

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ АЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК ИLMИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ ВАҲИМА БУЗИЛИШИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

“КЕЛИШИЛГАН”

**Республика ихтисослаштирилган
рухий саломатлик илмий-амалий**

маркази директори

З.Ш.Ашуров



“ ” “ ” 202__ йил

**“ ВАҲИМА БУЗИЛИШИ ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**“ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11

F 41.0	Ваҳима бузилиши (эпизодик пароксизмал хавотир)
F 41.00	ВБ Ўртача - тўрт ҳафталик даврда камида 4 та ваҳима хуружи
F 41.01	Оғир ВБ - тўрт ҳафталик кузатув давомида ҳафтада камида тўртта ваҳима хуружи
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6B01	Ваҳима бузилиши
МВ23.Н	Ваҳима хурижлари
https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган руҳий саломатлик илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

Алимов У.Х. - т.ф.д., профессор, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири.

Абдуллаева В.К. – т.ф.д., профессор, ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси мудири.

Масъул ижрочилар

Ашуров З.Ш. - т.ф.д., профессор, . РИРСИАМ директори, Тошкент тиббиёт академиясининг психиатрия ва наркология кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош наркологи, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси Президенти.

Чембаев Б.Р. PhD, РИРСИАМ директорининг психиатрия бўйича ўринбосари.

Рогов А.В. – PhD., ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

Сиволап Ю.П. - Тиббиёт фанлари доктори, узлуксиз тиббий таълим факультети психиатрия, психотерапия ва Психосоматик патология кафедраси профессори, Патрис Лумумба РУДН

Велияева А.С. - психиатрия, тиббий психология ва наркология, Самарқанд давлат тиббиёт кафедраси мудири

Клиник протокол олий таълим муассасалари факультети, Ўзбекистон психиатрлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалар шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбарияти:

З. Ш. Ашуров - т.ф.д., проф., РИРСИАМ директори

Клиник протокол №3 15 май 2025 у. Республика ихтисослаштирилган руҳий саломатлик илмий-амалий тиббиёт маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Илмий Кенгаш раиси - РИРСИАМ директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор З. Ш. Ашуров

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ибадуллаев Зарифбой Ражабович - Тошкент тиббиёт академияси

2. Нурхаджаев Собир Носирхаджаевич-Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Қисқартмалар рўйхати:

ВХ	– ваҳима хуружи
ВБ	– ваҳима бузилиши
МРТ	– магнит-резонанс томография
РНС	– рандомизацияланган назорат остида синов

МУНДАРИЖА:

1. ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 13
2. “ ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 13-26
3. “ ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 25-13

Протокол Фойдаланувчилари:

1. Психиатрлар;
2. Психотерапевтлар
3. Клиник психологлар
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
6. Умумий амалиёт шифокорлари
7. Тиббиёт олий ўқув юртлири талабалари, резидентлар, магистрлар, докторантлар

Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) диагностика усуллари учун (диагностик аралашувлар)

ДИДБШ	Декодлаш
1	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш

2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) профилактик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ДИДБШ	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РНОСни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида РНОС ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНОСдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ТИДБШ) профилактик, диагностик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ТИДБШ	Декодлаш
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

Таъриф

Ваҳима бузилиши (ПД) (эпизодик пароксизмал безовталиқ) энг кенг тарқалган руҳий бузилишлардан бири бўлиб, у такрорий ваҳима хуружлари билан намоён бўлади, кўпинча ўз-ўзидан пайдо бўлади, бемор учун олдиндан айтиб бўлмайдиган ҳолатлар, ўзига хос нарсалар, вазиятларда кутиладиган ташвиш

жуда тез шаклланади - хуружни кутиш кўрқуви, жисмоний стресс ёки ҳаётга хавф туғдирмайди.

Этиологияси ва патогенези

Ваҳима бузилиши (ВБ) учун хавф омиллари қуйидагилардан иборат:

Шахсий хусусиятлар - умумий салбий таъсирчанлик, салбий ҳис-туйғуларни бошдан кечириш тенденцияси ва ташвишли сезгирлик (ташвишнинг турли кўринишларини салбий баҳолашга мойиллик ва уларнинг саломатлик учун салбий оқибатлари ҳақида ғоялар). Алоҳида омил - бу ташвишли миш-мишларга мойиллик ва ваҳима ҳақидаги фикрлар, гарчи уларнинг ВБ ривожланишидаги хавф даражаси ҳали аниқланмаган. Анамнезида қисқа муддатли кўрқув хуружлари (ВБ ташхисини қониқтирмайдиган вақт билан чекланган ваҳима хуружлари) ваҳима хуружи (ВХ) ва ВБ намоён бўлиши учун хавф омили бўлиши мумкин. Болалиқда кучли ажралиш ташвиши кўпинча ВБ билан оғриган беморларда учрайди, аммо ВБнинг мустақил башоратчиси сифатида қаралмайди.

Ижтимоий омиллар - анамнезда болалиқ давридаги зўравонлик, жинсий ва жисмоний зўравонлик ВБ билан оғриган беморларда бошқа ташвиш касалликларига қараганда тез-тез учрайди. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ВБ билан оғриган оналар томонидан тарбияланган болалар оналарида ВБ бўлмаган беморларга қараганда бу касалликдан кўпроқ азобланади. Бугунги кунга келиб, бу факт генетик омилнинг таъсирини, тарбия натижасида ташвишланишга тайёрлигини ёки иккаласининг комбинациясини акс эттирадими, аниқ эмас. Чекиш ҳам ВБ учун хавф омили ҳисобланади. Кўпгина беморлар биринчи ВБ олдидан ўзига хос кучланиш ҳолатлари мавжудлигини таъкидлайдилар (шахслараро қийинчиликлар, жисмоний касалликлар, доридармонларни қабул қилишда ножўя таъсирлар, умумий беҳушлик, касаллик ёки оила аъзосининг ўлими), баъзи ҳолларда бу боғлиқлик жараёнда психотерапия билан ўрнатилади.

Генетик ва физиологик омиллар - ВБ полигенли мултифакториал касаллик бўлиб, ВБнинг намоён бўлиши учун жавобгар бўлган генетик полиморфизмлар (кўп генетик вариантлар) фаол ўрганилмоқда. Агар ота-оналар ташвиш, депрессия ёки биполяр касалликлардан азият чекса, ВБ ривожланиш хавфи ортади. Замонавий нейробиологик тадқиқотлар ВБ да амигидала ва тегишли тузилмаларнинг алоҳида ролини кўрсатади. Лимбик тизим, базал ганглионлар, мия пояси, темпорал ва префронтал пўстлоқнинг тузилиши ва функцияларидаги аномалияларнинг аҳамияти кўриб чиқилади. Нафас олиш патологияси, масалан, астма, касаллик тарихи, коморбидлик ва оилавий анамнез даражасида ВБ билан боғлиқ.

Хавотир бузилишлари орасида ВБ ҳозиргача энг кўп ўрганилган, аммо бу патологиянинг этиопатогенези ҳақида ягона тушунча мавжуд эмас. Вегетатив назария машҳур бўлиб, у симпатик ва парасимпатик тизимларнинг ўзаро таъсирининг юрак кўрсаткичларини ва норадренергик дориларга жавобни ўрганишга асосланган. Мавжуд маълумотлар автоном нерв тизимининг симпатик ва парасимпатик бўлинмалари ўртасидаги ўзаро таъсирнинг бузилиши ёки бузилиши туфайли ВБ шаклланиши мумкинлигини тасдиқлайди. Яна бир машҳур назария бу серотонергик назария бўлиб, у серотонергик дориларни қўллашда яхши терапевтик таъсир билан қўллаб-қувватланади. Серотонергик ва бошқа нейротрансмиттерлар, айниқса норадренергик тизимлар ўртасидаги яқин ўзаро таъсирлар, дисфункцияли бўлса, вегетатив регуляциянинг бузилишига ва ВБ намоён бўлишига олиб келиши мумкин. ГАМКергик узатиш ва миянинг орексин тизимидаги бузилишларнинг роли ўрганилмоқда.

ВБни ишлаб чиқишда патогенезнинг нейроэндокрин жиҳатлари ҳам ҳисобга олинади, организмнинг гормонал тизимларининг ишлаши, кортизол, пролактин, эстроген ва қалқонсимон без гормони (ТТГ) даражаси ва динамикаси;

Биологик омилларнинг муҳим ролини еътироф етган ҳолда, ВБнинг сабаби сифатида психологик омилларни аниқлайдиган бир қатор назариялар мавжуд. Энг машҳури - когнитив назария. Унинг таъкидлашича, ВБ билан оғриган беморлар ўзига хос шахсий хусусиятларга эга: ташвиш сезувчанлигининг ошиши ва интероцептив чэгаранинг пасайиши, улар ҳалокатли фикрлаш услубига ва гиперназоратга интилишга мойил. Ушбу назария тажрибаларда тасдиқланган, бунда бундай шахслар жисмоний фаолият билан қўзғатилганда сезиларли даражада кўпроқ аломатлар ҳақида хабар беришади. Психодинамик ёндашув шуни кўрсатадики, эрта болалик даврида хавфсизлик ва барқарор боғлиқликнинг йўқлиги билан боғлиқ бўлган ҳиссий маҳрумлик ҳисси, ақлий ва соматик сезгиларни фарқлаш ва таъсирчанликни тартибга солиш муаммоларини белгилайдиган шахсият тузилишидаги нуқсонга олиб келади ва ВБ нинг намоён бўлишига мойилликни келтириб чиқаради.

Эпидемиология

ПБ энг кўп 25 ёшдан 64 ёшгача учрайди, эпидемиологик тадқиқотлар маълумотлари аёлларда эркакларга нисбатан 2-4 баравар кўроқ учраши устунлигини кўрсатади. Турли тадқиқотларга кўра, аҳоли орасида ушбу касалликнинг тарқалиши 2 дан 5% гача.

Таснифлаш

ВБ таснифи (клиник):

1. Агорафобия билан ПР.
2. Агорафобиясиз ПР.

Клиника

ВБнинг клиник кўринишида ҳар хил интенсивликдаги ваҳима хуружларининг даврий равишда пайдо бўлиши, янги хуружларни кутиш кўрқуви ва ташвишлари, шунингдек, чекловчи хатти-ҳаракатларнинг шаклланишининг юқори эҳтимоли етакчи аҳамиятга эга.

Хуружнинг клиник кўриниши

Юрак-қон томир тизимидан характерли аломатлар тўсатдан пайдо бўлган "кучли юрак уриши", "узилишлар", "тўхташ", юрак соҳасидаги ноқулайлик ёки оғриқ ҳисси. Кўпгина ваҳима хуружлари қон босимининг (ВБ) кўтарилиши билан бирга келади, уларнинг сони анча юқори бўлиши мумкин. ВХ интенсивлигининг пасайиши билан қон босими рақамлари кўрқувнинг дезактуализацияси билан параллел равишда камаяди, бу инқироз кечиши ва ваҳима бузилиши билан гипертензияни дифференциал ташхислаш учун ишончли диагностик мезон бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Нафас олиш тизимидаги энг аниқ бузилишлар: нафас олиш қийинлишуви, нафас қисилиши ва гипервентиляция билан ҳаво етишмаслиги ҳисси, "бўғилиш ҳисси". Хуружни тасвирлаб, беморлар "томоғи сиқилган", "ҳаво оқишини тўхтатган" ва "бўлиб қолган" деб айтишади. Айнан шу ҳислар беморни деразаларни, балконни очишга ва "тоза ҳаво" излашга мажбур қилади. Хуруж бўғилиш ҳисси билан бошланиши мумкин ва бу ҳолатларда ўлим кўрқуви нафас олишда "қийинлик" натижасида пайдо бўлади. Ко'нгил айниши, қусиш, белчинг ва эпигастриумдаги ноқулайлик каби ошқозон-ичак касалликлари камроқ учрайди.

Қоида тариқасида, ВХ даврида бош айланиши, терлаш, титроқ ҳисси билан титроқ, иссиқлик ва совуқнинг "тўлқинлари", парестезия, совуқ қўллар ва оёқлар кузатилади.

Хуружнинг охириги босқичи полиурия ва/ёки тез-тез стул бўлиши мумкин.

Объектив равишда, юз рангидаги ўзгаришлар, юрак уриш тезлиги ва қон босимининг ўзгариши аниқланади ва объектив текширув вақтида беморларнинг вегетатив касалликларнинг субъектив тажрибаси ва уларнинг оғирлиги ўртасида диссоциация кўпинча топилади.

ВБ ва изоляция қилинган ВХ ўртасидаги асосий фарқ янги ВХни кутиш кўрқувининг шаклланиши ва натижада ҳимоя ҳаракати, яъни ВХ содир бўлган

жой ва вазиятлардан қочишдир (масалан, жамоат транспорти, катта оломон ва бошқалар).

Ваҳима бузилишининг характерли белгилари

Хуружнинг ўзига хос хусусиятлари

- эпизодларнинг дискретлиги
- кучли қўрқув ёки ноқулайликнинг мавжудлиги
- хуружнинг тўсатдан содир бўлиши
- бир неча дақиқа давомида максимал даражада ошириш
- камида бир неча дақиқа давом этиши

Вегетатив бузилишларнинг хусусиятлари

- юрак уриш тезлигининг ошиши ёки ошиши
- терлаш, титроқ ёки титроқ
- қуруқ оғиз
- нафас олиш қийинлашади
- бўғилиш ҳисси
- кўкрак қафасидаги оғриқ ва ноқулайлик
- кўнгил айниши ёки қориндаги ноқулайлик
- иссиқ чакнашлар ва титроқлар
- уйқусизлик ёки қаринсаланма ҳисси

Вегетатив касалликларга қарши

- бош айланиши, беқарорлик, "пресенкоп" ҳисси
- объектларнинг ҳақиқий эмаслигини ҳис қилиш (дереализация) ёки ўзини ўзи узоқлаштирган ёки "бу ерда эмас" (деперсонализация)
- "иккинчи даражали фобиялар" кўпинча мавжуд: ўлимдан қўрқиш, ўзини назорат қилишни йўқотиш ёки ақлдан озиш, юрак етишмовчилигидан қўрқиш, юрак хуружи, инсульт, йиқилиш, ноқулай вазият
- дисфорик кўринишлар ҳам мумкин: асабийлашиш, норозилик, тажовузкорлик
- меланхолия, депрессия, умидсизлик, ўзига ачиниш билан депрессив ҳолатлар, истеро-конверсион бузилишлар ривожланиши мумкин:

- "томоқдаги шиш ҳисси", афония, амавроз, мутизм, оёқ-қўлларда уйқусизлик ёки заифлик; Атаксия ва чўзиш, қўлларнинг "бурилиш" ва "бурилиш" ҳам қайд этилган.

Иккиламчи бузилишлар:

- ўлимдан иккиламчи қўрқув, ўзини тута олмаслик, ақлдан озиш;
- ВХ биринчи марта юзага келган ҳар қандай вазиятдан иккиламчи қочиш;
- ёлғиз қолишнинг иккиламчи қўрқуви, гавжум жойлар, такрорий ВХ;
- иккиламчи ижтимоий фобиялар; иккиламчи ипохондрик бузилишлар;
- иккиламчи депрессив бузилишлар;
- иккиламчи спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш (анксиёлитик мақсадларда);
- седативларга иккиламчи қарамлик.

Ваҳима хуружларининг турлари:

а) симптомларнинг намоён бўлишига кўра:

- катта (тўлиқ ривожланган) ваҳима хуружлари - 4 та ёки ундан кўп аломатлар;
- кичик (симптоматик заиф) - 4 тадан кам симптом.

Катта хуружлар кичикларга қараганда камроқ содир бўлади (1 марта / ой-ҳафта), кичиклари эса кунига бир неча марта содир бўлиши мумкин.

б) айрим таркибий қисмларнинг оғирлигига қараб:

Хуружларнинг тури	Устун турувчи асосий бузилишлар
"вегетатив" (одатий)	вегетатив касалликларнинг устунлиги билан ва ажратилмаган фобиялар.
"гипервентиляция"	етакчи гипервентиляция бузилишлари, нафас олишнинг кучайиши, рефлекс апоноэ билан, парестезия, нафас олиш алкалози билан боғлиқ мушак оғриғи.
" фобик "	вегетатив белгиларга нисбатан ваҳима хуружи тузилишида фобиялар устунлик қилади. Қачон содир бўлади беморнинг фикрига кўра, хуружларнинг пайдо бўлиши учун потенциал хавфли бўлган вазиятларда қўрқув кўшилиши.

"конвертация"	истерик конверсия белгилари устунлик қилади, кўпинча сенестопатик касалликлар билан, характерли юмшоқ ёки ваҳима йўқ
"сенестопатик"	сенестопатияларнинг юқори тарқалиши билан.
"аффектив"	оғир депрессив ёки дисфорик касалликлар билан.
"деперсонализация-дереализация"	ўзини ёки атроф-муҳитни идрок этишда ҳақиқий бўлмаган ҳис-туйғулар билан

ВБ курси:

Ривожланаётганда, "классик" ҳолатларда ВБнинг қуйидаги динамикаси характерлидир, улар одатда қуйидаги босқичлардан ўтади:

- симптоматик заиф хуружлар,
- тўлиқ ваҳима хуружлари,
- ипохондрия,
- чекланган фобиядан қочиш,
- кенг фобик қочиш, иккиламчи депрессия.

Касаллик ойлар ва йиллар давомида аста-секин ёки кунлар ёки ҳафталар давомида тез ривожланиши мумкин. 50% ҳолларда ВБ 1-босқичда, 50%да эса 2-босқичда бошланади.

Ваҳима хуружлари давом етар экан, улар турли хил ҳаётий ҳолатлар билан боғлиқ бўлиши мумкин, улар, худди шартли фобик триггерларга айланади. Ваҳима хуружлари пайдо бўлгандан сўнг, кучайиб боради ва шунга ўхшаш вазиятларда такрорланади (одамлар кўп бўлган жойларда, жамоат транспортда ва ҳоказо. Беморларда хуружларнинг такрорланиш эҳтимоли ҳақида ташвишли кутишлар мавжуд (олдинги ташвиш). Кўпинча, барқарор кўрқув ҳисси биринчи пароксизмдан кейин шаклланади ва у пайдо бўлган вазиятга (метро, автобус, оломон) тегишли. Агар хуруж уйда, ёлғиз содир бўлса, кўпинча уйда ёлғиз қолиш кўрқуви бор. Бу ўтмишдаги хуруж ҳолатидан ҳосил бўлган ва агорафобия пайдо бўлишига ҳисса қўшадиган олдини олиш хатти-ҳаракати ёки фобик хатти-ҳаракат деб аталадиган чекловчи хатти-ҳаракатларнинг махсус режимини шакллантиришга ёрдам беради. ИСД-10 га мувофиқ, бу ҳолда "Агорафобия билан ВБ" ташхиси қўйилади.

ВБ кечишининг учта "кичик тури" мавжуд:

1) Фақат ВХ тақдим этилади, уларнинг клиник кўриниши фақат табиатан иккиламчи бўлган вақтинчалик ипохондрик фобия ва агорафобия билан кенгайтирилади. Ўткир давр ўтгандан сўнг ва ваҳима хуружлари

камайтирилса, барча психопатологик касалликларнинг тўлиқ тескари ривожланиши содир бўлади.

2) Хуружларга тезда агорафобия кўшилади, бу унинг намоён бўлишининг барқарорлиги билан ажралиб туради. Фобифобия ва қочиш ҳаракати тезда ривожланади. Ваҳима хуружлари орқага қайтса, бошқа психопатологик касалликларнинг камайиши содир бўлмайди. Агорафобия клиник кўринишда биринчи ўринга чиқади ва хуружлардан мустақил равишда доимий характерга эга бўлади. Беморларнинг бутун турмуш тарзини бошқарадиган асосий ғоя - бу хуружларнинг пайдо бўлиши учун шароитларни бартараф этиш (чекловчи турмуш тарзи).

3) ВХ фонида ипохондрик фобияларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Тўлиқ хуружлар босқичидан сўнг, ойлар ва ҳатто йиллар давомида клиник кўринишни аниқлайдиган кардио-, инсульт - ва танатофобия биринчи ўринга чиқади. Доимий интероцептив ҳушёрлик ва ўз соғлиғи ҳақида ипохондрик ташвиш мавжуд, шу билан бирга тана фаолиятидаги энг кичик оғишлар фобияларнинг кучайишига сабаб бўлиши мумкин. Шу билан бирга, агорафобия ва чекловчи хатти-ҳаракатлар йўқ.

Хавотир бузулушлари касалликларида когнитив бузилиш тез-тез учрайди. Ажратиш:

- 1) эътибор ва ижро етувчи функцияларнинг бузилиши;
- 2) хотира бузилиши, диққатнинг бузилиши туфайли еслашда қийинчиликлар; когнитив ва метакогнитив нуқсонлар ва заифликлар.

Диққатнинг бузилиши:

- 1) салбий селектив идрок - хавотирли стимулларга эътиборнинг кучайиши, бу уларнинг нейтрал стимулларга қараганда тезроқ аниқланишига олиб келади;
- 2) алмаштиришдаги қийинчиликлар.

Хотиранинг бузилиши - вазиятни енгишнинг ижобий тажрибаси қайд этилмайди. Анксиете бузилишининг ривожланишидаги энг муҳим когнитив омил - бу ноаниқликка тоқат қилмаслик ва соматик ҳис-туйғуларнинг ҳалокатли талқини.

ВБ бўлса, аффектив касалликлар, асосан депрессив бузилишлар, биполяр бузуқлик, ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракати, алкоғолга қарамлик ва гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш, юрак-қон томир тизимининг соматик касалликлари, нафас олиш касалликлари ва неврологик касалликлар билан юқори коморбидлик мавжуд.

ВБни қуйидаги касалликлардан ажратиш тавсия этилади:

- ижтимоий фобия;
- ўзига хос фобия;
- обсессиф-компульсив бузуқлик;
- травмадан кейинги стресс бузилиши;
- умумий ташвиш бузилиши;
- аффектив кайфият бузилишлари (катта депрессив бузилиш, такрорий депрессив бузилиш, биполяр аффектив бузилиш, дистимия);
- соматоформ бузилишлар;
- шизофрения (пароксизмал-прогрессив, суст), шизотипал бузуқлик;
- шахсиятнинг бузилиши (истерик, обсессиф-компульсив, ташвишли, ҳиссий жиҳатдан беқарор, қарам);
- эпилепсия;
- миянинг қолдиқ органик касалликлари;
- миянинг органик касалликлари;
- гипоталамуснинг бузилиши;
- қалқонсимон безнинг патологияси;
- феохромоцитома;
- arterial гипертензия;
- юрак аритмиялари;
- mitral қопқоқ пролапсаси;
- коронар юрак касаллиги;
- нафас олиш бузилиши;
- психофаол моддалардан фойдаланиш (масалан, амфетаминлар, кокаин ва бошқалар);
- бензодиазепин ҳосилаларини олиб ташлаш
- фармакотерапиянинг ноўя таъсири (масалан, тизимли кортикостероидлар, жинсий гормонлар ва genital функцияни модуляторлари, психостимуляторлар, диққат етишмаслиги гиперактивлиги бузилиши учун ишлатиладиган дорилар, инотроп дорилар, юрак касалликларини даволаш учун дорилар).

Диагностика

Диагностика мезонлари

А. Муайян вазиятлар ёки объектлар билан боғлиқ бўлмаган, лекин кўпинча ўз-ўзидан пайдо бўладиган такрорланувчи ваҳима хуружлари (бу эпизодларни олдиндан айтиб бўлмайди). Ваҳима хуружлари сезиларли кескинлик ёки ҳаёт учун хавф ёки таҳдид пайдо бўлиши билан боғлиқ эмас.

В. Ваҳима хуружи қуйидаги белгиларнинг барчаси билан тавсифланади:

- 1) бу кучли кўркүв ёки ноқулайликнинг дискрет эпизоди;
- 2) тўсатдан бошланади;
- 3) бир неча дақиқада максимал даражага етади ва камида бир неча дақиқа давом этади;
- 4) қуйидаги аломатлардан камида 4 таси бўлиши ва улардан бири а-д рўйхатидан бўлиши керак:

Автономия белгилари

- а) юрак уришининг кучайиши ёки тезлашиши;
 - б) терлаш;
 - в) қалтираш ёки титроқ;
 - д) қуруқ оғиз (дори-дармонларни қабул қилиш ёки сувсизланиш туфайли юзага келмайди);
- Тана билан боғлиқ белгилар:
- е) нафас олиш қийинлиги;
 - ф) бўғилиш ҳисси;
 - г) кўкрак қафасидаги оғриқ ёки ноқулайлик;
 - х) кўнгил айниши ёки қорин оғриғи (масалан, ошқозон ёниши, диарея, метеоризм); Руҳий ҳолат билан боғлиқ аломатлар

и) бош айланиши, беқарорлик, ҳушидан кетиш ҳисси;

ж) объектларнинг ҳақиқий эмаслиги (дереализация) ёки ўзининг ўзи узоқлашгани ёки "бу ерда йўқлиги" ҳисси (деперсонализация);

к) бошқарувни йўқотишдан кўрқиш, ақлдан озиш;

л) ўлимдан кўрқиш;

Умумий симптомлар

м) иссиқ чакнаш ёки титроқ;

о) уйкусизлик ёки каринсаланма ҳисси.

В. Энг кўп ишлатиладиган истисно мезонлари. Ваҳима хуружлари жисмоний бузилишлар, органик руҳий бузилишлар (Ф00-Ф09) ёки шизофрения ва шунга ўхшаш касалликлар (Ф20-Ф29), кайфият (аффектив) бузилишлар (Ф30-Ф39) ёки соматоформ касалликлар (Ф45) каби бошқа руҳий касалликлар туфайли юзага келмайди. –

Шикоятлар ва анамнез

5C	Хавотир шикоятлари бўлган беморларни сўроқ қилишда ташхисни текшириш учун аниқ вазиятлар билан боғлиқ бўлмаган назорациз ташвиш ва ваҳиманинг дискрет хуружлари мавжудлигига эътибор бериш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Эпизодик (пароксизмал) безовталиқ билан оғриган беморларда анамнезни йиғишда, биринчи даражали қариндошларда ваҳима ва хавотирлик бузилиши, ҳаддан ташқари ташвиш ва беморнинг ота-онаси томонидан ҳаддан ташқари ҳимояланиш белгилари мавжудлигига эътибор бериш тавсия этилади. Дифференциал диагностика мақсади.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) безовталиқ билан оғриган беморнинг шикоятларини таҳлил қилишда ваҳима хуружлари (юрак уриши тезлашиши, терлаш, титроқ, титроқ, нафас қисилиши, заифлик, бош айланиши) билан бирга келадиган ташвишнинг вегетатив кўринишлари билан боғлиқ шикоятларни таъкидлаш тавсия этилади. қичишиш, оёқ-қўлларнинг уйқучанлиги, тўш ёки ошқозон соҳасидаги оғрик, кўнгил айниши), вазиятни баҳолаш ва терапияни танлаш учун.
-----------	--

5C	ВХ билан оғриган барча беморларнинг анамнезини йиғишда ижтимоий фаолиятдаги бузилишларни ва ҳаёт сифатининг пасайиши даражасини аниқлаш ва индивидуал психотерапевтик ёндашувни ишлаб чиқиш учун чекловчи хатти-ҳаракатларнинг мавжудлигига эътибор бериш ва унинг ифодаланганлиги ва интенсивлигини баҳолаш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Барча беморларда анамнезни йиғишда, ВХга ўхшаш ҳолатлар ривожланиши мумкин бўлган соматик касалликларнинг илгари ўрнатилган ташхислари ёки белгилари ва белгилари мавжудлигига эътибор бериш тавсия этилади (юрак коронар касаллиги, эпилепсия, бронхиал астма, феокромцитома, гипертироидизм, arterial қон томирлари). гипертония, гипогликемик ҳолатлар ва бошқалар) Вбнинг дифференциал диагностикаси мақсадида.
-----------	---

5C	ВБ билан оғриган барча беморларнинг анамнезини йиғишда вазиятни дифференциал ташхислаш ва психиатрик ёрдам тури ва ҳажмини аниқлаш учун ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш керак.
-----------	---

5C	Барча беморлардан тарихни олишда, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш бузилиши ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш бузилиши ўртасидаги фарқни аниқлаш учун гиёҳванд моддалар ёки спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш эпизодларига ва ҳар қандай дори-дармонларни истеъмол қилиш тарихига эътибор бериш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Хавотир билан оғриган барча беморларнинг анамнезини йиғиш ва шикоятларини аниқлашда бошқа рухий касалликларнинг (ВБдан ташқари) ҳозирги ёки ўтмишдаги белгилари, айниқса травмадан кейинги стресс бузилиши, депрессия ва биполяр бузилишлар мавжудлигига эътибор бериш тавсия этилади. ҲБнинг дифференциал диагностикаси мақсади.
-----------	---

ВХ кўпинча ВБ дан ташқари рухий касалликлар контекстида кузатилади. Шикастланишдан кейинги стресс бузилиши, депрессия ёки биполяр бузуклик аниқланган тақдирда, ушбу беморларда ВБни юқоридаги касалликларнинг аломати сифатида баҳолаш қонунийроқ кўринади.

Физикал текширув

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвиш билан оғриган беморларга соматик касалликларни истисно қилиш, ўз-ўзига зарар етказиш изларини аниқлаш учун бўйни, тана вазнини, жисмоний ривожланиш даражасини, беморнинг терисининг яхлитлигини ўлчаш учун ташқи текширувдан бошлаш тавсия этилади. хулқ-атвор, шу жумладан. ўз-ўзини кесиш (уларнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда), соматик ҳолатни баҳолаш.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларда вегетатив симптомларнинг органик сабабларини истисно қилиш ва ВБ ташхисини тасдиқлаш учун стандарт жисмоний ва неврологик текширув тавсия этилади.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) безовталик билан оғриган беморлар учун физик текширувда жароҳатлардан кейин чандиқлар ва чандиқларни аниқлаш учун бош терисини текшириш, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ва тилни текшириш (чандиқлар, тишлаш излари мавжудлиги) билан дифференциал ташхис қўйиш тавсия этилади. Эпилепсия, травматик мия шикастланиши ва онгни йўқотиш хуружлари.
-----------	--

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвиш билан оғриган беморлар учун психофаол моддаларни (ПАС) қўллашни аниқлаш учун физик текширув турли ёшдаги инъекция изларини аниқлашни ўз ичига олиши тавсия этилади.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвиш билан оғриган беморларда қалқонсимон без касалликларини истисно қилиш учун қалқонсимон безни пальпация қилиш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларга вегетатив кўринишларни ва соматик ҳолатни баҳолаш учун ётганда (5 дақиқа дам олгандан кейин) ва тик турганда (тик тургандан кейин 3 минут) пульс ва қон босимини (БП) ўлчаш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларда қалқонсимон без касалликларини истисно қилиш учун экзофтальм йўқлигини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

Лаборатория диагностикаси

ВБ диагностикаси учун лаборатория усуллари мавжуд эмас. Лаборатория тестлари бошқа симптоматик ўхшаш патологияларни истисно қилиш учун ишлатилади.

5C	Эпизодик (пароксизмал) безовталиқ билан оғриган беморларга умумий (клиник) қон тестини, умумий терапевтик биокимёвий қон тестини ва соматик патологияни истисно қилиш ва психофармакологик терапияни қабул қилишда ножўя таъсирларни ривожланиш хавфини баҳолаш учун умумий сийдик таҳлилинини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларга қалқонсимон без функциясини баҳолаш учун қон текширувидан ўтиш тавсия этилади: сарум умумий трийодотиронин (Т3), сарум бўш трийодотиронин (Т3), сарум умумий тироксин (Т4), қон зардобадаги еркин тироксин (Т4), қон концентрацияси. қалқонсимон без патологиясини истисно қилиш учун қондаги қалқонсимон безни огоҳлантирувчи гормон.
-----------	---

Инструментал диагностика тадқиқотлари

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларда мианинг биоелектрик потенциалларини баҳолаш ва пароксизмал ҳолатларни истисно қилиш учун электроэнцефалография тавсия этилади.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвиш билан оғриган беморларга қон томир патологиясини истисно қилиш учун транскраниал артериялар ва томирларнинг дуплекс текширувидан ўтиш тавсия этилади.
-----------	---

5C	Эпизодик (пароксизмал) ташвиш билан оғриган беморларда органик миё шикастланишини истисно қилиш учун мианинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) тавсия этилади.
-----------	---

2В

Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморларда соматик ҳолатни баҳолаш ва юрак-қон томир патологиясини истисно қилиш учун электрокардиография тавсия этилади.

Бошқа диагностик тестлар

Клиник ва психологик психодиагностик тадқиқот

ВБ патогенезида ва клиник (клиник-психопатологик ва клиник-психологик) намоён бўлишида психологик омиллар катта ҳисса қўшадиган касаллик бўлиб, самарали даволаш усули психотерапия ҳисобланади. Рухий бузилишларни тушунишнинг биопсихосоциал концепциясига асосланиб, касаллик туфайли сақланиб қолган ва бузилган беморнинг индивидуал психологик хусусиятларини аниқлаш учун даволаш ва диагностика тадбирларини амалга оширишда иштирок этиш учун тиббий психологларни кўп профессионал жамоаларга жалб қилиш муҳимдир. Психотерапевтик таъсир мақсадларини аниқлаш ва терапевтик тадбирлар динамикасини объективлаштириш муҳим. Шу билан бирга, ВБ билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишда тиббий психолог иштирокининг энг муҳим таркибий қисмларидан бири психологик диагностика ҳисобланади. Умуман олганда психологик диагностикада ҳам, унинг амалий клиник қисмида ҳам "тиббий психодиагностика" ёки "клиникада психологик диагностика" деб аталадиган барча асосий турлар, усуллар ва усуллардан фойдаланилади. Психологик диагностиканинг асосий назарий тамойилларига мувофиқ, клиник амалиётда клиник психологик (эксперт) усуллар (клиник суҳбат, кузатиш, суҳбат, фаолият маҳсулотларини таҳлил қилиш ва бошқалар) ва экспериментал психологик усуллар қўлланилади.

Сўров усуллари асосан олинган маълумотларнинг ўз-ўзидан ҳисобот характериға таянади ва бундай маълумотларнинг объективлиги нуқтаи назаридан чекловларға эға. Бошқа томондан, улар кўпроқ даражада шахсиятнинг индивидуал психологик хусусиятларини ва касаллик ҳолатида унинг сақланиши / ўзгаришини акс эттиради, шунингдек, мавзуга хос бўлган кенг қўламли алоқалар, муносабатлар, жавоб бериш ва курашиш усулларини, шахсий ва шахсий-атроф-муҳит ўзаро таъсирининг бошқа клиник жиҳатдан муҳим хусусиятлари ва бошқаларни очиб беради. Бундай маълумотлар замонавий антропоцентрик ва клиник фанларнинг биопсихосоциал парадигмасини амалга оширишда шахсийлаштирилган ёндашув доирасида баҳоланиши керак. Шу билан бирга, клиник усуллар экспериментал психологик тадқиқот жараёнларига органик тарзда тўқилган ва улар тўғридан-тўғри субъектнинг намуналар ва тест усулларини бажариш жараёнида қўлланилади, бу психологик муаммоларни ҳал қилишда клиник ва экспериментал психологик усуллардан фойдаланишнинг ўзига хос хусусияти диагностика - бу касаллик текшириляётган шахсинг ҳолати туфайли юзага келган руҳий ва психологик ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятларини кўриб чиқиш ва таҳлил қилиш.

Шундай қилиб, ВБ билан оғриган беморни психодиагностик текширувдан ўтказишда клиник-психологик психодиагностик тадқиқот таркибида қуйидагилар қўлланилади:

- 1) Клиник баҳолаш шкаласи;
- 2) Клиник-психологик ва экспериментал-психологик усуллар ва усуллар (ностандарт бўлмаган пато - ва нейропсихологик тестлар, стандартлаштирилган психометрик тест техникаси).

2В	Эпизодик (пароксизмал) ташвишли беморлар учун ташвиш даражасини ва унинг динамикасини текшириш ва баҳолаш учун психометрик шкалалар ва симптоматик анкеталардан фойдаланиш тавсия этилади: Hamilton хавотирланиш шкаласи (ХАРС); Соғлиқни сақлаш сўрови (ПХК); клиник кўринишларнинг оғирлигини баҳолаш учун психопатологик симптомларнинг оғирлиги сўровномасидан (ССЛ-90-Р) фойдаланиш тавсия этилади; Интегратив ташвиш тести (ИТТ); Спилбергер-Ханин ташвиш инвентаризацияси (СТАИ); Беск Anxiety Inventory (БАИ); Sheehan ташвиш шкаласи (ШАРС).
-----------	---

Даволаш

1А	ВБ билан оғриган беморларга симптомларни енгиллаштириш учун психофармакотерапия ва / ёки психотерапиядан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	---

Психотерапиянинг афзалликлари даволашнинг соматик ён таъсирининг йўқлиги ва баъзи тадқиқотларга кўра, эришилган натижаларни яхшироқ сақлаб қолишдир. Камчилиги - бу юқори харажат, ҳафталик ташрифларга бўлган эҳтиёж, шахсий мотивация ва беморни даволаниш жараёнига жалб қилишнинг муҳим аҳамияти. Психофармакотерапия камроқ моддий ва вақт сарфини талаб қилади, лекин агар у тўхтатилса, кўпинча ноҳўя таъсирларни келтириб чиқаради, аломатлар қайталаниши мумкин.

Психофармакотерапия

1А	Аниқланган ВБ ташхиси бўлган беморларга умумий хавотирни камайтириш, ВХ частотаси ва интензивлигини (флувоксамин, циталопрам, эсцитопрам, пароксетиннинг самарадорлигини) камайтириш учун селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари ёки венлафаксин гуруҳидан дорилар билан даволашни бошлаш тавсия этилади. , флуоксетин, венлафаксин исботланган.
-----------	--

Ташхисни аниқлагандан сўнг, биринчи курс сифатида селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари ёки венлафаксин гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади. Тавсия этилган дозалар: эсциталопрам - 5 мг/кун бошланғич дозаси, 10-20 мг/кун - парваришlash дозаси; пароксетин - ҳафталик 10 мг/кун 40-60 мг/кун ортиши билан 10 мг дан бошланг; флуоксетин - 20-60 мг/кун; циталопрам - 20-60 мг/кун; сертралин - 50-200 мг/кун; флувоксамин - 100-300 мг/кун; венлафаксин - 75-225 мг/кун.

Шуни таъкидлаш керакки, венлафаксин селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторларини (биринчи навбатда, селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари учун хос бўлмаган қон босимининг мумкин бўлган ошиши) нисбатан бир оз ёмонроқ бардошлик ва ён таъсирга эга. Даволаш варианты препаратнинг психотроп ва соматотроп таъсирини, юзага келиши мумкин бўлган нохуш ҳодисаларни, беморнинг руҳий ва соматик ҳолатини, касалликнинг клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир бемор учун индивидуал равишда танланиши керак. Юқоридаги барча дорилар учун оғиз орқали юбориш тавсия этилади, фойдаланиш муддати 6-12 ой. Кексаликда амитриптилинни буюриш эҳтиёткороналик талаб қилади.

Ушбу дорилар билан терапия минимал дозалардан бошланади ва аста-секин терапевтик дозаларга титрланади; антидепрессантларнинг анксиолитик таъсири 2-8 ҳафта давомида индивидуал равишда ривожланади. Шунинг учун даволанишнинг биринчи босқичида, айниқса, тез-тез ваҳима кўзғатадиган бензодиазепин ҳосилалари билан комбинацияни қўллаш тавсия этилади.

Антидепрессантларнинг афзалликлари яхши самарадорлик-толерабилите-хавфсизлик профилини, кунига бир marta дозалаш имкониятини ва терапиянинг узок муддатли таъсирининг мавжудлигини ўз ичига олади; Камчиликлари - кечиктирилган таъсир, администрациянинг бошида мумкин бўлган анксиёженик таъсир, дозани титрлаш зарурати, жинсий функцияга салбий таъсир.

Мувофиқликни таъминлаш учун беморни антидепрессантларни қабул қилишни бошлаганда ён таъсирларнинг мумкин бўлган ривожланиши ҳақида огоҳлантириш тавсия этилади. Қабул қилишнинг биринчи ҳафталарида беморни кузатиш, ўз жонига қасд қилиш хавфини ва ташвиш белгиларининг мумкин бўлган кучайишини баҳолаш тавсия этилади.

Дори терапиясини тайинлашда шифокор, биринчи навбатда, препаратнинг далилларга асосланган самарадорлиги, унинг бардошлик профили, шунингдек, шифокорнинг ўз клиник тажрибаси ва малакаси ҳақидаги маълумотларга таянади.

ЗВ	Ҳеч қандай қарама-қаршиликларга эга бўлмаган ВБ билан оғриган беморларга қисқа муддатли (3-4 ҳафтагача) ташвиш даражасини ва ваҳима хуружларининг частотасини камайтириш учун бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади - клоназепам 0,25 -4 мг/кун, лоразепам 1-6 мг/кун, альпразолам 0,75-4 мг/кун, диазепам 5-10 мг/кун.
-----------	---

Бензодиазепин ҳосилаларининг афзалликлари тез таъсир, яхши толерантлик, кенг терапевтик ойна - дозани ошириб юборишда хавфсизлик; Ушбу дорилар гуруҳини буюришдан олдин, уларни психоактив моддаларга қарамлик ривожланиш хавфи бўлган ёки бўлмаганлигини билиш ва ПАВ га қарамликда буюриш тавсия этилмайди. Шунингдек, мувофиқлаштириш муаммолари ва тушиш хавфи ортиши сабабли уларни кекса беморларга буюриш тавсия

этилмайди. Беморнинг мувофиқлигига эътибор қаратиш лозим - баъзи ҳолларда беморлар тавсия этилган дозалардан ошиб кетишади. Бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидаги дорилар тўсатдан терапия тўхтатилганда қарамликни келтириб чиқариши ва хумор синдроми юзага келиши мумкин. Шунинг учун улардан фойдаланиш муддати 3-4 ҳафта билан чекланиши керак. Антидепрессантлар билан комбинацияланган терапия буюрилганда, уларни терапиянинг биринчи ҳафталарида антидепрессантлар самарали таъсир етгунча ва кейин уларни тўхтатмагунча буюриш афзалдир. Бошқа терапия турларига қаршилик мавжуд бўлганда, бензодиазепин ҳосилалари билан узоқроқ терапия мумкин. Энг кўп хабар қилинган ножўя ҳодисалар - седатив, бош айланиши, мувофиқлаштиришни йўқотиш, диққатни жамлашнинг бузилиши, хотира бузилиши, гиёҳвандлик ва толерантликнинг ривожланиши.

Бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидан дори-дармонларни буюришда, қабул қилиш частотаси тўғрисида қарор қабул қилишда уларнинг яримпарчаланиш даври ҳисобга олиниши керак. Мисол учун, альпразолам, нисбатан қисқа яримпарчаланиш даври туфайли, кунига камида 3 марта частотада қўлланилиши керак.

Қўллаш усули: оғир симптомлар бўлса, мушак ичига ва томир ичига юборишга рухсат берилади.

5C	ВБ билан оғриган беморларда ВХни енгиллаштириш учун беморга бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади (клоназепам 0,25-4 мг / кун, lorazepam 2-7,5 мг / кун, alprazolam 0,75-6 мг / кун).) вақти-вақти билан ("керак бўлганда" кунига, diazepam 5-10 мг).
-----------	--

Бензодиазепин ҳосилаларининг афзалликлари уларнинг тезкор таъсири бўлиб, бу ВХ ни тез бартараф этиш ва вазиятни барқарорлаштиришни таъминлайди. Бироқ, баъзи тадқиқотларга кўра, бензодиазепин ҳосилаларини "талаб бўйича" буюриш бутунлай самарали ва хавфсиз стратегия бўлмаслиги мумкин. Ушбу ҳодисани беморларнинг ўзлари томонидан ВХ ривожланишидан кўрқиб, дозани етарли даражада оширмаслик билан ҳам, қон плазмасидаги дорилар концентрациясининг кескин ўзгариши билан изоҳлаш мумкин. Бундан ташқари, бензодиазепин ҳосилаларини беморлар учун "талаб бўйича" қабул қилиш ҳимоя ҳатти-ҳаракатларининг ўзига хос шаклига айланиши мумкин: беморлар "ҳар қандай ҳолатда" ўзлари билан дори-дармонларни олиб юришади ва агар улар бошланган ВХга шубҳа қилсалар, улардан фойдаланишлари мумкин.

5C	Серотонин қайта сўрилишини селектив ингибиторлари ёки венлафаксин гуруҳидаги дорилар билан психофармакотерапия ВБ симптомларини қисман, аммо тўлиқ бартараф этмаган беморлар учун симптомларни тўлиқ бартараф этиш учун антидепрессантларнинг дозасини тавсия этилган максимал даражага ошириш тавсия этилади.
-----------	--

5C	Терапияга етарли даражада жавоб бермаган ВБ билан оғриган беморлар учун 4-6 ҳафтадан кейин антидепрессантни алмаштириш ёки
-----------	--

	антидепрессантлар ва анксиолитиклар гуруҳидан ёки антидепрессантлар ва антипсихотик дорилар гуруҳидан дори-дармонларни комбинацияси билан даволаш схемаларини қўллаш тавсия этилади. Шунингдек, қаршиликни бартараф этиш учун психофармакотерапия ва психотерапиянинг комбинацияси.
5C	ВБ билан оғриган беморларга даволаниш самарадорлигини баҳолаш учун Hamilton хавотирланиш шкаласи ёрдамида динамик текширувдан ўтиш тавсия этилади.

Терапияга жавоб Гамильтон хавотирланиш шкаласи бўйича умумий баллнинг $\geq 50\%$ га камайиши деб ҳисобланади ва ремиссияга эришиш ≤ 7 баллни ташкил этади. Амалда, терапия самарадорлигининг учта даражасини ажратиб кўрсатиш мақсадга мувофиқдир.

- 1) Даволаш самарали, таъсир тўлиқ - ВХнинг тўлиқ йўқлиги.
- 2) Даволаш самарали, таъсир қисман - ВХ частотаси камида 50% га камайди.
- 3) Даволаш самарасиз - ВХ частотаси ўзгармаган ёки 50% дан камайган.

Юқоридаги даражалар индикатив бўлиб, шифокорнинг умумий клиник таассуротлари билан бирга ҳисобга олиниши керак, шу жумладан шаклланган агорафобик симптомлар мажмуасининг оғирлигини баҳолаш (олдинги ташвиш ва қочиш ҳаракати), ВХ ифодаланганлиги (белгилар сони). хуруж) ва беморнинг ижтимоий мослашув даражаси.

5C	Муайян психофармакологик препаратга етарли даражада жавоб бермайдиган барча беморлар учун ушбу препаратга етарли даражада терапевтик жавоб бермаслик фактини текшириш учун беморнинг мувофиқлигини таъминлаш тавсия этилади.
-----------	--

Агар дастлабки терапия самарасиз бўлса, биринчи навбатда, беморнинг мос келишига ишонч ҳосил қилиш керак, чунки дори-дармонларни қабул қилиш режимини бузиш ҳолатларнинг муҳим қисмида даволанишга қаршиликнинг шаклланишига сабаб бўлади. Даволашга риоя қилмаслик ноўйиб таъсирлар, беморнинг рецептларга риоя қилиш зарурлигини тушунмаслиги, даволанишнинг самарасизлиги ҳисси (айниқса, таъсири кечикадиган антидепрессантларни қабул қилишда) ва даволанишга эътиборсизлик билан боғлиқ бўлиши мумкин. Мувофиқликни ошириш учун бемор билан юзага келиши мумкин бўлган ноўйиб таъсирларни муҳокама қилишингиз, белгиланган вақтда дори-дармонларни қабул қилишга қатъий риоя қилиш муҳимлигини тушунтиришингиз керак, шунингдек, баъзи дори воситаларининг таъсирини босқичма-босқич ривожлантириш зарур. Агар даволаниш режимининг бузилиши аниқланса, нима содир бўлганлигининг сабабини аниқлашга ҳаракат қилишингиз ва бемор билан биргаликда муаммони ҳал қилиш механизминини ишлаб чиқиш керак.

4C	Серотонин қайта сўрилишининг селектив ингибиторлари ёки #венлафаксин гуруҳидаги дорилар билан психофармакотерапия ВБ аломатларини қисман, ammo тўлиқ бартараф етмаган беморлар учун 3 ҳафта давомида терапияга
-----------	--

	бензодиазепин ҳосилаларини қўшиш тавсия этилади (агар бемор қабул қилмаса) ВБ белгиларини тўлиқ бартараф этиш учун дастлабки босқичда бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидан дорилар).
--	--

Дори воситаларининг оптимал дозалари: alprazolam 0,75-6 мг/кун; клоназепам 1-4 мг/кун; lorazepam 2-7,5 мг/кун; diazepam кунига 5-30 мг. Қўллаш усули: оғир симптомлар бўлса, мушак ичига ва томир ичига юборишга рухсат берилади. Терапия давомийлиги 3 ҳафтагача.

1В	Серотонин қайта сўрилишини селектив ингибиторлари ёки венлафаксин гуруҳидаги дорилар билан дастлабки терапия пайтида ремиссияга ериша олмаган беморларга ВБ белгиларини енгиллаштириш учун терапияни имипрамин ёки кломипраминга ўзгартириш тавсия этилади.
-----------	---

Дори воситаларининг оптимал дозалари: имипрамин 25-200 мг/кун ёки кломипрамин 50-150 мг/кун. Юқоридаги иккала дори учун оғиз орқали юбориш тавсия этилади, фойдаланиш муддати 6-12 ой.

1В	Серотонин қайта сўрилишини селектив ингибиторлари, #венлафаксин, имипрамин ёки кломипрамин гуруҳидаги дорилар билан терапия пайтида ремиссияга ериша олмаган беморларга ВБ белгиларини енгиллаштириш учун бензодиазепин ҳосилалари билан монотерапия тавсия этилади.
-----------	--

Дори воситаларининг оптимал дозалари: alprazolam 0,75-6 мг/кун; клоназепам 1-4 мг/кун; lorazepam 2-7,5 мг/кун; diazepam кунига 5-30 мг; бромодигидрохлорфенилбензодиазепин 1-6 мг/кун. Қўллаш усули: оғир симптомлар бўлса, мушак ичига ва томир ичига юборишга рухсат берилади. Терапиянинг давомийлиги 6 ойдан ошмайди. Ўрганиб қолиш хавфи юқори.

1В	Терапевтик таъсир бошланганидан сўнг, таъсирни барқарорлаштириш ва релапсларнинг олдини олиш учун ВБ билан оғриган беморларга узок муддатли фармакотерапия (камида 6 ой) тавсия этилади.
-----------	--

Бензодиазепин ҳосилаларига келсак, умумий тавсиялар уларни қисқа курсларда қўллашни белгилайди. Шу муносабат билан, хавфсизлик нуктаи назаридан, бензодиазепин ҳосилаларини узок муддатли қўллаш (6 ойгача) фақат антидепрессив терапия самарасиз бўлса оқланиши мумкин. Шунини ёдда тутиш керакки, бензодиазепин ҳосилаларини қабул қилишни тўхтатиш, олиб ташлаш синдромининг оғирлигини камайтириш учун дозани босқичма-босқич камайтириш билан амалга оширилиши керак. Шу билан бирга, яримпарчаланиш даври қисқа бўлган дорилар (alprazolam ва lorazepam) узокроқ яримпарчаланиш даврига эга бўлган дориларга (клоназепам, diazepam) қараганда аниқроқ олиб ташлаш аломатларини келтириб чиқаради.

5С	Бензодиазепин ҳосилалари гуруҳидаги дорилар билан монотерапия пайтида ремиссияга еришган барча беморларга ВБ ремиссиясини сақлаб қолиш учун парваришlash терапияси мақсадида терапияни 6 ойдан кўп бўлмаган муддатга давом эттириш тавсия этилади.
-----------	--

Бензодиазепин ҳосилаларига келсак, умумий тавсиялар уларни қисқа курсларда қўллашни белгилайди. Шу муносабат билан, хавфсизлик нуқтаи назаридан, бензодиазепин ҳосилаларини узоқ муддатли қўллаш (6 ойгача) фақат антидепрессив терапия самарасиз бўлса оқланиши мумкин. Шунини ёдда тутиш керакки, бензодиазепин ҳосилаларини қабул қилишни тўхтатиш, олиб ташлаш синдромининг оғирлигини камайтириш учун дозани босқичма-босқич камайтириш билан амалга оширилиши керак. Шу билан бирга, яримпарчаланиш даври қисқа бўлган дорилар (alprazolam ва lorazepam) узоқроқ яримпарчаланиш даврига эга бўлган дориларга (клоназепам, diazepam) қараганда аниқроқ олиб ташлаш аломатларини келтириб чиқаради.

5C	ВБ билан оғриган беморларда психотроп дориларни қўллашда психофармакотерапиянинг қуйидаги ён таъсирини баҳолаш тавсия этилади: седатив, уйқучанлик, летаргия, сийдикни ушлаб туриш, ич қотиши ёки диарея, кўнгил айниши, бош оғриғи, бош айланиши, бузилган мувофиқлаштириш, концентрациянинг бузилиши, хотира бузилиши, терапиядан ножўя таъсирлар ва асоратларни ривожланиш эҳтимолини камайтириш учун шахсийлаштирилган ёндашувнинг бир қисми сифатида моддаларга қарамлик ва толерантликни шакллантириш ва бошқалар.
-----------	--

Шу билан бирга, кўрсатмаларга мувофиқ дори-дармонларнинг етарли дозалари ва рецептлари ножўя таъсирлар хавфини сезиларли даражада камайтиради.

5C	Психотроп дориларни қўллашда ВБ билан оғриган беморларга психофармакотерапиянинг 7-14-28-кунларида ўтказиладиган терапиянинг самарадорлиги ва бардошлилигини баҳолаш тавсия этилади, сўнгра ҳар 4 ҳафтада бир марта даволаш курси тугагунига қадар даволашни ўз вақтида тузатиш зарур. Муросасизлик ёки етарли самарадорлик бўлмаса, дозалар ўзгартирилади ёки препарат ўзгартирилади.
-----------	--

5C	Серотонин қайта сўрилишини селектив ингибиторлари, венлафаксин, имипрамин ёки кломипрамин гуруҳидаги дорилар, бензодиазепин ҳосилалари билан монотерапия, тасдиқланган мувофиқлик ва ВБ ташхиси билан терапия пайтида ремиссияга ериша олмаган беморларга қаршиликни енгиш стратегиясига ўтиш тавсия этилади. ХБ аломатларини йўқотиш учун.
-----------	---

ВБнинг чидамли ҳолатлари учун қуйидаги дориларни буюриш мумкин: антидепрессантлар - миртазапин 15-45 мг/кун; дулоксетин 60-120 мг/кун; милнасипран 50-100 мг/кун; антиэпилептик препаратлар - габапентин 600-3600 мг/кун, валпик кислота 500-3000 мг/кун; антидепрессантларга антипсихотикларни қўшиш - оланзапин 2,5-20 мг/кун, рisperидон 0,25-3 мг/кун, арипипразол 5-30 мг/кун. Юқоридаги барча дори-дармонларни оғиз орқали юбориш тавсия этилади, терапия давомийлиги ҳар бир ҳолатда беморнинг клиник ҳолатига қараб аниқланиши керак;

Психотерапия

Психотерапия невротик касалликларни даволашнинг тасдиқланган самарали усули ҳисобланади, шу жумладан. ва ваҳима бузилиши. Умуман олганда, психофармакотерапия ҳолатнинг тезроқ яхшиланишини таъминлайди ва беморнинг камроқ кучини, вақтини ва иқтисодий харажатларини талаб қилади, аммо дори-дармонларни қабул қилиш тўхтатилганда семптомлар қайталаниши мумкин. Психотерапия, айниқса ВБни шакллантириш ва сақлашнинг психологик механизмлари муҳим рол ўйнаса, яхши самара ва узоқроқ ремиссия беради. Психофармакотерапия ва психотерапиянинг комбинацияси мақбулдир, чунки бу руҳий касалликларнинг шаклланишининг замонавий биопсихосоциал концепциясига максимал даражада мос келади ва шахсийлаштирилган тиббиёт тамойилларини амалга ошириш ва терапевтик аралашувлар самарадорлигини ошириш имконини беради. Бир қатор психотерапия усуллари учун далилларга асосланган тадқиқотлар мавжуд. Аммо шуни эсда тутиш керакки, психотерапияда далилларга асосланган тадқиқот дизайни жуда мураккаб ва клиник амалиёт кўп жиҳатдан илмий тажрибадан фарқ қилади.

Психотерапевтик даволанишга қарши кўрсатмалар ва чекловлар:

- 1) ўзини ошкор қилиш қўрқуви ва қўлланиладиган психологик ҳимоя механизмлари мажмуасида рад этиш устунлиги бўлган беморлар;
- 2) ўзгариш учун етарли мотивацияга эга бўлмаган ва касалликдан аниқ иккиламчи фойда кўрган беморлар;
- 3) шахслараро сезгирлиги паст бўлган беморлар;
- 4) психотерапия машғулотларига мунтазам қатнаша олмайдиган беморлар;
- 5) индивидуал ва гуруҳли психотерапияда фаол вербализация ва тинглаш жараёнида иштирок етмайдиган беморлар;

б) характеристик хусусиятлари индивидуал ва гуруҳли психотерапияда конструктив ишлашга имкон бермайдиган ва бу ишдан фойда кўрмайдиган беморлар (ўз ҳис-туйғуларини доимо ўзларининг психологик ҳолатини кузатишдан кўра ҳимоя реакцияси сифатида кўрсатадилар; ёки оғир негативизм ёки қаттиққўллик билан оғриган беморлар).

1А	ВБ билан оғриган беморларни даволашда ташвишланишни янада самарали ва доимий равишда камайтириш, ВХ частотаси, ўрганиш бўшашиши, иррационал муносабатларни тузатиш, асосий механизмлар ва қарама-қаршилиқларни билиш учун психофармакотерапия билан биргаликда турли хил психотерапия турларидан фойдаланиш тавсия этилади. Психофармакотерапия ва психотерапия нисбати беморнинг индивидуал клиник кўринишлари ва психологик хусусиятларига қараб мослашувчан тарзда белгиланади.
----	--

Ваҳима бузилиши билан оғриган беморлар ҳар қандай тушунарсиз аломат ёки ҳис-туйғуларни яқинлашиб келаётган фалокат белгиси сифатида кўришади.

Ваҳима реакцияси бўлган одамларнинг асосий хусусияти уларнинг физиологик тизимлари - юрак-қон томир, нафас олиш, марказий асаб қулаб тушишига ишонишдир. Ваҳима бузилиши билан оғриган беморлар ўзига хос когнитив услубга эга: улар ўзларининг ҳис-туйғуларини реал тарзда идрок эта олмайдилар ва уларни ҳалокатли талқин қила олмайдилар.

Когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг асосий мақсадлари қуйидагилардир: ноаниқлик учун паст толерантлик; ташвиш ҳақида ижобий ётқиқод; муаммони ҳал қилиш йўналишининг йўқлиги; когнитив қочиш. Когнитив хулқ-атвор психотерапияси доирасида барча усуллар жуда самарали эмас.

Анъанага кўра, нафас олиш машқлари қўлланилади, бу ВХ таркибида аниқ гипервентиляция компоненти бўлса кўрсатилади. Нафас қисилиши соғлиқ учун хавфли деб баҳоланадиган ва ташқи огоҳлантирувчи стимуллардан келиб чиқадиган кўрқувни кўзғатадиган ёки кучайтирадиган стресс фонида содир бўлганлиги сабабли, симптомларнинг маъносини кейинчалик когнитив қайта боғлаш билан нафас олишни назорат қилиш бўйича машғулотлар ўтказиш тавсия этилади. Тренингни сумкада нафас олиш орқали симптомларни назорат қилиш кўникмаларини эгаллаш билан экспериментал гипервентиляция билан тўлдириш мумкин. Унинг самарадорлиги ҳар доим ҳам бир маънода баҳоланмайди ва кўп жиҳатдан ВБнинг клиник кўринишларига ва беморнинг муносабатига боғлиқ.

Интеросептив таъсир қилиш яхши исботланган таъсирга эга – ВХ пайтида беморда пайдо бўладиган ички нохуш туйғуларга чидамликни оширади. Когнитив қайта қуриш ва декатастрофикация тана сезгиларининг нотўғри ғоялари ва талқинларини тузатишга қаратилган. Нотўғри ҳукмларни рад этадиган қўшимча маълумотларни тақдим этиш учун *in vivo* таъсир қилиш билан тўлдирилиши мумкин. Ҳақиқий ҳаётга таъсир қилиш ҳар доим ҳам даволаниш самарадорлигини оширмайди, лекин ҳақиқатда хатти-ҳаракатларни синаб кўриш ва даволанишга риоя қилишни ошириш учун фойдали бўлиши мумкин. Экспозициянинг замонавий вариантлари уни амалга ошириш учун виртуал ҳақиқат имкониятларидан фаол фойдаланиш, масалан, махсус кўзойнақлардир.

СБТ ҳам индивидуал, ҳам гуруҳ шаклида амалга оширилиши мумкин.

Техник имкониятларнинг ривожланиши виртуал ҳақиқат, интернет технологиялари ва мобил иловалардан фойдаланган ҳолда техникани ривожлантиришга ёрдам берди. Виртуал ҳақиқатда таъсир қилиш самарадорлигини тасдиқловчи ва рад этадиган тадқиқотлар мавжуд.

2В

Хавотир даражасини пасайтириш, ваҳима хуружларининг частотасини камайтириш ва симптомлар остида ётган онгсиз механизмларни аниқлаш учун ВБ билан оғриган беморларга қисқа муддатли психодинамик психотерапиядан ўтиш тавсия этилади - ҳафтасига 2 марта 24 сеанс.

Бу ваҳима белгилари ва ваҳима намоён бўлиши билан боғлиқ психодинамик жиҳатларга қаратилган психоаналитик психотерапиянинг рандомизацияланган синовларда ўзига хос самарадорликка эга тузилган шакли. Даволаш ваҳима белгиларининг маъносини аниқлашга, инкор этилган, ваҳима билан боғлиқ ҳис-туйғулар, можаролар ва хаёлотларни англашни бостирадиган психологик ҳимоя механизмларининг намоён бўлишига эътиборни қаратишга қаратилган. Қўлланиладиган асосий усуллар - тушунтириш, қарама-қаршилик ва изоҳлаш. Терапиянинг уч босқичи мавжуд бўлиб, улар бир-бирини таъқиб қилиш шарт эмас ва беморнинг хусусиятларига қараб турли муддатларга эга бўлиши мумкин. Биринчи босқич ваҳима эпизодларининг ўзига хос мазмуни ва маъносини аниқлашга қаратилган. Беморнинг касаллик тарихини таҳлил қилиш ВБ намоён бўлишига ҳисса қўшиши мумкин бўлган ўзига хос заифликларни аниқлаш учун амалга оширилади, масалан, ота-оналарнинг ўзига хос вакиллари, травматик вазиятлар, ғазаб ва ёмонлик ҳиссиётларини ифодалаш ва тартибга солишдаги қийинчиликлар. Терапевт нейтрал тарзда беморга беҳуш ёки тоқат қилиш қийин бўлган хаёл ва ҳис-туйғуларни, масалан, ташлаб кетиш қўрқувини ёки қасос олиш истагини оғзаки равишда айтишга ёрдам беради. Маълумотлар ғазаб, шахсий автономиянинг ривожланиши ва жинсий алоқа билан боғлиқ интрапсихик можароларни ифодалаш учун ишлатилади. Асосий мақсад ваҳима аломатларини камайтиришдир. Иккинчи босқич ваҳима намоён бўлиши ва сақланиб қолиши учун заифликни аниқлайдиган психодинамик компонентларни аниқлашга қаратилган.

Энг кенг тарқалганлари - бу ғазаб туйғуларини тан олиш ва тартибга солиш билан боғлиқ қарама-қарши тажрибалар, ажралиш хавотирининг намоён бўлиши билан боғлиқлик-автономияга оид қарама-қарши тажрибалар, шунингдек, жинсий қўзғалиш намоён бўлиши билан боғлиқ низолар. Ушбу муносабатлар динамикасининг хусусиятлари беморнинг ҳозирги муносабатларини муҳокама қилишда ҳам, ўтмишдаги муҳим бошқалар билан ҳам намоён бўлади. Терапевт билан бўлган муносабатларида, бу беморлар кўпинча ғазаб, ажралиш ва мустақиллик билан боғлиқ бўлган низоларни ўтказиш реакцияларида такрорлайдилар. Ушбу можароларни яхшироқ тушуниш ваҳима бошланишидан олдин ваҳима айланишини бузишга ёрдам беради ва ваҳима белгиларига нисбатан заифликни камайтиради. Тугатиш босқичи ғазаб ва автономия билан боғлиқ низолар билан ишлаш имкониятини беради, чунки улар даволаниш ва ажралишнинг тугаши контекстида юзага келади. Терапевт беморга йўқотиш билан боғлиқ ҳис-туйғуларни бошдан кечиришга ва аниқ ифодалашга ёрдам беради. Яхшироқ хабардорлик ва тушуниш бу ҳис-туйғуларни муваффақиятли тартибга солишга ёрдам беради ва оғир ВХ ривожланиш эҳтимолини камайтиради. Ғазабни ижтимоий жиҳатдан мақбул, қўрқмасдан ифодалаш қобилияти терапиянинг муҳим ютуғидир. Кўпроқ қатъийлик ва шахслараро низоларни муҳокама қилиш қобилияти психосоциал фаолиятни яхшилади ва ВХга заифликни камайтиради.

1В	Хавотир даражасини пасайтириш, ваҳима хуружларининг частотасини камайтириш, нафас олиш ва мушакларнинг кучланишини назорат қилиш учун ВБ билан оғриган беморларга релаксация усуллари қўллаш тавсия этилади - 10-15 сеанс.
-----------	--

“Биоорқага” усулидан фойдаланиш беморга унинг ҳолатини қандай тартибга солиш ва уни кузатиш қобилиятини ўрганиш имконини беради.

5С	Шахсиятга йўналтирилган (реконструктив) психотерапияни психодинамик йўналишнинг ички версияси сифатида таснифлаш мумкин. Психотерапия беморнинг шахсий бузилишларининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, беморнинг муносабатлар тизимини шакллантиришнинг ўзига хос хусусиятларини, патоген вазиятларни ва невротик конфликтларни таҳлил қилиш ва билиш орқали беморнинг бузилган муносабатлар тизимини тиклашга қаратилган. Терапевтик механизмлардан мувозанатли фойдаланиш (қарама-қаршилик, ҳиссий-тузатувчи тажриба ва ўрганиш) кутилаётган ўзгаришларнинг учта текислигини (когнитив, ҳиссий ва мотивацион-хулқ-атвор соҳаларида) ҳисобга олган ҳолда, беморнинг бузилган муносабатларини ўзгартиришга имкон беради. Семptomатик кўринишлар даражасида ижобий динамикага қўшимча равишда, беморнинг шахслараро ва ижтимоий фаолияти ва ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланади.
-----------	---

Бошқа даволаш

2В	ВБ билан оғриган беморлар учун, айниқса чидамли шакллар, ташвиш даражасини пасайтириш ва ваҳима хуружларининг частотасини камайтириш учун транскраниал магнит стимуляция усулларидан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	---

Ўзбекистон Республикасининг "Муҳим дори воситаларининг умумий рўйхати"га киритилган дори воситалари гуруҳлари

Код	Анатомик ва терапевтик кимёвий тасниф гуруҳлари (АТГ)	Халқаро мулкый ном	Қунига ўртача доз	Бир курс учун ўртача доз
N05AA	Fenotiazinning alifatik birikmalari	Xlorpromazin Levomepromazin	600 мг 100 мг	6000 мг 1000 мг
N05AB	Fenotiazin piperazin birikmalari	Trifluoperazin Flufenazin	20 мг 100 мг	420 мг 1000 мг
N05AC	Fenotiazin piperazin birikmalari	Tioridazin	200 мг	4200 мг
N05AD	Butirofenon birikmalari	Haloperidol	10 мг	210 мг
N05AH	Diazepinlar, oksazepinlar va tiazeprinlar	Ketiapin Klozapin Olanzapin	400 мг 200 мг 10 мг	8400 мг 4200 мг 100 мг
N05AL	Benzamidlar	Tiaprid sulpirid	300 мг 300 мг	6300 мг 6300 мг
N05AX	Бошқа антипсихотиклар	Рисперидон	2 мг	42 мг
H03AФ	Производные карбоксамида	Карбамазепин	400 мг	1200 мг
H03AG	Ёғ 'кислоталари ҳосилалари	Валпик кислота	750 мг	22500 мг
H03AX	Бошқа антиэпилептик препаратлар	Ламотридин	25 – 50 мг	1500мг
H05AH	Литий тузи	Литий тузи	300-600мг	18000мг
H06AB	Селектив серотонинни қайтариб олиш инхибиторлари	Флуоксетин Сертралин	20мг 20мг	600мг 600мг
H06AX	Бошқа антидепрессантлар	Тразадон Миртазапин Венлафаксин	100мг 30мг 75 мг	3000мг 900мг 2250 мг
H06AA	Селектив бўлмаган моноаминларни қайтариб олиш инхибиторлари	Амитриптилин	75 мг	2250 мг

Реабилитация

5C	ВБ билан оғриган беморларга беморларнинг вақтинчалик ногиронлигини қисқартириш, жамиятда ерта социализация ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун реабилитация чораларини қўллаш тавсия этилади.
----	---

5C	ВБ билан оғриган беморларга вақтинчалик ногиронлик даврини қисқартириш, жамиятда ерта социализация ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун ижтимоий марказлаштирилган ва психо-марказли қўллаб-қувватловчи психотерапевтик усуллардан фойдаланиш тавсия этилади.
----	--

5C	ВБ билан оғриган беморларга даволашнинг сифати ва самарадорлигини ошириш учун реабилитациянинг махсус турлари сифатида оилавий, ижтимоий-психологик, профессионал қўллаб-қувватловчи психотерапия ва / ёки психокоррекция тавсия этилади.
----	---

5C	ВБ билан оғриган беморларга даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш учун қўллаб-қувватловчи психотерапия реабилитация тадбирларининг муҳим шаклларида бири сифатида тавсия этилади, бу амбулатория шароитида индивидуал ва гуруҳли психотерапия шаклида амалга оширилиши мумкин.
----	---

5C	ВБ билан оғриган беморлар терапияни тўғрилаш ва уни тўғри бекор қилиш, психотерапия ўтказиш учун психотерапевт ёки психиатр томонидан кузатилиши ва назорати остида бўлиши тавсия этилади.
----	--

5C	ВБ билан оғриган беморларга ўз жонига қасд қилиш хавфи, оғир кечиши, руҳий патологияси, терапияга чидамлилиги, ҳолатни динамик баҳолаш, амбулатор даволанишни тузатиш учун кўрсатмаларни аниқлаш ва ўз вақтида касалхонага ётқизиш ҳолатларида психиатр томонидан клиник кузатувдан ўтиш тавсия этилади.
----	--

Профилактикаси (олдини олиш)

ВХ такрорланишининг олдини олиш учун махсус профилактика йўқ. ВБ профилактикаси соғлом турмуш тарзи тамойилларини, аҳоли ўртасида руҳий саломатликни сақлашга қаратилган чора-тадбирларни жорий этиш, спиртли ичимликлар ва психофаол моддаларни истеъмол қилишни чеклашдан иборат. Шунингдек, аҳолини ВБ белгиларини ерта аниқлаш ва тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилиш мақсадида хабардор қилиш.

5C	ВБ билан оғриган беморларга соғлом турмуш тарзи тамойилларига риоя қилиш ва ташвишли касалликларнинг олдини олиш учун аҳоли ўртасида руҳий саломатликни сақлашга қаратилган чора-тадбирларни амалга ошириш тавсия этилади.
----	--

Жисмоний фаоллик ВБ ривожланиш хавфини камайтиради ва ташвиш билан самарали курашишга ёрдам беради.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Тиббий муассасада касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) касалхонада фармакотерапияни танлашни талаб қиладиган ваҳима хуружларининг юқори частотаси;
- 2) касалхонада фармакотерапияни танлашни талаб қиладиган қаттиқ ташвиш;
- 3) касалхонада дори терапиясини танлашни талаб қиладиган коморбид рухий касалликлар мавжудлиги;
- 4) шифохонада дори терапиясини танлашни талаб қилувчи коморбид соматик касалликлар мавжудлиги;
- 5) беморнинг ҳаракатини сезиларли даражада мураккаблаштирадиган чекловчи хатти-ҳаракатлар, доимий агорафобия билан оғир фобик ҳолатлар;
- 6) дори терапиясининг ёмон толерантлиги.

Беморни тиббий ташкилотдан чиқаришга кўрсатмалар:

- 1) адекват ва самарали фармакотерапияни танлаш;
- 2) муҳим нохуш ҳодисаларнинг йўқлиги;
- 3) ваҳима хуружларининг частотасини камайтириш;
- 4) ташвиш даражасини пасайтириш;
- 5) рухий ҳолатни барқарорлаштириш;
- 6) соматик ҳолатни барқарорлаштириш;
- 7) чекловчи хулқ-атворни енгиш билан фобик ҳолатларни енгиллаштириш.

Кўшимча маълумот

Узоқ муддатли кечишига таъсир қилувчи омиллар (ВБнинг чўзилган кечишини башорат қилувчи омиллар)

Узайган шаклларнинг узлуксиз курсини предикторлари	<ul style="list-style-type: none">— преморбид минимал мия етишмовчилиги;— функционал интергемисферик асимметриянинг ўнг томонлама тури;— ота-она оиласидаги муҳим шахсларнинг ҳиссий эътиборсизлиги, бу ерта муносабатлардаги муваффақиятсиз тажрибалар билан боғлиқ низоларни ҳал қилишга, янги тажрибаларни интеграциялашга, барқарор ўзини ўзи қадрлашни шакллантиришга тўсқинлик қиладиган, шахснинг мослашувчан
--	--

	потенциалининг пасайиши биопсихосоциал тўпلامга олиб келади.
Узайган тўлқинга ўхшаш оқимни предикторлар шакллари	– шахснинг стрессга мойиллигини белгилайдиган, шахснинг энг муҳим муносабатларига таъсир қилувчи ва ўхшаш (стереотипик) характерга эга бўлган шахсий хусусиятлари
Узоқ муддатли курснинг психологик прогнозлари	– репрессия шаклида психологик ҳимоядан фойдаланиш; – касалликка нисбатан ичкилик; – нарсисистик тартибга солишнинг чуқурроқ бузилиши, ўз-ўзини ҳурмат қилишнинг беқарорлиги, танқидга юқори заифлик; – ёмон тажрибаларга танлаб эътибор бериш; шахслараро муносабатларни ўрнатишда қийинчилик, бу алоқалардан қочиш ёки ижобий ўзини ўзи қадрлашни таъминлайдиган муносабатларини излаш орқали намоён бўлади.
Узоқ муддатли курснинг ижтимоий прогнозлари	– ёлғиз она томонидан тарбияланган; – ота-онанинг ажралиши/ажралиши; – сурункали, узоқ давом этадиган невротик касалликлари бўлган беморларда муаммони ҳал қилишда хулқ-атвор кўникмаларини шакллантиришда оилавий муносабатларнинг алоҳида аҳамиятини кўрсатадиган ота-оналар оиласидаги номутаносиб муносабатлар;
Узоқ муддатли курснинг клиник кўрсаткичлари	– кўшимча руҳий касалликлар – коморбид соматик касалликлар – гиёҳванд моддаларни суистеъмол қилиш – узоқ муддатли ҳақиқий стрессли вазият ва умидсизликка паст бардошлик, терапевтик қаршилик

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезонлари	Бажарилди
1.	Клиник текширув ўтказилди (клиник-анамнестик, клиник-психопатологик, клиник-патогенетик маълумотлар тўпланган)	Ҳа/йўқ
2.	Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфи баҳоланади	Ҳа/йўқ
3.	Экспериментал психологик текширув ўтказилди	Ҳа/йўқ
4.	Умумий (клиник) қон тести, биокимёвий умумий терапевтик қон тести, умумий сийдик тести, қон зардобидидаги умумий трийодотиронин (Т3), қон зардобидидаги еркин трийодотиронин (Т3), даражани ўрганиш. қон зардобидидаги	Ҳа/йўқ

	умумий тироксин (Т4), қон зардобидаги еркин тироксин (Т4) даражаси ўтказилди) қон, қондаги қалқонсимон безни огоҳлантирувчи гормон даражаси	
5.	Электроэцефалография ўтказилди	Ҳа/йўқ
6.	Электрокардиография ўтказилди	Ҳа/йўқ
7.	Психофармакотерапия буюрилади	Ҳа/йўқ
8.	Белгиланган терапиянинг самарадорлиги ва бардошлилиги таҳлили ўтказилди (7-14-28 кунларда ва кейин ҳар ойда)	Ҳа/йўқ
9.	Терапияни ўзгартириш терапиянинг самарадорлиги ёки интолерантлик бўлмаганида амалга оширилди	Ҳа/йўқ
10.	Психотерапия ўтказилди	Ҳа/йўқ
11.	Хавотирлик даражасини, ваҳима хуружларининг частотаси ва интенсивлигини камайтиришга эришилди	Ҳа/йўқ

Бемор учун маълумот

Ваҳима бузилиши нима?

Ваҳима бузилиши - бу асаб тизимининг касаллиги бўлиб, унинг асосий кўриниши аҳамиятсиз сабабларга кўра ёки бирон бир сабабсиз юзага келадиган, ҳақиқий хавф билан боғлиқ бўлмаган ташвишли хуружлардир.

Ваҳима бузилишининг асосий белгилари қандай?

Тўсатдан, асоссиз ташвиш ҳисси (ваҳима хуружи), нафас олиш қийинлишуви, бош айланиши, ўлим ёки яқинлашиб келаётган офат кўрқуви, кўкрак ёки ошқозон оғриғи, "томоқдаги шиш" ҳисси ва бошқалар.

Ваҳима бузилиши диагностикаси

Одатда, ваҳима бузилиши ташхиси шунга ўхшаш белгиларга олиб келиши мумкин бўлган барча касалликларни истисно қилгандан сўнг амалга оширилади. Ваҳима хуружларини ташхислаш ва даволаш психотерапевт ёки психиатр томонидан амалга оширилади.

Дастлабки ташхис умумий амалиёт шифокори ёки невролог томонидан амалга оширилиши мумкин.

Ваҳима бузилишини даволаш

Ваҳима бузилишини даволаш психотерапия ва ташвишларни камайтирадиган дориларни (анксиолитикларни) ўз ичига олади.

Психотерапия хавотир бузилиши билан оғриган беморга вазиятни тўғри баҳолашга ва ташвиш хуружи пайтида енгилликка эришишга ёрдам берадиган турли усулларни ўз ичига олади. Психотерапия индивидуал ёки кичик

гуруҳларда ўтказилиши мумкин. Турли вазиятларда ўзини тутишни ўрганиш стрессли вазиятларни енгиш қобилиятига ишончни ҳис қилишга ёрдам беради.

Ваҳима бузилиши учун дори-дармонларни даволаш ташвишга таъсир қилувчи турли дориларни қўллашни ўз ичига олади. Қўрқув хавотирни камайтирадиган дориларга анксиолитиклар (седативлар) дейилади. Дори-дармонларни даволаш - рецептлаш, терапияни тузатиш, дори-дармонларни бекор қилиш фақат мутахассис шифокор томонидан амалга оширилади.

Адабиётлар рўйхати

1. Lijster J. M. The Age of Onset of Anxiety Disorders / J. M. Lijster, B. Dierckx, E. M. Utens et al. // *Can. J. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 62 (4). – P.237–246. – doi: 10.1177/0706743716640757.
2. Harber L. Meta-Analysis of Neuropsychological Studies in Panic Disorder Patients: Evidence of Impaired Performance during the Emotional Stroop Task / L. Harber, R. Hamidian, A. Bani-Fatemi et al. // *Neuropsychobiology*. – 2019. – Vol. 78 (1). – P. 7–13. – doi: 10.1159/000496623.
3. Beşirli A. The relationship between impulsivity and panic disorder-agoraphobia: the role of affective temperament / A. Beşirli // *Psychiatry Research*. – 2018. – Vol. 264. – P. 169–174.- DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.021.
4. Barry T. J. Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders / T. J. Barry, S. P. Yeung, J. Y. F. Lau // *J. Adolesc.* – 2018. – Vol. 68. – P.232-241.doi: 10.1016/j.adolescence.2018.08.008.
5. Ken I., Hisanobu K., Naomi H., Yuji O. Comparison of clinical features of panic disorder patients with and without family history of psychiatric disorders] // *Наука и здравоохранение*. – 2017. – № 5. – С. 67–75.
6. Lawrence P. J. Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders / P. J.Lawrence, K. Murayama, C. Creswell // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2019. – Vol. 58 (1). – P. 46–60. – doi: 10.1016/j.jaac.2018.07.898.
7. Iurato S. DNA Methylation signatures in panic disorder / S. Iurato, T. Carrillo-Roa, J. Arloth et al. // *Transl. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 7 (12). – Article number: 1287.–doi: 10.1038/s41398-017-0026-1.
8. Chen K. Is the Val66Met polymorphism of the brain-derived neurotrophic factor gene associated with panic disorder? A meta-analysis / K. Chen, N. Wang, J. Zhang et al. // *Asia-Pacific Psychiatry*. – 2017. – Vol. 9 (2). – P. 1–7/ – doi: 10.1111/appy.12228.
9. Wu Y. Gray matter changes in panic disorder: A voxel-based meta-analysis and meta-analytic connectivity modeling / Y. Wu, Y. Zhong, Z. Ma et al. // *Psychiatry Res. Neuroimaging*. – 2018. – Vol. 30(282) – P. 82–89. – doi: 10.1016/j.psychresns.2018.09.009.
10. Kim Y. K. Common and distinct brain networks underlying panic and social anxiety disorders / Y. K. Kim, H. K. Yoon // *Prog. Neuropsychopharmacol.Biol. Psychiatry*. – 2018. – Vol. 3 (80 - Pt B). – P. 115–122. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.06.017.
11. Quagliato L. A. Cytokine alterations in panic disorder: A systematic review / L. A. Quagliato, A. E. Nardi // *J. Affect. Disord.* – 2018. – Vol. 1 (228). – P.91–96. – doi: 10.1016/j.jad.2017.11.094.
12. Quagliato L. A. The role of acid-sensitive ion channels in panic disorder: a systematic review of animal studies and meta-analysis of human studies / L. A. Quagliato, R. C. Freire,

- A. E.Nardi // *Transl. Psychiatry*. – 2018. – Vol. 8 (1). – Article number:185. – doi: 10.1038/s41398-018-0238-z.
13. Gottschalk M. G. Orexin in the anxiety spectrum: association of a HCRTR1 polymorphism with panic disorder/agoraphobia, CBT treatment response and fear-related intermediate phenotypes / M. G. Gottschalk, J. Richter, C. Ziegler et al. // *Transl. Psychiatry*. – 2019. – Vol. 9 (1). – Article number:75. – doi: 10.1038/s41398-019-0415-8.
 14. Fischer S. Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders- Systematic review and meta-analysis / S. Fischer, A. J. Cleare // *J. Anxiety Disord.* – 2017. – Vol. 47. – P. 60–68. – doi: 10.1016/j.janxdis.2017.02.007.
 15. Zorn J. V. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis / J. V. Zorn, R. R. Schür, M. P. Boks et al. // *Psychoneuroendocrinology*. – 2017. – Vol. 77. – P. 25–36. – doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.11.036.
 16. Preti A. Prevalence and treatment of panic disorder in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis / A. Preti, J. Vrublevska, A. A. Veroniki et al. // *Evid. Based Ment Health*. – 2018. – Vol. 21 (2). – P. 53–60. – doi: 10.1136/eb-2017-102858
 17. Pavlova B. Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis / B. Pavlova, R. H. Perlis, O. Mantere et al. // *Psychol. Med.* – 2017. – Vol. 47 (6). – P. 1107–1115. – doi: 10.1017/S0033291716003135.
 18. Batinic B. Comorbidity and Suicidality in Patients Diagnosed with Panic Disorder/Agoraphobia and Major Depression /B.Batinic, G. Opacic, T. Ignjatov, D. S. Baldwin // *Psychiatr. Danub.* – 2017. – Vol. 29 (2). – P. 186–194. – DOI: 10.24869/psyd.2017.186.
 19. Machado S. Panic disorder and cardiovascular diseases: an overview / S. Machado, F. Sancassiani, F. Pae et al. // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 29 (5). – P. 436–444. – doi: 10.1080/09540261.2017.1357540.
 20. Greenslade J. H. Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms / J. H. Greenslade, T. Hawkins, W. Parsonage et al. // *Heart Lung. Circ.* – 2017. – Vol. 26 (12). – P.1310–1316. – doi: 10.1016/j.hlc.2017.01.001.
 21. Zugliani M. M. Personality Traits in Panic Disorder Patients With and Without Comorbidities / M. M. Zugliani, R. Martin-Santos, A .E. Nardi, R. C. Freire // *Expert Opin. Drug Saf.* – 2018. – Vol. 17 (3). – P. 315–324. – doi: 10.1080/14740338.2018.1429403.
 22. Heppell J. L. Incidence of panic disorder in patients with non-cardiac chest pain and panic attacks / J. L. Heppell, I. Denis, S. Turcotte et al. // *J. Health Psychol.* – 2019. doi: 10.1177/1359105319859062.
 23. Indranada A. M. The association of panic and hyperventilation with psychogenic non-epileptic seizures: A systematic review and meta-analysis / A. M. Indranada, S.A. Mullen, R. Duncan et al. // *Seizure*. – 2018. – Vol. 59. P. 108–115. – doi: 10.1016/j.seizure.2018.05.007.
 24. Caldirola D. Are there advances in pharmacotherapy for panic disorder? A systematic review of the past five years / D. Caldirola, A. Alciati, A. Riva, G. Perna // *Expert Opin. Pharmacother.* – 2018. – Vol. 19 (12). – P.1357–1368. – doi: 10.1080/14656566.2018.1504921.
 25. Breitbart J. Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective - a qualitative study / J. Breitbart, T. S. Hiller, E. Schöne et al. // *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.* – 2019. – Vol. 143. – P. 15–20. – doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002.
 26. de Vries Y. A. Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis / Y. A. de Vries, A. M. Roest, J. G. M. Burgerhof, P. de Jonge // *Depress. Anxiety*. – 2018. – Vol. 35 (6). – P. 515–522. – doi: 10.1002/da.22737.

27. Jakubovski E. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders / E. Jakubovski, J. A. Johnson, M. Nasir et al. // *Depress. Anxiety*. – 2019. – Vol. 36 (3). – P. 198–212. – doi: 10.1002/da.22854.
28. Quagliato L. A. International Task Force on Benzodiazepines. Selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in panic disorder: A meta-analysis of common side effects in acute treatment / L. A. Quagliato, F. Cosci, R. I. Shader et al. // *J. Psychopharmacol.* – 2019. 15:269881119859372. – doi: 10.1177/0269881119859372.
29. Bighelli I. Is the efficacy of antidepressants in panic disorder mediated by adverse events? A mediational analysis [Электронный ресурс] / I. Bighelli, A. Borghesani, C. Barbui // *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12 (6). – Article: e0178617.
30. Guaiana G. Antidepressants, benzodiazepines and azapirones for panic disorder in adults: a network meta-analysis / G. Guaiana, C. Barbui, D. M. Caldwell et al.// *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017. – Suppl. 8. – DOI: 10.1002/14651858.CD012729.

