделано в соответствии с рекомендациями для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием человека.

В таблице приведены оптимальные характеристики пациентов, включенных в исследование с перкуссионными (очаговыми, местными) эпилептическими припадками.

Таблица. Общая характеристика пациентов

Парциальные (фокал, локал) эпилептические припадки	Количество
Количество пациентов	180
Пол, Женский / Мужской	120/60
Средний возраст (20-45 лет)	30,5±4,3 il
Длительность заболевания (в годах)	10,0±2,2 il
Не работает	80
Учиться и работает	100
Инвалиды	55
Частота судорог	Часто

Парциальные эпилептические припадки. Согласно этой классификации эпилептические припадки возникают в результате опорожнения полушария нейронов, расположенных в нём. Ум не сломан во время простого частичного удержания. При сложном разборе мышление искажается. Простые и сложные ручки могут переключаться на вторичные

генерализованные морщины. Постоянные припадки возникают у 60% пациентов с эпилепсией.

Простые парциальные эпилептические припадки. В первых классификациях простые обобщения второй обобщенной рукоятки как предшественника рукоятки назывались «аура» (термин Pelonosa), что также означает «легкий ветер». Достоевский описывает свое состояние перед второй генерализованной раздражительностью: «Вы - все здоровые люди не сомневайтесь в том, что означает счастье. К счастью, у нас нет эпилептических припадков. Я не знаю, счастья, удовольствия, секунд или часов. или вечно я не изменю радости, которую может дать мне вера ». Нейрохирурги и неврологи называют это знаком. Эпилептический центр находится в переднем центре ауры во время движения (пациент начинает бегать) или ротатора (вращается вокруг своей оси); Слух возникает при ауре (шум, грохот, звон в ушах) в задней верхней части очага. В аурах аромата очаг находится в центре аромата в коре головного мозга (передний гиппокамп).

Таким образом, с одной стороны, аура представляет собой простой парциальный туман («изолированная аура») без нарушения мышления, а с другой стороны может быть стадией вторичного генерализованного раздражения. В этом случае чувство в ауре запоминается (без амнезии в ауре) до потери мышления. Однако из-за короткой продолжительности ауры (всего несколько секунд, иногда до доли секунды) пациент не может принимать меры предосторожности (лишенные способности защищаться от ожогов, и т. д.). Простые ручки движения названы в его честь, как описано Джексоном в 1860-х годах. В конечностях Джексона фокус находится в переднем центральном запястье (обычно сустав рта, затем распространяется на другие мимические мышцы, язык, руку, мышцы тела, то есть мышцы).

Простые парциальные вегетативно-висцеральные припадки. Простые парциальные вегетативно-висцеральные припадки также известны как дизэнцефальная эпилепсия. Основные симптомы: лихорадка, простуда, тремор, булимия или анорексия, респираторные нарушения, тахикардия, повышение артериального давления (АТ), жажда, полиурия,

алкогольные симптомы (сердечные, эпигастральные и брюшные водоросли).

В настоящее время простые парциальные вегетативные и висцеральные припадки подразделяются на следующие виды:

Респираторные (гипервентиляционные) судороги. Основные симптомы: 1) обострение дыхания; 2) парестезия; 3) столбняк (слабая конечность).

- Основными проявлениями респираторной гипертонии являются дыхательная недостаточность, затрудненное дыхание, болезненное, неприятное дыхание, кратковременные респираторные расстройства (одышка). Пациент чувствует одышку, нехватку идеального дыхания и ритмию дыхательных движений. Пациент может чувствовать, как будто воздух не проникает в глубины легких, и воздух удерживается в средней или верхней трети груди. Пациенты чувствуют промывание в горле, препятствующее прохождению воздуха, сжатие воздуха внутри или снаружи, загрязнение грудной клетки, «щиток», «клапанные» детали.

- Пациенты имеют тенденцию дышать глубже через мышцы рук, тела и шеи. Если пациенты могут дышать глубоко, они почувствуют большое облегчение. Выраженность пациентов заключается в том, что они «борются за свежий воздух» и становятся «воздушными маневрами». Пациенты концентрируются на дыхании, следят за ним с волнением, и возникает «воздушный удар»: «Я не могу дышать, но я не могу дышать».

Важно отметить, что некоторые пациенты не понимают гипервентиляцию и относятся к этому как сердечной сосудистой патологии (кардиалгия, окардиомиоцит, сосудистая дистония).

Характеристика остановки сердца. Боль в области сердца, которая не характерна для классической стенокардии. Эта ситуация была впервые описана Да Коста (1871), который рассматривал его как еще один компонент психовегетативного кризиса. Боли в сердце бывают разных оттенков - сдавливание, опускание, резка, скучность, напряжение, напряжение и так далее. Пациенты иногда говорят: «Кажется, мое сердце в горле», «соски нагреваются до левой груди» и «скулы сломаны».

- Синдром нарушения ритма сердца - учащенное сердцебиение, обморожение пульса, временная пауза, нерегулярное сердцебиение. Эти симптомы еще более выражены при растяжении. Сердце бьется 110-120 раз в минуту. Это состояние сопровождается болью в области сердца, повышенным уровнем АД, проблемами с дыханием, охлаждением, нехваткой воздуха, возбуждением и страхом смерти.

- Вегетативная регуляция АД нарушена: повышенное кровяное давление, пониженное кровяное давление и нестабильный синдром АД.

Висцеральные (эпигастральные, брюшные) судороги. Тяжесть, усталость, жжение, боль в эпигастральной области, аэрофагия (рвота), рвота, бледность кожи, тахикардия или брадикардия, снижение АД, «напряжение рвоты», императивный разрез, боль в животе. Появляется ощутимая боль, отек, метеоризм. «Эпилептические ощущения верхнего щитка» (Gastaut Н., 1966), пациенты описывают это как боль в животе в вопли, тошноту, сдавливание шеи, промывание горла, иногда сопровождающееся обмороком. Пациенты отмечают различные сенестопатии, которые условно называют «брюшной психопатией».

Основными симптомами «абдоминальной психологии» являются: 1) вариабельность интенсивности и локализации боли; 2) необычное описание боли («укус», «прокалывание», «скручивание, поворот»); 3) диссоциация между «экстремальной» и «невыносимой» болью с недостаточным состоянием пациента. Иногда пациентам трудно описать эти чувства, и в животе возникает «страх». После завершения абдоминальных припадков у пациентов появляются прыщи, сонливость, торможение и обезвоживание.

Ортопедические припадки - чаще всего наблюдаются у женщин. Нижняя часть живота характеризуется ощущением тепла, необратимой сексуальной тенденцией, увеличением пассивного сексуального возбуждения, скоплением матки, промежности и мышц бедра. Захваты сопровождаются положительными переживаниями («счастье», «радость», «удовольствие»).

Сосудистые припадки характеризуются гиперемией лица, жаждой, полиурией, тахикардией, потоотделением, булимией или анорексией, повышенным АД и аппетитом. Вегетативные припадки с преимуще-

ством нарушений терморегуляции делятся на несколько типов: 1) Пароксизмальная гипертермия (температурный кризис), повышение температуры тела до 39-40 С⁰, головная боль, покраснение, чувство внутреннего напряжения. Усталость в течение некоторого времени после понижения температуры; 2) обморожение, гиперкинезы - при полимоторной реакции («газовая оболочка») наблюдается внезапная заморозка-вибрация; 3) синдром «вздутие живота», чувство «холода» по всему телу или в отдельных частях. В это время температура субфебрильная или на периферии. Вегетативные симптомы проявляются в виде расстройств АТ, нестабильности пульса, потоотделения и гипервентиляции.

Критерии вегетативных эпилептических припадков:

- слабые ли провокационные факторы в их формировании;
- короткая продолжительность (не более 5-10 минут);
- скованность во время судорог;
- серийные припадки;
- послеродовой абсцесс и потеря сознания;
- Совместное наблюдение с другими эпилептическими припадками;
- Фотографически такой же захват растительности, то есть каждый новый захват такой же, как и предыдущий.
- Изменения ЕЕQ при эпилепсии (гиперсинхронный разряд, двусторонняя высокоамплитудная активность, медленный пик-волновой комплекс и т.д.

Простой анализ психических расстройств, которые включают дисмнестические, идеологические, эмоциональные, аффективные, иллюзорные и галлюцинации расстройства.

Дисмнестические приступы. К ним относятся явления «увиденное», «уже услышанное», «уже пройденное» (*deja vu, deja entendu, deja vesi*). Дежавю является эпилептическим, то есть пароксизмальным, с четкой копией предыдущих приступов. Когда припадок закончился, возникает чувство слабости, усталости и сонливости. Эпилептические припадки дежа вю связаны с расположением миндалины-гиппокампа, однако, когда очаги расположены справа, это явление наблюдается в 3-9 раз чаще, чем слева.

Идеаторные приступы. Эти затмения формируют инопланетное время, заставляют мысли (о смерти, вечности, чтении) и не могут быть освобождены от них. Пациенты описывают их как «чужие мысли», «двойные мысли», «застой мыслей», «задержка речи», «речевой паралич», «спонтанность чувств», «мысли с невероятной скоростью». Их следует отличать от шизофрении ("шперрунг", "ментизм") Фиксаторы холостого хода расположены в эпилептической печи или глубоко в канавке.

Эмоционально - аффективные припадки. **Пациенты испытывают чувство вины, чувство смерти, конец света,** сопровождаемые неспровоцированными, приступообразными страхами, которые они либо избегают, либо скрывают. В некоторых случаях также наблюдаются положительные эмоции («счастье», «счастье», и т. д.). При эмоционально-аффективных припадках эпилептическое кровотечение возникает при наличии большинства лимбических систем.

Иллюзия приступы. Эти феноменологические явления относятся скорее к нарушениям психосенсорного синтеза, чем к иллюзиям. Он делится на следующие виды:

- **Метоморфопсические приступы.** Метаморфопсия характеризуется внезапными изменениями формы окружающих предметов и их постоянным движением. Это явление называется «оптический шторм». Эпилептический очаг находится на стыке холмов и холмов.

- **Расстройства схемы организма и аутопсихические пароксизмы деперсонализации.** Наблюдаются нарушения «схемы тела» (соматопсихическая-деперсонализация). В некоторых случаях это сопровождается вымыслом и абсурдом (руки отделяются от тела и увеличиваются в размерах комнаты). Пароксизмы аутопсихической деперсонализации характеризуются тем фактом, что «Я» является ограждением между ней и окружающей средой (ее лицо чуждо ей, иногда с ощущением того, что она аутометаморфоза и превращается в другого человека).

Пароксизмы образования характеризуются:

- среда нереальная;
- потеря восприятия;
- среда исчезла;

- память о вещах;
- среда необъяснима;
- потерять внутренний смысл окружающей среды;
- среда воспринимается как пространство;
- возникает «нереальное» впечатление от окружающей среды;
- Эпилептический очаг расположен на верхней челюсти.

Галлюцинаторные приступы. Галлюцинаторные припадки возникают в виде чихания, аппетита, зрения, слуха и сложных галлюцинаций. Наконец, мы считаем целесообразным сделать три клинических наблюдения.

Клиническое наблюдение 1. Больная Г.А., 20 лет, девочка. Наследственность не усугубляется психическим расстройством. У нее не было серьезных заболеваний, пока ей не исполнилось 18 лет. В семье есть одна сестра и один брат. После окончания 11 классов, изначально в магазине был продавец. Но она была без работы из-за своей болезни. В возрасте 18 лет она впервые, что сообщается о непроизвольном смехе и плаче в виде 2-3-минутного периода. Ее разум не был сломлен в это время. Пациент был диагностирован с биполярным аффективным расстройством в нескольких зарубежных странах, шизофреническим психозом и депрессивными эпизодами, но лечение против этих заболеваний не было эффективным. Магнитно-резонансная томография (МРТ) не выявляет никакой патологии. В ЭЭГ наблюдаются пароксизмальные центры комплексной поверхности. Пациенту был поставлен диагноз «Эмоционально-аффективные припадки», и ей давали депакин-хроно 500 мг утром и вечером. Через 2-3 недели «эмоционально-аффективные припадки» исчезли.

Клиническое наблюдение 2. Больной Е.Т. 28 лет, мужчина. Его мать и сестра страдали от расстройства, эпилепсии. Он не женат и работает инженером-электриком. В течение последнего года он жалуется на бессонные ночи, затрудненное дыхание, осложнения дыхательных движений, болезненное, неприятное дыхание, вялость, короче говоря, дыхательные ритмы. Пациент говорит, что воздух не проникает в глубины легких, воздух накапливается в верхней трети груди, сжимая воздух внутри или снаружи, в «грудной клетке», «щитке», «клапанной» части

грудной клетки. Хотя пациент обратился к различным специалистам, положительных изменений не было. В течение последних 6 месяцев ему был поставлен диагноз «бронхиальное вешание» в Легочном институте. Но нет положительного результата. При МРТ патологии не обнаружено. ЭЭГ имеет сложный набор пароксизмальных центров. Нами был поставлен диагноз «Респираторные (гипервентиляционные) судороги», и им назначили дали 200 мг карбамазепина за час до полудня, без приступов, начинающихся на следующую ночь.

Клиническое наблюдение 2. Больная М.И., 30 лет. Она болеет последние 10 лет. Жалобы на слух и зрительные галлюцинации, которые длятся от 10 до 20 минут на фоне ясного мышления. При МРТ патологии не обнаружено. ЭЭГ имеет сложный набор пароксизмальных центров. Пациент лечился психотропными препаратами для диагностики шизофрении в течение почти 10 лет, без каких-либо положительных эффектов. II группа инвалидности с диагнозом шизофрения. Установлен диагноз галлюцинаторных припадков и были назначены карбамазепин и ламотриджин. Последующие наблюдения и катamnестические данные показали, что галлюцинации у пациента исчезли через 1 месяц и продолжает принимать назначенные противосудорожные препараты.

В конце статьи хотим привести высказывания Ю.В. Каннабих [1]: «На основании целого ряда признаков преморбидной личности, психопатологических черт статуса и динамики процесса мы умеем в настоящее время ставить диагноз эпилепсии, совершенно отвлекаясь от эпилептического припадка как такового. Мы может смело сказать, что умеем видеть эпилепсию там, где еще не видят ее многие невропатологи». Высказывания Н.В. Каннабих по сей день остается весьма актуальным. Следует отметить, что лечение психических расстройств как компонента эпилепсии следует продолжать так же долго, как и при эпилепсии.

Заключение. Результаты исследования показывают, что диагнозы психических расстройств у больных с простыми парциальными эпилептическими приступами часто не идентифицируются должным образом. Этим пациентам ставят диагноз шизофрения, различные аффективные расстройства и соматические неврологические диагнозы, которые в результате терапии не дают никаких положительных результатов. Психи-

ческие расстройства как компонент парциальных эпилептически приступов на практике часто лечат нейролептиками, что является абсолютно неэффективным. При терапии психических расстройств как компонент парциальных эпилептических приступов необходимо назначить производные вальпроата, ламотриджин, карбамазепин и леветирацетам. Длительность лечение должно быть, как при терапии эпилепсии.

Опыт авторов доказывает, что наиболее эффективными препаратами для лечения тяжелых психических расстройств являются производные вальпроата, ламотриджин, карбамазепин и левотироацетам.

Рекомендация:

1. Диагноз психических расстройств как компонента эпилепсии часто не определяется должным образом. В то же время, психические расстройства всегда должны учитываться в форме судорог, депрессии, сонливости и других клинических симптомов, упомянутых выше.

2. Патология часто не выявляется при МРТ при психических расстройствах как компонент эпилепсии. ЭЭГ имеет сложный набор пароксизмальных центров.

3. Психические расстройства как компонент парциальных эпилептически приступов на практике часто лечат нейролептиками, что являются абсолютно неэффективными. При терапии психические расстройства как компонент парциальных эпилептических приступов необходимо назначить производные вальпроата, ламотриджин, карбамазепин и левотироацетам. Длительность лечение должно быть, как при терапии эпилепсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каннабих Ю.В. . Развитие учения об эпилепсии // Проблемы теоритической и практической медицины. - М. - 1938 - С.5-16]. Kannabikh Yu.V. Development of the study of epilepsy // Problems of theoretical and practical medicine. - M. - 1938 - C.5-16] (in Russian).
2. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou et al., ILAE OFFICIAL REPORT A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. [Volume 55, Issue 4](#), pages 475–482, April 2014.
3. Maurice J Clancy[†], Mary C Clarke[†], Dearbhla J Connor, Mary Cannon and David R Cotter. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis *BMC Psychiatry*2014;14:75.
4. Covanis A, Guekht A, Li S, Mary Secco M, Shakir R, Perucca E. From global campaign to global commitment: The World Health Assembly's Resolution on epilepsy. *Epilepsia*. 1—7:2015.
5. WHO: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 *Lancet Neurol* 2019; Volume 18; ISSUE 5; P. 357–375.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30120-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30120-6)

Особенности ЭЭГ у детей с расстройствами аутистического спектра

Н.Ф. Гашимова, Г.Н. Мусабекова**, З.Ф. Мусабеков****

Autizm spektrli pozuntuları olan uşaqlarda EEG xüsusiyyətləri

N.F. Hashimzade, G.N. Musabayova, Z.F. Musabekov **Особенности ЭЭГ у детей с расстройствами аутистического спектра**

Н.Ф. Гашимова, Г.Н. Мусабекова**, З.Ф. Мусабеков****

Features of EEG in children with autism spectrum disorders

N.F. Hashimzade, G.N. Musabekova, Z.F. Musabekov

* DiMed Tibb Mərkəzi E- mail: nargizh134@gmail.com

** AR SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi E- mail: qulya.musabayova@gmail.com

*** ATU- nun Psixiatriya kafedrası E- mail: doktorpsil@rambler.ru

Bu məqalədə uşaqların arasında müayinələr zamanı neyrofizioloji tədqiqatların aparılmasının aktuallığına baxılır. İşin məqsədi : autizm spektrli pozuntu olan uşaqlarda elektroensefaloqrammada müəyyən edilən nümunələrin alınması. Tədqiqat ASP olan 20 xəstə və 3 – 7 yaş arası 20 sağlam uşaq üzərində aparılıb. Kompüter elektroensefaloqrafda müntəzəm EEG aparılıb. Autizm spektri pozuntuları olan uşaqlarda xarakter xüsusiyyətlər aşkarlanıb. Bütün tədqiq edilən xəstəliklər forması üçün alfa spektral sıxlığında daha aşağı göstəricilər ümumi sayılır. Bu səviyyədə tezlik zolağı idrak funksiyalarının pozulma dərəcəsiindən asılıdır. Beta spektral sıxlığında – tezlik zolağında isə daha yüksək göstəricilər müşahidə olunub, bir sıra xəstəliklər üçün isə teta – tezlik zolağında müşahidə edilib.

Beləliklə: 1) ASP olan xəstələrdə EEG dəyişiklikləri parçalanmaya uğramayan xarakter daşıyır və EEG-nin dar zolaqlı ritmik komponentlərinin formalaşma vaxtında normanı keçməklə və ya geri qalmaqla normadan fərqlənir. EEG-nin parametrlərinin normallaşması uşaqların klinik vəziyyətinin yaxşılaşması ilə müşahidə olunur. Bu xəstələrdə idrak fəaliyyətinin uğurluluğu alfa ritmin aşağı tezliyinin yuxarı tezliyi üzərində üstünlüyü ilə əlaqələndirilir. 2) Rett sindromu tənəzzül stadiyasında olan xəstələrdə oxşar EEG müşahidə olunur – alfa komponentinin – korteksin bütün sahələrində əsas ritmin üstünlüklü düşməsi ilə EEG desinxronlaşma formasında dəyişiklər görünür. EEG-nin növbəti dinamikası bu cür xəstələrdə beyinin dərin strukturlarında və korteksin patoloji prosesə daxil olma dərəcəsiindən asılıdır. Sağlam uşaqlarda EEG-nin kamiiyyət analizinin daxil edilməsi və ASP olan

uşaqlarda multidisiplinar yanaşma bu cür neyrobioloji mexanizmlər haqqında təsəvvürü yetərli dərəcədə genişləndirir. Müxtəlif psixoloji inkişaf pozuntuları olan uşaqlarda EEQ-nın xüsusiyyətlərinin aşkarlanması kəmiyyət üsullu EEQ-nı differensial diaqnostika üçün istifadə etməyə və müalicəvi-korreksiya tədbirlərinin nəticələrinin dəyərləndirilməsinə imkan verir.

Açar sözlər: autizm spektrli pozuntuları olan uşaqlar, elektroensefaloqrammada alfa -potensiallar, autizm spektr pozuntuları olan uşaqlarda elektroensefaloqrammanın ritmlərin xarakteri

The article states the relevance of neurophysiological research in psychiatric practice of children. Objectives: to obtain patterns identified on the electroencephalogram in children with autism spectrum disorders. The study was conducted on 20 patients with ASD and 20 healthy children in the age range from 3 to 7 years. A routine EEG was performed on a computerized electroencephalograph. Typical signs were found in children with autism spectrum disorders. For all studied forms of diseases were observed lower spectral density values in the alpha frequency band, the level of which depends on the degree of cognitive impairment, and higher spectral density values in the beta frequency band, and for a number of diseases in the theta frequency band, are common. Therefore: 1) In patients with ASD, EEG changes are dissociated, differing from the norm by advancing or delaying the formation of narrow-band rhythmic components of the EEG. Normalization of EEG parameters is accompanied by an improvement in the clinical status of children. The success of cognitive activity of these patients correlates with the predominance of the low-frequency component of the alpha rhythm over the high-frequency. 2) Patients with Rett syndrome in the regression stage have a similar EEG changes – changes in EEG desynchronization with predominant loss of the alpha-main rhythm component in all areas of the cortex. Further dynamics of the EEG of these patients depends on the degree of involvement in the pathological process of the cortex and deep brain structures. The inclusion of the data of quantitative analysis of the EEG of healthy children and patients with ASD in a multidisciplinary approach allows us to significantly expand the understanding of their neurobiological mechanisms. The revealed features of EEG of children with various disorders of psychological development allow using the method of quantitative EEG for differential diagnosis and evaluation of the results of treatment and remedial measures.

Key words: children with autism spectrum disorders, alpha-potentials on an electroencephalogram, characteristic rhythms on an electroencephalogram in children with autism spectrum disorders.

Актуальность: За последние годы накоплен большой материал, касающийся исследований нейрофизиологических характеристик головного мозга здорового ребенка (1,2,4,5). Показаны изменения характера и темпов формирования независимых ритмических компонентов ЭЭГ у детей разного возраста, отражающих особенности созревания структур корково-подкоркового уровня. Однако эти данные крайне редко используются в клинической детской психиатрии. Современные научные подходы требуют жесткой стандартизации и унификации данных параклинических исследований. Поэтому нейрофизиологические исследования, показывающие диагностически информативные отличия ЭЭГ здоровых и психически больных детей весьма немногочисленны (3,6).

Очевидно, что с помощью визуального анализа ЭЭГ невозможно оценить все многообразие изменений, происходящих в множестве частотных диапазонов в разных зонах коры головного мозга. Существует несколько методов количественного анализа ЭЭГ. Наиболее распространенным в настоящее время является метод ЭЭГ-картирования, позволяющий количественно оценить ЭЭГ-параметры в различных зонах коры. Однако, отсутствие надежных границ, объединяющих разные ритмические диапазоны в соответствии с их функциональным значением, затрудняет использование стандартных частотных полос, пусть даже и разбитых на поддиапазоны. Несомненно, что использование максимально широкого спектра характеристик ЭЭГ у здоровых детей разного возраста может служить основой, на которую возможно будет накладывать рисунок биоэлектрической активности мозга у детей с нарушением психологического развития, в частности, у детей с расстройствами аутистического спектра (в дальнейшем РАС).

Цель исследования: Выявить особенности нарушения закономерностей в формировании ЭЭГ и наличие патологических ЭЭГ- феноменов у детей с различными расстройствами аутистического спектра.

Исследование : В результате исследования были получены количественные характеристики множества параметров ЭЭГ. Это дало возможность оценивать степень отклонений ЭЭГ от возрастной нормы у конкретного пациента, когда в большинстве случаев ЭЭГ не содержит «патологических» форм электроактивности. Обнаружение особенностей психологического развития у детей с различными РАС позволяет использовать метод количественной ЭЭГ для дифференциальной диагностики и оценки результатов лечебно-коррекционных мероприятий. Комплекс характеристик ЭЭГ и их закономерная возрастная динамика могут быть индикатором нормального или патологически протекающего процесса.

Методы исследования : Проведена рутинная электроэнцефалография на компьютерном картированном электроэнцефалографе.

Исследования проводились среди 20-ти здоровых детей и 20-ти детей с РАС в возрастном диапазоне от 3-х до 7 лет. У детей с РАС были нарушены частотно- амплитудные характеристики отдельных ритмов

ЭЭГ и динамика их возрастных изменений, что формировало определенный ЭЭГ- паттерн в каждой группе пациентов. Патологические, с точки зрения клинической нейрофизиологии, феномены не занимают ведущее место в картине нарушений ЭЭГ. Для всех изученных форм РАС общими являются более низкие значения спектральной плотности в альфа - полосе частот, уровень которых зависит от степени нарушения когнитивных функций, и более высокие значения спектральной плотности в бета- полосе частот, а для ряда РАС и в тета-полосе частот.

Таким образом:

1) У больных с РАС изменения ЭЭГ носят диссоциированный характер, отличаясь от нормы опережением или задержкой сроков формирования узкополосных ритмических компонентов ЭЭГ. Нормализация параметров ЭЭГ сопровождается улучшением клинического состояния детей. Успешность когнитивной деятельности у этих больных коррелирует с преобладанием низкочастотного компонента альфа-ритма над высокочастотным;

2) У пациентов с синдромом Ретта в стадии регресса наблюдаются сходные ЭЭГ - изменения в виде десинхронизации ЭЭГ с преимущественным выпадением компонента альфа- основного ритма во всех зонах коры. Дальнейшая динамика ЭЭГ этих больных зависит от степени вовлечения в патологический процесс коры и глубоких структур мозга.

Таблица 1.

Распределение частоты доминирующего альфа-ритма в группах детей разного возраста с аутизмом (в процентах от общего числа детей каждой возрастной группы)

Возраст	Частота ритма, Гц			
	7-8	8-9	9-10	10-11
3-5 лет	40 (11)	30(71)	30(16)	0(2)
5-7 лет	10(4)	10(40)	50(54)	30(2)

Примечание: В скобках указаны аналогичные данные для здоровых детей того же возраста.

Как видно из Табл.1, у детей в возрасте 3-5 лет все диапазоны альфа -ритма были представлены примерно одинаково. По сравнению с нормой значительно увеличены низкочастотная (7-8 Гц) и высокочастотная (9-10 Гц) составляющие и значительно уменьшены компоненты 8-9 Гц. Заметный сдвиг в сторону высоких значений альфа -ритма наблюдался после 6 лет, причем по представленности сегментов 8-9 Гц и 10-11 Гц наблюдались различия с нормой.

Сравнение характера нарушений ЭЭГ у 2 групп исследуемых детей –здоровых и с РАС с разным временем начала патологического процесса, но с одинаковой прогрессивностью заболевания, показало следующее:

1. Типологическая структура ЭЭГ нарушена значительно при более раннем начале заболевания.

2. При раннем начале процесса значительно больше выражено уменьшение индекса альфа -ритма.

3. При более позднем начале РАС изменения проявляются преимущественно в нарушении частотной структуры альфа -ритма со сдвигом в сторону высоких частот, гораздо более значительном, чем при начале заболевания в ранние сроки.

Обобщая картину нарушений ЭЭГ у пациентов с РАС , можно выделить характерные особенности.

Изменения на ЭЭГ проявляются в нарушении амплитудно-частотной и типологической структуры ЭЭГ. Они резко выражены при более раннем и более прогрессивном течении процесса. В этом случае максимальные изменения касаются амплитудной структуры ЭЭГ и проявляются значительным снижением амплитуды спектральной плотности в альфа -полосе частот, особенно в диапазоне 8–9 Гц.

Выводы : Включение данных количественного анализа ЭЭГ здоровых детей и пациентов с расстройствами аутистического спектра в мультидисциплинарный подход позволяет существенно расширить представление об их нейробиологических механизмах. Обнаруженные особенности ЭЭГ у детей в возрасте 3–5 лет показывают, что все диапазоны альфа -ритма были по сравнению с нормой значительно увеличены: низкочастотная (7–8 Гц) и высокочастотная (9–10 Гц) составляющие

щие и значительно уменьшены компоненты 8–9 Гц. Заметный сдвиг в сторону высоких значений альфа-ритма наблюдался после 6 лет, причем по представленности сегментов 8–9 Гц и 10–11 Гц наблюдались различия с нормой.

Выше указанные особенности ЭЭГ у детей с различными расстройствами психологического развития позволяют использовать метод количественной ЭЭГ для дифференциальной диагностики и оценки результатов лечебно-коррекционных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина 1999, 240с.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В., Горбачевская Н.Л., Кожушко Л.Ф., Якупова Л.П. Клинический и нейрофизиологический аспекты синдрома Ретта// Журнал психиатрии и неврологии им. Корсакова. 1993, N3, с.52-56.
3. Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Кожушко Л.Ф., Башина В.М., Симашкова Н.В., Амелин С.Н. Топографическое ЭЭГ-картирование в детской психиатрии.// Физиология человека, 1992, 18(6): 40-48.
4. Dziobek I., Köhne S. Brain imaging in autism spectrum disorders. A review. Der Nervenarzt 2011;5:564–72.
5. Gillberg C., Coleman M. The biology of the autistic syndromes. 3rd ed. London: Cambridge University Press, 2000;330 p
6. Klauck S.M., Poustka L., Chiochetti A. Genetics and animal modeling of autism spectrum disorders. New developments. Der Nervenarzt 2011;5:553–63.

Флупиртин (Снепсо) в терапии алкогольной абстиненции, без психиатрической коморбидности, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование

Алиев Н.А.¹, Алиев З.Н.²

Flupirtin (sneпсо), alkoqol abstinent sindromunun müalicəsində, psixiatrik komboridiyasız, iki qat kor plasebo nərzarətli tədqiqat
N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev***

Flupirtin (Sneпсо) in alcohol abstinence therapy, without psychiatric comorbidity, randomized, double blind, placebo-controlled research
N.A. Aliyev, Z.N. Aliyev

¹Ə. Əliyev adına ADHTİ-nin Psixiatriya və narkolojiya kafedrası

² ATU-nun Psixiatriya kafedrası

E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

Məqsəd: Alkoqol qəbulu sindromu əhali arasında geniş yayılmışdır. Bununla birlikdə, psixiatrik komorbidliyi olmayan abstinent sindromu olan xəstələrə flupirtinin təsiri öyrənilməmişdir. **Metod:** Yüz xəstə (bütün kişilər) hər hansı bir dərman vasitəsindən azad edildi. Hər xəstəyə 2 həftə ərzində flupirtin (50 xəstə) qəbul etmək ya da plasebo (50 xəstə) ilə iqiqat kor rejimdə müalicə etmək üçün təsadüfi seçildi. İştirakçılara DSM-5 meyarlarına görə diaqnoz qoyuldu. Onların yaşı 18 ilə 50 arasında dəyişdi. Alkoqol alma sindromunun şiddəti, spirt alma miqyası (AWS) ilə təyin olundu. Flupirtin və plasebo ilə reaksiyanın təsiri, varislik analizi və X2 testləri istifadə edərək müqayisə edildi. Hər qrupdan beş xəstə ən azı bir sonrakı qiymətləndirmə üçün geri qayıtmadı, yəni müvafiq olaraq 45 flupirtin, 45 nəfər plasebo götürdü. **Nəticələr:** 2 həftə ərzində flupirtin qəbul edən 45 iştirakçıdan hamısı müsbət reaksiya göstərdi; əksinə 45 xəstədən ibarət plasebo qrupunda yalnız 6 ($P > 0.001$). Flupirtinə qrupunda əhəmiyyətli bir yan təsir göstərilmədi. Tədqiqatımızın nəticələri spirt alma sindromunun müalicəsində flupirtinin yüksək effektivliyini göstərdi. Flupirtinin təsirinə biokimyəvi mexanizmi ritagabilin (xlorzoksazon) biokimyəvi təsirinə bənzəyir. **Yekun:** Müəlliflər bunu alkoqol alma sindromunun müalicəsində flupirtinin effektivliyini sınamaq üçün ilk iki qat kor, plasebo nəzarətli, rəndomizə edilmiş bir sınaq hesab edirlər. Onları daha böyük bir tədqiqat qrupuna yaymaq lazımdır.

Açar sözlər: alkoqoldan imtina; flupirtinə; müalicə.

Abstract

Objective: Alcohol withdrawal is highly prevalent in population. But, the effect of flupirtine on alcohol withdrawal patients without psychiatric comorbidity was not studied. **Method:** One hundred patients (all men) were washed out from all medications. Every patient was randomized to treatment (flupirtine) and placebo either on 50 patients for 2 weeks. Eligible participants, in addition to meeting the criteria for alcohol withdrawal from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), were required to be between 18 and 50 years. The response was defined as Alcohol Withdrawal Scale (AWS). Response effects with flupirtine and placebo were compared by using analysis of variance and χ^2 tests. In each group for at least one subsequent assessment remained on 45 patients in every group. **Results:** In flupirtine-treated group for 2 weeks all patients positively versus 6 in placebo group ($P > 0.001$). Severe adverse effects the flupirtine group was not observed. The results of our study showed high-efficiency flupirtine in the treatment of alcohol withdrawal syndrome. The biochemical mechanism of action of flupirtine is similar to that of ritagabine (chlorzoxazone). **Conclusions:** The authors believe this to be the first double-blind placebo-controlled randomization study to test the efficacy of flupirtine in the management of alcohol withdrawal. These to be replicated in a larger study group.

Keywords: alcohol withdrawal; flupirtine; treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно DSM-5 [4] распространенность алкогольного абстинентного синдрома составляет примерно 50% у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Среди лиц с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, которые находятся в больнице или остались без крова, показатель отмены алкоголя может превышать 80%. Тонико-клонические судороги встречаются менее чем у 3% людей. Известно, что симптомы отмены могут служить сохранению алкогольного поведения и способствовать рецидиву, что приводит к неуклонным нарушениям социальных и профессиональных функционирований. Симптомы требуют срочного медицинского вмешательства. Синдром отмены алкоголя больше всего связаны с функциональными, социальными нарушениями и плохим прогнозом.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы оценить влияние флупиртина на алкогольный абстинентный синдром, который широко распространён среди населения. Однако возможность использования флупиртина (catadolone) – **селективный активатор нейрональных калиевых каналов (SNERCO) в терапии алкогольной абстиненции** не исследовалась. Катадолон (флупиртин) является прототипом нового класса веществ – селективных активаторов нейрональных калие-

вых каналов. Относится к неопиоидным анальгетикам центрального действия, не вызывающим зависимости и привыкания. Работа была проведена двойным слепым плацебо-контролируемым дизайном. Это отчет о рандомизированном, двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании флупиртином (катадолон) SNEPCO в терапии алкогольного абстинентного синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей», принятой 18-й Всемирной медицинской ассамблеей (Финляндия, 1964 г., пересмотренной в Японии в 1975 г., Италия – 1983 г., Гонконг – 1989 год, Южно-Африканская Республика – 1996 год, Эдинбург – 2000 год); Конституция Азербайджанской Республики, Закон «О психиатрической помощи» (принят 12.06.2001 года, с изменениями и дополнениями – 11.11.2011, Решение Кабинета министров Азербайджанской Республики № 83 от 30 апреля 2010 года «Об утверждении Правил проведения научных, доклинических и клинических исследований лекарственных средств»:

- условия проводимых исследований соответствовали общепринятым нормам морали, требованиям этических и правовых норм, а также правам, интересам и личностному достоинству участников;
- проведенные исследования адекватны теме исследовательской работы,
- нет риска для предмета исследования;
- участники исследования были проинформированы о целях, методах, ожидаемых преимуществах исследования и связанных с ним с риском и неудобством в исследовании;
- согласие субъектов на участие в исследовании было получено;

Решение этического комитета при Азербайджанской психиатрической ассоциации по статье Н.А. Алиев, З.Н. Алиев «Селективный активатор нейрональных калиевых каналов флупиртин (SNEPCO) в терапии алкогольной абстиненции, без психиатрической коморбидности, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование», представленный для публикации в наркологических жур-

налах: в связи с соблюдением его законодательных требований и нормативных документов - утвердить статьи Н.А. Алиева, З.Н. Алиев «Селективный активатор нейрональных калиевых каналов флуипиртин (SNEPCO) в терапии алкогольной абстиненции».

Мы исследовали 100 пациентов с (F10.239 – **алкогольная зависимость с абстинентным синдромом по ICD-10-СМ.**). Пациентов наблюдали в Центре психического здоровья Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики. Согласно DSM-5 [4], существенной особенностью отмены алкоголя является наличие абстинентного синдрома, который развивается в течение нескольких часов до нескольких дней после прекращения (или сокращения) тяжелого и длительного употребления алкоголя (критерии А и В). Синдром отмены включает в себя два или более симптома, отражающих вегетативную гиперактивность и тревожность, перечисленные в критериях В, наряду с желудочно-кишечными симптомами. Симптомы проявления вызывают клинически значимое расстройство или ухудшение в социальных, профессиональных или других важных областях функционирования (критерий С). Симптомы не должны относиться к другому состоянию здоровья и не лучше объясняются другим психическим расстройством (например, генерализованным тревожным расстройством), включая интоксикацию или вывод из другого вещества (например, абстиненция от седативных, гипнотических или анксиолитиков (критерий D). Симптомы могут быть устранены путем введения алкоголя или бензодиазепинов (например, диазепама). Симптомы отмены обычно начинаются, когда концентрация алкоголя в крови резко снижается (то есть в течение 4-12 часов) после прекращения или снижения употребления алкоголя. Отражая относительно быстрый метаболизм алкоголя, симптомы отмены алкоголя обычно пиковые по интенсивности на второй день абстиненции и могут заметно улучшиться к четвертому или пятому дню. Известно, что (CI-WA-Arg) балл делится на три этапа: 1) <8 – мягкий, 2) 8-25 – средний тяжести и 3) > 25 – тяжелый уход [Совет по борьбе с наркоманией и алкоголизмом 2001: пересмотренный вариант 2003]. Наши пациенты соответствуют умеренному или тяжелому абстинентным состояниям.

Сто пациентов (все мужчины) были освобождены от приема всех лекарств. Каждый пациент был рандомизирован либо для приема флу-пиртина (50 пациентов) в течение 2 недель, либо для лечения плацебо (50 пациентов) двойным слепым способом. Возраст участников колебались от 18 до 65 лет. Десять пациентов не вернулись, по крайней мере, на одну последующую оценку, в результате чего 90 пациентов (45 принимали флу-пиртин и 45, принимающих плацебо) оказались в исследовательской группе. В каждой группе по 5 пациентов были преждевременно исключены из групп из-за несоблюдения условий исследования. Флу-пиртин и плацебо распределяли в идентичных капсулах; пациенты, рандомизированные в группе плацебо, принимали такое же количество капсул, как и те, которые назначались группе флу-пиртина.

В наших исследованиях мы использовали *catadolone forte* (флу-пиртин) назначали первые 7 дней по 200 мг 3 раза в день, затем 400 мг 3 раза в день, в капсулах в течение 14 дней (производство Pliva Krakow, Pharmaceutical Plant АО). Эта доза поддерживалась до конца исследования на 2-й неделе. Начиная с 0-й недели, пациенты получали исследуемое лекарственное средство. Капсулы поставлялись в пронумерованных бутылках, содержащих исследуемое лекарственное средство, как определено последовательностью случайных чисел. Список рандомизации был проведен старшим исследователем вне группы лечения. Никаких сообщений относительно статуса исследуемых пациентов не было и другие исследователи, за исключением того исследователя, который был информирован, в случае, если пациенты жаловались на какие-либо побочные эффекты от исследуемого препарата. Сотрудники больницы без каких-либо клинических обязанностей и знаний о пациентах контролировали процедуру назначения и давали лекарства в последовательном порядке, строго следуя рандомизированному списку. Лечащий врач не имел доступа к списку. И пациент, и лечащий врач не знали о предписании лекарственного препарата.

Пациенты были исключены, если у них было выявлено острое системное заболевание или болезнь, требующая частых изменений в приеме лекарств. А также, если у них были случаи судорог, сердечно-сосудистые заболевания, структурные повреждения головного мозга в

результате травмы, очаговые неврологические признаки при осмотре или признаки прогрессирующего неврологического расстройства и зависимость от веществ (кроме табака). Противопоказаниями у наших пациентов были следующие: пациенты с историей гиперчувствительности к флупиртину, печеночная энцефалопатия, холестаза, миастения, хронический алкоголизм вне абстиненции, первичный билиарный цирроз и заболевания печени. Пациенты прошли физический осмотр, электрокардиографию (если > 40 лет) и лабораторные анализы, включая гематологические и анализ мочи. Все пациенты были оценены на 0 и 2 неделях исследования разными психиатрами. Побочные эффекты регистрировались спонтанными сообщениями. У пациентов было 4 посещения: первоначальный скрининг (рандомизация) 0 неделя и 3 посещения за 2 недели. Данные для клинических оценок были собраны на 0 и 2 неделе. Пациентам также было предложено немедленно сообщать о любых возможных побочных явлениях, в том числе сыпи или других кожных реакций.

Пациенты не получали каких-либо антидепрессантов или противосудорожных препаратов в течение 2 недель до начала исследования. Все пациенты дали письменное информированное согласие после полного объяснения дизайна протокола, одобренного местным комитетом по этике (Азербайджанская психиатрическая ассоциация одобрила это исследование). Пациенты, которые не смогли дать достоверное информированное согласие, были исключены из исследования. Пациенты были набраны с января 2016 года и последующие действия были завершены к январю 2018 года. Показатели и причины отсева также были зарегистрированы.

Сравнение между группами на исходном уровне проводилось с использованием теста Манна-Уитни. Анализ ответа относится к последнему наблюдению, проведенному для всех пациентов, которые имели хорошую эффективность на исходном уровне и при лечении. Для всех пациентов были проведены анализ ответов, при которых по сравнению исходным уровнем, наблюдались хорошая эффективность в результате терапии. Анализ ответов проводился с использованием χ^2 и анализа дисперсии (ANOVA) в соответствии с Glantz [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографическая характеристика пациентов показана в таблице 1. Как показано в таблице 1, в базовом анализе Mann-Whitney U не было существенных различий между 2 группами. Статистические различия между двумя группами незначительны.

Таблица 1: Демографические и клинические характеристики исследуемого образца (N = 100)

Показатель	Терапевтические группы				Statistics N
	Flupirtine n=50 групп-		Плацебо группа		
Возраст mean	38.	(00.2)	37.4	(9.8)	N
Длительность за- mean (SD), г	16.	(13.0)	18.	(12.2)	N
Возраст начала, г mean (SD), г	15.	(7.0)	15.	(7.6)	N
Образование, n					
Начальная школа	28	(70)	30	(75)	N
Средняя школа	12	(30)	10	(25)	N
Семейное положе- Никогда не жени-	10	(25)	10	(25)	N
Женатые	20	(50)	18	(45)	N
Разведенные или	10	(25)	12	(30)	N
Работают, n (%)					
Не работают	40	(100)	40	(100)	N

*Анализ статистической значимости проводился с критериями альтернативных изменений. NS – недостоверно.

Как показано в Таблице 2, не все пациенты возвращались для последующей оценки, из 100 больных исследование завершили 90 пациентов (45 принимающих катадолон и 45 принимающих плацебо). Таким образом, из каждой группы по 5 больных были исключены для окончательной оценки.

Суммарное количество баллов по шкале CIWA-Ar во время лечения алкогольного абстинентного синдрома показано в таблице 2. Средние общие баллы по CIWA-Ar в течение 2 недель были значимые между двумя группами.

Таблица 2: Средняя баллов по шкале CIWA-Ag во время лечения

Подлежащие тера- пию	Терапевтические группы		Statistics
	Flupirtine группа	Плацебо груп-	NS
Комплектация для	45	45	NS
Показатели шкалы	17,5±1,5	17,5±1,5	NS
Показатели шкалы	2,0±0,1	20,0±1,7	P>0,001

*Анализ статистической значимости проводился с критериями альтернативных изменений. NS – недостоверно.

Таблица 3: Результаты терапии (наблюдаемый и ожидаемый числа из анализа W²)

Терапевтические группы	Есть улучшение	Нет улучше-	Всего
Catadolon	35 (15.60)	10 (20.43)	45
Плацебо группа	6 (16.43)	39 (22.68)	45
Всего	41	49	90

По методу Манн-Уитни U, была значительная разница между группами (катадолон и плацебо)

Результаты лечения – наблюдаемый и ожидаемый числа по W² анализу показано в Таблица 3.

Таблица 4: Побочные эффекты при применении flupirtine и плацебо

Побочные эф-	Flupirtine группа (n = 45), n	Плацебо группа	P*
Головокружение	6	35(78)	>0.001
Головная боль	2	16(35)	>0.001
Усталость	3	40(89)	>0.001
Потливость	5	35(78)	>0.001
Седация	5	3(7)	NS*
Тошнота	1	20(44)	>0.001
Расплывчатое	4	14 (31)	>0.001
Сонливость	1	38 (84)	>0.001
Рвота	8	25(55)	>0.001

*Анализ статистической значимости проводился с критериями альтернативных изменений. NS – недостоверно.

В таблице 3 приведены результаты лечения по анализу W². Как показано в таблице 3, статистически значимая разница в улучшении

наблюдалась в первой группе (катадолон) по сравнению с таковой во второй группе (плацебо). Необходимо указать, что у пациентов первой группы по сравнению с таковыми во второй группе наблюдались незначительные побочные эффекты (таблица 4). Головная боль в первой группе пациентов была значительно ниже, чем у второй группы пациентов.

Данные, полученные нами в связи с небольшим числом пациентов и короткий период наблюдения (2 недели), следует считать предварительными. Следующий этап работы будет проводиться на большом количестве пациентов и на более длительный период наблюдения с плацебо-контролируемым двойным слепым методом.

ОБСУЖДЕНИЕ

Катадолон обладает анальгезирующим, миорелаксирующим, нейропротективным действием, способствует предотвращению хронизации боли. Центральным эффектом флупиртина основан на 4 основных эффектах [8].

Анальгетическое действие

Флупиртин вводили в качестве альтернативы опиоидным анальгетикам и НПВП. Впоследствии были выявлены многочисленные другие действия, такие как расслабление мышц и нейропротекторная активность и др. Флупиртин действует косвенно как антагонист рецептора N-метил-D-аспартата (NMDA) путем активации каналов K^+ анальгетического действия [13]. Флупиртин вызывает дозозависимое снижение индуцированного NMDA рецептором глутамата, вызванного повышением внутриклеточной концентрации Ca^{++} [17]. Он связывает и активирует G-белок, связанный с каналами K^+ , направленными внутрь клеток. Активация этого канала приводит к гиперполяризации нейронной мембраны, и нейрон становится менее возбудимым; таким образом, наблюдается стабилизация нейронной мембраны [11]. Препараты, активирующие K^+ каналы, называются селективными нейрональными калиевыми канальными открывателями (SNEPCO), а флупиртин является одним из этих прототипов [13]. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что флупиртин может подавлять открытие канала, действуя как

окислитель в рецепторах NMDA [16]. Это действие ингибирует передачу ноцицептивных импульсов при возбуждении нейронов.

Миорелаксирующее действие

Релаксация мышц обусловлена ингибированием как моно-, так и полисинаптических рефлексов. Спинальный полисинаптический сгибательный рефлекс, опосредованный NMDA рецепторами, был подавлен флупиртином, тогда как моносинаптический рефлекс Гофмана (Н-рефлекс), опосредуемый не-NMDA-рецепторами, не влиял [18]. Здоровые люди ответили значительным снижением как ранней фазы электрически вызванного полисинаптического сгибательного рефлекса [периорбитальный мышцу](#), через 2 ч после приема 200 мг флупиртина. Flupirtine обладает анальгезирующим и миорелаксирующим эффектом в тех же диапазонах доз. Флупиртин обладает болеутоляющим, а также расслабляющим мышцу действием в тех же диапазонах доз. Таким образом, он может быть использован при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата со спастичностью и хронической скелетно-мышечной болью [18].

Нейропротективное действие

Апоптоз, запрограммированная гибель клеток, вызван увеличением внутриклеточных уровней Ca^{++} , дисфункцией митохондрий, нарушением клеточной мембраны и, наконец, нуклеолизом. Исследования *in vitro* с первичными корковыми нейронами эмбрионов крыс показали, что ацетат свинца; прионы, такие как PrPsc, белок ВИЧ-оболочки gp120 и β -амилоидный пептид, вызывают апоптотическую гибель клеток [19]. Но если предварительно инкубировать с флупиртином, он полностью защищает апоптотическую гибель клеток, вызванную вышеуказанными агентами в нейронах. Было обнаружено, что флупиртин является антагонистом как глутамат, так и NMDA, индуцирует увеличение внутриклеточных уровней Ca^{++} , как наблюдалось в культурах *in vitro* кортикальных и гиппокампальных нейронов [11; 19; 23].

Экспрессия Bcl-2, антиапоптотического агента, и глутатиона, поглотителя реактивного кислорода, снижается во время индуцированного глутаматом или NMDA апоптоза в клетках. Установлено, что флупиртин увеличивает уровни Bcl-2, тем самым снижает активности

глутатиона, глутамата или индуцированном NMDA апоптозе нейронов Ntera / D1 (hNT) человека, а также культивируемых пигментных клетках сетчатки [11; 19]. Флупиртин уменьшил экспрессию онкогена и образование реактивных кислородных радикалов в экспериментальных моделях, что объясняет его действие на предотвращение индуцированного ишемией апоптоза. Это объясняет роль флупиртина в будущем для лечения нейроинфекций, таких как синдром иммунодефицита (СПИД), прионные заболевания и нейродегенеративные заболевания, такие как болезнь Альцгеймера [13].

Антипаркинсоническое действие

Флупиртин обладает антагонистическим действием NMDA-рецептора и, следовательно, он изучается для его антипаркинсонского эффекта в качестве адьюванта к L-3,4-дигидроксифенилаланину (L-ДОФА). Акинезия и мышечная ригидность были вызваны у крыс с помощью резерпина и methyl p-tyrosine. Флупиртин вводили отдельно и в сочетании с L-DOPA, он сильно уменьшал мышечную ригидность и увеличивал способность L-DOPA в устранении акинезии [20].

При индуцированной галоперидолом каталепсии, которая рассматривается как модель болезни Паркинсона, флупиртин сам по себе и в сочетании с L-DOPA оказывает сильное антикаталептическое действие [18; 20]. Тем не менее, для подтверждения этих доказательств, до настоящего времени, исследования на людях не проводились.

Специальная группа

Безопасность флупиртина у беременных женщин, кормящих женщин и детей менее 6 лет не установлена. Во время приема флупиртина кормление грудью следует прекратить. Дозу флупиртина следует уменьшить до 50% у пожилых пациентов и пациентов с почечной и печеночной недостаточностью [3].

Противопоказания

Флупиртин противопоказан пациентам с гиперчувствительностью к флупиртину, при печеночной энцефалопатии, холестазае, миастении, хроническом алкоголизме вне абстиненции, первичном билиарном циррозе и заболеваниях печени.

ПОЛЗЫ

Скелетно-мышечная боль

Флупиртин сравнивали с плацебо и стандартными анальгетиками для определения его эффективности и переносимости. Постмаркетинговое наблюдение за флупиртином 200-300 мг / день в течение 1 недели, было оценено по визуальной аналоговой шкале боли. Было отмечено, что частота ответов составила 94%, 89,4% и 85,9% для пациентов с острой, подострой и хронической болью соответственно [3; 14].

Головная боль

Пациенты, у которых был неадекватный ответ на обычные анальгетики при хронической головной боли, показали лучший ответ на флупиртин [14].

Результаты нашего исследования показывают, что катадолон более эффективен при лечении отмены алкоголя, чем плацебо. Анализ статистической значимости проводился с критериями альтернативных изменений. Обозначает значимость, которая заставила нас исследовать другие потенциальные фармакотерапии, в частности качестве противосудорожный катадолон [2]. Катадолон действует на пресинаптическую мембрану, чтобы уменьшить высвобождение глутамата, и было показано, он что устраняет деперсонализационных явлений, вызванной антагонистом рецептора NMDA-рецептора кетамин у здоровых индивидов. И было показано, что он обращает вспять связанные с деперсонализацией явления, вызываемые антагонистом рецептора NMDA кетамин, у здорового человека.

Механизмы действия катадолона могут быть связаны с влиянием нейрональной активности и передачи глутамата и ГАМК.

Есть некоторые данные литературы, в которых указывается роль калиевого канала в качестве целей терапевтического вмешательства и новых терапевтических стратегий для алкогольной и наркотической зависимости [5; 6; 12; 21; 22].

Лаврецкая Е.Ф. [1] показала, что увеличение проводимости мембран для ионов K^+ (то есть активационное раскрытие калиевых каналов) вызывает нейронную гиперполяризацию и, в большинстве случаев, уменьшает частоту возбуждения нейронов, сильное ингибирующее дей-

ствие на возбудимость нейронов. Калийные каналы контролируют мембранный потенциал покоя и, следовательно, играют важную роль в регуляции возбудимости нейронов. Она пишет: «Необходимо подчеркнуть несколько важных моментов, касающихся тех функций, в которых особая роль принадлежит калиевым каналам.

1. Основной функцией каналов калия является катализ переноса ионов калия через мембрану, что обеспечивает существование разницы в электрических потенциалах между внутренней и внешней сторонами мембраны во всех живых клетках. Выполнение этой функциональной роли обеспечивается высокой проводимостью и высокой селективностью этих каналов.

2. В дополнение к этой потенциально-формирующей роли калиевые каналы участвуют в процессе деполяризации мембраны электровозбудимых клеток, ускоряя реполяризацию и возвращая потенциал на уровень покоя. В редких случаях деполяризация мембраны может произойти из-за снижения проницаемости калия.

3. Все вышесказанное определяет особую роль изменения проницаемости калия мембраны, обеспечивающей многие физиологические процессы, в частности, возбуждение в нервных и мышечных клетках, создание ритмов в нейронных и кардиостимуляторах, секреция гормонов железистыми клетками и медиаторами нервными окончаниями, определенные типы приема (например, свет), процессы памяти и многие другие, еще не до конца прояснившиеся.

4. Множество каналов, регулирующих проводимость калия мембраны, указывает на особую пластичность этой мембранной функции. Разнообразие калиевых каналов отражается в различной чувствительности к фармакологическим агентам, блокаторам. Это открывает важные перспективы для избирательного воздействия на различные компоненты проводимости калия и, следовательно, на процессы, в которых они участвуют»[1].

Таким образом, имеющиеся современные литературные данные указывают на увеличение проводимости мембраны для ионов K^+ (т.е. активационное открытие калиевых каналов), вызывает нейронную гиперполяризацию и в большинстве случаев уменьшает возбуждение

нейронов, оказывающее сильное ингибирующее действие на возбудимость нейронов. Калийные каналы контролируют мембранный потенциал покоя и, следовательно, играют важную роль в регуляции возбудимости нейронов.

Следует отметить пять ограничений нашего исследования. Во-первых, исследована группа с небольшим количеством больных. Мы рекомендовали повторить эти результаты в более крупной группе, чтобы можно было более точно оценить размеры эффекта. Во-вторых, необходимо провести это исследование для возможного обобщения этих данных на выборке женщин, страдающих алкогольным абстинентным синдромом. В-третьих, отсутствие системных побочных эффектов для будущих исследований. В-четвертых, необходимо исследование побочных эффектов ЦНС. В-пятых, необходимы дальнейшие исследования для установления оптимальной дозировки. Несмотря на эти ограничения, это исследование показывает, что катадолон эффективен и хорошо переносится при лечении отмены алкоголя.

В любом случае, в ожидании дальнейшего понимания механизмов действия катадолона, настоящие данные свидетельствуют о том, что этот препарат является полезным новым агентом для лечения алкогольной абстиненции, у пациентов, которые не реагировали на другие традиционные препараты. Будет важно изучить дальнейшие последствия катадолона при других расстройствах.

Однако наши результаты показывают ограниченную продолжительность испытания. Тем не менее, эти данные свидетельствуют о том, что лечение катадоном хорошо переносится и может быть предложено в качестве эффективной терапевтической стратегии для улучшения результатов лечения алкоголизма.

Некоторые авторы установили, что хлорзоксазон, уменьшает функцию канала $Na^{+}Ca^{2+}$ SK с хроническим потреблением этанола, усиливает возбудимость $Na^{+}Ca^{2+}$ и потребление этанола, а одобренный FDA SK activator chlorzoxazone снижает чрезмерное потребление этанола [9; 10]. Другие авторы указали, что малые проводимые кальций-активированные каналы типа калия 2 регулируют спиртосодержащую пластичность глутаматергических синапсов [15].

Выводы

Результаты нашего исследования показали высокую эффективность флупиртина в лечении алкогольной абстиненции. Биохимический механизм действия флупиртина аналогичен биохимическому действию ritagabiline (chlorzoxazone). Несмотря на огромный прогресс, достигнутый недавно в выяснении нейробиологической основы зависимости, ожидаемые последующие терапевтические улучшения не были реализованы. Здесь мы рассмотрели некоторые из наиболее перспективных кандидатов на будущую терапию алкоголизма и наркомании. Несмотря на то, что значительная работа уже была проведена с использованием ГАМК, необходимы дополнительные усилия для понимания оптимальных доз и лучших ответов на такие методы лечения. Блокаторы и активаторы нейрональных каналов представляют собой новую цель, которая может быть переведена в исследовательские клинические исследования в ближайшем будущем, особенно с использованием препаратов, уже одобренных для других показаний. Новизна работы – первое применение нейрональных калиевых каналов для лечения синдрома отмены алкоголя.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарность. Авторы выражают свою благодарность сотрудникам Центра Психического Здоровья Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лаврецкая Э.Ф. Фармакологическая регуляция психических процессов. М.: Наука. 1985. 280 с.
2. Aliyev NA, Qafarov TA, Aliyev ZN (2017) Neuronal potassium channel openers' flupirtine (SNEPCO) in the treatment of the pharmcoresistant epilepsy. Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry 41: 674.
3. Devulder J (2010) Flupirtine in Pain Management Pharmacological Properties and Clinical Use. CNS Drugs 24: 867-881.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5TM (2013). Am J Psychiatry.
5. Garcia ML, Kaczorowski GJ (2005) Potassium channels as targets for therapeutic intervention. Sci STKE 46.
6. [Giovanni Addolorato](#), [Lorenzo Leggio](#), [F Woodward Hopf](#), [Marco Diana](#), and [Antonello Bonci](#). (2012) Novel Therapeutic Strategies for Alcohol and Drug Addiction: Focus on GABA, Ion Chan-

- nels and Transcranial Magnetic Stimulation. *Neuropsychopharmacology* 37: 163-177. doi: [10.1038/npp.2011.216](https://doi.org/10.1038/npp.2011.216)
7. Glantz AS (2011) *Primer of Biostatistics*. Seventh Edition, McGraw-Hill Education / Medical 320.
 8. [S Harish](#), [K Bhuvana](#), [Girish M Bengalorkar](#), [TN Kumar](#) (2012) *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 28: 172-177.
 9. [Hopf FW](#), [Bowers MS](#), [Chang SJ](#), [Chen BT](#), [Martin M](#), [Seif T](#), [Cho SL](#), [Tye K](#), [Bonci A](#). (2010) Reduced nucleus accumbens SK channel activity enhances alcohol seeking during abstinence. *Neuron* 65: 682-694. doi: [10.1016/j.neuron.2010.02.015](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.02.015).
 10. [Hopf FW](#), [Simms JA](#), [Chang SJ](#), [Seif T](#), [Bartlett SE](#), [Bonci A](#). (2011) Chlorzoxazone an SK-type potassium channel activator used in humans, reduces excessive alcohol intake in rats. *Biol Psychiatry* 69: 618-624. doi: [10.1016/j.biopsych](https://doi.org/10.1016/j.biopsych)
 11. Jakob R, Krieglstein J (1997) Effect of flupirtine on G-protein, associated with an inwardly flowing potassium stream in hippocampal neurons. *Br J Pharmacol* 122: 1333-1338.
 12. [Jennifer A. Rinker](#), [Diana B. Fulmer](#), [Heather Trantham-Davidson](#), [Maren L. Smith](#), [Robert W. Williams](#), [Marcelo F. Lopez](#), [Patrick K. Randall](#), [L. Judson Chandler](#), [Michael F. Miles](#), [Howard C. Becker](#) et al. (2017) Differential potassium channel gene regulation in BXD mice reveals novel targets for pharmacogenetic therapies to reduce heavy alcohol drinking. *Alcohol* 58: 33. doi: [10.1016/j.alcohol.2016.05.007](https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2016.05.007)
 13. Kornhuber J, Maler M, Wiltfang J, Bleich S, Degner D, Ruther E. Neuronal opening of the potassium channel with flupirtine. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 466-475. DOI: [10.24966/AAD-7276/100013](https://doi.org/10.24966/AAD-7276/100013)
 14. Mueller-Schwefe G (2003) Flupirtine in acute and chronic pain associated with muscle tenseness: results of a post market surveillance study. *Fortschr Med Orig* 121: 11-18. PMID:15117064
 15. Mulholland PJ, Becker HC, Woodward JJ, Chandler LJ (2011) Small conductance calcium-activated potassium type 2 channels regulate alcohol-associated plasticity of glutamatergic synapses. *Biol Psychiatry* 69:625–632. CrossRef Medline
 16. [Osborne NN](#), [Cazevielle C](#), [Wood JP](#), [Nash MS](#), [Pergande G](#), [Block F](#), [Kosinski C](#), [Schwarz M](#). (1998) Flupirtine, a non-opioid centralized analgesic, acts as an NMDA antagonist. *Gen Pharmacol* 30: 255-263. PMID: 9510072
 17. Rupalla K, Weihong C, Krieglstein J (1995) Flupirtine protects neurons against excitotoxic or ischemic damage and inhibits the increase in cytosolic Ca²⁺ concentration. *Eur J Pharmacol* 294: 469-473. [https://doi.org/10.1016/0014-2999\(95\)00570-6](https://doi.org/10.1016/0014-2999(95)00570-6)
 18. Schmidt WJ, Schuster G, Wacker E, Pergande G. Antiparkinsonian and other motor effects of Flupirtine alone and in combination with dopaminergic drugs. *Eur J Pharmacol*.1997;327:1–9.
 19. G. Schuster, M. Schwarz, F. Block, G. Pergande, and W. J. Schmidt (1998) A review of its neuroprotective and behavioral properties. *CNS Drug Rev* 4: 149-164.
 20. M. Schwarz, M. Nolden-Koch, J. Purr, G. Pergande, F. Block (1996) Antiparkinsonian effect of flupirtine in monoamine-depleted rats. *J Neural Transm* 103: 581-590.
 21. Vincent N Marty, Igor Spigelman (2012) Long-lasting alterations in membrane properties, K⁺ currents, and glutamatergic synaptic currents of nucleus accumbens medium spiny neurons in a rat model of alcohol dependence. *Neuropharmacology* 6: 1-15. doi: [10.3389/fnins.2012.00086](https://doi.org/10.3389/fnins.2012.00086)
 22. Yuri A Blednov, [Stoffel M](#), [Chang SR](#), [Harris RA](#). (2001) Potassium Channels as Targets for Ethanol: Studies of G- Protein-Coupled Inwardly Rectifying Potassium Channel 2 (GIRK2) Null Mutant Mice. *J Pharmacol Exp Ther* 298: 521-530. PMID: 11454913
 23. Zimmer G, Balakirev M, Hofmann M, Woodcock BG, Pergande G. Evidence that the cytoprotective action of the triaminopyridine flupirtine involves increases in Ca²⁺ uptake and ATP synthesis in mitochondria. *Br J Pharmacol* 1998;123:1154–1158.

**Koqnitiv Davranış Terapiyası və Metadon ilə Terapiya
programının paralel tətbiqində zərərin azaldılmasına dair
həyata keçirilmiş tədqiqatların meta-analizi**

A.Manucheri, M.Baxışov, R.Allahverdiyev, K.Javadi Tarziloo

**Meta-analysis of harm reduction studies in parallel
application of Cognitive Behavior Therapy
and Methadone Replacement Therapy**

A.Manucheri, M.Bakhishov, R.Allahverdiev, K.Javadi Tarziloo

**Метаанализ исследований снижения вреда при парал-
лельном применении когнитивно-поведенческой терапии
и заместительной терапии метадонном**

A.Манучери, М.Бахышов, Р.Аллахвердиев, К.Чавади Тарзилло

AR SN Respublika Narkoloji Mərkəzi

E-mail: a.manucheri@gmail.com

Objective: This study is a meta-analysis of studies that have been conducted in 2001–2019 to reduce harm in parallel use of Cognitive Behavior Therapy and Methadone and Substitute Therapy.

Methods: Our research involves investigating and identifying the effects of factors that can produce positive changes in harm reduction using the Hunter-Schmidt meta-analysis method. The social statistics of the surveys are the result of the research and have the necessary conditions, including relevant criteria, as well as meta-analysis criteria. The research was carried out through the use of keywords in the research collection through the study of sites, advanced educational theses in universities and published articles. Recent research has selected 17 studies with methodological conditions. The material used during the study is a meta-analysis checklist. After interpreting the results of the studies, the amount, distribution, and analysis of the effects through the CMA2 program were calculated, and then based on the meta-analysis, the study was explained according to the Cohen table.

Results: The results indicate that the indicated factors have been effective in harm reduction and therapy. The effect size is 0.9, which is statistically well estimated for the Cohen grouping. The results also show that opportunities and starting conditions (newly started, 6 months and more), average daily injections, therapeutic interventions, comprehensive treatment, quality of treatment services, methadone replacement therapy, and statistically significant therapeutic interventions are important in harm reduc-

tion and treatment. has an effect. The study further notes that integrated treatment, with all aspects of humanity considered effective, is aimed at directing those who turn to it as an example of useful treatment using a variety of treatment methods.

Conclusion: It would be better for this treatment to be the subject of more research.

Key Words: *Cognitive behavioral therapy, methadone substitution therapy, therapeutic interventions, harm reduction, meta-analysis, quantitative impact, integrated treatment*

Цель: Это исследование представляет собой метаанализ исследований, проведенных в 2001–2019 гг. с целью снижения вреда при параллельном применении когнитивно-поведенческой терапии и метадоновой и заместительной терапии.

Методы: Наше исследование включает в себя изучение и выявление эффектов факторов, которые могут привести к положительным изменениям в снижении вреда, с использованием метода метаанализа Хантера-Шмидта. Социальная статистика опросов является результатом исследования и имеет необходимые условия, включая соответствующие критерии, а также критерии метаанализа. Исследование проводилось путем использования ключевых слов в исследовательском сборнике путем изучения сайтов, передовых образовательных диссертаций в университетах и опубликованных статей. Недавние исследования выбрали 17 исследований с методологическими условиями. Материал, использованный во время исследования, представляет собой контрольный список метаанализа. После интерпретации результатов исследований было рассчитано количество, распределение и анализ эффектов с помощью программы CMA2, а затем на основе метаанализа исследование было объяснено в соответствии с таблицей Коэна.

Результаты: Результаты показывают, что указанные факторы были эффективны в снижении вреда и терапии. Величина эффекта составляет 0,9, что статистически хорошо оценено для группировки Коэна. Результаты также показывают, что возможности и начальные условия (вновь начатые, 6 месяцев и более), среднесуточные инъекции, терапевтические вмешательства, комплексное лечение, качество лечебных услуг, заместительная терапия метадоном и статистически значимые терапевтические вмешательства важны для снижения вреда и лечения, имеет эффект. Далее в исследовании отмечается, что комплексное лечение, при котором все аспекты человечества считаются эффективными, направлено на то, чтобы направить тех, кто обращается к нему, в качестве примера полезного лечения с использованием различных методов лечения.

Выводы: Было бы лучше, если бы это лечение было предметом дополнительных исследований.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, метадоновая заместительная терапия, терапевтические вмешательства, снижение вреда, метаанализ, количественное воздействие, комплексное лечение.*

Hal-hazırda psixoaktiv maddələrdən asılılıq məsələsi gigiyena və müalicə sərhədlərini aşmış, ictimai böhran, açıq-aşkar bədbəxtlik və ailələrin dağılma vasitəsinə çevrilmişdir. Psixoaktiv maddələrdən istifadə cəmiyyət üçün əsas təhlükə mənbəyi olduğu üçün psixologiya və sosiologiya sahəsindəki mütəxəssislərin diqqətini özünə cəlb etmişdir. Tam əminliklə demək olar ki, günümüzdə vərdişə çevrilmiş psixoaktiv maddələrdən istifadənin getdikcə artması cəmiyyətin ən mürəkkəb və problemlı məsələlərindən biridir. Məsələnin mürəkkəbliyi bundan qaynaqlanır ki, psixoaktiv maddə asılılığı bioloji, psixoloji, ictimai, iqtisadi və mədəni problemdir və bu asılılığa yalnız bir aspektdən yanaşılmamalıdır. Çünki

təcrübədən də məlum olduğu kimi, belə olarsa, müvəffəqiyyət əldə edilməyəcəkdir. Psixoaktiv maddə asılılığı bəşəriyyət üçün ən böyük və təhlükəli çağırışlardan biri olduğu üçün onun görünən və görünməyən tərəfləri mövcuddur [1]. Buna görə də qeyd olunan məsələni yaradan səbəblər və onların mənfi nəticələri barədə ətraflı düşünülməli və bu mövzu ciddi şəkildə araşdırılmalıdır. Psixoaktiv maddələrdən asılılıq cəmiyyətdə ən mühüm ictimai problemlərdən biri olduğu üçün o, tibb, psixiatriya, ailə mühiti, peşə, hüquq, iqtisadiyyat kimi sahələrin bir çox məsələləri ilə birgə qeyd olunur. Psixoaktiv maddələrdən asılılıq, nəinki fərdin şəxsi həyatını öz təsiri altına salır, habelə ailə və cəmiyyət üçün də çoxlu problem və narahatlıqlar yaradır, onları ağır yük altına qoyur. Belə asılılığın digər bütün pozuntular kimi müəyyən zaman kəsiyində müalicəsinə ehtiyac duyulur [2] (Daley&Marlatt və dig., 2005, Termorshuizen və dig., 2005). Səhiyyə orqanlarının qarşısında duran ən mühüm məsələlərdən biri, psixoaktiv maddə asılılığından qaynaqlanan narahatlıqları müalicə etmək və zərərin minimuma endirilməsidir. "Fiziki zərərin minimuma endirilməsi" proqramı beynəlxalq "Fiziki zərərin minimuma endirilməsi" təqdimatına uyğun olaraq siyasət, proqramlar, profilaktik tədbirlərə şamil olunur və açıq şəkildə gigiyenik, iqtisadi və ictimai maneələrin aradan qaldırılması məqsədilə qanuni formada və ya sərbəst şəkildə planlaşdırılır. Buna görə də istifadəçi şəxs, onun ailəsi və cəmiyyət bu proqramdan faydalana bilir [3]. Hər il külli miqdarda maddimənəvi resurslar, insan resursları bu sahədə terapiya və fiziki zərərin minimuma endirilməsinə nail olmaq üçün sərf olunur. Üçüncü dünya ölkələri isə resurs və imkanların məhdud olması və əhalinin sürətli artımına görə bu sahəyə güclü sərmayə qoymaq qüdrətində deyildirlər. Bu səbəbdən hər il çoxlu insan daha çox mənfi təsirlərlə üz bəüz qalırlar. Mənfi təsirlərin artması ölkənin təkə böyük bir sərmayəsinin hədəf olmasına deyil, həm də ümitsizlik, depressiya, əxlaqi problemlər, bəzən isə xəstələrin hətta təhqir və alçaldılmasına səbəb olur [4]. Halbuki, terapiya və fiziki zərərin minimuma endirilməsi üsulu ilə fərdin özü, başqaları və cəmiyyət barədə təsəvvürləri dəyişir. Bir çox aztəminatlı ailələr bəzən öz övladlarının müalicəsindən əllərini üzürlər. Belə ailələrdə fiziki zərərin minimuma endirilməsi və müalicə tam şəkildə tamamlanmaya bilər. Müalicə isə psixoaktiv maddələr olmadan mövcud olan həyat tərzinə nail olmaq, həyatın müxtəlif sahələrində aktivliyin

artması və bu cür maddələrdən təkrar istifadənin qarşısının alınması kimi hədəflər üçün nəzərdə tutulan metodlar toplusudur [5]. Müalicə əsasən, ailə üzvləri ilə birgə qadağalar (maddələrin istifadəsinin kəsilməsi və ya məhdudlaşdırılması), maarifləndirici söhbətlər, qrup şəklində müşavirələr, maddə asılılığı olmayan dostlarla əlaqənin yaradılması şəklində həyata keçirilir. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərin müalicəsində farmakoloji müdaxilələr, 12 addım proqram qrupları, sosial təlim proqramları vasitəsilə inkişafa nail olunsada, bunların hər birində müəyyən maneələrlə rastlaşılır və bunun nəticəsində də onların təsir imkanları məhdudlaşır. Məsələn, farmakoloji müdaxilələr qısa müddət ərzində ümidverici təsir bağışlayır, amma müalicənin davam etməməsi və dərman preparatlarının uzun müddət qəbul edilməməsi kimi çətinliklər prosesi yubadır [6]. Psixoaktiv maddələrdən asılılıq üzrə müalicə və yenidən zərərli vərdişlərə qayıtmanın qarşısının alınması istiqamətində ən qabaqcıl koqnitiv-psixoloji müdaxilələrdən biri, uzunmüddətli tədqiqatlar nəticəsində yararlılığı sübut edilmiş koqnitiv davranış terapiyasıdır. Asılılıq fenomenini və ona yenidən qayıdış, fərdlərin çatışmazlıqlar üzərində təkidi və inamsızlığı, daxili və xarici təzyiqlərlə qarşılaşdıqda münasib davranış bacarıqlarının olmaması, xoşbəxtlik hissi əldə etmə və ya mənfi hisslərdən uzaqlaşma, bu terapiya növünün əsasını təşkil edir [7].

Kompleks yanaşma - uzunmüddətli araşdırma, klinik təlimlər, tədqiqat və nəzəri biliklər toplusudur. Nəzəri biliklərin sadəcə bir hissəsinin istifadəsi müraciət edən şəxs üçün məhdudlaşdırıcı rol oynayır. Musiqi alətinin bir və ya iki notu ilə cəlbədicə və ürəyəyatan musiqi təqdim etmək mümkün deyil. Təsirli müalicə üçün də müxtəlif metodların zəncirvari şəkildə birgə komlektləşdirilməsi lazımdır [8]. Müraciət edən şəxslə həmfikir olmaq, onların şifahi və yazılı müraciətlərinə diqqət zəruri əhəmiyyət daşısa da, bu metodlarla kifayətlənmək müalicənin effektivliyini aşağı salır. Bəzən, bunun əvəzində, xəstələrin həqiqətlə üzləşdirilməsi, məntiqdən kənar düşüncələrin aşkarlanması, doğru yolun göstərilməsi, reaksiyaların izahı, görülən işlərin təhlili, dərk etmənin yaradılması, ev çalışmalarının verilməsi və davranış təlimləri onlar üçün çox faydalı ola bilər. Bir tərəfdən, müraciət edən şəxsin şəxsiyyəti, mədəniyyəti və probleminin növü, müalicənin hədəfi, digər

tərəfdən isə müalicə edən şəxsin şəxsiyyəti və metodu kimi müxtəlif amillər terapevtik müdaxilələrdə müsbət təsirə malikdir [9].

Metadonla əvəzedici terapiya da fiziki zərərin minimuma endirilməsi, psixoaktiv vasitələrin istifadəsinin azaldılması və profilaktik tədbirlər üzrə həyata keçirilən ən əsas və əhəmiyyətli addımlardan biridir. Bu terapiya xəstənin qeyri-qanuni maddələrdən istifadə imkanını azaldır və onun inyeksiya ehtiyacını aradan qaldırır. Metadondan nizamlı şəkildə və uzunmüddətli istifadə qeyri-qanuni maddələrin istifadəsinə yenidən qayıdışın da qarşısını alır. Metadon istifadə edən şəxsin ümumi psixoloji və fiziki vəziyyəti, o cümlədən ictimai davranışları bu terapiyadan sonra müsbətə doğru dəyişir. Belə xəstələrin tamamilə sağalma ehtimalı digərlərinə nisbətən daha çoxdur [10].

Müxtəlif terapiya növlərinin mövcud olmasına baxmayaraq, son 50 ildə qeyri-qanuni maddələrdən sui-istifadənin çoxalması və müalicələrin müvəffəqiyyət miqyası elə də arzulanan deyil. Çünki, təqdim olunan terapevtik metodların hər biri müəyyən çatışmazlıqlara malikdir ki, bu da onların təsir imkanlarını minimuma endirir [11].

Metadonla əvəzedici terapiyanın tarixinə gəlincə isə, ilk dəfə, metadondan 1963-cü ildə Nyu Yorkda heroinin əvəzinə müalicə vasitəsi kimi istifadə olunmuşdur. Avropada isə metadon terapiya 1960-cı ilin sonlarından heroindən istifadənin genişlənməsinə cavab olaraq tətbiq edilməyə başlanılmışdır. Bundan sonra İsveç 1967-ci ildə, Hollandiya və İngiltərə isə 1968-ci ildə, ilk dəfə olaraq, rəsmi şəkildə metadon terapiyanın tətbiqinə başlamışdır. Belçika kimi bəzi ölkələrdə isə metadon terapiyadan istifadə 1967-ci ilədək təxirə salınmışdır [12]. 2002-ci ildə 47 ölkədə bu proqramın icrasına başlanılmış və dünyanın hər yerindən 500.000 xəstə bu terapiyaya cəlb olunmuşdur. 1981-ci ildə aparılan tədqiqatların nəticəsinə uyğun olaraq metadondan istifadənin qəbizlik, yuxu gətirmə, cinsi problemlər, sümük və oynaqalarda ağrılar kimi mənfi təsirlərinin olduğu ortaya çıxmışdır. Bell və həmkarlarının 2009-cu ildə opioidlərin tapılması məqsədilə apardığı araşdırmalar zamanı qəbizliyin metadon terapiyada ən əsas mənfi təsir olduğu ortaya çıxmışdır [13].

Zərərin minimuma endirilməsi və terapiya sahəsində aparılmış tədqiqatlar zamanı ən böyük çətinliklərdən biri nəticələrin, bəzən, eyni

zamanda bir-birinə zidd olmasıdır [14]. Bəzi hallarda isə bu cür araşdırmalar arasında nümunə uyğunluqları olsa da, digər araşdırma və tədqiqatlar bu nəticələrin əksini göstərir. Məhz bu ziddiyyət sonralar zərərin minimuma endirilməsi və terapiya sahəsindəki araşdırmalara şübhə ilə yanaşılmasına səbəb olur. Təqdim olunan məqalədə ən ümdə məsələ metadon terapiya və zərərin minimuma endirilməsi müdaxilələri sahəsində aparılmış tədqiqatların metaanalizinin həyata keçirilməsidir. Mövcud tədqiqatda hərtərəfli və sistematik yanaşma vasitəsilə və metaanaliz metodu ilə zərərin minimuma endirilməsi və terapiyada müsbət dəyişikliklərin təsir miqyasının qiymətləndirilməsinə səy göstərilmişdir. Bu istiqamətdə göstəriciləri eyni olan, kompleks, müqayisə edilə bilən, müsbət dəyişikliklərin təsirini göstərən "effektivlik dərəcəsi" statistik modelində nəticələrin hesablanması, müqayisə və uyğunlaşdırılmasına çalışılmışdır. Məqalədə həmçinin kodlaşdırma, xüsusiyyətlərin yekunlaşdırılması, nəzəri şəkildə bölünməsi, aparılmış tədqiqatların digər xüsusiyyətləri, bu xüsusiyyətlərin hərtərəfli şəkildə təsviri və onların araşdırmaların nəticəsinə təsiri üzərində iş aparılmışdır. Bir sözlə, məqalənin əsl məqsədi fiziki zərərin minimuma endirilməsi və metadonla terapiya zamanı müsbət dəyişikliklərin effektivlik dərəcəsinin miqyasının araşdırılmasıdır.

Maddə və metodlar

Tədqiqatın məqsədi nəzərə alınmaqla bu araşdırmada təsviri layihə əsasında metaanaliz metodundan istifadə olunmuşdur. Metaanaliz, oxşar, lakin müstəqil tədqiqatların nəticələrinin təhlil edilməsidir. Metaanaliz metodunun tətbiqi zamanı əvvəlki mətnlərin doğru analizi aparılır və konkret nəticəyə gəlinir. Bu üsulun hədəfi ondan öncəki araşdırmaların təhlili və statistik metoddan istifadə vasitəsilə onların bir-birinə uyğunlaşdırılmasıdır. Bu metodla, aralarında çoxlu fərqlər olsa belə, tədqiqatları müqayisə etmək, pərakəndə və bənzər nəticələr arasında ən dəqiq və məntiqi nəticəyə çatmaq olar. Metaanaliz metodu vasitəsilə tədqiqatlarda mövcud fərqlilikləri aşkar etmək və müxtəlif tədqiqatların nəticələrinin tərkibindən uyğun nəticələr çıxarmaq və son nəticəyə təsir edən amilləri ləğv etmək olar. Metaanalizin əsasını effektivlik dərəcəsinin ayrıca və təfəssilatlı şəkildə araşdırmalar üçün müəyyənləşdirilməsi, onların ümumi formul kimi tərtibi və orta hesabla

təsirini tapmaq üçün bölgüsü təşkil edir. Tədqiqatın statistik məlumatlarının toplanılması 2001-2019-ci illər ərzində koqnitiv davranış terapiyası, zərərin minimuma endirilməsi və metadonla əvəzedici terapiya müdaxilələri ilə əlaqədar elmi-tədqiqat jurnallarında nəşr edilmiş və mötəbər konfranslarda təqdim olunmuş araşdırmalar vasitəsilə icra olunmuşdur. Təhlilin məzmunu zərərin minimuma endirilməsi və metadon terapiya sahəsindəki seçim meyarları və metaanaliz kriteriyalarına uyğun gələn müsbət dəyişiklikləri özündə əhatə edir. Həmin araşdırmaların seçim meyarları bunlardır: 1) araşdırma zərərin minimuma endirilməsi, terapiya və bu kimi məsələləri özündə ehtiva etməlidir; 2) araşdırma zərərin minimuma endirilməsi və terapiyanın müsbət dəyişikliklərinin praktiki qiymətləndirməsini özündə ehtiva etməli, təkrar və qeyri-təcrübi tədqiqatlar nəzərə alınmamalıdır; 3) araşdırma, təcrübi və ya təcrübəyə bənzər formada, nəzarət-təftiş qrupu vasitəsilə və ya sınaqdan öncə və sonrakı göstəricilər müqayisə olunmaqla aparılmalı, eynilik təşkil edən araşdırmalar və eynilik təşkil edən modellər kənara qoyulmalıdır; 4) müsbət dəyişikliklərin ən azı birinin miqyası ölçülməlidir.

Bu metaanaliz "zərərin minimuma endirilməsi" və "metadon terapiya" kimi açar sözlərdən istifadə olunmaqla, SID, Magiran, Emerald, Sciencedirect, Springer saytları, həmçinin universitetlərin təkmilləşdirilmiş təhsil dissertasiyaları araşdırılmış və zərərin minimuma endirilməsi və terapiya ilə bağlı bütün araşdırmaların tədqiq olunmasına səy göstərilmişdir. Araşdırmanı hərtərəfli şəkildə aparmaq üçün tədqiqatların arxivinə müraciət olunmuş, araşdırmalarla tədrici şəkildə tanışlıq prosesi başlanılmışdır. Zərərin minimuma endirilməsi və koqnitiv davranış terapiyası sahəsində metaanaliz kriteriyalarına uyğun gələn 17 mövzu toplanılmış və onlardan 17 effektivlik dərəcəsi seçilmişdir. Məlumatların təhlili üçün CMA2 və SPSS proqramlarından istifadə olunmuşdur.

İstifadə olunmuş vəsait:**İlkin mənbələr:**

1. Araşdırmanın mövzusunun birbaşa aid olan tədqiqatlar
2. Möhtəvanın təhlilinin yoxlama siyahısı. Bu siyahıdan tədqiq olunmuş araşdırmaların möhtəvasından metaanalizin həyata keçirilməsi üçün məlum standartlara uyğun lazımi məlumatları toplamaq üçün istifadə olunmuşdur.

İcra metodu

Bu tədqiqatdakı metaanalizin icra mərhələləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- 1) tədqiqatın mövzusunun təqdimatı; 2) tədqiqatın kodlaşdırılması; 3) tədqiqatların seçim meyarlarının təsviri; 4) metadon terapiya müdaxilələri və zərərin minimuma endirilməsi sahəsində aparılmış tədqiqatların araşdırılması; 5) metaanaliz üçün tədqiqatların seçilməsi; 6) tədqiqi mövzuların qiymətləndirilməsi; 7) nəticələrin yekunlaşdırılması; 8) effektivlik dərəcəsinin müəyyənləşdirilməsi; 9) metaanalizin tədqiqi qaydaları və sualların tərtib olunması; 10) tədqiqatların təsviri analiz və təhlili; 11) effektivlik dərəcəsinin izahı və təsviri; 12) araşdırmaların tərkibi.

Metaanaliz üçün toplanılmış materialların heç birinin effektivlik dərəcəsinin müəyyənləşdirilmədiyini nəzərə alsaq, bu metaanalizdə müxtəlif tədqiqatların statistikasını Hanter-Şmidt metodundan istifadə olunmaqla məqsədyönlü şəkildə əmsala, sonra isə d-yə çevrilmişdir. Hanter-Şmidt metodu ilə ümumi effektivlik dərəcəsinin müəyyənləşdirilməsi, işin əhəmiyyət dərəcəsi və orta hesabla dəyişikliyin miqyası üçün aşağıdakı formuldan istifadə olunmuşdur.

$$\bar{r} = \frac{\sum_{j=1}^k N_j r_j}{\sum_{j=1}^k N_j} \quad \& \quad SD_r = \sqrt{\frac{\sum Ni(r_i - \bar{r})^2}{\sum N}} \quad \& \quad SEM_r = \frac{SD_r}{\sqrt{K}} \quad \& \quad Z = \frac{\bar{r}}{SEM_r} \quad \& \quad SEV = \frac{(1 - \bar{r}^2)^2}{\bar{N} - 1} \quad \&$$

$$V_{total} = \frac{\sum Ni(r - \bar{r}^2)^2}{\sum Ni} \quad \text{متغير تعدد بلی} \quad \& \quad = \frac{SEV}{V_{total}}$$

Çıxarışlar:

1-ci cədvəldə metaanalizdə seçilmiş tədqiqatlara aid olan təsviri məlumatlar təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1 Metaanalizdə seçilmiş tədqiqatlara aid olan təsviri məlumatların təqdimatı

Tədqiqat sahəsi	Layihənin mahiyyəti	Tədqiqatın metodu	Nümunənin həcmi	Tədqiqatın ünvanı	Nümunənin götürülmə metodu	Məlumatların toplanılma metodu	Analiz və təhlil metodu
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	60	müalicə mərkəzi	adi, təsadüfi	anket	chi-squared test X ²
psixiatrik	tətbiqi	ərazi anket araşdırması	230	həbsxana	imkan daxilində	-	-
Terapiya	tətbiqi-əsaslı	laborator şəraitdə	56	müalicə mərkəzi	kütləvi, təsadüfi	anket	fisher-exact-T-chi-squared test X ²
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	50	xəstəxana	adi, təsadüfi	anket	dispersiya analizi
psixoloji	tətbiqi	ərazi anket araşdırması	256	müalicə mərkəzi	siyahıya-alma	anket, müsahibə	reqressiya analizi
ictimai və tibbi	tətbiqi-əsaslı	ərazi anket araşdırması	180	həbsxana	imkan daxilində	anket	dispersiya analizi
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	50	müalicə mərkəzi	məqsədli şəkildə	anket	chi-squared test X ²
ictimai yardım	tətbiqi	müqayisəli	100	tibbi mərkəz	təsadüfi	anket	dispersiya analizi
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	70	müalicə mərkəzi	imkan daxilində	anket	dispersiya analizi
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	60	müalicə mərkəzi	təsadüfi	anket	chi-squared test X ²
Təhlükələrin azaldılması	tətbiqi	ərazi anket araşdırması	-	müalicə mərkəzi	kütləvi	anket, müsahibə	reqressiya analizi
Terapiya	tətbiqi-əsaslı	laborator şəraitdə	40	həbsxana	təsadüfi	anket	dispersiya analizi
fiziki zərərin minimuma endirilməsi	tətbiqi-əsaslı	ərazi anket araşdırması	68	tibb elmləri universiteti	təsadüfi	anket, müşahidə	dəyişik reqressiya analizi
Terapiya	tətbiqi-əsaslı	laborator şəraitdə	60	həbsxana	imkan daxilində	anket	dispersiya analizi
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	50	müalicə mərkəzi	imkan daxilində	anket	dispersiya analizi
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	30	universitet	təsadüfi	anket	chi-squared test X ²
Terapiya	tətbiqi	laborator şəraitdə	40	müalicə mərkəzi	imkan daxilində	anket	dispersiya analizi

CƏDVƏL 2 Fiziki zərərin minimuma endirilməsi və terapiyada təsirli amillərlə əlaqəli məlumatların nəticəsi

Sıra	müstəqil dəyişiklik	şəxslərin sayı	effektivlik dərəcəsi statistika	effektivlik dərəcəsi d	effektivlik dərəcəsi R
1	depressiv xarakter	3	$X^2=9,14$	1,28	0,56
2	tərgitmə zamanı aludəçi şəxsin ümidvarlığı	7	r	0,43	0,21
3	istifadə olunan narkotik maddənin növü	11	$t=4,871$	0,98	0,44
4	maddə qəbulunu tərgitmənin sayı	8	$X^2=12,10$	1,19	0,51
5	özünəinamin olmaması	5	r	2,94	0,87
6	ailəyə qarşı inadkarlıq	2	r	0,80	0,37
7	müalicə tövsiyələrini dinləməmək	2	r	4,69	0,92
8	istifadəyə təhrik	5	$X^2=9,43$	1,63	0,74
9	Davamlılıq	8	r=	1,39	0,57
10	qeyri-məntiqi inəncələr	8	r	1,46	0,79
11	özünəqapanma	2	r	0,18	0,09
12	təhrikolma	7	t	0,65	0,31
13	ailə və qohumlar qarşısında öhdəlik	2	$X^2=11,16$	0,85	0,39
14	dəyərlər və ictimai hədəflər qarşısında öhdəlik	2	$X^2=14,5$	1,15	0,50
15	tərgitmə sayının miqdarı	10	r	0,72	0,34
16	mənəvi keyfiyyətlər	4	$t=-3,005$	0,18	0,09
17	kənardan idarəetmənin mənbəsi	2	$t=-5,643$	1,04	0,46
18	tənhalıq	7	$X^2=10,24$	0,82	0,38
19	təşviş və iztirab vəziyyəti	2	r	0,43	0,21
20	tərk müddəti	7	$t=-4,656$	0,41	0,34

CƏDVƏL 3 Fiziki zərərin minimuma endirilməsi və terapiyada təsirli olan fərdi və mühit amillərinin orta hesabla effektivlik dərəcələri

Amillərin növü	Orta hesabla effektivlik dərəcəsi (d)	Orta hesabla effektivlik dərəcəsi (r)	Əhəmiyyətlik	SEV/Vtotal
fərdi amillər	0.52	0.49	0.001	0.54
mühit amilləri	0.68	0.54	0.001	0.59

Nəticə

Metaanalizin ən əsas hədəfi, əvvəlki nəticələrin bölgü və uyğunlaşdırılması yolu ilə koqnitiv davranış terapiyası, metadon terapiya müdaxilələri və zərərin minimuma endirilməsi məsələlər üzrə icra edilmiş tədqiqatın nəticələri barədə ümumi anlayışların əldə olunmasıdır. Mövcud tədqiqatın nəticələri göstərir ki, mühit və fərdi amillərin effektivlik dərəcəsinin orta qiyməti müvafiq olaraq 0,52 və 0,68-ə bərabərdir. Effektivlik dərəcəsi cəmiyyətdə mövcud olan hazırki durumun göstəricisidir. Effektivlik dərəcəsinin çox olması cəmiyyətdəki durumun vəziyyətinə də müsbət təsir edir. Koen cədvəlinə uyğun olaraq effektivlik təsirinin dərəcəsi mühit amilləri ilə əlaqəli olduqda yüksək, fərdi amillərlə əlaqəli olduqda isə orta qiymətləndirilir. Metaanalizin nəticələri zərərin minimuma endirilməsində fərdi amillərlə müqayisədə mühit amillərinin daha təsirli olduğunu göstərir. Əhəmiyyətli dərəcəsi və sıfır əmsalının fərz olunan şəkildə təsdiqindən belə nəticə çıxarılır ki, zərərin minimuma endirilməsində mühit və fərdi amillərin fərqi çox əhəmiyyətli və araşdırıla biləndir. Bu araşdırma həm də onu göstərir ki, kompleks yanaşma əsasında müdaxilə nümunələrinin təqdim olunması, psixoaktiv maddələrdən istifadə, onların həcmi, zərərli vərdişlərə qayıdış və istifadə ehtimalında ən mühüm təsirə malikdir. Araşdırmaya görə, təsiredici təlimin müalicəvi təsirləri vardır. Koqnitiv davranış müdaxilələri nəticəsində yüksək həcmdə praktik dəstəyə nail olunur ki, bu da onların təsiredici xüsusiyyətə malik müalicə növü olduğunu göstərir. Koqnitiv davranış terapiyasının funksional təhlili, vərdişlərin öyrənilməsi, təkrar istifadəyə qarşı profilaktika kimi bölmələri vardır. Funksional təhlil zamanı xəstə təkrar istifadəyə qayıdırsa təhrik edən amillərlə tanış olur və bu amillərdən qorunmaqla təkrar istifadə ehtimalı azalır. Vərdişlərin öyrədilməsi zamanı xəstənin psixoaktiv maddələrdən sui-istifadəyə aid keçmiş adətləri tərk etməsi və daha sağlam vərdişlər öyrənməsinə yardım edilir. Təkrar istifadəyə qarşı profilaktika gedişində gələcəkdə baş verə biləcək təhlükəli situasiyalarla qarşılaşarkən lazımi tədbirlər təşkil olunur, təhrik olmadan uzaqlaşmaq üçün xüsusi bacarıqlar, səmərəli yönləndirmə üsulları təlim edilir. Bu cür təlimlər xəstədə yararlılıq, təkrar istifadəyə qarşı mübarizə hissi yaradır və fiziki zərərin minimuma endirilməsinə səbəb olur. Psixoloji sağlamlığın təmin olunması üçün müxtəlif terapevtik metodlar nəzərdə tutulsa da bəşəriyyətin

bütün aspektləri nəzər alınmaqla və müxtəlif müalicə metodlarından istifadə olunmaqla kompleks müalicə xəstələrin düzgün və mənəvi həyat tərzinə yönəlməsinə səbəb olur. Bu terapiya növününü daha geniş şəkildə araşdırılması və əlavə tədqiqatların mövzusu olması daha məqsədəuyğundur.

İstifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısı

1. Lotfi kh, mojtabei M, ALI MM. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavior Therapy, Methadone Therapy, and the Combination Method on Reducing Depression in Addicts. [Article in Persian] 2014PP. 19-26.
2. Mehri K, Akbari F, Yazdkhasti B, Panahi MH. The Meta-analysis of the Researches on Harm Reduction and Remedy in Addiction. Archives of Rehabilitation. 2014 Jul 15;15(2):32-41.
3. Panahi M. [Theories of revolution (Persian)]; Tehran. Samt Press, 2010 pp. 32-30.
4. Javanshir,A. Effect of two interventional models based on the integrated approach of group psychotherapy and cognitive-behavioral group therapy on the attitude and prevention of relapse of addicted addicts referred to addiction treatment clinics in Shirvan city.2012. Master's Thesis Alzahra University.
5. Ministry of Health and Medical Education ., Handbook of Treatment and Substance Abuse, 2018. Tehran: Pearly Publishing.
6. Ghanbari Hashem Abadi, Bahramali. Preparing an interventional model based on the integrated approach of group psychotherapy and testing its effectiveness in treating addiction and increasing mental health in male prisoner addicts. 2018. PhD thesis of Allameh University Tabataba'i
7. Manesh BF, Yarahmadi Y. A Survey of the Effect of Methadone Maintenance Treatment (MMT) on Cognitive Functions of Opioid-dependent Patients in Central prison of Hamedan.
8. Beck, A. T .,Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993).Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
9. Barnett PG. Comparison of costs and utilization among buprenorphine and methadone patients. Addiction. 2009;104(6):982-92.
10. Langrod J, Lowinson J, Ruiz P. Methadone treatment and physical complaints: a clinical analysis. The International journal of the addictions. 1981; 16(5):947- 52.
11. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R. The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). Pain medicine. 2009;10(1):35-42.
12. Aghili M, Molodi M, Afshar H, Salehi M, Hasanzadeh A, Adibi P. Prevalence of Gastrointestinal Symptoms in Opioid Consumers Referring to Methadone Maintenance Treatment (MMT) Clinics in Isfahan,Iran. Journal of Isfahan Medical School. 2013;240(31) :843-50. [Article in Persian]
13. Delavar A. Social research methodology. Roshd Publication: 2005,26.
14. Normand SL. Meta-analysis: formulating, evaluating, combining, and reporting. Statistics in medicine. 1999 Feb 15;18(3):321-59.

Psixoaktiv maddə asılılarının müalicəsində koqnitiv davranış terapiyası: əhəmiyyəti, işlənmə səviyyəsi və həyata keçirilmə qaydaları

A.Manucheri, M.Baxışov, Z.Əliyev, R.Allahverdiyev, K.Javadi Tarziloo

Когнитивно-поведенческая терапия для зависимых от психоактивных веществ: важность, степень разработанности и правила применения в реальности

A.Манучери, М.Бакышов, З.Алиев, Р.Аллахвердиев, К.Чавади Тарзилло

Cognitive behavioral therapy in the treatment of psychoactive substance abuse: its significance, the level of development and the rules of administration

A.Manucheri, M.Bakhışov, Z.Aliev, R.Allahverdiyev, K.Javadi Tarziloo

AR SN Respublika Narkoloji Mərkəzi

E-mail: a.manucheri@gmail.com

Three goals are targeted in the treatment of substance abuse. Primarily, the elimination of physical dependence on drugs, the removal of psychological attachment, the reduction of psychological conditions such as agony and depression caused by substance abuse, as well as the improvement of living standards are in the second step, and the last step is to prevent the recurrence of the disease. The most important non-chemical treatment method is cognitive behavioral therapy. Cognitive-behavioral therapy against psychoactive substance abuse has been shown to be effective both as a monotherapy and as a part of the combination of treatment strategies. Although cognitive-behavioral therapy has been characterized by heterogeneous treatments such as operant learning strategies, cognitive and motivational elements, and skill-based interventions in the context of psychoactive substance, several core elements focusing on eliminating the strong and strengthening effects of psychoactive substances appear throughout the protocols. Numerous large-scale experiments and quantitative analyzes support cognitive-behavioral therapy to be effective respond to any psychoactive substance abuse. Cognitive-behavioral therapy against substance use disorders, involves several different interventions that can be used either complex or isolated, which is able to be carried out both individually and in group formats. Cognitive behavioral therapy for drug addicts has been recounted in many studies and there are numerous evidences about its satisfactory effects. The findings clearly show that cognitive behavioral therapy is a beneficial treatment for solving problems of addiction diseases, as well as it is effective for reducing the risk of recurrence of the disease.

Key Words: *dependence, psychoactive substances, treatment, Cognitive Behavioral Therapy*

Три цели направлены на лечение токсикомании. Прежде всего, устранение физической зависимости от наркотиков, устранение психологической привязанности, уменьшение психологических состояний, таких как агония и депрессия, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ, а также улучшение уровня жизни - это второй шаг, и последний шаг - это предотвратить рецидив заболевания. Наиболее важным нехимическим методом лечения является когнитивно-поведенческая терапия. Было показано, что когнитивно-поведенческая терапия против злоупотребления психоактивными веществами эффективна как в качестве монотерапии, так и в качестве части комбинации стратегий лечения. Хотя когнитивно-поведенческая терапия характеризуется гетерогенными методами лечения, такими как оперантные стратегии обучения, когнитивные и мотивационные элементы и вмешательства, основанные на навыках, в контексте психоактивного вещества, несколько основных элементов, направленных на устранение сильного и усиливающего воздействия психоактивных веществ, проявляются повсеместно. Протоколы. Многочисленные крупномасштабные эксперименты и количественные анализы помогают когнитивно-поведенческой терапии эффективно реагировать на любое злоупотребление психоактивными веществами. Когнитивно-поведенческая терапия против расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включает в себя несколько различных вмешательств, которые могут использоваться как комплексные, так и изолированные, которые могут проводиться как индивидуально, так и в групповых форматах. Когнитивно-поведенческая терапия для наркоманов была описана во многих исследованиях, и существует множество доказательств ее удовлетворительных эффектов. Полученные данные ясно показывают, что когнитивно-поведенческая терапия является полезным лечением для решения проблем наркомании, а также она эффективна для снижения риска рецидива заболевания.

Ключевые слова: зависимость, лечение, психоактивные вещества, Когнитивно-поведенческая терапия.

Psixoaktiv maddə istifadəçilərinin müalicəsində üç hədəf qarşıya qoyulur. İlk mərhələdə psixoaktiv maddəyə fiziki asılılığın, ikinci mərhələdə psixi asılılığın aradan qaldırılması, psixoaktiv maddə istifadəsindən nəticələnən iztirab, depressiya kimi psixoloji problemlərin azaldılması və yaşayış tərzinin yaxşılaşdırılması, sonuncu mərhələdə isə xəstəliyin yenidən geri qayıtmasının qarşısının alınmasıdır. Ən önəmli qeyri-kimyəvi müalicə metodu, koqnitiv davranış terapiyasıdır. Psixoaktiv maddə asılılığına qarşı koqnitiv-davranış terapiyası həm monoterapiya, həm də müalicə strategiyaları toplusunun bir hissəsi kimi effektivlik nümayiş etdirdi. Koqnitiv-davranış terapiyası psixoaktiv maddə asılılığında operant öyrənmə strategiyaları, koqnitiv və motivasiya elementləri, bacarıqlar yaradan müdaxilələr kimi müxtəlifönlü müalicə elementləri ilə xarakterizə olunmasına baxmayaraq, protokollar boyunca psixoaktiv maddələrin güclü və möhkəmləndirici təsirlərini aradan qaldırmağa fokuslanmış bir neçə özək elementlər meydana çıxır. Çoxsaylı geniş miqyaslı təcrübələr və kəmiyyət analizləri, koqnitiv-davranış terapiyası istənilən psixoaktiv maddə istifadəsinə qarşı effektiv təsir göstərdiyini dəstəkləyir. Zərərli maddə istifadəsi pozuntularına qarşı koqnitiv-davranış terapiyası istər kompleks, istərsə də təcrid şəkildə istifadə edilən bir neçə fərqli müdaxilələri ehtiva edir, hansı ki, bir çoxunu həm fərdi, həm də

qrup formatında aparmaq olar. Psixoaktiv maddə asılılıqlarının müalicəsində kognitiv davranış terapiyası haqqında bir çox araşdırmalarda bəhs edilmişdir və onun qənaətbəxş təsirinin olması haqqında bir çox dəlillər irəli sürülmüşdür. Əldə edilən nəticələr açıq şəkildə göstərir ki, kognitiv davranış terapiya üsulu asılılıq probleminin həlli üçün faydalı müalicə növü olmuşdur, ondan asılılığın müalicəsi üçün istifadə etmək olar. [1]

Yuxarıda vurğulandığı kimi, zərərli maddə istifadəsi pozuntularına qarşı KDT-sı istifadə olunan xüsusi protokollara – müxtəlif psixoaktiv maddələrin təbiətini və təsirlərinin müxtəlifliyini nəzərə alaraq və hədəflənmiş maddəyə görə fərqlənir. Lakin protokollarda bir sıra əsas elementlər meydana gəlir. Müdaxilələrdə ardıcıl və dəyişməz olan uyğun olmayan davranış modellərinə, motivasiya və kognitiv maneələrin dəyişməsinə və bacarıq çatışmazlıqlarına hədəflənən öyrənmə əsaslı yanaşmaların istifadəsidir. Psixoaktiv maddələrdən istifadə nəticəsində meydana çıxan pozuntulara qarşı KDT-nin altında yatan əsas prinsiplərdən biri odur ki, sui-istifadə edilən maddələr güclü davranış stimulyatorları kimi xidmət göstərir. Zaman keçdikcə bu pozitiv və neqativ stimullaşdırıcı təsirlər həm daxili, həm də xarici amillərin geniş müxtəlifliyi ilə bağlıdır. KDT-nin əsas elementləri ya qeyri-istifadə ilə assosiasiya olunan gözlənilməz hadisələri artırmaqla, ya da istifadəni azaltmağı asanlaşdıran bacarıqlar yaratmaqla və qeyri-narkotik fəaliyyətləri mükafatlandırmaq üçün imkanları asanlaşdır, zərərli maddələrdən sui-istifadənin güclü təşviqedicisi təsirlərini yüngülləşdirməyə hədəflənib. [2]

Motivasiya yönümlü müsahibə. Müalicə başlanarkən, müalicə üçün motivasiyanın olmasını və müalicəyə uyğun olma ehtimalı nəzərdən keçirilməlidir. Motivasiyaya qarşı maneələri aradan qaldırmaq üçün motivasiya inkişaf etdirici texnikalar yaradılmalı və yoxlanılmalıdır. Motivasiyalı İntervyu KDT-nin təşviş pozuntularına uyğunluğunu artırmaq da daxil olmaqla, pozuntular və digər davranışların geniş çeşidinə uyğunluq, eləcə də motivasiya sonrası tətbiqi ilə psixoaktiv maddə istifadəsi ilə əlaqəli davranış dəyişikliyinə qarşı ambivalentliyi hədəfləməyə əsaslanan yanaşmadır. [3] Motivasiyalı İntervyu modelinə əsaslanan müalicələr həm avtonom müdaxilələr, həm də zərərli maddə istifadəsi zamanı yaranan pozuntulara qarşı digər müalicə strategiyaları ilə birgə istifadə oluna bilər. Motivasiyalı İntervyuya əsaslanan meta-analitik müdaxilələrin icmalı "plasebo", yaxud müalicə olunmayan nəzarət qrupu və aktiv müalicə qarşılaşdırmalarına oxşar effektivliklə müqayisədə spirtli içki üçün kiçikdən orta səviyyəyə, narkotik maddə istifadəsi üçün isə orta səviyyəli təsir ölçülərini aşkarladı. Əksərən, Motivasiyalı İntervyu nisbətən qısa müalicə epizodlarından ibarət olan fərdi formatda təklif olunur (qrup formatlarının da işlənməsinə baxmayaraq).

Müalicə daha yüksək dozalarla aparılırsa, daha böyük effektivlik əldə oluna bilər. [4]

Keçirilmiş tədqiqatlar. Qrey Mc. Kembric və Srenqa tərəfindən aparılan tədqiqat gənclər arasında spirtli içki, nikotin və kannabis istifadəsi üçün gənc işçilər tərəfindən çətdirilən Koqnitiv Davranış Terapiyalarında Motivasiyalı İntervyunun bir seansının təsirlərini yoxladı. Müalicədən sonrakı 3 aylıq müddətdə Mİ alan pasientlər almayanlara nisbətən çox az günlərdə spirtli içki istifadə etdiklərini deyiblər; lakin siqaret və ya kannabis istifadəsi üçün mühüm fərq aşkarlanmayıb, bu onu göstərir ki, Mİ-nun faydasının həcmi effektivlik tədqiqatları tərəfindən tanınandan daha məhduddur. Effektivlik tədqiqatlarında motivasiyalı inkişaf etdirici yanaşmanın təkmilləşdirilməsi nəticələri daha ümidverici olub. [5]

Mami və Əmiriyanın İranda “Psixoaktiv maddələrdən asılı olanların müalicəsində sistemativ və meta-analiz üsulu ilə koqnitiv davranış terapiyasının təsiri” adlı tədqiqatlarından əldə olunmuş nəticələr göstərdi ki, asılılığın müalicəsində koqnitiv davranış terapiyaları təsirli əhəmiyyətə malikdir. Nəzərə alsaq ki, koqnitiv davranış terapiyası asılılığın azaldılmasında böyük əhəmiyyətə malikdir, bu metodu psixoaktiv maddələrdən asılılığın müalicəsində ümumişlək metod kimi qələmə vermək olar. [6]

Şəriəti, İzzədi Xah, Mouləvi və Salehinin “Psixoaktiv maddələrdən asılılarının müalicəsində koqnitiv davranış terapiyası və həyat tərzinin yaxşılaşdırılmasına əsaslanan müalicənin müqayisəli təhlili” adlı tədqiqatının nəticəsində göstərilmişdir ki, koqnitiv davranış terapiyası və həyat tərzinin yaxşılaşdırılmasına əsaslanan müalicə gedişində hipotez mərhələsindən sonra, psixoaktiv maddələrdən asılı olanların avtomatik qiymətləndirilməsi idarə olunan qrupa nisbətə ciddi şəkildə artırıla bilər. Əlbəttə qeyd etmək lazımdır ki, psixoaktiv maddələrdən asılı olanların həyat tərzinin yaxşılaşdırılmasına əsaslanan müalicənin əhəmiyyətli təsirinin öyrənilməsi bu tədqiqatda hələ müşahidə mərhələsində idi. [7]

Mollazadə və Aşurinin, “Psixoaktiv maddələrdən asılı olanlarla psixoterapiyaya və xəstəliyin yenidən qayıtmasına koqnitiv davranış terapiyasının təsirinin araşdırılması” adlı tədqiqatı nəticəsində əldə olunan məlumatların təhlilindən məlum olmuşdur ki, hipotezdən əvvəl və hipotezdən sonra, iki qrupun psixoloji vəziyyəti arasında dəyişikliklər özünü büruzə verir və psixoaktiv maddə istifadəçilərində xəstəliyin yenidən geri qayıtmasının qarşısının alınmasında koqnitiv davranış terapiyası öz təsirini göstərmişdir. [8]

Ravsonun tədqiqatında terapiya proqramları çərçivəsində koqnitiv davranış terapiyasından istifadə olunmuşdur. Onun işləyib hazırladığı müalicə proqramı alkoqoldan və psixotrop preparatlardan asılı olan fərdlərə 16 həftə

ərzində tətbiq olundu və nəticələr göstərdi ki, asılı şəxslərlə aparılan KDT-si şəxsin cəmiyyətə yenidən adaptasiyası, təkrarlanmanın qarşısının alınması və müsbət düşüncələrin yenidən aktiv hala gəlməsində çox effektiv rol oynamışdır. [9]

Bir çox tədqiqatçılar apardıqları tədqiqatlarda koqnitiv davranış terapiyasının, psixoaktiv maddələrə olan vərdişlərin azalmasının şüuraltı olaraq məlum olmasından, müalicə almaq müddətindən və müalicəyə tabe olmaqdan asılı olaraq xəstəliyin geri qayıtmasının qarşısının alınmasında, həmçinin depressiya və sosial təsir hallarının yaxşılaşdırılmasında daha təsirli olduğunu müəyyənləşdirdilər. Bu tədqiqatların nəticələri bir daha göstərdi ki, vərdişin azalması onun şüuraltı şəkildə bilinməsinə əsaslanaraq, qrup şəkilli müalicə metodu psixoaktiv maddələrdən asılı olanların terapiyasında öz müsbət təsirini göstərmiş və xəstələrin psixoloji vəziyyətinin yaxşılaşdırılmasında əhəmiyyətli rol oynaya bilmişdir. Həmçinin bu tədqiqatlar nəticəsində məlum oldu ki, asılılığın müalicəsində idraki-psixoloji müdaxilə vacibdir. Bu metod, psixoaktiv maddələrdən yayınma üçün stimulun yaranmasına, bu istiqamətdə ictimai dəstəyin artırılmasına və psixoaktiv maddələrdən asılılıqla mübarizədə müəyyən bacarıqların öyrənilməsinə səbəb olmuşdur. [10]

Nəticə. Asılılıq xronik və məhvedici bir xəstəlikdir. Bu xəstəlik, nəinki asılı olan şəxsin ziyan görməsinə, hətta ölümünə də səbəb ola bilər, fərdin yaşadığı ailəyə və cəmiyyətə də ziyan vura bilər. Əslində psixoaktiv maddələrdən asılılıq, geniş sosioloji zərər yaradan xəstəliklərdəndir və insana şizofreniya kimi qorxunc xəstəliklərdən daha çox ziyan vurur. Bu cür asılılıq səmərəsiz mühitin inkişafına, sosioloji zərərlərə və zehni geriliyə səbəb ola bilər.

Beləliklə, asılılıq fərdi, ətraf mühit və sosioloji faktorların əsas rol oynadığı, ictimai, psixoloji və cismi xəstəlikdir. Buna görə də asılılığın terapiyası üçün qeyd edilən səbəblərə diqqət yetirilməlidir. Koqnitiv davranış terapiyasının konsaltinq qrupları psixoaktiv maddələrdən asılı olanların qeyri-sağlam düşüncələrini müalicə edir və asılılıqla yanaşı, idrak psixologiyası problemlərinin həllində təkmilləşmiş müalicə metodu kimi çıxış edir. Sxemterapiyanın texnikaları öyrənilməyi zaman aşkar edilmişdir ki, psixoaktiv maddələrdən asılı olanlar bütün həyatı boyu bu texnikalardan istifadə edə bilərlər və şəxs onların nəticəsini gördükdə, özündə müsbət düşüncələr yaradar ki, bu da psixoaktiv maddələrdən asılı olan şəxsə qeyri-sağlam düşüncələrin azalmasına səbəb olar.

Psixoaktiv maddələrdən istifadə, emosiyalar, düşüncələr və inanclar kimi koqnitiv keyfiyyətlərdə sürətli dəyişikliklər yaradır. Psixoaktiv maddələrin koqnitiv keyfiyyətlərdən çəkinmə haqqındakı inanc və baxış tərzində

yaratdığı dəyişikliklər bu keyfiyyətləri təsir altında saxlaya bilər. Bu dəyişikliklər psixoaktiv maddələrdən istifadə nəticəsində müsbət və mənfi stimulların güclənməsinin nəticəsi ola bilər. Psixoaktiv maddələrdən istifadə, bu maddələrin təsiri haqqında müsbət fikirləri yaratmaqla yanaşı, koqnitiv keyfiyyətlərlə bağlı biliklərin əldə olunmasına da səbəb ola bilər.

İstifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısı

1. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007
2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007
3. Simpson HB, Zuckoff A, Page JR, Franklin ME, Foa EB. Adding motivational interviewing to exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: An open pilot trial. Cogn Behav Ther. 2008
4. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJ. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. J Anxiety Disord. 2009
5. Gray E, McCambridge J, Strang J. The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette, and cannabis smoking among young people: Quasiexperimental pilot study. Alcohol & Alcoholism. 2005
6. Mami, Şəhram və Kamran Əmiriyan. İranda psixoaktiv maddə istifadəçilərinin müalicəsində metaanaliz və sistemətik üsulla davranış terapiyasının tətbiqi, Qum şəhəri Tibbi Elmlər universitetinin qəzeti, 10-cu çap, nömrə 12, 2017
7. Şəriəti, Məhəmməd İbrahim, İzzədi Xah, Zəhra Moləvi, Hüsün Salehi və Mehrdad. Narkotik aludəçilərinin yaşam keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına əsaslanan davranış terapiyası üsulun təsirinin müqayisəli təhlili. Davranış-tanıma elmləri təqıqatı, 11- ci nəşr, nömrə dörd, 2014
8. Cavad Mollazadə, Əhməd Aşuri. Narkotik aludəçilərinin psixoloji sağlamlıqlarının yaxşılaşmasında və istifadənin qarşısının alınmasında davranış terapiyasının təsiri, Şahid Universitetinin elmi-təhqıqatı, 16-cı nəşr, nömrə 34, 2010
9. Rawson RA, Obert JL, McCann MJ. Cocaine treatment outcome: cocaine use following inpatient, outpatient and no treatment. 2005
10. Epstein EE, McCrady BS. Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. Clinical Psychology Review. 1998;

Bakı şəhərində göstərilən narkoloji xidmətin xüsusiyyətləri

P.P.Məmmədov

Особенности наркологической службы г. баку

П.П. Мамедов

Features of drug treatment services in baku

P. P. Mamedov

ATU-nun psixiatriya kafedrası, Respublika Narkoloji Mərkəz

E-mail: bilal_44@mail.ru

The creation of the legislative base regulating the legal issues in the field of drug abuse and illicit trafficking in the country and its adaptation to changing conditions and requirements is one of the main priorities of the government of Azerbaijan and relevant agencies. In the light of changing circumstances and strategic requirements, this course has become one of the main priorities of the state and was successfully continued by President of Azerbaijan Republic Mr. Ilham Aliyev, the decree No. 1334 from 22 July 2019 was approved the "State programme of combating trafficking of narcotic substances, psychotropic drugs and their precursors and drug abuse in the years 2019-2024". However, the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan, with the purpose of treatment and rehabilitation of persons suffering from drug addiction completely by the Republican Narcological Centre of the relevant medicines, and modern engineering tools necessary RDTs for the detection of drugs. Within 5 years, the city of Baku increased funding of drug treatment services including, including the cost of medications and nutrition of patients. Related to this is the increase (almost 4 times) in the number of cases of persons suffering from drug dependence, in the Republican Narcological Center for hospital care (in 2011 – 250 patients in 2015 – 1050 patients). However, preservation in the city of Baku Institute of obligatory dispensary of consumers of drug treatment services leads to the fact that the drug addicts face are often do not seek help. The organizational forms of drug treatment services to a certain extent, affect phonos, formation and techeniye disease. In this regard, there is a need for further formation of humanitari drug treatment services in Baku and in the regions.

Key words: *narcological service in Baku, consumers of narcological services, the State Program, funding for narcological services.*

Создание законодательной базы, регулирующей правовые вопросы в области борьбы со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом в стране и ее адаптация к изменяющимся условиям и требованиям является одним из основных направлений деятельности правительства Азербайджана и соответствующих учреждений. В свете изменяющихся обстоятельств и требований этот стратегический курс стал одним из главных приоритетов государства и был успешно продолжен Президентом Азербайджанской Республики г-ном Ильхамом Алиевым, которым распоряжением № 1334 от 22 июля 2019 года была утверждена «Государственная

программа борьбы с незаконным оборотом наркотических веществ, психотропных препаратов и их прекурсоров и наркоманией на 2019-2024 годы». Вместе с тем, Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, с целью лечения и реабилитации лиц, страдающих наркоманией полностью обеспечивает Республиканский Наркологический Центр соответствующими лекарственными препаратами, современными техническими средствами, необходимыми экспресс-тестами для выявления наркотических средств. В течение 5 лет, по городу Баку наблюдается рост финансирования наркологической службы, включающий, в том числе затраты на медикаменты и питание больных. С этим связан рост (почти в 4 раза) числа обращений лиц, страдающих зависимостью от наркотиков в Республиканский Наркологический Центр за стационарной помощью (в 2011 году – 250 больных, в 2015 году – 1050 больных). Однако, сохранение в городе Баку института обязательного диспансерного учета потребителей наркологических услуг приводит к тому, что наркозависимые лица чаще всего не обращаются за помощью. Организационные формы наркологической службы в определенной мере влияют на прогноз, формирование и течение заболевания. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего формирования гуманизации наркологической службы в городе Баку и в регионах республики, доступности помощи, повышения качества и расширения разнообразия оказываемых услуг, привлекательности государственных наркологических лечебно-профилактических учреждений, обеспечения анонимности обращения за помощью. Подготовка новых нормативно-правовых документов в ближайшем будущем обеспечит формирование службы в этом направлении и сыграет определенную роль в борьбе с такой сложной социальной проблемой, как наркомания.

Ключевые слова: наркологическая служба в городе Баку, потребители наркологических услуг, Государственная программа, финансирование наркологической службы.

Tədqiqatın aktuallığı. Hal-hazırda Azərbaycan Respublikasının «Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında» [5,6] və «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» [3, 4] qanunları əhaliyə narkoloji yardımın göstərilməsi qaydasını müəyyən edir. Azərbaycan Respublikasının «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» qanununun 5.6 maddəsinə əsasən, narkotik asılılıqdan müalicənin anonimliyinə dair zəmanət xəstələrin dövlət narkoloji mərkəzlərinə müraciətinin sayının artmasına və narkomaniyanın gizlilik dərəcəsi səviyyəsinin azalmasına səbəb olmuşdur. Hal-hazırədək, hökumət tərəfindən bu cür yardım qaydasını və onun əlçatan olmasını müəyyən edən müvafiq qərarlar qəbul edilmişdir. Lakin, anonimlik şəraitində epidemioloji tədqiqatların keçirilməsi və remissiya göstəricilərinin analizi ilə bəzi problemlər yaranır. Həmçinin narkotiklərdən asılılıq üzrə müalicə kursu almış xəstələrə ənənəvi dinamik dispanser nəzarətinin həyata keçirilməsi və onların residiv əleyhinə tədbirlərlə əhatə olunması da çətinləşmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi psixoaktiv maddələrdən asılılıqdan əziyyət çəkən şəxslərə

yardımın göstərilməsinə istiqamətləndirilmiş müəyyən addımlar atır. Belə ki, Azərbaycan Respublikasının SN 1 sentyabr 2000-ci il tarixli 119 sayılı əmri ilə, narkoloji xidmət sərbəst xidmət olaraq təsdiq edilmiş və psixiatrik xidmətdən ayrılmışdır, tibbi ixtisaslar strukturuna isə "həkim-narkoloq" ixtisası daxil edilmişdir. Azərbaycan Respublikası SN 14 iyul 2011-ci il tarixli 63 sayılı əmri ilə, Respublika narkoloji dispanseri Respublika Narkoloji Mərkəz olaraq yenidən təşkil edilmişdir. Lakin, hal-hazırədək, mövcud olan narkoloji xidmət narkotiklərdən istifadə vəziyyəti ilə tam adekvat deyil və bu xidmət işinin göstəriciləri problem miqyasına uyğun deyil, narkomanıyanın yayılma dərəcəsi göstəricilərindən, narkotiklərdən istifadə modellərin və növlərinin genişlənməsindən geridə qalır. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, psixoaktiv maddələrdən asılığa, ələxüsüs narkomanıyaya və narkotik (psixoaktiv) vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı aparılan mübarizə daim dövlətin diqqət mərkəzində olmaqla, insanların sağlamlığına və mənəviyyatına sarsıdıcı zərbə vuran bu kimi halların aradan qaldırılması üçün kompleks tədbirlər həyata keçirilmiş, hüquqi və inzibati islahatlar aparılmış, təbliğat işləri genişləndirilmiş, profilaktik tədbirlərin səmərəliliyi artırılmışdır. Ölkə ərazisində narkomanlığa və narkotik vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı aparılan mübarizə sahəsində hüquqi məsələləri tənzimləyən qanunvericilik bazasının yaradılması və bu bazanın dəyişən şəraitə və tələblərə uyğunlaşdırılması Azərbaycan dövlətinin və müvafiq qurumların əsas fəaliyyət istiqamətlərindən biri olmuşdur. Belə ki, bu məsələ ilk dəfə "Narkomanlığa və narkotik vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı tədbirlər haqqında" Azərbaycan Respublikasının Prezidenti – Ümummilli Lider Heydər Əliyevin 1996-cı il 26 avqust tarixli 485 nömrəli Fərmanında öz əksini tapanla, insanların sağlamlığının, rifahının və mənəvi-əxlaqi dəyərlərinin qorunması və narkomanlığa, narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı mübarizə ümumdövlət vəzifəsi kimi müəyyən edilmiş, həmçinin narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlıqla mübarizə sahəsində dövlət siyasətinin strateji istiqamətləri dəqiq göstərilmişdir. Bu strateji kurs Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyev tərəfindən uğurla davam etdirilərək, problemə dəyişən şəraitə və tələblərə uyğun yanaşılması dövlətin əsas prioritetlərindən birinə çevrilmiş, bu sahədə qətiyyətli mübarizənin təmin edilməsi məqsədilə sayca beşinci "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin

və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizəyə dair 2019-2024-cü illər üçün Dövlət Proqramı” 22 iyul 2019-cu il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmişdir [1]. Dövlət Proqramının məqsədi ölkədə narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizənin gücləndirilməsi, antinarkotik təbliğat, narkotiklərin qanunsuz alınması, narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicə edilməklə, sağlam həyata qaytarılması, müalicə-bərpa sahəsindəki fəaliyyətin müasir dövrün tələblərinə uyğunlaşdırılması, bu sahədə qanunvericiliyin təkmilləşdirilməsi, cəza tədbirlərinin səmərəliliyinin öyrənilməsi üçün elmi və praktik araşdırmaların aparılması, beynəlxalq əməkdaşlığın inkişaf etdirilməsi və digər geniş miqyaslı məsələlərdən ibarətdir. Bu dövlət proqramında ölkəmizdə narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlıqla mübarizə sahəsində dövlət tərəfindən narkomanıyanın birincili profilaktikasının strateji istiqamətləri müəyyən olunmuşdur.

Bunula yanaşı, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicə və reabilitasiyası istiqamətində Respublikada Narkoloji Mərkəzini müasir texniki vasitələrlə, narkoloji xəstələrin aşkara çıxarılması üçün lazım olan ekspress testlərlə, müvafiq dərman preparatları ilə tam şəkildə təmin edir. Tədqiqat dövründə Bakı şəhərində narkoloji xidmətinin sərəncamında RNM-də 200 çarpayı mövcud olmuşdur. RNM-nin büdcə maliyyələşdirilməsi haqqında məlumatlar cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəldə göstəriləni kimi, 5 il ərzində, Bakı şəhərində narkoloji xidmətin maliyyələşdirilməsində artım qeyd olunur, bu maliyyələşdirməyə o cümlədən medikamentlərə və qida məhsullarına çəkilən xərclər də daxildir. Belə ki, 2011-ci ildə sutkada bir xəstə üçün medikamentlərə çəkilən xərclər 5.35 manat, qida xərcləri 3.00 manat təşkil edirdisə, 2015-ci ildə bu göstəricilər 6.20 və 3.0 manat təşkil etmişdir. Lakin ABŞ dolları kursunun kəskin şəkildə artması ilə əlaqədar olaraq, son ildə dollarla ifadə edildiyi zaman medikament və qida xərcləri, 2011-ci illə müqayisədə, 2015-ci ildə 10.6 ABŞ dollarından 5.9 ABŞ dollarına qədər azalmışdır. Respublika Narkoloji Mərkəzində heroindən asılı xəstənin stasionar müalicəsinin orta müddəti (əsasən, detoksikasiya), 14-21 gün təşkil edir.

Cədvəl 1

RNM-nin maliyyələşdirilməsi (manatla)

		2011	2012	2013	2014	2015
Cəmi		10273	10679	10875	11072	11417
Stasionar çarpayılar (miqdar)		200	200	200	200	200
1 illik xərclər	medikamentlər	302000	303450	305748	325705	309960
	qidalanma	169345	162562	158145	165613	149980
1 çarpayı-gün üçün faktiki xərclər, onlardan:		8.35	8.60	8.80	8.90	9.20
medikamentlər üçün		5,35	5,60	5,80	5,90	6,20
qidalanma üçün		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Manatın 1 dollara olan məzənnəsi		0.78640	0.78500	0.78450	0.78310	1.5620
Stasionarda həkimlərin sayı	Mütləq sayı	13	13	12	13	13
	Hər 100 min əhali üçün	0,62	0,61	0,55	0,59	0,58
Ambulatoriyada həkimlərin sayı	Mütləq sayı	28	28	28	30	30
	Hər 100 min əhali üçün	1,34	1,32	1,30	1,37	1,36

Beləliklə, 2011-ci ildə bir nəfər bu cür xəstə üçün klinikada olduğu bütün müddət ərzində medikament və qida xərcləri təxmini 148.4 - 222.6 ABŞ dolları məbləğində nəzərdə tutulurdusa, 2015-ci ildə bu göstərici 82.6 - 123.9 ABŞ dolları təşkil etmişdir. Qiymətləndirmələrimizə görə, heroin narkomanının bir kurs müalicəsi üçün tam medikament dəstinin dəyəri Bakı ş. qiymətləri çərçivəsində 250 ABŞ dolları təşkil edir. Bakı şəhərində stasionar narkoloji yardımını 13 həkim-narkoloq göstərir. Onlar RNM-nin müxtəlif şöbələrində çalışırlar. Bu göstərici hər 100 min əhali üçün hesablandıqda, 0.58 təşkil edir. Bu göstərici digər MDB ölkələrindəki, xüsusilə də Rusiya Federasiyasındakı (hər 100 min əhali üçün 0.39) [9] və Qazaxıstan Respublikasındakı (hər 100 min əhali üçün 0.4) [8] həkim-narkoloqlarla təmin edilmə göstəricilərindən çoxdur.

Bakı şəhərində narkotik istifadəçilərinin rəsmi statistikasına əsaslanaraq, müalicəyə olan tələbatı tam şəkildə qiymətləndirmək mümkün deyil,

bu isə rəsmi qaydada qeydiyyatda alınmış narkomaniya xəstələrinin sayı ilə qiymətləndirmə sayı arasındakı böyük fərqlə əsaslandırılır. Eyni zamanda, Respublika Narkoloji Mərkəzinə stasionar yardım üçün müraciət sayı göstəriciləri narkotik asılılıqdan əziyyət çəkən şəxslərin sayının artmasını (demək olar ki, 4 dəfə) göstərir (2011-ci ildə – 250 xəstə, 2015-ci ildə – 1050 xəstə). Lakin, Bakı şəhərində Narkoloji xidmətin məcburi dispanser qeydiyyatı institutunu özündə saxladığına görə, narkotiklərdən asılı olanlar yardım üçün qorxaraq müraciət etmirlər.

Bakı şəhərində narkotik asılılığının ambulator müalicəsi iki ixtisaslaşdırılmış narkoloji müəssisədə həyata keçirilir: Respublika Narkoloji mərkəzində və şəhər narkoloji dispanserində. Bu narkoloji yardım növü 30 həkim-narkoloq tərəfindən göstərilir, bu isə, hər 100 min əhali üçün hesablandıqda, 1.36 təşkil edir, bu isə digər MDB ölkələrindəki həkim-narkoloqlarla təmin edilmə göstəricilərindən çoxdur. Dövlət tərəfindən anonim narkoloji yardımla əlaqədar zəmanət təmin edilir. Hal-hazırda, reabilitasiya proqramları, yüksək dərəcədə asılı olanlarla fəaliyyət əlçatmazdır, onları təşkil etmək və inkişaf etdirmək lazımdır. Bunu nəzərə alaraq, Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti 2014-cü il 13.09 tarixdə 276 nömrəli qərarı ilə «Narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicəsi, reabilitasiyası və resosializasiyası üzrə Proqram»ını təsdiq etmiş [2] və Respublika Narkoloji Mərkəzinin nəzdində 20 çarpayılıq reabilitasiya şöbəsinin təşkili nəzərdə tutulmuşdur.

Məlum olduğu kimi, narkotiklərdən asılı olanların müalicəsinin effektivliyinin göstəricilərindən biri remissiyanın davam etmə müddətidir – bu, müalicə kursundan sonra, müalicə almış xəstənin təkrar narkotiklərdən istifadə etməkdən çəkindişi müddətidir. 2011 - 2015 illərdə xəstələrin remissiyası analizini həyata keçirmiş RNM-nin məlumatlarına əsasən, remissiyanın 6 aydan 1 ilədək (2011-ci ildə – xəstələrin 19.6%, 2015-ci ildə – xəstələrin 21.7%) və 1 ildən 2 ilədək (2011-ci ildə – xəstələrin 8.4%, 2015-ci ildə – xəstələrin 11.6%) artması qeyd edilmişdir.

Yuxarıda qeyd edilmiş amillər və asan keçid, narkotiklərin, xüsusilə də heroinin nisbətən aşağı qiyməti Bakı şəhərində narkomaniyanın olduqca sürətli şəkildə yayılmasına səbəb olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, ənənəvi opiatlardan fərqli olaraq, heroindən asılılığın formalaşması, epizodik istifadə mərhələsi həyata keçmədən, çox sürətli baş verir.

Narkoloji yardımının təşkilati formaları müəyyən dərəcədə xəstəliyin proqnozuna, formalaşmasına və yayılmasına təsir göstərir. Bakı şəhərində və ümumilikdə Respublika üzrə narkoloji xidmətin humanizasiya və yardımın əlçatan olması, xidmətlərin keyfiyyətinin artırılması, xidmət çeşidlərinin genişləndirilməsi istiqamətində yenidən formalaşdırılması, habelə dövlət müalicə-profilaktika müəssisələrinin cəlbəciliyinin təmin edilməsi, yardımın məxfiliyinə və anonimliyinə dair zəmanətin verilməsi zəruridir. Yeni normativ-hüquqi sənədlərin hazırlanması yaxın gələcəkdə bu istiqamətdə xidmətin yenidən formalaşdırılmasını təmin edəcək, mürəkkəb sosial problem kimi narkomaniya ilə mübarizədə müəyyən rol oynayacaq.

Bu istiqamətdə strateji sənəd Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin 22 iyul 2019-cu il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmiş sayca beşinci “Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizəyə dair 2019-2024-ci illər üçün Dövlət Proqramı”dır [1]. Bundan əvvəlki və hazırkı Dövlət Proqramlarının icrası ilə bağlı Təhsil Nazirliyi tərəfindən qanun pozuntularına meyilli olan yetkinlik yaşına çatmayanların yaşayış yerləri, işlədiyi və təhsil aldığı inzibati ərazilər üzrə yerli icra hakimiyyəti və bələdiyyələr, polis orqanları, əmək kollektivləri və müvafiq komissiyalar arasında əlaqələrin genişləndirilməsi, onların narkomaniya ilə bağlı profilaktik tədbirlərlə əhatə olunması məqsədilə təhsil müəssisələrinin rəhbərlərinə müvafiq göstərişlər verilmiş, yerlərdə, xüsusən də polis idarələrinin yetkinlik yaşına çatmayanlarla iş üzrə müvəkkilləri və tibb işçiləri ilə mütəmadi olaraq pedaqoji kollektivlərin görüşləri təşkil edilmişdir. Gənclər və İdman Nazirliyi tərəfindən respublikanın bir sıra şəhər və rayonlarında yeniyetmə və gənclərin asudə vaxtlarının səmərəli təşkil edilməsi məqsədilə “Sağlam həyat tərzi və reproduktiv sağlamlıq üzrə təlim vəsaitinin tanıtılması və yayılması layihəsi” həyata keçirilmiş, qeyri-hökumət təşkilatları tərəfindən icra edilən layihələr cərcivəsində lazımi cəp məhsulları hazırlanaraq, gənclər, idman idarələri və gənclər təşkilatları arasında paylanmışdır. Müdafiə Nazirliyi tərəfindən xüsusi təyinatlı təhsil müəssisələrinin tədris proqramına sağlam həyat tərzi və narkomanlığın ziyanı ilə bağlı mövzular daxil edilmiş, şəxsi heyətlə aparılan tərbiyə işinin təşkili zamanı və keçirilən hüquq hazırlığı saatlarında narkomaniya və onun fəsadları barədə məlumat verilmiş, sənədli filmlər nümayiş olunmuşdur. Səfərbərlik və Hərbi Xidmətə Çağırış üzrə Dövlət Xidməti tərəfindən birincili hərbi qeydiyyatata alınan gənclər və müddətli

həqiqi hərbi xidmətə çağırılan vətəndaşlar arasında narkotik aludəçiliyi əleyhinə təbliğat işi aparılmış, çağırışa qədər yaş həddində olan vətəndaşlar barəsində aidiyyəti üzrə narkoloji dispanserlərə sorğular göndərilmiş, narkomanlıq xəstəliyi aşkar ediləcəyi təqdirdə müalicənin təmin edilməsi istiqamətində tibb müəssisələri ilə qarşılıqlı tədbirlərin görülməsi planlaşdırılmışdır. Ailə, Qadın və Uşaq Problemləri üzrə Dövlət Komitəsi tərəfindən narkomanlıqla mübarizə sahəsində maarifləndirmə işləri aparılmış, Ədliyyə Nazirliyinin Penitensiar Xidməti ilə birlikdə yetkinlik yaşına çatmayanlar üçün Tərbiyə Müəssisəsində görüşlər olmuş, müəssisədə olan uşaqların cəmiyyətə inteqrasiyası, onların asudə vaxtlarının səmərəli təşkili, dünya görüşlərinin və intellektlərinin artırılması, fiziki inkişafının və sağlam həyat tərzinin formalaşdırılması, valideynləri ilə görüşlərin keçirilməsi, digər ehtiyaclarının öyrənilməsi istiqamətində tədbirlər görülmüşdür. “Sağlam ailə sağlam gələcəyin təminatıdır” adlı layihə çərçivəsində şəhər və rayon qeydiyyat şöbələrinə nikaha daxil olmaq üçün ərizə ilə muraciət edən gənclərə sağlam həyat təzi, nikaha daxil olan şəxslərin tibbi müayinəsinin əhəmiyyəti kimi məsələlər barədə izahat işləri aparılmış, “Reproduktiv sağlamlıq, nikahdan əvvəl tibbi muayinə”, “Sağlam həyat təzi seçin”, “QİCS sağalmaz xəstəlikdir”, “QİCS analizini ver! Riski sığırma endir!” adlı bukletlər hazırlanaraq paylanmışdır. Milli Televiziya və Radio Şurası tərəfindən narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlığa qarşı mübarizə tədbirlərinin kütləvi informasiya vasitələrində geniş işıqlandırılması, həmçinin bu sahədə maarifləndirmə işlərinin gücləndirilməsi məqsədilə cap materiallarının və sosial roliklərin hazırlanması kimi vəzifələrin yerinə yetirilməsi üçün teleradio yayımçılarına müvafiq tövsiyələr verilmişdir. Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasında tədqiqat institutlarının əməkdaşlarından ibarət yaradılmış işçi qrupu tərəfindən narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlığın mənfi nəticələrinin aradan qaldırılması məqsədilə maarifləndirici işlər aparılmış, Akademiyanın Fiziologiya İnstitutunda müvafiq tədqiqatlar aparılmış, ilk dəfə respublika üzrə narkotik vasitələrin yayılma arealını əks etdirən xəritə hazırlanaraq, xidməti istifadə üçün aidiyyəti qurumlara göndərilmişdir. Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Qeyri-Hökumət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurası bir il ərzində narkomanlığa qarşı mübarizə istiqaməti üzrə 23 layihəyə 187.500,0 AZN vəsait ayırmış, layihələr əsasən

Bakı, Şirvan, Hacıqabul, Salyan, Masallı, Lənkəran, Astara, Saatlı, Sabirabad, Bərdə, Yevlax, Qəbələ, Şəki, İsmayıllı, Göycay, Ağdaş, Tərtər, Ağcabədi, Quba, Qusar, Xaçmaz, Oğuz, Gəncə, Tovuz və s. rayon və şəhərlərdə 75 təlim, 28 seminar, 30 digər tədbirlər keçirilmişdir. Azərbaycan Respublikası Baş Nazirinin müavini, Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının sədri cənab Əli Həsənovun tapşırığına əsasən narkomanlığın cəmiyyətə və insanların sağlamlığına ziyanı barədə təbliğat aparılması məqsədilə və “26 iyun - BMT-nin Narkotiklərlə Mübarizə Günü” ilə əlaqədar Dövlət Komissiyasının işçi qrupu və digər aidiyyəti qurumlarla birgə bir sıra tədbirlər keçirilmişdir. Eyni zamanda, narkomanlığın zərəri barədə əhalinin məlumatlandırılması məqsədilə Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının işçi qrupu tərəfindən hazırlanmış “Narkomaniyaya birlikdə yox deyək” adlı xüsusi loqo Nəqliyyatı İntellektual İdarəetmə Mərkəzinin 14 yerləşmə lövhəsində işıqlandırılmışdır. Bunlardan əlavə, “26 iyun - BMT-nin Narkotiklərlə Mübarizə Günü” ilə əlaqədar respublikanın bütün şəhər və rayonlarında “Narkomaniya gələcəyin bəlasıdır”, “Narkotiklərdən özümüzü qoruyaq”, “Gənclər narkotiksiz həyat namimə” və sair şuarlar altında silsilə tədbirlər keçirilmiş, tədbirlərdə yeniyetmələr, gənclər, müəllimlər və valideyinlər iştirak etmiş, narkotikin törətdiyi fəsadlar barədə müzakirələr aparılmışdır. Cəmiyyətin muxtəlif yaş təbəqələrindən olan insanlarla narkomaniya ilə mübarizə aparılmasının yolları, narkotik maddələrin zərərli olduğu bilindiyi halda istifadəsinin niyə sürətlə artdığının səbəbləri haqqında müzakirələr aparılmış, iştirakçıların 75 faizi yeniyetmə və gənclər, 25 faizi isə orta yaşlı insanlar olmuşdur.

Səhiyyə Nazirliyi və Təhsil Nazirliyinin birgə “Narkotiklərə YOX deyək!” şuarı altında keçirdiyi kompaniyada, Ailə, Qadın və Uşaq Problemləri üzrə Dövlət Komitəsinin mütəxəssisləri ilə, Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının işçi qrupunun mütəxəssisləri ilə keçirilən birgə təlimlərdə, İcra hakimiyyəti və polis şöbəsinin təşkilatçılığı ilə keçirilən tədbirlərdə Respublika Narkoloji Mərkəzinin mütəxəssisləri iştirak etmişdir. İİV-infeksiyasının inyeksiyon narkotik istifadəçiləri (İNİ) arasında yayılmasının qarşısının alınması istiqamətində Respublika Narkoloji Mərkəzi ilə 2014-cü ildən başlayaraq vaxtaşırı işgüzar görüşlər keçirilir, aşkarlanan İNİ-lərin İİV-

infeksiyasına müayinəsi və göstəriş üzrə İİV-li xəstələrin narkomanlığa müayinələri üzrə məlumat mübadiləsi və nəticələri müzakirə olunur.

Gənclər və risk qrupu nümayəndələrinin müayinələrə cəlb olunmasında birgə tədbirlər həyata keçirilir. Təşkilati tədbirləri stiqamətində RQMM tərəfindən Respublika Narkoloji Mərkəzi, Bakı, Sumqayıt, Lənkəran, Mingəçevir şəhər narkoloji dispanserləri və bir sıra MRX-ın narkoloji kabinetləri nəzdində İİV-ə könüllü müayinə və məsləhətləşmə məntəqələri təşkil edilmişdir (KMM). Səhiyyə Nazirliyinin internet saytında (www.health.gov.az), Respublika Narkoloji Mərkəzinin internet saytında (www.rnm.az), www.saglamliq.isim.az, “İnter.az” və “Media.az” internet kanallarında Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizə sahəsində aparılan işlər və bu bəlaya düşər olmamağın yolları barədə mütəmadi olaraq təbliğat aparırlar. Narkomanıyanın zərərli tərəflərini əks etdirən profilaktik tədbirlərin keçirilməsi üçün lazımı texniki vasitələrlə təmin olunmuş, kinofilm, prezentasiya nümayiş etdirilir və həmin tədbirləri icra edənlərin peşəkarlığının artırılması üçün müvafiq təlimlər keçirilib.

Narkomanıyanın profilaktikası və onun terapiyası əhalinin sosial-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə təşkil olunmalıdır. Profilaktik və terapevtik tədbirlər differensiasiyalı şəkildə, regionun sosial-demoqrafik, iqtisadi, etno-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə həyata keçirilməlidir.

Yekün. Əldə edilmiş nəticələrə əsasən, Bakı şəhərində narkomanıya xəstələrinə narkoloji yardımın təkmilləşdirilməsinin əsas istiqamətləri hazırlanmalıdır. İlk növbədə, respublika psixi sağlamlıq mühafizəsi proqramı hazırlanmalıdır ki, bu proqramda narkomanıyanın əhalinin etno-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə profilaktikası məsələlərinə xüsusi diqqət ayırmaq lazımdır. Bu proqramın yaradılması və həyata keçirilməsinə sadəcə həkim-narkoloqlar deyil, həmçinin tibbi psixoloqlar, müxtəlif sosial sektorda işləyən işçilər, təhsil nümayəndələri mütəxəssislər, dini xadimlər və ictimai təşkilatlar da cəlb edilməlidir. Əhalinin hər bir subpopulyasiyasında risk qruplarına xüsusi diqqət ayrılmalıdır, çünki burada xəstəliyə tutulma dərəcəsi yüksəkdir.

İlkin profilaktika proqramları differensiasiyalı olmalıdırlar və xalqın mədəniyyət anlayışını və dinini, milli tərbiyə və ailə münasibətləri ənənələrini, cinsini, yaşını, təhsil səviyyəsini və peşə mənsubiyyətini nəzərə alma-

lıdır. Bu zaman, mütəxəssislər və aktivistlər narkomaniyanın artmasına və yayılmasına mənfi təsir göstərən, xüsusilə də, etnomədəni xüsusiyyətlərə malik olan (bizim əhalimiz üçün - uşaqların avtoritar stildə tərbiyə edilməsi, boş inancların yüksək dərəcədə yayılması, sosial nəzarətin aşağı səviyyədə olması, icma səviyyəsində antinarkotik davamlılıq amillərinin assimilyasiyası, öz somatik sağlamlığının vəziyyətinə qarşı düşüncəli münasibətin olmaması, intihar ehtimallarına qarşı səbirlə münasibət və s.) amillərlə tanış olmasına diqqət verməlidirlər.

Narkomaniyanın ilkin profilaktikası zamanı, sosial nəzarətin rolunun artırılması üzrə tədbirlər görmək, yüksək dərəcədə asılı olanların, sosial-əhəmiyyətli şəxslərin və din xadimlərinin kompleks terapevtik tədbirlərdə, tibbi-sosial reabilitasiya proqramlarında və residiv əleyhinə tam dəstək tədbirlərinin, icma səviyyəsində sosial müşahidə proqramlarının həyata keçirilməsində aktiv şəkildə iştirak etməsini təmin etmək lazımdır. Əhali arasında effektiv ilkin profilaktik tədbirlərin təşkil edilməsi və həyata keçirilməsi zamanı, bu layihələrin reallaşdırılmasında sosial-əhəmiyyətli şəxslərin, icma aktivistlərinin, dini xadimlərin iştirak etmələri xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Bu zaman, mütəxəssislər və aktivistlər narkomaniyanın artmasına və yayılmasına mənfi təsir göstərən, xüsusilə də, etnomədəni xüsusiyyətlərə malik olan amillərlə tanış olmasına diqqət verməlidirlər.

İkincili profilaktikanın həyata keçirilməsi zamanı, həkim-narkoloqlar bilməlidirlər ki, narkoloji yardımın təşkilati formaları müəyyən dərəcədə əhalinin sosial-demoqrafik və etno-mədəni xüsusiyyətlərindən asılı olaraq həyata keçirilməlidir. Narkomaniya xəstələrinin, habelə bu patologiyanın yayılması üzrə yüksək risk qruplarının erkən diaqnostikası və aktiv şəkildə aşkar edilməsi üzrə işin gücləndirilməsi lazımdır. Residivlərin mövcud olmasına dair xəbərdarlıq işinin aktivləşdirilməsi və reabilitasiya proqramlarının, "zərərin azaldılması" proqramlarının, xüsusilə də xoşagəlməz xəstəlik proqnozu olan xəstələr arasında reallaşdırılması tələb olunur. Bu məqsədlərlə, respublikada tibbi-sosial reabilitasiya və resosializasiya xidmətlərinin yaradılması lazımdır. Həkim-narkoloqların və tibbi psixoloqların hazırlanması respublikada yaşayan əhalinin etno-mədəni xüsusiyyətlərinə, psixologiyasına və psixiki sağlamlığına dair biliklərə malik olmaqla həyata keçirilməlidir.

Həyata keçirilmiş tədqiqatlar təsdiq edirlər ki, narkoloji yardımın təşkilatı formaları müəyyən dərəcədə regionun kliniki, sosial-demoqrafik və etnomədəni xüsusiyyətlərindən asılı olaraq həyata keçirilməlidir ki, bunlar,

digərləri ilə yanaşı, xəstəliyin proqnozuna, formalaşmasına və yayılmasına təsir göstərir.

Yuxarıda qeyd olunanlara yekun olaraq, qeyd etmək lazımdır ki, differensiasiyalı yanaşmaların Bakı ş. və Azərbaycan Respublikasının narkoloji təcrübəsində tətbiq edilməsi narkomaniya xəstələrinin psixoprofilaktik, müalicə-diaqnostik və reabilitasiya yardımının effektivliyinin artırılması və əhalinin psixiki sağlamlığının möhkəmləndirilməsinə yatırım edilməsi üçün imkanlar yaradacaq. Biz N.A. Əliyevin və Z.N. Əliyevin [7] Azərbaycan Respublikası dövlət orqanlarının psixoaaktiv maddələrin, xüsusilə də narkotiklərin istifadəsi səviyyəsinin azaldılması üzrə fəaliyyətinin daha çox aktivləşdirilməsi zərurəti haqqında fikirləri ilə razıyıq.

ƏDƏBİYYAT

1. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizəyə dair 2019-2024-cü illər üçün Dövlət Proqramı" Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin 2013-cü il 22 iyul 2019-cu il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmişdir.
2. «Narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicəsi, reabilitasiyası və resosializasiyası üzrə Proqram» Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti 2014-cü il 13.09 tarixdə 276 nömrəli qərarı.
3. «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» Azərbaycan Respublikasının Qənnunu, Bakı, 17 sentyabr 2001-ci il.
4. "Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 6 oktyabr 2015-ci il.
5. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 28 iyun 2005-ci il.
6. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 6 oktyabr 2015-ci il.
7. Алиев Н.А., Алиев З.Н. Современное состояние наркологической ситуации в Азербайджане по данным государственной статистики // Наркология, №11, 2015, с 15-20.
8. «Мониторинг наркологической ситуации для Республики Казахстан». Аналитический отчет, Павлодар, 2015.
9. Корнилов Н.Г. Доклад антинаркотической комиссии «Об основных проблемах обеспечения населения Иркутской области наркологической помощью». Иркутск, 2011.

Psixoaktiv maddə asılılığının müalicə və reabilitasiyasında sosial iş müdaxiləsi

Z.Əliyev, F.Alısova**, S.Seyfullayeva****

Therapy and Effectiveness of Social Work Intervention in Psychoactive Substance Dependence

Z.Aliyev, F. Alishova, S. Seyfullayeva

Вмешательство социальной работы в терапию и реабилитацию зависимости от психоактивных веществ

З. Алиев, Ф. Алышова, С. Сейфуллаева

* Respublika Narkoloji Mərkəz

** Respublika Narkoloji Mərkəz

*** Respublika Narkoloji Mərkəz

E-mail: fidan.alisova@mail.ru

This article emphasizes the need for a holistic approach to the treatment of psychoactive substances addiction with biopsychosocial consequences and outlines the main activities of the social worker in the process of social rehabilitation, and how it helps the patient and his family. The importance of the social worker's role as a case manager is also explored. For the purpose of restoring the patient's social functions and his/her return to society, the formation of new social skills and the rehabilitation program including all activities for this target are all focused on the article.

Keywords: social worker, psychoactive substance, rehabilitation.

В этой статье подчеркивается необходимость комплексного подхода к лечению зависимости от психоактивных веществ с биопсихосоциальными последствиями, а также описываются основные направления деятельности социального работника в процессе социальной реабилитации и то, как подчеркивается роль социального работника в ведении дел. Здесь перечислена программа реабилитации и все мероприятия, включенные в нее для формирования новых социальных навыков для восстановления социальной функции пациента и возвращения в общество.

Ключевые слова: социальный работник, психоактивные вещества, реабилитация.

Psixoaktiv maddələrdən asılılıq beyin funksiyalarının pozulmasına və davranış problemlərinə səbəb olan, həmin maddədən istifadə dayandırıldıqdan

sonra işə təsirlərinin uzun müddət qaldığı, nəticədə narkotik maddə istifadəsinin təkrarlanmasına gətirib çıxaran haldır. Eyni zamanda beyn funksiyalarında pozulmalar və davranış problemləri təkcə fərdin fiziki sağlamlığına deyil, həmçinin onun psixi sağlamlığına, sosial münasibətlərinə də mənfi təsir etməklə həyat fəaliyyətində müxtəlif disfunksional halların yaranmasına gətirib çıxarır [2]. Bu asılılıq fərdin özü ilə yanaşı onun ailəsinə və aid olduğu icmaya da təsir göstərir, eyni zamanda maddə qəbulu dozasının get-gedə artırılması və şəxsin ölümünə gətirib çıxara bilməsi bu xəstəliyi dövrümüzün əhəmiyyətli bir sosial problemi olaraq nəzərə alınmasına gətirib çıxarıb. Narkotik maddə asılılığının biopsixososial səbəbləri və nəticələri də bu problemə kompleks yanaşılmasının zərurətini yaradır. Kompleks yanaşma tibbi müalicə, psixoloji və sosial reabilitasiyanı əhatə edir.

Sosial reabilitasiyanın məqsədi fərdin yenidən cəmiyyətə qaytarılması və sosial funksiyalarının bərpa edilməsidir. Psixoaktiv maddə istifadəçilərinin sosial funksionallıqlarının bərpasında və cəmiyyətə qaytarılmasında əsas rolunu sosial işçilər oynayır. Reabilitasiya prosesi üçün pasiyent sosial işçi tərəfindən qiymətləndirilir. Qiymətləndirmə zamanı xəstənin motivasiya səviyyəsi müalicəyə istəklili olub-olmaması, müalicə prosesinə və psixoaktiv maddə istifadəsinin dayandıra biləcəyinə inamı, psixoaktiv maddə istifadə səbəbləri, onu təhrik edən amillər, zərərli maddə sui-istifadəsinin yaratdığı fiziki, sosial-psixoloji, iqtisadi, hüquqi problemlər öyrənilir. Psixoloji və fiziki problemlərin öyrənilməsi və düzgün qiymətləndirilməsi üçün sosial işçi qiymətləndirmədə psixoloq və həkimlərin xəstə haqqında verdiyi məlumatlarından da istifadə edir. Qiymətləndirmə aparıb problem və çətinliklərə görə ehtiyaclar müəyyənləşdirilir. Ehtiyaclar müəyyənləşdirildikdən sonra xəstə ilə birlikdə fərdi plan tutulur. Fərdi planda ümumi və spesifik məqsədlər və məqsədlərə uyğun addım və xidmətlər müəyyənləşdirilir.

Uyğun xidmətlərə yönləndirmə, fərdi planın icrasının monitorinq edilməsi özünü sosial işçinin keys menecment rolunun həyata keçirilməsində göstərir.

Keys menecment istəklili və ehtiyacların qiymətləndirilməsi, dəstək və xidmətlərin planlaşdırılması, yerləşdirilməsi, təminatı və monitorinqdən ibarət olan prosesdir [1].

Reabilitasiyanın düzgün təşkil edilməsi üçün sosial iş üzrə mütəxəssis tərəfindən ətraflı reabilitasiya proqramı qurulmalıdır.

Müalicə və reabilitasiya prosesinə qoşulan psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxsin gündəlik proqramı səhər yuxudan oyanma ilə başlayır, gecə yatmaqla bitir. Bu saatlara isə səhər günorta və axşam yemək saatları, psixoloqlar və digər mütəxəssis qrupları tərəfindən aparılan fərdi konsultasiyalar, qrup terapiyaları, meditasiya, yoganın təşkili, artterapiya, əmək terapiyası, peşə reabilitasiyası, sosial bacarıqların inkişafı üçün etika və estetika üzrə dərslərin təşkili-ünsiyyət bacarıqları və özünə qulluq və düzgün davranış qaydaları, müxtəlif etiket qaydalarının öyrədilməsi, biblioterapiya saatları, istirahət saatları, yaxınları, ailə və tanışları ilə telefon və digər vasitələrlə əlaqə saxlamaqları, dincəlməkləri və hobbiləri ilə məşğul olmaqları, idman saatları, təcrübə və fəaliyyətlərini paylaşa biləcəkləri və müzakirə edə biləcəkləri müzakirə saatları, oyun saatları və s. daxildir. Eyni zamanda ailələrlə görüş saatları da buraya daxildir.

Xəstələrin istirahət və əyləncə saatlarınınin təşkili məqsədlə axşam və həftə sonlarında film və teatr seanslarının, məlumatlandırıcı tv proqramların göstərilməsi həyata keçirilə bilər. Terapevtik təsir, sosiallaşma, istirahət və məlumatlandırma üçün qrup şəkilində muzey və tarixi yerlərə ekskursiyalar da təşkil edilə bilər.

Bütün bu sadalananlar fərddə psixoaktiv maddə istifadəsini dayandıra bilməsi məqsədlə yeni bacarıqların formalaşdırılması üçündür. Sosial reabilitasiya prosesinin stasionar şəkildə göstərilən xidmətlərdən əlavə, xəstənin müəssisədən çıxdıqdan sonra davam edən həyatının düzgün planlaşdırılması, yəni müəssisədən kənar "real həyatına" uyğun proqramın hazırlanması üçün ambulator şəraitdə də davam etdirilməsi vacibdir. Real həyata zərərli maddə istifadə etmədən davam edə bilməsi üçün zamanın düzgün bölüşdürülməsi, sosial dəstəyin möhkəmləndirilməsi çox vacibdir.

Sosial dəstək dedikdə stressli anlarının idarə edilməsində, problemlərinin həll edilməsində kömək və dəstək ola biləcək, birlikdə fəaliyyət göstərə biləcəyi, boş zamanlarını keçirə biləcəyi, ehtiyac olduqda məlumat və maddi yardım ala biləcəyi və sağlam həyat tərzini olan insanların varlığı nəzərdə tutulur.

Sosial dəstəyin təmin edilməsi üçün xəstələri zərərli maddə istifadə etməyə təhrik edən zərərli ailə və digər sosial münasibətlərinin müəyyən-ləşdirilməsi və korreksiya edilməsi lazımdır. Bunun üçün ailə terapiyalarının, qrup terapiyalarının aparılması, stress və problem yarada biləcək ümumi halların aradan qaldırılması üçün ailələrə iqtisadi sosial və hüquqi yardımın göstərilməsi həyata keçirilir. Bu məqsədlə sosial işçi ailə mühitini qiymətləndirir, narkotik maddə istifadəsinə və ümumilikdə ailəyə mənfi təsir edən zərərli davranışlar, zorakılıq, istismar, işsizlik, evsizlik hallarının qarşısının alınması, müxtəlif xidmətlərə ehtiyacların ödənilməsi və ailənin, fərdin gücləndirilməsinə çalışır.

Sosial dəstəklə bərabər asılılıqdan azad olmaq istəyən insanın əmək fəaliyyətinin təşkil edilməsi və asudə vaxtının planlaşdırılması çox vacibdir. Bütün bu işlərin planlaşdırılmasına təbii olaraq xəstə müəssisədə yatdığı dövrdən başlamaq lazımdır. Sosial işçi əmək fəaliyyətinə hazırlığa onun bacarıqlarının qiymətləndirilməsi ilə başlayır. Qiymətləndirilmənin nəticəsi və görülməli işlər fərddən fərdə dəyişilir. Sosial işçi bəzilərinin təhsil prosesinin davam etdirməsi qərarı alarkən, bəzilərinə əvvəlki peşəsinin bərpasına çalışır, bəzilərinə isə tamamilə yeni peşənin öyrədilməsinə ehtiyac olduğu məlum olur. Həmçinin peşənin bərpası üçün mövcud olan bilik və bacarıqları qiymətləndirilir, çatışmayan tərəflərini bərpa etmək üçün plan hazırlanır, yeni peşənin öyrədilməsi üçün ilk öncə şəxsin fərdi qabiliyyətlərinə uyğun bacarıqlar tələb edən və iş tapa biləcəyi peşələrə yönləndirilmə edilir, peşənin öyrənilməsi üçün onları müxtəlif kurslara və peşə məktəblərinə və ya daha yüksək bilik və bacarıq tələb edən ixtisaslar üçün ali təhsil müəssisələrinə istiqamətləndirilə bilirlər. Eyni zamanda müəssisədə olarkən onlar əmək fəaliyyətinə psixoloji olaraq da hazır edilir. Psixoloji hazırlıq deyəndə fəaliyyətin çətinliklərinin aradan qaldırılmasında onların özünə inamının, motivasiyasının qaldırılması və s. nəzərdə tutulur.

Asudə vaxtlarının təşkili məqsədlə onlara əyləncəli və xoş zaman keçirə bildikləri, özlərini xoşbəxt və rahat hiss etdikləri hobbilərin qazandırılması və yeni fəaliyyətlərin öyrədilməsinə və eyni zamanda vaxt keçirə bildikləri sağlam həyat tərzini olan yeni dostluqlarının yaradılması və ya köhnə dostluqlarının bərpa edilməsi və ailə üzvlərilə münasibətlərinin möhkəmləndirilməsi təmin edilir.

Sosial işçi tibbi müalicə dövründə də psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxsin sağalmaq üçün motivasiyasının artırılması, tibb müəssisəsindəki komanda ilə münasibətlərinin yaxşılaşdırılaraq inkişaf etdirilməsi, ev ziyarətləri edərək ailəsi haqqında məlumat toplaması, ailəsinə yönəlmiş məlumatlandırıcı təlimlər verilməsi və ailə ilə qurum arasında münasibətlərin qurulub inkişaf etdirilməsi kimi işləri görür [4].

Ailə və onun yaxınlarının təlimatlandırılması zamanı çatdırılmalı ən vacib məsələ odur ki, bu xəstəlik daim təkrarlanma ehtimalı olan və maddə istifadəçiləri müalicə olunsalar da yenidən istifadə etməyə başlamaq riskinin ehtimal edildiyi bir vəziyyətdir. Ailə üzvlərinin aludəçilərin uzunmüddətli müalicələrində mümkün qədər iştirak etmələri gərək olduğunu anlamaq mühüm məsələdir. Aludəçi olmayan ailə üzvləri də öz davranışlarını, klientə uyğun dəyişməyə çalışmalıdır. Sosial işçinin əsas vəzifələrindən biri də reabilitasiya prosesində xəstə və onun yaxınlarına, həmçinin bütünlükdə icmaya bunun dərk etdirilməsi və onu idarə edə bilmək və nəzarətdə saxlaya bilmək qabiliyyətlərinin öyrədilməsi və təkrar olunma riski yarandıqda və ya təkrar olunduqda necə davranmalı və zərərin azaldılması üçün hara və kimə müraciət etməli olduqları haqqında məlumatlar vermək və dəstək səviyyəsini artırılmasına nail olmaqdır. Ailələrlə işləyərkən onların bu xəstəliyi düzgün dərk etmələri və xroniki xəstəliklər kimi onunla da necə yaşamağı və ya onu necə idarə etməyi və nəzarətdə saxlamağı bilmələrinə çalışmaq lazımdır. Ailə üzvləri müalicədə olan aludəçi ilə disfunkional əlaqə qurmaqdan qaçınmalıdırlar. Sosial işçi isə əgər lazım olsa, ailə üzvlərinin hamısına, o cümlədən ər-arvadlara, digər tərəfdaşlara, yeniyetmələrə və uşaqlara kömək olmaq məcburiyyətində qala bilərlər [1]. Bu zaman sosial işçi ailə üzvlərini də psixoloqa, psixiatrlara və digər mütəxəssis qruplarına və müxtəlif xidmət və resurslara yönəldə bilər. Burada sosial işçilə digər komanda yoldaşları arasında əməkdaşlıq yaranır.

Aludəçiliyi aradan qaldıran əsas cəhət istifadə olunan maddə olsa da , digər psixoloji və mühit faktorlarını da gözdən qaçırtmaq olmaz. Xroniki depressiya və gərginlik aludəçiliklə, o cümlədən işsizlik və yoxsulluqla bağlı ola bilər. Keys menecerlər aludəçiliyə öz töhvəsini vermiş bu faktorları qiymətləndirərkən və mümkün qədər geniş müdaxilə hazırlayarkən çətinliklə üzləşə bilər.

Aludəçilərlə unikal keys menecment məsuliyyəti uzunmüddətli narkotikdən azad davranış üçün icma dəstək sistemləri təşkil etmək və sonra klientləri müəyyən zaman aralıqlarıyla izləməkdir. Bir zaman asılılığı olan insanlar üzərində maddələrin gücünü heç vaxt nəzərdən qaçıрмаq olmaz. Siqaretlər və spirtli içkilər sərbəst şəkildə hər yerdə satılır və reklam olunurlar. Bayram və şənliklərdə spirtli içkilər masaların üzərində olur. Bütün bunlara rəğmən iradəli qala bilmək asan iş deyil. Qeyri-qanuni narkotik maddələr hər yerdə sərbəst tapılmasa belə, insanlar adətən onların asanlıqla tapa biləcəyi icmalara qayıda bilər. Buna görə də təəccüblü deyil ki insanlar uzun müddət aludəçiliklərinə qarşı mübarizə apardıqdan sonra yenə öz yollarından dönlər. Aludəçiliyin müvəffəqiyyətlə həll olunması üçün qarşıda duran məqsəd sadəcə bir müddətliyinə yox, ömürlük aludə olduqları maddələrdən uzaq qalmaları üçün insanlara kömək edə bilməkdir [1].

Bu uzunmüddətli prosesdə keys menecment rolu böyükdür. Onlar başa düşməlidirlər ki, qısamüddətli müalicə ilə məşğul olan proqramlara yönləndirmələr müvəffəqiyyətli sağlamanın ancaq ilk addımıdır. Sonrakı addım aludəçi kliyətlər və ailələri bu xidmətlərə bağlamaq və onlara yeni həyat tərzini qazandırmaqda kömək etməkdir. Bir çox şey həyat davam etdikcə aludəçiliyi “tətikləyər” bilər. İnsanların stress yaşadığıda sığına biləcəkləri yerin və ya insanların olmasına ehtiyacları vardır, əks halda yenidən köhnə adətlərinə geri qayıda bilərlər. Müalicə - aludəçilər üçün həyat boyu davam edən bir prosesdir və ardıcıl müalicə strategiyasının hissəsinin bir parçası kimi ömürlük dəstək etmək üçün peşəkar icma ilə işləmək əsl çağırışıdır [1].

Bütün bu proseslər gedişatında mütəmadi olaraq sosial işçi həmçinin fərdi planın icrasını monitorinq edir, və xəstə və onun ətrafında dəyişiklik olduqda və yeni etiyaclar yarandıqda fərdi planda dəyişiklik apara bilər. Ümumi məqsəd əldə edildikdə sosial işçi keys menecer olaraq psixoaktiv maddə istifadəçisinin səlahiyyətlənmə səviyyəsini qiymətləndirərək prosesi yekunlaşdırır.

Müalicə mərkəzlərində fərdlər qruplar və ailələrlə birbaşa olaraq işləyən sosial işçilər psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərin və onların ailələrinin ehtiyaclarını, xidmət və proqramlardakı boşluqları müəyyənləşdirə bilər və beləliklə də psixoaktiv maddə asılılıqlarına dair yeni xidmət və

proqramlar inkişaf etdirə, o cümlədən bu sahədə qanunvericiliyin təkmilləşməsində iştirak edə bilər [3].

Sosial işçilər təkcə psixoaktiv maddə asılılığı olan insanların cəmiyyətə yenidən qazandırılmasına çalışmır, həmçinin asılılığın yayılmasına təsir edən faktorlardan çıxış edərək profilaktik tədbirlərin təşkilini həyata keçirir və onlara qarşı stiqma hallarının azaldılması üçün cəmiyyəti maarifləndirmədə aparıcı rol oynayır.

Nəticə. Deyilənləri ümumiləşdirib belə bir qənaətə gəlmək olar ki, psixoaktiv maddələrdən asılılıq insan əyatının müxtəlif aspektlərin təsir edərək disfunksional hallar yaradır. Buna görə də müalicə də müxtəlif aspektlərdən aparılmalıdır. Effektiv reabilitasiya prosesi üçün sosial işçi asılılığın səbəb və nəticələri və təsir edən faktorlar hər tərəfli qiymətləndirilməli və ona uyğun plan tərtib edilməlidir. Plandakı məqsədlərə çatmaq üçün sosial işçi keys menecment rolunu həyata keçirərək müxtəlif xidmətlərə yönləndirir.

Reabilitasiya prosesi günün 24 saatını əhatə edən fəaliyyətlərdən ibarətdir. Bütün bu fəaliyyətlər asılı şəxsə yeni sosial bacarıqların formalaşdırılmasına yönləndirilir.

Həmçinin asılılığın azaldılması üçün boş vaxtların düzgün planlaşdırılması və sosial dəstəyin bərpası çox çox vacibdir. Boş zamanların effektiv doldurulması üçün yeni hobbilər və əmək qabiliyyətinin qazandırılması və peşəyə yönləndirilməsində köməklik göstərilməsi vacibdir.

Xəstə ilə yanaşı onun ailəsinin də dəyişilməsinin vacibliyi bildirilməli bu istiqamətdə ailənin digər üzvlərinə də yardım göstərilməlidir. Sosial işçi həmçinin xəstənin ailəsi və daxil olduğu icmanın xəstəlik haqqında, müalicə prosesinin gedişatı, ailə və icmanın özünün necə yanaşarlarsa faydalı olacağı haqqında məlumatlandırmalı, eyni zamanda onlarda da xəstəyə uyğun dəyişiklik yaratmaq istiqamətində işlər aparmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Artur C. Frankel, Şeldon R.Gelman. Keys menecment, Giriş: konsepsiyalar və bacarıqlar. Bakı: TEAS press, 2019, 195s.
2. Özden S.A., Özcan E. Tibbi Sosial Hizmet. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2017, 284s.
3. Yolcuoğlu İ.G. Sosyal hizmete giriş. Ankara:SABEV, 2012.
4. https://www.sosyalhizmetuzmani.org/maddebagimligi_ucumaddeler.htm

Yetkin şəxslərdə Böyük Depressiv Pozuntusunun müalicəsində istifadə olunan 21 antidepressantın müqayisəli effektivliyi və qəbulu: network (şəbəkə) meta-analiz və sistemativ icmal (ingilis dilindən tərcümə)

Andrea Cipriani, MD Prof Toshi A Furukawa, MD Georgia Salanti, PhD Anna Chaimani, PhD Lauren Z Atkinson, MSc Yusuke Ogawa, MD et al.

The Lancet volume 391, issue 10128, p1357-1366, april 07, 2018

Hazırladı: Azərbaycan Tibb Universitetinin Rezident-psixiatr Səlimov Rəmzi

Сравнительная эффективность и переносимость 21 антидепрессанта при лечении взрослых с большим депрессивным расстройством: систематический обзор и мета-анализ (перевод на Азербайджанский язык)

Andrea Cipriani, MD Prof Toshi A Furukawa, MD Georgia Salanti, PhD Anna Chaimani, PhD Lauren Z Atkinson, MSc Yusuke Ogawa, MD et al.

The Lancet volume 391, issue 10128, p1357-1366, april 07, 2018

Подготовлен Резидентом Азербайджанского Медицинского Университета по специальности Психиатрия – Рамзи Салимовым

Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis (translated to Azerbaijani)

Andrea Cipriani, MD Prof Toshi A Furukawa, MD Georgia Salanti, PhD Anna Chaimani, PhD Lauren Z Atkinson, MSc Yusuke Ogawa, MD et al.

The Lancet volume 391, issue 10128, p1357-1366, april 07, 2018

Prepared by Azerbaijan Medical University's Psychiatric Resident – Ramzi Salimov

Böyük Depressiv Pozuntu bütün dünyada yetkinlər arasında ən çox yayılan, ağır və maliyyə itkisinə səbəb olan xəstəliklərdən biridir. Farmakoloji və qeyri-farmakoloji müalicələri mövcuddur: lakin qeyri-etibarlı mənbələr səbəbindən antidepressantlar psixoloji müdaxilələrdən daha çox istifadə olunur.

Bu preparatların təyini ən yaxşı dəlillərə əsaslanmalıdır. Buna görə də məqsədimiz keçmiş işləri yeniləmək və genişləndirmək, yetkin şəxslərdə unipolyar BDP-un kəskin müalicəsi üçün antidepressantları müqayisə etmək və sıralamaqdır.

Большое Депрессивное Расстройство – одно из самых распространенных, обременительных и затратных психиатрических заболеваний среди взрослых людей во всем мире. Существуют как фармакологические, так и нефармакологические методы лечения, однако из-за нехватки ресурсов, антидепрессанты используются гораздо чаще, чем психологическое вмешательство. Назначение препаратов должно основываться на максимально достоверные источники. В связи с этим, целью нашего исследования является обновление работ по сравнению и ранжированию антидепрессантов, используемых для экстренного лечения униполярного БДП.

Metodlar:

Sistemli gözdən keçirmə və şəbəkə meta-analizi edilib. Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Embase, LILACS database, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, tənzimləyici orqanların veb saytlarını, yayımlanmış və yayımlanmamış, cüt kor, təsadüfi nəzarət olunan tədqiqatları işin başlanğıcından 8 yanvar 2016-cı ilə qədər araşdırdıq.

Böyüklərdə (18 yaş və üstü, hər iki cinsdə) standart əməliyyat kriteriyalarına uyğun olaraq diaqnozlaşdırılmış BDP-un kəskin müalicəsi üçün istifadə olunan 21 antidepressantın plasebo nəzarətli və başa-baş tədqiqatını apardıq. **Quasi-randomised** tədqiqatları, tamamlanmamış tədqiqatları və ya iştirakçıların 20% və daha çoxunda Bipolyar Affektiv Pozuntu (BAP), psixotik depressiya, müalicəyə davamlı depressiya və ya yanaşı yoluxucu xəstəliyi olanları bura daxil etmədik. **Öngörülən iyerarxik məlumatları kənarlaşdırdıq.** Şəbəkə metaanalizində qrup səviyyəli məlumatlardan istifadə etdik. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions-a əsasən, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation framework-u istifadə edərək tədqiqatların qəzəlilik riskini qiymətləndirdik. İlkən nəticələr effektivlik (cavabın dərəcəsi) və uyğunluq (qəbul ediləbilərlilik və ya hər hansı bir səbəbdən müalicənin dayandırılması, məqbulluq) idi. Təsadüfi təsiri olan cüt istiqamətli və şəbəkə meta-analizindən istifadə edərək şans nisbətlərini (OR-odd ratio) təxmin etdik.

Aşkarlananlar: 116 477 iştirakçının daxil olduğu 522 tədqiqatdan 28 552 sitat ortaya çıxardıq. **Effektivlik** baxımından bütün antidepressant plasebodan daha effektivdir: amitriptilin üçün OR aralığı 2.13 (95% etibarlı interval 1.89-2.41(credible interval)), reboksetin üçün 1.37(1.16-1.63). **Uyğunluq** baxımından yalnız aqomelatin(OR 0.84, 95% CrI 0.72–0.97) və fluoksetin (0.88, 0.80–0.96) plasebodan azca geri qalırdı. Klomipramin(1.30, 1.01–1.68) isə plasebodan çox daha pis idi.

Bütün tədqiqatlara nəzər salan zaman bütün antidepressantların **effektivlik** üçün Ors nisbəti **1.15-1.55, uyğunluq** üçün isə **0.64-0.83** arasında dəyişir (geniş CrI ilə müqayisəli təhlillərin).

Baş-baş tədqiqatlarda aqomelatin, amitriptilin, essitalopram, mirtazapin, paroksetin, venlafaksin və vortioxetin digər antidepressantlara nisbətən **daha təsirli** (ORs 1.19–1.96), fluoksetin, fluvoksamin, reboksetin və trazodon **ən az təsirli** dərman idi (0.51–0.84).

Uyğunluğa baxdıqda isə aqomelatinə, citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline və vortioxetine daha toleraedilə bilən (şans ehtimalları aralığı (OR) 0.43–0.77), amitriptilin, klomipramin, duloksetin, fluvoksamin, reboksetin, trazodon və venlafaksin **ən yüksək yarıdaburaxma (dropout) nisbətində** sahibdirlər (1.30–2.32).

522 sınaqdan 9% (46 sınaq)-i yüksək qeyri-obyektiv, 73%(380 sınaq) orta dərəcəli qeyri-obyektiv, 18%- i (96 sınaq) aşağı dərəcəli qeyri-obyektivlik riski ilə qiymətləndirilib və sübutların dəqiqliyi **ortanın aşağısında** dəyərləndirilib.

Aydınlaşdırma: Bütün antidepressantlar plaseboya nisbətə böyüklərdə MDD-in müalicəsində daha təsirlidir. Baş-baş sınaqlarda effektivlik və uyğunluq arasında variabellik(dəyişkənliyin tezliyi?) daha yüksək olsa da, **plasebo** nəzarətli sınaqlar analize daxil edildiyi zaman aktiv dərmanlar arasında **kiçik fərqlər** aşkarlandı. Bu nəticələr sübuta söykənən praktikaya, pasientlərə, həkimlərə, təlimat tərtibatçılarına, siyasətçilərə fərqli antidepressantların nisbi xüsusiyyətləri haqqında informasiya verməyə xidmət etməlidir.

Maliyyəlaşdirən: National Institute for Health Research Oxford Health Biomedical Research Centre and the Japan Society for the Promotion of Science.

Mövzudaxili araşdırma:

Araşdırmadan əvvəlki dəlillər: Bugün antidepressantlar bütün dünya çapında dünya üçün böyük sağlamlıq problemi hesab olunan MDD-in böyüklərdə müalicəsində çox geniş istifadə olunur, ancaq elmi ədəbiyyatda antidepressantların bir qrup kimi effektivliyi və ayrı-ayrı preparatların effektivliyi və tolerabilliyi arasındakı fərqlərinə dair əhəmiyyətli mübahisə qalmaqdadır. Bu vacib kliniki sahədə antidepressantların marketinqini, hər il nəşr olunan araşdırmaların artımını, şəbəkə metaanalizini və yenilənmiş sistemli baxışı dəlillərlə **birləşdirmək lazımdır.**

İşə yüklənən dəyər: Bu şəbəkə meta-analizi 12 antidepressantların başa-baş müqayisəsinə həsr olunmuş böyük bir yenilənməni və genişləndirilmiş keçmiş araşdırmanı təmsil edir və böyüklərdə MDD-in farmakoloji müalicəsi üçün sonuncu(yazıldığı dövr üçün) ən yaxşı sübut bazasını təmin edir. İndi daha genişləndirilmiş siyahı təqdim edirik: 21 antidepressant və plasebo, üç yeni kliniki nəticə ölçüləri və çoxlu potensial effekt dəyişdiriciləri və şəbəkə metaanalizi üçün günümüzdə ən inkişaf etmiş metodologiyadan istifadə etmişik.

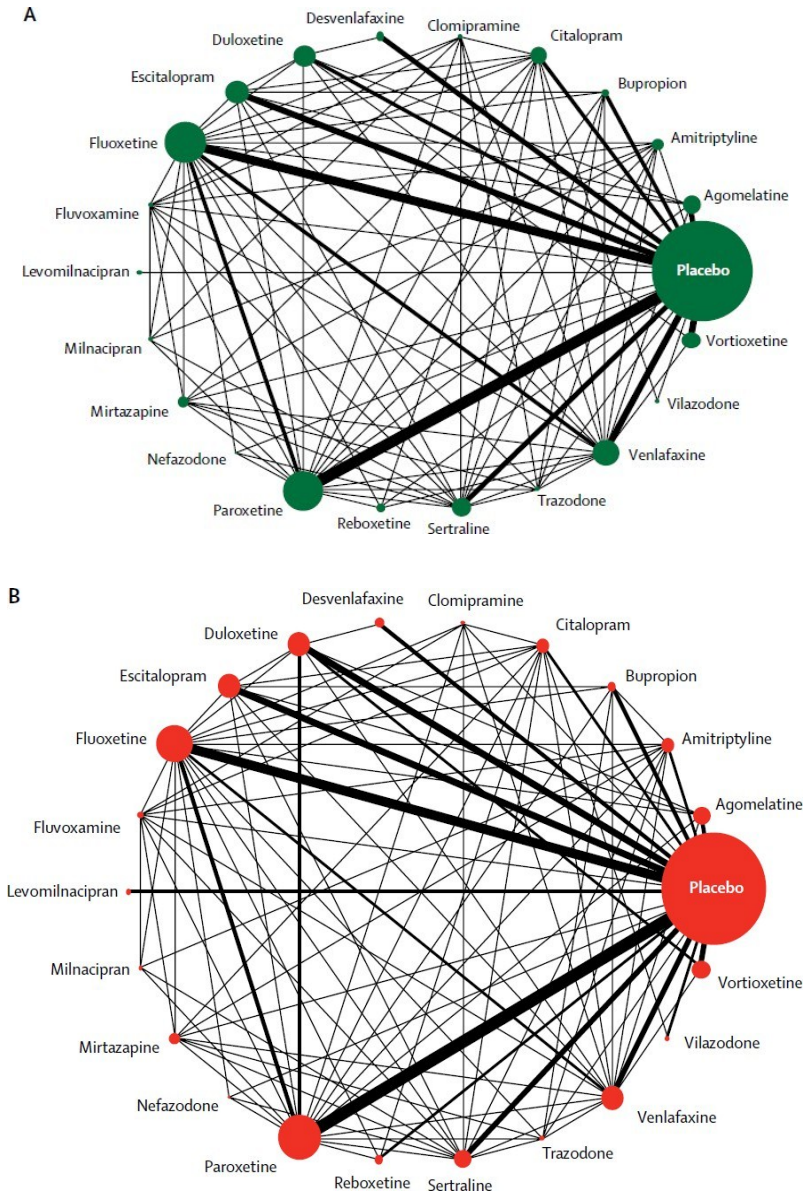
Mövcud bütün dəlillərin nəticələri:

Ortaya çıxardığımız klinik təlimatlara informasiya vermək, pasientlər arasında paylaşılan qərarlara kömək etmək, baxıcılar və gündəlik istifadədə həkimlərin MDD-in böyüklərdə müalicəsi üçün ən uyğun antidepressantı seçməsinə yardım etməlidir. Gələcək araşdırma şəbəkə meta-analizi genişləndirməli və fərdi xəstə məlumatlarını şəbəkə metaanalizindən əldə edilən nəticələri birləşdirib kombinə etməlidir. Bu analiz erkən cavab və ya xüsusi yan təsirlər kimi fərdiləşdirilmiş kliniki nəticələri ön görməyə və müqayisəli effektivliyin təxmin edilməsində bir çox zamanda bizə imkan verəcək.

Metodlar

Axtarış strategiyası və seçim kriteriyası

Sistemli yenidən baxış (araşdırma) və şəbəkə metaanalizi etdik. Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Embase, LILACS database, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, AMED, the UK National Research Register və PSYNDEX-i, heç bir dil məhdudiyəti qoymadan, onların yarandığı gündən 8 yanvar 2016-cı ilə qədər araşdırdıq. Axtarışda “depress*” ya “dysthymi*” ya “adjustment disorder*” ya “mood disorder*” ya “affective disorder” ya “affective symptoms” sözlərini araşdırmaya daxil olan antidepressantlarla kombinasiya şəklinə istifadə etdik. Feighner criteria, Research Diagnostic Criteria, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5, and ICD-10-ə əsasən diaqnozlaşdırılmış kəskin MDD diaqnozlu xəstələrin müalicəsi üçün oral monoterapiya şəklinə antidepressantların müqayisəli və ya plasebo ilə cüt-kor, randomizə nəzarətli sınaqlarını (18 yaş və yuxarı hər iki cins üçün) etdik. Şəbəkə metaanalizinə plasebo daxil edildiyi üçün yalnız cüt kor sınaqlar aparılıb, bu araşdırma dizaynı performansını və müəyyənliyin qərəzliliyini minimuma endirməklə metodoloji ciddiliyi artırır. Əlavə olaraq ABŞ, Yaponiya və Avropa tənziqləmə agentlikləri tərəfindən qəbul edilmiş ikinci nəsil antidepressantların araşdırmaya daxil etdik: agomelatine, bupropion, citalopram, desvenlafaxine, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, levomilnacipran, milnacipran, mirtazapine, paroxetine, reboxetine, sertraline, venlafaxine, vilazodone, vortioxetine.



FIGUR 2: Effektivlik (A) və Qəbulediləbilərliyin(B) şəbəkə-metaanalizi Cizgilərin eni hər bir cüt müalicəni müqayisə edən sınaq sayına mütənasibdir.

Hər dairənin ölçüsü təsadüfi təyin olunmuş iştirakçıların sayına mütənasibdir (yəni nümunə ölçüsü).

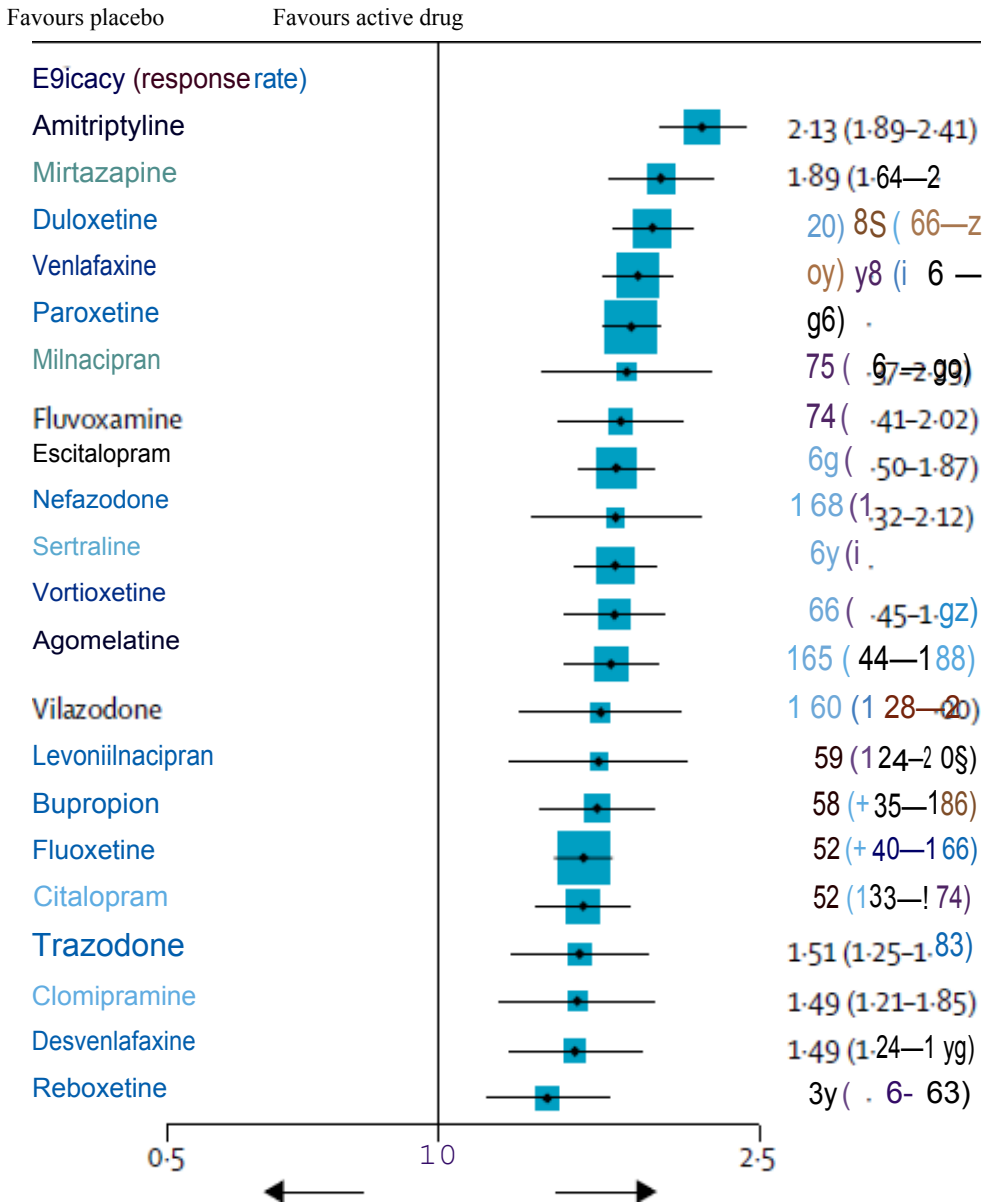
Qlobal miqyasda klinik təcrübəyə tövhə olması üçün ÜST-nin Əsas Dərmanlar siyahısına daxil olan *iki TSA-ı(amitriptillin və klomipramin)* da seçdik. *Trazodon və nefozodonu* da dözümlülüyü və fərqli təsirləri səbəbindən araşdırmaya daxil etdik. Əlavə olaraq, eyni dərəcədə paylanmış “rescue medication”lar istifadə olunan sınaqlar da araşdırmaya daxil edilib. ! Yalnız terapevtik doza daxilində olan dərmanlar haqda məlumatlar araşdırmaya daxil edililib. Nəhayət ki quasi-randomised sınaqları və tamamlanmamış, 20% və daha çox iştirakçısı BAP, psixotik depressiya, müalicəyə davamlı depressiya və ya yanaşı gedən ciddi xəstəlikləri olan sınaqları istisna etdik. Elektron məlumat bazasındakı məlumatlar əl ilə axtarılan nəşr edilməmiş, nəşr edilmiş və beynəlxalq sınaq qeydlərində davam edən Randomizə Klinik Sınaqlar(RCT) , dərman təsdiqi agentliklərinin veb saytları və bu sahədə aparıcı elmi jurnallar tərəfindən dəstəklənib. Məsəl üçün, ClinicalTrials.gov-da “major depressive disorder” ifadəsini araşdırmaya daxil olan bütün antidepressantlarla kombinasiya şəkildə araşdırmış. Bütün antidepressant marketinqi ilə məşğul olan farmasevtik şirkətlərlə əlaqə yaradıb dəstək üçün satış öncəsi və satış sonrası bütün araşdırmaları öyrəndik, xüsusilə 2. nəsil antidepressantlar üçün.

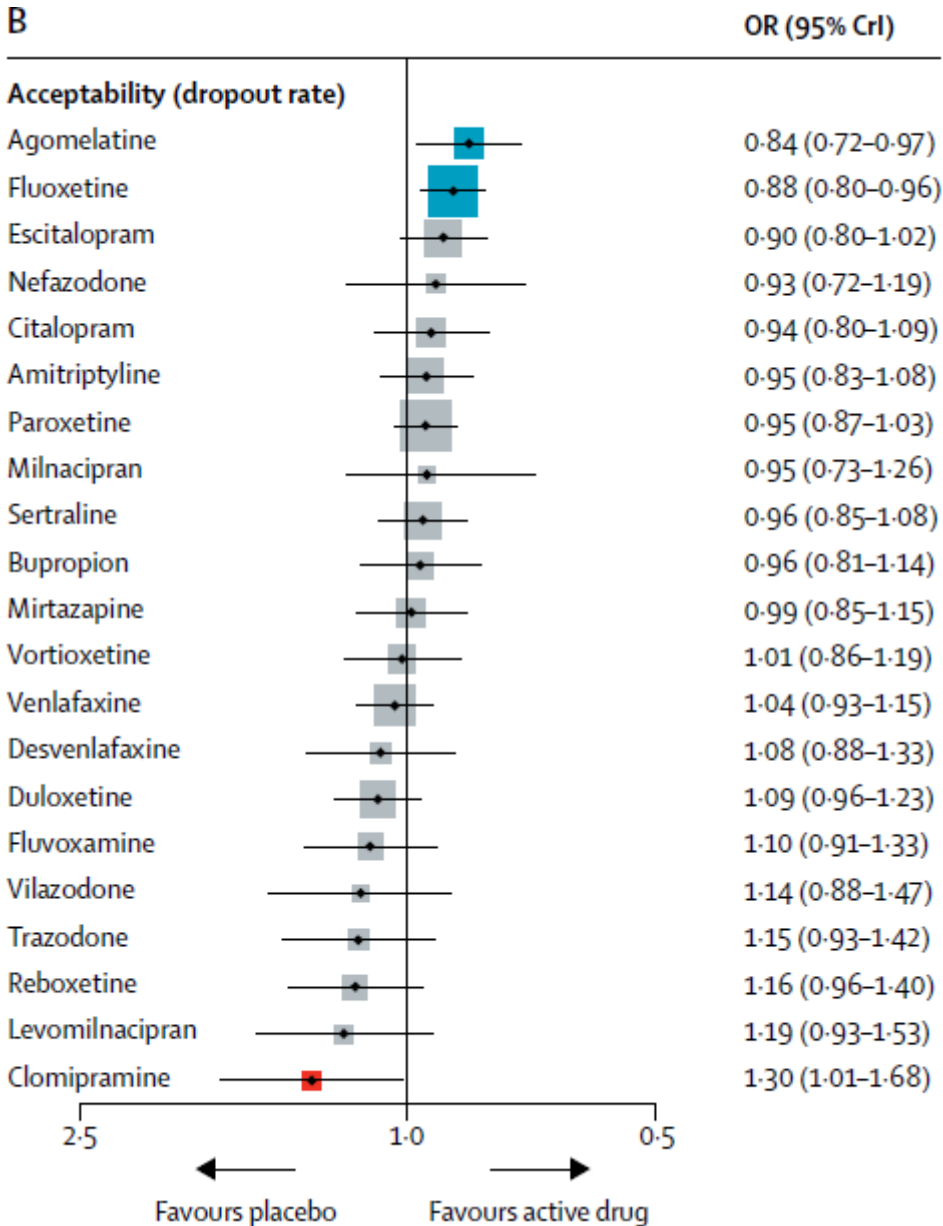
Həmçinin araşdırma müəllifləri və dərman istehsalçıları ilə original sənədlərin natamam hesabatlarını təqdim etmək və yayımlanmamış araşdırmalar üçün əlaqə yaratdıq. 6 cüt tədqiqatçı (ACi, TAF, LZA, SL, HGR, YO, NT, YH, EHT, HI, KS, and AT) müstəqil olaraq tədqiqatları seçdi, əsas və əlavə məsələləri gözdən keçirdi, bəzi məlumatları xaric etdi və qətiyyət dərəcəsini qiymətləndirdi. Hər hansı uyğunsuzluq yenidən baxış qrupu daxilindəki araşdırmaçılar komandası tərəfindən səs birliyi və hökmlə həll edilirdi.

Nəticələr:

Birincili nəticələrimiz effektivlik(cavab dərəcəsi ümumi pasientlərin depressiya üçün standartlaşdırılmış müşahidə-dərəcələndirmə cədvəlində ümumi balı 50% və daha çox azalma ilə müşahidə olunan xəstə sayı ilə ölçülür) və ***qəbul ediləbilirlik***(hər hansı bir səbəbdən müalicəni dayandıran xəstələrin nisbəti ilə ölçülür) idi. Müalicənin dayandırılması üçün istənilən səbəb effektivlik və tolerantlığı əhatə etdiyindən, qəbul ediləbilirlikdən hesab olundu.

İkincili nəticələr ortalama depressiya balı, remisya dərəcəsi və yan təsirlər səbəbindən müalicəni dayandıran xəstələrin nisbəti idi. Depressiv simptomlar birdən çox standartlaşdırılmış şkala ilə ölçüldükdə sınağa daxil olan üsulun psixometrik xassələri və davamlılığına əsaslanan iyerarxiyadan istifadə etdik. Müəlliflərdən məlumat olmadıqda və ya əlavə informasiya olmadıqda cavab dərəcəsi (response rate) təsdiqlənmiş xüsusi bir qiymətləndirmə metoduna görə hesablanıb. Nəticələri mümkün olduqca 8 həftəyə yaxın bir zaman kəsiyi üçün qeyd etmişik. Əgər 8 həftə üçün nəticələr əlçatan deyilsə, o zaman 4-cü və 12-ci həftələr aralığında(əgər 8 həftə üçün nəticələr eynidirsə, daha uzun bir vaxt kəsiyi götürülüb) olan zaman dilimi götürülüb. Tədqiqat protokollarını mümkün olan hər yerdə yoxladıq və nəşr olunmuş və olunmamış informasiyalarla müqayisə etdik. Əvvəlcədən qəbul edilmiş iyerarxiyaları qəbul edən məlumatları protokolumuzdan çıxardıq və anlaşılmazlıq anında öncəliyi nəşr edilməmiş tədqiqatlara vermişik.





Figur 3: Effektivlik(A) və qəbul edilmə etimalı (B) sınaqlarının network metaanalizi forest plotları. Antidepressantlar mürəkkəb referent sayılan plasebo ilə müqayisə edilmişdir. ORs(odd ratios-şasnlr nisbəti); Cİ(credible interval-etibarlı aralıq)

Məlumatın analizi:

Bir dəfədən çox yayımlanmış tədqiqatlardan daha tam və informativ olandan çıxarış daxil etmişik. Tətbiq olunan statistik yanaşmalar hərtərəfli protokolda verilmişdir. Cüt istiqamətli və şəbəkə metaanalizində istifadə edərək dixotomik nəticələr üçün şanslar nisbətini (odds ratio), davam edən nəticələr üçün isə Standartlaşdırılmış Ortalama Fərqləri (standardised mean differences, SMD) təxmin etmişik. Şəbəkə metaanalizində qrup səviyyəli məlumatlardan istifadə etdik; ikiadlı ehtimalları dixotomik nəticələr üçün, normal ehtimalları davam edən nəticələr üçün istifadə edilib. **Tədqiqat effekt ölçüləri** rastgələ-effektli şəbəkə metaanalizində istifadə edilərək birləşdirilib. Çoxdəyişkənli bölgüləri istifadə edərək çoxqruplu tədqiqatlar tərəfindən təsirə məruz qalmış əlaqələri açıqlamışıq. Rastgələ-effektlərin paylanması (heterogeneity variance) arasındakı fərq (variance) müalicə effektlərində müqayisədəxili dəyişkənliyini (variability) və araşdırmanın səviyyəsini ölçmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Əlavə olaraq, müxtəlifliyin miqdarının bütün müalicələr üçün eyni olduğunu fərz etdik. Müxtəlifliyin miqdarını qiymətləndirmək üçün müxtəlifliyin dəyişkənliyinin təxmin edilən sonuncu bölgüsünü öncədən görülən bölgü ilə müqayisə etdik. Hər nəticəyə görə müalicəni sıralamaq üçün SUCRA (the surface under the cumulative ranking curve) və orta sıralamadan istifadə etmişik. Şəbəkə metaanalizi altında gizlənən keçicilik qabiliyyəti fərziyyəsi kliniki və metodoloji dəyişkənlərin ayrılması (distribution) müqayisə edilərək müalicənin təsir dəyişdiriciləri kimi çıxış edə biləcəyi dəyərləndirildi. Birbaşa sübutları dolayı sübutlardan ayıraraq, tutarlılığın (yəni birbaşa və dolayı dəlillər arasındakı uzlaşma) statistik qiymətləndirilməsini etdik. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions-a əsasən qeyri-obyektivlik riskimizi qiymətləndirdik. Əlavə olaraq, əminliyi GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-ə əsasən qiymətləndirdik. Araşdırmanın ilini, sponsorluğu, başlanğıcdakı depressiv şiddəti, doza sxemlərini, araşdırmanın dəqiqliyini (misal üçün, kiçik araşdırma effekti) və yenilik effektini istifadə edərək iki birincili nəticə üzrə (effektivlik və qəbul ediləbiləlik) altqrup analizlərində və şəbəkə metareqressiyasında (network meta-regression) müalicənin effektini güclü olaraq dəyərləndirdik. Əlavədə, orta dəyişkənlərin qısa şəkildə verilmişdir!!! Nəticələrimizin həssaslığı məlumatlar bazasının aşağıda qeyd olunan məhdudiyyətlərinin analizi ilə dəyərləndirilmişdir: cavab dərəcəsi, bütün qruplarda qəbul edilmiş dozalar istifadə olunan sınaqlar, yayımlanmamış məlumatlı sınaqlar və başa-baş sınaqlar. Nəticələrin qüsursuz sınaqlarda daha qüsurlu sınaqlardan nə qədər fərqləndiyini araşdırmaq üçün “comparison-adjusted funnel plots”-dan istifadə etdik.

Dixotomik nəticələr üçün binomial (ikiadlı) ehtimallar, müalicə effektləri üçün əvvəlki qeyri-informativ paylanmalar və ümumi heterogenlik üçün minimum informativ paylanmaları istifadə edərək bütün modelləri OpenBUGS 18-də (versiya 3.2.2) yerləşdirdik. Modellərin konvergeniyasını üç zəncirin vizual müşahidəsi və Brooks–Gelman–Rubin diagnostic-i nəzərə alaraq təmin etdik. Analizlərin kodları, metaanalizin statistik detalları və metareqressiya modelləri əlavədə təqdim olunmuşdur. Uyğunsuzluq və şəbəkə qrafikləri və nəticə rəqəmlərinin yaradılması “network and network graphs packages in Stata” (versiya 14.2) istifadə edilərək statistik dəyərləndirilmişdir. Şəbəkə metaanalizinin birincili nəticələri “netmeta 0.9-6 package in R (versiya 3.4.0)” istifadə edilərək çoxaldılmışdır. Əlavədə

dəyişikliklərin siyahısı verilmişdir. Araşdırma 12 mart 2012-ci ildən 4 iyun 2016-cı ilə qədər aparılmış, məlumat analizi isə 5 iyun 2016-cı ildən 18 sentyabr 2018-ci ilə qədər aparılmışdır. Bu araşdırma PROSPERO ilə qeydə alınmışdır, № CRD42012002291.

Məlumat mübadiləsi:

Bu məqalənin yayımlanması ilə Mendeley Data-da bütün məlumat bazası hər hansı bir axtarış üçün istənilən tip faylı arxivləşdirməyə və faylların asanlıqla əldə olunması üçün qalıcı və unikal Rəqəmsal Obyekt identikatoru-na(Digital Object Identifier , DOI) istinad edərək ödənişsiz və online şəkildə əlçatan təhlükəsiz depo olacaq (DOI:10.17632/83rthbp8ys.2).

Maliyyəlaşdirmə mənbəyinin rolu:

Bu araşdırmanın qurucusunun araşdırmanın dizaynı, məlumat toplanması, məlumat analizi , məlumatın yozumu , hesabat tərtibi və ya yayıma təqdim etmək kimi qərarlarda hər hansı bir rolu olmayıb. ACi, TAF, GS, ACh, LZA və YO bütün məlumatlara giriş əldə edib, lakin ACi yalnız yayım üçün qərara cavabdeh idi.

Nəticələr:

Axtarışla 28 552 sitat təyin olundu və bunlardan 680-i məqalə kimi tam mətnə alınmağa uyğun görüldü. Verilənlər bazası axtarışına 421 sınaq daxil etdik: sınaq qeydləri və əzcaçılıq şirkətləri veb saytlarından 86 nəşr olunmamış tədqiqat , 15 fərdi kommunikasiya və ya əllə axtarış və digər baxış məqalələri.

Ümumilikdə, 522 cüt-kor, paralel, 1979 və 2016-cı illər arasında Randomizə Nəzarətli Tədqiqatı (RCTs, Randomise Controlled Trials) (116 477 pasientin müqayisəsi) və 21 antidepresant və plasebo ilə müqayisə buna daxil idi. Minimal tədqiqat nümunəsinin ölçüsü 224 iştirakçı idi. Ümumilikdə 87 052 iştirakçıya təsadüfi olaraq aktiv maddə, 29 425 nəfərə təsadüfi olaraq plasebo təyin edilib. Hər iki cins üzrə ortalama yaş 44 idi. Nümunə populyasiyasının 61 681 nəfərindən 38 404(62.3%)i qadın idi. Kəskin müalicənin müddəti ortalama 8 həftə olub. 522 tədqiqatdan 223(47%)–nün iştirakçıları rastgələ olaraq 3 və daha çox qrupa aid edilib, 304(58%) isə plasebo nəzarətində olub. 472 tədqiqatdan 391-i(83%) çoxmərkəzli olub, 437 tədqiqatın 335(77%) yalnız ambulator aparılıb. 522 tədqiqatdan 252(48%)–nin pasientləri Şimali Amerikadan, 37(7%)–i Asiyadan, 140(27%)i Avropadan cəlb olunub.(59(11%) tədqiqatlar qitələrarası pasientləri olub, 34(7%) ya digər qitələrdən olublar, ya da məlumat verməyiblər).522 araşdırmanın 464-də(89%) HDRS(Hamilton Depressiya Dərəcələndirmə Şkalası)-a (ağırılıq şiddəti balı 25-dən 17) görə pasientlərin böyük əksəriyyətində orta-ağır MDD var idi. Cavab dərəcəsi 116 447 halda 20 608(17.7%) hesablanıb.

Xilasetmə dərmanlarının (rescue medication) istifadəsinə (tipik benzodiazepinlər və ya sedativlər) 522 tədqiqatdan 187(36%)də icazə verilib. 522 tədqiqatdan 409(78%)–i dərman şirkətləri tərəfindən maliyyələşdirilib. 274(52%) nəşr edilməmiş tədqiqatdan götürülüb məlumat bərpa edilib. Tədqiqat protokoluna uyğun olaraq, birincili analiz 474 tədqiqatda qanunla müəyyən edilmiş doza aralığına əsaslanıb. Aşağıdakı şəkildə 2 əsas cəhətin müqayisəsi aparılır: effektivlik və qəbul edilmə ehtimalı (uyğunluq). **Milnasipran** istisna olmaqla, bütün

antidepresantların ən az bir plasebo nəzarətli tədqiqatı olub. Yalnız **levomilnasipranın** ən azı bir dəfə belə başqa bir dərmanla birbaşa müqayisəsi aparılmayıb.

Effektivlik baxımından bütün antidepressantlar plasebodan öndə olub. : amitriptillin üçün OR aralığı 2.13 (95% etibarlı interval 1.89-2.41(credible interval)), reboksetin üçün 1.37(1.16-1.63).

Uyğunluq baxımından yalnız aqomelatin(OR 0•84, 95% CrI 0•72–0•97) və fluoksetin (0•88, 0•80–0•96) plasebodan azca geri qalırdı. ***Klomipramin(1•30, 1•01–1•68) isə plasebodan çox daha pis idi.***

Bütün tədqiqatlara nəzər salan zaman bütün antidepressantların effektivlik üçün Ors nisbəti 1.15-1.55, uyğunluq(acceptability) üçün isə 0.64-0.83 arasında dəyişir(geniş CrI ilə müqayisəli təhlillərin).

Antidepressantların effektivliyinin plaseboyla müqayisəsi remisya üçün də edilmişdir.

Antidepressantlar üçün rastgələ effektiv xülasə 0.30 nisbəti olmuşdur(0•30 (95% CrI 0•26–0•34; p<0•0001;). Zərərli təsirləri cəhətdən dərmanların dayandırılması aktiv maddələrdə plaseboya görə çox daha yüksək idi(1.64-4.44 arası dəyişən ORs dərəcələndirməsi, 95% etibarlılıq indeksi, sıfır daxil olmadan) , aqomelatindən başqa(OR 1•21, 95% CrI 0•94–1•56;Cavab dərəcəsinin analizi zamanı loopların(ilgəklərin-cədvəldəki) 8%-i uyğun olmayıb (219 ilgəkdən 17-i, müalicə testinin dizayn dəyəri 0.063 olub), həmçinin yarıdaburaxma üçün 8% uyğun olmayıb(210 ilgəkdən 16 ilgək, p=0.219

Ortalama müxtəliflik dəyişkənliyi (median heterogeneity variances) **cavab** üçün təqribən 0.44 (95% CrI 0•028–0•063), **yarım buraxma** üçün(dropout)0.4(0•023–0•062),ortadan aşağı heterogenliklə qiymətləndirilib. Alt qrup meta-reqressiya analizləri tədqiqatlarda plasebo istifadəsinin heterogenliyin və uyğunsuzluğun izahı(yəni heterogenliyi artırır) kimi qiymətləndirə biləcəyini ortaya çıxardı. Plasebo nəzarətində olan sınaqların kənarlaşdırılması cavab üçün heterogenlik dəyişkənliyində 24%, yarıdaburaxma üçün 45% nisbi düşməyə səbəb oldu. Əlavə olaraq, daha kiçik və daha köhnə araşdırmaların aktiv müdaxilələrin plaseboya qarşı daha böyük effektivini ortaya çıxardığını aşkarladıq. Tədqiqat dəqiqliyi və ya randomizasiya ili aktiv müdaxilələr arası nisbi müalicə effektlərinə maddi olaraq təsir etməyib. Ümumilikdə 522 sınaqdan 46(9%)-nın şübhəlilik riski yüksək, 380(73%) riski orta(mülayim), 96(18%) aşağı qiymətləndirilib. Fluoxetine, fluvoxamine, reboxetine və trazodone ən az effektivlik göstəricilərinə malik olduğu halda (ORs 0•51-0•84), agomelatine, amitriptyline, escitalopram, mirtazapine, paroxetine, venlafaxine və vortioxetine digər antidepressantlardan daha effektiv olublar (ORs 1•19- 1•96).

Qəbul edilmə ehtimalı (uyğunluq) üçün amitriptyline, clomipramine, duloxetine, fluvoxamine, reboxetine, trazodone, venlafaxine yüksək kəsilmə göstəriciləri ilə (1.3-2.32 ORs) ilə xarakterizə olunduğu halda, agomelatine, citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline və vortioxetine-ə daha tolerant idilər (ORs 0•43-0•77).

Bütün sınaqlar dəyərləndirildikdə antidepressantların ORs dərəcələri arasındakı fərq effektivlik üçün 1.15-1.55, qəbul ediləbiləlik üçün isə 0.64-0.83-arasında, (müqayisəli analizlərin çoxunda geniş CrI(etibarlılıq aralığı) ilə).

Müzakirə:

Bu araşdırma 116 477 xəstəyə təsadüfən(rastgələ) təyin edilmiş plasebo və ya 1. və 2. nəsli antidepressantların 522 cüt-kor sınağına əsaslanır. Bu proyekt əvvəlki 12 antidepressantın başa-baş müqayisəli analizinin məlumatlarını genişləndirib. Hazırkı araşdırma əvvəlkindən daha

geniş əhatəlidir çünki bura 21 aktiv müalicə və plasebo daxildir. Çox böyük dəlil bazası (26.000 pasientə qarşı 117.000), axtarış yolu ilə yayımlanmış və yayımlanmamış informasiya bizə remissiya, əhval dəyişməsi, yanaşı effektlərə görə dərmanı yarıdakəsmə və bir sıra metodoloji məsələlərə (dozalama sxemləri, araşdırma həssaslığı, sponsorluq) görə vacib araşdırma aparmağa imkan verdi. Metaanalizə daxil edilən bütün antidepressantların böyüklərdə MDD-in müalicəsində plaseboya görə çox daha effektiv olduğunu və ümumi nəticə olaraq effektin o qədər də iddialı olmadığını gördük. Escitalopram, mirtazapine, paroxetine, agomelatine və sertraline kimi bəzi antidepressantlar nisbətən yüksək cavab effektivinə və aşağı yarıdaburaxma dərəcəsinə malik idi. Əksinə, reboxetine, trazodone və fluvoxamine kimi antidepressantlar onları seçimdə daha geri sıralara qoyan aşağı effektivlik və qəbul ediləbilirlik profilinə malik idilər. Nəticələrimizi klinik praktikaya bildirmək üçün mümkün qədər uyğun və keçərli etmək, araşdırmaları başa-baş sınaqlara fokuslamağı və dəlillərin əminliyini vurğulamağı qərara aldıq. Ümumi qiymətləndirmələrimizdə bütün antidepressantlar arasında bir neçə fərq aşkarlandı, başa-baş müqayisədə effektivlik və yarıdaburaxma aralığında müxtəliflik plaseboya nəzərən daha çox idi.

Yetkinlərdəki tapıntıların əksinə ehtimal ki uşaq və yeniyetmələrdə depressiv simptomları yalnız fluoksetin azalda bilər. Effektivlikdəki fərqlər depressiyanın yaş qrupları arasındakı mexanizm fərqlərini və ya səbəbləri arasındakı fərqləri, cavanlarda aparılan azsaylı sınaqlar və ya müxtəlif metodoloji məsələlər yetkin və uşaq sınaqlarına təsiri əks etdirə bilər. Təsir ölçüləri yeni və daha böyük plasebo nəzarətli sınaqlarda daha köhnə daha əvvəl aparılmış) və kiçik sınaqlara nisbətən daha kiçik idi, bu yəqin ki qeyri-obyektivliyin (şübhəlilik?) göstəricisi ola bilər.

Dərmanlar arasındakı təxmin edilən fərqlər plasebo nəzarətli sınaqlarda başa-baş sınaqlardan dahikiçik idi. Sınaq ziyarətlərinin (visits) sıxlığı, terapevtik tənzimləmə, aktiv terapiya qəbul etmə gözləntisi və randomizasiya nisbəti kimi bir çox izahat yüksək plasebo cavablarını açıqlamaqla əlaqələndirilir.

Məlumat bazamızda, eyni antidepressanta cavabın ortalama kiçiki olduğunu və plasebo nəzarətli sınaqlarda başa-baş sınaqlara nisbətən yarıdaburaxmaların daha çox ortaya çıxdığını gördük. Üstəlik eyni dərman və eyni plasebonu qəbul etmə ehtimalı üçün, kəsilmələrin böyük əksər səbəbi müalicəyə aşağı cavabla əlaqələndirilmişdir. Hesablama üçün çatışmayan məlumatların daxil edilməsi üçün LOCF (last observation carried forward) yanaşmasının istifadəsi müalicənin effektlərinin öngörüləsinə təsir etmiş ola bilər. Depressiv simptomlar zaman keçdikcə yaxşılaşmağa meyillidir və bu fenomen plaseboya cavab verənlərin böyük faizinə töhvə (yəni bu məsələni açıqlayır) verir. Pasientlər təsadüfi olaraq cüt-kor sınaqlarda aktiv dərmanlara təyin edilirdi, müdaxilə qruplarından ayrıldıqlarından şübhələnib plasebo nəzarətli sınaqları başa-baş sınaqlardakılardan daha tez tərk edə bildilər.

Adətən, antidepressantlar tam effektlərini bir neçə həftədən sonra göstərməyə başlayır, sınağın sonuna qədər aparılmış LOCF analizlərinə əsasən müalicəni daha tez kəsənlər müalicəyə davam edənlərə nisbətən daha zəif cavab verməyə meyillidirlər. Son nəticə isə aktiv maddənin effekti gözləniləndən aşağı ola bildirdi. Başqa bir mümkün səbəb isə, kommersial maraqların idarəsi ilə, analizdə və ya başa-baş sınaqların məruzə edilməsində davranışda qeyri-obyektivlik ola bilərdi. Analizimizdə sənaye tərəfdən maliyyələşdirmə yarıdaburaxma nisbətləri və cavab şərtlərindəki fərqliliklərlə əlaqəli deyildi (yəni maliyyə çatışmazlığına bağlı dərman kəsən olmayıb). Qeyri-sənaye maliyyəli sınaqlar çox azı idi və ya bir çox

sınaqdan məruzə edilməyib və ya maliyyə xərcləri açıqlanmayıb. Həmçinin dərmanların yeni olduğu zaman daha yaxşı təsir göstərdiyini və köhnələrə nisbətən eksperimental müalicədə daha çox istifadə edildiyini müşahidə etdik. Bu yenilik effekti yeni agentin daha çox effektiv və daha çox tolerə edilə bildiyi halda ortaya çıxa bilər, alternativ olaraq bu dərman maddəsi ilk dəfə istifadə olunarsa, selektiv analizlər və nəticə məruzələri daha qabarıq qərəzli ola bilər. Ədəbiyyat araşdırmamız mümkün qədər əhatəli idi, antidepressantlar üçün az uyğun effekt ölçüləri ilə əlaqəli indiyə qədər yayımlanmamış ən böyük məlumatlar toplusunu özündə ehtiva edirdi. Həmçinin böyük miqdarda dərc olunmamış məlumatlar götürülmədi, çünki düşünmədik ki kiçik araşdırmalar böyük araşdırmadan fərqli nəticə versin. ??? Araşdırmamız nəticələndiyi statistik gücünə və məlumatların çoxluğuna görə daha həssasdır lakin əvvəlki araşdırmalarımızın nəticəsi ilə uyğundur.

Bu yeni baxışın bəzi məhdudluqları var. GRADE framework-ə əsasən amitriptyline, bupropion və venlafaxine kimi antidepressantların keyfiyyəti aşağı və daha aşağı kimi dəyərləndirildi, hansı ki agomelatine, escitalopram və mirtazapine-ə görə daha mülayim dəyərləndirildilər. Ən sağlam tapıntıları klinik mühakimədə daha çox istifadə etmək üçün dəlillərin dəqiqliyini analizlərimizin nəticələrinə daxil etdik, ancaq bir çox sınaq randomizasiya və təhsis gizliliyi barədə adekvat məlumat vermədiyindən bu nəticələrin yozumunu qısdı (restricted interpretation of results). Təhvə və ya dəlillərin metodoloji ciddiliyini artırmaq üçün görünüş və işin gedişində oxşar olan cüt-kor sınaqları işə daxil etdik. Qeyri-obyektivlik riski baxımından kasad informasiya məruzə məsələsi ola bilər; ancaq əlavədə bütün məlumatların qeyri-obyektivlik haqda məlumat vermişik. Formal olaraq dəyər-effektivlik analizi etməmişik. Bütün effektiv antidepressantlar patentlidir və generik formada əlçatandır. Bəzi antidepressantlar ÜST-nin Əsas Dərmanlar Siyahısı-na daxildir və bu da onları inkişaf etməkdə olan ölkələrdə belə rahat istifadəyə imkan verir. Biz yalnız müalicənin ortalama effektivliyini analzi etdik,

fərdi pasient səviyyəsində (yaş, cins, simptomların şiddəti, xəstəliyin müddəti) müalicəyə cavabı dəyişə biləcək kliniki və demografik dəyişdiriciləri analiz edə bilmədik. Randomizə sınağa qəbul edilən xəstələr seçilməyə meyilli idilər və həmçinin biz də psixotik və müalicəyə davamlı depressiyalı xəstələri xaric edirdik, çünki bu nəticələrin tətbiq olunmasını yalnız onlarla məhdudlaşdırma bilərdi, ancaq bu şəbəkədə keçərliliyi çətinləşdirməyə yarayırdı. Gündəlik klinik praktikada müalicə qərarı vermək üçün lazım olan məsələləri (məs,xüsusi yanaşı hadisələr, kəsilmə simptomları, q-farmakoloji müalicələrlə kombinasiya) əhatə etməmişik. Original araşdırmalarda informasiya az təqdim olduğundan qlobal fəaliyyət kimi bəzi nəticələri qiymətləndirə bilmədik. Əlavə olaraq, antidepressantların bir çox yan təsirləri uzun müddətdə ortaya çıxır və bu araşdırmalarda pozitiv nəticələr alınması araşdırmanın qısa zaman kəsiyində aparılmasından irəli gəlir. Hazırkı məruzə başlanğıc müalicə kimi təyin edildikdə antidepressantlar arasındakı fərqlərin sübutudur. Zərif təsir dərəcələrini nəzərə alsaq antidepressantlara qarşı reaksiya ortaya çıxmıyacaq. US FDA və European Medicines Agency-nin internet məlumatlarını əldə etməklə, tədqiqat müəllifləri və farmakoloji şirkətlərlə əlaqə quraraq agomelatine, escitalopram, paroxetine, reboxetine, sertraline, venlafaxine, vilazodone, and vortioxetine kimi preparatlar haqqında yayımlanmamış məlumatları tədqiqata daxil edə bildik, lakin bütün antidepressantları şəbəkə metaanalizinə daxil edə bilmədik. Bəzi antidepressantlar üçün birincili sınaqlardakı

məhdudlaşdırma tapıntıların keçərliliyinə təsir edə bilər, ancaq həm birbaşa həm dolayı qarşılaşdırmalar qeyri-obyektivlik riskini (bias risk) azalda bilər.

Biz yayımlanmamış materialları əldə etmək və araşdırma müəllifləri ilə əlaqə yaratmaq üçün əlimizdən gələni etdik və hələ də cəmiyyət üçün kifayət qədər informasiyanın əlçatan olmadığını fərqindəyik.

Bu gün ən son araşdırmaları özündə saxlayan online arxivlərin olduğunu və orada hər hansı araşdırma olmadığını və ya bəzi sınaqlar bizim araşdırma üçün bəzi sınaqların təkrar sayıldığını istisna edə bilmərik. Məlumatların sintezi prosesini çətinləşdirən müxtəlif yayımlarda müxtəlif adlarla yayımlanmış eyni araşdırmanın aparılması halları da nadir deyil. Bütün məhdudiyyətlərə baxmayaraq, aşkarlananlar yetkin şəxslərdə MDD-nin kəskin farmakoloji müalicəsində başlanğıc seçim üçün dövrünün mövcud olan ən böyük dəlil bazasını ortaya qoyur. Bir antidepressantın xüsusiyyətini digəri ilə müayisə edən bütün ifadələr: metodologiyanın məhdudiyyətləri, konkret xəstə populyasiyasının mürəkkəbliyi, doza seçimi və ya müalicə tənzimləməsindən ortaya çıxma biləcəkdir qeyri-dəqiqliklər ilə orta bir mövqeyə gətirilməlidir.

1=agomelatine. 2=amitriptyline. 3=bupropion. 4=citalopram.

5=clomipramine.6=desvenlafaxine. 7=duloxetine. 8=escitalopram. 9=fluoxetine.

10=fluvoxamine. 11=levomilnacipran.12=milnacipran. 13=mirtazapine. 14=nefazodone.

15=paroxetine. 16=reboxetine. 17=sertraline. 18=trazodone 19=venlafaxine. 20=vilazodone.

21=vortioxetine. 22=placebo

ƏDƏBİYYƏT

- 1 GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386: 2145–91.
- 2 GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1603–58.
- 3 WHO. Depression: fact sheet. Geneva: World Health Organisation, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (accessed Sept 21, 2017).
- 4 Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med* 2008; 3: 14.
- 5 Harmer CJ, Duman RS, Cowen PJ. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 409–18.
- 6 Higgins JP, Welton NJ. Network meta-analysis: a norm for comparative effectiveness? *Lancet* 2015; 386: 628–30.
- 7 Hróbjartsson A, Thomsen AS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors. *CMAJ* 2013; 185: E201–11.
- 8 Furukawa TA, Salanti G, Atkinson LZ, et al. Comparative efficacy and acceptability of first-generation and second-generation antidepressants in the acute treatment of major depression: protocol for a network meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e010919.
- 9 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 746–58.

- 10 Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C, Brambilla P, Watanabe N. Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20: 49–52.
- 11 Rhodes KM, Turner RM, Higgins JP. Predictive distributions were developed for the extent of heterogeneity in meta-analyses of continuous outcome data. *J Clin Epidemiol* 2015; 68: 52–60.
- 12 Salanti G, Ades AE, Ioannidis JP. Graphical methods and numerical summaries for presenting results from multiple-treatment meta-analysis: an overview and tutorial. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 163–71.
- 13 Higgins JP, Jackson D, Barrett JK, Lu G, Ades AE, White IR. Consistency and inconsistency in network meta-analysis: concepts and models for multi-arm studies. *Res Synth Methods* 2012; 3: 98–110.
- 14 Dias S, Welton NJ, Caldwell DM, Ades AE. Checking consistency in mixed treatment comparison meta-analysis. *Stat Med* 2010; 29: 932–44.
- 15 Salanti G, Del Giovane C, Chaimani A, Caldwell DM, Higgins JP. Evaluating the quality of evidence from a network meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9: e99682.
- 16 Salanti G, Dias S, Welton NJ, et al. Evaluating novel agent effects in multiple-treatments meta-regression. *Stat Med* 2010; 29: 2369–83.
- 17 Chaimani A, Higgins JP, Mavridis D, Spyridonos P, Salanti G. Graphical tools for network meta-analysis in STATA. *PLoS One* 2013; 8: e76654.
- 18 Lunn D, Spiegelhalter D, Thomas A, et al. The BUGS project: evolution, critique and future directions. *Stat Med* 2009; 28: 3049–67.
- 19 Chaimani A, Salanti G. Visualizing assumptions and results in network meta-analysis: the network graphs package. *Stata J* 2015; 15: 905–50.
- 20 Schwarzer G. Network meta-analysis. In: Schwarzer G, Carpenter JR, Rücker G, eds. *Meta-analysis with R*. Berlin: Springer, 2015: 187–216.
- 21 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 881–90.
- 22 Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379: 1056–67.
- 23 Walkup JT. Antidepressant efficacy for depression in children and adolescents: industry- and NIMH-funded studies. *Am J Psychiatry* 2017; 174: 430–37.
- 24 Rutherford BR, Roose SP. A model of placebo response in antidepressant clinical trials. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 723–33.
- 25 Cook RJ, Zeng L, Yi GY. Marginal analysis of incomplete longitudinal binary data: a cautionary note on LOCF imputation. *Biometrics* 2004; 60: 820–28.
- 26 Furukawa TA, Cipriani A, Atkinson LZ, et al. Placebo response rates in antidepressant trials: a systematic review of published and unpublished double-blind randomised controlled studies. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 1059–66.
- 27 Perlis RH, Perlis CS, Wu Y, Hwang C, Joseph M, Nierenberg AA. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1957–60.
- 28 Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252–60.
- 29 Furukawa TA, Akechi T, Shimodera S, et al. Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(∧_∧)D study protocol. *Trials* 2011; 12: 116.
- 30 Furukawa TA, Miura T, Chaimani A, et al. Using the contribution matrix to evaluate complex study limitations in a network meta-analysis: a case study of bipolar maintenance pharmacotherapy review. *BMC Res Notes* 2016; 9: 218.
- 31 Wager E. The need for trial identifiers. *Curr Med Res Opin* 2004; 20: 203–06.
- 32 Ioannidis JP. Meta-analyses can be credible and useful: a new standard. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 311–12.

Məqalələrin tərtib edilmə qaydaları

Azərbaycan Psixiatriya Jurnalına (AzPJ) çap üçün yalnız digər mənbələrdə dərc olunmamış məqalələr təqdim edilə bilər. **Hər hansı digər mətbu orqanlarına yönləndirilmiş işlərin nəşriyyata təqdim edilməsi yolverilməzdir.**

Nəşriyyata daxil olan bütün məqalələrə rəy verilir.

1. Məqalələr elektron formatda jurnalın baş redaktorunun elektron ünvanına - fuadismayilov@psychiatry.az göndərilir.

2. Titul vərəqəsində qeyd edilməlidir:

– məqalənin azərbaycan, rus və ingilis dillərində adı;

– azərbaycan, rus və ingilis dillərində müəllifin (müəlliflərin) adının baş hərfi və soyadı;

– işin yerinə yetirildiyi müəssisənin (müəssisələrin) azərbaycan, rus və ingilis dillərində tam adı; əgər müəlliflərin sayı bir nəfər deyildirsə, hər bir müəllifin soyadının sonunda və onun çalışdığı müəssisənin adının önündə rəqəmlə qeyd yazılır;

– müəlliflər haqqında məlumatlarda ad, soyad, atasının adı (tam şəkildə), alimlik dərəcəsi, alimlik adı, müəssisə/müəssisələrdəki vəzifəsi qeyd edilir.

– nəşriyyatla əlaqəyə görə məsuliyyət daşıyan müəllif birinci olaraq qeyd edilir; onun mobil telefon nömrəsi və elektron poçt ünvanı yazılmalıdır.

3. Məqalənin adı qısa və informativ olmalıdır. Qısaltmalar və abbreviaturalar, həmçinin preparatlar, tibbi aparat, diaqnostik təchizat, diaqnostik testlər və s. istifadə edilmir.

4. Ayrıca səhifədə boşluqlarla birgə 250 söz həcmində azərbaycan, rus və ingilis dillərində xülasə (annotasiya) yerləşdirilir. Xülasədən sonra azərbaycan, rus və ingilis dillərində açar sözlər (əhəmiyyətlik sırasına görə 8-dən çox olmamaqla) təqdim edilir.

- Xülasə nəşrin əsas bölmələr üzrə məzmununun qısa və ardıcıl şərhidir və materialın şərhedilmə məntiqinə müvafiq olaraq konkret məlumatlar təqdim etməklə nəticələrin təsvirini və məqalənin məzmununu əks etdirməlidir.

– Məqalələrə yazılan xülasənin quruluşu növbəti şəkildə olmalıdır: məqsəd; üsul; nəticələr; yekun. Bütün bölmələr maili şriftlə xüsusi seçilməlidir.

5. Məqalə məzmununun tərtibatına qarşı tələblər:

– Vərəqin formatı – A4, şrift – Times New Roman, şriftin ölçüsü – 12, sətirlərarası interval – 1,5. Nəşriyyata göndərilmə zamanı material Word sənəd (.doc, .docx) formatında saxlanılmalıdır.

– Məqalələrin həcmi: original sənəd üçün-15, xülasə üçün-20, qısa məlumat üçün -7 səhifədən çox olmamalıdır.

– dərman preparatlarının təsviri zamanı onların adı ilk dəfə çəkildikdə aktiv substansiya (beynəlxalq patentləşdirilməmiş adı -MHH) göstərilməlidir; bütün adlar və dozalar ətraflı şəkildə dəqiqləşdirilməlidir.

6. Ədəbiyyat. Məqalənin məzmunundakı biblioqrafik istinadlar ədəbiyyat siyahısına müvafiq olaraq müəllifin sitat gətirmə ardıcılığı uyğun şəkildə kvadrat mötərizədə təqdim edilir. Orijinal məqalələrdə 30-dan çox, xülasə ədəbiyyatında 70-dən çox, digər materiallarda isə 15-ə qədər sitat gətirmək olar.

Ədəbiyyat siyahısında qeyd edilir:

– jurnalda məqalədən sitat gətirildikdə- müəlliflərin soyadı və adının baş hərfi (4 müəllif olduqda- hər birini, 4-dən çox olduqda yalnız ilk 3 müəllifi qeyd edib rus dilli mənbələrdə daha sonra “digərləri”, xarici mənbələrdə “et al.” yazmaq lazımdır), məqalənin tam adı, jurnalın adı qısa şəkildə (qısaltma Index Medicus və ya Medline üslubuna müvafiq gəlməlidir);

– kitab nəşrinin sitat gətirilməsi zamanı (kitablar, monoqrafiyalar, konfrans materialları və s.) – müəlliflərin soyadı və adının baş hərfini, kitabın tam adı, şəhər, nəşriyyat və nəşr ili.

7. Məqaləyə şəkil və cədvəl şəklində minimal sayda illüstrasiya materialı əlavə edilir (fotolar, qrafiklər və s.). Məqalənin mətnində müəllif cədvəl və şəkillərin istinadını göstərir. Illüstrasiya materialının nömrələnməsi adıçəkilmə ardıcılığına əsasən göstərilir (məsələn: şəkil 1, şəkil 2 və s., cədvəl 1, cədvəl 2 və s.)

8. Materialların qısaldılması, redaktəsi və dərc olunması hüquqları nəşriyyata məxsusdur.

9. Göndərilmiş əlyazmalar geri qaytarılmır.

Müəlliflər üçün qaydaları və biblioqrafiyanın tərtibat nümunəsini ətraflı əks etdirməklə məqalənin nəşrinə dair müqavilə AzPA saytında, Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı bölməsində tanış olmaq olar.

Nəşriyyatın qaydalarına müvafiq şəkildə tərtib edilməmiş məqalələr qəbul edilmir və onlara rəy verilmir.

Правила оформления статей

Размещению в Азербайджанском Психиатрическом Журнале (AzPJ) подлежат статьи, ранее не опубликованные в других изданиях. **Недопустимо представлять в редакцию работы, уже направленные в какие-либо печатные органы.**

Все статьи, поступающие в редакцию, проходят рецензирование.

1. Статьи направляются в электронном формате на электронный адрес главного редактора журнала fuadismayilov@psychiatry.az

2. На титульном листе необходимо указать:

– название статьи на азербайджанском, русском и английском языках;

– инициалы и фамилию автора (авторов) на азербайджанском, русском и английском языках;

– полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) была выполнена работа на азербайджанском, русском и английском языках; если автор статьи не один, в конце фамилии каждого автора и перед названием учреждения, в котором он работает, ставится сноска (цифрой);

– в сведениях об авторах указываются фамилия, имя и отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/учреждениях. Сокращения не допускаются.

– автор, ответственный за связь с редакцией, указывается первым; необходим номер его мобильного телефона и адрес электронной почты.

3. Название статьи должно быть кратким и информативным. В нем не используют сокращений и аббревиатур, а также коммерческих названий препаратов, медицинской аппаратуры, диагностического оборудования, диагностических тестов и т.п.

4. На отдельной странице размещаются резюме (аннотация) статьи на азербайджанском, русском и английском языке объемом до 250 слов с пробелами. После резюме приводятся ключевые слова (не более 8 – в порядке значимости) на азербайджанском, русском и английском языках.

– Резюме является кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должно отражать содержание статьи согласно логике изложения материала и описания результатов с приведением конкретных данных.

– Резюме к статьям должно иметь следующую структуру: Цель; Методы; Результаты; Заключение. Все разделы должны быть выделены в тексте наклонным шрифтом.

5. Требования к оформлению текста статьи:

– Формат листа – А4, шрифт – Times New Roman, кегль – 12, межстрочный интервал – 1,5. При отправке в редакцию документ необходимо сохранить в формате – документ Word (.doc, .docx).

– Объем статей: не более 15 страниц – для оригинальной, 20 – для обзорной, 7 – для краткого сообщения.

– При описании лекарственных препаратов при первом их упоминании должны быть указаны активная субстанция (международное непатентованное название – МНН); все названия и дозировки должны быть тщательно выверены.

6. Литература. Библиографические ссылки в тексте статьи располагаются в квадратных скобках в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), в строгом соответствии со списком литературы. В оригинальных статьях допускается цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы – не более 70, в других материалах – до 15.

В списке литературы указывается:

– при цитировании статьи в журнале – фамилии и инициалы авторов (если авторов четыре – писать всех. Если больше четырех – указать только первых трех авторов и поставить «и др.» в русско-язычных источниках или «et al.» – в зарубежных), полное название статьи, сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год, том, номер, страницы;

– при цитировании книжного издания (книги, монографии, материалы конференций и др.) – фамилии и инициалы авторов, полное название книги, город, издательство и год издания.

7. К статье прилагается минимальное количество иллюстративного материала в виде таблиц и рисунков (фотографий, графиков и т.д.). В тексте статьи автор указывает ссылки на таблицы и рисунки. Нумерация иллюстративного материала ведется в порядке упоминания (пример: рис. 1, рис. 2 и т.д., табл. 1, табл. 2 и т.д.).

8. Редакция оставляет за собой право сокращения, редактирования и опубликования материалов.

9. Присланные рукописи обратно не возвращаются.

С договором на публикацию статей, а также с подробными правилами для авторов и примерами оформления библиографии можно ознакомиться на сайте AzPA (www.psychiatry.az) в разделе Азербайджанский Психиатрический Журнал.

Статьи, не оформленные в соответствии с правилами редакции, не принимаются и не рецензируются.

Çapa imzalanmış 24.12.2019,
Formatı 70x100 1/16,
f.ç.v. 14, ofset kağıdı
Sifariş 8.

Jurnal
«**APOSTROF-A**»
nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış və
ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.
E-mail: apostrof0706@gmail.com
Tel.: 050-313-07-06 / 012-432-51-04

