PSIXOMED BOOKS

ПСИХИАТРИЯ СЕРИЯСИ

ДЕПРЕССИЯ

Клиник шакллар
Ташхис ва даволаш



ЗЕБИНИСО АҲМЕДОВА

ДЕПРЕССИЯ

ШИФОКОРЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА

Клиник шакллар, нейробиология, ташхис ва даволаш

Зебинисо Аҳмедова

PSIXOMED BOOKS · Тошкент · 2026

© Зебинисо Аҳмедова, 2026

PSIXOMED BOOKS нашриёти · Тошкент

Барча ҳуқуқлар ҳимояланган. Китобнинг ҳар қандай қисмини муаллиф розилигисиз кўчириш ман этилади.

Клиник мисоллар таълим учун тузилган шартли вазиятлар бўлиб, ҳақиқий беморларни акс эттирмайди. Дори ва дозалар шифокор баҳосига асосланади.

Зебинисо Аҳмедова ёзган матн сунъий интеллект ёрдамида муҳаррирлик қилинди ва вёрстка қилинди.

Тарқатиш ва фойдаланиш муаллифнинг рухсати билан амалга оширилади.

КИТОБ КИМЛАР УЧУН ЁЗИЛГАН

Ушбу китоб психиатрлар, психотерапевтлар, оилавий шифокорлар, клиник психологлар, тиббиёт ординаторлари ва талабалари учун ёзилган. Китобда депрессив бузилишларни ташхислаш, фарқлаш, хавфни баҳолаш ва даволаш бўйича амалий ёндашув баён этилган.

Китоб беморлар ва уларнинг яқинлари учун мўлжалланмаган. Ташхис қўйиш ва даволаш тавсиялари фақат малакали шифокор томонидан берилади.

60 БОБЛИК КИТОБ

Клиник шакллар, баҳолаш ва даволаш бўйича мутахассислар учун қўлланма

Китоб бошида 60 бобнинг мундарижаси, кейин бобларнинг тўлиқ матни кетма-кет берилган. Қўлланма клиник суҳбат, ташхисни фарқлаш, даволашни асослаш ва натижани кузатишга бағишланган. Клиник мисоллар таълим учун тузилган шартли вазиятлар бўлиб, ҳақиқий беморларнинг шахсий маълумотларини акс эттирмайди.

Китоб муаллифи огоҳлантириш

Китобда келтирилган дорилар ва протоколлар Ўзбекистон Республикасидаги рўйхатдан ўтган дорилар ва тасдиқланган протоколлар билан солиштирилиши шарт.

Рўйхатдан ўтмаган дорини беморга ёзиш қонунга зид. Ҳар бир қарор беморни кўрган шифокор томонидан қабул қилинади.

МУНДАРИЖА

I · КЛИНИК БАҲОЛАШ

1 Депрессия нима 3

2 Депрессия таснифи ва МКБ-10 13

3 Шикоятдан анамнезга 35

4 Депрессияда руҳий статус 49

5 Депрессиянинг асосий симптомлари 61

6 Депрессив синдром ва оғирлик даражаси 71

7 Суицид хавфи ва шошилинч баҳолаш 79

8 Шкалалар ва даволаш натижасини ўлчаш 87

9 Дифференциал ташхис 95

10 Якуний ташхис ва клиник хулоса 103

II · МКБ-10 БЎЙИЧА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

11 Енгил депрессив эпизод 113

12 Ўртача оғирликдаги депрессив эпизод 121

13 Психотик симптомларсиз оғир депрессив эпизод 129

14 Психотик симптомли оғир депрессив эпизод 137

15 Ва F32.9 бошқа ва аниқланмаган депрессив эпизодлар 145

16 Қайталанувчи депрессив бузилиш 153

17 Ва F33.1 ҳозирги эпизод енгил ёки ўртача 161

18 Ва F33.3 ҳозирги эпизод оғир 169

19 Ремиссиядаги қайталанувчи депрессия 177

20 Ва F33.9 бошқа ва аниқланмаган қайталанувчи депрессия 185

21 Биполяр бузилишда енгил ёки ўртача депрессия 193

22 Ва F31.5 биполяр бузилишда оғир депрессия 199

23 Дистимия 205

24 Бошқа турғун кайфият бузилишлари 213

25 Аралаш хавотирли ва депрессив бузилиш 221

26 Қисқа муддатли депрессив реакция 229

27 Узоқ давом этувчи депрессив реакция 237

28 Аралаш хавотирли ва депрессив реакция 245

29 Доирасида органик депрессив бузилиш 253

30 Психофаол моддалар билан боғлиқ депрессив ҳолатлар 261

31 Туғруқдан кейинги депрессия ва F53.0 269

32 Қисқа муддатли қайталанувчи депрессив бузилиш 277

33 Шизофрения спектридаги депрессия 285

III · КЛИНИК ПРОФИЛЛАР

34 Аффектив-руминатив профиль 295
35 Анедоник-апатик профиль 303
36 Хавотирли ва ажитацияли профиль 311
37 Оғриқ ва соматик шикоятлар устун профиль 319
38 Стрессдан кейин сақланиб қолган депрессив белгилар 327
39 Меланхолик белгилар ва эндоген депрессия тушунчаси 335
40 Атипик белгилар билан кечувчи депрессия 343
41 Психотик ва кататоник кўринишлар 351
42 Дорига боғлиқ дисфория апатия ва ҳиссий тўмтоқлик 359
43 Мавсумий перименопаузал ва ёшга боғлиқ хусусиятлар 367

IV · НЕЙРОБИОЛОГИЯ

44 Депрессияда мия тармоқлари 377
45 Нейромедиаторлар ва рецепторлар 385
46 Стресс ўқи нейропластиклик ва биологик ритмлар 393
47 Симптомдан даво танловига 401

V · ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

48 Индивидуал даволаш режаси 411
49 Антидепрессантлар синфлари ва препарат карточкалари 419
50 Биринчи даволашни танлаш ва натижани баҳолаш 427
51 Етарли жавоб бўлмаганда 435
52 AUGMENTATION даволаш самарасини кучайтириш 443
53 Биполяр депрессияни даволаш 451
54 Оғир ва шошилинч ҳолатларни бошқариш 459
55 ЭКТ RTMS КЕТАМИН ва ЭСКЕТАМИН 467
56 Депрессия психотерапияси 475
57 Травма муносабатлар ва ҳамроҳ бузилишлар билан ишлаш 483

VI · РЕМИССИЯ ВА ТИКЛАНИШ

58 Ремиссия ва функционал тикланиш 493
59 Қайталанишнинг олдини олиш 501
60 Якуний клиник кейслар ва қарор алгоритмлари 509

I

ҚИСМ

КЛИНИК БАҲОЛАШ

1-БОБ

Депрессия нима

Қайғу, тушкун кайфият, депрессив симптом, синдром ва бузилишни фарқлаш

«Менда депрессия бор» деган гап клиник суҳбатнинг бошланиши бўлиши мумкин, аммо унинг якуний хулосаси эмас. Бир инсон бу сўз билан оғир кундан кейинги хафаликни, бошқаси бир неча ҳафтадан бери завқ ҳис қилмаётганини, яна бири эса ишлаш ва ўзини парвариш қилиш қийинлашганини ифодалайди. Шифокорнинг вазифаси бемор ишлатган сўзни рад этиш эмас, унинг ортидаги ҳолатни тушунишдир.

Ушбу боб депрессияга оид асосий тушунчаларни тартибга солади. Кейинги бобларда МКБ-10 кодлари ва ҳар бир клиник шаклнинг мезонлари алоҳида ёритилади. Бу ерда эса муҳим саволга жавоб излаймиз: қайси пайтда оддий тушкунлик ҳақида, қайси пайтда симптомлар мажмуаси ва муайян руҳий бузилиш ҳақида сўз юритамиз?

1 Депрессиянинг клиник маъноси

Депрессив бузилишларда тушкун кайфият ёки аввал қизиқ бўлган фаолиятга қизиқиш ва завқнинг камайиши давомли тус олади. Уйқу, иштаҳа, энергия, диққат, ўзини баҳолаш ва кундалик фаолият ҳам ўзгариши мумкин. Белгилар инсоннинг ўқиши, иши, муносабатлари ва ўзини парвариш қилишига таъсир этади. Ҳамма бемор бир хил шикоят қилмайди: кимдир қайғуни, кимдир ички бўшлиқни, кимдир ҳиссизлик ёки жиззакиликни кўпроқ сезади. [1, 2]

«Депрессия» клиник мулоқотда кенг ишлатиладиган атама. Шу сабабли ҳужжатда унинг қайси маънода қўлланган аниқ бўлиши лозим: алоҳида симптомми, депрессив синдромми ёки тасниф мезонлари билан асосланган ташхисми? Аниқлик даволашни ҳам, беморга тушунтиришни ҳам осонлаштиради.

2 Тушунчаларни бир-биридан ажратиш

3 Тушкун кайфият ва депрессив симптом

Тушкун кайфият инсоннинг муайян вақтдаги ҳиссий ҳолатини ифодалайди. Масалан, келишмовчиликдан кейин хафа бўлиш, муҳим иш амалга ошмаганда руҳан тушиш ёки йўқотиш туфайли йиғлаш ҳаётий тажрибанинг бир қисми бўлиши мумкин. Бундай ҳиссиётни автоматик равишда касаллик деб белгилаш ҳам, «ҳаммада бўлади» деб эътиборсиз қолдириш ҳам тўғри эмас. Унинг давомийлиги, кучлилиги, мазмуни ва инсон ҳаётига таъсири ўрганилади.

Симптом — клиник баҳолашда аҳамиятга эга бўлган алоҳида белги. Тушкун кайфият, завқ ҳис қилишнинг камайиши, уйқунинг бузилиши ёки ўзини қадрсиз ҳис қилиш симптом сифатида қайд қилиниши мумкин. Битта симптом ташхисни белгиламайди. Уйқусизлик, масалан, депрессиядан ташқари хавотир, оғриқ, моддалар таъсири ёки уйқу тартибининг бузилишида ҳам кузатилади.

4 Депрессив синдром

Синдром — ўзаро боғлиқ белгиларнинг клиник мажмуаси. Депрессив синдромда ҳиссий ҳолат, фикрлаш, қизиқиш, фаоллик ва танавий функциялардаги ўзгаришлар бир бутун ҳолат сифатида баҳоланади. Анедония, яъни аввал завқ берган нарсалардан завқ олишнинг камайиши, уни тушунишда муҳим. Бемор «кайфиятим ёмон» демаслиги, аммо «ҳеч нарса менга таъсир қилмаяпти» деб айтиши мумкин.

Синдромни аниқлаш кейинги саволни очади: у қайси бузилиш доирасида келиб чиққан? Депрессив синдромни кўриш билан дарҳол униполяр депрессив бузилиш деган хулосага келиб бўлмайди. Аввалги мания ёки гипомания, моддалар таъсири, соматик касалликлар ва бошқа эҳтимоллар ўрганилади.

5 Депрессив эпизод ва депрессив бузилиш

Эпизод тушунчаси белгиланган даврдаги ҳолатни, бузилиш тушунчаси эса касалликнинг таснифдаги ўрни ва кечишини англатади. Масалан, ҳозирги эпизодни баҳолаш учун симптомлар муҳим бўлса, уни қайталанувчи ёки биполяр бузилиш доирасида тушуниш учун бутун касаллик тарихи керак. МКБ-10да F32 депрессив эпизодни, F33 қайталанувчи депрессив бузилишни, F31 эса биполяр аффектив бузилишни ифодаловчи рубрикалардир. [3]

Шунинг учун ёзувда «тушкун кайфият аниқланди», «депрессив синдром гумон қилинмоқда» ва «депрессив эпизод ташхиси асосланди» деган иборалар бир-бирини алмаштирмайди. Улар баҳолашнинг турли босқичларини кўрсатади.

6 Қайғу ва кундалик фаолият

7 Йўқотишдан кейинги қайғу

Яқин инсондан айрилиш, муносабатнинг тугаши ёки муҳим мақсадга эриша олмаслик кучли қайғу келтириши мумкин. Қайғунинг ифодаси маданият, оилавий муносабатлар ва шахсий тажрибага боғлиқ. Бундай вазиятда инсоннинг дардини эшитиш, қўллаб-қувватлаш ва эҳтиёжини аниқлаш ташхис қўйишдан кам аҳамиятли эмас.

Қайғу билан депрессия баъзан ўхшаш кўринади ва бирга ҳам учраши мумкин. Йўқотиш воқеаси борлиги депрессив эпизодни истисно қилмайди; аксинча, йиғлашнинг ўзи ҳам депрессияни исботламайди. Ҳолатнинг вақт давомида қандай кечаётгани, қизиқиш ва завқ, ўзини баҳолаш, умид, хавфсизлик ҳамда фаолият ўрганилади. Оддий бир белги билан улар ўртасида қатъий чегара чизиш мумкин эмас.

Клиник суҳбатда «Сиз нега бунча қайғурасиз?» деган баҳоловчи савол ўрнига «Бу йўқотиш кундалик ҳаётингизни қандай ўзгартирди?» деб сўраш кўпроқ маълумот беради. Кейинги саволлар инсон нимани уддалай олаётгани ва нимада ёрдамга муҳтожлигини аниқлайди. [4]

8 Фаолият сақлангани ҳар доим енгил ҳолат дегани эмас

Баъзи беморлар оғир ички кечинмаларга қарамай ишга чиқишда давом этади. Бу уларнинг аввалги самарадорлиги ва ҳаёт сифати сақланганини билдирмайди. Бир вазифани бажариш учун аввалгидан анча кўп вақт сарфлаш, ишдан кейин бутунлай ҳолдан тойиш, оилавий мулоқотдан чекиниш ёки шахсий гигиенани мажбурлаб бажариш каби ўзгаришлар муҳим.

Функционал ҳолат беморнинг ўз одатий даражаси билан солиштирилади. Илгари фаол бўлган инсон учун қисқа суҳбатнинг ҳам оғирлашиши аҳамиятли бўлиши мумкин. Бошқа беморда эса ижтимоий қийинчиликлар олдиндан мавжуд бўлган; уларнинг қайси қисми яқинда пайдо бўлганини ажратиш керак.

9 Фаолиятни аниқлаш учун саволлар

- Аввал қийналмасдан бажарган қайси ишингиз ҳозир оғирлашди?
- Оила аъзолари билан мулоқот, овқатланиш ва ўзингизга қарашда нима ўзгарди?

- Иш ёки ўқишни давом эттираётган бўлсангиз, бу сиздан қанча куч талаб қиляпти?
- Куннинг қайси қисмида қийинчилик кучаяди ва нималар бир оз енгиллик беради?

Жавоблардаги аниқ мисоллар фақат «яхши» ёки «ёмон» деган умумий баҳолардан кўра фойдали. Фаолиятни баҳолаш симптомлар рўйхатини тўлдиради, аммо унинг ўрнини босмайди.

10 Давомийлик ва клиник манзара

11 Икки ҳафталик мезонни қандай тушунамиз

Депрессив эпизодни баҳолашда белгиларнинг одатда камида икки ҳафта давом этиши муҳим мезон ҳисобланади. Лекин бу «икки ҳафта ўтмагунча ёрдам сўраманг» дегани эмас. Қисқа вақт ичида ҳам хавфли ёки кескин функционал бузилиш пайдо бўлса, баҳолаш ва ёрдам кечиктирилмайди. Аниқ ташхис учун танланган таснифнинг мезонлари тўлиқ қўлланади. [1, 3]

Давомийликни фақат «қачон бошланди?» деган битта савол билан чеклаш қийин. Кайфият аввал ўзгариб, уйқу кейин бузилган бўлиши мумкин. Бемор охирги кунлардаги оғирлашишни касалликнинг бошланиши деб ҳисоблаши ҳам мумкин. Шунинг учун биринчи ўзгариш, барқарор симптомлар бошланган вақт, енгиллашган оралиқлар ва ҳозирги оғирлашиш алоҳида қайд қилинади.

12 Депрессия фақат хафалик билан кўринмайди

Беморлар ҳиссий ҳолатини турлича тасвирлайди. «Кўнглим бўш», «ичимдан ҳеч нарса келмаяпти», «одамлар билан гаплашгим йўқ», «ҳеч нарса ёқмай қолди» каби иборалар аниқлаштирувчи саволларга асос бўлади. Улардан бирортаси якка ҳолда ташхис эмас. Қизиқиш, завқ, энергия, диққат, уйқу, иштаҳа ва ҳаракатдаги ўзгаришлар билан бирга тушунилади. [2]

Соматик шикоятлар ҳам суҳбатда муҳим ўрин тутади. Чарчоқ, оғриқ ёки ҳазм билан боғлиқ қийинчиликларни бемор «руҳий» муаммо деб қабул қилмаслиги мумкин. Бундай шикоятларни дарҳол депрессияга йўйиш мумкин эмас: тиббий анамнез, кўрик ва кўрсатмага мувофиқ текширувлар зарур. Руҳий ва жисмоний касаллик бир вақтда мавжуд бўлиши мумкин. [2, 5]

13 Симптом оғирлиги ва хавф бир хил ўлчов эмас

Енгил, ўртача ва оғир деган баҳолар клиник манзарани умумлаштиради. Бироқ хавфсизлик ҳар бир беморда алоҳида баҳоланади. Фақат умумий балл ёки симптомлар сони асосида инсонни хавфсиз деб ҳисоблаш мумкин эмас. Шунингдек, беморнинг йиғламаслиги, мулоқотда кулимсираши ёки оиласи борлиги хавф йўқлигини исботламайди.

Бу китобда оғирлик даражаси ва хавфга бағишланган алоҳида боблар бор. Биринчи учрашувда эса ҳаётга хавф солувчи белгиларни кечиктирмасдан таниш, бемор билан хотиржам ва очиқ мулоқот қилиш устувор вазифадир.

14 Бир хил шикоят ортида турли ташхислар

15 Ташхисга олиб борувчи йўл

Китобда келтирилган депрессия турлари рўйхати кодларни ёдлаш учунгина эмас. У ўхшаш шикоятлар ортида турли клиник ҳолатлар туришини кўрсатади. Аввал беморнинг ҳозирги ҳолатини тасвирлаймиз, кейин унинг тарихини тиклаймиз, сўнг муқобил тушунтиришларни текширамиз. Шундан кейингина ташхис ва даволаш мантиғи шаклланади.

Аввалги кайфият кўтарилиши, уйқуга эҳтиёж камайиши, одатдан ташқари фаоллик ёки импульсивлик даврлари муҳим. Бемор бундай даврларни касаллик деб ҳисобламаган бўлиши мумкин. Шунинг учун «илгари депрессия бўлганми?» деган савол билан чекланиш етарли эмас. Касалликнинг бутун йўлини билиш биполяр бузилиш эҳтимолини баҳолашга ёрдам беради. [4]

Стрессдан кейин бошланган ҳолатни ҳам автоматик равишда «реактив депрессия» деб якунлаш мумкин эмас. Стрессор билан вақт боғлиқлиги, симптомларнинг тўлиқ манзараси ва уларнинг кейинги кечиши ҳисобга олинади. Дори қабул қилиш, алкоголь ёки бошқа моддалар билан боғлиқ ўзгаришларда эса вақт кетма-кетлиги ва бошқа тиббий маълумотлар алоҳида аҳамиятга эга.

16 Клиник профиль ва расмий ташхис

«Хавотир устун», «анедония кучли», «танавий шикоятлар кўп» деган таърифлар беморнинг клиник профилини ифодалайди. Улар даволашда нималарга эътибор беришни кўрсатиши мумкин, аммо ўз-ўзидан алоҳида МКБ коди бўлиб қолмайди. Асосий ташхис билан етакчи белгиларни бирга ёзиш мумкин, лекин уларнинг вазифаси фарқ қилади.

Шу тарзда «депрессиянинг тури» деган ибора ҳам аниқлаштирилади. Гап таснифдаги бузилиш ҳақидами, ҳозирги эпизоднинг оғирлиги ҳақидами, психотик белгилар мавжудлиги ҳақидами ёки етакчи шикоятлар ҳақидами? Бир-биридан фарқли бу маълумотларни битта даражадаги рўйхатга қўшиш беморни ҳам, мутахассисни ҳам чалғитиши мумкин.

17 Сабабни битта медиатор билан тушунтириш етарли эмас

Депрессияни тушунишда биологик, психологик ва ижтимоий омиллар бирга кўриб чиқилади. Симптомдан «серотонин кам» ёки «дофамин етишмайди» деган индивидуал лаборатор хулоса чиқарилмайди. Нейробиологик модел касалликни ўрганишга ёрдам беради; у муайян беморда тўғридан-тўғри ўлчанган натижа билан тенг эмас. [1, 2]

Беморга тушунтиришда ирсият, уйқу, жисмоний саломатлик, ҳаётий воқеалар, муносабатлар ва хулқ-атвор омиллари муҳокама қилиниши мумкин. Бир омилни айтиш бошқаларини инкор қилишни англатмайди. Беморнинг айбдорлиги ҳақида хулоса чиқаришга эса асос бермайди.

18 Баҳолаш ва ёрдамнинг бошланиши

19 Шкала ва клиник суҳбат

PHQ-9 каби сўровномалар симптомларни аниқлаш ва вақт давомидаги ўзгаришни кузатишга ёрдам бериши мумкин. Лекин натижани клиник суҳбатдан ажратиб талқин қилиб бўлмайди. Бемор саволни қандай тушунгани, қайси даврни ҳисобга олгани, тил ва маданий контекст аҳамиятли. Баллнинг ўзи якуний ташхис ёки дори танлаш учун етарли асос эмас. [4]

Клиник баҳолашда беморнинг ўз сўзлари, кузатилган руҳий ҳолати, олдинги тарих ва ҳозирги фаолият ўзаро солиштирилади. Зарур бўлганда, беморнинг розилиги ва махфийлик талабларини ҳисобга олиб, яқинларидан қўшимча маълумот олинади. Улар кўрган ўзгаришлар беморнинг кечинмаларини алмаштирмайди, балки манзарани тўлдиради.

20 Қачон шошилинч ёрдам керак

Ўзига зарар етказиш нияти ёки яқин хавфи, психотик белгилар, оғир ажитация, овқат ёки сув қабул қила олмаслик, онгнинг кескин чалкашиши каби ҳолатларда режали қабулни кутиш билан чекланилмайди. Шошилинч тиббий ва руҳий баҳолаш ташкил этилади. Бундай белгиларнинг айримлари депрессиядан бошқа касалликларда ҳам учрайди. [2]

Ҳаётдан безиш ёки ўлим ҳақидаги фикрлар аниқланса, уларни уялтирмасдан ва баҳоламасдан сўраш керак. Хавфнинг яқинлиги, ният, аввалги ўзини шикастлаш ҳолатлари, қўллаб-қувватловчи одамлар ва хавфсизлик чоралари клиник суҳбатда ўрганилади. Яқин хавфда инсонни ёлғиз қолдирмасдан, маҳаллий шошилинч хизматга мурожаат қилинади. Бу бобдаги матн алоҳида бемор учун хавф баҳосини алмаштирмайди.

21 Даволаш ҳақида дастлабки тушунтириш

Депрессияда самарали ёрдам усуллари мавжуд. Психотерапия, дори воситалари ва айрим ҳолатларда бошқа тиббий усуллар клиник эҳтиёжга қараб танланади. Енгилроқ ҳолат, оғир эпизод, психотик депрессия ва биполяр депрессияга бир хил тайёр схема қўлланмайди. Даволаш режаси ташхис, хавф, ҳамроҳ касалликлар, аввалги жавоб ва бемор танловини ҳисобга олади. [2]

Биринчи тушунтиришда бемордан дарҳол катта ўзгариш талаб қилиш шарт эмас. Унинг ҳозирги имконияти, қайси ёрдамни қабул қила олиши ва кейинги учрашувгача нима қилишини келишиб олиш муҳим. «Ўзингизни қўлга олинг» деган буйруқ ўрнига тушунарли, бажариладиган қадам ва кузатув режаси берилади.

22 Ўқув кейслари

Қуйидаги мисоллар таълим учун тузилган, ҳақиқий бемор тарихлари эмас. Улар тайёр ташхисни топишдан кўра, қайси маълумот етишмаётганини англашга қаратилган.

23 Биринчи кейс Йўқотишдан кейинги қайғу

42 ёшли аёл яқин кишисидан айрилганидан кейин йиғлоқилик ва уйқунинг бузилишини айтади. Айрим пайтларда оиласи билан суҳбат унга енгиллик беради, аммо ишга қайтиш қийин. У «менда депрессия бошландими?» деб сўрайди.

Муҳокама. Бу маълумотнинг ўзи депрессив эпизод ташхиси учун етарли эмас. Қайғунинг кечиши, симптомлар давомийлиги, анедония, ўзини баҳолаш, хавфсизлик ва фаолият ўрганилади. Қўллаб-қувватлашга эҳтиёж ташхис қўйилган-қўйилмаганидан қатъи назар мавжуд бўлиши мумкин. Йўқотиш ҳолатни тушунтирадиган муҳим контекст, аммо барча клиник саволларга жавоб бермайди.

24 Иккинчи кейс Хафалик эмас ички бўшлиқ

35 ёшли эркак уч ҳафтадан бери ишга боришини, лекин ҳеч нарсадан завқ олмаётганини айтади. У кам ухлайди, қарор қабул қилишда қийналади ва оиласи билан суҳбатдан қочади. «Йиғламаяпман, демак депрессия эмасдир» деб ўйлайди.

Муҳокама. Йиғлашнинг йўқлиги депрессияни истисно қилмайди. Анедония, уйқу, энергия, диққат ва функционал ўзгаришлар бирга баҳоланади. Аввалги эпизодлар, мания ёки гипомания белгилари, моддалар, жисмоний саломатлик ва хавфсизлик ҳақида маълумот керак. Ишга бориш сақлангани ҳолатни автоматик енгил деб баҳолашга асос эмас.

25 Учинчи кейс Кечмишдаги фаол давр

29 ёшли бемор тушкун кайфият ва ҳолсизлик билан мурожаат қилди. Суҳбат давомида илгари бир неча кун жуда кам ухлаб ҳам чарчамагани, одатдан ташқари кўп режалар тузгани ва катта харажатлар қилгани маълум бўлди. Ўша пайтни у «ниҳоят ўзимга келгандим» деб таърифлайди.

Муҳокама. Ҳозирги депрессив ҳолатни алоҳида кўриш етарли эмас. Аввалги даврнинг давомийлиги, кайфият ва фаоллик ўзгариши, оқибатлари ҳамда атрофдагилар кузатувлари аниқлаштирилади. Бу мисол биполяр бузилиш эҳтимолини текшириш зарурлигини кўрсатади; қисқа тасвирнинг ўзи ташхис қўйиш учун етарли эмас.

26 Бобдан амалий хулосалар

27 Беморга содда тушунтириш намунаси

«Сиз айтган ўзгаришларни жиддий қабул қиламиз. Депрессияни аниқлаш учун фақат кайфиятни эмас, уйқу, қизиқиш, куч-қувват, фикрлаш ва кундалик ҳаётни ҳам ўрганамиз. Шунингдек, илгари қандай даврлар бўлгани ва саломатлигингиздаги бошқа омилларни билишимиз керак. Ҳолатни аниқлаб, сизга мос ёрдам режасини бирга белгилаймиз».

Бу намуна мулоқотни бошлашга хизмат қилади. Беморнинг ёши, билими, тили ва ҳозирги ҳолатига қараб сўзлар соддалаштирилади. Тушунтиришдан кейин «Мен айтганлардан нимани тушундингиз?» деб сўраш ўзаро тушунишни текширишга ёрдам беради.

28 Асосий фикрлар

- Тушкун кайфият, депрессив симптом, синдром ва ташхис турли тушунчалардир.
- Бир хил ҳозирги шикоят турли касаллик тарихи билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- Кундалик фаолият, давомийлик ва симптомларнинг кечиши бирга баҳоланади.
- Қайғуни касалликка тенглаштирмаслик, аммо унинг ортидаги депрессив эпизодни ҳам ўтказиб юбормаслик керак.
- Шкала, ташқи кўриниш ёки битта симптом клиник баҳолашнинг ўрнини босмайди.
- Яқин хавф бўлса, ташхисни тўлиқ якунлашни кутиб ёрдам кечиктирилмайди.

29 Ўзини текшириш учун саволлар

1. Нима учун «кайфиятим йўқ» деган шикоятдан дарҳол F32 ташхисига ўтиб бўлмайди? 2. Депрессив синдром билан депрессив бузилиш ўртасида қандай фарқ бор? 3. Бемор ишга қатнаётган бўлса ҳам, қайси функционал ўзгаришларни сўраш керак? 4. Депрессияга ўхшаш ҳолатда аввалги кайфият кўтарилишини нега ўрганамиз? 5. Икки ҳафталик мезонни ёрдамни кечиктириш қоидасига айлантириш нима учун хато?

Кейинги бобда депрессия таснифи ва МКБ-10 рубрикалари тартибга солинади. Ҳозирги бобнинг асосий натижаси эса ташхисдан олдин бемор ҳолатини аниқ тасвирлаш ва тушунчаларни аралаштирмасликдир.

30 Боб манбалари

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Маълумот саҳифаси. 11 сентябрь 2026. Таъриф, симптомлар, функционал таъсир ва омиллар ҳақидаги қисқа маълумотлар. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

2. National Institute of Mental Health. Depression. NIH Publication No. 24-MH-8079. Revised 2024. Клиник кўринишлар, баҳолаш ва ёрдам усуллари ҳақидаги таълимий материал. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

3. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. F31–F33 рубрикалари. Мезонлар кейинги махсус бобларда батафсил ёритилади. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

4. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults treatment and management. NG222. 2022. 1.2.6 ва 1.2.7 тавсиялари: комплекс клиник баҳолаш, кечмиш ва функционал ҳолат. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

5. National Health Service. Diagnosis Depression in adults. Клиник суҳбат ва бошқа тиббий сабабларни баҳолаш. https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/diagnosis/

Манбаларга мурожаат қилинган сана: 7 ноябрь 2026. Матн манбаларнинг қисқа мазмунли баёни ва клиник тушунтиришлардан иборат; таснифнинг расмий таржимаси эмас.

31 Қўлланиш доираси

Боб психиатрлар, психотерапевтлар ва клиник таълим учун мўлжалланган. Беморга тушунтириш қисмлари тиббий мулоқотда фойдаланиш учун содда баён қилинган. Матн алоҳида беморни кўрикдан ўтказиш, ташхис қўйиш ёки шахсий даволаш режасини алмаштирмайди.

2-БОБ

Депрессия таснифи ва МКБ-10

Бир хил сўз, турли рубрика: ташхис номи, код ва тасниф версиясини бирга ўқиш

Биринчи бобда тушкун кайфиятни ташхис билан тенглаштирмасликни муҳокама қилдик. Энди иккинчи хатога эътибор қаратамиз: «депрессия» деган барча ҳолатларни битта код остига йиғиш. Беморнинг ҳозирги шикояти ўхшаш бўлса ҳам, касаллик тарихи, асосий бузилиш ва клиник контекст турлича бўлиши мумкин.

Ушбу бобнинг вазифаси барча мезонларни бир саҳифага сиғдириш эмас. У кейинги клиник бобларни тўғри ўқиш учун тасниф харитасини беради: қайси код қайси тизимга тегишли, нимани аниқлаштиради ва нимани ўзи ҳал қилиб бермайди.

1 Тасниф нима учун керак

МКБ — Касалликларнинг халқаро таснифи. ЖССТ уни касалланиш ва ўлим сабаблари ҳақидаги маълумотларни тизимли қайд қилиш ва таққослаш учун ишлаб чиқади. Ташхисни кодлаш шифокорлар, муассасалар ва маълумот тизимлари ўртасида умумий тил яратади. Лекин код беморнинг тўлиқ клиник тасвири эмас. [2.1]

Тиббий ёзувда уч қатламни ажратамиз: беморнинг воқеий ҳолати; уни изоҳлайдиган клиник ташхис; ташхисга мос тасниф коди. Масалан, фақат кодни кўрган кейинги шифокор уйқу ўзгаришлари, ишдаги қийинчилик, хавф ёки аввалги дорига жавобни билмайди. Шунинг учун код билан бирга қисқа клиник асос ҳам керак.

2 Ушбу китобдаги асосий қоида

Аввал ташхис асосланади, кейин код танланади. Қидирувда чиққан кодга беморни «мослаштириш» тескари йўлдир. Номаълум маълумотни тахмин билан тўлдириш ўрнига, нима аниқлангани ва нима ҳали текширилиши кераклигини ёзамиз.

Китобнинг МКБ-10 бўлими ЖССТ таснифига таянади. Қўшимча белгили кодлар келганда уларнинг клиник қўлланмадаги манбаси айтилади. Миллий модификациядан мисол берилса, у алоҳида белгиланади. Ўзбекистонда муайян муассасада қўлланадиган ҳисобот версияси эса амалдаги маҳаллий тартиб билан солиштирилиши лозим; ушбу боб унинг ўрнини босмайди.

3 Бир ном остидаги турли манбалар

4 ЖССТ клиник қўлланмаси ва тадқиқот мезонлари

МКБ-10нинг руҳий бузилишларга бағишланган клиник тавсифлар ва диагностик кўрсатмалар нашри 1992 йилда чиққан. У клиник кўриниш, дифференциал ташхис ва ташхис қўйишдаги кўрсатмаларни беради. Ахборот тўлиқ бўлмаган клиник вазиятларда муайян мулоҳаза эркинлиги сақланган. [2.2]

1993 йилги Diagnostic criteria for research эса тадқиқот учун мўлжалланган алоҳида мезонлар тўпламидир. Унинг вазифаси тадқиқотларда иштирокчиларни бир хил қоида асосида танлашни қўллаб-қувватлашдир. Клиник қўлланма билан тадқиқот мезонлари бир-бирини тўлдиради, аммо уларнинг иборалари ва мақсадини аралаштириб бўлмайди. [2.3]

Шунинг учун кейинги бобда «мезон» деб ёзилганда, манба ҳам кўрсатилади. Клиник қўлланмадаги изоҳни тадқиқотнинг қатъий шарти деб тақдим этиш ёки бир нашрдан симптом сонини, бошқасидан истиснони танлаб, янги аралаш қоида тузиш тўғри эмас.

5 МКБ-10 ва ICD-10-CM бир хил эмас

ICD-10-CM — АҚШда касалланишни кодлаш учун ишлаб чиқилган клиник модификация. CDCнинг NCHS маркази уни бошқаради ва йиллик янгиланишларини тақдим этади. У ЖССТ МКБ-10сига асосланган, аммо барча код ва номлар айнан бир хил бўлиши шарт эмас. [2.4]

Интернет қидируви кўпинча АҚШ кодлаш сайтларини биринчи чиқаради. Саҳифадаги «ICD-10» қисқа ёзуви унинг ЖССТ асосий таснифи эканини исботламайди. Сарлавҳа, мамлакат, нашр йили ва коднинг тўлиқ номи текширилади. Айниқса беш белгили кодда рақамнинг ўзига қараб қарор чиқармаймиз.

6 Амалий мисол: F43.2 оиласи

ЖССТнинг 1992 йилги клиник қўлланмасида F43.20 қисқа депрессив реакцияни, F43.21 узоқ давом этувчи депрессив реакцияни, F43.22 эса аралаш хавотирли ва депрессив реакцияни аниқлаштиради. Булар мослашув бузилиши доирасидаги қўшимча кодлардир. [2.2, 150–151-бетлар]

Демак, муаллиф рўйхатидаги бу номларни бошқа мамлакатнинг кодлаш саҳифасидаги ном билан автоматик алмаштирмаймиз. Аввал икки ёзув бир хил версияга тегишлими, деган саволни ҳал қиламиз. Бу техник майда-чуйда эмас: код билан бирга клиник маъно ҳам ўзгариб кетиши мумкин.

7 Депрессив ҳолатларнинг тасниф харитаси

Қуйидаги харита китоб мундарижасидаги йўналишларни бирлаштиради. У тайёр ташхис қўйиш жадвали эмас; ҳар бир рубрика кейинги бобда ўз мезонлари ва истиснолари билан ёритилади.

8 Кайфият бузилишлари доираси

- F32 — депрессив эпизод. Ҳозирги эпизодни баҳолаш билан бирга аввалги тарих ҳам аниқланади.
- F33 — қайталанувчи депрессив бузилиш. Ҳозирги эпизоддан ташқари аввалги эпизодлар ва оралиқ ҳолат муҳим.
- F31 — биполяр аффектив бузилиш. Депрессив кўринишни баҳолашда мания ёки гипомания тарихи эътибордан четда қолмайди.
- F34.1 — дистимия; F34.8 — бошқа турғун кайфият бузилишлари. Давомийлик ва кечиш хусусиятлари муҳим.

Бу йўналишлар муаллиф режасининг 11–24-бобларида алоҳида очилади. F32.0–F32.3 ва F33.0–F33.3 каби кодлар орасида оғирлик ва психотик симптомлар бўйича фарқлар бор; уларни фақат «кайфият ёмон» деган шикоят билан ажратиб бўлмайди. [2.2; 2.3]

9 Бошқа бузилишлар билан боғлиқ контекст

Мундарижадаги F41.2, F43.2, F06.3, психофаол моддаларга боғлиқ ҳолатлар, туғруқдан кейинги ҳолатлар ва шизофрения спектри бир хил сабабли касалликлар рўйхати эмас. Улар депрессив симптомга турли клиник йўллар билан келинадиган контекстларни кўрсатади.

Масалан, инсонда соматик касаллик ҳам, депрессия ҳам борлиги улар ўртасидаги сабабий боғлиқликни ўз-ўзидан исботламайди. Худди шундай, туғруқдан кейин бошланган ҳар қандай тушкунликни биргина F53.0 ёрлиғи билан якунлаш етарли эмас. Анамнез, синдром ва тегишли рубрика шартлари текширилади.

10 Мустақил код бўлмаган клиник таърифлар

Анедоник-апатик, аффектив-руминатив ёки оғриқ шикоятлари устун профиль клиник ишда фойдали тасвир бўлиши мумкин. Бироқ бу атамаларни янги расмий F-код сифатида ёзмаймиз. Мавсумийлик, перименопауза ёки дори қабул қилиш билан вақт боғлиқлиги ҳам клиник хулосага қўшимча маълумот беради; асосий ташхиснинг ўрнини автоматик эгалламайди.

Китобда тасниф рубрикаси, етакчи симптом, клиник профиль ва ҳаётий контекст турли сатҳларда ёритилади. Бу уларни инкор қилиш эмас, ҳар бирига ўз вазифасини беришдир.

11 Нега бир симптом МКБнинг турли жойларида?

Муаллифнинг асосий саволи: «Агар буларнинг барчасида депрессия бўлса, нега МКБ-10да улар ҳар хил жойга қўйилган?» Жавоб: тасниф фақат тушкун кайфиятни санамайди. У кайфият бузилишининг кечишини, бошқа синдромлар билан муносабатини ва айрим ҳолларда асосланган сабабий контекстини ажратади.

Кайфият пасайиши худди оғриқ каби бир нечта касалликда учраши мумкин. Бироқ бу қиёс фақат тасниф мантиғини тушунтириш учун: депрессиянинг ўзи ҳам мустақил бузилиш бўлиши мумкин. Шунинг учун «депрессив симптом бор» ва «депрессив бузилиш ташхиси қўйилди» бир хил хабар эмас.

12 Уч хил ажратиш мезони

Биринчи мезон — кечиш: якка эпизодми, қайталанадими, давомлими ёки биполяр тарих борми? F32, F33, F34 ва F31 шу саволларга турлича жавоб беради.

Иккинчи мезон — клиник манзара ва контекст: хавотир билан қандай нисбатда, стрессорга мослашув бузилиши борми, туғруқдан кейинги ҳолатни бошқа рубрика билан аниқроқ тасвирлаш мумкинми? Бу ерда F41.2, F43.2 ва F53.0нинг чегаралари муҳим.

Учинчи мезон — асосланган боғлиқлик: бузилиш органик касалликка боғлиқми ёки психофаол модда чақирган психотик ҳолат доирасидами? F06 ва F1x бу контекстни алоҳида кўрсатади. Бу боғлиқликни фақат касалликлар бир вақтда борлиги билан исботлаб бўлмайди.

13 Рубрика биологиянинг тайёр исботи эмас

Бу тақсимот барча F32 ҳолатлари фақат «ички», барча F43 ҳолатлари фақат «ташқи» сабабдан дегани эмас. Стресс депрессив эпизодни ҳам бошлаб бериши мумкин; биологик омиллар мослашувга ҳам таъсир қилади. МКБ клиник ҳужжатлаштириш тизими бўлиб, беморнинг барча сабабларини битта рақам билан тушунтирмайди.

Қуйидаги солиштириш муаллиф юборган кодларни қамрайди. Қисқа ўқув вазиятлари махсус тузилган, ҳақиқий беморлар эмас. Улар тайёр ташхис эмас, қайси маълумот қарорни ўзгартиришини кўрсатади. Тўлиқ мезонлар махсус клиник бобларда очилади.

14 Рубрикаларни ёнма-ён солиштириш

Рубрика	Ажратишнинг асоси	Ҳал қилувчи савол
F32	Ҳозирги депрессив эпизод	Аввалги эпизод ёки биполяр тарих борми?
F33	Қайталанувчи кечиш	Аввалги эпизодлар ва оралиқ тикланиш қандай?
F31	Биполяр кечиш	Ҳақиқий гипомания/мания ёки аралаш эпизод тарихи борми?
F34.1 / F34.8	Турғун кайфият бузилиши	Давомли фонми ёки алоҳида тўлиқ эпизодларми?
F41.2	Аралаш хавотир ва депрессия	Ҳар бири мустақил ташхис чегарасига етганми?
F43.20–.22	Мослашув бузилиши	Стрессор билан боғлиқ мослашув манзарасими ёки бошқа тўлиқ синдромми?
F06.32	Органик боғлиқлик	Тиббий касалликнинг сабабий роли асосланганми?
F1x.54	Модда чақирган психоз	Психотик синдром борми ва модда билан боғлиқми?
F53.0	Туғруқдан кейинги, бошқа жойда таснифланмаган ҳолат	F32/F33/F31 каби аниқроқ ташхис мумкинми?
F38.10	Қисқа, такрорланувчи эпизодлар	Қисқалик ва такрорланиш мезонлари, цикл билан муносабати қандай?

Биринчи устун кодни, иккинчиси унинг мантиғини, учинчиси клиник суҳбатда очилиши керак бўлган масалани кўрсатади. Бу саволлар расмий мезонлар рўйхатининг ўрнини босмайди.

Таянч манбалар: ЖССТ клиник қўлланмаси ва тадқиқот мезонлари, тегишли F-рубрикалар [2.2; 2.3].

15 F32: депрессив эпизодни тасвирлаш

16 Нега шу ерда?

Бу ерда диққат ҳозирги депрессив эпизодга қаратилган. Бемор биринчи марта қабулга келгани унинг ҳаётида биринчи эпизод эканини исботламайди. Шунинг учун муаллиф рўйхатидаги «илк бор кузатилган» ибораси шифокор биринчи кўрган ҳолат эмас, касалликнинг ҳақиқий тарихи билан тушунилади.

Аввалги депрессив эпизодлар аниқланса, F33; гипомания ёки мания тарихи асосланса, F31 йўналиши текширилади. Органик ёки моддага боғлиқ муқобил тушунтиришлар ҳам баҳоланади. F32 кодини танлаш бу саволларни ўтказиб юборишга рухсат бермайди.

17 Муаллиф рўйхатидаги кодлар

F32.0 — енгил эпизод. F32.00 / F32.01 қўшимча кодлари тегишли ЖССТ қўлланмасида соматик синдром йўқлиги / борлигини аниқлаштиради.

F32.1 — ўртача оғирликдаги эпизод. F32.10 / F32.11 ҳам соматик синдром бўйича аниқлаштиришдир.

F32.2 — оғир эпизод, психотик симптомларсиз. F32.3 — оғир эпизод, психотик симптомлар билан.

F32.8 — бошқа депрессив эпизодлар; F32.9 — аниқланмаган депрессив эпизод. Биринчиси ва иккинчиси бир хил «билмадим» ёрлиғи эмас. [2.2; 2.3, F32]

18 Оғирлик, психоз ва «эндоген» сўзи

Енгил, ўртача ва оғир даража йиғлаш кўплиги билан эмас, бутун клиник манзара билан баҳоланади. «Эндоген» ёки «меланхолик» атамасининг ўзи F32.2ни белгиламайди. Соматик синдром енгил ёки ўртача эпизодда ҳам алоҳида баҳоланиши мумкин. Васваса билан оддий ўзини айблашни ажратиш ҳам муҳим: ҳар қандай айбдорлик психоз эмас.

19 Ўқув вазияти

Беморда уч ҳафтадан бери завқ камайган, уйқу бузилган ва ишлаш қийинлашган. Илгари бундай ҳолат бўлмаганини айтади. F32 эҳтимоли текширилади, аммо код ҳали тайёр эмас: тўлиқ симптомлар, оғирлик, психоз, хавф ва муқобил сабаблар керак. Оиласидан аввал ҳам бир неча ойлик ўхшаш давр бўлгани маълум бўлса, касаллик тарихи қайта баҳоланади.

20 F32.8 ва F32.9: ўхшаш эмас

21 Атипик ёки ниқобланган кўриниш

Муаллиф рўйхатида атипик ва ниқобланган депрессия F32.8 билан келтирилган. Бундай атамалар ЖССТ манбасида учрайди, аммо клиникадаги ҳар бир «атипик белги» автоматик F32.8 дегани эмас. Масалан, кўп ухлаш ёки оғриқ шикоятлари бор беморда тўлиқ депрессив эпизод мезонлари бажарилса, оғирлик ва кечишга мос асосий рубрика баҳоланади.

Ниқобланган кўриниш бемор руҳий эмас, танавий шикоят билан келганини англатиши мумкин. Бу шифокорни органик касалликни текширишдан озод қилмайди. Текширувда соматик касаллик аниқланмаганининг ўзи ҳам депрессия исботи эмас.

22 Бошқа ва аниқланмаганни амалда фарқлаш

F32.8га мурожаат қилишда ҳолат нима учун бошқа аниқ рубрикага мос келмагани клиник ёзувда тушунтирилади. F32.9 эса аниқлаштирилмаган эпизодни белгилайди; етишмаётган ахборот ва уни тўлдириш режаси қайд этилади. Мақсад ҳар доим узунроқ код ёзиш эмас, мавжуд далилдан ортиқ аниқлик даъво қилмасликдир.

23 Ўқув вазияти

Бир бемор оғриқ, чарчоқ ва «кучим йўқ» деб мурожаат қилди. Суҳбатда тушкунлик ва анедония ҳам борлиги маълум бўлди. Уни «соматизациялашган» деб дарҳол F32.8га жойлаштириш ўрнига, депрессив синдром ва тиббий дифференциал ташхис текширилади. Бошқа бемор ҳақида фақат қисқа йўлланма бор, эпизод оғирлиги аниқ эмас. Бу икки вазиятда маълумот етишмаслиги бир хил эмас.

24 DSMдаги “major” сўзи ҳақида

Инглизча major depressive disorder атамасини «оғир депрессия» деб механик таржима қилиб, F32.2 ёки F33.2га айлантириш нотўғри. “Major” ташхис номи билан эпизоднинг “severe” оғирлик белгиси бир хил тушунча эмас. Қайси тасниф мезонлари қўлланган ва эпизоднинг оғирлиги алоҳида кўрсатилади. [2.5]

Манба: ЖССТ, F32.8/F32.9 рубрикалари [2.2; 2.3]. Бу бўлимнинг вазифаси атамаларни механик кодга айлантириш хатосини олдини олишдир.

25 F33: ҳозирги ҳолатга касаллик тарихи қўшилади

26 Нега F32дан алоҳида?

F33нинг ажратувчи белгиси депрессия «кучлироқ» экани эмас, қайталанувчи кечишидир. Ҳозир енгил эпизод бўлса ҳам, аввалги депрессив эпизодлар тарихи асосланган бўлиши мумкин. Аксинча, битта оғир эпизоднинг узоқ давом этиши автоматик қайталанувчи бузилиш эмас.

Эпизодлар орасидаги ҳолатни сўраш муҳим: белгилар бутунлай йўқолганми, қисман сақланганми, қайси вақтда яна кучайган? Дори бир марта алмаштирилгани ёки бемор икки марта қабулга келгани «иккита эпизод» дегани эмас.

27 Барча кодлар

F33.0 — ҳозирги эпизод енгил; F33.1 — ўртача.

F33.2 — ҳозирги эпизод оғир, психотик симптомларсиз; F33.3 — оғир, психотик симптомлар билан.

F33.4 — ҳозир ремиссияда. Бу касаллик тарихи ёки кузатув эҳтиёжи йўқолди дегани эмас.

F33.8 — бошқа қайталанувчи депрессив бузилишлар; F33.9 — аниқланмаган қайталанувчи депрессив бузилиш. [2.2; 2.3, F33]

28 Мавсумийликни тўғри жойлаштириш

Муаллиф дастлабки рўйхатида мавсумий аффектив бузилиш F33.8га мисол қилинган. Буни автоматик қоидага айлантирмаймиз. Мавсумий такрорланиш кечиш хусусиятидир: асосий бузилиш ва ҳозирги эпизод оғирлиги баҳоланади. Масалан, қишда такрорланади-

ган, ҳозир ўртача эпизод мезонларига мос ҳолатни фақат мавсум сабабли «бошқа» рубрикага ўтказиш шарт эмас.

29 Ўқув вазияти

> Беморда ҳозирги симптомлар ўртача даражали эпизодга мос. Аввал ҳам алоҳида депрессив эпизод бўлган, орада тикланган, гипомания ёки мания тарихи аниқланмаган. Бу маълумот F33.1 йўналишини асослашга ёрдам беради. Агар кейин аввалги гипомания ҳақида ишончли далил чиқса, фақат охирги рақам эмас, асосий рубрика ҳам қайта кўриб чиқилади.

30 F31: депрессия биполяр кечиш доирасида

31 Нега алоҳида рубрика?

Биполяр депрессияни ҳозирги тушкунликнинг ўзига қараб ҳар доим ажратиб бўлмайди. Ҳал қилувчи маълумот касалликнинг бошқа қутбдаги эпизодлари тарихида бўлиши мумкин. Шу сабабли F31 танланганда ҳозирги депрессив ҳолат бутун аффектив кечишнинг бир қисми сифатида тасвирланади.

Оддий яхши кайфият, муваффақиятдан хурсанд бўлиш ёки бир кеча кам ухлаш гипомания исботи эмас. Давомийлик, одатий ҳолатдан фарқ, энергия ва фаоллик ўзгариши, оқибатлар, модда ёки дори таъсири ҳам баҳоланади.

32 Муаллиф берган уч код

F31.3 — ҳозирги эпизод енгил ёки ўртача депрессия.

F31.4 — ҳозирги эпизод оғир депрессия, психотик симптомларсиз.

F31.5 — ҳозирги эпизод оғир депрессия, психотик симптомлар билан. [2.2; 2.3, F31]

33 F33дан фарқи

Икки беморда ҳозирги уйқу, иштаҳа ва анедония ўхшаш бўлиши мумкин. Биринчисида фақат депрессив эпизодлар тарихи бор. Иккинчисида эса мезонларга мос гипомания ёки мания эпизоди асосланган. Улар бир хил ҳозирги шикоят туфайли битта рубрикага тушмайди. Даволаш мантиғи учун ҳам бу фарқ муҳим, аммо аниқ даволаш махсус бобда ёритилади.

34 Ўқув вазияти

Аёл ҳозир тушкунлик билан мурожаат қилди. Олдинги бир даврда уйқуга эҳтиёж кескин камайган, ғайриоддий фаоллик ва харажатлар ошган. Бу хабарнинг ўзи ҳали F31ни тасдиқламайди: даврнинг тўлиқ клиник таърифи ва эҳтимолий модда/дори таъсири текширилади. Биполяр эпизод тарихи тасдиқланса, ҳозирги депрессияга фақат F32 қўйиш касалликнинг муҳим қисмини йўқотади.

Аралаш аффектив манзара ёки психоз бор ҳолатни ушбу уч депрессив коддан бирига мажбуран жойлаштириш мумкин эмас. Тегишли бошқа рубрикалар ҳам кўриб чиқилади; бу китобнинг кенгроқ дифференциал ташхис қисмига тегишли.

35 F34: давомли фон эпизод билан бир хил эмас

36 F34.1 — дистимия

Бу рубрика узоқ давом этувчи тушкун кайфиятнинг кечишини ажратади. Дастлабки рўйхатдаги «камида икки йил» тадқиқот мезонларидаги муҳим вақт талабидир. Бироқ фақат икки йил давом этган ҳар қандай депрессияни дистимия деб атаб бўлмайди: шу даврда тўлиқ депрессив эпизодлар, ремиссиялар ва гипомания бўлган-бўлмагани ўрганилади. [2.3, F34.1]

Кундалик ҳаётда «мен доим шундайман» деган жавоб учрайди. Бу ҳолатни шахс хусусияти деб қабул қилиб қўйиш ҳам, шу гапнинг ўзидан F34.1 қўйиш ҳам тўғри эмас. Бошланган вақт, одатий фаолиятдан фарқ ва давомли симптомлар аниқланади.

37 F34.8 — бошқа турғун кайфият бузилишлари

Бу қолдиқ рубрика клиник аҳамиятли турғун кайфият ҳолатлари учун бўлиб, дистимия ёки бошқа тегишли рубрика талабларига мос келмаслик асосланиши керак. У «антидепрессант ёрдам бермади» деган маънони англатмайди. Давога жавоб пастлиги кодни ўзўзидан F34.8га айлантирмайди. [2.3, F34.8]

38 F33дан фарқи

F33ни тушунишда алоҳида депрессив эпизодлар тарихи марказда туради. F34да эса узоқ давомли кайфият фони ва унинг тузилиши муҳим. Баъзан давомли фон устига тўлиқ эпизод қўшилиши мумкин; шунда икки қатламни ҳам анамнезда тасвирлаш керак. Беморнинг «доим» деган сўзини вақт чизиғига айлантириш бу ерда айниқса фойдали.

39 Ўқув вазияти

Бир бемор уч йиллик давомли тушкун фонни айтади, лекин ишга қатнайди. Иккинчиси уч йил ичида икки оғир эпизод ва улар орасида яхши тикланган даврни тасвирлайди. Иккаласида ҳам «уч йил» деган рақам бор, аммо кечиш бир хил эмас. Кодни календар давомийлиги эмас, симптом ва эпизодлар тузилиши билан бирга танлаймиз.

Дистимияни «аҳамиятсиз енгил ҳолат» деб камситмаймиз. Симптомлар нисбатан паст интенсивликда бўлса ҳам, узоқ йиллар давом этиши ҳаёт сифатига катта таъсир қилиши мумкин.

40 F41.2: хавотир ва депрессиянинг нисбати

41 Нега хавотир бузилишлари қисмида?

Бу рубрикада диққат икки хил белгининг аралаш манзарасига қаратилган. Хавотир ҳам, депрессив симптомлар ҳам бор, лекин уларнинг ҳеч бири алоҳида мустақил ташхисни етарлича асосламайди ва бири кескин устун эмас. Агар икки мустақил бузилишнинг мезонлари тўлиқ бажарилса, уларни енгилроқ «аралаш» ёрлиққа қисқартириш тўғри эмас. [2.2, F41.2]

Шунинг учун «бемор хавотирда ва тушкун» деган ҳар бир вазият F41.2 эмас. Депрессив эпизодда кучли хавотир бўлиши мумкин; хавотир бузилишида ҳам вақтинча тушкунлик кузатилади. Қайси синдром тўлиқ шаклланган текширилади.

42 F43.22дан фарқи

F41.2да аралаш симптомлар нисбати асосий ўринда. F43.22да эса шу манзара мослашув бузилиши контекстида баҳоланади. Стрессорга боғлиқлик ва вақт мантиғи бу ерда ташхиснинг марказий қисми. Лекин стресс борлиги билан ҳар қандай F41.2ни автоматик F43.22га ўтказмаймиз.

43 Ўқув вазияти

> Беморда хавотир, кайфият пасайиши ва уйқу қийинлиги бор. Суҳбатда на депрессив эпизод, на алоҳида хавотир бузилиши тўлиқ асосланди. Аралаш манзара текширилади. Бошқа беморда эса тўлиқ депрессив эпизод мезонлари ва кучли хавотир бор. Уларнинг иккаласига бир хил «хавотирли-депрессив» атамасини ишлатиш клиник фарқни беркитади.

44 Тадқиқот мезонлари ҳақида муҳим изоҳ

1993 йилги ЖССТ тадқиқот нашри F41.2 учун барча ҳолатни қамрайдиган янги қатъий симптом саноғини бермайди, клиник кўрсатмаларга таянишни айтади. Шунинг учун китобда ўзимиз рақам ўйлаб топиб, уни «ЖССТ мезони» деб ёзмаймиз. [2.3, F41.2]

Амалиётда бемор қайси аломатдан кўпроқ қийналаётгани, фаолиятга таъсир, вақт динамикаси ва тўлиқ синдром чегараси бирга қайд қилинади. Скринингда иккита баланд балл чиқиши ҳам ўз-ўзидан F41.2 дегани эмас.

45 F43.20–F43.22: стрессор ва мослашув

46 Нега F32 эмас?

Бу кодлар мослашув бузилишининг клиник шаклларидир. Марказда фақат тушкунлик эмас, аниқ стрессор ёки муҳим ҳаётий ўзгаришга боғлиқ мослашиш қийинлиги туради. Бошланиш вақти, стрессорнинг давом этиши, оқибатлари ва бошқа тўлиқ синдром мавжудлиги текширилади.

Стрессдан кейин бошланган тўлиқ депрессив эпизод ҳам бўлиши мумкин. Шунинг учун «жанжалдан кейин бошланди» деган маълумотнинг ўзи F43га етарли асос эмас. Беморни F32дан «реактив» рубрикага ўтказишдан олдин мезонлар солиштирилади.

47 Уч қўшимча коднинг фарқи

F43.20 — қисқа депрессив реакция: енгил, ўткинчи ҳолат, бир ойдан ошмайди.

F43.21 — узоқ давом этувчи депрессив реакция: давомли стрессга жавобан енгил депрессив ҳолат, икки йилдан ошмайди.

F43.22 — аралаш хавотирли ва депрессив реакция: мослашув бузилиши доирасида икки гуруҳ белги. [2.2; 2.3, F43.2]

Бу муддатлар ягона ташхис мезони эмас. Масалан, уч ҳафта давом этгани учунгина F43.20 қўйилмайди. Ҳолатнинг мослашув бузилишига тегишлилиги, интенсивлиги ва муқобил синдромлар ҳам асосланади.

48 Ўқув вазияти

> Ишдан айрилгандан кейин беморда ташвиш, йиғлоқилик ва одатий вазифаларни бажариш қийинлиги пайдо бўлди. Биринчи савол «қайси код осонроқ?» эмас, ҳолат тўлиқ депрессив эпизодга мосми ёки мослашув бузилишими, деган саволдир. Бошқа беморда айнан шу стрессордан кейин психотик симптомли оғир депрессия ривожланди. Бир хил воқеа икки беморни бир хил рубрикага киритмайди.
>
> «Психотравма» атамаси ҳам ҳар қандай F43 ҳолатини ПТСБга айлантирмайди. Травматик воқеа хусусияти ва тегишли синдромлар алоҳида текширилади. Одатий қайғунинг ўзига автоматик психиатрия ташхиси қўйилмайди.

49 F06.32: органик сабабий боғлиқлик

50 Нега кайфият бузилишлари бобидан ташқарида?

F06 оиласида руҳий ҳолат органик касаллик, мия шикастланиши ёки дисфункция билан асосланган боғлиқликда қаралади. F06.3 аффектив бузилишларни, ЖССТ клиник қўлланмасидаги F06.32 эса органик депрессив шаклни аниқлаштиради. [2.2, F06.3]

Бу рубрика «беморда депрессия ва соматик касаллик бирга бор» деган оддий қўшилиш эмас. Асосий тиббий ҳолатнинг мавжудлиги, клиник жиҳатдан ишонарли боғлиқлик, вақт кетма-кетлиги ва бошқа изоҳлар баҳоланади. Касалликдан қўрқишга психологик реакция билан унинг бевосита органик таъсири бир нарса эмас.

51 Муаллиф келтирган касалликлар

Инсульт, бош мия жароҳати, эпилепсия, Паркинсон касаллиги ва эндокрин патологиялар клиник текширувда муҳим контекстлардир. Лекин рўйхатдаги касалликлардан бири борлиги F06.32ни автоматик тасдиқламайди. Бир беморда аввалдан мустақил депрессив бузилиш ҳам бўлиши мумкин.

52 Ўқув вазияти

> Бир беморда инсультдан олдин ҳам алоҳида депрессив эпизодлар бўлган. Иккинчисида руҳий ўзгаришлар неврологик ҳодисадан кейин пайдо бўлган ва тиббий баҳолаш уларнинг органик боғлиқлигини қўллаб-қувватлайди. Иккаласида «инсульт + тушкунлик» бор, аммо ташхисни асослаш йўли бир хил эмас.

53 Ҳужжатда нимани очиқ ёзамиз

«Органик» сўзининг ортида қайси касаллик назарда тутилгани ва боғлиқлик нима билан асосланган кўрсатилиши керак. Шубҳа бўлса, уни тасдиқланган сабаб сифатида эмас, текширилаётган гипотеза сифатида баён қиламиз.

Мавжуд тиббий касалликни даволаш зарурлиги депрессив симптомларни алоҳида баҳоламаслик дегани эмас. Худди шундай, психиатрия ташхиси жисмоний шикоятларни текширишни тўхтатишга асос бўлмайди. Бу бўлимда сабабий боғлиқлик мантиғи тушунтирилди; аниқ текширув ва даволаш махсус бобда келтирилади.

54 F1x.54: модда чақирган депрессив психоз

55 Дастлабки рўйхатдаги муҳим тузатиш

Ўзбекча дастлабки матнда F1x.54 ҳар қандай истеъмол ёки бекор қилишдан кейинги депрессив ҳолатдай берилган; русча қисмида эса психотик бузилиш экани аниқроқ айтилган. Китобда иккинчи маъно сақланади: бу модда чақирган психотик бузилишнинг депрессив симптомлар устун бўлган шаклидир. [2.3, F1x.5]

Кодда x модда синфини белгилаш учун шартли белги. Уни якуний тиббий кодда x ҳолича қолдирилмайди. .5 психотик бузилиш доирасини кўрсатади; кейинги белги унинг клиник кўринишини аниқлаштиради. «Алкоголли депрессия» қисқа номи .54нинг психотик мазмунини йўқотмаслиги керак.

56 Нималарни ажратиш керак

Истеъмол вақтидаги тушкунлик, абстиненциядаги дисфория, мустақил депрессив эпизод ва модда чақирган психотик бузилиш бир хил эмас. Вақт муносабати, психотик симптомлар, интоксикация ёки бекор қилиш синдроми, ҳуш ҳолати ва олдинги тарих текширилади.

Психоз йўқ беморга фақат моддадан кейин кайфияти тушгани учун .54 ёзиш клиник манзарани нотўғри оғирлаштириб кўрсатади. Аксинча, психоз ёки делирий бўлса, уни «оддий тушкунлик» деб қолдириш ҳам хавфли. Ҳар бири ўз мезонлари билан баҳоланади.

57 Ўқув вазияти

> Бир киши алкогольни тўхтатгандан кейин хавотир, уйқусизлик ва дисфорияни айтади, аммо психотик симптомлар аниқланмади. Бу маълумот F10.54ни асосламайди. Бошқа ҳолатда модда билан боғлиқ психотик синдром ва унда депрессив белгилар устунлиги текширувда асосланган. Бу икки вазиятга бир хил «алкоголли депрессия» ёзуви етарли эмас.

58 Нега F32дан алоҳида?

Бу рубрикада етакчи тасниф контексти модда чақирган психотик бузилишдир. Лекин модда истеъмол қилган ҳар бир инсоннинг барча руҳий симптомлари моддага боғлиқ деб қабул қилинмайди. Мустақил аффектив бузилиш ҳам мавжуд бўлиши мумкин; анамнез ва кузатув шу фарқни аниқлашга хизмат қилади.

59 F53.0: туғруқдан кейинги қолдиқ рубрика

60 Нега алоҳида жой бор?

F53 туғруқдан кейинги давр билан боғлиқ, бошқа рубрикаларда таснифланмаган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари учун ажратилган. ЖССТ клиник қўлланмасида бу доира туғруқдан кейинги олти ҳафта ичида бошланиш контексти билан таърифланади. Унинг мавжудлиги барча туғруқдан кейинги депрессиялар алоҳида касаллик дегани эмас. [2.2, F53]

F53.0ни «енгил/ўртача туғруқдан кейинги ҳар қандай депрессия»нинг автоматик коди деб ўқимаймиз. Рубрика номидаги энг муҳим чегара — бошқа жойда таснифланмаганлиги. Маълумот етарли бўлиб, F32, F33 ёки F31 каби аниқроқ ташхис асосланса, тегишли таснифлаш йўли танланади.

61 Рўйхатда нимани аниқлаштирамиз

«Туғруқдан кейинги» ибораси бошланиш контекстини билдиради. Унинг ўзи оғирликни, биполярликни ёки психоз бор-йўқлигини ҳал қилмайди. Туғруқдан кейинги психозни F53.0 билан енгил ҳолатдай ифодалаш мумкин эмас; шошилинч баҳолаш талаб этилади.

62 Ўқув вазияти

> Бир аёл туғруқдан кейин тўлиқ депрессив эпизод манзараси билан келди. Анамнезда аввалги депрессив ва гипоманиак даврлар аниқланса, клиник йўналиш ўзгаради. Бошқа ҳолатда симптомлар ҳақидаги маълумот етарли эмас ва аниқроқ тасниф ҳозирча асосланмайди. «Иккаласи ҳам туғруқдан кейин» деган факт уларни бир хил кодлаш учун етарли эмас.

63 Боланинг ва онанинг хавфсизлиги

Суицид фикрлари, психоз, оғир уйқусизлик билан кескин қўзғалиш, ўзини ёки болани парвариш қила олмаслик каби белгилар код танлашдан олдин тез баҳоланади. Кодлаш баҳси шошилинч ёрдамни кечиктирмаслиги керак.

Кенг клиник амалиётда перинатал ва туғруқдан кейинги депрессияни кузатиш даври F53нинг тор тасниф чегарасидан кенгроқ бўлиши мумкин. Шу сабабли вақт атамаси билан айнан F53 талабини бир нарса деб қабул қилмаймиз.

64 F38.10: қисқа давом этиш, такрорланувчи кечиш

65 Нега F33 билан бир хил эмас?

Бу ҳолатда асосий фарқ фақат такрорланиш эмас, алоҳида депрессив даврларнинг қисқалигидир. ЖССТ тадқиқот мезонларида эпизодлар икки ҳафтадан қисқа, кўпинча икки-уч кун; ўтган йилда тахминан ойига бир марта такрорланиши ва фақат ҳайз циклига боғлиқ бўлмаслиги кўрсатилган. [2.3, F38.10]

Муаллиф рўйхатидаги «оғир фазалар»ни мажбурий белги сифатида сақламаймиз. Мазкур тадқиқот мезонларида енгил, ўртача ёки оғир депрессив эпизоднинг симптоматик манзарасига мослик мумкин; қисқа эпизодлар албатта оғир бўлиши шарт эмас.

66 Қисқа ҳолатни қандай баҳолаймиз

Бир-икки кунлик хафаликнинг ўзи F38.10 эмас. Симптомлар тузилиши, такрорланиш ритми, функционал таъсир, бошқа аффектив даврлар ва цикл билан боғлиқлик текширилади. Вақт чизиғи ёки кундалик бу манзарани хотирага таянган умумий жавобдан аниқроқ кўрсатиши мумкин.

67 Ўқув вазияти

> Бемор «ҳар ой бир неча кун ҳеч нарсага кучим етмайди, кейин тикланаман» дейди. Бу F38.10ни ўрганишга сабаб, лекин тайёр ташхис эмас. Қанча ойдан бери такрорланаётгани, шу кунлардаги симптомлар, ҳайз цикли билан боғлиқлиги, гипомания ва моддалар таъсири сўралади. Икки ҳафтадан узоқ давом этган алоҳида эпизодлар бўлса, тасниф йўли яна ўзгаради.

68 Бутун рўйхатнинг мантиқий хулосаси

F32 ва F33 эпизодли униполяр йўналишни; F31 биполяр кечишни; F34 давомли фонни; F38.10 қисқа такрорланувчи эпизод тузилишини ажратади. F41.2 ва F43.2да симптомлар нисбати ҳамда мослашув контексти муҳим. F06.32 ва F1x.54да асосланган органик ёки моддага боғлиқ клиник механизм таснифда марказий ўринга чиқади. F53.0 эса бошқа жойда аниқроқ таснифланмаган туғруқдан кейинги ҳолат учун қолдиқ рубрикадир.

Демак, рўйхат «битта депрессиянинг 30 та синоними» эмас. У бир хил тушкунлик белгиси ортидаги турли ташхис йўлларини кўрсатади. Беморга ёрдамни айнан шу фарқларни аниқлаш осонлаштиради.

69 Қўшимча кодлар ва адаштирувчи ўхшашликлар

70 Беш белгили коднинг манбаси

ЖССТ клиник қўлланмасида F32.00 ва F32.01 каби қўшимча кодлар соматик синдром йўқлиги ёки борлигини аниқлаштиради. F06.32 органик депрессив бузилиш учун келтирилган. Тадқиқот мезонларида F38.10 қисқа муддатли қайталанувчи депрессив бузилишга тегишли. [2.2; 2.3]

Бундай кодни кўрганда «рақам узунроқ, демак ташхис аниқроқ» деган хулоса қилмаймиз. Қўшимча белги фақат унинг шарти ҳақиқатан баҳоланганда маъноли. Электрон тизим кодни қабул қилгани клиник асос текширилди дегани эмас.

71 Соматик синдром соматик касаллик дегани эмас

МКБ-10 депрессиясидаги «соматик синдром» атамаси билан бемордаги юрак, эндокрин ёки бошқа жисмоний касалликни бир тушунчага айлантирмаймиз. Биринчиси депрессив эпизоднинг муайян белгиларини ифодаловчи тасниф тушунчаси; иккинчиси алоҳида тиббий ҳолатдир. Уларни ҳужжатда ажратиб ёзиш нотўғри талқинни камайтиради. [2.2]

72 F1x.54ни умумий «моддага боғлиқ депрессия» деб ўқиманг

Муаллиф мундарижасида ҳам қайд этилганидек, F1x.54 модда чақирган психотик бузилишда депрессив симптомлар устунлигини ифодалайди. Бу ҳар қандай алкоголь ёки бошқа модда истеъмолидан кейинги тушкунликнинг умумий коди эмас. Интоксикация, бекор қилиш ҳолати, психоз ва мустақил депрессив бузилишни ажратиш керак. [2.3]

73 «Бошқа» ва «аниқланмаган» бир хил эмас

Кодлашда аниқ маълум бўлган, аммо асосий рубрикаларга тўлиқ мос келмайдиган ҳолат билан маълумот ҳали етарли бўлмаган ҳолатни фарқлаш муҳим. «Бошқа» ёки «аниқланмаган» белгисини қулайлик учун танлаш ўрнига, тегишли рубриканинг изоҳи ва ҳужжатдаги асос ўқилади.

Кузатувда янги маълумот чиқса, ташхис аниқлаштирилиши мумкин. Бу аввалги ёзувни изсиз ўчириш дегани эмас. Қайси янги далил қарорни ўзгартиргани, қачон қайта баҳоланган ва даволаш режасига таъсири қайд этилади.

74 МКБ-11 ва DSM билан қисқа таққослаш

75 МКБ-11: янги тасниф, автоматик алмаштириш эмас

МКБ-11 ЖССТнинг кейинги таҳрири бўлиб, 2022 йил 1 январдан кучга кирган. Мамлакатлар ва тизимлар уни босқичма-босқич жорий қилади. Шунинг учун «МКБ-11 бор» деган факт барча маҳаллий ҳужжатларда МКБ-10 дарҳол бекор қилинганини англатмайди. [2.1]

Янги тизимга ўтишда фақат F-код ўрнига бошқа код ёзилмайди. Атамалар, рубрика чегаралари, қўшимча белгилар ва клиник талаблар ҳам солиштирилади. Мослаштириш жадвали йўл кўрсатиши мумкин, аммо ҳар бир бемор учун клиник қарорни автоматик чиқармайди.

76 DSM-5-TR: манба номи ҳам муҳим

DSM-5-TR Американинг психиатрия ассоциацияси нашр этган диагностик қўлланма бўлиб, 2022 йилда чиққан. У руҳий бузилишларнинг таърифи ва мезонларини тақдим этади. Бу ЖССТнинг МКБ-10 клиник қўлланмасининг бошқа номи эмас. [2.5]

DSMдан атама ёки тадқиқот келтирилганда, уни МКБ-10даги рубрика билан бирма-бир тенглаштиришдан олдин мезонлар солиштирилади. Инглизча номнинг ўхшашлиги тўлиқ клиник тенгликни кафолатламайди. Бир тадқиқотдаги беморлар қайси мезонлар билан танлангани унинг натижасини талқин қилишга таъсир қилади.

77 Китобни солиштириб ўқиш тартиби

Ҳар бир махсус бобни қуйидаги уч савол билан ўқиймиз: қайси тасниф ва нашрдан фойдаланилган; ташхис учун қайси клиник маълумот керак; бу ҳолатга ўхшаш бошқа ташхисдан нима ажратади? Шунда кодлар рўйхати ёдланадиган белгилар тўплами эмас, клиник фикрлашни тартибга солувчи воситага айланади.

Даволаш бўлимида эса яна бир манба қатлами қўшилади: замонавий клиник қўлланма ва препарат йўриқномаси. Тасниф нашри ташхисни тушунтириши мумкин, лекин у ўз-ўзидан бугунги даволаш алгоритми ёки доза маълумотномаси эмас.

78 Кодлашдан олдинги текширув

Қуйидаги рўйхат ушбу китоб учун амалий текширув воситаси сифатида тузилди; ЖССТнинг алоҳида расмий шкаласи эмас.

- Ташхисни асослайдиган симптомлар, давомийлик ва функционал ўзгаришлар ёзилганми?
- Аввалги эпизодлар, мания ёки гипомания ва оралиқ ҳолат аниқланганми?
- Модда, дори ёки жисмоний касаллик билан боғлиқлик текширилганми?
- Коднинг тўлиқ номи танланган тасниф ва нашрга мосми?
- Қўшимча белги учун керак бўлган маълумот ҳақиқатан борми?
- Рубрикадаги киритиш ва истисно изоҳлари ўқилганми?
- Ҳозирги ноаниқлик, хавф ва кейинги баҳолаш режаси қайд этилганми?

79 Ўқув мисоли: икки хил интернет натижаси

> Мутахассис мослашув бузилиши бўйича код қидиради ва бир хил рақамга икки хил ном чиқади. Тўғри қадам «қайси сайт машҳурроқ?» деб танлаш эмас. У ҳар икки манбанинг тасниф номи, мамлакати, нашр йили ва кодлаш контекстини ёзиб олади. Сўнг муассасада талаб этиладиган версиядаги рубрика билан бемор ҳолатини солиштиради.
>
> Бу шартли мисолда ташхис қўйилмаяпти. У ахборотни текшириш кетма-кетлигини кўрсатади: манба аниқланмагунча рақамлар ўхшашлигини маъно тенглиги деб қабул қилмаймиз.

80 Бобдан асосий хулоса

Тасниф клиник фикрлашнинг ўрнини босмайди, уни тартибга солади. Симптомдан кодга сакраб ўтиш эмас, анамнез ва синдром орқали асосланган ташхисга келиш керак. Код доимо ўз тизими, нашри ва тўлиқ номи билан ўқилади. Клиник профиль эса расмий ташхисга қўшимча тасвир бўлиб қолади.

81 Ўзини текшириш учун саволлар

1. ЖССТ клиник қўлланмаси билан тадқиқот мезонларининг вазифаси қандай фарқ қилади? 2. ICD-10-CM натижасини ЖССТ МКБ-10си деб қабул қилиш нима учун хато? 3. Беш белгили кодни ёзишдан олдин нимани текширамиз? 4. Соматик синдром билан соматик касаллик ўртасида қандай фарқ бор? 5. Нега клиник профиль учун ўзимиз янги F-код тузмаймиз?

Кейинги 3-боб: «Шикоятдан анамнезга». Унда таснифни тўғри қўллашга асос бўладиган бемор тарихи босқичма-босқич йиғилади.

82 2-боб манбалари

2.1. WHO. International Classification of Diseases (ICD). Тасниф вазифаси, МКБ-11 ва жорий этиш контексти. https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

2.2. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992. F06.3, F30–F39, F41.2, F43.2 ва F53 бўлимлари. F06.32: босма 64-бет; F43.20–F43.22: 150–151-бетлар. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

2.3. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. Нашр мақсади, F1x.5, F30–F39, F41.2 ва F43.2 бўлимлари; F38.10: PDFнинг 107-саҳифаси. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

2.4. CDC / National Center for Health Statistics. ICD-10-CM. АҚШ клиник модификациясининг мақсади ва версиялар бўйича қидирув. https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd-10-cm/index.html

2.5. American Psychiatric Association. About DSM-5-TR. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm

Қўшимча навигация: WHO ICD-10 Version 2019. Код қидирувида версияни кўрсатиш учун. https://icd.who.int/browse10/2019/en

Манбалар текширилган сана: 7 ноябрь 2026. Кодлар ҳақидаги баён таълимий шарҳдир, таснифнинг расмий ўзбекча таржимаси ёки маҳаллий кодлаш йўриқномаси эмас. Биринчи бобнинг манбалари ўша боб охирида ўз ҳолича сақланган.

3-БОБ

Шикоятдан анамнезга

Беморнинг ўз сўзларидан касалликнинг вақт чизигига

Бемор «менда депрессия» деб келиши ҳам, «бошим оғрийди», «уйқум йўқ», «болаларимга тоқатим қолмади» деб бошлаши ҳам мумкин. Биринчи вазифа тайёр ташхисни тасдиқлаш эмас, инсон нимадан қийналаётганини унинг тилида тушунишдир. Шикоят суҳбат учун кириш эшиги; анамнез эса бу эшик ортидаги воқеаларни вақт ва маъно бўйича тартибга солади.

Anamnesis morbi — ҳозирги касаллик ва аввалги ўхшаш ҳолатлар тарихи. Anamnesis vitae — инсоннинг ҳаёт тарихи, ривожланиш, муносабатлар ва кундалик шароитлар ҳақидаги клиник аҳамиятли маълумот. Иккаласи бир-бирини тўлдиради, лекин бири иккинчисини алмаштирмайди.

1 Бу бобнинг мақсади

Боб охирида мутахассис бемор шикоятини унинг сўзлари билан қайд этиши, ҳолатнинг бошланиши ва кечишини тиклаши, аввалги даволашни текшириши ҳамда тиббий, оилавий ва моддаларга оид маълумотларни бир клиник хулосага бирлаштириши керак. Бу ҳали якуний ташхис эмас; ташхис учун ишончли асос тайёрлашдир.

2 Қабулни қандай бошлаймиз

«Бугун сизга энг кўп нима қийинчилик қиляпти?» ёки «Қабулга келишга нима ундади?» каби очиқ саволдан бошлаш мумкин. Кейин бемор айтган асосий муаммо аниқлаштирилади. Суҳбатни биринчи дақиқадан симптомлар рўйхатига айлантириш унинг муҳим ҳикоясини йўқотиши мумкин.

Қабул бошида суҳбатнинг мақсади, тахминий тартиби, махфийлик ва унинг қонуний чегаралари тушунтирилади. Қайси тилда гаплашиш қулайлиги, эшитиш ёки мулоқотга ёрдам эҳтиёжи аниқланади. Таржимон керак бўлса, беморнинг розилиги ва махфийлик ҳисобга олинади; яқин кишини автоматик таржимон қилиш ҳар доим қулай ёки хавфсиз эмас.

3 Аввал хавфсизлик

Ҳушнинг кескин чалкашиши, оғир қўзғалиш, психоз, ўзига зарар етказишнинг яқин хавфи ёки овқат-сув қабул қила олмаслик бўлса, тўлиқ ҳаёт тарихини охиригача сўрашдан олдин шошилинч баҳолаш ташкил этилади. Анамнез тўплаш ёрдамни кечиктирувчи расмиятга айланмаслиги керак.

4 Шикоятни клиник маълумотга айлантириш

5 Беморнинг сўзи ва шифокорнинг талқини

Ёзувда беморнинг ибораси билан клиник талқин ажратилади: «Ҳеч нарса ёқмай қолди» — беморнинг сўзи; «қизиқиш ва завқнинг камайиши эҳтимоли, аниқлаштирилди» — клиник баён. Бемор «депрессия» деган бўлса, буни тайёр ташхис бўлимига кўчириш шарт эмас.

«Ҳолим йўқ» деган ибора турли маънода бўлиши мумкин: жисмоний чарчоқ, уйқучанлик, ҳаракат секинлашиши, хоҳиш йўқлиги ёки оғриқдан қочиш. «Ҳолингиз йўқлиги кун давомида қандай билинади?» деган савол уларни ажратишга ёрдам беради.

6 Ҳар бир асосий шикоят учун аниқлаштириш

- Бошланиш: қачон биринчи сезилди, тўсатданми ёки аста-секинми?
- Давомийлик: доимийми, куннинг бир қисмидами ёки алоҳида даврлар биланми?
- Ўзгариш: қайси вақтда кучаяди, нима енгиллаштиради?
- Таъсир: иш, ўқиш, муносабат ва ўзини парвариш қилишда нима ўзгарди?
- Беморнинг маъноси: ўзи бу ҳолатни нима билан боғлаяпти ва нимадан хавотирда?

7 Фаолиятни аниқ мисол билан ўлчаш

> «Ишлаяпсизми?» деган саволга «ҳа» жавоби ҳолат енгиллигини исботламайди. «Аввал бир соатда бажарган ишингизга ҳозир қанча вақт кетяпти?», «Ишдан кейин бошқа ишларга куч қоляптими?» деб сўраш фойдалироқ. Фаолият аввалги шахсий даража билан солиштирилади.
>
> Баъзан бемор яхши кўрингани учун қийинчилиги кам баҳоланади. Бошқа ҳолатда йиғлагани учун оғир депрессия деб шошиламиз. Ташқи ифода шикоятни тўлдиради, аммо унинг ўрнига ўтмайди. Клиник баҳолаш симптомлар сони билангина чекланмай, давомийлик, кечиш ва функционал таъсирни ҳам қамраши керак. [3.1]

8 Йўналтирувчи саволдан сақланиш

«Сизда ҳамма нарса болалик травмасидан, тўғрими?» деган савол жавобни олдиндан белгилайди. Унинг ўрнига «Сиз бу ўзгаришларни қайси воқеалар билан боғлайсиз?» деб сўралади. Беморнинг тахмини муҳим маълумот, лекин сабабий боғлиқликнинг тайёр исботи эмас.

9 Anamnesis morbi: вақт чизиғини қуриш

10 «Қачон бошланди?»дан кенгроқ

Бемор қабулга келган кун, оғирлашган вақт ва биринчи симптом бошланган вақт бир хил бўлмаслиги мумкин. Масалан, уйқу икки ой аввал бузилган, қизиқиш бир ой аввал камайган, ишга чиқолмаслик эса охирги ҳафтада пайдо бўлган. Шу уч нуқта алоҳида қайд этилади.

Санани эслаш қийин бўлса, ҳаётий воқеалардан таянч сифатида фойдаланиш мумкин: таътил, иш алмашиши, туғруқ ёки кўчиш. Лекин шифокор воқеани беморга мажбуран боғламайди. Аниқ сана йўқ бўлса, тахминий вақт деб белгиланади.

11 Ҳозирги эпизоднинг кетма-кетлиги

Бошланишидан олдинги одатий ҳолат → биринчи ўзгариш → симптомлар кенгайиши → фаолиятга таъсир → ёрдам излаш → даволаш ёки бошқа аралашув → ҳозирги ҳолат. Бу китоб учун тузилган ишчи тартиб, расмий шкала эмас.

Кун давомидаги ўзгариш, дам олиш кунлари, мавсум, ҳайз цикли ёки иш юкламаси билан муносабат сўралиши мумкин. Бир мартаги мос келиши такрорланувчи қонуниятни исботламайди. Зарур бўлса, кузатув ёзувлари билан текширилади.

12 Аввалги эпизодларни қидириш

«Илгари депрессия бўлганми?» деган савол етарли эмас. Бемор аввалги ҳолатни «асаб», «чарчоқ» ёки «ўзимни йўқотган пайтим» деб атаган бўлиши мумкин. Ўша даврдаги уйқу, завқ, фаолият, давомийлик, даволаш ва тикланиш ҳақида сўралади.

Эпизодлар орасида бутунлай тикланиш бўлганми ёки симптомлар сақланганми? Бир доридан иккинчисига ўтиш янги эпизодни англатмайди. Даволаш тўхташи билан бир неча кунда пайдо бўлган белгиларни ҳам текширмасдан қайталаниш деб аташ мумкин эмас.

13 Вақт чизиғининг шартли мисоли

> Бемор сўзидан: февралда уйқу бузилган; мартда ишга қизиқиш камайган; апрелда оила билан мулоқотдан қочган; майда дори бошланган; июнда уйқу яхшиланган, аммо завқ тикланмаган. «Дори ёрдам берди» деган умумий жавоб ўрнига, қайси белгилар қачон ўзгаргани кўринади.
>
> Ташхисга оид ҳар бир тахмин шу кетма-кетлик билан солиштирилади. Ўхшашликнинг ўзи эмас, симптомлар тарихи ва клиник контекст қарорга асос бўлади.

14 Аввалги руҳий ҳолатлар ва биполярлик

15 Фақат тушкун даврларни сўрамаймиз

Кайфият кўтарилиши ёки ғайриоддий фаоллик даврлари, хулқдаги эпизодли ўзгаришлар, эпизодлар орасидаги ҳолат ва оилавий тарих биполяр бузилишни баҳолашда муҳим. NICE бундай кенг психиатрия анамнезини тавсия қилади. [3.2]

«Кам ухлаб ҳам чарчамаган пайтингиз бўлганми?», «Ўша вақтда одатдагидан кўп гапирган, иш бошлаган ёки оқибатини ўйламай қарор қабул қилганмисиз?» каби саволлар мисол олишга хизмат қилади. Жавоблар давомийлик, одатий ҳолатдан фарқ, оқибат ва модда/дори таъсири билан бирга талқин қилинади.

16 Уйқусизлик ва уйқуга эҳтиёж камайиши

Ухлашни истаб ухлай олмаслик билан оз ухлаб ҳам ғайриоддий тетик юриш бир хил шикоят эмас. Беморнинг кечинмаси, кундузги энергияси ва кузатилган хулқи сўралади. Бир кечалик уйқу ўзгаришидан биполяр ташхис чиқарилмайди.

17 Бошқа руҳий ҳолатлар

Аввалги хавотир, паника, обсессив симптомлар, психотик кечинмалар, овқатланиш бузилишлари ва психиатрия ёрдами ҳақида клиник заруратга қараб сўралади. Бу ҳар бир беморга барча ташхисларни кетма-кет санаб бериш эмас, ҳозирги ҳолатни тушунтириши мумкин бўлган йўналишларни текширишдир.

Аввалги стационар ёрдам, ўзини шикастлаш, суицид уринишлари ва оғир функционал йўқотишлар қайд этилади. Қандай ёрдам фойдали бўлгани ва бемор қандай салбий тажриба орттиргани ҳам кейинги ҳамкорлик учун муҳим.

18 Ўқув вазияти

> Бемор ҳозир тушкун. У аввалги «энг яхши ойим»да жуда кам ухлаб, кўп лойиҳа бошлаганини айтади. Шифокор буни дарҳол гипомания деб белгиламайди: ҳолат қанча давом этгани, бошқалар нимани кузатгани, одатий хулқдан фарқ ва оқибатлар аниқланади. Олдинги антидепрессант ёки стимулятор билан вақт боғлиқлиги ҳам текширилади.
>
> Агар маълумот тўлиқ бўлмаса, «биполяр кечиш эҳтимоли аниқлаштирилмоқда» деб ёзилади. Гипотезани тасдиқланган ташхисга айлантириш ҳам, ноаниқлиги учун умуман эътиборсиз қолдириш ҳам тўғри эмас.

19 Тиббий анамнез ва дорилар

20 Жисмоний ва руҳий ҳолатни бирга кўриш

Соматик касаллик, неврологик ҳолат, оғриқ, уйқу бузилиши ва айрим дорилар депрессияга ўхшаш ёки уни оғирлаштирувчи белгилар бериши мумкин. Клиник суҳбат, кўрик ва кўрсатмага мувофиқ текширувлар муқобил сабабларни баҳолашга ёрдам беради. Барча беморга бир хил кенг таҳлиллар тўпламини автоматик буюриш бу бобнинг тавсияси эмас. [3.3]

Қалқонсимон без касалликлари, бош мия жароҳати, инсульт, тутқаноқ, сурункали оғриқ ва бошқа муҳим тиббий ҳолатлар сўралади. Касаллик борлиги билан депрессиянинг органик келиб чиқиши автоматик исботланмайди. Тиббий ҳолат, симптом ва даволашнинг вақт муносабати муҳим.

21 Дори рўйхатини аниқлаштириш

Рецептли дорилар билан чекланмаймиз: ўзбошимчалик билан қабул қилинган воситалар, уйқу дорилари, ўсимлик маҳсулотлари, БАДлар ва энергетиклар ҳам сўралади. Номи, қабул қилиш тартиби, бошланган ёки тўхтатилган вақти ва бемор сезган ўзгариш қайд этилади.

Номни эслай олмаса, қутиси, рецепт ёки олдинги тиббий ёзувни кўриш мумкин. «Оқ таблетка»ни тахмин билан аниқ препаратга айлантирмаймиз. Қабул қилинган доза билан рецептдаги доза ҳар доим бир хил бўлмаслиги мумкин.

22 Аввалги даволаш натижаси

«Ёрдам бермади» деганда қайси симптом, қанча вақт ва қандай қабул қилиш назарда тутилганини аниқлаймиз. Самара, ножўя таъсир, қабулни ўтказиб юбориш, нарх, дорини топиш қийинлиги ва беморнинг хавотири алоҳида сўралади. Психотерапияда ҳам усул, давомийлик, қатнашиш ва ўзгарган муаммолар қайд этилади.

23 Ўқув вазияти

> Бемор «учта антидепрессант ишламади» дейди. Суҳбатда бирини бир ҳафта қабул қилиб тўхтатгани, иккинчисини мунтазам олмагани, учинчисининг номи номаълумлиги аниқланди. Бу маълумотдан дарҳол резистент депрессия деган хулоса чиқариб бўлмайди. Олдинги курслар ҳақида далил тўпланади.
>
> Дорига боғлиқлик гумон қилинса ҳам, беморга барча дориларни бирданига тўхтатиш айтилмайди. Ўзгартиришни тегишли шифокор билан хавфсиз режалаштириш керак. Анамнез тўплашнинг вазифаси давони ўзбошимчалик билан бекор қилиш эмас, қарор учун аниқ ахборот беришдир.

24 Алкоголь ва бошқа моддалар

25 Ҳукмсиз, аниқ савол

«Ёмон одатларингиз борми?» деган савол ўрнига истеъмол ҳақида бетараф ва аниқ сўралади: «Уйқу ёки асабни тинчлантириш учун нималар қабул қиласиз?», «Охирги ҳафтада алкоголь истеъмол қилдингизми?» Мақсад айблаш эмас, клиник манзара ва хавфни тушунишдир.

Модда тури, миқдори, тез-тезлиги, охирги қабул вақти, истеъмолнинг ўзгариши ва тўхтатганда пайдо бўладиган белгилар қайд этилади. Алкоголда «икки стакан»ни аниқлаштириш учун идиш ҳажми ва ичимлик тури сўралади; стандарт миқдорни тахмин қилиб қўйилмайди.

26 Вақт муносабати

Тушкунлик истеъмолдан олдинми, истеъмол давридами ёки тўхтатгандан кейинми пайдо бўлган? Моддасиз даврларда ҳам давом этганми? Бемор симптомни енгиллатиш учун модда ишлатганми ёки симптом истеъмолдан кейин бошланганми? Бу саволлар бир-бирини инкор қилмайди, чунки икки томонлама таъсир бўлиши мумкин.

Депрессия, интоксикация, абстиненция ва модда чақирган психозни битта «моддага боғлиқ кайфият» ёрлиғи билан бирлаштирмаймиз. Иккинчи бобдаги F1x.54нинг тор маъноси шу ерда ҳам сақланади.

27 Абстиненция хавфи

Узоқ вақт кўп алкоголь истеъмол қилган инсонда кескин тўхтатиш ҳаёт учун хавфли абстиненцияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун аввалги оғир абстиненция, тутқаноқ, чалкашиш ва ҳозирги белгилар сўралади; заруратда тиббий назорат ташкил этилади. Уй шароитида мустақил тўхтатиш ёки «аста камайтириш» схемаси бу бобда берилмайди. [3.4]

28 Ўқув вазияти

> Бемор кечқурун «ухлаш учун» ичишини ва эрталаб безовта бўлишини айтади. Буни дарҳол депрессия ёки фақат абстиненция деб белгиламаймиз. Истеъмол тарихи, охирги қабул, эрталабки белгилар, хавф ва моддасиз даврдаги кайфият ўрганилади. Бир пайтда мустақил депрессив бузилиш ҳам бўлиши мумкин.
>
> Маълумотни махфий ва ҳурмат билан олиш ишончни оширади. Бемор бир марта инкор қилгани учун саволни абадий ёпмаймиз; кейинги суҳбатда очиқлик ортиши мумкин. Ҳужжатда эса аниқ айтилган маълумот билан шифокор гумони ажратилади.

29 Ҳаёт ва оилавий тарих

30 Anamnesis vitae: фақат муаммолар рўйхати эмас

Ўқиш, меҳнат, муносабатлар, яшаш шароити, молиявий қийинчилик ва ижтимоий алоқалар ҳолатни тушунишга ёрдам беради. NICE депрессияни баҳолашда шахсий, ижтимоий ва экологик контекстни ҳам кўриб чиқишни тавсия қилади. [3.1]

Ҳаёт тарихида фақат травма қидирмаймиз. Қийинчиликни енгиш усуллари, қизиқишлар, ишончли одамлар, маъно ва бемор учун муҳим мақсадлар ҳам сўралади. Инсонни фақат хавф омиллари йиғиндиси сифатида тасвирлаш клиник манзарани камайтиради.

31 Травма ва зўравонлик ҳақида

Нозик мавзуга ўтишдан олдин рухсат сўраш мумкин: «Ҳозир гапиришга тайёр бўлсангиз, ўзингизни хавфсиз ҳис қилишингизга таъсир қилган воқеалар ҳақида сўрасам». Беморни биринчи қабулда барча тафсилотни айтишга мажбурлаш шарт эмас. Ҳозирги хавфсизлик, ёрдам эҳтиёжи ва суҳбатни тўхтатиш ҳуқуқи устувор.

Зўравонлик гумонида ҳамроҳ киши иштирокида батафсил сўраш хавфни ошириши мумкин. Хавфсиз, шахсий мулоқот имкони ва маҳаллий ҳимоя тартиблари ҳисобга олинади. Айтилмаган травмани «албатта бор» деб талқин қилиш ёки беморга тайёр хотирани таклиф этиш мумкин эмас.

32 Оилавий ва наслий анамнез

Яқин қариндошларда депрессив ёки биполяр бузилиш, психоз, моддага боғлиқ муаммо, суицид ва даволаниш тарихи сўралади. Қариндош ҳақида эшитилган ташхис билан тиббий ҳужжатда тасдиқланган маълумот фарқланади. «Онам ҳам асабий эди» деган ибора аниқ ташхис эмас.

Оилавий тарих эҳтимолни баҳолашга ёрдам беради, аммо тақдирни белгиламайди. Қариндошда биполяр бузилиш борлиги беморда ҳам шу ташхис борлигини исботламайди. Беморнинг ўз клиник тарихи барибир керак. [3.2]

33 Ҳаёт босқичлари

Болалик ва ўсмирлик ривожланиши, ҳомиладорлик, туғруқдан кейинги давр, перименопауза ёки қариликдаги йўқотишлар клиник заруратга қараб аниқлаштирилади. Бу омиллар тайёр ташхис эмас. Болаларда ёшга мос мулоқот, алоҳида суҳбат ва қонуний розилик талаблари ҳисобга олинади; ота-она маълумоти боланинг ўз кечинмасини алмаштирмайди. [3.5]

34 Маълумот манбалари ва хавфсизлик

35 Ким нима деди?

Бемор, яқин киши ва аввалги тиббий ёзувлар бир-бирини тўлдириши мумкин. Ҳужжатда маълумот манбаси кўрсатилади: «беморнинг айтишича», «унинг розилиги билан суҳбатлашилган турмуш ўртоғига кўра», «фалон санадаги кўчирмада».

Фарқли маълумот чиқса, бир томонни дарҳол «ёлғончи» деб баҳоламаймиз. Хотира, кузатув нуқтаси, вақтни эслаш ва ўша даврдаги ҳолат фарқ қилиши мумкин. Қайси маълумот тасдиқлангани ва қайсиси ҳали аниқлаштирилиши ёзилади.

36 Розилик ва махфийлик

Қўшимча маълумот олиш ёки яқинларга маълумот беришда беморнинг розилиги, қарор қабул қилиш қобилияти ва маҳаллий қонуний талаблар ҳисобга олинади. Қариндошдан хабар қабул қилиш унинг ўзига барча тиббий маълумотни очишга автоматик рухсат эмас. Яқин хавфда маҳаллий фавқулодда ва ҳимоя тартиблари қўлланади.

37 Суицид ва ўзини шикастлаш ҳақида сўраш

Бу мавзу очиқ ва хотиржам сўралади: «Ҳаётни давом эттириш қийин ёки яшамасам эди деган фикрлар бўляптими?», «Ўзингизга зарар етказиш нияти борми?» Жавобда ҳозирги хавф, ният, режа мавжудлиги, аввалги ҳолатлар, воситаларга кириш имкони, қўллаб-қувватлаш ва хавфсизлик чоралари клиник баҳоланади. Мақсад зарар усулини ўргатиш эмас, хавфсизликни таъминлашдир.

Шкала ёки «паст/ўрта/юқори» ёрлиғи келажак суицидини ишончли башорат қилмайди. NICE ўзини шикастлаш бўйича қўлланмасида бундай воситаларни прогноз ёки ёрдамга киришни белгилаш учун ишлатмасликни тавсия қилади. Эътибор индивидуал эҳтиёж ва хавфсизлик режасига қаратилади. [3.6]

Яқин хавф бўлса, беморни ёлғиз қолдирмасдан шошилинч тиббий баҳолаш ташкил этилади. Оила борлиги ёки беморнинг хотиржам кўриниши хавф йўқлигини исботламайди. Бу қисқа бўлим 7-бобдаги батафсил хавф баҳоси ўрнини босмайди.

38 Онлайн қабулда

Қабул бошида бемор ҳозир қаердалиги, алоқа узилса қандай боғланиш ва фавқулодда вазиятда кимга мурожаат қилиш мумкинлиги келишилади. Суҳбатни бошқалар эшитмаётгани аниқланади. Онлайн мулоқотнинг чеклови шошилинч офлайн ёрдам заруратини бекор қилмайди.

39 Анамнезни ёзишнинг ишчи шакли

Қуйидаги шакл китоб учун тузилган. У расмий диагностика шкаласи эмас; суҳбатни механик анкетага айлантирмасдан, ўтказиб юборилган қисмларни текшириш учун хизмат қилади.

1. Мурожаат сабаби ва беморнинг ўз сўзлари: энг муҳим шикоят, қабулдан кутаётган натижа.

2. Ҳозирги ҳолат: биринчи ўзгариш, давомийлик, симптомлар кетма-кетлиги, функционал таъсир.

3. Аввалги кечиш: ўхшаш эпизодлар, оралиқ тикланиш, мавсумий ёки бошқа такрорланиш.

4. Бошқа қутб ва синдромлар: гипомания/мания эҳтимоли, психоз, хавотир ва бошқа клиник аҳамиятли ҳолатлар.

5. Даволаш тарихи: дори ва психотерапия, ҳақиқий қабул тартиби, самара, ножўя таъсир, тўхтатиш сабаби.

6. Тиббий анамнез: соматик ва неврологик касалликлар, оғриқ, уйқу, репродуктив контекст, кўрик ва текширув эҳтиёжи.

7. Дори ва моддалар: рецептли/рецептсиз воситалар, БАД, алкоголь ва бошқа моддалар; вақт муносабати.

8. Ҳаёт ва оила: ривожланиш, муносабат, яшаш ва меҳнат шароити, оилавий руҳий тарих, ресурслар.

9. Хавфсизлик: ҳозирги хавф ва эҳтиёж, аввалги ҳолатлар, келишилган чоралар.

10. Манба ва ноаниқлик: маълумот кимдан олинди, қайси ҳужжат кўрилди, нима ҳали текширилади.

11. Суҳбат якуни: асосий клиник саволлар, кейинги кўрик ва кузатув режаси.

40 Қисқа хулоса намунаси

«Беморнинг айтишича, сўнгги олти ҳафтада уйқу ва қизиқиш пасайган, иш самарадорлиги камайган. Аввалги ўхшаш давр ҳақида маълумот бор, лекин давомийлиги аниқ эмас. Илгариги фаол даврнинг хусусиятлари қўшимча баҳоланади. Дори номи ва қабул муддатини рецепт билан солиштириш керак. Ҳозирги хавфсизлик алоҳида баҳоланди ва тегишли режа қайд этилди».

Бу намунада ҳали йўқ маълумот бор деб кўрсатилмаган. «Инкор этади», «аниқланмади» ва «сўралмади» иборалари бир хил эмас: ҳужжатда уларни алмаштирмаймиз.

41 Учта ўқув кейси ва муҳокама

> Барча мисоллар таълим учун тузилган, ҳақиқий бемор тарихи эмас. Қисқа вазиятлар якуний ташхис қўйиш учун етарли маълумот бермайди.

42 1-кейс. «Фақат бошим оғрийди»

45 ёшли бемор бош оғриғи ва чарчоқдан шикоят қилди. Кейинги саволларда икки ойдан бери қизиқиш камайгани, ишни тугатиш қийинлашгани маълум бўлди. У тушкунликни алоҳида шикоят деб ҳисобламаган.

Муҳокама: танавий шикоятни дарҳол «депрессия ниқоби» деб аташ мумкин эмас. Оғриқнинг тиббий баҳоси, хавфли белгилар, уйқу, кайфият ва фаолият тарихи бирга керак. Бу беморда ҳам тиббий, ҳам руҳий ҳолат мавжуд бўлиши мумкин. Кўриксиз F06 ёки F32ни танлаш шошма-шошарлик бўлади.

43 2-кейс. «Дориларнинг ҳеч бири ёрдам бермайди»

32 ёшли бемор аввалги даволашлар самарасизлигини айтди. Номлар ва вақт чизиғи сўралганда, баъзи препаратларни бир неча кундан кейин тўхтатгани, бир курсда эса уйқу яхшиланиб, ишга қайтгани аниқланди.

Муҳокама: беморнинг хулосасини рад этиш эмас, унинг нимани «ёрдам» деб ҳисоблашини тушуниш керак. Аввалги дозалар, мунтазамлик, муддат, ножўя таъсир ва тикланган функциялар текширилади. Мақсад беморни айблаш эмас, келгуси режага тўсиқларни кўришдир.

44 3-кейс. «Бу биринчи марта»

28 ёшли бемор биринчи марта психиатрга келди ва «биринчи депрессиям» деди. Суҳбатда университет пайтида бир неча ойлик ўхшаш ҳолат, кейин яхши давр бўлгани маълум бўлди. Яқин киши яна бир вақтда ғайриоддий фаоллик кузатганини айтди.

Муҳокама: биринчи қабул биринчи эпизод дегани эмас. Ҳар икки даврнинг давомийлиги, симптомлари, фаолиятга таъсири, модда/дори контексти ва маълумот манбаси аниқлаштирилади. Биполярлик ҳақидаги тахмин ҳам, қайталанувчи депрессия тахмини ҳам далилсиз якуний ташхисга айлантирилмайди.

45 Барча кейсларга умумий савол

> Қайси маълумот ташхис йўналишини ўзгартириши мумкин? Қайси маълумот хавфсизлик ёки даволаш режасини ҳозироқ ўзгартиради? Қайсисини кейинги учрашувда аниқлаштириш мумкин? Анамнезнинг сифатини узунлиги эмас, шу саволларга жавоб бериши белгилайди.

46 3-боб хулосаси ва манбалари

47 Асосий хулосалар

Шикоятни беморнинг тилида эшитамиз, кейин клиник маъносини аниқлаштирамиз. Вақт чизиғи ҳозирги симптомдан кўра кўпроқ маълумот бериши мумкин. Аввалги кайфият кўтарилиши, даволаш, тиббий ҳолат, моддалар ва ҳаётий контекст алоҳида текширилади. Маълумот манбаси ва ноаниқлик яширилмайди.

Суҳбат охирида эшитилганларни қисқа қайтариб, бемордан тўғри тушунилганини сўраш фойдали. Унинг кейинги қадам ҳақидаги фикри ва бажара олиши ҳисобга олинади. Кейинги 4-бобда анамнездан фарқли равишда қабул пайтида кузатиладиган руҳий статус ёритилади.

Манбалар

3.1. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.2.6–1.2.7. Комплекс баҳолаш ва шахсий-ижтимоий контекст. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

3.2. NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185, 1.3.2. Кечиш, фаоллик эпизодлари, оилавий тарих ва қўшимча маълумот. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

3.3. NIMH. Depression. «How is depression diagnosed?» ва клиник кўринишлар бўлимлари. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

3.4. NIAAA. Alcohol Use Disorder: From Risk to Diagnosis to Recovery. Абстиненция хавфи. https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-use-disorder-risk-diagnosis-recovery

3.5. NICE. Depression in children and young people: identification and management. NG134. Оилавий тарих ва ёшга мос баҳолаш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/recommendations

3.6. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, 1.6-бўлим. Хавф шкалаларининг чекловлари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Текширилган сана: 7 ноябрь 2026. Саволлар, ёзув шакли ва кейслар манбалардаги умумий баҳолаш тамойилларига таянган таълимий ишланма; расмий шкала ёки қўлланманинг сўзма-сўз таржимаси эмас.

4-БОБ

Депрессияда руҳий статус

Қабул пайтидаги ҳолатни кузатиш, текшириш ва аниқ ёзиш

Анамнез инсон ҳолатининг вақт давомидаги тарихини беради. Руҳий статус эса муайян қабул пайтида нима кузатилгани, бемор нима айтгани ва мақсадли текширувда нима аниқланганини тасвирлайди. Кечаги оғир ҳолатни бугунги кузатув деб ёзиш ҳам, бугунги хотиржамлик билан кечаги хавфни инкор қилиш ҳам мумкин эмас.

Руҳий статус тайёр «норма» матнини тўлдириш эмас. У ташхисни асослаш, шошилинч эҳтиёжни таниш ва кейинги ўзгаришни солиштириш учун керак. Бир қабулдаги статус депрессив эпизоднинг давомийлигини ёки бутун касаллик тарихини ўзи исботламайди.

1 Уч ахборот қатлами

- Кузатув: «саволларга узоқ танаффусдан кейин паст овозда жавоб берди».
- Беморнинг баёни: «фикрим юрмаяпти, ичим бўш» деб айтади.
- Текширув: «вақт ва жой ҳақидаги саволларга жавоб берди; диққат топшириғида қайта йўналтириш талаб қилинди».

Бу қатламлар бир-бирига мос келиши ҳам, фарқ қилиши ҳам мумкин. Фарқнинг ўзи беморни ишончсиз деб аташга асос эмас. Чарчоқ, тил, хавотир, маданий одат, дори таъсири ва суҳбат шароити натижага таъсир қилиши мумкин.

2 Баҳолашнинг соҳалари

Ташқи кўриниш ва хулқ, мулоқот, нутқ, кайфият ва аффект, тафаккур жараёни ва мазмуни, идрок, онг-диққат-когнитив функциялар, психомоторика, ўз ҳолатини англаш ва қарорларни баҳолаш кўриб чиқилади. Булар умумий психиатрия кўриги соҳаларидир. [4.1]

Қуйидаги баён ва мисоллар китоб учун ишлаб чиқилган таълимий тартиб; расмий шкаланинг таржимаси эмас. Текширилмаган соҳани «сақланган» деб ёзиш ўрнига, унинг баҳоланмагани ёки баҳолаш чеклови кўрсатилади.

3 Шароитни қайд этиш

Сана, қабул формати, суҳбат тили, ҳамроҳ шахс, чарчоқ ёки седация каби муҳим шароит қайд қилинади. Онлайн қабулда камера кўрсатмаган ҳаракат ёки жисмоний белгини йўқ деб ҳисоблаб бўлмайди. Текшириш имкони бўлмаган соҳалар очиқ белгиланади.

4 Ташқи кўриниш, мулоқот ва нутқ

5 Тавсиф баҳоловчи ёрлиқдан устун

Кийиниш, ўзини парвариш қилиш, ҳолат, кўз билан мулоқот ва суҳбатдаги иштирок клиник аҳамияти бўлса тасвирланади. «Ўзига қарамайдиган одам» ўрнига «кийими ифлосланган; бемор сўнгги кунларда ювиниш қийинлашганини айтди» деб ёзиш аниқроқ ва ҳурматлироқ.

Чиройли кийиниш депрессияни истисно қилмайди. Кўзга кам қараш ҳам ўз-ўзидан депрессия ёки психоз белгиси эмас: маданий одат, уятчанлик, аутизм, кўриш муаммоси ёки суҳбатдаги ноқулайлик бўлиши мумкин. Кузатув клиник контекст билан талқин қилинади.

6 Мулоқотга киришиш

Бемор саволни тушуняптими, жавоб беришга вақт керакми, суҳбатни ушлаб тура оляптими? Қисқа жавобни автоматик «ҳамкорлик қилмайди» деб ёзмаймиз. Секинлашиш, оғриқ, тил тўсиғи ёки ишонч ҳали шаклланмагани эҳтимоли бор.

7 Нутқни аниқлаштириш

Нутқнинг тезлиги, овоз баландлиги, жавобгача бўлган танаффус, сўз миқдори ва тушунарлилиги қайд этилади. Депрессияда нутқ секинлашиши мумкин, аммо ҳар бир бемор шундай кўринмайди. Хавотирли бемор тез ва кўп гапириши ҳам мумкин.

Сўз топиш қийинлиги, талаффуз ўзгариши ва жавобларнинг мазмунан узилиши бир хил белги эмас. Янги пайдо бўлган нутқ бузилишида неврологик ва бошқа тиббий сабаблар ҳам баҳоланади; уни депрессияга йўйиб қўйиш мумкин эмас.

8 Ёзувни яхшилаш намунаси

Ноаниқ: «Нутқи депрессив». Аниқроқ: «Саволларга 5–10 сониялик танаффусдан кейин жавоб берди; овози паст; жавоблар қисқа, лекин савол мазмунига мос». Вақт рақамлари фақат ҳақиқатан кузатилган бўлса қўйилади.

Ноаниқ: «Контакт ёмон». Аниқроқ: «Мураккаб саволни қисқа қисмларга ажратганда жавоб берди; суҳбатнинг иккинчи ярмида чарчаб, танаффус сўради». Бундай ёзув кейинги мутахассисга қандай мулоқот ёрдам берганини ҳам кўрсатади.

9 Кайфият ва аффектни ажратиш

10 Ички кечинма ва ташқи ифода

Кайфият — бемор тасвирлаган ҳиссий ҳолат; аффект — суҳбат пайтида кузатилган ҳиссий ифода. Улар бир хил бўлиши шарт эмас. Бемор ичидан бўшлиқ ҳис қилиб, суҳбатда мулойим жилмайиши мумкин. [4.1]

«Кайфиятингиз қандай?»га қўшимча равишда «Сизнинг одатий ҳолатингиздан нима фарқ қиляпти?» деб сўралади. «Ёмон» жавоби қайғу, хавотир, жаҳл, ҳиссизлик ёки чарчоқни англатиши мумкин. Шифокор маънони бемордан аниқлаштиради.

11 Аффектнинг қайси хусусиятлари?

Ифоданинг диапазони, интенсивлиги, ўзгарувчанлиги ва суҳбат мазмунига муносабати кузатилади. Масалан, «аффект диапазони чекланган, ёқимли воқеа ҳақида гапирганда қисқа жонланиш кузатилди» деган баён «аффекти йўқ»дан аниқроқ.

Йиғлаш депрессиянинг мажбурий белгиси эмас; йиғламаслик эса соғайишни исботламайди. Суҳбатда кулгани учун оғир субъектив қийинчиликни рад этиш мумкин эмас. Ҳиссий ифода маданият, шахсий услуб ва хавфсизлик ҳисси билан ҳам боғлиқ.

12 Анедония ва ҳиссий тўмтоқлик

Анедония завқ олиш ёки қизиқиш камайишини билдириши мумкин. Уни ташқи юз ифодасидан тўлиқ аниқлаб бўлмайди: аввал ёққан ишлар, уларни кутиш ва бажариш пайтидаги ҳислар ҳақида сўралади. Ҳиссий тўмтоқлик эса беморнинг ижобий ҳам, салбий ҳам ҳислар камайгани ҳақидаги баёни бўлиши мумкин.

Апатия, анедония, чарчоқ ва психомотор секинлашиш бир-бирига яқин кўриниши мумкин, аммо айнан бир тушунча эмас. «Ишни бошлашга хоҳиш йўқми, куч етмайдими ёки бошласангиз ҳам завқ йўқми?» деган савол тафсилот беради.

13 Бемор баёнини сақлаш

«Кайфияти тушкун» деб ёзишдан олдин беморнинг қисқа иборасини қўшиш мумкин: «Ҳамма нарса рангсиздек». Агар ташқи ифода баёндан фарқ қилса, иккаласи ҳам ёзилади; улардан бири танлаб олиниб, иккинчиси йўқолмайди.

Ҳозирги кайфият қабулнинг бир қисми, эпизоднинг бутун даври эмас. Шунинг учун статус натижаси 3-бобдаги анамнез билан бирлаштирилади.

14 Тафаккур: жараён ва мазмун

15 Қандай фикрлаяпти ва нима ҳақида?

Тафаккур жараёнини тасвирлашда жавоблар мантиқий боғланганми, мақсадга етиб борадими, мавзу сақланадими, суръат қандайлиги кузатилади. Тафаккур мазмунида эса умидсизлик, айбдорлик, қадрсизлик, руминация, обсессив ёки васвасали ишончлар каби мавзулар текширилади.

Узоқ танаффуснинг ўзи тафаккур узилиши дегани эмас. Бемор саволни тушунишга, сўз топишга ёки ҳиссини ифодалашга вақт сарфлаши мумкин. Қайси вазиятда танаффус бўлгани ва кейинги жавоб мазмуни қайд этилади.

16 Руминация, обсессия ва васваса

Руминацияда инсон бир мавзуни қайта-қайта салбий мушоҳада қилиши мумкин. Обсессив фикр исталмаган, ёпишқоқ ва безовта қилувчи тарзда кечиши мумкин; унга муносабат ва инсайт турлича бўлади. Васвасали ишончни баҳолашда ишончнинг қатъийлиги, далил билан муносабати, маданий контекст ва бошқа психотик белгилар ўрганилади.

Бу фарқлар бир савол билан ҳал қилинмайди. «Бу фикрни ҳақиқат деб қанчалик ишонасиз?», «Бошқача изоҳ бўлиши мумкинми?», «Уни ўз хоҳишингизга зид фикрдай сезасизми?» каби саволлар аниқлаштиришга хизмат қилади. Саволлар беморни баҳсда енгиш учун эмас.

17 Айбдорликка мисол

> «Боламга бақирганим учун ўзимдан хафаман» деган гап реал воқеага муносабат бўлиши мумкин. «Мен сабаб бутун шаҳар ҳалокатга учрайди» деган қатъий ишонч бошқача баҳолашни талаб қилади. Аммо битта ғайриоддий иборадан психоз хулосаси чиқарилмайди: маъно, ишонч даражаси, контекст ва бошқа белгилар керак.

18 Котар мазмуни ва метафора

«Ичим ўлиб қолгандек» деган образли иборани «аъзолари йўқлигига васвасали ишонч» билан тенглаштириш мумкин эмас. Бемор буни ўхшатиш сифатида айтаяптими ёки айнан ҳақиқат деб ҳисоблаяптими, аниқланади. Ғайриоддий танавий кечинмалар ҳам автоматик васваса эмас.

Психотик симптомлар аниқланса, мутахассислик баҳоси ва мувофиқ хавфсизлик режаси зарур. NICE психотик депрессияда махсус руҳий саломатлик хизматига йўналтиришни тавсия қилади. [4.2]

19 Идрок, онг, диққат ва хотира

20 Идрокни сўраш ва кузатиш

Эшитиш, кўриш ёки бошқа идрок кечинмалари ҳақида ҳурмат билан сўралади. Овоз эшитиш, ички фикр, уйқуга кетишдаги кечинма ва ташқи товушни нотўғри талқин қилишни бир хил деб қабул қилмаймиз. Қачон, қайси шароитда ва бемор буни қандай тушунаётгани муҳим.

Беморнинг бир нуқтага қараб қолиши «галлюцинация бор» дегани эмас. «Галлюцинация кузатилмади» деган ибора ҳам улар йўқлигини тўлиқ исботламайди. Бемор баёни ва суҳбатдаги кузатув алоҳида ёзилади. Хавфли буйруқ мазмуни айтилса, хавфсизлик алоҳида баҳоланади.

21 Диққат ва ҳушёрлик

Суҳбатни кузатиш, саволни ушлаб туриш ва қисқа топшириқни бажариш имкони баҳоланади. Тил, маълумот даражаси, эшитиш, кўриш, чарчоқ ва дори таъсири ҳисобга олинади. Қайси топшириқ берилгани ва қандай бажарилгани қайд этилади.

Сўнгги соатлар ёки кунларда бошланган, ўзгариб турувчи диққат ва ҳушёрлик бузилишида делирий ҳақида ўйлаш керак. Гипоактив делирийда бемор жим, уйқучан ва мулоқотдан четлашган кўриниши мумкин; буни шунчаки депрессив секинлашиш деб қабул қилиш хавфли. [4.3]

22 Ориентация ва хотира

Шахс, жой, вақт ва вазиятга оид жавоблар заруратга қараб текширилади. Бемор исмини айтгани барча ориентация соҳалари сақланганини англатмайди. Баҳоланган соҳалар аниқ кўрсатилади.

«Хотираси ёмон» шикояти диққат, уйқу, хавотир ёки бошқа ҳолатларга боғлиқ бўлиши мумкин. Объектив когнитив пасайиш эҳтимоли ҳам инкор этилмайди. Бир мартаги паст натижани деменция деб аташ ёки барчасини «депрессив псевдодеменция» билан тушунтириб қўйиш етарли эмас.

23 Қачон кенгроқ тиббий баҳолаш керак

Янги чалкашиш, диққатнинг кескин ўзгариши, ҳушёрлик пасайиши, янги неврологик белги ёки жисмоний аҳвол оғирлашиши шошилинч тиббий баҳолашни талаб қилиши мумкин. Психиатрия ташхиси бу белгиларни автоматик изоҳлаб бермайди.

Когнитив скрининг натижаси ишлатилса, тест номи, шароити ва чекловлари ёзилади. Статусда текширилмаган функцияни меъёрда деб кўрсатиш мумкин эмас.

24 Психомоторика ва кататонияни ўтказиб юбормаслик

25 Секинлашиш ва ажитация

Ҳаракатлар камайиши, юриш, гавда ҳолати, имо-ишоралар ва жавоб суръати кузатилади. Секинлашишда дори седацияси, неврологик касаллик, оғриқ ва бошқа сабаблар ҳам ҳисобга олинади. Депрессиянинг оғирлиги фақат ҳаракат тезлиги билан белгиланмайди.

Ажитацияда безовта юриш, қўлларни ишқалаш ёки ўтириб туриш каби кузатувлар бўлиши мумкин. Ички тинчсизлик дорига боғлиқ акатизияда ҳам учрайди. Ҳаракат кўриниши билан бирга субъектив кечинма ва дори вақт чизиғи сўралади.

26 Сукут ва ҳаракатсизликни биргина “оғир депрессия” деманг

Мутизм, ступор, ғайриоддий поза сақлаш, негативизм ёки бошқа кататоник белгилар бўлса, мақсадли баҳолаш керак. Кататония депрессия билан бирга бўлиши мумкин, лекин фақат депрессияга хос эмас. Тиббий ва неврологик сабаблар ҳам кўриб чиқилади. [4.4]

Кататония клиник кузатув, суҳбат, жисмоний текширув ва қўшимча маълумот асосида баҳоланади. Зарур текширувлар унинг сабаблари ва ўхшаш ҳолатларни аниқлашга хизмат қилади; битта лаборатор таҳлил кататонияни мустақил тасдиқламайди. [4.4]

27 Қачон шошилинч ҳаракат керак

Овқат-сув қабул қилмаслик, иситма, вегетатив беқарорлик, қаттиқлик ёки ҳаракатсизликда жисмоний асорат хавфи бўлса, тўлиқ режали интервьюни кутиш мумкин эмас. Шошилинч тиббий ва психиатрия баҳоси ташкил этилади. Кататониянинг махсус даволаш синовлари тайёргарлик ва мониторинг талаб этади; бу боб доза ёки уйда синов ўтказиш кўрсатмаси эмас. [4.4]

28 Ўқув вазияти

Бемор деярли гапирмайди ва узоқ ҳаракатсиз ўтиради. «Саволларга жавоб бермади» деган кузатувни «билишни истамайди» деб талқин қилмаймиз. Ҳушёрлик, тушуниш, мотор белгилар, овқатланиш, дори таъсири ва тиббий ҳолат текширилади. Яқинлардан ўзгариш қачон бошлангани сўралади.

Кататоник ҳолатни истисно қилиш учун шунчаки «қўлини қимирлатди» деган факт етарли эмас. Белгилар мажмуаси ва динамикаси баҳоланади; шубҳа ҳужжатда аниқ ифодаланади.

29 Ўз ҳолатини англаш, ирода ва хавфсизлик

30 Insight — ўз ҳолатини англаш

Бемор ўзгариш борлигини тан оладими, уни нима билан тушунтиради ва ёрдамга қандай муносабатда? «Касаллигини тан олмайди» деган бир сатр бу соҳани тўлиқ бермайди. Масалан, бемор ишлаш қийинлашганини тан олиб, «депрессия» атамасини қабул қил-

маслиги мумкин.

Шифокор фикрига қўшилмаслик ўз-ўзидан инсайт йўқлиги ёки қарор қабул қилиш қобилияти йўқлигини англатмайди. Қарорга лаёқат муайян қарор ва вақтга нисбатан, мулоқотга зарур ёрдам берилган ҳолда баҳоланади. NICE бу икки тушунчани автоматик тенглаштирмасликни таъкидлайди; маҳаллий ҳуқуқий тартиб алоҳида қўлланади. [4.5]

31 Ирода ва амалий ҳаракат

Фаолиятни бошлаш, режалаштириш ва давом эттириш қийинлиги конкрет мисол билан сўралади. «Данғаса» ёки «иродасиз» деган ёрлиқ клиник тавсиф эмас. Бемор хоҳиши бор, аммо энергия ёки диққати етмаётган бўлиши мумкин.

Ҳақиқий вазиятдаги қарорлар ва оқибатларни тушуниш муҳокама қилинади. Битта назарий саволга тўғри жавоб бериш барча ҳаётий қарорларда баҳолаш қобилияти сақланганини исботламайди.

32 Суицид хавфи статусга қандай киритилади

Ҳозирги ўлим ёки ўзини шикастлаш фикрлари, ният, режа мавжудлиги, аввалги ҳолатлар ва хавфсизлик чоралари аниқ қайд этилади. Бемор инкор қилгани, сўралмагани ва суҳбат имкони бўлмагани бир хил эмас. Хотиржам кўриниш ёки яхши кўз контакти хавфсизлик кафолати эмас.

Шкала балли ёки умумий хавф тоифаси индивидуал клиник баҳони алмаштирмайди. NICE ўзини шикастлаш бўйича қўлланмаси прогноз учун бундай таснифга таянмасликни тавсия қилади. [4.6]

Яқин хавф бўлса, ёрдам кечиктирилмайди: хавфсиз кузатув ва шошилинч хизмат билан боғланиш ташкил этилади. Статусда фақат «хавф бор» эмас, нима қилингани ва кимга топширилгани ҳам қайд этилади. Бу бобдаги қисқа баён 7-бобдаги тўлиқ хавф баҳосининг ўрнини босмайди.

33 Руҳий статусни ёзиш намунаси

Қуйидаги ҳолат ўқув учун тузилган. Ҳеч бир беморга тайёр ҳолда кўчирилмайди; фақат ҳақиқатан баҳоланган соҳалар ёзилади.

34 Кузатув ва текширув

«Юзма-юз қабул, ўзбек тилида. Бемор суҳбатга мустақил қатнашди. Кийими тоза; суҳбат давомида гавдаси бироз эгилган, имо-ишоралари кам. Саволларга танаффусдан кейин паст овозда, мазмунан мос жавоб берди. Талаффузи тушунарли. Кайфиятини “ичим бўш, ҳеч нарса завқ бермайди” деб таърифлади. Кузатилган аффект диапазони чекланган; яқин кишиси ҳақида гапирганда қисқа жонланиш бўлди».

«Тафаккур баёни изчил, жавоблар савол мақсадига етиб борди. Ўзини айблаш мавзуси кўп такрорланди; шу мавзуда муқобил изоҳни муҳокама қила олди. Суҳбатда васвасали ишончни асослайдиган маълумот олинмади. Бемор эшитиш ва кўриш галлюцинацияларини инкор қилди; суҳбатда ташқи стимулсиз идрокка жавоб беришга ўхшаш хулқ кузатилмади».

«Шахси, қабул жойи ва санага оид саволларга жавоблари тўғри. Суҳбат диққатини сақлади, охирида чарчаганини айтди. Стандарт когнитив тест ўтказилмади; хотира функциялари тўлиқ баҳоланган деб ҳисобланмайди. Ўз ҳолатидаги ўзгариш ва иш фаолиятига таъсирни тан олади, даволаш вариантларини муҳокама қилишга тайёр».

35 Хавфсизликни алоҳида ёзиш

«Ҳозирги суицид фикри ва нияти ҳақида тўғридан-тўғри сўралганда инкор қилди. Бу жавоб умумий хавф баҳосининг бир қисми сифатида қаралди. Аввалги хавфли ҳолатлар ва қўллаб-қувватлаш анамнезда қайд этилди. Ҳолат оғирлашса мурожаат қилиш йўли ва кейинги учрашув келишилди».

Ушбу намунада “суицид хавфи йўқ” деган мутлақ хулоса қилинмаган. Реал қабулда хавфга оид ижобий маълумот, ноаниқлик ва амалда кўрилган чоралар ўзига хос тарзда ёзилади.

36 Статусдан кейинги клиник хулоса

Кузатувни ташхис билан аралаштирмаймиз: «депрессив манзарани қўллаб-қувватловчи белгилар бор» деган хулоса давомийлик, анамнез ва дифференциал баҳолаш билан бирга асосланади. Оғирлик, психоз ва биполярлик ҳақида қарор учун етарли бўлмаган маълумот алоҳида кўрсатилади.

37 Қиёсий кейслар ва текширув саволлари

38 1-кейс. Жилмайиш ва ички азоб

Бемор суҳбатда жилмайиб, «ҳаммаси яхши» дейди, кейин яшаш маъноси йўқолганини айтади. Юз ифодасига таяниб хавфни рад этиб бўлмайди. Субъектив кечинма, ҳозирги фикр-ният, анамнез ва ресурслар очиқ сўралади. Статусда жилмайиш ҳам, бемор айтган маъно ҳам сақланади.

39 2-кейс. Секинлашишми ёки делирийми?

Кекса бемор жим, уйқучан ва суҳбатдан тез чалғийди. Яқинлари кечадан бери бир яхши, бир чалкаш бўлиб қолаётганини айтишади. Бу манзарани «ёши катта, депрессия» деб якунлаш мумкин эмас. Ўткир ўзгариш ва диққат тебраниши шошилинч тиббий баҳолашни талаб қилади; делирий эҳтимоли текширилади.

40 3-кейс. Айбдорлик ва психотик ишонч

Бир бемор ишдаги хатосини қайта-қайта эслаб, ўзини қаттиқ айблайди, аммо бошқача қарашни муҳокама қила олади. Бошқаси далиллардан қатъи назар ўзининг оддий ўйи бутун мамлакатга фалокат келтиришига қатъий ишонади. Бир хил «айбдорлик» сўзи уларни бир хил клиник ҳолат қилмайди. Ишонч даражаси, контекст, бошқа белгилар ва хавф текширилади.

41 4-кейс. Қабулда сукут

Бемор саволларга жавоб бермайди. Буни дарҳол негативизм ёки «истамаяпти» деб ёзиш ўрнига эшитиш, тушуниш, ҳушёрлик, мотор белгилар ва тиббий ҳолат баҳоланади. Мутизмнинг сабаби битта эмас. Кататония эҳтимоли бўлса, мақсадли кўрик ва шошилинч эҳтиёжлар текширилади.

42 Ҳужжатни текшириш учун саволлар

- Мен кузатганим, бемор айтгани ва текширув натижасини ажратдимми?
- Текширилмаган соҳани автоматик «сақланган» деб ёзмадимми?
- Кайфият ва аффектни, тафаккур жараёни ва мазмунини аралаштирмадимми?
- Психоз, делирий ёки кататонияга оид белгини депрессия билан беркитмадимми?

- Хавфсизлик ва кўрилган чоралар аниқ қайд этилдими?

Барча мисоллар шартли таълимий кейслардир. Кейинги 5-бобда депрессиянинг асосий симптомлари ва уларни клиник аниқлаштириш батафсил ёритилади.

43 4-боб манбалари

4.1. First MB. Initial Psychiatric Assessment. MSD Manual Professional Edition. Руҳий статус соҳалари, кайфият ва аффект фарқи. https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/approach-to-the-patient-with-psychiatric-symptoms/initial-psychiatric-assessment

4.2. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.12.1. Психотик депрессияда махсус хизматга йўналтириш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

4.3. NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103, 1.3–1.6-бўлимлар. Ўткир ўзгариш, флуктуация ва гипоактив кўриниш. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/recommendations

4.4. Rogers JP et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2023;37(4):327–369. doi:10.1177/02698811231158232. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10101189/

4.5. NICE. Decision-making and mental capacity. NG108. Инсайт ва муайян қарорга лаёқатни ажратиш. Бу қўлланманинг ҳуқуқий асоси Буюк Британияга тегишли; маҳаллий қонун ўрнида қўлланмайди. https://www.nice.org.uk/guidance/ng108/chapter/recommendations

4.6. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, 1.6-бўлим. Хавфни башорат қилиш шкалаларининг чекловлари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Манбалар текширилган сана: 7 ноябрь 2026. Боб клиник таълим учун ёзилган ишчи қўлёзмадир. Тавсиф намуналари ва кейслар расмий шкала эмас; аниқ бемор кўриги, клиник қарор ёки маҳаллий ҳуқуқий талабни алмаштирмайди.

5-БОБ

Депрессиянинг асосий симптомлари

Белгини таниш, унинг маъносини аниқлаштириш ва бутун манзарада баҳолаш

Депрессия белгиларини санаб чиқиш осон; беморда айнан нима ўзгарганини тушуниш эса диққат талаб қилади. «Уйқум йўқ», «ҳолим йўқ» ва «фикрим ишламаяпти» деган гаплар бир нечта клиник ҳолатда учрайди. Симптомни аниқлаш унинг сабабини автоматик аниқлаш дегани эмас.

Бу боб белгиларнинг клиник мазмунини очади. Кейинги бобда уларнинг синдромга бирлашиши ва оғирлик даражаси ёритилади. Ҳозирги мақсад бемор айтган иборани тайёр ёрлиққа айлантириш эмас, уни тўғри тушуниш ва аниқ ҳужжатлаштиришдир.

1 Асосий ва қўшимча белгилар

МКБ-10 депрессив эпизодини баҳолашда тушкун кайфият, қизиқиш ёки завқнинг йўқолиши ва энергия камайиши асосий ўрин тутади. Бошқа эмоционал, когнитив, танавий ва хулқий белгилар билан бирга клиник манзара шаклланади. Тўлиқ мезонлар танланган тасниф нашри бўйича қўлланади. [5.1]

МКБ-10, DSM ва скрининг сўровномасининг симптом саноғини бир-бирига қўшиб, янги мезон ясамаймиз. Ҳар бир белги бор-йўқлигидан ташқари унинг давомийлиги, интенсивлиги, аввалги ҳолатдан фарқи ва фаолиятга таъсири ўрганилади. NICE ҳам баҳолашни фақат симптомлар сонига чекламасликни таъкидлайди. [5.2]

2 Ҳар бир симптомга тўрт савол

- Бемор буни ўз сўзи билан қандай тасвирлаяпти?
- Қачон бошланган, қанча ва қай тарзда давом этяпти?
- Кундалик ҳаётда қандай аниқ ўзгариш келтирган?
- Бошқа руҳий, тиббий, дори ёки моддага боғлиқ изоҳ борми?

Қуйидаги саволлар ва мисоллар китоб учун тузилган таълимий ишланма. Улар валидланган шкала ёки расмий мезонларнинг сўзма-сўз таржимаси эмас.

3 Тушкун кайфият ва ҳиссий манзара

4 Фақат қайғу эмас

Бемор ҳолатини «хафаман», «кўнглим бўш», «ичимда ҳеч нарса йўқ», «ҳамма нарса безовта қилади» деб тасвирлаши мумкин. Тушкунликни фақат йиғлаш билан қидириш баъзи беморларнинг қийинчилигини ўтказиб юбориши мумкин. Жиззакилик ёки ҳиссий бўшлиқ ҳам клиник суҳбатда аниқлаштирилади. [5.3]

Шикоят одатий ҳолатдан фарқ қиладими? Куннинг қайси қисмида? Ёқимли воқеа бўлганда ўзгарадими? Бемор ички азобни қандай сезади? Бу саволлар симптомни аниқлаштиради, аммо бир жавобнинг ўзи депрессиянинг «эндоген» ёки «реактив» турини исботламайди.

5 Кайфият реактивлиги

Яхши хабарга қисқа жонланиш депрессия йўқлигини англатмайди. Аксинча, реакция сезилмагани ҳам ўз-ўзидан оғирлик ёки муайян биологик сабабнинг исботи эмас. Бир қабулдаги ташқи ифода билан беморнинг ҳафталар давомидаги кечинмаси солиштирилади.

6 Хавотир ва жиззакилик

Хавотир депрессияга қўшилиши, алоҳида бузилиш бўлиши ёки бошқа ҳолатга боғлиқ бўлиши мумкин. Унинг мазмуни, давомийлиги, танавий белгилар ва қочиш хулқи сўралади. «Хавотир бор» деган фактнинг ўзи F41.2ни англатмайди.

Жиззакиликда беморнинг аввалги хулқидан фарқ, уйқу, энергия, моддалар ва дори таъсири ҳам баҳоланади. Айниқса ўсмирда жаҳл ёки мулоқотдан қочишни фақат «тарбиясизлик» деб аташ нотўғри; лекин бу белгининг ўзи ҳам депрессия ташхиси эмас.

7 Ўқув мисоли

> Бемор йиғламайди, қабулга пухта кийиниб келади, аммо «ишга боришдан олдин бир соат ўзимни мажбурлайман» дейди. Ташқи кўриниш сақлангани ички қийинчиликни рад этмайди. Ҳиссий баён, фаолият ва вақт динамикаси бирга қайд этилади.
>
> Қайғу, маданий мотам ифодаси ва депрессив эпизод ўзаро таққосланади. Йўқотиш воқеаси борлиги эпизодни истисно қилмайди; қайғунинг ўзига автоматик касаллик ёрлиғи қўйилмайди.

8 Анедония, апатия ва энергия

9 Қизиқиш ва завқни ажратиб сўраш

Анедония — аввал завқ берган фаолиятдан завқ олиш камайиши ёки йўқолиши. Клиник суҳбатда фаолиятга қизиқиш, уни кутиш ва бажариш пайтидаги ҳислар алоҳида аниқлаштирилиши мумкин. Бу амалий тафсилотлар мустақил ташхис эмас.

«Аввал нимадан завқ олардингиз?», «Ҳозир шу ишни бошлашга хоҳиш борми?», «Бошласангиз, жараёндан завқ сезасизми?» каби саволлар биргина «қизиқиш йўқми?»дан кўпроқ маълумот беради. Имконият йўқлиги билан завқ йўқлигини ажратиш керак: инсон пул ёки вақт йўқлиги учун дам олишга чиқмаётган бўлиши мумкин.

10 Апатия анедонияга айнан тенг эмас

Апатияда ташаббус ва мақсадли фаоллик камайиши кўзга ташланиши мумкин. Бемор фаолиятни бошлаши қийин, аммо бошлаганда маълум завқ сезиши мумкин. Бошқа бемор эса вазифаларни бажаради, лекин ҳеч қандай қониқиш олмайди. Иккаласини бир хил «хоҳиши йўқ» ибораси билан ёзиш фарқни йўқотади.

11 Энергия пасайиши ва чарчоқ

«Ҳолим йўқ»ни аниқлаштиришда уйқучанлик, жисмоний кучсизлик, тез толиқиш, оғриқ ва мотивация қийинлиги ажратилади. Оддий ишдан кейинги чарчоқ билан аввалги имкониятга нисбатан кескин пасайиш фарқланади. Дам олишдан кейинги ҳолат ҳам сўралади.

Уйқу етишмаслиги, тиббий касаллик, дори седацияси ёки модда таъсири чарчоққа ҳисса қўшиши мумкин. Бу сабаблар борлиги депрессияни инкор қилмайди, аммо текширувсиз барча чарчоқни депрессияга ёзиш мумкин эмас. [5.3]

12 Клиник ёзув намунаси

«Бемор аввал ёқтирган боғ ишларини бошлашга қийналишини, бошлаганда ҳам завқ сезмаслигини айтади; сўнгги ойда иш ҳажми камайган». Бу «дофамини кам» деган далилсиз биокимёвий хулосадан аниқроқ. Симптомдан индивидуал медиатор даражасини ўлчаб бўлмайди.

13 Уйқу, иштаҳа, вазн ва жинсий қизиқиш

14 Уйқу шикоятини қисмларга ажратиш

Уйқуга кетиш қийинлиги, тунги уйғониш, эрта уйғониш, кўп ухлаш ва тикланмаганлик ҳисси алоҳида сўралади. Ётоқда узоқ ётиш ҳақиқатан узоқ ухлаш дегани эмас. Уйқу вақти, сменали иш, кундузги мизғиш, кофеин ва бошқа воситалар ҳисобга олинади.

Уйқусизлик депрессияга хос ягона белги эмас. Хавотир, оғриқ, уйқу билан боғлиқ нафас бузилиши ва бошқа омиллар ҳам баҳоланади. Эрта уйғонишнинг ўзи меланхолик ёки «эндоген» депрессияни тасдиқламайди.

Уйқуга эҳтиёжнинг камайиши билан ухлашни истаб ухлай олмаслик фарқ қилади. Кам ухлаб ҳам ғайриоддий тетиклик ва фаоллик бўлса, биполяр ёки моддага боғлиқ контекст текширилади. Бунда фақат бир кечага таяниб хулоса қилинмайди.

15 Иштаҳа ва вазн

Депрессияда иштаҳа камайиши ҳам, ортиши ҳам мумкин. Нима ўзгаргани, қанча вақтдан бери ва вазн ҳақида объектив маълумот бор-йўқлиги аниқланади. Овқат топиш қийинлиги, кўнгил айниши, оғриқ, овқатланиш бузилиши ёки дори таъсири билан боғлиқ ўзгаришлар ҳам текширилади. [5.3]

«Озиб кетдим» деган гапни аниқ ўлчовсиз килограммга айлантирмаймиз. Сувсизланиш, овқат-сувдан воз кечиш ёки жисмоний ҳолат ёмонлашиши бўлса, симптом саноғидан олдин хавфсизлик ва тиббий эҳтиёж баҳоланади.

16 Жинсий қизиқиш

Жинсий хоҳиш ва қониқишдаги ўзгаришлар ҳурмат билан, беморга қулай шароитда сўралади. Муносабатлар, оғриқ, гормонал ва тиббий омиллар, дорилар ва шахсий контекст аҳамиятли. Бу шикоятни автоматик депрессия ёки фақат дори ножўя таъсири деб белгиламаймиз.

Уйқу ёки иштаҳа яхшиланиши муҳим натижа, аммо кайфият, завқ ва фаолият тўлиқ тикланганини ўз-ўзидан исботламайди. Симптомлар турли тезликда ўзгариши мумкин.

17 Диққат, қарор қабул қилиш ва психомоторика

18 Когнитив қийинчиликлар

Бемор «ўқиганимни тушунмайман», «бир қарорга келолмайман», «эсдан чиқаряпман» деб айтиши мумкин. Диққат, хотирадан маълумотни чақириш, фикрлаш суръати ва қарор қабул қилиш бир хил функция эмас. Қайси вазифада қийналаётгани аниқ мисол билан сўралади.

Руминация диққатни банд қилиши мумкин: бемор ишга ўтирар экан, бир салбий воқеа ҳақида қайта-қайта ўйлайди. Бошқа беморда уйқу етишмаслиги ёки дори седацияси устун. Клиник баҳолашда бу омиллар солиштирилади, лекин ҳар бир когнитив шикоятга тайёр ягона сабаб қўйилмайди.

Янги ёки кучайиб бораётган когнитив ўзгаришни «депрессиядан» деб ёпиб қўйиш мумкин эмас. Тиббий ва неврологик дифференциал баҳолаш, аввалги даража ва қўшимча маълумот зарур бўлиши мумкин.

19 Психомотор секинлашиш

Нутқ, жавоб суръати ва ҳаракатларда секинлашиш кузатилиши мумкин. Беморнинг субъектив «секинман» баёни билан шифокор кузатган ҳаракат алоҳида қайд этилади. Дори, оғриқ ёки неврологик касалликнинг таъсири ҳам ҳисобга олинади.

20 Ажитация

Ички безовталик, ўтириб туриш ёки безовта юриш билан кечиши мумкин. Буни акатизия, кучли хавотир, модда таъсири ёки аралаш аффектив манзарадан ажратиш керак. Дори қачон бошлангани ва ҳаракат қилиш эҳтиёжи қандай сезилиши сўралади.

21 Қисқа мисол

> Бемор «фикрим секин» дейди, лекин суҳбатда тез гапиради ва безовта юради. Бу қарама-қаршиликни хатодек ўчирмаймиз: субъектив когнитив қийинчилик ва мотор безовталик бирга мавжуд бўлиши мумкин. Кейинги баҳолаш айнан шу икки маълумотни тушунтириши керак.
>
> Мутизм, ступор ёки кататоник белгиларни оддий секинлашишга тенглаштирмаймиз. Бундай ҳолатларда 4-бобдаги мақсадли кўрик ва шошилинч тиббий эҳтиёжларга эътибор қайтилади.

22 Қадрсизлик, айбдорлик ва умидсизлик

23 Ўзини баҳолашдаги ўзгариш

Бемор муайян хатодан хафа бўлиши ёки бутун шахсини қадрсиз деб ҳисоблаши мумкин. «Хато қилдим» билан «мендан ҳеч қандай фойда йўқ» бир хил клиник мазмун эмас. Фикр қанча вақтни эгаллаши, фаолият ва муносабатларга таъсири ҳам сўралади.

Айбдорлик реал воқеага номутаносиб кучайиши мумкин. Васвасали даражадаги ишончни эса оддий пушаймонликдан ажратиш учун ишончнинг қатъийлиги, далилларга муносабат, маданий контекст ва бошқа психотик белгилар баҳоланади. Беморни баҳс билан «тузатиш» суҳбатнинг мақсади эмас.

24 Умидсизлик

«Ҳеч нарса ўзгармайди» деган фикр беморнинг келажак ҳақидаги тасаввурини ифодалайди. Унинг нимага таянаётгани, олдинги салбий тажриба ва ҳозирги ёрдамни қабул қилиш имкони сўралади. Шифокор ёлғон кафолат бермасдан, мавжуд ёрдам ва кейинги аниқ қадамни муҳокама қилади.

25 Ўлим ва ўзини шикастлаш фикрлари

«Уйғонмасам эди» каби пассив ўлим истаги ҳам клиник эътибор талаб қилади. Унинг борлигидан автоматик яқин ният хулосаси чиқарилмайди, лекин «режаси йўқ экан» деб мавзу ёпилмайди. Ҳозирги фикр, ният, режа, аввалги ҳолатлар, қўллаб-қувватлаш ва хавфсизлик алоҳида баҳоланади.

Бир симптом ёки шкала балли келажак суицидини ишончли башорат қилмайди. Хавф динамик ва индивидуал баҳоланади; ёрдамга кириш фақат баллга боғланмайди. Яқин хавф бўлса, шошилинч тиббий ёрдам кечиктирилмайди. [5.4]

26 Ўқув мисоли

> Икки бемор ҳам «мендан фойда йўқ» дейди. Биринчиси бу фикрни шубҳа билан муҳокама қила олади, иккинчиси қатъий, ғайриоддий айбдорлик ишончи ва хавфли ниятни айтади. Бир хил ибора бир хил оғирлик ёки психоз даражасини англатмайди. Фикрнинг мазмуни билан бирга унинг шакли ва хавфсизлик аҳамияти баҳоланади.

27 Танавий шикоятлар ва клиник чегаралар

28 Оғриқ ва бошқа танавий белгилар

Бош оғриғи, мушакларда оғриқ, ҳазм қийинчилиги, чарчоқ ёки юрак уришини сезиш руҳий қийинчилик билан бирга келиши мумкин. Лекин бу шикоятлар «фақат хаёлда» дегани эмас. Тиббий сабаблар, хавфли белгилар, аввалги текширув ва ҳозирги ўзгариш баҳоланади.

Оғриқ депрессияга ҳисса қўшиши, депрессия эса оғриқ билан яшашни қийинлаштириши мумкин. Бундай ўзаро таъсир бир томонни инкор қилишга асос бермайди. Депрессия ташхиси янги жисмоний шикоятни текширмаслик учун рухсат эмас. [5.3]

29 Соматик синдромни адаштирмаслик

МКБ-10даги «соматик синдром» муайян депрессив белгилар тўпламини ифодалайди. У ҳар қандай танавий шикоят ёки соматик касалликнинг синоними эмас. Шунинг учун «боши оғрийди, демак соматик синдром бор» деган хулоса қилинмайди. [5.1]

30 Ҳамроҳ симптом асосий ташхисга тенг эмас

Хавотир, жиззакилик, диссоциацияга ўхшаш кечинма, уйқусизлик ёки оғриқ клиник манзарани бойитади. Улар депрессияга қўшилганми, алоҳида бузилишми ёки бошқа ҳолатнинг белгисими, аниқланади. Барча симптомни битта ташхисга зўрлаб сиғдириш шарт эмас.

31 Медиатор ҳақида хулоса чегараси

Анедонияни кўриб «дофамин аниқ паст», хавотирни кўриб «серотонин кам» деб ёзиш клиник далилдан ортиқ даъводир. Нейробиологик моделлар симптомларни ўрганишга ёрдам беради, аммо оддий интервью индивидуал медиатор миқдорини ўлчамайди. Даволаш танлови ҳам битта симптомни битта медиаторга боғлаш билан ҳал қилинмайди.

32 Бир симптомни икки марта санамаслик

Масалан, «кучим йўқ», «тез чарчайман» ва «ишга мажбурлайман» учта мустақил мезон бўлмаслиги мумкин. Қайси тасниф ёки шкала қўлланаётган бўлса, ўша тизимдаги таърифлар асосида баҳоланади. Клиник тавсиф бой бўлиши мумкин, аммо симптом саноғи сунъий кўпайтирилмайди.

33 Симптомларни динамикада кузатиш

34 “Яхшиман”ни аниқлаштириш

Беморнинг умумий баҳоси муҳим, лекин қайси соҳада ўзгариш бўлгани сўралади. Уйқу яхшиландими? Завқ қайтдими? Ўзини айблаш камайдими? Иш ёки муносабатларда имконият кенгайдими? Бир соҳадаги натижа бошқалари тўлиқ тикланганини билдирмайди.

Биринчи қабулда танланган аниқ мисоллар кейинги учрашувда солиштирилади. «Аввал дўконга чиқолмасдим, ҳозир чиқяпман, лекин завқ ҳали йўқ» деган жавоб оддий «балл камайди»дан кенгроқ маълумот беради.

35 Ишчи симптом ёзуви

Ҳар бир асосий симптом учун: бемор ибораси; бошланиш ва давомийлик; интенсивлик; ҳаётга таъсир; муқобил изоҳлар; кейинги қабулдаги ўзгариш қайд этилади. Бу китобнинг амалий ёзув шакли, валидланган янги шкала эмас.

36 1-кейс. Уйқу яхшиланди, завқ тикланмади

> Бемор аввалгидан яхши ухлаётганини, аммо болалари билан ўйнаганда қувонч сезмаётганини айтди. Фақат уйқу яхшиланишига таяниб тўлиқ ремиссия дейишга асос йўқ. Қолган симптомлар ва функционал тикланиш баҳоланади.

37 2-кейс. Кўп ухлаш ва чарчоқ

Бемор кундузи ҳам ухлайди ва кучсизликдан шикоят қилади. Депрессия билан бирга уйқу режими, нафас бузилиши эҳтимоли, дорилар, моддалар ва тиббий ҳолат кўриб чиқилади. Кўп ухлашнинг ўзи «атипик депрессия» ташхисини тайёр қилмайди.

38 3-кейс. Безовталик даво фонида кучайди

Бемор янги дори бошланганидан кейин ўтириб туриш ва ички тинчсизлик кучайганини айтади. Уни текширмасдан «депрессия оғирлашди» ёки «албатта акатизия» деб якунлаш мумкин эмас. Дори вақт чизиғи, ҳаракат эҳтиёжи, кайфият, уйқу ва хавфсизлик қайта баҳоланади.

Ушбу уч мисол шартли таълимий кейслардир. Улардан дори бошлаш, дозани ўзгартириш ёки тўхтатиш схемаси чиқарилмайди.

39 5-боб хулосаси ва манбалари

40 Симптомдан синдромга

Бир белги депрессияни тасдиқламайди ва унинг сабабини тўлиқ тушунтирмайди. Асосий белгилар, ҳамроҳ симптомлар, давомийлик, кечиш ва фаолиятга таъсир бирга баҳоланади. Беморнинг ўз сўзи, шифокор кузатуви ва клиник талқин бир-биридан ажратилади.

Кейинги 6-бобда симптомлар депрессив синдромга қандай бирлашиши, енгил, ўртача ва оғир ҳолатни баҳолаш ҳамда оғирлик билан хавфни нега бир хил деб бўлмаслиги ёритилади.

41 Ўзини текшириш учун саволлар

- Қизиқиш йўқлиги, завқ камайиши ва фаолиятга имконият йўқлигини қандай ажратамиз?
- Уйқусизлик билан уйқуга эҳтиёж камайиши ўртасида қандай фарқ бор?
- Чарчоқ, апатия ва психомотор секинлашишни нима учун бир тушунча қилмаймиз?
- Қайси ҳолатда айбдорликни психотик ишонч эҳтимоли учун текширамиз?

- Танавий шикоят нега МКБ-10 соматик синдромини автоматик тасдиқламайди?
- Уйқу яхшиланган бўлса ҳам, яна қайси натижаларни баҳолаш керак?

Манбалар

5.1. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. F32 бўлими. Асосий белгилар ва соматик синдром тушунчаси. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

5.2. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.2.6–1.2.7. Симптом, давомийлик, кечиш ва функционал таъсирни комплекс баҳолаш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

5.3. NIMH. Depression. Signs and symptoms; diagnosis; clinical presentations. Эмоционал, когнитив ва танавий белгилар ҳақида таълимий материал. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

5.4. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, 1.6-бўлим. Хавфни башорат қилиш воситалари чекловлари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Манбалар текширилган сана: 7 ноябрь 2026. Боб клиник таҳрир учун ишчи қўлёзма. Саволлар ва кейслар таълимий ишланма; расмий мезонларнинг тўлиқ таржимаси ёки алоҳида бемор учун ташхис ва даволаш кўрсатмаси эмас.

6-БОБ

Депрессив синдром ва оғирлик даражаси

Симптомлар рўйхатидан асосланган клиник қарорга

Депрессив синдром алоҳида шикоятларнинг оддий йиғиндиси эмас. Белгилар бир вақтда пайдо бўлиб, инсоннинг ҳиссиёти, фикрлаши, ҳаракати ва кундалик ҳаётида ўзаро боғланган ўзгариш ҳосил қилади. Бир бемор «ҳеч нарса қизиқ эмас» дейди, бошқаси фақат чарчоқдан шикоят қилади. Иккисида ҳам депрессив синдром бўлиши мумкин; бироқ бу хулоса суҳбат, вақт чизиғи ва муқобил сабабларни баҳолашдан кейин чиқарилади.

Синдромни аниқлаш билан унинг нозологик манбасини аниқлаш бир хил иш эмас. Депрессив синдром биринчи депрессив эпизодда, рекуррент бузилишда, биполяр бузилишда ёки органик касаллик шароитида кузатилиши мумкин. «Депрессив синдром» деган тавсиф ҳали автоматик F32 коди эмас. Баҳолашнинг кейинги босқичи унинг қайси клиник тарихга тегишлилигини аниқлашдир.

1 Синдромнинг уч таянчи

Биринчи таянч — беморнинг одатий ҳолатидан фарқ қилувчи сифат ўзгариши. Олдин камгап бўлган инсоннинг камгаплиги янги симптом ҳисобланмайди. Олдин ишдан чарчаган бўлса ҳам фарзандлари билан суҳбатдан завқ олган, энди эса бу қизиқиш ҳам йўқолган бўлса, ўзгариш аҳамиятлидир. Таққослаш идеал инсон билан эмас, айнан шу беморнинг аввалги имкониятлари билан қилинади.

Иккинчи таянч — белгиларнинг вақтда бирлашиши. Олти ой олдинги уйқусизликни, бугунги иштаҳа пасайишини ва болаликданги паст ўзбаҳони бир эпизоднинг уч белгиси деб санаб бўлмайди. Қайси симптом қачон бошланган, бир даврда қанчалик барқарор бўлгани ва бир-бирини кузатгани кўрсатилади. Эпизоднинг бошланиши ҳар доим бир санага тўғри келмайди; баъзан ҳафталар ичида аста-секин йиғилади.

Учинчи таянч — клиник аҳамият. Ишга боришнинг ўзи функция тўлиқ сақланганини билдирмайди. Бемор ишни катта зўриқиш билан бажараётган, хатолари кўпайган, уйга келгач бошқа ишга кучи қолмаётган бўлиши мумкин. Аксинча, ишсиз қолиш ҳар доим оғир депрессия далили эмас: корхона ёпилиши ёки оилавий шароит ҳам сабаб бўлади. Функционал ўзгариш клиник манзара билан бирга талқин қилинади.

2 Сон, интенсивлик, давомийлик ва функция

Симптомлар сони баҳолашни тартибга солади, лекин беморнинг оғирлигини якка ўзи белгиламайди. Интенсивлик — белгининг қанчалик кучли экани; давомийлик — унинг қанча вақт ва куннинг қай қисмида сақланиши; функция — яшашга қандай таъсир қилаётгани. Шу тўрт ўқ алоҳида ёзилса, «депрессия бор» деган умумий иборадан аниқроқ манзара ҳосил бўлади.

Бир хил уйқусизлик турлича аҳамиятга эга: бемор бир неча кеча кеч ухлаганми, ёки ҳафталар давомида уйғониб, кундузи диққатини ушлай олмаяптими? «Иштаҳам йўқ» деганда овқат таъми камайганми, овқатни ўтказиб юбораяптими ёки сув ва озиқланиш ҳам хавф остидами? Ҳар бир симптомнинг клиник оқибати аниқлаштирилади.

Бир белгининг бир неча ифодасини такрор санаш мумкин эмас. «Ҳолсизман», «тез чарчайман», «ишни бошлаш қийин» бир хил энергия пасайишининг қисмлари бўлиши мумкин. Шу билан бирга, алоҳида психомотор секинлашувни фақат чарчоқ деб йўқотиб қўймаслик керак. Тасниф таърифлари ва бевосита кузатув бу фарқни сақлашга ёрдам беради.

3 Клиник ва тадқиқот мезонларини аралаштирмаслик

ЖССТнинг МКБ-10 клиник тавсифлари шифокорнинг умумий клиник баҳосига маълум даражада мослашувчанлик беради. Тадқиқот мезонлари эса гуруҳларни бир хил қоида билан танлаш учун аниқроқ чегаралар қўяди. Шу сабабли айрим симптом сонлари айнан бир хил эмас. Қайси нашр ишлатилганини кўрсатмасдан «МКБда шундай» дейиш ўқувчини адаштириши мумкин. [6.1; 6.2]

Клиник қўлланмада енгил эпизод учун одатда уч асосий белгидан камида иккитаси ва камида икки қўшимча белги; ўртачада камида икки асосий ҳамда камида уч, яхшиси тўрт қўшимча белги; оғирда учала асосий ва камида тўрт қўшимча белги назарда тутилади. Интенсивлик ва умумий манзара ҳам баҳоланади. [6.1]

Тадқиқот мезонларида енгил ҳолатда умумий камида тўрт, ўртачада камида олти, оғирда камида саккиз симптом талаби бор; асосий симптомларга доир шартлар ҳам сақланади. Бу рақамлар клиник интервью ўрнини босмайди ва бир нашрнинг рўйхатини бошқасининг сони билан қўшишга рухсат бермайди. [6.2]

Одатий давомийлик чегараси икки ҳафтадир. Аммо ўта оғир ва тез бошланган манзарада клиник қўлланма қисқароқ даврдан сўнг ҳам оғир эпизодни баҳолаш имконини беради. Энг муҳими, хавфсизлик ёрдамини кўрсатиш учун календарда икки ҳафта тўлишини кутилмайди. Диагностик ишонч ва ёрдамга эҳтиёж алоҳида масалалардир.

4 Енгил, ўртача ва оғир: ҳаётдаги маъноси

Енгил эпизодда одам кўп вазифаларини давом эттириши мумкин, аммо бу осон кечмайди. «Енгил» атамаси азобнинг арзимаслигини, даволаш керак эмаслигини ёки суицид фикри бўлиши мумкин эмаслигини англатмайди. Беморга бу таснифий оғирлик экани, унинг кечинмаларини камситиш эмаслиги тушунтирилади.

Ўртача эпизодда бир нечта ҳаёт соҳасида сезиларли қийинчилик пайдо бўлади. Иш вазифаси чўзилиши, уй юмушлари тўпланиши, ижтимоий алоқа қисқариши мумкин. Бемор айрим ишларни бажара олади, аммо бу кучли зўриқиш ёки бошқалар ёрдами билан кечади. Фақат ташқи тартибли кўринишга таяниб оғирликни пасайтириш хато.

Оғир эпизодда асосий белгилар ва қўшимча симптомлар кенг, интенсив ва ҳаётни кескин чекловчи бўлади. Ўзини парваришлаш, озиқланиш ёки қарор қабул қилиш бузилиши мумкин. Психотик симптомлар бўлмаслиги ҳолатни хавфсиз қилмайди. Психоз бор-йўқлиги оғир эпизодни яна аниқлаштиради; бу масала 13–14-бобларда очилади.

5 Хавф ва оғирлик: параллел баҳолаш

Эпизод оғирлиги билан жорий хавф бир-бирига боғлиқ, лекин бир хил эмас. Симптомлар сони нисбатан кам беморда ўткир суицид нияти, оғир оилавий зўравонлик ёки модда таъсири бўлиши мумкин. Бошқа беморда кўп симптом бўлса-да, ҳозирги шароитда ҳамкорлик ва ишончли ёрдам мавжуд бўлади. Бу иккинчи беморга хавф йўқ дегани эмас.

Шунинг учун хулосада икки алоҳида жумла керак: депрессив эпизоднинг оғирлиги нималар билан асосланади ва бугун қандай хавфсизлик эҳтиёжи бор? «F32.0, демак хавф паст» каби автоматик боғлаш қабул қилинмайди. Хавф ўзгарувчан бўлгани учун қайта баҳолаш режаси ҳам ёзилади. [6.3]

6 Таълимий мисол: бир хил балл, турлича эҳтиёж

> Икки шартли беморнинг скрининг натижаси бир хил. Биринчи беморда уйқусизлик ва чарчоқ навбатчилик билан кучайган, лекин қизиқиш ва эмоционал алоқа нисбатан сақланган. Иккинчисида завқ деярли йўқолган, айбдорлик кучли ва ўзини парваришлаш пасайган. Бир хил баллдан бир хил ташхис ёки бир хил ёрдам даражаси чиқариб бўлмайди.
>
> Биринчи ҳолатда ҳам депрессияни инкор қилишга шошилмаймиз: иш режими билан боғлиқлик, белгиларнинг ишдан ташқари сақланиши ва олдинги эпизодлар ўрганилади. Иккинчи ҳолатда эса суицид фикри, психоз ва озиқланиш алоҳида баҳоланади. Мисол шкаланинг кераксизлигини эмас, уни клиник маънога айлантириш зарурлигини кўрсатади.

7 Кузатувда оғирликни қайта ёзиш

Бошланғич хулоса кейинги учрашувларда ўзгариши мумкин. Уйқу тиклангани билан анедония, умидсизлик ва функция ҳали оғир бўлиши мумкин. Аксинча, бемор ўзини субъектив ёмон ҳис қилса ҳам, уйдан чиқиш, мулоқот ва кун тартибида илк ижобий силжишлар пайдо бўлиши мумкин. Бу ўзгаришларни бир-бирига қарши қўймасдан ёзиш керак.

Қайта баҳолашда аввалги маълумот ўчирилмайди: сана, жорий симптомлар, функция, хавф ва даволашга жавоб кўрсатилади. Оғирлик пасайгани даволашни тўсатдан тўхтатишга асос эмас. Барқарор тикланиш, қолдиқ симптомлар ва қайталаниш хавфи кейинги бобларда алоҳида кўрилади.

8 Оғирликни баҳолашнинг амалий тартиби

Аввал беморнинг одатий ҳолати белгиланади. Кейин жорий эпизодга тегишли симптомлар вақт чизиғида жойлаштирилади. Учинчи қадамда ҳар бир симптомнинг интенсивлиги аниқ мисол билан очилади. Тўртинчи қадамда функция соҳалари баҳоланади. Бешинчи қадамда психоз ва хавф алоҳида текширилади. Шундан кейингина оғирлик ҳақида умумий хулоса чиқарилади. Бу тартиб алгоритмга ўхшаса ҳам, механик ҳисоблаш эмас; ҳар босқичда клиник талқин керак.

Функция ҳақида гапирганда беморнинг шароити ҳам ҳисобга олинади. Яқини барча уй юмушини бажариб турган бемор мустақилдек кўриниши мумкин. Ёрдами йўқ бемор эса нисбатан камроқ симптом билан ҳам катта маиший қийинчиликка тушади. Шунинг учун

«нима бажариляпти?» билан бирга «кимнинг ёрдамида ва қанча зўриқиш билан?» деган савол берилади. Ёрдам мавжудлиги касаллик оғирлигини яшириши, ёрдамсизлик эса оқибатини кучайтириши мумкин.

9 Ўзгаришнинг тезлиги нима учун муҳим?

Икки беморда бугунги симптомлар ўхшаш бўлиши мумкин, аммо бирида улар икки ойда аста кучайган, иккинчисида бир неча кунда кескин пайдо бўлган. Тез ўзгаришда модда, дори, соматик касаллик, психоз, аралаш аффектив ҳолат ёки ўткир стресс билан боғлиқ эҳтимолларга эътибор ортади. Бу тез бошланган ҳар ҳолат органик дегани эмас; фақат баҳолаш йўналиши кенгаяди.

Беморнинг яқиндаги ҳолати ҳақидаги маълумот, айниқса у ўзини батафсил тасвирлай олмаганда, муҳим бўлади. Яқини «уч кун олдин ҳам гаплашарди, бугун жавоб бермайди» деса, буни оддий депрессия динамикаси деб қабул қилишга шошилмаймиз. Клиник ҳолат ва танавий аҳвол қайта текширилади. Давомийлик мезони ёрдамни кечиктиришга эмас, ташхисни тартиблашга хизмат қилади.

10 Маданият ва ифода услубини ҳисобга олиш

Айрим беморлар «тушкунман» демайди; «юрагим сиқилади», «кўнглим йўқ», «ичим оғир» ёки «бошим ишламайди» дейди. Бу иборалардан ҳар бири турли кечинмани англатиши мумкин. Шифокор уни ўз тасаввурига мос таржима қилиб қўймасдан, бемордан маъносини сўрайди. Масалан, «кўнглим йўқ» завқ йўқолиши, хафалик, чарчоқ ёки аниқ бир ишни хоҳламаслик бўлиши мумкин.

Ифода бойлиги ҳам оғирлик ўлчови эмас. Кимдир ўз азобини жуда таъсирли тасвирлайди, бошқаси қисқа жавоб беради. Узун ҳикоя енгил ҳолатни оғир қилмайди, қисқа жавоб эса оғир касалликни енгил қилмайди. Мутахассис сўз услуби ортидаги симптом, функция ва хавфни кўришга ҳаракат қилади. Таржимон керак бўлса, махфийлик ва клиник маънонинг сақланишига эътибор берилади.

11 Клиник баҳолашда кенг тарқалган беш хато

Биринчи хато — ташқи кўринишга ишониш. Тартибли кийим, табассум ёки қабулга ўз вақтида келиш депрессияни инкор қилмайди. Иккинчи хато — вазифалар сонига қараб баҳолаш: бемор кўп иш қилса ҳам, унинг ички зўриқиши ва сифат пасайиши кўринмаслиги мумкин. Учинчи хато — бир кучли симптомни бутун оғирликка тенглаштириш. Масалан, қаттиқ уйқусизликнинг сабаби ва бошқа белгилар текширилади.

Тўртинчи хато — суицид фикрини оғирликнинг ягона мезони қилиш. Бу фикр алоҳида хавф баҳосини талаб қилади, аммо код бутун депрессив манзарадан чиқади. Бешинчи хато — аввалги диагнозни ўзгартирмаслик. Дастлаб енгил деб баҳоланган ҳолат кейин оғирлашиши ёки янги маълумот билан бошқача тушунилиши мумкин. Янгиланган хулоса аввалги ишнинг хатолигини ҳар доим билдирмайди; у динамик клиник фикрнинг белгиси бўлиши мумкин.

12 Иккинчи таълимий мисол: функциянинг яширин нархи

Шартли тадбиркор қабулга «фақат чарчоқ» билан келди. У бизнесини давом эттираётганини айтади. Аниқ саволларда қарорларни шериги қабул қилаётгани, учрашувларни бекор қилаётгани, уйда куннинг катта қисмини ётиб ўтказиши маълум бўлди. Унинг иш номи ва даромади функция ҳақида нотўғри тасаввур берган эди. Симптом ва функцияни соҳаларга ажратиш бу ниқобни очди.

Бу маълумотнинг ўзи оғирликни тайёр белгиламайди. Кайфият, анедония, энергия, уйқу, фикр мазмуни, психомотор ҳолат ва давомийлик яна баҳоланади. Биполярлик, модда ва соматик омиллар сўралади. Кейин хулосада «бизнеси бор» эмас, «одатий қарорларни мустақил қабул қилиш ва кундалик фаолият сезиларли камайган» деган клиник аниқлик пайдо бўлади. Мисол ижтимоий мақомни симптом ўрнига ишлатмасликни кўрсатади.

13 Кузатув варағининг мазмуни

Шифокор ҳар қабулда янги узун ҳикоя ёзиш ўрнига бир хил асосий соҳаларни қисқа таққослаши мумкин: жорий симптомлар, уйқу ва овқатланиш, фаолият, психоз, хавф, даволашга риоя ва беморнинг шахсий баҳоси. Бир хил соҳаларнинг такрор ёритилиши динамикани кўрсатади. Лекин олдинги ёзувни автоматик кўчириш мумкин эмас; ҳар бир маълумот ҳозирги қабулда текширилган бўлиши керак.

Кузатувда бемор ва шифокор баҳоси фарқ қилиши мумкин. Бемор «ҳеч нарса ўзгармади» дейди, яқини эса у овқатланишни тиклаганини айтади. Бу зиддиятда бир томонни нотўғри деб чиқариш шарт эмас. Субъектив азоб сақланган, объектив айрим функция яхшиланган бўлиши мумкин. Хулоса иккаласини қамраса, даволаш режаси ҳам аниқроқ бўлади.

14 Ўзини текшириш учун клиник саволлар

Бир беморда бешта симптом, бошқасида еттита бўлса, иккинчиси албатта оғирроқми? Йўқ: симптомлар қайси мезонлар бўйича саналгани, интенсивлиги, вақт ва функция керак. Бемор табассум қилса, оғир депрессияни инкор қиламизми? Йўқ: бир лаҳза бутун эпизодни ифодаламайди. Енгил эпизодда хавфсизлик режаси керак бўлиши мумкинми? Ҳа, жорий хавф ва шароитга қараб.

Бу саволларнинг мақсади истисноларни кўпайтириш эмас, клиник фикрнинг бир ўлчовга қисқармаслигини сақлашдир. Тасниф қоидаси зарур, аммо у инсоннинг ҳолатига далиллар орқали татбиқ қилинади. Мутахассиснинг вазифаси қоидани четлаб ўтиш ҳам, уни механик қўллаш ҳам эмас; уни асосланган клиник баҳога айлантиришдир.

15 Оғирликни мулоқотда қандай айтиш керак?

Беморга оғирлик даражасини тушунтирганда атама билан унинг клиник асоси бирга айтилади. «Сизда ўртача эпизод» деган жумладан кейин қайси белгилар ва кундалик қийинчилик шу хулосага олиб келгани қисқа тушунтирилади. Бу беморнинг савол бериш ва ўз тажрибасини тўғрилаш имконини очади. Атама шифокорнинг ҳукми эмас, биргаликда тушуниладиган клиник тавсифга айланади.

Оғирлик ҳақидаги гапда умид ҳам реал бўлиши керак. «Енгил, ўзи ўтади» ёки «оғир, энди жуда қийин» каби кескин хулосалардан сақланилади. Даволаш вариантлари, кузатув ва ўзгаришни қайта баҳолаш мумкинлиги айтилади. Беморнинг кечинмаси жиддий қабул қилиниши билан даволаниш имкони ҳақидаги ишонч бирга сақланади.

Оилага маълумот берилганда ҳам шу аниқлик керак. Енгил атамаси ёрдамни рад этишга, оғир атамаси эса беморнинг барча қарорини олиб қўйишга асос эмас. Ёрдам унинг реал эҳтиёжи ва имконига мос бўлади. Тасниф инсонни даражаларга бўлиш учун эмас, клиник ёрдамни аниқлаштириш учун хизмат қилади.

16 Бобнинг амалий хулосаси

Депрессив синдромни баҳолашда «нечта белги?» саволига «қайси белги, қанчалик кучли, қанча давом этган ва ҳаётни қандай ўзгартирган?» саволлари қўшилади. Тасниф нашри аниқ кўрсатилади. Оғирлик, психоз, функция ва хавф бир жумла ичида аралаштирилмайди. Код клиник фикрнинг ўрнини босмайди; у асосланган фикрнинг қисқа ифодасидир.

Манбалар

[6.1] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32 бўлими. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[6.2] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32 бўлими. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[6.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Баҳолаш ва даволашни режалаштириш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

7-БОБ

Суицид хавфи ва шошилинч баҳолаш

Хавфни рақамга эмас, амалий ёрдам режасига айлантириш

Депрессия билан ишлашда суицид ҳақида сўраш қўшимча ёки охирги вазифа эмас. Беморнинг хавфсизлиги биринчи учрашувданоқ клиник баҳолашга киради. Шу билан бирга, ҳар бир депрессияни автоматик суицид билан тенглаштириш ҳам нотўғри. Мақсад беморни қўрқитиш эмас, унинг кечинмаларини яширмасдан айта оладиган муҳит яратиш ва аниқ эҳтиёжни билишдир.

Бу боб мутахассис учун таълимий қўлланма. У муайян беморни масофадан хавфсиз деб баҳолаш воситаси эмас. Ўткир хавф аниқланганда маҳаллий шошилинч ёрдам тартиби, муассаса протоколи ва амалдаги ҳуқуқий талабларга мувофиқ ҳаракат қилинади. Тасниф кодини тугаллаш ёки шкала баллини ҳисоблаш хавфсизлик чораларини кечиктирмаслиги керак.

1 Суҳбатни қандай очиш мумкин?

Беморга саволнинг сабаби оддий тилда тушунтирилади: «Кучли тушкунликда баъзи одамларда яшаш қийин ёки кераксиздек туюлади. Сизда шундай фикрлар бўляптими?» Кейин жавобга қараб тўғридан-тўғри ва ҳукмсиз саволлар берилади. Бундай суҳбат танбеҳ, ҳайрат ёки ваъз билан давом эттирилмаслиги керак.

«Бундай нарсани ўйламайсиз-а?» деган йўналтирувчи савол беморни инкор қилишга ундайди. «Болаларингизни ўйласангиз бўлмайдими?» деган гап эса айбдорликни кучайтириши мумкин. Беморнинг яшашга боғлаб турувчи муносабатлари муҳим, аммо уларни уялтириш қуролига айлантириш мумкин эмас.

Махфийликнинг чегараси ҳам олдиндан тушунтирилади: одатда айтилган маълумот сир сақланади, бироқ бевосита жиддий хавфда хавфсизлик учун зарур шахслар ёки хизматлар жалб қилиниши мумкин. Бу бемордан яширинча ҳамма маълумотни тарқатиш ҳуқуқини бермайди. Зарур, мутаносиб ва маҳаллий тартибга мувофиқ маълумот алмашилади.

2 Фикр, ният ва ҳаракатни фарқлаш

Яшашдан чарчаш ёки уйғонмасликни исташ каби пассив ўлим фикри ҳам эътибор талаб қилади. Фаол суицид фикрида одам ўз ҳаётини тугатиш ҳақида ўйлайди. Ният — шундай ҳаракат қилишга мойиллик ёки қарорнинг даражаси; режа эса фикрнинг муайянлашганлигини англатади. Булар қатъий кетма-кет зина эмас: ҳолат тез ўзгариши мумкин.

Шифокор фикрнинг қачон бошлангани, қанчалик тез-тез ва узоқ келиши, уни тўхтатиш мумкинлиги, ҳозирги ният ва тайёргарлик бор-йўқлигини баҳолайди. Хавфли воситаларга етишиш имкони хавфсизлик нуқтаи назаридан сўралади, аммо суҳбатда усулни ўргатадиган тафсилотлар берилмайди. Илгариги уринишлар, яқиндаги ўзини жароҳатлаш ва қутқарилиш шароити ҳам клиник аҳамиятга эга. [7.1]

Ўзини жароҳатлашнинг ҳар бир ҳолати суицид нияти билан бўлмайди. Бироқ ният бўлмагани кейинги хавфни йўққа чиқармайди. Беморнинг ўша вақтдаги мақсади, ҳозирги ҳолати, танавий шикаст ва такрорланиш шароити алоҳида баҳоланади. «Эътибор учун қилган» деган тамға ёрдамни камайтиришга асос эмас.

3 Хавфни кучайтириши мумкин бўлган ҳолатлар

Ўткир умидсизлик, чидамсиз руҳий азоб, кескин ажитация, оғир уйқусизлик, психотик кечинмалар, мастлик ёки моддадан чиқиш, яқиндаги йўқотиш ва ижтимоий ажралиш суҳбатда алоҳида ўрганилади. Илгариги суицид уриниши муҳим тарихий маълумотдир. Лекин бир омилнинг борлиги натижани олдиндан аниқ айтиб бермайди.

Оилавий зўравонлик, таҳқир, қарз, ҳуқуқий муаммо ёки ишдан айрилиш беморнинг келажакни қандай кўраётганига таъсир қилиши мумкин. Бундай маълумотни фақат «стресс бор» деб умумлаштириш етарли эмас. Қайси вазият бугун кучайган, бемор нимадан қўрқяпти ва қайси ёрдам унинг оғирлигини камайтиради, аниқлаштирилади.

Психозда таҳдид қилувчи ёки буйруқ берувчи овозлар, айбдорлик ёки ҳалокат ҳақидаги қатъий ишончлар хавф манзарасини ўзгартиради. Шифокор бемор бу кечинмаларга қандай муносабатда экани ва уларга амал қилиш эҳтимолини баҳолайди. Психотик мазмунни оддий «ёмон фикр» деб қолдириш мумкин эмас.

4 Ҳимоя омиллари нимага хизмат қилади?

Яқин инсон билан боғланиш, болаларга масъулият, шахсий қадриятлар, келажак режаси, ёрдам сўрай олиш ва даволашга ҳамкорлик хавфсизликни ташкил қилишда муҳим ресурслардир. Лекин «оиласи бор» ёки «диндор» деган битта фактдан хавф йўқ деган хулоса чиқмайди. Ҳимоя омилининг ҳозир ҳақиқатан ишлаётгани текширилади.

Масалан, беморнинг оиласи бор, аммо улар билан қаттиқ можарода бўлиши мумкин. Телефонда кўп таниши бор, аммо қийин пайтда қўнғироқ қиладиган бирор ишончли инсонни айта олмаслиги мумкин. Аксинча, битта ишончли яқин билан олдиндан келишилган алоқа амалий қўллаб-қувватлашга айланиши мумкин.

5 Шкала эмас, клиник хавф формуляцияси

NICE ўзини жароҳатлашдан кейин шкалаларни келажак суицидини башорат қилиш, ёрдам бериш ёки чиқариш қарорини белгилаш учун ишлатмасликни тавсия қилади. «Паст, ўрта, юқори» каби умумий тоифалар ҳам батафсил психосоциал баҳолаш ўрнини босмаслиги керак. [7.2]

Формуляцияда тўрт нарса бирлашади: узоқ муддатли заифликлар, ҳозирги кучайтирувчи вазият, мавжуд ресурслар ва яқин вақтда вазиятни ўзгартириши мумкин бўлган воқеалар. Масалан, бемор бугун ҳамкор, аммо эртага ёлғиз қолиши ёки муҳим суд жараёни бўлиши мумкин. Шу маълумот режага киритилмаса, бугунги суҳбат етарли бўлмайди.

Хавф формуляцияси «нима бўлиши аниқ» деган башорат эмас. У «ҳозир нима хавотир уйғотяпти, нимани ўзгартира оламиз ва қандай кузатамиз?» деган асосланган клиник жавобдир. Ноаниқликни яширмай ёзиш сифат белгиси ҳисобланади.

6 Қачон шошилинч ҳаракат керак?

Ҳозирги фаол ният, тайёргарлик, ўз хавфсизлигини сақлай олмаслик, оғир психоз ёки ҳуш/хулқ назоратини бузувчи интоксикация шошилинч мутахассис баҳосини талаб қилиши мумкин. Яқиндаги уриниш ёки танавий зарарда соматик ёрдам ҳам кечиктирилмайди. Кузатув ва транспорт режаси беморнинг реал эҳтиёжига мос бўлиши керак.

Бевосита хавфда беморни шунчаки «уйга бориб дам олинг» деб ёлғиз жўнатиш тўғри эмас. Хавфсиз муҳит, масъул ходим, зарур бўлса яқин шахс ва тегишли хизмат билан бевосита боғланиш ташкил қилинади. «Йўлланма бердим» билан «ёрдамга етиб бориши таъминланди» бир хил натижа эмас.

Онлайн қабулда шифокор беморнинг ҳозирги жойлашуви ва зарур бўлса маҳаллий ёрдамни қандай чақиришни билиши муҳим. Алоқа узилиши мумкинлиги олдиндан ҳисобга олинади. Онлайн формат клиник хавфга мос келмаса, юзма-юз шошилинч баҳолашга ўтиш режаси тузилади; масофадан назорат қила олиш ҳақида асоссиз ваъда берилмайди.

7 Биргаликда хавфсизлик режаси

Хавфсизлик режаси бемор билан тушунарли ва амалга ошадиган шаклда ёзилади. У шахсий огоҳлантирувчи белгиларни таниш, ўзини босишга ёрдам берадиган хавфсиз амаллар, чалғитиш ва қўллаб-қувватлаш учун одамлар, мутахассис билан алоқа ва зарур ҳолда шошилинч ёрдамга мурожаат қилиш йўлини қамрайди. Хавфли воситаларга етишишни чеклаш ҳам келишилади. [7.1; 7.2]

Бу «ўзимга зарар етказмайман» деган ваъда ёки имзо эмас. Ваъда беморнинг кейинги ҳолатини кафолатламайди ва шифокор масъулиятини бекор қилмайди. Режа бемор тушунадиган тилда, топиш осон жойда сақланади; ундаги одамлар ҳақиқатан алоқага чиқиши мумкинлиги текширилади.

8 Таълимий мисол ва ҳужжатлаштириш

Шартли бемор «ҳозир ниятим йўқ» дейди, аммо кеча қаттиқ мастликда ўзини жароҳатлаган, бугун уйга ёлғиз кетмоқчи. Фақат ҳозирги инкорга таяниб хулоса қилинмайди. Кечаги воқеа, мастлик, қайта ичиш эҳтимоли, яқин инсоннинг имкони ва танавий аҳвол биргаликда баҳоланади. Зарур ёрдамни ташкил қилиш инкорни шубҳа остига олиш учун эмас, ўзгарувчан вазиятни ҳисобга олиш учун керак.

Ёзувда беморнинг муҳим ибораси, жорий фикр/ният, олдинги ҳаракатлар, психоз ва моддалар, ресурслар, қабул қилинган қарор сабаби, ким билан келишилгани ҳамда кейинги алоқа режаси бўлади. «Суицид йўқ» деган икки сўз тўлиқ баҳони акс эттирмайди. Бироқ ортиқча, вазифага алоқасиз шахсий тафсилотларни ҳам йиғиш шарт эмас.

9 Бемор инкор қилганда суҳбат тугайдими?

Суицид фикрини инкор қилиш муҳим маълумот, аммо у бутун баҳонинг ўрнини босмайди. Бемор ҳақиқатан бундай фикрда бўлмаслиги мумкин; баъзан эса уялиш, қўрқув, ишончсизлик ёки мажбурий ётқизилишдан хавотир туфайли очиқ гапиролмайди.

Мутахассис инкорни автоматик ёлғон деб ҳам, мутлақ кафолат деб ҳам қабул қилмайди. Суҳбатнинг сифати, клиник ҳолат ва бошқа маълумотлар бирга кўрилади.

Агар беморнинг гапи билан яқиндаги ҳаракати ўртасида фарқ бўлса, бу айбловсиз очилади: «Ҳозир бундай фикр йўқлигини эшитдим. Кечаги воқеа эса хавотир уйғотяпти; ўша пайтда нима бўлганини тушунсак». Бундай ёндашув беморнинг ҳозирги сўзини ҳурмат қилади ва ўтмишдаги муҳим маълумотни йўқотмайди. Суҳбатни терговга айлантириш ишончни камайтириши мумкин.

10 Вақт горизонти ва кутилган ўзгаришлар

Хавф баҳоси сана ва вазиятга боғлиқ. Қабулда ёнида яқини бор бемор кечқурун ёлғиз қолиши мумкин. Яқин кунларда ишдан бўшатилиш, муносабатдаги узилиш, суд, туғруқдан кейинги уйқусизлик ёки моддага қайтиш хавфи бўлиши мумкин. Мутахассис келажакни башорат қилмайди, аммо олдиндан маълум бўлган қийин вазиятни режага кирита олади.

Қайта алоқа вақти шу эҳтиёжга мос белгиланади. Ҳамма беморга бир хил узоқ оралиқ белгилаш ўрнига, клиник ўзгариш тезлиги ва қўллаб-қувватлаш имкони ҳисобга олинади. Агар белгиланган учрашувга келмаса, қандай ҳаракат қилиниши муассаса тартиби ва бемор билан келишувда аниқ бўлиши мумкин. Бу назорат қилиш учун эмас, ёрдам занжири узилиб қолмаслиги учун керак.

11 Ҳимоя режасини синаб кўриш

Қоғозда ёзилган режа амалий бўлмаслиги мумкин. «Яқинимга қўнғироқ қиламан» деган бемордан ўша инсон тунда жавоб берадими, нима дейиш мумкин ва у жавоб бермаса кейинги қадам нима, деб сўраш фойдали. Режанинг ҳар бир бўғини беморнинг реал ҳаётига мос бўлиши керак. Интернет ёки телефонга етиш имкони чекланган бўлса, бу ҳам ҳисобга олинади.

Беморга жуда кўп вазифа бериш оғир ҳолатда уни чалғитиши мумкин. Аввал бир неча аниқ ва бажариладиган қадам келишилади. Масалан, ўзининг огоҳлантирувчи белгисини таниш, хавфсиз жойга ўтиш ва белгиланган инсон билан боғланиш. Булар индивидуал режанинг қисмлари, универсал рецепт эмас. Ўткир бевосита хавфда эса мустақил режа шошилинч профессионал ёрдам ўрнини босмайди.

12 Яқинларни жалб қилишда эҳтиёткорлик

Оила ҳар доим хавфсиз манба эмас. Агар хавф оилавий зўравонлик ёки таҳдид билан боғлиқ бўлса, айнан ўша шахсни автоматик «ҳимоячи» қилиб танлаш вазиятни ёмонлаштириши мумкин. Бемордан кимга ишониши ва ким билан маълумот бўлишиш хавф-

сизлиги сўралади. Беморнинг розилиги ва маҳаллий ҳуқуқий чегаралар ҳисобга олинади.

Ишончли яқин жалб қилинганда ҳам унга вазифа аниқ тушунтирилади. У мутахассис ўрнини босмайди, беморни доимий сўроқ қилмайди ва жазоламайди. Унинг имкони, иши, соғлиғи ва масъулияти ҳам бор. Ёрдам режасини бир кишининг чексиз кузатувига қуриш ўрнига профессионал хизматлар ва бошқа ресурслар билан боғлаш муҳим.

13 Мастлик ва суҳбатнинг ишончлилиги

Мастлик ёки бошқа интоксикацияда беморнинг фикри, хотираси ва қарор қобилияти ўзгарган бўлиши мумкин. Бу пайтда танавий хавф ва дарҳол хавфсизлик биринчи ўринда туради. Баҳолашни «ҳушёр бўлгач келсин» деб беморни ёлғиз жўнатиш тўғри эмас. Тиббий эҳтиёжга мос муҳитда кузатув ва зарур ёрдам ташкил қилинади.

Ҳолати барқарорлашгач, суҳбат қайта ўтказилади. Мастлик пайтида айтилган суицид фикри кейин йўқолса ҳам, ўша воқеа клиник тарихдан ўчирилмайди. Қайта истеъмол, импульсивлик, ижтимоий қийинчилик ва олдинги эпизодлар баҳоланади. Модда таъсири хавфнинг сабаби бўлиши мумкин, аммо уни аҳамиятсиз қилмайди.

14 Қабулдан кейинги ўтиш нуқталари

Бир хизматдан бошқасига ўтишда маълумот йўқолиши мумкин: шошилинч қабулдан амбулатор кузатувга, стационардан уйга ёки бир мутахассисдан бошқасига. Қайси мутахассис кейинги масъул, қабул қачон, бемор қандай етиб боради ва ёмонлашса кимга мурожаат қилади, аниқ бўлиши керак. Бундай амалий маълумотлар клиник хулосанинг муҳим қисми ҳисобланади.

Бемор қўлига йўлланма берилиши унинг ёрдам олганини англатмайди. Унда транспорт, маблағ, қўрқув ёки қабулга ёзилиш қийинчилиги бўлиши мумкин. Мутахассис ўз ваколати доирасида бу тўсиқларни аниқлаб, хизматга уланишни енгиллаштиради. Хавфсизлик режаси хизматга ҳақиқий етишиш имкони билан боғлангандагина ишлайди.

15 Иккинчи таълимий мисол: ресурс бор, аммо ишламаяпти

Шартли беморнинг оиласи катта, шунинг учун дастлаб қўллаб-қувватлаш етарлидек туюлади. Суҳбатда у муаммосини ҳеч кимга айтмаслиги, уйда танқиддан қўрқиши ва қийин пайтда боришга жойи йўқлиги маълум бўлди. Демак, «оиласи бор» деган факт амалий ҳимоя манбаи эмас. Ишончли бошқа шахс ва профессионал ёрдам йўли биргаликда изланади.

Бу ҳолатда беморни оиласига барча маълумотни айтишга мажбурлаш шарт эмас. Хавфсизлик учун зарур маълумот алмашиш масаласи аниқ вазият ва ҳуқуқий тартибга мувофиқ ҳал қилинади. Мутахассиснинг вазифаси беморни сир сақлаш билан хавф остида қолдириш ҳам, махфийликни асоссиз бузиш ҳам эмас. Мутаносиб қарор ва унинг сабаби ҳужжатлаштирилади.

16 Мутахассиснинг ўзини текшириши

Хавф баҳосидан кейин шифокор ўзидан сўраши мумкин: мен беморнинг ҳозирги ниятини аниқ сўрадимми, ёки умумий «кайфият» билан чекландимми? Қароримни бир балл ёки бир ҳимоя омилига қурмадимми? Режа беморнинг тили ва имконига мосми? Кейинги ёрдам ким томонидан кўрсатилиши аниқми? Бу саволлар қўрқувни кўпайтириш эмас, иш сифатини текшириш учун керак.

Ҳеч бир баҳолаш келажакни мутлақ кафолатламайди. Шунинг учун масъулиятни беморнинг ваъдасига ёки шкалага ўтказиш ўрнига, клиник мулоҳаза, ҳамкорлик ва қайта баҳолаш сақланади. Ноаниқликда тажрибали ҳамкасб билан маслаҳатлашиш ва муассаса протоколига мурожаат қилиш профессионал кучсизлик эмас, хавфсиз амалиётнинг қисми ҳисобланади.

17 Қисқа ёзувдаги муҳим фарқ

«Бемор суицидни инкор қилади» деган жумла маълумотнинг бир қисмини сақлайди. «Бугун фаол ниятни инкор қилди; яқиндаги ўзини жароҳатлаш, мастлик ва ёлғиз қолиш шароити сабабли қўшимча баҳолаш ва хавфсизлик режаси ташкил қилинди» деган ёзув эса клиник мантиқни ҳам кўрсатади. Бу шартли мисол, тайёр бемор маълумоти эмас.

Ҳужжатда хавфли усулларнинг кераксиз техник тафсилотини кўпайтириш шарт эмас. Ёрдам қарорига таъсир қилувчи маълумот, беморнинг нияти, етиш имкони ва қилинган хавфсизлик чораси етарли даражада аниқ бўлади. Мақсад воқеани таъсирли ҳикоя қилиш эмас, кейинги мутахассиснинг тўғри ҳаракат қилишига ёрдам беришдир.

Суҳбат якунида бемор режани ўз сўзи билан айтиб бера олса, тушуниш текширилади. Лекин бу ҳам келажакка кафолат эмас; зарур кузатув ва хизматга уланиш сақланади. Хавфсизлик бир марта берилган тавсия эмас, ўзгарувчан эҳтиёжга мос давомий жараёндир.

18 Бобнинг амалий хулосаси

Суицид хавфини баҳолашнинг натижаси рақам ёки тасалли берувчи ёрлиқ эмас, беморнинг ҳозирги эҳтиёжига мос ёрдамдир. Тўғри савол, ҳукмсиз муносабат, аниқ хавф формуляцияси, ҳамкорликда хавфсизлик режаси ва ишлайдиган кузатув бир занжирни ташкил қилади. Ҳар бир янги клиник ўзгариш бу занжирни қайта кўриб чиқишга сабаб бўлиши мумкин.

Манбалар

[7.1] National Institute of Mental Health. Adult Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Guide. https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/adult-outpatient/adult-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-guide

[7.2] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. Психосоциал баҳолаш, хавф шкалалари ва хавфсизлик режаси. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[7.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Risk assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

8-БОБ

Шкалалар ва даволаш натижасини ўлчаш

Рақамдан фойдаланиш, лекин беморни рақамга айлантирмаслик

Клиник суҳбат депрессияни англашнинг асосидир. Шкала эса айрим белгиларни бир хил тартибда сўраш ва вақт ўтиши билан ўзгаришни кузатишга ёрдам беради. У хотирадаги «яхшироқ эди» ёки «ёмонлашгандек» деган таассуротни аниқроқ маълумот билан тўлдиради. Лекин ўлчов воситаси диагнознинг ўзи эмас.

Шкала танлашдан аввал мақсад белгиланади. Аҳоли ёки қабулда депрессия эҳтимолини аниқлаяпмизми? Аллақачон ташхис қўйилган беморнинг симптом оғирлигини кузатяпмизми? Ёки тадқиқот учун стандарт натижа керакми? Бир мақсад учун яхши восита бошқа мақсадга автоматик мос келмайди.

1 Скрининг, ташхис ва мониторинг

Скрининг «бу инсонга батафсил баҳолаш керакми?» деган саволга хизмат қилади. Мусбат натижа касаллик аниқ исботланди дегани эмас; манфий натижа ҳам клиник хавотир бор пайтда суҳбатни тўхтатмайди. Касалликнинг аҳолидаги тарқалиши, тил, муҳит ва танланган кесиш нуқтаси натижанинг маъносини ўзгартиради.

Ташхис қўйишда симптомлар билан бирга давомийлик, функция, эпизодлар тарихи, гипомания/мания, моддалар, органик сабаблар ва дифференциал ташхис ўрганилади. Бу маълумотларнинг барчаси қисқа сўровномада бўлмайди. Шунинг учун «PHQ-9 юқори, демак F32.2» деган автоматик қоида тузилмайди.

Мониторингда эса бир хил воситани такрор қўллаш ўзгаришни кўришга ёрдам беради. Бунда фақат умумий балл эмас, қайси симптом яхшиланган ёки сақланаётгани ҳам кўрилади. Иштаҳа ва уйқу яхшиланган бўлса-да, умидсизлик ёки ўзини айблаш сақланиши кейинги даволашни режалаштириш учун муҳим.

2 PHQ-9: бемор тўлдирадиган қисқа восита

PHQ-9 тўққиз банддан иборат бўлиб, сўнгги икки ҳафтадаги белгилар частотасини баҳолайди. Бандлар 0–3, умумий натижа 0–27 оралиғида ҳисобланади. Кенг ишлатиладиган тавсифий чегаралар 5, 10, 15 ва 20 баллдир. Улар скрининг ва симптом юкини тавсифлаш учун хизмат қилади; МКБ-10 оғирлик кодларининг тайёр ўрнини босмайди. [8.1]

Тўлдиришда саволни ким ўқигани, бемор мустақил жавоб бергани ёки ёрдам олгани муҳим. Саводхонлик, кўриш муаммоси, тилни тушуниш ва махфий муҳит натижага таъсир қилади. Яқин кишининг бемор ўрнига жавоб бериши ўз-ўзини баҳолашнинг маъносини ўзгартиради; бу ҳолат ҳужжатда кўрсатилади.

Ўлим ёки ўзини жароҳатлашга оид бандга ижобий жавоб алоҳида суҳбатни талаб қилади. Бу банднинг балли суицид нияти ва режаси ҳақида тўлиқ маълумот бермайди. Аксинча, мазкур бандда нол бўлса ҳам, клиник суҳбатда хавф белгилари чиқса, қўшимча баҳолаш зарур. Шкала хавфсизлик суҳбатининг ўрнини босмайди.

3 HAM-D: клиницист баҳоси ва версия масаласи

Hamilton Depression Rating Scale депрессив симптомларни клиницист баҳолаши учун ишлаб чиқилган. Амалиётда 17 бандли шакл машҳур, аммо кенгайтирилган вариантлар ҳам бор. Шу сабабли «HAM-D 18 балл» деган ёзувда қайси версия ва қандай интервью усули ишлатилгани кўрсатилса, натижа тушунарли бўлади. [8.2]

Турли шакллар ва қўлланмаларнинг оғирлик чегараларини бир-бирига алмаштириш мумкин эмас. Бир баҳоловчи уйқу шикоятини батафсил сўраб, бошқаси умумий таассурот билан балл қўйса, фарқ бемордаги ўзгаришни эмас, баҳоловчи усулини акс эттириши мумкин. Ўқитиш, аниқ қоида ва зарур ҳолда баҳоловчилар ўртасида мувофиқлик назорати муҳим.

HAM-Dда айрим танавий ва уйқу белгиларининг улуши борлиги сабабли соматик касаллик, дори таъсири ва ёшга оид ҳолатлар контекстда талқин қилинади. Белгини шкала қоидасига зид равишда ўзбошимчалик билан чиқариб ташлаш ҳам, унинг сабабини мутлақо эътиборсиз қолдириш ҳам тўғри эмас. Клиник изоҳ баллдан алоҳида ёзилади.

4 MADRS: ўзгаришни сезишга қаратилган баҳолаш

Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale ўн банддан ташкил топган; ҳар бир банд 0–6 оралиғида баҳоланади, умумий максимум 60. У депрессив симптомларнинг даволаш жараёнидаги ўзгаришини сезиш мақсадида ишлаб чиқилган. Беморнинг айтганлари ва клиницист кузатуви қўлланма асосида бирлаштирилади. [8.3]

MADRS натижаси беморнинг барча ҳаётий соҳаларини қамраб олмайди. Ижтимоий функция, муносабат, ишга қайтиш, ножўя таъсир ва даволашдан қониқишни қўшимча сўраш керак. Симптом камайиши билан ҳаётни тиклаш бир вақтда кечмаслиги мумкин; бу натижалар бир-бирини тўлдиради.

Шкала бандларини беморга босим ўтказиб, «тўғри» жавобни чиқариш учун ишлатиш мумкин эмас. «Аввал 4 эди, энди 2 бўлиши керак» деган кутилма баҳони бузади. Баҳоловчи ўз даволашининг самарасини кўришни истаса ҳам, маълумотга очиқ қолиши

керак.

5 EPDS: перинатал даврда махсус вазифа

Edinburgh Postnatal Depression Scale ўн бандли сўровнома бўлиб, сўнгги етти кунни қамрайди ва 0–30 оралиғида натижа беради. У перинатал депрессив симптомларни аниқлашда қўлланади; амалда ҳомиладорлик даврида ҳам ишлатилади. Аниқ кесиш нуқтаси мақсад, аҳоли ва валидланган тил версиясига боғлиқ. [8.4]

EPDS юқори натижаси автоматик F53.0 дегани эмас. Беморда депрессив эпизод, хавотир, биполяр бузилиш ёки бошқа ҳолат бўлиши мумкин. Туғруқдан кейинги психоз ва манияга хос белгилари бор аёлни оддий скрининг натижаси билан чеклаш хавфли. Симптом тарихи, уйқу эҳтиёжи, энергия, психоз ва чақалоққа ғамхўрлик имкони алоҳида ўрганилади.

Беморга шкала «яхши ёки ёмон она»ни баҳоламаслиги тушунтирилади. Акс ҳолда у танқид ёки боласидан ажратиб қўйишдан қўрқиб белгиларни яшириши мумкин. Ҳукмсиз мулоқот рақамнинг ишончлилигини ҳам, ёрдамга розиликни ҳам оширади.

6 Тил, таржима ва фойдаланиш ҳуқуқи

Оддий таржима билан валидланган таржима бир нарса эмас. Сўзнинг луғавий маъноси тўғри бўлса ҳам, бемор уни бошқача англаши мумкин. Масалан, «чарчоқ», «ҳолсизлик» ва «қувват йўқлиги» маҳаллий нутқда бир-бирини қоплайди. Шунинг учун тил версияси, унинг текширилган аҳолиси ва қўллаш қоидаси аниқланади.

Китоб учун ўзбекча савол тузиш таълимий мисол бўлиши мумкин, аммо у текширилган шкала сифатида тақдим этилмайди. Матн, жавоб вариантлари ёки вақт оралиғини ўзгартириб, аввалги валидлик кўрсаткичларини сақлаб қолиш мумкин эмас. Дастлабки манба, версия ва таржима муаллифи кўрсатилади.

Ҳар бир воситанинг жорий лицензия ва тарқатиш шартлари алоҳида текширилади. Асосий шкала, муайян таржима, электрон шакл ва тижорий маҳсулотда ишлатиш шартлари фарқ қилиши мумкин. Шу бобда тўлиқ саволномалар қайта босилмаган; қисқа тавсиф уларни расмий шаклсиз қўллаш учун рухсатнома эмас.

7 Натижани бемор учун маъноли қилиш

Даволаш мақсадини фақат «баллни тушириш» деб белгилаш камлик қилади. Бемор учун эрталаб туриш, фарзанди билан сайр қилиш, ишга қайтиш ёки овқат тайёрлаш муҳим бўлиши мумкин. Бошланишда икки-учта шахсий функционал мақсад келишилса, симптомдаги ўзгариш кундалик ҳаёт билан боғланади.

Кўп тадқиқотларда жавоб бошланғич баллнинг камида ярмига камайиши билан ифодаланади. Лекин 30 дан 15 га тушиш билан 12 дан 6 га тушиш бир хил жорий ҳолат эмас. Ремиссия эса танланган восита ва протоколдаги паст симптом чегараси билан баҳоланиши мумкин; бу барча функция тўлиқ тикланди дегани эмас. Мезон олдиндан аниқ ёзилади.

Ҳар қабулда шкала тўлдириш шартлиги индивидуал иш режасига боғлиқ. Такрорлаш оралиғи даволаш босқичи ва клиник эҳтиёжга мосланади. Бироқ хавф ўзгарса, белгиланган шкала санасини кутмасдан суҳбат ва хавфсизлик баҳоси ўтказилади.

8 Таълимий мисол: балл тушди, муаммо қолди

> Шартли беморнинг умумий натижаси пасайган, чунки уйқу ва иштаҳа яхшиланган. Лекин у «ҳали ҳам яшашдан маъно топмаяпман» дейди ва ишга қайтмаган. Буни «анча яхши, давом этамиз» деган умумий гап билан ёпиш мумкин эмас. Суицид ҳақида алоҳида баҳолаш, қолдиқ белгилар ва функционал тўсиқлар қайта кўрилади.
>
> Бошқа ҳолатда балл ўзгармаган, аммо бемор ҳафтада икки марта уйдан чиқишни ва яқини билан мулоқотни тиклаган. Бу клиник яхшиланишни инкор қилмайди. Балл-даги барқарорлик қайси симптомлар билан боғлиқ экани, ножўя таъсир ва беморнинг шахсий мақсади муҳокама қилинади.

9 Бир хил шароитда ўлчаш

Такрорий натижани таққослаш учун имкони борича бир хил версия, тил ва баҳолаш усули сақланади. Биринчи қабулда бемор мустақил тўлдириб, кейинги сафар қариндоши унинг ўрнига жавоб берса, ўзгаришнинг бир қисми усулдан келиб чиқиши мумкин. Шунингдек, телефонда шошилиб жавоб бериш билан тинч хонада суҳбат бир хил шароит эмас. Муҳим фарқлар ёзувда кўрсатилади.

Ўлчов вақти ҳам аҳамиятли. Шкала сўнгги икки ҳафтани қамраса, уни ҳар куни тўлдириш бир-бирини қоплайдиган даврларни қайта баҳолайди. Буни ҳар кунлик мустақил янги натижа деб талқин қилиш мумкин эмас. Беморнинг кунлик ҳолатини кузатиш учун бошқа оддий кундалик воситаси танланиши мумкин, аммо у расмий шкала билан аралаштирилмайди.

10 Етишмайдиган жавоб ва ҳисоблаш хатоси

Бемор бир бандни бўш қолдирса, уни автоматик нол деб ҳисоблаш мумкин эмас. Нол симптом йўқлигини, бўш жавоб эса маълумот йўқлигини англатади. Ҳисоблаш қоидаси муайян восита қўлланмасидан текширилади; ўзбошимчалик билан ўртача қиймат қўйиш ёки умумий натижани тахмин қилишдан сақланилади. Аввал бемор саволни тушундими ва жавоб беришни истайдими, аниқлаштирилади.

Электрон тизимларда ҳам хатолар бўлиши мумкин: тескари баҳоланадиган банд нотўғри ҳисобланиши, жавоб диапазони ўзгариши ёки бир банд икки марта қўшилиши мумкин. Шкала сайтга ёки ботга киритилса, унинг ҳисоблаш мантиғи синовдан ўтказилиши керак. Чиройли дизайн валидликни кафолатламайди; клиник маъно, ҳуқуқ ва техник тўғрилик биргаликда текширилади.

11 Фоизли жавобни қандай тушуниш керак?

Шартли мисолда бир беморнинг балли 24 дан 12 га, бошқасиники 10 дан 5 га тушди. Иккаласида ҳам нисбий камайиш яримга тенг, аммо қолган симптом юки бир хил эмас. Шунинг учун «50 фоиз яхшиланди» деган жумла жорий ҳолатни тўлиқ ифодаламайди. Бошланғич балл, охирги балл, вақт ва клиник ўзгариш бирга келтирилади.

Бошланғич натижа паст бўлса, кичик абсолют фарқ катта фоиздек кўриниши мумкин. Бошланғич натижа юқори бўлса, катта пасайишга қарамай муҳим симптомлар қолиши мумкин. Фоиз даволаш жавобини ифодалаш воситаси, беморнинг тўлиқ тиклангани ҳақида ҳукм эмас. Бу фарқ беморга ҳам содда мисол билан тушунтирилади.

12 Ремиссия, тикланиш ва қайталаниш

Ремиссия одатда симптомлар белгиланган паст даражага тушганини англатади. Тикланиш эса барқарорлик ва ҳаётий функциянинг қайтишини ҳам қамрайди. Бемор шкалада паст натижа олса-да, ишга қайтишдан қўрқиши, муносабатлари бузилган ёки кун тартиби тикланмаган бўлиши мумкин. Бу қолган вазифалар «депрессия ўтган, энди ўзингиз» деб четга сурилмайди.

Қайталанишни кузатишда беморнинг шахсий илк белгиларини билиш фойдали. Кимдадир уйқу, бошқасида мулоқотдан чекиниш ёки ишни чўзиш аввал пайдо бўлади. Шкала бу ўзгаришни қайд қилиши мумкин, аммо беморнинг ўз тажрибаси ҳам муҳим. Рақам ва шахсий огоҳлантирувчи белгилар биргаликда профилактика режасига киритилади.

13 Бемор билан натижани муҳокама қилиш

Натижани «сиз 18 баллсиз» деб эмас, «бу жавоблар охирги ҳафталарда бир нечта белги сезиларли бўлганини кўрсатяпти» деб тушунтириш маънолироқ. Бемор қайси банд унга тўғри келмаганини айтиши мумкин. Бу фикрни хатога чиқариш ўрнига, шкала ва клиник кечинма ўртасидаги фарқ очилади. Шкала мулоқотни бошлаш воситаси бўлади.

Айрим беморлар натижа юқори чиқса, касаллик умрбод қолади деб қўрқади. Бошқалар паст баллни «менга ёрдам беришмайди» деб тушунади. Мутахассис балл муайян даврдаги симптом баҳоси эканини, инсон қадри ёки келажак тақдири эмаслигини тушунтиради. Даволашга кириш фақат рақам билан эмас, клиник эҳтиёж билан белгиланади.

14 Ижтимоий мақбул жавоб ва ишонч

Бемор шифокорни хурсанд қилиш учун яхшиланганини кўрсатиши ёки ёрдам олиш учун белгиларини кучлироқ ифодалаши мумкин. Буни автоматик қасддан алдаш деб қабул қилиш шарт эмас; қўрқув, тажриба ва хизматга ишонч таъсир қилади. «Тўғри ёки нотўғри жавоб йўқ, биз сизга мос ёрдамни тушунмоқчимиз» деган муҳит маълумот сифатини яхшилайди.

Шкала натижасини жазо, иш қобилияти ҳақида автоматик қарор ёки оилавий баҳсда далил сифатида ишлатиш унинг мақсадини бузиши мумкин. Клиник маълумот махфий сақланади ва зарур доирада қўлланади. Қайси мақсадда йиғилаётгани беморга тушунарли бўлса, у жавоб беришга онгли равишда қўшилади.

15 Иккинчи таълимий мисол: тил муаммоси

> Шартли бемор русча саволномани тўлдирди, аммо суҳбатда айрим ибораларни бошқача тушунгани маълум бўлди. У «ўзини ёмон ҳис қилиш»ни айбдорлик эмас, жисмоний ҳолсизлик деб қабул қилган. Натижа ҳисобланган бўлса ҳам, уни бошқа қабуллар билан қатъий таққослаш ишончсиз. Баҳолаш шароити қайд қилинади ва беморга мос тилда клиник суҳбат ўтказилади.
>
> Бу ҳолатда шифокор ўз таржимасини дарҳол «валидланган ўзбекча версия» деб атамайди. Тушунтирувчи суҳбат клиник ёрдам беради, аммо психометрик валидлик бошқа жараён. Мавжуд расмий версиялар, уларнинг текширилган аҳолиси ва фойдаланиш шартлари изланади. Бундай ҳалол чеклов натижани камайтирмайди, уни тўғри талқин қилишга ёрдам беради.

16 Минимал мониторинг тўплами

Амалиёт учун ҳар беморга кўплаб шкала тўлдириш шарт эмас. Битта мос симптом воситаси, қисқа функционал мақсадлар, хавфсизлик суҳбати ва ножўя таъсир мониторинги кўпинча тушунарли асос беради. Қўшимча восита аниқ саволга жавоб берса қўшилади. Маълумот йиғиш беморни чарчатиб, асосий суҳбатга вақт қолдирмаса, жараён қайта кўриб чиқилади.

Шифокор ўлчовдан кейин қандай қарор ўзгаришини олдиндан билиши фойдали. Агар натижа ҳеч қандай муҳокама ёки режага таъсир қилмаса, у фақат маъмурий рақамга айланиши мумкин. Сифатли мониторинг эса беморга ўзгаришни кўриш, мутахассисга даволашни текшириш ва иккаласига кейинги қадамни келишиш имконини беради.

17 Бобнинг амалий хулосаси

Яхши ўлчов амалиётида восита номи, версияси, тили, сана, тўлдириш шароити ва натижа қайд қилинади. Балл клиник интервью, функция ва хавфсизлик билан бирга талқин қилинади. Шкала даволашни кўришга ёрдам беради, аммо беморнинг овозини, ташхис мантиғини ва шифокор масъулиятини алмаштирмайди.

Манбалар

[8.1] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine. 2001;16:606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/

[8.2] Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960;23:56–62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/

[8.3] Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry. 1979;134:382–389. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/444788/

[8.4] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 1987;150:782–786. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/

[8.5] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

9-БОБ

Дифференциал ташхис

Депрессияга ўхшаш ҳолатни эмас, бемордаги ҳақиқий манзарани топиш

Дифференциал ташхис беморни бир диагноздан бошқасига ўтказавериш эмас. У биринчи таассуротни текшириш ва даволашни ўзгартирадиган муқобил изоҳларни излашдир. Депрессив белгилар борлиги бошқа касаллик йўқлигини билдирмайди. Бир беморда депрессия билан бирга хавотир, оғриқ, модда истеъмоли ёки когнитив бузилиш бўлиши мумкин.

Амалиётда икки қарама-қарши хато учрайди. Биринчиси — ҳар қандай чарчоқ ва уйқусизликни депрессия деб аташ. Иккинчиси — соматик касаллик ёки ташқи стресс борлиги учун ҳақиқий депрессив эпизодни инкор қилиш. Тўғри ёндашув белгиларнинг вақтдаги тартиби, синдромнинг тўлиқлиги, сабабий алоқа ва ҳаётий контекстни биргаликда кўради.

1 Биринчи савол: биполярлик бўлиши мумкинми?

Депрессив эпизоднинг ҳозирги кўриниши униполяр ва биполяр кечишни ҳар доим ажратмайди. Шунинг учун фақат бугунги тушкунлик эмас, бутун умр давомидаги кайфият ва энергия эпизодлари ўрганилади. Кам ухлаб ҳам чарчамаслик, одатдан ташқари фаоллик, тез нутқ, ўзига ишончнинг кескин ошиши ва назоратсиз қарорлар бўлганми, сўралади. [9.1]

Гипоманияни бемор «энг яхши даврим» деб эслаши мумкин. Шу сабабли «мания бўлганми?» деган тиббий атама ўрнига аниқ ҳаётий мисоллар сўралади. Қанча давом этгани, бошқалар сезгани, одатий хулқдан фарқи ва оқибати муҳим. Бемор розилиги билан яқинлардан олинган маълумот вақт чизиғини тўлдириши мумкин.

Оддий хурсандчилик, бир кеча уйқусиз ишлаш ёки антидепрессант бошлангач қисқа безовталикнинг ўзи биполяр ташхис эмас. Шу билан бирга, даволаш фонида энергия, уйқу эҳтиёжи ва хулқнинг кескин ўзгариши қайта баҳолашга сабабдир. Ташхисни фақат дорининг ёрдам бергани ёки бермаганига қараб қўйиш мумкин эмас.

2 Қайғу ва депрессив эпизод

Яқин инсонни йўқотишдан кейин қайғу, уйқу ва иштаҳа ўзгариши, диққат қийинчилиги табиий мотам жараёнида ҳам учрайди. Кечинма кўпинча йўқотилган инсон ёки хотиралар билан боғлиқ тўлқинлар шаклида келади. Депрессив эпизодда эса кенгроқ анедония, ўз қадрини глобал йўқотиш, барқарор умидсизлик ва бошқа белгилар устун бўлиши мумкин. Бу фарқлар йўналтирувчидир, қатъий якка тест эмас.

Мотам депрессиядан ҳимоя қилмайди; иккаласи бирга бўлиши мумкин. «Яқини вафот этган, демак депрессия бўлмайди» деган хулоса нотўғри. Аксинча, ҳар қайғуни касаллик деб белгилаш ҳам маданий ва шахсий жараённи тиббийлаштириши мумкин. Функция, давомийлик, маданий меъёр, синдромнинг тўлиқлиги ва хавф биргаликда ўрганилади.

Ўлим ҳақидаги фикрнинг маъноси ҳам аниқлаштирилади: марҳумни соғиниш, унга қўшилиш истаги, яшашдан воз кечиш ёки аниқ суицид нияти бир хил эмас. Ҳар бири ҳукмсиз суҳбатни талаб қилади. Қайғу контексти хавфсизлик баҳосини бекор қилмайди.

3 Мослашув бузилиши ва стресс билан боғлиқлик

Ташқи воқеа билан яқин вақтда бошланган эмоционал қийинчилик мослашув бузилиши эҳтимолини кўтариши мумкин. Аммо стрессорнинг борлиги F43 рубрикасига автоматик ўтказмайди. Депрессив эпизоднинг тўлиқ мезонлари, бошқа бузилишлар ва таснифнинг истисно қоидалари текширилади. Реактив бошланиш F32ни ўз-ўзидан инкор қилмайди. [9.2]

Вақт чизиғида воқеа, симптом бошланиши ва давом этувчи оқибатлар ажратилади. Ишдан айрилиш тугаган воқеадек кўринса-да, иқтисодий қийинчилик давом этиши мумкин. Шифокор фақат «стресс бўлган» деб ёзмасдан, беморнинг мослашиши нима билан қийинлашаётганини аниқлайди.

4 Посттравматик стресс бузилиши

Травмадан кейинги уйқусизлик, айбдорлик, ижтимоий чекиниш ва кайфият пасайиши депрессияга ўхшаш бўлиши мумкин. PTSDда травмани қайта бошдан кечириш, уни эслатувчи ҳолатлардан қочиш, доимий таҳдид сезгиси ва қўзғалувчанлик каби хусусиятлар алоҳида сўралади. Диссоциация ва функциядаги ўзгариш ҳам баҳоланади. [9.3]

Бемор травма ҳақида дарҳол гапиришга тайёр бўлмаслиги мумкин. Қабулни мажбурий батафсил қайта ҳикоя қилишга айлантириш шарт эмас. Диагностик мақсад учун зарур маълумот эҳтиёткорлик билан олинади. Депрессия ва PTSD бирга бўлса, биттасини танлаб иккинчисини йўқ қилиш ўрнига уларнинг ўзаро таъсири кўрсатилади.

5 ОКР, хавотир ва депрессив руминация

Обсессиялар кўпинча исталмаган, қайта-қайта келувчи фикр ёки образлардир; бемор улардан қутулиш ёки хавотирни камайтириш учун ритуаллар бажариши мумкин. Депрессив руминация эса ўтмиш хатоси, қадрсизлик ёки келажакнинг ёмонлиги атрофида айланади. Мазмун ўхшаш бўлса ҳам, фикрнинг шакли ва унга муносабат фарқ қилади.

Ўзига ёки бошқаларга зарар етказиш ҳақидаги қўрқинчли обсессияни автоматик ният деб талқин қилиш мумкин эмас. Бироқ «бу ОКР» деган ёрлиқ ҳам ҳақиқий суицид фикрини текширмасликка асос бўлмайди. Исталмаган қўрқув, хоҳиш, ният ва ҳаракатга тайёргарлик алоҳида аниқлаштирилади.

Хавотир билан депрессия тез-тез қоплашади. Уйқусизлик, диққат қийинчилиги ва чарчоқ иккаласида ҳам бўлиши мумкин. Қайси синдром тўлиқ, қайси бири устун ва алоҳида ташхис мезонлари бажарилганми, баҳоланади. F41.2ни ҳар қандай депрессияга қўшилган хавотирнинг универсал коди деб ишлатиш мумкин эмас.

6 Когнитив бузилиш ва деменция

Депрессияда диққат, ишлов бериш тезлиги ва хотирадан маълумотни чақириш қийинлашиши мумкин. Катта ёшли бемор буни «хотирам йўқолди» деб айтади. Лекин хотира шикоятининг борлиги деменцияни ҳам, депрессияни ҳам якка ўзи исботламайди. Бошланиш, прогрессия, кундалик мустақиллик ва яқинлар кузатуви муҳим.

«Псевдодеменция» атамасини мутлақ қайтарилувчанлик ваъдаси сифатида ишлатмаслик керак. Депрессия ва нейрокогнитив касаллик бирга келиши мумкин; кайфият яхшилангандан кейин ҳам когнитив қийинчилик сақланса, баҳолаш давом эттирилади. Беморнинг хатосини «ҳаракат қилмаяпти» деб тушунтириш ўрнига имконияти текширилади.

7 Делирий: ўтказиб юбормаслик керак бўлган ҳолат

Соатлар ёки кунлар ичида бошланган, кун давомида ўзгарувчи диққат ва англаш бузилиши делирийни ўйлашга ундайди. Гипоактив делирийда бемор сокин, камҳаракат, камгап ва иштаҳасиз бўлиши мумкин; бу ташқи кўриниш депрессияга ўхшайди. Ўткир ўзгариш ва флюктуация асосий огоҳлантирувчи белгилардан ҳисобланади. [9.4]

Бундай ҳолатда инфекция, метаболик бузилиш, дори таъсири ва бошқа тиббий сабаблар зудлик билан баҳоланади. «Қария тушкун» деб психотерапевтик суҳбат билан чекланиш хавфли. Деменцияси бор беморда ҳам делирий ривожланиши мумкин, шунинг учун аввалги ҳолатдан фарқни аниқлаш жуда муҳим.

8 Соматик касалликлар, дорилар ва моддалар

Қалқонсимон без касалликлари, айрим неврологик ва бошқа соматик ҳолатлар депрессияга ўхшаш белгилар бериши ёки депрессия билан бирга кечиши мумкин. Дори ва моддалар ҳам кайфият, уйқу, энергия ва диққатга таъсир қилади. Бемор қабул қилаётган барча препаратлар, ўзича олган воситалар ва истеъмол одатлари айбламасдан сўралади. [9.5]

Ҳамма беморга бир хил кенг таҳлиллар тўпламини тайинлаш шарт эмас. Текширув анамнез, кўрик, ёш, клиник белгилар ва гумонга асосланади. Нормал таҳлил депрессияни автоматик тасдиқламайди; бир оғиш топилиши эса барча руҳий симптомни шу билан тушунтиришга асос бўлмайди.

Сабабий боғлиқликда вақт тартиби муҳим: препарат ёки модда ўзгаришидан олдин симптом борми, кейин қандай ўзгарган, бошқа изоҳ борми? Дорини ўзбошимчалик билан кескин тўхтатиш тавсия қилинмайди. Қайта кўриб чиқиш тегишли мутахассис билан келишилади.

9 Таълимий мисол: ташхисни ўзгартирган анамнез

> Шартли бемор уч ҳафталик тушкунлик билан келди. Суҳбатда икки йил олдин бир ҳафта жуда кам ухлаб, чарчамай ишлагани, ғайриоддий харажат қилгани ва оиласи бу ўзгаришдан хавотирлангани маълум бўлди. Бу маълумот биполярликни батафсил баҳолашга асос, аммо бир неча жумланинг ўзи тайёр ташхис эмас.
>
> Клиник ёзувда «ҳозир депрессив синдром; анамнезда кўтарилган кайфият/энергия эпизоди эҳтимоли, аниқлаштирилмоқда» деб ишонч даражаси кўрсатилиши мумкин. Муҳими, аввалги F32 тахминини ҳимоя қилиш учун янги маълумот четга сурилмайди. Даволаш қарорлари ҳам янги эҳтимолни ҳисобга олади.

10 Дифференциал ташхисни устуворлаштириш

Барча эҳтимолни бир вақтда бир хил чуқурликда текшириш амалий эмас. Аввал ўтказиб юборилса тез зарар келтириши мумкин бўлган ҳолатлар кўрилади: делирий, интоксикация, оғир соматик бузилиш, мания/аралаш манзара, психоз ва бевосита хавф. Кейин даволаш танловини ўзгартирадиган эҳтимоллар, сўнг клиник манзарани аниқлаштирувчи ҳамроҳ ҳолатлар баҳоланади. Бу устуворлик ташхис рўйхатини тартибли қарорга айлантиради.

Масалан, бир неча кунда бошланган уйқусизлик, жиззакилик ва фаоллик ошиши бор беморга фақат депрессия шкаласи бериш етарли эмас. Унинг уйқу эҳтиёжи камайганми ёки ухлашни истаб ухлолмаяптими, сўралади. Биринчи ҳолат биполярликка ишора

қилиши мумкин, иккинчиси турли хавотир ёки депрессив ҳолатларда учрайди. Фарқни бир сўз эмас, умумий манзара белгилайди.

11 Бир касаллик ҳаммасини тушунтириши шарт эмас

Беморда депрессия ва қалқонсимон без касаллиги, PTSD ва модда истеъмоли, ёки ОКР ва рекуррент депрессия бирга бўлиши мумкин. «Битта тўғри диагноз»ни топишга ҳаддан ташқари интилиш ҳамроҳ муаммони яшириши мумкин. Ҳар бир ташхиснинг мустақил далили борми, ўзаро таъсири қандай ва қайси ёрдам биринчи керак, аниқланади.

Бироқ ҳар бир симптомга алоҳида диагноз қўшиш ҳам тўғри эмас. Уйқусизлик депрессив эпизоднинг қисми бўлиши мумкин; у ҳар доим алоҳида уйқу бузилиши дегани эмас. Хавотир ва диққат қийинчилиги ҳам синдром ичида тушунтирилиши мумкин. Мутахассис ортиқча бирлаштириш билан ортиқча парчалаш ўртасидаги мувозанатни сақлайди.

12 Вақт чизиғини биргаликда чизиш

Бемор билан содда вақт чизиғи тузиш кўп мураккабликни очади. Унда биринчи симптом, стрессор, препарат бошланиши ёки тўхташи, модда истеъмоли, аввалги эпизод ва яхшиланган давр белгиланади. Саналар аниқ бўлмаса, «ёз бошида», «операциядан кейин» каби тахминий белги қўйилади. Тахмин аниқ сана сифатида кўрсатилмайди.

Вақт чизиғи сабабни автоматик исботламайди: икки воқеа кетма-кет бўлиши сабабий боғлиқлик дегани эмас. Аммо у гипотезани текширишга ёрдам беради. Масалан, симптом доридан олдин бошланган бўлса, барчасини шу препаратга боғлаш қийинлашади. Ёки тушкунликдан олдин анча фаол давр бўлгани эсга тушса, биполярлик ҳақидаги суҳбат чуқурлашади.

13 Соматик текширувнинг мақсади

Текширув «депрессияни лабораторияда топиш» учун эмас, клиник гумонга мос сабаб ёки ҳамроҳ ҳолатни аниқлаш учун ўтказилади. Қайси таҳлил нима саволга жавоб бериши олдиндан тушунарли бўлиши керак. Беморнинг ёши, анамнези, кўрик ва симптомлари текширувни йўналтиради. Ортиқча текширув тасодифий оғишлар ва янги хавотир келтириши мумкин.

Нормал натижа беморнинг азобини инкор қилмайди. «Ҳамма таҳлилингиз яхши, демак ҳеч нарса йўқ» дейиш ўрнига, қайси тиббий сабаблар камроқ эҳтимолли бўлгани ва кейин қандай клиник ёрдам режалаштирилгани тушунтирилади. Шунингдек, енгил лаборатор оғиш топилса, уни бутун руҳий манзаранинг ягона сабаби деб эълон қилишдан сақланилади.

14 Дорига жавоб ташхис тести эмас

Антидепрессантдан яхшиланиш депрессия ташхисини якка ўзи исботламайди, чунки бу препаратлар бошқа айрим ҳолатларда ҳам қўлланади. Жавоб бўлмаслиги эса депрессия йўқ дегани эмас: етарли давомийлик, қабул тартиби, доза, ҳамроҳ ҳолат ва ташқи тўсиқлар аҳамиятли. Даволаш натижаси ташхисга қўшимча маълумот, аммо ягона мезон эмас.

Худди шундай, психотерапевтик суҳбатдан кейин қисқа енгиллик ҳис қилиш ҳам синдромнинг йўқлигини билдирмайди. Қўллаб-қувватланиш ҳар қандай азобда ёрдам бериши мумкин. Мутахассис симптом ва кечишга асосланган ташхисни сақлаб, даволаш жавобини динамик маълумот сифатида қўшади. «Ёрдам берди, демак диагноз аниқ» деган айланма мантиқдан сақланилади.

15 Иккинчи таълимий мисол: депрессияга ўхшаган делирий

Шартли катта ёшли бемор операциядан кейин кам гапира бошлади, овқатга қизиқмайди ва кун бўйи ётади. Яқинлари «депрессияга тушди» деб ўйлайди. Аммо суҳбатда диққати тез чалғиши, кечқурун адашиши ва ҳолати соатма-соат ўзгариши маълум бўлади. Бу маълумот делирий эҳтимолини биринчи ўринга чиқаради ва тиббий баҳолашни талаб қилади.

Кейин делирий бартараф бўлгач ҳам кайфият ёки когнитив қийинчилик сақланиши мумкин. Шунда депрессия алоҳида баҳоланади. Дастлабки ўткир ҳолатни тўғри ажратиш кейинги руҳий ёрдамни инкор қилиш эмас. Аксинча, ҳар бир босқичда қайси жараён устун эканини кўришга ёрдам беради.

16 Учинчи таълимий мисол: қўрқинчли фикр ва ният

Шартли бемор «боламга зарар етказиб қўяман деб қўрқаман» дейди. У бу фикрдан қўрқади, уни истамайди ва хавотирни камайтириш учун қайта-қайта текшириш ёки қочиш ҳаракатларини бажаради. Бу обсессив манзарани ўйлашга ундайди. Бироқ мутахассис ҳақиқий ният, психоз, модда ва депрессив хавфни алоҳида текширмасдан хулоса қилмайди.

Фикрнинг мазмуни оғир бўлгани учун беморни автоматик хавфли деб аташ ҳам, обсессияга ўхшагани учун хавфни бутунлай инкор қилиш ҳам хато. Шакл, исталмаганлик, ишонч, назорат, компульсия ва умумий ҳолат биргаликда баҳоланади. Шу аниқлик беморнинг уялишини камайтириб, тўғри ёрдамга йўл очади.

17 Ноаниқликни беморга тушунтириш

«Ҳозир депрессив белгилар бор, аммо кечишини тўлиқ билиш учун аввалги фаол даврларни ҳам ўрганамиз» деган гап беморга ишнинг мантиғини очади. Ноаниқликни яшириб қатъий ташхис айтиш кейин ишончни бузиши мумкин. Айни пайтда «ҳеч нарса билмаймиз» деган умумий ифода ҳам керак эмас. Нима маълум ва нима текширилаётгани ажратилади.

Дифференциал ташхис очиқ қолганда ҳам беморнинг ҳозирги азобига ёрдам берилади. Хавфсизлик, уйқу, овқатланиш, қўллаб-қувватлаш ва зарур мутахассисга йўналтириш маълумот тўплаш билан параллел олиб борилади. Яхши клиник фикр шошилинч ёрлиқ қўймайди, аммо беморни ноаниқлик ичида ёлғиз ҳам қолдирмайди.

18 Шошилинч ёрлиқдан кўра текшириладиган гипотеза

Дифференциал ташхисда биринчи таассуротни ўзгартиришга тайёрлик муҳим. Мутахассис аввал депрессия деб ўйлаб, кейин бошқа эҳтимолни кўрса, буни ўз нуфузига таҳдид деб қабул қилмаслиги керак. Янги далил клиник фикрни янгилайди. Беморнинг манфаати аввалги тахминни ҳимоя қилишдан устун туради.

Шу билан бирга, ҳар бир янги симптомда бутун ташхисни асоссиз алмаштираверии ҳам чалкашлик келтиради. Қайси маълумот диагнозни ўзгартиришга етарли, қайсиси ҳали кузатишни талаб қилади, ажратилади. Кечишни биладиган мутахассис, аввалги ҳужжат ва зарур маслаҳат биргаликда ишончлироқ хулоса беради.

Беморга бу жараённинг мантиғи тушунтирилса, у маълумот беришда фаолроқ иштирок этади. Унинг эслаган аввалги эпизоди, дори ўзгариши ёки яқини кузатган хулқ ташхисни аниқлаштириши мумкин. Дифференциал ташхис шифокорнинг ёлғиз топишмоғи эмас, бемор билан ҳамкорликдаги далил йиғиш жараёнидир.

19 Бобнинг амалий хулосаси

Дифференциал ташхиснинг мақсади узун рўйхат эмас, қарорни ўзгартирадиган фарқни топишдир. Вақт чизиғи, умр давомидаги эпизодлар, когнитив ва соматик ҳолат, моддалар, стресс ва симптомнинг шакли биргаликда баҳоланади. Ноаниқлик қолса, қайси маълумот етишмаётгани ва уни қандай олиш режаси ёзилади.

Манбалар

[9.1] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[9.2] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32, F41, F43 бўлимлари. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[9.3] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

[9.4] NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/recommendations

[9.5] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

10-БОБ

Якуний ташхис ва клиник хулоса

Маълумотни мантиқий занжирга айлантириш

Клиник хулоса бемор ҳақида йиғилган ҳамма маълумотни кетма-кет кўчириш эмас. У асосий фактлардан қандай қарор чиқарилганини тушунарли қилади. Уни ўқиган бошқа мутахассис симптомлар, кечиш, дифференциал мулоҳаза, хавф ва ёрдам режасини кўра олиши керак. Бемор эса унда ўз кечинмаларининг ҳурмат билан акс этганини сезиши лозим.

Ташхис клиник фикрнинг қисқа шакли; код эса уни таснифда белгилайди. Шунинг учун коддан бошлаб кейин унга мос далил териш ўрнига, шикоятдан режагача бўлган занжир қурилади. Бундай тартиб биринчи таассуротга ёпишиб қолиш ва барча белгини бир диагнозга зўрлаб сиғдириш хавфини камайтиради.

1 Биринчи босқич: шикоят ва мурожаат сабаби

Беморнинг асосий шикояти ўз сўзига яқин ифодаланади. «Депрессиядан шикоят қилади» деган умумий жумла ўрнига «уч ҳафтадан бери одатда ёқадиган ишлардан завқ олмайди, ишни бошлаш қийин» дейиш кўпроқ маълумот беради. Мурожаат ташаббуси кимдан чиққанини ҳам билиш фойдали: беморнинг ўзи, оиласи ёки бошқа шифокор.

Шикоят ва мутахассис кузатуви ажратилади. Бемор «яхшиман» дейиши, аммо қабулда кескин секинлашув кўриниши мумкин. Бу бемор ёлғон гапиряпти дегани эмас: у белгини танимаслиги, уялиши ёки сўз тополмаслиги мумкин. Қарама-қаршилик ҳукм билан эмас, қўшимча суҳбат билан текширилади.

2 Иккинчи босқич: анамнез ва вақт чизиғи

Жорий эпизоднинг бошланиши, ривожи, давомийлиги ва ўзгариши ёзилади. Қайси воқеа ундан олдин келгани, қайси даволаш синаб кўрилгани ва нима натижа бергани аниқланади. Илгариги тушкунлик эпизодлари, ремиссия даврлари ва эҳтимолий гипомания/мания бутун кечишни белгилайди. [10.1; 10.2]

Тиббий, оилавий, ижтимоий ва моддага оид анамнез ташхисга дахлдор даражада киритилади. Ҳамма шахсий воқеани йиғиш шарт эмас. Бироқ олдинги суицид уриниши, оғир дори реакцияси ёки биполярликка ишора қилувчи маълумот қисқартириш баҳонасида

йўқолмаслиги керак.

Манбалар ҳам ажратилади: «бемор айтишича», «яқинининг маълумотига кўра», «аввалги чиқариш хулосасида». Икки манба зид бўлса, бу очиқ кўрсатилади. Текширилмаган хотирани ҳужжат билан тасдиқланган факт сифатида ёзиш мумкин эмас.

3 Учинчи босқич: руҳий ҳолатни текшириш

Руҳий ҳолат тавсифи қабул пайтидаги кўринишни акс эттиради. Алоқа, нутқ, психомотор фаоллик, субъектив кайфият, кузатилган аффект, фикрлаш жараёни ва мазмуни, идрок, диққат, ориентация, англаш ва қарор қабул қилиш имконияти заруратга кўра ёритилади. Бу бўлим анамнезнинг такрори эмас.

«Кайфияти паст» билан чекланмасдан унинг барқарорлиги, реактивлиги ва бемор айтганига мослиги тавсифланади. «Психоз йўқ» деган хулоса қандай суҳбат ва кузатувга таянгани маълум бўлиши керак. Агар бемор билан мулоқот чекланган бўлса, «аниқланмади» билан «ишончли инкор қилинди» бир хил деб кўрсатилмайди.

Ташхисга рози эмасликнинг ўзи англаш йўқлиги ёки қарор қобилияти йўқлигини билдирмайди. Бемор маълумотни тушуниши, ўз ҳолатига татбиқ қилиши ва вариантларни баҳолаши мумкин. Қобилият муайян қарор ва муайян вақтга боғлиқ баҳоланади; депрессия коди билан автоматик бекор қилинмайди.

4 Тўртинчи босқич: симптомдан синдромга

Алоҳида белгиларнинг клиник мазмуни ва вақтдаги боғлиқлиги кўрсатилади. Қайси асосий, қайси қўшимча симптом борлиги, давомийлик ва функциядаги ўзгариш ёзилади. Кейин «депрессив синдром» деган умумлаштиришга ўтилади. Агар тўлиқ мезон етарли бўлмаса, бу ҳам аниқ айтилади.

Симптом манбаси ноаниқ бўлса, уни йўқ деб ёзиш шарт эмас. Масалан, чарчоқ ҳам депрессия, ҳам соматик касаллик билан боғлиқ бўлиши мумкин. Клиник хулоса ноаниқликни кўрсатиб, уни қандай текшириш режасини белгилайди. Шубҳани яширишдан кўра уни тартибга солиш фойдалироқ.

5 Бешинчи босқич: дифференциал мулоҳаза

Хулосада барча психиатрия дарслиги санаб чиқилмайди. Айни беморда муҳим бўлган икки-учта муқобил эҳтимол ва уларга муносабат ёзилади. Масалан, олдинги мания ҳақида далил топилмади, делирийга хос ўткир флюктуация йўқ, аммо қалқонсимон без касаллигига оид белгилари сабабли мақсадли текширув режалаштирилди.

«Инкор қилинди» деган ибора учун етарли маълумот керак. Биринчи қабулда оила анамнези ва аввалги ҳужжатлар йўқ бўлса, «ҳозирча маълумот аниқланмади» деган эҳтиёткор ифода тўғрироқ. Бу заифлик эмас; диагнознинг ишонч даражасини тўғри белгилашдир.

6 Олтинчи босқич: ташхис ва код

Ташхисда бузилиш тури, жорий эпизод ва оғирлик, психотик симптомлар ҳамда қўлланилаётган таснифда зарур аниқлаштирувчилар кўрсатилади. Биринчи депрессив эпизод, рекуррент кечиш ва биполяр депрессия ўртасидаги фарқ анамнездан келиб чиқади. Кодни фақат ҳозирги симптомлар билан танлаб бўлмайди. [10.2]

МКБ-10нинг ЖССТ клиник қўлланмаси, тадқиқот мезонлари ва муайян миллий модификацияси аралаштирилмайди. Ҳужжатда ишлатилаётган тизим аниқ бўлиши керак. Бешинчи белгили код маҳаллий электрон тизимда қабул қилинмаса, клиник аниқлаштирувчи матнда сақланади ва маҳаллий кодлаш қоидасига амал қилинади.

Бир синдромни турли ном билан бир неча асосий диагноз сифатида ёзишдан сақланилади. «Депрессия», «тушкунлик», «астенодепрессив синдром» бир хил клиник манзаранинг турли даражадаги ифодаси бўлиши мумкин. Ҳамроҳ касаллик эса алоҳида мезонларга эга бўлса кўрсатилади.

7 Еттинчи босқич: хавф, эҳтиёж ва ёрдам даражаси

Ташхисдан кейин жорий хавфсизлик формуляцияси келади. Суицид, ўзини парвариишлаш, озиқланиш, психоз, зўравонликдан ҳимоя ва бошқа долзарб хавфлар беморга мос равишда ёритилади. «Енгил» ёки «оғир» эпизод номи хавф баҳосининг ўрнини босмайди. [10.3]

Амбулатор кузатув, интенсив қўллаб-қувватлаш ёки стационар баҳолаш ҳақидаги қарор асосланади. У фақат кодга эмас, беморнинг функционал имкони, уй шароити, ҳамкорлиги, яқин ёрдами ва зарур хизматга етишишига боғлиқ. Энг кам чекловчи, бироқ хавфсиз ва самарали формат танланади.

8 Саккизинчи босқич: келишилган режа

Режада нима, нима учун, ким томонидан ва қачон қилиниши кўрсатилади. Даволаш вариантлари, беморнинг хоҳиши, қўшимча текширув, психотерапия, дори бўйича муҳокама, хавфсизлик чоралари ва кейинги қабул тартиби ажратилади. Фақат «тавсиялар берилди» деган жумла режани қайта тиклашга имкон бермайди.

Нима яхшиланиш кутилмоқда ва натижа қандай баҳоланади, келишилади. Масалан, уйқу тартиби, кундалик фаоллик, симптом шкаласи ва беморнинг шахсий мақсади кузатилади. Қайси ўзгаришда навбатдаги қабулни кутмасдан мурожаат қилиш кераклиги ҳам тушунтирилади. Қарор қабул қилишда бемор иштирок этади; унга тушунарсиз тиббий атамалар изоҳланади.

9 Таълимий клиник хулоса намунаси

Қуйидаги қисқа намуна шартли ҳолат учун тузилган; тайёр бемор ҳужжати эмас. «Аввал бундай эпизод кузатилмаган катта ёшли беморда тўрт ҳафтадан бери тушкун кайфият, қизиқиш ва энергия пасайиши, уйқу ва диққат қийинчилиги, ўз қадрини паст баҳолаш мавжуд. Иш ва уй вазифаларини бажариш сезиларли қийинлашган. Қабулда психотик симптомлар аниқланмади. Анамнезда мания/гипоманияга ишончли далил ҳозирча олинмади; олдинги ҳужжатлар қўшимча текширилади».

Давоми: «ЖССТ МКБ-10 клиник қўлланмасига мувофиқ ўртача депрессив эпизод ҳақида ишчи хулоса. Хавфсизлик суҳбати алоҳида ўтказилди; жорий эҳтиёж ва келишилган қўллаб-қувватлаш режаси қайд этилди. Бемор билан далилга асосланган даволаш вариантлари, кутилган фойда ва эҳтимолий ноқулайликлар муҳокама қилинди. Кейинги баҳолаш вақти ва эртароқ мурожаат қилиш сабаблари келишилди».

Намунада суицид хавфига оид ҳақиқий маълумот ўрнига тайёр «инкор қилади» жумласи қўйилмаган. Амалда бу қисм шахсий суҳбат натижалари билан тўлдирилади. Код ҳам фақат намунага тақлид қилиб эмас, бутун баҳолашдан кейин танланади.

10 Хулосани бемор билан бўлишиш

Беморга диагноз сабаби оддий тилда тушунтирилса, у даволашни яхшироқ англайди. «Сизда F32.1» деган жумла ўрнига қандай белгилар бирлашгани, қайси эҳтимоллар кўриб чиқилгани ва даволаш мақсади айтилади. Ташхис шахснинг қадри ёки келажаги ҳақида ҳукм эмаслиги таъкидланади.

Бемор ёзувдаги хатони кўрсатса, уни тинглаш муҳим. Нотўғри сана, дори номи ёки қариндошлик маълумоти кейинги қарорга таъсир қилиши мумкин. Тузатиш ҳужжат тартибига мувофиқ киритилади; аввалги маълумотни яширин ўчириш ўрнига изчиллик сақланади.

11 Хулосанинг ишонч даражасини кўрсатиш

Клиник хулоса «аниқ», «эҳтимолий» ёки «ишчи» бўлиши мумкин; бу атамалар муассаса қоидасига мос ишлатилади. Муҳими, нимага асосланган тушунарли бўлсин. Бемор билан тўлиқ суҳбат, аввалги ҳужжат ва динамик кузатув бор ҳолат билан, биринчи қисқа

қабулдаги тахмин бир хил ишончда ёзилмайди. Ишонч даражасини кўрсатиш ташхисни заифлаштирмайди, уни ҳалол қилади.

Агар маълумот етишмаса, аниқ режа қўшилади: аввалги чиқариш хулосасини олиш, бемор розилиги билан яқинидан вақт чизиғини аниқлаштириш, мақсадли тиббий текширув ёки қайта қабул. «Қўшимча текшириш керак» деган умумий жумладан кўра, қайси саволга жавоб кераклиги ёзилса, кейинги иш йўналиши равшан бўлади. Бу режа қабул қилинган ёрдамни кечиктирмаслиги керак.

12 Ташхис ва формуляцияни ажратиш

Ташхис таснифий ном беради. Формуляция эса айнан шу беморда муаммо қандай бошлангани, нима уни сақлаб тургани ва қайси ресурслар ёрдам бериши мумкинлигини қисқа тушунтиради. Масалан, депрессив эпизод билан бирга уйқусиз иш режими, мулоқотдан чекиниш ва ўзини қаттиқ айблаш айланмаси кўрсатилиши мумкин. Бу формуляция исботланмаган сабабни мутлақ ҳақиқат деб эълон қилмайди; текшириладиган клиник гипотезадир.

Формуляцияда биологик, психологик ва ижтимоий омилларни санаб чиқишнинг ўзи етарли эмас. Улар ўртасидаги аниқ боғлиқлик тушунтирилади. Масалан, уйқу бузилиши диққатни пасайтирган, ишдаги хатолар ўзини айблашни кучайтирган, шу сабабли бемор ишдан қочган ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш камайган. Бундай занжир даволашда қайси нуқтага таъсир қилиш мумкинлигини кўрсатади.

13 Ёзув тили ва стигмадан сақланиш

«Иродасиз», «инжиқ», «эътибор талаб қилади» каби баҳоловчи сўзлар клиник маълумот бермайди. Уларнинг ўрнига кузатилган хулқ ва контекст ёзилади: «қабул давомида бир неча марта тасдиқ сўради», «вазифани бошлашга қийналишини айтди». Бу беморни идеаллаштириш эмас, ҳужжатни текшириладиган фактларга таянтиришдир.

Беморнинг муҳим сўзини қисқа иқтибос сифатида бериш мумкин, аммо бутун шахсий ҳикояни ортиқча кўчириш шарт эмас. Айниқса учинчи шахслар ҳақидаги текширилмаган айбловлар манба ва контекстсиз фактга айлантирилмайди. Клиник ҳужжат ёрдам учун зарур маълумотни сақлайди; у оилавий баҳс ёки ахлоқий ҳукм майдони эмас.

14 Факт, талқин ва қарор

Ёзувда уч даражани ажратиш фойдали. Факт: бемор охирги ҳафтада ишга икки марта бормаган. Талқин: бу депрессив энергия ва диққат пасайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қарор: функция ва хавфни ҳисобга олиб даволаш режаси кучайтирилади. Агар

талқин факт сифатида ёзилса, кейинги мутахассис уни қайта текшириш имконидан маҳрум бўлади.

Худди шундай, «бемор дорини қабул қилмайди» деган жумла ортида турли сабаб бўлиши мумкин: унутган, ножўя таъсирдан қўрққан, маблағи бўлмаган ёки режани тушунмаган. Сабаб аниқланмасдан «ҳамкорлик қилмайди» деб ёзиш ёрдамни қийинлаштиради. Клиник хулоса амалий тўсиқни кўрсатса, кейинги қадам ҳам аниқлашади.

15 Қисқа қабулда устувор ёзув

Вақт чекланган вазиятда ҳам асосий хавф, муҳим симптом, ишчи ташхис ва кейинги ҳаракат йўқолмаслиги керак. Узун биографик ҳикоя ўрнига жорий қарорга таъсир қилувчи фактлар танланади. Қолган маълумотни кейинги қабулда тўлдириш режаси белгиланади. Қисқалик маълумотнинг аҳамиятини саралашни талаб қилади, шаблонни кўр-кўрона тўлдиришни эмас.

Шошилинч қабулда ҳужжат бемор қайси хизматга, қандай йўл билан ва кимнинг кузатувида ўтганини ҳам кўрсатиши мумкин. Амбулатор қабулда эса кейинги сана, алоқа тартиби ва ёмонлашишдаги ҳаракат муҳим. Ҳар икки ҳолатда қарорнинг сабаби ёзилса, ёрдам узлуксизлиги яхшироқ сақланади.

16 Иккинчи таълимий мисол: икки ёзувнинг фарқи

> Биринчи ёзув: «Депрессия. Уйқу ёмон. Даволаш берилди». Унда эпизод давомийлиги, функция, биполярлик, хавф ва режа ҳақида маълумот йўқ. Кейинги шифокор беморнинг нимаси ўзгарганини билолмайди. Бундай қисқа ёзув вақт тежагандек кўринса ҳам, кейинги қабулда барча маълумотни бошидан йиғишга мажбур қилади.
>
> Иккинчи ёзув: «Тўрт ҳафталик тушкунлик, анедония ва энергия пасайиши; иш ва уй вазифалари сезиларли қийинлашган. Анамнезда аввалги аффектив эпизодлар аниқлаштирилмоқда. Қабулда психоз белгилари аниқланмади; хавфсизлик суҳбати ва режаси алоҳида қайд этилди. Даволаш вариантлари муҳокама қилинди, бемор танлови ва кейинги баҳолаш вақти белгиланди». Бу ҳам қисқа, аммо клиник мантиқни сақлайди. Амалда ҳар бир жумла ҳақиқий баҳолаш билан тўлдирилади.

17 Ҳамроҳ ташхис ва устувор муаммо

Беморда бир нечта ташхис бўлса, қайси бири ҳозирги мурожаат ва ёрдам режасини бошқараётгани кўрсатилади. Масалан, сурункали соматик касаллик фонида янги депрессив эпизод бўлиши мумкин. Асосий муаммони белгилаш бошқаларни инкор қилиш эмас; ресурс ва кузатувни тартиблашдир. Мутахассислар ўртасида ким нимага масъул экани келишилади.

Ташхис рўйхатини кўпайтириш ҳар доим тўлиқликни билдирмайди. Бир хил белгини бир нечта рубрика билан такрорлаш чалкашлик келтиради. Ҳамроҳ ҳолат мустақил мезонларга эгами, даволашга таъсир қиладими ва ҳужжатлаштириш қоидаси қандай, текширилади. Клиник аниқлик кодлар сони билан эмас, уларнинг асоси билан ўлчанади.

18 Кейинги қабулда хулосани янгилаш

Қайта қабулда аввалги хулосага янги маълумот қўшилади: қайси симптом ўзгарди, қайси гипотеза кучайди ёки камайди, бемор режани қандай бажарди ва қандай тўсиқ бўлди? Агар диагноз ўзгарса, сабаби қисқа ёзилади. Масалан, аввалги гипомания ҳақида янги ишончли анамнез олингани ёки органик сабаб аниқлангани кўрсатилади.

Янгиланган ёзув аввалгисини яширинча алмаштирмаслиги керак. Клиник тарихнинг изчиллиги кейинги қарор ва аудит учун муҳим. Беморга ҳам ўзгариш сабаби тушунтирилади: бу «аввал нотўғри даволадик» деган автоматик хулоса эмас, маълумот тўлган сари ташхис аниқлашгани бўлиши мумкин. Шаффоф мулоқот ишончни сақлашга ёрдам беради.

19 Бобнинг амалий хулосаси

Якуний хулоса «шикоят → анамнез → руҳий ҳолат → симптом → синдром → дифференциал мулоҳаза → ташхис → хавф ва режа» занжирига таянади. У қисқа бўлиши мумкин, лекин муҳим мантиқий бўғинларни йўқотмаслиги керак. Энг яхши клиник ёзув кейинги мутахассисга қарорни тушунтириб, беморга ёрдамни давом эттириш имконини беради.

Манбалар

[10.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Recognition, assessment and initial management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[10.2] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Кириш ва F3 бўлими. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[10.3] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[10.4] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations



II

ҚИСМ

МКБ-10 БЎЙИЧА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

11-БОБ

Енгил депрессив эпизод

Фаолият қисман сақланганида ҳам касалликни жиддий қабул қилиш

F32.0

«Енгил» сўзи бемор учун чалғитувчи бўлиши мумкин. У буни «сизда ҳеч нарса йўқ» ёки «ўзингизни қўлга олинг» деган маънода қабул қилиши эҳтимол. Аслида F32.0 клиник таснифда симптомлар юки ва интенсивлигини ифодалайди. Беморнинг азоби ҳақиқий, ёрдамга эҳтиёжи эса индивидуалдир.

Енгил эпизодни танишнинг аҳамияти икки томонлама: бир томондан, оддий кайфият тебранишини ортиқча касалликлаштирмаслик; иккинчи томондан, ҳали ишга бораётган бемордаги клиник депрессияни ўтказиб юбормаслик. Бу чегарани симптом сонининг ўзи эмас, вақт, сифат ва функция ҳақидаги батафсил маълумот очади.

1 F32.0нинг таснифдаги ўрни

F32 рубрикаси биринчи ёки ягона депрессив эпизод учун қўлланади. Илгариги алоҳида депрессив эпизодлар аниқланса, рекуррент кечиш; мания ёки гипоманияга ишончли анамнез бўлса, биполяр спектр доирасида баҳолаш зарур. Жорий симптомлар енгил бўлиши бутун кечишни F32.0га айлантирмайди.

Органик сабаб ёки модда билан боғлиқ ҳолатлар ҳам алоҳида кўриб чиқилади. «Кайфият паст + тўрт симптом» механик формуласи етарли эмас. F32.0 танланишигача умумий депрессив эпизод талаблари ва муҳим истиснолар текширилади. [11.1]

2 Мезонни клиник ҳаётга таржима қилиш

ЖССТ клиник қўлланмасида одатда уч асосий белгидан камида иккитаси ва камида икки қўшимча белги, тахминан икки ҳафталик давомийлик назарда тутилади. Белгилар кучли интенсивликда бўлмаслиги керак; кундалик фаолият қийинлашса-да, кўпинча тўлиқ тўхтамайди. [11.1]

Бу таърифни қўллашда беморнинг барча одатий қийинчилиги симптомга айлантирилмайди. Масалан, болаликдан уятчан инсоннинг кам мулоқоти янги депрессив чекиниш эмас. Охирги ҳафталарда илгариги мулоқотни ҳам тўхтатгани эса аҳамиятли. Чегара

аввалги ҳолат билан таққослаш орқали кўринади.

Тадқиқот мезонлари билан ишланса, ўша нашрнинг аниқ сон ва истисно қоидалари қўлланади. Клиник қўлланманинг мослашувчан шарҳини тадқиқот протоколининг қатъий талаби билан аралаштириш мумкин эмас. Бу айниқса ўқувчи турли манбаларни солиштирганда муҳим. [11.2]

3 Енгил эпизоднинг кундалик кўриниши

Бемор ишга ўз вақтида боради, аммо одатий вазифаларни бажаришга кўпроқ вақт сарфлайди. Илгари дам олиш берган машғулотлар энди зерикарли туюлади. У яқинларига жавоб бериши мумкин, лекин биринчи бўлиб суҳбат бошламайди. Ташқаридан қараганда «ҳаммаси жойида» кўринади; ички зўриқиш эса ортиб боради.

Бундай бемор кўпинча ўзини айблайди: «Ҳамманикидан яхши шароитим бор, нега шукр қилмайман?» Шифокор шароит ва симптомни бир-бирига қарши қўймайди. Яхши иш ёки оила депрессив эпизодни имконсиз қилмайди. Шу билан бирга, ҳар бир норозилик ёки чарчоқни касаллик деб аташдан сақланилади.

Функцияни аниқ мисол билан сўраш фойдали: ишни тугатиш қанча чўзиляпти, уй юмушлари қай даражада тўпланди, муносабатлар қандай ўзгарди? Бу маълумот баллдан кўра беморнинг реал эҳтиёжини яхшироқ кўрсатиши мумкин. Шахсий ресурслар ҳам қайд қилинади.

4 F32.00 ва F32.01: соматик синдром

ЖССТ клиник қўлланмасида енгил эпизодни соматик синдромсиз F32.00 ва соматик синдром билан F32.01 деб аниқлаштириш имкони бор. Бу фақат миллий модификациянинг ихтироси эмас; бироқ амалда қайси бешинчи белгилар қабул қилиниши маҳаллий кодлаш тизимида текширилади. [11.1]

Соматик синдром «танада оғриқ бор» дегани эмас. У завқнинг яққол йўқолиши, одатда ёқимли воқеаларга эмоционал реакция пасайиши, эрта уйғониш, эрталаб оғирлашиш, объектив психомотор ўзгариш, иштаҳа ва вазн пасайиши, либидо камайиши каби белгиланган хусусиятлар тўпламидир. Унинг аниқ қоидаси манба бўйича текширилади.

Шунинг учун бош оғриғи ёки юрак уришига қараб F32.01 ёзиш мумкин эмас. Аксинча, бемор танавий оғриқ айтмаган бўлса ҳам, соматик синдром хусусиятлари бўлиши мумкин. Атаманинг клиник маъноси кундалик тилдаги «соматик касаллик»дан фарқ қилади.

5 Қайси ҳолатлар билан чегараланади?

Қисқа муддатли кайфият пасайиши, уйқусиз ишдан кейинги чарчоқ, қайғу, мослашув қийинчилиги, хавотир ва соматик касалликлар билан фарқлаш керак. Бир марта дам олгач яхшиланиши ёки яхши хабарга қувониши депрессияни якка ўзи инкор қилмайди. Аммо белгиларнинг вазиятга боғлиқлиги ва барқарорлиги клиник талқинда муҳим.

Дистимия эҳтимолида узоқ йиллик кечиш сўралади. Бемор «мен ҳамиша шундайман» деса, буни характер деб қўймасдан, қай пайтдан бошлангани ва симптомсиз давр бўлгани ўрганилади. Жорий енгил эпизод сурункали фон устига қўшилган бўлиши ҳам мумкин.

6 Даволаш вариантларини муҳокама қилиш

NICEнинг «камроқ оғир депрессия» гуруҳи МКБ-10 F32.0 билан айнан бир хил эмас, аммо амалиёт учун муҳим тамойил беради: кам интенсивликдаги далилга асосланган психологик ёрдам ва бемор хоҳишини ҳисобга олиш. Бундай ҳолатларда антидепрессантни ҳаммага автоматик биринчи танлов қилиш тавсия этилмайди; беморнинг хоҳиши ва клиник ҳолат муҳокама қилинади. [11.3]

Йўналтирилган ўз-ўзига ёрдам, хулқий фаоллаштириш, когнитив-хулқий ёндашув ва бошқа мос психологик усуллар беморнинг имкони ва хизмат мавжудлигига қараб танланиши мумкин. «Ўз-ўзига ёрдам» беморни ёлғиз қолдириш эмас: тушунтириш, аниқ вазифа, қўллаб-қувватлаш ва натижани кўриш талаб қилинади.

Дори масаласи аввалги эпизод ва жавоб, симптом давомийлиги, бемор хоҳиши, ҳамроҳ ҳолатлар ва ноқулайликлар билан бирга баҳоланади. Бу боб индивидуал рецепт ёки доза бермайди. Дори танланган тақдирда ҳам кузатув ва бемор билан мулоқот зарурлиги йўқолмайди.

7 Фаол кузатув пассив кутиш эмас

Айрим беморлар ҳозир даволашни бошлашни истамаслиги ёки белгилар аста яхшиланаётган бўлиши мумкин. Фаол кузатувда қайта қабул режаси, симптом ва функцияни кузатиш, ёмонлашиш белгилари ҳамда эртароқ мурожаат қилиш йўли келишилади. «Кучайса келарсиз» деган ноаниқ жумла етарли эмас.

Уйқу тартиби, босқичма-босқич ҳаракат, мунтазам овқатланиш ва қўллаб-қувватловчи алоқа ёрдамчи аҳамиятга эга. Лекин «спорт қилсангиз ўтиб кетади» каби соддалаштириш беморни айбдор қилиши мумкин. Фаоллик беморнинг ҳозирги имконига мос, кичик ва бажариладиган қадамлардан бошланади.

8 Хавфни алоҳида кўриш

Енгил эпизодда ҳам суицид фикри, модда истеъмоли, зўравонлик ёки кескин ижтимоий инқироз бўлиши мумкин. Шунинг учун оғирлик коди хавфсизлик суҳбатини алмаштирмайди. Яқиндаги ўзини жароҳатлаш ёки ҳозирги ниятда ёрдам даражаси эпизоднинг «енгил» номидан қатъи назар белгиланади.

Шунингдек, тез ёмонлашиш, уйқу эҳтиёжининг кескин камайиши билан фаоллик ошиши, психотик белгилар ёки ўзини парваришлашнинг бузилиши қайта баҳолашга сабаб. Бу ўзгаришлар аввалги диагнозга сиғдирилмайди; клиник хулоса янги маълумотга мос янгиланади.

9 Таълимий мисол: яширин зўриқиш

Шартли ўқитувчи уч ҳафтадан бери ишга боради, лекин дарс тайёрлашга икки баравар кўп вақт сарфлайди. Илгари ёқтирган ўқишдан завқ олмайди, тез чарчайди, ўзига ишончи пасайган ва ухлаб қолиши қийин. Суҳбатда симптомлар кенглиги, интенсивлиги, олдинги эпизод ва хавф текширилади; фақат касбига қараб «соғлом» деб хулоса қилинмайди.

Келишилган режада симптомларни тушунтириш, мос психологик ёрдам, иш юкини реал тартиблаш ва қайта баҳолаш бўлиши мумкин. Мақсад «аввалгидек идеал ишлаш» эмас, зўриқишни камайтириш ва барқарор фаолиятни тиклашдир. Натижа бемор учун маъноли вазифалар орқали ҳам баҳоланади.

10 Енгил эпизодни оддий чарчоқдан ажратиш

Чарчоқда дам олиш имкони, иш юки ва уйқу етишмаслиги муҳим. Депрессив эпизодда эса чарчоққа қизиқиш ёки кайфиятдаги барқарор ўзгариш, ўзбаҳо, фикрлаш ва бошқа белгилар қўшилиши мумкин. Бироқ бу қарама-қаршилик мутлақ эмас: депрессияси бор инсон ҳам дам олганда бироз енгиллашиши, чарчаган инсон ҳам вақтинча қизиқишини йўқотиши мумкин. Шунинг учун вақт ва синдромнинг бутунлиги баҳоланади.

Шифокор «таътилга чиқсангиз ўтадими?» деган битта савол билан чекланмайди. Бемор дам олган кунларда ҳам завқ ва энергия қандай бўлгани, ишдан ташқари муносабатлари ва ўзини баҳолаши сўралади. Агар белгилар фақат бир иш муҳитида пайдо бўлса, ўша шароит ҳам ўрганилади. Клиник диагноз ташкилий ёки ижтимоий муаммони кўрмасликка баҳона бўлмаслиги керак.

11 «Кучли инсон»нинг ёрдамга кеч келиши

Айрим беморлар бошқаларга ёрдам беришга ўргангани учун ўз қийинчилигини тан олмайди. Шифокор, ўқитувчи, раҳбар ёки оиладаги асосий таянч «менда депрессия бўлиши мумкин эмас» деб ўйлаши мумкин. Уларнинг ишни давом эттириши ресурс, аммо клиник симптомни инкор қилувчи далил эмас. Суҳбатда касбий мақом эмас, шахсий ҳолат баҳоланади.

Беморга ёрдам сўраш масъулиятдан қочиш эмаслиги тушунтирилади. Лекин мутахассис ҳам уни «ҳамма ишни ташлаш»га автоматик ундамайди. Қайси вазифа сақланиши, қайсиси вақтинча енгиллаштирилиши ва қандай ёрдам кераклиги келишилади. Мақсад беморнинг ҳаётини тўлиқ тўхтатиш эмас, ортиқча зўриқишни камайтириб тикланишга шароит яратишдир.

12 Хулқий фаоллаштиришнинг мантиғи

Енгил эпизодда чекиниш айланмаси сезиларли бўлиши мумкин: бемор завқ олмагач фаолиятни камайтиради, фаолият камайгач қўллаб-қувватлаш ва ижобий тажриба ҳам қисқаради. Хулқий фаоллаштириш шу айланмани кичик, режалаштирилган ва маъноли қадамлар билан ўзгартиришга қаратилган. Бу беморга «кўпроқ ишланг» дейиш эмас; фаолиятнинг мақсади ва бажарилиш имкони муҳокама қилинади.

Масалан, аввалги бир соатлик машғулот ҳозир оғир бўлса, қисқароқ вариант танланади. Бемор вазифани бажаргач дарҳол хурсанд бўлиши шарт эмас; дастлаб ҳаракатнинг ўзи ва кун тартиби тикланиши муҳим. Натижа «завқ олдингизми?»дан ташқари «бажариш қанчалик қийин бўлди, кейин нима ўзгарди?» билан ҳам баҳоланади. Бу мисол профессионал психотерапия протоколининг ўрнини босмайди.

13 Когнитив ишда айблашдан сақланиш

Беморнинг «мен ҳеч нарсага ярамайман» деган фикрини «нотўғри ўйлаяпсиз» деб рад этиш етарли эмас. У қайси вазиятда пайдо бўлиши, қандай далилга таяниши ва хулққа қандай таъсир қилиши ўрганилади. Мутахассис бемор билан бирга муқобил, реалроқ қарашни текширади. Мақсад сунъий ижобий фикрлаш эмас, қатъий ва зарарли талқинни юмшатишдир.

Енгил депрессияси бор бемор кўпинча ўзини аввалги энг самарали даври билан таққослайди. Ҳозирги имконидан ортиқ талаб қўйиш айбдорликни кучайтиради. Терапевтик ишда реал вазифа, етарли натижа ва тикланиш вақти муҳокама қилинади. Беморнинг қадри иш ҳажмига боғлиқ эмаслиги тушунтирилади, аммо бу қуруқ тасалли билан эмас, ҳаётий мисоллар билан очилади.

14 Даволашни истамаган бемор билан мулоқот

Бемор психологик ёрдам ёки дорига рози бўлмаслиги мумкин. Буни дарҳол «касаллигини тан олмайди» деб баҳолаш ўрнига сабаб сўралади: аввалги ёмон тажриба, харажат, вақт, стигма, ножўя таъсир ёки тушунмовчилик. Маълумот берилгач, беморнинг танлови ва қарор қобилияти ҳурмат қилинади. Бевосита хавф бўлса, тегишли ҳуқуқий ва клиник тартиб алоҳида қўлланади.

Ҳозир даволашни қабул қилмаса ҳам, бемор билан алоқани узиш шарт эмас. Фаол кузатув, маълумот, кичик функционал мақсад ва қайта мурожаат йўли келишилиши мумкин. Мутахассис «ўзингиз биласиз» деб четга чиқмайди, аммо босим билан розилик ҳам олмайди. Ҳамкорлик кейинги қарорга йўл очади.

15 Қайта қабулда нимани сўраймиз?

Биринчи қабулдаги асосий белгиларга қайтилади: завқ, кайфият, энергия, уйқу, диққат ва ўзбаҳо. Кейин функция ва хавф текширилади. Бемор тавсияни бажарган-бажармагани сўралганда айблов эмас, тўсиқни тушуниш мақсад қилинади. «Сайр қилмадим» деган жавоб ортида ёмғир, оғриқ, қўрқув ёки вазифанинг катталиги бўлиши мумкин.

Натижа яхшиланмаса, шифокор фақат беморни кўпроқ ҳаракат қилишга ундамайди. Ташхис, даволаш танлови, ҳамроҳ ҳолатлар ва ёрдам интенсивлиги қайта кўрилади. Енгил деб бошланган эпизод узоқ давом этиши ёки оғирлашиши мумкин. Дастлабки код кейинги маълумотни кўришга тўсқинлик қилмаслиги керак.

16 Иккинчи таълимий мисол: енгил код, жиддий эҳтиёж

> Шартли талаба бир неча ҳафтадан бери қизиқиш ва энергия пасайиши, диққат қийинчилиги ва ўзини қадрсиз ҳис қилиш билан келди. Дарсларга қатнашяпти, шунинг учун оиласи «ҳеч нарса йўқ» дейди. Лекин суҳбатда яқиндаги муносабат узилиши, ёлғизлик ва ўлим ҳақидаги фикр очилди. Симптом оғирлиги билан хавфсизлик эҳтиёжи алоҳида баҳоланади.
>
> Бу ҳолатда F32.0 танланган тақдирда ҳам, хавфсизлик суҳбати ва индивидуал режа зарур бўлиши мумкин. Оиланинг «енгил» атамасини нотўғри тушуниши тузатилади. Талабага диагноз унинг заифлигини эмас, даволанадиган клиник ҳолатни ифодалаши тушунтирилади. Ёрдам формати хавф, ресурс ва амалий имкониятга мос белгиланади.

17 Тикланишни барқарорлаштириш

Белгилар камайганда бемор кўпинча барча қолган ишни бирданига бажаришга уринади. Бу яна ортиқча юк ва чарчоққа олиб келиши мумкин. Фаолиятни босқичма-босқич тиклаш, дам олиш ва қўллаб-қувватловчи одатларни сақлаш муҳокама қилинади. Яхшиланишдан кейинги режа ҳам даволашнинг қисми ҳисобланади.

Бемор ўзининг илк огоҳлантирувчи белгиларини билиб олса, кейинги ўзгаришни эртароқ таниши мумкин. Масалан, одатий мулоқотни тўхтатиш, уйқу тартибининг бузилиши ёки ўзини айблашнинг кучайиши. Бу белгилар касаллик албатта қайтди дегани эмас, аммо қайта баҳолашга сабаб бўлади. Профилактика қўрқиб яшаш эмас, ўз ҳолатини тушуниб бошқаришга тайёрликдир.

18 Енгил эпизодда натижани шахсийлаштириш

Шартли бемор учун асосий мақсад иш унумдорлиги эмас, фарзанди билан кечқурун ўн дақиқа диққат билан гаплашиш бўлиши мумкин. Бошқаси учун уйдан чиқиш ёки аввал ёқтирган китобни қайта очиш муҳим. Бундай мақсадлар симптом шкаласини алмаштирмайди, аммо клиник ўзгаришни бемор ҳаёти билан боғлайди. Мақсадлар беморнинг ўз танловидан келиб чиқади.

Бажарилмаган мақсад танбеҳ учун эмас, режани мослаштириш учун маълумот беради. Вазифа каттами, вақт ноқулайми, чарчоқ кучлими ёки бошқа тўсиқ борми, сўралади. Кичик қадамни қайта танлаш даволашнинг мағлубияти эмас. Бемор ўз имконини реал баҳолашни ўрганади, мутахассис эса ёрдам интенсивлигини текширади.

Яхшиланишни фақат ташқи фаолият билан баҳоламаймиз. Бемор кўп иш қила бошласа ҳам, завқсизлик ва ўзини қаттиқ айблаш сақланиши мумкин. Аксинча, вазифалар ҳали тўлиқ тикланмаган бўлса-да, ички азоб камайиши муҳим силжишдир. Иккала соҳани ҳам кузатиш тикланишнинг ҳақиқий манзарасини беради.

Мутахассис беморга «енгил» ташхис унинг ёрдам сўраш ҳуқуқини камайтирмаслигини яна бир бор тушунтиради. Клиник оғирлик номи инсоннинг қийинчилигини бошқалар-ники билан мусобақалаштириш учун эмас. Ўз вақтида ва мос ёрдам, аниқ кузатув ва очиқ мулоқот эпизодни сифатли бошқаришнинг асосидир.

19 Бобнинг амалий хулосаси

F32.0 — ёрдамга арзимайдиган ҳолат эмас. Ташхис учун симптомлар, вақт ва функция биргаликда баҳоланади; кечиш ва дифференциал эҳтимоллар текширилади. Соматик синдром тушунчаси тўғри қўлланади. Даволаш ва кузатув бемор билан келишилади, хавф эса оғирликдан алоҳида баҳоланади.

Манбалар

[11.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.0, F32.00, F32.01. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[11.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.0. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[11.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Treatment for a new episode of less severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[11.4] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

12-БОБ

Ўртача оғирликдаги депрессив эпизод

Сезиларли функционал қийинчилик ва индивидуал даволаш қарори

F32.1

Ўртача оғирликдаги депрессив эпизод амалиётда кўпинча икки нотўғри қараш орасида қолади. Бири «ҳали ишлаяпти, демак жиддий эмас» дейди; иккинчиси эса ҳар қандай сезиларли қийинчиликни оғир эпизод деб белгилайди. F32.1ни тўғри таниш симптомлар интенсивлиги, сони, давомийлиги ва умумий клиник манзарани биргаликда баҳолашни талаб қилади.

Бемор кундалик вазифаларининг бир қисмини бажаради, бироқ бу ундан анча куч талаб қилади. У ташқи тартибни сақлаб, ички имкониятларини сарфлаб бўлган бўлиши мумкин. Мутахассис фақат кийиниш, мулойим суҳбат ёки ишга боришга қараб хулоса қилмайди; бу фаолият қандай нархга бажарилаётганини сўрайди.

1 Мезонларни аниқ қўллаш

ЖССТ клиник қўлланмасида камида икки асосий ва камида уч, яхшиси тўрт қўшимча симптом, одатда камида икки ҳафталик давомийлик таърифланади. Айрим симптомлар яққол интенсив бўлиши мумкин; ижтимоий, иш ва уй вазифаларида сезиларли қийинчилик кузатилади. [12.1]

Тадқиқот мезонларида ўртача эпизод учун умумий симптомлар сони камида олтита бўлиши талаб қилинади. Бу клиник қўлланмадаги жумлага зиддият эмас, мақсади бошқача бўлган операцион тизимдир. Ҳужжат ёки тадқиқотда қайси версия ишлатилгани аниқ бўлса, ўқувчи рақамлар фарқини тушунади. [12.2]

F32.1 биринчи ёки ягона эпизодни ифодалайди. Аввалги алоҳида депрессив эпизодлар бўлган беморнинг жорий ўртача ҳолати бошқа рубрикада ифодаланиши мумкин. Биполярлик, модда ва органик сабаблар текширилмай туриб кодни фақат ҳозирги оғирликдан чиқариш мумкин эмас.

2 Функцияни соҳаларга ажратиш

Иш фаолиятида тезлик, хатолар, қарор қабул қилиш, вазифани бошлаш ва тугаллаш сўралади. «Ишлаяпман» жавоби ортида қисқарган вазифа, ҳамкасб ёрдами ёки ишдан кейин бутунлай ҳолсизланиш бўлиши мумкин. Ишсиз беморда эса функцияни ишга бориш билан ўлчаб бўлмайди; кун тартиби, уй юмуши ва мустақиллик баҳоланади.

Оилавий соҳада мулоқот, болаларга қараш, муносабат ва маиший ишлар муҳим. Айрим беморлар ўзига эмас, фақат яқинларига зарур бўлган вазифаларни бажаради. Бу масъулият ресурс бўлиши мумкин, лекин депрессиянинг йўқлигини билдирмайди. Беморнинг қаттиқ уриниши симптомларни ташқи кўздан яшириши мумкин.

Ижтимоий соҳада учрашувларни бекор қилиш, қўнғироқларга жавоб бермаслик ва одатий машғулотларни ташлаш ўрганилади. Бундай ўзгаришлар депрессиянинг оқибати бўлиши билан бирга, ёлғизликни кучайтириб уни сақлаб туриши мумкин. Даволаш режаси бу айланмани ҳам ҳисобга олади.

3 Хавотир ва танавий шикоятлар

Ўртача депрессияда хавотир, уйқусизлик, мушак таранглиги, оғриқ ёки юрак уришини сезиш устун шикоят бўлиши мумкин. Бу ҳолат депрессив белгиларни сўрашни унуттирмаслиги керак. Шу билан бирга, янги танавий симптомни «асабдан» деб текширмасдан қолдириш ҳам мумкин эмас.

Клиник манзарада хавотирнинг мақоми аниқланади: депрессив эпизодга қўшилган белги, алоҳида хавотир бузилиши ёки бошқа синдромми? Фақат икки хил симптом борлиги учун F41.2 қўйиш тўғри эмас. Ҳар бир рубриканинг чегараси ва иерархияси танланган тасниф бўйича қўлланади.

4 F32.10 ва F32.11

Ўртача эпизод соматик синдромсиз F32.10 ёки соматик синдром билан F32.11 деб аниқлаштирилиши мумкин. Бешинчи белги симптомнинг «танавий» эканини эмас, белгиланган синдром хусусиятларини кўрсатади. Маҳаллий кодлаш тизимида бу аниқлаштирувчи қандай қабул қилиниши текширилади. [12.1]

Масалан, эрталаб оғирлашиш ва эрта уйғонишни сўрашда беморнинг иш режими ҳисобга олинади. Соат бешда уйғониш барвақт ишга кетувчи одамда одатий бўлиши мумкин; унга нисбатан икки соат олдин уйғониб, қайта ухлай олмаслик бошқа маънога эга. Психомотор ўзгариш субъектив «ичим секин» деган ҳис билан бирга бевосита кузатув орқали ҳам баҳоланади.

Соматик синдром дорининг аниқ бир турини автоматик танлатмайди ва нейромедиатор етишмовчилигини индивидуал исботламайди. У клиник манзарани тавсифловчи аниқлаштирувчи бўлиб, даволаш қарорида бошқа маълумотлар билан бирга кўрилади.

5 Даволашни биргаликда танлаш

Ўртача эпизодда даволашни фаол режалаштириш муҳим. Далилга асосланган психотерапия, антидепрессант ёки уларни бирлаштириш беморнинг клиник эҳтиёжи, хоҳиши, аввалги жавоби ва хизмат имконига қараб муҳокама қилинади. NICEнинг «кўпроқ оғир депрессия» тоифаси ўртача ва оғир ҳолатларни қамрайди, аммо МКБ кодларига механик тенг эмас. [12.3]

Беморга фақат битта вариантни «энг зўри» деб тақдим қилиш ўрнига кутилган фойда, чеклов, вақт ва ноқулайликлар тушунтирилади. Психотерапияга қатнашиш имкони, дорини мунтазам қабул қилиш, уй ва иш шароити ҳам реал қарорга таъсир қилади. Розилик маълумотли ва давомий жараён бўлиши керак.

Психотерапевтик ишда фаолиятдан чекиниш, ўзини айблаш, умидсиз талқин ва муносабатлардаги қийинчиликлар беморнинг мақсадига боғланади. Дори танланганида ножўя таъсир, ўзаро таъсир, хавфсизлик ва кузатув режаси шифокор томонидан индивидуал белгиланади. Бобда доза схемалари берилмайди.

6 Дастлабки ҳафталарда нимани кузатамиз?

Уйқу, энергия, анедония, диққат, умидсизлик ва функция бир хил тезликда ўзгармаслиги мумкин. Шунинг учун битта симптом яхшиланишидан «касаллик ўтди» деб хулоса қилинмайди. Даволашга риоя, ноқулай таъсир ва беморнинг даволашни қандай тушунгани ҳам сўралади.

Ажитация, янги суицид фикри, кескин хулқий ўзгариш ёки уйқу эҳтиёжи камайиб фаоллик ошиши эртароқ қайта баҳолашга сабаб бўлади. Бундай маълумотни фақат «мослашиш даври» деб қабул қилиш мумкин эмас. Беморга қайси ҳолатда кимга ва қандай мурожаат қилиш тушунтирилади.

Натижа кутилганидек бўлмаса, аввал ташхис, етарли давомийлик, даволашнинг амалий бажарилиши, ҳамроҳ ҳолат ва ташқи тўсиқлар кўриб чиқилади. Биринчи қийинчиликда «резистент» деган ёрлиқ қўйиш шошма-шошарлик бўлади. Резистентлик масаласи китобнинг даволаш бобларида алоҳида муҳокама қилинади.

7 Оила билан ишлаш

Бемор розилиги билан яқинларга депрессиянинг клиник хусусиятлари тушунтирилиши мумкин. «Эринчоқлик» ёки «иродасизлик» деган талқин ҳамкорликни бузади. Шу билан бирга, оила беморнинг ўрнига ҳамма қарорни қабул қилиб, унинг мустақиллигини бутунлай олиб қўймаслиги керак.

Ёрдам аниқ вазифага айлантирилади: қабулга етиб бориш, вақтинча маиший юкни бўлишиш, бирга қисқа сайр қилиш ёки дори бўйича келишилган тартибни эслаш. Яқинлардан доимий кузатувчи ёки терапевт вазифасини талаб қилиш ҳам нотўғри; уларнинг имкони ва чарчоғи ҳисобга олинади.

8 Таълимий мисол: масъулият ортидаги симптомлар

> Шартли бемор икки фарзандига қараб, ишини ҳам давом эттиряпти. Аммо бир ойдан бери завқ олмайди, тез чарчайди, тунги уйғонишлар, диққат қийинчилиги ва ўзини айблаш бор. Уй ишларининг катта қисми яқинига ўтган. «Ҳаммасини уддалайман» деган жавоб аниқлаштирилганда функциянинг сезиларли пасайиши очилади.
>
> Клиник баҳолаш биринчи эпизодми, психоз борми, хавф қандай ва соматик омиллар борми, деган саволларни қамрайди. Даволаш мақсадлари сифатида уйқуни барқарорлаштириш, кундалик вазифани реал тақсимлаш ва завқ берадиган фаолиятни босқичма-босқич тиклаш келишилади. Мақсад беморни аввалги ортиқча юкка тез қайтариш эмас, барқарор тикланишдир.

9 Қачон ташхис ва ёрдам даражаси қайта кўрилади?

Ўзини парваришлаш кескин пасайса, овқат-сув қабул қилиш бузилса, психоз ёки бевосита хавф пайдо бўлса, аввалги амбулатор режа етарли бўлмаслиги мумкин. Кодни сақлаш учун янги маълумотни кичрайтириб кўрсатиш мумкин эмас. Клиник хулоса сана билан янгиланади ва ёрдам формати қайта баҳоланади.

Аксинча, симптомлар камайиб функция яхшиланаётган бўлса, бу натижа ҳам қайд қилинади. Лекин қисқа яхшиланишни барқарор ремиссия деб қабул қилиб, даволашни ўзбошимчалик билан тўхтатиш тавсия қилинмайди. Қолдиқ симптомлар ва қайталаниш профилактикаси кейинги босқичнинг вазифасидир.

10 «Ўртача» атамасини беморга тушунтириш

Бемор «ўртача» деганда на касал, на соғлом оралиқ ҳолатни тасаввур қилиши мумкин. Аслида бу тўлиқ депрессив эпизоднинг оғирлик тавсифи. Унинг белгилари ва ҳаётга таъсири жиддий қабул қилинади. Мутахассис атамани инсоннинг азобини камайтириш учун эмас, клиник манзарани аниқлаш учун ишлатаётганини айтади. Бу тушунтириш оила билан мулоқотда ҳам муҳим.

Шу билан бирга, оғирлик номи келажак прогнозини якка ўзи белгиламайди. Ўртача эпизоднинг кечиши даволашга жавоб, ҳамроҳ ҳолат, ижтимоий шароит ва олдинги тарихга боғлиқ. «Ўртача бўлса тез ўтиб кетади» ёки «бу албатта оғирлашади» деган ваъдалар берилмайди. Реал кутилмалар ва қайта баҳолаш режаси ишончлироқ ёрдам беради.

11 Куннинг яширин тақсимоти

Функцияни тушуниш учун бир кунни бошидан охиригача кўриб чиқиш мумкин. Бемор қачон уйғонади, туришга қанча вақт керак, овқатланадими, ишда нимани бажаради, уйга келгач нима қила олади? Бу суҳбатда ортиқча маиший тафсилот эмас, энергия ва имкониятнинг тақсимоти очилади. Куннинг бир қисмида ишлаш бошқа қисмида тўлиқ қувватсизланиш билан кечиши мумкин.

Шартли мисолда бемор саккиз соат ишлайди, лекин кечқурун овқат тайёрлай олмайди ва боласи билан гаплашишга кучи етмайди. Унинг ишда сақланган функцияси оилавий соҳадаги бузилишни яширган. Даволаш режаси фақат ишга боришни сақлашга эмас, умумий ҳаёт сифатини тиклашга қаратилса, натижа бемор учун маънолироқ бўлади.

12 Даволаш танловида амалий тўсиқлар

Психотерапияга рози беморда транспорт ёки иш вақти муаммоси бўлиши мумкин. Дорига рози бемор уни мунтазам олишга маблағ тополмаслиги мумкин. Онлайн формат қулай бўлса ҳам, махфий хона ёки барқарор интернет йўқ бўлиши мумкин. Бу тўсиқлар «ҳамкорлик қилмаслик» эмас; даволаш режасининг амалий қисмидир.

Мутахассис ўз ваколати доирасида вариантларни мослаштиради: қабул вақти, формат, йўналтириш ёки қўллаб-қувватлаш. Лекин мавжуд бўлмаган хизматни ваъда қилмайди. Беморнинг реал имконидан узилган идеал режа қоғозда яхши, амалда самарасиз бўлади. Шунинг учун клиник самара ва амалга ошириш мумкинлиги бирга муҳокама қилинади.

13 Психотерапия ва дори рақобатчи эмас

Баъзи беморлар дори қабул қилишни психологик ишдан воз кечиш, психотерапияни эса касаллик «фақат хаёлда» эканининг белгиси деб тушунади. Бу қарама-қаршилик тузатилади. Турли усуллар симптом ва муаммонинг турли томонларига таъсир қилиши мумкин. Танлов беморни бир «лагерь»га киритиш эмас, унинг эҳтиёжига мос ёрдамни топишдир.

Комбинация танланса, мутахассислар ўртасида мақсад ва кузатув келишилиши муҳим. Бемор бир шифокордан бир, бошқасидан зид тавсия олмаслиги керак. Махфийлик ва розилик доирасида маълумот алмашилади. Қайси ўзгаришни ким баҳолаши, ножўя таъсир ёки хавф пайдо бўлса кимга мурожаат қилиниши аниқ бўлса, ёрдам яхлит бўлади.

14 Диққат ва қарор қабул қилиш қийинлиги

Ўртача депрессияда бемор мураккаб маълумотни ушлашга қийналиши мумкин. Бу унинг қарор қобилияти автоматик йўқолганини билдирмайди. Мутахассис маълумотни қисқа қисмларга ажратади, асосий вариантларни таққослайди ва бемор қандай тушунганини сўрайди. Зарур бўлса ёзма қисқа режа берилади ва қарорни қайта муҳокама қилиш имкони сақланади.

Беморга бир қабулда жуда кўп вазифа бериш бажарилмаслик ва айбдорликни кучайтириши мумкин. Биринчи босқичда энг муҳим икки-учта мақсад танланади. Масалан, даволашни бошлаш, кун тартибининг бир қисмини барқарорлаштириш ва хавфсизлик алоқасини билиш. Кейин имконият ошган сари режа кенгаяди. Бу ёрдамни соддалаштириш, уни камситиш эмас.

15 Ножўя таъсир ва симптомни ажратиш

Даволаш бошлангач чарчоқ, уйқу ёки иштаҳа ўзгарса, унинг манбаси аниқлаштирилади. Белги аввал бор эдими, препаратдан кейин қачон ўзгарди, куннинг қай вақтида кучаяди? Беморнинг субъектив тажрибаси тингланади. Ҳар бир ноқулайликни касалликка ёки ҳар бир симптомни дорига боғлашдан сақланилади.

Дорига оид қарорни шифокор индивидуал қабул қилади. Беморга ноқулайликни яширмасдан айтиш, аммо ўзбошимчалик билан кескин тўхтатмаслик тушунтирилади. Агар хавфли ўзгариш бўлса, белгиланган навбатдаги қабулни кутмасдан тегишли ёрдамга мурожаат қилиш режаси бўлади. Бу боб конкрет препарат ёки доза танлаш учун қўлланма эмас.

16 Иккинчи таълимий мисол: аввалги эпизод очилди

Шартли бемор ҳозирги бир ойлик тушкунликни биринчи марта деб айтади. Кейинги суҳбатда уч йил олдин ҳам бир неча ой завқ йўқолиши, ишдан чекиниш ва уйқусизлик бўлгани, кейин узоқ яхшиланган маълум бўлади. Бу янги маълумот жорий оғирликни ўзгартирмаслиги мумкин, аммо кечиш рубрикасини қайта кўриб чиқишга асос бўлади.

Мутахассис аввалги эпизоднинг мезонлари ва оралиқ даврни аниқлаштиради. Агар рекуррент кечиш тасдиқланса, F32.1ни одат бўйича сақлаб қолмайди. Беморга код ўзгариши касаллик бирданига оғирлашгани эмас, тарих аниқлашгани билан боғлиқлиги тушунтирилади. Бу фарқ қайта хуруж профилактикаси учун муҳим.

17 Қолдиқ симптомларни камситмаслик

Даволашдан кейин бемор «энди йиғламайман» дейди, аммо қизиқиш, диққат ва энергия ҳали паст. Бу яхши силжиш, лекин тўлиқ тикланиш бўлмаслиги мумкин. Қолдиқ белгилар ишга, муносабатга ва кейинги хавфга таъсир қилиши мумкин. Улар «майда» деб четга сурилмайди; даволашнинг кейинги мақсади сифатида муҳокама қилинади.

Шу билан бирга, ҳар бир қолган қийинчиликни фаол депрессия деб аташ ҳам шарт эмас. Узоқ ишсизлик, муносабат муаммоси ёки уйқу одати алоҳида ёрдам талаб қилиши мумкин. Клиник қайта баҳолаш симптом қолдиғи билан ҳаётий оқибатни ажратади ва уларни биргаликда тиклаш режасини тузади.

18 Клиник қарорни текширувчи саволлар

F32.1 танланишидан олдин шифокор ўзига савол беради: асосий симптомлар ва давомийлик етарлими, интенсивлик қандай, функцияни аниқ мисол билан баҳоладимми? Аввалги эпизодлар ва гипоманияни сўрадимми? Психоз, органик сабаб ва модда таъсирини кўриб чиқдимми? Хавфни алоҳида баҳоладимми? Бу саволлар таснифни инсон ҳаёти билан боғлайди.

Даволашдан кейинги саволлар ҳам шунчалик муҳим: бемор режани тушундими, танловда иштирок этдими, амалий тўсиқлар борми ва натижа қандай ўлчанади? Ҳар бир саволга узун матн керак эмас, аммо жавоб клиник қарорда акс этиши керак. Шунда «ўртача эпизод» номи беморга мос, текшириладиган ёрдам режасига айланади.

19 Бобнинг амалий хулосаси

F32.1да асосий масала «бемор ҳали нимадир қила оладими?» эмас, симптомлар ва функционал қийинчиликнинг тўлиқ манзарасидир. Мезон нашри аниқ сақланади, соматик синдром тўғри талқин қилинади, хавф алоҳида баҳоланади. Даволаш бемор билан келишилган ва натижаси қайта кўриладиган режага айлантирилади.

Манбалар

[12.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.1, F32.10, F32.11. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[12.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[12.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Treatment for a new episode of more severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[12.4] NICE. Depression in adults. Quality statement 2: Discussing treatment options. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/quality-statement-2-discussing-treatment-options

13-БОБ

Психотик симптомларсиз оғир депрессив эпизод

Оғир азоб, функция ва ҳаётий эҳтиёжларни биргаликда баҳолаш

F32.2

Психотик симптомларнинг йўқлиги депрессия енгил ёки хавфсиз дегани эмас. F32.2да инсоннинг ҳиссий, когнитив ва жисмоний имкониятлари кескин чекланиши мумкин. Бемор овқатланиш, ювиниш, кийиниш ёки мулоқот каби оддий вазифаларни ҳам бажаришга қийналади. Баъзан унинг сокинлиги ташқи кузатувчига аҳволи яхшидай туюлади, аммо бу чуқур секинлашув бўлиши мумкин.

Бу бобда оғир депрессияни таниш, психоздан фарқлаш ва ёрдам даражасини асослаш кўриб чиқилади. Боб индивидуал даволаш схемаси эмас. Бевосита хавф, танавий заифлашув ёки ўзини парваришлай олмасликда шошилинч клиник баҳолаш ташхисни охиригача расмийлаштиришдан олдин ҳам зарур бўлиши мумкин.

1 Мезонлар ва клиник мослашувчанлик

ЖССТ клиник қўлланмаси оғир эпизодда учала асосий белги ва камида тўрт қўшимча симптомни, айримларининг кучли интенсивлигини назарда тутади. Одатий давомийлик икки ҳафта, аммо жуда тез ва оғир бошланишда қисқароқ даврдан кейин ҳам клиник ташхис асосланиши мумкин. [13.1]

Тадқиқот мезонларида умумий камида саккиз симптом талаби бор. Бу сонларни клиник қўлланманинг симптом рўйхати билан аралаштириш мумкин эмас. Тадқиқотда стандартлаштириш, клиникада эса беморнинг тўлиқ ҳолатини тушуниш вазифаси устун бўлади. [13.2]

Кучли ажитация ёки тормозланишда бемор барча кечинмаларини батафсил айтиб бера олмаслиги мумкин. «Саволга жавоб бермади, демак симптом йўқ» деб ҳисоблаш нотўғри. Кузатув, яқинлар маълумоти ва кейинги баҳолаш бирлаштирилади; қайси хулоса ишончли, қайсиси чекланган экани қайд қилинади.

2 Анедония ва эмоционал бўшлиқ

Оғир анедонияда бемор одатда ёқадиган фаолиятдан завқ олмаслигини эмас, завқ олиш қобилияти йўқолгандек эканини айтиши мумкин. У оиласини яхши кўришини билади, лекин ҳисни сезмаётганидан азобланади. Бу ҳолат «яқинларига бефарқ бўлиб қолди» деган ахлоқий ҳукм билан тушунтирилмайди.

Айрим беморлар «йиғлай олмайман» ёки «ичим бўм-бўш» дейди. Ташқи кўз ёши йўқлиги азоб камлигини билдирмайди. Шу билан бирга, эмоционал карахтлик диссоциация, дори таъсири ёки бошқа ҳолатларда ҳам бўлиши мумкин; клиник контекст сақланади.

3 Психомотор тормозланиш ва ажитация

Тормозланиш нутқнинг секинлашиши, жавоб орасидаги узоқ танаффус, ҳаракат камайиши ва вазифани бошлаш қийинлигида кўриниши мумкин. Беморга шоширмай вақт бериш зарур. Унинг сустлигини қаршилик ёки эринчоқлик деб талқин қилиш мулоқотни бузади.

Ажитацияда эса бемор тинч ўтира олмаслиги, қўлларини ишқалаши, қайта-қайта юриши ёки ички тоқатсиз безовталикни айтиши мумкин. Бу фаоллик яхши энергия дегани эмас. Ажитациянинг сабаблари орасида оғир депрессия билан бирга акатизия, модда таъсири, аралаш аффектив манзара ва бошқа ҳолатлар ҳам кўриб чиқилади.

Кескин камҳаракатлик, гапирмаслик ёки ғайриоддий мотор белгиларда кататония ва бошқа неврологик/тиббий эҳтимоллар баҳоланади. Бундай ҳолатни оддий «оғир тушкунлик» деб автоматик тушунтириш мумкин эмас. Қўшимча мутахассис баҳоси ва танавий ҳолатни текшириш зарур бўлиши мумкин.

4 Ўзини парваришлаш ва танавий хавф

Овқат ва суюқлик қабул қилиш, вазн ўзгариши, гигиена, ҳаракат, асосий дориларни қабул қилиш ва хавфсиз яшаш имкони сўралади. Бемор «иштаҳам йўқ» деса, бир кунда аслида нималар егани ва ичгани аниқлаштирилади. Бу ерда мақсад овқатни назорат қилиш эмас, ҳаётий эҳтиёж бузилишини ўтказиб юбормасликдир.

Оғир депрессияда жисмоний касалликлар ҳам эътибордан четда қолиши мумкин. Бемор оғриқни айтмаслиги ёки ёрдам сўрашга кучи етмаслиги мумкин. Клиник кўрик, зарур текширув ва соматик мутахассис билан ҳамкорлик психиатрия ёрдамининг рақиби эмас, унинг бир қисмидир.

5 Психоз йўқлигини қандай баҳолаймиз?

Кучли ўзини айблаш ва умидсизлик оғир депрессияда психозсиз ҳам бўлади. Васвасага хос қатъий ишонч, далилларга муносабат ва реалликни баҳолаш хусусиятлари алоҳида сўралади. Беморнинг «мен ҳаммани қийнаяпман» деган гапи автоматик бред эмас; унинг маъноси, ишонч даражаси ва контексти аниқлаштирилади.

Галлюцинация, нигилистик ёки бошқа психотик мазмунга оид суҳбат уялтирмасдан ўтказилади. Агар мулоқот чекланган сабабли психозни ишончли баҳолаб бўлмаса, бу чеклов ёзилади. «Аниқланмади» деган ифода ортида текширувнинг ҳажми тушунарли бўлиши керак.

6 Хавф ва ёрдам формати

Суицид фикри, ният, олдинги ҳаракат, ажитация, психоз эҳтимоли ва ёлғиз қолиш шароити алоҳида баҳоланади. Лекин хавф фақат суицид билан чекланмайди: озиқланмаслик, сувсизланиш, ўзини парваришлай олмаслик ёки муҳим тиббий даволашни ололмаслик ҳам аҳамиятли.

Айрим беморга интенсив амбулатор ёрдам ва ишончли қўллаб-қувватлаш мос келиши мумкин, бошқасига стационар баҳолаш зарур бўлади. Қарор коднинг ўзидан эмас, реал эҳтиёждан чиқади. Беморнинг ҳуқуқи ва хоҳиши инобатга олинади; шу билан бирга, бевосита хавфда маҳаллий ҳуқуқий ва клиник тартибларга амал қилинади. [13.3]

7 Даволашнинг умумий тамойиллари

Оғир депрессияда далилга асосланган фаол даволаш режаси зарур. Антидепрессант ва индивидуал психотерапияни бирлаштириш вариантлардан бири; танлов клиник ҳолат, аввалги жавоб, бемор хоҳиши ва амалий имкониятга қараб белгиланади. Психотерапия формати беморнинг диққати ва кучига мослаштирилиши керак. [13.3]

Бошланишда узун мураккаб вазифалар ўрнига қисқа, тушунарли ва бажариладиган қадамлар керак бўлиши мумкин. Беморнинг вазифани бажара олмаслиги «мотивацияси йўқ» деган ахлоқий баҳога айлантирилмайди. Симптомлар енгиллашгач, ишнинг интенсивлиги ва қамрови оширилади.

Электроконвульсив терапия оғир депрессияда, айниқса тез жавоб зарур бўлганда ёки бошқа даволашлар етарли бўлмаганда, мутахассис томонидан муҳокама қилиниши мумкин. Бу қарор розилик, анестезиологик ва тиббий баҳолаш, фойда-хавф ҳамда когни-

тив таъсирларни ҳисобга олади. У жазо ёки «охирги умид» тамғаси билан эмас, тиббий усул сифатида тушунтирилади. [13.3]

8 Дастлабки яхшиланишни эҳтиёткор талқин қилиш

Беморнинг ювиниши ёки суҳбатда бир марта кулиши ремиссия дегани эмас. Худди шунингдек, энергиядаги силжиш билан умидсизлик бир вақтда ўзгармаслиги мумкин. Хавфни қайта баҳолаш даволашнинг бутун даврида давом этади; қисқа ижобий кўриниш кузатувни автоматик бекор қилмайди.

Ножўя таъсир, дорига риоя, уйқу, овқатланиш ва функция кўриб чиқилади. Бемор «дори ёрдам бермаяпти» деса, буни сабрсизлик деб қабул қилиш ўрнига қанча вақт, қандай қабул, қандай ўзгариш ва қандай ноқулайлик бўлгани сўралади. Даволаш қарорлари янги маълумот асосида қайта кўрилади.

9 Таълимий мисол: сокинлик ортидаги оғирлик

> Шартли бемор қабулда кам гапиради, овози паст, жавоб беришга анча вақт керак. Яқини «жанжал қилмайди, фақат ётади» дейди. Суҳбатда уч ҳафтадан бери деярли ҳеч нарсадан завқ олмаслик, кучли айбдорлик, овқатланиш камайиши ва ўзини парваришлай олмаслик аниқланади. Ташқи сокинлик ёрдам эҳтиёжини камайтирмайди.
>
> Баҳолашда депрессив синдром билан бирга делирий, кататония, неврологик касаллик ва дори таъсири текширилади. Суицид ҳақида тўғридан-тўғри сўралади, психоз баҳоланади. Ёрдам режаси фақат психотерапия санасини белгилаш эмас, танавий эҳтиёж ва хавфсизликни ҳам қамрайди.

10 Яқинлар билан мулоқот

Оилага беморнинг камҳаракатлиги касаллик белгиси бўлиши мумкинлиги тушунтирилади. Мажбурлаш, айблаш ёки бошқалар билан таққослаш фойда бермаслиги мумкин. Ёрдам оддий ва аниқ бўлади: хавфсиз шароит, қабулга етиб бориш, озиқланиш ва кун тартибини қўллаб-қувватлаш.

Шу билан бирга, яқинлар ўз зиммасига мутахассис вазифасини олмаслиги керак. Қайси ўзгаришда тез мурожаат қилиш, ким билан боғланиш ва қандай ёрдам кутилгани келишилади. Махфийлик ва беморнинг розилиги, хавфсизликка оид зарур истисnolар билан бирга, сақланади.

11 Қабулдаги секинликка мослашиш

Оғир тормозланишда беморга бир вақтда бир нечта савол бериш жавобни яна қийинлаштиради. Қисқа савол, етарли танаффус ва шоширмасдан тинглаш фойдали. Сукутни дарҳол янги савол билан тўлдириш шарт эмас. Беморнинг нутқи камайгани унинг эшитмаётгани ёки ҳеч нарсани тушунмаётганини автоматик билдирмайди. Мулоқот усули клиник имконига мослаштирилади.

Айрим ҳолатда бемор бош ирғаш ёки қисқа жавоб билан алоқа қилади. Мутахассис бу усул билан олинган маълумотнинг чекловини билиши керак. Узун мураккаб саволга «ҳа» деган жавоб барча қисмни тасдиқлагани эмас. Зарур маълумот бўлакларга ажратилади, тушуниш текширилади ва бевосита кузатув билан тўлдирилади.

12 Кучли айбдорлик ва реал масъулият

Оғир депрессияда бемор оддий хатони бутун шахсиятининг яроқсизлигига далил деб қабул қилиши мумкин. Мутахассис унинг реал масъулиятини инкор қилмасдан, хулосанинг қанчалик глобал ва номутаносиб бўлиб қолганини ўрганади. «Ҳеч қандай хатойингиз йўқ» деган асоссиз тасалли беморга ишончсиз туюлиши мумкин. Реал факт билан депрессив талқин ажратилади.

Масалан, ишда кечиккан бемор «мен ҳамманинг ҳаётини буздим» деб ўйлаши мумкин. Суҳбатда воқеанинг ҳақиқий оқибати ва беморнинг умумлаштириши кўриб чиқилади. Агар ишонч қатъий психотик хусусият олса, F32.3 ва бошқа эҳтимоллар қайта баҳоланади. Шунинг учун айбдорликни фақат интенсивлик эмас, фикрнинг шакли орқали ҳам текшириш керак.

13 Қарор қабул қилиш ва розилик

Оғир депрессияда умидсизлик беморнинг даволашдан фойда кутишини камайтириши мумкин. «Ҳеч нарса ёрдам бермайди» деган гапни автоматик онгли рад этиш ёки қобилият йўқлиги деб қабул қилмаймиз. Бемор маълумотни тушуниши, ўз ҳолатига татбиқ қилиши, вариантларни солиштириши ва танловини билдириши баҳоланади. Бу муайян қарорга боғлиқ жараёндир.

Маълумот беморнинг диққатига мос қисқа қисмларда берилади. Яқин шахсни жалб қилиш бемор розилиги ва хавфсизлик шароитига қараб фойдали бўлиши мумкин. Лекин яқиннинг розилиги беморнинг ҳуқуқини автоматик алмаштирмайди. Агар қобилият ёки бевосита хавф масаласи юзага келса, маҳаллий ҳуқуқий ва муассаса тартиблари асосида ҳаракат қилинади.

14 Стационарга йўналтиришни тушунтириш

Бемор ва оила стационарни жазо ёки умидсизлик белгиси деб қабул қилиши мумкин. Мутахассис унинг аниқ мақсадини тушунтиради: хавфсизликни таъминлаш, овқатланиш ва танавий ҳолатни тиклаш, даволашни яқин кузатиш ёки тезкор мутахассис ёрдами. Ҳамма оғир эпизод бир хил форматда даволанмайди, аммо қарор сабаби очиқ бўлиши керак.

Агар амбулатор ёрдам танланса, у ҳам фаол ва реал бўлиши лозим. Қабуллар, қўллаб-қувватлаш, дори ва танавий эҳтиёжлар, хавфсизлик алоқаси ҳамда ёмонлашишдаги ҳаракат аниқланади. «Уйида яқинлари бор» деган умумий факт етарли эмас; уларнинг ҳақиқий имконияти ва хавфсиз муҳит текширилади.

15 Овқатланиш ва ҳаракатни клиник кузатиш

Оғир ҳолатда овқатланишни фақат иштаҳа саволи билан баҳолаш камлик қилади. Қабул қилинган овқат-сув, вазн динамикаси, кучсизлик ва тиббий белгилари кўриб чиқилади. Зарур бўлса соматик мутахассис ёрдами жалб қилинади. Беморга босим ёки уялтириш билан овқат едириш ўрнига, қийинчиликнинг сабаби ва хавф даражаси аниқланади.

Камҳаракатлик ҳам турли сабабга эга бўлиши мумкин: психомотор тормозланиш, оғриқ, дори таъсири, неврологик муаммо ёки танавий заифлик. Мутахассис ҳаракатни тиклаш режасини шу манзарага мос қилади. Оғир заиф беморга умумий «спорт қилинг» тавсияси етарли эмас; хавфсизлик ва имкониятни ҳисобга олган босқичма-босқич ёндашув керак.

16 Даволашга жавобни кўришда уч соҳани ажратиш

Биринчи соҳа — симптомлар: кайфият, анедония, энергия, фикр мазмуни ва психомотор ҳолат. Иккинчи соҳа — ҳаётий функция: овқатланиш, гигиена, уйдан чиқиш, мулоқот ва вазифалар. Учинчи соҳа — хавфсизлик: суицид фикри, ўзини парваришлаш имкони ва зарур ёрдамга етишиш. Учала соҳа бир хил тезликда яхшиланмаслиги мумкин.

Масалан, бемор энди ювиниб овқатланяпти, аммо ҳали қаттиқ умидсиз. Бу функционал силжишни тан оламиз, лекин хавфни қайта баҳолаймиз. Ёки бемор «кайфиятим бироз яхши» дейди, аммо ҳали ёлғиз қолганда асосий эҳтиёжини таъминлай олмайди. Даволаш режаси бир яхши белгига қараб қисқартирилмайди.

17 Иккинчи таълимий мисол: ажитацияни нотўғри талқин қилиш

Шартли бемор қабулда тез юради, қўлларини ишқалайди ва «ичимга сиғмаяпман» дейди. Ташқаридан фаол кўринса ҳам, у анедония, умидсизлик ва кучли азобдан шикоят қилади. Буни яхши энергия ёки оддий асабийлик деб баҳолаш мумкин эмас. Ажитациянинг депрессия, акатизия, модда таъсири ва аралаш аффектив ҳолат билан муносабати текширилади.

Суҳбатда уйқу эҳтиёжи, фикр тезлиги, дори ўзгариши, модда истеъмоли ва суицид нияти аниқлаштирилади. Беморнинг тинч ўтира олмаслиги сабабли суҳбат қисқа бўлакларга ажратилиши мумкин. Ёрдамнинг тезлиги ва формати клиник хавфга мос белгиланади. Мисол «ҳаракат кўп бўлса депрессия оғир эмас» деган хато тасаввурни тузатади.

18 Яхшиланишдан кейинги ҳимоя

Оғир эпизоддан кейин бемор олдинги иш ва оилавий ролларига дарҳол қайтишни исташи ёки ундан шундай талаб қилиниши мумкин. Лекин симптом камайиши билан барқарор функция бир вақтда тикланмаслиги мумкин. Қадамма-қадам қайтиш, қолдиқ қийинчилик ва қўллаб-қувватлаш режаси муҳокама қилинади. Беморнинг ўзини ортиқча синаши қайталанишдан қўрқиш билан ҳам алмашиб кетмаслиги керак.

Эпизоднинг илк белгилари, ёрдам берган омиллар ва кейинги кузатув ёзиб олинади. Бемор ва оила қандай ўзгаришда тезроқ мурожаат қилишни билади. Даволашни давом эттириш ёки ўзгартириш индивидуал режага мувофиқ бўлади. Оғир эпизод ҳақидаги тажриба беморнинг бутун келажагини белгилайдиган тамға эмас, кейинги профилактика учун маълумотдир.

19 Мутахассис учун қисқа рефлексия

Мен беморнинг сокинлигини хавфсизлик деб қабул қилмадимми? Овқат-сув ва гигиенани аниқ сўрадимми? Психозни текширдимми ёки бемор ўзи айтмагани учун йўқ деб ҳисобладимми? Мулоқот чекловини ҳужжатда кўрсатдимми? Даволаш режаси беморнинг реал уй шароитида ишлайдими? Бу саволлар оғир ҳолатда эътиборни асосий эҳтиёжларга қайтаради.

Мутахассиснинг вазифаси фақат оғирлик кодини тўғри танлаш эмас, ўша код ортидаги инсонга зарур ёрдамни ташкил қилишдир. Клиник аниқлик, хавфсизлик, ҳурмат ва ҳамкорлик бир-бирини тўлдиради. Бемор жуда кам гапираётган пайтда ҳам унинг қадри, ҳуқуқи ва тикланиш имконияти мулоқот марказида қолади.

20 Бобнинг амалий хулосаси

F32.2да психоз йўқ, аммо азоб, функция бузилиши ва ҳаётий хавф жиддий бўлиши мумкин. Мезонлар клиник манзара билан бирлаштирилади; мулоқот чекланганида кузатув ва қўшимча маълумот муҳим. Даволаш, танавий ёрдам, хавфсизлик ва кузатув ягона режага айлантирилади.

Манбалар

[13.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[13.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[13.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. More severe depression; electroconvulsive therapy; further-line treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[13.4] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

14-БОБ

Психотик симптомли оғир депрессив эпизод

Депрессив азоб ва реалликни баҳолаш бузилишини фарқлаш

F32.3

Психотик депрессияда оғир депрессив синдромга васваса, галлюцинация ёки таснифда кўрсатилган бошқа оғир хусусиятлар қўшилади. Бу ҳолатни оддий «жуда қаттиқ тушкунлик» деб тушунтириш етарли эмас. Психотик симптомнинг шакли, мазмуни, вақтда депрессия билан муносабати ва хавфсизлик аҳамияти алоҳида баҳоланади.

«Психоз» сўзи бемор ёки оилада қўрқув уйғотиши мумкин. Мутахассис уни шахсга қўйилган тамға эмас, даволашни режалаштиришга ёрдам берувчи клиник тавсиф сифатида тушунтиради. Психотик симптомлар ҳақида ҳукмсиз сўраш уларни яшириш эҳтимолини камайтиради.

1 F32.3ни қўллаш шарти

F32.3 биринчи ёки ягона оғир депрессив эпизод доирасида қўлланади. Такрорий эпизод ёки биполяр кечишда мос бошқа рубрика танланади. Шизоаффектив, шизофреник, органик ёки модда билан боғлиқ психоз эҳтимоли ҳам ўрганилади. Ҳозирги тушкунликнинг борлиги ҳар қандай психозни депрессив деб аташга асос эмас. [14.1]

ЖССТ клиник қўлланмасида оғир депрессияга васваса, галлюцинация ёки депрессив ступор қўшилиши таърифланади. Тадқиқот мезонларида психотик хусусиятларни операцион аниқлаштириш бор. Муайян мотор ҳолатни автоматик психоз деб ҳисоблаш ўрнига кататония, органик ҳолат ва бошқа сабаблар батафсил текширилади. [14.1; 14.2]

2 Айбдорлик: фикрми ёки васвасами?

Депрессияда ўзини қаттиқ айблаш кенг учрайди. Бемор «мен яхши ота эмасман» деб ўйлаши мумкин, аммо суҳбатда истисноларни кўради, шубҳаланади ва фикрини муҳокама қила олади. Васвасада ишонч жуда қатъий, реал далилларга номутаносиб ва улар билан тузатиш қийин бўлиши мумкин.

Фақат фикрнинг ғалатилигига қараб қарор қилинмайди. Беморнинг маданий муҳити, тили, диний қарашлари ва реал вазият ҳисобга олинади. Бир жамиятда одатий диний иборани контекстсиз психоз деб аташ мумкин эмас. Айни пайтда маданият билан тушунтириш ҳам оғир, шахсий ва бузувчи ишончни ўтказиб юборишга сабаб бўлмаслиги керак.

Саволлар фикрнинг мазмунидан ташқари ишонч даражасига қаратилган бўлади: «Бошқа изоҳ бўлиши мумкинми?», «Бу хулосага қандай келдингиз?», «Яқинларингиз бошқача айтса, буни қандай тушунасиз?» Мутахассис баҳсда ғалаба қозонишга эмас, кечинманинг тузилишини англашга ҳаракат қилади.

3 Хароб бўлиш ва ипохондрик мазмун

Бемор молиявий далилларга зид равишда оиласи бутунлай ҳалокатга учраганига ишониши мумкин. Ипохондрик васвасада танада оғир, йўқ қилинмайдиган касаллик борлиги ҳақида қатъий ишонч пайдо бўлиши мумкин. Бундай мазмун оддий соғлиқ хавотири ёки реал иқтисодий қийинчиликдан фарқланади.

Реал муаммонинг борлиги васвасани имконсиз қилмайди. Масалан, қарз ҳақиқатан бор, аммо бемор уни бутун мамлакатга зарар етказган гуноҳ сифатида талқин қилиши мумкин. Клиник баҳолаш реал факт ва психотик талқинни ажратади. Реал муаммони инкор қилиш бемор билан ишончни бузади.

4 Нигилистик васваса ва Котар синдроми

Нигилистик мазмунда бемор ўз танаси, аъзолари, ҳаёти ёки дунё мавжуд эмасдек қатъий ишонч билдириши мумкин. Котар синдроми шундай кечинмаларни қамраб олувчи клиник синдром номи; у МКБ-10да барча ҳолат учун алоҳида депрессия коди эмас. У оғир аффектив, психотик ёки неврологик ҳолатларда тасвирланган. [14.3]

Бундай бемор овқат ейишни маъносиз деб билиши ёки ўз танавий эҳтиёжини инкор қилиши мумкин. Шунинг учун клиник аҳамият фақат ғалати фикрни қайд қилишда эмас, унинг овқатланиш, даволашга розилик ва хавфсизликка таъсиридадир. Соматик ҳолат зудлик билан баҳоланиши керак бўлиши мумкин.

5 Галлюцинация ва ички фикр

Айбловчи, камситувчи ёки таҳдид қилувчи овозлар психотик депрессияда учраши мумкин. Лекин беморнинг «ичимда овоз бор» деган ибораси дарҳол галлюцинация дегани эмас. У ички нутқ, руминация, исталмаган фикр ёки ҳақиқий идрок кечинмасини назарда тутиши мумкин. Манба, сезилиш хусусияти, назорат ва реалликка муносабат сўралади.

Буйруқ берувчи мазмун бўлса, бемор унга қанчалик ишониши, амал қилиш истаги ва ўзини тўхтата олиши баҳоланади. Буни фақат «овоз бор/йўқ» деган катак билан чеклаш етарли эмас. Психотик кечинма ва суицид нияти бир-биридан алоҳида, кейин биргаликда формуляция қилинади.

6 Кайфиятга мос ва мос бўлмаган психоз

Айбдорлик, жазо, қадрсизлик ва ҳалокат мазмуни депрессив кайфиятга мос бўлиши мумкин. Кайфиятга мос келмайдиган мазмун эса бошқа психотик жараёнлар ҳақида қўшимча ўйлашга ундайди, лекин якка ўзи бошқа диагнозни исботламайди. Бутун кечиш, психознинг депрессиядан ташқари даврда бор-йўқлиги ва бошқа симптомлар текширилади.

Айрим тасниф версияларида бу хусусият бешинчи белги билан аниқлаштирилади. Кодлашда қайси нашр ишлатилаётгани кўрсатилади; турли тизимлардан аниқлаштирувчилар кўчирилмайди. Клиник матнда мазмунни қисқа ва аниқ тасвирлаш коддан кўра кўпроқ ахборот бериши мумкин.

7 Дифференциал ташхисда вақт муносабати

Психоз қачон бошланган: депрессия билан бирга, ундан олдин ёки кайфият тузалгандан кейин ҳам сақланганми? Илгариги мания, узоқ давом этган психотик симптомлар, модда истеъмоли, неврологик белгилар ва ҳушнинг флюктуацияси сўралади. Бу маълумот бир марталик қабулда тўлиқ бўлмаслиги мумкин.

Делирийда диққат ва англашнинг ўткир ўзгариши, органик ҳолатда бошқа тиббий далиллар, моддага боғлиқ психозда вақт алоқаси муҳим. Буларни текширмасдан F32.3 қўйиш хавфли. Шу билан бирга, ташхис аниқлаштирилаётган пайтда хавфсизлик ва зарур даволаш кечиктирилмайди.

8 Мулоқот: ҳисни тан олиш, васвасани тасдиқламаслик

Бемор «мен ҳаммани ҳалок қилдим» деса, «ҳа, шундай» деб қўшилиш мумкин эмас. «Бу сиз учун жуда қўрқинчли эканини кўряпман; менда бу хулосани тасдиқлайдиган маълумот йўқ, бирга текширамиз» каби муносабат ҳисни тан олади, аммо психотик ишончни мустаҳкамламайди.

Қаттиқ баҳс, масхара ёки мантиқий далилларни босим билан такрорлаш кўпинча ишончни пасайтиради. Шифокор мулоқотни хавфсизлик, азобни камайтириш ва ёрдамга келишиш атрофида сақлайди. Беморнинг ҳурмати ва шахсий чегаралари оғир ҳолатда ҳам муҳимдир.

9 Даволашнинг умумий йўналиши

Психотик депрессия мутахассис психиатрия ёрдамини талаб қилади. NICE антидепрессант ва антипсихотик комбинациясини кўриб чиқишни тавсия қилади; танлов бемор билан муҳокама, тиббий хавф ва аввалги жавоб асосида қилинади. Психотик симптомлар ва ножўя таъсирлар мунтазам кузатилади. [14.4]

Тез жавоб талаб қилинадиган ёки бошқа даволаш самарасиз бўлган оғир ҳолатларда ЭКТ муҳокама қилиниши мумкин. Бу усулнинг фойдаси, хавфи, розилик ва тиббий тайёргарлик алоҳида баҳоланади. Психотерапевтик қўллаб-қувватлаш муҳим, аммо ўткир психозда зарур биологик ва шошилинч ёрдам ўрнини босмайди.

Психоз камайгач ҳам кузатув давом этади. Кайфият, функция, суицид фикри, қолдиқ васваса ва даволашга риоя алоҳида кўриб чиқилади. Дори схемасини ўзбошимчалик билан ўзгартириш ёки бир-икки яхши кундан кейин тўхтатиш тавсия қилинмайди.

10 Таълимий мисол: айбдорликдан психозгача

Шартли бемор бир ойлик оғир тушкунлик фонида «мен оиламни камбағал қилдим» дейди. Аввал бу реал қарзга нисбатан кучли айбдорликдек туюлади. Батафсил суҳбатда у барча банклар айнан унинг хатоси туфайли вайрон бўлганига қатъий ишониши ва овқат ейишга ҳаққи йўқлигини айтиши аниқланади. Мазмуннинг интенсивлиги эмас, реалликка муносабат ва хулқий оқибат психозни баҳолашга олиб келади.

Баҳолашда психознинг вақт тарихи, моддалар, соматик ҳолат, овқатланиш ва суицид хавфи текширилади. Оилага уни «фикридан қайтариш» учун тортишишдан кўра, зарур ёрдамга олиб келиш муҳимлиги тушунтирилади. Кейинги режа беморнинг хавфсизлиги ва ҳуқуқларини биргаликда ҳисобга олади.

11 Психотик симптомни сўрашда хавфсиз муҳит

Бемор овоз ёки ғайриоддий ишонч ҳақида айтишдан қўрқиши мумкин. У масхара қилиниш, мажбурий даволаш ёки оиласи билиб қолишидан хавотирланади. Мутахассис саволни одатий клиник баҳолашнинг қисми сифатида беради: кучли тушкунликда айрим одамларда бошқалар сезмайдиган овоз ёки жуда қатъий қўрқинчли ишончлар пайдо бўлиши мумкинлиги тушунтирилади. Савол йўналтирувчи ёки қўрқитувчи бўлмаслиги керак.

Бемор жавоб бермаса, уни мажбурлаб тасдиқ олмаймиз. Мулоқотга вақт, ишонч ва баъзан бир неча учрашув керак бўлиши мумкин. Бироқ оғир хавф белгилари бўлса, сукутни хавфсизлик деб қабул қилмаймиз. Кузатув, яқинлар маълумоти ва клиник эҳтиёж бирга баҳоланади. Ноаниқлик ёзувда сақланади ва зарур ёрдам кечиктирилмайди.

12 Мазмундан кўра тузилишни эшитиш

«Мен ёмон одамман» деган бир хил ибора оддий ўзини танқид қилиш, депрессив руминация, ўта қадрли фикр ёки васвасада учраши мумкин. Фарқ фикрнинг қанчалик қатъийлиги, уни муҳокама қилиш имкони, далилга муносабат ва ҳаётга таъсирида очилади. Шунинг учун шифокор фақат сўзни эмас, фикр қандай шаклланганини тинглайди.

Беморнинг шахсий ва маданий тили ҳам аҳамиятли. «Ичим ўлиб қолган» деган ибора эмоционал бўшлиқ метафораси бўлиши мумкин; уни дарҳол нигилистик васваса деб аташ мумкин эмас. «Бу ҳисми ёки танангиз ҳақиқатан йўқ деб ишонасизми?» каби аниқлаштирувчи суҳбат керак. Метафора билан психотик ишончни фарқлаш клиник тилни эҳтиёткор ишлатишни талаб қилади.

13 Депрессив психоз ва диний айбдорлик

Диний қарашлари бор бемор гуноҳ, жазо ёки кечирилиш ҳақида гапириши мумкин. Бундай мазмуннинг ўзи психоз эмас. Унинг жамоасидаги одатий эътиқод, шахсий тарих, реал воқеа ва ишончнинг индивидуал ўзгариши кўриб чиқилади. Мутахассис беморнинг динини баҳоламайди; клиник симптомнинг шакли ва оқибатини баҳолайди.

Агар бемор ўзини бутун дунё фалокатига сабабчи деб қатъий билса, ҳеч қандай далилни қабул қилмаса ва ўзини жазолаш учун асосий эҳтиёжлардан воз кечса, бу клиник хавотирни кучайтиради. Шундай вазиятда ҳам мулоқот ҳурмат билан олиб борилади. Зарур бўлса маданий жиҳатдан хабардор мутахассис маслаҳати фойдали, аммо хавфсизлик ёрдами бундай маслаҳатни кутмайди.

14 Психознинг аффектив эпизоддан ташқари кечиши

Дифференциал ташхисда фақат бугунги бир вақтда мавжудлик эмас, узоқ муддатли муносабат муҳим. Агар овозлар ёки васваса кайфият нормал бўлган даврларда ҳам узоқ сақланган бўлса, бошқа психотик рубрикалар батафсил кўриб чиқилади. Агар психоз фақат оғир депрессив эпизод билан бирга келса, аффектив боғлиқлик эҳтимоли кучаяди. Бу мулоҳаза тўлиқ анамнез талаб қилади.

Беморнинг «доим шундай» деган жавоби аниқлаштирилади: ҳақиқатан узлуксизми ёки у энг оғир даврни умумлаштиряптими? Аввалги ҳужжатлар ва розилик билан яқинлар маълумоти фойдали бўлиши мумкин. Ташхис бир қабулда мукаммал аниқланмаса, ишчи хулоса ва кузатув режаси тузилади. Даволашни ташкил қилиш учун барча нозологик саволнинг якуний жавобини кутиш шарт эмас.

15 Психоз ва овқатланиш ўртасидаги алоқа

Бемор иштаҳаси йўқлиги учун овқат емаслиги билан, овқат ейишга ҳаққи йўқ ёки танаси ишламайди деб ишониши бир хил эмас. Иккала ҳолатда ҳам танавий хавф бўлиши мумкин, аммо клиник механизм ва мулоқот фарқ қилади. Мутахассис овқатдан бош тортишнинг сабабини беморнинг ўз тушунчаси орқали аниқлайди.

Яқинлар фақат кўпроқ ундаш ёки баҳс қилиш билан муаммони ҳал қила олмаслиги мумкин. Тиббий баҳолаш, психотик симптомни даволаш ва хавфсиз озиқланиш режаси зарур бўлади. Беморнинг қадри сақланади, аммо ҳаётий эҳтиёж бузилишини енгил қабул қилиш мумкин эмас. Танавий ва руҳий ёрдам бир-биридан ажратилмайди.

16 Даволашга рози эмасликнинг сабабини билиш

Психотик ишонч беморнинг дорини заҳар ёки жазо деб қабул қилишига олиб келиши мумкин. Бошқа бемор эса психоздан мустақил равишда ножўя таъсирдан қўрқади ёки аввалги ёмон тажрибаси сабабли рад этади. Бу икки ҳолатни бир хил «инкор» деб ёзиш тўғри эмас. Маълумотни тушуниш ва қарорга психоз қандай таъсир қилаётгани баҳоланади.

Мутахассис даволаш мақсади, вариантлари ва хавфларини тушунарли тилда тушунтиради. Қарор қобилияти ва бевосита хавф масалалари зарур бўлса алоҳида баҳоланади. Маҳаллий қонун ва муассаса тартибларига амал қилинади. Бемор билан келишишга интилиш хавфсизлик чораларини инкор қилмайди, хавфсизлик эса ҳурматсиз муносабатга рухсат бермайди.

17 Иккинчи таълимий мисол: метафорадан фарқлаш

Шартли бемор «юрагим ўлган, ҳеч кимни яхши кўрмайман» дейди. Аниқлаштирилганда у юраги ҳақиқатан ўлганига ишонмайди, фақат ҳиссий яқинликни сезмаётганидан азобланади. Бу оғир анедония ва эмоционал карахтликни кўрсатиши мумкин, аммо шу иборанинг ўзи Котар синдроми эмас. Психотиклик ҳақидаги хулоса шошилмай чиқарилади.

Бошқа шартли бемор эса ички аъзолари йўқолганига қатъий ишониб, шу сабабли овқат ейишни маъносиз деб билади. Бу манзара психотик ва органик эҳтимолларни батафсил баҳолашга ҳамда танавий хавфни текширишга ундайди. Икки мисолда ўхшаш сўзлар бор, аммо клиник тузилиш ва оқибат турлича. Шу фарқни кўриш психопатологик суҳбатнинг асосидир.

18 Психоз камайгандан кейинги суҳбат

Бемор тузала бошлагач, аввалги ишончлари ва хулқидан уялиши мумкин. Мутахассис буни ахлоқий камчилик эмас, касаллик давридаги симптом сифатида тушунтиради. Шу билан бирга, реал муносабатлар ёки кундалик ҳаётдаги оқибатлар бўлса, уларни тиклашга ёрдам режаси тузилади. Беморга аввалги кечинмаларини масхара қилмасдан муҳокама қилиш имкони берилади.

Қолдиқ шубҳа, айбдорлик, тушкунлик ва хавф қайта баҳоланади. Психотик симптом йўқолиши бутун депрессив эпизод тугаганини англатмайди. Когнитив ва функционал тикланиш, дорига оид ноқулайликлар ҳамда оилавий муносабатлар кузатилади. Даволашнинг давомийлиги ва ўзгариши мутахассис билан келишилган режа асосида бўлади.

19 Оилага бериладиган асосий тушунтириш

Оилага беморнинг ишончлари билан қўшилиш ҳам, уни қаттиқ баҳс билан «енгиш» ҳам мақсад эмаслиги айтилади. Унинг қўрқуви ва азоби тан олинади, реал хавфсизлик ва ёрдамга эътибор қаратилади. Қайси белгиларда шошилинч мурожаат қилиш, дорилар ва қабулларга оид ким билан боғланиш аниқ бўлади. Оила клиник ёрдамнинг шериги, унинг ўрнини босувчи эмас.

Бу тушунтириш бемор розилиги ва махфийлик доирасида берилади; хавфсизлик учун зарур истиснолар маҳаллий тартибга мувофиқ ҳал қилинади. Оила аъзоларининг ҳам қўрқув ва чарчоғи бўлиши мумкин. Уларни эшитиш ва реал вазифаларни келишиш ёрдам занжирини мустаҳкамлайди, беморни айблаш ёки назоратни чексиз кучайтириш эса уни заифлаштириши мумкин.

20 Бобнинг амалий хулосаси

F32.3ни танишда фикр мазмуни билан бирга унинг шакли, қатъийлиги, реалликка муносабати ва вақтдаги кечиши баҳоланади. Айбдорлик ҳар доим васваса эмас, ички фикр ҳар доим овоз эмас. Аммо психотик белгилар аниқланса, мутахассис ёрдами, хавфсизлик ва танавий эҳтиёжлар кечиктирилмайди.

Манбалар

[14.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[14.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[14.3] Tomasetti C, Valchera A, Fornaro M, et al. The ‘dead man walking’ disorder: an update on Cotard’s syndrome. International Review of Psychiatry. 2020;32(5–6):500–509. doi:10.1080/09540261.2020.1769881. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500801/

[14.4] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Psychotic depression; electroconvulsive therapy. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

15-БОБ

Ва F32.9 бошқа ва аниқланмаган депрессив эпизодлар

Ноаниқликни яшириш эмас, уни клиник жиҳатдан тўғри ифодалаш

F32.8

Таснифда «бошқа» ва «аниқланмаган» рубрикаларнинг борлиги диагноз қўйишдаги мағлубият эмас. Клиник манзара ҳамиша намунавий шаклда келмайди, маълумот эса биринчи қабулда тўлиқ бўлмаслиги мумкин. Муҳими, бу кодлар нима учун танлангани, қайси маълумот борлиги ва кейинги баҳолаш режаси тушунарли бўлсин.

F32.8 ва F32.9ни бир хил маънода ишлатиш хато. Биринчиси бошқа депрессив эпизодлар учун, иккинчиси аниқланмаган депрессив эпизод учун қўлланади. Бу фарқни бемордаги белгиларнинг табиати билан шифокор қўлидаги маълумотнинг тўлиқлиги ўртасидаги фарқ сифатида тушуниш фойдали. Бироқ якуний код ҳар доим қўлланилаётган расмий тасниф қоидасига мувофиқ бўлади. [15.1]

1 F32.8: «бошқа» нимани англатади?

ЖССТ клиник қўлланмасида F32.0–F32.3 тавсифларига тўлиқ мос келмайдиган, аммо умумий клиник таассурот депрессив табиатни кўрсатадиган эпизодлар F32.8да муҳокама қилинади. Бу рубрика «исталган тушкунлик» учун қулай қути эмас. Нима мос келмаётгани ва нима учун депрессив эпизод деб баҳоланаётгани матнда очилиши керак. [15.1]

Масалан, симптомлар комбинацияси одатий оғирлик тавсифига тўлиқ тушмаслиги мумкин. Аммо бундан олдин хавотир, мослашув бузилиши, сурункали аффектив ҳолат, соматик ёки моддага боғлиқ изоҳлар кўриб чиқилади. F32.8 дифференциал ташхисни ўтказиб юбориш воситаси бўлмаслиги керак.

Клиник ёзувда «F32.8»дан кейин қисқа асос келтириш фойдали: қайси белгилар етакчи, давомийлик қандай, функция қай даражада ўзгарган ва стандарт рубрикаларга мос келмаслик нимада? Бу кейинги мутахассисга диагнозни текшириш ва давом эттириш имконини беради.

2 F32.9: маълумот етарли эмаслиги

F32.9 аниқланмаган депрессив эпизодни ифодалайди. Айрим вазиятда депрессив эпизод ҳақида маълумот бор, аммо оғирлик ёки бошқа аниқлаштирувчи учун етарли маълумот йўқ. Масалан, бошқа муассасадан келган қисқа ҳужжат, чекланган суҳбат ёки тарихнинг тўлиқ эмаслиги шундай ҳолатга олиб келиши мумкин.

Лекин умуман депрессив эпизод борлиги ҳам аниқ эмас бўлса, F32.9ни автоматик қўйиш шарт эмас. Симптом даражасидаги ишчи тавсиф ёки бошқа мос ҳужжатлаштириш йўли маҳаллий қоидага мувофиқ танланади. «Ҳали билмаймиз» билан «депрессив эпизод бор, тури аниқ эмас» бир хил жумла эмас.

Аниқланмаган код қабул шошилинч бўлгани учун вақтинча қўлланиши мумкин, аммо у кейинги баҳолашни бекор қилмайди. Қайси маълумот етишмаётгани ва уни қачон олиш режаси ёзилса, код клиник ишнинг тўхташ нуқтаси эмас, оралиқ белгиси бўлади.

3 Атипик депрессия: атама ва код бир хил эмас

МКБ-10да атипик депрессия F32.8нинг киритилган атамалари орасида келади. Аммо «атипик белги бор, демак F32.8» деган автоматик қоида тўғри эмас. Бутун эпизод, кечиш ва ишлатилаётган тасниф версияси ҳисобга олинади. [15.1; 15.2]

Атипик хусусият деганда турли манбалар турлича мазмунни назарда тутиши мумкин. Айрим тизимларда кайфият реактивлиги, кўп ухлаш, иштаҳа ошиши, тананинг оғирлашиш ҳисси ва рад этилишга сезгирлик каби хусусиятлар муҳокама қилинади. Бу атамани МКБ-10нинг «соматик синдром» тушунчаси билан ҳам, DSM аниқлаштирувчиси билан ҳам механик тенглаштириш мумкин эмас.

Беморда кўп ухлаш ёки кўп овқатланиш борлиги якка ўзи атипик депрессияни исботламайди. Уйқу режими, дори таъсири, соматик ҳолат, биполярлик ва бошқа изоҳлар ўрганилади. Клиник хусусиятни алоҳида ёзиш баъзан шошилинч кодлашдан кўра аниқроқ маълумот беради.

4 Маскаланган ва соматизациялашган кўриниш

Айрим беморлар тушкунликни эмас, оғриқ, чарчоқ, ҳазм ёки бошқа танавий қийинчиликни биринчи ўринга қўяди. Буни тарихан маскаланган депрессия деб аташган. Бироқ бу атама ҳар қандай тушунтирилмаган жисмоний симптомни депрессия деб қабул қилишга рухсат бермайди.

Депрессив синдромнинг мустақил далиллари изланади: завқ, кайфият, энергия, ўзбаҳо, вақт ва функция. Тиббий текширувда сабаб топилмагани депрессия ташхисини автоматик исботламайди. Шу билан бирга, соматик касаллик топилгани депрессияни инкор қилмайди. Икки томонлама хатодан сақланиш керак.

Агар тўлиқ депрессив эпизод мезонлари бажарилса, фақат шикоят танавий бўлгани учун «бошқа» рубрикага ўтказиш шарт эмас. Код бутун клиник манзарага мос танланади; танавий тақдимот эса тавсифда сақланади. Бу беморнинг оғриғини «ўйлаб топилган» деб талқин қилишдан ҳам сақлайди.

5 Миллий модификациялар билан адашиш

Интернетда F32.8 қидирилганда ICD-10-CM, ICD-10-GM ёки бошқа миллий тизимлар чиқиши мумкин. Қўшимча рақам, ном ёки янги код борлиги уни ЖССТнинг асосий МКБ-10 қоидаси деб қабул қилишга асос эмас. Манбанинг номи ва йили текширилади.

Айниқса инглизча «major depressive disorder», «other specified» ва «unspecified» атамалари турли тизимларда турлича жойлашиши мумкин. Таржима ўхшашлиги коднинг юридик ёки статистик эквивалентлигини кафолатламайди. Китобда асосий йўналиш ЖССТ МКБ-10 клиник қўлланмаси, маҳаллий амалиёт эса ўз расмий талабига мувофиқлаштирилади.

6 Қайта баҳолаш режасини аниқлаш

Агар оғирлик аниқ бўлмаса, кейинги суҳбатда симптом интенсивлиги ва функция чуқурроқ ўрганилади. Агар кечиш аниқ бўлмаса, аввалги эпизодлар, ҳужжатлар ва бемор розилиги билан яқинлар маълумоти олинади. Агар органик ёки модда сабаби шубҳали бўлса, мақсадли текширув режаси белгиланади.

Қайта баҳолаш фақат кодни чиройли қилиш учун эмас, даволаш қарорини тўғрилаш учун керак. Масалан, кейинчалик гипомания тарихи аниқланса, бутун стратегия қайта кўриб чиқилади. Ёки аввал «маскаланган» деб ўйланган оғриқнинг тиббий сабаби топилса, бу янги маълумот клиник формуляцияга киритилади.

7 Код ноаниқ бўлса ҳам ёрдам аниқ бўлади

Беморнинг уйқусизлиги, ўзини парваришлай олмаслиги ёки суицид фикри аниқ бўлса, кодни аниқлаштиришни кутиб ёрдамни тўхтатиб бўлмайди. Хавфсизлик, симптомни енгиллаштириш ва қўллаб-қувватлаш режаси мавжуд маълумотга асосланади. Диагностик ноаниқлик клиник бепарволикка айланмаслиги керак.

Шу билан бирга, ноаниқ ташхисда узоқ муддатли қатъий ваъдалар ёки «бу дорини умрбод» каби хулосалардан сақланилади. Беморга ҳозир нимани билаётганимиз, нимани текшираётганимиз ва қарор қачон қайта кўрилиши тушунтирилади. Бу ишончни камайтириш эмас, шаффофликдир.

8 Таълимий мисол: икки хил ноаниқлик

> Биринчи шартли ҳолатда шифокорда батафсил анамнез бор, аммо клиник манзара одатий F32.0–F32.3 тавсифларига тўлиқ мос эмас; депрессив табиатга далиллар мавжуд ва муқобил сабаблар баҳоланган. Бу ерда «бошқа» рубрика ҳақида асосланган мулоҳаза қилиш мумкин. Сабаби ёзувда кўрсатилади.
>
> Иккинчи ҳолатда бемор бошқа муассасадан «депрессив эпизод» деган қисқа маълумот билан келган, аммо оғирлик, вақт ва кечиш ҳақида маълумот етарли эмас. Бу ерда биринчи навбатда маълумотни тўлдириш керак. Иккала ҳолатга бир хил кодни одат бўйича қўйиш клиник фарқни йўқотади.

9 Узоқ сақланиб қолган аниқланмаган код

Агар F32.9 йиллар давомида қайта-қайта кўчирилса, беморнинг кечиши йўқолиши мумкин. Янги эпизодми, қолдиқ симптомми, рекуррент бузилишми ёки бошқа ҳолатми, қайта сўралади. Аввалги ёзувни ҳурмат қилиш уни текширмасдан абадий такрорлаш дегани эмас.

Ҳужжат аудитида аниқланмаган кодлар улуши маълумот сифатига ишора қилиши мумкин, аммо ҳар бирини хато деб ҳисоблаш нотўғри. Қабул шароити, беморнинг имкони ва маълумотга кириш чекловлари ҳисобга олинади. Мақсад шифокорни айблаш эмас, кейинги қарор учун керакли маълумотни яхшилашдир.

10 Ноаниқликнинг уч манбаси

Биринчи манба — маълумот етишмаслиги: бемор чарчаган, суҳбат чекланган, аввалги ҳужжат йўқ ёки вақт чизиғи аниқ эмас. Иккинчи манба — манзаранинг одатий рубрикага мос келмаслиги: белгилар депрессив табиатли, аммо стандарт тавсифдан фарқ қилади. Учинчи манба — таснифлар ўртасидаги фарқ: бир тизимдаги атама бошқасида бошқача жойлашган. Бу уч ҳолатни ажратиш кодлашдаги кўп хатони камайтиради.

Маълумот етишмаслигида асосий вазифа уни тўлдириш. Манзара фарқли бўлса, асосланган клиник тавсиф ва дифференциал мулоҳаза керак. Тасниф фарқида эса расмий манба ва версия текширилади. Ҳаммасига бир хил «аниқланмаган» ёрлиғини бериш

муаммонинг ҳақиқий манбасини яширади ва кейинги ишни қийинлаштиради.

11 Қисқа давомийлик ҳар доим F32.8ми?

Белгилар икки ҳафтадан кам давом этгани учун автоматик F32.8 танланмайди. Клиник манзара, интенсивлик, қайталаниш, бошқа рубрикалар ва қўлланманинг истисно қоидалари кўриб чиқилади. Жуда оғир ва тез бошланган эпизодда клиник қўлланманинг алоҳида имкони бор; қисқа такрорий ҳолатлар эса бошқа таснифий мулоҳаза талаб қилиши мумкин. Давомийлик битта йўналтирувчи маълумот, тайёр код эмас.

Бемор бугун ёрдамга муҳтож бўлса, «икки ҳафта бўлсин» деб кутиш нотўғри. Симптом даражасидаги ёрдам, хавфсизлик ва қайта баҳолаш режаси тузилади. Кейин вақт ва динамика ҳақида янги маълумот билан ташхис аниқлашади. Клиник ҳаракат билан якуний кодлашни бир-бирига боғлаб тўхтатиб қўймаслик керак.

12 Атипик хусусиятда биполярликни унутмаслик

Кўп ухлаш, иштаҳа ошиши ёки кайфиятнинг ташқи воқеага реактивлиги бор беморда бутун аффектив анамнез ўрганилади. Бу хусусиятлар биполярликни исботламайди, аммо фақат «атипик униполяр депрессия» деган ёрлиқ билан чекланишга ҳам асос эмас. Илгариги энергия ва уйқу эҳтиёжи ўзгарган даврлар, хулқий оқибатлар ва оила анамнези сўралади.

Беморнинг одатий уйқу ва овқатланиш тартиби ҳам керак. Масалан, тунги ишдан кейин кундузи узоқ ухлаш гиперсомния сифатида шошилинч талқин қилинмайди. Иштаҳа ўзгариши дори, эндокрин ҳолат ёки ҳаёт режими билан боғлиқ бўлиши мумкин. Клиник хусусият аввалги ҳолатга нисбатан аниқ ўзгариш сифатида баҳоланади.

13 «Маска» метафорасининг чеклови

Маскаланган депрессия атамаси танавий шикоят ортида депрессив белгиларни излашга эслатма бўлиши мумкин. Лекин «асл сабабни мен биламан, бемор фақат тана ҳақида гапиряпти» деган позиция мулоқотни бузади. Беморнинг оғриғи ва танавий азоби ҳақиқий қабул қилинади. Мутахассис уни рад этмасдан, кайфият ва ҳаётдаги бошқа ўзгаришларни ҳам ўрганади.

Беморга «сизда ҳеч қандай жисмоний муаммо йўқ» деган қатъий жумла текширув чегарасидан ортиқ даъво бўлиши мумкин. Қайси сабаблар текширилгани ва нималар ҳали очиқ экани тушунтирилади. Депрессия билан оғриқ ўзаро таъсир қилиши мумкинлиги айтилади, аммо бу индивидуал сабабни исботловчи тайёр формула эмас. Ёрдам икки соҳани ҳам ҳисобга олади.

14 Ҳужжатга ёзиладиган асос

F32.8 танланса, «бошқа»нинг сабаби қисқа ёзилади: симптомлар тузилиши, давомийлик ёки стандарт тавсифга мос келмаган хусусият. F32.9 танланса, қайси аниқлаштирувчи маълумот йўқлиги кўрсатилади. Бу ёзув кодни оқлаш учун сунъий далил териш эмас; клиник фикрни очиқ қилишдир. Агар асос йўқ бўлса, коднинг ўзи қайта кўриб чиқилади.

Шифокор «бемор оғирлигини аниқлаб бўлмади» деса, нима учунлигини ҳам айтиши мумкин: мулоқот чекланган, олдинги давр аниқ эмас ёки бошқа ҳолат аралашган. Кейин бу чекловни камайтириш режаси берилади. Маҳаллий ҳужжатлаштиришда ишчи ташхисга оид қоида бўлса, унга амал қилинади. Клиник ноаниқлик маъмурий қулайлик учун яширилмайди.

15 Қабуллар орасида кодни қайта кўриш

Бошланғич аниқланмаган ташхис кейин енгил, ўртача ёки оғир эпизод сифатида аниқлашиши мумкин. Ёки аввалги эпизодлар очилиб, рекуррент рубрикага ўтилади. Баъзан депрессив эпизод тахмини ўрнига бошқа синдром асосланади. Бундай ўзгариш маълумотнинг сифатли йиғилганини кўрсатиши мумкин; у автоматик нотўғри иш қилинганини англатмайди.

Ўзгариш сабаби сана билан ёзилади ва беморга тушунтирилади. Аввалги ташхисни изсиз ўчириш тарихни бузади. Янги диагноз аввалги даволашни қандай ўзгартиради, аниқ муҳокама қилинади. Агар ўзгариш даволашга таъсир қилмаса ҳам, кейинги кузатув ва профилактика учун аҳамияти бўлиши мумкин.

16 Иккинчи таълимий мисол: танавий шикоят ва тўлиқ эпизод

> Шартли бемор бош оғриғи ва чарчоқ билан келди. Суҳбатда бир ойдан бери тушкун кайфият, завқ йўқолиши, энергия пасайиши, уйқу ва диққат қийинчилиги, ўзини қадрсиз ҳис қилиш ва функция бузилиши аниқланди. Тиббий эҳтимоллар ҳам текширилди. Танавий шикоят биринчи ўринда бўлгани учун автоматик F32.8 танлаш шарт эмас; тўлиқ эпизоднинг оғирлиги ва кечиши баҳоланади.
>
> Бошқа беморда худди шундай оғриқ бор, аммо депрессив синдромга етарли далил йўқ. Унда «маскаланган депрессия» ёрлиғини қўйишга шошилмаймиз. Тиббий ва бошқа психик эҳтимоллар, оғриқнинг ўзи ва ҳаётга таъсири баҳоланади. Икки ҳолат ташқи шикоятда ўхшаш, аммо клиник асоси турлича. Симптом номидан кодга сакраш шу фарқни йўқотади.

17 Учинчи таълимий мисол: манба версияси адашди

Шартли мутахассис интернетдан F32.8 учун қўшимча рақамли код топиб, уни ўз муассасаси ҳужжатига киритмоқчи. Манба текширилганда у бошқа мамлакатнинг ICD-10 модификацияси экани аниқланди. Клиник маъно ўхшаш бўлиши мумкин, аммо маҳаллий тизимда код қабул қилинмаслиги ёки бошқача атамага эга бўлиши мумкин. Расмий маҳаллий қоида текширилади.

Бу ҳолатда интернет қидируви фойдали бошланиш бўлган, лекин охирги манба эмас. Китоб, сайт ва электрон дастурда версияни кўрсатиш шундай хатоларни камайтиради. Бир таснифдан иккинчисига ўтишда автоматик мослаштириш ҳам текширув талаб қилади. Айниқса «бошқа» ва «аниқланмаган» каби ўхшаш атамалар маънони йўқотиб қўйиши мумкин.

18 Клиник аудит учун саволлар

Бу рубрикалар қўлланган ҳужжатни ўқиганда қуйидагилар сўралади: депрессив эпизодга қандай далил бор, нима аниқланмаган ёки нима одатий эмас, муҳим дифференциал эҳтимоллар кўрилганми? Хавф ва функция баҳоланганми? Қайта қабул режаси борми? Тасниф версияси тушунарлими? Жавоблар бўлса, «аниқланмаган» код ҳам клиник жиҳатдан мазмунли бўлиши мумкин.

Аудитнинг мақсади барча кодни мажбуран аниқлаштириш эмас. Етарли маълумотсиз аниқ код қўйиш ҳам нотўғри. Мақсад далилга мос аниқлик даражасини сақлаш ва беморга ёрдамни давом эттиришдир. Ноаниқликни тан олиш, унинг сабабини ёзиш ва камайтириш режасини тузиш профессионал клиник фикрнинг муҳим қисми ҳисобланади.

19 Бобнинг амалий хулосаси

F32.8 манзаранинг бошқачалигини, F32.9 эса аниқлаштириш етишмаслигини ифодалашда хизмат қилиши мумкин. Улар клиник мулоҳазасиз қўлланмайди. Атипик ёки танавий тақдимот автоматик код эмас. Ҳар бир ноаниқликка маълумот йиғиш, қайта баҳолаш ва хавфсиз ёрдам режаси қўшилади.

Манбалар

[15.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.8–F32.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[15.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.8–F32.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[15.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Assessment and treatment planning. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[15.4] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

16-БОБ

Қайталанувчи депрессив бузилиш

F33

1 Ҳозирги эпизоддан касалликнинг бутун кечишига

Қайталанувчи депрессив бузилишни аниқлаш учун бугунги қабулда депрессия борлигини кўрсатишнинг ўзи етарли эмас. Шифокор аввалги депрессив эпизодларни, улар орасидаги тикланишни ва кайфият кўтарилиши даврларини ҳам ўрганади. Ҳозирги симптомлар эпизоднинг оғирлигини белгиласа, узоқ муддатли тарих унинг қайси бузилиш доирасида кечаётганини тушунтиради. Шу сабабли F33 бир вақтнинг ўзида икки саволга жавоб беради: касаллик аввал ҳам бўлганми ва ҳозирги ҳолат қандай?

F32 билан F33 ўртасидаги фарқни «биринчиси енгил, иккинчиси оғир» деб талқин қилиш мумкин эмас. Биринчи эпизод оғир, кейинги эпизод эса енгил бўлиши мумкин. Қайталаниш даволаш ва кузатув режаси учун муҳим, аммо унинг ўзи ҳозирги эпизод оғирлигини олдиндан белгиламайди. Ташхисга жорий эпизоднинг енгил, ўртача, психозсиз оғир, психозли оғир ёки ремиссия ҳолати қўшиб ёзилади. [1, 2]

2 Эпизодлар тарихини тиклаш

Бемор «менда бу учинчи марта» деса, ҳар бир даврни алоҳида текширамиз. Аввалги ҳолат қачон бошланган, қанча давом этган, завқ ва қизиқиш қанчалик пасайган, фаолиятга нима бўлган? У даврдаги уйқусизлик, чарчоқ ёки стресснинг ўзи депрессив эпизодни тасдиқламайди. Ўша вақтдаги тиббий ёзув, меҳнат таътили, дори қабул қилиш ва бемор розилиги билан олинган яқинлар маълумоти хулосани мустаҳкамлаши мумкин.

Вақт чизиғини қоғозда белгилаш фойдали. Ҳар бир эҳтимолий эпизод учун бошланиш ва якун санаси, симптомлар, даволаш, натижа ҳамда маълумотнинг ишонч даражаси кўрсатилади. «2018 йилда 3 ой тушкунлик, ишдан тўхташ, тиббий ёзув бор» деган маълумот «ёшлигимдан асабийман» деган умумий таърифдан фарқ қилади. Иккинчи таъриф ҳам муҳим, аммо эпизодни тасдиқловчи далил эмас.

ЖССТ клиник қўлланмаси эпизодларни аҳамиятли кайфият бузилиши бўлмаган оралиқ билан ажратишга урғу беради. Тадқиқот мезонлари эса эпизодлар орасида камида икки ой давомида аҳамиятли аффектив симптомлар бўлмаслиги каби аниқроқ шартларни

қўяди. Қайси мезонлар тўплами ишлатилаётгани ёзилиши лозим. Клиник матндаги «бир неча ой» билан тадқиқот учун белгиланган операцион чегарани бир хил иқтибос сифатида бериш тўғри эмас. [1, 2]

3 Ремиссияни янги эпизоддан ажратиш

Қисман енгиллашишдан кейин яна оғирлашиш ҳар доим янги эпизод эмас. Беморнинг анедонияси, эрта уйғониши ва айбдорлик ҳисси бутунлай бартараф бўлмаган бўлса, бу аввалги эпизоднинг давом этиши ёки қайта кучайиши бўлиши мумкин. Аксинча, узоқ тикланишдан кейин янги тўлиқ синдром пайдо бўлса, янги эпизод ҳақида фикр юритилади. Эпизодларни сунъий кўпайтириш касалликнинг кечиши ва даволаш натижасини нотўғри кўрсатади.

Ремиссия фақат «йиғламай қўйди» дегани эмас. Уйқу, қизиқиш, фикрлаш, ҳаракат ва кундалик вазифалар ҳам баҳоланади. Шу билан бирга, ишга қайтиш ҳар доим симптомлар тўлиқ йўқолганини англатмайди: айрим беморлар жиддий қийинчиликка қарамай ишлайди. Баҳолашда беморнинг аввалги фаолияти билан таққослаш керак.

4 Биполяр кечишни истисно қилиш

Депрессив эпизодлар қанча кўп бўлмасин, аввалги мания ёки гипомания ҳақида сўраш тўхтатилмайди. Бемор бундай даврни «энг яхши вақтим» деб эслаши мумкин. Уйқуга эҳтиёж камайиши, чарчамасдан ортиқча фаоллик, ғайриоддий сарф-харажат, тезлашган нутқ, ўз имкониятини ошириб баҳолаш ва яқинлар сезган ўзгаришлар аниқланади. Оддий яхши кайфият, таътилда кеч ухлаш ёки муваффақиятдан қувонишни гипоманияга айлантириб қўйиш ҳам хато.

ЖССТнинг клиник ва тадқиқот нашрларида депрессиядан кейинги қисқа кўтаринки даврларни талқин қилиш тафсилотлари бир хил эмас. Шунинг учун антидепрессантдан кейинги фаоллашишни автоматик «соғайиш» ёки автоматик «биполярлик» деб белгилаш ўрнига унинг давомийлиги, синдроми, дори билан вақт боғлиқлиги ва кейинги кечишини ўрганамиз. Аниқ мания тарихи пайдо бўлса, аввалги F33 хулосаси қайта кўриб чиқилади. [1, 2]

5 Қўшимча омиллар ва дифференциал баҳолаш

Стрессдан кейин бошланган эпизод қайталанувчи депрессия бўлиши мумкин. Стрессорнинг мавжудлиги F33ни рад этмайди. Бошқа томондан, ҳар бир низодан кейинги бир неча соатлик тушкунликни депрессив эпизод деб ҳисоблаш ҳам асосли эмас. Давомийлик, синдромнинг яхлитлиги ва функциянинг ўзгариши асосий мезонлар бўлиб қолади.

Соматик касаллик, дори таъсири, алкоголь ёки бошқа модда билан боғлиқ ҳолатлар текширилади. Масалан, дори дозаси ўзгарганидан кейин бошланган седацияни янги депрессия деб қабул қилишдан олдин уйқу ва диққат ўзгариши, асосий кайфият ҳамда вақт боғлиқлиги баҳоланади. Қайталанувчи қисқа эпизодлар, дистимия, ПТСБ ва хавотир бузилишлари ҳам клиник манзарани мураккаблаштириши мумкин.

6 Даволашни касаллик кечишига мослаштириш

Ҳозирги эпизодни даволаш ва келгусидаги қайталанишни камайтириш бир-бирига боғлиқ, аммо алоҳида вазифалардир. Биринчи вазифада симптом ва хавфни камайтириш, иккинчисида эса тикланишни сақлаш кўзланади. Аввал самара берган усул, ножўя таъсир, беморнинг танлови, ҳамроҳ касалликлар ва даволашга амал қилиш имкони ҳисобга олинади. F33 коди муайян препаратни автоматик танлаб бермайди.

Кузатувда фақат дори қабул қилинганини эмас, функционал натижани ҳам ёзамиз. Бемор аввал бажаролмаган қайси вазифани бажараяпти, қайси симптом сақланди, ножўя таъсир борми? Эпизодлар такрорланган, яқинда оғир эпизод ўтган ёки қолдиқ белгилар сақланган бемор билан қайталанишнинг олдини олиш режаси алоҳида муҳокама қилинади. Психотерапия ва сақловчи даволашнинг давомийлиги индивидуал белгиланади. [3, 4]

7 Ҳужжатлаштириш намунаси

«Ҳозирги депрессив эпизод белгилари ва функционал чекланишлар аниқланди. Аввалги икки эҳтимолий эпизоднинг санаси, давомийлиги ва тикланиши қайд этилди; бири тиббий ҳужжат билан тасдиқланган. Мания/гипомания бўйича мақсадли анамнез олинди. Моддалар ва соматик омиллар текширилди. Қайталанувчи кечиш асосланган; жорий эпизоднинг оғирлиги ва психотик белгилар алоҳида кўрсатилди».

8 Касаллик тарихи: тўрт алоҳида қатлам

Қайталанувчи депрессия анамнезини фақат «неча марта бўлган?» деган савол билан йиғиш чекланган натижа беради. Биринчи қатлам синдром тарихидир: ҳар бир даврда қандай симптомлар бирга келган? Иккинчи қатлам функция тарихидир: бемор иш, ўқиш, муносабат ва ўзини парвариш қилишда нимани йўқотган? Учинчи қатлам даволаш тарихидир: нима тавсия қилинган ва амалда нима бажарилган? Тўртинчи қатлам контекстдир: қайси ижтимоий ёки тиббий воқеалар симптомлар билан бир вақтга тўғри келган?

Бу қатламларни аралаштириш нотўғри сабабий хулосага олиб келиши мумкин. Масалан, бемор ишдан бўшаганидан кейин депрессия бошланган бўлиши ҳам, депрессия туфайли ишини ташлаган бўлиши ҳам мумкин. Иккала ҳолатда ҳам ишсизлик ҳозирги тикла-

нишни қийинлаштиради, аммо касаллик тарихи бошқача талқин қилинади. Шифокор воқеаларнинг кетма-кетлигини сўраб, маълум ва тахминий қисмларни ажратади.

Аввалги эпизод ҳақида маълумот етишмаса, беморни «нотўғри эслаяпсиз» деб айблаш керак эмас. Депрессияда хотира ва диққат қийинлиги, узоқ вақт ўтгани ёки ўша даврда ёрдам олинмагани сабаб бўлиши мумкин. Ҳужжатлар ва бемор розилиги билан яқинлар маълумоти ёрдам беради, аммо улар ҳам мутлақ ҳақиқат эмас. Турли манбалар ўртасидаги фарқ клиник ёзувда сақланади.

9 Биологик, психологик ва ижтимоий тушунтиришни бирлаштириш

F33 коди касалликнинг кечишини ифодалайди, унинг ягона сабабини эмас. «Қайталанди, демак фақат биологик» ёки «стрессдан кейин бўлди, демак ҳақиқий депрессия эмас» деган хулосалар асосланмаган. Ирсий мойиллик, уйқу ритми, соматик ҳолат, фикрлаш ва хулқ одатлари, муносабатлар ҳамда иқтисодий босим бир-бирига таъсир қилиши мумкин. Клиник формуляция шулардан қайси бири айнан шу бемор учун далилга эга эканини ажратади.

Мойиллик омили, қўзғатувчи омил ва сақлаб турувчи омил бир хил эмас. Масалан, оилавий анамнез мойилликни кўрсатиши, ишдаги кескин ўзгариш эпизод олдидан келиши, кейинги четланиш ва уйқу бузилиши эса симптомларни давом эттириши мумкин. Бу модел беморни ёки оилани айблаш учун эмас, қайси нуқтада ёрдам бериш мумкинлигини аниқлаш учун қўлланади.

10 Аввалги самарани қайта баҳолаш

«Ўтган сафар шу дори ёрдам берган» деган маълумот қимматли, аммо тафсилотлар керак. Симптомлар қанча вақтда камайган? Функция ҳам тикланганми? Ножўя таъсир сабаб дори эрта тўхтатилганми? Бир вақтда психотерапия, уйқу тартиби ёки ҳаётий шароит ҳам ўзгарганми? Самарани фақат бир воситага боғлашдан олдин шу маълумотлар кўриб чиқилади.

Аввалги самарасизлик ҳам текширилади. Дори олинмаган, етарли вақт қабул қилинмаган ёки ножўя таъсир сабаб тўхтатилган ҳолатни тўлиқ даволашга резистентлик деб аташ мумкин эмас. Биполяр кечиш, модда истеъмоли ва соматик муаммо ўтказиб юборилган бўлса, режа бошқача бўлади. Бу текширув беморни «қоидаларга амал қилмаган» деб айблаш эмас; самарасизликнинг аниқ сабабини топишдир.

11 Қайталанишни беморнинг айбига айлантирмаслик

Янги эпизод бошланганда бемор «олдинги даволашни барбод қилдим» деб ўйлаши мумкин. Қайталаниш аввалги яхшиланиш сохта бўлганини англатмайди. У касаллик кечишининг бир қисми бўлиши мумкин; шу билан бирга, уйқу, даволашдаги узилиш ёки янги стресс каби ўзгартириш мумкин бўлган омиллар баҳоланади. Мақсад айбдор топиш эмас, келгуси режани яхшилашдир.

Шифокор «дорини тўхтатганингиз учун ҳаммаси ўзингиздан» деган айбловчи баёнотдан сақланади. Нима учун тўхтатилгани ўрганилади: ножўя таъсир, маблағ, маълумот етишмаслиги ёки хизматга етиб боролмаслик бўлиши мумкин. Агар даволашдаги узилиш эпизод билан боғлиқ деб ҳисобланса, бу ҳам эҳтиёткор ва далилга мос тушунтирилади. Беморнинг кейинги ёрдамга ишончи клиник натижа учун муҳим.

12 Қайталанувчи депрессия ва ҳамроҳ оғриқ

Сурункали оғриқ билан яшовчи беморда кайфият, уйқу ва фаолият ўзаро таъсир қилади. Оғриқ кучайиши депрессив симптомларни ошириши, депрессия эса оғриқ билан яшашни қийинлаштириши мумкин. Бироқ оғриқни «фақат депрессия» деб бекор қилиш мумкин эмас. Тегишли соматик баҳолаш ва руҳий ҳолатни даволаш бирга олиб борилади.

Эпизодларни тиклашда оғриқ даражаси ва депрессия вақт чизиғи алоҳида белгиланиши мумкин. Бу барча симптомни битта сабабга боғлашдан сақлайди. Даволаш мақсади ҳам икки йўналишда бўлади: кайфият ва қизиқишни тиклаш, оғриққа қарамай хавфсиз фаолиятни яхшилаш. Ҳар бир мутахассиснинг вазифаси аниқ бўлса, қарама-қарши тавсиялар камаяди.

13 Бемор учун тушунтириш намунаси

«Ҳозирги эпизодни аввалги даврлар билан солиштиряпмиз. Бу сизда касаллик доим бир хил кечади дегани эмас. Аввал нима ёрдам берганини ва қайси белгилар эрта пайдо бўлганини билиш, бу сафарги режани аниқроқ тузишга ёрдам беради. Даволашдан мақсад фақат ҳозирги азобни камайтириш эмас, кейинги тикланишни барқарор қилиш ҳамдир». Ушбу таълимий намуна беморнинг ҳақиқий анамнези ва тушуниш даражасига мослаштирилади.

Бундай мулоқот ташхисни ҳукм эмас, биргаликда ишлаш учун харита сифатида кўрсатади. Беморга ноаниқликлар ҳам очиқ айтилади: масалан, аввалги эпизод ҳали тасдиқланмаган ёки гипомания тарихи аниқлаштириляпти. Ишонч учун ҳамма саволга дарҳол жавоб бериш шарт эмас; маълум ва номаълумни ҳалол ажратиш муҳим.

14 Шартли клиник мисол

42 ёшли ўқитувчи икки ойлик тушкунлик, қизиқиш йўқолиши ва ишлаш қийинлашиши билан мурожаат қилди. У «ҳар баҳор шундай бўламан» деди. Биргаликда тузилган вақт чизиғида 2019 ва 2022 йилларда бир неча ой давом этган, кейин яхши тикланиш билан якунланган ҳолатлар аниқланди. 2020 йилги «эпизод» эса оилавий низодан кейинги уч кунлик уйқусизлик экан. Уч кунлик даврни тўлиқ депрессив эпизод сифатида қўшишга асос топилмади.

Бугунги ҳолатда депрессив синдромнинг оғирлиги алоҳида баҳоланади. Аввалги гипомания ва мания белгилари бемор ҳамда розилик билан суҳбатлашилган яқинидан аниқланади. Хулосада эпизодлар ҳақидаги далиллар, мавсумийликнинг ҳозирча тахминийлиги ва жорий оғирлик ёзилади. «Баҳорда бўлгани учун F33.8» деган автоматик кодлашдан қочилади. Даволаш режасига симптомларни камайтириш билан бирга эрта огоҳлантирувчи белгиларни таниш ҳам киритилади.

15 Қарама-қарши ўқув мисоли

Яна бир ўқув мисолида 51 ёшли бемор «менда ҳар ой депрессия қайталайди» дейди. Суҳбатда бир ярим йилдан бери анедония ва умидсизлик узлуксиз сақлангани, айрим ҳафталарда фақат интенсивлик камайгани маълум бўлади. Тўлиқ тикланиш оралиқлари тасдиқланмайди. Бу тарихни ўн саккизта алоҳида эпизод деб ёзиш нотўғри. Шифокор узоқ давом этган эпизод, қолдиқ симптомлар ва қисман жавобни баҳолайди. Мисол қайталаниш сонини беморнинг оддий сўзидан эмас, синдром ва вақт мезонларидан келтириб чиқаришни ўргатади.

16 Амалий муҳокама учун саволлар

Агар бемор ҳозирги оғир эпизоддан олдинги икки «тушкунлик» даврини баён қилса, қайси далилларсиз F33га ўтишга шошилмаслик керак? Жавоб: ўша даврларда тўлиқ синдром, давомийлик ва эпизодлар орасидаги ҳолатни тасдиқлаш зарур. Агар даволашдан кейин уйқу эҳтиёжи камайиб, фаоллик ғайриоддий ошса, буни фақат яхшиланиш деб бўладими? Йўқ, гипомания, мания, дори таъсири ва бошқа сабаблар баҳоланади. Агар бемор ишга қайтган бўлса-ю, анедония сақланса, натижа қандай ёзилади? Функционал ва симптоматик тикланиш алоҳида қайд этилади.

Манбалар

[1] ЖССТ. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33 бўлими. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F33 умумий мезонлари. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Depression in adults: treatment and management. Баҳолаш ва қайталанишнинг олдини олиш бўлимлари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[4] NICE QS8. Preventing relapse. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/Quality-statement-3-Preventing-relapse

17-БОБ

Ва F33.1 ҳозирги эпизод енгил ёки ўртача

F33.0

1 Икки қарорни алоҳида қабул қилиш

Бу кодларни танлашдан олдин қайталанувчи кечиш асосланган бўлиши керак. Кейин ҳозирги эпизоднинг оғирлиги баҳоланади. F33.0 деганда илгари ҳам депрессив эпизодлар бўлган, бугунги эпизод енгил даражада кечаётган ҳолат тушунилади. F33.1да худди шу қайталанувчи кечиш фонида жорий эпизод ўртача оғирликда. Аввалги энг оғир эпизоднинг коди бугунги ҳолатга кўчирилмайди. [1, 2]

Ҳар иккала ҳолатда ҳам «енгил» ёки «ўртача» сўзи беморнинг азобини кичрайтириш учун эмас, клиник манзарани тавсифлаш учун ишлатилади. Киши ишга бораётгани учун F33.0, уйда қолгани учун F33.1 деб хулоса қилиш мумкин эмас. Иш шароити, оила ёрдами, касбий масъулият ва симптомларни яшириш имкони ташқи фаолиятни ўзгартириши мумкин.

2 F33.0 учун клиник баҳолаш

Енгил эпизодда тушкунлик, завқ камайиши ва энергия пасайишининг белгиланган комбинациясига қўшимча симптомлар қўшилади. ЖССТ тадқиқот мезонлари учун асосий симптомлардан камида иккитаси ва умумий ҳисобда камида тўрт симптом талаб қилинади. Одатда давомийлик камида икки ҳафта бўлади. Бу саноқни клиник суҳбат ва функциядан ажратиш мумкин эмас. [2]

Бемор кундалик вазифаларнинг айримларини бажара олади, лекин одатдагидан кўпроқ куч сарфлайди. Масалан, дарс ўтишни давом эттиради, аммо тайёргарлик икки баравар вақт олади ва ишдан кейин бошқа фаолиятга куч қолмайди. «Ҳамма ишни қилаяпман» деган жавоб ортидаги харажатни сўраш муҳим. Шу билан бирга, ишлашдан чарчаган ҳар бир одамда депрессия бор деб ҳисобланмайди.

Уйқу бузилиши, иштаҳа, ўзини баҳолаш ва умидсизлик алоҳида текширилади. Ўлим ҳақида фикрлар бор-йўқлиги тўғридан-тўғри, ҳурмат билан сўралади. Енгил оғирлик белгиси хавф йўқлигини кафолатламайди. Аввалги ўзини жароҳатлаш, модда истеъмоли, кескин йўқотиш ёки яқин хавф бўлса, хавфсизлик режаси ташхис кодидан мустақил равишда тузилади.

3 F33.1 учун клиник баҳолаш

Ўртача эпизодда симптомлар мажмуаси кенгроқ ёки кучлироқ, фаолиятдаги қийинчилик эса кўпроқ бўлади. ЖССТ тадқиқот мезонларида асосий уч симптомдан камида иккитаси ва умумий ҳисобда камида олти симптом кўрсатилади. Аммо соннинг ўзи ҳолатни тўлиқ ифодаламайди. Давомийлик, интенсивлик, куннинг қанча қисмида сақланиши ва вазифаларга таъсири бирга баҳоланади. [2]

Ижтимоий мулоқот, уй вазифалари ва ишда жиддий қийинчиликлар пайдо бўлиши мумкин. Бемор айрим вазифаларни бажарса ҳам, уларнинг сифати ёки ҳажми сезиларли пасаяди. Диагностик суҳбатда «нима қила олмай қолдингиз?» билан бирга «қайси вазифани ҳали ҳам бажараяпсиз ва бу қандай куч талаб қилади?» деб сўраш фойдали. Бундай саволлар субъектив азоб ва объектив фаолиятни бирлаштиради.

Ўртача депрессияни хавотирли безовталик билан адаштирмаслик керак. Беморнинг кўп гапириши ёки жойида ўтира олмаслиги депрессияни рад этмайди; бу ажитация бўлиши мумкин. Бироқ фикрлар тезлашиши, уйқуга эҳтиёж камайиши ва ортиқча энергия ҳамроҳ бўлса, аралаш ёки гипоманиакал белгилар текширилади. Психотик белгилар аниқланса, код ва оғирлик қайта баҳоланади.

4 Соматик синдром нимага керак

F33.00 ва F33.01, шунингдек F33.10 ва F33.11 ЖССТ нашрларида соматик синдром йўқлиги ёки борлигини ажратиш учун келтирилган. Бу ерда «соматик» ҳар қандай жисмоний оғриқ дегани эмас. Қизиқиш ва эмоционал реактивликнинг кескин йўқолиши, эрта уйғониш, эрталаб оғирлашиш, психомотор ўзгаришлар ва иштаҳа каби белгилари бор махсус клиник мажмуа назарда тутилади. Унинг мезонлари тўлиқ манба билан текширилади. [1, 2]

Бош оғриғи ёки ошқозон ноқулайлигининг ўзи «соматик синдром билан» деб кодлаш учун етарли эмас. Бу шикоятлар депрессия билан бирга, алоҳида соматик касаллик сабабли ёки дори ножўя таъсири сифатида бўлиши мумкин. Клиник синдром номи билан жисмоний симптомни аралаштириш даволаш йўналишини чалғитади.

5 Енгил эпизодда даволаш режаси

Бемор билан бирга мақсадлар белгиланади: уйқуни барқарорлаштириш, ижтимоий четланишни камайтириш, иш фаолиятини тиклаш ёки такрорий салбий фикрларни бошқариш. Психотаълим, хулқий фаоллаштириш, когнитив-хулқий ёндашув ва бошқа мос психологик усуллар муҳокама қилинади. Кутиш ва кузатув танланса ҳам, аниқ қайта қабул санаси ва ёмонлашганда мурожаат тартиби бўлиши керак.

Енгилроқ депрессияда антидепрессантни ҳаммага автоматик биринчи танлов қилиш шарт эмас. Қайталанувчи кечиш, аввалги самара, бемор хоҳиши ва бошқа клиник омиллар фармакотерапия муҳокамасига таъсир қилади. Аввалги яхши жавоб маълумоти текширилади: препаратнинг номи, қабул давомийлиги, амал қилиш ва ножўя таъсирлар аниқланади. «Бир дори ёрдам берган» деган умумий хотира етарли эмас. [3]

6 Ўртача эпизодда даволаш ва кузатув

Ўртача ҳолатда психологик даволаш, антидепрессант ёки уларнинг комбинацияси клиник эҳтиёж ва бемор танловига кўра муҳокама қилинади. Даволаш режаси фақат препарат ёзиш билан тугамайди: симптомлар, функция, ножўя таъсирлар ва хавфни қайта баҳолаш киритилади. Биполяр кечиш, моддалар ёки соматик омилга шубҳа қолган бўлса, уларни текшириш давом этади.

Кузатувда бир хил ўлчов усулидан фойдаланиш динамикани тушунишга ёрдам беради. Шкала натижаси билан беморнинг ҳаётидаги ўзгариш бирга қаралади. Балл пасайиб, лекин бемор ишга қайтолмаган бўлса, функционал тикланиш учун қўшимча режа керак. Симптомлар камаймаслиги дарров «резистентлик» дегани эмас; қабул тартиби, дозага тоқат, давомийлик ва ташхис қайта текширилади.

7 Енгил ва ўртача оғирликни кундалик ҳаётда ажратиш

Оғирликни фақат симптомлар сони билан ўлчаш беморнинг ҳақиқий ҳолатини камайтириб кўрсатиши мумкин. Бир хил симптомлар сонига эга икки инсонда интенсивлик, давомийлик ва функцияга таъсир фарқ қилади. Бир бемор вазифаларини секин ва катта зўриқиш билан бажаради, иккинчиси одатий ишнинг муҳим қисмини бажара олмайди. Танланган МКБ-10 мезонлари билан бирга шу сифат фарқлари ҳам қайд этилади.

Масалан, диққат қийинлиги бухгалтернинг ҳисоб-китобида жиддий хато хавфини, ҳайдовчида эса хавфсизлик муаммосини келтириши мумкин. Бу касбнинг ўзи автоматик оғирлик даражасини ўзгартирмайди, аммо меҳнат шароитига оид вақтинчалик мослаштиришни талаб қилиши мумкин. Шифокор тиббий ҳолатни баён қилади; бемор билан иш юкламаси ва хавфсизлик ҳақида амалий қарор муҳокама қилинади.

8 F33.0да фаол кузатув нима дегани?

Бемор енгил эпизодда ҳозирча муайян даволашни хоҳламаса, фаол кузатув ёрдамсиз қолдириш эмас. Унда симптомлар ҳақида тушунтириш, мавжуд қўллаб-қувватлаш, ўзини парвариш қилиш ва қайта кўрикнинг аниқ тартиби бўлади. Қайси белгиларда белгиланган санани кутмасдан мурожаат қилиш кераклиги келишилади. Бемор қайта кўрикка келмаганида буни «тузалган» деб тахмин қилиш мумкин эмас.

Камроқ оғир депрессияда психологик ёрдам вариантлари ва беморнинг афзалликлари муҳокама қилинади. Қайталанувчи кечиш, аввалги дорига яхши жавоб ёки ҳозирги профилактик даволаш режаси бўлса, фармакологик қарор бошқача бўлиши мумкин. Шу сабабли «F33.0да ҳеч қачон дори керак эмас» деган қоида ҳам, «қайталангани учун албатта дори» деган қоида ҳам тўғри эмас. Қарор клиник тарих ва бемор билан келишувга асосланади.

9 F33.1да мақсадларни устуворлаштириш

Ўртача эпизодда бир вақтнинг ўзида барча муаммони ҳал қилишга уриниш беморга ортиқча юк бўлади. Дастлаб уйқу ва овқатланиш, асосий кундалик вазифалар, хавфсизлик ва даволашга киришиш каби устувор мақсадлар белгиланади. Кейин фаолият, муносабат ва меҳнатга қайтиш босқичлари қўшилади. Бу босқичлар қатъий календарь эмас; бемор динамикасига қараб мослаштирилади.

Психотерапия вазифалари ҳам беморнинг энергияси ва диққатига мос бўлиши керак. Катта ёзма топшириқни бажара олмагани қаршилик ёки мотивациясизлик дегани эмас. Вазифани қисқартириш, қабулда бирга бошлаш ва ҳаётдаги аниқ ҳаракатга айлантириш мумкин. Мутахассис беморнинг фаол иштирокини қўллаб-қувватлайди, аммо эпизод туфайли чекланган имкониятини ҳам ҳисобга олади.

10 Даволаш жавобини уч ўлчамда кузатиш

Биринчи ўлчам симптомлардир: кайфият, анедония, энергия ва қўшимча белгиларда нима ўзгарди? Иккинчи ўлчам функциядир: бемор қайси вазифага қайтди, қайсиси ҳали оғир? Учинчи ўлчам даволашнинг кўтарилиши: ножўя таъсир, қабул қилиш қийинлиги ёки психотерапияга етиб келиш тўсиғи борми? Фақат бир ўлчам яхшиланса, натижа тўлиқ деб эълон қилинмайди.

Масалан, уйқу тез яхшиланиши мумкин, аммо анедония ва умидсизлик сақланади. Ёки симптомлар камаяди, лекин дорига боғлиқ уйқучанлик ишлашга халақит беради. Бунда беморнинг шикоятини «касаллик ҳали кетмаган» дебгина талқин қилиш ўрнига даволашнинг фойда ва юки қайта баҳоланади. Дори ўзгариши мутахассис билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

11 Кўп учрайдиган хатолар

Биринчи хато аввалги ташхисни жорий кўриксиз кўчириш. Иккинчиси суицид хавфини оғирлик номидан келтириб чиқариш: енгил ёки ўртача эпизод хавфни сўрамасликка асос эмас. Учинчиси дорини бир неча кун қабул қилиб натижа бўлмаганидан самарасиз деб эълон қилиш. Тўртинчиси беморнинг ишлашини ремиссия деб ҳисоблаш. Бешинчиси

соматик синдромни оддий бош оғриғи ёки юрак уриши билан тенглаштириш. Ҳар бир хато клиник суҳбатнинг маълум қисмини ўтказиб юборишдан келиб чиқади; тузатиш ҳам шу қисмга қайтишдан бошланади.

12 Қабулнинг якунида қандай келишув қолади?

Енгил ёки ўртача эпизод баҳолангандан кейин бемор қўлида тушунарли режа қолиши керак. Унда ҳозирги ташхиснинг асоси, танланган ёрдам, кутилган ўзгаришлар, кузатиладиган ножўя таъсирлар ва кейинги мулоқот тартиби бўлади. Агар ҳозирча муайян интервенция бошланмаса, бунинг сабаби ва қайта кўрик режаси ёзилади. «Ўзингизни эҳтиёт қилинг» деган умумий маслаҳат тўлиқ режа эмас.

Беморнинг режани тушунганини текшириш учун уни ўз сўзи билан айтиб бериш сўралиши мумкин. Бу имтиҳон эмас, мулоқотнинг аниқлигини текширишдир. Депрессияда диққат ва хотира қийинлиги бўлиши мумкинлиги сабабли муҳим маълумот қисқа ёзма шаклда ҳам берилади. Яқин инсон иштирок этса, бу бемор розилиги ва махфийлик чегараларига мос бўлади.

13 Ҳамроҳ хавотир ва уйқу муаммоси

F33.0 ёки F33.1да хавотир кучли бўлиши мумкин. Бунда беморнинг субъектив азоби юқори, аммо жорий депрессив оғирлик мезонлари алоҳида баҳоланади. Хавотирни даволаш учун унинг тури тушунилади: умумий ташвиш, паник хуруж, обсессив фикр ёки травма билан боғлиқ симптомлар бир хил эмас. Мустақил хавотир бузилиши тасдиқланса, у клиник режада акс этади.

Уйқу муаммосида ҳам фақат ухлатувчи восита ҳақида ўйлаш етарли эмас. Уйқу вақти, кундузги уйқу, сменали иш, кофеин, алкоголь, оғриқ ва уйқу апноэси белгилари сўралади. Уйқусизликнинг сабаби депрессия бўлиши мумкин, аммо ҳамроҳ муаммо ҳам бўлиши мумкин. Уйқу яхшиланиши даволашнинг муҳим қисми, лекин тўлиқ ремиссиянинг ягона мезони эмас.

14 Клиник ёзувнинг қисқа тузилиши

Жорий эпизодни ёзишда аввал давомийлик ва асосий симптомлар, кейин қўшимча белгилар ва функция, сўнг хавф ва дифференциал ташхис келтирилиши мумкин. Қайталанувчи кечиш учун аввалги эпизодлар ва оралиқлар асоси қўшилади. Ниҳоят, танланган код, даволаш қарори ва қайта кўрик режаси ёзилади. Бу тузилма тайёр матнни кўчириш учун эмас, муҳим соҳани унутмаслик учун хизмат қилади.

Масалан, «F33.1, ҳолати ўртача» деган икки ибора ўрнига қайси белгилар ўртача оғирликни асослаши баён қилинади. Кейинги қабулда айнан шу белгиларнинг динамикаси солиштирилади. Шундай қилиб ҳужжат маъмурий ёзувдан клиник қарорни кузатиш воситасига айланади.

15 Икки шартли кейс

Биринчи беморда олдинги икки эпизод ҳужжат билан тасдиқланган. Ҳозирги уч ҳафтада қизиқиш ва энергия пасайган, уйқу бузилган, ўзига ишончи камайган. Ишда фаолият сақланган, аммо қийинлашган; психоз, мания ва шошилинч хавф белгилари аниқланмаган. Тўлиқ суҳбат енгил эпизодни қўллаб-қувватласа, F33.0 асосланиши мумкин. Даволаш мақсадлари ва қисқа муддатли қайта баҳолаш белгиланади.

Иккинчи беморда ҳам қайталанувчи тарих бор, аммо ҳозир у олти ҳафтадан бери кўп вазифаларни бажаролмайди, анедония, энергия пасайиши, диққат қийинчилиги, уйқусизлик ва айбдорлик билан азобланади. Психоз аниқланмаган. Ҳозирги тўлиқ манзара ўртача эпизодга мос бўлса, F33.1 танланади. Аввалги эпизоднинг енгиллиги жорий ҳолатни енгил деб қолдиришга асос эмас.

16 Эпизод чегарасидаги ўқув вазияти

Ўқув учун тузилган ҳолатда 40 ёшли ўқитувчида аввал икки депрессив эпизод бўлган. Ҳозир у тушкунлик, энергия камайиши ва уйқу бузилишини баён қилади, аммо анедония ва бошқа белгиларни сўрашда маълумотлар ноаниқ. Шифокор аввалги F33.1 кодини автоматик такрорлаш ўрнига жорий мезонларни текширади. Қўшимча суҳбатда симптомлар интенсивлиги ва функцияга таъсир аниқланади. Код анамнездаги энг оғир эпизодга эмас, ҳозирги эпизодга мос танланади.

Ушбу вазиятда беморга «сиз аввал ўртача эдингиз, ҳозир енгилсиз» деган сўзни қадрсизлантирувчи тарзда айтишдан сақланилади. Оғирлик даражаси инсоннинг азобини бошқаларники билан таққослаш эмас, клиник режани аниқлаш воситасидир. Енгил эпизодда ҳам беморнинг ёрдам олиш ҳуқуқи ва эҳтиёжи бор.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33.0 ва F33.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F32 ва F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Treatment for a new episode of less severe depression; treatment for a new episode of more severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

18-БОБ

Ва F33.3 ҳозирги эпизод оғир

F33.2

1 Оғирлик ва психозни алоҳида баҳолаш

F33.2 қайталанувчи депрессив бузилишнинг ҳозирги психотик симптомларсиз оғир эпизодини, F33.3 эса психотик симптомлар билан кечаётган оғир эпизодини билдиради. Иккала ҳолатда ҳам аввалги эпизодлар тарихи асосланган бўлиши керак. Агар бу ҳаётдаги биринчи депрессив эпизод бўлса ва аввалги эпизодлар тасдиқланмаса, F32 рубрикаси муҳокама қилинади. Ташхисни белгилашда «оғир» деган сўз билан «психотик» деган сўз бир-бирининг ўрнини босмайди. [1, 2]

Оғир депрессияда беморнинг кундалик вазифаларни бажариш қобилияти кескин чекланиши, ўзини парвариш қилиш, овқатланиш ёки қарор қабул қилиш қийинлашиши мумкин. Аммо унинг ташқи кўриниши ҳар доим бир хил эмас: кимдир жуда секин ва камгап, бошқаси эса безовта, тинмай юрадиган ва азобини кўп гапирадиган бўлади. Ташқи сокинлик хавфсизлик далили эмас.

2 F33.2ни клиник асослаш

Психозсиз оғир эпизодда асосий депрессив белгилар кенг ва кучли ифодаланади. ЖССТ тадқиқот мезонлари асосий уч симптомнинг барчасини ва жами камида саккиз симптомни белгилайди. Клиник қўлланмада эса оғирликни баҳолашда симптомларнинг интенсивлиги ва амалий таъсири муҳим ўрин тутади. Симптомни қайд қилиш учун унинг ҳақиқатан мавжудлиги, давомийлиги ва бошқа сабаб билан яхшироқ тушунтирилмаслиги аниқланади. [1, 2]

Кучли айбдорлик, қадрсизлик ва умидсизлик психозсиз ҳам бўлиши мумкин. Бемор «фарзандларимга етарлича эътибор бермадим» деб қаттиқ изтироб чекса, бу фикрнинг далили, мустаҳкамлиги ва муқобил изоҳни қабул қилиш қобилияти текширилади. Ҳар қандай салбий фикрни «бред» деб аташ нотўғри. Бу хатолик бемор билан ҳамкорликка ва даволаш танловига таъсир қилади.

3 F33.3да психотик белгилар

Психотик депрессияда васвасали ишончлар ёки галлюцинациялар депрессив эпизод билан бирга намоён бўлади. Айбдорлик, тананинг йўқолиши ёки ишламай қолиши, молиявий ҳалокат каби мавзулар учраши мумкин. Мазмуннинг ўзи эмас, унинг ҳақиқатга муносабати, ишонч даражаси ва тузатишга муносабат ҳам баҳоланади. Котар феномени каби нигилистик кечинмаларни сенсацион ифодалашдан кўра аниқ клиник баён қилиш керак.

Кайфиятга мос ёки мос келмайдиган психотик мазмунни ёзиш клиник тавсифни бойитади. Бироқ кайфиятга мос келмаган мазмуннинг ўзи шизофренияни тасдиқламайди. Психоз депрессив эпизоддан ташқари вақтда ҳам бўлганми, формал тафаккур бузилиши, негатив симптомлар, моддалар ёки неврологик ҳолат билан боғлиқлик борми, деган саволлар берилади. Бутун касаллик кечиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

4 Шошилинч клиник вазифалар

Аввало ҳаётий эҳтиёжлар ва яқин хавф баҳоланади. Бемор етарлича сув ичяптими, овқатланяптими, ҳаракатланяптими, дориларни хавфсиз қабул қила оладими? Ўзига зарар етказиш фикри, ният ва режа, психоз таъсиридаги хулқ, ажитация ва қўллаб-қувватлаш имкони аниқланади. Хавфни фақат бир шкала ёки «йўқ» деган бир жавоб билан якунлаш мумкин эмас.

Онгнинг чалкашиши, диққатнинг кескин тебраниши, иситма ёки яқиндаги соматик ўзгаришлар бўлса, делирий ва бошқа тиббий сабаблар шошилинч текширилади. Мутизм, ступор, негативизм ёки ғайриоддий ҳаракат ҳолатлари кататония эҳтимолини кўрсатиши мумкин. «Депрессия оғир экан» деган хулоса бу алоҳида синдромларни текширишни алмаштирмайди.

Шифохона ёрдами зарурати симптомлар оғирлиги, хавф, овқат-сув қабул қилиш, оила имкони ва амбулатор кузатув ишончлилиги билан белгиланади. Беморнинг ҳуқуқлари, қарор қабул қилиш қобилияти ва амалдаги қонун талаблари ҳисобга олинади. Ёрдамни ташкил этишда энг кам чекловчи, аммо етарли хавфсиз шароит танланади.

5 Даволаш тамойиллари

Оғир психозсиз депрессияда фармакотерапия, тузилган психологик ёрдам ва функционал қўллаб-қувватлаш биргаликда режалаштирилади. Илгариги самарали даво ва унинг тоқатлилиги муҳим, аммо олдинги рецепт автоматик нусхаланмайди. Ҳозирги соматик ҳолат, янги дорилар, ёшга боғлиқ хавфлар ва бемор танлови қайта кўриб чиқилади.

Психотик депрессияда мутахассис назоратида антидепрессант ва антипсихотик комбинациясини кўриб чиқиш NICE тавсияларида бор. Психоз йўқолганидан кейин ҳам даволашни қандай давом эттириш индивидуал режалаштирилади. Электроконвульсив терапия тез жавоб зарур бўлган ҳаёт учун хавфли ҳолатларда ёки бошқа даволашлар етарли самара бермаганда муҳокама қилиниши мумкин. Унинг фойдаси, хавфи, хотирага таъсири ва розилик жараёни алоҳида кўриб чиқилади. [3]

Оғир эпизодда бемордан мураккаб когнитив вазифаларни дарҳол бажаришни кутиш тўғри эмас. Аввал хавфсизлик, уйқу, овқатланиш ва муносабат барқарорлаштирилади. Психотерапевтик мулоқот қисқа, аниқ ва ҳурматли бўлади. Психоз мазмуни билан баҳслашиш ёки уни тасдиқлаш ўрнига кечинманинг азобини тан олиб, хавфсизлик ва даволашга эътибор қаратилади.

6 Ҳужжатлаштиришда муҳим чизиқ

«Бемор ўзини айбдор ҳис қилади» билан «далилга қарамай ўзгармайдиган айбдорлик васвасаси» бир хил ёзув эмас. Ҳужжатда беморнинг сўзлари, шифокор кузатуви ва клиник талқин ажратилади. Психозни баҳолаш учун ҳали етарли суҳбат бўлмаган бўлса, «психоз йўқ» деб қатъий ёзиш ўрнига баҳолаш чеклови қайд этилади. Хавф ва қарорларнинг асоси ҳам аниқ ёзилади.

7 Психотик симптомни аниқлашда мулоқот усули

Психозни текшириш фақат «овоз эшитасизми?» деган савол билан чекланмайди. Бемор бундай саволдан уялиши, қўрқиши ёки ўз тажрибасини овоз деб атамаслиги мумкин. Аввал унинг азоби ва ишончлари очиқ сўралади: «Сизни энг кўп нима қўрқитяпти?», «Айбдорлигингизни қандай биласиз?», «Бошқалар бу фикрга қўшилмаганда нима деб ўйлайсиз?» Кейин аниқ психопатологик белгиларга ўтилади.

Васваса билан руминация ўртасидаги фарқ мазмундангина келиб чиқмайди. Иккаласида ҳам айбдорлик ёки касаллик мавзуси бўлиши мумкин. Муҳими ишончнинг қатъийлиги, қарши далилга муносабат, танқидий баҳолаш ва бутун клиник манзарадир. Беморнинг диний ёки маданий қарашини контекстсиз психоз деб белгилаш мумкин эмас. Шу билан бирга, маданий ибора ортидаги хавфли васвасани ҳам эътиборсиз қолдирмаслик керак.

8 Кўринмайдиган оғирлик

Айрим беморлар қабулга озода келади, мулойим гапиради ва қисқа суҳбатда ўзини тутиб туради. Бу оғир депрессияни рад этмайди. Қабулдан ташқари ҳаётни сўраш зарур: уйда овқат тайёрлай оладими, суюқлик ичяптими, ётоқдан туришга қанча вақт кетади,

фарзанд ёки бошқа қарамоғидаги инсонга ғамхўрлик қила оляптими? Ташқи кўриниш билан функционал ҳолат ўртасида катта фарқ бўлиши мумкин.

Психомотор секинлашишда суҳбатга вақт берилади. Жавоб кечиккани учун саволларни тез-тез алмаштириш беморга қийинчиликни оширади. Безовталикда эса бемор бир жойда ўтира олмаслиги, азобини кескин ифодалаши мумкин. Бу ҳолатни фақат «интизомсизлик» деб қабул қилиш мумкин эмас. Психомотор белгилар, хавотир, акатизия ва аралаш аффектив симптомлар ўзаро фарқланади.

9 Хавфсизлик режаси: нима етарли эмас?

Бемордан «ўзингизга зарар қилмайман деб ваъда беринг» деб сўраш тўлиқ хавфсизлик режаси ўрнини босмайди. Режа ҳозирги хавфни, беморнинг қарор қабул қилиш ва ёрдамга мурожаат қилиш имконини, яқинлар қўллаб-қувватлашини ҳамда шошилинч хизматга киришни ҳисобга олиши керак. Беморнинг розилиги ва маҳаллий ҳуқуқий талабларга мувофиқ, хавфли воситаларга киришни чеклаш ҳам муҳокама қилиниши мумкин.

Ҳамма масъулиятни оилага юклаш мумкин эмас. «Кўз-қулоқ бўлиб туринг» деган умумий кўрсатма ўрнига қайси белгиларда қандай ҳаракат қилиш аниқ айтилади. Агар уйдаги кузатув реал таъминланмаса ёки хавф юқори бўлса, ёрдам муҳити қайта кўриб чиқилади. Оиланинг чарчоғи ва имконияти ҳам баҳоланади; улар профессионал хизматнинг ўрнини босмайди.

10 Психоз камайганда ҳам кузатув давом этади

Психотик симптомлар йўқолиши депрессив синдром тўлиқ ремиссияга кирганини англатмайди. Бемор овозларни эшитмай қўйса ҳам, умидсизлик ва суицид фикрлари сақланиши мумкин. Аксинча, кайфият яхшилангандек кўринса-ю, айбдорлик васвасаси сақланса, хавф тўлиқ камайган деб бўлмайди. Ҳар бир симптом гуруҳи ва функция алоҳида кузатилади.

Дорига боғлиқ уйқучанлик, ҳаракат ножўя таъсирлари ёки метаболик ўзгаришлар ҳам текширилади. Беморнинг секинлашиши депрессияданми, дори таъсириданми ёки иккаласиданми? Бу савол клиник қарор учун муҳим. Ножўя таъсирни сўрамаслик беморнинг дорини мустақил тўхтатишига олиб келиши мумкин. Даволашнинг мақсади симптомларни босиш билан чекланмайди; беморнинг яшаш ва иштирок этиш қобилияти тикланиши керак.

11 Аввалги психозли эпизод тарихи

Агар олдинги депрессив эпизод психоз билан кечган бўлса, бу жорий эпизодни автоматик F33.3 қилмайди. Ҳозир психоз бор-йўқлиги текширилади. Лекин олдинги тарих кузатувда қайси белгиларга эрта эътибор бериш кераклигини кўрсатиши мумкин. Масалан, аввалги эпизодда дастлаб ипохондрик хавотир пайдо бўлиб, кейин васвасага айланган бўлса, ҳозир шу мавзудаги ўзгариш диққат билан баҳоланади.

Касалхонадан чиқаришда ҳужжат фақат код ва дорилардан иборат бўлмаслиги лозим. Қайси симптомлар бартараф бўлди, қайсилари қолди, кейинги кўрик қачон, қайси хавф белгиларида шошилинч мурожаат кераклиги ёзилади. Амбулатор мутахассисга ўтишда масъулият ва алоқа тартиби аниқ бўлиши беморнинг даволашда узилишини камайтиришга хизмат қилади.

12 Психозли депрессияда даволаш мақсадини келишиш

Бемор васвасали айбдорлик сабаб даволанишга «лойиқ эмасман» деб ўйлаши мумкин. Бундай ҳолатда оддий мотивацион суҳбатнинг ўзи етарли бўлмаслиги мумкин; психоз, хавф ва қарор қабул қилиш қобилияти баҳоланади. Мутахассис беморнинг азобини тан олади ва ёрдамни жазо эмас, ҳимоя ва даволаш сифатида тушунтиради. Яқинлар ҳам васвасали фикрни қўллаб-қувватламасдан, беморга ҳурмат билан муносабат қилишга йўналтирилади.

Даволаш мақсадлари дастлаб жуда асосий бўлиши мумкин: хавфсизлик, суюқлик ва овқат, уйқу, мулоқотга киришиш. Кейин психотик ва депрессив симптомларни камайтириш, функцияни тиклаш ва профилактика қўшилади. Бу босқичлар баъзан бир вақтда амалга ошади. Оғир ҳолатдаги бемордан дарҳол мураккаб психологик таҳлил ёки катта ҳаётий қарор талаб қилинмайди.

13 Соматик касаллик билан қўшилганда

Кекса ёки соматик касаллиги бор беморда оғир депрессия клиник манзарани мураккаблаштиради. Вазн йўқотиш, ҳаракатсизлик, оғриқ ва когнитив қийинлик бир нечта сабабдан келиб чиқиши мумкин. Депрессия ташхиси соматик текширувни тўхтатмайди, соматик касаллик эса руҳий азобни инкор қилмайди. Даволашда дорилар ўзаро таъсири ва орган функциялари ҳисобга олинади.

Беморнинг янги чалкашиши ёки диққати ўзгарувчан бўлса, уни одатий депрессив секинлашиш деб қабул қилиш мумкин эмас. Делирий, инфекция, метаболик бузилиш ва дори таъсири каби сабаблар текширилади. Клиник жиҳатдан бу фарқ муҳим: бир хил «гапирмай қолди» таърифи турли шошилинчлик ва даволашни талаб қилиши мумкин.

14 ЭКТ ҳақида стигмасиз суҳбат

Электроконвульсив терапия муҳокама қилинганда бемор ва оилада қўрқув бўлиши табиий. Мутахассис усулнинг мақсади, замонавий ўтказилиш шароити, эҳтимолий фойда ва ножўя таъсирларни тушунтиради. Когнитив, жумладан хотирага оид таъсирлар, анестезия билан боғлиқ хавф ва муқобил вариантлар муҳокама қилинади. «Ҳеч қандай хавфи йўқ» ёки «ҳаммани бутунлай даволайди» деган ваъдалар берилмайди.

ЭКТ ҳақидаги қарор индивидуал баҳога, клиник оғирликка, тез жавоб заруратига, аввалги самарага ва тегишли ҳуқуқий талабларга таянади. Бу боб усулни мустақил танлашга ундамайди; у оғир депрессияда баъзан одатий амбулатор суҳбатдан кенгроқ мутахассис ёрдами зарур бўлишини тушунтиради.

15 Шартли кейслар

Биринчи ҳолатда аввал икки депрессив эпизод ўтказган 51 ёшли бемор кўп вақтини ётоқда ўтказади, завқ олмайди, иштаҳаси кескин пасайган ва қарор қабул қила олмайди. У ўзини оилага ортиқча юк деб ҳисоблайди, аммо бу фикрни муҳокама қила олади; психотик тажрибалар аниқланмаган. F33.2 эҳтимоли синдром, тарих ва хавф баҳоси билан асосланади. Психоз йўқлиги интенсив ёрдам керак эмаслигини англатмайди.

Иккинчи ҳолатда бемор молиявий ҳужжатлар тескарисини кўрсатса ҳам «мен бутун оилани банкрот қилдим, барчага жазо келади» деган қатъий ишонч билан овқатдан бош тортади. Бу ишонч депрессив эпизод пайтида пайдо бўлган, аввалги эпизодлар орасида психоз кузатилмаган. Психотик депрессия эҳтимоли баҳоланади, шу билан бирга моддалар, делирий ва бошқа психотик бузилишлар текширилади. Ёрдам овқатланиш ва хавфсизликни таъминлашдан бошланади.

16 Клиник таҳлил учун қисқа вазият

Ўқув мисолида бемор «мен оиламга оғир юкман» дейди. Биринчи ҳолатда у бу фикр ортиқча бўлиши мумкинлигини тан олади, далилларни муҳокама қилади. Иккинчи ҳолатда у ўзини оила аъзолари ўлимига сабаб бўлган деб қатъий ишонади, ҳолбуки улар тирик ва хавфсиз. Мазмуннинг айбдорликка оидлиги иккаласини бир хил қилмайди. Биринчи ҳолатда депрессив когниция, иккинчисида психоз эҳтимоли чуқур баҳоланади. Ҳар иккисида ҳам суицид хавфи алоҳида сўралади; танқидий муносабат сақлангани хавфни нолга туширмайди.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32.2–F32.3 ва F33.2–F33.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F32 ва F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Psychotic depression; electroconvulsive therapy for depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

19-БОБ

Ремиссиядаги қайталанувчи депрессия

F33.4

1 Ремиссия даволашнинг йўқлиги эмас

F33.4 кодини қўллаш учун бемор тарихида қайталанувчи депрессив бузилиш тасдиқланган бўлиши, ҳозир эса депрессив эпизод мезонлари бажарилмаслиги керак. Шифокор беморнинг дорини қабул қилаётгани ёки психотерапияга қатнаётганига қараб ремиссияни инкор қилмайди. Барқарорлик айнан шу даволаш натижаси бўлиши мумкин. Бошқа томондан, бемор «яхшиман» дегани, юзи очилгани ёки ишга чиққанининг ўзи F33.4 учун етарли эмас. Ҳозирги кайфият, анедония, энергия, уйқу, фикрлаш ва хавф қайта баҳоланади. [1, 2]

Ремиссияни «касаллик энди ҳеч қачон қайтмайди» деган ваъда билан тушунтириш нотўғри. Бу атама муайян вақтда фаол эпизод йўқлигини ифодалайди. Клиник вазифа беморни умрбод касал деб белгилаш эмас, балки эришилган тикланишни сақлаш ва эрта огоҳлантирувчи белгиларга тайёр бўлишдир.

2 Симптоматик ва функционал тикланиш

Симптомлар камайиши билан ҳаётнинг барча соҳаси бир вақтда тикланмайди. Масалан, инсон яна қизиқиш ҳис қила бошлаган бўлса ҳам, узоқ давом этган эпизоддан кейин иш суръати, ўзига ишонч ёки муносабатлардаги фаоллиги секин тикланиши мумкин. Баъзан, аксинча, бемор ишлаётган бўлади, аммо кечқурун қаттиқ толиқиш, умидсизлик ва уйқу бузилиши сақланади. Шунинг учун «қанча ишлаяпсиз?» билан бирга «ишлаш сизга қанча куч талаб қиляпти?» деган савол ҳам зарур.

Қолдиқ симптомларга бепарво қаралмайди. Уйқу бузилиши, анедониянинг бир қисми, хавотир, диққат қийинлиги ёки салбий ўзини баҳолаш қайта кучайиш учун клиник аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Лекин ҳар бир чарчоқни депрессия деб аташ ҳам мумкин эмас. Дори таъсири, уйқу апноэси, анемия, соматик касаллик ва ҳаётий юклама каби эҳтимоллар анамнез ҳамда кўрик асосида текширилади.

Ремиссиядаги баҳолашда учта устунни алоҳида қайд этиш қулай: симптомлар, функция ва хавф. Симптомлар шкаласи динамикани кўрсатади; меҳнат, оила ва ўзини парвариш қилиш ҳақидаги суҳбат функцияни очади; суицид фикрлари ва хавфли хулқни бевосита

сўраш хавфни баҳолайди. Шкалада паст балл чиқиши хавф ҳақида суҳбат ўрнини босмайди.

3 Кимда қайталаниш хавфи юқорироқ?

Яқин йилларда тез-тез эпизодлар, оғир эпизод тарихи, тўлиқ бартараф бўлмаган симптомлар, давом этаётган стресс, ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг камлиги ва ҳамроҳ касалликлар қайталанишни муҳокама қилишда аҳамиятли. Бу омиллар тақдирни олдиндан белгиламайди. Улар бемор билан даволашни давом эттиришнинг фойдаси ва юкини муҳокама қилишга ёрдам беради. [3]

Беморнинг шахсий «қайталаниш имзоси»ни аниқлаш фойдали. Кимдадир биринчи белги эрта уйғониш, бошқасида одамлардан четланиш, учинчисида ишни қайта-қайта текшириш ёки одатий мусиқадан завқ олмаслик бўлади. Булар алоҳида олганда депрессия ташхиси эмас. Аммо аввалги эпизодлар олдидан такрорланган бўлса, кузатувни кучайтириш учун сигналдир.

4 Сақловчи даволашни қандай режалаштирамиз?

Даволашни давом эттириш қарори аввалги эпизодлар, эришилган самара, ножўя таъсирлар, беморнинг танлови ва қайталаниш хавфига асосланади. Антидепрессант билан ремиссияга эришган беморда уни симптомлар тузалган заҳоти тўхтатиш режаси одатда мақбул эмас. NICE беморга даволаш симптомлар ремиссиясидан кейин одатда камида олти ой керак бўлиши мумкинлигини тушунтиришни, юқори хавфда узоқроқ сақловчи даволашни муҳокама қилишни тавсия этади. Бу барча одамга бир хил муддат белгилаш эмас. [3]

Қайталанишнинг олдини олишга йўналтирилган когнитив-хулқий терапия ёки онгли ҳозирликка асосланган когнитив терапия айрим беморларга дори билан бирга ёки тегишли ҳолатда алтернатива сифатида таклиф этилиши мумкин. Танловда аввалги самара, мавжудлик ва беморнинг имконияти ҳисобга олинади. Психотерапиянинг мақсади «ҳеч қачон ёмон ҳис қилмаслик» эмас, балки эрта белгиларни таниш, руминацияни камайтириш ва фаолиятга қайтиш кўникмасини мустаҳкамлашдир.

Сақловчи даволашда мунтазам қайта кўрик зарур. NICE қайталанишнинг олдини олиш учун антидепрессант қабул қилаётган беморларни камида ҳар олти ойда қайта баҳолашни тавсия қилади; клиник эҳтиёж бўлса, кўрик эртароқ ўтказилади. Симптомлар, ножўя таъсирлар, ҳаётий шароит ва давом эттириш истаги муҳокама қилинади. Дорини

тўхтатишга қарор қилинса, босқичма-босқич камайтириш индивидуал режалаштирилади. Тўсатдан бекор қилишдан кейинги бош айланиши, сезги ўзгариши ва хавотирни автоматик равишда янги эпизод деб баҳолаш мумкин эмас.

5 Бемор билан ёзма режа

Режада бемор учун оддий ва бажариладиган ишлар бўлади: уйқу ва кундалик фаолиятнинг барқарор ритми, эрта белгилари рўйхати, қайси белгиларда режали кўрикни тезлаштириш, кимга мурожаат қилиш ва шошилинч хавф пайдо бўлганда қандай ёрдам олиш. Яқин инсонни жалб қилиш бемор розилиги билан амалга оширилади. Яқинлар «кайфиятинг тушса, сен яна касал бўлдинг» деб назоратчи бўлмаслиги, балки келишилган белгиларни мулойим эслатиши керак.

Ёмон кун билан янги эпизод фарқланади. Бир кунлик чарчоқ, қайғу ёки низодан кейинги тушкунликнинг ўзи қайталаниш эмас. Бироқ хавфли суицид фикри, кескин ўзини парвариш қила олмаслик ёки психоз пайдо бўлса, икки ҳафта тўлишини кутиш керак эмас.

6 Қолдиқ симптомни даволаш билан инсонни доимий беморлаштириш орасида

Ремиссияда икки қарама-қарши хато учрайди. Биринчиси ҳар қандай шикоятни аҳамиятсиз деб қабул қилиш: «депрессиянгиз кетди, қолгани ўзингизга боғлиқ». Иккинчиси ҳар бир кайфият ўзгаришини касаллик белгисига айлантириш. Бемор оддий қайғу, чарчоқ ёки хафаликни ҳам хавфли эпизод деб қўрқиб кута бошлайди. Яхши клиник мулоқот ҳар икки хатодан сақлайди: симптомлар тан олинади, аммо ҳаётнинг одатий ҳиссий ўзгаришларига ҳам жой қолдирилади.

Кузатув беморнинг мустақиллигини ошириши керак. Масалан, қисқа кундаликда уйқу, фаолият ва шахсий эрта белгиларни қайд этиш фойдали бўлиши мумкин. Лекин кун бўйи ўз кайфиятини текшириш ва ҳар бир ҳисни баҳолаш айрим беморда руминацияни кучайтириши мумкин. Шу сабабли кузатув воситаси ҳам индивидуал танланади; унинг фойдаси ва юки қайта сўралади.

7 Қайтиш режаси: иш, оила ва ижтимоий ҳаёт

Функционал тикланиш босқичма-босқич режалаштирилади. Узоқ эпизоддан кейин бирданига аввалги тўлиқ иш юкламасига қайтиш беморни чарчатиши мумкин. Шу билан бирга, чексиз дам олиш ва барча масъулиятдан четлаштириш ҳам фаолликни тиклашга ёрдам бермаслиги мумкин. Иш шароити, беморнинг имконияти ва тегишли мутахассис тавсиялари асосида мослаштириш муҳокама қилинади.

Оилада ҳам роллар қайта келишилади. Эпизод пайтида яқинлар кўп вазифани ўз зиммасига олган бўлиши мумкин. Ремиссияда уларни қайтариш баъзан ишончсизлик ёки низога олиб келади. «Сиз энди тузалдингиз, ҳаммасини қилинг» деган талаб ҳам, «сизга ҳеч нарса мумкин эмас» деган муносабат ҳам мақбул эмас. Вазифалар реал имкониятга қараб, бемор иштирокида тақсимланади.

8 Даволашни тўхтатиш ҳақида суҳбат

Бемор дори қабул қилишни тўхтатмоқчи бўлса, аввал сабаб сўралади. Ножўя таъсир, харажат, ҳомиладорликни режалаштириш, атрофдагилар муносабати ёки «дорисиз яшашим керак» деган ишонч турли суҳбатни талаб қилади. Сабабни билмасдан фақат «тўхтатманг» дейиш ҳамкорликни заифлаштиради. Шифокор фойда, хавф ва муқобил йўлларни тушунтиради; беморнинг қарордаги иштироки сақланади.

Бекор қилиш симптомлари билан қайта эпизодни фарқлашда вақт муносабати ва симптом табиати муҳим. Доза камайтирилгандан кейин тез бошланган бош айланиши ёки ғайриоддий сезгилар бекор қилишга ишора қилиши мумкин. Лекин фақат вақтга қараб қатъий хулоса қилинмайди: депрессия ҳам қайта кучайиши мумкин. Зарур бўлса мутахассис режани қайта кўриб чиқади. Беморга ўзбошимчалик билан тез камайтириш ёки қайта-қайта тўхтатиб бошлаш тавсия этилмайди.

9 Ремиссиядаги хавф ҳақида очиқ суҳбат

Кайфият яхшиланганда суицид фикрлари ҳақида савол беришни тўхтатиш керак эмас. Айрим беморлар эпизоддаги ҳаракатлари ёки ишдаги йўқотишлар учун уялишни кейинроқ ҳис қилади. Қарз, муносабат бузилиши ёки ишсизлик каби оқибатлар симптомлар камайгандан кейин ҳам қолади. Кузатувда бу муаммолар муҳокама қилиниши ва тегишли ижтимоий ёрдам имкониятлари кўриб чиқилиши мумкин.

Беморнинг ҳимоя омиллари ҳам ўзгарувчан. Яқин инсоннинг қўллаб-қувватлаши, маъноли фаолият ва даволашга кириш имкони қайд этилади, аммо улар хавфни мутлақ йўқотади деб қабул қилинмайди. Хавфсизлик режаси реал ҳаёт шароитига мос ва бемор тушунадиган тилда бўлиши керак.

10 Ремиссия режасини беморнинг ҳаётига мослаштириш

Сақловчи режа қоғозда яхши, амалда бажариб бўлмайдиган бўлса, унинг қиймати камаяди. Сменали ишловчи беморга ҳамма кун бир хил вақтда ухлашни талаб қилиш реал бўлмаслиги мумкин. Қишлоқда яшайдиган бемор ҳар ҳафта узоқ йўл босиб қабулга

келолмаслиги мумкин. Режа хизматга кириш, иш, оила ва маблағ имкониятларини ҳисобга олади; зарур бўлса хавфсиз масофавий кузатув вариантлари муҳокама қилинади.

Бемор ўз режасини бажара олмаётганини айтса, буни дарҳол интизомсизлик деб баҳоламаймиз. Тўсиқ аниқланади ва режа соддалаштирилади. Масалан, бешта янги одат ўрнига битта барқарор фаолиятдан бошлаш мумкин. Профилактика инсоннинг ҳаётига қўшимча азоб эмас, унга хизмат қиладиган тизим бўлиши керак.

11 Қайта эпизод бошланса, олдинги меҳнат йўқолмайди

Профилактикага қарамай эпизод қайтиши мумкин. Бундай ҳолатда бемор ва оила «барча даволаш беҳуда экан» деган хулосага келиши мумкин. Мутахассис аввалги ремиссиянинг қийматини тан олади: бемор ишлаган, муносабат ва ҳаёт сифатини тиклаган давр ҳақиқий натижадир. Янги эпизод режани қайта кўриб чиқишни талаб қилади, аввалги натижани инкор этмайди.

Қайталаниш таҳлили айбловсиз ўтказилади. Эрта белгилар танилганми, мурожаатга нима тўсқинлик қилган, даволашда қандай ўзгариш бўлган, янги соматик ёки ижтимоий омил борми? Шу саволлар келгуси режани яхшилайди. Мақсад ўтган хатони санаш эмас, кейинги ёрдамни тезроқ ва аниқроқ қилишдир.

12 Клиник натижани умумлаштириш

F33.4 бўйича яхши хулоса «шикояти йўқ» деган иборадан кенгроқдир. Унда фаол эпизод мезонлари бажарилмаётгани, қолдиқ симптомлар, функционал тикланиш, хавф, даволашнинг кўтарилиши ва келишилган профилактика режаси акс этади. Агар бемор даволашни тўхтатишни танласа, муҳокама ва кузатув режаси қайд этилади; бемор хизматдан жазо тарзида четлатилмайди.

Шу ёндашув ремиссияни пассив кутиш эмас, барқарор ҳаётга қайтиш босқичи сифатида кўрсатади. Шифокор ҳам, бемор ҳам касалликнигина эмас, тикланишни ҳам кузатади.

13 Ўқув клиник мисол

Қуйидаги ҳолат ўқув мақсадида тузилган. 42 ёшли ҳисобчида саккиз йил ичида учта тасдиқланган депрессив эпизод бўлган. Ҳозир тўққиз ойдан бери тўлиқ эпизод мезонлари йўқ, у ишлайди ва оилавий фаолиятга қайтган. Бемор «тузалдим, дорини эртага ташлайман» дейди. Суҳбатда аввалги икки эпизоддан олдин уйқу камайиши эмас, балки эрта уйғониш ва ижтимоий четланиш пайдо бўлгани аниқланади. Мания ёки гипомания тарихи йўқ.

Шифокор F33.4 ҳолатини қайд этади, даволаш самараси ва ножўя таъсирларни муҳокама қилади. Бемор билан биргаликда сақловчи режа, кўрик санаси ва эрта белгилар бўйича ҳаракат тартиби тузилади. Унинг мустақил қарор қабул қилиш ҳуқуқи сақланади, аммо тўсатдан тўхтатиш оқибатлари тушунтирилади. Бу ерда ремиссияни тан олиш билан профилактикани давом эттириш бир-бирига зид эмас.

14 Иккинчи ўқув мисоли: ремиссиями ёки қисман жавобми?

Ўқув учун тузилган мисолда 45 ёшли аёл «кўп йиғламай қўйдим» деб ўзини тузалган ҳисоблайди. Бироқ у ҳали ҳам ҳеч нарсадан завқ олмайди, ҳар куни эрта уйғонади ва ўзини ортиқча айблайди. Тўлиқ баҳолашда депрессив эпизод мезонлари ҳали бажарилиши мумкинлиги аниқланади. Шифокор фақат ташқи жонланишга қараб F33.4га ўтмайди. Бу ҳолатда қисман жавоб ва давом этаётган эпизод режаси муҳокама қилинади.

Бошқа беморда эса эпизод мезонлари бажарилмайди, аммо ишдаги ишонч секин тикланяпти. Бу ҳолат ремиссияга зид бўлмаслиги мумкин; функционал реабилитация алоҳида мақсад қилинади. Икки вазиятни ажратиш ортиқча дори ўзгартиришдан ҳам, даволашни эрта тугатишдан ҳам сақлайди.

15 Бобнинг амалий хулосаси

F33.4 фаол эпизод йўқлигини тасдиқлайди, беморнинг барча эҳтиёжи тугаганини эмас. Яхши ремиссия режаси учта натижани кўзлайди: қолдиқ симптомларни англаш, инсоннинг ҳаётдаги функциясини тиклаш ва қайталанишга эрта жавоб бериш. Даволаш давомийлиги ташхис кодигагина эмас, касаллик тарихи ва бемор билан бирга қабул қилинган қарорга таянади.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33.4. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F33.4. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Preventing relapse; stopping antidepressant medication. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

20-БОБ

Ва F33.9 бошқа ва аниқланмаган қайталанувчи депрессия

F33.8

1 «Бошқа» билан «аниқланмаган» бир хил эмас

F33.8 ва F33.9 кодлари ташхисдаги ноаниқликни яшириш учун эмас, уни тўғри ифодалаш учун керак. F33.8 қайталанувчи депрессив бузилишнинг бошқа кўриниши қайд этилаётганда қўлланади; нима учун одатий махсус рубрика мос келмагани клиник матнда очиқ тушунтирилади. F33.9 эса қайталанувчи депрессив бузилиш ҳақида маълумот бор, аммо унинг тури ёки жорий ҳолатини етарлича аниқлаштириш имкони бўлмаган вазиятни ифодалайди. Иккаласи ҳам ўз-ўзидан оғирлик даражаси эмас. [1, 2]

Агар ҳозирги эпизоднинг енгил, ўртача, психозсиз оғир, психозли оғир ёки ремиссия ҳолати аниқ бўлса, тегишли махсус код афзал. Фақат вақт тежаш учун F33.9 ёзиш кейинги шифокорга муҳим маълумотни етказмайди. Шу билан бирга, далил етарсиз пайтда сунъий аниқлик яратиш ҳам хатодир.

2 F33 оиласига тегишлилик аввал исботланади

Биринчи савол: қайталаниш ҳақиқатан борми? Бемор бир неча марта «депрессия» деган атамани ишлатгани эпизодлар тасдиқланганини англатмайди. Стрессга жавобан қисқа тушкунлик, модда таъсири, биполяр кечиш, органик бузилиш ёки сурункали дистимик кайфият бошқа йўналишни талаб қилиши мумкин. F33.9 бундай фарқларни текширишдан озод қилмайди.

Иккинчи савол: ноаниқлик қаерда? Аввалги эпизодларнинг мавжудлиги аниқ, лекин ҳозирги оғирлик маълум эмасми? Ҳозирги синдром аниқ, аммо аввалги давр ҳақида ҳужжат йўқми? Ёки мания эҳтимоли ҳал этилмаганми? Бу уч вазият бир хил эмас. Охирги иккитасида F33 ташхисининг ўзи ҳам вақтинчалик гипотеза бўлиши мумкин; клиник ёзувда бу очиқ қайд этилади.

3 F33.8 учун асос қандай ёзилади?

«Бошқа» рубрика танланганда шифокор фақат кодни қолдирмайди. Симптомларнинг тузилиши, эпизодларнинг давомийлиги, қайталаниш тартиби ва одатий рубрикалардан фарқи баён қилинади. МКБ-10нинг миллий модификациялари ёки электрон тизимлардаги қўшимча кодлар ЖССТнинг асосий варианти билан аралаштирилмайди. Бир тизимдаги номни бошқа тизим кодига автоматик кўчириш мумкин эмас.

Жумладан, мавсумий кечишни ҳамма ҳолатда F33.8 деб белгилаш тўғри эмас. ЖССТ клиник қўлланмасида мавсумий депрессив бузилишлар F33 доирасида кўриб чиқилади; жорий эпизод оғирлиги маълум бўлса, шу оғирликни ифодаловчи код ишлатилади. «Ҳар қишда кайфияти тушади» деган таърифни эпизод мезонлари, мавсумий такрорланиш ва бошқа сабаблардан ажратиш керак. Мавсумийлик клиник кечиш ҳақидаги маълумот, алоҳида оғирлик даражаси эмас. [1]

Қисқа, тез-тез такрорланувчи тушкунликни ҳам дарров F33.8га киритиш мумкин эмас. Бунда қисқа қайталанувчи депрессив бузилиш, биполяр спектр, шахсият билан боғлиқ эмоционал ўзгарувчанлик ва бошқа ҳолатлар текширилади. МКБ-10да қисқа қайталанувчи депрессив эпизодлар учун F38.1 доирасидаги рубрика мавжуд. Код танлашда эпизоднинг давомийлиги ҳал қилувчи маълумотлардан биридир.

4 F33.9 қачон фойдали?

Шошилинч бўлимга келган беморнинг олдинги тиббий ёзувида қайталанувчи депрессив бузилиш тасдиқланган, аммо у ҳозир суҳбатни тўлиқ давом эттира олмаяпти. Ёки бошқа муассасадан келган қисқа йўлланмада эпизодлар тарихи бор, лекин оғирликни асословчи маълумотлар етишмайди. Бундай вазиятда ноаниқликни тўғри қайд этиш, хавфни баҳолаш ва кейинги аниқлаштиришни режалаштириш зарур.

Аниқланмаган код беморга ёрдамни тўхтатиш учун сабаб эмас. Овқат ва суюқлик қабул қилмаслик, суицид хавфи, психоз, делирий эҳтимоли ёки оғир соматик ҳолат бўлса, аввало шу муаммо ҳал этилади. Ташхисни аниқлаштириш ва хавфсиз ёрдам кўрсатиш параллел амалга ошади.

5 Ноаниқликни камайтиришнинг тўрт қадами

Биринчи қадам жорий ҳолатни тўлиқ тасвирлашдир: кайфият, қизиқиш, энергия, уйқу, иштаҳа, когнитив симптомлар, психоз, функция ва хавф. «Депрессияси бор» деган бир сатр етарли эмас.

Иккинчи қадам эпизодлар вақт чизиғини тиклашдир. Аввалги ҳужжатлар, даволаш жавоби ва беморнинг розилиги билан яқинлар маълумоти олинади. Антидепрессант қабул қилганликнинг ўзи аввалги депрессив эпизодни исботламайди, чунки бу дорилар бошқа ҳолатларда ҳам қўлланади.

Учинчи қадам альтернатив сабабларни текширишдир. Кайфият кўтарилиш даврлари, моддалар, дорилар, соматик ва неврологик касалликлар ҳақида мақсадли саволлар берилади. Лаборатор текширувлар бир хил «депрессия пакети» сифатида эмас, клиник эҳтиёжга қараб танланади.

Тўртинчи қадам қайта кўрик учун аниқ вазифа белгилашдир: қайси ҳужжат керак, қайси белгиларни кузатамиз, қандай маълумот кодни ўзгартиради? «Кейин кўрамиз» деган ноаниқ режа ўрнига текшириладиган савол қолдирилади.

6 Ҳужжатлаштириш ва мулоқот

Клиник ёзувда «F33.9, оғирликни аниқлаш учун жорий синдром тўлиқ баҳоланмоқда; аввалги эпизодлар ҳужжатлари сўралди» каби очиқ таъриф фойдали. Аммо амалга оширилмаган текширувни бажарилган деб ёзиш мумкин эмас. Беморга «сизда номаълум касаллик бор» дейиш ўрнига, «қайталанувчи депрессия тарихи маълум, ҳозирги ҳолатнинг тафсилотларини аниқлаяпмиз» дейиш аниқроқ.

Бобнинг асосий қоидаси: ноаниқликни тан олиш касбий заифлик эмас, лекин уни муддатсиз сақлаб қолиш ҳам яхши амалиёт эмас. Код клиник фикрлашни алмаштирмайди; у фикрлаш натижасини қисқа ифодалайди.

7 Ноаниқлик турларини ажратиш

Диагностик ноаниқликнинг барчаси бир манбадан келмайди. Ахборот ноаниқлигида маълумот етишмайди: аввалги эпизод ҳақида ҳужжат йўқ, беморнинг хотираси чекланган ёки яқинлар билан ҳали гаплашилмаган. Мезон ноаниқлигида маълумот бор, аммо унинг қайси рубрикага мослиги қийин: эпизод давомийлиги чегарада, оралиқ тикланиш етарлича аниқ эмас. Сабаб ноаниқлигида эса депрессияга ўхшаш синдромнинг модда, дори ёки органик ҳолат билан боғлиқлиги ҳал этилмаган.

Ҳар бир ноаниқлик учун ҳаракат бошқача. Ахборот етишмаслиги қўшимча манба талаб қилади. Мезонга оид қийинчилик танланган тасниф нашрини қайта ўқиш ва баъзан ҳамкасб билан муҳокамани талаб қилади. Сабабий ноаниқлик анамнез, кўрик ва мақсадли текширувни талаб қилади. Фақат «F33.9» ёзиб қўйиш бу вазифаларни бажармайди.

8 Вақтинчалик ташхисни қандай ифодалаш мумкин?

Клиник ёзувда ишчи гипотеза, уни қўллаб-қувватловчи далил ва ҳал этилмаган саволлар ажратилади. Масалан: «Аввалги икки эпизод ҳақида маълумот бор, ҳужжатлар кутилмоқда; ҳозирги синдром баҳоланмоқда; гипомания тарихи бўйича қўшимча маълумот керак». Бу матнни беморнинг ҳақиқий маълумотисиз тайёр шаблон сифатида кўчириш мумкин эмас. Унинг вазифаси фикрлашни шаффоф қилишдир.

Ташхиснинг вақтинчалиги беморга тушунарли қилиб айтилади. «Биз ҳозир ёрдамни бошлаяпмиз, шу билан бирга касалликнинг кечишини аниқлаштиряпмиз» деган тушунтириш «ҳали ҳеч нарса билмаймиз» деган ноумид хабардан фарқ қилади. Клиник аниқлик баъзан вақт талаб қилади, аммо азобни тан олиш ва хавфсизлик чоралари бугундан бошланади.

9 Мавсумийликни текширишдаги нозикликлар

Ҳар йилги қишки чарчоқ ёки таътилдан кейинги тушкунлик клиник мавсумий депрессив эпизод дегани эмас. Уйқу, ёруғлик, меҳнат юкламаси, ижтимоий фаолият ва календарь стресслар таъсир қилиши мумкин. Беморда тўлиқ эпизодлар қайси ойларда бошлангани, қачон тугагани ва бошқа фаслларда ҳам эпизодлар бўлган-бўлмагани тикланади. Бир йиллик кузатувдан қатъий мавсумий кечиш хулосаси чиқаришга шошилмаслик керак.

Мавсумий кечиш биполяр бузилишда ҳам учраши мумкин. Баҳордаги фаолликни оддий тикланиш деб қабул қилишдан олдин уйқуга эҳтиёж, энергия, сарф-харажат ва импульсивлик сўралади. Ёруғликка асосланган усуллар каби интервенциялар ҳам тегишли мутахассис баҳоси ва биполяр хавфни ҳисобга олишни талаб қилиши мумкин; уларни ҳар қандай қишки тушкунлик учун ўзбошимча тавсия қилиш тўғри эмас.

10 Коднинг бошқа муассасага кўчиши

Бир муассасада шошилинч қабул вақтида қўйилган F33.9 кейинги муассасада йиллар давомида ўзгармай қолиши мумкин. Электрон картадаги код авторитетдек кўринади, аммо у дастлаб чекланган маълумот шароитида қўйилган бўлиши эҳтимол. Кейинги мутахассис аввалги кодни ҳурмат билан қабул қилади, лекин уни текширишдан воз кечмайди. Ҳужжатдаги ташхис билан ҳозирги клиник далиллар ўртасида фарқ бўлса, сабаб аниқланади.

Код аниқлаштирилганда аввалги ёзувни изсиз йўқотиш керак эмас. Қайси янги маълумот қарорни ўзгартиргани қайд этилади. Бу кейинги мутахассисга касаллик тарихини тушунишга ёрдам беради. Ташхислар рўйхатини узайтириш эмас, улар ўртасидаги мантиқий муносабатни тушунтириш муҳим.

11 Кодлашда рақамнинг ўзи эмас, версия ҳам муҳим

МКБ-10нинг ЖССТ асосий варианти, тадқиқот мезонлари ва миллий клиник модификациялари бир хил даражадаги деталлаштиришни бермайди. Интернетда топилган код номи бошқа мамлакат тизимига тегишли бўлиши мумкин. Шунинг учун клиник китобда кодни кўрсатганда унинг манбаси аниқланади; амалиётда эса муассаса ишлатадиган расмий тизимга мослаштирилади. Бир жойдаги қўшимча рақамни бошқа тизимга механик қўшиш мумкин эмас.

Айниқса «бошқа» ва «аниқланмаган» рубрикаларда таржима фарқи мазмунни ўзгартириши мумкин. Коднинг инглизча ёки русча номи билан ўзбекча клиник таъриф ўртасида мувофиқлик текширилади. Қисқа маъмурий ном клиник тушунтиришнинг ўрнини босмайди. Керак бўлса, коддан кейин беморнинг аниқ ҳолати оддий клиник тилда ёзилади.

12 Маълумотни кутганда даволаш қандай давом этади?

Ҳозирги депрессив синдром ва хавфга тегишли ёрдам ташхиснинг барча узоқ муддатли тафсилотлари аниқ бўлмагунча тўхтатилмайди. Бироқ даволаш танлови ноаниқликни ҳисобга олади. Масалан, биполяр кечишга ишончли шубҳа бўлса, бу фармакологик қарорда муҳим; шифокор уни «кейин аниқлаймиз» деб четга сурмайди. Ноаниқликнинг қайси қисми қарорга таъсир қилиши устуворлаштирилади.

Бемордан ҳамма ҳужжатни ўз кучи билан топиб келишни талаб қилиш баъзан реал эмас. Розилик ва мавжуд имкониятлар доирасида аввалги муассаса маълумоти сўралиши мумкин. Лекин ҳужжат топилмаса ҳам клиник суҳбат ва динамик кузатув давом этади. Манба етишмаслиги ёлғон аниқлик яратишга ҳам, беморни ёрдамсиз қолдиришга ҳам асос эмас.

13 Ўқув клиник мисол

Ўқув учун тузилган мисолда 36 ёшли аёлнинг электрон картасида кўп йилдан бери F33.9 ёзилган. Ҳозир у икки ойдан бери анедония, тушкунлик, энергия камайиши, айбдорлик, уйқу ва диққат бузилишини баён қилади. Аввалги ёзувлардан икки алоҳида депрессив эпизод ва улар орасида узоқ тикланиш даврлари тасдиқланади. Гипомания ва мания ҳақида маълумот йўқ. Тўлиқ суҳбатдан кейин жорий эпизоднинг ўртача оғирлиги асосланади ва код F33.1га аниқлаштирилади.

Бунда ташхис «оғирлашгани учун» эмас, маълумот етарли бўлгани учун ўзгарди. Код аниқлаштириш беморга аввалги шифокор хатосини исботлаш тарзида эмас, касалликнинг ҳозирги ҳолатини яхшироқ ифодалаш тарзида тушунтирилади.

14 Иккинчи ўқув вазияти

Ўқув учун тузилган мисолда беморнинг картасида «мавсумий депрессия, F33.8» ёзилган. Суҳбатда ҳар қишда тўлиқ депрессив эпизодлар ва ёзда тикланиш тасдиқланади, ҳозирги эпизод эса психозсиз оғир мезонларга мос. Шифокор мавсумийликни клиник тавсифда сақлайди, аммо жорий оғирликни аниқ кодлаш имконини кўриб чиқади. Мавсумийлик оғирлик ҳақидаги маълумотни йўқотишга сабаб бўлмайди.

Бошқа ўқув вазиятида бемор «ҳар ой уч кун тушкун бўламан» дейди. Бу маълумотнинг ўзи F33ни тасдиқламайди. Давомийлик, ҳайз цикли билан боғлиқлик, моддалар, муносабатлар ва бошқа аффектив белгилар баҳоланади. Мақсад бемор шикоятини камситиш эмас, нотўғри оиладаги кодни эрта маҳкамлаб қўймасликдир.

15 Текшириладиган якуний саволлар

F33.8 ёки F33.9ни ёзишдан олдин мутахассис беш саволни текширади: қайталанувчи кечиш асосланганми; жорий эпизод оғирлиги маълумми; мания ёки гипомания ҳақида етарли сўралганми; бошқа сабаблар кўриб чиқилганми; аниқлаштириш режаси борми? Бу саволлар янги расмий мезон эмас, таълимий клиник назорат рўйхатидир.

Агар жавоблардан бири йўқ бўлса, клиник ёзувда шу чегара очиқ кўрсатилади. Шундай ёндашув кодни беморнинг тўлиқ тарихи ўрнида ишлатишдан сақлайди ва кейинги мутахассисга қайси иш ҳали бажарилиши кераклигини тушунтиради.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33, F33.8, F33.9 ва F38.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F33 ва F38.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Recognition and assessment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

21-БОБ

Биполяр бузилишда енгил ёки ўртача депрессия

F31.3

1 Депрессия бир хил кўриниши, касаллик тарихи эса бошқача бўлиши мумкин

F31.3 ҳозирги депрессив эпизод енгил ёки ўртача оғирликда бўлган биполяр аффектив бузилишни ифодалайди. Унинг F32 ёки F33дан асосий фарқи бугунги қайғунинг рангида эмас, аввалги аффектив эпизодлар тарихидадир. ЖССТ МКБ-10 клиник қўлланмасида олдинги гипоманиакал, маниакал ёки аралаш аффектив эпизод ҳақида ишончли маълумот талаб қилинади. [1, 2]

Бемор биринчи марта депрессия билан мурожаат қилиши мумкин, лекин бу унинг ҳаётидаги биринчи аффектив эпизод дегани эмас. Аввалги гипомания «ишларим жуда яхши кетган вақт» сифатида эсда қолган бўлади. Мания эса баъзан касалхона, қарз ёки оилавий можаро тарихи ортида яширинган бўлади. Шунинг учун депрессияни баҳолашда умр давомидаги кайфият кўтарилиши ҳақида сўраш мажбурий клиник вазифадир.

2 Оддий яхши кайфиятни гипоманияга айлантирмаслик

Гипоманияни фақат хурсандлик билан аниқлаб бўлмайди. Кайфиятнинг ғайриоддий кўтарилиши ёки таъсирчанлиги билан бирга энергия ва фаолликда яққол ўзгариш, уйқуга эҳтиёж камайиши, гапириш ва фикрлаш тезлашиши, чалғувчанлик, одатдагидан ортиқча ижтимоий ёки мақсадли фаолият кузатилади. Муҳим жиҳат: бу беморнинг одатий ҳолатидан фарқ қилади ва муайян даврда биргаликда намоён бўлади.

Уйқусизлик билан уйқуга эҳтиёж камайиши фарқланади. Депрессия ёки хавотирда бемор кам ухлаганидан азият чекади ва чарчайди. Гипоманиакал ҳолатда эса анча кам ухлаб ҳам ўзини ғайриоддий тетик ҳис қилиши мумкин. Шунингдек, хизмат сафарида кўп ишлаш, янги лойиҳага қизиқиш ёки кофеин таъсири ўз-ўзидан гипомания эмас. Давомийлик, симптомлар мажмуаси, ташқи сабаблар ва функционал оқибатлар бирга баҳоланади.

Яқинлардан маълумот олиш бемор розилиги билан амалга оширилади. «У доим шундай» деган фикр ҳам, «бир ҳафтада бутунлай бошқа одамга айланди» деган таъриф ҳам клиник жиҳатдан текширилади. Оилавий биполяр бузилиш тарихи шубҳани ошириши

мумкин, аммо ташхисни якка ўзи тасдиқламайди.

3 Жорий депрессив эпизодни алоҳида баҳолаш

Биполяр тарих топилгандан кейин ҳозирги депрессияни тавсифлаш тўхтамайди. Асосий ва қўшимча депрессив симптомлар, давомийлик, ишлаш қобилияти, ўзини парвариш қилиш ва суицид хавфи баҳоланади. Енгил ва ўртача оғирлик оддий кайфият тушиши дегани эмас: беморда клиник аҳамиятли азоб ва кундалик ҳаётга таъсир бўлиши мумкин.

F31.3нинг ўзи психозли оғир эпизодни қамрамайди. Психотик симптомлар ёки оғир депрессив синдром аниқланса, код ва даволаш муҳити қайта кўриб чиқилади. Психозни «оғир хавотир» деб ёпиб қўйиш, ўзини айблашни эса ҳар доим васваса деб аташ мумкин эмас. Ишончнинг қатъийлиги, ҳақиқатга муносабат ва бошқа психопатологик белгилар текширилади.

МКБ-10нинг айрим деталлаштирилган вариантларида F31.30 ва F31.31 соматик синдромсиз ва соматик синдромли кўринишларни ифодалайди. Бу ерда «соматик» ҳар қандай жисмоний шикоят эмас, депрессиянинг муайян симптомлар мажмуасидир. Кодлашда маҳаллий қўлланиладиган вариант текширилади. [1, 2]

4 Аралаш белгилар: алоҳида эътибор

Тушкун кайфиятга уйқуга эҳтиёж камайиши, фикрлар тезлашиши, ортиқча энергия ёки импульсивлик қўшилса, аралаш аффектив ҳолат эҳтимоли баҳоланади. Аммо хавотир, безовталик ва уйқусизликнинг ўзи аралаш эпизодни исботламайди. МКБ-10даги F31.6 аралаш эпизод мезонларини кейинги таснифлардаги «аралаш белгилар» қўшимча тавсифи билан айнан тенглаштириб бўлмайди.

Аралаш симптомлар даволаш танловига ва хавфга таъсир қилади. Шифокор суицид фикрларига энергия ва импульсивлик қўшилган-қўшилмаганини аниқлайди. Беморнинг «энди бир оз ҳаракат қила оляпман» дегани ҳар доим хавф камайганини англатмайди.

5 Даволаш мантиғи нега фарқ қилади?

Биполяр депрессияни даволаш фақат депрессив симптомларни камайтириш эмас, мания ёки аралаш ҳолатга ўтиш хавфини ҳам ҳисобга олади. Шунинг учун униполяр депрессия учун мос бўлган режа автоматик кўчирилмайди. Айниқса биполяр I бузилишда антидепрессант монотерапияси одатий биринчи танлов эмас. Мутахассис биполяр депрессияга самараси кўрсатилган воситаларни, аввалги жавобни ва беморнинг узоқ муддатли профилактика режасини кўриб чиқади. [3, 4]

Даволашнинг аниқ таркиби симптом оғирлиги, аввалги дори самараси, ножўя таъсирлар, соматик ҳолат, ҳомиладорлик эҳтимоли ва маҳаллий рухсатларга боғлиқ. Бу боб дори танлаш ёки дозани мустақил белгилаш учун қўлланма эмас. Литий, айрим антипсихотиклар ёки бошқа воситалар муҳокама қилинганда тегишли лаборатор ва клиник мониторинг режаси ҳам белгиланади.

Психотерапия биполяр бузилишга мослаштирилади. Уйқу ва кундалик ритмни барқарорлаштириш, эрта белгиларни таниш, дорига муносабатни муҳокама қилиш, стрессга жавоб ва фаолиятни режалаштириш муҳим. Беморга ўзини «кўпроқ ишлашга мажбур қилиш» ёки атайлаб ухламаслик тавсия этилмайди. Уйқу ритмини бузувчи усуллар айрим одамларда аффектив беқарорликка олиб келиши мумкин.

6 Беморга тушунтириш ва кузатув

«Сизда икки шахсият бор» деган таъриф мутлақо нотўғри. Биполяр бузилиш шахсиятнинг иккига бўлиниши эмас. Беморга кайфият ва энергиянинг турли эпизодлари бўлиши, даволаш эса уларнинг ҳар икки йўналишини ҳисобга олиши тушунтирилади.

Кузатувда депрессия билан бирга уйқуга эҳтиёж, энергия, нутқ, сарф-харажат ва импульсив қарорлар ҳам сўралади. Даволашдан кейин энергия тез кўпайиб, уйқу эҳтиёжи камайса, буни оддий «тузалиш» деб қабул қилмасдан баҳолаш керак. F31.3нинг амалий аҳамияти шу: ҳозирги депрессияни бутун аффектив тарих билан боғлаб даволаш.

7 Скрининг натижаси билан ташхис ўртасида

Биполярликка оид сўровнома ижобий чиқиши клиник суҳбатни чуқурлаштиришга ёрдам бериши мумкин, аммо ташхисни мустақил тасдиқламайди. Айрим саволлар хавотир, диққат етишмаслиги, модда таъсири ёки одатий фаол темперамент билан ҳам мос келиши мумкин. Шунинг учун ҳар бир ижобий жавоб вақт, давомийлик ва одатий ҳолатдан фарқ билан текширилади. Манфий натижа ҳам ишончли мания анамнезини рад этмайди.

Энг муҳим саволлардан бири симптомлар бир даврда бирга бўлган-бўлмаганидир. Бемор ҳаётининг турли вақтларида кам ухлаган, кўп гапирган ва кўп пул сарфлаган бўлиши мумкин. Уларни бир сунъий эпизодга бирлаштириш мумкин эмас. Ташхис учун клиник белгиларнинг вақт жиҳатдан мажмуаси зарур.

8 Дори билан боғлиқ фаоллашиш

Антидепрессантдан кейин безовталик ёки уйқусизлик пайдо бўлиши ҳар доим гипомания эмас. Дорига боғлиқ фаоллашиш, хавотир кучайиши, акатизия ёки бошқа ножўя таъсирлар ҳам бўлиши мумкин. Аксинча, тўлиқ гипоманиакал ёки маниакал синдромни

«дорига бир оз реакция» деб камситиш ҳам хато. Энергия, уйқуга эҳтиёж, нутқ, фикр, ўзини баҳолаш ва хавфли хулқ тўлиқ баҳоланади.

МКБ-10 клиник тавсифлари ва тадқиқот мезонларида даволаш билан боғлиқ қисқа фаоллашишни талқин қилишда нозик фарқлар бор. Шу боис қайси мезонлар тўплами қўлланган ва воқеанинг дори билан вақт муносабати аниқ ёзилади. Беморни шошилинч равишда умрбод ёрлиқ билан белгилаш ҳам, кейинги хавфни эътиборсиз қолдириш ҳам мумкин эмас.

9 Биполяр I, биполяр II ва МКБ-10 коди

Клиник адабиётда биполяр I ва биполяр II атамалари кенг қўлланади. Улар мания ва гипомания тарихи бўйича муҳим фарқларни ифодалайди, аммо ЖССТ МКБ-10нинг F31.3 коди бу атамаларнинг бирига автоматик тенг эмас. Код ҳозирги эпизод ва аввалги аффектив тарихни биргаликда ифодалайди. Шунинг учун DSM атамасини МКБ кодига ўтказишда маҳаллий кодлаш қоидаси текширилади.

Бу фарқни беморга ортиқча классификацион тафсилот билан юклаш шарт эмас. У учун асосий маълумот: олдинги кайфият кўтарилиши даврлари даволаш режасини ўзгартиради; мақсад фақат тушкунликни камайтириш эмас, барқарорликни сақлашдир. Илмий ҳужжатда эса қайси тизим ва қайси мезон қўлланган аниқ бўлиши керак.

10 Психотерапияда биполяр кечишни ҳисобга олиш

Фаолиятни ошириш депрессияда фойдали мақсад бўлиши мумкин, аммо биполяр кечишда меъёр ва уйқу ритми алоҳида кузатилади. Бемор «энди ҳаммасини бир ҳафтада қилиб оламан» деб кескин юклама олса, терапевт буни фақат муваффақият деб рағбатлантирмайди. Реалистик суръат, дам олиш ва барқарор кун тартиби муҳокама қилинади.

Оила билан ишлашда ҳам фақат симптомни назорат қилиш эмас, мулоқотни яхшилаш муҳим. Яқинлар ҳар бир хурсандликни мания деб баҳоласа, бемор ўзининг табиий ҳисларидан қўрқиши мумкин. Аксинча, аввалги хавфли фаолликни романтиклаштириш ҳам зарарли. Олдинги эпизодга хос аниқ белгилар келишилади: масалан, бир неча кеча уйқуга эҳтиёжнинг кескин камайиши ва ғайриоддий сарф-харажатнинг бирга пайдо бўлиши.

11 Қабулда беморнинг афзалликларини эшитиш

Биполяр бузилиш ҳақидаги тушунтириш бемор учун оғир бўлиши мумкин. У аввалги фаол даврларини қадрлайди ва даволаш «ижодкорлигимни йўқотади» деб қўрқиши мумкин. Бу хавотирни рад этиш ўрнига аниқлаштириш зарур: қайси қобилиятни

сақлашни истайди, қайси ножўя таъсирдан қўрқади, аввал қандай тажриба бўлган? Даволаш мақсади инсоннинг шахсиятини йўқотиш эмас, хавфли эпизодларни камайтириб, барқарор фаолиятни сақлаш экани тушунтирилади.

Агар аввалги дори кучли уйқучанлик ёки бошқа ноқулайлик келтирган бўлса, беморнинг қаршилиги асоссиз эмас. Мутахассис фойда ва ножўя таъсирни бирга муҳокама қилади. Режа бемор иштироки билан тузилса, у симптомларни эртароқ айтиши ва ўзгаришларни яширмаслиги осонроқ бўлади. Ҳамкорлик хавфни инкор қилиш эмас, уни реалистик бошқаришдир.

12 Қабуллар орасидаги маълумот

Кайфият кундалиги айрим беморда депрессия, нормал тикланиш ва фаоллашишни ажратишга ёрдам бериши мумкин. Унда уйқу давомийлиги билан бирга уйқуга эҳтиёж, энергия ва кундалик фаолият қайд этилади. Фақат «яхши/ёмон» деган баҳо етарли бўлмаслиги мумкин: бемор гипоманияни жуда яхши ҳолат деб баҳолайди. Шунинг учун хулқий ва функционал белгилар ҳам муҳим.

Кундалик ташхисни ўзи қўймайди. У суҳбат учун материал бўлади. Бемор рақамларни тўлдиришга қаттиқ берилиб кетса ёки бу унга юк бўлса, восита соддалаштирилади. Яқинлар кузатуви ҳам бемор билан келишилган ва унинг шахсий чегараларини ҳурмат қилган ҳолда қўлланади.

13 Тезкор қайта баҳолашга асослар

Депрессия даволанаётганда янги импульсивлик, уйқуга эҳтиёжнинг кескин камайиши, кучли безовталик, психоз ёки суицид нияти пайдо бўлса, навбатдаги режали кўрикни кутиш тўғри бўлмаслиги мумкин. Беморга қайси хизматга ва қандай мурожаат қилиш олдиндан тушунтирилади. Фақат «ёмонлашсангиз келинг» деган умумий ибора ўрнига у таний оладиган белгилар айтилади.

Шу билан бирга, ҳар бир яхши кунни хавф деб қабул қилишдан сақланилади. Тикланишда энергия ва қизиқишнинг қайтиши кутилган натижа. Уни гипоманиядан фарқлаш учун уйқу эҳтиёжи, хулқнинг одатдан чиқиши, тезлашиш ва оқибатлар бирга баҳоланади. Бу нозик фарқ беморнинг нормал ҳаётдан қўрқмасдан тикланишига ёрдам беради.

14 Ўқув клиник мисол

Ўқув мақсадида тузилган ҳолатда 29 ёшли дизайнер беш ҳафталик тушкунлик, қизиқиш йўқолиши ва иш суръати пасайиши билан мурожаат қилади. Аввал у икки марта «жуда унумдор» даврларни бошдан кечирган: бир неча кун анча кам ухлаб, чарчамаган, бир вақтда кўп лойиҳа олган, ғайриоддий харидлар қилган. Бемор буни касаллик деб ҳисобламаган. Унинг розилиги билан олинган яқин инсон маълумоти одатий хулқдан яққол ўзгариш бўлганини тасдиқлайди.

Шифокор фақат шу қисқа таърифга таяниб код қўймайди. Ҳар бир даврнинг давомийлиги, симптомлари, моддалар ва дори таъсири, функционал оқибатлари текширилади. Аввалги гипоманиакал эпизод ва ҳозирги ўртача депрессив эпизод мезонлари тасдиқланса, F31.3 асосланади. Даволаш режаси аввалги «рекуррент депрессия» гипотезасидан биполяр кечишни ҳисобга олувчи режага ўзгаради.

15 Қиёсий ўқув вазияти

Икки бемор «кам ухладим» дейди. Биринчиси кечаси хавотирдан ухлолмайди, эрталаб чарчоқ ва уйқучанликдан азият чекади. Иккинчиси одатдагидан анча кам ухлаб, ўзини ғайриоддий тетик ҳис қилади, тез гапиради ва катта режалар тузади. Бу қисқа ўқув мисоли ташхис қўйиш учун етарли эмас, аммо бир хил шикоят ортида турли клиник маъно борлигини кўрсатади. Биринчи ҳолатда хавотирли уйқусизлик, иккинчисида гипоманиакал ёки маниакал синдром эҳтимоли текширилади.

Яна бир вазиятда бемор таътилда қувонган ва кўп суҳбатлашган. Уйқу эҳтиёжи, хулқи ва функцияси одатий чегарада. Бундай ҳолатни гипомания деб аташ ортиқча ташхис бўлади. Яхши дифференциал ташхис фақат касалликни топиш эмас, нормал кайфиятни ҳам нормал деб тан олишдир.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F30 ва F31.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F31.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE CG185. Bipolar disorder: assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[4] NIMH. Bipolar Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder

22-БОБ

Ва F31.5 биполяр бузилишда оғир депрессия

F31.4

1 Икки коднинг умумий асоси ва ҳал қилувчи фарқи

F31.4 биполяр аффектив бузилишнинг ҳозирги оғир, психотик симптомларсиз депрессив эпизодини; F31.5 эса ҳозирги оғир, психотик симптомли депрессив эпизодини ифодалайди. Иккала ҳолатда ҳам биполяр кечишни тасдиқловчи аввалги аффектив эпизод тарихи ва ҳозирги оғир депрессив синдром асосланиши керак. Психоз бор-йўқлиги кодни ўзгартиради, аммо психозсиз оғир депрессияни «хавфсиз» қилмайди. [1, 2]

Беморнинг аввалги манияси кўп йил олдин бўлган, оила буни унутган ёки ҳужжат бошқа муассасада қолган бўлиши мумкин. Шунинг учун жорий оғир ҳолатда ҳам анамнез тикланади. Лекин ҳужжат кутиш шошилинч ёрдамни кечиктирмаслиги лозим. Диагностик аниқлаштириш ва хавфсизлик чоралари бир вақтда олиб борилади.

2 F31.4: психозсиз оғир депрессия

Кучли анедония, тушкунлик, энергиянинг жиддий камайиши, психомотор секинлашиш ёки безовталик, умидсизлик, овқатланиш ва уйқу бузилиши, ишлаш ва ўзини парвариш қилишнинг кескин пасайиши оғир синдромни ташкил қилиши мумкин. Суицид фикрлари очиқ айтилмаслиги ҳам мумкин: баъзи беморлар яқинларини хафа қилмаслик учун яширади, бошқалари эса гапиришга куч тополмайди.

Ҳар бир беморда фикр, ният, режа, воситаларга кириш, аввалги уринишлар ва ҳимоя омиллари алоҳида баҳоланади. Хавф шкаласидаги балл клиник қарорни алмаштирмайди. Беморнинг суюқлик қабул қилмаслиги, оғир ўзини ташлаб қўйиш ёки соматик беқарорлиги ҳам шошилинч ёрдам сабаби бўлиши мумкин.

Психозсиз ҳолатда айбдорлик ҳисси кучли, аммо шубҳа ва муҳокама имкони сақланган бўлиши мумкин. «Оиламга етарлича ёрдам бермаяпман» деган фикр билан «менинг фикрим туфайли бутун шаҳар ҳалок бўлди» деган тузатилмайдиган ишонч бир хил эмас. Клиник мазмун ва ҳақиқатга муносабат бирга баҳоланади.

3 F31.5: оғир депрессияга психоз қўшилганда

Васвасали айбдорлик, хароб бўлиш, оғир тана касаллиги ёки мавжуд эмаслик ҳақидаги ишончлар, айбловчи ёки буйруқ берувчи овозлар психотик депрессияда учраши мумкин. Психотик мазмун кайфиятга мос ёки мос бўлмаган бўлиши мумкин. Мазмуннинг ғайриоддийлиги якка ўзи шизофренияни исботламайди; психоз билан кайфият эпизоди ўртасидаги вақт муносабати муҳим.

Галлюцинациялар ҳақида сўраганда уларнинг мазмуни, частотаси, беморнинг уларга муносабати ва буйруққа амал қилиш хавфи аниқланади. Шифокор васваса билан тортишиб, беморни «мантиқан енгишга» уринмайди. У азобни тан олади, аммо нотўғри ишончни тасдиқламайди: «Сиз буни жуда ҳақиқий ҳис қилаётганингизни кўряпман; хавфсизлигингизни таъминлаб, ҳолатни даволаймиз» каби мулоқот мақбул.

Онгнинг булутланиши, диққатнинг кескин ўзгарувчанлиги, иситма ёки ўткир неврологик белгилар бўлса, делирий ва бошқа соматик сабаблар текширилади. Қотиб қолиш, мутизм, овқатдан бош тортиш ёки ғайриоддий ҳаракатлар кататония эҳтимолини кўтариши мумкин. Буларни «депрессияси жуда кучли» деб изоҳлаб қўйиш мумкин эмас.

4 Даволаш муҳити ва бошланғич қарорлар

Оғир биполяр депрессияда ёрдам муҳити беморнинг хавфсизлиги, ўзини парвариш қилиш қобилияти, психоз, соматик ҳолат ва уйдаги қўллаб-қувватлашга қараб танланади. Айрим ҳолатда интенсив амбулатор кузатув етарли бўлиши мумкин; бошқасида стационар ёрдам зарур. Мажбурий чоралар қўлланиши маҳаллий қонун, клиник асос ва бемор ҳуқуқлари билан тартибга солинади.

Аввало қабул қилинаётган дорилар, уларнинг мунтазамлиги, аввалги самара ва ножўя таъсирлар аниқланади. «Дори ишламаган» деган хулоса чиқаришдан олдин етарли муддат, қабул тартиби ва ташхиснинг тўғрилиги текширилади. Бироқ юқори хавфда барча маълумот тўплангунча даволашни кечиктириш мумкин эмас.

5 Униполяр депрессия режасини автоматик кўчирмаслик

Биполяр депрессияда мутахассис касалликнинг ҳар икки қутбини ҳисобга олади. Антидепрессантни якка ҳолда одатий бошланғич ечим сифатида танлаш, айниқса биполяр I бузилишда, мақбул эмас. Айрим беморларда у мания, гипомания ёки аралаш симптомлар пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳар бир беморда бундай натижа бўлади деб айтиш ҳам нотўғри; хавф индивидуал баҳоланади. [3, 4]

NICE CG185 ўртача ва оғир биполяр депрессия учун муайян фармакологик вариантларни, жумладан кветиапин ёки оланзапин билан флуоксетин комбинациясини клиник шароитга қараб кўриб чиқади. Литий қабул қилаётган беморда унинг даражаси, самараси ва хавфсизлиги текширилади. Бу номларни келтириш тайёр рецепт эмас: танлов қўлланма, лицензия, ҳамроҳ касаллик, репродуктив хавф ва мониторинг имконига боғлиқ. Психозли ҳолатда антипсихотик компонент ва хавфсиз муҳит алоҳида аҳамиятга эга.

Ҳаёт учун хавфли, тез жавоб талаб қиладиган ёки тегишли даволашга жавоб бермаган оғир ҳолатларда электроконвульсив терапия мутахассислар томонидан кўриб чиқилиши мумкин. Қарорда соматик баҳолаш, анестезия, когнитив ножўя таъсирлар, розилик ва ҳуқуқий талаблар муҳокама қилинади. ЭКТни жазо ёки барча депрессия учун оддий биринчи қадам сифатида кўрсатиш мумкин эмас.

6 Кузатувдаги икки йўналиш

Даволаш самараси депрессив ва психотик симптомлар камайиши, овқатланиш, уйқу ва функция тикланиши орқали баҳоланади. Шу билан бирга, манияга ўтиш белгилари ҳам кузатилади. Кескин тетиклик, уйқуга эҳтиёж камайиши, тез нутқ ва хавфли қарорлар пайдо бўлса, режа қайта кўриб чиқилади. Хулоса шуки, оғир биполяр депрессияни даволаш «кайфиятни кўтариш»дан кенгроқ вазифадир: хавфни камайтириш, барқарор тикланиш ва кейинги эпизодларнинг олдини олиш бирга кўзланади.

7 Психоз ва кайфиятнинг вақт муносабати

F31.5ни баҳолашда психотик симптомлар қачон бошлангани ва кайфият эпизоди билан қандай боғлангани аниқланади. Психоз депрессив синдром билан бирга пайдо бўлиб, у енгиллашганда камайганми? Кайфият эпизодидан ташқари ҳам давом этганми? Аввалги психозли даврларда мания ёки депрессия бўлганми? Бу маълумотлар биполяр, шизоаффектив ва бошқа психотик бузилишларни фарқлашда муҳим.

Бир қабулдаги манзара бутун ташхисни ҳал этмаслиги мумкин. Шошилинч ҳолатда ишчи ташхис билан ёрдам кўрсатилади, кейин вақт бўйича маълумот тўлдирилади. Шифокор психоз мазмуни ғайриоддий бўлгани учун аффектив тарихни четга сурмайди; шу билан бирга, ҳар қандай психозни депрессиянинг қисми деб қабул қилмайди.

8 Акатизия, хавотир ва аралаш симптомлар

Даволаш даврида беморда безовталик пайдо бўлса, унинг табиати аниқланади. Акатизияда ички ҳаракатланиш эҳтиёжи ва бир жойда ўтира олмаслик бўлиши мумкин; хавотирда қўрқув ва хавф кутилмаси устун; аралаш аффектив ҳолатда эса фаоллик, фикр

тезлиги ва уйқу эҳтиёжидаги ўзгаришлар бирга келиши мумкин. Бу ҳолатлар бирга учраши ҳам мумкин, шунинг учун қисқа ёрлиқ етарли эмас.

Безовталикни нотўғри талқин қилиш даволашни нотўғри йўналтириши мумкин. Дори ножўя таъсири бўлса, уни касаллик кучайиши деб қабул қилиш; аралаш ҳолат бўлса, уни фақат хавотир деб баҳолаш хавфли. Дори бошланган ёки ўзгарган вақт, симптомлар бошланиши ва клиник кўрик бирга таҳлил қилинади. Беморга дори дозасини мустақил ўзгартириш эмас, тезроқ мутахассисга хабар бериш тушунтирилади.

9 Соматик мониторинг даволашнинг бир қисми

Оғир депрессияда овқатланиш, суюқлик, вазн ўзгариши, ҳаракатсизлик ва ҳамроҳ касалликлар баҳоланади. Фармакотерапия танланганда ҳар бир воситага хос хавфсизлик текширувлари белгиланади. Масалан, литий билан даволашда қондаги даража ва тегишли орган функциялари бўйича мониторинг талаблари мавжуд; антипсихотикларда метаболик ва ҳаракат ножўя таъсирлари баҳоланади. Аниқ жадвал препарат, ҳолат ва маҳаллий протоколга қараб белгиланади.

Ҳомиладорлик эҳтимоли, эмизиш ёки репродуктив режалар фармакологик қарордан олдин муҳокама қилиниши керак. Айрим воситаларнинг репродуктив хавфи жиддий ва махсус чекловлар талаб қилади. Беморга дорини тўсатдан тўхтатишни тавсия қилиш ҳам хавфли бўлиши мумкин; қарор тегишли мутахассислар билан индивидуал қабул қилинади. Бу масалада оддий «табиий воситага ўтинг» деган маслаҳат етарли эмас.

10 Қарор қабул қилиш қобилияти ва розилик

Оғир депрессия ёки психоз мавжудлиги бемор барча қарорга қобилиятсиз дегани эмас. Қобилият муайян қарор ва муайян вақт учун баҳоланади: бемор маълумотни тушуна оладими, ўз ҳолатига татбиқ қила оладими, вариантларни солиштира оладими ва танловини ифодалай оладими? Шу билан бирга, оғир васваса айрим қарорларни бузиши мумкин. Розилик ва ҳуқуқий чоралар маҳаллий қонунларга мувофиқ амалга оширилади.

Яқинлардан ёрдам олиш беморни мулоқотдан чиқариб қўйиш дегани эмас. Унинг овози имкон қадар сақланади. Шифокор мураккаб маълумотни қисқа қисмларга бўлиб тушунтиради, тушунганини текширади ва такрор муҳокама қилишга тайёр бўлади. Хавфсизлик билан инсон қадри бир-бирига қарши қўйилмайди.

11 Стационардан кейинги ўтиш

Оғир эпизоддан кейинги биринчи даврда ёрдам узилиб қолмаслиги муҳим. Чиқариш хулосасида аввалги биполяр тарих, жорий эпизод хусусияти, психоз ва хавф динамикаси, дорилар ва мониторинг эҳтиёжи тушунарли баён қилинади. Кейинги мутахассисга фақат

«аҳволи яхшиланди» деган жумла етарли эмас. Қайси симптомлар сақлангани ва қайси белгиларда тез қайта баҳолаш зарурлиги кўрсатилади.

Бемор ҳаётга қайтганда эпизод оқибатлари билан ҳам тўқнашади: ишдан узилиш, оила хавотири, уят ёки қарзлар. Бу муаммоларни фақат дори ҳал қилмайди. Психологик ва ижтимоий ёрдам даволашнинг давоми сифатида режалаштирилади. Барқарор тикланиш симптомлар йўқолиши билан бирга беморнинг ўз ҳаётини қайта бошқаришини ҳам қамраб олади.

12 Оғирлик ва хавф ҳар доим бир йўналишда ўзгармайди

Беморнинг ҳаракати ва нутқи бир оз жонланса, суицид хавфи автоматик камайган деб бўлмайди. Умидсизлик сақланган ҳолда энергия ошиши айрим вазиятда хавфли бўлиши мумкин. Шунинг учун кузатувда умумий ташқи яхшиланиш билан бирга фикр, ният ва ҳаракат имкони қайта сўралади. Хавф динамик жараён, бир қабулдаги баҳо кейинги ҳафта учун кафолат эмас.

Психоз камайиши ҳам барча хавфни тугатмайди. Бемор аввалги васвасали ҳаракатларидан уялиши, оилавий ёки молиявий оқибатлардан қўрқиши мумкин. Реабилитацияда бу ҳислар очиқ ва айбловсиз муҳокама қилинади. Беморга касаллик давридаги тажрибани тушуниш ва ҳаётга қайтиш учун вақт ҳамда ёрдам керак бўлиши мумкин.

13 Мутахассислар ўртасидаги мувофиқлаштириш

Оғир биполяр депрессияда психиатр, соматик мутахассис, ҳамшира ва психологнинг вазифалари бир-бирига мос бўлиши керак. Бир мутахассис уйқу ва фаолликни барқарорлаштиришни, бошқаси эса кескин юклама оширишни тавсия қилса, бемор чалкашади. Асосий даволаш режаси, мониторинг ва шошилинч белгилар бўйича мувофиқлик зарур.

Беморга ким қайси савол учун масъул экани тушунтирилади. Дори ножўя таъсири, психотерапия вазифаси ва маъмурий масала учун алоқа йўли фарқ қилиши мумкин. Хизматлар ўртасидаги узилишни беморнинг ўзи ҳал қилишига тўлиқ ташлаб қўйиш, айниқса оғир эпизоддан кейин, қийинчилик келтиради. Клиник мувофиқлаштириш даволаш сифатининг бир қисми ҳисобланади.

14 Икки ўқув клиник мисол

Биринчи мисол ўқув учун тузилган. 47 ёшли эркакнинг аввалги маниакал эпизоди тиббий ҳужжатлар билан тасдиқланган. Ҳозир у деярли ишламайди, куннинг катта қисмини ётиб ўтказади, овқатни кам қабул қилади, кучли умидсизликни баён қилади. Психоз аниқланмайди. Оғир депрессив эпизод мезонлари тасдиқлангач, F31.4 қўйилади. Даволаш муҳити суицид хавфи ва овқатланиш ҳолатига қараб танланади; «психоз йўқ» дегани билан уйга кузатувсиз жўнатилмайди.

Иккинчи ўқув мисолда 39 ёшли аёл аввал мания билан даволанган. Жорий депрессияда «ички аъзоларим йўқолган, овқат ейишим мумкин эмас» деган қатъий ишонч пайдо бўлган. Соматик текширув билан бирга психотик симптомлар, кататония эҳтимоли ва хавф баҳоланади. Оғир биполяр депрессив эпизод психоз билан тасдиқланса, F31.5 асосланади. Беморнинг овқатдан бош тортиши фақат фикр мазмуни эмас, жисмоний хавф манбаи ҳамдир.

15 Хулосани ёзиш намунаси

Таълимий тузилма сифатида хулосада қуйидагилар изчил баён қилиниши мумкин: биполяр кечишни тасдиқловчи аввалги эпизод; ҳозирги оғир депрессив синдром; психоз бор-йўқлиги; аралаш ва кататоник белгилар баҳоси; соматик ҳолат; хавф; ёрдам муҳити; даволаш ва мониторинг. Бу расмий бланк эмас, клиник маълумотни йўқотмаслик учун йўналишдир.

Агар бир қисм ҳақида маълумот етишмаса, у «йўқ» деб эмас, «ҳали аниқланмаган» деб қайд этилади. Масалан, аввалги ҳужжат келмагани мания бўлмаганини исботламайди. Аниқ маълумот билан чегараларни ажратиш оғир ҳолатда ҳам клиник фикрлашнинг асосий талабидир.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F31.4–F31.5. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F31.4–F31.5. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE CG185. Managing bipolar depression in adults in secondary care. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[4] NIMH. Bipolar Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder

23-БОБ

Дистимия

F34.1

1 «Мен доим шундайман» деган шикоят ортида

Дистимия узоқ давом этувчи депрессив кайфият билан характерланади. Бемор баъзан аниқ бошланиш санасини айта олмайди: «ҳамиша хурсанд бўлишим қийин», «ишлайман, лекин ҳаётдан завқ олмайман», «бу менинг характерим» дейди. Шифокор бу таърифни шахсиятга доир ҳукм сифатида эмас, вақт бўйича текширилиши керак бўлган клиник маълумот сифатида қабул қилади.

ЖССТ клиник қўлланмаси дистимияни бир неча йил давом этиши мумкин бўлган, оғирлиги ёки алоҳида эпизодлар давомийлиги рекуррент депрессив бузилиш талабларига мос келмайдиган сурункали депрессив кайфият сифатида баён қилади. Тадқиқот мезонларида камида икки йиллик давр аниқ белгиланган. Бу фарқни сақлаш муҳим: ҳар қандай икки йиллик депрессия автоматик равишда F34.1 эмас. [1, 2]

2 Давомийликнинг ўзи ташхис эмас

Икки йил давомида тўлиқ депрессив эпизод мезонлари узлуксиз бажарилган беморда сурункали эпизод эҳтимоли бор. Уни фақат узоқ давом этгани учун дистимия деб қайта номлаш мумкин эмас. Шунингдек, кетма-кет алоҳида эпизодлар ва улар орасидаги тикланиш даврлари F33ни кўрсатиши мумкин. Дистимияни аниқлашда кайфиятнинг асосий фони, симптомларнинг даражаси ва вақт бўйича ўзгариши бирга баҳоланади.

DCR мезонлари камида икки йил доимий ёки тез-тез қайтувчи тушкунлик, нисбатан яхши кайфият даврлари чекланганлиги ва шу даврда гипоманиакал эпизод бўлмаслигини ҳисобга олади. Дистимиядаги симптомлар тўлиқ депрессив эпизод мезонларини узлуксиз тўлдирмаслиги мумкин, аммо азоб ва функционал таъсир ҳақиқийдир. «Енгил» деган сўз «аҳамиятсиз» маъносида ишлатилмаслиги керак.

3 Клиник кўринишни очиш

Тез чарчаш, ўзини паст баҳолаш, умидсизлик, диққат қийинлиги, уйқу ёки иштаҳа ўзгариши, йиғлоқилик, кам гапириш ва кундалик масъулиятларни оғир юкдек ҳис қилиш учраши мумкин. Бемор асосий вазифаларни бажаргани билан ички азобини яширади. Шу сабабли фақат ишга чиқишига қараб «депрессия йўқ» дейиш хато.

Суҳбатда одатий кун қандай ўтиши, завқ олиш қобилияти, яқин муносабатлар, дам олиш, ўзини баҳолаш ва келажакка муносабат сўралади. «Сиз учун яхши кун қандай бўлади?» деган савол беморнинг нисбий тикланиш даражасини кўрсатиши мумкин. Баъзан инсон шунчалик узоқ вақт тушкун юрган бўладики, у бошқача ҳаётни тасаввур қилолмайди.

Шикоятнинг болалик ёки ўсмирликдан бошлангани ривожланиш тарихи, оила муҳити, травма, нейроривожланиш хусусиятлари ва шахсиятни ҳам баҳолашга асос бўлади. Лекин оғир болалик тарихи дистимияни ўз-ўзидан тасдиқламайди. Диагноз симптомлар ва кечишга таянади.

4 Шахсий хусусиятлардан фарқлаш

Камгаплик, жиддийлик ёки интроверсия касаллик эмас. Дистимияда тушкун кайфият, қониқишнинг камлиги ва азобланиш клиник аҳамиятга эга бўлади. Шахсият хусусиятлари турли вазиятларда барқарор намоён бўлиши мумкин; аффектив симптомлар эса ўз динамикасига, кучайиш ва юмшашига эга. Амалда иккаласи бирга учраши мумкин, шунинг учун «характер ёки касаллик» деган қатъий иккилик ҳар доим етарли эмас.

Шифокор беморга «сиз шундай одамсиз» демаслиги керак. Бундай сўз даволанадиган симптомларни ўзгармас тақдирга айлантириб қўяди. Бошқа томондан, инсоннинг барча қийин муносабатларини фақат дистимия билан тушунтириш ҳам нотўғри. Аффектив, шахсий ва ижтимоий омиллар алоҳида кўриб чиқилади.

5 Устига қўшилган депрессив эпизод

Сурункали паст кайфият фонида анедония, энергия камайиши, суицид фикри ва функцияда яққол ёмонлашиш пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат адабиётларда баъзан «икки қаватли депрессия» деб аталади. Атама клиник тасвир учун фойдали бўлиши мумкин, аммо мустақил МКБ-10 коди эмас. Жорий эпизод мезонлари тўлиқ текширилади ва қўлланилаётган кодлаш қоидалари бўйича қайд қилинади.

Беморнинг «мен доим ёмонман» дегани янги оғирлашишни яшириши мумкин. Шунинг учун одатий фон билан ҳозирги ҳолат таққосланади: аввал ишга борганми, ҳозир бора оляптими; аввал завқнинг бир қисми сақланганми, ҳозир бутунлай йўқолганми? Янгидан

пайдо бўлган суицид нияти ёки психоз «дистимиянинг оддий қисми» сифатида қабул қилинмайди.

6 Дифференциал ташхис

Биполяр кечиш эҳтимоли учун гипомания ва мания тарихи сўралади. Циклотимияда тушкунлик билан бирга кайфият кўтарилиши даврлари мавжуд бўлиши мумкин; бундай тарихни фақат «баъзан яхши бўлади» деган жумла билан баҳолаб бўлмайди. Модда истеъмоли, дори таъсири, эндокрин ва бошқа соматик ҳолатлар ҳам анамнез ва кўрикка қараб текширилади.

Сурункали хавотир, уйқу бузилиши, оғриқ, узоқ қайғу реакцияси ва ижтимоий қийинчиликлар депрессив симптомларга қўшилиши ёки уларни тақлид қилиши мумкин. Қайғунинг мазмуни ва кечиши, маданий контекст ва йўқотиш билан боғлиқлик ҳисобга олинади. Ҳаётий қийинчиликнинг мавжудлиги клиник депрессияни инкор қилмайди, аммо ҳар бир оғир ҳаётни касаллик деб белгилаш ҳам мумкин эмас.

7 Даволаш ва реалистик мақсадлар

Даволаш режаси симптомлар, функционал йўқотиш, аввалги ёрдам ва беморнинг танловига асосланади. Сурункали депрессив симптомларда психотерапевтик ва фармакологик вариантлар кўриб чиқилиши мумкин. Психотерапияда узоқ давом этган ўзини камситиш, умидсиз кутилмалар, фаолиятдан четланиш ва муносабатлар муаммолари билан ишланади. Беморни «ижобий фикрлаш»га мажбурлаш терапия ўрнини босмайди. [3]

Мақсадлар ўлчанадиган ва босқичма-босқич бўлади: уйқу ритмини тиклаш, ҳафтада бир маъноли фаолиятга қайтиш, иш юкламасини мослаштириш, ижтимоий алоқани яхшилаш. Даволашдан кейин фақат кайфият эмас, беморнинг ҳаётдаги иштироки ҳам баҳоланади. Узоқ давом этган ҳолатда ўзгариш секин бўлиши мумкин, аммо бу даволаш фойдасиз дегани эмас.

8 Сурункали ҳолатда вақтни қандай тиклаймиз?

Дистимияда бемор «охирги марта қачон яхши эдингиз?» деган саволга жавоб беролмаслиги мумкин. Бундай пайтда ҳаёт босқичлари бўйича суҳбат фойдали: мактаб, ўқиш, биринчи иш, оила қуриш, кўчиш ва бошқа муҳим даврлар. Ҳар бир босқичда кайфият, қизиқиш, фаолият ва муносабатлар қандай бўлгани сўралади. Бу усул хотирани аниқлаштириш учун, сабабни олдиндан белгилаш учун эмас.

Нисбатан яхши даврлар ҳам чуқур ўрганилади. Бемор яхши ишлагани билан ўзини яхши ҳис қилмаган бўлиши мумкин. Ёки бир неча ҳафта ҳақиқатан қизиқиш ва умид тиклангач, кейин яна паст фон қайтган бўлиши мумкин. Оралиқларнинг давомийлиги ва

сифати дистимияни рекуррент депрессиядан фарқлашга ёрдам беради. Кундалик ёки аввалги ёзувлар бўлса, улар беморнинг ҳозирги умумлаштирувчи хотираси билан солиштирилади.

9 «Менинг характерим» деган ишонч билан ишлаш

Бемор узоқ давом этган симптомларни ўз шахсияти деб қабул қилса, даволашга умиди кам бўлиши мумкин. «Мен шундай туғилганман, ўзгармайман» деган фикр терапияда муҳокама қилинади. Мутахассис унинг шахсиятини рад этмайди ва мажбурий оптимизм таклиф қилмайди. У симптом, одат ва қадриятни ажратишга ёрдам беради: масалан, жиддий инсон бўлиш билан ҳеч нарсадан завқ олмаслик бир хил эмас.

Кичик ўзгаришлар бу ишончни текшириш имконини беради. Бемор маъноли фаолиятни қайта бошлаганда бир оз қониқиш сезса, бу унинг бутун шахсияти ўзгаргани эмас; депрессив чекловнинг бир қисми юмшаганини кўрсатиши мумкин. Шу тажрибаларга таянган мулоқот «ўзингизни қўлга олинг» деган умумий маслаҳатдан амалийроқдир.

10 Психотерапевтик формуляция

Сурункали тушкунликда руминация, ўзини танқид қилиш, қочиш ва ижтимоий чекиниш бир-бирини қувватлаши мумкин. Масалан, бемор ўзини қобилиятсиз деб ҳисоблаб янги вазифадан қочади; янги тажриба бўлмагани учун ишонч ўзгармайди; кейин ўзини яна қобилиятсиз деб баҳолайди. Бу мисол барча дистимиянинг ягона механизми эмас, айрим бемор учун текшириладиган клиник гипотезадир.

Формуляция бемор билан бирга тузилади ва ўзгариши мумкин. Унинг мақсади симптомни фақат «нотўғри фикр»га қисқартириш эмас. Соматик ҳолат, иқтисодий қийинчилик, зўравонлик ёки ёлғизлик каби реал шароитлар ҳам таъсир қилиши мумкин. Терапия инсонни ҳақиқий муаммога мослашишга мажбурлаш эмас, имкони бор жойда шароитни ўзгартириш ва қолган жойда самарали жавобни топишга ёрдам беришдир.

11 Даволашга жавоб кам бўлганда

Бир неча учрашувдан кейин ўзгариш бўлмаса, «дистимия барибир даволанмайди» деган хулоса чиқарилмайди. Ташхис, ҳамроҳ бузилишлар, терапиянинг мослиги, иштирокка тўсиқлар ва мақсадлар қайта кўриб чиқилади. Бемор топшириқни бажармаган бўлса, сабаб сўралади: диққат қийинлиги, вақт, қўрқув, уй шароити ёки вазифанинг маъносини тушунмаслик бўлиши мумкин.

Фармакотерапияда ҳам самара ва ножўя таъсир алоҳида баҳоланади. Уйқу ёки хавотир камайган, аммо асосий депрессив симптомлар сақланган бўлиши мумкин. Дорига жавобнинг йўқлиги ташхисни автоматик рад этмайди, лекин қайта баҳолашга асос беради.

Узоқ муддатли мақсадни сақлаб, оралиқ натижаларни реал кўриш муҳим.

12 Оила ва ижтимоий муҳит

Яқинлар беморни «доим норози» деб қабул қилиши мумкин. Бу муносабат низони кучайтиради, бемор эса ўзини тушунилмаган ҳис қилади. Розилик асосида оилага сурункали депрессив симптомларнинг табиати тушунтирилади. Шу билан бирга, ҳар бир низони касалликка боғлаб, беморнинг муносабатлардаги масъулиятини бутунлай йўқ қилиш ҳам тўғри эмас.

Ёрдамнинг мақсади ўзаро айблашни камайтириш ва аниқ эҳтиёжни ифодалашдир. «Мени ҳеч ким тушунмайди» деган умумий гапни «кечқурун вазифаларни бўлишиш менга ёрдам беради» каби амалий сўровга айлантириш мумкин. Бундай иш симптом даволашни алмаштирмайди, аммо тикланиш учун қулай муҳит яратиши мумкин.

13 Тикланиш мезонини бемор билан келишиш

Дистимияда бемор «яхши бўлиш»ни ҳеч қачон хафа бўлмаслик деб тасаввур қилиши мумкин. Бундай мақсад реал эмас ва кичик қайғуни даволаш муваффақиятсизлигига айлантиради. Тикланиш одатий ҳиссий диапазон, қизиқиш, энергия ва ҳаётда иштирокнинг яхшиланиши сифатида тушунтирилади. Бемор учун маъноли натижа нималиги сўралади: оила билан вақт ўтказиш, ишда камроқ зўриқиш ёки яна китоб ўқишга қизиқиш бўлиши мумкин.

Симптом шкаласи билан бирга шу шахсий мақсадлар кузатилади. Балл камайган, аммо бемор ҳаётида ўзгариш сезмаган бўлса, бу фарқ муҳокама қилинади. Аксинча, фаолият яхшиланган бўлса ҳам қолдиқ умидсизлик эътиборсиз қолдирилмайди. Натижани бир кўрсаткичга қисқартириш сурункали ҳолатда айниқса чекланган.

14 Касаллик давомийлиги ва умид

Узоқ давом этган симптомлар беморни ҳам, мутахассисни ҳам чарчатиши мумкин. Бироқ давомийликнинг узунлиги ёрдамдан воз кечиш учун асос эмас. Реалистик умид тез ва тўлиқ кафолат беришдан фарқ қилади: қайси ўзгариш мумкин, қайси тўсиқ бор ва қандай қадам қўйилиши очиқ муҳокама қилинади. Мутахассис «сиз албатта бир ҳафтада ўзгарасиз» демайди, лекин имкониятларни ҳам инкор қилмайди.

Агар бир усул мос келмаса, бу беморнинг айби эмас. Ташхис, ҳамроҳ муаммо, терапевтик муносабат ва ёрдам формати қайта баҳоланади. Беморга унинг фикри эшитилаётганини кўрсатиш узоқ даволашда муҳим. Касаллик ҳақидаги таълим ҳам бир марта эмас, эҳтиёжга қараб такрор берилади.

15 Ўқув клиник мисол

Ўқув учун тузилган мисолда 34 ёшли муҳандис тўрт йилдан бери паст кайфият, ўзини паст баҳолаш ва кам қувончни баён қилади. У ишлайди, аммо дам олишни «бефойда» деб билади. Тарихни тиклашда узоқ давом этган фон аниқланади, лекин унинг бутун даврида тўлиқ депрессив эпизод мезонлари узлуксиз бажарилмаган. Гипомания тарихи йўқ. Соматик ва моддага боғлиқ сабаблар клиник асосда баҳоланади.

Сўнгги бир ойда эса у ишга бормай қўйган, анедония кескин кучайган ва яшашни истамаслик фикрлари пайдо бўлган. Шифокор фақат F34.1ни такрорламайди: устига қўшилган депрессив эпизод ва хавфни алоҳида баҳолайди. Мисолнинг сабоғи шундаки, сурункали фон янги эпизодни кўрмасликка сабаб бўлмаслиги керак.

16 Қиёсий ўқув мисоли

Биринчи ўқув ҳолатида инсон кўп йилдан бери камгап, аммо ишидан, оиласидан ва ёлғиз машғулотларидан қониқади; клиник азоб ва функционал йўқотиш йўқ. Бу интроверсияни дистимияга айлантириш учун асос эмас. Иккинчи ҳолатда инсон доим ўзини қадрсиз ҳис қилади, ҳеч қандай фаолиятдан қониқмайди, келажакни умидсиз кўради ва бу ҳолат узоқ давом этган. Бунда аффектив бузилишни текшириш зарур. Иккала одам камгап бўлиши мумкин, аммо белгининг клиник маъноси бошқача.

17 Амалиёт учун якуний қиёс

Икки йил давом этган тўлиқ оғир депрессив синдром билан икки йил давом этган субсиндромал паст кайфият бир хил эмас. Биринчисида эпизоднинг сурункали кечиши, иккинчисида дистимия эҳтимоли текширилади. Дистимик фон устига тўлиқ эпизод қўшилса, янги синдром алоҳида кўрилади. Гипомания тарихи топилса, аффектив ташхис қайта баҳоланади.

Шу қиёс F34.1ни оддий «узоқ депрессия» ёрлиғидан ажратади. Давомийлик, симптом даражаси ва эпизодлар тузилиши биргаликда ташхисни белгилайди. Беморнинг «ҳамиша шундайман» деган сўзи суҳбатни тугатмайди, аксинча чуқурроқ ўрганишни бошлайди.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F34.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F34.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Chronic depressive symptoms. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

24-БОБ

Бошқа турғун кайфият бузилишлари

F34.8

1 Рубриканинг вазифаси

F34.8 МКБ-10даги бошқа турғун аффектив бузилишларни ифодалайди. Бу барча тушунарсиз кайфият шикоятларини жойлаштириш учун «қути» эмас. ЖССТ клиник қўлланмасида циклотимия ёки дистимия мезонларига тўлиқ мос келмайдиган, лекин клиник аҳамиятли бўлган бошқа турғун аффектив ҳолатлар назарда тутилади. [1]

«Турғун» атамаси симптомлар ҳар сония ўзгармас дегани эмас. Кайфият ўзгариб туриши мумкин, аммо бузилишнинг умумий фони узоқ сақланади. Шунингдек, F34.8 «енгил касаллик» ёки «даволаш шарт эмас» деган хулоса бермайди. Функционал таъсир ва хавф коддан мустақил баҳоланади.

2 Нима учун F34.1 эмаслигини тушунтириш

F34.8 танланганда шифокор дистимия ва циклотимия билан солиштиришни очиқ кўрсатади. Давомийлик етарлими? Симптомлар мажмуаси мосми? Кайфият кўтарилиши даврлари борми? Тўлиқ депрессив, гипоманиакал ёки маниакал эпизод аниқланмаяптими? Агар тўлиқ эпизод мезонлари бажарилса, «бошқа турғун бузилиш» деб чекланиш муҳим клиник маълумотни йўқотиши мумкин.

Бу рубрика учун ўзимиздан янги қатъий мезон ёки ҳаммага бир хил ой чегараси яратиш мумкин эмас. ЖССТнинг асосий МКБ-10 матнидаги тавсиф ва маҳаллий кодлаш қоидаларига таянамиз. Миллий модификациялардаги махсус номлар билан асосий рубрикани аралаштирмаймиз. DSMдаги турғун депрессив бузилишни F34.8 ёки F34.1га автоматик тенглаштириш ҳам тўғри эмас.

3 Клиник маълумот қандай тўпланади?

Энг аввало вақт чизиғи тузилади: аввалги одатий ҳолат, ўзгариш бошланган давр, нисбатан яхши оралиқлар, стресс ва соматик воқеалар белгиланади. Бемор бир неча йилни бир сўз билан «ёмон» деб таърифласа, уни аниқ ойлар ва ҳаётий воқеаларга ажратиш

фойдали. Ишдан бўшаш, кўчиш, туғруқ ёки касаллик санаси хотира учун таянч бўлиши мумкин, аммо уларни автоматик сабаб деб ҳисобламаймиз.

Кейин симптомлар тузилиши баҳоланади. Тушкунлик, анедония, энергия, уйқу, диққат, ўзини баҳолаш ва хавотир қай даражада? Симптомлар бир вақтда келадими ёки алмашинадими? Кайфиятнинг яхши даврлари нормал тикланишми ёки гипоманияга ўхшайдими? Бу саволлар F34.8ни асослашдан кўра, бошқа аниқроқ ташхисни топишга ҳам ёрдам беради.

Функционал баҳолашда фақат ишсизлик ёки касалхонага ётиш мезонига таянилмайди. Бемор вазифаларни бажариши мумкин, аммо катта ички зўриқиш, ижтимоий четланиш ва ҳаёт сифатининг пасайиши билан. Шу билан бирга, беморнинг шахсий темпераменти, маданий муҳити ва одатий ҳаёт тарзи касаллик сифатида талқин қилинмаслиги керак.

4 Дифференциал ташхиснинг устувор йўналишлари

Биринчи йўналиш аффектив эпизодлардир. Узоқ давом этган тўлиқ депрессив синдром F32 ёки F33 доирасидаги сурункали кечишни кўрсатиши мумкин. Гипомания ёки мания тарихи эса биполяр йўналишга олиб боради. Тўлиқ эпизодларсиз кайфият кўтарилиши ва тушиши циклотимия эҳтимолини талаб қилади.

Иккинчи йўналиш органик, модда ва дори билан боғлиқ ҳолатлардир. Кайфият ўзгариши неврологик касалликдан кейин бошланганми, алкоголь ёки бошқа моддаларга боғлиқми, янги дори билан вақт жиҳатдан мосми? Сабабий боғлиқликни фақат бир вақтда учрагани учун қабул қилмаймиз; клиник мантиқ, текширув ва динамика керак.

Учинчи йўналиш хавотир, стрессга мослашув, узоқ қайғу ва шахсият билан боғлиқ муаммолардир. Муносабатдаги ҳар бир низодан кейин бир неча соатлик кескин кайфият ўзгариши узоқ аффектив эпизод билан бир хил эмас. Ташхис симптомнинг интенсивлигигагина эмас, унинг давомийлиги, контексти ва бошқа белгилар билан боғланишига таянади.

5 «Бошқа» ва «аниқланмаган» фарқи

F34.8ни F34.9 билан алмаштириб ишлатмаслик керак. «Бошқа» деганда клиник кўриниш тавсифланган ва нима учун асосий рубрикаларга тўлиқ мос келмаслиги тушунтирилган бўлади. «Аниқланмаган» деганда маълумот ёки аниқлаштириш етарли эмаслиги назарда тутилади. Баъзан биринчи қабулда аниқликка эришиб бўлмайди. Бундай пайтда ишончли бўлмаган детални ўйлаб топиш ўрнига ноаниқлик қайд этилади ва кузатув режаси тузилади.

Ташхисни кейин аниқлаштириш шифокорнинг аввалги фикридан «воз кечиши» эмас, янги далилга мослашувидир. Кайфият бузилишларида узоқ муддатли маълумот баъзан биринчи суҳбатдан кўра кўпроқ ахборот беради. Лекин кузатув «ҳеч нарса қилмасдан кутиш» дегани эмас: азоб, функция ва хавфга тегишли ёрдам кўрсатилади.

6 Даволашда код эмас, клиник мақсад етакчи

F34.8 учун ҳаммага бир хил тайёр дори схемаси йўқ. Режа устун симптомлар, ҳамроҳ бузилишлар, функционал таъсир ва беморнинг танловига асосланади. Сурункали депрессив симптомлар бўлса, тегишли психотерапевтик ва фармакологик имкониятлар кўриб чиқилади. Бироқ F34.8 коди мавжудлиги антидепрессантни автоматик тайинлашга асос эмас.

Психотерапияда кундалик фаолият, уйқу, қочиш хулқи, руминация, муносабатлар ва стрессни бошқариш билан ишланиши мумкин. Мақсадлар аниқ қўйилади. Масалан, «умуман яхши бўлиш» ўрнига «бир ой давомида ишдан кейин режалаштирилган икки фаолиятни қайта бошлаш» каби мақсад кузатувга қулай. Симптомлар кучайса, тўлиқ эпизод ёки биполяр белгилар қайта текширилади.

7 Диагностик камтарлик ва клиник масъулият

Кам қўлланадиган рубрикаларда мутахассис икки хавфга дуч келади: ҳаддан ташқари кенг қўллаш ёки умуман ишлатишдан қочиш. F34.8ни ҳар қандай сурункали норозиликка бериш ортиқча ташхисдир. Аксинча, тўлиқ асосий рубрикага мос келмаган, аммо клиник аҳамиятли ҳолатни «ташхис йўқ» деб эътиборсиз қолдириш ҳам беморни ёрдамдан маҳрум қилиши мумкин. Мувозанат аниқ тавсиф ва қайта баҳолаш орқали топилади.

Клиник ёзувда «нима бор?» ва «нима йўқ?» бирга кўрсатилади. Масалан, турғун тушкун фон ва функционал таъсир бор, аммо тўлиқ депрессив эпизод тасдиқланмаган; гипомания ҳақида ишончли маълумот йўқ; дистимия мезонларига мослик чекланган. Бундай баён коддан кўра кўпроқ ахборот беради. Лекин ҳар бир инкор қилинган мезон ҳақиқатан сўралган ёки текширилган бўлиши шарт.

8 Турғунлик билан шахсий беқарорликни фарқлаш

Баъзи беморларда кайфият ташқи воқеаларга жуда тез жавоб беради. Бир неча соат ичида хафалик, жаҳл ва енгиллашиш алмашинади. Бошқа беморда эса кунлар ва ҳафталар давомида паст аффектив фон сақланади. Бу вақт тузилиши дифференциал ташхис учун муҳим, аммо якка ўзи етарли эмас. Шахсият, травма, хавотир ва аффектив бузилишлар бирга учраши мумкин.

Клиник суҳбатда «кайфиятингиз тез ўзгарадими?» деган умумий савол ўрнига аниқ воқеа сўралади. Ўзгариш қачон бошланди, қанча давом этди, энергия ва уйқу нима бўлди, кейинги куни ҳолат қандай эди? Шундай тафсилотлар орқали беморнинг «ўзгарувчанлик» деган сўзи клиник маънога эга бўлади. Умумий иборадан тайёр ташхисга сакрашдан сақланиш керак.

9 Кузатувни мақсадли ташкил этиш

Узоқ муддатли кузатувда ҳар қабул бир хил саволларни механик такрорлаш эмас. Аввалги гипотезалар текширилади: симптомлар мустақил эпизодга айландими, нормал оралиқлар борми, кайфият кўтарилиши пайдо бўлдими, стресс камайганда ҳолат ўзгардими? Шу саволлар кейинги қабулнинг мақсадини белгилайди. Қайта баҳолаш муддати симптом оғирлиги ва хавфга мос бўлади.

Бемор учун қисқа кузатув шакли ишлатилса, унда фақат кайфият рақами эмас, уйқу, энергия, фаолият ва муҳим воқеалар ҳам қайд этилиши мумкин. Лекин ортиқча мураккаб шакл беморга юк бўлади. Маълумот йиғишнинг ўзи терапевтик мақсадни сояга солмаслиги керак. Қайси маълумот клиник қарорга таъсир қилиши олдиндан аниқланади.

10 Терапевтик синов ташхисни исботламайди

Бемор антидепрессантдан кейин енгиллашгани F34.8ни тасдиқловчи тест эмас. Даволаш бир нечта ҳолатда симптомларга таъсир қилиши, шу вақтда ҳаётий шароит ҳам ўзгариши мумкин. Худди шунингдек, бир воситага жавоб бўлмагани барча аффектив бузилишни рад этмайди. Ташхис симптомлар, кечиш ва истисно шартларига таянади; даволаш жавоби қўшимча маълумотдир.

Шу сабабли «дори бериб кўрамиз, ёрдам берса ташхис тўғри» деган ёндашув етарли эмас. Даволаш бошланишидан олдин мақсад, кутиладиган натижа ва хавф белгиланади. Кейин натижа шу мақсадларга нисбатан баҳоланади. Самарасизликда фақат навбатдаги воситага ўтиш эмас, дастлабки клиник формуляцияни қайта кўриб чиқиш ҳам зарур.

11 Кам маълумотли рубрикада далиллар чегараси

F34.8 ҳақида махсус тадқиқотлар ва тайёр даволаш алгоритмлари асосий депрессив рубрикаларга нисбатан чекланган бўлиши мумкин. Шунинг учун умумий депрессия қўлланмасини бу кодга тўлиқ ва автоматик татбиқ қилиш эҳтиёткорликни талаб қилади. Мутахассис қайси тавсия бевосита симптомлар профилига мос, қайсиси бошқа ҳолатдан эҳтиёткор қўлланилаётганини англаши керак.

Беморга далиллар чегарасини айтиш ёрдамни инкор қилиш эмас. «Сизнинг ҳолатингиз стандарт рубрикага тўлиқ мос эмас, шунинг учун мақсадли режа ва кузатув муҳим» деган тушунтириш ноаниқликни бошқаришга ёрдам беради. Даволаш жараёнида натижа ва ножўя таъсир мунтазам баҳоланади, самарасиз режа фақат кодни сақлаш учун давом эттирилмайди.

12 Ҳамкасб билан клиник муҳокама

Ташхис узоқ вақт ноаниқ қолса, тегишли мутахассис ёки клиник жамоа билан муҳокама фойдали бўлиши мумкин. Муҳокамага фақат код эмас, вақт чизиғи, симптомлар, функция, соматик ва моддага оид маълумот, аввалги даволаш ва ҳал этилмаган саволлар олиб кирилади. Шунда иккинчи фикр ҳақиқий клиник маълумотга таянади.

Ҳамкасб бошқа код таклиф қилса, бу автоматик равишда бири ҳақ, бири нотўғри дегани эмас. Қайси мезон ва далил фарқ қилаётгани муҳокама қилинади. Кейинги режа беморга изчил ва тушунарли тарзда етказилади; бир-бирига зид тушунтиришлар уни чалғитмаслиги керак. Клиник ҳамкорлик мақсади ташхис устида баҳсда ғолиб чиқиш эмас, бемор учун аниқроқ ёрдамдир.

13 Беморнинг шахсий мақсадлари

Коднинг кам учраши беморнинг ҳаётий мақсадларини иккинчи даражага туширмайди. Унинг асосий қийинчилиги ишда диққат, муносабатда совуқлик ёки доимий чарчоқ бўлиши мумкин. Даволаш шу реал эҳтиёжни ҳам қамраб олади. Мақсадлар симптом ва функция билан боғланса, ташхис аниқлаштирилаётган даврда ҳам ёрдамнинг натижасини баҳолаш мумкин.

Бу ёндашув «аввал идеал код топамиз, кейин ҳаётни яхшилаймиз» деган сунъий кетма-кетликни йўқотади. Диагностик иш ва амалий ёрдам бирга олиб борилади, лекин иккаласи ҳам ўз далил ва чегараларига эга бўлади.

14 Ўқув клиник мисол

Ўқув учун тузилган ҳолатда 31 ёшли ходим узоқ вақтдан бери тушкун фон, чарчоқ ва қизиқишнинг камайишини баён қилади. Ҳозирги маълумотлар тўлиқ депрессив эпизодни тасдиқламайди; дистимия учун вақт ва симптомлар тузилиши ҳам тўлиқ мос эмас. Шифокор қисқа қабулда F34.8ни тайёр жавоб сифатида ёзиб қўйиш ўрнига симптомлар вақт чизиғини, стресс ва модда истеъмолини, кайфият кўтарилиши даврларини текширади.

Кейинги баҳолашда турғун, клиник аҳамиятли аффектив ҳолат тасдиқланса ва бошқа аниқроқ рубрика мос келмаса, F34.8 танланиши асосланиши мумкин. Агар маълумот ҳали етарли бўлмаса, ташхис вақтинчалик экани қайд этилади. Мисолнинг мақсади муайян ой сонидан кейин автоматик код қўйиш эмас, асосланган ва қайта кўриб чиқиладиган клиник қарорни кўрсатишдир.

15 Иккинчи ўқув мисоли: ташхиснинг аниқлашиши

Ўқув мақсадида тузилган вазиятда 38 ёшли бемор узоқ тушкунлик сабаб F34.8 ишчи ташхиси билан кузатилмоқда. Кейинги маълумотларда аввалги бир неча даврда уйқуга эҳтиёж камайиши, ғайриоддий энергия ва сарф-харажат бўлгани аниқланади. Бу маълумот биринчи қабулда айтилмаган. Шифокор янги маълумотни қабул қилиб, биполяр кечишни текширади; аввалги кодни ҳимоя қилиш учун уни четга сурмайди.

Бошқа ўқув вазиятида симптомлар давомийлиги ва тузилиши кейинчалик дистимия мезонларига тўлиқ мос келади. Кодни аниқлаштириш касаллик албатта оғирлашганини англатмайди. Бу маълумотнинг кўпайиши ёки вақт мезонининг аниқлашиши натижаси бўлиши мумкин. Беморга бу фарқ тушунтирилса, ташхис ўзгаришига боғлиқ хавотир камаяди.

16 Бобни амалиётга татбиқ қилиш

F34.8ни ёзган мутахассис ўзидан «кейинги ҳамкасб бу код ортида қайси клиник ҳолат турганини тушунадими?» деб сўраши керак. Агар жавоб йўқ бўлса, тавсиф етарли эмас. Кодга қўшимча равишда симптомлар, вақт тузилиши, функция, хавф ва қайта баҳолаш режаси баён қилинади. Шунда кам учрайдиган рубрика ноаниқ ёрлиқ эмас, аниқ клиник мулоқот воситасига айланади.

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F34 ва F34.8–F34.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F34. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Assessment; chronic depressive symptoms. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

25-БОБ

Аралаш хавотирли ва депрессив бузилиш

F41.2

1 Икки симптом гуруҳи бор, аммо икки тўлиқ ташхис эмас

F41.2 хавотир ва депрессив симптомлар бирга мавжуд, бироқ уларнинг ҳеч бири алоҳида мустақил бузилишни асослаш учун етарли даражада бўлмаган ҳолатни ифодалайди. Бу рубрикани «депрессияга хавотир қўшилса» деган умумий маънода ишлатиш нотўғри. Тўлиқ депрессив эпизод билан бирга хавотир бўлиши мумкин; тўлиқ депрессия ва мустақил хавотир бузилиши бирга ҳам учраши мумкин. Бу ҳолатлар F41.2 билан бир хил эмас. [1, 2]

ЖССТ клиник қўлланмаси хавотир ва депрессиядан ҳеч бири яққол устун бўлмаслиги, ҳар бири алоҳида ташхис учун етарли бўлмаслигига урғу беради. Вегетатив симптомлар, ҳатто вақти-вақти билан бўлса ҳам, мавжуд бўлиши кераклиги қайд этилган. Фақат хавотирланиш ва хафа бўлишни баён қилишнинг ўзи бу рубрикани асосламайди.

2 Хавотир томонини очиш

Беморда безовталик, ёмон воқеа кутиш, таранглик, дам ола олмаслик, диққатнинг қийинлашиши бўлиши мумкин. Юрак уриши, титраш, терлаш, оғиз қуриши ёки қоринда ноқулайлик каби вегетатив симптомлар сўралади. Бу белгиларни психоген деб қабул қилишдан олдин клиник эҳтиёжга қараб соматик сабаблар баҳоланади.

Хавотир мазмуни ва вақт тузилиши муҳим. У доимий ва кўп соҳалими, муайян вазиятга боғлиқми, хуружсимон келадими? Мажбурий фикр ва ҳаракатлар борми? Травматик хотиралар билан боғлиқми? Паник бузилиш, генерализациялашган хавотир, фобик ёки обсессив-компульсив бузилиш мезонлари тўлиқ бажарилса, уларни F41.2 ичида йўқотиб қўйиш мумкин эмас.

3 Депрессив томонни очиш

Тушкун кайфият, қизиқишнинг пасайиши, энергия камайиши, ўзини паст баҳолаш ва келажакка пессимистик қараш баҳоланади. Лекин ҳар бир уйқусизлик ёки чарчоқни депрессия белгиси сифатида икки марта санашдан эҳтиёт бўлиш керак: у хавотир,

соматик ҳолат ёки уйқу тартиби билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Давомийлик, симптомларнинг бир вақтда мавжудлиги ва функцияга таъсир аниқланади. Депрессив эпизод мезонлари тўлиқ бажарилса, «аралаш» деган номни сақлаб қолиш учун депрессияни сунъий енгиллаштириш мумкин эмас. F41.2нинг вазифаси тўлиқ синдромларни яшириш эмас, улардан паст даражадаги аралаш клиник ҳолатни тўғри ифодалашдир.

4 Тўрт клиник вазиятни фарқлаш

Биринчи вазиятда хавотир ҳам, депрессив симптомлар ҳам клиник аҳамиятли, аммо иккаласи ҳам мустақил ташхис чегарасига етмайди. Тегишли шартлар бажарилса, F41.2 кўриб чиқилади.

Иккинчи вазиятда тўлиқ депрессив эпизод бор, хавотир эса унинг доирасида ёки қўшимча симптом сифатида кузатилади. Бу ерда асосий депрессив ташхисни қўйиш, хавотирни клиник тавсифлаш ва уни даволаш режасига киритиш керак.

Учинчи вазиятда мустақил хавотир бузилиши мезонлари бажарилади, депрессив симптомлар эса субсиндромал даражада. Хавотир бузилиши асосий йўналиш бўлади, депрессив симптомлар эса эътиборсиз қолдирилмайди.

Тўртинчи вазиятда иккала мустақил синдром мезонлари ҳам бажарилади. Мос ҳолда иккала ташхис қайд этилади; F41.2 уларнинг ўрнини босмайди. Қайси муаммога аввал эътибор бериш хавф, оғирлик ва бемор эҳтиёжи билан белгиланади.

5 Стресс билан боғлиқ ҳолатдан фарқи

Муайян ҳаётий ўзгариш ёки стрессордан кейин бошланган хавотирли-депрессив реакцияда F43.2 доирасидаги мослашув бузилиши баҳоланади. ЖССТ клиник қўлланмаси аралаш симптомлар аҳамиятли ҳаётий ўзгариш ёки стресс билан яқин боғлиқ бўлса, шу йўналишни кўриб чиқишни кўрсатади. Бироқ стресснинг мавжудлиги автоматик равишда мослашув бузилиши дегани эмас: тўлиқ депрессив ёки бошқа синдром бор-йўқлиги текширилади.

Беморнинг «ҳаммаси ишдан бошланди» деган фикри муҳим, аммо сабабий хулоса учун етарли эмас. Аввалги симптомлар, вақт муносабати, стресс тугагандаги динамика ва клиник мезонлар баҳоланади. Ташхисда ҳаётий контекстни ҳисобга олиш билан симптомларнинг мустақил оғирлигини тан олиш бирга амалга оширилади.

6 Баҳолаш воситалари ва хавф

Хавотир ва депрессия шкалалари икки симптом гуруҳининг динамикасини кузатишга ёрдам беради. Икки шкалада ҳам ўртача балл чиқиши F41.2ни автоматик тасдиқламайди. Шкала клиник суҳбат, вақт мезонлари ва дифференциал ташхис ўрнини босмайди. Айниқса соматик симптомлар икки шкалада такрор ҳисобланиши мумкинлигини эсда тутиш керак.

Субсиндромал деган атама суицид хавфи йўқ дегани эмас. Умидсизлик, ўзини жароҳатлаш фикри, модда истеъмоли ва оилавий зўравонлик каби омиллар тўғридан-тўғри сўралади. Кескин хавф пайдо бўлса, ташхис номидан қатъи назар тегишли шошилинч ёрдам ташкил этилади.

7 Даволаш: оддийлаштирмасдан, ортиқча тиббийлаштирмасдан

Дастлаб беморга симптомларнинг ўзаро боғлиқлиги тушунтирилади. Хавотир уйқуни бузади, уйқусизлик чарчоқни оширади, чарчоқ фаолиятни камайтиради, бу эса тушкунлик ва янги хавотирни кучайтириши мумкин. Бу ҳалқа «ҳаммаси хаёлингизда» дегани эмас; симптомлар реал ва улар билан ишлаш мумкин.

Психологик ёрдамда фаолиятни режалаштириш, хавотирли тахминларни текшириш, қочиш хулқини камайтириш, муаммо ечиш ва уйқу одатлари билан ишлаш қўлланиши мумкин. Танлов индивидуал бўлади. Дори зарурати симптомларнинг давомийлиги, функционал таъсири, ҳамроҳ ташхислар, аввалги самара ва бемор хоҳишига қараб кўриб чиқилади. F41.2 коди борлиги антидепрессант ёки тинчлантирувчи воситани автоматик тайинлашга асос эмас.

Бензодиазепинларни узоқ муддатли одатий ечим сифатида қўллаш қарамлик, толерантлик ва бекор қилиш муаммоларига олиб келиши мумкин. Фармакотерапия танланса, мақсад, кутилган муддат, ножўя таъсирлар ва қайта кўрик белгиланади. Беморни «енгил ҳолат, ўзингиз енгинг» деб ёрдамсиз қолдириш ҳам, узоқ дорилар рўйхати билан ортиқча тиббийлаштириш ҳам мақбул эмас.

8 Симптомларнинг ўзаро таъсири ва сабабий эҳтиёткорлик

Хавотир ва депрессия бир-бирини кучайтириши мумкин, аммо ҳар бир беморда қайси бири аввал бошланганини аниқлаш осон эмас. Бемор хавотир туфайли фаолиятдан қочган, кейин ижтимоий алоқа ва қониқиш камайган бўлиши мумкин. Бошқа беморда

аввал депрессив энергия пасайиши пайдо бўлиб, бажарилмаган вазифалар янги хавотир келтирган бўлади. Бу кетма-кетлик терапевтик мақсадни аниқлашга ёрдам беради, аммо мустақил синдром мезонларини алмаштирмайди.

Клиник формуляцияда «қайси ҳалқа ҳозир ўзгариши мумкин?» деган савол фойдали. Уйқу тартиби, қочиш, ортиқча текшириш ёки вазифаларни кечиктиришдан бири бемор учун амалий бошланиш нуқтаси бўлиши мумкин. Бунинг учун бутун касаллик сабабини мутлақ аниқлаб олиш шарт эмас, лекин хавфли ёки бошқа махсус даволаш талаб қиладиган ҳолатлар баҳоланган бўлиши керак.

9 Вегетатив симптомларни жиддий қабул қилиш

Юрак уриши ёки нафас етишмаслиги билан мурожаат қилган беморга текширувсиз «асабдан» дейиш мумкин эмас. Янги, кучли ёки клиник хавф белгилари билан келган симптомлар тегишли тиббий баҳолашни талаб қилади. Шу билан бирга, хавфли соматик сабаблар баҳолангандан кейин ҳам беморнинг танавий азобини инкор қилиш тўғри эмас. Психофизиологик симптом реал, у ўйлаб топилган дегани эмас.

Такрорий текширувлар баъзан беморнинг қисқа муддатли хотиржамлигини оширади, аммо хавотирни узоқ муддатга сақлаб туриши мумкин. Бу эҳтимол клиник асосда ва эҳтиёткор муҳокама қилинади. Мақсад зарур текширувни бекор қилиш эмас, текширув ва психологик ёрдамнинг оқилона чегарасини белгилашдир. Янги симптом ёки янги хавф пайдо бўлса, аввалги «хавотир» ташхиси қайта тиббий баҳолашга тўсқинлик қилмайди.

10 Беморга тушунарли тушунтириш намунаси

«Сизда хавотир ва тушкунлик белгилари бирга келяпти. Ҳозирги баҳолашда уларнинг ҳар бири алоҳида тўлиқ синдром даражасига етмаган, аммо кундалик ҳаётингизга таъсир қиляпти. Шунинг учун ёрдам керак эмас деган хулоса чиқармаймиз. Белгиларни камайтириш ва динамикани кузатиш учун режа тузамиз». Бу таълимий мулоқот намунаси ҳар бир беморнинг ҳақиқий баҳосига мослаштирилади.

«Сизда ҳеч нарса йўқ» ёки «фақат асаб» деган иборалар беморни тушунилмаган ҳис қилдириши мумкин. Аксинча, кўп ташхисларни кетма-кет санаш уни янада қўрқитиши мумкин. Аниқ, чекланган ва умид берувчи тушунтириш симптомларнинг ҳақиқийлигини тан олади, лекин уларни қайтариб бўлмас ҳолат сифатида кўрсатмайди.

11 Динамикада ташхис ўзгариши

Биринчи қабулда субсиндромал бўлган симптомлар кейин тўлиқ депрессив эпизодга айланиши мумкин. Ёки хавотир камайиб, депрессив белгилар ҳам йўқолиши мумкин. Шу сабабли F41.2ни ўзгармас шахсий хусусият сифатида тушунтириш тўғри эмас. Қайта баҳолашда фақат умумий «яхшимисиз?» эмас, ҳар бир симптом гуруҳи ва функция текширилади.

Янги суицид фикри, анедониянинг кескин кучайиши, уйқуга эҳтиёж камайиши билан энергия ошиши, психоз ёки модда истеъмоли кўпайиши ташхис ва хавфни тез қайта кўриб чиқишга асос бўлади. Аксинча, симптомлар камайган бўлса, ёрдамни босқичма-босқич якунлаш ва мустақил кўникмаларни мустаҳкамлаш муҳокама қилинади. Кузатувнинг мақсади беморни муддатсиз хизматга боғлаб қўйиш эмас.

12 Маданий тил ва клиник маъно

Бемор хавотир ва тушкунликни тиббий атамалар билан эмас, «ичим сиқилади», «юрагим ғаш», «ҳеч нарсага тоқатим йўқ» каби иборалар билан баён қилиши мумкин. Мутахассис бу сўзларни тайёр симптомга айлантирмай, бемор учун нимани англатишини сўрайди. Бир ибора бир одамда хавотирни, бошқасида қайғуни, учинчисида танавий ноқулайликни ифодалаши мумкин.

Клиник таржима беморнинг тилини йўқотмаслиги керак. Ҳужжатда унинг муҳим ибораси ва мутахассиснинг аниқлаштирилган таърифи бирга келтирилиши мумкин. Бу кейинги мутахассисга ҳам ёрдам беради. Беморни «тўғри атама билан гапиринг» деб тузатиш ўрнига, унинг тажрибасини тушуниш устувор бўлади.

13 Ёрдамнинг интенсивлигини танлаш

Симптомлар субсиндромал бўлса ҳам, ижтимоий вазият ёки ҳамроҳ касаллик ёрдам эҳтиёжини ошириши мумкин. Ёлғиз яшаш, қарамоғида инсон бўлиши, модда истеъмоли ёки тиббий муаммо режага таъсир қилади. Фақат кодга қараб барча беморга бир хил учрашув сони ёки даволаш шакли белгиланмайди. Хавфсизлик, функция ва бемор имконияти бирга ҳисобга олинади.

Кам интенсив психологик ёрдам айрим бемор учун қулай бошланиш бўлиши мумкин, бошқасида эса чуқурроқ баҳолаш зарур. Онлайн ёрдам танланса, махфийлик, алоқа сифати ва хавф пайдо бўлгандаги ҳаракат тартиби келишилади. Ёрдам формати замонавий бўлгани учун эмас, бемор эҳтиёжига мос бўлгани учун танланади.

14 Ўқув клиник мисол

Ўқув учун тузилган мисолда 27 ёшли ходим бир неча ойдан бери безовталик, баъзан юрак уриши, тез чарчаш ва қизиқишнинг қисман пасайишини баён қилади. У ишлашда давом этади, аммо кечқурун режалардан воз кечади. Суҳбатда депрессив эпизод ва мустақил хавотир бузилишлари мезонлари тўлиқ бажарилмайди, иккала симптом гуруҳи ҳам азоб ва функцияга таъсир қилади. Аниқ стрессор билан боғлиқ мослашув бузилиши, модда ва соматик сабаблар баҳоланади.

Тегишли шартлар тасдиқланса, F41.2 асосланиши мумкин. Кузатувда эса ташхис ўзгармас деб қабул қилинмайди: депрессия чуқурлашса ёки хавотирнинг мустақил синдроми шаклланса, қайта баҳоланади. Бу ҳолатда яхши ёрдамнинг мақсади кодни сақлаш эмас, беморнинг аҳволини яхшилаш ва динамикани аниқ кўришдир.

15 Психотерапевтик ишнинг аниқ мисоли

Ўқув вазиятида бемор ишда хато қилишдан қўрқиб, хатни ўн марта қайта ўқийди. Вақт кетгани учун вазифалар тўпланади, у ўзини қобилиятсиз деб ҳис қилади ва кечқурун ҳеч нарсага хоҳиши қолмайди. Терапияда бу ҳалқа бемор билан бирга текширилади. Қайта ўқишни келишилган даражага камайтириш, вазифани қисмларга ажратиш ва натижани баҳолаш каби амалий қадамлар танланиши мумкин.

Бу мисолда ортиқча текшириш обсессив-компульсив бузилиш мезонларини бажараётган-бажармаётгани ҳам баҳоланади. Агар мустақил ОКБ тасдиқланса, F41.2ни сақлаб қолиш учун уни яшириш мумкин эмас. Психотерапевтик механизмни кўриш ташхисий текширувни тўхтатмайди; аксинча, уни чуқурлаштиради.

16 Қиёсий ўқув саволи

Беморда тўлиқ депрессив эпизод мезонлари ва бир вақтда клиник аҳамиятли хавотир бор. Фақат иккала симптом гуруҳи мавжудлиги учун F41.2 қўйиладими? Йўқ. Аввало депрессив эпизод қайд этилади, хавотирнинг мустақил синдромга мослиги текширилади. Бошқа беморда иккала гуруҳ ҳам субсиндромал, аммо вегетатив симптомлар йўқ. Бу ҳолатда ҳам F41.2ни автоматик қўйиш мумкин эмас; танланган МКБ-10 мезонлари ва бошқа эҳтимоллар қайта кўриб чиқилади. Шу фарқлар кодни оддий «иккала белги бор» формуласидан ажратади.

17 Якунлаш ва қайта мурожаат режаси

Симптомлар камайиб, функция тикланганда ёрдамни якунлаш муҳокама қилинади. Бемор қайси кўникма фойда берганини, қайси эрта белгиларга эътибор беришини ва қачон қайта мурожаат қилишини билиши керак. Бу уни касалликни доим кутишга эмас, мустақил бошқарувга тайёрлайди. Вақти-вақти билан одатий хавотир ёки қайғу бўлиши муваффақиятсизлик эмас.

Манбалар

[1] ЖССТ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F41.2 ва F43.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ЖССТ. Diagnostic criteria for research. F41.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Depression in adults: treatment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[4] NICE CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/recommendations

26-БОБ

Қисқа муддатли депрессив реакция

F43.20

1 26.1. Ташхиснинг ўрни ва коднинг қайси версияга тегишлилиги

Ҳар бир стрессдан кейинги қайғу касаллик эмас. Яқин инсон билан келишмовчилик, ишни йўқотиш ёки оғир хабардан кейинги тушкунликни баҳолашда ҳиссиётнинг борлиги эмас, унинг давомийлиги, бошқарилиши, инсоннинг кундалик вазифаларига таъсири ва хавфсизлиги муҳим. Мослашув бузилиши ҳақида гап кетганда шифокор стрессор билан клиник ўзгариш ўртасидаги боғлиқликни асослаши керак.

Ушбу бобдаги F43.20 ЖССТнинг МКБ-10 руҳий бузилишлар учун тадқиқот мезонларида келтирилган қўшимча рақамлашга тегишли: енгил депрессив реакция бир ойдан ошмайди. Бу кодни АҚШнинг ICD-10-CM тизими билан аралаштирмаслик зарур. Бир хил рақам миллий модификацияда бошқа мазмунни англатиши мумкин. Амалий ҳужжатда маҳаллий тасниф версияси кўрсатилади. [26.1]

Мослашув бузилишида аломатларнинг стрессордан кейин одатда бир ой ичида бошланиши муҳим. Бу вақт муносабати клиник ҳужжатда кўрсатилади; давомийликнинг ўзи сабабий боғлиқликни исботламайди.

Стрессор мавжудлиги F32 депрессив эпизодини инкор қилмайди. Тўлиқ депрессив синдром шаклланган бўлса, «бунга сабаб бор-ку» деган фикр билан уни фақат реакция даражасида қолдириш нотўғри. Аксинча, клиник аҳамиятли бузилишсиз табиий қайғуни ҳам ташхисга айлантирмаслик керак.

2 26.2. Вақт чизиғини тузиш

Суҳбатни «Нима бўлди?» саволидан бошлаб, «Қачон ўзгариш сездингиз?», «Ундан олдин ўзингизни қандай ҳис қилар эдингиз?» ва «Ҳозир нимани бажара олмаяпсиз?» саволлари билан давом эттириш фойдали. Стрессор санаси, аломатлар бошланган вақт, иш ёки ўқишдан қолиш, уйқу ва иштаҳадаги ўзгаришлар бир чизиққа жойлаштирилади.

Масалан, бемор ишдан бўшатилган куни қаттиқ йиғлаган бўлиши мумкин, лекин бунинг ўзи мослашув бузилиши учун етарли эмас. Кейинги ҳафталарда у ҳужжатларини тайёрлай олмаяпти, оиласи билан мулоқотдан қочяпти ва куннинг катта қисмини ҳаракатсиз

ўтказяпти. Энди фақат ҳиссиётни эмас, функциянинг йўқолишини ҳам ўрганиш зарур. Бошқа бемор худди шу стрессдан кейин хафа бўлса-да, кундалик вазифаларини сақлаб, яқинларидан ёрдам олади. Бу икки ҳолатга бир хил ёрлиқ қўйилмайди.

3 26.3. Клиник суҳбатнинг тўрт йўналиши

Биринчи йўналиш — симптомлар. Кайфият, қизиқиш, энергия, уйқу, иштаҳа, диққат, ўзини баҳолаш ва умидсизлик алоҳида сўралади. Иккинчиси — функция: шахсий гигиена, болага қараш, иш, ўқиш, молиявий ва маиший вазифалар. Учинчиси — хавфсизлик: ўз жонига қасд фикрлари, ўзини шикастлаш, зўравонлик, алкоголь ёки бошқа моддалардан фойдаланиш. Тўртинчиси — олдинги тарих: аввалги депрессив эпизодлар, мания ёки гипомания белгилари, даволаниш ва оилавий анамнез.

«Реакция енгил» деган ибора «суицид хавфи йўқ» дегани эмас. Айрим одамда симптомлар сони кам бўлса ҳам, шармандалик, ёлғизлик ёки ечимсизлик ҳисси хавфни кескин оширади. Ўлим ҳақида фикр бўлса, унинг мазмуни, нияти, режаси, воситаларга етиш имконияти ва ҳимоя омиллари тўғридан-тўғри, ҳукм қилмасдан баҳоланади.

4 26.4. Қисқа психологик ёрдам нимадан иборат?

Дастлабки мақсад инсонни «дарров хурсанд қилиш» эмас, бошқариладиган ҳаётий тартибни тиклашдир. Бемор билан бирга муаммолар рўйхати тузилади: қайси масала ҳозир ҳал қилинади, қайсиси ташқи ёрдам талаб қилади, қайсиси вақт ва қабул қилишни талаб этади. Биринчи ҳафта учун бажариш мумкин бўлган икки-уч вазифа танланади.

Ишсиз қолган беморга бирданига ўнлаб вакансия юборишни талаб қилиш ўрнига, биринчи қадам сифатида резюмени очиш, иккинчи қадамда бир танишига мурожаат қилиш келишилади. Мақсаднинг кичиклиги аҳамиятсизлик эмас: у ҳаракат ва назорат ҳиссини қайта тиклайди. Уйқу тартиби, мунтазам овқатланиш, жисмоний фаоллик ва ижтимоий алоқалар ёрдамчи асос бўлади; улар профессионал баҳолаш ўрнини босмайди.

Дори тайинлаш ташхис номидан автоматик келиб чиқмайди. Қисқа реакция учун ҳар доим антидепрессант талаб қилинмайди. Қарор симптом оғирлиги, ҳамроҳ касаллик, беморнинг хоҳиши, олдинги самара ва хавфлар асосида қабул қилинади. Қарамлик хавфи бор инсонда «тинчлантирувчи» дориларни назоратсиз бериш айниқса эҳтиёткорлик талаб этади. Депрессия бўйича умумий қўлланмалар мослашув бузилишига тўлиқ тенглаштирилмайди. [26.2]

5 26.5. Кузатув ва ташхисни қайта кўриш

Кейинги учрашув санаси биринчи учрашувнинг ўзида белгиланади. Аломат кучайса ёки хавф пайдо бўлса, режали санани кутмасдан мурожаат қилиш тартиби тушунтирилади. Динамикада фақат «яхшимисиз?» эмас, аввал келишилган аниқ функциялар сўралади: ишга бориш, овқатланиш, болага қараш, яқинлари билан гаплашиш.

Бир ойдан узоқ давом этиш кодни механик тарзда алмаштириш учун эмас, қайта баҳолаш учун сабабдир. Енгил реакция давом этяптими, тўлиқ депрессив эпизод шаклландими, давомли стресс борми, ёки бошқа бузилиш аниқландими? Ташхис динамик клиник хулоса бўлиб, биринчи учрашувда қўйилган тамға эмас.

6 26.6. Ўқув кейси ва хулоса

Ўқув мисоли: 29 ёшли аёл лавозими қисқарганидан ўн кун кейин мурожаат қилди. Кайфияти тушган, уйқуга кетиши қийин, аммо қизига қарашни давом эттиради ва яқинлари билан суҳбатдан енгиллик олади. Суҳбатда мания, психоз ва суицид нияти аниқланмади. Шифокор қисқа муддатли реакция эҳтимолини кўриб, функция ва симптомларни кузатиш, муаммо ечишга қаратилган ёрдам ва қайта учрашувни келишди. Бу сценарийда якуний код маҳаллий версия ҳамда тўлиқ мезонларга қараб танланади.

Клиник сабоқ: стрессга боғлиқликни кўрсатиш, табиий ҳиссиётни касалликдан ажратиш ва депрессив эпизодни ўтказиб юбормаслик бир вақтда бажарилади. «Стресс бор» ҳам, «бир ой ўтмади» ҳам якка ҳолда ташхис эмас.

7 26.7. Нормал қайғу, мослашув қийинчилиги ва касаллик ўртасида

Оддий қайғуда инсоннинг диққати кўпроқ муайян йўқотиш ёки муаммога боғланган бўлиши мумкин. У баъзи лаҳзаларда яқинлик, ҳазил ёки яхши хабарга жавоб беради, ўз қадрини тўлиқ йўқотмайди ва аста-секин ҳаётга мослаша бошлайди. Аммо бу белгиларнинг ҳар бири алоҳида олинганда касалликни инкор қилмайди. Қайғу ва депрессив эпизод бир вақтда учраши мумкин; «қайғули воқеа бор» деган далил депрессияни автоматик истисно этмайди.

Мослашув бузилишида инсоннинг реакцияси унинг индивидуал ва маданий контекстида баҳоланади. Бир одам учун кичикдек кўринган воқеа бошқаси учун турар жой, обрў, оилавий хавфсизлик ёки келажак йўқолишини англатиши мумкин. Шифокор «бунга

шунчалик хафа бўлиш шарт эмас» деб ўз меъёрини ўтказмайди. Айни пайтда, оғир вазиятнинг ўзи психиатрия ташхиси қўйиш учун етарли эмас: симптом ва функция ҳақида далил керак.

Қайғуни тиббийлаштириш хавфи билан ёрдамни камайтириш хавфи ўртасида мувозанат сақланади. Ташхис қўйилмаган одам ҳам психологик, ижтимоий ёки амалий ёрдамга муҳтож бўлиши мумкин. Ёрдам олиш ҳуқуқи фақат F-кодга боғлаб қўйилса, инсон ё ортиқча касаллик ёрлиғини олади, ё умуман ёрдамсиз қолади.

8 26.8. Биринчи қабул учун клиник алгоритм

Биринчи қадам — ўткир хавфни баҳолаш. Ўз жонига қасд нияти, оғир психоз, онг бузилиши, ўзини парвариш қила олмаслик ёки хавфли модда бекор қилиш ҳолати бўлса, қисқа реакциянинг нозик код фарқлари кейинги вазифага айланади. Шошилинч тиббий ва руҳий ёрдам устувор бўлади.

Иккинчи қадам — тўлиқ аффектив синдромни текшириш. Бемордан тушкунликни эмас, қизиқиш ва завқнинг йўқолишини ҳам сўраш керак. Аломатлар фақат стрессорни эслагандами ёки куннинг катта қисмида турли вазиятларда ҳам сақланадими? Ўзини қадрсиз ҳис қилиш, энергия ва диққат ўзгариши қай даражада? Бу саволлар симптомнинг кенглигини очади.

Учинчи қадам — стрессорнинг вақт ва мазмун жиҳатдан боғлиқлигини баҳолаш. Стрессордан олдинги функция ва кайфият маълумотлари бўлмаса, сабабни ортиқча ишонч билан ёзиш мумкин эмас. Беморнинг рухсати билан олдинги тиббий қайдлар ва яқин кишининг кузатуви қўшимча маълумот беради. Тўртинчи қадам — код версияси, ишчи ташхис, режа ва қайта баҳолаш санасини ҳужжатлаш.

9 26.9. Функцияни аниқ мисоллар билан ўлчаш

«Ишлашим ёмонлашди» деган шикоят турли даражани англатади. Инсон бир ишни одатдагидан секин бажаряптими, вазифаларни бутунлай ташлаб қўйдими ёки ишда кўп хатога йўл қўяптими? Ўқувчи дарсда қатнашяпти, лекин матнни эслаб қололмаяптими? Ота-она боланинг асосий эҳтиёжларини бажаряптими? Функция ҳақидаги аниқ маълумот даволашнинг ҳам натижа мезони бўлади.

Баҳолашда ташқи кўринишга ишониб қолмаслик керак. Озода кийиниб келган бемор уйда овқатланмаслиги ёки тун бўйи йиғлаши мумкин. Аксинча, чарчаган кўриниш ўзича депрессиянинг оғир даражасини исботламайди. Беморнинг субъектив азоби ва объектив функцияси биргаликда ёзилади.

Қисқа шкала ишлатилса, унинг тили ва беморнинг тушуниши текширилади. Баллни клиник суҳбат билан таққослаш, кейинги учрашувда шу шароитда қайта ўлчаш мумкин. Лекин шкаладаги икки балл ўзгариши ҳаётдаги муҳим тикланишни тўлиқ акс эттирмаслиги мумкин. Бемор яна боласини мактабга олиб бора бошлагани клиник жиҳатдан аҳамиятли натижадир.

10 26.10. Қисқа аралашувнинг намунавий тузилиши

Биринчи учрашувда беморнинг кечинмаси тан олинади ва ёрдамнинг мақсади келишилади. «Сиздаги ҳолатни жиддий қабул қиламиз; ҳозир унинг қай даражада эканини ва нима ёрдам беришини аниқлаяпмиз» деган тушунтириш «сизда ҳеч нарса йўқ» ёки «бу жуда оғир касаллик» деган шошма-шошар хулосадан яхшироқ. Ташхисдаги ноаниқлик беморни ташлаб қўйиш эмас, кузатув билан камайтириладиган клиник вазифа сифатида айтилади.

Кейинги босқичда беморнинг энг долзарб муаммоси танланади. Муаммо ечишда вазият, мумкин бўлган вариантлар, ҳар бирининг амалий тўсиғи ва биринчи қадам ажратилади. Масалан, ишсизликда «янги ҳаёт бошлаш» эмас, ҳужжатларни тайёрлаш, ижтимоий ёрдам имконини аниқлаш ва бир иш берувчига мурожаат қилиш каби аниқ вазифалар белгиланади.

Уйқу ва кун тартиби бўйича тавсия бемор имконига мос бўлиши керак. Тунда ишлайдиган ёки чақалоқ парваришлайдиган одамга одатий графикни кўр-кўрона талаб қилиш фойдали эмас. Тавсиялар реал шароитда бажарилиши мумкин бўлган қисмларга бўлинади. Ҳар бир келишув кейинги қабулда танқид учун эмас, нима ишлаганини билиш учун кўриб чиқилади.

11 26.11. Кенгайтирилган дифференциал кейс

Бир хил воқеа — имтиҳондан ўта олмаслик — уч талабада турли ҳолат берди. Биринчи талаба бир неча кун хафа бўлди, дўстлари билан режа тузди ва тайёргарликка қайтди. Унинг кечинмасини тан олиш ва амалий ёрдам бериш мумкин, лекин касаллик ташхиси шарт эмас.

Иккинчи талаба уч ҳафтадан бери дарсга бормайди, ўзини бошқалардан олиб қочади ва келажакдан хавотирланади. Клиник баҳолашда мослашув бузилиши эҳтимоли кўриб чиқилади. Учинчи талабада эса икки ой аввалдан қизиқиш йўқолган, вазни камайган, кучли қадрсизлик ва суицид нияти бор. Имтиҳондан ўта олмаслик унинг касаллигига сабаб эмас, оқибат ёки кучайтирувчи омил бўлиши мумкин.

Бу мисолда стрессор санасини билишнинг ўзи етарли эмаслиги кўринади. Воқеадан олдинги ўзгаришларни сўрамасак, учала ҳолатга бир хил «реакция» коди қўйишимиз мумкин. Тўғри баҳолашда эса ҳар бир талаба учун ёрдамнинг интенсивлиги ва мақсади бошқача бўлади.

12 26.12. Клиник қайдда нима бўлиши керак?

Қайдда стрессорнинг қисқа таърифи, симптомларнинг бошланиши ва давомийлиги, асосий функция ўзгариши, хавф баҳоси, фарқланган синдромлар ва ишчи ташхис ёзилади. Агар маълумот етарли бўлмаса, бу очиқ кўрсатилади. «F43.20»ни ёлғиз ёзиш кейинги мутахассисга клиник мантиқни етказмайди.

Тавсия этилган ёрдам, бемор билан келишилган вазифа, кузатув санаси ва тезроқ мурожаат қилиш белгиларини ҳам қайд қилиш керак. Бу ҳужжатнинг мақсади фақат ҳисобот эмас: кейинги қабулда ҳолатнинг ҳақиқий динамикасини кўришдир. Кузатувда синдром ўзгарса, ташхисни тузатиш дастлабки шифокорнинг хатосини эмас, клиник фикрлашнинг давом этаётганини билдириши мумкин.

13 26.13. Учрашувдан учрашувга: қарорнинг ўзгариши

Биринчи қабулда беморда стрессга яқин вақтда бошланган енгил тушкунлик ва функция пасайиши аниқланди, деб тасаввур қилайлик. Шифокор ишчи ташхис ва қисқа аралашув режасини тузди. Иккинчи қабулда бемор ишга қайтган, уйқуси яхшиланган ва қўллаб-қувватлашдан фойдаланяпти. Бу динамика дастлабки формулировкага мос келади; кузатувнинг кейинги босқичи ва ёрдамни якунлаш шарти келишилади.

Агар иккинчи қабулда анедония кенгайган, қадрсизлик кучайган ва ўз жонига қасд фикри пайдо бўлган бўлса, «реакция» деган номни сақлаб қолиш учун симптомлар камайтириб ёзилмайди. Баҳолаш қайта ўтказилади ва ёрдам интенсивлиги оширилади. Клиник ташхиснинг ўзгариши беморни чалғитмаслиги учун сабаби оддий тилда тушунтирилади.

Учинчи вариантда симптомлар ўзгармаган, аммо бемор тавсияларни амалга ошира олмаган. Шифокор «даволаш ишламади» дейишдан олдин амалий тўсиқни аниқлайди: болага қарайдиган киши йўқ, иш графиги ўзгармайди ёки уйда хавфли муҳит бор. Бундай вазиятда худди шу маслаҳатни яна такрорлашдан кўра ёрдам шаклини ўзгартириш керак.

14 26.14. Беморга тушунтиришнинг намунаси

«Сиз бошдан кечирган воқеа ҳаётингизга таъсир қилган. Ҳозир қайғу билан бирга уйқу ва кундалик ишларда қийинчилик ҳам бор. Буни жиддий қабул қиламиз. Айни пайтда, тўлиқ депрессив эпизод ёки бошқа ҳолат бор-йўқлигини текширишимиз керак. Бугун ёрдам режасини бошлаймиз ва белгиланган вақтда ўзгаришни қайта баҳолаймиз».

Бундай тушунтириш беморни ҳам ортиқча қўрқитмайди, ҳам унинг азобини кичрайтирмайди. Унга ўз ҳолатини «кучсизлик» деб эмас, ёрдам талаб қилаётган муаммо деб кўриш имконини беради. Шифокор эса тўлиқ ишончсиз жойда қатъий ваъда бермайди.

Бемордан тушунганини ўз сўзи билан айтиб беришини сўраш мумкин. Бу имтиҳон эмас, шифокор тушунтиришининг қанчалик аниқ бўлганини текширишдир. Айниқса хавф пайдо бўлса кимга мурожаат қилиш, кейинги қабул вақти ва келишилган вазифалар тушунарли бўлиши керак.

15 26.15. Ўзини текшириш учун клиник саволлар

Савол: стрессдан кейин бошланган, лекин тўлиқ депрессив синдромга мос ҳолатни албатта F43.20 деб кодлаймизми? Жавоб: йўқ. Стрессор этиологик ёки кучайтирувчи омил бўлиши мумкин; код синдром ва тасниф қоидасига асосланади.

Савол: реакция бир ойга етмаган бўлса, суицид хавфини текшириш шарт эмасми? Жавоб: шарт. Давомийлик ва хавф бир хил ўлчов эмас. Қисқа, ҳатто симптомлари нисбатан кам ҳолатда ҳам яқин хавф бўлиши мумкин.

Савол: табиий қайғуда ёрдам бериш учун касаллик коди керакми? Жавоб: ёрдам клиник ташхисдан кенг тушунча. Қўллаб-қувватлаш, амалий маслаҳат ва зарур кузатув касалликни сунъий равишда белгиламасдан ҳам берилади. Бу фарқ беморнинг қадри ва эҳтиёжини сақлайди.

16 26.16. Манбалар

[26.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F43.2 бўлими. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[26.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Ташхисни комплекс баҳолаш ва даволашни биргаликда танлаш тамойиллари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

27-БОБ

Узоқ давом этувчи депрессив реакция

F43.21

1 27.1. Давомийлик ва клиник мазмун

Узоқ давом этувчи депрессив реакцияда асосий масала вақтнинг ўтиши эмас, стресс билан боғлиқ енгил депрессив ҳолатнинг сақланишидир. ЖССТ МКБ-10 тадқиқот мезонларида F43.21 давомли стрессга жавобан икки йилдан ошмайдиган енгил ҳолатни ифодалайди. Бу муддат беморни икки йил даволамай кузатиш мумкин дегани эмас. [27.1]

Бир неча ой давом этган ҳар қандай депрессияни ушбу рубрикага киритиш нотўғри. Тўлиқ F32 ёки F33 синдроми, дистимия, биполяр депрессия, моддалар таъсири ва соматик сабаблар алоҳида кўриб чиқилади. Ташқи муаммо аниқ бўлса ҳам, инсонда мустақил аффектив касаллик бўлиши мумкин. «Реактив» ва «биологик»ни мутлақ қарама-қарши қўйиш клиник фикрлашни соддалаштириб юборади.

2 27.2. Стрессор давом этяптими ёки унинг оқибатими?

Парвариш масъулияти, давомли оилавий зиддият, иш жойидаги босим, қарз ёки узоқ касаллик инсонни қайта-қайта қийин вазиятга олиб киради. Баъзан стрессор тугаган, лекин унинг оқибатлари сақланган: ажрим расман якунланган, аммо уй-жой, болалар билан мулоқот ва даромад масалалари ҳал бўлмаган.

Клиник формулировкада бу фарқ ёзилади. «Ажримдан кейинги депрессия» ўрнига: «Ажримдан кейин турар жой ноаниқлиги, ижтимоий алоқалар қисқариши ва уйқу бузилиши билан сақланаётган тушкунлик» деб ифодалаш аралашувни аниқлаштиради. Шифокор барча ташқи муаммони ҳал қила олмайди, лекин уларни кўрмаслик терапияни беморга мос бўлмаган умумий маслаҳатга айлантиради.

3 27.3. Сақлаб турувчи айлана

Узоқ стресс кўпинча қуйидаги айланани юзага келтиради: чарчоқ фаолликни камайтиради; фаоллик камайиши қониқиш ва алоқаларни қисқартиради; қисқарган ҳаёт «мен ҳеч нарсага қодир эмасман» деган хулосани кучайтиради; бу хулоса яна ҳаракатни тўхта-

тади. Бу тушунтириш беморни айблаш учун эмас, ўзгартиш мумкин бўлган нуқталарни топиш учун ишлатилади.

Яна бир механизм — такрорий салбий мушоҳада. Инсон муаммони ҳал қилаётгандек кўринади, аммо «нега айнан мен?» саволи атрофида айланиб қолади. Ҳал қилишга яқин фикр «эртага ким билан гаплашаман?» каби аниқ қадамга олиб келади. Руминация эса янги маълумотсиз ўзини танқид қилишни такрорлайди. Терапияда бу икки жараённи ажратиш фойдали.

4 27.4. Психотерапевтик режани босқичлаш

Биринчи босқичда хавфсизлик, ишончли алоқа ва умумий мақсад келишилади. Иккинчи босқичда стрессорлар ҳамда ресурслар харитаси тузилади. Учинчи босқичда муаммо ечиш, фаолликни тиклаш, мулоқот ва чегара белгилаш каби усуллар танланади. Тўртинчи босқичда эришилган ўзгаришларни сақлаш ва қайта кучайиш белгиларини аниқлаш режаси ишланади.

Мақсад «ҳеч қачон хафа бўлмаслик» эмас. Масалан, оғир бемор онасини парваришлаётган аёл учун реал мақсад ҳафтада бир неча соат ёрдам олиш, ўз тиббий кўригини қолдирмаслик ва яқинлари билан вазифаларни тақсимлаш бўлиши мумкин. Бундай вазиятда фақат фикрларни ўзгартириш етарли эмас; амалий ресурс керак.

Зўравонлик бор муносабатда жуфтликни «яхшироқ мулоқот қилиш»га ундаш биринчи вазифа бўлмайди. Аввало хавфсизлик ва махфий алоқа имконияти баҳоланади. Беморнинг розилигисиз уни хавфга қўядиган оилавий муҳокама ташкил этилмайди.

5 27.5. Депрессив эпизоддан фарқлаш

Фарқни фақат стрессорнинг борлиги ҳал қилмайди. Кайфият ва қизиқишдаги ўзгаришнинг кенглиги, оғирлиги, кундалик барқарорлиги, қўшимча белгилар, функция ва вақт мезонлари текширилади. Беморнинг «ҳали ишга чиқяпман» дегани оғир азобни инкор қилмайди: айримлар ишни зўр бериб сақлаб, уйда бутунлай ҳолдан тойишади.

Агар узоқ реакция деб баҳоланган беморда кучли анедония, қадрсизлик, психомотор секинлашиш ёки суицид режаси шаклланса, дастлабки ташхисга ёпишиб олинмайди. Кайфиятда кўтарилиш, уйқуга эҳтиёж камайиши ва одатдагидан кескин фаоллашиш тарихи ҳам қайта сўралади. Антидепрессант танлашдан олдин биполярлик эҳтимоли муҳим.

6 27.6. Ўқув кейси

46 ёшли эркак олти ойдан бери отасининг парвариши ва иш юкини бирга олиб боради. «Дам олишга ҳаққим йўқ», дейди. Унинг тушкунлиги кечқурун кучаяди, баъзи дам олиш кунлари енгиллашади. Суҳбатда функция, депрессив синдром ва хавф тўлиқ баҳоланади; фақат шу қисқа таъриф асосида ташхис қўйилмайди.

Биргаликдаги режада қариндошлар ёрдамини ташкил қилиш, ҳафталик тикланиш вақти ва айбдорликка оид қарашларни текшириш белгиланди. Агар амалий юк камайганда ҳам синдром сақланса, бу «бемор ҳаракат қилмаяпти» дегани эмас. Ташхис ва даволаш эҳтиёжи қайта баҳоланади.

Бобнинг асосий хулосаси: давомли реакцияда ёрдам стресс манбасига, психологик механизмга ва клиник синдромга бир вақтда қаратилиши керак. Динамик кузатув ташқи вазиятдан қатъи назар давом этади. [27.2]

7 27.7. Узоқ давом этувчи стрессни хариталаш

Давомли стрессни битта сўз билан ёзиш кўп маълумотни йўқотади. «Оилавий муаммо» деган ибора ортида парвариш юки, молиявий назорат, ҳақорат, уй-жой ноаниқлиги ёки муносабат йўқотилиши бўлиши мумкин. Ҳар бирининг клиник ва амалий ечими бошқача. Бемордан воқеаларни фақат санаб бериш эмас, қайси қисми ҳозир энг оғир эканини сўраш керак.

Стрессорлар харитасида ўзгартирадиган, таъсир ўтказиш мумкин бўлган ва ҳозирча ўзгартириб бўлмайдиган қисмлар ажратилади. Масалан, бемор яқинининг касаллигини бекор қила олмайди, лекин парваришни тақсимлаш, тиббий маълумот олиш ва ўзининг дам олиш вақтига таъсир қила олади. Бу фарқ умидни реал ҳаракат билан боғлайди.

Ресурслар ҳам шунча аниқ ёзилади. «Оиласи бор» деган маълумот автоматик қўллаб-қувватлашни англатмайди. Қайси киши амалда ёрдам беради, бемор кимга ишонади, транспорт ва пул имкони борми, иш жойи қандай мослашиши мумкин? Қўллаб-қувватлашнинг мавжудлиги билан ундан фойдаланиш имкони ўртасида фарқ бор.

8 27.8. Вақт мезонидан ташқари клиник мезонлар

Икки йиллик чегарани якка мезон қилиб қўйиш нотўғри. Беморда уч ойдан бери енгил реакция борми ёки шу вақт ичида тўлиқ депрессив эпизод шаклланганми? Клиник оғирлик, симптомлар кенглиги ва функция ҳар қабулда қайта кўриб чиқилади. «Узоқ давом этувчи реакция» номи касалликни енгил деб ҳисоблашга мажбур қилмаслиги керак.

Дистимия билан фарқлашда фақат йиллар сони эмас, кайфиятнинг узоқ муддатли хусусияти ва стрессор билан муносабати ўрганилади. Рекуррент депрессияда эса аниқ эпизодлар ва улар орасидаги тикланишни қидириш керак. Бир беморнинг ҳозирги ҳолати олдинги эпизодлардан бири бўлиши мумкин, ташқи стресс эса фақат охирги кучайтирувчи омилдир.

Хроник оғриқ, уйқу апноэси, эндокрин касаллик, препарат таъсири ёки моддалар ҳам чарчоқ ва тушкунликни сақлаб туриши мумкин. Бу эҳтимоллар клиник кўрсатмага мувофиқ баҳоланади. Ҳар бир беморга барча таҳлилни буюриш ҳам, барча белгини стрессга боғлаш ҳам бир хил даражада соддалаштирилган ёндашувдир.

9 27.9. Психотерапияда ўлчанадиган мақсадлар

Терапия мақсади беморнинг ҳаётига тегишли ва кузатиш мумкин бўлиши керак. «Ўзимга ишончни ошириш» муҳим, аммо жуда умумий мақсад. Уни «раҳбардан вазифаларни аниқлаштиришни сўраш», «ҳафтада бир марта яқин кишига ёрдам сўраб мурожаат қилиш» ёки «қўрқув сабаб қолдирилган тиббий қабулга бориш» каби қадамларга айлантириш мумкин.

Ҳар бир мақсад учун тўсиқлар олдиндан муҳокама қилинади. Бемор ёрдам сўрашни истайди, аммо рад этилиш ёки айбланишдан қўрқади. Бундай ҳолатда фақат «сўранг» дейиш етарли эмас; суҳбатни машқ қилиш, хавфсиз кишини танлаш ва рад жавоби бўлса кейинги вариантни белгилаш керак.

Ўзгариш фақат симптом балли билан эмас, беморнинг қарор қабул қилиш ва ҳаётида иштирок этиш даражаси билан ҳам баҳоланади. Агар ташқи вазият ҳали оғир бўлса, кайфият тўлиқ тикланмаслиги мумкин. Шунга қарамай, уйқу, функция ва назорат ҳиссидаги яхшиланиш аҳамиятли. Бу қисман натижани тўлиқ соғайиш деб аташни ҳам, аҳамиятсиз деб рад этишни ҳам талаб қилмайди.

10 27.10. Айбдорлик, бурч ва чегаралар билан ишлаш

Парваришловчи бемор «мен дам олсам, хиёнат қилган бўламан» деб ўйлаши мумкин. Терапия бу қадриятни масхара қилмайди. Яқинига ғамхўрлик қилиш унинг муҳим қадрияти бўлиши мумкин. Савол шу қадриятни инсон ўзини бутунлай йўқотмасдан қандай амалга ошириши ҳақида бўлади.

Қатъий қоида билан амалий масъулият фарқланади. «Ҳамма ишни фақат мен қилишим шарт» деган қоида баъзан ташқи талаб эмас, беморнинг ички хулосасидир. Биргаликда қайси вазифани бошқага бериш мумкинлиги ва бунда реал хавф бор-йўқлиги текширилади. Баъзи вазиятда эса ҳақиқатан ёрдамчи йўқ; бундай пайтда когнитив ишни ресурс етишмаслигини инкор қилиш учун ишлатиб бўлмайди.

Шахсий чегара белгилаш ҳам маданий контекстга мослашади. «Ҳеч кимга қараманг» деган индивидуалистик шиор ўрнига, оила билан мослашган вазифа тақсимоти ва очиқ келишув изланади. Хавфли муносабат ёки зўравонлик бўлса, чегара ҳақидаги оддий маслаҳат хавфсизлик режаси билан алмаштирилади.

11 27.11. Кузатувдаги тўрт эҳтимолий йўл

Биринчи йўлда ташқи юк камаяди, бемор амалий ёрдам олади ва симптомлар енгиллашади. Бу ҳолатда эришилган тартибни сақлаш ва қайта зўриқиш белгиларини таниш муҳокама қилинади. Иккинчи йўлда стресс давом этади, аммо функция яхшиланади. Терапия реал чекловларни қабул қилиш ва ресурсларни сақлашга йўналади.

Учинчи йўлда стрессор камайса ҳам депрессив синдром сақланади ёки кучаяди. Бундай ҳолатда «реакция» деган дастлабки хулоса қайта текширилади. Тўртинчи йўлда янги мания, психоз, модда истеъмоли ёки соматик белги пайдо бўлади. Бу клиник формулировкани сезиларли ўзгартириши мумкин.

Даволаш самара бермаганда беморни айблашдан аввал ташхис, танланган усул, етарли давомийлик, бажариш имкони, терапевтик алоқа ва ташқи тўсиқлар кўриб чиқилади. Баъзан психологик усул тўғри, лекин бемор хавфли уй шароитида яшаяпти. Бундай вазиятда терапияни яна такрорлашдан кўра амалий ҳимоя ва мувофиқлашган ёрдам зарурроқ бўлади.

12 27.12. Кенгайтирилган кейс: меҳнат миграцияси ва оила

38 ёшли аёл турмуш ўртоғи узоқ муддат хорижда ишлаётгани сабаб болалар, қарз ва кекса қайнона парваришини ўзи бажаради. Тўрт ойдан бери йиғлоқилик, чарчоқ ва уйқу бузилиши бор. У «мен ношукурман» деб ўзини айблайди. Баҳолашда депрессив синдромнинг тўлиқлиги, хавф ва соматик омиллар текширилади; воқеанинг ўзига қараб код қўйилмайди.

Формулировкада вазифаларнинг ортиқча юки, ёрдам сўрашдаги уят ва дам олишга нисбатан айбдорлик ажратилди. Режада оила билан вазифаларни аниқ муҳокама қилиш, ҳар ҳафта қисқа тикланиш вақти ва уйқу тартибини мослаштириш белгиланди. Агар беморнинг розилиги бўлса, яқин киши билан биргаликдаги суҳбат ўтказилиши мумкин.

Кейинги қабулда у фақат «камроқ йиғладим» эмас, болалари билан мулоқоти тиклангани ва ишини тартиблай олганини айтиши мумкин. Лекин анедония ва суицид фикрлари сақланса, қисман функционал ўзгариш хавфни инкор қилмайди. Клиник хулоса ҳар бир йўналиш бўйича алоҳида янгиланади.

13 27.13. Терапияни якунлаш ва қайта мурожаат қилиш

Ёрдамни якунлаш симптомлар бутунлай нолга тушган кунгагина боғланмайди. Бемор ўз ҳолатини бошқара олиши, функция тикланиши, хавф пастлиги ва қўллаб-қувватлаш йўллари аниқлиги муҳим. Давомли стресс сақланса, баъзи қийин кунлар бўлиши мумкин; уларни дарров «ҳаммаси қайта бошланди» деб талқин қилмаслик ўргатилади.

Якунлашда қайси усуллар ишлагани, қайси белгилар эрта огоҳлантириши ва қачон қайта мурожаат қилиш кераклиги ёзиб олинади. Бемор ўзини айблашга қайтса, уйқу ёки функция жиддий пасайса, ёрдам сўраш кечиктирилмайди. Режа реал хизмат ва алоқа имконига мос бўлиши керак.

Терапияни чексиз давом эттириш ҳам ҳар доим фойдали эмас. Мақсад беморни мутахассисга боғлаб қўйиш эмас, унинг мустақил бошқаруви ва ресурсларини кучайтиришдир. Лекин оғир синдром, хавф ёки ҳал бўлмаган клиник муаммо бўлса, ёрдамни эрта тугатиш тўғри эмас.

14 27.14. Ишчи формулировка намунаси

Намуна: «Давомли парвариш юки ва молиявий ноаниқлик фонида енгил депрессив симптомлар, уйқу бузилиши ва ижтимоий чекиниш бор. Симптомлар стрессор билан вақт ва мазмун жиҳатдан боғлиқ. Тўлиқ депрессив эпизод, биполярлик ва соматик омиллар бўйича баҳолаш ўтказилди; етишмаган маълумот кейинги қабулда тўлдирилади. Режа: амалий юкни камайтириш, муаммо ечиш, фаолликни тиклаш ва динамик кузатув».

Бу формулировкада ташхиснинг сабаби, симптомни сақлаб турувчи омил ва даволаш йўли бир-бирига боғланган. Агар кейин тўлиқ депрессив эпизод аниқланса, формулировка ўзгаради. Шифокор кодни ҳимоя қилиш учун янги маълумотни инкор этмайди.

Шу билан бирга, формулировкада беморнинг кучли томонлари ҳам ёзилиши мумкин: ёрдам сўрагани, ишончли яқини, олдин самара берган усул, сақланган функция. Бу касалликни кичрайтирмайди; даволашни фақат нуқсонлар рўйхатидан чиқаради.

15 27.15. Ўқув саволлари ва жавоблар

Савол: F43.21да икки йиллик чегара борлиги икки йил кузатиб, кейин даволашни бошлаш кераклигини англатадими? Жавоб: йўқ. Ёрдам клиник эҳтиёж пайдо бўлган пайтда бошланади; вақт чегараси таснифнинг бир қисми, даволашни кечиктириш қоидаси эмас.

Савол: стрессор йўқолмаса, терапия самарасизми? Жавоб: ҳар доим эмас. Функция, ресурслар, уйқу ва муаммони бошқариш яхшиланиши мумкин. Аммо реал хавфли муҳитда фақат психологик усулга суяниш етарли бўлмаслиги мумкин.

Савол: беморнинг ташқи вазияти яхшиланса-да депрессия сақланса, у «хоҳламаяпти» деганими? Жавоб: йўқ. Тўлиқ аффектив синдром, ҳамроҳ касаллик ва даволаш эҳтиёжи қайта баҳоланади. Ташқи сабабнинг камайиши симптомнинг дарҳол йўқолишини кафолатламайди.

16 27.16. Манбалар

[27.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. 1993. F43.21. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[27.2] NICE. NG222. Комплекс баҳолаш, психологик аралашув ва натижани қайта кўриб чиқиш тамойиллари; мослашув бузилиши учун алоҳида самара кафолати эмас. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

28-БОБ

Аралаш хавотирли ва депрессив реакция

F43.22

1 28.1. Бир вақтда хавотир ва тушкунлик

Айрим беморлар «қўрқяпман» ва «ҳеч нарсага кучим йўқ» деган икки ҳолатни бир вақтда бошдан кечиради. Уларда хавотир уйқуни бузади, уйқусизлик кучсизликни оширади, кучсизлик эса вазифаларни бажара олмаслик қўрқувини кучайтиради. Бу ўзаро таъсирни кўриш ҳар бир белгини алоҳида касаллик деб қабул қилишдан кўра фойдалироқ.

ЖССТ МКБ-10да F43.22 мослашув бузилиши доирасидаги аралаш хавотирли ва депрессив реакцияни ифодалайди. Бу ерда стресс билан клиник боғлиқлик ва бошқа аниқ бузилиш мезонларини текшириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Коднинг бешинчи белгиси қўлланилаётган миллий версияга мослиги текширилади. [28.1]

2 28.2. F41.2 билан фарқи

F41.2 ва F43.22ни фақат «стресс бор-йўқ» саволи билан ажратиш етарли эмас. Деярли ҳар бир бемор ҳаётида стресс топилади. F43.22 учун стрессордан кейинги клиник ўзгаришлар мослашув бузилиши мантиғига мос келиши керак. F41.2да эса аралаш хавотир ва депрессив белгилар алоҳида аниқ хавотир ёки депрессив бузилишга етарли бўлмаган ҳолатда баҳоланади.

Агар беморда тўлиқ депрессив эпизод ва мустақил паник бузилиш мавжуд бўлса, уларни енгилроқ кўринган «аралаш реакция» ичига яшириш мумкин эмас. Икки синдромнинг ҳар бири ўз вақти ва мезонлари бўйича кўриб чиқилади. Ташхиснинг қисқалиги клиник маълумотнинг камлигини оқламайди.

3 28.3. Суҳбатда хавотирнинг шаклини очиш

«Хавотир борми?» саволидан кейин «Нимадан хавотир оласиз?», «У тўсатдан хуруждек келадими ёки кун бўйи давом этадими?», «Сиз хавфни олдини олиш учун нима қиласиз?» деб сўраш керак. Бемор телефонни қайта-қайта текшириши, шифокорлардан

тинимсиз тасдиқ сўраши ёки ишга боришдан қочиши мумкин. Бу хатти-ҳаракатлар қисқа муддатда енгиллик берса-да, узоқ муддатда хавотирни сақлаб қолиши мумкин.

Травмадан кейин воқеани қайта ҳис қилиш, қочиш ва доимий хавф сезгиси бўлса, травмадан кейинги стресс бузилиши алоҳида баҳоланади. ОКБдаги беихтиёр фикр ва ритуаллар, умумлашган хавотир, паник хуруж, соматик касаллик ва модда таъсири ҳам фарқланади. Бир симптом бир нечта бузилишда учраши мумкин; ташхисни синдром ва контекст белгилайди.

4 28.4. Оддий мониторинг вараға

Беморга бир ҳафта давомида тўрт нарсани қисқа қайд этиш таклиф қилиниши мумкин: вазият, асосий фикр, ҳиссиёт, қилган ҳаракати. Масалан: «Раҳбардан хат келди; ишдан ҳайдайди деб ўйладим; хавотир ва тушкунлик; хатни очмадим». Кейинги суҳбатда фикрнинг тўғри-нотўғрилиги устида тортишишдан аввал, хатни очмаслик нимага олиб келгани муҳокама қилинади.

Мониторинг беморни ҳар дақиқа ўзини текширишга мажбур қилмаслиги керак. Агар ёзиш руминацияни кучайтирса, қайдлар қисқартирилади ёки бошқа усул танланади. Шкалалар симптом динамикасини кўрсатиши мумкин, лекин стрессга боғлиқлик, биполярлик ёки суицид ниятини якка ўзи ҳал қилмайди.

5 28.5. Ёрдамнинг ўзаро боғлиқ қисмлари

Терапияда бир вақтда муаммо ечиш, қочишни камайтириш ва фаолликни тиклаш кўриб чиқилади. Бемор иш жойига боришдан қочаётган бўлса, вазифа аввал қисқа ва бошқариладиган мулоқотдан бошланиши мумкин. Барча хавотир йўқолгандан кейингина ҳаракат қилишни кутиш кўпинча қочишни узайтиради.

Нафасни секинлаштириш ёки мушакларни бўшаштириш баъзи беморда жисмоний зўриқишни камайтиради. Лекин бу усуллар «хавотирнинг барча сабабини даволайди» деб тақдим этилмайди. Терапия беморнинг реал муаммоси, хавфсизлиги ва функционал мақсадига боғланган бўлиши керак.

Дори масаласида аралаш белгиларнинг борлиги автоматик равишда икки-уч препарат қўшишни англатмайди. Тўлиқ ташхис, давомийлик, оғирлик, беморнинг хоҳиши ва хавфлар аниқланади. Жавоб бўлмаса, фақат доза ҳақида эмас, ташхис, давомли стресс ва амалга оширишдаги тўсиқлар ҳақида ҳам ўйланади. [28.2]

6 28.6. Икки ўқув мисоли

Биринчи мисол: янги шаҳарга кўчган талаба икки ҳафтадан бери хавотирли, ёлғиз ва тушкун. Дарсларга бориш қийинлашган, аммо суҳбат ва амалий ёрдамдан фойдаланяпти. Мослашув жараёни, хавф ва бошқа синдромлар текширилади.

Иккинчи мисол: худди шундай кўчишдан кейин беморда ҳар куни анедония, кучли қадрсизлик ва ўз жонига қасд режаси аниқланди. Бу ҳолатни биринчи мисол билан бир рубрикага автоматик киритиш мумкин эмас. Шошилинч хавфсизлик чоралари ва тўлиқ депрессив синдромни баҳолаш устувор.

Хулоса: бир хил стрессор бир хил ташхис бермайди. Реакциянинг номи беморнинг хавфи ва ёрдамга эҳтиёжини камайтирмайди.

7 28.7. Аралаш симптомнинг ички тузилиши

Хавотир ва депрессия бир вақтда учраганда қайси симптом қайсисини кучайтираётганини тушуниш муҳим. Масалан, бемор эртага ишда хато қилишдан қўрқиб тун бўйи ухламайди; эрталаб чарчоқ сабаб диққати пасаяди; бу унинг «мен уддалай олмайман» деган хулосасини тасдиқлагандек бўлади. Бундай айланани бемор билан оддий тилда чизиш мумкин.

Бошқа беморда аввал анедония ва энергия камайган, кейин вазифалар йиғилиб хавотир кучайган. Бу икки ҳолат ташқи томондан ўхшаш, аммо биринчи аралашув нуқтаси фарқ қилиши мумкин. Биринчисида қочиш ва хавотирни сақлаб турувчи одатлар, иккинчисида фаолликни тиклаш ва депрессив синдромга ёрдам муҳимроқ бўлиши мумкин.

Клиник формулировка «хавотир плюс депрессия» деган арифметика эмас. У симптомлар, стрессор, шахсий маъно, хатти-ҳаракат ва ташқи шароитнинг ўзаро таъсирини тушунтиради. Бу формулировка коддан узунроқ бўлиши мумкин; код ҳисобот учун, формулировка эса ёрдамни режалаш учун хизмат қилади.

8 28.8. Паник хуруж ва доимий хавотирни ажратиш

Тўсатдан кучли қўрқув, юрак уриши, нафас етишмаслиги ва ўлимдан қўрқиш бўлса, хуружнинг бошланиши, чўққиси ва давомийлиги сўралади. Бир марта паник хуруж бўлиши паник бузилиш билан бир хил эмас. Хуруждан кейинги доимий қўрқув ва қочиш, шунингдек соматик ҳамда моддага боғлиқ сабаблар баҳоланади.

Доимий хавотирда эса турли соҳалар бўйича назорат қилиш қийин бўлган ташвиш устун бўлиши мумкин. Агар у аниқ мустақил бузилиш мезонларига мос келса, уни енгил аралаш реакция ичида қолдириш тўғри эмас. Стрессорнинг борлиги бу мустақил синдромни бекор қилмайди.

Кўкракда оғриқ ёки нафас қийинлашиши каби шикоятларни текширувсиз «асабдан» деб аташ мумкин эмас. Ўткир хавфли соматик ҳолат эҳтимоли клиник белгиларига қараб баҳоланади. Психологик тушунтириш тиббий текширувга рақиб эмас, лекин клиник далилсиз унинг ўрнини босмайди.

9 28.9. F41.2 ва F43.22 бўйича фикрлаш машқи

Биринчи беморда янги ишга ўтгандан кейин уч ҳафта ичида хавотир, тушкунлик ва вазифаларни бажариш қийинлиги пайдо бўлди. Аввалги тарихда шунга ўхшаш ҳолат йўқ, симптомлар иш шароити билан яқин боғлиқ. Мослашув бузилиши эҳтимоли текширилади, аммо тўлиқ депрессив ёки хавотир синдроми йўқлиги ҳам аниқланиши керак.

Иккинчи бемор бир неча йилдан бери турли вазиятларда енгил хавотир ва тушкунликни тасвирлайди; ҳозирги стрессор аломатларни фақат кучайтирган. Унда F41.2 ёки бошқа бузилишлар ҳақида ўйлаш мумкин, лекин давомли симптомнинг ўзи F41.2ни автоматик тасдиқламайди. Бошқа синдромлар, жумладан дистимия ва умумлашган хавотир қайта кўриб чиқилади.

Учинчи беморда хавотир ҳам, депрессия ҳам ўз алоҳида тўлиқ мезонларига мос. «Аралаш» сўзи унинг касаллигини камайтириб кўрсатиш учун ишлатилмаслиги керак. Бундай ҳолатда коморбидлик, қайси бузилиш етакчилиги ва даволаш устуворлиги алоҳида ёзилади.

10 28.10. Терапияда тасдиқ сўраш айланаси

Бемор қайта-қайта «мен ишдан ҳайдалмайманми?», «менда оғир касаллик йўқми?» деб сўраши мумкин. Ҳар бир тасдиқ қисқа енгиллик беради, аммо янги шубҳа келганда яна сўраш зарурати пайдо бўлади. Терапевтнинг ҳар сафар мутлақ кафолат бериши бу айланани билмасдан қувватлаши мумкин.

Мақсад беморни савол бермасликка мажбурлаш эмас. Реал маълумотни олиш билан ноаниқликни бутунлай йўқотишга уриниш фарқланади. Масалан, иш вазифасини бир марта раҳбардан аниқлаштириш амалий ҳаракат; бир хил саволни ҳар соат ўн кишидан сўраш эса хавотирни сақлаб турувчи одат бўлиши мумкин.

Бу механизм ОКБ ёки саломатлик хавотирида ҳам учрайди, шунинг учун формулировка ташхисни алмаштирмайди. Агар ритуаллар яққол бўлса, махсус баҳолаш ва мос терапевтик ёндашув талаб қилинади. Оддий «камроқ ўйланг» маслаҳати механизмни ўзгартир-

майди.

11 28.11. Келишилган ҳафталик режа

Ҳафталик режада уч йўналиш бўлиши мумкин: бир амалий муаммо, бир қочиш ҳаракати ва бир тикланиш фаолияти. Масалан, ижара масаласини муҳокама қилиш; қўрқув сабаб очилмаган иш хатига жавоб бериш; қисқа сайр ёки ишончли инсон билан мулоқот. Булар тайёр универсал рецепт эмас, формулировкадан келиб чиққан мисоллардир.

Вазифалар беморнинг ресурсига мос танланади. Агар у оғир тушкунликда ўзини парвариш қила олмаётган бўлса, иш натижадорлигини оширишни талаб қилиш нотўғри. Агар ташқи хавф ҳали реал бўлса, хавотирни фақат «нотўғри фикр» деб белгилаш ҳам хато. Терапия реал хавфни камайтириш ва ортиқча қочишни ажратиши керак.

Кейинги учрашувда ҳар вазифанинг натижаси эмас, жараёни ҳам таҳлил қилинади. Қайси вақтда қийин бўлди, қандай фикр тўхтатди, ким ёрдам берди? Бажарилмаган вазифа янги маълумотдир. Шу маълумотга қараб режа кичрайтирилади ёки бошқа йўл танланади.

12 28.12. Хавф ва даволаш чегаралари

Хавотирли бемор ташқи томондан фаол кўриниши мумкин, лекин ичида умидсизлик кучли бўлади. Ажитация, уйқусизлик ва импульсивлик суицид хавфини баҳолашда аҳамиятли. Шунинг учун «у ҳали кўп гапиряпти, демак оғир эмас» деган хулоса чиқарилмайди.

Даволаш бошланганда симптом динамикаси, ножўя таъсир ва беморнинг режага амал қилиш имкони кузатилади. Дори ҳақида қарор қабул қилинса, фойда, хавф, кечикиб бошланадиган таъсир ва ўзбошимчалик билан тўхтатмаслик тушунтирилади. Бир хил тавсияни барча аралаш ҳолатга қўллаш мумкин эмас; даволаш асосий синдром ва ҳамроҳ муаммоларга қараб индивидуаллашади.

Кодлашда охирги назорат саволи шундай: ушбу беморнинг ҳолати ҳақиқатан мослашув бузилиши доирасидами ёки тўлиқ бошқа синдром борми? Бу саволга жавоб ноаниқ бўлса, кузатув ва қўшимча маълумот режалаштирилади. Ноаниқликни яширган қатъий коддан кўра аниқ клиник режа фойдалироқ.

13 28.13. Қабулдаги қисқа солиштириш

Мослашув реакцияси эҳтимолида уч савол бирга кўрилади: аниқ стрессорга муносабат қандай, симптомлар бошқа тўлиқ синдромга мос келадими ва функция қай даражада ўзгарган? Фақат биринчисига жавоб топиш етарли эмас. Бу учлик кодлашдаги кенг тарқалган хатони камайтиради.

Агар тўлиқ депрессив эпизод бўлса, хавотир унинг клиник хусусияти ёки алоҳида ҳамроҳ бузилиш бўлиши мумкин. Агар асосий синдром паник ёки умумлашган хавотир бўлса, тушкунлик унинг оқибати ёки мустақил синдром бўлиши мумкин. Аралаш симптомлар клиник тузилишни аниқлаш заруратини оширади, камайтирмайди.

Беморнинг ўз атамаси ҳам ҳурмат билан аниқлаштирилади. У «невроз», «стресс» ёки «депрессия» дейиши мумкин. Шифокорнинг вазифаси сўз устида тортишиш эмас, унинг нимани ифодалаётганини тушунишдир. Кейин ташхис оддий тилда ва клиник асос билан тушунтирилади.

14 28.14. Кенгайтирилган кейс: тиббий натижани кутиш

42 ёшли бемор тиббий текширув натижасини кутаётган пайтда хавотир ва тушкунликка тушди. У ҳар куни интернетдан касаллик белгиларини қидиради, ишини қолдиради ва оиласидан қайта-қайта тасдиқ сўрайди. Аввало реал тиббий вазият ва зарур кузатув аниқланади; психологик изоҳ текширувни инкор қилмайди.

Суҳбатда беморнинг хавотирига қўшилиб анедония, умидсизлик ва функция пасайиши ҳам баҳоланади. Агар белгилар мослашув бузилиши доирасида бўлса, ишончли тиббий маълумот манбаси, интернет қидируви айланаси ва кундалик фаолиятни тиклаш устида ишланади. Лекин тўлиқ депрессив ёки бошқа хавотир синдроми аниқланса, режа шунга мос ўзгаради.

Беморга «сизда ҳеч нарса йўқ» деган кафолат берилмайди. Тўғрироқ тушунтириш: «Тиббий натижани белгиланган тартибда оламиз; шу вақт ичида хавотир ҳаётингизни бутунлай тўхтатиб қўймаслиги учун алоҳида ёрдам берамиз». Бу реал ноаниқликни тан олиб, бошқариладиган қадамларни ажратади.

Кейинги қабулда интернет қидируви камайгани, уйқу ва иш функцияси, тиббий натижага муносабат ҳамда хавф қайта баҳоланади. Натижа яхши чиқса ҳам симптомлар сақланиши мумкин; бу бемор атайлаб хавотирланаётганини билдирмайди. Сақлаб турувчи механизм ва асосий ташхис қайта кўриб чиқилади.

15 28.15. Ўқув саволлари

Савол: F43.22 билан F41.2 бир хилми? Жавоб: йўқ. Биринчиси мослашув бузилиши контекстида, иккинчиси аралаш хавотир-депрессия синдроми доирасида баҳоланади. Код версияси ҳам текширилади.

Савол: хавотир ва депрессиянинг иккаласи тўлиқ мезонларга мос бўлса, енгилроқ «аралаш» кодни танлаймизми? Жавоб: йўқ. Мустақил синдромлар ва коморбидлик аниқ ифодаланиши керак.

Савол: нафас машқи ёрдам берса, ташхис тасдиқланадими? Жавоб: йўқ. Бир усулдан қисқа енгиллик олиш диагностик тест эмас. Даволашга жавоб клиник маълумотни тўлдиради, лекин тўлиқ баҳолашни алмаштирмайди.

16 28.16. Манбалар

[28.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F43.22; WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F41.2 ва F43.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf ; https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[28.2] NICE. NG222. Депрессияни баҳолаш ва натижа етарли бўлмаганда режани қайта кўриш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

29-БОБ

Доирасида органик депрессив бузилиш

F06.3

1 29.1. Органик деган сўз нимани англатади?

Органик депрессив бузилишни «мияда бирор нарса бор экан» деган умумий ибора билан асослаб бўлмайди. Соматик ёки неврологик касаллик билан депрессив синдромнинг бир вақтда учраши улар ўртасида тўғридан-тўғри сабабий боғлиқлик исботланганини англатмайди. Касалликнинг физиологик таъсири, унинг психологик оқибатлари ва мустақил депрессия бир беморда бирга бўлиши мумкин.

МКБ-10да F06.3 органик аффектив бузилишлар рубрикасидир. F06.32 қўшимча рақами ЖССТнинг тадқиқот мезонларида органик депрессив шаклни ажратиш учун келтирилган. Қўлланилаётган маҳаллий кодлаш тизимида шу деталлаштириш борлиги текширилади. [29.1]

2 29.2. Сабабий боғлиқликни қандай асослаймиз?

Шифокор камида уч масалани ўрганади: асосий касалликнинг объектив далиллари; кайфият ўзгаришининг вақт бўйича шу касаллик билан муносабати; бошқа эҳтимолий тушунтиришлар. Неврологик ташхис аниқ, аммо депрессия ундан ўн йил аввал ҳам қайталанган бўлса, мустақил рекуррент бузилиш эҳтимоли жиддий ҳисобга олинади.

Инсультдан кейин бошланган анедония, секинлашиш ва умидсизликда мия шикастланиши, ҳаракат чекланиши, касбий мақом йўқолиши ва ижтимоий яккаланиш биргаликда таъсир қилиши мумкин. «Органик» деган хулоса бу психологик омилларни аҳамиятсиз қилмайди. Даволаш формулировкаси кўп омилли бўлиши мумкин, ҳатто ҳисобот учун битта асосий код танланса ҳам.

Ҳар бир соматик касаллик депрессияга тўғридан-тўғри сабаб деб қабул қилинмайди. Масалан, қалқонсимон без функцияси бузилиши эҳтимоли симптомлар ва анамнезга қараб текширилади; бир вақтнинг ўзида беморнинг депрессив синдроми ҳам баҳоланади. Лаборатория натижасидаги кичик оғиш барча руҳий симптомни автоматик тушунтирмайди.

3 29.3. Делирийни ўтказиб юбормаслик

Кексайган ёки соматик оғир беморда сукут, секинлашиш ва овқатланмаслик депрессияга ўхшаши мумкин. Агар диққат ва онг равшанлиги тебранса, вақт-жойни адаштирса, ҳолат соатлар ичида ўзгарса ёки ўткир бошланган бўлса, делирий эҳтимоли биринчи навбатда баҳоланади. Гипоактив делирий «тинч ётибди» деган тасаввур туфайли кўздан қочиши мумкин.

Бундай ҳолатда оддий амбулатор психотерапия режасини тузиш етарли эмас. Ўткир соматик сабабни қидириш ва тез тиббий баҳолаш керак. Депрессия ва когнитив бузилиш бир-бирини истисно қилмаслиги ҳам ёдда тутилади.

4 29.4. Дори ва неврологик симптомларни ажратиш

Дори рўйхати фақат психотроп воситалардан иборат эмас. Барча рецептли ва рецептсиз препаратлар, қабул бошланган вақт, доза ўзгариши ва ножўя таъсирлар сўралади. Бемор «ўзимни ҳеч нарсага қодир эмасдек ҳис қиляпман» деганда седатив таъсир, ортостатик симптом, оғриқ ёки уйқу бузилиши ҳам иштирок этиши мумкин.

Паркинсон касаллигида ҳаракатнинг секинлиги автоматик депрессия белгиси эмас. Кайфият, айбдорлик, умидсизлик ва завқ ҳиссининг ўзгариши алоҳида текширилади. Апатияда ташаббус пасайиши устун бўлиши мумкин; депрессияда эса қайғу ва ўзини салбий баҳолаш кўпроқ намоён бўлади. Улар бирга ҳам учрайди. Бир белгига қараб фарқлаш мумкин эмас.

5 29.5. Текширув ва жамоавий даволаш

Барча беморга бир хил кенг лаборатория ёки томография пакети буюриш илмий ёндашув эмас. Текширув анамнез, ёш, бошланиш хусусияти, неврологик кўрик ва клиник гумонга асосланади. Янги фокал неврологик белги, тутқаноқ, кескин когнитив ўзгариш ёки онг бузилиши алоҳида тезкорлик талаб қилади.

Даволашда асосий касалликни бошқариш ва депрессияга ёрдам параллел олиб борилади. «Аввал барча соматик муаммони тузатамиз, кейин руҳиятга қараймиз» деган ёндашув баъзан ёрдамни асоссиз кечиктиради. Шу билан бирга, антидепрессантни танлашда бошқа препаратлар билан ўзаро таъсир, йиқилиш, қон кетиш, электролит ўзгариши каби беморга тегишли хавфлар ҳисобга олинади. Аниқ препарат ва мониторинг индивидуал шифокор қарори бўлади. [29.2]

Психотерапия когнитив имконият, эшитиш-кўриш ва ҳаракат чекловларига мослаштирилади. Қисқароқ учрашув, ёзма эслатма ёки бемор розилиги билан яқин кишининг иштироки фойдали бўлиши мумкин. Бу бемор ўрнига қарор қабул қилиш ҳуқуқини бермайди.

6 29.6. Ўқув кейси

62 ёшли эркак инсультдан кейин реабилитация машғулотларидан бош тортди. Оиласи «дангаса бўлиб қолди», дейди. Суҳбатда у аввал севган машғулотлардан завқ олмаслиги, ўзини оилага юк деб билиши ва ўлимни хоҳлашини айтди. Бу ерда ҳаракат чеклови билан бирга депрессив синдром ҳам баҳоланади; суицид хавфи алоҳида кўриб чиқилади.

Бошқа бемор машғулотни ўзи бошламайди, аммо таклиф қилинганда қатнашади ва завқланади; қайғу ҳамда қадрсизлик йўқ. Бу апатик механизм эҳтимолини оширади, лекин текширувсиз якуний ташхис бермайди. Икки сценарий учун бир хил «антидепрессант керак» ёки «фақат реабилитация керак» хулосаси тўғри эмас.

Клиник хулоса: органиклик далил билан асосланади, ҳамроҳ депрессия эса соматик касаллик соясида қолдирилмайди.

7 29.7. Сабабий хулосадаги беш савол

Биринчи савол: асосий касаллик мустақил равишда тасдиқланганми? «Қон айланиши ёмон» ёки «мия чарчаган» каби ноаниқ атамалар органик ташхис учун етарли далил эмас. Тиббий ҳужжат, кўрик ва клиник кўрсатмага мувофиқ текширув натижалари керак. Шу билан бирга, бир тасвирий текширувдаги ҳар қандай ўзгариш руҳий симптомнинг сабаби деб қабул қилинмайди.

Иккинчи савол: вақт муносабати мосми? Касаллик ёки препарат ўзгариши кайфият симптомидан олдин бўлганми, бир вақтдами ёки кейинми? Учинчи савол: маълум касаллик бундай синдромни клиник жиҳатдан тушунтириши мумкинми? Тўртинчиси: бошқа эҳтимоллар қай даражада асосли? Бешинчиси: динамика сабабий гипотезани қувватлаяптими?

Бу саволлар лабораториядек аниқ «ҳа-йўқ» жавоб бермаслиги мумкин. Баъзан сабабий ишонч ўртача бўлади. Ҳужжатда «депрессив синдром, неврологик касалликнинг эҳтимолий ҳиссаси бор» деган эҳтиёткор формулировка, исботланмаган қатъий хулосадан тўғрироқ. Кодлаш маҳаллий талаб ва клиник маълумот билан мувофиқлаштирилади.

8 29.8. Беморнинг асосий функциясини билиш

Когнитив ва неврологик беморда аввалги функцияни билмасдан янги ўзгаришни баҳолаш қийин. Бемор илгари молиявий ишларини ўзи юритганми, йўлни топа олганми, дориларини тартибли қабул қилганми? Ҳозирги пассивлик янги ҳолатми ёки олдин ҳам

бор эдим? Яқинларнинг маълумоти ёрдам беради, аммо беморнинг субъектив тажрибаси йўққа чиқарилмайди.

Масалан, яқинлари «сўнгги йилда ҳеч нарсага қизиқмай қолди» дейди. Бемор эса «эшитмай қолганим учун суҳбатга қўшила олмайман» деб тушунтиради. Эшитиш нуқсони ижтимоий чекинишни кучайтирган бўлиши мумкин. Бу депрессия йўқ дегани эмас, лекин аввал кўринмаган тузатиш мумкин бўлган омилни очади.

Баҳолашда тил, таълим ва маданий тажриба ҳам муҳим. Когнитив тестдаги паст натижа автоматик деменция ёки органик депрессияни тасдиқламайди. Диққат, мотивация, оғриқ, уйқу ва тестни тушуниш натижага таъсир қилиши мумкин. Тест клиник манзаранинг бир қисми сифатида талқин қилинади.

9 29.9. Эндокрин, қон ва метаболик омиллар

Чарчоқ, энергия пасайиши ва диққат қийинлиги руҳий ҳамда соматик сабабларда учрайди. Клиник анамнезга қараб қалқонсимон без функцияси, анемия ёки бошқа метаболик муаммоларни текшириш эҳтиёжи пайдо бўлиши мумкин. Бу рўйхат тайёр универсал скрининг пакети эмас: текширувнинг сабаби, натижа даволашни қандай ўзгартириши ва беморнинг ресурслари ҳисобга олинади.

Соматик сабаб топилганда ҳам депрессив синдромни кузатиш давом этади. Масалан, анемия тузатилса энергия яхшиланиши мумкин, аммо айбдорлик, анедония ва суицид фикри сақланса, улар алоҳида ёрдам талаб қилади. Аксинча, антидепрессантга қисман жавоб соматик касаллик йўқлигини исботламайди.

Беморга «барча таҳлилларингиз яхши, демак сизда ҳеч нарса йўқ» дейиш нотўғри. Депрессия клиник ташхис бўлиб, унинг мавжудлиги оддий қон таҳлилида чиқиши шарт эмас. Текширувларнинг нормал натижаси айрим сабабларни камроқ эҳтимолли қилади, аммо беморнинг азобини бекор қилмайди.

10 29.10. Дори рўйхатини қайта кўришнинг тартиби

Ҳар бир препарат учун номи, дозаси, қабул вақти, бошланган санаси, сўнгги ўзгариш ва бемор сезган таъсир ёзилади. Бемор дорини рецептдаги тартибдан бошқача қабул қилаётган бўлиши мумкин; бу савол айбловсиз сўралади. Биологик фаол қўшимчалар, ўсимлик воситалари ва бошқа шифокорлар тайинлаган дорилар ҳам рўйхатга киради.

Шифокор препаратни симптомга боғлашдан олдин вақт муносабатини текширади. Дори бошланганидан кейин уйқучанлик пайдо бўлгани муҳим, аммо касалликнинг ўзи ҳам шу вақтда кучайган бўлиши мумкин. Дорини синаб тўхтатиш ёки алмаштириш қарорини бемор ўзича эмас, масъул мутахассис билан қабул қилади.

Кўп мутахассис иштирок этганда ягона мувофиқлаштирувчи режа фойдали. Акс ҳолда бир шифокор уйқучанликни камайтиришга, бошқаси уйқуни кучайтиришга дори қўшиб, умумий таъсирни кўрмаслиги мумкин. Руҳий ва соматик хизматлар ўртасида маълумот алмашиш бемор розилиги ва махфийлик талабларига мос ташкил қилинади.

11 29.11. Реабилитация ва психотерапияни мослаштириш

Неврологик чеклови бор беморга стандарт вазифани ўзгартирмасдан бериш уни муваффақиятсизликка олиб келиши мумкин. Афазияда узун ёзма кундалик, ҳаракат чекловида одатий жисмоний машқ, оғир чарчоқда узоқ сеанс мос келмаслиги мумкин. Терапевт усулнинг мақсадини сақлаб, шаклини ўзгартиради.

Масалан, бемор узун матн ёза олмаса, учта қисқа савол ёки белгилардан фойдаланиш мумкин. Учрашувни қисқартириш ва дам бериш, вазифани бир қадамга бўлиш ёки бемор рухсати билан ёрдамчи кишини жалб қилиш мумкин. Бунда ёрдамчи беморнинг овозини босиб қўймаслиги керак.

Реабилитацияда натижа олдинги ҳаётга тўлиқ қайтиш билангина ўлчанмайди. Мавжуд имконият доирасида мустақиллик, маъноли фаолият ва муносабатлар тикланиши ҳам муҳим. «Сиз аввалгидек бўлолмайсиз» деган умидсиз хабар ўрнига, реал чеклов ва реал имконият бирга муҳокама қилинади.

12 29.12. Кенгайтирилган клиник мисол

58 ёшли аёлда қалқонсимон без касаллиги даволаняпти. У чарчоқ, вазн ўзгариши, йиғлоқилик ва ишга қизиқиш йўқолишидан шикоят қилди. Шифокор эндокрин даволаш натижаларини, препарат қабул қилиш тартибини ва депрессив синдромни параллел баҳолайди. «Қалқонсимон бездан» деган бир оғиз хулоса етарли эмас.

Анамнезда унда ўн йил олдин, эндокрин касаллик аниқланмаган даврда ҳам оғир депрессив эпизод бўлгани маълум бўлди. Бу мустақил аффектив мойилликни ҳисобга олишга асос беради. Соматик касаллик ҳозирги эпизодни кучайтириши мумкин, аммо бутун ташхисни автоматик F06.32га айлантирмайди.

Кейснинг мақсади битта «тўғри код»ни топиш эмас, сабабий хулосани асослашдир. Текширув, даволаш ва динамикадан кейин клиник формулировка аниқлашади. Ҳужжатда нима маълум, нима эҳтимол ва нимани кузатиш кераклиги ажратиб кўрсатилади.

13 29.13. Органик ташхисда далил даражасини ёзиш

Ҳужжатда «органик» сўзининг ортида қайси далил тургани кўриниши керак. Тасдиқланган неврологик касаллик, симптом бошланиши, клиник боғлиқлик ва муқобил тушунтиришлар ёзилади. Агар органик ҳисса фақат эҳтимол бўлса, у исботланган сабаб сифатида тақдим этилмайди.

Масалан, «инсультдан кейин депрессив синдром» вақт муносабатини билдириши мумкин. «Инсульт сабабли органик депрессив бузилиш» эса кучлироқ сабабий хулосадир. Бу икки иборанинг фарқи клиник фикрлаш учун муҳим. Айрим ҳолатда биринчи формулировка кўпроқ асосланган бўлади.

Ташхиснинг аниқлиги даволашни бошлашнинг ягона шарти эмас. Сабабий муносабат ҳали тўлиқ аниқ бўлмаса ҳам, депрессив синдром ва хавфга ёрдам бериш мумкин. Шу билан бирга, асосий соматик касалликни текшириш ва даволаш давом этади. Икки йўналиш бир-бирини кутиб турмаслиги керак.

14 29.14. Кейс: гипоактив делирийни депрессиядан ажратиш

> 70 ёшли бемор жарроҳликдан кейин кам гапиради, кўп ётади ва овқатдан бош тортади. Оиласи «депрессия бўлди» деб ўйлайди. Суҳбатда у вақтни адаштиради, диққатини сақлай олмайди ва ҳолати кун давомида ўзгариб туради. Бу маълумотлар ўткир онг-диққат бузилишини текширишни устувор қилади.
>
> Бундай ҳолатда психотерапияни бошлаш ёки одатий антидепрессант схемасини танлаш биринчи қадам эмас. Соматик сабаблар, инфекция, дори таъсири ва бошқа ўткир омиллар тиббий жамоа томонидан баҳоланади. Депрессия ҳақидаги савол кейин ҳам қолиши мумкин, аммо ўткир ҳолатни ўтказиб юбормаслик керак.
>
> Бошқа беморда онг равшан, диққат нисбатан барқарор, бир неча ҳафтадан бери анедония ва қадрсизлик бор. Унда депрессив синдромни чуқур баҳолаш мантиқий. Икки бемор ҳам ташқи томондан пассив кўриниши мумкин; фарқни руҳий ҳолат текшируви ва вақт динамикаси очади.

15 29.15. Ўқув саволлари

Савол: МРТда ўзгариш топилса, депрессия автоматик F06.32 бўладими? Жавоб: йўқ. Тасвирий топилма, клиник синдром ва сабабий боғлиқлик бир-бирига мос бўлиши керак. Тасодифий топилма ҳам бўлиши мумкин.

Савол: соматик касаллик даволанса, депрессияга алоҳида ёрдам керак бўлмайдими? Жавоб: ҳар доим эмас. Симптомлар ва хавф давом этса, параллел психиатрия ёрдами зарур бўлиши мумкин.

Савол: когнитив қийинчилик бўлса, психотерапия мумкин эмасми? Жавоб: автоматик эмас. Усул, давомийлик ва вазифалар бемор имконига мослаштирилиши мумкин. Оғирлик ва клиник контекстга қараб бошқа ёрдам шакллари ҳам танланади.

16 29.16. Манбалар

[29.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F06.3–F06.32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[29.2] NICE. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. CG91. https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/chapter/Recommendations

30-БОБ

Психофаол моддалар билан боғлиқ депрессив ҳолатлар

1 30.1. Бир ном ортида турли клиник вазиятлар

Алкоголь ёки бошқа психофаол модда истеъмол қилган беморда тушкунлик кузатилса, камида тўрт эҳтимол ўрганилади: интоксикация давридаги кайфият ўзгариши; моддани камайтириш ёки тўхтатиш билан боғлиқ ҳолат; мустақил депрессив бузилиш; модда таъсиридаги психотик бузилиш таркибидаги депрессив симптомлар. Бу вариантлар бир-бирини мутлақ истисно қилмайди.

«Алкоголли депрессия» каби қисқа атама клиник суҳбатда тушунарли бўлиши мумкин, аммо кодлаш учун етарли эмас. Модда тури, қабул тарзи, вақт муносабати, психоз ва бекор қилиш белгилари аниқ ёзилиши керак.

2 30.2. F1x.54нинг муҳим чегараси

F1x.54ни оддий моддага боғлиқ ҳар қандай депрессия коди сифатида ишлатиш хато. ЖССТ МКБ-10 тадқиқот мезонларида бу .5 — психотик бузилиш остида, депрессив психотик симптомлар устун бўлган шаклдир. «x» модда синфини билдиради. Шунинг учун F10.54ни психозсиз алкогольдан кейинги тушкунликка автоматик қўйиб бўлмайди. [30.1]

Бу фарқ клиник жиҳатдан ҳам муҳим: психотик айбдорлик, васваса ёки галлюцинацияни оддий пушаймонлик билан тенглаштириш даволаш ва хавфни баҳолашни бузади. Айни пайтда, делирий билан кечаётган бекор қилиш ҳолати бошқа шошилинч сценарийдир; уни ҳам ушбу код ичига яшириш мумкин эмас.

3 30.3. Модда ва кайфият вақт чизиғи

Қайси модда, қанча, қай тарзда ва қанчалик тез-тез қабул қилингани сўралади. «Озгина ичаман» деган жавобни ҳукмсиз аниқлаштириш зарур: ичимлик ҳажми, қуввати, охирги қабул вақти, бир неча модда аралашмаси, рецептли седативлар ва стимуляторлар. Кейин депрессия қачон бошлангани ва моддасиз даврларда қандай бўлгани ўрганилади.

Депрессия истеъмолдан олдин мавжуд бўлганми? Илгари узоқ моддасиз даврда ҳам қайталанганми? Қабул тугаганда аломатлар енгиллашадими ёки сақланадими? Яқинлардан маълумот олиш бемор розилиги ва махфийлик чегараларида амалга оширилади. Зид маълумот беморни «ёлғончи» деб аташ учун эмас, вақт чизиғини аниқлаш учун ишлатилади.

4 30.4. Аввало шошилинч хавфни ажратиш

Титраш, онг чалкашиши, тутқаноқ, оғир вегетатив ўзгариш, галлюцинациялар, кучли қўзғалиш ёки оғир соматик аҳвол бўлса, тиббий баҳолашни кечиктирмаслик керак. Алкоголь ва айрим седативларни тўсатдан тўхтатиш хавфли бўлиши мумкин. Китобдаги тавсиф уй шароитида мустақил детоксикация ёки доза камайтириш протоколи эмас.

Интоксикация пайтида билдирилган суицид фикри «ҳушёр бўлса ўтиб кетади» деб рад этилмайди. Хавфсиз муҳит ва зарур тиббий ёрдам таъминланади; ҳолат ўзгарганда баҳолаш такрорланади. Инсоннинг қарор қабул қилиш қобилияти ва яқин ёрдамга эҳтиёжи алоҳида кўриб чиқилади.

5 30.5. «Аввал тўлиқ тийилсин, кейин даволаймиз» хатоси

Модда таъсирини аниқлаш учун вақт ва кузатув керак бўлиши мумкин. Аммо бу оғир депрессия, психоз ёки суицид хавфида ёрдамни кечиктиришга асос эмас. Модда истеъмоли ва руҳий бузилишга параллел, мувофиқлашган ёрдам керак. Бир хизмат «аввал бошқасига боринг» деб беморни иккинчисига узатаверса, ёрдамда узилиш пайдо бўлади. [30.2]

Бемор билан мақсад ва тайёрлик даражаси муҳокама қилинади. У истеъмолни камайтиришга тайёр, аммо тўлиқ тўхтатишга тайёр бўлмаслиги мумкин. Бу суҳбатни тўхтатиш эмас, хавфни камайтириш ва даволашга жалб қилиш имконидир. Шу билан бирга, клиник жиҳатдан хавфли ҳолатларда қатъий тиббий тавсия очиқ айтилади.

Дори танлашда ортиқча седация, ўзаро таъсир, заҳарланиш ва қарамлик хавфи ҳисобга олинади. Даволашнинг барча қисмини битта «кайфият кўтарувчи» препаратга юклаш мумкин эмас. Уйқу, ижтимоий муҳит, қарз, иш, оила ва қайта истеъмолга олиб келувчи вазиятлар ҳам режага киритилади.

6 30.6. Уч қисқа ўқув сценарийси

Биринчи сценарий: стимуляторни кўп қабул қилгандан кейин бемор кучсизлик ва тушкунликдан шикоят қилади. Психозсиз қисқа ҳолатда ҳам хавф баҳоланади, аммо F1x.54 автоматик қўйилмайди.

Иккинчи сценарий: алкоголь истеъмолидан анча олдин бошланган такрорий депрессив эпизодлар бор. Модда истеъмоли мустақил рекуррент депрессияни инкор қилмайди; иккала муаммо формулировкага киритилади.

Учинчи сценарий: модда билан вақт жиҳатдан боғлиқ психозда бемор ўзини «бутун шаҳарни ҳалокатга учратган жиноятчи» деб қатъий ишонади. Бу оддий афсусланиш эмас. Психознинг табиати, делирий, мустақил аффектив ёки шизофрения спектри бузилиши текширилади.

Хулоса: код модданинг номидан эмас, клиник синдромдан келиб чиқади. Кузатув ташхисни аниқлаштиради, лекин хавфсизликни кечиктирмайди.

7 30.7. Истеъмол тарихи қандай сўралади?

Суҳбатда айбловчи тил маълумотни яширишга олиб келиши мумкин. «Сиз яна ичдингизми?» ўрнига «сўнгги ҳафтада нималар қабул қилдингиз?» деб сўраш фойдалироқ. Мақсад жазолаш эмас, хавфсиз даволаш экани тушунтирилади. Бемор модданинг номи ёки таркибини аниқ билмаслиги мумкин; бундай ноаниқлик ҳужжатда сақланади.

Қабул қилиш йўли, охирги истеъмол вақти, кўпайтириш-камайтириш даврлари, олдинги бекор қилиш симптомлари ва тутқаноқ тарихи муҳим. Бир неча моддани аралаштириш, жумладан алкоголь билан рецептли седативларни бирга қабул қилиш алоҳида сўралади. «Рецепт билан олинган» деган маълумот хавф йўқлигини англатмайди.

Моддани қабул қилиш вазифаси ҳам ўрганилади: ухлаш, хавотирни камайтириш, оғриқни босиш, жамоага қўшилиш ёки кайфиятни ўзгартириш. Бу маълумот даволашда модданинг ўрнини қандай хавфсиз усуллар билан алмаштириш мумкинлигини кўрсатади. Лекин бемор «депрессия учун ичаман» дегани мустақил депрессияни автоматик тасдиқламайди; вақт чизиғи барибир керак.

8 30.8. Интоксикация, бекор қилиш ва мустақил синдром

Интоксикацияда ҳиссиёт ва хулқ модданинг бевосита таъсирида ўзгариши мумкин. Бекор қилишда эса организмнинг модда камайишига жавоби, уйқу ва вегетатив ўзгаришлар, хавотир ва дисфория устун келиши мумкин. Мустақил депрессив синдром моддасиз даврларда ҳам давом этиши ёки истеъмолдан аввал бошланган бўлиши мумкин.

Баъзан бу фарқни биринчи қабулда аниқ ҳал қилиб бўлмайди. Ишчи гипотеза ва қайта баҳолаш режаси тузилади. «Ташхис ҳали аниқ эмас» дегани «ҳеч қандай ёрдам йўқ» эмас. Хавфсизлик, соматик барқарорлик, уйқу ва моддага боғлиқ муаммога ёрдам ҳозирдан бошланиши мумкин.

Белгилар моддани тўхтатгандан кейин сақланса, мустақил депрессия эҳтимоли ортади, аммо аниқ вақтни барча модда ва барча беморга бир хил белгилаш тўғри эмас. Модда хусусияти, давомий истеъмол, уйқу, ҳамроҳ касаллик ва қайта қабул қилиш маълумотлари ҳисобга олинади. Клиник қарор биргина «неча кун ичмади?» саволига боғланмайди.

9 30.9. Психотик симптомнинг мазмуни

Оддий айбдорликда инсон ўз хатосидан афсусланади ва воқеа ҳақида маълум даражада муҳокама қила олади. Психотик айбдорликда эса далилга мос келмайдиган қатъий ишонч, реалликни баҳолаш бузилиши ва бошқа психотик белгилар бўлиши мумкин. Фақат айбдорликнинг кучлилигига қараб психоз деб хулоса қилинмайди.

Галлюцинация бўлса, унинг шакли, мазмуни, вақт муносабати ва буйруқ берувчи хусусияти сўралади. Онг равшанлиги, диққат ва ориентация текширилади. Бу делирий, моддага боғлиқ психоз, аффектив психоз ва шизофрения спектрини фарқлашда муҳим. Модда истеъмоли ҳар қандай психозни моддадан деб аташга асос бўлмайди.

F1x.54ни танлашдан олдин .5 психотик бузилишнинг ўзи асосланганми, деган савол берилади. Агар психоз йўқ бўлса, фақат депрессия сўзи туфайли .54 қўшимчасини қўллаш мумкин эмас. Бу китобдаги энг муҳим кодлаш тузатишларидан биридир.

10 30.10. Қайталанишнинг икки айланаси

Модда истеъмоли ва депрессия бир-бирини қувватлаши мумкин: тушкунлик истеъмолга ундайди, истеъмол уйқу ва муносабатларни бузади, кейинги оқибатлар тушкунликни яна кучайтиради. Бу айланани кўрсатиш беморни айблаш учун эмас, аралашув нуқталарини топиш учун керак.

Биринчи айлана моддани қайта қабул қилишга олиб борувчи вазиятлардан иборат: ёлғизлик, иш ҳақи олинган кун, муайян дўстлар, уйқусизлик ёки оилавий жанжал. Иккинчи айлана депрессив чекиниш: фаолият камайиши, ёрдам сўрамаслик, ўзини қадрсизлаш ва руминация. Режа иккаласига ҳам жавоб бериши керак.

Қайта истеъмол бўлса, уни бутун даволашнинг бекор бўлиши деб аташ фойдали эмас. Нима олдин бўлди, қандай сигналлар сезилди, қайси ёрдамга етишмади ва кейинги сафар нима ўзгаради — шу саволлар ўрганилади. Лекин хавфли заҳарланиш ёки бекор қилиш ҳолатида бу психологик таҳлилдан аввал тиббий хавфсизлик таъминланади.

11 30.11. Оила билан ишлаш ва махфийлик

Яқинлар кўпинча чарчаган, ғазабланган ёки ишончини йўқотган бўлади. Уларга касалликни тушунтириш фойдали, аммо беморнинг махфийлиги сақланади. Бемор розилигисиз унинг барча суҳбатини оилага етказиш терапевтик ишончни бузади. Яқин хавф каби истисно ҳолатлар маҳаллий ҳуқуқ ва касбий талабларга мувофиқ баҳоланади.

Оилага «уни назорат қилиб туринг» деган умумий вазифа бериш ўрнига аниқ ёрдам келишилади: қабулга етиб боришга ёрдам, дориларни хавфсиз сақлаш бўйича келишув, хавф белгиларини таниш ёки уйдаги зиддиятни камайтириш. Яқинларни даволовчи ёки қўриқчи ролига мажбурлаш мумкин эмас.

Икки томон ҳам хавфсиз бўлиши керак. Зўравонлик бўлса, модда истеъмоли уни оқламайди. Оилавий суҳбат хавфни ошириши мумкин бўлган вазиятда алоҳида хавфсизлик чоралари кўрилади. Беморга ёрдам бериш бошқаларнинг хавфсизлигини эътибордан четда қолдириш эмас.

12 30.12. Кузатувдаги клиник қайд намунаси

Намуна: «Сўнгги истеъмол вақти ва модда миқдори бемор маълумотига кўра қайд этилди. Депрессив симптомлар истеъмол кучайишидан олдин ҳам бўлган, аммо олдинги моддасиз давр ҳақида маълумот чекланган. Ҳозир психотик белги аниқланмади; F1x.54 учун асос йўқ. Ўткир бекор қилиш хавфи тиббий баҳоланади. Мустақил депрессив синдром бўйича кузатув давом этади».

Бу матн тайёр ташхис эмас, маълум ва номаълум қисмни ажратиш усулидир. Кейинги қабулда янги маълумот келса, формулировка ўзгаради. Мақсад биринчи куннинг ўзида ортиқча қатъийлик эмас, хавфсиз ва далилга таянган даволаш йўлини қуришдир.

13 30.13. Даволашда вазифаларни мувофиқлаштириш

Бемор бир вақтда нарколог, психиатр, психолог ва умумий шифокор билан ишлаши мумкин. Ҳар бир мутахассис ўз қисмини билса-да, умумий режа бўлмаса бемор қарама-қарши тавсия олади. Масъулиятлар, дорилар рўйхати, хавфсизлик ва қайта баҳолаш вақти мувофиқлаштирилиши керак.

Режада қайси симптом қайси мутахассис томонидан кузатилиши аниқ бўлади. Масалан, ўткир бекор қилиш хавфи тиббий хизматда, депрессив синдром психиатрия баҳосида, қайта истеъмол механизмлари психологик ва реабилитацион ёрдамда қамралиши мумкин. Бу вазифалар бир-биридан узилган эмас, ўзаро ахборот алмашувчи бўлади.

Беморнинг ўзи ҳам режани тушуниши керак: кимга қандай ҳолатда мурожаат қилади, навбатдаги қабул қачон, дори бўйича саволни ким ҳал қилади? Махфийлик ва розилик доирасида биргаликдаги маълумот алмашув даволашдаги узилишни камайтиради.

14 30.14. Кейс: «депрессияни алкоголь билан даволаш»

32 ёшли бемор кечқурун ухлаш учун алкоголь қабул қилишини айтади. Илгари ҳам тушкунлик бўлган, кейин қабул миқдори ошган. Ҳозир эрталаб безовталик, кундузи чарчоқ ва ўзини айблаш бор. Бу ерда мустақил депрессия, моддага боғлиқ симптом ва уйқу бузилиши бир-бирига қўшилган бўлиши мумкин.

Шифокор истеъмол миқдори ва охирги қабулни аниқлайди, бекор қилиш хавфини текширади, депрессив эпизодлар тарихини сўрайди. «Алкогольни ташласангиз ҳаммаси ўтади» ёки «сизда фақат депрессия, ичиш аҳамиятсиз» деган икки хулоса ҳам эрта. Хавфсиз даволаш ва вақт давомида қайта баҳолаш керак.

Беморга алкогольнинг қисқа енгиллик бериши билан узоқ муддатли оқибати ажратиб тушунтирилади. Уйқуга кетиш осонлашгандек бўлиши мумкин, аммо бу сифатли уйқу ва депрессия давоси билан тенг эмас. Индивидуал тиббий режасиз кескин тўхтатиш хавфи ҳам баҳоланади.

Кейинги қабулларда кайфият, уйқу, истеъмол, функция ва хавф алоҳида кузатилади. Агар моддасиз даврда ҳам тўлиқ депрессия сақланса, бу мустақил даволаш эҳтиёжини кучайтиради. Агар аломатлар сезиларли енгиллашса, формулировка шунга мос янгиланади. Ҳар икки ҳолатда ҳам беморга ҳукмсиз ёрдам давом этади.

15 30.15. Ўқув саволлари

Савол: F10.54 алкоголь истеъмол қилган ҳар қандай депрессив беморга мосми? Жавоб: йўқ. Бу қўшимча код психотик бузилиш ичидаги депрессив психотик симптомларга тегишли. Психозсиз ҳолатга автоматик қўйилмайди.

Савол: модда таъсири аниқланмагунча суицид хавфини даволамай кутиш мумкинми? Жавоб: йўқ. Хавфсизлик ва зарур ёрдам ташхис аниқлашувини кутмайди.

Савол: қайта истеъмол даволашни тўхтатиш учун асосми? Жавоб: автоматик эмас. У хавфни қайта баҳолаш ва режани тузатиш учун маълумот. Ўткир заҳарланиш ёки бекор қилиш ҳолатида эса тез тиббий ёрдам устувор.

16 30.16. Манбалар

[30.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F10–F19, F1x.5 ва F1x.54. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[30.2] NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. CG120. Бу манба психоз билан биргаликдаги истеъмолга тегишли; барча моддага боғлиқ депрессия учун универсал протокол эмас. https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/chapter/Recommendations

31-БОБ

Туғруқдан кейинги депрессия ва F53.0

F53.0

1 31.1. Перинатал давр ва кодлаш бир хил тушунча эмас

Туғруқдан кейинги депрессия она саломатлиги, бола билан алоқа ва оила функциясига таъсир қилиши мумкин. «Она бўлдинг, хурсанд бўлишинг керак» деган муносабат уят ва айбдорликни оширади. Клиник суҳбат онадан фақат чақалоқ ҳақида эмас, унинг ўз аҳволи ҳақида ҳам сўрашдан бошланади.

Клиник перинатал хизматлар ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги биринчи йилни қамраб олиши мумкин. Бироқ МКБ-10 F53 рубрикасининг туғруқ билан вақт чегараси ва қўлланиш шарти торроқ: у туғруқдан кейин олти ҳафта ичида бошланган, бошқа рубрикада яхшироқ таснифланмайдиган ҳолатларга мўлжалланган. F53.0 барча туғруқдан кейинги депрессиянинг автоматик коди эмас. Тўлиқ F32/F33 синдроми мавжуд бўлса, тегишли аффектив рубрика ва маҳаллий акушерлик кодлаш қоидалари кўриб чиқилади. [31.1]

2 31.2. Ўткинчи эмоционал ўзгаришдан фарқи

Туғруқдан кейинги дастлабки кунларда йиғлоқилик, сезгирлик ва чарчоқ кузатилиши мумкин. Улар одатда қисқа ва енгил кечади. Лекин белгилар узайса, кучайса, анедония, қадрсизлик, жиддий функция йўқолиши ёки ўзини шикастлаш фикрлари пайдо бўлса, «ҳамма онада бўлади» деб кутилмайди.

Уйқусизликни ҳам контекстда тушуниш керак. Чақалоқ уйғотгани учун кам ухлаш билан, болага бошқа киши қараётганда ҳам ухлай олмаслик бир хил эмас. Яна бир хавфли фарқ: жуда кам ухлаб ҳам чарчамаслик, ғайриоддий фаоллик ва ўз кучини ортиқча баҳолаш мания ёки аралаш ҳолатни кўрсатиши мумкин.

3 31.3. Биполярлик ва психозни текшириш

Аввалги мания, гипомания, туғруқдан кейинги психоз, психиатрияда даволаниш ва оилавий тарих сўралади. Фақат ҳозирги тушкунликка қараб антидепрессант ҳақида қарор қабул қилиш етарли эмас. Биполяр депрессияда даволаш мантиғи униполяр

депрессиядан фарқ қилади.

Туғруқдан кейин кескин бошланган чалкашлик, уйқуга эҳтиёжнинг йўқолиши, ғайриоддий ишончлар, галлюцинация, қўзғалиш ёки болага нисбатан психотик фикрлар шошилинч психиатрия баҳосини талаб этади. Она ва боланинг хавфсизлиги таъминланади. Бундай ҳолатни оддий «туғруқдан кейинги тушкунлик» деб амбулатор маслаҳат билан чеклаш мумкин эмас. [31.2]

4 31.4. Қўрқинчли фикр, ният ва психозни ажратиш

Айрим оналар болага зарар етказиб қўйиш ҳақида исталмаган, ўзларини қўрқитадиган тасаввурлардан азият чекади. Бу фикрнинг борлиги автоматик равишда уни амалга ошириш ниятини билдирмайди. Бемор фикрни ўз хоҳишига зид деб биладими, ундан қочадими, реал ният ёки режа борми, психотик ишонч мавжудми — булар алоҳида сўралади.

Ҳар қандай шундай хабарни жазолаш ёки болани олиб қўйиш билан қўрқитиш онага симптомини яширишни ўргатиши мумкин. Шу билан бирга, хавфни шунчаки «бу фақат фикр» деб рад этиш ҳам нотўғри. Ҳукмсиз, тўлиқ баҳолаш ва аниқ хавфсизлик режаси керак.

5 31.5. Ёрдам режаси

Режа симптом оғирлиги, олдинги даволаш самараси, она хоҳиши, эмизиш, қўллаб-қувватлаш ва бола парваришига мослаштирилади. Психологик аралашувлар, жумладан КПТ ёки шахслараро муаммоларга йўналтирилган ёрдам клиник эҳтиёжга қараб танланади. Оилавий ёрдам «сабр қил» дейиш эмас, уйқу ва парвариш вазифаларини амалий тақсимлашни англатади.

Дори қабул қилаётган аёл уни ўзича тўсатдан тўхтатмаслиги керак. Ҳомиладорлик ва эмизишда қарор фақат препаратнинг эҳтимолий хавфи эмас, даволанмаган касаллик ва қайталаниш хавфи билан ҳам таққосланади. Аниқ препарат, доза ва болани кузатиш режасини мутахассис белгилайди. «Барча психотроп дорилар эмизишда мумкин эмас» ёки «ҳаммаси мутлақ хавфсиз» деган икки кескин фикр ҳам нотўғри.

Она-бола муносабатини қўллаб-қувватлаш даволашнинг бир қисми бўлиши мумкин. Онада дарҳол кучли меҳр ҳисси пайдо бўлмагани уни ёмон она қилмайди. Айблаш ўрнига мулоқот, парвариш ва ҳиссий яқинликни босқичма-босқич тиклашга ёрдам берилади.

6 31.6. Ўқув кейси ва кодлаш хулосаси

Туғруқдан саккиз ҳафта кейин аёлда икки ҳафтадан ортиқ анедония, кучли айбдорлик, уйқу ва диққат бузилиши аниқланди. Бу ҳолатни туғруқдан кейин юз бергани учунгина F53.0 деб белгилаш тўғри эмас. Бошланиш вақти, тўлиқ синдром ва бошқа рубрикаларга мослик текширилади.

Бошқа аёл туғруқдан беш кун кейин деярли ухламай, «болам махсус вазифа билан келган, менга овозлар кўрсатма беряпти» дейди. Бу сценарийда асосий вазифа кодни муҳокама қилиш эмас, шошилинч баҳолаш ва хавфсизликдир.

Хулоса: туғруқдан кейинги давр ташхисни алмаштирмайди, балки баҳолаш ва даволаш контекстини ўзгартиради. Она ва боланинг эҳтиёжи бир-бирига рақиб эмас.

7 31.7. Скринингдан клиник суҳбатга ўтиш

Перинатал даврда стандарт сўровнома симптомларни кўришга ёрдам бериши мумкин, лекин балл ташхис ўрнини босмайди. Аёл саволни қандай тушунгани, уйқусизликнинг сабаби, маданий айбдорлик ва хавф ҳақида очиқ гапириш имкони ҳисобга олинади. Скрининг мусбат бўлса, кейинги клиник баҳолаш ва ёрдам йўли аниқ бўлиши керак.

Паст балл ҳам барча хавфни инкор қилмайди. Она симптомини яшириши, боласидан айрилишдан қўрқиши ёки «яхши она» кўринишга уриниши мумкин. Суҳбат махфийлиги ва унинг чегаралари тушунтирилади. Ҳукмсиз муносабат диагностик маълумот сифатини ҳам яхшилайди.

Саволлар ҳомиладорликдан олдинги ва ҳомиладорлик давридаги ҳолатни қамрайди. Туғруқдан кейин аниқланган депрессия аслида ҳомиладорликда бошланган бўлиши мумкин. Бошланиш вақтини аниқлаш F53 чегараси, рецидив тарихи ва профилактика режаси учун аҳамиятли.

8 31.8. Бола парвариши функциясини айбловсиз баҳолаш

«Болага яхши қарайсизми?» деган савол баҳоланиш ҳиссини кучайтириши мумкин. Аниқроқ саволлар фойдали: «Овқатлантириш ва ухлатишда ким ёрдам беради?», «Ўзингиз овқатланишга вақт топяпсизми?», «Қайси вақтда энг қийин бўлади?», «Болангиз йиғлаганда ўзингизни қандай ҳис қиласиз?»

Онада чарчоқ, анедония ёки қўрқув бўлиши парваришни қийинлаштиради, лекин автоматик равишда болага хавф бор дегани эмас. Реал хавф, амалий қийинчилик ва субъектив айбдорлик ажратилади. Агар она асосий парваришни бажара олмаётган бўлса, уни айблаш эмас, тез амалий ёрдам ташкил этиш керак.

Турмуш ўртоғи ёки яқинлар жалб қилинганда аёлнинг розилиги ва хавфсизлиги ҳисобга олинади. Айрим оилалар қўллаб-қувватлайди, айримлар эса танқид ва назоратни кучайтиради. «Оиласи бор» деган маълумотнинг ўзи ёрдам борлигини англатмайди.

9 31.9. Уйқунинг икки хил муаммоси

Туғруқдан кейин уйқу қисқариши кенг учрайди, аммо унинг клиник шакли фарқланади. Болага қараш сабаб уйқуси бўлинган, имконият бўлса ухлай оладиган она билан, имконият бўлса ҳам хавотир ёки депрессия сабаб ухлай олмайдиган она бир хил эмас. Иккинчисида махсус клиник ёрдам эҳтиёжи бўлиши мумкин.

Кам ухлаб ҳам ғайриоддий кучли ва чарчамай юриш эса бошқа сигналдир. Айниқса тез гапириш, катта режалар, импульсив харид, шубҳали ишончлар ёки психоз билан бирга бўлса, биполяр ёки психотик ҳолат тез баҳоланади. «Янги она шундай бўлади» деган тушунтириш хавфли кечикишга олиб келиши мумкин.

Уйқуни қўллаб-қувватлашда бола парваришини хавфсиз тақсимлаш, онага дам олиш имкони ва реал оилавий ресурс кўриб чиқилади. Эмизиш ва боланинг тиббий эҳтиёжига тегишли қарорлар педиатрия ҳамда акушерлик маслаҳати билан мувофиқлаштирилади. Руҳий саломатлик учун онани айбдор ҳис қилдириш эмас, унга амалий ёрдам бериш мақсад қилинади.

10 31.10. Дори бўйича биргаликда қарор қабул қилиш

Аёлга фойда ва хавфни мутлақ иборалар билан эмас, унинг шахсий тарихи асосида тушунтириш керак. Аввалги оғир эпизодлар, суицид хавфи, дорига яхши жавоб, тўхтатгандан кейинги қайталаниш ва ҳозирги оғирлик муҳим. Эмизишда чақалоқнинг ёши, муддатидан олдин туғилгани ва саломатлиги ҳам қарорга таъсир қилиши мумкин.

Дори танлаш фақат интернетдаги «энг хавфсиз препарат» рўйхатидан қилинмайди. Бир аёлга яхши таъсир қилган препаратни сабабсиз алмаштириш ҳам хавф келтириши мумкин. Шу билан бирга, ҳар бир мавжуд дори автоматик давом эттирилади дегани эмас. Мутахассис маълумотни, аёлнинг хоҳишини ва мониторинг имконини бирлаштиради.

Беморга ўзича доза ўзгартирмаслик ва тўсатдан тўхтатмаслик тушунтирилади. Ножўя таъсир ёки чақалоқда ташвишли ўзгариш сезилса, кимга ва қачон мурожаат қилиш аниқ бўлади. Бундай қарорлар индивидуал тиббий маслаҳатни талаб этади; китобда универсал рецепт берилмайди.

11 31.11. Психологик ёрдамдаги махсус мавзулар

Перинатал депрессияда шахслараро ўзгаришлар муҳим: жуфтлик муносабати, она ролига ўтиш, иш ва мустақиллик ҳақидаги ҳиссиёт, олдинги йўқотиш ёки травматик туғруқ тажрибаси. Бу мавзуларни очиш она боласини севмайди дегани эмас. Бир вақтда меҳр, чарчоқ, қўрқув ва афсус каби турли ҳиссиётлар бўлиши мумкин.

КПТда қатъий талаблар, масалан «мен ҳеч қачон чарчамаслигим керак» ёки «ёрдам сўрасам ёмон онаман» деган қарашлар ўрганилади. Шахслараро ёндашувда рол ўзгариши, йўқотиш ва мулоқотга эътибор берилиши мумкин. Усул аёлнинг хоҳиши, клиник ҳолат ва хизмат имконига қараб танланади.

Психотерапияга кела олмасликни мотивациясизлик деб аташдан аввал транспорт, болага қараш, махфий хона ва онлайн алоқа имкони сўралади. Баъзан энг самарали ўзгариш сеанс усулини алмаштириш ёки вақтни мослаштиришдир. Ёрдам шакли она ҳаётига сиғиши керак.

12 31.12. Психоз ва исталмаган фикрни фарқлаш кейси

> Бир она «боламни тушириб юборишдан қўрқаман, шу фикр келса қўлим титрайди» дейди. У фикрни истамайди, ундан қўрқади ва болани ҳимоя қилишга интилади. Бу ерда обсессив қўрқув, хавотир ва депрессия баҳоланади; реал ният ва хавф барибир сўралади.
>
> Бошқа она «болам инсоний эмас, менга овоз уни қутқаришни буюряпти» деб қатъий ишонади. Бу психотик мазмун ва шошилинч хавф эҳтимолини кўрсатади. Учинчи онада психоз йўқ, аммо кучли умидсизлик ва ўзига ҳам, болага ҳам зарар етказиш режаси бор. Бу ҳам шошилинч ҳолатдир.
>
> Уч сценарийнинг фарқи фикрнинг қўрқинчлилигида эмас, инсоннинг унга муносабати, реалликни баҳолаши, ният ва режасида. Ҳар бир ҳолатда ҳурматли ва тўлиқ баҳолаш керак. Беморни автоматик хавфли деб белгилаш ҳам, барча фикрни хавфсиз деб ҳисоблаш ҳам нотўғри.

13 31.13. Қайталанишнинг олдини олиш ва келгуси ҳомиладорлик

Аввал туғруқдан кейин оғир депрессия ёки психоз бўлган аёл учун келгуси ҳомиладорликдан олдин режалаштирилган маслаҳат фойдали. Бу уни ҳомиладорликдан қўрқитиш эмас, олдинги тажриба асосида хавф ва ресурсларни олдиндан муҳокама қилишдир. Дори, уйқу, оилавий ёрдам ва эрта мурожаат қилиш йўли биргаликда кўриб чиқилади.

Ҳомиладорлик аниқланганда дорини ўзича тўхтатиш айрим ҳолатда қайталаниш хавфини ошириши мумкин. Шунинг учун даволашни ўзгартириш индивидуал мутахассис маслаҳати билан амалга оширилади. Беморнинг хоҳиши ва репродуктив режалари ҳурмат қилинади; қўрқитиш ёки мажбурлашга йўл қўйилмайди.

Туғруқдан кейинги дастлабки ҳафталарда ким ёрдам бериши, она қачон дам олиши ва қандай сигналда тез мурожаат қилиниши олдиндан келишилиши мумкин. Режа қоғозда қолмаслиги учун реал одамлар ва реал имкониятлар ҳисобга олинади. Оила билан маълумот бўлишиш бемор розилигига мос бўлади.

14 31.14. Хавфсизликни қўллаб-қувватлайдиган тил

«Бундай фикрни қандай ўйладингиз?» деган айблов ўрнига «бу фикр сизга қандай келади ва сиз унга қандай муносабатдасиз?» деб сўраш кўпроқ маълумот беради. Она ўзини ҳукм қилинмаётганини сезса, хавфли ёки уятли деб билган симптомини очиқроқ айта олади.

Беморга махфийликнинг чегаралари олдиндан тушунтирилади. Яқин хавф бўлса, унинг ва боланинг хавфсизлиги учун зарур ёрдам жалб қилиниши мумкин. Буни таҳдид сифатида эмас, ҳимоя ва даволашнинг бир қисми сифатида айтиш муҳим. Маҳаллий ҳуқуқ ва касбий қоидаларга амал қилинади.

Она ҳақидаги «яхши» ёки «ёмон» баҳолар клиник тил эмас. Ҳужжатда аниқ симптом, функция, хавф ва ёрдам режаси ёзилади. Бу стигмани камайтиради ва кейинги мутахассисга керакли маълумот беради.

15 31.15. Ўқув саволлари ва амалий хулоса

Савол: туғруқдан кейинги биринчи йилдаги барча депрессия F53.0ми? Жавоб: йўқ. Клиник перинатал хизмат даври ва F53нинг тасниф чегараси бир хил эмас. Тўлиқ аффектив синдром ва бошланиш вақти текширилади.

Савол: болага зарар етказиш ҳақида исталмаган қўрқинчли фикр реал ният билан бир хилми? Жавоб: йўқ. Фикрга муносабат, ният, режа, психоз ва назорат алоҳида баҳоланади. Лекин бу фарқ хавфни умуман сўрамасликка асос эмас.

Савол: она кам ухласа, бу фақат чақалоқ сабаблими? Жавоб: ҳар доим эмас. Уйқуга имконият бор пайтда ухлай олмаслик депрессия ёки хавотир билан боғлиқ бўлиши мумкин; уйқуга эҳтиёж камайиб ғайриоддий энергия пайдо бўлиши эса биполяр ёки психотик ҳолатни текширишни талаб этади.

Амалиётдаги асосий қоида: онага қаратилган ёрдам болага ёрдамнинг ҳам бир қисми. Беморнинг ҳиссиётини айблаш ўрнига синдром, функция ва хавфни тушуниш клиник натижани яхшилаш учун асос яратади.

16 31.16. Манбалар

[31.1] WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F53. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[31.2] NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. CG192. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations

32-БОБ

Қисқа муддатли қайталанувчи депрессив бузилиш

F38.10

1 32.1. Қисқа давом этса ҳам клиник аҳамиятли

Айрим инсонда депрессив ҳолат бир неча кун давом этади, кейин анча енгиллашади ва яна такрорланади. Бундай вазиятда «икки ҳафтага етмади, демак аҳамиятсиз» дейиш ҳам, ҳар бир кунлик кайфият ўзгаришини депрессив эпизод деб аташ ҳам хато. Вақт, симптомларнинг тўлиқлиги, такрорланиш ва функция биргаликда баҳоланади.

ЖССТ МКБ-10 тадқиқот мезонларида F38.10 учун депрессив симптомлар белгиланган синдром даражасига мос, аммо эпизод икки ҳафтадан қисқа бўлади; кўпинча икки-уч кун давом этади. Ўтган йилда тахминан ойига бир марта такрорланиш ва фақат ҳайз циклига боғлиқ бўлмаслик муҳим. Бу шаклни фақат оғир эпизодлар билан чеклаш тўғри эмас. [32.1]

2 32.2. Нега бир учрашув етарли эмас?

Бемор «ҳар ой тушкун бўламан» деганда бу хотирага асосланган умумлаштириш бўлиши мумкин. Аниқ саналар, давомийлик, симптомсиз оралиқ ва функциядаги ўзгаришлар сўралади. Дастлабки клиник гипотеза вақт давомида текширилади; бир неча қисқа эпизоднинг ўзи барча мезонни тасдиқламайди.

Кундаликда кайфият, қизиқиш, энергия, уйқу, иштаҳа, ўзини қадрлаш, суицид фикрлари ва фаолият қисқача қайд этилади. Ҳайз цикли, модда қабул қилиш, иш графиги ва дори ўзгариши ҳам белгиланади. Кундалик ташхис ўрнини босмайди, аммо хотира хатосини камайтиради ва вақт муносабатини кўрсатади.

3 32.3. Симптомсиз оралиқни ўрганиш

Эпизодлар орасидаги ҳолат ҳақиқатан аввалги даражага қайтганми ёки енгил депрессия сақланганми? Бемор «яхши эдим» деб фақат оғир кунларга нисбатан яхшироқ ҳолатни назарда тутиши мумкин. Уйқу, завқ, иш қобилияти ва муносабатлар бу оралиқда ҳам алоҳида текширилади.

Агар тушкунликнинг фонида баъзан уйқуга эҳтиёж камайиши, ғайриоддий энергия, тез гапириш ва хавфли қарорлар бўлса, биполяр спектр баҳоланади. Қисқа депрессив эпизоднинг ўзи биполярликни исботламайди, лекин уни инкор ҳам қилмайди. Худди шунингдек, стрессга жавобан соатлар ичида ўзгарувчи ҳиссиётни автоматик равишда F38.10га киритиш мумкин эмас.

4 32.4. Ҳайз циклига боғлиқ ҳолатлардан фарқи

Агар аломатлар мунтазам равишда циклнинг муайян босқичида пайдо бўлиб, бошқа босқичида йўқолса, циклга боғлиқ бузилишлар алоҳида текширилади. Бунинг учун бир марталик хотирадан кўра олдиндан юритилган кунлик кузатув фойдалироқ. Ҳар ой такрорланишнинг ўзи F38.10 дегани эмас.

Баъзан цикл мавжуд депрессияни кучайтиради, аммо бутун синдромни тушунтирмайди. Бу ҳолатни фақат «гормон» деб аташ мустақил депрессияни ўтказиб юбориши мумкин. Гинекологик ва психиатрия баҳоси бир-бирини тўлдиради; бемор икки хизмат ўртасида йўлсиз қолдирилмайди.

5 32.5. Хавфни эпизодлар орасида ҳам режалаш

Қисқа эпизодда суицид фикри тез кучайиши мумкин. Бемор учрашув куни яхши бўлса, ўтган оғир кунлардаги ният ва ҳаракатлар барибир сўралади. «Уч кунда ўтиб кетади» деган маълумот хавфсизликни кафолатламайди.

Тинч оралиқда эрта белгилар, кимга мурожаат қилиш, хавфли воситаларга етишни камайтириш ва яқинларнинг қандай ёрдам бериши келишилади. Бемор розилиги билан бир ишончли киши режани билиши мумкин. Оғир хавфда оддий навбатдаги қабулни кутиш эмас, тезкор тиббий ёрдам талаб қилинади.

6 32.6. Даволашда далил чегараси

Бу шакл учун далиллар кенг тарқалган узоқ депрессив эпизоддагидек мустаҳкам эмас. Шунинг учун ҳар бир F32 даволаш натижасини F38.10га автоматик кўчириш ёки битта усулни кафолатли деб кўрсатиш нотўғри. Даволаш симптом оғирлиги, хавф, ҳамроҳ касаллик, беморнинг олдинги жавоби ва хоҳишига асосланади.

Психологик иш эпизодни англаш, фаолиятни сақлаш, руминация ва қочишни камайтириш, хавфсизлик режаси ҳамда барқарор уйқу тартибини қамраши мумкин. Дори ҳақида қарор мутахассис томонидан, ташхис ва биполярлик эҳтимоли текширилгандан кейин

қабул қилинади. Қисқа эпизод тугаши билан ҳар сафар дорини ўзбошимчалик билан бошлаш-тўхтатиш тавсия этилмайди.

7 32.7. Ўқув мисоли

34 ёшли бемор сўнгги ўн тўрт ойда деярли ҳар ой икки-тўрт кун ишга чиқолмаслик, анедония ва қаттиқ ўзини танқид қилишни тасвирлайди. Ораликда функцияси тикланади. Кундалик, анамнез ва яқин маълумотлар асосида синдром, такрорланиш, моддалар ва кўтаринки ҳолатлар текширилади. Бу ҳолат F38.10 эҳтимолини муҳокама қилишга асос беради, лекин қисқа таърифнинг ўзи ташхис эмас.

Агар худди шу беморда «яхши кунлар» аслида гипомания бўлиб чиқса, формулировка ўзгаради. Агар аломатлар фақат ҳайз олди даврига боғлиқ бўлса, бошқа йўналишда текширув керак. Клиник хулоса: қисқа эпизодни тушуниш учун узоқроқ вақт чизиғи зарур.

8 32.8. Кундаликни клиник маълумотга айлантириш

Кундаликдаги ҳар бир «ёмон кун» депрессив эпизод эмас. Бемор кайфият, қизиқиш, энергия ва функцияни қисқача белгилайди; шифокор эса кейин бу белгиларнинг биргаликда пайдо бўлиши ва вақтдаги тузилишини таҳлил қилади. Бир кун уйқусизликдан чарчаш билан бир неча кунлик тўлиқ синдром фарқланади.

Кундалик жуда мураккаб бўлса, бемор уни ташлаб қўйиши мумкин. Кам сонли, тушунарли кўрсаткичлар танланади. Масалан, «бугун одатий вазифамни бажардимми?», «аввал ёқадиган фаолиятдан завқ олдимми?», «ўзимга зарар етказиш фикри бўлдими?» каби саволлар клиник суҳбатни бойитади. Хавф ҳақидаги жавоб кейинги учрашувгача куттирилмайдиган алоқа режаси билан боғланиши керак.

Бемор ҳар ойнинг маълум кунларини ёмон эслаши мумкин, чунки айнан ўша кунларда иш юки ёки молиявий босим ортади. Кундалик бу боғлиқликни кўрсатиши мумкин. Лекин стресс билан боғлиқлик қисқа қайталанувчи бузилишни автоматик инкор этмайди; синдром ва вақт мезонлари ҳам текширилади.

9 32.9. Биполяр спектрни эҳтиёткор баҳолаш

Кайфиятнинг ўзгарувчанлиги биполяр бузилиш билан бир хил эмас. Бемор депрессиядан кейин одатий ҳолатига қайтганда ўзини «жуда яхши» ҳис қилиши мумкин. Бу гипоманияни англатмайди. Аввалги одатий ҳолатдан яққол фарқ қилувчи энергия, уйқуга эҳтиёж, нутқ, қарорлар ва функция ўзгариши сўралади.

Гипоманияни фақат кайфият кўтарилиши билан чекламаслик керак. Айримларда жиззакилик ва ғайриоддий фаоллик устун бўлади. Яқинлари сезган ўзгариш, оқибатлар ва давомийлик муҳим. Шу билан бирга, бир кунлик яхши кайфият ёки уйқусиз тундан кейинги безовталикка қараб биполяр ташхис қўйилмайди.

Дорига жавоб ҳам ягона диагностик тест эмас. Антидепрессантдан кейин қўзғалиш ёки уйқусизлик бўлса, бу клиник жиҳатдан текширилади, лекин автоматик бир хил хулоса чиқарилмайди. Биполярлик эҳтимоли даволаш режасига таъсир қилади, шунинг учун анамнез ва динамика алоҳида аҳамиятга эга.

10 32.10. Эмоционал реактивликдан фарқи

Айрим беморда кайфият шахслараро воқеага жавобан тез ўзгаради: рад этилиш ҳисси кучли тушкунликка, ярашиш эса тез енгилликка олиб келади. Бу ҳолатни фақат давомийлиги қисқа бўлгани учун F38.10 деб аташ мумкин эмас. Унинг барқарор шахслараро механизми, импульсивлик, травма тарихи ва бошқа клиник хусусиятлари баҳоланади.

Бошқа беморда эпизодлар нисбатан мустақил бошланади, бир неча кун давомида турли вазиятларда сақланади ва кейин функция тикланади. Бу қисқа қайталанувчи аффектив синдром эҳтимолини кучайтиради. Аммо ҳеч бир хусусият якка ҳолда ташхисни ҳал қилмайди; тўлиқ анамнез зарур.

Мақсад беморга шахс бузилиши ёрлиғини тез қўйиш эмас. Қисқа ҳиссий ўзгаришлар кўп сабабли бўлиши мумкин. Дифференциал баҳолаш ҳурматли, эҳтиёткор ва динамикага асосланган бўлиши керак. Ташхиснинг ўзи беморнинг кечинмасини жиддий қабул қилиш даражасини белгиламайди.

11 32.11. Ҳайз цикли билан муносабатни ҳужжатлаш

Кундаликда циклнинг бошланиш санаси, аломатларнинг пайдо бўлиш ва йўқолиш вақти қайд этилади. Беморнинг «ҳайздан олдин ёмонман» деган умумий хотираси билан ҳақиқий кунлик динамика баъзан фарқ қилади. Бир неча цикл давомидаги олдиндан кузатув клиник фикрни аниқлаштиради.

Ҳайз олдида мавжуд депрессиянинг кучайиши билан аломатларнинг фақат муайян босқичда пайдо бўлиши бир хил эмас. Оралиқда симптомлар сақланса, мустақил депрессив синдром ҳам кўриб чиқилади. Циклга боғлиқлик аниқланса, гинекологик ва психиатрия ёрдами мувофиқлаштирилади.

Гормонал тушунтиришни беморнинг барча муаммосини кичрайтириш учун ишлатиб бўлмайди. Уйқу, стресс, муносабатлар, дорилар ва соматик омиллар ҳам таъсир қилиши мумкин. Ташхис кўп омилли формулировкага таянади, биргина «гормонал» сўзига эмас.

12 32.12. Эпизод олди ва эпизод ичидаги режа

Тинч даврда бемор билан эрта белгилар рўйхати тузилади. Масалан, уйқу тартиби ўзгариши, яқинлардан чекиниш, фаолиятни қолдириш ёки «барибир фойдасиз» фикрининг кучайиши. Белгилар ҳар кимда бир хил эмас, шунинг учун умумий рўйхат беморнинг шахсий тажрибаси билан текширилади.

Эпизод ичида режа соддароқ бўлади: асосий парваришни сақлаш, хавфли қарорларни кечиктириш, белгиланган ёрдамга мурожаат қилиш ва хавф бўлса тезкор баҳолаш. Оғир кунларда катта шахсий ёки молиявий қарор қабул қилишга шошилмаслик фойдали бўлиши мумкин, аммо беморнинг мустақиллиги асоссиз чекланмайди.

Эпизод тугагандан кейин таҳлил айбловсиз ўтказилади. Нима аввал сезилди, қайси ёрдам ишлади, қаерда узилиш бўлди? Мақсад ҳар ой бир хил қийинчиликни қайта бошдан кечириш эмас, олдиндан тайёрланган йўлни яхшилашдир. Бу режа симптомлар ўзгарса ёки биполярлик аниқланса қайта тузилади.

13 32.13. Клиник натижани баҳолаш

Қисқа эпизодларда ўртача ойлик балл хавфли кунларни яшириши мумкин. Шунинг учун эпизодлар сони, давомийлиги, оғирлиги, функцияга таъсири ва хавф алоҳида кузатилади. Бир ойда фақат уч кун ёмон бўлгани, агар шу кунларда оғир суицид нияти бўлса, «енгил ҳолат» дегани эмас.

Даволашдан кейин эпизодлар сони ўзгармаса ҳам уларнинг оғирлиги ёки ишдан қолиш камайиши мумкин. Бундай қисман натижа қайд этилади, лекин тўлиқ ремиссия деб аталмайди. Аксинча, симптомлар оралиғида яхшилик бўлса ҳам хавфли эпизод сақланса, режа етарли деб ҳисобланмайди.

Далиллар чекланган соҳада бемор билан ноаниқликни очиқ муҳокама қилиш муҳим. «Бу усул албатта ёрдам беради» деган ваъда ўрнига нима синаб кўрилиши, қайси натижа кузатилиши ва қачон режа ўзгариши келишилади. Бу эҳтиёткорлик ёрдамсизлик эмас, масъулиятли клиник қарорнинг бир қисмидир.

14 32.14. Далилни талқин қилиш: бир тадқиқот нимани исботлайди?

Қисқа қайталанувчи депрессия бўйича адабиётни ўқиганда уни рекуррент катта депрессив эпизод ҳақидаги тадқиқотдан ажратиш муҳим. Сарлавҳада «recurrent depression» ёзилгани ўзи F38.10 популяцияси ўрганилганини англатмайди. Иштирокчиларнинг мезонлари, эпизод давомийлиги ва асосий натижа кўрсаткичи текширилади.

Флуоксетин бўйича эски плацебо-назоратли тадқиқот қисқа қайталанувчи депрессия ва суицид уринишлари бўлган танланган гуруҳда аниқ фойда кўрсатмаган. Бу натижа барча депрессияда препарат самарасиз дегани эмас; у бир синдромдаги далилни бошқасига автоматик кўчириш мумкин эмаслигини кўрсатади. Шунингдек, битта эски тадқиқот бутун замонавий даволашни якунлаб бермайди. [32.2]

Очиқ кузатув ёки кичик ҳолатлар сериясида яхшиланиш қайд этилса, табиий ўзгарувчанлик, танланиш ва назорат гуруҳи йўқлиги ҳисобга олинади. Беморга далил чегарасини тушунтириш ишончни камайтириш эмас; у даволашнинг мақсади ва кузатувини реал қилади.

15 32.15. Ишчи ташхисни ҳужжатлаш намунаси

«Бемор қисқа, такрорий депрессив даврларни тасвирлайди. Ҳозирги маълумотда эпизодлар орасида функция тикланади, аммо йиллик такрорланиш ва ҳар эпизоднинг синдром тўлиқлиги кундалик билан аниқлаштирилади. Биполярлик, циклга боғлиқлик ва модда таъсири баҳоланади. Хавф бўйича алоҳида режа тузилди».

Бу қайд F38.10ни тайёр ва ўзгармас ташхис деб қабул қилишдан сақлайди. Кейинги маълумот гипотезани тасдиқлаши ёки бошқа йўналишга олиб бориши мумкин. Беморга ҳам кузатувнинг мақсади тушунтирилади: унинг кечинмасига ишонмаслик эмас, қайталаниш шаклини тўғри тушуниш.

Кундалик юритишга қодир бўлмаган бемор учун бошқа йўл танланади: қисқа телефон қайди, қабулда календарь бўйича эслаш ёки розилик билан яқиннинг кузатуви. Маълумот йиғиш усули беморнинг ҳаётига мослаштирилади, ташхисга етиш учун ортиқча юкка айлантирилмайди.

16 32.16. Ўқув саволлари

Савол: икки-уч кунлик ҳар қандай тушкунлик F38.10ми? Жавоб: йўқ. Синдромнинг тўлиқлиги, такрорланиш, вақт мезонлари ва бошқа сабаблар баҳоланади.

Савол: бу шакл фақат оғир депрессиядан иборатми? Жавоб: йўқ. Тадқиқот мезонларида симптом оғирлиги турлича бўлиши мумкин; давомийлик қисқалиги асосий фарқлардан биридир.

Савол: қабул куни бемор яхши бўлса, хавфни сўрамасак бўладими? Жавоб: йўқ. Қисқа оғир эпизодлардаги хавф ва уларга олдиндан тайёрланган режа алоҳида баҳоланади. Тинч оралиқ хавфсизликни режалаш учун қулай вақтдир.

17 32.17. Манба

[32.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F38.10. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[32.2] Montgomery DB ва ҳамкасблар. Lack of efficacy of fluoxetine in recurrent brief depression and suicidal attempts. 1994. PubMed PMID: 7888419. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7888419/

33-БОБ

Шизофрения спектридаги депрессия

1 33.1. Депрессияни психоз соясида қолдирмаслик

Шизофрения спектридаги беморда тушкунлик, анедония ва умидсизлик асосий психоздан алоҳида эътибор талаб этади. «Унда шизофрения бор, ҳаммаси шундан» деган ёндашув депрессия, акатизия, ножўя таъсир ёки суицид хавфини яширади. Беморнинг ҳаёт сифати фақат галлюцинациялар камайиши билан ўлчанмайди.

Психоздан кейин инсон бошидан кечирган воқеалар, касалхонага ётиш, ишни йўқотиш, муносабатлардаги ўзгариш ва стигма ҳақида оғир фикрларга келиши мумкин. Бу психологик контекст муҳим, аммо тўлиқ депрессив синдромни фақат «реакция» деб кичрайтирмаслик зарур.

2 33.2. F20.4 ва F25.1

F20.4 учун ЖССТ клиник йўриқномасида олдинги ўн икки ой ичида шизофрения мезонларига мос эпизод, сақланган айрим шизофреник симптомлар ва камида икки ҳафта давом этган яққол, азоб берувчи депрессив симптомлар баҳоланади. F20.4 шизофрениядан кейинги депрессияни ифодалайди: олдинги шизофрения эпизодидан кейин депрессив синдром етакчи бўлиб, айрим шизофреник симптомлар қолиши мумкин. Агар фаол психоз яна клиник манзарани белгиласа ёки қолдиқ симптомлар умуман бўлмаса, бошқа диагностик вариантлар ҳам кўриб чиқилади. [33.1]

F25.1 депрессив турдаги шизоаффектив бузилишда бир эпизоднинг ўзида шизофренияга хос ва депрессив симптомлар яққол намоён бўлади. МКБ-10 мезонларини DSMнинг вақт қоидалари билан аралаштирмаслик керак. Бир тизимдаги «кайфият симптомларисиз икки ҳафта психоз» қоидасини бошқа тизимга механик кўчириш нотўғри.

Ташхис учун «овоз эшитади ва хафа» деган икки маълумот етарли эмас. Психознинг шакли, депрессив синдром, вақт муносабати, аввалги эпизодлар, модда таъсири ва соматик ҳолат тўлиқ баҳоланади. Психотик депрессияда психоз депрессив эпизод контекстида кузатилади; буни шизоаффектив бузилиш билан тенглаштириб бўлмайди.

3 33.3. Негатив симптомлардан фарқлаш

Негатив симптомларда ҳиссий ифоданинг камайиши, нутқнинг қашшоқлашиши, ижтимоий чекиниш ва ташаббус пасайиши бўлиши мумкин. Депрессияда эса қайғу, айбдорлик, қадрсизлик, умидсизлик ва ўзини шикастлаш фикрлари клиник йўналишни аниқлашга ёрдам беради. Лекин бу белгилар ҳар доим тоза ажралмайди; бир нечта механизм бирга бўлиши мумкин.

Юз ифодаси кам бемор ички томондан қаттиқ азобланаётган бўлиши мумкин. Шунинг учун кузатувни беморнинг субъектив тажрибаси билан бирлаштириш керак. «Сиз хафа кўринмаяпсиз» деган фикр депрессияни инкор қилмайди. Худди шундай, сукутнинг ўзи депрессия исботи эмас.

4 33.4. Ножўя таъсир ва акатизия

Седатив таъсир кучсизлик, уйқучанлик ва ҳаракат камайишига олиб келиши мумкин. Акатизияда эса инсон тинч ўтира олмайди, ички безовталикни тоқатсиз деб тасвирлайди. Бу ҳолат хавотир, қўзғалган депрессия ёки психознинг кучайиши билан адаштирилиши мумкин.

Беморнинг «ичим ёниб кетяпти, бир жойда туролмайман» деган гапини эшитганда препарат бошланган ёки дозаси оширилган вақт сўралади. Фақат шу симптом туфайли антипсихотик дозани автоматик ошириш ҳолатни оғирлаштириши мумкин. Даволашни ўзгартириш масъул шифокорнинг баҳосига асосланади; беморга дорини ўзича тўхтатиш айтилмайди.

5 33.5. Суицид хавфи ва тикланиш

Психоз пасайгандан кейин хавф ҳамиша пасаймайди. Бемор ўз йўқотишларини англаб, келажакка умидсиз қараши мумкин. Суицид фикри, буйруқ берувчи овозлар, модда истеъмоли, аввалги уриниш, ижтимоий яккаланиш ва даволашда узилиш алоҳида баҳоланади.

Тикланиш режаси фақат доридан иборат эмас. Уй-жой, иш ёки таълим, оилавий муносабат, стигма, жисмоний саломатлик ва беморнинг шахсий мақсадлари муҳокама қилинади. Ҳамкорликдаги режа назорат учун эмас, инсоннинг имкониятларини тиклаш учун тузилади. [33.2]

Психологик аралашувлар психоз хусусиятларига мослаштирилади. Беморнинг ишончини кескин масхара қилиш ёки «нотўғри ўйлаяпсиз» деб баҳслашиш терапевтик алоқани бузиши мумкин. Ҳиссиёт, хавф ва кундалик таъсирдан бошлаш кўпинча самаралироқ мулоқот яратади.

6 33.6. Ўқув кейси

25 ёшли бемор психоздан кейин уйига қайтди. Овозлар анча камайган, аммо у «ҳаётим тугади» дейди, дўстлари билан кўришмайди ва овқатланиши ёмонлашган. Буни фақат негатив симптом деб қабул қилишдан олдин депрессив синдром ва хавф баҳоланади.

Бошқа беморда худди шу чекиниш препарат дозаси оширилгандан кейин кучли уйқучанлик билан бошланган. У қайғу ёки қадрсизликни билдирмайди, уйғоқ пайтида қизиқиши сақланган. Ножўя таъсир эҳтимоли ўрганилади. Учинчи беморда депрессия ва психоз бир вақтда тўлиқ шаклланган бўлиши мумкин; унда эпизодлар тарихи код танлаш учун ҳал қилувчидир.

Хулоса: бир хил ташқи пассивлик ортида депрессия, негатив симптом, ножўя таъсир ёки уларнинг аралашмаси бўлиши мумкин. Даволаш механизмни аниқлашдан бошланади.

7 33.7. Вақт чизиғи: психоз олдинми, депрессия олдинми?

Дифференциал ташхисда симптомларнинг фақат мавжудлиги эмас, вақтдаги муносабати муҳим. Депрессив эпизод бошланишидан олдин ҳам шизофренияга хос симптомлар бўлганми? Психоз депрессия йўқ пайтда сақланганми? Ҳозирги эпизодда қайси синдром етакчи? Олдинги даволаш ва ремиссия ҳақидаги ҳужжатлар бу саволларга ёрдам беради.

Беморнинг хотираси психоз даврида парчаланган бўлиши мумкин. Яқинлар ва олдинги қайдлар қўшимча маълумот беради, аммо уларнинг ҳар бири ҳам хато қилиши мумкин. Маълумотлар ўзаро солиштирилади; зиддият бўлса яширилмайди. «Аниқ эмас» деган қисм кейинги кузатув вазифасига айланади.

Вақт чизиғини тузишда МКБ-10 ва бошқа таснифларнинг қоидалари аралаштирилмайди. Клиник таълимда бир неча тизимни билиш фойдали, лекин якуний код қайси тизимга таянаётгани аниқ бўлиши керак. Акс ҳолда бир ҳужжат ичида бир-бирига мос келмайдиган мезонлар пайдо бўлади.

8 33.8. Бирламчи ва иккиламчи негатив симптомлар

Негатив симптомга ўхшаш ташқи ҳолат турли сабабга эга бўлиши мумкин. Масалан, бемор психотик қўрқув туфайли одамлардан қочади; седация сабаб фаол эмас; депрессияда ҳеч нарсага ишонмайди; ёки ижтимоий муҳитда имконият йўқ. Бундай иккиламчи механизмлар аниқланса, аралашув йўли ҳам ўзгаради.

Бирламчи негатив симптомлар ҳақида хулоса қилишдан олдин ушбу омилларни текшириш муҳим. Лекин барча пассивликни депрессияга айлантириш ҳам нотўғри. Субъектив қайғу, анедония, айбдорлик, умидсизлик ва психомотор ўзгаришнинг бошқа белгилар билан муносабати баҳоланади.

Беморда ҳиссий ифода кам бўлса, саволларга жавоб бериш учун кўпроқ вақт бериш керак бўлиши мумкин. Шошириш ёки унинг ўрнига яқинлар жавоб беришини одат қилиш ички тажрибани йўқотади. Мулоқотнинг секинлиги маълумот йўқлигини англатмайди.

9 33.9. Жисмоний саломатлик ва депрессия

Шизофрения спектридаги беморнинг соматик шикоятини фақат руҳий касаллик билан тушунтириш хавфли. Оғриқ, уйқу апноэси, метаболик муаммолар, ҳаракат чеклови ва бошқа касалликлар энергия ва кайфиятга таъсир қилади. Қабулда жисмоний саломатлик, дорилар ва ҳаёт тарзи ҳақида маълумот йиғилади.

Даволашнинг метаболик ва бошқа ножўя таъсирлари беморнинг ўзини баҳолаши ҳамда дорини қабул қилишга муносабатига таъсир қилиши мумкин. Вазн ўзгариши ёки жинсий ножўя таъсирни аҳамиятсиз деб рад этиш беморни дорини яширин тўхтатишга олиб келиши мумкин. Бу мавзулар ҳурмат ва махфийлик билан сўралади.

Психиатрия ва умумий тиббий ёрдамни ажратиб қўймаслик керак. Беморга «буни бошқа шифокордан сўранг» деб йўл кўрсатмасдан қолдириш ўрнига, зарур йўлланма ва мувофиқлаштириш ташкил этилади. Яхлит режа симптомлар ҳам, ҳаёт сифати ҳам учун муҳим.

10 33.10. Даволаш устуворлигини белгилаш

Фаол психоз, кататония, оғир депрессия, овқат-сув қабул қилмаслик ёки яқин суицид хавфи бўлса, ёрдам интенсивлиги оширилади. Одатий амбулатор машқлар бундай вазиятда етарли эмас. Клиник оғирлик ва хавфга қараб шошилинч ёки стационар баҳолаш зарур бўлиши мумкин.

Барқарорроқ ҳолатда даволаш режаси қолдиқ психоз, депрессия, ножўя таъсир ва функцияни алоҳида мақсадлар сифатида кўради. Антипсихотикни оптималлаштириш, депрессив синдромга ёрдам ва психологик-ижтимоий аралашув мутахассис томонидан мувофиқлаштирилади. Китобда барча шизофрениядан кейинги депрессия учун бир хил препарат комбинацияси берилмайди.

Беморнинг даволашга муносабати сўралади. У дори таъсиридан қўрқяптими, касаллик номини қабул қилиш қийинми ёки олдин ёмон тажриба бўлганми? Розиликни фақат «таблеткани ичаман» деган жавобга қисқартириш мумкин эмас. Тушунарли маълумот ва биргаликда қарор қабул қилиш даволашнинг бир қисми.

11 33.11. Психологик ва оилавий иш

Беморнинг умидсиз хулосалари реал йўқотишлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. «Ҳаммаси яхши бўлади» деган умумий тасалли ўрнига, қайси функция тикланиши мумкинлиги ва биринчи қадамлар муҳокама қилинади. Ўқишни тўлиқ давом эттириш қийин бўлса, қисқартирилган юк ёки босқичма-босқич қайтиш имкони ўрганилади.

Оила билан ишлашда танқид, ортиқча назорат ва тушунмовчиликни камайтириш мақсад қилинади. Бу оилани касаллик сабабчиси деб айблаш эмас. Яқинлар ҳам маълумот ва ёрдамга муҳтож бўлиши мумкин. Беморнинг розилиги, махфийлик ва хавфсизлик доираси аниқ сақланади.

Психоз ҳақидаги ишончни кескин рад этиш ўрнига, унинг инсонга таъсири ва бошқа эҳтимолий тушунтиришларни эҳтиёткор муҳокама қилиш мумкин. Лекин терапевт васвасани ҳақиқат сифатида тасдиқламайди. Ҳиссиётни тан олиш билан ишонч мазмунини қўллаб-қувватлаш ўртасида фарқ бор.

12 33.12. Қайталаниш ва депрессия сигналлари

Бемор ва яқинлари билан психоз қайта кучайишининг ҳам, депрессиянинг ҳам эрта белгилари ажратилади. Масалан, уйқу бузилиши, шубҳалар, ижтимоий чекиниш, айбдорлик, ўзини парвариш қилиш пасайиши. Бир сигнал икки синдромда ҳам учраши мумкин, шунинг учун унинг одатий контексти ўрганилади.

Қайси белгида режали қабулни тезлаштириш, қайси белгида шошилинч ёрдам кераклиги аниқ бўлади. Буйруқ берувчи овоз, суицид нияти, оғир чалкашлик ёки асосий эҳтиёжни таъминлай олмаслик каби ҳолатлар кутиб туриш учун эмас. Режа бемор тушунадиган тилда ва амалий алоқа йўли билан тузилади.

Кузатувда фақат «овозлар борми?» саволи билан чекланмаслик керак. Беморнинг ҳаётдан маъно топиши, завқ, иштиёқ ва ижтимоий иштироки ҳам сўралади. Психоз пасайиши даволашнинг муҳим натижаси, аммо тикланишнинг барча мазмуни эмас.

13 33.13. Кейс: «дори ичсам ҳаётим йўқ»

28 ёшли бемор психоз камайганидан кейин кундуз уйқучан, ишга қизиқмайди ва дорини тўхтатмоқчи. У «мен даволанмадим, фақат ҳиссиз бўлиб қолдим» дейди. Шифокор бу шикоятни рад этмайди. Қолдиқ депрессия, седация, акатизия, негатив симптом ва реал ижтимоий йўқотишлар алоҳида текширилади.

Агар беморнинг асосий қийинчилиги ножўя таъсир бўлса, масъул шифокор даволашнинг фойда-хавф нисбатини қайта кўриб чиқади. Агар яққол депрессия бўлса, унга мос ёрдам қўшилади. Агар ижтимоий имконият йўқлиги устун бўлса, реабилитацион қадамлар керак. Биргина «дорини ичаверинг» деган жавоб ҳам, «дарров тўхтатинг» деган маслаҳат ҳам етарли эмас.

Режа бемор билан келишилади ва кейинги кузатув санаси аниқ бўлади. Беморнинг даволашдан кутаётган натижаси сўралади: ишга қайтиш, дўстлар билан мулоқот, ҳиссий яқинлик ёки мустақил яшаш. Бу мақсадлар психозни назорат қилиш билан бирга даволашнинг мазмунини белгилайди.

14 33.14. Шкала, суҳбат ва клиник ҳукм

Депрессия ва негатив симптомларни ўлчайдиган воситалар клиник динамикани тартибга солиши мумкин. Лекин бир шкала балли F20.4 ёки F25.1ни автоматик белгиламайди. Вақт чизиғи, психотик синдром ва дорилар таъсири клиник баҳолашда қолади.

Шкала танланганда унинг қайси популяция учун яратилгани, тилдаги тушунарлилиги ва ишлатиш шартлари текширилади. Бемор саволни тушунмаса ёки диққати етарли бўлмаса, рақамни ортиқча аниқлик билан талқин қилиш хато. Қисқа балл клиник суҳбатдан устун қўйилмайди.

Бир неча қабулдаги бир хил кўрсаткичлар функция ва субъектив аҳвол билан таққосланади. Галлюцинациялар камайган, аммо умидсизлик кучайган бўлса, «умумий яхшиланди» деган хулоса етарли эмас. Даволаш натижаси бир ўлчовга сиғмайди.

15 33.15. Ўқув саволлари

Савол: психоздан кейинги ҳар қандай пассивлик F20.4ми? Жавоб: йўқ. Депрессив синдром, қолдиқ шизофреник симптомлар, вақт мезонлари ва бошқа сабаблар текширилади.

Савол: беморнинг юзида қайғу кўринмаса, депрессияни инкор қиламизми? Жавоб: йўқ. Ҳиссий ифода камайган бемор ҳам ички азобни бошдан кечириши мумкин. Субъектив тажриба сўралади.

Савол: F25.1ни белгилашда бошқа таснифнинг вақт қоидасини автоматик ишлатамизми? Жавоб: йўқ. Қўлланилаётган МКБ-10 мезонларига таянилади ва версия очиқ кўрсатилади. Таснифлар ўртасидаги фарқ клиник таълимда тушунтирилади, лекин бир ҳужжатда аралаштирилмайди.

16 33.16. Манбалар

[33.1] WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F20.4 ва F25.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[33.2] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Recommendations



III

ҚИСМ

КЛИНИК ПРОФИЛЛАР

34-БОБ

Аффектив-руминатив профиль

1 34.1. Профиль ташхиснинг ўрнини босмайди

Аффектив-руминатив профиль мустақил МКБ-10 ташхиси эмас. Бу депрессияда қайғу, айбдорлик ва такрорий салбий мушоҳада устун келган клиник кўринишни тасвирлаш усулидир. Код асосий синдромга қараб танланади; профиль эса бемор билан қандай ишлаш кераклигини аниқлаштириши мумкин.

Руминация — бир хил салбий мазмун атрофида айланиб, ечимга яқинлашмасдан фикрлаш. Бемор «мен муаммони таҳлил қиляпман» дейди, аммо соатлардан кейин ҳам янги маълумот ёки амалий қарор пайдо бўлмайди. Аксинча, ўзини айблаш, чарчоқ ва ҳаракатсизлик кучаяди.

2 34.2. Фикрнинг мазмуни ва жараёни

Икки инсон бир воқеани эслаши мумкин. Биринчиси «кейинги сафар суҳбатни қандай бошлайман?» деб аниқ режа тузади. Иккинчиси «нега мен доим шундайман, нега ҳеч нарса қўлимдан келмайди?» деган умумий саволларга қайтади. Биринчиси муаммони ҳал қилишга, иккинчиси ўзини ҳукм қилишга яқин.

Терапияда ҳар бир салбий фикрни мантиқий баҳс билан енгишга ҳаракат қилиш шарт эмас. Баъзан муҳим савол: «Бу фикрни яна ярим соат ўйласангиз, қандай амалий натижа чиқади?» Фикрнинг ҳақиқийлиги билан бирга унинг функцияси ҳам баҳоланади. Руминацияни таниш фикрни мажбуран йўқотиш дегани эмас.

3 34.3. ОКБ ва хавотирдан фарқлаш

ОКБда беихтиёр, кўпинча исталмаган фикрлар ва уларга жавобан ритуал ёки ақлий нейтраллаштириш ҳаракатлари бўлиши мумкин. Депрессив руминация кўпроқ йўқотиш, айбдорлик ва ўз қадри ҳақида айланади. Аммо мазмунлар кесишиши мумкин: фақат «айбдорлик» сўзига қараб фарқлаш мумкин эмас.

Хавотир кўпинча келажакдаги таҳдидга, руминация эса ўтмиш ёки ҳозирги ўзлик ҳақидаги салбий баҳога қаратилади. Бу мутлақ қоида эмас. Беморнинг фикрга муносабати, унинг давомийлиги, назорат қилиш уриниши, қочиш ва ритуаллар алоҳида ўрганилади. Бир одамда депрессия ва ОКБ бирга бўлиши ҳам мумкин.

4 34.4. Психотик айбдорлик чегараси

«Мен яқинларимни ранжитдим» деган фикр билан «менинг фикрим сабаб бутун мамлакат ҳалокатга учради» деган қатъий ишонч бир хил эмас. Ишончнинг воқеликка мослиги, далилга муносабати, ўзгартириш имкони ва бошқа психотик белгилар текширилади. Маданий ва диний контекстни тушунмасдан ҳар бир айбдорликни васваса деб аташ ҳам нотўғри.

Психотик айбдорлик, овқатдан бош тортиш, кучли психомотор ўзгариш ёки суицид хавфида оддий «фикрингизни бошқа нарсага буринг» маслаҳати етарли эмас. Тўлиқ психиатрия баҳоси ва тегишли даволаш керак. Қисқа психологик машқ оғир синдромни даволаш ўрнига қўйилмайди.

5 34.5. Терапевтик йўналиш

Когнитив-хулқ-атвор ёндашувида фикр, ҳиссиёт ва хатти-ҳаракат ўртасидаги боғлиқлик ўрганилади. Фаолликни тиклаш усуллари руминация вақтида йўқолган ҳаётий тажриба ва ижтимоий алоқаларни қайтаришга ёрдам бериши мумкин. Бу «ўйлама, банд бўл» деган буйруқ эмас: вазифалар беморнинг кучи ва мақсадига мос танланади. [34.1]

Масалан, «мен ёмон онаман» деган умумий хулосани дарров инкор қилиш ўрнига, унинг қайси вазиятда пайдо бўлиши ва қандай ҳаракатни тўхтатиши ўрганилади. Кейин «бугун фарзандим билан ўн дақиқа телефонсиз ўтириш» каби реал қадам белгиланади. Амалий тажриба янги маълумот беради; мақсад беморни сунъий ижобий фикрлашга мажбурлаш эмас.

Фикр қайтганда уни пайқаш, номлаш ва танланган фаолиятга қайтиш машқ қилиниши мумкин. Бемор буни бажара олмаса, «етарлича ҳаракат қилмадингиз» дейилмайди. Депрессия оғирлиги, уйқу, когнитив қийинчилик ва вазифанинг мослиги қайта кўрилади.

6 34.6. Ўқув машқи ва кейс

Ўқув машқи: бир воқеа танланади ва уч савол ёзилади. «Нима ҳақиқатан содир бўлди?», «Мен бу ҳақда қандай умумий ҳукм чиқардим?», «Кейинги кичик амалий қадам нима?» Машқни ўнлаб марта такрорлаб ўзини текшириш ритуалига айлантириш шарт эмас; терапевт билан вазифаси аниқланади.

37 ёшли мутахассис йиғилишдаги хатосини ҳар кеча қайта эслайди. У «барча мени лаёқатсиз деб ўйлайди» деб ишга тайёрланишни ҳам тўхтатган. Суҳбатда тўлиқ депрессив синдром, хавотир ва хавф баҳолангач, руминация айланаси тузилади. Кейин энг зарур ишни қисқа вақтда бошлаш ва реал фикр-мулоҳаза олиш режалаштирилади. Бу умумий ўқув мисоли, реал бемор тарихи эмас.

Хулоса: руминация профилида фақат фикрнинг мазмунига эмас, унинг инсон ҳаётини қандай тўхтатиб қўяётганига ҳам қараш керак. Профиль терапияни йўналтиради, лекин ташхис ва хавф баҳосини алмаштирмайди.

7 34.7. Руминациянинг бошланиш нуқтасини топиш

Руминация одатда муайян сигналдан кейин бошланади: хато, танқид, ёлғиз қолиш, уйқусизлик ёки бирор хотира. Бемордан охирги воқеани босқичма-босқич тасвирлаш сўралади. Қайси фикр биринчи келди, кейин нима қилди, қанча вақт ўтди ва натижада ўзини қандай ҳис қилди? Бу таҳлил умумий «кўп ўйлайман» шикоятини аниқ жараёнга айлантиради.

Айрим бемор руминацияни масъулият белгиси деб билади: «Агар қайта-қайта ўйламасам, яна хато қиламан». Терапия бу ишончни масхара қилмайди. Савол шундаки, такрорий ўйлаш ҳақиқатан хатони камайтираяптими ёки тайёргарлик ва ҳаракатни тўхтатяптими? Бемор билан биргаликда натижа текширилади.

Руминациянинг қисқа муддатли вазифаси ҳам бўлиши мумкин. У инсонни оғриқли ҳиссиётни тўғридан-тўғри сезишдан ёки амалий қарор қабул қилишдан чалғитиши мумкин. Буни англаш беморни айблаш эмас. Механизм кўринганда бошқа, камроқ зарарли йўлларни синаб кўриш имкони пайдо бўлади.

8 34.8. Абстракт ҳукмдан аниқ вазиятга

«Мен нима учун шундай инсонман?» деган савол чексиз ва умумий. Уни «кечаги суҳбатда нима дедим, нимани бошқача айтишим мумкин эди?» каби аниқ саволга айлантириш мумкин. Аниқлик ҳиссий оғриқни бир зумда йўқотмайди, аммо ечимга йўл очади.

КПТда далилларни кўриш, умумлаштириш ва ўзини тамғалашни фарқлаш фойдали бўлиши мумкин. Масалан, битта хато «мен бутунлай лаёқатсизман» деган умумий ҳукмга айланган. Терапевт «сиз зўрсиз» деб қарама-қарши умумлаштириш бермайди; конкрет воқеа, имконият ва чекловни текширишга ёрдам беради.

Айрим фикрлар ҳақиқий йўқотишга таянади. Бундай пайтда мақсад уларни нотўғри деб исботлаш эмас, оғриқ билан яшаш ва қадриятга мос ҳаракат қилиш йўлини топиш бўлади. Терапия реалликни бўяб кўрсатиш эмас, инсоннинг унга муносабатини мослаштиришдир.

9 34.9. Айбдорликнинг уч даражаси

Биринчи даражада инсон аниқ хатоси учун мутаносиб пушаймонлик ҳис қилади ва тузатишга ҳаракат қилади. Иккинчи даражада депрессив ўзини айблаш ҳаддан ташқари умумий ва қаттиқ бўлади: «мен ҳаммага фақат зарар келтираман». Учинчи даражада воқеликка мос келмайдиган психотик ишонч пайдо бўлиши мумкин.

Бу даражалар клиник ўқув учун ажратилган, расмий мустақил кодлар эмас. Беморнинг ишончига муносабати, далилга очиқлиги, маданий контекст ва бошқа симптомлар ўрганилади. Кучли диний айбдорликни контекстсиз психоз деб аташ ҳам, ғайривоқеий қатъий ишончни оддий виждон азоби деб қолдириш ҳам хато.

Тузатиш мумкин бўлган воқеада амалий қадам — узр сўраш, зарарни қоплаш, келажак қоидасини ўзгартириш — фойдали бўлиши мумкин. Лекин руминацияда бемор бир хил узрни қайта-қайта сўраб енгиллик излаши мумкин. Шунинг учун ҳаракатнинг мазмуни билан бирга унинг вазифаси ҳам таҳлил қилинади.

10 34.10. Терапевтик машқнинг хавфсиз чегаралари

Фикр ёзувини ҳар бир беморга бир хил бериш шарт эмас. Айрим одам ёзганда тартибга келади; бошқасида эса таҳлил чексиз давом этиб, руминация кучаяди. Терапевт машқнинг давомийлиги, мақсади ва тўхташ нуқтасини келишади. Машқ натижаси беморнинг ҳаётидаги ҳаракатга боғланади.

Масалан, уч устунли қисқа қайд: «Вазият», «Мен чиқарган хулоса», «Текшириладиган ёки бажариладиган қадам». Бу муаллифлик ўқув намунаси; расмий протокол ёки барча беморга мажбурий вазифа эмас. Агар фикр психотик бўлса ёки оғир суицид хавфи бўлса, бундай машқ асосий даволашни алмаштирмайди.

Фикрни мажбуран тўхтатиш талаби баъзи беморда янада кўпроқ ўзини назорат қилишга олиб келиши мумкин. Шунинг учун «бу фикр келмаслиги шарт» эмас, «фикр келганда қандай жавоб бераман?» деган йўналиш фойдалироқ бўлиши мумкин. Усул беморнинг клиник ҳолати ва тайёрлигига қараб танланади.

11 34.11. Кейс: кечира олмаслик ва ўзини жазолаш

45 ёшли бемор отаси вафотидан олдин у билан қаттиқ гаплашганини қайта-қайта эслайди. «Мен яхши фарзанд эмасман» деган хулоса билан яқинлари билан мулоқотни камайтирган. Суҳбатда қайғу, депрессив синдром, травматик тажриба ва хавф алоҳида баҳоланади. Йўқотишнинг борлиги тўлиқ депрессияни инкор қилмайди.

Терапияда воқеанинг реал қисми ва ўзини бутунлай ҳукм қилиш фарқланади. Бемор отаси билан муносабатнинг фақат охирги жанжалдан иборат эмаслигини кўриб чиқади. Бу «ҳеч қандай хато қилмагансиз» деган тасалли эмас; муносабатни кенгроқ контекстда кўришдир.

Кейин беморнинг қадриятига мос ҳаракат танланиши мумкин: оила билан хотираларни бўлишиш, яқинларига ғамхўрлик ёки маъноли маросим. Бундай ҳаракат йўқотишни бекор қилмайди, аммо руминациядан ташқари яшаш имконини тиклайди. Агар психотик айбдорлик ёки суицид нияти бўлса, даволаш интенсивлиги бошқача бўлади.

12 34.12. Натижани қандай баҳолаймиз?

Руминация камайиши фақат салбий фикрлар бутунлай йўқолиши билан ўлчанмайди. Фикрга сарфланган вақт, ундан ажрала олиш, иш ва муносабатларга қайтиш, ўзини жазолашнинг камайиши ва функция яхшиланиши кузатилади. Бемор ҳали қайғули бўлиши мумкин, лекин унинг ҳаёти аввалгидек тўхтаб қолмаслиги аҳамиятли натижадир.

Кайфият яхшиланмаса, руминацияга қаратилган иш етарлими, асосий депрессия оғирлиги қай даражада, уйқу ва ташқи стресс нима ҳолатда — қайта текширилади. Бир механизмни топганимиз барча касалликни тушунтирдик дегани эмас. Клиник формулировка янги маълумот билан янгиланади.

Бобнинг амалий хулосаси: руминацияни «кўп ўйлайдиган характер» деб қабул қилиш ўрнига, унинг бошланиши, вазифаси ва оқибатини аниқлаш керак. Шу орқали беморнинг фикрлашини жазоламасдан, ҳаракат ва ҳаётга қайтиш йўли очилади.

13 34.13. Руминацияга қаратилган терапиянинг далил чегараси

Руминацияга махсус йўналтирилган КПТ бўйича тадқиқотлар мавжуд. Watkins ва ҳамкасбларининг қолдиқ депрессиядаги II босқич рандомизацияланган тадқиқоти бундай ёндашувни ўрганган. Бу руминацияни терапевтик нишон сифатида кўриш учун асос беради, аммо битта тадқиқот барча депрессияда бир усул устунлигини ёки кафолатли соғайишни исботламайди. [34.2]

Клиник амалиётда махсус усулни танлаш терапевт тайёргарлиги, беморнинг синдроми, хоҳиши ва мавжуд хизматга боғлиқ. Руминация кучли бўлган ҳар беморга фақат шу усул керак деган хулоса чиқарилмайди. Асосий депрессия, ОКБ, психоз ёки травматик симптомлар бошқа ёрдамни ҳам талаб қилиши мумкин.

Китобдаги қисқа машқлар таълимий мисоллардир. Улар тўлиқ терапевтик протокол, мутахассис тайёргарлиги ёки индивидуал клиник қарорнинг ўрнини босмайди. Бемор машқдан ёмонлашса, уни мажбурий давом эттириш эмас, сабабини текшириш керак.

14 34.14. Терапевтнинг ўзи руминацияни кучайтирмаслиги учун

Сеанс давомида бир воқеани чексиз қайта таҳлил қилиш беморга вақтинча эшитилганлик ҳиссини бериши мумкин, аммо ҳаракатга олиб бормаса руминацияни сақлаб қолиши эҳтимол. Терапевт суҳбатнинг мақсадини вақт-вақти билан аниқлайди: янги маъно топяпмизми, муаммони ечяпмизми ёки бир хил айланага қайтяпмизми?

Бу беморни «етарли гапирдингиз» деб тўхтатиш дегани эмас. Ҳиссиётга жой бериш ва фойдасиз такрорни фарқлаш керак. «Бу воқеа сизга оғир эканини тушуняпман; ҳозир уни қайта эслаш сизга нима беряпти?» деган савол ҳамдардликни сақлаб, жараённи кўришга ёрдам беради.

Сеанс охирида битта тушунча ва битта реал қадам ажратилиши мумкин. Беморнинг вазифаси ҳар доим фаол ҳаракат бўлиши шарт эмас; баъзан дам олишга рухсат бериш, ёрдам сўраш ёки хавфсизлик режасига амал қилиш муҳимроқ. Мақсад руминацияни янги «мукаммал терапия қилиш» ритуалига айлантирмасликдир.

15 34.15. Ўқув саволлари

Савол: салбий фикрнинг борлиги руминация деганими? Жавоб: йўқ. Унинг такрорийлиги, ечимга олиб бориши ва функцияга таъсири баҳоланади. Реал муаммони қисқа таҳлил қилиш фойдали бўлиши мумкин.

Савол: руминацияни фақат ижобий фикр билан алмаштириш керакми? Жавоб: йўқ. Аниқлик, реал далил, ҳаракат ва фикрга муносабат устида ишлаш муҳим. Сунъий тасалли бемор тажрибасини рад этиши мумкин.

Савол: психотик айбдорликка оддий ёзма машқ етарлими? Жавоб: йўқ. Психоз, оғир депрессия ва хавф тўлиқ психиатрия баҳосини талаб қилади. Психологик машқ асосий даволашнинг ўрнига қўйилмайди.

16 34.16. Манба

[34.1] NICE. NG222. Депрессияда КПТ ва хулқий фаоллаштиришни танлаш тамойиллари. Ушбу бобдаги машқлар муаллифлик ўқув мисоллари, манбадан кўчирилган протокол эмас. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[34.2] Watkins ER ва ҳамкасблар. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2011. PubMed PMID: 21778171. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21778171/

35-БОБ

Анедоник-апатик профиль

1 35.1. Завқ, хоҳиш ва ташаббус бир хил эмас

«Ҳеч нарса хоҳламайман» деган жумла бир нечта тажрибани ифодалаши мумкин. Бемор фаолиятни бошлашга қийналади, аммо бошлагандан кейин завқ олади. Бошқа бемор ҳаракат қилади, лекин аввалги қониқишни сезмайди. Учинчиси эса ҳаракатни ҳам бошламайди, натижадан ҳам завқ олмайди. Бу фарқларни очиш клиник суҳбатнинг муҳим қисмидир.

Анедония — қизиқиш ёки завқнинг камайиши. Апатияда мақсадга йўналган фаоллик ва ташаббус пасайиши устун бўлиши мумкин. Аволиция мақсадли ҳаракатни бошлаш ва давом эттириш қийинлигини ифодалайди. Бу атамалар ўзаро боғлиқ, лекин синоним эмас. «Анедоник-апатик профиль» мустақил МКБ коди эмас; асосий бузилишни аниқлаш керак.

2 35.2. Қандай саволлар фойдали?

«Нимадан завқ оласиз?» саволига бемор «ҳеч нарсадан» деб жавоб бериши мумкин. Уни аниқлаштириш керак: «Аввал нимани ёқтирар эдингиз?», «Шуни бошласангиз, жараёнда нимани ҳис қиласиз?», «Бошлашга нима тўсқинлик қилади?», «Чарчоқми, маъносизликми ёки қўрқувми?»

Кутилаётган завқ билан воқеа пайтидаги завқ ҳам фарқланади. Бемор сайрга чиқишдан олдин «барибир фойдасиз» деб ўйлаши, аммо сайрда бироз енгиллик сезиши мумкин. Бу унинг шикояти ёлғон дегани эмас. Аксинча, кутиш ва тажриба ўртасидаги фарқ терапевтик иш учун маълумот беради.

Фақат кўнгилочар машғулотларни сўраш етарли эмас. Оилавий яқинлик, касбий қониқиш, таъм, мусиқа, жисмоний ҳаракат ва кундалик кичик муваффақиятлар ҳам ўрганилади. Беморнинг маданияти ва шахсий қадриятлари ҳисобга олинади.

3 35.3. Дифференциал баҳолаш

Депрессиядан ташқари неврологик касаллик, шизофрения спектри, дори седацияси, модда таъсири, сурункали оғриқ, уйқу бузилиши ва жисмоний ҳолсизлик кўриб чиқилади. Ижтимоий имконият йўқлиги ҳам фаолликни чеклайди: инсонда қизиқиш бор,

лекин пул, транспорт ёки хавфсиз жой йўқ бўлиши мумкин.

Қайғунинг йўқлиги депрессияни инкор қилмайди, чунки айрим беморда анедония етакчи бўлади. Бироқ завқнинг камайиши ўзича депрессияни исботламайди. Симптомлар йиғиндиси, давомийлик, функция, тиббий анамнез ва кайфиятнинг кўтарилган даврлари текширилади.

«Бу дофамин камлигидан» деган хулосани оддий суҳбатдан чиқариш мумкин эмас. Нейробиологик механизмлар мураккаб; бир симптомни битта нейромедиаторга тенглаштириш аниқ ташхис ёки препарат танлаш усули эмас. Беморга содда тушунтириш бериш илмий ноаниқликни яшириш дегани бўлмаслиги керак.

4 35.4. Фаолликни тиклашни қандай бошлаймиз?

Хулқий фаоллаштиришда беморнинг ҳаётидаги фаолият ва кайфият муносабати ўрганилади. Мақсад «ўзингизни мажбур қилиб хурсанд бўлинг» эмас, қочиш ва ҳаракатсизлик айланасини бемор кўтара оладиган қадамлар билан ўзгартиришдир. Депрессияда бу далилга асосланган психологик вариантлардан бири, лекин ҳар бир бемор учун ягона ёки кафолатли усул эмас. [35.1]

Биринчи вазифа жуда кичик бўлиши мумкин: пардани очиш, юзни ювиш, беш дақиқа ташқарига чиқиш ёки ишончли кишига хабар ёзиш. Вазифа бажарилганда дарҳол завқ пайдо бўлиши шарт эмас. Дастлаб натижа ҳаракатнинг бажарилиши, кун тартибининг тикланиши ва чекинишнинг камайиши билан баҳоланади.

Фақат ёқимли фаолият эмас, қадриятга мос ва маҳорат ҳиссини берадиган ишлар ҳам танланади. Масалан, фарзанд билан қисқа суҳбат, ўсимликни парваришлаш ёки битта ҳужжатни тартиблаш. Беморнинг олдинги имкониятига қараб эмас, ҳозирги кучи ва тиббий чекловларига қараб бошланади.

5 35.5. Нима учун режа ишламаслиги мумкин?

Вазифа ҳаддан ташқари катта, мақсад беморга бегона, оғриқ назоратсиз ёки уйқу жиддий бузилган бўлиши мумкин. Баъзан оғир психомотор секинлашиш, овқатланмаслик ёки психоз туфайли оддий фаоллаштириш етарли эмас. Бундай ҳолатда даволаш интенсивлиги қайта кўрилади.

Вазифани бажармасликни ирода заифлиги деб талқин қилиш терапевтик алоқани бузади. «Қайси босқичда тўхтаб қолдингиз?» деган савол «Нега яна қилмадингиз?»дан фойдалироқ. Режа кичрайтирилади, ёрдамчи шароит яратилади ёки ташхис ва даволаш қайта баҳоланади.

6 35.6. Ўқув кейси ва натижа мезонлари

40 ёшли аёл «ҳеч нарса ҳис қилмаяпман» деб мурожаат қилди. Илгари мусиқа ва боғдорчиликни ёқтирган, ҳозир эса уларни бошлаш ҳам маъносиз кўринади. Тўлиқ клиник баҳолашдан кейин у билан ҳафтада бир неча марта битта ўсимликни парваришлаш келишилди. Кейинги суҳбатда фақат кайфият эмас, бошлаш қийинлиги, жараёндаги ҳиссиёт ва ўзини баҳолаш ҳам муҳокама қилинди.

Бошқа беморда завқ сақланган, аммо ҳаракатни бошлаш кескин пасайган ва яқинда неврологик ўзгаришлар пайдо бўлган. Унда текширув йўналиши бошқача бўлади. Бир хил «хоҳиш йўқ» шикояти икки турли клиник йўлга олиб келиши мумкин.

Натижа бир шкала рақами билан чекланмайди. Шахсий парвариш, ижтимоий алоқа, иш ёки ўқиш, фаолиятни бошлаш ва завқ ҳисси алоҳида кузатилади. Хулоса: ташаббус ва завқни фарқлаш беморни айблашдан сақлайди ва ёрдамни аниқлаштиради.

7 35.7. Анедонияни ҳаёт соҳалари бўйича текшириш

Бемор фақат ишга қизиқишини йўқотганми ёки деярли барча соҳада завқ камайганми? Ижтимоий муносабат, овқат, мусиқа, жинсий ҳаёт, жисмоний ҳаракат ва интеллектуал фаолият алоҳида сўралиши мумкин. Саволлар беморнинг ёши, маданияти ва шахсий чегараларига мос берилади.

Бир соҳадаги қизиқиш йўқолиши реал зиддият ёки чарчоқ билан боғлиқ бўлиши мумкин. Масалан, ишдаги зўравон муҳитдан кейин ишга хоҳиш йўқолиши барча ҳаёт соҳасидаги анедония билан бир хил эмас. Лекин бу ҳолат депрессияга айланиши ҳам мумкин; синдромнинг кенглиги ва вақтдаги динамикаси текширилади.

Бемор «мен ҳеч нарсадан завқ олмайман» деса, унинг сўзини рад этмасдан мисоллар сўраш мумкин. Баъзан у кучли завқни кутгани учун кичик енгилликни ҳисобга олмайди. Бошқа ҳолатда эса ҳақиқатан деярли барча қониқиш йўқолган. Бу фарқ терапевтик мақсадни реал қилади.

8 35.8. Апатия ва депрессиянинг кесишиши

Апатияда ташаббус, қизиқиш ва мақсадли фаоллик пасайиши мумкин, аммо қайғу ёки ўзини айблаш ҳар доим ҳам етакчи эмас. Депрессияда эса фаолликнинг камайиши умидсизлик, қадрсизлик ва анедония билан боғлиқ бўлиши мумкин. Улар бир беморда бир вақтда учраганда фарқлаш янада қийинлашади.

Неврологик касалликда яқинлар «ўзи бошламайди, лекин биз чақирсак қатнашади» дейиши мумкин. Беморнинг фаолият пайтидаги ҳиссиёти, бошлаш тўсиғи ва когнитив имкони ўрганилади. Бундай маълумот автоматик ташхис бермайди, аммо қайси механизм устунлигини тушунишга ёрдам беради.

Ҳар қандай апатияни иродасизлик деб аташ нотўғри. Шу билан бирга, ҳар қандай фаолсизликни мия касаллигига боғлаш ҳам тўғри эмас. Ижтимоий муҳит, оғриқ, седация, уйқу ва инсоннинг ҳақиқий хоҳишлари ҳам ҳисобга олинади. Клиник баҳолаш бир йўналишли тушунтиришдан қочади.

9 35.9. Фаолият режасида завқ ва маҳорат

Фаолликни режалашда «ёқимли» ва «бажара олдим» ҳиссини берадиган вазифаларни ажратиш фойдали. Оғир депрессияда завқ тез қайтмаслиги мумкин, аммо кичик вазифани бажариш назорат ва самарадорлик ҳиссини тиклаши мумкин. Бу ҳис кейинги ҳаракат учун асос бўлади.

Масалан, идишларнинг ҳаммасини ювиш ўрнига икки донасини ювиш, бутун хонани тозалаш ўрнига столнинг бир қисмини тартиблаш келишилади. Бу беморни болаларча вазифа билан овутиш эмас, ҳозирги ресурсга мос юк танлашдир. Вазифа жуда осон ёки маъносиз бўлса, бемор билан бирга ўзгартирилади.

Режа фақат уй ишларидан иборат бўлмаслиги керак. Ижтимоий яқинлик, шахсий қадрият ва дам олиш ҳам муҳим. Айрим бемор бутунлай вазифага ботгани учун завқдан узилган; унга яна кўпроқ иш бериш тўғри эмас. Формулировка қайси фаолият етишмаётганини кўрсатади.

10 35.10. Мотивацияни кутиш ёки ҳаракатни бошлаш

Бемор «хоҳиш пайдо бўлса бошлайман» деб кутиши мумкин. Депрессияда хоҳиш ҳаракатдан олдин эмас, баъзан кичик ҳаракатдан кейин пайдо бўлади. Бу қоида барча инсонга кафолат эмас, аммо терапевтик тажриба сифатида синаб кўрилиши мумкин.

Тажрибада олдинги кутиш ва кейинги ҳиссиёт таққосланади. Бемор «сайр бутунлай фойдасиз бўлади» деб кутган, кейин озгина енгиллик сезган бўлиши мумкин. Ёки ҳеч қандай енгиллик бўлмаган бўлиши мумкин; бу ҳам маълумот. Вазифа вақти, давомийлиги, ҳамроҳ одам ва беморнинг жисмоний аҳволи қайта кўриб чиқилади.

Бу ёндашув «ўзингизни мажбур қилсангиз касаллик ўтади» деган маънони бермайди. Оғир депрессияда психологик усуллар билан бирга бошқа тиббий даволаш зарур бўлиши мумкин. Фаоллик режаси клиник оғирликка мослаштирилади, беморнинг ёрдамга эҳтиёжини камайтириш учун ишлатилмайди.

11 35.11. Дори ва эмоционал ҳиссизланиш

Айрим бемор даволаш даврида «қайғу камайди, лекин хурсандчилик ҳам йўқ» деб айтиши мумкин. Бу қолдиқ депрессия, препарат таъсири, седация ёки бошқа омилларга боғлиқ бўлиши мумкин. Вақт муносабати, доза ўзгариши ва бошқа симптомлар ўрганилади. Бир шикоятдан аниқ сабаб чиқарилмайди.

Беморга дорини ўзича тўхтатиш тавсия этилмайди. Масъул шифокор самара, ножўя таъсир, қайталаниш хавфи ва мумкин бўлган ўзгаришларни муҳокама қилади. «Бу дорида ҳамма шундай бўлади» ёки «бу фақат касаллик» деган қатъий хулосалар индивидуал маълумотни йўқотиши мумкин.

Даволашда беморнинг ўзи учун муҳим натижалар сўралади. У фақат йиғламасликни эмас, яқинлари билан ҳиссий алоқани, мусиқадан завқни ёки ишга қизиқишни қайтаришни хоҳлаши мумкин. Бу мақсадлар режага киритилса, даволашнинг сифати бемор ҳаёти билан боғланади.

12 35.12. Оилага тушунтириш ва амалий ёрдам

Яқинлар кўпинча «бир оз ҳаракат қилсанг бўлмайдими?» дейди. Уларга анедония ва аволиция оддий эринчоқлик эмаслиги тушунтирилади. Лекин бу беморни бутунлай пассив ролга қўйиш дегани ҳам эмас. Ёрдам ҳаракатни бемор ўрнига доимий бажариш эмас, уни бошлашга мос шароит яратиш бўлиши мумкин.

Масалан, қисқа сайрга бирга чиқиш, вазифани кичик қисмга бўлиш ёки керакли нарсани тайёрлаб бериш фойдали бўлиши мумкин. Танқид ва таққослаш ўрнига келишилган қадам эътироф этилади. Аммо оила беморни назорат қилиш ёки ҳар бир ҳаракатини баҳолаш тизимига айланмаслиги керак.

Беморнинг розилиги ва хоҳиши марказда қолади. Унга ёқмаган фаолиятни «бу сизга фойдали» деб мажбуран юклаш мотивацияни яна пасайтириши мумкин. Режа беморнинг қадрияти ва клиник имконига мос бўлганда маъноли бўлади.

13 35.13. Ўқув хулосаси учун солиштирма мисол

> Биринчи беморда «кучим йўқ» деган шикоят, кучли қайғу, айбдорлик ва кенг анедония бор. Иккинчисида қайғу йўқ, лекин неврологик касалликдан кейин ташаббус пасайган. Учинчисида препарат ўзгаришидан кейин кундузги уйқучанлик пайдо бўлган. Тўртинчисида хоҳиш сақланган, аммо оғриқ ва транспорт етишмаслиги фаолиятни чеклаяпти.
>
> Тўрт беморни бир хил «апатик» деб аташ даволашни нотўғри йўналтириши мумкин. Ҳар бири учун етакчи механизм, ҳамроҳ синдром ва амалий тўсиқ аниқланади. Шунинг учун анедоник-апатик профиль ташхисни қисқартириш эмас, клиник суҳбатни чуқурлаштириш воситаси бўлиши керак.

14 35.14. Апатияни илмий тушунча сифатида қўллаш

Апатия бўйича халқаро консенсус ишларида мақсадли фаолият, ташаббус, қизиқиш ва ҳиссий жавобнинг ўзгаришига эътибор берилган. Бу апатияни оддий «дангасалик»дан ажратишга ёрдам беради. Бироқ нейрокогнитив ёки бош мия касалликлари учун ишлаб чиқилган мезонларни барча депрессив беморга механик кўчириш мумкин эмас. [35.3]

Тушунчанинг клиник қиймати шундаки, шифокор ташқи пассивлик ортидаги механизмни аниқлашга ҳаракат қилади. Беморда хоҳиш бор, аммо ҳаракатни ташкил қила олмаяптими? Фаолиятдан завқ йўқми? Эмоционал жавоб пасайганми? Саволларга жавоб даволаш мақсадини аниқлаштиради.

Апатияни алоҳида белгилаш асосий ташхисни йўқотмаслиги керак. Депрессия, неврологик касаллик, психоз ёки препарат таъсири ўз мезонлари билан баҳоланади. Бир профиль бутун клиник ҳолатни ифодаламайди.

15 35.15. Хулқий фаоллаштириш далилини тўғри тушуниш

Хулқий фаоллаштириш бўйича Cochrane шарҳи уни депрессияда ўрганилган психологик усул сифатида баҳолайди. Таққословчи усул, тадқиқот сифати ва натижа вақтига қараб ишонч даражаси фарқ қилади. Шунинг учун «КПТдан албатта кучли» ёки «барча беморда дорисиз етарли» деган шиорлар илмий хулосага мос эмас. [35.2]

Амалиётда фаоллаштиришнинг аҳамияти — бемор ҳаётидаги қочиш ва мукофотланиш камайишини аниқ, бошқариладиган қадамлар билан ўзгартириш. Лекин кучли психоз, кататония, оғир суицид хавфи ёки соматик беқарорликда оддий вазифа режаси асосий тиббий ёрдамни алмаштирмайди.

Усулни қўллаганда вазифалар сони эмас, уларнинг маъноси ва бажарилиши муҳим. Беморга ўнта вазифа бериб ҳеч бири бажарилмаганидан кўра, битта мос вазифадан маълумот олиш фойдалироқ бўлиши мумкин. Терапевт режани беморнинг реал ҳаёти билан текширади.

16 35.16. Ўқув саволлари ва бобларо боғланиш

Савол: анедония ва апатия бир хилми? Жавоб: йўқ. Завқ-қизиқишнинг камайиши билан ташаббус ва мақсадли ҳаракат пасайиши кесишиши мумкин, аммо улар бир хил тажриба эмас.

Савол: фаолият бошлангандан кейин бемор бироз завқ олса, унинг депрессияси йўқми? Жавоб: йўқ. Кутилаётган ва жараёндаги завқ фарқи терапия учун маълумот, ташхисни якка ўзи бекор қилмайди.

Савол: бемор вазифани бажармаса, яна қаттиқроқ талаб қиламизми? Жавоб: аввал тўсиқни ўрганамиз. Вазифа оғирлиги, оғриқ, уйқу, когнитив имконият, ташқи шароит ва синдром оғирлиги текширилади.

34-бобдаги руминация билан бу профиль бирга келиши мумкин: бемор ҳаракат қилмайди, кейин ўзини айблайди, айбдорлик эса яна ҳаракатни тўхтатади. Бундай ҳолатда фикр ва хатти-ҳаракатга қаратилган ёрдам бирлаштирилади. Клиник профиль қатъий қути эмас, беморни яхшироқ тушуниш воситасидир.

17 35.17. Манбалар

[35.1] NICE. NG222. Хулқий фаоллаштириш ва даволашни индивидуал танлаш. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[35.2] Cochrane. Behavioural activation therapy for depression in adults. CD013305. Самара бўйича хулосалар таққословчи даволаш ва далил ишончлилигига боғлиқ. https://www.cochrane.org/evidence/CD013305_behavioural-activation-therapy-depression-adults

[35.3] Robert P ва ҳамкасблар. Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group. European Psychiatry. 2018. PubMed PMID: 30125783. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30125783/

36-БОБ

Хавотирли ва ажитацияли профиль

Депрессияда хавотир устун бўлганда бемор «хафаман»дан кўра «тинч тура олмаяпман», «бир ёмонлик бўлади», «кечаси миям тўхтамайди» дейиши мумкин. Ажитация эса ички зўриқиш билан бирга ҳаракат безовталигини ҳам англатади. Бу белгилар клиник манзарани тавсифлайди, лекин мустақил МКБ-10 ташхисини автоматик белгиламайди. Бир хил ташқи безовталик ортида депрессия, хавотир бузилиши, акатизия, аралаш аффектив ҳолат, модда таъсири ёки тиббий муаммо бўлиши мумкин.

1 Хавотирни аниқ клиник маълумотга айлантириш

Аввал хавотирнинг мазмунини сўраймиз. Бемор келажакдаги хавфни кутаяптими, ўтган хатосини қайта-қайта ўйлаяптими, танасидаги белгини оғир касаллик деб талқин қиляптими ёки муайян вазиятдан қочяптими? Биринчиси хавотир, иккинчиси депрессив руминацияга яқин бўлиши мумкин; улар бирга ҳам учрайди. Фикрнинг қайси пайтда кучайиши, уни тўхтатиш имкони ва ҳаётга таъсири қайд этилади.

«Мен ҳаммасини йўқотаман» деган гапнинг ишонч даражаси ҳам муҳим. Бемор буни эҳтимол деб айтаяптими ёки далилга қарамай мутлақ ҳақиқат деб билаяптими? Иккинчи ҳолатда психотик айбдорлик ёки қашшоқлашиш васвасаси эҳтимоли текширилади. Хавотирли фикрни фақат мазмунига қараб васваса деб аташ ҳам, васвасани оддий хавотир деб қолдириш ҳам хато.

Танавий белгилар алоҳида ёритилади: юрак уриши, қалтираш, мушак таранглиги, кўнгил айниши, нафас етишмаслиги ҳисси. Уларнинг ўзи психиатрия ташхисига етарли эмас. Янги кўкрак оғриғи, ҳушдан кетиш, иситма ёки неврологик белги пайдо бўлса, тиббий баҳолашни руҳий изоҳ билан алмаштирмаймиз.

2 Ажитацияни кузатиш

Беморнинг ўз баёни билан кўрикдаги ҳаракат ажратиб ёзилади. «Ички безовталикни айтади, қабул давомида бир неча марта ўрнидан турди» деган ёзув «ажитация +++»дан мазмунлироқ. Қўлларни ишқалаш, у ёқдан бу ёққа юриш, кийимни тортиш, бир жойда ўтира олмаслик қайд қилиниши мумкин. Улар контекстсиз ташхис эмас.

Уйқусизликда бемор ухлашни истаб, чарчаб туриб ҳам ухлай олмайдими ёки кам ухлаб ҳам ғайриоддий тетикми? Бу фарқ биполяр кечишни текширишга ёрдам беради. Фақат жиззакилик ва уйқусизликка қараб аралаш ҳолат деган хулоса чиқарилмайди. Кўтарилган ёки ғайриоддий экспансив кайфият, нутқ ва фикр суръати, фаоллик, импульсив қарорлар ҳамда аввалги эпизодлар бирга баҳоланади.

3 Акатизия билан фарқи

Акатизияда ички ҳаракат қилиш эҳтиёжи, бир жойда туришнинг тоқатсизлиги ва ҳаракат билан қисқа енгиллашиш кузатилиши мумкин. Дори бошлангани, дозаси ўзгаргани ёки бир препарат алмаштирилгани билан вақт боғлиқлиги ўрганилади. Айниқса антипсихотик қабул қилаётган беморда безовталикни касаллик кучайиши деб нотўғри баҳолаш давони асоссиз кучайтиришга олиб келиши мумкин. Акатизияни субъектив ва объектив белгилар билан баҳолаш тавсия қилинади. [36.1]

Бир беморда акатизия ва депрессия бир вақтда бўлиши мумкин. Шунинг учун дорининг ножўя таъсири топилди дегани барча руҳий симптомларнинг сабаби аниқланди дегани эмас. Қабул қилинган барча препаратлар, жумладан рецептсиз воситалар, кофеин ва модалар сўралади. Дорини ўзбошимчалик билан кескин тўхтатиш тавсия қилинмайди; ўзгартиш режаси клиник хавф ва препарат хусусиятларига қараб белгиланади.

4 Дифференциал баҳолашнинг амалий тартиби

1. Хавфсизлик ва тиббий ҳолатни баҳолаш: онг, ориентация, ҳаётий кўрсаткичлар ва кескин ўзгаришлар.

2. Безовталикнинг вақт чизиғини тиклаш: депрессиядан олдинми, бир вақтдами, доридан кейинми?

3. Ҳаракат эҳтиёжини хавотирли фикрдан ажратиш; кузатув ва бемор баёнини солиштириш.

4. Мания ёки гипомания тарихи, психоз, модда қабул қилиш ва бекор қилиш ҳолатини текшириш.

5. Асосий бузилиш, ҳамроҳ симптом ва эҳтимолий ножўя таъсирни алоҳида клиник хулосага киритиш.

Бу тартиб валидланган шкала эмас, клиник суҳбатни ташкил қилиш учун ишчи йўлдир. Зарур текширувлар ёш, анамнез ва кўрикка қараб танланади; барча беморга бир хил лаборатор пакет шарт эмас.

5 Даволашдаги устуворликлар

Хавотир депрессив эпизодга қўшилганми ёки мустақил хавотир бузилишими, шу аниқланади. NICE депрессияга қўшилган хавотир симптомлари билан алоҳида хавотир бузилиши ва депрессиянинг бирга келишига бир хил тартиб қўлламайди. Даволаш устуворлиги клиник манзарага боғлиқ. [36.2]

Ажитация кучли бўлса, қабулнинг ўзи хотиржам, қисқа ва аниқ бўлиши керак. Беморни «ўзингизни қўлга олинг» деб айблаш ўрнига азобни тан олиб, кейинги хавфсиз қадам тушунтирилади. Уйқу, овқатланиш, яқинлар ёрдами ва кузатув имкони баҳоланади. Психоз, ўзини жароҳатлаш хавфи ёки ўзини парвариш қила олмасликда тезкор мутахассис ёрдами керак. Депрессив симптомлар сони камроқ бўлиши хавф йўқлигини англатмайди.

Психотерапияда хавотирли башоратлар, руминация, қочиш ва кундалик фаолият билан ишланиши мумкин. Кучли ажитация пайтида узоқ назарий муҳокама ўрнига қисқа, бажариладиган қадамлар танланади. Дори танлови эса «хавотир бор, демак фалон медиатор кам» мантиғига эмас, ташхис, аввалги жавоб, ножўя таъсир ва ўзаро таъсирларга асосланади.

6 Шартли клиник кейслар

Бемор А икки ойлик анҳедония ва тушкунлик фонида ҳар куни болаларининг келажагидан хавотирланади. У ҳаракат қилишга мажбурий эҳтиёж сезмайди, дорилар бошланмаган. Суҳбат депрессия оғирлиги, хавотирнинг мазмуни ва функцияга таъсирини аниқлаштиришга қаратилади. Фақат икки симптом гуруҳи борлиги учун F41.2 қўйилмайди.

Бемор Б янги дори бошланганидан бир неча кун ўтиб «танамдан чиқиб кетгим келади, ўтира олмайман» дейди. Қабулда юриб туради, ҳаракат қисқа енгиллаштиради. Бу манзарада акатизияни мақсадли баҳолаш ва препарат режасини тезкор кўриб чиқиш устувор. Бу кейсдан аниқ дори ёки дозани ўзгартириш қоидаси чиқарилмайди.

Бемор В тушкунлик билан бирга кечаси кам ухлайди, аммо кундузи толиқмайди, одатдан ташқари кўп лойиҳа бошлайди ва харажат қилади. Бу оддий уйқусизликка тенг эмас. Биполяр кечиш ва аралаш аффектив манзара мутахассис томонидан баҳоланади; фақат антидепрессантни оширишга шошилмаймиз.

7 Хавотир ва депрессиянинг вақт бўйича муносабати

Клиник интервьюда «қайси симптом кўпроқ?» деган саволдан ташқари «қайси бири аввал бошланган?» деган савол муҳим. Йиллар давомида кенг мавзуларда хавотирланиб келган беморда кейин депрессив эпизод пайдо бўлиши мумкин. Бошқа беморда хавотир фақат депрессия пайтида кучаяди ва ремиссияда деярли йўқолади. Учинчи ҳолатда паник хуружлардан кейин қочиш ва иш қобилияти йўқолиши тушкунликка ҳисса қўшади. Бу фарқлар асосий ва ҳамроҳ бузилишларни қайд этиш ҳамда даволаш мақсадларини тартиблаш учун керак.

F41.2ни «хавотир ҳам, депрессия ҳам бор» деган маънода ишлатиш мумкин эмас. МКБ-10да бу рубрика ҳар икки симптом гуруҳи бор, лекин уларнинг ҳеч бири алоҳида ташхис қўйиш учун етарлича устун ёки оғир бўлмаган ҳолатларга тегишли. Тўлиқ депрессив эпизод ёки алоҳида хавотир бузилиши мезонлари бажарилса, кодлаш шу мезонларга мувофиқ қайта кўриб чиқилади. Рубрика танлаш бемор азобини камайтириб кўрсатиш учун эмас, клиник манзарани аниқ ифодалаш учун хизмат қилади. [36.3]

8 Паника, руминация ва обсессияни ажратиш

Паник хуружда кучли қўрқув ва танавий симптомлар қисқа вақт ичида авж олиши мумкин. Депрессив руминация эса кўпинча ўтмиш, ўзини айблаш ва ечимсиз таҳлил атрофида айланади. Обсессияда такрорий, исталмаган фикрлар, образлар ёки импульслар бўлади ва бемор уларни нейтраллаштириш учун ритуал ёки қочишга ўтиши мумкин. Бир беморда уларнинг бир нечтаси учраши эҳтимолдан холи эмас. Фақат «ёмон фикрлар» деган умумий ёзув бу фарқларни йўқотади.

Масалан, «мен ёмон онаман» деган такрорий фикр депрессив ўзини айблаш бўлиши мумкин. «Боламга тасодифан зарар етказиб қўяманми?» деган исталмаган, даҳшат уйғотувчи фикр ва унинг олдини олиш учун доим текшириш обсессив жараённи ўйлатиши мумкин. Аммо ҳар бир ҳолатда ният, ишонч даражаси, назорат ва хавф алоҳида сўралади. Фикр мавзусининг қўрқинчлилиги унинг амалда бажарилиш эҳтимолига автоматик тенг эмас; шу билан бирга хавфсизлик баҳосини ўтказмасликка ҳам асос эмас.

9 Қабулни бемор кўтара оладиган шаклда ташкил қилиш

Кучли безовталикда бемор узун саволга жавоб беришда қийналиши мумкин. Шифокор бир вақтда битта савол беради, қисқа хулоса билан тушунганини текширади ва кейинги қадамни очиқ айтади. Тинч хонани танлаш, кераксиз шовқинни камайтириш ва беморга хавфсиз ҳолда ўрнидан туриш имконини бериш қабулни енгиллаштиради. Бу махсус даволаш ўрнини босмайди, аммо маълумот олиш ва ҳамкорликни яхшилайди.

Яқин инсоннинг иштирокини бемор билан келишиш керак. Яқинлар муҳим вақт чизиғи ва дори маълумотини бериши мумкин, лекин бемор ўрнига барча жавобни беришлари шарт эмас. «У доим шундай» деган баҳо ўрнига аниқ кузатув сўралади: «Қачондан бери ухламайди?», «Қайси куни юриб қолди?», «Қандай дори ўзгарди?» Махфийлик ва зарур хавфсизлик чоралари бирга ҳисобга олинади.

10 Хавфсизлик режасининг мазмуни

Ажитацияни кўриш суицид хавфини автоматик аниқлаш ёки инкор қилиш имконини бермайди. Ўлим ҳақидаги фикрлар, ният, режа, воситаларга етишиш, аввалги уринишлар, моддалар, психоз ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш тўғридан-тўғри ва ҳукмсиз муҳокама қилинади. Шкала натижаси клиник баҳони алмаштирмайди. «Паст хавф» деган тамға билан беморни кузатувсиз қолдириш ўрнига ҳозирги эҳтиёж ва қандай ўзгаришда тез ёрдам кераклиги ёзилади.

Ҳамкорликдаги режада аҳвол ёмонлашаётганини билдирувчи шахсий белгилар, бемор қила оладиган хавфсиз қадамлар, ишончли яқинлар ва маҳаллий шошилинч ёрдамга мурожаат йўли бўлиши мумкин. Бу «ўзингизга зарар етказмайман деб ваъда беринг» деган келишув билан бир хил эмас. Бемор ўз хавфсизлигини таъминлай олмаса, тезкор мутахассис ёрдами ва тегишли тиббий муҳит танланади. Хавфсизлик режаси даволаш ва кузатувга қўшимчадир.

11 Динамик кузатувда тўрт алоҳида йўналиш

Биринчи йўналиш кайфият, қизиқиш ва умидсизликдир. Иккинчиси хавотирли фикр ва қочишнинг ўзгариши. Учинчиси ҳаракат безовталиги ва эҳтимолий ножўя таъсир. Тўртинчиси кундалик функция: уйқу, овқатланиш, иш, болаларга қараш ва ижтимоий мулоқот. Улар бир хил суръатда яхшиланмаслиги мумкин. Масалан, уйқу яхшиланган бўлса ҳам ички безовталик кучайса, буни «умуман яхшиланяпти» деб кўрмаслик керак.

Антидепрессант бошлангандан кейинги илк даврда янги ёки кучайган ажитация, акатизия, уйқусизлик, суицидал фикрлар ва аффектив кўтарилиш белгиларини кузатиш муҳим. Кузатув оралиғи ёш, хавф ва клиник эҳтиёжга қараб белгиланади. Беморга қайси симптом одатий кузатувда, қайсиси тезкор қайта баҳолашда муҳокама қилиниши аниқ айтилади. Дори таъсирини баҳолаш фақат «фойда бердими?» деган саволдан иборат бўлмайди.

12 Кенгайтирилган кейс: биринчи хулосани қайта кўриш

38 ёшли бемор тушкунлик ва уйқусизлик билан даволанмоқда. Яқинлари унинг қабулдан кейин тинмай юришини «асаблари яна кучайди» деб баён қилади. Шифокор дори дозасини оширишдан олдин вақт чизиғини қайта тузади. Маълум бўлишича, ички тоқатсизлик доза ўзгарганидан кейин бошланган, хавотир мавзуси эса аввалгидек қолган. Бемор «фикрим эмас, танам мени юргизяпти» дейди. Кўрикда акатизия эҳтимоли баҳоланади, дори режаси қайта кўрилади ва хавфсизлик сўралади.

Кейснинг дарси «ҳар бир ажитация дори таъсири» эмас. Дарс шундаки, аввалги ташхис янги симптомни тушунтириб бермаслиги мумкин. Қолдиқ депрессия ва ножўя таъсир бирга бўлиши эҳтимоли сақланади. Клиник ёзувда қайси маълумот хулосани ўзгартиргани ва кейинги кузатувда нима текширилиши аниқ кўрсатилади.

13 Амалий машқ: бир хил шикоятга уч хил савол

«Тинч тура олмаяпман» деган шикоятни эшитганда биринчи савол «нимадан хавотирдамисиз?» бўлиши мумкин. Агар бемор аниқ фалокатли башоратлар, оила ёки соғлиқ ҳақида назорат қилинмайдиган фикрларни айтса, когнитив хавотир чуқурроқ баҳоланади. Иккинчи савол «ҳаракат қилмасангиз танангизда нима бўлади?» бўлиши мумкин. Жавобда тоқатсиз ички ҳаракат эҳтиёжи ва юриш билан енгиллашиш бўлса, акатизияни текшириш муҳим. Учинчи савол «ухламаганингиздан кейин чарчайсизми?» бўлиши мумкин. Ғайриоддий тетиклик ва фаоллик ошиши аффектив кўтарилиш эҳтимолини очади.

Бу уч савол ташхис қўймайди; улар клиник йўлни тартиблайди. Ҳар бир жавобдан кейин вақт, дори, модда, соматик ҳолат ва функция аниқланади. Бир беморда бир нечта жавоб ижобий бўлиши мумкин. Шифокор «энг қулай» бир изоҳни танлаб қолганини ўчирмайди, балки қайси омил ҳозир кўпроқ хавф ва азоб келтираётганини белгилайди.

Таҳлил учун иккинчи вазият: беморнинг хавотири кечаси кучаяди, чунки кундузи вазифалар уни чалғитади. Бу ҳолатда кечки руминация, уйқу олди одатлари ва эртаси кунги қочиш цикли ўрганилади. Уйқусизликни фақат седатив восита билан ёпишдан олдин асосий депрессия, хавотир ва уйқу ритми баҳоланади. Дори керак бўлса ҳам нодори омиллар эътибордан четда қолмайди.

Учинчи вазият: беморда янги безовталик билан бирга иситма, онг ўзгариши ёки кучли вегетатив белгилар бор. Буни оддий «асабийлашиш» деб қабул қилиб узоқ психотерапевтик суҳбатга ўтиш мумкин эмас. Тиббий шошилинчлик биринчи ўринга чиқади. Ажита-

ция психиатрияга хос ягона белги эмас, умумтиббий ҳолатларда ҳам учрашини эслаш керак.

Машқнинг якуний саволи: клиник хулосангизда қайси маълумот ишончли, қайсиси эҳтимол ва қайси маълумот етишмайди? Жавобни шу уч қисмга ажратиш ортиқча аниқликдан сақлайди. Кейинги қабулда айнан етишмаган маълумот тўлдирилади ва режа ўзгаради. Бу ишчи ташхиснинг кучсизлиги эмас, динамик клиник фикрлашнинг белгисидир.

14 Назорат саволлари ва хулоса

Қайси белгилар акатизияни ўйлатади? Уйқусизлик билан уйқуга эҳтиёж камайиши нимаси билан фарқ қилади? Нега хавотирли депрессия автоматик F41.2 эмас? Жавобда симптом, асосий ташхис ва ножўя таъсирни ажратиш керак. Қабул якунида хавф, ишчи ташхис, аниқлаштирилиши лозим маълумот ва кузатув муддати қайд этилади.

Манбалар

[36.1] Pringsheim T ва ҳаммуаллифлар. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. Canadian Journal of Psychiatry. 2018;63:719–729. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685069/

[36.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[36.3] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F41.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

37-БОБ

Оғриқ ва соматик шикоятлар устун профиль

Депрессияга мурожаат қилган ҳар бир бемор тушкун кайфиятни биринчи ўринга қўймайди. Айримлар чарчоқ, бош ёки бел оғриғи, юрак уриши, ҳазмдаги ноқулайлик ва уйқу бузилишини айтади. Шифокорнинг вазифаси танавий шикоятни «ҳаммаси асабдан» деб четга суриш ҳам, руҳий ҳолатни текширмай фақат таҳлиллар билан чекланиш ҳам эмас. Жисмоний ва руҳий муаммолар бирга мавжуд бўлиши мумкин.

1 Оғриқнинг ўзи ва оғриқ ҳақидаги тажриба

Оғриқ жойи, давомийлиги, бошланиши, кучайтирувчи ва енгиллаштирувчи омиллар, уйқу ва ҳаракатга таъсири сўралади. Беморнинг таърифи объектив текширув ўрнини босмайди, лекин у оғриқни тушунишнинг асосий қисми. Оғриқ кучинигина баҳолаш етарли эмас: бемор нимани бажара олмай қолгани, нимадан қўрқиши ва ҳаёти қандай қисқаргани ҳам ўрганилади.

Нормал таҳлил ёки тасвирлаш натижаси оғриқ йўқлигини англатмайди. Шу билан бирга, олдинги нормал текширув янги хавфли белгини текширмасликка асос эмас. Кескин янги неврологик дефицит, ҳуш ўзгариши, иситма, тез ёмонлашиш ёки бошқа хавотирли клиник белги бўлса, тегишли тиббий йўл танланади. Текширув ҳажми шикоят ва кўрикка мувофиқ бўлади.

2 Депрессияни қачон қидириш керак

Танавий шикоятлар билан бирга қизиқиш ва завқ пасайиши, умидсизлик, айбдорлик, ўзини қадрлашнинг тушиши ва барқарор тушкунлик сўралади. Уйқу, энергия ва иштаҳа оғриқнинг ўзида ҳам бузилиши мумкин; уларнинг мавжудлиги депрессив эпизодни автоматик исботламайди. Симптомлар бир-бирига боғлиқ бўлса ҳам, ҳар бири ўз мазмуни ва вақт чизиғи билан баҳоланади.

Масалан, бемор оғриқсиз кунда ҳам аввал севган машғулотидан завқ олмаслигини айтиши депрессия эҳтимолини чуқурроқ текширишга ундайди. Бошқа бемор ҳаракат қилишдан янги шикастдан қўрққани учун қочиши мумкин; бу фаоллик камайиши анҳедония билан айнан бир хил эмас. Учинчи беморда седация қилувчи дори кундузги уйқучанлик ва диққат пасайишига ҳисса қўшади.

Депрессия ва сурункали оғриқнинг ўзаро боғлиқлиги бир томонлама эмас. Уйқу бузилиши, фаолиятнинг камайиши, ижтимоий узилиш ва хавотир азобни сақлаб туриши мумкин. Лекин бу ҳар бир беморда оғриқнинг сабаби психологик эканини исботламайди. NIMH сурункали оғриқ ва депрессиянинг бирга учрашини таъкидлайди. [37.1]

3 Ниқобланган депрессия атамасининг чегараси

«Ниқобланган депрессия» тарихан танавий шикоятлари устун, ҳиссий қийинчиликлари кам айтилган ҳолатларни тасвирлаш учун ишлатилган. Бу атама беморнинг аниқ ташхисини алмаштирмаслиги керак. Барча тушунтирилмаган оғриқни депрессияга, барча депрессияни F32.8га жойлаштириш тўғри эмас. Депрессив эпизод мезонлари бажарилса, эпизод оғирлиги ва кечиши бўйича кодланади; бошқа бузилишлар алоҳида текширилади.

«Соматик синдром» ҳам тананинг ҳар қандай оғриғи дегани эмас. МКБ-10 депрессиясида бу муайян белгилар мажмуасини англатади; унинг мазмуни меланхолик белгиларга бағишланган 39-бобда ёритилади. Беморда бел оғриғи борлиги F32.01 қўшимча кодини ўз-ўзидан асосламайди.

4 Мулоқотдаги муҳим нуқта

«Таҳлилларингиз яхши, демак ҳеч нарса йўқ» деган жавоб беморда рад этилганлик ҳиссини кучайтиради. Аниқроқ тушунтириш: «Текширувда ҳозирча фалон хавфли сабаб аниқланмади. Оғриқни ва уйқу, кайфият ҳамда кундалик фаолиятга таъсирини бирга даволаш режасини тузамиз». Бу ибора мавжуд тиббий маълумотга мослаштирилади, аниқланмаган касаллик ҳақида кафолат бермайди.

Беморга психологик ёрдам таклиф қилиш оғриқни сохта деб баҳолаш эмаслиги айтилади. Оила билан ишлашда ҳам беморни «эътибор талаб қиляпти» деб тамғалашдан сақланамиз. Оғриқ сабабли иш, даромад ёки оиладаги роли ўзгарган бўлса, бу йўқотишлар алоҳида муҳокама қилинади.

5 Баҳолаш ва даволашни бирлаштириш

NICE сурункали оғриқда инсонга йўналтирилган баҳолаш, оғриқ ва ҳаёт шароитлари ўртасидаги боғлиқликни муҳокама қилишни тавсия этади. Сурункали бирламчи оғриқ ва аниқ касалликка боғлиқ иккиламчи оғриқ фарқланади; иккаласи бир вақтда бўлиши мумкин. [37.2]

Режа бир нечта мақсадга бўлинади: оғриқнинг таъсирини камайтириш, уйқуни яхшилаш, хавфсиз фаолиятни тиклаш, депрессия бўлса уни даволаш ва тиббий касаллик назорати. Ҳар бир мақсаднинг натижаси алоҳида кузатилади. Оғриқ балли ўзгармасдан

туриб ҳам бемор ишга қисман қайтиши ёки оилавий фаолиятда кўпроқ иштирок этиши мумкин.

Психотерапияда оғриққа оид қўрқув, қочиш, ортиқча зўриқиш ва кейин бутунлай тўхташ цикли билан ишлаш мумкин. Фаоллик режаси тиббий ҳолат ва бемор имкониятига мослаштирилади. Уни «оғриққа қарамай мажбурий машқ» сифатида тушунтирмаймиз. Оғриқ учун препаратлар ҳамда антидепрессантлар ўртасидаги ўзаро таъсир, седация ва бошқа хавфлар текширилади.

Айрим антидепрессант оғриқда депрессиясиз ҳам қўлланиши мумкин; унинг ёрдам бериши «сизда яширин депрессия бўлган» деган исбот эмас. NICE сурункали бирламчи оғриқда бундай дори таклиф қилинса, мақсадни беморга тушунтиришни тавсия қилади. [37.2] Аниқ препарат ва доза алоҳида кўрсатма, хавф ва маҳаллий қоидалар асосида танланади.

6 Шартли клиник кейс

52 ёшли бемор узоқ бел оғриғи билан келади. У кўп ухлайди, аммо чарчоқ сезади. Суҳбатда икки ойдан бери набиралари билан мулоқотдан ҳам завқ олмаётгани, ўзини оиласига юк деб ҳисоблаши аниқланади. Фақат оғриқни баҳолаш депрессиянинг ҳиссий ва когнитив қисмини ўтказиб юборган бўлар эди. Бир вақтда неврологик кўрик ва дори рўйхати ҳам қайта кўрилади.

Бошқа бемор оғриқ туфайли спортни тўхтатган, аммо дўстлари билан учрашув ва мусиқадан завқ олади, келажак режалари сақланган. Унда ҳам ёрдамга эҳтиёж бор, лекин спортдан воз кечганининг ўзи депрессив эпизодни исботламайди. Икки вазиятга бир хил «ниқобланган депрессия» ёрлиғини қўйиш ўрнига фарқни ёзиш лозим.

7 Қабул якунидаги ёзув

Клиник ёзувда оғриқнинг тавсифи, текширилган ва ҳали аниқланмаган тиббий омиллар, депрессия мезонлари, уйқу, дори таъсири ва функционал чекланишлар алоҳида қайд этилади. Кейинги кузатувда фақат «яхшимисиз?» эмас, олдин белгиланган икки-уч ҳаётий вазифа бўйича ўзгариш сўралади. Янги белгилар пайдо бўлса, аввалги руҳий ташхис тиббий қайта баҳолашга тўсқинлик қилмайди.

8 Соматик симптомларнинг вақт чизиғи

Оғриқ депрессиядан олдин бошланганми, бир вақтдами ёки даволаш фонидами, деган савол сабаб ҳақидаги эҳтимолларни тартиблайди. Йиллар давомидаги оғриқ фонида кейинчалик тушкунлик пайдо бўлиши мумкин. Депрессив эпизод пайтида олдинги оғриқнинг субъектив оғирлиги ва унинг ҳаётга таъсири кучайиши ҳам мумкин. Янги дори ёки дозадан кейинги мушак оғриғи, уйқучанлик ва чарчоқ эса алоҳида баҳоланади. Вақт алоқаси сабабни исботламайди, лекин текширишни йўналтиради.

Бемордан «оғриқ бошланган пайтда ҳаётингизда нима бўлган?» деб сўраш мумкин, аммо жавобни олдиндан психологик сабабга боғламаслик керак. У жароҳат, инфекция, туғруқ, ортиқча иш ёки оилавий йўқотишни айтиши мумкин. Бир нечта омилнинг бир вақтда бўлиши одатий. Оғриқни биологик, психологик ва ижтимоий даражаларда ўрганиш ҳар бир даража бир хил улушда сабаб бўлганини англатмайди.

9 Чарчоқ, уйқучанлик ва кучсизликни ажратиш

«Ҳолим йўқ» деган ибора турли ҳолатларни ифодалайди. Чарчоқда ишни давом эттириш қийин, уйқучанликда ухлаб қолиш эҳтиёжи кучли, мушак кучсизлигида эса муайян ҳаракатни бажариш қуввати пасайган бўлиши мумкин. Бу фарқлар савол ва кўрикни ўзгартиради. Бемордан куннинг қайси қисмида, қандай вазифада ва дам олгандан кейин нима ўзгариши сўралади.

Депрессив чарчоққа шубҳа бўлганда ҳам анемия, эндокрин, кардиореспиратор, инфекцион, уйқу ва дорига боғлиқ омиллар клиник кўрсатмага мувофиқ текширилади. Ҳар бир эҳтимолни чексиз таҳлиллар билан қидириш шарт эмас. Мақсад анамнез ва кўрикка мос гипотезаларни синашдир. Янги объектив кучсизлик, неврологик дефицит ёки тез прогрессияни оддий депрессияга боғлаш мумкин эмас.

10 Соғлиқ ҳақида хавотир ва такрорий текширувлар

Айрим беморда нормал натижа фақат қисқа муддат енгиллик беради, кейин янги касалликдан қўрқиш бошланади. Бу ҳолатда қайта-қайта текшириш, интернетдан симптом қидириш ва тана сигналларини кузатиш хавотирни сақлаб турувчи циклга айланиши мумкин. Лекин аввалги текширувлар сони кўплиги беморда ҳақиқий касаллик бўлмайди дегани эмас. Янги ва ўзгарган белгилар белгиланган тиббий мезонлар асосида баҳоланади.

Режали, мувофиқлаштирилган кузатув тасодифий кўп мутахассисга мурожаат қилишдан кўра фойдали бўлиши мумкин. Бемор билан қайси белгиларда янги текширув кераклиги, қайсиларида мавжуд даво ва кузатув давом этиши келишилади. Бу «энди текширмаймиз»

деган рад этиш эмас, клиник асосли чегарадир. Бемор нимадан қўрқаётгани ва текширувдан қандай жавоб кутгани очиқ муҳокама қилинади.

11 Функционал мақсадни тўғри танлаш

«Оғриқ бутунлай йўқолсин» истаги тушунарли, аммо даволашнинг ягона қисқа муддатли мезони бўлса, ҳар бир қолдиқ симптом мағлубиятдек кўриниши мумкин. Бемор учун муҳим вазифалар аниқланади: фарзанди билан қисқа сайр, овқат тайёрлаш, ишда бир вазифани бажариш, кечаси узлуксизроқ ухлаш. Мақсадлар беморнинг соматик ҳолатига мос ва босқичли бўлади.

Фаолликни кескин ошириш ва кейин бир неча кун бутунлай ётиб қолиш айрим беморларда такрорланади. Режа барқарор, кўтара оладиган фаолликка йўналтирилиши мумкин. Бироқ ҳар бир касалликда фаолликка жавоб бир хил эмас. Зўриқишдан кейин симптомлар кескин ва узоқ кучаядиган ҳолатларда алоҳида тиббий баҳолаш ҳамда касалликка мос ёндашув талаб қилинади; универсал «кўпроқ ҳаракат қилсангиз ўтиб кетади» тавсияси берилмайди.

12 Психотерапевтик ишнинг аниқ нишонлари

КПТ ёки бошқа далилга асосланган психологик ёндашувнинг мақсади беморни оғриқ йўқлигига ишонтириш эмас. Оғриқ ҳақидаги ҳалокатли башоратлар, хавфсиз фаолиятдан қочиш, уйқу одатлари, стресс ва муносабатлардаги қийинчиликлар билан ишланиши мумкин. Қабул қилиш ва мажбурият терапиясида, АСТда, симптом билан курашиш ҳаётни бутунлай эгаллаб олмаслиги ва қадриятларга мос ҳаракатлар муҳокама қилинади. Қабул қилиш таслим бўлиш ёки тиббий ёрдамдан воз кечиш дегани эмас. [37.2]

Оила баъзан ёрдам бериш ниятида беморнинг барча вазифасини бажариб, фаолликка қайтиш имконини камайтириши мумкин; бошқа оила эса оғриқни инкор қилиб ортиқча талаб қилади. Ҳар икки ҳолатда беморнинг реал имкони, хавфсиз фаолият ва қўллаб-қувватлашнинг мос шакли келишилади. Бу оилани айблаш эмас, мавжуд ресурсларни самарали ташкил қилишдир.

13 Дори фойдаси ва хавфини биргаликда кўриш

Сурункали оғриғи бор бемор бир нечта оғриқ қолдирувчи, уйқу воситаси ва психотроп препарат қабул қилиши мумкин. Дори рўйхатини бемор билган номлар, дозалар ва қабул вақти билан қайта текшириш муҳим. Бир хил фаол модданинг турли савдо номлари, рецептсиз воситалар ёки алкоголь умумий седация ва бошқа хавфларни ошириши мумкин. Препаратни қўшишдан олдин мавжуд давонинг аниқ мақсади ва натижаси кўрилади.

Антидепрессант оғриққа таъсир қилса ҳам кайфият, анҳедония ва хавфсизлик алоҳида кузатилади. Аксинча, кайфият яхшиланиб, оғриқ сақланса, бу депрессия ташхиси нотўғри бўлганини англатмайди. Ҳар бир натижа ўз мақсади билан солиштирилади. Дори режасини ўзгартиришда бемор билан эҳтимолли фойда, ножўя таъсир ва кузатув муддати келишилади.

14 Кенгайтирилган кейс: икки муаммони бир вақтда кўриш

55 ёшли бемор сурункали бел оғриғи билан бир неча йил яшаган. Сўнгги икки ойда оғриқ даражаси деярли ўзгармаган, аммо у дўстларига қўнғироқ қилмай қўйган, севган мусиқасини эшитмайди ва ўзини оилага юк деб ҳис қилади. «Оғриқ кетса, ҳаммаси тузалади» деган фикр туфайли руҳий ҳолат аввал баҳоланмаган. Интервьюда анҳедония ва умидсизлик оғриқдан ташқари вақтда ҳам сақланиши аниқланади.

Режада бел оғриғини тиббий бошқариш давом этади, шу билан бирга депрессив эпизод мезонлари, хавфсизлик ва даволаш имкониятлари баҳоланади. Қисқа муддатли мақсад дўсти билан телефонда суҳбатлашиш ва тиббий жиҳатдан мос фаолиятга қайтиш бўлиши мумкин. Бу оғриқни инкор қилиш эмас; бемор ҳаётининг депрессия сабаб янада қисқариб қолган қисмини тиклашдир.

15 Қабулдан кейин ёзиладиган клиник хулоса

Хулосада оғриқнинг маълум тиббий асоси ёки ишчи гипотезаси, янги хавфли белгилар текширилгани, депрессив симптомлар ва функционал таъсир, дори рўйхати, келишилган мақсадлар ва қайта баҳолаш режаси бўлади. «Психосоматика» деган ягона сўз бу маълумотларнинг ўрнини босмайди. Нима аниқлангани ва нима ҳали ноаниқлиги очиқ ёзилса, кейинги мутахассис билан ҳамкорлик ҳам яхшиланади.

16 Икки тизимли режа: тиббий ва функционал

Оғриқ ва депрессия бирга келганда даволаш режасини икки параллел қисмда кўриш фойдали. Тиббий қисмда маълум касалликлар, янги текширувга кўрсатмалар, дори фойдаси ва хавфи қайд этилади. Функционал қисмда беморнинг ҳаётида нима чеклангани ва қайси кичик ўзгариш муҳимлиги ёзилади. Бир қисм иккинчисини алмаштирмайди. Тиббий текширув давом этаётган пайтда ҳам хавфсиз қўллаб-қувватлаш ва депрессияни баҳолаш бошланиши мумкин.

Масалан, бош оғриғи бор беморда неврологик баҳолаш режалаштирилган бўлса, шу вақтда уйқу ва кайфият ҳақида сўраш мумкин. Лекин неврологик хавфли белги бўлса, психологик изоҳ билан шошилинч текширув кечиктирилмайди. Аксинча, барча текширув тугамагунча беморнинг умидсизлиги ва ўзини айблашини эътиборсиз қолдириш ҳам тўғри эмас. Ҳамкор мутахассислар қайси вазифани бажараётганини аниқ билиши керак.

Беморга берилган ёзма режа қисқа бўлиши мумкин: ҳозир маълум бўлган ҳолат, даволаш мақсади, қайси симптомда тез мурожаат қилиш ва кейинги қабул санаси. Унда «оғриқ психологик» каби ноаниқ тамға ўрнига конкрет тушунтириш берилади. Масалан, «оғриқ, уйқу ва кайфият бир-бирига таъсир қилмоқда; уларнинг ҳар бири билан ишлаймиз». Бу сабабни исботламайди, аммо давонинг мантиғини очади.

Шифокорлар ўртасидаги қарама-қарши хабар беморнинг ишончини пасайтириши мумкин. Бир мутахассис «ҳаммаси асабдан», бошқаси «психиатрга борманг» деса, бемор икки томон орасида қолади. Мувофиқлаштирилган мулоқотда мавжуд тиббий маълумот, депрессив синдром ва даволаш мақсадлари алоҳида баён қилинади. Беморнинг оғриғи реал экани ва руҳий ёрдам унинг қадрини пасайтирмаслиги аниқ айтилади.

Ўқувчи учун амалий вазифа: оғриқ балли ўзгармаган, аммо бемор уйқуси ва функцияси яхшиланган ҳолатни қандай баҳолайсиз? Бу қисман фойда бўлиши мумкин. Кейинги вазифа: кайфият яхшиланган, аммо янги неврологик симптом пайдо бўлган ҳолатда нима қиласиз? Янги симптом мустақил тиббий баҳолашни талаб қилади. Икки мисол натижани битта рақам ёки битта ташхис билан чекламасликни ўргатади.

Манбалар

[37.1] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

[37.2] NICE. Chronic pain in over 16s. NG193. https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations

[37.3] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32 ва F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

38-БОБ

Стрессдан кейин сақланиб қолган депрессив белгилар

Стрессор аниқ бўлса, ташхис ҳам аниқ деган хулоса чиқариш осон. Бироқ ишдан айрилиш, ажрашиш, йўқотиш ёки зўравонликдан кейинги ҳар бир тушкунлик бир хил касаллик эмас. Баъзи инсонда табиий қайғу ва мослашиш жараёни, бошқасида мослашув бузилиши, ПТСБ ёки мустақил депрессив эпизод шаклланади. Улар бир-бирини истисно қилиши ҳам, бирга учраши ҳам мумкин; тасниф мезонлари ва вақт динамикаси муҳим.

1 Воқеани эмас клиник манзарани таснифлаш

Суҳбатда воқеанинг санаси, унгача бўлган руҳий ҳолат, биринчи симптом, барқарор бузилиш бошланган вақт ва ҳозирги кечиш тикланади. Кейин воқеага хос қайси белгилар борлиги сўралади: ихтиёрсиз хотиралар, тушлар, қайта бошдан кечириш, қочиш, хавфни доим кутиш, айбдорлик ёки кенг қамровли анҳедония. Бу саволлар травмани мажбуран батафсил қайта ҳикоя қилдиришни талаб қилмайди.

Беморнинг «ҳаммаси ўша кундан бошланган» деган баёни қадрли, аммо сабабий боғлиқликнинг ягона исботи эмас. Аввалги эпизодлар, моддалар, дорилар, соматик касалликлар ва мания ёки гипомания тарихи ҳам текширилади. Ҳозирги стресс аввал мавжуд касалликнинг кучайишига туртки бўлиши мумкин.

2 Мослашув бузилиши

Мослашув бузилишида муайян стрессорга жавоб ва мослашиш қийинлиги марказий ўринда туради. МКБ-10да депрессив ва хавотирли реакцияларнинг қўшимча кодлари бор; уларнинг давомийлик чегаралари ва мезонлари танланган нашр бўйича қўлланади. [38.1] Фақат стрессор мавжудлиги F43.2ни автоматик танлашга етарли эмас.

«Унда сабаб бор, шунинг учун ҳақиқий депрессия эмас» деган фикр нотўғри. Тўлиқ депрессив эпизод мезонлари бажарилса, шифокор шу эҳтимолни ҳам баҳолайди. Аксинча, қаттиқ хафалик ва бир неча кунлик уйқу бузилишига қараб дарҳол оғир депрессия дейиш ҳам тўғри эмас. Оғирлик, давомийлик ва функция бирга ўрганилади.

3 ПТСБдаги депрессив белгилар

ПТСБда кайфият пасайиши, ўзини айблаш, қизиқиш камайиши ва одамлардан узилиш бўлиши мумкин. Лекин ташхис фақат шу белгиларга асосланмайди: травматик воқеа ва ПТСБга хос симптомлар мажмуаси аниқланади. «Ўтмишни кўп эслайди» дегани ҳар доим қайта бошдан кечириш эмас. Одатий хотира, руминация, диссоциация ва жонли қайта кечиришни фарқлаш керак.

Клиник суҳбатда беморнинг назорат ҳиссини сақлаш муҳим. Саволдан олдин рухсат сўраш, танаффус имконини айтиш ва ҳозирги хавфсизликка қайтиш ёрдам беради. Қайси воқеа энг оғир бўлганини билмасдан туриб барча мазмунни очишга мажбурлаш шарт эмас. Зўравонлик ёки таъқиб давом этаётган бўлса, фақат хотира билан ишлаш етарли эмас; амалий ҳимоя ва ёрдам йўллари ҳам керак.

4 Қайғу ва депрессия

Яқин инсонни йўқотишдан кейин қайғу тўлқинсимон келиши, хотира ёки сана билан кучайиши мумкин. Депрессив эпизодда кенг қамровли анҳедония, барқарор умидсизлик ва ўз қадрини кескин паст баҳолаш каби белгилар чуқурлашиши мумкин. Аммо бу фарқни битта савол ёки қатъий кун саноғи билан белгилаб бўлмайди. Маданий мотам анъаналари ва инсоннинг муносабатлари ҳисобга олинади.

Қайғу билан депрессия бирга бўлиши мумкин. Беморнинг йўқотилган инсонни соғиниши касаллик эмас; унинг ўз ҳаётини сақлай олмаслиги ёки ўзини жароҳатлаш хавфи эса «табиий мотам» деган ёрлиқ билан четга сурилмайди. Хавфсизлик ва функционал эҳтиёжлар ташхис номидан қатъи назар баҳоланади.

5 Сақлаб турувчи омиллар

Стрессор тугаган бўлса ҳам уйқусизлик, ишсизлик, қарз, оилавий низо, қочиш ва ижтимоий узилиш давом этиши мумкин. Улар симптомлар сақланишига ҳисса қўшади, лекин беморни «ўзи чиқолмаяпти» деб айблашга асос эмас. Муаммоларни ўзгартириш мумкин бўлган ва ҳозирча назоратдан ташқари қисмларга ажратиш амалий режа тузишга ёрдам беради.

Беморнинг бир кунини қадамма-қадам ўрганиш фойдали: уйғониш, овқатланиш, иш ёки ўқиш, хавфли вазиятлар, одамлар билан алоқа, уйқу. Қайси ҳаракат қисқа енгиллик бериб, кейин узоқ муддатли қийинчиликни кучайтиряпти? Масалан, барча учрашувларни бекор қилиш вақтинча хотиржамлик бериши мумкин, аммо қўллаб-қувватлашни камайтиради. Бу клиник гипотеза бемор билан текширилади, тайёр ҳукм сифатида берилмайди.

6 Даволашнинг кетма-кетлиги

Ҳамроҳ ПТСБ ва депрессияда NICE одатда ПТСБни даволашни биринчи ўринга қўйишни, аммо депрессия психологик ишни амалга оширишга тўсқинлик қиладиган даражада оғир бўлса ёки ўзини/бошқани жароҳатлаш хавфи бўлса, аввал шу муаммони ҳал қилишни тавсия этади. [38.2] Бу барча беморга бир хил жадвал бериш эмас; хавф, хоҳиш ва имкониятга қараб режа тузилади.

Травмага йўналтирилган усуллар фақат «стресс бор» деган асосда автоматик танланмайди. Мақсадли ташхис, мутахассис малакаси ва беморнинг тайёрлиги муҳим. Мослашув муаммосида амалий муаммо ечиш, қўллаб-қувватлаш ва фаолиятни тиклаш алоҳида аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Депрессив эпизодда унинг оғирлиги ва кечишига мос далилли даволаш ҳам кўриб чиқилади.

7 Шартли кейс ва клиник хулоса

Бемор ишдан айрилганидан кейин икки ой давомида уйқуси бузилиб, ўзини айблайди. Унинг қайғуси фақат иш ҳақида эмас: болалари билан вақт ўтказишдан ҳам завқ олмайди, куннинг катта қисмида тушкун. Шифокор стрессорни ёзади, лекин шу билан чекланмай депрессив эпизод мезонларини текширади. Иш топишга амалий ёрдам касалликни даволашнинг ўрнини босмайди, даволаш ҳам ижтимоий муаммони автоматик ҳал қилмайди.

Иккинчи бемор йўл ҳодисасидан кейин машинага чиқишдан қочади, воқеа кўз олдида қайта жонланади, қўрқув билан уйғонади. Тушкунлик ҳам бор. Бу ерда ПТСБга хос манзара ва ҳамроҳ депрессия алоҳида баҳоланади. «Реактив депрессия» деган умумий ибора икки муҳим даволаш мақсадини яшириши мумкин.

Қабул якунида воқеа, вақт боғлиқлиги, етакчи синдром, ҳозирги хавф, сақлаб турувчи шароитлар ва кузатув режаси ёзилади. Ҳужжатда «травма бор» деган умумий сўз ўрнига беморнинг розилиги ва махфийлигига мос зарур маълумот келтирилади. Кейинги учрашувда ташхис ҳам қайта кўриб чиқилиши мумкин.

8 Стрессор борлиги ва клиник сабаб ўртасидаги фарқ

Бемор воқеа билан симптомларни боғлаши клиник жиҳатдан муҳим. Аммо «ажралишдан кейин бошланган» деган маълумотнинг ўзи F43 ташхисини белгиламайди. Депрессив эпизод ҳам стрессдан кейин бошланиши мумкин. Диагностик қарорда воқеанинг

табиати, бошланиш вақти, симптомлар мажмуаси, давомийлик, оғирлик ва функционал таъсир биргаликда кўрилади. Стрессорни инкор қилиш ҳам, унга барча симптомни боғлаб қўйиш ҳам етарли эмас.

Баъзан бемор «аниқ сабаб бўлса, бу касаллик эмас» деб ўйлайди. Унга тушунтириш мумкин: одамнинг қийин воқеага жавоби тушунарли бўлиши ва бир вақтда клиник ёрдам талаб қилиши мумкин. Аксинча, ҳар бир қайғу ва хавотирга психиатрия ташхиси қўйиш шарт эмас. Ёрдамга эҳтиёж ташхис бор-йўқлиги билан чекланмайди; психологик қўллаб-қувватлаш ва амалий ёрдам субклиник ҳолатда ҳам ўринли бўлиши мумкин.

9 Мослашув бузилишини баҳолаш

Мослашув бузилишида аниқ стрессор ёки ҳаётий ўзгариш билан боғлиқ эмоционал ва хулқий симптомлар ҳамда мослашиш қийинлиги баҳоланади. Бунда бошқа бузилиш симптомларни яхшироқ тушунтириб бермайдими, деган савол муҳим. МКБ-10нинг қисқа ва узоқ депрессив реакция каби кичик рубрикалари мавжуд, аммо уларнинг вақт мезонларини маҳаллий версия билан текшириш керак. Беш белгили кодлар турли миллий модификацияларда бир хил маъно бермаслиги мумкин. [38.1]

Мослашув бузилиши «енгил, эътибор бермаса бўлади» дегани эмас. Иш, ўқиш, муносабатлар ва хавфсизликка таъсир сезиларли бўлиши мумкин. Қарз, уй-жой, миграция, парвариш юки ёки оилавий низо давом этаётган бўлса, фақат индивидуал симптомни даволаш етарли бўлмаслиги мумкин. Амалий ресурслар ва ижтимоий ёрдам имкониятлари режага киритилади.

10 ПТСР ва депрессия: ўхшашлик ва фарқ

ПТСРда травматик воқеани қайта бошдан кечириш, унга боғлиқ қочиш ва давомий таҳдид ҳисси каби махсус симптомлар баҳоланади. Депрессияда қизиқиш йўқолиши, барқарор тушкунлик, умидсизлик ва ўзини қадрсиз ҳис қилиш устун бўлиши мумкин. Уйқу ва диққат бузилиши иккаласида ҳам учрайди. Шунинг учун фақат уйқусизлик ва чарчоққа қараб уларни ажратиб бўлмайди.

Бемор ёмон воқеа ҳақида ўйлаганда бу руминациями ёки ҳозир содир бўлаётгандек қайта кечиришми, аниқланади. Биринчисида киши воқеани таҳлил қилиши ва ўзини айблаши мумкин; иккинчисида хотира, образ ва тана реакцияси ўта жонли бўлиб, ҳозирги хавфдек сезилиши мумкин. Бу фарқ абсолют эмас, аммо интервьюни аниқлаштиради. Диссоциация эҳтимоли бўлса, ориентация, узилиш ҳисси ва хавфсизлик ҳам баҳоланади.

11 Травма ҳақида сўрашнинг меъёри

Биринчидан, суҳбатнинг мақсади тушунтирилади. Иккинчидан, беморнинг тайёрлиги ва ҳозирги барқарорлиги баҳоланади. Учинчидан, ташхис ва хавфсизлик учун керакли маълумот олинади, лекин биринчи қабулда барча оғриқли тафсилотни мажбуран айтиб бериш талаб қилинмайди. Клиник интервьюни режасиз экспозицияга айлантириш шарт эмас.

Травмага йўналтирилган далилли терапия тайёргарлик, келишилган мақсад ва малакали мутахассис билан ўтказилади. Шу билан бирга «сиз ҳали тайёр эмассиз» деб самарали терапияни чексиз кечиктириш ҳам тўғри эмас. Барқарорлаштиришга эҳтиёж, давом этаётган хавф, диссоциация, моддалар ва депрессия оғирлиги индивидуал кўрилади. ПТСР ва депрессияда қайси даво аввал келиши клиник эҳтиёжга боғлиқ; универсал кетма-кетлик йўқ. [38.2]

12 Қайғу ва депрессив эпизод

Йўқотишдан кейинги қайғуда оғриқли ҳислар тўлқинсимон келиши, марҳум билан боғлиқ хотираларда кучайиши ва шу билан бирга айрим ижобий ҳислар сақланиши мумкин. Депрессив эпизодда эса кенгроқ анҳедония, барқарор қадрсизлик ва функционал бузилиш кузатилиши эҳтимоли бор. Бу умумий фарқлар ҳар бир ҳолатни қатъий ажратувчи тест эмас. Маданий маросим, муносабат тарихи ва йўқотиш шароити ҳисобга олинади.

Қайғу борлиги депрессия ёки хавфсизлик баҳосини бекор қилмайди. Шу билан бирга инсоннинг ҳар бир қайғусини дори билан йўқотиш керак деган фикр ҳам нотўғри. Ўлим ҳақидаги фикрнинг мазмуни, ният ва хавф тўғридан-тўғри сўралади. Давомий ва оғир қайғу билан боғлиқ алоҳида диагностик тушунчалар МКБ-11 ва бошқа тизимларда бор; уларни МКБ-10нинг F43 рубрикаларига автоматик кўчириб бўлмайди.

13 Давом этаётган стрессни кўриш

Агар бемор ҳали ҳам зўравонлик, таъқиб, ишдаги хавф ёки оғир парвариш юки ичида яшаса, симптомларни фақат «нотўғри фикрлаш» деб тушунтириш адолатсиз ва клиник жиҳатдан камчиликдир. Хавфсизлик, махфийлик, ҳуқуқий ва ижтимоий ресурслар клиник режага мос тарзда кўриб чиқилади. Беморнинг шароитига мос бўлмаган «шунчаки кетинг» ёки «эътибор берманг» тавсиялари берилмайди.

Муаммони ечишга йўналтирилган ишда назорат қилинадиган ва ҳозир назорат қилинмайдиган қисмлар ажратилади. Масалан, иш берувчининг қарорини ўзгартириш қийин бўлиши мумкин, аммо иш қидириш учун битта қадам, ҳуқуқий маслаҳат ёки уйқу режа-

сини тиклаш мумкин. Мақсад беморни барча шароит учун масъул қилиш эмас; реал таъсир доирасида ҳаракатни тиклашдир.

14 Кенгайтирилган кейс: бир воқеа, турли клиник йўл

Икки бемор бир хил ишдан бўшатишни бошдан кечирган. Биринчиси хавотирли, хафа ва келажакдан қўрқади, аммо дўстлар билан учрашганда енгиллашади, қизиқишлари сақланган ва амалий режа тузишга қодир. Унга қўллаб-қувватлаш, муаммони ечиш ва кузатув керак бўлиши мумкин; депрессив эпизод автоматик қўйилмайди.

Иккинчи беморда икки ойлик деярли доимий тушкунлик, анҳедония, эрта уйғониш, иштаҳа пасайиши ва кучли қадрсизлик бор. У яхши хабарга ҳам жавоб бермайди ва ўзини парвариш қилишни камайтирган. Ишдан бўшатиш муҳим контекст бўлиб қолади, лекин тўлиқ депрессив эпизод мезонлари, оғирлик ва хавфсизлик текширилади. Кейснинг дарси: воқеа номи эмас, клиник синдром ва инсоннинг эҳтиёжи даволашни белгилайди.

15 Кузатувда қайта кўриладиган саволлар

Стрессор ўзгардими? Симптомлар камайдими ёки бошқа синдром яққоллашдими? Уйқу ва кундалик вазифалар тикландими? Қочиш, алкоголь ёки бошқа зарарли енгиллаштириш усуллари пайдо бўлдими? Ишчи ташхис вақт давомида қайта кўрилиши мумкин. Бу аввалги шифокор хато қилганини эмас, янги маълумот пайдо бўлганини англатиши мумкин. Ноаниқликни қайд этиш ва кузатув билан аниқлаштириш клиник ишнинг тўғри қисмидир.

16 Келажакка йўналтирилган клиник формулировка

Стрессдан кейинги ҳолатни тушунтиришда фақат «нима сабаб бўлди?» деган савол эмас, «ҳозир нималар сақлаб турибди?» деган савол ҳам керак. Бошланишдаги воқеа ўтган бўлиши мумкин, аммо уйқусизлик, қочиш, ижтимоий узилиш, ўзини айблаш ёки давом этаётган ҳуқуқий муаммо симптомларни сақлаши мумкин. Бу омилларни аниқлаш беморни ўтмишни чексиз таҳлил қилишдан амалий режага олиб ўтади.

Формулировкада мойиллик омиллари, бошлатувчи воқеа, сақлаб турувчи жараёнлар ва ҳимоя ресурслари алоҳида ёзилиши мумкин. Бу тузилма расмий ташхисга қўшимча, унинг ўрнини босмайди. Ҳар бир беморда барча тоифа учун тайёр жавоб бўлиши шарт эмас. Тахминлар бемор билан текширилади ва янги маълумотга қараб ўзгаради. Шифокорнинг назарияси бемор ҳаёти ҳақидаги факт сифатида тақдим этилмайди.

Масалан, бемор ишдаги низодан кейин депрессив симптомларга тушган. Низо ҳал бўлган, лекин у энди ҳамкасблари билан мулоқотдан қочади, кечаси воқеани қайта ўйлайди ва кундузи чарчоқ сабаб вазифаларни кечиктиради. Режада асосий депрессияни даволаш билан бирга руминация, уйқу ва босқичли иш фаолиятига қайтиш муҳокама қилинади. «Стрессор кетди, нега ҳали ҳам ёмонсиз?» деган айбловчи савол ўрнига сақлаб турувчи цикл тушунтирилади.

Бошқа беморда эса стрессор ҳали давом этмоқда. Унга фақат фикрни ўзгартиришни таклиф қилиш етарли эмас. Хавфсизлик, амалий ёрдам ва назорат қилинадиган қадамлар режага киритилади. Мақсад беморни ҳар қандай шароитга мослашишга мажбур қилиш эмас; зарарни камайтириш ва реал имкониятларни оширишдир.

Ўқувчи учун назорат: воқеа номи билан синдромни аралаштирмаяпсизми? Маданий контекстни ҳисобга олдингизми? Қайғу ёки стрессни ортиқча патологизация қилмаяпсизми? Аксинча, тўлиқ депрессив эпизодни «тушунарли реакция» деб давосиз қолдирмаяпсизми? Шу саволлар дифференциал ташхисни инсонпарвар ва клиник аниқ сақлайди.

Манбалар

[38.1] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F43. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[38.2] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. Recommendations on PTSD and coexisting depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

39-БОБ

Меланхолик белгилар ва эндоген депрессия тушунчаси

1 Тарихий атама ва бугунги клиник қарор

«Эндоген депрессия» атамаси психиатрия тарихида муҳим ўрин тутган. У билан кўпинча аниқ ташқи сабабсиз бошланган, биологик ритмлар, иштаҳа, уйқу ва психомотор фаолликда сезиларли ўзгаришлар билан кечувчи депрессия назарда тутилган. Бироқ ташқи сабаб топилмагани касалликнинг фақат ички биологик омиллардан келиб чиққанини исботламайди. Худди шундай, ажралиш ёки йўқотишдан кейин бошланиш меланхолик белгилар бўлишига тўсқинлик қилмайди. Биологик мойиллик, шахсий тажриба, ҳозирги стресс ва ижтимоий шароит бир беморда биргаликда таъсир қилиши мумкин.

Шунинг учун замонавий клиник ёзувда «эндоген» сўзи билан чекланишдан кўра эпизоднинг оғирлиги, кечиши, психотик белгилар ва соматик синдромни алоҳида кўрсатиш фойдалироқ. «Эндоген» ва «реактив»ни бир-бирига мутлақо зид икки қутига ажратиш даволашни тор доирага солиб қўяди. Меланхолик бемор ҳам қўллаб-қувватловчи муносабат ва кейинчалик психотерапиядан фойда олиши мумкин; стрессдан кейинги депрессив эпизод ҳам медикаментоз ёрдамни талаб қилиши мумкин.

2 Меланхолик белгиларни қандай таниш мумкин?

Марказий клиник ўзгаришлардан бири завқланиш қобилиятининг кескин камайишидир. Бемор аввал қадрлаган муносабатлар, қизиқишлар ёки яхши хабарлардан одатдагидек таъсирланмайди. Бу оддий «хоҳишим йўқ»дан фарқ қилиши мумкин: киши хоҳлашни хоҳлайди, лекин ҳис пайдо бўлмайди. Шу билан бирга ижобий воқеага эмоционал жавобнинг камайиши кузатилади. Беморни «фарзандингиз бор-ку, хурсанд бўлинг» деб айблаш бу белгини ўзгартирмайди ва айбдорликни ошириши мумкин.

Кунлик ритмда эрталаб оғирроқ аҳвол, одатдагидан анча эрта уйғониш, иштаҳа ва вазн пасайиши, либидо камайиши учраши мумкин. Психомотор секинлашишда ҳаракат, нутқ, жавоб бериш суръати пасаяди. Бошқа беморда эса ажитация, тинмай юриш ёки қўлларини ишқалаш устун бўлади. Буларнинг ҳар бири якка ҳолда меланхолияга хос эмас. Масалан, эрта уйғониш оғриқ, алкогол, уйқу апноэси ёки турмуш режими билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Муҳим саволлар: «Одатда сизга ёқадиган воқеа бўлса, ҳеч бўлмаганда қисқа вақт енгиллашасизми?», «Эрталаб ва кечқурун аҳволингиз фарқ қиладими?», «Бошқалар нутқингиз ёки ҳаракатингиз ўзгарганини сезишдими?» Клиник кузатув беморнинг субъектив таърифини тўлдиради, аммо уни алмаштирмайди.

3 МКБ-10даги соматик синдром

МКБ-10да «соматик синдром» деганда барча жисмоний шикоятлар назарда тутилмайди. Бу атама меланхолик ёки биологик белгиларга яқин муайян клиник мажмуани ифодалайди. ЖССТ қўлланмасида қизиқиш ва завқнинг йўқолиши, одатда ёқимли воқеаларга эмоционал реакция камайиши, эрта уйғониш, эрталаб оғирлашиш, объектив психомотор ўзгаришлар, иштаҳа ва вазн пасайиши ҳамда либидо камайиши келтирилади. Синдромни белгилашда қўлланманинг белгиланган мезонлари биргаликда баҳоланади. [39.1]

Шу сабабли бош оғриғи ва юрак уришидан шикоят қилаётган беморда автоматик равишда «соматик синдром бор» деб ёзиш нотўғри. Аксинча, жисмоний оғриқ айтмаган, лекин завқланишни йўқотган, эрта уйғонадиган ва психомотор секинлашган беморда бу синдром бўлиши мумкин. Меланхолик белгилар фақат F32.2 билан чекланмайди. Код эпизод оғирлиги, такрорланиши, биполяр анамнез ва ишлатилаётган МКБ-10 версиясига мувофиқ танланади.

4 Нима билан адаштириш мумкин?

Паркинсонизм, гипотиреоз, неврологик касалликлар ва седатив дорилар ҳаракат ҳамда нутқни секинлаштириши мумкин. Антипсихотикка боғлиқ паркинсонизмда ригидлик, тремор, ҳаракатнинг бошқа хусусиятлари ва дори билан вақт алоқаси аҳамиятли. Депрессив психомотор секинлашишни кататония билан тенглаштириш ҳам мумкин эмас. Мутизм, негативизм, ғайриоддий позалар, ступор ёки бошқа кататоник белгилар бўлса алоҳида баҳолаш талаб қилинади.

Психотик айбдорликни оддий ўзини танқид қилишдан ажратиш зарур. «Оиламга етарлича ёрдам бермаяпман» деган фикр реал вазиятга мос келиши мумкин. «Менинг гуноҳим туфайли бутун шаҳар ҳалок бўлади» деган, далил билан ўзгармайдиган ишонч эса бошқа даражадаги клиник ҳодисадир. Ушбу фарқ ёрдамнинг шошилинчлиги ва турини ўзгартиради.

5 Даволашни режалаштириш

Меланхолик белгиларни қайд қилиш давони автоматик танлайдиган тест эмас. Қарор эпизод оғирлиги, аввалги жавоб, бемор хоҳиши, соматик ҳолат ва хавфлар асосида қабул қилинади. Овқатланиш ва суюқлик қабул қилиш пасайган бўлса, уларни алоҳида мони-

торинг қилиш керак. Оғир секинлашган бемордан узоқ уй вазифаларини талаб қилиш ўрнига қисқа, амалий ва бажариладиган қадамлар танланади.

Ҳаёт учун хавфли ҳолат, овқат ёки суюқликдан воз кечиш, психоз ёки тез жавоб заруратида стационар ва махсус даволаш усуллари, жумладан тегишли кўрсатмаларда электроконвульсив терапия муҳокама қилинади. Бу «охирги жазо» эмас, клиник фойда, хавф, розилик ва ҳуқуқий тартиб асосида баҳоланадиган усулдир. [39.2]

6 Клиник мисол

> 47 ёшли беморнинг ишдаги қийинчиликларидан кейин уйқуси бузилган. Кейинчалик эрталаб жуда оғир туриш, завқ йўқолиши, иштаҳа пасайиши ва суҳбатда узоқ тўхтамлар пайдо бўлган. Оиласи «бу ҳаммаси ишдан» деб ҳисоблайди. Клиник хулоса стрессни инкор этмайди, аммо депрессив эпизод ва меланхолик белгиларни текширади. Иш муаммосини ҳал қилиш зарур, лекин унинг ўзи оғир эпизодни даволаш ўрнини босмайди. Дори, соматик текширув ва хавфсизлик баҳоси билан бирга оилага бу иродасизлик эмаслиги тушунтирилади.

7 Феноменология: беморнинг сўзини сақлаш

Меланхолик профилни тушуниш учун симптом номидан ташқари беморнинг субъектив тажрибаси муҳим. «Ҳеч нарсага қизиқмайман» турли мазмунга эга: бир бемор куч тополмайди, иккинчиси завқ сезмайди, учинчиси айбдорлик туфайли ўзини хурсандчиликка лойиқ деб билмайди. «Набираларимни кўрсам, уларни яхши кўришимни биламан, аммо ҳис қила олмаяпман» деган баён эмоционал жавобнинг пасайишини аниқроқ кўрсатади. Бу оилага бефарқлик ёки ахлоқий камчилик деб талқин қилинмайди.

Беморнинг ҳисларини таърифлаш қийин бўлиши мумкин. Унинг ўрнига шифокор тайёр метафорани мажбуран киритмаслиги керак. Очиқ саволдан кейин аниқлаштирувчи савол берилади: «Аввал қандай эди?», «Яхши воқеа бўлса нима ўзгаради?», «Сиз буни қайғу, бўшлиқ ёки ҳиссизлик деб атаган бўлардингизми?» Жавоб клиник ёзувда беморнинг ўз сўзи билан қисқа келтирилиши мумкин.

8 Психомотор ўзгаришни объективлаштириш

Психомотор секинлашишни фақат беморнинг «секинман» деган баёни билан чекламасдан, нутққа киришиш, жавоб кечикиши, ҳаракат суръати, мимика ва кундалик вазифалардаги ўзгариш кузатилади. Шу билан бирга маданий мулоқот услуби, тил, эшитиш, хавотир ва дори таъсири ҳисобга олинади. Бир марта секин жавоб бергани клиник синдромни тасдиқламайди.

Оғир секинлашишда беморга саволга жавоб бериш учун вақт бериш керак. Шифокор сукутни дарров янги савол билан тўлдирса, бемор ўз фикрини тугаллай олмаслиги мумкин. Яқинлари унинг ўрнига жавоб беришга шошилмаслиги тушунтирилади. Кундалик фаолиятда ювиниш, кийиниш, овқат тайёрлаш ва қарор қабул қилишга қанча вақт кетиши сўралади. Бу функцияни баҳолаш ва амалий ёрдамни режалаштиришга хизмат қилади.

9 Кунлик ўзгаришни қандай қайд этиш керак?

«Эрталаб ёмонман» деган шикоятда вақт, уйқу сифати ва кун режими аниқланади. Бемор уйғонган заҳоти азобланадими, ишга тайёрланиш хавотиридами ёки тунги оғриқдан кейин чарчайдими? Кечқурун енгиллашиш барқарорми ёки айрим кунлардагина бўладими? Қисқа кундалик кайфият, фаоллик ва уйқуни бирга қайд қилишга ёрдам беради, аммо беморни соатма-соат ўзини текширишга мажбур қилмаслик керак.

Кунлик ритм белгиси бошқа мезонлар билан бирга баҳоланади. Унинг йўқлиги депрессияни инкор қилмайди, мавжудлиги эса меланхолик профилни якка ўзи исботламайди. Иш сменалари, кеч ухлаш, алкоголь ва дори қабул қилиш вақти ҳам ритмга таъсир қилиши мумкин. Клиник хулоса битта «типик» белгидан эмас, умумий манзарадан чиқарилади.

10 Овқатланиш ва ўзини парвариш қилиш

Иштаҳа йўқолиши, овқатнинг таъми сезилмаслиги, ҳаракатга куч тополмаслик ва психотик ишонч туфайли емай қўйиш бир-биридан фарқ қилади. Ҳар бирининг хавфи ва ёрдам йўли бошқача. Вазн динамикаси, суюқлик қабул қилиш, бош айланиши, умумий ҳолат ва овқатга етишиш имкони текширилади. Озиқ-овқат йўқлиги ёки жисмоний чайнаш/ютиш қийинлигини депрессив иштаҳа йўқолиши билан адаштирмаслик керак.

Бемор етарли овқатлана олмаётган бўлса, оилага кичик, кўтара оладиган порциялар ва амалий ёрдам ҳақида йўл-йўриқ берилиши мумкин. Аммо сувсизланиш, жиддий озиш ёки ҳаётга хавфли емай қўйишда уй шароитидаги маслаҳат етарли эмас. Тиббий баҳолаш, овқатланишни қўллаб-қувватлаш ва асосий синдромни тезкор даволаш талаб қилинади. Клиник хавфни фақат вазн рақамига боғлаб қўймаслик керак.

11 Биологик тестлар ҳақида эҳтиёткорлик

Меланхолик депрессияда эндокрин, уйқу ва нейробиологик кўрсаткичлар тарихан кўп ўрганилган. Лекин тадқиқот гуруҳларидаги ўртача фарқ конкрет бемор учун ташдиқловчи тестга тенг эмас. Кортизол, серотонин, ЭЭГ ёки нейровизуализацияни

«эндоген депрессияни аниқ исботлайди» деб тақдим этиш тўғри эмас. Клиник кўрсатмада соматик касалликларни текшириш бошқа масала: масалан, эндокрин бузилиш эҳтимоли бўлса, тегишли текширув ўтказилади.

Бемор таҳлиллари нормал бўлса, бу унинг депрессив азоби сохта дегани эмас. Аксинча, бир лаборатор ўзгариш топилиши ҳам барча руҳий симптомнинг сабаби аниқланди дегани эмас. Текширув натижаси анамнез, кўрик ва клиник синдром билан бирга талқин қилинади. Бундай изоҳ беморни «таҳлил чиқмагунча ҳеч ким ишонмайди» деган нотўғри хулосадан асрайди.

12 Психотерапиянинг мослаштирилган ўрни

Меланхолик белгилар психотерапияни тақиқламайди. Оғир эпизодда беморнинг диққат, энергия ва қарор қабул қилиш имкони чекланган бўлиши мумкин, шунинг учун сессия мазмуни ва ҳажми мослаштирилади. Дастлаб қўллаб-қувватлаш, хавфсизлик, кундалик парвариш, давога риоя ва оила билан тушунтириш устувор бўлиши мумкин. Кейинроқ руминация, ўзини айблаш, фаолиятдан чекиниш ва қайталаниш профилактикаси билан тизимли ишланади.

«Бу эндоген, суҳбат ёрдам бермайди» деган гап беморнинг ижтимоий ва психологик эҳтиёжларини инкор қилади. «Бу фақат фикрларингиздан, дори керак эмас» деган қараш ҳам оғир синдромни кам баҳолайди. Клиник қарор икки қутбли шиорга эмас, оғирлик, далиллар, аввалги жавоб ва беморнинг хоҳишига таянади. Турли ёрдам усуллари бир-бирига рақиб эмас.

13 Қайталанишни таниш ва оила билан ишлаш

Ремиссиядан кейин бемор ва яқинлари учун аввалги эпизоднинг эрта белгилари аниқланади. Масалан, эрта уйғониш, мусиқага қизиқиш йўқолиши, ҳаракат секинлашиши ёки иштаҳа пасайиши шахсий сигнал бўлиши мумкин. Ҳар бир ёмон тунни янги эпизод деб қабул қилиш шарт эмас; белгилар мажмуаси, давомийлик ва функцияга таъсир кузатилади. Келишилган режа ортиқча хавотирни камайтириб, зарур пайтда тез мурожаат қилишга ёрдам беради.

Оила беморни «энди яхши бўлдинг, дарров аввалгидек ишла» деб шоширмаслиги керак. Симптомлар ва функция бир хил тезликда тикланмаслиги мумкин. Шу билан бирга беморни узоқ вақт барча масъулиятдан четлатиш ҳам шарт эмас. Мақсад босқичли тикланиш, реал юклама ва қўллаб-қувватлашдир. Клиник кузатувда кайфият билан бирга ўзини парвариш, муносабатлар, меҳнат ва ҳаёт сифати баҳоланади.

14 Кодлашда уч босқичли фикрлаш

Биринчи босқичда депрессив эпизод мезонлари, давомийлиги ва функционал таъсири баҳоланади. Иккинчи босқичда кечиш: илк эпизодми, қайталанувчими ёки биполяр бузилиш доирасидами, аниқланади. Учинчи босқичда оғирлик, психотик белгилар ва соматик синдром каби хусусиятлар қайд этилади. «Меланхолик» сўзини эшитиб биринчи босқичларни ўтказиб юбориш мумкин эмас.

Масалан, аввал гипомания бўлган беморнинг ҳозирги эпизоди меланхолик белгилар билан кечиши мумкин. Бу профил уни униполяр F32 ташхисига айлантирмайди. Бошқа беморда эпизод бир неча марта қайталаган бўлса, F33 доираси кўриб чиқилади. Кодлашда клиник профил ва асосий кечишнинг икки хил ўқ эканини эслаш муҳим. Фойдаланилаётган миллий МКБ-10 модификациясидаги қўшимча белгилар ҳам текширилади.

15 Икки беморни солиштириш

Бемор А иштаҳа пасайиши ва эрта уйғонишдан шикоят қилади, аммо яхши хабарга жонланади, қизиқишлари сақланган ва кундалик вазифаларни бажаради. Унда депрессив эпизод бор-йўқлиги тўлиқ баҳоланади, лекин икки белги асосида меланхолик депрессия эълон қилинмайди. Уйқу ва соматик сабаблар ҳам кўрилади.

Бемор Бда завқланиш деярли йўқолган, ижобий воқеага жавоб пасайган, нутқ ва ҳаракат секинлашган, эрталаб аҳволи оғир ва овқатланиши камайган. Бу манзара соматик синдромни мақсадли баҳолашга асос беради. Лекин эпизод оғирлиги, психоз, кататония, биполяр анамнез ва хавфсизлик ҳали ҳам алоҳида текширилади. «Типик кўринди» деган таассурот тўлиқ клиник баҳони қисқартирмаслиги керак.

16 Оилага бериладиган қисқа изоҳ

«У сизни яхши кўрмай қолгани учун ҳиссиз эмас. Ҳозир касаллик завқ ва эмоционал жавобни пасайтирган бўлиши мумкин. Уни мажбуран хурсанд қилиш ёки айблаш ўрнига даволаш, кундалик парвариш ва кичик фаолиятларда қўллаб-қувватлаш керак». Бу изоҳ беморнинг аниқ клиник ҳолатига мослаштирилади. Оиланинг ўзи ҳам чарчаган ёки хавотирли бўлса, уларга ресурс ва тушунтириш берилади.

Шифокор ўз хулосасини беморнинг шахсиятига айлантирмаслиги лозим. «Сиз эндогенсиз» деган тамға ўрнига «ҳозирги эпизодда шундай белгилар бор» дейилади. Бу касалликни инсоннинг бутун кимлиги билан тенглаштирмайди ва тикланиш имконини сақлайди. Меланхолик профиль оғир бўлиши мумкин, аммо у фатал тақдир ёки давога жавоб бўлмаслигининг белгиси эмас.

Кузатув якунида симптомлардан ташқари бемор ўзини қанчалик қайта ҳис қилаётгани сўралади. Қайғу камайиши, завқ қайтиши ва фаоллик тикланиши ҳар хил вақтда бўлиши мумкин. Улар алоҳида қайд этилса, қисман жавобни тўлиқ ремиссия деб шошилиб баҳолаш камаяди.

17 Боб хулосаси

Меланхолик белгилар депрессиянинг клиник профилини аниқлашга ёрдам беради. «Эндоген» атамаси сабаб тўлиқ исботланганини англатмайди. Соматик синдром жисмоний шикоятлар рўйхати эмас. Оғирлик, биполярлик, психоз, кататония ва соматик дифференциал ташхис асосий қарорларни белгилайди.

Манбалар

[39.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32–F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[39.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

40-БОБ

Атипик белгилар билан кечувчи депрессия

1 «Атипик» кам учрайдиган дегани эмас

Атипик белгилар деганда депрессиянинг муайян клиник хусусиятлари назарда тутилади. Бу «сохта», «енгил» ёки «диагностикага тўғри келмайдиган» дегани эмас. Бундай бемор жуда оғир азобланиши ва кундалик фаолияти сезиларли чекланиши мумкин. Шу билан бирга гиперсомния ёки иштаҳа ошишининг ўзи депрессияни тасдиқламайди. Аввал депрессив синдром, давомийлик, функционал таъсир ва бошқа сабаблар баҳоланади.

Классик таърифда кайфиятнинг ижобий воқеаларга реактивлиги муҳим ўрин тутади: бемор яхши хабар ёки қўллаб-қувватловчи учрашувдан вақтинча хурсанд бўла олади. Бу депрессия йўқлигининг далили эмас. Қабул вақтида жилмайган беморнинг уйда қандай яшаши, қанча куч сарфлаши ва бошқа кунлардаги ҳолатини ҳам сўраш керак.

2 Асосий клиник хусусиятлар

Уйқу кўпайиши баъзан кечаси узоқ ухлаш, баъзан кундуз кўп ётиш сифатида намоён бўлади. Бироқ «кўп ётаман» ва ҳақиқатан кўп ухлайман бир хил эмас. Ётоқда телефон билан соатлаб ётган, лекин ухламаган беморда уйқусизлик ва фаолликдан чекиниш бўлиши мумкин. Уйқу кундалиги бу фарқни очиб беради.

Иштаҳа ошиши ва вазн қўшиш овқатланиш билан ҳиссий ҳолатни бошқариш, дори таъсири, эндокрин ёки метаболик омиллар билан ҳам боғлиқ бўлади. «Тана қўрғошиндек оғир» ҳисси, айниқса қўл-оёқларда оғирлик, айрим беморларда аниқ таърифланади. Бу неврологик кучсизлик, анемия ёки юрак-ўпка касалликларини текширмаслик учун асос эмас.

Рад этилишга ўта сезгирлик муносабатлар ва ишга таъсир қилиши мумкин. Бемор қисқа хабарга жавоб келмаганини «мени ёмон кўришади» деб талқин қилади, кейин мулоқотдан қочади. Ушбу хусусият фақат депрессив эпизодда пайдо бўлганми ёки йиллардан бери борми, аниқлаш зарур. Узоқ давом этувчи шахсий хусусиятни автоматик депрессия симптоми деб қабул қилиш клиник манзарани бузади.

3 Биполярликни албатта текшириш

Атипик хусусиятлар биполяр депрессияда ҳам учрайди. Аммо уларнинг мавжудлиги биполяр бузилиш ташхиси учун етарли эмас. Аввалги гипомания ёки мания эпизодлари, уйқуга эҳтиёж камайган ҳолда энергия ошиши, одатдан ташқари фаоллик, тез гапириш, хавфли қарорлар ва оилавий анамнез текширилади. «Яхши кунларим бор» деган жавобни гипомания деб аташ мумкин эмас; давомийлик, одатий ҳолатдан ўзгариш ва функционал оқибатлар муҳим.

Антидепрессантдан кейинги қўзғалишни ҳам аниқ тасвирлаш лозим. Бу вақтинча хавотир, акатизия, уйқусизлик ёки ҳақиқий аффектив кўтарилиш бўлиши мумкин. Ҳар бири бошқа клиник қарор талаб қилади. Биполярлик эҳтимоли асосли бўлса, даволаш режаси тегишли қўлланма бўйича қайта кўриб чиқилади. [40.2]

4 Дифференциал ташхис ва кодлаш

Гиперсомнияда уйқу апноэси, циркад ритм бузилиши, седатив воситалар, алкоголь ва бошқа моддаларни баҳолаш керак. Кундузги уйқучанлик хавфли транспорт ёки механизмлар билан ишлашда алоҳида аҳамият касб этади. Вазн ўзгариши ва чарчоқда соматик текширув клиник кўрсатма асосида танланади; ҳар бир беморга чексиз лаборатор панель керак эмас.

МКБ-10да атипик депрессия F32.8 рубрикасида тилга олинган бўлиши мумкин, лекин ҳар бир атипик хусусиятли эпизодни автоматик шу кодга ўтказиш тўғри эмас. Бир марталик ёки рекуррент кечиш, эпизоднинг тўлиқ мезонлари, биполярлик ва маҳаллий кодлаш версияси ҳисобга олинади. DSMдаги «атипик хусусиятлар» спецификаторини МКБ-10 коди билан механик тенглаштирмаслик лозим. [40.1]

5 Даволашда нималар ўзгаради?

Даволаш фақат уйқуни камайтириш ёки вазнни туширишга қаратилмайди. Депрессив синдромни даволаш, кун тартибини тиклаш, фаолликни босқичма-босқич ошириш ва муносабатлардаги қочишни камайтириш биргаликда олиб борилади. Дори танлашда аввалги жавоб, вазн, уйқучанлик, жинсий ножўя таъсирлар ва ҳамроҳ касалликлар муҳокама қилинади. «Атипик» деган белги битта препарат ҳамма учун энг яхши деган хулосага олиб келмайди.

Психотерапияда воқеа, унинг талқини ва хулқ ўртасидаги боғлиқликни кўриш фойдали. Масалан, кечиккан жавобни рад этилиш деб қабул қилиш, кейин учрашувларни бекор қилиш, сўнг ёлғизлик кучайиши цикл ҳосил қилиши мумкин. Бу беморнинг ҳиссини инкор этиш эмас; альтернатив талқин ва кичик хулқий тажрибалар учун жой очишдир.

6 Клиник мисол ва динамика

29 ёшли бемор 11 соат ухлашини, иштаҳа ошганини ва ишдан кейин ҳаракат қила олмаслигини айтади. Дўстлари келганда бироз жонланади. Бу ҳолат туфайли уни «истаса ҳаммасини қилади» деб баҳолаш нотўғри. Суҳбатда икки ойлик анҳедония, ўзини қадрсиз ҳис қилиш ва иш қобилияти пасайиши аниқланади. Аввалги гипомания, уйқу апноэси белгилари, дори ва моддалар текширилади. Режага депрессияни даволаш, уйқу-уйғониш вақтини барқарорлаштириш ва кичик фаоллик вазифалари киритилади.

Кузатувда фақат уйқу соати эмас, кундузги тетиклик, қизиқиш, ижтимоий фаоллик, хавфсизлик ва ҳаёт сифати баҳоланади. Вазнни ягона «муваффақият» мезони қилиш беморнинг депрессив азобини кўринмас қилиб қўйиши мумкин.

7 Кайфият реактивлигини нотўғри талқин қилмаслик

Кайфият реактивлиги беморнинг азобини ихтиёрий бошқариши мумкинлигини англатмайди. Киши яқин дўсти билан бир соат жонланиб, кейин яна оғир тушкунликка қайтиши мумкин. Оила бу қисқа енгиллашишни «хоҳласа хурсанд бўла олади» деб талқин қилса, бемор айбдорлик ва уят ҳис қилади. Клиник суҳбатда енгиллашиш қанча давом этиши, қандай шароитда пайдо бўлиши ва қолган вақтда функция қандайлиги сўралади.

Меланхолик профилда ижобий воқеага жавобнинг камайиши таъкидланса, атипик хусусиятларда реактивлик сақланиши мумкин. Бироқ клиник манзаралар ҳар доим дарсликдаги тоза тоифаларга тушмайди. Бемор бир эпизодда уйқу ва иштаҳа ошишини, бошқа эпизодда эрта уйғониш ва озишни кўрсатиши мумкин. Бу ташхисни ҳар сафар тубдан алмаштиришни эмас, кечишни аниқ тасвирлашни талаб қилади.

8 Уйқу ҳақида чуқурроқ интервью

Уйқу вақти, ётоқда ўтказилган вақт ва уйқуга эҳтиёж алоҳида қайд этилади. Бемор кечаси соат учда ухлаб, тушда уйғонса, бу узоқ уйқу билан бирга кечиккан ритм ҳам бўлиши мумкин. Кечқурун телефон ёки иш, кундузги ухлаш, сменали меҳнат ва кофеин режими сўралади. Уйқу кундалиги одатдаги ҳафта ва дам олиш кунлари фарқини кўрсатиши мумкин.

Хўррак, нафас тўхтаб қолиши ҳақида яқинлар кузатуви, эрталаб бош оғриғи ва кундузги кучли уйқучанлик уйқу апноэси эҳтимолини баҳолашга асос бўлиши мумкин. Транспорт бошқаришда ухлаб қолиш хавфи алоҳида муҳокама қилинади. Уйқучанликни фақат

«депрессиянинг атипик белгиси» деб белгилаш хавфли касаллик ёки дори таъсирини ўтказиб юбориши мумкин. Уйқу мутахассисига йўналтириш клиник кўрсатмага асосланади.

9 Овқатланиш ва вазнга нисбатан ҳукмсиз ёндашув

Иштаҳа ошган беморни «ўзини тийолмайди» деб баҳолаш терапевтик муносабатни бузади. Овқатланишнинг вақти, очлик ҳисси, эмоционал ҳолат, тўйиш, назорат йўқолиши эпизодлари ва дори таъсири сўралади. Айрим бемор кечаси уйқусизлик ва безовталикни овқат билан енгиллаштиради, бошқаси кундузи емай, кечқурун кўп ейди. Бу паттернлар бир хил эмас.

Вазнни кузатиш зарур бўлиши мумкин, аммо рақамни бемор қадри ёки даволашга интизомининг ўлчовига айлантирмаслик керак. Депрессия, овқатланиш бузилиши ва метаболик касаллик бирга келиши мумкин. Режада зарур бўлса диетологик ва тиббий ёрдам, мунтазам овқатланиш ва дори ножўя таъсирларини баҳолаш ўрин олади. Чекловчи парҳезни универсал депрессия давоси сифатида таклиф қилиш тўғри эмас.

10 Рад этилишга сезгирликнинг функцияси

Бемор танқидни оғир қабул қилиши муносабатларга таъсир қилиши мумкин. Аммо танқид ҳақиқатан ҳақоратли ёки адолатсиз бўлган бўлса, уни фақат беморнинг сезгирлиги билан тушунтириш хато. Воқеа, бемор талқини, ҳис ва кейинги ҳаракат алоҳида кўрилади. Масалан, ишдаги раҳбарнинг аниқ танқиди, беморнинг «мен бутунлай қобилиятсизман» деган умумлаштириши ва кейин ишдан қочиши турли таҳлил нуқталарига эга.

Психотерапияда альтернатив талқинлар, ўзини қўллаб-қувватловчи муносабат, мулоқот кўникмалари ва қочишни камайтириш билан ишлаш мумкин. Беморни «ҳаммага ёқиш»га ўргатиш эмас, реал муносабатларни баҳолаш ва ўз чегараларини сақлаш мақсад қилинади. Рад этилишга сезгирлик узоқ йиллардан бери бор бўлса, шахсият, травма ёки хавотирга оид ҳамроҳ омиллар ҳам эҳтиёткорлик билан баҳоланади.

11 Биполярликни сўрашнинг намунавий йўли

«Сизда мания бўлганми?» деган савол кўп беморга тушунарсиз. Унинг ўрнига одатий ҳолатдан фарқ қилган даврлар ҳақида сўралади: кам ухлаб ҳам толиқмаслик, жуда кўп режа, гапириш ва фаоллик ошиши, одатдан ташқари ишонч, харажат ёки хавфли қарорлар. Бу белгилар бир даврда бирга бўлганми, қанча давом этгани ва бошқалар сезган-сезмагани аниқланади.

Депрессиядан чиқиб одатий фаолиятга қайтиш гипоманияга тенг эмас. Ижобий воқеадан кейин хурсандчилик ҳам ўз-ўзидан патологик эмас. Анамнезда аниқ эпизод, функционал ўзгариш ва контекст керак. Скрининг саволномаси шубҳани тартиблаши мумкин, аммо ташхис ўрнини босмайди. Биполярлик эҳтимоли юқори бўлса, даволаш режаси махсус баҳолаш асосида тузилади.

12 Давонинг натижасини кўп ўлчовли баҳолаш

Атипик профилда уйқу қисқариши ҳар доим яхшиланиш эмас. Агар бемор кам ухлаб, ғайриоддий тетик ва импульсив бўлиб қолса, аффектив кўтарилиш эҳтимоли текширилади. Агар уйқу қисқариб, кундузги чарчоқ ва хавотир кучайса, бу ножўя таъсир ёки уйқу бузилиши бўлиши мумкин. Натижа кайфият, энергия, функция, хавфсизлик ва беморнинг субъектив фаровонлиги билан бирга баҳоланади.

Хулқий фаоллаштиришда бемордан аввал мотивация пайдо бўлишини кутиш шарт эмас; кичик, келишилган ҳаракатлардан бошлаш мумкин. Лекин бу мажбурлаш ёки симптомни енгил санаш эмас. Масалан, биринчи ҳафтада узоқ спорт дастури эмас, мунтазам уйғониш ва қисқа маъноли вазифа мақсад бўлиши мумкин. Қийинчиликлар «интизомсизлик» эмас, режани мослаштириш учун маълумот сифатида кўрилади.

13 Кенгайтирилган кейс: клиник белгини ахлоқий баҳога айлантирмаслик

24 ёшли талаба дарсларга бормай қўйган, кўп ухлайди ва вазн қўшган. Оиласи уни «эринчоқ» деб атайди, чунки дўстлари чақирса баъзан чиқади. Суҳбатда бир неча ойлик тушкунлик, ўзини қадрсиз ҳис қилиш, кучли рад этилиш қўрқуви ва фаолият пасайиши аниқланади. Шу билан бирга уйқу ритми, моддалар, соматик ҳолат ва биполяр анамнез текширилади. Бир марта дўстлари билан чиққанлиги депрессияни инкор қилмайди.

Режа бемор билан келишилган даволаш ва ўқишга босқичли қайтишдан иборат. Оилага танқид ва тамғалашни камайтириш, реал вазифалар ва қўллаб-қувватлашни мувофиқлаштириш тушунтирилади. Кейинги қабулда фақат дарсга қатнашиш эмас, уйқу сифати, қизиқиш, ички азоб ва хавфсизлик баҳоланади. Бу мисол профилни танишнинг асосий фойдаси беморни яхшироқ тушуниш ва мос ёрдам бериш эканини кўрсатади.

14 Клиник профилни тизимли баҳолаш

Атипик хусусиятларни баҳолашда тўрт алоҳида савол йўналиши фойдали. Биринчиси эмоционал реактивлик: ижобий воқеа нимани ўзгартиради? Иккинчиси уйқу ва иштаҳа: ҳақиқий уйқу кўпайганми, овқатланиш қандай ўзгарган? Учинчиси оғирлик ва ҳаракат: тана оғирлиги ҳисси борми, объектив кучсизлик билан фарқи қандай? Тўртинчиси муносабатлар: рад этилишга сезгирлик эпизодга хосми ёки узоқ давом этувчи хусусиятми? Ҳар бир жавобнинг вақти ва функционал таъсири қайд этилади.

Бу маълумотлар депрессив синдромнинг ўрнини босмайди. Бемор кўп ухлаб, кўп еса ҳам тушкунлик, анҳедония ва функцияга таъсир бўлмаса, бошқа изоҳлар керак бўлиши мумкин. Аксинча, яхши хабарга вақтинча хурсанд бўлиши депрессияни инкор қилмайди. Клиник фикрлаш бир белгини «ҳа» ёки «йўқ» деб белгилашдан кенгроқдир.

15 Давога жавобни шароит билан бирга кўриш

Беморнинг иш ёки ўқиш режими ўзгарса, уйқу ва фаоллик ҳам ўзгариши мумкин. Масалан, таътил пайтида кўп ухлашни препарат таъсири деб қабул қилишдан олдин кун тартиби текширилади. Ёки янги ишга қайтиш фонида чарчоқ кўпайиши депрессия оғирлашганини автоматик билдирмайди. Симптом, юклама ва тикланиш суръати бирга баҳоланади.

Даво самарасиздек кўринганда ташхис, қабул қилиш тартиби, етарли давомийлик, ҳамроҳ уйқу ёки соматик касаллик, биполярлик ва ижтимоий тўсиқлар қайта кўрилади. «Атипик бўлгани учун даволанмайди» деган хулоса берилмайди. Худди шундай, бир симптом камайгани учун бутун эпизод тугади деб ҳисоблаш ҳам тўғри эмас. Натижа бемор ҳаётидаги реал ўзгариш билан боғланади.

16 Кейсни давом эттириш

Аввалги талаба мисолида уч ҳафтадан кейин уйқу вақти мунтазамлашган, аммо дарсга қайтишдан қўрқиш сақланган деб тасаввур қиламиз. Бу ҳолатда фақат уйқу режасини яна такрорлаш етарли эмас. Рад этилишдан қўрқиш, ўтказиб юборилган вазифалар ҳақида уят ва амалий ўқув режаси муҳокама қилинади. Депрессив симптомлар ва хавфсизлик ҳам кузатишда қолади.

Кейинги босқичда дўст билан битта дарсга бориш ёки ўқитувчи билан вазифаларни келишиш каби реал қадам танланиши мумкин. Бу ҳар бир беморга бир хил рецепт эмас, мақсадни кичик ва текшириладиган қилиш намунасидир. Бемор вазифани бажара олмаса, уни айблаш ўрнига қийинчиликнинг қайси қисми тўсиқ бўлгани ўрганилади.

Бобнинг амалий хулосаси: атипик белгилар беморнинг клиник манзарасини тушунишга ёрдам беради, лекин код, дори ёки прогнозни якка ўзи белгиламайди. Тўлиқ синдром, кечиш, ҳамроҳ омиллар ва беморнинг мақсадлари бирга баҳоланганда профиль ҳақиқий клиник қийматга эга бўлади.

Манбалар

[40.1] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[40.2] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185

[40.3] NICE. Depression in adults. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

41-БОБ

Психотик ва кататоник кўринишлар

1 Икки тушунчани ажратиш

Психоз ва кататония бир хил ҳодиса эмас. Психозда воқеликни баҳолаш бузилиши, васваса ёки галлюцинациялар марказий ўрин тутиши мумкин. Кататонияда психомотор фаолият, ҳаракат, нутқ ва ташқи таъсирларга жавобнинг махсус ўзгаришлари кузатилади. Улар бир беморда бирга келиши мумкин, аммо кататония фақат шизофрения ёки психозга тегишли эмас. Аффектив, неврологик, аутоиммун ва бошқа тиббий ҳолатларда ҳам учрайди. [41.1]

Бемор жуда кам гапиргани учун уни дарров «психотик» ёки «кататоник» деб аташ нотўғри. Оғир депрессив секинлашиш, делирий, неврологик ҳолат, эшитиш муаммоси ва дори таъсири ҳам кам мулоқотга сабаб бўлади. Ташхис махсус белгилар ва умумий клиник контекстга таянади.

2 Психотик депрессияда интервью

Айбдорлик, ҳалокат, йўқчилик, тана касаллиги ёки йўқ бўлиб кетиш ҳақидаги қатъий нотўғри ишончлар кузатилиши мумкин. Лекин оддий хавотир билан васваса ўртасидаги чегара фақат мавзуда эмас. Ишончнинг қатъийлиги, далилга муносабат, маданий контекст ва воқеликка мослиги текширилади. «Пулим етмай қолишидан қўрқаман» деган хавотир реал бўлиши мумкин; молиявий ҳолати яхши бўлса-да, «ҳаммамиз аллақачон хонавайрон бўлдик, ҳеч нарса буни ўзгартира олмайди» деган мутлақ ишонч бошқача баҳоланади.

Галлюцинация ҳақида ҳукмсиз сўраш керак: «Бошқалар эшитмаётган овозларни эшитасизми?», «Бу овозлар сизга бирор нарса қилишни буюрадими?» Мазмун, назорат ҳисси ва хавфли буйруқларга муносабат хавфсизликни баҳолаш учун муҳим. Мавжуд хавфни беморнинг фақат «йўқ» деган жавоби билан чекламасдан, хулқи, яқинлардан олинган маълумот ва клиник кузатув билан бирга баҳолаш лозим.

Психотик белгилар кайфият эпизодидан ташқари ҳам бўлганми, модда ёки дори билан вақт алоқаси борми, онг равшанлиги ва диққат қандай, деган саволлар дифференциал ташхисни белгилайди. Психознинг ўзи автоматик шизофрения ташхисини англатмайди. Аффектив ва психотик белгиларнинг вақт чизиғи айниқса аҳамиятли.

3 Кататонияни таниш

Кататоник белгиларга ступор, мутизм, негативизм, позани сақлаш, мумсимон эгилувчанлик, стереотипия, эхолалия ёки эхопраксия каби ҳодисалар кириши мумкин. Айрим бемор жим ва ҳаракатсиз, бошқаси ташқи вазиятга мос келмайдиган кучли қўзғалишда бўлади. Ташхис учун белгиланган диагностик мезонлар ва клиник кўрик талаб этилади; битта симптом етарли эмас. Махсус шкала, масалан Bush–Francis шкаласи, белгиларни тизимли қайд этишга ёрдам беради, лекин тиббий баҳони алмаштирмайди.

Мутизмни «гапиришни истамаяпти», негативизмни эса «қайсарлик» деб талқин қилиш хавфли. Бемор ҳаракатсиз бўлса ҳам атрофдаги гапларни тушунаётган бўлиши мумкин. У билан ҳурмат билан мулоқот қилиш, ҳар бир кўрик ҳаракатини тушунтириш ва шахсий қадр-қимматини сақлаш зарур.

4 Қачон кечиктирмаслик керак?

Овқат ва суюқлик қабул қилмаслик, сувсизланиш, узоқ ҳаракатсизлик, иситма, вегетатив беқарорлик, ригидлик, онг ўзгариши ёки тез ёмонлашиш шошилинч тиббий баҳолашни талаб қилади. Кататония тромбоз, аспирация, босим яралари ва бошқа асоратларга олиб келиши мумкин. Иситма ва ригидлик билан кечувчи ҳолатда хавфли кататония, нейролептик малигн синдром ва бошқа тиббий сабаблар фарқланади. Бу амбулатор «тинчлантириб қўйиш» билан чекланадиган вазият эмас.

Энцефалит, тутқаноқ ҳолатлари, метаболик бузилишлар ва дори таъсирини текшириш клиник контекстга мос ташкил қилинади. Барча беморга бир хил текширув эмас, балки анамнез, кўрик ва шошилинчликка мос йўналтирилган баҳолаш керак.

5 Даволаш тамойиллари

Психотик депрессияда махсус психиатрия ёрдами ва мувофиқлаштирилган даволаш зарур. Антидепрессант ва антипсихотик комбинацияси ёки тегишли ҳолатларда ЭКТ клиник муҳокамага кириши мумкин. Танлов хавф, аввалги жавоб, бемор хоҳиши, соматик ҳолат ва қарор қабул қилиш қобилиятига боғлиқ. Психоз камайгач ҳам депрессия, функционал тикланиш ва қайталаниш хавфи кузатилади. [41.2]

Кататонияда бензодиазепинлар билан махсус синов/даволаш ва ЭКТ асосий клиник усуллар қаторига киради. Улар мутахассис назоратида, мониторинг ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда қўлланади. Антипсихотикни шунчаки ошириш кататонияда тўғри универсал жавоб эмас, айрим ҳолатларда хавфни ошириши мумкин. Асосий касалликни аниқлаш билан бир вақтда овқатланиш, суюқлик, ҳаракатсизлик асоратлари ва соматик хавфлар бошқарилади. Кататония бўйича далилларнинг бир қисми кузатув тадқиқотлари ва клиник серияларга таяниши ҳам очиқ айтилгани маъқул. [41.1]

6 Икки клиник вазият

Биринчи бемор оғир депрессия фонида «менинг ичим чириб кетган, овқат ейиш мумкин эмас» деб ишонади ва емай қўйган. Бу фақат иштаҳа йўқолиши эмас; психотик ишонч ва ҳаётга хавфли овқатланиш бузилиши бор. Шошилинч мутахассис баҳоси талаб қилинади.

Иккинчи бемор сўнгги кунларда гапирмайди, ҳаракатсиз ўтиради, қўлини берилган ҳолатда узоқ сақлайди. Унинг аввал депрессия бўлгани кататонияни «депрессия оғирлашди» деган умумий ёзув остида қолдирмаслиги керак. Кататоник белгилар тизимли текширилиб, тиббий сабаблар ва асоратлар баҳоланади. Икки вазиятда ҳам яқинларга беморни айбламаслик ва уйда мажбуран «ўзига келтириш»га уринмаслик тушунтирилади.

7 Психотик мазмуннинг кайфиятга муносабати

Депрессив кайфиятга мос психотик мазмунда айбдорлик, жазо, қашшоқлик, ҳалокат ёки тана йўқ бўлиши мавзулари учраши мумкин. Кайфиятга мос келмайдиган мазмун ҳам бўлиши эҳтимоли бор. Бу фарқ клиник тавсиф ва дифференциал ташхисга ёрдам беради, аммо мазмуннинг ўзи бутун ташхисни белгиламайди. Психознинг кайфият эпизоди билан вақт муносабати, аввалги кечиш ва бошқа белгилар текширилади.

Беморнинг ишончини қўпол рад этиш ёки у билан баҳсда «енгиш» терапевтик мақсад эмас. Шифокор азобни тан олади, лекин васвасавий мазмунни ҳақиқат сифатида тасдиқламайди. Масалан: «Сиз буни жуда аниқ ва қўрқинчли ҳис қилаётганингизни тушуняпман. Ҳозир сиз хавфсиз бўлишингиз ва овқатлана олишингиз учун ёрдамни ташкил қиламиз». Бу ҳамдардлик ва воқеликка таянишни бирлаштиради.

8 Маълумот олиш манбалари

Психоз ёки кататонияда бемор тўлиқ анамнез бера олмаслиги мумкин. Розилик, махфийлик ва ҳуқуқий талабларни ҳисобга олган ҳолда яқинлар, аввалги тиббий ёзувлар ва дори рўйхати муҳим манба бўлади. Симптомлар қачон бошлангани, охирги марта қачон овқат ва суюқлик олгани, қандай дори қабул қилгани, иситма ёки тутқаноқ бўлгани аниқланади. «Кечадан бери ёмон» деган умумий маълумотни аниқ вақт чизиғига айлантириш керак.

Қарор қабул қилиш қобилияти муайян қарорга нисбатан баҳоланади. Психоз ташхиси борлиги ҳар қандай қарорга қобилиятсизликни автоматик англатмайди. Бемор маълумотни тушуниш, эслаб туриш, қиёслаш ва ўз хоҳишини билдиришда қандай қийналаёт-

гани текширилади. Розилик ва зарур ҳолатда шошилинч ёрдам маҳаллий қонун ҳамда профессионал стандартларга мувофиқ ташкил қилинади; клиник қулайлик бемор ҳуқуқини четлаб ўтишга асос эмас.

9 Кататоник кўрикни тизимлаштириш

Кататонияни текширишда пассив кузатув, мулоқот ва тегишли неврологик/жисмоний кўрик бирлаштирилади. Мутизм, ҳаракатсизлик ёки қўзғалишдан ташқари позалаш, эхо-феноменлар, стереотипия ва бошқа махсус белгилар қидирилади. Шкала бир хил белгиларни қайта баҳолаш учун фойдали, лекин баллнинг ўзи сабабни аниқламайди. Клиник ёзувда қайси белги қандай кузатилгани ва бошқа эҳтимоллар кўрсатилади.

Беморга оғриқли ёки хавфли усул билан «реакция борми?» деб синаш мумкин эмас. Кўрик ҳурматли, эҳтиёткор ва тиббий асосли бўлади. Кататонияда ташқи жавоб кам бўлса ҳам ички тушуниш сақланган бўлиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим. Бемор олдида унинг ҳақида гўё у йўқдек гапириш шахсий қадр-қимматини бузади ва кейинги терапевтик муносабатга зарар етказиши мумкин.

10 Кататония, делирий ва неврологик ҳолатлар

Диққат ва онгнинг тебраниб ўзгариши, ориентация бузилиши ва ўткир тиббий касаллик делирийни ўйлатади. Кататоник ва делириоз белгилар айрим тиббий беморларда бирга келиши мумкин, шунинг учун битта ташхис иккинчисини кўрмасликка сабаб бўлмаслиги керак. Тутқаноқсиз эпилептик статус, энцефалит, метаболик бузилиш ва дорига боғлиқ синдромлар клиник контекстда текширилади. ЭЭГ, тасвирлаш ёки лаборатор текширувнинг ўрни анамнез ва кўрикка қараб белгиланади.

Кататонияни фақат психиатрия муаммоси деб қабул қилиб соматик текширувни кечиктириш хавфли. Худди шундай, барча текширувлар тугагунча кататоник синдромга ёрдам бермаслик ҳам асоратларни ошириши мумкин. Ташхисни аниқлаш, симптоматик даво ва асоратларни олдини олиш параллел олиб борилади. Мувофиқлаштирилган психиатрия ва умумтиббий жамоа ёрдами муҳим.

11 Стационардаги парвариш ҳам даволашдир

Суюқлик баланси, овқатланиш, ҳаётий кўрсаткичлар, тери ҳолати, ҳаракатсизлик ва аспирация хавфи мунтазам баҳоланади. Тромбоэмболия профилактикаси, мобилизация ва бошқа чоралар умумтиббий протокол ҳамда индивидуал хавфга мувофиқ белгиланади. Бу тадбирлар «асосий психиатрия давоси»дан ажралган иккинчи даражали иш эмас. Кататония ёки оғир депрессияда соматик асоратлар прогнозга бевосита таъсир қилиши мумкин.

Оиладан «овқат едириб кўринг» деб масъулиятни тўлиқ уларга юклаш тўғри эмас. Ютиш ва аспирация хавфи бўлса, мажбурий оғиздан овқат бериш хавфли бўлиши мумкин. Овқатлантириш усули тиббий жамоа томонидан баҳоланади. Оила эса анамнез, беморга таниш мулоқот ва реабилитацияда муҳим ҳамкор бўлиб қолади.

12 ЭКТ ҳақида тўғри мулоқот

Электроконвульсив терапия ҳақидаги қўрқувлар тарихий тасвирлар ва нотўғри маълумотлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Замонавий муолажа тегишли тиббий шароитда, анестезия ва мониторинг билан ўтказилади. Қайси ҳолатда нима учун кўриб чиқилаётгани, альтернативалар, эҳтимолли фойда ва когнитив ножўя таъсирлар каби хавфлар бемор тушунадиган тилда муҳокама қилинади. Бу боб индивидуал муолажага розилик ўрнини босмайди.

ЭКТни «ҳеч нарса ёрдам бермагандагина» деган қатъий қоида билан кечиктириш айрим ҳаётга хавфли ҳолатларда тўғри бўлмаслиги мумкин. Аксинча, ҳар бир оғир кайфият симптомида автоматик таклиф қилиш ҳам нотўғри. Тез жавоб зарурати, аввалги жавоб, клиник кўрсатмалар, хавф ва бемор хоҳиши биргаликда баҳоланади. Муолажадан кейин ҳам давомий даволаш ва қайталаниш профилактикаси режалаштирилади.

13 Тикланишдан кейинги эҳтиёжлар

Психоз ёки кататония камайгач, бемор бошидан кечирган ҳолатни қўрқув, уят ёки тушунмовчилик билан эслаши мумкин. Унга тушунарли клиник изоҳ, савол бериш имкони ва кейинги режа берилади. Оилага «энди гапиряпти, демак тўлиқ тузалди» деган хулоса шошилинчлиги тушунтирилади. Депрессив симптомлар, когнитив функция, дори ножўя таъсирлари ва кундалик мустақиллик кузатилади.

Қайталанишнинг эрта белгилари, дорини қабул қилиш режаси ва қайта мурожаат йўли келишилади. Қолдиқ чарчоқ ёки хотира шикоятини дарров янги касаллик деб тамғалаш ҳам, бутунлай инкор қилиш ҳам тўғри эмас. Босқичли реабилитация ва клиник мониторинг беморнинг аввалги ролига хавфсиз қайтишига ёрдам беради.

14 Ўқувчи учун клиник текширув

Психозга хос ишончни оддий хавотирдан қайси маълумот ажратади? Мутизмнинг қайси муқобил сабаблари бор? Кататонияда қайси соматик асоратлар тезкор ҳаракат талаб қилади? Жавобда симптом номи эмас, кузатув, вақт чизиғи, хавф ва кейинги тиббий қадам бўлиши керак. Психотик ва кататоник ҳолатларда диагностик аниқлик билан шошилинчлик бир-бирига қарши эмас: хавфсизлик чоралари аниқлаштириш билан бир вақтда бошланади.

15 Шошилинч йўлланмада нима ёзилади?

Йўлланмада фақат «оғир депрессия» деб ёзиш қабул қилувчи жамоага етарли маълумот бермаслиги мумкин. Психотик мазмун, кататоник белгилар, овқат ва суюқлик қабул қилиш, ҳаракатсизлик давомийлиги, ҳаётий кўрсаткичлар, дори ўзгаришлари ва хавфсизлик ҳақидаги аниқ маълумотлар келтирилади. Қайси маълумот бемордан, қайсиси яқинлардан олингани ажратилади. Номаълум нарса тахмин билан тўлдирилмайди.

Масалан: «Сўнгги икки кунда суюқлик жуда кам қабул қилган; нутқи деярли йўқ; кўрикда позани сақлаш кузатилди; дори рўйхати илова қилинган; иситма ҳақида маълумот йўқ». Бу ёзув диагнозни олдиндан қатъий белгиламасдан ҳам шошилинчликни кўрсатади. Қабул қилувчи мутахассис нима учун тез баҳолаш кераклигини тушунади. Ташиш ва кузатув усули ҳам бемор хавфига мос ташкил этилади.

16 Клиник хатони таҳлил қилиш

Биринчи хато: мутизмни ҳамкорлик қилмаслик деб қабул қилиш. Тузатиш: психомотор, неврологик ва умумтиббий сабабларни текшириш. Иккинчи хато: психотик айбдорликни кучли ўзини танқид қилиш деб баҳолаш. Тузатиш: ишончнинг қатъийлиги, далилга муносабати ва хулққа таъсирини сўраш. Учинчи хато: ҳаракатсизликни фақат «оғир кайфият» деб кўриш. Тузатиш: кататония ва соматик асоратларни мақсадли баҳолаш.

Тўртинчи хато: антипсихотикни ҳар қандай қўзғалишга автоматик ошириш. Тузатиш: акатизия, кататония, делирий, модда ва тиббий сабабларни қайта кўриш. Бешинчи хато: бемор гапира бошлагач кузатувни эрта тугатиш. Тузатиш: асосий эпизод, функция, овқатланиш, когнитив ҳолат ва қайталаниш режасини давом эттириш. Бу хатоларни ўрганиш айбдор қидириш эмас, клиник жараённи хавфсиз қилиш учун хизмат қилади.

17 Психолог ва бошқа мутахассиснинг чегараси

Психолог ёки психотерапия билан ишловчи ношифокор мутахассис психоз, кататония ёки жиддий ўзини парвариш қила олмаслик белгиларини кўрса, ўз ваколати доирасида хавфсизликни таъминлаб, тиббий баҳолашга йўналтиради. Бу ҳолатни фақат психологик машқ ёки мотивацион суҳбат билан даволашга уриниш мумкин эмас. Шу билан бирга беморни қўрқитиб, алоқани кескин узиш ҳам шарт эмас; ёрдамнинг кейинги қадами аниқ тушунтирилади.

Тиббий барқарорлашувдан кейин психологик ёрдам қайтадан муҳим ўрин тутади. Беморнинг бошидан кечирган тажрибаси, уят, оила муносабатлари ва реабилитация билан ишлаш мумкин. Мувофиқлаштирилган ёрдамда ҳар бир мутахассис ўз ролини билади ва бемор бир хизматдан иккинчисига йўқотишсиз ўтади. Клиник оғирлик инсонпарвар мулоқотга эҳтиёжни камайтирмайди, аксинча оширади.

Манбалар

[41.1] Rogers JP et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia. Journal of Psychopharmacology. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37039129/

[41.2] NICE. Depression in adults. NG222: psychotic depression and ECT. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

42-БОБ

Дорига боғлиқ дисфория апатия ва ҳиссий тўмтоқлик

1 Симптомнинг манбасини текшириш

Даволаш фонида «энди йиғламайман, лекин хурсанд ҳам бўлмайман», «тинчман, аммо ҳеч нарса қилишни истамайман» деган шикоятлар пайдо бўлиши мумкин. Бу қолдиқ депрессия, ножўя таъсир, уйқу бузилиши, бошқа касаллик ёки бир нечта омилнинг қўшилиши бўлиши мумкин. Беморнинг гапини «касаллик кетган, энди шукр қилинг» деб ёпиш давога ишончни пасайтиради.

Дисфория кўпроқ ёқимсиз ички ҳолат, безовталик ёки жиззакиликни ифодалайди. Апатияда мақсадга йўналтирилган фаоллик ва ташаббус пасаяди. Анҳедония завқланиш қобилияти камайишини билдиради. Ҳиссий тўмтоқликда ижобий ва салбий ҳислар бир-галикда сўнгандек сезилиши мумкин. Бу тушунчалар бир-бирини тўлдириши мумкин, аммо бир хил эмас. Даволаш учун қайси ҳодиса устунлигини аниқлаш керак.

2 Вақт чизиғи энг фойдали восита

Қайси симптом дори бошланишидан олдин бор эди? Қайси доза ўзгаришидан кейин пайдо бўлди? Уйқу ва хавотир яхшиланган, лекин ташаббус пасайганми? Бир вақтда бошқа препарат, алкоголь ёки седатив восита қўшилганми? Шу саволлар сабаб ҳақида эҳтимолли хулоса беради. Фақат «бу дорида шундай ножўя таъсир бор» деган маълумот конкрет беморда сабабни исботламайди.

Дори номи, доза ўзгарган сана, симптом бошланган вақт, фаолиятга таъсир ва ҳамроҳ воситалар жадвалга ёзилса динамика аниқроқ кўринади. Беморнинг розилиги билан яқинларидан кузатув олиш мумкин. Лекин «тинчиб қолди» деган оилавий баҳони беморнинг ҳаёт сифати яхшиланган билан тенглаштирмаслик керак.

3 Акатизия, паркинсонизм ва седация

Акатизияда ички ҳаракат қилиш эҳтиёжи, ўтира олмаслик ва безовталик бўлади. Уни хавотир ёки «психоз кучайди» деб қабул қилиб препарат дозасини ошириш ҳолатни ёмонлаштириши мумкин. Дори билан вақт алоқаси, субъектив ички безовталик ва объек-

тив ҳаракат белгилари биргаликда баҳоланади. Кучли акатизия жуда оғир азоб бўлиши мумкин, шунинг учун хавфсизлик ҳам текширилади. [42.1]

Дорига боғлиқ паркинсонизмда ҳаракат секинлиги ва юз мимикаси камайиши ташқи томондан апатияга ўхшайди. Седацияда эса уйқучанлик ва диққат сусайиши устун бўлиши мумкин. Бу ҳолатларнинг барчасини «депрессия қолган» деб даволашни кучайтириш тўғри эмас. Неврологик кўрик, кунлик доза тақсимоти, бир вақтда қабул қилинаётган дорилар ва соматик омиллар текширилади.

4 Антидепрессант ва ҳиссий тўмтоқлик

Айрим беморлар серотонинергик антидепрессантлар фонида ҳислар доираси қисқарганини айтади. Бунда дори таъсири ва қолдиқ депрессияни ажратиш қийин бўлиши мумкин. Соғлом иштирокчиларда эсциталопрам билан ўтказилган тадқиқотда мукофот ва жазога асосланган ўрганишнинг айрим кўрсаткичлари ўзгарган; бу натижа ҳар бир беморда ҳиссий тўмтоқлик бўлишини ёки препаратни тўхтатиш кераклигини исботламайди. [42.2]

«Қайғу камайди, қизиқиш ҳам йўқолди» деган шикоятда бемор учун қайси натижа муҳимлиги муҳокама қилинади. Депрессиянинг қолган белгилари, доза, даволаш давомийлиги ва қайталаниш хавфи ҳисобга олиниб, мутахассис назоратида режа ўзгартирилиши мумкин. Ўзбошимчалик билан кескин тўхтатиш чекиниш симптомлари ва қайталанишни келтириб чиқариши мумкин. Чекиниш симптомларини ҳам автоматик «касаллик қайтди» деб белгиламаслик керак.

5 Амалий қарор алгоритми

Биринчи қадам: хавфсизлик, кучли ажитация, янги суицидал фикрлар, мания, делирий ёки жиддий неврологик симптомлар бор-йўқлигини аниқлаш. Иккинчи қадам: бемор шикоятини феноменологик тавсифлаш. Учинчи қадам: дори ва симптомлар вақт чизиғини тузиш. Тўртинчи қадам: депрессиянинг қолдиқ белгилари, уйқу, соматик касаллик ва моддаларни баҳолаш. Бешинчи қадам: бемор билан фойда ва ножўя таъсир мувозанатини муҳокама қилиб, назорат режасини белгилаш.

Режа дори дозаси ёки турини қайта кўриб чиқиш, қабул вақти, ҳамроҳ седатив воситаларни таҳлил қилиш ва нодори ёрдамни ўз ичига олиши мумкин. Қайси ўзгариш қачон қилингани ёзилса, кейинги натижани талқин қилиш осонлашади. Бирданига кўп дорини ўзгартириш қайси омил таъсир қилганини билишни қийинлаштиради.

6 Клиник мисол

> Беморнинг паник симптомлари камайган, аммо доза ошганидан кейин «ишимни бажараман, лекин боламнинг туғилган кунида ҳам ҳис қилмадим» дейди. Бу шикоят муҳим клиник натижа сифатида қайд этилади. Суҳбатда аввалги анҳедония, ҳозирги кайфият, ташаббус, уйқу ва бошқа воситалар текширилади. Бемор билан режали қайта баҳолаш ва эҳтимолли даво ўзгариши муҳокама қилинади. Унга дори «мияни бузди» деган қўрқитувчи хулоса ҳам, «буни ўйламанг» деган инкор ҳам берилмайди.

7 Дори рўйхатини қайта тиклаш

Бемор «фақат битта дори ичаман» деб ўйлаши мумкин, аммо ухлаш учун восита, оғриқ қолдирувчи, аллергияга қарши препарат, ўсимлик қўшимчаси ёки алкоголь ҳақида дори сифатида айтмаслиги мумкин. Шунинг учун рецептли ва рецептсиз воситалар, қўшимчалар, қабул вақти ва сўнгги ўзгаришлар алоҳида сўралади. Имкон бўлса, қутиси ёки ёзма рўйхати текширилади. Савдо номи эмас, фаол модда ва реал қабул тартиби муҳим.

Дори тайинлангани уни бемор айнан шу тартибда қабул қилганини англатмайди. Ножўя таъсирдан қўрқиб камайтириш, доза унутилиши ёки симптом кучайганда қўшимча қабул қилиш динамикага таъсир қилади. Бу ҳақда ҳукмсиз сўраш керак: «Кўп одамлар дорини ҳар куни бир хил қабул қилишда қийналади. Сизда қандай бўлди?» Айбловчи савол маълумотни яширишга олиб келиши мумкин.

8 Сабабий алоқани эҳтимол сифатида ифодалаш

Дори бошланганидан кейин симптом пайдо бўлиши муҳим, лекин етарли далил эмас. Бир вақтда касаллик оғирлашиши, уйқу бузилиши ёки янги стресс бўлиши мумкин. Доза билан муносабат, аввалги қабулда шундай таъсир бўлгани, бошқа эҳтимоллар ва режали ўзгаришдан кейинги динамика бирга кўрилади. Клиник ёзувда «эҳтимол дори билан боғлиқ», «қолдиқ депрессия ҳам мумкин» каби аниқ ноаниқлик сақланади.

Ножўя таъсирни исботлаш учун беморни атайлаб хавфли қайта қабулга мажбур қилиш мумкин эмас. Айрим ҳолатда аввалги оғир реакциянинг ўзи препаратни қайта беришдан сақланишга асос бўлади. Дорини камайтириш ёки алмаштириш ҳам диагностик тажриба сифатида эмас, бемор фойдаси ва хавфсизлиги учун режалаштирилади. Қарор индивидуал клиник маълумотга таянади.

9 Қолдиқ депрессия ва ҳиссий тўмтоқлик

Қолдиқ депрессияда анҳедония билан бирга умидсизлик, ўзини айблаш, кайфият тушиши ва функционал қийинчиликлар сақланиши мумкин. Ҳиссий тўмтоқликда бемор баъзан «қайғум ҳам, қувончим ҳам пасайди» дейди. Аммо бу фарқ абсолют эмас ва бир беморда иккаласи бўлиши мумкин. Шунинг учун битта савол ёки шкалага асосланиб дори айбдор деб хулоса чиқарилмайди.

Бемор учун мақсад фақат йиғламаслик эмас, маъноли муносабат ва фаолиятга қайтишдир. Депрессия шкаласи яхшиланган бўлса ҳам бемор ҳиссий ҳаётидан норози бўлиши мумкин. Бу шикоятни «балл яхши-ку» деб рад этиш тўғри эмас. Ўзини қандай ҳис қилаётгани, қайси ўзгаришни фойдали ёки ноқулай деб билиши ва қайси хавфни қабул қилишга тайёрлиги ҳамкорликда муҳокама қилинади.

10 Чекиниш синдроми ва қайталаниш

Антидепрессант дозаси камайганда ёки қабул ўтказиб юборилганда бош айланиши, сенсор ноқулайликлар, уйқу ва хавотир ўзгариши каби симптомлар пайдо бўлиши мумкин. Улар ҳаммада бир хил эмас ва препарат, қабул давомийлиги ҳамда камайтириш суръатига боғлиқ. Симптомнинг доза ўзгариши билан вақт алоқаси, табиати ва аввалги депрессияга ўхшашлиги баҳоланади. Чекиниш ва қайталаниш бир вақтда ҳам бўлиши мумкин.

«Дорига ўрганиб қолдингиз» деган умумий изоҳ антидепрессант чекинишини моддага қарамликнинг барча хусусиятлари билан тенглаштириб юбориши мумкин. Беморга аниқ тушунтириш ва индивидуал босқичли камайтириш режаси керак. Кескин тўхтатишдан сақланиш ҳақидаги маслаҳат дорини абадий қабул қилиш керак дегани эмас. Давомийлик ва тўхтатиш қарорлари ремиссия, қайталаниш хавфи, ножўя таъсир ва бемор хоҳиши билан боғлиқ. [42.3]

11 Дорига боғлиқ апатияни функцияда кўриш

Ташаббус пасайиши беморнинг мақсадни эслаши, режа тузиши, ҳаракатни бошлаши ва давом эттиришида турлича кўринади. У «хоҳлайман, лекин бошлай олмайман» дейиши ёки вазифанинг аҳамиятини ҳис қилмаслиги мумкин. Бу ҳолатни тушуниш учун реал кун сўралади: уйғонгандан кейин нима қилади, ким эслатади, қайси вазифани ўзи бошлайди, қайсида қийналади. Шунчаки «мотивация паст» деган ёзув етарли эмас.

Неврологик касаллик, когнитив бузилиш, уйқу, седация ва ижтимоий имкониятлар ҳам ташаббусга таъсир қилади. Агар беморнинг кун тартибида маъноли фаолият ёки ресурс йўқ бўлса, дори алмаштиришнинг ўзи барча муаммони ҳал қилмаслиги мумкин.

Даволаш режаси биологик ва функционал омилларни бирга кўради. Бу дори таъсирини инкор қилиш эмас, уни тўғри контекстга жойлаштиришдир.

12 Жинсий ва ҳиссий ножўя таъсирларни сўраш

Бемор уялгани учун либидо, оргазм ёки яқинликдаги ўзгаришларни ўзи айтмаслиги мумкин. Ҳукмсиз, одатий клиник савол сифатида сўраш муҳим. Бу симптомлар депрессиянинг ўзи, дори, гормонал ёки соматик омиллар ва муносабатлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Уларнинг вақт чизиғи ва бемор учун аҳамияти баҳоланади.

Бемор учун ножўя таъсирнинг аҳамияти шифокор тахминидан фарқ қилиши мумкин. Айрим киши енгил уйқучанликни қабул қилади, лекин ҳиссий яқинлик пасайишини қабул қилмайди. Бошқаси қайталанишдан қаттиқ қўрқади ва дори ўзгаришини истамайди. Ҳамкорликдаги қарорда ушбу устуворликлар очиқ айтилади. Тўғри режа фақат рецептор профилига эмас, инсоннинг ҳаётига ҳам мос келиши керак.

13 Кенгайтирилган кейс: бир вақтда кўп ўзгаришдан сақланиш

46 ёшли бемор «энди ҳеч нарса қизиқ эмас» деб мурожаат қилади. Унга антидепрессант, кечаси седатив восита ва яқинда оғриқ учун янги препарат берилган. Кайфият тушиши анча камайган, аммо кундузги уйқучанлик янги препаратдан кейин кучайган. Барча дорини бир вақтда алмаштириш ўрнига рўйхат, қабул вақти, уйқу ва функционал ўзгаришлар таҳлил қилинади. Қайси ўзгариш биринчи ва нима учун қилинаётгани келишилади.

Кейинги кузатувда уйқучанлик камайса ҳам анҳедония сақланиши мумкин. Бу биринчи қадам фойдасиз бўлганини эмас, бир нечта механизм иштирок этганини кўрсатади. Режа янги маълумотга қараб давом эттирилади. Клиник хулосада кузатилган натижа ва ҳали аниқланмаган қисмлар ажратилади; беморга ортиқча ишонч билан битта сабаб эълон қилинмайди.

14 Мониторинг учун қисқа ёзув намунаси

«Шикоят: ижобий ва салбий ҳисларнинг пасайиши. Бошланиши: доза ўзгаришидан кейинги ҳафталарда. Аввалги анҳедония билан қисман ўхшаш. Қўшимча: кундузги седация, уйқу режими бузилган. Хавфсизлик баҳоланди. Режа: дори рўйхатини мувофиқлаштириш, келишилган битта ўзгариш ва аниқ симптомлар бўйича қайта кўрик». Бу тайёр ташхис эмас, маълумотни тузиш намунасидир. У «ножўя таъсир бор» деган умумий ёзувдан кўра текшириладиган ва давом эттириладиган режа беради.

15 Бемор билан қарорни келишиш намунаси

Шифокор аввал фойдани аниқлайди: «Қайси симптомлар камайди?» Кейин бемор учун энг муҳим ножўя таъсирни сўрайди: «Қайси ўзгариш сизга энг кўп халақит беряпти?» Сўнг вариантлар муҳокама қилинади: кузатиш, режали доза ёки препарат ўзгариши, ҳамроҳ воситаларни қайта кўриш ва нодори ёрдам. Ҳар бир вариантнинг эҳтимолли фойдаси, хавфи ва ноаниқлиги очиқ айтилади. Беморни дорида қолиш ёки уни тўхтатишга босим қилиш ўрнига асосланган ҳамкорлик ташкил этилади.

Режада «нима ўзгарса, биз қайта боғланамиз?» деган саволга жавоб бўлади. Масалан, кучли безовталик, янги суицидал фикрлар, уйқуга эҳтиёж кескин камайиши ёки жиддий соматик симптомлар тезкор қайта баҳолашни талаб қилиши мумкин. Оддий кузатувда эса ҳиссий жавоб, уйқу, функция ва бемор қониқиши қайд этилади. Бу маълумотлар препаратни баҳолашни тасодифий таассуротдан тизимли жараёнга айлантиради.

16 Касбий функция ва хавфсизлик

Седация ёки диққат пасайиши транспорт, баландликда ишлаш ва механизмлар билан ишлашда муҳим хавф туғдириши мумкин. Беморнинг касби сўралмаса, бу хавф кўринмай қолади. Шифокор дори таъсири аниқлангунча хавфли фаолиятга оид индивидуал кўрсатма ва маҳаллий қоидаларни муҳокама қилади. «Уйқучанлик енгил» деган баҳо офисда ишлайдиган ва транспорт бошқарадиган инсон учун бир хил амалий аҳамиятга эга эмас.

Ҳиссий тўмтоқлик ҳам иш ва муносабатларга таъсир қилиши мумкин. Ижодий, парвариш ёки интенсив мулоқот талаб қиладиган фаолиятда бемор бу ўзгаришни айниқса сезиши мумкин. Бу шикоятни фақат субъектив бўлгани учун кам аҳамиятли деб ҳисобламаслик керак. Клиник натижа симптом шкаласи билан бирга инсоннинг ўз ролига қайтишини ҳам ўз ичига олади.

17 Тўхтатиш эмас, мувофиқлаштириш

Ножўя таъсир топилган ҳар бир ҳолатда дори дарров тўхтатилмайди. Айрим таъсирлар вақт билан камайиши, айримлари режали ўзгаришни талаб қилиши, бошқалари эса тезкор тиббий баҳолашга сабаб бўлиши мумкин. Қайси тоифага кириши препарат ва симптомга боғлиқ. Бобнинг мақсади ўзбошимчалик билан давони ўзгартириш эмас, шифокор билан аниқ ва мазмунли муҳокама қилишни ўргатишдир.

Клиник хулоса учта алоҳида саволни сақлайди: касаллик қанчалик яхшиланди, даво қандай ноқулайлик келтирди ва бемор учун умумий натижа қандай? Шу уч саволга бирга жавоб берилганда «доза кўпроқ бўлса, натижа яхши» ёки «ножўя таъсир бор бўлса, дори ёмон» деган содда қарорлардан сақланиш мумкин.

Манбалар

[42.1] Pringsheim T et al. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. Canadian Journal of Psychiatry. 2018. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685069/

[42.2] Langley C et al. Chronic escitalopram in healthy volunteers has specific effects on reinforcement sensitivity. Neuropsychopharmacology. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36683090/

[42.3] NICE. Depression in adults. NG222: monitoring, side effects and stopping antidepressants. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

43-БОБ

Мавсумий перименопаузал ва ёшга боғлиқ хусусиятлар

1 Контекст ташхиснинг ўрнини босмайди

Мавсум, репродуктив босқич ва ёш депрессиянинг кўриниши ҳамда даволашни режалаштиришга таъсир қилади. Лекин «кузги», «климактерик» ёки «қарилик депрессияси» деган умумий иборалар тўлиқ клиник ташхисни алмаштирмайди. Аввал депрессив эпизод борми, бир марталикми ёки рекуррентми, биполярлик, психоз, соматик ёки дорига боғлиқ сабаблар борми, аниқланади. Кейин вақт ва ҳаёт босқичига боғлиқ хусусиятлар қўшимча тавсифланади.

Бу ёндашув икки хатодан асрайди: одатий ҳаёт ўзгаришини дарров касалликка айлантириш ва, аксинча, ҳақиқий депрессияни «бу ёшда шундай бўлади» деб давосиз қолдириш.

2 Мавсумий паттерн

Мавсумий аффектив хусусиятда депрессив эпизодлар муайян фасл билан такрорий боғлиқ бўлади ва бошқа фаслда енгиллашиш кузатилиши мумкин. Бир марта кузда кайфият тушиши мавсумий паттернни тасдиқламайди. Бир неча йиллик вақт чизиғи, мавсумдан ташқари эпизодлар, иш ёки оиладаги мавсумий стресслар ва уйқу режими текширилади. Қишки кўринишда уйқу ва иштаҳа ошиши, ёзги кўринишда эса бошқа симптомлар учраши мумкин; барча беморлар бир хил эмас. [43.1]

Мавсумийлик униполяр ҳам, биполяр бузилишда ҳам бўлиши мумкин. Баҳор-ёзда фақат «яхши бўлиш» эмас, гипомания ёки мания белгилари бўлган-бўлмагани сўралади. Шунинг учун мавсумийликни автоматик F33.8га тенглаштириш тўғри эмас. Асосий бузилиш ва кодлаш қўлланмаси ҳисобга олинади.

Ёруғлик терапияси айрим ҳолатларда даволаш варианти бўлиши мумкин, аммо интернетдаги ҳар қандай лампа тиббий қурилмага тенг эмас. Биполяр анамнез, кўз касалликлари, фотосезгирликка таъсир қилувчи препаратлар ва уйқу вақти баҳоланади. Даволаш режасида фаоллик, уйқу-уйғониш ритми, психотерапия ва зарур ҳолда медикаментоз ёрдам ҳам муҳокама қилинади. Натижани фақат «қуёш чиқди» билан эмас, симптом ва фаолият динамикаси билан баҳолаш керак.

3 Перименопаузадаги баҳолаш

Перименопаузада гормонал ўзгаришлар, иссиқ босиши, тунги терлаш, уйқу бузилиши, оилавий ва касбий юклама бир вақтда таъсир қилиши мумкин. Кайфият тушиши, чарчоқ ва диққат қийинлашиши депрессияга ўхшаш кўринади. Бироқ барчасини фақат гормон билан тушунтириш бошқа сабабларни ўтказиб юбориши мумкин. Аввалги депрессив эпизодлар, репродуктив даврларга сезгирлик, дори ва соматик анамнез текширилади.

Депрессия мезонларига етмайдиган, менопауза симптомлари билан бир вақтда бошланган кайфият симптомлари ва тўлиқ депрессив бузилишни ажратиш зарур. NICE гормонал терапияни биринчи турдаги симптомларда тегишли ҳолатларда кўриб чиқишни, ташхисланган депрессияда эса депрессия бўйича қўлланмага ҳам амал қилишни тавсия этади. Бу гормонал терапия ҳар бир депрессияни даволайди ёки барча аёлларга мос дегани эмас. Фойда ва хавф индивидуал баҳоланади. [43.2]

Гинеколог ва психиатр ҳамкорлиги «ё гормон, ё психика» деган сохта танловни бартараф этади. Уйқу, вазомотор симптомлар, кайфият ва кундалик фаолият алоҳида кузатилса, қайси даво қайси муаммога таъсир қилгани аниқроқ бўлади.

4 Кекса ёшда

Кекса беморда депрессия оғриқ, чарчоқ, хавотир, хотира шикоятлари ёки ижтимоий чекиниш билан кўриниши мумкин. Қайғу, ёлғизлик ва жисмоний касаллик муҳим, аммо депрессия қаришнинг мажбурий қисми эмас. Суҳбатда эшитиш ва кўриш имкониятлари, мулоқот суръати, функционал мустақиллик ва яқинлардан олинадиган маълумот ҳисобга олинади.

Когнитив шикоятлар депрессияга ҳамроҳ бўлиши мумкин; шу билан бирга нейрокогнитив бузилиш билан бирга келиши ҳам мумкин. «Псевдодеменция» деган атама билан текширувни тўхтатмаслик керак. Симптомларнинг бошланиши, прогрессияси, кундалик вазифалар, онг ва диққатдаги ўзгаришлар баҳоланади. Тўсатдан ёки тебраниб кечувчи диққат/онг ўзгариши делирий эҳтимолини кўтаради ва шошилинч тиббий текширувни талаб қилади.

Кўп дори қабул қилиш, йиқилиш хавфи, натрий ўзгариши, юрак-қон томир ва бошқа касалликлар даволаш хавфсизлигига таъсир қилади. Дори танлаш ва мониторинг шу омилларга мослаштирилади. Ижтимоий алоқалар, реабилитация ва амалий ёрдам медикаментоз давонинг рақиби эмас, унинг муҳим қисми бўлиши мумкин.

5 Ўсмирларда

Ўсмирда жиззакилик, мактаб натижалари пасайиши, дўстлардан узоқлашиш ва уйқу ўзгариши депрессия белгиси бўлиши мумкин. Лекин ҳар бир қаршилик ёки телефондан кўп фойдаланиш депрессия эмас. Базавий хулқдан ўзгариш, давомийлик, азоб ва функционал таъсир баҳоланади. Буллинг, зўравонлик, оилавий вазият, моддалар ва ўз жонига қасд хавфи ҳукмсиз сўралади.

Ўсмир билан шахсий суҳбат ва оиладан маълумот олиш мувозанатда ташкил этилади. Махфийликнинг чегаралари, айниқса хавфсизликка оид ҳолатлар, олдиндан тушунтирилади. Катталар учун даволаш алгоритмини бола ва ўсмирга механик кўчириш мумкин эмас; ёшга мос махсус қўлланма ва мониторинг зарур. [43.3]

6 Клиник мисол

> 50 ёшли аёл иссиқ босиши ва уйқусизлик фонида кайфият тушишидан шикоят қилади. Суҳбатда икки ойлик анҳедония, қадрсизлик ҳисси ва иш қобилияти кескин пасайиши аниқланса, «бу климакс» билан чекланилмайди. Менопауза симптомлари ва депрессив эпизод параллел баҳоланади. Аксинча, фақат тунги терлаш сабаб уйқуси бузилган, кундузи қизиқиш ва эмоционал жавоби сақланган беморга автоматик депрессия ташхиси қўйилмайди.
>
> Мавсум, репродуктив давр ва ёш ташхисни бойитади, лекин унинг ўрнини босмайди. Уларнинг асосий амалий қиймати тўғри савол бериш, хавфни аниқлаш ва даволашни бемор ҳаётига мослаштиришдадир.

7 Мавсумийликни кундалик билан текшириш

Бир неча йиллик хотира баъзан энг оғир эпизодни ёдда сақлаб, бошқа даврларни хиралаштиради. Календарда кайфият эпизодлари, уйқу, иш ёки ўқиш юкламаси, таътил, йўқотишлар ва дори ўзгаришларини қайд қилиш паттернни аниқлаштиради. Масалан, ҳар қишда оғирлашиш ёруғлик камайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, аммо шу даврда ишда энг катта юклама ёки оилавий низо ҳам такрорланиши мумкин. Бу омиллар бир-бирини истисно қилмайди.

Кундалик беморни доимий ўзини назорат қилишга мажбур қилмаслиги керак. Қисқа ва фойдали маълумот етарли: уйқу вақти, кайфият ва фаолликдаги муҳим ўзгаришлар, клиник эпизодлар. Мақсад ҳар бир кайфият тебранишини касалликка айлантириш эмас, ҳақиқий такрорланувчи боғлиқликни кўришдир. Мавсумдан ташқари эпизодлар бўлса, улар ҳам тўлиқ қайд этилади.

8 Мавсумий профилактик режа

Аввалги эпизодлар маълум фаслда такрорланган бўлса, бемор билан шу даврдан олдин қайта кўрик ва эрта белгиларни кузатиш режаси тузилиши мумкин. Уйқу-уйғониш ритмини сақлаш, кундузги фаолият, ижтимоий алоқа ва аввал самара берган даволашни муҳокама қилиш фойдали. Бу ҳар йили автоматик бир хил дори ёки муолажани бошлаш дегани эмас; ҳозирги ҳолат ва хавф қайта баҳоланади.

Ёруғлик терапиясида вақт ва қурилма хусусиятлари аҳамиятли бўлгани учун умумий «ёрқин чироқ ёқинг» тавсияси етарли эмас. Айниқса биполяр анамнезда уйқу камайиши, энергия ва импульсивлик ошиши кузатилса, режа тезкор қайта кўрилади. Самара ва ножўя таъсир бирга кузатилади. Клиник ёрдамни фақат фасл ўзгаришини кутиш билан кечиктирмаслик керак.

9 Перименопаузада симптомлар харитаси

Клиник ёзувда вазомотор симптомлар, уйқу, кайфият, когнитив шикоят, жинсий ва урогенитал симптомлар алоҳида қайд этилса, уларни бир умумий «климакс» сўзи остида йўқотиб қўйилмайди. Қайси симптом аввал бошлангани ва қайси бири кундалик ҳаётни кўпроқ чеклаётгани сўралади. Беморнинг иши, парвариш масъулияти, жуфти билан муносабати ва аввалги психиатрия анамнези ҳам муҳим.

Перименопаузада диққат ёки хотира қийинлашиши беморни «деменция бошландими?» деб қўрқитиши мумкин. Уйқу, хавотир ва депрессиянинг когнитив функцияга таъсири тушунтирилади, аммо прогрессив ёки ғайриоддий белгилар инкор қилинмайди. Текширув клиник кўрсатмага асосланади. Гормонал таҳлилнинг битта натижаси бутун психологик ҳолатни тушунтирувчи универсал жавоб эмас.

10 Гормонал ва психиатрия давосини мувофиқлаштириш

Гормонал терапияни кўриб чиқишда менопауза симптомлари, индивидуал тиббий хавф, қарши кўрсатмалар ва бемор хоҳиши баҳоланади. Психиатрия давосида эса депрессия оғирлиги, аввалги жавоб, хавфсизлик ва ножўя таъсирлар ҳисобга олинади. Мутахассислар ўртасида дори рўйхатини мувофиқлаштириш муҳим. Бемор икки хил тушунтириш ва зид режалар ўртасида қолиб кетмаслиги керак.

«Гормон берилса, антидепрессант керак эмас» ёки «депрессия бўлса, гормонал симптомга қараш шарт эмас» деган қарашлар ҳар доим тўғри эмас. Бир нечта муаммо параллел даволаниши мумкин. Ҳар бир муолажанинг мақсади ва натижаси аниқ белгиланса, асоссиз препарат қўшиш ҳам, зарур ёрдамни қолдириш ҳам камаяди. [43.2]

11 Кекса беморда функционал анамнез

Когнитив шикоятни баҳолашда «хотирангиз ёмонми?»дан кўра аниқ вазифалар сўралади: дори қабул қилиш, тўловлар, овқат тайёрлаш, транспорт, учрашувлар ва йўл топиш. Қайси вазифа аввал мустақил бажарилган ва қачон ўзгаргани муҳим. Яқинлар маълумоти беморнинг розилиги ва махфийлик доирасида қўшилади. Депрессияда киши ўз қийинчилигини кучли ҳис қилиши мумкин, лекин бу нейрокогнитив бузилишни автоматик инкор қилмайди.

Эшитиш ёки кўриш чекланган бемор саволни тушунмай қолиши мумкин. Буни хотира ёки интеллект пасайиши деб талқин қилишдан олдин мулоқот шароити тўғриланади. Ёзма кўрсатма, каттароқ шрифт, секин ва аниқ нутқ ёрдам бериши мумкин. Когнитив тест ҳам тил, таълим ва сенсор имкониятларга мос талқин қилинади. Бир балл беморнинг бутун қобилиятини ифодаламайди.

12 Ёшга мос хавфсизлик

Кекса беморда ёлғиз яшаш, соматик касаллик, оғриқ, яқинлар йўқотилиши ва воситаларга етишиш хавфсизлик баҳосига киритилади. Ўсмирда эса буллинг, оилавий низо, импульсивлик, моддалар, интернет муҳити ва ўзини жароҳатлаш тарихи муҳим бўлиши мумкин. Бу рўйхатлар хавфни автоматик ҳисоблайдиган формула эмас. Ҳар бир инсоннинг ҳозирги ҳолати ва ресурслари тўғридан-тўғри суҳбатда аниқланади.

Оила иштирокининг шакли ҳам ёшга мослашади. Ўсмирнинг шахсий суҳбатга эҳтиёжи ва махфийлик чегаралари тушунтирилади. Кекса беморда эса яқинлар ёрдами унинг автономиясини асоссиз чекламаслиги керак. Қўллаб-қувватлаш билан назорат ўртасидаги мувозанат беморнинг реал қобилияти ва хавфга қараб белгиланади.

13 Ўсмирда мактаб ва оила контексти

Мактабдаги натижа пасайиши депрессиянинг оқибати бўлиши мумкин, аммо ўқиш қийинчилиги, диққат муаммоси, хавотир, буллинг ёки оилавий вазият ҳам сабаб бўлиши мумкин. Фақат баҳо рақамларига қараб ташхис қўйилмайди. Дўстлар билан алоқа, қизиқишлар, уйқу, иштаҳа, ўзини баҳолаш ва келажакка муносабат сўралади. Ўсмирнинг ўз қараши ота-она баёнидан алоҳида эшитилади.

Даволаш режасида оила ва зарур ҳолатда таълим муассасаси билан ҳамкорлик бўлиши мумкин, лекин шахсий маълумотни улашиш розилик ва ҳуқуқий талабларга мувофиқ бўлади. «Ҳамма ўқитувчи билсин» деган автоматик ёндашув стигмани кучайтириши мумкин. Мақсад керакли мослашув ва қўллаб-қувватлашни таъминлаш, боланинг шахсий ҳаётини ортиқча очмасликдир.

14 Кейсларни солиштириш

Бир кекса бемор яқини вафотидан кейин камроқ овқатланиб, уйдан чиқмай қўйган. Унда қайғу, депрессия, соматик заифлик ва ижтимоий ресурслар бирга баҳоланади. Бошқа беморда бир неча кун ичида диққат ва ориентация тебраниб ўзгарган бўлса, буни «қарилик депрессияси» деб қабул қилиш мумкин эмас; ўткир тиббий сабаблар текширилади. Ёш бир хил бўлса ҳам клиник йўллар турлича.

Перименопаузал беморда уйқу ва кайфият симптомларини ажратиш, ўсмирда жизакиликни одатий хулқ билан солиштириш, кекса беморда функцияни баҳолаш битта умумий тамойилга таянади: ҳаёт босқичи муҳим контекст, аммо тайёр ташхис эмас. Шахснинг аввалги ҳолати, ўзгариш вақти ва ҳозирги эҳтиёжи қарорнинг марказида қолади.

15 Бир хил симптомнинг ёшга кўра турли маъноси

Уйқусизлик ўсмирда кечиккан уйқу ритми, мактаб стресси ёки депрессия билан, перименопаузада вазомотор симптомлар билан, кекса ёшда оғриқ, тунги сийиш ёки дори билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу рўйхат тайёр сабаб эмас, савол бериш йўналишидир. Ҳар бир беморда симптомнинг бошланиши, контексти ва кундузги таъсири текширилади. Ёшга оид эҳтимоллар диагностик фикрлашни бойитади, лекин стереотипга айланмаслиги керак.

Худди шундай, ижтимоий чекиниш ўсмирда буллингдан қочиш, катта инсонда анҳедония, кекса беморда эшитиш ёки ҳаракат чеклови билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бир нечта омил бирга келиши ҳам мумкин. «Чиқмай қўйган, демак депрессия» ёки «ёши катта, табиий» деган икки тезкор хулосадан сақланилади. Функциянинг аввалги даражаси ва ўзгариш сабаби сўралади.

16 Кузатув режасини ҳаётга мослаштириш

Кекса бемор транспорт ёки эшитиш муаммоси сабаб қабулга келолмаслиги мумкин. Ўсмир мактаб ва ота-она иш вақтига боғлиқ. Перименопаузал аёл эса бир вақтда иш, болалар ва кекса яқинларга қараш юкини кўтариши мумкин. Кузатувнинг реал имкони

муҳокама қилинмаса, келмаслик «давога қизиқмайди» деб нотўғри талқин қилинади. Онлайн ёки офлайн формат клиник эҳтиёж ва хавфсизликка мос танланади.

Ёзма режа тушунарли тилда, керак бўлса йирик шрифтда ва қисқа қадамлар билан берилади. Ёрдамчи шахс иштирок этса, беморнинг розилиги ва автономияси сақланади. Режа дори қабул қилиш билан чекланмай, уйқу, фаоллик, қўллаб-қувватлаш ва қайта мурожаат белгиларини ўз ичига олади. Амалий тўсиқларни камайтириш клиник давонинг самарадорлигига ҳисса қўшади.

Бобни якунловчи вазифа: уч ёш гуруҳидаги беморда бир хил «чарчоқ ва уйқусизлик» шикоятига қандай турли саволлар берасиз? Жавобда ёшга хос омиллар билан бирга депрессив синдром, соматик сабаблар, дори, хавфсизлик ва функция барча гуруҳда сақланиши керак. Ёшга мослаштириш умумий клиник стандартни бекор қилиш эмас, уни конкрет инсонга қўллашдир.

Манбалар

[43.1] NIMH. Seasonal Affective Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/seasonal-affective-disorder

[43.2] NICE. Menopause: identification and management. NG23. https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations

[43.3] NICE. Depression in children and young people. NG134. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134



IV

ҚИСМ

НЕЙРОБИОЛОГИЯ

44-БОБ

Депрессияда мия тармоқлари

1 Битта марказ эмас, ҳамкорликда ишлайдиган тизим

Депрессияни «миянинг битта жойи ишламаяпти» деб тушунтириш етарли эмас. Ҳис, диққат, хотира, тана сигналлари, қарор ва мотивация турли минтақаларнинг ўзаро алоқаси орқали шаклланади. Мия тармоғи тушунчаси шу ҳамкорликни тасвирлайди. Бир минтақа турли вазифаларда турли тармоқлар билан ишлаши мумкин, шунинг учун унинг номи муайян симптомни автоматик тушунтирмайди.

Нейровизуализация тадқиқотларида депрессияли ва соғлом гуруҳлар ўртасида ўртача фарқлар топилади. Бироқ гуруҳдаги фарқ конкрет беморда ташхис қўйиш имконини бермайди. Ёш, дори қабул қилиш, уйқу, касаллик давомийлиги, ҳаракат артефактлари ва тадқиқот усули натижага таъсир қилади. Оддий клиник амалиётда МРТ ёки функционал МРТ депрессияни тасдиқловчи универсал тест эмас. [44.1]

2 Префронтал қобиқ ва олдинги белбоғ қобиғи

Префронтал минтақалар диққатни бошқариш, режалаштириш, ишчи хотира ва эмоционал ахборотни қайта ишлашда иштирок этади. Депрессив беморда қарор қабул қилиш қийинлиги ёки салбий фикрдан чиқолмасликни шу жараёнлар билан боғлаб ўрганиш мумкин. Лекин «префронтал қобиқ ўчган» деган ифода нотўғри ва қўрқитувчидир. Фаоллик вазифага, минтақага ва бемор гуруҳига қараб фарқ қилади.

Олдинги белбоғ қобиғи ҳам бир бутун, ягона вазифали тузилма эмас. Унинг бўлимлари ҳиссий, мотивацион ва когнитив жараёнларда турлича иштирок этади. Айрим субгенуал минтақалар депрессия ва даволаш тадқиқотларида кўп ўрганилган. Бу маълумотлар илмий моделни бойитади, аммо оддий скан асосида «сизга айнан шу дори керак» деган қарорни кафолатламайди.

3 Амигдала, гиппокамп ва инсула

Амигдала аҳамиятли, жумладан таҳдидга оид сигналларни қайта ишлашда қатнашади. Уни фақат «қўрқув маркази» деб аташ унинг вазифасини тор қилади. Депрессияда салбий эмоционал ахборотга сезгирлик ўзгариши мумкин, аммо барча беморда амигдала доим бир хил даражада фаол эмас.

Гиппокамп хотира ва контекстни қайта ишлашда иштирок этади. Депрессия, стресс ва гиппокамп ўртасидаги муносабатлар кўп омилли. Айрим тадқиқотларда ҳажм фарқлари топилгани конкрет беморда нейронлар «ўлиб кетган» ёки жараён қайтмас эканини исботламайди. Касаллик давомийлиги, бошқа омиллар ва сабаб-оқибат йўналиши ҳисобга олинади.

Инсула ички тана сигналларини сезиш, аҳамиятли ахборотни ажратиш ва ҳиссий тажрибада иштирок этади. Оғриқ, юрак уришини сезиш ва ички безовталикни мия қандай бирлаштиришини тушунишда бу минтақа муҳим. Аммо инсула ҳақидаги тадқиқот жисмоний симптомларни «ўйлаб топилган» деб аташ учун асос эмас.

4 Уч йирик функционал тармоқ

Стандарт ҳолат тармоғи, кўпинча default mode network деб аталади, ички фикрлар, автобиографик хотира ва ўзини баҳолаш жараёнларида иштирок этади. Руминация билан алоқаси ўрганилган. Бироқ бу тармоқ «ёмон фикрлар тармоғи» эмас; у соғлом режалаштириш ва маъно яратишда ҳам зарур.

Ижро назорати тармоқлари диққатни вазифага йўналтириш, ишчи хотира ва мақсадга мувофиқ ҳаракатни ташкил қилишда қатнашади. Аҳамиятлилик тармоғи, salience network, ички ва ташқи сигналлар орасидан муҳимини ажратиш ҳамда бошқа тармоқларга ўтиш билан боғлиқ. Депрессияда ушбу тизимлар орасидаги мувофиқлашув ўзгариши мумкин. Лекин «ҳаммада DMN ортиқча, назорат тармоғи паст» деган бир хил схема тадқиқотлар хилма-хиллигини яширади. Мета-таҳлилларда ҳам уланишнинг кучайиши ва пасайиши турли жойларда учрайди. [44.1; 44.2]

5 Мукофот тизими ва анҳедония

Мукофотни кутиш, уни олиш, ундан ўрганиш ва мақсад сари ҳаракат қилиш бир-биридан фарқли жараёнлардир. Вентрал стриатум ва унга боғлиқ фронтал тармоқлар шу жараёнларда иштирок этади. Бемор ёқимли учрашув пайтида бироз завқ олиши, лекин уни олдиндан кутиш ёки бориш учун куч топишда қийналиши мумкин. Шунинг учун «сизга ҳеч нарса ёқмайдими?» деган ягона савол анҳедонияни тўлиқ очмайди.

Амалий интервьюда «бирор нарсани кутиш сизга ёқадими?», «бошласангиз завқ оласизми?», «бошлаш учун куч топиш қийинми?» деб ажратиб сўраш мумкин. Бу нейровизуализациясиз ҳам клиник режани аниқлашга ёрдам беради. Хулқий фаоллаштиришда кичик, маъноли ҳаракатларни режалаштириш шу функционал фарқларга мос келиши мумкин; лекин уни «муайян тармоқни тузатади» деб кафолатлаш тўғри эмас.

6 Беморга тушунтириш ва клиник чегара

Мақбул изоҳ: «Депрессияда ҳис, диққат, уйқу ва мотивацияни бошқарувчи тизимлар ишида ўзгаришлар бўлиши мумкин. Бу иродасизлик эмас. Бироқ сиздаги ҳолатни битта скан ёки битта модда билан тушунтириб бўлмайди». Номақбул изоҳ: «Сизнинг миянгиз кичрайган, шунинг учун шундайсиз». Биринчиси ёрдамга ишонч ва реал тушуниш беради, иккинчиси асоссиз фатализмга олиб келади.

МРТ неврологик белгилар, атипик кечиш ёки бошқа клиник кўрсатмаларда керак бўлиши мумкин. Унинг вазифаси кўпинча бошқа касалликни текширишдир. Нейробиология клиник интервью, функционал баҳолаш ва бемор билан ҳамкорлик ўрнини босмайди; уларни тўлдиради.

7 Тузилма, фаоллик ва боғланиш бир хил ўлчов эмас

Тузилмавий МРТ ҳажм, қалинлик ёки бошқа анатомик кўрсаткичларни ўрганиши мумкин. Функционал МРТда эса қондаги кислородланиш билан боғлиқ сигнал орқали асаб фаолиятига билвосита баҳо берилади. Бу нейроннинг ҳар бир импульсини бевосита ўлчаш эмас. Тадқиқотчи вазифа пайтидаги жавобни ёки тинч ҳолатда турли минтақалар сигналларининг бирга ўзгаришини таҳлил қилиши мумкин.

Функционал боғланиш икки сигналнинг статистик муносабатини кўрсатади. Унинг ўзи икки минтақа ўртасида тўғридан-тўғри анатомик йўл борлигини ёки бири иккинчисини сабабий бошқараётганини исботламайди. «Уланиш кучайган» деган натижа ҳар доим яхши ёки ёмон эмас; вазифа, тармоқ ва клиник контекст муҳим. Тадқиқот натижасини беморга тушунтиришда ушбу фарқлар йўқолмаслиги керак.

8 Гуруҳ фарқидан индивидуал ташхисгача

Икки гуруҳнинг ўртача кўрсаткичи фарқ қилса ҳам уларнинг индивидуал натижалари катта даражада устма-уст тушиши мумкин. Масалан, депрессияли гуруҳда муайян боғланиш ўртача пасайгани ҳар бир беморда паст ва ҳар бир соғлом инсонда юқори дегани эмас. Индивидуал тест учун мустақил намунада текширув, сезгирлик, ўзига хослик, калибровка ва реал клиник фойда баҳоланиши керак.

Машинали ўрганиш модели тадқиқот маълумотларида яхши натижа бериши мумкин, аммо бошқа клиника, сканер ёки аҳолида такрорланмаслиги эҳтимоли бор. Ортиқча мослашиш, кичик намуна ва маълумот сизиб чиқиши каби методологик муаммолар ҳам муҳим. Шунинг учун «сунъий интеллект сканингиздан депрессия турини аниқлайди» деган даъво клиник тасдиқ ва регулятор мақомсиз қабул қилинмайди. Технологик мураккаблик далилнинг ўрнини босмайди.

9 Руминацияни тармоқ моделида тушуниш

Руминацияда киши бир хил салбий саволлар атрофида айланади: «Нега мен шундайман?», «Нега ҳаммасини буздим?» Бу муаммони амалий ечишга ўхшаб кўринса ҳам кўпинча янги қарорга олиб келмайди. Ички ўзини баҳолаш, диққатни алмаштириш ва эмоционал ахборотни қайта ишлаш жараёнлари бунда бирга иштирок этади. Стандарт ҳолат ва назорат тармоқлари ҳақидаги тадқиқотлар шу жараёнларни тушуниш учун модел беради.

Амалиётда руминацияни тармоқ номи билан эмас, унинг функцияси билан баҳолаймиз: қачон бошланади, қанча вақт олади, кайфиятни қандай ўзгартиради ва қандай ҳаракатдан тўсади. Беморга «DMNингиз кучли» дейишдан кўра «фикрларингиз ечимга эмас, бир хил айлашга қайтиб қоляпти» деб тушунтириш кўпроқ амалий қийматга эга. Нейробиологик модель психологик кўникмаларни инкор қилмайди.

10 Мукофотни кутиш ва ҳаракат қилиш

Анҳедониянинг бир қисми ёқимли натижани олдиндан кутишга, бошқаси натижадан завқ олишга, яна бири ҳаракат учун куч сарфлашга боғлиқ бўлиши мумкин. Бемор кино кўраётганда бироз завқланади, аммо боришни режалаштириш ва йўлга чиқиш қийин. Бошқа бемор эса боришга ҳаракат қилади, лекин воқеанинг ўзида ҳеч қандай завқ сезмайди. Бу фарқлар даволаш мақсадини аниқлаштиради.

Клиник режада кичик, реал фаолият ва натижани кузатиш беморга «мотивация йўқ бўлса, ҳеч нарса қилиб бўлмайди» деган ҳалқадан чиқишга ёрдам бериши мумкин. Бироқ ҳар бир фаолият дарров қувонч келтириши шарт эмас. Дастлаб тартиб, маъно ёки алоқа ҳисси тикланиши мумкин. Мукофот тизими ҳақидаги модель беморни мажбурлаш ёки «дофаминингизни оширинг» каби содда тавсияга асос бўлмайди.

11 Стресс, контекст ва хотира

Гиппокамп ва унга боғлиқ тизимлар воқеани вақт ва вазият контекстида қайта ишлашда иштирок этади. Стресс пайтида салбий ахборотга диққат ва хотира ўзгариши мумкин. Депрессив бемор ўтмишдаги хатоларни осон эслаб, ижобий воқеаларни қийин эслаши эҳтимоли бор. Бу хотиранинг барча қисми бузилганини ёки воқеалар атайлаб салбий талқин қилинаётганини англатмайди.

Травматик хотира, депрессив руминация ва нейрокогнитив бузилиш бир хил эмас. Нейробиологик умумийликлар бўлиши мумкин, аммо клиник дифференциал ташхис сақланади. Беморда янги прогрессив хотира муаммоси бўлса, уни фақат депрессияга боғлаб қўйиш мумкин эмас. Нейропсихологик ёки неврологик баҳолаш клиник кўрсатмага қараб ташкил қилинади.

12 Тана сигналлари ва салбий талқин

Инсула ва аҳамиятлилик тармоқлари ички сигналларни сезиш ва уларга аҳамият беришда иштирок этади. Бир хил юрак уриши бир инсонда одатий жисмоний фаоллик, бошқасида хавф белгиси сифатида қабул қилиниши мумкин. Бу фарқ биологик сигнал, аввалги тажриба, диққат ва талқиннинг биргаликдаги натижасидир. «Мияда қайта ишланади» дегани симптом хаёлий дегани эмас; барча ҳиссий тажриба асаб тизими орқали шаклланади.

Оғриқ ва депрессияда тармоқлар ўртасидаги умумий жараёнларни ўрганиш интегратив даволашни тушунтириши мумкин. Лекин нейровизуализация беморнинг оғриғи рост ёки ёлғонлигини ҳал қилувчи оддий детектор эмас. Клиник ишда шикоятга ҳурмат, тиббий текширув ва функционал ёрдам сақланади. Илмий термин беморнинг тажрибасини рад этиш воситаси бўлмаслиги керак.

13 Нейропластикликни ортиқча ваъдасиз тушунтириш

Мия тажриба, ўрганиш, уйқу ва даволаш таъсирида ўзгариши мумкин. Нейропластиклик шу ўзгариш қобилиятини ифодалайди. Аммо «мияни қайта ёзиб берамиз» ёки «бир сеансда тармоқни тиклаймиз» деган ваъдалар илмий аниқ эмас. Ўзгаришнинг йўналиши ва клиник аҳамияти усул, давомийлик, инсон ва ўлчовга боғлиқ.

Психотерапия ёки дори давосидан кейин скан кўрсаткичлари ўзгариши мумкинлиги давонинг клиник фойдаси билан автоматик тенг эмас. Бемор учун муҳим натижа симптом, функция, ҳаёт сифати ва хавфсизликдир. Биомаркер ўзгариши клиник яхшиланиш билан боғлиқми, мустақил тадқиқотларда такрорланганми ва қарорни яхшилайдими, деган саволлар қўйилади. «Мияга таъсир қилади» деган ибора самарадорликнинг ўзига далил эмас.

14 Мақолани танқидий ўқиш учун йўл

Ўқувчи тадқиқотда кимлар иштирок этгани, дори қабул қилган-қилмагани, қандай вазифа ёки тинч ҳолат ўлчангани, намуна ҳажми ва мустақил такрорлаш борлигини сўрайди. Натижа симптом билан корреляциями ёки даволаш натижасини олдиндан башорат қиладими? Статистик аҳамият клиник аҳамиятга тенгми? Турли таҳлил усуллари хулосани ўзгартирадими? Бу саволлар нейроилмни рад этиш учун эмас, ундан тўғри фойдаланиш учун керак.

Клиник хулоса шундай қолади: депрессия биологик асосларга эга мураккаб ҳолат, аммо бир тармоқ, скан ёки рангли харита билан тўлиқ тушунтирилмайди. Мия тармоқлари ҳақидаги билим беморни айблашни камайтириши ва клиник фикрлашни бойитиши

мумкин. Унинг қиймати ортиқча аниқлик ваъда қилишда эмас, турли даражадаги маълумотларни бирлаштиришдадир.

15 Клиник кейс: рангли харита билан келган бемор

Бемор хусусий марказдан олинган рангли мия харитасини кўрсатиб, «бу ерда қизил, демак хавфлими?» деб сўрайди. Шифокор аввал қандай усул ишлатилгани, ҳисобот нима дегани ва текширув қайси мақсадда ўтказилганини аниқлайди. Ранглар кўпинча маълум статистик шкалани ифодалайди, улар ўз-ўзидан «касал», «соғлом», «фаол» ёки «ўлган» деган маъно бермайди. Ҳисобот клиник контекстсиз талқин қилинмайди.

Беморнинг қўрқуви тан олинади, лекин харита асосида асоссиз ташхис ёки прогноз берилмайди. Агар ҳақиқий неврологик кўрсатма ёки радиологик топилма бўлса, тегишли мутахассис хулосаси олинади. Депрессияни баҳолаш эса симптомлар, давомийлик, функция ва хавфсизликка таянишда давом этади. Текширувга пул сарфлангани унинг барча даъвосини ҳақиқатга айлантирмайди, аммо беморни айблашга ҳам асос эмас.

16 Илмий ва клиник тилни боғлаш

Илмий мақолада «фронтолимбик дисконнективлик» деган атама ишлатилиши мумкин. Беморга буни «ҳис ва назоратга оид тизимлар ўзаро ишлашида ўзгаришлар ўрганилмоқда» деб тушунтириш мумкин. Лекин бу изоҳ конкрет беморда шундай ўзгариш ўлчанганини англатмаслиги аниқ айтилади. Тадқиқот натижаси билан индивидуал ташхис ўртасидаги чегара сақланади.

Шифокор учун ҳам тармоқ номи клиник симптомни алмаштирмаслиги керак. «Мукофот тармоғи паст» деган ёзув ўрнига бемор нимадан завқ олмаётгани, қайси вазифани бошлай олмаётгани ва қандай ёрдам кераклиги қайд этилади. Нейроилмий моделлар саволларни яхшилаши мумкин, аммо беморнинг ўз баёни ва реал ҳаёти марказда қолади.

Бобнинг амалий натижаси: нейровизуализацияни на мўъжиза, на кераксиз безак деб қараш керак. У муҳим тадқиқот ва айрим клиник вазифалар учун восита. Депрессияда эса индивидуал диагностик ёки даво танлаш даъвоси ҳар сафар алоҳида далил талаб қилади. Мураккаб маълумотга ҳурмат унинг чекловларини очиқ айтишни ҳам ўз ичига олади.

Манбалар

[44.1] Kaiser RH et al. Large-Scale Network Dysfunction in Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Resting-State Functional Connectivity. JAMA Psychiatry. 2015. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25785575/

[44.2] Zhang Z et al. Resting-state network alterations in depression: a comprehensive meta-analysis of functional connectivity. Psychological Medicine. 2025;55:e63. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40008424/ (Тадқиқотлар ўртасидаги функционал боғланиш хилма-хиллиги.)

45-БОБ

Нейромедиаторлар ва рецепторлар

1 «Кимёвий мувозанатсизлик»дан кенгроқ модел

Серотонин, норадреналин, дофамин, ГАМК ва глутамат мия фаолиятида муҳим. Аммо депрессияни битта нейромедиатор камлиги билан тенглаштириш замонавий далилларни ҳаддан ташқари соддалаштиради. Нейромедиаторнинг таъсири фақат миқдорига эмас, рецептор тури, ҳужайра жойлашуви, сигналнинг вақти, тармоқ ҳолати ва мослашув жараёнларига ҳам боғлиқ.

Антидепрессант муайян нейромедиатор тизимига таъсир қилиши касаллик айнан шу модда етишмаслигидан келиб чиққанини исботламайди. Оғриқ қолдирувчи дори таъсири оғриқнинг сабаби шу дори етишмаслиги эканини билдирмаганидек, даволаш механизми ва касаллик сабаби алоҳида саволлардир. Шу билан бирга содда «серотонин танқислиги» модели етарли эмаслиги антидепрессантлар фойдасиз деган хулоса ҳам эмас. [45.1; 45.2]

2 Серотонин

Серотонин тизими кайфиятдан ташқари уйқу, иштаҳа, оғриқни модуляция қилиш, импульс назорати ва бошқа жараёнларда иштирок этади. Унинг кўп рецептор турлари бор ва уларнинг таъсири бир хил эмас. Айримлари ҳужайра фаоллигини сусайтирувчи, бошқалари бошқа сигнал йўлларини фаоллаштирувчи таъсир кўрсатади. Шунинг учун «серотонин ошса, доим бахт ортади» деган формула нотўғри.

Серотонинни қайта қамраб олишни ингибиция қилувчи дорилар синаптик сигналнни ўзгартиради. Клиник натижа эса фақат биринчи фармакологик таъсир билан чекланмайди; вақт давомида рецептор, тармоқ ва ўрганиш жараёнларида мослашувлар бўлиши мумкин. Беморлар жавобининг турличалиги ҳам бир механизмли тушунтириш етарли эмаслигини кўрсатади. Қонда серотонинни ўлчаш клиник депрессияни тасдиқлаш ёки препарат танлаш учун стандарт усул эмас.

3 Норадреналин

Норадреналин уйғоқлик, диққат, стрессга жавоб ва ҳаракатга тайёрликда иштирок этади. Таъсир α ва β каби турли рецепторлар, уларнинг жойлашуви ва бошқа тизимлар билан боғлиқ. Бу тизимни «энергия моддаси» деб аташ қисман тушунарли метафора бўлиши мумкин, аммо клиник аниқлик учун етарли эмас. Чарчоқ ҳар доим норадреналин камлиги эмас; уйқу, анемия, оғриқ, дори ва бошқа омиллар текширилади.

Норадренергик таъсирга эга препаратда фойда билан бирга юрак уриши, қон босими, уйқу ёки хавотирга таъсир каби индивидуал омиллар муҳокама қилиниши мумкин. Механизм номи препаратнинг конкрет бемор учун хавфсиз ёки самарали эканини автоматик белгиламайди.

4 Дофамин

Дофамин мукофотга оид ўрганиш, мотивация, ҳаракат ва аҳамият бериш жараёнларида иштирок этади. Уни фақат «лаззат гормони» деб аташ нотўғри. Мукофотни кутиш, ҳаракат қилиш ва натижадан завқланиш бир хил жараён эмас. Анҳедония ёки апатияда дофамин тизими илмий қизиқиш уйғотади, аммо ҳар бир бундай симптом «дофамин кам» деган лаборатор ташхисга айланмайди.

Дофамин рецепторларига таъсир қилувчи препаратлар турли йўлларда турлича натижа бериши мумкин. Масалан, антипсихотик таъсир билан бирга мотор ножўя таъсирлар ёки субъектив дискомфорт кузатилиши эҳтимоли бор. Бу препаратни рад этиш учун умумий шиор эмас, балки мониторинг ва фойда-хавфни индивидуал баҳолаш учун асосдир.

5 ГАМК ва глутамат

ГАМК марказий асаб тизимида асосий тормозловчи, глутамат эса асосий қўзғатувчи нейромедиаторлардан ҳисобланади. Аммо «ГАМК яхши, глутамат ёмон» деган бўлиниш йўқ. Иккаласи ҳам ўрганиш, хотира ва барқарор тармоқ фаолияти учун зарур. Қўзғалиш ва тормозланишнинг мураккаб мувозанати ҳужайра ва тармоқ даражасида таъминланади.

ГАМК-А рецептори билан боғлиқ дориларнинг тинчлантирувчи таъсири депрессив бузилишнинг барча компонентларини даволаш билан тенг эмас. Хавотир вақтинча камайгани функционал тикланиш ёки қайталаниш профилактикаси таъминланганини билдирмайди. Айрим воситаларда седация, қарамлик ва чекиниш хавфи мавжудлиги учун уларнинг ўрни аниқ кўрсатма ва мониторинг билан белгиланади.

Глутаматнинг NMDA ва AMPA каби рецепторлари нейропластиклик тадқиқотларида муҳим. Кетаминнинг NMDA рецепторига таъсири ва кейинги сигнал йўллари тез таъсир қилувчи антидепрессив механизмларни ўрганишга туртки берган. Лекин молекуляр моделларнинг бир қисми ҳайвон ёки лаборатория тадқиқотларига таянади; уларни ҳар бир беморда исботланган ягона механизм деб кўрсатиб бўлмайди. Кетамин/эскетамин махсус кўрсатма, мониторинг, хавф ва маҳаллий регулятор талабларга эга муолажалардир. [45.3]

6 Рецептордан клиник натижагача

Рецептор агонисти рецепторни фаоллаштиради, антагонисти унинг фаоллашувини тўсади, қисман агонист эса тизим шароитига боғлиқ мураккаброқ таъсир кўрсатади. Қайта қамраб олиш ингибитори медиаторни синапсдан олиб чиқиш жараёнига таъсир қилади. Бу фармакологик тушунчалар муҳим, лекин рецептор профилидан беморнинг тўлиқ субъектив тажрибасини олдиндан аниқ айтиш мумкин эмас.

Клиник қарорда механизм билан бирга самарадорлик тадқиқотлари, аввалги жавоб, ҳамроҳ касаллик, ўзаро таъсирлар, ножўя таъсирлар, бемор хоҳиши ва мавжудлик ҳисобга олинади. «Хавотир бор, демак серотонин; чарчоқ бор, демак дофамин» каби тўғридан-тўғри мослаштириш етарли эмас. Симптомлар бир нечта тизимга боғлиқ ва бир хил шикоят турли сабабларга эга бўлиши мумкин.

7 Синапсдан ташқари контекст

Нейромедиатор синаптик оралиққа ажралгач, рецепторга таъсир қилади, қайта қамраб олиниши ёки парчаланиши мумкин. Аммо мия фақат бир-бирига модда узатадиган алоҳида ҳужайралар йиғиндиси эмас. Нейронлар, глия, қон томирлар, гормонал ва иммун сигналлар, ген экспрессияси ва тажриба биргаликда ишлайди. Депрессияни тушунишда ушбу даражалар ўртасидаги муносабат муҳим, лекин ҳар бир назарий йўл клиник тест ёки даво сифатида тайёр эмас.

Бир модда турли минтақада турлича вазифа бажариши мумкин. Рецепторнинг ҳужайрадаги жойи, қайси сигнал йўлига боғлангани ва бошқа медиаторлар билан муносабати натижани ўзгартиради. Шунинг учун «серотонинни кўпайтириш», «дофаминни кўтариш» каби умумий мақсадлар клиник даволаш режаси учун етарли эмас. Қайси препарат, қайси кўрсатма, қайси бемор ва қандай мониторинг деган саволлар зарур.

8 Рецептор адаптацияси ва вақт

Препаратнинг дастлабки фармакологик таъсири тез бошланиши мумкин, клиник ўзгариш эса бошқа вақт суръатида кечади. Бунда рецептор сезгирлиги, ҳужайра ичи сигналлар, тармоқ фаолияти ва янги тажрибага муносабат каби жараёнлар иштирок этиши мумкин. Бу механизмлар ҳамма препарат ва бемор учун бир хил эмас. «Икки ҳафтада рецепторлар тўлиқ тузалади» каби қатъий умумлаштириш берилмайди.

Даволашни баҳолашда етарли вақт, мувофиқ доза, реал қабул қилиш ва ножўя таъсирлар ҳисобга олинади. Лекин хавфли симптом ёки жиддий ножўя таъсир бўлса, «таъсирини кутиш керак» деб кечиктириш мумкин эмас. Кузатув муддати ва қайта баҳолаш сабаблари олдиндан келишилади. Механизм ҳақидаги тушунтириш клиник мониторингни алмаштирмайди.

9 Серотонин назарияси ҳақидаги баҳсни қандай ўқиш керак?

Серотонин бўйича шарҳлар оддий танқислик моделига етарли ва изчил далил бор-йўқлигини муҳокама қилади. Бунда қон ёки мия суюқлиги кўрсаткичлари, рецептор/ташувчи тасвирлаш, генетик ва бошқа тадқиқотлар турлича методологик чекловларга эга. Бир кўрсаткичнинг нормал бўлиши тизимнинг барча функцияси нормал дегани эмас; бир фарқ топилиши эса унинг сабаб эканини исботламайди. [45.1; 45.2]

Ушбу баҳсдан «депрессия биологик эмас» деган хулоса ҳам, «антидепрессант ишламайди» деган хулоса ҳам тўғридан-тўғри келиб чиқмайди. Даволаш самарадорлиги клиник синовлар ва реал клиник маълумотлар билан алоҳида баҳоланади. Касаллик сабаби ҳақидаги назария, препарат механизми ва бемордаги натижа учта ўзаро боғлиқ, лекин алоҳида саволдир. Уларни аралаштириш беморни даводан асоссиз қўрқитишга олиб келиши мумкин.

10 Периферик таҳлил ва миядаги сигнал

Қондаги медиатор ёки унинг метаболити миядаги муайян синапс фаолиятини тўғридан-тўғри кўрсатмайди. Организмнинг турли тўқималари, овқатланиш, вақт, дори ва бошқа омиллар ўлчовга таъсир қилиши мумкин. Шу сабабли тижорий «нейромедиатор панели»ни депрессия турини аниқлайдиган ёки антидепрессантни танлайдиган стандарт тест сифатида қабул қилиш мумкин эмас. Клиник фойдаси мустақил далил билан кўрсатилиши керак.

Бемор шундай таҳлил билан келса, уни масхара қилиш эмас, нимани ўлчагани ва қандай клиник қарорга асос бўлиши мумкинлигини тушунтириш керак. Зарур соматик таҳлиллар эса бутунлай бошқа мақсадга эга: масалан, клиник кўрсатмада эндокрин ёки метабо-

лик сабабни текшириш. «Барча таҳлиллар кераксиз» ва «барча руҳий симптом таҳлилдан чиқади» деган икки чекка ёндашувдан сақланилади.

11 Фармакогенетика чегаралари

Айрим генетик вариантлар препарат метаболизмига таъсир қилиши мумкин. Бу маълумот муайян дори учун доза ёки ўзаро таъсир масаласида фойдали бўлиши эҳтимоли бор. Аммо фармакогенетик натижа беморда депрессиянинг сабабини аниқламайди ва қайси дори албатта самара беришини кафолатламайди. Клиник фойда, мавжуд қўлланмалар ва тестнинг аниқ мазмуни алоҳида баҳоланади. [45.5]

Беморга «генингизга мос дори» деган маркетинг ибораси ўрнига тест нимани айтиши ва нимани айтмаслиги тушунтирилади. Аввалги клиник жавоб, ножўя таъсир, дори ўзаро таъсири ва бемор хоҳиши аҳамиятини йўқотмайди. Биологик маълумот клиник қарорнинг бир қисми бўлиши мумкин, аммо инсон ҳақидаги барча маълумотнинг ўрнини босмайди.

12 Ножўя таъсирни рецептор билан тушунтиришнинг фойдаси ва хавфи

Рецептор профили седация, оғиз қуриши, ортостатик симптомлар ёки мотор таъсирларни тушунишга ёрдам бериши мумкин. Бу шифокорга олдиндан мониторингни режалаштириш имконини беради. Бироқ индивидуал таъсир доза, метаболизм, ёш, ҳамроҳ дорилар ва касалликларга боғлиқ. Рецептор жадвалида бир хусусият борлиги ҳар бир беморда шу таъсир бўлади дегани эмас.

Масалан, бемор кундузги уйқучанликдан шикоят қилса, уни фақат препаратнинг маълум рецептор таъсирига боғлашдан олдин уйқу давомийлиги, апноэ эҳтимоли, алкоголь ва бошқа седатив воситалар кўрилади. Аксинча, маълум ножўя таъсирни «бу депрессиянинг ўзи» деб инкор қилиш ҳам хато. Механистик билим ва клиник кузатув бир-бирини текшириб туради.

13 Глутамат ва тез таъсир қилувчи даволарга реал муносабат

Кетаминга оид тадқиқотлар депрессияда фақат моноаминларни эмас, глутамат сигналлари ва пластикликни ҳам ўрганиш зарурлигини кўрсатди. Лекин «тез таъсир» «ҳаммада самара», «хавфсиз» ёки «бир мартадан кейин доимий тузалиш» дегани эмас. Давонинг давомийлиги, қайта муолажа, диссоциация, қон босими, моддадан нотўғри фойдаланиш хавфи ва бошқа омиллар махсус клиник тартибда баҳоланади.

Механизм ҳақидаги янгиликни тўғридан-тўғри рекламага айлантириш ўрнига қайси беморлар ўрганилгани, қандай таққослаш бўлгани ва натижа қанча сақлангани сўралади. Препаратнинг муайян давлатдаги тасдиқланган кўрсатмаси бошқа жойда автоматик амал қилмайди. Маҳаллий қонун ва малакали мутахассис назорати клиник қўллашнинг ажралмас қисми бўлиб қолади. [45.3]

14 Клиник кейс: механизмдан ташқари қарор

> Бемор анҳедония ва чарчоқ билан келиб, интернетда «дофамин кам бўлса шундай бўлади» деган маълумотни ўқиганини айтади. Шифокор унинг қизиқишини тан олади, аммо аввал уйқу, соматик омиллар, дори, биполяр анамнез ва депрессив синдромни баҳолайди. Анҳедония мукофот тизимлари билан боғлиқ бўлиши мумкинлиги тушунтирилади, лекин бу конкрет медиатор танқислигининг тайёр ташхиси эмас.
>
> Даво танлови клиник далил, аввалги жавоб ва беморнинг устуворликлари билан келишилади. Натижа «дофамин кўтарилдими?» деган таҳлил билан эмас, қизиқиш, функция, уйқу ва ножўя таъсир динамикаси билан баҳоланади. Бу ёндашув нейробиологияни четга сурмайди; уни клиник аҳамиятга эга, текшириладиган қарорларга боғлайди.

15 Ўқувчи учун якуний саволлар

Нега препарат механизми касаллик сабабига тенг эмас? Нега қондаги серотонин миядаги ҳар бир синапс ҳақида маълумот бермайди? Нега бир хил симптом турли препаратга жавоб бериши мумкин? Жавобда рецептор, тармоқ, вақт, контекст ва индивидуал фарқлар ҳисобга олиниши керак. Бобнинг асосий мақсади битта янги содда назария бериш эмас, биологик маълумот билан клиник қарор ўртасидаги кўп босқичли муносабатни тушунтиришдир.

16 Уч даражали далилни ажратиш

Биринчи даража лаборатор механизмдир: препарат рецептор ёки сигнал йўлига қандай таъсир қилади? Иккинчи даража клиник самарадорликдир: беморлар гуруҳида симптом ва функция яхшиланадими, қайси таққослашга нисбатан? Учинчи даража индивидуал мосликдир: шу беморда фойда, ножўя таъсир ва ҳаёт шароити қандай мувозанатда? Бир даражадаги кучли далил бошқаларга автоматик кўчмайди.

Масалан, препаратнинг рецепторга юқори аффинлиги унинг ҳар бир депрессив беморда энг яхши эканини билдирмайди. Клиник синовда ўртача фойда борлиги ҳам ҳар бир инсон жавоб беришини кафолатламайди. Бир беморда яхши жавоб бўлгани касалликнинг умумий сабабини исботламайди. Бу ажратиш илмий камтарликни ва клиник аниқликни сақлайди.

17 Беморнинг ишончини бузмасдан моделни тузатиш

Аввал «сизда серотонин кам» деб тушунтирилган беморга кейин «бу нотўғри экан» дейиш ишончни қийинлаштириши мумкин. Яхшироқ изоҳ: «Аввал соддалаштирилган модел айтилган. Ҳозир депрессия бир нечта тизим ва ҳаётий омиллар билан боғлиқлигини аниқроқ биламиз. Дорининг сизга ёрдам берганини инкор қилмаймиз; унинг сабаби битта модда танқислиги билан чекланмайди». Бу билим ривожини тушунтиради ва бемор тажрибасини ҳурмат қилади.

Даволаш режасини ўзгартириш зарурати назария ҳақидаги янгиликдан эмас, клиник ҳолат ва фойда-хавф баҳосидан келиб чиқади. Бемор яхши бўлса, интернетдаги баҳс сабаб дорини кескин тўхтатмаслиги тушунтирилади. Ножўя таъсир ёки етарли жавоб бўлмаса, режа мутахассис билан қайта кўрилади. Илмий баҳс беморни назоратсиз тажрибага ундамаслиги керак.

Шундай қилиб, нейромедиаторлар ҳақидаги билим энг фойдали бўлган пайт уни рецептни автоматик танлайдиган калитга айлантирганимизда эмас, клиник саволларни аниқлаштирганимиздадир. Қайси таъсир кутиляпти, қайси хавф кузатилади, қайси натижа ўлчанади ва бемор учун нима муҳим? Ушбу саволлар биологияни амалий, масъулиятли тиббий ёрдам билан боғлайди.

18 Беморга тушунтириш ва боб хулосаси

Мақбул изоҳ: «Бу дори асаб ҳужайралари ўртасидаги сигналларга таъсир қилади. Унинг сизга фойдасини кайфият, уйқу, фаоллик ва ножўя таъсирларни кузатиб баҳолаймиз. Биз сизда қайсидир модда аниқ камлигини оддий қон таҳлили билан исботлаганимиз йўқ». Бу тушунтириш беморни асоссиз биологик тамғага боғламайди ва даволашдан реал умид беради.

Нейромедиаторлар депрессияни тушунишнинг муҳим, аммо ягона эмас даражасидир. Рецептор, нейрон, тармоқ, психологик тажриба ва ижтимоий контекст бирга кўрилади. Даволаш механизмини касаллик сабабига тенглаштирмаслик клиник фикрлашни аниқроқ ва бемор билан мулоқотни ҳалолроқ қилади.

Манбалар

[45.1] Moncrieff J et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Molecular Psychiatry. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35854107/

[45.2] Rihmer Z, Dome P, Katona C. Serotonin and depression — a riposte to Moncrieff et al. (2022). Neuropsychopharmacologia Hungarica. 2022;24(3):120–125. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36356194/ (Содда танқислик модели ва даволаш самарадорлиги бир савол эмаслиги учун қиёсий ўқиш.)

[45.3] Krystal JH, Kavalali ET, Monteggia LM. Ketamine and rapid antidepressant action: new treatments and novel synaptic signaling mechanisms. Neuropsychopharmacology. 2024;49:41–50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37488280/

[45.4] NICE. Depression in adults. NG222: treatment choice and monitoring. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[45.5] Bousman CA et al. CPIC Guideline for CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6, SLC6A4, and HTR2A Genotypes and Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2023;114:51–68. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37032427/

46-БОБ

Стресс ўқи нейропластиклик ва биологик ритмлар

Депрессиянинг биологиясини ўрганиш беморнинг кечинмасини «фақат кимёвий жараён»га айлантириш эмас. Биологик, психологик ва ижтимоий омиллар бир инсон ҳаётида бир вақтнинг ўзида амал қилади. Масалан, давомли низо уйқуни бузиши, уйқусизлик диққат ва ҳиссий бошқарувни қийинлаштириши, бу эса низони яна кучайтириши мумкин. Шу сабабли биологияни тушунтиришнинг амалий мақсади қон таҳлилидан «қайси медиатор етишмаслигини» топиш эмас, балки қайси ўзгартириладиган бўғинга ёрдам бериш мумкинлигини аниқлашдир.

1 46.1. Стрессга жавоб: мослашувдан узоқ давом этувчи зўриқишгача

Гипоталамус–гипофиз–буйрак усти безлари ўқи HPA ўқи деб қисқартирилади. Стресс сигналига жавобан гипоталамус, гипофиз ва буйрак усти бези ўртасида гормонал сигналлар узатилади; кортизол бу тизимнинг муҳим маҳсулотларидан биридир. Қисқа вақтли стресс жавоби хавфга мослашишга ёрдам беради. Муаммо стресс жавобининг ўзида эмас, балки унинг давомийлиги, бошқарилиши, тикланиш имконияти ва инсоннинг умумий аҳволи билан боғлиқ.

Кортизол секрецияси сутка давомида ўзгаради. Уйғониш вақти, тунги иш, оғриқ, инфекция, дори воситалари, намуна олиш усули ва вақти натижага таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун бир марта олинган кортизол таҳлилини «депрессиянинг оғирлик кўрсаткичи» деб ўқиш нотўғри. Депрессияси бор барча одамларда кортизол юқори бўлмайди; юқори кортизол топилган ҳар бир одамда эса депрессия бўлавермайди. Тадқиқотлардаги гуруҳлар ўртасидаги фарқ индивидуал ташхис учун тайёр тест дегани эмас [46.2].

Эндокрин касалликка клиник шубҳа бўлса, тегишли текширув ўтказилади. Бироқ беморнинг депрессив белгиларини тушунтириш учун, клиник кўрсатмасиз, қайта-қайта гормон панелларини буюриш муҳим суҳбат ва даволашни кечиктириши мумкин. «Таҳлилларингиз яхши, демак касал эмассиз» деган хулоса ҳам, «кортизол баланд, барча муаммони шу келтирган» деган хулоса ҳам ҳаддан ташқари соддалаштиришдир.

2 46.2. Нейропластиклик нима?

Нейропластиклик нерв тизимининг тажриба, ўрганиш ва муҳитга жавобан ўз фаолияти ва алоқаларини ўзгартириш қобилиятидир. Бу атама фақат янги нерв ҳужайралари пайдо бўлишини англатмайди. Синаптик алоқаларнинг мустаҳкамланиши, функционал тармоқлар ҳамкорлиги ва одатланган реакцияларнинг ўзгариши ҳам шу тушунча доирасига киради.

Депрессияда одам кўпинча бир хил салбий хулосага қайтади, фаолиятни қисқартиради ва ижобий тажриба имкониятларини йўқотади. Бу психологик тавсифни нейропластиклик билан боғлаш мумкин, аммо «мияси музлаб қолган» ёки «нейронлари ўлган» деб айтиш мумкин эмас. Беморга тушунтиришда «мия ўзгаришга қодир, лекин тикланишга вақт, хавфсиз шароит ва мунтазам машқ керак» деган ифода аниқроқ ва умидбахшроқ.

BDNF — миядан келиб чиқувчи нейротрофик омил — нерв ҳужайралари ва синапслар фаолияти билан боғлиқ оқсилдир. Депрессия ва даволаш жараёнида унинг ўзгариши тадқиқ қилинган. Лекин қондаги BDNF миқдори миянинг муайян қисмидаги жараённи тўғридан-тўғри ўлчамайди. Намуна тури, лаборатория усули ва бошқа омиллар натижага таъсир этади. Амалиётда BDNF таҳлили асосида антидепрессант танлаш ёки беморни «тузалди» деб эълон қилиш учун етарлича стандартлашган асос йўқ [46.2].

3 46.3. Уйқу ва циркад ритмлар

Уйқу фақат соатлар сони эмас. Ухлаб қолиш вақти, тунги уйғониш, эрта уйғониш, кундузги уйқучанлик ва уйғонгандан кейинги аҳвол алоҳида сўралади. Депрессияда уйқусизлик ҳам, ортиқча уйқу ҳам бўлиши мумкин. Уйқу бузилиши депрессиянинг белгиси, уни сақлаб турувчи омил ёки алоҳида ҳамроҳ бузилиш бўлиши мумкин.

Циркад ритмлар организмнинг тахминан суткалик даврийлигидир. Ёруғлик, уйғониш вақти, овқатланиш, жисмоний фаоллик ва ижтимоий тартиб уларга вақт сигнали беради. Депрессияда кун тартиби бузилиши даволаш режасида ҳисобга олинади. Бироқ «эрталаб эрта турсангиз ҳаммаси ўтади» дейиш касалликнинг оғирлигини камситади. Оғир депрессияда ҳатто оддий режимга қайтиш ҳам қўллаб-қувватлаш ва босқичма-босқич режани талаб қилади.

Уйқу апноэси эҳтимолида қаттиқ хуррак, нафас тўхташи ҳақида яқинлар кузатуви ва кундузги уйқучанлик сўралади. Безовта оёқлар синдроми, оғриқ, кофеин, алкоголь ва кеч қабул қилинадиган препаратлар ҳам баҳоланади. Барча уйқу шикоятини депрессияга юклаш ҳам, барчасини фақат уйқу дориси билан босиш ҳам сабабни қолдириб кетиши мумкин.

Биполяр бузилишда уйқуга эҳтиёжнинг камайиши алоҳида аҳамиятга эга. «Ухлай олмайман ва чарчайман» билан «икки-уч соат ухлаб ҳам жуда тетикман» бир хил белги эмас. Иккинчиси фаоллик, тезлашган нутқ ва импульсивлик билан бирга бўлса, гипомания ёки мания эҳтимоли текширилади. Уйқусиз қолдириш усуллари ва ёруғлик терапиясини ўзбошимчалик билан қўллаш айниқса биполяр спектрда хавфли бўлиши мумкин.

4 46.4. Яллиғланиш: муҳим йўналиш, аммо тайёр ташхис эмас

Иммун тизим ва руҳий ҳолат ўртасидаги боғлиқлик илмий жиҳатдан фаол ўрганилмоқда. Айрим депрессив гуруҳларда яллиғланиш кўрсаткичлари юқорироқ бўлиши мумкин. Лекин семириш, чекиш, инфекция, аутоиммун касаллик ва бошқа ҳолатлар ҳам шу кўрсаткичларни ўзгартиради. Масалан, С-реактив оқсилнинг ошиши «яллиғланишли депрессия»ни автоматик исботламайди [46.2].

Яллиғланиш кўрсаткичи ўзгарган беморда соматик сабаблар одатдаги клиник тартибда текширилади. Антибиотик, гормон, яллиғланишга қарши препарат ёки қўшимчани депрессия учун шу таҳлилнинг ўзига қараб буюриш асосли эмас. «Яллиғланишни туширсак депрессия йўқолади» деган ваъда кўп омилли касалликни яна битта сабабга қисқартиради.

5 46.5. Илмий моделдан клиник режага

Амалиётда энг фойдали савол: «Биологик механизм ҳақидаги билим бу бемор учун қайси қарорни ўзгартиради?» Агар у уйқу апноэсини текшириш, иш сменасини қайта кўриш, дори ножўя таъсирини аниқлаш ёки биполярликни ўйлашга ёрдам берса, фойдали. Агар фақат қиммат таҳлиллар ва тушунарсиз атамалар рўйхатини кўпайтирса, клиник қиймати чекланган.

Режада бир вақтда бир неча йўналиш бўлиши мумкин: асосий депрессив бузилишни даволаш; оғриқ ёки эндокрин касалликни бошқариш; мунтазам уйғониш вақтини тиклаш; фаолликни бемор имкониятига мос ошириш; стресс манбаси билан ишлаш. Жисмоний фаоллик ва режим даволашга ёрдам беради, аммо оғир ҳолатда зарур психиатрия ёрдамининг ўрнини босмайди.

6 46.6. Шартли клиник мисол

39 ёшли тунги смена ходими тушкунлик, диққат пасайиши ва «кортизолим бузилган» деган хавотир билан келди. У дам олиш кунлари тушгача ухлар, иш кунлари эса тўрт-беш соатдан ортиқ ухлай олмасди. Хуррак ва кундузги уйқучанлик ҳам бор эди. Клиник суҳбатда депрессив синдром аниқланди, бироқ ягона кортизол таҳлилига қараб сабаб белгиланмади.

Режада депрессия оғирлиги ва хавфни баҳолаш, уйқу апноэсини текшириш учун йўллаш, смена ва уйқу тартиби бўйича реал ўзгаришлар, бемор билан келишилган асосий даволаш белгиланди. Кузатувда фақат «кайфияти яхшими?» эмас, кундузги уйқучанлик, ишдаги хатолар ва фаоллик ҳам қайд этилди. Мисолнинг сабоғи: биология ва ҳаёт шароити рақиб тушунчалар эмас, бир клиник тасвирнинг қисмларидир.

7 46.7. Сабаб, оқибат ва боғлиқлик

Биологик мақолани ўқиганда «депрессияда бу кўрсаткич ўзгарган» деган жумладан «демак шу ўзгариш депрессияни келтириб чиқарган» деган хулосага ўтиш осон. Лекин кўндаланг кесим тадқиқоти кўпинча фақат боғлиқликни кўрсатади. Кўрсаткич касалликдан олдин мавжуд бўлганми, эпизод натижасими, уйқусизлик ёки қабул қилинаётган дори таъсирими — буни алоҳида тадқиқотсиз ажратиб бўлмайди. Шунинг учун патогенетик модель билан тасдиқланган клиник тестни бир нарса деб қабул қилмаслик зарур.

Биомаркер ташхис учун қўлланишига фақат статистик фарқ топилгани етарли эмас. Тестнинг такрорланувчанлиги, бошқа касалликлардан ажрата олиши, клиник қарорни яхшилаши ва нотўғри натижа оқибати ҳам баҳоланади. Масалан, бир кўрсаткич депрессия гуруҳида ўртача юқори бўлса ҳам, соғлом ва касал одамлар натижалари кенг кесишиши мумкин. Бундай вазиятда ўртача фарқ илмий жиҳатдан қизиқ, аммо алоҳида беморни таснифлашда заиф бўлади.

Беморга «миянгиздаги барча ўзгаришни кўрсатадиган таҳлил ҳозир йўқ» дейиш «биология йўқ» дегани эмас. Кўп касалликларда клиник анамнез, кўрик ва динамика муҳим ўрин тутади. Объективлик фақат лаборатория рақами билан ўлчанмайди; тузилган суҳбат, кузатилган функционал ўзгариш ва бир хил усулда қайта баҳолаш ҳам клиник маълумотдир.

8 46.8. Стресс харитасини тузиш

Стресс харитасида уч вақт қатлами ажратилади: эпизоддан олдинги заифлик омиллари, эпизодни бошлатган воқеалар ва ҳозир уни сақлаб турган омиллар. Болаликдаги травма ҳозирги ишдаги низо билан бир хил вазифани бажармаслиги мумкин. Қарз, зўравонлик ёки ишсизлик давом этаётганда фақат «стрессга муносабатингизни ўзгартиринг» дейиш реал хавф ва ижтимоий эҳтиёжни инкор этиши мумкин.

Шифокор стрессни сўраганда бемордан ҳар бир оғриқли тафсилотни биринчи учрашувда айтишни талаб қилмайди. Розилик, суҳбат суръати ва назорат ҳисси сақланади. «Бу воқеа ҳақида ҳозир гапириш сизга қанчалик қийин?» деган савол баъзан маълумот йиғишдан ҳам муҳим. Биологик стресс жавоби ҳақида тушунтириш беморга ўз реакциясини айбсиз тушунишга ёрдам бериши мумкин, аммо травма хотирасини «танадан чиқариш» каби исботланмаган даъволарга айлантирилмайди.

Стресс манбасини ўзгартириш имкони бўлмаса, ҳеч нарса қилиб бўлмайди деган хулоса чиқмайди. Ижтимоий ҳимоя, хавфсиз жой, юкламани қисқартириш, муаммо ечиш кўникмалари ва касалликни даволаш бирга қўлланиши мумкин. Мақсад беморга барча масъулиятни юклаш эмас, назорат қила оладиган ва қила олмайдиган қисмларни ажратишдир.

9 46.9. Уйқу кундалигини ўқиш

Уйқу кундалигида ётиш ва тахминий ухлаш вақти, тунги уйғонишлар, охирги уйғониш, ётоқдан туриш, кундузги мудраш, кофеин-алкоголь ва дори вақти қайд этилиши мумкин. Бемордан секундма-секунд аниқлик талаб қилинмайди; мақсад одат ва ўзгаришни кўриш. Соат ёки телефон берган «чуқур уйқу» рақамларини клиник ташхис деб қабул қилиш мумкин эмас.

Кундаликдан «ётоқда ўн соат, аммо уйқу беш соат» деган фарқ кўриниши мумкин. Бу бемор «етарли ухлаяпман» деб ўйлаган бўлса ҳам, фаол уйқусизлик борлигини кўрсатади. Бошқа беморда иш кунлари уйқу танқислиги ва дам олиш кунлари катта силжиш аниқланади. Учинчи беморда эса уйқу миқдори эмас, кундузги уйқучанлик ва нафас бузилиши асосий масала бўлади.

Уйқу режаси бемор билан бирга тузилади. Тунги сменада ишлайдиган ёки чақалоқ парваришлайдиган одамга амалга ошмайдиган «ҳар куни бир вақтда саккиз соат ухланг» деган кўрсатма ёрдам бермайди. Реал муҳофаза қилинган уйқу вақти, оилавий ёрдам ва иш шароити муҳокама қилинади. Биполярлик ёки тутқаноқ хавфи бор беморда уйқуни кескин чеклашга асосланган усуллар фақат тегишли мутахассис баҳоси билан кўриб чиқилади.

10 46.10. Шартли клиник мисол: таҳлилга боғланиб қолиш

> 50 ёшли бемор интернетда «депрессия — яллиғланиш» деган мақолани ўқиб, С-реактив оқсил натижасига асосан барча дориларини алмаштиришни сўради. Унда бўғим оғриғи ва яқинда ўтказилган инфекция ҳам бор эди. Мутахассис натижани инкор этмади, лекин унинг депрессияга хос эмаслигини тушунтирди. Соматик сабаблар тегишли тартибда кўрилди, психиатрия режаси эса клиник жавоб ва хавфга қараб баҳоланди.
>
> Бу ерда суҳбатнинг муҳим қисми «сиз нотўғри ўқигансиз» дейиш эмас, натижанинг нимани англатиши ва нимани англатмаслигини бирга ажратиш бўлди. Беморга лаборатория кўрсаткичини даволаш билан инсонни даволаш бир хил эмаслиги тушунтирилди. Унинг оғриғи ва чарчоғи ҳақиқий экани тан олинди; исботсиз сабабий хулоса эса қабул қилинмади.

11 46.11. Амалий машқ: биологик тушунтиришни қайта ёзиш

Қуйидаги иборани таҳлил қилинг: «Сизда серотонин ва BDNF тушган, миянгиз ўзини тиклай олмаяпти». Бу жумла текширилмаган натижани факт қилиб кўрсатади, беморни биологик нуқсонга тенглаштиради ва ягона сабаб ваъда қилади. Унинг ўрнига: «Депрессия уйқу, ҳиссий бошқарув ва фаолият тизимларига таъсир қилади. Биз сиздаги белгилар ва ҳаёт шароитига мос даволашни танлаб, ўзгаришни кузатамиз», дейиш мумкин.

Талаба ёки мутахассис ушбу машқни ўз амалиётидаги тушунтиришларга қўлласин. Ҳар бир механизм учун уч устун тузинг: ишончли маълум бўлган нарса; ҳали тадқиқот даражасидаги нарса; бугунги бемор учун амалий қарор. Учинчи устун бўш қолса, ушбу маълумотни даволашни асословчи далил сифатида тақдим этишга шошилмаслик керак.

12 46.12. Клиник семинар: биологияни беморга қандай тушунтирамиз?

Бемор: «Демак, миям бузилганми?» деб сўради. У узоқ стресс, уйқусизлик ва иш қобилияти пасайишини қайтарилмас зарар деб тушунган эди. Шифокор унинг қўрқувини тинглаб, депрессияда мия фаолияти билан боғлиқ ўзгаришлар бўлиши мумкинлигини, аммо бу ҳар бир одамда қайтарилмас шикаст борлигини англатмаслигини тушунтирди. Клиник баҳолашнинг мақсади мияни «яроқсиз» деб белгилаш эмас, ёрдам берадиган омилларни топиш экани айтилди.

Суҳбатда «сизда ҳеч қандай биологик муаммо йўқ» деган қарши қутбга ҳам ўтилмади. Беморнинг жисмоний чарчоғи ва уйқу бузилиши ҳақиқий деб тан олинди. Даволаш режасида ҳам руҳий, ҳам соматик ва кундалик омиллар бўлиши тушунтирилди. Бу

ёндашув биологик ва психологик ёрдам ўртасида сунъий зиддият яратмади.

Кейин бемор «қайси таҳлил тузалганимни кўрсатади?» деб сўради. Жавобда тикланишнинг клиник белгилари санаб ўтилди: уйқу ва иштаҳа, қизиқиш, фикрлаш, хавфли фикрлар, ўзини парваришлаш ва муносабатлар. Агар махсус соматик касаллик кузатилаётган бўлса, унинг таҳлиллари алоҳида баҳоланиши айтилди. Депрессия натижасини битта гормон ёки иммун кўрсаткичга боғламаслик тушунтирилди.

Ушбу семинарда ўқувчи уч вазифани бажаради. Биринчиси — беморнинг саволи ортидаги қўрқувни аниқлайди. Иккинчиси — илмий ноаниқликни умидсизликка айлантирмасдан тушунтиради. Учинчиси — тушунтиришни аниқ даволаш ва кузатув мақсадига боғлайди. Агар суҳбат фақат атамалар билан тугаса, беморга амалий ёрдам кам берилади.

13 46.13. Текширувдан олдин қарор саволи

Ҳар бир лаборатория буюртмасидан олдин «натижа нормал бўлса нима қиламан, ўзгарган бўлса нима қиламан?» деб ёзиб кўринг. Икки жавоб ҳам бир хил бўлса, таҳлилнинг айнан ҳозирги зарурати қайта кўрилади. Бу барча таҳлилни рад этиш эмас; клиник мақсадсиз текширувни камайтириш усулидир.

Натижа ўзгарганида эса унинг қанчалик спецификлиги, клиник белгиларга мослиги ва қайта текшириш зарурати баҳоланади. Беморни кутилмаган натижа билан ёлғиз қолдирмаслик керак. «Лабораторияга қаранг» эмас, натижа қандай маъно бериши ва кейинги қадам нима экани тушунтирилади. Шу қоида биомаркерлар ҳақидаги ҳар қандай янги илмий хабарни амалиётга кўчиришда ҳам сақланади.

14 46.14. Боб хулосаси ва ўзини текшириш

HPA ўқи, нейропластиклик ва циркад ритмлар депрессияни тушунишда муҳим. Улардан ҳеч бири ҳозирча ҳар бир беморда ташхис ёки дори танловини белгилайдиган ягона тест эмас. Беморнинг кечинмаси, функционал ҳолати, касаллик тарихи ва хавфсизлиги клиник қарор марказида қолади.

Ўзингизга уч савол беринг: мен гуруҳдаги тадқиқот натижасини бир беморга ортиқча кўчирмаяпманми? Сўралаётган таҳлил қароримни ўзгартирадими? Биологик тушунтиришим беморни айблаш ёки умидсизлантириш ўрнига унга тушуниш ва иштирок этиш имконини беряптими?

15 46.15. Манбалар

[46.1] WHO. Depressive disorder (depression). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

[46.2] Carvalho AF ва ҳаммуаллифлар. Evidence-based umbrella review of 162 peripheral biomarkers for major mental disorders. Translational Psychiatry, 2020. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424116/. Бу манба биомаркерлар далилининг чекловларини баҳолаш учун ишлатилди.

[46.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

47-БОБ

Симптомдан даво танловига

«Қайси симптомга қайси дори?» деган савол клиник амалиётда тез-тез учрайди. Лекин симптомдан препаратга тўғридан-тўғри ўтиш оралиқдаги энг муҳим босқични — ташхис ва бутун инсонни баҳолашни — ўтказиб юборади. Уйқусизлик депрессия, гипомания, хавотир, оғриқ, модда таъсири ёки уйқу бузилишида бўлиши мумкин. Бир хил шикоят турли механизм ва турли даволаш қарорларига олиб келади.

1 47.1. Симптом, синдром ва ташхисни ажратиш

Симптом — алоҳида белги; синдром — ўзаро боғлиқ белгилар йиғиндиси; ташхис эса белгиларнинг давомийлиги, кечиши, сабабий контексти ва истисно қилинадиган ҳолатларни қамраб олади. «Кучим йўқ» деган шикоятнинг ўзи антидепрессант танлаш учун етарли эмас. Қизиқишнинг йўқолиши, тушкун кайфият, айбдорлик, психомотор ўзгариш, уйқу-иштаҳа ва функционал пасайиш қандай бириккани аниқланади.

Униполяр депрессия гумонида ҳам аввалги кўтаринки ёки кескин таъсирчан кайфият даврлари, уйқуга эҳтиёж камайиши, ортиқча фаоллик ва импульсив қарорлар сўралади. Психотик белгилар, кататония, фаол суицид хавфи, туғруқдан кейинги оғир ҳолат ва моддага боғлиқ синдром даволаш йўлини алоҳида ўзгартиради. Бундай вазиятда «энг мос антидепрессант»дан олдин ёрдамнинг шошилинчлиги ҳал қилинади.

2 47.2. Бир симптом — бир медиатор эмас

Ангедонияни фақат дофамин етишмаслиги, хавотирни фақат серотонин камлиги, чарчоқни фақат норадреналин танқислиги деб тушунтириш ўқув схемаси сифатида ҳам эҳтиёткорликни талаб қилади. Бу симптомларнинг ҳар бири бир неча тармоқ, психологик жараён ва ташқи омил билан боғлиқ. Қон ёки сийдикдаги оддий медиатор таҳлили миядаги синаптик фаолиятни тўғридан-тўғри кўрсатмайди.

Шунинг учун «сизда дофамин кам, демак фақат фалон дори ишлайди» деган хулоса ишончли клиник йўл эмас. Препарат механизми танловда муҳим, аммо клиник самара механизмининг содда номидан келиб чиқмайди. Беморга «бу дори сизнинг белгиларингиз ва умумий ҳолатингиз учун мақбул вариантлардан бири; самара ва ножўя таъсирни кузатиб қарорни қайта кўрамиз» дейиш аниқроқ.

3 47.3. Клиник профиль қандай тузилади?

Клиник профиль фақат симптомлар рўйхати эмас. Унда энг қийналтираётган белгилар, кундалик ҳаётга таъсир, давомийлик, аввалги эпизодлар, мавжуд даволашлар ва бемор учун муҳим натижа бирлашади. Масалан, уйқуси ёмон бемор учун мақсад фақат тез ухлаш эмас, эртаси куни ҳушёр туриб фарзандини мактабга олиб бориш ҳам бўлиши мумкин.

Хавотир устун бўлса, унинг депрессив эпизод доирасидами ёки мустақил паник, обсессив-компульсив, травма билан боғлиқ ёки бошқа бузилиш эканлиги ажратилади. Оғриқ устун бўлса, оғриқнинг соматик сабаби ва функцияга таъсири баҳоланади. Когнитив шикоятларда диққат, уйқу, дори таъсири, модда истеъмоли ва неврологик ҳолат ҳисобга олинади. Шикоятни «ниқобланган депрессия» деб аташ соматик текширувни автоматик бекор қилмайди.

4 47.4. Аввалги жавобни қандай ўқиш керак?

«Бу дори ёрдам бермаган» деган иборани аниқлаштириш зарур: қайси препарат, қандай доза, қанча вақт, қай даражада мунтазам қабул қилинган, нима сабаб тўхтатилган? Уч кундан кейин кўнгил айниши сабабли тўхтатилган препаратни етарли самарасиз синов деб ҳисоблаб бўлмайди. Аммо ножўя таъсир туфайли қабул қила олмасликнинг ўзи ҳам кейинги танлов учун муҳим маълумот.

Аввал яхши жавоб бўлган препарат мақбул номзод бўлиши мумкин, лекин ўша пайтдаги ва ҳозирги шароит бир хил эмас. Янги юрак касаллиги, ҳомиладорлик, жигар ёки буйрак фаолияти ўзгариши, бошқа дорилар ва аввал кузатилган гипомания қарорни ўзгартириши мумкин. Оила аъзосида яхши ишлаган дори беморда ҳам албатта ишлайди дегани эмас.

5 47.5. Ножўя таъсир — иккинчи даражали масала эмас

Седатив таъсир уйқусизликдан қийналган одам учун фойдали кўриниши мумкин, аммо ҳайдовчи ёки баландликда ишлайдиган шахс учун хавф туғдиради. Вазн ортиши кам овқатланаётган одамда ҳам автоматик афзаллик эмас; метаболик хавф ва бемор муносабати ҳисобга олинади. Жинсий ножўя таъсир ҳақида сўрамаслик унинг йўқлигини англатмайди. У яширинча даволашни тўхтатишга сабаб бўлиши мумкин.

Кекса ёш, йиқилиш хавфи, қон кетишга мойиллик, гипонатриемия хавфи, юрак ритми, тутқаноқ тарихи ва бир вақтда қабул қилинаётган дорилар муҳим. Ностероид яллиғланишга қарши воситалар, антикоагулянтлар, диуретиклар, оғриқ қолдирувчилар, ўсимлик қўшимчалари ва рецептсиз дорилар ҳам рўйхатга киритилади. «Фақат психиатрия дориларини» сўраш ўзаро таъсирнинг катта қисмини кўринмас қилади [47.2].

6 47.6. Бемор танловини клиник қарорга қўшиш

Ҳамкорликда қарор қабул қилиш беморга тайёр рўйхатдан дори танлатиш эмас. Мутахассис мақбул вариантларни, кутилган фойда ва хавфларни тушунтиради; бемор эса ўз ҳаёт шароити, афзалликлари ва қабул қила олмайдиган таъсирларни айтади. Кейин умумий қарор ва уни қайта кўриш санаси белгиланади.

Айрим одамлар психотерапияни афзал кўради; бошқалари суҳбатга қатнашишга ҳозирча кучи етмаслигини айтади. Хизматнинг мавжудлиги, бориб-келиш, тил, харажат ва махфийлик шароити ҳам реал омиллар. Имконсиз режани «идеал тавсия» сифатида ёзишдан кўра, амалга ошириладиган ва хавфсиз режа тузиш самаралироқ. Беморнинг доридан хавотирини «саводсизлик» деб баҳоламасдан, айнан нимадан қўрқаётганини эшитиш керак.

7 47.7. Шартли клиник мисоллар

Биринчи беморда уйқусизлик ва тушкунлик бор; у тунги ҳайдовчи. Иккинчи беморда шундай белгилар бор, аммо у кундузги қаттиқ уйқучанлик ва уйқу апноэсига гумон билан келган. Иккаласига ҳам «ухлатувчи антидепрессант»ни бир хил мантиқ билан танлаш хато. Биринчисида иш хавфсизлиги, иккинчисида нафас билан боғлиқ уйқу бузилиши алоҳида аҳамиятга эга. Ҳар иккисида депрессив синдромнинг ўзи ҳам тўлиқ баҳоланади.

Учинчи бемор антидепрессантдан кейин «жуда тез тузалганини» айтади: уч кеча кам ухлаган, кўп пул сарфлаган ва ўзини одатдагидан фавқулодда қудратли ҳис қилган. Бу оддий яхши жавоб деб ёзилмайди. Даволашга боғлиқ фаоллашув, гипомания ёки мания эҳтимоли текширилади. Танлов алгоритми униполяр депрессия доирасидан чиқиши мумкин.

8 47.8. Қарорни ҳужжатлаштириш

Қайдда «дори танланди»дан кўра қарор мантиғи кўриниши керак: ишчи ташхис; асосий мақсад; танланган вариант сабаби; муҳим хавфлар; муқобил вариант; бемор афзаллиги; кузатув режаси. Бу кейинги шифокор учун ҳам, ўзингизнинг кейинги таҳлилингиз учун ҳам фойдали.

Бобнинг асосий қоидаси: симптом даво танловини йўналтиради, аммо якка ўзи белгиламайди. Самарага эришиш учун ташхиснинг тўғрилиги, препаратнинг мақбуллиги, психотерапевтик эҳтиёж, қабул қилиш имконияти ва кузатув бирга ишлаши керак.

9 47.9. Танлов матрицаси

Танловни тартиблаш учун бешта саволдан иборат матрица тузиш мумкин. Биринчи савол: ушбу вариант ташхис ва эпизод оғирлиги учун асослими? Иккинчи савол: беморнинг соматик ва психиатрик хавфлари билан мосми? Учинчи савол: аввалги жавоб ёки ножўя таъсир нимани кўрсатади? Тўртинчи савол: бемор уни амалга ошира оладими? Бешинчи савол: самарасизлик ёки зарарни қандай ва қачон пайқаймиз?

Бу матрица препаратларнинг сохта рейтингини яратиш учун эмас. Бир дори ўртача гуруҳда яхши натижа берса ҳам, конкрет одам учун номақбул бўлиши мумкин. Масалан, яхши кўтариладиган препаратнинг маҳаллий таъминоти узилиб турса, мунтазам қабул қилиш қийинлашади. Қиммат психотерапия дастурига бемор икки мартадан ортиқ боролмаса, назарий сифат амалий натижага айланмайди. Реал имконият клиник қарорнинг ташқи эмас, ички қисми ҳисобланади.

Ҳар бир вариант учун «нима сабабли танладим?» билан бирга «нима сабабли танламадим?»ни ҳам ёзиш ўқувда фойдали. Аммо клиник ҳужжат узун фармакология иншосига айланмаслиги керак. Қарорни ўзгартирган икки-уч асосий далил етарли. Кейин натижа бошқача бўлса, шу мантиқ қайта текширилади.

10 47.10. Уйқусизлик ва чарчоқнинг икки қирраси

Уйқусизлик устун бўлганда седатив таъсирли вариантни ўйлаш табиий. Лекин уйқу бузилишининг тури аниқланмасдан танлов қилиш мумкин эмас. Ухлаб қолиш қийинми, эрта уйғонишми, тунги ваҳимами, оғриқми ёки иш графигими? Бемор кундузи ухлаб қоляптими? Алкоголь ёки бошқа седатив воситалар борми? Бир препаратнинг «ухлатиши» бу саволларга жавоб бермайди.

Чарчоқда ҳам сергаклаштирувчи таъсирни қидиришдан олдин уйқу, овқатланиш, анемияга хос белгилар, эндокрин ҳолат ва дорилар қайта кўрилади. Депрессияда фаоллик камайгани жисмоний тайёргарликни пасайтириб, оддий ҳаракатни ҳам оғирлаштириши мумкин. Бунда фақат дори билан энергия бериш эмас, босқичма-босқич фаолиятни тиклаш режаси зарур.

«Эрталаб тура олмаяпман» деган икки бемордан бири кеч ухлагани учун уйқуси тўймайди, иккинчиси эрта уйғониб ётоқда соатлаб айбдорлик фикрларида қолади. Учинчисида эса тунги седатив таъсир кундузга ўтади. Симптом номи бир хил, клиник қарорлари турлича. Мана шу фарқни аниқлаш симптомдан давога ўтишнинг асосий маҳоратидир.

11 47.11. Психотерапиянинг мослигини танлаш

Психотерапия танловида ҳам «ҳаммага бир усул» ёндашуви тўғри эмас. Фаолиятдан узилиш ва қочиш устун бўлса, хулқ-атвор фаоллашуви мақсадга яқин бўлиши мумкин. Такрорий салбий талқинлар ва дисфункционал ишончлар билан ишлашда когнитив-хулқ-атвор ёндашуви муҳокама қилинади. Муносабатлар ва роль ўзгаришлари марказда бўлса, интерперсонал йўналиш фойдали бўлиши мумкин. Бу мисоллар қатъий бир-бирини истисно қилувчи қоида эмас.

Усулдан ташқари терапевт малакаси, структура, мақсадлар, бемор тили ва маданий контекст муҳим. «Суҳбатлашдик» дегани тузилган психотерапиянинг етарли синови дегани эмас. Худди шундай, уй вазифасини бажара олмаган беморни «психотерапияга яраамайди» деб баҳолашдан олдин вазифа унинг диққати, саводхонлиги ва кундалик шароитига мослаштирилганми, деб сўраш керак.

Оғир депрессияда психотерапияни қисқа, тушунарли ва қўллаб-қувватловчи форматдан бошлаш талаб этилиши мумкин. Инсондан дарҳол мураккаб когнитив таҳлил кутиш уни чарчатади. Клиник мақсад усулга мос одамни қидириш эмас, далилга асосланган усулни инсон эҳтиёжига масъулият билан мослаштиришдир.

12 47.12. Хавфли соддалаштиришлар

«Иштаҳаси йўқ, демак вазн оширадиган дори энг яхши» деган хулоса тўлиқ эмас. Иштаҳа пасайиши ортида оғир депрессия, соматик касаллик, кўнгил айниши ёки овқатланиш бузилиши бўлиши мумкин. Вазн ортишини бемор қандай қабул қилиши, метаболик хавф ва умумий даволаш мақсади ҳисобга олинади. Бир ножўя таъсирни фойдага айлантириш мумкин, аммо бу препаратнинг барча бошқа хусусиятини йўқ қилмайди.

«Хавотири бор, демак кучлироқ тинчлантириш керак» деган хулоса ҳам ҳар доим тўғри эмас. Акатизия, гипомания, моддани бекор қилиш ёки психотик қўрқув хавотирга ўхшаб кўриниши мумкин. Симптомни босиш сабабни яшириб қўймаслиги керак. Айниқса тез ўзгарган ҳолатда анамнез ва дорилар вақти билан боғлиқлик муҳим.

«Ёш, соғлом, унга мониторинг керак эмас» деган фикр эса хавфни кўринмас қилади. Ёш беморда ҳам суицидал фикрлар, модда истеъмоли, юрак ритмига ирсий мойиллик ёки ҳомиладорлик эҳтимоли бўлиши мумкин. Мониторингнинг ҳажми индивидуал бўлади, аммо нолга тенг эмас.

13 47.13. Шартли клиник мисол: бемор учун муҳим натижа

41 ёшли таржимонда депрессия, хавотир ва уйқусизлик бор. У учун энг катта қўрқув «миям туман бўлиб, ишлай олмай қоламан» эди. Шифокор бу хавотирни шунчаки дорига қарши муносабат деб қабул қилмади. Кундузги ҳушёрлик, когнитив иш юкламаси ва даволашнинг қабул қилинарлилиги мақсадларга киритилди.

Кейинги учрашувда фақат уйқу соати эмас, матн устида қанча вақт ишлай олиши ва хатолари ҳам муҳокама қилинди. Агар уйқу яхшиланиб, кундузги иш қобилияти кескин пасайса, бу «идеал жавоб» ҳисобланмасди. Мисол клиник танлов симптом ва инсон қадриятлари кесишган жойда амалга ошишини кўрсатади.

14 47.14. Амалий машқ: қарорни ҳимоя қилиш

Бир бемор учун икки мақбул вариантни ёзинг. Ҳар бирига битта кутилган фойда, битта муҳим хавф, битта амалий тўсиқ ва битта кузатув кўрсаткичини белгиланг. Кейин беморга тушунарли икки жумла билан фарқини изоҳланг. Агар изоҳ фақат «бу кучлироқ, бу юмшоқроқ»дан иборат бўлса, қарор мантиғини яна аниқлаштириш керак.

15 47.15. Клиник семинар: уч беморда ангедония

Биринчи бемор «ҳеч нарсадан завқ олмаяпман» дейди, аммо ўзи бошлаган фаолиятда қисқа муддатли енгиллик сезади. Асосий тўсиқ фаолиятни бошлаш, кучсизлик ва ўзини айблашдир. Иккинчи бемор фаолиятини сақлаган, лекин ҳиссий узоқлашиш ва «ҳеч нарса ҳис қилмаслик»дан шикоят қилади; бу ҳолат доза ўзгариши билан бир вақтда бошланган. Учинчи беморда қизиқиш йўқолиши билан бирга уйқуга эҳтиёж кескин камайиши ва таъсирчанлик бор.

Учаласида ҳам ангедония сўзи ишлатилган, аммо кейинги қадам бир хил эмас. Биринчисида депрессив синдром билан бирга фаолиятни тиклаш механизмига эътибор берилади. Иккинчисида қолдиқ депрессия ва эҳтимолий дори билан боғлиқ ҳиссий ўзгариш фарқланади. Учинчисида аралаш аффектив тасвир ёки биполярлик эҳтимоли текширилади. Ҳеч бирида «ангедония — дофамин кам — бир хил препарат» деган қисқа йўл етарли эмас.

Клиник семинарда ҳар бир бемор учун уч савол тузилади: белги қачон бошланган, қандай вазиятда ўзгаради ва яна қайси белгилар билан бирга келади? Кейин функционал мисол сўралади. «Қизиқиш йўқ» деган умумий ибора ўрнига «фарзандингиз билан ўтирганда нимани ҳис қиласиз?» ёки «аввал ёққан машғулотни бошлашга куч топа оласизми?» каби саволлар тасвирни аниқлаштиради.

Танловда бемор учун қайси натижа муҳимлиги ҳам сўралади. Бир одам учун ишга қайтиш, бошқаси учун фарзандларига яқинлик ҳиссини тиклаш, учинчиси учун хавфсиз уйқу режими устувор бўлиши мумкин. Бир симптомнинг ўзи ҳатто бир хил ташхисда ҳам турли даволаш мақсадларини билдириши мумкин.

16 47.16. Танловдан олдин тўхташ нуқталари

Тўлиқ анамнезсиз, дори рўйхатисиз ёки жорий хавфни билмасдан қарор қилиш керак бўлиб қолса, бу ноаниқлик қайд этилади ва маълумот тўлдирилади. Шошилинч ёрдам зарур бўлса, барча ҳужжатни кутиш эмас, хавфсизликни таъминлаш устувор. Аммо режали даволашда етишмаётган асосий маълумотни тахмин билан тўлдириш мумкин эмас.

Бемор тайёр препарат номи билан келиши ҳам қарорни автоматик белгиламайди. Унинг нега шу вариантни хоҳлаётганини сўраш керак: аввалги тажриба, таниш тавсияси, реклама ёки ножўя таъсирдан қўрқувми? Шу сабабни тушунгандан кейин клиник асос ва муқобиллар муҳокама қилинади. Ҳурматли суҳбат бемор сўраган ҳар қандай препаратни беришни англатмайди.

Охирги текширув саволи: «Агар бу даволаш натижа бермаса, мен қайси маълумотга қараб кейинги қарорни қиламан?» Агар жавоб йўқ бўлса, бошланғич ўлчов ва кузатув режаси етарли эмас. Танлов сифати фақат препаратда эмас, унинг натижасини қандай текширишда ҳам намоён бўлади.

17 47.17. Манбалар

[47.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, treatment choice and further-line treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[47.2] NHS Specialist Pharmacy Service. Considerations when choosing an alternative antidepressant. https://www.sps.nhs.uk/articles/considerations-when-choosing-an-alternative-antidepressant/

[47.3] WHO. Depressive disorder (depression). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression



V

ҚИСМ

ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

48-БОБ

Индивидуал даволаш режаси

Даволаш режаси рецептдан кенгроқ ҳужжатдир. У «нима қиламиз?» билан бирга «нима учун?», «ким бажаради?», «қачон қайта баҳолаймиз?» ва «аҳвол ёмонлашса нима қиламиз?» саволларига жавоб беради. Яхши режа клиник жиҳатдан асосли, бемор учун тушунарли ва унинг реал ҳаётида бажариладиган бўлади.

1 48.1. Бошланғич нуқта: муаммони умумий таърифлаш

Биринчи учрашув охирида шифокор ва бемор ҳеч бўлмаганда ишчи тушунчага эга бўлиши керак: қандай синдром кузатилмоқда, қайси маълумот етишмайди ва нимани ҳозир ҳал қилиш зарур. Ишчи ташхис кейин ўзгариши мумкин. Бу ноаниқликни яшириш ўрнига, қайси далилдан кейин қарор қайта кўрилишини тушунтириш ишончни оширади.

Бошланғич қайдда симптомлар, функция, уйқу, овқатланиш, модда истеъмоли, аввалги даволаш, соматик ҳолат ва хавф баҳоси бўлади. Шкала қўлланса, бир хил асбоб билан кейинги натижани солиштириш мумкин. Лекин шкала бали клиник суҳбатни ёки хавфни баҳолашни алмаштирмайди. Бир хил балл олган икки беморнинг хавфсизлиги ва ёрдам эҳтиёжи мутлақо фарқ қилиши мумкин.

2 48.2. Мақсадлар: симптомдан ҳаётгача

Мақсадларни уч қатламда белгилаш қулай. Биринчиси — хавфсизлик ва ҳаётий эҳтиёжлар: ўзини шикастлаш хавфини камайтириш, овқат-сув қабул қилиш, оғир уйқусизлик ёки психотик белгиларни бошқариш. Иккинчиси — депрессив симптомларни камайтириш. Учинчиси — ҳаёт функцияси: иш, ўқиш, оилавий муносабат, ўзини парвариш қилиш ва қизиқишларга қайтиш.

«Яхши бўлиш»ни ўлчаш қийин. «Ҳафтада уч марта ўн дақиқа уйдан чиқиш», «эрталабги ювиниш ва нонуштани тиклаш», «ишга босқичма-босқич қайтиш режасини тузиш» каби мақсадлар аниқроқ. Лекин мақсад бемор имкониятига мос бўлиши керак. Оғир эпизодда бажарилмайдиган катта вазифа қўйиш айбдорликни кучайтириши мумкин.

3 48.3. Амбулатор ёки стационар ёрдам

Ёрдам жойи фақат ташхис кодига қараб танланмайди. Фаол суицид нияти ёки хавфсизликни таъминлаб бўлмаслиги, оғир психоз, кататония, овқат-сувдан воз кечиш, жиддий ўзини қаровсиз қолдириш ёки хавфли мания шошилинч мутахассис баҳосини талаб қилади. Стационар зарурати клиник ҳолат ва маҳаллий қонун-қоидалар асосида белгиланади.

Амбулатор даволашда беморнинг учрашувларга келиши, дори ва асосий эҳтиёжларга етиша олиши, шошилинч алоқа имкони ва қўллаб-қувватловчи муҳити ҳисобга олинади. «Оиласи бор» дегани «хавфсиз» дегани эмас. Оилавий зўравонлик, таҳдид ёки мунтазам камситиш бўлса, яқинларни жалб қилишнинг ўзи ҳам хавфни ошириши мумкин. Ёрдам режаси беморнинг розилиги ва хавфсизлиги билан мувофиқлаштирилади.

4 48.4. Даволаш компонентларини бирлаштириш

Режа психотерапия, фармакотерапия, ижтимоий ёрдам ва соматик касалликни бошқаришни қамраб олиши мумкин. Ҳар бир компонентнинг вазифаси аниқ ёзилади. Масалан, дори депрессив синдромни камайтириш учун, хулқ-атвор фаоллашуви эса кундалик фаолиятни қайта қуриш учун танланиши мумкин. «Ҳаммасини қиламиз» деган ноаниқ рўйхат ўрнига навбат ва масъул шахс белгиланади.

Биринчи ҳафталарда беморнинг когнитив ва жисмоний қуввати чекланган бўлиши мумкин. Кўп маслаҳатни бирданига бериш ўрнига икки-уч асосий вазифа танланади. Кейин натижага қараб режа кенгайтирилади. Психотерапия машқлари бажарилмаган бўлса, буни иродасизлик деб эмас, вазифанинг мураккаблиги, тушунарлилиги, муҳит ва симптомлар билан боғлиқ равишда таҳлил қилиш керак.

5 48.5. Кузатув қачон ва нимани текширади?

Кузатув санаси «керак бўлса келинг» тарзида қолдирилмайди. Янги даволаш бошланганида симптомлар, ножўя таъсирлар, қабул қилиш тартиби, уйқу, фаоллашув ва хавф қайта кўрилади. Айниқса ёш катталарда, ўзини шикастлаш хавфи бор одамда ёки аҳвол тез ўзгараётганда учрашув эртароқ ва тез-тез бўлиши керак [48.1].

Учрашувнинг мақсади фақат дозани ошириш эмас. Бемор препаратни умуман олганми, уни қандай қабул қилмоқда, ҳақиқий харажат ёки қўрқув тўсиқ бўлаяптими, психотерапияни тушунганми — булар аниқланади. Дори тугаб қолиши ёки ножўя таъсир ҳақида хабар бериш учун қайси алоқа йўли ишлатилиши олдиндан айтилади. Онлайн кузатувда бемор турган жой ва шошилинч ёрдамга йўналтириш имкони маълум бўлиши муҳим.

6 48.6. Хавфсизлик режаси

Хавфсизлик режаси «ўзингизга зарар қилманг» деган ваъда эмас. У ёмонлашишнинг шахсий белгилари, вақтинча енгиллаштирувчи хавфсиз ҳаракатлар, мурожаат қилинадиган одамлар ва профессионал ёрдамга чиқиш йўлини қамраб олади. Хавфли воситаларга киришни камайтириш бемор билан ҳурматли тарзда муҳокама қилинади. Оила жалб этилса, вазифаси ва махфийлик чегараси аниқ бўлади.

Суицид хавфини паст, ўрта ва юқори деб баҳолайдиган шкала натижасигагина асосланиб беморни уйга жўнатиш ёки ёрдамни рад этиш мумкин эмас. Ҳозирги ният, режа, воситага кириш, аввалги ҳаракатлар, мастлик, психоз, ажитация ва ёрдам олиш имконияти индивидуал клиник таҳлил қилинади. Яқин хавф бўлса, одатдаги навбатни кутиш эмас, шошилинч ёрдам ташкил этиш зарур [48.2].

7 48.7. Амалий режа намунаси

Қуйидаги шакл тайёр рецепт эмас, клиник ёзув тузилмасидир. «Ишчи ташхис ва асос: … . Ҳозирги хавф ва уни бошқариш: … . Бемор учун энг муҳим икки мақсад: … . Танланган даволаш ва сабаби: … . Муҳокама қилинган муқобил вариант: … . Ножўя таъсир ёки ёмонлашишда ҳаракат: … . Кузатув санаси ва масъул мутахассис: … . Қайси натижага қараб режани ўзгартирамиз: … .»

Режа беморга тушунарли тилда берилади. «Аугментация», «ремиссия», «комплаенс» каби атамалар ишлатилса, маъноси изоҳланади. Шифокорнинг тушунтиргани беморнинг тушунгани билан бир хил эмас; бемордан режани ўз сўзлари билан қайтариб айтишни сўраш фойдали. Бу имтиҳон эмас, тушунтириш сифатини текшириш усулидир.

8 48.8. Шартли клиник мисол

45 ёшли ўқитувчи ўртача оғир депрессив эпизод билан мурожаат қилди. У ишга боришни давом эттирган, аммо уйда ётиб қолар ва ўзини «ҳаммага юк» деб ҳис қиларди. Фаол суицид режаси аниқланмади, лекин пассив ўлим истаги бор эди. Режада хавфсизлик ва эрта кузатув, бемор танлаган даволаш, иш юкламасини вақтинча камайтириш имконияти ва кундалик битта кичик фаолият белгиланди.

Кейинги учрашувда симптомлар билан бирга ишдан кейинги ҳолати ва овқатланиши баҳоланди. У бир вазифани бажара олмагани учун режа «муваффақиятсиз» деб топилмади; вазифа кичрайтирилди. Шу тарзда даволаш режаси назорат рўйхати эмас, клиник маълумотга жавоб берадиган тирик ҳужжатга айланди.

9 48.9. Режанинг вақт қатламлари

Режани биринчи кун, биринчи ҳафталар ва барқарорлашиш даврига ажратиш мумкин. Биринчи кунда хавфсизлик, ташхисга оид асосий ноаниқлик ва энг зарур ёрдам ҳал қилинади. Биринчи ҳафталарда қабул қилиш, ножўя таъсир, симптом динамикаси ва терапевтик ҳамкорлик текширилади. Барқарорлашишда қолдиқ белгилар, функция ва қайталанишнинг олдини олишга кўпроқ эътибор қаратилади.

Бу босқичлар қатъий календар эмас. Ҳолат ёмонлашса, хавфсизлик масаласи яна биринчи ўринга чиқади. Аксинча, симптом енгиллашгани билан узоқ вақт йўқотилган ижтимоий функция ўз-ўзидан тикланмаслиги мумкин. Шунинг учун «кайфияти яхши, даво тугади» деган хулосадан олдин ҳаётга қайтиш қандай кечаётгани сўралади.

Ҳар бир босқич учун икки турдаги белги белгиланади: кутилган ижобий ўзгариш ва режани тез қайта кўришга сабаб бўладиган салбий белги. Масалан, иштаҳа тикланиши ижобий; уйқуга эҳтиёж кескин камайиб, импульсивлик пайдо бўлиши эса қайта баҳолаш белгиси. Шу тарзда бемор ҳам «қайси ўзгаришни хабар қилиш муҳим?» деган саволга жавоб олади.

10 48.10. Масъулиятни аниқ тақсимлаш

Мураккаб даволашда психиатр, психолог, оилавий шифокор ва бошқа мутахассислар қатнашиши мумкин. Аммо иштирокчилар кўплиги автоматик равишда мувофиқлашган ёрдам дегани эмас. Ким асосий режани юритади, ким рецептни янгилайди, ким таҳлилни кўради ва ким беморга натижани хабар қилади — аниқ белгиланади.

«Таҳлил топширинг» деган кўрсатмадан кейин натижа ҳеч ким томонидан кўрилмай қолиши хавфли узилишдир. Шунинг учун буюртма билан бирга натижани қабул қилиш ва ҳаракат қилиш йўли ҳам ёзилади. Бошқа мутахассисга йўллашда мақсад аниқ бўлади: «соматик текширув» деган умумий иборадан кўра, қайси клиник гумон ёки хавф баҳоланиши кўрсатилади.

Бемор турли шифокорлардан қарама-қарши кўрсатма олса, буни унинг «нотўғри тушунгани»га йўйишдан олдин ҳужжатлар солиштирилади. Айниқса дори дозаси ва тўхтатиш тартибида бир хил режа бўлиши муҳим. Мувофиқлаштириш беморнинг ўзига барча маълумотни етказиб юриш юкини ортмаслиги керак.

11 48.11. Махфийлик ва оила иштироки

Бемор катта ёшли ва қарор қабул қилиш қобилияти сақланган бўлса, оиласи билан нимани бўлишиш унинг розилиги билан белгиланади. Яқинлар дори қабул қилиш, овқатланиш ёки эрта белгиларни кузатишда ёрдам бериши мумкин. Лекин уларни «назо-

ратчи»га айлантириш муносабатни бузиши ва беморнинг ҳақиқий аҳволини яширишини кучайтириши мумкин.

Масалан, бемор онасига учрашув саналарини айтишга рози, аммо шахсий муносабатлар ҳақидаги суҳбатни бўлишишни истамаслиги мумкин. Бу чегара қайд этилади. Шошилинч хавфда махфийликнинг қонуний истиснолари бўлиши мумкин, аммо маълумот эҳтиёждан ортиқ тарқатилмайди ва имкони борича беморга тушунтирилади.

Оилага «уни танқид қилманг» дейишнинг ўзи етарли эмас. Амалий мисол берилади: «Нега ҳали турмадинг?» ўрнига «Бугун нонушта қилишингизга қандай ёрдам керак?» деб сўраш. Бу даволаш ўрнини босмайди, лекин айбдорлик ва низони камайтирувчи муҳит яратишга ёрдам беради.

12 48.12. Онлайн форматнинг чегаралари

Онлайн қабул қулай, аммо у ҳам клиник хизматдир. Учрашув бошида шахс, турган жой, махфий суҳбат имкони ва алоқа узилгандаги режа аниқланади. Беморнинг ёнида бошқа одам бор-йўқлиги сўралади; камерада кўринмаган муҳит суҳбат эркинлигига таъсир қилиши мумкин.

Оғир ажитация, онг чалкашиши, интоксикация, кататония ёки яқин хавф онлайн форматда етарлича баҳоланмаслиги мумкин. Бундай ҳолатда видеоқўнғироқни узоқ давом эттириш эмас, жойида ёрдамни ташкил этиш устувор. Онлайн форматни бемор хоҳлагани уни барча ҳолатда хавфсиз қилмайди. Шу билан бирга, масофа сабабли ҳеч қандай ёрдам ололмаётган одамга онлайн қабул муҳим кириш эшиги бўлиши мумкин.

Хабарлар орқали кузатувда жавоб бериш вақти ва фавқулодда мурожаат йўли аниқ айтилади. «Истаган вақт ёзинг» деган ибора беморда кечаси ҳам зудлик билан жавоб кутиш тасаввурини туғдириши мумкин. Агар хизмат бундай имкониятга эга бўлмаса, бу чегара олдиндан очиқ тушунтирилади.

13 48.13. Шартли клиник мисол: режа ҳаётга сиғмаганида

37 ёшли уч фарзандли аёлга ҳафтада икки марта терапия, ҳар куни узоқ машқ ва бир нечта кундалик юритиш тавсия қилинди. У кейинги қабулда ҳеч нарсани бажара олмагани учун ўзини айблади. Таҳлилда асосий муаммо мотивация эмас, бола парвариши, транспорт ва куч-қувват чеклови экани маълум бўлди.

Режа қисқартирилди: битта асосий учрашув формати, бир қисқа кундалик белги ва оила билан келишилган амалий ёрдам. Даволашнинг клиник мақсади сақланди, аммо бажариш усули ўзгарди. Муваффақият беморни идеал дастурга мослаштиришда эмас, дастурни хавфсиз ва асосли тарзда бемор ҳаётига мослаштиришда бўлди.

14 48.14. Амалий машқ: режадаги бўшлиқни топинг

«Депрессия. Дори бошланди. Психотерапия тавсия қилинди. Бир ойдан кейин келсин» деган қайдни таҳлил қилинг. Унда хавф, мақсад, препаратни тушунтириш, ножўя таъсирда ҳаракат, психотерапиянинг қайси тури ва унга кириш имкони, эрта алоқа йўли кўринмайди. Ҳар бир бемор учун узун ҳужжат шарт эмас, аммо муҳим клиник боғланишлар йўқолмаслиги керак.

Қайдни қисқа, лекин тўлиқ қилиб қайта ёзинг: ишчи ташхис ва асос; жорий хавф; бемор танлаган мақсад; даволаш; қайта алоқа ва кузатув. Сўнг «агар мен эртага ишда бўлмасам, бошқа мутахассис бу режадан нима қилиши кераклигини тушунадими?» деб текширинг. Бу савол режанинг амалий сифатини кўрсатади.

15 48.15. Клиник семинар: икки хил хавфсизлик муҳити

Икки беморда ўхшаш депрессив белгилар ва пассив ўлим истаги бор. Биринчиси хавфли фикрларини очиқ айтади, ишончли яқин кишиси бор ва тез қабулга кела олади. Иккинчиси уйда таҳдид остида, алоқа воситаси чекланган ва ёрдам сўрашини оиласи назорат қилади. Симптомлар шкаласи бир хил бўлса ҳам, ёрдам режаси бир хил бўлолмайди.

Биринчи беморда амбулатор кузатув ва келишилган хавфсизлик режаси мақбул бўлиши мумкин, лекин барибир индивидуал хавф баҳоси зарур. Иккинчи беморда хавфсиз муҳит, махфий алоқа ва тегишли хизматларга йўналтириш биринчи ўринга чиқади. «Яқинларига айтинг» деган умумий тавсия бу ерда зарар келтириши мумкин. Ҳар бир қадам беморнинг реал шароити билан солиштирилади.

Бу семинар режа фақат тиббий симптомлардан тузилмаслигини кўрсатади. Қарор қабул қилиш қобилияти, таҳдид, модда истеъмоли, овқатланиш, турар жой ва транспорт каби омиллар хавфсизликка бевосита таъсир қилади. Беморнинг аҳволини «паст хавф» деб номлаш бу маълумотларнинг ўрнини босмайди.

Семинарда ўқувчи ҳар икки бемор учун бир кунлик ва бир ҳафталик режа тузади. Қайси маълумотни ҳозир олиш керак, ким билан боғланиш мумкин, қайси маълумотни бўлишишга розилик бор ва алоқа узилса нима қилиш кераклиги ёзилади. Жавоблар маҳаллий хизмат имконияти билан текширилади; мавжуд бўлмаган хизмат ёки алоқа рақами ўйлаб топилмайди.

16 48.16. Режани қайта кўриш сабаблари

Режали қабул санасини кутмасдан қайта баҳолашга сабаб бўладиган ҳолатлар олдиндан белгиланади. Жиддий ножўя таъсир, янги психотик ёки маниак белгилар, овқат-сув қабул қилишнинг кескин пасайиши, хавфли фикрлар кучайиши ёки қўллаб-қувватлаш муҳитининг йўқолиши шулар жумласидандир. Бемор бу ўзгаришларни «шифокорни безовта қилмай» яширмаслиги керак.

Кузатувга келмаслик ҳам маълумотдир. Бу тузалиш, транспорт муаммоси, уялиш, пул етишмаслиги ёки ёмонлашиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Олдиндан келишилган алоқа ва махфийлик қоидалари доирасида сабабни аниқлаш режаси бўлади. Беморнинг розилиги ва хизмат чегаралари сақланади; назоратсиз таъқиб ҳам, хавфли узилишни бутунлай эътиборсиз қолдириш ҳам мақбул эмас.

Режа ўзгарганда сабаб қисқача қайд этилади. Бу кейинги мутахассисга даволаш нега ўзгарганини тушунишга ёрдам беради ва бир хил хатони такрорлашдан сақлайди. Клиник ҳужжатнинг қиймати кўп ёзилганида эмас, муҳим қарорлар ўртасидаги боғланиш сақланганидадир.

17 48.17. Манбалар

[48.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[48.2] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

[48.3] WHO. Mental Health Gap Action Programme guideline, 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

49-БОБ

Антидепрессантлар синфлари ва препарат карточкалари

Ушбу боб мутахассислар учун ўқув маълумотидир, индивидуал рецепт эмас. Келтирилган дозалар муайян Буюк Британия расмий SmPC йўриқномаларидаги катталарнинг депрессив эпизодига тегишли мисоллардир. Ўзбекистондаги рўйхатдан ўтган препарат йўриқномаси, дори шакли, бемор ёши, ҳомиладорлик, жигар-буйрак ҳолати ва ўзаро таъсирлар алоҳида текширилади. Болаларга катталар дозасини кўчириш мумкин эмас. Дозани ўзгартириш ва препаратни тўхтатиш даволовчи шифокор билан амалга оширилади.

1 49.1. Синф номи нимани айтади ва нимани айтмайди?

SSRI серотониннинг қайта қамраб олинишини селектив тўсади. SNRI серотонин ва норадреналин қайта қамраб олинишига таъсир этади. Трициклик антидепрессантлар бир нечта рецептор ва транспортёрларга таъсир кўрсатади; MAOI моноаминоксидаза ферментини тўсади. Миртазапин, вортиоксетин, агомелатин ва бошқа воситаларнинг таъсир профили бу қисқа синфлашга тўлиқ сиғмайди.

Бир синфдаги препаратлар ҳам ярим чиқарилиш даври, ферментларга таъсири, QT интервалига таъсир, бекор қилиш белгилари ва дори шакли бўйича фарқ қилади. Шунинг учун «барчаси SSRI, демак бир хил» деган ёндашув етарли эмас. Янги препарат эскисидан автоматик равишда самаралироқ ёки хавфсизроқ эмас. Танлов клиник эҳтиёж, хавф, аввалги жавоб ва бемор афзаллиги билан боғланади.

2 49.2. Карточка 1: сертралин

Синфи: SSRI. Кўрсатилган йўриқномада катталар депрессив эпизоди учун бошланғич доза 50 мг/кун. Зарур бўлса, дозалар ораси камида бир ҳафта сақланиб, 50 мг қадам билан оширилади; максимал доза 200 мг/кун [49.1]. Бу юқори чегарага албатта етиш керак дегани эмас. Жавоб ва кўтара олишга қараб энг мақбул доза танланади.

Кузатувда меъда-ичак безовталиги, уйқу ўзгариши, жинсий функция, фаоллашув ва суицидал фикрлар динамикаси сўралади. Серотонинергик дорилар билан бирга қабул қилиш серотонин синдроми хавфини ошириши мумкин. Қон кетиш хавфи, натрий пасайишига

мойиллик ва жигар касаллиги алоҳида ҳисобга олинади. Беморга дастлабки ножўя таъсирлар ҳақида олдиндан маълумот берилади, лекин барча нохуш ҳолат «ўтиб кетади» деб камситилмайди.

3 49.3. Карточка 2: эсциталопрам

Синфи: SSRI. Катталарнинг катта депрессив эпизодида одатда 10 мг/кун; жавобга қараб 20 мг/кунгача ошириш мумкин. Кекса ёш, жигар функцияси ва бошқа махсус ҳолатларда бошланғич ва максимал дозалар фарқ қилиши мумкин [49.2]. Дозани бошқа SSRI билан миллиграммга-миллиграмм тенглаштириб бўлмайди.

QT интервалига таъсир муҳим хавфлардан бири. Юрак касаллиги, электролит бузилиши ёки QT ни узайтирадиган бошқа препарат бўлса, қўшимча баҳолаш керак. Жинсий ножўя таъсир, кўнгил айниши, уйқу ва фаоллашув кузатилади. «Юмшоқ дори» деган умумий таъриф қарши кўрсатмалар ва ўзаро таъсирни текширмасликка баҳона эмас.

4 49.4. Карточка 3: флуоксетин

Синфи: SSRI. Келтирилган UK SmPCда катталар депрессияси учун 20 мг/кун тавсия этилади; етарли жавоб бўлмаганда аста оширилиб, 60 мг/кунгача қўлланиши мумкин [49.3]. Бошқа мамлакат ёки кўрсатмадаги чегарани ушбу карточка билан аралаштирмаслик керак.

Флуоксетин ва фаол метаболитининг узоқ сақланиши дори тўхтатилгандан кейин ҳам ўзаро таъсир давом этишини англатади. Бу хусусият айрим вазиятда қабулни ўтказиб юбориш таъсирини юмшатиши мумкин, аммо препаратни алмаштиришни мураккаблаштиради. CYP2D6 билан боғлиқ ўзаро таъсирлар текширилади. Узоқ ярим чиқарилиш даври «хоҳлаганча тўхтатиб-бошлаш мумкин» дегани эмас.

5 49.5. Карточка 4: венлафаксин

Синфи: SNRI. Ушбу мисол оддий, тез ажралувчи таблетка йўриқномасига тегишли: бошланғич 75 мг/кун икки қабулга бўлинади; заруратда, индивидуал баҳолаш билан, 375 мг/кунгача оширилиши мумкин [49.4]. Узайтирилган ажралишли шаклда қабул тартиби бошқача; унинг йўриқномаси алоҳида ўқилади. Бу карточка юқори дозада амбулатор даволашни ўзбошимчалик билан бошлаш учун схема эмас.

Артериал босим ва пульс, фаоллашув, жинсий ножўя таъсир ва бекор қилиш белгиларига эътибор берилади. Буйрак ёки жигар фаолияти бузилганда дозани мослаштириш талаб қилиниши мумкин. Препаратни кескин тўхтатиш айрим беморларда сезиларли нохуш белгиларга олиб келади. Доза оширишдан олдин қабул мунтазамлиги ва аввалги дозадаги ҳақиқий жавоб текширилади.

6 49.6. Карточка 5: дулоксетин

Синфи: SNRI. Келтирилган йўриқномада катталар катта депрессив бузилиши учун бошланғич ва сақлаб турувчи доза 60 мг/кун. 120 мг/кунгача дозалар ўрганилган, аммо 60 мгда жавоб бўлмаган ҳар бир одамда юқори доза қўшимча самара беради деган хулоса чиқарилмайди [49.5].

Босим, жигар ва буйрак ҳолати, алкоголь истеъмоли ва ўзаро таъсирлар текширилади. Оғриқ синдроми билан бирга депрессияда дулоксетин мақбул вариант бўлиши мумкин, лекин ҳар қандай оғриқни у билан даволаш дегани эмас. Оғриқнинг сабаби, препаратнинг айнан шу кўрсатма учун рухсат этилганлиги ва умумий хавф-фойда нисбати баҳоланади.

7 49.7. Карточка 6: миртазапин

Синфи: норадренергик ва специфик серотонинергик таъсирли антидепрессант. Келтирилган SmPCда бошланғич доза 15 ёки 30 мг/кун; одатий самарали диапазон 15–45 мг/кун [49.6]. Седатив хусусияти қабул вақти ва кундузги фаолиятни режалаштиришда ҳисобга олинади.

Уйқучанлик, иштаҳа ва вазн ортиши муҳим. «Кам дозада доим кўпроқ ухлатади, юқори дозада эса ҳеч ухлатмайди» деган қоида индивидуал реакцияни ишончли башорат қилмайди. Иситма, томоқ оғриғи ёки бошқа инфекция белгилари пайдо бўлса, кам учрайдиган қон ҳужайралари бузилиши эҳтимоли ҳам клиник баҳоланади. Уйқуни яхшилаш депрессив синдром тўлиқ бартараф бўлди дегани эмас.

8 49.8. Трицикликлар, MAOI ва бошқа препаратлар

Трицикликлар айрим клиник вазиятларда самарали бўлиши мумкин, аммо антихолинергик таъсирлар, ортостатик гипотензия, юрак ўтказувчанлиги ва ортиқча қабул қилишдаги токсиклик танловни чеклайди. Доза препарат, кўрсатма ва беморга қараб катта фарқ қилади; шунинг учун бу ерда «трицикликлар учун умумий доза» берилмайди. Суицид хавфи бор беморда бериладиган миқдор ва хавфсиз сақлаш масаласи алоҳида кўрилади.

MAOIни тайинлашда серотонинергик ва симпатомиметик воситалар, овқат билан ўзаро таъсир ва препаратлар орасидаги танаффус муҳим. Бу синфга ўтиш мутахассис назоратини талаб қилади. Барча MAOI бир хил эмас; қайтар ва қайтмас ингибиторларнинг қоидалари аралаштирилмайди. Флуоксетиндан MAOIга ўтишда узоқ танаффус талаб этилиши унинг нега оддий «эртасига алмаштириш»га тўғри келмаслигини кўрсатади [49.7].

Бошқа воситаларни баҳолашда ҳам шу карточка мантиғи сақланади: расмий кўрсатма; таъсир профили; дозани белгилайдиган омил; ўзаро таъсир; лаборатор ёки клиник мониторинг; тўхтатиш хусусияти. Жигар мониторинги талаб қилинадиган препаратда уни «кейин текширамиз» деб ўтказиб юбориш, ёки тутқаноқ хавфи бўлган одамда тегишли қарши кўрсатмани эътиборсиз қолдириш мумкин эмас.

9 49.9. Барча карточкалар учун хавфсизлик қоидаси

Дорилар рўйхатида рецептсиз восита ва қўшимчалар ҳам бўлади. Серотонин синдромига гумон уйғотувчи тез ривожланган ажитация, терлаш, иситма, диарея, тремор, клонус ёки гиперрефлексия оддий «дорига ўрганиш» деб баҳоланмайди; шошилинч тиббий кўрик талаб қилинади. Янгидан пайдо бўлган мания белгилари ҳам даволашни тез қайта баҳолашга сабабдир.

Бир препарат дозасини ошириш, иккинчисини қўшиш ва психотерапияни бошлашни бир кунда сабабсиз амалга ошириш натижани талқин қилишни қийинлаштиради. Ҳар бир ўзгаришнинг мақсади ва кузатув нуқтаси қайд этилади. Карточка шифокор фикрлашини тартибга солади, лекин унинг ўрнини босмайди.

10 49.10. Доза, дори шакли ва қабул вақти

Доза рақами дори шаклидан ажратилмайди. Оддий таблетка, узайтирилган ажралишли капсула, оғизда эрийдиган шакл ва суюқ эритма бир хил фаол моддага эга бўлиши мумкин, аммо қабул тартиби ва бўлиш мумкинлиги фарқ қилади. Узайтирилган ажралишли воситани майдалаш ёки капсулани очиш ҳар доим мумкин эмас; конкрет йўриқнома текширилади. Савдо номи ўхшаш бўлгани учун шакллар адаштирилмаслиги керак.

Суюқ препаратда миллилитр билан миллиграммни аралаштириш жиддий хато келтириб чиқаради. Рецепт ва тушунтиришда концентрация ва қабул қилинадиган миқдор аниқ бўлади. «Бир қошиқ» каби ноаниқ ўлчов ўрнига маҳсулотга мос ўлчов воситаси ишлатилади. Бу бобда суюқ шакллар дозаси берилмагани уларни таблеткага оддий кўчириш мумкин дегани эмас.

Қабул вақтини ўзгартириш айрим ножўя таъсирларни бошқаришга ёрдам бериши мумкин, аммо барча препаратга бир хил «эрталаб» ёки «кечқурун» қоидаси йўқ. Уйқучанлик, фаоллашув, овқат билан қабул қилиш талаби ва беморнинг кун тартиби ҳисобга олинади. Қабулни ўтказиб юборганда икки дозани бирданига қабул қилишни умумий тавсия сифатида бериш мумкин эмас; конкрет препарат йўриқномасига амал қилинади.

11 49.11. Титрациянинг мақсади

Титрация дозани режали ўзгартиришдир. У фақат юқори дозага тез етиш эмас, кўтара олишни баҳолаш ва клиник жавобни кузатиш жараёни. Жуда тез ошириш ножўя таъсирни кўпайтириши, жуда паст дозада узоқ қолиш эса самарани баҳолашни қийинлаштириши мумкин. Суръат препарат йўриқномаси ва бемор хусусиятларига мос белгиланади.

Катта ёшли, заиф, кўп дори қабул қиладиган ёки аввал кучли ножўя таъсир кўрган беморга алоҳида эҳтиёткорлик керак. Лекин «эҳтиёт бўлиш»ни беморни давосиз қолдириш билан тенглаштирмаслик зарур. Режада нима учун бошланғич доза шундай танлангани ва қайси белгига қараб ўзгариши кўрсатилади.

Бемор доза ошишини «касаллигим оғирлашди» деб тушуниши мумкин. Шунинг учун титрация баъзан режанинг одатий қисми экани тушунтирилади. Аксинча, доза камайтириш ҳам «шифокор ишончсиз» дегани эмас; ножўя таъсир ёки янги клиник маълумотга асосланган хавфсиз қарор бўлиши мумкин.

12 49.12. Фармакодинамика ва фармакокинетика

Фармакодинамик ўзаро таъсирда дориларнинг организмга таъсири қўшилади ёки бир-бирига зид келади. Масалан, бир нечта седатив восита уйқучанлик ва йиқилиш хавфини кучайтириши мумкин. Серотонинергик воситаларнинг бирга қўлланиши эса бошқа турдаги хавфни келтириб чиқаради. Шунинг учун «иккаласи турли синф, демак хавфсиз» деган фикр нотўғри.

Фармакокинетик ўзаро таъсирда бир препарат бошқасининг сўрилиши, метаболизми ёки чиқарилишини ўзгартиради. CYP ферментларига таъсир баъзи антидепрессантларда муҳим. Бу ҳолатда бир хил доза бошқа дори қўшилгандан кейин бошқача концентрация бериши мумкин. Дори тўхтатилганда ҳам ўзаро таъсир йўқолиб, аввалги препаратнинг таъсири ўзгариши эҳтимоли бор.

Амалиётда бутун рўйхат текширилади: психиатрия, кардиология, оғриқ, шамоллаш, ўсимлик қўшимчалари ва модда истеъмоли. Бемор «табиий» маҳсулотни дори деб ҳисобламаслиги мумкин. «Қўшимча нима қабул қиласиз?» деган очиқ савол ва қути-расмларни кўриш баъзан номларни ёддан санашдан аниқроқ маълумот беради.

13 49.13. Бошланғич мониторингни мослаштириш

Ҳар бир антидепрессантга бир хил таҳлил панели шарт эмас. Мониторинг препарат ва бемор хавфига мос бўлади. Масалан, босимга таъсир муҳим бўлган вариантда бошланғич босимни билмаслик кейинги ўзгаришни талқин қилишни қийинлаштиради.

QT хавфида ЭКГ ва электролит ҳолати, натрий пасайишига мойилликда тегишли назорат, жигарга хос хавфда жигар баҳоси кўриб чиқилади.

Бошланғич вазн, уйқу, жинсий функция ва меъда-ичак шикоятлари ҳам «мониторинг»нинг бир қисми. Фақат лабораторияга қараш бемор учун муҳим ножўя таъсирларни ўтказиб юборади. Натижа ҳар бир қабулда бир хил саволлар билан кузатилса, динамика аниқроқ кўринади.

Ҳомиладорлик ёки эмизишда даволамаслик хавфи ҳам, препарат таъсири ҳам муҳокама қилинади. Барча дорини кескин тўхтатиш хавфсизликнинг автоматик ечими эмас. Психиатр ва тегишли акушерлик-педиатрия мутахассислари билан индивидуал қарор талаб этилади. Ушбу катталар карточкалари махсус перинатал қарор ўрнини босмайди.

14 49.14. Шартли клиник мисол: бир хил ном, бошқа шакл

Бемор аввал узайтирилган ажралишли препарат қабул қилган, дорихонадан эса шу фаол модданинг бошқа шаклини олган. У «миллиграмми бир хил» деб аввалги қабул тартибини давом эттирган ва нохуш белгилар сезган. Шифокор дарҳол препаратга аллергия ёки резистентлик хулосаси чиқармади; қути, шакл, қабул соати ва ҳақиқий миқдор текширилди.

Мисолнинг ўқув қиймати шуки, дори тарихи фақат номдан иборат эмас. Шакл, доза, частота ва алмаштирилган сана бирга қайд этилади. Беморга дорихонада бошқа ишлаб чиқарувчи ёки шакл берилса, нимани текшириши кераклиги тушунтирилади.

15 49.15. Амалий машқ: хавфсиз карточка тузинг

Рўйхатда келтирилмаган бир препарат учун карточка тузмоқчи бўлсангиз, ишни хотирадан эмас, расмий йўриқномадан бошланг. Кўрсатма, ёш, шакл, доза, титрация, махсус популяциялар, қарши кўрсатмалар, асосий ўзаро таъсирлар ва мониторингни алоҳида ажратинг. Манба санаси ва мамлакатини ёзинг. Сўнг иккинчи марта рақамларни текширинг.

Агар йўриқномадаги маълумот маҳаллий маҳсулот билан мос келмаса, уни «универсал доза» деб чоп этманг. Карточканинг мақсади кўп рақам жойлаштириш эмас, клиник хатони камайтиришдир. Айниқса максимал доза, доза ошириш оралиғи ва алмаштиришдаги танаффус бир-биридан фарқли тушунчалар экани сақланади.

16 49.16. Клиник семинар: рецептни текшириш

Шартли рецептда фаол модда номи бор, аммо дори шакли ва қабул частотаси ёзилмаган. Беморда бир хил модданинг икки тури мавжуд. Бу рецепт фармакологик жиҳатдан «тўғри препарат» бўлса ҳам, амалий жиҳатдан хавфсиз эмас. Текширувда фаол модда, шакл, ҳар қабулдаги доза, кунлик қабул сони ва ўзгариш режаси аниқлаштирилади.

Иккинчи мисолда янги препарат қўшилган, аммо аввалги серотонинергик оғриқ қолдирувчи рўйхатга киритилмаган. Хато препаратлар бир-бирига таъсир қилмайди деган тахминда эмас, маълумот тўлиқ йиғилмаганида бўлди. Шунинг учун дори рўйхатини ҳар муҳим ўзгаришда қайта янгилаш керак. Бир ой аввалги рўйхат бугунги ҳолатни тўлиқ акс эттирмаслиги мумкин.

Учинчи мисолда бемор дорига яхши жавоб берган, лекин рецепт тугагани учун бир неча кун қабул қилмаган ва нохуш белгилар пайдо бўлган. Бу янги эпизодми, бекор қилиш белгисими ёки бошқа ҳолатми — клиник баҳоланади. Унга «дорига қарам бўлиб қолибсиз» деб айтиш ўрнига, қабул узилиши, препарат хусусияти ва кейинги хавфсиз режа тушунтирилади. Даволашни узлуксиз олиш имкони клиник самаранинг муҳим қисми экани кўринади.

17 49.17. Қисқа билим назорати

Савол: бир препарат учун кўрсатилган максимал доза барча беморга мақсадли дозами? Жавоб: йўқ; у расмий юқори чегара бўлиши мумкин, мақсадли доза эса фойда, ножўя таъсир ва махсус ҳолатларга қараб танланади. Савол: бир хил миллиграмм икки антидепрессантда бир хил кучни англатадими? Жавоб: йўқ; миллиграммлар синфлар ва моддалар ўртасида тўғридан-тўғри солиштирилмайди.

Савол: препарат тўхтатилгандан кейин ўзаро таъсир тугадими? Жавоб: ҳар доим эмас; ярим чиқарилиш даври, фаол метаболит ва фермент таъсири ҳисобга олинади. Савол: бемор яхши ҳис қилса, мониторинг керак эмасми? Жавоб: субъектив яхшиланиш клиник ва лаборатор хавфларнинг ҳаммаси йўқолганини билдирмайди. Назорат препарат ва беморга мос давом этади.

18 49.18. Манбалар

[49.1] Sertraline SmPC, emc, product 3501. https://www.medicines.org.uk/emc/product/3501/smpc

[49.2] Escitalopram SmPC, emc, product 7069. https://www.medicines.org.uk/emc/product/7069/smpc

[49.3] Fluoxetine SmPC, emc, product 11909. https://www.medicines.org.uk/emc/product/11909/smpc

[49.4] Venlafaxine immediate-release SmPC, emc, product 764. https://www.medicines.org.uk/emc/product/764/smpc

[49.5] Duloxetine SmPC, emc, product 12321. https://www.medicines.org.uk/emc/product/12321/smpc

[49.6] Mirtazapine SmPC, emc, product 532. https://www.medicines.org.uk/emc/product/532/smpc

[49.7] NHS SPS. SSRIs to other antidepressants: switching in adults. https://www.sps.nhs.uk/articles/ssris-to-other-antidepressants-switching-in-adults/

50-БОБ

Биринчи даволашни танлаш ва натижани баҳолаш

Биринчи даволаш танлови «энг кучли дори»ни топиш мусобақаси эмас. Мақсад — ташхис ва оғирликка мос, бемор қабул қила оладиган ва хавфсиз кузатиладиган ёрдамни бошлаш. Психотерапия ва фармакотерапияни рақиб йўллар сифатида кўрсатиш нотўғри: уларнинг ўрни ҳолатга қараб ўзгаради, айрим беморда комбинация мақбул бўлади.

1 50.1. Оғирлик ва эҳтиёжни бирга баҳолаш

Енгилроқ ҳолатда қўллаб-қувватланадиган ўз-ўзига ёрдам, хулқ-атвор фаоллашуви ёки бошқа далилга асосланган психологик ёндашувлар муҳокама қилинади. Оғирроқ депрессияда тузилган психотерапия, антидепрессант ёки комбинация танланиши мумкин. Психотик, кататоник ёки ҳаёт учун хавфли ҳолатлар одатий биринчи қатор амбулатор алгоритмдан ташқарида тез мутахассис ёрдамини талаб қилади.

Оғирлик фақат симптомлар сони эмас. Овқатланиш, уйқу, ўзини парваришлаш, иш-ўқиш ва муносабатлар қанчалик бузилгани ҳисобга олинади. Ташқаридан «ишга боряпти» деган белги ички азобнинг енгиллигини исботламайди. Шунингдек, беморнинг йиғламаслиги ёки кулгани депрессияни рад этмайди.

2 50.2. Даволаш синовини бошлашдан олдин

Бошланғич кўрсаткичлар қайд этилмаса, кейинги ўзгариш хотирага боғлиқ бўлиб қолади. Асосий симптомлар, функционал мақсад, хавф, уйқу ва ножўя таъсирга ўхшаш аввалдан бор шикоятлар ёзилади. Масалан, жинсий функциядаги қийинчилик даволашдан олдин ҳам борми — буни сўрамасдан кейин барчасини дорига боғлаш мумкин.

Бемор билан даволашдан нимани ва қачон кутиш келишилади. Антидепрессантнинг таъсири биринчи таблеткадан кейин тўлиқ намоён бўлмайди. Айрим белгилар эртароқ ўзгариши мумкин, функционал тикланиш эса бошқа суръатда кечади. Шу билан бирга, «бир неча ой чидасангиз бўлди» деган гап ножўя таъсир ёки ёмонлашишни эътиборсиз қолдиришга олиб келмаслиги керак.

3 50.3. Эрта ўзгаришларни тўғри талқин қилиш

Биринчи кунларда уйқу яхшиланиши қимматли, аммо ремиссия эмас. Куч-қувватнинг ошиши ҳам ҳар доим депрессиянинг хавфсиз камайиши дегани эмас; суицидал фикрлар сақланиб қолган одамда фаоллик ва хавф алоҳида қайта баҳоланади. Ажитация, безовталик, акатизия ёки уйқуга эҳтиёж камайиши пайдо бўлса, уларни «дори ишлаяпти» деб оддийлаштириш мумкин эмас.

Психотерапияда дастлаб ҳиссиётларга кўпроқ эътибор бериш сабабли айрим қийин кечинмалар сезиларлироқ бўлиши мумкин. Буни автоматик ёмонлашиш ҳам, автоматик фойдали жараён ҳам деб қабул қилмаслик керак. Терапевтик муносабат, усулнинг мослиги, хавф ва беморнинг имконияти қайта кўрилади. Ҳар қандай усулда бемор ўз аҳволи ҳақида эркин хабар бера олиши зарур.

4 50.4. Етарли даволаш синови нима?

Даволаш синовининг етарлилиги препарат номи билан эмас, доза, давомийлик, мунтазам қабул ва кўтара олиш билан белгиланади. Календарда олти ҳафта ўтгани, агар бемор кўп кун қабул қилмаган ёки фақат бошланғич паст дозада қолган бўлса, тўлиқ синов дегани эмас. Аксинча, жиддий ножўя таъсир бўлса, «етарли муддат»ни тўлдириш учун хавфли даволашни давом эттириш шарт эмас.

Дорига умуман жавоб бўлмаса, тан олинган терапевтик дозада тўрт ҳафтадан кейин қайта муҳокама қилиш NICEда аниқ кўрсатилган баҳолаш нуқтасидир. Бу ҳар бир препаратни айнан тўрт ҳафтада алмаштириш буйруғи эмас. Қисман жавоб, дозада ўтган ҳақиқий вақт, оғирлик ва кўтара олиш кейинги қарорни белгилайди [50.1]. Психотерапияда ҳам сессия сонининг ўзи эмас, усул, қатнашиш, вазифаларнинг мослиги ва мақсадга яқинлашиш баҳоланади.

5 50.5. Жавоб, ремиссия ва тикланиш

Тадқиқотларда «жавоб» кўпинча симптом шкаласи балининг бошланғичдан камида ярмига камайиши билан ифодаланади. Бу фойдали ўлчов, лекин беморнинг ҳамма муаммоси ҳал бўлди дегани эмас. «Ремиссия»да клиник аҳамиятли симптомлар минимал бўлади; аниқ шкала чегараси ишлатилган асбобга боғлиқ. «Тикланиш»да ҳаёт функцияси ва барқарорлик ҳам муҳим.

Масалан, балл анча тушган бўлса-да, бемор ишга қайтолмаслиги, оғир уйқусизлик ёки айбдорлик сақланиши мумкин. Бу қолдиқ белгилар кейинги режага киритилади. Шкалани яхшилаш учун бемордан ижобий жавоб кутиш ёки уни «сиз тузалдингиз» деб ишонтириш клиник баҳолашни бузади. Натижа беморнинг ўзи айтаётган тажриба билан солиштирилади.

6 50.6. Ножўя таъсир ва даволашга амал қилиш

Даволашга амал қилмаслик айблов эмас, ҳал қилинадиган муаммо сифатида кўрилади. Унутувчанлик, рецепт ёки дорига етиша олмаслик, ножўя таъсир, стигма, оила босими ва тушунмаганлик турли ечимларни талаб қилади. «Ҳар куни ичяпсизми?» саволига қўшимча равишда «охирги ҳафтада қайси кунлар қабул қилиш қийин бўлди?» деб сўраш аниқроқ маълумот бериши мумкин.

Ножўя таъсирнинг оғирлиги, давомийлиги ва бемор учун аҳамияти қайд этилади. Бир бемор учун енгил оғиз қуриши қабул қилинарли, бошқаси учун касбий нутққа жиддий тўсиқ бўлиши мумкин. Қарор фақат шифокорнинг «бу унча катта таъсир эмас» деган баҳосига эмас, умумий фойда-хавф ва бемор танловига таянади.

7 50.7. Шартли клиник мисол

> 32 ёшли бемор уч ҳафтадан кейин «дори ишламаяпти» деб келди. Таҳлилда у препаратни ҳафтада уч-тўрт кун қабул қилгани, уйқуси бироз яхшиланган, аммо ишдаги фаолияти тикланмагани маълум бўлди. Мутахассис дарҳол янги препарат қўшиш ўрнига қабул қилиш тўсиғини аниқлади: бемор қарам бўлиб қолишдан қўрқарди.
>
> Дори таъсири ва бекор қилиш белгилари ҳақида тушунтириш берилди, қабул тартиби аниқлаштирилди ва қайта баҳолаш белгиланди. Параллел равишда фаолиятни тиклаш вазифаси қўшилди. Бу вазиятда «резистент депрессия» эмас, ҳали тўлиқ амалга ошмаган даволаш синови бор эди.

8 50.8. Бошланғич танловни тушунтириш

Беморга вариантларни тушунтиришда фойда, хавф ва амалий юк бир хил тилда баён қилинади. Психотерапия «фақат гаплашиш», дори эса «мияни тўғрилаб қўйиш» деб тасвирланмайди. Иккаласи ҳам фаол иштирок ва кузатувни талаб қилади. Қайси йўл танланганидан қатъи назар, бемор унинг мақсади ва қайта баҳолаш нуқтасини тушуниши керак.

Масалан, «ҳозирги ҳолатингизда икки мақбул йўл бор; бу йўл мунтазам учрашувни, иккинчиси эса дори қабул қилиш ва ножўя таъсирни кузатишни талаб қилади» деган тушунтириш қарорга асос яратади. Агар комбинация таклиф қилинса, нега битта усул етарли бўлмаслиги мумкинлиги айтилсин. Танловни беморга ташлаб қўйиш ҳам, унга ҳеч қандай танлов бермаслик ҳам ҳамкорликда қарор қабул қилиш эмас.

Бемор ҳозир қарор қилишга тайёр бўлмаса, хавфсизликка қараб қисқа ўйлаш вақти ва кейинги алоқа белгиланиши мумкин. Аммо оғир хавфли ҳолатда даволашни ноаниқ муддатга қолдириш мумкин эмас. Шошилинчлик ва ихтиёрий иштирок ўртасидаги мувозанат клиник ҳолатга мос топилади.

9 50.9. Ўлчовга асосланган кузатув

Бир хил шкалани вақт давомида қўллаш симптом ўзгаришини тизимли кўришга ёрдам беради. Лекин рақамнинг ўзи натижа эмас. Бошланғич баллни, қайси симптомлар ўзгарганини ва функционал мақсадларни бирга кўриш керак. Умумий балл камайган бўлса ҳам, суицидал фикрлар ёки психотик белгилар сақланиши мумкин; бундай ҳолат «яхшиланган» деган умумий ёрлиқ билан ёпилмайди.

Агар бемор саволномани тушунмаса ёки тил мос бўлмаса, натижа ишончлилиги пасаяди. Маҳаллий тилдаги тасдиқланган версия бўлмаса, бу чеклов қайд этилади. Таржимани ўзбошимчалик билан ўзгартириб, кейин уни оригинал шкаланинг аниқ чегаралари билан баҳолаш эҳтиёткорликни талаб қилади.

Кузатув варағида сана, даволаш ўзгариши, симптом ўлчови, функция, ножўя таъсир ва хавф учун алоҳида майдонлар бўлиши мумкин. Шундай варақ кейинги қарорни хотирага эмас, динамикага таянтиради. Бироқ ўлчовлар бемор билан суҳбат вақтини тўлиқ эгалламаслиги керак; улар суҳбатни тартибга солади, уни алмаштирмайди.

10 50.10. Эрта яхшиланишдаги тўрт сценарий

Биринчи сценарий: уйқу ва иштаҳа яхшиланди, кайфият секин ўзгармоқда, хавф пасайган. Бу режани давом эттириш ва қолган белгиларни кузатишга асос бўлиши мумкин. Иккинчи сценарий: бемор кўпроқ ҳаракат қила бошлади, аммо умидсизлик ва суицидал фикрлар сақланган. Бу ерда фақат фаолликни ижобий деб баҳоламасдан хавфни қайта кўриш зарур.

Учинчи сценарий: уйқуга эҳтиёж кескин камайди, нутқ тезлашди, бемор катта ва хавфли режалар қилди. Бу гипомания ёки мания эҳтимолини текширишни талаб қилади. Тўртинчи сценарий: симптомлар ўзгармаган, аммо бемор дорини қабул қилмаганини айтишга уялаётган. Бунда доза ошириш эмас, ишончли суҳбат ва тўсиқни ҳал қилиш биринчи қадам.

Бир хил «яхшироқман» ёки «ўзгариш йўқ» жавоби ортида турли клиник воқелик бўлиши мумкин. Шунинг учун аниқ мисол сўралади: «Кеча одатдагидан нимани бошқача қила олдингиз?», «Уйқуга кетиш ва уйғониш қандай?», «Хавфли фикрларингизда нима ўзгарди?» Аниқлик беморни сўроқ қилиш эмас, қарор учун зарур маълумотдир.

11 50.11. Натижани баҳолашдаги когнитив хатолар

Шифокор танлаган усулига ишонгани учун фақат ижобий белгиларни кўриши мумкин. Бу тасдиқлашга мойилликдир. Беморни хурсанд қилиш ёки ўз қарорини ҳимоя қилиш истаги ножўя таъсирларни камситишга олиб келмаслиги керак. Қайдда фойда ва зарарга тенг эътибор берилса, бу хато камаяди.

Бошқа хато — охирги кунга ортиқча аҳамият бериш. Қабулдан олдинги бир ёмон кеча бутун ойнинг яхшиланишини яшириши мумкин; бир яхши кун эса давомли оғирликни. Шунинг учун вақт оралиғи ва одатий кунлар ҳақида сўралади. Беморнинг кундалиги ёки қисқа ёзувлари бу ерда ёрдам беради.

Учинчи хато — функцияни фақат ишга қайтиш билан ўлчаш. Нафақадаги ёки уйда парвариш билан банд одамнинг тикланиши бошқа кўрсаткичларда кўринади. Ўзини парваришлаш, мулоқот, қарор қабул қилиш ва қизиқишларга қайтиш ҳам муҳим натижалардир. Даволаш инсонни фақат меҳнат унумдорлигига қайтариш учун эмас.

12 50.12. Шартли клиник мисол: қисман жавобни йўққа чиқармаслик

> 48 ёшли бемор олти ҳафтада йиғлоқилик ва уйқусизлик камайганини, аммо «ҳали аввалгидек эмасман»лигини айтди. У дарҳол барча давони алмаштиришни хоҳлади. Суҳбатда у овқат тайёрлаш ва қисқа сайрга қайтгани, лекин ишдаги катта вазифалар ҳали оғирлиги аниқланди.
>
> Бу тўлиқ ремиссия эмас, аммо тўлиқ самарасизлик ҳам эмас эди. Мавжуд фойда, қолдиқ белгилар, доза-муддат ва психотерапевтик эҳтиёж қайта баҳоланди. Беморга қисман жавобни тан олиш «шу аҳволга кўнинг» дегани эмаслиги тушунтирилди. Кейинги қадам фойдани сақлаб, етишмаётган натижага йўналтирилди.

13 50.13. Амалий машқ: Биринчи назорат қабули ва рақамлар

Ўзингиз учун биринчи назорат қабулнинг қисқа сценарийсини ёзинг. Унда препаратни ҳақиқий қабул қилиш, ножўя таъсир, уйқу, фаоллашув, хавф, симптом ва функция бўлсин. Ҳар бир жавобга қандай клиник қарор боғланишини кўрсатинг. Агар саволга жавоб режага таъсир қилмаса, унинг мақсадини қайта кўриб чиқинг.

Кейин бошланғич ва кейинги шкала баллини солиштиринг, аммо охирида беморнинг ўз сўзларидаги бир функционал натижани ёзинг. Масалан, «бали камайди» билан бирга «фарзанди билан кечқурун суҳбатлашишга қайтди» деган қайд тикланишни инсон ҳаёти билан боғлайди.

14 50.14. Клиник семинар: бир хил муддат, уч хил натижа

Уч бемор даволаш бошланганидан бир ой кейин келди. Биринчиси терапевтик дозада мунтазам қабул қилган ва симптомлари сезиларли камайган. Иккинчиси биринчи ҳафтадан кейин дорини тўхтатган, аммо буни айтмаган. Учинчиси мунтазам қабул қилган, лекин кучли ножўя таъсир сабаб кундалик фаолияти ёмонлашган. Календар бир хил, клиник синовлар эса турлича.

Биринчи беморда қолдиқ белгилар ва функция баҳоланиб, мавжуд фойдани сақлаш режаси тузилади. Иккинчисида даволаш самарасизлиги эмас, қабулни тўхтатиш сабаби ҳал қилинади. Учинчисида «бир ойни тўлдирдик, энди дозани ошириш керак» деган автоматик қадам ўрнига фойда-хавф қайта баҳоланади. Бу фарқни аниқламасдан учаласига бир хил алмаштириш схемаси бериш клиник фикрлашни рецептга қисқартиради.

Семинар иштирокчиси ҳар бир бемор учун кейинги қабулгача бир аниқ мақсад ва бир хавфсизлик кўрсаткичи белгилайди. Мақсад фақат баллни тушириш эмас, бемор учун муҳим функцияга боғланади. Хавфсизлик кўрсаткичи эса шошилинч қайта баҳолашга сабаб бўладиган ўзгаришни ифодалайди. Шу тарзда даволаш «кутиб кўрамиз»дан мақсадли кузатувга ўтади.

15 50.15. Қисман жавобда сабр ва фаоллик мувозанати

Депрессия давосида икки қарама-қарши хато бор: ҳар бир ҳафтада схемани ўзгартириш ва ойлаб ҳеч нарса ўзгартирмаслик. Биринчи ҳолатда препарат ёки психотерапиянинг таъсирини баҳолашга вақт қолмайди. Иккинчисида эса самарасиз ёки оғир ножўя таъсирли даволаш давом этиши мумкин. Мувозанат симптом динамикаси, етарли доза-муддат, хавф ва бемор хоҳишига асосланади.

Қисман жавобда «яна кутиш» қарори ҳам асос талаб қилади. Нима яхшиланяпти, қайси муддатда яна баҳолаймиз, қайси белгиларда эртароқ ҳаракат қиламиз — булар ёзилади. Худди шундай, «ўзгартирамиз» қарорида ҳам нимани сақлаш ва нимани йўқотиш эҳтимоли борлиги муҳокама қилинади. Клиник қарорнинг фаоллиги ҳар доим янги препарат қўшиш билан ўлчанмайди.

Бемор сабр қилишни «азобга чидаш» деб тушунмаслиги керак. У ножўя таъсир ёки хавфли ўзгаришни хабар қилиш ҳуқуқига эга. Мутахассис даволашга вақт бериш билан зарарни эътиборсиз қолдиришни аниқ ажратади. Тушунтиришда ушбу икки хабар бирга бўлади: таъсир учун вақт керак бўлиши мумкин; оғир ёмонлашишни кутиш шарт эмас.

16 50.16. Қисқа билим назорати

Савол: биринчи ижобий ўзгариш ремиссиями? Жавоб: йўқ, у умумий клиник натижанинг бир қисми. Савол: самарасизлик фақат беморнинг субъектив жавоби билан белгиланадими? Жавоб: бемор тажрибаси марказий, аммо симптомлар, функция, қабул ва ножўя таъсир билан бирга таҳлил қилинади. Савол: шкаладаги кичик ўзгариш доим клиник аҳамиятлими? Жавоб: контекстсиз эмас; ўлчов хатоси ва функционал маъноси ҳисобга олинади.

Савол: дорига жавоб борлиги психотерапия кераксизлигини билдирмайдими? Жавоб: қолдиқ белгилар, муносабат ва ҳаёт муаммолари сақланиши мумкин; эҳтиёж индивидуал баҳоланади. Савол: психотерапияни афзал кўрган беморга хавф баҳоси керакми? Жавоб: албатта, хавфсизлик барча даволаш йўлларида умумий талабдир.

17 50.17. Манбалар

[50.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, further-line treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[50.2] Scottish Government. Quality prescribing for antidepressants: guide for improvement 2024–2027. https://www.gov.scot/publications/quality-prescribing-antidepressants-guide-improvement-2024-2027/

[50.3] WHO. Mental Health Gap Action Programme guideline, 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

51-БОБ

Етарли жавоб бўлмаганда

Етарли жавоб бўлмаслиги беморнинг «даволанишни истамаслиги»ни ҳам, мутахассиснинг мутлақ муваффақиятсизлигини ҳам англатмайди. Бу янги клиник маълумотдир. У ташхис, даволашнинг ҳақиқатан қандай ўтгани, ҳамроҳ ҳолатлар ва давом этаётган ҳаётий тўсиқларни қайта таҳлил қилишни талаб қилади.

1 51.1. Аввало нимани самарасиз деб атаяпмиз?

Тўлиқ жавобсизлик, қисман жавоб ва ножўя таъсир туфайли давони қабул қила олмаслик бир хил эмас. Биринчисида асосий симптомлар сезиларли ўзгармаган. Иккинчисида фойда бор, лекин ремиссия ёки функционал тикланиш етарли эмас. Учинчисида препарат назарий жиҳатдан самарали бўлиши мумкин, аммо бемор уни хавфсиз ёки қабул қилинарли тарзда давом эттира олмайди.

Бу фарқ кейинги қадамни белгилайди. Қисман жавоб ва яхши кўтара олишда мавжуд даволашни мақбуллаштириш ёки қўшимча стратегияни муҳокама қилиш мумкин. Умуман фойда бўлмаган ёки ножўя таъсир устун бўлган ҳолатда алмаштириш кўпроқ маънога эга бўлиши мумкин. Ҳеч бир вариант барча бемор учун автоматик қоида эмас.

2 51.2. Псевдорезистентликни истисно қилиш

Псевдорезистентлик — самарасизликка ўхшаб кўринган, аммо етарли даволаш ҳали амалга ошмаган вазият. Сабабларига нотўғри ташхис, етарли бўлмаган доза ёки муддат, мунтазам қабул қилмаслик, ўзаро таъсир, психотерапиянинг мос эмаслиги ва давом этаётган модда истеъмоли киради. Бу атама беморни айблаш учун эмас, тузатиш мумкин бўлган омилни топиш учун ишлатилади.

Ҳар бир аввалги синовни алоҳида қайд этиш фойдали: препарат; кўрсатма; эришилган доза; шу дозада ўтган вақт; қабул мунтазамлиги; натижа; ножўя таъсир; тўхтатиш сабаби. «Бешта дори ичган» деган маълумотнинг ўзи бешта етарли синовни англатмайди. Бир дорининг турли савдо номлари баъзан адашиб алоҳида синовлар деб ҳисобланади.

3 51.3. Ташхисни қайта очиш

Аввалги гипомания ёки мания, аралаш белгилар, психоз, травма билан боғлиқ бузилиш, ОКБ, моддага боғлиқ ҳолат ва шахс хусусиятлари қайта баҳоланади. Оғриқ, уйқу апноэси, қалқонсимон без касаллиги, анемия ёки бошқа соматик омиллар клиник кўрсатмага қараб текширилади. Бунда ҳар бир беморга чекланмаган лаборатория панели эмас, симптом ва анамнезга асосланган текширув танланади.

Ташхисни қайта кўриш аввалги шифокорни рад этиш эмас. Касаллик тарихи вақт ўтиши билан тўлароқ кўринади. Бемор аввал «яхши кайфият» деб эслаган давр кейин гипоманияга хос бўлиб чиқиши мумкин. Шундай янги маълумот пайдо бўлса, дозани кўпайтиришдан кўра бутун даволаш модели ўзгариши зарур бўлиши мумкин.

4 51.4. Оптималлаштириш ва алмаштириш

Доза оширишдан олдин мавжуд дозада қанча вақт ўтгани, фойда, ножўя таъсир ва расмий чегара текширилади. Юқори доза ҳар доим юқори самара эмас; баъзан ножўя таъсир кўпайиб, қабул мунтазамлиги ёмонлашади. Қарорнинг мақсади «максимумга чиқиш» эмас, фойда-хавф нисбатини яхшилашдир.

Алмаштиришда бирданига ўтиш, босқичма-босқич пасайтириб кейин бошлаш ёки айрим ҳолатда эҳтиёткор кесиштирма титрация каби усуллар бор. Қайси усул тўғрилиги конкрет икки препаратга боғлиқ. Барча антидепрессантлар учун битта универсал алмаштириш схемаси йўқ. МАОИ билан ўтишлар, узоқ сақланувчи флуоксетин ва кучли фермент ўзаро таъсирлари алоҳида эҳтиётни талаб қилади [51.2; 51.3].

Янги симптом пайдо бўлганда уч имконият ажратилади: аввалги препаратни бекор қилиш белгиси; янги препарат ножўя таъсири; депрессиянинг қайта кучайиши. Бош айланиши, электр зарбасига ўхшаш сезгилар ва доза ўзгариши билан вақт жиҳатдан яқин бошланиш бекор қилиш белгиларини ўйлашга ундайди. Лекин фақат вақтга қараб хулоса қилинмайди; оғирлик ва хавф баҳоланади.

5 51.5. Комбинация ва аугментацияни фарқлаш

Икки антидепрессантни бирга қўллаш комбинация деб аталиши мумкин. Антидепрессант таъсирини бошқа синф препарати билан кучайтириш аугментациядир. Бу атамалар баъзан адабиётда кенгроқ ишлатилса ҳам, клиник ёзувда айнан қайси препарат нима мақсадда қўшилгани аниқ бўлиши керак.

Кўп препарат кўпроқ даволаш дегани эмас. Ҳар бир қўшимча восита ножўя таъсир, ўзаро таъсир, харажат ва қабул мураккаблигини оширади. Қўшишдан олдин қайси қолдиқ симптом ёки қайси клиник натижа нишон эканлиги, қанча вақтда баҳоланиши ва

фойда бўлмаса қандай бекор қилиниши белгиланади. Психотерапияни қўшиш ёки ўзгартириш ҳам кейинги қатор стратегия бўлиши мумкин; кейинги қадам фақат таблетка эмас.

6 51.6. Даволашга резистент депрессия тушунчаси

Кўп тадқиқот ва клиник тизимларда жорий эпизодда камида икки етарли антидепрессант синовига жавоб бўлмаслиги ишчи мезон сифатида қўлланади. Аммо «етарли» доза, муддат, синф ва жавоб таърифи манбаларда бир хил эмас. Шу сабабли ҳужжатда фақат «резистент» сўзи эмас, қайси даволашлар қандай ўтгани ёзилади.

Бу атама беморга умидсиз ҳукм каби тақдим этилмаслиги керак. «Даволашга қийинроқ жавоб бераётган депрессия»ни кенгроқ клиник таҳлил қилиш, мақсадларни қайта кўриш ва мутахассислар ҳамкорлигини кучайтириш зарур. Психотик белгилар, оғир суицид хавфи ёки овқатланиш бузилиши бўлса, яна бир оддий синовни кутиш ўрнига тезкор ихтисослашган ёрдам кўрилади. ЭКТ, бошқа нейромодуляцион усуллар ва махсус фармакологик стратегиялар тегишли боб ва мутахассис баҳосини талаб қилади.

7 51.7. Шартли клиник мисол

> Бемор уч антидепрессантдан фойда бўлмаганини айтди. Биринчиси бир ҳафтада тўхтатилган, иккинчиси жуда паст дозада узилишлар билан қабул қилинган, учинчиси эса етарли доза ва муддатда қисман фойда берган. Шу билан бирга, кечқурун алкоголь истеъмоли ва уйқу апноэсига хос белгилар аниқланди.
>
> Бу ҳолатда «учта препаратга резистент» деган ёзув нотўғри тасаввур берарди. Реал синовлар қайта ҳисобланди, уйқу ва алкоголь масаласи режага киритилди, қисман самарали даволашни давом эттириш ёки ўзгартириш бемор билан муҳокама қилинди. Мақсад янги дори сонини кўпайтириш эмас, ҳақиқий муаммони аниқлаш бўлди.

8 51.8. Резистентлик аудити

Резистентлик аудитида аввалги синовларни жадвалга тушириш фойдали. Биринчи устунда препарат ёки психотерапия усули, иккинчисида доза ёки интенсивлик, учинчисида етарли даражада ўтган вақт, тўртинчисида амал қилиш, бешинчисида натижа ва тўхтатиш сабаби бўлади. Бўш майдон «йўқ» дегани эмас, маълумот етишмаслигини кўрсатади.

Дорихонадан олингани ҳақидаги маълумот қабул қилинганини тўлиқ исботламайди. Беморнинг ўзи айтаётган маълумот ҳам айбловсиз, аниқ саволлар билан тўлдирилади. Тарихий ҳужжатни кўришда бир дорининг турли савдо номлари ва бир синовнинг бир неча марта ёзилгани ажратилади. Аудит мақсади «ким хато қилган?» эмас, «ҳозир нимани ишончли биламиз?» деган саволга жавоб беришдир.

Психотерапия аудитида фақат сессия сони эмас, мақсад, усул, мутахассис малакаси, бемор иштироки ва терапевтик муносабат баҳоланади. Икки марта маслаҳатлашув тузилган курсга тенг эмас. Шу билан бирга, бемор учун хавфсиз бўлмаган ёки камситувчи муносабатни «курсни тўлдиринг» деб давом эттириш ҳам тўғри эмас.

9 51.9. Давом этаётган муҳит омиллари

Депрессия даволанаётган вақтда зўравонлик, уй-жой муаммоси, қарз, парвариш юки ёки ишдаги таҳқир давом этиши мумкин. Бу омиллар мавжудлиги касалликни «фақат ижтимоий» қилмайди ва дорини автоматик бекор қилмайди. Лекин уларни ҳисобга олмасдан препаратларни бирин-кетин алмаштириш кутилган натижани бермаслиги мумкин.

Беморнинг кундалик ҳаётида нималар ўзгармаганини сўраш муҳим. Терапияда ўрганилган кўникма хавфсиз муҳитда қўлланиши мумкин, аммо реал таҳдид бўлган жойда етарли эмас. Бундай вазиятда хавфсизлик, ижтимоий ва ҳуқуқий ёрдамга йўналтириш эҳтиёжи баҳоланади. Психиатр ҳамма муаммони шахсан ҳал қилмайди, лекин уларни клиник режадан чиқариб ташламайди.

Сурункали оғриқ ва уйқу бузилиши ҳам даволаш жавобини мураккаблаштиради. Улар депрессиянинг «баҳонаси» эмас; алоҳида баҳоланадиган ҳамроҳ муаммолардир. Кўп соҳали ҳамкорликда ҳар бир мутахассис бир хил мақсадга хизмат қилиши учун маълумот алмашиш ва масъулият аниқ бўлиши керак.

10 51.10. Алмаштириш режасини ёзма қилиш

Алмаштириш режасида қайси препарат қайси куни қандай ўзгариши, қайси бири қачон бошланиши, қайси белгиларни хабар қилиш ва ким билан боғланиш кўрсатилади. Агар танаффус талаб қилинса, унинг сабаби тушунтирилади. Бемор «дори орасида қолдим» деб ўзбошимчалик билан аввалгисини қайта қабул қилмаслиги учун режа аниқ бўлади.

Бир вақтда икки препаратнинг номини ўзгартириб, қабул соатларини оғзаки айтиш хатога мойил. Қисқа жадвал ёки ёзма йўриқнома фойдали, аммо у конкрет бемор учун шифокор томонидан текширилган бўлиши керак. Ушбу китоб универсал кесиштирма титрация жадвалини бермайди, чунки хавфсиз интервал препарат жуфти ва клиник ҳолатга боғлиқ.

Алмаштириш даврида янги ножўя таъсирни таниш учун аввалдан бор симптомлар қайд этилади. Агар бемор аввал ҳам треморга эга бўлган бўлса, унинг кучайиши ва янги вегетатив ёки неврологик белгилар қўшилиши муҳим. Тез ривожланган оғир ҳолат «бекор қилиш белгиси бўлса керак» деб телефон орқали хотиржамлантирилмайди; зарур жойида баҳолаш ташкил этилади.

11 51.11. Қачон иккинчи фикр керак?

Бир нечта етарли синовга қарамай оғир симптомлар сақланса, ташхис ноаниқ бўлса, кўп дорили схема мураккаблашса ёки махсус муолажа кўриб чиқилса, иккинчи мутахассис фикри фойдали. Бу бемордан воз кечиш эмас, қарор сифатини оширишдир. Йўлланмада аввалги синовлар, хавф, соматик ҳолат ва ҳозирги савол аниқ ёзилади.

«Резистент депрессия, маслаҳат» деган икки сўзли йўлланма ўрнига «икки ҳужжатланган синовдан кейин қисман жавоб; биполярликка оид маълумот ноаниқ; аугментация ёки бошқа стратегияни баҳолаш» каби аниқ савол мутахассис ишини енгиллаштиради. Бемор ҳам нега йўлланаётганини тушунади ва буни умидсизлик белгиси деб қабул қилмайди.

Иккинчи фикр келганда аввалги режа автоматик нотўғри деб топилмайди. Қайси янги далил қарорни ўзгартиргани кўрилади. Агар икки мутахассис турлича фикрда бўлса, беморни икки қарама-қарши схема орасида қолдирмасдан, умумий хавфсиз режа келишилади.

12 51.12. Шартли клиник мисол: қолдиқ симптом ёки ножўя таъсир?

Беморда тушкунлик камайган, аммо кундузги ланжлик ва диққат қийинлиги сақланган. У буни «депрессия кетмади» деб баҳолади. Суҳбатда ланжлик доза оширилгандан кейин кучайгани, бошқа седатив препарат ҳам қўшилгани маълум бўлди. Шу билан бирга уйқу апноэсига хос белгилар бор эди.

Бу ҳолатда янги антидепрессант қўшишдан олдин қолдиқ депрессия, ножўя таъсир ва уйқу бузилишининг ҳиссаси ажратилди. Динамик таҳлил бир неча эҳтимолни очиқ сақлади. Мисол «ҳали ёмон ҳис қиляпти» деган маълумотдан автоматик «доза етмаяпти» хулосаси чиқариш мумкин эмаслигини кўрсатади.

13 51.13. Амалий машқ: самарасизликни қайта таърифлаш

«Ҳеч нарса ёрдам бермайди» деган бемор иборасини клиник маълумотга айлантиринг. Қайси нарса? Қанча вақт? Нима ўзгарди? Нима ўзгармади? Қайси таъсир қабул қилишни тўхтатди? Бу саволлар умидни рад этиш эмас, умумий умидсиз хулосани аниқ ва ҳал қилинадиган қисмларга ажратишдир.

Охирида бемор билан икки жумла келишилади: «Аввалги даволашдан нимани ўргандик?» ва «Кейинги синовдан нима кутиб, қачон баҳолаймиз?» Шу тарзда ҳар бир қадам натижа бермаган тақдирда ҳам маълумот ва режани яхшилайди.

14 51.14. Клиник семинар: «икки етарли синов»ни исботлаш

Бир беморда икки препарат номлари маълум, аммо доза ва қабул давомийлиги йўқ. Бошқасида дозалар тўлиқ ёзилган, лекин бемор уларни бир вақтда қабул қилганми ёки навбатма-навбатми, ноаниқ. Учинчисида икки синов етарли бўлган, аммо иккинчиси даврида давомли стимулятор истеъмоли борлиги кейин маълум бўлган. Уч ҳолатда ҳам «икки дори ёрдам бермади» деган қисқа жумла клиник маълумотни етарлича ифодаламайди.

Семинарда ҳар бир ҳолат учун етишмаётган маълумот белгиланади. Кейин қайси маълумотни бемордан, қайсисини ҳужжатдан ва қайсисини бошқа мутахассисдан олиш мумкинлиги ёзилади. Бемор розилиги ва махфийлик қоидалари сақланади. Ҳужжат йўқлиги беморни ёлғончи деб баҳолашга асос эмас; ноаниқлик очиқ қайд этилади.

Аудит тугагач, ҳар бир синов «етарли ва жавобсиз», «қисман жавобли», «ножўя таъсир туфайли чекланган» ёки «маълумот етарли эмас» каби аниқ тавсифланиши мумкин. Бу ёрлиқлар беморни баҳолаш учун эмас, кейинги клиник йўлни тушунарли қилиш учун ишлатилади. Беморга ҳам аввалги тажриба бекор кетмагани, у кейинги танловни яхшилайдиган маълумот бергани тушунтирилади.

15 51.15. Қарордан кейин нима кузатилади?

Алмаштириш ёки қўшимча стратегиядан кейин янги режа аввалгидан яхшироқ ҳужжатланиши керак. Бошланғич қолдиқ симптомлар, хавф, функция ва ножўя таъсирлар ёзилади. Кейинги қабулда «яхшими?» деган умумий саволдан ташқари айнан шу кўрсаткичлар солиштирилади. Агар натижа бўлмаса, яна маълумотсиз даво алмаштириш занжирига тушиб қолинмайди.

Бир вақтда катта ижтимоий ўзгариш ёки соматик даво бошланган бўлса, натижани фақат янги антидепрессантга боғлаш қийин. Бу препарат фойдасиз дегани эмас, сабабий хулосага эҳтиётқорлик кераклигини билдиради. Клиник амалиётда ҳамма омилни назорат

қилиш мумкин эмас, аммо муҳим ўзгаришларни қайд этиш мумкин.

Бемор бир нечта уринишдан чарчаган бўлиши мумкин. «Яна бошқа дори синаб кўрамиз» деган қуруқ жумла ўрнига бу синов аввалгилардан нима билан фарқ қилиши, қайси ноаниқлик ҳал қилингани ва қандай кузатилиши айтилсин. Даволашга ишонч фақат оптимистик ваъдадан эмас, тушунарли мантиқ ва изчил алоқадан қурилади.

16 51.16. Қисқа билим назорати

Савол: ҳар бир янги препарат янги етарли синовми? Жавоб: йўқ, доза, муддат ва қабул муҳим. Савол: резистентлик ташхисни қайта кўриш заруратини бекор қиладими? Жавоб: аксинча, уни кучайтиради. Савол: ҳар қандай икки антидепрессантни кесиштириб алмаштириш мумкинми? Жавоб: йўқ, конкрет жуфтнинг ўзаро таъсири ва танаффус қоидаси текширилади.

Савол: бемор қабул қилмаганини айтса, даволаш тугадими? Жавоб: йўқ, тўсиқ аниқланади ва режа қайта тузилади. Савол: иккинчи фикр сўраш мутахассиснинг заифлигими? Жавоб: мураккаб ҳолатда бу хавфсизлик ва сифатни кучайтириш усулидир. Савол: «резистент» атамаси умид йўқлигини билдириши мумкинми? Жавоб: йўқ, у кейинги баҳолаш ва ихтисослашган ёрдам эҳтиёжини ифодалайди.

17 51.17. Манбалар

[51.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[51.2] NHS SPS. Switching strategies for antidepressants. https://www.sps.nhs.uk/articles/switching-strategies-for-antidepressants/

[51.3] NHS SPS. SSRIs to other antidepressants: switching in adults. https://www.sps.nhs.uk/articles/ssris-to-other-antidepressants-switching-in-adults/

[51.4] Scottish Government. Quality prescribing for antidepressants: guide for improvement 2024–2027. https://www.gov.scot/publications/quality-prescribing-antidepressants-guide-improvement-2024-2027/

52-БОБ

AUGMENTATION даволаш самарасини кучайтириш

Аугментация антидепрессантга жавоб етарли бўлмаганида унинг самарасини бошқа восита билан кучайтириш стратегиясидир. Бу биринчи препаратни текширмасдан иккинчисини қўшиш дегани эмас. Аввал ташхис, доза-муддат, қабул мунтазамлиги, ҳамроҳ касалликлар ва бемор афзаллиги қайта кўрилади. Қўшимча препаратнинг фойдаси унинг мониторинг ва ножўя таъсир юки билан солиштирилади.

1 52.1. Қачон аугментацияни муҳокама қилиш мумкин?

Мавжуд антидепрессант қисман ёрдам берган ва яхши кўтарилаётган бўлса, уни сақлаб қолиб кучайтириш мантиқий вариант бўлиши мумкин. Умуман фойда бўлмаган ёки жиддий ножўя таъсир келтирган препаратни «ҳар қандай йўл билан сақлаш» шарт эмас. Психотерапия ва алмаштириш каби муқобиллар ҳам муҳокама қилинади.

Аугментациядан олдин мақсад аниқланади: умумий депрессив синдромни камайтиришми, психотик белгиларни бошқаришми ёки муайян қолдиқ симптомми? Масалан, психотик депрессияда антидепрессант ва антипсихотик комбинациясининг мантиғи психозсиз қисман жавобни кучайтиришдан фарқ қилади. Бир хил дорилар рўйхати ортида турли клиник вазифа бўлиши мумкин.

2 52.2. Литий: самара билан бирга масъулият

Литий айрим униполяр депрессия ҳолатларида аугментация воситаси сифатида қўлланади. Уни тайинлаш фақат рецепт бериш эмас, лаборатор назорат ва беморга аниқ хавфсизлик таълимини ташкил этишни англатади. Бошлашдан олдин буйрак ва қалқонсимон без функцияси, кальций, вазн ва тегишли клиник хавфлар баҳоланади. Ҳомиладорлик эҳтимоли ва репродуктив режалар муҳокама қилинади.

Литий дозаси фақат миллиграммга қараб эмас, қондаги миқдор, клиник жавоб ва кўтара олишга қараб белгиланади. NICE аугментация учун даража одатда камида 0,4 ммоль/л бўлишини, 1,0 ммоль/лдан ошмаслигини; 65 ёш ва ундан катталарда 0,4–0,6 ммоль/л оралиғини кўриб чиқишни таъкидлайди. Қон намунаси охирги дозадан 12 соат кейин олинади; бошлаш ва доза ўзгаришидан бир ҳафта кейин, барқарорлашгунча эса тез-тез назорат қилинади [52.1]. Бу рақамлар ўзбошимчалик билан доза танлаш учун эмас.

3 52.3. Литийда хавфсизлик суҳбати

Сувсизланиш, қусиш, ич кетиши, иситма ёки овқат-суюқлик қабул қилиш кескин камайиши литий хавфини ўзгартириши мумкин. Ностероид яллиғланишга қарши дорилар, диуретиклар ва ренин–ангиотензин тизимига таъсир қилувчи айрим воситалар билан ўзаро таъсир муҳим. Бемор янги рецептсиз дорини ҳам қабул қилишдан олдин маслаҳатлашиши керак [52.2].

Кучли ёки янги тремор, атаксия, нутқ бузилиши, онг чалкашиши, қусиш ва ич кетиши токсикликдан шубҳаланишга сабаб бўлади. Бундай ҳолатда кейинги режали таҳлилни кутиш эмас, шошилинч клиник баҳолаш керак. Токсиклик баъзан лабораторияда «одатий» кўринган даражада ҳам бўлиши мумкин; рақам беморнинг аҳволидан устун қўйилмайди [52.2]. Беморга аниқ ёзма йўриқнома ва алоқа тартиби берилади.

Узоқ муддатда буйрак, қалқонсимон без, кальций ва литий даражаси режали кузатилади. Интервал ёш, буйрак ҳолати, ўзаро таъсир ва барқарорликка қараб қисқаради. Мониторингга етиш имкони бўлмаса, «кейин амаллаб қиламиз» деб бошлашдан кўра, хавфсиз муқобил ёки назоратни ташкил этиш аввал ҳал қилинади.

4 52.4. Айрим антипсихотиклар билан кучайтириш

Айрим иккинчи авлод антипсихотиклари аугментацияда қўлланиши мумкин. Арипипразол, кветиапин, оланзапин ёки рисперидон каби воситаларнинг далили, рухсат этилган кўрсатмаси ва ножўя таъсир профили бир хил эмас. Маҳаллий йўриқнома ва мутахассис баҳоси зарур. Антипсихотик қўшилгани беморда автоматик равишда шизофрения борлигини англатмайди; тайинлаш мақсади очиқ тушунтирилади.

Вазн, бел айланаси, босим-пульс, глюкоза ёки HbA1c, липидлар ва ҳаракат ножўя таъсирларига эътибор берилади. Седатив таъсир, ортостатик бош айланиши, пролактин билан боғлиқ шикоятлар ва жинсий функция препаратга қараб баҳоланади. Юрак хавфи ёки QTга таъсир қилувчи комбинацияда ЭКГ керак бўлиши мумкин. Назорат фақат «вазн қўшмадими?» саволи билан чекланмайди.

Акатизияни алоҳида таниш муҳим: ички безовталик, ўтиролмаслик, доим ҳаракат қилиш эҳтиёжи баъзан хавотир ёки депрессия кучайиши деб қабул қилинади. Агар у янги препарат ёки доза ошишидан кейин бошланган бўлса, ножўя таъсир эҳтимоли баҳоланади. Акатизияни даволаш самараси деб талқин қилиб дозани яна ошириш вазиятни ёмонлаштириши мумкин.

5 52.5. Бошқа стратегиялар ва далил чегараси

Лиотиронин, ламотриджин ёки бошқа воситалар айрим махсус ҳолатларда кўриб чиқилади, аммо уларнинг далили ва мақоми бир хил эмас. Бир усул мутахассис амалиётида мавжудлиги уни ҳар бир беморга тавсия қилишга асос бўлмайди. Тиреоид гормонни «энергия бериш» учун таҳлил ва клиник баҳосиз қўллаш, ёки витамин-қўшимчани исботланган аугментация билан тенглаштириш нотўғри.

Ҳар бир стратегияда: ким учун ўрганилган, қандай натижа кутилган, қанча хавф бор, қайси мониторинг зарур ва фойда бўлмаса қачон тўхтатиш керак — деган саволлар берилади. Даволашдаги ҳар бир янги қатлам аввалгисининг нима учун сақланаётганини ҳам қайта текширишни талаб қилади. Кераксиз кўп дорили схемани қисқартириш баъзан қўшишдан кўра фойдалироқ.

6 52.6. Шартли клиник мисол

Икки етарли синовдан кейин қисман жавоб сақланган 58 ёшли беморда аугментация муҳокама қилинди. Унда диабет, ортиқча вазн ва буйрак функцияси пасайиши бор эди. «Литий ёки антипсихотикдан қайси бири кучли?» деган саволнинг ўзи етарли эмасди. Бир вариантда буйрак ва ўзаро таъсир хавфи, бошқасида метаболик юк, ҳар иккисида кузатув имконияти ҳисобга олинди.

Мутахассислар маслаҳати, бемор афзаллиги ва аввалги психотерапия сифати қайта кўриб чиқилди. Қарорга қўшимча равишда қайси таҳлилни ким текшириши ва қайси белгида тез алоқа қилиниши ёзилди. Мисол аугментациянинг препарат номи эмас, бутун бошқарув тизими эканини кўрсатади.

7 52.7. Аугментация учун тайёрлик

Аугментацияга тайёрликни тўрт соҳада текшириш мумкин: клиник асос, бемор розилиги, мониторинг имкони ва натижани баҳолаш режаси. Клиник асосда етарли аввалги синов, қисман жавоб ва муқобиллар кўрилгани бўлади. Розиликда бемор қўшимча препарат нима учун кераклигини ва қандай хавф қўшишини тушунади. Мониторингда таҳлил ва қабулга етиш йўли аниқ. Натижа режасида эса фойда бўлмаса кейин нима қилиниши белгиланган.

Шу соҳалардан бири йўқ бўлса, аугментацияни бошлашга шошилмаслик керак. Масалан, литий учун лабораторияга боролмайдиган беморга фақат рецепт бериш хавфсиз даволаш эмас. Ёки антипсихотик қўшилганда метаболик хавф ҳақида ҳеч нарса айтилмаган бўлса, беморнинг розилиги тўлиқ ахборотга асосланмаган бўлади.

Мавжуд антидепрессантни нега сақлаб қолаётганимиз ҳам аниқ бўлиши керак. «Шунча вақт ичди, энди қолсин» клиник асос эмас. Фойда борми, қабул қилинарлими, қўшимча восита билан ўзаро таъсири мақбулми — шу саволлар қўйилади. Қўшимча препарат бошланиши аввалги схемани қайта кўриш учун ҳам имкониятдир.

8 52.8. Литий натижасини ўқишдаги хатолар

Литий таҳлилини талқин қилишда намуна олинган вақт муҳим. «Қон даражаси паст» деган натижадан кейин дозани оширишдан олдин охирги қабул вақти, дозани ўтказиб юбориш ва намуна олиш шароити текширилади. Нотўғри вақтда олинган намуна ҳақиқий стандарт даражани акс эттирмаслиги мумкин. Беморнинг аҳволи, буйрак функцияси ва янги дорилар ҳам бирга кўрилади.

Бир лаборатория рақами токсикликни рад этмайди. Агар беморда янгидан атаксия, онг чалкашиши ёки кучли тремор бўлса, «натижа чегарада экан» деб қабулни кечиктириш хавфли. Аксинча, алоҳида рақамни контекстсиз кўриб беморни ваҳимага солиш ҳам тўғри эмас. Клиник ҳолат ва лаборатория маълумоти бир-бирини тўлдиради.

Беморга суюқлик истеъмолини кескин ўзгартирмаслик, сувсизланишга олиб келувчи ҳолатда тез маслаҳат олиш ва янги дори ҳақида хабар бериш тушунтирилади. Бу «жуда кўп сув ичинг» деган чекланмаган кўрсатма эмас; юрак-буйрак ҳолати ва бошқа тиббий чекловлар ҳисобга олинади. Оддий, аниқ ва индивидуал йўриқнома умумий қўрқитувчи рўйхатдан фойдалироқ.

9 52.9. Антипсихотик қўшилганда суҳбат

«Антипсихотик» сўзи беморда қўрқув ёки стигма уйғотиши мумкин. Препарат синфи номи билан тайинлаш сабаби фарқ қилиши тушунтирилади: айрим дорилар бир нечта ҳолатда қўлланади. Бироқ тушунтиришда ножўя таъсирни яшириш ёки препаратни «оддий тинчлантирувчи» деб номлаш ҳам мумкин эмас.

Метаболик мониторингни фақат таҳлил топширишга айлантирмаслик керак. Иштаҳа ўзгариши, ҳаракат камайиши, кундузги уйқучанлик ва беморнинг вазнга муносабати сўралади. Агар бемор вазни ошгани учун давони яширин тўхтатса, натижада депрессия ҳам, ишонч ҳам зарар кўради. Шунинг учун қабул қилиб бўлмайдиган таъсирни олдиндан айтиш имкони берилади.

Ҳаракат ножўя таъсирларини баҳолашда бемордан фақат «безовталик борми?» деб сўраш етарли бўлмаслиги мумкин. Ўтириб туриш, юриш, қўл-оёқ ҳаракати ва субъектив ички безовталик ҳақида аниқ сўралади. Тремор, ригидлик ёки ғайриихтиёрий ҳаракатлар бўлса, уларнинг бошланиши дори ўзгариши билан солиштирилади. Бу белгилар депрессиянинг оддий қисми деб қолдирилмайди.

10 52.10. Вақт билан чекланган клиник гипотеза

Аугментацияни «энди доим ичилади» деган ноаниқ қарор эмас, текшириладиган клиник гипотеза сифатида тузиш фойдали. Гипотеза: мавжуд даволашга ушбу восита қўшилса, муайян депрессив натижа яхшиланиши кутилмоқда. Бошланғич ҳолат, кўзланган натижа, назорат вақти ва ножўя таъсир мезонлари ёзилади.

Бу ёндашув дори таъсирини шошилинч баҳолаш дегани эмас. Препаратга мос етарли вақт ва титрация керак. Лекин натижа текширилмасдан йиллар давом этган қўшимча восита ҳам яхши амалиёт эмас. Барқарорликка эришилгач, қайси препаратнинг вазифаси сақланаётгани ва қайси хавфлар пайдо бўлгани қайта кўрилади.

Дорини камайтириш ёки тўхтатиш ҳам режали қарор. Бирданига бир неча препаратни ўзгартириш қайси ўзгариш нима келтирганини аниқлашни қийинлаштиради. Шошилинч хавф бўлмаганида, ўзгаришларнинг тартиби ва кузатуви аниқ бўлади. Беморнинг ўзбошимчалик билан қисқартиришига йўл қўймаслик учун аввалдан муҳокама қилинади.

11 52.11. Шартли клиник мисол: акатизияни хавотирдан ажратиш

Қисман жавобли депрессияда қўшимча препарат бошланганидан кейин бемор «асабим янада бузилди» деб мурожаат қилди. У ўтиролмас, хонада тинимсиз юрар, ички тоқатсизликни тасвирларди. Тушкун фикрлардан кўра ҳаракат безовталиги янги ва устун белги эди.

Шифокор буни автоматик депрессия кучайиши деб қабул қилиб дозани оширмади. Акатизия эҳтимоли, хавф ва дори билан вақт муносабати баҳоланди. Кейинги қарор препаратга ва клиник ҳолатга мос қабул қилинди. Мисол аугментацияда янги симптомни аввалги касалликка юклаш қандай хатога олиб келиши мумкинлигини кўрсатади.

12 52.12. Амалий машқ: фойда-хавф ёзуви

Аугментация қарорини беш жумла билан асосланг: мавжуд даволаш нимани яхшилади; нима қолди; қўшилаётган восита нега танланди; қайси хавфлар мониторинг қилинади; қачон натижа қайта баҳоланади. Кейин «агар фойда бўлмаса, режа нима?» деган олтинчи жумлани қўшинг. Бу оддий машқ асоссиз полифармацияни аниқлашга ёрдам беради.

Бемор учун эса икки қисқа хабар тайёрланади: «Қандай ўзгаришни кутамиз?» ва «Қайси белгида тез хабар беринг?» Мутахассис учун мукаммал фармакология изоҳи бемор учун тушунарли хавфсизлик йўриқномаси ўрнини босмайди.

13 52.13. Клиник семинар: мониторингсиз самарани ваъда қилиб бўлмайди

Икки беморда бир хил даражада қисман жавоб бор. Биринчиси таҳлил топшириш ва қабулга келиш имконига эга; иккинчиси узоқ ҳудудда яшайди ва лабораторияга кам боради. Агар аугментация варианти мунтазам лаборатор назорат талаб қилса, бу фарқ препарат танловига таъсир қилади. Иккинчи беморни ёрдамдан маҳрум қилиш эмас, назоратни ташкил этиш ёки хавфсизроқ муқобилни кўриб чиқиш зарур.

Семинарда мониторинг занжири ёзилади: ким таҳлил буюради, қаерда топширилади, натижа кимга келади, ким уни баҳолайди ва беморга қачон хабар беради. Занжирнинг ҳар бир узилиши хавф туғдириши мумкин. «Оилавий шифокор кузатади» дейишдан олдин бу вазифа ҳақиқатан келишилганми ва зарур маълумот етказилганми, текширилади.

Мониторингнинг молиявий ва вақт юки ҳам розилик суҳбатида айтилади. Фақат препарат нархини муҳокама қилиб, таҳлил ва қабул харажатини яширин қолдириш бемор учун кутилмаган тўсиқ яратади. Агар бемор бу юкни кўтара олмаса, уни «даволашга амал қилмаяпти» деб айблаш ўрнига режа қайта кўрилади.

Кейинги қабулда мониторинг натижалари нормал бўлса ҳам, субъектив ножўя таъсирлар ва функционал ҳолат сўралади. Нормал таҳлил беморнинг кундузги уйқучанлиги, акатизияси ёки қабул қилиб бўлмайдиган вазн ортишини рад этмайди. Фойда-хавф баҳоси лаборатория ва инсон тажрибасини бирлаштиради.

14 52.14. Тўхтатиш режаси бошланишда ҳам керак

Қўшимча препаратни қачон қайта баҳолаш ва фойда бўлмаса қандай йўл тутиш бошланишда муҳокама қилинади. Бу беморни даволашдан совитиш эмас; назоратсиз узоқ полифармациядан сақлашдир. Тўхтатишнинг ўзи ҳам препаратга мос, босқичли ёки бошқа махсус тартибни талаб қилиши мумкин. Китобдаги умумий қоида конкрет рецепт ўрнини босмайди.

Ремиссияга эришилганда ҳам «энди ҳаммасини тўхтатамиз» деган автоматик қарор қилинмайди. Қайталаниш хавфи, эпизодлар тарихи, даволаш давомийлиги ва бемор афзаллиги баҳоланади. Ҳар бир воситанинг сақланиш сабаби аниқ бўлса, кейинги ўзгариш ҳам тушунарли бўлади. Сабаби унутилган препаратлар рўйхати яхши бошқарув белгиси эмас.

15 52.15. Қисқа билим назорати

Савол: аугментация фақат икки препарат сонини англатадими? Жавоб: йўқ, у муайян даволаш мақсадига қаратилган стратегия. Савол: литийда нормал қон даражаси токсикликни мутлақ рад этадими? Жавоб: йўқ, клиник белгилар ҳам муҳим. Савол: антипсихотик қўшилган беморда психоз борми? Жавоб: шарт эмас; тайинлаш мақсади ташхисдан алоҳида тушунтирилади.

Савол: вазнни кузатиш метаболик мониторингнинг ҳаммасими? Жавоб: йўқ, препарат ва хавфга қараб бошқа клиник-лаборатор кўрсаткичлар керак. Савол: қўшимча доридан кейин безовталик ошса, депрессия кучайган деб дозани ошириш керакми? Жавоб: аввал акатизия, фаоллашув ва бошқа сабаблар баҳоланади. Савол: мониторинг имкони йўқлиги аҳамиятсизми? Жавоб: у танловнинг муҳим хавфсизлик омилидир.

16 52.16. Манбалар

[52.1] NICE. NG222, use of lithium and oral antipsychotics as augmentation. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[52.2] NHS SPS. Lithium monitoring. https://www.sps.nhs.uk/monitorings/lithium-monitoring/

[52.3] NHS. How and when to take lithium. https://www.nhs.uk/medicines/lithium/how-and-when-to-take-lithium/

53-БОБ

Биполяр депрессияни даволаш

Биполяр депрессия ташқи кўринишидан униполяр депрессияга ўхшаш бўлиши мумкин, аммо даволаш стратегияси бир хил эмас. Асосий фарқ жорий тушкунликнинг ўзида эмас, инсон ҳаётидаги мания, гипомания ёки аралаш аффектив белгилар тарихидадир. Шунинг учун фақат бугунги кайфиятга қараб антидепрессант танлаш биполярликни кўздан қочириши мумкин.

1 53.1. Ташхис даволашдан олдин ва даволаш давомида

Аввалги уйқуга эҳтиёж камайиши, одатдан ташқари фаоллик, тез нутқ, ортиқча ишонч, кўп сарфлаш, хавфли қарорлар ва яқинлар сезган ўзгаришлар сўралади. Бу белгилар қанча давом этгани ва функцияга қандай таъсир қилгани муҳим. Оддий яхши кун, касбий муваффақият ёки кофеиндан кейинги тетиклик гипоманияга тенг эмас.

Оила тарихи ва антидепрессантдан кейинги фаоллашув маълумоти ёрдам беради, аммо уларнинг ўзи ташхис қўймайди. Бемор розилиги билан яқинлардан маълумот олиш ва аввалги ҳужжатларни кўриш фойдали. Скрининг саволномаси гумонни ошириши мумкин, лекин биполяр бузилишни мустақил тасдиқламайди. Шубҳа бўлса, шошилмасдан, аммо хавфсизликни кечиктирмасдан, мутахассис баҳоси ташкил қилинади.

2 53.2. Ўткир давр ва узоқ муддатли профилактика

Ўткир депрессив эпизодни енгиллаштириш ва келажак эпизодларнинг олдини олиш бир-бирига боғлиқ, лекин бир хил мақсад эмас. Айрим препаратлар мания профилактикасида муҳим, бошқалари биполяр депрессив эпизодда кўпроқ ўрганилган. «Кайфият стабилизатори» атамаси барча фазаларда бир хил самарани кафолатламайди.

Аввал самара берган ва кўтарилган даволаш, жорий қабул, қондаги даража зарурати, соматик хавф, репродуктив режа ва бемор танлови ҳисобга олинади. Агар бемор аллақачон литий қабул қилаётган бўлса, янги препарат қўшишдан олдин қабул мунтазамлиги ва тегишли қон даражаси текширилади. «Литий бор, демак ҳаммаси назоратда» деган тахмин етарли эмас.

3 53.3. Даволаш вариантлари

NICEда ўртача ёки оғир биполяр депрессияси бор, биполяр бузилиш учун препарат қабул қилмаётган катталарга флуоксетин–оланзапин комбинацияси ёки кветиапин монотерапияси асосий вариантлар сифатида келтирилган; айрим ҳолатларда оланзапин ёки ламотриджин ҳам кўриб чиқилади [53.1]. Бу Буюк Британия қўлланмаси доирасидаги тавсия; маҳаллий рўйхатдан ўтиш ва индивидуал қарши кўрсатмалар текширилади. Рўйхат «барчасини бирга бериш» дегани эмас.

Ламотриджинда титрация секин ва аниқ йўриқнома бўйича амалга оширилади. Тери тошмаси, айниқса шиллиқ қават зарарланиши ёки умумий аҳвол ёмонлашиши билан бўлса, тез тиббий баҳолаш талаб қилинади. Бир неча кун ёки ундан кўп танаффусдан кейин аввалги юқори дозани ўзбошимчалик билан қайта бошлаш хавфли бўлиши мумкин. Валпроат ва бошқа препаратлар ламотриджиннинг титрация тартибини ўзгартириши мумкин.

Кветиапин ва оланзапинда седатив ва метаболик таъсирлар, литийда буйрак-қалқонсимон без ва қон даражаси мониторинги муҳим. Валпроатда репродуктив хавфлар жиддий: ҳомиладорлик эҳтимоли, контрацепция, оталик режаси ва маҳаллий чекловлар мутахассис билан муҳокама қилинади. «Биполярга яхши» деган умумий таъриф бундай хавфларни четлаб ўтишга асос эмас.

4 53.4. Антидепрессантларнинг ўрни ва чегараси

Биполяр I бузилишда антидепрессант монотерапияси одатий танлов эмас. Агар антидепрессант кўриб чиқилса, унинг қайси биполярга мос восита билан, нима мақсадда ва қандай мониторинг остида берилиши аниқ бўлиши керак. ЖССТ ҳам антидепрессант қўлланганда уни кайфиятни барқарорлаштирувчи даволаш билан боғлаш ва мания белгиларига кузатув зарурлигини кўрсатади [53.2].

Аввал антидепрессант билан мания ёки гипоманияга алмашиниш бўлгани, аралаш белгилар ва тез циклли кечиш эҳтиёткорликни кучайтиради. «Тушкунлик кучли, демак антидепрессант дозасини ошириш керак» деган мантиқ бундай ҳолатда хавфли бўлиши мумкин. Шу билан бирга, бемор қабул қилаётган дорини интернетдаги умумий маълумотга асосланиб кескин тўхтатмаслиги керак; ўзгариш мутахассис режаси билан амалга оширилади.

5 53.5. Аффектив алмашинишни кузатиш

Кузатувда фақат кайфият кўтарилишини эмас, уйқуга эҳтиёж, нутқ, режалар сони, харажат, жинсий фаоллик, таъсирчанлик ва зиддиятлар динамикаси сўралади. Бемор «энди зўрман» деб ҳис қилиши мумкин, аммо яқинлари унинг жуда тезлашганини

сезиши мумкин. Шунинг учун олдиндан келишилган эрта белгилар рўйхати фойдали.

Акатизия, хавотир ва гипоманияни фарқлаш муҳим. Акатизияда ички ҳаракат безовталиги устун; гипоманияда эса кайфият-энергия-функциянинг кенгроқ ўзгариши бўлади. Булар бир вақтда ҳам учраши мумкин. Уйқусизлик билан бирга кучли ажитация, импульсивлик ва суицидал фикрлар бўлса, аралаш ҳолат ёки бошқа хавфли вазият шошилинч баҳоланади.

6 53.6. Психотерапия ва кундалик барқарорлик

Психотаълим беморни фақат дори ичишга кўндириш эмас. У касаллик фазаларини таниш, эрта огоҳлантирувчи белгиларни билиш, уйқу ва кун тартибини барқарорлаштириш, модда истеъмолини камайтириш ва оила билан хавфсиз ҳамкорликни қамраб олади. Тузилган психологик ёрдам депрессив фикрлар ва функционал қийинчиликлар билан ишлашда ҳам муҳим.

Тунги уйқуни қурбон қилиш, бирданига катта лойиҳаларга киришиш ёки назоратсиз стимулятор қабул қилиш «қайта ишга тушиш» деб рағбатлантирилмайди. Тикланишда фаоллик босқичма-босқич оширилади. Биполяр депрессияда одам ўзининг аввалги фаоллигини соғиниши мумкин; мақсад уни ҳар қандай нархда тезлаштириш эмас, барқарор ва хавфсиз ҳаётга қайтаришдир.

7 53.7. Шартли клиник мисол

28 ёшли бемор қайталанувчи тушкунлик билан даволанган. У антидепрессант бошланганидан кейин бир неча кун жуда кам ухлаб, янги бизнеслар режалаштирган ва қарз олган. Аввал бу «ниҳоят тузалиш» деб баҳоланган. Кейинги суҳбатда шундай давр дорисиз ҳам бўлгани аниқланди.

Мутахассис униполяр ташхисни қайта кўриб, биполяр спектрни тўлиқ баҳолади. Жорий хавф, молиявий ва оилавий оқибатлар, уйқу ва қабул қилаётган препаратлар қайта кўрилди. Даволаш режаси фақат тушкунликни босиш эмас, фазалар алмашинишини ва келажак эпизодларини бошқаришга қаратилди. Бу мисол антидепрессантдан кейинги ҳар қандай тетикликни муваффақият деб талқин қилмасликни ўргатади.

8 53.8. Биполяр I ва II ни соддалаштирмаслик

Биполяр I бузилишда мания тарихи марказий аҳамиятга эга. Биполяр IIда гипомания ва депрессив эпизодлар тарихи баҳоланади. «II» рақами касалликнинг енгиллигини англатмайди: депрессив юк ва функционал оқибатлар жиддий бўлиши мумкин. Шу билан бирга, ҳар қандай кайфият тебранишини биполяр II деб аташ ҳам ташхисни ортиқча қўйишга олиб келади.

Эмоционал реактивлик, шахслараро низога жавоб, травма симптомлари, диққат етишмовчилиги ёки модда таъсири биполярликка ўхшаш тасвир бериши мумкин. Вақт бўйича алоҳида эпизод, одатий ҳолатдан фарқ ва уйқу-энергия ўзгариши муҳим. Ташхисни аниқлашда бир суҳбатдан кўра узоқламасига тарих кўпинча қимматлироқ.

Биполяр II депрессиясида антидепрессантлар ҳақидаги қарорлар ҳам мураккаб; уларни униполяр алгоритмга автоматик қайтариш мумкин эмас. Эпизод хусусияти, аввалги алмашиниш ва аралаш белгилар ҳисобга олинади. Ушбу боб ҳар бир кичик гуруҳ учун тайёр рецепт бермайди; клиник фарқни сақлаш ва ихтисослашган қарор заруратини кўрсатади.

9 53.9. Аралаш белгилар

Депрессив кайфият билан бирга энергия ёки фикр оқимининг тезлашиши, кучли таъсирчанлик, уйқуга эҳтиёж камайиши ва импульсивлик бўлиши мумкин. Бундай тасвирни «хавотирли депрессия» деб тез ёпиш хавфли. Аралаш белгиларни аниқлаш даволаш танлови ва хавф мониторингини ўзгартиради.

Ажитациянинг ўзи аралаш эпизодни тасдиқламайди. Дори ножўя таъсири, акатизия, модда таъсири ва оғир хавотир ҳам текширилади. Бир симптомдан ташхис чиқариш ўрнига белгиларнинг биргалиги, давомийлиги ва тарихига қаралади. Беморнинг «ичимда куч бор, аммо яшагим келмаяпти» деган тасвири айниқса жиддий қабул қилинади; хавф тез баҳоланади.

Аралаш ҳолат гумонида одатдаги антидепрессант дозасини кўпайтиришдан олдин мутахассис режаси қайта кўрилади. Хавфсизлик, уйқу, импульсив ҳаракатлар ва ёрдам муҳити устувор бўлади. Қарор беморнинг бир кунлик кайфиятига эмас, фазавий клиник тасвирга таянади.

10 53.10. Ҳаёт чизиғи ва эрта белгилар

Бемор билан ҳаёт чизиғини тузиш мумкин: йиллар ёки ойлар бўйича депрессив, кўтаринки, аралаш ва барқарор даврлар белгиланади. Иш, уйқу, туғруқ, модда истеъмоли, дори ўзгариши ва йирик воқеалар шу чизиққа қўшилади. Бу хотирани мутлақ ҳақиқат

деб қабул қилиш эмас, тарихни тартиблаш усулидир.

Эрта огоҳлантирувчи белгилар индивидуал бўлади. Бир одамда тунги хабарлар кўпайиши, бошқасида кераксиз харидлар, учинчисида уйғониш вақти кескин сурилиши кузатилиши мумкин. Уларни олдиндан таниш янги эпизодни эртароқ баҳолашга ёрдам беради. Яқинлар билан келишилган режада қайси белгида кимга хабар берилиши аниқ бўлади.

Бу режа беморни доимий назорат остида қолдириш учун эмас. Оддий қувонч ёки фаоллик ҳар сафар касаллик деб баҳоланса, инсон ўз ҳаётидан қўрқиб қолиши мумкин. Шунинг учун «сизга хос соғлом фаоллик» ва «одатдан ташқари фазавий ўзгариш» фарқи бирга муҳокама қилинади. Қарорларда беморнинг ўз кузатуви муҳим ўрин тутади.

11 53.11. Репродуктив режа ва узоқ муддатли қарор

Репродуктив суҳбат фақат ҳомиладорлик тасдиқланганда бошланмайди. Ҳомиладорлик эҳтимоли, режалаштириш, контрацепция ва оталик режаси тегишли препаратлар учун олдиндан муҳокама қилинади. Айниқса валпроат бўйича хавфлар ва чекловлар янгиланиб туради; амалдаги маҳаллий йўриқнома ва расмий огоҳлантиришлар текширилади.

Бемор ҳомиладор бўлиб қолганини айтса, барча дорини бирданига тўхтатиш ёки давом эттириш ҳақида умумий буйруқ берилмайди. Касаллик қайталаниш хавфи, препарат таъсири ва акушерлик ҳолати тезкор мутахассислар ҳамкорлигида баҳоланади. Даволашсиз қолган оғир биполяр бузилишнинг ҳам она ва бола учун хавфи бор. Қарорда икки томонлама хавф очиқ кўрсатилади.

Узоқ муддатли даволашда метаболик, буйрак, қалқонсимон без ва бошқа соматик мониторинг дорига мос олиб борилади. Бемор ўзини яхши ҳис қилганда ҳам назоратнинг мақсади тушунтирилади. Мониторинг «сиз ҳали касалсиз» деган белги эмас, даволашни хавфсиз сақлаш воситасидир.

12 53.12. Ремиссиядан кейинги муносабат

Бемор гипомания даврини ижодкорлик, самарадорлик ёки ўзига ишончнинг энг яхши вақти деб эслаши мумкин. Мутахассис бу тажрибани инкор этмасдан, шу даврдаги уйқу, қарз, зиддият ва кейинги депрессия оқибатларини бирга кўриб чиқади. Мақсад инсоннинг фаоллигини сўндириш эмас, уни хавфсиз ва барқарор сақлашдир.

Оила баъзан ҳар қандай ташаббусдан хавотирланади. Психотаълимда соғлом мақсад ва фазавий тезлашув фарқи тушунтирилади. Беморга ҳам барқарорлик зерикарли ёки «мен эмасман»дек туюлиши мумкин. Бу ҳис терапияда муҳокама қилинади; дорига яширин қаршилик сифатида қолдирилмайди.

Иш ёки ўқишга қайтишда босқичли юклама, мунтазам уйқу ва қўллаб-қувватлаш муҳим. Бир неча яхши кундан кейин катта қарз олиш, тунги ишни кўпайтириш ёки ҳамма вазифани бирданига қайтариш тикланишни қийинлаштириши мумкин. Режа инсоннинг қадриятларини сақлаган ҳолда суръатни бошқаришга ёрдам беради.

13 53.13. Шартли клиник мисол: барқарорликни «кучсизлик» деб қабул қилиш

35 ёшли тадбиркор депрессиядан чиққач, аввалги гипомания давридаги тезликка қайтолмаётганидан норози бўлди. У даволашни ижодкорлигини йўқотяпти деб ўйлади. Суҳбатда ўша тезкор даврда уйқу кескин камайгани, келишувлар бажарилмагани ва қарзлар қолгани ҳам кўрилди.

Режа фақат «дорини тўхтатманг» деган кўрсатма билан чекланмади. Қабул қилиб бўлмайдиган ножўя таъсирлар баҳоланди, иш мақсадлари реал босқичларга бўлинди ва соғлом фаоллик белгилари келишилди. Мисол биполяр даволашда беморнинг шахсий тажрибаси ва идентификацияси ҳам клиник аҳамиятга эга эканини кўрсатади.

14 53.14. Амалий машқ: икки фазали хавфсизлик режаси

Депрессив ёмонлашиш учун алоҳида ва мания-гипоманияга ўтиш учун алоҳида эрта белгиларни ёзинг. Ҳар бирига бемор, яқин киши ва мутахассиснинг вазифасини белгиланг. Дори ўзгаришини беморнинг ўзи ҳал қилмайди; у белгини эрта хабар қилади, мутахассис эса ҳолатни баҳолайди. Шу тарзда режа ҳам автономияни, ҳам хавфсизликни сақлайди.

15 53.15. Клиник семинар: «энергия қайтди» деган хабар

Бемор даволашдан кейин «энергиям қайтди» деди. Биринчи талқин — депрессия яхшиланди. Аммо аниқ саволлар берилганда у икки кеча деярли ухламагани, жуда кўп режа тузгани ва одатдагидан анча таъсирчан бўлиб қолгани маълум бўлди. Бу хабар оддий ижобий динамикадан кўра кенгроқ баҳолашни талаб қилди.

Семинар иштирокчиси икки рўйхат тузади: хавфсиз тикланишга мос белгилар ва фазавий алмашинишдан шубҳалантирадиган белгилар. Биринчи рўйхатда уйқу эҳтиёжи сақланган ҳолда фаолиятнинг босқичли қайтиши, қарорларнинг реаллиги ва функция-

нинг яхшиланиши бўлиши мумкин. Иккинчисида уйқуга эҳтиёжнинг кескин камайиши, тезлашган нутқ, хавфли харажат ва танқидий баҳонинг пасайиши кўрилади. Бу рўйхат ташхис тест эмас, суҳбатни йўналтирувчи воситадир.

Кейин беморнинг аввалги тарихи ва қабул қилаётган дорилари солиштирилади. Модда истеъмоли, янги препарат ва соматик ҳолат ҳам текширилади. Агар мания ёки аралаш ҳолат эҳтимоли юқори бўлса, тез мутахассис баҳоси ва хавфсизлик режаси устувор бўлади. Беморнинг «ўзимни яхши ҳис қиляпман» деган субъектив баҳоси инкор этилмайди, аммо хавфли хулқни эътиборсиз қолдиришга асос бўлмайди.

16 53.16. Даволашга ишончни сақлаш

Биполяр ташхис янги қўйилганда бемор аввалги йилларини бошқача кўриши, уялиш ёки ғазаб ҳис қилиши мумкин. Ташхисни шахсиятга айлантирмасдан, касаллик фазаларини тушунтирувчи клиник модель сифатида баён қилиш муҳим. «Сиз шундай одамсиз» эмас, «сизда вақт-вақти билан шундай эпизодлар бўлган, биз уларни бошқаришни режалаштирамиз» деган тил ишлатилади.

Ҳар бир қарор беморнинг иштирокини сақлайди. Унинг дорига муносабати, касбий мақсадлари, оилавий режаси ва олдинги тажрибаси тингланади. Шу билан бирга, яқин хавфда шошилинч ёрдам зарурати очиқ айтилади. Ҳамкорлик клиник масъулиятни беморга юклаб қўйиш эмас.

17 53.17. Қисқа билим назорати

Савол: биполяр депрессияни фақат тушкунлик белгилари билан униполярдан ишончли ажратиш мумкинми? Жавоб: тўлиқ аффектив тарих зарур. Савол: ҳар қандай уйқусизлик гипоманиями? Жавоб: йўқ, уйқуга эҳтиёж камайиши ва бошқа фазавий белгилар баҳоланади. Савол: биполяр II «енгил касаллик»ми? Жавоб: йўқ, депрессив юк жиддий бўлиши мумкин.

Савол: ламотриджинни танаффусдан кейин аввалги дозада ўзбошимчалик билан бошлаш мумкинми? Жавоб: йўқ, қайта бошлаш тартиби мутахассис ва йўриқнома билан белгиланади. Савол: ҳомиладорликда барча психиатрия дорисини дарҳол тўхтатиш хавфсизми? Жавоб: автоматик эмас, касаллик ва препарат хавфи бирга тез баҳоланади. Савол: узоқ муддатли мақсад кайфиятни имкон қадар кўтаришми? Жавоб: барқарорлик, хавфсизлик ва функцияни тиклашдир.

18 53.18. Бобнинг асосий хулосаси

Биполяр депрессияда энг муҳим қадамлар: тўлиқ аффектив анамнез; жорий хавфни аниқлаш; фазага мос препарат танлаш; антидепрессантга эҳтиёткор ёндашиш; соматик ва репродуктив хавфни назорат қилиш; уйқу ва эрта белгилар бўйича режа. Даволашнинг мақсади бир марта кайфиятни кўтариш эмас, узоқ муддатли барқарорлик ва инсон ҳаётини тиклашдир.

19 53.19. Манбалар

[53.1] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[53.2] WHO. Antidepressant medicines in individuals with a depressive episode in bipolar disorder. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/antidepressant-medi-in-individuals-with-a-depressive-episode-in-bipolar-disorder

[53.3] NHS SPS. Lithium monitoring. https://www.sps.nhs.uk/monitorings/lithium-monitoring/

54-БОБ

Оғир ва шошилинч ҳолатларни бошқариш

Депрессия оғирлиги билан ёрдамнинг шошилинчлиги бир хил тушунча эмас. Оғир симптомли бемор ҳозир жисмонан барқарор бўлиши мумкин; симптомлари камроқ кўринган бошқа бемор эса яқин ўзини шикастлаш хавфи, интоксикация ёки сувсизланиш туфайли зудлик билан ёрдамга муҳтож бўлади. Шунинг учун «қайси антидепрессант?» саволидан олдин «ҳозир нимани кечиктириб бўлмайди?» деган савол берилади.

Бу боб шошилинч ёрдам рецепти эмас. Инъекция, седация, инфузия ва реанимацион чоралар тегишли тайёргарлик, жиҳозланган шароит, мониторинг ва маҳаллий протоколни талаб қилади. Амбулатор қабулнинг муҳим вазифаси баъзан муолажа бошлаш эмас, хавфни таниб, беморни хавфсиз равишда керакли хизматга ўтказишдир.

1 Биринчи дақиқалар: хавфсизлик ва тиббий барқарорлик

Бемор билан хотиржам, қисқа ва тушунарли гаплашилади. Кўп ходимнинг бир вақтда савол бериши, айблаш, баланд овоз ёки беморни тўсатдан ўраб олиш қўзғалишни кучайтириши мумкин. Суҳбат учун шовқин камайтирилади; ходим ва беморнинг хавфсизлиги таъминланади. Тинчлантирувчи муносабат ташхис қўйишдан олдин ҳам бошланиши мумкин.

Ҳуш, нафас, қон айланиши, ҳарорат, жисмоний жароҳат ва яқинда қабул қилинган дорилар ҳақида маълумот олинади. Зарур ҳолда глюкоза, кислородланиш, электролитлар ва бошқа тиббий текширувлар клиник кўрсатма бўйича ўтказилади. «Психиатрия бемори» деган ёрлиқ гипогликемия, инфекция, инсульт, тутқаноқдан кейинги ҳолат ёки заҳарланишни истисно қилмайди.

Икки йўналиш параллел кетади: ҳаёт учун хавфли тиббий муаммони бартараф қилиш ва руҳий ҳолатни баҳолаш. Бири тугамагунча иккинчисини бутунлай кечиктириш шарт эмас; жамоа вазифаларни тақсимлайди. Нима аниқлангани, нима ҳали номаълумлиги ва кейинги қарор кимнинг масъулиятида экани ёзиб борилади.

2 Суицид хавфи: балл эмас, индивидуал вазият

Суицид фикри, ният, тайёргарлик, аввалги уринишлар, ҳозирги импульсивлик, психоз, моддалар, яқин ёрдам ва беморнинг ёрдамдан фойдаланиш қобилияти алоҳида сўралади. Савол бериш хавфни «ўргатиб қўйиш» эмас. Бироқ суҳбатда хавфли ҳаракат усулларини батафсил муҳокама қилиш талаб этилмайди.

NICE NG225 келажакдаги суицид ёки ўзини шикастлашни башорат қилиш учун шкалаларни ёки «паст–ўрта–юқори» гуруҳлашни мустақил қарор воситаси сифатида ишлатмасликни тавсия қилади. Муҳим нарса эҳтиёж, хавфсизлик ва индивидуал клиник формуляциядир. [54.1]

Бемор «қилмайман» деб ваъда бергани кузатув, хавфсизлик режаси ёки зарур стационар ёрдамнинг ўрнини босмайди. Яқин хавф, оғир психоз ёки ўзини асраш қобилиятининг йўқолиши бўлса, беморни оддий навбатдаги қабулга жўнатиб бўлмайди. Кузатув ва хавфли воситаларга киришни камайтириш ҳамкорликда ташкил этилади; ҳуқуқий асос ва махфийлик истиснолари маҳаллий тартибга мувофиқ баҳоланади.

3 Психотик депрессияда нимани аниқлаймиз?

Оддий ўзини айблаш билан қатъий васвасали ишонч бир хил эмас. Масалан, «боламга кам вақт ажратдим» деган пушаймонлик билан «мен туфайли бутун шаҳар ҳалок бўлади» деган тузатиб бўлмайдиган ишончнинг клиник мазмуни фарқ қилади. Шифокор мазмундан ташқари ишончнинг шакли, танқид, галлюцинациялар ва хулққа таъсирини баҳолайди.

Психоз фақат депрессия фонидами, кайфиятдан мустақил даврларда ҳам бўлганми? Мания, модда, дори ёки органик касаллик эҳтимоли борми? Бу саволлар кейинги даволаш йўлини ўзгартиради. Оиладан маълумот олиш фойдали, аммо беморнинг шахсий баёни ва ҳуқуқлари йўқолиб кетмайди.

NICE психотик депрессияда ихтисослашган ёрдам ва антидепрессант–антипсихотик комбинациясини кўриб чиқишни тавсия қилади. Даво индивидуал танланади; метаболик, неврологик ва бошқа ножўя таъсирлар назорат қилинади. Шошилинч жавоб зарур бўлса, ЭКТ ҳам муҳокама қилинади. Бу «психоз бор, исталган тинчлантирувчи етарли» дегани эмас. [54.2]

4 Кататонияни оддий сустликдан ажратиш

Мутизм, ступор, ғайриоддий позани сақлаш, негативизм, эхолалия, эхопраксия ёки мақсадсиз қўзғалиш кататоник синдром ҳақида ўйлашга асос бўлади. Битта белги билан ташхис қўйилмайди. Кататония депрессияда, бошқа руҳий ва тиббий касалликларда учраши мумкин; уни «бемор атайлаб гапирмаяпти» деб талқин қилиш хавфли.

ВАР консенсусида бензодиазепинлар ва/ёки ЭКТ биринчи қатор ёндашувлар қаторида келтирилади. Мутахассис лоразепам синовини клиник шароитда қўллаши мумкин, аммо натижа ташхиснинг ягона исботи эмас. Сабабни излаш ва асоратларнинг олдини олиш даво билан бирга олиб борилади. Иситма ва вегетатив беқарорлик билан кечувчи ҳолат шошилинч баҳолашни талаб қилади. [54.3]

Ҳаракатсизлик, овқатланиш бузилиши ва мулоқот қийинлиги беморни сувсизланиш, босим яралари ва тромбоэмболик асоратларга мойил қилиши мумкин. Шунинг учун парвариш «асосий даводан кейинги майда иш» эмас. Ҳарорат, овқат-сув, ҳаракат, тери ва умумий ҳолат бўйича аниқ кузатув режаси керак. Кататонияда антипсихотикни автоматик бошлаш ёки оширишдан олдин мутахассис хавфни баҳолайди.

5 Ажитация: ҳаракат кўп, сабаб битта эмас

Беморнинг хона бўйлаб юриши депрессив ажитация, кучли хавотир, акатизия, аралаш аффектив ҳолат, мания, делирий ёки моддага боғлиқ ҳолат бўлиши мумкин. Масалан, дори ўзгаргандан кейин пайдо бўлган «ичимда тўхтаб бўлмайдиган безовталик»ни фақат депрессия кучайиши деб қабул қилиш дозани нотўғри оширишга олиб келади.

Аввал хавфсиз деэскалация, тушунтириш ва эҳтиёжни аниқлаш қўлланади. Агар тез тинчлантириш зарур бўлса, у алоҳида клиник кўрсатма, қарши кўрсатмалар ва мониторинг билан амалга оширилади. NICE NG10 бундай аралашувдан кейин ҳуш, нафас, пульс, қон босими ва бошқа ҳаётий кўрсаткичларни кузатишга алоҳида эътибор беради. [54.4]

Тез тинчланиш депрессия ремиссияси дегани эмас. Седатив таъсир беморни вақтинча камҳаракат қилиши мумкин, лекин умидсизлик, психоз ёки суицид хавфини ҳал қилганини исботламайди. Шунингдек, инъекцион шакл дорининг ҳар доим «кучлироқ» ёки узоқ муддатда «яхшироқ» эканини англатмайди. Шошилинч мақсад билан асосий даволаш мақсади ҳужжатда алоҳида ёзилади.

6 Овқат ва сувдан бош тортиш

Сабаб аниқланади: иштаҳа йўқлиги, ютиш қийинлиги, кўнгил айниши, қашшоқлик, васваса, кататония ёки ўзини жазолаш нияти. «Емайди» деган бир сўз етарли эмас; охирги қабул, вазн динамикаси, суюқлик ва умумий жисмоний ҳолат қайд этилади.

Сувсизланиш ёки узоқ озиқланмасликда фақат антидепрессант таъсирини кутиш мумкин эмас. Тиббий жамоа суюқлик-электролит ҳолати ва озиқлантиришни баҳолайди. Узоқ очликдан кейин тез озиқлантириш ҳам хавфсиз деб автоматик қабул қилинмайди; қайта озиқлантириш асоратлари эҳтимоли клиник протокол бўйича ҳисобга олинади. [54.5]

7 Қарор қабул қилиш қобилияти ва ҳуқуқлар

Оғир ташхис беморнинг барча қарорларни қабул қилиш қобилияти йўқ дегани эмас. Аниқ қарорга оид ахборотни тушуниш, сақлаш, солиштириш ва танловни ифодалаш имконияти баҳоланади. Тил, эшитиш, кўриш, саводхонлик ёки қаттиқ хавотир тўсиқ бўлса, аввал мулоқот мослаштирилади.

Зарур шошилинч аралашувлар, розилик олиш имкони ва ҳуқуқий асослар қайд этилади. Энг кам чекловчи, хавфсиз усул танланади. Оила аъзосининг хоҳиши беморнинг ҳуқуқини ўз-ўзидан алмаштирмайди; оиладан муҳим маълумот олиш билан қарор ваколатини бериш бир хил эмас.

8 Икки таълимий вазият

Биринчи бемор: 58 ёш, ҳафталар давомида тушкун, охирги кунларда «овқат менга тегишли эмас» деб емаслик, қатъий айбдорлик ва сезиларли ҳолсизлик. Бу ерда навбатдаги рецептдан олдин тиббий барқарорлик, психоз, озиқланиш ва хавфсиз жойлаштириш баҳоланади. Психотик депрессия ишчи гипотеза бўлиши мумкин, лекин органик ва бошқа сабаблар текширилади.

Иккинчи бемор: 33 ёш, янги дори қўшилгандан сўнг ўтиролмайди, «танам ичида безовталик» дейди; суҳбатда фикрлари мантиқий, уйқуси бузилган. «Ажитацияли депрессия» деб шошилиш ўрнига акатизия ва бошқа дори таъсири ҳам баҳоланади. Қарорни симптомнинг вақт билан боғланиши ўзгартиради. Иккала мисол ҳам китоб учун тузилган, реал бемор баёни эмас.

9 Жамоага топширишнинг қисқа тартиби

Йўлланмада ҳозирги муаммо, шошилинчлик сабаби, ҳаётий кўрсаткичлар, муҳим анамнез, қабул қилинган дорилар ва уларнинг вақти, аллергия, хавфсизлик эҳтиёжи ҳамда ким билан боғланиш мумкинлиги бўлади. «Депрессия, олиб борилди» деган ёзув етарли эмас. Қабул қилувчи хизмат билан алоқа ва кейинги кузатув масъулияти аниқланади.

10 Делирийни депрессия ёки психоз билан адаштирмаслик

Делирийда диққат ва огоҳликнинг ўткир ўзгариши, кун давомида тебраниш ва когнитив бузилиш муҳим. Кекса беморнинг кечқурун чалкашиб, эрталаб нисбатан равшан бўлиши ёки инфекциядан кейин тўсатдан ўзгариши алоҳида тиббий баҳолашни талаб қилади. Камҳаракат делирий «жим, тушкун бемор» кўринишида келиши мумкин; бақириш ёки кўзга кўринарли қўзғалиш бўлмаслиги уни истисно қилмайди. [54.6]

Шифокор вақт чизиғини аниқлайди: аввалги когнитив ҳолат қандай эди, ўзгариш қанчалик тез бўлди, дори ёки инфекция билан боғланиш борми? Беморнинг одатий ҳолатини биладиган одам маълумоти қимматли. Барча чалкашликни психиатрия бўлимига ўтказиб юбориш ҳам, барча руҳий белгини соматик сабабга боғлаб қўйиш ҳам нотўғри. Бир нечта ҳолат бирга келиши мумкин.

11 Шошилинч қабулда дориларни мувофиқлаштириш

Бемор қабул қилган препаратларнинг номи, дозаси, охирги қабул вақти, рецептсиз воситалар ва моддалар аниқланади. «Ухлатадиган дори» деган баён етарли эмас. Иложи бўлса, қутиси, рўйхати ёки аввалги ҳужжат билан текширилади. Бир хил таъсирли препаратлар турли савдо номлари остида такрор қабул қилинган бўлиши мумкин.

Қариндош «фалон укол доим ёрдам берарди» деганда, бу маълумот эшитилади, лекин ҳозирги ҳолат учун автоматик тайинловга айланмайди. Илгариги муолажа қайси симптом учун, қандай шароитда берилгани ва қандай ножўя таъсир бўлгани сўралади. Ҳозирги нафас, юрак-қон томир, жигар, буйрак ҳолати ва бошқа дорилар танловни ўзгартириши мумкин.

12 Кузатув нимани англатади?

«Кузатувда» деган бир сўзнинг ортида аниқ вазифалар бўлиши керак: ким кузатади, нима баҳоланади, қандай ўзгаришда ким чақирилади ва маълумот қаерга ёзилади? Ҳар бир муассаса имкониятига мос расмий тартиб қўлланади. Яқин қариндошни тиббий мониторинг ходими ўрнига қўйиш мумкин эмас.

Кузатув фақат хавфли ҳаракатни тўхтатиш эмас. Беморнинг оғриғи, чанқоғи, ҳожатхона эҳтиёжи, совуқ ёки шовқиндан қийналиши ҳам эътиборда бўлади. Асосий эҳтиёж қондирилмаганида безовталикни фақат психопатология билан тушунтириш осон, аммо нотўғри. Инсон қадрини сақлаш хавфсизликнинг рақиби эмас.

13 Бемор ва оила билан шошилинч суҳбат намунаси

«Ҳозир аҳволингизни жиддий баҳолашимиз керак. Сизда овқат-сув қабул қилиш камайган ва фикрларингиз жуда оғирлашган. Аввал жисмоний ҳолатингизни ҳам текширамиз, кейин қайси даво энг хавфсизлигини муҳокама қиламиз». Бу иборада муаммо ва кейинги қадам бор, лекин ҳали текширилмаган ташхис ёки натижа кафолати йўқ.

Оилага: «Ҳозир уни баҳс билан ишонтириш ёки иродасини синаш ёрдам бермаслиги мумкин. Сиздан охирги кунлардаги уйқу, овқат, дорилар ва одатдан ташқари хулқ ҳақида аниқ маълумот керак». Яқинларга вазифа тушунарли бўлади, уларнинг қўрқуви камаяди. Бироқ бемор олдида унинг ҳақида гўё у йўқдек гаплашишдан сақланилади.

14 Шошилинч ёрдамдан кейинги биринчи босқич

Қўзғалиш пасайгандан кейин бемор билан воқеани қайта кўриб чиқиш фойдали: нима содир бўлди, нима ёрдам берди, қайси аралашув қўрқитди ва кейинги сафар нима бошқача бўлиши мумкин? Бу айбдор қидириш эмас. Бемор оғир ҳолатида айтолмаган эҳтиёжини кейинроқ тушунтира олиши мумкин.

Чиқариш ёки бошқа бўлимга ўтказишда «тинч» деган ҳолат етарли мезон эмас. Жисмоний барқарорлик, психоз ёки хавфнинг динамикаси, уйга қайтиш шароити, дорилар, кузатув ва тез мурожаат йўли баҳоланади. Хавф камайгани тўғрисидаги хулоса қайси маълумотга асосланган ёзилади. Бемор кейинги қабул қачон ва қаерда эканини ўз сўзи билан айта олиши тушунганини текширишга ёрдам беради.

15 Клиник хатоларни муҳокама қилиш машқи

Ўқувчига вазият берилади: бемор седациядан кейин ухлаб қолди, оиласи «энди яхши, уйга олиб кетамиз» дейди. Қайси маълумот етишмайди? Ҳуш ва нафас барқарорми, қабул қилинган воситанинг таъсири кузатилдими, асосий синдром ва хавф қайта баҳоландими, чиқариш учун масъул қарор борми? Бу саволлар седация билан тикланишни фарқлашга ўргатади.

Иккинчи машқ: бемор суҳбатда хавфли ниятни рад этади, аммо яқинлари кечаги кескин ўзгариш ҳақида айтади. Қайси баён «тўғри»лигини овоз баландлигига қараб танламаймиз. Вақт, контекст, қўшимча маълумот ва бемор билан ишончли суҳбат орқали зиддиятни аниқлаштирамиз. Номаълумлик ҳужжатда кўрсатилади ва хавфсиз режада ҳисобга олинади.

16 Ёрдам шароитини танлашни асослаш

Амбулатор, кундузги ёки стационар ёрдам танлови фақат ташхис номи билан ҳал қилинмайди. Беморнинг жисмоний ҳолати, ўзини парваришлаши, хавф динамикаси, хонадондаги шароит ва хизматнинг реал имконияти ҳисобга олинади. Уйда қариндош борлиги профессионал ёрдамга эҳтиёжни автоматик йўқотмайди; бемор ёлғиз яшаши ҳам ҳар доим стационар дегани эмас. Қарор индивидуал асосланади.

Баъзан бемор шифохонадан қўрқади, чунки олдинги тажрибаси ёмон бўлган. Бу қўрқувни «касаллигини тан олмаяпти» деб қабул қилиш ўрнига аниқ сабаби сўралади. Қандай шароит, қандай муолажа ва қандай ҳуқуқлар борлиги тушунтирилади. Хавфсизлик талабини камайтирмасдан, имкон қадар танлов ва назорат ҳисси сақланади.

Агар хизматда зарур мониторинг ёки мутахассис йўқ бўлса, мавжуд бўлмаган имкониятни ваъда қилиш ўрнига йўналтириш ташкил этилади. «Бизда укол бор» дегани оғир ҳолатни шу ерда хавфсиз даволаш мумкин дегани эмас. Муассаса чегарасини тўғри билиш бемор учун муҳим ҳимоядир.

17 Хулоса

Боб хулосаси: шошилинч бошқаришнинг натижаси беморнинг фақат тинч ўтириши эмас, тиббий ва руҳий хавфсизликнинг таъминланиши, сабабга йўналтирилган давонинг бошланиши ва ёрдам узилмаслигидир.

Манбалар

[54.1] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[54.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, психотик депрессия ва ЭКТ бўлимлари. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[54.3] Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G ва бошқалар. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia. Journal of Psychopharmacology, 2023;37:327–369. https://doi.org/10.1177/02698811231158232

[54.4] NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NG10. https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/recommendations

[54.5] NICE. Nutrition support for adults. CG32. https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/Recommendations

[54.6] NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations

55-БОБ

ЭКТ RTMS КЕТАМИН ва ЭСКЕТАМИН

Бу усуллар бир-бирининг оддий ўрнини босмайди. ЭКТ назоратли тутқаноқ чақирувчи муолажа; rTMS магнит импульслари орқали нейрон тармоқларга таъсир қилади; кетамин ва эскетамин фармакологик воситалардир. Танловда фақат «қайси бири янги?» эмас, ташхис, оғирлик, тез жавоб зарурати, олдинги даволар, тиббий хавфлар ва беморнинг афзаллиги ҳисобга олинади.

«Резистент» деган ёрлиқдан олдин ташхиснинг тўғрилиги, етарли давомийлик ва дозадаги даволар, қабул қилиш, ножўя таъсирлар, биполярлик, моддалар ва ҳамроҳ касалликлар қайта кўрилади. Икки номдаги дорини қисқа муддат ичиб кўриш билан икки тўлақонли даволаш уриниши бир хил эмас. Шу билан бирга, ҳаёт учун хавфли ҳолатда барча одатий усулларни навбат билан синаб тугатиш шарт деган қараш ҳам нотўғри.

1 ЭКТнинг клиник ўрни

Электроконвульсив терапия оғир, бошқа даволарга жавоб бермаган ёки тез таъсир зарур депрессияда кўриб чиқилади. Кататония, оғир озиқланиш бузилиши ва ҳаёт учун хавфли кечиш танловни тезлаштириши мумкин. Замонавий ЭКТ анестезия ва мушак релаксацияси билан, тайёрланган жамоа томонидан ўтказилади. [55.1]

Беморга процедуранинг мақсади, муқобиллари ва эҳтимолий натижалари тушунтирилади. «Мияни тозалаш», «хотирани ўчириб янги ҳаёт бошлаш» каби таърифлар илмга ҳам, ахборотли розиликка ҳам мос эмас. Муолажага рози бўлиш ёки бўлмаслик учун беморга тушунарли ахборот ва савол бериш имкони керак.

Бошланғич баҳолашда психиатрия ташхиси билан бирга анестезиологик хавф, жисмоний ҳолат, дорилар ва когнитив ҳолат ўрганилади. Когнитив баҳолаш фақат бир балл эмас: беморнинг кундалик хотираси, иш вазифалари ва яқинлар сезган ўзгариш ҳам муҳим. Кейинги ўзгаришни тушуниш учун бошланғич нуқта ёзилади.

2 ЭКТнинг фойдаси ва ножўя таъсирини бирга кузатиш

Курс давомида кайфият, психоз, кататония, овқатланиш, хавфсизлик ва фаолият баҳоланади. Фақат шкала тушгани учун хотира шикояти эътиборсиз қолдирилмайди. Бош оғриғи, муолажадан кейинги чалкашлик ва хотира қийинчилиги кузатилиши мумкин;

айрим беморларда автобиографик хотира муаммоси узоқроқ сақланади. Хавф электрод жойлашуви, импульс параметрлари ва индивидуал хусусиятларга боғлиқ. [55.2]

Бемор «ўтган ҳафтаги суҳбатни эсламадим» деса, буни «депрессиянинг ўзи» деб автоматик рад этмаймиз. Қачон бошлангани, қайси хотира тури, фаолиятга таъсири ва ўзгариш динамикаси аниқланади. Жамоа фойда–хавф мувозанатини қайта кўриб, техник ёки даволаш режасини мослаштиради. Бундай қарорни масофадан умумий китоб рецепти билан белгилаб бўлмайди.

Ўткир курс тугаши даволаш тугаши эмас. Қайталанишнинг олдини олиш учун дори, психотерапия ва танланган ҳолатларда давом эттирувчи ЭКТ режалаштирилади. Курсдан чиқиш ҳужжатида назорат санаси, қолдиқ симптомлар, когнитив кузатув ва беморнинг ёрдамга мурожаат қилиш йўли бўлиши керак.

3 rTMS: нимаси бошқача?

Такрорий транскраниал магнит стимуляцияда бемор одатда ҳушёр бўлади ва умумий анестезия талаб этилмайди. Муолажа белгиланган протокол бўйича миянинг мақсадли соҳасига йўналтирилади. Сеанслар сони ва давомийлиги қурилма ҳамда протоколга боғлиқ; оддий ва тезлаштирилган протоколларнинг кўрсатмаларини аралаштирмаслик керак. [55.1]

Бош терисида ноқулайлик ёки бош оғриғи бўлиши мумкин; тутқаноқ кам учрайдиган, аммо баҳоланиши керак бўлган хавф. Имплантлар, тутқаноқ тарихи, қабул қилинаётган дорилар ва бошқа омиллар олдиндан кўриб чиқилади. Қурилмага оид расмий хавфсизлик талаблари умумий тавсиядан устун туради. «Магнит экан, демак ҳаммага мутлақ хавфсиз» деган фикр нотўғри.

rTMSни уйдаги исталган магнит мослама, электроуйқу ёки релаксация аудиоси билан тенглаштириб бўлмайди. Шунингдек, бир протокол учун олинган натижа барча аппарат ва параметрларга автоматик ўтмайди. Провайдердан аппарат номи, қўлланилаётган протокол, мутахассис тайёргарлиги ва натижаларни қандай баҳолашини сўраш ўринли.

Усул танлашда ташрифларга қатнай олиш ҳам ҳисобга олинади. Иш, масофа ва оилавий шароит туфайли курсга мунтазам келолмайдиган беморни «ҳамкорлик қилмаяпти» деб айблаш ўрнига амалий ечим қидирилади. Қулайлик муҳим, лекин шошилинч клиник эҳтиёжни иккинчи ўринга сурмайди.

4 Кетамин ва эскетаминни ажратиш

Кетамин рацемик модда; эскетамин унинг S-энантиомеридир. Бирининг дозаси, йўли, далили ва рухсатини иккинчисига кўчириш мумкин эмас. Инфузион кетаминнинг депрессияда қўлланиши айрим мамлакатларда расмий кўрсатмадан ташқари бўлиши

мумкин; бу алоҳида ахборотли розилик ва мутахассис назоратини талаб қилади.

FDAнинг 2025 йилги SPRAVATO йўриқномасида катталарда давога чидамли депрессия учун интраназал эскетамин монотерапия ёки оғиз орқали антидепрессант билан қўлланиши кўрсатилган. Ўткир суицид фикри ёки хулқи билан кечувчи катта депрессив бузилишдаги кўрсатма эса оғиз орқали антидепрессант билан бирга қўллашга тегишли. Бу АҚШ регулятор маълумоти; Ўзбекистонда рўйхатдан ўтиш ва қўллаш ҳуқуқи алоҳида текширилади. [55.3]

Шу йўриқномага кўра, эскетаминнинг суицидни олдини олиш ёки суицид фикри ва хулқини камайтириш самарадорлиги исботланган деб бўлмайди. Дастлабки яхшиланиш зарур госпитализацияни бекор қилмайди. Седация, диссоциация, нафас сусайиши, қон босими ўзгариши ва суиистеъмол хавфи сабабли назоратли шароит ҳамда камида икки соатлик кузатув талаб қилинади. [55.3]

5 «Тез таъсир» нима ва нима эмас?

Беморда оғир ички азобнинг тез камайиши клиник жиҳатдан қимматли бўлиши мумкин. Аммо бир сеансдан кейинги енгиллик барқарор ремиссия, функционал тикланиш ёки келажак хавфсизлигининг кафолати эмас. Баҳолаш вақти олдиндан белгиланади: ҳозирги жавоб, кейинги кунлар динамикаси ва давом эттирувчи режа алоҳида ёзилади.

Диссоциатив кечинманинг кучлилиги даволаш самарасининг ишончли ўлчови эмас. Беморнинг «ғайриоддий ҳис қилдим» деган баёни билан депрессиянинг реал ўзгариши фарқланади. Аксинча, муолажадан қўрқиш ёки ноқулай кечинма бўлса, уни «даво ишлаяпти» деб мажбурий маъқуллаш нотўғри.

FDA уйда назоратсиз қабул қилинадиган компаундланган кетамин маҳсулотлари билан боғлиқ хавфлар ҳақида огоҳлантиради. Кетаминнинг анестетик сифатидаги рухсати ҳар қандай шаклда депрессияни даволашга рухсат дегани эмас. [55.4] Беморга интернетдан препарат олиш ёки мустақил тажриба қилиш режаси эмас, лицензияланган хизматдаги баҳолаш йўли тушунтирилади.

6 Танловни қандай асослаймиз?

Биринчи савол: тезкор, ҳаёт сақловчи жавоб керакми ёки барқарор амбулатор резистент депрессия муҳокама қилиняптими? Иккинчи савол: ташхис униполярми, биполярми, психоз ёки кататония борми? Учинчиси: олдинги даволар ҳақиқатан етарлими? Тўртинчиси: процедуранинг тиббий хавфи ва бемор учун амалий юки қандай? Бешинчиси: натижа бўлса, уни сақлаш режаси борми?

Бундай тартиб усулларни «яхшидан ёмонга» бир қаторга тизишдан кўра фойдали. Масалан, кататония ва овқат-сув қабул қилиш бузилиши бор беморда вақт омили асосий; жисмонан барқарор, бир нечта етарли даволашга жавоб бермаган беморда эса муқобиллар, ножўя таъсир, имконият ва афзалликларни батафсил солиштириш мумкин.

7 Уч қисқа клиник вазият

А беморда оғир психотик депрессия ва тез жисмоний заифлашиш бор. Одатий амбулатор қабул билан чекланиш эмас, шошилинч ихтисослашган баҳолаш ва ЭКТни ҳам қамраб олувчи режа муҳокама қилинади. Бу вазиятни «аввал янги аппаратни синаймиз» деган маркетинг қарори ҳал қилмайди.

Б беморда психозсиз депрессия, етарли даволарга қисман жавоб ва дори ножўя таъсири бор. ғTMS ҳақида ахборотли муҳокама ўринли бўлиши мумкин; лекин курсдан олдин биполярлик, ҳамроҳ касаллик ва хавфсизлик текширилади. Натижани баҳолаш учун бошланғич симптом ва функция кўрсаткичлари ёзилади.

В бемор эскетаминдан кейин енгиллик ҳис қилиб, барча кузатувни бекор қилмоқчи. Мутахассис яхшиланишни қадрлайди, аммо назорат ва давом эттириш режасини тушунтиради. Усулнинг тезлиги хавфсизлик талабларини камайтирмайди. Учала вазият таълимий тузилган; аниқ беморга тайинлов эмас.

8 Муолажа олдидан ахборотли танловнинг беш қисми

Биринчи қисм клиник мақсад: қайси симптомни ва қандай муддатда ўзгартириш кутиляпти? Иккинчи қисм муқобиллар: процедурасиз ёки бошқа процедура билан қандай вариантлар бор? Учинчи қисм фойда эҳтимоли ва ноаниқлик: гуруҳ тадқиқотидаги натижа аниқ беморга кафолат эмас. Тўртинчи қисм хавф ва ноқулайлик: анестезия, хотира, ташриф, кузатув, транспорт ва харажат. Бешинчи қисм процедурадан кейинги режа: самара бўлса ҳам, бўлмаса ҳам кейин нима қилинади?

«Ҳозир қарор қилинг, акс ҳолда имкониятни йўқотасиз» деган босим клиник зарурат билан тижорий шоширишни аралаштириши мумкин. Ҳаёт учун шошилинч хавф борлиги рост бўлса, у очиқ тушунтирилади ва ҳуқуқий тартибга амал қилинади. Лекин одатий амбулатор танловда беморнинг савол бериш ва иккинчи фикр олиш имконияти сақланади.

9 Натижа кўрсаткичларини олдиндан келишиш

Муолажадан олдин симптом шкаласи, психоз ёки кататония ҳолати, функционал вазифалар, ножўя таъсир ва бемор учун асосий мақсад қайд этилади. Масалан, «овқатланишни тиклаш», «ишга қисман қайтиш» ёки «кун давомидаги оғир руминацияни камайтириш». Бир нечта мақсад бўлиши мумкин, аммо қайси бири ҳозир устувор экани аниқ бўлади.

Натижани фақат муолажа куни баҳолаш етарли эмас. Сеансдан кейинги вақтинчалик ҳолат, курс охиридаги жавоб ва кейинги барқарорлик фарқланади. Ҳар бир давр учун мос кузатув белгиланади. Агар процедурага параллел дори ёки психотерапия ўзгарган бўлса, яхшиланишни фақат битта омилга мутлақ боғлашдан сақланилади.

10 Муолажага жавоб бўлмаганда нимани текширамиз?

Аввал процедура тўғри кўрсатма ва тасдиқланган протокол бўйича ўтказилганми, курс етарлими, ташрифлар узилганми, янги тиббий ёки руҳий ҳолат пайдо бўлганми, кўрилади. Бу текширув беморга «сизда ишламади, демак сиз нотўғри қилдингиз» дейиш учун эмас. Техник, клиник ва амалий омиллар бирга баҳоланади.

Жавобсизлик автоматик чексиз курс давом эттиришга асос эмас. Жамоа кутилган фойда, йиғилиб бораётган юк ва муқобилларни қайта муҳокама қилади. Бемор кўп маблағ ёки вақт сарфлагани самарасиз усулни давом эттириш учун мустақил клиник далил бўлолмайди. Олдиндан келишилган қайта баҳолаш нуқтаси шу ерда фойдали.

11 Тиббий хавф ва қулайлик ўртасидаги фарқ

Анестезиядан қўрқиш, кундалик қатнов имкони йўқлиги ёки ишдан қолишдан хавотир муҳим, аммо турли тоифадаги омиллардир. Қўрқув тушунтириш ва тайёргарлик билан камайиши мумкин; қатнов учун амалий ёрдам керак; ҳақиқий тиббий қарши кўрсатма эса мутахассис баҳосини талаб қилади. Уларнинг барчасини «бемор хоҳламаяпти» деган битта сўзга сиғдирмаймиз.

Беморга бир усул мавжуд бўлгани учунгина шуни «энг яхши» деб кўрсатиш ҳам нотўғри. Муассасада ЭКТ йўқ бўлса, клиник кўрсатма мавжудлигини инкор қилмаймиз; тегишли марказга йўналтириш имконини кўрамиз. Худди шундай, янги аппарат мавжудлиги барча беморни ўша аппаратга йўналтириш заруратини туғдирмайди.

12 Кузатув ва уйга қайтишни режалаштириш

Процедурадан кейинги транспорт, ҳамроҳ, иш ёки ҳайдаш чекловлари муолажа тури ва расмий йўриқнома бўйича тушунтирилади. Бу маълумотни беморга фақат процедурадан сўнг айтиш кеч бўлиши мумкин: у олдиндан иш, бола парвариши ва йўлни ташкил қилиши керак. Маҳаллий хизматда қайси қоида амал қилиши ёзма берилади.

Кейинги куни аҳвол ёмонлашса, бемор кимга мурожаат қилади? Оддий ноқулайлик билан шошилинч белгилар қандай фарқланади? Қайси дори давом этади? Ушбу саволларга аниқ жавоб бўлмаса, техник жиҳатдан яхши ўтган процедура ҳам даволаш занжирида бўшлиқ қолдиради. Муолажа жамоаси ва асосий психиатр ўртасида ахборот алмашуви келишилади.

13 Тижорий даъвони клиник далилга айлантириб юбормаслик

«Бир сеансда депрессияни йўқотади», «ножўя таъсирсиз», «мияни қайта юклайди» каби иборалар қарор учун етарли эмас. Қайси ташхис, қайси популяция, қандай тадқиқот, қайси таққослаш ва қанча кузатув ҳақида гап кетаётгани сўралади. Рекламадаги бемор фикри субъектив тажриба бўлиши мумкин, лекин назоратли далил ўрнини босмайди.

Шифокор ҳам ўз тажрибасини умумлаштирганда эҳтиёткор бўлади. Бир нечта яхши натижа усул барчага ишлашини исботламайди; оғир бир ножўя ҳолат ҳам усул ҳеч қачон керак эмаслигини автоматик исботламайди. Қарор гуруҳ далили, индивидуал хавф ва бемор танловининг бирлашувидан келиб чиқади.

14 Кенгайтирилган таълимий мисол

> Бемор икки етарли антидепрессант курси ва психотерапиядан кейин қисман яхшиланган, аммо ишга қайтолмаяпти. У «энг тез усулни» сўрайди. Суҳбатда ҳозирги хавф, биполярлик, дори ножўя таъсири ва функция қайта баҳоланади. Кейин ЭКТ, rTMS ва мавжуд фармакологик вариантларнинг унинг ҳолатидаги ўрни муҳокама қилинади; процедура фақат тезлик бўйича танланмайди.
>
> Беморнинг асосий мақсади бир ой ичида тўлиқ ишга қайтиш экан. Мутахассис кафолат бермайди: «Давони кучайтириш имкониятлари бор, лекин ишга қайтишни ҳам босқичли режалаштирамиз». Танланган усул учун бошланғич функция ва симптом қайд этилади, қайта баҳолаш санаси белгиланади. Шу тарзда умид реал режага айланади, натижа ваъдасига эмас.

15 Механизм ҳақида тушунарли, аммо эҳтиёткор изоҳ

Бемор «бу усул миямда айнан нимани тузатади?» деб сўраши табиий. Мутахассис маълум бўлган таъсир механизми билан индивидуал касаллик сабабини ажратади. Масалан, препаратнинг рецепторга таъсири маълумлиги ушбу беморда депрессия айнан ўша рецепторнинг «бузилиши»дан келиб чиққанини исботламайди. Мия тармоқлари ҳақидаги моделлар клиник натижани тушунишга ёрдам беради, аммо оддий суҳбат индивидуал биомаркер ўлчови эмас.

ЭКТни «ёмон хотирани ўчириш», rTMSни «ўчиб қолган нуқтани ёқиш», кетаминни «янги нейронларни дарҳол ўстириш» деб таърифлаш жозибали, лекин ортиқча соддалаштирилган. Бемор учун тушунарлироқ ҳалол ибора: «Бу усул мия фаолиятига таъсир қилиб, айрим беморларда депрессив симптомларни камайтиради. Сиздаги фойда ва ножўя таъсирни алоҳида кузатамиз».

Механизм тўлиқ тушунтирилмагани самара ҳақидаги клиник далилни автоматик бекор қилмайди. Аксинча, чиройли биологик назариянинг ўзи усул самарадорлигини исботламайди. Мутахассис назария, тадқиқот натижаси ва беморнинг шахсий жавобини алоҳида даражалар сифатида кўрсатади.

16 Бобнинг асосий фикри

Янги технологиянинг қиммати унинг янгилигида эмас, тўғри беморда, тўғри шароитда ва давомий ёрдам ичида қўлланишидадир. ЭКТ, rTMS ёки фармакологик процедурани танлаш барқарор тикланиш режасининг боши бўлиши мумкин, охири эмас.

Манбалар

[55.1] NIMH. Brain Stimulation Therapies. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies

[55.2] Royal College of Psychiatrists. Electroconvulsive therapy (ECT). https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/ect

[55.3] FDA. SPRAVATO prescribing information, 2025. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/211243s016lbl.pdf

[55.4] FDA. Potential risks associated with compounded ketamine products. https://www.fda.gov/drugs/human-drug-compounding/fda-warns-patients-and-health-care-providers-about-potential-risks-associated-compounded-ketamine

56-БОБ

Депрессия психотерапияси

Психотерапия депрессияси бор одамни «яхши ўйлашга» чақириш эмас. У клиник баҳолаш, келишилган мақсад, тушунарли иш модели, мунтазам учрашув ва натижани кузатишга асосланган даволашдир. Қўллаб-қувватловчи муносабат муҳим, аммо ҳар қандай самимий суҳбатни тўлиқ психотерапия протоколи деб атаб бўлмайди.

Усул танлашда депрессия оғирлиги, хавфсизлик, беморнинг хоҳиши, олдинги тажриба, когнитив ва тил имкониятлари, ҳаёт шароити ва мутахассис малакаси ҳисобга олинади. Психотерапияни дорига қарши қўйиш шарт эмас. Айрим беморда у асосий, бошқасида фармакотерапия билан биргаликдаги режанинг муҳим қисми бўлади. [56.1]

1 Биринчи учрашув: муаммони бирга тушуниш

«Нима учун келдингиз?» саволидан кейин «даво ёрдам берса, ҳаётингизда нимани бошқача қила олардингиз?» деб сўраш фойдали. «Ўзимни яхши ҳис қилиш» умумий мақсад; «ҳафтасига икки марта дўстим билан кўришиш», «боламнинг дарсига ўн дақиқа эътибор бериш» эса кузатиш мумкин бўлган ўзгаришдир. Мақсад беморнинг қадриятларига мос бўлади, терапевтнинг унга ёққан ҳаётига эмас.

Клиник формуляция ташхисдан фарқ қилади. Ташхис синдромни номлайди; формуляция эса ушбу одамда муаммони нима бошлагани, нима сақлаётгани ва қайси ресурслар ёрдам беришини бирлаштиради. Формуляция қатъий ҳақиқат эмас, бемор билан текширилади-ган ишчи моделдир. Янгиланган маълумот келса, модел ҳам ўзгаради.

Терапиянинг давомийлиги, махфийлик, хавфсизлик истиснолари, сеансдан ташқари алоқа, тўлов ва бекор қилиш шартлари олдиндан тушунтирилади. Онлайн форматда беморнинг қаерда экани, хусусий жойи ва шошилинч вазиятдаги алоқа режаси аниқ бўлади. Бундай келишувлар ишончнинг ўрнини босмайди, уни мустаҳкамлайди.

2 Когнитив-хулқий терапия: фикрни мажбуран ижобийлаштирмаслик

КХТ вазият, автоматик фикр, ҳиссиёт, тана реакцияси ва хулқ ўртасидаги боғланишни текширишга ёрдам беради. Мақсад беморни «сиз нотўғри ўйлаяпсиз» деб ишонтириш эмас. Фикр қанчалик мутлақлашгани, қандай далилга таянгани ва ҳаракат имконини қандай чеклаётгани ҳамкорликда кўрилади. КХТ депрессия учун далилга эга психотерапиялардан биридир. [56.2]

Масалан, ҳамкасб саломга жавоб бермади. Автоматик фикр: «Ҳамма мени ёмон кўради». Ҳиссиёт: уят ва тушкунлик. Хулқ: кун бўйи мулоқотдан қочиш. Бу қочиш кейинги ижобий тажрибани камайтириб, дастлабки фикрни кучайтириши мумкин. Муҳокама «ҳамма сизни яхши кўради» деган исботсиз тасалли билан эмас, муқобил изоҳ ва текшириш мумкин бўлган қадам билан давом этади.

3 Когнитив ишда далил ва муносабат

Беморнинг «мен ёмон онаман» деган фикрига дарҳол «йўқ, сиз яхши онасиз» дейиш қисқа тасалли бериши мумкин, аммо фикрнинг қандай пайдо бўлишини очмайди. Терапевт «сиз учун яхши она бўлиш нимани англатади?», «ҳозирги касаллик нималарни қийинлаштирди?» ва «сиз ҳукмни битта воқеадан бутун шахсингизга ўтказяпсизми?» каби саволлар билан ишлайди.

Мақсад беморни мантиқий баҳсда мағлуб қилиш эмас. Айрим фикрларда реал қисм бўлиши мумкин: бемор ҳақиқатан вазифани бажаролмаган ёки муносабатда хато қилган. Шу реал қисм тан олинади, кейин мутлақ ўзини қадрсизлаштиришдан ажратилади. «Мен бу ишни қила олмадим»дан «мен ҳеч нарсага ярамайман»га сакраш текширилади; зарур амалий тузатиш режаси ҳам қўшилади.

4 Амалий машқ: битта вазиятни очиш

> Ўқув машқи сифатида беш савол берилади: нима бўлди; хаёлимдан нима ўтди; нимани ҳис қилдим; нима қилдим; кейинги сафар қайси кичик тажрибани синаш мумкин? Беморга катта жадвал тўлдириш қийин бўлса, битта воқеа оғзаки муҳокама қилинади. Машқнинг бажарилмаслиги «қаршилик» эмас, юкнинг катталиги ёки формулировканинг тушунарсизлиги ҳақида маълумот бўлиши мумкин.
>
> Юқоридаги мисолда текшириш: кейинги куни бир ҳамкасбга оддий савол бериш ва жавобни кузатиш. Башорат олдиндан ёзилади: «У мен билан гаплашмайди». Кейин натижа солиштирилади. Битта яхши жавоб барча қийинчиликни ҳал қилмайди, лекин «ҳамма, доимо, ҳеч қачон» каби мутлақ хулосани юмшатишга хизмат қилиши мумкин. Бу китоб учун тузилган машқ, стандарт шкала эмас.

5 Руминация билан ишлаш

Руминацияда одам бир хил саволни қайта-қайта айлантириб, ечимга яқинлашмаслиги мумкин: «нега мен шундайман?», «агар ўшанда бошқача қилганимда-чи?» Терапевт фикр мазмуни билан бирга жараённинг вазифасини ҳам кўради. Бу ўйлаш беморни қандай ҳаракатдан тўхтатяпти, қачон кучаяди ва қанча вақтни эгаллайди?

Ўқув машқи сифатида «бу фикр ҳозир ечим берадими ёки фақат айланяптими?» деган савол қўлланиши мумкин. Агар аниқ ечиладиган муаммо бўлса, муаммо ечиш қадами танланади. Агар ечилмайдиган ўтмиш саволи бўлса, диққатни ҳозирги маъноли фаолиятга қайтариш уриниши муҳокама қилинади. Бу оғир ҳисни инкор қилиш эмас, вақт ва ҳаракатни қайтариб олишдир.

6 Хулқий фаоллаштириш: кайфият келишини кутиб қолмаслик

Депрессияда қочиш, фаолиятнинг қисқариши ва кун тартибининг бузилиши ҳаётдаги рағбатни камайтириши мумкин. Хулқий фаоллаштиришда бемор учун аҳамиятли, бажариш мумкин бўлган ҳаракатлар босқичма-босқич қайта тикланади. Бу «кўпроқ ишланг» деган насиҳат эмас; дам олиш ҳам режадаги мақсадли фаолият бўлиши мумкин.

Cochrane таҳлили хулқий фаоллаштиришнинг депрессияда фойдали эканини қўллаб-қувватлайди; айрим таққослашларда далил ишончлилиги ва узоқ муддатли маълумот чекланган. Шунинг учун уни ҳамма усулдан устун ёки ҳаммага бир хил самарали деб кўрсатиш тўғри эмас. [56.3]

7 Амалий машқ: ҳаракатни кичрайтириш

Бемор «уйни тўлиқ тозалашим керак» деб ўйлайди, куч етмайди ва ўзини яна айблайди. Биргаликда вазифа «эрталаб стол устидаги уч буюмни жойига қўйиш»га қисқартирилади. Бажарилган-бажарилмагани, қанча куч кетгани ва кейинги ҳис кузатилади. Дарҳол завқ пайдо бўлмаса ҳам, ҳаракатни бошқара олиш тажрибаси муҳим бўлиши мумкин.

Режа уч турдаги фаолиятни мувозанатлайди: зарур кундалик ишлар, инсон учун маъноли муносабат ва қизиқишлар, тикланишга хизмат қилувчи дам. Фақат мажбуриятларни кўпайтириш депрессиядан чиқиш эмас. Кескин фаоллашиш, уйқуга эҳтиёж камайиши ва ғайриоддий таваккалчилик пайдо бўлса, уни автоматик «терапия ишлаяпти» деб қабул қилмай, гипомания ёки мания эҳтимоли баҳоланади.

8 Интерперсонал терапия

Интерперсонал терапия депрессия билан яқин муносабатлар ва ижтимоий роллар ўртасидаги боғланишга эътибор беради. Мотам, рол ўзгариши, муносабатдаги низо ва ижтимоий алоқалар қийинлиги ишнинг марказига айланиши мумкин. Унинг мақсади ким айбдорлигини топиш эмас, ҳозирги мулоқот ва қўллаб-қувватлаш имкониятларини яхшилашдир. [56.4]

Масалан, пенсияга чиққан беморда кун тартиби, мақом ва ҳамкасблар билан алоқа бирданига йўқолди. Иш фақат «салбий фикрни ўзгартириш» билан чекланмайди: йўқотилган рол тан олинади, янги рол ва муносабат имкониятлари муҳокама қилинади. Бемор-

нинг «мен энди кераксизман» деган кечинмаси ижтимоий шароитдан ажратиб қўйилмайди.

9 Интерперсонал ишнинг қисқа диалог намунаси

Бемор: «Турмуш ўртоғим менга ёрдам бермайди». Терапевт: «Охирги марта қайси вазиятда ёрдам кутдингиз ва буни қандай айтдингиз?» Аниқ воқеа олинади. Бемор эҳтиёжини айтмаган, аммо шериги ўзи билиши керак деб кутган бўлиши мумкин; бошқа ҳолатда эса эҳтиёж очиқ айтилган, лекин рад этилган. Бу икки вазиятнинг ечими бир хил эмас.

Биринчи ҳолатда аниқ сўраш машқи тузилиши мумкин: «Бугун кучим кам, кечки овқатни тайёрлашда ёрдам бера оласизми?» Иккинчи ҳолатда муносабатдаги реал зиддият, чегара ва ёрдамнинг бошқа манбалари муҳокама қилинади. Терапевт ҳар бир низони беморнинг мулоқот хатосига айлантирмаслиги керак.

Машқда беморнинг тили ва маданий муҳити сақланади. Терапевт ёқтирган қатъий ибора бемор учун хавфли ёки сунъий бўлиши мумкин. Айниқса зўравонлик бор муносабатда «очиқ гаплашинг» деган умумий вазифа хавфни ошириши мумкин; аввал хавфсизлик баҳоланади. Амалий кўникма клиник контекстдан ажратилмайди.

10 Муаммо ечиш терапияси

Баъзи беморларда қийинчиликлар бир-бирига қўшилиб, ечилмас умумий фалокатдек сезилади. Муаммо ечиш ёндашувида муаммо аниқ таърифланади, таъсир қилиш мумкин бўлган қисми танланади, вариантлар тузилади, амалий қадам белгиланади ва натижа кўрилади. Мақсад барча ҳаётий оғриқни «ечиб ташлаш» эмас, назорат қилинадиган соҳада ҳаракатни тиклашдир.

Масалан, «пулим йўқ, ҳаммаси тугади» ўрнига «ушбу ҳафта тўланиши керак бўлган ҳисоблар рўйхатини тузиш ва битта ташкилотдан муддатни узайтириш имконини сўраш» вазифаси танланади. Терапевт молиявий ёки ҳуқуқий мутахассис ўрнини босмайди; керакли ёрдамга йўналтиради. Реал қашшоқликни фақат тафаккур хатоси деб аташ беморни айблашга айланади.

11 Сеанснинг ишчи тузилиши

Сеанс бошида аҳвол ва хавфсизликдаги муҳим ўзгаришлар қисқача текширилади. Кейин ўтган сафарги келишув, бугунги кун тартиби ва асосий муаммо муҳокама қилинади. Сеанс охирида бемор нима олгани, кейинги кичик қадам ва саволлар умумлаштирилади. Бу тартиб қатъий қолип эмас; инқироз ёки янги муҳим маълумот бўлса, устуворлик ўзгаради.

Терапевтдан кўра бемор кўпроқ гапиргани ҳар доим сифат белгиси эмас, худди терапевт кўп тушунтиргани ҳам ҳар доим самара дегани эмас. Мезон: суҳбат беморга муаммосини тушуниш ва ҳаётда ўзгариш синаш имконини бердими? Сеанс охирида «бугунги қайси фикр сиз учун фойдали бўлди?» деб сўраш ишнинг тушунарлилигини текширишга ёрдам беради.

12 Уй вазифаси: имтиҳон эмас, маълумот

Бемор вазифани бажармаса, «сиз даволанишни хоҳламайсиз» деган хулоса қилинмайди. Вазифа тушунарлими, ҳаёт шароитига мосми, жуда каттами, уят ёки қўрқув тўсдими, депрессиянинг ўзи имкониятни чекладими? Баъзан вазифани сеанснинг ўзида бир марта бирга бажариш керак бўлади.

Масалан, ҳиссиёт кундалигини ёзиш қийин бўлган бемор учун телефонда икки сўзли қайд ёки оғзаки эслаш мос келиши мумкин. Уйда махфийлик йўқ бўлса, шахсий ёзув хавфли бўлиши мумкин. Форматни мослаштириш терапияни «соддалаштириб қадрсизлантириш» эмас, асосий механизмни бемор учун ишлайдиган қилишдир.

13 Терапевтик муносабатда узилиш

Бемор «сиз ҳам мени тушунмаяпсиз» деса, терапевт ўзини ҳимоя қилишга шошилмайди. Қайси гап ёки вазифа шундай ҳис туғдиргани сўралади. Агар терапевт хато қилган бўлса, уни тан олиш профессионалликни камайтирмайди. Беморнинг норозилиги ҳар доим касаллик белгиси эмас; у ҳақиқий номослик ҳақида маълумот бўлиши мумкин.

Шу билан бирга, келишилган чегаралар сақланади. Терапевтнинг доимий шахсий мавжудлиги ёки ҳар қандай вақтда жавоб бериши давонинг шарти эмас. Инқироз алоқаси ва одатий сеанс орасида фарқ олдиндан тушунтирилади. Чегаралар жазо сифатида эмас, хавфсиз ва барқарор иш муҳити сифатида қурилади.

14 Оғирликка мослаштириш

Оғир депрессияда диққат, хотира ва ташаббус чекланиши мумкин. Қисқа, аниқ сеанс, кам сонли вазифа ва тез-тез хулосалаш фойдали. Психоз, кататония, оғир озиқланиш бузилиши ёки яқин суицид хавфи бўлса, шошилинч ва биологик даволаш эҳтиёжлари биринчи ўринга чиқади. Психотерапевтик муносабат сақланади, лекин интенсив уй вазифаси шошилинч ёрдам ўрнини босмайди.

Бемор яхшиланмаётган бўлса, «у хоҳламаяпти» деган хулосага шошилмаймиз. Ташхис, хавфсизлик, усулнинг мослиги, сеанс сифати, уйдаги зўравонлик, моддалар, жисмоний касаллик, дорилар ва амалий тўсиқлар қайта баҳоланади. Мунтазам суперевизия ва ўз компетенцияси чегарасини билиш психотерапевт ишининг бир қисмидир.

15 Қўшма давода вазифаларни мувофиқлаштириш

Психиатр дори назоратини, психолог психотерапияни олиб борса, бемор розилиги билан мақсад ва муҳим ўзгаришлар мувофиқлаштирилади. Бир мутахассис «барча муаммо доридан» ва бошқаси «суҳбатнинг фойдаси йўқ» деб қарама-қарши хабар берса, беморнинг ишончи сусаяди. Мувофиқлаштириш усулларнинг фарқини йўқотмайди; умумий мақсадни аниқ қилади.

Психотерапевт дори ножўя таъсирига ўхшаш ҳолатни сезса, уни қайд этиб, тайинловчи шифокорга мурожаат йўлини келишади; ўз ваколатидан ташқари доза ўзгартирмайди. Психиатр эса психотерапия вазифасига таъсир қиладиган седативлик ёки когнитив қийинчиликни ҳисобга олади. Бемор ҳар икки хизмат ўртасида ахборот ташувчи ягона масъулга айланиб қолмаслиги керак.

16 Тўлиқ таълимий сеанс мисоли

> Беморнинг мақсади фарзанди билан муносабатни тиклаш. У «эрталаб туролмадим, демак мен ёмон ота-онаман» дейди. Терапевт аввал уйқу ва депрессия оғирлигини аниқлайди, кейин воқеа билан умумий ўзини айблашни ажратади. Қадрият: фарзандга яқинлик. Реал чеклов: ҳозир энергия кам. Кичик қадам: кечқурун телефонни четга қўйиб, беш дақиқа болани тинглаш.
>
> Кейинги сеансда бемор бир марта бажарганини, икки марта унутиб қўйганини айтади. Бу «учдан бир баҳо» эмас. Қайси шароитда амалга ошгани ўрганилади, қулай вақт ёки эслатма танланади. Беморнинг «мен ҳеч нарса қилолмайман» деган мутлақ фикри реал кичик ҳаракат билан текширилади. КХТ ва хулқий фаоллаштириш бир формуляция ичида ишлайди.

17 Натижани баҳолаш ва тугатиш

Симптом шкаласи, беморнинг шахсий мақсади ва кундалик функция бирга кузатилади. Сеансда яхши гаплашган одам уйида ҳали ҳеч иш қила олмаётган бўлиши мумкин. Аксинча, тўлиқ яхши ҳис қилмаса ҳам, аста-секин ҳаётга қайтаётган беморда муҳим ижобий силжиш бор.

Терапия тугаши олдиндан муҳокама қилинади: нимани ўргандик, қайси қийинчилик қолди, қайси машқ фойдали, қайси эрта белгида ёрдам керак? Бемор терапевтга мутлақ қарам бўлиб қолиши эмас, ўз қийинчилигини англаш ва ёрдамни вақтида чақириш қобилиятини кучайтириши мақсад қилинади.

18 Психотерапияни тугатишга тайёрлик

Тугатиш фақат сеанслар сони тугагани билан эмас, мақсадлар, қолдиқ эҳтиёж ва беморнинг ўз кўникмаларини қўллаши билан муҳокама қилинади. Айрим ҳолатда сеанслар ораси босқичма-босқич узайтирилади ёки қўллаб-қувватловчи учрашув белгиланади. Бемор қайтиш имконини билади, аммо ҳар бир қийинчиликни фақат терапевт ҳал қилиши керак деган тасаввур кучайтирилмайди.

Манбалар

[56.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[56.2] NIMH. Psychotherapies. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies

[56.3] Cochrane. Behavioural activation therapy for depression in adults. 2020. https://www.cochrane.org/evidence/CD013305_behavioural-activation-therapy-depression-adults

[56.4] American Psychological Association. Depression Guideline: Adults. https://www.apa.org/depression-guideline/adults/

57-БОБ

Травма муносабатлар ва ҳамроҳ бузилишлар билан ишлаш

Депрессияда инсоннинг ҳаёт тарихи муҳим, лекин ҳар бир депрессияни яширин травма билан тушунтириб бўлмайди. Оғир воқеани бошдан кечирган ҳар бир одамда ҳам ПТСБ ривожланмайди. Травматик тажриба, ПТСБ, депрессив эпизод, қайғу, диссоциация ва ҳозирги хавфсизлик муаммоси бир-бирига боғлиқ бўлиши мумкин, аммо бир хил тушунча эмас.

Бу бобнинг вазифаси битта методни барча беморга тавсия қилиш эмас. Мақсад қайси муаммо ҳозир даволаш марказида эканини аниқлаш ва ёрдам турларини мувофиқлаштиришдир. Кўп ташхисли беморга кўп усулни тартибсиз қўшиш эмас, тушунарли устуворлик ва умумий режа керак.

1 Травма ҳақида қандай сўраймиз?

Суҳбат рухсат ва танловдан бошланади: «Ҳозирги аҳволингизга таъсир қилаётган оғир воқеалар бўлганми? Ҳозир батафсил айтишингиз шарт эмас». Бемор биринчи учрашувда воқеанинг барча тафсилотини очиб беришга мажбур эмас. Мутахассисга дастлаб симптом, ҳозирги хавф, фаолият ва даволаш эҳтиёжини тушуниш учун етарли маълумот керак.

Қайта кечириш, тушлар, қочиш, хавф ҳиссининг кучайиши, салбий ишончлар ва диссоциатив кечинмалар ўрганилади. Симптомлар воқеа билан қандай боғлангани, давомийлиги ва ҳаётга таъсири аниқланади. Ёмон хотиранинг ўзи ПТСБ ташхисини қўйишга етарли эмас. Танланган тасниф мезонлари бир тизимда қўлланади.

Ҳозир ҳам зўравонлик ёки мажбурлаш давом этяптими? Бемор қабулдан кейин хавфсиз жойга қайтиши мумкинми? Унинг алоқалари назорат қилинадими? Бу саволлар «ўтмишни қайта ишлаш»дан олдинги амалий эҳтиёжни очиши мумкин. Реал хавфни фақат хавотир ёки когнитив хато деб аташ хато бўлади.

2 Қайсини аввал даволаш керак?

ПТСБ билан бирга депрессия бўлганда, травмага йўналтирилган даво депрессив симптомларга ҳам ёрдам бериши мумкин. NICE одатда ПТСБни аввал даволашни, аммо депрессия жуда оғир бўлиб терапияда иштирокни қийинлаштирса ёки ўзини/бошқани

шикастлаш хавфи бўлса, аввал шу оғир депрессия ва хавфсизликни бошқаришни тавсия қилади. [57.1]

Бу қатъий «аввал фақат бир ташхис, кейин иккинчиси» деган қоида эмас. Беморга бир вақтнинг ўзида уйқу, овқатланиш, дори назорати, қўллаб-қувватлаш ва хавфсизлик ёрдами керак бўлиши мумкин. Лекин интенсив травма ишининг вақти, мақсади ва масъул мутахассиси келишилади. Бир нечта терапевтнинг бир-бирига зид топшириқлари давони қийинлаштиради.

3 EMDR ва травмага йўналтирилган усуллар

VA/DoDнинг ПТСБ бўйича далилларга асосланган йўналишида узайтирилган экспозиция (PE), когнитив қайта ишлаш терапияси (CPT) ва EMDR асосий травмага йўналтирилган усуллар қаторида келтирилади. Бу далил биринчи навбатда ПТСБга тегишли; уни ҳар қандай депрессия учун автоматик устунлик деб кўчириш мумкин эмас. [57.2]

EMDRни фақат кўз ҳаракати ёки икки томонлама стимуляцияга қисқартириш нотўғри. Беморни баҳолаш, тайёрлаш, мақсадли материални танлаш, иш жараёнини бошқариш ва натижани кузатиш бир бутун терапиянинг қисмларидир. Қисқа видеодан техникани кўриб олиш клиник компетенция ўрнини босмайди. Терапевт ўз тайёргарлиги, супервизияси ва чегараларини очиқ айта олиши керак.

Экспозиция беморни реал хавфга қайтариш эмас. Қочилаётган, аммо хавфсиз вазият билан ишлаш ва воқеа хотирасига терапевтик ёндашиш ўртасида фарқ бор. Розилик, темп ва вазифа тушунарли бўлиши керак. Мақсад беморни қийналганини исботлашга ёки имкониятидан ортиқ чидашга мажбурлаш эмас.

4 Хотира билан ишлашда эҳтиёткорлик

Терапияда пайдо бўлган образ, туш ёки ҳис воқеа тарихий жиҳатдан айнан шундай бўлганини исботламайди. Бошловчи саволлар, «албатта болаликда бир воқеа бўлган» деган ишонтириш ёки хотирани «очиб бериш» ваъдаси клиник ва ахлоқий муаммо туғдиради. Беморнинг азоби жиддий қабул қилинади, аммо тасдиқланмаган воқеа факт сифатида ёзилмайди.

Гипноз ҳам хотирани суд-эксперт даражасида текширувчи восита эмас. Регрессиядаги кечинмага асосланиб учинчи шахсни айблаш, оила ҳақида қатъий хулоса ёки ҳуқуқий тавсия бериш мумкин эмас. Даволаш мақсади ҳозирги симптом, функция ва хавфсизликни яхшилаш; тарихий ҳақиқатни мажбуран яратиш эмас. [57.5]

5 Диссоциация ва сеансдаги беқарорлик

Бемор ўзини «узоқлашгандек», тана ёки атрофни бегонадек ҳис қилса, бу кечинманинг хусусияти ва хавфсизлик аҳамияти ўрганилади. Ҳар бир диссоциация психоз эмас; ҳар бир ҳаракатсизлик ҳам диссоциация эмас. Неврологик, дорига боғлиқ ва бошқа сабаблар зарур бўлганда баҳоланади.

Сеансда бемор ориентацияни йўқотса ёки материалга чидай олмай қолса, терапевт жараённи мослаштиради: ҳозирги жой ва вақтга қайтиш, атрофни сезиш ва хавфсиз мулоқотни тиклашга ёрдам беради. «Кучли реакция бўлса, демак даво яхши ишлаяпти» деган автоматик хулоса қилинмайди. Сеансдан кейинги ҳолат ва алоқа режаси ҳам муҳим.

6 DBT: қаерда ўринли?

Диалектик хулқ терапияси ҳиссиётни бошқариш, қийин ҳисларга чидаш, муносабат кўникмалари ва онгли диққат каби компонентларни ўз ичига олади. Тўлиқ DBT дастури билан бир нечта нафас ёки диққат машқи бир хил эмас. Кўникма ўргатишдан олинган ижобий тажриба бутун дастур самарадорлигини исботламайди.

NICE CG78да чегаравий шахс бузилиши бор ва такрорий ўзини шикастлашни камайтириш устувор бўлган аёлларда комплекс DBT дастури кўриб чиқилади. Бу аниқ популяцияга оид тавсияни «DBT барча депрессияда биринчи танлов» деб ўзгартириш мумкин эмас. [57.3] Танлов беморнинг асосий қийинчилиги, далил ва мавжуд малакали хизматга боғлиқ.

7 ACT: қабул қилиш таслим бўлиш эмас

Қабул қилиш ва масъулиятли ҳаракат терапиясида (ACT) одамнинг оғир фикр ва ҳислар билан муносабати, қадриятлари ва шу қадриятларга мос ҳаракати марказга қўйилади. Қабул қилиш реал зўравонликка чидаш ёки даволанмаслик дегани эмас. «Менда ҳеч нарса ўхшамайди деган фикр бор» дейиш билан бу фикрни мутлақ ҳақиқат деб қабул қилиш ўртасида фарқ бор.

Мета-таҳлилларда ACTнинг депрессив симптомларга фойдаси кўрсатилган, аммо тадқиқотлар, таққослаш гуруҳлари ва форматлар турлича; йирикроқ сифатли тадқиқотларга эҳтиёж сақланади. [57.4] Шунинг учун усулни «энг илғор, ҳаммага энг яхши» деб тарғиб қилиш ўрнига қайси мақсад учун ва қандай далилга таяниб танлангани тушунтирилади.

Ўқув мисоли: бемор «қайғум тўлиқ кетмагунча болам билан боғга чиқмайман» дейди. Мақсад қайғуни инкор этиш эмас, кучига мос ўн дақиқалик бирга вақт ўтказишни танлаш бўлиши мумкин. Бу машқ оғир депрессия ёки хавфни мустақил даволаш воситаси эмас; умумий режадаги кичик ҳаракатдир.

8 Ҳамроҳ бузилишларни алоҳида кўриш

Модда истеъмоли уйқу, кайфият, импульсивлик ва давога жавобга таъсир қилиши мумкин. «Аввал мутлақ тоза бўлиб келинг, кейин ёрдам берамиз» деган умумий рад этиш ўрнига хавфсизлик ва интеграцияланган ёрдам режаси керак. Абстиненция ёки интоксикацияда шошилинч тиббий эҳтиёж биринчи ўринда туради.

ОКРдаги исталмаган қўрқинчли фикрлар, депрессив руминация ва психотик ишонч бир хил эмас. Тасалли сўрашни қайта-қайта қондириш баъзан ОКР циклини сақлаши мумкин; депрессиянинг ўзига мўлжалланган иш ҳамроҳ ОКР давосини тўлиқ алмаштирмайди. Ҳар бир компонентнинг мақсади келишилади.

Сурункали оғриқда «ҳаммаси асабдан» демаймиз. Танавий текширув, оғриқни бошқариш, уйқу, ҳаракат ва руҳий ёрдам мувофиқлаштирилади. Шахс хусусиятлари ёки муносабат қийинлиги мавжудлиги ҳам ҳақиқий депрессив эпизодни инкор қилмайди. Беморни «оғир характерли» деб тамғалаш ўрнига давога таъсир қилаётган аниқ механизм тавсифланади.

9 Оила ва муносабатлар

Бемор розилиги билан оилага ёрдам бериш усули тушунтирилади: танқидни камайтириш, вазифаларни бўлишиш, тикланиш темпини ҳурмат қилиш ва эрта белгиларни билиш. Бироқ назорат, таҳдид ёки зўравонлик бор муносабатда қўшма сеанс автоматик хавфсиз эмас. Якка баҳолаш ва ҳимоя эҳтиёжи аввал кўрилади.

«Кечириш» давонинг мажбурий шарти эмас. Беморнинг чегара ўрнатиши, хавфсизликни танлаши ёки муносабатни ўзгартириши терапияда муҳокама қилиниши мумкин. Терапевтнинг шахсий ахлоқий қараши беморга мажбурий қарор бўлиб тушмаслиги керак.

10 Клиник мисол

Беморда депрессия, йўл-транспорт ҳодисасини қайта кечириш, машинага чиқишдан қочиш ва уйқусизлик бор. Ишчи режа: хавфсизлик ва соматик ҳолат; ПТСБ ҳамда депрессия мезонлари; бемор афзаллигини ҳисобга олган травмага йўналтирилган терапия; депрессия оғирлигига мос қўшимча даво; уйқу ва функцияни кузатиш. Кейинги сеансда қайси компонент ўзгаргани алоҳида баҳоланади. «Травма бор, демак фақат EMDR» ёки «депрессия бор, демак фақат таблетка» деган икки соддалаштириш ҳам четлаб ўтилади.

11 Травмага сезгир ёндашув билан травма терапияси фарқи

Травмага сезгир хизмат беморнинг танлови, назорат ҳисси ва хавфсизлигини ҳурмат қилади. Масалан, кўрикдан олдин нима қилинишини тушунтириш, эшик ва ўтириш жойи ҳақида танлов бериш, танага тегишдан олдин рухсат сўраш. Бундай ёндашув ҳар бир ходимнинг муносабатида акс этиши мумкин; у албатта травматик хотирани фаол қайта ишлаш дегани эмас.

Травмага йўналтирилган психотерапия эса аниқ клиник мақсад, тайёрланган терапевт ва маълум протокол билан олиб борилади. «Бизнинг клиникада ҳамма травма билан ишлайди» деган гап ҳар бир ходим махсус терапияни бажара олади дегани бўлмаслиги керак. Хизмат муҳити ва махсус даволаш компетенцияси фарқланади.

12 Кечинманинг кучлилиги ва терапия сифати

Бемор қаттиқ йиғласа ёки сеансдан кейин жуда чарчаса, бу муолажа самарали бўлганининг ўзига хос белгиси эмас. Самара симптом, функция, қочиш, муносабат ва ҳаёт сифатидаги ўзгариш билан баҳоланади. Кучли ҳис баъзан иш жараёнининг қисми бўлиши мумкин, лекин уни атайлаб максималлаштириш мақсад эмас.

Терапевт «бугун жуда чуқур ишладик» деган умумий хулоса ўрнига қандай мақсадга эришилганини аниқлайди: хотира билан боғлиқ қочиш камайдими, бемор ўзини айблашни бошқача кўрдими, кундалик вазиятга қайта олдими? Агар сеанслардан кейин аҳвол мунтазам ёмонлашса, буни «даво олдидан албатта ёмонлашади» деб чексиз оқламай, режа қайта баҳоланади.

13 Далил чегарасини беморга тушунтириш

Бемор янги усул ҳақида сўраганда, мутахассис далилни уч даражада тушунтириши мумкин: ушбу муаммо учун яхши ўрганилган; маълум ижобий тадқиқотлар бор, аммо ноаниқлик кўпроқ; ҳозирча ишончли хулоса учун маълумот етарли эмас. «Ҳали етарли далил йўқ» дегани усул мутлақ бефойда эканини исботлаш эмас, аммо самарани ишончли ваъда қилишга асос йўқлигини англатади.

ИМТТ, гипнотерапия ёки бошқа қўшимча ёндашув муҳокама қилинса, қайси аниқ ташхис ва мақсад учун далил борлиги алоҳида кўрсатилади. Мутахассиснинг сертификати тайёргарлик ҳақида маълумот беради, лекин усулнинг ҳар бир касалликда самарадорлигига тенг эмас. Сертификат, клиник тажриба ва илмий далил уч хил ахборот манбаидир.

14 Маданий ва тил омиллари

Бемор ҳиссиётни психологик атама билан эмас, «юрагим сиқилади», «ичим музлайди» ёки «ҳолим қурийди» деб ифодалаши мумкин. Буни дарҳол алоҳида касалликка ёки иррационал фикрга айлантирмай, маъноси сўралади. Терапия тили беморнинг асосий тилидан фарқ қилса, таржима фақат сўзларни эмас, ҳис ва ижтимоий маънони ҳам ҳисобга олиши керак.

Оилавий бурч, диний қадрият ёки жамоа муносабатлари ресурс ҳам, босим манбаи ҳам бўлиши мумкин. Терапевт уларни олдиндан яхши ёки ёмон деб баҳоламайди. Бемор қайси қисмни қўллаб-қувватлаш деб, қайси қисмни оғир юк деб ҳис қилишини ўрганади. Маданиятга ҳурмат зўравонликни оқлаш дегани эмас.

15 Комплекс ҳолат учун умумий формуляция

Таълимий мисол: беморда депрессия, болаликдаги зўравонлик тарихи, ҳозирги муносабат низоси ва алкоголь билан тинчланиш уриниши бор. Бу маълумотларнинг барчасини «травма» деган битта сўзга жамлаш даволашни аниқлаштирмайди. Ҳозирги хавфсизлик, депрессия оғирлиги, ПТСБ мезонлари, модда истеъмоли ва муносабатдаги реал хавф алоҳида баҳоланади.

Формуляцияда сақловчи цикл кўриниши мумкин: ёмон уйқу ва хотиралар, кучли ҳис, алкоголь билан вақтинчалик енгиллик, кейинги кунги ҳолсизлик ва ўзини айблаш, яна қочиш. Бу цикл бемор билан текширилади. Режа модда хавфини камайтириш, уйқу ва депрессия ёрдами, хавфсизлик ҳамда тайёрликка мос травма терапиясини мувофиқлаштиради.

Бемор «менда жуда кўп ташхис, мен тузалмайман» деса, мутахассис барча ёрлиқни бир вақтда даволаш шарт эмаслигини тушунтиради. Устувор эҳтиёждан бошлаш ва кейинги босқични аниқлаш мураккабликни бошқариладиган қилади. Натижа кафолатланмайди, аммо ёрдам режаси парчаланмайди.

16 Супервизия учун саволлар

Терапевт ўзидан сўрайди: мен бемор айтган маълумотга таяняпманми ёки ўз назариямга мос воқеани қидиряпманми? Ҳозирги хавфни ўтмиш билан изоҳлаб қолдирмаяпманми? Мен яхши кўрадиган усул ҳақиқатан ушбу ташхисга мосми? Беморнинг розилиги эркинми? Натижани қайси кўрсаткичда кўряпман?

Бундай саволлар ишончсизлик белгиси эмас, клиник сифат назоратидир. Қийин ҳолатда бошқа мутахассис фикри ёки йўналтириш терапевтнинг обрўсини туширмайди. Мақсад методни ҳимоя қилиш эмас, беморнинг эҳтиёжини тўғри қондиришдир.

17 ПТСБ бўлмаган депрессияда травма тарихи

Бемор болаликда оғир воқеани бошдан кечирган, аммо ҳозир қайта кечириш ва травмага хос қочиш синдроми йўқ. Депрессиянинг ҳозирги сақловчи омиллари ишдаги ортиқча юк, уйқусизлик ва ижтимоий ёлғизлик бўлиши мумкин. Ўтмиш тарихи ҳурмат билан сақланади, лекин барча сеансни ўша воқеага қайтариш шарт эмас.

Терапевт бемор билан ҳозирги мақсадни келишади. Агар травма тарихи ўзини айблаш ёки муносабат қийинлигига таъсир қилаётган бўлса, бу формуляцияда ўрин олади. Аммо бемор истамаган хотираларни «албатта очиш керак» деган қоида тузилмайди. Тарихни билиш билан мажбурий экспозиция қилиш бир хил эмас.

Аксинча, депрессия симптомлари камайса ҳам, ПТСБга хос қочиш ва қайта кечириш сақланса, бу алоҳида даволаш эҳтиёжи бўлиб қолиши мумкин. «Кайфияти яхши бўлди, демак ҳаммаси тугади» деб травма синдромини эътиборсиз қолдирмаймиз. Ҳар бир ташхисга тегишли симптом ва функцияни мустақил кузатиш шунинг учун муҳим.

Манбалар

[57.1] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

[57.2] National Center for PTSD, VA. Overview of Psychotherapy for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/overview_therapy.asp

[57.3] NICE. Borderline personality disorder: recognition and management. CG78. https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/chapter/Recommendations

[57.4] Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. Annals of General Psychiatry, 2023. https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1

[57.5] Johns Hopkins Medicine. Hypnosis. https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/hypnosis



VI

ҚИСМ

РЕМИССИЯ ВА ТИКЛАНИШ

58-БОБ

Ремиссия ва функционал тикланиш

«Яхшиман» деган жавоб давонинг муҳим натижаси, лекин суҳбатнинг охири эмас. Бемор аввалгига нисбатан енгилликни ҳис қилиши, шу билан бирга уйқусизлик, завқнинг камлиги ёки ишга қайтиш қийинчилигини сақлаши мумкин. Даволашнинг мақсади фақат баллни пасайтириш эмас, инсоннинг ўзи учун аҳамиятли ҳаётга қайтишидир.

Клиник натижани тўғри номлаш ортиқча пессимизмдан ҳам, эрта хотиржамликдан ҳам сақлайди. Қисман жавоб муваффақиятсизлик эмас; ремиссия эса барча эҳтиёж йўқолди дегани эмас. Қуйидаги тушунчалар натижани бир хил тилда муҳокама қилишга хизмат қилади.

1 Давога жавоб, ремиссия ва тикланиш

Response — давога жавоб. Тадқиқотларда кўпинча симптом оғирлигининг бошланғичга нисбатан камида ярмига камайиши назарда тутилади. Бу нисбий ўзгариш; бошланғич оғирлик юқори бўлган беморда катта яхшиланишдан кейин ҳам сезиларли симптом қолиши мумкин.

Remission — ремиссия. Симптомлар йўқ ёки жуда кам даражага тушган ҳолат. Қайси шкала ва чегара қўлланилгани аниқ ёзилади. Recovery — тикланиш. У ремиссиянинг барқарорлиги билан бирга функция, ҳаёт сифати ва шахсий мақсадларга қайтишни ҳам қамраб олади; турли тадқиқотларда вақт мезони бир хил эмас. CANMAT натижани фақат симптом билан эмас, функция ва ҳаёт сифати билан ҳам баҳолашга урғу беради. [58.1]

Масалан, шартли симптом шкаласида 24 дан 12 га тушиш 50 фоиз яхшиланишдир, аммо 12 баллнинг ўзи ремиссияни англатмаслиги мумкин. Бу математик мисол, муайян шкала учун ташхис қўйиш қоидаси эмас. Ҳар бир воситанинг валидланган талқини алоҳида қўлланади.

2 Умумий балл ичида яширинган муаммо

Беморнинг умумий кўрсаткичи анча яхшиланган, аммо уйқу ёки суицид фикри каби алоҳида пункт ҳали клиник аҳамиятли бўлиши мумкин. Шунинг учун умумий рақамдан ташқари ҳар бир муҳим симптом қайта кўрилади. Ремиссия ҳақидаги қарор хавфсизликни алоҳида баҳолашдан озод қилмайди.

Бошқа томондан, кундалик ҳаётдаги табиий кайфият тебранишини касаллик қайта бошланди деб талқин қилмаймиз. Бир ёмон кун, чарчоқ ёки қайғули воқеага муносабат инсон ҳаётининг бир қисми бўлиши мумкин. Давомийлик, аввалгига ўхшашлик, функционал таъсир ва умумий динамика қаралади.

3 Қолдиқ анедония

«Энди йиғламайман, лекин ҳеч нарса қизиқ эмас» деган шикоят алоҳида эътибор талаб қилади. Завқни кутиш, ҳаракатни бошлаш ва фаолият вақтида завқ олиш бир-биридан фарқ қилиши мумкин. Бемор «қизиқиш йўқ» деганда айнан қайси қисмни назарда тутаётгани аниқланади.

Қолдиқ депрессия, дорига боғлиқ ҳиссий хиралашиш, седатив таъсир, сурункали стресс ёки фаолият имкони йўқлиги ўзаро таққосланади. «Дофамин паст» деган тахминни лаборатор исботдек ёзиш мумкин эмас. Ташхис, вақт динамикаси ва дори ўзгариши ҳақида маълумот тўпланади; зарур бўлса режа қайта кўрилади.

Ўқув машқи: бемор бир ҳафта давомида танлаган икки кичик фаолиятнинг олдидан кутишини, жараёндаги ҳиссини ва кейинги қониқишини қисқача қайд этади. Мақсад уни баҳолаш эмас, завқ ва ҳаракат ўртасидаги боғланишни тушуниш. Баъзан «бошлагим келмайди, лекин бошласам ёмон эмас» деган муҳим фарқ очилади.

4 Уйқу: қолдиқ симптомми ёки алоҳида муаммоми?

Уйқу кечикиши, тунги уйғониш, эрта уйғониш ва кундузги уйқучанлик бир хил эмас. Кун тартиби, кофеин ва моддалар, оғриқ, уйқу апноэси эҳтимоли, дорилар ва хавотир ўрганилади. Кайфият яхшиланганидан кейин ҳам уйқу бузилиши давом этса, уни автоматик «вақт ўтиб кетади» деб қолдирмаймиз.

Сурункали уйқусизлик учун КХТ-I далилга асосланган ёндашув ҳисобланади. Оддий уйқу гигиенаси маслаҳати унинг тўлиқ ўрнини босмайди. [58.2] Шу билан бирга, уйқу чеклаш каби махсус компонентлар ҳар бир беморга мустақил тарзда тавсия қилинмайди; биполярлик, тутқаноқ, кундузги хавфли иш ва бошқа омиллар клиник баҳоланади.

5 Когнитив қийинчиликлар

Диққат, қарор қабул қилиш, ишчи хотира ва фикр тезлиги бемор учун асосий қийинчилик бўлиши мумкин. «Кайфиятингиз яхши-ку» деган жавоб унинг ишга қайтиш муаммосини ҳал қилмайди. Когнитив шикоят симптомлардан кейинроқ тикланиши ёки бошқа сабабга боғлиқ бўлиши мумкин.

Суҳбатда аниқ вазифа сўралади: китобнинг бир бетини ўқий олмасликми, ҳисобда хато қилишми, ишни бошлашми ёки кўп вазифа орасида чалкашишми? Дори таъсири, уйқу, хавотир, моддалар ва неврологик эҳтимоллар кўрилади. Янги ёки тез кучаяётган когнитив пасайишни фақат депрессияга боғлаб қўймаслик керак.

Амалий мослаштиришлар: вазифани қисмларга бўлиш, ёзма эслатма, бир вақтда битта иш, қисқа танаффус ва юкни босқичма-босқич ошириш. Булар «мияни қайта ишга тушириш» ваъдаси эмас, кундалик қийинчиликни камайтирувчи воситалар. Зарур бўлса нейропсихологик ёки бошқа мутахассис баҳоси қўшилади.

6 Функционал тикланишни хариталаш

Кузатувда камида тўрт соҳа муҳокама қилинади: ўзини парваришлаш; оила ва муносабатлар; ўқиш ёки меҳнат; дам олиш ва шахсий маъно. Ҳар бирида бошланғич ҳолат, ҳозирги имконият ва кейинги реал қадам ёзилади. Беморнинг вазифалари ёши, маданияти ва ҳаёт шароитига қараб фарқ қилади.

Ишга қайтиш тикланишнинг ягона исботи эмас. Пенсиядаги одам, уй меҳнати билан банд шахс ёки ишсиз беморнинг ҳаёти ҳам ўлчанадиган аҳамиятли фаолиятга эга. Аксинча, ишга қатнаётгани билан бемор барча кучини шу ерга сарфлаб, уйда бутунлай фаолиятсиз қолиши мумкин.

Иш жойига қайтишда бемор розилиги билан мослаштириш муҳокама қилинади: қисқартирилган юк, аниқ вазифа, танаффус ва босқичли қайтиш. Ташхисни иш берувчига ошкор қилиш автоматик шарт эмас; зарур маълумот, бемор хоҳиши ва маҳаллий ҳуқуқий талаблар ҳисобга олинади. Тикланишни «аввалгидек барчасини дарҳол бажариш»га тенглаштириш ортиқча босим беради.

7 Даво самараси ва ножўя таъсирни бирга баҳолаш

Бемор уйқучанлик ёки жинсий функциядаги ўзгариш туфайли ўзини тўлиқ тикланган деб ҳис қилмаслиги мумкин. Дори фойда берганини тан олиш билан ножўя таъсирни муҳокама қилиш бир-бирига зид эмас. «Ҳеч бўлмаса депрессиянгиз кетди» деб қолган қийинчиликни кичрайтириш давони яширин тўхтатишга сабаб бўлиши мумкин.

Қарор биргаликда қабул қилинади: давом эттириш, вақт бериш, дозани ёки препаратни қайта кўриб чиқиш, қўшимча усул ёки текширув. Бир қабулда барча компонентни ўзгартириш натижанинг сабабини тушунишни қийинлаштириши мумкин. Ҳар бир ўзгаришнинг мақсади ва кузатув муддати ёзилади.

8 Тикланиш кундалигининг таълимий намунаси

Кундалик уч саволдан иборат бўлиши мумкин: бу ҳафта нимани аввалгидан осонроқ қилдим; қайси қийинчилик энг кўп тўсди; келаси ҳафта қайси битта қадамни синайман? Бу валидланган шкала эмас ва суицид хавфи баҳосини алмаштирмайди. У беморнинг ўз ҳаётидаги ўзгаришни кўришига ёрдам берувчи мулоқот воситасидир.

Масалан, «уч кун ўзим овқат тайёрладим; узоқ суҳбатдан кейин чарчайман; кейинги ҳафта бир дўстим билан ярим соат кўришаман». Бундай ёзув «яхшироқ» деган умумий жавобни аниқлаштиради. Қадам бажарилмаса, сабаб текширилади ва режа кичрайтирилади; бемор муваффақиятсиз деб баҳоланмайди.

9 Икки бемор, икки хил траектория

Бир беморнинг кайфияти тез яхшиланди, аммо диққати ишига етарли эмас. Иккинчиси ҳали баъзан тушкун, лекин боласи билан мулоқот ва кун тартибини тикламоқда. Биринчига фақат симптом шкаласи билан «тўлиқ соғлом» дейиш, иккинчининг функционал ютуғини эътиборсиз қолдириш нотўғри. Иккисида ҳам хавфсизлик, симптом ва ҳаёт сифати бирга кузатилади.

10 Функциядаги ўзгаришни ўлчашнинг амалий усули

Бемор билан учта шахсий вазифа танланади. Масалан, мустақил ювиниш ва кийиниш, куннинг бир қисмини ишлаш, яқин одам билан учрашиш. Ҳар бир вазифа учун «ҳозир нима қила оламан?» ва «қайси ёрдам керак?» ёзилади. Рақам қўйиш мумкин, аммо бу валидланган шкалага тенг эмас; у бемор билан келишилган мақсадни кузатиш воситаси бўлади.

Бир бемор учун иш кунини тўлиқ ўтказиш муҳим, бошқаси учун боласини мактабга тайёрлаш. Клиник натижани фақат терапевт учун қулай вазифа билан ўлчаш мумкин эмас. Беморнинг қадриятлари ва ҳаёт шароити ҳисобга олинмаган «функционал мақсад» ташқи талабга айланиши мумкин.

11 Қолдиқ симптомни «характер» деб қолдирмаслик

Узоқ даволанган беморда чарчоқ ёки қизиқиш пастлиги сақланса, «ўзи шундай одам» деган хулоса осон пайдо бўлади. Лекин касалликдан олдинги ҳолат, дори таъсири, уйқу, жисмоний касаллик ва муҳит қайта кўрилмасдан бу хулоса асосли эмас. Қолдиқ симптомни тан олиш беморни абадий касал деб эълон қилиш эмас, ҳал қилиниши мумкин бўлган эҳтиёжни кўришдир.

Аксинча, ҳар бир шахсий хусусиятни депрессиядан «даволаб йўқотиш» ҳам мақсад эмас. Интроверт одам ремиссиядан кейин жуда сермулоқот бўлиб қолиши шарт эмас. Тикланиш унинг одатий ва хоҳлаган ҳаётига нисбатан баҳоланади, жамиятдаги идеал «доим хурсанд ва сермаҳсул» образга нисбатан эмас.

12 Оилавий ролларга қайтиш

Депрессия даврида яқинлар баъзи вазифаларни ўз зиммасига олган бўлиши мумкин. Бемор яхшиланганда вазифаларни қайта тақсимлаш келишув талаб қилади. Ҳаммасини бир кунда қайтариш ортиқча юк бўлиши, ҳеч нарсани қайтармаслик эса мустақилликни чеклаши мумкин. Қайси ишни бемор ўзи бажара олиши ва қайси ёрдам вақтинча кераклиги очиқ муҳокама қилинади.

Беморнинг «менга ишонишмаяпти» деган ҳисси билан оиланинг «яна ёмонлашиб қолмасин» деган қўрқуви бир вақтда ҳақиқий бўлиши мумкин. Уларни қарама-қарши қўйиш ўрнига аниқ вазифа ва кузатув муддати келишилади. Масалан, бир ҳафта маълум уй ишларини мустақил бажариш, кейин юкни қайта кўриш. Бу назорат синови эмас, ҳамкорликдаги мослашувдир.

13 Ишга қайтишдаги мураккаблик

Беморнинг симптоми камайган, аммо иш муҳитидаги ҳақиқий муаммо сақланган бўлиши мумкин: ҳаддан ташқари юк, камситиш, тунги смена ёки ишнинг йўқолиши. Даволаш бу шароитни автоматик ўзгартирмайди. Реал ижтимоий муаммони фақат когнитив қайта баҳолаш билан ҳал қилишни кутиш беморни айблашга олиб келади.

Мутахассис касбий реабилитация, меҳнат бўйича маслаҳат ёки ижтимоий хизматга йўналтириши мумкин. У иш берувчи ёки ҳуқуқшунос вазифасини ўз зиммасига олмайди. Тиббий тавсияда диагнознинг бутун тарихини ошкор қилишдан кўра зарур функционал мослаштиришни аниқ баён қилиш баъзан етарли бўлиши мумкин; маҳаллий тартиб ва бемор розилиги асос бўлади.

14 Жисмоний фаоллик ва кундалик ритм

Жисмоний ҳаракат, овқатланиш ва кун тартибининг тикланиши умумий режага ёрдам беради, аммо «спорт қилинг, дори керак эмас» деган соддалаштиришга айланмайди. Фаолият беморнинг жисмоний ҳолати, имконияти ва афзаллигига мос бўлади. Кичик мунтазам ҳаракат кўпинча амалга ошмайдиган катта режадан фойдалироқ.

Масалан, аввал фақат уй ичида юрадиган беморга бирданига интенсив машғулот эмас, шифокор билан келишилган хавфсиз қисқа юриш таклиф қилиниши мумкин. Мақсад калория ёки идеал тана эмас, ҳаракатга қайтиш ва кун тузилишини тиклашдир. Оғриқ,

нафас қисиши ёки бошқа жисмоний белги бўлса, фаолият режаси тиббий баҳолаш билан мослаштирилади.

15 Натижани бемор билан бир хил талқин қилиш

Шифокор «ремиссия» деганда бемор «мен энди ҳеч қачон тушкун бўлмайман» деб тушуниши мумкин. Термин тушунтирилади: асосий касаллик симптомлари анча камайган, аммо одатий ҳаётий ҳислар сақланади ва кузатув ҳали муҳим. Ёрдам сўраш имкони борлиги беморни яна касал бўлишга мажбур қилмайди.

Бемор эса «тузалмадим» деганда қўрқув, ишга қайтиш қийинлиги ёки жинсий ножўя таъсирни назарда тутиши мумкин. «Сизнингча тузалиш нима билан билинади?» саволи умумий тил яратади. Клиник ва шахсий натижа бир-бирига зид бўлиши шарт эмас; улар биргаликда тўлиқроқ манзара беради.

16 Кузатув ёзувининг таълимий намунаси

«Симптомлар аввалгига нисбатан камайган; уйқу ҳали узилган. Ишга ярим кун қайтган, кечқурун чарчоқ кучли. Суицид хавфи бўйича ҳозирги баҳолаш ўтказилди. Дори ножўя таъсири сифатида кундузги уйқучанлик муҳокама қилинди. Кейинги мақсад: уйқу сабабларини аниқлаш ва иш юкини ҳозирча сақлаб туриш. Қайта баҳолаш санаси келишилди». Бундай ёзув «аҳволи яхши, давом этсин»дан кўра аниқроқ.

Бу намунада ташхиснинг ўзи эмас, ўзгариш, қолдиқ эҳтиёж ва кейинги қарор бор. Ҳужжат беморни кейинги қабул қилувчи мутахассисга ҳам фикр юритиш мантиғини кўрсатади. Натижани ўлчаш бюрократия учун эмас, ёрдамни ўз вақтида мослаштириш учун керак.

17 Тикланишдан қўрқишни тушуниш

Айрим беморлар яхшиланишдан кейин «энди ҳамма мендан аввалгидек ишлашни кутади» деб хавотирланади. Бу даволанишни истамаслик дегани эмас. Касаллик даврида вақтинча тўхтаган талаблар қайта бошланиши, олдинги ортиқча юк ёки муносабат муаммоларига қайтиш қўрқуви бўлиши мумкин.

Суҳбатда тикланишни эски ҳаётга айнан қайтиш билан тенглаштирмаслик фойдали. Бемор аввалги зарарли юкни ўзгартириши, чегара ўрнатиши ёки янги мақсад танлаши мумкин. Шу билан бирга, барча қийин вазифадан чексиз қочиш тикланишга ёрдам бермаслиги мумкин. Мувозанат бемор билан аниқ вазифалар орқали топилади.

«Сиз аввалгидек бўлишингиз шарт» ўрнига «қайси ҳаёт тарзи сиз учун барқарор ва маъноли?» деган савол қўйилади. Бу депрессияни романтиклаштириш эмас, даволашдан кейинги ҳаётни реал қуришдир. Тикланишнинг шахсий маъноси борлиги клиник симптомларни баҳолаш заруратини бекор қилмайди; иккала йўналиш бирга олиб борилади.

18 Хулоса

Боб хулосаси: ремиссия клиник мақсад, функционал тикланиш эса инсоннинг кундалик ҳаётида кўринадиган натижадир. Иккаласига ҳам интиламиз, лекин тикланиш темпини мажбуран бир хиллаштирмаймиз.

Манбалар

[58.1] CANMAT. 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Canadian Journal of Psychiatry, 2024. https://doi.org/10.1177/07067437241245384

[58.2] American Academy of Sleep Medicine. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2021. https://doi.org/10.5664/jcsm.8986

59-БОБ

Қайталанишнинг олдини олиш

Бемор яхшиланганда янги савол пайдо бўлади: бу натижани қандай сақлаймиз? Даволашни давом эттиришнинг маъноси беморни касал ролда ушлаб туриш эмас, тикланиш барқарорлигини оширишдир. Шу билан бирга, сақловчи даво автоматик равишда «умрбод дори» дегани ҳам эмас. Давомийлик, фойда, ножўя таъсир ва бемор танлови мунтазам қайта кўрилади.

Қайталаниш профилактикаси биринчи ремиссия кунидан эмас, даволаш бошидаёқ ўйланади. Қайси белгилар аввал пайдо бўлгани, нималар ёрдам бергани, бемор қандай тўсиққа дуч келгани ва ёрдамга қанчалик тез ета олиши кейинги режага асос бўлади.

1 Рецидив ва янги эпизод

Инглизча relapse одатда етарлича барқарор тикланишдан олдин симптомларнинг қайта кучайишини, recurrence эса тикланишдан кейин янги эпизодни англатади. Аниқ вақт чегаралари тадқиқот ва таърифга қараб фарқ қилиши мумкин. Амалиётда терминдан ташқари сана, симптомлар ва олдинги ҳолат аниқ ёзилади. [59.1]

Масалан, ремиссияга яқинлашган бемор икки ҳафтадан кейин яна оғирлашди. Бошқа бемор икки йил яхши юриб, кейин янги эпизодни бошдан кечирди. Иккаласида ҳам ёрдам керак, аммо касаллик траекторияси ва сақловчи стратегия бир хил бўлмаслиги мумкин. Қайталаниш беморнинг иродаси заифлиги ёки аввалги даво мутлақ бефойда бўлганининг исботи эмас.

2 Кимда узоқроқ кузатув зарур?

Олдинги эпизодлар сони ва оғирлиги, қолдиқ симптомлар, психоз ёки суицидал кечиш, давомли стресс, ҳамроҳ касалликлар, олдинги тўхтатишдан кейинги қайталаниш ва ижтимоий ёрдам ҳисобга олинади. Булар қатъий башорат қилувчи «формула» эмас. Хавф ва ресурслар беморнинг реал тарихи асосида бирга баҳоланади.

Бир марта енгил эпизод кечирган ва тўлиқ тикланган одам билан кўп марта оғир эпизод кечирган одамнинг даво давомийлигига бир хил жавоб бериш тўғри эмас. Қарорда беморнинг хоҳиши ва ножўя таъсирлар ҳам муҳим. «Қайталаниши мумкин» деган гап фақат қўрқитиш учун эмас, фойда–хавфни очиқ муҳокама қилиш учун ишлатилади.

3 Давом эттирувчи ва сақловчи даво

Антидепрессантдан фойда кўрган беморда симптомлар йўқолгандан кейин ҳам даволаш кўпинча камида олти ой давом эттирилади; оғир ёки такрорий кечишда узоқроқ муддат талаб қилиниши мумкин. Муддатни биринчи таблетка қабул қилинган кундан механик санаш эмас, ремиссия ва индивидуал хавфни ҳисобга олиш керак. [59.2]

Сақловчи режа дори билан чекланмайди. Қайталанишга йўналтирилган КХТ ёки онгли диққатга асосланган когнитив терапия (МВСТ) айрим беморлар учун қўлланади; танлов аввалги жавоб ва афзалликлар билан келишилади. NICEнинг далил шарҳида бу ёндашувларнинг профилактикадаги ўрни қайд этилган. [59.3]

Кузатувда «ҳали ичяпсизми?» деган саволдан ташқари кайфият, уйқу, функция, ножўя таъсир, янги дорилар, моддалар ва ҳаётдаги ўзгаришлар муҳокама қилинади. Узоқ муддатли даво қайта баҳоланмайдиган автоматик рецептга айланмаслиги керак. Ҳар бир назорат кейинги учрашув ва фавқулодда мурожаат йўлини аниқлаштириш имконидир.

4 Тўхтатиш ҳақида суҳбат

Бемор дорини камайтирмоқчи бўлса, уни танқид қилмаймиз. Сабабни сўраймиз: ўзини яхши ҳис қилдими, ножўя таъсирми, молиявий қийинчиликми, ҳомиладорлик режасими ёки дори ҳақидаги қўрқувми? Турли сабаб турли ечим талаб қилади. Қабул қилиш имкони йўқлиги «давони истамаслик» билан бир хил эмас.

Тўхтатиш вақтида ҳозирги барқарорлик, олдинги тажриба, стресс, препарат хусусияти, қабул қилиш муддати ва кузатув имконияти кўрилади. Бир хил доза камайтириш жадвалини барча беморга бериш мумкин эмас. Баъзида секинроқ, кичикроқ қадамлар ва узоқроқ кузатув керак; қолган вақтда давони давом эттириш афзал бўлиши мумкин.

5 Босқичма-босқич камайтириш

Дори одатда шифокор билан келишилган тарзда босқичма-босқич камайтирилади. Айниқса узоқ қабулдан ёки аввалги қийин тўхтатиш тажрибасидан кейин охирги кичик дозаларда ҳам эҳтиёт керак. Таблетканинг бўлиниши ёки суюқ шаклдан фойдаланиш препарат хусусиятига боғлиқ; ҳар бир таблеткани ўзбошимчалик билан майдалаш мумкин эмас.

Кун ора қабул қилишни барча антидепрессант учун оддий ечим деб тавсия қилиш тўғри эмас: препарат даражаси тебраниши симптомни кучайтириши мумкин. Режа фармакокинетика, мавжуд шакл ва беморнинг жавобига мослаштирилади. Дорини жиддий ножўя таъсир сабабли тез тўхтатиш зарурати бўлса, бу алоҳида шошилинч клиник қарор бўлади. [59.2]

Тўхтатишда қийинчилик пайдо бўлса, «қарам бўлиб қолибсиз» деган тамға қўйилмайди. Физиологик мослашув ва бекор қилиш симптомлари гиёҳвандликдаги мукофот қидириш, назорат йўқолиши ва мажбурий истеъмол билан бир хил тушунча эмас. Беморнинг азоби жиддий қабул қилинади, режа қайта кўрилади.

6 Бекор қилиш симптомлари ва депрессия қайтиши

Доза камайтирилгандан ёки қабул ўтказиб юборилгандан кейин бош айланиши, кўнгил айниши, электр зарбасига ўхшаш ҳис, уйқу ва хавотир ўзгариши пайдо бўлиши мумкин. Айрим симптомлар аввалги депрессияга ўхшайди; бошқалари бемор учун янги бўлади. Бошланиш вақти, препарат хусусияти ва симптом шакли ажратишга ёрдам беради, аммо битта белги мутлақ мезон эмас. [59.2]

Рецидив кўпинча аввалги депрессив манзарага ўхшаш кечади, лекин ҳар доим бир хил суръатда эмас. Узоқ ярим чиқарилиш даври бор препаратда бекор қилиш кечроқ бошланиши мумкин. Шунинг учун «дарҳол бўлса бекор қилиш, кеч бўлса албатта рецидив» деган қатъий қоида тузилмайди.

Қийинчилик пайдо бўлса, бемор мустақил равишда дозаларни тез ўзгартириши ўрнига шифокор билан боғланади. Мутахассис хавфсизлик, бошқа касаллик ва ножўя таъсирни баҳолаб, камайтиришни тўхтатиб туриш, аввалги яхши кўтарилган босқичга қайтиш ёки бошқа режани кўриб чиқиши мумкин. Суицид фикри ёки кескин ёмонлашишни «фақат бекор қилиш» деб арзимаслаштириб бўлмайди.

7 Эрта белгиларнинг шахсий харитаси

Беморнинг олдинги эпизоди қандай бошланган? Балки уйқу бузилиши, қўнғироқларга жавоб бермаслик, ишга кечикиш ёки қизиқиш қисқариши биринчи белги бўлгандир. Универсал рўйхатдан кўра шахсий тарих фойдали. Белгиларни оила кўрган бўлса, бемор розилиги билан уларнинг кузатуви ҳам қўшилади.

Белгини кўриш билан дарҳол ваҳима ёки дори дозасини ошириш шарт эмас. Аввал давомийлик, сабаб, функционал таъсир ва хавфсизлик баҳоланади. Шу билан бирга, олдинги оғир эпизод тез ривожланган бўлса, эрта алоқа чегараси пастроқ бўлиши мумкин. Режа шахсий хавфга мос бўлади.

8 Ёзма профилактика режаси: таълимий шакл

Биринчи қисм: «Мен яхши бўлганимда қандайман?» Бемор одатий уйқу, иш, мулоқот ва қизиқишларини қисқача ёзади. Бу идеал ҳаёт эмас, унинг барқарор ҳолатининг реал тавсифидир.

Иккинчи қисм: «Менда биринчи нималар ўзгаради?» Икки-уч шахсий эрта белги ва уларнинг қайси шароитда пайдо бўлиши қайд этилади. Биринчи марта кузатилаётган белги ҳам эътибордан қолмайди; тарих рўйхати чеклов эмас.

Учинчи қисм: «Мен нима қиламан?» Кун тартибини тиклаш, қўллаб-қувватловчи шахс билан боғланиш, қабулни олдинроқ сўраш каби аниқ ҳаракатлар ёзилади. Дорига ўзгариш фақат олдиндан шифокор билан келишилган индивидуал режа доирасида бўлади.

Тўртинчи қисм: «Қачон шошилинч ёрдам керак?» Яқин ўзини шикастлаш хавфи, психоз, кескин уйқусизлик билан ғайриоддий фаоллашиш, овқат-сув қабул қилиш бузилиши ёки жисмоний беқарорликда оддий қабулни кутмаслик тушунтирилади. Маҳаллий шошилинч ёрдам ва клиника алоқаси текширилган ҳолда режага киритилади.

Бешинчи қисм: «Кимга нима айтиш мумкин?» Бемор рози бўлган яқин шахс, қандай маълумот улашиш мумкинлиги ва ким билан боғланиш йўли кўрсатилади. Режа беморга тушунарли тилда ва осон топиладиган шаклда сақланади. Бу намуна валидланган прогноз шкаласи эмас.

9 Оилага айтиладиган муҳим гап

«Касаллик қайтиши мумкин, шунинг учун сизни доим текширамиз» деган назоратчан ёндашув ўрнига «ўзгаришни эртароқ кўрсак, ёрдамни тезроқ ташкил қиламиз» дейиш маъқул. Яқинлар терговчи эмас, қўллаб-қувватловчи ҳамкор бўлади. Беморнинг ҳар бир кайфиятини касалликка йўйиш муносабатларни таранглаштириши мумкин.

Оиладаги ёрдам ҳам чегарали: битта қариндошдан кечаю кундуз мутахассис вазифасини бажариш кутилмайди. Парваришловчининг чарчоғи ва ресурслари ҳам кўрилади. Зарур бўлса вазифалар тақсимланади ва профессионал ёрдам қўшилади.

10 Қайталаниш содир бўлса

Аввал хавфсизлик ва оғирлик баҳоланади, кейин ташхис, дори қабул қилиш, янги моддалар, жисмоний касаллик ва ҳаёт воқеалари қайта кўрилади. Қайталаниш автоматик «аввалги дозани икки баравар қилиш» дегани эмас. Олдинги самарали режа муҳим маълумот, аммо янги эпизодда мания ёки бошқа хусусият пайдо бўлган бўлиши мумкин.

11 Ремиссияга эришган бемор билан қарор суҳбати

Бемор: «Ўзимни яхши ҳис қиляпман, дори керак эмасдек». Шифокор: «Яхшиланганингиз муҳим. Энди натижани сақлаш ва дорининг сизга юкини бирга баҳолаймиз. Аввалги эпизодлар, ҳозирги барқарорлик ва тўхтатиш тажрибангизга қараб вариантларни

солиштирамиз». Бу жавоб бемор танловини рад этмайди ва тўхтатишни автоматик маъқулламайди.

Кейин икки ёки уч вариант очилади: ҳозирги давони маълум муддат давом эттириб қайта кўриш; ножўя таъсирни камайтириш учун режани мослаштириш; муносиб бўлса назоратли камайтириш. Ҳар бир вариантда фойда, хавф ва кузатув кўрсатилади. Беморнинг саволи «ҳа ёки йўқ»дан умумий қарорга айланади.

12 Дорига муносабат ва стигма

Айрим беморлар дори қабул қилишни кучсизлик, қариндошлардан яшириш керак бўлган ҳолат ёки «ақлдан озиш» белгиси деб ҳис қилади. Бу ишончни мазах қилиш ҳам, фақат факт айтиб ёпиш ҳам етарли эмас. У қаердан келгани, беморга қандай таъсир қилаётгани ва қандай маълумот етишмаётгани сўралади.

Шу билан бирга, беморнинг дорига танқидий муносабати ҳар доим стигма эмас. У ҳақиқий ножўя таъсир, харажат ёки шахсий афзалликка асосланган бўлиши мумкин. Ахборотли танлов беморнинг савол бериш ҳуқуқини ўз ичига олади. Мақсад уни қандай бўлса ҳам рецептда қолдириш эмас, хавфсиз ва асосланган режа тузишдир.

13 Сақловчи давода полифармацияни қайта кўриш

Ўткир даврда қўшилган ҳар бир препарат узоқ муддат автоматик сақланмаслиги керак. Қайси восита қандай мақсад учун қўшилгани, ҳозир ҳам зарурми ва мониторинг талаблари бажариляптими, кўриб чиқилади. Бу барча препаратни бирданига тўхтатиш дегани эмас; ўзгаришлар хавфсиз ва режали амалга оширилади.

Масалан, оғир уйқусизлик учун қисқа муддат қўшилган воситанинг давом этиш сабаби кейинги қабулларда очиқ муҳокама қилинади. Бемор бир неча шифокордан дори олса, рўйхат мувофиқлаштирилади. Хусусий ва давлат хизматлари ўртасида рецептлар такрорланиши ёки ўзаро таъсир ўтказиб юборилмаслиги муҳим.

14 Профилактик психотерапиянинг амалий йўналиши

Қайталанишга йўналтирилган ишда бемор фақат «позитив ўйлаш»ни эмас, ўзининг эрта циклини танишни ўрганади. Масалан, уйқу бузилди, шу сабабли учрашув бекор қилинди, ёлғизлик ортиб, руминация кучайди, кейин фаолият яна қисқарди. Циклнинг бошида қайси кичик қадам мумкинлиги муҳокама қилинади.

МВСТдаги онгли диққатни оддий медитация аудиоси ёки «фикрларни ўчириш» билан тенглаштирмаймиз. Мақсад нохуш фикрни мутлақ ҳақиқат деб ушлаб қолмасдан, уни пайқаш ва муносабатни ўзгартириш бўлиши мумкин. Ҳар бир беморга бир хил машқ

қулай эмас; қийналиш ёки диссоциатив реакция бўлса, терапевт форматни мослаштиради.

15 Кузатувга келмай қолиш

Бемор қабулга келмаса, унинг аҳволи яхши ёки ёмонлигини автоматик хулоса қилмаймиз. Тўсиқ транспорт, тўлов, уялиш, унутиш, оғирлашиш ёки ёрдамдан норозилик бўлиши мумкин. Олдиндан келишилган алоқа тартиби доирасида хавфсиз ва махфий боғланиш кўриб чиқилади. Бемор розилигисиз тасодифий қариндош ёки иш жойига диагнозни очиб бериш мумкин эмас.

Клиник хизмат давомийликни осонлаштириши керак: тушунарли қабул санаси, контакт ва кўчириш имконияти. Тизимдаги тўсиқни беморнинг «интизомсизлиги» деб номлаш муаммони яширади. Айниқса олдин оғир ёки суицидал эпизод кечирган беморда ёрдамдан узилишни олдиндан режалаштириш муҳим.

16 Ҳаётдаги катта ўзгаришлар

Ҳомиладорлик режаси, кўчиш, иш алмашиши, яқин инсонни йўқотиш ёки сурункали касаллик пайдо бўлиши сақловчи режани қайта кўришга сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳар бир стрессда доза оширилади дегани эмас. Қўшимча назорат, амалий ёрдам ёки мутахассис маслаҳати етарли бўлиши мумкин; қарор индивидуал.

Дори захираси, рецептга кириш ва хизмат алмашиши олдиндан муҳокама қилинади. Янги шаҳарга кўчаётган беморга фақат «давом эттиринг» дейиш эмас, даволаш тарихи ва кейинги кузатув ҳақида тушунарли маълумот бериш фойдали. Режа одамнинг реал ҳаётида бажариладиган бўлиши керак.

17 Кенгайтирилган таълимий кейс

> Бемор икки оғир эпизоддан кейин барқарор ремиссияда. Доридан фойда кўрган, аммо жинсий ножўя таъсирдан қийналади ва яширин тўхтатишни ўйлаяпти. Мутахассис бу маълумотни очиқ айтгани учун уни танқид қилмайди. Қайталаниш тарихи, ножўя таъсирнинг таъсири ва беморнинг устуворлиги бирга кўрилади.
>
> Режа бир нечта вариантдан тузилади, шу жумладан тайинловчи шифокор томонидан фармакотерапияни мослаштириш ва профилактик психотерапия. Қайси вариант танланмасин, эрта белгилар ва алоқа режаси сақланади. Натижа фақат депрессия қайтмагани эмас, бемор давони кўтара олиши ва яширин ўзгаришга эҳтиёж сезмаслиги билан ҳам баҳоланади.

18 Бекор қилиш ҳақидаги икки хато

Биринчи хато: ҳар қандай ноқулайликни «касаллик қайтди» деб баҳолаш. Иккинчи хато: ҳар қандай ёмонлашишни «фақат бекор қилиш» деб қабул қилиш. Тўғри йўл вақт, симптом шакли, аввалги тарих, хавфсизлик ва бошқа тиббий сабабларни бирга кўришдир. Беморнинг субъектив кечинмаси муҳим, лекин клиник баҳолаш билан бирлаштирилади.

Камайтириш режасида танаффус қилиш муваффақиятсизлик эмас. Узоқроқ муддат керак бўлиши мумкинлигини олдиндан айтиш беморнинг уятини камайтиради. Мақсад тезлик бўйича рекорд эмас, барқарор ва хавфсиз тўхтатиш ёки зарур давони онгли давом эттиришдир.

19 Хулоса

Боб хулосаси: яхши профилактика беморни қўрқувда ушлаб турмайди. У хавфни тушунарли қилади, танловни сақлайди ва ёмонлашишда ёрдамга етиш йўлини қисқартиради.

Манбалар

[59.1] NICE. Preventing relapse: evidence review. 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583073/

[59.2] Royal College of Psychiatrists. Stopping antidepressants. https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants

[59.3] NICE. Depression in adults: rationale and impact, preventing relapse. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/rationale-and-impact

60-БОБ

Якуний клиник кейслар ва қарор алгоритмлари

Бу боб китобдаги билимни тайёр рецептга эмас, асосланган клиник қарорга айлантиради. Бир хил «кучим йўқ» ёки «яшашдан завқ олмаяпман» шикояти турли синдром, сабаб ва хавфни англатиши мумкин. Ташхисни биринчи иборадан эмас, тарих, руҳий ва жисмоний кўрик, вақт динамикаси ҳамда зарур текширувлардан чиқарамиз.

Қуйидаги барча кейслар китоб учун тузилган таълимий вазиятлар. Улар реал беморлар эмас. Қисқа баён тўлиқ клиник интервьюни алмаштирмайди; шу сабабли баъзи ҳолатларда якуний код эмас, ишчи гипотеза ва қайси маълумот етишмаётгани кўрсатилади. МКБ-10 коди танланганда айнан қайси нашр ва миллий модификация ишлатилаётгани текширилади. [60.1]

1 Биринчи алгоритм: синдромдан олдин хавфсизлик

Биринчи қадам: ҳаёт учун шошилинч хавф борми? Жисмоний беқарорлик, заҳарланиш, делирий, кататония, оғир психоз, овқат-сув қабул қилиш бузилиши ва яқин ўзини шикастлаш хавфи баҳоланади. Бор бўлса, тегишли шошилинч ёрдам йўлига ўтилади.

Иккинчи қадам: депрессив синдром борми? Асосий симптомлар, қўшимча белгилар, давомийлик ва функционал таъсир ўрганилади. Скрининг натижаси ташхис эмас. Учинчи қадам: аввалги эпизод, мания ёки гипомания, модда, дори, органик сабаб ва стресс билан боғланиш аниқланади.

Тўртинчи қадам: оғирлик, психоз, ҳамроҳ бузилиш ва бемор эҳтиёжига мос режа танланади. Бешинчи қадам: бошланғич кўрсаткичлар, кейинги баҳолаш вақти ва режани ўзгартириш мезони ёзилади. Клиник алгоритмнинг охири «рецепт берилди» эмас, «натижани ким ва қачон текширади?» деган саволдир.

2 Кейс 1. Илк депрессив эпизодга ўхшаш манзара

29 ёшли беморда олти ҳафтадан бери тушкунлик, қизиқиш йўқолиши, чарчоқ, уйқу бузилиши ва иш унумдорлигининг пасайиши бор. Илгари бундай давр бўлмаганини айтади. Суҳбатда оғир ўзини айблаш бор, аммо психотик ишонч аниқланмаган.

Ишчи йўналиш F32 гуруҳидаги депрессив эпизод бўлиши мумкин. Лекин аввалги фаоллашиш даврлари, моддалар, дорилар, жисмоний касаллик ва хавфсизлик тўлиқ сўралади. «Илгари ташхис қўйилмаган» билан «илгари эпизод бўлмаган» бир хил эмас. Оғирликни фақат ишга қатнаётганига қараб енгил деб баҳоламаймиз.

Қарор: тўлиқ баҳолашдан кейин бемор афзаллиги ва оғирликка мос психотерапия, фармакотерапия ёки комбинация муҳокама қилинади. Натижа симптом, функция, ножўя таъсир ва хавфсизлик бўйича кузатилади. Коднинг охирги рақами маълумот етарли бўлгач танланади.

3 Кейс 2. Қайталанувчи депрессия

46 ёшли беморда ҳозирги тушкунлик уч ой давом этган. Тарихида орасида яхши ҳолат бўлган икки ўхшаш эпизод бор. Мания ёки гипомания ҳақида маълумот ҳозирча йўқ; олдинги ҳужжатлар сўралади.

Бу F33 гуруҳи томон йўналтиради, аммо аввалги даврлар ҳақиқатан депрессив эпизод мезонига мос бўлганми ва мания бўлмаганми, текширилади. Ҳозирги эпизод оғирлиги ва психоз мустақил баҳоланади. «Учинчи марта» деган соннинг ўзи ҳозирги оғирлик кодини белгиламайди.

Қарорда аввалги самарали даво, унинг давомийлиги, тўхтатиш сабаби ва қайталаниш профилактикаси алоҳида ўрин тутади. Бемор айбланмайди; «нега яна келдингиз?» ўрнига «олдинги режада нимани сақлаб, нимани яхшилаймиз?» деган савол берилади.

4 Кейс 3. Депрессия ортида биполяр тарих

34 ёшли бемор ҳозир тушкун. Қўшимча суҳбатда бир неча йил аввал уйқуга эҳтиёж кескин камайган, ғайриоддий фаол, кўп гапирадиган ва хавфли харажат қиладиган давр бўлгани аниқланади. Яқинлари буни одатий характеридан яққол фарқ қилган деб тасвирлайди.

Бу маълумот ташхис йўлини ўзгартиради: F31 доирасидаги ҳолат эҳтимоли текширилади. Давомийлик, оғирлик, функционал зарар, модда ва дори таъсири аниқланади. «Бир марта яхши кайфиятда бўлган» деган баён мания эмас, лекин етарли мания/гипомания тарихи бўлса, униполяр депрессия режасини автоматик давом эттириб бўлмайди. [60.2]

Қарор: биполяр бузилиш бўйича мутахассис баҳоси ва мос даволаш режаси. Антидепрессант монотерапиясини оддий F32 режаси каби бошлашдан олдин хавфлар кўрилади. Кейинги кузатувда кайфият кўтарилиши, уйқу эҳтиёжи ва импульсивлик ҳам баҳоланади.

5 Кейс 4. Стресс борлиги ташхисни тайёр қилмайди

41 ёшли бемор ишини йўқотгандан кейин тушкунлашди. Бир сценарийда у вазиятга боғлиқ безовта, аммо қизиқиши ва кундалик функцияси анча сақланган; иккинчи сценарийда икки ойлик аниқ анедония, энергия пасайиши, оғир айбдорлик ва сезиларли функционал бузилиш бор.

Биринчи ҳолатда мослашув бузилиши, одатий стресс реакцияси ва бошқа эҳтимоллар баҳоланади. Иккинчида тўлиқ депрессив эпизод мезонлари текширилади. Стрессдан кейин бошлангани автоматик F43.2 дегани эмас. Сабабий воқеа билан синдром даражаси алоҳида ёзилади.

Қарор: психологик ва ижтимоий ёрдам ҳар иккисида ўринли бўлиши мумкин, аммо даволаш интенсивлиги синдром, хавф ва функцияга мос танланади. Ишсизликнинг реал оқибатини «фақат салбий фикр» деб талқин қилмаймиз.

6 Кейс 5. Сурункали паст кайфият

Бемор «йиллардан бери шундайман» дейди. Унда узоқ давом этган паст кайфият бор, аммо вақт чизиғи ҳали аниқ эмас. Баъзи ойларда яхшироқ, айрим даврларда жуда оғир бўлган.

F34.1 дистимия эҳтимоли бор, лекин йиллар давомидаги симптомларни аниқлаштириш керак: тўлиқ эпизодлар, симптомсиз давр, биполяр тарих, моддалар ва шахс хусусиятлари. «Кўп йил» дегани автоматик дистимия эмас. Сурункали кечиш билан қайталанувчи эпизодлар фарқланади.

Қарор: вақт чизиғи тузиш, олдинги ёзувлар ва бемор розилиги билан яқин маълумоти; функция ва мақсадларга таянган узоқроқ режа. Сурункали бўлгани ёрдамдан фойда бўлмайди дегани эмас; натижа кичик, аммо реал ўзгаришлар орқали ҳам кузатилади.

7 Кейс 6. Хавотир ва тушкунлик бирга

27 ёшли беморда хавотир, чарчоқ ва кайфият пасайиши бор. Унинг симптомларидан қайси бири мустақил синдром мезонига етиши ҳали аниқ эмас. Фақат «иккаласи бор» деб F41.2 ёзиш етарли эмас.

Агар тўлиқ депрессив эпизод ва алоҳида хавотир бузилиши мезонлари бажарилса, коморбидлик кўриб чиқилади. Агар ҳар икки симптом гуруҳи субсиндромал бўлса, аралаш хавотирли-депрессив бузилиш эҳтимоли танланган тасниф бўйича баҳоланади. Қўрқувнинг объекти, паника, қочиш ва руминация ажратилади.

Қарор: устувор синдром ва функционал муаммога мос даво; ҳар икки йўналишда натижани кузатиш. Битта умумий «асаб» ташхиси билан барча белгини ёпиб қўймаймиз.

8 Кейс 7. Туғруқдан кейинги депрессиями ёки шошилинч ҳолатми?

Туғруқдан кейин уч ҳафта ўтган аёлда тушкунлик, айбдорлик, анедония ва болага қараш қийинлиги бор. Депрессив эпизод, хавфсизлик, уйқу, жисмоний ҳолат ва қўллаб-қувватлаш баҳоланади. Она ва бола хавфсизлиги биргаликда кўрилади, лекин она автоматик равишда «хавфли» деб тамғаланмайди.

Агар уйқуга эҳтиёж камайиши, чалкашлик, ғайриоддий қатъий ишонч ёки галлюцинация қўшилса, туғруқдан кейинги психоз/аффектив ҳолат эҳтимоли шошилинч мутахассис баҳосини талаб қилади. Буни оддий «бэби-блюз» ёки чарчоқ деб кутиш мумкин эмас. [60.3]

Кодлашда F53ни ҳар қандай туғруқдан кейинги депрессиянинг автоматик коди деб олмаймиз. МКБ-10да у бошқа рубрикаларда таснифланмаган туғруқдан кейинги руҳий бузилишларга тегишли; тўлиқ аффектив синдром ва қўшимча акушерлик кодлари қоидаси тегишли нашр бўйича текширилади. [60.1]

9 Кейс 8. Моддага боғлиқ тушкунлик

Бемор алкогольни кўп истеъмол қилган даврдан кейин тушкун, хавотирли ва уйқусиз. Биринчи вазифа абстиненция, интоксикация, делирий ва жисмоний хавфни баҳолаш. Депрессия моддадан олдин бўлганми, истеъмолсиз даврда қандай кечган, мустақил эпизодлар борми, сўралади.

F1x.54ни барча «моддадан кейинги депрессия» учун ишлатиб бўлмайди: бу F1x.5 психотик бузилиш рубрикаси доирасида депрессив симптомлар устун шаклга тегишли. Психозсиз тушкунликни шу кодга механик жойлаштириш хатодир. [60.1]

Қарор: хавфсизлик, модда билан боғлиқ даво ва аффектив симптомни бирга кузатиш. «Аввал бир ой кутамиз» деб оғир депрессия ёки суицид хавфини давосиз қолдирмаймиз; ташхис динамикада аниқлаштирилиши мумкин.

10 Кейс 9. Органик ёки дорига боғлиқ эҳтимол

63 ёшли беморда инсультдан кейин апатия, чарчоқ ва тушкунлик пайдо бўлган. Бир вақтда ҳаракат чеклови, уйқу муаммоси ва янги дорилар бор. Органик аффектив бузилиш, депрессив эпизод, апатия ва функционал йўқотишга муносабат ўзаро таққосланади.

Инсульт билан вақт жиҳатдан яқинлик муҳим, аммо сабабий боғланишни автоматик исботламайди. Неврологик ҳолат, когнитив функция, дори ва ижтимоий омиллар кўрилади. F06 гуруҳи ҳақида қарор клиник асосланади; фақат «соматик касаллик бор» деб органик код қўйилмайди.

Қарор: невролог, терапевт ва руҳий саломатлик жамоаси билан мувофиқлаштирилган ёрдам. Депрессияни даволаш реабилитацияга қўшилади, аммо ҳар бир чарчоқ белгисини антидепрессант дозаси билан ҳал қилишга уринилмайди.

11 Кейс 10. Психотик депрессия ва овқатдан бош тортиш

Бемор «ичимдаги аъзолар ишламай қолган, овқат еб бўлмайди» деб қатъий ишонади, вазни пасайган, сувни ҳам кам ичади. Бу фикрни фақат ипохондрик хавотир деб баҳолаш етарли эмас. Психоз, депрессия оғирлиги, органик ҳолат ва тиббий барқарорлик текширилади.

Қарор: шошилинч ихтисослашган ёрдам, озиқланиш ва суюқлик ҳолатини бошқариш, психозли депрессияга мос даволаш ва зарур бўлса ЭКТни муҳокама қилиш. Вазиятдаги биринчи мақсад «беморни фикридан қайтариш» эмас, хавфсиз даволашни ташкил этишдир.

12 Кейс 11. Кататониями ёки оддий секинлашишми?

Бемор гапирмайди, бир позада узоқ туради, кўрсатмаларга ғайриоддий жавоб беради ва овқатланиши бузилган. «Оғир депрессияда шундай бўлади» деган умумий изоҳ билан чекланмаймиз. Кататоник белгилар мақсадли кўрилади, тиббий сабаблар ва асоратлар баҳоланади.

Қарор: кататония бўйича шошилинч мутахассис тактикаси. Бензодиазепин/ЭКТ йўналиши, парвариш ва сабабни излаш биргаликда режалаштирилади. Оддий антипсихотик седацияни кататония давоси билан тенглаштирмаймиз. Бу масала 54–55-бобларда кенгроқ очилган.

13 Кейс 12. Давога жавоб йўқдек кўринади

Бемор «уч хил дори фойда бермади» дейди. Аниқлаштирилганда бирини бир ҳафта, иккинчисини ножўя таъсир туфайли жуда кам дозада, учинчисини нотеккис қабул қилган. Бу маълумотни беморни айблаш учун эмас, даво экспозициясини тўғри тушуниш учун оламиз.

Қарор: ташхис, етарли доза ва муддат, қабул қилиш тўсиқлари, ҳамроҳ касаллик ва натижа ўлчовлари қайта кўрилади. Ҳақиқий резистентлик билан етарли даво бўлмаган ҳолат фарқланади. Қабул қилишдаги қийинчилик ҳал қилинмаса, яна бир препарат номи муаммони ўзгартирмаслиги мумкин.

14 Кейс 13. Яхшиланиш ортида гипомания

Бемор «ниҳоят тузалдим» дейди, аммо уч соат ухлаб чарчамайди, ғайриоддий кўп лойиҳа бошлаган, харажатлари ошган. Буни фақат депрессия ремиссияси деб қабул қилмаймиз. Олдинги тарих, дори ўзгариши, моддалар ва мания/гипомания белгилари текширилади.

Қарор: тезкор қайта баҳолаш ва даволаш режасини мослаштириш. Қувончнинг ўзи касаллик эмас, аммо уйқу эҳтиёжи, энергия, хулқ ва функциянинг яққол ўзгариши клиник аҳамиятга эга. Натижани фақат тушкунлик шкаласи пасайиши билан баҳолаш бу ҳолатни ўтказиб юбориши мумкин.

15 Кейс 14. Тўхтатишдан кейин ёмонлашиш

Бемор яхши ҳис қилиб, дорини тез тўхтатган. Бир неча кундан кейин бош айланиши, ғайриоддий танавий ҳислар, уйқусизлик ва хавотир пайдо бўлган. Аввалги депрессияда бу белгиларнинг айримлари бўлмаган.

Ишчи гипотеза бекор қилиш симптомлари бўлиши мумкин, аммо хавфсизлик, рецидив ва бошқа касалликлар ҳам баҳоланади. Қарор: шифокор билан индивидуал режани қайта кўриш; беморни «касаллигингиз қайтди, демак умрбод дори» деб қўрқитмаслик. Шу билан бирга, «ўзи ўтиб кетади» деб оғир симптомни рад этмаслик.

16 Иккинчи алгоритм: даво натижаси кутилгандек бўлмаса

Аввал шошилинч хавф ва ножўя таъсирни текширамиз. Кейин ташхис ва вақт чизиғини, даво ҳақиқатан қандай қабул қилинганини, ҳамроҳ ҳолат ва ижтимоий тўсиқларни қайта кўрамиз. Қисман жавоб, жавобсизлик ва кўтара олмасликни ажратамиз. Шундан кейингина алмаштириш, кучайтириш, психотерапия, нейростимуляция ёки бошқа мутахассисга йўналтириш танланади.

Ўзгаришдан олдин «нимани яхшиламоқчимиз?» деган саволга жавоб ёзилади. Масалан, қолдиқ анедониями, уйқусизликми, психозми ёки ножўя таъсирми? Бир хил «яхши эмас» баёни турли қарорга олиб келади. Кейинги баҳолашда айнан шу мақсад текширилади.

17 Учинчи алгоритм: ташхисни ҳужжатлаштириш

Ёзувда синдром ва оғирлик; биринчи ёки қайталанувчи кечиш; психоз/биполярлик/органик ёки моддага боғлиқ эҳтимол; функционал таъсир; хавфсизлик формуляцияси; ишчи ва тасдиқланган хулосалар; режа ва кузатув бўлади. Аниқланмаган маълумот «йўқ» деб ёзилмайди. «Ҳозирча маълумот йўқ» деган ҳалол баён нотўғри қатъийликдан яхшироқ.

Код клиник фикрни қисқартириб ифодалайди, унинг ўрнини босмайди. Беморнинг бутун кечинмасини F-кодга сиғдириш шарт эмас; аммо код қўйилса, унинг мезони ва қўлланилган таснифга мослиги асосланиши керак.

18 Қарорни асослаш учун якуний ўқув топшириғи

Юқоридаги кейслардан учтасини танлаб, ҳар бири учун беш жумла ёзинг: асосий ишчи гипотеза; уни қўллаб-қувватловчи маълумот; энг муҳим муқобил; етишмаётган маълумот; ҳозирги энг хавфсиз кейинги қадам. Бу машқ кодни ёдлашдан кўра клиник фикрни очиқ баён қилишга ўргатади.

Масалан, моддага боғлиқ кейсда «алкоголли депрессия» деган ном ўрнига модда қабул қилиш вақти, абстиненция хавфи, мустақил эпизод тарихи ва психоз бор-йўқлигини ажратиш керак. Туғруқдан кейинги кейсда эса биринчи вазифа код танлаш эмас, психоз ёки яқин хавфни ўтказиб юбормаслик. Бир хил шаклдаги жавоб турли мазмун билан тўлдирилади.

Кейин қарорингизни иккинчи мутахассисга тушунтиринг: «Нега айнан шу йўлни танладим?» Агар жавоб фақат «мен доим шундай қиламан» бўлса, асос етарли эмас. Клиник маълумот, далил, бемор хоҳиши ва хавфсизлик мантиғи кўриниши керак. Номаълумлик қолса, уни яшириш эмас, қайси кузатув ёки текширув билан аниқлаштиришни айтиш профессионал ёндашувдир.

19 Китобнинг якуний хулосаси

Депрессия бир хил шикоят ортидаги бир хил касаллик эмас. Клиник маҳорат симптомни эшитиш, синдромни ажратиш, сабаб ва кечишни ўрганиш, хавфсизликни таъминлаш ва бемор билан натижани текширишда кўринади. Мутахассиснинг кучли томони ҳамма саволга дарҳол жавоб бериш эмас, қайси маълумот етишмаётганини билиб, тўғри кейинги қадамни танлашидир.

Беморга берилган энг муҳим хабар шундай бўлиши мумкин: «Ҳолатингизни жиддий қабул қиламиз. Сизга мос ёрдам режасини бирга тузамиз, натижани кузатамиз ва керак бўлса ўзгартирамиз». Бу даволаниш кафолати эмас, сифатли клиник ҳамкорликнинг асосидир.

Манбалар

[60.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

[60.2] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[60.3] NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. CG192. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/recommendations

Қайд: 54–60-боблардаги манбалар 2026 йил 7 ноябрда текширилди. Халқаро тавсия маҳаллий лицензия, препарат рўйхати, муассаса имконияти ва ҳуқуқий тартибни автоматик алмаштирмайди. Матн мутахассислар учун таълимий ишланма; нашр олдидан клиник-илмий ва тил таҳрири ўтказилади.