

“Barcha ruhiy kuchlarning manbasi miyada”. Ibn Sino

NEVROZ VA DEPRESSIYA

Tibbiyot psixologiyasi, 3-ma`ruza

Prof. Ibodullayev Z.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

“Tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya” kursi

www.asab.uz; @tibbiypsixologiya © Z. Ibodullayev

Ma`ruzaning maqsad va vazifalari

1

- NEVROZ – QANDAY KASALLIK?

2

- NEVROZNING QANDAY TURLARI MAVJUD?

3

- DEPRESSIYA VA UNING TURLARI

4

- NEVROZ VA DEPRESSIYANI DAVOLASH?

NEVROZ – QANDAY KASALLIK?

- Ruhiy jarohat etkazuvchi omillar natijasida rivojlanadigan asab sistemasining funktsional kasalligiga **nevroz** deyiladi. Demak, nevroz – psixogen kasallik. Nevrozda organik simptomlar kuzatilmaydi, biroq vegetativ simptomlar aniqlanadi. Nerv to‘qimalarida morfologik buzilishlar bilan kechuvchi kasalliklarga **organik**, funktsional buzilishlar bilan kechuvchi holatlarga **funksional kasalliklar** deyiladi.

NEVROZ TASNIFI

KXT-10 da “Nevroz” degan alohida bo‘lim yo‘q. Nevrotik buzilishlar, ya’ni xavotir, fobiya, obsessiya, kompulsiya, isteriya, somatonevroz va stressga bo‘lgan reaktsiyalar KXT-10 ning F40-F48 kodi ostida bir nechta ruknlarda keltirilgan (*1-jadval*).

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (F40-48)

No	Kod: F40-48	Nevrotik, stress bilan bog`liq va somatoform buzilishlar turlari
1	F40	Fobik xavotirli buzilishlar
	Rubrikalar	F40.0 – Agorafobiya F40.1 – Sotsial fobiyalar F40.2 – Spetsifik (izolyatsiyalangan) fobiyalar F40.8 – Boshqa fobik xavotirli buzilishlar F40.9 – Aniqlashtirilmagan fobik xavotirli buzilishlar
2		

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F41)

2	F41	Boshqa xavotirli buzilishlar
	Rubrikalar	F41.0 – Panik buzilishlar (epizodik paroksizmal xavotir) F41.1 – Tarqalgan xavotirli buzilishlar F41.2 – Aralashgan xavotirli va depressiv buzilishlar F41.3 – Boshqa aralashgan xavotirli buzilishlar F41.8 – Boshqa aniqlashtirilgan xavotirli buzilishlar F41.9 – Aniqlashtirilmagan xavotirli buzilishlar

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F42)

3	F42	Obsessiv-kompulsiv buzilishlar
	Rubrikalar	<p>F42.0 – Asosan yopishqoq fikrlar yoki o‘y-xayollar</p> <p>F42.1 – Asosan kompulsiv harakatlar (yopishqoq rituallar)</p> <p>F42.2 – Aralashgan yopishqoq fikrlar va harakatlar</p> <p>F42.8 – Boshqa obsessiv-kompulsiv buzilishlar</p> <p>F42.9 – Aniqlashtirilmagan obsessiv-kompulsiv buzilishlar</p>

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F43)

4	F43	Og'ir stressga reaksiya va moslashuvning buzilishi
	Rubrikalar	F43.0 – Stressga o'tkir reaksiya F43.1 – Posttravmatik stress buzilishlari F43.2 – Moslashuv reaksiyalarining buzilishi F43.8 – Og'ir stressga boshqa reaksiyalar F43.9 – Aniqlashtirilmagan og'ir stressga reaksiya

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F44)

5	F44	Dissotsiativ (konversion) buzilishlar
	Rubrikalar	F44.0 – Dissotsiativ amneziya F44.1 – Dissotsiativ fuga F44.2 – Dissotsiativ stupor F44.3 – Trans va chidam F44.4 – Dissotsiativ harakat buzilishlari F44.5 – Dissotsiativ konvulsiyalar F44.6 – Dissotsiativ anesteziya yoki sezishni qabul qilishning buzilishlari F44.7 – Aralashgan dissotsiativ (konversion) buzilishlar F44.8 – Boshqa dissotsiativ (konversion) buzilishlar F44.9 – Aniqlashtirilmagan dissotsiativ (konversion) buzilishlar

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F45)

6	F45	Somatoform buzilishlar
	Rubrikalar	F45.0 – Somatizatsiyalashgan buzilishlar F45.1 – Differentsiyalanmagan somatoform buzilishlar F45.2 – Ipoxondrik buzilishlar F45.3 – VNS ning somatoform disfunktsiyasi F45.4 – Turg'un somatoform og'riqli sindrom F45.8 – Boshqa somatoform buzilishlar F45.9 – Aniqlashtirilmagan somatoform buzilishlar

KXT-10 BO`YICHA NEVROZ TASNIFI (davomi-F48)

7	F48	Boshqa nevrotik buzilishlar
	Rubrikalar	F48.0 – Nevrasteniya F48.1 – Depersonalizatsiya-derealizatsiya sindromi F48.8 – Boshqa aniqlashtirilgan nevrotik buzilishlar F48.9 – Aniqlashtirilmagan nevrotik buzilishlar

KXT-10 asosan tibbiy statistika maqsadida qo'llaniladi. Tibbiy amaliyotda esa ushbu tasnif asosida yaratilgan klinik tasniflardan foydalaniladi.

Nevrozning 3 turi

Nevrasteniya

Isteriya

Miyadan ketmaydigan fikrlar

Nevrasteniya etiyologiyasi

Nevrasteniya (yun. *neuron* – nerv, *astenia* – zaiflik) **asab zaifligi** degan ma'noni anglatadi. Doimiy hissiy zo'riqishlar, dam olmay ishlash, aqliy zo'riqishlar, doimiy stress holatlari nevrasteniya sababchisidir.

Nevroz klinikasi

- Nevrasteniya klinikasi turli-tuman boʻlib, ularga aqliy va jismoniy faoliyatdan tez charchab qolish, jahldorlik, uyqu buzilishi, bosh ogʻrigʻi, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, parishonxotirlik kiradi. Bunday odamlarda ish unumdorligi pasayadi, uzoq davom etuvchi psixoemotsional zoʻriqishlarga bardosh bera olmaydi. Ular shovqin-suronni, gʻala-gʻovurni, jiddiy aqliy mehnat talab qilinadigan ishlarni yoqtirishmaydi. Jismoniy mehnatga ham ishtiyoq yoʻqoladi, muskullarda ogʻriqlar va tanada umumiy giperesteziyalar paydo boʻladi.

Tashxis qo'yish algoritmi

- KXT-10 bo'yicha astenik nevroz (nevrasteniya) tashxisini qo'yish uchun quyidagi belgilar bo'lishi lozim:
 1. Odatiy aqliy faoliyat talab qilinadigan ishlardan ham tez charchab qolish, umumiy xolsizlikning paydo bo'lishi.
 2. Jismoniy faoliyatga ishtiyoq so'nishi va tez holdan toyish.
 3. Quyidagi simptomlardan kamida ikkitasi kuzatilishi kerak: jahldorlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, uyqu buzilishi, muskullarda og'riqlar, bosh, tana va oyoq-qo'llarda uvishishlar.
 4. Og'ir depressiya, xavotirli-fobik va affekt holatlarida kuzatiladigan kuchli psixoemotsional buzilishlar bo'lmasligi kerak. Aks holda nevrasteniya emas, boshqa tashxis izlanadi.

Nevrozni davosi

- Davolashni boshlashdan oldin nevrasteniyani keltirib chiqargan sabablar aniqlanishi va ular iloji boricha bartaraf qilinishi kerak. Asosiy sabablar bartaraf etilganda, aksariyat bemorlarda davolashni davom ettirishga hojat ham qolmaydi, ular tuzalib ketishadi. Lekin ba'zi hollarda nevrasteniyaning sababini aniqlash va uni bartaraf etish ancha mushkul. Bemorning oilaviy ahvoli va ishlash sharoiti bilan tanishib, unga dam olib ishlash, ish soatlarini qisqartirish, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, teatr va kinolarga borib turish tavsiya etiladi.

Nevrozda davolash usullari qanday?

- Ratsional psixoterapiya, geshtalterapiya, kognitiv-bixeviorial terapiya va psixodinamik terapiya nevrozni davolashda keng qo'llaniladi.
- Freyd nazariyasining yaratilishiga ham nevrozni davolashga urinish turtki bo'lgan. Shuningdek, bemorlarga umumiy massaj, igna bilan davolash, ertalabki badantarbiya va sportning o'ziga ma'qul turlari bilan shug'ullanish ham tavsiya etiladi. Yilda bir marta sihatgohlarda dam olib turish ham o'ta foydali.
- Dori-darmonlar tavsiya etishga individual yondashish kerak. Bu maqsadda psixostimulyatorlar, sedativ dorilar va jenshen preparatlaridan foydalaniladi.

DEPRESSIYA

DEPRESSIYA – ASR VABOSI

- Jahon Sogʻliqni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra (2018) dunyo boʻyicha depressiya tashxisi bilan roʻyxatga olinganlar soni 300 mln. kishiga etdi. 2020-2022 yilga kelib depressiya rivojlangan davlatlarda tarqalish darajasi boʻyicha birinchi oʻringa chiqib olishi taxmin qilinmoqda. Depressiya har besh bemorning birida surunkali tus olib ogʻir kechadi va yillab davom etadi.

DEPRESSIYA TASHXISI

1

- KAYFIYATNING YO`QLIGI

2

- FIKRLAR KARAXTLIGI

3

- HARAKATGA MOTIVATSIYA SO`NISHI

DEPRESSIYA ETIOLOGIYASI

Depressiya – ko‘p etiologiyali psixogen kasallik. Ushbu kasallik tashqi omillar sababli rivojlansa – *ekzogen*, hech qanday sababsiz rivojlansa – *endogen* depressiya haqida so‘z boradi. Ekzogen depressiya negizida psixosotsial omillar yoki og‘ir somatik kasalliklar yotsa, endogen depressiya negizida genetik omillar yotadi.

TURLI DORILAR DEPRESSIYA RIVOJLANISHIGA TURTKI BO`LISHI MUMKIN

- Depressiya neyroleptiklar, psixostimulyatorlar, levodopa, glyukokortikosteroidlar, benzodiazepinlar va narkotik xususiyatga ega dori vositalarini uzoq muddat yoki katta dozada qabul qilib yurgan bemorlarda ham rivojlanadi. Bunday paytlarda farmakologik depressiya haqida soʻz boradi.


Depressiyaning xalqaro tasnifi (KXT-10)

No	F32	Depressiv epizodlar
1	F32.0	Engil darajali depressiv epizod
2	F32.1	O'rta darajali depressiv epizod
3	F32.2	Og'ir darajali depressiv epizod, psixotik simptomlarsiz
4	F32.3	Og'ir darajali depressiv epizod, psixotik simptomlar bilan
5	F32.8	Boshqa depressiv epizodlar
6	F32.9	Aniqlashtirilmagan depressiv epizodlar

Depressiyaning xalqaro tasnifi (KXT-10; F 33-34)

	F33	Rekurrent depressiv buzilishlar
1	F33.0	Engil epizodli rekurrent depressiv buzilishlar
2	F33.1	O'rta darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar
3	F33.2	Og'ir darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar, psixotik buzilishlarsiz
4	F33.3	Og'ir darajadagi rekurrent depressiv buzilishlar, psixotik buzilishlar bilan
5	F33.4	Rekurrent depressiv buzilishlarning remissiya davri
	F34	Kayfiyatning turg'un buzilishlari (affektiv buzilishlar)
1	F34.0	Tsiklotimiya
2	F34.1	Distimiya
3	F34.8	Kayfiyatning boshqa turg'un buzilishlari (affektiv buzilishlar)

Klinik turlari va tashxis qo'yish tartibi

- KXT-10 bo'yicha depressiyaning **asosiy** va **qo'shimcha** simptomlari farq qilinadi. Ushbu xalqaro tasnifga binoan "**depressiya**" tashxisini qo'yish uchun quyidagi asosiy simptomlardan kamida ikkitasi, qo'shimcha simptomlardan esa kamida uchitasi bemorni 2 haftadan oshiq bezovta qilayotgan bo'lishi kerak: (keyingi slaydga qarang) 

Depressiya tashxisini qo'yish tartibi (KXT-10 talabi bo'yicha)

Asosiy simptomlar

1. O'ta tushkun kayfiyat.
2. Qiziqish, qoniqish va hursand bo'lish hissi yo'qligi.
3. Umumiy quvvat so'nib, tez toliqib qolish

Qo'shimcha simptomlar

1. Hayotga pessimistik ruhda qarash.
2. Aybdorlik hissi, o'zini hadeb ayblayverish.
3. O'zidan qoniqmaslik va o'zini doimo kamsitish.
4. Fikrlar karaxtligi, biror qarorga kela olmaslik.
5. O'z joniga qasd qilish xayollariga borish.
6. Ishtaha pasayishi, ba'zida kuchayishi.
7. Uyqu buzilishi – uyqusizlik yoki uyquchanlik.

DSM-IV bo'yicha depressiya tashxisini qo'yishga bo'lgan talablar. Unga binoan quyidagi 9 ta simptomdan beshtasi bemorni 2 haftadan oshiq bezovta qilayotgan bo'lishi kerak.

1. Depressiv kayfiyat.
2. Har qanday faoliyatga bo'lgan qiziqish va ulardan qoniqish hissining keskin pasayishi yoki yo'qolishi.
3. Ishtaha yo'qolishi va tana vazni kamayishi (gohida ishtaha kuchayishi va tana vazni ortishi).
4. Insomniya (gohida gipersomniya).
5. Psixomotor qo'zg'alishlar yoki tormozlanish.
6. Quvvatsizlik va tez toliqish.
7. O'zini kamsitib hech kimga kerak emasdek his qilish.
8. Diqqatni bir joyga jamlay olmaslik, fikrlar karaxtligi.
9. O'z joniga qasd qilish xayollari.

Depressiv epizod – nima u?

- Endi KXT-10 bo‘yicha har bir depressiv epizodning tashxis qo‘yish algoritmi bilan tanishib chiqamiz. “Depressiv epizod” tashxisi qachon qo‘yiladi? Bemorda depressiya avval umuman kuzatilmagan va endi aniqlanayotgan bo‘lsa, “depressiv epizod” tashxisi qo‘yiladi.

F32 Depressiv epizod (boshi)

KXT-10 bo'yicha depressiv epizodning *engil, o'rta va og'ir* darajalari farq qilinadi. Uning har birida tushkun kayfiyat, qiziqishlar so'nishi, qoniqish hissi yo'qligi, umumiy quvvat so'nib, tez toliqib qolish kuzatiladi. Bemor o'zini hech kimga kerak emasdek va aybdordek his qiladi. Kayfiyat kun bo'yi o'zgarib turadi, gohida ko'tariladi, gohida pasayadi. Ertalab uyg'onganda tushkun kayfiyat, kuchli xavotir, ishtaha yo'q, fikrlar karaxt bo'lsa, kechga yaqin kayfiyat ko'tarilib, bu belgilar biroz barham topishi mumkin.

F32 Depressiv epizod (davomi)

- Aqliy va jismoniy mehnat unumdorligi pasayadi. Bemor diqqatini bir joyga jamlab ishlay olmaydi. Oddiy jismoniy faollikdan ham tez charchab qoladi, toliqadi. Uyqu buziladi (insomniya yoki gipersomniya), ishtaha yo'qoladi. O'ziga ishonch kasallikning engil turida ham keskin pasayadi, o'zini kamsitaveradi. Kayfiyat tushib ketgan paytlarda somatik simptomlar paydo bo'ladi yoki kuchayadi. Yuqorida zikr etilgan barcha belgilar depressiya darajasiga bog'liq bo'lib, engil, o'rta yoki og'ir darajada namoyon bo'ladi.

F32.0 Engil darajali depressiv epizod

Yuqorida qayd etilgan asosiy simptomlardan 2 ta, qo'shimcha simptomlardan 2-3 ta belgi kuzatiladi va ular bemorning kundalik turmush tarzi hamda kasbiy faoliyatiga ta'sir etmaydi. Bunda depressiya belgilari 2 haftadan oshmasligi lozim. Qisqa muddat davom etganligi bois buni *reaktiv depressiya* deyishadi.

F32.1 Oʻrta darajadagi depressiv epizod.

- Yuqorida koʻrsatilgan asosiy simptomlardan 2 ta, qoʻshimcha simptomlardan 3 tasi aniqlanadi. Ular oʻrta darajada ifodalangan boʻlib, bemorning kundalik turmush tarzida qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi va sotsial adaptatsiyani ancha murakkablashtiradi.

F32.2 Og'ir darajadagi depressiv epizod (psixotik buzilishlarsiz)

- Yuqorida zikr etilgan asosiy simptomlardan 3 ta, qo'shimcha simptomlardan 4 yoki undan ko'p belgilar aniqlanadi va yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ushbu simptomlar bemorning turmush tarziga jiddiy ta'sir ko'rsatadi va sotsial adaptatsiyani izdan chiqaradi. Psixotik buzilishlar kuzatilmaydi.

F32.3 Og'ir darajadagi depressiv epizod (psixotik buzilishlar bilan)

- Ushbu depressiv epizod F32.2 da ko'rsatilgan barcha simptomlar hamda gallyutsinatsiya, alahsirash, psixomotor qo'zg'alishlar, stupor va o'z joniga qasd qilishga urinishlar bilan kechadi. Bemor o'zgalar parvarishiga muhtoj bo'lib qoladi va sotsial adaptatsiya butkul izdan chiqadi.

F34.0 Siklotimiya (boshi)

- Grekchadan *ciclo* – aylana, *timos* – kayfiyat degani. Siklotimiya – kayfiyatning to‘lqinsimon o‘zgarib turishi bo‘lib, u gohida pasayadi (gipotimiya), gohida ko‘tariladi (gipertimiya). Siklotimiya og‘ir kechmaydi va uzoq davom etmaydi. Shunisi bilan bipolyar affektiv buzilishlar (F31) va rekurrent depressiv buzilishlardan (F33) farq qiladi.

F34.0 Siklotimiya (davomi)

- KXT-11 da “siklotimiya” o‘rniga “siklotimik buzilishlar” terminini qo‘llash taklif qilinmoqda. Siklotimiya ko‘pincha bipolyar affektiv buzilishlar bilan kasallanganlarning yaqin qarindoshlarida kuzatiladi. Siklotimiya keyinchalik bipolyar affektiv buzilishlarga o‘tishi mumkin. Bu termindan shaxs tiplarini ifodalashda ham foydalaniladi. Masalan, sikloid tip – jiddiy sababsiz kayfiyati goh buzilib, gohida ko‘tarilib turuvchi shaxs.

F34.0 Distimiya (boshi)

- Distimiya kayfiyatning turg'un buzilishi bo'lib, ikki yildan oshiq davom etadi va depressiyaga o'xshab og'ir kechmaydi. Distimiya ko'pincha o'smirlik davrida boshlanadi, biroq involyutsion distimiyalar ham farq qilinadi. Distimiya uchun quyidagi belgilar xos:
 1. Ishtaha pasayib ketishi yoki keragidan ortiq ovqat eb yuborish;
 2. O'ziga nisbatan ishonchning yo'qolishi;
 3. Uyqusizlik yoki hadeb uxlayverish;
 4. Umumiy quvvat va ishchanlikning so'nishi;
 5. Fikrini bir joyga jamlay olmaslik.

F34.0 Distimiya (davomi)

- 6) ozgina tanbeh eshitsa, ko'zi yoshlanishi;
- 7) yosh bo'lsa-da seksual hayotga qiziqmaslik va undan qoniqmaslik;
- 8) kundalik yumushlarni oxiriga etkaza olmay to'xtatib qo'yish;
- 9) pessimizm;
- 10) yoqimsiz voqealarni eslab xayolga botib yurish;
- 11) odamlarga qo'shilmay yolg'izlikni ma'qul ko'rish, jamiyatdan qochish;
- 12) kamgaplik;
- 13) psixologik stuporga tushib turish.

F33 Rekurrent depressiv buzilishlar.

- Ushbu tashxisni qo‘yish uchun bemor avvallari depressiv epizodlardan birini boshidan kechirgan bo‘lishi kerak. Masalan, bemorda bir necha oy ilgari 2 hafta mobaynida o‘rta darajada ifodalangan depressiv epizod kuzatildi va 2-3 oy remissiyadan so‘ng u yana depressiyaga tushdi. Mana shunday holatlarda “rekurrent depressiv buzilishlar” tashxisi qo‘yiladi. Kasallikning engil, o‘rta va og‘ir darajadagi turlari farqlanadi.

F31 Bipolyar affektiv buzilishlar.

- KXT-10 da alohida kod bilan belgilangan ushbu buzilishlar *maniakal-depressiv psixoz* deb ham ataladi. Bipolyar affektiv buzilishlar – maniakal va depressiv holatlarning galma-gal kuzatilishi bilan namoyon bo‘luvchi affektiv holatdir. Maniya – depressiyaga teskari bo‘lgan ruhiy holat. Bu paytda bemorning kayfiyati yuqori darajada ko‘tariladi va u sho‘x-shodon bo‘lib qoladi, hazil-mutoyibalar qiladi, hatto qo‘shiq aytib, raqsga tushadi, jismoniy faolligi ham kuchayib ketadi

Depressiyada davolash tartibi

- Davolashni boshlashdan oldin bemorni depressiyaga olib kelgan sababni aniqlash zarur. Aks holda davolash samarasiz bo‘ladi. Bitta psixologik suhbat yordamida bunga erishib bo‘lmaydi. Quyidagi 4 xil davolash usulini albatta qo‘llash zarur: a) psixoterapiya; b) farmakoterapiya; 3) musiqaterapiya; 4) sport yoki jismoniy terapiya.

Kognitiv-bixevorial psixoterapiya

XX asrning 60-yillarida kognitiv va bixevioral terapiya negizida kognitiv-bixevioral psixoterapiya yoʻnalishi paydo boʻldi. Ushbu metodlarning 3 ta oʻxshash va farq qiluvchi tomonlari nimalardan iborat? 1) ikkala metod ham oʻrgatish va oʻzgartirishga asoslangan. Kognitiv psixoterapiya fikrni, bixevioral psixoterapiya esa xulq-atvorni oʻzgartirishni maqsad qilib qoʻyadi. 2) ikkala metod ham kasallikni keltirib chiqargan sabablar bilan qiziqsa-da, oʻtmishni eslatib oʻtirmasdan hozirgi paytdagi muammo bilan kurashadi: kognitiv psixoterapevt – kasallikni yuzaga keltirgan fikrlarni oʻzgartirish ustida ishlasa, bixevioral psixoterapevt – kasallik tufayli oʻzgargan xulq-atvorni bartaraf etishga harakat qiladi. 3) Ikkala metod ham oʻz mijozlariga uyga vazifa beradi, uning bajarilishini kuzatib boradi va ragʻbatlantiradi.

Ratsiyonal-emotiv psixoterapiya (Ellis metodi)

Ellisning fikricha, quyidagi 3 qoidaga qat'iyon amal qilaverish har doim xavotir sababchisidir:

- 1) O'ziga hadeb talab qo'yaverish (*“men unday bo'lishim kerak, bunday bo'lishim kerak”*);
- 2) Boshqalarning unga hadeb talab qo'yaverishi (*“sen unday bo'lishing kerak, bunday bo'lishing kerak”*);
- 3) Uning boshqalarga hadeb talab qo'yaverishi (*“odamlar unday bo'lishi kerak, bunday bo'lishi kerak”*). Mana shu uch *“kerak”* tamoyili – xavotir va depressiya manbaidir.

Tibbiy amaliyotda keng qoʻllaniladigan antidepressantlar

Trisiklik antidepressantlar	Serotoninni qayta qamalga olinishiga toʻsqinlik qiluvchi selektiv ingibitorlar
Amitriptilin	Fluoksetin
Melipramin (imipramin)	Sertralin
Klomipramin	Paroksetin
Azafen	Sitaprolam
Doksepin	Venlafaksin
Tianeptin	Fluvoksamin

Antidepressantlar-stimulyatorlar

Nomi	Sinonimi	Ishlab chiqarilish shakli va dozasi	Bir kunlik dozasi, mg	
			Minimal	maksimal
Antidepressantlar-stimulyatorlar				
Melipramin	Imipramin	Amp.1,25 % - 2 ml; 25 mg (tabl.)	12,5	50
Anafranil	Klomipramin	Amp.1,25 %-2 ml; 25 mg (tabl.)	12,5	75
Prozak	Fluoksetin	20 mg (tabl. va kaps).	10	40
Paroksetin	Reksetin	20 mg va 30 mg (tabl. va kaps.)	5	40
Iksel		25 mg va 50 mg (tabl.)	25	200
Velaksin	Venlaksor	37,5; 75 va 150 mg (tabl. va kaps.)	37,5	375
Sertralin	Zoloft	50 mg (tabl. va kaps.)	50 mg	200 mg

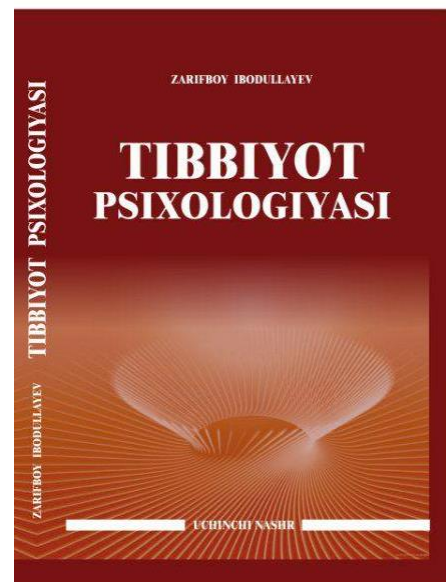
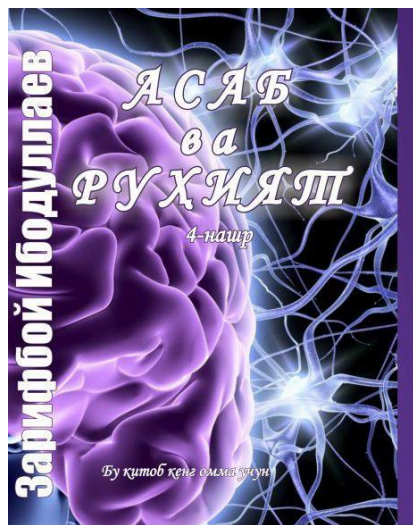
Sedativ ta'sirga ega antidepressantlar

Sedativ ta'sirga ega antidepressantlar				
Amitriptilin	Triptizol	Amp. 1 %-2 ml; 10 mg va 25 mg (tabl. va kaps.)	10 mg	75 mg
Azafen	Pipofezin	25 mg (tabl. va kaps.)	25 mg	150 mg
Koaksil		12,5 mg (tabl. va kaps.)	12,5 mg	75 mg
Ludiomil	Maprotilin	Amp. 1,25 %-2 ml; 12,5 mg va 25 mg (tabl.)	12,5 mg	150 mg
Fluvoksamin	Fevarin	50 mg va 10 mg (tabl.)	25 mg	300 mg
Mianserin				
Trazodon	Trittiko	25, 50, 100 mg (kaps.) Amp. 1% - 5 ml (50 mg)	25-50 mg	300-500 mg

Tibbiy amaliyotda keng qoʻllaniladigan benzodiazepinlar (trankvilizatorlar)

Dorining nomi	Dastlabki dozasi	Terapevtik dozasi
Diazepam	5-10 mg	10-20 mg
Lorazepam	1-2 mg	2-4 mg
Fenazepam	0,5-1 mg	1-2 mg
Medazepam	10-15 mg	20-30 mg
Alprazolam	0,25-0,5 mg	1-2 mg
Nitrazepam	2,5-5 mg	5-10 mg
Tofizepam	50-100 mg	100-150 mg

O'qish uchun zarur kitoblar va saytlar



Telegram kanal: @tibbiypsixologiya
www.asab.uz. www.armed.uz



Ma`ruza muallifi



Zarifboy Ibodullayev – Toshkent tibbiyot akademiyasi Asab kasalliklari va tibbiyot psixologiyasi kafedrası professori, “Asab va ruhiyat” ilmiy-tibbiy markazi direktori.

Olim 160 dan oshiq ilmiy asarlar muallifi. Uning “Asab kasalliklari” va “Tibbiyot psixologiyasi” darsliklari “Yilning eng yaxshi darsligi” sovriniga sazovor bo‘lgan. Vrachlar uchun “Nevrologiya”, “Epilepsiya”, “Insult va koma”, “Asab va ruhiyat” nomli qo‘llanmalari ham chop qilingan.

www.asab.uz; www.armed.uz;
[@tibbiypsixologiya](https://www.instagram.com/tibbiypsixologiya)

© Z.Ibodullayev. ©www.asab.uz

E'tiboringiz
uchun rahmat!