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

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.

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.

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.