

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АШУРОВ ЗАРИФЖОН ШАРИФОВИЧ

**ДЕВИАНТ ХУЛҚ-АТВОРЛИ БЕМОРЛАРДА АЛКОГОЛИЗМ ВА
НАРКОМАНИЯНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.18 - Психиатрия ва наркология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Тошкент – 2017

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Contents of the Doctoral (DSc) Dissertation Abstract

Ашуров Зарифжон Шарифович

Девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва наркоманиянинг
клиник хусусиятлари..... 3

Ашуров Зарифжон Шарифович

Клинические особенности алкоголизма и наркомании у больных с
девиантным поведением..... 27

Ashurov Zarifjon Sharifovich

Clinical features of alcoholism and addiction in patients with deviant
behavior..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 55

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АШУРОВ ЗАРИФЖОН ШАРИФОВИЧ

**ДЕВИАНТ ХУЛҚ-АТВОРЛИ БЕМОРЛАРДА АЛКОГОЛИЗМ ВА
НАРКОМАНИЯНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.18 - Психиатрия ва наркология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Тошкент – 2017

Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.DSc/Tib10 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертацияси Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус) веб-саҳифанинг ik-falsafa@nuu.uz ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали www.ziynet.uz манзилларига жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Ходжаева Назира Исламовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Сиволап Юрий Павлович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Аграновский Марк Лейзерович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Алимов Улугбек Худоярович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

**Тошкент педиатрия тиббиёт институти
(Ўзбекистон)**

Диссертация ҳимояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.31.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик Илмий кенгашнинг 2017 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51 уй. Тел./факс: (99871) 268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

Докторлик (DSc) диссертацияси билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100007, Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51 уй. Тел./факс: (+99871) 268-17-44.

Диссертация автореферати 2017 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2017 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Х. А. Акилов
Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш раиси, т.ф.д., профессор

Н. Н. Убайдуллаева
Илмий даражасини берувчи илмий
кенгаш илмий котиби, т.ф.н., доцент

У. Х. Алимов
Илмий даражасини берувчи илмий
кенгаш қошидаги илмий семинар
раиси, т.ф.д., профессор

КИРИШ (докторлик диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Гиёҳванд моддалар ва жиноятчиликка қарши курашиш бошқармасининг маълумотига кўра¹ гиёҳвандлар сони дунё микёсида йилдан-йилга ортиб бормоқда. Жумладан, 2006-2007 йилларда ер юзи аҳолисининг қарийб 200 миллион нафарини гиёҳвандлар ташкил этган бўлса, 2013-2014 йилларда уларнинг сони 246 миллионга етди. Алкоголизм ва унинг салбий оқибатлари натижасида эса йилига 2,5 миллионга яқин одам вафот этади. Шу билан бир қаторда мазкур кассаллик қатор ҳолларда инсоннинг меҳнат қобилиятининг йўқолиши, атрофдагилар билан зиддиятга киришуви, турли жиноятларни содир этиш каби салбий оқибатларга олиб келмоқда. Шу боис девиант хулқ-атворлилик масаласи бугунги кунда жаҳондаги жиддий ижтимоий муаммо ҳисобланмоқда.

Ўзбекистон Республикасида мустақиллик йилларида наркология хизматини ташкил этиш бўйича кенг кўламли ислоҳотлар амалга оширилиши натижасида алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларни самарали кўриқдан ўтказиш, маслаҳат бериш, ташхис қўйиш, даволаш ва тиббий-ижтимоий тиклаш каби наркологик тиббий хизматни замонавий талаблар асосида сифатли ташкил этиш бўйича ижобий ўзгаришларга эришилди.

Жаҳон микёсида алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг шаклланиши, ривожланиши ва касалликнинг кечиши билан преморбид даврдаги девиант хулқ-атворнинг салбий таъсири орасидаги боғлиқликни ўрганиш ҳамда ушбу касалликни даволаш ва олдини олишнинг самарали йўллари ишлаб чиқишга катта эътибор қаратилмоқда. Бу борада алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг шахсий-биологик хусусиятларини очиб бериш, девиант хулқ-атвор ва шахс девиацияси шаклланишидаги ижтимоий-психологик омилларини аниқлаш ҳамда хулқ-атвор шакллари ҳисобга олган ҳолда даволаш-реабилитациясига оид тадқиқотларга алоҳида аҳамият берилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2014 йил 19 февралдаги 2133-сон Қарори билан тасдиқланган «Соғлом бола йили» Давлат дастури, 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ-1652-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси наркотикларни назорат қилиш Давлат комиссиясининг 2011 йил 8 августдаги 11/11-сон қарори билан тасдиқланган «2011-2015 йилларга мўлжалланган наркотикларни суистеъмол қилиш ва ноқонуний муомалага чиқаришга қарши курашиш комплекс чора-тадбирлар дастури»да белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан

¹ UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015// <http://www.unodc.org/wdr/2015/>

ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ ДИТД-9 «Инсон касалликлари профилактикаси, ташхиси, даволаш ва реабилитациясининг янги технологияларини ишлаб чиқиш» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи².

Алкоголизм ва гиёҳвандликнинг клиник-психопатологик хусусиятлари, даво ва реабилитациясига қаратилган илмий-тадқиқот ишлари дунёнинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан National Institute on Drug Abuse, University of Rochester (USA), Medico Centro Teknon, Quiron Madrid University Clinic (Spain), Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (England), University of Melbourne, Central Clinical Hospital of Vienna (Austria), Dasarang Global Alkohol Clinic (Korea), European Psychiatric Association, The Center of Psychological Aid in Bali (Bali), Наркология миллий илмий маркази (Россия), Республика наркология маркази, Тошкент тиббиёт академиясида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Алкоголизм ва гиёҳвандликнинг клиник хусусиятлари, даволаш-реабилитация ва профилактикаси бўйича қатор, жумладан қуйидаги илмий натижалар олинган: умумий қабул қилинган детоксикация, медикаментоз даволаш ва психокоррекция усуллари патогенетик асослаб берилган (Medico Centro Teknon, Spain); махсус даволаш дастури бўйича психологик маслаҳатдан ўтмаган беморларда асосий ижтимоий-психологик хавф омилларини бартараф қилиш ишлаб чиқилган (National Institute on Drug Abuse, University of Rochester, USA); биологик, психологик ва ижтимоий реабилитация дастурида устувор йўналишлар очиб берилган (Dasarang Global Alkohol Clinic, Korea); узоқ муддатли реабилитация дастуридан ўтган беморларда ижтимоий мослашув-чанлик фаолиятини тиклашнинг юқори даражада бўлиши асосланган (The Center of Psychological Aid in Bali, Bali);

Дунёда алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг клиник хусусиятлари, ташхиси, даволаш-реабилитацияси ва шахсий-биологик, ижтимоий-психологик омилларига оид муаммоларни ечиш бўйича қатор, жумладан, қуйидаги устувор йўналишларда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: преморбид давридаги омиллар туфайли юзага келадиган оқибат ва асоратларни эрта ташхислаш; молекуляр-генетик ва иммунологик ўзгаришларни аниқлашнинг замонавий ташхис усуллари ишлаб чиқиш; касалликни ташхислаш, олдини олиш ва даволаш стандартларини преморбид омилларни эътиборга олган ҳолда такомиллаштириш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Маълумки, сўнгги йилларда девиант хулқ-атворни ўрганишга қизиқиш ортиб бормоқда ва бу хорижий адабиётларида кенг ёритилган (Albrecht U., 2007; Paul R. and Jacob E., 2008., Dennis W., Heather M., 2012).

² Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи <https://www.drugabuse.gov/publications#;> <https://www.teknon.es/JCIQuality@jcrinc.com;> [https://www.ksl.ac.uk/ioppn/about/322/info_imprint;](https://www.ksl.ac.uk/ioppn/about/322/info_imprint) [https://www.cskswia.pl/cse/for-patients/health-promotion-preven/12244.the-central-clinical-hospital-of-the-ministry-of-the-interior-and-administration.html;](https://www.cskswia.pl/cse/for-patients/health-promotion-preven/12244.the-central-clinical-hospital-of-the-ministry-of-the-interior-and-administration.html) [https://en.heajuclinic.com/dasarang/;](https://en.heajuclinic.com/dasarang/)

Бугунги кунда ижтимоий девиациянинг намоён бўлиш хусусиятларини ўрганишга бағишланган кўплаб тадқиқотлар олиб борилмоқда, аммо барча тадқиқотларда ҳам девиация ривожланишининг ҳал қилувчи бўғин ҳисобланган преморбид давр омилларини ўрганишга эътибор қаратилмайди, ваҳоланки, бу янги самарали профилактика чораларининг муҳим жиҳатидир (Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Асланбекова Н.В., 2014; Игумнов С.А., 2014).

Шахс типи ва ота-онанинг зарарли хулқ-атвори алкоголизмга чалинган беморларда аутоагрессив хулқ-атвор кўринишларининг шаклланишига олиб келади (Новиков С.А. ва бошқалар, 2014). Аддиктив бузилиши бор беморларда суицидал хулқ-атвор феноменологияси ва оилавий муносабатлар тузилишида ҳамкор тобелик хулқ-атворли оила аъзолари ўрганишда аддиктив беморларни даволаш ва реабилитациясини оптималлаштириш ҳамда диагностик-терапевтик ёндашувларни ишлаб чиқиш талаб этилади (Бисалиев Р.В., 2011). Девиант хулқ-атворли ёш аёлларда алкоголизм кечишининг клиник хусусиятлари кўриб чиқилган ҳамда унинг даволаш, реабилитация ва профилактикасини мувофиқлаштириш тадбирлари ишлаб чиқилган (Овчинников С.В., 2008). Кўплаб олимларнинг маълумотларига кўра, диссоциал, эмоционал-нотурғун, истерик, етук шахс бузилиши ва циклотимияли шахс типли гиёҳванд беморлар паст даражада ижтимоий мосла-шувчан, умумижтимоий меъёрлардан юқори даражада оғишга мойил бўлади (Алтынбекова Г.И. ва бошқалар, 2005).

Ўсмирлар ривожланишининг ўзига хос хусусиятлари, болалар ва ўсмирларнинг таълим олиш ва тарбияланиш шароитлари, уларнинг қадриятларга бўлган муносабати, болалар ва ўсмирларда девиантлик шаклланишига носоғлом оилаларнинг ҳалокатли таъсири ўрганилди (Paul R. and Jacob E. Cheadle, 2008; Швейцер Л.Б., 2005). Ю.П.Сиволап ва бошқа тадқиқотчиларнинг фикрича, нейрорептиклар, антидепрессантлар ёки антиконвульсантларнинг аддиктив майлни бартараф қилиш қобилиятига эга деб ҳисобланишига ҳеч қандай илмий ва амалий асос йўқ (Савченков В.А. ва бошқалар, 2006). ЖССТ стандартларида когнитив хулқ-атвор психотерапияси, Россияда эса – эмоционал-стрессли ва рационал психотерапия кабилар опийли қарамликни даволашнинг асосий усули сифатида кўрсатилади (Менделевич В.Д., 2004).

Гиёҳванд моддаларга қарамликнинг олдини олиш бўйича АҚШ, Австралия, Ғарбий Европа ва Россия олимлари томонидан бир қатор дастурлар ишлаб чиқилмоқда, аммо уларнинг тадбиқ қилиш натижалари бирдай унумли эмас, чунки мазкур дастурларда қайта касалланишнинг олдини олиш модели ва психотерапевтик услубларнинг етарлича назарий асосланмаганлиги яққол сезилади (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2007; Оруджев Н.Я., 2004).

Республикамізда наркология муаммолари юзасидан тадқиқотларни Л.А. Турсунходжаева, У.Х. Алимов, Н.И. Ходжаева, М.Л. Аграновский, Ш.Ш. Магзумова, А.Х. Имамов, В.К. Абдуллаева, Ф.А. Шигакова, Ж.Т. Рустамова, Ш.Х.Султанов, У.И.Кучкаров, А.Т.Шамсиев кабилар тадқиқот олиб борганлар. Тадқиқотлар таҳлили шуни кўрсатдики, преморбидда

девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг клиник хусусиятлари ва даволаш-реабилитация чора-тадбирлари кам ўрганилган. Бу, ўз навбатида, мазкур масалага йўналтирилган тадқиқотларни давом эттиришни талаб этади.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академияси илмий-тадқиқот ишлари режаси асосида «Ҳар хил патологик ҳолатлар ривожланишининг патогенетик механизмларининг ўзгариш хусусиятлари ва дори воситалари билан даволаш схемаларини оптималлаштириш чоралари» (2011-2014 йй.) ҳамда «Турли ёшдаги шахсларда психоактив моддаларга қарамликнинг шаклланишига турли омилларнинг таъсири ва аниқланган омиллар бўйича реабилитация ва даволаш усулларини такомиллаштириш» (2015-2018 йй.) мавзусидаги лойиҳалар доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади преморбидда девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг клиник-психопатологик хусусиятларини шахсий-биологик ва ижтимоий-психологик омилларини ҳисобга олган ҳолда даволаш-реабилитация ҳамда профилактика чора-тадбирларини мукамаллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг преморбид давридаги девиант хулқ-атвор хусусиятларини аниқлаш;

преморбидда алкоголизм ва опийли гиёҳвандлик билан касалланган девиант хулқ-атворли беморларнинг шахс хусусиятларини аниқлаш;

алкогол ва опиатларга қарам беморларнинг преморбид даврида девиант хулқ-атвор ва шахс девиацияси шаклланишидаги ижтимоий-психологик омилларнинг ролини ўрганиш;

преморбидда девиант хулқ-атворли беморларда алкоголь ва опиатларга қарамликнинг клиник хусусиятлари ҳамда тиббий-ижтимоий асоратларини ўрганиш;

преморбидда девиант хулқ-атворли ва девиант хулқ-атворсиз алкоголизм ва опийли гиёҳвандлик билан касалланган беморлар бош миё ҳолатининг нейровизуал хусусиятларини қиёсий ўрганиш;

преморбидда девиант хулқ-атворли беморларда психоактив воситаларга қарамликнинг даволаш-реабилитация ва профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг объектини алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган 19 ёшдан 59 ёшгача бўлган 400 нафар эркак беморлар ташкил этди.

Тадқиқотнинг предметини алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка қарам эркак жинсидаги шахсларнинг шахсий-биологик ва ижтимоий-психологик омиллари ҳамда клиник-анамнестик, клиник-психопатологик ва клиник-психологик хусусиятлари ташкил этади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда статистик, клиник, катамнестик, клиник кузатув, ҳамда экспериментал-психологик ва нейровизуал текширув каби усуллар қўлланган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагиларидан иборат:

алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморлар преморбидидаги девиант хулқ-атвор ривожланишида перинатал патология кузатилиши, эмоционал-нотурғун ва эксплозив шахс типларининг устунлиги, наркологик ва руҳий касалликларга наслий мойиллик ҳамда ижтимоий-психологик омилларнинг ўзаро боғлиқлиги исботланган;

психоактив воситаларни истеъмол қилишнинг эрта бошланиши, қарамликнинг юкори тезликда шаклланиши ҳамда абстинент синдромнинг оғир кечиши билан характерланадиган, преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларда қарамликнинг юкори даражадаги прогредиент кечиши асослаб берилган;

преморбидда девиант хулқ-атворли беморларда патологик майлнинг хулқ-атвор ва аффектив компонентлари устунлик қилиши аниқланган;

қарамлик юкори даражада прогредиент кечувчи девиант хулқ-атворли беморларда бош миянинг бироз қуришидан то субкортикал макон ва бош мия пўстлоқ қисми пешона бўлаги эгатчаларининг кенгайиши каби морфологик ўзгаришларнинг шаклланиши аниқланган;

преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг ижтимоий мослашувини яхшилаш учун когнитив хулқ-атвор психотерапиясини қўллаш патогенетик асослаб берилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморлар учун даволаш-реабилитация дастури ишлаб чиқилган;

преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголь ва опийларга қарам беморлар учун мукаммаллаштирилган профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув, усул ва олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ишлаб чиқилган услубий тавсиялардан алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг шаклланишида шахс-биологик, ижтимоий-психологик, клиник-динамик ва инструментал текширувлар ёрдамида касалликнинг шаклланиш жараёни, ривожланиши, ҳамда касаллик кечишининг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда даволаш-реабилитация дастурини такомиллаштириш илмий асослаб берилиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишда ишлаб чиқилган тавсиялардан психоактив моддалар истеъмолининг бирламчи ва уларга қарамликнинг иккиламчи профилактика усуллари такомиллаштиришда,

даволаш-реабилитация муассасаларида адекват даво чораларини танлашда, шунингдек, тегишли йўналишлар бўйича таълим ва илмий фаолиятда фойдаланиш мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва наркоманиянинг клиник хусусиятлари бўйича олинган натижалар асосида:

«Девиант хулқ-атворли алкогольга қарам беморлар психотерапиясининг ўзига хослиги» мавзудаги услубий тавсиянома расмийлаштирилган ва тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 19 апрелдаги 8Н-д/27-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг жорий қилиниши преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголь ва опиатларга қарам беморларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатган ҳолда қайта касалланишлар ва асоратларнинг камайтириш имконини берган;

преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг клиник хусусиятлари, ривожланиши, кечиши ва даволаш-реабилитация чора-тадбирлари бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Хоразм вилояти наркологик диспансери ва Тошкент шаҳар мажбурий даволаш наркология шифохонаси амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 19 апрелдаги 8Н-д/27-сон маълумотномаси). Амалиётга жорий қилинган тавсиялар натижасида беморларнинг ижтимоий мослашуви яхшиланган, қайта касалланишларнинг олди олинган, касаллик клиник ремиссия ҳолатларининг 1,6 мартага ошиб, шифохонада даволаниш заруратининг 2 марта камайтириш имконини берган, бу эса даволаниш учун сарфланадиган маблағларнинг қарийб тенг баробар тежалишига олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан 8 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 35 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 15 та мақола, жумладан, 13 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, етти боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 180 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб

берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Преморбидда девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва опийли гиёхвандликнинг клиник-психопатологик хусусиятларининг назарий асоси ва замонавий талқини» деб номланган биринчи бобида девиант хулқ-атвор феномени, унинг сабаблари, ижтимоий-психологик омилларнинг роли, шунингдек алкоголизм ва опийли гиёхвандликнинг клиник хусусиятлари, ривожланиши ҳамда қарамликнинг кечишида девиант хулқ-атворнинг аҳамияти ва даволаш-реабилитация усуллари тўғрисидаги илмий маълумотлар келтирилган.

Тадқиқотнинг «Девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёхвандликнинг клиникаси, преморбид омилларнинг методологияси» деб номланган иккинчи бобида қўлланилган материал ва тадқиқот олиб бориш услублари, фойдаланилган усуллар, шунингдек, олинган маълумотларни қайта ишлашда қўлланилган статистик усуллар келтирилган.

Қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун 2010 - 2015 йиллар давомида Республика наркология марказида алкоголизмнинг иккинчи даражаси билан стационар равишда ихтиёрий даволанаётган 200 нафар, ҳамда опийли гиёхвандликка чалинган 200 нафар эркакларда клиник текширувлар олиб борилган. Беморлар тўртта гуруҳга бўлиб ўрганилган:

150 нафар биринчи гуруҳ (1-гуруҳ) – преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизмга чалинган беморлар;

50 нафар иккинчи гуруҳ (2-гуруҳ) – алкоголизмга чалинган, преморбидда девиант хулқ-атворсиз беморлар;

150 нафар учинчи гуруҳ (3-гуруҳ) – преморбидда девиант хулқ-атворли опийли гиёхвандликка чалинган беморлар;

50 нафар тўртинчи (4-гуруҳ) гуруҳ – опийли гиёхвандликка чалинган, преморбидда девиант хулқ-атворсиз беморлар.

Сомато-неврологик белгилар яққол намоён бўлган ва ёндош руҳий касалликларга эга беморлар тадқиқотга киритилмади.

Биринчи ва учинчи гуруҳга киритилиш мезонлари қуйидагилар этиб белгиланди: касалликнинг иккинчи (ўрта) босқичида бўлган, алкоголизм ёки опийли гиёхвандлик билан касалланган эркаклар; алкоголизм ёки гиёхвандлик ривожланишидан олдин девиант хулқ-атворнинг аниқланганлиги; беморларнинг ёши 19 дан 59 гача бўлиши.

Биринчи ва учинчи гуруҳга киритилмаслик мезонлари сифатида эса қуйидагилар белгиланди: алкоголизм ёки опийли гиёхвандлик билан касалланган эркакларда ёндош руҳий касалликлар мавжудлиги (аклий заифлик, МНСнинг жиддий органик бузилишлари, эпилепсия, биполяр аффектив бузилишлар, шизофрения) ҳамда алкоголизм ёки опийли гиёхвандликдан ташқари бошқа психоактив воситаларга қарамликнинг мавжудлиги; сурункали соматик касалликлар кўзиган даврдаги беморлар; беморларнинг ёши 19 дан кичик ёки 59 ёшдан катта бўлиши.

Қўйилган вазифаларни амалга оширишда клиник-психопатологик, клиник-анамнестик, клиник-катамнестик усуллардан фойдаланилди: абсти-

нентция синдромининг ифодоланганлик даражасининг баҳолаш шкаласи; алкоголизмнинг прогредиентлик даражасининг баҳолаш шкаласи (С.Л. Кравченко, 2002; П.И.Сидоров, 2003); девиант хулқ-атвор турларини аниқлашда Змановская Е.В. сўровномаси (Змановская Е.В., 2004); преморбид шахс хусусиятларини аниқлашда П. Б. Ганнушкина (1933), О. В. Кербикова (1971), А. Е. Личко (1977), К. Леонгарда (1981) таснифи; характерологик сўровнома (шахснинг акцентуациясини аниқлаш учун ММРІ сўровномаси, қисқача варианты Л.Н.Собчик мослаштирган Мини-мульти).

Бош мия ҳолатларининг компьютер-томография хусусиятларини тадқиқ этишга киритилган барча беморларда бош миянинг компьютер-томографик ёки мультиспирал компьютер томографик тадқиқоти ўтказилди.

Олинган натижаларнинг статистик таҳлили вариацион статистика усулида амалга оширилди. Нопараметрик тақсимланиш билан маълумотларни таҳлил қилишда Спирман корреляция коэффиценти усули қўлланилди. Ўртача фарқларнинг ишончлилиги ишонч интервали 95 % бўлган ҳолда Стюдент мезони асосида баҳоланади ($p < 0,05$).

Диссертациянинг «**Алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларда преморбид даврдаги девиант хулқ-атворнинг таққослама хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобда алкоголизм ва гиёҳвандлик билан касалланган беморларда девиант хулқ-атвор ривожланишининг психологик омиллари, клиник-биологик хусусиятлари ва ижтимоий-демографик омилларга оид текширув натижалари келтирилган.

1-гурух беморларнинг асосий қисмини агрессив девиант хулқли (ДХ) (70 нафар бемор – 46,7 %) кишилар ташкил этди, кейинги ўринни делинквент ДХ (54 нафар бемор – 36,0 %) беморлар ва уларга нисбатан кам ўринни суицидал ДХ (26 нафар - 17,3 %) беморлар ташкил этди. 3-гурухда ҳам кўпроқ делинквент ДХ (73 нафар бемор – 48,7 %) ($P < 0,05$) беморлар учраши аниқланди, агрессив (59 нафар бемор – 39,3 %) ва суицидал ДХ беморлар нисбатан камроқ кузатилди (18 нафар бемор – 12,0 %).

Текширилаётган беморларда преморбид шахс хусусиятларининг таққослама анализи қуйидаги натижаларни кўрсатди: эксплозив ва нотурғун шахс типлари, асосан, биринчи (44 нафар бемор – 29,4%; 45 нафар бемор – 30,0 %) ва учинчи (41 нафар бемор – 27,3 %; 60 нафар бемор – 40,0 %) гуруҳда аниқланди. Эксплозив типдаги шахслар анамнезида, кўпинча, агрессив реакцияли аффектив кўзғалишлар кузатилган. Айни шу беморлар ёшлигида каннабис, алкоголь каби психоактив воситалар (ПАВ) истеъмол қилишга мойил бўлган, танишлари орасида эса етакчи бўлиб келишган, айнан уларда қарамлик тез шаклланган. Иккинчи ва тўртинчи гуруҳда нисбатан юқори кўрсаткичлар ананкаст ва конформ шахс типларига оид бўлган: 2-гурухда – 30,0 % ва 28,0 %; 4-гурухда – 20,0 % ($r = -0,63$) ва 26,0 % ($r = -0,55$).

Преморбид шахс хусусиятлари текширилганда, уларнинг уч хил турда намоён бўлганлиги аниқланди: характер акцентуацияси, психопатик шахс ва шартли гармоник шахслар. Характер акцентуацияси деярли барча гуруҳларда кўп фоизни ташкил этди ва қуйидаги натижалар кузатилди: 1-гурухда 101

нафар бемор (67,3%); 2-гурухда 31 нафар бемор (62,0%), 3-гурухда 66 нафар бемор (64,0%) ва 4-гурухда 29 нафар бемор (58,0%). Психопатик шахс кўпроқ 1- ва 3-гурухларда учради: 40 нафар бемор (26,7 %) ($r=0,58$) ва 51 нафар бемор (34,0 %) ($r=0,52$). Преморбид даврда девиант хулқ-атвор аниқланмаган гуруҳларда (2- ва 4-гурухлар) кўпроқ шартли гармоник шахс типлари аниқланди: 14 нафар бемор (28,0 %) ва 13 нафар бемор (26,0 %).

Преморбид даврдаги ДХ ва шахс типлари орасидаги боғлиқлик текширилганда, 1- ва 3-гурухларнинг преморбид даврда агрессив ДХ аниқланган беморларда, асосан, эксплозив (23 нафар бемор – 32,8 %; 18 нафар бемор – 30,5 %) ва нотурғун (26 нафар бемор – 37,2 %; 22 нафар бемор – 37,4 %) шахс типлари ҳамда делинквент ДХ беморларда эксплозив тип (17 нафар бемор – 31,5 %; 17 нафар бемор – 23,4 %) ва нотурғун тип (18 нафар бемор – 33,3 %; 35 нафар бемор – 47,9 %) аниқланди. Суицидал ДХ беморлар орасида энг кўп истероид шахс типлари учради (10-38,5 % ва 3-16,7 %).

Клиник усулда аниқланган преморбид шахс хусусиятларига оид маълумотлар ММРІ сўровномаси орқали экспериментал-психологик усулда аниқланган кўрсаткичлар билан мос келди. Булар қуйидаги маълумотлар билан тасдиқланди: агрессив ДХ 1- ва 3-гурух беморларида эмоционал-нотурғун (24 нафар бемор – 34,3 %; 20 нафар бемор – 33,9 %), диссоциал (13 нафар бемор – 18,6 %; 18 нафар бемор – 30,6 %) ва дистимик (12 нафар бемор – 17,2 %; 8 нафар бемор – 13,5 %) шахс типлари, делинквент ДХ беморларда эса диссоциал (13 нафар бемор – 24,2 %; 17 нафар бемор – 23,3 %), эмоционал-нотурғун (16 нафар бемор – 29,6 %; 29 нафар бемор – 39,7 %) ва дистимик (11 нафар бемор – 20,4 %; 14 нафар бемор – 19,2 %) шахс типлари ташкил қилди. 2- ва 4-гурух беморлар, асосан, шартли гармоник шахс типларига (14 нафар бемор – 28,0 % ва 13 нафар бемор – 26,0 %) ($P<0,001$) ($r=-0,99$) оид эканлиги аниқланди. Эмоционал-нотурғун ($P<0,01$) ($r=0,51$) ва диссоциал ($P<0,01$) ($r=0,56$) шахс типлари билан преморбид даврдаги ДХ орасида ишончли корреляцион боғлиқлик аниқланди.

Наслий мойиллик шахс девиацияси ривожланишида муҳим омил ҳисобланади. Бу омилларнинг таққослама текшируви наслий мойилликнинг аҳамияти катта эканлигини кўрсатди ва қуйидаги кўрсаткичлар билан тасдиқланди: 1-гурухда отасидаги алкоголизм – 20,7 %, 2-гурухда эса – 6,0 % ($P<0,01$) ($r=0,61$) бемор; 1-гурухда ота-онадаги алкоголизм – 10,7 % ҳолатда, 2-гурухда эса бор йўғи – 4,0 % ($P>0,05$) ($r=0,48$) ҳолатда; 1-гурухда қариндошларидаги алкоголизм ёки гиёҳвандлик – 8,7 %, 2-гурухда эса икки маротаба кам учради (4,0 %) ($r=0,39$); қариндошларида руҳий касалликлар (10,0 % ва 2,0 %) ($P<0,05$) ($r=0,69$); 1-гурухда перинатал патология – 13,3 %, 2 гурухда эса 6,0 % бемор ташкил этиши аниқланди.

Мавжуд беморлардаги опиятларга қарамликнинг наслий мойиллиги текширилганда, 3- ва 4-гурухдаги беморларда ушбу омиллар бўйича ҳам анча катта фарқлар мавжудлиги аниқланди. Масалан, 3-гурухда ота-онасининг алкоголизмга чалинганлиги 7,3% ҳолатда бўлса, 4-гурухда аниқланмади. 3-гурухда отасининг алкоголизмга чалинганлиги – 16,0%, 4-гурухда 4,0% ($P<0,01$) ($r=0,64$) ни ташкил қилди. 3- ва 4-гурухдаларда қариндошларининг

алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинганлиги бир хил кўрсаткични (6,0%) намоён этди. Анамнезида перинатал патология 3-гуруҳда 4-гуруҳга нисбатан кўпроқ учраши кузатилди (20,7%, 10,0%) ($P < 0,05$).

Диссертациянинг «**Девиант хулқ-атвор ривожланиши ва шахс девиациясида ижтимоий-психологик омилларнинг аҳамияти**» деб номланган тўртинчи бобида алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг оилавий ахволи, касбий фаолияти ва бандлиги, тарбия усули ҳамда референт гуруҳларнинг хусусиятлари ўрганилди.

Ўсмир тарбияланаётган ижтимоий муҳит уларда аддиктив хулқнинг шаклланишида асосий туртки бўлувчи омиллардан бири ҳисобланади. Оиладаги муҳит, унинг руҳан соғломлиги ва энг муҳими, оила аъзоларининг қўллаб-қувватлаши - девиантликнинг муҳим руҳий-ижтимоий шартларидан биридир. Ўрганилган шахсларнинг ижтимоий ҳолати статистик кўрсаткичлар билан биргаликда қуйидаги маълумотларда келтирилган.

Преморбид даврда ДХ аниқланган ва аниқланмаган алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморлар гуруҳлари орасида моддий тўқис, аммо маънавий қашшоқ бўлган оилаларда тарбияланганлар сони бўйича катта фарқлар аниқланди: 1-гуруҳда – 78,7 %, 2-гуруҳда – 28,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,81$); 3-гуруҳда – 61,3 % ва 4-гуруҳда – 6,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,92$) ни ташкил қилди. 2- ва 4-гуруҳлардаги беморлар, асосан, моддий тўқис оилаларда тарбияланган. Маънан етук оилаларда 2-гуруҳдан – 24,0 % ($P < 0,05$) ($r = -0,57$) ва 4-гуруҳдан – 56,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,80$) бемор тарбияланган. Кўпроқ отанинг ўрни устун бўлган оилалар иккинчи (30,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,61$)) ва тўртинчи (34,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,52$)) гуруҳларга нисбатан 1- ва 3-гуруҳдаги беморларда (агрессив ДХ (3,3 % ва 4,7 %), делинквент ДХ (4,0 % ва 6,0 %), суицидал ДХ (2,0 % ва 2,0 %)) камроқ эканлиги аниқланди.

Девиант хулқ-атвор ривожланишида - алкоголизм ва гиёҳвандлик билан касалланган беморларнинг преморбид давридаги оилавий ахволи муҳим аҳамият касб этади. Тўлиқ бўлмаган оилада (фақат отаси ёки онаси бор) ва қариндошларининг қўлида тарбияланганлар кўпроқ преморбид даврда ДХ бўлган беморларда учради (48,7% ва 32, %; 43,3% ва 36,7%), 2- ва 4-гуруҳда эса нисбатан камроқлиги аниқланди (10,0% ва 10,0%; 6,0 % ва 10,0%).

Алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларда оиласида тарбия усули ҳисобланадиган оилавий омилнинг қарамлик шаклланишига таъсирини ўрганиш мақсадида қиёсий гуруҳларда текширув ўтказилди ва қуйидагилар аниқланди: 1-ва 3-гуруҳ беморларда кўпроқ гипопротекция (48,0 % ва 46,0 %) ва шафқатсиз муносабат (40,7 % ва 16,7 %) типидagi тарбия кузатилган. Гипопротекция типидagi тарбияда ота-оналар, фарзандларидан кўра, кўпроқ ўз муаммолари билан банд бўлганлар, фарзандларининг бандлиги, уларнинг қизиқишлари ва эҳтиёжлари билан қизиқмаганлиги аниқланди. Оилада болаларга шафқатсиз муносабат ва зўравонлик бўлганда, уларда кўрқув, ўз имкониятларини паст баҳолаш ёки улар томонидан мавжуд вазиятга қаршилик реакциялари кузатилган ва аддиктив хулқнинг шаклланишига олиб келган. 2- ва 4-гуруҳда гиперпротекция 74,0% ва 56,0% ҳолатларда устунлик

қилиши кузатилган ($P < 0,001$). Ота-онанинг фарзандига керагидан ортик ғамхўрлик қилиши, уларнинг ҳар бир қадамини назорат қилиши, баъзан болаларнинг ўзлари бажариши керак бўлган вазифаларни уларнинг ўзлари бажариши, ҳатто ким билан дўстлашиш, мактабдаги устозлари ва ўртоқлари билан юзага келган муаммоларни ҳам ўзлари ҳал қилиши – тарбиядаги нуқсонга олиб келган.

Референт гуруҳларнинг текшируви преморбид даврида ДХ аниқланган алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморлар (1- ва 3-гуруҳлар), ДХ аниқланмаган 2- ва 4-гуруҳдан фарқли равишда, жиноий гуруҳлар (1-гуруҳда 10,0 % ва 2-гуруҳда аниқланмади; 3-гуруҳда 8,0% ва 4-гуруҳда ҳам аниқланмади) ва ўсмирларнинг асоциал гуруҳлари (24,0% ва 2,0% 1- ва 2-гуруҳларда, ($P < 0,001$); 21,4% ва 8,0% 3- ва 4-гуруҳларда) таъсири остида бўлган. Айниқса, катта фарқ делинквент ДХ (16,7% ва 14,0%, мос равишда 2- ва 4-гуруҳларда) беморларда аниқланди. 2- ва 4-гуруҳдаги беморлар асосан синфдошлари (22,0%, $P > 0,05$); (12,0%, $P > 0,05$) ёки яшаш жойларидаги дўстлари (16,0%, $P > 0,05$); (24,0%, $P > 0,05$) билан алоқада бўлишган.

Статистик аҳамиятга эга фарқ беморларнинг маълумот даражасида ҳам аниқланди. Демак, 1- ва 3-гуруҳдаги беморлар, асосан, ўрта махсус маълумотга эга бўлганлар аниқланган бўлса (57,3 % ва 56,0 %, мос равишда), 2- ва 4-гуруҳдаги беморлар (26,0 % ва 42,0 %), олий маълумотга эга эканлиги аниқланди (6,0 %, $P < 0,01$) ($r = -0,69$) ва (9,3 %, $P < 0,001$) ($r = -0,75$).

Алкоголизм билан касалланган, яъни 1- ва 2-гуруҳнинг оилавий аҳволи текширилиб кўрилганда, оилалилар (мос равишда 33,9 % ва 67,6 %) ($P < 0,001$) ($r = -0,61$), бўйдоқлар (мос равишда 31,4 % ва 20,0 %) ($P > 0,05$) ($r = 0,29$) ҳамда ажрашганлар (мос равишда 34,6 % ва 12,0 %) ($P < 0,001$) ($r = 0,59$) эканлиги аниқланди. Шунингдек, 3-гуруҳдаги беморларнинг 40,7 %и оилали, 24,0 %и бўйдоқ ва 35,3 %и ажрашган эканлиги аниқланди. 4-гуруҳдаги беморларнинг 60,0 %и ($P < 0,001$) ($r = -0,51$) айни вақтда оилали, ажрашганлари фақатгина 18,0 % ($P < 0,05$) ($r = 0,40$) ни ташкил қилди. Мазкур маълумотлар ушбу шахсларнинг оилавий аҳволи преморбидида ДХ беморларга нисбатан анча ижобий ҳолатда эканлигини кўрсатди.

«Преморбид даврда девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва гиёҳвандликнинг клиник хусусиятлари ва тиббий-ижтимоий оқибатлари» деб номланган бешинчи бобда алкоголизм ва опийли гиёҳвандликнинг ривожланиш динамикаси, унинг кечиш хусусиятлари, яъни ПАВ мунтазам қабул қилишнинг бошланиши, абстинент синдром шаклланиши ва унинг муддати, унинг клиник намоён бўлиши, касаллик кечишининг прогредиентлиги, психоактив воситаларга нисбатан патологик майл, ПАВни суистеъмол қилиш оқибатида шахс ўзгариши ва унинг ижтимоий оқибатларини ёритиб ўтилди.

Спиртли ичимликларни нисбатан эрта қабул қилишнинг бошланиши преморбид даврда девиант хулқ-атвор белгилари аниқланган алкоголизмга чалинган беморларда кузатилди (1-гуруҳ). Жумладан, алкогольни 15 ёшгача истеъмол қилишни 1-гуруҳдаги 19,4 % беморлар, 2-гуруҳдагиларнинг эса 6,0 %и ($P < 0,01$) ($r = 0,58$) бошлаганлиги аниқланди. 1-гуруҳдаги беморлардан

делинквент ДХ (12,0 %) ва агрессив ДХ (6,7 %) шахслар алкоголь истеъмол қилишни нисбатан эрта бошлаганлиги аниқланди.

Опиатларни нисбатан эрта истеъмол қилишни 3-гуруҳдаги (28,7 % -15 ёшдан 20 ёшгача) беморлар бошлаган бўлиб, уларнинг гиёҳванд моддаларни қабул қилишига сабаб, асосан, қизиқувчанлик, айрим ҳолларда эса етакчиларга тақлид қилиш ёки пассив бўйсинувчанлик бўлган. 4-гуруҳ беморларида эса ушбу ёшда гиёҳванд моддалар қабул қилганлар учрамади. 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,3 %и, яъни ½ қисмдан кўпроғи, 4-гуруҳдагиларнинг эса 16,0 %и ($P<0,001$) ($r=0,75$) гиёҳванд моддаларни 20 – 25 ёшлар оралиғида қабул қилишни бошлаганлиги аниқланди.

Преморбид даврда девиант хулқ-атворли беморларда алкогольни систематик равишда қабул қилишнинг анча эрта бошланиши қарамликнинг тез ривожланиши ва касалликнинг юқори даражада прогредиент кечиши билан узвий боғлиқлиги аниқланди. 1-гуруҳ беморларининг 35,4 %и алкогольни систематик қабул қилишни 20 ёшгача бошлаган бўлса, 2-гуруҳдагиларнинг фақат 8,0 %и ($P<0,001$) ($r=0,73$) шу ёшда алкогольни суистеъмол қилишни бошлаганликларини таъкидлашди. 2-гуруҳдаги беморларнинг асосий қисми (58,0 %и) ($P<0,001$) ($r=-0,78$) спиртли ичимлик истеъмол қилишни 25 ёшдан кейин бошлаганлиги аниқланди.

Абстинент синдромининг (АС) нисбатан эрта шаклланиши 1- ва 3- гуруҳдаги беморларда кузатилди. Масалан, 1-гуруҳдаги 11,3 % беморларда 20 ёшгача кузатилган бўлса, 2-гуруҳдаги беморларда аниқланмади. 3-гуруҳдаги беморларда 18 ёшгача АСнинг шаклланиши 27,3 % ҳолатда кузатилган бўлса, 4-гуруҳдаги беморларда 2,0 %ни ташкил қилди ($P<0,001$) ($r=0,90$). Алкогол АС 20-25 ёш ва 25-30 ёш оралиғида шаклланган беморларнинг асосий қисми 1-гуруҳда (мос равишда 34,7 % ва 34,0 %) аниқланган бўлса, улардан фарқли равишда 2-гуруҳдаги беморларда улар мос равишда 4,0 % ($P<0,001$) ($r=0,85$) ва 8,0 % ($P<0,001$) ($r=0,71$) ни ташкил этди.

АСнинг нисбатан катта ёшда шаклланиши кўпроқ 2-гуруҳ беморларида кузатилди: 35-40 ёшда 26,0 % ($P<0,01$) ($r=-0,63$) ва 40 ёшдан ошганда 48,0 % ($P<0,001$) ($r=-0,94$). 4-гуруҳдаги беморларда АСнинг шаклланиши 25-30 ёшда 30,0 % ва 35 ёшдан ошганда 24,0 % ($P<0,01-0,05$) ($r=-0,69, -0,48$) эканлиги аниқланди. 1- ва 3-гуруҳдаги беморларнинг ҳар хил турдаги ДХ солиштирилганда, 1-гуруҳдаги делинквент ДХ беморларнинг 16,0 %ида АС 20-25 ёшда ва агрессив ДХ беморларнинг 17,3 %ида 25-30 ёшда шаклланганлиги аниқланди. 3-гуруҳда агрессив ДХ беморларда АСнинг шаклланиши 18 ёшдан 20 ёшгача 16,0 % ва 18 ёшгача 12,0 %, делинквент ДХ беморларда 18 ёшгача 14,0 % ва 18 ёшдан 20 ёшгача 21,33 % беморларда кузатилди. АСнинг шаклланиш муддатлари текширилганда, 1-гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида АСнинг қисқа муддатларда шаклланиши кузатилди: 1 йилдан 5 йилгача – 35,4 %, 5 йилдан 10 йилгача – 37,4%, 2-гуруҳда эса 2,0 % ($P<0,001$) ($r=0,93$) ва 4,0 % ($P<0,001$) ($r=0,87$) аниқланди. 2-гуруҳдаги беморларда АС нисбатан секинроқ ривожланганлиги маълум бўлди: жумладан, 15 йилдан 20 йилгача – 32,0% ($P<0,01$) ($r=-0,69$) ва 20 йилдан кўпроқ 54,0 % ($P<0,001$). 3-гуруҳдаги беморларда АСнинг шаклланиши кўпроқ 3 ойда – 57,3%

кузатилди, 1 ой ичида эса 25,3 % да шаклланган. Айниқса ишончли фарқ агрессив ДХ беморларда (1 ойгача – 10,0% ва 1 ойдан 3 ойгача – 26,0%) ва делинквент ДХ (1 ойгача – 14,0% ва 1 ойдан 3 ойгача – 28,7%) аниқланди.

Алкоголга патологик майл (АПМ) нинг аффектив компоненти структурасида депрессив симптоматика 1-гуруҳдаги беморларнинг барчасида кузатилди. Депрессиянинг ўртача (13,3 %) ва енгил (29,3 %) даражаси кўпроқ 1-гуруҳдаги агрессив ДХ беморларда аниқланди. Енгил даражадаги хавотир 1-гуруҳдаги (10,7 %) беморларда 2-гуруҳдагиларга нисбатан 4,0 % кўпроқ кузатилди. 1-гуруҳда юқори даражадаги хавотир, асосан агрессив ДХ (17,3%) ва делинквент ДХ (16,7 %) беморларда аниқланди. Эмоционал лабилликнинг юқори даражаси суицидал ДХ 9,4 % беморларда устунлик килди. Енгил даражадаги дисфория 2-гуруҳда камроқ (8,0 %); дисфориянинг ўртача даражаси 1-гуруҳда (27,1 %) кўпроқ кузатилиши аниқланди. Алкогол билан боғлиқ туш кўриш ва уйқу бузилишининг (алкоголга патологик майлнинг вегетатив компоненти) енгил даражаси 1-гуруҳда (10,7 %) камроқ кузатилди. Идеатор компонентнинг енгил даражадаги кўринишидаги фарқ қуйидагича бўлди: 1-гуруҳда 10,6 % ва 2-гуруҳда 56,0 %.

1-гуруҳда АС турли шакллариининг клиник намоён бўлиши умумий тарзда олиб қаралганда, ўткир абстинент синдромни (ЎАС) бир неча бор бошдан кечирган беморларда патологик майлнинг интенсивлиги, хавотирли-ипохондрик ҳолатларнинг кучли намоён бўлиши билан ажралиб турди. ЎАС 1- ва 2-гуруҳдаги беморларда, асосан, астеник шаклда (47,3% ва 62,0%) намоён бўлди. ЎАС сомато-неврологик шакли иккала гуруҳда ҳам деярли бир хил юзага чиқди – 29,3% и 28,0%. ЎАСнинг руҳий бузилишидаги фарқ катта эканлиги аниқланди: 1-гуруҳда 23,3% ва 2-гуруҳда 10,0% ($P < 0,05$).

Опиатларни суистеъмол қилиш натижасида юзага келган абстинент бузилишлар намоён бўлиши ўз ичига иккала гуруҳга ҳам хос бўлган алгик, соматовегетатив ва психопатологик каби компонентларни ўз ичига олади ҳамда бу компонентлар бири иккинчисидан намоён бўлиш даражаси билан фаркланади. 3-гуруҳдаги беморларнинг АС структурасида гиёҳванд моддаларга патологик майлнинг интенсивлиги «ўта қимматли аффект» типиди намоён бўлди. ЎАС симптомлари бўйича 3-гуруҳни 4-гуруҳ билан солиштирилганда алгик симптомлар 3-гуруҳда кучсиз намоён бўлиши аниқланди ($1,3 \pm 0,02$). Оғриқ симптомлар баллар бўйича 4-гуруҳда 3-гуруҳга нисбатан ишончли равишда юқори эканлиги кузатилди ($2,9 \pm 0,2$ ва $1,7 \pm 0,06$; $1,3 \pm 0,2$ ва $1,9 \pm 0,07$). 4-гуруҳда АСнинг кўздан ёш ажралиши, бурун битиши, гипергидроз сингари компонентлари кучли намоён бўлди ($2,7 \pm 0,08$). Оғир диспептик бузилишлар, кўнгил айланиши, қайт қилиш, ич кетиши, ичак ва қорин соҳасида оғриқлар 3-гуруҳдаги делинквент ДХ ($2,9 \pm 0,2$) беморларда кўпроқ кузатилди. Абстинент синдромнинг қуйидаги неврологик компонентлари – тремор, атаксия, бош айланиши, бош оғриғи турли даражада намоён бўлиб, 3-гуруҳдаги беморларда яққол сезилди ($2,8 \pm 0,2$ ва $2,1 \pm 0,07$). АС клиникасида транзитор руҳий бузилишлар 3-гуруҳдаги 16,5% беморда аниқланди. Опиийли АС структурасида хавотир, дисфория, жиззакилик, тушкун кайфият каби аффектив бузилишларнинг оғирлиги ва давомийлиги бўйича суицидал ДХ

беморларда интенсивлиги ремиссия кузатилган беморларга нисбатан икки баробар кучли эканлиги сезилди ($2,8 \pm 0,3$ ва $1,2 \pm 0,07$).

Алкоголизм ва гиёҳвандликнинг прогрессивлиги текширилганда, 2- ва 4-гуруҳ беморларида касалликнинг паст ва ўртача кечиши ишончли даражада юқори эканлиги аниқланди: 62,0% ($P < 0,001$) ($r = -0,80$) ва 28,0% ($P > 0,05$) ($r = 0,17$) 2-гуруҳда; 16% ($P < 0,001$) ва 26,0% ($P > 0,05$) 4-гуруҳда. 1- ва 3-гуруҳдаги беморларда, кўпинча, касалликнинг юқори даражада прогрессив кечиши кузатилди (49,3 % ва 46,7 %). 3- ва 4-гуруҳдаги ДХ турлари солиштирилганда, делинквент ва агрессив ДХ беморларда касалликнинг юқори даражада прогрессив кечиши аниқланди (1-гуруҳда 25,3 % ва 22,7 %; 3-гуруҳда 27,3 % ва 16,7 %). 4-гуруҳдаги беморларда гиёҳвандликнинг нисбатан секин ривожланишини кўрилди 58,0 % ($P < 0,001$). Касалликнинг юқори даражадаги прогрессивликда кечиши, асосан, нотурғун, тез кўзғалувчан, эмоционал лабил, дисфорик ва жиззаки шахсларда кузатилди.

Девиант хулқ-атворли беморларда (1-гуруҳ) 2-гуруҳдагига нисбатан алкогольга толерантлик юқори бўлиб чиқди. Жумладан, уларнинг 43,3%ида алкогольга толерантлик суткасига 1,0-1,5 литр эканлиги таъкидланди (40,0% алкоголь ичимлиги ҳисобида), шулардан 25,3 % агрессив ДХ ва 16,0 % делинквент ДХ ташкил этди. 2-гуруҳдаги беморларда нисбатан паст толерантлик кузатилди (52,0 %). Таъкидлаш жоизки, девиант хулқ-атворли беморлар (1-гуруҳ) алкогольни, асосан, даврий равишда истеъмол қилганлар (58,6 %). Улардан фарқли равишда, преморбидда девиант хулқ-атвор кузатилмаган беморлар (2-гуруҳ) алкогольни, асосан, доимий равишда истеъмол қилганликларини айтиб ўтдилар (62,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,40$)). Майзадали ичиш муддати бўйича алкоголизмнинг даврий шакли аниқланган: 1-гуруҳдаги 88 нафар (58,6 %) беморда майзадали ичиш узок давом этган (7 кундан ортиқ – 43,1 %; 3 кундан 7 кунгача – 33,1 % ва 3 кунгача – 23,8 %), айти пайтда, 2-гуруҳдаги 19 нафар беморда эса қисқа муддат давом этган (7 кундан узок - 15,9 %; 3 кундан 7 кунгача - 36,8 % ва 3 кунгача - 47,3 %). Алкоголизм билан касалланган агрессив ва делинквент ДХ беморларда майзадали ичиш нисбатан узокроқ давом этганлиги кузатилди (7 кундан узок – 23,8 %; 3 кундан 7 кунгача – 18,2 % ва 3 кунгача – 1,1 % агрессив ДХ беморларда; 7 кундан узок – 18,2 %; 3 кундан 7 кунгача – 14,8 % ва 3 кунгача – 7,9 % делинквент ДХ беморларда).

Наркотикларга патологик майл (НПМ) кўзишининг эмоционал-лабил варианти бўйича 3- ва 4-гуруҳда катта фарқ йўқлиги аниқланди (мос равишда 28,7 % ва 30,0 %). Бунда гиёҳванд моддалар ҳақида гап кетганда, беморларда кайфиятнинг ўзгариб туриши, инжиқлик, гиёҳванд моддаларсиз яшаб бўлмайд, деган хаёллар билан кечиши кузатилди. НПМнинг депрессив варианти, асосан, 4-гуруҳ беморлари орасида кўпроқ учради: 34,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,80$). Бундай беморларда ҳам кайфият пасайиши, тушкунлик кузатилди. Улар шифохонада ётганлигидан эзилганлар, шифохонадан кетиш учун турли баҳоналар излаб топишга ҳаракат қилишган. Тушкун кайфият ўз имкониятларини пессимистик баҳолаш, иложсизлик, атрофдагиларга бефарқлик билан кечиб, вақтларини, асосан, ўз палаталарида ўтказишга олиб

келган. НПМнинг дисфорик варианты, кўпинча, 3-гуруҳдаги беморларда кузатилиб (30,0 %), уларнинг аксар қисмини делинквент ДХ (16,7 %) шахслар ташкил қилди. Бу беморларда ҳам шифохонада ётганининг 8–10-кунларига келиб, кайфият пасайиши кузатилган: улар сержаҳл, жиззаки, атрофдагилардан норози бўлиш кайфияти кузатилган, сабабсиз атрофдаги тиббиёт ходимларига кўполлик қилиб, уларга нисбатан хурматсиз, кўпол муомалада бўлганлар. Хавотирли вариант, кўпинча, 4-гуруҳдаги беморларда аниқланди: 24,0 % ($P < 0,05$) ($r = -0,54$). НПМнинг психопатсимон варианты 3-гуруҳда 27,3 % ни ташкил қилган бўлса, 4-гуруҳда умуман кузатилмади.

Шахс ўзгаришларини ўрганиш шуни кўрсатдики, эксплозив типдаги шахс хусусиятларининг чуқурлашуви 1-гуруҳдаги беморларда 22,6 %ни (делинквент ДХ - 8,0 % ва агрессив ДХ - 13,3 %) ташкил этса, 2-гуруҳ беморларида 10,0 % эканлиги маълум бўлди. Бу типга кўпроқ хос бўлган хусусиятларга тез юзага келувчи аффект, майдакашлик, норозилик, хафачанлик, жиззакилик киради ва кейинчалик бу салбий одатларнинг зўрайиши натижасида аффектив жаҳлдорлик, ғазаб, айрим ҳолатларда эса биринчи навбатда, ўз яқинларига қаратилган аффектив хатти-ҳаракатларга ҳам олиб келиши мумкин.

Астеник ва синтон типлар кўпроқ 1-гуруҳдагига нисбатан 2-гуруҳдаги беморларда кўпроқ кузатилди (20,0 % ($P < 0,01$) ($r = 0,75$) ва 28,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,86$)). Бундай беморларга жиззакилик билан кечувчи холсизлик хос бўлиб, осонгина кучли намоён бўлувчи норозилик, ғазаб, кўполликка айланиши ва осонгина хотиржамлик, ортидан бўлиб ўтганлардан афсусланиш юзага келиши мумкин.

Дистимик тип нисбатан 1-гуруҳдаги (12,7 %) беморларда кўпроқ учради. Бундай типдаги шахсларда айрим ҳолатларда қарама-қарши аффектларга осон алмашинувчи яққол эмоционал лабилликни кузатиш мумкин. Аҳамияти катта бўлмаган ташқи белгиларсиз ёки буларсиз тушкунлик, иложсизлик ҳисси, баъзан эса асоссиз ва ўта юқори кайфият кузатилиши мумкин.

Истерик тип 1-гуруҳдаги агрессив ДХ (6,6 %) ва делинквент ДХ (4,7 %) шахсларда кўпроқ аниқланди. Уларнинг хатти-ҳаракатлари ва ўз фикрларини баён қилишда ёрқин белгилар устунлик қилди. «Аслига қараганда яхшироқ кўринишга» интилиш, экспрессивлик, ўзини кўрсатиш, театраллик, ўзининг яхши сифатларига урғу бериш, баъзан эса ўзини-ўзи мақташ – мақтанчоқлик кабилар ҳам бундай беморларга хосдир.

Шизоид тип 1-гуруҳ беморларнинг 8,0 % ва 2-гуруҳнинг 6,0 % да учради. Бундай шахсларда мулоқот қилишга эҳтиёжсизлик – одамовилик хосдир. Уларда кайфиятнинг фони бефарқлик белгилари ёки тушкун-хафакон аффект билан аниқланади.

Психопатсимон симптомли алкоголь деградацияси кўпроқ делинквент ДХ (6,0 %) ва агрессив ДХ (4,0 %) беморларда аниқланган бўлса, 2-гуруҳда бундай беморлар аниқланмади. Бу беморларда қуйидаги белгилар кузатилди: кўпол киноялар қилиш, агрессив ҳаракатлар билан кечадиган, тўхтатиб бўлмайдиган қўзғалувчанлик, ахлоққа зид фикрларни билдириш, жонга тегадиган даражадаги очиклик ва ўзгаларни қоралаш кабилар. Сурункали

эйфория ва аспонтан турдаги шахснинг алкоголь деградацияси аниқланмади, чунки бу типлар алкоголизмнинг учинчи (охирги) босқичига хосдир.

Наркоманик шахс кўринишидаги шахс ўзгаришларига оид кўрсаткичлар 3- ва 4-гуруҳ беморларида деярли катта фарқ қилмади (мос равишда 82,7 % ва 82,0 %). Шахс деградацияси 4-гуруҳда аниқланмади, 3-гуруҳда 2,0 % беморларда маънавий-этик дефектнинг энгил даражаси аниқланиб, у ёлғончилик, ўзини олиб қочиш, атрофдагиларга нодўстона муносабат, этик қадриятларнинг камайиши ва ижтимоий мажбуриятлардан четлаш каби хусусиятлар билан характерланади. 3-гуруҳдаги 3,3 % беморда кузатилган ўртача даражадаги маънавий-этик деградация уятсизлик, кўполлик, цинизм, нимагадир боғланиб қолиш хусусиятининг пасайиши, умумий ижтимоий нормаларни тан олмаслик, қисман ёки кучли намоён бўлувчи асоциал хулқ-атвор каби кўшимча белгилар билан тўлиб борган.

Ниҳоят, кучли намоён бўлган маънавий-этик иллатлар 0,7 % беморда кузатилиб, нафақат юқорида санаб ўтилган белгилар билан намоён бўлган, балки яқинларига боғлиқликнинг бутунлай йўқолиши, ота-онасига ҳам нафратомуз муносабатда бўлиш, хурматга лойиқ кишиларни тан олмаслик, эмоционал қашшоқлашиш, атрофдагиларни қоралашга интилиш, масъулиятсизлик ва ижтимоий бефарқлик каби хусусиятлар ҳам аниқланди.

Аддиктив хулқ-атвор барча беморларимизда кузатилганлиги сабабли биз девиянт хулқ-атвор бошқа турларининг трансформациясини ўргандик. 1- ва 3-гуруҳдаги беморларда текширув вақтида агрессив ДХ мос равишда 52,0 % ва 40,7 %ни ташкил қилса, преморбид даврда бу шахсларда қуйидаги кўрсаткичлар бўлган: 46,7 % ва 39,3 %. Улар феъл-атворининг қуйидаги, яъни тундлик, ғазабноклик устунлик қилувчи кайфиятнинг ўзгариб туришига мойиллик, тез жаҳл чиқиши, дарғазаблик, бузғунчилик, атрофдагиларга зарар етказиш ва зўравонликка (оғриқ етказиш) мойилликнинг зўрайиши кабилар кузатилди.

Делинквен ДХ 1-гуруҳдаги 41,3 % беморда аниқланиб (преморбидда 36,0 %), улар учун ДХнинг оғирроқ кўриниши, яъни эгоцентризм, рухий инфантиллик, ҳайратланишга интилиш, ижтимоий мезонлар ва қадриятларни тан олмаслик хос бўлса, 3-гуруҳдаги беморларнинг 53,3 %ида (преморбидида 48,7 % , $P < 0,05$) ижтимоий мослашишнинг сустлиги, ўта жанжалкашлик, тез-тез кузатиладиган ҳуқуқбузарликлар каби хусусиятлар аниқланди. Ниҳоят, суицидал ДХ 1-гуруҳдаги беморларнинг 6,7 %ида аниқланди (преморбидида 17,3 %). Улар кўпроқ депрессияга, қўзғалувчанликка, аффектив сферанинг нотурғунлиги, тушкунлик ва кўниглда ғараз сақлаб юришга мойиллик кузатилди. 3-гуруҳдаги беморларда суицидал ДХ 6,0 % ҳолатда аниқланди (преморбидида 12,0 %). Уларда аутоагрессиялар кўп учраган.

2- ва 4-гуруҳларда преморбид даврида аниқланмаган қуйидаги ДХнинг классик турлари, яъни агрессив ДП - 14,0 % ва 12,0 %, делинквент ДХ - 8,0 % ва 14,0 %, ва суицидал ДХ - 12,0 % ва 4,0 % ҳолатда аниқланди.

Юқорида келтирилган фактларга асосланиб, қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин: 1-гуруҳдаги турли хил девиянт хулқ-атворларнинг трансформацияси ва уларнинг 2-гуруҳда пайдо бўлиши, вахоланки улар преморбид

даврда учрамаган эди, нафақат турли ижтимоий омилларнинг (оилада тарбиянинг, наслий мойиллик борлиги в.х.) таъсири, балки ПАВларга қарамликнинг ўзи бўлиши мумкин.

Солиштирилаётган гуруҳларда соматик патологиялар ва инфекциялар учраши бир хил ва яққол преморбидда ДХ беморлар бор гуруҳларда устунлик қилади. Агар 1-гуруҳдаги беморларда кўпроқ гепатит – 56,7 %, неврологик бузилишлар – 48,7 %, сурункали бронхит – 50,7 %, ошқозон яра касаллиги, сурункали гастрит – 60,0 % ва анамнезда бош мия жароҳати – 25,3 % каби ёндош касалликлар учраган бўлса, 3-гуруҳдаги беморларда гепатит В ва С – 50,0%, сурункали бронхит – 42,7%, буйрак касалликлари – 24,0% ҳолатда аниқланди. Неврологик текширувда 1-гуруҳдаги 81 нафар (54,0%) беморда ва 2-гуруҳдаги 4 нафар (8,0%) беморда марказий нерв системасининг полиморф микроорганик зарарланиши белгилари, яъни а) конвергенциянинг сусайиши; б) кўз соққасининг нистагмоиди; в) Бабинский атипик рефлекс; г) мушак тонусларининг ортиши ёки пасайиши; д) полиневритик симптомлар; е) Ромберг ҳолатида чайқалиш, қўл ва киприклар қалтираши билан кузатилди. Неврологик бузилишлар 4-гуруҳ беморларига нисбатан 2,8 марта кўпроқ аниқланди.

Алкоголь ва опиятларни суистеъмол қилиш натижасида юзага келган салбий ижтимоий оқибатларни баҳолаш мақсадида, биз қуйидаги ижтимоий-демографик кўрсаткичлар, яъни оилавий аҳволи, фарзанди бор-йўқлиги, ижтимоий бандлигини ўрганиб чиқдик. Оилавий аҳволнинг текшируви шуни кўрсатдики, 1- ва 3-гуруҳдаги беморларнинг, мос равишда 35,3 % ва 22,7 % ҳолатда бўйдоқ; 34,7 % ва 34,7 % ҳолатларда ажрашганлиги аниқланди. 2- ва 4-гуруҳдаги беморларда эса 66,0 % ($P<0,001$) ($r=-0,56$) ва 60,0 % ($P<0,001$) ($r=-0,62$) ҳолатда ўз оиласи билан яшаётганлиги кузатилди.

Алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларнинг қиёсий гуруҳларида текширув вақтида ижтимоий бандлиги ҳам турлича кўрсат-гичларга эга. Меҳнат билан банд бўлмаган беморлар сони 1-гуруҳда 2 -гуруҳдагига нисбатан деярли 4,2 марта кўпроқ (34,0 % ва 8,0 %), 3-гуруҳда эса 4 -гуруҳга нисбатан деярли 6 марта кўп (23,9 % и 4,0 % ($P<0,001$) ($r=0,77$)) экан. Иш тури (мутахассислик ёки бошқа) бўйича беморларнинг гуруҳларида катта фарқ кузатилмади. Бу эса касалликнинг салбий оқибатлари оғирроқ кечаётганлигидан далолат бериб, беморнинг бирор ишни топиши қийинлашади ёки уни тез йўқотади.

«Девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг нейровизуализацион таққослаш натижалари» номли олтинчи бобда нейровизуализация усулида девиант хулқ-атвор бор ҳолатда бир қанча церебрал структураларнинг (мия қоринчалари, пешона ва чакка пўстлоқ қисмлари, таламус ва б.) аномалиялари ҳақида кўплаб маълумотлар аниқланган.

Преморбид даврида девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларда энг кўп учраган патологиялар қуйидагилар бўлди: пешона ва энса қисмларининг субарахноидал кенгликларининг кенгайиши (33,3 % ва 56,6 %); пешона қисм пўстлоқ қавати

эгатчаларининг кенгайиши (83,3 % ва 76,6 %); периваскуляр ва субкортикал кенгликларнинг кенгайиши (оқ ва кулранг модда – 73,3 % ва 70,0 %); оқ моддада дистрофиялар (субкортикал – 80,0 % ва 70,0 %); орқа бириктирувчи артериялар диаметрининг ассимметрияси (90,0 % ва 90,0 %).

Юқорида кўрсатилганлардан фарқли равишда, 2- ва 4-гуруҳдаги беморларда бош мия ва церебрал томирларнинг бошқа морфологик МРТ-белгилари аниқланди: периваскуляр кенгликларининг кенгайиши (90 % ва 96,6 %), асосан, тепа ва энса соҳалари чегарасида - оқ модда (83,3 % ва 73,3 %); вена қон томирларида қон айланишининг бузилиши (96,6 % и 100 %).

Кўринадики, преморбид даврда девиант хулқ-атворли беморларда бош миянинг бироз қуришидан то субкортикал макон ва бош мия пўстлоқ қисми пешона бўлаги эгатчаларининг кенгайиши каби морфологик ўзгаришларнинг шаклланиши аниқланган, преморбидда девиант хулқ-атвор бўлмаган беморларда эса – фақатгина периваскуляр кенгликнинг катталашиши ва веналарда қон циркуляциясининг бузилиши аниқланди.

Алкоголизм ва гиёҳвандлик соматик жиҳатдан оғир муаммо бўлиб, нафақат ПАВларга қарамликнинг кечиши билан, балки наслий ва преморбиддаги касалликни оғирлаштирувчи ҳолатлар, шахснинг патобиологик структураси билан руҳиятининг дисгармоник ривожланиши билан ҳам боғлиқ. Девиант хулқ-атвор оқибатлари салбий асоратларнинг тез ривожланишига, жумладан, неврологик асоратларга ҳам туртки беради, бу, ўз навбатида, преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларни даволашга дифференциаллашган ёндашувни талаб этади.

Диссертациянинг «**Девиант хулқ-атворли алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларга ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш**» деб номланган еттинчи бобида қарамликнинг даволаш дастурлари ва турлича ёндашувларни қиёслаш, психотерапиянинг хусусиятлари ҳамда унинг самарадорлиги, девиант хулқ-атворли алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларда профилактика чоралари ҳақида маълумотлар келтирилган.

Беморнинг ПАВларга патологик майли ва хулқ-атворига таъсир кўрсатувчи психотерапевтик усул сифатида 4 босқичли психотерапевтик даволаш дастури ишлаб чиқилди:

1. Психотерапевтик суҳбат.
2. Мотивацион суҳбат.
3. Психотерапевтик коррекция.
4. Қўллаб турувчи психофармакотерапия.

Хулқ-атворга таъсир кўрсатиш, ижтимоий мулоқотга киришиш кўникмаларининг шаклланишига ёрдам бериш, алкоголь ва гиёҳванд моддаларга патологик майлнинг интенсивлигини пасайтириш мақсадида беморлар билан когнитив хулқ-атвор психотерапияси ўтказилди. Бизга 46 (30,7 %) нафар беморнинг катамнестик маълумотлари маълум эмас эди, улар даволашнинг бошланғич икки босқичидан ўтган, аммо когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг тавсия этилган жадвалига тўлиқ риоя этмаган. Бизда

106 нафар (70,7 %) бемор ҳақида катамнестик маълумотлар бўлиб, улардан 36 таси текширувдан четлаштирилди, чунки психотерапевтик даволаш дастурига қисман риоя этмади. Қолган 1-гурухдаги 70 нафар бемор ялпи равишда икки кичик гуруҳга ажратилди:

1а гуруҳ – (35 та бемор) преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизмга чалинган, 4 босқичли психотерапия ўтган беморлар.

1б гуруҳ - (35 та бемор) преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизмга чалинган, таркибига медикаментоз ва индивидуал рационал психотерапия кирувчи асосий психофармакотерапияни ўтаган беморлар.

1-гурухдаги 70 нафар беморнинг психотерапия натижалари текширилганда, уларда даво ремиссиясининг ўртача узунлиги $14,1 \pm 5,85$ ойни ташкил қилганлиги аниқланди. 1а гуруҳдаги 21,8 % беморда ремиссиянинг узилиши даволашнинг биринчи 6 ойлигида, 25,8 %да 6-12 ойлар оралиғида, энг кўп узилишлар (41,0 %) эса даволашнинг бошланишидан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди ва бор-йўғи 11,4 % ҳолатда ремиссиянинг давомийлиги 2 йилдан ортиқ давом этганлиги аниқланди.

Алкоголизмга чалинган девиант хулқ-атворли беморлар гуруҳида (1а гуруҳ) даво ремиссиясининг ўртача давомийлиги текширилганда, шу маълум бўлдики, 4 босқичли психотерапияни ўтамаган девиант хулқ-атворли беморларнинг (1б гуруҳ) даво ремиссиясининг ўртача давомийлиги ишончли камроқ экан ($P < 0,05$). 1б гуруҳда ремиссиянинг узилиши даволашнинг биринчи 6 ойлигида ишончли кўпроқ экан ($P < 0,05$).

Даволаш бошлангач 12-24 ой давом этган даво ремиссияси 1а гуруҳдаги 41,0 % беморда кузатилган бўлса, 1б гуруҳда эса 22,8 % ҳолатдалиги аниқланди.

Преморбидда девиант хулқ-атворли опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг (3-гурух) даво ремиссиясини текшириш мақсадида кейинги даволаш босқичига 64 нафар бемор танлаб олинди, қолганлар эса катамнестик маълумотлар йўқлиги ва таклиф этилган психотерапевтик даво таритибига риоя этмаганлиги учун дастурдан четлатилди. 3 гуруҳдаги қолган 64 нафар бемор ялпи равишда икки кичик гуруҳга ажратилди:

3а гуруҳ - (32та бемор) преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизмга чалинган, 4 босқичли психотерапиядан ўтган беморлар.

3б гуруҳ - (32та бемор) преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизмга чалинган, таркибига медикаментоз ва индивидуал рационал психотерапия кирувчи асосий психофармакотерапиядан ўтган беморлар.

3 гуруҳдаги беморларга оид маълумотлар текширилганда шу нарса аниқландики, танлаб олинган гуруҳлардаги даво ремиссиясининг ўртача давомийлиги $7,4 \pm 2,7$ ойни ташкил этди. 3а гуруҳдаги 21,9 % беморда ремиссиянинг узилиши даволанишнинг биринчи 6 ойида ва 21,8 % беморда 6 ойдан 12 ойгача бўлган муддатда кузатилган бўлса, 56,3 % беморда ремиссиянинг давомийлиги 1 йилдан ортиқ муддатни ташкил этди. 3б гуруҳдаги 53,2 % беморда эса ремиссиянинг узилиши даволанишнинг биринчи 6 ойида, 6 ойдан 12 ойгача бўлган муддат 28,1 % беморда кузатилди. Ремиссия давомийлиги 1 йилдан ортиқ кузатилган беморлар 18,8 %ни ташкил этди. 3а

ва 3б гуруҳидаги беморлар даво ремиссиясининг ўртача давомийлигини қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, даво ремиссиясининг ўртача давомийлиги 3б гуруҳда 3а гуруҳга нисбатан кам эканлиги аниқланди ($P < 0,05$).

Шундай қилиб, преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийга қарам беморларда психотерапия нафақат аддикциянинг клиник кўриниш жиҳатларини, балки шахс хусусиятларини ва бемор хулқида девиантлик кўринишларини ҳам ҳисобга олиши керак. Патологик майл синдроми бузилишларининг яққоллиги преморбидда девиант хулқ-атворли шахсларда алкоголизм ва гиёҳвандлик кечишининг оғирлиги тўғрисида далолат беради ва аддиктив доирадаги гуруҳларда патологик фаолият юритувчи тизим мавжудлиги назариясини тасдиқлайди.

Клиник, ижтимоий-демографик ва психологик кўрсаткичлар асосида шундай хулоса қилиш мумкинки, девиант хулқ атворнинг шаклланиши, асосан, шахс девиациясига таъсир қилади. Ота-она тарбияси шахсни шакллантирган бўлишига қарамай, ПАВга қарам беморлар билан ишловчи психологлар фаолияти ота-онанинг салбий тарбиясидан халос қилиб, беморнинг ички «мен»ини қайта англашга қаратилиши лозим.

Дастурни шартли равишда 3 босқичга ажратиш мумкин, уларнинг ҳар бири аввалги босқичдан келиб чиқади, бир-бирини тўлдиради, шахс шаклланиши ва ўсмирнинг ривожланишида мураккаб ва қарама-қарши кечувчи ижтимоийлашиш жараёни қанчалик омадли ёки омадсиз кечишини кўрсатиб беради.

Биринчи босқич ижтимоийлашишнинг дастлабки шаклланишини белгилайди, ўсмирнинг жамоага қўшилиши ва унда қабул қилинган меъёр ва қоидаларни ўзлаштириш даражасини аниқлашга; ўзаро муносабатларнинг янги усул ва шакллари билан танишишга; ўсмирга тақдим этилаётган маълумотни эгаллашга; шахсий қарашларга эга бўлишига имкон беради.

Иккинчи босқич ёндош хизматларни олиб борувчи (психологик, тиббий, ижтимоий ходимлар) таҳририй (коррекцион) фаолиятини ўз ичига олади, ўсмирнинг жамиятга қўшилиши ва унда қабул қилинган одоб - ахлоқ қоидалари, ижтимоий қадриятларни сингдириш жараёнида ёрдамчи вазифани амалга оширади.

Учинчи босқич иккига бўлинади. Биринчи бўлим девиант шахсга ПАВни доимий қабул қилишининг олдини олишга йўналтирилган. Бу босқичда ижтимоийлашишни ва шахснинг ўзини англашнинг энг юқори даражаси шаклланиши билан кечади. Айнан шу босқичда жамият томонидан шахсдан талаб қилинадиган мақсад ва ҳаёт мазмунини англаш, истакларини солиштириш, орттирилган ижтимоий ва шахсий сифатлар, имконият ҳамда талабларни англаш юзага келади (мен бажара оламан, мен хоҳлайман, мен борман тарзида). Иккинчи бўлим девиант шахсда ПАВга нисбатан қарамлик шаклланишининг олдини олишга йўналтирилган.

Демак, девиант хулқ-атворли ўсмирларда қарамлик шаклланишининг бирламчи профилактика чора-тадбирлари тизимида преморбид даврида қуйидагиларни амалга ошириш зарур: жамиятда нафақат ўсмирлар, балки уларнинг оиласи билан ҳам ишлаш (махалла, таълим муассалари, ички ишлар

билан ҳамкорликда) – ўсмир хулқини назорат қилиш, унинг маълумотини ошириш билан шуғулланиш, ёш оилаларда ижобий тарбияни шакллантиришда иштирок этиш, оилада масъулиятни қабул қилиш учун шароит яратиш;

б) ўсмирлар наркологлари, таълим муассасалари педагоглари нафақат барча ўсмирлар, балки девиант хулқли ўсмирлар билан алоҳида профилактик ишларни олиб боришлари мақсадга мувофиқ;

в) шахс девиацияси эрта болалик даврида оилавий муҳит таъсири остида шакллана бошлайди, ота-онанинг салбий тарбияси новербал тарзда келажакда боланинг қарам шахс сифатида шаклланишига замин яратади, етук ёшда шахс фаолият юритишининг ўзига хослигини белгилаб беради.

Иккиламчи профилактика чора-тадбирлари тизими:

а) ушбу гуруҳ беморларга даволаш чоралари кўрсатилаётганда преморбиддаги девиант оғишни назарда тутиш зарур;

б) алкоголизм ва гиёҳвандлик билан касалланган девиант хулқли ўсмирлар бирламчи мурожаат қилганда, нафақат шахснинг қарамлиги устида, шунингдек, беморларнинг оиласи (ҳамкор тобелик) билан ҳам ишлаш керак.

6. Учламчи профилактика чора-тадбирлари тизими:

а) девиант хулқ-атворли қарам беморлар учун даво-реабилитация чоралари тез-тез ва шахсий ёндашилган ҳолда олиб борилиши керак;

б) ушбу гуруҳ беморлари учун учинчи профилактика тизимини яратишда улар орасида кўп учрайдиган соматик патологияни ҳам ҳисобга олиш зарур (гепатит В ва С, сил, БМЖ ва ҳ.).

ХУЛОСА

«Девиант хулқ-атворли беморларда алкоголизм ва наркоманиянинг клиник хусусиятлари» мавзусидаги докторлик диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар олинди:

1. Агрессив ва делинквент хулқ-атвор шакллариининг устунлиги алкоголь ва опийга қарам беморлар преморбиддаги девиант хулқ-атворининг ўзига хос жиҳати бўлиб, хусусан алкогольга қарам беморларнинг преморбидида агрессив, опийга қарамларда – делинквент хулқ-атвор кўпроқ учрайди. Иккала хулқ-атвор шакллари асосан эксплозив ва нотурғун типдаги шахсларга хос бўлса, суицидал девиант хулқ-атвор истероид типдаги шахсларга хос.

2. Преморбид даврида девиант хулқ-атворли алкоголь ва опийга қарам беморлар орасида эксплозив ва нотурғун типдаги психопатик ёки акцентуацияли шахслар устунлик қилади. Преморбид даврида девиант хулқ-атворсиз беморлар орасида психастеник ва конформ типдаги шахслар кўпчилиқни ташкил этади.

3. Алкогол ва опийга қарам беморларда девиант хулқ-атвор шаклланишига нотўқис, моддий қийинчиликлари бор ва маънавий қашшоқ, шафқатсизлик ва зўравонлик, гипопротекция типи бўйича тарбиясида нуқсонли бўлган оилаларда тарбияланиш, социал ва жиний гуруҳлар билан алоқада бўлиш каби ижтимоий-психологик омиллар сабаб бўлади.

4. Преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголь ва опиатларга қарамликнинг клиник хусусиятиларига психоактив воситаларни суистеъмол қилишни эрта бошлаш, абстинент синдромнинг жадал суръатда шаклланиши, абстинент ҳолатнинг оғир кечиши, касаллик юқори даражада прогредиент кечиши сабабли шахс деградацияси ва салбий тиббий-ижтимоий оқибатларнинг тез ривожланиши кабилар киреди.

5. Касаллик муддати бир хил бўлган, преморбид даврда девиант хулқ-атворли беморларда бош миянинг бироз қуришидан то субкортикал макон ва бош мия пўстлоқ қисми пешона бўлаги эгатчаларининг кенгайиши каби морфологик ўзгаришларнинг шаклланиши аниқланган, преморбидда девиант хулқ-атвор бўлмаган беморларда эса – фақатгина периваскуляр кенгликнинг катталаниши ва веналарда қон циркуляциясининг бузилиши аниқланди.

6. Преморбидда девиант хулқ-атворли алкоголизм ва опийли гиёҳвандликка чалинган беморларнинг ижтимоий мослашувини яхшилаш учун когнитив хулқ-атвор психотерапиясини қўллаш патогенетик асослаб берилган.

7.Преморбидда девиант хулқ-атворли шахсларда профилактик чоратадбирларини ишлаб чиқишда шахс хусусиятлари, ижтимоий-психологик омиллар ва асосий касалликнинг клиник-динамик хусусиятларини инобатга олиш, иш йўналиши турлари ва ижрочиларни белгилаб олиш керак.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

АШУРОВ ЗАРИФЖОН ШАРИФОВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И
НАРКОМАНИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

14.00.18 - Психиатрия и наркология

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Ташкент – 2017

Тема докторской диссертации (D Sc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2017.1.DSc/Tib10.

Докторская диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский) размещён на веб-странице по адресу www.tma.uz и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» по адресу (www.ziyo.net).

Научный консультант: **Ходжаева Назира Исламовна,**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Сиволап Юрий Павлович,**
доктор медицинских наук, профессор

Аграновский Марк Лейзерович,
доктор медицинских наук, профессор

Алимов Улугбек Худоярович,
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)**

Защита состоится «___» _____ 2017 г. в ___ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей. (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, info@tipme.uz).

С докторской диссертацией (DSc) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского института усовершенствования врачей (зарегистрирована за № ___). Адрес: (100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44).

Автореферат диссертации разослан: «___» _____ 2017 года
(реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2017 года).

Х. А. Акилов
Председатель научного совета по присуждению
ученых степеней, д.м.н., профессор

Н.Н.Убайдуллаева
Учёный секретарь научного совета по
присуждению ученых степеней, к.м.н., доцент

У.Х. Алимов
Председатель научного семинара при научном
совете по присуждению ученых степеней, д.м.н.,
профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Управления по наркотикам и преступности ООН³ в мире из года в год растет количество наркоманов. В частности, если в 2006–2007 гг. количество наркоманов составляло 200 миллионов человек, то в 2013–2014 гг. их число достигло 246 миллионов. А в результате алкоголизма и его негативных последствий в мире в среднем за год умирают примерно 2,5 миллиона человек. Кроме того, эта болезнь в ряде случаев приводит к таким негативным последствиям, как утрата работоспособности, конфликтование с окружающими, совершение различных преступлений. По этой причине вопросы девиантного поведения является в настоящее время очень серьезной социальной проблемой.

В результате проведения широкомасштабных реформ в сфере организации наркологической службы в Республике Узбекистан за годы независимости достигнуты положительные изменения в наркологической-медицинской помощи в эффективном обследовании, консультации, диагностике, лечении и медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией согласно современным требованиям.

По всему миру уделяется огромное внимание изучению связи между формированием, развитием и течением алкоголизма и опийной наркомании с негативным влиянием девиантного поведения в преморбидном периоде, а также разработке эффективных способов лечения и профилактики этих заболеваний. В связи с этим уделяется особое внимание исследованиям, направленным на раскрытие личностно-биологических особенностей, определение социально-психологических факторов формирования девиантного поведения и девиации личности, а также исследованиям касающихся лечения и реабилитации с учетом форм поведения.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в Государственной программе, посвященной «Году здорового ребенка» и утвержденной Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-2133 от 19 февраля 2014 года, Постановлении Президента Республики Узбекистан №ПП-1652 от 28 ноября 2011 года «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» и Постановлении Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками «О Программе комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2011-2015 годы» №11/11 от 8 августа 2011 года.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с направлением развития науки и технологий республики – VI. «Медицина и фармакология», в рамках приоритетного направления ГНТП-9

³ UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015// <http://www.unodc.org/wdr2015/>

«Разработка новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний человека».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации⁴. Научно-исследовательские работы по изучению клинико-психопатологических особенностей, лечению и реабилитации алкоголизма и наркомании проводятся в ведущих научных центрах и высших образовательных учреждениях мира, в том числе National Institute on Drug Abuse, University of Rochester (USA), Medico Centro Teknon, Quiron Madrid Universitet Clinic (Spain), Institute of Psychiatry, Psychology&Neuro-science (England), Universitet of Melbourne, Central Clinical Hospital of Vienna (Austria), Dasarang Global Alkogol Clinic (Korea), European Psychiatric Association, The Center of Psychological Aid in Bali (Bali), Национальный научный центр наркологии (Россия); Республиканский наркологический центр, Ташкентская медицинская академия.

Получен ряд научных результатов по изучению клинических особенностей, лечению и реабилитации, профилактике алкоголизма и наркомании, в том числе: патогенетически обоснованы общепринятые методы детоксикации, медикаментозного лечения и психокоррекции (Medico Centro Teknon, Spain); разработаны методы устранения социально-психологических факторов риска у больных, не прошедших психологическую консультацию по специальной лечебной программе (National Institute on Drug Abuse, University of Rochester, USA); раскрыты приоритетные направления программы биологической, психологической и социальной реабилитации (Dasarang Global Alkogol Clinic, Korea); обоснована возможность восстановления высокой степени социальной адаптивности у пациентов, лечившихся по длительной реабилитационной программе (The Center of Psychological Aid in Bali, Bali);

В мире проводятся научные исследования по следующим приоритетным направлениям, ориентированным на определение клинических особенностей алкоголизма и опийной наркомании, диагностики, лечения, реабилитации и личностно-биологических, социально-психологических факторов: раннее диагностирование и прогнозирование последствий, развивающихся благодаря факторам преморбидного периода; разработка современных методов диагностики для выявления молекулярно-генетических и иммунологических изменений; дальнейшее усовершенствование стандартов диагностики, профилактики и лечения с учетом преморбидных факторов.

Степень изученности проблемы. Известно, что в последние годы все больший интерес вызывают исследования девиантности поведения и это широко освещается в зарубежной литературе (Albert U., 2007; Paul R. and Jacob E., 2008; Dennis W., Heather M., 2012).

⁴ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации осуществлялся на основе: <https://www.drugabuse.gov/publications#>; <https://www.teknon.es/JCIQuality@jcrinc.com>; https://www.ksl.ac.uk/ioppn/about/322/info_imprint; https://www.cskmswia.pl/cse/for-patients/health-pro-motion-preven/12244_the-central-clinical-hospital-of-the-ministry-of-the-interior-and-administration.html; <https://en.heajuclinic.com/dasarang/>

На сегодняшний день проводятся многочисленные исследования особенностей проявления социальной девиации, но не во всех исследованиях уделяется должное внимание фактором преморбидного периода, являющихся решающим звеном развития девиации, хотя это важнейшая составляющая эффективных профилактических мер. (Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Асланбекова Н.В., 2014; Игумнов С.А., 2014).

Тип личности и вредные привычки родителей приводят к формированию аутоагрессивных проявлений в поведении больных с алкоголизмом (Новиков С.А. и др., 2014). Изучение суицидального поведения больных с аддиктивными расстройствами и членов их семей с созависимым поведением в структуре семейных отношений показало востребованность разработки диагностических и терапевтических подходов для оптимизации лечения и реабилитации аддиктивных больных (Бисалиев Р.В., 2011). Изучены клинические особенности течения алкоголизма у молодых женщин с девиантным поведением, разработаны рекомендации по гормонизации лечения, реабилитации и профилактике (Овчинников С.В., 2008). По мнению многих ученых, наркособольные с диссоциальным, эмоционально-неустойчивым, истеричным, циклотимическим типом личности отличаются низкой способностью к социальной адаптации и высокой склонностью отклонению от общесоциальных норм. (Алтынбекова Г.И. и др., 2005).

Изучены особенности развития подростков, условия обучения и воспитания детей и подростков, их ценностные ориентации, пагубное влияние неблагополучных семей на формирование девиантности у детей и подростков (Paul R. and Jacob E. Cheadle, 2008; Швейцер Л.Б., 2005). По данным Ю. П. Сиволапа и других исследователей, нет никаких научных и практических оснований считать, что нейрорепти, антидепрессанты или антиконвульсанты способны купировать аддиктивное влечение (Савченков В.А. и др., 2006). Основными способами лечения от опийной зависимости в ВОЗовских стандартах приводится когнитивно-поведенческая психотерапия, а в России — эмоционально-стрессовая и рациональная психотерапия (Менделевич В.Д., 2004).

Учеными США, Австралии, Западной Европы, России, разрабатываются ряд программ по профилактике наркотической зависимости, однако результаты их внедрения не одинаково эффективны, поскольку явно ощущается недостаточная теоретическая обоснованность моделей профилактики рецидива и психотерапевтических методик. (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Оруджев Н.Я., 2007).

В нашей республике научные исследования по проблемам наркологии проводили Л.А. Турсунходжаева, У.Х. Алимов, Н.И. Ходжаева, М.Л. Аграновский, Ш.Ш. Магзумова, А.Х. Имамов, В.К. Абдуллаева, Ф.А. Шигакова, Ж.Т. Рустамова, Ш.Х. Султанов, У.И. Кучкаров, А.Т. Шамсиев и др. Однако, как показывает анализ данных исследований, клинические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты алкогольной и опийной зависимости с девиантным поведением в преморбиде изучены недостаточно, что в свою очередь требует продолжения исследований по данной проблеме.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено по плану научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии по теме «Особенности изменения патогенетических механизмов при развитии различных патологических состояний и разработка оптимальных схем фармакотерапии» (2011–2014 гг.), а также «Влияние различных факторов на формирование зависимости от психоактивных веществ у лиц разных возрастных категории и разработка методов лечения и реабилитации с учетом выявленных факторов» (2015–2018 гг.).

Целью исследования является совершенствование лечебно-реабилитационных и профилактических мер при алкоголизме и опийной наркомании у больных с девиантным поведением в преморбиде с учетом клинко-психопатологических особенностей, а также личностно-биологических и социально-психологических факторов.

Задачи исследования:

выявление особенностей девиантного поведения в период преморбиды у больных алкоголизмом и опийной наркоманией;

определение личностных особенностей больных алкоголизмом и опийной наркоманией с девиантным поведением в преморбиде;

изучение роли социально-психологических факторов в формировании девиантного поведения и девиации личности в период преморбиды у больных с алкогольной и опийной зависимостью;

изучение клинических особенностей и медико-социальных последствий алкогольной и опийной зависимости у больных с девиантным поведением в преморбиде;

сравнительное изучение нейровизуальных особенностей состояния головного мозга у больных алкоголизмом и опийной наркоманией с девиантным поведением и без девиантного поведения в преморбиде;

совершенствование лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для предупреждения зависимости от психоактивных веществ у лиц с девиантным поведением в преморбиде.

Объектом исследования являются 400 мужчин в возрасте от 19 до 59 лет, страдающие алкоголизмом и опийной наркоманией.

Предмет исследования: личностно-биологические и социально-психологические факторы, а также клинко-анамнестические, клинко-психопатологические и клинко-психологические характеристики лиц мужского пола с алкогольной и опийной зависимостью.

Методы исследования. В исследовании были использованы статистические, клинические, катamnестические, клиническое наблюдение, а также экспериментально-психологические и нейровизуальные методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

доказано взаимосвязь перенесенной перинатальной патологии, преобладание эмоционально-неустойчивых и эксплозивных типов личности, наследственной предрасположенности к наркологическим и психическим

заболеваниям и социально-психологических факторов в формировании девиантного поведения в преморбиде у больных алкоголизмом и опийной наркоманией;

обосновано высокопрогредиентное течение зависимости у больных алкоголизмом и опийной наркоманией с девиантным поведением в преморбиде, характеризующийся ранним началом употребления психоактивных веществ, высокой скоростью формирования зависимости и тяжелым течением абстинентного синдрома;

установлено превалирование поведенческого и аффективного компонентов патологического влечения у больных с девиантным поведением в преморбиде;

выявлено, что в результате высокопрогредиентного течения зависимости у больных с девиантным поведением формируются морфологические изменения в головном мозге, которые варьируют от незначительных признаков атрофии до расширения субкортикального пространства и борозд коры лобных долей;

патогенетически обоснована что для улучшения социальной адаптации больных алкоголизмом и наркоманией с девиантным поведением в преморбиде, необходимо использовать именно когнитивно-поведенческую психотерапию.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработана лечебно-реабилитационная программа для больных с алкогольной и опийной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде;

разработаны усовершенствованные профилактические меры для больных с алкогольной и опийной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде.

Достоверность результатов исследования обосновывается правильно-стью применённого в работе теоретического подхода, методов, точностью произведенных проверок, достаточностью количества больных, обработкой статистическими методами исследования, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследованиями; заключением, подтверждением полученных результатов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в научном обосновании совершенствования лечебно-реабилитационной программы на основании разработанных методических рекомендаций по анализу формирования алкоголизма и опийной наркомании, с использованием личностно-биологических, социально-психологических, клинико-динамических и инструментальных методов, позволяющего оптимизировать лечебно-реабилитационные меры, с учетом процесса формирования, развития, а также степени тяжести течения болезни.

Практическая значимость исследования заключается в возможности применения разработанных в работе рекомендаций при первичном употреблении психоактивных веществ, а также в совершенствовании вторичной профилактики зависимости от них, при выборе адекватных лечебных мер в

лечебно-реабилитационных учреждениях, наличии возможности использования в образовательной и научной деятельности.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования клинических особенностей алкоголизма и опийной наркомании у лиц с девиантным поведением:

оформлена и утверждена методическая рекомендация на тему «Особенности психотерапии больных алкоголизмом с девиантным поведением» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8Н-д/27 от 19 апреля 2016 года). Внедрение научных результатов положительно влиял на качество жизни больных алкогольной и опийной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде, позволил уменьшить повторную заболеваемость и последствия;

полученные научные результаты по исследованию клинических особенностей, развития, течения и лечебно-реабилитационных мероприятий алкоголизма и опийной наркомании с девиантным поведением в преморбиде внедрены в практическое здравоохранение, в том числе, используется в работе областного наркологического диспансера Хорезмской области и Ташкентской городской наркологической больницы принудительного лечения (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8Н-д/27 от 19 апреля 2016 года). В результате внедрения в практику рекомендации улучшена социальная адаптация больных, предотвращено развитие рецидивов, увеличена клиническая ремиссия болезни в 1,6 раза, сокращена необходимость госпитализации в 2 раза, что в свою очередь позволила сэкономить средств на лечение почти в два раза.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 8 международных и 5 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации всего опубликовано 35 научных работ, из них 15 журнальных статей, в том числе 13 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Объём диссертации составляет 180 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов

исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Научные основы и современные взгляды клинико-психопатологических особенностей алкоголизма и наркомании у больных с девиантным поведением в преморбиде»** приведены научные сведения феномена девиантного поведения, его причины, роль социальных факторов, в том числе клинические особенности, формирование и лечебно-реабилитационные методы алкоголизма и опийной зависимости, также значение девиантного поведения в течении зависимости.

Во второй главе диссертации **«Методология преморбидных факторов, клиники алкоголизма и опийной наркомании с девиантным поведением»** приводится описание материалов и методов исследования, а также статистических методов, с помощью которых оценивались полученные результаты. Для решения поставленных задач в период с 2010 по 2015 г. в Республиканском наркологическом центре было проведено клиническое обследование 200 мужчин, на добровольной основе проходящих стационарное лечение по поводу алкоголизма 2-й стадии и 200 мужчин, обратившихся за помощью по поводу лечения от опийной наркомании. Больные распределены по 4 группам:

150 мужчин (1-я группа) – больные алкоголизмом с девиантным поведением в преморбиде;

50 мужчин (2-я группа), страдающих алкоголизмом, в преморбиде которых не отмечались признаки ДП;

150 мужчин (3-я группа) – больные опийной наркоманией с девиантным поведением в преморбиде;

50 мужчин (4-я группа) – больные опийной наркоманией без девиантного поведения в преморбиде.

Больные с выраженной сомато-неврологической симптоматикой и сопутствующими психическими заболеваниями в исследование не включены.

Критерии включения в 1 и 3-ю группы следующие: мужчины, больные алкоголизмом и опийной зависимостью со второй (средней) стадией болезни; девиантное поведение, предшествующее развитию алкоголизма и наркомании; возраст мужчин от 19 до 59 лет. Критерии исключения из 1 и 3-й групп следующие: наличие у мужчин, больных алкоголизмом и наркоманией, сопутствующих психических расстройств (слабоумие, грубые органические поражения ЦНС, эпилепсия, биполярные аффективные расстройства, шизофрения), а также сочетания алкоголизма и наркомании с зависимостью от других психоактивных веществ; пациенты, страдающие хроническими соматическими заболеваниями в фазе обострения; возраст до 19 и старше 59 лет.

Для решения поставленных задач были использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический методы: шкала оценки степени выраженности абстинентного синдрома; оценка степени прогрессивности алкоголизма (Кравченко С.Л., 2002; Сидоров П.И., 2003); опросник для выявления девиантных поведенческих проявлений по Змановской Е.В. (2004); при квалификации преморбидных лич-

ностных особенностей использовалась классификации П.Б. Ганнушкина (1933), О.В. Кербикова (1971), А.Е. Личко (1977), К. Леонгарда (1981); психологический вопросник для выявления акцентуаций личности (вопросник ММРІ, сокращенный вариант Мини-мульти в адаптации Л.Н.Собчик). Всем включенным в исследование больным проводилось компьютерно-томографическое или мультиспиральное компьютерно-томографическое исследование головного мозга.

Статистический анализ полученных результатов проводился методами вариационной статистики. Для анализа данных с непараметрическим распределением использовался метод коэффициент корреляции Спирмана. Достоверность различий средних значений оценивался на основе критерия Стьюдента при 95 %-ном доверительном интервале ($P < 0,05$).

В третьей главе **«Сравнительные особенности девиантного поведения в преморбиде у больных алкоголизмом и опишной наркоманией»** представлены результаты клинико-биологических особенностей, социально-психологические предпосылки формирования девиантного поведения у больных алкоголизмом и опишной наркоманией.

Большинство больных 1-й группы составляли пациенты с агрессивным ДП (70; 46,7%), следующее место по частоте заняли пациенты с делинквентным (54; 36,0%) и самое меньшее с суицидальным (26; 17,3%). В 3-й группе также преобладали пациенты с делинквентным ДП (73; 48,7%) ($P < 0,05$) и агрессивных (59; 39,3%), а суицидальных (18; 12,0%) было меньше.

Анализ преморбидных личностных особенностей пациентов обследуемых групп позволил выявить следующие результаты: эксплозивный и неустойчивый типы личности в основном встречаются в 1-й (44 – 29,4 %; 45 – 30,0 %) и 3-й (41 – 27,3 %; 60 – 40,0 %) группах. У эксплозивных личностей часто отмечались в анамнезе аффективные вспышки с реакцией агрессии. Именно эти пациенты были склонны к употреблению различных ПАВ с детства – каннабиса, алкоголя, часто признавались в своей среде лидерами, причем отмечалось быстрое формирование зависимости. Во второй и четвертой группах относительно высокие значения имели ананкастный и конформный типы личности: соответственно 30,0 % и 28,0 % во 2-й группе; 20,0 % ($r = -0,63$) и 26,0 % ($r = -0,55$) в 4-й группе.

При исследовании преморбидных личностных особенностей выделены три основные группы: акцентуация характера, психопатическая личность и условно-гармоничная личность. Акцентуация характера преобладала почти во всех группах со следующими показателями: в 1-й группе 101 (67,3 %) больных, во 2-й группе 31 (62,0 %) больных, в 3-й группе 66 (64,0 %) больных и в 4-й группе 29 (58,0 %) больной. Психопатическая личность больше встречается в 1 и 3-й группах: 40 (26,7 %) ($r = 0,58$) и 51 (34,0%) ($r = 0,52$) больных. В группах, где имелись больные без девиантного поведения в преморбиде (2 и 4-я группы), чаще встречается условно-гармоничный тип личности: 14 (28,0 %) ($r = -0,93$) во 2-й и 13 (26,0 %) ($r = -0,96$) в 4-й группе.

Анализ связи между видом девиантного поведения в преморбиде и типологией личности показал, что у больных 1 и 3-й групп с агрессивным ДП в

преморбиде чаще встречается взрывчатый (23 – 32,8 %; 18 – 30,5 %) и неустойчивый (26 – 37,2 %; 22 – 37,4 %) типы личности, как и у больных с деликвентным ДП: взрывчатый тип (17 – 31,5%; 17 – 23,4%) и неустойчивый тип (18 – 33,3 %; 35 – 47,9 %). Среди пациентов с суицидальным ДП наибольшим оказался истероидный тип личности (10 – 38,5 %; 3 – 16,7 %).

Данные о преморбидных личностных чертах, выявленных клиническим методом, подтверждены при исследовании экспериментально психологическим методом СМИЛ. Это доказывается следующими цифрами: у пациентов 1 и 3-й группы с агрессивным ДП выявлялись эмоционально-неустойчивый (24 – 34,3 %; 20 – 33,9 %), диссоциальный (13 – 18,6 %; 18 – 30,6 %) и дистимический (12 – 17,2 %; 8 – 13,5 %) типы личности, а у пациентов с деликвентным ДП также часто встречается диссоциальный (13 – 24,2 %; 17 – 23,3 %), эмоционально-неустойчивый (16 – 29,6 %; 29 – 39,7 %) и дистимический (11 – 20,4 %; 14 – 19,2 %) типы личности. Больные 2 и 4-й группы в основном относятся конформному типу личности (14 – 28,0 % и 13 – 26,0 %) ($P < 0,001$) ($r = -0,99$). Выявлена достоверная корреляция между девиантным поведением в преморбиде и эмоционально-неустойчивым ($P < 0,01$) ($r = 0,51$) и диссоциальным ($P < 0,01$) ($r = 0,56$) типами личности.

Наследственная отягощенность является важным фактором в формировании девиации личности. Сравнительный анализ этих факторов свидетельствовал о существенной роли наследственной отягощенности, которая доказывается следующими данными: алкоголизм отца в 1-й группе 20,7%, а во 2-й группе больных 6,0 % ($P < 0,01$) ($r = 0,61$); алкоголизм обоих родителей в 1-й группе имел место у 10,7%, а во 2-й группе больных лишь у 4,0 % ($r = 0,48$); алкоголизм или наркомания у родственников в 1-й группе (8,7%) были в 2 раза выше, чем во 2-й группе (4,0%) ($r = 0,39$); психические заболевания у родственников у 10,0% и 2,0% больных ($r = 0,69$); перинатальная патология в 1-й группе встречается у 13,3 % больных, а во 2-й группе у 6,0 % больных.

При исследовании наследственной отягощенности у больных с опийной зависимостью также были выявлены достоверно высокие различия между 3 и 4-й группами. Например, алкоголизм обоих родителей в 3-й группе отмечался у 7,3% больных, тогда как в 4-й группе зафиксирован не был. Алкоголизм отца в 3-й группе составил 16,0 %, в 4-й группе 4,0 % ($P < 0,01$) ($r = 0,64$). Алкоголизм и наркомания у родственников в 3 и 4-й группах имели одинаковое значение (6,0 %). Перинатальная патология в анамнезе в 3-й группе встречалась чаще, чем в 4-й группе (20,7 %, 10,0 %)($P < 0,05$) ($r = 0,51$).

В четвертой главе «**Значение социально-психологических факторов в формировании девиантного поведения и девиации личности**» был проведен сравнительный анализ показателей, касающихся семейного положения, рода занятий и занятость, условий воспитания, также особенностей референтной группы у больных алкоголизмом и опийной наркоманией.

Средовые, социальные факторы – наиболее сильные предикторы аддиктивного поведения у подростков. Достаточно важными психосоциальными условиями девиантности являлись атмосфера семьи, ее психологическое здоровье, а главное – доброжелательная понимающая поддержка ее членов.

Социальное состояние изученных лиц характеризуются показателями, структурированными нами с использованием статистической обработки.

Выявлялись существенные межгрупповые различия между больными алкоголизмом и наркоманией с ДП и без ДП в преморбиде, которые воспитывались в семьях с низкими культурным уровнем и материальным достатком: в 1-й группе 78,7 %, во 2-й группе 28,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,81$), в 3-й группе 61,3 % и в 4-й группе 6,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,92$). Больные 2 и 4-й группы значительно чаще воспитывались в благополучных семьях. Так, в семьях с высокими моральными ценностями воспитывались больные из 2-й группы 24,0 % ($P < 0,05$) ($r = -0,57$) и из 4-й группы 56,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,80$). Патриархальный уклад в семье у больных 1 и 3-й группы с агрессивным ДП (3,3 % и 4,7 %), делинквентным ДП (4,0 % и 6,0 %), суицидальным ДП (2,0 % и 2,0 %) достоверно реже регистрировался, чем у больных 2-й (30,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,61$)) и 4-й группы (34,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,52$)).

Семейное положение в преморбиде у больных с алкогольной и опишной зависимостью также существенно влияет на формирование девиантного поведения. Воспитание в неполной семье и воспитание у родственников достоверно чаще отмечалось среди пациентов с ДП в преморбиде в 1 и 3-й группах (48,7 % и 32,0 %; 43,3 % и 36,7 %), чем у больных 2 и 4-й групп (10,0 % и 10,0 %; 6,0 % и 10,0 %) ($P < 0,001$, $P < 0,001$) ($r = -0,94$, $r = -0,86$). Для рассмотрения такого семейного фактора как стиль воспитания в семье больных алкоголизмом и наркоманией, его влияния на формирование зависимости мы провели исследование в группах сравнения и выявили, что у больных 1 и 3-й групп стиль воспитания в семье больше всего был по типу гипопротекции (48,0% и 46,0%) и жесткого обращения (40,7 % и 16,7 %). При гипопротекции родители большую часть времени заняты своими проблемами и не интересуются, чем заняты их дети, какие у них интересы, каковы потребности, а жестокое обращение и насилие по отношению к ребенку либо закрепляют чувство страха, неполноценности, ущербности, низкую самооценку, либо приводят к реакциям протеста с развитием отклоняющегося, в том числе аддиктивного поведения. Во 2 и 4-й группах превалирует гиперпротекция: 74,0 % и 56,0 % ($P < 0,001$; $P < 0,001$). В таких семьях родители стремятся излишне опекать ребенка, контролировать каждый его шаг, решают за него большинство задач, выбирают друзей, устраняют проблемы в школе, улаживают конфликтные взаимоотношения с друзьями, учителями.

Анализ референтной группы показал, что в подростковом возрасте больные с алкогольной и опишной зависимостью с ДП в преморбиде (1 и 3-я группы) в отличие от 2 и 4-й групп, у которых не выявлено ДП, в основном находились в криминальном окружении (в 1-й группе 10,0 %, во 2-й группе не отмечено; в 3-й группе 8,0 %, в 4-й группе не выявлено) и в асоциальных группах подростков (24,0 % и 2,0 % в 1 и 2-й группах ($P < 0,001$) ($r = 0,88$); 21,4 % и 8,0 % в 3 и 4-й группах соответственно). Особенно четко выраженные данные отмечаются у пациентов с делинквентным ДП (16,7 % и 14,0 % во 2 и 4-й группах). Пациенты 2 и 4-й групп больше всего общались с одноклассни-

ками – 22,0 % ($P>0,05$) ($r=0,14$) и 12,0% ($P>0,05$) ($r=0,40$) или с друзьями по месту жительства 16,0 % ($P>0,05$) ($r=0,28$) и 24,0 % ($P>0,05$) ($r=0,05$).

Статистически значимые отличия были обнаружены в уровне образования. Так, пациенты 1 и 3-й групп чаще имели специальное образование (57,3 % и 56,0 %) в отличие от пациентов из 2 – 40,0 % ($P<0,05$) ($r=0,34$) и 4-й – 16,0 % ($P<0,001$) ($r=0,74$) групп. В то же время пациенты 2 и 4-й групп (26,0 % и 42,0 %) чаще, чем пациенты из 1 и 3-й групп – 6,0 % ($P<0,01$) ($r=-0,69$) и 9,3 % ($P<0,001$) ($r=-0,75$), имели высшее образование.

При анализе семейного статуса больных алкоголизмом выясняется, что пациенты 1 и 2-й групп находятся в браке (33,9 % и 67,6 % соответственно) ($P<0,001$) ($r=-0,61$), или холостые (31,4 % и 20,0 % соответственно) ($P>0,05$) ($r=0,29$), или разведены (34,6 % и 12,0 % соответственно) ($P<0,001$) ($r=0,59$). Пациенты 3-й группы 40,7 % женаты, 24,0 % холостые и 35,3 % разведены. А среди больных 4-й группы на момент обследования 60,0 % ($P<0,001$) ($r=-0,51$) проживали в браке, разведены только 18,0 % ($P<0,05$) ($r=0,40$). Это свидетельствует о более благополучном семейном положении этих лиц, чем пациентов с девиантным поведением в преморбиде.

В пятой главе «**Клинические особенности и медико-социальные последствия алкоголизма и наркомании у больных с девиантным поведением в преморбиде**» мы изучали динамику формирования алкоголизма и наркомании, особенности его течения: начало систематического употребления ПАВ, возраст и срок формирования абстинентного синдрома, его проявление, прогрессивность течения болезни, патологическое влечение к психоактивным веществам, изменение личности в результате злоупотребления ПАВ и его социальные последствия.

Более раннее начало употребления алкогольных напитков отмечалось у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью с признаков девиантного поведения в преморбиде. Так, 19,4 % пациентов из 1-й группы начинали употреблять алкоголь до 15 лет, и 6,0 % ($P<0,01$) ($r=0,58$) пациентов 2-й группы указали на начало употребления алкоголя в этом же возрасте. Среди больных 1-й группы относительно раньше начали употреблять спиртное лица с делинквентным ДП (12,0 %) и агрессивным ДП (6,7 %), то есть до 15 лет.

Употребление опиоидов относительно раньше начали пациенты из 3-й группы: 28,7 % в возрасте от 15 до 20 лет, у которых мотивация употребления опиоидов чаще всего характеризовалась проявлением любопытства, реже подражанием «авторитетам» или пассивным подчинением, тогда как в 4-й группе таких лиц не встречается. 57,3 % больных, то есть более $\frac{1}{2}$ части из 3-й группы, пробовали наркотики в возрасте от 20 до 25 лет, а среди пациентов 4-й группы – 16,0 % ($P<0,001$) ($r=0,75$).

Более раннее начало систематического употребления тесно связано с ранним развитием и высокопрогрессивным течением алкогольной зависимости у пациентов с девиантным поведением в преморбиде. 35,4 % пациентов 1-й группы начинали систематически употреблять алкоголь до 20 лет, а всего 8,0 % ($P<0,001$) ($r=0,73$) пациентов из 2-й группы указали на начало злоупотребления алкогольными напитками в этом же возрасте. Пациенты 2-й

группы (58,0 %) ($P < 0,001$) ($r = -0,78$) начали злоупотреблять алкоголем в основном в возрасте после 25 лет.

Относительно раннее формирование абстинентного синдрома (АС) наблюдалось у больных 1 и 3-й групп. Например, у 11,3 % больных 1-й группы развитие АС отмечалось в возрасте до 20 лет, тогда как во 2-й группе таких больных не выявлено. Формирование АС у пациентов 3-й группы до 18 лет составило 27,3 %, а в 4-й группе 2,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,90$). Большую часть больных, у которых развился алкогольный АС в возрасте 20–25 лет и 25–30 лет, составляют больные 1-й группы (34,7% и 34,0 % соответственно), в отличие от них во 2-й группе 4,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,85$) и 8,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,71$) соответственно. Формирование АС в более позднем возрасте встречается больше во 2-й группе – 35–40 лет – 26,0% ($P < 0,01$) ($r = -0,63$) и старше 40 лет – 48,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,94$), у пациентов 4-й группы формирование АС приходится на возраст 25–30 лет – 30,0 % и старше 35 лет – 24,0 % ($P < 0,01-0,05$) ($r = -0,69, -0,48$). При сравнении больных с различными видами ДП в 1 и 3-й группах выявлено, что среди пациентов из 1-й группы с делинквентным ДП у 16,0 % развился АС в возрасте 20–25 лет и с агрессивным ДП у 17,3 % больных в возрасте 25–30 лет. Среди пациентов 3-й группы с агрессивным ДП АС формировался в возрасте от 18 до 20 лет у 16,0 % и до 18 лет у 12,0 %, с делинквентным ДП до 18 лет у 14,0 % и от 18 до 20 лет у 21,33 % пациентов.

При сравнении сроков формирования АС у большинства больных 1-й группы наблюдается более короткий срок: от 1 до 5 лет – 35,4 %, от 5 до 10 лет – 37,4 %, чем у пациентов 2-й группы – 2,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,93$) и 4,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,87$) соответственно. Во 2-й группе АС формировался относительно медленнее, в основном от 15 до 20 лет – 32,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,69$) и более 20 лет 54,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,87$). Формирование АС у большинства больных 3-й группы – 57,3 % отмечалось к 3 месяцам. У 25,3 % обследованных пациентов этой же группы этот период был менее продолжительным – до 1 месяца. Достоверно отличительными оказались больные с агрессивным ДП (до 1 месяца – 10,0 % и от 1 до 3 месяцев – 26,0 %) и делинквентным ДП (до 1 месяца – 14,0 % и от 1 до 3 месяцев – 28,7 %).

В структуре аффективного компонента патологического влечения к алкоголю (ПВА) депрессивная симптоматика отмечалась у всех больных 1-й группы. Депрессия средней степени выраженности (13,3 %) и легкой степени (29,3 %) чаще фиксировалась в 1-й группе у пациентов с агрессивным ДП. Легкая тревога чаще выявлялась в 1-й группе больных (10,7 %), чем во 2-й группе больных – 4,0 %. У больных 1-й группы превалировала высокая степень тревоги, в основном у лиц с агрессивным ДП (17,3 %) и делинквентным ДП (16,7 %). Эмоциональная лабильность выраженной степени была выше в группе больных с суицидальным ДП (9,4 %). Дисфория легкой степени была меньше во 2-й группе (8,0 %); дисфория средней степени выраженности была больше в 1-й группе (27,1 %). Алкогольные сновидения и нарушения сна (вегетативный компонент ПВА) легкой степени реже были в 1-й группе (10,7 %). По идеаторному компоненту разница наблюдалась по его низко выраженным составляющим (1-я группа 10,6 % и 2-я группа 56,0 %).

В целом клинические проявления различных форм АС у больных 1-й группы, неоднократно переносивших острый абстинентный синдром (ОАС), отличались интенсивностью патологического влечения, выраженными тревожно-ипохондрическими состояниями. ОАС у больных 1 и 2-й групп в основном проявлялся в астенической форме (47,3% и 62,0% соответственно). Соматоневрологическая форма ОАС в обеих группах проявлялась почти одинаково – 29,3 % и 28,0 %. Но вот психическими расстройствами ОАС в 1-й группе значительно отличается (23,3 %) от 2-й группы (10,0 %) ($P < 0,05$).

Семиотика основных проявлений абстинентных расстройств, вызванных злоупотреблением опиатами, включала ряд компонентов, характерных для обеих групп, но отличающихся степенью выраженности – это три основные группы нарушений: алгические, соматовегетативные и психопатологические.

В структуре АС у больных 3-й группы отмечалось обострение интенсивности влечения к наркотику по типу «сверхценного аффекта». Сопоставление симптоматики ОАС 3 с 4-й группой выявило снижение выраженности альгической симптоматики у 3-й группы ($1,3 \pm 0,02$). Максимальная выраженность болевой симптоматики в баллах у больных 4-й группы оказалась достоверно выше, чем у больных 3-й группы ($2,9 \pm 0,2$ и $1,7 \pm 0,06$; $1,3 \pm 0,2$; $1,9 \pm 0,07$). В группе пациентов 4-й группы значительно большей была выраженность таких вегетативных компонентов АС, как слезотечение, насморк, гипергидроз ($2,7 \pm 0,08$). Тяжелые диспептические расстройства, тошнота, рвота, диарея, желудочно-кишечные боли были более выражены в 3-й группе пациентов с делинквентным ДП ($2,9 \pm 0,2$). Неврологический компонент абстинентного синдрома: тремор, атаксия, головокружение, головные боли – был выражен неодинаково и отчетливо превалировал в 3-й группе больных ($2,8 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,07$). Транзиторные психические расстройства в период развернутой клинической картины АС отмечены нами у 24 (16,5 %) больных 3-й группы. Тяжесть и продолжительность аффективных нарушений, таких как тревога, дисфория, раздражительность, подавленное настроение, в структуре опийного АС у больных с суицидальным ДП была интенсивнее почти вдвое, чем у пациентов с ремиссиями ($2,8 \pm 0,3$ и $1,2 \pm 0,07$).

Изучение прогредиентности алкоголизма и наркомании показало достоверное преобладание низкого и среднего темпа течения заболевания у больных 2 и 4-й групп: 62,0% ($P < 0,001$) ($r = -0,80$) и 28,0% ($P > 0,05$) ($r = 0,17$) во 2-й группе; 16 % ($P < 0,001$) ($r = 0,64$) и 26,0 % ($P > 0,05$) ($r = 0,23$) в 4-й группе. У пациентов из 1 и 3-й групп преобладает высокопрогредиентное течение заболевания (49,3 % и 46,7 % соответственно). При сравнении больных 3 и 4-й групп с различными видами ДП, у лиц с делинквентным и агрессивным ДП преобладает высокопрогредиентное течение заболевания (25,3% и 22,7% в 1-й группе; 27,3% и 16,7% в 3-й группе соответственно). У основной части пациентов из 4-й группы – 58,0% ($P < 0,001$) ($r = -0,74$) течение наркомании протекало относительно медленнее. Ускоренный темп прогредиентности заболевания отмечен преимущественно у неустойчивых и возбудимых личностей, лиц с эмоциональной лабильностью, дисфориями, раздражительностью.

Толерантность организма к алкоголю у пациентов с девиантным поведением (1-я группа) была достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы. Так, 43,3 % из них указывали, что употребляют 1,0–1,5 л алкогольных напитков в сутки (в пересчете на 40,0 %-ный алкоголь), из них 25,3 % с агрессивным ДП и 16,0 % с делинквентным ДП. У пациентов 2-й группы отмечалась относительно низкая (52,0 %) толерантность. Говоря о форме пьянства, необходимо отметить, что пациенты с девиантным поведением (1-я группа) чаще пили периодически (58,6 %). Пациенты без девиантного поведения (2-я группа) в 62,0 % ($P < 0,01$) ($r = -0,40$) случаев указывали на постоянное употребление алкоголя.

По длительности запоя из 88 (58,6 %) больных 1-й группы, у которых наблюдалась циклическая форма пьянства, выявлены более длительные запои (более 7 дней 43,1 %; от 3 до 7 дней 33,1 % и до 3 дней 23,8 %), тогда как у 19 пациентов 2-й группы запои длились недолго (более 7 дней 15,9 %; от 3 до 7 дней 36,8 % и до 3 дней 47,3 %). Среди пациентов, больных алкоголизмом с агрессивным и делинквентным девиантным поведением, срок запоя был относительно длительный (более 7 дней 23,8 %; от 3 до 7 дней 18,2 % и до 3 дней 1,1 % у больных с агрессивным ДП; более 7 дней 18,2 %; от 3 до 7 дней 14,8 % и до 3 дней 7,9 % у больных с делинквентным ДП).

Эмоционально-лабильный вариант обострения патологического влечения к наркотику (ПВН) регистрируется достоверно неотличимо у пациентов 3 и 4-й групп (28,7% и 30,0%), который характеризуется колебанием настроения, чаще связанного с разговорами о наркотиках, слезливостью, капризностью, неуверенностью в возможность жизни без наркотиков.

Депрессивный вариант ПВН чаще наблюдался среди больных 4-й группы – 34,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,80$). При этом у этих больных отмечались снижение настроения, подавленность, больные тяготились нахождением в клинике, придумывали различные причины для выписки. Подавленное настроение сопровождалось пессимистической оценкой своих возможностей, безнадежностью, безразличием к окружающим, большую часть времени больные проводили в своей палате.

Дисфорический вариант ПВН превалирует среди пациентов 3-й группы (30,0 %), там превалируют больные с делинквентным ДП (16,7 %). У этих больных также наблюдалось снижение настроения, но чаще на 8-10-е сутки состояние больных изменялось, они становились озлобленными, раздражительными, были всем недовольны, без повода придирались к окружающим, медперсоналу, не соблюдали дистанцию, нецензурно выражались. Тревожный вариант чаще встречается у больных 4-й группы – 24,0 % ($P < 0,05$) ($r = -0,54$). Психопатоподобный вариант ПВН превалировал у пациентов 3-й группы – 27,3 %, а в 4-й группе не выявлялся.

Анализ изменений личности показал, что заострение личности по эксплозивному типу чаще отмечалось у пациентов 1-й группы – 22,6 % (с делинквентным ДП 8,0 %, агрессивным ДП 13,3 % и суицидальным ДП 1,3%), а во 2-й группе 10,0 %. Наиболее характерной чертой этого типа являются легко возникающие аффекты выраженной неприязни, придинок, недовольства,

обиды, раздражения, сменяющиеся при дальнейшем их усилении аффектами злобы, гнева, а в ряде случаев и агрессивными поступками, направленными в первую очередь против близких.

Астенический и синтонный типы больше наблюдаются у больных 2-й группы 20,0 % ($P < 0,01$) и 28,0 % ($P < 0,001$), чем у больных 1-й группы. Для этих пациентов характерна раздражительная слабость, которая легко может смениться выраженным недовольством, гневом, грубостью, но также легко наступает успокоение, часто с чувством сожаления о произошедшем.

Дистимический тип относительно больше среди больных 1-й группы (12,7 %). В одних случаях у таких лиц можно выявить отчетливую эмоциональную лабильность с легкой сменой противоположных аффектов. Под влиянием незначительных внешних признаков или без таковых возникают подавленность, элементы чувства безысходности, преувеличенная и малообоснованная веселость или оптимизм.

Истерический тип преобладал у лиц 1-й группы с агрессивным ДП (6,6%) и делинквентным ДП (4,7%). У них преобладают утрированные проявления в поведении и высказываниях. Стремление «казаться лучше, чем есть», экспрессивность, позерство, театральность, подчеркивание своих положительных качеств и возможностей вплоть до прямого бахвальства или самовосхваления.

Шизоидный тип встречался среди пациентов 1-й группы (8,0 %) и 2-й группы (6,0 %). У таких личностей преобладает замкнутость, вплоть до полного отсутствия потребности в общении. Могут встречаться рефлексия и аутистическое фантазирование. Фон настроения определяется или чертами равнодушия, или пониженно-угрюмым аффектом.

Алкогольная деградация с психопатоподобными симптомами больше всего выявлена у лиц с делинквентным ДП (6,0 %) и агрессивным ДП (4,0 %), тогда как среди больных 2-й группы не встречается. У этих больных наблюдались такие признаки, как грубый цинизм, незнающая удержу возбудимость с агрессивными поступками, бестактные замечания, назойливая откровенность, стремление очернить окружающих. Алкогольной деградации с хронической эйфорией и аспонтанностью не было выявлено, так как эти типы характерны для 3-й стадии алкоголизма.

Изменения личности в виде наркоманической личности в 3 и 4-й группах достоверно не различаются (82,7% и 82,0% соответственно). Деградации личности в 4-й группе не было выявлено, в 3-й группе у 2,0% больных определялась легкая степень морально-этического дефекта, характеризовавшегося лживостью, изворотливостью, эгоцентризмом, недружелюбным отношением к окружающим, снижением уровня этических оценок и отходом от социальных обязанностей. Умеренно выраженная морально-этическая деградация, наблюдавшаяся у 3,3% больных 3-й группы, дополнялась такими признаками, как беззастенчивость, грубость, цинизм, ослабление личных привязанностей, пренебрежение общепринятыми социальными нормами с более или менее отчетливой тенденцией к асоциальному поведению. Наконец, выраженная морально-

этическая деградация зарегистрирована у 0,7 % пациентов, которая проявлялась не только перечисленными выше признаками, но и полной утратой привязанности к близким, негативным отношением к родителям, ненавистью, непризнанием авторитетов, эмоциональным уплощением, стремлением очернить окружающих, не-ряшливостью, безответственностью и социальной индифферентностью.

Так как аддиктивное поведение имеется у всех наших больных, мы изучили трансформацию остальных видов ДП. У больных 1 и 3-й групп на момент обследования агрессивное ДП составляет 52,0 % и 40,7 %, тогда как в преморбиде у этих лиц имелись следующие показатели: 46,7 % и 39,3 % соответственно. Для них было характерно обострение таких черт, как склонность к колебаниям настроения с преобладанием угрюмо-злобного фона настроения, взрывчатость, злобность, неуживчивость, тенденция к разрушению, направленность на причинение вреда окружающим людям; склонность к насилию (причинение боли).

Делинквентное ДП определяется у 41,3 % пациентов из 1-й группы (в преморбиде 36,0 %), для которых характерны более тяжелые формы проявления ДП, такие как эгоцентризм, психическая инфантильность, жажда восхищения, пренебрежение социальными нормами и ценностями, также у 53,3 % пациентов 3-й группы (в преморбиде 48,7 % , $P < 0,05$), для которых характерны недостаточная социальная адаптация, чрезмерная конфликтность, относительно частые правонарушения. Наконец, суицидальное ДП выявлено в 6,7 % случаев среди пациентов 1-й группы (в преморбиде 17,3 %). Они более подвержены депрессии, быстро возбудимы, пессимистичны и злопамятны, аффективная сфера неустойчива. Среди больных 3-й группы суицидальное ДП выявлено в 6,0 % случаев (в преморбиде 12,0 %). У этих больных отмечались частые аутоагрессии.

Во 2 и 4-й группах были определены такие классические виды девиантного поведения, которые не выявлялись в преморбиде, как агрессивное ДП (14,0% и 12,0%), делинквентное ДП (8,0 % и 14,0 %) и суицидальное ДП (12,0 % и 4,0 %). Из указанных выше фактов можно сделать вывод, что трансформация различных видов девиантного вида в 1-й группе или появление их во 2-й группе, не отмечавшиеся в преморбиде у этих пациентов, это результат влияния не столько различных социальных факторов (условия воспитания в семье, наличие наследственной патологии и др.), сколько влияние самой зависимости от ПАВ.

Наличие соматической патологии и инфекций в сравниваемых группах было неравномерным и явно преобладало в группах с ДП в преморбиде. Если у больных 1-й группы чаще обнаруживались такие сопутствующие заболевания, как гепатиты – 56,7%, неврологические расстройства – 48,7%, хронический бронхит – 50,7%, язвенная болезнь, хронический гастрит – 60,0% и ЧМТ в анамнезе – 25,3%, то у пациентов 3-й группы отмечались такие патологии, как гепатиты В и С – 50,0%, хронический бронхит – 42,7%, заболевания почек – 24,0%. При неврологическом обследовании у 81 (54,0 %) больного 1-й группы и у 4 (8,0%) больных 2-й группы были выделены признаки по-

лиморфного микроорганического поражения ЦНС, включающего а) ослабление конвергенции; б) нистагмOID глазных яблок; в) атипичный рефлекс Бабинского; г) повышение или понижение мышечного тонуса; д) полиневритические симптомы; е) пошатывание в позе Ромберга с тремором рук, век. Неврологические расстройства наблюдались в 2,8 раза чаще, чем у пациентов 4-й группы.

Для оценки социальных последствий в результате злоупотребления алкоголем и опиатов нами были рассмотрены такие социально-демографические показатели, как семейный статус, наличие детей и социальная занятость. Анализ семейного статуса показывает, что пациенты 1 и 3-й групп в 35,3 % и 22,7 % холостые; в 34,7 % и 34,7 % случаев разведены. А среди больных 2 и 4-й групп 66,0 % ($P < 0,001$) и 60,0 % ($P < 0,001$) ($r = -0,62$) случаев на момент обследования проживали в браке.

Социальная занятость на момент обследования больных алкоголизмом и наркоманией также имеет различное значение в сравнимых группах. Количество пациентов, не занятых трудом, было почти в 4,2 раза больше в 1-й группе, чем во 2-й (34,0 % и 8,0 % соответственно) и почти в 6 раз больше в 3-й группе, чем в 4-й (23,9 % и 4,0 % ($P < 0,001$) ($r = 0,77$) соответственно. Род работы (по специальности или нет) меньше влиял на распределение больных в двух группах. Это свидетельствует о злокачественном течении болезни, в результате чего больной или не успевает приобрести, или рано теряет способность к профессиональной деятельности.

В шестой главе **«Результаты сравнения нейровизуализации лиц, страдающих алкогольной и опиатной зависимостью с девиантным поведением»** методами нейровизуализации мозга накоплены многочисленные данные об аномалиях целого ряда церебральных структур при алкоголизме и наркомании (желудочков мозга, лобной и височной коры, таламуса и др.) при сочетании с девиантным отклонением.

Наиболее часто встречающиеся патологии у больных алкоголизмом и наркоманией с девиантным поведением в преморбиде были следующие: расширение субарахноидальных пространств лобных и теменных долей (33,3% и 56,7 %); расширение борозд коры лобных долей (83,3% и 76,6%); расширение периваскулярных и субкортикальных пространств (белое и серое вещество – 73,3% и 70,0%); очаги дистрофии в белом веществе (субкортикально 80,0% и 70,0%); асимметрия диаметра задних соединительных артерий – 90,0 % и 90,0 %.

В отличие от указанных выше, больные 2 и 4-й групп имели другие морфологические МРТ-особенности головного мозга и церебральных сосудов, такие как расширение периваскулярных пространств (90 % и 96,6 %), белое вещество (83,3 % и 73,3 %) в основном на границе теменной и затылочной зоны; нарушение циркуляции крови в венах (96,6 % и 100 %).

Таким образом, при одинаковой длительности заболевания у больных с наличием девиантного поведения в преморбиде появляются морфоструктурные изменения головного мозга, варьирующие от незначительной атрофии до расширения субкортикальных пространств и борозд коры лобных долей, у

больных без девиантного поведения в преморбиде – лишь расширение периваскулярных пространств и нарушение циркуляции крови в венах.

Алкоголизм и наркомания с девиантным отклонением поведения являются соматически более сложной проблемой, что связано не только с течением зависимости от ПАВ, а также с наследованной и преморбидной отягощенности и дисгармонического психического развития с патобиологической структурой личности. Последствия девиантного поведения способствуют более быстрому развитию осложнений, в том числе и неврологических, что диктует необходимость дифференцированного подхода к терапии у больных алкоголизмом и наркоманией с девиантным поведением в преморбиде..

В седьмой главе **«Совершенствование системы оказания помощи больным алкоголизмом и наркоманией с девиантным поведением»** был проведен анализ различных подходов и программ лечения зависимости, особенности психотерапии и ее эффективность, меры профилактики у больных с алкогольной зависимостью и опийной наркоманией с девиантным поведением.

В качестве психотерапевтической методики воздействия на патологическое влечение к ПАВ и поведение пациента нами была использована психотерапевтическая лечебная программа, состоящая из 4 основных этапов:

- 1) психотерапевтическая беседа;
- 2) мотивационное собеседование;
- 3) психотерапевтическая коррекция;
- 4) поддерживающая психофармакотерапия.

В качестве психотерапевтической методики воздействия на коррекцию девиантного поведения, формирование социально приемлемых навыков общения и патологического влечения к алкоголю или наркотику нами использовалась когнитивно-поведенческая психотерапия.

Нам не известны были катамнестические сведения о 43 (28,7 %) пациентах, которые прошли два первых этапа терапии и после проведения когнитивно-поведенческой психотерапии не соблюдали предложенный им график посещения врача. У нас имеются катамнестические сведения о 107 (71,3 %) пациентах, 36 из которых были исключены из анализа, так как не соблюдали программу психотерапевтического лечения. Оставшиеся 70 пациентов 1-й группы сплошным способом разделены на 2 подгруппы:

подгруппа 1а – больные (35 человек) алкогольной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде, которые получали 4-этапную психотерапию;

подгруппа 1б – больные (35 человек) алкогольной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде, которые получали базисную психофармакотерапию, включавшую медикаментозную и индивидуально рациональную психотерапию.

Анализ результатов психотерапии 70 пациентов 1-й группы показал, что средняя длительность терапевтической ремиссии 1-й группы пациентов составила $14,1 \pm 5,85$ месяца. У 21,8 % пациентов группы 1а срыв произошел в течение первых 6 месяцев лечения, у 25,8 % с 6 по 12 месяц, наибольшее (41

%) количество срывов происходило в течение 2-го года после начала лечения, и у 11,4 % пациентов длительность ремиссии составила более 2 лет.

При проведении сравнительного анализа средней длительности терапевтической ремиссии в группах пациентов с алкогольной зависимостью с ДП (подгруппа 1а) было установлено, что средняя длительность терапевтической ремиссии статистически значимо меньше ($P < 0,05$) у пациентов, страдающих девиантными отклонениями, не получающих 4-этапную психотерапию (подгруппа 1б). Причем в подгруппе 1б срыв ремиссии наступал статистически значимо ($P < 0,05$) чаще в течение первых 6 месяцев после начала лечения.

Терапевтическая ремиссия сроком 12-24 месяца после начала терапии наблюдалась у 41,0 % больных подгруппы 1а, тогда как у пациентов подгруппы 1б в 22,8 % случаев.

При исследовании терапевтической ремиссии у больных с опийной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде (3-я группа) было взято для дальнейшего лечения 64 больных, остальные были исключены из-за отсутствия катамнестических сведений и несоблюдения предложенного психотерапевтического лечения. Оставшиеся 64 пациента 3-й группы сплошным способом разделены на 2 подгруппы:

подгруппу 3а составили (32 больных) больные опийной наркоманией с девиантным поведением в преморбиде, получавшие 4-этапную психотерапию;

подгруппу 3б составили (32 больных) больные опийной наркоманией с девиантным поведением, получавшие только базисную психофармакотерапию.

При анализе результатов пациентов 3-й группы выявлено, что средняя длительность терапевтической ремиссии в изучаемой выборке пациентов 3-й группы составила $7,4 \pm 2,7$ месяца. У 21,9 % пациентов подгруппы 3а срыв произошел в течение первых 6 месяцев лечения, у 21,8 % с 6 по 12 месяц, у 56,3 % пациентов длительность ремиссии составила более 1 года. У 53,2 % пациентов подгруппы 3б срыв произошел в течение первых 6 месяцев лечения, у 28,1 % с 6 по 12 месяц, у 18,8 % пациентов длительность ремиссии составила более 1 года.

При проведении сравнительного анализа средней длительности терапевтической ремиссии в группах пациентов подгрупп 3а и 3б было установлено, что средняя длительность терапевтической ремиссии статистически значимо меньше ($P < 0,05$) у пациентов подгруппы 3б, чем у подгруппы 3а.

Таким образом, психотерапия алкогольной и опийной зависимости с девиантным поведением должна не только опираться на особенности клинической картины аддикции, но и учитывать особенности личности и проявления девиантных паттернов в поведении пациента. Выраженность расстройств синдрома патологического влечения свидетельствует о тяжести течения алкоголизма и наркомании у больных с девиантным поведением в преморбиде и подтверждает концепцию наличия патологически функционирующей системы у контингентов аддиктивного профиля.

На основании клинических, социально-демографических и психологических показателей можно сделать вывод, что на формирование девиантного поведения главным образом влияет девиация личности. Несмотря на то что родительское воспитание уже сформировало личность, следует обратить внимание психологов, работающих с больными, зависящими от ПАВ, на переосмысление внутреннего “Я” больного, освобождение его от негативного родительского воспитания.

Условно программу можно разделить на 3 этапа, каждый из которых вытекает из предыдущего, взаимно дополняя друг друга и показывая насколько успешно либо неуспешно для личностного становления и развития подростка проходит сложный и противоречивый процесс социализации.

Первый этап предполагает формирование начального этапа социализации, позволяющего определить степень включенности подростка в коллектив и в усвоение действующих в коллективе норм и правил; ознакомление с новыми способами и формами взаимодействия; усвоение предъявляемой к подростку информации; принятие собственной позиции.

Второй этап включает значительную коррекционную работу сопровождающих служб (психологическая, медицинская, служба социальных работников), осуществляющих вспомогательную функцию в процессе интеграции подростка в социум и привитие подростку положительных ценностей социума.

Третий этап разделяется на два. Первый раздел направлен на предотвращение формирования систематического употребления ПАВ у девиантной личности. Этот этап сопровождается формированием наивысшего этапа социализации и личностного самоопределения. Именно на нем происходит осознание цели и смысла жизни, соотнесение своих желаний, приобретенных личностных и социальных качеств, возможностей и требований, предъявляемых социумом (я могу, я хочу, я есть).

Второй раздел направлен на предотвращение формирования зависимости от ПАВ у девиантной личности.

Таким образом, в системе мер первичной профилактики формирования зависимости у подростков с девиантным поведением в преморбиде необходимо:

а) работать не только с подростками, но и с их семьями в социуме (маhalля, образовательные учреждения, милиция) – контролировать поведение подростка, заниматься повышением его образования, участвовать в формировании позитивного родительского воспитания в молодых семьях, создавать условия для принятия ответственности за семью;

б) подростковым наркологами, педагогами образовательных учреждений целесообразно проводить профилактическую работу не только со всеми подростками, но и отдельно с подростками с девиантным поведением;

в) девиация личности начинает формироваться в раннем детском возрасте под воздействием семейного окружения, которое невербально направляет к формирующейся личности будущего аддикта негативное родительское

воспитание, определяющее особенности функционирования личности во взрослой жизни.

В системе мер вторичной профилактики:

а) при оказании лечебных воздействий этой категории больных необходимо учитывать девиантное отклонение в преморбиде;

б) при первичном обращении подростков, больных алкоголизмом и наркоманией, с девиантным поведением работать не только с зависимостью личности, но и с семьями пациентов (созависимость).

В системе мер третичной профилактики:

а) отслеживание результатов лечебно-реабилитационных воздействий для пациентов с зависимостью с девиантным поведением должно проводиться чаще и более индивидуализированно;

б) при создании системы третичной профилактики для таких контингентов больных учитывать часто встречающуюся соматическую патологию (гепатит В и С, туберкулез, ЧМТ и т.д.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по докторской диссертации на тему «Клинические особенности алкоголизма и наркомании у больных с девиантным поведением» сделаны следующие выводы.

1. Особенностью девиантного поведения в преморбиде алкогольной и опиоидной зависимости является преобладание агрессивной и делинквентной форм поведения, причем в преморбиде больных с алкогольной зависимостью чаще встречается агрессивное, опиоидной зависимостью – делинквентное поведение. Обе формы поведения характерны преимущественно для лиц эксплозивного и неустойчивого типа, тогда как суицидальное девиантное поведение – для личностей истероидного типа.

2. Среди больных алкогольной и опиоидной зависимостью с девиантным поведением в преморбиде преобладают психопатические или акцентуированные личности эксплозивного и неустойчивого типа. Среди больных без девиантного поведения в преморбиде преобладают личности психастенического и конформного типа.

3. Формированию девиантного поведения у больных с алкогольной и опиоидной зависимостью способствовали социально-психологические факторы, включающие воспитание в неполной семье или в семье с низкими культурным уровнем и материальным достатком, дефектами воспитания по типу гипопротекции, жестокости и насилия, общение с асоциальными или криминальными группами.

4. Клиническими особенностями алкогольной и опиоидной зависимости с девиантным поведением в преморбиде являются раннее начало злоупотребления психоактивными веществами, высокая скорость формирования абстинентного синдрома, тяжесть абстинентных состояний, высокопрогредиентность течения болезни с быстрым развитием деградации личности и отрицательных медико-социальных последствий.

5. При одинаковой длительности заболевания у больных с наличием девиантного поведения в преморбиде появляются морфоструктурные изменения головного мозга, который может варьировать от незначительной атрофии до расширения субкортикальных пространств и борозд коры лобных долей, у больных без девиантного поведения в преморбиде – лишь увеличение размеров периваскулярных пространств и нарушение циркуляции крови в венозных сосудах.

6. Совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц с девиантным поведением в преморбиде требует применения методов когнитивно-поведенческой психотерапии для коррекции девиации личности и поведения.

7. При разработке профилактических мероприятий у лиц с девиантным поведением в преморбиде нужно учитывать личностные особенности, социально-психологические факторы и клинико-динамические особенности основного заболевания с определением вида направления работ и исполнителя.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARDING OF THE SCIENTIFIC DEGREES
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 AT TASHKENT INSTITUTE OF
POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ASHUROV ZARIFJON SHARIFOVICH

**CLINICAL FEATURES OF ALCOHOLISM AND
ADDICTION IN PATIENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR**

14.00.18 – Psychiatry and narcology

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (DSc)
ON MEDICAL SCIENCES**

Tashkent–2017

The theme of doctoral dissertation (DSc) was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number B2017.1.DSc/Tib10.

The doctoral dissertation has been prepared at the Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian) languages on the website of Scientific Council www.tma.uz and on the website of “ZiyoNet” Information and educational portal www.ziynet.uz.

Scientific consultant: **Khodjaeva Nazira Islamovna**
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Sivolap Yuriy Pavlovich**
Doctor of medical sciences, professor

Agranovskiy Mark Lezarovich
Doctor of medical sciences, professor

Alimov Ulugbek Hudoayrovich
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization: **Tashkent pediatric medical institute (Uzbekistan)**

The defense will take place « ____ » _____ 2017 ____ at _____ at the meeting of Scientific Council at the Scientific Council No DSc.27.06.2017.Tib.31.01 at the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Address: 100007, Uzbekistan, Tashkent, street Parkent, 51. Phone/fax: (+99871) 2681744), e-mail: info@tipme.uz)

The doctoral (DSc) dissertation can be reviewed at the Information Resource Centre of the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (is registered under № ____) (Tashkent, street Parkent, 51. Phone/fax: (+99871-2681744).

Abstract of dissertation sent out on « ____ » _____ 2017 year.
(mailing report № ____ on « ____ » _____ 2017 year)

X.A. Akilov
Chairman of the Doctoral Degree Awarding Scientific Council, MD, professor

N. N. Ubaydullaeva
Secretary of the Doctoral Degree Awarding Scientific Council, PhD, associate-professor

U.H. Alimov
Chairperson of the Scientific Seminar at the Doctoral Degree Awarding Scientific Council, MD, professor

INTRODUCTION (abstract of DSc thesis)

The urgency and relevance of the dissertation topic. The number of drug addicts is increasing year by year. In particular, if in 2006-2007 the number of drug addicts was 200 million, in 2013-2014, the number reached 246 million people. Annually alcoholism and its consequences cause death of approximately 2, 5 million people. Since obtaining independence, Republic of Uzbekistan has achieved positive changes in the organization of up-to-date drug abuse services such as effective examination of patients with alcoholism and drug addiction, consultation, diagnosis and medical and social rehabilitation in the framework of large scale reforms.

The aim of research work is examining clinical-psychopathological features of alcoholism and opium addiction in patients with deviant behavior in premorbid with consideration of personal-biological, social-psychological factors and improving treatment-and-rehabilitation and preventive measures.

The tasks of research work:

revealing the features of deviant behavior in patients with alcoholism and opiate addiction in premorbid;

identification of personality characteristics of patients with alcoholism and opiate addiction with deviant behavior in premorbid stage;

studying of the role of social and psychological factors in the formation of deviant behavior and personality deviation in patients in premorbid alcohol and opiate addiction ;

investigation of clinical features and the medical-social consequences in alcohol and opiate dependence in patients with deviant behavior in premorbid;

comparative study of neurovisualization features of the brain in patients with alcoholism and opiate addiction with deviant behavior in the premorbid and without deviant behavior;

improving social rehabilitation and preventive measures to prevent the development of PAS dependence in individuals with deviant behavior in premorbid stage.

The object of the research work are 400 male patients from 18 to 59 year old, suffering from alcoholism and drug addiction.

The scientific novelty of the research work is as follows:

interference of existence of perinatal pathology in the anamnesis, prevailing of emotionally unstable and impulsive personality types, hereditary drug abuse inclination and mental illnesses major role in the formation of deviant behavior in patients with premorbid alcoholism and opiate addiction have been proved;

high progressive progress of addiction in patients with alcoholism and drug addiction with deviant behavior in premorbid, which in turn is associated with factors such as early onset of drug abuse, the rapid formation of dependence, severe course of abstinent syndrome;

it was established that at most of alcoholics and drug addicts with deviant behavior in a premorbid the reference high-progreduated course of dependence explained by the early beginning of the use drugs, high speed of formation and the heavy course of an abstinence syndrome.

the prevalence of behavioral and affective components of the pathological craving in patients with deviant behavior in premorbid has been justified;

morphological and structural changes in the brain, which vary from slight signs of an atrophy to expansion of subcortical space and furrows of bark of frontal lobes, as a result of high gradient progress of dependence in patients with deviant behavior have been identified;

the necessity of introducing cognitive-behavioral therapy to improve the social adaptation of patients with alcoholism and drug addiction with deviant behavior in premorbid has been pathogenetically justified.

The outline of the thesis. The dissertation consists of introduction, seven chapters, conclusion, references and appendices. The size of the research is 180 pages. The first chapter of the dissertation contains scientific data on the phenomenon of deviant behavior, causes and social factors of deviant behavior, including development, clinical features, methods of treatment and rehabilitation of alcoholism and opiate addiction, and lastly, the role of deviant behavior during the dependency. The second chapter of the dissertation titled describes the materials and methods of research, contains characteristics of involved patients and the methods used, as well as statistical methods by which evaluated the results. To solve the tasks related 2010-2015 years, there were carried out a clinical examination of 200 men undergoing voluntary in-patient treatment for alcoholism stage 2 and 200 men seeking help for the treatment of opioid addiction in the Republican Narcological Centre. The third chapter of the dissertation presented the results of the clinical and biological characteristics, socio-demographic characteristics, psychological pre-conditions formation of deviant behavior in patients with alcoholism and opiate addiction. The fourth chapter of the dissertation contains the comparative analysis of data including the family factor, type of the craft, the conditions of bringing up and the particularities of reference group. The fifth chapter of the dissertation titled "Clinical features and the medical and social consequences of alcoholism and drug addiction in patients with deviant behavior in premorbid", we studied the dynamics of the formation of alcohol and drug abuse, especially of its progress(flow): the beginning of the systematic consuming PAS, age and period of the formation of withdrawal syndrome, its manifestation, a progressive course of the disease, pathological attraction to psychoactive substances, personality changes as a result of drug abuse and its social consequences. The sixth chapter of the dissertation titled "The results of the comparison neuro-visualizing of patients suffering from alcohol and opiate addiction with deviant behavior" neuro-visualisation methods helped us to gather numerous data about anomalies of a number of anomalies of cerebral structures in alcoholism and drug addiction (ventricles of the brain, the frontal and temporal cortex, thalamus, and others.) In combination with deviant wandering. The seventh chapter of the dissertation titled "Improving the system of providing care to patients with alcoholism and drug addiction with deviant behavior" has been conducted the analysis of the different approaches and programs of treatment, depending on the uniqueness of psychotherapy and its effectiveness, and also preventive measures in patients with alcohol and opiate dependence with deviant behavior.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I Бўлим (I часть; I part)

1. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Клинические особенности хронического алкоголизма у больных с девиантным поведением // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2013. – № 1. – С. 43-45. (14.00.00; № 8).

2. Ашуров З. Ш., Хайрединова И. И. Характеристика агрессии и отклонения от нормального социального функционирования в структуре девиантного поведения больных алкоголизмом // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2013. – № 2. – С. 32-34. (14.00.00; № 8).

3. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И., Хайрединова И. И. Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция агрессивного поведения больных алкоголизмом // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. – Ташкент, 2013. – № 2. – С. 56-58. (14.00.00; № 17).

4. Ашуров З. Ш., Шин З. В. Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2013. – №3. – С. 20-22. (14.00.00; № 8).

5. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Девиантное поведение у больных алкоголизмом с коморбидными расстройствами личности // Неврология. – Ташкент, 2013. – № 1. – С. 32-39. (14.00.00; № 4).

6. Ходжаева Н. И., Ашуров З. Ш., Абдуллаева Г. К., Ким Д. П., Ропижинов А. И. Особенности мотивов у различных групп наркологических больных // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2014. – № 1. – С. 18-20. (14.00.00; № 8).

7. Ходжаева Н. И., Шадманова Л. Ш., Ашуров З. Ш., Султанов Ш. Х., Юсупов С. Р. Клинические особенности постабстинентных состояний героиновой наркомании и факторы формирования ремиссий // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2014. – № 1. – С. 66-69. (14.00.00; № 8).

8. Ашуров З. Ш., Хайрединова И. И. Преморбидная характеристика лиц с зависимостью от опиоидов, имеющих отношение к формированию противоправного вектора поведения // Неврология. – Ташкент, 2014. – № 1. – С. 25-27. (14.00.00; № 4).

9. Ашуров З. Ш., Ким Д. П., Абдуллаева Г. К. Сравнительная оценка эффективности мотивационной психотерапии у больных с наркотической зависимостью // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. – Ташкент, 2014. – №1. – С. 86-88.(14.00.00; № 17).

10. Ашуров З. Ш., Шадманова Л. Ш., Усмонов О. Т., Сыдыков Х. Б. Современные концепции в реабилитации наркозависимых // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2014. – № 2. – С. 128-131.(14.00.00; № 8).

11. Ashurov Z. Sh. Addictive patients with deviant behavior and their relatives // European Science Review.– Австрия, 2015. – №11-12. – С. 64-65. (14.00.00; № 19).

12. Ашуров З. Ш., Хасанова К. Д. Влияние личностных и клинико-психопатологических особенностей на уровень социальной дезадаптации больных опийной наркоманией // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. – Ташкент, 2015. – №1. – С. 75-79. (14.00.00; № 17).

13. Ashurov Z. Sh. Clinic-biological features of alcoholism in patients with deviant behavior // European Science Review.– Австрия, 2016. – №1-2. – С. 45-47. (14.00.00; № 19).

14. Ашуров З.Ш. Социально-демографические характеристики больных опийной наркоманией с девиантным поведением // Неврология. – Ташкент, 2016. – № 2. – С. 37-38. (14.00.00; № 4).

15. Ашуров З. Ш. Результаты сравнения нейровизуализации лиц, страдающих алкогольной и опиатной зависимостью с девиантным поведением // Тошкент Тиббиёт Академияси Ахборотномаси. – Ташкент, 2016. – №2. – С. 58-60 (14.00.00; № 13).

II Бўлим (II часть; II part)

16. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Особенности психотерапии алкогольной зависимости у пациентов с девиантным поведением/ Методические рекомендации. – Ташкент. – 2012. - 24 с.

17. Ашуров З. Ш. Клинико-биологические особенности опийной наркомании у больных с девиантным поведением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2016. – №2 (91). – С.58-62.

18. Ашуров З. Ш., Шин З. В, Рашидова Л. А. Многопараметрический сравнительный анализ изменений на ЭЭГ у больных алкоголизмом с девиантным поведением // Неврология. – Ташкент, 2014. – № 2. – С. 103-104. (14.00.00; № 4).

19. Кучкаров У. И., Ходжаева Н. И., Ашуров З. Ш., Неврозоподобные нарушения в структуре героиновой наркомании // Материали за IX международна научна практична конференция «Найновите постижения на европейската наука - 2013». – София, 2013. - С. 42-44.

20. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И., Султанов Ш. Х. Correction of asthenodynamic opition of post abstinence disorders // Turkish Association for Psychopharmacology (TAP) 6th International Congress on Psycho-pharmacology. October 30-November 3. Turkey (Antalya), 2013. – P.9-10.

21. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И., Султанов Ш. Х. Treatment of the asthenodynamic variant of post withdrawal disorders // Turkish Association for Psychopharmacology (TAP) 6th International Congress on Psychopharmacology. October 30-November 3, Turkey (Antalya), 2013. – P.102-103.

22. Ашуров З. Ш. Antidepressant therapy of affective disorder in the clinic opium addiction // Turkish Association for Psychopharmacology (TAP) 6th International Congress on Psychopharmacology. - Turkey (Antalya) April 16-20, 2014. – P.26.

23. Ашуров З. Ш., Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И. The relationship of depression and drug addiction // Turkish Association for Psychopharmacology (TAP)

6th International Congress on Psychopharmacology. – Turkey (Antalya), April 16-20, 2014. – P.147-148.

24. Ашуров З. Ш., Султанов Ш. Х., Пулатова Ф. Б., Ходжаева Н. И. Neurox effectiveness in the treatment of withdrawal symptoms of heroin addiction // Turkish Association for Psychopharmacology (TAP) 6th International Congress on Psychopharmacology. – Turkey (Antalya), April 16-20, 2014. – P.74.

25. Ашуров З. Ш. Medicamental and psychotherapeutic correction for patient with aggressive behaviors in alcoholics // XVI world congress of psychiatry “Focusing on access, quality and humane care”. - Spain (Madrid), September 14-18, 2014. – P.131.

26. Ашуров З. Ш., Ким Д. П. Features of therapy of patient with opium addiction associated with low motivation to treatment // “Ёш олимлар кунлари”. Тиббиётнинг долзарб масалалари. III илмий-амалий анжуман материаллари. – Ташкент, 2014. – С. 264-265.

27. Ашуров З. Ш., Абдиназаров А. С. Алкогол анозогнозия феномини мавжуд бўлган беморларда аффектив бузилишларни миртел ёрдамида даволаш самарадорлиги // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2014. – №4 (80). – С.4.

28. Ашуров З. Ш., Умуров Н. А. Клинические особенности трамадоловой зависимости при различных путях ее формирования // I Съезд психиатров Узбекистана. – Ташкент, 15 май, 2015. - С. 45.

29. Ашуров З. Ш., Шин З. В. Клинико-психопатологические особенности аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и их родственников // I Съезд психиатров Узбекистана. – Ташкент, 15 мая 2015, – С. 46.

30. Ашуров З. Ш., Шин З. В. Девиантное поведение лиц с алкогольной зависимостью // I Съезд психиатров Узбекистана. – Ташкент, 15 май 2015. – С. 178.

31. Ашуров З. Ш., Шин З. В. Клинико-психопатологические особенности аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и их родственников Международная научно-практическая конференция // “Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях”. – Чита. 14-15 мая 2015. - С.16-19.

32. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Степень психопатизации в структуре асоциального поведения больных опиоидной наркоманией // XVI Съезд психиатров России «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». – Казань, 23-26 сентября 2015. - С. 435-436.

33. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Мотивационная структура психопатологических расстройств при зависимости от ПАВ Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б. А. Лебедева «Научное наследие профессора Б. А. Лебедева». – Санкт-Петербург, 15-16 апреля 2015. - С. 217-219.

34. Ашуров З. Ш., Лян Е. М. Взаимосвязь девиантного поведения с динамикой изменений личности у больных алкоголизмом // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси «Аҳолининг касаллигини кўрсаткичларига таъсир қилувчи ха-

тарли омиллар ва уларни олдини олишда долзарб масалалар». – Гулистон, 14 ноябр 2015.– С. 155-156.

35. Ашуров З. Ш. Клинико-биологические особенности алкоголизма у больных с девиантным поведением // VII Международная научно-практическая интернет-конференция «Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты».– Чита, 2016. – С.72-79.

Автореферат “Тil va adabiyot ta’limi”
журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз
тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.
(01.07.2017 йил)

Босишга рухсат этилди: 03.07.2017 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № 126.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.