

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

KUCHIMOVA CHAROS AZAMATOVNA

**UMUMSOMATIK AMALIYOTDA
SOMATIZATSIYALANGAN
SUBDEPRESSIYANING KLINIK
XUSUSIYATLARI VA DIFFERENTIAL
DAVOLASH VARIANTLARI**

Monografiya

**“Samarqand davlat chet tillar instituti” nashriyoti
Samarqand- 2024**

Kuchimova Charos Azamatovna. UMUMSOMATIK AMALIYOTDA SOMATIZATSIYALANGAN SUBDEPRESSIYANING KLINIK XUSUSIYATLARI VA DIFFERENTIAL DAVOLASH VARIANTLARI. Monografiya. – Samarqand: “Samarqand davlat chet tillar instituti” nashriyoti, 2024. – 89 bet.

Monografiyada umumsomatik amaliyotda somatizatsiyalangan subdepressiyaning klinik xususiyatlari va differentsial davolash variantlari batafsil yoritilgan.

Monografiya keng doiradagi amaliyot shifokorlari, birinchi navbatda psixiatrlar, tibbiy psixologlar, psixoterapevtlar va OTMlarning magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlari uchun mo'ljallangan.

Taqrizchilar: t.f.d., professor Alimov U.X.,
t.f.d, professor Imamov A.X.

Monografiya SamDTU MIMK ning yig'ilishida ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan (27-may 2024-yil, 5-sonli bayonnoma).

Monografiya SamDTU Ilmiy Kengashining yig'ilishida ko'rib chiqilgan va chop etishga ruxsat berilgan (29-may 2024-yil, 10-sonli bayonnoma).

© Ch.A.Kuchimova, 2024
© “Samarqand davlat chet tillar instituti” nashriyoti, 2024

SO‘Z BOSHI

Affektiv buzilishlarni tarqalish darajasi ortishi bilan uzoq davom etuvchi subdepressiv buzilishlarga ham borgan sari ko'proq e'tibor qaratilmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) statistik ma'lumotlariga ko'ra, "2030 yilga kelib, subdepressiyalar jahon aholisi nogironligining asosiy sababiga aylanadi. Subdepressiv buzilishli bemorlar umumiy aholini 3-5% tashkil etadi". Mazkur patologiyaga o'z vaqtida tashxis quyish, uni davolashning maqsadga muvofiq yondoshuvini o'z vaqtida aniqlash, mehnatga layoqatsizlik darajasini susaytirish muhim rol uynaydi. Surunkali subdepressiv buzilishlar uzoq vaqt davomli kechishga, ya'ni cho'zilib kechishga moyilligi, moliyaviy, ijtimoiy sohaga tahdid soladigan tibbiy-ijtimoiy muammolardan biridir.

Dunyoda surunkali cho'zilib davom etgan subdepressiv patologiyani o'z vaqtida tashxislash mezonlarini mustaxkamlash, klinik-tipologik tomonlarini baholash, davolash usullariga innovatsion va patogenetik jihatdan qiyosiy yondashish, farmakoterapiyasini takomillashtirish, bemorlarda mehnatga layoqatsizlik ko'rsangichi rivojlanishini oldini olishga qaratilgan usullarni qayta ishlab chiqish ehtiyoji ortib bormoqda. Bu borada somatizatsiyalangan subdepressiv patologiyada bemorlar hayot sifatining turli xil shakllarini aniqlash, asosiy simptomlar turiga qarab qiyosiy davo chora-tadbirlarini optimallashtirish, mehnatga layoqatsizlik rivojlanish ehtimolini oldindan baholashga qaratilgan keng qamrovli ilmiy tekshiruvlar amalga oshirilmoqda. Davlatimizda aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy xizmat sifatini tubdan yaxshilash va sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishga qaratilgan keng ko'lamdagi ishlar amalga oshirilmoqda. Bu borada tibbiy yordamning samaradorligi, sifati va qulayligini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish mezonini shakllantirish, tashxis qo'yish va davolashning yuqori zamonaviy usullarini joriy etish, patronaj xizmati va dispanserizasiyaning samarali dizaynini yaratish orqali sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash va patologik holatlarni profilaktika qilish kabi vazifalar ishlab chiqilgan. Ushbu vazifalarni amalda qullash uchun aholi orasida subdepressiv patologiyalar rivojlanishining xavf omillarini erta aniqlash va asoratlarning profilaktika qilishga, shuningdek, aholiga tibbiy-ijtimoiy yordamni to'liq ta'minlashga, o'lim va mehnatga layoqatsizlik ko'rsatkichlarini pasaytirishga, hayot sifatini ijobiy tomonga o'zgartirishga qaratilgan tadbirlar amalga oshirish muhim vazifalardan biridir.

Davlatimiz tibbiyot sohasini rivojlantirish tibbiy tizimni jahon andozalari talablariga moslashtirish, depressiv patologiyani kamaytirishga qaratilgan vazifalar belgilangan. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018 yil 7 dekabrda 5590-sonli «Sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida»gi Farmoni ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatishni takomillashtirish, 2021 yil 12 mayda 690-sonli O'zbekiston Respublikasida psixiatriya xizmatini yanada rivojlantirish va aholiga psixiatrik yordam ko'rsatishni takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi Qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meyoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga qaratilgan. Mana shu vazifalar somatizirlangan subdepressiv buzilishlarni o'z vaqtida aniqlashni mukammallashtirish va patogenetik davolashni sifatini oshirish muhim ilmiy yondoshuvlardan biridir.

Mazkur qo'llanmaning ilmiy ahamiyati bemorlardagi somatizirlangan subdepressiv patologiyalar tarkibidagi tarqalgan vahima buzilishlarga rezistent vahimali, panik va ijtimoiy qurquvlarning qo'shilishi o'z vaqtida tashxislash va davolashni maksimal variantini ishlab chiqish bemorlarda mehnatga layoqatsizlik ko'rsatkichlarini susaytirish va bemorlar hayot sifatini yaxshilash imkonini berganligi bilan izohlanadi. Cho'zilgan somatizatsiyalangan va somatizatsiyalanmagan subdepressiv buzilishlarning psixopatologik tuzilishini murakkabligini (rezidual tserebral etishmovchilik) va yuqori residivlanish xavfini hisobga olgan holda nootrop va normotimik preparatlar bilan bazis davo o'tkazish kasallik qaytalanishini oldini olishga imkon beradi.

Tadqiqot natijalarining amaliy ahamiyati somatizirlangan subdepressiv buzilishlarda murakkab psixopatologik sindromlar mavjudligi sababli ambulator psixiatrik amaliyotda bemorlarga maqsadga muvofiq yordam ko'rsatish tizimi takomillashtirganligi, surunkali subdepressiv patologiyali bemorlarni davolash davomida uzoq muddat selektiv antidepressant, neyroleptik va normotimiklar uyushmasidan foydalanish taklif qilinganligi kasallikni o'z vaqtida tashxislash va davolash usullarini to'g'ri tanlash imkonini berganligi bilan tushuntiriladi. Shunday qilib monografiyada umumsomatik amaliyotda somatizatsiyalangan subdepressiyaning klinik xususiyatlari va differentsial davolash variantlari keltirilgan.

MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI	3
I BOB. SOMATIZATSIYALANGAN SUBDEPRESSIV BUZILISHLAR TASHXISOTINING ZAMONAVIY TAMOYILLARI.....	7
§1.1. Somatizatsiyalangan subdepressiyaning tuzilishi va chegaralari haqidagi g'oyalar evolyutsiyasi	7
§1.2. Uzoq vaqt cho'zilgan subdepressiv holatlarda somatizatsiyalangan buzilishlar	10
§1.3. Somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarni davolashda zamonaviy yondoshuv mezonlari	13
II BOB. KLINIK MATERIALNING UMUMIY TAVSIFI.....	18
§2.1. Tadqiqot dizayni va guruhlarining shakllanishi	18
§2.2. Bemorlarni umumiy xarakteristkasi.....	20
§2.3. Ruhiyatni tekshiruv usullari.....	23
III BOB . SURUNKALI SUBDEPRESSIYANING SOMATIZIRLANGAN VA VAHIMALI BUZILISHLAR MAVJUDLIGIGA BOG'LIQ HOLDA KLINIK- PSIXOPATOLOGIK XUSUSIYATLARI	27
§3.1. Cho'zilgan subdepressiv buzilishlarning shakllanish qonuniyatlari	27
§3.2. Surunkali subdepressiv buzilishlarning somatizirlangan buzilishlar mavjudligiga va mavjud emasligiga bog'liq holda klinik mezonlari	33
§3.3. Surunkali subdepressiv buzilishlarda somato-vegetativ patologiya va klinik-nevrologik tekshiruv xulosalari	37
§3.4. Surunkali subdepressiya klinik kechishining dinamikasi	50
IV BOB. SURUNKALI SUBDEPRESSIV BUZILISHLI BEMORLARNI SOLISHTIRMA DAVOLASH VARIANTLARI VA BEMORLARNING HAYOT SIFATINI DAVOLANISHDAN KEYINGI O'ZGARISHLARI	53
§4.1. Somatizatsiyalangan subdepressiyaning solishtirma davolash dinamikasi	53
§4.2. Somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarni davolanishidan keyingi mehnatga layoqatlilik va muloqot doirasi holati	60

§4.3. Uzoq vaqt cho'zilgan subdepressiya klinik tuzilishini	
M.Rokichning "qiymatli yo'nalishlar" usuli bo'yicha ekperimental-psixologik tekshirish usullari.....	62
XOTIMA.....	64
XULOSALAR.....	76
AMALIY TAVSIYALAR.....	78
FOYDANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	79

I BOB. SOMATIZATSIYALANGAN SUBDEPRESSIV BUZILISHLAR TASHXISOTINING ZAMONAVIY TAMOIYILLARI

Oxirgi o'n yillikda cho'zilgan somatizatsiyalangan subdepressiv

buzilishlarning barqaror o'sishi kuzatilmoqda. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkilotining epidemiologik tadqiqotlari ma'lumotlariga ko'ra, subdepressiv buzilishlarning tarqalish darajasi XX asr oxirlariga kelib, 10% tashkil qildi, bu 1960 yillar (0,6%) ko'rsatgichlariga nisbatan 17 marta ko'p ekanligini bildiradi. BJSST ma'lumotlariga ko'ra, aholining 3-5% subdepressiv bemorlar tashkil qiladi, bo'ko'rsatgich Evropa va AQSh davlatlarida 5-12% atrofida o'zgarib turadi, umumiy tibbiyot tarmog'ida mazkur ko'rsatgich 22-23% tashkil qiladi (Anderson G., Berk M., Maes M., 2014).

Kasallik nafaqat "katta" depressiyalar hisobiga emas, balki, yumshoq surunkali depressiyalar hisobiga ham oshib bormoqda. Yumshoq depressiyalarni ya'ni distimik holatlarni turli olimlar o'zlarining tekshiruvlarida turli xil talqin qilishgan: nevrotik, chegarali, nopsixotik, tsiklotimik, yumshoq, kichik, sayoz, distimik depressiyalar (mild depression, minor depression, mild major depression, neurotic depression, dysthymic disorder). A.I. Kosonogov (2017) tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, depressiv buzilishli bemorlarni 33% psixoterapevtga murojaat etgan, ayollar orasida ruxiy buzilish bilan shifokorlarga murojaat etganlari orasida 75% engil depressiyalar ya'ni subdepressiyalar bilan kasallangan.

Cho'zilgan subdepressiyalar boshqa ruxiy buzilishlarga nisbatan vaqtinchalik ishga layoqatsiliklar orasida asosiy o'rinni egallaydi. Dunyoda 350 mln. odam mazkur buzilish bilan xastalanadi. Bundan tashqari, er yuzidagi 800000 15 yoshdan 29 yoshgacha bo'lgan aholi suisid natijasida vafot etadi (Barnes D. M., Bates L. M., 2019). Distimik buzilishlar ijtimoiy-iqtisodiy muammo hisoblanadi. A. Nierenberg (2020) ma'lumotlariga ko'ra, Amerika qo'shma Shtatlarida mazkur kasallikni davolash uchun yiliga 16 milliardgacha dollar ajratiladi.

§1.1. Somatizatsiyalangan subdepressiyaning tuzilishi va chegaralari haqidagi g'oyalar evolyutsiyasi

Psixiatrlarning uzoq davom etuvchi subdepressiv buzilishlarga qiziqishi ularni jamiyat orasida nisbatan ko'p tarqalganligi va mazkur kasallik bilan kasallangan bemorlarni psixosotsial patologiyalar ko'rsatgichining yuqoriligi bilan isbotlanadi. Surunkali subdepressiv buzilishlarni ko'p tarqalganligini uchun turli tekshiruvlar xar xil yondashadi, mana shu patologiyani ya'ni uzoq davom etgan, surunkali subdepressiyalarni klinik, psixopatologik jihatdan bitta shakl qilib,

terapevtik chidamli subdepressiyalarga kiritishadi. Psixiatriya asoschilaridan bo'lgan olim E Krepelin (1896) involyusion melanxoliya klinikasini o'rganib, uni cho'zilishga moyilligini aniqlagan va 50% holatlarda surunkali kechishga o'tishini ta'kidlagan. V. Grinzbeg (1881), N.P. Kovalevskiy (1890) uzoq davom etuvchi depressiyalarni 16 oygacha cho'zilganligini yozishgan. Korsakov (1901) yomon sifatli kechuvchi, bir yildan ko'poq cho'zilgan subdepressiyalarni aniqlagan. P.B.Gannushkin (1933) tsirkulyar fazalarning davomiyligini 4-6-9 oy davom etishini kuzatgan bo'lsa ham, ammo ularni yoshga qarab ancha uzoq va cho'ziluvchan kechishini aniqlagan (Kulenovic A.D., Kucukalic A., Bravo-Mehmedbasic A.P., 2014).

V.P.Gilyarovskiy (1938) uzoq davom etuvchi subdepressiv buzilishlar haqida yozib, vaqt o'tishi bilan subdepressiv xurujlar cho'zilishini aniqlagan va nihoyat oxirida statsionar holat shakllanib, mana shu holat bilan bemorlar umrining oxirigacha qolib ketishini kuzatgan. Psixofarmakologiyani taraqqiy etishi va antidepressantlarning paydo bo'lishi psixiatr shifokorlarda surunkali subdepressiyalarga nisbatan ancha ijobiy qiziqish shakllantirdi, bemorlarning katta qismida antidepressantlar bilan davolashga qaramasdan depressiv buzilishlar ko'p yillar davomida saqlanib qolayotgan edi, ularning ba'zilarida butun umri davomida tugamayotgan edi (Lavigne J. V., Saps M., Bryant F. B., 2013). Bu depressiv holatlarni ba'zi mualliflar cho'zilgan subdepressiya mezonlariga kiritsa, boshqa mualliflar surunkali subdepressiyalarga kiritib keldi. Ba'zi bir psixiatr shifokorlar "uzoq davom etgan" va "surunkali" subdepressiyalarni alohida turlarga tarqatmadi. Bundan tashqari surunkali uzoq yillik subdepressiyalarni psixiatr shifokorlar turlicha atashdi, ular klinik-psixopatologik va vaqt mezonlarida aks etdi, shuningdek, XX asrning 60-80 yillarida uzoq davom etuvchi va noadekvat antidepressiv davo ularni surunkali kechishiga va surunkali tus olishiga olib keladi degan g'oyalar paydo bo'ldi. Shuningdek, ularni "xarakterologik disforiya", "etishmaslik sindromi", "ikkilangan subdepressiyalar", "isteroid disforiya", "terapevtik rezistent subdepressiyalar" deb nomlashdi. Oxirgisi ko'pchilik mualliflar tomonidan "surunkali depressiyalar" deb ajaratilmadi. Shunga qaramasdan, shunday g'oyalar mavjud edi "hamma terapevtik chidamli subdepressiyalar ham surunkali bulavermaydi, ba'zan kasallik o'z-o'zidan tuzalishi mumkin" (Maes M., Rief W., 2012).

Zamonaviy psixiatriyada distimiya muammosi o'ziga xos ahamiyatga ega. BJSS ekspertlar kengashi ma'lumotlariga ko'ra (2020),

tarkibiga affektiv patologiyani bosh mutaxassislari (Tiganov A.S., Akiskal H.S., Cassano G.B., Licinio J. Va boshq.) qarashlariga ko'ra distimiya o'zining belgilari engilroq bo'lsada, lekin bemorlarni hayot sifatiga jiddiy destruktiv ta'sir ko'rsatadi. Distimiya patologiyasini ko'p tarqalganligi (aholi o'rtasida 4-7%) va oqibatlarini hisobga olgan holda distimik buzilishlarni boshqa ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan eshimik va onkologiya kasalliklari bilan tenglashtirish mumkin". "Distimiya" tushunchasining shakllanishi va uning mazmuni zamonaviy ma'noda o'z tarixiga ega. Dastlab, bu atama ularning kelib chiqishi va xususiyatlarini aniqlamasdan, past kayfiyatdagi holatlarni keng qamrab oldi. Psixiatrik adabiyotlarda bu tushuncha birinchi marta C. F. Flemming (1844) tomonidan ishlatilgan, u ruhiy kasalliklar tasnifida o'tkir (tranzitor), uzoq muddatli (kontinual) va distimiyani remittirlovchi shakllarini qayd etgan (Angst J., 1987 tomonidan keltirilgan). K.Kalbaumning (1863) nozologik tizimida distimiya – diastrofiya va paranoya bilan birga – Vecordia guruhiga ya'ni ruhiy faoliyatning kayfiyat, iroda va aql kabi ruxiyatni izolyasiya qilingan sohalariga kiritilgan. Uning simptomatikasi "statsionarlilik" bilan ajralib turdi va kasalliklarning o'zi dementsiya bilan tugamadi. Shu bilan birga, H. Schüle (2017) "dysthymia neuralgica" atamasi ostida ikkinchi darajali tavsifga ega bo'lgan va periferik og'riq simptomlari bilan kuzatilgan ruhiy buzilishning yana ham murakkab shaklini tasvirlagan. U melanxolik holatni gallyusinatsiya va vasvasa simptomlari bilan ifodaladi. Bir qator o'quv qo'llanmalarda "distimiya" termini oddiy depressiv holatni anglatadi, "og'riqli yuqori kayfiyat" – gipertimiyaga qarshi ularoq (Ribakov F.E., 1916, Binswanger O., Siemering J.E., 1911). Keyinchalik "distimiya" atamasi psixiatrik leksikadan tobora ko'proq nozologik ma'noga ega bo'lgan "melanxoliya" va "depressiya" tushunchalari bilan almashtirilib, ularning alohida turlarini tasvirlash uchun ishlatilgan. Vasvasali buzilishlar bilan kechuvchi "tipik melanxoliya" va "stuporli melanxoliya"dan tashqari V.P. Serbskiy (1912) "distimik melanxoliya"ni ajratdi. "Distimiya" tushunchasining ma'nosi "aniq chegarasiz shaxsiy moyillik" sohasiga o'tuvchi chuqur bo'lmagan depressiv holat sifatida talqin etildi. Kraepelin E., 1913). Distimik sifatida o. Bumke (1928) shaxsiyatni alohida ko'rinishini, temperament sohasida yotuvchi anomallik bilan ifodaladi. H. J. Eysensk (1952) ma'lumotlariga ko'ra, distimiya isteriya kabi nevrotik shaxs ko'rinishlarining bir variantidir (Dremencov E., Mansari M., Blier P., 2007).

Shuni aytib o'tish kerakki, o'tkazilgan ko'p tekshiruvlar natijasida

depressiv buzilishlarni asosiy belgilarini izlash va ularning natijalarida "maxsus psixopatologik simptomlarning yo'qligi" haqida bir fikrga kelindi H. Weitbrecht (1957), faqatgina endogen, somatogen va psixogen depressiyalarning (Bleuler E., 1916, Jaspers K., 1913, Weitbrecht H., 1952, Schneider K., 1967, Schülte W., 1965 va boshq.) kichik guruhlariga tegishli simptomokomplekslar mavjudligi aniqlandi. Klinik ko'rinishlarda distimik holatlar va buzilishlarning muayyan depressiv simptom majmualariga nisbatan jiddiyligi o'rtasidagi tafovut, ularni atipik, patogenetik va nozologik jihatdan kam aniqlangan affektiv shakllar toifasida farqladi. Bunday protragirlangan chuqur bo'lmagan depressiv holatlar aniq affektiv kasalliklar (masalan, MDP) ramkasidan chiqdi va "endogen – psixogen" (H. Weitbrecht, 1952) sohalar sifatida talqin etildi. Klinik psixiatriyada "distimiya" termini mashxur olimlar H. Weitbrecht (1954, 1957, 1959) ishlarida muhim ahamiyat kasb etgan, ular endoreaktiv distimiya kabi ruxiy patologiyani alohida shakllarini keltirgan, bu holat og'ir jismoniy holdan toyishdan, davomli ruhiy kechinmalardan keyin rivojlanishini ta'kidlashgan (Bukh J.D., Andersen P.K., Kessing L.V., 2016).

§1.2. Uzoq vaqt cho'zilgan subdepressiv holatlarda somatizatsiyalangan buzilishlar

Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra aholi orasida somatizatsiya fenomenining tarqalishi 25-30% gacha kuzatilgan (Schepank N. Et al., 2020), A.J. Macdonald et al. (2019), R. Kellner (1987) ma'lumotlariga ko'ra somatizatsiyalangan simptomlar 10-80% holatlarda jismoniy sog'lom shaxslarda kuzatilib, ularda vahima va bezovtlik kuzatiladi. N. Ursin (2017) ta'kidlashicha 40% "davomli og'riqli kompensasiya" (vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik) va 40% doimiy qobiliyatsizlik bemorlarda kuzatilib, shikoyatlar ob'ektiv topilmalarga mos kelmaydi (Blier P., Briley M., 2011).

Somatizatsiyaga moyillik depressiyaning tabiatiga, cho'qurligiga, depressiv affektning ifodalanganlik darajasiga bog'liq bo'lmagan holda, depressiyaning zamonaviy patomorfozining eng xarakterli belgilaridan biri hisoblanadi. Somatizatsiyalangan belgilar ularni turli xil o'rganish davrlarida turlicha talqin etildi: D.D.Pletnyova (1927), A.K.Anufrieva (1978), N.Hippius, J. Muller (1973) ishlarida "somatizatsiyalangan depressiya" shaklida, J.Lange (1929), W.Walcher (1969), J.Glatzel

(1972) ishlarida "niqoblangan depreressiya" shaklida, P. Kielholz (1973), T.Ya. Xviliviskiy (1973) ishlarida "yashirin depressiya", S. Kraines (1957), Yu.V. Kannabix (1914) ishlarida "timopatik ekvivalentlar" shaklida, S. Lesse (1968), J.Modestin (1969), J. Lopez Ibor (1972) ishlarida "niqoblangan depressiya shaklida talqin qilingan. Somatizirlangan depressiya ko'pchilik mualliflar tomonidan endogen ruxiy kasalliklar ya'ni maniakal-depressiv psixoz va tsiklotimiya belgilariga kiritilgan (Conradi H.J., Ormel J., De Jonge P., 2018).

Subdepressiyalar somatik "niqob" – somatizatsiyalangan subdepressiyalar shaklida umumiy tibbiy tarmoqda juda ko'p uchraydi. S. Lesse (2020) umumiy amaliyot shifokoriga, tor mutaxassislarga murojaat etgan bemorlarni 1/3, 2/3 qismini somatizatsiyalangan simptomatika bilan qushilib kelgan subdepressiyalar deb hisoblaydi. "Yashirin subdepressiyalar"da P. Kielholz (1973), T.Ya.Xviliviskiy (1973) aniqlashicha psixoz belgilarining to'satdan kamayishi kuzatilgan, Y.S. Savenko (1978) somatonevrologik kasalliklarning shaklini o'zgarishini kuzatgan. Niqoblangan subdepressiyalarning tashxisiy mezonlari subdepressiv affektni ifodalanishi bilan, turli teri sezgilarining yashiringanligi bilan ifodalanadi (Edmond S. L., Werneke M. W., Hart D. L., 2017).

Depressiv buzilishlarda "fasad" sifatida vegetativ asab tizimi patologiyalari ustunlik qilganda turli xil somatoform buzilishlar yuzaga keladi, yurak va tomir kasalliklarini, me'da-ichak kasalliklarini va boshqa tizim patologiyalarini simulatsiya qiladi. Shuningdek, konversion buzilishlar, turg'un idiopatik algiyalar, bosh og'riqlar, turli lokalizatsiyali nevralgiyalar kuzatiladi. Shunga o'xshaydigan patologiyalar ko'p holatlarda shifokorlar tomonidan ichki a'zolar patologiyasi sifatida qaraladi, xolbuki ular ruhiy kasalliklar belgilari hisoblanib, bemorlar bunda noadekvat va surunkali davolanadi, kasallik davomiyligi turli ma'lumotlarga ko'ra 7 yildan 11 yilgacha davom etadi. Somatizirlangan subdepressiyalarning ko'p holatlarida bir tomondan ko'pgina shikoyatlar o'rtasida mos kelmaslik aniqlanadi, ikkinchi tomondan ichki a'zolar kasalliklarga xos bo'lgan simptomlar aniqlanmaydi (Ionescu C. G., Talasman A. A., Badarau I. A., 2021).

Somatizatsiyalangan subdepressiyalarni o'z vaqtida aniqlamaslik kasallikni og'irlashib kechishiga, mehnatga layoqatsizlik muddatini cho'zilishiga olib keladi, ba'zan og'ir asoratlarga ya'ni suicidal tendentsiyalarga olib keladi. S.Lesse (2021) ma'lumotlariga ko'ra 74% holatlarda umidsizlik hissi, 42% holatlarda suicidal holatlar aniqlanadi.

L.N. Vidmanova (1984), S.E. Polyakov (1989) ta'kidlashicha, somatizatsiyalangan subdepressiyalarning xarakterli xususiyatlari biri ularni cho'zilib kechishi hisoblanadi. Asta-sekinlik bilan affektiv radikal qayg'u, vahima hislari, suisidal fikrlar paydo bo'lishi bilan chuqurlashishi mumkin. Niqoblangan subdepressiya tarkibida chuqur bezovtalik va zuriqish shaklida vahima paydo bo'lishi XX asr boshlarida aniqlangan, keyinchalik bir necha marta mahalliy va chet el tadqiqotchilari tomonidan tasdiqlangan (Kocalevent R. D., Hinz A., Brähler E., 2013).

S.E. Polyakova (2019) fikricha somatizatsiyalangan subdepressiya tuzilishida vahima affekti o'zak bo'lib, sindrom shakllantiruvchi hisoblanadi. Ba'zi hollarda subdepressiya intensivligi oshganda, uni somatovegetativ "fasad"dan "tozalanishi" kuzatiladi, boshqa hollarda somatovegetativ va affektiv belgilar intensivligi kuchayishi kuzatiladi. Komorbidlik kontsepsiyasida vahima va depressiyani o'zaro bog'liqligini 1980 yillar boshlaridayoq bir qancha qo'yidagi mualliflar ko'rsatib o'tgan: Hagnell O, Grasbeck A., 2020; Angst J., Dobler-Mikola A., 2019; Regier D.A. et al., 2021; Murphy J.M., 2016; Kessler R.C. et al., 2020 [45,72]. J. Fawcet, H. Kravits (2021), A. Frances et al. (2019), Y.Lapierre, D. Hamilton (2017) ma'lumotlariga binoan bezovtalik simptomlari, ruhiy va somatik vahima katta depressiv tashxisi qo'yilgan bemorlarning 42-72% kuzatiladi. R. Abramson, D. Katz (2017), Y.Lapierre, D. Hamilton (2018) depressiya va vahima kelib chiqishini bosh miyani o'ng yarim sharining disfunktsiyasi bilan bog'laydi. V.V. Kalinin (1998), P.J.Clayton (2019), W. Coryell (2018), M. Fava (2020), E. Palazidou (2021) depressiya va vahima komorbidligini murakkabligini, o'tish sindromi prognostik jihatdan yomon sifatli ekanligini ko'rgan. Vahima qo'shilishi depressiyada suisidal xavfga ta'sir qiladi va bemorlarni joniga qasd qilish xavfini oshiradi (Kulenovic A.D., Kucukalic A., Bravo-Mehmedbasic A.P., 2014).

W. Katon, M.D. Sullivan (2021) tadqiqotlarida 27-100% subdepressiv bemorlarda ifodalangan og'riq sindromi aniqlangan. V.N. Petrovoy, N.P. Vanchakovoy (1996) fikriga ko'ra turg'un idiopatik algiyalar subdepressiya "niqobi" sifatida somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarning yarmida kuzatilgan. Psixiatriya sohasida umumiy stasionar bemorlarning 1/4 qismida va ambulator bemorlarning yarmidan ko'pida og'riq belgisi aniqlangan, ular ko'pincha depressiv, conversion, vahimali patologiyalar va somatoform og'riq buzilishlari bilan bog'liqligi bo'lgan. N. Kravits (2020), Y. Lapierre, J. Fawcet, D. Hamilton (2018) fikriga ko'ra aralash (komorbid) holatlar yomon kechish prognoziga ega bo'ladi,

bemorda qancha ko'p sindromlar aniqlansa, klinik simptomatika va ijtimoiy adaptasiya shuncha og'ir bo'ladi (Saps M., Lavigne J. V., Bryant F. B., 2015).

Oxirgi tadqiqotlar natijasida depressiya qisman genetik omillar bilan bog'liqligi aniqlandi. Bu nafaqat depressiya uchun, balki umuman hissiyotlarni tartibga solish uchun ham amal qiladi. Depressiyadan farqli o'laroq, somatizatsiyalangan sindromlarda irsiyatning roli kamroq aniq va egizaklarning tadqiqotlari ishonchli natijalar bermadi serotoninergik yo'llar depressiyada, shuningdek, migren kabi alomatlar va og'riq holatlarda asosiy rol o'ynaydi. Serotonin bilan bog'liq genetik mexanizmlarni tahlil qilish yoki serotonin bilan bog'liq miya faoliyatini baholash uchun neyrovizualizasiya usuli yordamida triptofanning ham muhim roli mavjudligi aniqlandi (Masuda A., Tully E. C., 2012).

§1.3. Somatizirlangan subdepressiv bemorlarni davolashda zamonaviy yondoshuv mezonlari

Hozirgi vaqtda ko'p zamonaviy tekshiruvlar subdepressiv patologiyalarni surunkaliga o'tishini prognoz qiluvchi omillarga qaratilgan, ya'ni uzoq davom etuvchi subdepressiv buzilishlarni klinik omillariga asoslanib, ularni rivojlanishini taxmin qilish mumkin. Subdepressiv buzilishlar bunday kechishi prognozi aniqlovchilariga noadekvat davo kiradi, davoni o'z vaqtida boshlamaslik yoki uni vaqtdan oldin to'xtatish, antidepressantlarni etarli dozasini qo'llamaslik mazkur omillar jumlasiga kiradi. E. Richelson (2018) ma'lumotlariga ko'ra 75% gacha, L.H.B. Lin, G.B. Simon, W. Katon et al. (2020) ma'lumotlariga ko'ra 50% gacha bemorlar maqsadga muvofiq davo olmaydi, bu esa subdepressiv patologiyani surunkali bo'lib qolishiga olib keladi. Bundan tashqari, taxminan 35-40% holatlarda antidepressantlar bilan davolash samarasiz bo'ladi (Stein D. J., Patel V., 2016).

Antidepressantlarni subterapevtik miqdorini qo'llash nafaqat subdepressiv holat uzoq vaqt davom etishiga va bemorlarni ijtimoiy moslashuvchanligi yomonlashuviga, balki subdepressiyani terapevtik chidamli shakllarini paydo bo'lish xavfini kuchaytiradi. Timoanaleptik davoda keng qamrovli imkoniyatlar borligiga qaramasdan uzoq davom etuvchi subdepressiyalarda terapevtik chidamlilik muammosi bugungi kunda ham aktual hisoblanadi. Ba'zi mualliflar cho'zilgan va rezistent subdepressiya o'rtasiga tenglik belgisini qo'yadi va asosiy mezon sifatida ularni o'tkazilgan davoni hisobga olmasdan turli muddatlarga (6 oydan 1

yilgacha) ajratadi [90,106]. Adabiyotlarda "terapevtik rezistentlik" tushunchasi aniqlashda turli xil qarama-qarshi fikrlar mavjud. Berner R. (2018), Ginestet D. (2020) rezistentlik tushunchasini trisiklik antidepressantlarni o'rtacha dozasi bilan 3-6 hafta davomida davolanishdan keyingi samarasizlik kuzatilishi bilan tenglashtirgan. Pichot R. (2019), Helmchen N. (2020) rezistentlikka tez-tez qaytalanuvchi subdepressiyalarni kiritgan (yiliga 3-4 marta). Ko'pchilik mualliflar subdepressiyani kechish davomiyligini, antidepressantlarni qo'llash kurslari sonini, davo samaradorligini oshirish uchun qo'llanilgan standart usullarni hisobga olgan holda ko'p qirrali tushuncha berishga harakat qilgan. R.Ya. Bovin va I.O. Aksenova (2017) terapevtik rezistent subdepressiya deb hisoblashni, agar u antidepressantlarni neyroleptiklar bilan birga qo'llaganda bir yildan oshgan davrda ham ham etarlicha faol bo'lganda tavsiya etgan (Samsonov A. S., Kutashov V. A., 2018).

Mosolov S.N. (1996) agar farmakologik turli xil bo'lgan (kimyoviy shakli va ta'sir doirasi bo'yicha) antidepressantlarni adekvat monoterapiyasi bilan ikkita ketma-ket kurslar (6-8 hafta) o'tkazilganda klinik ijobiy natija bo'lmasa chidamli subdepressiya deb hisoblagan. Holat Gamilton shkalasi bo'yicha baholanganda simptomatika reduksiyasi bunday holatda 50%dan oshmaydi. Maqsadga muvofiq davo ostida klinik belgilarga qarab antidepressantlarni ishlatish tushuniladi va ularni psixotrop, neyrotrop va somatotrop xususiyatlariga e'tibor qaratiladi, maqsadga muvofiq qo'llash, samarasizlikda 2 hafta davomida miqdorni imkon darajada oshirish yoki parenteral yuborish, kurs davomiyligini kuzatib borish (3-4 haftadan kam emas) shular jumlasidandir. V.V. Gromova (2018) subdepressiv bemorlarda terapevtik rezistentlikni uchta asosiy turini ajratishni taklif qilgan: haqiqiy (adekvat timoanaleptik terapiya kutilgan natija bermaydi); yolg'on (psevdorezistentlik) antidepressantlarni noadekvat qo'llaganda kuzatiladi; nisbiy (bemorni dori vositasiga munosabati xususiyati bilan bog'liq va antidepressantlarni maqsadga muvofiq miqdorini kutara olmasligi bilan bog'liq yoki dori vositalariga sezuvchanlikning yo'qligi bilan bog'liq) (Penninx B.W., Milaneschi Y., Lamers F., Vogelzangs N., 2013).

Subdepressiv buzilishlarni maqsadga muvofiq davosi algoritmi chidamlilikni engishga qaratilgan mezonlardan foydalanishga qaratilgan [87]. Monoterapiyada odatda klassik trisiklik antidepressantlar qo'llaniladi. Shifokor yondoshuvini keyingi bosqichlari o'z ichiga antidepressantlarni boshqa ta'sir doirasiga ega tiplariga almashtirishni qamrab oladi yoki kombinirlangan davo (bitta yoki bir nechta

antidepressantlarni birga qo'llash yoki timoanaleptiklar, anksiolitiklar, atipik neyroleptiklar qo'shish) qo'llaniladi. Intensiv terapiya tamoyili ancha oldin qo'llanilgan, asosan bemorda takror subdepressiya kuzatilganda foydalanilgan. Bunday hollarda davo trisiklik antidepressantlarni vena ichiga yuborish bilan boshlangan. Oxirgi bosqichda rezistentlik psixotrop vositaga yaqqol ko'zga tashlanganda elektrotutqanoq terapiya qo'llanilgan. Oxirgi vaqtlarda klinisistlar ko'proq diqqatini dorisiz ta'sir usullarga qaratmoqda: o'yqu deprivasiyasi, davriy normobarik gipoksiga adaptatsiya, qonni geliy-neonli lazer nurlash (Lavigne J. V., Saps M., Bryant F. B., 2013).

Kupfer D.J., Kupfer D.J. (2016), Frank E. (2020) qaytalanuvchi subdepressiyani antidepressantlar bilan davolash jarayonini 3 bosqichga ajratdi: faol davo (6-8 hafta); davomli davo (davomiyligi 6 oygacha, terapevtik dozadagi antidepressantlar bilan o'tkaziladi) va profilaktik davo (davomiyligi 1 yildan aniq bo'lmagan uzoq davrlargacha). Subdepressiyani xronifikatsiyasi prediktori sifatida residivlar takrorligi va remissiya sifati qaraladi. Epizodlar sonining oshishi bilan takror subdepressiyalar ehtimolligi oshadi. Ikkinchi katta subdepressiv epizodning ehtimolligi unipolyar kechishida 50-60%ni, uchinchisidiki 70%ni, to'rtinchisidiki 90%ni tashkil etadi. Depressiya psixobiologiyasi bo'yicha o'tkazilgan hamkorlik dasturi doirasida bemorlar guruhi uzoq o'rganilib, aniqlandiki, birinchi marta tadqiqotga jalb qilingan bemorlarning yarmida 5 yildan keyin takror kasallik epizodlari kuzatildi, bunda har sakkizinchi bemorda (12%) simptomlar kuzatuvning butun davrida saqlanib qoldi, faqat har uchinchi holat (33%) davolandi deb qaraldi, ya'ni subdepressiyani birinchi epizodidan keyin retsidivlarsiz stabil holat aniqlandi (Kocalevent R. D., Hinz A., Brähler E., 2013).

Asosiy mezon sifatida holat xronifikatsiyasini prognoz qilishda remissiya vaqtda rezidual simptomatika borligiga e'tibor qaratiladi. Ba'zi mualliflar ma'lumotlariga binoan, mazkur ko'rsatgich o'tkazilgan affektiv xurujlarni katta soniga nisbatan yuqori darajada yomon prognoz bilan bog'liq. Hozirgi vaqtda terapevtik jarayonning samaradorligini asosiy tavsifi remissiyaga, sog'ayishga erishish hisoblanadi. Remissiya bir necha kundan 10 yilgacha davom etishi mumkin, ammo tuliq sog'ayish hisoblanmaydi. Bunday holatda aniqlash asosiy tavsifga qaratiladi va remissiyani variantlari ajratiladi: tuliq va qisman, spontan va terapevtik, qisqa muddatli, uzoq muddatli, umrbodlik, turg'un va noturg'un, shuningdek, u sog'ayishdan aniq ajralib turadi. Remissiya qancha cho'qur bo'lsa, retsidivlar shuncha kam buladi (Dremencov E., Mansari M., Blier

P., 2007).

M. Keller, P. Lavori, G. Klerman (2020) ma'lumotlariga binoan, subdepressiya simptomlarini rivojlanish xavfini asosiy omillari subdepressiya simptomlarini notuliy reduktsiyasi hisoblanadi. Frank E., Prein R.F., Jarrett R.B. et al. (2018); Kupfer D.J. (2019); Montgomery S. (1999, 2001) subdepressiv epizodni oqibat variantlarini "tuliy remissiya" sifatida (shunday davrki hech qanday, hatto affektiv buzilishlarni minimal simptomlari ham bo'lmaydi, davomiyligi 6 oygacha bo'ladi), "notuliy remissiya" (shunday davrki etarlicha yaxshilanish kuzatiladi, ammo minimal simptomatika saqlanadi); "sog'ayish" (remissiya davomiyligi 6 oydan ko'p bo'ladi, ammo vaqt bo'yicha chegaralangan bo'ladi), "quzish" (remissiya vaqtida simptomlarni etarli darajada qaytadan paydo bo'lishi); "takror epizod" (oldingi holatdan sog'aygandan keyin, yangi subdepressiv epizod rivojlanishi) tavsifladilar (Conradi H.J., Ormel J., De Jonge P., 2011).

Voytsex V.F. (2015) remissiyaga chiqishni 6 variantini yozgan. Birinchi variantda subdepressiyadan tuliy ya'ni biror bir rezidual simptomatikasiz yaxshi adaptatsion imkoniyatlar bilan chiqish haqida gap ketadi. Ikkinchi variantda chiqish vahima belgilari bilan situatsion-shaxsiyat o'zgarishlariga moyillik bilan tavsiflanadi. Uchunchi variant uchun affektiv, kayfiyatni sutkalik o'zgarishlari saqlanishi xarakterlidir. To'rtinchi variant redutsirlangan fakultativ simptomlar ko'rinishida qoldiq subdepressiv simptomatika bo'lishi bilan tavsiflanadi. Beshinchi variantda fakultativ simptomatikani affektiv to'yinganligini biroz pasayishi ko'rinishida biroz yaxshilanganligi va affektiv fonni tenglashganligi haqida gapirish mumkin. Oltinchi variantga hech qanday dinamikaga erishmagan guruhni kiritish mumkin. Smulevich A.B. (2002) erta samaradorlik mezonlarini (davolashni birinchi 3 haftasida subdepressiv epizod simptomatikasini qayta rivojlanishi), kechki samaradorlik mezonlarini (davolashni musbat natijasi 4 haftadan boshlanadi) va samaradorlik yo'qligi mezonlarini (refrakterli subdepressiya) ajratdi, bunda davolashni o'tkir fazasida yaxshilanish belgilari aniqlanmaydi (Bukh J.D., Andersen P.K., Kessing L.V., 2016).

V.N. Krasnov (1997) subdepressiya klinik dinamikasi tizimida subdepressiya reduktsiyasi bosqichini ajratdi, bunga holatni yaxshilanish bosqichi, remissiya paydo bo'lish bosqichi va intermissiya kiritildi. Holatni yaxshilanish bosqichi hissiy noturg'unlik belgilari paydo bo'lishi bilan tavsiflandi, bu situatsion tashqi muhit ta'sirlariga bog'liq bo'ldi; gipersimpatikotoniya bilan; biologik ko'rsatgichlarning anamal

o'zgarishlari bilan; remissiya paydo bo'lish bosqichi subdepressiya asosiy simptomlarining yo'qolishi bilan tavsiflandi; holatni situatsion yomonlashuvi bo'lishi mumkin; astenik tip reaktsiyasi; odatdagi hayot muhitiga va odatdagi ijtimoiy roliga readaptatsiya qiyinlashuvi; simpatikotoniya nisbiy ustunligi bilan vegetativ noturg'unlik; biologik ko'rsatgichlar tendentsiyasining normallasuvi (Bierke S., Häner M., Petersen W., 2016).

O'tkaziladigan davoning asosiy vazifasi tuliq remissiga erishish bemorlarni adaptatsiyaning maksimal darajasi bilan ta'minlash, prognozni optimizatsiya qilish hisoblanadi, tuliq remissiya retsidiv xavfini kamaytiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, oxirgi o'n yillikda cho'zilgan subdepressiv bemorlar sonining oshishiga qaramasdan, cho'zilib kechish muammosi dolzarbligicha qolmoqda. Immunologik jarayonlar HPA o'qi faoliyati bilan o'zaro ta'sir qiladi. Ham ekologik stressorlar, ham yallig'lanishga qarshi tsitokinlar mazkur anomal faollik chaqiradi, natijada depressiv patologiya yoki somatoform patologiya bilan bog'liq keyingi neyrokimyoviy o'zgarishlar bilan ushbu o'qning g'alati faolligini keltirib chiqarishi mumkin (Barnes D. M., Bates L. M., 2020).

II BOB. KLINIK MATERIALNING UMUMIY TAVSIFI

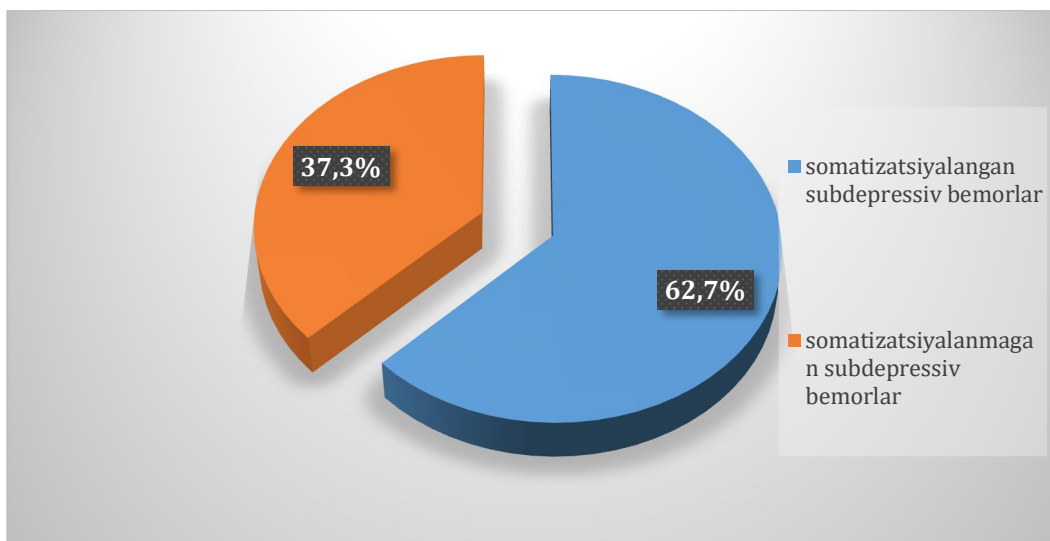
§2.1. Tadqiqot dizayni va guruhlarning shakllanishi

Belgilangan maqsad va vazifalarni hisobga olgan holda 2017 -2022 yillar mobaynida Samarqand viloyati ruxiy kasalliklar shifoxonasiga murojaat qilgan uzoq vaqt davom etgan depressiya kuzatilgan bemorlarning umumklinik materiallarini yigʻdik.

Usbu tekshiruv bazasida jami 134 nafar bemor affektiv buzilishlar bilan tekshirildi, ularda klinik va klinik-psixopatologik usullar bilan depressiv buzilishlarning engil uzoq davom etgan darajasi aniqlandi. Tashxis kasalliklarni xalqaro oʻninchi tasnifi tashxisiy mezonlariga muvofiq amalga oshirildi. Tekshiruv 2 bosqichda oʻtkazildi. 1-bosqichda bemorlarni ruhiy holati klinik-psixopatologik, klinik-dinamik, klinik-

genealogik, psixometrik tekshirildi. 2-bosqichda bemorlarni davo usullari optimizatsiyalashtirildi. Tadqiqot uyali tanlash usulubi bo'yicha Samarqand viloyati ruhiy kasalliklar shifoxonasining dispanser va kunduzgi bo'limlarida o'tkazildi. Respondentlar tasodifiy tanlab olish yo'li bilan aniqlanib, retrospektiv va prospektiv usullardan qo'llanilgan holda kuzatildi. Subdepressiya tabiati klinik-psixopatologik va psixometrik tekshiruvlar bilan aniqlashtirildi. Tadqiqotning birinchi bosqichida hamma bemorlar somatik, nevrologik va ruhiy holati tekshirildi. Psixometrik testlar tadqiqot boshida va kuzatuvning 6-haftasidan keyin o'tkazildi. Tashxis qo'yish mezonlari o'z ichiga qo'yidagilarni qamrab oldi: - klinik-psixologik testlar depressiv patologiyani baholash usuli yordamida (Hamilton Rating Scale for Depression HDRS, Gamilton shkalasi), kasallik bo'yicha umumiy klinik ta'ssurotlar, umumiy klinik ta'ssurotlar shkalasi yordamida (Clinical Global Impression Scale, CGI), xarakter aktsentuatsiyasi (Leongard-Shmishek so'rovnomasi) yordamida, qiymatli yo'nalishlar M.Rokichning "qiymatli yo'nalishlar" usuli yordamida o'tkazildi;

2.1-rasm

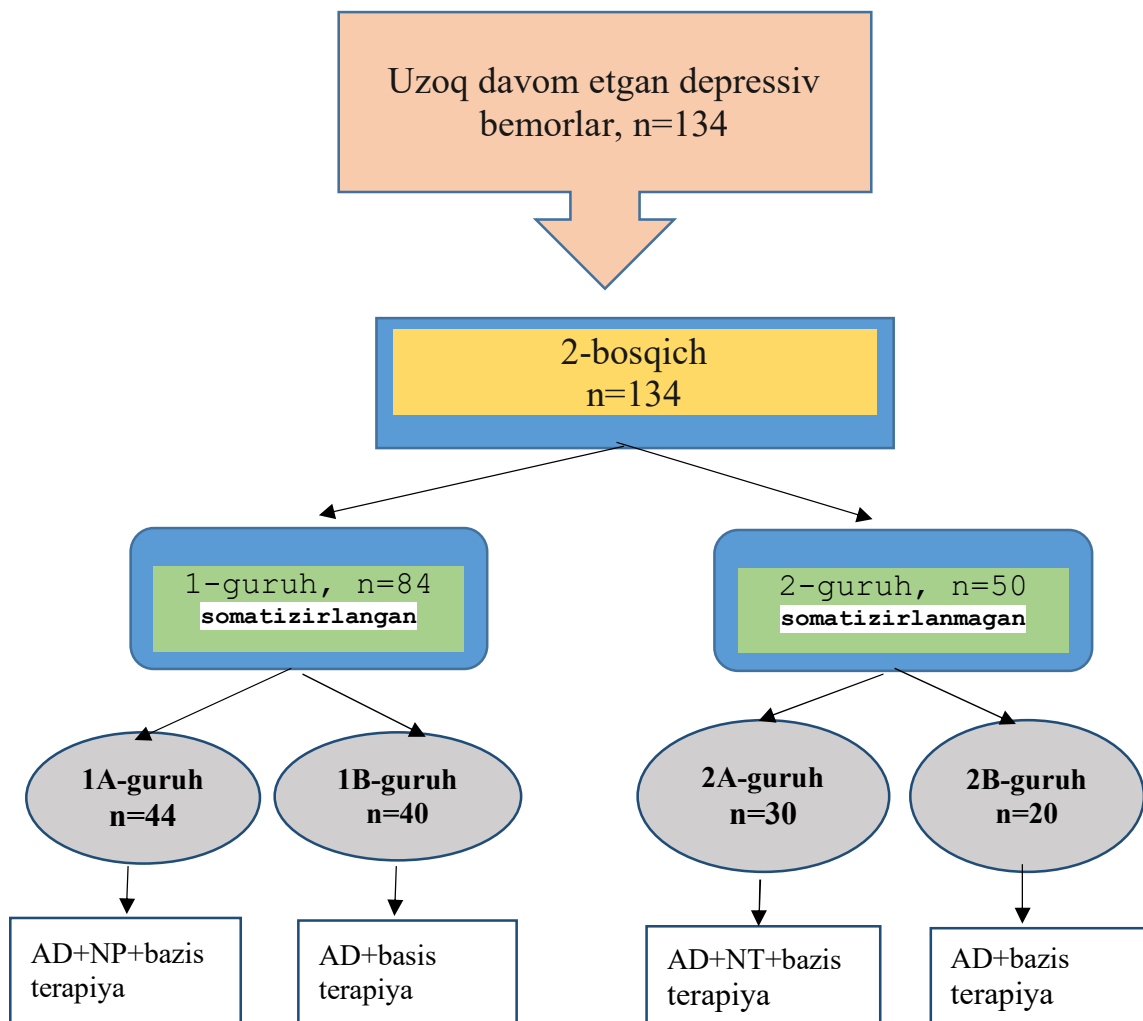


2.1-rasmda ko'rsatilganidek, tadqiqot natijasida uzoq davom etgan subdepressiv buzilishlar mavjudligi 134 nafar bemorda aniqlandi, shundan 84 nafar bemorda somatizatsiyalangan sindrom mavjud bo'lib, ya'ni bu 62,7% tashkil qildi, qolgan 50 nafar bemorda somatizatsiyalangan sindrom aniqlanmadi va bu 37,3% tashkil qildi.

Psixometrik va klinik tekshiruvlardan keyin davolash boshlangunga qadar 134 nafar uzoq davom etgan subdepressiv buzilishli bemorlar

tadqiqotni ikkinchi bosqichiga yo'naltirildi. Tadqiqotni ikkinchi bosqichida qatnashish uchun 134 nafar bemor roziligi bilan bemorlar ikki guruhga ajratildi. Birinchi asosiy guruhga 84 nafar somatizatsiyalangan sindromli bemorlar kiritildi va ulardan 44 nafar bemor ajratib olinib, 1A guruhga kiritildi, ularga AD+NP (antidepressant+nootrop+bazis terapiya) kombinasiyasi qo'llanildi. 1B guruhga 40 nafar bemor kiritildi va ularga AD (antidepressant+bazis terapiya) qullanildi. Ikkinchi nazorat guruhga 50 nafar somatizatsiyalanmagan bemorlar kiritildi va ulardan 30 nafar bemor ajratib olinib, ular 2A guruhni tashkil qildi va antidepressant+normotimik+bazis davo kombinasiyasi qo'llanildi. 2B guruhga 20 nafar bemor kiritilib, ularga antidepressant+bazis davo kombinasiyasi qo'llanildi. (2.2-rasm).

2.2-rasm
Navbatdagi kuzatuv va davolash uchun guruhlar shakllanishi



Davo muolojalarini olayotgan bemorlar 3 oy davomida kuzatuv ostida bo'ldi va bu davr ichida uzoq vaqt davom etgan subdepressiya davosining samaradorlik ko'rsatgichlari baholandi.

§2.2. Bemorlarni umumiy xarakteristkasi

Surunkali depressiv xurujlarning engil darajalari bemorlarning klinik-psixopatologik belgilariga muvofiq tanlab olindi va bunda subdepressiyaning asosiy simptomlari: qiziqishlar yo'qolganligi, tushkun kayfiyat, gipotimiya, o'yqu buzilishlari, vahimali simptomlar mavjudligi aniqlandi, mazkur belgilarni anamnestic ma'lumotlar, kasallik klinikasi belgilari bilan o'zaro bog'liqligi tasdiqlandi. Tekshiruv davomida ushbu holatlarning psixopatologik strukturasi, kechishining xususiyatlari chuqur o'rganildi va kasallik rivojlanishining hamma bosqichlari tahlil qilindi, bu kasallik quzishiga bo'lgan davrlarni, jumladan bemorlarni shaxsiy mezonlarini, cho'zilgan subdepressiya shakllangunga qadar bo'lgan kasallikning dastlabki manifest belgilarini qamrab oldi.

Tadqiqot uchun 134 nafar bemor olinib, ular ikki guruhga ajratildi. Birinchi guruhga cho'zilgan somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishli 84 nafar (62,7%) bemor kiritildi, ikkinchi guruhga somatizatsiyalanmagan subdepressiv buzilishli 50 nafar (37,3%) bemor kiritildi. Bemorlarni ikki klinik guruhga taqsimlashda jins bo'yicha ishonchli farqlar aniqlanmadi ($p>0,05$), (2.1-jadvalga qarang).

2.1-jadval

Bemorlarni jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Jinsi	Bemorlar soni	
	1- guruh (n=84)	2- guruh (n=50)
Ayollar	72(85,7%)	42 (84,0%)
Erkaklar	12 (14,3%)	8 (16,0%)
Jami	84 (100%)	50 (100%)

2.2-jadvalda ikkala guruh bemorlarini yoshi bo'yicha taqsimlanishi keltirilgan.

2.2-jadval

Tadqiqot vaqtida bemorlarni yoshi

Bemorlar yoshi	Bemorlar soni	
	1-guruh (n=84)	2- guruh (n=50)
35 – 44 yosh	59 (70,2%)*	24 (48,0%)*
45 – 55 yosh	25(29,8%)	26 (52,0%)
Jami	84 (100%)	50 (100%)

Yoshiga mos ravishda 1-guruh bemorlari qo'yidagicha taqsimlandi: 35-44 yoshli 59 bemor (70,2%), 45-55 yoshli 25 bemordan (29,8%) iborat bo'ldi. 1-guruh bemorlarining o'rtacha yoshi $41,1 \pm 2,8$ tashkil qildi. 2-guruh bemorlarining yoshi qo'yidagicha taqsimlandi: 35-44 yoshli 24 bemor (48,0%), 45-55 yoshli 26 bemordan (52,0%) iborat bo'ldi. 2-guruh bemorlarining o'rtacha yoshi $45,7 \pm 1,4$ tashkil qildi. 1-guruh bemorlarining o'rtacha yoshi ancha kichik bo'lib, 2-guruh bemorlari bilan solishtirilganda kasallik erta boshlanganidan dalolat beradi.

2 guruh bemorlarining ma'lumoti bo'yicha holati 2.3-jadvalda keltirilgan.

2.3-jadval

Bemorlarni ma'lumoti bo'yicha holati

Ko'rsatgichlar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Boshlang'ich ta'limot	0	0,0	1	2,0
To'gallanmagan o'rta	5	6,0	2	4,0
Umumiy o'rta	8	9,5	8	16,0
O'rta maxsus	48	57,1	26	52,0
To'gallanmagan oliy	0	0,0	4	8,0
Oliy	23	27,4	9	18,0
Jami	84	100	50	100

2 guruh bemorlarida egallagan ma'lumoti bo'yicha statistik ahamiyatli farqlar topilmadi ($p > 0,05$).

2.4-jadvalda bemorlarni kasbiy faoliyati bo'yicha taqsimlanishi keltirilgan.

2.4-jadval**Bemorlarni kasbiy holati bo'yicha holati**

Ko'rsatgichlar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Mutuxassisligi yo'q	3	3,6	1	2,0
Kam malakali mehnat	4	4,8	4	8,0
Malakali ishchilar	18	21,4	11	22,0
Texnik, lobarant, operatorlar	10	11,9	5	10,0
Xizmatchilar	18	21,4	11	22,0
Xizmat ko'rsatish sohasidagi ishchilar	7	8,3	3	6,0
Harbiylar	0	0,0	1	2,0
Shifokorlar, o'qituvchilar	12	14,3	6	12,0
Injener, moliyachilar	12	14,3	5	10,0
Tashkilotchilar	0	0,0	3	6,0
Jami	84	100	50	100

Tekshiruv davomida 2 guruh bemorlarini kasbiy holati bo'yicha ishonchli statistik farqlar topilmadi ($p>0,05$).

Bemorlarni oilaviy holati 2.5-jadvalda keltirilgan.

2.5-jadval**Bemorlarni oilaviy holati**

Ko'rsatgichlar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Oilali	29	34,5	29	58,0
Ajrashganlar	31	36,9	11	22,0
Bevalar	21	25,0	8	16,0
Turmushga chiqmagan/ uylanmagan	3	3,6	2	4,0
Jami	84	100	50	100

Bemorlar oilaviy holati bo'yicha qo'yidagicha taqsimlandi: 1-guruhda oilalilar 34,5%, ajrashganlar 36,9%, bevalar 25,0%, turmushga chiqmaganlar 3,6% tashkil qildi. 2-guruhda oilalilar 58,0%, ajrashganlar 22,0%, bevalar 16,0%, turmushga chiqmaganlar 4,0% tashkil qildi.

§2.3. Ruhiyatni tekshiruv usullari

Depressiyanı baholash uchun Gamilton shkalasi

Depressiyanı baholash maqsadida Gamilton shkalasi (ingl. Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) 1960 yilda Maks Gamilton tomonidan ishlab chiqilgan (Lids universiteti, buyuk Britaniya), terapiyadan oldin, terapiya paytida va undan keyin depressiv buzilishlarga uchragan bemorlarning holatini sifatli baholash maqsadida (klinik kechishini kuzatish) qo'llaniladi. Klinik amaliyotda keng qo'llanilishidan tashqari, ushbu shkala klinik tekshiruvlarda ham ishlatiladi, bunda u depressiv kasalliklarni davolashda preparatlarning samaradorligini baholash mezonı hisoblanadi. Klinisist tomonidan to'ldiriladi. Depressiyanı baholash uchun shkala 21 punktdan iborat bo'lib, klinik intervyu paytida to'ldiriladi (taxminan 20-25 daqiqa davom etadi). Gamilton shkalasini to'ldirishda ushbu shkala uchun maxsus ishlab chiqilgan klinik intervyudan foydalanish mumkin. Summar ball birinchi 17 punktda aniqlanadi (ulardan 9 tasi 0 dan 4 gacha bo'lgan ballarda, 8 tasi 0 dan 2 gacha bo'lgan ballarda hisblanadi. Oxirgi 4 ta punkti (18 dan 21 gacha) depressiyanı qo'shimcha simptomlarini baholash uchun qo'llaniladi va depressiv buzilishlarni kichik tiplarini aniqlaydi. Mazkur 4 punktdagi ballar hisoblanmaydi. Birinchi 17 punktda summar ball: 0-7 norma, 8-13 engil depressiv buzilish, 14-18 o'rta og'irlikdagi depressiv buzilish, 19-22 og'ir darajadagi depressiv buzilish, 23 va undan ortiq o'ta og'ir depresiv buzilish sifatida baholanadi.

Umumiy klinik ta'ssurotlar shkalasi

Klinik ta'ssurotlar shkalasi (Clinical Global Impression Scale, CGI) 1976 yilda AQShning ruxiy salomatlik milliy institutida (Spearing M.K. et. al., 1997) ishlab chiqilgan. U 3 ta shkala osti qismlardan iborat bo'lib, ular holatning og'irligini va uni yaxshilanish umumiy darajasini 7 ballik tizim bo'yicha aks ettiradi, terapevtik natiganing to'rtta ta darajasidan bittasini mohiyatini baholaydi (sezilarli, o'rtacha, minimal, o'zgarishlarsiz) va dori vositasining nojuya ta'siri ifodalanishi darajasini namoyish etadi (mavjud emas, sezilarsiz, sezilarli, tenglashgan

davolovchi effekt). CGI shkalasi boshqa shkala bilan holat klinik baholangandan keyin qo'llaniladi (natijalar davolashdan oldin va davolash kursi to'g'agandan keyin solishtiriladi).

Klinik genga bog'liq usul

Klinik genga bog'liq usul naslning o'rganish usuli bo'lib, uning yordamida nasl a'zolari o'rtasidagi qarindoshlik aloqalarining tipini ko'rsatadigan kasallik yoki belgining oilada yoki jinsda tarqalishi kuzatiladi. Klinik va genga bog'liq usul nazariy muammolarni, ya'ni belgining irsiy tabiatini, patologiyaning meros turini aniqlashda, genning penetratsiyasini baholashda, genlarning birikishini tahlil qilishda va xromosomalarni xaritalashda, mutasiya jarayonining intensivligini o'rganishda, genlarning o'zaro ta'sir mexanizmlarini dekodlashda keng qo'llaniladi. Maslahat usuli sifatida patologiyaning tabiati bilib olinadi, oilada patologiyaning meros turi aniqlanadi, irsiy kasalliklarning taqqoslama tashxisi o'tkaziladi, kasallikning prognozi baholanadi, kasal nasl tug'ish xavfi aniqlanadi, tug'ruqqacha bo'lgan kasallik tashxisi, davolashi, profilaktik, reabilitatsiya va moslashuvning etarli va asosli tiplari tanlanadi.

M.Rokichning "qiymatli yo'nalishlar" usuli bo'yicha eksperimental-psixologik tekshirish

Qiymat yo'nalishini tashxislash uchun Milton Rokich testi shaxsiyatning qiymat-mazmunli sohasini tashxislash uchun eng mashhur so'rovnomalardan biri hisoblanadi. Bu asosan tekshiriluvchi uchun ham, tekshiruvchi uchun ham soddaligi bilan ifodalanadi. Bunda 2 guruhli 18 tadan savollar beriladi. Psixolog ma'lumotni keys orqali qayta ishlashga vaqt sarflash uchun hojati yo'q bo'ladi, mavzuning javoblarini empirik tadqiqot natijalarining qisqacha jadvaliga yozish kifoya bo'ladi. M. Rokich qiymatlarni ma'lum bir maqsad yoki mavjudlik usuli boshqasidan afzal degan barqaror ishonch sifatida ko'rib chiqqan. M. Rokich terminal mezonlarni shaxsiy va ijtimoiy tomondan individual mavjudotning ba'zi bir yakuniy maqsadi (masalan, dunyo tinchligi, baxtli oilaviy hayot) intilishga arziydi degan e'tiqod sifatida aniqlaydi. Rokich usuli bo'yicha o'tkazilgan natijalar 36 ta ko'rsatgichga ega bo'lib, ular ikki tipga ajratiladi. I. Terminal qiymatlar; II. Instrumental qiymatlar.

Terminal qiymatlar: 1) faol hayot faoliyati; 2) hayotiy donolik; 3) sog'liq; 4) qiziqarli ish; 5) tabiat va san'at guzalligi; 6) sevgi; 7) moddiy ta'minot; 8) ishonchli dustlar bo'lishi; 9) ommaviy e'tirof; 10) anglash; 11)

mahsulli hayot; 12) rivojlanish; 13) o'yin-kulgu; 14) erkinlik; 15) baxtli oilaviy hayot; 16) boshqalar baxti; 17) ijod; 18) o'ziga ishonch.

Statistikaga bog'liq usul

Statistikaga bog'liq usul statistikaga oid ma'lumotlarni to'plash, ularni tizimga solish, qayta ishlash, hamda ulardan ilmiy va amaliy xotimalar chiqarish usullarini o'rganadigan usul hisoblanadi. Statistik ma'lumotlar deganda muayyan (miqdoriy) belgilarga ega bo'lgan majmualarning elementlari soni haqidagi ma'lumotlar tushuniladi. Biror majmua elementlarining muayyan belgilari to'g'risida shu haqdagi statistik ma'lumotlarga qarab, u yoki bu xulosaga kelish usuli statistik usul deyiladi. Bu usul ilm-fanning juda ko'p sohalarida keng qo'llaniladi. Statistik usulning turli sohalaridagi tatbiqlarining umumiy xislatlari (biror guruhga kiruvchi elementlarni hisoblash, miqdoriy belgilarning taqsimotlarini topish, tanlamalar usulini qo'llash, biror xulosaga kelish uchun zarur bo'lgan tajribalar sonini ehtimollar nazariyasidan foydalanib topish, miqdoriy belgilar orasidagi bog'lanishlarni aniklash va h. k.), ya'ni o'rganilayotgan ob'ektlarning tabiati ahamiyatsiz bo'lgan masalalar matematik statistikaning predmetini tashkil qiladi. Statistik usul ko'p hollarda ommaviy tasnifli hodisalarni o'rganish usuli bo'lgani uchun ehtimollar nazariyasi, bu usulning nazariy asosini tashkil qiladi. Matematik statistika bayoniy statistika, noma'lum parametrlarni baholash, statistik gipotezalarni tekshirish, mikdoriy belgilarning statistik bog'lanishlarini aniklash va bo'limlardan iborat. Tadqiqotning olingan natijalariga statistik ishlov berish PK Microsoft Office Excel-2007 amaliy dasturlarining standart to'plami orqali amalga oshirildi. Natijalarning barcha ma'lumotlari M (o'rtacha qiymat) shaklida $\pm m$ (xato), t (ishonchlilik), r (korrelyasiya ko'rsatgichi) taqdim etiladi. Statistik farqlarning ishonchliligi t-Styudent mezoni yordamida baholanadi. Turli guruhlarni korrelytasion baholash Spirmenni rang usuli yordamida amalga oshiriladi.

III BOB . SURUNKALI SUBDEPRESSIYANING SOMATIZATSIYALANGAN VA VAHIMALI BUZILISHLAR MAVJUDLIGIGA BOG'LIQ HOLDA KLINIK- PSIXOPATOLOGIK XUSUSIYATLARI

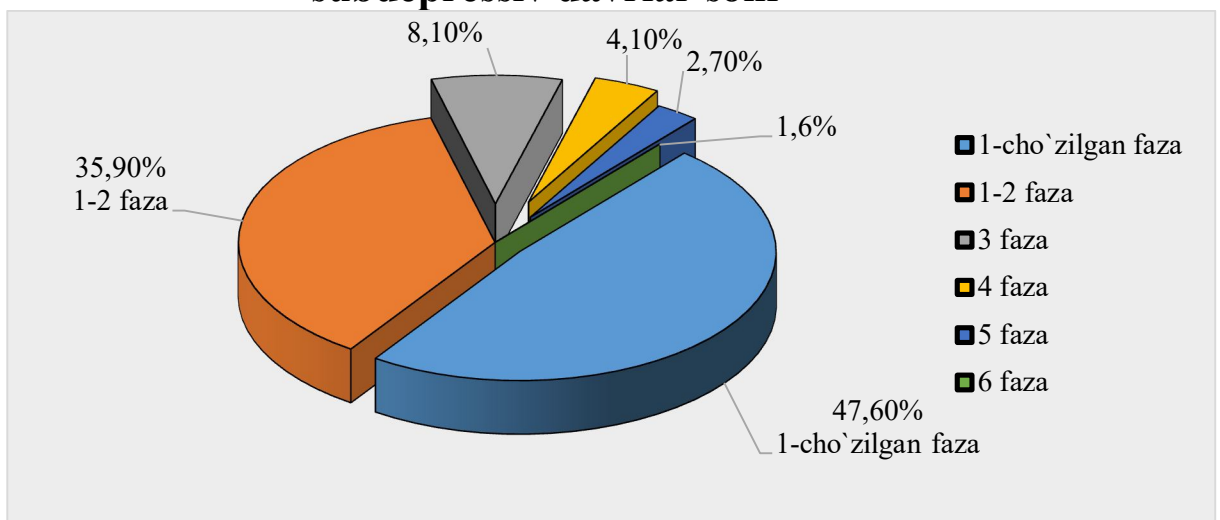
§3.1. Uzoq vaqt davom etgan subdepressiv buzilishlarning shakllanish qonuniyatlari

Patologiyani ilgarigi kechishini o'rganish davomida sub'ektiv va ob'ektiv anamnezga oid ma'lumotlardan, kasallik tarixlaridan, ambulator kartalardan foydalanilgan holda, ma'lum vaqtlar davomida kasallikni kechishi va shakllanish qonuniyatlari haqida ma'lumot olindi. Subdepressiv fazalarning cho'zilib kechishini shakllanish xususiyatlarini aniqlash uchun kasallik davomiyligi va birinchi cho'zilgan subdepressiv faza rivojlangunga qadar paydo bo'lgan subdepressiv fazalar soni, kasallikni boshlanish yoshi, remissiyalar davomiyligi, butun kasallik davomidagi subdepressiv fazalarni o'rganib chiqishga to'g'ri keldi. Shuningdek, subdepressiv faza shakllanishidan oldingi omillar tahlil qilindi. Bemorlar shaxsiyatining premorbid mezonlari, genga bog'liq psixopatologik moyillik, tserebral-organik moyillik, davomli ko'p sonli psixogen holatlar, somatogen omillar, subdepressiv davrni o'tkir yoki sekin-asta rivojlanishi asosiy rol uynadi. Cho'zilgan subdepressiv fazani

shakllanish xususiyatlarini aniqlash maqsadida birinchi cho'zilgan subdepressiv fazagacha bo'lgan kasallik davomiyligi o'rganildi, har bir bemorda kasallik davomiyligi va birinchi cho'zilgan fazagacha bo'lgan subdepressiv fazalar nisbati tahlil qilindi. O'tkazilgan tekshiruv natijalariga binoan aniqlandiki, 1-guruhning 40 nafar bemorda (47,6%) kasallik boshlanishadanoq, ya'ni birinchi fazadanoq cho'zilib kechgan. 1-guruhning 35,9% nafar bemorida birinchi cho'zilgan faza rivojlanishidan oldin 1-2 subdepressiv faza kuzatilgan. Olingan natijalarga ko'ra, aniq aytish mumkinki, birinchi cho'zilgan subdepressiv faza ham kasallik debyuti hisoblandi, ham cho'zilib kechdi va cho'zilgan xurujgacha 1 yoki 2 ta subdepressiv faza kuzatildi (3.1-rasmga qarang).

3.1-rasm

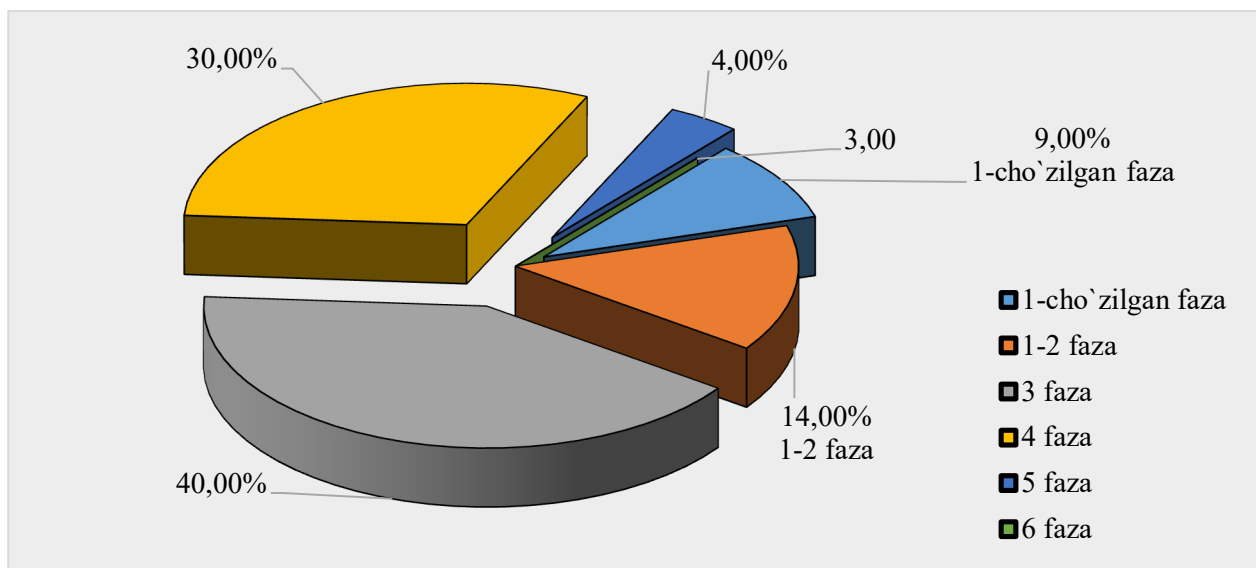
1-guruh bemorlarda birinchi cho'zilgan fazagacha bo'lgan subdepressiv davrlar soni



2-guruhning 9,0% bemorida kasallik boshlanishadanoq, ya'ni birinchi fazadanoq cho'zilib kechgan. Ularning 14,0% birinchi cho'zilgan faza rivojlanishidan oldin 1-2 subdepressiv faza kuzatilgan (3.2- rasmga qarang).

3.2- rasm

2-guruh bemorlarda birinchi cho'zilgan fazagacha bo'lgan subdepressiv davrlar soni



Shaxsiyatni ilgari hayotidagi xususiyatlari subdepressiv patologiyalarni umumiy davomiyligiga va remissiya sifatiga ta'sir qiladi (Gurevich Yu.M., Veltitshev D.Yu., 1995; Bannikov G.S., 1999). Anamnestik ma'lumotlarga, tibbiy hujjatlardagi ma'lumotlarga, ayni vaqtdagi ko'rik ma'lumotlariga asoslanib, bemorlarni premorbiddagi shaxsiyat xususiyatlari aniqlandi.

1-guruh bemorlarida premorbid shaxsiyat variantlaridan asosan isterik va psixoastenik variantlar, kamroq holatda (kamayib borish miqdori bilan) labil tsikloidlar, garmoniklar, gipotimlar, epileptoidlar, shizoid va gipertim shaxsiyat variantlari kuzatildi (3.1-jadvalga qarang).

3.1-jadval
Ikkala guruh bemorlarida shaxsiyatni premorbid xususiyatlari

Ko'rsatgichlar	1- guruh (n-84)		2- guruh (n-50)	
	abs	%	abs	%
Garmonik	7	8,3	4	8,0
Gipertim	1	1,2*	8	16,0*
Gipotim	7	8,3*	10	20,0*
Xissiy-labil	13	15,5	7	14,0
Epileptoid	7	8,3	3	6,0
Shizoid	3	3,6	1	2,0
Esterik	23	27,4*	5	10,0*
Astenik (psixastenik)	23	27,4	12	24,0
Jami	84	100	50	100

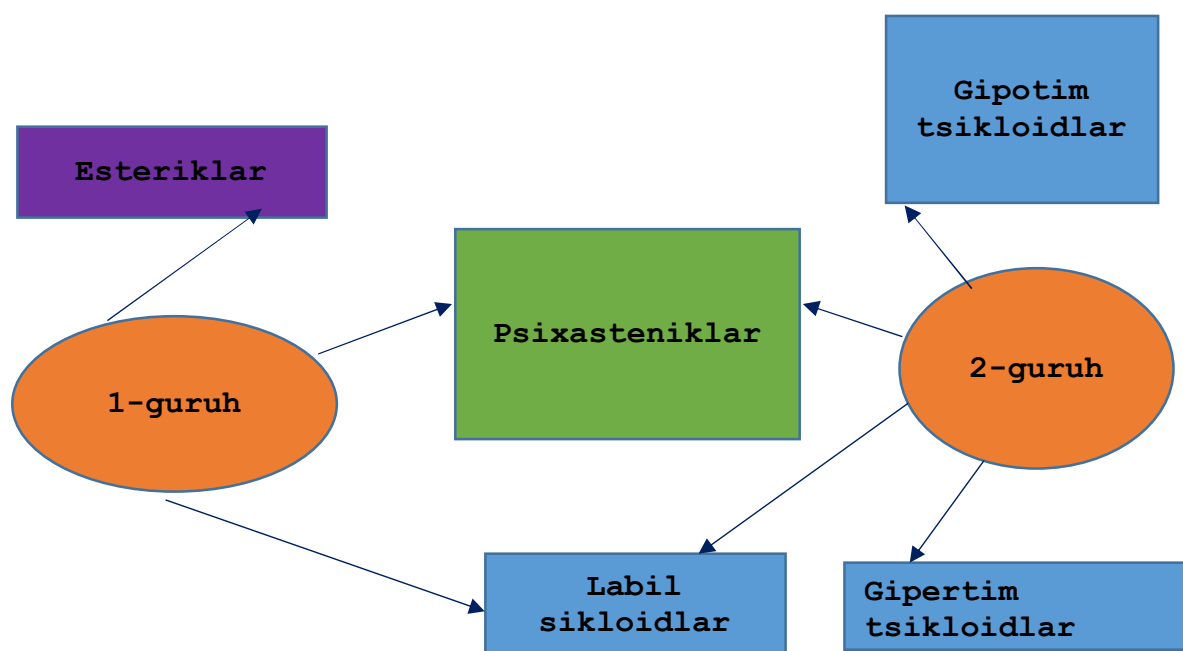
Izoh: *p>0,01; *p>0,05; *p>0,02;

Shaxsiyatni isterik xususiyatlari 1-guruh bemorlarida 27,4% holatlarda kuzatildi. Ularga injiqlik, tez asabiylashish, tez xafa bo'lish, demonstrativlik, egosentrizm, hissiy noturg'unlik, teatrallik xos bo'ldi. Kasbiy faoliyatida ular ijodiy ishlarga faol qatnashdi.

Astenik (psixastenik) shaxsiyat xususiyatlari ham 27,4% holatlarda aniqlandi. Ularga uyaluvchanlik, tortinchoqlik, shubhalanuvchanlik, bir qarorga kelolmaslik, tez charchashlik, past kayfiyat ustunligi xos bo'ldi. Atrofdagilar daldasiga, asosan qarindoshlarining qullab-quvvatlashiga muhtojlik kuzatildi. Kasbiy faoliyatida tartiblilik, pedantizm, vijdonlilik, ba'zi bemorlarda pessimizm, senzitivlik, ipoxondrik tendentsiyalarga moyillik kuzatildi. Bemorlarda tsikloid xususiyatlar aniqlandi. Gipotim tsikloidlar 8,3% holatda kuzatildi va yuqori ma'suliyatlilik, vijdonlilik, o'zini orzulariga susaygan tendentsiya kuzatildi. Kasbiy faoliyatida hissiy va irodaviy zuriqish bilan ishladi, shubhalarni qiyinchilik bilan engdi, atrofdagi xodimlar bilan turg'un ijobiy munosabatda bo'ldi. Gipertim shaxsiyat xususiyatlari 1,2% holatlarda aniqlandi. Ularga faollik, tez kirishuvchanlik, quvvatlilik, uddaburonlik xos bo'ldi. Hissiy ta'sirchanligi ko'pincha qisqa muddatli asabiylashish va jahldorlik bilan almashdi. Kasbiy faoliyatda yuqori mahsuldorlik, inisiativlik kuzatildi, ammo tez chalg'uvchanlik, yuzaki muloqotlar ham kuzatilib turdi. Labil tsikloidlar 15,5% holatda kuzatildi. Ularga taassurotlilik, shubhalanuvchanlik, achinishlik, hissiy ta'sirchanlik xos bo'ldi. Bemorlarda oldingi hayotiy davrlarida ham kayfiyatni arziyas voqealarga o'zgarib turishlari kuzatilgan. Epileptoid shaxsiyat xususiyatlari 8,3% bemorlarda kuzatildi. Ular o'zini yaxshi ko'rishligi, egoizm belgilari bilan, tirnoq ostidan kir qidirishligi bilan, asossiz rashkchiligi bilan tez jahli chiqishi bilan ajralib turdi. Kasbiy faoliyatida liderlikka moyillik, agressivlik, qaysarlik kuzatildi. 3,6% holatda bemorlarda shaxsiyatni shizoid xususiyatlari kuzatildi. 3.3-rasmda ikkala guruhdagi shaxsiyatni premorbid xususiyatlar keltirilgan.

3.3-rasm

Ikkala guruh bemorlarida ko'p uchraydigan shaxsiyatni premorbid variantlari



1-guruh 2-guruh bilan solishtirilganda ishonchli ko'rsatgichlar ($p < 0,05$) shaxsiyatni premorbid isterik xususiyatlarida aniqlandi (27,4% va 10,0%); kamroq ishonchli ko'rsatgichlar ($p < 0,05$) gipotim (8,3% va 20,0%) va gipertim (1,2% va 16,0%) shaxsiyat xususiyatlarida kuzatildi.

1-guruh bemorlarda 6 yildan 20 yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligi aniqlandi va 86,8% tashkil etdi, 2-guruhda esa 2 yildan 15 yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligi 80,0% tashkil qildi (1-guruh bemorlarda kasallikni o'rtacha davomiyligi $15,4 \pm 1,6$ yilni, 2-guruhda esa $9,02 \pm 2,4$ yilni tashkil etdi), (3.2-jadvalga qarang).

3.2-jadval

Guruhlarda kasallikning davomiyligi

Kasallik davomiyligi (yillar)	1-guruh (n = 84)	2-guruh (n = 50)
6 oy – 1,5 yil	2 (2,4%)	5 (10,0%)
2 - 5 yil	9 (10,8%)	18 (36,0%)
6 – 10 yil	26 (30,9%)	9 (18,0%)
11 – 15 yil	21 (25,0%)	13 (26,0%)
16 – 20 yil	26 (30,9%)	5 (10,0%)
Jami	84 (100%)	50 (100%)

Remissiyalarning 1 va 2-guruhlari aniq farq bilan davom etmoqda. 1-o'chokli bemorlarning guruhi (68,9%) remissiya davom etdi 2-oidan 1

yil davom etdi, 2-esa bilan og'rigan bemorlarning guruhi (54,0%) 1 yil 5 yil davom etdi (3,3-jadvalga qarang).

3.3-jadval

**Kasallikni ilk boshlanish vaqtidan hozirgi davrga qadar
bemorlarda remissiya davomiyligi**

Remissiya davomiyligi	1-guruh (n = 84)	2-guruh (n = 50)	p<0,05
3 oygacha	4 (4,8%)	—	p<0,05
3 - 6 oy	12 (14,3%)	8 (16,0%)	
6 oy – 1 yil	42 (50,0%)*	11 (22,0%)	
1 – 5 yil	14 (16,6%)	27 (54,0%)*	p<0,05
5 yildan ko`p	12 (14,3%)	4 (8,0%)	
Jami	84 (100%)	50 (100%)	

Cho'zilgan somatizasiyalangan depressiv bemorlarda remissiya davomiyligi qisqaroq bo'ladi. 2-guruh bemorlarida subdepressiv holatdan tuliq chiqish kuzatildi, 1-guruh bemorlarida biroz affektiv o'zgarishlar, qoldiq simptomatika kuzatildi (3.4-jadvalga qarang).

3.4-jadval

Guruhlarda remissiya sifati

Remissiya sifati	1-guruh (n=84)	2-guruh (n=50)	
Tuliq chiqish	17 (20,2%)*	42 (84,0%)*	p<0,01
Biroz affektiv o'zgarishlar bilan	37 (44,1%)	8 (16,0%)	p<0,05
Qoldiq simptomatika bilan	30 (35,7%)	—	p<0,01
Jami	84 (100%)	50 (100%)	

Guruhlarda ilgari kuzatilgan subdepressiv xurujlarni davomiyligi bo'yicha taqsimlanishida 1-guruhda 6 oydan 2 yilgacha (57,1%) kuzatilgan, 2-guruhda kuzatuvlar ishonchliligi ko'proq, oldingi subdepressiv xurujlar 1,5 oydan 3 oygacha (50%) kuzatilgan. 42,9% 1-guruhda va 100% 2-guruhda xurujlar 1,5 oydan 6 oygacha kuzatilgan, ya'ni uzoq davomli hisoblanmaydi, ammo 1-guruhning 57,1% har bir navbatdagi xuruj oldingisidan uzoqroq davom etgan (3.5-jadvalga qarang).

3.5-jadval**Guruh bemorlarida anamnezidan kuzatilgan subdepressiv xurujlarni davomiyligi bo'yicha taqsimlanishi**

Ilgari kuzatilgan subdepressiv xuruj davomiyligi	1-guruh (n = 84)	2-guruh (n = 50)	
1,5 – 3 oy	12 (14,3%)	25 (50,0%)	p<0,01
3 – 6 oy	24 (28,6%)	25 (50,0%)	p>0,05
6 oy – 2 yil	48 (57,1%)*	0*	p<0,01
Jami	84 (100%)	50 (100%)	

53,6% holatda 1-guruh va 34,0% holatda 2-guruh bemorlarida subdepressiv holat o'tkir boshlangan. Ifodalangan vahima tushkun kayfiyat bilan qo'shilib kelgan, 3 hafta-1,5 oy davomida o'yqu buzilgan, ishtaha yo'qolgan, taxikardiya xurujlari paydo bo'lgan, mehnat faoliyati pasaygan. Biroz vaqtdan keyin umidsizlik hissi paydo bulgan va qiziqishlari susaygan. Bemorlar zudlik bilan psixiatrqa murojaat qilishgan. 1-guruhning qolgan bemorlarida 46,4% va 2-guruhning 66,0% bemorlarida psixopatologik simptomatika asta-sekinlik bilan boshlangan. 2,5 – 4 oy davomida ishtaha pasaygan, ta'sirchanlik paydo bo'lgan, o'ta charchoq, yig'loqilik, bosh og'riqlar, o'yqu buzilishlari (dam olmaganlik hissi) kuzatilgan, keyinchalik butunlay tungi o'yqusizlik paydo bo'lgan. Epizodik ravishda taranglashuv hissi, bezovtalik kuzatilgan. Bemorlarni diqqati va xotirasi pasaygan, o'zlariga nisbatan ishonch susaygan. Kayfiyat pasayishi, yig'loqilik, tez asabiylashish vahima bilan kuzatilgan. Bundan tashqari terlash, taxikardiya xurujlari, kukrak sohasida qisuvchi og'riqlar, ich qotish, tana massasining kamayishi, libido pasayishi kuzatilgan (3.6-jadvalga qarang).

3.6-jadval**Guruhlarda o'tkir va sekin (o'tkir osti) boshlangan subdepressiv xurujlar taqsimlanishi**

Boshlanishi	1-guruh (n = 84)	2-guruh (n = 50)	
O'tkir	45 (53,6%)*	17 (34,0%)	>0,05
Sekin (o'tkir osti)	39 (46,4%)	33 (66,0%)*	>0,05
Jami	84 (100%)	50 (100%)	

§3.2. Surunkali subdepressiv buzilishlarning somatizirlangan buzilishlar mavjudligiga va mavjud emasligiga bog'liq holda klinik mezonlari

1-guruh bemorlari ichida ko'pgina hollarda 2-guruh bemorlariga nisbatan somatogeniyali faktor ustunlik qildi, ya'ni, 48,8% ga 16,0% nisbatda ($p<0,001$). Ikkinchi guruh bemorlarida birinchi guruh bemorlari bilan taqqoslanganda ko'proq psixogeniya xarakterli bo'ldi, 21,4% ga 78,0% nisbatda ($p<0,005$), (3.7-jadvalga qarang).

3.7-jadval

Bemorlarga ta'sir qiluvchi omillar tavsifi

Omillar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Psixogen omil	18*	21,4*	39*	78,0*
Somatogen omil	41*	48,8*	8*	16,0*
Ma'lumot yo'qligi	25	29,8	3	6,0
Jami	84	100	50	100

Izoh: * $p<0,001$;

Somatizirlangan simptomatika belgilariga kiritildi: tana a'zolarining to'rttadan kam bo'lmagan qismlarida og'riqli sezgilar; og'riq belgisi va melda-ichak traktining ko'zga yaqqol tashlangan funktsional patologiyalari (qayt qilish, ko'ngil aynish, ba'zi mahsulotlarni ko'tara olmaslik); og'riq sindromi va jinsiy doiradagi funktsional buzilishlar; psevdonevrologik simptomatika (koordinatsiya buzilishi, diplopiya, paraparez, afoniya, tomoqqa nimadir tiqilish, qiyinlashgan siydik chiqarish). Bu birinchi guruh bemorlarini retrospektiv baholash uchun algik, me'da-ichak, seksual va psevdonevrologik turlari sifatida asos bo'ladi (3.8-jadvalga qarang).

3.8-jadval

Birinchi guruhda somatizirlangan buzilishlar turlari (n-84)

Somatizirlangan buzilishlar variantlari	abs.	%
Algik	55*	65,5*
Me`da-ichak	16	19,0
Psevdonevrologik	11	13,1
Seksual	2	2,4
Jami	84	100

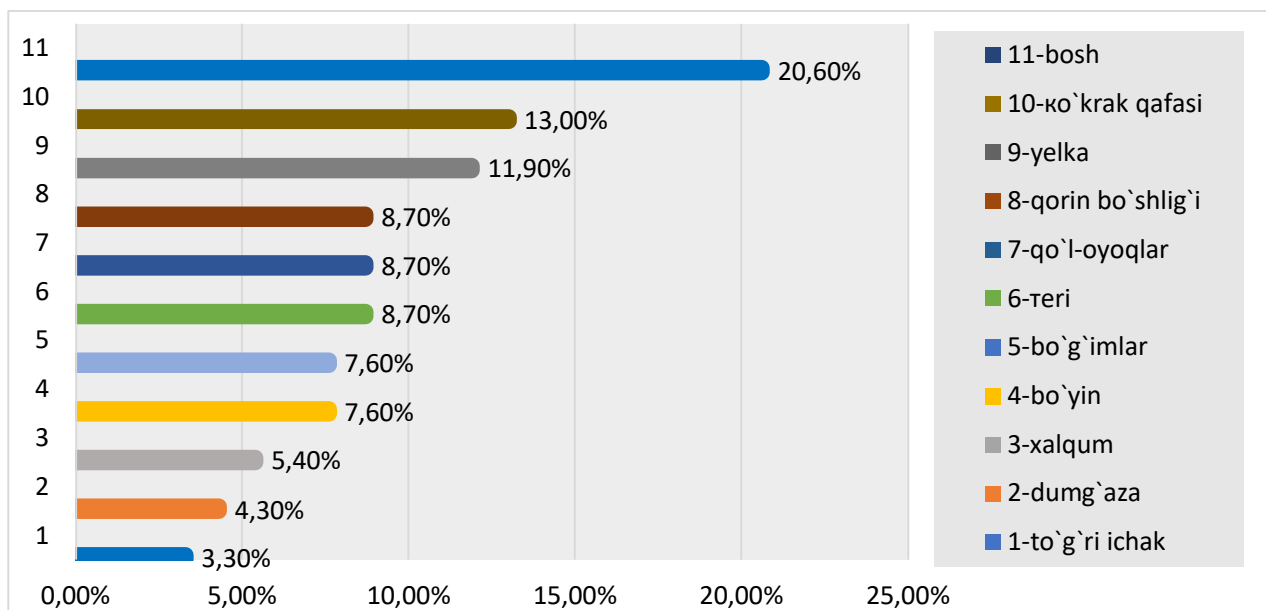
Izoh: *p<0,05;

Birinchi guruh bemorlarni ya'ni somatizirlangan subdepressiv bemorlarni katamnez paytida somatizirlangan buzilishlarni to'rtta varianti aniqlandi (DSM-IV): algik-55 nafar (65,5%) bemorda, oshqozon-ichak - 16 nafar (19,0%) bemorda, psevdonevrologik-11 nafar (13,1%) bemorda, seksual-2 nafar (2,4%) bemorda kuzatildi.

Somatizatsiyalangan buzilishlarni algik variantida algopatiyalar tananing turli qismlarida, turli a'zolarida 4 va undan ortiq lokalizatsiyaga ega bo'ldi. Somatizatsiyalangan buzilish algik variantining sensor komponenti 76,1% holatda algiyalar bilan, 23,9% holatda termik senestopatiyalar bilan ifodalandi. J. Glatzel (1967) bo'yicha subdepressiv buzilishni mazkur variantida gomonim senestopatiyalar xarakterli, ular tuzilishi bo'yicha oddiy va tushunarli bo'ladi. 34,8% algopatiyalar generalizatsiyalangan algiyalar hisoblanadi (4 va undan ortiq lokalizatsiyali), 34,8% algiyalar 3 va undan ortiq lokalizatsiyali bo'lib, monolokal termik senestopatiyalar bilan qo'shib keldi, 30,4% algiyalar 2 lokalizatsiyali bo'lib, bilokal termik senestopatiyalar bilan kombinatsiyalanadi. Somatizatsiyalangan buzilishlarni algik variantidagi algopatiyalarni tana bo'ylab taqsimlanishi 3.4-rasmda keltirilgan.

3.4-rasm

1-guruh bemorlari tana qismlarida somatizatsiyalangan buzilish algopatiyalarining taqsimlanishi



Ko'rik vaqtida ko'pincha kuzatiladigan simptomlar ajratib olindi: gipotimiya, qiziqishlar yo'qolishi, o'ta charchoq, ta'sirchanlik, psixomotor tormozlanish, psixomotor bezovtalik, suisidal fikrlar, buzilgan o'yqu, susaygan ishtaha, sutkalik o'zgarishlar, ipoxondrik va noipoxondrik yopishqoq vahima. Ikkala guruh bemorlarida subdepressiv simptomlarni solishtirma tahlili 3.9-jadvalda keltirilgan.

3.9-jadval

Guruh bemorlarida subdepressiv simptomlarni solishtirma taqsimlanishi

Omillar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	a6c	%	a6c	%
Gipotimiya	72	85,7	44	88,0
Qiziqishlar yo'qolishi	73	86,9	44	88,0
Kuchli charchoq	84	100,0	47	94,0
Psixomotor tormozlanish	17	20,2	10	20,0
Diqqat pasayishi	54	64,3	34	68,0
O'ziga baho berish va ishonchning susayishi	38	45,2	25	50,0
O'zini ayblash va pastga urish g'oyalari	12	14,3	11	22,0
Psixomotor bezovtalikni	47*	56,0*	4*	8,0*

Buzilgan o'yqu	77	91,7	43	86,0
Susaygan ishtaha	69	82,1*	41	82,0*
Sutkalik o'zgarishlar	43*	51,1*	36*	72,0*
Noipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar	5	5,9	22	44,0
Ipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar	79*	94,0*	33*	66,0*
Yig'loqilik	73	86,9	30	60,0
Ta'sirchanlik	62	73,8	37	74,0
Isterik xulq	20*	23,8*	4*	8,0*
Spirтли ichimliklar qabul qilish	3	3,6	0	0

Izoh: *p<0,05;

Tushkun kayfiyat ikkala guruh bemorlarida ham kuzatildi (85,7% va 88,0%). 2-guruh bemorlarida kayfiyat "birdan tushib ketuvchi" ko'rinishda subdepressiv affektning vitalizatsiyasi ("ko'ngilda og'irlik", "ko'krakda botuvchi, timovchi", "achchiq, toliqtiruvchi ko'ngil og'rig'i", "ko'ngil og'rig'i azob beradi", "yurakda tosh", "ko'krakni bosadi") kuzatiladi. Gipotimiyada g'amli holat qo'yidagicha o'z aksini topadi ("xira kayfiyat, hamma narsa kulrang fonda"). 1-guruh bemorlarida sababsiz vahima hissi ("ko'ngil notinch", "nimadir yomon narsa sodir bo'layotgandek") kuzatiladi. 2-guruh bemorlarining yarmidan ko'pida (66,0%) va 1-guruh bemorlarining ko'pchiligida (94,0%) yopishqoq vahimali xavfsirashlar kuzatilib, itrakorporal xavf fabulatsiya bilan ipoxondrik mazmunli bo'ladi, bu generalizatsiyalashgan vahimali buzilishlar belgilari sifatida baholanishi mumkin. Ipoxondrik mazmunli vahimali xavfsirashlar asosan 1-guruh bemorlarida ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (p<0,001).

Birinchi va ikkinchi guruh bemorlarining ko'pchiligida (86,9% va 88,0%) qiziqishlar yo'qolishi aniqlandi va ular ko'pincha qoniqish hissining yo'qolishi bilan qo'shilib keldi ("hech narsa xursand qilolmadi", "biror ish qilishga hohish yo'q, majburlikdan qilinadi", "xech kimga g'amxurlik qilmaydi"). O'ta charchoq hamma bemorlarda kuzatildi, ko'pchilik holatda (94,0%) ikkinchi guruh bemorlarida kuzatildi (hamma

narsani kuch bilan qilish", ko'z bilan hamma narsani qiladi, ammo kuch yo'q"). Ikkala guruh bemorlarining ko'pchiligida (73,8% va 74,0%) tushkun kayfiyat bilan birga yuqori ta'sirchanlik (hamma narsadan ta'sirlanadi) kuzatiladi. Bemorlar so'zidan ularda arziyas narsaga ham, yomon yoki yaxshi gapga ham yig'loqilik kuzatiladi (86,9% va 60,0%). Psixomotor tormozlanish qo'yidagicha ob'ektiv tavsifga ega bo'ldi: "bemor harakat tomondan tormozlangan, kam gap, oddiy harakatlarni qiyinchilik bilan bajaradi" yoki "nutq tempi sekinlashgan, javoblar pauza bilan". Ideator tormozlanish belgilariga bemorni "boshim guyoki nimadir bilan to'lgan, qiyinchilik bilan fikrlayapman" tipidagi shikoyatlari bilan ifodalanadi. Psixomotor tormozlanish ikkala guruh bemorlarida bir xil darajada ifodalandi. Psixomotor quzg'alish o'tira olmaslik ko'rinishida ("o'tirishga joy topolmayman") kuzatiladi va ko'pincha birinchi guruh bemorlarida kuzatiladi (56,0% va 8,0%, $p<0,001$).

O'yqu buzilishi ikkala guruh bemorlarida ham kuzatiladi, ammo insomniyalarning differentsiyatsiyalashmagan tipida uchraydi. So'saygan ishtaha ikkala guruh bemorlarida deyarli bir xil ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (82,1% va 82,0%). Sutkalik o'zgarishlar bemorlarda qo'yidagicha kuzatildi: "ertalablari qimirlashga hol bo'lmaydi, kunning ikkinchi yarmida biroz yuradi" birinchi guruh bemorlarida 51,1% va ikkinchi guruh bemorlarida 72,0% tashkil etdi ($p<0,05$).

§3.3. Surunkali subdepressiv buzilishlarda somato-vegetativ patologiya va klinik-nevrologik tekshiruv xulosalari

Tekshiruv natijasida somatik diagnozlar orasida somatik patologiya uchrash soni ustunligi bo'yicha osteoxondroz aniqlandi (34,5%); oshqozon-ichak trakti kasalliklari: surunkali gastrit, surunkali pankreatit, surunkali kolit (34,5%); bronxial astma, bronxit (16,7%); qalqonsimon bez disfunktsiyasi (25,0%); gipertoniya kasalligi (16,7%); ayollar jinsiy a'zolarining yaxshi sifatli o'smalari (16,7%); o't-tosh kasalligi (10,7%); revmatik kasalliklar (8,3%); YUIK, stenokardiya (8,3%); teri kasalliklari (8,3%); oshqozon va o'n ikki barmoq yara kasalligi (8,3%); o'tkazilgan somatonevrologik patologiya taqqoslanishi 3.10-jadvalda keltirilgan.

3.10-jadval Guruh bemorlarda o'tkazilgan somato-vegetativ patologiyani solishtirma taqsimlanishi

Somato-vegetativ patologiya	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)		P
	abs	%	abs	%	
O't-tosh kasalligi	7	8,3	5	10,0	>0,05
Me'da va 12 barmoq yara kasalligi	7	8,3	2	4,0	>0,05
Surunkali gastrit, pankreatit, kolit	29	34,5	12	24,0	>0,05
Qalqonsimon bez disfunktsiyasi	21	25,0	7	14,0	>0,05
Ayollar jinsiy a'zosi yaxshi sifatli o'smalari	14	16,7	5	10,0	>0,05
YUIK, stenokardiya	7	8,3	3	6,0	>0,05
Gipertoniya kasalligi	14	16,7	6	12,0	>0,05
Revmatik kasalliklar	7	8,3	4	8,0	>0,05
Teri kasalliklari (neyrodermit, ekzema)	7	8,3	3	6,0	>0,05
Bronxial astma, bronxit	14	16,7	8	16,0	>0,05
Buyrak kasalliklari	9	10,7	7	14,0	>0,05
Osteoxondroz	29	34,5	19	38,0	>0,05

Bemorlarda asosiy e'tibor bosh miyani premorbid ekzogen omillariga (BMEO) qaratildi. Ekzogen omillarga perenatal patologiyaga (asoratlangan homiladorlik, chala tug'ilganlik, cho'zilgan tug'ruq, tug'ilishdagi asfiksiyalar), ko'zga yaqqol tashlangan intoksikasiyalı yoshlikdagi infeksiyalar va tutqanoqli holatlar, neyroinfeksiyalar, engil, o'rta og'irlikdagi bosh miya jarohatlari kiritildi. O'tkazilgan patologiya 1-guruh bemorlarda qo'yidagicha kuzatildi: perinatal patologiya 10,7%, bolalikdagi infeksiyalar 48,8%, bosh miya jarohatlari 40,5%, bunda 70,1% holatda o'tkazilgan bosh miya jarohati hush yo'qotish bilan kuzatildi. Ikkala guruh bemorlarida premorbid ekzogen kompromentasiyalar taqqoslanishi 3.11-jadvalda keltirilgan.

3.11-jadval

**Guruh bemorlarida bosh miyani premorbid ekzogen omillari
solishtirma taqsimlanishi**

BMEO xarakteri	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Perinatal patologiya	9	10,7	2	4,0
Bolalikdagi infektsiya	41*	48,8*	6*	12,0*
Bosh miya jarohati	34	40,5	4	8,0

Izoh: *p<0,05

Bolalikdagi infeksiyalar birinchi guruh bemorlarida katta ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (48,8%).

1-guruh bemorlarda insolyasiyani yomon kutarishlik 67,9% holatlarda aniqlandi; issiq va dim joylarda bo'lish-65,5%, transportda yurish-51,2%, meteotrop labillik-71,4%. Jismoniy va ruxiy zuriqishlarda bemorlar bosh og'rig'iga 51,2% holatlarda shikoyat qildi. Ushbu rezidual tserebral simptomatikani "yumshoq" belgilari (rezidual tserebral defekt-RTSD) bosh miyani oraliq va ustun tuzilmalaridagi o'zgarishlaridan darak beradi. Ikkala guruh bemorlarida rezidual tserebral defekt belgilarining solishtirma taqsimlanishi 3.12-jadvalda keltirilgan.

3.12-jadval

**Guruh bemorlarida rezidual tserebral defekt belgilarining
solishtirma taqsimlanishi**

RTSD simptomlari	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Ko'tara olmaslik: -insolyatsiya	57	67,9*	12	24,0*
-issiq va dim joyda bo'lish	55	65,5*	11	22,0*
-transportda yurish	43	51,2	8	16,0
-meteotrop labillik	60*	71,4*	7*	14,0*
-jismoniy va ruxiy zuriqishda bosh og'riqlar	43	51,2	12	24,0

Izoh: * $p<0,05$

Rezidual tserebral defekt belgilarining hamma ko'rsatgichlari birinchi guruh bemorlarida ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi.

Adabiyotlarda bosh miyada o'tkazilgan ekzogen omillar tserebrovaskulyar patologiyani rivojlanishiga olib kelishi haqida ahamiyatli ma'lumotlar keltirilgan (Listiskaya F.M., 1969; Bobrov A.S., 1970, 1973, 1979; Bobrov A.S., Shapulina B.C., Gornik V.M., 1980; Gusev E.I., Dubrovskaya M.K., Terexova E.I., 1983; Bursev E.M., Bobrov A.S., 1985; Maksimov O.G., 1985, 1990). 1-guruh bemorlarda bosh miya qon aylanishi etishmovchiligining dastlabki belgilari 28,6% holatda, dissirkulyator entsefalopatiya 1 - va 2-bosqichi 47,6% holatda, rezidual entsefalopatiya 41,7% holatda aniqlandi (3.13-jadvalga qarang).

3.13-jadval

Guruh bemorlarida tserebrovaskulyar patologiyani solishtirma taqsimlanishi

Nevrologik tashxis	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Miyada qon aylanish yetishmasligining dastlabki belgilari	24	28,6	10	20,0
Distsirkulyator ensefalopatiya I,II daraja	40	47,6*	11	22,0*
Rezedual ensefalopatiya	35	41,7*	12	24,0*

Izoh: * $p<0,05$

Tserebrovaskulyar patologiya 1 - va 2-bosqichdagi dissirkulyator entsefalopatiya shaklida 1-guruh bemorlarida ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi. Nevrologik tekshiruv hamma bemorlarda o'tkazildi va nevrologik statusda tserebrovaskulyar bemorlarda tarqalgan o'choqli-organik belgilar kuzatildi: engil piramidal etishmovchilik, Markaziy tip bo'yicha kalla-miya innervasiyasining assimetriyasi, qorachiqslarning yorug'likka reaksiyasining pasayishi, anizorefleksiya, pay reflekslarining tetikligi, qorin reflekslarining pasayishi va assimetriyasi, koordinator buzilishlar, vegeto-tomir disfunktsiyalar kuzatildi.

1-guruh bemorlarida genderli tahlil o'tkazilganda (74 nafar ayol bemorlar, 14 nafar erkak bemorlar) ayol bemorlarda erkak bemorlarga nisbatan rezidual tserebral-organik etishmovchilik belgilaridan meteotrop labillik ishonchli ko'rsatgichlarga ($p<0,05$) ega bo'ldi (68,2% va 33,4%). Klinik belgilari orasida yig'loqilik (65,3% va 16,7%, $p<0,02$), yuqori

ta'sirchanlik (83,3% va 58,7%, $p<0,05$), tezlashgan yurak urishi (83,3% va 33,3%, $p<0,005$), bosh aylanishi (81,9% va 33,3%, $p<0,001$), ko'krak qafasida algik sezgilar (93,1% va 66,7%, $p<0,05$) ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi. Erkak bemorlarda esa ayol bemorlarga nisbatan alkogolli ichimliklarni ko'p qabul qilish (66,7% va 1,4%, $p<0,05$), noipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar (81,9% va 50,0%, $p<0,05$), ko'ngil aynish (40,3% va 100,0%, $p<0,05$), tezlashgan siydik ajratish (1,4% va 16,7%, $p<0,05$), burun-xalqumda algiyalar (1,4% va 16,7%, $p<0,05$) ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (3.14-jadvalga qarang).

3.14-jadval

Birinchi guruh ayol va erkak bemorlarida simptomlarning ishonchli farqlari

Simptomlar	Ayollar (n=72)		Erkaklar (n=12)	
	abs	%	abs	%
Meteolabillik	49	68,2*	4	33,4*
Alkagolli ichimliklarni ko'p qabul qilish	1	1,4*	8	66,7*
Yig'loqilik	47	65,3*	2	16,7
Ta'sirchanlik	60	83,3*	7	58,3*
Noipoxondrik yopishqoqlik	59	81,9	6	50,0*
Ko'ngil aynish	29	40,3*	12	100,0*
Tezlashgan yurak urishi	60	83,3*	4	33,3
Bosh aylanishi	59	81,9*	4	33,3
Tezlashgan siydik ajratish	1	1,4*	2	16,7*
Ko'krak sohasidagi algiyalar	67	93,1*	8	66,8
Burun-xalqumdagi algiyalar	1	1,4*	2	16,7*

Izoh: * $p<0,05$

Qarindoshlardagi ruhiy va somatik patologiyaaning klinik va genealogik tahlili (n=245) 70 probandning birinchi qarindoshlik chizig'ida o'tkazildi. Birinchi guruhda 145 qarindoshlik birinchi qatorining 39 probandi haqida ma'lumot olindi. Ikkinchi guruhda 100 nafar qarindoshlik birinchi qatorining 31 probandida to'g'risidagi ma'lumotlar hisobga olindi. Probandning ota-onalari va aka-ukalari haqidagi ma'lumotlar ko'rib chiqildi, ularning aksariyati shaxsan tekshirildi, qolganlari haqida ma'lumot probandlarning o'zidan ham, ularning qarindoshlaridan ham, tibbiy hujjatlardan ham anamnez yig'ish

orqali olindi. 1-guruh bemorlarda ruhiy kasalliklar bo'yicha nasliy moyillik kamayib boruvchi tartibda qo'yidagicha ifodalandi: alkogolizm-16,7%, affektiv va shaxsiyat buzilishlari-11,9%, suisid-5,9%, manifest shizofreniya-4,8%, qarilik yoshi psixozlari-2,4%, epilepsiya-1,2%, bundan tashqari 8,3% holatda birinchi qator qarindoshlarda bemorlarni fenomenologik holatiga yaqin buzilishlar kuzatildi. Somatik kasalliklar bo'yicha nasliy moyillik kamayib boruvchi tartibda qo'yidagicha ifodalandi: yurak ishemik kasalligi va gipertoniya kasalligi-28,6%, onkologik kasalliklar-17,9%, yara kasalligi-7,1%, insult-4,8%, revmatik kasalliklar-1,4%, qandli diabet, qalqonsimon va teri kasalliklari 1,2%. 1-guruh bemorlar 2-guruh bemorlar bilan taqqoslanganda ikki guruh o'rtasida ruhiy va somatik kasalliklarga nasliy moyillik bo'yicha ishonchli ko'rsatgichlar aniqlanmadi (3.15-jadvalga qarang).

3.15-jadval

Ikkala guruh bemorlarining ruhiy va somatik kasalliklarga nasliy moyilligi

Nasliy moyillik	1-guruh (n=84)		2-guruh (n=50)	
	abs	%	abs	%
Bronxial astma	0	0	2	4,0
Gipertoniya kasalligi	24	28,6	13	26,0
Qalqonsimon bez kasalliklari	1	1,2	2	4,0
Insult	4	4,8*	8	16,0*
Yurak ishemik kasalliklari	24	28,6	11	22,0
Teri kasalliklari	1	1,2	1	2,0
Onkologik kasalliklar	15	17,9	13	26,0
Revmatik kasalliklar	2	2,4	0	0
Qandli diabet	1	1,2	2	4,0
Yara kasalligi	6	7,1	4	8,0
FYAB	12	14,3	0	0
Alkogolizm	14	16,7	14	28,0
Affektiv buzilishlar	10	11,9	8	16,0
Qarilik yoshi psixozlari	2	2,4	0	0
Shaxsiyat buzilishlari	10	11,9	8	16,0
Suitsid	5	5,9	4	8,0
Shizofreniya	4	4,8	1	2,0
Epilepsiya	1	1,8	0	0

Izoh: *p<0,05

Somatizatsiyalangan va somatizatsiyalanmagan subdepreressiv buzilishlarni rivojlanishini bashorat qilish omillari

Somatizatsiyalangan va somatizatsiyalanmagan subdepreressiv buzilishlarni bashorat qilishni matematik modeli ishlab chiqildi. Bashorat qilish modeli xavf omillarini diskriminant tahliliga asoslandi, bu o'z ichiga ruhiy va somatik patologiyalarga moyillikni, miyani ekzogen komplementatsiyasi xarakterini, rezidual miya-organik etishmovchilik belgilarini, shaxsiyatni premorbid xususiyatlarini, psixososial stressorlar og'irligini qamrab oldi. Xavf omillar yig'indisi va ularni gradasiyasi 3.16-jadvalda keltirilgan.

3.16-jadval

Somatizirlangan va somatizirlanmagan subdepressiv buzilishlarni rivojlanishini bashorat qilish omillari yig'indisi

Xavf omillar	Ko'rsatgichlar	
Ruhiy patologiyaga nasliy moyillik (kayfiyat buzilishlari, manifest shizofreniya, alkoholizm, shaxsiyat buzilishlari, epilepsiya, suitsid, kechki psixozlar),	Bemorlarni qarindoshlari soni	X1
Somatik kasalliklarga nasliy moyillik (YuIK, GK, YaK, bronxial astma, qalqonsimon bez disfunktsiyasi, onkologik kasalliklar, revmatik kasalliklar, insult)	Bemorlarni qarindoshlari soni	X2
Perenatal patologiya	0-mavjud emas, 1-mavjud	X3
Bolalikdagi og'ir kechgan yuqumli kaslliklar	0- mavjud emas, 1-mavjud	X4
Anamnezdan o'tkazilgan bosh miya jaroxatlari	0- mavjud emas, 1-mavjud	X5
Issiq va dim joylarni ko'tara olmaslik	0- mavjud emas, 1-mavjud	X6

Insolyatsiyani yomon ko`rarishlik	0- mavjud emas, 1- mavjud	X7
Transportda yurishni yomon ko`rarishlik	0- mavjud emas, 1- mavjud	X8
Meteolabillik	0- mavjud emas, 1- mavjud	X9
Pezedual tserebral yetishmovchilik belgilarini yuzaga chiqish yoshi	0-bolalik, o`smirlik yoki yetilganlik yoshini birinchi yoshi (20-35 yosh) 1-boshlanishi bilan sinxron yoki kasallik kechishi davomida	X10
Bolalik, pre- va pubertat davrlarda vegetativ disfuntsiya belgilari	0- mavjud emas, 1- mavjud	X11
Bolalik, pre- va pubertat davrlarda nevrozsimon simptomatika	0- mavjud emas, 1- mavjud	X12
Patologik klimaks	0- mavjud emas, 1- mavjud	X13
Shaxsiyatni premorbid xususiyatlari	1-garmonik 2-tsikloid-gipertim 3-tsikloid-gipotim 4-tsikloid-labil 5-epileptoid 6-shizoid 7-isterik 8-astenik	X14
Psixosotsial stressorlar og`irligi	0- mavjud emas 1-yumshoq 2-o`rta 3-og`ir;4-katastrofik	X15

Diskriminant tahlil asosida xavf omillarni prognostik qiymati aniqlandi, chiziqli diskriminant tenglamalar keltirib chiqarildi: $F1 = -6,46 + 0,91X1 + 1,11X2 - 0,47X3 - 0,25X4 + 0,47X5 - 0,26X6 + 1,99X7 - 2,14X8 - 2,04X9 + 0,69X10 + 4,18X11 - 0,7X12 + 2,44X13 + 1,18X14 + 0,33 X15$ $F2 = -3,85 + 0,66X1 + 0,84X2 +$

$$0,62X_3 + 0,97X_4 + 0,61X_5 - 0,67X_6 + 0,23X_7 - 1,29X_8 - 2,22X_9 + 1,06X_{10} + 2,25X_{11} + 0,12X_{12} + 1,16X_{13} + 0,83X_{14} + 0,91X_{15}$$

Bu yerda $X_1, 2...15$ – xavf omillarining gradatsiyalari va raqamli qiymatlari

Somatizirlangan va somatizirlanmagan subdepressiv patologiyalarni rivojlanishini prognoz qilish muammosini hal qilish uchun quyidagi omillar hisobga olinadi: somatik kasalliklarga bo'lgan nasliy moyillik (yurak eshimik kasalliklari, gipertoniya kasalligi, yara kasalligi, bronxial astma, qalqonsimon bez disfunktsiyasi, onkologik kasalliklar, revmatik kasalliklar, insult) va ruhiy kasallikka bo'lgan nasliy moyillik (kayfiyat buzilishlari, shizofreniya, alkogolizm, shaxsiyat buzilishlari, epilepsiya, joniga qasd qilish, kechki psixozlar), miyani ekzogen komplementasiyasi xarakteri, rezidual tserebral-organik etishmovchilik belgilari, shaxsiyatni premorbid xususiyatlari, psixososial stressorlar og'irligi. F_1 va F_2 diskriminant tenglamalarda diskriminant tenglamaning doimiysi va ularning diskriminant koeffisientlari bo'yicha xavf omillarining gradatsiyalari summasiya qilinadi. Natijada, ikkita baholash funktsiyasi olinadi: F_1 va F_2 , bu somatizirlangan va somatizatsiyalanmagan subdepreressiv buzilishli bemorlar uchun mos keladi.

Prognostik qiymat katta qiymatga ega funktsiya tomonidan qabul qilinadi. Agar $F_1 > F_2$, lekin $F_1 < 12.3$ bo'lsa, bemorda somatizatsiyalangan subdepressiv buzilish rivojlanishi xavfi mavjud. Agar $F_2 > F_1$ bo'lsa, lekin $F_2 < 12.3$ bo'lsa, bemorda somatizatsiyalanmagan subdepressiv buzilish rivojlanishi xavfi mavjud.

Somatizatsiyalangan va somatizatsiyalanmagan subdepressiv buzilishlarni rivojlanishi xavfi darajasi prognostik indeks (PI) formulasiga muvofiq hisoblanadi:

$$PI = \frac{1}{1 + \ln e^{-(F_2 - F_1)}}$$

$1 + \ln e$

bu yerda e -natural logarifm asosi (2.72...), a $F_2 > F_1$.

Agar PI 0.5 - 0.64 oralig'ida bo'lsa, u holda rivojlanish xavfi darajasi past, PI bilan 0.65 - 0.84 oralig'ida - o'rtacha va 0.85 - 1.0 oralig'ida - yuqori qilib aniqlanadi.

F2>12.3 yoki F1>12.3 da bemorni bir xil guruhga kiritish mumkin emas. Somatizatsiyalangan va somatizatsiyalanmagan subdepressiv buzilishlarni rivojlanishini bashorat qilishaniqligi 79,0% ni tashkil etdi.

Guruh beborlarida affektiv kiritmalar qayg'u, vahima, apatiya o'rganilganda ustunlik qiluvchi vahima affekti aniqlangan va 1-guruh bemorlarda vahima affekti ustunlik qilgan (60,7%), (3.17-jadvalga qarang).

3.17-jadval

Ustunlik qiluvchi affekt

Ustunlik qiluvchi affekt turi	Bemorlar soni		P
	1-guruh (n = 84)	2-guruh (n = 50)	
Vahima	51 (60,7%)*	19 (38,0%)*	<0,05
Qayg`u	25 (29,8%)	23 (46,0%)	>0,05
Apatiya	8 (9,5%)	8 (16,0%)	>0,05
Jami	84 (100%)	50 (100 %)	

E'tibor beradigan bo'lsak, subdepressiya tuzilishida 1-guruhda vahima affekti (60,7%) - farqlar ishonchli, 2-guruhda qayg'u affekti (46,0%) ustunlik qilgan, apatiya affekti ikkala guruhda ham kamroq ifodalangan (9,5% va 16,0%). Vertogradov O.P. (1980), Keller M.V. et al (1983), Pies R. (1988), Akiskal H. et al (1989), Klein D.N. et al. Hecht H. et al (1990), Voytsex V.F. (1990), Dmitrieva A.C. (1991), Rouillon F. et al (1992) ma'lumotlariga asosan klinik amaliyotda qayg'u, vahima, apatiya dinamik bir-biri bilan bog'liq bo'ladi va har xil darajada ifodalangan bo'lib, ma'lum vaqt orlig'ida qaysidir biri ustunlik qilib turadi.

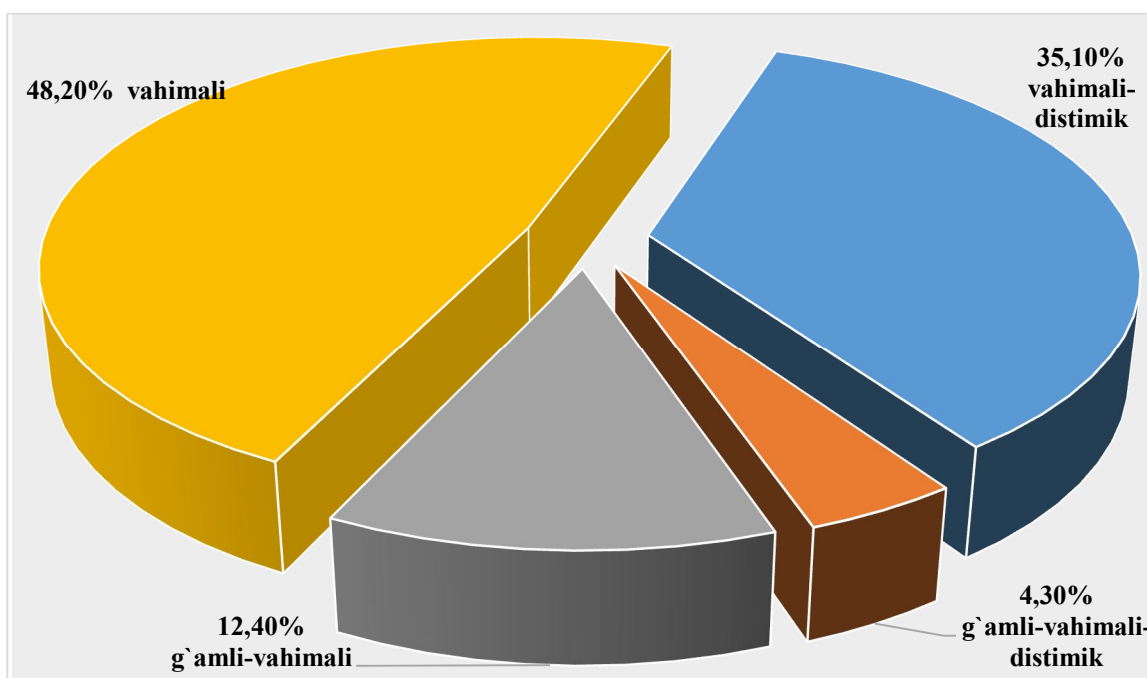
Gipotimiya modalligi baholash uchun g'amli komponentning mavjudligi va mavjud emasligiga, permanent vahima belgilariga, jumladan fabulasiz, shuningdek, distimik xususiyatli kayfiyat foniga e'tibor beriladi (Bobrov A.S., 2001, 2002). 1-guruh bemorlarda gipotimiyada g'amli komponent bo'lganda kayfiyat tushkun, "ko'ngilda qandaydir og'irlik" kuzatiladi. Vahimali komponent vahima hissi, bezovtalik, yaqinlari hayotidan xavotirlanish kuzatildi, kayfiyat vahimali bo'lib, bir joyda o'tirolmadi, farzandlari, turmush o'rtog'i, nevarasidan xavotirlandi. Flottirlovchi yoki fabulasiz vahima "ko'ngilda sababsiz vahima", "nimadir noxush voqea sodir bo'layotgandek" hislar kuzatildi. Distimik komponent past kayfiyat bilan birga ta'sirchanlik hissi,

asabiylashish kuzatildi, "ko'ngilda qahr, hamma narsa ta'sirlaydi, olovday yondiradi".

Shunday qilib, 1-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 48,2% holatda, vahimali-distimik 35,1% holatda, g'amli-vahimali 12,4%, g'amli-vahimali-distimik 4,3% holatda kuzatildi (3.5-rasmga qarang).

3.5-rasm

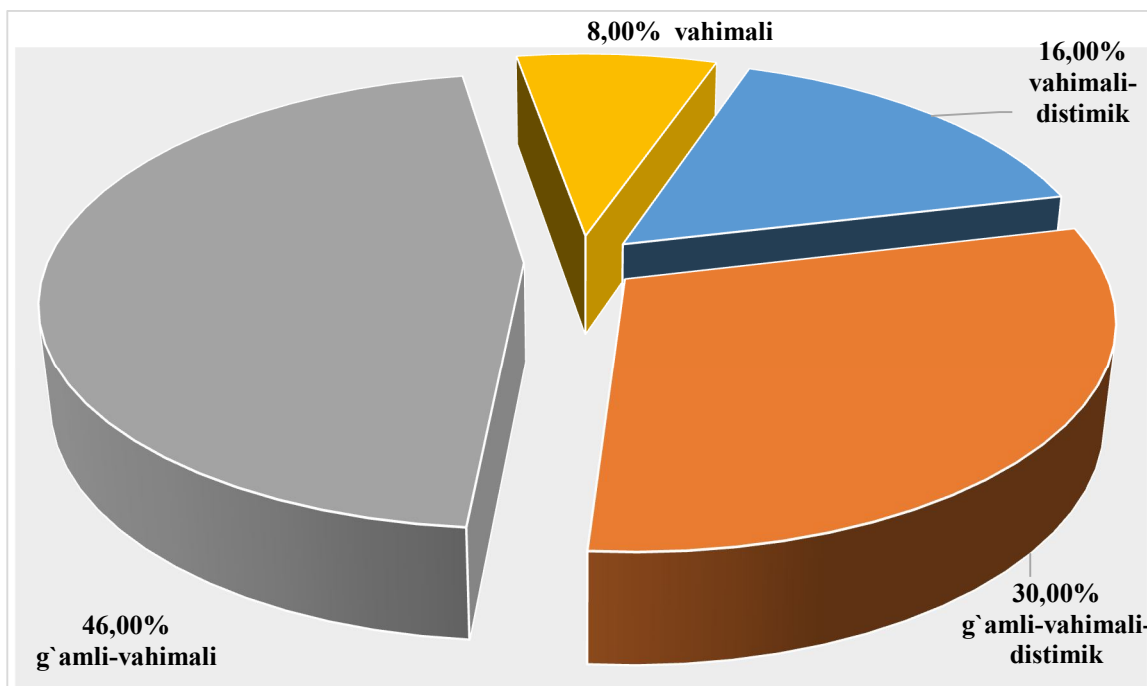
**1-guruh bemorlarda gipotimiya modalligi
(A.S.Bobrov bo'yicha, 2001)**



2-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 8,0% holatda, vahimali-distimik 16,0% holatda, g'amli-vahimali 46,0%, g'amli-vahimali-distimik 30,0% holatda kuzatildi (3.6-rasmga qarang).

3.6-rasm

**2-guruh bemorlarda gipotimiya modalligi
(A.S.Bobrov bo'yicha, 2001)**

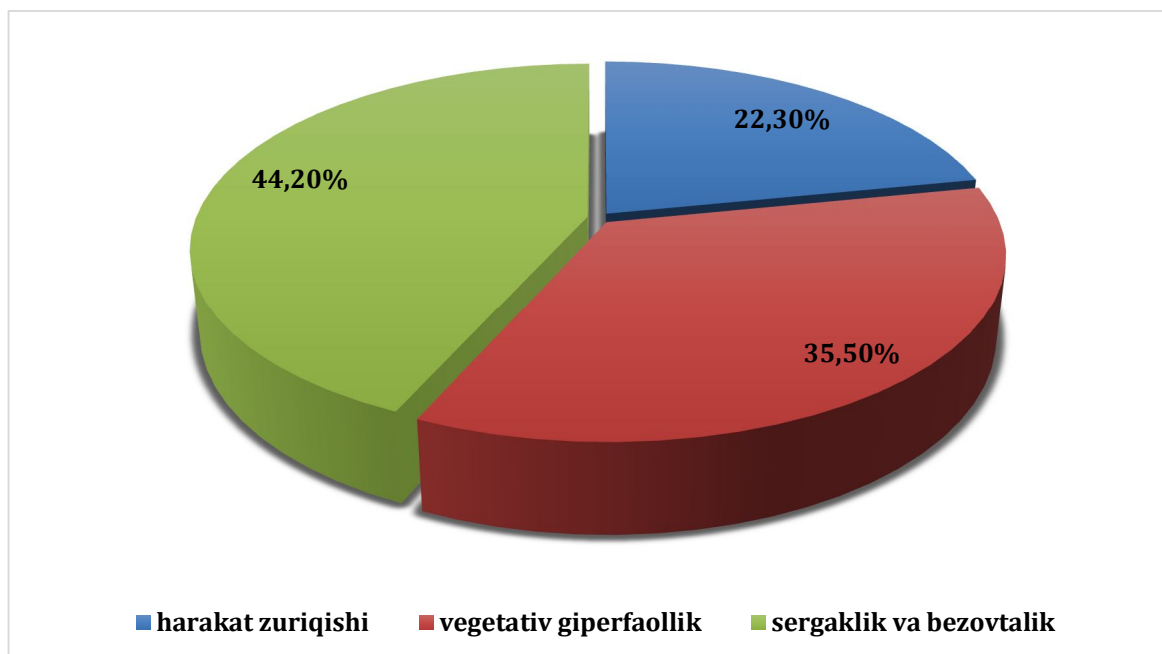


Vahimali buzilishlarni aniqlashda DSM-III-R mezonlaridan foydalanish bizlarga yopishqoq vahimali xavfsirashlarni (noipoxondrik va ipoxondrik mazmunli) aniqlashga imkon beradi, bu ruhiy vahimani aks etishi bo'lib, somatik va vegetativ vahimani baholashga yordam beradi. DSM-III-R bo'yicha generalizatsiyalashgan vahimali buzilishlar (noadekvat yoki o'ta bezovtalik, ikki yoki undan ortiq hayotiy holatlarni zuriqib kutish) kuzatiladi. 1-guruh bemorlarining ko'pchiligida DSM-III-R bo'yicha generalizatsiyalangan vahimali buzilishlar (GVB) kuzatildi. Bunda GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" katta darajalarni qamrab oldi (44,2%), "vegetativ giperfaollik" (33,2%) va "harakat zuriqishi" 22,3% ifodalandi (3.7-rasmga qarang).

GVB mazkur varianti tashxisini asoslash uchun tipik shikoyatlardan tashqari o'ta charchoq, ta'sirchanlik, tungi o'yqu qisqarishi (qiyin o'yquga ketish, erta uyg'onish), mushaklar taranglashuvi, holsizlik aniqlandi.

3.7-rasm

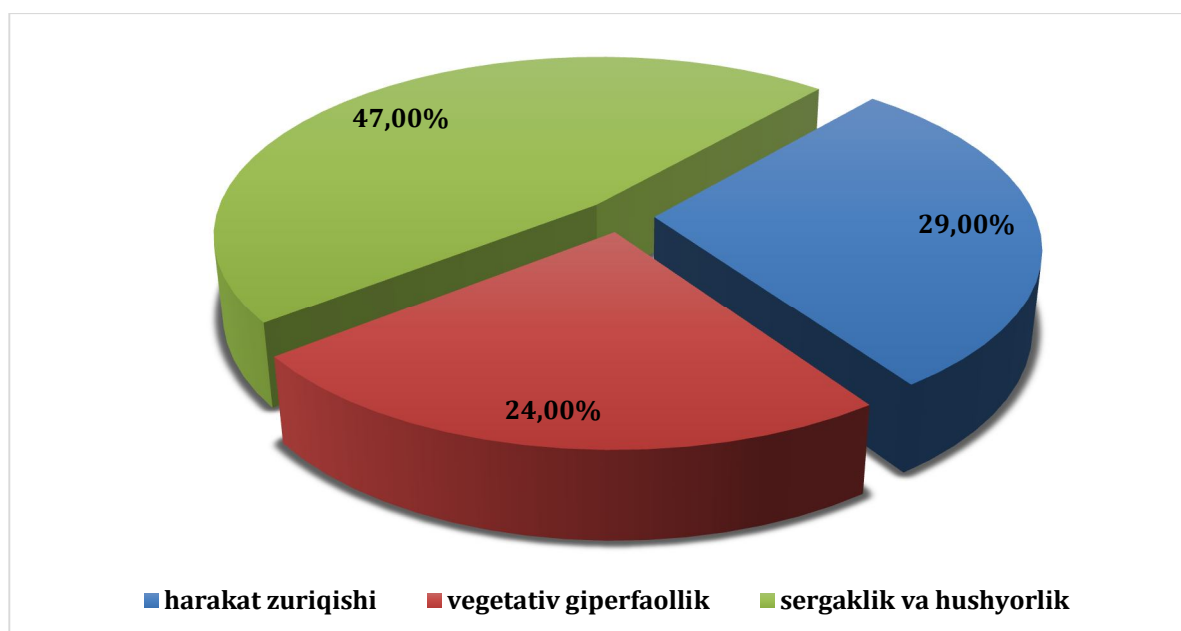
**1-guruh bemorlarida generalizatsiyalangan vahimali buzilishlar
komponentlarini taqsimlanishi**



2-guruh bemorlarida GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" (47,0%), "vegetativ giperfaollik" va "harakat zuriqishi" deyarli bir xil darajalarda ifodalandi (24,0% va 29,0%), (3.8-rasmga qarang).

3.8-rasm

Ikkinchi guruh bemorlari generalizasiyalangan vahimali buzilishlar taqsimlanishi



GVB DSM-IV bo'yicha belgilari orasida ko'pincha o'yqu buzilishlari, o'ta charchoq, ta'sirchanlik kuzatildi. Doimiy vahimali buzilishlar fabulasiz vahima ko'rinishida (nimadir noxush voqeani

oldindan his qilish) 12,0% holatlarda aniqlandi. Gipotimiya modalligini baholashda g'amli affektning mavjud yoki mavjud emasligidan tashqari GVB va fabulasiz vahima qayd etildi (Bobrov A.S., 2001).

Subdepresiv buzilish simptomlari qo'yidagi paroksizmal vahimalarga ajratilgan: PB – 14,3%, simptomatik qashshoq PB -1,2%. Agorafobiya 17,6% holatni egalladi. Paroksizmalsimon vahima uchun to'satdan paydo bo'lish, affektning vahimali yoki g'amli-vahimali modalligi, qo'rquvni kuchayishi, vegetativ simptomatikasiz harakat bezovtaligi xos. Ijtimoiy fobiya 11,9% holatda kuzatilib, bemorlar atrofdagilar tanqididan, boshqalar diqqatidan qo'rqish bilan ifodalanadi (3.18-jadvalga qarang).

3.18-jadval

Paroksizmal va permanent vahimali buzilishlar

Vahimali buzilishlar	1- guruh (n-84)		2- guruh (n-50)	
	abs	%	abs	%
Panik buzilishlar (PB)	12	14,3	6	12,0
PB atipik simptomatika bilan	17*	20,2*	2*	4,0*
Qashshoq simptomatikali PB	1	1,2	3	6,0
Agarofobiya	15	17,6	11	22,0
PB agarofobiya bilan	7	8,3	6	12,0
Agarofobiya PBsiz	8	9,5	5	10,0
Sotsiofobiya	10	11,9	5	10,0
Fabulasiz vahima	8	9,5	12	24,0
GVB	70*	83,3*	31*	62,0*

Izoh: *p<0,01

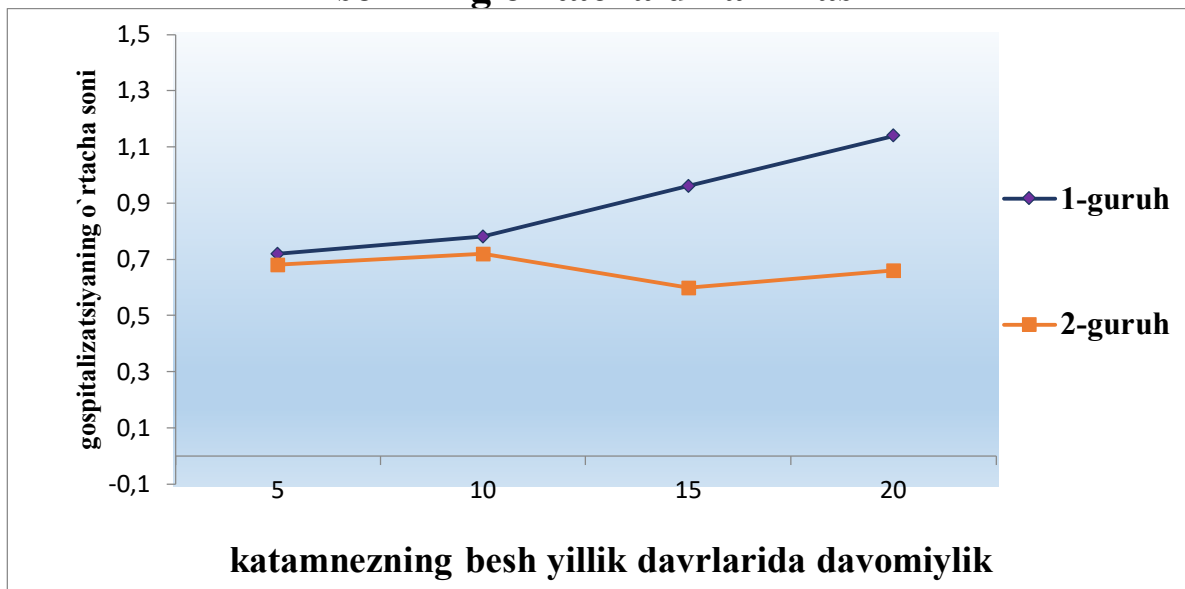
§3.4. Surunkali subdepressiya klinik kechishining dinamikasi

Tekshiruv oqibatida 2 guruhning klinik-dinamik xususiyatlari 1-marta murojaat qilgan vaqtda o'rganildi, shifoxonaga yotishlar soni va o'tkazilgan bosqichlar soni hamma payt ham bir-biriga mos kelmadi. Kasallik quzish vaqtida bemorlar bir martadan uch martagacha gospitalizatsiya qilindi yoki ambulator davo oldi. O'tkazilgan kasallik fazalarining ob'ektiv baholash imkoniyati mavjud emasligi sababli, gospitalizatsiyalar sonini, gospitalizatsiyalar orasidagi oraliqlarni hisoblash asosan arxiv materiallar ma'lumotlariga asoslandi. Diqqat

asosan har yilgi gospitalizatsiyalar soniga, gospitalizatsiya kunlari davomiyligiga, gospitalizatsiya kunlari oralig'idagi davrlarga qaratildi va gospitalizatsiyalar soni kasallikning besh yillik davrlarida hisoblandi. 1-besh yillik davrda 1- va 2-guruh bemorlari orasida o'rtacha shifoxonaga yotishlar sonida katta farqlar aniqlanmadi. 2-besh yillik davrda birinchi guruh bemorlari o'rtasida o'rtacha shifoxonaga yotishlar soni birdan oshdi va kasallikning keyingi davrlarida ya'ni 3, 4, 5 yillik davomida oshib bordi. 2-guruh bemorlarida o'rtacha gospitalizatsiyalar soni ikkinchi besh yillikda biroz kamayib, uchinchi, to'rtinchi besh yillikda deyarli stabil qoldi (3.9-rasmga qarang).

3.9-rasm

Kasallik kechishining besh yillik davrida gospitalizatsiya sonining o'rtacha dinamikasi



Ikkala guruh bemorlarida besh yillik davrda gospitalizatsiyalar sonini kunlardagi solishtirma tavsifi o'rganilganda birinchi guruh bemorlarda ruxiy kasalxonada yotishni o'rtacha davomiyligi 52,5 kunni, ikkinchi guruh bemorlarda esa 42,5 kunni tashkil qildi, ya'ni birinchi guruh bemorlari ruxiy shifoxonada ikkinchi guruh bemorlariga nisbatan uzoqroq muddatda davolandi (3.19-jadvalga qarang).

3.19-jadval

Ikkala guruh bemorlarida besh yillik davrda gospitalizatsiyalar sonini kunlardagi solishtirma tavsifi

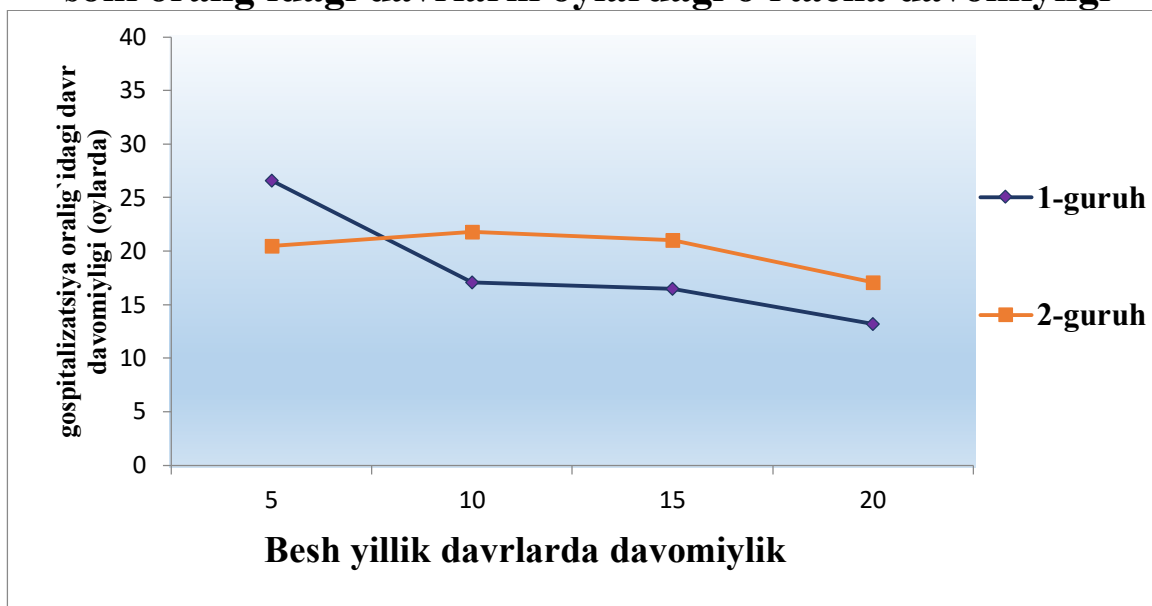
Katamnez davrida klinik guruhlar		
Kasallik kechishining besh	1-guruh (n-84)	2-guruh (n-50)

yillik davrlari (yillar)		
0-5	48	43
6-10	56	47
11-15	54	44
16-20	52	36
Kasalxonaga yotishni o'rtacha davomiyligi	52,5	42,5

Kasallik kechishining besh yillik davrida gospitalizatsiya oraliqidagi davrlarni oylardagi o'rtacha davomiyligi o'rganilganda 1-guruh bemorlarida ikkinchi besh yillikdan boshlab, gospitalizatsiya orasidagi davrlar ancha qisqardi va uchinchi, to'rtinchi besh yillikda 13,2 oygacha qisqardi. 2-guruh bemorlari uchun birinchi 15 yil davomida gospitalizatsiyalar oraliqidagi davrlar davomiyligi 20,5-21,0 oy atrofida saqlanib qoldi, to'rtinchi besh yillikda bu ko'rsatgich 17,1 oygacha qisqardi. Ikkala guruh bemorlarda dinamikada ko'rsatgichlar taqsimlanishi 3.10-rasmda keltirilgan.

3.10-rasm

Kasallik kechishining besh yillik davrida shifoxonaga yotishlar soni oraliqidagi davrlarni oylardagi o'rtacha davomiyligi



Xulosa sifatida shuni aytish mumkinki, 1-guruh bemorlari ya'ni somatizirlangan subdepressiv bemorlarda shifoxonaga yotishlar soni o'rtacha sonini va shifoxonaga yotishlar soni orasidagi davrlar o'rtacha davomiyligini hisobga olgan holda, kasallik kechishida o'sish xarakterli bo'ldi.

IV BOB. SURUNKALI SUBDEPRESSIV BUZILISHLI BEMORLARNI SOLISHTIRMA DAVOLASH VARIANTLARI VA BEMORLARNING HAYOT SIFATINI

§4.1. Somatizatsiyalangan subdepressiyaning solishtirma davolash dinamikasi

Bemorlarga solishtirma davo o'tkazish maqsadida birinchi guruh bemorlari (n-84) dastlab 2-guruhga ya'ni 1A - va 1B-guruhlarga ajratib olindi. 1A-guruhga 44 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, nootrop-korteksin 10mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 1B-guruhga 40 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi.

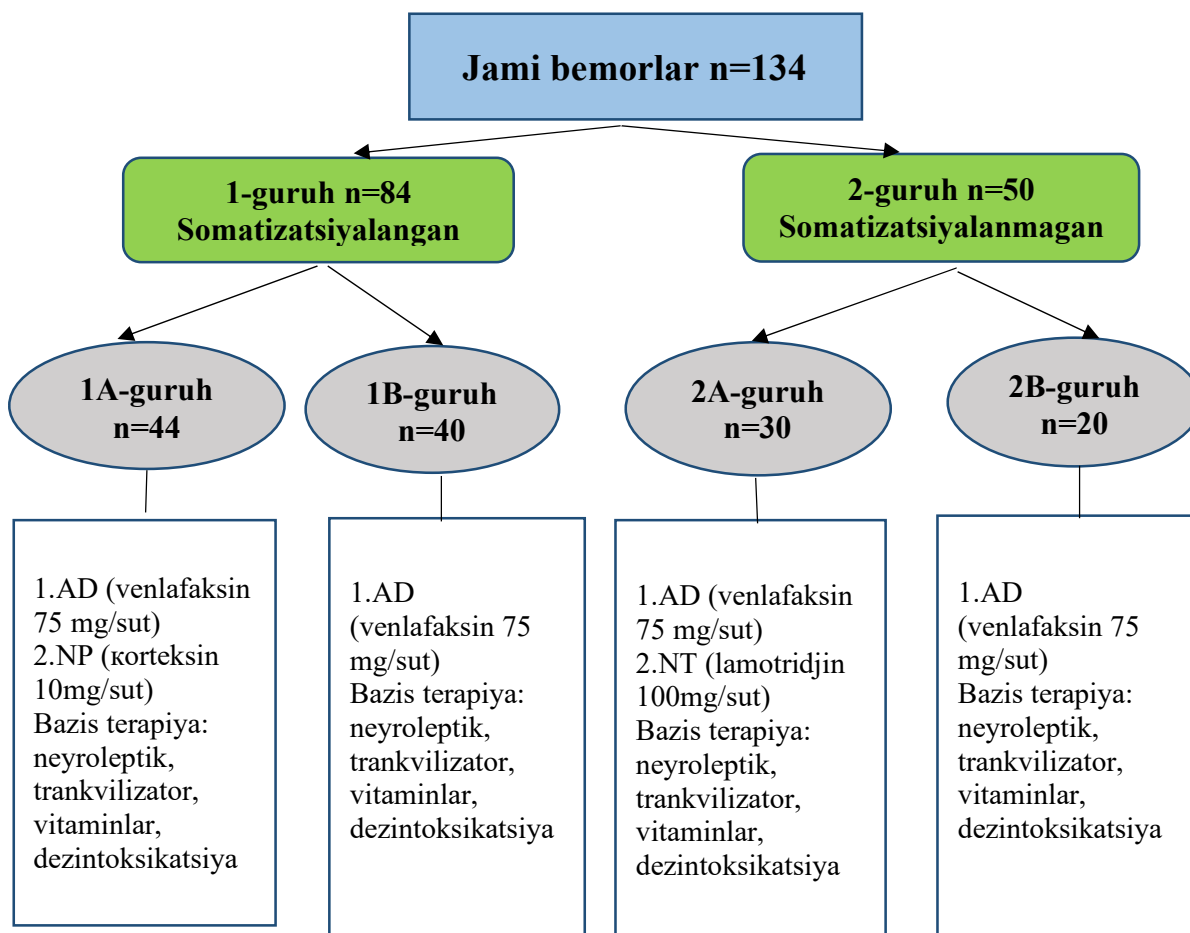
2-guruh bemorlari (n-50) dastlab ikki guruhga ya'ni 2A va 2B-guruhlarga ajratib olindi. 2A-guruhga 30 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, normotimik-lamotridjin 100mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 2B-guruhga 20 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi.

Nootroplarni, normotimiklarni, bazis terapiya sifatida bemorlarga dezintoksikasion davo o'tkazildi, neyroleptiklarni, trankvilizatorlarni, vitaminlarni turli holatlarda qabul qildi. Tekshiriluvchilarda qo'llanilgan preparatlarni tahlili o'tkazildi. Tekshiriluvchilar antidepressant sifatida serotoninni qayta surilishini selektiv ingibirlovchi venlafaksin qabul qildi. Muayyan guruhlarga antidepressantini tayinlashda, shuningdek ularni turli xil ta'sirlari, klinik ko'rinishlari va asosan subdepressiyaning etakchi komponenti hisobga olindi. Antipsixotik preparatlar vahimani bartaraf etish uchun qo'llaniladi, ular tipik va atipik antipsixotiklar bo'lishi mumkin, ko'pincha davolashni boshqa sxemalarida kvetiapin, sulpirid, galoperidol, sonapaks va boshqalar qo'llanildi. Ushbu bemorlardagi subdepressiya tuzilishida ta'sirchanlik, disforik reaksiyalar, kayfiyatni kundalik o'zgarishlari, to'satdan qisqa muddatga kayfiyatni tushib ketishlari kuzatiladi. Shuningdek, ushbu bemorlarni anamnezida oldin o'tkazilgan subdepressiv fazalar bo'lib, qullab-quvvatlovchi antidepressiv davodan keyin uzoq vaqt turg'un remissiya shakllanmagan bo'ladi.

Normotimiklar orasidan ko'pincha lamotridjin qo'llanildi (4.1-rasmga qarang).

4.1-rasm

Davolash sxemasi



Davolash samaradorligini ob'ektiv baholash uchun depressiyaning baholovchi Gamilton shkalasi, Hamilton Rating Scale for Depression va umumiy klinik ta'surotlarni baholash CGI shkalalaridan foydalanildi va ma'lumotlarni statistik qayta ishlash bilan birgalikda solishtirma tahlil o'tkazildi. Preparatlarni kombinatsiyasi samaradorligini baholashdan oldin cho'zilgan subdepressiv bemorlar bilan kuzatuv o'tkazildi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball baholandi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball davolanishni boshlanishida cho'zilgan subdepressiv bemorlarda o'rtacha ko'rsatkichlarga ega bo'ldi, bu subdepressiyaning uzoq vaqt davomli kechishi bilan bog'liq bo'ldi (4.1-jadvalga qarang).

Davolashni bosqichlarida HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	1A-guruh (n=44)	1B-guruh (n=40)
HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball 0-hafta	13,63±0,74	14,33±0,94
HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball 1-hafta	11,31±0,11	12,85±0,02
HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball 2-hafta	10,76±2,3	11,33±3,39*
HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball 4-hafta	8,59±0,6	10,45±1,42***
HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball 6-hafta	6,31±0,14	8,2±0,52***

Izoh: - 1 guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan farq ahamiyatli (*-p<0,05; ** - p<0,01; *** - <0,001)

Tekshiruvni birinchi haftasi oxirida eng ishonchli dinamika 1B-guruh bemorlarga nisbatan 1A-guruh bemorlarida kuzatildi. To'rtinchi hafta oxirida 1A-guruhda o'rtacha ball ko'rsatkichlari 1-B guruh bemorlarining o'rtacha ballariga nisbatan past qo'rsatkichlarga ega bo'ldi. Tekshiruv oxirida affektiv simptomatikaning maksimal regressiyasi 1A-guruhida kuzatildi. 1A-guruh bemorlarda 1B-guruh bemorlarga nisbatan yaxshiroq natija kuzatildi. Bu natijalar subdepressiv simptomatikaning past reduktsiyasi haqida gapirishga imkon beradi, asosan somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarni davo samaradorligida ko'zga yaqqol tashlanadi.

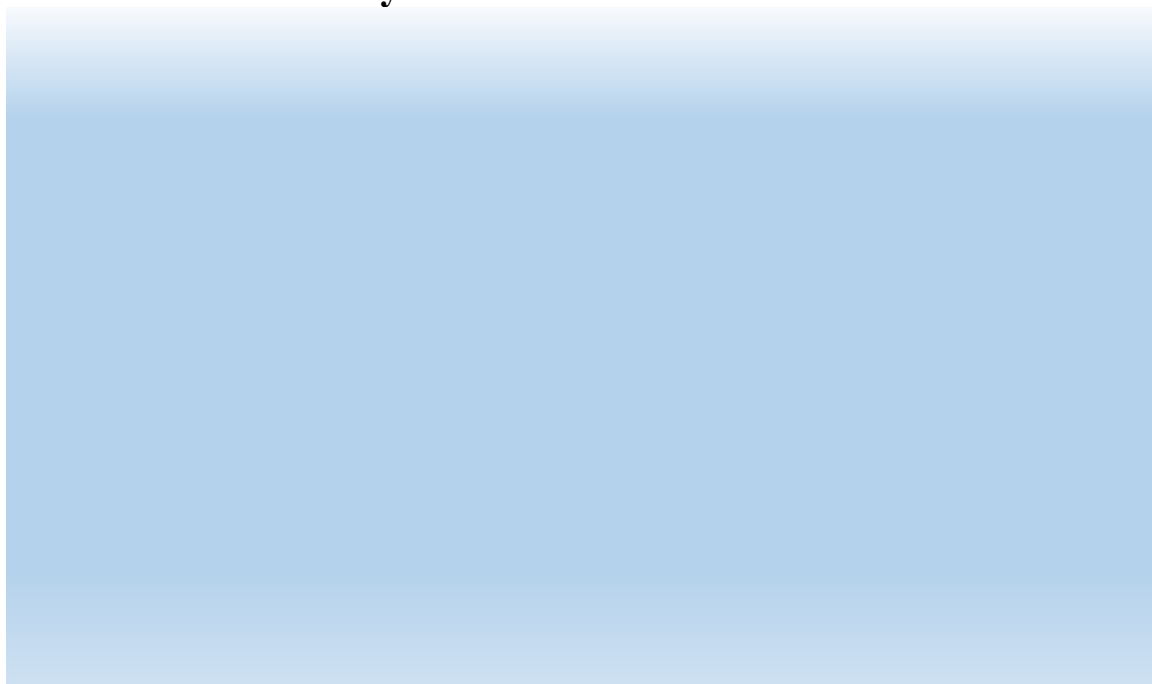
Preparatlar bilan davolash ijobiy natijasini baholash guruhlarida tekshiruvning boshlang'ich davrida va 6-haftasida "umumiy klinik ta'ssurotlar" (CGI) shkalasi ya'ni og'irlik subshkalasi (CGI-S) va yaxshilashish subshkalasi (CGI-I) yordamida baholandi.

Og'irlik holatini umumiy klinik taassurotlar shkalasi bo'yicha aniqlashda CGI-S (og'irlik) tadqiqotni boshlanish bosqichida shu aniq bo'ldiki, 1A-guruh bemorlarda og'ir buzilish (AD+NP+bazis terapiya guruhi – 59,1%, n=26;), 1B-guruh bemorlarda esa (AD+bazis terapiya guruhi – 40,4% n=16;) tashkil etdi, davolanishni oxirida esa og'ir buzilishlar 1A-guruhda tuliq yoki deyarli tuliq remissiya bilan almashdi ya'ni ijobiy samarali natijalarga erishildi (50%), 1B-guruhda tuliq yoki deyarli tuliq remissiya kuzatilmadi (1A-guruh-50%, 1B-guruh-0%).

Antidepressantlar va nootropilar bilan davo o'tkazilgan guruhlarda ijobiy dinamika kuzatildi. Dinamika 4.2-rasmda ko'rsatilgan. Shunday qilib, Gamilton shkalasi bo'yicha o'rtacha ball dinamikasiga asoslanib, 1A - va 1B-bemorlar guruhida antidepressant va nootrop preparatlar kombinatsiyasi katta terapevtik samaradorlikka ega ekanligi haqida gapirish mumkin (4.2-rasmga qarang).

4.2-rasm

1A - va 1B-guruhlarda davolash samaradorligini birinchi va oltinchi haftada umumiy klinik taassurotlar (CGI-S) shkalasi bo'yicha baholash mezonlari

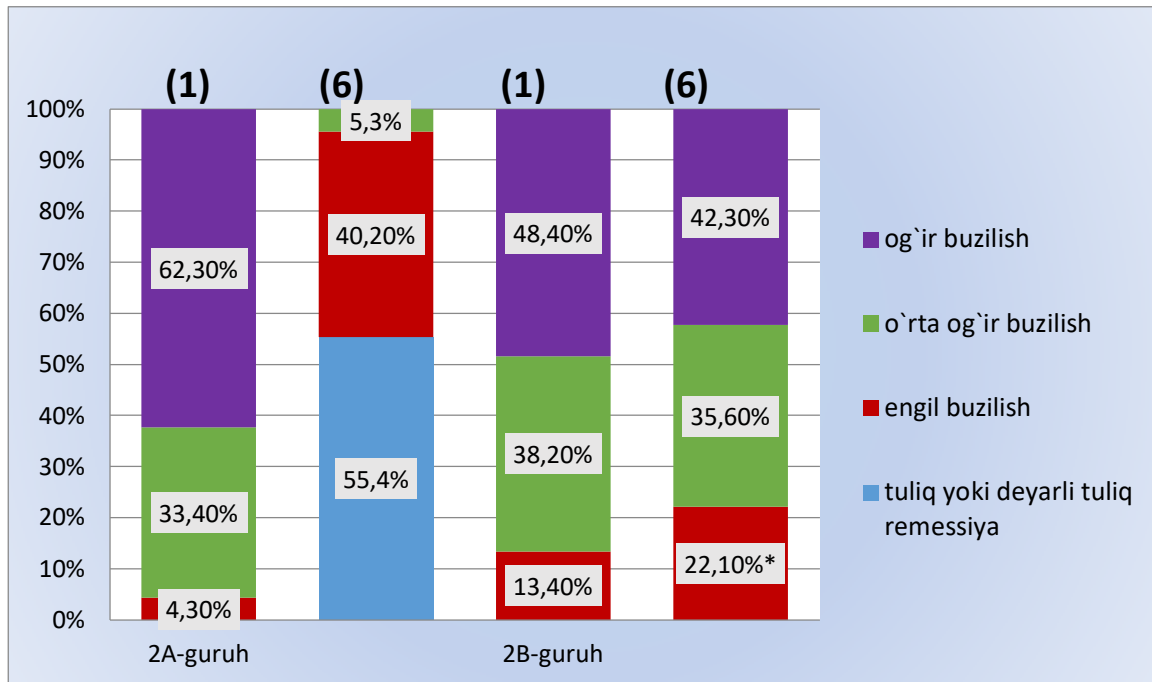


2A - va 2B-subguruhlarda og'irlik holatini umumiy klinik taassurotlar shkalasi bo'yicha aniqlashda CGI-S (og'irlik) tadqiqotni boshlanish bosqichida shu aniq bo'ldiki, 2A-guruh bemorlarda og'ir buzilish (AD+NT+bazis terapiya guruhi – 62,3%, n=18;), 2B-guruh bemorlarda esa (AD+bazis terapiya guruhi – 48,4% n=9;) tashkil etdi, davolanishni oxirida esa og'ir buzilishlar 2A-guruhda tuliq yoki deyarli tuliq remissiya bilan almashdi ya'ni ijobiy samarali natijalarga erishildi (55,4%), 2B-guruhda tuliq yoki deyarli tuliq remissiya kuzatilmadi (2A-guruh-55,4%, 2B-guruh-0%). Antidepressantlar va normotimiklar bilan davo o'tkazilgan guruhlarda ijobiy dinamika kuzatildi. Kechishi 4.3-rasmda ko'rsatilgan. Shunday qilib, Gamilton shkalasi bo'yicha o'rtacha ball dinamikasiga asoslanib, 2A - va 2V-bemorlar guruhida antidepressant va normotimik dori vositalari kombinatsiyasi katta

terapevtik samaradorlikka ega ekanligi haqida gapirish mumkin (4.3-rasmga qarang).

4.3-rasm

2A - va 2B-guruhlarda davolash samaradorligini 1-va 6-haftada umumiy klinik taassurotlar (CGI-S) shkalasi bo'yicha baholash mezonlari

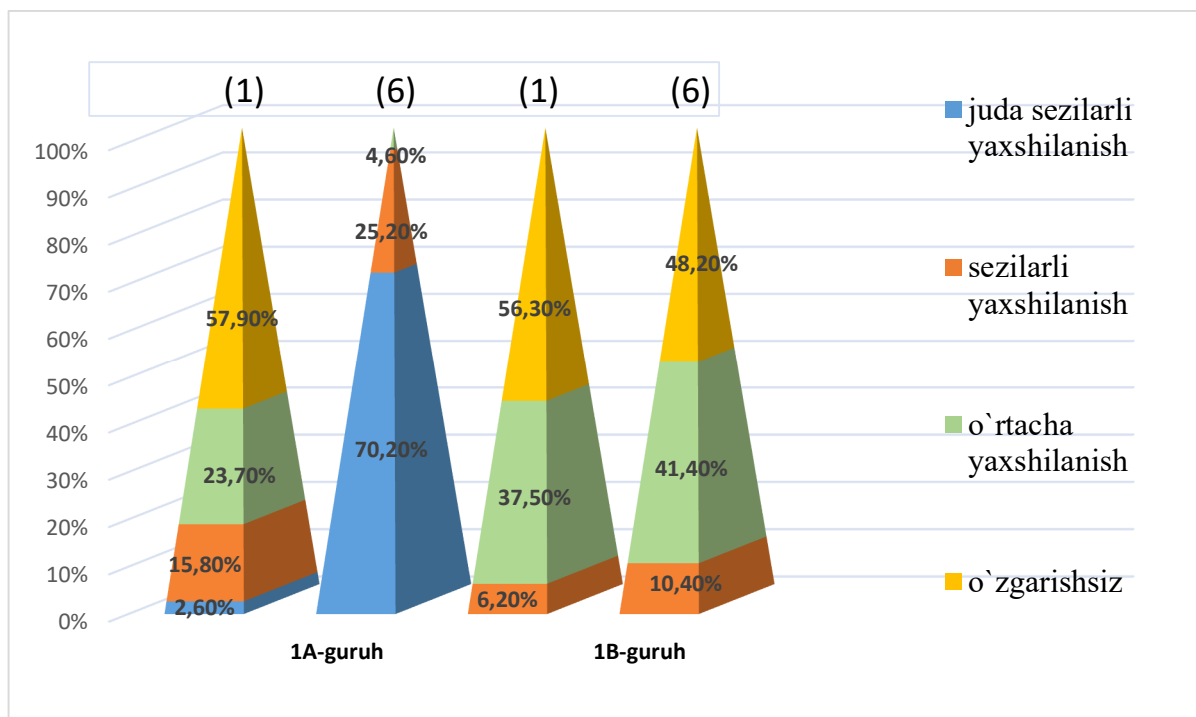


Bundan tashqari, antidepressant, nootrop va normotimikni o'z ichiga olgan terapevtik shaklning eng katta samaradorligi umumiy klinik ta'ssurotlar shkalasi bo'yicha CGI-I (yaxshilanish) ijobiy kechishni tasdiqladi.

1A-guruh bemorlarida davolashni 1-haftasida davolash natijasi 57,9% holatda o'zgarishsiz bo'lgan bo'lsa, davolashni 6-haftasida o'zgarishsiz holat kuzatilmagan, 70,2% holatda juda sezilarli yaxshilanish kuzatilgan. 1B-guruh bemorlarida esa davolashni 1-haftasida o'zgarishsiz holat 56,3% bo'lsa, davolashni 6-haftasida o'zgarishsiz holat 48,2% kamaygan, juda sezilarli yaxshilanish kuzatilmagan. (4.4-rasmga qarang).

4.4-rasm

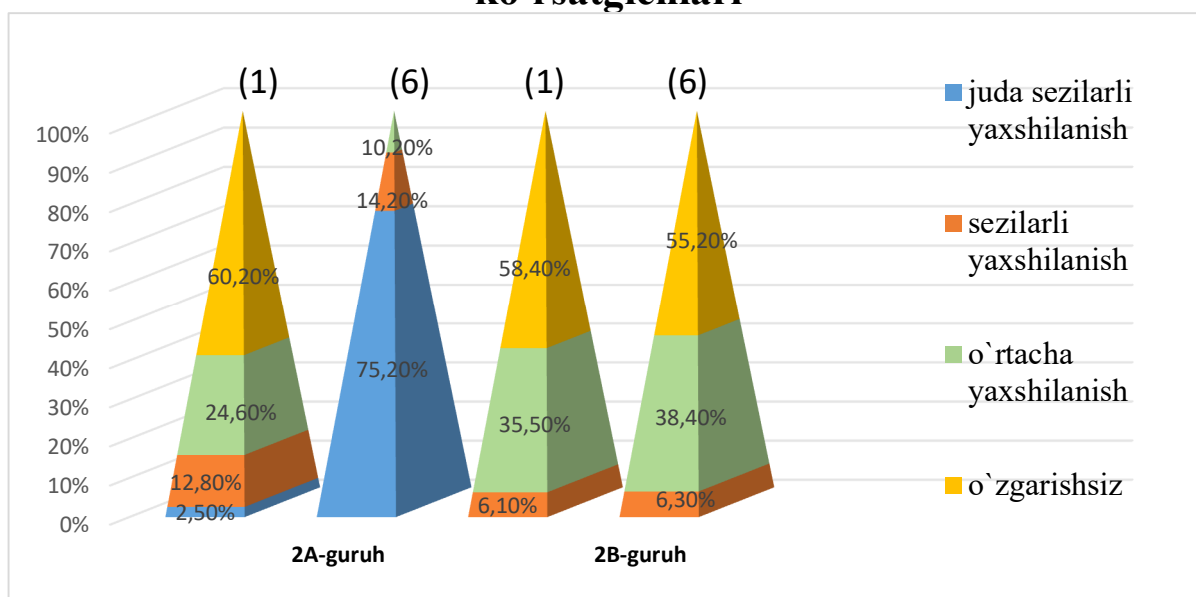
1A - va 1B-subguruhlarida davolash samaradorligini 1-va 6-haftada umumiy klinik taassurotlar (CGI - I) shkalasi bo'yicha baholash ko'rsatgichlari



2A-guruh bemorlarida davolashni 1-haftasida davolash natijasi 60,1% holatda o'zgarishsiz bo'lgan bo'lsa, davolashni 6-haftasida o'zgarishsiz holat kuzatilmagan, 75,2% holatda juda sezilarli yaxshilanish kuzatilgan. 2B-guruh bemorlarida esa davolashni 1-haftasida o'zgarishsiz holat 58,4% bo'lsa, davolashni 6-haftasida o'zgarishsiz holat 55,2% kamaygan, juda sezilarli yaxshilanish kuzatilmagan. (4.5-rasmga qarang).

4.5-rasm

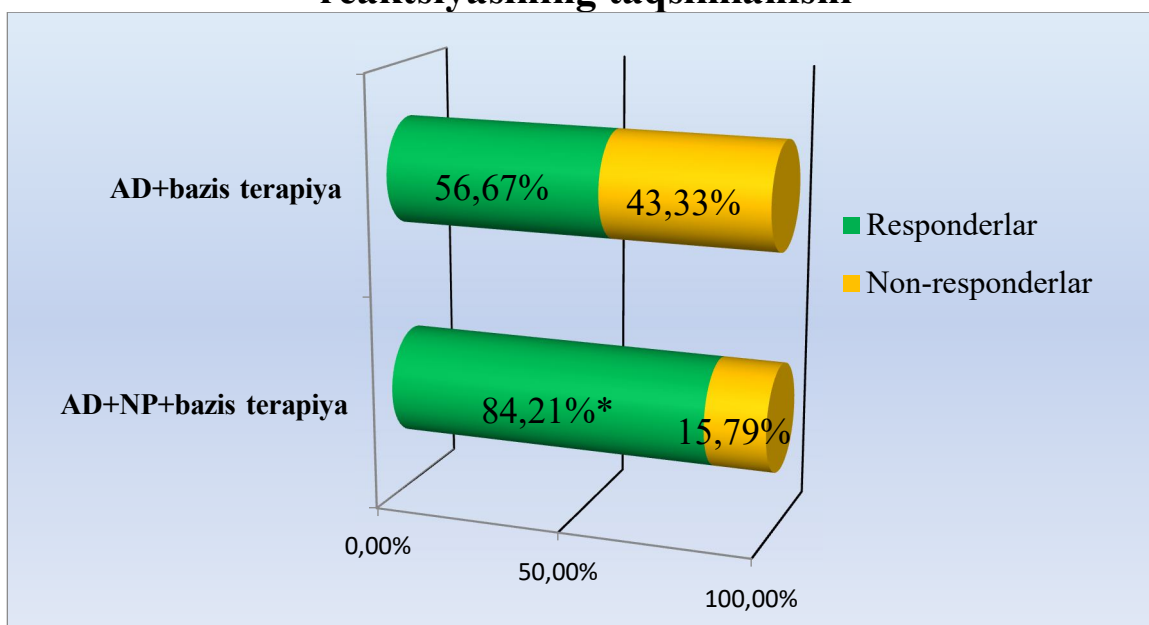
2A - va 2B-subguruhlarida davolash samaradorligini 1-va 6-haftada umumiy klinik taassurotlar (CGI - I) shkalasi bo'yicha baholash ko'rsatgichlari



Bemorlarning 1A – (AD+NP+bazis terapiya) va 1B – guruhida (AD+bazis terapiya) responderlar soni non-responderlar sonidan ustunlik qildi. Antidepressant va bazis davo birga qo'llanilganda responderlar soni ishonchlilikdan past bo'ldi ($p>0,05$). Davoga eng katta ijobiy javob antidepressant+nootrop, antidepressant+normotimik bilan davolangan bemorlarda kuzatildi (4.6-rasm, 4.7-rasmga qarang).

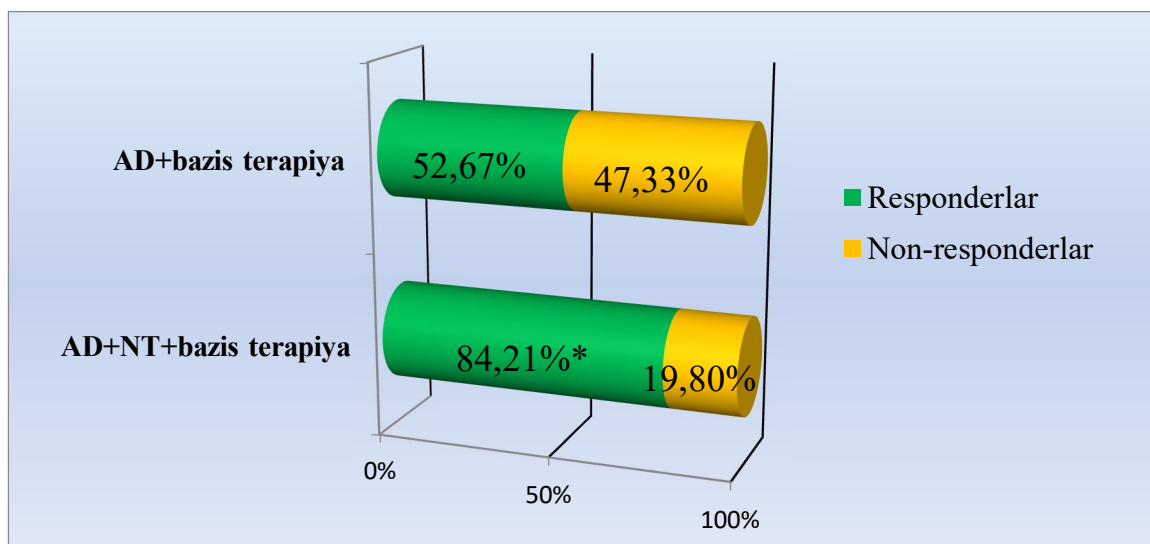
4.6-rasm

1A - va 1B-gurux bemorlarining o'tkazilgan davoga javob reaksiyasining taqsimlanishi



4.7-rasm

2A - va 2B-gurux bemorlarining o'tkazilgan davoga javob reaksiyasining taqsimlanishi



Shunday qilib, ma'lum bo'ldiki, antidepressant, nootrop va normotimiklar bilan kombinirlangan davo eng ishonchli samara berdi. Davolash shaklini tanlash vaqtida klinik xususiyatlarga, somatizirlangan buzilishlarga va subdepressiv sindromning asosiy simptomlariga e'tibor qaratish muhim ahamiyat kasb etadi. Surunkali somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlar antidepressantlarning adekvat dozasini talab qiladi. Subdepressiv holatlarni davolashda, klinik yaxshilanishga erishish nuqtai nazaridan eng past ijobiy natija antidepressant va bazis davo kombinatsiyasi bo'ldi.

§4.2. Somatizirlangan subdepressiv bemorlarni davolanishidan keyingi mehnatga layoqatlilik va muloqot chegarasi holati

Bemorlarni terapiyadan keyingi hayot sifati shaklini va muloqot doirasini o'rganishda bemorni o'zini, oila a'zolarini yoki dustlarini, kasbiy faoliyatini baholash muhim hisoblanadi. Mehnatga layoqatlilik darajasini baholashda ikki klinik guruh bemorlar oltita subguruhlariga ajratildi:

- 1.- Mehnat faoliyati to'liq saqlangan;
- 2.- Mehnat faoliyati nafaqaga chiqishi bilan to'xtatilgan;
- 3.-Malaka pasayishi bilan mehnat faoliyatini davom ettirgan;
- 4.-Ishlamaydi, nogironligi yo'q;
- 5.-Xech qachon ishlamagan;
- 6.-Ruxiy kasallik tufayli 2,3 guruh nogironi.

4.2-jadvalda ikkala guruh bemorlarida mehnatga layoqatlilik saqlanishi va yo'qolishi keltirilgan.

4.2-jadval

Ikkala guruh bemorlarida davolanishdan keyingi mehnatga layoqatlilik yo'qolishi va saqlanish darajasining ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)		P
	1A-guruh (n=44)	1B-guruh (n=40)	2A-guruh (n=30)	2B-guruh (n=20)	
	a δ c(%)	a δ c(%)	a δ c(%)	a δ c(%)	
Mehnat faoliyati to'liq tiklangan	33(75,0%)*	12(30,0%)*	22(73,3%)*	5(25,0%)*	<0,001
Malaka pasayishi		10(25,0%)	4(13,4%)	2(10,0%)	<0,001

bilan mehnat faoliyatini davom ettirgan	4(9,1%)				
Mehnat faoliyati nafaqaga chiqishi bilan to'xtatilgan	3(6,8%)	2(5,0%)	2(6,7%)	2(10,0%)	>0,05
Ishlamaydi, nogironligi yo'q	2(4,5%)	1(2,5%)	1(3,3%)	2(10,0%)	>0,05
Xech qachon ishlamagan	1(2,3%)	2(5,0%)	1(3,3%)	1(5,0%)	>0,05
Ruxiy kasallik tufayli 2,3 guruh nogironi	1(2,3%)*	13(32,5%)*	0(0,0%)*	8(40,0%)*	<0,05
Jami bemorlar	44(100%)	40(100%)	30(100%)	20(100%)	

Mehnat faoliyati tiklanganligi 1A-guruh bemorlarining 33(75,0%) nafarida, 2A-guruh bemorlarining 22(73,3%) kuzatildi. Ruhiiy kasallik bo'yicha 2- va 3-guruh mehnatga layoqatsizlikning mavjudligi 1a-guruh bemorlarida 1b-guruh bemorlariga nisbatan ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi va 2,3% va 32,5% nisbatlarni aks ettirdi ($p<0,05$). Shuningdek, mazkur ko'rsatgich 2A-guruh bemorlarida 2B-guruh bemorlariga nisbatan ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi va 0,0% va 40,0% nisbatlarni aks ettirdi ($p<0,05$). Xulosa qilib aytganda, 1B-guruh va 2B-guruh bemorlari mehnat faoliyatining juda pasayishi bilan tavsiflandi va 1b-guruh va 2a-guruh bemorlari bilan solishtirilganda nogironlikning yuqori ko'rsatgichlariga ega bo'ldi.

Ikkala guruh bemorlarining muloqot doirasi holati 3 mezon bo'yicha baholandi:

1. Kasallikgacha bo'lgan muloqot darajasi tiklandi;
2. Muloqot oila a'zolari bilan va yaqin tanishlari bilan chegaralandi;
3. Muloqot eng yaqin oila a'zolari bilan cheklandi;

Bemorlarni muloqot darajasi 4.3-jadvalda keltirilgan.

4.3-jadval

Bemorlarni davolashdan keyingi muloqot darajasi tavsifi

Ko'rsatgichlar	1- guruh (n=84)		2- guruh (n=50)		P
	1A-guruh (n=44)	1B-guruh (n=40)	2A-guruh (n=30)	2B-guruh (n=20)	
	a δ c(%)	a δ c(%)	a δ c(%)	a δ c(%)	
Kasallikgacha bo'lgan muloqot darajasi tiklandi	35(79,6%)*	12(30,0%)*	25(83,4%)*	6(30,0%)*	<0,05
Muloqot oila a'zolari va yaqin tanishlari bilan chegaralandi	6(13,6)%	10(25,0%)	4(13,3%)	5(25,0%)	>0,05
Muloqot eng yaqin oila a'zolari bilan cheklandi	3(6,8%)*	18(45,0%)*	1(3,3%)*	9(45,0%)*	<0,05

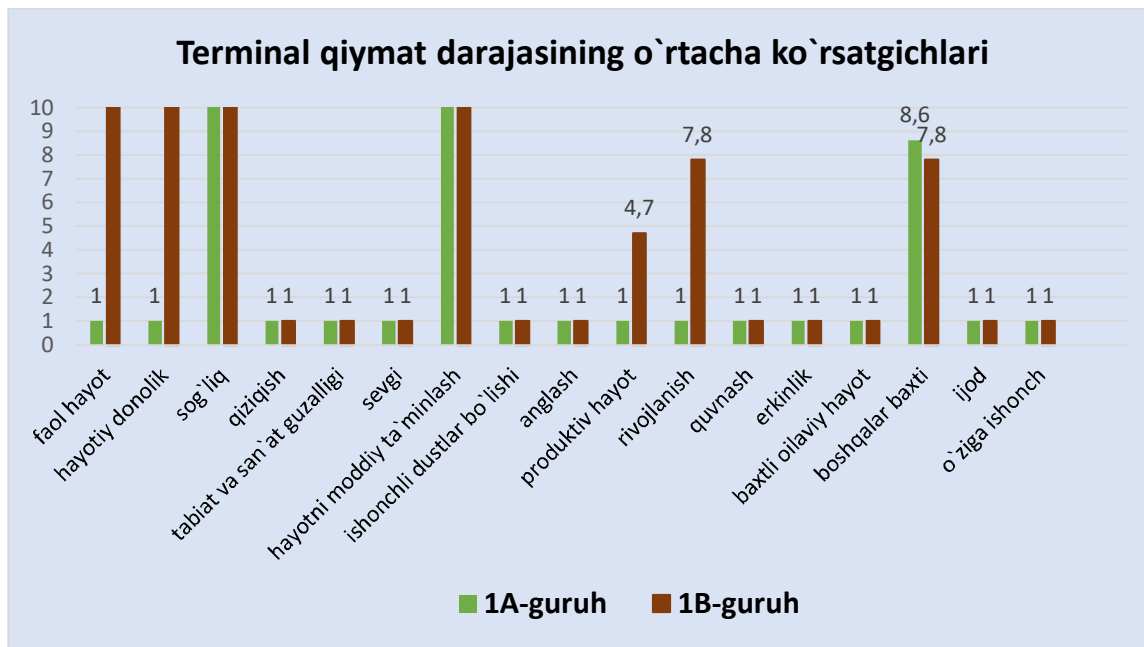
Kasallikgacha bo'lgan muloqot darajasi tiklanishi 1A-guruh va 2A-guruh bemorlarida ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (79,6% va 83,4%). Muloqotni eng yaqin oila a'zolari bilan cheklanishi 1B-guruh va 2B-guruh bemorlarida yuqori ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (45,0% va 45,0%). Bemorlarni muloqot doirasi darajasi tahlil qilinganda 1B-guruh va 2B-guruh bemorlarida muloqot chegarasi toraydi.

§4.3. Uzoq vaqt cho'zilgan subdepressiya klinik tuzilishini M.Rokichning "qiymatli yo'nalishlar" usuli bo'yicha eksperimental-psixologik tekshirish usullari

"Hayot sifati" tushunchasiga "qiymatli yo'nalishlar" tizimi kiradi, bu shaxsiyatni psixologik himoyasi bilan bog'liq, insonni ruhiy sog'lomlik darajasi qo'yidagi "qiymatli yo'nalishlar" ya'ni oila, sevgi, dustlar mavjudligi, faollik, erkinlik va boshqalar bilan bevosita bog'liq, mazkur ko'rsatgichlar M.Rokichning (1997) "qimmatli yo'nalishlar" usulida aks etadi. Qimmatli yo'nalishlar tizimi shaxsiyat yo'nalishini mazmunli tomonini belgilaydi va tashqi dunyoga, odamlarga, o'ziga bo'lgan munosabatlarining asosini, motivasion hayot faoliyatining yadrosini tashkil etadi. Mazkur tekshirishda 18 "qiymatli yo'nalishlar" bo'lib, guruh bemorlarining individual mohiyati tamoyiliga asoslangan. 4.8-rasmda 1A-guruh va 1B-guruh bemorlarida "qiymatli yo'nalishlar" tasvirlangan.

4.8-rasm

Ikkala guruh bemorlarida "qiymatli yo'nalishlar" taqsimlanishi tavsifi



4.8-rasmni tahlil qilganda 1A-guruh bemorlarining ko'pchiligi asosiy qiymatni (83,3%) sog'liq omiliga, 11,5%-hayotining moddiy ta'minot omiliga, 8,6%-baxtli oilaviy hayot omiliga, 1B-guruh bemorlarining ko'pchiligida birinchi navbatda sog'liqqa-26,6%, faol hayotga-21,9%, donolikka-20,3%, hayotini moddiy ta'minotiga-10,9% ustunlik berishdi.

XOTIMA

Oxirgi o'n yillikda subdepressiv buzilishlarning cho'zilgan va davolashga rezistent shakllari keskin oshib bormoqda. Bovina R.Ya., Aksenovoy I.O. (2020) fikriga binoan, 15% dan 30% gacha bo'lgan subdepressiyalar cho'zilib kechishga moyilligi bilan ko'zga yaqqol tashlanmoqda. Yu.V. Popova, V.D. Vida (2016) fikriga ko'ra, har bir beshinchi bemorda subdepressiya taxminan ikki yildan ortiq vaqtga cho'zilmoqda. Ilmiy adabiyotlardagi manbalarga binoan, engil va o'rtacha ifodalangan depressiyalar katta ko'rsatgichlarda Surunkli cho'zilib kechishga moyil bo'ladi va og'ir depressiyalar bilan taqqoslanganda, ular timoanaleptik davoga rezistent bo'lib, ijtimoiy dezadaptatsiyaga tez olib keladi. Subdepressiv buzilishlarni bunday keng tarqalishini V.Ya. Semke va N.A. Kornetov (2018) XXI asrdagi "noinfeksion epidemiya" bilan taqqoslaydi. ECA tadqiqotlarining statistik mahlumotlariga ko'ra, subdepressiv epizodlarning yuqori xavfi 25-44 yoshlar atrofiga to'g'ri keladi, bunda bemorlar o'rtasida mehnatga layoqatsizlik yuqori bo'ladi. Subdepressiyalar ruhiy kasalliklar orasida eng keng tarqalgan patologiya bo'lib, kasallanish xavfi inson hayotida davomida 20% tashkil qiladi, hayot davomida 10% gacha erkaklar, 20% gacha ayollar xastalanadi. Somatizatsiyalangan subdepressiyalar umumiy ambulator bemorlarning 20-40 % kuzatiladi.

Somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishlar tashxisi bunday bemorlarda taxminan 3 yillardan keyin qo'yiladi, bungacha bemorlar turli boshqa mutuxassislarda takror, davomli, qimmat va kam samarali davo kurslarini olib yurishadi. Somatizatsiyalangan subdepressiyalar ko'pchilik hollarda umumiy tibbiy tarmoqda uchraydi, umumiy amaliyot shifokoriga murojaat etgan bemorlarning 1/3 va 1/3 qismida turli simptomatikali somatik kasalliklar bilan niqoblangan belgilar kuzatilib, ular somatik kasalliklarga umuman mos kelmaydi va psixiatr, psixterepevtlarga muhtoj bo'lishadi. Korshunov N.I., Yaltseva N.V., Krasnov V.N. (2001) ruhiy salomatlik muammolarining klinik ahamiyati umumiy tibbiy tarmoqning bemorlarida ham kuzatiladi. Ciompi L., Lai G.R. (2019) fikricha surunkali subdepreessiyalar hamma depressiyalarning taxminan 30% tashkil qiladi va yuqori darajadagi ijtimoiy dezadaptasiya, davolashga rezistentlik bilan ajralib turadi. Kutko N.N., Stefanovskiy V.A., (2016) fikriga binoan, qari yoshdagi subdepressiv bemorlarni klinik va ijtimoiy-moslashuv jihatlarini o'rganishni alohida dolzarbligi nafaqat uni keng tarqalganligi, balki uning solishtirma tashxisi hisoblanadi, bu esa yosh bilan, klinik manzarasining atipikligi, patologik o'zgargan muhitga bog'lik bo'lishi mumkin. Subdepressiv buzilishlarni yosh ulg'ayishi bilan

psixogeniyalarga va somatogeniyalarga sezuvchanligi oshib boraveradi, subdepressiv fazalar kuzatilishi tezlashadi, vahima kuchayadi, ipoxondrik simptomlar oshib boradi. Krijanovskiy A.V., (2014) fikriga ko'ra, subdepressiv bemorlarni katamnez muddatlari oshgan sari yoshga bog'liq holda, klimakterik, qon tomir va boshqa omillar qo'shilib, asosiy kasallikni og'irlashtiradi. Subdepressiv patologiyani klinik belgilari rezidual tserebral etishmovchilik belgilari bilan birga polimorf bo'ladi. J. Fawcet, N.Kravits (2019), Y. Lapierre, D. Hamilton (1998) fikriga binoan, komorbid holatlar yomon sifatli kechish xususiyatiga ega bo'ladi, simptomlar miqdorining oshishi klinik simptomatikaning murakkablashuvi bilan va ijtimoiy adaptatsiya bilan bog'liq bo'ladi.

Ushbu tekshiruvda somatizirlangan subdepressiv va somatizirlanmagan subdepressiv bir yuz uttiz to'rt nafar bemor kompleks tahlil qilish uchun ishtirok etdi (bir yuz o'n to'rt nafar ayollar va yigirma nafar erkaklar). Tadqiqot jarayonida klinik-psixopatologik, klinik-anamnestik, psixometrik, klinik-genealogik, somato-nevrologik, eksperimental-psixologik usullardan foydalanildi. Tadqiqotga og'ir somatik kasalliklari bo'lgan, shizofrenik bemorlar, bosh miyani og'ir organik kasalliklari mavjud bemorlar kiritilmadi.

Tadqiqotda bemorlarni o'rtacha yoshi 42,8 +3,9 yoshni tashkil qildi. 2000-2018 yildagi arxiv materiallariga asoslangan holda (kasallik tarixlari, ambulator kartalar) bemorlar ikki guruhga ajratildi: 1-guruh somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlar (84 nafar 62,7%), 2-guruh somatizatsiyalanmagan subdepressiv bemorlar (50 nafar 37,3%). Tadqiqotda bemorlar yoshi bo'yicha ikki guruhga ajratildi: 1-guruh bemorlari 35-44 yosh oralig'ida (70,2%) va 45-55 yosh oralig'ida (29,8%), 2-guruh bemorlari 35-44 yosh oralig'ida (48,0%) va 45-55 yosh oralig'ida (52,0%) bo'ldi.

Olgan ma'lumoti bo'yicha 1-guruh bemorlarida to'gallanmagan o'rta ma'lumot 6,0%, umumiy o'rta ma'lumot 9,5%, o'rta maxsus ma'lumot 57,2%, oliy ma'lumot 27,3% tashkil qildi. Ikkinchi klinik guruh bemorlarida boshlang'ich ta'limot 2%, to'gallanmagan o'rta ma'lumot 4,0%, umumiy o'rta ma'lumot 16,0%, o'rta maxsus ma'lumot 52,0%, oliy ma'lumot 18,0% tashkil qildi.

Kasbiy holati bo'yicha ikkala klinik guruh bemorlari qo'yidagicha taqsimlandi: 1-guruh bemorlarining 3,5% da mutuxassislik mavjud bo'lmadi, 4,9% kam malakali mehnat qilardi, 21,4% malakali ishchilar, 11,9% texnik, laborant, operatorlar, 21,4% xizmatchilar, 8,3% xizmat ko'rsatish sohasidagi ishchilar, 14,4% shifokor, o'qituvchilar, 14,3%

injener, moliyachilardan iborat bo'ldi. 2-guruh bemorlarining 2% da mutuxassislik mavjud bo'lmadi, 8,0% kam malakali mehnat qilardi, 22,0% malakali ishchilar, 10,0% texnik, laborant, operatorlar, 22,0% xizmatchilar, 6,0% xizmat ko'rsatish sohasidagi ishchilar, 2% harbiylar, 12,0% shifokor, o'qituvchilar, 10,0% injener, moliyachilardan, 6,0% tashkilotchilardan iborat bo'ldi.

Bemorlar oilaviy holati bo'yicha qo'yidagicha taqsimlandi: birinchi guruhda oilalilar 34,5%, ajrashganlar 36,9%, bevalar 25,0%, turmushga chiqmaganlar 3,6% tashkil qildi. Ikkinchi guruhda oilalilar 58,0%, ajrashganlar 22,0%, bevalar 16,0%, turmushga chiqmaganlar 4,0% tashkil qildi.

Birinchi guruh bemorlarda birinchi cho'zilgan fazagacha kasallik davomiyligi va subdepressiv fazalar sonining bir-biriga o'zaro nisbati o'rganilganda 47,6% holatda kasallik boshlanishadanoq cho'zilib kechdi ya'ni birinchi cho'zilgan subdepressiv faza kasllik debyuti ham bo'lib hisoblandi. 35,9% holatda birinchi cho'zilgan fazagacha 1 yoki 2 ta subdepressiv faza kuzatildi. Ikkinchi guruh bemorlarda birinchi cho'zilgan fazagacha kasallik davomiyligi va subdepressiv fazalar sonining bir-biriga o'zaro nisbati o'rganilganda 9,0% holatda kasallik boshlanishadanoq cho'zilib kechdi ya'ni birinchi cho'zilgan subdepressiv faza kasllik debyuti ham bo'lib hisoblandi. 14,0% holatda birinchi cho'zilgan fazagacha 1 yoki 2 ta subdepressiv faza kuzatildi.

Ikkala guruh bemorlarida shaxsiyatni premorbid xususiyatlari ayni vaqtdagi ko'rikka, anamnestik ma'lumotlarga va tibbiy hujjatlarga asoslanib tahlil qilindi. Birinchi guruh bemorlar ikkinchi guruh bilan taqqoslaganda ishonchli ko'rsatgichlar ($p < 0,05$) shaxsiyatni premorbid isterik xususiyatlarida aniqlandi (27,4% va 10,0%); kamroq ishonchli ko'rsatgichlar ($p < 0,05$) gipotim (8,3% va 20,0%) va gipertim (1,2% va 16,0%) shaxsiyat xususiyatlarida kuzatildi.

1-guruh bemorlarda 6 yildan 20 yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligi aniqlandi va 86,8% tashkil etdi, 2-guruhda esa 2 yildan 15 yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligi 80,0% tashkil qildi (1-guruh bemorlarda kasallikni o'rtacha davomiyligi $15,4 \pm 1,6$ yilni, 2-guruhda esa $9,02 \pm 2,4$ yilni tashkil etdi). Cho'zilgan somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarda remissiya davomiyligi qisqaroq bo'ladi. 2-guruh bemorlarida subdepressiv holatdan tuliq chiqish kuzatildi, 1-guruh bemorlarida biroz affektiv o'zgarishlar, qoldiq simptomatika kuzatildi. Guruhlarda ilgari kuzatilgan subdepressiv xurujlarni davomiyligi bo'yicha taqsimlanishida 1-guruhda 6 oydan 2 yilgacha (56,8%) kuzatilgan, 2-guruhda kuzatuvlar

ishonchliligi ko'proq, oldingi subdepressiv xurujlar 1,5 oydan 3 oygacha (50%) kuzatilgan. 43,2% 1-guruhda va 100% 2-guruhda xurujlar 1,5 oydan 6 oygacha kuzatilgan, ya'ni uzoq davomli hisoblanmaydi, ammo 1-guruhning 56,8% har bir navbatdagi xuruj oldingisidan uzoqroq davom etgan. 54,1% holatda 1-guruh va 34,0% holatda 2-guruh bemorlarida subdepressiv holat o'tkir boshlangan. Ifodalangan vahima tushkun kayfiyat bilan qo'shilib kelgan, 3 hafta-1,5 oy davomida o'yqu buzilgan, ishtaha yo'qolgan, taxikardiya xurujlari paydo bo'lgan, mehnat faoliyati pasaygan. Biroz vaqtdan keyin umidsizlik hissi paydo bulgan va qiziqishlari susaygan. Bemorlar zudlik bilan psixiatrğa murojaat qilishgan. 1-guruhning qolgan bemorlarida 45,9% va 2-guruhning 66,0% bemorlarida psixopatologik simptomatika asta-sekinlik bilan boshlangan. 2,5 – 4 oy davomida ishtaha pasaygan, ta'sirchanlik paydo bo'lgan, o'ta charchoq, yig'loqilik, bosh og'riqlar, o'yqu buzilishlari (dam olmaganlik hissi) kuzatilgan, keyinchalik butunlay tungi o'yqusizlik paydo bo'lgan. Epizodik ravishda taranglashuv hissi, bezovtalik kuzatilgan. Bemorlarni diqqati va xotirasi pasaygan, o'zlariga nisbatan ishonch susaygan. Kayfiyat pasayishi, yig'loqilik, tez asabiylashish vahima bilan kuzatilgan. Bundan tashqari terlash, taxikardiya xurujlari, kukrak sohasida qisuvchi og'riqlar, ich qotish, tana massasining kamayishi, libido pasayishi kuzatilgan. 1-guruh bemorlari orasida ko'pgina holatlarda 2-guruh bemorlariga nisbatan somatogen omil dominantlik qildi, ya'ni, 48,8% ga 16,0% nisbatda ($p < 0,001$). Ikkinchi guruh bemorlarida birinchi guruh bemorlari bilan taqqoslanganda ko'proq psixogeniya xarakterli bo'ldi, 21,4% ga 78,0% nisbatda ($p < 0,005$). 1-guruh bemorlarni ya'ni somatizasiyalangan subdepressiv bemorlarni katamnez vaqtida somatizasiyalangan buzilishlarni 4 varianti aniqlandi (DSM-IV): algik-55 nafar (65,5%) bemorda, me'da-ichak -16 nafar (19,0%) bemorda, psevdonevrologik-11 nafar (13,1%) bemorda, seksual-2 nafar (2,4%) bemorda kuzatildi.

Arxiv materallarida ma'lumotlar to'liq bo'lmaganligi sababli ko'rik vaqtida ko'pincha kuzatiladigan simptomlar ajratib olindi: gipotimiya, qiziqishlar yo'qolishi, o'ta charchoq, ta'sirchanlik, psixomotor tormozlanish, psixomotor bezovtalik, suisidal fikrlar, buzilgan o'yqu, susaygan ishtaha, sutkalik o'zgarishlar, ipoxondrik va noipoxondrik yopishqoq vahima. Bemorlarda statistik katta ishonchlilik bilan 1-klinik guruh bemorlarida ipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar aniqlandi ($p < 0,001$). Psixomotor bezovtalik, betoqatlik ko'rinishida ishonchli ko'rsatgichlarda birinchi guruh bemorlarida

kuzatildi (56,0% va 8,0%; $p<0,001$). Sutkalik o'zgarishlar 2-guruh bemorlarda 1-guruh bemorlari bilan taqqoslanganda katta statistik ishonchlilik bilan kuzatildi (51,1% va 72,0%; $p<0,05$). Boshqa simptomlar bo'yicha ahamiyatli farqlar aniqlanmadi.

Bosh miyani premorbid ekzogen omillariga (BMEO) oddiy rezidual tserebral defekt (RTSD) sifatida ikkala guruhda ham shakllandi (Bobrov A.S., 1970, 1972, 1990; Bobrov A.S., Bursev E.M., 1986). Bolalikdagi infektsiya asosan birinchi guruh bemorlarida kuzatildi (48,8%). Bosh miya jarohatlari ham birinchi guruh bemorlarida ko'proq ko'rsatgichlarga ega bo'ldi (40,5%).

Rezidual tserebral defekt ko'rsatgichlari birinchi guruh bemorlarida kattaroq ko'rsatgichlarga ega bo'ldi. RTSD ko'rsatgichlari alohida tahlil qilinganda birinchi guruh bemorlarida ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi: insolyasiyani yomon ko'tarish – 67,9%; issiq va dim joyda bo'lish - 65,5%; transportda yurish - 51,2%; jismoiniy va ruxiy zuriqishda bosh og'riqlar – 51,2%; meteotrop labillik – 71,4%; ($p<0,01$).

Miya-qon tomir patologiya va rezidual entsefalopatiya 1-guruh bemorlarida 2-guruh bemorlari bilan taqqoslangan ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi ($p<0,025$).

Birinchi guruh bemorlarida genderli tahlil o'tkazilganda ayol bemorlarda erkak bemorlarga nisbatan rezidual tserebral-organik etishmovchilik belgilaridan meteotrop labillik ishonchli ko'rsatgichlarga ($p<0,05$) ega bo'ldi (68,1% va 33,3%). Klinik belgilari orasida yig'loqilik (65,3% va 16,7%, $p<0,02$), yuqori ta'sirchanlik (83,3% va 58,3%, $p<0,05$), tezlashgan yurak urishi (83,3% va 33,3%, $p<0,005$), bosh aylanishi (81,9% va 33,3%, $p<0,001$), ko'krak qafasida algik sezgilar (93,1% va 66,7%, $p<0,05$) ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi. Erkak bemorlarda esa ayol bemorlarga nisbatan alkogolli ichimliklarni ko'p qabul qilish (66,7% va 1,4%, $p<0,05$), noipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar (81,9% va 50,0%, $p<0,05$), ko'ngil aynish (100,0% va 40,3%, $p<0,05$), tezlashgan siydik ajratish (16,7% va 1,4%, $p<0,05$), burun-xalqumda algiyalar (1,4% va 16,7%, $p<0,05$) ishonchli ko'rsatgichlarga ega bo'ldi.

1-guruh bemorlarda ruxiy kasalliklar bo'yicha nasliy moyillik kamayib boruvchi tartibda qo'yidagicha ifodalandi: alkogolizm-16,7%, affektiv va shaxsiyat buzilishlari-11,9%, suisid-5,9%, manifest shizofreniya-4,8%, qarilik yoshi psixozlari-2,4%, epilepsiya-1,8%, bundan tashqari 14,3% holatda birinchi qator qarindoshlarda bemorlarni fenomenologik holatiga yaqin buzilishlar kuzatildi. Somatik kasalliklar

bo'yicha nasliy moyillik kamayib boruvchi tartibda qo'yidagicha ifodalandi: yurak ishemik kasalligi va gipertoniya kasalligi-28,6%, onkologik kasalliklar-17,9%, yara kasalligi-7,1%, insult-4,8%, revmatik kasalliklar-2,4%, qandli diabet, qalqonsimon va teri kasalliklari 1,2%. 1-guruh bemorlar 2-guruh bemorlar bilan taqqoslanganda qarindoshlikning birinchi qatorida insult ishonchli ko'rsatgichlarga ($p<0,05$) ega bo'ldi, ikki guruh o'rtasida ruxiy va somatik kasalliklarga nasliy moyillik bo'yicha boshqa ishonchli ko'rsatgichlar aniqlanmadi.

Guruh bemorlarida affektiv kiritmalar qayg'u, vahima, apatiya o'rganilganda ustunlik qiluvchi vahima affekti aniqlangan va 1-guruh bemorlarda vahima affekti ustunlik qilgan. 1-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 48,2% holatda, vahimali-distimik 35,1% holatda, g'amli-vahimali 12,4%, g'amli-vahimali-distimik 4,3% holatda kuzatildi. 2-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 8,0% holatda, vahimali-distimik 16,0% holatda, g'amli-vahimali 46,0%, g'amli-vahimali-distimik 30,0% holatda kuzatildi.

Vahimali buzilishlarni aniqlashda DSM-III-R mezonlaridan foydalanish bizlarga yopishqoq vahimali xavfsirashlarni (noipoxondrik va ipoxondrik mazmunli) aniqlashga imkon beradi, bu ruhiy vahimani aks etishi bo'lib, somatik va vegetativ vahimani baholashga yordam beradi. DSM-III-R bo'yicha generalizasiyalashgan vahimali buzilishlar (noadekvat yoki o'ta bezovtalik, ikki yoki undan ortiq hayotiy holatlarni zuriqib kutish) kuzatiladi. 1-guruh bemorlarining ko'pchiligida DSM-III-R bo'yicha generalizasiyalangan vahimali buzilishlar (GVB) kuzatildi. Bunda GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" katta darajalarni qamrab oldi (44,2%), "vegetativ giperfaollik" (35,5%) va "harakat zuriqishi" 22,3% ifodalandi (28,6% va 23,8%). 2-guruh bemorlarida GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" (47,0%), "vegetativ giperfaollik" va "harakat zuriqishi" deyarli bir xil darajalarda ifodalandi (24,0% va 29,0%).

Keyingi bosqichda klinik-dinamik tahlil ajratilgan tasvirlarni tanib olishning avtomatik usuli yordamida amalga oshirildi. Ikki klinik guruh katamnezida, birinchi gospitalizasiyani hisobga olgan holda kasallikning besh yillik davrlari uchun gospitalizatsiyalar soni tahlil qilindi. 1-guruh bemorlarida kasalxonaga yotqizilganlarning o'rtacha soni kasallikning besh yillik davrlar uchun ortdi va gospitalizatsiyalar orasidagi intervallar davomiyligini ikkinchi besh yillikda sezilarli pasayishi kuzatildi. 2-guruh bemorlarida kasalxonaga yotqizilganlarning o'rtacha soni kasallikning besh yillik davrlar uchun o'zgarmadi, ammo gospitalizatsiyalar orasidagi intervallar davomiyligi qisqardi.

Davolashni bosqichlarida HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball ko'rsatgichlari 1-guruh bemorlarida davolashdan oldin $13,63 \pm 3,74$ balni, davolashni oxirida $6,31 \pm 2,14$ balni tashkil etdi. 2-guruh bemorlarida davolashdan oldin $13,33 \pm 3,94$ balni, davolashni oxirida $9,2 \pm 3,52$ balni tashkil etdi. Birinchi guruh bemorlarida mazkur ko'rsatgich ishochli darajalarda bo'ldi ($p < 0,001$). Bemorlarga differentsial davo o'tkazish maqsadida 1-guruh bemorlari (n=84) dastlab ikki guruhga ya'ni 1A - va 1B-guruhlarga ajratib olindi. 1A-guruhga 44 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, nootrop-korteksin 10mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 1B-guruhga 40 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 2-guruh bemorlari (n=50) dastlab ikki guruhga ya'ni 2A va 2B-guruhlarga ajratib olindi. 2A-guruhga 30 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, normotimik-lamotridjin 100mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 2B-guruhga 20 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. Terapiya davomida subdepressiv bemorlar antidepressantlarni, normotimiklarni, nootropnlarni, bazis davo sifatida bemorlarga dezintoksikasion davo o'tkazildi, neyroleptiklarni, vitaminlarni trankvilizatorlarni, turli xil holatlarda qabul qildi. Tekshiriluvchilarda qo'llanilgan preparatlarni tahlili o'tkazildi. Tekshiriluvchilar antidepressant sifatida serotoninni qayta surilishini selektiv ingibitorlovchi venlafaksin qabul qildi. Muayyan guruhlarga antidepressantini tayinlashda, shuningdek ularni turli xil ta'sirlari, klinik ko'rinishlari va asosan subdepressiyaning etakchi komponenti hisobga olindi. Antipsixotik preparatlar vahimani bartaraf etish uchun qo'llaniladi, ular tipik va atipik antipsixotiklar bo'lishi mumkin, ko'pincha davolashni boshqa sxemalarida kvetiapin, sulpirid, galoperidol, sonapaks va boshqalar qo'llanildi. Ushbu bemorlardagi subdepressiya tuzilishida ta'sirchanlik, disforik reaksiyalar, kayfiyatni kundalik o'zgarishlari, to'satdan qisqa muddatga kayfiyatni tushib ketishlari kuzatiladi. Shuningdek, ushbu bemorlarni anamnezida oldin o'tkazilgan subdepressiv fazalar bo'lib, qullab-quvvatlovchi antidepressiv davodan keyin uzoq vaqt turg'un remissiya shakllanmagan bo'ladi. Normotimiklar orasidan ko'pincha lamotridjin qo'llanildi. Davolash samaradorligini ob'ektiv baholash uchun depressiyaning baholovchi Gamilton shkalasi va umumiy

klirik ta'surotlarni baholash CGI shkalalaridan foydalanildi va ma'lumotlarni statistik qayta ishlash bilan birgalikda solishtirma tahlil o'tkazildi. Preparatlarni kombinatsiyasi samaradorligini baholashdan oldin cho'zilgan subdepressiv bemorlar bilan kuzatuv o'tkazildi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball baholandi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball davolanishni boshlanishida cho'zilgan subdepressiv bemorlarda o'rtacha ko'rsatgichlarga ega bo'ldi, bu subdepressiyani uzoq vaqt davomli kechishi bilan bog'liq bo'ldi. Dori vositalari bilan davolash samaradorligini baholash tadqiqotning boshlang'ich bosqichida va oltinchi haftasida "umumiy klinik taassurotlar" (CGI) shkalasi, og'irlik subshkalasi (CGI-S) va yaxshilash subshkalasi (CGI-I) yordamida baholandi. Gamilton shkalasi bo'yicha o'rtacha ball dinamikasiga asosan, 1a - va 2a-bemorlar guruhida antidepressant, nootrop va normotimik preparatlar kombinatsiyasi muhim davolashga oid samaradorlikka ega ekanligi haqida gapirish mumkin. Shu bilan birga, antidepressant, nootrop va normotimikni o'z ichiga olgan terapevtik shaklning eng katta samaradorligi umumiy klinik ta'ssurotlar shkalasi bo'yicha CGI-I dinamikani tasdiqladi. Antidepressant va bazis terapiya birga qo'llanilganda responderlar soni ishonchlilikdan past bo'ldi ($p>0,05$). Terapiyaga eng katta ijobiy javob nootrop va normotimik bilan davolangan bemorlarda kuzatildi.

Bemorlarniterapiyadan keyingi hayot sifati shaklini va muloqot doirasi chegarasini o'rganishda bemorni shaxsan o'zini, oila a'zolarini yoki dustlarini, kasbiy faoliyatini baholash muhim bo'ladi. Xulosa qilib aytganda, 1B-guruh va 2B-guruh bemorlari mehnat faoliyatining juda pasayishi bilan tavsiflandi va 1A-guruh va 2A-guruh bemorlari bilan solishtirilganda nogironlikning yuqori ko'rsatgichlariga ega bo'ldi. "Hayot sifati" tushunchasiga "qiymatli yo'nalishlar" tizimi kiradi, bu shaxsiyatni psixologik himoyasi bilan bog'liq, insonni ruhiy sog'lomlik darajasi qo'yidagi "qiymatli yo'nalishlar" ya'ni oila, sevgi, dustlar mavjudligi, faollik, erkinlik va boshqalar bilan bevosita bog'liq. 1A-guruh bemorlarining ko'pchiligi asosiy qiymatni (83,3%) sog'liq omiliga, 11,5%-hayotining moddiy ta'minot omiliga, 8,6%-baxtli oilaviy hayot omiliga, 1B-guruh bemorlarining ko'pchiligida birinchi navbatda sog'liqqa-26,6%, faol hayotga-21,9%, donolikka-20,3%, hayotini moddiy ta'minotiga-10,9% ustunlik berishdi.

Guruhlarda affektiv belgilar apatiya, vahima, qayg'u o'rganilganda dominantlik qiluvchi vahima affekti aniqlangan va 1-guruh bemorlarda

vahima affekti dominantlik qilgan. 1-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 48,2% holatda, vahimali-distimik 35,1% holatda, g'amli-vahimali 12,4%, g'amli-vahimali-distimik 4,3% holatda kuzatildi. 2-guruhda gipotimiyani vahimali modalligi 8,0% holatda, vahimali-distimik 16,0% holatda, g'amli-vahimali 46,0%, g'amli-vahimali-distimik 30,0% holatda kuzatildi.

Vahimali buzilishlarni aniqlashda DSM-III-R mezonlaridan foydalanish bizlarga yopishqoq vahimali xavfsirashlarni (noipoxondrik va ipoxondrik mazmunli) aniqlashga imkon beradi, bu ruhiy vahimani aks etishi bo'lib, somatik va vegetativ vahimani baholashga yordam beradi. DSM-III-R bo'yicha generalizatsiyalashgan vahimali buzilishlar (noadekvat yoki o'ta bezovtalik, ikki yoki undan ortiq hayotiy holatlarni zuriqib kutish) kuzatiladi. 1-guruh bemorlarining ko'pchiligida DSM-III-R bo'yicha generalizatsiyalangan vahimali buzilishlar (GVB) kuzatildi. Bunda GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" katta darajalarni qamrab oldi (44,2%), "vegetativ giperfaollik" (35,5%) va "harakat zuriqishi" 22,3% ifodalandi (28,6% va 23,8%). 2-guruh bemorlarida GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" (47,0%), "vegetativ giperfaollik" va "harakat zuriqishi" deyarli bir xil darajalarda ifodalandi (24,0% va 29,0%).

Keyingi bosqichda klinik-dinamik tahlil ajratilgan tasvirlarni tanib olishning avtomatik usuli yordamida amalga oshirildi. Ikki klinik guruh katamnezida, birinchi gospitalizatsiyani hisobga olgan holda kasallikning besh yillik davrlari uchun gospitalizatsiyalar soni tahlil qilindi. 1-guruh bemorlarida kasalxonaga yotqizilganlarning o'rtacha soni kasallikning besh yillik davrlar uchun ortdi va gospitalizatsiyalar orasidagi intervallar davomiyligini ikkinchi besh yillikda sezilarli pasayishi kuzatildi. 2-guruh bemorlarida kasalxonaga yotqizilganlarning o'rtacha soni kasallikning besh yillik davrlar uchun o'zgarmadi, ammo gospitalizatsiyalar orasidagi intervallar davomiyligi qisqardi.

Davolashni bosqichlarida Gamilton shkalasi bo'yicha o'rtacha ball ko'rsatgichlari 1-guruh bemorlarida davolashdan oldin $13,63 \pm 3,74$ balni, daolashni oxirida $6,31 \pm 2,14$ balni tashkil etdi. 2-gurux bemorlarida davolashdan oldin $13,33 \pm 3,94$ balni, daolashni oxirida $9,2 \pm 3,52$ balni tashkil etdi. Birinchi guruh bemorlarida mazkur ko'rsatgich ishochli darajalarda bo'ldi ($p < 0,001$). Bemorlarga defferentsial davo o'tkazish maqsadida 1-guruh bemorlari (n=84) dastlab ikki guruhga ya'ni 1A - va 1B-guruhlarga ajratib olindi. 1A-guruhga 44 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, nootrop-korteksin 10mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar,

vitaminlar qabul qildi. 1B-guruhga 40 nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-Venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 2-guruh bemorlari (n=50) dastlab ikki guruhga ya'ni 2A va 2B-guruhlarga ajratib olindi. 2a-guruhga o'ttiz nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, normotimik-lamotridjin 100mg/sut, bazis terapiya sifatida neyroleptiklar, trankvilizatorlar, vitaminlar qabul qildi. 2b-guruhga yigirma nafar kiritildi va ular selektiv antidepressant-venlafaksin 75 mg/sut, bazis terapiya sifatida trankvilizatorlar, neyroleptiklar, vitaminlar qabul qildi. Davolash davomida subdepressiv bemorlar antidepressantlarni, normotimiklarni, nootropnlarni, bazis davo sifatida bemorlarga dezintoksikasion davo o'tkazildi, neyroleptiklarni, trankvilizatorlarni, vitaminlarni turli holatlarda qabul qildi. Tekshiriluvchilarda qo'llanilgan preparatlarni tahlili o'tkazildi. Tekshiriluvchilar antidepressant sifatida serotoninini qayta surilishini selektiv ingibirlovchi Venlafaksin qabul qildi. Muayyan guruhlarga antidepressantini tayinlashda, shuningdek ularni turli xil ta'sirlari, klinik ko'rinishlari va asosan subdepressiyaning etakchi komponenti hisobga olindi. Antipsixotik preparatlar vahimani bartaraf etish uchun qo'llaniladi, ular tipik va atipik antipsixotiklar bo'lishi mumkin, ko'pincha davolashni boshqa sxemalarida kvetiapin, sulpirid, galoperidol, sonapaks va boshqalar qo'llanildi. Ushbu bemorlardagi subdepressiya tuzilishida ta'sirchanlik, disforik reaksiyalar, kayfiyatni kundalik o'zgarishlari, to'satdan qisqa muddatga kayfiyatni tushib ketishlari kuzatiladi. Shuningdek, ushbu bemorlarni anamnezida oldin o'tkazilgan subdepressiv fazalar bo'lib, qullab-quvvatlovchi antidepressiv davodan keyin uzoq vaqt turg'un remissiya shakllanmagan bo'ladi. Normotimiklar orasidan ko'pincha lamotridjin qo'llanildi. Davolash samaradorligini ob'ektiv baholash uchun depressiyaning baholovchi Gamilton shkalasi va umumiy klinik ta'surotlarni baholash CGI shkalalaridan foydalanildi va ma'lumotlarni statistik qayta ishlash bilan birgalikda solishtirma tahlil o'tkazildi. Preparatlarni kombinatsiyasi samaradorligini baholashdan oldin cho'zilgan subdepressiv bemorlar bilan kuzatuv o'tkazildi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball baholandi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball davolanishni boshlanishida cho'zilgan subdepressiv bemorlarda o'rtacha ko'rsatgichlarga ega bo'ldi, bu subdepressiyaning uzoq vaqt davomli kechishi bilan bog'liq bo'ldi. Dori vositalari bilan davolash samaradorligini baholash tadqiqotning boshlang'ich bosqichida va oltinchi haftasida "umumiy klinik taassurotlar" (CGI) shkalasi, og'irlik

subshkalasi (CGI-S) va yaxshilashish subshkalasi (CGI-I) yordamida baholandi. HDRS shkalasi bo'yicha o'rtacha ball dinamikasiga asoslanib, 1A - va 2A-bemorlar guruhida antidepressant, nootrop va normotimik preparatlar kombinasiyasi katta terapevtik samaradorlikka ega ekanligi haqida gapirish mumkin. Bundan tashqari, antidepressant, nootrop va normotimikni o'z ichiga olgan terapevtik sxemaning eng katta samaradorligi umumiy klinik taassurotlar shkalasi bo'yicha CGI-I (yaxshilanish) dinamikani tasdiqladi. Antidepressant va bazis terapiya birga qo'llanilganda responderlar soni ishonchlilikdan past bo'ldi ($p>0,05$). Terapiyaga eng katta ijobiy javob nootrop va normotimik bilan davolangan bemorlarda kuzatildi.

Bemorlarni terapiyadan keyingi hayot sifatini va muloqot doirasini o'rganishda bemorni shaxsan o'zini, oila a'zolarini yoki dustlarini, kasbiy faoliyatini baholash muhim hisoblanadi. Xulosa qilib aytganda, 1B-guruh va 2B-guruh bemorlari mehnat faoliyatining juda pasayishi bilan tavsiflandi va 1A-guruh va 2A-guruh bemorlari bilan solishtirilganda nogironlikning yuqori ko'rsatkichlariga ega bo'ldi. "Hayot sifati" tushunchasiga "qiymatli yo'nalishlar" tizimi kiradi, bu shaxsiyatni psixologik himoyasi bilan bog'liq, insonni ruhiy sog'lomlik darajasi qo'yidagi "qiymatli yo'nalishlar" ya'ni oila, sevgi, dustlar mavjudligi, faollik, erkinlik va boshqalar bilan bevosita bog'liq. 1A-guruh bemorlarining ko'pchiligi asosiy qiymatni (83,3%) sog'liq omiliga, 11,5%-hayotining moddiy ta'minot omiliga, 8,6%-baxtli oilaviy hayot omiliga, 1B-guruh bemorlarining ko'pchiligida birinchi navbatda sog'liqqa-26,6%, faol hayotga-21,9%, donolikka-20,3%, hayotini moddiy ta'minotiga-10,9% ustunlik berishdi.

XULOSALAR

1. O'zoq vaqt cho'zilgan somatizatsiyalangan subdepressiv xurujlarni surunkali cho'zilib kechishi asosan kasallik shakllanishini boshlang'ich etaplarida kuzatildi, birinchi epizodda (47,6%) va 1-2 epizoddan keyin (35,9%) holatda kuzatildi. Somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishli bemorlarda somatizatsiyalangan buzilishlar kuzatilmagan bemorlarga nisbatan gipotimiya modalligi tarkibida vahimali buzilishlar ishonchli belgilar ($r < 0,05$) bilan kuzatildi va gipotimiyani vahimali modalligi 48,2%, vahimali-distimik 35,1%, g'amli-vahimali 12,4%, g'amli-vahimali-distimik 4,3% holatda aniqlandi. Somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarda DSM-III-R bo'yicha GVB kuzatildi. Bunda GVB tarkibida "sergaklik va hushyorlik" katta darajalarni qamrab oldi (44,2%), "vegetativ giperfaollik" (35,5%) va "harakat zuriqishi" 22,3% ifodalandi. Ushbu turg'un vahimali, panik va ijtimoiy fobiyalarning qo'shilishi somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishlarni progredientlanishiga va rezistentligiga olib keldi.

2. Somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishlarni stabilligida, ularni progridient kechishida somatogen provokasiyalar, ipoxondrik mazmunli yopishqoq vahimali xavfsirashlar, vegetodistoniya sindromi mavjudligi, meteotrop labillik, issik, dim havoni ko'tara olmaslik ko'rinishidagi rezidual tserebral etishmovchilik xavf omillar bo'lib hisoblandi.

3. Somatizatsiyalangan subdepressiv bemorlarda bir yil davomida va besh yillik davrlarda ruxiy shifoxonada yotishlarni o'rtacha soni oshdi va ikkinchi besh yillikdan boshlab gospitalizatsiyalar oralig'idagi davrlar davomiyligi qisqardi, ishonchli belgilar ($p < 0,05$) bilan kuzatildi. Somatizatsiyalanmagan subdepressiv bemorlarda esa o'rtacha gospitalizatsiyalar soni ikkinchi besh yillikda biroz kamayib, uchinchi, to'rtinchi besh yillikda deyarli stabil qoldi.

4. Somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishli bemorlar somatizatsiyalangan buzilishlar kuzatilmagan bemorlarga nisbatan ijtimoiy faoliyat ko'rsatgichlarida, hayot sifati mehnat faoliyatida, muloqot doirasida, hayotdan to'liqligicha qoniqish holatlarida past ko'rsatgichlarga ega bo'ldi va bemorlar faoliyati "qiymatli yo'nalishlar" usuli bilan baholanganda birinchi guruh bemorlarida ijtimoiy ajralganlik, ijtimoiy sohada o'zini o'zi anglash istagi yo'qligi, shaxsiy farovonlik qadriyatlarini etakchi o'ringa chiqdi va uzoq davom etgan somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishlarning farmakoterapiyasida

selektiv antidepressantlar, nootropalar, normotimiklar, trankvilizatorlar, neyroleptiklarni kombinatsiyalangan holatda qo'llash orqali musbat terapevtik dinamikaga erishildi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Tashxis sifatini oshirish uchun somatizirlangan subdepressiv buzilishlarni psixopatologik tuzilishi murakkabligini va yuqori qaytalanish xavfini hisobga olgan holda, asosiy klinik belgilarni o'z vaqtida aniqlab, ikkilamchi profilaktika maqsadida bemorlarni uzoq vaqt dinamikada davolash maqsadga muvofiqdir.
2. O'tkazilgan tadqiqot samarasini psixiatrik amaliyotdan tashqari, umumsomatik ambulator tarmoqda ham qo'llash mumkin, somatizatsiyalangan subdepressiv buzilishlarga o'z vaqtida, erta tashxis qo'yish iqtisodiy sarf-xarajatlarni oldini oladi, adekvat davo bemorlarni mehnatga layoqatsizlik davrlarini kamaytirib, nogironlik ko'rsatgichlarini susaytiradi.
3. Surunkali subdepressiv buzilishli bemorlarni davolash davomida antidepressant, normotimiklar va neyroleptik kombinatsiyasidan foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Адизова Д. Р. Сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда депрессив бузилишларнинг тарқалиши // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.

2. Алексейчук.А.И. Гендерные особенности заболеваемости соматоформными расстройствами// Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2010.- № 1-2 (24-25). - С. 36–40.

3. Андрющенко А.В., Романов А.В. Пограничные психические и психосоматические расстройства в общей медицине // В кн.: «Психические расстройства в клинической практике». Под ред. А.Б.Смулевича. - М., 2011.- С.100-129.

4. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, динамика, патогенез и дифференцированное лечение). Автореф. дисс. докт. мед. наук //Ю.Ф.Антропов. -М., 1999.

5. Ахмедова Д. Б. Сурункали зўриқишдаги бош оғриқларида бемор нейрпсихологик ҳолатига даволаш чораларининг таъсирини қиёсий баҳолаш //Academic research in educational sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 10. – С. 408-413.

6. Беялов Ф. И. Психические расстройства в терапевтической практике. Рекомендации по диагностике и лечению. //-Иркутск, 2011. - 37 с

7. Беялов Ф. И. Психосоматика // М.: Гэотар-Медиа. - 2018. -

Т. 344.

8. Бениашвили А.Г. Соматоформные расстройства с преобладанием в клинической картине абдоминалий, (психопатологические, патопсихологические и психофармакологические аспекты). Автореф. Дисс.канд. мед. наук //А.Г.Бениашвили. - М., 2016.

9. Бутко Д.Ю.и соавт. Опыт диагностики и лечения тревожного расстройства в постинсультном периоде у больных, перенёсших ишемический инсульт // РМЖ. 2008. № 5. С. 266–270.

10. Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серовина О.Ф. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра. //Психич. расстройства в общей медицине (под ред. А.Б.Смулевича). -2012;.-№2.-С. 34–7.

11. Власюк А. П., Иванов С. В. Соматизированные депрессии при вялотекущей шизофрении (типология, аспекты коморбидности) //Психиатрия. - 2014. - №. 3. - С. 31-31.

12. Вознесенская Т. Г. Соматизированная депрессия в неврологической практике //Consilium medicum. - 2010. - Т. 12. - №. 9. - С. 52-56.

13. Волель Б. А., Трошина Д. В. Соматизированная депрессия с когнитивными нарушениями у пациентки с артериальной гипертензией //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2017. - Т. 9. - №. 4. - С. 60-64.

14. Воякина В. Г., Дубатова И. В. Тревога и депрессия в практике врачей-интернистов //Общая психопатология: традиции и перспективы [электронный]. - 2017. - С. 80.

15. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатрический журнал. -2004. - №4. - С.4-8.

16. Грехов Р.А. Медико-биологические аспекты депрессии // Природные системы и ресурсы. - 2017. - Т. 7. - №. 2. - С. 35-43.

17. Дикая Т.И. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий //Вестник Российской академии медицинских наук. - 2011. - №. 4. - С. 19-25.

18. Дикая Т. И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии (история становления понятия, клинического содержания и нозологической оценки): обзор литературы //Психиатрия. - 2006. -

№. 1. - С. 49-59.

19. Дороженко И. Ю. Соматизированные расстройства аффективного и невротического регистров в условиях пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев) //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – №. 6. – С. 137-143.

20. Дюкова Г. М. Основные принципы диагностики истерии // Избранные лекции по неврологии / Под ред. В. Л. Голубева. — М.: Эйдос Медиа, 2006. — С. 316—337.

21. Ибодуллаев Зарифбой. "Неврология." (2017): ISBN 978-9943-4981-8-1. 2-боб, 261-273б.

22. Изнак А. Ф. и др. Динамика нейрофизиологических показателей при терапии затяжной психогенно спровоцированной депрессии //Психиатрия. – 2011. – №. 1. – С. 32-37.

23. Каландаров Б., Юлдашева Н. Депрессия билан касалланган беморларни аниқлаш ва олиб бориш натижаларининг таҳлили //Общество и инновации. – 2021. – Т. 2. – №. 5/S. – С. 54-58.

24. Карташова О.Н. Цереброваскулярная патология у женщин с относительно поздним манифестом монополярной депрессии. Автореф. дисс.канд. мед. наук / О.Н.Карташова. - Иркутск, 2003. - 21с.

25. Кемелова В. К. проблемы соматизированной депрессии в неврологической практике //Медицина Кыргызстана. - 2013. - №. 2. - С. 76-77.

26. Кибитов А. С. Депрессия и соматические заболевания: генетическая коморбидность // VI Международный интернет-конгресс специалистов по внутренним болезням (14—17 февраля 2017 г.). - М.: Видокс, 2017. - С. 130-132

27. Кикта С. В., Дробижев М. Ю. Соматизированная депрессия в практике кардиолога //Фарматека. – 2011. – Т. 221. – №. 8. – С. 56-61.

28. Киличев И. А., Матмуродов Р. Ж., Мирзаева Н. С. Енгил бош мия жароҳати ўтказган беморларда хавотирлик ва депрессив бузилишлар динамикаси //Журнал неврологии и нейрохирургических исследований - 2021. - Т. 2. - №. 2.

29. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра /В.Н.Краснов. - М.: Практическая медицина, 2011. - 432 с.

30. Красильников Г. Т., Гулевич Э. А., Гулевич Л. В. Маскированная (соматизированная) депрессия с алгическим синдромом у сотрудников ОВД //Сибирский вестник психиатрии и

наркологии. – 2006. – №. 2. – С. 22-25.

31. Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э., Никитина Ю.М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ИБС // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2008. № 3. С. 24–27

32. Лесс Ю.Э. Типология генерализованного тревожного расстройства (клиника, коморбидность): Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2008. – 23с

33. Магомедова А. Н., Азимова Ю. Э. Депрессивные расстройства в практике психиатра и невролога // Фарматека. – 2013. – №. 19. – С. 10.

34. Медведев В. Э. Тревожные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // VI Международный интернет-конгресс специалистов по внутренним болезням (14-17 февраля 2017 г.). – М.: Видокс, 2017. – С. 12-15

35. Медведев В.Э., Мартынов С.Е., Зверев К.В. и др. Психосоматические заболевания в кардиологии (типология и клиникодинамические характеристики) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 4. С. 34–41.

36. Нарметова Ю.К. Психосоматик беморларнинг психоэмоционал хусусиятлари // Integration of science, education and practice-scientific-methodical journal. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 21-28.

37. Николаевская А. О. Клинико-динамические характеристики больных с сердечно-сосудистыми соматизированными проявлениями // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2018. – С. 61.

38. Николаевская А. О. Алгоритм ранней диагностики соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2016. – С. 237.

39. Очилов У., Тураев Б., Алкаров Р. Ўсмирларда депрессив бузилишларнинг клиник хусусиятлари // Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 4. – С. 75-77.

39. Ощепкова С. Ю., Зязева И. П., Сединина Н. С. Изучение уровня скрытой депрессии у студентов // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – №. 1. – С. 6-6.

40. Петрова Н.Н. Тревожные расстройства и их коррекция в амбулаторной психиатрической практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 6. С. 30–35

41. Петухов В. В. Затяжные депрессии (структура, терапевтическая динамика, прогноз): Автореф. дисс. канд. мед. наук //Москва. – 2005.

42. Ромасенко Л. В., Чичкова Н. В., Пархоменко И. М. Соматизированные депрессивные расстройства, коморбидные термoneврозу: клиника, терапия //Российский психиатрический журнал. – 2015. – №. 5. – С. 73-78.

43. Садикова Н. Г. ва бошқ. Аёлларда ҳайз олди синдромида психовегетатив ўзгаришлар //GospodarkaiInnowacҗe. – 2022. – Т. 21. – С. 227-229.

44. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Кубаев Р. М. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизированной депрессии //Medicus. – 2020. – №. 3. – С. 58-60.

45. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. Вопросы диагностики и лечения // Нервные болезни №3. – 2015 - С. 29-34.

46. Шугурова Е. Ю., Шипунов А. М. Маскированные депрессии //Охрана психического здоровья в современном мире. – 2018. – С. 108-112.

47. Adilay H. U. et al. The correlation of SCL-90-R anxiety, depression, somatization subscale scores with chronic low back pain. – 2018.

48. Anderson G., Berk M., Maes M. Biological phenotypes underpin the physio-somatic symptoms of somatization, depression, and chronic fatigue syndrome //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2014. – Т. 129. – №. 2. – С. 83-97.

49. Anderson G., Maes M., Berk M. Biological underpinnings of the commonalities in depression, somatization, and chronic fatigue syndrome //Medical hypotheses. – 2012. – Т. 78. – №. 6. – С. 752-756.

50. Anderson G., Maes M., Berk M. Inflammation-related disorders in the tryptophan catabolite pathway in depression and somatization //Advances in protein chemistry and structural biology. – 2012. – Т. 88. – С. 27-48.

51. Anuk D., Bahadır G. The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: A sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey //Archives of women's mental health. – 2018. – Т. 21. – №. 1. – С. 93-103.

52. Bao AM. The stress system in depression and neurodegeneration: focus on the human hypothalamus / A. M. Bao, G.

Meynen, D. F. Swaab // Brain Res Rev.-2008- Vol.57.2.—P.531–53.

53. Barnes D. M., Bates L. M. Testing a somatization hypothesis to explain the Black–White depression paradox //Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2019. – T. 54. – №. 10. – C. 1255-1263.

54. Bauer M. et al. The effect of venlafaxine compared with other antidepressants and placebo in the treatment of major depression // Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci. 2009. Vol. 259. N 3. P. 172–185.

55. Bener A. et al. Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients //Journal of pain research. – 2013. – T. 6. – C. 95.

56. Besteher B. et al. Effects of subclinical depression, anxiety and somatization on brain structure in healthy subjects //Journal of affective disorders. – 2017. – T. 215. – C. 111-117.

57. Bierke S., Häner M., Petersen W. Influence of somatization and depressive symptoms on the course of pain within the first year after uncomplicated total knee replacement: a prospective study //International orthopaedics. – 2016. – T. 40. – №. 7. – C. 1353-1360.

58. Blier P., Briley M. The noradrenergic symptom cluster: clinical expression and neuropharmacology//Neuropsychiatr.Dis.Treat.2011.Vol. Suppl. 1. P. 15–20.

59. Boecking B. et al. Health-related quality of life, depressive symptoms, anxiety, and somatization symptoms in male and female patients with chronic tinnitus //Journal of clinical medicine. – 2021. – T. 10. – №. 13. – C. 2798.

60. Brown T.A., Barlow D.H. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment // Psychol. Assessment.2009.Vol.21.N3.C.256.

61. Bukh J.D., Andersen P.K., Kessing L.V. Rates and predictors of remission, recurrence and conversion to bipolar disorder after the first lifetime episode of depression – a prospective 5-year follow-up study // Psychol. Med.2016. Vol.46.N6.C.1151–1161.

62. Canales G. D. L. T. et al. Distribution of depression, somatization and pain-related impairment in patients with chronic temporomandibular disorders //Journal of Applied Oral Science. – 2019. – T. 27.

63. Clauwaert N. et al. Associations between gastric sensorimotor function, depression, somatization, and symptom-based subgroups in functional gastroduodenal disorders: are all symptoms equal?

//Neurogastroenterology & Motility. – 2012. – T. 24. – №. 12. – C. 1088-e565.

64. Conradi H.J., Ormel J., De Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // Psychol. Med. 2011. Vol. 41. N 6. C. 1165–1174.

65. Davoodi E. et al. Emotion regulation strategies in depression and somatization disorder //Psychological reports. – 2019. – T. 122. – №. 6. – C. 2119-2136.

66. Delgado P.L. Depression: the case for a monoamine deficiency // J. Clin.Psychiatr.2000.

67. Dell’Osso B. et al. Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) in anxiety disorders: a comprehensive review of their clinical efficacy // Human Psychopharmacol. Clin. Experiment. 2010. Vol. 25.N1.P.17–29.

68. Domschke K. et al. Anxious versus non-anxious depression: difference in treatment outcome//J. Psychopharmacol. 2010. Vol. 24. N 4.P.621–622.

69. Dreher A. et al. Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients //Journal of Psychosomatic Research. – 2017. – T. 102. – C. 71-77.

70. Dremencov E., Mansari M., Blier P. Noradrenergic augmentation of escitalopram response by risperidone: electrophysiologic studies in the rat brain // Biol. Psychiatr. 2007. Vol. 61. N 5. P. 671–678.

71. Edmond S. L., Werneke M. W., Hart D. L. Association between centralization, depression, somatization, and disability among patients with nonspecific low back pain //journal of orthopaedic & sports physical therapy. – 2010. – T. 40. – №. 12. – C. 801-810.

72. Fava M. et al. Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR* D // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. N 7. P. 1299.

73. Fava M. et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR* D report // Am. J. Psychiatr.2008.Vol.165.N.3.P.342–351.

74. Güleç M. Y. et al. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia //Journal of Affective Disorders. – 2013. – T. 146. – №. 1. – C. 137-141.

75. Ghamari M. Family function and depression, anxiety, and somatization among college students //International journal of academic research in business and social sciences. – 2012. – T. 2. – №. 5. – C. 101-105.

76. Fava M. et al. Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. N 7. P. 1299.

77. Fava M. et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR* D report // Am. J. Psychiatr. 2008. Vol. 165. N3. P. 342–351.

78. Hald G. M. et al. Randomized controlled trial study of the effects of an online divorce platform on anxiety, depression, and somatization //Journal of family Psychology. – 2020. – T. 34. – №. 6. – C. 740.

79. Harris A. M. et al. Somatization increases disability independent of comorbidity //Journal of general internal medicine. – 2009. – T. 24. – №. 2. – C. 155-161.

80. Haug TT. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT–II Study / Psychosom Med.— 2004.— Vol. 66(6).—P.845–851.

81. Ionescu C. G., Talasman A. A., Badarau I. A. Somatization and sleep quality on patients with comorbid anxiety/depression //Maedica. – 2021. – T. 16. – №. 2. – C. 246.

82. Kaiser M. et al. Depression, somatization, and posttraumatic stress disorder in children born of occupation after World War II in comparison with a general population //The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2015. – T. 203. – №. 10. – C. 742-748.

83. Kim H. K., Kim H. S., Kim S. J. Association of anxiety, depression, and somatization with menstrual problems among North Korean women defectors in South Korea //Psychiatry investigation. – 2017. – T. 14. – №. 6. – C. 727.

84. Klengel T. et al. Somatization in major depression-clinical features and genetic associations //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2011. – T. 124. – №. 4. – C. 317-328.

85. Kocalevent R. D., Hinz A., Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population //BMC psychiatry. – 2013. – T. 13. – №. 1. – C. 1-8.96.

86. Koh J. S. et al. The relationship between depression, anxiety, somatization, personality and symptoms of lower urinary tract symptoms

suggestive of benign prostatic hyperplasia //Psychiatry Investigation. – 2015. – T. 12. – №. 2. – C. 268.

87. Kutashov V. A. et al. The incidence of depression among patients with hypothyroidism //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2014. – T. 17. – №. 1. – C.85-86.

88. Kulenovic A.D., Kucukalic A., Bravo-Mehmedbasic A.P. Venlafaxine in depressive disorder comorbid with generalized anxiety disorder // Eur. Neuropsychopharmacol. 2014. Vol. 24. P. S466–S467.

89. Lajnert V. et al. Depression, somatization and anxiety in female patients with temporomandibular disorders (TMD) //Collegium antropologicum. – 2010. – T. 34. – №. 4. – C. 1415-1419.

90. Lavigne J. V., Saps M., Bryant F. B. Models of anxiety, depression, somatization, and coping as predictors of abdominal pain in a community sample of school-age children //Journal of pediatric psychology. – 2013. – T. 39. – №. 1. – C. 9-22.

91. Lemche E. et al. Dissociable brain correlates for depression, anxiety, dissociation, and somatization in depersonalization-derealization disorder //CNS spectrums. – 2016. – T. 21. – №. 1. – C. 35-42.

92. Licciardone J. C. et al. Depression, somatization, and somatic dysfunction in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial //Journal of Osteopathic Medicine. – 2012. – T. 112. – №. 12. – C. 783-791.

93. Llorca P.M., Fernandez J.L. Escitalopram in the treatment of major depressive disorder: clinical efficacy, tolerability and cost-effectiveness vs. venlafaxine extended-release formulation //Int.J.Clin.Practice.2007.Vol. 61. N 4. P. 702–710.

94. Löwe B. et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment //General hospital psychiatry. – 2008. – T. 30. – №. 3. – C. 191-199.

95. Maes M., Rief W. Diagnostic classifications in depression and somatization should include biomarkers, such as disorders in the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway //Psychiatry research. – 2012. – T. 196. – №. 2-3. – C. 243-249.

96. Mak W. W. S., Zane N. W. S. The phenomenon of somatization among community Chinese Americans //Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2004. – T. 39. – №. 12. – C. 967-974.

97. Manfredini D. et al. Chronic pain severity and

depression/somatization levels in TMD patients //International Journal of Prosthodontics. – 2010. – T. 23. – №. 6.

98. Masuda A., Tully E. C. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample //Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. – 2012. – T. 17. – №. 1. – C. 66-71.

99. Montesinos A. H. et al. The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants //European Psychiatry. – 2012. – T. 27. – №. S2. – C. S22-S26.

100. Montgomery S.A. et al. Which antidepressants have demonstrated superior efficacy? A review of the evidence // Int. Clin. Psychopharmacol. 2007. Vol.22.N6.C.323–329.

101. Montoya A. et al. The noradrenergic paradox: implications in the management of depression and anxiety // Neuropsychiatr. Dis. Treatment. 2016. Vol.12.P.541.

102. Nesterko Y. et al. Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany //Conflict and health. – 2020. – T. 14. – №. 1. – C. 1-12.

103. Neumann E. et al. Attachment in romantic relationships and somatization //The Journal of nervous and mental disease. – 2015. – T. 203. – №. 2. – C. 101-106.

104. Patel V., Stein D. J. Common mental disorders in sub-Saharan Africa: The triad of depression, anxiety and somatization. – 2015.

105. Papakostas G.I., Fan H., Tedeschini E. Severe and anxious depression: combining definitions of clinical sub-types to identify patients differentially responsive to selective serotonin reuptake inhibitors // Eur. Neuropsychopharmacol. 2012. Vol. 22. N 5. P. 347–355.

106. Penninx B.W., Milaneschi Y., Lamers F., Vogelzangs N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile // BMC Medicine. — 2013. — №11. — P. 129

107. Perahia D.G.S. et al. Switching to duloxetine in selective serotonin reuptake inhibitor non-and partial-responders: effects on painful physical symptoms of depression // J. Psychiatr. Res. 2009. Vol. 43. N5.P.512–518.

108. Ran L. et al. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general

population in China at the peak of its epidemic //Social Science & Medicine. – 2020. – T. 262. – C. 113261.

109. Robertson D. et al. Associations between low back pain and depression and somatization in a Canadian emerging adult population //The journal of the canadian chiropractic association. – 2017. – T. 61. – №. 2. – C. 96.

110. Sambucini D. et al. Efficacy of psychological interventions on depression anxiety and somatization in migrants: a meta-analysis //Journal of immigrant and minority health. – 2020. – T. 22. – №. 6. – C. 1320-1346.

111. Samsonov A. S., Kutashov V. A. Factors affecting adequate evaluation of the level of distribution of depressive disorders //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2018. – T. 21. – №. 2. – C. 122-127.

112. Training S. A. H., Şencan S. The effect of pre-treatment depression, anxiety and somatization levels on transforaminal epidural steroid injection: a prospective observational study //Pain Physician. – 2020. – T. 23. – C. E273-E279.

113. Wilpart K. et al. Coping skills are associated with gastrointestinal symptom severity and somatization in patients with irritable bowel syndrome //Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2017. – T. 15. – №. 10. – C. 1565-1571.

114. Zbidat A. et al. The perceptions of trauma, complaints, somatization, and coping strategies among Syrian refugees in Germany—a qualitative study of an at-risk population //International journal of environmental research and public health. – 2020. – T. 17. – №. 3. – C. 693

115. Zhou X. et al. From culture to symptom: Testing a structural model of “Chinese somatization” //Transcultural psychiatry. – 2016. – T. 53. – №. 1. – C. 3-23.

Kuchimova Charos Azamatovna
PhD, Samarqand Davlat tibbiyot universiteti Psixiatriya, tibbiy psixologiya va
narkologiya kafedrası

**UMUMSOMATIK AMALIYOTDA
SOMATIZATSIYALANGAN
SUBDEPRESSIYANING KLINIK
XUSUSIYATLARI VA DIFFERENTIAL
DAVOLASH VARIANTLARI**

Monografiya

Muharrir: G. Rahimova
Tex.muharrir: Z. Usmanova
Musahhih: D. G'aybullayeva

© “Samarqand davlat chet tillar instituti” nashriyoti,
140104, Samarqand sh., Bo'stonsaroy ko'chasi, 93.

ISBN 978-9910-9728-9-8

Nashriyot tasdiqnomasi:
№ 1243-7560-5999-432c-2125-1811-8655

Bosishga ruxsat etildi: 07.06.2023-yil.
Ofset bosma qog'oz. Qog'oz bichimi 60x84 ¹/₁₂.
“Times New Roman ” garniturası. Ofset bosma usuli.
Hisob-nashriyot t.: 6,3. Shartli b.t.: 4,7.
Adadi: 100 nusxa. Buyurtma №18/07.

SamDCHTI tahrir-nashriyot bo'limida chop etildi.
Samarqand sh., Bo'stonsaroy ko'chasi, 93-uy.