

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

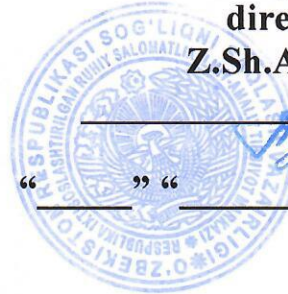
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-
AMALIY MARKAZI**

**MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
" UMUMIY TASHVISH BUZILISHI "**

Toshkent – 2025

“KELISHILGAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy
salomatlik ilmiy-amaliy markazi
direktori
Z.Sh.Ashurov



“ ” “ ” 202__ yil

MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
" UMUMIYLASHGAN TASHVISH BUZILISHI "

MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
" UMUMIY TASHVISH BUZILISHI "

Toshkent – 2025

Kirish qismi

F41.1	Umumiy tashvish buzilishi
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6B00	Umumiy tashvish buzilishi
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi

Biz klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shдик:

1. Baxramov F. Sh. RIRSIAM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining bosh psixiatr va narkolog, O'zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Alimov O. X. - t.f.d., professor, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Abdullayeva V. K. – t.f.d., professor, ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Chembraev B. R. RIRSIAM psixiatriya Toshkent filiali direktori o'rinbosari

Rogov A. V. – PhD., ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini assistenti.

Userbaeva R. K.-TMA psixiatriya va narkologiya kafedrasini assistenti.

Sharhlovchilar:

Sivolap Yu.P. - Tibbiyot fanlari doktori, uzluksiz tibbiy ta'lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va Psixosomatik patologiya kafedrasini professori, Patris Lumumba RUDN

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrasini mudiri

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari fakulteti, O'zbekiston psixiatrlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIAM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), hududiy muassasalar shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga yerishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya yetildi.

Ishchi guruh rahbariyati:

Klinik protokol №3 15 may 2025 y Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi

Ilmiy Kengash raisi- RIRSIAM direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor Z. Sh. Ashurov

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi yekspertlar guruhi yekspertlari tomonidan yekspert bahosi:

1. Ibadullaev Zarifboy Rajabovich-Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
2. Nurxadjaev Sobir Nosirxadjaevich-Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro'yxati:

- AD — antidepressantlar
- AD – aralash depressiya
- AM – aralash maniya
- BAA — birinchi avlod antipsikotiklari
- BAB — bipolyar affektiv buzilish
- BD — bipolyar depressiya
- DE – depressiv epizod
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EEG - elektroensefalografiya
- EKG - elektrokardiografiya
- EKT — elektrokonvulsiv terapiya
- EPS – ekstrapiramidal simptomatologiya
- ETIT – erkin triiodotironin
- IAA — ikkinchi avlod antipsikotiklari
- KT – kompyuter tomografiyasi
- MH – manik holatlar
- MRT – magnit-rezonans tomografiya
- PAM – psixoaktiv moddalar
- RNOT– randomizatsiyalangan nazorat ostida tadqiqotlar
- SSRI – selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlari (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
- TDB – Takroriy depressiv buzilish
- TSA – trisiklik antidepressantlar
- TT – tez trankvilizatsiya
- TTG – tireotrop gormoni
- TTO — tez tsiklik oqim
- XKT – Kasalliklarning xalqaro tasnifi

*preparat O'zbekiston Respublikasining hayotiy muhim dori vositalari ro'yxatiga kiritilmagan

Protokol Foydalanuvchilari:

1. Psixiatrlar;
2. Psixoterapevtlar
3. Klinik psixologlar
4. Umumiy amaliyot shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
6. Umumiy amaliyot shifokorlari
7. Umumiy amaliyot shifokorlari
8. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, rezidentlar, magistrilar, doktorantlar

Bemor toifalari: umumiy tashvish buzilishi bo'lgan bemorlar

**Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSH) diagnostika usullari uchun
(diagnostik aralashuvlar)**

DIDBSH	Dekodlash
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSH) profilaktik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun

DIDBSH	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RNOSni tizimli ko'rib chiqish
2	Alohida RNOS va meta-tahlilni qo'llagan holda RNOSdan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni muntazam ravishda ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (TIDBSH) profilaktik, diagnostik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun

TIDBSH	Dekodlash
--------	-----------

A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

Ta'riflar

Umumiy tashvish buzilishi (UTB) – keng tarqalgan va barqaror tashvish va taranglik, cheklanmagan yoki asosan atrofdagi har qanday maxsus holatlar tufayli yuzaga kelmagan ("erkin suzuvchi tashvish"). Kasallik surunkali yoki takroriy kurs bilan tavsiflanadi va jiddiy noto'g'ri ishlashga va o'z joniga qasd qilish xavfining oshishiga olib kelishi mumkin. Anksiyete holatining davomiyligi kamida 6 oyni tashkil qiladi, uni ongli ravishda boshqarish mumkin emas, ya'ni uni Iroda kuchi yoki oqilona e'tiqodlar bilan bostirish mumkin emas, shu bilan birga tashvishli tajribalarning intensivligi bemorning hozirgi hayotiy holatiga mutanosib emas.

Etiologiya va patogenez

Gad paydo bo'lishining xavf omillari orasida:

- **shaxsiy xususiyatlar** – notanish vaziyatda ehtiyotkorlik bilan harakat qilish, salbiy ta'sirchanlik va hushyorlikning kuchayishi, mumkin bo'lgan haqiqiy yoki xayoliy zararlardan qochish Gad bilan bog'liq omillarga tegishli.
- **ijtimoiy omillar** – UTB bilan og'rigan bemorlar orasida giperproteksiya va bolalik davridagi psixotraumatik ta'sirlar kabi ta'lim ko'proq tarqalgan bo'lsa-da, bugungi kunda Gad namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lgan o'ziga xos psixososyal omil ajratilmagan.
- **genetik va fiziologik omillar** – UTB poligenik multifaktorial kasalliklarga tegishli bo'lib, UTB namoyon bo'lishi uchun javob beradigan genetik polimorfizmlarni (ko'plab genetik variantlar) o'rganish faol olib borilmoqda. UTB uchun genetik omillarning roli taxminan 30% ni tashkil qiladi, ammo xuddi shu genetik omillar salbiy ta'sirchanlikni aniqlaydi va boshqa affektiv kasalliklarning, ayniqsa depressiv kasalliklarning namoyon bo'lishiga ta'sir qiladi. Ayollar uchun genetik xavf erkaklarnikiga qaraganda ikki baravar ko'p deb ishoniladi.

UTB boshqa kayfiyat buzilishlari bilan yuqori komorbidligi tufayli barcha Anksiyete kasalliklari orasida eng kam tushunilgan bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda UTB patogenezida noradrenergik tizimning haddan tashqari faolligi, benzodiazepin retseptorlarining past zichligi haqida ma'lumotlar olingan. Immunitet tizimining ishtiroki, shuningdek, doimiy bezovta qiluvchi ruminatsiyalar

sitokinlarni chiqarishga va tanadagi "yonayotgan yallig'lanish reaksiyalarini" saqlashga yordam berishi mumkinligini hisobga olgan holda o'rganilmoqda.

UTB ning psixologik nazariyalari orasida eng mashhurlaridan biri bu metakognitiv nazariya UTB bilan og'rigan bemorlarda o'zlarining kognitiv jarayonlarini kuzatish va baholash bilan bog'liq bo'lgan metakognitiv faoliyatda ortiqcha tashvish va halokatli stsenariylarning protektiv va haqiqatni nazorat qiluvchi funktsiyalari g'oyasi ustunlik qiladi. Kelajak bilan bog'liq salbiy stsenariylarning aksariyati amalga oshirilmaligi, bu holda tashvishning himoya rolini qo'llab-quvvatlaydi va ijobiy qo'llab-quvvatlanadi, bu esa tashvishli metakognitiv modelga rioya qilishga yordam beradi.

Psixodinamik yondashuv shuni ko'rsatadiki, xavfsizlik va barqarorlikning yo'qligi yoki erta bolalik davrida bezovta qiluvchi bog'lanish naqshining ustunligi muhim xavfsizlik tuyg'usining etishmasligiga, shaxsiy tuzilishdagi nuqsonlarga olib keladi, bu esa erkin suzuvchi, o'zgarmas tashvishning vaziyatga nisbatan ustunligini belgilaydi., ruhiy va somatik hislarni farqlashdagi muammolar va affektiv kuchlanishni tartibga solish, bu UTB namoyishi uchun oldindan taxminni yaratadi.

Epidemiologiya

Hayot davomida UTB tarqalishi 0,1 dan 8,5% gacha o'zgarib turadi va kattalar populyatsiyasida o'rtacha 5% ni tashkil qiladi. Boshqa Anksiyete kasalliklari orasida bu sezilarli ulushni tashkil etadi – 12 dan 25% gacha. Bu ayollarda ko'proq uchraydi. Ayollar va erkaklar nisbati 3:1. Hozirgi UTB tarqalishi 2 dan 3% gacha bo'lgan oraliqda aniqlanadi. Ko'pincha 21,1 va 34,9 yillar orasida boshlanadi.

Tasniflash

UTB tasnifi:

1. Surunkali umumiy buzilish.
2. Takroriy umumiy buzilish.

Klinik ko'rinish

Umumiy tashvish:

- bu kamida 6 oy davom etadi;
- bemor hayotining turli tomonlarini, sharoitlarini va faoliyatini qamrab oladi;
- bu asosan bo'lajak voqealarga qaratilgan;
- va uni boshqarish mumkin emas, uni Iroda yoki oqilona e'tiqod bilan bostirish mumkin emas;
- bemorning hozirgi hayotiy holatiga mutanosib emas;
- bu ko'pincha aybdorlik hissi bilan birga keladi.

Klinik ko'rinish asosan UTB belgilarining uchta xarakterli guruhi bilan ifodalanadi:

1. Bemorni boshqarish qiyin bo'lgan va odatdagidan ko'proq davom etadigan tashvish va xavotirlar. Ushbu tashvish tarqoq tarzda umumlashiriladi va vahima hujumi (vahima buzilishida bo'lgani kabi), tiqilib qolish (ijtimoiy fobiyada bo'lgani kabi) yoki ifloslangan (obsesif-kompulsiv buzuqlikda) kabi o'ziga xos muammolarga e'tibor qaratmaydi.
2. UTBning boshqa ruhiy belgilari asabiylashish, haddan tashqari hushyorlik (gipervigilit), diqqatni jamlashda qiyinchilik va shovqinga sezgirlik (giperakuziya).
3. Mushaklarning kuchlanishi, bu titroq, bo'shashmaslik, mushaklarning kuchayishi (va turli xil lokalizatsiya og'rig'iga sabab bo'lishi mumkin), bosh og'rig'i (odatda ikki tomonlama

va ko'pincha frontal va oksipital mintaqalarda), og'riqli mushak og'rig'i, mushaklarning qattiqligi, ayniqsa orqa va elka sohasidagi mushaklar.

4. Terlashning ko'payishi, taxikardiya, quruq og'iz, epigastral noqulaylik va bosh aylanishi va vegetativ qo'zg'alishning boshqa belgilari bilan ifodalangan avtonom asab tizimining giperaktivligi.

UTBdagi xarakterli namoyishlar

Psixopatologik namoyishlar	asosiy tashvish: doimiy zo'riqish, qo'rquv, hushyorlik (gipervigilitet), xavotirli ruminatsiyalar ("yomon" kutish), asabiylashish, turli sabablarga ko'ra tashvishlarning etarli darajada tashvishlanmasligi (masalan, mumkin bo'lgan kechikishlar, bajarilgan ish sifati, somatik kasallik, baxtsiz hodisa yoki kasallikdan qo'rqish, bolalar xavfsizligi, moliyaviy muammolar). bosh aylanishi, beqarorlik yoki hushidan ketish hissi, narsalarning haqiqiy emasligini his qilish (derealizatsiya) yoki, o'zimniki nima men ajralib qoldim yoki" haqiqatan ham bu erda emas " nazoratni yo'qotish, aqldan ozish yoki yaqinlashib kelayotgan o'lim qo'rquvi o'lish qo'rquvi kutilmagan yoki qo'rquvga asoslangan namoyishlar diqqatni jamlashda qiyinchilik yoki tashvish tufayli boshdagi "bo'shliq" doimiy asabiylashish
Vegetativ alomatlar:	
oshqozon-ichak trakti	og'izning qurishi, yutish qiyinligi, epigastral noqulaylik, meteorizm, qorin bo'shlig'idagi bezovtalik, diareya, ko'ngil aynish
nafas olish	siqilish hissi, ko'krak qafasidagi og'riq va noqulaylik, dispne, nafas olish qiyinligi (aksincha, astma bilan nafas olish qiyinligi), bo'g'ilish hissi va giperventiliya oqibatlar
yurak-qon tomir	yurak sohasidagi noqulaylik hissi, yurak urishi, yurak sohasidagi uzilishlar hissi, servikal tomirlarning pulsatsiyasi
urogenital	tez-tez siyish, erektsiya buzilishi, disparuniya, libidoning pasayishi, hayz ko'rish buzilishi, vaqtinchalik amenore
asab tizimi	tebranish hissi, loyqa ko'rish hissi, bosh aylanishi va paresteziya, terlash, titroq yoki titroq, issiq va titroq, uyqusizlik yoki karincalanma hissi
Uyqu buzilishi	xavotir tufayli uxlab qolish qiyinligi uyg'onish paytida bezovtalik hissi, vaqti-vaqti bilan yoki yuzaki uyqu, yoqimsiz tushlar bilan uxlash, dahshatli tushlar bilan uxlash, ko'pincha uyg'onish, tashvish bilan uyg'onish, ertalab dam olish hissi yo'q

Qulayroq prognozni ko'rsatadigan omillar:

- kasallikning kech boshlanishi;
- ijtimoiy moslashuvning ahamiyatsiz zo'ravonligi;
- jins - ayollar remissiyaga ko'proq moyil.

Noqulay prognozni ko'rsatadigan omillar:

- turmush o'rtog'i yoki qarindoshlari bilan yomon munosabatlar;
- komorbid ruhiy kasalliklarning mavjudligi;
- jins - erkaklar remissiyaga kamroq moyil.

Komorbidlik UTBning o'ziga xos belgisidir. "Umumiy tashvish buzilishi" birlamchi tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarning 90% dan ortig'i hayoti davomida boshqa ruhiy kasalliklarga ham ega edi.

Eng keng tarqalgan komorbidlik quyidagi ruhiy kasalliklar bilan:

- endogen depressiya, takroriy depressiv buzilish;
- bipolyar affektiv buzilish;
- distimiya;
- spirtli ichimliklarga qaramlik;
- oddiy fobiyalar;
- ijtimoiy fobiya;
- obsesif-kompulsiv buzilish;
- giyohvandlikka qaramlik, psixoaktiv moddalarga qaramlik (sirt faol moddalar);
- psixopatologik jihatdan farqlanmagan surunkali charchoq sindromi;
- astenik buzilishlar.

Anksiyete kasalliklari bo'lgan bemorlarda ba'zi somatik kasalliklarning yuqori tarqalishi mavjud:

- yurak-qon tomir kasalliklari;
- oshqozon-ichak kasalliklari;
- nafas olishning buzilishi;
- O'chokli;
- allergik kasalliklar;
- metabolik patologiya;
- bel og'rig'i.

Diagnostika

Tashxis qo'yish mezonlari

A. kamida 6 oy davomida aniq, o'zgarmas tashvish, ichki zo'riqish, gipervigiletet, xavotirli ruminatsiyalar, kelajak bilan bog'liq salbiy kutishlarning mavjudligi (mavjudligi)

B. quyidagi ro'yxatdagi kamida to'rtta alomat bo'lishi kerak, ulardan biri 1-4 ro'yxatidan:

- 1) yurak urishining kuchayishi yoki kuchayishi;
- 2) terlash
- 3) titroq yoki titroq;
- 4) quruq og'iz (lekin dori yoki suvsizlanishdan emas);

Tanaga tegishli alomatlar

- 5) nafas olishda qiyinchiliklar;
- 6) bo'g'ilish hissi;
- 7) ko'krak qafasidagi og'riq yoki noqulaylik;
- 8) ko'ngil aynish yoki qorin bo'shlig'idagi bezovtalik (masalan, oshqozon yonishi, diareya, meteorizm);

Ruhiy holat bilan bog'liq alomatlar:

- 9) bosh aylanishi, beqarorlik yoki hushidan ketish hissi;
- 10) ob'ektlar haqiqiy emasligini his qilish (derealizatsiya) yoki o'zimizni men uzoqlashdim yoki "haqiqatan ham bu erda emas";
- 11) nazoratni yo'qotishdan qo'rqish, aqldan ozish
- 12) o'lishdan qo'rqish;

Umumiy simptomlar:

- 13) issiq chaqnashlar yoki titroq;
- 14) uyqusizlik yoki karıncalanma hissi;

Kuchlanish belgilari:

- 15) mushaklarning kuchlanishi yoki og'rig'i;
- 16) xavotir va bo'shshaslik;
- 17) asabiylashish, vzvod ("vzvodda") yoki ruhiy zo'riqish hissi;
- 18) tomoqdagi koma hissi yoki yutish qiyinligi; boshqa o'ziga xos bo'lmagan alomatlar;
- 19) kichik kutilmagan hodisalarga yoki qo'rquvga kuchaytirilgan javob;
- 20) xavotir yoki xavotir tufayli diqqatni jamlashda qiyinchilik yoki "boshdagi bo'shliq" ;
- 21) doimiy asabiylashish;
- 22) xavotir tufayli uxlab qolish qiyinligi.

B. buzilish vahima buzilishi (F41.0), Anksiyete - fobik kasalliklar (F40.-), obsesif-kompulsiv buzulqik (F42-) yoki gipoxondriya buzilishi (F45.2).

D. eng ko'p ishlatiladigan istisno mezonlari. Anksiyete buzilishi gipertiroidizm, organik ruhiy kasallik (F00-F09) yoki AMFETAMINGA o'xshash moddalarni ortiqcha iste'mol qilish yoki benzodiazepinlarni olib tashlash kabi sirt faol moddalarni iste'mol qilish buzilishi (F10-F19) kabi jismoniy kasalliklarga bog'liq emas.

Shikoyatlar va tarix

2B	Umumiy tashvish shikoyatlari bo'lgan bemorlarni so'roq qilishda, terapiyani tanlashda hisobga olish uchun aqliy va somatik tashvish tarkibiy qismlarini aniqlash uchun ham ta'sirchan tashvish belgilari, ham xavotirning somatik namoyon bo'lishiga e'tibor berish tavsiya etiladi.
-----------	--

1A	Tashvish shikoyatlari bo'lgan bemorlarda anamnezni yig'ishda, boshqa kasalliklardan differentsial tashxis qo'yish uchun ruhiy holatdagi barqaror (umumiy) va nazorat qilish qiyin bo'lgan tashvish belgilarini aniqlash bo'yicha choralar ko'rish tavsiya etiladi.
-----------	--

1A	Umumiy tashvish shikoyatlari bo'lgan bemorlarda anamnezni yig'ishda boshqa kasalliklardan differentsial tashxis qo'yish uchun tashvish holatlarining davomiyligiga (umumiy tashvish buzilishi uchun kamida 6 oy) e'tibor berish tavsiya etiladi.
-----------	--

2B	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlarini tahlil qilishda terapiyani tanlashda doimiy xarakterga ega bo'lgan tashvishning vegetativ namoyon bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlarni ta'kidlash tavsiya etiladi.
-----------	---

2B	Shikoyatlarni tahlil qilishda va umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarning tarixini to'plashda differentsial diagnostika va terapiyani tanlashda hisobga olish uchun mumkin bo'lgan qo'shma psixiatrik kasalliklar (shu jumladan TSSB, depressiv va bipolyar buzulqik, sirt faol moddalarga bog'liqlik) mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi.
-----------	--

Umumiy tashvish ko'pincha boshqa ruhiy kasalliklar doirasida kuzatiladi. Travmadan keyingi stress buzilishi, depressiv yoki bipolyar buzilish mezonlari aniqlangan taqdirda, sirt faol moddalarga qaramlik, ushbu bemorlarda umumiy tashvishlarni yuqoridagi kasalliklarning alomati sifatida baholash yanada qonuniy ko'rinadi.

2B	Shikoyatlarni tahlil qilishda va umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarning tarixini to'plashda differentsial tashxis qo'yish va terapiyani tanlashda hisobga olish uchun mumkin bo'lgan komorbid somatik patologiyaning mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi.
-----------	--

UTB ko'pincha somatik kasalliklarda kuzatiladi. Somatik kasallik mezonlari aniqlangan taqdirda, ushbu bemorlarda UTBni komorbid yoki komorbid kasallik sifatida baholash qonuniyroq ko'rinadi.

3C	Anamnestik ma'lumotlarni to'plashda bemorning hayotidagi hozirgi stress omillari, ajralish haqidagi so'nggi tajribalar, shaxslararo muammolar, dolzarb shubhalar va tashvishlarga alohida e'tibor qaratish lozim.
-----------	---

3C	Barcha bemorlarning tarixini to'plashda tashxisni aniqroq aniqlash uchun bemorning qarindoshlari tomonidan olingan ma'lumotlarni ob'ektiv ma'lumotlar bilan qo'llab-quvvatlash tavsiya etiladi.
-----------	---

Fizikal tekshiruv

4C	UTB belgilari bo'lgan bemorlarni batafsil fizik va nevrologik tekshirish somatik patologiyani istisno qilish va psixiatrik tashxisni tasdiqlash uchun amalga oshiriladi.
-----------	--

4C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga jismoniy tekshiruvni somatik kasalliklarni istisno qilish, o'z-o'ziga zarar etkazadigan xatti-harakatlar izlarini aniqlash, in'ektsiya qilish, somatik holatni baholash uchun tashqi tekshiruvdan, bo'yini, tana vaznini, jismoniy rivojlanish darajasini o'lchashdan, terining yaxlitligini vizual tekshirishdan boshlash tavsiya etiladi.
-----------	---

4C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga qalqonsimon bez guatrini istisno qilish uchun qalqonsimon bezni palpatsiya qilish tavsiya etiladi.
-----------	--

4C	Umumiy xavotirga ega bo'lgan bemorlarga vegetativ namoyishlar va somatik holatni baholash uchun pulsni va qon bosimini yotish (5 daqiqa dam olgandan keyin) va tik turish (turgandan keyin 3 minut) bilan o'lchash tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga qalqonsimon bez guatrini istisno qilish uchun ekzoftalm yo'qligini aniqlash tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Standart fizik tekshiruvdan tashqari, barcha bemorlarga bemorning tashvish alomatlarini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan sirt faol moddalar yoki dori-darmonlarni qabul qilish faktini istisno qilish uchun in'ektsiya izlarini aniqlash uchun terini tekshirish tavsiya etiladi.
-----------	---

Laboratoriya diagnostikasi tadqiqotlari

Hozirgi vaqtda UTB diagnostikasi uchun laboratoriya usullari mavjud emas. Laboratoriya tekshiruvlarining asosiy maqsadi UTBga o'xshash alomatlar kuzatilishi mumkin bo'lgan somatik kasalliklarni istisno qilishdir.

4C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga somatik patologiyani istisno qilish va psixofarmakologik terapiyani qabul qilishda nojo'ya ta'sirlarni rivojlanish xavfini baholash uchun umumiy (klinik) qon tekshiruvi, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tekshiruvi, umumiy siydik tekshiruvi o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

3B	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga qalqonsimon bez faoliyatini baholash uchun qon testini o'tkazish tavsiya etiladi: umumiy triiodotironin (T3) sarum darajasi, erkin triiodotironin sarum (T3) darajasi, umumiy tiroksin (T4) sarum darajasi, erkin tiroksin sarum (T4) qon darajasi, qalqonsimon bez patologiyasini istisno qilish uchun qondagi qalqonsimon bezni stimulyatsiya qiluvchi gormon darajasi.
-----------	---

Qalqonsimon bez gormonlari darajasini skrining qilish ilgari hech qachon ushbu tadqiqotni o'tkazmagan yoki klinik yoki anamnestik ko'rsatkichlar mavjud bo'lgan birlamchi bemorlar uchun tavsiya etiladi. Laboratoriya tekshiruvlarining asosiy maqsadi UTB ga o'xshash alomatlar kuzatilishi mumkin bo'lgan somatik kasalliklarni istisno qilishdir.

Instrumental diagnostika tadqiqotlari

Hozirgi vaqtda UTB diagnostikasi uchun instrumental usullar mavjud emas.

5C	Umumiy tashvishli bemorlarga miyaning bioelektrik potentsialini baholash va paroksizmal holatlarni istisno qilish uchun elektroensefalografiya qilish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga qon tomir patologiyasini istisno qilish uchun arteriyalar va tomirlarning transkraniyal dupleks tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga miyaning organik shikastlanishini istisno qilish uchun miyaning magnit - rezonans tomografiyasini (MRI) o'tkazish tavsiya etiladi
-----------	---

2B	Umumiy tashvishli bemorlarga somatik holatni baholash, yurak - qon tomir patologiyasini istisno qilish uchun elektrokardiografiya qilish tavsiya etiladi.
-----------	---

Miyaning MRT tekshiruvi ilgari ushbu tadqiqotlarga duch kelmagan yoki klinik yoki anamnestik ko'rsatkichlar mavjud bo'lgan birlamchi bemorlar uchun tavsiya etiladi.

Boshqa diagnostik tadqiqotlar

Eksperimental psixologik diagnostika

UTB-bu kasallik patogenez va klinik (klinik va psixopatologik) namoyon bo'lishiga psixologik omillar katta hissa qo'shadi va samarali davolash usullaridan biri psixoterapiyadir. Ruhiiy kasalliklarni tushunishning biopsixososyal kontseptsiyasiga asoslanib, klinik psixologlarni eksperimental va psixologik diagnostika xatti-harakatlari uchun poliprofessional guruhlariga jalb qilish muhim bo'lib, bu shaxsiylashtirilgan yondashuv doirasida bemorning individual psixologik xususiyatlarini aniqlashga va psixoterapevtik ta'sir maqsadlarini ta'kidlashga imkon beradi.

2B	Umumiy tashvish bilan og'rigan bemorlarga tashvish darajasi va uning dinamikasini baholash uchun psixometrik tarozilar va simptomatik so'rovnomalardan foydalanish tavsiya etiladi: Hamilton signal Scale; UTB-7 skrining so'rovnomasi.
-----------	---

Yuqoridagi usullar psixometrik va / yoki simptomatik anketalar bo'lib, ular klinik simptomlarning tabiati va zo'ravonligini, uning dinamikasini, davolanishning ta'sirini ob'ektiv baholashga imkon beradi.

Differentsial diagnostika

UTB quyidagi kasalliklar bilan farqlanishi kerak:

- ijtimoiy fobiya;
- maxsus fobiya;
- obsesif-kompulsiv buzuvchilik;
- TSSB;
- vahima buzilishi;
- affektiv kayfiyatning buzilishi (endogen depressiya, takroriy depressiv buzuvchilik, bipolyar buzuvchilik, distimiya);
- somatoform kasalliklar;
- shizofreniya (paranoid, sust), shizotipal buzilish;
- shaxsiyatning buzilishi (histerik, anankastik, xavotirli, hissiy-labil);
- bosh-miyaning qoldiq-organik kasalliklari;
- bosh-miyaning organik kasalliklari;
- gipotalamus buzilishi;
- qalqonsimon bez patologiyasi;
- feoxromotsitoma;
- pavidan foydalanish (masalan,, amfetaminlar, kokain va boshqalar);
- benzodiazepinlarni bekor qilish;
- farmakoterapiyaning yon ta'siri (masalan, taurin o'z ichiga olgan dorilar, stimulyatorlar, kortikosteroidlar, og'iz kontratseptivlari, hipotiroidizm uchun HRT).

Davolash

Kompleks terapiya

1A	UTB bilan og'rigan bemorlarga davolash samaradorligini oshirish uchun asosiy terapevtik strategiya sifatida psixofarmakoterapiya va psixoterapiya kombinatsiyasi tavsiya etiladi.
-----------	---

Zamonaviy ilmiy tadqiqotlar ma'lumotlari psixofarmakoterapiya va psixoterapiya (UTB davolashda kognitiv-xulq-atvor, dinamik, gevşeme va boshqalar) samaradorligini tasdiqlaydi. Terapiya strategiyasini tanlash va psixofarmakoterapiya va psixoterapiyaning nisbati klinik simptomlarning namoyon bo'lishiga, davolash bosqichiga, shaxsning xususiyatlariga, bemorning munosabati va kutishlariga, dolzarb manbalarga va tashkiliy imkoniyatlarga bog'liq bo'lib, har bir holatda shaxsiylashtirilgan yondashuvni hisobga olgan holda moslashuvchan baholanishi kerak. Psixofarmakologik va psixoterapevtik davolanish uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar mavjud. Ular asosan bemorning ahvoli, yon ta'siri va tashkiliy sharoitlari bilan bog'liq.

Birinchi darajali terapiya

1A	UTB bilan og'rigan bemorlarga birinchi darajali dorilar sifatida terapiyani SSRI (paroksetin 20-40 mg/kun, eskitalopram 10-20 mg/kun, sitalopram 20-40 mg/kun, sertralin 50-200 mg/kun), yoki SSRI (Venlafaksin 75-225 mg/kun,) yoki pregabalin (150-600 mg/kun) buyurish bilan boshlash tavsiya etiladi. Tashvish intensivligini kamaytirish va kayfiyatni barqarorlashtirish maqsadida. Tavsiya etilgan terapiya davomiyligi 6-12 oyni tashkil qiladi.
-----------	--

UTB tashxisi qo'yilgandan so'ng, bemorlarga 4-6 hafta davomida birinchi kurs sifatida SSRI, SSRI yoki pregabalin monoterapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. Preparatning psixotrop va somatotrop ta'sirini, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan noxush hodisalarni, bemorning ruhiy va somatik holatini, kasallikning klinik xususiyatlarini hisobga olgan holda har bir bemor uchun davolash usulini alohida tanlash kerak. Gipertenziya bilan og'rigan bemorlarga SSRI buyurish tavsiya etilmaydi.

Antidepressant monoterapiya minimal dozalardan boshlanadi va asta-sekin terapevtik dozalarga titrlanadi. Anksiyolitik ta'sir 2-8 hafta ichida individual ravishda rivojlanadi.

Ushbu dorilar guruhining afzalliklari orasida samaradorlik-tolerantlik-xavfsizlikning yaxshi profili, bitta qabul qilish imkoniyati, terapiyaning uzoq muddatli ta'siri mavjudligi; kamchiliklarga ta'sirning kechiktirilgan rivojlanishi, terapiyaning birinchi haftasida mumkin bo'lgan anksiyogen ta'sir, dozani titrlash zarurati, jinsiy funktsiyaga salbiy ta'sir, ko'ngil aynish va boshqa ba'zi yon ta'sirlarning rivojlanishi kiradi.

UTB bilan og'rigan bemorni muvofiqlikni ta'minlash uchun antidepressantlarni qabul qilish boshida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar haqida ogohlantirish tavsiya etiladi. Qabul qilishning dastlabki haftalarida bemorni kuzatish, o'z joniga qasd qilish xavfini baholash, tashvish belgilarining kuchayishi tavsiya etiladi.

Amaliyotda terapiyaning umumiy samaradorligiga shifokorning malakasi ham katta hissa qo'shadi, u o'z tajribasi tufayli ushbu bemorga qaysi dorilar "ko'proq mos kelishini" yoki qaysi bemor ushbu davolanishga yaxshiroq javob berishini oldindan bilishi mumkin.

1A	UTB bilan og'rigan bemorlarga, somatik tashvish ekvivalentlarining klinik ko'rinishida ustunlik qilganda, terapiyaning birinchi bosqichida pregabalinni buyurish tavsiya etiladi, bu tashvishlarni kamaytirish va somatik namoyon bo'lish intensivligini kamaytirish uchun.
-----------	---

5C	Xavotirning somatovegetativ namoyon bo'lishini to'xtatish uchun alimemazin, xlorprotiksen, sulpirid yordamida kombinatsiyalangan terapiyani buyurish mumkin.
-----------	--

Pregabalinning anksiyolitik ta'siri, uning tashvishning aqliy, somatik va vegetativ tarkibiy qismlariga ta'siri, shuningdek, yaxshi bardoshlik va yuqori darajadagi xavfsizlik tasdiqlangan.

Pregabalinni qabul qilishda anksiyolitik ta'sirga preparatni qabul qilishning birinchi haftasida erishiladi.

Ko'pgina antidepressantlardan farqli o'laroq, pregabalin sitoxrom P450 fermentlarini inhibe qilmaydi, boshqa dorilar bilan dori o'zaro ta'siriga ega emas (masalan, varfarin) va UTB va surunkali somatik kasalliklarga chalingan bemorlarda qo'llanilishi mumkin.

Pregabalin giyohvandlikka moyil bo'lgan yoki sirt faol moddalarga qaramlikning turli shakllariga ega bo'lgan bemorlarga ehtiyotkorlik bilan buyurilishi kerak. Bunday bemorlarda o'zaro bog'liqlik fenomeni va bag'rikenglikning tezroq o'sishi kuzatiladi. Giyohvandlik xavfini minimallashtirish uchun bemorning giyohvandlik tarixini diqqat bilan yig'ish tavsiya etiladi.

2B	Terapiyaning birinchi bosqichida og'ir tashvish va vegetativ kasalliklarga chalingan UTB bemorlariga tashvish va vegetativ simptomlarni bartaraf etish uchun benzodiazepinlarni (kuniga 10-20 mg diazepam, kuniga 2-10 mg Lorazepam, kuniga 1-4 mg klonazepam, kuniga 0,25-4 mg alprazolam, kuniga 1-3 mg bromdigidroklorfenilbenzodiazepin) qisqa muddatli qo'llash tavsiya etiladi.
-----------	---

Benzodiazepinlarning afzalliklari tez ta'sir qilish, yaxshi bardoshlik, keng terapevtik oyna – dozani oshirib yuborish xavfsizligi. Antidepressantlarning ta'siriga terapiyaning 4-6 haftaligida erishilganligini hisobga olsak, birinchi bosqichda benzodiazepinlarni qisqa muddatli buyurish tashvish belgilarining intensivligini kamaytirishi mumkin.

Ushbu dorilar guruhini tayinlashdan oldin giyohvandlik tarixi yaxshi to'planishi kerak. Ularni giyohvandlik yoki sirt faol moddalarga qaramlik xavfi bo'lgan bemorlarga buyurish tavsiya etilmaydi. Shuningdek, ularni keksa bemorlarga muvofiqlashtirish buzilishi va tushish xavfi ortishi sababli buyurish tavsiya etilmaydi. Bemorning muvofiqligiga e'tibor berish kerak-ba'zi hollarda bemorlar tavsiya etilgan dozalardan oshib ketishadi. Benzodiazepin anksiyolitiklar guruhining preparatlari giyohvandlikni keltirib chiqarishi va terapiyani keskin to'xtatganda olib tashlash sindromiga ega bo'lishi mumkin. Shuning uchun ularni qo'llash muddati 3-4 hafta bilan cheklanishi kerak.

Foydalanish muddati, shuningdek, muhim kiruvchi ta'sirlar bilan cheklanadi-sedasyon, bosh aylanishi, kontsentratsiya va yodlashning pasayishi bilan muvofiqlashtirishning buzilishi, psixomotor funksiyalarning buzilishi, dori-darmonlarga tolerantlik qaramligini shakllantirish xavfi, og'ir chekinish sindromi, bu holatning yomonlashishi va to'xtatilgandan keyin xavotirning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi va shuning uchun qisqa kurslar bilan cheklanishi kerak (4 haftadan oshmasligi kerak).

Benzodiazepinlarni buyurishda kumulyatsiya ta'sirini qabul qilish va oldini olish chastotasini hal qilishda yarim umrni hisobga olish kerak (bromdihidroklorfenilbenzodiazepinni uzoq umr ko'rish tufayli kuniga 1-2 martadan ko'proq buyurish tavsiya etilmaydi; nisbatan kichik yarim umr tufayli alprazolam kuniga kamida 3 marta chastotada buyurilishi kerak).

Ikkinchi darajali terapiya

Agar birinchi darajali terapiya samarasiz bo'lsa (yuqoriga qarang), ikkinchi darajali terapiya qo'llaniladi – antidepressant dozasini maksimal terapevtik dozaga oshirish, antidepressantni

birinchi darajali dorilar ro'yxatidan boshqasiga almashtirish, terapiyaning birinchi yilida foydalanilmagan yoki benzodiazepinlarni uzoqroq vaqt davomida biriktirish mumkin. Ikkinchi darajali dorilarga buspiron*, gidroksizin, atipik antipsikotiklar kiradi. Chidamli sharoitlarda turli antidepressantlarni pregabalin, buspiron* yoki atipik antipsikotiklar bilan birlashtirish tavsiya etiladi.

2B	Psixofarmakoterapiyaning etarli ta'siri bo'lmagan taqdirda, ma'lum bir preparatga terapevtik javobning etarli emasligini tasdiqlash uchun bemorning to'g'ri muvofiqligini tekshirish tavsiya etiladi.
-----------	---

Agar terapiyaning birinchi kursi samarasiz bo'lsa, birinchi navbatda bemorning muvofiqligini tekshirish kerak, chunki preparatni qabul qilish rejimining buzilishi holatlarning katta qismida davolanishga qarshilik paydo bo'lishining sababi hisoblanadi. Terapiya rejimining buzilishi yon ta'sirlarning mavjudligi, bemorning terapiya jarayoniga zaif qo'shilishi, past motivatsiya, davolanish samarasi yo'qligi hissi bilan bog'liq bo'lishi mumkin (ayniqsa, ta'siri kechiktirilgan qon bosimini qabul qilishda xarakterlidir). Muvofiqlikni oshirish uchun bemor bilan psixo-ta'lim suhbatini o'tkazilishi kerak, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni, dori-darmonlarni muntazam iste'mol qilish zarurligini va antidepressantlarning terapevtik ta'sirini bosqichma-bosqich rivojlanishini muhokama qilish kerak. Dori kundaligini yuritish yoki eslatma bilan telefon ilovasi ijobiy rol o'ynaydi.

1A	SSRI, SSRI yoki pregabalinni qo'llashda simptomlarning qisman kamayishi holatida, UTB klinik belgilarining to'liq kamayishini shakllantirish uchun preparatning dozasini tavsiya etilgan maksimal darajaga (tolerantlik bo'yicha) etkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

2B	SSRI, SSRI va pregabalinning terapevtik ta'siri bo'lmasa, antidepressantlar (SSRI/SSRI) va pregabalin (kuniga 150-600 mg) bilan kombinatsiyalangan terapiya tavsiya etiladi.
-----------	--

Trisiklik antidepressantlar bilan terapiya dorilarning yon ta'sirini (vazn ortishi, ortostatik gipotenziya, taxikardiya va boshqalar) rivojlanish xavfi tufayli mutaxassisning diqqat bilan monitoringi ostida amalga oshirilishi kerak. Kexsa yoshda trisiklik antidepressantlarni buyurish istalmagan.

4C	UTB bilan og'rigan bemorlarga antidepressant terapiyasi yoki ularning benzodiazepinlar bilan kombinatsiyasi samarasiz bo'lsa, antipsikotiklarni buyurish tavsiya etiladi: kvetiapin, aripiprazol, risperidon, olanzapin.
-----------	--

Kiruvchi nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishi (bosh aylanishi, ortostatik gipotenziya, uyquchanlik, vazn ortishi va boshqalar) tufayli kvetiapin terapiyasini psixiatr tomonidan diqqat bilan kuzatib borish tavsiya etiladi. Bemorning yuqoridagi nojo'ya ta'sirlari tufayli muvofiqlikni buzish va psixofarmakoterapiyadan voz kechish xavfi yuqori.

2B	UTB bilan og'rigan bemorlarga ta'sirni barqarorlashtirish va relapslarning oldini olish uchun qo'llaniladigan terapiyaning terapevtik ta'siri boshlanganidan keyin kamida 6 oy davom etadigan terapiya o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

Biroq, aksariyat hollarda uzoqroq davolanish davri 12 oy yoki undan ko'proq vaqtni tashkil qiladi. UTB qaytalanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli. Antidepressantlardan foydalanish fonida barqarorlashuvga erishilganda relapslarning oldini olish uchun ularni yana 6-12 oy davomida terapevtik ta'sirga erishilgan dozada qo'llashni davom ettirish tavsiya etiladi. Barqaror holatda terapiyani bekor qilish asta-sekin amalga oshiriladi, dozani kamaytirish kamida 3 oy davomida shifokor nazorati ostida amalga oshiriladi. Ushbu tavsiya antidepressantlarni qabul qilishni keskin to'xtatish bilan olib tashlash sindromining paydo bo'lishi bilan bog'liq. UTB uchun qo'llab-quvvatlovchi terapiyaning davomiyligi, terapiyani bekor qilish tezligi, shuningdek, bemorning individual xususiyatlari, klinik ko'rinish dinamikasi, shaxsiylashtirilgan parametrlarni hisobga olish va tegishli davolanish (shu jumladan psixoterapevtik aralashuvlar) asosida belgilanadi.

2B	UTB bilan og'riqan bemorlarga benzodiazepin bo'lmagan anksiyolitiklar – gidroksizina 25-100 mg/kun, tetratsiklik antidepressant mirtazapin 15-60 mg/kun, antiepileptik preparat - gabapentin 600-3600 mg/kun, tashvish klinik alomatlarini engillashtirish uchun tavsiya etiladi.
-----------	---

Ushbu dorilar guruhining benzodiazepinlarga nisbatan xavf/foyda nisbatini baholashda bir qator afzalliklar mavjud, xususan, giyohvandlik xavfi yo'qligi va uzoq muddatli foydalanish imkoniyati. Bu, ayniqsa, sirt faol moddalarga komorbid qaramligidan shubha qilingan taqdirda yodda tutilishi kerak, klinik suhbatda ko'pincha bu bemorlar o'zlarining giyohvandlik tarixini minimallashtirishga yoki shifokordan yashirishga intilishadi.

1A	UTB bilan og'riqan bemorlarda psixotrop dorilarni qo'llashda psixofarmakoterapiyaning quyidagi mumkin bo'lgan yon ta'sirini baholash tavsiya etiladi: sedasyon, uyquchanlik, inhibitsion, siydikni ushlab turish, ich qotishi yoki diareya, ko'ngil aynish, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, muvofiqlashtirishning etishmasligi, kontsentratsiyaning buzilishi, xotiraning buzilishi, giyohvandlikka qaramlik va tolerantlikni shakllantirish va boshqalar. terapiyadan kelib chiqadigan nojo'ya ta'sirlar va asoratlarni rivojlanish ehtimolini kamaytirish.
-----------	---

Shu bilan birga, ko'rsatmalarga muvofiq etarli dozalar va dori-darmonlarni buyurish nojo'ya ta'sirlarning namoyon bo'lish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.

1A	UTB bilan og'riqan bemorlarga psixofarmakologik dorilarni qo'llashda terapiyaning samaradorligi va tolerantligini baholash tavsiya etiladi, bu psixofarmakoterapiyaning 7-14-28 kunlarida, so'ngra davolanish kursi tugashidan 4 hafta oldin, davolanishni o'z vaqtida tuzatish uchun amalga oshiriladi.
-----------	--

Monoterapiya samaradorligi etarli bo'lmagan hollarda, 4-6 haftadan so'ng preparatni o'zgartirish yoki kombinatsiyalangan davolash rejimlaridan foydalanish tavsiya etiladi. Terapiyaga javob Hamilton Anksiyete shkalasi bo'yicha umumiy ballning $\geq 50\%$ ga pasayishi, remissiyaga erishish ≤ 7 ball hisoblanadi. Agar murosasizlik yoki samaradorlik etarli bo'lmasa, dozalarni tuzatish yoki preparatni o'zgartirish amalga oshiriladi.

Psixoterapiya

Psixoterapiya nevroitik kasalliklar, V. H. va umumiy tashvish buzilishi uchun tasdiqlangan samarali davolash usuli hisoblanadi. Psixofarmakoterapiya va psixoterapiyaning kombinatsiyasi maqbuldir, chunki bu ruhiy kasalliklarni shakllantirishning zamonaviy biopsixososyal kontseptsiyasiga maksimal darajada mos keladi va shaxsiylashtirilgan tibbiyot tamoyillarini amalga oshirishga, terapevtik aralashuvlar samaradorligini oshirishga imkon beradi.

Psixoterapevtik davolanishga qarshi ko'rsatmalar:

- 1) 1) o'zini oshkor qilishdan qo'rqadigan va psixologik himoya qilish mexanizmlari majmuasida rad etishning ustunligi bo'lgan bemorlar;
- 2) 2) kasallikning aniq ikkilamchi foydasini o'zgartirish uchun motivatsiyasi etarli bo'lmagan bemorlar;
- 3) 3) shaxslararo sezgirligi past bo'lgan bemorlar;
- 4) 4) psixoterapiya mashg'ulotlarida muntazam qatnasha olmaydigan bemorlar;
- 5) 5) individual va guruh psixoterapiyasida faol og'zaki nutq va tinglash jarayonida ishtirok etmaydigan bemorlar;
- 6) 6) xarakterologik xususiyatlari individual va guruh psixoterapiyasida konstruktiv ishlashga va bu ishdan foyda olishga imkon bermaydigan bemorlar (ular o'zlarining his-tuyg'ularini psixologik holatini kuzatishdan ko'ra, himoya reaksiyasi sifatida doimiy ravishda tashqi tomondan o'ynaydilar; yoki jiddiy negativizm yoki qat'iylik bilan og'rigan bemorlar).

1A	UTB bilan og'rigan bemorlarni davolashda psixofarmakoterapiya bilan birgalikda turli xil psixoterapiya turlaridan foydalanish tavsiya etiladi, bu tashvishlarni yanada samarali va doimiy ravishda kamaytirish, dam olishni o'rganish, mantiqsiz munosabatlarni tuzatish, chuqur mexanizmlar va qarama-qarshiliklardan xabardor bo'lish.
-----------	--

2B	UTB bilan og'rigan bemorlarga gevşeme psixoterapiya usullaridan foydalanish tavsiya etiladi – tashvish va kuchlanishni kamaytirish, o'zini o'zi boshqarish ko'nikmalarini o'rgatish va kuchlanish darajasini pasaytirish uchun 10-15 seans.
-----------	---

2B	UTB bilan og'rigan bemorlarga signal va kuchlanishni kamaytirish, o'z - o'zini boshqarish ko'nikmalarini o'rgatish va kuchlanish darajasini pasaytirish uchun Biofeedback texnikasidan foydalanish tavsiya etiladi-10 seans.
-----------	--

1A	UTB bilan og'rigan bemorlarga kognitiv xulq - atvor psixoterapiyasidan foydalanish tavsiya etiladi-tashvish va taranglikni kamaytirish, mantiqsiz munosabatlarni o'zgartirish va moslashuvchan fikrlash va xulq-atvor ko'nikmalarini o'zlashtirish uchun 15-20 seans.
-----------	---

Xavotirli bemorning tafakkurida xavf mavzulari ustunlik qiladi, ya'ni u o'ziga, oilasiga, mol-mulkiga va boshqa qadriyatlarga zarar etkazadigan voqealarni o'z ichiga oladi. Xavotirga tushgan shaxslar xavfsizlik signallarini va xavf xavfini kamaytiradigan boshqa dalillarni tan olishda qiyinchiliklarga duch kelishadi.

UTB uchun kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasining maqsadlari quyidagilardan iborat: noaniqlikka nisbatan past tolerantlik; tashvishga nisbatan ijobiy e'tiqodlar; muammolarni hal qilishga e'tibor bermaslik; kognitiv qochish. Gad ni davolash uchun kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasining bir qismi sifatida quyidagi usullardan foydalanish mumkin.

1. Kognitiv qayta qurish. Tana sensatsiyalarining noto'g'ri tushunchalari va talqinlarini tuzatish uchun aralashuvlar amalga oshiriladi. Noto'g'ri hukmlarni rad etadigan qo'shimcha ma'lumot olish uchun in vivo jonli ekspozitsiya bilan to'ldirilishi mumkin.

2. Nafas olish mashqlari. Tashvish tarkibidagi aniq giperventilyatsiya komponenti bo'lsa ko'rsatiladi. Treningni majburiy giperventiliya bilan to'ldirish mumkin, bunda sumkada nafas olish orqali simptomlarni boshqarish ko'nikmalariga ega bo'lish mumkin.
3. Amaliy yengillik. Progressiv mushaklarning gevşemesinden foydalanish va bemorlarga jismoniy holatini nazorat qilish ko'nikmalarini o'rgatish.
4. Xavotirni anglash bo'yicha trening (bezovta qiluvchi fikrlarning vaqti va mazmuni haqida yozuvlar bilan)
5. O'zingizning noaniqlikka nisbatan past tolerantligingizni anglash va engishga qaratilgan trening.
6. Muammoni hal qiluvchi xatti-harakatlar ko'nikmalarini rivojlantirishga qaratilgan trening.

Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasining boshqa usullaridan ham foydalanish mumkin.

2B	UTB bilan og'rigan bemorlarga dinamik shaxsga yo'naltirilgan (rekonstruktiv) psixoterapiyadan foydalanish tavsiya etiladi - tashvish va taranglikni kamaytirish, kasallikning chuqur mexanizmlarini anglash, ichki qarama - qarshiliklarni hal qilish, munosabatlar tizimini qayta qurish uchun 20 seans (individual va / yoki guruh).
-----------	--

O 'zbekiston Respublikasining "asosiy dori vositalari umumiy ro 'yxatiga" kiritilgan dori vositalari guruhlari

Kod	Anatomik va terapevtik kimyoviy tasniflash guruhlari (ATC)	Xalqaro patentlanmagan nom	Kun davomidagi o'rtacha doza	Kurs uchun o'rtacha doza
N05AA	Fenotiyazin alifatik birikmalari	Xlorpromazin	600 mg	6000 mg
		Levomepromazin	100 mg	1000 mg
N05AB	Fenotiyazin piperazin birikmalari	Trifluoperazin	20 mg	420 mg
		Flufenazin	100 mg	1000 mg
N05AC	Fenotiyazin piperazin birikmalari	Tioridazin	200 mg	4200 mg
N05AD	Butirofenon birikmalari	Galoperidol	10 mg	210 mg
N05AH	Diazepinlar, oksazepinlar va tiazepinlar	Kvetiapin	400 mg	8400 mg
		Klozapin	200 mg	4200 mg
		Olanzapin	10 mg	100 mg
N05AL	Benzamidlar	Sulpirid Tiaprid	300 mg 300 mg	6300 mg 6300 mg
N05AX	Boshqa antipsikotik vositalar	Risperidon	2 mg	42 mg
N03AF	Karboksamid hosilalari	Karbamazepin	400 mg	1200 mg
N03AG	Yog ' kislotalarining hosilalari	Valproik kislota	750 mg	22500 mg
N03AX	Boshqa antiepileptik dorilar	Lamotrigin	25 – 50 mg	1500 mg
N05AN	Litiy tuzlari	Lityum tuzi	300-600 mg	18000 mg
N06AB	Selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlari	Fluoksetin	20 mg	600 mg
		Sertralin	20 mg	600 mg
N06AX	Boshqa antidepressantlar	Trazodon	100 mg	3000 mg

		Mirtazapin	30 mg	900 mg
		Venlafaksin	75 mg	2250 mg
N06AA	Selektiv bo'lmagan monoaminni qaytarib olish ingibitorlari	Amitriptilin	75 mg	2250 mg

Reabilitatsiya

2B UTB bilan og'rigan bemorlarga bemorlarning vaqtincha mehnat qobiliyatini yo'qotish, jamiyatda erta sotsializatsiya va hayot sifatini yaxshilash uchun reabilitatsiya choralaridan foydalanish tavsiya etiladi.

2B UTB bilan og'rigan bemorlarga bemorlarning vaqtincha ish qobiliyatini yo'qotish davrini qisqartirish, jamiyatda erta sotsializatsiya qilish, hayot sifatini yaxshilash uchun sotsiosentrat va psixosentrat psixoterapevtik usullardan foydalanish tavsiya etiladi.

3C UTB bilan og'rigan bemorlarga davolanishning sifati va samaradorligini oshirish uchun maxsus reabilitatsiya turlari sifatida oilaviy, ijtimoiy-psixologik, kasbiy psixoterapiya va/yoki psixokorreksiya tavsiya etiladi.

2B UTB bilan og'rigan bemorlarga davolanish sifati va samaradorligini oshirish uchun reabilitatsiya tadbirlarining muhim shakllaridan biri sifatida supportiv psixoterapiya tavsiya etiladi, bu ambulatoriya sharoitida individual va guruhli psixoterapiya shaklida amalga oshirilishi mumkin.

2A UTB bilan og'rigan bemorlarga terapiyani tuzatish va uni to'g'ri bekor qilish, psixoterapiya o'tkazish uchun psixoterapevt yoki psixiatr tomonidan nazorat qilish va nazorat qilish tavsiya etiladi.

2B UTB bilan og'rigan bemorlarga o'z joniga qasd qilish xavfi, og'ir kurs, komorbid ruhiy patologiya, holatni dinamik baholash, ambulator davolanishni tuzatish ko'rsatkichlarini aniqlash, kasalxonaga o'z vaqtida yotqizish uchun terapiyaga qarshilik ko'rsatish holatlarida psixiatr tomonidan dispanser nazorati tavsiya etiladi.

Profilaktika

UTB uchun maxsus profilaktika mavjud emas. UTB profilaktikasi sog'lom turmush tarzi tamoyillarini, aholi o'rtasida ruhiy salomatlikni saqlashga, spirtli ichimliklar va psixoaktiv moddalarni iste'mol qilishni cheklashga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirishdan iborat. Shuningdek, tibbiy yordamni erta aniqlash va o'z vaqtida izlash maqsadida aholini UTB belgilari to'g'risida xabardor qilish.

2B

UTB bilan og'rigan bemorlarga sog'lom turmush tarzi tamoyillariga rioya qilish, tashvish buzilishining oldini olish uchun aholi o'rtasida ruhiy salomatlikni saqlashga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirish tavsiya etiladi.

Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish

Tibbiy tashkilotga kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) kasalxonada farmakoterapiyani tanlashni talab qiladigan aniq tashvish;
- 2) kasalxonada dori terapiyasini tanlashni talab qiladigan komorbid ruhiy kasalliklarning mavjudligi;
- 3) kasalxonada dori terapiyasini tanlashni talab qiladigan komorbid somatik kasalliklarning mavjudligi;
- 4) cheklovchi xatti-harakatlar bilan ifodalangan fobik holatlar;
- 5) dori terapiyasining yomon tolerantligi.

Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish uchun ko'rsatmalar:

- 1) etarli va samarali farmakoterapiyani tanlash;
- 2) aniq noxush hodisalarning yo'qligi;
- 3) tashvish darajasini pasaytirish;
- 4) ruhiy holatni barqarorlashtirish;
- 5) somatik holatni barqarorlashtirish;
- 6) cheklovchi xatti-harakatlarni engib, fobik holatlarni to'xtatish.

Qo'shimcha ma'lumot

Uzoq muddatli oqimga hissa qo'shadigan omillar (UTB uzoq davom etadigan oqimning bashoratchilari)

Uzoq muddatli shakllarning uzluksiz oqimini bashorat qiluvchilar	<ul style="list-style-type: none">— premorbid minimal miya etishmovchiligi;— funktsional interhemisferik assimetriyaning o'ng tomonlama turi;— ota-onalar oilasidagi muhim shaxslarning hissiy e'tiborsizligi, bu biopsixosozial konstellatsiyaga olib keladi, bu erta munosabatlarning muvaffaqiyatsiz tajribasi bilan bog'liq nizolarni hal qilishga to'sqinlik qiladi, yangi tajribalarni birlashtiradi, barqaror o'zini o'zi qadrlashni shakllantiradi va shaxsning moslashish potentsialining pasayishini belgilaydi
Uzoq muddatli to'lqin oqimining bashoratchilari shakllar	<ul style="list-style-type: none">— shaxsning eng muhim munosabatlariga ta'sir qiladigan va o'xshash (stereotipik) xarakterga ega bo'lgan stressli ta'sirlarga nisbatan zaifligini belgilaydigan shaxsning shaxsiy xususiyatlari
Uzoq muddatli kursning psixologik bashoratchilari	<ul style="list-style-type: none">— repressiya shaklida psixologik himoyadan foydalanish;— kasallik bilan bog'liq ichki holat;— narsistik tartibga solishning chuqurroq buzilishi, o'z-o'zini hurmat qilishning beqarorligi, tanqidga nisbatan yuqori zaiflik;— muvaffaqiyatsiz tajribaga tanlangan e'tibor;— shaxslararo munosabatlarni o'rnatishdagi qiyinchiliklar, bu aloqadan qochish yoki ijobiy o'zini o'zi qadrlashni ta'minlaydigan paternalistik munosabatlarni izlash orqali namoyon bo'ladi

Uzoq muddatli oqimning ijtimoiy bashoratchilari	<ul style="list-style-type: none"> - yolg'iz ona tarbiyasi; - ota-onalarning ajralishi/ajralishi; - ota-onalar oilasidagi kelishmovchilik munosabatlari, bu surunkali uzoq muddatli nevroitik kasalliklarga chalingan bemorlarda muammolarni hal qilish ko'nikmalarini shakllantirishda oilaviy munosabatlarning alohida ahamiyatini ko'rsatadi
---	--

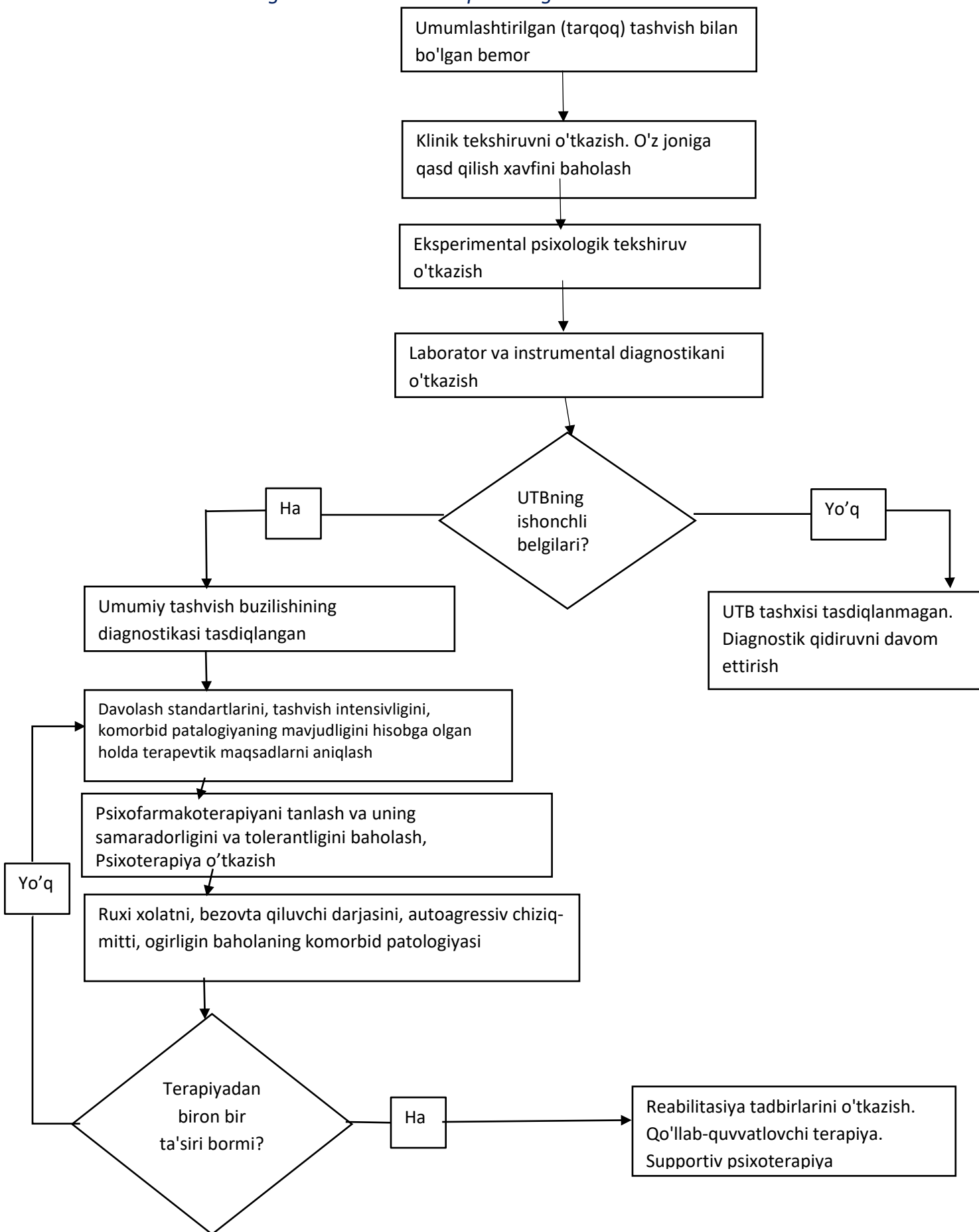
Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

No	Sifat mezonlari	Bajarildi
1.	Klinik tekshiruv o'tkazildi (klinik-anamnestik, klinik-psixopatologik, klinik-patogenetik ma'lumotlar to'plangan)	Ha / Yo'q
2.	O'z joniga qasd qilish xavfi baholandi	Ha / Yo'q
3.	Ekspirimental psixologik tekshiruv o'tkazildi	Ha / Yo'q
4.	Umumiy (klinik) qon tekshiruvi, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tekshiruvi, umumiy siydik tahlili, qon zardobining umumiy triiodotironin (T3) darajasi, zardobning erkin triiodotironin (T3) darajasi, qon zardobining umumiy tiroksin (T4) darajasi, qon zardobining erkin tiroksin (T4) darajasi, qondagi qalqonsimon stimulyatsiya qiluvchi gormon darajasi	Ha / Yo'q
5.	Elektroensefalografiya amalga oshirildi	Ha / Yo'q
6.	Ikki tomonlama skanerlash amalga oshirildi transkraniyal arteriyalar va tomirlar	Ha / Yo'q
7.	Elektrokardiografiya o'tkazildi	Ha / Yo'q
8.	Psixofarmakoterapiyaning maqsadi bajarildi	Ha / Yo'q
9.	Belgilangan terapiyaning samaradorligi va tolerantligi tahlili o'tkazildi (7-14-28 kun va undan keyin har oy)	Ha / Yo'q
10.	Terapiya samaradorligi yoki intoleransi bo'lmagan taqdirda terapiya o'zgarishi amalga oshirildi	Ha / Yo'q
11.	Psixoterapiya o'tkazildi	Ha / Yo'q
12.	Hamilton signal shkalasi bo'yicha somatik tashvish ko'rsatkichlarining pasayishiga erishildi	Ha / Yo'q
13.	Hamilton shkalasi bo'yicha ruhiy tashvish ko'rsatkichlarining pasayishiga erishildi	Ha / Yo'q

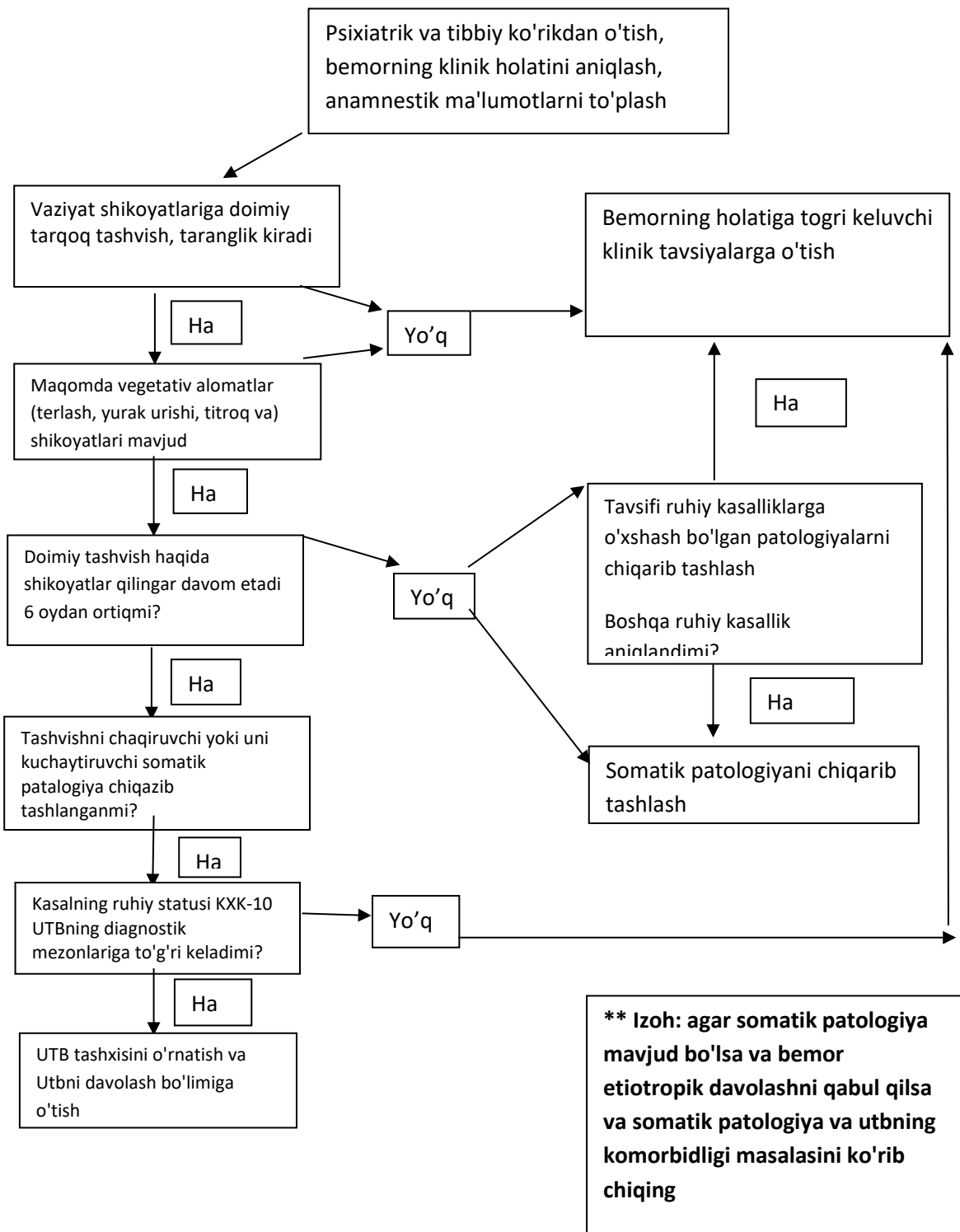
Xalqaro standartlarga muvofiq tavsiya etilgan dozalar

Preparat	Tavsiya etilgan doza (mg)
SSRI	
Paroksetin	20-40
Eskitalopram	10-20
Sertralin	50-200
Fluoksetin	20-60
Sitalopram	20-40
Fluvoksamin	100-300
SSNRI	
Venlafaksin	75-225
Duloksetin	60-120
Antidepressantlarning boshqa guruhlari	
Klomipramin	50-200
Amitriptilin	50-200
Imipramin	50-200
Mirtazapin	15-60
Trazodon	150-450
Benzodiazepin trankvilizatorlari	
Diazepam	10-20
Lorazepam	2-10
Bromdihidroklorfenilbenzodiazepin	1-3
Alprazolam	0,25-4
Klonazepam	1-4
Benzodiazepin bo'lmagan trankvilizatorlar	
Gidroksizin	25-100
Buspiron	15-60
Etifoksin	100-200
Antipsixotiklar	
Kvetiapin	50-400
Risperidon	0,5-4
Xlorprotiksen	30-150
Alimemazin	10-40
Klozapin	25-200
Sulpirid	50-600
Aripiprazol	10-20
Olanzapin	5-20
Antikonvulsantlar	
Pregabalin	150-600
Gabapentin	600-3600

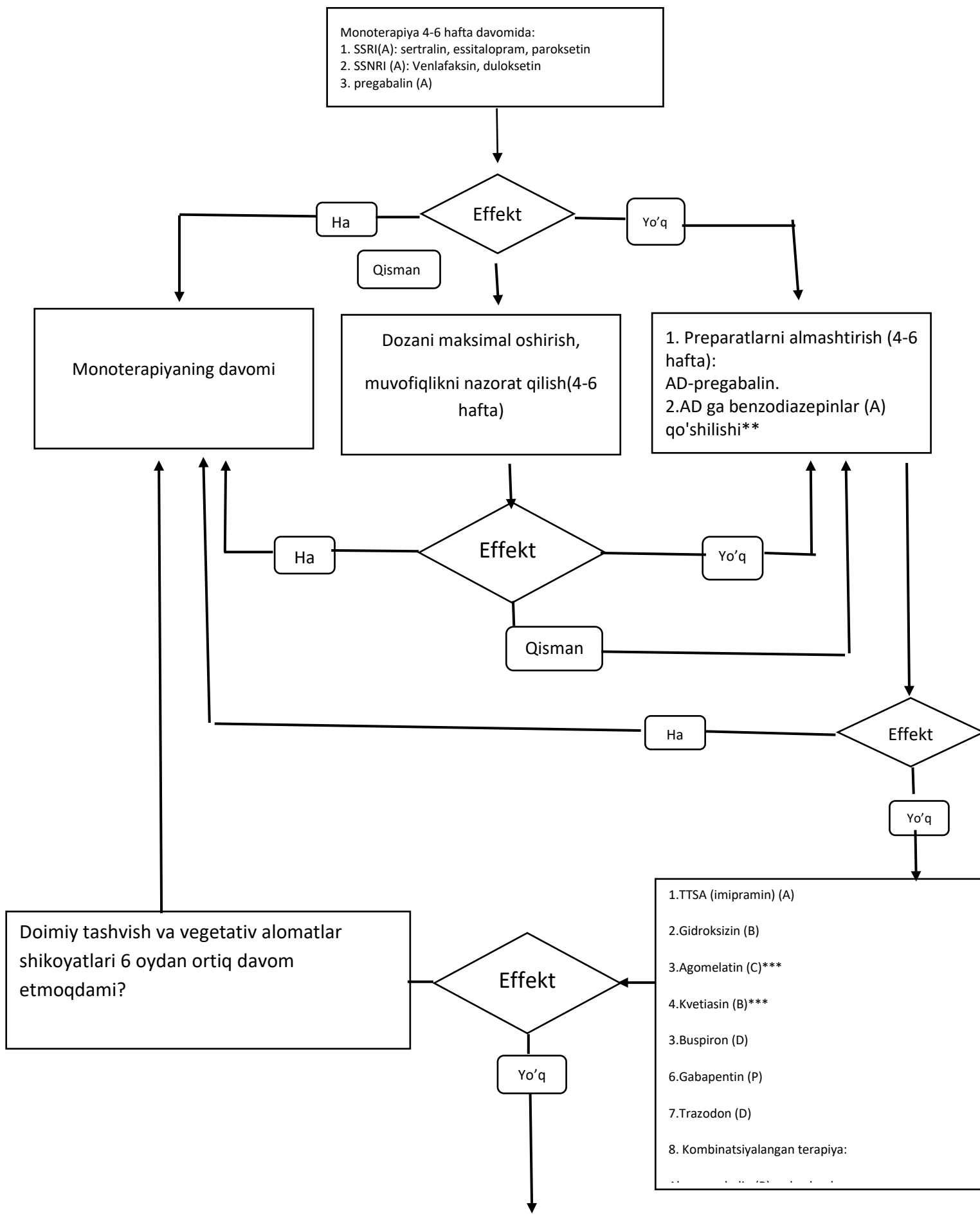
UTB bilan bo'lgan bemorlarni boshqarish algoritmlari



UTBning diagnostikasi algoritmlari



UTBning biologik terapiya algoritmlari



Tashxisni aniqlashtirish, komorbid kasalliklarni aniqlash, qo'shimcha tekshirish, muvofiqlikni baholash; terapevtik qarshilik sabablarini aniqlash; boshqa AD va dori birikmalaridan, shu jumladan risperidon (C), olanzapin (B), aripiprazol (D) bilan birgalikda qon bosimidan foydalanish, uzoqroq terapiya kurslari.

Bemor uchun ma'lumot

Tashvish buzilishi nima?

Tashvish buzilishi-bu asab tizimining kasalliklari guruhi bo'lib, uning asosiy namoyon bo'lishi ahamiyatsiz sabablarga ko'ra yoki hech qanday sababsiz yuzaga keladigan doimiy tashvish hissi. Ulardan biri UTB(umumiy tashvish buzilishi).

Anksiyete kasalliklarining asosiy belgilari qanday?

Asossiz tashvish hissi, nafas olish qiyinlashuvi, bosh aylanishi, o'lim yoki yaqinlashib kelayotgan falokatdan qo'rqish, ko'krak yoki qorin og'rig'i, "tomoqdagi koma" hissi va boshqalar.UTB hayot sharoitlari, qiyinchiliklar, qiyin hayotiy vaziyatlar, stresslar bilan bog'liq bo'lmagan doimiy tashvish va zo'riqish hissi bilan tavsiflanadi.

Tashvish kasalliklarini tashxislash

Odatda, Tashvish buzilishi tashxisi shunga o'xshash alomatlar kuzatilishi mumkin bo'lgan barcha kasalliklarni istisno qilgandan keyin aniqlanadi. Anksiyete kasalliklari va vahima hujumlarini tashxislash va davolash psixoterapevt, psixiatr tomonidan amalga oshiriladi.

Dastlabki tashxis umumiy amaliyot shifokori, nevropatolog tomonidan amalga oshirilishi mumkin.

Tashvish kasalliklarini davolash

Tashvish kasalliklarini davolash psixoterapiya va tashvish tuyg'usini kamaytiradigan dorilarni (anksiyolitiklar) buyurishni o'z ichiga oladi.

Psixoterapiya Tashvish buzilishi bo'lgan bemorga vaziyatni to'g'ri baholashga, tashvish xuruji paytida bo'shinishga yordam beradigan turli xil usullarni o'z ichiga oladi. Psixoterapiya yakka tartibda yoki kichik guruhlarda amalga oshirilishi mumkin.

Turli vaziyatlarda o'zini tutish qoidalarini o'rgatish stressli vaziyatlarni engish qobiliyatiga ishonchni his qilishga yordam beradi.

Tashvish kasalliklarini dori-darmon bilan davolash tashvishga ta'sir qiluvchi turli xil vositalardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Tashvish tuyg'usini kamaytiradigan dorilar anksiyolitiklar (Sedativlar) deb ataladi. Dori-darmonlarni davolash-tayinlash, terapiyani tuzatish, dori - darmonlarni bekor qilish faqat mutaxassis shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Qo'shimcha ma'lumot

Kasbiy yordamdan tashqari, UTB terapiyasi va oldini olishda insonning turmush tarzi muhim rol o'ynaydi. Avvalo, davolashda ijobiy natijaga erishish uchun tanlangan davolash rejasiga rioya qilish juda muhimdir. Bu murakkabliklarni keltirib chiqarishi mumkin, ammo terapiya doimiy tashvishlanmasdan normal holatga qaytishga yordam beradi. Spirtli ichimliklar, katta dozalarda kofein, nikotin va psixoaktiv moddalarni suiiste'mol qilmaslik tavsiya etiladi. Yuqorida aytilganlarning barchasi tashvish darajasining oshishiga yordam beradi. Ko'pgina bemorlarga gevşeme texnikasi (yoga, chuqur nafas olish, mushaklarning gevşemesi va boshqalar) yordam beradi. Jismoniy faollik, shuningdek, kayfiyatni yaxshilashga va davolanishning ijobiy ta'sirini kuchaytirishga yordam beradi. Kundalik rejimga rioya qilish, ya'ni tungi uyquni normallashtirish ruhiy farovonlikka ijobiy ta'sir qiladi va surunkali tashvish rivojlanish ehtimolini kamaytiradi.

