

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

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

№ 1(33)

**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
İkram Rustəmov

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ
Nadir İsmayılov / *AR əməkdar həkimi, t.e.d. prof.*
Gəray Gəraybəyli / *t.e.d., prof.*
Bilal Əsədov / *t.e.d., prof.*
Şaiq Sultanov

REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

Ağazadə Nazim /t.e.d. prof. (Bakı)	Mehtiyeva Leyla /t.e.n. dos. (Bakı)
Aleksandrovskiy Y.A. /t.e.d. prof. (Moskva)	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)	Özəkəş Tahir /t.e.n. dos. (İstanbul)
Əliyev Zəfər /t.e.d. prof. (Bakı)	Rəsulov Ağahəsən /əməkdar həkim, t.e.n. (Bakı)
İbrahimov İlham (Gəncə)	Şirəliyeva Rəna /t.e.d. prof. (Bakı)
Qafarov Teymur /t.e.d. prof. (Bakı)	Tağıyev Mayıl /əməkdar həkim, t.e.n. (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. 4,
tel: 566-92-34, 566-92-38, fax: 596-45-57,
E-mail: nadirismayilov@psychiatry.az

MÜNDƏRİCAT*CONTENTS*ОГЛАВЛЕНИЕ

Prof. N.V.İsmayılov ƏHMƏD ƏLİBABA OĞLU ABASQULİYEV – 100	4
Tağızadə Leyla Tağıyev Mayıl Bağı oğlu	13
N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev Psixiatriyada təxirəsalınmaz vəziyyətlər və onların terapiyası	18
Гулиева Н.Р. Влияние неблагополучной семьи на психическое состояние детей и подростков	33
N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev Şizofreniya xəstələrin reabilitasiyasına müasir yanaşma	48
B. M.Əsədov, N.E.Vahabov İdman və deviant davranış	57
Б.В.Салманзаде Взаимосвязь заболеваний сердечно-сосудистой системы и тревожно-депрессивных расстройств	70
Гаджиев С., Мехтиева Л.Г., Абдуллаев Х.А., Мамедзаде Дж.Ф., Тагизаде Н. Клинические и организационно-методологические аспекты военно-врачебной экспертизы граждан, страдающих психическими расстройствами	80

Z.N. Əliyev, F.M.Baxışova Preqabalından sui-istifadə	86
N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev, S.E.Əliyeva Epilepsiyanın tarixi və onun müasir sistematikasını	96
Ş.İ.Mahalov, A.K.Məmmədbəyli, M.R.Tağıyeva Epilepsiya və uşaq serebral iflici	104
M.F.Rüstəmov Ağ siçovullarda baş beyinin müxtəlif strukturlarında neyroleptiklərin təsiri fonunda lipid peroksidi məhsullarının miqdarında baş verən dəyişikliyin təyini	118
Psixoloji yardım haqqında AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNU	128
Məqalələrin tərtib edilmə qaydaları	138
Правила оформления статей	139

ƏHMƏD ƏLİBABA OĞLU ABASQULİYEV – 100

Ə.Ə.Abasquliyev 20 aprel 1919-cu ildə Bakı şəhərində anadan olub. Atası Məşədi Əlibaba Abasqulu oğlu 1884-cü ildə Azərbaycanın qədim şəhəri Şamaxıda, anası Sayat xanım Zeynalova isə 1896-cı ildə Kürdəmir şəhərində Cəfərqulu ağanın ailəsində doğulmuşdur. Ana tərəfi Zeynalovlar ailəsi Kürdəmir şəhərində çox hörmətli ailələrdən biri idi. Şəhərin bütün ticarəti bu ailənin himayəsində olmuşdu.

1925-ci ildə 6 yaşında Əhməd Bakıda beşmərtəbə adlanan ərazidə yerləşən yeddi illik məktəbin birinci sinfinə daxil olur. Bu məktəbdə işləyən müəllimlər haqqında fərəhlə danışan



prof. Ə.Abasquliyev müəllimlərini ağızdolusu tərifləyərək onlarla fəxr etdiyini deyərdi. 7 illik məktəbi bitirdikdən sonra elan edilir ki, şagirdlərin sonrakı təhsili elə həmin ərazidə yerləşən 18 saylı məktəbdə davam etdiriləcəkdir. Bu məktəbdə oxuduğu illəri fəxrlə xatırlayan Əhməd müəllim onların sevincinə səbəb olan əsas səbəbin ədəbiyyat dərslərini Azərbaycanın sevimli şairi Mikayıl Müşviqin olması idi. Mikayıl Müşviqin dərslərini aparmaq üslubunu tərifləyərək deyərdi ki, M.Müşfiq Fizulinin, Nəsiminin, Şah İsmayıl Xətəinin, Molla Pənah Vaqifin, Hüseyn Cavidin şerlərini əzbər deyərdi. M.Müşfiq bizi o qədər cəlb etmişdi ki, hamımız ədəbiyyatçı olmaq istəyirdik. Amma Əhməd müəlli-

mi hələ natamam orta məktəbdə oxuyarkən daha çox cəlb edən kimya fənni olmuşdur və gələcəkdə ancaq kimyaçı olmağı düşünürdü.

Əla qiymətlərlə 10-cu sinfi bitirdikdən sonra sənədlərini Azərbaycan Dövlət Universitetinin kimya fakültəsinə vermək istəyən Ə.Abasquliyev belə bir hadisə ilə qarşılaşır: O vaxtlar indiki İstiqlaliyyət küçəsində yerləşən universitetin qəbul komissiyasının pəncərəsinə yaxınlaşır, növbə ona çatanda pəncərə bağlanır və elan edilir ki, sənəd qəbulu sabah saat 10:00-da davam etdiriləcəkdir. Qeyri-məmnun halda üzü aşağı İsmayilliyyə binasına tərəf addımlayan Əhməd müəllim İsmailiyyə binasının (hal-hazırda Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının rəyasət heyətinin binası) qarşısında dayanır və binanın son mərtəbəsində yerləşən M.F.Axundov adına kitabxanaya qalxıb yeni nəşirlərlə tanış olmaq istəyir. Əhməd müəllimin diqqətini Fransız həkimi Emil Küyenin kitabı cəlb edir. Monoqrafiyada əsasən psixoterapiya elminə həsr edilən bu kitabı götürüb vərəqləyir. Kitabda vaxtilə cinayətkar olmuş şəxslərin psixoloji və əmək vərdişlərini tətbiq etməklə insanların tərbiyə olunması gənc Əhmədi düşünməyə, institut məsələsində öz fikrini dəyişməyə sövq edir. Əhməd müəllim deyirdi ki, elə oradaca oxuduğum kitabın təsiri altında universitetin kimya fakültəsinə yazdığım ərizəni cırıb sənədlərimi Tibb İnstitutuna verməyi qərara aldım. Ertəsi gün Tibb İnstitutunun rektoru prof. Əziz Əliyevin adına ərizə yazıb müalicə fakültəsinə qəbul olmağımı xahiş etdim. Qəbul imtahanlarını müvəffəqiyyətlə verən Ə.Ə.Abasquliyevin maraqlı və məhsuldar tələbəlik həyatı başlayır. O vaxtlar Tibb İnstitutunda dərs deyən məşhur alimləri məhəbbətlə xatırlayır və onların dərs demə üslubundan fərəhlə danışar, belə məşhur alimlərin tələbəsi olmasından qürur hissi keçirdiyini deyərdi. Kim idi Ə.Abasquliyevin fərəhlə yad etdiyi müəllimləri? — Akademiklər M.Mirqasımov, M.Topçubaşov, İ.İ.Şirokoqorov, professorlar M.Hacıqasımov, Əlibəyov, A.M.Amosov, M.Məlikov, D.S.Ozeretskovski, F.A.İbrahimbəyov. Ə.Abasquliyev psixiatriya kafedrasında çalışan D.S.Ozeretskovski haqqında xüsusi sevgi ilə danışardı. Axı artıq Əhməd müəllim psixiatriyanı seçmişdi. Psixiatriyanı ürəkdən sevən və gələcək həkimlik fəaliyyətini bu sənətə həsr etmək istəyən Əhməd müəllim artıq I kursdan psixiatriya kafedrası ilə sıx əlaqə saxlayır, prof. D.S.Ozeretskovskinin və F.İbrahimbəyovun mühazirələrində və

xəstələrə baxışında iştirak edirdi. Kafedra müdiri prof. D.S.Ozeretskovski artıq yəqin etmişdi ki, Əhməd gələcəyin psixiatri olacaq. Elə buna görə də ona sərbəst klinikaya gəlməyi, xəstələrin müayinəsində iştirak etməyə icazə vermişdi. İnstitutda oxuduğu illərdə Əhməd Abasquliyev bir ictimaiyyətçi kimi də fərqlənirdi. IV kursda oxuyarkən o vaxtlar institutun komsomol komitəsinin katibi olan Vəli Axundovun təklifi ilə müalicə fakültəsinin komsomol bürosunun katibi seçilir.

Təhsilini və ictimai fəaliyyətini uğurla davam etdirən Ə.Abasquliyev həmin illərdə ailəsi çətin maddi vəziyyətdə olduğundan söz açırdı. O, öz xatirələrində yazırdı ki, institutda təhsil aldığı illərdə, xüsusilə 1934-1935-ci illərdə ailəmiz çətin iqtisadi durumda idi. SSRİ-də şəxsi mülkiyyət ləğv edilmişdi. Ticarətlə məşğul olan şəxslərin mülkiyyətinə elə ağır vergilər qoymuşdular ki, ödəmək mümkün deyildi. Ticarətlə məşğul olan atamın Quba meydanında (indiki Fizuli meydanı) yerləşən ticarət obyektləri əlindən alınmışdı. O vaxtlar ailəmiz 9 nəfərdən ibarət idi: atam, anam, 5 öz uşaqları və evlərində himayələrində saxladıkları 2 valideynlərini itirmiş atanın və ananın qardaşı oğulları Sadıx və Kazım.

Ticarətdən əl çəkməli olan atam neft sənayesində fəhlə işləyir və ailənin büdcəsi atamın aldığı maaş və mənim təqaüdüm idi. Ailəmin belə ağır vəziyyətini görüb iş axtarmağa başladım və xoşbəxtlikdən 1939-cu ildə farmakologiya kafedrasında toksikoloji laboratoriyada işə düzəldim. Professor F.Y.Kovşarın rəhbərlik etdiyi toksikoloji laboratoriya hərbi sahəyə xidmət edirdi və mən oradan aldığı maaşla ailəmə kömək edə bilirdim. Həmin laboratoriyada bir neçə ay işləmişdim ki, prof. Kovşar kimyanı yaxşı bildiyimi və işə məsuliyyətlə yanaşdığımı görüb gecə növbəsində işləmək şəraiti yaradaraq məni baş laborant vəzifəsinə təyin etdi. Bu məni çox sevindirdi, bir tərəfdən dərstdən sonra işləmək şansı və daha çox maaş. Artıq mən ailəmə ciddi maddi kömək edə bilirdim.

1941-ci ilin iyun ayında dövlət imtahanlarını verməyə başladım. İmtahan komissiyasının sədri məşhur alim patoloqanatom akademik İ.İ.Şirokoqorov həm də müalicə fakültəsinin dekanı idi və mənə bir qabaqcıl tələbə kimi böyük etimad göstərirdi. O istəyirdi ki, mən bütün dövlət imtahanlarını əla qiyyət

mətlərlə verib qırmızı diplom alım. Əfsuslar olsun ki, belə olmadı. Akademik Şirokoqorovun mənimlə maraqlanmasının bir səbəbi də rus dilini yaxşı bilməyim idi. Hətta o bir dəfə maraqlanıb məndən soruşmuşdu ki, sizin ananız rusdurmu? Eşidəndə ki, anam heç rus dilində bir kəlmə də danışa bilmir, bu hadisədən sonra akademik mənə rəğbəti daha da artmışdı. Sonuncu dövlət imtahanını mama-ginekologiya fənnindən cavan professor Hüseynbəy Ağabəyov götürürdü. Biletin suallarına cavab verdim. Bu imtahan komissiyasının sədri akademik Şirokoqorova çox xoş gəldi və o məni tərifləməyə başladı. Bu deyərsən professor Ağabəyova xoş gəlmədi və mənə əlavə suallar verdi, məni çaşdırmağa çalışdı. Mənimlə professor Ağabəyov arasında xoşagəlməz münaqişə yarandı. O, mənə “3” qiymət yazmaq istədi. Akademik Şirokoqorov məsələyə müdaxilə etməsəydi Ağabəyov “3”-dən artıq qiymət yazmayacaqdı. Nəhayət iki alim kompromisə gəlib “4” qiymət yazdılar. Beləliklə əla diplom almaqdan məhrum oldum.

Nəhayət, bütün imtahanları verib qurtardıq, sevincli günlərimiz başladı. Dostlarımızla şəhərdə fərəhlə gəzir, kafelərə gedir, şənlənirdik. Təəssüf ki, şənliyimiz cəmi 3 gün çəkdi. 22 iyun 1941-ci ildə II Dünya Müharibəsi başladı. Sovet təbliğat maşını bar-bar bağıraraq tezliklə Almaniyada Hitlerin qoşunlarına qalib gələcəyimizi deyirdi. Hətta təbliğatçılar qəzetdə yazırdılar ki, bizim qoşunlar artıq Berlinin ətrafındadırlar. Bu təbliğat biz gənclərə böyük təsir göstərmişdi. Hamımız arzu edirdik ki, biz də bu qələbədə iştirak edək, təriflənək. Əlbəttə vəziyyət heç də belə deyildi. Tezliklə məlum oldu ki, almanlar bizim bir çox şəhərlərimizi işğal edib, Moskvaya doğru irəliləyir. Bütün bunlara baxmayaraq gənclərin vətənpərvərlik emosiyası zəifləmir, əksinə güclənirdi. Əhməd Abasquliyev ərizə yazıb müharibəyə gedir. Ə. Abasquliyevin hərbi fəaliyyəti Kiyev hərbi dairəsində başladı. Onu sanitar hissəyə kimyəvi müdafiə bölməsinə göndərdilər. O, bu hərbi hissədə müharibənin sonuna qədər xidmət etdi. Bir dəfə yaralandı. Bir çox mühüm döyüşlərdə iştirak edərək Çexiyanın paytaxtı Praqa şəhərində tibb xidməti kapitanı rütbəsində xidmətini başa vurdu.

Cəbhədə fədakar xidmətinə görə Ə.Abasquliyev bir çox orden və medallarla, o cümlədən qırmızı ulduz və vətən mübarizəsi qırmızı bayraq ordenləri ilə təltif olunmuşdur.

Müharibə bitdikdən sonra heç cür məni tərxis etmək istəmirdilər. Qarnizona tibb xidməti rəisi təyin edib hərbi kimi xidmətimi davam etdirməyimi tələb edirdilər. 1946-cı ilin oktyabr ayınadək xidmətimi davam etdirməli oldum. Oktyabrın son günləri idi. Gözlənilmədən məni hərbi hissənin komandirinin yanına dəvət etdilər. Burada məlum oldu ki, mənim sevimli müəllimim prof. D.S.Ozepetskovski mənim tərxis olunaraq Azərbaycan Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasına işə dəvət olunmam üçün Müdafiə Nazirliyinin Baş Tibb Xidməti İdarəsinə müraciət edib. Beləliklə mən hərbi qulluqdan azad edilib Azərbaycana göndərildim.

1 yanvar 1947-ci ildən mən artıq Azərbaycan Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasının baş laborantı işləməyə başladım. Elə həmin il D.S.Ozepetskovski Ə.Abasquliyevə elmi mövzu verir və tezliklə tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün qarşısına məqsəd qoyur. 1949-cu ildə müvəffəqiyyətlə elmi işini başa çatdırır. Əhməd müəllim əvvəl assistent, 1 ildən sonra işə yəni 1950-ci ildə dosent vəzifəsinə təyin edilir. Bir an belə elmi yaradıcılığını dayandırmayan Ə.Abasquliyev 1959-cu ildə Tbilisi şəhərində “Şizofreniya xəstəliyinin meydana çıxmasında ekzogen amillərin rolu” mövzusunda doktorluq dissertasiyasını müdafiə edir və 1960-cı ildə professor rütbəsini alır. Elə həmin il psixiatriya üzrə ilk Azərbaycanlı professor kafedra müdiri seçilir.

Bundan sonra prof. Ə.Abasquliyevin geniş elmi-ictimai və həkimlik fəaliyyəti yeni vüsət alır. 1961-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə Respublikanın Baş Psixiatri təyin olunur. 1962-ci ildə Nevropatologiya kafedrasının müdiri A.Z.Feyzullayev vəfat etdikdən sonra Azərbaycan Nevropatoloqlar və Psixoloqlar cəmiyyətinin (indiki adı AzPA) sədri seçilir.

Prof. Ə.Abasquliyevin böyük təşkilatçılıq imkanları bundan sonra daha da güclənir. Bilavasitə onun söyləri nəticəsində Respublika, Zaqafqaziya və Ümumittifaq səviyyəli konfranslar, simpoziumlar təşkil olunur. Bu elmi-praktik forumlar Bakıdan başqa respublikanın regionlarında da təşkil olunur, Gən-

cə, Sumqayıt, Naxçıvan, Şəki, Quba, Lənkəranda. 1960-1970-ci illər arasında bir sıra psixiatriya müəssisələri açılır. Məsələn Sumqayıtda, Naxçıvanda, Qubada, Şəkiddə, Lənkəranda 100 çarpayılıq dispanserlər açılır. Qazaxda, Salyanda, Kürdəmirdə xəstəxanalar fəaliyyətə başlayır. Maştağa xəstəxanası genişləndirilərək 500 çarpayıdan 1500 çarpayıya çatdırılır. Ağdamda – 500 çarpayılıq dispanser və reabilitasiya şöbələri olan xəstəxanalar fəaliyyətə başlayır. Beləliklə Respublikanın bütün regionları Ə.Abasquliyevin səyi nəticəsində ixtisaslaşmış psixiatriya yardımı ilə əhatə olunur.

Ə.Abasquliyev çoxlu miqdarda həm SSRİ-də (Moskvada, Leninqradda və digər şəhərlərdə) həm xarici ölkələrdə keçirilən elmi forumalarda fəal iştirak etmişdir, ABŞ-da (Honolulu şəhərində), İspaniyada (Madrid), Almaniyada (Hamburq), Misirdə (Qahirə) və s.

Hər beş ildən bir Moskvada keçirilən Psixiatr və Nevroloqların Ümumittifaq Qurultaylarında həmişə rəyasət heyətinin tərkibinə seçilirdi. 1970-ci ildə Moskvada dərc olunan S.S.Korsakov adına Nevropatologiya və Psixiatriya Jurnalının redaksiya şurasının üzvü seçilmişdir.

Ə.Abasquliyev fədakar fəaliyyəti müqabilində Azərbaycan Dövlətinin yüksək mükafatlarına layiq görülmüşdü. O, Azərbaycan Respublikasının əməkdar elm xadimi və “şöhrət” ordeni ilə təltif olunmuşdur.

Prof. Ə.Abasquliyevin yetişdirdiyi tələbələr barəsində xüsusi qeyd etmək istəyirəm. Heç də asan olmayan şəraitdə onun rəhbərliyi altında 3 elmlər doktoru (prof. A.Sultanov, prof.N.V.İsmayılov, prof. N.Əliyev), 8 elmlər namizədi hazırlanmışdır.

Tələbələrinə, xüsusilə elmi yaradıcılıqla məşğul olanlara xüsusi qayğı ilə yanaşardı. Dissertantların hər birinin elmi işlərini uğurla müdafiə etməsini öz uğuru kimi qəbul edər və sevinərdi. Bildiyiniz kimi hər yerdə qəbul edilmiş belə bir adət var ki, dissertasiyasını müdafiə etdikdən sonra öz elmi rəhbərinə hər hansı bir hədiyyə – suvenir təqdim etmək adəti var. Ə.Abasquliyevin təmsalında hədiyyə bağışlamaq elmi rəhbər, yəni onun özü tərəfindən olardı. Bunu Ə.Abasquliyevin dissertantı olmuş hər kəs deyə bilər. Məsələn, mənə hər iki dissertasiyama müdafiə edəndən sonra onun bağışladığı heçdə ucuz olmayan hədiyyələri indiyədək əziz xatirə kimi saxlayıram.

Elmi yaradıcılığa başladığı ilk illərdə Ə.Abasquliyevin 3 məqsədli istiqaməti olmuş və onları inkişaf etdirməyə çalışmışdır:

1. Şizofreniya xəstəliyinin geniş profilli (genetik, immunoloji, biokimyəvi) tədqiqi.
2. Respublikada psixiatriya xidmətinin hərtərəfli inkişafı.
3. Azərbaycanda psixiatriya elminin tarixinin öyrənilməsi.

Elmi yaradıcılığının məhsulu kimi onun dərc elətdirdiyi 3 monoqrafiya və 170-ə qədər elmi məqalələrini qeyd etmək lazımdır. Bu elmi əsərlərdə professor Ə.Abasquliyevin 3 istiqamətini görmək mümkündür.

Prof. Ə.Abasquliyevin dərc etdirdiyi 2 kitabının adlarını xüsusi qeyd etmək lazımdır.

1. 1967-ci ildə Moskvada dərc edilən, şizofreniyanın patogenezinə həsr edilən monoqrafiya;
2. 1995-ci ildə öz tələbələri ilə birlikdə (N.V.İsmayılov, A.D.Eliqulaşfili, F.Q.Ələkbərov) Bakıda dərc edilən “Şizofreniyanın patogenezinin immunogenetik aspektləri” kitabları.

Prof. Ə.Abasquliyevin elmi-praktik və ictimai fəaliyyəti haqqında olduqca geniş danışmaq olar. Maraqlı hadisələrlə zəngin olan onun dolğun həyatı özünün “Ə.Abasquliyev-85” adlı memuarında yazdığı kimi olduqca rəngarəng, maraqlı epizodlarla dolu bir həyat yaşamışdır. Adı çəkilən kitabında Ə.Abasquliyev belə yazır “Keçən əsrin 60-cı illərində Tibb Universitetində pedaqoji və həyat amalları uyğun gələn bir qrup şəxslər, həmfikirilər yaranmışdı. Onları bir-birinə ümumi maraqları və dostluq telləri bağlayırdı.”

Uzun illər bir-birləri ilə stabil olaraq dostluq edən bu qrupa daxil idi: – filosof – professor Adil Nəcəfov, cərrah akademik Böyükkişi Ağayev, biloloq, akademik Dəmir Hacıyev, dermatoloq, professor Rasim Hacıyev və MİNƏXANIM Davatdarova, fiziloloq dossent Ramiz Məlikov, MTN-nin polkovniki Adil Bağırov, tibb xidməti polkovniki İsmət Əliyev, gəmiqayıрма zavodunun baş direktoru Niyazi Qaraqaşlı, əlbəttə professor Ə.Abasquliyev və onun həyat yoldaşı Adilə xanım Abasquliyeva. Onlar tez-tez görüşlər, maraqlı saatlar keçirərdilər. Onların mütləq sayılan bir neçə ənənəvi görüş günləri var idi.

Məsələn, hər il yanvar ayının 13-ündə köhnə təzə ili qarşılamaq üçün Əhməd müəllimin evində yığışdılar.

Dostluq etdiyimiz 40 ildən çox müddətdə bəzi məqamlarda digər dostlarımız da bizim cəmiyyətə qatıldılar. Bunlar kimlər idi? – Azərbaycanın xalq yazıçısı Maqsud İbrahimbəyov, SSRİ xalq rəssamı Tahir Salahov, məşhur cərrah Nurəddin Rzayev, iqtisadçı akademik Aqil Əliyev, Azərbaycanın YUNESCO-dakı nümayəndəsi Ramiz Abultalıbov, məşhur anatom professor Məmmədsadix Abdullayev, məşhur stomatoloq prof. Əliağa Əhmədov, idman sahəsində mütəxəssis Kamil Axundov, tanınmış kinorejissor Eldar Quliyev, əməkdar incəsənət xadimi, heykəltəraş Qorxmaz Sucəddinov, Azərbaycanın mədəniyyət naziri Zakir Bağirov, məşhur rəssam Toğrul Nərimanbəyov, öz sahələrində məşhur yaradıcı insanlar olan bu adamları birləşdirən bir də onların Azərbaycana – vətənə məhəbbətləri idi. Göründüyü kimi bir pedaqoq, alim, həkim kimi fəaliyyət göstərən Əhməd müəllimin çox maraqlı şəxsi həyatı var idi. Heç kəsə pisliyi keçməyən bu adam haqqında bir cümlə ilə ifadə olunan söz söyləmək istəsək belə deyərdik: “Zəngin və mənalı həyat yaşayan, mehriban dost, sadə və əməksevər, tələbələrinin sevimlisi Əhməd müəllim qəbrin nurla dolsun, Allah sənə rəhmət eləsin. Sizi tanıyanların qəlbində daim yaşayacaqsınız.”.

Prof. N.V.İsmayılov

Tağıyev Mayıl Bağı oğlu

Tibb elmlər namizədi
Sumqayıt şəhərinin baş psixiatri
Respublikanın əməkdar həkimi
“Tərəqqi” medalı ilə təltif olunmuşdur



05.12.1948-ci ildə Yardımlı rayonunda anadan olmuşdur.

1966-cı ildə orta məktəbi bitirdikdən sonra Sumqayıt şəhərinə gəlmiş, əmək fəaliyyətinə Şüşə zavodunda şüşə əridən peşəsi ilə başlamışdır.

27.11.1967-ci il ildən 24.12.1969-cu il tarixinədək hərbi xidmətdə olmuşdur.

03.01.1970-ci il tarixdən 12.01.1971-ci il tarixinədək Sumqayıt şəhər Çörək zavodunda texnoloq vəzifəsində işləmişdir.

1970-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsinə daxil olmuş, 1976-cı ildə institutu bitirmişdir.

İnternatura keçdikdən sonra 01.11.1977-1978-ci illərdə Sumqayıt şəhər poliklinikasında həkim-narkoloq vəzifəsində işləmişdir.

01.11.1979-cu il tarixdən Sumqayıt şəhərində Psixonevroloji dispanseri təşkil etmiş, 01.11.2017-ci il tarixinə qədər həmin xidmətə rəhbərlik edərək Sumqayıt şəhərinin baş psixiatri vəzifəsində işləmişdir.

1985-ci ildə Sumqayıt şəhərində dispanserin nəzdində olan narkoloji şöbəni transfer edərək rayonlararası Narkoloji dispanseri təşkil etmişdir.

1979-cu ildə Ukraynanın Krivoy-Roq şəhərində narkologiya üzrə, 1980-cı ildə Ə.Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda “Səhiyyənin təşkili” üzrə, 1990-cı ildə Moskvada Lenin Ordenli Mərkəzi Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutunda “Psixoterapiya və tibbi psixologiya” üzrə və bir

neçə dəfə Bakıda Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda “Psixiatriya” və “Səhiyyənin təşkili” üzrə kurslarda olmuşdur.

1982-1986-cı illərdə Sumqayıt şəhər Sovetinin deputatı olmuşdur.

1979-cu ildə dünyada ilk dəfə katatonik şizofreniyanın və depressiyaların müalicəsində maqnit sahəsini tətbiq etmişdir. Bu haqda ilk dəfə 1981-ci ildə Moskvada keçirilən dünya psixiatr və nevropatoloqların konfransında məruzə ilə çıxış etmiş və 1991-ci ildə bu mövzu ilə bağlı N.Qanuşkin adına Moskva Elmi-Tədqiqat Psixiatriya İnstitutunda tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsinə müdafiə etmişdir.

Moskvada, Riqada, Minskdə, Soçidə, Sendayda (Yaponiya), Roma-da (İtalya), Varoslavda (Polşa) keçirilən Beynəlxalq simpoziumlarda iştirak edərək maqnit sahəsinin insan beyninə təciri mövzusunda məruzələrlə çıxış edərək Azərbaycanı təmsil etmişdir.

40-a yaxın məqalənin, 1 ixtiranın müəllifidir.

Azərbaycan Psixiatriya jurnalının, Sumqayıt şəhər Səhiyyə şöbəsi nəzdində “Medikus” qəzetinin redaksiya heyətinin üzvüdür.

Azərbaycan Respublikası Psixiatrlar Assosiyasının idarə heyətinin üzvüdür, həmçinin assosiasiyanın regionlar üzrə müavini və Sumqayıt şəhər filialının yarandığı ildən sədridir.

1990-cı ildə “Hippokrat” Qeyri Hökumət Təşkilatını təsis edərək psixi xəstələryardım, reabilitasiya və respublikada fəaliyyət göstərən psixiatriya müəssisələrinin maddi-texniki bazasının yaxşılaşdırılmasında böyük xeyriyyəçilik fəaliyyəti ilə məşğul olmuşdur.

1990-1992-ci illərdə SSR-i dağılarkən Sumqayıt şəhər zavodları tərəfindən xarici ölkələrə köçürülən bir milyon dollarlıq dərman preparatlarının Moskvadan Sumqayıt şəhərinə gətirilməsinə böyük fədakarlıq göstərmişdir.

1990-ci illərdə 1 saylı gimnaziyanın nəzdində Bakı Dövlət Universitetinin bir sıra ziyalıları, professorları və alimləri ilə birlikdə xüsusi sinif təşkil edərək maarifçilik işlərində yaxından iştirak etmişdir. Bir neçə gəncin xarici ölkələrdə və Azərbaycanda ali məktəblərdə təhsil almasına maliyyələşdirmişdir.

1995-ci ildə “Hippokrat” Elm-İstehsalat Tibb müəssisəsini təsis edərək, BMT-nin inkişaf Proqramı vasitəsilə Amerikanın Kaliforniya Tibb Universitetinin professoru Masud Seyalı 1 ay müddətinə dəvət edərək onun iştirakı ilə

müasir standartlara uyğun neyro-diaqnostika laboratoriyasını Sumqayıt şəhərində yaratmışdır.

Yeni Azərbaycan Partiyasının üzvüdür, partiyanın keçirilmiş I və II qurultayında nümayəndə olmuş, YAP-nın 15 illiyi ilə əlaqədar “fəxri fərmanla” təltif edilmişdir.

Geniş ictimai fəaliyyətlə məşğul olur, məktəblərdə, universitetlərdə, televiziya və mətbuatda tez-tez aktual problemlərlə bağlı çıxışlar etmişdir.

Son illərdə elmi yaradıcılıqla müntəzəm məşğul olur. Ölkə və xarici mətbuatda bir çox elmi məqalələri dərc olunmuşdur:

- Şizofreniyanın rezistent formalarının müalicəsində maqnit sahəsinin tətbiqi. Voroslav 1992.

- Yuxu haqqında nəyi bilmək lazımdır.

- İntihar insan problemlərinin nələsidir.

- Zəlzələ zamanı mövcud olan stresozen faktorlar və onların aradan götürülməsi yolları.

- Partotiv məişət ozonatorları.

- Psixi qüsuru olan xəstələrin və əlillərin sosial əmək reabilitasiyası, ətraf mühitin bərk polimer tullantıları ilə çirklənməsinə qarşı mübarizə kompleksinin yaradılması və inkişafı.

- Yuvenil mioklonik epilepsiya-Yans sindromu.

- Elektro-ensefalopatiya müayinəsinin endogen xəstəliklərinin differensial diaqnostikasında rolu

- Disfunktional və psixi pozuntuların diaqnostikasında kompyuterləşmiş elektro-ensefalopatiya müayinəsinin xüsusi rolu.

- Qıcolma tutmaları ilə gedən üzvi mənşəli ensefalopatiyaların müalicəsində maqnit-lazer terapiyasının tətbiqi.

- Üzvi mənşəli psixozların müalicəsinin effektivliyinin təyin edilməsində elektro-ensefalopatiya müalicəsinin rolu.

- Uşaqlarda üzvi mənşəli ensefalopatiyanın aşkar olunmasında elektro-ensefalopatiya müalicəsinin rolu.

- Ermənistan beynəlxalq terrorizmin mənbəyidir.

və s. mövzularda yazdığı məqalələr və çıxışları maraqla qarşılanmışdır.

1986-cı ildə Sumqayıt şəhərində “Psixiatriya və narkomaniyanın problemlərinə ” həsr olunmuş ittifaq miqyaslı elmi-praktik konfrans keçirmişdir.

İnsan haqqlarının və psixi xəstələrin hüquqlarının müdafiəçisi kimi tanınan İngiltərənin dünyada məşhur “Hamlet Trast” ictimai təşkilatı ilə birlikdə 1998-ci ildə Sumqayıt şəhərində beynəlxalq konfrans keçirmişdir.

2001-ci ildə neyrodiagnostikanın müasir problemlərinə həsr olunmuş Amerika alimlərinin iştirakı ilə Sumqayıt şəhərində beynəlxalq simpozium təşkil etmişdir.

Yaponiyanın Azərbaycandakı səfirliyi vasitəsi ilə Yapon dövləti ilə əlaqə yaradaraq dispanserin əsaslı təmirini və rekonstruksiyasını həyata keçirərək, beynəlxalq standartlara uyğun şərait yaratmışdır.

Dünya maqnitoloqlar və maqnitobioloqlar assosiasiyasının üzvüdür.

2001-ci ildən Sumqayıt şəhərində müalicə-diaqnostika sağlamlıq kompleksinin yaradılması layihəsini həyata keçirmişdir.

2005-ci ildə Səhiyyənin təşkili və elmi-ictimai sahədə göstərdiyi nailiyyətlərinə görə Azərbaycan Respublikası Prezidenti cənab İlham Əliyev tərəfindən “Tərəqqi” medalı ilə təltif edilmişdir.

2006-cı ildə Moskva Dövlət Universitetinin professoru L.Zenkovun iştirakı ilə Sumqayıt şəhərində respublika miqyaslı elmi-praktik konfrans keçirilmişdir.

2006-cı ildə Moskva Dövlət Universitetinin ultrasəs kafedrasının müdiri, professor İ.V.Dvaryakovskinin iştirakı ilə “Ultrasəs müayinəsinin müasir problemləri”nə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans keçirmişdir.

14.06.2008-ci il tarixində Dünya Samnoloqlar Assosiasiyasının, ümumdünya Epileptoloqlar liqasının prezidenti, Koliforniya Tibb Universitetinin nevrologiya kafedrasının müdiri Masud Seyal və Azərbaycan Respublikasının digər professorlarının iştirakı ilə “Depressiyaların müasir diaqnostikası”na həsr olunmuş beynəlxalq elmi-praktik konfrans keçirmişdir.

Sumqayıt şəhər “Hippokrat” Elm-İstehsalat Tibb müəssisəsində 2009-cu ildə sentyabr ayının 6-11-nə kimi şəhərin 60 illik yubileyi ilə bağlı Almaniya Respublikasının Mayns universitetinin professorları U.Şöffler, F.Riemann və P.Aşenin iştirakı ilə “Hepatit B və C anlayışının təyini-epidemiologiyası, etiologiyası, yayılması və profilaktikası”, “Müasir Qastroentologiyada müayinə metodları” mövzularına həsr olunmuş beynəlxalq elmi-praktiki konfrans keçirmişdir.

16 noyabr 2009-cu ildə Sumqayıt şəhərinin 60 illiyi münasibəti ilə şəhərin sosial-iqtisadi inkişafında xidmətlərinə görə Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyev tərəfindən “Respublikanın əməkdar həkimi” fəxri adı ilə təltif olunmuşdur.

04-06.09.2013-cü il tarixlərində Almaniya Federativ Respublikası Heydelberq Universitetinin professoru H.Lanq, Rusiya Federasiyası Sankt-Peterburq İ.İ.Meçnikov adına Tibb Universitetinin professoru İ.M.Nikolskaya, İ.V.Dobrakov və digər MDB ölkələrinin professorlarının, Milli Məclisin sosial-iqtisadi komissiyasının sədri Hadı Rəcəblinin, həmçinin Milli Məclisin məsul işçilərinin iştirakı ilə Sumqayıt şəhəri Tarix muzeyində tibbi konfliktologiyanın müasir problemlərinə həsr olunmuş “İnsanın fəaliyyəti və mahiyyəti arasında olan ziddiyyətlər” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktiki konfrans keçirmişdir.

Ailəlidir, 3 övladı var.

Tağıyev Mayıl Bağı oğlu 2017-ci ilin noyabr ayından “Hippokrat” Elm-İstehsalat Tibb müəssisəsində sosial inteqrasiya mərkəzi təşkil etmişdir.

Bu mərkəzdə yaş fiziologiyasının inkişaf prinsipləri əsasında uşaqların, yeniyetmələrin, orta məktəbdən instituta gedən abituryentlərin, ilkin ailə quran gənclərin, hamilə qadınların, hərbi xidmətə çağırışçıların ailəyə, cəmiyyətə inteqrasiyası ilə məşğul olur.

Tağızadə Leyla Mayıl qızı

Tibb elmlər namizədi,

Amerika Elmə Dəstək Assosiasiyasının həqiqi üzvü

Psixiatriyada təxirəsalınmaz vəziyyətlər və onların terapiyası

N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev***

Неотложные состояния в психиатрии и их терапия

Н.А.Алиев, З.Н.Алиев

Emergency conditions and their therapy in psychiatry

N.A. Aliyev, Z.N. Aliyev

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

** ATU-nun Psixiatriya kafedrası

E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

На основании литературных и собственных данных в статье излагаются современные клинические картины неотложные состояния в психиатрии и их терапия. Эти данные имеют большое практическое и теоретическое значение. Полученные данные будут способствовать своевременному обнаружению и терапии неотложных состояний в психиатрической практике.

Ключевые слова: неотложные состояния, психиатрия, терапия

On the basis of literary and own data, the article presents the current clinical picture of emergency conditions in psychiatry and their therapy. These data are of great practical and theoretical value. The data obtained will facilitate the timely detection and treatment of emergency conditions in psychiatric practice.

Key words: *emergency conditions, psychiatry, therapy*

Psixiatriyada və narkologiyada təxirəsalınmaz vəziyyətlər aşağıdakı kimi müəyyən edilir: qəflətən, kəskin əmələ gələn və xəstənin həyat və sağlamlığına təhlükə yaradan, bəzən ətraf üçün təhlükə yaradan, buna görə də diaqnozu, müalicəni və xəstənin sonrakı aparılma taktikasını müəyyən edən təxirəsalınmaz tədbirlərdən ibarətdir.

Psixiatriyada təxirəsalınmaz vəziyyətlərə əsasən aşağıdakılar aid-dirlər:

1. Psixomotor oyanma
2. Febril şizofreniya (“ölümcül katatoniya”)
3. İntihar və özünə təcavüz davranışları
4. Qıcolma tutmaları və epileptik status
5. Qeyri-alkoqol (somatogen) deliriy
6. Amentiv sindrom
7. Alkoqol deliriyası (ağırlaşmamış və ağırlaşmış)
8. Qaye-Vernike ensefalopatiyası
9. Düşüncə pozuntusu sindromları
10. Psixi vəziyyətlə əlaqədar qidadan imtina
11. Ağır alkoqol sərxoşluğu
12. Opiatların həddindən artıq doza qəbulu
13. Abstinent sindromunun əsas növləri
14. Panik hücumlar və vegetativ böhran (kriz)
15. Psixotrop preparatlarla zəhərlənmə
16. Psixotrop preparatların qəbulu zamanı əmələ gələn kəskin ağırlaşmalar

Psixomotor oyanma

Psixomotor oyanma və təcavüzlü davranış, həyəcan, qorxu, çaşqınlıq və sayıqlama ilə müşahidə olunan kəskin psixozların tez-tez rast gəlinən təzahürlərindən biridir. Artan oyanma ayrı-ayrı tiplər arasındakı fərqi silir, o xaotik olur, təfəkkür rabitəsiz, affekt maksimal gərginliyə yüksəlir. Oyanma əhəmiyyətli dərəcəli metabolik dəyişiklərə səbəb olur, orqanizmin energetik plastik ehtiyatını tükəndirir, beynin ikincili hipoksiyasına, ürək-damar, tənəffüs və digər sistemlərin dekompensasiyasına və kəskin pozuntuların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bəzi xroniki psixozların kəskinləşməsi təcavüzlü davranışa səbəb olur, imperativ hallüsinasiyalı (xüsusən də “səslər” kimisə öldürməyi əmr etdikdə, təqib və qısqanclıq sayıqlamaları, katatoniyalı, intellektin və emosiyanın qüsuru fonunda meyllərin oyanması (hiperseksuallıq, təcavüzkarlıq), xəstələr

təhlükəli olurlar. Xüsusi təhlükə fərz edilənin barədə təqib sayıqlamalılı olana xəstələr təşkil edir (təqib olunan təqib edənə çevirilir).

Xəstənin psixi vəziyyətinin dəyişməsi ilə əlaqədar hərəkət və ya nitq aktivliyinin həddindən artıq yüksəlməsi müşahidə olunur. Ən tez-tez rast gəlinən psixomotor oyanmalara aşağıdakı növlər aiddirlər:

Hallüsinator oyanma – xəstəni qorxudan və ya onun üçün təhlükə yarıdan hallüsinasiyaların təzahürü ilə əlaqədar olur. Bu oyanma iki növə ayrılır: a) düşüncənin qaralması çərçivəsində görmə hallüsinasiyaları (deliriya, düşüncənin alaqqaranlıq pozuntusu) ilə əlaqədar; b) düşüncənin aydınlığı fonunda üzvi və endogen çərçivəsində eşitmə hallüsinasiyaları ilə əlaqədar olur.

Disforik oyanma – qəzəbli-qəmli affekt olaraq epilepsiyada və baş beyinin üzvi xəstəliklərində rast gəlinir.

Həyəcanlı oyanma – ajitasiyalı depressiyada və sayıqlamalılarda müşahidə olunur.

Depressiv oyanma (“depressiv raptus”, melanxolik raptus – yunanca – melas –qara; chole – öd; raptus – zəbt edmək, kəskin hərəkət mənalarını daşıyırlar) – melanxolik depressiya zamanı qəflətən özünə təcavüz şəklində oyanma.

Maniakal oyanma – maniakal sindromu çərçivəsində müşahidə olunur.

Affektiv şok oyanma – kəskin, şiddətli psixi travmaya qarşı reaktiv hiperkinetik psixoz şəklində özünü büruzə verir.

Katatonik və hebefrenik oyanmalar – şizofreniyanın müvafiq formalarında uyğun gələn sindromlarla təzahür olunur.

Psixomotor oyanma bir sıra ağır somatik xəstəliklərdə də müşahidə oluna bilər, amma, bu oyanmalar yuxarıda göstərilənlərin heç birinə aid etmək olmaz:

- Hipertonik kriz.
- Alın payının kiçik işemiyası (iflicsiz keçdiyi üçün əksər hallarda diaqnostikanı çətinləşdirir).
- I-II dərəcəli kəskin tənəffüs çatışmazlığı ilə müşahidə olunan xəstəliklərdə (MSS hipoksiyasının başlanğıc mərhələsində).
- Kəskin ağrı sindromu ilə müşahidə olunan xəstəliklər və travmalar.
- Miokardın kəskin infarktı.

- Bəzi infeksiyon xəstəliklər (quduzluq, tetanus).
- Psixostimulyatorla zəhərlənmə.

Bu məlumatları xəstələrdə psixomotor oyanmanın inkişaf etməsində nəzərə almaq lazımdır.

Müalicə müəssisəsində psixomotor oyanma zamanı yardım aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

1. Xəstəni fiziki saxlama – tibb işçilərinin köməyi ilə ətraflardan tutmaq, çiyini çarpayuya sıxmaq, mələfə və ya ədyal ilə ətrafları və gövdəni fiksasiya etmək. Xəstə fiksasiya edilən vaxtda həkim daima pasiyentin yanında olmağa borcludur.

2. Oyanmanı ardan qaldırmaq üçün dərmanlardan istifadə etmək. Seçim trankvilizatorların inyeksiya şəklində istifadəsindən ibarətdir. Bizim ölkədə inyeksiya şəklində diazepam və fenazepam mümkündür. Xarici ölkələrdə bu məqsəd üçün lorazepam və 0,5% - 1 ml haloperidol+ pipolfen (prometazin) istifadə olunur.

Sol.Diazepami 0.5% - 2.0–6.0 əzələdaxili və ya venadaxili

Sol. Phenazepami 0.1% - 2.0-4.0 əzələdaxili

Trankvilizatorlara bütün psixomotor oyanmalarda üstünlük verilməlidir. Trankvilizator neyroleptiklərə nisbətən daha təhlükəsizdir. Digər tərəfdən qeyri-psixiatriklar tərəfindən neyroleptiklərin istifadəsi məsləhət görülmür.

3. İxtisaslaşdırılmış psixiatriya briqadasını və ya psixiatr-konsultantı stasionara çağırmaq.

4. Trankvilizatorların tətbiqindən sonra ixtisaslaşdırılmış psixiatriya briqadasını və ya psixiatr-konsultant gələnə qədər həkim hətta psixomotor oyanma aradan qalxdıqdan sonra belə xəstə üzərində müşahidəni davam etdirir.

5. Tibbi sənədlərdə xəstənin vəziyyəti təsvir olunur, psixi pozuntunun ilkin sindromal diaqnozu təyin edilir. Bununla yanaşı xəstənin fiziki fiksasiyası və trankvilizatorların qəbulu barədə tibbi sənəddə qeydiyyat aparılır.

Febril şizofreniya (“ölümcül katatoniya”)

Psixi vəziyyət: katatono-hebefrenik oyanma, katatonik stupor – düşüncənin qaralması sindromları (oneyroid, amensiya, koma). **Somatik vəziyyət:** taxikardiya, taxipnoe, AT dəyişməsi, hipovolemiya, toksik habitus, bədən çəkisinin enməsi, hipertermiya. Oliqouriya, tez-tez beyin və ağciyərlərin ödemi,

kapilyarlarda və kiçik damarlarda trombun əmələ gəlməsi, kəskin qaraciyər, ağciyər və böyrək çatışmazlıqları müşahidə olunur. Xəstəlik autoimmun ensefalit kimi qiymətləndirilir.

Təxirəsalınmaz yardım

- qızdırma zamanı böyük regional damarların hipotermiyası;
- damar tonusunun sabitləşdirmək üçün: kordiamin 2 ml dəri altına, AT kəskin düşən zaman mezaton 0,2 –0,5 ml, 5-20 ml 40% qlükoza və ya natrium xloridin izotonik məhlulu ilə birlikdə venadaxili yeridilir;
- amidopirin 10 mq 4% məhlulu venaya yeridilir;
- beyin ödeminin qarşısını almaq üçün: əzələdaxili 60-120 mq prednizolon, askorbin turşusu 5% - 10 ml venadaxili; antihistamin preparatları: 1% - 2 ml dimedrol, pipolfen (prometazin) 2 ml – 2,5 % məhlul əzələdaxili yeridilir.

İntihar və özünə təcavüz davranışları

İntihar və özünə təcavüz davranışları əksər hallarda müxtəlif mənşəli depressiv (reaktiv, endogen və s.) təzahürlərlə əlaqəli olur. İntihar riski ən çox melankolik və ajitasiyalı depressiyada müşahidə olunur. İntihar fəaliyyəti depressiyanın ağırlığına dəlalət edir.

Bəzi hallarda intihar davranışı sayıqlama təəssüratları və yaxud eşitmə hallüsinasiyaları, xüsusən imperativ hallüsinasiyalarla əlaqədar olur.

Özünə təcavüz davranışları somatik stasionarda bir neçə variantda ola bilər:

➤ Başa çatmamış intihar xəstəni somatik stasionara (cərrahiyyə, travmatologiya, toksikologiya) gətirib çıxara bilər. Bu hallarda intihara təkrar cəhd daha yüksək olur.

➤ Birinci intihara cəhd stasionarda da baş verə bilər, bu xüsusən pasiyent ağır xəstəliyə düşər (bədxassəli törəmə, QİÇS və s.) olduğu zaman baş verir.

İntihar cəhdi keçirmiş bütün xəstələrə təxirəsalınmaz tədbirlər həyata keçirildikdən sonra həkim-psixiatr tərəfindən məsləhət olunaraq onun diaqnozu və müalicə taktikası təyin edilir.

Xəstənin somatik müayinəsi zamanı bədəninə olan keçmişdəki intihar izlərinə (özünə xətər yetirmələrin çapıq izləri və s.) fikir vermək lazımdır. Xəstə aktiv olaraq intihar fikirləri söylədikdə onunla psixiatriyın məsləhəti mə-

sələsi müzakirə olunur, xəstə buna razı olmadığı halda Psixiatriya yardımını haqqında QANUNUNA müvafiq tədbirlər görülür, yəni şəxs qeyri-könüllü olaraq psixiatriya müayinəsinə cəlb olunur.

Qıcolma tutmaları və epileptik status

Hər bir həkim generalizə olunmuş tonik-klonik tutma ilə rastlaşa bilər və borcludur ki, təxirəsalınmaz köməklik göstərsin. Qıcolma tutmaları epilepsiyada və ya digər xəstəliklərin fonunda (abstinent sindrom, qızdırma, intoksikasiya, kəllə-beyin travmalarında və s.) bir əlamət kimi əmələ gələ bilər.

Seriya tutmalar – düşüncənin bərpası ilə müşahidə olunana qısa müddət ərzində baş verir.

Epileptik status – uzunsürən epileptik tutma (30 dəqiqədən artıq) və ya aralarındakı fasilə zamanı şüurun tam bərpa olunmadığı çoxsaylı təkrarlanan tutmalarla özünü büruzə verən təxirəsalınmaz vəziyyətdir.

XBT-10 üzrə təsnifatı:

- G41.0 Epileptik status *grand mal* (tonik-klonik qıcolmalar)
- G41.1 Epileptik status *petit mal* (absanslar statusu)

Təxirəsalınmaz yardım:

1) Tutmalar zamanı:

• İmkan daxilində xəstənin yığılmasının qarşısını almaq, çünki, əksər hallarda xəstənin yığılması ağır nəticələrə gətirib çıxarır.

• Xəstəni yanını üstə çevirməli və başının altına yumuşaq bir şey (paltar, çanta, balıq, ədyal. və s.) qoymalı.

• ətrafları güclə sıxıb saxlamaq olmaz, çünki, çıxıqlar və ya vətər bağları zədələnmə bilər

• Dişlərin arasına bərk əşya və ya alət qoymaq olmaz, çünki, bu zaman dişlər zədələnmə bilər.

• Tutma zamanı preparat yeridilmir.

2) Tutmadan sonra:

• Tənəffüs yollarının keçiriciliyini yoxlamalı.

• Nəbzi, AT, tənəffüsü yoxlamalı. Ocaqlı və meningeal əlamətləri aşkar etməli.

• Alınmış travmaları (xüsusən baş travmasını) qiymətləndirmək lazımdır.

• Hazırkı müayinənin nəticələrinin nəzərə almaqla təcili yardım briqada-

dası çağırılır. Əgər xəstənin vəziyyəti stabil olmazsa, yəni həyatı göstəriş, nevroloji əlamətlər olduqda o zaman reanimasiya briqadası çağırılır.

- Təkrar tutmalar baş verdikdə əzələdaxili Sol.Diazepamı 0.5%-4.0 və yaxud Sol.Phenazepamı 0.1%-3.0 və Maqnezium sulfat 25%-5.0 ml əzələdaxili. Trankvilizatorların venadaxili yeridilməsi yalnız ağ ciyərlərin süni tənəffüsə qoşulduqda sonra mümkündür, əks halda tənəffüs dayanmasının yüksək riski ola bilər.

Epileptik status zamanı xəstə nevroloji və ya neyrocərrahiyyə şöbənin reanimasiya palatasına yerləşdirilməlidir.

Epileptik statusun əmələ gəlmə səbəbləri:

1) Həqiqi epileptik status – epilepsiyada müşahidə olunur:

- Antikonvulsantların qəbul rejimini pozduqda və ya onların qəbulunu saxladıqda.
- Qıcolma həddini aşağı salan preparatla qəbul edən zaman.
- Somatik xəstəliklər qoşulan zaman (xüsusən yüksək hərarətlə gedən kəskin infeksiyalar, ifadəli intoksikasiyalar).
- Epilepsiya xəstələri tərəfindən alkoqol və ya digər psixoaktiv maddələr qəbul edən zaman.

2) simptomatik epileptik status – müxtəlif xəstəliklər zamanı:

- Kəllə-beyin travması (baş beyinin əzilməsi)
- Baş beyin şişləri və digər həcmli törəmələrində.
- Neyroinfeksiyalarda (meningitlər və ensefalitlər)
- Beyin qan dövranının kəskin pozuntularında
- Metabolik pozuntularda (qaraciyər və böyrək çatışmazlığında, hipoqlikemiya, şəkərli diabetin ağırlaşmalarında, eklampsiya və s.).
- Zəhərlənmələrdə (dərman və həmçinin qeyri-dərman zəhərlənmələrində).
- Psixoaktiv maddələrin kəsilməsi zamanı – abstinent sindrom, xüsusən trankvilizatorların, yuxugətiricilərin, alkoqolun qəbulunun dayandırıldığında.
- Yüksək hərarətlə və intoksikasiya müşahidə olunan infeksiyon xəstəliklərdə.

Epileptik statusda aşağıdakı ardıcıl mərhələlərlə müalicə tədbirləri tətbiq edilir:

- 1) Tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək
- 2) Venaya daxil olmanı təmin etmək (venoz kateter qoymaq).

3) Venadaxili diazepam yeritmək:

- bolyus metodla venadaxili Sol.Diazepamı 0.5% - 4.0 yeritməli.

- 5-10 dəqiqə müddətində effekt olmadıqda bolyus metodla venadaxili Sol.Diazepamı 0.5% - 4.0 yeritməyi təkrar etməli.

- venadaxili Sol.Diazepamı 0.1-0.2 mq/kq/saat sürətlə damcı üsulu ilə təşkil etməli.

Diazepam olmadığı zaman digər inyeksiya şəklində ekvivalent dozada trankvilizatorlar yeridilir.

4) Venadaxili vaproatların yeridilməsi:

- Depakin (400 mq flakonda) bolyus metodla venadaxili, təkrara yeridilə bilər.

- Konvuleks (100 mq/ml məhlulu) bolyus metodla vena daxilinə 5-10 mq/kq yeridilir.

5) Sonradan effekt olmazsa o zaman bolyus metodla vena daxilinə tio-pental natrium yeridilir, bundan sonra 3-5 mq/kq/saat hesabında venaya damcı şəklində yeridilir.

6) Sonradan effekt olmazsa ümumi narkoz, miorelanksantlar və ağciyərlərin süni tənəffüsü təşkil edilir.

7) Ehtiyat tədbiri kimi onurğa beynin punksiyası metodundan istifadə edilir (5-6 ml likvor götürülür). Adətən punksiya exo ensefaloqrafiya və ya kompyuter tomoqrafiyasından sonra aparılır. Onurğa beynin punksiyasına əks göstərişlər – baş beynin dislokasiyası (anizokoriya, bradikardiya, tənəffüs ritminin pozuntusu və s.).

8) Tam həcmdə intensiv terapiya – hemodinamikaya, qanın qaz tərkibinə, turşu-qələvi vəziyyətinə və qanın elektrolitlərinə nəzarət, beynin ödemi ilə mübarizə, antihipoksantlar, neyroprotektorlar və s. tətbiq edilir.

9) Tam fizikal, laborator və instrumental müayinə aparılaraq epileptik statusun etioloji və patogenetik səbəbi təyin edilir. İlk növbədə kəllə-beyin travması, baş beynin qan dövranının pozuntusu, kəskin neyroinfeksiya, baş beynin həcmli törəmələri, kəskin zəhərlənmə istisna edilirlər.

Qeyri alkoqol (somatogen) deliriy

Deliriya kəskin və xroniki somatik xəstəliyə münasibətdə ikincili baş verir.

Alkoqol deliriyasından somatogen deliriya aşağıdakılarla fərqlənir:

- Hallüsinator pozuntuların nisbətən solğun olması.

- İnkişafında dəqiq mərhələliyin olmamağı.
- Əksər hallarda deliriya fraqmentar xarakter daşıyır (delirioz epizod).
- Xəstənin vəziyyətində bələdliyin pozulması və çaşqınlıq üstünlük təşkil edir.

- Psixomotor oyanma adətən az ifadəli olur.

Müalicə prinsipləri:

1) Xəstə intensiv terapiya şöbəsinə köçürülür (reanimasiya). Somatogen deliriyanın müalicəsi yalnız somatik stasionarda və ya psixosomatik şöbədə həyata keçirilir. Psixiatriya stasionarına köçürmək əks göstərişdir.

2) Dəqiq müayinə və müalicə.

3) Əsaslı surətdə xəstənin üzərində dinamik müşahidə, o cümlədən əsas fizioloji və laboratoriya göstəricilər nəzarətdə saxlanılır.

4) Əsas xəstəliyin intensiv terapiyası.

5) Göstərişlərə əsasən dezintoksikasion, o cümlədən ekstrakorporal detoksikasiya aparılır

6) Vitaminlərin, antihipoksantların, nootropaların və neyroprotektorların tətbiqi.

7) Psixomotor oyanmanı aradan qaldırmaq üçün trankvilizatorlardan (Sol. Diazepamı 0.5% - 2.0 və ya Sol. Phenazepamı 0.1% - 1.0-2.0) istifadə edilir. Əgər effekt olmazsa, o zaman bir saatdan sonra trankvilizatorların yeridilməsi təkrar olunur.

Neyroleptiklərdən yalnız tiaprid mümkündür ((həb və ya əzələdaxili məhlulu) – gecə 100-400 mq.

Aşağıdakılara yol verilmir:

- Trankvilizatorların birdəfəlik yüksək dozasını tətbiq etmək.
- Əsas xəstəliyin müalicəsini sedasiya və ya xəstənin fiksasiyası ilə əvəz etmək.

- Neyroleptiklərin tətbiqi (kiçik dozada tiaprid istisna olmaqla), belə ki, əksər neyroleptiklər yüksək ağırlaşma riskinə və proqnozu pisləşdirmək xüsusiyyətinə malikdirlər.

Amensiya

- Amensiya adətən uzun sürən ağır somatik xəsrəliklər zamanı əmələ gəlir.

- Əsas xəstəliyin müsbət dinamikası olmadıqda somatogen deliriyanı əvəz edir.

- Sepsisdə, pankreatitdə, yanıq xəstəliyində, boşluq orqanlarında cərrahi əməliyyatın ağırlaşmasında, onkoloji xəstələrdə kaxeksiya zamanı, xroniki ağır xəstəliklərin terminal mərhələsində tez-tez hallarda rast gəlinir.

- İfadəli üzülməni və intoksikasiyanı əks etdirir.
- Xəstəliyin həddindən artıq ağır keçməsinə dəlalət edir.
- Əsas xəstəliyin adekvat müalicəsi olmadıqda ölümlə nəticələnir.

Müalicə yalnız reanimasiya şöbəsi (intensiv terapiya) şəraitində aparılır:

1) Həkin arsenalında olan bütün metodlardan əsas xəstəliyin müalicəsində istifadə olunur.

2) Vəziyyətin getdikcə ağırlaşmasının və müalicənin effektsizliyinin səbəbləri axtarırlar (aşkar edilməyən yanaşı xəstəlik və ağırlaşmalar).

3) Xəstənin parenteral qidalandırılması təşkil olunmalıdır.

4) Vitaminlərin («B1», «B6», «C») parenteral qəbulu mütləqdir.

5) Hökmən nootropilər və neyrometabolitlər tətbiq olunmalıdır.

6) Trankvilizatorların tətbiqi arzuolunmazdır (çünki, oyanma çarpayından kənara çıxmır, onların qəbulu xəstəni sopor və komaya sala bilər). Əgər sedasiya lazım olarsa, o zaman oksibutirat natriumdan istifadə olunur.

7) Hər hansı bir neyroleptik qəti qadağandır.

Psixi pozuntu ilə əlaqədar qidadan imtina etmək

Əsas səbəblər:

- Dismorfofobiya və dismorfomaniya (xüsusən gənc qızlarda).
- Ağır və ya mülayim dərəcəli depressiyada.
- Zəhərlənmə sayıqlamasında, dad və iy hallüsinasiyalarında.
- Xəstə köməksiz vəziyyətdə olduqda (dərindən ağır zəifliyi zamanı psixi acizlik, katatonik stupor və s.).

Qidadan imtina zamanı təxirəsalınmaz tədbirlər:

1. Ağır arıqlamada (xüsusən ağırlaşmalarda) xəstə reanimasiya şöbəsinə və ya psixosomatika şöbəsinə yerləşdirilir. Müayinədən sonra parenteral qidalanma həyata keçirilir. Kliniki və biokimyəvi analizlərin (qlükozanın, elektrolitlərin, hematokrit, ümumi zülalın miqdarı yoxlanılır) aparılması adekvat müalicə üçün çox vacibdir. Belə ki, hipoqlikemiya hiperhidratasiya ilə (“aclıq” şişmələri) və ya dehidratasiya (“arıqlamaq” üçün işlətmə və sidikqo-

vuculardan istifadə zamanı) birgə müşahidə olunur. İfadəli dehidratasiyada – fizioloji məhlulla rehidratasiya aparılır. “Aclıq” şişmələri zamanı qlükozanın hipertonik məhlulu və albumin ehtiyatla yeridilir.

2. Əksər hallarda 5% qlükoza ilə kalium xlorid və ya asparkamla (pananqin) yeridilir. Əlavə olaraq B1 (tiamin) və C (askorbin turşusu) yeridilir. Qlükozanın səviyyəsi qanda normaya düşdükdən sonra qlükoza qısa müddətli təsir edən kiçik dozada insulinlə birlikdə venaya yeridilir (8 vahid insulin 400 ml 5% qlükoza məhlulu) ki, qlükozanın mənimsəməsini yüksəltsin. Sonra müalicə amin turşuları (aminoplazma, infuzamin) lipid (lipofundin) preparatları ilə davam etdirilir. Xəstənin razılığı olduqda kiçik həcmdə enteral qidalanmaya keçirilir.

3. Xəstənin somatik vəziyyəti sabitləşmə olduqda psixiatriya stasionarına köçürmək mütləqdir.

Panik hücumlar və vegetativ krizlər zamanı təxirəsalınmaz tədbirlər:

- Xəstəni oturtmaq.
- Nəbzi yoxlamaq (paroksizmal aritmiyanı istisna etmək üçün).
- Xəstəni sakit etməyə çalışmaq lazımdır.
- Kağız və ya polietilen paketdən dərinə və sakit nəfəs almaq təklif olunur (panik hücumların patogenezinə hiperventilyasiya və hipokapniya böyük rol oynayır və bunların nəticəsində baş beyin arteriyalarında spazm baş verərək xəstə bayılır).

- Tez-tez baş verən tutmalar zamanı tutmalar arasındakı dövrdə xəstəyə bir həftə müddətində səhər və günorta 0,5 mq gecəyə isə 1 mq fenazepam və yaxud diazepam səhər və günorta 5 mq, gecəyə isə 10 mq diazepam təyin edilir. Serotoninerqik antidepressantlardan da istifadə olunur.

Psixotrop preparatlarla kəskin zəhərlənmə qəsdən edilən

- Qəsdən (intiharlarda PAM asılılıqda) və yaxud təsadüfi (o cümlədən yaşlı insanlarda və uşaqlarda) xarakter daşıya bilər.

- Əsasən trankvilizatorlarla, yuxugətiricilərlə, antidepressantlarla, neyroleptiklərlə və antikonvulsantlarla zəhərlənmələrə rast gəlinir.

Zəhərlənmənin kliniki mənzərəsi əsasən qeyri spesifik və spesifik əlamətlərdən ibarət olur.

Əsasən qeyri spesifik əlamətlərdən – düşüncənin artan itməsi – keyləşmədən dərin komaya qədər.

Spesifik əlamətlər – preparatın farmakodinamik xüsusiyyətlərindən aşıllı olur. Barbituratlar tənəffüsü tormozlayır, alfa-adrenolitiklər arterial təzyiqin düşməsinə səbəb olur, M-xolinolitik preparatlar antixolinergik sindroma və deliriya, serotoninergik antidepressantlar serotonin sindomu və s. əmələ gətirirlər.

Müalicə iki mərhələyə bölünür:

1. **Həyatı funksiyaları stabilləşdirmək üçün reanimasiya tədbirləri** – 40 ml 40% qlükoza, tiamin (B1) – 4 ml, əgər qəbul edilən preparat məlum deyilsə nalokson – 2 ml.

2. **Zəhərlənmənin spesifik müalicəsi** – əgər preparatın antidotu varsa o birinci növbədə istifadə edilir. Əgər preparatın antidotu yoxdursa o zaman zəhərlənməni törədən preparatın xassəsini nəzərə alaraq ona uyğun detoksikasiya, patogenetik və simptomatik müalicə tədbirləri həyata keçirilir.

Psixotrop preparatlarla ən tez-tez rast gəlinən hallar aşağıdakılar hesab edilir:

➤ **Amitriptilin və digər antidepressantlar** – koma, deliriya, arterial hipotenziya, ürək ritminin pozuntusu, mədəcik taxikardiyası və fibrilasiyası. Ürək ritminin pozuntusu ilə əlaqədar letal riski çox böyükdür. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır, dializ effektsizdir.

➤ **Aminazin və ona oxşar preparatlar (tizersin, xlorprotiksen)** – düşüncənin pozuntusu, xolinolitik sindrom. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır, dializ effektsizdir.

➤ **Tioridazin** – düşüncənin pozuntusu, mədəcik aritmiyası, qəfləti ölüm. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır.

➤ **Fenazepam və digər benzodiazepin trankvilizatorları (diazepam, nitrazepam və s.)** – düşüncənin artan pozuntusu, yüksək dozada və alkoqolla kombinasiyada tənəffüsün tormozlanması. Spesifik antidot – flumazenil, tənəffüsün pozuntusunda ağ ciyərlərin süni tənəffüsə keçirilməsi. Dializ az effektivdir.

➤ **Barbituratlar** – koma və tənəffüsün tormozlanması. Spesifik antidot yoxdur, tənəffüsün pozuntusunda ağ ciyərlərin süni tənəffüsə keçirilməsi və qələviləşdirilmiş gücləndirilmiş diurez.

➤ **Haloperidol və ona oxşar preparatlar (klopiksol, triftazin)** – psixomotor oyanma, əzələ tonusunun yüksəlməsi, kəskin distoniya, qıcolma tut-

maları. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır, dializ effektsizdir.

➤ **Serotoninerqik antidepressantlar (flyuksetin, sertralin, paroksetin və s.)** – psixomotor oyanma, qıcolma tutmaları, qusma. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır, dializ effektsizdir.

➤ **Karbamazepin** – düşüncə pozuntusu və ya deliriya. Spesifik antidot yoxdur, müalicə simptomatik aparılır, dializ effektsizdir.

Təhlükəli və arzu olunmayan dərman preparatların kombinasiyası:

➤ Hipotenziv preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Antiaritmik preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Antihistamin preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Narkoz üçün (ümumi anestetiklər, miorelaksantlar) preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Antidepressantlar/neyroleptiklər və adrenomimetiklər (o cümlədən kəskin respirator virus infeksiyalarında və bronxial asmada istifadə olunan preparatlar).

➤ Antidepressantlar/neyroleptiklər və simpatomimetiklər (o cümlədən kəskin respirator virus infeksiyalarında və bronxial asmada istifadə olunan preparatlar).

➤ Antidepressantlar və narkotik analgetiklər.

➤ Antibiotiklər (antibakterial kimyəvi preparatlar) və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Göbələyə qarşı kimyəvi preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Virus əleyhinə kimyəvi preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Şişlər əleyhinə preparatlar və neyroleptiklər/antidepressantlar/antikonvulsantlar.

➤ Benzodiazepinlər və klozapin.

➤ MAO inhibitorları (pirazidol, moklobemid) və digər qruplara aid antidepressantlar.

Psixotrop preparatların qəbulu zamanı kəskin ağırlaşmalar

Zəhərlənmədən fərqli olaraq bu reaksiyalar terapevtik dozalarda göstərişə görə təyinatlarda baş verir. Bu reaksiyalar tipik kliniki mənzərəyə malik olaraq təxirəsalınmaz tədbirlər tələb edir. Bunlara dərman **deliriyası, antixolinerqik sindrom, kəskin distoniya, akatiziya** aiddirlər.

Dərman deliriyası – xolinolitik təsirli preparatların (amitriptilin, tiordazin, dimedrol, aminazin və s.) qəbulu zamanı müşahidə olunur. Adətən bu reaksiya ahıl yaşda və somatik zəifləmiş xəstələrdə baş verir, hətta bir dəfə qəbul belə deliriya əmələ gətirə bilər. **Kliniki mənzərəsi:** dərinin və selikli qişaların quruluğu, susuzluq, qeyri-dəqiq görmə, midriaz, taxikardiya, hiperteziya, sidiyin və nəcis yubanması, deliriya. **Müalicəsi:** preparatı hökmən kəsilməsi, simptomatik terapiya.

Kəskin distoniya – neyroleptiklərin və metoklopramidin qəbulunda (o cümlədən bir dəfə qəbul etdikdə belə). **Kliniki mənzərəsi:** müxtəlif qrup əzələlərin qeyri-ixtiyarı yığılması (əksər hallarda üz, boyun və döş qəfəsi əzələlərində baş verir), ağır əzabverici olaraq bəzən tənəffüsün pozuntusu əmələ gəlir. **Müalicəsi:** əzələdaxili 0,5% - 2 ml diazepam, 0,1% - 2 ml fenazepam və ya 1% - 2 ml dimedrol. Adətən trankvilizatorların və dimedrolun inyeksiyasında 20-30 dəqiqə keçdikdən sonra əlamətlər yox olur. Bəzi hallarda təkrar inyeksiyalara ehtiyac olur.

Akatiziya – neyroleptiklərin və metoklopramidin qəbulunda (o cümlədən bir dəfə qəbul etdikdə belə). **Kliniki mənzərəsi:** ayaqlarda əzabverici narahatlıq bir yerdə dayanma bilməmək və qərarlıqla müşahidə olunur. **Müalicəsi:** əzələdaxili 0,5% - 2 ml diazepam, 0,1% - 2 ml fenazepam və ya 1% - 2 ml dimedrol, əlamətlər mülayim dərəcədə olduqda anaprilin (propranolol) qəbul edilir.

Serotonin sindromu – serotoninəqik antidepressantların qəbulu zamanı həyatı təhlükəli vəziyyətdir. **Kliniki mənzərəsi:** həyəcan, ajitasiya, deliriya, hiperrefleksiya, hiperhidroz, kobud ataksiya, miokloniya, qızdırma, ürəkbulanma və qusma (serotoninəqik antidepressantların təyini və ya onların dozasının dəyişməsi fonunda ən azı 4 əlamət olmalıdır). **Müalicəsi:** bütün serotoninəqik antidepressantları qədulunu kəsmək, reanimasiya şöbəsinə yerləşdirmək, intensiv simptomatik və patogenetik terapiya (o cümlədən hemodinamianı, qanın qaz tərkibini nəzarətdə saxlamaq, turşu-qələvi və elektrolit balansını korreksiya etmək, dezintoksikasiya da daxil olmaqla).

Bədxassəli neyroleptik sindrom – neyroleptiklərin və metoklopramidin qəbulundan sonra əmələ gələn həyatı təhlükəli vəziyyətdir. **Kliniki mənzərəsi:** hipertermiya, düşüncəni artan pozuntusu, əzələ rıqıdliyi. Əlamətlər neyroleptiklərin və metoklopramidin bir dəfə və ya dozanı artıqda əmələ gəlir. Əlamətlərin ifadəliyi müxtəlif intensivliyi ola bilər.

Müalicəsi: xəstənin qəbul etdiyi bütün preparatları dərhal kəsməli və reanimasiya şöbəsinə qoymalı. Xəstəni ehtiyatla soyutmaq (böyük damar sahələrini soyutma), intensiv simptomatik və patogenetik terapiya. Spesifik terapiya kimi venadaxili dantrolen və ya maqnezium sulfat, intensiv infuzion terapiya, hemodinamiyanı, qanın qaz tərkibini nəzarətdə saxlamaq, turşu-qələvi və elektrolit balansını korreksiya etmək, intensiv dezintoksikasiya, plazmaferez, hiperkinezlər və qıcolmada diazepam yeridilir.

Bədxassəli neyroleptik sindromda təxirəsalınmaz yardım

- Neyroleptik müalicə ləğv edilir;
- Ekstrapiramid pozuntular aradan qaldırılır:
 - Diazepam 20 mq əzələdaxili
 - Akineton 2-16 mq əzələdaxili
 - Dimedrol 25-150 mq əzələdaxili
 - Siklodol 2-12 mq daxilə.

Yekunda qeyd etmək lazımdır ki, psixiatriyada təxirəsalınmaz vəziyyətlər və onların terapiyası bir çox xəstələrin həyatını xilas etməyə imkan verir ki, bu da hər bir həkim psixiatrın ümud vəzifəsi hesab olmalıdır.

Ədəbiyyat

1. **Психиатрия: национальное руководство** / глав. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г.Незанов - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, **2018** год,- 1008 с.
2. **Наркология: национальное руководство** / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 944 с.

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : C.İsmayılova

Влияние неблагополучной семьи на психическое состояние детей и подростков

Гулиева Н.Р.

The influence of a troubled family on the mental health of children and teenagers

Guliyeva N.R.

Uğursuz ailənin uşaqların və yeniyetmələrin psixi vəziyyətinə təsiri

Quliyeva N.R.

Азербайджанский Медицинский Университет

E-mail: narminguliyevas@gmail.com

Summary. Present publication represents a summary of materials dedicated to the special characteristics of families and mental health of children and teenagers. In this article, the author represents her point of view about the reasons of deviant behaviors in children and examines general and specific characteristics of children from the families of different social levels, but similarly demonstrating the symptoms of a deviant behavior and other psychical pathologies of childhood age. The article reviews a troubled family as a factor contributing to behavioral deformation in children. In this regard, the article provides, a social and pedagogical characteristics of a troubled conflictual family, also characteristics of a child from troubled family. The process of neutralization of the negative influence of a family under the conditions of school is studied.

Key words: *troubled family, mental health of children and teenagers, deviant behavior.*

Xülasə. Bu nəşrdə ailələrin xüsusiyyətlərinə, eləcə də, uşaq və yeniyetmələrin psixi vəziyyətinə həsr olunmuş materialların icmalı verilir. Məqalənin müəllifi uşaqlarda normalara uyğun olmayan davranışların meydana gəlmə səbəblərinə dair öz fikirlərini bölüşür, müxtəlif sosial səviyyələrə aid ailələrdən olan, ancaq normadan kənar davranışlar nümayiş etdirən və uşaqlıq dövrünə aid digər psixi patologiyaları olan uşaqların ümumi və spesifik cizgilərini nəzərdən keçirir. Burada, uğursuz ailə uşağın davranışındakı deformasiyaya səbəb olan faktor kimi göstərilir. Bununla əlaqədar, münaqişəli və uğursuz ailənin sosial-pedaqoji xarakteristikası, eləcə də, uğursuz ailədən olan uşağın xarakteristikası verilir. Məktəb şəraitində ailənin mənfi təsirinin neytrallaşdırılması prosesi öyrənilir.

Açar sözlər: *uğursuz ailə, uşaq və yeniyetmələrin psixi sağlamlığı, normadan kənar davranış.*

Согласно данным экспертов ВОЗ во всем Мире около 20 % детей и подростков имеют проблемы психического здоровья. Кроме того, до 10% детей в возрасте от 5 до 16 лет имеют клинически диагностируемые психические расстройства, которые могут быть не распознаны, опосредственно не учтены при планировании помощи. [2]. Наряду с негативным влиянием на здоровье и развитие детей в целом проблемы с психическим здоровьем, начинающиеся в этом возрасте, могут иметь долгосрочные социальные последствия, включая отсев из школы, употребление алкоголя и запрещенных веществ, преждевременную беременность, снижение вероятности трудоустройства и правонарушения [4], Нет необходимости говорить, что проблемы психического здоровья в детстве связаны с социальным и экономическим бременем для членов семьи, которые часто испытывают родительские страдания, сбои в работе и социальной жизни, а также стигму и финансовые трудности [5]. Обеспокоенность по поводу этих последствий вызвала множество мер и услуг, направленных на улучшение ухода за детьми с проблемами. Во многих частях страны единственным вмешательством, доступным для детей с проблемами психического здоровья, является психофармакотерапия, в то время как основные психосоциальные вмешательства развиты недостаточно. Принимая во внимание сложившуюся ситуацию в 2016 году, Министерство здравоохранения (МЗ) создало отделения по охране психического здоровья, включенные в детские амбулаторные учреждения общего профиля в семи регионах страны. Каждое подразделение было обеспечено многопрофильной командой, состоящей из специалистов по психическому здоровью с различным

Сущностная особенность трудной жизненной ситуации состоит в том, что эта ситуация нарушает привычный для человека образ жизни, ставит его перед необходимостью оценить внешние и внутренние аспекты ситуации с учетом содержательных признаков и определить возможность преобразования ситуации. А затем выбрать принципиально новые стратегии поведения и деятельности, или новые основания жизни и способы согласования своих отношений с собой, другими людьми, миром в целом. Особенно нуждаются в помощи дети, оказавшиеся в такой ситуации.

Вступление

Психическое здоровье тесно связано с ощущением благополучия и удовлетворенности жизнью у детей и подростков, их способностью участвовать в трудоустройстве и образовании и их жизненными возможностями. По оценкам, в странах с высоким уровнем дохода 10–20% детей и подростков испытывают проблемы с интернализацией (то есть тревогой и депрессией) и проблемами внешнего характера (то есть агрессией и оппозиционным поведением) [1–4]. Совсем недавно было подсчитано, что почти каждый седьмой австралийский ребенок в возрасте от 4 до 17 лет имел психическое расстройство в предыдущие 12 месяцев, что эквивалентно 560 000 детей в национальном масштабе [1]. Психические заболевания являются основной причиной бремени, связанного со здоровьем, во всем мире среди молодежи (в возрасте 10–24 лет) [5], и были определены как причина скорректированных по инвалидности лет жизни у детей и молодых людей в Австралии [6]. Краткосрочные и долгосрочные последствия психических заболеваний могут быть серьезными, затрагивая уровень образования, злоупотребление психоактивными веществами, насилие, репродуктивное и сексуальное здоровье, занятость, трудности в отношениях и самоубийства [7], каждое из которых может затем повлиять на психическое благополучие ребенка. следующее поколение.

Во многих исследованиях выявлены факторы риска и защитные факторы, связанные с психическими расстройствами у детей [5, 7–12]. Например, данные, полученные от 4735 детей, участвующих в продольном исследовании австралийских детей [13], показали, что культурное и языковое разнообразие, статус коренного населения, пол, материнский возраст, образование матери, семейный доход, стиль воспитания и неблагоприятные условия проживания в семье были связаны с детьми эмоциональные и поведенческие трудности, измеряемые с помощью вопросника о сильных и слабых сторонах (SDQ) в возрасте 4–5 лет. Многочисленные зарубежные исследования показывают, что именно нарушение семейных отношений (детско-родительских и супружеских) часто является причиной виктимизации детей и формирования их девиантного поведения [8]. Все авторы единодушны в том, что отклоняющееся пове-

дение от принятых в данном социуме нравственных и социально-психологических норм наблюдается чаще у детей из неблагополучных семей. В различных типах неблагополучных семейных отношений дети специфически адаптируются в окружающей действительности, все факторы которой комплексно воздействуют на формирование, развитие и социализацию личности. Таким образом, **неблагополучная семья** – это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно. Адаптивные способности неблагополучной семьи существенно снижены, процесс семейного воспитания ребенка протекает с большими трудностями, медленно и малорезультативно. Семья, в которой ребенок испытывает дискомфорт, стресс, пренебрежение со стороны взрослых, подвергается насилию или жестокому обращению. Главной характеристикой такой семьи является отсутствие любви к ребенку, заботы о нем, удовлетворения его нужд, защиты его прав и законных интересов ситуации. [15] Сформулированы типичные трудные жизненные ситуации для ребенка: дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети - жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа); дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи. Ниже приводим классификацию неблагополучных семей, в

основу которой положена степень нарушения взаимоотношений и поведения членов семьи

Проблемная семья – это семья, функционирование которой нарушено из-за педагогической несостоятельности родителей. Как правило, это неконфликтная семья с дисгармоничным стилем семейного воспитания (авторитарный, гипо- или гиперопекающий) [15]

Кризисная семья – это семья, переживающая внешний или внутренний кризис (изменение состава семьи, взросление детей, развод, болезнь, смерть кого-либо из членов семьи, потеря работы, жилья, документов, средств к существованию и т.д.) [15]

Асоциальная семья - семья, в которой имеется наличие таких проблем как алкоголизм, пренебрежение нуждами детей. При этом, однако, детско-родительские отношения полностью не разорваны (например, дети пытаются скрывать пьянство родителей, берут на себя ответственность за обеспечение семьи, уход за младшими детьми, продолжают учиться в школе) [17]

Аморальная семья – это семья, полностью утратившая семейные ценности, характеризующаяся алкоголизмом, наркоманией, жестоким обращением с детьми, не занимающаяся воспитанием и обучением детей, не обеспечивающая необходимых безопасных условий жизни. [19]

Антисоциальная семья – семья, в которой наблюдается крайняя степень семейной дисфункции. Она характеризуется противоправным, антиобщественным поведением, несоблюдением моральных, нравственных норм в отношении наименее защищенных членов семьи, нарушением экономических прав ближних. Это семьи, ведущие паразитический образ жизни, зачастую за счет принуждения детей к воровству, попрошайничеству [18] и проституции.

Проблемы, с которыми сталкивается подобная семья, касаются разных сторон жизни: социальной, правовой, материальной, медицинской психологической педагогической и др. Как уже было отмечено, многие психологические проблемы, возникающие у дошкольников, кратковременны. Однако еще Richman et al. (1982) обнаружили, что определенные нарушения, выявленные у трехлетних детей, все еще присутствуют у них и в восьмилетнем возрасте; эти нарушения включали

гиперактивность, расстройство поведения, речевые трудности, женоподобное поведение у мальчиков и аутизм.

ЭТИОЛОГИЯ

Семья считается важным фактором в развитии здоровья детей. Этот процесс является значительным, но довольно сложным, потому что распространенность потенциальных факторов риска в семье может мешать здоровью детей. В исследовании Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham, W. E., Kipp, H., Gnagy, E. M., ... Pelham, W. E. (2011). изучалось, могут ли совокупные семейные риски иметь кумулятивное влияние на здоровье детей и молодежи на разных уровнях доходов домохозяйств.

Данные в этом исследовании были взяты из Национального обследования здоровья детей США ± 2010 г. (N = 79 601). Был разработан индекс совокупного семейного риска (CFR), который включал такие конструкции как одинокое родительство, нестабильная занятость, большая семья, родительский стресс, бедное материнское образование, плохое общее здоровье матери и плохое психическое здоровье матери.

Логистический регрессионный анализ показал, что уровень CFR был значительно связан с детьми и плохим состоянием здоровья молодежи ($p < 0,001$). Однако при рассмотрении уровней бедности влияние CFR на здоровье детей и молодежи было ослаблено. Влияние CFR было выше на детей и молодежь из богатых семей, чем из бедных семей. В общем и целом в точечной оценке была последовательная тенденция, а также доверительные пределы уровня достатка и количество семейных рисков возросли, хотя некоторые из них интервалы перекрываются. Проживание в неблагополучных семьях может служить защитным фактором против CFR, возможно, из-за повторного воздействия трудностей и последующего формирования устойчивости среди некоторых обездоленных детей. [23]

Прогноз

Проблемы детей дошкольного возраста и их семей. Как уже было замечено выше, в дошкольном возрасте дети усваивают несколько видов социального поведения. Они овладевают сфинктерной регуляцией, приучаются надлежащим образом вести себя за столом, вовремя ложиться

спать, сдерживать злые чувства. Они также становятся менее зависимыми. [22] Всему этому дети учатся в семье. Психические нарушения у дошкольников группируются вокруг этих видов поведения и часто отражают факторы, действующие в семье, также как и особенности, присущие данному ребенку. Многие психологические проблемы, возникающие в этом возрасте, кратковременны, и их можно рассматривать как задержки нормального развития. Детей с подобными проблемами обычно лечат врачи общей практики и педиатры. При более серьезных нарушениях ребенок может быть направлен к детскому психиатру.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Richman et al. (1982) изучили выборку из 705 проживающих в одном из районов Лондона семей, в каждой из которых был трехлетний ребенок. Наиболее часто встречающимися моментами аномального поведения у этих трехлетних детей оказались: ночное недержание мочи по крайней мере три раза в неделю (у 37 %); дневное недержание мочи как минимум раз в неделю (17 %); гиперактивность (14 %); «пачканье» по меньшей мере раз в неделю (13 %); трудности при укладывании в постель по вечерам (13 %); страхи (13 %); непослушание (11 %); жажда внимания (10 %); вспышки раздражения (5 %).[25]

Представляются ли подобные отклонения проблемами – зависит от того, как относятся к этому родители, а также от природы нарушений, степени тяжести и частоты проявления такого поведения. Richman et al. (1982) преодолели указанные сложности, разработав свою систему рейтинговой оценки степени тяжести проблемы в каждом конкретном случае[14]. При этом учитывалось в основном значение соответствующих проявлений с точки зрения благополучия ребенка, а также их последствий для остальных членов семьи. Руководствуясь критериями, опирающимися на здравый смысл, вышеупомянутые авторы классифицировали проблемы как незначительные, умеренной тяжести или тяжелые. Тяжелые проблемы выявлены у 7 % охваченных этим исследованием трехлетних детей, незначительные – у 15 %. Чаще всего расценивались как нарушения такие формы поведения, как вспышки раздражения, жажда внимания и непослушание.

Нарушения психического здоровья у подростков

Психическое здоровье подростков. Каждый шестой человек находится в возрастной группе 10–19 лет. На долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрасте 10–19 лет. Половина всех нарушений психического здоровья возникают до наступления 14-летнего возраста, однако такие случаи в большинстве своем не выявляются и остаются без лечения. [13] Депрессия является одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидности среди подростков во всем мире. Самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет. Игнорирование нарушений психического здоровья в подростковый период чревато последствиями, которые продолжаются во взрослом возрасте, негативно влияя как на физическое, так и на психическое здоровье и ограничивая возможности для полноценной взрослой жизни. Укрепление психического здоровья и профилактика – ключевые факторы, способствующие благополучию подростков.

Подростковый возраст (10–19 лет) является уникальным периодом формирования личности. Большинство подростков обладают хорошим психическим здоровьем, однако самые разнообразные физические, эмоциональные и социальные изменения, в том числе столкновение с бедностью, жестоким обращением или насилием, могут делать их уязвимыми перед лицом психических проблем. Улучшение психологического самочувствия подростков и защита их от негативных переживаний и факторов риска, которые могут сказаться на их способности к успешному развитию, является не только залогом их благополучия в подростковом возрасте, но и их физического и психического здоровья во взрослой жизни. Подростковый возраст – решающий период развития и закрепления социальных и эмоциональных привычек, имеющих важное значение для психического благополучия. [15] К ним относятся формирование здорового режима сна; регулярная физическая активность; развитие навыков в области преодоления трудных ситуаций, решения проблем и межличностного общения; и воспитание способности к эмоциональному самоконтролю. Важное значение также имеют благоприятные условия в семье, школе и окружающем обществе в целом.

В каждый момент времени состояние психического здоровья подростка определяется целым рядом факторов. Увеличение числа воздействующих на подростка факторов риска усугубляет их потенциальные последствия для его психического здоровья. Факторы, способные повышать уровень стресса в подростковом возрасте, включают в себя стремление к большей самостоятельности, желание соответствовать ожиданиям сверстников, поиск сексуальной идентичности и возрастающую доступность и применение технических средств. Другими значимыми детерминантами психического здоровья подростков являются качество их домашней жизни и их взаимоотношения со сверстниками. Признанными рисками для психического здоровья являются насилие (в том числе жесткие методы родительского воспитания и издевательства со стороны сверстников) и социально-экономические проблемы. Дети и подростки особенно уязвимы перед лицом сексуального насилия, которое безусловно имеет отношение к ухудшению психического здоровья. Некоторые подростки подвергаются повышенному риску нарушений психического здоровья из-за окружающих их материально-бытовых условий, стигматизации, дискриминации или неприятия, либо отсутствия доступа к качественной помощи и услугам. Это, в частности, относится к подросткам, живущим в условиях гуманитарных кризисов и нестабильности; подросткам, страдающим хроническими заболеваниями, расстройством аутистического спектра, умственной отсталостью или другими неврологическими расстройствами; беременным подросткам, подросткам, ставшим родителями или вступившим в ранний и/или принудительный брак; сиротам; и подросткам из числа этнических или сексуальных меньшинств либо других дискриминируемых групп населения. Подростки с нарушениями психического здоровья, в свою очередь, особенно уязвимы перед лицом таких явлений, как социальная исключенность, дискриминация, стигматизация (ограничивающая их готовность обращаться за помощью), трудности в учебе, рискованные формы поведения, физическое нездоровье и нарушения прав человека.

Детские расстройства поведения

Детские расстройства поведения являются шестой по значимости ведущей причиной бремени болезнью среди подростков. В этом возрасте

подросток нередко испытывает на прочность существующие правила, запреты и ограничения. [20] Детские расстройства поведения, однако, представляют собой повторяющиеся, тяжелые и не характерные для этого возраста формы поведения, такие как гиперактивность и невнимательность (например, при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью) либо деструктивное или вызывающее поведение (например, при кондуктивном расстройстве). Детские расстройства поведения негативно влияют на обучение подростков, а иногда дают повод для вмешательства со стороны органов правосудия.

Серьезной проблемой во многих странах является употребление психоактивных веществ (таких как алкоголь и наркотики) с вредными последствиями. В 2016 г. распространенность тяжелого эпизодического употребления алкоголя среди подростков в возрасте 15-19 лет составляла 13,6% и больше всего угрожала мальчикам и юношам. Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями среди подростков повышает вероятность дальнейшего рискованного поведения в таких формах, как небезопасный секс. [23] Рискованное сексуальное поведение, в свою очередь, повышает в среде подростков риск инфекций, передаваемых половым путем, и ранней беременности – ведущей причины смерти девушек старшего подросткового возраста и молодых женщин (в том числе во время родов и в результате небезопасных абортов). Дополнительную обеспокоенность вызывает употребление табака и конопли. В 2016 г. на основе имеющихся данных из 130 стран были получены оценки, согласно которым 5,6% подростков в возрасте 15–16 лет употребляли каннабис по крайней мере один раз в течение предыдущего года.[1] Многие взрослые курильщики попробовали свою первую сигарету до наступления восемнадцатилетия. Совершение насилия представляет собой рискованную форму поведения, которая может повышать вероятность неполучения достаточного образования, травматизма, вовлечения в противоправную деятельность или смерти. В 2016 г. межличностное насилие было признано второй по значимости ведущей причиной смертности юношей старшего подросткового возраста.

Оказание помощи Укрепление психического здоровья и профилактика

Следует отметить еще две особенности, характерные для практики детской психиатрии в отличие от взрослой. Первая из них связана с тем, что ребенок чаще всего не способен выразить свои переживания, ощущения, настроение в словесной форме. Поэтому данные о наличии каких-либо отклонений базируются главным образом на сообщаемых родителями, учителями и другими лицами результатах наблюдений за поведением ребенка. [22] Чтобы получить соответствующую информацию и объективно оценить ее, нужно владеть навыками сбора анамнеза развития, оценки поведения, определения эмоционального вовлечения информаторов; важно также разобраться в ситуации, сложившейся у пациента дома и в школе. Вторая особенность заключается в том, что в лечении детей гораздо меньшее место, чем во взрослой психиатрии, отводится лекарственной терапии и другим методам индивидуального лечения. Вместо этого основной упор делается на то, чтобы изменить отношение родителей, успокоить ребенка, вселить в него уверенность, помочь ему восстановить необходимые навыки и знания; кроме того, психиатр должен умело координировать усилия других людей, которые могут оказать пациенту поддержку и помощь, особенно в школе. При оценке нарушений у детей дошкольного возраста психиатр вынужден полагаться в большей степени на информацию, получаемую от родителей. Как уже было замечено, важно уметь разобраться, является ли расстройство у ребенка первичным или же оно отражает определенные проблемы, имеющиеся у матери, либо обусловлено неблагополучием в семье. Необходимо тщательно оценить специфическое поведение, общий уровень развития ребенка и функционирование семьи в целом. [24] Кроме специфических мер, упомянутых в связи с отдельными расстройствами, лечение включает консультирование матери (а иногда и других членов семьи) и рекомендации по воспитанию ребенка. Об эффективности специфической терапии известно мало. Вероятно, полезны поведенческие методы; отставание в развитии речи может компенсироваться обучением; для контроля крайней гиперактивности иногда требуется лекарственная терапия (см.). Во многих случаях полезно, чтобы ребенок проводил какую-то часть дня вне семьи – в детском саду или в игровой группе.

Меры по укреплению психического здоровья подростков призваны усилить защитные факторы и расширить круг альтернатив рискованным формам поведения. Укрепление психического здоровья и благополучия помогает сформировать у подростков адаптивность, позволяющую им успешно справляться с трудными ситуациями или неблагоприятными факторами. [3] Программы укрепления психического здоровья, рассчитанные на всех подростков, и профилактические программы для подростков, подверженных риску расстройств психического здоровья, должны осуществляться на многих уровнях с использованием самых различных платформ, например, через цифровые средства коммуникации, в учреждениях здравоохранения и социальной сферы, на базе учебных заведений и среди местного населения[4].

Примеры мероприятий по укреплению психического здоровья и профилактике:

1. психологические занятия, проводимые индивидуально, в группах или автономно онлайн;
2. семейно-ориентированные мероприятия, такие как обучение лиц, осуществляющих уход, включая меры по обеспечению потребностей таких лиц;
3. мероприятия на базе школ, в частности:
4. внедрение организационных изменений в интересах создания безопасной, защищенной и позитивной психологической среды;
5. обучение по вопросам психического здоровья и воспитания жизненно необходимых навыков;
6. обучение персонала выявлению риска самоубийств и оказанию базовой помощи;
7. школьные профилактические программы для подростков, подверженных риску расстройств психического здоровья;
 - программы профилактики, ориентированные на подростков, находящихся в уязвимом положении, например, затронутых гуманитарными кризисами или нестабильностью, а также меньшинства и дискриминируемые категории населения;
 - программы по предотвращению и смягчению последствий сексуального насилия в отношении подростков;

- многосекторальные программы профилактики самоубийств;
- многоуровневые мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами;

Заключение

Таким образом, понятие «неблагополучная семья» - деструктивная семья, дисфункциональная семья семьи группы риска негармоничная семья. В процессе изучения вопроса мы пришли к тому что, неблагополучные семьи - это семьи с низким социальным статусом, в какой - либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно, не справляющиеся с возложенными на них функциями, их адаптивные способности существенно снижены, процесс семейного воспитания ребенка протекает с большими трудностями, медленно, малорезультативно. Отличительной особенностью семей с явной (внешней) формой неблагополучия является то, что формы этого типа семей имеют ярко выраженный характер, проявляющийся одновременно в нескольких сферах жизнедеятельности семьи (например, на социальном и материальном уровне), или же исключительно на уровне межличностных отношений, что приводит к неблагоприятному психологическому климату в семейной группе. Обычно в семье с явной формой неблагополучия ребенок испытывает физическую и эмоциональную отверженность со стороны родителей (недостаточная забота о нем, неправильный уход и питание, различные формы семейного насилия, игнорирование его душевного мира переживаний). Вследствие этих неблагоприятных внутрисемейных факторов у ребенка появляются чувство неадекватности, стыд за себя и родителей перед окружающими, страх и боль за свое настоящее и будущее, а так же приводит к серьезным психическим нарушениям. Среди внешне неблагополучных семей наиболее распространенными являются те, в которых один или несколько членов зависимы от употребления психоактивных веществ, прежде всего алкоголя и наркотиков. Человек, страдающий от алкоголизма и наркотиков, вовлекает в свое заболевание всех близких людей. Поэтому неслучайно специалисты стали обращать внимание не только на самого больного, но и на его семью, признав тем самым, что зависимость от алкоголя и наркотиков - семейное заболевание,

семейная проблема. Жизнь детей в подобной семейной атмосфере становится невыносимой, превращает их в социальных сирот при живых родителях. Дети вынуждены скрывать свои истинные чувства и переживания, чтобы быть принятыми взрослыми; не осознают своих чувств, не знают, в чем их причина и что делать с этим, но именно сообразно с ними они строят свою жизнь, отношения с другими людьми, с алкоголем и наркотиками. Дети переносят свои душевные раны и опыт во взрослую жизнь, часто становясь химически зависимыми. И вновь появляются те же проблемы, что были в доме их пьющих родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Altszuler, A. R., Page, T. F., Gnagy, E. M., Coxe, S., Arrieta, A., Molina, B. S., & Pelham, W. E., Jr. (2016). Financial dependence of young adults with childhood ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1217–1229.
2. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (2014). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 69–76.
4. Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
5. Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 714–732.
6. Bernfort, L., Nordfeldt, S., & Persson, J. (2018). ADHD from a socioeconomic perspective. *Acta Paediatrica*, 97(2), 239–245. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00611.x>.
7. Birnbaum, H. G., Kessler, R. C., Lowe, S. W., Secnik, K., Greenberg, P. E., Leong, S. A., & Swensen, A. R. (2005). Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2017. *Current Medical Research and Opinion*, 21(2), 195–206. <https://doi.org/10.1185/030079904X20303>.
8. Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Costlow, K. M., & Suwalsky, J. T. (2018). Retrospective report revisited: long-term recall in European American mothers moderated by developmental domain, child age, person, and metric of agreement. *Applied Developmental Science*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10888691.2018.1462090>
9. Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationships among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies*, 10(4), 405–418. <https://doi.org/10.1023/A:1016705306848>.
10. Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (2013). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82–98.
11. Buescher, A. V., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatrics*, 168(8), 721–728. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.210>.
12. Bussing, R., Gary, F. A., Mason, D. M., Leon, C. E., Sinha, K., & Garvan, C. W. (2013). Child temperament, ADHD, and caregiver strain: exploring relationships in an epidemiological sample.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(2), 184–192. <https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00012>.
13. Bussing, R., Meyer, J., Zima, B. T., Mason, D. M., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2015). Childhood ADHD symptoms: association with parental social networks and mental health service use during adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11893–11909. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911893>.
 14. Calhoun, P. (2013). Exact: unconditional exact test. R package Version, 1. Cook, R. D. (2016). Detection of influential observation in linear regression. *Technometrics*, 19(1), 15–18.
 15. De Ridder, A., & De Graeve, D. (2006). Healthcare use, social burden and costs of children with and without ADHD in Flanders, Belgium. *Clinical Drug Investigation*, 26(2), 75–90.
 16. Desmarais, B. A., & Harden, J. J. (2013). Replication data for: Testing for zero-inflation in count models: Bias correction for the Vuong Test (Publication no. hdl/1902.1/21966). Retrieved March 29, 2017 from Harvard Dataverse <http://hdl.handle.net/1902.1/21966>.
 17. Dong, Y., & Peng, C.-Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. SpringerPlus, 2, 222. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>.
 18. Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., et al. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 990–1002.e1002. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.008>.
 19. Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157–198.
 20. Fabiano, G. A., Pelham, W. E. Jr., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M., Onyango, A. N., Kipp, H., Lopez-Williams, A., Burrows-MacLean, L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(3), 369–385.
 21. Federal Reserve Board. (2017). Report on the economic well-being of U.S. households in 2016. Washington, DC.
 22. Federal Reserve Board Publications. Fletcher, J., & Wolfe, B. (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), 119–138.
 23. Flood, E., Gajria, K., Sikirica, V., Dietrich, C. N., Romero, B., Harpin, V., Banaschewski, T., Quintero, J., Erder, M. H., Fridman, M., & Chen, K. (2016). The caregiver perspective on Paediatric ADHD (CAPP) survey: understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. *Journal of Affective Disorders*, 200, 222–234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.011>.
 24. Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H., & Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 373–386. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121391>.
 25. Friedenreich, C. M. (2004). Improving long-term recall in epidemiologic studies. *Epidemiology*, 5, 1–4.
 26. Ganz, M. L. (2007). The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(4), 343–349. *J Abnorm Child Psychol*

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : A.İsmayılova

Şizofreniya xəstələrin reabilitasiyasına müasir yanaşma

N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev***

Современный подход к реабилитации больных шизофренией

Н.А.Алиев, З.Н.Алиев

A modern approach to the rehabilitation of patients with schizophrenia

N.A. Aliyev, Z.N. Aliyev

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

** ATU-nun Psixiatriya kafedrası

E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

На основании литературных и собственных данных в статье излагаются современные подходы к реабилитации больных шизофренией в мире и в Азербайджане. Эти данные имеют большое практическое и теоретическое значение. Полученные данные будут способствовать для дальнейшего совершенствования реабилитации больных шизофренией в Азербайджанской Республики.

Ключевые слова: реабилитация, шизофрения.

On the basis of literary and own data, the article presents modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia in the world and in Azerbaijan. These data are of great practical and theoretical value. The obtained data will contribute to the further improvement of the rehabilitation of patients with schizophrenia in the Republic of Azerbaijan.

Key words: rehabilitation, schizophrenia.

Psixi pozuntulu şəxslərin, o cümlədən şizofreniya xəstələrin reabilitasiyası problemi xəstələrin yox, bu cəmiyyətin vəzifəsidir. Psixi pozuntulu şəxslərin reabilitasiyası problemi xəstələrin deyil, cəmiyyətin problemidir. 1920-ci illərdə Peter Borisoviç Qannushkin yazırdı ki, ruhi xəstəliyə münasibəti müəyyən bir cəmiyyətin mədəniyyətinin göstəricisidir və sivilisasiyanın inkişaf prosesi bu xəstələrə münasibətlərdə olan dəyişikliklərlə qiymətləndirmək mümkündür. Bundan əlavə, iqtisadi düşüncələrə əsaslanaraq, əgər cəmiyyət xəstələrə qayğı göstərmirsə, bunun baş verəcəyi dolayı xərclər onların müalicəsi və reabilitasiyası ilə bağlı xərcləri bir neçə dəfə üstələyəcəkdir.

Keçən əsrin 50-ci illərində neyroleptiklərin (antipsixotiklərin) zahir olması ilə əlaqədar radikal dəyişiklər baş verdi. Xəstələr, o cümlədən xroniki xəstələr xəstəxanalardan evə yazılmalı oldular. Deinstitutionalizasiya (psixi xəstələrin psixiatriya müəssisələrində kənara çıxarılması) böyük bir humanistik yanaşma olaraq, psixiatriyanın ən böyük nailiyyətindən biri hesab olunur. Xəstələrin əksəriyyəti müalicəni ev şəraitində qəbul etmək imkanına malik oldular. Bu zaman digər bir problem ortaya çıxır.

Xəstələr xəstəxanada olduqda onlar üçün kompleksli reabilitasiya tədbirləri həyata keçirilirdi, o cümlədən xəstəxananın əmək emalatxanasının sexlərində əmək müalicəsi, qrup psixoterapiya sessiyaları, istirahətlərinin təşkili və s. Deinstitutionalizasiyanın başlanğıcı ilə xəstəxanadan çıxdıqdan sonra xəstələri necə reabilitasiya etmək sual doğurdu. Bununla əlaqədar dispanser və ambulator xidmətin əhəmiyyəti daha da artmış olur. Psixoprofilaktika daha geniş vüsət alır: əgər xəstə mütəmadi olaraq preparatları qəbul edirdisə, təkrar stasionara düşmək lüzumu aradan qalxmış olurdu. Ancaq bu problemi həll etmədi, xəstə xəstəxananın xaricində nə edəcəyi bilmirlər.

Digər tərəfdən, neyroleptiklərin qəbul təcrübəsi göstərdi ki, onların neqativ tərəfləri də vardır. Bəzən xəstələrdən eşitmək olurdu ki, neyroleptik qəbul etməkdənsə, xəstəlikdən əziyyət çəkmək onlar üçün daha münasibdir. Müxtəlif araşdırmaların nəticəsi onun göstərir ki, xəstələrin üçdə bir hissəsi psixotrop preparatlara qarşı rezistentlik var, digər üçdə bir hissəsi xəstəliyin kəskin halının ötüb keçdiyi halda (natamam remissiya), onun bəzi təzahürləri müşahidə olunur. Bütün neyroleptik qəbul edən xəstələr bu və ya digər formada bu preparatların əlavə təsirlərini hiss edirlər. İlk növbədə bura, dofamin neyronlarının blokadası ilə əlaqədar müxtəlif hərəkət pozuntuları daxildir. Bu

isə öz növbəsində xəstələrin sosial adaptasiyasına mane olur. Psixozdan kənar xəstələr, daimi dərman vasitəsinin qəbulu ilə əlaqədar xarakterik bir pantomimikaya, təfəkkürün sürətinin enməsi, sifətin monoton ifadəsi, xarakter xarici görkəmə malik olurlar.

Son illər şizofreniyalı xəstələrin həyat keyfiyyət barədə daha çox söyləyirik. Atipik antipsixotiklərin tətbiqi ilə əlaqədar şizofreniyalı xəstələrin psixoterapiyası və resosializasiyası genişlənir. Şizofreniya xəstələrinin reabilitasiyası problemi insan həyatının bərpası (ability – qabiliyyət, bacarıq) problemi kimi qəbul edilməlidir.

Şizofrenik bir xəstənin xarakterik xüsusiyyəti, “MƏNİN” strukturunda çox fərqli əlamətlər ilə ortaya çıxan bir emosional qüsurdur. Şizofreniya, kral xəstəliyi adlanır, çünki emosional boşluq xəstəliyin təzahürlərinin zənginliyini gizlədir. Xəstə şizofrenik duyğuları ilə dolduran, kimdən və nədən özünü müdafiə edərək, reallıqdan uzaqlaşan bir boşluq yaranır? Şizofreniyanın öyrənilməsinin tarixi, əsasən, xəstəliyin maddi substratının axtarışı, diaqnoz və müalicəyə bioloji yanaşmaların təkamülüdür.

Psixodinamik sahənin inkişafı, yeni psixotrop dərmanların aşkar edilməsi şizofreniya təbiətinin bioloji öyrənilməsinə kömək etdi, lakin bu bioloji dəyişikliklərə səbəb olan suallara cavab vermədi. Yalnız son illərdə psixoloji və sosial inkişaf və bioloji substrat arasındakı əlaqəni təsdiq edən nəzəriyyə ortaya qoyulmuşdu. Bu nəzəriyyənin müəllif, Nobel mükafatı laureatı Erik Kandeladır (Eric Richard Kandel) və tərəfindən 1998-ci ildə hazırlanmış ən inandırıcı, xəstəliyin ortaya çıxması ilə əlaqədar yeni hipotezadır.

Reabilitasiya – xəstənin imkanı səviyyəsində maksimal dərəcədə həyata uyğunlaşmasına yönəlmiş kompleks tibbi, sosial, təhsil, əmək tədbirlərindən ibarətdir (Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı - ÜST, 1995). Psixi xəstələrin, o cümlədən şizofreniyanın reabilitasiyası müasir psixiatriya üçün xüsusi əhəmiyyət kəsb edən problemlərindən biridir.

Psixi pozuntusu olan xəstələrin reabilitasiyası xəstələrin müalicəsində, onların bərpasında və cəmiyyətə qayıtmasında vacib bir addımdır və xəstəxanaya təkrar daxil olma riskini azaldır. Müalicənin effektivliyi dünya təcrübəsində psixiatriya xidmətinin tərkib hissəsi halına gələn reabilitasiyanın intensivliyi və keyfiyyətindən bir başa asılıdır. Şizofreniyalı xəstələr, psixiatrik

xidmətlərin və reabilitasiya ehtiyacı olan xroniki xəstəliyin ən mühüm kontingentidir.

Müəyyən edilmişdir ki, xəstələrin və əlil insanların bərpası konsepsiyasının müasir tərkibi İngiltərədə və ABŞ-da İkinci Dünya müharibəsi zamanı formalaşmışdır. Bununla yanaşı, müasir tədqiqatlar göstərir ki, bəzi iş və nəşrlərin xüsusi forması daha əvvəl baş vermişdir. İndi reabilitasiya sahəsinə aid olan tədbirlərin ayrı-ayrı hissələri əvvəllər bir sıra ölkələrdə (keçmiş SSRİ ərazisində Fransa, Hollandiya, İsveçrə) həyata keçirilib.

Reabilitasiya – xəstənin imkanı səviyyəsində maksimal dərəcədə həyata uyğunlaşmasına yönəlmiş kompleks tibbi, sosial, təhsil, əmək tədbirlərindən ibarətdir (ÜST, 1995).

Reabilitasiya konsepsiyasına profilaktika, müalicə və xəstəlikdən sonra həyata və əməyə uyğunlaşma daxildir. Reabilitasiyada xəstənin özünü müalicə proseslərinə, onun əmək, ailə əlaqələrinin bərpasına cəlb olunması əsas prinsiplərdən sayılır.

ÜST prinsiplərinə reabilitasiya uyğun olaraq biri-birinin dalınca gələn üç mərhələdən ibarətdir. Birinci mərhələ – bərpa terapiyası, ikinci – readaptasiya və üçüncü isə reabilitasiya mərhələsi adlanır.

Birinci mərhələ -bərpa terapiyası reabilitasiyanın mürəkkəb mərhələsini təşkil edir. Bu mərhələnin başlıca məqsədi – xəstəliyin təzahürlərini yumşaltmaq, psixi qüsurun, əlilliyin qarşısını almaqdan ibarətdir. Bərpa terapiyası terapiya mərhələsinə dərman müalicəsi ilə yanaşı, müxtəlif psixososial tədbirlər həyata keçirilir. Nəzərə alaraq ki, şizofreniya xəstəliyi əksər hallarda xroniki xarakter daşıyaraq, psixi funksiyanın strukturunun mürəkkəb pozulması ilə müşahidə olunur, hal-hazırda elə bir “həb” yoxdur ki, hər şeyi birdən və tez bərpa etsin. Bu mərhələnin əsas məqsədi, xəstəni xəstəlikdən əvvəlki norma vəziyyətə yox, mümkün olan normaya qaytarsın.

İkinci mərhələ – yəni readaptasiyanın əsas vəzifəsi xəstəni xarici mühit şəraitinə uyğunlaşdırmaqdan ibarətdir: xəstədə əməyə, aktiv həyat tərzinə, şəxslər arasına təmasa motivasiya yaratmaq. Bu mərhələdə psixososial tədbirlər üstünlük təşkil edir, müxtəlif metodlarla xəstənin sosial aktivliyi stimulyasiya olunur. Burada gündüz stasionarlarının və psixonevroloji dispanserlərin ambulator xidmətləri həddindən artıq böyük rol oynayır.

Birinci mərhələdə istifadə olunan metodlar da tətbiq olunur:

- Bioloji terapiya (aktiv və saxlayıcı dərman müalicəsi).
- Fərdi və qrup psixoterapiyası.
- Psixoloji korreksiya.
- Ailə psixoterapiyası.

Reabilitasiyanın üçüncü mərhələsi sözün əsl mənasında reabilitasiyadır. Hüquqların tam bərpası, xəstənin fərdi və sosial dəyərinin bərpası, ətrafdakı reallıqla xəstəlikdən əvvəlki əlaqələrin yenidən yaxşı bərpası bu mərhələnin əsas məzmunudur. Bərabərliyin müvəffəqiyyətinin artırılması çox çətindir və eyni zamanda çox vacibdir, ailədə, yoldaşlarla, iş yerində ətraf mühitə görə xəstələrə düzgün yanaşmanın təşkili. Bu dövrdə "dəstəkləyən" psixoterapiya, məşğulluq müalicəsi və əyləncəsi, təlim kimi elementləri olan xəstələrlə qrup işinə vacib əhəmiyyət verilir.

Psixokorreksiya təsirlər və əmək fəaliyyətinin köməyi ilə xəstələrdə xarici mənfi psixogen reaksiyaların aradan qaldırılması üçün müvafiq "mikrososial" mühit yaradılır. mənfi elementləri bloklamaq mümkündür. Belə reaksiyalar əmək və ya təhsil zamanı baş verə bilər.

Xəstə ilə işlə paralel olaraq, xəstəlik və şəxsiyyət xüsusiyyətləri, münasibətli stress vəziyyətlərinin vaxtında azaldılması qabiliyyətinə dair müvafiq fikirlər yaratmaq məqsədi ilə ən yaxın qohumlar (valideynlər, həyat yoldaşı, ər, və s.) ilə psixokorreksiya işləri də aparılır. Bu cür iş son nəticədə daha uzun tənzimləməni təmin edir, ailə mühitini yaxşılaşdırır, gələcəyin daha aydın görünüşünü təmin edir və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır.

Psixososial reabilitasiyaya fərdi söhbət (psixoterapiya), ailə və qrup psixoterapiyası, dəstək qrupları, xüsusi hazırlıq keçmiş psixoterapevtlə, sosial işçi, kliniki psixoloqla əlaqələr və s. daxildir. Söhbətlərdə xəstəni narahat edən müxtəlif mövzular müzakirə edilir: keçmiş təcrübə və mövcud çətinliklər, fikirlər, hisslər və münasibətlər sistemləri.

Son zamanlar xəstənin yaxın ətraf mühitində psixi xəstəlik və psixi əlilliyi problemlərini nəzərdən keçirmək üçün güclü bir meyil var. Ailə xəstənin uğurlu sosial uyğunlaşması və xəstənin effektiv fəaliyyətinə nail olmaq üçün mütləq, ən əhəmiyyətli dəstək mənbəyidir. Psixotədris metodunun mahiyyəti xəstəni və yaxınlarını öyrətmək və təlimatlandırmaqdan ibarətdir.

Cədvəldə müalicə reabilitasiya prosesi sisteminin əsas texnologiyaları verilir

Texnologiya	Tədbirlər
Təşkilatı	Reabilitasiya mərkəzinin yaradılması və onun əməkdaşlarının vəzifələrini təyin etmək Reabilitasiya mühitini yaratmaq Reabilitasiyanın dövr (müddətini) və mərhələlərin praktikada tətbiq etmək Reabilitasiya briqadasını (komandasını) təşkil etmək
Diagnostik	Psixiatriya müayinəsi Psixoloji müayinə (test və təkrar testlər aparmaq, təkrar - testlərin etibarlılığı yoxlamaq)
	Somatik müayinə Biokimyəvi, neyrokimyəvi, biofiziki, molekulyar-genetik - müayinələr Sosioloji müayinə
Terapevtik (müalicəvi)	Farmakoterapiya Fizioterapiya (sauna, masaj, hidrotterapiya, iynəbatırma refleks terapiya) Elektrotterapiya (elektroyuxu, elektrofrez, qalvanik yaxalıq, UVÇ, darsonval və s.) Müalicə bədən tərbiyəsi (yoqterapiya, uşu-terapiya və s.) İmmunoterapiya Aromaterapiya və fitoterapiya Diyetoterapiya ECT (elektro cəngolma terapiyası)
Psixoterapevtik və psixi korreksiya	Əsas istiqamətlər: dinamik; koqnitiv-davranış; humanistik sistemli ekzistensial xəstənin ailəsi ilə iş Metodika, texnika, məşq proqramları (psixodrama, heştal-terapiya və s.)
Reabilitasiya - mühiti ilə terapiya	Ambulator və stasionar reabilitasiya mərkəzləri Terapevtik cəmiyyət Reabilitasiya yataqxanaları Məscid və kilsələr

Məşğulluqla terapiya	Özünə xidmət Əmək terapiyası Təhsil və təlim
	İdman Marağa görə dərnəklər
Asudə vaxtın təşkili	Kinofilmlərə baxma (əsasən tematik) Ədəbiyyat, dövrü mətbuat (qəzet-jurnal) oxumaq Dini yerlərə baş çəkmək Gəzintilər İdman məşğələləri
Art-terapiya	Şəkil, rəsm, naqqaşlıq Yapma Ağacda oyma, naxış
	Musiqi terapiyası Audiovizual terapiya
Sosioterapevtik	Yeni sənət qazanmaq, təhsil İşə düzəltmə Hüquqi kömək
Byuti(manera) - terapiya	Kosmetikaterapiya İmicterapiya
Mənəvi (ruhən) istiqamətləndirilmiş	Din Etika (əxlaq qaydaları) və estetik həyat Həyat təcrübəsi formasında humanizm
Patronaj (hamilik) sistemi	
Müalicə-reabilitasiya prosesinin effektivliyinin - qiymətləndirilməsi	

Beləliklə, reabilitasiya şizofreniya spektrili psixi pozuntuları olan xəstələrin müalicəsində tibbi və psixoloji yardımın mühüm metodudur. Reabilitasiya keçmiş şizofreniya xəstələri üçün ətrafı adekvat qavrayış xarakterikdir, onların sağlamlığının pozulmasına qarşı aktiv münasibət yaradır, həyat, ailə və cəmiyyətə müsbət münasibət bərpa olunur və həyat səviyyəsinin keyfiyyəti yüksəlir.

4 milyon əhaliyə icma səviyyəsində xidmətlərin sayı (İtaliya)

- **145 psixi sağlamlıq mərkəzləri;**
- **48 gündüz stasionarları və ya reabilitasiya mərkəzləri;**
- **Ümumi profilli xəstəxanaların tərkibində psixi xəstələr üçün 12 palata;**
- **3 universitet psixiatriya klinikaları;**
- **müvafiq heyətlə işləyən 24 yataqxanalar və monitoring sistemi olan 123 mənzil;**
- **7 özəl psixiatriya klinikaları.**

Sevindirici haldır ki, Azərbaycanda ilk dəfə olaraq Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olan Psixi Sağlamlıq Mərkəzi yaradılmışdı. Bu mərkəzdə Psixi Sağlamlığın qorunması üçün müasir şərait təşkil edilmişdi. Məlumdur ki, Respublikamızın Paytaxtı olan Bakı şəhərində qeyri-rəsmi məlumatlara əsasən 3-4 milyon əhali yaşayır. Əgər İtaliyada 4 milyon əhaliyə icma səviyyəsində xidmətlərin sayı yuxarıda göstərilən qədərdirsə, bəs bu halda Azərbaycanda psixiatriya əhaliyə xidməti göstərən psixiatriya yuxarıdakılara oxşar müəssisələr nə qədər olmalıdır.

Yaşayış yeri üzrə təqdim edilən psixi sağlamlıq sferasında xidmətlərin inkişafı [1]

Psixiatrik sistemin deinstitutionalizasiyası 1950-ci illərdə başlamışdı. Yaşayış yeri üzrə dəstək Sistemi Konsepsiyası (Community Support System, CSS) deinstitutionalizasiyanın gedişində psixiatrik stasionarından çıxarılmış və adi cəmiyyət çərçivəsində yaşayan ağır psixi pozuntusu olan insanların tələbatlarını təmin etmək məqsədilə hazırlanmışdır (Stroul, 1989; Test, 1984) (Wilken və Hollander 2005).

Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığının qorunması mərkəzləşdirilmiş deyil, yerli təklif edilən geniş spektr xidmətlərin inkişafını nəzərdə tutur. Beləliklə, əvvəllər psixiatrik xəstəxanalara xas olan müdafiə funksiyası tamamilə yerli səviyyədə aparılır, lakin müalicə böyük psixiatrik xəstəxanalara aid mənfi aspektlərdən məhrumdur. Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığının qorunması xidmətləri yeni yanaşma qismində sıradakı prinsiplərə əsaslanır:

1. Pasientlərin təxirəsalınmaz yardım almaq üçün göndərildiyi ümumi tipli xəstəxanalar, həmçinin daimi yaşayış üçün olan və evdə dəstək məqsədilə xüsusi təchiz edilmiş müəssisələr onların yaşayış yerlərinə yaxın yerləşir;

2. Müdaxilələr həm imkanların məhdudlaşmasının azaldılmasına, həm də simptomlara yönəlmişdir;

3. Müalicə və qayğı konkret diaqnoz və pasiyentin fərdi tələbatlarına adekvat olur;

4. Psixi və davranış pozuntuları olan şəxslərə geniş spektr xidmətlər təqdim olunur;

5. Göstərilən xidmət və müalicə psixi sağlamlıq sahəsindəki mütəxəssislər və yerli ictimai təşkilatlar arasında ətraflı koordinasiya edilir;

6. Üstünlük stasionar yox, evdə terapiya da daxil olmaqla ambulator terapiya metodlarına verilir;

7. Pasiyentlərə qayğı göstərənlərlə (ailə, qohumlar ilə) partnyor münasibətləri qurulur, onların tələbləri terapiya prosesində diqqətə alınır;

8. Yuxarıda sadalanan psixi sağlamlığının qorunması prinsiplərini dəstəkləmək üçün qanunverici baza işlənib hazırlanır (WHO 2001).

Uzun müddətli psixi pozuntusu olan istifadəçilərinin istək və tələblərini yerinə yetirmək üçün əsas xidmətlər aşağıdakı cədvəldə göstərilmişdir [2].

Sonda xüsusi ilə qeyd etmək lazımdır ki, reabilitasiya şizofreniya spektrinin psixi pozuntuların reabilitasiya müasir dünya psixiatriyanın çağırışıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığının qorunması sferasında xidmətlər. Tərtibçilər: Ruta Lukoşaytite, dok. Fuad İsmayilov Internet səhifə: www.mhusers.az

2. Cohen, M., Cohen, B., Nemecek, P., Farkas, M. & Forbess, R. (1988) Training technology: Case management Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : C.İsmayilova

İdman və deviant davranış

B. M. Əsədov, N. E. Vahabov

Спорт и девиантное поведение

Б.М. Асədов, Н.Е. Вагабов

Sport and deviant behaviour

B. M. Asadov, N. E. Vahabov

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

В данной статье обсуждается понятие девиантного поведения. Во все времена общество пыталось подавлять нежелательные формы человеческого поведения. Резкие отклонения от средней нормы как в положительную, так и в отрицательную стороны грозили стабильности общества, которая во все времена ценилась превыше всего. Социологи называют отклоняющееся поведение девиантным. Оно подразумевает любые поступки или действия, не соответствующие писаным или неписанным нормам. В широком смысле девиант — любой человек, сбившийся с пути или отклонившийся от нормы. В большинстве обществ контроль девиантного поведения несимметричен: отклонения в плохую сторону осуждаются, а в хорошую — одобряются. В зависимости от того, позитивным или негативным является отклонение, все формы девиаций можно расположить на некотором континууме. Несомненно, что проблема девиантного поведения затронула и спорт. Сегодня атмосфера спортивных соревнований значительно изменилась и превратилась в индустрию достижений высоких результатов любой ценой. Об этом свидетельствуют и договорные матчи в футболе, тотализаторы различных соревнований, допинговые скандалы, жестокость участников различных соревнований и т.п. Все это диктует необходимость пересмотра спортивной общественности к воспитанию и отбору спортсменов, достойно представляющих свои страны на различных спортивных форумах.

Ключевые слова: девиантное поведение, спортсмены, нормы поведения.

This article discusses the concept of deviant behavior. At all times, society has tried to suppress undesirable forms of human behavior. Sharp deviations from the average norm, both positive and negative, threatened the stability of the society, which at all times was valued above all. Sociologists call deviant behavior deviant. It implies any actions or actions that do not meet the written or unwritten norms. In a broad sense, a deviant is any person who has gone astray or has deviated from the norm. In most societies, control of deviant behavior is asymmetrical: deviations in the bad direction are condemned, and in good, they are approved. Depending on whether the deviation is positive or negative, all forms of deviations can be located on a certain continuum. There is no doubt that the problem of deviant behavior

has also affected sport. Today, the atmosphere of sports competitions has changed significantly and turned into an industry of achieving high results at any cost. This is evidenced by contractual matches in football, sweepstakes of various competitions, doping scandals, cruelty of participants in various competitions, etc. All this dictates the need to revise the sports community to the education and selection of athletes who worthily represent their countries in various sports forums.

Key words: deviant behavior, athletes, norms of behavior.

Kənarlaşan davranış ilk növbədə cəmiyyətdən, gündəlik həyat problemlərindən və iztirablarından uzaqlaşmaq, müəyyən kompensator formalar vasitəsi ilə inamsızlıq və gərginlik hallarını aradan qaldırmaq cəhdidir (2, 9, 11, 18). Lakin bu cür davranış mütləq neqativ xüsusiyyətə malik olmur. O, həmçinin şəxsiyyətin yeniliklərə can atması, onun həyatda irəliyə doğru addımlamasına əngəl olan konservativ maneələri dəf etmək cəhdi ilə əlaqədar ola bilər. Kənarlaşan davranışa idmanın, elmin, texniki və bədii yaradıcılığın müxtəlif növlərini aid etmək olar (1-4).

Deviant davranışın mənasını dərk etmək üçün ilk növbədə «sosial normalar» məfhumunu tərif etmək lazımdır (4, 6, 15, 17, 21, 22).

Sosial normalar – müvafiq (cəmiyyət tərəfindən müsbət qiymələndirilən) davranışın qaydaları, tələbləri, müddəaları və gözləmələri deməkdir. Normalar insanların konkret vəziyyətlərdə nə edəcəyini, nə deyəcəyini, nə düşünüb, hiss edəcəyini müəyyən edən ideal nümunələrdir. Onlar öz miqyaslarına görə fərqlənirlər.

Birinci tip: bu yalnız kiçik qruplarda (gənclərin yığınaqlarında, dostluq kompaniyalarında, ailədə, işçi briqadalarında, idman komandalarında) əmələ gələn normalardır. Onlar «qrup vərdişləri» adlanır.

Məsələn, 1927-1932-ci illərdə məşhur Xotorn eksperimentlərini həyata keçirən amerikalı sosioloq E. Meyo köhnə işçilərin istehsalat briqadasına qəbul olunan yeni işçilərə qarşı tətbiq etdikləri normaları aşkar etmişdir (15):

- «özünükülərlə» rəsmi davranma;
- qrupun üzvlərinə xələl gətirə bilən məsələləri rəhbərliyə bildirmə;
- rəhbərliklə «özünükülərlə» olduğundan çox münasibətdə olma;
- öz həmkarlarından çox məmumat hazırlama.

İkinci tip: bura böyük qrupda və ya ümumiyyətlə cəmiyyətdə əmələ gələn normalar aiddir. Onlar «ümumi qaydalar» adlanır. Bura adətlər, ənənələr, dəblər, qanunlar, etiket qaydaları, davranış üsulları aiddirlər. Məsələn, so-

vet etiketi var, gənclərin öz davranış üsulları var və sairə. Həmçinin ümumi-milli adət və ənənələr də var.

Bütün sosial normaları onlara nə dərəcədə ciddi riayət olunduğuna görə təsnif etmək olar.

- Bəzi normaların pozuntusuna görə yüngül cəzalandırmalar tətbiq olunur, yəni onlar yalnız mənfi qiymətləndirmə, qərəzli baxış və ya adi gülümsəmə ilə qarşılır.
- Digər normaların pozuntusuna görə isə ağır cəzalandırmalar – həbsxanada saxlanılma, hətta ölüm cəzası tətbiq olunur.
- İstənilən cəmiyyətdə və istənilən qrupp çərçivələrində normalara riayət olunmamanın müəyyən dərəcəsi mövcuddur. Məsələn, saray etiketinin, diplomatik söhbət mərasiminin və ya nigah bağlama mərasiminin qaydalarının pozuntusu narahatlıq əmələ gətirir, insanı çətin vəziyyətə salır. Lakin o, ağır cəzalarla nəticələnmir.

Sosial normalar cəmiyyətdə çox mühüm funksiyalar yerinə yetirirlər. Onlar:

- sosializasiyanın ümumi gedişatını idarə edirlər;
- fərdləri qruplara, qrupları isə cəmiyyətə birləşdirirlər;
- deviant davranışa nəzarət edirlər;
- davranış nümunələri, etalonları kimi mövcuddurlar.

Bunlara normaların köməyi ilə necə nail olmaq olar? İlk əvvəl, normalar eləcə də bir şəxsin digər şəxs və ya şəxslərlə münasibətdə onların qarşısında olan vəzifələridir. Yeni gələn işçilərə rəhbərliklə öz dostlarından çox münasibət qurmağı qadağa qoyarkən kiçik qrupp öz üzvlərinin üzərinə müəyyən öhdəliklər qoyur və onları rəhbərlik və yoldaşları ilə müəyyən münasibətlərə daxil edir. Beləliklə normalar qruppda və cəmiyyətdə sosial münasibətlər əlaqəsini formalaşdırır.

İkincisi, normalar həmçinin gözləmələrdir: müəyyən normaya riayət edən insandan ətrafdakılar birmənalı davranış gözləyirlər. Bir piyadalar küçənin sağ tərəfi ilə, qarşıdan gələnlər isə yolun sol tərəfi ilə hərəkət edən zaman qaydalanmış, mütəşəkkil qarşılıqlı münasibət əmələ gəlir. Qayda pozulan zaman isə tokkuşmalar və nizamsızlıqlar baş verir. Normaların təsiri daha da aşkar özünü biznesdə göstərir. Partnyorlar yazılmış və yazılmamış qaydalara, norma və qanunlara riayət etməyən zaman biznes ümumiyyətlə mümkün ol-

maz. Beləliklə normalar motivləri, məqsədləri, hərəkət subyeklərinin yönləndirilməsini, hərəkəti özünü, gözləməni, qiymətləndirməni və vasitələri daxil edən sosial əlaqələr sistemini formalaşdırır.

Normalar özlərini hansı keyfiyyətdə göstərmələrindən asılı olaraq öz funksiyalarını həyata keçirirlər:

- Davranış standartları kimi (öhdəliklər, qaydalar) və ya
- davranış gözləmələri kimi (digər insanların gözləmələri)

Bütün bunlardan aydın olur ki, əgər fərd cəmiyyətin müəyyən etdiyi bütün normalara riayət edirsə, onun davranışı deviant hesab olunmur, yox əgər o, bəzi qaydalara riayət etməyən zaman isə bu fərdin davranışı deviant hesab olunacaq.

«*Sosial kənarlaşma*» məfhumu fərdin və ya qrupun ümumi qəbul olunmuş qaydalara müvafiq olmayan davranışını ifadə edir ki, bu zaman onlar bu qaydaları pozurlar. Sosial kənarlaşmalar müxtəlif formaları qəbul edə bilirlər. Cinayətkarlar, qatillər, günahkarlar, zahidlər, müqəddəslər dahilər, böyük idmançılar, novator-rəssamlar – bütün bunlar ümumi qəbul olunmuş normalardan kənarlaşan insanlara aiddirlər, yəni onları deviantlar adlandırırlar.

Deviant davranış - istənilən sosial cəmiyyətin ən mühüm problemlərindən biridir. O, insan cəmiyyətində həmişə mövcud olmuşdur, var və olacaqdır. Biz nə qədər bundan qaçmaq istəsək də, deviant adlanan insanlar həmişə tapılacaq, yəni, o insanlar ki, onlar yaşadıkları cəmiyyətdə qəbul olunmuş qaydalar və normalarla yaşamaq istəmirilər.

Lakin müxtəlif sosial cəmiyyətlər biri birlərindən sosial kənarlaşmanın dərəcəsinə görə fərqlənirlər, yəni, mən onu nəzərdə tuturam ki, müxtəlif sosial cəmiyyətlərdə «deviant» anlayışına uyğun gələn insanların sayı müxtəlif ola bilər. Həmçinin müxtəlif sosial cəmiyyətlərdə deviantlığın müxtəlif dərəcələri ola bilər, yəni bir cəmiyyətin sosial normalardan kənarlaşmanın orta səviyyəsi digərindən fərqli ola bilər.

Bəzi aksiyalar yalnız müəyyən cəmiyyətlərdə qanun pozuntusu kimi qəbul olunur, digərləri isə – istisna olmadan bütün cəmiyyətlərdə. Məsələn öz üzvlərinin qətlə yetirilməsini və ya digər insanların mülkünün onların razılığı olmadan ekspropriasiyasını bağışlayan heç bir ölkə yoxdur. Lakin alkoqollu içkilərin istifadə edilməsi islam ölkələrində ciddi pozuntu hesab olunur,

narkotiklərin istifadəsi və yayılması isə ölüm cəzası ilə nəticələnir. Rusiya və ya Fransada isə müəyyən hallarda spirtli içkidən imtina etmək qəbul olunmuş davranış qaydasının pozulması kimi qəbul olunur, Hollandiyada isə narkomanlar aşkarcasına həyat sürürlər.

Elmi tərifdən istifadə etsək, *deviant davranış, deviantlıq (lat. deviatio - kənarlaşma)* – bu:

1. müəyyən cəmiyyətdə rəsmi şəkildə müəyyən olunmuş və ya faktiki əmələ gəlmiş norma və gözləmələrə müvafiq olmayan *insan hərəkəti, əməlidir.*

2. müəyyən cəmiyyətdə rəsmi şəkildə müəyyən olunmuş və ya faktiki əmələ gəlmiş norma və gözləmələrə müvafiq olmayan insan fəaliyyətinin nisbətən kütləvi və sabit formaları ilə ifadə olunan *sosial hadisələrdir.*

Bir çox cəmiyyətlərdə deviant davranışa olan nəzarət qeyri mütənasibdir: pis tərəfə kənarlaşmalar pislənir, yaxşı tərəfə olanlar isə təqdir edilir. Kənarlaşmanın müsbət və ya mənfi olmasından asılı olaraq deviasiyanın bütün formalarını bir kontiniumda yerləşdirmək olar. Onun bir qütündə maksimal bəyənilməyən davranış göstərən insanlar – inqilabçılar, terroristlər, qeyri patriotlar, siyasi mühacirlər, ateistlər, satqınlar, vəhşilər və dilənçilər yerləşdiriləcək. Digər qütbdə isə maksimal dərəcədə təqdir edilən kənarlaşmaları olan qrupp yerləşəcək: milli qəhrəmanlar, görkəmli artistlər, idmançılar, alimlər, yazıçılar, rəssamlar və siyasi liderlər, missionerlər, əmək qabaqcılları. Əgər biz statistik hesablama aparsaq, müəyyən olunacaq ki, normal inkişaf edən cəmiyyətlərdə və adi şəraitdə bu qruplardan hər birinə əhalinin ümumi sayının 10-15% düşəcək.

Deviant davranışın yaranması səbəblərini izah etməyə çalışan müxtəlif nəzəriyyələr mövcuddur.

Deviant davranışın fiziki tipləri nəzəriyyəsinin tərəfdarları sırasında Ç.Lombrozonun, E.Kreçmerin, V.Şeldonun adını çəkmək olar. Bu müəlliflərin işində bir əsas ideya mövcuddur: müəyyən fiziki quruluşlu insanlar ictimaiyyət tərəfindən pislənilən sosial kənarlaşmalar etməyə meyllidir. Amerika həkimi Uilyam Şeldon insan davranışının proqnozlaşdırılması üçün onun bədən quruluşunun öyrənilməsinin əhəmiyyətini vurğulayırdı. O, hesab edirdi ki, bədənin müəyyən quruluşu müəyyən şəxsi keyfiyyətləri ifadə edir (18).

Endomorf – şişman bədənli orta köklük, bu cür insana ünsiyyət, insanlarla yola getmək bacarığı xasdır. **Mezomorf** – bədən gücü və qaməti ilə fərqlənir, insan narahatlığa meyllidir, fəaldır və ağrıya qarşı çox da həssas deyil. **Ektomorf** – bədənincəliyi və zərifliyi ilə fərqlənir, özünü təhlil etməyə meyllidir, yüksək hissiyatludur və əsəbidir. U.Şeldon belə bir nəticəyə gəldi ki, deviant davranışa, qanunların pozulmasına daha çox meylli mezomorf quruluşlu insanlar olur. Lakin təcrübə fiziki tiplər nəzəriyyəsinin əsassız olduğunu göstərdi. Baş mələikə simalı fərdlərin ən ağır cinayətlər törətdikləri, lakin kobud, «cinayətkar» üz cizgiləri olan fərdin hətta milçəyi incidə bilmədiyi hallar hamıya məlumdur.

Kənarlaşma davranışın psixi analitik nəzəriyyələrinin əsasında şəxsiyyətin şüurunda baş verən ixtilafın öyrənilməsi durur. Z.Freydin nəzəriyyəsinə əsasən hər şəxsiyyətdə aktiv şüur qatı altında şüursuz sahə yerləşir – bu tərkibində təbii, ibtidai olan hər şey cəmlənmiş bizim psixi enerjimizdir. İnsan özünün təbii «qanuna tabe olmayan» vəziyyətindən şəxsi «Mən»in, həmçinin yalnız cəmiyyətin mədəniyyəti ilə müəyyən edilən «Mənliyin» formalaşdırılması yolu ilə özünü müdafiə etmək qadirdir. Lakin elə bir vəziyyət yarana bilər ki, «Mən» və şüursuzluq, həmçinin «Mənliyin» və şüursuzluğun arasında olan daxili ixtilaf müdafiəni dağdır və nəticədə bizim daxili, mədəniyyəti bilməyən daxilimiz üzə çıxır. Bu halda fərdin sosial əhatəsi ilə yaradılmış mədəni normalardan kənarlaşma baş verə bilər.

Robert K. Merton (21) hesab edir ki, deviasiyanın səbəbi cəmiyyətin mədəni məqsədləri və ictimai təqdir edilən onların əldə edilməsi vasitələri (leqal və yaxud institusional) arasındakı pozulmadır. Məsələn, insan istedadı və qabiliyyətlərinin (leqal vasitələrin) köməyi ilə rifaha nail ola bilmədikdə, o, cəmiyyətlə təqdir olunmayan yalana, saxtakarlığa və yaxud oğurluğa, rüşvətə əl ata bilər, hal-hazırda bu bəzi idman növlərində müşahidə olunur (italiya premyer-liqasında baş vermiş qalmaqalı yada salmaq istəyərdim). R.Merton tərəfindən şəxsiyyətlərin məqsədlərə və vasitələrə qarşı davranış tipologiyası işlənib hazırlanmışdır.

Konformist istər mədəni, istərsə də cəmiyyətdə təqdir edilən institusional vasitələri qəbul edir və cəmiyyətin loyallıq üzvüdür;

Novator mədəni məqsədlərə (özü qəbul etdiyi) qeyri-institusional vasitələrlə (qeyri-qanuni və kriminoloji daxil olmaqla) nail olmağa çalışır;

Ritualist mütləqləşdirdiyi institusional vasitələri qəbul edir, lakin bu vasitələrin köməyi ilə nail olmalı məqsədləri saymır və yaxud unudur. Ayinlər, mərasimlər və qaydalar onun üçün davranışın əsasıdır, eyni zamanda isə o, bir qayda olaraq, qəribə, qeyri-ənənəvi vasitələri rədd edir;

Ayrılmış tip istər mədəni, ənənəvi məqsədlərdən, istərsə də onların əldə edilməsi üçün lazım olan institusional vasitələrdən uzaqlaşır (məsələn daimi yaşayış yeri olmayanlar, narkomanlar, alkoqoliklər);

Qiyamçı istər vasitələr, istərsə də mədəni məqsədlərə münasibətdə tərəddüd edir; o, yeni norma və dəyərlər sistemini və onların əldə edilməsi üçün yeni vasitələr yaratmaq arzusunda olaraq, mövcud olan məqsəd və vasitələrdən kənarlaşır.

Stiqmaziya və yaxud damğaların vurulması nəzəriyyəsi – bu cəmiyyətin nüfuzlu qruplarının bəzi sosial və yaxud milli qruplara (qaraçılar, zəncilər, qafqaz milliyətli şəxslər) deviant damğasının vurulması qabiliyyətidir. Stiqmatizasiya (damğaların vurulması) nəzəriyyəsi deviant davranışı nüfuzlu qrupların daha az nüfuzlu qrup üzvlərinə «deviant» damğasının vurulması qabiliyyəti ilə izah edir. Amerikada zəncilərlə məhz bu cür davranırdılar. Onlar təqib edilirdi və bəzən ağ dərilili qadınların zorlanılmasında yalandan ittiham olunurdu.

Beləliklə, kənarlaşmalar mədəni cəhətdən təqdir edilənlərə və mədəni cəhətdən pislənilənlərə ayrıla bilər.

Mədəni cəhətdən təqdir edilən kənarlaşmalar. Kənara çıxan davranış hər zaman hazırki cəmiyyətdə qəbul olunmuş mədəniyyət nöqtəyi nəzərindən qiymətləndirilir. Bura ümumi kütlədən dahiliyi, müəyyən müsbət şəxsi xüsusiyyətlərlə seçilən insanları, məşhur aktyorları, idmançıları və s. aid etmək olar. Belə şəxsiyyətlər cəmiyyətin əksər üzvləri üçün ideal olur.

Sosial təqdir edilən kənarlaşmalara gətirə biləcək lazımi xüsusiyyətləri və davranış üsullarını qeyd etmək lazımdır.

Üstün intellektuallıq. Yüksək intellektuallıq yalnız sosial statusların məhdudlaşdırılmış sayı əldə edilən zaman sosial təqdir edilən kənarlaşmalara gətirib çıxardan davranış üsulu kimi baxıla bilər. Əqli qabiliyyətsizlik böyük alimin və yaxud mədəniyyət xadiminin rolları yerinə yetirilən zaman mümkün deyil, eyni zamanda üstün intellektuallıq aktyor, idmançı və yaxud siyasi lider üçün daha az lazımdır;

Xüsusi meyllər. Fəaliyyətin çox məhdud, spesifik sahələrində unikal xüsusiyyətləri göstərməyə imkan verir.

Üstün motivasiya. Bir çox sosioloqlar hesab edir ki, intensiv motivasiya çox zaman uşaqlıqda və yaxud gənclikdə keçirilmiş itkilərin və yaxud təəsüratların kompensasiyasına xidmət edir. Məsələn, belə bir fikir mövcuddur ki, Napoleon uşaqlıqda keçirmiş tənhalığın nəticəsində uğurun və yaxud hakimiyyətin əldə edilməsi üçün yüksək motivasiyaya malik idi, və yaxud böyük futbolçu Qarrinça uşaqlıqda keçirdiyi ehtiyacın və axsaqlığına görə həmyaşıdların istehzaları nəticəsində futbolda daima birinciliyə can atırdı;

Şəxsi xüsusiyyətlər – şəxsiyyətin yüksəlməsinə kömək edən şəxsi xüsusiyyətlər və xasiyyətin xüsusiyyətləri;

Xoşbəxt hadisə. Böyük nailiyyətlər – bu yalnız aydın ifadə olunmuş istedad və yaxud arzu deyil, həmçinin onların müəyyən yerdə və müəyyən vaxtda göstərilməsidir.

Deviant davranışlı gənclərin intensiv bəraətinin və sosiallaşdırılmasının bütün növləri arasında əhəmiyyətli rolu idman oynayır.

İdman – hərəkətverici fəaliyyət mədəniyyətinin insan və bəşəriyyət tərəfindən unikal sosial inkişafı, genişləndirilməsi və mənimsənilməsi institutudur. İdmanı insanlar, insan və təbii hadisələr arasında, insanın özünün özü ilə mübarizə kimi başa düşülən rəqabətlə əlaqələndirmək ümumi qəbul olunub.

«İdman» sözü «de sporte» qədim fransız və yaxud ingilis sözündən əmələ gəlir və əyləndirməni, şənəndirməni, əyləncəni ifadə edir.

Bu gün idman anlayışı yalnız qismən bu təyinə uyğun gəlir. Tamaşaçılar üçün ilkin mənanın qorunmasına və idmanın bir hadisə olaraq əvvəlki kimi qalmasına baxmayaraq, hazırda dominatlıq nəticə, yarışlarda nəticələrin müqaisəsi təşkil edir.

Tədqiqatçıların diqqətsiz qoymadığı növbəti mövzu idmanda dəyərlər mövzudur (19, 20, 22, 25). İdman fəaliyyəti sahəsində nəyin həqiqətən dəyərli olduğu, idmançıların hansı dəyəri: vicdanı və yaxud nəyin bahasına olursa olsun qalibiyyəti seçdiyi tədqiq olunur. İdmanda gözəlliyin və zorakılığın necə uyğunlaşması maraqlıdır. Belə ki bu uyğunlaşma ahəngliyi ilə fərqlənir və müşahidəçilərdə adətən bunun niyə baş verdiyi və necə mümkün olduğu barədə suallar yaranmır. Əlbəttə zorakılıq müxtəlif idman növlərində dəyşir, başlıcası isə bu idman növündə hansı məsafənin qəbul olun-

duğu ilə bağlıdır. Məsələn, ən böyük məsafə qolfdadır və zorakılıq burada yox səviyyəsinə endirilib. Futbol, rəqbi, xokkey kimi kontakt idman növlərində, zorakılıq buna müvafiq olaraq daha yüksəkdir. Zorakılıq səviyyəsi üzrə döyüş idman növləri (boks, güləş, karate) bütün rekordları üstələyir.

Digər mövzu- vicdanlı oyun mövzudur. Vicdanlı oyun sosial norma və dəyər kimi mənbəyini idmandan götürüb, vaxt keçdikcə daha geniş yayılmışdır. Lakin idmanda nəticə əsas məqsədə çevrildikdə bəzən uğurun qeyrivicdanlı nail olması üsulları təşviq olunur. Tədqiqatçıları bunun vicdanlı oyunun tam itməməsinə səbəb olmayacağı sualı çox maraqlandırır. Burada özünəməxsus ziddiyət yaranır: birincisi, nəticələrə nail olması zəruri olan sət rəqabət zərurəti, ikincisi, vicdanlı oyunun aparılması. Xans Lenk vicdanlı oyunu iki rəsmi və qeyrirəsmi hissəyə bölməyi təklif edir. Qeyri rəsmi vicdanlı oyun anlayışı altında əvəllər Olimpiya Oyunlarında olduğu kimi centlemen davranışı, cəngavərlik başa düşülür. Pyer Kuberten qeyd edirdi ki, əsas əqidəsi vicdanlı və bərabər yarışma olan Olimpiya Oyunları cəngavərlik ruhu ilə fərqlənir. Bu qeyrirəsmi vicdanlı oyun misalıdır.

Olimpiya oyunları tarixində bir sıra qeyri rəsmi vicdanlı oyun nümunələri var. 1928-ci il oyunlarında fransız qılıncoynadanı Lyusyən Qodena rapira ilə toxunmuşdular. Hakim: «Düşmədi» elan etmişdir. Qoden irəli çıxaraq rəqibinin ona toxunduğunu elan etmişdir. Digər hadisə isə 1956-cı ildə Melburnda baş vermişdir. 3000 metrə maneəli qaçışda olimpiya qalibinin diskvalifikasiyası ləğv edilmişdir. Arxasında qaçan rəqibləri onun onları gecikdirmədiyini elan etmişdilər.

Bu gün idman yarışmalarının atmosferi bir qədər başqadır və belə olmasını təsəvvür etmək çox çətinidir. Çox zaman vicdanlı oyun görüntüsü yarıdır. Aşkar edilməməsi, hiss olunmaması bu halda əsas məqsədə çevrilir. Bu kimi hallardan biri dünya çempionatında baş vermişdir. Maradona həll edici matçda əli ilə qol vurmuş, hakim bunu görməyərək qolu hesab etmiş, lakin Maradona bu səhvi boynuna almamışdır. Dopinqlə əlaqəli vəziyyət də buna bariz nümunələrdən biridir. Rəsmi surətdə mühakimə olunmasına baxmayaraq gizli şəkildə istifadə olunur və dopinq qismində məlum olmayan və aşkarlanması çətin olan yeni preparatların hazırlanması müəyyən dairələr tərəfindən həvəsləndirilir.

İdman psixologiyası həmçinin inkişaf prosesinə mütləq yardımçı olan və komandada yaranması qaçılmaz olan münaqişələri öyrənir. Lakin uzun sürən şəxslərarası münaqişələr arzuolunmazdır. Bunlar qarşılıqlı fəaliyyətin pozulmasına gətirir və sonunda idmançını nəticəyə deyil münaqişənin subyektiv həllinə yönəldir. Şəxsi xüsusiyyətlərdən aslı olaraq idmançılar münaqişənin həllində müxtəlif üslublardan istifadə edə bilərlər (rəqiblik, əməkdaşlıq, kompromiss, kənarlaşma, öyrəşmə).

İdmançının «motiv konstrukt» larını, həmçinin məqsədli dominantlıq «özünə yönəlmiş məninə» və yaxud «məsələlərinə» istiqamətlənməsini öyrəndikdə aşkar olunur ki, onlar çox zaman idmançının məşq, komanda yoldaşlarına münasibətini müəyyən edir. İdmanın komanda növlərində «Ego-istiqamətlənmiş» idmançılar özlərinin sosial statusunun qalxmasından çox narahatdırlar. Təbii ki, bu komandanın psixoloji iqlimində özünü əks etdirməyə bilməz. İdmançının hərəkətləri lazımı nəticə, məsələn, qələbəni əldə etmək üçün zəruri olan hərəkətlərin həyata keçirilməsidir.

Motivə müvafiq olaraq idmançı hərəkət edir (yarışmada çempion, qalib olma arzusu).

İdmana əlavə olaraq münaqişə nəzəriyyəsinin tərəfdarları idmana münaqişə hesabına inkişaf edən və onunla stimullaşan sosial törəmə kimi baxa bilərlər. Məsələn, idman komandasının daxilində yaranmış münaqişə onun birləşməsinə və daxili birliyin bərpasına səbəb ola bilər. Münaqişə nəzəriyyəsi tərəfdarları israr edirlər ki, yalnız dəyər və maraqları əhatə edən və qəbul olunmuş əsas qruplardaxili münasibətlərə ziddiyət təşkil etməyən daxili münaqişələr funksional müsbət xarakter daşıyır. Lakin əgər münaqişənin inkişafı prosesində bu komandanın mübarizə aparın tərəfləri özlərinin dəyər və normalarını dəyişirlərsə, bu zaman münaqişə mənfə əhəmiyyət daşımaqla nəticədə idman komandasının dağılması ehtimalı yaranacaq.

Yarışma və yaxud idman oyununu idmanda qruplar arasında münaqişənin analoqu kimi təqdim etmək olar. Bu münaqişənin daha yumşaq formasının təzahürüdür. Həmçinin komanda, idmançılar arasında savaşı şəklinə baş verən münaqişə halları da mümkündür. Məsələn, sonuncu çempionatda Zidan və Mosaretti arasında olan, və yaxud Mayk Tayson və Evander Xolifild arasında yaranmış, həmçinin idmançılar və hakimlər arasında baş verən münaqişələr (Pekin Olimpiyaladasında kuba karateistinin uduzduqdan sonra re-

ferini verması) - bunlar hamısı idman sahəsində baş vermiş müqəqişə misal-larıdır.

İdmanda munaqişələr bütöv ölkələr arasında da yarana bilər. Buna ABŞ və Sovet İtifaqı arasında olan münasibətləri misal gətirmək olar. Bax-mayaraq ki, belə miqyaslı munaqişələri qarşıdurma adlandırılır. Belə muna-qişələr daha kompleksli olduğundan və həyatın bir neçə sahəsini əhatə etdi-yindən ciddi nəticələrə səbəb ola bilər.

İdman - milli fəxarətin təcəssümü, birlik mənbəyi və eyni zamanda si-yasi elita tərəfindən öz dövlətinin olduğu kimi, digər dövlətlərin də vətəndaş-larına müəyyən siyasi ideyaların təlqini üçün istifadə olunan zaman və me-xanizmdir.

Məsələn, belə mexanizm qismində nasist Almaniyasında idman na-sist rejiminə haqq qazandırılması və onun möhkəmləndirilməsi üçün istifadə olunurdu. Mahiyyət etibarı ilə alman idmançıların qalibiyyəti siyasi siste-min düzlüyünü təstiqlədi.

İdman dövlət milliyətçiliyinin yayılması üçün istifadə olunurdu. Bu kimi hallar çox Afrika ölkələrində baş verirdi. 1956-cı ildə CAR-ın Milli-yətçi Partiyası elan etmişdir ki, ağ dərililər və qeyri-ağ dərililər özlərinin id-man fəaliyyətini ayrı təşkil etməlidir; Cənubi Afrikada irqlərarası yarışmalar, irqlərin qarışması olmamalı, digər ölkələrin idmançıları isə öz adətlərinə hö-rmət etdikləri kimi Cənubi Afrika adətlərinə də hörmət etməlidirlər. Cənubi Afrikanın idman siyasətinə qarşı çox sayda etirazlar yaranmışdır. Nəticədə Cənubi Afrika hökuməti idman sahəsində Qərblə münasibətlərinin yaxşılaşdı-rılması üçün idmanda irqçi siyasətinin dəyişdirilməsi üzrə müəyyən də-yişikliklər etmək məcburiyyətində qalmışdır.

Siyasi və idman qarşılıqlı münasibətlərinin xüsusi hallarından biri də idman məsələsinin Milli muxtariyyətdə öz təşkilini tapmasıdır. Belə zənn et-mək olar ki, Milli muxtariyyətdə idmanın siyasi rolu özünün digər millətlər-dən (ən əsası, bu dövlətin qonşularından) fərqlini qeyd etmək kimi siyasi va-sitələrin məhdudluğu hesabına daha əhəmiyyətli olur. Digər tərəfdən isə xüsusiyyətləndirmə zəruriliyi belə ölkələrdə suveren dövlətdə olduğundan daha kəskin hiss olunur. Məsələn, özünün futbol və digər komandaları, hətta yığ-masına malik Şotlandiyada olduğu kimi, bəzi hallarda idman praktiki olaraq dövlət daxilində milliyətin faktiki olaraq yeganə «suverenlik» atributuna

çevrilir (yəni bu mədəniyyət bölgəsini beynəlxalq idman yarışmalarında ayrı subyekt qismində təqdim edən komandalar de-fakto idman səviyyəsində özünün dövlət qurumu olan milliyətlərlə şotlandiyalıları bərabərləşdirirlər). Ümumiyyətlə, idman Avropanın «kelt» milliyətləri kimi adlanan Milli vilayətlərində (Böyük Britaniyada Şotlandiya və Uels, Fransada Bretan) və yaxud İspaniyada Basklar ölkəsi və Kataloniyada qabarıq surətdə siyasi rol oynayaraq bir sıra tədqiqatçıların işlərində öz əksini tapmışdır.

Afınada keçirilən 2004-cü ilin Olimpiya Oyunlarında İspaniyanı rəsmi surətdə təmsil edən bədii qimnast Almunda Sid bütün konfranslarda özünün mənsəp etibarını ilə Basklar ölkəsindən və bask dilinin onun ana dili olmasını mütləq qeyd edirdi.

Öz dövləti olmayan millətləri nəinki komanda və futbol klublarına sahib olmaları, hətta digər idmanla bilavasitə bağlı olan təcrüblər də eyniləşdirə bilər. Misal olaraq Kataloniyanın paytaxtı Barselonada keçirilən 1992-ci il Olimpiadasını qeyd etmək olar. Maraqlısı da ondadır ki, rəsmi Madridin razılığı ilə Olimpiada kataloniyalıları tərəfindən özlərinin mədəni eyniləşdirilməsinin nümayiş və təsdiqi qismində istifadə olunurdu.

Belə fərz etmək olar ki, konkret cəmiyyətdə mülki institutlar daha çox inkişaf etdikcə bir o qədər idman etnik münəqişələr arasında və suverenitet məsələlərində böyük rol oynamağa başlamışdır. Buna misal kimi hazırda müşahidə olunan Rusiya hökumətinin çeçen idmanına göstərdiyi hərtərəfli yardımını (bu yaxınlarda Moskvada keçirilmiş «Terek» futbol klubunun oyunu) göstərmək olar. Bunu münəqişə enerjisinin heç olmasa bir hissəsinin idman sahəsindəki yarışmaya keçirilməsi cəhdi kimi qiymətləndirmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Cashmore E. Making Sense of Sports: E. Cashmore. - 3rd ed.-London; New York: Routled, 2001.
2. Collins dictionary of sociology / Jary, David, Jary, Julia. - L.; NY: HarperCollins, 1991.
3. Frey J.H., Eitzen D.S. Sport and Society // Annual Review of Sociology, Vol. 17. (1991), P. 503-522.
4. Gunther L. Sociology of Sport: Development, Present State, and Prospects // Annual Review of Sociology, Vol. 6. (1980), P. 315-347.
5. Horrel M. South Africa and the Olympic Games. Johannesburg: South Africa Institute of Race Relations. 1986.
6. Snyder E.E. Social aspects of sport / 3rd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1989.
7. Sociology of sport: theory and practice / Armour, K.M., Jones R.L. - L.: Longman, 2000.

8. Sport in contemporary society : an anthology / Eitzen, D. Stanley; compiled by D. Stanley Eitzen. - 4th ed. - NY: St. Martin's Press, c1993.
9. Апциаури Л.Ш. Спорт как социальное явление и фактор социализации личности // Теория и практика физ. культуры. 2003. №1. С. 12-14.
10. Бальсевич В.К. Олимпийский спорт и физическое воспитание: взаимодействие и диссоциации // Теория и практика физической культуры. –1996. – № 10.
11. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Физическая культура: молодежь и современность //Теория и практика физической культуры. – 1995. – № 4.
12. Гумберт Ханс Ульрих Форма насилия. Похвальное слово красоте спорта // Неприкосновенный запас 2004 №3 С. 82-87
13. Гуськов С.И. Любители или профессионалы? – М.: Знание. Серия «Физическая культура и спорт». – 1988.
14. Жолдак В.И., Коротаева Н.В. Социология физической культуры и спорта. Учебное пособие. – Малаховка, МОГИФК. 1994. – 295 с.
15. Кон И.С. Социология личности. – М. – 1967.
16. Кравченко А.И. Социология: Учебник для вузов. - М.: Академический проект, 2000.
17. Общая социология: Учеб. пособие / Под общ. ред. проф. А.Г. Эфендиева. – М.: ИНФРА-М, - 2008 – С. 108
18. Клейберг Ю.А. Психология девиантного (отклоняющегося) поведения.
19. Лубышева Л. И. Женщина и спорт: социальный аспект // Теория и практика физ. культуры. 2000. №6. С. 13-15.
20. Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта. Учебное пособие. 2001.
21. Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социология преступности (Современные буржуазные теории) Москва, 1966. Перевод с французского Е.А.Самарской. Редактор перевода М.Н. Грецкий. Издательство «Прогресс»..
22. Стамбулова Н.Б. Кризисы спортивной карьеры // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 10.
23. Столяров В.И. Спорт и современная культура. //Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 7.
24. Столяров В.И. От гуманистической теории спорта - к теории гуманизации соперничества // Теория и практика физ. культуры. 2003. №5. С. 13-15.
25. Теория и методика спорта. Учеб. пос. для УОР // Под ред. Ф.П. Суслова, Ж.К. Холодова, В.П. Филина. - М.: 4-й филиал Воениздата, 1997.

Сара təqdim edən redaksiya üzvü : C.İsmayilova

Взаимосвязь заболеваний сердечно-сосудистой системы и тревожно-депрессивных расстройств

Б.В.Салманзаде

Ürək-damar xəstəliklərinin və təşviş-depressiv pozuntuların qarşılıqlı əlaqəsi

B.V.Salmanzadə

Relationship of cardiovascular diseases and anxiety-depressive disorders

B.V.Salmanzade

ATU-nin psixiatriya kafedrası
E-mail: psixiatr.60@icloud.com

Təqdim edilmiş məqalədə ürək-damar xəstəliklərinin (ÜDX) və təşviş-depressiv pozuntuların qarşılıqlı əlaqəsinə həsr olunmuş ədəbiyyat məlumatları təhlil edilir. Bu da onunla əlaqədardır ki, müxtəlif tədqiqatların nəticələrinə əsasən ÜD xəstəlikləri olan xəstələrdə, digər növ somatik xəstəlikləri və ümumi populyasiya ilə müqayisədə, təşviş-depressiv pozuntular tez-tez rast gəlinir. Mövcud olan qiymətlərə əsasən ÜD xəstəlikləri olan psiyentlərdə təşviş-depressiv pozuntuların yayılması 18%-60% arasında tərəddüd edir. Müxtəlif tədqiqatçılar qeyd edir ki, ürək-damar xəstəliklərdə təşviş-depressiv pozuntuların inkişaf etməsi həmin xəstələrin yaşam keyfiyyətini xeyli ağırlaşdırır, eyni zamanda həmin patologiyadan ölümlərin tezliyinə təsir edir. Ədəbiyyat məlumatların təhlili əsasında belə nəticəyə gəlmək olur ki, ÜDX-ün və təşviş-depressiv pozuntularının patogenetik qarşılıqlı əlaqəsi həm üzvi, həm də funksional səviyyəsində realizə olunur. Bu da təşviş-depressiv pozuntuları ilə komorbid olan ürəyin işemik xəstəliyin müalicəsinin kompleks sxemlərin təkmilləşdirilməsini müəyyən edir.

Açar sözlər: ürək-damar xəstəlikləri, təşviş-depressiv pozuntuları, xəstələrin yaşam keyfiyyəti, qarşılıqlı əlaqə.

This article discusses the literature data on the relationship of cardiovascular diseases (CVD) and anxiety and depressive disorders. This is due to the fact that according to various studies among patients with CVD, the proportion of patients who have anxiety and depressive disorders is significantly higher than with other forms of somatic pathology and significantly exceeds the prevalence of depression in the general population. According to existing estimates, in patients with CVD, the prevalence of anxiety-depressive states is from 18 to 60%. Various authors have shown that the development of anxiety-depressive disorders in cardiovascular diseases (CVD) significantly impairs the quality of life of patients, as well as affects their mortality from this pathology. Based on the analysis of literature data, it can be concluded that the pathogenetic relationship of sheuc Height Disease and

anxiety and depressive disorders is realized on both organic and functional levels. All this dictates the need to improve complex treatment regimens for patients with coronary heart disease and comorbid anxiety and depressive disorders.

Keywords: *cardiovascular diseases, anxiety-depressive disorders, quality of life of patients, interrelation.*

В современном мире сердечно-сосудистые заболевания и аффективные расстройства представляют собой важную медицинскую и социальную проблему. Эксперты ВОЗ охарактеризовали ишемическую болезнь сердца (ИБС) и тревожно-депрессивные расстройства как «пандемии XXI века». Различными авторами показано, что развитие тревожно-депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) значительно ухудшает качество жизни больных, а также влияет на их смертность от данной патологии [7, 8, 14, 15, 17, 19, 21, 25, 28, 34, 39, 50, 52, 62, 66, 67].

Среди больных с ССЗ доля пациентов, обнаруживающих тревожно-депрессивные расстройства, значительно больше, чем при других формах соматической патологии и существенно, превышает распространенность депрессии в общей популяции. По существующим оценкам, у больных ССЗ распространенность тревожно-депрессивных состояний составляет от 18 до 60% [5, 57].

Согласно исследованиям Friedman S. [44] наиболее часто встречающимся психо-эмоциональным нарушением у больных ИБС, является тревога. Эти данные подтверждаются и результатами исследования, проведенного Володиной О.В. [6], по данным которой тревожная симптоматика выявлена у 77,58% мужчин, страдающих ИБС.

Результаты клинико-эпидемиологического исследования Чазова Е.И. и соавт. [15] по выявлению депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца среди пациентов врачей общей практики, проведенного в 2002-2003 гг. в 35 городах России, показали, что депрессивные расстройства наблюдались в среднем у 45,9% обследованных. Частота выявления депрессии увеличивается с возрастом. Депрессивные расстройства чаще наблюдаются у больных, находящихся на стационарном лечении, чем у амбулаторных больных. Установлена, что депрессивные расстройства у пациентов общемедицинской сети лучше поддаются лечению при проведении им антидепрессивной терапии.

По данным ВОЗ к 2020 году, при сохранении существующих демографических тенденций, ИБС и депрессивные расстройства, по числу лет сокращения полноценной жизни в связи с инвалидностью, займут соответственно 1-е и 2-е место среди всех заболеваний [ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001].

Исследования последних десятилетий обнаружили, что тревога и депрессия являются независимыми факторами риска, влияющими на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией [14, 25, 58]. Рядом авторов было показано влияние тревожно-депрессивных расстройств на степень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в общей популяции [26, 34, 40, 41, 47, 50].

По данным многих исследований, относительный риск развития ИБС при исходном наличии депрессии (с учетом других факторов риска ИБС и демографических факторов) колеблется от 1,5 до 4,5 [29, 38, 41, 52, 54].

В широко известном проспективном (1992-1997) исследовании I.Kawachi, с участием 34 000 человек, было показано, что чем выше исходный уровень тревоги, тем более тяжелые формы ИБС возникают впоследствии [26]. Доказательства причинно-следственной связи между тревогой и ИБС были получены еще в 10 проспективных исследованиях [63].

Эпидемиологические исследования, посвященные роли психологических факторов в увеличении заболеваемости и смертности от ИБС, проведенные в России показали, что в период 1990-1997 гг. заболеваемость ИБС в стране увеличилась более чем на 1000 человек на каждые 100 000 населения [16, 25]. Авторы связывают данные показатели с тем, что в этот период у примерно 70% населения наблюдалось нарастание уровня хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня. В процессе исследования установлена связь между нарастанием уровня стресса и увеличением числа депрессивных и тревожных расстройств с возросшей заболеваемостью и смертностью от ИБС [16].

В случае сочетания кардиологической и аффективной патологии отмечается усугубление как психических, так и соматических расстройств [23]. Согласно данным нагрузочных тестов у больных ИБС с

депрессией и тревогой, по сравнению с больными с аналогичным соматическим статусом без тревоги и депрессии, выявлена достоверно низкая толерантность к физической нагрузке [12]. Такие же результаты были получены в большом многоцентровом исследовании с участием более 7 000 больных ИБС, проведенном в США. Больные ИБС при наличии депрессии чаще жалуются на приступы стенокардии, ограничение физической активности, имеют худшее качество жизни и меньше удовлетворены результатами лечения по сравнению с больными без депрессии [28].

Кроме того, воздействие депрессии на сердечно-сосудистую систему имеет и непрямые (поведенческие) эффекты. Исследования показывают, что при наличии тревожно-депрессивных расстройств больные ИБС реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказу от курения, ограничению алкоголя, режиму физической активности [5, 28, 43, 58].

В последние годы одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, считается проблема низкой приверженности к лечению, на которую влияет целый ряд факторов. Среди них и экономические факторы, и побочные эффекты медикаментов, и плохая медицинская информированность больных относительно пользы от многолетнего регулярного приема препаратов. Вместе с тем, едва ли не определяющее влияние на приверженность к лечению оказывают психологические факторы и самовосприятие эффективности лечения [9].

Пациентов с ИБС, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, отличает низкая комплаентность, что создает дополнительные трудности для адекватной терапии [5, 43, 59]. При улучшении же их психологического статуса приверженность к лечению и выполнению врачебных рекомендаций повышается, но даже при соблюдении такими больными всех рекомендаций врача, эффект от адекватной терапии не достаточен [28, 53]. На наш взгляд, на эффективность терапии, помимо психического состояния больных влияют такие особенности личности больных как тревожность, мнительность, педантичность, повышенная ответственность и чувство долга, плохая адаптация к меняющимся условиям и др.

В теоретических разработках исследователей отдельное место занимают учения о коронарном типе личности, а также гипотеза о существовании особой психосоматической личности, поведение которой характеризуется чертами алекситимии (невозможность выразить свои эмоции) [1, 5, 10, 27, 51]. Однако теория личностных профилей разочаровала ученых, т.к она не способствовала выявлению механизмов влияния личностных черт на развитие болезни, тогда как именно эта задача всегда являлась одной из основных в психосоматике [4, 11].

Критическая точка зрения на учение об алекситимии высказывается недвусмысленно: алекситимия препятствует теоретическому и эмпирическому прогрессу связывания психических и соматических процессов [11, 35].

Долгое время считалось, что формирование тревоги и депрессии связано с ригидностью аффекта, длительным продумыванием неприятных ситуаций, неудовлетворенностью существующим положением дел, высоким уровнем напряженности из-за нереализованных побуждений [2].

В 1995 году Д.Шихан в монографии «Болезнь тревоги» выделил три главных причины, интеграция которых, по его мнению, и ведет к возникновению тревожно-депрессивных расстройств:

- 1) биологические (физиологические) предпосылки;
- 2) психологическое состояние;
- 3) средовые стрессы.

По мнению автора, преобладание в генезе болезни психологического внутреннего конфликта сильно преувеличено, а основными в этиопатогенезе тревожно-депрессивных расстройств следует считать биологические нарушения [22].

Доминирующей в настоящий момент моделью патогенеза тревожно-депрессивных расстройств является обсуждаемая в литературе связь между депрессией и гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГНС), симпатoadреналовой и иммунной систем, а также подавлением серотонинергической системы [24]. При этом практически все исследователи едины в том, что нейроэндокринная составляющая стресса регулируется именно этими системами.

Способность стресса вызывать ишемию миокарда подтверждена современными высокочувствительными методами визуализации миокарда – радионуклидной вентрикулографией [45, 48], эхокардиографией [46], позитронно-эмиссионной томографией [37]. При этом было показано, что примерно у 50% больных ИБС ишемия миокарда индуцируется психическими нагрузками. Коронарная недостаточность в ответ на психическую нагрузку проявляется в виде так называемой «немой» ишемии, возникающей при незначительном увеличении частоты сердечных сокращений и верифицированным суточным мониторингом ЭКГ [5].

Стресс, связанный с развитием депрессии, сопровождается выбросом кортико-тропин-релизинг фактора из гипоталамуса [42]. Данный фактор воздействует на одноименные рецепторы передней доли гипофиза, которая отвечает выбросом адренокортикотропного гормона. Адренокортикотропный гормон, в свою очередь, стимулирует высвобождение глюкокортикоидов (кортизол) из коры и катехоламинов (норадреналин) из мозгового слоя надпочечников. В норме эти процессы вскоре прекращаются, поскольку гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система регулируется по механизму отрицательной обратной связи [49, 61]. Однако при депрессии этот механизм обратной связи, по-видимому, нарушается [69]. Избыточная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к уменьшению активности мозгового нейротрофического фактора и синтеза гормона роста с последующим развитием дислипидемии (повышение уровня липопротеидов низкой плотности и снижение - липопротеидов высокой плотности) [5].

Современные представления об атеросклерозе связывают его патогенез с хроническим воспалительным процессом в стенке сосуда, который приобретает острое клиническое течение во время нарушения целостности бляшки, что приводит к тромбообразованию. Так как аналогичный воспалительный механизм наблюдается и при депрессии, при сочетании данных патологий происходит усиление, суммирование воспалительного ответа, что считают одним из возможных механизмов неблагоприятного влияния тревожно-депрессивных расстройств на течение и прогноз ИБС [3, 11].

Подтверждают воспалительный механизм депрессии клинические и экспериментальные данные, полученные Macs M. и Whooley M.A., свидетельствующие о роли иммунитета, в первую очередь — гиперсекреции противовоспалительных цитокинов, в манифестации и течении депрессии [56, 68]. Интересным в этом плане представляется исследование Young-Xu Y. и соавт., показавшее снижение риска развития депрессии и тревожного расстройства у больных ИБС на фоне применения статинов, обладающих противовоспалительным эффектом [55].

Другим механизмом формирования ишемии при стрессе является стресс-индуцированная коронарная вазоконстрикция [30, 31, 32, 33, 34, 60]. Эта вазоконстрикция обычно возникает в тех же отделах коронарного русла, что и в ответ на интракоронарное введение ацетилхолина [36]. Поскольку положительная проба с ацетилхолином является объективным критерием дисфункции эндотелия коронарного русла, некоторые исследователи полагают, что вазоконстрикция коронарных артерий, возникающая при психической нагрузке, имеет в своей основе эндотелий-зависимый механизм [31, 64, 65].

Больные, страдающие ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами, имеют сниженные показатели вариабельности сердечного ритма, что усугубляет течение сердечно-сосудистых заболеваний. Причем отмечается прямая зависимость возрастания указанного показателя от степени снижения выраженности тревожно-депрессивного синдрома [13, 18, 20].

Таким образом, патогенетическая взаимосвязь ИБС и тревожно-депрессивных расстройств реализуется и на органическом, и на функциональном уровне. Все это диктует необходимость усовершенствования комплексных схем лечения больных ишемической болезнью сердца и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

Список литературы:

1. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т.И. Грекова [и др.] // Клиническая медицина. - 1997. - № 11.-С. 32-34.
2. Березин Ф.Б. Психофизиологические соотношения при кардиологической патологии / Ф.Б. Березин // Психопатология, психология эмоций и патология сердца : тез. докл. Всесоюз. симпозиума. - Суздаль, 1988. -С. 12-13.

3. Бурячковская Л.И. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / Л.И. Бурячковская, Е.О. Полякова, А.Б. Сумароков // Терапевтический архив. - 2006. - № 11. - С. 87- 92.
4. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. - 1997. - № 2. - С. 149-160.
5. Васюк Ю.А. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко. - М., 2006. - 58 с.
6. Володина О.В. Частота встречаемости тревожных симптомов у мужчин с ишемической болезнью сердца (по данным кардиологического отделения) / О.В. Володина // Российский психиатрический журнал. - 2004. - № 6. - С. 4-7.
7. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. - 2005. - № 8. - С. 38-44.
8. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-54.
9. Дмитриева Т.Б. Здоровье мужчины и женщины. В чем различие? / Т.Б. Дмитриева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. — Экстравыпуск. - С. 3-5.
10. Ениколопов С.Н. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии / С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков // Психологический журнал. - 2001. - № 3. - С. 100-115.
11. Жидких Б.Д. Психосоматические и психосоциальные аспекты возникновения, развития и лечения внутренних болезней : дис. ... д-ра мед. наук / Б.Д. Жидких. - Курск, 2007. - 349 с.
12. Значение психологических особенностей больных ИБС при направлении на операцию аортокоронарного шунтирования // В.П. Зайцев [и др.]; // Кардиология' - 1997. - № 81 - С. 29-302
13. Зорин А.В. Нарушение вегетативной; регуляции и их медикаментозная коррекция у больных кардиальным синдромом X : дис. ... канд. мед. наук / А.В. Зорин. - М.;, 2004. — 135 с.
14. Зорин А.В. Нарушение вегетативной; регуляции и их медикаментозная коррекция у больных кардиальным синдромом X. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Зорин. - М., 2004: - 135 с.
15. Карпов Ю.А. Депрессивные расстройства в кардиологии / Ю.А. Карпов; // Consilium medicum - 2003 - № 4 - С. - 11.
16. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования. / Е.И. Чазов [и др.] // Кардиология — 2005. — Т. 45; №11. — С. 441.
17. Копина О.С. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний / О.С. Копина, С.Ф. Сулова; Е.Р. Заикин // Кардиология. - 1996; - № 31 - С. 22-27.
18. Костин В.И. Качество жизни пациентов с кардиологическим синдромом X / В.И. Костин, Р.С. Карпов // Клиническая медицина: - 2001. - № 1. - С. 25-27.
19. Лукьянчикова В.Ф. Коррекция вариабельности сердечного ритма у больных ИБС с депрессивными расстройствами при лечении феварином / В.Ф. Лукьянчикова, С.Ю. Барышко, А.Б. Островский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2007. — Т. 6, № 5. - С. 185.
20. Нестерова Е.А. Некоторые аспекты клиники и лечения сердечнососудистой патологии при сопутствующих депрессивных расстройствах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А. Нестерова. - 2002.
21. Прасолова В.Е. Психосоматические нарушения у больных пожилого возраста с инфарктом миокарда и особенности клиники и терапии. автореф. дис... канд. мед. наук / В.Е. Прасолова. - 2007. - 25 с.
22. Садулаева И.А. Сравнительное исследование эффективности триметазида МВ и 3-(2,2,2-триметилгидразиния) пропионата дигидрата при хронической сердечной недостаточности.: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Садулаева. - 2001. С. 43.
23. Симаненков В.И. Тревожные и депрессивные расстройства в общей медицинской практике. Обзор монографии Дэвида Шихана «Болезнь тревоги» (Нью-Йорк, 1995) / В.И. Симаненков,

- Е.Г. Порошина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1996. - № 1. - С 105-110.
24. Смулевич А.Б. Депрессия в общей практике. Проблемы и решения / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин // Аспекты коморбидности депрессии и сердечно-сосудистой патологии (на модели ИБС). материалы конгресса ВНОК.-М., 2003.
 25. Сыркин А.Л. // *Consilium medicum*. - 2003. - Экстравыпуск. - С. 7-9.
 26. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения / Е.И. Чазов // Клиническое исследование лекарственных средств России. — 2001. - № 1. - С. 2-4.
 27. A prospective study of anger of coronary heart disease: the Normative Aging Study /1. Kawachi [et al.] // *Circulation*. - 1996. - Vol. 9. - P. 2090-2095.
 28. Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale\ (TAS-20) / Y. Moriguchi [et al.] // *Biopsychosoc. Med*. - 2007. - Vol. 6. - P. 7.
 29. Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease / J.A. Spertus [et al.] // *Amer. Heart J.*-2000.-Vol: 140.-P. 105-110.
 30. Barefoot J.C. Symptoms of depression, acute myocardial infraction, and total mortality in a community sample / J.C. Barefoot, M. Scholl // *Circulation*. - 1996. - Vol. 93. - P. 1976-1980.
 31. Boltwood M.D. [et al.] // *Am. J. Cardiol*. - 1993. - Vol. 72. - P. 1361- 1365.
 32. Can menopause be considered an independent risk factor for cardiovascular disease? / G. Mercuro [et al.] // *Ital. Heart J*. - 2001. - Vol. 2, N 10. P. 719-727.
 33. Carney R.M. Change in heart rate and heart rate variability during treatment for depression in patients with coronary heart disease / R.M. Carney [et al.] // *Psychosom. Med*. - 2000. - Vol. 62. - P. 639-647.
 34. Carney R.M. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease / R.M. Carney, K.E. Freedland, R.C. Veith // *Psychosom Med*. - 2005.- Vol. 67, suppl. - P. S29-S33.
 35. Carney R.M., Freedland K.E. // *Psychosom. Med*. - 1980. - Vol. 50. - P. 627-633.
 36. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies / J.K. Larsen [et al.] // *J. Psychosom. Res*. - 2003. - Vol. 54 - P. 533-541.
 37. Sympathetically mediated effects of mental stress on the cardiac microcirculation of patients with coronary artery disease / N. Dakak [et al.] // *Am. J. Cardiol*. - 1995. -Vol. 76, N 3. - P. 125-130.
 38. Silent myocardial ischemia due to mental stress / J.E. Deanfield [et al.] // *Lancet*.-1984.-Vol. 2, N 84.-P. 1001-1009.
 39. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults / R. Anda [et al.] // *Epidemiology*. - 1993. - Vol. 4. - P. 285-294.
 40. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanism / R.M. Carney [et al.] // *J. Psychosom. Res*. - 2002. - Vol. 53.-P. 897-902.
 41. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study / D.E. Ford [et al.] // *Arch Inter Med*. - 1998. - Vol. 158. - P. 1422-1426.
 42. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infraction: prospective data from Baltimore ECA follow-up / L. Pratt [et al.] // *Circulation*. - 1996. -Vol. 94. - P. 3123-3129.
 43. Dinan T.G. Novel approaches to the treatment of depression by modulating the hypathalamic-pituitary-adrenal axis / T.G. Dinan // *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp*. - 2001. - Vol. 16. - P. 89-93.
 44. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance, and quality of life / A.M. Coelho [et al.] // *Rev. Port. Cardiol*. - 1997. - Vol. 11. - P. 873.
 45. Friedman S. Cardiac disease anxiety, and sexual functioning / S. Friedman // *Am. J. Cardiol*. - 2000 - Vol. 86, № 2A. - P. 47-50.
 46. Left ventricular, peripheral vascular and neurohumoral responses to mental stress in normal middle-aged men and women. Reference group for psychophysiological investigations of myocardial ischemia (PIMI) study / A.D. Goldberg [et al.] // *Circulation*. - 1996. - Vol. 94, N< 11'. - P. 2402-2409.

47. Induction of silent myocardial ischemia with mental stress testing: relation to the triggers of ischemia' during daily life actions and to ischemic functional severity-/ J.S. Gottdiener [et al.] // J. Am.Coll. Cardiol. - 1994. - Vol. 24, N 7. — P. 1645-1651.
48. Haines A.R. Phobic anxiety and ischemic heart disease / A.R: Haines, J.D. Imeson, T.W. Meade // BMJ. - 1987. - Vol. 295. - P. 297-299.
49. Effects of anger on left ventricular ejection fraction in coronary artery disease / G. Ironson [et al.] // Am. J. Cardiol. - 1992. - Vol. 70, N 3. - P. 281-285.
50. Jacobson L. The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis / L. Jacobson, R.M. Sapolsky // Endocr. Rev. - 1991. - Vol. 12, N 1. - P. 118-134.
51. Katon W. Depression and chronic medical illness / W. Katon, M.D. Sullivan // J. Clin. Psychiatry. - 1990. - Vol. 51. - P. 3-11.
52. Koch S. Diagnostic instruments for occupational stress experience and coping in psychosomatic rehabilitation / S. Koch, F. Hillert, E. Geissner // Rehabilitation. - 2007. - Vol. 46. - P. 82-92.
53. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patient with congestive heart failure / H.G. Koenig // Gen. Hosp. Psychiatry. - 1998. - Vol. 20. - P. 29-43.
54. Lane D. Psychology in coronary care / D. Lane, D. Carrol, G.Y. Lip // Q. J. Med. - 1999. - Vol. 92. - P. 425-431.
55. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences / F. Lesperance [et al.] // Psychosom. Med. - 1996. - Vol. 58, N 2. - P. 99-110.
56. Long-Term Statin Use and Psychological Well-Being / Y. Young-Xu [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2003. - Vol. 42. - P. 690-697.
57. Macs M. // Hum. Psychopharmacol. Clin.Exp. - 2002. - Vol. 16. - P. 95-103.
58. Musselman D.L. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology and treatment / D.L. Musselman, D.L. Evans, C.B. Nemeroff// Arch. Gen. Psychiatry. - 1998: - Vol. 55, N 7. - P: 580-592.
59. Non-compliance and adverse: outcome following an acute myocardial infarction: a dysfunctional stress? / E. Shemesh [et al.] // Europ. Heart J. - 2000: - Vol. 21. - P. 214.
60. Non-compliance with scheduled appointments in hypertensive, patients: profile of non-compliant patient / F. Pineiro-Chousa [et al.]// J. Rev. Clin. Esp. - 1998. - Vol. 10. - P. 669-672.
61. Pain threshold and tolerance in women with syndrome X and women with¹ stable angina pectoris / M. Turiel [et al.] // Am. J. Cardiol. - 1987. - Vol. 60. - P. 503-507.
62. Plotsky P.M. Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic- pituitary-adrenal axis / P.M. Plotsky, M.J. Owens, C.B. Nemeroff// Psychiatr. Clin. N. Am. - 1998. - Vol. 21, N 2.-P. 293-307.
63. Potts S.G. Psychological morbidity in patients with chest pain and normal/or hear-normal coronary arteries: a long-term follow-up study / S.G. Potts, C.M. Bass // Psychol. Med. - 1995. - Vol. 25. - P. 339-347.
64. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men / I. Kawachi [et al.] // Circulation. - 1994. - Vol. 89. - P. 1992-1997.
65. Rosanski A., Blumental' J:A., Kaplan J. // Circulation. - 1999. - Vol. 99. -P. 2192-2217.
66. Rosenthal T. Hypertension in women / T. Rosenthal', S. Oparil // J. Hum. Hypertens. - 2000: - Vol. 14, N 10-11. -P. 691-704.
67. Shapiro M. Is altered cardiac sensation responsible for chest pain in patients with normal coronary arteries? Clinical observations during cardiac catheterization / M. Shapiro, T. Crake, P.A. Poole-Wilson // Br. Med. J. - 1988. - Vol. 296. -P. 503-507.
68. Shapiro P.A., Lidagoster L., Glassman A.H. // Psychiatr. Ann. - 1997. - Vol. 27. -P. 347-352.
69. Whooley M.A. Managing depression in medical outpatients / M.A. Whooley, G.E. Simon // NEGM. - 2000. - Vol. 343, № 26. - P. 1942-1950.
70. The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress / A.C. Yeung [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1991. - Vol. 325, N 22. -P. 1551-1556.

Сара təqdim edən redaksiya üzvü : A.İsmayilova

**Клинические и организационно-методологические
аспекты военно-врачебной экспертизы граждан,
страдающих психическими расстройствами**

*Гаджиев С. , Мехтиева Л.Г. ,Абдуллаев Х.А. ,
Мамедзаде Дж.Ф. , Тагизаде Н.*

**Psixi pozuntulardan əziyyət çəkən vətəndaşlarda hərbi-həkim
ekspertizasının təşkilatı-metodoloji və kliniki aspektləri**

Hacıyev S. , Mehtiyeva L. , Abdullayev X. , Məmmədzaadə C. , Tağızadə N.

**Organizational-methodological and clinical aspects
of military-medical examination of citizens suffering
from mental disorders**

*Hajiyev S. , Mehtiyeva L. , Abdullayev Kh. ,
Mammadzadteh J. , Tagizadeh N.*

ATU-nun psixiatriya kafedrası
E-mail: atu_psixiatriya@yahoo.com

Hərbi xidmətə gedən çağırışçılar arasında xidmətə yararsızlığın səbəbi kimi əsas yeri psixi pozuntular tutur (21.8 %). Peşəkar hərbiçilər arasında isə bu göstərici 43.6% təşkil edir. Tədqiqatlar göstərir ki, hərbi qulluqçuların psixi sağlamlığına təsir edən bir çox obyektiv və subyektiv faktorlar vardır. Belə ki, psixoprofilaktik tədbirlərin natamamlığı, xidmətdə olarkən şəxsiyyətlərarası münasibətlər psixi sağlamlığın pozulmasında öz təsirini göstərə bilər.

Açar sözlər: psixi pozuntular, çağırışçı, meyllilik, psixoprofilaktika.

Mental disorders are currently ranked first among the causes of unsuitability for military service of conscripts (21.8%) and in the structure of the reasons for dismissal of ordinary staff from military service for health reasons (43.6%). In the structure of diseases for which military personnel under the contract are considered unfit and limited suitable for military service, 12.8%-of ordinary and Sergeant structure, 4.8%-of officers and ensigns, 3.1%-of women persons with mental disorders are.

Key words: mental disorder, recruit, tenecia, psychoprophylaxis

Психические расстройства в настоящее время занимают первое место среди причин негодности к военной службе призывников (21,8%) и в структуре причин увольнения рядового состава с военной службы по состоянию здоровья (43,6%). В структуре заболеваний, по которым военнослужащие по контракту признаются негодными и ограниченно годными к военной службе, психические расстройства составляют: 12,8% - среди рядового и сержантского состава, 4,8% - среди офицеров и прапорщиков, 3,1% - среди женщин-военнослужащих.

Основными причинами, оказывающими негативное влияние на уровень психического здоровья военнослужащих, являются: низкая психологическая устойчивость призывников, трудности адаптации к военной службе, нездоровый морально-психологический климат в подразделениях, межличностные конфликты и неуставные взаимоотношения между военнослужащими, семейные и личные проблемы. Существующая тенденция увеличения доли нервно-психических расстройств в общей структуре заболеваемости и увольняемотм™™ военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, обусловлена как объективными факторами (социально-демографическими, трудностями донозологической диагностики), так и субъективными (недостатки в организации и проведении мероприятий профессионального психологического и медико-психологического отбора, психопрофилактики) [9,10,11,21,28].

Ключевые слова: психические расстройства, призывник, теднеция, психопрофилактика

Традиционно в практике военно-врачебной экспертизы граждан, страдающих психическими расстройствами, когда требуется дать объективную оценку субъективных по своей сути явлений, основным экспертным "инструментом" выступает, как правило, опыт и интуиция. В связи с этим необходимо внедрять в практику военно-врачебной экспертизы новые технологии, позволяющих своевременно выявлять и объективизировать начальные проявления психических расстройств, в том числе злоупотребление психоактивными веществами.

Заключение военно-врачебной комиссии (далее - ВВК) должно быть основано на оценке возможностей организма как единого целого с

медицинской и с социальной точки зрения. В данном случае экспертный диагноз (как и в любом другом виде медицинской экспертизы) является частным случаем функционального диагноза.

Главной особенностью любого экспертного диагноза психического расстройства является своеобразная двухэтапность диагностического процесса [29]. Применительно к военно-врачебной экспертизе эта схема может быть представлена как алгоритм вынесения клинико-экспертного заключения. Первый этап — этап нозологической диагностики — включает сбор и анализ информации (анамнез, характеристики, данные обследования больного и результаты дополнительных методов исследования), установление нозологического диагноза, который отражает форму приспособления больного к жизненным условиям. Второй этап - этап экспертной диагностики — включает сопоставление нозологического диагноза с позициями юридического критерия (определение категории годности к военной службе) и формулирование экспертного диагноза, который отражает функционирование больного в обществе и микрогруппах.

Стандартное медицинское обследование в психиатрии проводится для определения (исключения) сопутствующих заболеваний, органического поражения головного мозга и установления контроля за основными функциями организма. В месте с тем подчеркивается, что психиатрический диагноз не может быть поставлен только на основании любого проведенного инструментального или лабораторного исследования [7].

Отраслевые стандарты обследования больных с психическими и поведенческими расстройствами и наркологических больных введены в действие соответствующими приказами Минздрава России [15,16]. При этом указывается, что инструментально-диагностическое обследование в психиатрии является более сложной по сравнению с другими медицинскими дисциплинами, вследствие чего стандартизация диагностики и лечения психических расстройств сопровождается неизбежными упрощениями.

Основным методом диагностики психических расстройств является клинический (клинико-психопатологический) метод, включающий анализ субъективных и объективных анамнестических сведений, наблюдение за больным, оценку психического, неврологического и соматического статуса. Кроме того, применяются экспериментально-психологический

метод (психометрические методики направлены на изучение личностных свойств и характеристик психического состояния; проективные – подсоднательных психических процессов; нейропсихологические - психических функций при очаговых поражениях головного мозга), психофизиологический метод (исследование показателей умственной и физической работоспособности) и дополнительные методы диагностики (электрофизиологические, лабораторные, рентгенологические, энергоинформационные и др.).

Основными принципами обследования граждан, страдающих психическими расстройствами, являются:

- комплексность (взаимодополняющее использование разных методов исследования);

- конкретность (зависимость используемых методов и схем обследования от его цели и характера);

- индивидуальность (зависимость используемых методов и схем обследования от конкретного освидетельствуемого и патологии);

- законность (проведение обследования в соответствии с действующим законодательством) [2].

- Наибольшие трудности отмечаются при диагностике психических расстройств при первоначальной постановке граждан на воинской учет, призыве их на военную службу и у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву.

Выделяются некоторые наиболее общие особенности, характеризующие психическую патологию у подростков и юношей [14]:

- 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 последние годы уделялось большое внимание совершенствованию нормативно-правовой базы военно-врачебной экспертизы призывников и военнослужащих, страдающих психическими расстройствами. При подготовке нового расписания болезней были учтены современные классификационные критерии в области психиатрии и наркологии, накопленный опыт практического применения психиатрических статей при медицинском освидетельствовании различных категорий граждан, а также необходимость повышения требований к состоянию психического здоровья призывников и военнослужащих в связи с возрастающей сложностью условий прохождения военной службы.

Критерии оценки категории годности граждан к военной службе.

-Истерический психоз, реактивные состояния с затяжным течением, а также резко выраженные невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, не поддающиеся лечению, относятся к пункту "а". Все категории граждан признаются "Д" — не годными к военной службе.

-Психотические расстройства с кратковременным и благоприятным течением; умеренно выраженные, длительные или повторные невротические расстройства, когда болезненные проявления, несмотря на проводимое стационарное лечение, стойко удерживаются и выражены в степени, затрудняющей исполнение освидетельствуемым обязанностей военной службы, относятся к пункту "б". Все категории граждан признаются "В" — ограниченно годными к военной службе.

-Умеренно выраженные, кратковременные невротические расстройства с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией, относятся к пункту "в". Граждане при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу и военнослужащие, проходящие военную службу по призыву, признаются "В" - ограниченно годными к военной службе, а военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, - "Б" - годными к военной службе с незначительными ограничениями.

-Незначительно выраженные, кратковременные невротические рас-

стройства, характеризующиеся в основном эмоционально-волевыми, вегетативными нарушениями, хорошо поддающиеся лечению и закончившиеся выздоровлением относятся к пункту "г". Граждане при первоначальной постановке на воинский учет, при призыве на военную службу и военно-служащие, проходящие военную службу по призыву, признаются "Б" - годными к военной службе с незначительными ограничениями, а военно-служащие, проходящие военную службу по контракту, — "А" - годными к военной службе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М: Медицина, 1993. - 400 с.
2. Военная психиатрия / под ред. С.В.Литвинцева, В.К.Шамрея. - СПб.:ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. - 236 с.
3. Военно-врачебная экспертиза призывников, страдающих психическими расстройствами: Пособие для врачей / под ред. В.В.Куликова, Н.Н.Иванца -М, 2002. -29с.
4. Гурьева В.А. Принципы диагностики в подростковом возрасте // Проблемы современной подростковой психиатрии. Материалы 12-х кербиковских научных чтений. - М.: ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 2001. - С. 8-15.
5. Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственной отсталости: Пособие для врачей / под ред. В.В.Куликова, В.Н.Краснова. — М., 2002. — 46 с.
6. Злоупотребление наркотическими средствами и токсическими веществами в практике военно-врачебной экспертизы: Пособие для врачей / подред. В.В.Куликова, С.А.Шамова. - М., 1999. - 44 с.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х т. Пер. с англ. —М.: Медицина, 1998.
8. Кербиков О.В. Клиническая динамика неврозов и психопатий // Избранные труды. - М.: Медицина, 1971. - С. 188-206.
9. Куликов В.В., Ковальский О.П., Фадеев А.С. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. - СПб., 1998.-С. 155-157.
10. Куликов В.В., Фадеев А.С. Роль военно-врачебной экспертизы в сохранении психического здоровья военнослужащих // Воен.-мед. журн., 1999.-№9.-С. 9-12.
11. Литвинцев С.В., Фадеев А.С. Состояние диагностики и военно-врачебной экспертизы психических расстройств в Вооруженных Силах Российской Федерации // Воен.-мед. журн., 2001. - № 3. - С. 23-27.
12. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Фадеев А.С., Резник А.М., Арбузов А.Л. О состоянии психиатрической помощи в Вооруженных Силах РФ // Воен.-мед.журн, 2003. - № 3. - С. 13-20.
13. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.
14. Мазаева Н.А. К вопросу о возрастной специфике психических нарушений у подростков // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. -М, 2001.-С. 39-40.
15. Отраслевой стандарт. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приложение к приказу Минздрава России от 28.04.1998 г. №140. -42с.

Çara təqdim edən redaksiya üzvü : A.İsmayılova

Preqabalindən sui-istifadə

Z. N. Əliyev¹, F. M. Baxışova²

Злоупотребление прегабалином

Алиев З. Н. , Ф. М. Бахышова Ф. М.

Abuse of pregabalin

Z. N. Əliyev, F. M. Bakhishova

¹ Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrası

² Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Şəhər Narkoloji Dispanseri

E-mail: zafar_aliyev@yahoo. com

Эта статья была нацелена на обзор использования прегабалина в медицинской практике. Были показаны многочисленные особенности прегабалина, злоупотребление препаратом в медицинских и немедицинских целях. Представлен краткий обзор применения прегабалина в неврологической, психиатрической, наркологической практике, а также в коморбидных случаях. Описаны клинические наблюдения злоупотребления препаратом прегабалин.

Ключевые слова: *прегабалин, злоупотребление, зависимость.*

This article was aimed to review the use of pregabalin in medical practice. Numerous features of Pregabalin have been shown. The usage of the medicine in medical and non-medical practice. A brief overview of pregabalin prescription in neurological, psychiatric, drug abuse practices, as well as in cases of comorbid comorbidity. Clinical observations of pregabalin drug abuse are described.

Key words: *pregabalin, abuse, addiction.*

Preqabalin ilk dəfə ABŞ tibb kimyaçı Richard Bruce Silverman tərəfindən 2004-cü ildə sintez olunub. Həmin ildə Avropa birliyində və ABŞ-da rəsmi epilepsiya, diabetik neyropatik ağrılar, postherpetik nevrалgiyanın müalicəsində istifadəsinə icazə verilib. 2007-ci ildən Avropanın farmakoloji bazarına daxil olub.

Sintez zamanı bu preparat epilepsiyada, həmçinin diabetik neyropatiya və postherpetik nevralkiyada effektiv vasitəkimi düşünülürdü. Uzun müddətli sınaqlar göstərdiki, preqabalin epilepsiyalı xəstələrdə qıcolmaların intensivliyinə və tezliyinə nəzərə çarpacaq dərəcədə təsir edir.

Preqabalin bir dərman preparatı olaraq nevroloji ağrıların müalicəsi(6,8,23); həmçinin diabetik polineyroptiya(1); parsial qıcolma tutmaları zamanı əlavə müalicə kimi (3), həmçinin fokal epilepsiyanın farmakoloji rezistent formasında (5), fibromialgiyanın müalicəsində (10), yüksək effektivlik göstərmişdir. Preqabalin neyropatik ağrı, fibromialgiya və generalizə olunmuş təşvişli pozuntu zamanı, parsial epileptik tutmaların əlavə terapiyasında gündəlik 150-600 mq sutkada daxilə qəbul olunur, yemək qəbulundan asılı olmayaraq(5,7,9,10,12,18,22,24,28,33,34,36).

Nəzərə çarpacaq həyəcan əleyhinə effektinə görə bir anksiolitik kimi psixiatriya, narkologiya, həmçinin komorbid patologiyada istifadə olunur.

Psixiatriyada preqabalin daha çox generalizə olunmuş təşvişli pozuntuların terapiyasında istifadə olunur (4,12). Nəzərə çarpacaq anksiolitik effekti sayəsində digər psixi xəstəliklərdə yanaşı terapiya şəklində istifadə olunur. Xarici nəşrlərdə preqabalindən obsessiv-kompulsiv pozuntular(28) və Şarl-Bonne sindromu zamanı görmə hallusinasiyalarında(20) istifadə haqqında məlumatlar vardır. Tədqiqatçılar həmçinin qeyd edirlərki, bu preparat şizofreniya zamanı həyəcan simptomatikasına(32) yaxşı təsir edir.

Preqabalin tibb sahəsində epilepsiya əleyhinə və analgetik kimi geniş istifadə olunan qamma-amino yağ turşusunun ((S)-3-(aminometil)-5-metilheksan) törəməsidir. Preparat daxilə qəbuldan sonra tez sorulur. Orqanizmdə sorulma 90%-dən çoxdur. Birləşmələr qan plazmasının zülalları ilə birləşmir, praktiki olaraq metabolizmə uğramır, əsasən dəyişilməmiş formada böyrəklərlə xaric olunur.

Preqabalin qalaktoza keçirməzliyi və laktoza çatışmazlığı olan xəstələrdə əks göstərişdir (7). Əlavə təsirlərindən başgicəllənmə, yuxululuq, libidonun enməsi və pozulması qeyd olunur.

Aparılmış təcrübələrdə alkoqol dayandırılması zamanı həyəcan simptomatikasının qarşısını almaq üçün, həmçinin etanola patoloji meyilliyin azalmasında (26) tiaprid və lorazepamla müqayisədə bərabər effektiv təsir göstərmişdir. Belə geniş istifadə və müalicədə müsbət effekt əldə olmasına baxma-

yaraq, preparatın dozasının yüksəlməsi tez bir zamanda asılılığın formalaşmasına, həmçinin MSS pozuntuları və digər həyati vacib orqanlarda ciddi fəsadlar törədir. Preqabalindən qeyri-tibbi istifadə halları qeydə alınır. Beləki, narkotik qəbulundan sonra abstinensiyə sindromu azaltmaq məqsədilə, psixoaktiv maddələrlə və alkoqolla birgə effekti artırmaq üçün istifadə olunur. Preqabalindən həddən çox istifadə zamanı xəstələrdə səndələmə, bəbəklərin genişlənməsi, əhval-ruhiyyənin tez-tez dəyişməsi, tərləmə, aqressiv davranış müşahidə olunur. Tezliklə doza artımı baş verdikcə eyforiya halı yaranmağa başladı. Hal-hazırda lirika preparatını yüngül və təhlükəsiz narkotik adlandırırlar ki, bu da realılıqla uyğunlaşmır.

Preqabalin sedativ təsirli maddələrə aid olub qeyri tibbi məqsədlə rahatlıq, güclü eyforiya, baş verən hadisələrə laqeyidlik effektlərinə görə istifadə olunur. Preqabalindən daha çox opioid asılılığı olan şəxslər kəskin abstinensiyə sindromu zamanı vəziyyətdən çıxmaq üçün, həmçinin narkotik maddə olmadıqda əvəzləyici kimi istifadə edirlər(13). Opioid asılılığı olan şəxslər ilk dəfə 300mq preqabalin qəbul etdikdə sedasiya, sakitləşmə, yüngül eyforiya müşahidə olunur. Əksəriyyəti ilk dəfələrdən böyük dozalardan başlayır və daha da dozaları artırır. Sutkalıq doza 600-900mq olduqda xəstələr sanki alkoqol sərxoşluq halında olur: "sərxoşlar kimi səndələmə". Lakin bununla bərabər sakitlik, rahatlıq, əhval-ruhiyyənin yüksəlməsi müşahidə olunur. Belə hal təxminən 2 saat davam edir. Preqabalin qəbulu tez bir zamanda sistemativ hal alır. Tolerantlıq artır, sutkalıq ortalama 3000-4200mq, bəzi hallarda 12600mq qədər qalxma halları qeyd olunub (13). Yüksək dozada preqabalin qəbulu psixostimulyator təsiri xatırladır: həyəcanlılıq, əhval-ruhiyyənin artması, iştahanın artması. Belə hal 2-5 saata qədər davam edir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, yüksək dozada dərman qəbulu edən şəxslərdə eyforik hallar qeyd olunmur.

Abstinensiyənin ağır dərəcəsi preqabalin qəbulunun neçə müddət davam etməsindən asılıdır. Preqabalin güclü təsirli spazmolitik effektiv olduğuna görə, sui-istifadə zamanı davamlı asılılıq 7-10 gün ərzində formalaşır. Qəbulun dayandırılmasından sonrakı ilk bir neçə gündə təkcə fizioloji pozuntular deyil, həmçinin, emosional labilliyə səbəb olur. Xəstədə yüksək qıcıqlıq, bəzən aqressivlik, ağlağanlıq qeyd olunur. Preparatın dayandırılması zamanı izahı olmayan qorxular, həyəcan hissi, narahatlıq yaranır. Müəyyən fobiyaları olan xəstələrdə onların güclənməsi müşahidə olunur. Bu neqativ hissələrdən

azad olmaq üçün daimi dərman qəbulu istəyi yaranırki, bu da psixi asılılığa bir göstəricidir.

Lirikadan asılılıq təkcə narkomanlarda deyil, həmçinin göstərişə əsasən istifadə edən şəxslərdə də qeyd olunur. Güclü ağrıları olan və ya epileptik tutmalardan əziyyət çəkən şəxslər təyin olunmuş dozanı həkim nəzarəti olmadan artırıqda fiziki asılılığın formalaşmasına səbəb olur ki, hətta ağrı hiss etməyəndə belə dərmansız qala bilmirlər.

Preqabalin stimulyatorlarla: kofein, alkoqol, tropikamidlə birgə istifadə zamanı psixi pozuntulara səbəb olur. Farmokoloji bazara çıxarılmamış, təcrübə mərhələsində sedativ vasitələrdən (alkoqol daxil) (25) sui-istifadə edən şəxslərdə eyforiya təsiri qeyd olunmuşdur. Qeyd olunan effekt antikonvulsant aktivliyinin öyrənilməsi zamanı təsdiq olunmuşdur(31).

Preparatdan sui-istifadə halları zamanı doza ortalama olaraq sutkalıq 1qr preqabalin(5-10 kapsul) təşkil edir. Həmçinin kapsul daxili maddənin venada-xilinə istifadə halları rast gəlinmişdir. İlk dəfə preparatdan sui-istifadə 2008-ci ildə İsveçrədə qeydə alınıb. 2008-ci ilin sonuna yaxın artıq 4, 2009-cu ilin sonunda 16 hal qeydə alınıb. Əldə olunmuş məlumatların analizi zamanı sui-istifadə edən şəxslərin ortalama yaşı 29, kişilər qadınlara nisbətən çox(9:7) və ortalama gündəlik 1qr preqabalin təşkil edib. Tək-tək hallarda preparatın parenteral yeridilməsi və ya intranazal istifadə halları rast gəlinib. 4 hal intoksikasiya kimi təyin olunub. Effekti xəstələr tərəfindən "benzodiazepin trankvilizatorlar və amitriptilin qəbulu" ilə eyni tutulub. Bir halda preqabalindən dərman asılılığı diaqnostika olunub (33). Həmçinin "Lirika" preparatından sui-istifadə halları Fransa, Türkiyə, ABŞ, Almaniyada da qeydə alınıb (22,23,34,35)

Rusiya Səhiyyə Nazirliyi V. P. Serbski adına milli psixiatriya və narkologiya mərkəzin praktikasında opioid asılılığından müalicə üçün özbaşına preqabalindən istifadə halları, həmçinin tək-tək hallarda opioid qəbulunun effektivni artırmaq məqsədilə preqabalin istifadəsi qeydə alınmışdır. Belə halda, xəstələr qeyd edib ki, narkotik effekt preqabalin olmadan o qədər parlaq və uzunmüddətli deyil. 2012-ci il ərzində stasionar və ambulator müalicədə 5 xəstə preqabalindən asılılıq və sui-istifadə halı ilə müalicə olunub. Bu klinik hal V. P. Serbski adına mərkəzdə qeydə alınıb(14). Müşahidə iki psixooaktiv maddə (preqabalin və "spice") qəbul edən xəstə üzərində aparılıb. Preqabalin qəbulundan istifadə etməmək 5 ay davam edib. Beləki bu dövrdə xəstə təbii(anaşa) və

sintetik(spice)kannabinoid qəbul edib. Preparat qəbulunu isə "hər şeydən dincəlmək üçün" belə ifadə edib. Digər 3 xəstə əvvəllər bu mərkəzdə opioid asılılığından müalicə olunub. Yaş həddi 30-37 dir. Əsasən opioid qəbul ediblər. "Ev şəraitində " abstinent vəziyyətdən çıxmaq üçün "Lirika" preparatı 0,9-1,2 qr/sut qəbul ediblər. Abstinent simptomlar olmadıqda belə dərman qəbulunu dayandıra bilməyiblər. Bu xəstələrdə tolerantlığın artması qeyd olunmayıb. 0,3 qr preparat gündə 3-4 dəfə. Bəzilərində eyforik hallar müşahidə olunub. Preqabalin dayandırılması zamanı dayanaqlı yuxusuzluq, həyəcan, aqressiya,tərləmə,əhval-ruhiyyənin enməsi qeyd olunub.

Başqa bir hal anamnezində heroin asılılığı olan 47 yaşlı kişidə qeyd olunub. Gündəlik olaraq xəstə 7500 mq(25 kapsul) preqabalin,yanaşı qeyri-müntəzəm alkoqol və çətənə qəbul edir. Preqabalin qəbulunun dayandırılması zamanı tərləmə, narahatçılıq, arterial hipertoniya,tremor, preparata meyllilik qeyd olunub (23).

Digər bir hadisə 35 yaşlı xanımda müşahidə olunub. Xəstə iki ilə yaxın abdominal neyropatik ağrı sindromundan əziyyət çəkir. Analgetik kimi ilk öncə opioidlər təyin olunub,lakin xəstə ondan imtina etdiyinə görə, preqabalin maksimal 600mq\sut təyin olunub. İki ay sonra xəstə müxtəlif həkimlərə müraciət edərək yüksək dozada preqabalin qəbuluna malik olub,4 həftə ərzində 8500 mq preqabalin qəbul edib. Bu pozuntuya görə dərman təyini dayandırılıb, xəstə detoksikasiya proqramına yönləndirilib. Sonrakı məlumatlara görə həmin proqrama daxil olmayıb(22).

Növbəti bir hal "Norveç həkimlər birliyi"jurnalında qeyd olunub. 30 yaşlı xanım öz istəyi ilə zopiklon və preqabalin asılılığından müalicə olunmaq üçün narkoloji klinikaya yerləşdirilib. Hər iki preparatı 2 il müddətinə qəbul edib. Xəstəxanaya daxil olarkən dərmanların dozası 7,5mq və 600mq olub,lakin xəstə qeyd edirki,lazımi effekti almaq üçün dozanı 3 dəfəyə qədər artırabilir. Özü bildirir ki, bu dərmanlar "onun həyatını idarə edir", "Dozalar arası 12 saatlıq müddət onun üçün 6 aya bərabərdir". Müalicə zamanı zopiklon tam ləğv olunub, preqabalin isə 50 mq azaldılıb. İki həftə sonra gündüz doza 50mq təşkil edib,lakin xəstə güclü həyəcan və diskomfortdan şikayətləndiyinə görə,xəstəni müalicə prosesində saxlamaq məqsədilə doza 150mq qaldırılıb. Daha bir həftə keçdikdən sonra preqabalini tam ləğv etmək mümkün olub (54).

Yuxarıda qeyd olunan klinik müşahidələrdə xəstələrin preqabalindən istifadə səbəbləri aşkar olunur. Beləki əsas motiv ataraktik(emosional diskomfortu aradan götürmək üçün), digər isə həkim tərəfindən təyin olunma.

Preqabalindən istifadə zamanı anksiolitik,normotimik effektlər qeyd olunur. Bir neçəxəstəhəmçinin antidepressiv və eyforiyaedici təsirlərini qeyd ediblər. Eyforiya dərman qəbulu zamanı yan psixi effekt kimi göstərilib(15). Xarici mənbələrə əsasən preqabalinin eyforiya effekti doza aşırma nəticəsində,sutkalıq 0,3 qr dan çox olduqda yaranır (25).

Lirika preparatına meylin çoxalması Farmeks-Pert kompaniyası tərəfindən 2008-ci ildə qeyd olunub. Tetenova vədigər müəlliflərin mənbələrinə əsasən, bu dövrdəilk preqabalin asılılığı haqda informasiya sorğuları narkomanıya iləməbarizə müəssəsinin konsultasiya şöbəsinə daxil olmağa başlamışdır(17).

Bu faktların izahı preparatın birbaşa opioid reseptorlarına və ya A. V. Nadejdinin bildirdiyi kimi endogen opioid liqandlara təsiridir(17). Digər tədqiqatçıların fikrinə əsasən preparat baş beyin opioid reseptorları – xoşbəxtlik hormonu olan endorfinin "qəbul nöqtələrinə" təsir edir. Kimyəvi quruluşuna görə preqabalin endorfinlərlə oxşar struktura malik olduğuna görə onları əvəz edir və nəticədə xoşbəxtlik hormonun miqdarı normadan artıq olurki, bu zaman eyforiya halı yaranır.

Abstinent sindromun biruzəvermə variantları yüngül və orta ağırlıqda qiymətləndirilir. Abstinensiya zamanı əsasən yuxu pozuntusu davamlı yuxusuzluq fonunda, nəzərə çarpaçaq həyəcan,əhval-ruhiyyənin enməsi, düşüncənin stuporluğu,yaddaş və diqqət zəifləməsi,nitqin pozulması, depressiya qeyd olunur(21). Bir neçə xəstədə senestopatik ağrılar – başda və qarında qeyd edilib. Abstinent sindrom ortalama 21 gün təşkil edir. Abstinensiya sonrası pozuntulara subdepressiv vəziyyət, həyəcanlılıq, yuxusuzluq, libidonun azalması aiddir (19,29).

Daha çox abstinensiyadan sonrakı dövrdə "Lirika" preparatına nəzərə çarpaçaq meyillik müşahidə olunur. Narkoloji anamnezi olan xəstələrdə preqabalin qəbulunun dayandırılması remissiyanın pozulması ilə müşahidə olunub. Yuxarıda qeyd olunan klinik hallar preqabalindən sui-istifadə və asılılığın inkişafı müəlliflər tərəfindən də təsdiq olunmuşdur(2,11,13,18). Lirika

preparatından asılılığın əmələ gəlmə tempi həkim narkoloqlar tərəfindən ciddi nəzarətdə saxlanılmalıdır.

Beləliklə, qeyd olunan hallara əsasən söyləmək olarki, preqabalin müəyyən addiktiv potensiala malikdir. Həkimlər qeyd edirki, preqabalindən asılılığın formalaşması ilk olaraq psixi, sonradan fiziki asılılıkla əvəz olunur. Uzun müddətli yüksək dozada preparatdan istifadə zamanı davamlı vənəzərə çarpacaq eyforiya əmələgəlir və bu hal mütləq təkrar preqabalin qəbuluna səbəb olur. Bütün bu hallar əhali arasında qeyri tibbi istifadə hallarını məhşurlaşdırır ki, bu da dərman buraxılışına nəzarəti gücləndirməyə və asılılıq hallarının qarşını almaq üçün yeni müalicə metodlarının aşkarlanmasının vacibliyini göstərir (6,8,15,16,17,20,25,26,27,30,32,35).

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI:

1. Ахмеджанова Л. Т. , Строков И. А. Лечение невротической боли при диабетической полинейропатии // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16, №28.
2. Богинская Д. Д. , Мохначев С. О. Зависимость от тианептина (коаксила) // Наркология. – 2012. – №3. – С. 32–42.
3. Бурд С. Г. , Крикова Е. В. , Бадаля О. Л. , Чуканова А. С. , Авакян Г. Г. Прегабалин в политерапии парциальной эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – №7. – С. 96–98.
4. Вельтищев Д. Ю. , Марченко А. С. Генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, патогенез, диагностика и фармакотерапия (обзор литературы) // <http://akolomeets.ucoz.ru/publ/5-1-0-72>
5. Власов П. Н. , Андреева О. В. , Якунина А. В. , Калинин В. А. Применение лирики (прегабалина) при фокальной фармакорезистентной эпилепсии у взрослых // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 53–59.
6. Данилов А. Б. Нейропатическая боль // Клиническая геронтология. – 2007. – №2. – С. 27–36.
7. Илюк Р. Д. Особенности эмоционально-мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ: Пособие для врачей. – СПб., 2009. – С. 8.
8. Камчатнов Р. П. Нейропатическая боль – возможность применения прегабалина. http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/07_02/140.shtml
9. Киссин М. Я. , Бондаренко И. И. Прегабалин и Алпрозолам в лечении генерализованного тревожного расстройства у больных с парциальной эпилепсией // Эпилепсия. – 2010. – №2. – С. 17–24.
10. Кукушкин М. Л. Фибромиалгия – новое назначение препарата «лирика» // Информационная газета для медицинских работников «Без Боли» – №1 (7), июнь 2010. – С. 2.
11. Крупицкий Е. М. , Бураков А. М. Зависимость от коаксила: сообщение о случае // Наркология. – 2007. – №1. – С. 73–75.
12. Монтгомери А. Прегабалин при лечении генерализованного тревожного расстройства (расширенный реферат) // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – №1. – С. 3–6
13. Рохлина М. Л. , Ненастьева А. Ю. , Усманова Н. Н. злоупотребления прегабалином // Вопросы наркологии. – 2008. – №3. – С. 9–15
14. Пискунов М. В. , Кривенков А. Н. , Сорокина Н. Ю. Случай зависимости от лекарственного препарата прегабалин (лирика) // Наркология. – 2012. – №6. – С. 64–69.
15. Справочник Видаль – 2011 // АстраФармСервис. – 2011. – С. Б-819.

16. Сюняков Т. С. , Сюняков С. А. Прегабалин в комбинации и атипичными антипсихотиками при терапии развивающихся экзакзацербаций у больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – №2. С. 56–60.
17. Тетенова Е. Ю. , Надеждин А. В. , Колгашкина А. Ю. Злоупотребление прегабалином: предварительная информация и обзор свидетельств // Наркология. – 2012. – №7. – С. 79–82.
18. Шевцова Ю. Б. Синдром зависимости от тианептина (коаксила) // Наркология. – 2008. – №2. – С. 56–59.
19. Богинская Д. Д. , Мохначев С. О. Зависимость от тианептина (коаксила) // Наркология. – 2012. – №3. – С. 32–42.
20. Рябцева А. А. , Бардеева Ю. Н. Токсическое поражение органа зрения у инъекционных потребителей «Коаксила» (тианептина) // Наркология. – 2008. – №1. – С. 49–54.
21. Ступин В. А. , Абрамов И. С. , Горюнов С. В. и др. Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения коаксила (тианептина) у больных с наркотической зависимостью // Наркология. – 2008. – №3. – С. 49–56.
22. Тетенова Е. Ю. , Надеждин А. В. , Колгашкин А. Ю. и др. Теория и практика интернет-консультирования лиц, связанных с проблемой злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами
23. Bucur M. , Jeczmien P. Pregabalin and Libido – Case Reports // The Open Neuropsychopharmacology Journal. – 2011. 4. – 8–9.
24. Bundle K. et al. Pregabalin in the Treatment of Visual Hallucinations in Charles Bonnet Syndrome // http://www.acnr.co.uk/pdfs/Case%20reports/pregabalin_case_report.pdf
25. Caster O. , Edwards I. R. , Niklas Noren G. , Lindquist M. Earlier discovery of pregabalin's dependence potential might have been possible // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 2011. – Vol. 67. – P. 319–320.
26. Filipetto F. A. , Zipp C. P. , Coren J. S. Polen Bialfor Pregabalin Abuse or Diversion After Past Drug-Seeking Behavior // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2010. – Vol. 110, №10. – P. 605–607.
27. Grosshans M. , Mutschler J. , Hermann D. et al. Pregabalin Abuse, Dependence, and Withdrawal: A Case Report // Am. J. Psychiatry. – 2010. – №167. – P. 869–868.
28. Jason N. Roe, Edanai M. Velez, P. , Jose A. Rey Pregabalin (Lyrica): A New Treatment Option for Neuropathic Pain and Partial Seizures // P&T. – DRUG FORECAST. – 2006. – Vol. 31, №10. – P. 579–585.
29. Lyrica. Product Monograph. – Canada: Pfizer 2012. – P. 32.
30. Martinotti G. , di Nicola M. , Frustaci A. , Romanelli R. , Tedeschi D. , Guglielmo R. , Guerriero L. , Bruschi A. , De Filippis R. , Pozzi G. , Di Giannantonio M. , Bria P. , Janiri L. Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial // Addiction. – 2010. – Feb. – Vol. 105(2). – P. 288–299.
31. Martinotti G. , Di Nicola M. , Tedeschi D. , Andreoli S. , Reina D. , Pomponi M. , Mazza M. , Romanelli R. , Moroni N. , De Filippis R. , Di Giannantonio M. , Pozzi G. , Bria P. , Janiri L. Pregabalin versus naltrexone in alcohol dependence: a randomised, double-blind, comparison trial // J. Psychopharmacol. – 2009. – Apr. 3.
32. Oulis P. et al. Pregabalin Augment at ion to Sertraline-Risperidone Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder // Prim. Care. Companion. J. Clin. Psychiatry. – 2008. – 10 (3). – P. 249.
33. Philippsohn S. , Tillmann H. , Kruger C. Persistent Genital Arousal Disorder: Successful Treatment with Duloxetine and Pregabalin in Two Cases // International Society for Sexual Medicine. – 2011.
34. Rubio G. , Bobes J. , Cervera G. , Teran A. , Perez M. , Lypez-Gymez V. , Rejas J. Effects of Pregabalin on Subjective Sleep Disturbance Symptoms during Withdrawal from Long-Term Benzodiazepine Use // Eur. Addict. Res. – 2011. – №17. – P. 262
35. Schifano F. et al. Is there a recreational misleuse for pregabalin? // <https://uhra.herts.ac.uk/dspace/handle/2299/5529>
36. Schonfeldt-Lecuona C. , Wolf R. C. , Osterfeld N. D. et al. Pregabalin in treatment of schizophrenic anxiety // Pharmacopsychiatry. – 2009. – Vol. 42(3). – P. 124–125.

38. Schwan S. , Sundstrom A. , Stjernberg E. , Hallberg E. , Hallberg P. A signal for an abuse liability for pregabalin – results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2010. – №66 (9). – P. 947–953.
39. Spadari M. et al. Is pregabalin abused in France ? // http://www.atout-org.com/p2t2012/abstract_display!fr!!!!dd2c6eaa-6d54-102f-b1e6-855e464587d5!session32
35. Yargic I. , Ozdemiroglu A. Pregabalin Abuse: A Case Report // *Klinik Psikofarmakoloji Bullteni, Cilt:21, Sayi: 1, 2011 // Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* – 2011. – Vol. 21, №1. – P. 64–66.
40. Фаунтейн Дж. Целевые исследования по оценке: качественный подход к сбору данных // *Наркология.* – 2010. – №3. – С. 23–33.
41. Boschen M. J. Pregabalin: Dose-response relationship in generalized anxiety disorder // *Pharmacopsychiatry.* – 2012. – №45 (2). – P. 51–56.
42. Chalabianloo F. , Schjott J. Pregabalin og misbrukspotensial // *Tidsskr. Nor. Legeforen.* – 2009. – №3 (129). – P. 186–187.
43. Filipetto F. A. , Zipp C. P. , Coren J. S. Potential for Pregabalin Abuse or Diversion After Past Drug-Seeking Behavior // *J. Am. Osteopath. Assoc.* – 2010. – Vol. 110, №10. – P. 605–607.
44. Grosshans M. , Mutschler J. , Hermann D. et al. Pregabalin Abuse, Dependence, and Withdrawal: A Case Report // *Am. J. Psychiatry.* – 2010. – №167. – P. 869–868.
45. Kavoussi R. Pregabalin: From molecule to medicine // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2006. – №16. – P. 128–133.
46. Landmark C. J. , Fossmark H. , Larsson P. G. , Rytter E. , Johannessen S. I. Reseptregisteret og misbruk av pregabalin // *Tidsskr. Nor. Legeforen.* – 2011. – Vol. 131, №3. – P. 223.
47. Lydiard R. B. , Rickels K. , Herman B. , Feltner D. E. Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2010. – №13 (2). – P. 229–241.
48. Oulis P. , Konstantakopoulos G. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepine dependence. // *Expert Opin. Investig. Drugs.* – 2012. – №9. Режим доступа: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1517/13543784.2012.685651>
49. Schwan S. , Sundstrom A. , Stjernberg E. , Hallberg E. , Hallberg P. A signal for an abuse liability for pregabalin – results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system. // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2010. – №66 (9). – P. 947–953.
50. Skopp G. , Zimmer G. Pregabalin – a drug with abuse potential? // *Arch. Kriminol.* – 2012. – №229(1–2). – P. 44–54.
51. Stopponi S. , Somaini L. , Cippitelli A. et al. Pregabalin reduces alcohol drinking and relapse to alcohol seeking in the rat // *Psychopharmacology (Berl.)* – 2012. – №220 (1). – P. 87–96.
52. Thorpe A. J. , Offord J. The alpha2-delta protein: an auxiliary subunit of voltage-dependent calcium channels as a recognized drug target // *Curr. Opin. Investig. Drugs.* – 2010. – №11(7). – P. 761–770.
53. Wensel T. M. , Powe K. W. , Cates M. E. Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder // *Ann. Pharmacother.* – 2012. – №46(3). – P. 424–429.
54. Westin A. A. , Strom E. J. H. Ja, pregabalin kan misbrukes! // *Tidsskr. Nor. Legeforen.* – 2010. – Vol. 130, №21. – P. 2108.
55. Pfizer's Lyrica Approved for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Europe. Пресс-релиз. Проверено 2011-11-06.
56. andelow B, Wedekind D, Leon T (July 2007). «Pregabalin for the treatment of generalized anxiety - disorder: a novel pharmacologic intervention». *Expert Review of Neurotherapeutics*7 (7): 769–781. DOI:10.1586/14737175.7.7.769. PMID 17610384. Проверено 2011-11-06.
57. Crofford, Rowbotham et al. Wensel TM, Powe KW, Cates ME (March 2012). *Ann Pharmacother.* «Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder». . 46 (3): 424–9. DOI:10.1345/aph.1Q405. PMID 22395254. (April 2005).

58. Siddall PJ. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology* 67 (10): 1792–1800. DOI:10.1212/01.wnl.0000244422.45278.ff.PMID17130411 (April 2005).
59. Пискунов М. В. , Кривенков А. Н. , Рейхель Н. В. Зависимость от прегабалина («лирика»): обзор литературы и собственные клинические наблюдения // Наркология. – 2013. – № 4. – С. 52–56. – ISSN1682–8313.
60. Рохлина М. Л. , Богинская Д. Д. , Усманова Н. Н. , Мохначев С. О. Злоупотребление производными лекарственных препаратов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 7. – С. 55–59. Архивировано 12 июня 2015 года.
61. Тетенова Е. Ю. , Надеждин А. В. , Колгашкин А. Ю. Злоупотребление прегабалином: предварительная информация и обзор свидетельств // Наркология. – 2012. – № 7. – С. 79–82. – ISSN1682–8313.
62. Yargic I, Ozdemiroglu FA. Pregabalin Abuse: A Case Report // *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. – 2011. – Vol. 21, no. 1. – С. 64-66. – DOI:10.5350/KPB-BCP201121110.
63. Резолюция экспертов по рациональному применению антиконвульсантов в клинической практике // Журнал «Эпилепсия и пароксизмальные состояния». – 2015. – № 4. – С. 6-9.
64. Крупицкий Е. М. Применение антиконвульсантов без назначения врача: синдром зависимости или самолечение? // Журнал «Manage Pain». – 2016. – №2 апрель. – С. 11-12.
65. Martinotti G. Pregabalin in clinical psychiatry and addiction: pros and cons // *Expert Opin Investig Drugs*. – 2012 Sep. – Vol. 21, no. 9. – С. 1243-5. – DOI:10.1517/13543784.2012.703179. – PMID22725618.
66. K Asomaning, S Abramsky, Q Liu. Pregabalin prescriptions and substance abuse history-report from a drug utilization study // *The Journal of Pain*. – 2013. – Апрель (т. 14, № 4). – С. p. 89, abstract 454.
67. McNamara S, Stokes S, Kilduff R, Shine A. Pregabalin Abuse amongst Opioid Substitution Treatment Patients // *Ir Med J*. – 2015 Nov-Dec. – Vol. 108, no. 10. – P. 309-10. – PMID26817289.
68. Millar J, Sadasivan S, Weatherup N, Lutton S. Lyrica nights—recreational pregabalin abuse in an urban emergency department // *Emerg Med J*. – 2013. – Vol. 30. – P. 874. – DOI:10.1136/emered-2013-203113. 20.
69. Häkkinen M, Vuori E, Kalso E, Gergov M, Ojanperä I. Profiles of pregabalin and gabapentin abuse by postmortem toxicology // *Forensic Sci Int*. – 2014 Aug. – Vol. 241. – С. 1-6. – DOI:10.1016/j.forsciint.2014.04.028. – PMID24835028.
70. [No authors listed]. Gabapentin and pregabalin: abuse and addiction // *Prescrire Int*. – 2012 Jun. – Vol. 21, no. 128. – С. 152-4. – PMID22822593.
71. Aldemir E, Altıntoprak AE, Coşkunol H. [Pregabalin Dependence: A Case Report] // *Turk Psikiyatri Derg*. – 2015 Fall. – Vol. 26, no. 3. – P. 217-20. – PMID26364177.
72. Filipetto FA, Zipp CP, Coren JS. Potential for pregabalin abuse or diversion after - past drug-seeking behavior // *J Am Osteopath Assoc*. – 2010 Oct. – Vol. 110, no. 10. – P. 605-7. – PMID21068226.

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : C.İsmaylova

Epilepsiyanın tarixi və onun müasir sistematikas

N.A. Əliyev, Z.N. Əliyev**, S.E.Əliyeva****

История эпилепсии и ее современная систематика

H.A.Алиев, З.Н.Алиев, С.Э. Алиева

Epilepsy history and its modern systematic

N.A. Aliyev, Z.N. Aliyev, S.E.Aliyeva

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

** ATU-nun Psixiatriya kafedrası

*** ATU-nun nevrologiya kafedrası

E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

В статье излагаются краткая история эпилепсии и её современная классификация. Эти данные имеют большое практическое и теоретическое значение. Полученные данные будут способствовать своевременной диагностике больных эпилепсией, как со стороны неврологов, так и психиатров.

Ключевые слова: история эпилепсии, современная классификация

The article is a set out of a brief history of epilepsy and its modern classification. These data are of great practical and theoretical value. The obtained data will contribute to the timely diagnosis of patients with epilepsy, both by neurologists and psychiatrists.

Key Words: history of epilepsy, modern classification

Epilepsiyanın öyrənmə tarixi çox qədim dövrlərdən başlayır. Qıcolma tutmaların bəzən səbəbsiz baş verməsi və qəfildən düşüncənin qaralması ətraf-

dakıları təcübləndirirdi. Xəstəliyin adı Yunan sözündən yaranıb – “epilemva-no”, yəni qapmaq, tutmaq, latınca isə (cauda) yıxılmaq, düşmə deməkdir. Bu sözlər həm xəstəliyin tutma şəkildə bürüzə olunması, həm də qıcolma zamanı xəstənin hərəkləri əks edilir. Roma həkimləri xəstəliyin adını “morbus sacer” və “morbus divinum” (“müqəddəs xəstəliyi”) yeni əsrin əvvəllərində qoymuşdur. Bunun səbəbi xəstələrdə dini məzmunlu xəyallar, qavramalar (görmə və eşitmə) və sayıqlamaların tez-tez rast gəlməsi olub. Sonrakı dövrlərdə epilepsiyaya “təkrar tutmalar xəstəliyi” (Penfild) və digər sinonim adlar verilib. Qədim Romada epilepsiyanı “komitə” (“parlament”) xəstəliyi adı vermişlər. Senatın iclasında iştirak edənlərin birində epileptik tutma baş versə idi iclas öz işini dayandırır və buna tanrıların baş verənlərdən xoşlanmadığına bir işarə kimi baxırdılar. Hələ bizim eramızdan 400 il əvvəl Hippokrat bu xəstəliyin kliniki mənzərəsini təsvir edərək, onu “müqəddəs xəstəlik” adlandırmışdır. Aristotel bu xəstəliyə düçar olaraq, xəstəliyin istedadlılıq müşahidə olunmasını qeyd etmişdir. Epilepsiya xəstəliyinə Sokrat, Platon, Makedoniyalı İsgəndər, Yuli Sezar, I Pyotr, Leonardo da Vinçi, Van Qoq, Alfred Nobel, Fyodor Dostoyevski və başqa dahi insanlar düçar olmuşlar.

Epilepsiyanın tarixi insan mövcudluğunun tarixi ilə birgə başlayır. Epilepsiyaya aid ilk məlumatlara təxminən bizim əsirdən əvvəl 2000-ci ildə Assur mətnlərində rast gəlinir [1]. Epilepsiya üçün çoxsaylı istinadlar bütün sivilizasiyaların qədim mətnlərində, ən başlıcası, Hippokrat kolleksiyasının qədim yunan tibbi mətnlərində tapmaq mümkündür. Məsələn, Hippokrat, “Müqəddəs Xəstəliklər” haqqında kitabında, ilk neyrocərrahi proseduranı təsvir edərək göstərir ki, qıcolmanın əksi tərəfində kraniyotomiya xəstəliyi əmələ gətirən fleqmonadan azad olur [2].

Lakin XVIII və XIX əsrlərdə tibb əhəmiyyətli uğur qazanmışdı və epilepsiya üzrə tədqiqatlar onu ilahi bir cəza və ya hədə-qorxu olması kimi dini inançlardan azad edilmişdir [3, 4]. XVIII əsrin əvvəllərində epilepsiyanın beyindəki və digər daxili orqanlardan meydana gələn idiopatik bir xəstəlik olduğu üstünlük verilir. William Kulen (1710-1790) və Samuel E. Tissot (1728-1797) mühüm işlərdən biri epilepsiyanın müxtəlif növlərini dəqiq təsvir göstərmək olar ki, bu da müasir epileptologiyanın əsasını təşkil edir.

XIX əsrin əvvəllərində fransız alimi Maisonneuve (1745–1826) [5] epilepsiyanı idiopatik və simpatetik növlərə ayıraraq, simpatetik epilepsiyanın

aura zonasının təsviri vermişdir. Esquirol (1772–1840) epilepsiyanı petit və grand mala növlərinə ayırmışdır [3]. XIX əsrin ikinci yarısında fizioloq Fritsch (1838–1927) və psixiatr Hitzig (1838–1907) “Baş beynin elektrik oyanması barədə”ki məqaləsi (“On the Electric Excitability of the Cerebrum”) epilepsiyanın beyin qabığı ilə əlaqəsinin qəti sübut etdi [7]. Bunlarla bərabər, John Hughling Jackson (1835–1911) epileptologiyanın elmi əsasını qoymuşdur. 1873-cü ildə Jackson epilepsiyanı belə təyin etmişdir: "Epilepsiya, təsadüfən, ani, həddindən artıq, sürətlə və lokal boz maddənin elektrik boşalmasıdır" [3].



*John Hughling Jackson
(1835–1911)*

XX əsrin əvvəllərində ispaniyalı Santiago Ramón Cajal (1852–1934) beynin və sinir sisteminin mikroskopik öyrənilməsində böyük işlərə imza atmışdır. O, ilk olaraq neyronun və sinapsın strukturunu təsvir etmiş və bu işə görə 1906-cı ildə Nobel mükafatına layiq görülmüşdür [8].

1907-ci ildə Gowers bayılmaya, vaqus, vazovaqal, tutmalarına, miqrenə, başgicəllənməsinə, yuxunun bəzi pozuntularına, xüsusən narkolepsiya həsr olunmuş məşhur “Epilepsiyanın sərhədləri” kitabını nəşr etmişdir. Dale 1014-cü ildə ilk neyromediator olan asetilxolini aşkar etmişdir.

1920-ci illər ərzində Lennox və Cobb öz diqqətlərini aclığın, ketogen pəhrizin və beynin oksigen təminatının dəyişməsinin qıcolma tutmalarında roluna həsr edərək “Epilepsiya fiziologiya və müalicə nöqtəyi-nəzərindən” adlı kitabı çapdan çıxmışdır. Bu müəlliflər bəzi stimulların epileptik qıcolmalarına təsirlərini öyrənmişlər. 1941-ci ildə Jasper və Kershmann gicgah payının psixomotor tutmaların genezində rolunu aşkar etmişlər. 1949cu ildə Roberts və Frankel qamm-aminoyağ turşusunu (QAYT) kəşf etmişlər.

James Kiffin Penry 1969-cu ildə seriya elmi əsərlər yazmışdır: 1) Epilepsiyanın əsas mexanizmləri; 2) Epilepsiyaya qarşı preparatlar; 3) Epilepsiyanın neyrocərrahi müalicəsi; 4) Kompleks parsial tutmalar və onların müalicəsi; 5) Epilepsiyaya əleyhinə preparatlar və onların təsir mexanizmləri; 6) Epileptologiyanın nailiyyətləri. Həmin ildə Gastaut Marseldə 120 nəfərdən ibarət Epilepsiya Əleyhinə Beynəlxalq Liqanın (EƏBL- ILAE) epilepsiyanın

təsnifatı və terminologiyası komissiyaya təqdim edilmişdi. EƏBL Baş məclisi ilk dəfə olaraq epilepsiya tutmalarının kliniki və elektroensefaloqrafi təsnifatını qəbul etmişdir.

Wilder Penfield və and Herbert Jasper 1939-cu ildə EEQ laboratoriyasını təşkil edirlər. Epilepsiyada EEQ öyrənilməsi sahəsində Henri Jean Pascal Gastaut böyük əməyi olmuşdur. Belə ki, o, 1939-cu ildə Beynəlxalq EEQ Federasiyasını təşkil edərək, talamik retikulyar strukturun EEQ generalizə olunmuş paroksizmal boşalmanın rolunu aşkar etmişdir. O, həmçinin öz adı ilə iki sindromu təsvir etmişdir: 1) Qasto sindromu – işığa həssas epilepsiya tipi; 2) Lennoks-Qasto sindromu (ağır uşaq ensefalopatiyası) – uşaqlıq dövründə başlayan, “başı ilə salam verərək” yığılan mioklonik gecə tutmaları,

Plastır –Sıxma texnikası Neher and Sakmann inkişafına görə hər iki alim 1992-ci ildə Nobel mükafatı almışlar. Bu texnikanın köməyi ilə bir ionni kanalların elektrik cəryanını ölçmək mümkün olmuşdur və bunun vasitəsi ilə kalsium kanallarının epilepsiyada rolu aşkar edilmişdi.

İlk dəfə olaraq əvvəlcə 1849-cu İngiltərədə sonra isə Almaniyada 1867-ci ildə epilepsiya xəstələri üçün ixtisaslaşmış klinikalar təşkil edilmişdi. EƏBL 1981-ci və 1989-cu illərdə epilepsiyanın təsnifatını qəbul etmişdir.

XBT-10 üzrə təsnifatı [8]

- G40 Epilepsiya
- G41 Epileptik status
- G40 və F02.8.2 Epilepsiya ilə bağlı demensiya
- G40 və F06.2 Epilepsiya zamanı şizofreniyaya bənzər psixoz
- G40 və F06.3 Üzvi mənşəli əhval (affektiv) pozuntuları
- G40 və F06.8 Əlavə göstərişlər olmadan epileptik psixoz
- G40 və F07.0. Üzvi mənşəli şəxsiyyət pozuntusu

EPİLEPTİK TUTMALARIN BEYNƏLXAQ TƏSNİFATI (BEYNƏLXAQ EPİLEPSİYA ƏLEYHİNƏ LİQA -BEƏL 1981)

I. Parsial (fokal, lokal) epileptil tutmalar

A. Sadə parsial tutmalar (düşüncə pozulmur)

1. Motor əlamətlərlə

- a) marşla fokal motor
- b) marşsız fokal motor (cekson tipli)
- c) versiv

- d) postural
- e) fonator (nitqin vokalizasiyası və ya dayanması)

2. Somatosensor və ya spesifik sensor əlamətlərlə

- a) somatosensor
- b) görmə
- c) eşitmə
- d) iybilmə
- e) dad
- f) başgicəllənmə tutmaları

3. Vegetativ əlamətlərlə (epiqastral nahiyədə hisslər, solğunluq, tərlilik, sifətin qızarması, bəbəklərin genişlənməsi)

4. Psixi əlamətlərlə (ali qabıq funksiyalarının pozuntuları)

- a) disfaziya
- b) dismnestik (məsələn deja vu)
- c) koqnitiv (yuxuya bənzər vəziyyət, zaman hissiyyatının pozulması)
- d) affektiv (qorxu, qəzəb və s.)
- e) illüziya (məsələn, makropsiya)
- f) strukturlu (quruluşlu) hallüsinasiyalar (məsələn, musiqi, səhnə)

B. Mürəkkəb parsial tutmalar (düşüncə pozulur)

1. Sadə parsial kimi başlayır, ardınca düşüncə itməsi

- a) sadə parsial tutmalar (A.1 –A.4) və sonra düşüncənin pozuntusu
- b) avtomatizmlərlə

2. Düşüncənin pozuntusu ilə başlayır

- a) yalnız düşüncənin pozuntusu ilə
- a) avtomatizmlərlə

C. İkinci generalizə olunmuş sadə parsial tutmalar

1. Sadə parsial tutmalar (A) ikincili generalizasiya ilə

2. Mürəkkəb parsial tutmalar (B) ikincili generalizasiya ilə

3. Sadə parsial tutmalar mürəkkəb parsial tutmalar keçərək sonradan ikincili generalizasiya ilə

Bu təsnifat epilepsiyanın kliniki təzahürlərinə və EEG göstəricilərinə əsaslanır. Burada xəstəliyin səbəbi və anatomik xüsusiyyətləri nəzərə alınmır.

Epilepsiya əleyhinə beynəlxalq liqa ilə 1989 ildə qəbul edilmiş epilepsiyanın beynəlxalq təsnifatı

1. Epileptik ocağın müəyyən lokalizasiyasından asılı olaraq epilepsiya və epileptik sindromlar (fokal, lokal, parsial epilepsiya)

- 1.1. İdiopatik lokallaşmış epilepsiya
- (müəyyən yaşla əlaqədar).
- Xoşxassəli uşaq epilepsiyası mərkəzi temporal lehımləmə ilə (Ronald epilepsiyası)

- Ənsə nahiyəsindəki paroksizmlərlə uşaq epilepsiyası.

2. Generalizə olunmuş epilepsiya sindromlar

- 2.1. İdiopatik epilepsiya (müəyyən yaş dövründə başlayan):
- Yeni doğulanların ailəvi xoşxassəli qıcolmaları
- Yeni doğulanların xoşxassəli qıcolmaları
- Erkən uşaqılıq dövrünün xoşxassəli mioklonik epilepsiyası
- Uşaq yaşının piknolepsiyası (absans epilepsiyası)
- Gənclik dövrünün absans epilepsiyası
- Gənclik dövrünün mioklonik epilepsiyası (impulsiv petit mal)
- Oyanma anında böyük epilepsiya tutmaları
- Yuxarıda göstərilən kateqoriyaların heç birinə mənsub olmayan generalizə olunmuş idiopatik epilepsiya

2.2 Yaş dövrü ilə əlaqədar başlayan idiopatik və (və ya) simptomatik epilepsiya

Uest sindromu və yaxud infantil spazm (3-8 aylıq yaşda başlayan)

- Lennoks-Qasto sindromu (2-5 yaşda başlayan)
- Mioklonik-astatik tutmalı epilepsiya
- Mioklonik absanslı epilepsiya

3. Simptomatik lokallaşmış epilepsiya

- Qeyri spesifik etiologiyalı:
- Erkən mioklonik ensefalopatiya
- Spesifik sindromlar
- Başqa xəstəliklərin ağırlaşması olan epileptik sindromlar

4. Kriptogen lokallaşmış epilepsiya

5. Fokal və yaxud generalizə olunmuş tutmalara aid olmayan epilepsiya və epileptik sindromlar

Qazanılmış epileptik afaziya (Landau-Klefner sindromu)

Yeni doğuluşların qıcolmaları

Erkən uşaqlıq dövrünün ağır mioklonik epilepsiyası

6. Xüsusi sindromlar

- Müəyyən şərait ilə əlaqədar olan qıcolma tutmalar (febril qıcolmalar, stresslə, hormonal dəyişiklərlə, dərman preparatları və yuxunun deprivasiyası ilə əlaqədar tutmalar)

- Təcrid edilmiş provokasiya olunmamış tək-tək qıcolma tutmalar ya epileptik status.

- Xüsusi provokasiya ilə xarakterizə olunan epilepsiya

- Uşaq yaşında xroniki progressivləşən parsial daimi epilepsiya

Bu təsnifatda epilepsiya xəstəliyin səbəbi və anatomik xüsusiyyətləri nəzərə alınır.

2013-cü ilin dekabr ayında ILAE İcraiyyə Komitəsi bu təklifləri rəsmi ILAE mövqeyi kimi qəbul etmişdir. İşçi qrupu epilepsiyanı aşağıdakı meyarlara cavab verən bir beyin xəstəliyini nəzərdən keçirmək təklif etdi: 1) ən azı 24 saatdan artıq olan intervalda, ən azı iki səbəbsiz (ya da refleks) epileptik tutma; 2) növbəti 10 il ərzində iki spontan tutmadan sonra residivin ümumi riskinə (> 60%) yaxın olan bir təxirə salınmamış (və ya refleksli) tutmanın və tutmaların təkrar olma ehtimalı; 3) epileptik sindromun diaqnozu. Epilepsiya qətnaməsi son 5 il ərzində antikonvulsant preparatlarla müalicə olunmayan xəstələrdə son 10 il ərzində epileptik tutmaların olmamağı ilə yanaşı, yaşa asılı epileptik sindromlu fərdlərdə də müəyyən edilir [9].

ƏDƏBİYYAT

1. E. Magiorkinis, K. Sidiropoulou, and A. Diamantis, "Hallmarks in the history of epilepsy: epilepsy in antiquity," *Epilepsy and Behavior*, vol. 17, no. 1, pp. 103–108, 2010. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
2. Hippocrates, *The Sacred Disease*, vol. 2, Loeb Classical Library and Harvard University Press, London, UK, 1965, translated by W. H. S. Jones.
3. K. Sidiropoulou, A. Diamantis, and E. Magiorkinis, "Hallmarks in 18th- and 19th-century epilepsy research," *Epilepsy and Behavior*, vol. 18, no. 3, pp. 151–161, 2010. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
4. A. Diamantis, K. Sidiropoulou, and E. Magiorkinis, "Epilepsy during the middle ages, the renaissance and the enlightenment," *Journal of Neurology*, vol. 257, no. 5, pp. 691–698, 2010. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
5. J. G. F. Maisonneuve, *Recherches et observations sur l'épilepsie, présentées a L'École de médecine de Paris*, Paris, France, 1803.

6. L. F. Calmeil, De l' epilepsie etudiee sous le rapport de son siege et de son influence sur la production de l' alienation mentale [Thesis], Imprimerie de Didot le jeune, Paris, France, 1824.
7. G. Fritsch and E. Hitzig, "Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns," Archiv für Anatomie, Physiologie und Wissenschaftliche Medicin, vol. 37, pp. 300–332, 1870. View at Google Scholar
8. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders World Health Organization Geneva, 1992.
9. Robert S. Fisher, Carlos Acevedo, Alexis Arzimanoglou, Alicia Bogacz, J. Helen Cross, Christian E. Elger, Jerome Engel Jr, Lars Forsgren, Jacqueline A. French, Mike Glynn, Dale C. Hesdorffer, B.I. Lee, Gary W. Mathern, Solomon L. Moshe, Emilio Perucca, Ingrid E. Scheffer, Torbjorn Tomson, Masako Watanabe, Samuel Wiebe. League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). OFFICIAL ILAE REPORT
Practical clinical definition of epilepsy *Epilepsia*, 55(4):475-482, 2014;doi: 10.1111/epi.12550.

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : C.İsmayilova

Epilepsiya və uşaq serebral iflici

Ş.İ.Mahalov, A.K.Məmmədbəyli, M.R.Tağıyeva

Эпилепсия и детский церебральный паралич

Ш.И., Магалов А. К. Мамедбейли, , М.Р.Тагиева

Epilepsy and cerebral palsy

Magalov Sh.İ., Mammadbayli A.K, Taghiyeva M.R

Azərbaycan Tibb Universiteti Nevrologiya kafedrası

Email:vagabova_meditina@yahoo.com

В статье представлен обзор литературы по актуальным проблемам эпилепсии у детей с церебральным параличом. Эпилепсия является одним из самых распространенных тяжелых расстройств нервной системы, оказывающим значительное влияние как на качество жизни пациента, так и членов его семьи. Одной из основных причин развития симптоматических эпилепсий являются перинатальные поражения головного мозга. Зачастую структурные повреждения центральной нервной системы столь значительны, что приводят к формированию детского церебрального паралича (ДЦП). Эпилепсия у детей с церебральным параличом характеризуется более ранним дебютом, низкой частотой генерализованных приступов, а также применением нескольких противоэпилептических препаратов и фармакорезистентностью. Сочетание церебрального паралича и эпилепсии оказывает негативное влияние на прогноз заболеваний, усиливает двигательные, когнитивные, речевые и интеллектуальные нарушения, ограничивает объем необходимой реабилитации и ведет к утяжелению эпилептического процесса, являясь одним из факторов резистентности к АЭП. Церебральный паралич и эпилепсия, являясь частыми причинами детской инвалидности, имеют негативные социальные последствия, способствуя снижению качества жизни пациентов и их семей.

Ключевые слова: эпилепсия, детский церебральный паралич, электроэнцефалография, нейровизуализация.

The article presents a literature review on actual problems of epilepsy in children with cerebral palsy. Epilepsy is one of the oldest diseases known to be chronic brain disorder that can occur at any age around the world. One of the causes of symptomatic epilepsy is perinatal brain injury. Often, the level of structural damage to the central nervous system is broad and deep, causing child cerebral palsy (CCP). The combination of cerebral palsy and epilepsy has a negative impact on the prognosis of diseases: increasing the risk of motor, cognitive and speech dysfunctions as well as intellectual disability due to the

hazard of provocative attacks or the seizure frequency and the index of epileptiform disorders. Also epilepsy in cerebral palsy may complicate the recovery of patients and leads to an aggravation of the epileptic process, being one of the factors of resistance to AED. Cerebral palsy and epilepsy, as a common causes of childhood disability, have negative social consequences, reducing the quality of life of patients and their families.

Keywords: *epilepsy, cerebral palsy, electroencephalography, neuro-visualization.*

Epilepsiya bütün dünya üzrə istənilən yaşda yarana bilən xronik beyin pozuntusudur məlum olan ən qədim xəstəliklərdən biridir. Yüzdilliklər boyunca epilepsiya qorxu hissi yaratmış, anlaşılmazlıq, diskriminasiya və sosial stiqmaya səbəb olmuşdur. Bir çox ölkələrdə müəyyən formada stiqma bugün də davam edir və bu xəstəlikdən əziyyət çəkən insanlar və onların ailələrinin həyat keyfiyyətinə təsir edir(71). Epilepsiyanın inkişaf etmiş ölkələrdə yayılma dərəcəsi 1000 nəfər əhaliyə 4-10 nəfər, inkişaf etməkdə olan ölkələrdə 7-14 nəfər (14,45) təşkil edir. Epilepsiyadan əziyyət çəkənlərin demək olar ki, 80%-i aşağı və orta gəlir səviyyəli ölkələrdə yaşayır və onların dördü üçü gərəklili müalicəni almırlar (71). Simptomatik epilepsiyanın yaranma səbəblərindən biri baş beynin perinatal zədələnməsidir. Çox zaman mərkəzi sinir sisteminin struktur zədələnmələrinin səviyyəsinin geniş və dərin olması, uşaq serebral iflicininin (USİ) yaranmasına səbəb olur (51). USİ-nə həsr olunmuş beynəlxalq seminarlarda (Merilend, ABŞ, 2004) tədqiqatçılar belə qənaətə gəlmişdir ki, uşaq serebral iflici – döl və ya uşağın beyninin progressivləşməyən inkişafdan qalması ilə səciyyələnən aktivlik məhdudiyətinə gətirib çıxaran bədənin hərəkət və vəziyyətinin pozulması ilə təzahür edən ağır sinir sistemi xəstəliyidir. Qeyd etmək lazımdır ki, USİ yüksək gəlirli ölkələrdə orta hesabla hər 1000 nəfərə 2-2,5 nəfər olmaqla uşaq yaşlarında əlilliyin ən geniş yayılmış səbəbidir (61).

Uşaq serebral iflici zamanı çox zaman epilepsiya müşahidə olunur. Bu xəstəliklərin qarşılıqlı əlaqə problemi uşaq nevrologiyasında kifayət qədər aktual məsələdir. Əksər hallarda USİ-nin yaranmasıyla bağlı amillər uşaq yaşlarında epilepsiyanın inkişafına təsir edir. Bu zaman söhbət həm bu iki xəstəliyin ayrıca, həm də birlikdə inkişafından gedir[70,43].

Baxmayaraq ki, USİ zamanı epilepsiyanın baş vermə halları nadir deyil, lakin son zamanlara qədər bu iki xronik xəstəliyin müştərəkliyinin rastgəlinmə tezliyi haqqında sübutlu məlumatlar mövcud deyildi. P. Singhi və həm-

müəllifləri (2003) hesab edirlər ki, USİ zamanı epilepsiya təqribən üçdə bir halda rast gəlinir; bu zaman o daha ağırgecişli və terapiyaya çətin tabe olur (xüsusilə əqli inkişafdan geri qalmış uşaqlarda). Bu qənaətə müəlliflər USİ olan 452 uşağın (1-14 yaş qrupu) prospektiv müayinəsinin nəticələrinə əsasən gəlmişdirlər. 452 xəstədən aktiv epilepsiya 160 nəfərdə (35,4%), maksimal tezlikdə epilepsiya spastik hemiplegiya (66%), bir gədər az halda — kvadroplegiya (42,6%) və diplegiya (15,8%) zamanı rast gəlinir. Müəlliflər aşkar etmişdir ki, USİ olan uşaqlarda ilk epilepsiya tutmasının orta yaranma yaşını 18,9 ay təşkil edir [65]. B. Neville (2010) fikrincə, həmçinin perinatal arterial insultdan sonra yaranan hemipleqik USİ zamanı epilepsiyanın inkişafı daha çox ehtimal edilir [53].

M.Carlsson və digərləri İsveçdə USİ olan 148 uşaq üzərində aparılan tədqiqatlar zamanı onlarda epilepsiyanın yayılmasının 38% olduğunu aşkar etdilər. Epilepsiya daha çox tetraplegiyalı USİ olan uşaqlarda inkişaf etmiş və onlarda parsial tutmalar daha çox qeydə alınmışdır [16].

Serebral iflic olan pasiyentlərdə epilepsiyanın tezliyi ədəbiyyatda 15 - 90% təşkil edir [42,56]. Novak I. və həmmüəllifləri metaanaliz əsasında epilepsiyanın yayılma tezliyinin 25-45% olduğunu müəyyən etmişdirlər [54]. Aşkar edilmişdir ki, epilepsiya daha çox spastik formalı USİ zamanı inkişaf edir. Spastik tetraplegiyası (45-65,5%) və spastik hemiplegiyası olan (52%) xəstələrin demək olar ki, yarısı epilepsiyadan əziyyət çəkir. Spastik diplegiyası olan uşaqlarda isə bu patologiya (32%) daha az rast gəlinir.

USİ ilə müştərək epilepsiyanın epidemiologiyası baxımından 1976-1998-ci illərdə anadan olmuş və SCPE (Surveillance of Cerebral palsy in Europe — Avropada USİ-nə nəzarət) şəbəkəsinə məxsus 17 avropa registrinə daxil edilmiş 9654 USİ-li uşaq haqqında məlumatın analiz olunduğu E. Sellier və həmmüəlliflərinin işi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir [63]. Uşaqların 3424 (35%) nəfərində epilepsiyaya dair anamnestic məlumatlar olmuşdur; qeydiyyat zamanı onların 72%-i epilepsiyaəleyhinə dərman preparatı qəbul edənlər idi. USİ-nin epilepsiya ilə birgə rastgəlmə tezliyi hər 1000 nəfər yenidoğulmuşu 0,69 (99% etibarlılıq intervalı 0,66–0,72) təşkil edir; 1976-1983-c illərdə o kvadratik trend şəklində artdı (sonradan azaldı). Sərbəst olaraq epilepsiya ilə assosiasiya olunan neonatal dövr xüsusiyyətlərindən serebral malformasiya və ya sindromlar, vaxtında doğulma və ya ağır yarımçıq doğulma ilə mü-

qaisədə zəif dərəcədə yarımçıq doğulma, perinatal distress (neonatal qıcolma da daxil olmaqla) əlamətləri, yenidoğulma dövründə ağciyərlərin süni ventilyasiyası, həmçinin yenidoğulmuşlara qulluq şöbəsinə köçürülmə qeyd olunur.

M. L. Bandino və həmüəlliflərinin (2014) məlumatlarına əsasən 46,6%-i USİ olan, müxtəlif inkişaf qüsurlarına malik olan uşaqlar üçün yay düşərgəsində istirahət edən 818 xəstə arasında (orta yaş 13,7) epilepsiyanın rastgəlmə tezliyi 32,3% olmuşdur [11]. Bu zaman tutmaların tezliyi həftədə 1 dəfədən çox 21,2% halda, gündə 1 dəfədən çox 13,3% halda olmuşdur (epileptik statusun inkişafını göstərən anamnestik məlumatlar 34,8% pasiyentdə qeyd edilmişdir) [11].

E. Andell və həmmüəllifləri(2015) epileptik tutma debütü zamanı uşaqlarda yanaşı psixomotor pozuntu və təşviq olunmamış (qeyri-febril) qıcolmanın yayılmasını araşdırmış və müəyyən etmişlər ki, 0-18 yaş qrupundan olan 76 xəstə arasında göstərilən fenomenlərin rastgəlmə tezliyi 100000 nəfərə 30-204 nəfər, orta hesabla 100000 nəfərə 67 təşkil etmişdir (SİRE tədqiqatının məlumatları) [7]. Müəlliflər qeyd etdiyinə görə USİ daha çox 5 yaşa qədər uşaqlarda təsadüf edilir. Epilepsiyanın debütündən sonrakı ilk 6 ay müddətində residivləşən tutmalar müşahidə olunmuşdur [7].

Ədəbiyyatda USİ zamanı epilepsiyanın inkişafını göstərən çox sayda amillər yer alır: neonatal qıcolmalar, əqli gerilik, baş beyin struktur dəyişiklikləri, epilepsiyaya dair müsbət ailə anamnezi və s.

Kulak və Sobaniec(2003) göstərirlər ki, aşağı doğum çəkisi, neonatal qıcolmalar, həyatın ilk ilində qıcolmalar, epilepsiyaya dair müsbət ailə anamnezi, serebral iflicin ağırlıq dərəcəsi və həmçinin KT-da dəyişikliklərlə USİ olan uşaqlarda baş verə biləcək epilepsiya riskilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəsi ola bilər. Eyni zamanda cinsiyyət, Apqar şkalası göstəriciləri, qeysəriyyə kəsiyi, vaxtından əvvəl doğulma və EEQ-da dəyişikliklər epilepsiya ilə əlaqəli deyildirlər [42].

Zelnik N. (2010 r.) tədqiqatından görünür ki, USİ olan uşaqlarda epilepsiyanın inkişafını sübut edən amillər neonatal qıcolmalar, həmçinin baş beyin maddəsində olan struktur dəyişiklikləridir. Epilepsiyanın Apqar şkalasında aşağı göstəricidən asılılığına dair tendensiyası qeyd olunsada, ciddi fərq müşahidə edilməmişdir. Həmçinin doğuşun növü, cinsiyyət, çəki, yenidoğulmuşda baş dairəsinin ölçüsü, etnik mənsubiyyət və hətta valideynlərin yaxın

qohum olması ilə də əlaqə müəyyən edilməmişdir [72].

Ferda Gürkan və həmmüəllifləri (2018) USİ olan 234 uşağın analizi zamanı aşağıdakı risk amillərini aşkar etmişdirlər: neonatal qıcolmalar, neonatal EEQ dəyişiklikləri, tetraplegik USİ, MRT zamanı dəyişikliklər, 6 aylıq dövrdə EEQ-da dəyişikliklər, əqli gerilik, həmçinin mikrosefaliya və görmə problemləri [32].

Neonatal qıcolmalar USİ və/və ya epilepsiyanın yaranma səbəblərindən biridir. Neonatal qıcolmalar və epilepsiya arasındakı sıx əlaqə Kollaborativ Perinatal Layihə (NCPP) zamanı Nelson və Ellenberq tərəfindən 1955-1966-cı illərdə 54,000 hamiləlik haqqında məlumatı istifadə etməklə təsvir edilmişdir [29]. Retrospektiv tədqiqatlar göstərir ki, USİ olan uşaqlarda neonatal qıcolmalar sonradan epilepsiyanın inkişafından xəbər verir. Xəstəlik tarixlərinin retrospektiv analizinin gedişində Garfinkle və M. I. Shevell (2011) serebral iflic, epilepsiya və ağır inkişaf ləngiməsinin proqnostik göstəricilərini aşkar etmişdirlər. Neonatal qıcolmaları olan 120 vaxtında doğulmuş uşaqdan 37 nəfərində (31%) USİ, 38 nəfərində (32%) epilepsiya inkişaf etmişdir. Qıcolmalar USİ olan 47% uşaqda müşahidə edilmişdir [24].

Ailə anamnezində epilepsiyanın olması həmçinin USİ olan uşaqlarda epilepsiyanın yaranma riskini artırır (Aksu 1990, Curatolo et al. 1995, Arpino et al. 1999)

M. E. O'Callaghan və həmmüəlliflərinin (2013) yeni etiopatogenetik konsepsiyasına əsasən USİ bir sıra hallarda genetik mənşəlidir (mendel *otürülməsi* və ya ayrı-ayrı təcrid olunmuş genlərin ekspressiyası). Müəlliflər USİ-nin gen əsaslarına həsr olunmuş ilk sistemativ xülasə təqdim etmişdirlər [55]. Burada göstərilir ki, USİ bir sıra daşıyıcı genlərlə əlaqədardır. USİ ilə əlaqəli mononukleotid ardıcılığı (MNA) haqqında məlumatları cəmləyərək müəlliflər dörd daşıyıcı gen qrupu ayırd edir: 1) trombofil, 2) sitokin, 3) alipoprotein E ilə əlaqəli və 4) ürək-damar sisteminin fiziologiyası/patofiziologiyası və immun sistemin funksiyası ilə bağlı olan digər MNAlar. Müəlliflər daha çox ehtimal edilən USİ daşıyıcı genləri arasında aşağıdakıları qeyd edirlər: V.Leyden amili, metilentetrahidrofolatreduktaza, limfotoksin- α , α şiş nekrozu faktoru, eNOS və mannoza birləşdirici lektin [55].

USİ və epilepsiyanın nisbətən daha qeyri-adi səbəbləri kimi ədəbiyyatda hamiləlik zamanı piylənmə, həmçinin hamiləlik zamanı gələcək anaya anti-

biotik təyin edilməsi göstərilir [21,26].

Nadir klinik hal olaraq USİ ilə epilepsiyanın 3q29 mikrodublikasiya sindromlu pasiyentlərdə ağır əqli geriliklə müştərəkliyini diqqətə almaq lazımdır [32]. Y.Z.İmam və həmmüəlliflərinin (2014) təsvir etdiyi USİ fonunda qıcolmasız epileptik status zamanı ləng psevdoperiodik laterallaşmış epileptiform boşalmalar da nadir hesab edilir[35].

USİnin epilepsiya ilə müştərəkliyinin yaratdığı problemlərdən biri osteoporoz və sümüklərin mineral tərkibinin pozulmasıdır. E. Aronson və S. B. Stevenson (2012) fikrincə bu təsvir edilən növ xroniki müştərək patologiyası olan uşaqlarda məhdud hərəkəti qabiliyyət və nisbi sümük-əzələ çatışmazlığı ilə izah edilir[8]. Digər müəlliflər isə bir çox epilepsiyaəleyhinə preparatların sümük toxumasına deminerallaşdırıcı effektini qeyd edir [58]. G. Coppola və həmmüəllifləri (2012) 2-energetik rentgenoloji absorpsiometriya üsulu ilə 113 xəstənin müayinəsi zamanı USİ, epilepsiya və əqli geriliyi olan xəstələr qrupunda 70,2%-də, USİ və əqli geriliyi olan xəstələr qrupunda 42,5%-də, yalnız epilepsiya olan xəstələr qrupunda isə 11,5%-də sümüklərin mineral sıxlığının z-şkalasının göstəricilərinin əhəmiyyətli dərəcədə azalmasını aşkar etmişdirlər. Bu zaman tetraparez və əqli geriliyin olması aşkar edilmiş sümüklərin mineral sıxlığı ilə əsaslı şəkildə korrelyasiya olmuşdur ($p = 0,003$) [20]. S. Paticheep və həmmüəllifləri (2015) epilepsiya olan 30 xəstə arasında (3–18 yaş) D vitamini çatışmazlığı və sümüklərin mineral sıxlığının pozulmasını yalnız yanaşı USİ olan 3 (10%) uşaqda müşahidə etmişlər [58].

USİ və epilepsiyanın müxtəlif aspektlərinə həsr olunmuş digər tədqiqatlar N.N.Omelçenko (2010), T.T.Batışeva (2011), N.N.Savelyeva (2011), O.V.Bıkova və həmmüəllifləri (2012), V.A.Kalinin (2014), V.İ.Quzeva və O.V.Barlova (2014), M. Knezevic-Pogancev (2010), C. S. Wu və həmmüəllifləri (2013), H. N. El-Tallawy və həmmüəlliflərinin (2014) adı ilə bağlıdır.

USİ zamanı epilepsiyanın inkişafı və gedişinin vacib proqnozlarından biri spesifik epileptiform dəyişiklikləri aşkar etmək imkanı verən elektroensefaloqrafiya (EEQ) hesab edilir. Ədəbiyyatda EEQ göstəriciləri və USİ klinik təzahürünün korrelyasiyasına dair çox sayda tədqiqatlar vardır[6, 29, 37, 64, 66,]. Ümumiyyətlə, EEQ zamanı dəyişikliklər çox zaman daha ağır hərəkəti pozuntusu olan uşaqlarda rast gəlinir [64].USİ və epilepsiya olan xəstələrdə tutmalararası EEQ zamanı çox zaman bioelektrik aktivliyinin diffuz ləngiməsi

və ya multiregional polibitişmələr müşahidə edilir [6]. Epileptiform aktivlik USİ və epilepsiyası olan 87,5% uşaqda müşahidə edilməklə təcrid olunmuş iti dalğalar, bitişmələr, pik- və polipik dalğalar, həmçinin hipsaritmiya və ya yanma-sönmə patternilə xarakterizə olunur [66]. İkincili generalizasiya ilə və ya onsuz regional epileptiform dəstələr 39,3% uşaqda qeydə alınır [29]. EEG göstəriciləri epilepsiyanın gedişinin xarakteri və müalicənin effektivliyi baxımından proqnostik əhəmiyyətə malikdir. *Ipek B* və həmmüəllifləri(2007) rezistent epilepsiyası olan 86% uşaqda hipsaritmiya patterni, 44,2%-də epileptiform aktivliyin generalizə olunmuş dəstələrini müşahidə etmişdirlər. Lakin eyni tədqiqatda farmakorezistent tutmaları olan 3 xəstədə interiktal epileptiform aktivliyin olmadığı görülmüşdü [37]. Bununla belə, EEG zamanı epileptiform aktivlik USİ zamanı epilepsiya olduğuna hər zaman dəlalət etmir. Epileptik tutmaları olmayan USİ xəstələrlərdə mütəmadi EEG zamanı epileptiform aktivlik yalnız 42,8% pasiyentdə qeydə alınır [6].

Ümumilikdə, epileptiform aktivlik serebral iflicin spastik formaları zamanı üstünlük təşkil etməklə 52,3%-ə çatır və hərəki pozuntunun ifadəliliyi ilə korrelyasiya olunur (yüngül dərəcəli motor qüsurla hemiparetik forma zamanı 19,3%-ə çata bilər). Xəstəliyin göstərilən formalarından əziyyət çəkən uşaqlarda epileptiform aktivliyin rastgəlmə tezliyi və hərəki pozuntuların ifadəliliyi arasında dəqiq korrelyasiyanın olmadığı hiperkinetik forma zamanı epileptiform aktivlik 33,3%, atonik-astatik forma zamanı isə 27,3% ola bilər. 21,5% halda serebral iflici olan xəstələrdə 2-3 yaşında 26-48%-ə (gümrahlıq və yuxu zamanı müvafiq olaraq) uşaq xoşxassəli epileptiform patterni (UXEP) müşahidə edilir[3].

Standart üsulla aparılan mütəmadi EEG çox zaman epilepsiyası olan xəstələrdə patologiya aşkar etmir. Diaqnoz qoyulması və epilepsiyanın formasının müəyyən edilməsi zamanı yaranmış çətinliklər müalicənin də yanlış aparılmasına səbəb olur. Lakin, T.Kubota və həmmüəlliflərinin(2003) fikrincə, dinamik EEG – periventrikulyar leykomalyasiya ilə müşayiət olunan serebral iflic zamanı vacib diaqnostik və proqnostik meyarlardan biridir [41]. Bununla belə Amerika serebral iflic və tibbi inkişaf akademiyasının (AACPD) son tövsiyələrinə əsasən qeyd edilir ki, EEG məlumatları USİ etiologiyasının müəyyən edilməsi üçün informativ deyildir və epileptiform dəyişikliklərin skrininqi üçün epileptik tutması olmayan USİ uşaqlarda EEG tətbiqinin məqsə-

dəuəyğun olmaması haqqında sübutlar vardır [13]. Lakin, video-EEQ monitorinqinin tətbiqi bir çox halda patoloji aktivliyin lokalizasiyası və vəziyyətin xarakterini dəqiqləşdirmək imkanı verir. Epilepsiya USİ klinik gedişinə, xüsusilə psixi və nitq inkişafına böyük təsir göstərir. Koqnitiv funksiyalara EEG-dakı epileptiform aktivliyin deyil, məhz epileptik tutmaların təsir etdiyi haqqında məlumatlar vardır [3].

Həm USİ, həm də epilepsiya ilə müştərək USİ-nin diaqnostikası və ağırlıq dərəcəsinin proqnozu zamanı neyrovizualizasiyalar (MRT, KT, PET) mühüm rol oynayır [19]. Bu sahədə irimiqyaslı tədqiqatlar Böyük Britaniya, İrlandiya, Portuqaliya, İsveç, Finlandiya, Almanyanın eyni zamanda 8 tədqiqat mərkəzində 585 pasiyentlə aparılmışdır [45]. Onun məqsədi USİ klinik simptomatikası və MRT göstəricilərini analiz etmək idi. Uşaqların orta yaşı 38 ay təşkil edirdi (1-87 ay). Onlardan təqribən 26%-də spastik diplegiya, 19%-də spastik tetraplegiya, 14%-də diskineziya, 4%-də ataksiya, 3%-də digər formalar müşahidə edilmişdir. Müayinə nəticəsində aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir: 42,5% halda MRT baş beyin ağ maddəsinin, 9,1% halda inkişaf qüsuru, 7,4% halda fokal infarkt geyd edilmişdir. Yalnız 11,7% halda MRT heç bir patologiya göstərməmişdir. Bu üsul USİ zamanı diaqnostik praktikada geniş tətbiq edilməsi üçün tövsiyə edilmişdir. Baş beyin ağ maddəsinin patologiyası zamanı 2 il ərzində klinik remissiya 33% uşaqda, patoloji prosesə baş beyin qabığının boz maddəsi qoşulduqda isə yalnız 7% uşaqda əldə edilmişdir. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnmələrindən ən çox epileptogen və terapiyaya tabe olmayan növ qabıq displaziyası hesab edilir [2].

USİ zamanı epilepsiyanın diaqnostikası xüsusi çətinlik törədir. Uşaqlarda serebral iflicin olması ümumi populyasiyada rast gəlinən müxtəlif qeyri-epileptik tutmaların inkişaf imkanını istisna etmir. Hətta USİ olmayan uşaqlarda belə epilepsiya tez-tez hiperdiaqnostika edilir. Ədəbiyyatda göstərilir ki, 20-25% halda təyin edilmiş epilepsiya diaqnozu yanlış olur. Eyni zamanda, rezistent epilepsiyası olan 10-20% xəstədə ətraflı analiz zamanı müxtəlif qeyri-epileptik tutmalar müəyyən edilir və belə halda epilepsiya diaqnozu ləğv edilir [3]. Serebral iflici olan uşaqlar, görünür, epilepsiya hiperdiaqnostikasına daha tez-tez uğrayırlar, belə ki, USİ zamanı epilepsiyanın olması gözlənilən haldır, onun tezliyi isə populyasiyadakı göstəricilərindən yüksəkdir [68]. Uşaqlarda tez-tez rast gəlinən və yanlış olaraq epilepsiya olaraq qəbul edilən

qeyri-epileptik tutmalar reflektor anoksik və affekto-respirator tutmalardır [34]. Bundan əlavə, xüsusilə hiperkinetik formalı USİ olan pasiyentlərdə kinematikasına görə epileptik tutmalara oxşayan diskinetik xarakterli müxtəlif stereotip hərəkəti aktlar yarana bilər [68]. Yuxu zamanı yaranan qeyri-epileptik paroksizmal fenomenlərlə epileptik tutmaların differensial diaqnostikası xüsusi çətinlik yaradır. Belə vəziyyətlərə mərkəzi tetraparezlər zamanı tez-tez müşahidə edilən, yuxudakı obstruktiv apnoe ilə bağlı olan qeyri-epileptik tonik tutmalar aid edilir [10]. Spastik diplegiyası olan uşaqlarda tez-tez oyanma və yuxuya getmələrlə səthi yuxu epileptik spazmi xatırladan və ardıcıl xarakterli hipnik diksinmələr (sleep starts) ilə müşayiət edilə bilər. Bu uşaqlarda həm də epilepsiya ola bilər üçün, belə qeyri-epileptik tutmaların aşkar edilməsi epilepsiyaəleyhinə müalicənin əsaslandırılmamış korreksiyasından yayınmaq imkanı yaradır [28].

Bir çox müəllifin fikrincə, epileptik tutmaların olması serebral iflici olan uşaqlarda koqnitiv funksiyaların gedişi və inkişafının proqnozunu əhəmiyyətli dərəcədə ağırlaşdırır [18]. Bu işdə göstərilmişdir ki, epilepsiya hətta tutmaların proqnozundan asılı olmadan oliqofreniyanın inkişafı və USİ zamanı motor pozuntuların ağırlığının əsas proqnostik amili hesab edilir. İntellektin enməsi tutması olan uşaqlarda (63%) epilepsiya olmayanlardan (16%) daha çox rast gəlinir [6].

N. J. Spencer və həmmüəllifləri (2015) inkişaf etmiş ölkələrdə uşaq yaşlarında sağlamlığı xronik əlilləşdirən pozuntularının əlverişsiz sosial-iqtisadi nəticələrilə assosiasiyası haqqında məlumatlar təqdim etmişdirlər (sistematik xülasə və metaanaliz). USİ üçün ehtimal əmsali (OR) 1,42 (95% etibarlılıq intervalı 1,26–1,91), epilepsiya üçün isə 1,38 (95% etibarlılıq intervalı 1,20–1,59) təşkil edir və bu göstəricilər uşaqlarda USİ və epilepsiyanın mənfi sosial nəticələrini sübut edir [67].

G.G. Mert və həmmüəllifləri (2011) serebral iflic olan 42 uşaq (1-ci qrup) və USİ və epilepsiyası olan 56 uşaqdan (2-ci qrup) ibarət 2 qrup üzərində tədqiqat aparmaqla aşkar etmişdirlər ki, (univariant analiz göstəriciləri) neonatal qıcolmalar, EEQ zamanı patoloji (epileptiform) dəyişikliklər, politerapiya, həmçinin epilepsiyaəleyhinə preparatların davamlı şəkildə qəbuluna ehtiyac olması mənfi epileptik proqnoz hesab edilir. Bundan əlavə, loqistik reqressiya analizi zamanı müəyyən edilmişdir ki, neonatal qıcolmalar, xəstə-

nin ailə üzvlərində epilepsiyanın olduğunu sübut edən ailə anamnezi, əqli gerilik USİ zamanı epilepsiyanın inkişafının vacib və sərbəst göstəriciləridir [49].

Şübhəsiz ki, uşaqlarda eyni zamanda USİ və epilepsiyanın olması hər iki nozoloji qrup üzrə proqnozu ağırlaşdırır, adekvat terapiya və reabilitasiya prosesinə mane olur, həmçinin belə pasiyentlərin həyat keyfiyyətini enməsinə gətirib çıxarır. E. Gajewska və həmmüəllifləri (2014) USİ və epilepsiya olan uşaqlarda əl bacarıqları, sadə motor funksiyalar və əqli qabiliyyət arasında qarşılıqlı əlaqə olduğunu geyd edirlər[29].

Serebral iflici olan uşaqlarda epilepsiya daha erkən başlanğıc, generalizə olunmuş tutmaların aşağı tezliyi, həmçinin bir neçə epilepsiyaəleyhinə preparat qəbulu və farmakorezistentliklə xarakterizə olunur (63,42).Serebral iflic və epilepsiyanın müştərəkliyi xəstəliyin proqnozuna neqativ təsir edir, hərəkəti, koqnitiv, nitq və əqli pozuntuların ağırlaşmasına səbəb olur (xüsusilə terapiyaya rezistent uzunmüddətli persistə edən epileptik tutmalar və yüksək indeksli epileptiform aktivlikdə), gərəkli reabilitasiyanın həcmi məhdudlaşdırır (tutmaların təşviq olunması riski və ya mövcud paroksizmlərin tezliyinin artması, epileptiform pozuntu indeksinin artması və bununla bağlı keçirilən aktiv reabilitasiya tədbirlər zamanı inkişaf reqressi ilə əlaqədar) və EƏP-a qarşı rezistentliyin amillərindən biri olmaqla epileptik prosesin ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Serebral iflic və epilepsiya uşaq əliliyinin çox rast gəlinən səbəblərindən olub pasiyent və onun ailə üzvlərinin həyat keyfiyyətinin enməsinə gətirib çıxarmaqla neqativ sosial nəticələrə malikdir. Serebral iflici olan uşaqlarda erkən yaşlarda epilepsiya başlamasının müəyyən edilməsi müalicə taktikası seçiminə təsir edir (5,51).

Beləliklə, USİ olan uşaqlarda geniş spektrli epilepsiya müşahidə edilir: həm erkən başlanğıc, əqli geriliklə, tez-tez tutmalarla (Vest sindromu) keçən ağır formalar, eləcə də daha gec başlanğıc, nadir tutmalarla və normal intellektlə təzahür edən xoşxassəli formalar. Hazırda ədəbiyyatda USİ zamanı epileptik sindromun tezliyi, onun artmasına səbəb olan amillər, qıcolma tutmalarının başladığı yaş, USİ-nin epilepsiyanın təzahürünə təsiri, onun gedişinin proqnozu və müalicə taktikası məsələləri tam aydınlaşdırılmamış olaraq qalır. Belə hallar uşaq serebral iflici olan xəstələrdə epilepsiyanın araşdırılmasının aktuallığını göstərir və yeni tədqiqatların aparılmasını tələb edir.

Ədəbiyyat

1. Mahalov Sh.I. et al, “Epilepsiya», 2015
2. Белоусова Е.Д. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с церебральным параличом: Автореф. дис. д.м.н. М., 2004.
3. Мухин К.Ю. и др. Эпилепсия при церебральных параличах у детей: электроклинические особенности и прогноз. // Вестник РГМУ, 2011, №5, с. 37–41
4. Семенова К. А. Детские церебральные параличи // Неврология детского возраста под ред. Г.Г. Шанько, Е.С. Бондаренко. Минск.: Высшая школа. - 1990,- С. 165-206.
5. Airaksinen M., Riitta Matilainen, Tarja Mononen, Kirsi Mustonen, fuhani Partanen, Veikko Jokela, and Pirjo Halonen A Population-Based Study on Epilepsy in Mentally Retarded Children *Epilepsia*, 41(Y). 1214-1220, 2000
6. Al-Sulaiman A. Electroencephalographic findings in children with cerebral palsy a study of 151 patients // *Funct. Neurol.* 2001. V.16. P.325–328
7. Andell E., Tomson T., Carlsson S., Hellebro E., Andersson T., Adelow C., Amark P. The incidence of unprovoked seizures and occurrence of neurodevelopmental comorbidities in children at the time of their first epileptic seizure and during the subsequent six months // *Epilepsy Res.* 2015; 113: 140–150.
8. Aronson E., Stevenson S. B. Bone health in children with cerebral palsy and epilepsy // *J Pediatr Health Care.* 2012; 26 (3): 193–199.
9. Ashwal P. S., Russman B.S., Blasco P.A. et al. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society // *Neurol.* 2004. V.62. 851–863.
10. Badawi N., Keogh J. M. Causal pathways in cerebral palsy // *J Paediatr Child Health.* 2013; 49 (1): 5–8.
11. Bandino M. L., Garfinkle R. A., Zickerfoose B. A., Hsieh D. T. Epilepsy at a summer camp for children and young adults with developmental disabilities: a 3-year experience // *Mil. Med.* 2014; 179 (1): 105–110
12. Bax Martin, Tydeman Clare, Flodmark Olof // *The Europ. Cerebral Palsy Study.* – 2006. – № 296. – P. 1602–1608.
13. Beaino G., Khoshnood B., Kaminski M., Pierrat V., Marret S., Matis J., Ledésert B., Thiriez G., Fresson J., Rozé J. C., Zupan-Simunek V., Arnaud C., Burguet A., Larroque B., Bréart G., Ancel P. Y. EPIPAGE Study Group. Predictors of cerebral palsy in very preterm infants: the EPIPAGE prospective population-based cohort study // *Dev Med Child Neurol.* 2010; 52 (6): e119–25.
14. Bell G.S., Neligran A., Sander J.W. An unknown quantity – the worldwide prevalence of epilepsy. *Epilepsia.* 2014; 55 (7): 958-962.
15. Bruck I., Antoniuk S.A., Spessatto A., Bem R.S. Epilepsy in children with cerebral palsy // *Arq. Neuropsiquiatr.* 2001. V.59. P.35–39.
16. Carlsson M, Hagberg G, Olsson I (2003) Clinical and aetiological aspects of epilepsy in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 45:371–376
17. Chang, M.-J., Ma, H.-I. & Lu, T.-H. Estimating the prevalence of cerebral palsy in Taiwan: a comparison of different case definitions. *Res. Dev. Disabil.* 36C, 207–212 (2014).
18. Christensen, D. et al. Prevalence of cerebral palsy, co-occurring autism spectrum disorders, and motor functioning — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, USA, 2008. *Dev. Med. Child Neurol.* 56, 59–65 (2014).

19. Christos P. Panteliadis (eds.) **Cerebral Palsy: A Multidisciplinary Approach** Springer International Publishing 2018.
20. Coppola G., Fortunato D., Mainolfi C., Porcaro F., Roccaro D., Signoriello G., Operto F. F., Verrotti A. Bone mineral density in a population of children and adolescents with cerebral palsy and mental retardation with or without epilepsy // *Epilepsia*. 2012; 53 (12): 2172–2177.
21. Crisham Janik M. D., Newman T. B., Cheng Y. W., Xing G., Gilbert W. M., Wu Y. W. Maternal diagnosis of obesity and risk of cerebral palsy in the child // *J Pediatr*. 2013; 163 (5): 1307–1312.
22. De Jesus L. C., Pappas A., Shankaran S., Li L., Das A., Bell E. F., Stoll B. J., Laptook A. R., Walsh M. C., Hale E. C., Newman N. S., Bara R., Higgins R. D. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Health and Human Development Neonatal Research Network. Outcomes of small for gestational age infants born at < 27 weeks' gestation // *J Pediatr*. 2013; 163 (1): 55–60.
23. Djukic M., Gibson C. S., Maclennan A. H., Goldwater P. N., Haan E. A., McMichael G., Priest K., Dekker G. A., Hague W. M., Chan A., Rudzki Z., Van Essen P., Khong T. Y., Morton M. R., Ranieri E., Scott H., Tapp H., Casey G. Genetic susceptibility to viral exposure may increase the risk of cerebral palsy // *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009; 49 (3): 247–53.
24. Ellenberg J. H., Nelson K. B. The association of cerebral palsy with birth asphyxia: a definitional quagmire // *Dev Med Child Neurol*. 2013; 55 (3): 210–216.
25. El-Tallawy H. N., Farghaly W. M., Shehata G. A., Badry R., Rageh T. A. Epileptic and cognitive changes in children with cerebral palsy: an Egyptian study // *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 971–975.
26. Fernandez-Jaen A., Castellanos Mdel C., Fernandez-Perrone A. L., Fernandez-Mayoralas D. M., de la Vega A. G., Calleja-Perez B., Fernandez E. C., Albert J., Hombre M. C. Cerebral palsy, epilepsy, and severe intellectual disability in a patient with 3q29 microduplication syndrome // *Am J Med Genet A*. 2014; 164 A (8): 2043–2047.
27. Fisher R.S., Cross H., French J.A. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy. URL: <http://www.ilae.org/visitors/centre/documents/ClassificationSeizureILAE-2016.pdf> // *Epilepsia*. – 2017 (in press)
28. Fusco L., Pachatz C., Cusmai R. et al. Repetitive sleep starts in neurologically impaired children: an unusual non-epileptic manifestation in otherwise epileptic subjects // *Epilep. Disord*. 1999. V.1. №1. P.63–67
29. Gajewska E., Sobieska M., Sambrowski W. Associations between manual abilities, gross motor function, epilepsy, and mental capacity in children with cerebral palsy // *Iran J Child Neurol*. 2014; 8 (2): 45–52.
30. Garfinkle J., Shevell M. I. Cerebral palsy, developmental delay, and epilepsy after neonatal seizures // *Pediatr Neurol*. 2011; 44 (2): 88–96.
31. Gilbert W. M., Jacoby B. N., Xing G., Danielsen B., Smith L. H. Adverse obstetric events are associated with significant risk of cerebral palsy // *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203 (4): 328.
32. Gürkan, F., Serin, M., Yılmaz, S., Serdaroğlu, G., Tekgül, H., & Gökben, S. (2017). Risk factors for epilepsy in cases with cerebral palsy: A retrospective study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 21, e70–e71.
33. Gururaj A.K., Sztrihai L., Bener A. et al. Epilepsy in children with cerebral palsy // *Seizure*. 2003. V.12. №2. P.110–114
34. Horrocks I.A., Nechay A., Stephenson J.B.P. et al. Anoxic-epileptic seizures: Observational study of epileptic seizures induced by syncope // *Arch. Dis. Child*. 2005. V.90. P.1283–1287.
35. Imam Y. Z., Deleu D., Mearaoua B., D'Souza A., Al Halil H., Kaplan P. W. Slow pseudoperiodic

- lateralized epileptiform discharges in nonconvulsive status epilepticus in a patient with cerebral palsy and a large central meningioma // *Epilepsy Behav Case Rep.* 2014; 2: 179–183.
36. Iona Novak, PhD; Cathy Morgan, PhD; Lars Adde, PhD; et al Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. // *JAMA Pediatr.* 2017 Sep 1; 171(9):897-907. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
 37. Ipek B., Ecevt C., Ipek I. et al. The Evaluation of 371 cases with cerebral palsy between January 1984 and December 2004 // *J. Neurol. Sci.* [Turk]. 2007. V.24.P.270–279.
 38. John C.M. Biust Current Diagnosis and Treatment, 2012, 573 p.
 39. John W. Seadding and Nicholas A.Loseff 2012, 730p
 40. Kirby R. S. Cerebral palsy and birth defects: what is the frame of reference? // *Dev Med Child Neurol.* 2012; 54 (8): 677–678.
 41. Kubota T., Okumura A., Hayakawa F. et al. Relation between the data of cyst formation observable on ultrasonography and the timing of injury determined by serial electroencephalography in preterm infants with periventricular leucomalacia // *Brain and Devel.* 2001. V.23. P.390–394
 42. Kułak W, Sobaniec W. Risk factors and prognosis of epilepsy in children with cerebral palsy in north-eastern Poland. *Brain Dev.* 2003;25(7):499–506
 43. Levy-Zaks A., Pollak Y., Ben-Pazi H. Cerebral palsy risk factors and their impact on psychopathology // *Neurol Res.* 2014; 36 (1): 92–94.
 44. Lien E., Andersen G. L., Bao Y., Gordish-Dressman H., Skranes J. S., Vik T., Blackman J. A. Apolipoprotein E polymorphisms and severity of cerebral palsy: a cross-sectional study in 255 children in Norway // *Dev Med Child Neurol.* 2013; 55 (4): 372–377.
 45. Martin, Bax. Clinical and MRI Correlates of Cerebral Palsy /Bax Martin, Tydeman Clare, Flodmark Olof // *The Europ. Cerebral palsy Study.* – 2006. – № 296. – P. 1602–1608.
 46. Meeraus W. H., Petersen I., Gilbert R. Association between antibiotic prescribing in pregnancy and cerebral palsy or epilepsy in children born at term: a cohort study using the health improvement network // *PLoS One.* 2015; 10 (3): e0122034.
 47. Mercimel-Mahmutoglu S., Sidky S., Hyland K., Patel J., Donner E. J., Logan W., Mendoza-Londono R., Moharir M., Raiman J., Schulze A., Suriwardena K., Yoon G., Kyriakopoulou L. Prevalence of inherited neurotransmitter disorders in patients with movement disorders and epilepsy: a retrospective cohort study // *Orphanet J Rare Dis.* 2015; 10: 12
 48. Mercuri E. Cerebral palsy, brain lesions, and thrombophilic genetic factors // *Dev Med Child Neurol.* 2012; 54 (2): 100.
 49. Mert G. G., Incecik F., Altunbasak S., Herguner O., Mert M. K., Kiris N., Unal I. Factors affecting epilepsy development and epilepsy prognosis in cerebral palsy // *Pediatr Neurol.* 2011; 45 (2): 89–94.
 50. Monica S. Cooper, MBBS, BMedS Mark T. Mackay, MBBS, PhD, Michael Fahey, MBBS, PhD, Dinah Reddihough, MD, Susan M. Reid, PhD, Katrina Williams, MBBS, PhD, A. Simon Harvey, MD Seizures in children with Cerebral Palsy and white matter injury *Pediatrics.* 2017 Mar; 139(3).
 51. Morton LD1, Pellock JM. Curr Overview of childhood epilepsy and epileptic syndromes and advances in therapy. *Pharm Des.* 2000 May; 6(8):879-900.
 52. Nelson KB, Ellenberg JH. Antecedents of seizure disorders in early childhood. *Am J Dis Child* 1986; 140:1053–61
 53. Neville B. Epilepsy in hemiplegic cerebral palsy due to perinatal arterial ischaemic stroke // *Dev. Med. Child. Neurol.* 2010; 52 (11): 982.
 54. Novak I, Hines M, Goldsmith S, Barclay R. Clinical prognostic messages from a systematic re-

- view on cerebral palsy. *Pediatrics* 2012;130:e1285-312.
55. O'Callaghan M. Apolipoprotein E and the genetics of cerebral palsy: where to next? // *Dev Med Child Neurol.* 2013; 55 (4): 302–303.
 56. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(6):509-519.
 57. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39(4):214–223
 58. Patichheep S., Chotipanich C., Khusiwiali K., Wichaporn A., Khongsaengdao S. Antiepileptic drugs and bone health in Thai children with epilepsy // *J Med Assoc Thai.* 2015; 98 (6): 535–541.
 59. Pearl P. L. (ed). *Inherited metabolic epilepsies.* New York: Demos Medical Publishing LLC. 2013; 356 p.
 60. Peduzzi, M. Epilepsi in children with cerebral palsy / M. Peduzzi, E. Defontaine, J. P. Misson // *Rev. Med. Liege.* – 2006. – № 61 (4). –P. 237–239.]
 61. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006 [published correction appears in *Dev Med Child Neurol.* 2007;49(6):480]. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007;109:8-
 62. Sander J.W., Hart Y.M. *Epilepsy: Questions and Answers 2007,* 176 p
 63. Sellier E, Uldall P, Calado E, Sigurdardottir S, Torrioli MG, Platt MJ, Cans C. Epilepsy and cerebral palsy: characteristics and trends in children born in 1976-1998. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012 Jan;16(1):48-55.
 64. Sianturi P., Syarifuddin A., Saing B. Incidence of epilepsy among patients with cerebral palsy // *J. Neurol. Sci.* [Turk]. 2007. V.24. P.270–279
 65. Singhi P., Jagirdar S., Khandelwal N., Malhi P. Epilepsy in children with cerebral palsy // *J. Child Neurol.* 2003. 18 (3): 174–179..
 66. Soleimani F., Vameghi R., Biglarian A. Antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in term and near-term newborns // *Arch Iran Med.* 2013; 16 (4): 213–236.
 67. Spencer N. J., Blackburn C. M., Read J. M. Disabling chronic conditions in childhood and socio-economic disadvantage: a systematic review and meta-analyses of observational studies // *BMJ Open.* 2015; 5 (9): e007062.
 68. Stephenson J.B.P. *Cerebral palsy // Epilepsy: A Comprehensive textbook / Ed. By J.Engel, A.Timothy. V.III. Sec.X. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. P.2631–2637.*
 69. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. *Dev. Med. Child Neurol.* 44, 633–640 (2002).
 70. Vesoulis Z. A., Inder T. E., Woodward L. J., Buse B., Vavasaur C., Mathur A. M. Early electrographic seizures, brain injury, and neurodevelopmental risk in the very preterm infant // *Pediatr Res.* 2014; 75 (4): 564–569.
 71. WHO Epilepsy Fact sheet. Updated February 2017. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/>
 72. Zelnik, N., Konopnicki, M., Bennett-Back, O., Castel-Deutsch, T., & Tirosh, E. (2010). Risk factors for epilepsy in children with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology,* 14(1), 67–72

Çapa təqdim edən redaksiya üzvü : A.İsmayilova

**Ağ siçovullarda baş beyinin müxtəlif strukturlarında
neuroleptiklərin təsiri fonunda lipid peroksidini
məhsullarının miqdarında baş verən dəyişikliyin təyini**

M.F. Rüstəмова

**Determination of changes in the amount of lipid peroxide
products on the background of neuroleptics in different
brain structures of white rats**

M.F. Rustamova

**Изменение содержания продуктов перекисного
окисления липидов в различных структурах мозга
белых крыс на фоне введения нейролептиков**

М.Ф. Рустамова

ATU-nun farmakologiya kafedrası və Elmi-Tədqiqat Mərkəzi

E-mail: rustamovamehriban@mail.ru

In the present study, the effect of haloperidol (dose of 0.5 mg/kg) and clozapine (10 mg/kg) on dien conjugates, hydroperectics and malon dialdehyde was investigated. Experiences were performed in different brain structures. It was discovered that lipid peroxide has increased the level of its products as a result of the administration of haloperidol to experimental animals. The insertion of clozapine does not have a significant impact on the amount of these products.

Key words: neuroleptics, peroxidation of lipids, antioxidant.

В настоящем исследовании было изучено влияние галоперидола (в дозе 0.5 мг/кг) и клозапина (в дозе 10 мг/кг) на содержание диеновых конъюгатов, гидроперекисей и малонового диальдегида. Опыты проводились на различных структурах мозга белых крыс. В ходе экспериментов было обнаружено, что введение галоперидола экспериментальным животным способствует повышению содержания продуктов перекисного окисления липидов. Введение же клозапина не оказывает существенного влияния на содержания продуктов перекисидации липидов.

Ключевые слова: нейролептики, перекисное окисление липидов, антиоксидант

GİRİŞ

Sərbəstradikallı oksidləşmə (SRO) prosesi ən fundamental bioloji proseslərdən biri olub hüceyrələrin normal həyat fəaliyyətinin tənzim olunmasında mühüm rol oynayır (Барабой В.А., 2006). Sərbəst radikalların çox hissəsi orqanizmdə molekulyar oksigenin və lipidlərin peroksidli oksidləşməsi (LPO) məhsullarının, eyni zamanda hidrogen peroksidin metabolizmi hesabına əmələ gəlir. Bu zaman oksigenin aktiv formaları (OAF) LPO məhsullarının miqdarının artmasına səbəb olur. SRO ən çox sinir toxuması üçün təhlükə daşıyır. Beyin toxuması külli miqdarda doymamış yağ turşularına malikdir ki, onlar da daim oksidləşmə-reduksiya proseslərinə məruz qalırlar. Beyin toxumasında LPO məhsullarının əmələ gəlməsi digər toxumalarla müqayisədə on dəfələrlə daha çox olur (McQuillen P.S., Ferriero D.M., 2004).

Orqanizmin müxtəlif biokimyəvi və fizioloji funksiyalarının yerinə yetirilməsində membran strukturlarının vacib rolunun nəticəsi olaraq müxtəlif növ emosional gərginlik zamanı SRO proseslərinin intensivliyinin və antioksidant (AO) fermentlərin aktivliyinin tədqiqi, metabolizmdəki dəyişikliklərin diaqnostika, korreksiyasında və depressiv patologiyaların müalicəsində mühüm əhəmiyyət kəsb edə bilər. Hüceyrə membranlarının tamlığı pozulan zaman neyromediatorlar ifraz olunaraq oksidləşir. Bu zaman əmələ gələn ikincili sərbəst radikallar yenidən hüceyrələrin zədələnməsini sürətləndirir. SRO stress pozğunluqlarının patogenevizində, sinir sisteminin işemik, travmatik və degenerativ pozğunluqlarının əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır (Лыкаш А.И., и др., 1999).

SRO prosesi eyni zamanda dərman maddələrini qəbul edən zaman da sürətlənir. Uzunmüddətli dərman maddələrinin qəbulu mərkəzi sinir sistemi (MSS) səviyyəsində SRO prosesini sürətləndirə bilər. Bu dərman maddələrinin pro- və ya antioksidant təsir xüsusiyyətinə malik olması ilə birbaşa bağlıdır (Altuntas I., Aksoy H., Coskun I., 2000).

Hazırkı işdə tədqiq olunan neyroleptiklərdən biri tipik (haloperidol), digəri isə atipik (klozapin) neyroleptiklər qrupuna aiddir. Haloperidol butirofenon, klozapin isə dibenzodiazepin törəmələrindəndir.

Bir çox xəstəliklər zamanı orqanizmin fermentativ sistemində baş verən pozğunluqlar lipidlərin peroksid yolu ilə yanma məhsullarının miqdarının art-

masına səbəb olması artıq bir sıra alimlər tərəfindən sübuta yetirilmişdir (Казимирко В.К.и др.,2014).

Ədəbiyyat mənbələrində niqral dofaminergik neyronların zədələnməsi və ölümü dərman parkinsonizmi zamanı istifadə olunan tipik neyroleptiklərin dəmir ionlarının mübadiləsində, oksidativ streslərin əmələ gəlməsində, lipidlərin peroksid yolu ilə yanma məhsullarının artmasında, bərpaolunan qlutatio-nun aktivliyinin aşağı düşməsində və digər AO-ın aktivliklərinin zəifləməsin-dəki roluna dair çoxlu məlumatlar mövcuddur (Раевский К.С., 2002). Neyro-leptiklərin təyini fonunda baş verən dərman parkinsonizmi zamanı lipid pe-roksidi məhsullarının, eyni zamanda MDA-nın miqdarında baş verən artım və niqrostriatal sistemdə lipidperoksidaza fermentinin aktivliyinin artmasını buna əyani misal göstərmək olar (Раевский К.С., 2002).

Heyvan toxumasında lipidlərin peroksid yolu ilə yanma məhsulları barədə dəqiq məlumat almaq üçün ilk növbədə dien konyuqatlarının (DK) (lipidlərin peroksid yolu ilə yanması zamanı əmələ gələn ilk məhsul), lipid hidrope-roksidlərinin (HP) (nisbətən peroksidləşmənin gec mərhələsində əmələ gəlir) və ən nəhayət MDA-nın (lipid peroksidlərinin ən son və vacib məhsulu) miq-darı təyin olunacaqdır.

Qeyd etdiyimiz məlumatlar uzunmüddətli neyroleptik terapiya zamanı dərman parkinsonizminin əmələ gəlməsində mühüm rol oynaya bilər.

MATERIAL və METODİKA

Tədqiq olunan neyroleptiklərin pro- və yaxud antioksidant təsir effekti-nə malik olmasını tədqiq etmək üçün təcrübələr Azərbaycan Tibb Universite-tinin Elmi-Tədqiqat Mərkəzinin vivariumunda yetişdirilmiş və 14 gün karant-in keçmiş, çəkisi 170-200q hər iki cinsdən olan 30 ağ siçovul üzərində apar-ılmışdır. Heyvanlar 3 qrupa ayrıldıqdan sonra, birinci qrup nəzarət qrupu, di-gər 2 qrupda isə haloperidol 0,5mq/kq, klozapin isə 10mq/kq dozada heyvan-ların qarın boşluğuna inyeksiya olunmaqla lipid peroksid məhsullarının miq-darına təsiri tədqiq olunmuşdur. Sutkalıq ritmin fermentativ aktivliyə təsirini neytrallaşdırmaq üçün heyvanlar hər gün saat 9⁰⁰ və 14⁰⁰ arası, laboratoriyada otaq temperaturu 22⁰±1s. şəraitində tədqiq olunan maddələrin qarındaxili in-yeksiyasından iki saat sonra başları kəsilmişdir. Heyvanlar öldürülüb dekapi-tasiya olunduqdan sonra buzun içərisində qısa zamanda beyin çıxarılmış və

hipotalamus, striatum, frontal qabıq ayrılmışdır. Sonradan ayrılmış strukturlar homogenizatorada xırdalanmış və 10^0 s temperatur mühitində 3000 həcm/dəqiqə fırladılmışdır. Mühiti ayırmaq üçün 0,1n HClO₄ 100 nq/ml daxili standart dioksibenzilamin (DOBA) əlavə olunmuşdur. Alınmış homogenat 10 dəqiqə müddətində 10000 dəq. sürətlə sentrifüqa olunmuşdur. Alınmış məhsuldan lipidlərin peroksid yolu ilə yanma məhsullarının miqdarının təyini üçün istifadə olunmuşdur. LPO proseslərinin intensivliyini təyin etmək üçün HP və MDA miqdarı Asakawa T., Matsushita S. (1980) metodundan istifadə olunmaqla müəyyən olunmuşdur (Asakawa T., 1980).

Təcrübələrin gedişi müddətində alınmış rəqəmlər müasir tələbatlar nəzərə alınmaqla statistik işlənmişdir.

NƏTİCƏLƏR və ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

AO fermentlərin səviyyələri psixotik pozğunluqların ən erkən mərhələlərində aşağı ola bilər. Sonrakı dəyişikliklər isə bir tərəfdən tətbiq olunan dərman vasitəsindən, psixopatologiyanın ağırlığından və ya ətraf mühit faktorlarından asılı ola bilər (Ranjekar P.K., Hinge A., Hegde M.V., 2003). Tədqiqatlar həmçinin haloperidolun və ya digər neyroleptiklərin antioksidant fermentlərə ehtimal edilən birbaşa təsirinin olmadığını göstərir. Simptomların qabarıqlığı isə onların aktivliyinə təsir göstərə bilər. Bu əsas etibarilə SOD və qlutamatperoksidazaya aiddir (Yao J.K., Reddy R., van Kammen D.P., 2000).

Apardığımız tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, haloperidol 0,5 mq/kq dozada baş beyinin müxtəlif strukturlarında (hipotalamusda, frontal qabıq, zolaqlı cisim) LPO məhsullarının miqdarını aşağıdakı qaydada dəyişmişdir. Belə ki, nəzarət qrupu heyvanların hipotalamuslarında DK-nın miqdarı $1,65 \pm 0,010$ olduğu halda 0,5 mq/kq haloperidolun təsirindən artaraq $2,12 \pm 0,005$ $p < 0,01$, HP-in miqdarı hipotalamusdan hazırlanmış homogenatda nəzarət qrupunun göstəriciləri $2,64 \pm 0,014$ olduğu halda artaraq $3,25 \pm 0,005$ $p < 0,01$, MDA-nın miqdarı hipotalamusdan hazırlanmış homogenatda $1,66 \pm 0,005$ olduğu halda artaraq $2,22 \pm 0,008$ olmuşdur $p < 0,01$. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri cədvəl 1-də verilmişdir.

Haloperidolun 0,5mq/kq dozada xroniki yeridilməsinin hipotalamusda LPO məhsullarının miqdarınatəsiri ($M \pm m$), $n=10$.

Cədvəl 1.

SN _q -si	DK (nis.vahid)	HP (nis.vahid)	MDA (nmol/mqzülal)
Nəzarət NaCl	1,65±0,010 (1,63-1,74)	2,64±0,014 (2,6-2,8)	1,68±0,005 (1,61-1,66)
Haloperidol 0,5 mq/kq	2,12±0,005 (2,06-2,14)**	3,25±0,005 (3,21-3,24)**	2,22±0,008 (1,99-2,26)**

dürüstlük əmsali* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Frontal qabıqdan hazırlanmış homogenatda DK-nın miqdarı nəzarət qrupunda $1,86 \pm 0,004$ olduğu halda 0,5 mq/kq haloperidolun təsirindən artaraq $2,69 \pm 0,005$ $P < 0,01$ olmuşdur. HP-in miqdarı nəzarət qrupu heyvanlarda $3,16 \pm 0,006$ olduğu halda artaraq $4,17 \pm 0,005$ $P < 0,01$ olmuşdur. MDA-nın miqdarı $2,37 \pm 0,005$ olduğu halda artaraq $3,14 \pm 0,009$ $P < 0,01$ olmuşdur. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri cədvəl 2-də verilmişdir.

Haloperidolun 0,5 mq/kq dozada xroniki yeridilməsinin frontal qabıqda LPO məhsullarının miqdarına təsiri ($M \pm m$), $n=10$.

Cədvəl 2.

SN _q -si	DK (nis.vahid)	HP (nis.vahid)	MDA (nmol/mqzülal)
Nəzarət NaCl	1,86±0,004 (1,83-1,87)	3,16±0,008 (3,14-3,22)	2,37±0,005 (2,36-2,42)
Haloperidol 0,5 mq/kq	2,69±0,005 (2,67-2,71)**	4,17±0,005 (4,08-4,18)**	3,14±0,009 (3,11-3,16)**

dürüstlük əmsali* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Zolaqlı cisimdən hazırlanmış homogenatda DK-nın miqdarı $1,22 \pm 0,003$ olduğu halda 0,5 mq/kq haloperidolun təsirindən artaraq $1,56 \pm 0,004$ $p < 0,01$ olmuşdur. HP-in miqdarı nəzarət qrupu heyvanlarda $1,44 \pm 0,003$ olduğu halda artaraq $1,79 \pm 0,007$ $p < 0,01$ olmuşdur. MDA-nın miqdarını tədqiq edən zaman məlum olmuşdur ki, frontal qabıqda MDA-nın miqdarı nəzarət qrupunda

1,14±0,007 olduğu halda 0,5 mq/kq haloperidolun təsirindən artaraq 1,39±0,003 p<0,01 olmuşdur. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri cədvəl 3-də verilmişdir.

Haloperidolun 0,5 mq/kq dozada xroniki yeridilməsinin zolaqlı cisimdə LPO məhsullarının miqdarınatəsiri (M±m), n=10.

Cədvəl 3.

S№-si	DK (nis.vahid)	HP (nis.vahid)	MDA (nmol/mqzülal)
Nəzarət NaCl	1,22±0,003 (1,21-1,24)	1,44±0,003 (1,41-1,48)	1,14±0,007 (1,1-1,7)
Haloperidol 0,5 mq/kq	1,56±0,004 (1,51-1,58)**	1,79±0,007 (1,72-1,80)**	1,39±0,003 (1,32-1,37)**

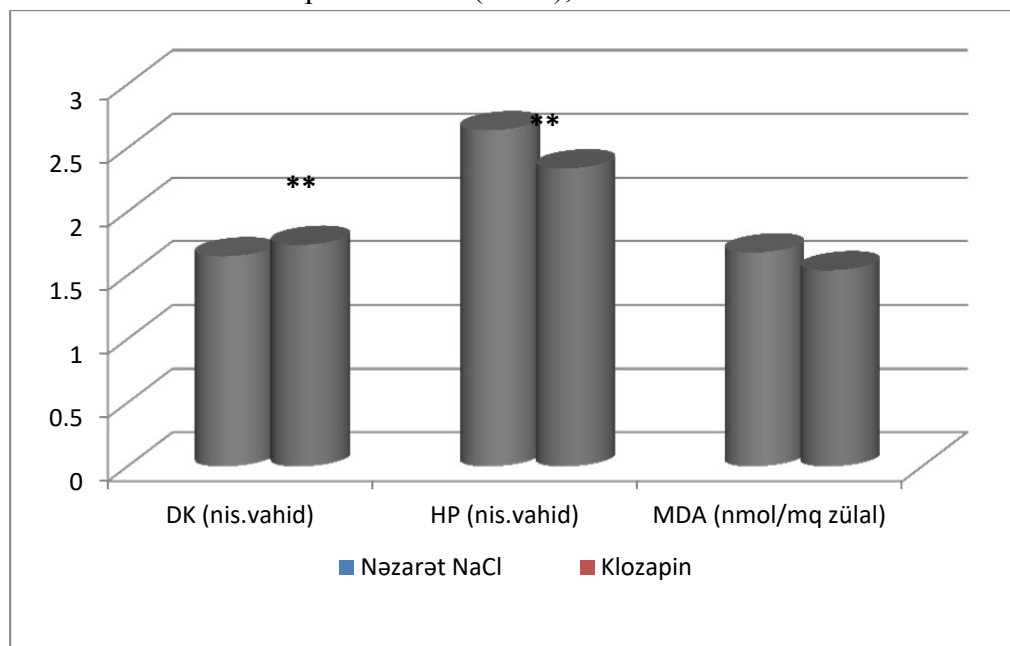
dürüstlük əmsali* - p < 0,05, ** - p < 0,01.

Aparılmış tədqiqatlar klozapinin 10 mq/kq dozada ağ siçovulların davranış parametrlərini sütləşdirməsini sübuta yetirmişdir. Klozapinin hipokinetik təsir effektinin onun pro- və yaxud antioksidant təsir effekti ilə bağlı olmasını sübuta yetirmək üçün onun baş beyin strukturlarında (hipotalamus, frontal qabıq, zolaqlı cisim) LPO məhsullarının miqdarına necə təsir göstərməsi tədqiq olunmuşdur.

Klozapinin baş beyin strukturlarında LPO məhsullarının miqdarına necə təsir göstərməsini tədqiq edən zaman məlum olmuşdur ki, klozapin 10 mq/kq dozada hipotalamusdan hazırlanmış homogenatda DK-nin miqdarını nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə müqayisədə artırmışdır. Belə ki, nəzarət qrupunda bu göstəricilər 1,65±0,010 olduğu halda statistik dürüst artaraq 1,74±0,002 olmuşdur. HP-in miqdarında DK ilə müqayisədə artım müşahidə olunmamışdır. Belə ki, HP-in miqdarı nəzarət qrupunda 2,64±0,014 olduğu halda azalaraq 2,34±0,007 olmuşdur. Hipotalamusdan hazırlanmış homogenatda MDA-nin miqdarını tədqiq edən zaman məlum olmuşdur ki, klozapin 10 mq/kq dozada bu göstəricini nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə müqayisədə yenə də azaltmışdır. Belə ki, MDA-nin miqdarı nəzarət qrupunda 1,68±0,005

olduğu halda azalaraq $1,54 \pm 0,003$ olmuşdur. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri şəkil 1-də verilmişdir.

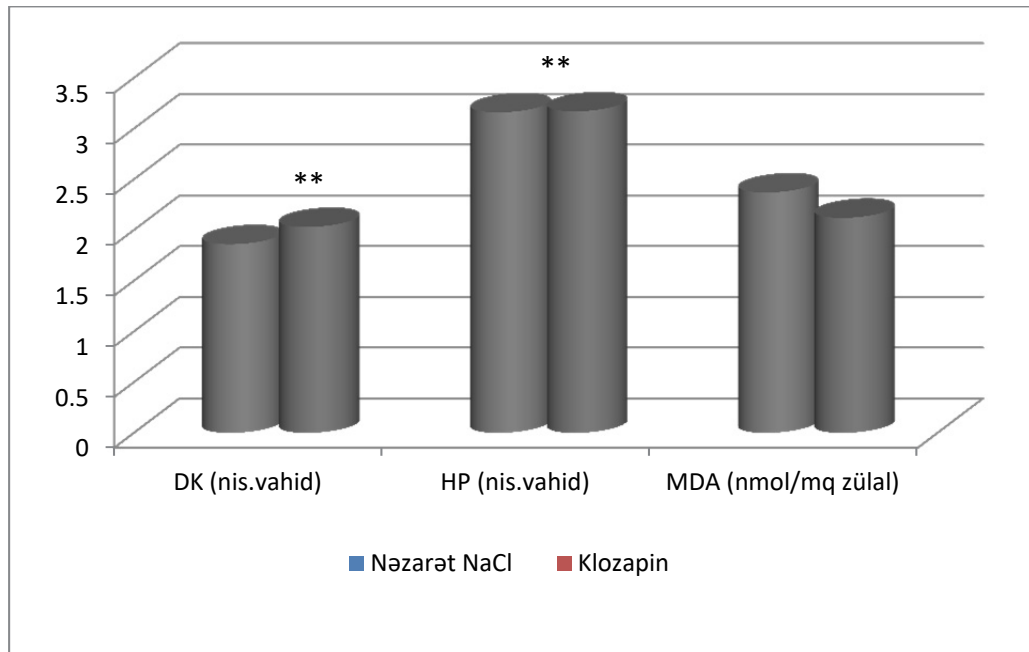
Şəkil 1. Klozapinin 10 mq/kq dozada xroniki yeridilməsinin hipotalamusta LPO məhsullarının miqdarına təsiri ($M \pm m$), $n=10$.



dürüslük əmsalı * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Frontal qabıqdan hazırlanmış homogenatda DK-nın miqdarını tədqiq edən zaman məlum olmuşdur ki, klozapin bu göstəricini nəzarət qrupunun göstəricisi ilə müqayisədə 10,9% $p < 0,01$ artırmışdır. HP-in miqdarını tədqiq edən zaman eyni mənzərə müşahidə olunmamışdır. Belə ki, frontal qabıqdan hazırlanmış homogenatda nəzarət qrupunun göstəriciləri $3,16 \pm 0,006$ olduğu halda 10mq/kq klozapinin təsirindən demək olar ki, dəyişikliyə məruz qalmayaraq $3,17 \pm 0,007$ olmuşdur. Bundan fərqli olaraq MDA-nın miqdarında azalma müşahidə olunmuşdur. MDA-nın miqdarı nəzarət qrupunda $2,37 \pm 0,005$ olduğu halda 10 mq/kq klozapinin təsirindən statistik düst azalaraq $2,12 \pm 0,009$ olmuşdur. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri şəkil 2-də verilmişdir.

Şəkil 2. Klozapinin 10 mq/kq dozada xroniki istifadəsinin frontal qabıqda LPO məhsullarının miqdarınatəsiri ($M \pm m$), $n=10$.

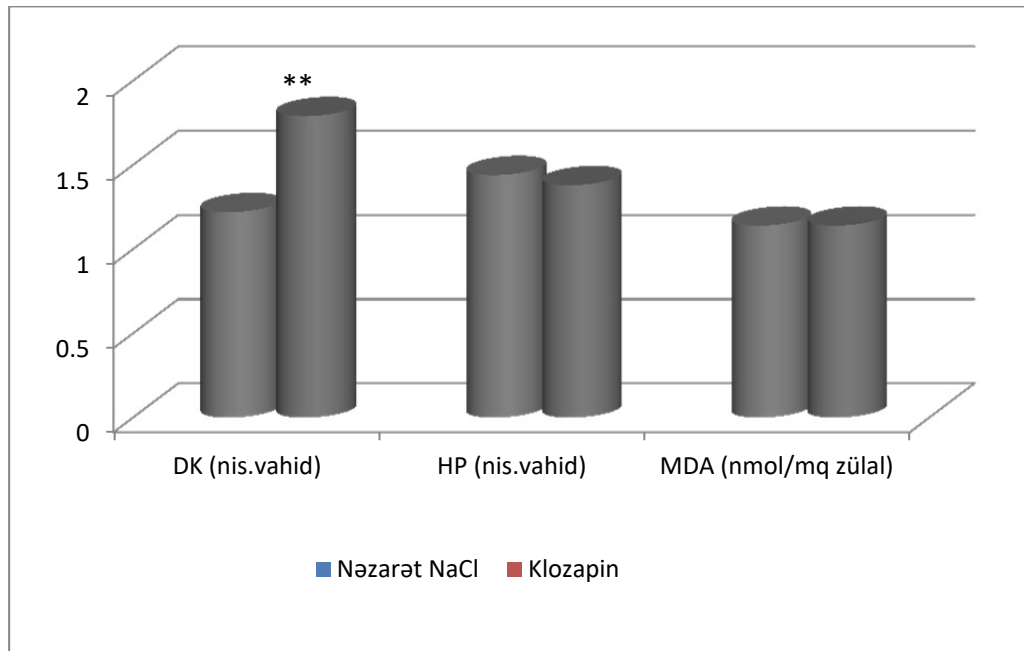


dürüslük əmsalı* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Zolaqlı cisimdən hazırlanmış homogenatda da LPO məhsullarının miqdarını tədqiq edən zaman məlum olmuşdur ki, bu göstəricilərdən nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə müqayisədə DK-nın miqdarı artdığı halda, HP-nin miqdarında azalma müşahidə olunduğu halda MDA-nın miqdarında isə demək olar ki, dəyişiklik müşahidə olunmur. Belə ki, 10 mq/kq dozada klozapinin təsirindən zolaqlı cisimdən hazırlanmış homogenatda DK-nın miqdarı nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə müqayisədə 14,7% statistik dürüst artmışdır. HP-in miqdarı 4,2% statistik qeyri-dürüst azaldığı halda, MDA-nın miqdarında demək olar ki, dəyişiklik nəzərə çarpmamışdır.

Biz klozapinin prooksidant təsir effektinə malik olmasını ehtimal etmirik. Amma aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələrini təhlil edən zaman məlum olmuşdur ki, 10 mq/kq dozada yeridilən klozapin 0,5mq/kq dozada olan haloperidolla müqayisədə zəif olsa da belə antioksidant təsir effekti göstərmişdir. Aparılmış tədqiqatların alınmış nəticələri şəkil 3-də verilmişdir.

Şəkil 3. Klozapinin 10 mq/kq dozada xroniki yeridilməsinin zolaqlı cisimdə LPO məhsullarının miqdarınatəsiri ($M \pm m$), $n=10$.



dürüstlük əmsalı * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Elmi ədəbiyyatdan bizə məlumdur ki, D_2 -dofamin reseptorları XI xromosomda kodlaşmışdır. Bu reseptorların oyanması cAMP-ın (cyclic adenosine monophosphate) miqdarının azalmasına gətirib çıxarır, kalsium kanallarını blokada etməklə kalium kanallarının açılmasına səbəb olur. Məlum nəzəriyyəyə görə, neyroleptiklər dofamin reseptorlarını blokada etməklə hüceyrədaxili kalsium ionlarının axınını gücləndirir. Monoaminoksidaza fermentini aktivləşdirməklə, eyni zamanda dofaminin metabolizmini gücləndirməklə sərbəst radikalların əmələ gəlməsi prosesini sürətləndirir (Раевский К.С., 2000). Neyroleptiklər dofamin reseptorlarını blokada etməklə hüceyrə sitoplazmasında kalsium ionlarının toplanmasına səbəb olur. Bu zaman kalsium ionlarının hüceyrədən çıxarılmasına və endoplazmatik retikulumun sisternasına yığılmasına səbəb olan enerjidənasılı nasoslar blokada olunduğuna görə kalsiumdanaşılı fosfolipaza fermenti aktivləşir. Kalsiumun sitoplazmada toplanmasının qarşısını alan mexanizmlərdən biri də mitoxondrilərin kalsiumu tutma aktivliyinin artmasıdır. Bu zaman mitoxondrilərin metabolik aktivliyi artır ki, bu da

ATF-in sərfinin güclənməsinə səbəb olmaqla protonların hüceyrədən qovulmasını sürətləndirir. Krebs dövrünü pozulur. Oksigen çatışmazlığı enerji mübadiləsinin pozulmasına səbəb olmaqla sərbəstradikalı oksidləşməni stimule edir (Проскура И.К., 2003). Sərbəstradikalı proseslər hüceyrələrin membranını zədələməklə lipid peroksidi məhsullarının əmələ gəlməsini stimule edir. Əmələ gəlmiş lipid peroksidi məhsulları hüceyrə membranlarının zədələnməsini və ölümünü sürətləndirir.

Yuxarıda qeyd olunanlar və alınmış nəticələrin müzakirəsi belə qənaətdə gəlməyə əsas verir ki, psixi xəstəliklərin etiologiyasının məlum olmaması onun müalicəsini çətinləşdirir.

ƏDƏBİYYAT

1. Раевский К.С. Современные нейрорептики: взаимодействие с системами нейротрансмиттеров мозга. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2000, №05, с.132-134.
2. Раевский К.С. Современные нейрорептики. М.Медицина. 2002. с.12-34.
3. Проскура И.К. Биохимия: Учебное пособие для студ. Высш.учеб.заведений. ВЛАДОС-ПРЕСС.2003.с.66-126.
4. -Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии//Русский медицинский журнал. 2002. Т.10, №12-13. с.35-42.
5. Казимирко В.К., Иваницкая Л.Н., Кутовой В.В., Дубкова А.Г., Силантьева Т.С.Перекисное окисление липидов: противоречия проблемы. Украинский Ревматологический журнал. 2014. №57 (3), с. 13-17.
6. БарабойВ.А. Биоантиоксиданты / В.А. Барабой. – Киев: Книга плюс, 2006. – С. 154–155.
7. Лукаш А.И., Заика В.Г., Милютин Н.П., Кучеренко А.О. Интенсивность свободно радикальных процессов и активность антиоксидантных ферментов в слюне и плазме крови людей при эмоциональном напряжении. Вопросы медицинской химии, 1999,№6, с.507-513.
8. McQuillen PS, Ferriero DM. Selective vulnerability in the developing central nervous system// Pediatr. Neurol. - 2004. - №30. - P. 227-235.
9. Altuntas I., Aksoy H., Coskun I. Erythrocyte superoxide dismutase and glutathione peroxidase activities, and malondialdehyde and reduced glutathione levels in schizophrenic patients // Clin. Chem. Lab. Med. - 2000. - №38(12). - P. 1277-1281.
10. Ranjekar P.K., Hinge A., Hegde M.V. Decreased antioxidant enzymes and membrane essential polyunsaturated fatty acids in schizophrenic and bipolar mood disorder patients // Psychiatry Res. - 2003. - №121(2). - P. 109-122.
11. Yao J.K., Reddy R., van Kammen D.P. Abnormal age-related changes of plasma antioxidant proteins in schizophrenia. Psychiatry Res. - 2000. - №97(2-3). - 137-151.
12. Asakawa T., Matsushita S. Coloring conditions of thiobarbituric acid test for detecting lipid hydroperoxides. Lipids, 1980.Vol.15. №3.p.137–140.

Сапа təqdim edən redaksiya üzvü : С.İsmayilova

Psixoloji yardım haqqında

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNU

Bu Qanun Azərbaycan Respublikası Konstitusiyasının 94-cü maddəsinin I hissəsinin 1-ci bəndinə uyğun olaraq, Azərbaycan Respublikasında psixoloji yardım göstərilməsinin hüquqi əsaslarını, psixoloji yardım alan şəxslərin və psixoloqların hüquqlarını və vəzifələrini müəyyən edir, bu sahədə yaranan münasibətləri tənzimləyir.

1-ci fəsil ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Maddə 1. Əsas anlayışlar

1.0. Bu Qanunda istifadə olunan anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

1.0.1. **psixoloji yardım** – psixoloji problemlərin həlli, stress vəziyyətlərin nəticələrinin aradan qaldırılması, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin və psixi sağlamlığın yaxşılaşdırılması, şəxsiyyətin inkişafı, sosial adaptasiya məqsədi ilə psixoloji prinsiplər və metodlar əsasında həyata keçirilən tədbirlər;

1.0.2. **psixoloq** – bu Qanunla müəyyən edilmiş tələblərə cavab verən, psixoloq ixtisası üzrə ali təhsil almış və ya “Təhsil haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq əlavə təhsil alma formasında psixoloq ixtisasını əldə etmiş və psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxs;

1.0.3. **psixoloji yardım alan şəxs** – mürəkkəb psixoloji vəziyyətlə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxsə müraciət edən şəxs (şəxslər);

1.0.4. **psixoloji yardım standartları** – psixoloji yardımın növünə, formasına, müddətinə və keyfiyyətinə dair müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən təsdiq edilən minimum tələblərin məcmusu;

1.0.5. **ilkin psixoloji yardım** – fəvqəladə hadisələr zamanı zərər çəkmiş şəxslərdə kəskin stress əlamətlərinin azaldılması və əsas insani tələbatların ödənilməsinə yönəlmiş qeyri-ixtisaslaşdırılmış tədbirlər;

1.0.6. **psixozanaliz** – psixi pozuntuların müalicəsinə dair psixoloji nəzəriyyə və psixoterapevtik müalicə üsulu;

1.0.7. **böhran vəziyyəti** – şəxsin müstəqil aradan qaldıra bilmədiyi və psixoloji problemlərin yaranmasına səbəb olan hallar;

1.0.8. **təcili psixoloji yardım** – böhran vəziyyətində olan şəxslərə göstərilən ixtisaslaşdırılmış psixoloji yardım;

1.0.9. **ailə terapiyası** – ailələrə psixoloji yardım göstərilməsinə yönəlmiş psixoterapiyanın müstəqil bölməsi;

1.0.10. **davranış psixologiyası** – davranış prinsiplərini öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.11. **neyropsixologiya** – psixoloji proseslərlə əlaqədar mərkəzi sinir sisteminin strukturu və funksiyalarını öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.12. **psixopatologiya** – psixi fəaliyyətin pozulmasını öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.13. **klirik (tibbi) psixologiya** – psixi halların xəstəliklərlə qarşılıqlı əlaqəsini öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.14. **klirik (tibbi) psixoloq** – bu Qanunla müəyyən edilmiş tələblərə cavab verən, təhsili klirik (tibbi) psixologiya üzrə magistr dərəcəsindən aşağı olmayan və ixtisası üzrə ən azı 1 (bir) il iş təcrübəsi olan və səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxs;

1.0.15. **psixoloji problem** – şəxsin özü, peşə fəaliyyəti, şəxsiyyətlərarası münasibətlər, ailə vəziyyəti və (və ya) şəxsi həyatının digər problemləri ilə bağlı psixoloji narahatlığı;

1.0.16. **klirik psixoloji yardım** – klirik (tibbi) psixoloqlar tərəfindən psixoterapiya, psixoloji müayinə (diaqnostika), psixoloji reabilitasiya və psixoloji korreksiya, habelə psixoloji məsləhət formalarında göstərilən psixoloji yardım.

Maddə 2. Psixoloji yardım haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi

Psixoloji yardım haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, bu Qanundan, digər normativ hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı beynəlxalq müqavilələrdən ibarətdir.

Maddə 3. Qanunun tətbiq dairəsi

3.1. Bu Qanun Azərbaycan Respublikasının vətəndaşlarına, əcnəbilərə və vətəndaşlığı olmayan şəxslərə, habelə Azərbaycan Respublikasının ərazisində fəaliyyət göstərən, təşkilati hüquqi formasından asılı olmayaraq, bütün hüquqi şəxslərə, xarici hüquqi şəxslərin filial və nümayəndəliklərinə şamil edilir.

3.2. “Psixoloq”, “psixoloji”, “psixozanaliz”, “psixodiaqnostika”, “psixoterapiya” sözlərindən və bu sözləri özündə əks etdirən söz birləşmələrindən adında və digər rekvizitlərində yalnız bu Qanuna uyğun olaraq psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər tərəfindən istifadə edilməsinə yol verilir.

3.3. Bu Qanunun müddələri aşağıdakı hallara şamil edilmir:

3.3.1. “Psixiatriya yardımı haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq həkim tərəfindən həyata keçirilən psixiatriya yardımına;

3.3.2. Azərbaycan Respublikasının inzibati xətalər, cinayət və mülki prosessual qanunvericiliyinə uyğun olaraq təyin edilmiş psixoloji ekspertizaya;

3.3.3. Azərbaycan Respublikasının Əmək Məcəlləsi ilə müəyyən edilmiş peşə fəaliyyəti yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı olan iş yerlərində iş qəbul, Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrinə hərbi xidmətə və xüsusi təyinatlı təhsil müəssisələrinə qəbulla əlaqədar psixoloji müayinəyə.

Maddə 4. Psixoloji yardımın növləri və formaları

4.1. Psixoloji yardımın növləri aşağıdakılardır:

4.1.1. **psixoloji profilaktika və maarifləndirmə** – psixoloji problemləri yaradan amillər və şəraitlər haqqında məlumatlanma;

4.1.2. **psixoloji konsultasiya** – şəxsin psixoloji problemlərini başa düşməsi və həll etməsi üçün göstərilən yardım prosesi;

4.1.3. **psixoloji dəstək** – şəxsin adaptasiya qabiliyyətinə təsir edə biləcək psixoloji problemlərin aşkar edilməsi və qarşısının alınması;

4.1.4. **psixoloji müayinə (diaqnostika)** – şəxsin normal həyat ahəngini pozan, onun davranış və münasibətlər sisteminə təsir edən psixoloji problemlərinin öyrənilməsi və göstəriləcək psixoloji yardımın növünü, formasını və həcmi düzgün müəyyən etmək məqsədi ilə psixoloji yardım alan şəxsin fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi;

4.1.5. **psixoterapiya** – psixoloji metodlardan istifadə edərək psixi pozuntuların müalicəsi;

4.1.6. **psixoloji reabilitasiya və psixoloji korreksiya** – psixi sağlamlıq problemləri olan şəxsin psixososial uyğunlaşması və səmərəli sosial davranışının bərpa olunması və ya inkişafı;

4.1.7. **psixoloji trening (psixoloji təlim)** – psixologiya sahəsi ilə əlaqəli olan yeni biliklərin, vərdişlərin və münasibətlərin inkişafına yönəlmiş aktiv öyrənmə üsulu.

4.2. Psixoloji yardım aşağıdakı formalarda həyata keçirilir:

4.2.1. psixoloji yardım alan şəxslə mütəxəssis arasında qarşılıqlı əlaqənin formasından asılı olaraq - bilavasitə və vasitəli (telefon, internet və digər texniki vasitələrdən istifadə etməklə);

4.2.2. iştirakçıların sayından və tərkibindən asılı olaraq – fərdi, ailə, qrup;

4.2.3. davam etmə müddətindən asılı olaraq – təcili, birdəfəlik, qısamüddətli (12 məşğələyə qədər), uzunmüddətli (12 məşğələdən çox).

2-ci fəsil

PSIXOLOJİ YARDIM SAHƏSİNDƏ DÖVLƏT SİYASƏTİ

Maddə 5. Psixoloji yardım sahəsində dövlətin vəzifələri

5.1. Dövlət vətəndaşların vaxtında, keyfiyyətli psixoloji yardım almaq hüququna təminat verir.

5.2. Psixoloji yardım sahəsində dövlətin vəzifələri aşağıdakılardır:

5.2.1. psixoloji problemlərinin yaranması riski yüksək olan əhali qrupları arasında mürəkkəb psixoloji vəziyyətlərin və onların nəticələrinin profilaktikası və aradan qaldırılması;

5.2.2. psixoloji yardım sahəsində dövlət siyasətinin formalaşdırılması və həyata keçirilməsi, o cümlədən bu sahədə normativ hüquqi aktların, dövlət standartlarının və dövlət proqramlarının işlənilməsi, hazırlanması, qəbul edilməsi və həyata keçirilməsi;

5.2.3. Azərbaycan Respublikası əhalisinin psixoloji rifahını təmin edən və həyat keyfiyyətini yüksəldən şəraitin yaradılması;

5.2.4. psixi sağlamlığın profilaktikası, psixi inkişafın optimallaşdırılması, adaptasiya, şəxsin cəmiyyətə inteqrasiyası və reabilitasiyanın dəstəklənməsi;

5.2.5. psixoloji yardım göstərən mütəxəssislərin hazırlanması və ixtisas səviyyəsinin yüksəldilməsi;

5.2.6. psixoloji yardım sahəsində dövlət orqanlarının, bələdiyyələrin və qeyri-hökumət təşkilatlarının fəaliyyətinin əlaqələndirilməsi;

5.2.7. psixoloji konsultasiya və maarifləndirmə fəaliyyətinin həyata keçirilməsi, o cümlədən sosial reklam çarxlarının hazırlanması və yayımlanması, qaynar xəttin təşkili;

5.2.8. psixoloji yardım sahəsində nəzarətin həyata keçirilməsi;

5.2.9. psixoloji yardım sahəsində beynəlxalq əməkdaşlıq.

Maddə 6. Psixoloji yardımın maliyyələşdirilməsi

6.1. Psixoloji yardım ödənişsiz və ya ödənişli əsaslarla göstərilir.

6.2. Aşağıdakı şəxslərin ödənişsiz psixoloji yardım almaq hüququ vardır:

6.2.1. “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq təcili və təxirəsalınmaz hallarda Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının;

6.2.2. “Təhsil haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq təhsil müəssisələrində təhsilənlərin;

6.2.3. “Həbs yerlərində saxlanılan şəxslərin hüquq və azadlıqlarının təmin edilməsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq tutulmuş və həbs edilmiş şəxslərin;

6.2.4. Azərbaycan Respublikasının Cəzaların İcrası Məcəlləsinə uyğun olaraq penitensiar müəssisələrdə cəza çəkən şəxslərin;

6.2.5. “Penitensiar müəssisələrdə cəza çəkməkdən azad edilmiş şəxslərin sosial adaptasiyası haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq cəza çəkməkdən azad edilmiş şəxslərin;

6.2.6. “Məişət zorakılığının qarşısının alınması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq məişət zorakılığından zərər çəkmiş şəxslərin;

6.2.7. Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrində xidmət keçən hərbi qulluqçuların;

6.2.8. “Sosial xidmət haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq sosial xidmətə götürülmüş şəxslərin (ailələrin);

6.2.9. fəvqəladə hadisə zamanı zərər çəkmiş şəxslərin, onların ailə üzvlərinin, habelə fəvqəladə hadisələrin nəticələrinin aradan qaldırılmasında iştirak edən şəxslərin;

6.2.10. kollektiv əmək müqaviləsində nəzərdə tutulduğu hallarda Azərbaycan Respublikasının Əmək Məcəlləsi ilə müəyyən edilmiş peşə fəaliyyəti yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı olan şəxslərin;

6.2.11. “Əlilliyi olan şəxslərin hüquqları” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq tibbi-sosial reabilitasiyası zamanı əlilliyi olan şəxslərin;

6.2.12. “İnsan alverinə qarşı mübarizə haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq insan alverinin qurbanı olmuş şəxslərin.

6.3. Qanunla ödənişsiz psixoloji yardımın göstərilməsinin digər halları da nəzərdə tutula bilər.

6.4. Bu Qanunun 6.2.1-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş halda, psixoloji yardım şəxsin yaşayış yeri və ya olduğu yer üzrə dövlət ambulator-poliklinika müəssisəsində və ya həmin müəssisənin göndərişi ilə ixtisaslaşdırılmış dövlət tibb müəssisəsində göstərilir.

6.5. Ödənişsiz psixoloji yardımın göstərilməsi qaydası və şərtləri müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən edilir.

6.6. Bu Qanunun 6.2-ci maddəsində göstərilən hallar istisna olmaqla, digər hallarda psixoloji yardım göstərən şəxs tərəfindən psixoloji yardım müqavilə əsasında ödənişli qaydada göstərilir.

6.7. Psixoloji yardım göstərən şəxslə psixoloji yardım alan şəxsin münasibətləri, eləcə də psixoloji yardım göstərən şəxslə ödəniləcək xidmət haqqının məbləği onlar arasında bağlanmış müqavilə ilə tənzimlənir.

Maddə 7. Psixoloji problemlərinin yaranma riski yüksək olan əhali qrupları arasında profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi

7.1. Müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanlar (qurumlar) tərəfindən fəvqəladə hadisələr zamanı zərər çəkmiş şəxslərə psixoloji yardımın göstərilməsi və onların psixoloji fəsadlarının aradan qaldırılması məqsədilə zəruri tədbirlər həyata keçirilir.

7.2. İşəgötürənlər bu Qanunun 6.2.10-cu maddəsində nəzərdə tutulmuş şəxslərin işəgö-

türünün vəsaiti hesabına vaxtaşırı psixoloji müayinədən keçməsi və onun nəticəsindən asılı olaraq psixoloji yardımla təmin edilməsi üçün tədbirlər görməlidirlər.

7.3. Əlilliyi olan şəxslərin tibbi-sosial reabilitasiyası onlara psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı tədbirləri də nəzərdə tutmalıdır.

7.4. Fiziki və hüquqi şəxslər əməyin təşkili, stressin aradan qaldırılması, münafişlərin həlli, işçilərin iş potensialının artırılması və digər məsələlər ilə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxslə bağlanmış müqavilə əsasında məsləhətlər və ya psixoloji treninqlər keçirmək hüququna malikdirlər.

3-cü fəsil

PSIXOLOJİ YARDIMIN PRİNSİPLƏRİ

Maddə 8. Psixoloji yardım göstərilməsinin əsas prinsipləri

Psixoloji yardımın göstərilməsi könüllülük, konfidensiallıq, qanunçuluq, humanistlik, insan və vətəndaş hüquq və azadlıqlarına əməl edilməsi prinsipləri əsasında həyata keçirilir.

Maddə 9. Psixoloji yardımın könüllülüğü

9.1. Psixoloji yardım psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı əsasında göstərilir. Bu razılıq psixoloji yardım alan şəxsin psixoloji yardımla bağlı könüllü qərar qəbul etdiyini, psixoloji yardımın məqsədini, faydasını, həcmi, müddətini və tətbiq olunan psixoloji yardım metodunu, həmçinin psixoloji yardımdan imtina və onun dayandırılması imkanı barədə ona təqdim edilmiş məlumatı başa düşməsinə nəzərdə tutur. Heç kəs psixoloji yardım almağa məcbur edilə bilməz.

9.2. Psixoloji yardım alan şəxs psixoloji yardım göstərən müəssisəni və psixoloqu, o cümlədən psixoloji yardımın növünü və onun göstərilmə şərtlərini sərbəst seçmək hüququna malikdir.

9.3. Psixoloji yardım alan şəxs yardımın alınmasından istənilən vaxt imtina edə və ya onu dayandıra bilər.

9.4. Bu Qanunun 9.5-ci maddəsində nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla, 14 yaşına çatmamış şəxslərə psixoloji yardım yalnız onların valideynlərinin və ya digər qanuni nümayəndələrinin razılığı ilə, 14 yaşlı tamam olmuş şəxslərə isə onların razılığı ilə göstərilir.

9.5. 14 yaşına çatmamış şəxslərə valideynlərin və ya digər qanuni nümayəndələrinin razılığı olmadan psixoloji yardımın göstərilməsinə aşağıdakı hallarda yol verilir:

9.5.1. valideynləri və ya digər qanuni nümayəndələri tərəfindən 14 yaşına çatmamış şəxsə münasibətdə qəddar rəftar, fiziki, psixoloji və seksual zorakılıq faktları aşkar edildikdə;

9.5.2. 14 yaşına çatmamış şəxs sosial təhlükəli vəziyyətdə olduqda;

9.5.3. 14 yaşına çatmamış şəxs fəvqəladə hadisələrlə üzləşdikdə;

9.5.4. səhiyyə, təhsil və sosial xidmət müəssisələrində kütləvi psixoloji profilaktika tədbirləri həyata keçirildikdə;

9.5.5. 14 yaşına çatmamış şəxs psixoloji yardım almaq üçün telefon, internet və digər texniki vasitələrindən istifadə edərək anonim müraciət etdikdə;

9.5.6. 14 yaşına çatmamış şəxs cinayətin şahidi olduqda və ya cinayətin törədilməsindən zərər çəkildikdə.

9.6. Şəxsin psixoloji vasitə və üsulların sınaqdan keçirilməsinə, elmi tədqiqat işlərində və ya tədris prosesində foto və videoçəkilişlərə cəlb olunması, bu Qanunun 10.4-cü maddəsinin tələbləri nəzərə alınmaqla, psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı ilə həyata keçirilir.

Maddə 10. Psixoloji yardımın konfidensiallığı və anonimliyi

10.1. Şəxsin psixoloji vəziyyəti, psixoloji yardım almaq üçün müraciəti, təyin olunmuş psixoloji testlərin nəticələri və ona göstərilən psixoloji yardım haqqında məlumatlar konfidensial hesab edilir.

10.2. Bu Qanunun 10.1-ci maddəsində göstərilən məlumatların psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan açıqlanması, bu Qanunun 10.3-cü maddəsində nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla, qadağandır.

10.3. Şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan konfidensial məlumatların açıqlanmasına aşağıdakı hallarda yol verilir:

10.3.1. cinayət mühakimə icraatı zamanı şəxsin psixoloji vəziyyəti ilə əlaqədar məlumatların alınması zərurəti yarandıqda, təhqiqat və istintaq orqanlarının, prokurorun və ya məhkəmənin sorğusu əsasında;

10.3.2. yetkinlik yaşına çatmayanların mənafələrinin qorunması məqsədi ilə mülki məhkəmə icraatı zamanı məhkəmənin sorğusu əsasında;

10.3.3. psixoloqun fəaliyyətində cinayət və ya inzibati xəta tərkibinin əlamətləri aşkar edildikdə;

10.3.4. psixoloji yardım alan şəxsin və digər şəxslərin həyatı və sağlamlığı üçün bilavasitə təhlükə yarandıqda;

10.3.5. ağır və xüsusilə ağır cinayətin hazırlanması və ya törədilməsi barədə məlumat olduqda;

10.3.6. "Psixiatriya yardımı haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq şəxs məcburi və qeyri-könüllü qaydada psixiatriya müəssisəsinə yerləşdirildikdə;

10.3.7. həqiqi hərbi xidmətə çağırışın və səfərbərliyin təmin olunması məqsədilə müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanın (qurumun) sorğusu əsasında.

10.4. Daha uyğun psixoloji yardımın göstərilməsi, psixologiya sahəsində ixtisaslı mü-təxəssislərin hazırlanması, fundamental, təbii və eksperimental tədqiqatların aparılması məqsədilə psixoloji yardımın göstərilməsi zamanı üçüncü şəxsin iştirakına və ya məlumatların toplanılmasına yalnız psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin yazılı razılığı ilə yol verilir. Əldə olunan məlumatlardan elmi tədqiqatlarda, nəşrlərdə və kütləvi informasiya vasitələrində istifadəyə bu məlumatların adsızlaşdırılması şərti ilə yol verilir.

10.5. Psixoloji yardım göstərən şəxslər konfidensial məlumatların yayılmasına görə qanunla nəzərdə tutulmuş məsuliyyət daşıyırlar.

10.6. Bu Qanunun 6.2-ci maddəsində göstərilən hallar istisna olmaqla, psixoloji yardım alan şəxsin arzusu ilə ona bu yardım anonim göstərilə bilər.

10.7. Anonim psixoloji yardım psixoloji yardım alan şəxsin göstərdiyi məlumatlar (ad, yaş və s.) əsasında onun şəxsiyyətini təsdiq edən sənəd təqdim olunmadan, psixoloji yardım göstərən şəxslə müqavilə bağlanmadan və psixoloji yardımın nəticələri rəsmiləşdirilmədən göstərilir.

4-cü fəsil

PSIXOLOJİ YARDIM İŞTİRAKÇILARININ HÜQUQLARI VƏ VƏZİFƏLƏRİ

Maddə 11. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər

11.1. Psixoloji yardım bu Qanunun tələbləri nəzərə alınmaqla psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər (psixoloq və ya klinik (tibbi) psixoloq) tərəfindən göstərilir.

11.2. İlk psixoloji yardım fəvqəladə hadisə zamanı hadisə yerində olan və fəvqəladə

hadisələrin nəticələrinin aradan qaldırılmasına cəlb olunmuş şəxslər, eləcə də ilkin psixoloji yardım göstərmək üzrə müəyyən vərdişləri və təcrübəsi olub, lakin psixologiya ixtisası üzrə təhsil almayan şəxslər tərəfindən də göstərilə bilər.

11.3. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərə dair tələblər müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən olunur.

11.4. Şəxsiyyət əleyhinə olan cinayətlər törətməyə görə məhkum edilmiş şəxslər psixoloji yardım göstərə bilməzlər.

11.5. Klinik (tibbi) psixoloq bu Qanunun 18-ci və 19-cu maddələrinin tələbləri nəzərə alınmaqla fəaliyyət göstərir.

11.6. Psixoloji yardım göstərən şəxslərin işlədikləri müəssisələrin rəhbərləri onların əlavə təhsili üçün şərait yaratmalıdırlar.

Maddə 12. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin hüquqları və vəzifələri

12.1. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin aşağıdakı hüquqları vardır:

12.1.1. psixoloji yardım göstərən zaman bu Qanuna uyğun olaraq yardımın növünü, formasını, həcmi, vasitə və üsullarını sərbəst seçmək;

12.1.2. şərəf və ləyaqətini, peşəkar nüfuzunu müdafiə etmək;

12.1.3. bu Qanunda nəzərdə tutulmuş hallarda psixoloji yardım göstərməkdən imtina etmək;

12.1.4. "Təhsil haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq əlavə təhsil almaq;

12.1.5. qanunda nəzərdə tutulmuş digər hüquqları həyata keçirmək.

12.2. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin vəzifələri aşağıdakılardır:

12.2.1. psixoloji yardım alan şəxsə peşəkar, keyfiyyətli və psixoloji yardım standartlarına uyğun psixoloji yardım göstərmək;

12.2.2. psixoloji yardım alan şəxsə onun hüquqları, vəzifələri, göstərilən yardımın növləri, formaları, şərtləri, qaydaları və ehtimal edilən nəticələri haqqında məlumat vermək;

12.2.3. psixoloji yardım göstərməkdən imtina etdikdə, bunun səbəbləri barədə psixoloji yardım alan şəxsə və ya onun qanuni nümayəndəsinə məlumat vermək;

12.2.4. yardım göstərdikləri şəxslərin hüquqlarına, şərəf və ləyaqətinə hörmətlə yanaşmaq;

12.2.5. psixoloji yardım standartlarına və qaydalarına, psixoloqun peşə etikasına riayət etmək;

12.2.6. bu Qanunun tələblərinə uyğun olaraq psixoloji yardım alan şəxs haqqında məlumatın konfidensiallığını təmin etmək;

12.2.7. psixoloji müayinənin nəticələrinə uyğun olaraq digər yüksək ixtisaslı mütəxəssislərlə psixoloji konsilium təşkil etmək;

12.2.8. qanunda nəzərdə tutulmuş digər vəzifələri həyata keçirmək.

Maddə 13. Psixoloji yardım alan şəxslərin hüquqları və vəzifələri

13.1. Psixoloji yardım alan şəxslərin hüquqları aşağıdakılardır:

13.1.1. bu Qanuna və psixoloji yardım standartlarına uyğun olaraq peşəkar və ixtisaslı psixoloji yardım almaq;

13.1.2. qanuni maraqlarını, şərəf və ləyaqətini müdafiə etmək;

13.1.3. hüquqları, psixoloji problemin xarakteri, tətbiq edilən psixoloji yardım metodları haqqında məlumat almaq;

- 13.1.4. psixoloji yardımın göstərilməsindən imtina etmək və ya onu dayandırmaq.
- 13.2. Psixoloji yardım alan şəxslərin vəzifələri aşağıdakılardır:
 - 13.2.1. psixoloji yardım göstərən şəxslə əməkdaşlıq etmək;
 - 13.2.2. psixoloji yardım göstərən şəxsin, digər şəxslərin hüquqlarına, şərəf və ləyaqətinə hörmətlə yanaşmaq;
 - 13.2.3. psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxslə bağlı müqaviləyə əsasən üzərinə götürdüyü öhdəliklərə riayət etmək.

Maddə 14. Psixoloji yardımın göstərilməsindən imtinanın və ya onun dayandırılmasının əsasları

- 14.1. Psixoloji yardım göstərən şəxslərin aşağıdakı hallarda bu yardımı göstərməkdən imtina etmək və ya dayandırmaq hüququ vardır:
 - 14.1.1. psixoloji yardım göstərilməsinə əsas olmadıqda;
 - 14.1.2. psixoloji yardımın göstərilməsinə əks-göstərişlər olduqda;
 - 14.1.3. şəxs və ya onun qanuni nümayəndəsi psixoloji yardımın göstərilməsinə razılıq verməkdən imtina etdikdə;
 - 14.1.4. psixoloji yardım alan şəxsin tələbi ilə psixoloji yardım göstərən şəxsin təklif etdiyi psixoloji yardım növü arasında uyğunsuzluq olduqda;
 - 14.1.5. psixoloji yardım alan şəxs psixoloji yardım göstərən şəxslə bağladığı müqaviləyə riayət etmədikdə;
 - 14.1.6. psixoloji yardım göstərən şəxsin həyat və sağlamlığı üçün təhlükə yarandıqda.
- 14.2. Psixoloji yardım göstərən şəxs bu yardımın göstərilməsindən imtina etdikdə və ya yardımı dayandırdıqda bunun səbəblərini yazılı şəkildə açıqlamalı və bu barədə psixoloji yardım alan şəxsi və ya onun qanuni nümayəndəsini, müqavilə bağladığı, eləcə də fəaliyyət göstərdiyi müəssisəsinin müdiriyyətini məlumatlandırır.

5-ci fəsil

TƏHSİL VƏ SƏHIYYƏ MÜƏSSİSƏLƏRİNDƏ PSIXOLOJİ YARDIMIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Maddə 15. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım

- 15.1. Azərbaycan Respublikasında təhsilin bütün pillə və səviyyələrində sağlam psixoloji mühiti, fərdi inkişafı və təhsil alanların psixoloji tələbatlarını təmin etmək məqsədilə psixoloji yardım göstərilməsinə təminat verilir.
- 15.2. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım "Təhsil haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə müəyyən edilmiş qaydada bu Qanunun 16-cı və 17-ci maddələrinin tələblərinə riayət edilməklə həyata keçirilir.

Maddə 16. Təhsil müəssisələrində psixoloji müayinə

- 16.1. Təhsil müəssisələrində psixoloji müayinə təhsilalanın ehtiyaclarını müəyyənləşdirmək məqsədilə aparılır və onun maraqları ilə ziddiyyət təşkil edə bilməz.
- 16.2. Psixoloji müayinə təhlükəsizliyi və konfidensiallığı təmin edən şəraitdə həyata keçirilməlidir.
- 16.3. Təhsil müəssisələrində aparılmış psixoloji müayinənin nəticələri barədə məlumat aşağıdakı şəxslərə verilir:
 - 16.3.1. müayinə olunan şəxsin özünə və (və ya) onun qanuni nümayəndəsinə;
 - 16.3.2. bilavasitə tədrisi həyata keçirən müəllimə (müəllimlərə), təhsil müəssisəsinin

rəhbərinə 14 yaşına çatmamış şəxslər barəsində yalnız qanuni nümayəndənin, 14 yaşı tamam olmuş şəxslər barəsində isə özünün razılığı olduqda.

16.4. Psixoloji müayinənin nəticələri təhsilalanın valideynləri və ya digər qanuni nümayəndələri ilə müzakirə olunmalıdır və psixoloji yardımın digər növlərinin tətbiqinə ehtiyac yarandıqda bu Qanunun 9.5-ci maddəsinin tələblərinə riayət edilməlidir.

Maddə 17. Təhsil prosesinin digər iştirakçıları ilə əməkdaşlıq

17.0. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım göstərən şəxs:

17.0.1. təhsil müəssisələrində psixoloji yardım göstərilməsi ilə bağlı bilavasitə tədris həyata keçirən müəllimi (müəllimləri), təhsil müəssisəsinin rəhbəri, valideynlər və digər qanuni nümayəndələr ilə əməkdaşlıq etməli, ehtiyac olduqda onlara peşəkar məsləhətlər verməlidir;

17.0.2. təhsilalanın psixoloji ehtiyacları və problemləri haqqında valideynləri məlumatlandırmalı və onlara məsləhət verməli, ehtiyac olduqda onlar üçün profilaktik psixoloji tədbirlər təşkil etməlidir.

Maddə 18. Səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər

18.1. Mülkiyyət növündən asılı olmayaraq səhiyyə müəssisəsində psixoloji yardımın klinik (tibbi) psixoloqlar tərəfindən həyata keçirilir. Klinik psixoloqların fəaliyyət dairəsinə psixopatologiya, inkişaf psixologiyası, neyropsixologiya, davranış psixologiyasının əsasları, sağlamlıq psixologiyası və psixoterapiya daxildir.

18.2. Klinik (tibbi) psixoloqlar səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək üçün müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqandan (qurumdan) ixtisas attestatı almalıdırlar.

18.3. Bu Qanunun 18.2-ci maddəsində nəzərdə tutulan ixtisas attestatının forması və verilməsi, attestatın qüvvədə olma müddətinin dayandırılması və ya onun ləğv edilməsi qaydasını müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 19. Səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardım

19.1. Səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardım aşağıdakıları əhatə edir:

19.1.1. psixoloji testlər vasitəsilə psixi (zehni, emosional, davranış) və (və ya) interpersonal pozuntuların, psixoloji tələbatların və ya problemlərin müəyyənləşdirilməsi və qiymətləndirilməsi;

19.1.2. psixoloji və psixi sağlamlıqla bağlı olan məsələlər üzrə tövsiyələrin (məsləhətlərin) verilməsi;

19.1.3. psixi və ya fiziki sağlamlıqla bağlı olan problemlərdən əziyyət çəkən insanlara müxtəlif psixoloji yardım növlərinin, o cümlədən psixoterapiya, ailə terapiyası və psixoloji reabilitasiya və psixoloji korreksiya yardımların göstərilməsi.

19.1.4. psixoloji yardım alan şəxsləri, onların ailə üzvlərini, onlara yardım göstərən tibb işçilərini psixoloji və psixi sağlamlıq məsələləri ilə bağlı maarifləndirmək və tövsiyələr vermək.

19.2. Klinik psixoloji yardım yalnız səhiyyə müəssisələrində göstərilir.

19.3. Klinik psixoloji yardım göstərilməsi zamanı klinik (tibbi) psixoloq tərəfindən dərman preparatlarının təyin, o cümlədən insan orqanizmini mexaniki və ya digər təsirlərə (cərrahiyyə, lazer, ionlaşdırıcı şüa, ultrasəs, elektrokonvulsiv terapiya) məruz qoyan müalicə

üsullərindən istifadə edilməsi qadağandır.

19.4. Səhiyyə müəssisələrində psixoloji yardımın göstərilməsinə nəzarət tibb müəssisəsinin rəhbərliyi və müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanlar (qurumlar) tərəfindən həyata keçirilir.

19.5. Psixoloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi, psixoloji problemlərin aşkarlanması və ehtimal olunan psixi pozuntunun diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə səhiyyə müəssisələrinin psixoloji müayinə keçirmək hüququ vardır. Psixoloji müayinənin nəticələri müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanın (qurumun) təsdiq etdiyi formaya uyğun olaraq tərtib olunur.

6-cı fəsil YEKUN MÜDDƏALAR

Maddə 20. Psixoloji yardım sahəsində tədqiqatlar

20.1. Psixoloji yardım sahəsində psixoloji yardım alan şəxslərin həyatına, sağlamlığına, psixoloji rifahına və ya ləyaqətinə zərər yetirə biləcək tədqiqatların aparılması qadağandır.

20.2. Şəxsin psixoloji tədqiqat işlərində obyekt kimi istifadəyə cəlb olunması bu Qanunun 9.6-cı maddəsinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

20.3. Psixoloji tədqiqat apararı elmi təşkilatlarda psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı etik davranış məsələlərinə baxarı etika komissiyaları yaradılmalı və bu cür tədqiqatların aparılması həmin komissiya ilə razılaşıdırılmalıdır.

20.4. Uzunmüddətli psixoloji tədqiqatların aparılması zamanı şəxsin yazılı razılığının qüvvədə olma müddəti 1 (bir) ildir.

20.5. Psixoloji tədqiqat apararı subyektlər iştirakçıların anonimliyinin qorunmasına və məlumatların konfidensiallığının saxlanılmasına görə məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 21. Qanunun pozulmasına görə məsuliyyət

Bu Qanunun tələblərinin pozulmasına görə şəxslər Azərbaycan Respublikasının İnzibati Xətalər Məcəlləsində və Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində müəyyən edilmiş hallarda məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 22. Keçid müddə

Bu Qanunla klinik (tibbi) psixoloq kimi fəaliyyət göstərmək üçün müəyyən edilmiş tələblər bu Qanun qüvvəyə minənədək psixoloq kimi fəaliyyət göstərən şəxslərə şamil edilmir.

İlham ƏLİYEV,
Azərbaycan Respublikasının Prezidenti

Bakı şəhəri, 7 dekabr 2018-ci il
№ 1385-VQ

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 yetirdiyi 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.

4. Məqalənin adı qısa və informativ olmalıdır. Qısaltmalar və abbreviaturalar, həmçinin preparatlar, tibbi aparat, diaqnostik təchizat, diaqnostik testlər və s. istifadə edilmir.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Məqaləyə şəkil və cədvəl şəklində minimal sayda illüstrasiya materialı əlavə edilir (fotolar, qrafiklər və s.). Məqalənin mətnində müəllif cədvəl və şəkillərin istinadını göstərir. İllüstrasiya materialının nömrələnməsi adıçəkilmə ardıcılığına əsasən göstərilir (məsələn: şəkil 1, şəkil 2 və s., cədvəl 1, cədvəl 2 və s.)

9. Materialların qısaldılması, redaktəsi və dərc olunması hüquqları nəşriyyata məxsusdur.

10. Göndərilmiş əlyazmalar geri qaytarılmır.

Müəlliflər üçün qaydaları və bibliografiyanın 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 языке;

– инициалы и фамилию автора (авторов) на азербайджанском, русском и английском языке;

– полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) была выполнена работа азербайджанском, русском и английском языке; 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.

4. 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.

5. 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 языке.

- 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.

6. 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 должна быть указана активная субстанция (международное непатентованное название – МНН); все названия и дозировки должны быть тщательно выверены.

7. 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.

8. 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.).

9. Редакция оставляет за собой право сокращения, редактирования и опубликования материалов.

10. 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 4.04.2019,

Formatı 70x100 1/16,

f.ç.v. 8,75, ofset kağızı

Sifariş 8.

Jurnal

«APOSTROF-A»

nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış və

ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.

(apostrof07066@gmail.com / 050-313-7-06 / 012-432-51-04)