

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

POSTTRAVMATİK
STRESS POZUNTUSUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2013

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

**POSTTRAVMATİK STRESS
POZUNTUSUNUN DİAQNOSTİKA
VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı – 2013

56.14

P 58

P 58 Posttravmatik stress pozuntusunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. – 2013. – 44 səh.

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

Redaktor:

C.Məmmədov

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

Tərtibçilər:

R.Salayev

Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq
Mərkəzinin direktor müavini, həkim-psixiatr
Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya
kafedrasının dosenti, t.f.d.

A.Manuçehri-Lalei

O.Zamanlı

Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq
Mərkəzinin Təcili psixoloji yardım şöbəsinin
həkim-psixiatrı

L.Novruzova

Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq
Mərkəzinin Psixo-sosial reabilitasiya
şöbəsinin psixoloqu

L.Orucova

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

Rəyçi:

T.Qafarov

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

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

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

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

| Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi | Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia. |
| B | Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa. |
| C | Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb. |
| D | Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV. |

İxtisarlarm siyahısı

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAP | atipik antipsixotik |
| AVD/MD | ABŞ-ın Veteranlarla İş üzrə Departamenti/Müdafə Departamenti (<i>DVA/DoD – Department of Veterans Affairs/Department of Defence</i>) |
| α1aa | α 1 adrenergik antaqonist |
| α2a | α 2 aqonist |
| βB | β blokator |
| BDZ | benzodiazepin |
| DST-IV | Diagnostik və Statistik Təlimatı (Psixi Xəstəlikləri üzrə, 4-cü baxış) (<i>DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) |
| GHDR | göz hərəkətləri ilə desensitizasiya və reprocessing (<i>EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>) |
| XBT-10 | Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış |
| KAPŞ | klinisist tərəfindən aparılan PTSP şkalası (<i>CAPS – Clinician Administered PTSD Scale</i>) |
| KSİD | kritik stress insident debrifinqi |
| KSR | kəskin stress reaksiyası |
| KSP | kəskin stress pozuntusu |
| MAOI | monoaminoksidazanın inhibitorları |
| NaSSA | noradrenergik və selektiv serotonergik antidepressant |
| NET | narrativ ekspozisiya terapiyası |
| PTSP | posttravmatik stress pozuntusu |
| RKT | randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat |
| SİUSİ | serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru |
| SNİUSİ | serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru |
| TSA | trisiklik antidepressantlar |
| ÜST | Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı |

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

Pasiyent qrupu: posttravmatik stress pozuntusu olan uşaqlar və böyük yaşlı şəxslər.

Protokol sübutlu təbabətə əsaslanan müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə posttravmatik stress pozuntusunun:

- ▶ diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi
- ▶ xəstələrin həyat keyfiyyətinin və sosial adaptasiyasının yaxşılaşdırılması məqsədini daşıyır.

İzahlı lüğət

"Flashback" [fləşbək] – bir neçə saniyədən bir neçə saata qədər davam edə bilən, travmatik hadisənin çox aydın xatırlamalar şəklində qeyri-iradi olaraq təkrar yaşanması. Bu zaman insana elə gəlir ki, keçmişdəki qorxulu reallığı onların hazırkı həyatına daxil olur.

"Desensitization" [desensitizeyşn] – sinir sisteminin qıcığa adi halda olduğundan daha zəif və ya ümumiyyətlə sıfır-reaksiya verməsi, həssaslığın azalması, emosional reaksiyaların normasının aşağı düşməsi.

"Reprocessing" [reprosesinq] – yenidən işlənmə.

"Debriefing" [debrifinq] – ekstremal vəziyyət və ya psixoloji travma yaşamış insanla aparılan az strukturlaşdırılmış birdəfəlik psixoloji söhbət. Çox hallarda debriefinqin məqsədi nəyin baş verdiyini izah etmək və şəxsin fikrinin dinlənilməsi vasitəsilə şəxsə vurulmuş psixoloji zərərin azaldılmasından ibarətdir.

"Narrativ" [narrativ] – rəvayət, təhkiyə, hekayə, həyatın müəyyən aspektinin tarixi və mədəni əsaslandırılmış interpretasiyası.

"Case manager" [keyz menecer] – yardımın koordinatoru.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Kəskin stress reaksiyası (KSR): travmatik hadisəyə cavab olaraq yaranmış keçici vəziyyətdir. Simptomların meydana çıxması travma ilə eyni vaxta və ya ondan dərhal sonraya təsadüf edir və bir neçə saatdan iki günə kimi davam edə bilər. Bu zaman çox hallarda depressiya, əzginlik, təşviş, diqqət/yaddaş zəifləməsi, yüksək oyanıqlıq əlamətləri müşahidə olunur¹².

Kəskin stress pozuntusu (KSP): travmatik hadisəyə məruz qalmış fərd əhəmiyyətli dərəcədə disstress və/və ya sosial məşğulluq və həyatın digər vacib sferalarında problemlər yaşaya bilər. Bu proses iki gündən çox davam etsə, KSP diaqnozu nəzərə alınmalıdır¹².

Posttravmatik stress pozuntusu (PTSP): bir və ya bir neçə son dərəcə təhlükəli və ya fəlakət xarakterli stress hadisəsi və ya vəziyyəti nəticəsində inkişaf edir. PTSP boşanma, iş yerinin itirilməsi və ya imtahandan kəsilmə kimi ümumi disstress situasiyalar nəticəsində, adətən, inkişaf etmir. PTSP-yas istənilən yaş qrupuna daxil olan şəxsdə rast gəlinə bilər¹².

Hər üç posttravmatik psixi pozuntu – KSR, KSP və PTSP diaqnostik meyarlarda əhəmiyyətli dərəcədə üst-üstə düşür. Bu pozuntuları bir-birindən fərqləndirən əsas cəhət simptomların davam etmə müddətidir. İki günə qədər KSR, iki günlə bir ay arasında KSP diaqnostika olunur, bir aydan çox davam etmə müddəti PTSP-yə xasdır. Əgər simptomlar 1-3 ay arası davam edərsə kəskin PTSP, üç aydan çox davam edərsə xronik PTSP diaqnozu qoyula bilər. KSP üçün əsasən dissosiativ simptomlara, PTSP-də isə qaçılma davranışlarına üstünlük verilir¹².

EPİDEMIOLOGİYA

Tədqiqatlara əsasən əhalinin 39-90%-i ömründə ən az bir dəfə travmatik hadisə yaşayır. Zərərçəkənlər arasında aparılan tədqiqatlarda ən geniş yayılmış psixotravmatik faktorlara ağır somatik travmalar (9,4%), fiziki təzyiq (8,3%), başqasının ağır yaralanması və ya ölümünə şahid olma (7,1%), yaxınlarının qəfləti ölümü və ya ağır xəstələnməsi xəbəri (5,7%), seksual zorakılıq (2%) aiddir. Kesslerə görə travmatik hadisədən sonra PTSP-nin yaranma ehtimalı kişilərdə 8,1%, qadınlarda 20,4%-dir. Nisbətən gənc şəhər populyasiyasında bu göstərici daha yüksəkdir; kişilər üçün 13%, qadınlar üçün 30,2%. Çoxsaylı araşdırmalardan aşağıdakı ümumi nəticələr meydana çıxmışdır³:

- ▶ yetkin (orta yaşlı) kişilər qadınlara nisbətə daha az travmatik hadisə ilə üzləşirlər
- ▶ cinslərarası müxtəlif travmatik hadisələrin müqayisəli analizi göstərir ki, kişilər daha çox fiziki təzyiq və yol-nəqliyyat qəzası, qadınlar isə seksual zorakılıqla üzləşirlər

ETİOLOGİYA

Tarix boyu PTSP daim mübahisələr mövzusu olmuşdur. Bir çoxları üzvi səbəbdən şübhələnirdilər. Başqaları ümumiyyətlə, simptomların həqiqiliyini şübhə altına alır və simulyasiya yaxud kompensasiya axtarışını (kompensasiya nevrozu) bir çox hallarda səbəb kimi göstərirdilər. Nəticədə bir müddət belə fikir hakim oldu ki, travmatik hadisə ötürüdür və yalnız emosional davamsız şəxsiyyət tipinə malik olan, premorbid nevroitik konflikt və psixi xəstəliyi olan şəxslərdə davamlı simptomlar yarana bilər. Lakin müharibə veterani, təcavüz, işgəncə, zorlama qurbanı olmuş bir çox insanlarda mövcud uzunmüddətli psixoloji problemlərin olması bu nəticəni dəyişdi. Bu gün artıq qəbul olunur ki, psixotravmatik hadisə PTSP-nin başlıca səbəbidir. Tədqiqatçılar əmin oldular ki, hətta psixoloji cəhətdən sağlam olan şəxslər belə dəhşətli, fəlakət stressorlarla üzləşdikdə onlarda nəzərə çarpacaq PTSP-yə uyğun olan simptomlar yaranır¹².

DST-IV-ə görə stressor yalnız əsas meyarlara uyğun gəldikdə travmatik stressor hesab oluna bilər. Travmatik stressor üçün əsas meyar isə şəxsin özünün və ya yaxınının üzləşdiyi təhlükə və ona qarşı olan subyektiv cavab hesab olunur. Bu zaman şəxs müstəsna qorxu, köməksizlik və dəhşət hissi keçirməlidir (*Cədvəl 1*). XBT-10 isə hadisənin “müstəsna təhlükəli və fəlakət təbiətli” olmasını vurğulayır.

Cədvəl 1. Posttravmatik stress pozuntusuna səbəb ola biləcək stressogen yollar⁶

| Stress növü | Nümunələr |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bədbəxt hadisə | Yol-nəqliyyat qəzaları, yanğın |
| Təbii fəlakət | Qasırğa, daşqın, zəlzələ, subasma |
| Cinayətkar əməllər | Soyğunçu hücum, oğurluq, soyuq və ya odlu silahlardan istifadə və ya istifadə edilməsi ilə bağlı real təhlükə |
| Hərbi əməliyyatlar | Atəş altında qalma, bombalanma, aktiv hərbi toqquşmalar, qaçqın düşmək və məcburi köçmə halları |
| Seksual xarakterli əməllər | Zorlama, yaxud zorlamaya cəhd, uşaqlara qarşı seksual əməllər |
| Uşaqlıqda zorakılıq | Döyülmə, qulluğun olmaması, uzunmüddətli təcrid olunma |

F43 Ağır stressə və adaptasiya pozuntusuna qarşı reaksiya

Bu pozğunluqlar qrupu digər qruplardan onunla fərqlənirlər ki, bu qrupa təkcə simptomatika və gedişin xarakteri əsasında deyil, həmçinin bir və ya bir neçə səbəbin: -kəskin stress reaksiyasına səbəb olmuş həddindən artıq xoşagəlməz həyat hadisəsi və ya uzunmüddətli xoşagəlməz şəraitə və adaptasiya pozğunluğuna səbəb olmuş həyatda baş vermiş əhəmiyyətli dəyişikliklərin təsirinin aşkar görünməsi əsasında təsnif olunan pozğunluqlar daxil edilib. Baxmayaraq ki, az ağır psixososial stress (həyat şəraiti) bu sinifdə göstərilmiş xəstəliklərin başlanmasını sürətləndirə bilər və ya geniş spektr pozğunluqların yaranmasına səbəb ola bilər, onun etioloji əhəmiyyəti həmişə aydın deyil və hər bir halda fərddən asılılıq, tez-tez onun yüksək həssaslığından və zəifliyindən asılılıq etiraf olunacaq (başqa sözlə, həyat hadisələri pozğunluğun yaranmasını və formasını izah etmək üçün vacib və kifayət deyildir). Bu rubrikada toplanmış pozğunluqlara, əksinə, həmişə bilavasitə kəskin ağır stressin və ya uzunmüddətli travmanın səbəbi kimi baxılacaq. Stress hadisələri və ya uzunmüddətli əlverişsiz şərait birincili və ya üstünlüyə malik səbəb faktoru olurlar və pozğunluq onların təsiri olmadan yarana bilməz. Beləliklə, bu rubrikada təsnif olunan pozğunluqlar ağır və ya uzunmüddətli stressə qarşı uyğunlaşma reaksiyası kimi baxıla bilər, bu zaman onlar stressin öhdəsindən gəlməyə mane olurlar və nəticə etibarilə ilə sosial funksiya yerinə yetirmə problemlərinə səbəb olurlar.

F43.0 Stressə qarşı kəskin reaksiya

İnsanda qeyri-adi fiziki və ya psixi stressə qarşı cavab olaraq pozğunluqların digər əlamətləri olmadan yaranan adətən bir neçə saatdan və ya gündən sonra sönən keçici pozğunluqdur. Stress reaksiyalarının yaranmasında və ağırlığında, fərdi tez təsirlənmə və özünü idarə etmək qabiliyyəti böyük əhəmiyyətə malikdir. Simptomlar tipik qarışıq və dəyişkən mənzərəyə malik olurlar və bir qədər düşüncə və diqqət sferasının daralması ilə, qıcıqlandırıcıları tam dərk etməyin qeyri-mümkünlüyü ilə dezorientasiya ilə ilkin “heyrət” halından ibarət olurlar. Bu hal növbəti ətraf situasiyadan “uzaqlaşma” ilə (dissosiativ stupor halına qədər – F44.2) və ya yüksək aktivliklə (uçuş və ya fuqa reaksiyası) ilə müşayiət oluna bilər. Adətən vələvə pozğunluğunun ayrı-ayrı əlamətləri mövcud olur (taxikardiya, həddən artıq tərləmə, qızarma). Simptomatika adətən stress stimullarının və ya hadisənin təsirindən bir neçə dəqiqə sonra yaranır və 2-3 gündən sonra (çox vaxt bir neçə saatdan sonra) sönür. Stress hadisəyə qarşı hissəvi və ya tam amneziya (F44.0) mövcud ola bilər. əgər yuxarıda göstərilmiş simptomatika davamlıdırsa, diaqnozu dəyişmək lazımdır.

Kəskin:

- krizis reaksiyası
- stressə qarşı reaksiya Hərbi xidmət dövrünün nevrozu

Krizis halı

Psixi şok

F43.1 Posttravmatik stress pozuntusu

Hər bir şəxsdə dərin stress törədə biləcək, xüsusi ilə təhlükəli və ya faciəli xarakterli stress hadisəsinə (qısa və ya uzunmüddətli) təxirəsalınmış və ya yubanmış cavab kimi meydana çıxır. Meyl etdirici faktorlar, belə ki, şəxsi xüsusiyyətlər (kompulsivlik, asteniklik) və ya anamnezdə sinir xəstəliyi sindromun inkişafı üçün qıvcıq qapısını azalda və ya onun gedişini ağırlaşdırır bilər,

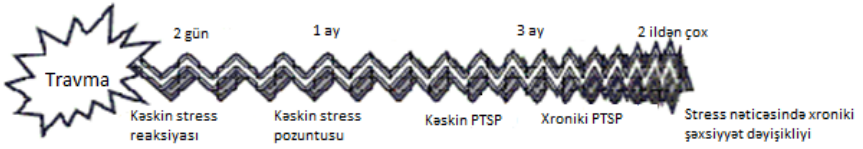
amma onlar heç zaman onun yaranmasının izahı üçün vacib və kifayət olmur. Tipik əlamətlərə sarışan xatirələrdə (“kadrılar”) travma yetirmiş hadisənin təkrarlanan təəssüratlarından, təəccübdən dönüb qalma hissiyyatı fonunda yaranan fikirlərdən və ya qarabasmalardan, emosional tormozlanmadan, digər insanlardan uzaqlaşmadan, ətrafa reaksiyasızlıqdan və travmanı xatırladan hərəkətlər və situasiyadan qaçmaqdan ibarət epizodlar daxildir. Adətən həddən artıq oyanıqlıq və ifadə olunmuş yüksək ehtiyatlılıq, qorxu və ya yuxusuzluğa yüksək reaksiya mövcud olur. Həyəcan və depressiya çox vaxt yuxarıda göstərilmiş simptomlarla əlaqədar olur və bir çox hallarda özünü öldürmə ideyaları da yarana bilər. Pozğunluq simptomlarından əvvəl travmadan sonra bir neçə həftədən, bir aya kimi dəyişən lent dövr olur. Pozğunluğun gedişi müxtəlifdir, amma əksər hallarda sağalma gözləmək olar. Bəzi hallarda bu vəziyyət bir neçə il davam edəcək, şəxsiyyətin davamlı dəyişməsinə keçidlə xronik gedişə çevrilə bilər (F62.0).
Travmatik nevroz

Posttravmatik stress pozuntusunun XBT-10 üzrə diaqnostik meyarları^{6,11}

PTSP-nin XBT-10 diaqnostikası pasiyentin ilk növbədə travmatik hadisə ilə üzləşməsini, ikincisi isə təkrraryaşama simptomlarından əziyyət çəkməsini tələb edir. Bununla yanaşı pasiyentlərdə travmatik hadisənin xatırladıcılarından çəkinmə və bəzi yüksək oyanıqlıq, yaxud emosional donma simptomları da müşahidə oluna bilər. PTSP-nin XBT-10 üzrə meyarları aşağıdakılardır:

- A.** Pasiyent, demək olar ki, hər kəsdə dərin distress yarada bilən son dərəcə təhlükəli və ya fəlakət təbiətli stressogen hadisə və ya vəziyyətlə (qısa və ya uzunmüddətli) üzləşməlidir.
- B.** Pasiyentdə stressoru (travmatik hadisəni) “flashback”lər şəklində davamlı xatırlama və ya təkrraryaşama, parlaq (canlı, aydın) xatırlamalar, periodik təkrarlanan yuxugörmələr və ya stressorla assosiasiya oluna bilən, onu xatırladan mühitlə üzləşdikdə distress reaksiya müşahidə olunmalıdır.
- C.** Pasiyent stressorla assosiativ əlaqədə olan və ya onu xatırladan mühitdən aktual çəkinmə davranışı nümayiş etdirməlidir.
- D.** Aşağıdakılardan biri müşahidə olunmalıdır:
 1. stressorla üzləşmə periodunun bəzi əhəmiyyətli aspektlərinin hissəvi və ya tam olaraq unudulması
 2. yüksək psixoloji həssaslıq və oyanıqlıq - stressorla üzləşməmişdən əvvəl müşahidə olunmayan və aşağıdakılardan hər hansı ikisi ilə biruzə verən:
 - a. yuxuya getmə və ya yuxuda qalmaqda çətinliklər
 - b. əsəbilik (tez qıcıqlanma) və ya hiddətlənmə
 - c. diqqət cəmlənməsində çətinliklər
 - d. ayıqlığın artması
 - e. qorxu hissəsinin artması
- E.** B, C və D meyarlarına stressogen hadisə müddətində və ya o bitdikdən sonra 6 ay ərzində rast gəlinməlidir. Bəzi xüsusi səbəblərdən 6 aydan çox gecikmiş başlanğıc da daxil edilə bilər, amma bu aydın şəkildə, təfəslatı ilə müəyyən olunmalıdır.

KLİNİK MƏRHƏLƏLƏR¹²



PTSP-nin klinik simptomları^{6,12}

Travmatik hadisənin təkraryaşanması:

- ▶ yaşanmış hadisə ilə bağlı arzu olunmayan davamlı xatirələr
- ▶ “flashback”lər (hadisələrin sanki gerçəklikdə baş verməsinə bənzəyən parlaq təəssüratlar)
- ▶ dəhşətli (qorxulu, kabuslu) yuxugörmələr
- ▶ yaşanmış hadisəni xatırladan obyekt, yaxud situasiyalara qarşı güclü emosional və ya fiziki reaksiyalar (yaşanmış hadisənin xatırlanması zamanı baş verən neqativ reaksiyalar, kədərliklik kimi emosional; tərləmə, taxikardiya kimi fiziki reaksiyalar)

Çəkinmə və emosional donma:

- ▶ travma ilə assosiasiya olunan fəaliyyətdən, yerlərdən, fikirlərdən, hiss və danışıqlardan (söhbətlərdən) güclü, aşkar, düşünülmüş şəkildə çəkinmə
- ▶ əvvəllər zövq verən fəaliyyətlərə qarşı marağın itməsi
- ▶ digər insanlardan uzaqlaşma, özünü təcrid
- ▶ emosiyaların ifadə edilməsində çətinliklər

Yüksək oyanıqlıq:

- ▶ hərəkətlərin tormozlanması və ya ajitasiya
- ▶ yuxuya getmənin, yaxud yuxuda qalmanın çətinləşməsi
- ▶ tez qıcıqlanma, yaxud hiddətlənmə
- ▶ diqqətin cəmlənməsində çətinliklər
- ▶ oyaq qalma (ayıqlıq) səviyyəsinin artması
- ▶ qorxu hissənin artması
- ▶ psixotravmatik hadisənin unudulması (amneziası)

Təkraryaşama simptomları:

Təkraryaşama simptomları posttravmatik stressin ən mühüm xüsusiyyəti kimi qiymətləndirilir. Bu simptomlara travmatik hadisə

ilə əlaqəli arzuolunmayan fikirlər, xəyallar (fantaziyalar) və dəhşətli (qorxulu, kabuslu) yuxugörmələr daxildir. Buraya, həmçinin “flashback”lər (zərərçəkənin ətraf mühitə bələdliyinin itməsi və tamamilə baş vermiş hadisə ilə bağlı xatirələrə dalması) aid edilir. “Flashback”lər o qədər canlı ola bilər ki, zərərçəkənə elə gəlir ki, o travmatik hadisəni yenidən yaşayır. İnsanlar özündən asılı olmadan baş vermiş hadisəni xatırlayanda məyus ola, həddən artıq kədərlənə bilər və eyni zamanda tərləmə, taxikardiya kimi fiziki reaksiyalar verə bilərlər.

Çəkinmə və emosional donma simptomları:

Çəkinmə və emosional donma simptomları müxtəlif mexanizmlərlə inkişaf edir. Çəkinmə – travmatik hadisə ilə bağlı xatirələri düşüncədən kənar saxlamaq üçün edilən məqsədyönlü cəhdlərdir. Distressə səbəb olan xatirələri oyada biləcək insanlar, məkanlar və fəaliyyətlərdən uzaq olmaq üçün pasiyentlər öz həyatlarını məhdudlaşdırmaq məcburiyyətində qalırlar. Donma simptomları əvvəllər zövq verən fəaliyyətlərə marağın itməsi, ətrafdakı insanlardan təcrid olunma, emosional kasadlaşma (məsələn, həzz və sevgi hissi keçirə bilməmək), gələcəyə ümitsizliklə xarakterizə olunur. Çəkinmə simptomları pasiyent üçün böyük enerji sərfi tələb edir, emosional donma simptomları isə qeyri-iradi baş verir. Emosional donma simptomları əsasən PTSP-nin ağır və xronik formalarına aid edilir və mənfi proqnozistik əhəmiyyət daşıyır.

Yüksək oyanıqlıq simptomları:

PTSP zamanı simpatik sinir sisteminin travmatik hadisəyə cavabda yerinə yetirdiyi adaptiv funksiyası ilə bərabər onun aktivliyinin davamlı yüksəlməsi müşahidə edilir. Yüksək oyanıqlıq simptomlarına konsentrasiya və yaddaş zəifliyi, qıcıqlılıq, əsəbilik, yuxuya getmə və yuxunun gedişində pozuntu, davamlı təşviş hissi aid edilə bilər (*Cədvəl 2*).

Cədvəl 2. Travmadan sonra yaranan simptomların ümumi sıralanması¹²

| Fiziki | Koqnitiv | Emosional | Davranış |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ titrəmə/əsmə ▶ başgicəllənmə ▶ baş ağrısı ▶ hipertoniya ▶ bayılma ▶ əzginlik ▶ diş qıcama ▶ əzələ tremoru ▶ ürəkbulanma ▶ ağrı ▶ profuz tərləmə ▶ taxikardiya ▶ zəiflik ▶ qıcolma | <ul style="list-style-type: none"> ▶ başqasını günahlandırma ▶ düşüncənin pozulması ▶ çaşqınlıq ▶ yüksək oyanıqlıq ▶ sayrışan təsəvvürlər ▶ yaddaş problemləri ▶ diqqətin zəifləməsi ▶ kabuslu yuxular ▶ mücərrəd təfəkkür, qərar qəbul etmə, problemlərlə mübarizə qabiliyyətlərinin azalması | <ul style="list-style-type: none"> ▶ ajitasiya ▶ təşviş ▶ inkar etmə ▶ depressiya ▶ kəskin emosional reaksiyalar ▶ qorxu ▶ kədər ▶ günah hissi ▶ qeyri-adekvat emosional cavab ▶ tez qıcıqlanma ▶ emosiyaları idarəetmənin pozulması | <ul style="list-style-type: none"> ▶ alkoqoldan istifadənin çoxalması ▶ antisosial hərəkətlər ▶ aktivliyin dəyişməsi ▶ ünsiyyətdə dəyişiklik (özünə qapanma, səbirsizlik, əsəbilik və s.) ▶ seksual sferada dəyişiklik (intim münasibətə olan marağın azalması və ya artması) ▶ nitqin dəyişməsi ▶ güclü affektlər ▶ istirahət edə bilməmək ▶ iştahanın dəyişməsi ▶ yerişin dəyişməsi ▶ intensivləşmiş qorxular ▶ şübhəlilik ▶ sosial təcrid olunma |

Diferensial diaqnostika

PTSP travmatik hadisə tərəfindən yaranan yeganə pozuntu deyil. Diferensiasiya edilməli pozuntulara aşağıdakılar aid edilə bilər^{12,13}:

- ▶ depressiya (aşağı əhval-ruhiyyənin üstünlük təşkil etməsi, enerji çatışmazlığı (gücsüzlük, yorğunluq), maraqların itməsi, suisid ideyaları)
- ▶ spesifik fobiyalar (bəlli situasiyalara yönəlmiş qorxu və çəkinmə)
- ▶ adaptasiya pozuntuları (nisbətən yüngül stressorlar)
- ▶ fəlakət hadisəsindən sonra yaranmış şəxsiyyət dəyişiklikləri (uzun müddət davam edən kəskin stressorlar)
- ▶ dissosiativ pozuntular
- ▶ hadisə zamanı qazanılmış nevroloji pozuntular
- ▶ psixoz (hallüsinasiyalar, illüziyalar)

Nəzərə almaq lazımdır ki, PTSP eyni zamanda bu pozuntuların hər biri, xüsusilə də depressiya və təşviş pozuntuları ilə komorbidlik də təşkil edə bilər.

Posttravmatik stress pozuntusunun diaqnostikasında aşağıda göstərilən müayinə metodlarından istifadə etmək olar⁶

1. PTSP Anketi (mülki versiya) (*Əlavə 1*)⁹
2. *Breslau* Skrining Metodu (*Əlavə 2*)^{6,15}
3. *Lancashire* Travma Skrining Anketi (*Əlavə 4*)⁴

Komorbid hallar

PTSP-nin xronik gedişli hallarında (3 aydan çox davam edən) özək simptomlara ayrı-ayrılıqda nadir hallarda rast gəlinir. Adətən, onlara digər əlaqəli problemlər və komorbid psixi pozuntularla yanaşı rast gəlinir. Bu pozuntulara aşağıdakılar aiddir:

- ▶ depressiya
- ▶ generalizə olunmuş təşviş pozuntusu
- ▶ sosial fobiya
- ▶ panik pozuntu
- ▶ alkoqoldan sui-istifadə/asılılıq
- ▶ psixooaktiv maddələrdən asılılıq

PTSP-nin xronik forması ilə məşğul olan tibb işçiləri, komorbid vəziyyətlərə əlavə olaraq, tez-tez rast gəlinən saysız-hesabsız psixososial problemlərlə işləməyə məcbur olurlar^{6,13}.

Təbii gediş və proqnoz

Simptomlar, adətən, travmatik hadisənin birinci ayında yaranır, çox az hallarda simptomların meydana çıxmasında aylarla, hətta illərlə gecikmə müşahidə oluna bilər.

Travmatik hadisənin ilkin ay və ya illərində PTSP təbii davamlı sağalma göstərə bilər. Həmçinin ilk vaxtlarda xəstəlik simptomları inkişaf edən zərərçəkənlərin çox böyük qisminə belə növbəti illər ərzində təbii sağalma müşahidə olunur. Bununla yanaşı, başlanğıcda xəstəlik simptomları meydana çıxan fərdlərin 1/3-də növbəti 3 il ərzində bu simptomlar qalır və onlarda maddə (narkotik, psixoaktiv, alkoqol) sui-istifadəsi kimi ikincili problemlər yarada bilər. Bu vəziyyət travmatik hadisənin hansı dövründə müalicə təklif olunmalı və spontan sağalma baş verməyən şəxslər necə müəyyən olunmalıdırlar kimi suallar doğurur. Bu suallar travmadan sonra ilkin müdaxilə və PTSP üçün skrining bölmələrində cavablandırılmışdır⁶ (*Əlavə 1*).

Travmadan sonrakı ilk 2-4 həftə boyunca kəskin PTSP əlamətlərinin olması müalicənin başlanılması üçün vacib göstəricilərdən biridir. Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, travmadan sonrakı ilk 1 həftəyə qədər olan müddətdə simptomatikanın ağırlığı xronik PTSP üçün göstərici sayıla bilməz.

Dəlillər sübut edir ki, PTSP-dən əziyyət çəkənlərdə travmatik hadisədən keçən vaxt müalicənin effektivliyini azaltmır⁶ (*Əlavə 3*).

PTSP ZAMANI İLKİN TİBBİ YARDIMIN ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ

Ümumi müddəalar

- ▶ İlk tibbi yardım heyəti tərəfindən xüsusi nəzərə alınmalı olan əsas məqam ondan ibarətdir ki, PTSP təkcə yol-nəqliyyat qəzası, fiziki travmalar kimi bir dəfə baş verən hadisələrdən yox, həm də təkrarlanan seksual zorakılıq, məişət zorakılığı və ya qaçqın həyatı ilə bağlı psixotravmalardan sonra da yarana bilər.

- ▶ PTSP geniş spektr simptomlarla (təkraryaşama, çəkinmə, yüksək oyanıqlıq, depressiya, emosional donma, alkoqol və psixoaktiv maddələrin sui-istifadəsi, əsəb gərginliyi) müşahidə olunur deyə, ilkin tibbi yardım heyəti tərəfindən belə pasiyentlərin müayinəsi zamanı onların həyatında travmatik situasiyaların olub-olmaması, misallar göstərilərək (məsələn, fiziki təcavüz, yol-nəqliyyat qəzası, seksual xarakterli zorakılıq, travmatik doğuş) dəqiq araşdırılmalıdır¹² (*Alqoritm 1*).

Kəskin stress pozuntuları zamanı ilkin tibbi yardıma tövsiyələr

- ▶ Yuxu pozuntuları zamanı relaksasiya texnikaları (məsələn, progressiv əzələ relaksasiyası və ya onun kultural ekvivalentləri) və yuxu gigiyenası haqda məsləhətlər vermək (kofe, nikotin və alkoqol kimi psixostimulyatorlar barədə informasiya vermək)^{6,12,13}.
- ▶ Həyat fəaliyyətinin travma ilə əlaqədar baş vermiş kobud pozuntuları zamanı travma fokuslu koqnitiv-davranış terapiyası tövsiyə olunmalıdır^{6,12,13}.
- ▶ Kəskin travmatik stress simptomlarını azaltmaq və yuxu pozuntularının müalicəsi üçün benzodiazepin və antidepressantlar təklif olunmamalıdır^{6, 12, 13}.
- ▶ Travmatik hadisə ilə üzləşmiş uşaqlarda enurez tez-tez rast gəlinən şikayətdir. O, özünü qiymətləndirmənin enməsi, təşviş, valideynlər tərəfindən sərt cəzalandırılma da daxil olmaqla, zərərli psixi və sosial nəticələrə gətirib çıxara bilər. Bu hallarda valideynlərlə cəza tədbirlərinin mənfi effektləri haqda psixi maarifləndirmə aparılmalıdır. Əlavə olaraq, valideynlik qabiliyyətlərini aşılamanı təmin edən treninqlər və sadə davranış müdaxilələri (məsələn, yuxudan əvvəl tualetə getmə, “quru” gecələri mükafatlandırma və s.) və zəngli saat (enurez alarm) vasitəsilə xəbərdar etmə tətbiqi oluna bilər⁶.
- ▶ Dissosiativ (konversion) simptomların müalicəsində spesifik göstərişlər olmasa belə, ÜST-nin tövsiyələrinə görə populyasiyanın digər nümayəndələri kimi onlarla da ilkin psixoloji yardımın göstərilməsi məsləhət görülür.

KSP və PTSP zamanı ilkin psixoloji yardım (Əlavə 5)

İlkin psixoloji yardım baş vermiş disstressi azaltmağa və komfort, informasiya, praktik və emosional dəstəkləmə kimi təməl insani ehtiyacları qarşılamağa yönəlməlidir. İlkin psixoloji yardım fərdin təbii müqavimət gücünü artırmaq və travma ilə mübarizə aparmaq məqsədilə yaradılmışdır. Onun aşağıda sadalanan səkkiz əsas komponenti var¹²:

1. **Kontakt:** pasiyentlə kontakt yaratmaq və zərərçəkmiş insanla şəfqətli, daim köməyə hazır tərzdə məşğul olmaq
2. **Təhlükəsizlik və komfort:** təcili və davamlı təhlükəsizlik hissi aşılmaq, fiziki və emosional komfort təmin etmək, pasiyenti emosional cəhətdən dəstəkləmək
3. **Stabilizasiya:** həddən artıq gərginlik və təşvişi stabilləşdirmək
4. **İnformasiya toplama:** ilkin ehtiyacları müəyyənləşdirmək məqsədilə informasiya toplamaq və buna müvafiq ilkin psixoloji yardım göstərmək
5. **Praktik kömək:** zərərçəkmiş şəxsin birincili ehtiyaclarının qarşılanmasına istiqamət vermək (gündəlik və məişət tələbatları, tibbi ləvazimatlar və s.)
6. **Sosial dəstək:** zərərçəkmiş şəxs və sosial dəstək xidməti arasında əlaqə yaratmaq
7. **Maarifləndirmə:** baş vermiş hadisədən qaynaqlanan nəticələrlə mübarizə aparmağın yollarını göstərmək – stress reaksiyaları barədə məlumat vermək (adətən, yazılı formada), düşüüyü disstress vəziyyətinin insanlar üçün normal reaksiya olduğunu anlamaqda pasiyentə kömək etmək, baş vermiş hadisədə onun günahının olmamasına inandırmaq
8. **Əməkdaşlıq edən digər xidmətlərlə bağlantı:** gələcəkdə lazım olacaq xidmət sahələri, təşkilatlar barədə informasiya ilə təmin etmək.

Bundan əlavə pasiyentin psixoloji travması barədə ailəsi və yaxınları ilə danışması üçün ona stimül və dəstək vermək lazımdır. Eyni zamanda doğmalar və yaxınlara isə öz növbəsində zərər çəkmiş insana qarşı dözümlü nümayiş etdirilməsinin zəruriliyi, pasiyentin başa düşülməsinin və ona dəstək verilməsinin vacibliyi izah edilməlidir. Pasiyentdə yuxusuzluq müşahidə olunsa qısamüddətli yuxu dərmanları qəbul etmək məsləhət görülməlidir.

Pasiyentin nəzərinə çatdırılmalı olan əsas məlumatlar:

- ▶ Psixi travma yaradan hadisələr insanın psixi sağlamlığına təsir göstərir
- ▶ Simptomların əksəriyyəti kiçik müdaxilələr nəticəsində tez keçib gedə bilər
- ▶ Ağır vəziyyətlər üçün effektiv müalicə növləri mövcuddur
- ▶ PTSP-nin mövcudluğu “dəlilik” və ya xarakterin zəifliyi deyil
- ▶ Pasiyent və onun ailə üzvləri depressiyanın erkən əlamətləri və suicidal fikirlərə münasibətdə sayıqlıq nümayiş etdirməli və onlar yarandığı təqdirdə bacardıqca tez yardım üçün müraciət etməlidirlər
- ▶ PTSP zamanı alkoqol və digər psixoaktiv maddələrdən istifadə etmək daha əlavə problemlərin yaranmasına gətirib çıxarır.

İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş

1. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:
 - ✓ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
 - ✓ 1 ay müddətində xəstənin vəziyyətinin yaxşılaşmaması
 - ✓ Pasiyentin alkoqol və narkotik maddələrdən istifadəsi
 - ✓ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
 - ✓ İlkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü
2. İlkin səhiyyə sisteminin həkimi mütəxəssis yanına göndəriş verərkən PTSP-nin davamlılığı, ağırlıq dərəcəsi və dinamikası, intihar tendensiyaları, davam edən və öncədən aparılan müalicə haqqında məlumat təqdim etməlidir.

PTSP-nin medikamentoz və qeyri-medikamentoz müalicə metodları mövcuddur

 - ✓ Medikamentoz – ilkin səhiyyə səviyyəsində çalışan terapevtlər və ailə həkimləri tərəfindən aparıla bilər.
 - ✓ Qeyri medikamentoz – yalnız bu sahədə ixtisaslaşmış mütəxəssislər tərəfindən aparıla bilər.

Medikamentoz müalicə metodları (Alqoritm 2, Əlavə 6)

PTSP-yə spesifik tövsiyələr:

1. Farmakoterapiya yetkin (orta yaşlı) şəxslərdə travma-fokuslu psixoloji terapiya ilə müqayisədə şablon birinci-seçim müalicə metodu kimi istifadə olunmamalıdır (**A**)^{6,13}.
2. Farmakoterapiya (paroksetin və ya mirtazapin* ümumi istifadə üçün, amitriptilin və ya fenelzin* isə yalnız psixi sağlamlıq mütəxəssisləri tərəfindən təyin olunmalı) pasiyentin travma-fokuslu psixoloji terapiya başlamağı inkar etdiyi hallarda tətbiq olunmalıdır (**B**)^{6,12,13}.
3. Farmakoterapiya travma üçün davamlı ciddi təhlükənin olması (məsələn, davamlı məişət zorakılığı) səbəbindən travma-fokuslu psixoloji terapiya keçmək iqtidarında olmayan yetkin pasiyentlər üçün tətbiq olunmalıdır (**C**)⁶.
4. Farmakoterapiya travma-fokuslu psixoloji terapiyadan çox az və ya ümumiyyətlə nəticə almayan pasiyentlərdə tətbiq olunmalıdır (**C**)⁶.
5. Yuxu pozuntusunun əsas problem olduğu hallarda, hipnotik preparatların istifadəsi yalnız qısamüddətli istifadə üçün uyğun sayılır; uzunmüddətli müalicə tələb olunan hallarda asılılıq riskini azaltmaq məqsədilə erkən mərhələlərdən münasib antidepressantlar tətbiq olunmalıdır (**C**)⁶.
6. Farmakoterapiya psixoloji terapiyanın effektivliyinə təsir edən komorbid depressiya və ya əhəmiyyətli dərəcədə yüksək oyanıqlığın müşahidə olunduğu pasiyentlərdə psixoloji terapiyaya əlavə oluna bilər (**C**)⁶.
7. Farmakoterapiyaya reaksiya verməyən orta yaşlı pasiyentlərdə preparatın dozası tövsiyə olunan həddə qədər artırılmalıdır. Əgər daha uzunmüddətli dərman müalicəsi tələb olunursa, bu başqa sinif antidepressantla və ya olanzapinin əlavə edilməsi ilə aparılmalıdır (**B**)¹³.
8. PTSP-dən əziyyət çəkən orta yaşlı şəxslərin farmakoterapiyaya müsbət reaksiya verdiyi hallarda, müalicə tədricən kəsilənə qədər ən az 12 ay davam etdirilməlidir (**B**)¹³.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

9. Venlafaksin (A)¹² təsiri bir sıra tədqiqatlarla effektiv sayılmışdır. Yalnız yüksək oyanıqlıq simptomlarına nisbətən az təsir göstərdiyi aşkarlanmışdır.
10. Fluoksetin (A)¹² 20-80 mq dozada 8-32 həftəlik tədqiqatlarda təkraryaşama və çəkinmə simptomlarına müsbət təsir göstərdiyi müşahidə olunmuşdur.
11. Sertralinlə (A)¹² müalicədə çəkinmə, emosional donma və yüksək oyanıqlıq simptomlarında yaxşılaşma, təkraryaşama qrup simptomlarında isə effektivliyi müəyyən edilməmişdir. Fluvoksaminlə bəzi araşdırmalardan onun yüksək oyanıqlıq, çəkinmə və intruziv simptomlara müsbət təsiri məlumdur.
12. Buspironun* 30-60 mq dozada depressiv, təşvişlə assosiasiyalı simptomatika ilə yanaşı flashback, kabuslu yuxular və sayrışan fikirlərə müsbət təsiri ola bilər.
13. Lamotriginin təkraryaşama, çəkinmə və emosional donma simptomlarına müsbət; divalproeksinin* intruziv və yüksək oyanıqlıq simptomlarına müsbət, çəkinmə/emosional donma simptomlarında effektiv təsiri aşkarlanmışdır.
14. Risperidon “flashback”, kabuslu yuxugörmələrdə, qıcıqlı aqressiya və intruziv fikirlər və emosional reaktivlikdə faydalı ola bilər (D)¹².

Ümumi tövsiyələr

1. Antidepressant təyin olunmuş hər bir PTSP-dən əziyyət çəkən pasiyent müalicə başlanan zaman potensial əlavə effektlər və preparatı kəsmə və ya ara vermə zamanı meydana çıxma biləcək simptomlar (xüsusilə, paroksetin təyininə) barədə məlumatlandırılmalıdır (C)⁶.
2. Kəsmə simptomları, adətən, mülayim ifadə olunmuş şəkildə rast gəlinir və öz-özünə aradan qalxır, lakin bəzən daha kəskin ifadə oluna bilər. Antidepressantların dozası 4 həftə ərzində tədricən azaldılmalıdır; bəzi fərdlərdə daha uzun müddət tələb oluna bilər (C)⁶.
3. Kəsmə simptomları mülayim ifadə olunmuşdursa, pasiyenti sakitləşdirmək və monitorinq aparmaq lazımdır. Əgər simptomlar

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

kəskin ifadə olunmuşdursa, ilkin təyin olunmuş antidepressant yenidən təyin edilməli (və ya eyni sinifdən olan yarımparçalanma müddəti daha uzun antidepressant) və simptomların monitorinqinin aparılması ilə yanaşı doza tədricən azaldılmalıdır (C)^{6,12}.

4. Antidepressantlarla müalicəyə başlanmış və yüksək suisid riski müşahidə olunan orta yaşlı şəxslərdə və 18-29 yaşlar arasında olan bütün pasiyentlərdə (antidepressantların bu qrupda istifadəsi ilə bağlı yüksək potensial suisid riskinə görə) 1 həftə sonra və risk əhəmiyyətini itirənədək davamlı olaraq tez-tez təkrar müayinə keçirilməlidir (D)⁶.
5. Xüsusilə, SİUSİ ilə müalicənin başlanğıc mərhələlərində klinisistlər aktiv şəkildə akatiziya, suisid ideyaları, artmış təşviş və ajitasiya əlamətlərini aşkara çıxarmalıdırlar. Onlar həmçinin PTSP-dən əziyyət çəkən pasiyentlərə müalicənin ilkin mərhələlərində bu simptomların yaranma riski haqda və bu əlamətlərin distress yaradacaq səviyyədə olduğu halda təcili kömək üçün müraciət etmələri barədə məlumat verilməlidir (D)⁶.
6. Əgər PTSP-dən əziyyət çəkən pasiyentdə antidepressantların qəbulu nəticəsində uzunmüddətli akatiziya yaranırsa təyin olunmuş preparat yenidən gözdən keçirilməlidir (D)⁶.
7. Antidepressantlarla müalicəyə başlanmış yüksək suisid riski olmayan yetkin şəxslər 2 həftə sonra və davamlı olaraq əvvəlcədən təyin olunmuş mütəmadi qaydada, məsələn, ilk 3 ay ərzində 2-4 həftə intervalı ilə, müalicəyə müsbət reaksiya verilən hallarda sonralar daha böyük intervallarla, təkrar müayinədən keçirilməlidirlər⁶.

QEYRİ-MEDİKAMENTOZ MÜALİCƏ METODLARI

Travma fokuslu koqnitiv davranış terapiyası (A)^{6,12,13}

Koqnitiv davranış terapiyası travmatik hadisənin şəxsə yaratdığı emosional, koqnitiv və davranış nəticələrinə yönəlmiş qısamüddətli, strukturlu psixoloji müdaxilədir. KBT strategiyaları koqnitiv və davranış nəzəriyyələrdən başlanğıc götürür. Bu strategiyalara koqnitiv terapiya və ekspozisiya texnikaları ilə yanaşı psixososioloji və oyanıqlıq menecmenti formasında hazırlıqlar aid edilə bilər.

Ekspozisiya terapiyasının əsas məqsədi şəxsə onda təşviş yaradan obyektlə üzləşməyə kömək etməkdir. Ekspozisiya prosesinin əsasında dayanan fundamental prinsip öyrəşmədir. Əgər insan təşviş yaradan qıcıqla uzun müddət kontaktda saxlanılsa, onun təşviş hissi istər-istəməz azalır. Bu nəticəyə bir və ya bir neçə sessiya seriyasından sonra nail olmaq olar. Konkret olaraq PTSP zamanı bu, zərərçəkmiş şəxsin travmatik hadisə ilə bağlı xatirələri ilə, idarə olunan və təhlükəsiz mühitdə üzləşdirilməsi (təsəvvür ekspozisiyası), həmçinin travma ilə bağlı çəkinmə situasiyaları ilə *in vivo* üzləşmə deməkdir. “Foa”nın PTSP üçün uzadılmış ekspozisiyasından başlayan ekspozision terapiya bu pozuntunun psixoloji müalicəsinin ən vacib tərkib hissəsidir.

PTSP-nin müalicəsində koqnitiv terapiya travmatik hadisə ilə bağlı əmələ gələ bilən təhrif olunmuş mənfi fikirləri, eləcə də özləri və ətraf mühit haqda uyğun olmayan, faydasız inancları müəyyənləşdirmək, aradan qaldırmaq və dəyişməkdə fərdə kömək edir. Resikin təklif etdiyi koqnitiv-prosessual terapiya seksual zorakılıq qurbanları üçün yaradılmışdır. Bu terapiya travmatik yaddaşa ekspozisiya komponentinin təhlükəsizlik, etibarlılıq, güc/idarə, hörmət və intimlik mövzuları ətrafında koqnitiv işlə kombinasiyasından ibarətdir.

Göz hərəkətləri ilə desensitizasiya və reprocessing (A)^{6,12,13}

GHDR travmatik hadisə zamanı yaşanan həddindən artıq emosiya və dissosiativ proseslərin informasiyanın işlənməsinə mane olması və yaddaşa tam işlənməmiş şəkildə saxlanılan hadisənin mövcud yaddaş şəbəkəsindən ayrı düşməsi fərziyyəsinə əsaslanır.

GHDR zamanı pasiyentdən tələb olunur ki, travma ilə bağlı təsəvvürlər, neqativ fikirlər və somatik hissiyyatlar üzərində fokuslanaraq, görüş sahəsində terapevtin barmaq hərəkətlərini gözləri ilə izləsin (20-30 san və ya daha çox). Bu proses bir neçə dəfə təkrar oluna bilər. Tam dəqiq təsir mexanizmi bilinməsə də, belə təxmin olunur ki, bu ikili diqqət travmatik yaddaşın hazırkı bilik şəbəkəsi ilə qarşılıqlı əlaqəsini yaxşılaşdırır. Qeyd etmək lazımdır ki, vaxt keçdikcə GHDR KBT-yə aid edilə biləcək bir çox müdaxilə metodlarını da özündə cəmləşdirmişdir.

***Psixodinamik terapiya (C)*^{6,12,13}**

Psixodinamik terapiya bir müalicə metodu kimi pasiyentin terapevt ilə dəstəkləyici münasibət yaratmasına və münasibət zamanı baş verən transferdən istifadə edərək öz yaşadıqlarını verbalizasiya etməsinə kömək edir. Bu proses şüuraltı xatirələr, fikirlər və emosiyaların şüurla dərk olunmasına, bu isə öz növbəsində yaşanmış hadisənin koqnitiv, emosional və sosial aspektlərinin şəxs tərəfindən qəbul edilməsi və ona uyğunlaşmasına kömək edərək mənalı bir struktura inteqrasiya olunmasına gətirib çıxarır. Qısa psixodinamik terapiya spesifik travma fokuslu keçirilir ki, bu zaman pasiyentin hadisə ilə bağlı öz təcrübəsini sözlərlə ifadə etməsinə, hadisənin və ətraf mühitin onun üçün əhəmiyyətini müəyyən edərək yaşanmış təcrübənin inteqrasiya olunmasına çalışılır.

***Stressin idarə edilməsi*^{6,12,13}**

Stressin idarə edilməsi müdaxilələri yüksək oyanıqlıq simptomlarının azalmasına və pasiyentin stress və təşviş keçirməsinə səbəb olan həyat faktorlarının dəyişdirilməsinə yönəlmiş geniş spektr koqnitiv, davranış və fizioloji texnikaları əhatə edir. Stressin idarə edilməsinin PTSP-də tətbiqi yüksək oyanıqlıq simptomlarının azaldılmasına, pasiyentin həyat tərzinə təsir edən təşviş, çəkinmə simptomlarına istiqamətlənir. PTSP-də istifadə olunan ən mühüm stress menecment komponentlərinə relaksasiya məşqləri, idarə olunan tənəffüs (hiperventilyasiyanın qarşısını almaq məqsədilə), çəkinilən situasiyalarla üzləşdikdə onların öhdəsindən gəlmək üçün uyğunlaşdırılmış təlimlər və fikir-tormozlayıcı, diqqət yayındırma texnikaları aiddir.

***Dəstəkləyici konsultasiya terapiyası*^{12,13}**

Dəstəkləyici konsultasiya, pasiyentin hazırkı həyatının müxtəlif aspektlərinə fokuslanaraq, hal-hazırda onu narahat edən problemlərin həllinə yönəlmiş terapevtik münasibət kimi xarakterizə oluna bilər. PTSP zamanı dəstəkləyici konsultasiya posttravmatik psixopatologiya ilə yanaşı ümumi şəraitdən qaynaqlanan problemlərə istiqamətlənir. Onun məqsədi praktiki problem həlletmə strategiyaları vasitəsilə şəxsin özünü daha yaxşı anlamasını və özünə kömək etməsini təmin etməkdir.

Narrativ ekspozisiya terapiyası^{12,13}

Narrativ ekspozisiya terapiyası (NET) çoxsaylı travmatik hadisələrlə üzləşmiş, müharibə və işgəncələrə məruz qalmış insanlar üçün ekspozisiya terapiyası əsasında yaradılmış, standartlaşdırılmış qısamüddətli müdaxilə növüdür. NET zamanı pasiyentdən öz həyat hekayəsini bütövlüklə qurmaq, bu zaman travmatik hadisə və bununla assosiasiyalı fikirlər və emosiyalar üzərində daha ətraflı dayanmaq tələb olunur. Belə fərz edilir ki, NET iki yolla təsir göstərir: travmatik xatirələrə ekspozisiya yolu ilə öyrəşmə və pasiyentin individual avtobioqrafik yaddaşının rekonstruksiyası.

Hipnoz/Hipnoterapiya (C)^{6,12,13}

Hipnoterapiya bir çox psixi pozuntularda istifadə olunan hipnoz metodunun terapevtik tətbiqindən ibarətdir. Hipnoz zamanı xüsusi dissosiasiya vəziyyəti yaradılır ki, bu zaman pasiyentin genişlənmiş mental fokus və təlqinə həssaslığından istifadə edərək, ona öz simptomlarını daha yaxşı idarə etməsi üçün direktivlər edilir. PTSP-də istifadə olunan hipnoz travmatik xatirələrlə yanaşı yüksək oyanıqlıq simptomlarının idarə olunmasına yönəldilir.

İnterapiya^{12,13}

İnterapiya internet vasitəli terapiyadır. Terapevt və pasiyent kompüter vasitəsilə əlaqə yaradır ki, bu posttravmatik stress və patoloji hüzn simptomlarını müalicə etmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu yanaşma əsasən uzaqda yaşayan, fiziki qüsurları ilə əlaqədar məhdud hərəkət qabiliyyətli, üz-üzə terapiyada yaranacaq təşviş və stiqmatizasiya qorxusu olan insanlar üçün əlverişlidir. Müalicəyə psixoedukasiya, ekspozisiya və koqnitiv yenidən qiymətləndirmə daxil edilir. Bunların hər birində pasiyentin yazılı formulyarlar vasitəsilə terapevtlə əlaqə saxlaması nəzərdə tutulur.

Təsəvvür məşqi¹³

Pasiyentin travmatik xatirələri elə qaydada dəyişdirilir ki, o, situasiyaya daha çox nəzarət etsin. Bu dəyişdirilmiş xatirələri pasiyent öz təsəvvüründə təkrar-təkrar məşq edir.

Qrup terapiyası (C)^{12,13}

PTSP-nın müalicəsi müəyyən qaydalarla homogen üzvlərdən ibarət olan qrupda aparılır. Qrup terapiyası dəstəkləyici, psixodinamik və koqnitiv xarakterli yanaşmalar vasitəsi ilə aparılır və travmatik hadisənin etirafı və təsdiqini; travmaya qarşı cavabın normallaşdırılmasını; həkimin özü belə halları yaşamadığına görə onlara kömək etmək iqtidarında olmadığı haqda yanlış təsəvvürün dəf edilməsi üçün oxşar hadisəni yaşamış başqa insanların iştirakından istifadə edilməsini; yaşaması naminə travmatik situasiya zamanı zərərçəkmişin davranışının mühakiməsiz qiymətləndirilməsini özündə birləşdirir.

Debrifinq^{6,12,13}

Adətən, psixoloji debriinq və kritik stress insident debriinqi (KSİD) terminləri qarşılıqlı əvəz olunan terminlər kimi istifadə olunur. Birincisi travmadan dərhal sonra (ilk üç gün ərzində) tətbiq olunan müdaxilələrin cəmini əhatə edir, stressin və uzun müddətli psixopatologiyanın qarşısını almağa kömək edir. Psixoloji debriinq katarsis prinsipləri, disstressin normallaşdırılması və psixodukasiya prinsipləri ilə təsir göstərir. KSİD isə 1980-ci illərdə formalaşdırılmış spesifik debriinq metodudur. O, travmatik hadisənin birincili yox, ikincili qurbanları (məsələn, yanğınsöndürmə xidməti personalı və s.) üçün nəzərdə tutulmuşdur. Adətən, qrup şəkilli keçirilməsinə baxmayaraq bəzən tək-tək müdaxilələri də istisna etmir. Bu əsasən travmatik hadisənin rekonstruksiyası, katarsis, cavabın normallaşdırılması və strukturlu təlim komponentlərini özündə birləşdirir.

Fiziki terapiya^{12,13}

- ▶ ***Elektrokonvulsiv terapiya (EKT)***: ümumi anestetikin təsiri altında elektrik cərəyanını beyin toxumasından keçərməklə idarəolunan qıcolma tutması əldə edilməsinə əsaslanır. Adətən, ağır, rekurrent depressiyaların müalicəsində istifadə olunur. PTSP-də bu vəziyyətlər aşkarlandığı zaman bu metod tövsiyə oluna bilər.
- ▶ ***Təkrarlanan transkranial maqnetik stimulyasiya (tTMS)***: yüksək tezlikli cərəyan yaradan elektromaqnit cihaz vasitəsilə

qabıq neyronların stimulyasiyasının təmin edilməsinə əsaslanan qeyri-invaziv texnikadır. PTSP simptomlarının azaldılmasına kömək edir.

- ▶ **Fiziki məşqlər:** müxtəlif növ məşqlər – həm aerobik, həm də anaerobik – fiziki və psixi sağlamlıq üçün əhəmiyyətlidir. Bir çox psixi pozuntularda, o cümlədən depressiya və təşviş pozuntularında məşqlərin birbaşa və dolayı yolla faydalı olması sübut olunmuşdur.

*Alternativ terapiya növləri*¹³

PTSP ilə əlaqəli alternativ terapiyaya akupunktura, reiki, kraniosakral terapiya, Tapas toxunma texnikaları, vizual-kinestetik dissosiasiya, osteopatiya, terapevtik toxunma, düşüncə sahəsi terapiyası, emosional azadolma texnikaları aiddir.

PTSP ZAMANI GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ

Uşaq və yeniyetmələr

- ▶ Bu protokolda “uşaqlar” ifadəsi 2-12 yaşlararası, “yeniyetmələr” isə 13-18 yaş kateqoriyasına istinad edir
- ▶ 8 yaşdan aşağı uşaqlar təkraryaşama, çəkinmə kimi birbaşa PTSP simptomlarından deyil, adətən, yuxu pozuntularından şikayət edirlər. Buna görə də valideynlərdən alınan informasiya xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Somatik travmalardan sonra uşaqlarda PTSP inkişaf etməsi riski yüksək (30%-ə qədər) olduğundan, valideynlər bu pozuntu barədə ətraflı məlumatlandırılmalıdırlar
- ▶ Uşaq və yeniyetmələrin müayinəsi zamanı tibbi personal tərəfindən sorğunun onlarla birbaşa və təkliddə aparılmasına diqqət yetirilməlidir. Heç bir zaman təkcə valideyn, yaxud qəyyumdan alınan informasiya ilə kifayətlənmək olmaz
- ▶ Nisbətən böyük yaşlı yeniyetmələrə travmatik hadisənin ilk ayında travma-fokuslu KBT təklif oluna bilər (B)^{6,13}
- ▶ Uşaq və yeniyetmələrdə travma fokuslu psixoloji terapiyanın müddəti PTSP-nin tək hadisədən başlanğıc götürdüyü hallarda 8-12 seans təşkil edir. Seans zamanı travmatik hadisə müzakirə olunduğu hallarda seansın uzadılmasına (məsələn, 90 dəqiqə) ehtiyac olur. Terapiya mütəmadi, davamlı (adətən, ən azı həftədə 1 dəfə) və eyni şəxs tərəfindən aparılmalıdır (C)^{6,13}

- ▶ Uşaq və yeniyetmələrə şablon dərman terapiyası təyin edilməməlidir (C)^{6,13}
- ▶ Əgər uyğun olsa valideynlər də terapiyaya cəlb oluna bilərlər (C)^{6,13}

Qaçqınlar

Qaçqınlar və sığınacaq almış insanlarla iş daha mürəkkəbdir. Xatırlamaq lazımdır ki, qaçqın olmaq diaqnoz deyil, qaçqınlar da ümumi populyasiya kimi bütün digər psixi pozuntulardan əziyyət çəkirlər.

Yaşadıqları hadisə (məsələn, müharibə, həbsxana, işgəncə) bu insanlar arasında PTSP ehtimalına əhalinin qalan hissəsinə nisbətən daha çox rast gəlinməsinə səbəb olur. Çox vaxt depressiya ilə komorbidlik müşahidə olunur. Qaçqın düşmüş insanlarda, həmçinin daha çox “keçirilmiş travmadan sonra yaranmış şəxsiyyət pozuntuları” (F62.0) aşkarlana bilər. Emosional pozuntular kultural və dil faktorlarından, eyni zamanda zərərçəkənə göstərilən tibbi yardım zamanı ona olan münasibətdən asılıdır. Bu pasiyentlərlə işləyən mütəxəssislər PTSP ilə bağlı tibbi biliklərdən əlavə immiqrasiya hüququ, xeyriyyə fondları barədə, həmçinin geniş mədəni və siyasi biliklərə sahib olmalıdırlar^{6,13}.

Birinci faza problemləri daimi yaşayış yeri, gəlir və ailədən ayrı düşmə ilə bağlıdır. Bu fazada travma-fokuslu psixoterapiya aparmaq məqsədəuyğun deyil. Adətən, praktiki, dəstəkləyici müdaxilələr, medikamentoz müdaxilə və psixososiya (mümkündürsə qrup formatında) məsləhət görülür. Etibarlı həkim-pasiyent münasibətlərinin qurulmasına xüsusi əhəmiyyət verilməlidir.

İkinci faza müdaxilələrinə travma-fokuslu psixoterapiya, ekspozisiya texnikaları, narrativ terapiya və koqnitiv restrukturizasiya daxildir. Çox vaxt ikinci fazada meydana çıxan yeni krizis situasiyası yenidən birinci faza müdaxilələrinə qayıtmağa sövq edir.

Üçüncü fazada qaçqınlarda yaranmış məlum şəraitə (öz doğma mühitindən uzaqlaşma) müvafiq olaraq reinteqrasiyadan daha çox yeni mühitə inteqrasiyadan söhbət gedə bilər. Bəzən onların əvvəlki mühitlərinə qayıtma ehtimalı olduğundan, həmin hallarda reinteqrasiya ehtiyacı da nəzərə alınmalıdır.

Xüsusi müdaxilə tələb edən alt qruplar da mövcuddur. Bunlara kəllə-beyin travması aldığından koqnitiv pozuntuları aşkarlanan,

işgəncələr yaşamış və seksual zorakılığa məruz qalmış insanlar aiddir. Sonuncu alt qrupdan olanlarda qabarıq utancaqlıq hissi və daha çox çəkinmə simptomları müşahidə olunur. Bu o deməkdir ki, zərərçəkənlər seksual xarakterli zorakılıq haqda məlumatları həkimə çox gec və ya ümumiyyətlə bildirmədiklərindən onlarla ünsiyyətdə açıq fikirlilik göstərmək və bu ehtimalı nəzərdən qaçırmaq lazımdır^{6,13}.

Seksual zorakılıq

Seksual zorakılıq qurbanları ilə işləyən mütəxəssislər bəzi mühüm məqamlardan xəbərdar olmalıdırlar. Seksual zorakılıq əksər hallarda gizli olaraq yaşanır, ətrafdakılarla bölüşülmür və zərərçəkənin özünü günahlandırması ilə xarakterizə olunur. Uşaqlarda seksual zorakılıq hallarının əksəriyyəti ailə üzvləri, qohumlar və ya əvvəlcədən tanış olan insanlar tərəfindən törədilir. Bu da o deməkdir ki, zorakılığa məruz qalan uşaq əksər hallarda zorlayan şəxslə daim bir mühitdə yaşamağa məcbur olur. Uşaqlarla bağlı nəzərdə tutulmalı bir məqam da ondan ibarətdir ki, onlar seksual təcavüz faktlarını bildirdikdə bu uşaq fantaziyaları, yalan, özünə qarşı diqqət cəlb etmə istəyi kimi qələmə verilir. Seksual zorakılıq qurbanları dünyadakı bütün cinayətlər arasında hüquq mühafizə orqanlarına ən az müraciət edənlərdir. Bunun da əsas səbəbi onlara qarşı yaradıla biləcək fərdi, ailəvi və sosial təzyiqlərdir¹³.

Təbii fəlakətlər

Fəlakətlər baş verdiyi cəmiyyətin böyük hissəsinə təsir göstərən geniş miqyaslı hadisələrdir. Onlar yanğın, zəlzələ kimi qısamüddətli ola və ya subasma, quraqlıq kimi uzun müddət kəsiyini əhatə edə bilər. Fəlakətlər zamanı travma ilə üzləşmə fəlakətin növündən və fərdin hadisə ilə nə dərəcədə yaxından üzləşməsindən asılıdır.

Fəlakətlər zamanı yardım planının ən tez-tez rast gəlinən səhvlərindən biri odur ki, adətən, yardım hadisədən sonrakı ilkin müddətə hesablanır. Halbuki aparılan araşdırmalar göstərir ki, hadisə baş verdikdən sonrakı 2 il ərzində professional müdaxiləyə ehtiyac kəskin şəkildə yüksələn xətlə inkişaf edir. Erkən dövrdə müdaxilələr yalnız əhəlinin sosial təminatının bərpası tədbirləri ilə yanaşı aparıla bilər. Bu zaman zərərçəkən qrupun kiçik bir hissəsində KSP inkişaf

edə bilər. Adətən, təbii fəlakətlər ilə əhəlinin psixiatrik xidmətə müraciəti arasında uzun vaxt fasiləsi olur. Bu zaman yaranmış distress özünü ailədaxili konfliktlərin yaranması, psixotrop maddə asılılığı və insanlararası münasibətlərdə problemlərdə büruzə verir. PTSP ilə yanaşı depressiya, psixotrop maddə asılılığı, somatoform və uyğunlaşma pozuntularına da rast gəlinə bilər. PTSP-li pasiyentlərin xüsusi şikayəti oxşar hadisənin yenidən baş vermə təhlükəsinə qarşı keçirdikləri təşviş hissi olur.

Əgər PTSP şübhəsi varsa, yüksək-risk qrupuna aid fərdlər PTSP Anketi və KAPŞ diaqnostik vasitələri ilə müayinə olunmalıdırlar¹³.

Müdaxilələr zamanı nəzərə alınmalı faktorlar:

- ▶ Əksər zərərçəkənlərin potensial olaraq uzun müddət ərzində müalicəyə ehtiyacları olur. Bu cür zərərçəkən qrup insanlar üçün sübuta əsaslanan PTSP müalicələrinin olması çox vacibdir. Əsasən də periferik regionlarda müvafiq ixtisaslı müdaxilənin yetərsizliyi müşahidə olunur.
- ▶ Bir ailənin bir neçə üzvü eyni zamanda eyni problemdən əziyyət çəkə bilər. Şübhəsiz bu, müşahidə olunan simptomatikaya da təsir edir, məsələn, əgər ər və arvad eyni zamanda əziyyət çəkirlərsə bu zaman aparılan müdaxilədə mövcud münasibət nəzərə alınmalıdır.
- ▶ PTSP-dən əziyyət çəkən əksər şəxslər hadisədən sonra maddi və sosial itkilərə məruz qalırlar. Düşükləri yeni vəziyyətin onlara baş vermiş travmatik hadisəni daim yada salan faktorların olması müalicəni olduqca mürəkkəbləşdirə bilər¹³.

PSIXOSOSIAL REABİLİTASIYA

Ənənəvi olaraq psixososial reabilitasiya müdaxilələri, PTSP də daxil olmaqla, xronik psixi pozuntuları olan insanların sərbəst yaşama, cəmiyyətə inteqrasiya və effektiv həyat tərziyi yaxşılaşdırmaq üçün tətbiq olunur. Psixososial müdaxilələr pasiyentə PTSP ilə sıx əlaqədar olan özünə qulluğun olmaması/müstəqil yaşama vərdişləri, evsizlik, yüksək riskli davranışlar, PTSP-nin nə olduğunu anlamayan ailə və yaxınlarla münasibət, sosial passivlik, işsizlik və digər bu kimi maneələri kompensasiya etməyə kömək edir. Psixososial reabilitasiya komponentlərinə sosial bacarıqlar treninqi və fəaliyyətləri, iş vərdişləri, evsizlik probleminə dəstək, bacarıq və həvəs göstərilən meyillərə uyğun reabilitasiya, *case*

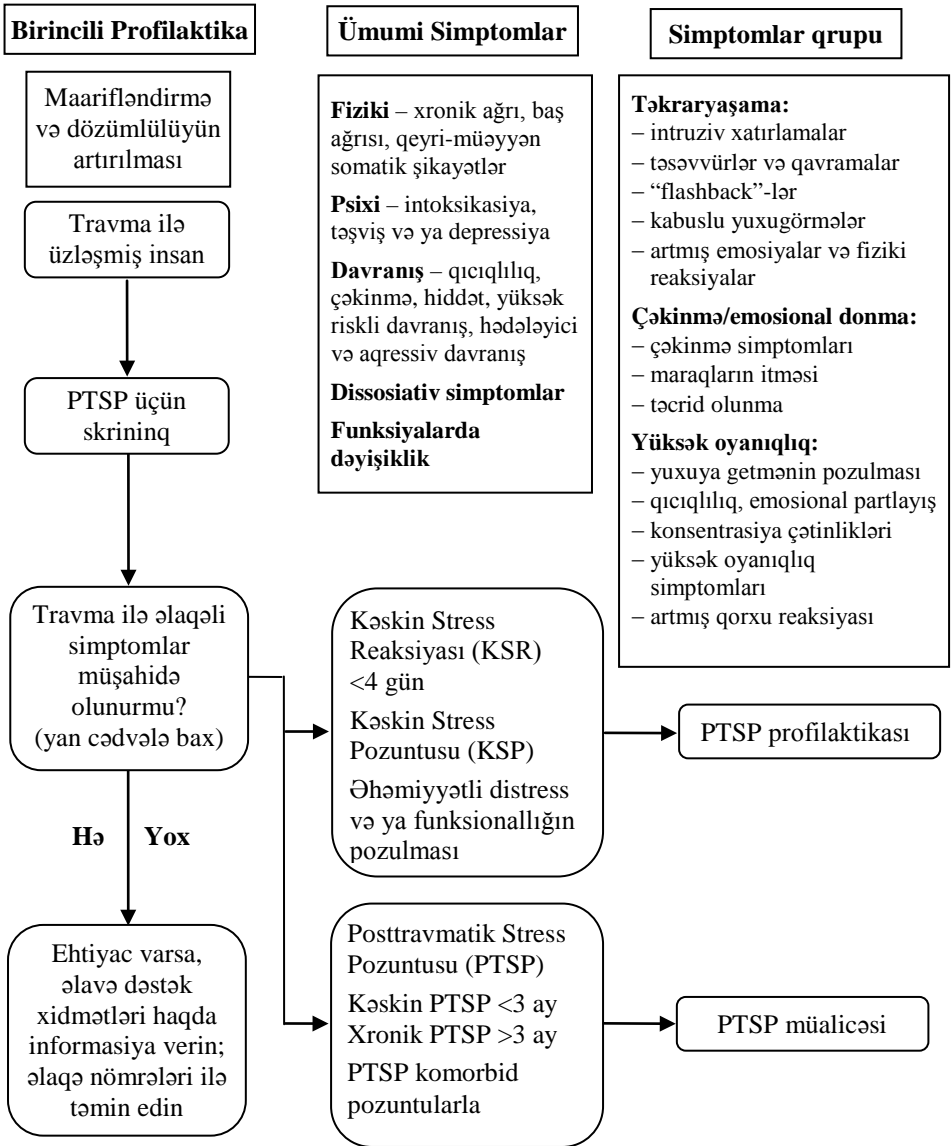
management və ailə dəstəyi daxildir. Reabilitasiya, adətən, digər müalicə metodları ilə yanaşı istifadə olunur; lakin bu simptomların azaldılmasından daha çox pasiyentin cəmiyyətə yenidən inteqrasiyası və funksionallığının inkişafını qarşıya məqsəd qoyur. Bu prinsip bir daha təsdiq edir ki, optimal peşə, ailə və sosial funksionallığın yaxşılaşdırılmasına xəstəliyin xronikləşməsini gözləmədən, müalicənin erkən etaplarından başlanılmalıdır. PTSP zamanı bu, pasiyent və ailəsinin psixososiya, mövcud sosial dəstəyin maksimum tətbiqi ilə eyni zamanda yeni dayaq mexanizmlərinin yaradılması və şəxsin optimal iş/təhsil göstəricilərini saxlamaq üçün müvafiq peşə/təhsil dəstəyinin təmin edilməsindən ibarətdir (D)¹³.

PROFİLAKTİKA

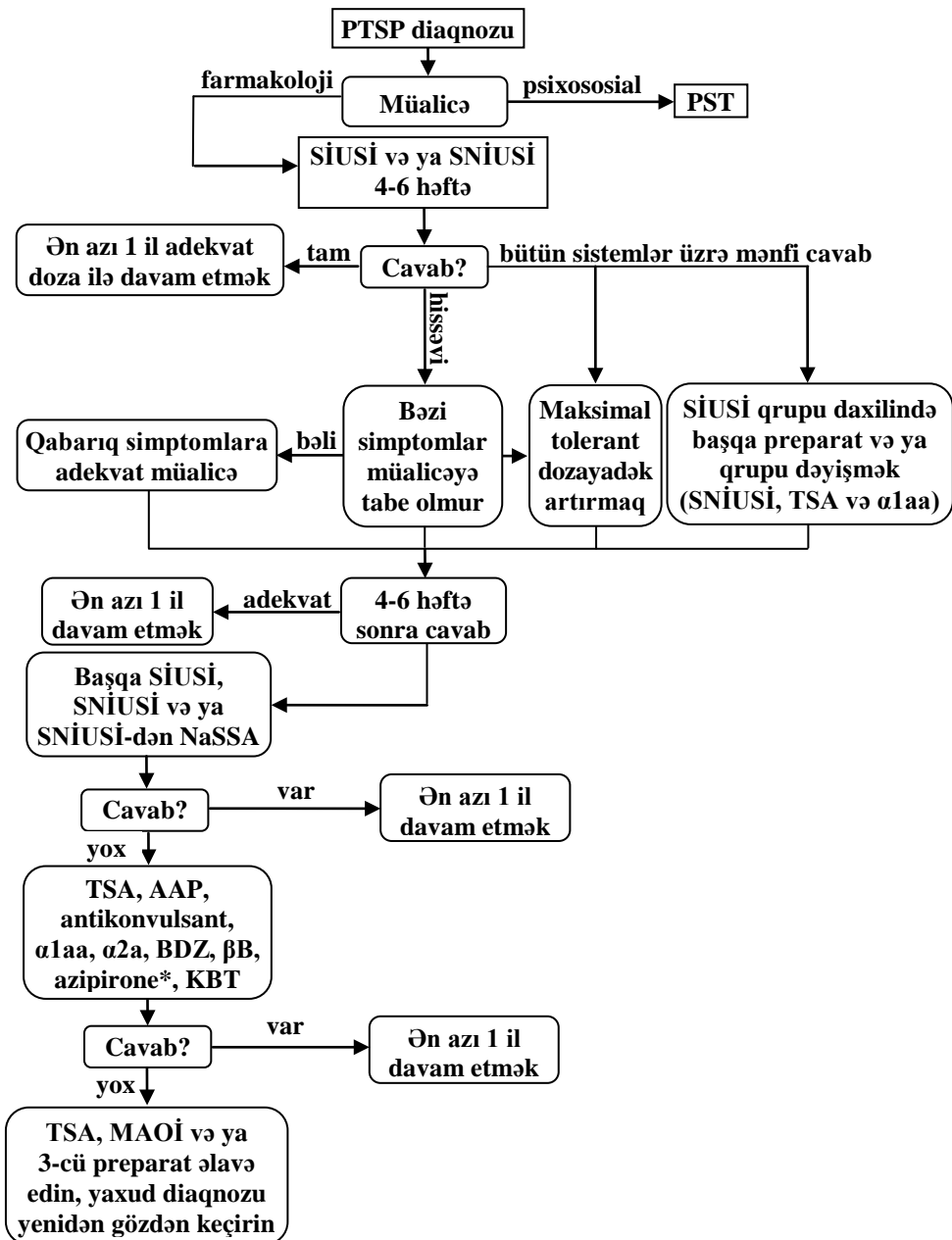
Profilaktikanın məqsədi fərd və ya qrupları potensial travmatik hadisələrlə üzləşməyə hazırlamaq, PTSP-nin və digər travma ilə əlaqəli problemlərin inkişafının qarşısını almaqdır. Travmatik stressorlarla üzləşmə bəzi sahələrdə (məsələn, hərbi personal, təxirəsalınmaz xidmət işçiləri) gündəlik iş rejiminin tərkib hissəsi olduğundan həmin sferalarda çalışan işçilərin hazırlanması, xüsusilə, böyük əhəmiyyət daşıyır. Hazırlanma aşağıdakı prinsiplərlə aparılır¹²:

1. Realistik məşqlər keçmək – buraya simulyasiya olunmuş və ya aktual travmatik stimullarla üzləşdirmə aiddir. Misal olaraq, hərbi məşqlər zamanı real silah atəşi ilə üzləşmə, çətin şəraitlərdə hazırlıqlar göstərilə bilər
2. Travmatik hadisə ərzində və ondan dərhal sonra yarana biləcək problemlərin öhdəsindən gəlmə qabiliyyətinin gücləndirilməsi – pozitiv rol modelləri travmatik hadisəni üstələmə bacarığını formalaşdırır
3. İnterpersonal dəstəkləyici iş mühiti yaratmaq – qruplar yaratmaq, onların üzvləri arasında bağlılığı artırmaq və istənilən təşkilati səviyyədə səriştəli, etik liderlik travmadan qorunmağa kömək edir
4. Uyğun inanclar formalaşdırmaq – hadisənin mənfi təsirlərini üstələmədə öz gücünə inam hissi, bir çox stress reaksiyalarının ümumiliyi və keçici xarakteri haqda məlumatlanma
5. İş mühitinə uyğun ətraflı, anlaşılan travmatik stress menecment proqramları formalaşdırmaq

Alqoritm 1. PTSP-nin ilkin müdaxilə və profilaktikası¹²



Alqoritm 2. PTSP-nin müalicə alqoritmi⁸



* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

PTSP Anketi (mülki versiya)⁹

Pasiyentin adı: _____

Təlimat: Aşağıda bəzən insanlarda stressogen hadisələrə cavab kimi meydana çıxan problem və şikayətlərin siyahısı verilmişdir. Zəhmət olmazsa, hər bəndi diqqətlə oxuyun; bəndin qarşısındakı xanaya “X” işarəsi qoyaraq, həmin problemin sizi son ay ərzində nə dərəcədə narahat etdiyini göstərin.

| Nö | Reaksiya | Hec yoxdur (1) | Az (2) | Orta (3) | Çox (4) | Çox yüksək (5) |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| 1. | Yaşanmış stressogen hadisə haqda təkrarlanan, narahat edici xatirələr, fikirlər və təsəvvürlər | | | | | |
| 2. | Yaşanmış stressogen hadisə haqda təkrarlanan, narahat edici yuxular | | | | | |
| 3. | Qəflətən stressogen hadisə yenidən baş vermiş kimi hislər keçirmək və ya davranmaq (sanki onu yenidən yaşayırsınız) | | | | | |
| 4. | Hadisəni xatırlayan zaman dilxor olmaq | | | | | |
| 5. | Hadisəni xatırlayan zaman baş verən fiziki reaksiyalar (məsələn, ürəkdöyülmə, təngnəfəslik, tərləmə) | | | | | |
| 6. | Hadisə haqda danışmaq, düşünmək və onunla bağlı hislərdən çəkinmək | | | | | |
| 7. | Hadisəni xatırlada biləcək fəaliyyət və | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | situasiyalardan çəkinmək | | | | | |
| 8. | Baş vermiş hadisənin vacib komponentlərini xatırlamaqda çətinliklər | | | | | |
| 9. | Adətən, zövq aldığınız şeylərə marağın itməsi | | | | | |
| 10. | Digər insanlardan təcrid olunmuşluq, uzaqlıq hissi | | | | | |
| 11. | Emosional donma və sizə yaxın insanlara qarşı sevgi hissləri keçirə bilməmək | | | | | |
| 12. | Gələcək haqda ümidlərin itməsi | | | | | |
| 13. | Yuxuya getmə və yuxu prosesinin pozulması | | | | | |
| 14. | Qıcıqlılıq hissi və əsəb partlayışlarının baş verməsi | | | | | |
| 15. | Konsentrasiyada çətinliklərin olması | | | | | |
| 16. | Daim yüksək oyanıqlıq hissi və təşviş içərisində olmaq | | | | | |
| 17. | Tez özündən çıxmaq və qorxu hissi keçirmək | | | | | |

Qiymətləndirmə

Simptomların ümumi ağırlıq balı (hədd=17-85) 17 ayrı-ayrı bəndin ballarının cəmlənməsi ilə hesablanır.

1. DSM-IV meyarlarına ən azı 1 B (1-5-ci bəndlər), 3 C (6-12-ci bəndlər) və 2 D (13-17-ci bəndlər) cavabları uyğun gəlir. Yalnız “orta (3)” və daha yüksək qiymətləndirilmiş bəndlər sayılır.
2. Ümumi balın təyin olunmuş normativ həddi (bax: yuxarıda cədvəl) keçib-keçmədiyi müəyyənləşdirilir.

3. Yuxarıda qeyd edilmiş 1 və 2 metodları kombinə edilməklə həm klinik şəkil, həm də onların ağırlıq dərəcəsi təyin edilərək, nəticənin PTSP-yə uyğun olub-olmaması müəyyənləşdirilir¹⁴.

| PTSP-yə rast gəlinmə ehtimalı | Müəssisələr | PTSP Anketi (mülki versiya) üzrə bal həddləri |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 15% və aşağı | məsələn, ilkin tibbi yardım müəssisələri və ya ümumi populyasiya | 30-35 |
| 16-39% | məsələn, ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələri (əsasən kəllə-beyin travmaları) | 36-44 |
| 40% və yuxarı | məsələn, psixiatriya müəssisələri | 45-50 |

Bal həddunun seçilməsi

Hədəf kütlədə PTSP faizi məlumdursa, cədvəlin 1-ci sütunundan istifadə edilməli, əks təqdirdə sorğu aparılan müəssisəyə uyğun 2-ci sütundan istifadə edilərək balı həddü müəyyənləşdirilməlidir. Əgər şkala skrining məqsədilə doldurulursa göstərilən bal intervalının aşağı həddi, əgər diaqnostika məqsədilə doldurulursa yuxarı həddi seçilməlidir¹⁴.

Breslau skrining metodu¹⁵

Aşağıdakı sorğu empirik təsdiqlənmiş skrining metodlarının bir nümunəsidir.

1. Yaşadığınız travmatik hadisəni xatırlada biləcək yerlərdən, insanlardan və fəaliyyətlərdən çəkinirsinizmi?
2. Əvvəllər sizin üçün əhəmiyyətli olan və etməkdən həzz aldığınız fəaliyyətlərə qarşı marağınız azalıbmı?
3. Özünüzü ətrafdakı insanlardan təcrid olunmuş və yad hiss edirsinizmi?
4. Başqa insanlara qarşı sevgi və ya bəyənmə hissi keçirməkdə çətinlik çəkirsinizmi?
5. Gələcək üçün planlar qurmağın mənasız olduğunu hiss etməyə başlamısınız?
6. Yuxuya getmədə və ya yuxu zamanı əvvəlkinə nisbətən çətinlik çəkirsinizmi?
7. Adi səs və hərəkətlərdən tez qıcıqlanır, yaxud əsəb gərginliyi, tələş, qorxu hissi keçirirsinizmi?

Qiymətləndirmə

Tədqiqatlar nəticəsində aşkar edilmişdir ki, travmaya məruz qalmış fərdlər arasında bu sorğuda 4 və daha çox bəndə pozitiv cavab verənlərin 71%-də PTSP diaqnozu var, 4-dən az bəndə pozitiv cavab verənlərin 98%-də PTSP diaqnozu yoxdur. Bu əsasla demək olar ki, 4 və daha çox suala pozitiv cavab verən fərdlərə PTSP diaqnozu qoyula bilər.

Randy J. Hartman-a görə PTSP-nin formalaşmasının 12 pilləsi¹⁰

| | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Panik/təşvişli epizodlar | Kəskin təşviş |
| Özünə inamın tədricən enməsi | Depressiya |
| Başqalarına qarşı inamsızlıq hissi | Narazılıq |
| Konfliktə meyillilik | Əsəbilik |
| PTSP bu mərhələdə formalaşmağa başlayır | Qorxu |
| Qarışıq epizodlar baş verir | Təşviş |
| Dəyərsizlik hissi | Özünü qiymətləndirmənin enməsi |
| Başqa kim bilir? | Utancaqlıq hissi |
| Bu hadisədə mənim nə qədər günahım var? | Günah hissi |
| Xatırlamağa çalışmaq; mən öz yaddaşıma güvənə bilərəm? | Çaşqınlıq |
| Emosional, psixi və fiziki ağrı | Ağrı |
| İstənilən hadisə distress yarada bilər | Oyadıcı hadisələr |

TRAUMA SKRİNİNG ANKETİ
Lancashire Travmatik Stress Xidməti⁴

Ad, soyad: _____

Tarix: _____

Travmatik hadisə: _____

Hadisənin tarixi: _____

Təlimat: Zəhmət olmazsa, travmatik hadisədən sonra baş verə biləcək aşağıdakı reaksiyaları gözdən keçirin. Bu anket sizin travmatik hadisəyə olan şəxsi reaksiyalarınıza aiddir. Zəhmət olmazsa, son həftə ərzində özünüzdə ən azı iki dəfə aşağıdakılara rast gəlib-gəlmədiyinizi qeyd edin:

| Bəndlər | Bəli, ötən həftə ərzində ən azı iki dəfə | Xeyr |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| 1. Özünüz istəmədən, hadisə ilə əlaqədar ağılınıza gələn narahatedici fikirlər, yaxud xatirələr | | |
| 2. Hadisə haqqında narahatedici yuxular | | |
| 3. Hadisəni yenidən təkrarlanmış kimi hiss etmək, yaxud davranmaq | | |
| 4. Hadisəni xatırladan hər şeydən məyus olmaq | | |
| 5. Hadisəni xatırlayan zaman yaranan somatik reaksiyalar (sürətli ürəkdöyünmə, mədədə burulma hissi, tərləmə, başgicəllənmə) | | |
| 6. Yuxuya getmə, yaxud yuxuda qalmada çətinliklər (yuxuya getmədə çətinliklər, yaxud fasiləli/qırıq-qırıq yuxu) | | |
| 7. Əsəbilik (qıcıqlılıq, oyanıqlıq, həssaslıq), yaxud qəzəb partlayışı | | |
| 8. Konsentrasiya zamanı çətinliklər | | |
| 9. Özünü və ya ətrafdakılara qarşı potensial təhlükə haqqda artmış təlaş | | |
| 10. Gözlənilməz şeylərə qarşı əsəbilik, yaxud qorxu hissi | | |

Qiymətləndirmə

Müəlliflər belə hesab edirlər ki, Travma Skrining Anket pasiyentlərdə “təbii sağalma prosesinə imkan vermək məqsədilə” travmatik hadisə baş verdikdən 3 həftə sonra tətbiq olunmalıdır. Optimal həddü balı hər hansı kombinasiyada 6 və daha çox “Bəli” cavabı hesab olunur.

Roberts-in 7 Mərhələli Böhrana Müdaxilə Modeli⁵



Stress pozuntularının müalicəsində istifadə olunan preparatlar

| Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı | Ticarət adı və buraxılış forması | Başlanğıc doza mq/gün | Adi doza |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| 1. Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SİUSİ) | | | |
| Essitalopram | cipraleks 10 mq, tablet; deploram-S 10 mq, 20 mq örtülü tablet; eşçita 10 mq örtülü tablet | 10 | 10-20 |
| Fluoksetin (A) ¹² | profluzak 20 mq kapsul | 10 | 10-80 |
| Fluvoksamin | fevarin 50, 100 mq tablet | 50 | 50-300 |
| Paroksetin (A) ¹² | seroksat 20 mq tablet | 10 | 10-60 |
| Sertralin (A) ¹² | zoloft 50 mq, 100 mq örtüklü tablet; stimulaton 50, 100 mq tablet | 50 | 50-200 |
| 2. Serotonin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorları (SNIUSİ) | | | |
| Venlaksaxin (A) ¹² | velaksin 37.5, 75, 150 mq tablet | 37,5 | 75-375 |
| 3. Noradrenalin və serotonin modulyatorları (NSM) | | | |
| Mirtazapin* (B) ¹² | zapiks* 15, 30, 45 mq tablet | 15 | 15-45 |
| 4. Tri- və heterotsiklik antidepressantlar (TSA) | | | |
| Amitriptilin (B) ¹² | amitriptilin-akos 20 mq tablet; amitriptilin 25 mq tablet; amitriptilin hydroxlorid 25 mq tablet | 25-50 | 75-300 |
| Klomipramin | anafranil 25 mq tablet | 25 | 75-250 |
| 5. Azapironlar | | | |
| Buspiron* | buspar* 10 mq | 10 | 20-30 |
| 6. Antipsixotik preparatlar (neyroleptiklər) | | | |
| Risperidon (D) ¹² | rispolept 2mq tablet; rispolept oral maye* 30 ml | 0,5-1 | 2-6 |
| Olanzapin | roksizapin 5 mq, 10 mq örtülü tablet; olanklin 2,5mq, 5mq, 10 mq tablet; zolaksa 5 mq, 10 mq sorma tablet | 5 | 5-20 |

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Ədəbiyyat

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin “İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində müalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) Siyahısı”nın təsdiq edilməsi haqqında 2012-ci il 11 iyun tarixli 131 nömrəli Qərarı [Elektron məlumat] Elektron ünvan: <http://www.cabmin.gov.az/?/az/pressreliz/view/702> (19.04.2013)
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2002. – 47s.
3. Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorder, Obsessive – Compulsive Disorder and Post-Traumatic stress disorder / ed. D. Nutt & J. Ballenger. - Blackwell Publishing Ltd, 2005. – 242p. (19.04.2013)
4. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder [Electronic resource] / Brewin C. R. [et al.] // British Journal of Psychiatry. - 2002. - vol 181. – 158-162 p. - Available at: <http://www.lancashiretraumaticstressservice.nhs.uk/documents/TraumaScreeningQuestionnaire.pdf> (19.04.2013)
5. Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research [Electronic resource] / Albert R. Roberts; Oxford University Pres. - third edition. - 2005. - 871p. - Available at: <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/PSYCHIATRIC-%20ILMU%20PENYAKIT%20JIWA/Crisis%20Intervention%20Handbook.pdf> (19.04.2013)
6. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children: NICE Clinical Guideline 26 [Electronic resource] / National Institute for Health and Clinical Excellence. - London (UK). – March 2005. - 176p - Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10966/29772/29772.pdf> (19.04.2013)
7. Psychometric properties of PTSD checklist in sample of male veterans [Electronic resource] / Stefanie M. Keen [et al] // Journal of Rehabilitation Research and Development. - 2008. – vol 45(3). - 465-474p. - Available at: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/3/pdf/keen.pdf> (19.04.2013)
8. Psychopharmacology algorithms: Post-traumatic stress disorder Algorithm [Electronic resource] / IPAP. - December 2008. - Available at: <http://home.comcast.net/~dshartley3/PSYCHALG/IPAP.htm> (19.04.2013)
9. PTSD CheckList – Civilian Version (PCL-C): PCL - C for DSM-IV [Electronic resource] / Weathers F.W. [et al]; National Center

for PTSD - Behavioral Science Division.- Boston. 1991. - 4p. - Available at:

<http://at-ease.dva.gov.au/professionals/files/2012/12/PCL.pdf> (19.04.2013)

10. The American Association of Professional Hypnotherapists. The twelve steps to the formation of a PTSD [Electronic resource] / Randy J. Hartman. - 2011. - Available at: http://aaph.org/rjhartman/articles/twelve_steps_to_PTSD (19.04.2013)
11. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for research [Electronic resource] / World Health Organization. - Geneva. - 1993. - 263p. - Available at: <http://who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (19.04.2013)
12. The management of post-traumatic stress: Clinical practice guideline [Electronic resource] / The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD). - October 2010. – 253p. - Available at: http://www.healthquality.va.gov/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf (19.04.2013)
13. Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Post-traumatic stress disorder: Australian Guidelines [Electronic resource] / Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. - 2007. - 170p. - Available at: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/mh13.pdf (19.04.2013)
14. Using the PTSD Checklist (PCL) [Electronic resource] / VA National Center for PTSD. - July 2012. - 3p. - Available at: <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/pcl-handout.pdf> (19.04.2013)
15. Utility of a Short Screening Scale for DSM-IV PTSD in Primary Care: Brief report [Electronic resource] / Rachel Kimerling [et al.] // J Gen Intern Med.- January. - 2006. - vol 21(1). 65-67p. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484617/> (19.04.2013)
16. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта [Электронный ресурс]: Монография. - изд. 6, перераб. и доп. – Иркутск.: РИО ИГМАПО, 2013. - 327с. – Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/my/book/psych6.pdf> (19.04.2013)