

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**

**“VAHIMA BUZILISHI” NOZOLOGİYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

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



“ ” “ ” 202__ yil

“VAHIMA BUZILISHI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

**“VAHIMA BUZILISHI” NOZOLOGIYASINING
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

Kirish qismi
Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11

F 41.0	Vahima (epizodik paroxysmal havotir)
F 41.00	VB Ortacha - turt khaftalik davrida kamid 4 ta vahima xuruzhi
F 41.01	Ogir VB - turt khaftalik kuzatuv yordam khaftada kamid turtta vahima khuruzhi
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6B01	Vaxima Buzilish
MB23.H	Vahima xurijlari
https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01	

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.

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasi 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 kafedrasi mudiri.

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

Chembayev B. R. PhD, RIRSIAM direktorining psixiatriya bo'yicha o'rinbosari.

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

Taqrizchilar

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

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrasi 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:

Z. Sh. Ashurov - t.f.d., prof., RIRSIAM direktori

Klinik protokol №3 may 2025 noyabrda 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. Nurxadjayev Sobir Nosirxadjayevich-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:

VH	–	vahima hujumi
VB	–	vahima buzilishi
MRT	–	magnit-rezonans tomografiya
RNS	–	randomizatsiyalangan nazorat ostida sinov

Mundarija

1.	“_ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	5-bet
2.	“ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	22-bet
3.	“ВАҲИМА БУЗИЛИШИ” NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	25-bet

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, magistrlar, doktorantlar

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 sifatlil 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

Vahima buzilishi (PD) (epizodik paroksizmal bezovtalik) eng keng tarqalgan ruhiy kasalliklardan biri bo'lib, u takroriy vahima hujumlari bilan namoyon bo'ladi, ko'pincha o'z-o'zidan paydo bo'ladi, bemor uchun oldindan aytib bo'lmaydigan holatlar, o'ziga xos narsalar, jismoniy

stress yoki hayotga xavf tug'dirmaydi. vaziyatlarda, kutilayotgan tashvish juda tez shakllanadi - hujumni kutish qo'rquvi.

Etiologiyasi va patogenezi

Vahima buzilishi (VB) uchun xavf omillari quyidagilardan iborat:

Shaxsiy xususiyatlar - umumiy salbiy ta'sirchanlik, salbiy his-tuyg'ularni boshdan kechirish tendentsiyasi va tashvishli sezgirlik (tashvishning turli ko'rinishlarini salbiy baholashga moyillik va ularning salomatlik uchun salbiy oqibatlari haqida g'oyalar). Alohida omil - bu tashvishli mish-mishlarga moyillik va vahima haqidagi fikrlar, garchi ularning PD rivojlanishidagi xavf darajasi hali aniqlanmagan. Qisqa muddatli qo'rquv hujumlari tarixi (PD tashxisini qoniqtirmaydigan vaqt bilan cheklangan vahima hujumlari) vahima hujumi (PA) va PD namoyon bo'lishi uchun xavf omili bo'lishi mumkin. Bolalikda kuchli ajralish tashvishi ko'pincha PD bilan og'rigan bemorlarda uchraydi, ammo PDning mustaqil bashoratchisi sifatida qaralmaydi.

Ijtimoiy omillar - anamnezda bolalik davridagi zo'ravonlik, jinsiy va jismoniy zo'ravonlik VB bilan og'rigan bemorlarda boshqa tashvish kasalliklariga qaraganda tez-tez uchraydi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, VB bilan og'rigan onalar tomonidan tarbiyalangan bolalar onalarida VB bo'lmagan bemorlarga qaraganda bu kasallikdan ko'proq azoblanadi. Bugungi kunga kelib, bu fakt genetik omilning ta'sirini, tarbiya natijasida tashvishlanishga tayyorligini yoki ikkalasining kombinatsiyasini aks ettiradimi, aniq emas. Chekish ham VH, ham VB uchun xavf omili hisoblanadi. Ko'pgina bemorlar birinchi VH oldidan o'ziga xos kuchlanish holatlari mavjudligini ta'kidlaydilar (shaxslararo qiyinchiliklar, jismoniy kasalliklar, dori-darmonlarni qabul qilishda nojo'ya ta'sirlar, umumiy behushlik, kasallik yoki oila a'zosining o'limi), ba'zi hollarda bu bog'liqlik jarayonda o'rnatiladi. psixoterapiya.

Genetik va fiziologik omillar - VB poligenli multifaktorial kasallik bo'lib, PRning namoyon bo'lishi uchun javobgar bo'lgan genetik polimorfizmlar (ko'p genetik variantlar) faol o'rganilmoqda. Agar ota-onalar tashvish, depressiya yoki bipolyar kasalliklardan aziyat cheksa, VB rivojlanish xavfi ortadi. Zamonaviy neyrobiologik tadqiqotlar VB da amigdala va tegishli tuzilmalarning alohida rolini ko'rsatadi. Limbik tizim, bazal ganglionlar, miya poyasi, temporal va prefrontal korteksning tuzilishi va funktsiyalaridagi anomalialarning ahamiyati ko'rib chiqiladi. Nafas olish patologiyasi, masalan, astma, kasallik tarixi, komorbidlik va oila tarixi darajasida VB bilan bog'liq.

Xavotir buzilishlari orasida VB hozirgacha eng ko'p o'rganilgan, ammo bu patologiyaning etiopatogenezi haqida yagona tushuncha mavjud emas. Vegetativ nazariya mashhur bo'lib, u simpatik va parasempatik tizimlarning o'zaro ta'sirining yurak ko'rsatkichlarini va noradrenergik dorilarga javobni o'rganishga asoslangan. Mavjud ma'lumotlar avtonom nerv tizimining simpatik va parasempatik bo'linmalari o'rtasidagi o'zaro ta'sirning buzilishi yoki buzilishi tufayli VB shakllanishi mumkinligini tasdiqlaydi. Yana bir mashhur nazariya bu serotonergik nazariya bo'lib, u serotonergik dorilarni qo'llashda yaxshi terapevtik ta'sir bilan qo'llab-quvvatlanadi. Serotonergik va boshqa neurotransmitterlar, ayniqsa noradrenergik tizimlar o'rtasidagi yaqin o'zaro ta'sirlar, disfunktsiyali bo'lsa, vegetativ regulyatsiyaning buzilishiga va VB namoyon bo'lishiga olib kelishi mumkin. GAMKergik uzatish va miyaning orexin tizimidagi buzilishlarning roli o'rganilmoqda.

VBni ishlab chiqishda patogeneznining neyroendokrin jihatlarini ham hisobga olinadi, organizmning gormonal tizimlarining ishlashi, kortizol, prolaktin, estrogen va qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon (TTG) darajasi va dinamikasi;

Biologik omillarning muhim rolini e'tirof etgan holda, VBning sababi sifatida psixologik omillarni aniqlaydigan bir qator nazariyalar mavjud. Eng mashhuri - kognitiv nazariya. Uning ta'kidlashicha, VB bilan og'riqan bemorlar o'ziga xos shaxsiy xususiyatlarga ega: tashvish sezuvchanligining oshishi va interotseptiv chegaraning pasayishi, ular halokatli fikrlash uslubiga va gipernazoratga intilishga moyil. Ushbu nazariya tajribalarda tasdiqlangan, bunda bunday shaxslar jismoniy faoliyat bilan qo'zg'atilganda sezilarli darajada ko'proq alomatlar haqida xabar berishadi. Psixodinamik yondashuv shuni ko'rsatadiki, erta bolalik davrida xavfsizlik va barqaror bog'liqlikning yo'qligi bilan bog'liq bo'lgan hissiy mahrumlik hissi aqliy va somatik sezgilarni farqlash va ta'sirchanlikni tartibga solish muammolarini belgilaydigan shaxsiyat tuzilishidagi nuqsonga olib keladi. VB ning namoyon bo'lishiga moyillikni keltirib chiqaradigan kuchlanish.

Epidemiologiya

PB eng ko'p 25 yoshdan 64 yoshgacha bo'lgan epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlari ayollarning erkaklarga nisbatan 2-4 baravar ustunligini ko'rsatadi; Turli tadqiqotlarga ko'ra, aholi orasida ushbu kasallikning tarqalishi 2 dan 5% gacha.

Tasniflash

VB tasnifi (klinik):

1. Agorafobiya bilan PR.
2. Agorafobiyasiz PR.

Klinika

VBning klinik ko'rinishida har xil intensivlikdagi vahima hujumlarining davriy ravishda paydo bo'lishi, yangi hujumlarni kutish qo'rquvi va tashvishlari, shuningdek, cheklovchi xatti-harakatlarning shakllanishining yuqori ehtimoli etakchi ahamiyatga ega.

Hujumning odatiy surati

Yurak-qon tomir tizimidan xarakterli alomatlar to'satdan paydo bo'lgan "kuchli yurak urishi", "uzilishlar", "to'xtash", yurak sohasidagi noqulaylik yoki og'riq hissi. Ko'pgina vahima hujumlari qon bosimining (VB) ko'tarilishi bilan birga keladi, ularning soni ancha yuqori bo'lishi mumkin. VH intensivligining pasayishi bilan qon bosimi raqamlari qo'rquvning disaktualizatsiyasi bilan parallel ravishda kamayadi, bu inqiroz kursi va vahima buzilishi bilan gipertenziyani differentsial tashxislash uchun ishonchli diagnostik mezon bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Nafas olish tizimidagi eng aniq buzilishlar: nafas olish qiyinlishuvi, nafas qisilishi va giperventiliya bilan havo etishmasligi hissi, "bo'g'ilish hissi". Hujumni tasvirlab, bemorlar "tomog'i siqilgan", "havo oqishini to'xtatgan" va "bo'lib qolgan" deb aytishadi. Aynan shu hislar bemorni derazalarni, balkonni ochishga va "toza havo" izlashga majbur qiladi. Hujum bo'g'ilish hissi bilan boshlanishi mumkin va bu holatlarda o'lim qo'rquvi nafas olishda "qiyinlik" natijasida paydo bo'ladi.

Ko'ngil aynishi, qusish, belching va epigastriumdagi noqulaylik kabi oshqozon-ichak kasalliklari kamroq uchraydi.

Qoida tariqasida, VH davrida bosh aylanishi, terlash, titroq hissi bilan titroq, issiqlik va sovuqning "to'lqinlari", paresteziya, sovuq qo'llar va oyoqlar kuzatiladi.

Hujumning oxirgi bosqichi poliuriya va / yoki tez-tez bo'shashgan axlatni o'z ichiga olishi mumkin.

Ob'ektiv ravishda, yuz rangidagi o'zgarishlar, yurak urish tezligi va qon bosimining o'zgarishi aniqlanadi va ob'ektiv tekshiruv vaqtida bemorlarning vegetativ kasalliklarning sub'ektiv tajribasi va ularning og'irligi o'rtasida dissotsiatsiya ko'pincha topiladi.

VB va izolyatsiya qilingan VH o'rtasidagi asosiy farq yangi VHni kutish qo'rquvining shakllanishi va natijada himoya harakati, ya'ni VH sodir bo'lgan joy va vaziyatlardan qochishdir (masalan, jamoat transporti, katta olomon va boshqalar).

Vahima buzilishining xarakterli belgilari

<p>Hujumning o'ziga xos xususiyatlari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • epizodlarning diskretligi • kuchli qo'rquv yoki noqulaylikning mavjudligi • hujumning to'satdan sodir bo'lishi • bir necha daqiqa davomida maksimal darajada oshirish • kamida bir necha daqiqa davom etishi
<p>Vegetativ buzilishlarning xususiyatlari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • yurak urish tezligining oshishi yoki oshishi • terlash, titroq yoki titroq • quruq og'iz • nafas olish qiyinlashadi • bo'g'ilish hissi • ko'krak qafasidagi og'riq va noqulaylik • ko'ngil aynishi yoki qorindagi noqulaylik • issiq chaqnashlar va titroqlar • uyqusizlik yoki karıncalanma hissi
<p>Vegetativ kasalliklarga qarshi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • bosh aylanishi, beqarorlik, "presenkop" hissi • ob'ektlarning haqiqiy emasligini his qilish (derealizatsiya) yoki o'zini o'zi uzoqlashtirgan yoki "bu erda emas" (depersonalizatsiya) • "ikkinchi darajali fobiyalar" ko'pincha mavjud: o'limdan qo'rqish, o'zini nazorat qilishni yo'qotish yoki aqldan ozish, yurak etishmovchiligidan qo'rqish, yurak xuruji, insult, yiqilish, noqulay vaziyat • disforik ko'rinishlar ham mumkin: asabiylashish, norozilik, tajovuzkorlik • melankoliya, depressiya, umidsizlik, o'ziga achinish bilan depressiv holatlar mavjudмогут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах:

	<ul style="list-style-type: none"> • “tomoqdagi shish hissi”, afoniya, amauroz, mutizm, oyoq-qo'llarda uyqusizlik yoki zaiflik; Ataksiya va cho'zish, qo'llarning "burilish" va "burilish" ham qayd etilgan.
--	---

Ikkilamchi qoidabuzarliklar:

- o'limdan ikkilamchi qo'rquv, o'zini tuta olmaslik, aqldan ozish;
- VH birinchi marta yuzaga kelgan har qanday vaziyatdan ikkilamchi qochish;
- yolg'iz qolishning ikkilamchi qo'rquvi, gavjum joylar, takroriy VH;
- ikkilamchi ijtimoiy fobiyalar; o ikkilamchi gipoxondriakal buzilishlar;
- ikkilamchi depressiv buzilishlar;
- ikkilamchi spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish (anksiyolitik maqsadlarda);
- sedativlarga ikkilamchi qaramlik.

Vahima hujumlarining turlari:

a) simptomlarning namoyon bo'lishiga ko'ra:

☑ katta (to'liq rivojlangan) vahima hujumlari - 4 ta yoki undan ko'p alomatlar;

☑ kichik (simptomatik zaif) - 4 tadan kam simptom.

Katta hujumlar kichiklarga qaraganda kamroq sodir bo'ladi (1 marta / oy-hafta), kichiklari esa kuniga bir necha marta sodir bo'lishi mumkin.

b) ayrim tarkibiy qismlarning og'irligiga qarab:

Tutqichlarning turi	Asosiy buzilishlar
"vegetativ" (odatiy)	vegetativ kasalliklarning ustunligi bilan va ajratilmagan fobiyalar.
"giperventilyatsiya"	etakchi giperventiliya kasalliklari, nafas olishning kuchayishi, refleks apnea bilan, paresteziya, nafas olish alkalozini bilan bog'liq mushak og'rig'i.
"fobik"	vegetativ belgilarga nisbatan vahima hujumi tuzilishida fobiyalar ustunlik qiladi. Qachon sodir bo'ladi bemorning fikriga ko'ra, hujumlarning paydo bo'lishi uchun potentsial xavfli bo'lgan vaziyatlarda qo'rquv qo'shilishi.
"konvertatsiya"	isterik konversiya belgilari ustunlik qiladi, ko'pincha senestopatik kasalliklar bilan, xarakterli yumshoq yoki vahima yo'q
"senestopatik"	senestopatiyalarning yuqori tarqalishi bilan.
"affektiv"	og'ir depressiv yoki disforik kasalliklar bilan.
"depersonalizatsiya-derealizatsiya"	o'zini yoki atrof-muhitni idrok etishda haqiqiy bo'lmagan his-tuyg'ular bilan

VB kursi:

Rivojlanayotganda, "klassik" holatlarda VBning quyidagi dinamikasi xarakterlidir, ular odatda quyidagi bosqichlardan o'tadi:

- ☒ simptomatik zaif hujumlar,
- ☒ to'liq vahima hujumlari,
- ☒ gipoxondriya,
- ☒ cheklangan fobiyadan qochish,
- ☒ keng fobik qochish, ikkilamchi depressiya.

Kasallik oylar va yillar davomida asta-sekin yoki kunlar yoki haftalar davomida tez rivojlanishi mumkin. 50% hollarda VB 1-bosqichda, 50%da esa 2-bosqichda boshlanadi.\

Vahima hujumlari davom etar ekan, ular turli xil hayotiy holatlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin, ular, xuddi shartli fobik tetikleyicilarga aylanadi. Vahima hujumlari paydo bo'lgandan so'ng, kuchayib boradi va shunga o'xshash vaziyatlarda takrorlanadi (odamlar ko'p bo'lgan joylarda, jamoat transportida va hokazo. Bemorlarda hujumlarning takrorlanish ehtimoli haqida tashvishli kutishlar mavjud (oldingi tashvish). Ko'pincha, barqaror qo'rquv hissi birinchi paroksizmdan keyin shakllanadi va u paydo bo'lgan vaziyatga (metro, avtobus, olomon) tegishli. Agar hujum uyda, yolg'iz sodir bo'lsa, ko'pincha uyda yolg'iz qolish qo'rquvi bor. Bu o'tmishdagi hujum holatidan hosil bo'lgan va agorafobiya paydo bo'lishiga hissa qo'shadigan oldini olish xatti-harakati yoki fobik xatti-harakat deb ataladigan cheklovchi xatti-harakatlarning maxsus rejimini shakllantirishga yordam beradi. ICD-10 ga muvofiq, bu holda "agorafobiya bilan VB" tashxisi qo'yiladi.

VB kursining uchta "kichik turi" mavjud:

1) Faqat VH taqdim etiladi, ularning klinik ko'rinishi faqat tabiatan ikkilamchi bo'lgan vaqtinchalik gipoxondriakal fobiya va agorafobiya bilan kengaytiriladi. O'tkir davr o'tgandan so'ng va vahima hujumlari kamaytirilsa, barcha psixopatologik kasalliklarning to'liq teskari rivojlanishi sodir bo'ladi.

2) Hujumlarga tezda agorafobiya qo'shiladi, bu uning namoyon bo'lishining barqarorligi bilan ajralib turadi. Fobofobiya va qochish harakati tezda rivojlanadi. Vahima hujumlari orqaga qaytsa, boshqa psixopatologik kasalliklarning kamayishi sodir bo'lmaydi. Agorafobiya klinik ko'rinishda birinchi o'ringa chiqadi va hujumlardan mustaqil ravishda doimiy xarakterga ega bo'ladi. Bemorlarning butun turmush tarzini boshqaradigan asosiy g'oya - bu hujumlarning paydo bo'lishi uchun sharoitlarni bartaraf etish (cheklovchi turmush tarzi).

3) VH fonida gipoxondriakal fobiyalarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. To'liq hujumlar bosqichidan so'ng, oylar va hatto yillar davomida klinik ko'rinishni aniqlaydigan kardio-, insult- va tanatofobiya birinchi o'ringa chiqadi. Doimiy interotseptiv hushyorlik va o'z sog'lig'i haqida gipoxondriakal tashvish mavjud, shu bilan birga tana faoliyatidagi eng kichik og'ishlar fobiyalarning kuchayishiga sabab bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, agorafobiya va cheklovchi xatti-harakatlar yo'q.

Xavotir buzulushlari kasalliklarida kognitiv buzilish tez-tez uchraydi. Ajratish:

1) e'tibor va ijro etuvchi funktsiyalarning buzilishi;

2) xotira buzilishi, diqqatning buzilishi tufayli eslashda qiyinchiliklar; kognitiv va metakognitiv nuqsonlar va zaifliklar.

Diqqatning buzilishi:

1) salbiy selektiv idrok - xavotirli stimullarga e'tiborning kuchayishi, bu ularning neytral stimullarga qaraganda tezroq aniqlanishiga olib keladi;

2) almashtirishdagi qiyinchiliklar.

Xotiraning buzilishi - vaziyatni engishning ijobiy tajribasi qayd etilmaydi. Anksiyete buzilishining rivojlanishidagi eng muhim kognitiv omil - bu noaniqlikka toqat qilmaslik va somatik his-tuyg'ularning halokatli talqini.

VB bo'lsa, affektiv kasalliklar, asosan depressiv buzilishlar, bipolyar buzuqlik, o'z joniga qasd qilish xatti-harakati, alkogolga qaramlik va giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish, yurak-qon tomir tizimining somatik kasalliklari, nafas olish kasalliklari va nevrologik kasalliklar bilan yuqori komorbidlik mavjud.

VBni quyidagi kasalliklardan ajratish tavsiya etiladi:

☒ ijtimoiy fobiya;

☒ o'ziga xos fobiya;

☒ obsesif-kompulsiv buzuqlik;

☒ travmadan keyingi stress buzilishi;

☒ umumiy tashvish buzilishi;

☒ affektiv kayfiyat buzilishlari (katta depressiv buzilish, takroriy depressiv buzilish, bipolyar affektiv buzilish, distimiya);

☒ somatoform buzilishlar;

☒ shizofreniya (paroksizmal-progressiv, sust), shizotipal buzuqlik;

☒ shaxsiyatning buzilishi (isterik, obsesif-kompulsiv, tashvishli, hissiy jihatdan beqaror, qaram);

☒ epilepsiya;

☒ miyaning qoldiq organik kasalliklari;

☒ miyaning organik kasalliklari;

☒ gipotalamusning buzilishi;

☒ qalqonsimon bezning patologiyasi;

☒ feokromotsitoma;

☒ arterial gipertenziya;

☒ yurak aritmiyalari;

- ☒ mitral qopqoq prolapsasi;
- ☒ koroner yurak kasalligi;
- ☒ nafas olish buzilishi;
- ☒ psixofaol moddalardan foydalanish (masalan, amfetaminlar, kokain va boshqalar);
- ☒ benzodiazepin hosilalarini olib tashlash
- ☒ farmakoterapiyaning nojo'ya ta'siri (masalan, tizimli kortikosteroidlar, jinsiy gormonlar va genital funktsiyani modulyatorlari, psixostimulyatorlar, diqqat etishmasligi giperaktivligi buzilishi uchun ishlatiladigan dorilar, inotrop dorilar, yurak kasalliklarini davolash uchun dorilar).

Diagnostika

Diagnostika mezonlari

A. Muayyan vaziyatlar yoki ob'ektlar bilan bog'liq bo'lmagan, lekin ko'pincha o'z-o'zidan paydo bo'ladigan takrorlanuvchi vahima hujumlari (bu epizodlarni oldindan aytib bo'lmaydi). Vahima hujumlari sezilarli keskinlik yoki hayot uchun xavf yoki tahdid paydo bo'lishi bilan bog'liq emas.

B. Vahima hujumi quyidagi belgilarning barchasi bilan tavsiflanadi:

- 1) bu kuchli qo'rquv yoki noqulaylikning diskret epizodi;
- 2) to'satdan boshlanadi;
- 3) bir necha daqiqada maksimal darajaga etadi va kamida bir necha daqiqa davom etadi;
- 4) quyidagi alomatlardan kamida 4 tasi bo'lishi va ulardan biri a-d ro'yxatidan bo'lishi kerak:

Avtonomiya belgilari

- a) yurak urishining kuchayishi yoki tezlashishi;
- b) terlash;
- v) qaltirash yoki titroq;
- d) quruq og'iz (dori-darmonlarni qabul qilish yoki suvsizlanish tufayli yuzaga kelmaydi);

Tana bilan bog'liq belgilar:

- e) nafas olish qiyinligi;
- f) bo'g'ilish hissi;
- g) ko'krak qafasidagi og'riq yoki noqulaylik;
- h) ko'ngil aynishi yoki qorin og'rig'i (masalan, oshqozon yonishi, diareya, meteorizm);
Ruhiy holat bilan bog'liq alomatlar
- i) bosh aylanishi, beqarorlik, hushidan ketish hissi;
- j) ob'ektlarning haqiqiy emasligi (derealizatsiya) yoki o'zining o'zi uzoqlashgani yoki "bu erda yo'qligi" hissi (depersonalizatsiya);
- k) boshqaruvni yo'qotishdan qo'rqish, aqldan ozish;
- l) o'limdan qo'rqish;

Umumiy simptomlar

- m) issiq chaqnash yoki titroq;
- o) uyqusizlik yoki karincalanma hissi.

B. Eng ko'p ishlatiladigan istisno mezonlari. Vahima hujumlari jismoniy buzilishlar, organik ruhiy buzilishlar (F00-F09) yoki shizofreniya va shunga o'xshash kasalliklar (F20-F29), kayfiyat (affektiv) buzilishlar (F30-F39) yoki somatoform kasalliklar (F45) kabi boshqa ruhiy kasalliklar tufayli yuzaga kelmaydi. –

Shikoyatlar va anamnez

5C	Xavotir shikoyatlari bo'lgan bemorlarni so'roq qilishda tashxisni tekshirish uchun aniq vaziyatlar bilan bog'liq bo'lmagan nazoratsiz tashvish va vahimaning diskret hujumlari mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi.
5C	Epizodik (paroksizmal) bezovtalik bilan og'riqan bemorlarda anamnezni yig'ishda, birinchi darajali qarindoshlarda vahima va xavotirlik buzilishi, haddan tashqari tashvish va bemorning ota-onasi tomonidan haddan tashqari himoyalani belgilari mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi. Differensial diagnostika maqsadi.
5C	Epizodik (paroksizmal) bezovtalik bilan og'riqan bemorning shikoyatlarini tahlil qilishda vahima hujumlari (tezlashtirilgan yurak urishi, terlash, titroq, titroq, nafas qisilishi, zaiflik, bosh aylanishi) bilan birga keladigan tashvishning vegetativ ko'rinishlari bilan bog'liq shikoyatlarni ta'kidlash tavsiya etiladi. qichishish, oyoq-qo'llarning uyquchanligi, sternum yoki oshqozon sohasidagi og'riq, ko'ngil aynishi), vaziyatni baholash va terapiyani tanlash uchun.
5C	VH bilan og'riqan barcha bemorlarning anamnezini yig'ishda ijtimoiy faoliyatdagi buzilishlarni va hayot sifatining pasayishi darajasini aniqlash va individual psixoterapevtik yondashuvni ishlab chiqish uchun cheklovchi xatti-harakatlarning mavjudligiga e'tibor berish va uning zo'ravonligi va intensivligini baholash tavsiya etiladi. strategiya.
5C	Barcha bemorlarda anamnezni yig'ishda, VHga o'xshash holatlar rivojlanishi mumkin bo'lgan somatik kasalliklarning ilgari o'rnatilgan tashxislari yoki belgilari va belgilari mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi (koroner yurak kasalligi, epilepsiya, bronxial astma, feokromotsitoma, gipertiroidizm, arterial qon tomirlari). gipertoniya, gipoglikemik holatlar va boshqalar) VBning differensial diagnostikasi maqsadida.
5C	VB bilan og'riqan barcha bemorlarning anamnezini yig'ishda vaziyatni differensial tashxislash va psixiatrik yordam turi va hajmini aniqlash uchun o'z joniga qasd qilish xavfini baholash kerak.
5C	Barcha bemorlardan tarixni olishda, giyohvand moddalarni iste'mol qilish buzilishi va giyohvand moddalarni iste'mol qilish buzilishi o'rtasidagi farqni aniqlash uchun giyohvand moddalar yoki spirtli ichimliklarni iste'mol qilish epizodlariga va har qanday dori-darmonlarni iste'mol qilish tarixiga e'tibor berish tavsiya etiladi.
5C	Xavotir bilan og'riqan barcha bemorlarning anamnezini yig'ish va shikoyatlarini aniqlashda boshqa ruhiy kasalliklarning (PDdan tashqari) hozirgi yoki o'tmishdagi belgilari, ayniqsa travmadan keyingi stress buzilishi, depressiya va bipolyar buzilishlar mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi. HBning differensial diagnostikasi maqsadi.

VH ko'pincha VB dan tashqari ruhiy kasalliklar kontekstida kuzatiladi. Shikastlanishdan keyingi stress buzilishi, depressiya yoki bipolyar buzilish aniqlangan taqdirda, ushbu bemorlarda PANi yuqoridagi kasalliklarning alomati sifatida baholash qonuniyrog' ko'rinadi..

Fizikal tekshiruv

5C	Epizodik (paroksizmal) tashvish bilan og'riqan bemorlarga somatik kasalliklarni istisno qilish, o'z-o'ziga zarar etkazish izlarini aniqlash uchun bo'yni, tana vaznini, jismoniy rivojlanish darajasini, bemorning terisining yaxlitligini o'lchash uchun tashqi tekshiruvdan boshlash tavsiya etiladi. xulq-atvor, shu jumladan. o'z-o'zini kesish (ularning yoshini hisobga olgan holda), somatik holatni baholash.
----	---

5C	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarda vegetativ simptomlarning organik sabablarini istisno qilish va VB tashxisini tasdiqlash uchun standart jismoniy va nevrologik tekshiruv tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Epizodik (paroksismal) bezovtalik bilan og'rigan bemorlar uchun fizik tekshiruvda jarohatlardan keyin chandiqlar va chandiqlarni aniqlash uchun bosh terisini tekshirish, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini va tilni tekshirish (chandiqlar, tishlash izlari mavjudligi) bilan differentsial tashxis qo'yish tavsiya etiladi. epilepsiya, travmatik miya shikastlanishi va ongni yo'qotish xurujlari.
-----------	---

5C	Epizodik (paroksismal) tashvish bilan og'rigan bemorlar uchun psixofaol moddalarni (PAS) qo'llashni aniqlash uchun fizik tekshiruv turli yoshdagi in'ektsiya izlarini aniqlashni o'z ichiga olishi tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Epizodik (paroksismal) tashvish bilan og'rigan bemorlarda qalqonsimon bez kasalliklarini istisno qilish uchun qalqonsimon bezni palpatsiya qilish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarga vegetativ ko'rinishlarni va somatik holatni baholash uchun yotganda (5 daqiqa dam olgandan keyin) va tik turganda (tik turgandan keyin 3 minut) puls va qon bosimini (BP) o'lchash tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarda qalqonsimon bez kasalliklarini istisno qilish uchun ekzoftalm yo'qligini aniqlash tavsiya etiladi.
-----------	---

Laboratoriya diagnostikasi

VB diagnostikasi uchun laboratoriya usullari mavjud emas. Laboratoriya testlari boshqa simptomatik o'xshash patologiyalarni istisno qilish uchun ishlatiladi.

5C	Epizodik (paroksismal) bezovtalik bilan og'rigan bemorlarga umumiy (klinik) qon testini, umumiy terapevtik biokimyoviy qon testini va somatik patologiyani istisno qilish va psixofarmakologik terapiyani qabul qilishda nojo'ya ta'sirlarni rivojlanish xavfini baholash uchun umumiy siydik tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarga qalqonsimon bez funksiyasini baholash uchun qon tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi: sarum umumiy triiodotironin (T3), sarum bo'sh triiodotironin (T3), sarum umumiy tiroksin (T4), qon zardobidagi erkin tiroksin (T4), qon kontsentratsiyasi. qalqonsimon bez patologiyasini istisno qilish uchun qondagi qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon.
-----------	--

Instrumental diagnostika tadqiqotlari

5C	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarda miyaning bioelektrik potentsiallarini baholash va paroksismal holatlarni istisno qilish uchun elektroensefalografiya tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Epizodik (paroksismal) tashvish bilan og'rigan bemorlarga qon tomir patologiyasini istisno qilish uchun transkraniyal arteriyalar va tomirlarning dupleks tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Epizodik (paroksismal) tashvish bilan og'rigan bemorlarda organik miya shikastlanishini istisno qilish uchun miyaning magnit-rezonans tomografiyasi (MRI) tavsiya etiladi.
-----------	--

2B	Epizodik (paroksismal) tashvishli bemorlarda somatik holatni baholash va yurak-qon tomir patologiyasini istisno qilish uchun elektrokardiografiya tavsiya etiladi.
-----------	--

Boshqa diagnostik testlar

Klinik va psixologik psixodiagnostik tadqiqot

VB patogeneza va klinik (klinik-psixopatologik va klinik-psixologik) namoyon bo'lishida psixologik omillar katta hissa qo'shadigan kasallik bo'lib, samarali davolash usuli psixoterapiya hisoblanadi. Ruhiiy buzilishlarni tushunishning biopsixososyal kontseptsiyasiga asoslanib, kasallik tufayli saqlanib qolgan va buzilgan bemorning individual psixologik xususiyatlarini aniqlash uchun davolash va diagnostika tadbirlarini amalga oshirishda ishtirok etish uchun tibbiy psixologlarni ko'p professional jamoalarga jalb qilish muhimdir. , psixoterapevtik ta'sir maqsadlarini aniqlash va terapevtik tadbirlar dinamikasini ob'ektivlashtirish. Shu bilan birga, VB bilan og'rikan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda tibbiy psixolog ishtirokining eng muhim tarkibiy qismlaridan biri psixologik diagnostika hisoblanadi. Umuman olganda psixologik diagnostikada ham, uning amaliy klinik qismida ham "tibbiy psixodiagnostika" yoki "klinikada psixologik diagnostika" deb ataladigan barcha asosiy turlar, usullar va usullardan foydalaniladi. Psixologik diagnostikaning asosiy nazariy tamoyillariga muvofiq, klinik amaliyotda klinik psixologik (ekspert) usullar (klinik suhbat, kuzatish, suhbat, faoliyat mahsulotlarini tahlil qilish va boshqalar) va eksperimental psixologik usullar qo'llaniladi.

So'rov usullari asosan olingan ma'lumotlarning o'z-o'zidan hisobot xarakteriga tayanadi va bunday ma'lumotlarning ob'ektivligi nuqtai nazaridan cheklovlariga ega. Boshqa tomondan, ular ko'proq darajada shaxsiyatning individual psixologik xususiyatlarini va kasallik holatida uning saqlanishi / o'zgarishini aks ettiradi, shuningdek, mavzuga xos bo'lgan keng ko'lamli aloqalar, munosabatlar, javob berish va kurashish usullarini ochib beradi. , shaxsiy va shaxsiy-atrof-muhit o'zaro ta'sirining boshqa klinik jihatdan muhim xususiyatlari va boshqalar. Bunday ma'lumotlar zamonaviy antropotsentrik va klinik fanlarning biopsixososyal paradigmasini amalga oshirishda shaxsiylashtirilgan yondashuv doirasida baholanishi kerak. Shu bilan birga, klinik usullar eksperimental psixologik tadqiqot jarayonlariga organik tarzda to'qilgan va ular to'g'ridan-to'g'ri sub'ektning namunalar va test usullarini bajarish jarayonida qo'llaniladi, bu psixologik muammolarni hal qilishda klinik va eksperimental psixologik usullardan foydalanishning o'ziga xos xususiyati diagnostika - bu kasallik tekshirilayotgan shaxsning holati tufayli yuzaga kelgan ruhiy va psixologik o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyatlarini ko'rib chiqish va tahlil qilish.

Shunday qilib, VB bilan og'rikan bemorni psixodiagnostik tekshiruvdan o'tkazishda klinik-psixologik psixodiagnostik tadqiqot tarkibida quyidagilar qo'llaniladi:

- 1) Klinik baholash shkalasi;
- 2) Klinik-psixologik va eksperimental-psixologik usullar va usullar (nostandart bo'lmagan pato- va neyropsikologik testlar, standartlashtirilgan psixometrik test texnikasi).

2B	Epizodik (paroksizmal) tashvishli bemorlar uchun tashvish darajasini va uning dinamikasini tekshirish va baholash uchun psixometrik shkalalar va simptomatik anketalardan foydalanish tavsiya etiladi: Hamilton tashvish shkalasi (HARS); Sog'liqni saqlash so'rovi (PHQ); klinik ko'rinishlarning og'irligini baholash uchun psixopatologik simptomlarning og'irligi so'rovnomasidan (SCL-90-R) foydalanish tavsiya etiladi; Integrativ tashvish testi (ITT); Spilberger-Hanin tashvish inventarizatsiyasi (STAI); Beck Anxiety Inventory (BAI); Sheehan tashvish shkalasi (SHARS).
-----------	--

Davolash

1A	VB bilan og'rikan bemorlarga simptomlarni engillashtirish uchun psixofarmakoterapiya va / yoki psixoterapiyadan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	--

Psixoterapiyaning afzalliklari davolashning somatik yon ta'sirining yo'qligi va ba'zi tadqiqotlarga ko'ra, erishilgan natijalarni yaxshiroq saqlab qolishdir. Kamchilik - bu yuqori xarajat, haftalik tashriflarga bo'lgan ehtiyoj, shaxsiy motivatsiya va bemorni davolanish jarayoniga jalb qilishning

muhim ahamiyati. Psixofarmakoterapiya kamroq moddiy va vaqt sarfini talab qiladi, lekin agar u to'xtatilsa, ko'pincha nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqaradi, alomatlar qaytalanishi mumkin;

Psixofarmakoterapiya

1A	Aniqlangan VB tashxisi bo'lgan bemorlarga umumiy xavotirni kamaytirish, VH chastotasi va intensivligini (fluvoksamin, sitalopram, essitalopram, paroksetinning samaradorligini) kamaytirish uchun selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörleri yoki #venlafaksin guruhidan dorilar bilan davolashni boshlash tavsiya etiladi. , fluoksetin, venlafaksin isbotlangan.
-----------	---

Tashxisni aniqlagandan so'ng, birinchi kurs sifatida selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörleri yoki venlafaksin guruhidan dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi. Tavsiya etilgan dozalar: eskitalopram - 5 mg / kun boshlang'ich dozasi, 10-20 mg / kun - parvarishlash dozasi; paroksetin - haftalik 10 mg / kun 40-60 mg / kun ortishi bilan 10 mg dan boshlang; fluoksetin - 20-60 mg / kun; sitalopram - 20-60 mg / kun; sertralin - 50-200 mg / kun; fluvoksamin - 100-300 mg / kun; venlafaksin - 75-225 mg / kun.

Shuni ta'kidlash kerakki, venlafaksin selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörlerine (birinchi navbatda, selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörleri uchun xos bo'lmagan qon bosimining mumkin bo'lgan oshishi) nisbatan bir oz yomonroq bardoshlik va yon ta'sirga ega. Davolash varianti 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 individual ravishda tanlanishi kerak. Yuqoridagi barcha dorilar uchun og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi, foydalanish muddati 6-12 oy. Keksalikda amitriptilinni buyurish istalmagan.

Ushbu dorilar bilan terapiya minimal dozalardan boshlanadi va asta-sekin terapevtik dozalarga titrlanadi; antidepressantlarning anksiyolitik ta'siri 2-8 hafta davomida individual ravishda rivojlanadi. Shuning uchun davolanishning birinchi bosqichida, ayniqsa, tez-tez vahima qo'zg'atadigan benzodiazepin hosilalari bilan kombinatsiyani qo'llash tavsiya etiladi.

Antidepressantlarning afzalliklari yaxshi samaradorlik-tolerabilite-xavfsizlik profilini, kuniga bir marta dozalash imkoniyatini va terapiyaning uzoq muddatli ta'sirining mavjudligini o'z ichiga oladi; Kamchiliklari - kechiktirilgan ta'sir, administratsiyaning boshida mumkin bo'lgan anksiyogenik ta'sir, dozani titrlash zarurati, jinsiy funktsiyaga salbiy ta'sir.

Muvofiqlikni ta'minlash uchun bemorni antidepressantlarni qabul qilishni boshlaganda yon ta'sirlarning mumkin bo'lgan rivojlanishi haqida ogohlantirish tavsiya etiladi. Qabul qilishning birinchi haftalarida bemorni kuzatish, o'z joniga qasd qilish xavfini va tashvish belgilarining mumkin bo'lgan kuchayishini baholash tavsiya etiladi.

Dori terapiyasini tayinlashda shifokor, birinchi navbatda, preparatning dalillarga asoslangan samaradorligi, uning bardoshlik profili, shuningdek, shifokorning o'z klinik tajribasi va malakasi haqidagi ma'lumotlarga tayanadi.

3B	Hech qanday kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan PR bilan og'rigan bemorlarga qisqa muddatli (3-4 haftagacha) tashvish darajasini va vahima hujumlarining chastotasini kamaytirish uchun benzodiazepin hosilalari guruhidan dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi - klonazepam 0,25 -4 mg/kun, lorazepam 1-6 mg/kun, alprazolam 0,75-4 mg/kun, diazepam 5-10 mg/kun.
-----------	--

Benzodiazepin hosilalarining afzalliklari tez ta'sir, yaxshi tolerabilite, keng terapevtik oyna - dozani oshirib yuborishda xavfsizlik; Ushbu dorilar guruhini buyurishdan oldin, yaxshi dori tarixini to'plash kerak. Ularni psixoaktiv moddalarga qaramlik yoki qaramlikni rivojlanish xavfi bo'lgan bemorlarga buyurish tavsiya etilmaydi. Shuningdek, muvofiqlashtirish muammolari va tushish xavfi ortishi sababli ularni keksa bemorlarga buyurish tavsiya etilmaydi. Bemorning muvofiqligiga e'tibor qaratish lozim - ba'zi hollarda bemorlar tavsiya etilgan dozalardan oshib ketishadi. Benzodiazepin hosilalari guruhidagi dorilar to'satdan terapiya to'xtatilganda qaramlikni

keltirib chiqarishi va olib tashlash sindromiga ega bo'lishi mumkin. Shuning uchun ulardan foydalanish muddati 3-4 hafta bilan cheklanishi kerak. Antidepressantlar bilan kombinatsiyalangan terapiya buyurilganda, ularni terapiyaning birinchi haftalarida antidepressantlar samarali ta'sir etguncha va keyin ularni to'xtatmaguncha buyurish afzaldir. Boshqa terapiya turlariga qarshilik mavjud bo'lganda, benzodiazepin hosilalari bilan uzoqroq terapiya mumkin. Eng ko'p xabar qilingan nojo'ya hodisalar - sedasyon, bosh aylanishi, muvofiqlashtirishni yo'qotish, diqqatni jamlashning buzilishi, xotira buzilishi, giyohvandlik va tolerantlikning rivojlanishi.

Benzodiazepin hosilalari guruhidan dori-darmonlarni buyurishda, qabul qilish chastotasi to'g'risida qaror qabul qilishda ularning yarimparchalanish davri hisobga olinishi kerak. Misol uchun, alprazolam, nisbatan qisqa yarimparchalanish davri tufayli, kuniga kamida 3 marta chastotada qo'llanilishi kerak.

Qo'llash usuli: og'ir simptomlar bo'lsa, mushak ichiga va tomir ichiga yuborishga ruxsat beriladi.

5C	VB bilan og'rigan bemorlarda VHni engillashtirish uchun bemorga benzodiazepin hosilalari guruhidan dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi (klonazepam 0,25-4 mg / kun, lorazepam 2-7,5 mg / kun, alprazolam 0,75-6 mg / kun).) vaqti-vaqti bilan ("kerak bo'lganda" kuniga, diazepam 5-10 mg).
-----------	--

Benzodiazepin hosilalarining afzalliklari ularning tezkor ta'siri bo'lib, bu VH ni tez bartaraf etish va vaziyatni barqarorlashtirishni ta'minlaydi. Biroq, ba'zi tadqiqotlarga ko'ra, benzodiazepin hosilalarini "talab bo'yicha" buyurish butunlay samarali va xavfsiz strategiya bo'lmasligi mumkin. Ushbu hodisani bemorlarning o'zlari tomonidan VH rivojlanishidan qo'rqib, dozani etarli darajada oshirmaslik bilan ham, qon plazmasidagi dorilar konsentratsiyasining keskin o'zgarishi bilan izohlash mumkin. Bundan tashqari, benzodiazepin hosilalarini bemorlar uchun "talab bo'yicha" qabul qilish himoya xatti-harakatlarining o'ziga xos shakliga aylanishi mumkin: bemorlar "har qanday holatda" o'zlari bilan dori-darmonlarni olib yurishadi va agar ular boshlangan VHga shubha qilsalar, ulardan foydalanishlari mumkin.

5C	Tanlangan serotoninni qaytarib olish inhibitörleri yoki venlafaksin guruhidagi dorilar bilan psixofarmakoterapiya VB simptomlarini qisman, ammo to'liq bartaraf etmagan bemorlar uchun simptomlarni to'liq bartaraf etish uchun antidepressantlarning dozasini tavsiya etilgan maksimal darajaga oshirish tavsiya etiladi. VB.
-----------	--

5C	Terapiyaga etarli darajada javob bermagan VB bilan og'rigan bemorlar uchun 4-6 haftadan keyin antidepressantni almashtirish yoki antidepressantlar va anksiyolitiklar guruhidan yoki antidepressantlar va antipsikotik dorilar guruhidan dori-darmonlarni kombinatsiyasi bilan davolash sxemalarini qo'llash tavsiya etiladi. shuningdek, qarshilikni bartaraf etish uchun psixofarmakoterapiya va psixoterapiyaning kombinatsiyasi.
-----------	--

5C	VB bilan og'rigan bemorlarga davolanish samaradorligini baholash uchun Hamilton anksiyete shkalasi yordamida dinamik tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi.
-----------	---

Terapiyaga javob Gamilton tashvish shkalasi bo'yicha umumiy ballning $\geq 50\%$ ga kamayishi deb hisoblanadi va remissiyaga erishish ≤ 7 ballni tashkil etadi. Amalda, terapiya samaradorligining uchta darajasini ajratib ko'rsatish maqsadga muvofiqdir. dori javobi:

- 1) Davolash samarali, ta'sir to'liq - VHning to'liq yo'qligi.
- 2) Davolash samarali, ta'sir qisman - VH chastotasi kamida 50% ga kamaydi.
- 3) Davolash samarasiz - VH chastotasi o'zgarmagan yoki 50% dan kamaygan.

Yuqoridagi darajalar indikativ bo'lib, shifokorning umumiy klinik taassurotlari bilan birga hisobga olinishi kerak, shu jumladan shakllangan agorafobik simptomlar majmuasining og'irligini baholash (oldingi tashvish va qochish harakati), VH zo'ravonligi (belgilar soni). hujum) va bemorning ijtimoiy moslashuv darajasi.

5C	Muayyan psixofarmakologik preparatga etarli darajada javob bermaydigan barcha bemorlar uchun ushbu preparatga etarli darajada terapevtik javob bermaslik faktini tekshirish uchun bemorning muvofiqligini ta'minlash tavsiya etiladi.
-----------	---

Agar dastlabki terapiya samarasiz bo'lsa, birinchi navbatda, bemorning mos kelishiga ishonch hosil qilish kerak, chunki dori-darmonlarni qabul qilish rejimini buzish holatlarning muhim qismida davolanishga qarshilikning shakllanishiga sabab bo'ladi. Davolashga rioya qilmaslik nojo'ya ta'sirlar, bemorning retseptlarga rioya qilish zarurligini tushunmasligi, davolanishning samarasizligi hissi (ayniqsa, ta'siri kechikadigan antidepressantlarni qabul qilishda) va davolanishga e'tiborsizlik bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Muvofiqlikni oshirish uchun siz bemor bilan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni muhokama qilishingiz, belgilangan vaqtda dori-darmonlarni qabul qilishga qat'iy rioya qilish muhimligini tushuntirishingiz kerak, shuningdek, ba'zi dori vositalarining ta'sirini bosqichma-bosqich rivojlantirish. Agar davolanish rejimining buzilishi aniqlansa, nima sodir bo'lganligining sababini aniqlashga harakat qilishingiz va bemor bilan birgalikda muammoni hal qilish mexanizmini ishlab chiqishingiz kerak.

4C	Tanlangan serotoninni qaytarib olish inhibitörleri yoki #venlafaksin guruhidagi dorilar bilan psixofarmakoterapiya VB alomatlarini qisman, ammo to'liq bartaraf etmagan bemorlar uchun 3 hafta davomida terapiyaga benzodiazepin hosilalarini qo'shish tavsiya etiladi (agar bemor qabul qilmasa). dastlabki bosqichda benzodiazepin hosilalari guruhidan dorilar) VB belgilarini to'liq bartaraf etish uchun.
-----------	---

Dori vositalarining optimal dozalari: alprazolam 0,75-6 mg/kun; klonazepam 1-4 mg/kun; lorazepam 2-7,5 mg/kun; diazepam kuniga 5-30 mg. Qo'llash usuli: og'ir simptomlar bo'lsa, mushak ichiga va tomir ichiga yuborishga ruxsat beriladi. Terapiya davomiyligi 3 haftagacha.

1B	Tanlangan serotoninni qaytarib olish ingibitorlari yoki venlafaksin guruhidagi dorilar bilan dastlabki terapiya paytida remissiyaga erisha olmagan bemorlarga VB belgilarini engillashtirish uchun terapiyani imipramin yoki klomipraminga o'zgartirish tavsiya etiladi.
-----------	--

Dori vositalarining optimal dozalari: imipramin 25-200 mg/kun yoki klomipramin 50-150 mg/kun. Yuqoridagi ikkala dori uchun og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi, foydalanish muddati 6-12 oy.

1B	Tanlangan serotoninni qaytarib olish inhibitörleri, #venlafaksin, imipramin yoki klomipramin guruhidagi dorilar bilan terapiya paytida remissiyaga erisha olmagan bemorlarga VB belgilarini engillashtirish uchun benzodiazepin hosilalari bilan monoterapiya tavsiya etiladi.
-----------	--

Dori vositalarining optimal dozalari: alprazolam 0,75-6 mg/kun; klonazepam 1-4 mg/kun; lorazepam 2-7,5 mg/kun; diazepam kuniga 5-30 mg; bromodihidroklorfenilbenzodiazepin 1-6 mg/kun. Qo'llash usuli: og'ir simptomlar bo'lsa, mushak ichiga va tomir ichiga yuborishga ruxsat beriladi. Terapiyaning davomiyligi 6 oydan oshmaydi. Giyohvandlik xavfi yuqori.

1B	Terapevtik ta'sir boshlanganidan so'ng, ta'sirni barqarorlashtirish va relapslarning oldini olish uchun VB bilan og'rigan bemorlarga uzoq muddatli farmakoterapiya (kamida 6 oy) tavsiya etiladi.
-----------	---

Benzodiazepin hosilalariga kelsak, umumiy tavsiyalar ularni qisqa kurslarda qo'llashni belgilaydi. Shu munosabat bilan, xavfsizlik nuqtai nazaridan, benzodiazepin hosilalarini uzoq muddatli qo'llash (6 oygacha) faqat antidepressant terapiya samarasiz bo'lsa oqlanishi mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, benzodiazepin hosilalarini qabul qilishni to'xtatish, olib tashlash sindromining og'irligini kamaytirish uchun dozani bosqichma-bosqich kamaytirish bilan amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, yarimparchalanish davri qisqa bo'lgan dorilar (alprazolam va lorazepam) uzoqroq yarimparchalanish davriga ega bo'lgan dorilarga (klonazepam, diazepam) qaraganda aniqroq olib tashlash alomatlarini keltirib chiqaradi.

5C	Benzodiazepin hosilalari guruhidagi dorilar bilan monoterapiya paytida remissiyaga erishgan barcha bemorlarga VB remissiyasini saqlab qolish uchun parvarishlash terapiyasi maqsadida terapiyani 6 oydan ko'p bo'lmagan muddatga davom ettirish tavsiya etiladi.
-----------	--

Benzodiazepin hosilalariga kelsak, umumiy tavsiyalar ularni qisqa kurslarda qo'llashni belgilaydi. Shu munosabat bilan, xavfsizlik nuqtai nazaridan, benzodiazepin hosilalarini uzoq muddatli qo'llash (6 oygacha) faqat antidepressant terapiya samarasiz bo'lsa oqlanishi mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, benzodiazepin hosilalarini qabul qilishni to'xtatish, olib tashlash sindromining og'irligini kamaytirish uchun dozani bosqichma-bosqich kamaytirish bilan amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, yarimparchalanish davri qisqa bo'lgan dorilar (alprazolam va lorazepam) uzoqroq yarimparchalanish davriga ega bo'lgan dorilarga (klonazepam, diazepam) qaraganda aniqroq olib tashlash alomatlarini keltirib chiqaradi.

5C	VB bilan og'rigan bemorlarda psixotrop dorilarni qo'llashda psixofarmakoterapiyaning quyidagi yon ta'sirini baholash tavsiya etiladi: sedasyon, uyquchanlik, letargiya, siydikni ushlab turish, ich qotishi yoki diareya, ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, buzilgan muvofiqlashtirish, konsentratsiyaning buzilishi, xotira buzilishi, terapiyadan nojo'ya ta'sirlar va asoratlarni rivojlanish ehtimolini kamaytirish uchun shaxsiylashtirilgan yondashuvning bir qismi sifatida giyohvand moddalarga qaramlik va tolerantlikni shakllantirish va boshqalar.
-----------	--

Shu bilan birga, ko'rsatmalarga muvofiq dori-darmonlarning etarli dozalari va retseptlari nojo'ya ta'sirlar xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.

5C	Psixotrop dorilarni qo'llashda VB bilan og'rigan bemorlarga psixofarmakoterapiyaning 7-14-28-kunlarida o'tkaziladigan terapiyaning samaradorligi va bardoshlilikini baholash tavsiya etiladi, so'ngra har 4 haftada bir marta davolash kursi tugaguniga qadar. davolashni o'z vaqtida tuzatish. Murosasizlik yoki etarli samaradorlik bo'lmasa, dozalar o'zgartiriladi yoki preparat o'zgartiriladi.
-----------	--

5C	Tanlangan serotoninni qaytarib olish inhibitörleri, venlafaksin, imipramin yoki klomipramin guruhidagi dorilar, benzodiazepin hosilalari bilan monoterapiya, tasdiqlangan muvofiqlik va PR tashxisi bilan terapiya paytida remissiyaga erisha olmagan bemorlarga qarshilikni engish strategiyasiga o'tish tavsiya etiladi. XB alomatlarini yo'qotish uchun.
-----------	---

VBning chidamli holatlari uchun quyidagi dorilarni buyurish mumkin: antidepressantlar - mirtazapin 15-45 mg / kun; duloksetin 60-120 mg/kun; milnacipran 50-100 mg / kun; antiepileptik preparatlar - gabapentin 600-3600 mg / kun, valpik kislota 500-3000 mg / kun; antidepressantlarga antipsikotiklarni qo'shish - olanzapin 2,5-20 mg / kun, risperidon 0,25-3 mg / kun, aripiprazol 5-30 mg / kun. Yuqoridagi barcha dori-darmonlarni og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi, terapiya davomiyligi har bir holatda bemorning klinik holatiga qarab aniqlanishi kerak;

Psixoterapiya

Psixoterapiya nevroitik kasalliklarni davolashning tasdiqlangan samarali usuli hisoblanadi, shu jumladan. va vahima buzilishi. Umuman olganda, psixofarmakoterapiya holatning tezroq yaxshilanishini ta'minlaydi va bemorning kamroq kuchini, vaqtini va iqtisodiy xarajatlarini talab qiladi, ammo dori-darmonlarni qabul qilish to'xtatilganda semptomlar qaytalanishi mumkin. Psixoterapiya, ayniqsa VBni shakllantirish va saqlashning psixologik mexanizmlari muhim rol o'ynasa, yaxshi samara va uzoqroq remissiya beradi. Psixofarmakoterapiya va psixoterapiyaning kombinatsiyasi maqbuldir, chunki bu ruhiy kasalliklarning shakllanishining zamonaviy biopsixososyal kontseptsiyasiga maksimal darajada mos keladi va shaxsiylashtirilgan tibbiyot tamoyillarini amalga oshirish va terapevtik aralashuvlar samaradorligini oshirish imkonini beradi. Bir qator psixoterapiya usullari uchun dalillarga asoslangan tadqiqotlar mavjud. Ammo shuni esda tutish kerakki, psixoterapiyada dalillarga asoslangan tadqiqot dizayni juda murakkab va klinik amaliyot ko'p jihatdan ilmiy tajribadan farq qiladi.

Psixoterapevtik davolanishga qarshi ko'rsatmalar va cheklovlar:

- 1) o'zini oshkor qilish qo'rquvi va qo'llaniladigan psixologik himoya mexanizmlari majmuasida rad etish ustunligi bo'lgan bemorlar;
- 2) o'zgarish uchun etarli motivatsiyaga ega bo'lmagan va kasallikdan aniq ikkilamchi foyda ko'rgan bemorlar;
- 3) shaxslararo sezgirligi past bo'lgan bemorlar;
- 4) psixoterapiya mashg'ulotlariga muntazam qatnasha olmaydigan bemorlar;
- 5) individual va guruhli psixoterapiyada faol verbalizatsiya va tinglash jarayonida ishtirok etmaydigan bemorlar;
- 6) xarakteristik xususiyatlari individual va guruhli psixoterapiyada konstruktiv ishlashga imkon bermaydigan va bu ishdan foyda ko'rmaydigan bemorlar (o'z his-tuyg'ularini doimo o'zlarining psixologik holatini kuzatishdan ko'ra himoya reaksiyasi sifatida ko'rsatadilar; yoki og'ir negativizm yoki qattiqqo'llik bilan og'rikan bemorlar).

1A	VB bilan og'rikan bemorlarni davolashda tashvishlanishni yanada samarali va doimiy ravishda kamaytirish, VH chastotasi, o'rganish bo'shashishi, irratsional munosabatlarni tuzatish, asosiy mexanizmlar va qarama-qarshiliklarni bilish uchun psixofarmakoterapiya bilan birgalikda turli xil psixoterapiya turlaridan foydalanish tavsiya etiladi. Psixofarmakoterapiya va psixoterapiya nisbati bemorning individual klinik ko'rinishlari va psixologik xususiyatlariga qarab moslashuvchan tarzda belgilanadi.
-----------	---

Vahima buzilishi bilan og'rikan bemorlar har qanday tushunarsiz alomat yoki his-tuyg'ularni yaqinlashib kelayotgan falokat belgisi sifatida ko'rishadi. Vahima reaksiyasi bo'lgan odamlarning asosiy xususiyati ularning fiziologik tizimlari - yurak-qon tomir, nafas olish, markaziy asab - qulab tushishiga ishonishdir. Vahima buzilishi bilan og'rikan bemorlar o'ziga xos kognitiv uslubga ega: ular o'zlarining his-tuyg'ularini real tarzda idrok eta olmaydilar va ularni halokatli talqin qila olmaydilar.

Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasining asosiy maqsadlari quyidagilardir: noaniqlik uchun past tolerantlik; tashvish haqida ijobiy e'tiqod; muammoni hal qilish yo'nalishining yo'qligi; kognitiv qochish. Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi doirasida barcha usullar juda samarali emas.

An'anaga ko'ra, nafas olish mashqlari qo'llaniladi, bu VH tarkibida aniq giperventiliya komponenti bo'lsa ko'rsatiladi. Nafas qisilishi sog'liq uchun xavfli deb baholanadigan va tashqi ogohlantiruvchi stimullardan kelib chiqadigan qo'rquvni qo'zg'atadigan yoki kuchaytiradigan stress fonida sodir bo'lganligi sababli, simptomlarning ma'nosini keyinchalik kognitiv qayta bog'lash bilan nafas olishni nazorat qilish bo'yicha mashg'ulotlar o'tkazish tavsiya etiladi. Treningni sumkada nafas olish orqali simptomlarni nazorat qilish ko'nikmalarini egallash bilan eksperimental hiperventiliya bilan to'ldirish mumkin. Uning samaradorligi har doim ham bir ma'noda baholanmaydi va ko'p jihatdan VBning klinik ko'rinishlariga va bemorning munosabatiga bog'liq.

Interoseptiv ta'sir qilish yaxshi isbotlangan ta'sirga ega – VH paytida bemorda paydo bo'ladigan ichki noxush tuyg'ularga chidamlilikni oshiradi. Kognitiv qayta qurish va dekatastrofikatsiya tana sezgilarining noto'g'ri g'oyalari va talqinlarini tuzatishga qaratilgan. Noto'g'ri hukmlarni rad etadigan qo'shimcha ma'lumotlarni taqdim etish uchun in vivo ta'sir qilish bilan to'ldirilishi mumkin. Haqiqiy hayotga ta'sir qilish har doim ham davolanish samaradorligini oshirmaydi, lekin haqiqatda xatti-harakatlarni sinab ko'rish va davolanishga rioya qilishni oshirish uchun foydali bo'lishi mumkin. Ekspozitsiyaning zamonaviy variantlari uni amalga oshirish uchun virtual haqiqat imkoniyatlaridan faol foydalanish, masalan, maxsus ko'zoynaklardir.

CBT ham individual, ham guruh shaklida amalga oshirilishi mumkin.

Texnik imkoniyatlarning rivojlanishi virtual haqiqat, Internet texnologiyalari va mobil ilovalardan foydalangan holda texnikani rivojlantirishga yordam berdi. Virtual haqiqatda ta'sir qilish samaradorligini tasdiqlovchi va rad etadigan tadqiqotlar mavjud.

2B	Xavotir darajasini pasaytirish, vahima hujumlarining chastotasini kamaytirish va simptomlar ostida yotgan ongsiz mexanizmlarni aniqlash uchun VB bilan og'rigan bemorlarga qisqa muddatli psixodinamik psixoterapiyadan o'tish tavsiya etiladi - haftasiga 2 marta 24 seans.
-----------	--

Bu vahima belgilari va vahima namoyon bo'lishi bilan bog'liq psixodinamik jihatlariga qaratilgan psixoanalitik psixoterapiyaning o'ziga xos tuzilgan shakli. randomizatsiyalangan sinovlarda samaradorlik. Davolash vahima belgilarining ma'nosini aniqlashga, inkor etilgan, vahima bilan bog'liq his-tuyg'ular, mojarolar va xayolotlarni anglashni bostiradigan psixologik himoya mexanizmlarining namoyon bo'lishiga e'tiborni qaratishga qaratilgan. Qo'llaniladigan asosiy usullar - tushuntirish, qarama-qarshilik va izohlash. Terapiyaning uch bosqichi mavjud bo'lib, ular bir-birini ta'qib qilish shart emas va bemorning xususiyatlariga qarab turli muddatlarga ega bo'lishi mumkin. Birinchi bosqich vahima epizodlarining o'ziga xos mazmuni va ma'nosini aniqlashga qaratilgan. Bemorning kasallik tarixini tahlil qilish VB namoyon bo'lishiga hissa qo'shishi mumkin bo'lgan o'ziga xos zaifliklarni aniqlash uchun amalga oshiriladi, masalan, ota-onalarning o'ziga xos vakillari, travmatik vaziyatlar, g'azab va yomonlik hissiyotlarini ifodalash va tartibga solishdagi qiyinchiliklar. Terapevt neytral tarzda bemorga behush yoki toqat qilish qiyin bo'lgan xayol va his-tuyg'ularni, masalan, tashlab ketish qo'rquvini yoki qasos olish istagini og'zaki ravishda aytishga yordam beradi. Ma'lumotlar g'azab, shaxsiy avtonomiyaning rivojlanishi va jinsiy aloqa bilan bog'liq intrapsixik mojarolarni ifodalash uchun ishlatiladi. Asosiy maqsad vahima alomatlarini kamaytirishdir. Ikkinchi bosqich vahima namoyon bo'lishi va saqlanib qolishi uchun zaiflikni aniqlaydigan psixodinamik komponentlarni aniqlashga qaratilgan.

Eng keng tarqalganlari - bu g'azab tuyg'ularini tan olish va tartibga solish bilan bog'liq qarama-qarshi tajribalar, ajralish xavotirining namoyon bo'lishi bilan bog'liqlik-avtonomiyaga oid qarama-qarshi tajribalar, shuningdek, jinsiy qo'zg'alish namoyon bo'lishi bilan bog'liq nizolar. Ushbu munosabatlar dinamikasining xususiyatlari bemorning hozirgi munosabatlarini muhokama qilishda ham, o'tmishdagi muhim boshqalar bilan ham namoyon bo'ladi. Terapevt bilan bo'lgan munosabatlarida, bu bemorlar ko'pincha g'azab, ajralish va mustaqillik bilan bog'liq bo'lgan nizolarni o'tkazish reaksiyalarida takrorlaydilar. Ushbu mojarolarni yaxshiroq tushunish vahima boshlanishidan oldin vahima aylanishini buzishga yordam beradi va vahima belgilariga nisbatan zaiflikni kamaytiradi. Tugatish bosqichi g'azab va avtonomiya bilan bog'liq nizolar bilan ishlash imkoniyatini beradi, chunki ular davolanish va ajralishning tugashi kontekstida yuzaga keladi. Terapevt bemorga yo'qotish bilan bog'liq his-tuyg'ularni boshdan kechirishga va aniq ifodalashga yordam beradi. Yaxshiroq xabardorlik va tushunish bu his-tuyg'ularni muvaffaqiyatli tartibga solishga yordam beradi va og'ir VH rivojlanish ehtimolini kamaytiradi. G'azabni ijtimoiy jihatdan maqbul, qo'rqmasdan ifodalash qobiliyati terapiyaning muhim yutug'idir. Ko'proq qat'iylik va shaxslararo nizolarni muhokama qilish qobiliyati psixososyal faoliyatni yaxshilaydi va VHga zaiflikni kamaytiradi.

1B	Xavotir darajasini pasaytirish, vahima hujumlarining chastotasini kamaytirish, nafas olish va mushaklarning kuchlanishini nazorat qilish uchun VB bilan og'rigan bemorlarga gevşeme usullarini qo'llash tavsiya etiladi - 10-15 seans.
-----------	--

Biyorqagadan foydalanish bemorga uning holatini qanday tartibga solish va uni kuzatish qobiliyatini o'rganish imkonini beradi.

5C	Shaxsiyatga yo'naltirilgan (rekonstruktiv) psixoterapiyani psixodinamik yo'nalishning ichki versiyasi sifatida tasniflash mumkin. Psixoterapiya bemorning shaxsiy buzilishlarining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish, bemorning munosabatlar tizimini shakllantirishning o'ziga xos xususiyatlarini, patogen vaziyatlarni va nevrotik konfliktlarni tahlil qilish va bilish orqali bemorning buzilgan munosabatlar tizimini tiklashga qaratilgan. Terapevtik mexanizmlardan muvozanatli foydalanish (qarama-qarshilik, hissiy-tuzatuvchi tajriba va o'rganish) kutilayotgan o'zgarishlarning uchta tekisligini (kognitiv, hissiy va motivatsion-xulq-atvor sohalarida) hisobga olgan holda, bemorning buzilgan munosabatlarini o'zgartirishga imkon beradi. Semptomatik
-----------	--

ko'rinishlar darajasida ijobiy dinamikaga qo'shimcha ravishda, bemorning shaxslararo va ijtimoiy faoliyati va hayot sifati sezilarli darajada yaxshilanadi.

Boshqa davolash

Kod	Anatomik va terapevtik kimyoviy tasnif guruhlari (ATG)	Xalqaro mulkiy nom	Kuniga o'rtacha doz	Bir kurs uchun o'rtacha doz
N05AA	Fenotiazinning alifatik birikmalari	Xlorpromazin Levomepromazin	600 mg 100 mg	6000 mg 1000 mg
N05AB	Fenotiazin piperazin birikmalari	Trifluoperazin Flufenazin	20 mg 100 mg	420 mg 1000 mg
N05AC	Fenotiazin piperazin birikmalari	Tioridazin	200 mg	4200 mg
N05AD	Butirofenon birikmalari	Haloperidol	10 mg	210 mg
N05AH	Diazepinlar, oksazepinlar va tiazepinlar	Ketiapin Klozapin Olanzapin	400 mg 200 mg 10 mg	8400 mg 4200 mg 100 mg
N05AL	Benzamidlar	Tiaprid sulpirid	300 mg 300 mg	6300 mg 6300 mg
N05AX	Boshqa antipsikotiklar	Risperidon	2 mg	42 mg
N03AF	Производные карбоксамида	Karbamazepin	400 mg	1200 mg
N03AG	Yog 'kislotalari hosilalari	Valpik kislota	750 mg	22500 mg
N03AX	Boshqa antiepileptik preparatlar	Lamotridgin	25 – 50 mg	1500mg
N05AN	Lityum tuzi	Litiy tuzi	300-600mg	18000mg
N06AB	Selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörleri	Fluoksetin Sertralin	20mg 20mg	600mg 600mg
N06AX	Boshqa antidepressantlar	Trazadon Mirtazapin Venlafaksin	100mg 30mg 75 mg	3000mg 900mg 2250 mg
N06AA	Selektiv bo'lmagan monoaminlarni qaytarib olish inhibitörleri	Amitriptilin	75 mg	2250 mg

2B PR bilan og'rigan bemorlar uchun, ayniqsa chidamli shakllar, tashvish darajasini pasaytirish va vahima hujumlarining chastotasini kamaytirish uchun transkraniyal magnit stimulyatsiya usullaridan foydalanish tavsiya etiladi.

Ba'zi hollarda, ayniqsa VBning chidamli shakllari bilan, bu usulni psixofarmakoterapiya va psixoterapiya bilan birlashtirish tavsiya etiladi.

O'zbekiston Respublikasining “Muhim dori vositalarining umumiy ro‘yxati”ga kiritilgan dori vositalari guruhlari

Reabilitatsiya

5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga bemorlarning vaqtinchalik nogironligini qisqartirish, jamiyatda erta sotsializatsiya va hayot sifatini yaxshilash uchun reabilitatsiya choralarini qo'llash tavsiya etiladi.
5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga vaqtinchalik nogironlik davrini qisqartirish, jamiyatda erta sotsializatsiya va hayot sifatini yaxshilash uchun ijtimoiy markazlashtirilgan va psixo-markazli qo'llab-quvvatlovchi psixoterapevtik usullardan foydalanish tavsiya etiladi.
5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga davolashning sifati va samaradorligini oshirish uchun reabilitatsiyaning maxsus turlari sifatida oilaviy, ijtimoiy-psixologik, professional qo'llab-quvvatlovchi psixoterapiya va / yoki psixokorreksiya tavsiya etiladi.
5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga davolash sifati va samaradorligini oshirish uchun qo'llab-quvvatlovchi psixoterapiya reabilitatsiya tadbirlarining muhim shakllaridan biri sifatida tavsiya etiladi, bu ambulatoriya sharoitida individual va guruhli psixoterapiya shaklida amalga oshirilishi mumkin..
5C	VB bilan og'rig'an bemorlar terapiyani to'g'rilash va uni to'g'ri bekor qilish, psixoterapiya o'tkazish uchun psixoterapevt yoki psixiatr tomonidan kuzatilishi va nazorati ostida bo'lishi tavsiya etiladi.
5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga o'z joniga qasd qilish xavfi, og'ir kechishi, ruhiy patologiyasi, terapiyaga chidamliligi, holatni dinamik baholash, ambulator davolanishni tuzatish uchun ko'rsatmalarni aniqlash va o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish holatlarida psixiatr tomonidan klinik kuzatuvdan o'tish tavsiya etiladi. kasalxonada.

Profilaktika(oldini olish)

VH takrorlanishining oldini olish uchun maxsus profilaktika yo'q. VB profilaktikasi sog'lom turmush tarzi tamoyillarini, aholi o'rtasida ruhiy salomatlikni saqlashga qaratilgan chora-tadbirlarni joriy etish, spirtli ichimliklar va psixofaol moddalarni iste'mol qilishni cheklashdan iborat. Shuningdek, aholini VB belgilarini erta aniqlash va tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilish maqsadida xabardor qilish.

5C	VB bilan og'rig'an bemorlarga sog'lom turmush tarzi tamoyillariga rioya qilish va tashvishli kasalliklarning oldini olish uchun aholi o'rtasida ruhiy salomatlikni saqlashga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish tavsiya etiladi.
----	--

Jismoniy faollik PD rivojlanish xavfini kamaytiradi va tashvish bilan samarali kurashishga yordam beradi.

Tibbiy yordamni tashkil etish

Tibbiy muassasada kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) kasalxonada farmakoterapiyani tanlashni talab qiladigan vahima hujumlarining yuqori chastotasi;
- 2) kasalxonada farmakoterapiyani tanlashni talab qiladigan qattiq tashvish;
- 3) kasalxonada dori terapiyasini tanlashni talab qiladigan komorbid ruhiy kasalliklar mavjudligi;
- 4) shifoxonada dori terapiyasini tanlashni talab qiluvchi komorbid somatik kasalliklar mavjudligi;

5) bemorning harakatini sezilarli darajada murakkablashtiradigan cheklovchi xatti-harakatlar, doimiy agorafobiya bilan og'ir fobik holatlar;

6) dori terapiyasining yomon tolerantligi.

Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarishga ko'rsatmalar:

1) adekvat va samarali farmakoterapiyani tanlash;

2) muhim noxush hodisalarning yo'qligi;

3) vahima hujumlarining chastotasini kamaytirish;

4) tashvish darajasini pasaytirish;

5) ruhiy holatni barqarorlashtirish;

6) somatik holatni barqarorlashtirish;

7) cheklovchi xulq-atvorni yengish bilan fobik holatlarni yengillashtirish.

Qo'shimcha ma'lumot

Uzoq muddatli kursga ta'sir qiluvchi omillar (GXBning cho'zilgan kursini bashorat qiluvchilar)

Uzaygan shakllarning uzluksiz kursini prediktorlari	<ul style="list-style-type: none"> - premorbid minimal miya etishmovchiligi; - funktsional interhemisferik assimetriyaning o'ng tomonlama turi; - ota-ona oilasidagi muhim shaxslarning hissiy e'tiborsizligi, bu erta munosabatlardagi muvaffaqiyatsiz tajribalar bilan bog'liq nizolarni hal qilishga, yangi tajribalarni integratsiyalashga, barqaror o'zini o'zi qadrlashni shakllantirishga to'sqinlik qiladigan biopsixososyal to'plamga olib keladi. shaxsning moslashuvchan potentsialining pasayishi
Uzaygan to'lqinga o'xshash oqimni prediktorlar shakllari	<ul style="list-style-type: none"> - - shaxsning stressga moyilligini belgilaydigan, shaxsning eng muhim munosabatlariga ta'sir qiluvchi va o'xshash (stereotipik) xarakterga ega bo'lgan shaxsiy xususiyatlari
Uzoq muddatli kursning psixologik prognozlari	<ul style="list-style-type: none"> - repressiya shaklida psixologik himoyadan foydalanish; - kasallikka nisbatan ichkilik; - narsisistik tartibga solishning chuqurroq buzilishi, o'z-o'zini hurmat qilishning beqarorligi, tanqidga yuqori zaiflik; - yomon tajribalarga tanlab e'tibor berish; трудности shaxslararo munosabatlarni o'rnatishda, bu aloqalardan qochish yoki ijobiy o'zini o'zi qadrlashni ta'minlaydigan otalik munosabatlarini izlash orqali namoyon bo'ladi.
Uzoq muddatli kursning ijtimoiy prognozlari	<ul style="list-style-type: none"> - yolg'iz ona tomonidan tarbiyalangan; - ota-onaning ajralishi/ajralishi; - surunkali, uzoq davom etadigan nevrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda muammoni hal qilishda xulq-atvor ko'nikmalarini shakllantirishda oilaviy munosabatlarning alohida ahamiyatini ko'rsatadigan ota-onalar oilasidagi nomutanosib munosabatlar;
Uzoq muddatli kursning klinik ko'rsatkichlari	<ul style="list-style-type: none"> - qo'shma ruhiy kasalliklar - komorbid somatik kasalliklar - giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish - uzoq muddatli haqiqiy stressli vaziyat va umidsizlikka past bardoshlik

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat mezonlari	Bajarildi
1.	Klinik tekshiruv o'tkazildi (klinik-anamnestik, klinik-psixopatologik, klinik-patogenetik ma'lumotlar to'plangan)	Ha/Yoq
2.	O'z joniga qasd qilish xulq-atvori xavfi baholanadi	Ha/Yoq
3.	Eksperimental psixologik tekshiruv o'tkazildi	Ha/Yoq
4.	Umumiy (klinik) qon testi, biokimyoviy umumiy terapevtik qon testi, umumiy siydik testi, qon zardobidagi umumiy triiodotironin (T3), qon zardobidagi erkin triiodotironin (T3), darajani o'rganish. qon zardobidagi umumiy tiroksin (T4), qon zardobidagi erkin tiroksin (T4) darajasi o'tkazildi) qon, qondagi qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon darajasi	Ha/Yoq
5.	Elektroansefalografiya o'tkazildi	Ha/Yoq
6.	Elektrokardiografiya o'tkazildi	Ha/Yoq
7.	Psixofarmakoterapiya buyuriladi	Ha/Yoq
8.	Belgilangan terapiyaning samaradorligi va bardoshliligi tahlili o'tkazildi (7-14-28 kunlarda va keyin har oyda)	Ha/Yoq
9.	Terapiyani o'zgartirish terapiyaning samaradorligi yoki intoleransi bo'lmaganida amalga oshirildi	Ha/Yoq
10.	Psixoterapiya o'tkazildi	Ha/Yoq
11.	Xavotirlik darajasini, vahima hujumlarining chastotasi va intensivligini kamaytirishga erishildi	Ha/Yoq

Bemor uchun ma'lumot

Vahima buzilishi nima?

Vahima buzilishi - bu asab tizimining kasalligi bo'lib, uning asosiy ko'rinishi ahamiyatsiz sabablarga ko'ra yoki biron bir sababsiz yuzaga keladigan, haqiqiy xavf bilan bog'liq bo'lmagan tashvishli hujumlardir.

Vahima buzilishining asosiy belgilari qanday?

To'satdan, asossiz tashvish hissi (vahima hujumi), nafas olish qiyinlishuvi, bosh aylanishi, o'lim yoki yaqinlashib kelayotgan ofat qo'rquvi, ko'krak yoki oshqozon og'rig'i, "tomoqdagi shish" hissi va boshqalar.

Vahima buzilishi diagnostikasi

Odatda, vahima buzilishi tashxisi shunga o'xshash belgilarga olib kelishi mumkin bo'lgan barcha kasalliklarni istisno qilgandan so'ng amalga oshiriladi. Vahima hujumlarini tashxislash va davolash psixoterapevt yoki psixiatr tomonidan amalga oshiriladi.

Dastlabki tashxis umumiy amaliyot shifokori yoki nevrolog tomonidan amalga oshirilishi mumkin.

Vahima buzilishini davolash

Vahima buzilishini davolash psixoterapiya va tashvishlarni kamaytiradigan dorilarni (anksiyolitiklarni) o'z ichiga oladi.

Psixoterapiya anksiyete buzilishi bilan og'riqan bemorga vaziyatni to'g'ri baholashga va tashvish hujumi paytida yengillikka erishishga yordam beradigan turli usullarni o'z ichiga oladi. Psixoterapiya individual yoki kichik guruhlarda o'tkazilishi mumkin. Turli vaziyatlarda o'zini tutishni o'rganish stressli vaziyatlarni engish qobiliyatiga ishonchni his qilishga yordam beradi.

Vahima buzilishi uchun dori-darmonlarni davolash tashvishga ta'sir qiluvchi turli dorilarni qo'llashni o'z ichiga oladi. Anksiyeteni kamaytiradigan dorilarga anksiyolitiklar (sedativlar) deyiladi. Dori-darmonlarni davolash - retseptlash, terapiyani tuzatish, dori-darmonlarni bekor qilish faqat mutaxassis shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Список литературы

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.