

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

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

ЧЕМБАЕВ БУЛАТ РЕНАТОВИЧ

**ЖАМИЯТ УЧУН ЎТА ХАВФЛИ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАР СОДИР
ЭТГАН ШИЗОФРЕНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА
КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК-ДИНАМИК ВА ИЖТИМОЙ-
ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.18 – Психиатрия ва наркология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по
медицинским наукам**

**Contents of Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD) on
Medical Sciences**

Чембаев Булат Ренатович

Жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган шизофрения
билан оғриган беморларда касалликнинг клиник-динамик ва
ижтимоий-психологик хусусиятлари 3

Чембаев Булат Ренатович

Клинико-динамические и социально-психологические особенности
заболевания у больных шизофренией, совершивших тяжкие
общественно опасные действия..... 21

Chembaev Bulat Renatovich

Clinical-dynamic and social-psychological characteristics of the disease in
patients with schizophrenia who have committed grave socially dangerous
acts 37

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 41

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

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

ЧЕМБАЕВ БУЛАТ РЕНАТОВИЧ

**ЖАМИЯТ УЧУН ЎТА ХАВФЛИ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАР СОДИР
ЭТГАН ШИЗОФРЕНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА
КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК-ДИНАМИК ВА ИЖТИМОЙ-
ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.18 – Психиатрия ва наркология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib84 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус) веб-саҳифанинг www.tipme.uz ва «ZiyoNet» ахборот-таълим портали www.ziyo.net манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Ешимбетова Саида Закировна тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Аграновский Марк Лейзерович тиббиёт фанлари доктори, профессор Ашуров Зарифжон Шарифович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етакчи ташкилот:	Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.31.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент шаҳри Мирзо Улуғбек тумани Паркент кўчаси 51-уй. Тел/факс: (99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz.)

Диссертация билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент шаҳри Паркент кўчаси 51-уй. Тел/факс: (99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz.

Диссертация автореферати 2018 йил «_____» _____ куни тарқатилди.
(2018 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Д.М. Сабилов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н. Убайдуллаева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

У.Х. Алимов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда шизофренияга чалинган беморларнинг жамият учун хавfli хатти-ҳаракатлари жамоат соғлиқни сақлаш тизимида долзарб муаммолардан бири бўлиб, беморларга, оиласига, шифокорларга ҳамда бутун жамиятга ўз таъсирини ўтказмай қолмайди. Олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра қасддан одам ўлдирган шахсларнинг 6,48% ида шизофрения аниқланган¹. Суд-психиатрия экспертизаси хулосаларига кўра Республикамизда жамият учун ўта хавfli хатти-ҳаракатлар (ЖўХХ) содир этган ва бунда ўз ҳаракатлари аҳамиятини англай олмаслиги, ҳаракатларини бошқара олмаслиги тўғрисида эксперт хулосаси берилган шахсларнинг 55,1% ида шизофрения ташхиси аниқланган. Муаммонинг мураккаблиги ЖўХХ шизофренияга чалинган беморлар томонидан касаллик жараёнининг барча шаклларида ва босқичларида содир этилиши билан боғлиқ. Профилактика ишлари бундай ЖўХХни содир этишга ёрдам берувчи омиллар аниқланиб, ўз вақтида бартараф этилсагина амалга оширилиши мумкин. Бу эса фақат бундай қилмишлар уларнинг ижтимоий-шахсий ҳамда клиник-психопатологик детерминантларини тизимлаштирилган чуқур текшириш асосидагина амалга оширилиши мумкин.

Юртимиз мустақиллигининг дастлабки кунлариданоқ аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатилишини тубдан янгилаш юзасидан кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилди, соғлиқни сақлаш тизимининг самарали модели жорий этилди ва ижобий натижаларга эришилди. Амалга оширилган тадбирлар натижасида кўплаб ютуқларга эришилган бўлса-да, психиатрия хизмати фаолиятини такомиллаштириш борасида муайян муаммолар кузатилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ қонун устуворлигини таъминлаш ва суд-ҳуқуқ тизимини янада ислоҳ қилишда «жиноятчиликка қарши курашиш ва ҳуқуқбузарликларнинг олдини олиш тизими самарасини ошириш»²га қаратилган муҳим вазифалар белгиланган.

Жаҳонда ЖўХХ содир этган беморларда шизофрения клиникаси ва динамикаси масалаларини ҳар томонлама кўриб чиқиш, ЖўХХ содир этган беморларнинг мажбурий даволаш тамойилларини ишлаб чиқиш, шизофрения билан касал беморлар томонидан ЖўХХ содир этиш факторларини комплекс баҳолаш, ЖўХХ психопатологик механизмларини аниқлаш борасида кўплаб илмий-тадқиқот ишларининг амалга оширилаётганлиги ҳам ушбу диссертация тадқиқоти мавзусининг долзарблигидан далолат беради.

¹ Large M., Smith G., Nielsse O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis // Schizophrenia Research, 2009. –Vol. 112, Issues 1–3. - pp. 123–129.

²2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ–1652-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2013 йил 25 июлдаги 207-сон «Ўзбекистон Республикаси психиатрия хизмати фаолиятини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Шизофренияга чалинган шахслар орасида ЖЎХХ муаммосини ўрганишга бағишланган кўплаб илмий-тадқиқотлар амалга оширилган ва хавф факторлари, шизофрения клиникаси, динамикаси масалалари ҳар томонлама ўрганилган, ЖЎХХ олдини олиш ва мажбурий даволаш тамойиллари ишлаб чиқиш бўйича қатор ишлар амалга оширилмоқда. Суд психиатрияси соҳасида олиб борилган тадқиқотларнинг асосий қисми шахснинг ҳаёти ва соғлиғига қарши қаратилган ЖЎХХ содир этган шахслар контингентидан барча нозологик birlikларни қамраб олади ёки беморларда қонун бузилиши оғирлиги даражаси ҳисобга олинмасдан ЖЎХХ барча спектри тадқиқ этилган, фақат айрим изланишларгина шизофренияга чалинган шахсларда шахснинг ҳаёти ва соғлиғига қарши қаратилган ЖЎХХни ўрганишга бағишланган (Кондратьев Ф.В., 2002; Кудеринов С.В., 2003; Fazel S., 2010; Буравлев В.В., 2013). Шизофрения билан оғриган беморлар томонидан содир этиладиган ЖЎХХ генезида кўп факторларнинг роли ЖЎХХ олдини олишнинг алоҳида шакллари ишлаб чиқиш ва мукамаллаштиришга мажбур қилади. Бу шакллар шизофрения билан оғриган беморларнинг тажовузи ва зўравонлик ҳаракатларини олдиндан билиб бўлмасликни ҳисобга олган ҳолда (Monahan J. et al., 2005) тиббий ва ҳуқуқий жиҳатларни ўзида мужассамлаштирмоғи керак (Ешимбетова С.З., 2001; Мальцева М.М., Котов В.П., 2006),.

Сўнги йилларда жаҳоннинг етакчи олимлари томонидан (Singh J.R., 2011) руҳий касалликларга чалинган шахслар ўртасида тажовузкор ҳаракатларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган асосий услубларнинг самарадорлиги етарлича исботланмаганлигича қолмоқда ва бу ўз навбатида мазкур муаммо бўйича ҳали кўплаб илмий изланишлар амалга оширилиши заруратини келтириб чиқаради.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг психиатрия ва психотерапия кафедрасининг «Шизофрения, наркомания ва бошқа руҳий касалликлар психопатологик бузилишларининг клиник-ижтимоий жиҳатлари» илмий-тадқиқот лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган шизофренияга чалинган беморлардаги касалликнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятларини текшириш ҳамда уларнинг олдини олиш чораларни ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

шизофрения билан оғриган беморларнинг ЖЎХХ содир этишига биологик омилларнинг таъсирини олдин ҳеч қачон ЖЎХХ содир этмаган шизофрения билан оғриган беморлар контингенти билан солиштирган ҳолда аниқлаш;

ЖЎХХ содир этган шизофрения билан оғриган беморларнинг олдин ҳеч қачон ЖЎХХ содир этмаган шизофрения билан оғриган беморлар контингенти билан солиштирган ҳолда ижтимоий-демографик кўрсаткичларни аниқлаш;

ЖЎХХ содир этишга таъсир қилган шизофрениянинг клиник-динамик хусусиятларини аниқлаш;

экспериментал-психологик услубларнинг маълумотлари бўйича тажовузкорлик кўрсаткичлари динамикасини олдин ҳеч қачон ЖЎХХ содир этмаган шизофрения билан оғриган беморлар контингенти билан солиштирган ҳолда баҳолаш;

шизофрения билан оғриган беморлар ЖЎХХнинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида ЖЎХХ содир этган ва ҳуқуқбузарликка нисбатан ақли норасо деб топилган шизофрения билан оғриган 201 нафар бемор (асосий гуруҳ) ҳамда ҳеч қачон ЖЎХХ содир этмаган шизофрения билан оғриган 60 нафар бемор (таққослаш гуруҳи) кузатилган.

Тадқиқотнинг предмети беморлар клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятлари, тажриба-психологик услублар натижаларидан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацияда клиник-катамнестик, клиник-психопатологик, тажриба-психологик, статистик каби текширув ва таҳлил усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ҳеч қачон жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этмаган шизофрения билан оғриган беморлар контингенти билан солиштирган ҳолда клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятларнинг жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар келиб чиқишидаги роли аниқланган;

шизофрения билан оғриган беморларда жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этилишининг хавфини кучайтирадиган ижтимоий омиллар комплекси роли исботланган;

шизофрения билан оғриган беморлар томонидан жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этилишининг олдини олишда асосий тадбирлар клиник ва ижтимоий омилларнинг ҳиссасини инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган;

жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларга нисбатан мажбурий даволаниш тактикаси касалликнинг синдромал тузилишини инобатга олган ҳолда ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

шизофрения билан оғриган беморлар томонидан ЖЎХХ содир этилишининг олдини олиш чоралари такомиллаштирилиб, мажбурий даволанишнинг дифференциал тактикаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, статистик усулларнинг қўлланилиши, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар суд-психиатрияда ЖЎХХ содир этган шизофрения билан оғриган беморларнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятлари тўғрисидаги мавжуд тасаввурларни тўлдириши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти диссертацияда ишлаб чиқилган тавсиялардан шизофрения билан оғриган беморлар томонидан ЖЎХХ содир этилишининг олдини олиш усулларини такомиллаштириш, ЖЎХХ содир этган шизофрения билан оғриган беморларга нисбатан тиббиёт муассасаларида даво тактикасини оптималлаштириш, шунингдек, тегишли йўналишлар бўйича таълим ва илмий фаолиятда фойдаланиш мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган шизофренияга чалинган беморлардаги касалликнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятларини текшириш ҳамда уларнинг олдини олиш чораларини такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий изланишлар натижаларига кўра:

ЖЎХХ содир этган шизофрения билан оғриган беморлардаги касалликнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятлари таҳлили асосида «Патогенетические механизмы совершения тяжких общественно опасных действий больными шизофренией» номли монография нашр этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2015 йил 18 майдаги 8Н–д/37-сон маълумотномаси);

ЖЎХХ содир этган шизофрения билан оғриган беморлардаги касалликнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятлари таҳлили асосида олинган натижалар соғлиқни сақлаш тизимида, жумладан, Тошкент шаҳар руҳий касалликлар клиник шифохонаси ва Республика назорати кучайтирилган руҳий касалликлар шифохонаси амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 11 декабрдаги 8Н–д/269-сон маълумотномаси). Амалиётга жорий қилинган тавсиялар натижасида Республика назорати кучайтирилган руҳий касалликлар шифохонаси шизофрения билан оғриган беморларнинг ўрта

даволаниш муддати 2600 ўрин/кундан 2441 ўрин/кунгача, Тошкент шаҳар рухий касалликлар клиник шифохонасида ўртача даволаниш муддати 839 ўрин/кундан 638 ўрин/кунгача қисқарган, бу эса даволаниш учун сарфланадиган маблағларнинг тежалишига олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан, 2 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 28 та илмий иш чоп этилган, шулардан 1 та монография ва Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, олти боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 116 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 «**Шизофрения билан оғриган беморлар томонидан оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этилиши муаммоси, сабаблари ва олдини олиш бўйича замонавий қарашлар**» деб номланган биринчи бобида диссертация мавзуси бўйича адабиётлар баёни берилган, шизофрения билан оғриган беморлар томонидан оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этилиши сабабларини аниқлаш бўйича илмий-тадқиқотлар асосий йўналишлари тўғрисида илмий маълумотлар ва криминал тажовузкорлик клиник, биологик ва ижтимоий предикторлари ҳамда бу беморлар контингентда психологик-ташхисот усуллариининг қўлланилиши тўғрисида илмий маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларда касалликнинг клиник-динамик ва ижтимоий-психологик хусусиятларини аниқлаш методологияси**» деб номланган иккинчи бобида материал ва тадқиқот олиб бориш услублари, шунингдек, олинган маълумотларни баҳолашда қўлланилган статистик усуллар келтирилган. Қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун 2011–2013 йилларда шахснинг соғлиги ва ҳаётига қарши қаратилган оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган ва республика

назорати кучайтирилган рухий касалликлар шифохонасида мажбурий даволаниш ўтаётган шизофрения билан оғриган 201 нафар бемор текширувдан ўтказилган, шулардан 181 нафари (90,05%) эркаклар ва 20 нафари (9,95%) аёллардир.

Ушбу беморлар этномаданий белгиси асосида икки гуруҳга ажратилган: 174 кишидан иборат биринчи гуруҳ Марказий Осиёнинг туб халқларидан (ўзбек, қозок, қорақалпоқ, туркман ва бошқалар) ташкил топган бўлиб, ЖЎХХларни $35,73 \pm 9,15$ ёшида содир этган ва касаллик давомийлиги $8,37 \pm 7,66$ йил бўлган. 27 кишидан иборат иккинчи гуруҳ ўз ичига бошқа миллатлар вакиллари олган (рус, украин, корейс ва бошқалар), ЖЎХХларни $42,89 \pm 12,33$ ёшда содир этган ва касаллик давомийлиги $18,48 \pm 11,51$ йил бўлган. Бир қатор ижтимоий-психологик ва клиник-динамик кўрсаткичларни қиёсий баҳолаш учун психиатр ҳисобида турган ва ҳеч қачон ЖЎХХ содир этмаган иккита назорат гуруҳи шакллантирилган: 40 кишидан иборат биринчи назорат гуруҳи Марказий Осиёнинг туб халқларидан (ўзбек, қозок, қорақалпоқ, туркман ва бошқалар), 20 кишидан иборат иккинчи назорат гуруҳи бошқа миллатлар вакилларидан (рус, украин, корейс ва бошқалар) ташкил топган. Текширув даврида биринчи назорат гуруҳи вакилларида ўртача ёш $37,23 \pm 9,72$, иккинчи назорат гуруҳида $43,45 \pm 12,16$ бўлиб, ушбу кўрсаткич бўйича асосий гуруҳлар билан статистик аҳамиятли фарқлар мавжуд эмас ($p > 0,05$). Текширув даврида биринчи назорат гуруҳи вакилларида касаллик давомийлиги $10,9 \pm 6,28$ йил бўлган. Иккинчи назорат гуруҳида бу кўрсаткич $18,7 \pm 8,24$ йил бўлиб, ушбу кўрсаткич бўйича асосий гуруҳлар билан статистик аҳамиятли фарқлар мавжуд эмас ($p > 0,05$).

Қўйилган вазифаларни амалга оширишда клиник-психопатологик, клиник-анамнестик, экспериментал-психологик ва статистик-математик усуллардан фойдаланилди. Иккита боғлиқ бўлмаган гуруҳларнинг миқдорий кўрсаткичлари солиштирилиши Вилкоксон–Ман–Уитни нопараметрик мезони, тўртта боғлиқ бўлмаган гуруҳлар Краскел–Уоллис вариациялар таҳлили ёрдамида амалга оширилди. Сифатий кўрсаткичлар солиштирилишида Пирсон χ^2 мезони қўлланилди, зарурият бўлганда узлуксизлик учун Йетс қўшимчасидан фойдаланилди. Натижалар таҳлилида $p < 0,05$ статистик муҳим деб ҳисобланган, кўплик жуфт солиштирилишларда Бонферонни қўшимчаси инобатга олинган. Психопатологик синдромлар «Психопатологик синдромлар ва ҳолатлар глоссарийи» психопатологик ҳолатларни унификациялаштирилган клиник баҳолаш учун услубий қўлланмасига (А.К.Ануфриев, Ю.И.Либерман, В.Г.Остроглазов, 1990) асосан аниқланган.

Диссертациянинг «**Ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларнинг биологик, ижтимоий ва криминологик тавсифи**» деб номланган учинчи бобида ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларда биологик, ижтимоий-демографик ва криминологик омилларга оид текширув натижалари келтирилган. ЖЎХХдан олдинги конституционал-биологик ва

экзоген факторларнинг қиёсий таҳлили шизофрения билан оғриган беморлар томонидан шахснинг ҳаёти ва соғлиғига қарши қаратилган ЖЎХХ содир этишда ирсий оғирлашганлик, ота-оналар ўртасида қариндошлик никоҳларининг мавжудлиги, бош миянинг экзоген зарарлар билан зарарланиши каби омилларнинг муҳим таъсирини истисно қилишга имкон берди.

Барча гуруҳлар вакиллари асосий қисми тўлиқ оилаларда тарбия олган. Иккинчи гуруҳнинг 7 нафар вакили (25,9%) тўлиқ бўлмаган оилаларда вояга етган ва ёлғиз оналар томонидан тарбия қилинган. Бу биринчи гуруҳнинг кўрсаткичларидан анча ортиқ (13–7,5%) ($p < 0,05$), ушбу кўрсаткич иккита таққослаш гуруҳларда 7,5% ва 20% ни ташкил қилиб, асосий гуруҳлар билан статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$). Иккинчи гуруҳнинг 6 нафар вакили (22,2%) ота-оналар ўртасида тез-тез низолар бўлиб турган оилаларда тарбияланган, бу ҳолат биринчи гуруҳ вакиллари орасида деярли кузатилмаган (5–2,9%) ($p < 0,05$). Шу билан бирга таққослаш гуруҳлари билан ўзаро солиштириш жараёнида (ушбу кўрсаткич биринчи таққослаш гуруҳида 7,5% ва иккинчи таққослаш гуруҳида 25%) статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$). Биринчи гуруҳ беморларининг асосий қисми (126–72,4%) қишлоқ жойларида яшаган, бу иккинчи гуруҳнинг аналогик кўрсаткичларидан анча ортиқ бўлган (8–29,6%) ($p < 0,05$).

Статистик таҳлил жараёнида иккинчи гуруҳда биринчи гуруҳга нисбатан олий маълумотли шахслар улушининг катталиги (7–25,9%) ва ўрта маълумотга эга шахслар улушининг кичиклиги (18–66,7%) (биринчи гуруҳда 16 нафар бемор (9,2%) олий маълумотга ва 150 нафар бемор (86,2%) ўрта маълумотга эга бўлган) аниқлаган ($p < 0,05$). Ушбу кўрсаткич таққослаш гуруҳлари билан ўзаро солиштирилганда статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$). Биринчи гуруҳда доимий иш жойига эга шахслар (89–51,1%) иккинчи гуруҳнинг аналогик кўрсаткичидан (7–25,9%) устунлиги аниқланган ($p < 0,05$). Бунда иккинчи гуруҳдаги 14 нафар бемор (51,9%) иккинчи гуруҳ ногиронлигига эга бўлган, бу кўрсаткич 50 нафар бемордан иборат биринчи гуруҳ кўрсаткичидан (28,8%) ($p < 0,05$) ортиқ. Уйланган (турмушга чиққан) беморларнинг энг кўп сони биринчи гуруҳда (95–64,6%), бу иккинчи гуруҳнинг (2–7,4%) шундай кўрсаткичидан (17–34%) анча ортиқ ($p < 0,05$). Иккинчи гуруҳ вакиллари биринчи гуруҳ билан таққосланганда кўпроқ бўйдоқ (турмушга чиқмаган) (13–48,2%) ёки ажрашганлик ҳолатлари кузатилган (12–44,4%) (биринчи гуруҳда тегишлича 41–23,6% ва 38–21,8%) ($p < 0,05$). Ушбу кўрсаткич таққослаш гуруҳлар билан ўзаро солиштирилганда статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$).

Текширувлар натижасида биринчи гуруҳнинг 2 нафар бемори (1,2%) каннабиноидларни систематик истеъмол қилиши, биринчи гуруҳнинг 10 нафар (5,7%), иккинчи гуруҳнинг 2 нафар (7,4%), биринчи таққослаш гуруҳининг 2 нафар (5%) ва иккинчи таққослаш гуруҳининг 1 нафар беморида (5%) каннабиноидларни эпизодик истеъмол қилиш аниқланган. Бу белги бўйича статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$). Текширилган

беморларнинг ҳеч бирида опиат ёки бошқа гуруҳдаги наркотик моддалар истеъмол қилиш фактлари қайд этилмаган.

Статистик таҳлил натижаларига кўра алкогольга боғлиқлиги бўлган беморларнинг энг кўп сони иккинчи гуруҳда аниқланган (4–14,8%), лекин бу фарқ биринчи гуруҳдаги (7–4%) ва иккинчи таққослаш гуруҳининг (1–2,5%) кўрсаткичлари билан таққосланганда статистик аҳамиятли эмас. Иккинчи таққослаш гуруҳи вакилларининг кўп қисми (13–65%) иккинчи гуруҳ (7–25,9%) вакилларига нисбатан умуман спиртли ичимликлар истеъмол қилмаган ($p < 0,05$).

Биринчи гуруҳнинг учдан биридан ортиқ қисми (67–38,5%) ЖЎХХ содир этишдан олдин психиатрларнинг эътиборига ҳеч қачон тушмаган. Иккинчи гуруҳнинг аналогик кўрсаткичи эса анча паст бўлган (3–11,1 %). Диспансер ҳисобда турган беморлар биринчи гуруҳга қараганда (100–57,5%) иккинчи гуруҳда кўпроқ бўлган (23–85,2%) ($p < 0,05$). Психиатрлар эътиборига тушмаганлик сабаблари аниқланганда Марказий Осиё халқлари орасида шизофренияни ноанъанавий даволаш усулларининг оммабоплиги ва оила аъзосида психик касалликнинг мавжудлигини атрофдагилардан яшириш каби омиллар маълум бўлди. Бундай даволаниш усулларида биринчи гуруҳдан 104 нафар (59,8%) ва иккинчи гуруҳдан 1 нафар бемор (3,7%) фойдаланган ($\chi^2 = 27,24$ $p < 0,001$). Бунда биринчи гуруҳнинг 29 нафар бемори (16,7%) расмий тиббиёт хизматларига мурожаат қилмасдан, фақат шундай усуллар билан даволанган; иккинчи гуруҳ беморлари орасида эса бундай тенденция кузатилмаган ($\chi^2 = 3,99$; $p = 0,046$). Биринчи гуруҳда 15 нафар беморнинг (8,6%) қариндошлари уларда психик бузилиш мавжудлигини кўришган, лекин ошкор қилишдан кўрқиб, психиатрларга ҳам, халқ табибларига ҳам мурожаат қилишмаган; иккинчи гуруҳ беморларида бундай ҳолат кузатилмаган.

Беморларнинг криминал ўтмиши ўрганилганда биринчи гуруҳдан 45 нафар бемор (25,8%) аввал жиноий жавобгарликка тортилганлиги аниқланди. Улардан 32 нафари жиноий жавобгарликка 1 марта, 9 нафари 2 марта, 3 нафари 3 марта, 1 нафари 4 марта тортилган. Иккинчи гуруҳдан 15 нафар бемор (44,4%) аввал жиноий жавобгарликка тортилган, бу кўрсаткич биринчи гуруҳ кўрсаткичидан ортиқ ($p < 0,05$). Улардан 7 нафари 1 марта, 1 нафари 2 марта, 4 нафари 3 марта жиноий жавобгарликка тортилган. Ҳуқуқбузарликлар рецидивлари биринчи гуруҳга (11 нафар, 6,3%) нисбатан иккинчи гуруҳда аниқ баланд бўлган (6 нафар, 22,2%) ($p < 0,05$).

Виктимологик таҳлил натижаларига кўра биринчи гуруҳ беморларининг ЖЎХХ натижасида жами битта бемордан (ҳаммаси бўлиб 227 киши) ўртача 1,30 киши жабрланган. Бу иккинчи гуруҳдаги ҳар бир беморнинг ЖЎХХдан жабрланганларнинг ўртача сонидан анча ортиқ (28 киши – битта беморга 1,04 жабрланган) (Mann–Whitney U Test $z = 2,09$; $p = 0,004$). ЖЎХХ натижасида жабрланганлар миқдори таҳлил қилинганда биринчи гуруҳнинг 35 нафар бемори (20,1%) содир этган ЖЎХХ натижасида иккитадан ортиқ жабрланганлар мавжудлигини кўрсатади. Иккинчи гуруҳда эса фақатгина

бир нафар бемор (3,7%) ЖЎХХ содир этган ва бу ЖЎХХ натижасида биттадан ортиқ одам жабрланган. Статистик таҳлил натижаларига кўра биринчи гуруҳ ЖЎХХ оқибатида жабрланганлар кўпинча эр-хотинлар (53–23,3%) ва камроқ ота-оналар бўлишган (30–13,2%); иккинчи гуруҳда эса тескари нисбат кузатилган (тегишли равишда 1–3,6% ва 11–39,3%) ($p < 0,05$) ва бу шахсий оиланинг йўқотилганлиги билан изоҳланиши мумкин.

Биринчи гуруҳнинг 97 нафар (55,7%) ва иккинчи гуруҳнинг 17 нафар бемори (63,0%) ўзлари яшаган уйларда ЖЎХХ содир этган. ЖЎХХ жабрланганларнинг уйларида камроқ содир этилган (биринчи гуруҳнинг 20 нафар (11,5%) ва иккинчи гуруҳнинг 3 нафар бемори (11,1%)). Биринчи гуруҳнинг 57 нафар (32,8%) ва иккинчи гуруҳнинг 7 нафар бемори (25,9%) бошқа жойларда (кўча, жамоат фойдаланиш жойлари ва бошқалар) ЖЎХХ содир этишган. Бу белги бўйича фарқлар статистик аҳамиятли бўлмаган ($p > 0,05$). Беморларнинг жабрланганлар билан муносабатлари таҳлилга тортилганда ҳолатларнинг ярмидан кўпида, айнан эса, биринчи гуруҳнинг 103 нафар (59,2%) ва иккинчи гуруҳнинг 9 нафар беморида (66,7%) ЖЎХХ содир этилмасдан анча аввал низоли муносабатлар мавжудлигини кўрсатди. Бу белги бўйича фарқлар статистик аҳамиятли бўлмаган ($p > 0,05$).

Статистик таҳлил биринчи гуруҳдаги 28 нафар (16,1%) анамнезида ва иккинчи гуруҳдаги 9 нафар бемор (33,3%) анамнезида суицидал уринишларнинг мавжудлигини кўрсатди. Бу белги бўйича фарқлар катта эмас ($p > 0,05$). Бунда эндоген жараён зўрайишидан ташқари суицидал уринишлар иккинчи гуруҳнинг 5 нафар бемори (18,5%) томонидан содир этилган. Биринчи гуруҳда эса бу кўрсаткич 10 нафарни (5,8%) ташкил этган ($p > 0,05$). Психотик симптоматика манзарасида суицидал мақсадларсиз ўзига шикаст етказиш биринчи гуруҳ беморлари орасида аниқланган (2–1,1%), беморлар ўзларига кесишлар етказиш сабабини бундай ҳаракат ички тарангликни пасайтириши билан тушунтиришган. Иккинчи гуруҳнинг 4 нафар бемори (14,8%) ўзларига шикастларни эндоген жараёни зўрайишидан ташқари ҳолатда етказган. Биринчи гуруҳдаги кўрсаткич 6 нафарни (3,5%) ташкил этган ($p > 0,05$). Эндоген жараён зўрайишидан ташқари ўзига шикастлар етказиш вазиятга боғлиқ бўлган ва намоийиш-шантаж характерида эга бўлган.

Диссертациянинг «**Ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларнинг клиник хусусиятлари**» деб номланган тўртинчи бобида ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларда ЖЎХХ содир этиш пайтидаги психопатологик синдромлар, касалликнинг инициал ва манифест даври хусусиятлари, шизофрениянинг тури ва клиник кечиши ҳамда ЖЎХХ содир этиш пайтидаги касалликнинг давомийлиги ўрганилди.

ЖЎХХ содир этиш пайтида шизофрения билан оғриган беморларнинг психик аҳволини баҳолаш учун бошловчи психопатологик синдромлар аниқланган. ЖЎХХ содир этиш пайтида биринчи гуруҳнинг 10 нафар (5,8%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) кататоник синдромлар

кузатилган ($p>0,05$). Биринчи гуруҳнинг 19 нафар беморида (10,9%) ўткир васваса ҳолатлари қайд этилган. Иккинчи гуруҳ беморларида бундай ҳолатлар кузатилмаган, лекин ушбу фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас ($p>0,05$). Аффектив-васваса синдромлари биринчи гуруҳнинг 7 нафар (4,0%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) кузатилган ($p>0,05$). Галлюцинацияларсиз васваса ҳолатлари биринчи гуруҳнинг 47 нафар беморида (27,0%) кузатилган. Бу кўрсаткич иккинчи гуруҳнинг аналогик кўрсаткичидан анча ортиқ. Иккинчи гуруҳда ўхшаш симптоматика билан 1 нафар бемор (3,7%) аниқланган ($p<0,05$). Сурункали параноид ҳолатлар биринчи гуруҳнинг 23 нафар (13,0%) ва иккинчи гуруҳнинг 3 нафар беморида (11,1%) аниқланган ($p>0,05$). Дефект ва якуний ҳолатлар биринчи гуруҳнинг 63 нафар беморида (36,2%) кузатилган. Бу кўрсаткич иккинчи гуруҳ кўрсаткичидан анча кам. Иккинчи гуруҳда 20 нафар бемор (74,1%) ($p<0,05$) аниқланган. Парафрен синдром биринчи гуруҳнинг 1 нафар (0,6%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар (3,7%) беморида аниқланган, ушбу синдром бўйича статистик аҳамиятли фарқлар аниқланмаган ($p>0,05$).

Васваса кечинмалар мазмунини ўрганиш ЖЎХХ содир этиш пайтида биринчи гуруҳнинг 12 нафар (6,9%) ва иккинчи гуруҳнинг 3 нафар беморида (11,1%) сеҳрлаш ёки таъсир қилиш васвасаси кузатилганлигини ($p>0,05$) кўрсатди. Иккинчи гуруҳдан фарқли равишда биринчи гуруҳнинг 36 нафар беморида (20,7%) рашк васвасаси кузатилган, иккинчи гуруҳда бундай симптоматика кузатилмаган ($p<0,05$). Бу иккинчи гуруҳ беморларининг аксариятида ўз оиласининг йўқлиги билан тушунтирилиши мумкин. Жисмоний яқсон этиш таҳдиди билан таъқиб қилиш васвасаси биринчи гуруҳнинг 34 нафар (19,6%) ва иккинчи гуруҳнинг 2 нафар беморида (7,4%) кузатилган ($p>0,05$). Салбий муносабат васвасаси биринчи гуруҳнинг 18 нафар беморида (10,3%) аниқланган. Иккинчи гуруҳда эса бундай васваса кузатилмаган ($p>0,05$). ЖЎХХ содир этиш пайтида иккинчи гуруҳ беморларининг кўпчилик қисмида (22–81,5%) васваса бузилишлари кузатилмаган ёки васваса тизимида доминант компонентни ажратиш мумкин бўлмаган. Биринчи гуруҳда бу анча кам учраган (74–42,5%) ($p<0,05$). Содир этилган ЖЎХХ таҳлил қилиниб, биринчи гуруҳи 122 вакили (70,1%) продуктив-психотик механизмлар туфайли ЖЎХХ содир этилганлиги ва ушбу кўрсаткич иккинчи гуруҳ кўрсаткичидан (7 нафар бемор – 26,9%) анча юқори эканлиги аниқланди ($p<0,05$). Тегишлича биринчи гуруҳнинг 52 нафар вакили (29,9%) ва иккинчи гуруҳнинг 20 нафар вакили (74,1%) ЖЎХХларни салбий-шахсий механизмлар туфайли содир этган.

Инициал давр клиникасини ўрганиш натижасида унинг қуйидаги вариантлари ажратилган: неврозсимон, психопатсимон ўхшаш, аффектив, паранойял. Шунингдек, инициал давр бўлмаган ва касаллик психотик симптоматика билан манифестлашган ҳолатлар ҳам аниқланган. Биринчи гуруҳнинг 53 нафар (30,4%) ва иккинчи гуруҳнинг 8 нафар беморида (29,7%) кўпинча инициал манзаранинг неврозсимон варианты кўринишидаги клиник манзара кузатилган. Клиник манзара астеник, обсессив-фобик ва ипохондрик

симптоматика мавжудлиги билан ифодаланган. Биринчи гуруҳнинг 37 нафар (21,3%) ва иккинчи гуруҳнинг 7 нафар беморида (25,9%) аниқланган инициал даврнинг психопатсимон варианты, умуман олганда, феъл-атворнинг турли шаклдаги бузилишлари билан ифодаланган. Биринчи гуруҳнинг 20 нафар (11,5%) ва иккинчи гуруҳнинг 4 нафар беморида (14,8%) аниқланган инициал даврнинг паранойял варианты кўпроқ ўта кадрли ҳосилаларнинг шаклланиши билан характерланган. Биринчи гуруҳнинг 37 нафар (21,3%) ва иккинчи гуруҳнинг 6 нафар беморида (22,2%) аниқланган аффектив вариант ўз ичига аффектив бузилишларнинг кенг спектрини – субдепрессиялар, кайфиятнинг ўзгаришларидан гипоманиакал ҳолатларгача ўз ичига олган. Бундай ҳолатлар кўпинча аралаш кузатилган. Биринчи гуруҳнинг 12 нафар (6,9%) ва иккинчи гуруҳнинг 2 нафар беморида (7,4%) инициал даврнинг бирор белгиларини аниқлаб бўлмади. Одатда, бундай ҳолларда психоз экзоген зарарлар (интоксикациялар, психогениялар) таъсиридан кейин ўткир бошланган. Статистик таҳлил инициал давр вариантларини тақсимлашда таққосланадиган гуруҳлар ўртасида аҳамиятли фарқларни аниқламади ($p < 0,05$). Манифест даврида психопатологик бузилишлар таркиб касалликнинг кейинги кечиши билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, эндоген жараённинг бу босқичи ҳам ретроспектив таҳлил этилди. Манифест даврида биринчи гуруҳнинг 63 нафар (36,2%) ва иккинчи гуруҳнинг 9 нафар беморида (33,3%) ўткир васваса ҳолатлари кузатилган. Галлюцинацияларсиз васваса ҳолатлари биринчи гуруҳнинг 61 нафар (35,0%) ва иккинчи гуруҳнинг 11 нафар беморида (40,8%) кузатилган. Аффектив-васваса синдромлари биринчи гуруҳнинг 28 нафар (16,1%) ва иккинчи гуруҳнинг 2 нафар беморида (7,4%) кузатилган. Онг хиралашиш синдромлари биринчи гуруҳнинг 8 нафар (4,6%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) кузатилиб, онейроид ҳолатлар билан намоён бўлган. Онг хиралашиш белгиларисиз кечаётган психотик манзарали кататоник синдромлар билан биринчи гуруҳнинг 6 нафар (3,5%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) кузатилган. Биринчи гуруҳнинг 8 нафар (4,6%) ва иккинчи гуруҳнинг 3 нафар беморида (11,1%) нуксон ҳолатлари кўринишидаги ҳиссиёт-иродавий бузилишлар кузатилган. Статистик таҳлил гуруҳлар ўртасида мазкур кўрсаткич бўйича аҳамиятли фарқларни аниқламади ($p < 0,05$).

Биринчи гуруҳ вакилларида шизофрениянинг манифестация ўртача ёши $27,60 \pm 8,45$ ёшни ташкил этди. Бу кўрсаткич иккинчи гуруҳ вакилларида $24,56 \pm 7,90$, биринчи таққослаш гуруҳи вакилларида $26,33 \pm 8,32$ ва иккинчи таққослаш гуруҳи вакилларида $26,25 \pm 10,52$ ёшни ташкил этди ва аҳамиятли фарқ қилмади (Kruskal–Wallis test: $H=58,73$; $p > 0,05$). Манифест даврдаги ва ЖЎХХ содир этиш вақтидаги клиник манзара таққосланиб таҳлил этилганда беморларнинг асосий қисмида психопатологик регистрнинг оғирлашгани қайд этилди. Бу кўрсаткич иккинчи гуруҳнинг 45,4% беморида кузатилди ва биринчи гуруҳ кўрсаткичидан (25,9%) анча катта. Биринчи гуруҳ беморларининг 45,4% ва иккинчи гуруҳ беморларининг 25,9% ида

психопатологик бузилишлар регистри динамикада ўзгармаган, биринчи гуруҳ беморларида 2,9% ҳолатда ЖЎХХ содир этиш вақтида психопатологик бузилишлар регистри пасайиши қайд этилган, статистик таҳлил бу кўрсаткич бўйича аҳамиятли фарқларни аниқламаган ($p>0,05$).

Биринчи гуруҳда ҳам (74–42,5%), иккинчи гуруҳда ҳам (13–48,2%) шизофрениянинг узлуксиз кечиши туридаги беморлар аксариятни ташкил этган. Тарқалганлиги бўйича кейингисида стабил нуқсон билан эпизодик кечиш кузатилган (биринчи гуруҳда 42–24,1% ва иккинчи гуруҳда 9–33,3%). Биринчи гуруҳнинг 38 нафар (21,9%) ва иккинчи гуруҳнинг 4 нафар беморида (14,8%) кучайиб борадиган нуқсон билан эпизодик кечиш аниқланган. Биринчи гуруҳнинг 20 нафар (11,5%) ва иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) аниқланган эпизодик кечиш энг кам учраган. Статистик таҳлил натижаларига кўра таққосланадиган гуруҳлар ўртасида шизофрениянинг кечиши турлари бўйича аҳамиятли фарқлар аниқланмаган ($p>0,05$).

Биринчи (129–74,0%) ва иккинчи гуруҳда (17–63,0%) ҳамда назорат гуруҳларида (30–75,0%; 14–70%) шизофрениянинг параноид шакли билан оғриган беморлар кўпчиликни ташкил этган. Биринчи гуруҳнинг 6 нафар беморида (3,5%) гебефрен шизофрения аниқланган, иккинчи гуруҳда шизофрениянинг бундай тури аниқланмаган. Биринчи гуруҳнинг 8 нафар беморида (4,6%) кататоник шизофрения аниқланган, бошқа гуруҳларда шизофрениянинг бу шакли билан оғриган беморлар учрамаган. Оддий шизофрения биринчи гуруҳнинг 4 нафар (2,3%), иккинчи гуруҳнинг 1 нафар беморида (3,7%) аниқланган. Дифференцияланмаган шизофрения биринчи гуруҳнинг 21 нафар (12%), иккинчи гуруҳнинг 2 нафар беморида (7,4%), биринчи таққослаш гуруҳининг 9 нафар (22,5%) ва иккинчи таққослаш гуруҳининг 4 нафар беморда (20%) аниқланган. Резиудал шизофрения биринчи гуруҳнинг 6 нафар (3,5%), иккинчи гуруҳнинг 7 нафар (25,9%) ҳамда иккинчи таққослаш гуруҳининг 2 нафар беморида (10%) аниқланган. Статистик таҳлил натижаларига кўра таққосланган гуруҳлар ўртасида шизофрения шакллари бўйича аҳамиятли фарқ кузатилмаган.

Тадқиқотнинг «**Ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларда эксперимент-психологик текшириш усуллари кўллаш хусусиятлари**» деб номланган бешинчи бобида ўта оғир ижтимоий хавфли ҳаракатлар содир этган шизофрения билан оғриган беморларда шахс тажовузкорлиги параметрларини объективлаштириш ва психик аҳволини баҳолаш учун А.Басс ва А.Даркининг, Мини-мульти сўровномалари ва Вагнер «қўл» проектив тестидан фойдаланиб ўтказилган текширув натижалари келтирилган.

А.Басс ва А.Даркининг сўровномасидан фойдаланилганда беморларнинг кўпчилик қисмида тажовузкорликнинг ўртача индекси ($50,9\pm 17,8$) ва тажовузкор мотивациянинг ўртача даражаси ($45,7\pm 16,9$) аниқланган. Душманлик индекси бўйича юқори кўрсаткичлар аниқланган ($61,1\pm 18,9$). Мажбурий даволашни ўтказиш вақтида беморларни такрорий текшириш

асосий психопатологик симптоматика йўқотилиб, беморлар феъл-атвори нормаллашгандан кейин ўтказилган ҳамда кўпчилик беморларда ($48,6 \pm 17,9$) тажовузкорликнинг ўртача индекси ва тажовузкор мотивациянинг ўртача даражаси ($46,2 \pm 19,0$) аниқланган. Бунда ҳам кўрсаткичларнинг юқори даражаси яна душманлик индекси бўйича аниқланган ($62,3 \pm 23,5$). ЖўХХ содир этмаган шизофрения билан оғриган беморларнинг назорат гуруҳи текширилганда беморларнинг аксариятида тажовузкорлик индексининг ўртача қийматлари ($55,2 \pm 17,4$), агрессив мотивация даражаси ($48,3 \pm 18,3$) ҳамда душманлик индекси бўйича юқори кўрсаткичлари ($64,1 \pm 19,7$) аниқланди. Асосий гуруҳнинг мажбурий даволашгача, мажбурий даволаш пайтидаги кўрсаткичлари ва назорат гуруҳининг кўрсаткичлари аҳамиятли даражада фарқ қилмаган ($p > 0,05$).

Беморлар мажбурий даволаш ўтказилгунга қадар Мини-мульти сўровномаси билан текширилганда юқори баҳолар «F» (ҳақиқийлик) шкаласи бўйича аниқланган, $65,2 \pm 13,1$ баллни ташкил этган. Базис шкалалар орасида юқори баҳолар «6» (паранойялик) шкаласи ($65,7 \pm 15,8$) ва «8» (шизоидлик) шкалалари ($60,9 \pm 12,3$) бўйича аниқланган. Қолган шкалаларнинг ўртача қийматлари ўртача кўрсаткичлардан ошмаган. Мажбурий даволаш пайтида қайта текшириш «F» ($64,3 \pm 12,2$ балл), «6» ($65,9 \pm 13,9$) ва «8» шкалалари бўйича ($61,1 \pm 12,4$) юқори даражаси аниқланган. ЖўХХ содир этмаган беморларнинг назорат гуруҳи Мини-мульти сўровномаси ёрдамида текширилганда «F» ($64,2 \pm 12,9$ балл), «6» ($65,0 \pm 15,8$) ва «8» шкаласи бўйича ($59,8 \pm 11,5$) баланд кўрсаткичлар аниқланган. Асосий гуруҳнинг мажбурий даволашгача ва мажбурий даволаш пайтидаги кўрсаткичлари ҳамда назорат гуруҳи кўрсаткичлари аҳамиятли фарқ қилмаган ($p > 0,05$).

Мажбурий даволашгача беморлар Вагнер «кўл» тестидан фойдаланиб текширишдан ўтказилганда тажовузкорликнинг суммадаги балли $-7,04 \pm 9,26$ ни ташкил этди. Бу кўрсаткич соғлом шахслар норматив кўрсаткичларидан ошмаган. Мажбурий даволаш давомида «кўл» тести ёрдамида тажовузкорликнинг суммадаги балли кўрсаткичлари $-11,5 \pm 9,08$ ни ташкил этган. Бу бошланғич кўрсаткичлардан ишончли кам бўлган ($z = 3,42$ $p = 0,0006$). Қиёсий таҳлил «Кўрсатиш» тоифаси бўйича балларнинг $0,87 \pm 1,78$ дан $0,29 \pm 1,01$ гача ва «Пассив шахссизлик» бўйича $4,80 \pm 4,64$ дан $3,56 \pm 4,18$ гача камайганлигини ҳамда «Коммуникация» тоифаси бўйича $10,40 \pm 5,25$ дан $12,91 \pm 5,83$ гача ошганлигини кўрсатди ($p < 0,05$). Назорат гуруҳининг «кўл» тести бўйича тажовузкорлик индекси $-11,3 \pm 7,9$ ни ташкил этди. Бу асосий гуруҳнинг даволанишгача бўлган кўрсаткичларидан кам ($z = 1,96$ $p = 0,049$) бўлган ва асосий гуруҳнинг даволаниш давомидаги кўрсаткичларидан катта фарқ қилмаган ($z = -0,10$ $p = 0,92$).

Диссертациянинг «**Шизофрения билан оғриган беморларда ўта оғир ижтимоий хавфли хатти-ҳаракатлар профилактикаси принциплари**» деб номланган олтинчи бобида шизофрения билан оғриган беморларда бирламчи (шизофрения билан оғриган беморлар орасида ЖўХХ содир этилишининг олдини олиш) ва иккиламчи профилактика (ЖўХХ содир этган шизофрения

билан оғриган беморларга нисбатан тиббий йўсиндаги мажбурий чораларни қўллаш) чоралари ҳақида маълумотлар келтирилган. Аввало, аҳоли ўртасида психиатрик ёрдам сўраб қилинадиган мурожаатлар ҳамда психиатрия стигмасини камайтиришни яхшилашга йўналтирилган маърифий-санитар ишларни йўлга қўйиш зарур. Беморларда шизофрения аниқлангач, зудлик билан текшириш ва касаллик ривожланишидан огоҳлантириш учун максимал даражада тез даволашни бошлаш зарур. Нейролептикларни қабул қилиш нафақат даволашнинг фаол фазасида, балки келгусида таянч терапияда ҳам фойдаланилувчи психофармокотерапиянинг асоси бўлиб ҳисобланади. Беморлар ва уларнинг оила аъзолари билан узоқ муддатли таянч терапия зарурлигини тушунтириш ва психик касалликлар қайталаниши ҳамда зўрайиши белгиларини аниқлашни ўргатишга йўналтирилган билимларни ўргатиш ишларини олиб бориш зарур. Стационар даволаниш вақтида ва ундан кейин беморнинг ижобий оилавий муносабатларини тиклаш ва меҳнатга лаёқатлилигини максимал сақлашга йўналтирилган реабилитацион чоралар қўрилиши керак.

Психиатрик стационарга мажбурий даволашга қабул қилинганда даволаш тактикасини ишлаб чиқиш учун қабул қилинган бемор ҳақидаги маълумотлар ва беморнинг айнан ҳозирги пайтдаги аҳволи ўрганилади. ЖўХХ содир этилган пайтда васваса ҳолатлари ва аффектив-васваса синдромлари қайд этилса, нейролептиклардан ташқари заруратга кўра клиник манзаранинг барча компонентларига таъсир этиш учун антидепрессантлар, нормотимиклар ва транквилизаторлар қўллаш орқали даволаш терапияси ўтказилиши керак. Психотик симптоматика редуциясидан кейин яққол эмоционал-ироданинг пасайиши ва антиижтимоий мосламалар билан бўлган телбасимон бузилишлар бўлмаганда ижтимоий ва меҳнат дезадаптациясининг олдини олиш учун кузатувнинг бирмунча қатъий тартибида даволашни давом эттирган ҳолда тиббий йўсиндаги мажбурий чораларни максимал даражада тез ўзгартириш тавсия этилади. Клиник манзарада ЖўХХ содир этишга олиб келган сурункали параноид ҳолатлар ва галюцинациясиз васваса ҳолатлари устунлик қилса, касаллик симптоматикаси тўлиқ дезактуализация бўлгунга қадар узлуксиз интенсив нейролептик терапия зарур бўлади. Стационарда бўлиш муддатлари узоқ бўлиши, барча босқичларни кузатган ҳолда ва психотик симптоматиканинг қайталаниш ҳолатлари кузатилса янада қаттиқроқ режимга қайтариш шарти билан мажбурий даволашни бекор қилишда зинама-зина принципига асосан мажбурий кузатув олиб борилиши керак. Нуқсон ва якуний ҳолатларда беморлар даволанганда зарур ҳолларда хулқ-атворни коррекциялаш ва бошқа гуруҳ препаратларини қўллаб, салбий психопатологик симптоматикага таъсир кўрсатувчи атипик нейролептикларни узоқ муддат муттасил қабул қилиш даволаш асосини ташкил этиши керак. Яшаш тарзини ўзгартириш ва ижобий ижтимоий-меҳнат кўникмаларини ишлаб чиқиш учун коррекцион-тарбиявий чоралар, меҳнат терапияси ва меҳнат таълимини максимал кенг қўллаш зарур. Ушбу

контингентдаги беморларга нисбатан кўрсатмалар бўлмаганда барча босқичларни кузатган ҳолда ва психотик симптоматиканинг қайталаниш ҳолатлари кузатилса янада қаттиқроқ режимга қайтариш шарти билан мажбурий даволашни бекор қилишда зинама-зина принципига асосан мажбурий кузатув олиб бориш талаб этилади. Мажбурий даволашнинг стационар босқичи якунига етгач, беморлар мажбурий амбулатор даволашга ўтказилади, мажбурий даволаш бекор қилинганда эса ижтимоий-хавфли тенденциялари бўлган беморлар динамик диспансер гуруҳида кузатувда бўлади. Барча ҳолатларда даволаш-реабилитацион чоралар ҳуқуқни ҳимоя қилиш органлари ходимлари билан биргаликда ижтимоий хизматлар ва беморнинг оила аъзолари максимал кенг жалб этилган ҳолда олиб борилади.

ХУЛОСА

1. Наслий мойиллик, қариндошлик никоҳлар, экзоген зарарлар, наркотик моддалар истеъмол қилиниши, феъл хусусиятлари каби преморбид биологик омилларнинг шизофрения билан оғриган беморлар томонидан шахснинг ҳаёти ва соғлиғига қарши қаратилган жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этилишига сезиларли таъсири йўқлиги аниқланди.

2. Шизофрения билан оғриган беморлар ижтимоий-демографик кўрсаткичлари фарқлари этномаданий омиллар таъсири билан шартланган бўлиб, Марказий Осиё туб халқлари вакилларининг юқорида оилавий ва меҳнат адаптациясини тавсифлайди. Бошқа миллатлар вакиллари нисбатан кўпроқ тўлиқ бўлмаган, низолар тез-тез бўлиб турадиган оилаларда тарбия олган, алкоголь суиистеъмол қилган ва криминал тажрибага эга бўлганлиги тасдиқланди.

3. Марказий Осиёнинг туб халқлари вакиллари шизофреник жараённинг эрта босқичида халқ даволаш усулларида фойдаланиш, психиатрик ёрдами учун кечиккан мурожаатлар, оилавий алоқаларнинг давомли сақланиб қолиши, тажовузкорлик кўпроқ турмуш ўртоқларига йўналтирилганлиги ва жамият учун хавфли хатти-ҳаракатлар натижасида жабрланганлар сонининг кўплиги ўзига хос. Бошқа миллатлар вакилларида шизофреникнинг эрта диагностикаси, эр-хотин муносабатларининг тез парчланиши ва тажовузкорлик кўпроқ ўз ота-онасига йўналтирилганлиги хослиги аниқланди.

4. Жамият учун хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган ва содир этмаган беморларда шизофреникнинг инициал ва манифест даврлари синдромологик тузилиши, алоҳида касаллик кечиш турлари ва шакллари аниқланмаган. Ўткир психотик ҳолатларда беморлар томонидан жамият учун хавфли хатти-ҳаракатлар содир этилиши, асосан, продуктив-психотик механизм билан шартланган бўлиб, нуқсон ва якуний ҳолатларда салбий-шахсий механизмлар билан шартланганлиги аниқланди.

5. Вагнер «қўл» проектив тести ёрдамида шахснинг ҳаёти ва соғлиғига қарши қаратилган жамият учун ўта хавфли хатти-ҳаракатлар содир этган

шизофрения билан оғриган беморларда тажовузкорлик кўрсаткичлари шундай хатти-ҳаракатлар содир этмаган беморлар кўрсаткичларига нисбатан анча юқори бўлган. Мажбурий даволаниш жараёнида ушбу кўрсаткичлар пасайиши даволаш-реабилитация тадбирлари самарадорлигининг кўшимча мезони бўлиши аниқланди.

6. Шизофрения билан оғриган беморларда жамият учун хавфли хатти-ҳаракатлар бирламчи профилактикасини ушбу контингент этномаданий хусусиятларини инобатга олган ҳолда ўтказиш, иккиламчи профилактика ўтказилганда эса касалликнинг синдромал тузилиши инобатга олиш лозимлиги тасдиқланди.

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

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ЧЕМБАЕВ БУЛАТ РЕНАТОВИЧ

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ
ТЯЖКИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

14.00.18 – Психиатрия и наркология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам**

ТАШКЕНТ – 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2017.1. PhD /Tib84.

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

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

Научный консультант: **Ешимбетова Саида Закировна**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Аграновский Марк Лейзерович**
доктор медицинских наук, профессор

Ашуров Зарифжон Шарифович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация: **Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2018 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 диссертацией 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: «___» _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2018 года).

Д.М. Сабиров
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 диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Общественно опасные агрессивные действия больных шизофренией являются большой проблемой общественного здравоохранения, затрагивающие пациентов, их семьи, врачей, также как и все общество в целом. Согласно данным мировых исследований, среди лиц, совершивших убийство, в 6,48% случаев установлен диагноз шизофрении¹. По данным заключений судебно-психиатрических экспертиз, в Республике Узбекистан, среди лиц, совершивших тяжкие общественно опасные действия (ООД), направленные против жизни и здоровья личности, в отношении которых было дано экспертное заключение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими, в 55,1% был установлен диагноз шизофрении. Сложность данной проблемы связана с тем, что тяжкие ООД совершаются больными шизофренией при всех формах и на всех этапах течения заболевания. Мероприятия по профилактике могут быть осуществлены лишь в том случае, если будут выявляться и своевременно устраняться факторы, которые способствуют совершению таких ООД. Это возможно лишь на основании систематизированного и углубленного изучения генеза таких деяний с учетом их социально-личностных и клинико-психопатологических детерминант.

За годы Независимости в Узбекистане коренным образом обновилась система здравоохранения. Особое внимание уделено ранней диагностике заболеваний и предупреждению осложнений, с этой целью осуществлены широкомасштабные программные мероприятия, по настоящее время продолжают мероприятия по совершенствованию деятельности психиатрической службы. На сегодняшний день, в соответствии со Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан, в 2017-2021 годах особо важным является борьба с преступностью и совершенствование деятельности по профилактике правонарушений, в том числе «повышение эффективности системы противодействия преступности и профилактики правонарушений»².

В настоящее время с целью профилактики тяжких ООД среди больных шизофренией в мире проводится ряд научных исследований, при этом особого внимания требуют всестороннее изучение вопросов клиники и динамики шизофрении у больных, совершивших тяжкие ООД, разработка принципов принудительного лечения больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, комплексная оценка факторов совершения тяжких ООД

¹Large M., Smith G., Nielsen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis // Schizophrenia Research, 2009. –Vol. 112, Issues 1–3. - pp. 123–129.

²Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах.

больными шизофренией, изучение психопатологических механизмов совершения тяжких ООД.

Данное диссертационное исследование служит выполнению задач, предусмотренных Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-1652 «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» от 28 ноября 2011 года, постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 207 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности психиатрической службы Республики Узбекистан» от 25 июля 2013 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: V. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Изучению проблемы ООД среди больных шизофренией посвящено большое количество научных исследований, в которых всесторонне рассматриваются факторы риска, вопросы клиники и динамики шизофрении, разрабатываются принципы профилактики ООД и принудительного лечения. Однако, несмотря на большое количество исследований в области судебной психиатрии, основная масса их охватывает либо все нозологические единицы у контингента лиц, совершивших тяжкие ООД, направленные против жизни и здоровья личности, либо у больных исследуется весь спектр ООД без учета степени тяжести правонарушений, и только единичные работы посвящены изучению тяжких ООД, направленных против жизни и здоровья личности, у больных шизофренией (Кондратьев Ф.В., 2002; Кудеринов С.В., 2003; Fazel S., 2010; Буравлев В.В., 2013). Роль множества факторов в генезе тяжких ООД, совершаемых больными шизофренией, вынуждает разрабатывать и совершенствовать особые формы профилактики ООД, которые сочетают в себе медицинские и правовые аспекты (Ешимбетова С.З., 2001; Мальцева М.М., Котов В.П., 2006), особенно с учетом невозможности прогнозирования агрессии и насильственных действий среди больных шизофренией (Monahan J. et al., 2005).

При этом, по данным последних исследований (Singh J.R., 2011), эффективность основных методик, разработанных ведущими мировыми учеными для предотвращения агрессивных действий среди лиц с психическими расстройствами, применительно к лицам, страдающим шизофренией, остается недостаточно доказанной, что требует продолжения исследований по данной проблеме.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнено диссертационное исследование. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ

кафедры психиатрии и психотерапии ТашИУВ «Клинико-социальные исследования психопатологических расстройств при шизофрении, наркомании и других психических заболеваниях».

Целью исследования является изучение клинико-динамических и социально-психологических особенностей заболевания у больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, и разработка мер профилактики.

Задачи исследования:

определить влияние биологических факторов на совершение тяжких ООД больными шизофренией в сравнении с контингентом больных шизофренией, никогда не совершавших ООД;

изучить социально-демографические показатели больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД в сравнении с контингентом больных шизофренией, никогда не совершавших ООД;

определить клинико-динамические особенности шизофрении, оказавшие влияние на совершение тяжких ООД;

оценить динамику показателей агрессии по данным экспериментально-психологических методик в сравнении с контингентом больных шизофренией, никогда не совершавших ООД;

разработать меры профилактики тяжких ООД больных шизофренией на основе полученных данных.

Объект исследования: 201 больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД и признанных в отношении совершенного ими правонарушения невменяемыми (основная группа) и 60 больных шизофренией, никогда не совершавших ООД (контрольная группа).

Предмет исследования составляют клинико-динамические и социально-психологические характеристики, результаты применения экспериментально-психологических методик.

Методы исследования: в исследовании были использованы клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

в сравнении с контингентом больных шизофренией, не совершавших общественно опасных действий, определена роль клинико-динамических и социально-психологических особенностей в генезе тяжких общественно опасных действий;

доказана роль комплекса социальных факторов, повышающих риск совершения тяжких общественно опасных действий у больных шизофренией;

оптимизированы базовые мероприятия по предупреждению тяжких общественно опасных действий больных шизофренией с учетом вклада клинических и социальных факторов;

разработана тактика принудительного лечения больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия, с учетом синдромальной структуры заболевания.

Практические результаты исследования заключаются в следующем: оптимизированы основные принципы профилактики тяжких ООД среди больных шизофренией, разработана дифференцированная тактика принудительного лечения.

Достоверность результатов исследования обосновывается правильностью примененного в работе теоретического подхода, методов исследования, точностью произведенных проверок, достаточным количеством больных, обработкой статистическими методами исследования, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследователями, подтверждением полученных результатов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные данные дополняют существующие в судебной психиатрии научные представления о клинико-динамических и социально-психологических особенностях больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД.

Практическая значимость исследования заключается в возможности применения разработанных в диссертации рекомендаций при совершенствовании профилактических мероприятий для предупреждения тяжких ООД среди больных шизофренией, оптимизации лечебной тактики в отношении больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, а также наличии возможности использования в образовательной и научной деятельности.

Внедрение результатов исследования. На основе исследования клинико-динамических и социально-психологических особенностей больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД оформлена монография «Патогенетические механизмы совершения тяжких общественно опасных действий больными шизофренией» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8Н-д/37 от 18 мая 2015 года);

полученные результаты по исследованию клинико-динамических и социально-психологических особенностей больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, внедрены в систему здравоохранения, в том числе в работу клинической психиатрической больницы ГУЗ Хокимията г. Ташкента и Ташкентской республиканской психиатрической больницы с интенсивным наблюдением (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8Н-д/69 от 11 декабря 2016 года). Внедрение в практику научных результатов в условиях психиатрической больницы с интенсивным наблюдением, позволило уменьшить среднюю продолжительность пребывания данного контингента с 2600 койко-дней до 2441 койко-дней, а в условиях психиатрической больницы общего типа с 839 койко-дней до 638 койко-дней, что привело к экономии средств, расходуемых на лечение.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе на 2 международных и 5 республиканских научно-практических конференциях.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 28 научных работ, из них 1 монография и 8 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, в том числе 7 в республиканских и 2 в зарубежных журналах,

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 116 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практические результаты исследования, раскрыты научная и практическая значимость результатов исследования, приведены сведения о внедрении результатов исследования и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«О проблеме совершения больными шизофренией тяжких общественно опасных действий, современные взгляды на их причины и профилактику»** выполнен обзор литературных источников по теме диссертации, приведены сведения об основных направлениях научных исследований по определению причин совершения больными шизофренией тяжких общественно опасных действий, данные о клинических, биологических и социальных предикторах криминальной агрессии, а также применении психологических диагностических методик у данного контингента больных.

Во второй главе диссертации **«Методология определения клинико-динамических и социально-психологических особенностей заболевания у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия»** приводится описание материалов и методов исследования, а также статистических методов, с помощью которых оценивались полученные результаты. Для решения поставленных задач в период с 2011 по 2013 год было обследовано 201 больных шизофренией [181 (90,05%) мужчин и 20 (9,95%) женщин], совершивших тяжкие общественно опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности, и проходивших принудительное лечение в республиканской психиатрической больнице с интенсивным наблюдением.

Выборка была разделена по этнокультуральному признаку на две группы: первая группа, насчитывающая 174 человек, состоит из представителей коренных народностей Центральной Азии (узбеки, казахи, туркмены, таджики, киргизы и др.), со средним возрастом на момент совершения ООД $35,73 \pm 9,15$ лет и средней продолжительностью заболевания $8,37 \pm 7,66$ лет; вторая группа, состоящая из 27 человек, включала в себя

представителей других национальностей (русские, украинцы, корейцы и др.), со средним возрастом на момент совершения ООД $42,89 \pm 12,33$ лет и средней продолжительностью заболевания $18,48 \pm 11,51$ лет. Для сравнительной оценки ряда социально-психологических и клинико-динамических показателей из больных шизофренией, состоящих на учете у психиатра, и никогда не совершавших ООД, аналогично были сформированы две контрольные группы: первая состояла из 40 представителей коренных народностей Центральной Азии (узбеки, казахи, туркмены, таджики, киргизы и др.), вторая из 20 представителей других национальностей (русские, украинцы, корейцы и др.). Средний возраст на момент обследования составил $37,23 \pm 9,72$ лет у первой контрольной группы и $43,45 \pm 12,16$ лет у второй контрольной группы, что не отличается существенно от аналогичного показателя основных групп ($p > 0,05$). Средняя продолжительность заболевания на момент обследования составила $10,9 \pm 6,28$ лет у первой контрольной группы и $18,7 \pm 8,24$ лет у второй контрольной группы, что не отличается существенно от аналогичного показателя основных групп ($p > 0,05$).

Для выполнения поставленных задач использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистико-математический методы исследования. На каждого больного заполнялась специально разработанная карта обследования. Психопатологические синдромы определялись в соответствии с методическим пособием для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний «Глоссарий психопатологических синдромов и состояний» (А.К. Ануфриев, Ю.И. Либерман, В.Г. Остроглазов, 1990).

В третьей главе **«Биологические, социальные и криминологические характеристики больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия»** представлены результаты анализа влияния различных биологических, социально-демографических факторов, а также криминологических характеристик больных на совершение тяжких общественно опасных действий.

Сравнительный анализ предшествовавших тяжких ООД конституционально-биологических и экзогенных факторов позволил исключить влияние на совершение больными шизофренией тяжкие ООД, направленных против здоровья и жизни личности, таких факторов, как наследственная отягощенность, наличие родственных браков между родителями, поражение головного мозга экзогенными вредностями.

Основная часть представителей всех групп воспитывалась в полных семьях. При этом 7 представителей (25,9%) второй группы выросло в неполных семьях и воспитывалось матерями-одиночками, что намного превышает показатель первой группы (13–7,5%) ($p < 0,05$) при этом не выявлено существенных различий с двумя группами сравнения, где этот показатель составил соответственно 7,5% и 20% ($p > 0,05$). 6 представителей (22,2%) второй группы воспитывались в семьях, где отмечались частые

конфликты между родителями, чего практически не наблюдалось у представителей первой группы (5–2,9%) ($p < 0,05$). При этом попарное сравнение с контрольными группами (этот показатель составил 7,5% в первой и 25% во второй группе сравнения) не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$). Основная часть больных первой группы (126 – 72,4%) проживала в сельской местности, что значительно превышало аналогичный показатель первой группы (8 – 29,6%) ($p < 0,05$).

Статистический анализ выявил во второй группе наличие большего числа лиц с высшим образованием (7 – 25,9%) и меньшего со средним образованием (18 – 66,7%), по сравнению с первой группой (16 – 9,2% с высшим образованием и 150 – 86,2% со средним образованием) ($p < 0,05$). Попарное сравнение с контрольными группами по данным показателям не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Статистический анализ выявляет преобладание в первой группе лиц с постоянным местом работы (89 – 51,1%), что значительно превышает аналогичные показатели во второй группе (7 – 25,9%) ($p < 0,05$). При этом 14 больных (51,9%) второй группы имели вторую группу инвалидности, что превышало показатель первой группы, составивший 50 больных (28,8%) ($p < 0,05$). Наибольшее количество женатых (замужних) больных в первой группе (95 – 54,6%), что значительно превышает этот показатель во второй группе (2 – 7,4%) ($p < 0,05$). Представители второй группы значительно чаще были холостыми (незамужними) (13 – 48,2%) или разведенными (12 – 44,4%), по сравнению с первой группой (41 – 23,6% и 38 – 21,8% соответственно) ($p < 0,05$). Попарное сравнение с контрольными группами по данным показателям не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Установлено, что 2 представителя (1,2%) первой группы систематически употребляли каннабиноиды, эпизодическое употребление каннабиноидов выявлено у 10 представителей (5,7%) первой группы, 2-х (7,4%) второй группы, 2-х (5%) первой группы сравнения, и 1-го (5%) представителя второй группы сравнения, статистические различия по этому признаку были несущественными ($p > 0,05$). Ни у одного исследованного больного не было выявлено употребления опиатов и других групп наркотических веществ.

Статистический анализ выявил наибольшее число больных с зависимостью от алкоголя во второй группе (4 – 14,8%), однако разница с этим показателем в первой группе (7 – 4%) и второй группе сравнения (1 – 2,5%) статистически недостоверна ($p > 0,05$). Было установлено, что представители второй группы сравнения значительно чаще совсем не употребляли спиртные напитки (13 – 65%), чем представители второй группы (7 – 25,9%) ($p < 0,05$).

Более трети больных первой группы (67 – 38,5%) до совершения ООД никогда не попадало в поле зрения психиатров. Аналогичный показатель второй группы был значительно ниже (3 – 11,1%). Больных, состоящих на диспансерном учете, было больше во второй группе (23 – 85,2%), по

сравнению с первой группой (100 – 57,5%). При выяснении причин того, почему эти больные не попадали в поле зрения психиатров, были выяснены такие факторы, как популярность среди народов Центральной Азии нетрадиционных методов лечения шизофрении и стремление скрыть наличие психического заболевания у члена семьи от окружающих. Больные и их родные часто обращались за помощью к знахарям и народным целителям, которые практиковали лечение психических расстройств. Во всех случаях основным методом были мусульманские молитвы, дополнительно использовались и языческие ритуалы с применением ножей, плетей и других предметов. Всего подобными методами лечения пользовались 104 больных (59,8%) первой группы и 1 больной (3,7%) второй группы ($\chi^2=27,24$ $p<0,001$). При этом 29 больных (16,7%) первой группы лечились исключительно такими методами, не обращаясь к услугам официальной медицины, тогда как среди больных второй группы такой тенденции не наблюдалось ($\chi^2=3,99$ $p=0,046$). В первой группе было выявлено 15 больных (8,6%), родные которых замечали у них наличие психических нарушений, но не обращались за помощью ни к психиатрам, ни к услугам народных целителей, опасаясь огласки, чего не наблюдалось среди больных второй группы.

Изучение криминального прошлого больных показало, что из первой подгруппы ранее привлекались к уголовной ответственности 45 (25,8%) больных. Из них 32 больных привлекались к уголовной ответственности 1 раз, 9 больных 2 раза, 3 – 3 раза, 1 – 4 раза. Из 2-й подгруппы ранее привлекались к уголовной ответственности 15 (44,4%) больных, что превышало показатели первой подгруппы ($p<0,05$). Из них 7 больных привлекались к уголовной ответственности 1 раз, 1 больной – 2 раза, 4 – 3 раза. Доля рецидивов правонарушения была достоверно выше во второй подгруппе (6 больных, 22,2%), чем в первой подгруппе (11 больных, 6,3%) ($p<0,05$).

Виктимологический анализ показал, что всего в результате ООД больных первой группы пострадало в среднем 1,30 человек на одного больного (всего 227 человек), что значительно превышало среднее число лиц, пострадавших в результате ООД каждого больного второй группы (28 человек; 1,04 потерпевших на одного больного) (Mann-Whitney U Test $z=2,09$; $p=0,04$). Развернутый анализ числа потерпевших в результате ООД (таблица 3.15), демонстрирует наличие более двух потерпевших в ООД, совершенных 35 (20,1%) представителями первой группы, тогда как только в результате ООД, совершенного одним (3,7%) представителем второй группы, пострадало более одного человека. Статистический анализ, показал, что среди потерпевших в результате ООД больных первой группы чаще были супруги (53 – 23,3%), и реже родители (30 – 13,2%), тогда как во второй группе отмечалось обратное соотношение (1 – 3,6% и 11 – 39,3% соответственно), что может быть объяснено утратой собственной семьи к моменту совершения ООД ($p<0,05$).

97 больных (55,7%) первой подгруппы и 17 больных (63,0%) второй подгруппы совершили ООД в домах, где проживали они сами. Реже ООД совершались в домах потерпевших (20 больных (11,5%) первой подгруппы и 3 больных (11,1%) второй подгруппы). 57 больных (32,8%) первой подгруппы и 7 больных (25,9%) второй подгруппы совершили ООД в других местах (улица, места общественного пользования и др.). Статистические различия по этому признаку были несущественными ($p>0,05$). Анализ взаимоотношений больных с потерпевшими показал, что более чем в половине случаев, а именно у 103 больных (59,2%) первой подгруппы и 9 больных (66,7%) второй подгруппы имели место конфликтные отношения задолго до совершения ООД. Статистические различия по этому признаку были несущественными ($p>0,05$).

Статистический анализ показал наличие суицидальных попыток в анамнезе у 28 больных (16,1 %) первой группы и 9 больных (33,1 %) второй группы, статистические различия по данному признаку несущественны ($p>0,05$). При этом суицидальные попытки вне обострений эндогенного процесса совершило 10 больных (5,8%) первой группы и 5 больных второй группы (18,5%) ($p>0,05$). Нанесение себе повреждений, не имеющих суицидальной цели, на фоне психотической симптоматики отмечалось только среди больных первой группы (2 – 1,1%), сами больные объясняли нанесение порезов тем, что это уменьшало внутреннее напряжение. 4 больных (14,8%) второй группы наносило себе повреждения вне обострений эндогенного процесса. Этот показатель первой группы составил 6 больных (3,5%) ($p>0,05$). Нанесение себе повреждений вне обострений эндогенного процесса было ситуационно обусловленным и носило демонстративно-шантажный характер.

В четвертой главе **«Особенности клиники заболевания у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия»** описаны результаты сравнительного анализа ведущих психопатологических синдромов на момент совершения ООД, клинической картины инициального и манифестного периодов, форм и вариантов течения заболевания, длительности течения заболевания на момент совершения ООД.

Для оценки психического состояния больных шизофренией в момент совершения тяжких ООД были определены ведущие психопатологические синдромы. На момент совершения ООД у 14 больных (8,1%) первой подгруппы и 1 больного (3,7%) второй подгруппы наблюдались кататонические синдромы ($p>0,05$). У 19 больных (10,9%) больных первой подгруппы отмечались острые бредовые состояния, чего не наблюдалось у больных второй подгруппы, однако данное различие статистически незначимо ($p>0,05$). Аффективно-бредовые синдромы наблюдались у 7 больных (4,0%) первой подгруппы и 1 больного (3,7%) второй подгруппы ($p>0,05$). Бредовые состояния без галлюцинаций наблюдались у 47 больных (27,0%) первой подгруппы, что значительно превышало аналогичный

показатель второй подгруппы, где был выявлен 1 больной (3,7%) с подобной симптоматикой ($p < 0,05$). Хронические параноидные состояния были выявлены у 23 больных (13,2%) первой подгруппы и 3 больных (11,1%) второй подгруппы ($p > 0,05$). Дефектные и конечные состояния наблюдались у 63 больных (36,2%) первой подгруппы, что было значительно меньше аналогичного показателя второй подгруппы, где было выявлено 20 больных (74,1%) ($p < 0,05$). Парафренный синдром был выявлен у 1 больного (0,6%) первой подгруппы и 1 больного (3,7%) второй подгруппы, статистически значимых различий по данному синдрому выявлено не было ($p > 0,05$).

Изучение содержания бредовых переживаний показало, что у 12 больных (6,9%) первой подгруппы и у 3 больных (11,1%) второй подгруппы на момент совершения ООД наблюдался бред околдования или воздействия ($p > 0,05$). У 36 больных (20,7%) первой подгруппы наблюдался бред ревности, в отличие от второй подгруппы, где подобной симптоматики не отмечалось ($p < 0,05$), что может быть объяснено отсутствием собственной семьи у преобладающего большинства больных второй подгруппы. Бред преследования с угрозой физического уничтожения отмечался у 34 больных (19,6%) первой подгруппы и 2 больных (7,4%) второй подгруппы ($p > 0,05$). Бред негативного отношения был выявлен у 18 больных (10,3%) первой подгруппы, в отличие от второй подгруппы, где такого содержания бредовых расстройств не отмечалось ($p > 0,05$). У большинства больных второй подгруппы (22 – 81,5%) на момент совершения ООД не отмечалось бредовых расстройств, либо было невозможно выделить доминирующий компонент в бредовой системе, что значительно реже наблюдалось в первой подгруппе (74 – 42,5%) ($p < 0,05$). При анализе совершенных ООД было установлено, что 122 больных (70,1%) первой группы совершило ООД по продуктивно-психотическим механизмам, что значительно превысило этот показатель во второй группе (7 больных – 26,9%), соответственно 52 представителя (29,9%) первой группы и 20 представителей (74,1%) второй группы совершили ООД по негативно-личностным механизмам ($p < 0,05$).

В результате изучения клиники инициального периода были выделены его следующие варианты: неврозоподобный, психопатоподобный, аффективный, паранойяльный. Также были выявлены случаи, когда инициальный период отсутствовал, и заболевание манифестировало сразу остро с психотической симптоматики с четкой синдромальной оформленностью. Чаще всего наблюдалась клиническая картина инициального периода в виде неврозоподобного варианта, выявленного у 53 больных (30,4%) первой подгруппы и 8 больных (29,7%) второй подгруппы, которая характеризовалась наличием астенической, обсессивно-фобической и ипохондрической симптоматики. Психопатоподобный вариант инициального периода, выявленный у 37 больных (21,3%) первой подгруппы и 7 больных (25,9%) второй подгруппы, в целом характеризовался различными формами расстройств поведения. Паранойяльный вариант инициального периода,

выявленный у 20 больных (11,5%) первой подгруппы и 4 больных (14,8%) второй подгруппы, характеризовался преимущественно формированием сверхценных образований. Аффективный вариант, выявленный у 37 больных (21,3%) первой подгруппы и 6 больных (22,2%) второй подгруппы, включал широкий спектр аффективных расстройств от субдепрессий, колебаний настроения до гипоманиакальных состояний, чаще эти состояния были смешанными. У 12 больных (6,9%) первой подгруппы и 2 больных (7,4%) второй подгруппы не удалось выявить каких-либо проявлений инициального периода, как правило, в этих случаях психоз начинался остро после воздействия экзогенных вредностей (интоксикации, психогении). Статистический анализ не выявил значимых различий между сравниваемыми группами в распределении вариантов инициального периода ($p < 0,05$). Учитывая возможность связи структуры психопатологических расстройств в манифестный период с дальнейшим течением заболевания, ретроспективно был проанализирован и этот этап эндогенного процесса. Острые бредовые состояния в манифестном периоде были выявлены у 63 больных (36,2%) первой группы и 9 больных (33,3%) второй группы. Бредовые состояния без галлюцинаций наблюдались у 61 больного (35,0%) первой группы и 11 больных (40,8%) второй группы. Аффективно-бредовые синдромы наблюдались у 28 больных (16,1%) первой группы и 2 больных (7,4%) второй группы. Синдромы помрачения сознания наблюдались у 8 больных (4,6%) первой группы и 1 больного (3,7%) второй группы и были представлены состояниями онейроида. Кататонические синдромы с психотическими явлениями без признаков помрачения сознания наблюдались у 6 больных (3,5%) первой группы и 1 больного (3,7%) второй. У 8 больных (4,6%) первой группы и 3 больных (11,1%) второй группы состояние характеризовалось преобладанием эмоционально-волевых расстройств в виде развития дефектных состояний. Статистический анализ не выявил существенных различий между группами по данному показателю ($p < 0,05$).

Средний возраст манифестации шизофрении представителей первой группы составил $27,49 \pm 8,22$ лет, что существенно не отличалось от среднего возраста манифестации шизофрении представителей второй группы, составившего $24,56 \pm 7,90$ лет, представителей первой группы сравнения ($26,33 \pm 8,32$ лет) и второй группы сравнения ($26,25 \pm 10,52$ лет) (Kruskal-Wallis test: $N=58,73$ $p > 0,05$). Сравнительный анализ клинической картины манифестного периода и на момент совершения ООД показал имевшее место у большинства больных утяжеление регистра психопатологических расстройств, причем это отмечалось у 74,1% больных второй группы, что значительно превышает показатель первой группы, составивший 51,7% ($p < 0,05$). У 45,4% больных первой группы и 25,9% больных второй группы регистр психопатологических расстройств в динамике не изменился, в 2,9% случаев у больных первой группы на момент совершения ООД было зафиксировано

уменьшение регистра психопатологических расстройств, статистический анализ по данным показателям не выявил значимых различий ($p > 0,05$).

Как в первой (74 – 42,5 %), так и во второй группе (13 – 48,2 %) преобладали больные с непрерывным типом течения шизофрении. Следующим по распространенности было перемежающе-поступательное течение с сохраняющейся, но не нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях (42 – 24,1% в первой группе и 9 – 33,3% во второй группе). У 38 больных (21,9%) первой группы и 4 (14,8%) второй группы было выявлено перемежающе-поступательное течение с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях. Наиболее редким было ремиттирующее течение, выявленное у 20 больных (11,5%) первой группы и 1 больного (3,7%) второй группы. Статистический анализ не выявил значимых различий между сравниваемыми группами по типам течения шизофрении ($p > 0,05$).

Как в первой (129 – 74,0%), так и во второй группе (17 – 63,0%), и в контрольных группах (30 – 75,0%; 14 – 70%) преобладали больные с параноидной шизофренией. У 6 больных (3,5%) первой группы и 1 больного (2,0%) первой контрольной группы была диагностирована гебефренная шизофрения. У 8 больных (4,6%) первой группы была диагностирована кататоническая шизофрения, в других группах больных с данной формой шизофрении не выявлено. Простая шизофрения была выявлена у 4 больных (2,3%) первой группы и 1 больного (3,7%) второй группы. Недифференцированная шизофрения была выявлена у 21 больного (12,1%) первой группы, 2 больных (7,4%) второй группы и 9 больных (22,5%) первой группы сравнения и 4 (20%) второй группы сравнения. Резидуальная шизофрения была выявлена у 6 больных (3,5%) первой группы, 7 больных (25,9%) второй группы и 2 больных (10%) второй группы сравнения. Анализ не выявил статистически значимых различий между группами по формам шизофрении ($p > 0,05$).

В пятой главе **«Особенности применения методик экспериментально-психологического исследования у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия»** представлены результаты исследования больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия, прои помощи опросника А.Басса и А.Дарки, опросника Мини-мульти и проективного теста «руки» Вагнера для объективизации параметров агрессивности.

Применение опросника А.Басса и А.Дарки выявило средние значения индекса агрессивности ($50,9 \pm 17,8$) и уровня агрессивной мотивации ($45,7 \pm 16,9$) у большинства больных. Более высокие показатели были выявлены по индексу враждебности ($61,1 \pm 18,9$). Повторное исследование больных основной группы во время прохождения принудительного лечения проводилось после купирования основной психопатологической симптоматики и нормализации поведения больных и вновь выявило средние значения индекса агрессивности и уровня агрессивной мотивации ($46,2 \pm 19,0$)

у большинства больных ($48,6 \pm 17,9$). Более высокие показатели были вновь выявлены по индексу враждебности ($62,3 \pm 23,5$). Результаты исследования контрольной группы больных шизофренией, не совершавших ООД, выявили у большинства больных средние значения индекса агрессивности ($55,2 \pm 17,4$) и уровня агрессивной мотивации ($48,3 \pm 18,3$) и более высокие показатели по индексу враждебности ($64,1 \pm 19,7$). Показатели основной группы до принудительного лечения, во время принудительного лечения и показатели контрольной группы существенно не различались ($p > 0,05$).

При применении опросника Мини-мульти до проведения принудительного лечения высокие оценки были выявлены по шкале «F» (Достоверность), составив $65,2 \pm 13,1$ баллов. Среди базисных шкал высокие оценки были выявлены по шкалам «6» (Паранойяльность) ($65,7 \pm 15,8$) и «8» (Шизоидность) ($60,9 \pm 12,3$). Средние значения остальных шкал не превышали средних показателей. Повторное исследование во время прохождения принудительного лечения вновь выявило высокие оценки по шкале «F» ($64,3 \pm 12,2$ баллов), по шкалам «6» ($65,9 \pm 13,9$) и «8» ($61,1 \pm 12,4$). Результаты исследования с помощью опросника Мини-мульти контрольной группы больных шизофренией, не совершавших ООД, также выявили высокие показатели по шкале «F» ($64,2 \pm 12,9$ баллов), по шкалам «6» ($65,0 \pm 15,8$) и «8» ($59,8 \pm 11,5$). Показатели основной группы до принудительного лечения, во время принудительного лечения и показатели контрольной группы существенно не различались ($p > 0,05$).

При исследовании больных с применением теста «руки» Вагнера до проведения принудительного лечения суммарный балл агрессивности составил $-7,04 \pm 9,26$, что не превышало нормативных показателей для здоровых лиц. Показатели суммарного балла агрессивности по тесту «руки» в ходе принудительного лечения составили $-11,5 \pm 9,08$, что было достоверно меньше исходных показателей ($z = 3,42$ $p = 0,0006$). Сравнительный анализ показал уменьшение баллов по категориям «Указание» с $0,87 \pm 1,78$ до $0,29 \pm 1,01$ и «Пассивная безличность» с $4,80 \pm 4,64$ до $3,56 \pm 4,18$, и увеличение баллов по категории «Коммуникация» $10,40 \pm 5,25$ до $12,91 \pm 5,83$ ($p < 0,05$). Результаты обследования контрольной группы: индекс агрессивности по тесту «руки» составил $-11,3 \pm 7,9$, что было меньше показателей основной группы до лечения ($z = 1,96$ $p = 0,049$) и существенно не отличалось от показателей основной группы в ходе принудительного лечения ($z = -0,10$ $p = 0,92$).

В шестой главе «Принципы профилактики тяжких общественно опасных действий у больных шизофренией» описана разработанная с учетом полученных данных тактика первичной (предупреждение совершения тяжких ООД) и вторичной профилактики (применение принудительных мер медицинского характера) тяжких ООД больными шизофренией. С целью максимально раннего выявления больных шизофренией необходимо проводить санитарно-просветительскую работу с населением, направленную на разъяснение основных признаков психических заболеваний, биологической

природы шизофрении и необходимости своевременного обращения за психиатрической помощью. После выявления больных шизофренией необходимо возможно раннее начало обследования и лечения для предупреждения прогрессирования заболевания, при необходимости, в порядке недобровольной госпитализации. После диагностирования шизофрении, независимо от условий лечения, необходимо проведение активной психофармакотерапии с последующей длительной поддерживающей терапией. При наличии информации о совершении агрессивных действий, помимо госпитализации в психиатрический стационар, необходимо информирование правоохранительных органов. Тактика принудительного лечения должна определяться с учетом ведущего психопатологического синдрома, обусловившего совершение ООД. Порядок смены этапов принудительного лечения определяется с учетом клинической картины, необходимы возвраты на более строгий режим наблюдения при наличии показаний. При переводе больных на амбулаторное принудительное лечение либо при отмене принудительного лечения лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся совместно с правоохранительными органами, социальными службами и членами семьи больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе исследований, проведенных по диссертации на тему «Клинико-динамические и социально-психологические особенности заболевания у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия», сделаны следующие выводы.

1. Выявлено, что такие преморбидные биологические факторы, как наследственная отягощенность, родственные браки, экзогенные вредности, характерологические особенности, употребление наркотических веществ, не оказывали существенного влияния на совершение больными шизофренией тяжких общественно опасных действий, направленных против здоровья и жизни личности.

2. Установлено, что различия социально-демографических показателей больных шизофренией были обусловлены влиянием этнокультуральных факторов и характеризовали более высокий уровень семейной и трудовой адаптации представителей коренных народностей Центральной Азии к моменту совершения общественно опасных деяний. Представители других национальностей сравнительно чаще воспитывались в неполных семьях, в ситуации частых семейных конфликтов, злоупотребляли алкоголем и имели криминальный опыт.

3. Выявлено, что представителям коренных народностей Центральной Азии свойственны приверженность народным методам лечения на ранних этапах шизофренического процесса с поздним обращением за психиатрической помощью, длительная сохранность семейных связей, частая направленность агрессии на супругов и большее число потерпевших в

результате общественно опасных действий. Для представителей других национальностей более характерны ранняя диагностика шизофрении, быстрый распад супружеских отношений и частая направленность агрессии против родителей.

4. Установлено отсутствие каких-либо особенностей синдромологического оформления инициального и манифестного этапов шизофрении, преобладания определенного типа течения и клинических форм заболевания у больных, совершавших и не совершавших общественно опасные действия. У больных с острыми психотическими состояниями совершение общественно опасных действий было обусловлено преимущественно продуктивно-личностными механизмами, у больных с дефектными и конечными состояниями – негативно-личностными механизмами.

5. Установлено, что показатели агрессивности, выявленные с помощью проективного теста «руки» Вагнера у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности, значительно превышали аналогичные показатели больных, не совершавших таких действий. Снижение этих показателей в процессе принудительного лечения служит дополнительным критерием эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

6. Установлено, что первичную профилактику общественно опасных действий у больных шизофренией целесообразно проводить с учетом этнокультуральных особенностей данного контингента, тогда как при вторичной профилактике необходимо учитывать синдромальную структуру заболевания.

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

TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

CHEMBAEV BULAT RENATOVICH

**CLINICAL-DYNAMIC AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED GRAVE SOCIALLY
DANGEROUS ACTS**

14.00.18 – Psychiatry and narcology

Dissertation ABSTRACT of PhD dissertation on medical sciences

TASHKENT–2018

The theme of PhD dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number B2017.1. PhD /Tib84.

The PhD dissertation has been prepared at the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education.

The abstract of the dissertation is posted in two (Uzbek, Russian) languages on the website of Scientific Council www.tipme.uz and on the website of «ZiyoNet» Information and educational portal www.ziynet.uz.

Scientific consultant: **Eshimbetova Saida Zakirovna**
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Agranovskiy Mark Leyzerovich**
Doctor of medical sciences, professor

Ashurov Zarifjon Sharifovich
Doctor of medical sciences, docent

Leading organization: **Tashkent Pediatric Medical Institute**

The defense will take place « ____ » _____ 2018 ____ 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 PhD 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 « ____ » _____ 2018 year.
(mailing report № _____ on « ____ » _____ 2018 year)

D.M. Sabirov
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 PhD thesis)

The aim of research work is to study clinical-dynamic and social-psychological characteristics of schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts and to develop effective preventive measures.

The tasks of research work:

to specify the influence of biological factors on the commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients in comparison with schizophrenic patients who have never committed socially dangerous acts;

to study socio-demographic characteristics of schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts in comparison with schizophrenic patients who have never committed socially dangerous acts;

to define clinical-dynamic characteristics of schizophrenia, influencing the commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients;

to evaluate dynamics of the indices of aggression using findings of experimental psychology techniques in comparison with schizophrenic patients who have never committed socially dangerous acts;

to develop preventive measures of the commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients on the ground of obtained findings.

The object of the research work are 201 schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts and were recognized as insane regarding the respective offences (the index group); and 60 schizophrenic patients who have never committed socially dangerous acts (the control group).

The scientific novelty of the research work is as follows:

on the basis the comparison study of clinic-dynamical and social-psychological characteristics of schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts in comparison with schizophrenic patients who have never committed socially dangerous acts the role of clinical-dynamic and social-psychological characteristics was carried out;

the role of the complex of social factors affecting the commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients was proved;

the ethnocultural approach was employed in the analyses of grave socially dangerous acts, which offers the possibility of integrated assessment of a wide range;

main principles of prevention of commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients with account of share of clinical and social factors were improved;

the tactic of compulsory treatment of schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts due to syndromal structure of disease was worked out.

Practical application of the research results.

Based on the study of clinical-dynamic and socio-psychological characteristics of schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts, a monograph called «Pathogenetic mechanisms of grave socially dangerous acts committed by schizophrenic patients» was registered (confirmed by

Certificate 8N-d/37 issued by the Ministry of Health of Uzbekistan on May 18, 2015).

The results of the research have been applied in the healthcare sector, including the clinical mental Hospital of the Tashkent Municipality and the Tashkent National Mental Hospital for the criminally insane (confirmed by Certificate 8N-d/69 issued by the Ministry of Health of Uzbekistan on December 11, 2016). Thanks to the practical application of the research results, the average length of stay of such patients in the Clinical Mental Hospital has been reduced from 839 days to 638 days, and in the Mental Hospital for the criminally insane, from 2600 days to 2441 days, which allowed the hospitals to save money.

The outline of the thesis. The dissertation consists of introduction, six chapters, conclusion, and references. The size of the research is 116 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I Бўлим (I часть; I part)

1. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Особенности применения психологических тестов при обследовании больных шизофренией, совершивших особо опасные действия, направленные против личности // Неврология. – Ташкент, 2012. - № 3-4. - С. 134-136. (14.00.00; № 19).

2. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Влияние некоторых эндогенных и экзогенных факторов на совершение особо опасных действий, направленных против личности, у больных шизофренией // Неврология. – Ташкент, 2013. - № 2. - С. 15-17. (14.00.00; № 19).

3. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Клинические характеристики больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Новый день в медицине. – Ташкент, 2014. - № 2. – С. 62-66. (14.00.00; № 13 – 30.12.2013).

4. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. О дифференцированных мерах профилактики тяжких общественно опасных действий больных шизофренией // Новый день в медицине. – Ташкент, 2014. - № 4. – С. 62-66. (14.00.00; № 13 – 30.12.2013).

5. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. К вопросу о формах и течении шизофрении у больных, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Журнал клинической и теоретической медицины. – Ташкент, 2014. - № 5. – С. 116-119. (14.00.00; № 3).

6. Chembaev B.R., Yeshimbetova S.Z. Characteristics of PANSS's values and theirs dynamics among individuals with schizophrenia who have committed grave socially dangerous acts // European science review. – Austria, Vienna, 2015. - № 5. – P. 112-115. (14.00.00; № 19).

7. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. О роли ближайшего окружения лиц, страдающих шизофренией при совершении ими тяжких общественно опасных действий // Журнал клинической и теоретической медицины. – Ташкент, 2015. - № 5. – С. 109-113. (14.00.00; № 3).

8. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Особенности динамики шизофрении у больных, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Журнал клинической и теоретической медицины. – Ташкент, 2016. - № 2. – С. 85-90. (14.00.00; № 3).

II Бўлим (II часть; II part)

9. Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. «Патогенетические механизмы совершения тяжких общественно опасных действий больными шизофренией» / Монография. - Ташкент, 2015. - 138 с.

10. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Клинико-социальные особенности лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные

действия, направленные против личности // Сборник Республиканской научно-практической конференции молодых ученых «XXI век - век интеллектуальной молодежи». - Ташкент, 2012. - С. 106.

11. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Состав лиц, пострадавших от общественно опасных действий лиц, страдающих шизофренией // Сборник Республиканской научно-практической конференции молодых ученых «XXI век - век интеллектуальной молодежи». - Ташкент, 2012. - С. 107.

12. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Психологические особенности лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные действия, направленные против жизни и здоровья личности // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции «Непрерывное образование в медицине: вчера, сегодня, завтра». - Ташкент, 2012. - С. 307-308

13. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Гендерные особенности течения шизофрении у больных, совершивших общественно опасные действия, направленные против личности // Сборник тезисов республиканской конференции молодых ученых «На пути к открытию». - Ташкент, 2013. - С. 462.

14. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Вопросы вторичной профилактики общественно опасных действий среди лиц, страдающих шизофренией, в зависимости от типа течения шизофрении // Сборник тезисов республиканской научно-практической конференции «Метаболический синдром: междисциплинарные проблемы и их решения». - Ташкент, 2013. - С. 205.

15. Yeshimbetova S.Z., Chembaev B.R. Clinical and sociocultural characteristics of individuals with schizophrenia who have committed serious assaultive acts in Uzbekistan // European Medical, Health and Pharmaceutical Journal. – Prague, 2014. - № 2. – PP. 6-8.

16. Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. Клиническая характеристика больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия в Республике Узбекистан // Молодой ученый. – Казань, 2014. - № 11. – С. 156-159.

17. Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. К вопросу о применении шкалы PANSS у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Молодой ученый. – Казань, 2014. - № 15. – С. 147-151.

18. Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. О роли социального фактора при совершении больными шизофренией тяжких общественно опасных действий // Молодой ученый. – Казань, 2014. - № 16. – С. 131-135.

19. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. К вопросу о роли наследственности и некоторых внешних факторов в генезе тяжких общественно опасных действий, совершенных больными шизофренией в Республике Узбекистан // Альманах современной науки и образования. – Тамбов, 2014. - № 9. – С. 51-54.

20. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Взаимосвязь судебно-психиатрических и криминогенных факторов при совершении больными

шизофренией тяжких ООД в республике Узбекистан // Альманах современной науки и образования. – Тамбов, 2014. - № 10. – С. 68-71.

21. Chembaev B.R., Yeshimbetova S.Z. Sociocultural characteristics of individuals with schizophrenia who have committed serious assaultive acts in Uzbekistan // Сборник тезисов 22-го Европейского психиатрического конгресса. - Мюнхен, 2014. – С. 170

22. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Клинические взаимодействия отдаленных последствий перенесенных черепно-мозговых травм у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Материалы 1-го международного съезда нейрохирургов Узбекистана. - Бухара, 2014. - С. 55.

23. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Влияние последствий перенесенных черепно-мозговых травм на совершение тяжких общественно опасных действий лицами, страдающими шизофренией, в зависимости от социокультуральных особенностей // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – Санкт-Петербург, 2014. - Том 6. - С. 288.

24. Yeshimbetova S.Z., Chembaev B.R. Interactions between individuals with schizophrenia who have committed serious assaultive acts and their victims in Uzbekistan // Сборник тезисов 16-го Всемирного психиатрического конгресса. - Мадрид, 2014. –Т. 3. – С. 102.

25. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Особенности лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины». - Самарканд, 2014. - С. 275.

26. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. К вопросу о психопатологических механизмах при совершении тяжких общественно опасных действий больными шизофренией // Независимый психиатрический журнал. – Москва, 2015. - № 1. – С. 60-64

27. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Об этнокультуральном подходе при изучении тяжких общественно опасных действий при шизофрении // Новый день в медицине. – Ташкент, 2015. - № 1. – С. 94-96

28. Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. О взаимосвязи клинической картины и психопатологических механизмов при совершении больными шизофренией тяжких общественно опасных действий // Казанский медицинский журнал. – Казань, 2015. - № 4 – С. 536-542.

Автореферат «Til va adabiyot ta'limi» журнаlidan таҳририятида таҳрирдан ўтказилди (16.02.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: 16.02.2018 йил.
Бичими 60x44 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 2,75. Адади: 100. Буюртма: № 48.

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

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.