

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ЭРГАШЕВА ЮЛДУЗ ЙЎЛДОШЕВНА

**НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА
ШАХСЛАРНИНГ СУИҚАСД ХУЛҚ-АТВОРИ**

Монография

Бухоро – 2025

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд
хулқ-атвори: монография / **Эргашева Ю.Й.**

Эргашева Юлдуз Йўлдошевна – Бухоро давлат тиббиёт институти
Психиатрия, наркология ва тиббий психология кафедраси доценти, т.ф.д.

Такризчилар:

Ходжаева Н.И.- Тошкент тиббиёт академияси психиатрия ва наркология
кафедраси профессори, т.ф.д.

Пулатов С.С.- Реабилитология, спорт тиббиёти ва жисмоний тарбия
кафедраси доценти, т.ф.д.

Ушбу монография сўнгги йилларда ногиронлик ва ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келувчи сурункали соматик касалликлар фонларида ўз жонига қасд қилиш ҳолатларининг кўпайиши алоҳида ташвиш уйғотмоқда. Илмий тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, меҳнат қobiliятини йўқотган ва даволаб бўлмайдиган соматик хасталикларга чалинган беморлар орасида суицид хавфи умумий аҳолига нисбатан анча юқори. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд хулқ-атворини шакллантиришга олиб келадиган омилларини эрта аниқлаш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этишда даволаш усулларни такомиллаштириш ва янги чораларни қўллаш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Данная монография вызывает особую озабоченность в связи с участвовавшими в последние годы случаями самоубийств на фоне хронических соматических заболеваний, которые приводят к снижению инвалидности и качества жизни. Научные исследования показывают, что среди пациентов с соматическими расстройствами, которые потеряли трудоспособность и не поддаются лечению, риск самоубийства значительно выше, чем среди населения в целом. Риск самоубийства выше среди пациентов с соматическими заболеваниями, чем среди населения в целом. Актуальными задачами считаются раннее выявление факторов, приводящих к формированию суицидального поведения у лиц, страдающих инвалидизирующими соматическими заболеваниями, совершенствование методов его коррекции и разработка новых методов лечения.

This monograph is of particular concern due to the increased incidence of suicides in recent years against the background of chronic somatic diseases, which lead to a decrease in disability and quality of life. Scientific studies show that among patients with somatic disorders who have lost their ability to work and are not amenable to treatment, the risk of suicide is significantly higher than among the general population. The risk of suicide is higher among patients with somatic diseases than among the general population. The urgent tasks are considered to be the early detection of factors leading to the formation of suicidal behavior in people suffering from disabling somatic diseases, the improvement of methods of its correction and the development of new treatment methods.

МУНДАРИЖА

Кириш	7
I боб. Ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хусусиятлари (адабиётлар шархи).....	30
§1.1. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эпидемиологияси	30
§1.2. Сурункали касалликлар ва ногиронликнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришда аҳамияти	34
§1.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг психологик тавсифи	48
§1.4. Ўз жонига қасд қилишнинг биологик асослари.....	52
II боб. Тадқиқот материаллари ва усуллари	58
§2.1. Беморларнинг умумий таърифи.....	58
§2.2. Клиник тадқиқот усуллари	60
§2.3. Экспериментал - психологик тадқиқот усуллари	62
§2.4. Статистик тадқиқот усуллари	67
§2.5. Тадқиқот босқичлари.....	68
III боб. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда суиқасд хулқ-атворининг клиника ва динамика хусусиятлари.....	70
§3.1. Соматик касалликлардан ногиронликка эга бўлган беморларнинг суиқасд хулқ-атвори умумий таърифи.....	70
§3.2. Суиқасд хулқ-атвори шаклланишида соматик касалликлар ва улардан ногиронлик борлиги аҳамияти	78
§3.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шаклланишида соматик касалликка ва уни даволанишга бўлган беморлар муносабатини ўрганиш.....	95
IV боб. Биологик ва ижтимоий-психологик омилларнинг ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда суиқасд хулқ-атворининг шаклланишига таъсири.....	101
§4.1. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ривожланишида преморбид омиллар аҳамияти	101

§4.2. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида шахсий преморбид омиллар аҳамияти	107
§4.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида оилавий ва бошқа ижтимоий омиллар аҳамияти	114
Хулосалар.....	Ошибка! Закладка не определена.
Амалий тавсиялар.....	Ошибка! Закладка не определена.
Хулоса	Ошибка! Закладка не определена.
Адабиётлар.....	Ошибка! Закладка не определена.

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

ДНК	–	дезоксирибонуклеин кислотаси
ДСТ	–	доривор сезувчанлик тести
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИОЗС и Н	–	серотонин ва норадреналиннинг пресинаптик мембрана орқали қайтиш жараёнининг ингибиторлари
КХТ	–	Касалликлар халқаро таснифи
NMDA	–	N-метил-D-аспартат рецептори
ОИТВ	–	одамлардаги иммун танқислиги вируси
ОИТС	–	орттирилган иммун танқислиги синдроми
ҚБ	–	қон босими
РНК	–	рибонуклеин кислотаси
ЮИК	–	юрак ишемик касаллиги
BDNF	–	мия нейротрофик омили
CREB	–	ДНКнинг транскрипцион омили
HADS	–	ваҳима ва депрессияни аниқлаш шкаласи
5HIAA	–	5-гидрооксииндолсирка кислотаси
5HT	–	5-гидрокситриптами
MMPI	–	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
SSI	–	Scale for Suicide Ideation

КИРИШ

Монография мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотига кўра, «...дунёда сурункали касалликлар оқибатида бир миллиард ногиронлик билан инсонлар қайд этилган»¹. Прогнозларга биноан, сурункали касалликларнинг дунёда частотаси ошиши ногиронлик кўрсаткичининг ошишига олиб келади. Сурункали соматик касалликлар туфайли ногирон беморлар орасида 25% ҳолларда ўз жонига қасд қилишга уринишлар қайд этилган ва 92% да суиқасд ғояси кўрсатилган. Ўз жонига қасд қилиш эрта ўлим дунё бўйлаб 1,4% ни ташкил этади ва «...ўлимнинг асосий сабаблари орасида 10-ўринни эгаллайди»². Соматик касалликларга чалинган беморлар ўз жонига қасд қилиш хавфи аҳоли сонига нисбатан қараганда юқоридир. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд хулқ-атворини шакллантиришга олиб келадиган омилларини эрта аниқлаш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этишда даволаш усулларини такомиллаштириш ва янги чораларни қўллаш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Жаҳонда ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун «хавф» омиллари ва триггерларни аниқлаш, ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усулларини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хусусиятлари ва турлари, уларга олиб келувчи психопатологик руҳий реакциялар ва шахсият мотивларини аниқлаш, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиш кетма-кетлигини аниқлаш, суицидогенезда сурункали касалликлар ва ногиронлик ролини дифференциациялаш, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини

¹ЖССТнинг ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш (SUPRE). ЖССТ, Женева; 2021.

²ЖССТнинг Жаҳон ногиронлик ҳақида ҳисоботи. ЖССТ пресс, Женева;2021. <http://www.who.int/disabilities/worldreport/2021/en/index.html>

шакллантиришга олиб келадиган омиллар мажмуасини, ногиронлар орасида юқори ва паст суицидал хавфи бўлган гуруҳларни аниқлаш зарур, бу эса ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усуллари ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатиладиган тиббий хизматлар сифатини тубдан оширишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада сурункали касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологияли усуллари тиббиётга жорий этиш, касалликларнинг олдини олиш, «...ўз жонига қасд қилишнинг асл сабаблари ва шарт-шароитларини аниқлаш, ўз вақтида ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш, ўз жонига қасд қилишни олдини олиш масалаларини мунтазам ўрганиш»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморнинг клиник-динамик, ижтимоий-руҳий ва когнитив хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини эрта аниқлаш, психофармакотерапия ва психотерапия ёрдамида суиқасд уринишларини олдини олишга имкон беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ – 4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги фармони, 2019 йил 13 февралдаги ПҚ–4190-сон «2019-2025 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг руҳий саломатлигини муҳофаза қилиш хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида», 2018 йил 16 мартдаги ПҚ–3606-сон «Психиатрия ёрдами тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2023 йил 19 июндаги ПҚ–196-сон «Аҳолининг руҳий саломатлигини муҳофаза қилиш хизматини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган устувор вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 16 мартдаги «Психиатрия ёрдами тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-3606-сонли Қарори

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

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи⁴.

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун «хавф» омиллари ва триггерларни аниқлаш, ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан: Suicide-National Institute of Mental Health (NIMH), Harvard University, Johns Hopkins University, Ohio State University, Icahn School of Medicine at Mount Sinai (Америка Қўшма Штатлари), Unity Health Toronto, University of Ottawa (Канада), Australian Institute for Suicide Research and Prevention (Австралия), Centre Hospitalier Universitaire (Франция), University of Manchester (Буюк Британия), Karolinska Institutet (Швеция), University of Leicester (Покистон), Yale University (Непал), Экоижтимоий технологиялар Академиясининг суицидология институти (АЭСТ), Москва психиатрия илмий-тадқиқот институти (Россия), Қозоғистон Миллий тиббиёт Университети (Қозоғистон), Беларус кўп тармоқли тиббиёт маркази (Белоруссия), Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази (Ўзбекистон)да олиб борилмоқда.

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўйича дунёда бир қатор, жумладан: ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини частотаси, ўлим сабаблари орасида ўз умрига қасд қилишнинг ўрни, суицидогенез жараёнида ижтимоий-

⁴Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи: www.nature.com, www.iasp.info, www.nimh.nih.gov, www.cdc.gov, www.griffith.edu.au, www.suizidforschung.at, www.issafrica.org, www.sciencedirect.com, www.easd.org, www.psychiatry.org, www.usnews.com, www.nytimes.com, www.weizmann.ac.il, <https://mentalhealth>, <https://mises.org>, kaznmu.edu.kz ва бошқа сайтлар асосида ишлаб чиқилган.

демографик, тиббий, шахсий омилларнинг роли аниқланган (International Association for Suicide Prevention – IASP); ўз жонига қасд қилиш энг юқори хавфи уларнинг этиологиясидан қатъи назар депрессия ва хавотир ҳолатлари, шунингдек, шахсиятнинг бузилиши борлигида кузатилиши (Anxiety and Depression Association of America, National Institute of Mental Health, USA, Вейцман номли илмий текшириш институти, Исроил); ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлишига мойил бўлган шахс хусусиятлари исботланган (International Society for the study of Personality Disorders, ISSPD; Royal College of Psychiatrists, England and Wales); ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг турлари, мотивлари ва ташқи аломатлари тасвирланган (University Ghent, Бельгия; Ohio State University, USA), суиқасд хавфининг математик моделларини яратишга уринишлар қилинган (University of Pittsburgh, USA); ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг универсал механизминини аниқланган (Москва психиатрия илмий-тадқиқот институти), ёшлар учун ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг олдини олиш моделлари ишлаб чиқилган (Экоижтимоий технологиялар Академиясининг суицидология институти, Россия); соматик касалликларга чалинган шахсларда ўз жонига қасд қилиш ўртасида боғлиқлик мавжудлигини исботлаган-лейкемия (Цзинань университети, Хитой), хавфли ўсмалар (Harvard University, USA), соматик ва неврологик касалликлар (Белоруссия кўп тармоқли тиббиёт маркази), юқумли, травматик ва аутоиммун генезнинг яллиғланиш жараёнлари (Tilburg университети, Нидерландлар), тизимли қизил югурук (Tuen Moon касалхонаси, Хитой) касалликларда ўрганилган; оғриқ симптомларининг мавжудлиги депрессияни кучайтиришга ва ўз жонига қасд қилишга уринишларни амалга оширишга ёрдам бериши исботланган (Samsung Centre of Medicine, Корея), ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини, касалликнинг клиник кўриниши, даволаш ҳамда жамият билан боғлиқ яғоналиги исботланган (Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Ўзбекистон).

Дунёда ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун «хавф» омиллари ва триггерларни аниқлаш, ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усулларини такомиллаштириш бўйича қатор, жумладан қуйдаги устувор йўналишларда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфли реакциялари ва суиқасд қилиш тенденцияларини эрта аниқлаш; ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини тузатиш ва олдини олиш бўйича дастур йиғиндиси ишлаб чиқиш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон илмий адабиётларнинг кўплаб тадқиқотлари натижасида, суицидология соҳасидаги ўрта ёшлилар ва жонига қасд қилиш хулқ-атворини ўрганишга бағишланган (О.П. Ворсина, А.М. Бычкова, 2022; С.С. Мишина, 2022; Е.Г.Черникова, 2023, D.A. Brent et al., 2021; M. Viswanathan et al., 2022). Нисбатан кам сонли илмий ишлар сурункали соматик касалликларга чалинган беморларнинг суицидал хулқ-атворини ўрганишга бағишланган. Уларнинг аксарияти айрим соматик нозологияларда ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасини баҳолашга тааллуқлидир (Е.П. Гарагашева, А.И. Фадеева, 2020; Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, 2021; А. Мохамед Аль-Джанаби, 2023; K.Hawtonetal., 2021). Суиқасднинг эҳтимолий юқори даражаси кузатилган сурункали соматик касалликлар қаторига кўкрак беzi, томоқ-халқум саратони, бош мия ва орқа мия шикастланиши жароҳатлари, ошқозон-ичак яраси, жигар касалликлари киради (Ж.Н.Мустафинова, 2022; P.E.Lutz et al., 2017; N.G. Zaorskyetal., 2019). Ҳозирга қадар олиб борилган тадқиқотлардаги маълумотлар ўз жонига суиқасд қилиш юрак-қон томир, ОИТВ/ОИТС, сурункали буйрак етишмовчилиги, қандли диабет ва бошқа касалликлар ўртасида бошқа касалликларга нисбатан ортиқ тарқалганлигини кўрсатади (F. Ambaw, 2019; M.E.Czeisler et al., 2020; E.W. Heer, M. Have, 2020; M.A. Regeretal., 2020).

Айниқса, соғлигидаги жиддий камчиликлар ва меҳнат қобилиятини йўқотганлиги сабабли тушкун ҳолат ва бошқа чегарадош руҳий касалликлар пайдо бўлган кишиларда суиқасд хавфи жуда юқори бўлади (Г.Ф.Тулитбаева, 2023; L. Grassi, 2019 ва бошқалар). Шу каторда, сурункали касалликлардан азият чекаётган шахсларда суиқасд тенденцияларининг пайдо бўлишига меҳнат қобилияти чекланиши бевосита таъсир қилиши исботланган (M.E. Torres et al., 2021). Бир вақтнинг ўзида ирсият, руҳий ҳамда жамият билан боғлиқ занжирлар, суиқасд хулқ-атворини шаклланиб бориши мавҳум бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг бир қисми ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини прогноз қилиш, «хавф» омилларини излаш ва ўз жонига қасд қилишдан ҳимоя қилиш омилларига бағишланган (М.С. Зинчур ва бошқалар, 2018; Т.В. Журавлева, С.Н.Ениколопов, 2021; А.О.Алимов, Н.И.Алимова, 2023; G. Berkelmans et al., 2021; K. Hawton et al., 2021). Соматик касаллиги бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг хабарчиларини аниқлашнинг қийинлиги, ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун ишончли стандартлаштирилган воситаларнинг йўқлиги ва суициднинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқилмаганлиги таъкидланган. Сўнгги йиллардаги тадқиқотлар сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг аксариятида аниқланган суиқасд фикрларини ва ўз жонига қасд қилишга уринишларни хабарчилари чегаралашга ҳаракатлар қилинган (С.М. McNHugh et al., 2019; M.E. Czeisler et al., 2020). Бугунги кунга келиб, нима учун баъзи беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи суицидал фикрлар билан чекланган, бошқаларида эса ўз жонига қасд қилишга уринишлар амалга оширилади деган саволга жавоб йўқ. Ўз жонига қасд қилиш фикрларини аниқлашда ҳали ҳам турли келишмовчиликлар мавжуд, бу турли хил тадқиқотлар натижаларини таққослашни қийинлаштиради ва кўпинча ўз жонига қасд қилиш тенденциялари билан боғлиқ мета-таҳлилларда чеклаш деб эслатилади (B.T.Erford et al., 2018). Соматик беморларда суиқасд хулқ-атворининг тавсифланиши, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш ҳаракат

турлари ўзига хос шахс жиҳатлари ва унинг касаллик ва даволанишга муносабати билан ўзаро боғлиқлиги етарлича ўрганилмаган.

Ўзбекистонда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини ўрганиш мақсадида кенг қамровли илмий тадқиқотлар амалга оширилган: ўспиринларда суиқасд даражасини, касалликнинг клиник кўриниши, шахсий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, даволаш ҳамда жамият билан боғлиқ ягоналиги (С.Б.Бабарахимова, В.К.Абдуллаева, 2019), ўспиринларда катталар контингентига нисбатан ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини (Л.А.Турсунходжаева, Л.Т.Баймирова, 2023), бироқ ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд ҳуқ-атвори хусусиятлари ва даволашни илмий асослашга қаратилган илмий ишлар бажарилмаган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг асосий устувор йўналишларига боғлиқлиги. Диссертация иши Ўзбекистон Республикаси VI "Тиббиёт ва фармакология" фани ва технологиясини ривожлантиришнинг устувор йўналишларини ҳар томонлама мустақкам ўрганган ҳолда амалга оширилди.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи⁵.

Ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори дунё масштабида глобал муаммо бўлиб, АҚШ, Европа, Осиё ва Австралиянинг бир қатор етакчи тадқиқот марказлари ва таълим муассасаларида ўрганилмоқда. Хусусан, ўз жонига қасд қилиш муаммоси билан Америка Қўшма Штатларида Suicide-National Institute of Mental Health (NIMH), Harvard University, Johns Hopkins University, Ohio State University, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Канадада – Unity Health Toronto, University of Ottawa, Австралияда – Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Францияда – Centre Hospitalier Universitaire, Буюк Британияда – University of Manchester, Швецияда –

⁵Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий – тадқиқотлар шарҳи www.nature.com, www.iasp.info, www.nimh.nih.gov, www.cdc.gov, www.griffith.edu.au, www.suizidforschung.at, www.issafrica.org, www.sciencedirect.com, www.easd.org, www.psychiatry.org, www.usnews.com, www.nytimes.com, www.weizmann.ac.il, <https://mentalhealth>, <https://mises.org>, kaznmnu.edu.kz ва бошқа сайтлар асосида ишлаб чиқилган.

Karolinska Institutet, Покистонда – University of Leicester олий таълим муасасаларида ишлар олиб борилмоқда.

Аксарият, тадқиқотчилар аҳоли орасида ўз жонига суиқасд қилишни миқдорий жиҳатдан таҳлил қилишда ҳисоблашди. Унга кўра, суиқасд ҳуққ-атворини шакллантириш учун ҳаракатга келтирувчи хавфли омиллар, триггерларни аниқлаш, андазаларини ишлаб чиқиш, шунингдек, ўз ўзини ўлдириш ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг олдини олишга бағишланган. Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам ёки умумий амалиёт шифокорлари учун ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг универсал скринингларини ўтказиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилган. Жаҳонда ўз жонига қасд қилиш хавфини ҳаққонийлиги, аслигини текшириш учун кенг масштабли шкалалар ва баҳолаш кўламлари танлаб олинган (America national experts in medicine).

Дунё аҳолиси орасида ўз жонига қасд қилишнинг такрорланиши, ўлим сабаблари моҳияти, суицидогенез жараёнида жамият юксалиши, аҳолининг кўпайиши билан боғлиқ ҳар бир кишига хос омилларнинг юзага чиқиши аниқланди (International Association for Suicide Prevention – IASP). Сўнги йилларда олиб борилган илмий таҳлиллар шуни кўрсатадики, ўз ҳаётига қасд қилишнинг хавфи уларнинг келиб чиқиш сабабидан қатъий назар, депрессия ва кўрқув ҳолатлари, шунингдек, киши шахсиятида ҳиссий бузилишлар мавжудлиги аниқланди (Америка хавотир ва депрессия ассоциацияси ADAA). Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлишига мойил бўлган шахс хусусиятлари белгиланган, уларга ҳиссий беқарорлик, импульсивлик, алекситимия, ўзига паст ёки юқори баҳо бериш, максимализм ва эътирозларни кўтара олмаслик, хавотирланиш ва айбдорлик ҳиссини бўрттириб юбориш киритилган (International Society for the study of Personality Disorders, ISSPD; Royal College of Psychiatrists, England and WalEs).

Суицид ҳуққ-атворининг турлари, тўғри қарор қабул қилиш ҳаракатлари илмий тадқиқотларда кенгроқ акс этирилган (University Ghent,

Бельгия; Ohio State University, Америка). Шу қаторда юзага чиқарувчи хавфининг математик моделларини яратишга кенг қўламли уринишлар қилинган (University of Pittsburgh, АҚШ). Психиатрия соҳасида Россия олимлари томонидан олиб борилаётган ислохотларга мувофиқ, ўз ҳаётига қасд қилиш хулқининг ягона ифодаси, низоли вазиятларда шахснинг руҳий-ижтимоий жиҳатдан мослаша олмаслик ҳолати деб таърифланади (Психиатрия илмий-тадқиқот институти Москва). Ўз жонига қасд қилишнинг ҳар қандай ҳолатда - бу вазият ва шахсий омилларнинг ўзаро таъсири натижаси эканлиги илмий тадқиқ қилинган. Олиб борилган илмий изланишлар мамлакат аҳолисининг ўсмир-ёш қатламида суиқасд хавфи омилларининг математик таҳлил қилинган. Шу асосида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олдини олиш моделлари ишлаб чиқарилган (суицидология институти, Россия).

Сурункали соматик касалликлар ўз жонига қасд қилишнинг мустақил хавф омили сифатида тан олинган. Соматик касалликнинг чигаллиги, узлуксиз давом этиши, касалхонага қисқа вақтда қайта тушишининг такрорланиши орасида алоқадорлик кўрсатилган. Шу каби, бириктирувчи тўқима ва органлар касалликларида ўз умрига қасд қилиш даражаси очиб берилган. Бундай касалликларга травматик жароҳат ва аутоиммун жараёнлари (Tilburg университети, Нидерландия), лейкомия (Jinan университети, Хитой), хавфли саркома (Harvard университети, АҚШ), бош мия касалликлар (тиббиёт маркази, Белоруссия) киради. Сурункали касалликлардан юрак тизими аъзолари билан боғлиқ ҳаётдаги рўй берадиган руҳий жароҳат билан боғлиқдир. Бир неча бор суиқасд қилишга уринган беморларда эса гипотония ниҳоятда тез ривожланиб бориши аниқланди. Олинган манбаларда, сурункали касалликлар борлиги депрессиянинг кучайишига ва беморнинг ўз жонига қасд қилишга уринишларни тезроқ рўёбга чиқишига туртки бўлади (Centre of Medicine, Корея). Буюк Британия (Cristina Van Der Feltz-Cornelis), АҚШ (M. Torres, S. Schmitz), Германия (Bernd Lowe), ва Канада (D. Fedorovich) олимлари биргаликда соматик

касалликларга чалинган шахсларда ўз жонига қасд қилиш ўлими, уринишлари ва фикрлари бўйича 2020 йил 22 сентябргача нашр қилинган ва PubMed, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO, EMBASE, SCOPUS индексланган тадқиқотларни тизимли таҳлил қилган. Қидирув дизайн, материалларни танлаб ва хавф омилларини баҳолаш бўйича бир хил бўлмаган 33та мақолани берди. Натижада, адабиётнинг камлигига қарамай, тадқиқотчилар соматик симптомлар ва ўз жонига қасд қилиш натижалари ўртасида боғлиқлик мавжудлигига далиллар бор деган хулосага келишди.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги давр илмий таҳлиллари аксарияти суицидология соҳасидаги ўрта ёшлилар ва жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини ўрганишга бағишланган [О.П. Ворсина, А.М. Бычкова, 2022; С.С. Мишина, 2022; Е.Г.Черникова, 2023, D.A. Brent et al., 2021; M. Viswanathan et al., 2022]. Бизнинг мамлакатимизда ўспиринларда катталар контингентига нисбатан ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини ўрганиш амалга оширилди [С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева, 2019; Л.А. Турсунходжаева, Л.Т. Баймирова, 2023]. Нисбатан кам сонли илмий ишлар сурункали соматик касалликларга чалинган беморларнинг суицидал ҳуқ-атворини ўрганишга бағишланган. Уларнинг аксарияти айрим соматик нозологияларда ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасини баҳолашга тааллуқлидир [Е.П. Гарагашева, А.И. Фадеева, 2020; Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, 2021; А. Мохамед Аль-Джанаби, 2023; K.Hawtonetal., 2021]. Суиқасднинг эҳтимолий юқори даражаси кузатилган сурункали соматик касалликлар қаторига кўкрак беzi, томоқ-халқум саратони, бош мия ва орқа мия шикастланиши жароҳатлари, ошқозон-ичак яраси, жигар касалликлари киради [P.E.Lutz et al., 2017; Ж.Н.Мустафинова, 2022; N.G. Zaorskyetal., 2019]. Ҳозирга қадар олиб борилган тадқиқотлардаги маълумотлар ўз жонига суиқасд қилиш юрак-қон томир, ОИТВ/ОИТС, сурункали буйрак етишмовчилиги, қандли диабет ва бошқа касалликлар ўртасида бошқа касалликларга нисбатан ортиқ тарқалганлигини кўрсатади [F. Ambaw, 2019; M.E.Czeisler et al., 2020; E.W. Heer, M. Have, 2020; M.A. Regeretal., 2020].

Айниқса, соғлигидаги жиддий камчиликлар ва меҳнат қобилятини йўқотганлиги сабабли тушкун ҳолат ва бошқа чегарадош руҳий касалликлар пайдо бўлган кишиларда суиқасд хавфи жуда юқори бўлади [L. Grassi, 2019; Г.Ф.Тулитбаева ва бошқалар, 2023]. Шу қаторда, сурункали касалликлардан азият чекаётган шахсларда суиқасд тенденцияларининг пайдо бўлишига меҳнат қобиляти чекланиши бевосита таъсир қилиши исботланган [M.E. Torres et al., 2021]. Бир вақтнинг ўзида ирсият, руҳий ҳамда жамият билан боғлиқ занжирлар, суиқасд хулқ-атворини шаклланиб бориши мавҳум бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг бир қисми ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини прогноз қилиш, "хавф" омилларини излаш ва ўз жонига қасд қилишдан ҳимоя қилиш омилларига бағишланган [М.С. Зинчур ва бошқалар, 2018; Т.В. Журавлева, С.Н.Ениколопов, 2021; А.О.Алимов, Н.И.Алимова, 2023; G. Berkelmans et al., 2021; K. Hawton et al., 2021]. Соматик касаллиги бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг хабарчиларини аниқлашнинг қийинлиги, ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун ишончли стандартлаштирилган воситаларнинг йўқлиги ва суициднинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқилмаганлиги таъкидланган. Сўнгги йиллардаги тадқиқотлар сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг аксариятида аниқланган суиқасд фикрларини ва ўз жонига қасд қилишга уринишларни хабарчилари чегаралашга ҳаракатлар қилинган [С.М.МсHugh et al.,2019; М.Е. Czeisler et al., 2020]. Бугунги кунга келиб, нима учун баъзи беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи суицидал фикрлар билан чекланган, бошқаларида эса ўз жонига қасд қилишга уринишлар амалга оширилади деган саволга жавоб йўқ. Ўз жонига қасд қилиш фикрларини аниқлашда ҳали ҳам турли келишмовчиликлар мавжуд, бу турли хил тадқиқотлар натижаларини таққослашни қийинлаштиради ва кўпинча ўз жонига қасд қилиш тенденциялари билан боғлиқ мета-таҳлилларда чеклаш деб эслатилади [B.T.Erford et al., 2018]. Соматик беморларда суиқасд хулқ-атворининг тавсифланиши, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш ҳаракат

турлари ўзига хос шахс жиҳатлари ва унинг касаллик ва даволанишга муносабати билан ўзаро боғлиқлиги етарлича ўрганилмаган.

Республикамизда кенг қамровли илмий изланишлар суиқасд даражасини, касалликнинг клиник кўринишини, шахсий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, даволаш ҳамда жамият билан боғлиқ яғоналигини қамраб олади. Бу бутунлик руҳий касалликларни даволашда, беморларни ўзини тиклаш усулларни ишлаб чиқишга ҳамда, беморларда яшаш тарзини ижобий ўзгартиришга имкон яратади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот режасига мувофиқ 03.2020 DSc 192 - сон “Covid-19 дан кейинги даврда Бухоро воҳа аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташхислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларни ишлаб чиқиш” (2022-2026 й.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади. сурункали касалликлар туфайли ногиронликни олган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг хусусиятлари ва механизмларини ўрганиш, суиқасд тенденцияларни бартараф этишга ҳамда уларнинг қайталашини олдини олиш билан боғлиқ ёндашувларни оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ногиронларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг хусусиятлари ва турлари, уларга олиб келувчи психопатологик руҳий реакциялар ва шахсият мотивларини аниқлаш;

ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг шаклланиш кетма-кетлигини аниқлаш, суицидогенезда сурункали касалликлар ва ногиронлик ролини дифференциациялаш;

ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини шакллантиришга олиб келадиган омиллар мажмуасини, ногиронлар орасида юқори ва паст суицидал хавфи бўлган гуруҳларни аниқлаш;

ўз жонига қасд қилиш фаол фикрлари ва ниятларини кўрсатган беморларда уларни амалга оширишга тўсқинлик қилувчи омилларни ўрганиш;

ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усулларини оптималлаштириш;

соматик касалликларидан меҳнатга лаёқатсиз бўлган шахсларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олдини олишга ёндашувларни оптималлаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика онкология илмий-амалий марказининг Бухоро филиали, Бухоро вилоят эндокринология, кардиология диспансерлари, фтизиатрия ва пульмонология маркази, Бухоро шаҳар №24-сонли тиббий ижтимоий экспертиза комиссиясидан 2020-2023 йилларда суиқасд хулқ-атвори кўрсатиб 20 ёшдан 72 ёшгача бўлган 400 нафар сурункали соматик касалликлар туфайли меҳнатга лаёқатсиз ва таққослаш гуруҳига 100 суиқасд ҳаракатларисиз ногиронлар олинган.

Тадқиқотнинг предметини сифатида сурункали касалликлар туфайли ногиронликка учраган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг келиб чиқиш сабаблари, турлари, хусусиятлари ташкил қилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот бажаришда клиник, лаборатор, экспериментал психологик (А. Бекнинг "Ўз жонига қасд қилиш фикрлари шкаласи", Б. Любан-Плоцанинг сўровномаси, "Ваҳима ва депрессияни аниқлаш шкаласи - HADS", MMPI) ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ногиронликка олиб келувчи нозологик бир хил бўлмаган соматик касалликларда беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишидан олдин бир хил турдаги клиник даражага етиб борган хавотир-фобик, уйқусизлик ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишидаги нозоген реакциялари юз бериши аниқланган;

ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг шаклланиши пассив

суиқасд фикрларидан чин ўз жонига қасд қилиш уринишларига қадар суицидогенезнинг бутун кетма-кет циклидан ўтиши аниқланган;

ногиронларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини жараён тузилишида беморнинг ўз касаллиги ҳақида нотўғри, дисфункционал билишлари ва улар натижасидаги ҳиссий реакцияларининг асосий аҳамиятини, меҳнатга лаёқатсизлик далили эса суицидогенезда триггер ўрни аниқланган;

ногиронларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг кучли корреляцион боғлиқлиги ва юқори эҳтимоли шахснинг аффектив хусусиятлари, сурункали касаллигига мослаша олмаган реакция турлари, нозоген руҳий бузилишларнинг борлиги ва даволанишга пассив муносабат омиллари билан аниқланган;

ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини эрта аниқлаш, антидепрессант ва транквилизаторлар билан психофармакотерапия, когнитив ва ҳуқ-атвор психотерапияси ёрдамида нозоген реакцияларини бартараф этиш усуллари ҳамда суиқасд уринишларининг олдини олишга ёндашувлар такомиллаштирилган.

Тадқиқот амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфли реакциялари ва суиқасд қилиш тенденцияларини аниқлаш усуллари тавсия этилган;

ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини шакллантириш модели ишлаб чиқилган;

сурункали касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш юқори хавфини баҳолашнинг усули тавсия этилган;

ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини тузатиш ва олдини олиш бўйича дастур йиғиндиси тавсия этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги Тадқиқот жараёнида қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, статистик усуллардан фойдаланганлиги, суиқасд хатти-ҳаракатларини намоён қилган беморлар учун ишлаб чиқилган ташхислаш ва даволаш усулларни амалиётга самарали жорий этилганлиги, олинган натижаларнинг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланиши ва ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти психиатрия фанида суиқасд хулқ-атвори нозологик бир хил бўлмаган ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликларда ўз жонига қасд қилиш хавфли реакцияларининг ўхшашлиги ва патологик характери, уларга касалликнинг аутопластик кўриниши ва касалликка шахсий жавоб хусусиятлари суиқасд хулқ-атворининг детерминант омиллари сифатида таъсири, ўз жонига қасд қилиш юқори хавфининг омиллар мажмуаси, суиқасд амалга ошириш учун триггер омиллари роли изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини юзага чиқариш, суиқасд юқори хавфидаги гуруҳларни аниқлаш, психиатрик маслаҳат бериш, ихтисослашган ва умумий соматик шифохоналарда беморларнинг суиқасд қилиш хулқ-атворини коррекциялаш ҳамда олдини олиш усулларини оптималлаштирилган комплекс дастури ишлаб чиқилиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд хулқ-атвори, унинг корекцияси ва олдини олиш усулларини оптималлаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: ногиронликка олиб келувчи нозологик бир хил бўлмаган соматик касалликларда беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишидан олдин бир хил турдаги клиник даражага етиб борган хавотир-фобик, уйқусизлик ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишидаги нозоген реакциялари юз бериши исботланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишидан беморларни олиб бориш тактикаси учун ишлаб чиқилган даволаш-профилактик алгоритмини қўллаш орқали беморлар рухий саломатлиги тез қайта тикланган ва эрта ташхислаш ҳамда шахс дезадаптацияси олди олинган, суиқасд қилган беморлар сон жиҳатдан камайган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули бўйича олинган илмий натижалар қўйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Республика ихтисослаштирилган рухий-саломатлик илмий амалий маркази бўйича (01.04.2024 йилдаги 22-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти Қоровулбозор туман кўп тармоқли марказий поликлиникаси бўйича (27.03.2024 йилдаги 2-сонли буйруғи). Ижтимоий самарадорлиги: ногиронликка олиб келувчи нозологик бир хил бўлмаган соматик касалликларда беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишидан олдин бир хил турдаги клиник даражага етиб борган хавотир-фобик, уйқусизлик ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишидаги нозоген реакциялари юз бериши аниқланиб, бу ўз навбатида қиёсий ва эрта ташхисни амалга оширилган ва керакли адекват муолажаларни кўрсата оладиган муассасаларга юборилган, натижада кузатилиши мумкин бўлган асоратларни камайтирганлиги суиқасд хулқ-атвори кузатилган беморлар адекват самарали комплекс даво олиши билан биргаликда, уларни даволаш учун сарфланадиган харажатлари қискарди, беморларни такрор шифокорларга мурожаат қилиши, касаллик рецидивланиши сусайди ва бошқа қўшимча текширувлардан

фойдаланмаслик ҳисобига иқтисод қилинган. 2) ўз жонига қасд қилиш тенденциялари шаклланган беморларга эрта ташхис қўйиш нафақат психиатр-суицидологни, балки психотерапевт ёки тиббий психологни томонидан амалга оширилади, касалликнинг рецидив шаклларга ўтиб кетиши олди олинади, стационар даво олишга муҳтож эмаслиги ҳисобига иқтисод қилишга эришилган. Иқтисодий самарадорлиги: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули алгоритм бўйича комплекс даволаш харажатлар сметасига кўра бир даволаниш курсига кетадиган харажатлар 1 бемор ҳисобига бюджет маблағларини 468500 сўмга иқтисод қилиш имконини берган. Дастурнинг иқтисодий самарадорлиги 50730000 сўмни ташкил этди. Хулоса: ногиронликка эга соматик касаликка чалинган ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори мавжуд бўлган беморларда адекват самарали комплекс даво олиши билан биргаликда уларни даволаш учун сарфланадиган харажатлари қисқарган, беморларни такрор шифокорларга мурожаат қилиши, касаллик рецидивланиши сусайган, бошқа қўшимча текширувлардан фойдаланмаслик ҳисобига иқтисод қилинган ва эрта аниқлаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олинди. Илмий янгиликни кенг қўллаш: “Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули” Бухоро давлат тиббиёт институти 2024 йил 31 июлдаги 04/6356-сонли хати юборилган илмий инновацияларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича юборилди.

иккинчи илмий янгилик: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларнинг аксариятида ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг шаклланиши пассив суиқасд фикрларидан чин ўз жонига қасд қилиш уринишлари ривожланишига олиб келиши асосланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларни олиб бориш тактикаси учун ишлаб чиқилган даволаш-профилактик алгоритмини қўллаш орқали беморлар саломатлиги тез қайта

тикланган ва эрта ташхислаш ҳамда шахс дезадаптацияси олди олинган, беморлар сон жиҳатдан камайган, ҳаёт сифати яхшиланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули бўйича олинган илмий натижалар қуйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Республика ихтисослаштирилган рухий-саломатлик илмий амалий маркази бўйича (01.04.2024 йилдаги 22-сонли буйруғи) ва Бухоро вилояти Қоровулбозор туман кўп тармоқли марказий поликлиникаси бўйича (27.03.2024 йилдаги 2-сонли буйруғи). Ижтимоий самарадорлиги: ўз жонига қасд қилиш тенденциялари шаклланган беморларга эрта ташхис қўйиш нафақат психиатр-суицидологни, балки психотерапевт ёки тиббий психологни томонидан амалга оширилади, касалликнинг рецидив шаклларга ўтиб кетиши олди олинади, стационар даво олишга муҳтож эмаслиги ҳисобига иқтисод қилишга эришилган. Иқтисодий самарадорлиги: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули алгоритм бўйича комплекс даволаш харажатлар сметасига кўра бир даволаниш курсига кетадиган харажатлар 1 бемор ҳисобига бюджет маблағларини 468500 сўмга иқтисод қилиш имконини берган. Дастурнинг иқтисодий самарадорлиги 50730000 сўмни ташкил этди. Хулоса: ногиронликка эга соматик касаликка чалинган ўз жонига қасд қилиш ҳуқуқ-атвори мавжуд бўлган беморларда адекват самарали комплекс даво олиши билан биргаликда уларни даволаш учун сарфланадиган харажатлари қисқарган, беморларни такрор шифокорларга мурожаат қилиши, касаллик рецидивланиши сусайган, бошқа қўшимча текширувлардан фойдаланмаслик ҳисобига иқтисод қилинган ва эрта аниқлаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олинди. Илмий янгиликни кенг қўллаш: “Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда патологик ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган реакцияларни тузатиш усули”

Бухоро давлат тиббиёт институти 2024 йил 31 июлдаги 04/6356-сонли хати юборилган илмий инновацияларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича юборилди.

учинчи илмий янгилик: ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори тенденцияларини юмшатишга қаратилган психотерапия ва психопатологик бартараф этиш беморни ўзини, оила аъзоларини, меҳнат фаолияти баҳоланиб, уларни юқори кўрсаткичларга эга бўлиши исботланди. Илмий янгиликнинг аҳамияти: "Касалликнинг ички кўриниши", беморнинг касаллигига муносабати ва даволанишга мотивациясини ўзгартириш зарурати когнитив соҳага йўналтирилган рационал ва когнитив хулқ-атвор психотерапиясини талаб қилади. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд хулқ-атворини олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар қуйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Навоий вилоят Навбаҳор кўп тармоқли марказий поликлиникаси (01.04.2024 йилдаги 22-сонли буйруқ 06.04.2024 йилдаги 16-сонли буйруғи) ва Бухоро вилоят руҳий асаб касалликлари диспансери (23.04.2024 йилдаги 76-сонли буйруғи) ҳамда Бухоро вилоят Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси клиник амалиётига тадбиқ этилган (20.03.2024 йилдаги 01/105-сонли буйруғи) билан амалиётга жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори тенденцияларини юмшатишга психоген реакцияларни тузатишда психотерапевтик аралашувнинг асосий вазифаси релаксация техникаси ва танага йўналтирилган терапия ёрдамида эришиладиган ҳиссий стрессни енгиллаштиришдир. Иқтисодий самарадорлиги: 1 нафар беморни сақлаш харажатларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилди. 2023 йилда вилоят руҳий касалликлар шифохонасида 1 беморга 1 кунлик ётишига 216714 сўм сарфланди. Бирта беморни ой давомида сақлаш учун 6501420 сўм талаб қилинади. Хулоса: навбатдаги суиқасд уринишидан кейин ўз жонига қасд

қилишга тайёргарлик юқори даражада сақланиб, стационар психиатрик ёрдамига 26та бемор муҳтож бўлган. Соматик шифохона шароитида ўз жонига қасд қилиш хавфли реакцияларини енгиллаштириш ва суиқасд тенденцияларини тузатиш ҳам, соматик касалликни даволаш ҳам ойига 169036920 сўм тежаш имконини берди. Илмий янгиликни кенг қўллаш: Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд хулқ-атворини олдини олиш” Бухоро давлат тиббиёт институти 2024 йил 31 июлдаги 04/6356-сонли хати юборилган илмий инновацияларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича юборилди.

тўртинчи илмий янгилик: ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг кучли корреляцион боғлиқлиги ва юқори эҳтимоли шахснинг аффектив хусусиятлари, сурункали касаллигига мослаша олмаган реакция турлари, нозоген руҳий бузилишларнинг борлиги ва даволанишга пассив муносабат омиллари билан аниқланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори тенденциялари бор беморларда ривожланиш хавфини башорат қилишни математик модели ишлаб чиқарилиши соматик, руҳий бузилишларга мойиллик, шахсиятни хусусиятлари суиқасд қилиш омиллари, мотивларини ва ҳаётий вазиятга триггер таъсирини аниқлашга ва соматик касалхона шароитида инқироз (кризис) аралашувини амалга оширишга йўналтирилган психиатр-суицидологнинг шошилишч ёрдамига муҳтож мавжудлигини аниқлаш асосида такомиллаштирилди. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд хулқ-атворини олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар қуйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Навоий вилоят Навбаҳор кўп тармоқли марказий поликлиникаси (01.04.2024 йилдаги 22-сонли буйруқ 06.04.2024 йилдаги 16-сонли буйруғи) ва Бухоро вилоят руҳий асаб касалликлари диспансери (23.04.2024 йилдаги 76-сонли буйруғи) ҳамда

Бухоро вилоят Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси клиник амалиётига татбиқ этилган (20.03.2024 йилдаги 01/105-сонли буйруғи) билан амалиётига жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: соматик касалликларга бўлган ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори тенденциялари бор беморларда юқори эҳтимоли шахснинг аффектив хусусиятлари, сурункали касаллигига ва ногиронликга мослаша олмаган реакция турлари, нозоген руҳий бузилишларнинг борлиги ва даволанишга пассив муносабат омиллари билан инobatга олинди. Таклиф этилган беморга А-В-С схемаси, дисфункционал фикрлар ва уларнинг ҳиссиётлар ҳамда хулқ-атворлар билан боғлиқлиги касалликни узоқ давом этиб кечишини олдини олади, асоратларнинг камайишига ва узоқ муддатли даволаш натижаларини такомиллашишига ёрдам беради. Иқтисодий самарадорлиги: 1 нафар беморни сақлаш харажатларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилди. 2023 йилда вилоят руҳий касалликлар шифохонасида 1 беморга 1 кунлик ётишига 216714 сўм сарфланди. Бирта беморни ой давомида сақлаш учун 6501420 сўм талаб қилинади. Хулоса: навбатдаги суиқасд уринишидан кейин ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик юқори даражада сақланиб, стационар психиатрик ёрдамига 26та бемор муҳтож бўлган. Соматик шифохона шароитида ўз жонига қасд қилиш хавфли реакцияларини енгиллаштириш ва суиқасд тенденцияларини тузатиш ҳам, соматик касалликни даволаш ҳам ойига 169036920 сўм тежаш имконини берди. Илмий янгиликни кенг қўллаш: “Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд хулқ-атворини олдини олиш” Бухоро давлат тиббиёт институти 2024 йил 31 июлдаги 04/6356-сонли хати юборилган илмий инновацияларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича юборилди.

бешинчи илмий янгилик: биринчи ёки такрорий ўз жонига қасд қилишдан кейин соматик касалхонага ётқизилган беморларда суиқасд қилиш уринишларини амалга ошириш хавфи анча юқорилиги, ушбу даврда деярли барча беморларда психопатологик бузилишлар ва юқори ўз жонига қасд

қилишга тайёрлик сақланиб қолиши исботланди. Илмий янгиликнинг аҳамияти: ўз жонига қасд қилишга уринишнинг соматик оқибатларини бартараф этгандан сўнг, қоникарли соматик ҳолат билан беморлар, агар керак бўлса, руҳий касалликлар шифохонасига ўтказилиши мумкин. Психиатрик ёрдам психофармакологик ва психотерапевтик усуллар мажмуаси ёрдамида ўз жонига қасд қилиш реакцияларини тўхтатиш ва ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворини тузатишга ва даволаш натижаларини такомиллаштиришга ёрдам беради. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши: ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд ҳуқ-атворини олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар қуйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Навоий вилоят Навбаҳор кўп тармоқли марказий поликлиникаси (01.04.2024 йилдаги 22-сонли буйруқ 06.04.2024 йилдаги 16-сонли буйруғи) ва Бухоро вилоят руҳий асаб касалликлари диспансери (23.04.2024 йилдаги 76-сонли буйруғи) ҳамда Бухоро вилоят Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси клиник амалиётига тадбиқ этилган (20.03.2024 йилдаги 01/105-сонли буйруғи) билан амалиётга жорий этилган. Ижтимоий самарадорлиги: беморлар суиқасд ҳуқ-атвори сабаблари, мотивлари, ҳаётий вазиятнинг таъсирини аниқлашга ва соматик касалхонада инқироз аралашувини амалга оширишга қаратилган суицидолог ёки психиатрнинг шошилиш ёрдамига муҳтож. Иқтисодий самарадорлиги: 1 нафар беморни сақлаш харажатларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилди. 2023 йилда вилоят руҳий касалликлар шифохонасида 1 беморга 1 кунлик ётишига 216714 сўм сарфланди. Бирта беморни ой давомида сақлаш учун 6501420 сўм талаб қилинади. Хулоса: навбатдаги суиқасд уринишидан кейин ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик юқори даражада сақланиб, стационар психиатрик ёрдамига 26та бемор муҳтож бўлган. Соматик шифохона шароитида ўз жонига қасд қилиш хавфли реакцияларини енгиллаштириш ва суиқасд тенденцияларини тузатиш ҳам, соматик касалликни даволаш ҳам ойига 169036920 сўм тежаш имконини берди.

Илмий янгиликни кенг қўллаш: “Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқлаш ва суиқасд хулқ-атворини олдини олиш” Бухоро давлат тиббиёт институти 2024 йил 31 июлдаги 04/6356-сонли хати юборилган илмий инновацияларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича юборилди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжумаларда, жумладан 4 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 34 та илмий ишлар чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган нашрларда 13 мақола, жумладан, 11 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, олтита боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 217 бетни ташкил этган.

I БОБ.НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СУРУНКАЛИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХУЛҚ-АТВОРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

§1.1. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эпидемиологияси

Жаҳон миқёсида олиб борилган илмий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ўлимнинг етакчи сабабларидан бири инсонларда учрайдиган сурункали соматик касалликлардир. Дунё олимларининг тахминларига кўра, уларнинг жаҳон бўйлаб тарқалиш кенглиги ошиб, ногиронлик кўрсаткичларининг кўпайишига олиб келмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти меҳнат қобилиятини йўқотишни Халқаро таснифида "ногиронлик" тушунчаси ўрнида "иш фаолиятнинг бузилишлари, имкониятни чеклаш атама"си сифатида ишлатади [283]. Манбаларда кўрсатилишича, аҳолининг кексайиши, сурункали касалликлар сонининг кўпайиши, инсон ҳаётини сақлайдиган ва узайтирадиган ютуқлар туфайли меҳнатга лаёқатсизлик жамият ҳаётининг табиий қисмига айланди. Ногиронлик тарқалишини глобал баҳолашга кўра, катталар орасида 16% дан 19% гача ташкил этади, ёш гуруҳларда эса (9-18 ёшдаги шахсларнинг 9%) унинг камроқ тарқалиши кузатилади [19]. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳисоботига кўра, дунёда бир миллиарддан ортиқ ногиронлар мавжуд. Глобал миқёсда кам ва ўрта даромадли мамлакатларда ногиронлик билан яшаш йиллар деярли учдан икки қисмини ташкил қилади.

Ногиронлик концепциясининг мураккаблиги ва керакли маълумотлар сўраладиган мақсадга мос келиши зарурлигига билан боғлиқ унинг соҳаларини сон жиҳатидан баҳолашга турли хил ёндашувлар мавжудлиги изоҳланади. Ногиронликнинг келиб чиқиши турли сабабларга боғлиқ, аммо ҳар қандай ҳолатда ҳам ногиронлик билан боғлиқ касалликлар аҳоли саломатлигининг ёмонлашишига олиб келади. Бу эса, албатта, тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжнинг яна ҳам кўпайишига зарурат туғдиради [19].

Ўзини ўзи ўлдириш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори жамоат саломатлигини жиддий ташвишга солади ва уларнинг хавфли омилларини тушуниш ўз жонига қасд қилишининг олдини олиш стратегияларига ёрдам беради [70; 51-54-б., 75;26-28-б., 76;29-30-б., 117; 50-53-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ижтимоий-демографик ва ижтимоий-иқтисодий хавф омиллари миллий сўровномаларда кенг ўрганилган [1, 2; 18-б., 6; 26-28-б., 154; 139-145-б., 155; 2-7-б., 170, 178; 65-б., 213; 106-б.]. Эрта ўлим дунё бўйлаб 1,4% улуши ўз жонига қасд қилиш ҳисобига тўғри келади. Бу ўлимнинг асосий сабаблари орасида 10-ўринни эгаллайди [20]. Ўз жонига қасд қилиш натижасида ҳар бир ўлим учун йигирма ёки ундан ортиқ ўз жонига қасд қилишга уринишлар мавжуд бўлиб, уларнинг сони сифати паст ҳисобот ва маълумотларнинг етарлича етишмаслиги туфайли жуда кам баҳоланиши мумкин [130; 33-34-б.].

Ўз жонига қасд қилиш - ижтимоий турмуш мураккаб глобал воқеасидир [43; 49-50-б., 65; 68-73-б., 191; 11-б.]. Бу мураккаб психологик фаолият таъсири остида инсон ҳаётини онгли ихтиёрий равишда яқунлаш деб таърифланади [72; 67-б., 73; 105-107-б., 121; 36-37-б.]. Аҳолининг муайян гуруҳлари ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори деб ҳисобланади, масалан, руҳий касаллиги бўлган одамлар ва ўсмирлар [5; 91-б., 80; 86-90-б., 91; 15-17-б., 100; 5-6-б., 109; 52-53-б., 110; 52-55-б., 124; 60-65-б., 135; 84-85-б., 144; 68-60-б., 176; 517-б., 280; 1543-1546-б.]. Сўнгги йилларда тадқиқотчилар инсондаги депрессия ва ўз умрига қасд қилиш ўртасида сезиларли боғлиқлик борлиги ҳақида етарли маълумот тўплашди. Шунга қарамай, депрессия билан касалланган беморларда ўз жонига қасд қилиш даражаси ялпи аҳолига қараганда юқори эканлигини кўрсатади [14; 30-35-б., 78; 5-б., 93;43-47-б., 151; 78-82-б., 272; 10-15-б.]. Депрессия бутун дунёда кенг тарқалган ва заифлаштирувчи касалликдир [28; 3-4-б.]. Ўз ҳаётига қасд қилиш хавфини олдиндан аниқлаш тиббий даволаш амалиётида муҳим жиҳатдир [245; 349-351-б., 261, 263; 88-93-б., 285; 3407-3412-б.]. Афсуски, ваҳима ва депрессия ташхиси қўйилган тақдирдагина беморлар кўпинча суицид кўринишларини

ойдинлаштириш учун назорат қилинади [56; 415-417-б., 164; 123-127-б., 171; 58-63-б., 190; 739-740-б., 267; 916731-б.]. Ўз жонига суиқасд қилиш, асосан, катта депрессия билан оғриган беморларда, кам ҳолларда кичик депрессия билан оғриган беморларда учрайди [16; 19-21-б., 161; 171-175-б., 195, 258; 1093-1094-б.].

Кайфиятида салбий ўзгаришлар бўлган беморларда, қоидадан истесно қилмаган ҳолатда, коморбид соматик белгилар билан боғлиқ касалликлар мавжудлиги ойдинлаштирилди [88; 130-135-б.]. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари катта депрессия ва ўткир соматик касалликларга чалинган беморларнинг тахминан 25 фоизда кузатилган. Депрессив бузилишлар юмшатгандан сўнг, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ҳам камайди. Юқоридаги илмий адабиётларда таъкидланишича, беморларда депрессив бузилишларни аниқлаш ва даволаш ўз жонига суиқасд қилишнинг олдини олишда энг муҳим ҳисобланади [200; 487-494-б., 243; 29-30-б.]. Жаҳонда олиб борилган тадқиқотлар депрессияни кўпинча сурункали касалликларда ҳамроҳ бўлиши исботланган. Масалан, қандли ва қандсиз диабет, ўпканинг обструктив касалликларида кузатиладиган инсонларда коморбид депрессиянинг ривожланиш эҳтимоли ошиб боради [142; 38-40-б., 169; 16-22-б.].

S. Pasi ва унинг ҳамкасблари 2008-2011 йиллар орасида Ҳиндистонда ўз жонига қасд қилган 25 киши орасида хавfli омилларини ўрганишди [251; 933-937-б.]. Улар ўз жонига қасд қилган инсонларнинг қариндошлари билан суҳбатлашдилар ва бошқа қариндошларга нисбатан биринчи даражадаги қариндошлик оила аъзолари орасида соматоформ бузилишларининг юқори бўлишини аниқладилар (25% қарши 18%). Кореянинг эпидемиологик қамров зонасини ўрганишда 6022 иштирокчидан иборат вакиллик намунасида S.Park ва унинг ҳамкасблари турли руҳий касалликлар ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар ўртасидаги боғлиқликни баҳоладилар. Муаллифлар тахминларига кўра, соматоформ бузилиши бўлган инсонлар унинг жисмоний муаммолари ва умидсизлиги билан боғлиқ азоб-уқубатларни енгиллаштириш мақсадида

Ўз жонига қасд қилишга уринишларини амалга оширадilar [249; 477-б.]. N.Kämpfer ва унинг ҳамкасблари соматоформ бузилишлари ташхиси қўйилган 155 амбулатор беморни текшириш орқали соматик аломатлар, уларга тегишли бўлган касалликлар ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганишди [210; 485-491-б.]. Уларнинг намуналаридан 20та бемор (13%) ҳаёти давомида ўз жонига қасд қилишга уринишларни амалга оширган. Анамнезида ўз умрига қасд қилишга уринишлар бўлганлар орасида алекситимия, психологик дистресс, қийинчилик ва ғазабни енгиб ўтиш механизмларининг етишмаслиги ва ожизлиги аниқланган. Муаллифлар соматоформ бузилиши бўлган беморларда ташқи тана аломатларини тасвирлашга ўрганиб қолган, шу билан бирга ички жараёнларни аниқлашда тажрибасиз бўлишларини тахмин қилишган. Натижада, хавотир қилувчи ҳиссиётлар аниқланмайди ва тўғри етказилмайди, ғазаб эса ўзини янада кучлироқ намоён қилади.

Баъзи тадқиқотчилар маълум соматик касалликларда ўз жонига қасд қилишга уринишларни ўрганган. Уларнинг тадқиқотлари сурункали касаллик аломатлари ва улар билан боғлиқ касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва суиқасд қилишга уриниш хавфи ортганлигини тасдиқлайди [10-11-б., 67; 239; 562-б.].

ЖССТ ҳисоботида [284] хавфли ўсмаларда сурункали асоратни ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори учун муҳим хавф омили сифатида эслатиб ўтади. Бу беморларда ожизликни келтириб чиқариши ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфини ошириши мумкин. Бундан ташқари, ижтимоий вазияти, депрессив аломатлар, хавф омиллари ҳисобга олинса, сурункали танадаги асорат суиқасд фикрларининг мустақил даракчилари эканлиги исботланган [90; 14-16-б., 202; 54-60-б.,]. Оғир ҳолатларда, агар даволаниш самарасиз бўлса, ўз жонига қасд қилиш оғриқдан халос бўлиш вариантларидан бири бўлиши мумкин. Бироқ кўплаб Европа олимлари сурункали жисмоний оғриқни ҳисобга олмаган ҳолда, фақатгина рухий

касалликлар учун ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш режасини ишлаб чиқдилар [165].

Коморбид соматик аломатлар ва улар билан боғлиқ бузилишлар янада касалликнинг оғир юкини яратади. Бундай ҳолда, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари иккита мустақил хавф омилининг қўшимча таъсири бўлиши мумкин: бир вақтнинг ўзида мавжуд бўлган соматик симптомлар ва аффектив бузилишлардир [122; 309-312-б.]. Агар соматик касалликлар аллақачон "хавф гуруҳига" тегишли бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини оширса, унда бу ҳолатлар ўз жонига қасд қилиш хавфининг мустақил омиллари сифатида кўриб чиқирилиши керак.

Шу билан бирга, соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолайдиган тадқиқотлар етарли эмас. Сурункали касалликлар ва улар билан боғлиқ бўлган руҳий бузилишлар бўйича сўнгги илмий тадқиқот касаллик ташхислари, бемор билан ўзаро мулоқот ўрнатиш, келиб чиқишига баҳо бериш ҳамда даволанишга қаратилган [163; 503-505-б., 197; 105-110-б., 201; 15-17-б., 234; 289-291-б., 253, 259; 1210-б.]. Уларнинг фақат ярми ўз жонига қасд қилиш фикрлари скринингига мурожаат қилади [179; 1049-1050-б., 278; 2272-2279-б.] ва ҳеч ким ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолашни муҳокама қилмайди. Шу билан бирга, соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз ҳаётига қасд қилиш хавфи жами аҳолига қараганда юқори нисбатда эканлиги аниқланди [277; 110290-110294-б.].

§1.2. Сурункали касалликлар ва ногиронликнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришда аҳамияти

Сурункали касаллик ўз ҳаётига суиқасд қилиш хатти-ҳаракатларига ундайдиган омиллар қуйидагича таъсир қилиши аниқланди:

- 1) руҳий хасталикнинг бошланишига ёки авж олишига аксарият ҳолларда сурункали касалликнинг ўзи олиб келади (масалан, хавфли

саратондан кейинги депрессия) [95; 17-18-б., 235; 1525-1530-б., 275; 30462-30464-б.];

2) соматик касалликнинг ўзи органик руҳий бузилишларни келиб чиқишига асос бўлади (масалан, васваса иллюзияси) [129; 18-б.];

3) беморнинг даволанишдан бош тортиши ўз жонига қасд қилишга олиб келади [126; 70-75-б., 230; 51-55-б.].

Айни вақтда тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, биринчи сабаб энг кенг тарқалган. Соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилишнинг аксарияти руҳий касалликлар, биринчи навбатда депрессия ёки алкоголизм билан боғлиқ [29; 53-55-б., 114; 5-6-б., 162; 473-478-б.]. Стресс факторлари инсонларни ўз жонига қасд қилишга уриниши ва унга мойиллик туғдирувчи кучли хавотир, депрессив аломатларҳамда ўз жонига қасд қилиш фикрлари ноадекват реакцияларгаолиб келиши мумкин [52; 42-б., 55; 239-240-б.]. Хорижий манбаларда, қайд этилишича руҳий касалликларнинг равшан намоён бўлиши деярли сомотоген касалликнинг мураккаблиги билан боғлиқ эмас. Яна таъкидлаб айтиш мумкинки, ўз ҳаётига қасд қилишга уринишлар бемордаги руҳий ҳолатнинг реал борлиқ мушкуллигини акс эттира олмайди. Бу эса руҳий кечинмалар жараёнларида воқелик беморнинг шахсиятига хос ушбу ҳолатга муносабатлар иштирок этади [101; 174; 127-б; 187-190-б.].

Юқоридаги илмий тадқиқотлардан ташқари, дистресс иммунологик жараёнларга путур етказди, бу эса даволанишга салбийтаъсир кўрсатади. Оқибатда, қўшимча руҳий жароҳатларга ва унинг натижасида ўз-ўзига суиқасд ҳолатларига уринишини келтириб чиқариши мумкин [141; 65-67-б.]. Терминал босқичли соматик патологияси бўлган беморларнинг ўз жонига қасд қилиши кам ҳолларда руҳий бузилишлар билан боғлиқ [269; 714-718-б.].

Ўз жонига қасд қилиш даражаси юқори бўлган сурункали соматик касалликлар орасида, биринчи навбатда, саратон [159; 495-500-б.], ошқозон яраси [87; 80-82-б.], бош жароҳати, Гентингтон хорейси ва орқа мия шикастланишилари мавжуд [225; 1395-1410-б.]. Шу билан бир қаторда,

беморлардаги инфекцион касалликлар билан боғлиқликдаги ҳиссий бузилишлар, орқа мия шикастланишида беморларнинг кўкқис ҳаракати ва ўз-ўзига путур етказувчи хусусиятлари билан боғлиқ. Қизиғи шундаки, саратон касаллигида ўз жонига қасд қилиш хавфи касалликнинг оғирлиги кучайиши билан ортади, аммо орқа мия шикастланган беморларда ўз жонига қасд қилишнинг юқори даражаси кўпинча орқа мия қисман бузилишида кузатилди. Қисман шикастланиш ўз-ўзидан беморнинг мослашувига тўлиқ жароҳатдан кўра кўпроқ таъсир қилиши мумкинлиги ҳисобланган. Бош жароҳати ва ўз жонига қасд қилиш ўртасидаги муносабатлар когнитив дисфункция, шахс ўзгариши ва спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш билан боғлиқ [131; 171-173-б.].

Бугунги кунга қадар мавжуд бўлган маълумотлар ўз жонига қасд қилиш ва бир қатор касалликлар, шу жумладан инсулт [39; 98-б], ОИТВ/ОИТС [79; 4-5-б], сурункали буйрак касаллигининг охирги босқичи [173; 528-б.] ва тарқоқ склероз [254; 411-412-б.] ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади. Адабиёт шарҳларини кўриб чиқиш шуни кўрсатадики, ўз жонига қасд қилишнинг энг юқори кўрсаткичлари тадқиқот ўтказилган тарқоқ склерозли инсонлар гуруҳлари орасида, сўнгра орқа мия шикастланиши бўлган инсонлар ва кейин ақлий заиф одамлар орасида қайд этилган [31; 74-78-б.].

Бошқа тадқиқотлар натижалари [24; 18-20-б.] ўз жонига қасд қилиш ва кучли оғриқ ёки мажруҳлик билан кечадиган мушкул, узоқ давом этувчи соматик касалликнинг охирги босқичи ўртасидаги узвийликни кўрсатади. Муаллифлар фикрларича, беморлар ўз жонига қасд қилиш ёлғизлик, фаолият бузилишлари, молиявий эркинликни ва ҳаёт истиқболлари йўқотиш туфайли амалга оширади [8; 407-б., 69; 74-75-б.]. Гарчи бир қатор тадқиқотлар ёмон жисмоний соғлиқ ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар ҳалокатли ёки ўлим натижа билан ўртасидаги боғлиқлик борлигини англатган аммо, кейинчалик ҳаёти давомида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ҳаммада ҳам бундай боғланиш билан намоён бўлмайди [231; 4720-4724-б.]. Қандай қилиб

жисмоний касаллик баъзи кекса одамларда ўз жонига қасд қилиш хавфини ошириши мумкинлиги, бошқаларда эса эмаслиги номаълум бўлиб қолмоқда.

Ўз жонига суиқасд қилишнинг асосий сабабларидан бири инсон ҳаётидаги оғир салбий шароитлар таъсири остида кундалик фаолият ваҳаёт сифатининг ёмонлашиши, шахснинг жамият ва яқинларидан яккаланиб қолишидир. Шунинг учун соматик жиҳатдан касалланган беморларда суицид қилишга уринишни эҳтимоллик билан жисмоний сиҳатсизлик туфайли деб ҳисоблашади [84; 48-б., 274; 9549-9553-б.]. Тадқиқотлар натижалари [81; 167-169-б., 98; 145-149-б.], меҳнат қобилятини батамом йўқотиши, оиладаги руҳий жароҳат, касалликка ҳаддан ташқари ҳиссий реакция, қийинчиликларга чидамлилиқнинг сустлиги, беморнинг даволаниш тўғрисида қарор қабул қилишга тайёрсизлиги ўз жонига қасд қилиш хавфи билан боғлиқлигини кўрсатади. Шу каби, инсонлар касалликларидан жуда кўрқишади шу саббали дарҳол тушкунликка тушиб, кўпинча шифохона ходимлари билан муносабатларини мураккаблаштиришади. Бундай ҳолат иш жараёнида муассаса ходимларининг доимий қўллаб-қуватлашни тезда қийинлаштиради. Бундай беморларнинг барча ўз жонига қасд қилишга уринишлари кўзғалувчан, ғазабланган бўлиб, руҳий ёрдамни йўқотиш сабабидан келиб чиққан. Ақл-идроқка асосланган ҳолат ўз жонига қасд қилиш соматик касалликларга чалинган беморларда камдан-кам учраган.

Ҳозирча соматик профилга эга стационар беморларда ўз жонига қасд қилиш фикрларига тегишли илмий тадқиқотлар жуда кам [187; 42-49-б., 207; 1604-б.]. Жиддий тиббий касалликлар бошқа ҳар қандай стрессорга нисбатан инсонни ўз ўлими ҳақида чуқур ўйлашга мажбур қилади [193; 2343-2346-б.]. Бевосита, соматик касаллик азияти инсонларда ўзига зарар етказиш ҳақидаги ғоялари ўзини ўлдириш даражаси ошишини юқори эҳтимол билан кутиш мумкин. Шу билан бирга, соматик касалликларнинг полиморбид кечиши депрессияни суиқасл тенденциялари учун хавф омиллари остида кўриш даволашда қийинчиликни юзага келтиради [148; 47; 31-33-б., 1166-1170-б.]. Агарда экстраген касалликлар билан азият чеккаётган беморларда кайфият

тушиши суицидга кўпроқ мойилликка замин яратиб берса-да, ўз ўрнида депрессия ўз жонига қасд қилиш ниятлари ёки уринишлари ўртасидаги боғлиқликни намоён қилади [160; 1106-1112-б., 175; 33-б., 185; 3052-3058-б.]. Хорижий тадқиқотларида келтирилишича, яъни соматик касалликлар туфайли беморларнинг тушқунликка тушиши ўз жонига суиқасд қилишга интилиш учун ягона хавф-хатар омилини кўрсатиши мумкин. Депрессив бузилишлардан ҳисобга олгандан кейин умумий касалликлар ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини тушуниш муҳимдир [212; 900-906-б.].

Бу таҳлиллардан кўринадикки, соматик касалликларнинг суицидоген таъсири депрессив бузилишлар ёки алкоголь истеъмоли таъсири натижасида эканлигини тўлиқ очиқ беришнинг имконияти йўқлиги билдиради. Бундан келиб чиққан ҳолда соматик касалликнинг мавжудлиги билан суиқасдфоялари ҳам, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ҳам боғлиқлиги кўрсатган ва бирта касалликдан бир нечта касалликларнинг мавжудлиги алоҳида суицидоген хавфни туғдирган. Эҳтимол, соматик касалликлар ногиронлик, ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг бузилиши каби бошқа оралик омилларнинг билвосита намоён бўлишидир. Бу эса, ўз навбатида, инсоннинг ҳаётдан ҳафсаласи пир бўлишига олиб келиши мумкин. Психологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, умумий тиббий бузилишнинг мавжудлиги тугалланган ўз жонига қасд қилишнинг кучли хабарчиси ҳисобланади [106; 37-38-б.] ва бир нечта тадқиқотлар маълум касалликларга чалинган инсонларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг юқори кўрсаткичларини аниқлади [264; 972-977-б.]. Жаҳон илмий манбаларида кўрсатилган муайян ички касалликлар, ўз жонига қасд қилиш кўринишлари билан боғлиқ бўлган жараёнларни яқоллоқ аниқлаш учун кенг қўламли суиқасд хавфини янада ўрганиш зарурлиги талаб қилади.

Тадқиқотларнинг аксарияти хавфли ўсмалар бўлган беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ўрганишга бағишланган [220; 1852-1857-б., 250; 222-228-б., 257; 231-236-б., 262; 213-218-б., 266; 1002-1006-б., 271;

206-209-б.]. Саратон Америка Қўшма Штатларида ўлимнинг иккинчи асосий сабабидир [174; 107-110-б., 291; 207-б.]. 2020 йилда 19,3 млн саратоннинг янги ҳоллари ва 10 млн саратон касаллигидан улим кузатилган [273]. Хавфли ўсмаларнинг жойига қараб, саратон оғриқ, хунук қилиб қўйиш ва ўлим хавфи билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзи тадқиқотчилар бронхлар, ошқозон ва ҳалқум-томоқ саратонида суицид хавфи деярли икки баробар ортишини изоҳлаб ўтадилар [268; 7-8-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хавфи Капоши саркомаси, ошқозон ости беzi, ўпка, кизилўнгач, бош ва бўйин ёки йўғон ичак ўсмаси учун ҳам юқори [265; 513-517-б.], аммо кўкрак беzi ёки простата саратони ташхиси эса ўз жонига қасд қилиш хавфини оширмайди.

Таъкидланишича, ўз жонига қасд қилиш хавфи ижтимоий-демографик гуруҳнинг хусусиятларига боғлиқ бўлмаган ҳолда, кеч босқичли саратон ташхиси қўйилгандан кейинги дастлабки 6-12 ой ичида энг юқори ҳисобланади [219; 601-606-б.].

Асорат берган хавфли ўсма беморларга ижтимоий ва руҳий вазиятлар кўплаб даражада таъсирга эгадир. Шу жумладан, турли хил даволаш усуллари ва омилларнинг аксарияти ўз жонига қасд қилиш нуфузи билан боғлиқликни кўрсатади. Бундан ташқари, тахлиллар шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш поғонаси ўсма касаллигининг жойлашиши, дастлабки ташхисдан кейин ўтган вақт, бошқа демографик ва биологик омиллар каби ҳодисаларга боғлиқ [233; 4731-4736-б.].

Ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолашга бағишланган йирик тадқиқотлардан бири [264; 972-976-б.] саратон ташхиси қўйилгандан сўнг биринчи 5 йил давомида аёллар ва оқ танли эркеклар орасида депрессия кўрсаткичи юқорилигини кўрсатди.

АҚШ аҳолисини ўрганиш тадқиқот натижалари Ғарбий Европа аҳолисини ўрганиш тадқиқот натижаларига мос келади. Шундай қилиб, Дания мамлакатада ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, эркекларда ҳам, аёлларда ҳам саратон ташхиси ўз жонига қасд қилиш учун хавфли омилдир. Ҳамда ушбу тадқиқот шуни кўрсатдики, 50 ёшдан ошган беморларда

метастатик ўсимта ташхиси ўз жонига қасд қилишнингэнг юқори хавфи билан боғлиқ [290; 995-1000-б.]. Японияда ўтказилган катта когорт тадқиқоти шуни кўрсатдики, яқинда саратон ташхиси қўйилган беморларда саратон ташхиси қўйилмаган беморларга нисбатан ўз жонига қасд қилиш хавфи жуда юқори бўлиб, тахминан 24 баробарга ошган [287; 1034-1039-б.]. Бошқа томондан, Жанубий Корея аҳолисини ўрганиш таҳлиллари шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш фикрлаш хавфи паст бўлган ва саратон билан асоратланган беморлар депрессия тарқалганлиги билан умумий аҳолидан фарқ қилмаган [189; 3165-3170-б.].

Депрессия онкологик касалликларида ўз жонига қасд қилишнинг асосий сабаби ҳисобланади. Саратон касаллигида депрессия ва хавотир кўплаб омилларнинг натижасидир [30; 19-б., 172; 3884-3890-б., 222; 343-349-б., 288; 1099-1103-б.]. Буларга анамнезида доимий чекишга мойиллик бўлган беморларда қандайдир айбдорлик ҳисси, бош, бўйин-ҳалқумҳамда кўкрак беzi ўсмаси билан боғлиқ ташқи қиёфасидаги нуқсон билан оғриган беморларда зарурати намоён бўлади [112; 113; 24-29-б., 14-16-б.]. Депрессия мустақил равишда саратон касалларининг ўз жонига қасд қилиши билан боғлиқ, айниқса, қарилик ёшида [46; 106-108-б.]. Бироқ, депрессияни даволаш беморнинг омон қолишига таъсири мунозарали бўлиб қолмоқда. Яқинда ўтказилган тадқиқотлар саратон касаллигида депрессияни даволаш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти деган хулосага келган. Аммо бу омон қолиш ёки ўз умрига қасд қилиш хавфини камайтиришни исботламайди [236; 321-326-б.]. Илмий манбалар, кўрсатадики, беморларга саратон ташхиси қўйилгандан сўнг, улардаги тушкун, ғамгин кайфият билан бирга суиқасд хулқи кенг қамровли муҳокама қилинган. Натижалар шифохонада даволанувчиларнинг яшаб қолиш рўй бериш имконияти амалга ошишини, ҳамда уларнинг ўз жонига қасд қилиш хавфини камайтириши мумкинлигини исботлади [166; 573-578-б., 167; 416-420-б., 188; 113-118-б., 196; 58-60-б.].

Депрессиядан ташқари, саратон ташхисидан кейин тиббий ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ стресс ҳолати ўз жонига қасд қилиш учун хавф

омили сифатида қайд этилган. Саратон касаллигида ўз жонига қасд қилиш хавфи билан боғлиқ бўлган бошқа омилларга касаллик ташхиси ва оқибатини тушунишига таъсир қилувчи беморларнинг маълумот даражаси киради [58; 145-147-б.].

Психологик омиллар ўз жонига қасд қилиш учун айниқса муҳим хавфли омилдир [223; 134-139-б.]. Беморларни ўз ҳаётига қасд қилиш хавфини камайтириш учун, мелонхолия ташхиси қўйилган беморларга рационал психотерапевтик ёрдам кўрсатиш зарурлигини англатади. Бу эса даво чораларини қўллаш, ҳаёт сифатини яхшилаш, қариндош ва атрофдагилар ўртасидаги муносабатларни тиклаш муҳим аҳамият касб этишини кўрсатади [145-147-б., 180;223; 134-139-б., 281; 109-110-б., 286; 23-30-б.].

Саратон касалларини ижтимоий қўллаб-қувватлаш ўз жонига қасд қилишнинг олдини олишда муҳим рол ўйнайди [205, 289; 728-734-б.]. Таъкидланишича, ажрашган беморлар ўз жонига қасд қилиш юқори хавфини чекланган ижтимоий қўллаб-қувватлаш билан изоҳлаш мумкин. Қўллаб-қувватлашнинг энг самарали шакллари тенгдошлар, шериклар томонидан қўллаб-қувватлаш ва бирга-бир профессионал ёрдам ҳисобланади [224]. Хавфли ўсмалар билан асоратланган беморларнинг ҳаёти, даволаш фойдали бўлишини, оқибатларини олдиндан тушуниб етиш, уларга кўмаклашиш, атрофдагилар билан муносабатларни сақлаб туриш суиқасд юзага келишни етарлича камайтиради. Саратоннинг айрим турлари (масалан, кўкрак беи саратони)га чалинган беморларни қўллаб-қувватлаш дастурларини татбиқ этилди. Буни амалда кенг қўллаш ўз жонига қасд қилиш хавфини камайтиришга кўмаклашган бўлиши мумкин. Бу беморлар ўз касаллик оқибатини кўпроқ билишади, ижтимоий стигмани камайтиришга мойил ва даволаниш нархидан камроқ хавотирланишади [282; 8115-б.].

Ўз жонига қасд қилиш хавфи саратоннинг бир туридан бошқасига сезиларли даражада фарқ қилишини тушунтириши мумкин бўлган яна бир омил - бу беморларнинг ташхисни қандай енгизишидир. Бир неча тадқиқотлар

шунини кўрсатдики, турли хил саратон кўринишлари билан оғриган беморлар омон қолишнинг турли усулларидан фойдаланадилар. Улардан баъзилари беморларга ўз жонига қасд қилиш хавфини камайтиришга ёрдам берадиган соғлом механизмлардир, бошқа турлари эса зарарли бўлиб, беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини оширади. Кўкрак беги саратони билан оғриган беморлар орасида бир қанча тадқиқотлар ўтказилган. Ушбу тадқиқотлар шунини кўрсатдики, яхши натижалар кўрсатиши жисмоний ва ижтимоий фаолиятда иштирок этгани ва ўз таъхисини ҳаққоний қабул қилиш билан боғлиқ бўлган [145; 18-23-б., 146; 27-30-б.]. Аксинча, ноқулай саратон прогнозида беморлар омон қолишнинг турли усулларидан фойдаланишлари мумкин. С. Taylor et al. [276; 243-248-б.] изланишлари йўғон ичак метастатик саратони билан оғриган беморлар яна ҳам эҳтиёткор эканликларини, касалликнинг натижасига имкон излашларини ва тиббий қарорлар қабул қилишда иштирок этишларини аниқладилар. F. Hansen ва бошқалар [198; 217-223-б.] ўпка саратони билан оғриган беморларнинг натижаларини ўрганиб чиқди ва саратон таъхисидаги стрессни енга олмаган беморлар учун ёмонроқ натижаларни олди. Хавфли ўсма билан асоратланган беморлар ўз таъхисини яхши қабул қилмайдилар ва асоратини ўтказиб юборилган босқичида таъхис қўйиш салбий башоратлашга олиб келадиган пассив копинг-механизмлари хавфини оширади.

Ревматоид артрит сурункали касаллик бўлиб, кўплаб беморларда бутун ҳаётлари давомида ваҳима ва депрессия билан бирга кечади [63; 54-55-б.]. Олимлар изланишларидан аён бўлдики, бириктирувчи тўқималарнинг зарарланиши беморларда ҳаёт тарзи, ваҳима, тушқун кайфият, касаллик авж олиши ва ўз жонига суиқасд қилиш ғоялари бир-бири билан мутаносиблигини тасдиқлашди. Мунтазам ҳамроҳ бўлган таъвиш ва депрессия ҳолати ўз жонига қасд қилишга ва ҳаёт кўрсаткичининг ёмонлашишига олиб келиши, шунингдек, ревматоид артрит яхшиланиш эҳтимолини мураккаблаштириши мумкин [71; 4-5-б.]. Ушбу муаллиф маълумотларига кўра, системали аутоиммун касаллигида ўз жонига суиқасд

қилиш фикрлари кўп учрайди ва гипотимия аломатлар, салбий ҳаётий воқеалар ҳамда, умрига суиқасд қилишга уриниш қилган беморларда намоён бўлади. Мослашув муаммолари, руҳий тушкунликни енгиб ўтишнинг ёмонлиги, касалликнинг яхши оқибат билан тугашига ишонмаслик, тизимли қизил югурук билан оғриган беморларда кайфият бузилиши ва хавотирга кўшимча равишда мойил қилиши мумкин. Мелонхолия Либман–Сакс касаллиги руҳий жароҳатни кучайтириш билан бир вақтда, касалларни даволаниш тартибига амал қилишларини камайтиради. Бунинг оқибатида ҳаёт тарзи кўрсаткичларини ва иш қобилиятини сезиларли пасайишига олиб келади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг ўлим статистикасига кўра, тизимли қизил югурук билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш даражаси умумий аҳоли учун кутилганидан 4-5 баравар юқори бўлган [284].

Астма ва бошқа ўпка касалликлари ҳам сурункали ногиронлик, ҳам ўткир, ҳаёт учун хавфли касалликнинг зўрайиши билан тавсифланади [13; 52-54-б.]. Ушбу касалликларда кузатилган белгилар ўз жонига қасд қилиш хавфли саросима бузилишига ўхшайди.

Дунё бўйлаб ўлим ва ногиронликнинг асосий сабаби бўлган сил касаллиги 2019 йилда 10 миллион янги ҳолатлардан тахминан 1,2 миллион инсонларнинг ўлишига зомин бўлди [22]. Сил касаллигидан ўлим кўрсаткичлари ОИТВ/ОИТСга нисбатан деярли 2 баравар юқори бўлади. Суяк сили касаллигининг асорати адабиётларда кенг ёритилган бўлса-да, у билан боғлиқ ишга яроқсизликнинг тарқалиши баҳоланмаган.

Изланишлар манбаларда келтирилишича, ўпка сили касаллик жараёни ёки даволаш билан боғлиқ ножўя таъсирлар натижасида меҳнат қобилиятини доимий йўқолишига олиб келиши мумкин. COVID-19 пандемияси туфайли сил касаллигининг кўрсаткичлари юқори бўлган мамлакатларда тиббий хизматлар кўрсатишдаги узилишлар сил касаллиги билан боғлиқ касалланиш, ногиронлик ваўлимни ошириши мумкин [123, 147,; 229-56-б.].

Сил касаллиги билан боғлиқ жисмоний нуқсонлар тананинг зарарланган жойига қараб фарқ қилади. Масалан, анамнезида ўпка

туберкулёзи бўлган инсонлар бир катор узоқ муддатли респиратор асоратлардан қийналиши мумкин. Умurtқа туберкулези умurtқа деформацияси ва асаб тузилишларининг шикастланиши туфайли парализ ёки квадрипарезга олиб келиши мумкин, улар эса кўпинча турғун жисмоний ногиронлик қолдиради [215; 1858-1865-б.].

Сил касаллиги бўлган беморларнинг учдан бир қисми психологик ҳолатидаги ўзгариш натижасида психологик ёрдамга муҳтож, беморларнинг 10%да эса субдепрессив ҳолатлар пайдо бўлиб, психотерапевтик аралашувни талаб қилади [4; 52-55-б., 149; 20-б.]. Психоген реакциялар кўпинча депрессия ва хавотирлик, ёпишқоқ иккиланиш, ўлимдан қўрқув ёки истерик бузилишлар билан тавсифланади [120; 83-87-б.]. Сил касаллигининг бутун дунёда тарқалганлигига қарамасдан, унинг руҳий асоратлари, жумладан ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори, ҳақида фақатгина бир неча илмий тадқиқотлар мавжуд [104; 602-604-б., 105; 30-45-б.].

Қандли диабет - кенг тарқалган касалликдир [10; 21-б.]. Унинг асоратлар қаторида юрак-қон томир тизими томонидан бузилишлар, нефропатия, ретинопатия, жигар фибрози кўрсатилган [62; 25-30-б., 115; 15-24-б., 132; 93-94-б.]. Илмий изланишлар қанд касаллиги билан боғлиқ ҳиссий бузилишлар, қайғули кайфият ва хавотирлик, ўртасидаги кўп томонлама ёқлама даврийлик борлигини аниқладилар [184; 305-310-б., 217; 587-590-б., 256; 90-95-б.].

Кореяда катта ёшли аҳолиси ўртасида ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, буйрак етишмовчилиги маълум бир қисми асосан ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва уринишлари хавфи билан боғлиқ. Бу мамлакатда, руҳий бузилишларнинг тарқалиши сурункали буйрак етишмовчилиги касаллиги билан оғриган беморларда аҳолисига қараганда анча юқори бўлиб, улар бошқа касалликларга нисбатан кўпинча хавотир ва депрессияни юқори даражада бошдан ўтказишади [173; 528-б.]. Кореяда узоқ муддатли давом этган текширувлар натижасидан маълум бўлдики, шифокорлар томонидан тасдиқланган ташхисни касаллар инкор этишди. Бу эса ҳолатга тўғри баҳо

бермаслик касалликнинг дастлабки босқичларида тасвирланган бўлса-да, касалликнинг кейинги босқичларида ҳам бу кўриниш давом этди. Сурункали буйрак касаллигининг сўнгги босқичи бўлган беморларни ўрганишда вазиятни енгишга уринишлар, ўз касаллигини рад этиш ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари ўртасида боғлиқлик аниқланди. Диализ пайтида стрессни енгиб ўтиш стратегиясининг етишмаслиги [168; 128-132-б.] ва кальцифилаксия пайтида оғриқлар беморларни ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ўз жонига қасд қилиш уринишларига йўналтириши мумкин. Бундан ташқари, илгари ўтказилган тадқиқотлардан маълумки, диализ пайтида буйрак етишмовчилиги ўз жонига қасд қилиш учун хавф омилдир [255; 85-88-б.]. Сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда даволанишга риоя қилмаслик ёки процедуралардан бош тортиш жароҳат етказиш ҳаракати деб ҳисобланиши мумкинлигини баҳолашда тадқиқотчилар ўртасида қарама- қаршилиқни келтириб чиқарди [209; 868-872-б.]. Бундай беморлар даволаниш режимида қатъий риоя қилмайдилар. Шу туфайли суиқасд кўрсаткич баъзан 73% дан ошади. Аслида бу ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини фарқлаш қийинлигини таъкидлайди [226; 198-202-б.].

Деярли барча сурункали жигар касалликларининг якуний босқичи цирроз бўлиб, ҳаёт учун хавфли бўлган бир қатор асоратлар (асцит, варикоз томирларидан қон кетиши, спонтан бактериал перитонит, жигар энцефалопатияси ва гепаторенал синдром)ни келтириб чиқариши аниқланди.

Жигар циррозининг прогрессив ҳолати шифохонага ётқизишнинг юқори частотаси олиб келиб, интенсив дори-дармонларни қабул қилишга, молиявий қийинчиликнинг ошишига, тез-тез инвазив процедуралар эҳтиёжига, тана қиёфасининг ўзгаришига, касалланиш ва ўлимнинг ошишига олиб келади. Юқоридаги омиллар депрессия ортиб бориши ва суиқасд хулқ-атворининг шаклланишини осонлаштирувчи жисмоний ва руҳий жароҳатга олиб келади [18; 129-б.]. Жигар циррози билан касалланган беморларда ўтказилган аксарият тадқиқотлар натижасида кўрсатилишича, руҳий стресс клиник аҳамиятга эга. уларнинг фикрига кўра, жигар циррози билан оғриган

хар тўртинчи беморнинг бирида солиштириш гуруҳига нисбатан енгил ва катта мелонхолия, текширувда иштирок этганларнинг деярли кўпида ўртача ёки юқори даражадаги ваҳима кўринишлари учрайди. Шу миқёсда рухий жароҳат туфайли депрессияни кечиш мушкуллиги жигар касаллигининг асорати билан боғлиқдир [12; 127-128-б.].

Юрак етишмовчилиги ва миокард инфаркти ўз жонига қасд қилиш хавфи билан боғлиқлиги ҳақида қарама-қарши маълумотлар олинган. Юрак етишмовчилиги, миокард инфаркти ва ўткир коронар синдром ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқлик борлигини аниқлашди [32; 607-608-б.]. Бироқ, гипертония касаллигининг оғирлик даражаси ва ўз жонига қасд қилишнинг ўртасидаги боғлиқлик ҳақида ишончли далиллар йўқ. Бундай беморларнинг шифохонага ётқизилиши кўпинча ўз жонига қасд юқори хавфи билан боғлиқ бўлса-да, 15-20% беморларда ҳамроҳ бўлган депрессияни ҳисобга олган ҳолда гипертония касаллигининг оғирлигини сохта-миқдорий баҳолаш деб ҳисоблаш мумкин [25; 82-84-б.]. Эҳтимол, депрессия, ўтиб кетувчи аффектив бузилишлар ёинки, бошқа рухий бузилишлар медиатор триггер кўринишида ҳаракат қилиши мумкин [68; 50-51-б.]. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар билан тугалланган юрак етишмовчилиги касалликлари инсонларнинг кўп қисмида тушкун кайфият мавжудлиги билан ўз тасдиғини топган. Такрорий инсулт, депрессив симптомлар ва ногиронликнинг оғир даражаси ўз жонига қасд қилиш ғоялари билан боғлиқлигини кўрсатди [153; 498-504-б.].

Бир нечта касалликларга чалинган беморлар ўз жонига қасд қилиш юқори хавфи гуруҳлари ҳисобланади, уларга скрининг тадқиқотларини ўтказишда алоҳида эътибор берилиши керак [271; 517-522-б.]. Ушбу беморлар депрессия ёки бошқа рухий бузилишларнинг мезонларига тўлиқ жавоб бермаса ҳам, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи остида бўлиши мумкин. Бўйлама тадқиқотлар шуни кўрсатадики, тушкунлик ҳолати хавфли омил ҳам, соматик касалликларнинг натижаси ҳам бўлиши мумкин [44; 5-6-б., 61; 39-40-б.].

Ногиронликка олиб келадиган касалликларда имконияти чекланган инсонларнинг ўз жонига қасд қилиш таъсирига деярли эътибор берилмаган. Олимлар керакли маълумотларнинг камлигини одатий ҳаракатларни бажаришдаги қийинчилик ва фаолиятни чеклаш оқибатида юзага келадиган стресс даражаси ҳамда ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори билан боғлиқ хавфни оширади. Бошқа кўплаб ижтимоий, руҳий ва ҳаётий факторлар ўртасидаги мувофиқлик мавжуд эмаслигини айтиб ўтадилар.

Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ва ўз жонига қасд қилиш фикрларининг тарқалиши ногирон бўлмаган инсонларга нисбатан ногиронларда юқори бўлган [211; 56-60-б.]. Сурункали касаллик туфайли ногирон беморлар орасида суицид ҳолатлар 22% аниқланган бўлса, аксариятида 82% ўз жонига қасд қилиш фикрлари қайд қилинган [227; 1-8-б.]. Инсон ўзига паст баҳо бериши, қайғу аломатлар, руҳий ҳолатини асорат кўринишдаги белгилари, жисмоний қобилятини йўқотиш билан ҳаётига қасд қилиш ҳаракати ўртасида кучли боғлиқлиги топилган [199; 436-б.]. Ўтказилган тажрибалар соматик касалликлар, жисмоний нуқсонлар ҳам депрессия билан узвий боғлиқлигини барча тадқиқотлар кўрсатди [9; 21-24-б., 11; 46-49-б., 82; 25-30-б.]. Тушкунликнинг чуқурлашиши ўлим сабаби эҳтимолини ошириши ҳақида ишончли далиллар бўлса-да, тушкун кайфият аломатлари меҳнатга лаёқатсизликнинг ривожланишига бевосита омил бўлиши мумкин [3; 41-б.]. Меҳнат қобилятини пасайиши ва ҳиссий бузилиш ўртасида ўзаро боғлиқ бордек кўринсада, уларнинг келиб чиқишида ягона мураккаб омиллар мавжуддир. Жаҳон адабиётларда бошқа сабаблар ҳам борлиги инкор этилмаган [50; 352-б.]. Шу билан бирга, ногиронлик депрессиянинг билвосита таъсири билан ўз жонига қасд қилишга уриниш эҳтимолига бевосита таъсир қилиши мумкинлиги кўрсатилган.

Ногиронликни депрессия ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар билан боғлайдиган кўплаб бошқа потенциал ўзгарувчан кўрсаткичлар мавжуд. Шу қаторда, меҳнатга лаёқатсизлик ёки гипотимия стигмаси асосий рол ўйнаши

мумкин [244; 779-783-б.]. Изтиробга олиб келувчи кўрқув, тушкун кайфият бузилишлар билан биргаликда меҳнатга лаёқатсизлиги бўлган инсонлар, одатда, психиатрик беморларга нисбатан кўпроқ ҳар қандай хусусият асосида турлича муносабатда бўлиш ва салбий ҳолатга дуч келади.

Ногиронлик ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар ўртасидаги ёлғизликнинг воситачилик таъсири ўз жонига қасд қилишга мойил кекса одамларда ўрганилган [77; 3-6-б.]. Ушбу одамлар ижтимоий изоляция, ёлғизлик ва депрессиядан азият чекаётган бева аёллар сифатида тасвирланган.

Бошқа муаллифлар маълумотларига кўра, агар функционал чеклов кўшилмаса, сурункали соматик ҳолатлар ўз жонига қасд қилишни тугатишнинг прогностик омили бўлмас эди [211; 56-60-б.]. Касаллик ёки бузилишлар эмас, айнан ногиронлик ўз жонига қасд қилиш уринишлари билан асосий корреляциянинг мавжудлигини назарда тутилган. Америкалик фахрийларни ўрганиш шуни кўрсатдики, фаолияти чекланган одамларда (тиббий ва руҳий касалликларга мослашгандан кейин) ҳам ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори эканлиги кўринди.

§1.3.Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг психологик тавсифи

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворига ўлиш истаги, шунингдек, ўлим ҳақидаги ёпишқоқ фикрлар ва унга эришиш йўллари киради [26; 11-15-б.]. Ўз жонига қасд қилишнинг мураккаблигини ушбу ҳодисанинг мултифакториал табиати билан изоҳлаш мумкин. Уни бир вақтнинг ўзида ўзаро таъсир қилувчи турли хил хусусиятларга эга бўлган омиллар тўплами билан белгиланадиган динамик жараён сифатида кўриб чиқиш керак [35; 4-6-б., 36; 164-169-б., 60; 11-12-б., 134; 157-б., 136; 68-б.].Тадқиқотлар ўз жонига қасд уринишлар депрессив патология ва умидсизлик [20], болаликдаги жароҳат, генетик омиллар [34; 78-79-б., 206; 210-214-б.], машҳурлар орасида ўз жонига қасд қилишнинг таъсири [59; 17-20-б., 238; 204-207-б.], ҳалокатли ўз жонига қасд усуллари мавжудлиги ва соматик оғриқ билан жисмоний бузилишлар

[53; 14-15-б., 119; 37-б.] каби шахс омиллари билан боғлиқ эканлигини кўрсатди. Аффектив бузилишлардан ташқари, ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ хавфли омиллар рўйхатига импульсив, тажовузкор хулқ-атвор, стресс ва болаликдаги зўравонлик киради [17; 262-266-б.].

Ҳисобга олиш керакки, ҳар қандай ўз жонига қасд қилиш ёки ўз жонига қасд қилишга уринишдан олдинги лаҳзани аниқлаш қобилияти жуда чекланган [97; 73-79-б., 137; 75-б., 240; 511-517-б.]. Ушбу жиддий чеклов кўплаб муаллифларни руҳий бузилишлар бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш қийматига шубҳа қилишига [218] ва "муқаррар" ўз жонига қасд қилиш хавфининг клиник ҳолатини тавсифлашга қаратилган усулларнинг самарасизлиги ҳақида огоҳлантиришга олиб келди. Айрим беморлар учун ўз жонига суиқасд қилиш хавфига баҳо берувчи "хавф шкаласи" ишлаб чиқилган. Лекин шунини таъкидлаш лозимки, ушбу шкалалардан барча касалларда фойдаланиш нафақат кераксиз, балки уни нотўғри баҳолашини ҳисобга олган ҳолда "хавфли" деб ҳам ҳисоблаш мумкин.

Аффектив бузилишлардан азият чекадиган одамларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини олдиндан билиш ва олдини олиш учун ушбу омилларни "суицидал хавф гуруҳларида" батафсил ўрганиш керак [216; 540-545-б.]. Ҳозирги пайтда ўз жонига қасд қилишга уринишлар тугалланган суициднинг энг яхши олдиндан айтиб берувчи белгиси ҳисобланади, бу ўз жонига қасд қилишга уринаётган шахсларни эҳтиёткорлик билан кузатиб бориш келажакда ўз жонига қасд қилишнинг олдини олишга ёрдам беради [33; 69-б., 48, 49; 20-22-б.]. Бироқ, маълумки, ўз жонига қасд қилганларнинг тахминан 50% илгари буни қилишга уринмаган [208; 1390-1391-б.]. Бундан ташқари, аввалги ўз жонига қасд қилишга уриниш такрорий ўз жонига қасд қилиш хавфини оширадиган омиллардан бири бўлса-да, бундай уринишга ҳаракат қилаётганларнинг аксарияти бошқа сабаб билан вафот этади [125; 83-84-б., 140; 46-48-б., 150; 125-130-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг мултифакториал, динамик ва тез ўзгариб қоладиган табиати ўз жонига қасд

қилишга олиб келувчи клиник ва шахсий омилларнинг ўзаро таъсирини ўрганишни талаб қилади [54; 91-б., 85; 83-89-б., 99; 48-51-б., 116; 179-182-б., 123; 29-30-б., 139; 86-87-б., 182; 58-б.].

Ўз жонига қасд қилиш фикрлари, кўпинча ўз жонига қасд қилиш ғояси деб аталади, бу ўлим ва ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ бир қатор мулоҳазалар, истаклар ва хавотирларни тасвирлаш учун ишлатиладиган кенг атамадир. Ўз жонига қасд қилиш фикрларининг ҳамма қабул қилинган изчил таърифи йўқ, бу клиницистлар, тадқиқотчилар ва ўқитувчилар учун доимий муаммоларга олиб келади. Илмий тадқиқотларда ўз жонига қасд қилиш фикрларига кўпинча турли хил таърифлари берилади [152; 88-92-б., 228; 18-б.]. Бу тадқиқот натижаларини таққослашни қийинлаштиради ва кўпинча ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ мета-таҳлилларда чеклов деб аталади [186, 194; 353-356-б.]. Хусусан, ўз жонига қасд қилиш фикрларининг баъзи таърифларига ўз жонига қасд қилишни режалаштиришни муҳокама қилиш киради, бошқалари эса режалаштиришни алоҳида босқич деб ҳисоблашади.

Аниқ номенклатура йўқлигидан ташқари, бошқа муаммолар ҳам мавжуд. Кўплаб клиник кўрсатмаларни тартибли кўриб чиқиш ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасини аниқлаш учун клиник олтин стандарти бўйича келишувга олиб келмади [156; 585-592-б., 242; 741-745-б.]. Депрессия, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ўз жонига қасд қилиш хавфини аниқлаш шкалаларининг ҳеч бири ўз ўзини ўлдириш прогнозига ишончли мезонларни тақдим этмайди, ҳатто ўз жонига қасд қилиш мафкурачиларининг кичик гуруҳида [133; 17-22-б., 203; 218-221-б., 232; 1356-1360-б.].

Тиббиёт мутахассислари учун ўз жонига қасд қилиш фикрларини бир хил бўлмаган кўриниш сифатида эътироф этиш анча муҳимдир [42; 93-96-б.]. Шубҳасиз, ўз жонига қасд қилиш фикрлари "кўпайиш ва камайиш" тарзида намоён бўлади, шунинг учун уларнинг миқдори ва хусусиятлари кескин ўзгарапти [7; 188-191-б., 143; 78-82-б.]. Улар бир-биридан интенсивлиги, давомийлиги ва табиати билан фарқ қилади. Ўз жонига қасд қилишнинг "типик" қурбони бўлмаганлиги сабабли, ўз жонига қасд қилишнинг "типик"

фикрлари ва ғоялари ҳам йўқ. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари “ухлаб, ҳеч қачон уйқудан турмаслик” ўткинчи истакларидан то иллюзиялар билан мадад берадиган ўзини ўлдириш режасигача ҳаммасини қамраб олади. Аммо кўпинча ўз жонига қасд қилиш фикрларининг борлиги касаллик тарихида акс эттирилмайди. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш фикрларининг тузилиши, интенсивлиги, табиати ва инсонга таъсирини синчковлик билан баҳолаш ва кузатиш барча соғлиқни сақлаш мутахассислари учун муҳимдир [66; 6-7-б.].

Умуман олганда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворига ўз жонига қасд қилиш фикрлари, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ва тугалланган суицид киради [27; 8-б.]. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари ўз жонига қасд қилишга уринишдан олдин кузатилади, ўз жонига қасд қилишга уриниш хавфи эса фикрлар пайдо бўлганидан кейинги биринчи йилда энг юқори бўлади [241; 73-75-б.].

Кўпгина илмий текширув натижалари шуни кўрсатдики, ўз умрига суиқасд қилиш хулқ-атворини мужассамлашида сурункали касалликларни иштироки борлиги кўрсатилган [52; 501-502-б.].

Бу стратегик йўналишлар бемор ўзидаги даволаб бўлмайдиган касаллигини енгиш учун ҳаётий ҳолатининг ўзгаришини англаши ва касалликка мойиллаштирилган янги ҳаёт тарзи ёрдамида тўсиқларни мунтазам равишда енгишга ҳаракат қилишга интилиши жуда муҳимдир. Енгиб бўлмайдиган ва оқибатлари намоён бўладиган аффектив ҳолатларни юзага келтирадиган касаллик билан доимий яшаш кераклиги беморларнинг аксариятида ўз ҳаётида кўрқув, апатия, тушкун кайфият каби психопатологик ўзгаришларни келтириб чиқаради [40; 19-22-б., 63; 54-55-б., 86; 597-600-б.]. Пассив хулқ-атворга ҳимоя механизмларидан ўз-ўзини алдаш, рационализация, ҳаддан ташқари назорат қилиш ёки касалликнинг жиддийлигига эътиборсизлик реакциялари киради. Бунинг оқибатида, сурункали касалликларда беморлар вазиятни ижобий томонга ўзгартирмаслиги, қатъий тавсия қилган дори-дармон воситаларини

белгиланган тартибда қабул қилмаслик беморнинг умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатади [111; 33-37-б., 118; 9-12-б.].

Илмий натижалар кўрсатадики, даво йўриқномаларга риоя қилиш, ўз навбатида, мутахассисларга бўлган ишончни билдиради. Асосий кўриниши беморларнинг касаллик, даволаниш тартибига бўлган эътиборли муносабатига боғлиқ [158, 177; 340-347-б.].

Рационал ва суггестив психотерапия усуллар беморнинг даволаниш тартибини, касаллигига негатив қарашни имкон қадар яхшилаши мумкин. Аммо, бемор билан шифокор ўртасидаги узвий мулоқотни тиклаш энг самарали усуллардан биридир [23; 2-4-б., 92; 159-160-б., 94; 658-660-б., 183; 165-170-б.].

Бироқ, ҳозирги илмий тадқиқотларда эътироф этилишича тиббиётда шифокор-бемор ўртасидаги муносабатларни ўрганишга етарлича эътибор берилмаяпти. Бемор томонидан шифокорларга ишонч бўлса, унинг касаллик белгилари билан мустақил курашиши ортади. Бу эса, ўзига ва атрофдаги муҳитга муносабатини чуқурроқ билиб олишига, ўзаро муносабатни яхшилашга, энг асосийси, ўз жонига қасд қилиш хавфи камайишига олиб келади. Фаол бўлмаган хулқ-атвор тизими ўз жонига суиқасд қилиш тенденцияларининг жиддийлиги билан боғлиқ.

Ўз жонига қасд қилиш фикрларига ёрдам берувчи омилларни яхши тушуниш ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш режаларини яхшилашга ёрдам беради [37; 5-6-б., 64; 141-142-б., 108; 101-102-б.].

§1.4. Ўз жонига қасд қилишнинг биологик асослари

Мураккаб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг учун ягона сабаб ёки патофизиологик механизмлар мавжуд эмас. Сўнгги йилларда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини келтириб чиқарадиган омиллар сифатида нейроанатомия ва нейробиологияда (гипоталамус-гипофиз-буйрак ости ўқи, нейротрансмиттер йўллари ва нейрояллиғланиш) ўзгаришларнинг иштирок этишини кўрсатувчи далиллар миқдори ошди [45; 27-29-б., 103; 38-40-б.].

Генетик тадқиқотлар шуни исботлайдики, ўз жонига суиқасд қилиш хулқ-атворига генетик бериловчанлик рухий бузилишларнинг генетик хавфига боғлиқ бўлмаган ҳолда намоён бўлиши мумкин [57; 3-4-б., 96; 55-60-б., 181; 2151-2154-б., 260; 10-12-б.]. Бу шуни кўрсатадики, ўз жонига қасд қилишнинг нейробиологияси кайфиятнинг бузилишлари ёки бошқа рухий функциялардан мустақил равишда ўрганилиши керак.

Нейробиологик омиллар ўз жонига қасд қилишга мойиллик учун хавф омилларини ўрганишда ҳам жуда муҳим бўлиши мумкин. Ҳаётдан кўз юмган шахсларнинг бош мияси патоанатомик ўрганиш, суицид хулқ-атвор нейробиологияси ҳақида асосли тушунча тақдим этди [246; 534-539-б., 270; 56-57-б., 279; 802-810-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори учун асосий хавф омили бўлган депрессияда серотонинергик тизимнинг иштирок этишига асосланиб, суицид ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида серотонин аномалияси қатнашиш мумкинлиги тахмин қилинган [157; 304-305-б., 214; 72-76-б.]. Серотонинергик механизмларнинг бузилиши импульсив ва тажовузор хатти-ҳаракатлар, нейроэндокрин ва иммунитет функцияларининг бузилиши, стресс ҳолати билан боғлиқлиги аниқланди. Ушбу тадқиқотлар нафақат serotonin [5-гидрокситриптами (5 НТ)] нинг ўз жонига қасд қилиш патофизиологияси билан боғлиқ ҳақида, балки ўз жонига қасд қилиш учун унинг заиф молекуляр қисмлари ҳақида ҳам муҳим маълумотларни беради.

Кўплаб тадқиқотлар нафақат серотонин, унинг метаболитлари, рецепторлари ва сўрилиш тизимларига ҳам қаратилган. Серотонин метаболитларини ўрганишга асосланган ўз жонига қасд қилиш билан серотонинергик бузилишларнинг боғлиқлиги ҳақидаги дастлабки тахминлар серотонин рецепторлари субтиплари, серотонин транспортёрлари ва нейроэндокрин кўрсаткичларини ўрганиш орқали тасдиқланди ва кенгайтирилди [248; 62-65-б.].

BDNF тизими нейронларнинг ишлашида муҳим рол ўйнаганлиги сабабли, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида мия нейротрофик омили

(BDNF) ва унинг сигнал берадиган механизми нафақат периферияда ҳам, ўлимдан кейинги миёда ҳам ўрганилган [252; 341-344-б.]. Тадқиқотлар серотонинергик тизимдаги бузилишлар ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори билан боғлиқлиги жуда кенг аниқланди. Масалан, ўз жонига қасд қилишга уринишлар содир этган беморларнинг тромбоцитларида ва суицид қурбонларининг ўлимдан кейинги миёларида 5HT_{2A} рецепторлари сонининг кўпайиши кузатилди. Ўз жонига қасд қилишда serotonin аномалияси 5HT_{1A} рецепторларининг (лекин доимий эмас) ва пре-mРНК 5HT_{2C} га хос хусусиятларининг ўзгаришлари (рецепторнинг редакцияси) кўпайиши билан қўшимча равишда тасдиқланди. Бундан ташқари, фенфлурамин киритилганда пролактин реакциясининг пасайиши 5HT фаоллигининг пасайишини тахмин қилади. Сигнал узатилишининг бузилишига келсак, ўзига хос PKA ва PKC изоформалари, ҳамда CREB экспрессиясининг пасайиши ўз жонига қасд қилишда Сигнал узатишнинг бузилишини кўрсатади. DST ўзгаришлари ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ўртасидаги кучли боғлиқлик кўрсатадики, ушбу кўрсаткичлар ўз жонига қасд қилишнинг муҳим биомаркери бўлиши мумкин. Ушбу биологик аномалияларнинг баъзилари тугалланган суицид ва ўз жонига қасд қилишга уринишда кузатилган бўлса-да, ушбу нуқсонларнинг қайси бири ўз жонига қасд қилишнинг сабаби ёки натижаси бўлиши мумкинлиги ва асосан ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва уринишлари билан боғлиқлиги номаълумлигича қолмоқда. Орқа миёя суюқлигидаги 5HIAA нинг паст даражаси ёки 5HT_{2A} рецепторларининг юқори даражаси каби ўз жонига қасд қилишда серотонинергик маркерларнинг нуқсони, ўзига хос хусусиятлар билан боғлиқ. Шунинг учун уларни сабаб омиллари ёки заифлик омиллари сифатида баҳолаш мумкин [247; 62-65-б.]. Бироқ, сабаблар ва оқибатларни фарқлаш учун ишончли экспериментал маълумотлар керак. Баъзи сўнгги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, серотониннинг камайиши тажовузнинг кучайишига олиб келади [38; 98-б., 107; 3-б.]. Тизимнинг дисфункцияси, хусусан, серотонин билан боғлиқ сигналларнинг узатилиши ўз жонига қасд

қилиш хулқ-атворининг сабаби бўлиши мумкин ҳақидаги кузатишлар етарли тасдиққа эга эмас.

Ўз жонига қасд қилиш механизмларида яллиғланиш белгиларининг роли қўшимча ўрганишга муҳтож. Ушбу омиллардан бири ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг патофизиологияси билан боғлиқ иммунитет тизимини тартибга солишнинг бузилиши ҳисобланади [192; 312-316-б., 247; 57-62-б.]. Бир нечта тадқиқотлар ўз жонига қасд қилишда иммунитет функцияси бузилишларининг аҳамиятини кўрсатади [204; 270-276-б.].

Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилишнинг биологик асосларини тушунишда биров ютуқларга эришилди. Ўз ҳаётига қасд қилишнинг нейробиологиясини яхшироқ англаш, янада мос келадиган биомаркерлар ва терапевтик даволаш усулларни ривожлантиришга ёрдам беради. Бу эса, ўз навбатида, текширув самарадорлигининг ошириши, эрта аниқлаш, ўз жонига қасд қилишни самарали даволаш ва олдини олишга олиб келиши мумкин.

Резюме: Илмий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори жуда мураккаб жараён эканлиги таърифланади. Қуршаб турган муҳит, насл ва биологик омиллар суиқасд тенденциялари билан чамбарчас боғлиқ бўлиши мумкинлиги кўрсатиб ўтилади.

Шу қаторда, беморларда сурункали касалликларнинг борлиги ўз умрига суиқасд қилиш хулқ-атвори учун замин яратувчи хавфли омил эканлиги аниқланди. Бир томондан, сурункали касалликлар аксарият ҳолларда гипотимия билан хавотирли руҳий бузилишларга ҳамроҳ бўлади. Бошқа ёқдан, улар ўзлари депрессия ёки фобик бузилишларни юзага чиқаришади. Бунинг оқибатида эса ўз жонига қасд қилиш хавфининг ўзи мустақил омил бўлиб хизмат қилиши аниқланган. Шундай қилиб, замонавий тадқиқот маълумотларини таҳлил қилиш сурункали касалликлар борлиги билан бирга даволаб бўлмайдиган хасталик ташхиси психоген-реактив характердаги бузилишларни келтириб чиқарадиган жиддий жароҳатга айлантириши кўрсатиб ўтилган. Соматоген руҳий бузилишларни

шакллантирувчи астения, ички касалликлар руҳий фаолиятга сезиларли таъсир қилади ва доимо ҳамроҳ бўлиб у билан бирга келади.

Тадқиқотларда келтирилишича аксарият ҳолларда сурункали ноинфекцион касалликларда беморларнинг ўз ҳаётига қасд қилиши, дистресс, мелонхолия, ҳаёт тарзи пастлиги, руҳий қийноқ, шу жумладан, ташқи кўринишнинг жисмоний нуқсонлари билан боғлиқдир. Шунингдек, ушбу омилларнинг бўлмаслиги, сурункали ички касалликлар ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида ва унинг хавфини оширишда мустақил ўрин эгаллаши мумкинлиги илмий исботини топган.

Суиқасд қилишнинг юқори хавфи метастаз берган ўсма, диабет, жигар, буйрак касалликлари коморбид руҳий бузилишлар билан бириктирилган ташхиси қўйилган ҳолларда эътироф этилади. Баъзи сурункали касалликларда кўпроқ ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан, бошқалари эса ўзини ўлдириш мақсади ва яна бир тоифаси ўз жонига қасд қилишга уриниш хавфи мавжудлиги аниқланди.

Ногиронлик билан боғлиқ функцияларни чеклаш ва ижтимоий изоляция ўз жонига қасд қилиш фикрларига бевосита ва билвосита таъсир қилиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфини кескин оширади. Сурункали соматик касаллик туфайли ногиронлиги бўлган беморларда ногиронсиз беморларга нисбатан ўз жонига қасд қилиш фикрлари кўпроқ учрашади. Умуман олганда, касалликнинг оғирлиги натижасида меҳнат қилиш имкониятини чекланиши ўз жонига қасд қилишнинг яққол даракчиси эканлиги исботланган.

Ҳозирги даврда кун сайин ривожланиб бораётган тиббиёт ютуқлари соматик касалликларга чалинган шахсларга узоқ умр кўришга имкон беради. Шу билан бир пайтда, соғлиқни сақлаш тизими беморларда ўз жонига суиқасд қилиш тенденциялари хавфидан хабардор бўлишлари муҳимдир. Аммо, меҳнатга лаёқатсизликга олиб келувчи сурункали касалликлар бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг кўп жиҳатлари етарлича очиб берилмаган. Илмий тадқиқотларнинг аксарияти турли хил

соматик касалликларда суиқасд хавфини баҳолашга қаратилган бўлиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида ногиронлик роли, унинг руҳий ва биологик механизмлари ноаниқлигича қолмоқда. Бундан ташқари, соматик беморларнинг суицидал ҳаракатларининг хабарчилари аниқланмаган, уларнинг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилмаган. Бу эса тадқиқотимизнинг мақсад ва вазифаларини танлаш учун асос бўлди.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

§2.1. Беморларнинг умумий таърифи

Белгиланган вазифаларни амалга ошириш учун 2020 йилдан 2023 йилгача Республика онкология илмий-амалий марказининг Бухоро филиали, Бухоро вилоят эндокринология диспансери, Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро вилоят фтизиатрия ва пульмонология маркази ҳамда Бухоро шаҳар №24-сонли тиббий ижтимоий экспертиза комиссиясида стационар ва амбулатор бўлимларида даволанаётган ва ногиронлик гуруҳига эга бўлган 500 (243 нафар эркак, 257 нафар аёл) беморлар текширилди. Улардан 400 (80,0%) беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг турлари кузатилган, 100 (20,0%) беморлар эса суиқасд ҳаракатларисиз ногиронлардан солиштириш гуруҳини ташкил этилган.

Беморларни илмий тадқиқотга киритиш кўрсаткичлари куйидагилар иборат эди:

- 20 ёшдан ошган;
- сурункали касаллик бўйича I, II, III гуруҳли ногиронлик борлиги (КХТ-10 бўйича шифр F45.X);
- соматик касаллик бўйича умумий ҳолати қониқарли;
- тадқиқотчи билан мулоқот қириша оладиган ва анкетани тўлдириш кўникмага эга;
- сўровнома ўтказиш учун ихтиёрий равишда иштирок этишга розиликнинг мавжудлиги.

Тадқиқотдан четлаштириш кўрсаткичлари:

- беморнинг умумий оғир ҳолати;
- руҳий фаол моддаларга тобелик борлиги;
- психиатрия муассасасида динамик кузатувни талаб қилувчи коморбид руҳий патологиянинг мавжудлиги.

Текширув вақтида 102 (20.4%) беморда эндокрин касалликлар, 94 (18.8%) тасида - юрак қон томир касалликлари, 90 (18%) нафарида -

ошқозон-ичак касалликлари, 90 (18%) нафарида – туберкулез, 53 (10.6%) тасида – онкологик касалликлар, 27 (5.4%) нафар беморларда – травматологик-ортопед касалликлари, 21 (4.2%) нафар беморларда – неврологик касалликлар, 12 (2.4%) нафар беморларда – нафас йўллари касалликлари, 11 (2.2%) беморда – бошқа (бўғим, буйрак ва тери) касалликлари аниқланган.

Ногиронлик гуруҳларига қараб беморларнинг тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган.

2.1-жадвал

Беморларнинг ногиронлик гуруҳларига қараб тақсимланиши

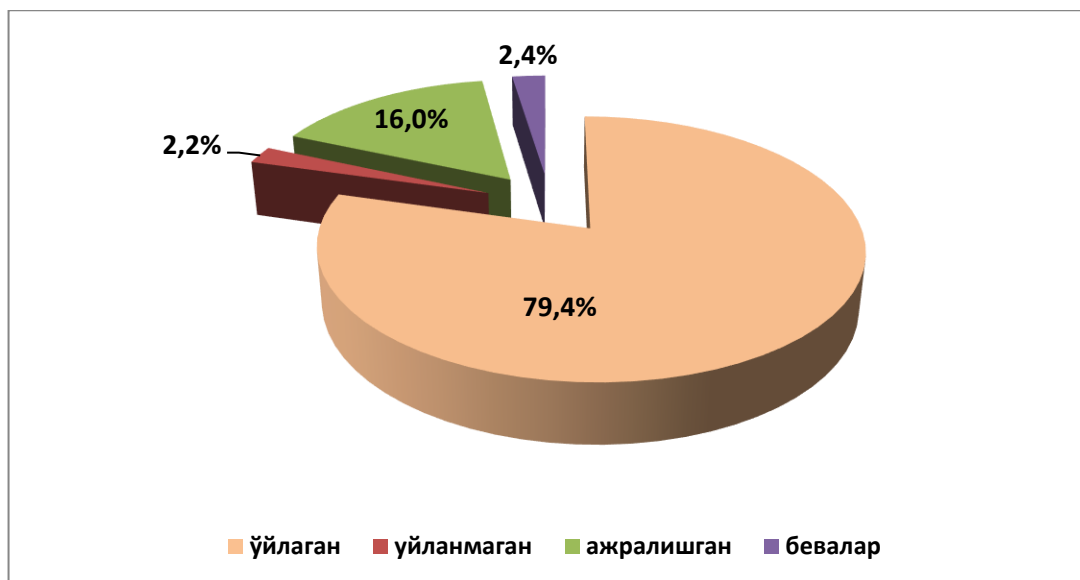
Ногиронлик гуруҳлари	Беморлар сони	
	абс.	%
I	42	8,4
II	362	72,4
III	58	11,6
Муддатсиз	38	7,6
Жами	500	100,0

Беморларнинг ёшига қараб тақсимланиши қуйидаги: 30 ёшгача – 32 (6,4%), 31-40 ёш – 28 (5,6%), 41-50 ёш – 27 (5,4%), 51-60 ёш – 155 (31,0%), 61-70 ёш – 175 (35,0%), 70 ёшдан ортиқ – 83 (16,6%).

Беморларнинг маълумоти етарли даражада юқори эди. Текширув вақтида 271 (54,2%) ўрта маълумотли беморлар, 66 (13,2%) – ўрта-махсус маълумотли ва 163 (32,6%) – олий маълумотли беморлар аниқланган.

Беморларнинг аксарияти (325 беморлар; 65,0%) шаҳарлик, 175 (35,0%) беморлар эса – қишлоқда яшовчи инсонлар.

Оилавий аҳвол бўйича беморларнинг тақсимланиши қуйидагилардан иборат эди: ўзининг оиласида яшайдиган - 397 (79,4%), уйланмаган - 11 (2,2%), турмуш ўртоғининг бирининг йўқлиги (ажралишган) – 80 (16,0%), яққа-ёлғиз яшайдиган (бевалар) – 12 (2,4%) беморлар. Оилавий аҳвол бўйича беморлар тақсимланиши 2.1-расмда кўрсатилган.



2.1-расм. Беморлар оилавий аҳволга кўра тақсимланиши

Сурункали касалликлар бўйича ногиронлик гуруҳига эга бўлган шахсларда суиқасд хулқ-атворининг юқори “хавф-хатар” омилларини аниқлаш мақсадида текширилган беморлар икки гуруҳларга ажратилган:

1 гуруҳ (асосий) – 400 нафар (185 эркак, 215 аёл) сурункали касалликлардан иборат ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини кўрсатган ногирон шахслар;

2 гуруҳ (солиштириш гуруҳи) - 100 нафар (33 эркак, 67 аёл) ҳаёт давомида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини умуман намоён қилмаган сурункали касалликлардан иборат ногиронлар.

§2.2. Клиник тадқиқот усуллари

Илмий тадқиқотимиз жараёнида назорат қилинган беморларда руҳий бузилишлар ҳамда суиқасд хулқ-атворини аниқлаш клиник-психопатологик ва клиник-катамнестик усуллар ёрдамида амалга оширилди. Клиник усуллар беморларни сўраб-суриштириш, субъектив (бемор сўзларидан) ва объектив (беморнинг қариндошлари сўзларидан) касаллик тарихини йиғиш ва кузатишни ўз ичига олган.

Беморларни кузатув жараёнида сурункали касалликнинг босқичларида руҳий, умумий ҳолати, иш қобилиятининг йўқолиши ва суиқасд хатти-ҳаракатлари синчиклаб ўрганилган. Сурункали касалликлари туфайли меҳнатга

лаёқатсиз ўз жонига суиқасд қилиш хулқи кузатилган беморларда рухий бузилишларнинг кечиш клиникаси ва динамикасига, унинг тузилишининг барча таркибий қисмлари: ғоявий, аффектив, вегетатив, астеник, хулқ-атворининг оғирлигини баҳолашга алоҳида эътибор қаратилди.

Объектив маълумотларни бир жойга тўплашда беморнинг меҳнатга лаёқатсизлиги ҳамда ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларига уни қуршаб турган қариндошларининг муносабатлари, оила аъзолари ўртасидаги муносабатлар динамикаси, шунингдек, қариндошлари ва дўстлари томонидан беморнинг шахсини баҳолашга алоҳида аҳамиятга эга эди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўрсатган беморнинг шахсиятини ўрганишга катта аҳамият берилди. Шахс хусусиятларини клиник усул ёрдамида ўрганиш бир неча жиҳатларни ўз ичига олади. Дастлабки, беморнинг жамиятга, инсонларга ва ўзига қаратилган муносабатлари, унинг феъл-атвори, қизиқишлари, муайян фаолиятни бажаришга сабаб бўлувчи омиллар ҳамда рухий жароҳат вазиятларига жавоблари. Охирги, сурункали касаллиги ҳақида фикрлари ва кечинмалари, ногиронлигига ҳиссий жавоб реакциялари ҳисобланади. Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари шаклланишидан олдин шахсга йўналтирилганлик кўрсаткичларидан бири бўлган маълумоти, суицидал хатти - ҳаракатларга қадар психоактив моддалар истеъмолига муносабати, ўз жонига қасд қилишни чекловчи омилларини (оила, диний эътиқод) ўрганиш тадқиқот учун катта қизиқиш уйғотди.

Бемор касаллик тарихини кардиология, онкология, эндокринология, фтизиатрия ва пульмонология марказларидаги стационар ва амбулатор бўлимларида ўрганиш ҳам муҳим аҳамиятга эга бўлиб, беморнинг соматик ҳолати, лаборатор ва параклиник усуллар натижалари тўғрисида тўла қимматли маълумотлар берилган.

Олиб борилган тадқиқотимиз самарали амалга ошиши учун ҳар бир беморга демографик маълумотларни (ёши, жинси, маълумот даражаси, диний мансублиги) ва клиник маълумотларни (диагноз қўйилган пайтдан бошлаб ўтган вақт, ташхис тўғрисида хабардорлиги, касалликнинг босқичи, ўз

жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хусусиятлари) акс эттирувчи харита тўлдирилди.

§2.3. Экспериментал - психологик тадқиқот усуллари

Олиб борилган изланишимизда суиқасд қилиш хавфи А. Бекнинг "Ўз жонига қасд қилиш фикрлари шкаласи" (SSI - Scale for Suicide Ideation, 1979) сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Анкета ҳаётига қасд қилиш фикрларининг борлиги, уларнинг тезлиги ва давомийлиги, суиқасд ниятларининг фаоллигини, шунингдек, уларни амалга оширишни чекловчи омиллар мавжудлигини кўрсатишга имкон беради. Шкала бўйича ҳар бир кўрсаткич балларда 0дан 2гача баҳоланади, максимал баллар сони 38, ўз жонига қасд қилиш хавфи қанчалик юқори бўлса, суҳбат давомида олинган баллар миқдори шунчалик катта бўлади. Кўрсаткичларни 3 гуруҳига бирлаштириш мумкин: ўлиш фаол истаги, ўз жонига қасд қилишга тайёрлаш, яшашни пассив хоҳламаслик.

Ўз жонига қасд қилиш хавфи Б.Любан-Плоцанинг сўровномаси ёрдамида аниқланди. Б.Любан-Плоцца сўровномаси 16 та саволга 2 та жавобларни ("Ҳа" ёки "Йўқ")ни ўз ичига олади. Ўз жонига қасд қилиш хавфи қанчалик юқори бўлса, 1-11гача саволларга "Ҳа" жавоблар (ўз жонига қасд қилиш хавфи омиллари) ва 12-16-саволларга "Йўқ" жавоблар (суиқасдга қарши омиллар).

Ҳиссий бузилишларни баҳолаш учун "Ваҳима ва депрессияни аниқлаш шкаласи (HADS)" ишлатилди [Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983], бу шкала ваҳима ва депрессияни яқоллигини аниқлашга имкон беради. Шкала бир қанча саволлардан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири балларда баҳоланадиган 4 та жавобга мос келади. 0-7 балл кўрсаткичлари ваҳима/депрессия йўқлигини кўрсатади, 8-10 балл субклиник ифодаланган ваҳима/депрессияни, 11 балл ва ундан юқори кўрсаткичлар клиник ифодаланган ташвиш ёки тушкунликни кўрсатади.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўрсатган беморнинг шахсиятини ўрганишда ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - кўп факторли сўровномаси қисқартирилган кўринишидан фойдаланилди. Тадқиқот ўз ичига 71 савол, 11 шкаладан иборат, шулардан 3 таси баҳоловчидир. Дастлабки 3 та баҳолаш шкаласи текширилувчининг самимийлигини, тест натижаларининг ишончлилиқ даражасини ва ҳаддан ташқари эҳтиёткорлиқ билан тузатиш миқдорини ўлчайди. Қолган 8 та асосий шкалалар шахс хусусиятларини баҳолайди, улар шахснинг у ёки бу турини аниқлашга имкон беради.

Биринчи “Ипохондрия шкаласи (Hs)” - астено-невротик турдаги текширилувчининг шахсий хусусиятларини ўлчайди. Ушбу турдаги шахсларда аниқланмаган касаллиқ борлигига ишониш тенденцияси юқори бўлади. Улар учун соғлиқни сақлаш ўта қимматли характерга эга бўлади, шахсий қадриятлар тизимида ҳукмронлиқ қилади, фаолият даражасини пасайтиради, манфаатларни қашшоқлаштиради, жамоат ҳаётидан ажралиб чиқади. Шкала бўйича юқори балл тўплаган соғлом субъектлар секин, пассив, ташаббуссиз, эгилувчан, консерватив фикрлашга эга, ҳамма нарсани ёмон қабул қилишга мойил. Уларда мулоқотда қулайлиқ йўқ, улар аста-секин мослашади ва вазиятнинг ўзгаришига тоқат қилмайдилар, ижтимоий можароларда мувозанатни осонгина йўқотадилар.

Иккинчи “Депрессия шкаласи (D)” – ушбу шкала бўйича юқори кўрсаткичлар таъсирчан, ташвишга мойил, уятчан, ўзидан ва имкониятларидан норози бўлган одамларга хосдир. Ишда улар меҳнатсевар, виждонли, юксак ахлоқли, лекин улар иккиланмасдан ва ноаниқликсиз ўзлари қарор қабул қила олмайдилар. Ҳар қандай иш ёки ҳар қандай фаолият улар учун ёқимсиз ва уларни жуда тез чарчатади. Улар узоқ муддатли ихтиёрий ҳаракатларга қодир эмаслар ва энг кичик қийинчиликда улар умидсизликка тушадилар. Бироқ, аслида, бу инсонлар бошқалар билан чуқур ва узоқ муддатли алоқаларга эҳтиёж сезади.

Учинчи “Истерия шкаласи (Hy)” - невротик муодофаа реакцияларига мойил бўлган шахсларни аниқлаш учун ҳосил бўлади. Улар жисмоний касаллик аломатларини қийин вазиятларни ҳал қилиш воситаси ёки тўлиқ жавобгарликдан қочиш усули сифатида ишлатишади. Ушбу шкала бўйича юқори балл тўплаган одамлар ваҳима туғдирадиган омилларни алмаштириш қобилиятига эга; ижтимоий мослашувдаги қийинчиликларни инкор этиш тенденцияси билан соматик безовталикка намоёнлик урғу беришади. Ташқи томондан салбий сигналларга эътибор бермаслик, ўзига юқори баҳо бериш, ўзини яхши кўришга имкон беради. Бундай хатти-ҳаракатлар вазиятни баҳолашда шавқатсизлик, танқидсизликка олиб келиши мумкин. Шахс диққат марказида бўлишга интилади, уни тан олишлари, қўллаб-қувватлашларига интилади ва бунга қатъий ҳаракатлар орқали эришади. Хаёлпарастлик, эгоцентризм, мулоқотда юзакилик ва етилмаганлик тенденциялари устунлик қилади.

Тўртинчи “Психопатия шкаласи (Pd)”- ижтимоий мослашувнинг ва жуда кучли ҳис-туйғуларнинг йўқлигини ўлчайди. Ушбу шкала пунктлари оила ва унинг мартабали вакиллари ҳақидаги шикоятлар, ўз-ўзини бегоналаштириш, ижтимоий бегоналашиш ва зерикаш билан боғлиқдир. Шахс ривожланишининг социопатик варианты билан ўхшашлигини ўлчайди. Ушбу шкала бўйича юқори баллар сўзнинг кенг маъносида ижтимоий мослашувни кўрсатади. Шкала бўйича профилнинг вақтинча кўтарилиши баъзи сабабларга кўра вазиятли, доимий кўтарилиши эса мослашувчанлик бузилишининг белгиси бўлиши мумкин. Фаолият даражасига қараб, ғазабланган ва тажовузкор реакцияларда намоён бўлади, актив ёки пассив тарзда ифодаланади. Қабул қилинган меъёрларга қарши норозилик фақат оила ва яқин атроф-муҳит билан чекланиши мумкин, аммо умумлаштирилган характерга эга ҳам бўлиши мумкин. Хулқ-атворининг ёмон оқибатлари, келажақдаги ҳаракатларни режалаштира олмаслик ва уларнинг ҳаракатларининг оқибатларини эътиборсиз қолдириш, тажрибадан фойда

олиш қобилиятининг етишмаслиги уларни бошқалар билан такрорий тўқнашувларга олиб келади.

Олтинчи “Паранойя шкаласи (Pa)” - текширилувчининг сезгирлигини, унинг аффектив реакцияларга мойиллигини тавсифлайди. Паранойял турдаги одамларнинг энг асосий хусусияти - бу ўта қимматли ғояларни шакллантириш тенденциясидир. Бу ғоялар аста-секин ўз онгини эгаллайди ва барча хатти-ҳаракатларга ҳал қилувчи таъсир кўрсатади. Паранойял характерга эга одамлар руҳининг муҳим хусусиятлари - бу ўта худбинлик, хотиржамлик ва ҳаддан ташқари шубҳалилик ҳисобланади. Энг кичик муваффақиятсизликлар жуда катта аҳамиятга эга, омад эса ҳаддан ташқари юқори баҳоланади. Улар ўзларининг шахсиятига нисбатан ҳар қандай ҳақиқий ёки ҳаёлий ҳаракатларга таъсирчан муносабатда бўлишга доимо тайёр, улар ўзларининг шахсий обрўси ҳақида жуда қайғурадилар, ҳар қандай эътироз, келишмовчилик ёки шунчаки бефарқлик улар томонидан шахсий ҳақорат ва камситиш сифатида қабул қилинади. Улар барча одамларни фақат уларнинг фаолияти, сўзлари ва ғоялари билан қандай боғлиқлиги билан баҳолайдилар.

Еттинчи шкала “Психастения шкаласи (Pt)” - муайян ҳаракатлар ёки фикрларга қарши тура олмаслигини ўлчаш учун мўлжалланган. Бу банд ҳаддан ташқари шубҳалар, компульсив, ёпишқоқ фикрлари ва асосланмаган кўрқувларни кўрсатади. Ваҳима-гумонсираш турдаги одамларнинг асосий хусусияти ваҳима реакцияларининг пайдо бўлишига мойиллик бўлиб, бу ҳавотирни бартараф этишга чекланган хатти-ҳаракатларнинг шаклланиши орқали эришилади. Ушбу турдаги шахсларга сенситивликлик, ваҳима, асосланмаган кўрқув, ўзига ишонмаслик, ўзини паст баҳолаш, ёпишқоқ фикрлари хос бўлади.

Саккизинчи шкала “Шизофрения шкаласи (Sc)” - ғайриоддий фикрлар, ўзига хос ҳислар, ижтимоий бегоналашиш, диққат ва таъсирчанликнинг назорати билан боғлиқ қийинчиликлар, қизиқишларнинг йўқлиги, ўзига бўлган ҳурмат ва ўзини ўзи назорат безовта қилувчи масалаларини ўлчайди.

Шизоид турининг умумий хусусияти - бу юқори сезувчанликнинг ҳиссий совуқлик ва шахслараро муносабатлардаги узоқлик билан комбинацияси. Шизоид тури ҳатто кичик кўнгилсизликлар ҳам доимий ва узоқ давом этадиган салбий ҳис-туйғуларнинг пайдо бўлишига олиб келадиган ҳолатларда шаклланади ва компенсацияга атроф-муҳитни ички дунёга қолдириш орқали эришилади. Ҳиссий совуқлик, идрок ва ҳукмларнинг ўзига хослиги, ғайриоддий фикрлар ва ҳаракатлар, мулоқотларнинг танланиши ёки юзакилиги билан ажралиб туради.

Тўққизинчи “Типомания шкаласи (Ma)” – гипертимик шахс турига “яқинлик” даражасини ўлчаш учун мўлжалланган. Уларда кўтарилган, аммо беқарор кайфият, психомотор кўзғалиш (масалан, титроқ қўллар) ва ғоялар парвози (масалан, тўхтовсиз ғоялар қаторини тўхтата олмаслик) билан тавсифланган енгил даражадаги кўзғалишни ўлчаш учун мўлжалланган. Улар фаол, ҳаракатчан ва қувноқ бўладидар.

Беморнинг даволанишга бўлган муносабатининг асосий кўринишларини ҳамда тиббий ёрдамга мурожаат қилишига ундаган сабабларни аниқлаш учун “Касаллик ва даволанишга муносабат” сўровномаси қўлланилди. Анкета варақасида 22 та бўлим бўлиб, бемор унга қанчалик мос келишини аниқлаши керак. Ҳар бирида 5 та жавоб варианты бўлиб, улар қуйдагилардан иборат: “мутлақо тўғри келмайди”, “тўғри келмайди”, “менимча тўғри келмайди”, “менимча тўғри келади”, “тўғри келади”, “тўлиқ тўғри”. Улар 1 дан 6 баллгача баҳоланади. Натижалар махсус калит ёрдамида текширилади. Баллар қуйидаги жадвал бўйича берилди: “мутлақо тўғри келмайди” - 1 балл, “тўғри келмайди” - 2, “менимча тўғри келмайди” - 3, “менимча тўғри келади” - 4, “тўғри келади” - 5, “тўлиқ тўғри” - 6 балл.

Беш турдаги мотивнинг ҳар бири яқоллиги чегарасини баҳолаш унга киритилган жавоблар баллари йиғиндисидан тузилади. Ушбу усул даволанишга бўлган муносабатнинг беш турлари: “инсайтга эришиш учун муносабат”, “хулқ-атвори ўзгартиришга муносабат”, “симптоматик

яхшиланишга эришиш муносабати", касалликдан "иккиламчи фойда" олишга муносабат (шу жумладан касалхонада қолиш)", "бошқа сабаб (шу жумладан фаолсиз позиция)", ҳамда улар орасида пешқадам вариантни аниқлашга имкон беради.

§2.4. Статистик тадқиқот усуллари

Олинган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида Microsoft Office Exel-2012 дастурий таъминот пакетидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов беришдан ўтказилди. Шу билан бирга ўрнатилган маълумотларни миқдорий тахлиллаш функцияларидан фойдаланилди. Вариацион статистика усулларида нисбий қийматларни ҳисоблаш, ўрганилаётган кўрсаткичларнинг медианаси (М), миқдорий ва сифатий кўрсаткичлар ўртасидаги муносабатни аниқлаш учун Пирсон (С) коэффиценти ишлатилди.

Пирсон коэффиценти (С) қуйидаги формула бўйича аниқланди:

$$C = \sqrt{\frac{\varphi^2}{1 + \varphi^2}}$$

φ – Пирсон контингенция коэффиценти бир неча босқичда топилган:

1 босқич – беморни тақсимлаш жадвалига кириши (а)

2 босқич – ушбу маълумотларни квадратга ошириш (в)

3 босқич – квадратларни устундаги беморлар сонига бўлиниш (с)

4 босқич – горизонтал бўйича барча коэффицентларнинг йиғиндисини чиқариш ($\sum c$)

5 босқич – ($\sum c$)ни горизонтал бўйича беморлар сонига бўлиниш ($\sum a$):

$$K = \sum c / \sum a$$

6 босқич – олинган коэффицентларнинг йиғиндисини аниқлаш ($\sum K$)

$$\varphi^2 = \sum K - 1,0$$

Пирсон коэффицентининг (С) қиймати 0,3 дан кам бўлганида ўрганилган белгилар ўртасида кучсиз боғланиш, 0,3 дан 0,7 гача – ўрта ва 0,7 дан ортиқ – кучли боғланиш аниқланади.

Олинган натижаларнинг статистик аҳамияти Стьюдент мезони билан аниқланди (t).

$$t = \frac{P1 - P2}{\sqrt{\frac{P1*q1}{n1} + \frac{P2*q2}{n2}}}$$

P – кўрсаткичнинг қиймати

q – (100 – P)

n – беморлар сони

Стьюдент жадвалига мувофиқ p қиймати топилди, $p < 0,05$ статистик жиҳатдан аҳамиятли кўрсаткичлар сифатида қабул қилинди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфининг омилларини ажратиш учун коэффициентлар нисбати (OR) ва нисбий хавф кўрсаткичларидан (RR) фойдаланган. Нисбий хавф кўрсаткичлари қуйидаги формула бўйича аниқланди:

$$RR = \frac{Ax(C+D)}{Cx(A+B)}$$

A – Ўрганилган омил мавжудлиги билан асосий гуруҳдаги беморлар сони

B – Ўрганилган омил йўқлиги билан асосий гуруҳдаги беморлар сони

C – Ўрганилган омил мавжудлиги билан таққослаш гуруҳидаги беморлар сони

D – Ўрганилган омил йўқлиги билан таққослаш гуруҳидаги беморлар сони.

§2.5. Тадқиқот босқичлари

Биринчи босқич - сурункали касалликларга чалинган шахсларда руҳий ҳолати ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиш динамикасини ўрганиш.

Иккинчи босқич - ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг юқори "хавфи" омиллари билан муносабатда бўлган биологик, руҳий ва ижтимоий

кўрсаткичлар мажмуасини ҳамда, суикасд уринишлари амалга оширишидан “ҳимоя қилиш омиллари”ни аниқлаш.

Учинчи босқич - ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ташхислаш ва тузатиш алгоритмини ишлаб чиқиш ҳамда, ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган одамларда суикасд хатти-ҳаракатларининг олдини олишга ёндашувларни оптималлаштириш.

III БОБ. НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА СУИҚАСД ХУЛҚ-АТВОРИНИНГ КЛИНИКА ВА ДИНАМИКА ХУСУСИЯТЛАРИ

§3.1. Соматик касалликлардан ногиронликка эга бўлган беморларнинг суиқасд хулқ-атвори умумий таърифи

А.Бекнинг “Scale for Suicide Ideation” (SSI) сўровномаси ёрдамида суицидал фикрлар ва ниятларнинг частотаси, давомийлиги, фаоллиги ва уларни амалга оширишни чекловчи омиллар аниқланган.

Тадқиқот вақтида кузатилган ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шакллари оғирлигига қараб беморларни тақсимлаш 3.1 жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.1

Беморларни ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шакллари оғирлигига қараб тақсимлаш

Ўз жонига қасд қилиш хулқ- атворининг шакллари	Беморлар сони	
	Абс.	%
Пассив суицидал фикрлар	216	54,0
Фаол суицидал фикрлар	69	17,2
Суиқасд ниятлари	13	3,3
Ўз жонига қасд қилишга уриниш	102	25,5
Жами	400	100,0

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шакллари асосан пассив (54,0%) ёки фаол (17,2%) суицидал фикрлар билан тавсифланган. Пассив суицидал фикрлар фақат ўлим ҳақида тасаввурлар билан чегараланиб, ўз жонига қасд қилиш ниятларига ўтиб кетмаган. Фаол суицидал фикрлар туғилишида беморлар бевосита ўз ўзини ўлдириш ҳақида ўйла бошлайдилар, лекин суиқасд нияти ҳам ишлаб чиқмайдилар. Суиқасд ниятлари (ўз-ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини танлаш) тадқиқот вақтида 3,3% беморларда аниқланган. Шу билан бирга,

25,5% беморларда ўз жонига қасд қилишга тайёрлик етарли даражада сақланиб турган.

А. Бек шкаласи ёрдамида синовдан ўтказилганда, беморларнинг 32,7 фоизда ҳафтасига 1-4 марта сушт ўз жонига қасд қилиш фикри борлиги аниқланди, беморларнинг 23,7 фоизи эса ҳафтасига камида 6 марта ўз жонига қасд қилиш фикрлари пайдо бўлганлиги ҳақида хабар беришди. Шу билан бирга, беморларнинг 14,8% ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ниятлари кунига 30 дақиқадан кўпроқ давом этишини таъкидладилар.

Умуман айтганда, А. Бек шкаласи бўйича суицидал хулқ-атворнинг уч категорияларини ажратиш мумкин: яшашни пассив хоҳламаслик (216 беморлар, 54,0%), ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик (82 беморлар, 20,5%) ва ўлиб кетишга актив интилиш (102 беморлар, 25,5%).

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг асосларини ўрганиш натижалари 3.2 жадвалда кўрсатилган.

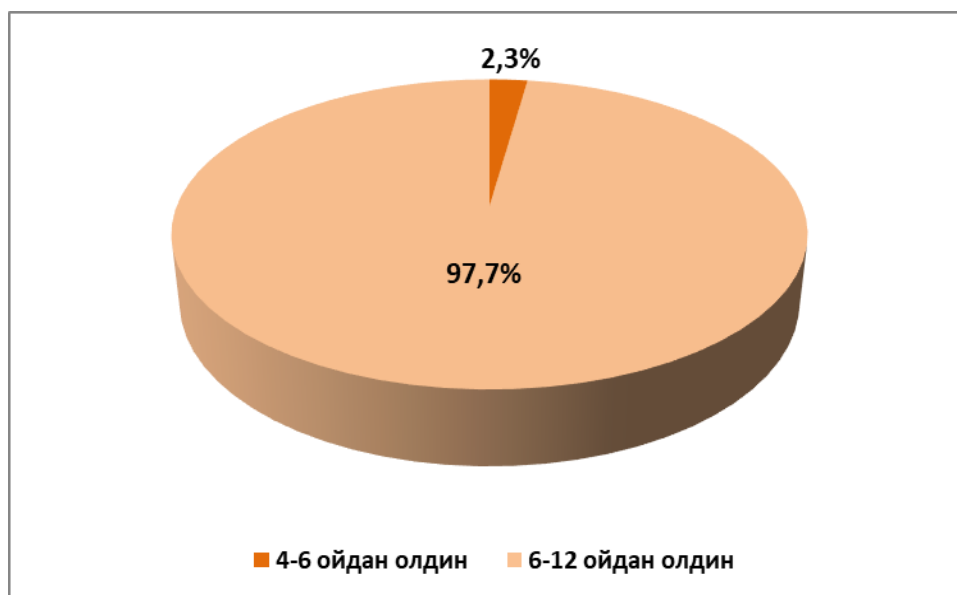
Жадвал 3.2

**Бемор томонидан келтирилган ўз жонига қасд қилиш
хулқ-атворининг асослари**

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг асослари	Беморлар сони	
	Абс.	%
Ногиронликка олиб келган бедаво касаллик	393	98,2
Молиявий қийинчиликлар	4	1,0
Шахслараро низо	2	0,5
Оила аъзоларининг касаллиги	1	0,3
Жами	400	100,0

Жадвал маълумотларига кўра, 393 нафар беморларнинг (98,2%) ўз жонига қасд қилиш сушт ёки фаол фикрлар, ниятлар, уринишлар келиб чиқишида меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи “бедаво” сурункали касаллик асосий жойни эгаллаган. Ногиронлик гуруҳини олишга қадар ўз

жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлиши муддатига қараб беморлар тақсимланиши 3.1 расмда келтирилган.



Расм 3.1. Ногиронлик гуруҳини олишга қадар ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлиши муддатига қараб беморлар тақсимланиши

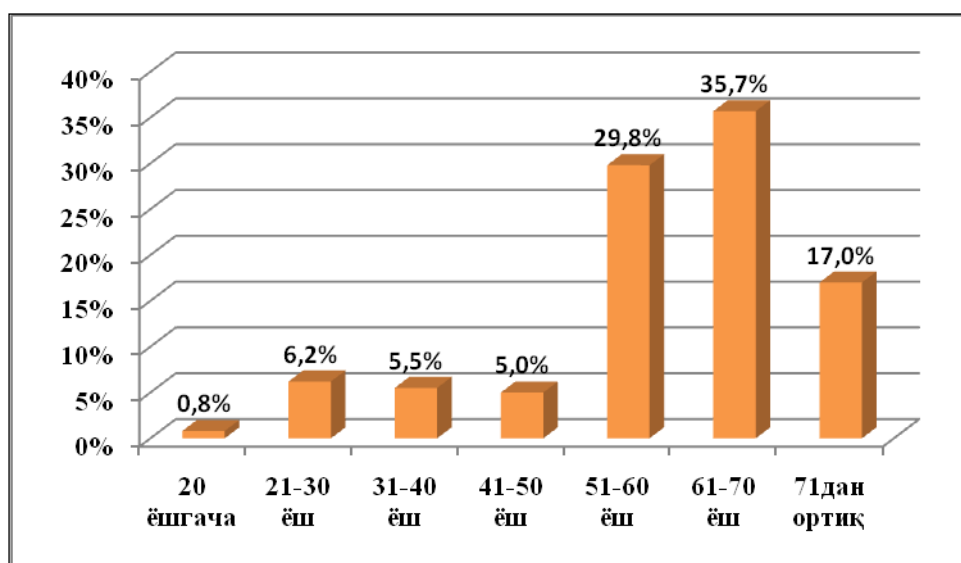
Расм 3.1 кўрсатадики, соматик касалликлар билан хасталанган барча беморларда суиқасд тенденциялари ногиронликни олгандан олдин (4-6 ойдан олдин 2,3%, 6-12 ва ундан кўп ойдан олдин 97,7%) ривожланган. Беморлар кўпинча ўз соматик, айниқса бедаво касалликдан хафа бўлиб, унинг ноқулай прогнозини олдида кўриб, ҳаётдаги ният ва умидини узган, яъни суиқасд хулқ-атворининг ҳақиқий муҳим сабаблари беморнинг “касаллик ички кўриниши” билан боғлиқ бўлган.

Сенсор, эмоционал, когнитив ва хулқ-атвор компонентларини “Касаллик ички кўриниши” ўз ичига олган. Мисол учун, ўз жонига қасд қилишга уринишнинг асосий сабаби сифатида беморлар оғриқлардан кутилиш, онкологик касалликларда овқатлана олмаслик, кучли оғриқлар, туберкулёз касалликларида нафас етишмовчилиги, қон кетишлар ва ҳ.лар (сенсор компонентлар), барча азоб-уқубатларга чек қўйиш, ташвиш, ўлимдан кўркиш (эмоционал компонентлар), узлуксиз дори воситаларини қабул қилиш, қандли диабетда доимий равишда инсулин инъекцияси қилиши, чегараланган диета, барча муаммоларни бирданига нуқта қўйиш

(хулқ-атвор компонентлари) деб кўрсатишди. Шу билан бир вақтда, беморларнинг 48,6% ўтган йил давомида касаллиги яхши томонга ўзгармаслиги ва авж олиши, шифохонага тез-тез даволаниши, жонлантириш бўлимига тушиши билан боғлаган бўлса, 44,8% беморлар эса соматик касалликларнинг асоратлари юз бериши мумкинлиги ҳақида фикрлардан қутулмаган (когнитив компонентлар).

Шундай қилиб, соматик касалликлардан ногиронларда суиқасд хулқ-атворининг асосий мотивлари - жисмоний ва руҳий азоблардан ўзини ҳимоя қилиш. Бошқа сабаблар (шахслараро низолар, оила аъзоларининг касаллиги, молиявий қийинчиликлар) камдан-кам аниқланган (1,8%).

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг илк бор пайдо бўлишидаги ёшга қараб беморлар тақсимланиши 3.2 расмда келтирилган.



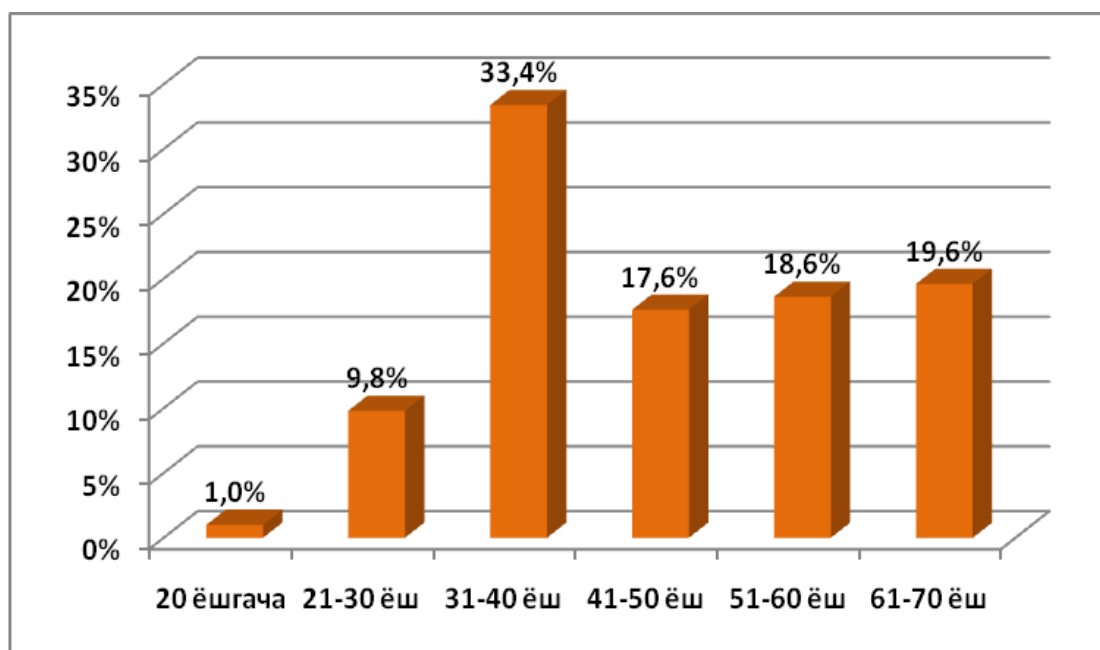
Расм 3.2. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг илк бор пайдо бўлишидаги ёшга қараб беморлар тақсимланиши

Диаграмма 3.2 шуни кўрсатадики, беморлар аксариятида суиқасд тенденциялари (пассив суицидал фикрлар, ниятлар) кўпинча 50 ёшдан кейинроқ илк бор пайдо бўлган (1-гурухдаги 82,5% беморлар). Фақат 17,5% беморлар ўз жонига қасд қилиш ғоялар 50 ёшгача билдирилган ($p < 0,001$).

Шу билан бирга, тадқиқот бошланишига қадар ўз суиқасд хатти-ҳаракатларини фақат 102 (25,5%) беморлар амалга оширган. Беморларнинг

74,5% суицидал фикрларини назорат қилишларини, оила, дин ва ўлимнинг қайтарилмаглигини тушуниш ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга ошириш учун чекловчи омиллар эканлигини айтди.

Биринчи марта ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг амалга оширишидаги ёшга қараб беморлар тақсимланиши 3.3 расмда кўрсатилган.



Расм 3.3. Биринчи марта ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг амалга оширишидаги ёшга қараб беморлар тақсимланиши

3.3 расмда кўриш мумкин-ки, суиқасд ҳаракатлари беморлар кўпчилигида (61,8%) 50 ёшгача амалга оширилган, 50 ёшдан кейин улар статистик ишончли билан камдан-кам кузатилган (38,2% беморлар; $p < 0,001$).

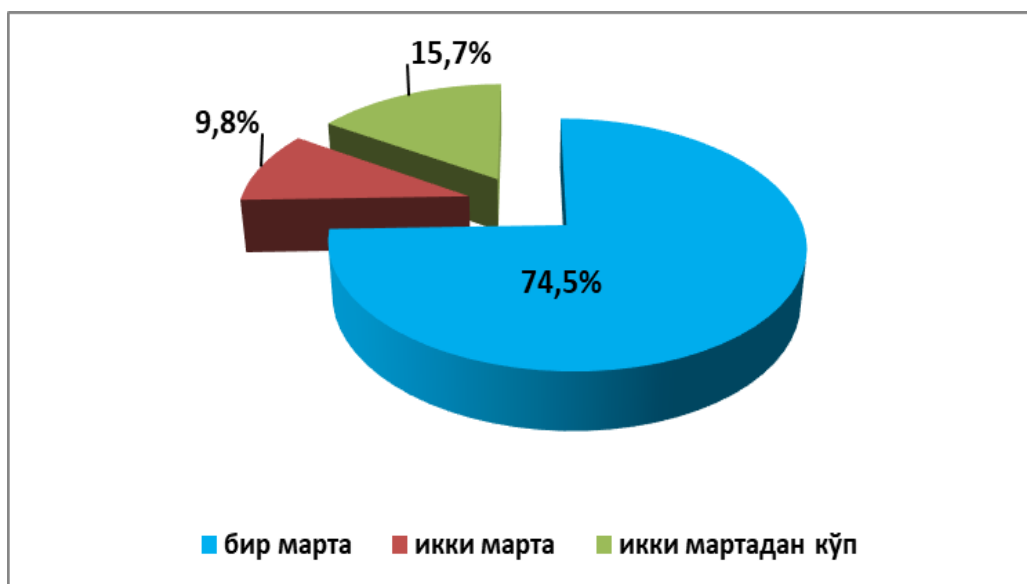
Соматик касалликларга эга бўлган беморлар аксарияти (97,0%) ўз-ўзини ўлдириш мақсадида дори воситалари (93,1%), камдан-кам (3,9%) бошқа заҳарланиш моддаларидан фойдаланган. Ўз-ўзини кесиш (2,0%) ёки осиш (1,0%) фақат фавқулодда ҳодисаларда кузатилган. Суиқасд уринишининг усулига қараб беморларни тақсимлаш 3.3 жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.3

Суиқасд уринишининг усулига қараб беморларни тақсимлаш

Суиқасд уринишининг усуллари	Беморлар сони	
	Абс.	%
Ўзини ўзи заҳарлаш	99	97,0
Ўзини ўзи кесиш	2	2,0
Ўзини ўзи осиш	1	1,0
Жами	102	100,0

Тадқиқот бошланишига қадар баъзи беморлар бир неча марта ўз жонига қасд қилишга уринишни амалга оширган (3.4 расм).



Расм 3.4. Ўз жонига қасд қилишга уриниш сонига қараб беморларни тақсимлаш

Ушбу расмдан кўриниб турибдики, беморларнинг кўпчилиги (74,5%) тадқиқотдан олдин бир марта, 9,8% - икки марта, 15,7% - икки мартадан кўп ўз жонига қасд қилишга уринишни амалга оширган, кузатишимиз пайтида уларда ўз-ўзини ўлдиришга мойиллик сақланиб турган. Шу билан бирга, (96,1%) беморлар ўз суиқасд уринишини мустақил равишда тўхтатган, фақат (3,9%) воқеаларда уларнинг суиқасд уриниши бошқа одамлар томонидан тўхтатилган эди.

Суиқасд уринишларини олдини олиш учун унинг турларини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Суиқасд уринишларининг турларини аниқланганда биз беморлар ўлиб кетишга интилишини ҳисобга олган ҳолда чин (жиддий), аффектив ва демонстратив (шантаж) суиқасд турларини ажратиб қўйган. Суиқасд уринишининг турларига қараб беморлар тақсимланиши 3.4 жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3.4

Ўз жонига қасд қилиш уринишининг таснифига қараб беморлар тақсимланиши

Ўз жонига қасд қилиш уринишининг турлари	Беморлар сони	
	Абс.	%
Чин (жиддий) тури	64	62,7
Аффектив тури	21	20,6
Демонстратив (шантаж) тури	17	16,7
Жами	102	100,0

Ушбу жадвалдан кўришиб турибдики, беморларнинг кўпчилиги (62,7%) чин (жиддий) суицидал уриниш, яъни ўз- ўзини ўлдириш мақсадида ҳаракатларни амалга оширган. Бу ҳолда узоқ вақт (баъзи ҳолларда 6-12 ой ва ундан кўп) давом этилган суиқасд ҳаракатдан олдинги даври кузатилган ва суицидал хулқ-атвор кетма-кет (пассив суиқасд фикрлари, фаол суиқасд фикрлари, суиқасд ниятлари, суиқасд уринишлари) босқичма-босқич ривожланган. Беморлар ўз ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини пухта ўйлаган, уларда суицидал ва антисуицидал мотивлар кураши ниҳоят даражада намоён бўлган, хулқ-атворида ўз жонига қасд қилишига интилиш аломатлари кўришиб турган. Баъзи ногиронлиги бор беморлар ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари шахс томонидан ҳеч қандай қаршилик кўрсатмасдан қондирилган. Бу ҳолатни беморлар томонидан "имконсиз" қолган ҳолатлар билан ўзларини оқлайдилар. Баъзи беморларда касалликнинг ушбу ҳолат чидаб бўлмаслик характериға эга бўлди.

Суиқасд уринишларининг аффе́ктив тури (20,6% беморлар) жуда тез ривожланган, кучли ҳис-туйғулар чўққисида амалга оширилган, суицидал ҳаракатлардан олдинги даври жуда қисқа вақт давом этилган. Беморларнинг ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари онгли ниятларга эга бўлмай импульсив, беихтиёр характерга эга бўлган.

Демонстратив (шантаж) ҳуқ-атвор (16,7%) ўлиб кетиш интилишига боғлиқ бўлмаган, унинг мақсади – атрофдагилардан ёрдам олиш, улар эътиборини беморнинг муаммоларига жалб этиш, қариндошлари билан муносабатлар ва ноқулай ҳаётий вазиятни фойдали равишда ўзгартириш.

Ногиронлар ўртасида ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларнинг шаклланиш тезлиги ўрганилганда суициддан олдинги даврининг давомлилигини аниқлашга имкон берди. Ушбу давр пассив суицидал фикрлардан бошлаб ўз жонига қасд қилиш уриниши билан чегараланган ва бир кундан бир неча ойгача давом этиши мумкин эди. Бу суицидал ҳуқ-атвор даврида бемор ўлим ҳақидаги пассив фикрлардан аста-секин суиқасд ниятларга ўтиб, ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини танлаган, ундан кейин ҳаётдан кетиш узил-кесил ҳулосасига келган ва суиқасд уринишини амалга оширган. Суиқасд ҳаракатдан олдинги даври муддатига қараб беморлар тақсимланиши 3.5 жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3.5

Суиқасд ҳаракатдан олдинги даври давомлилигига қараб беморлар тақсимланиши

Суиқасд ҳаракатдан олдинги даври давомлилиги	Беморлар сони	
	Абс.	%
1-7 кун	8	7,8
8 кундан 1 ойгача	5	4,9
1-3 ой	28	27,5
4-6 ой	53	52,0
6-12 ой	8	7,8
Жами	102	100,0

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг ривожланиши кўп ҳолатларда (59,8%) 4-12 ойлар давомида ўсиб борган. Суиқасд ҳаракатдан олдинги даврининг давомлилиги бир неча кундан 1 ойгача фақат 12,7%, 1 ойдан 3 ойгача эса – 27,5% ($p < 0,001$) беморларда кузатилган. Ушбу даврда ўз жонига қасд қилиш фикрлари тез-тез ва давомли бўлган, беморларнинг 32,1% ўз ҳаётини сарҳисоб қилиб, сўнгра охирида чора сифатида ўз жонига қасд қилиш ҳақида эслатма ёзган. Бундай натижалар соматик касалликлардан ногиронларда чин (жиддий) ўз жонига қасд қилиш уринишлари устунлигини тасдиқ қилади ва улар турларига мос келади.

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқот шуни кўрсатдики, беморлар кўпчилигида суицидал хулқ-атвор сурункали касаллик бошлагандан сўнг, меҳнатга лаёқатсизлик гуруҳини олишга қадар ўткир ёки аста-секин ривожланган. Ўз жонига суиқасд хулқ-атворнинг асосий сабаби - касалликка боғлиқ бўлган беморнинг сезгилари, ҳис-туйғулари, билимлари, фикрлари ва ҳаракатлари (“касаллик кўриниши”), ундайдиган омил - жисмоний ҳамда руҳий азоблардан ўзини ҳимоя қилишдир. Бошқа сабаблар (шахслараро низолар, оила аъзоларининг касаллиги, молиявий қийинчиликлар) камдан-кам аниқланган. Суиқасд хулқ-атворининг шаклланишида ногиронликка олиб келувчи айрим соматик касалликлар ролини ўрганиш тадқиқотимиз учун муҳим аҳамиятга эга эди.

§3.2. Суиқасд хулқ-атвори шаклланишида соматик касалликлар ва улардан ногиронлик борлиги аҳамияти

Суиқасд хулқ-атворининг шаклланишида ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликлар ролини аниқлаш учун беморларнинг 1-гуруҳ ва 2-гуруҳларини ўзаро таққосланган.

Соматик касаллик ташҳисига қараб беморлар тақсимланиши 3.6 жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.6

Соматик касаллик ташхисига қараб беморлар тақсимланиши

Соматик касалликлар	Беморлар сони		Жами
	1 гуруҳ	2 гуруҳ	
Эндокрин касалликлар:			
Қандли диабет (1 тип)	7 (1.7%)	8 (8.0%)	15 (3%)
Қандли диабет (2 тип)	66 (16.5%)	12 (12%)	78 (15.6%)
Қандсиз диабет	2 (0.5%)	-	2 (0.4%)
Диффуз токсик бўғоқ	3 (0.8%)	-	3 (0.6%)
Гипотериоз	4 (1.0 %)	-	4 (0.8%)
Онкологик касалликлар:			
Кўкрак беги саратони	18 (4.4 %)	10 (10%)	28 (5.6%)
Томоқ ва ҳалқумнинг юмшоқ шиллиқ қаватининг саратони	2 (0.5 %)	-	2 (0.4%)
Ошқозон саратони	1 (0.25 %)	-	1 (0.2%)
Ошқозон ости беги саратони	2 (0.5 %)	-	2 (0.4%)
Ўпка саратони	10 (2.5 %)	-	10 (2.0%)
Жигар саратони	6 (1.5 %)	-	6 (1.2 %)
Хочкин лимфомаси	1 (0.25 %)	-	1 (0.2 %)
Бўйин саратони	1 (0.25 %)	-	1 (0.2 %)
Қалқонсимон без саратони	1 (0.25 %)	-	1 (0.2 %)
Простата беги хавfli усмаси	1 (0.25 %)	-	1 (0.2 %)
Юрак қон томир касалликлари			
Гипертония касаллиги	37 (9.2 %)	9 (9%)	46 (9.2%)
ЮИҚ. Стенокардия	30 (7.5 %)	-	30 (6.0%)
Миокард инфаркти	18 (4.5 %)	-	18 (3.6%)
Туберкулёз касалликлари:			
Ўпка туберкулёзи	65 (16.1 %)	10 (10%)	75 (15%)
Суяк туберкулёзи	15 (3.6 %)	-	15 (3.0%)
Бўғим касалликлари:			
Ревматоидли артрит	18 (4.5 %)	5 (5.0%)	23 (4.6 %)
Ошқозон ичак касалликлари:			
Сурункали гепатит	36 (9.0%)	-	36 (7.2%)
Сурункали холецистит	-	7 (7.0%)	7 (1.4%)
Ичак таъсирланиш синдроми	-	3 (3.0%)	3 (0.6%)
Ошқозон ичак яра касаллиги	-	8 (8.0%)	8 (1.6%)
Сурункали панкреатит	-	2 (2.0%)	2 (0.4%)
Сурункали ярали колит	-	2 (2.0%)	2 (0.4%)
Гастроэзофагеал рефлюкс	-	3 (3.0%)	3 (0.6%)
Ошқозон резекцияси	1 (0.5 %)	2 (2.0%)	3 (0.6%)
Жигар трансплантацияси	1(0.5 %)	-	1 (0.2 %)
Жигар циррози	18(4.5 %)	6 (6.0%)	24 (4.8%)
Нафас йўллари касалликлари:			
Бронхиал астма	6 (1.5 %)	3 (3.0%)	9 (1.8%)
Ўткир бронхит оғир кечиши	-	1 (1.0%)	1 (0.2%)
Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги	-	2 (2.0%)	2 (0.4%)

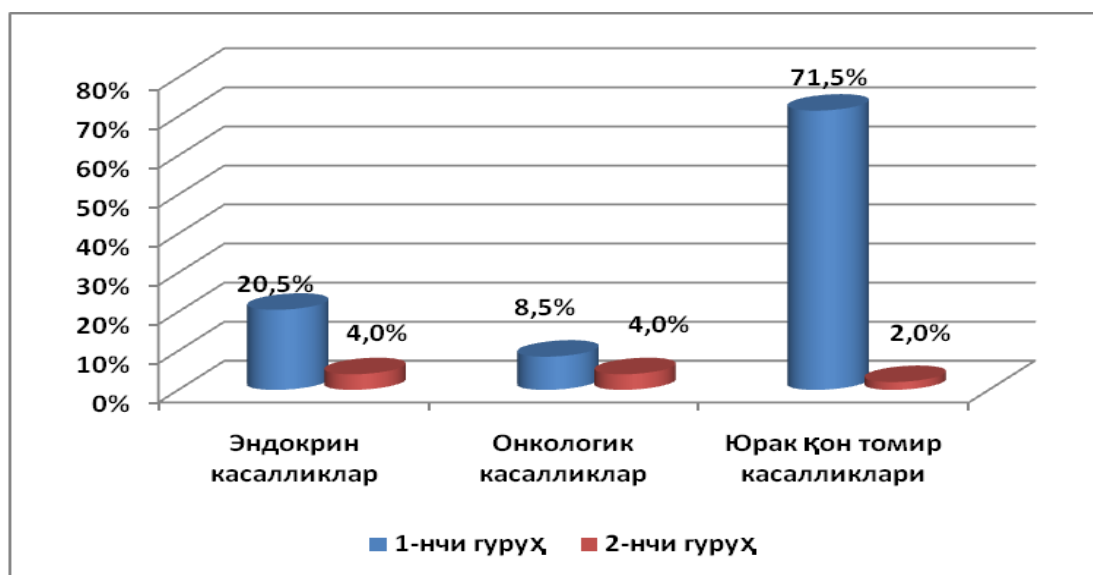
Травматология-ортопедия касалликлари:			
Коксаартриоз	2 (0.5 %)	-	2 (0.4 %)
Бел умуртқалари диск чурраси	-	4 (4.0%)	4 (0.8%)
Остеопороз	6 (1.5 %)	-	6 (1.2%)
Неврологик касалликлар:			
Ишемик инсульт	10 (2.5 %)	-	10 (2.0 %)
Геморрагик инсульт	11 (2.7 %)	-	11 (2.2 %)
Буйрак тош касаллиги	-	2 (2.0%)	2 (0.4%)
Витилиго	1 (0.25 %)	-	1 (0.2 %)
Жами	400 (100,0%)	100 (100,0%)	500 (100,0%)

Жадвал маълумотлари шуни кўрсатадики, тайинланган гуруҳлар бир-биридан эндокрин тизим патологияси (1-гуруҳ беморларининг 20,5%, 2-гуруҳ беморларининг 20,0%; $p>0,05$), онкологик касалликлар (1-гуруҳ 10,7%, 2-гуруҳ 10,0%; $p>0,05$), ўпка касалликлари (1-гуруҳ 1,5%, 2-гуруҳ 6,0%; $p>0,05$) ва ортопедия-травматология соҳасидаги (1- гуруҳ 2,0%, 2-гуруҳ 4,0%; $p>0,05$) касалликларга чалинган беморлар сони билан аҳамиятли фарқ қилмаган. Шу билан бирга, 1-гуруҳдаги беморларда онкологик касалликлар (ўпка, жигар ва бошқа ички аъзолари саратони) ҳаёт учун юқори хавф-хатар даражаси ва ноқулай прогнози билан тавсифланган. 2-гуруҳдаги беморларда эса ушбу касалликлардан фақат кўкрак беи саратони аниқланган.

Тайинланган гуруҳлар ўртасида юрак қон томир касалликлар (1-гуруҳ 21,2%, 2-гуруҳ 9,0%; $p<0,001$), туберкулёз касаллиги (1- гуруҳ 19,7%, 2-гуруҳ 10,0%; $p<0,01$) ва инсультлар (1-гуруҳ 5,2%; $p<0,001$) га йўлиққан беморлар сони бўйича аҳамиятли фарқлар борлиги аниқланган. Иккинчи гуруҳга нисбатан биринчи гуруҳда ушбу касалликларнинг оғир шакллари билан беморлар сони кўп бўлган. Жумладан, иккала гуруҳларида баравар меъёрга учраган гипертония касаллиги (1- гуруҳ 9,2%, 2-гуруҳ 9,0%; $p>0,05$) дан ташқари 1-гуруҳда юрак ишемияси, стенокардия, миокард инфаркти ҳам аниқланган. Аксинча, ошқозон ичак касалликлари (1-гуруҳ

14,5%, 2– гуруҳ 34,0%; $p < 0,001$) касалликларга чалинган беморлар қисми 2-гуруҳда 1- гуруҳга нисбатан анча юқори бўлиб чиқди.

Бевосита тадқиқот пайтида айрим гуруҳдаги соматик касалликларнинг оғирлашуви (декомпенсация ҳолати) га қараб беморларнинг тақсимланиши 3.5 расмда кўрсатилган.



Расм 3.5. Тадқиқот пайтида соматик касалликларнинг оғирлашуви (декомпенсация ҳолати) борлигига қараб беморларнинг тақсимланиши

Ушбу расмда кўриниб турибдики, тадқиқот пайтида 1- гуруҳдаги беморларда эндокрин (1–гуруҳ 20,5%, 2–гуруҳ 4,0%; $p < 0,001$), онкологик (1 – гуруҳ 8,5%, 2– гуруҳ 4,0%; $p < 0,001$) ва юрак қон томир (1– гуруҳ 71,5%, 2–гуруҳ 2,0%; $p < 0,001$) касалликларининг декомпенсацияси 2-гуруҳга нисбатан статистик аниқлилик билан кўп учраган. Шундай маълумотлар суицидал хулқ-атворга эга ногиронларнинг соматик касалликлари оғирлигини таъкидлайди ва унинг суиқасд тенденциялар ривожланишига сезиларли таъсири ҳақида муҳокама қилиш имкон беради.

Сурункали касалликлар оғирлигини таҳлил қилиш натижалари беморлар меҳнатга лаёқатсиз гуруҳларига тақсимланиши билан тасдиқланди. Ногиронлик кўрсаткичлари бўйича беморлар тақсимланиши 3.7 жадвалда келтирилган.

Ногиронлик гуруҳига қараб беморлар тақсимланиши

Ногиронлик гурухи	Беморлар сони				Р	Жами	
	1 гурух		2 гурух				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
I	39	9,8	3	3,0	< 0,01	42	8,4
II	300	75,0	62	62,0	< 0,045	362	72,4
III	23	5,7	35	35,0	< 0,001	58	11,6
Муддатсиз	38	9,5	-	-	< 0,001	38	7,6
ЖАМИ	400	100,0	100	100,0		500	100,0

3.7 жадвал шуни кўрсатадики, иккала тайинланган гуруҳларда иккинчи гуруҳдаги ногиронлар асосий қисмини ташкил этган (1– гуруҳ 75,0%, 2– гуруҳ 62,0%; $p < 0,045$). Шу билан бирга, ногиронлик бошқа даражасига қараб беморларнинг гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларни аниқланган. Жумладан, ногиронлик биринчи гуруҳи мавжудлиги бўйича беморларнинг 1- гуруҳи 2- гуруҳидан устун туради (1-гуруҳ 9,8%, 2– гуруҳ 3,0%; $p < 0,01$). Аксинча, ногиронлик учинчи гуруҳига эга беморларнинг сони 2-гуруҳда анча юқори эди (1–гуруҳ 5,7%, 2–гуруҳ 35,0%; $p < 0,001$). Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва беморларнинг ногиронлиги гуруҳлари ўртасида корреляцион боғлиқни аниқланган (Пирсон боғланиш коэффиценти $C=0,47$; $p < 0,001$), лекин у жуда кучли бўлмай, фақат ўрта даражасига етиб борган. Ушбу натижалар суицидал хулқ-атвор ривожланишига бошқа тасир қилувчи омиллар, жумладан шахсий реакцияларни қидириш заруриятини яратган.

1-гуруҳдаги беморларда сурункали касалликлар симптомлари ва кечими оғирлашиши жараёнида ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлиб, меҳнатга лаёқатсизлик гуруҳи берилгандан сўнг улар анча кучайган ҳамда илмий изланишимиз бошланишигача ўзгармай турган. В. Любан-Плоцца сўровномаси ёрдамида беморларни ўрганиш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, биринчи марта ногиронлик гуруҳи олган беморларда, ўз жонига қасд тенденциялари биринчи 3 ой давомида кузатилди. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш хавфи қолган 7 ой

давомида бевосита юқори бўлиб қолаверди. Соматик касалликларда ногиронлик берилгандан кейин ўтган вақтга қараб ўз жонига қасд қилиш хавфи даражалари 3.8 жадвалда келтирилган.

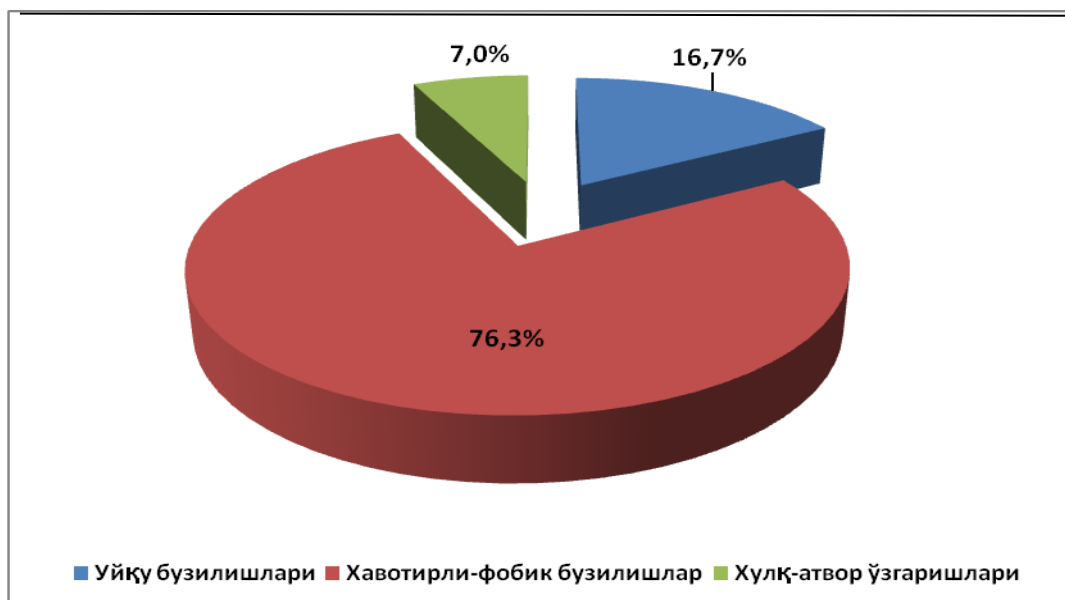
Жадвал 3.8

Ногиронлик ўрнатилгандан даврга қараб ўз жонига қасд қилиш хавфи кўрсаткичлари

Ногиронлик ўрнатилгандан кейин ўтган вақт	Ўз жонига қасд қилиш хавфи кўрсаткичлари
1 ой	0,16 (0,08–0,31)
2 ой	0,22 (0,12–0,38)
3 ой	0,44 (0,22–0,62)
4 ой	0,54 (0,35–0,87)
5 ой	0,72 (0,42–1,11)
6 ой	0,79 (0,46–1,17)
7 ой	0,89 (0,57–1,27)

Тахмин қилиш мумкинки, ногиронлик шахсининг жамиятга руҳий мослашув бузилишини чуқурлаштириб, триггер ролини ўйнаган ва суицидал хулқ-атворга фаоллаштирувчи таъсир қилган. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасининг ўсиши ва ногиронлик давомийлигининг ошиши ўртасида бевосита боғлиқлик топилди (Пирсон корреляция коэффиценти $r=0,52$; $p > 0,05$).

Тадқиқот вақтида беморларнинг руҳий ҳолати уйқу бузилишлари, хавотирлик, ёпишқоқ фикрлар, хулқ-атвор ўзгаришлари билан тавсифланган. Яъни 1- гуруҳдаги беморларда нозоген невротик бузилишлар пайдо бўлиши ҳақида гапириш мумкин. Руҳий бузилишларга қараб 1- гуруҳдаги беморлар тақсимланиши 3.6 расмда кўрсатилган.



Расм 3.6. Рухий ҳолатига қараб 1- гуруҳдаги беморлар тақсимланиши

Расм 3.6 шуни кўрсатадики, беморлар кўпчилигида (76,3%) хавотирли-фобик реакциялар кузатилган. Улар онгида касаллик асоратлари ва уларнинг хавф-хатарини ошириб, доимо ваҳима, безовталаниш ҳисси, ўлим ва оғриқдан шилқим кўркувни сезган, ўз касаллиги ҳақида қўшимча маълумотларга қизиқишни кўрсатган, даволаниш самарадорлигига ишонч қилмаган, унинг янги усулларни кидириб турган. Ушбу фониди кайфият сезиларли даражада пасайиб, касаллик прогнозига пессимистик баҳо ва келажакка ишончсизлик пайдо бўлган. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари ёпишқоқ характерга эга бўлиб, ҳаёлдан кетмаган.

Баъзи беморларда (16,7%) ўз касаллигига реакциялар уйқу бузилишлари билан чегараланган. Уларда хавотирлик ҳисси психологик даражада намоён бўлиб, психопатологик даражага ўтмаган. Уйқу бузилишлари ухлаб қилиш қийинлашуви, уйқу жараёнида тез-тез уйғониш, уйқудан дам олиш ҳиссининг йўқлиги билан тавсифланган.

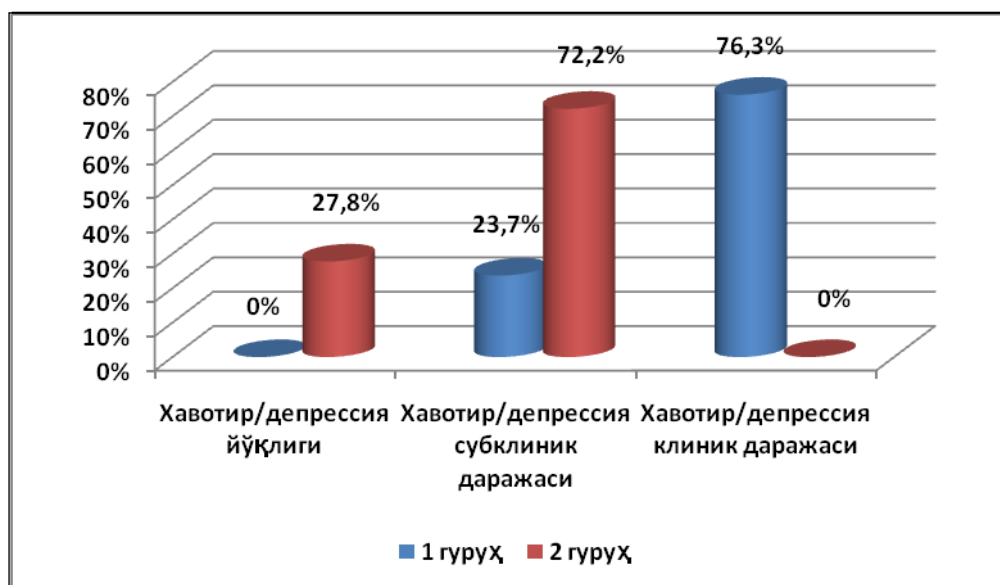
Аҳён ҳодисалар (7,0%) беморлар хулқ-атворининг ўзгаришлари билан кўрсатиб берилган. Беморлар қариндошлари томонидан доимий эътибор ва раҳм-шафқатни талаб қилган, мақсадига эришиш учун шикоятларини бўртириб кўрсатган. Жаҳлдорлик, атрофдагиларга худбинлик

муносабатини доимий намоён қилиб турган. Уларнинг суицидал уринишлари кўпинча намоёйшкорона (шантаж) характерга эга бўлган.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда эса уларнинг сурункали касаллик тўғрисида ваҳимали фикрлар фақат психологик даражада ва руҳий меъёр чегарасида намоён бўлган.

Шуни кизиқ-ки, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвориға эга бўлган беморларда турли сурункали касалликларға бир турдаги психопатологик реакциялари кузатилган. Беморларнинг соматик касалликка субъектив прогнози унинг объектив баҳосига тўлиқ равишда тўғри келмаган, шу сабабдан касаллик оғирлиги ва суицидал хулқ-атвор турлари ўртасида корреляция коэффициентлари фақат ўртача боғлиққа мос келган ($C=0,47$; $p < 0,001$).

Клиник текширув натижаларини экспериментал-психологик усуллар тасдиқлаган. 3.7 расмда “Хавотир ва депрессия госпитал шкаласи (HADS)” кўрсаткичларига қараб беморларнинг тақсимланиши келтирилган.



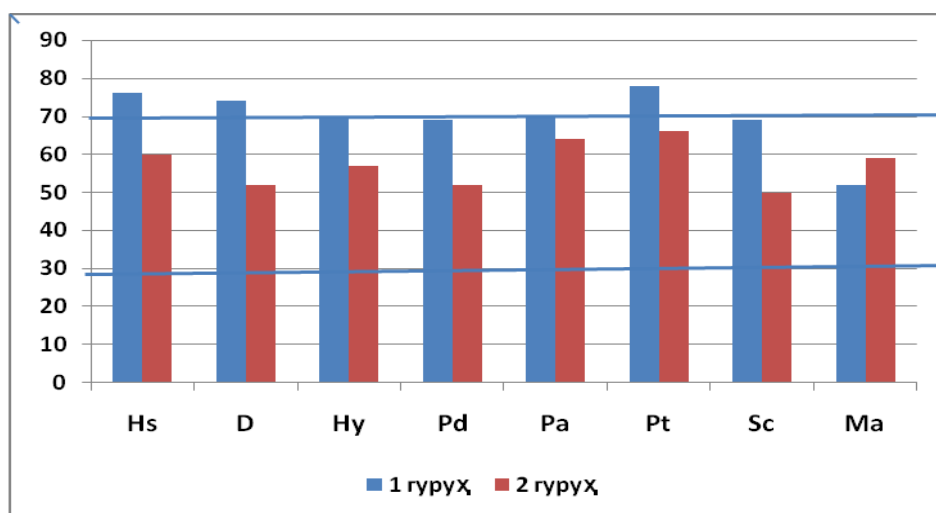
Расм 3.7. Хавотир ва депрессиянинг частотаси ва оғирлигига қараб беморларни тақсимлаш

Хавотир клиник жиҳатдан доимий ички зўриқиш ҳисси, бахтсизликни кутиш, яқинлашиб келаётган ўлим ҳақидаги фикрлар, баъзида безовталиқ билан ваҳима ҳисси ва ҳаракат қилиш истаги билан намоён бўлди. Клиник даражадаги депрессия кайфиятнинг тушкунлиги, ангедония, ҳаракатнинг

суствлиги, оғир соматоген астения фонида келажакни пессимистик баҳолаш билан тавсифланган.

3.7 расм маълумотларига мувофиқ, суикасд хулқ-атвори кўрсатадиган беморларда хавотир ҳисси ва депрессия ҳолатининг чуқурлиги солиштириш гуруҳидаги беморларга караганда сезиларли даражада юкорилиги аниқланган. Биринчи гуруҳдаги беморлар 76,3 фоизда кучли рухий зўриқиш ва тушкун кайфият клиник даражада намоён бўлиб, кам ҳолларда (1-гуруҳ 23,7% ва 2- гуруҳ 72,2%; $p < 0,001$) фақат экспериментал-психологик усуллар ёрдамида аниқланган ва 2-гуруҳ беморларида кайфиятнинг психологик даражадаги ўзгаришларига ўхшаган. HADS шкаласи бўйича ваҳиманинг ўртача кўрсаткичлари ушбу гуруҳ беморларида $18,6 \pm 1,1$ баллни, депрессия шкаласи бўйича $17,9 \pm 1,4$ баллни ташкил этди. HADS методикаси ёрдамида текширув пайтида хавотир ва гипотимиянинг йўқлиги фақат таққослаш гуруҳидаги беморларда содир бўлган (2-гуруҳдаги 27,8% беморлар; $p < 0,001$), уларда ваҳима ва депрессия кўрсаткичлари 7 баллдан ошмаган.

1-гуруҳ ва 2-гуруҳ беморларида MMPI шкаласининг ўртача кўрсаткичлари (Т-балларда) 3.7-расмда келтирилган.



Расм 3.7. MMPI шкалаларининг ўртача кўрсаткичлари (Т-балларда)

Шуни таъкидлаш керакки, MMPI шкаласининг меъёр доирасидаги кўрсаткичлари 30 дан 70 Т-баллгача, ўртача кўрсаткичлари эса 50 Т-балл

оралиғи диапозонида аниқланган. ММРІ профилини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, ўз ҳаётига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморларнинг кўпчилигида невротик триада шкалалари (ипохондрия Hs, депрессия D, истерия Hu) бўйича чўққилар бирлиги юқори Pt (психастения) ва Sc (шизофрения) шкалалари билан бирга қўшилган. Ушбу бирлашув невротик реакциялар даражасига етувчи бузилишлар, яъни ноқулайлик, ваҳима, субдепрессия, истерик таъсирланишларга мойиллик, соматик ҳолатига ипохондрик фиксация борлигини акс эттиради. Таққослаш гуруҳида ипохондрия Hs, депрессия D, истерия Hu шкалаларининг кўрсаткичлари норма чегарасидан чиқмайди. Иккала гуруҳда паранойя (Pa) шкаласининг юқори кўрсаткичлари меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг қўйилган ташхис тўғрилигига, шифокорларнинг малакаси ва даволаш самарадорлигига ишонмасликка майлини таъкидлади. Соматик ҳолатга ипохондрик фиксациясининг сақланиши, юқори даражадаги ваҳима, шифокорларга ишончсизлик, умидсизлик ва ожизлик ҳисси билан бирга содир бўлган касалликнинг пессимистик прогнози суицидал тенденцияларни мустаҳкамлашган ва даволанишга риоя қилиш (комплайенс)ни пасайтириб, тикланишга тўсқинлик қилган.

1-гуруҳдаги беморларнинг ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг давомийлигига қараб тақсимланиши 3.8-жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.8

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг давомийлиги қараб беморлар тақсимланиши

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг Давомийлиги	Беморлар сони	
	Абс.	%
1-8 кун	48	12,0
1-3 ой	32	8,0
4-6 ой	200	50,0
6 ойдан кўп	120	30,0
Жами	400	100,0

Ушбу 3.8-жадвалдаги маълумотлар 1-гурӯх беморларининг аксариятида ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг узок муддат сақланганлигини намоиш этади. Қисқа муддатли (1-8 кун) ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори эпизодлари беморларнинг атиги 12,0 фоизида кузатилди ва кўпинча аффектив (5,2%) ёки намоишкорона (4,3%) суиқасд уринишлари билан шаклланган. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар кам миқёсда (2,5%) чин характерга эга эди. Кўп ҳолларда суиқасд тенденциялари суицидал фикрлардан ўз жонига қасд қилиш ниятлари ва уринишларигача аста-секин ривожланиб бориб, бир неча ойлар давомида сақланиб қолди. Шундай қилиб, беморларнинг 8,0% да улар камида 1-3 ой, 50,0% да камида 4-6 ой, беморларнинг 30,0% да 6 ойдан ортиқ сақланган.

Соматик касалликлардан ногиронликка эга бўлган шахсларда суиқасд ҳуқ-атворининг шаклланиш хусусиятларини кўрсатиш учун биз 2та кузатувни тақдим этамиз.

Кузатиш 1: 59 ёшли бемор Ш.Й., 2-гурӯх ногирони. 03/18/2022 йилдан Бухоро вилоят эндокринология диспансерида даволанган (касаллик тарихи №748/198). Ташхис: Қандли диабет 2 тур ўрта оғир даражаси. Қўшимча: УБ II АГ1 Х-4. Асорати: диабетик нейропатия.

Анамнезидан: Наслида руҳий касалликлар билан оғриганлар йўқ. Ишчи оиласида туғилган. Анъанавий оилада тарбияланган. Отаси мактаб ошхонасида ошпаз бўлиб ишлаган, табиатан оғир, вазмин, камгап, меҳнаткаш инсон бўлган. Нафақада чиққандан сўнг тўйларда, тадбирларда ошпазлик қилиб юрган. 76 ёшида тўйдан келиб ухлаган ва шу билан уйғонмасдан вафот этган, сабабини билишмайди. Онаси табиатан тез жаҳли чиқадиган аммо, жуда меҳрибон, виждонли, китоб мутоала қиладиган уй бекаси бўлган, 72 ёшида геморрагик инсультдан вафот этган. Ака, опаси ва сингиллари орасида бирта акаси ишемик инсульт ўтказган, бирта синглиси гипертония касаллиги билан оғрийди аммо иккаласи ҳам гурӯх ногиронлиги олмайди.

Бемор туғилишда асоратсиз туғилган. Онасида ҳомиладорлик яхши ўтган. Болалиқдан руҳий ва жисмоний соғлом ўсган. Феъл-атвори

болаликдан ўз манфаатини ўйлайдиган, айтишича мактаб пайтларида ўз ўртоқларига ёрдам бериш керак бўлган пайтларда ҳам ёрдамлашмаган, ҳеч кимга мактаб ўқув курулларини ҳам бермаган, ҳаттоки яқинларидан худбинлик хусусияти билан ажралиб турган. Болалигидан ўзида ўзи учун керакли бўлган ғояларни синфдошлари ёки яқинларига айтса улар беморга бу ғоялари кераксизлигини, ҳеч кимга фойда келтира олмаслигимни айтиб гўёки уни устидан кулишган. Ҳар қандай ишда ўта хотиржам, аммо шубҳа билан қарайдиган, ҳеч кимга ишонмайдиган, ҳар қандай ишни қайта-қайта текширадиган одати борлигини таъкидлайди. Ҳаётдаги ҳар қандай омадсизлик ҳатто афсусланишга арзимаса ҳам у учун жуда катта аҳамиятга эга, агарда омади юришса ҳаддан ташқари юқори баҳолаб атрофдагиларга мақтаниб юрийди. Ишхонасидаги бошлиғини, ишчиларни, ҳатто яқинлари акаси, опаси ва синглисини танбеҳи у ёқда турсин ота-онасини ҳам танбеҳини кўтара олмай жеркиб, бир неча ой гаплашмай юради. У ўз обрўси ҳақида кўп қайғуради, ҳатто ўз болалари ва аёлини ҳам назорат қилиб юради. Болалигидан мияси ғояларга бой, атрофдагиларни ҳам шахсиятига нисбатан ҳар қандай хаёлий ҳаракатларга таъсирчан муносабатда бўлиб, барча одамларни фақат уларнинг ҳаёт фаолияти, сўзлари ва ғоялари билан қандай боғлиқлик борлиги билан баҳолайди.

7 ёшида мактаб борган. Мактабда ўқиши “ўртача” бўлган. Ёқтирган фани жисмоний тарбия, меҳнат бўлган. Қишлоқда яшагани учун кўп вақтини отаси билан биргаликда тўйларга бориб, отасига овқат пиширишга ёрдамлашиб юрган. Шу сабабли айрим пайтлар мактабга қатнамаган. Ўртоқлари орасида яқин ўртоғи бўлмаган. Ўртоқлари билан ҳеч қачон келишмовчиликларга бормаган, айрим синфдошларини ёқтирмаса ҳам улар билан “шунчаки” мулоқот қилган, аммо ишончсизлик сабабли ҳеч қайсиси билан яқин муносабат ўрнатмаган. Ҳозирги пайтда ҳам яқин ўртоғи йўқ. 11 синфни тугатгандан сўнг отасига ўхшаб ошпазлик қилиб юрган. Ҳарбий хизматни ўтаган. 24 ёшида онаси топган қизга уйланган 3та боласи бор.

Оиласи билан тинч тотув яшайди. Судланмаган. Иқтисодий аҳволи кониқарли. Зарарли одатлар чекмайди ва спиртли ичимлик ичмайди.

Бемор 2015 йилдан бери қандли диабет билан оғрийди. Кечалари кўп пешобга чиқиши, ориқлашидан, кўп сув ичганлиги сабабли терапевтга мурожаат қилган, анализ тахлилида қанд миқдори қонда юқори бўлган. Шундан сўнг эндокринологда даволана бошлаган, аммо даволовчи врачлар оғоҳлантиришига қарамасдан дори воситаларини пала-партиш ичиб, парҳез умуман қилмаган. Бир неча марта гипергликемик комага тушиб, реанимацияда даволаниб чиққан. Ҳар йили эндокринология касалхонасида стационар шароитида бир неча марта даволаниб чиқади. 2018 йилдан бошлаб инсулин ола бошлаган, инсулинни ҳам миқдорини ўзи хоҳлаганича ўзгартириб турган. 2017 йилда чап оёғининг 3та бармоғи ампутация қилинган. Кўзи яхши кўрмаслиги сабабли офталмологда “ретинопатия” ташхиси билан даволанади. 2017 йилдан бошлаб ногиронлик 2 гуруҳи берилган. Бемор “бедаво” касалликка чалинган деб ҳисоблаши, ногиронлиги сабабли ўз жонига қасд қилиш фикрлари 1-3ойда ривожланиб борган. Фикрлари 7 кундан 10 кунгача тинчлик бермай кайфияти тушиб юрган. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари кучайиб, 2018 йилда 53 ёшида биринчи марта ўз жонига осиш йўли билан ҳаракат қилган. Хотини қутқариб қолган. Шундан сўнг бир марта психиатрга амбулатор борган, аммо дори воситалари уни қарахт қилгани, кайфиятини яна туширгани учун ичмаган. Дори воситаларидан фенибут, амитриптилин ичган. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари доимий безовта қилиб юрган. Охириги йилларда 3-4 марта ўз жонига қасд қилишга уринишлар бўлган (инсулин миқдорини ошириш ёки умуман қабул қилмаслик), шу сабабли тез-тез гипергликемик ёки гипогликемик комага тушиб реанимацияга даволаниб юради. Ҳар йили нервпатологда даволаниб, просульпин, фенибут, миртел таблеткаларни 1 ҳафта 10 кун ичади, сўнг умуман қабул қилмайди. Ўзгаришларга мослашиш қобилияти деярли ҳеч қачон йўқ. Касаллик ва қийинчиликлардан сўнг ўзини қайта тиклаш қобилияти ҳам ҳеч қачон йўқ. Ўз жонига қасд қилиш узоқ давом

этадиган уйқу бузилишлари билан, ваҳима кўрқувлар билан давом этади. Ўз жонига қасд қилиш режаси ўзини осиб ўлдириш.

Жисмоний ҳолати: Умумий аҳволи нисбатан қониқарли. Тери ва шиллиқ қаватлар меъёрда. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак тонларни бўғиқ. ҚБ - 140/80. Қорни юмшоқ. Жигар ва талоқ пайпасланмайди.

Асаб тизими: Парез ва параличлар йўқ. Ромберг ҳолати турғун. **Сухбат пайтидаги руҳий ҳолати:** Эс ҳуши ўзида. Кайфияти паст. Ўз ички кечинмаларини яширмайди. Уйқусизликдан шикоят қилади. Ўз жонига қасд қилишдан гоҳида мусулмон бўлгани учун тўхтатишини, аммо бедаво касалликка йўлиқиб ногирон бўлиб қолгани уни ўз жонига қасд қилиш фикрларига етаклашини айтади. Бемор бирданига сухбат давомида йиғлаб нега шундай ногирон бўлиб қолганини айтади. Ҳар куни 4 маҳал игна санчиб инсулин олиш жонига текканлиги, оёғи оғриши, борган сари кўзи яхши кўра олмаслигини айтиб хўрсинади. Хотира ва интеллект сақланган.

Тахлил: Ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари паранойял шахс хусусиятига хос ривожланган. Яъни ўзига хос ғайриодийлиги, бу ёшлигидан у учун аҳамиятли бўлган ўта қимматли ғояларни шаклланишидир. Бу ғоялар аста-секин ўз онгини эгаллайди ва барча хатти-ҳаракатларга ҳал қилувчи таъсир кўрсатади. Паранойял характерга эгалиги унинг руҳий ҳолатининг асосий хусусиятларидан бири бўлиб, бу ўта худбин, ҳаддан ташқари шубҳали, атрофдагиларга ва оила аъзоларига ишонмаслигидир. Энг кичик муваффақиятсизликлар жуда катта аҳамиятга эга, омади келиб қолса юқори баҳолайди. 2017 йилдан бошлаб пассив ўз жонига қасд қилиш фикрлари ногиронлик гуруҳини олгандан сўнг пайдо бўла бошлаган. Ўзини атрофдагиларга кераксиз, ортиқча юк, бедаво касалликка чалиниб, иккала кўзи ҳам касаллик туфайли яхши кўролмаслиги, оёқ бармоқларинини ампутация қилиниши, ногиронлиги уни руҳиятига таъсир қилиб пассив ўз жонига қасд қилиш фикрлари фаоллашиб 2018 йил ўзини осиб олиб борган. Сўнгра психиатр қабул қилишига атиги бир марта бориб, унинг тавсияга биноан психотроп дорини ича бошлаган. Дори-дармон воситасининг

“ёмон таъсири” натижасида бемор психотроп дори воситаларини қабул қилишни тўхтатган. Аммо ўз жонига қасд қилиш фикрлари пассив, гоҳида фаол ҳолатга ўтиб турган. Қайта психиатрга мурожаат қилмасдан турли мутахассисларга даволаниб юрган. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар йилига 5-6 марта кузатилиб турган. Вазиятини умидсиз деб билган.

Кузатиш 2: 55 ёшли бемор З.Г., 2-гурӯх ногирони. 25/04/2023 йилдан Бухоро вилоят вилоят фтизиатрия ва пульмонология марказида даволанган (касаллик тарихи №748/198). Ташхис: Ўнг ўпка пастки бўлаги инфилтратив сили.

Анамнез: Ирсиятида руҳий ва наркологик касалликлар йўқ. Отаси ва онаси мактабда ўқитувчи бўлиб ишлашган, отаси физика фанидан дарс берган, у жуда маданиятли, хушчақчақ, меҳрибон, кўп шеър билиб, ўзи ҳам ижод билан шуғулланиб турувчи инсон бўлган. Нафақада чиққандан сўнг уйида лимон боғи очиб тадбиркорлик билан шуғулланади. Онаси математика фанидан дарс берган, болалари ва отасига жуда меҳрибон, отасидек маданиятли, эрини гапини ҳеч қачон ерда қолдирмаган. Болаларини илм олиши учун жуда масулиятли бўлганлиги сабабли, ҳамма фарзандлари 5ласи ҳам олий маълумотли бўлиб, турли соҳаларда ишлашади.

Онасида ҳомиладорлик ва туғиш асоратсиз ўтган. Бемор соғлом бола бўлиб ўсган. У болаликдан камторона, уятчан, фантазия қилишга устамон шу сабабли болалигидан турли эртаклар уйлаб топиб ёза бошлаган, наشريётларга бериб турган. Тортинчоқлиги, камгаплиги, одамовлиги сабабли дугонаси йўқ.

7 ёшида мактаб борган. Мактабда яхши ўқиган. Ҳамма фанни яхши ўзлаштиришга ҳаракат қилган, жуда яхши кўрган фани адабиёт бўлган, шу сабабли ҳам эртак ёзишга жуда қобилиятли бўлган. Мактабда бирорта ҳам дарс қолдирмаган. Нафақат мактаб ёки институтдаги тартиб қоидаги балки ҳаётдаги барча қонун қоидаларга ҳам жуда буйсунувчан бўлган. Одоб ахлоқ қоидаларини ҳеч қачон бузмаган. Ота-онасини гапини ҳеч қачон иккиланмасдан бажарган, айниқса онасига боғланиб қолган. 11 синфни

тугатгандан педагогика институтига ўзбек тили ва адабиёти факультетига ўқишга кириб муваффақиятли битирган. 24 ёшида турмуш ўртоғини ёқтириб, оила қурган, 5та боласи бор. Оиласи билан тинч тотув яшайди. Судланмаган. Иқтисодий аҳволи қониқарли. Зарарли одатлар чекмайди ва спиртли ичимлик ичмайди.

Бемор 2020 йилдан бери ўпка сили билан оғрийди. Силга чалинишини жуда ёмон қабул қилган, кайфияти тушиб юрган, аммо ёмон фикрлари бўлмаган. Ҳар йили бир неча марта фтизиатрия касалхонасида стационар шароитида бир неча марта даволаниб чиқади. 2021 йилдан бошлаб ногиронлик 2 гуруҳи берилган. Беморга ногиронлик гуруҳи тайинланиши билан ўз жонига қасд қилиш фикрлари пайдо бўла бошлаган. Унинг фикрича энди у ҳеч кимга керак эмас, гўёки атрофдагилар ундан сил туфайли қочади (аммо турмуш ўртоғи ва болалари ёки яқин қариндошлар ҳеч қачон бундай қилишмаган бўлса ҳам). Ўз жонига қасд қилиш фикрлари ногиронлик гуруҳидан берилгандан сўнг 1 ойда кучайиб, атрофдагилар билан гаплашмасдан, ёлғиз қолишга ҳаракат қилиб, кайфияти тушиб юрган. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари тезда кучайиб, 2021 йил биринчи марта ўз жонига қасд қилишга ҳаракат қилиб уйда ҳамма ишга, ўқишга кетгандан сўнг эрини машинасидан озгина бензин олиб ёқиб юборган. Бемор айтишича кўпроқ бензин олиб билганида эди, ўлим орқали ҳаммасидан қутилган бўлар эди. Қўшниси кўриб қолиб уни қутқарган ва 30% куйиш билан вилоят токсикология бўлимида 10 кун даволаниб чиққан. Шундан сўнг психиатр уни кўрган, аммо касалхонадан чиққандан сўнг бир марта психиатрга амбулатор борган, ёзилган дори воситаларини сабабсиз ичмаган. Дори воситаларидан охирги пайтларда гоҳида невропатолог ёзиб берган уйқу учун дорилардан фақат фенибут, просульпин, новопассит ичади. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари доимий безовта қилиб юради. 2023 йилни ўзида сил касаллиги билан тез-тез даволанганлиги учун 2 марта ўз жонига қасд қилишга уринишлар бўлган (даволанишдан бош тортади, туберкулёзга қарши дори воситаларини умуман ичмасликка ҳаракат қилади, Тянь Ши дори

воситасини микдорини оширган). Ўзгаришларга мослашиш қобилияти деярли ҳеч қачон йўқ. Касаллик ва қийинчиликлардан сўнг ўзини қайта тиклаш қобилияти ҳам йўқ. Ўз жонига қасд қилиш узоқ давом этадиган уйқу бузилишлари билан, ваҳима, кўрқувлар кайфият пасайиши, ўлим ҳисси билан давом этади. Ўз жонига қасд қилиш режаси ўзини қайси йўл билан бўлса ҳам ўлдириш.

Жисмоний ҳолати: Умумий аҳволи нисбатан қониқарли. Тери ва шиллиқ қаватлар меъёрда. Ўпкасида везикуляр нафас сусайган, амфорик нафас кучайган. Қуруқ хириллашлар эшитилади. Юрак тонларни бўғиқ. ҚБ 120/75. Қорни юмшоқ. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Буйракларда Пастернацкий симптоми манфий.

Асаб тизими: Парез ва параличлар йўқ. Ромберг ҳолати турғун. **Суҳбат пайтидаги руҳий ҳолати:** Эс ҳуши ўзида. Замон ва маконга мўлжал сақланган. Нутқи равон. Суҳбатга ташаббус билдиради. Саволларга жавоб тўлиқ жавоб беради. Фикрлаши аниқ. Идрок, тафаккур патологиялари ва бошқа психопатологик симптомлар суҳбат пайтида топилмади. Кайфияти паст. Ўз ички кечинмаларини яширмайди. Уйқусизликдан шикоят қилади. Ўз жонига қасд қилишдан гоҳида болалари учун тўхтатишини, аммо ногирон бўлиб қолгани уни ўз жонига қасд қилиш фикрларига етаклашини айтади. Хотира ва интеллект сақланган.

Тахлил: Ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари шизоид шахс хусусиятига хос ривожланган. Яъни ўзига одамовийлиги, фантазияга бойлиги, тез-тез тушкун кайфиятга тушиши, ўртоқларининг йўқлиги, келажагини пессимистик қоронғу кўришидир. 2021 йилдан бошлаб ногиронлик гуруҳи тайинланиши билан сушт ўз жонига қасд қилиш фикрлари пайдо бўлиб, улар фаоллашиб бир неча ой ичида ўзини ёқишгача олиб борган. Сўнггра психиатр бир марта кўрган, психотроп дори воситаларини психиатр тавсиясига биноан ичмаган. Бизнингча бемор ўз жонига қасд қилиш яқунланишини истаган. Аммо ўз жонига қасд қилиш фикрлари пассив, гоҳида фаол ҳолатга ўтиб турган. Қайта психиатрга мурожаат қилмасдан

турли мутахассисларга даволаниб юрган. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар йилига 3-4 марта кузатилиб турган. Вазиятини умидсиз деб билган.

§3.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шаклланишида соматик касалликка ва уни даволанишга бўлган беморлар муносабатини ўрганиш

Беморларнинг асосий ва таққослаш гуруҳларини солиштирилган ҳолда ўрганиш шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворига эга бўлган биринчи гуруҳдаги беморларда нозоген психопатологик реакциялар, иккинчи гуруҳдаги беморларда эса касаллигига таъсирланиши психологик даражада пайдо бўлиши аниқланган. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори сурункали касалликнинг оғирлиги билан кучли боғлиқликни аниқламади, демак, унинг шаклланишига бошқа ўзига хос омиллар таъсир кўрсатиш мумкин. Уларни юзага чиқариш мақсадида беморларнинг сурункали касаллигига муносабати ва даволанишга мурожаат қилишга йўналтирувчи омиллар “Касалликка ва даволанишга муносабат” сўровномаси ёрдамида ўрганилган. Бундан ташқари, беморнинг даволанишга бўлган муносабати билан дори-дармонларини қабул қилиш тартибига риоя қилиш боғлиқ бўлади.

“Касалликка ва даволанишга муносабат” сўровномасида ҳар бир савол-жавоб баллда (1 дан 6 гача) баҳоланган, мотивлар тури олинган баллар йиғиндисига қараб аниқланган, энг кўп баллар йиғиндисини олган мотив устунлик қилувчи ҳисобланган.

"Касаллик ва даволанишга муносабат" сўровномаси ёрдамида олинган натижалар 3.9-жадвалда келтирилган.

**Соматик касалликлар туфайли ногиронларнинг даволанишга
мотивлари**

Даволанишга мотивлар	Беморлар сони				Р	Жами	
	1 гуруҳ		2 гуруҳ				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Инсайтга эришиш	9	2,2	6	6,0	p>0,05	15	3,0
Хулқ-атвори ўзгартириш	-	-	-	-		-	-
Симтоматик яхшиланишга эришиш	35	8,7	34	34,0	p<0,001	69	13,4
Касалликдан “иккиламчи фойда“олиш	78	19,5	14	14,0	p>0,05	92	18,4
Бошқа мотивация (пассив позиция)	278	69,6	46	46,0	p<0,001	324	64,8
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

Даволанишга ундаган омиллари ўрганиш натижасига мувофиқ 1-гуруҳдаги беморлар кўпчилигида (1-гуруҳ 69,6%, 2-гуруҳ 46,0%; $p<0,001$) пассив позиция устунлик қилувчи роли ўйнаган. Ушбу позиция бемор томонидан ўз ҳолатининг оғирлигига тўғри баҳо бермаслик, врачга ва ўз диагнозига ишонмаслик, қариндошлари талабларига бўйсуниб ногиронлик гуруҳини қайта кўриқдан ўтказиш учун стационарга мажбурий ётқизиш билан тавсифланган. Баъзи беморларни молиявий муаммо борлиги туфайли давлат тиббий муассасаларида бепул лаборатор-инструментал текшириш ва даволаш имконияти ўзига жалб қилган.

Ўз касаллигидан (жумладан стационарда даволанишдан) “иккиламчи ютуқ”ни олишга ундайдиган ҳаракат 1-гуруҳдаги беморларда 19,5%, 2-гуруҳдаги 14,0% беморларда устун турган. Ушбу мотивация бемор яқин қариндошларининг ўзига қаратилган муносабатларини ўзгартириш, улар

эътиборини жалб қилиш, кўрқувдан қутулиш, ҳаётий кўнгилсизлиги ва қийинчилигидан кетиб қолиш истагини ўз ичига олган. Беморлар ўз ҳолатининг оғирлигини бўрттириб юбориш ва рентага оид йўналтиришга майлни кўрсатган.

“Симптоматик ҳолатини яхшилаш” мотивацияси устунлигини статистик ишончлилик билан 2-гурухдаги беморларда аниқланган (1-гурухдаги 8,7% ва 2-гурухдаги беморлар 34,0%; $p < 0,001$). Бу беморлар щифокорларга ва тиббиёт ёрдамига ишониб, ўз касалликнинг азоб берувчи белгиларини енгишга ўзлари мустақил ҳам ҳаракат қилганлар.

Бир қатор ҳолларда кузатилган (1-гурух 2,2%, 2-гурух 6,0%; $p > 0,05$) “инсайтга эришиш” мотивацияси беморларнинг ўз-ўзини чуқур билиб олиш, атрофдаги воқеликга ва бошқа одамларга ўз боғланишини аниқлашга иштиёқи билан тавсифланган.

Шуни айтиш керакки, соматик касалликлардан ногиронларда ўзининг хулқ-атворини ўзгартириш мотивацияси қайд қилинмаган. “Хулқ-атворини ўзгартириш” мотивацияси беморнинг ўз ҳаётий қийинчиликларини мустақил равишда енгиш, атрофдагилар билан муносабатларни яхшилаштириш, даволаниш самарадорлигига ишониш ва меҳнат қобилиятини тиклашга интилиш билан тавсифланади. Бу хилдаги мотивация шахснинг ўз касаллигига қарши фаол кураши борлигини кўрсатади ва терапевтик чоратадбирлар ўтказиш учун энг қулай ҳисобланади.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва даволанишга доминант (устун бўладиган) ҳаракатга йўналтирилган омил ўртасидаги ўзаро ўртача кучли боғлиқлик борлигини аниқлади ($C=0,49$; $p < 0,001$). "Инсайт"га ёки “Симптоматик яхшиланишга” эришиш учун фаоллаштирувчи мотивация устунлиги билан беморларда суицидал хулқ-атвор кўпинча ўз жонига қасд қилиш пассив фикрлари ёки ниятлари билан чекланган. Беморлар эса ўз навбатида уларга амал қилишга фаол иштиёқ кўрсатмаган. Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг энг юқори хавфи даволашга “пассив позиция” устунлигида, яъни тиббиёт имкониятларига бўлган ишончини йўқотган,

шифокорларга, қуйилган ташхисга ишончсизлик кўрсатган, яқин одамлар билан муносабатлар бузилишидан азобланган беморларда кузатилган.

Шуни айтиш керакки, таққослаш гуруҳидаги беморларнинг аксарияти (61,0%), хатто хавфли ўсмалар касалликларида ҳам, уларнинг ташхиси тўғрисида хабардор бўлишига ва меҳнат қобилиятини йўқотишига қарамай, касалликнинг оғирлигига кам баҳо бериш тенденциясини кўрсатган. Фақат беморларнинг 39,0% ўз ҳолатини жуда оғир деб ҳисобладилар ва узоқ вақтга иш қобилиятининг йўқотишини яхши тушунадилар. Ўз ҳолатининг оғирлигини нотўғри баҳолаш кўплаб беморларда ҳимоя механизмларининг таъсири остида ўз касалликларига гипонозогнозик реакция мавжудлигини ва белгиланган ташхиснинг тўғрилигига ишонмасликни кўрсатди. Шу билан бирга, беморларнинг 56,0 фоизи даволанишга ишонишни давом этишди, аввалги куч пайдо бўлишига ва меҳнат қобилиятини тиклашга умид қилишди.

Олинган натижалар ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган беморларда суиқасд ҳаракатлари, жумладан такрорий суицидал уринишларнинг олдини олиш учун беморнинг меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи касалликка бўлган муносабатини ҳамда, даволанишга мотивациясини ўзгартириш зарурлигини кўрсатади.

Резюме. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шакллари асосан пассив ёки фаол суицидал фикрлар билан тавсифланган. Пассив суицидал фикрлар фақат ўлим ҳақида тасаввурлар билан чегараланиб, ўз жонига қасд қилиш ниятларига ўтиб кетмаган. Фаол суицидал фикрлар туғилишида беморлар бевосита ўз-ўзини ўлдириш ҳақида ўйлай бошлайдилар, лекин суиқасд нияти ҳам ишлаб чиқмайдилар. Шу билан бирга, бир қатор ҳолларда суицидал уринишлар кузатилиб, кўпинча чин (жиддий) характерга эга эди, яъни беморлар ўз-ўзини ўлдириш мақсадида ҳаракатларни амалга оширган. Бу ҳолда узоқ вақт (баъзи ҳолларда 6-12 ой ва ундан кўп) давом этилган суиқасд ҳаракатдан олдинги даври кузатилган ва

суицидал хулқ-атвор кетма-кет (пассив суиқасд фикрлари, фаол суиқасд фикрлари, суиқасд ниятлари, суиқасд уринишлари) босқичма-босқич ривожланган. Руҳий жароҳат вазиятни сақлаб қолиш натижасида беморларнинг аксариятида гипотимия, ипохондрик ва обсессив-фобик аломатларнинг яқоллиги ўсиб бориши ҳамда, узоқ давом этиши тенденцияси билан тавсифланади.

Беморлар кўпинча ўз соматик, айниқса бедаво касалликдан хафа бўлиб, унинг ноқулай прогнозини олдида кўриб, ҳаётдаги мақсад ва умидини узган, яъни суиқасд хулқ-атворининг ҳақиқий мотивлари беморнинг “касаллик ички кўриниши” билан боғлиқ бўлган. Сенсор, эмоционал, когнитив ва хулқ-атвор компонентларини ўз ичига “касаллик кўриниши” олган. Сурункали касалликлардан ногиронларда суиқасд хулқ-атворининг асосий ундайдиган ҳаракат жисмоний ва руҳий азоблардан ўзини ҳимоя қилиш. Бошқа сабаблар (шахслараро низолар, оила аъзоларининг касаллиги, молиявий қийинчиликлар) камдан-кам аниқланган.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва беморларнинг ногиронлиги гуруҳлари ўртасида корреляцион боғлиқни аниқланган, лекин у жуда кучли бўлмай, фақат ўрта даражасига етиб борган. Ушбу натижалар суицидал хулқ-атвор ривожланишига бошқа таъсир қилувчи омиллар, жумладан шахсий реакцияларни қидириш заруриятини яратган.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўрсатилган беморлар кўпчилигида соматик касалликни даволанишга пассив позиция устунлик қилувчи роли ўйнаган. Ушбу позиция бемор томонидан ўз ҳолатининг оғирлигига тўғри баҳо бермаслик, врачга ва ўз диагнозига ишонмаслик, қариндошлари талабларига буйсуниб ногиронлик гуруҳини қайта кўрикдан ўтказиш учун стационарга мажбурий ётқизиш билан тавсифланган. Баъзи беморларни молиявий муаммо борлиги туфайли давлат тиббий муассасаларида бепул лаборатор-инструментал текшириш ва даволаш имконияти ўзига жалб қилган.

Ўз касаллигидан (жумладан стационарда даволанишдан) “иккиламчи ютуқ”ни олиш мотивацияси устун турганида бемор яқин қариндошларининг ўзига муносабатларини ўзгартириш, уларнинг эътиборини жалб қилиш, ваҳимадан қутулиш, ҳаётий кўнгилсизлиги ва қийинчилигидан кетиб қолиш истагини ўз ичига олган. Беморлар ўз ҳолатининг оғирлигини бўрттириб юбориш ва рентага оид йўналтиришга майлни кўрсатган. Соматик касалликлардан ногиронларда ўзининг хулқ-атворини ўзгартириш мотивацияси қайд қилинмаган.

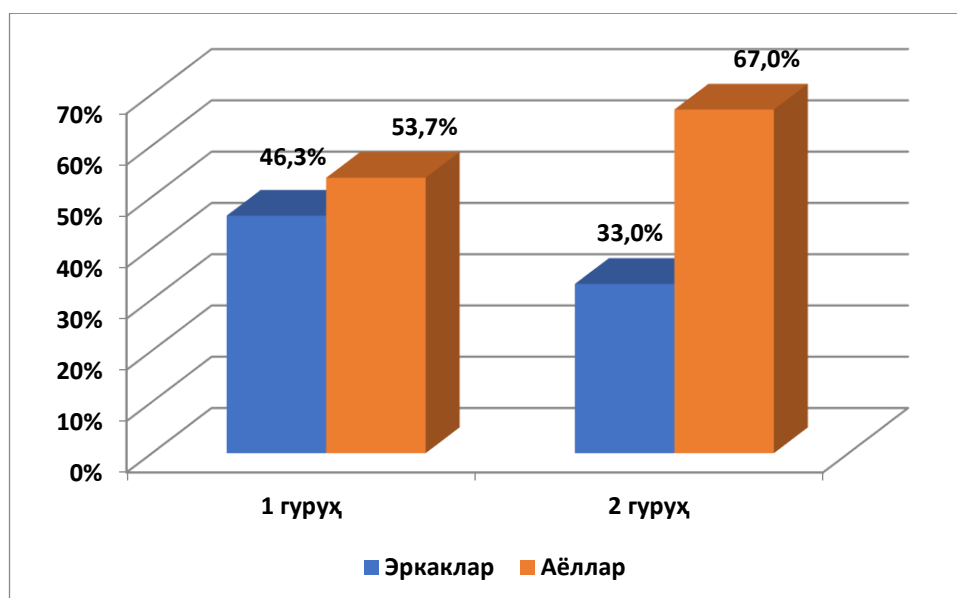
IV БОБ. БИОЛОГИК ВА ИЖТИМОЙ-ПСИХОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА СУИҚАСД ХУЛҚ-АТВОРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

§4.1. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ривожланишида преморбид омиллар аҳамияти

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва беморларнинг сурункали касалликка реакциясининг клиник хусусиятлари ўртасида кучли боғлиқлик йўқлиги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига бошқа таъсир этувчи омилларнинг излашини қўзғатади. Ногиронликка эга соматик касалликларни ўз жонига қасд қилиш сабабларини тушуниш учун қўшимча омилларни кидирув, унинг кечиш динамикасини ўрганишда маълум имкониятларни очиши мумкин.

Тадқиқотимизда преморбид омиллар орасида беморларнинг гендер мансублиги, ёши, қариндошларида руҳий касалликлар ёки психофаол моддаларга қарамлик борлиги, перинатал патология ва бошқа экзоген омилларнинг мавжудлиги миқдорий таҳлилдан ўтказилди.

Беморларнинг гендер мансублигига қараб тақсимланиши 4.1-расмда келтирилган. Ушбу расм беморларнинг иккала гуруҳида аёллар (1-гуруҳда - 53,7% ва 2-гуруҳда 67,0%; $p < 0,045$) эркакларга нисбатан (1-гуруҳда 46,3% ва 2-гуруҳда 33,0%; $p < 0,045$) кўпчилигини акс эттиради. Шу билан бирга, статистик ишончлилиги билан ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар гуруҳидаги эркаклар сони таққослаш гуруҳига қараганда муҳимроқ бўлиб чиқди.



Расм 4.1. Беморларнинг гендер мансублигини таққослаш

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори беморнинг гендер мансублиги билан боғлиқлиги кучли эмас эди ($C=0,10$; $p < 0,045$).

Текширув вақтида беморларнинг ёшига қараб тақсимланиши 4.1 жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.1

Текширув вақтида беморларнинг ёшига қараб тақсимланиши

Текширув вақтида беморлар ёши	Гуруҳларда беморлар сони				P	Жами	
	1 гуруҳда		2 гуруҳда				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
30 ёшгача	28	7,0	4	4,0	p>0,05	32	6,4
31-40	22	5,5	6	6,0	p>0,05	28	5,6
41-50	20	5,0	7	7,0	p>0,05	27	5,4
51-60	119	29,8	36	36,0	p>0,05	155	31,0
61-70	143	35,7	32	32,0	p>0,05	175	35,0
70 дан юқори	68	17,0	15	15,0	p>0,05	83	16,6
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

4.1-жадвалдаги маълумотлар одатда текширув вақтида беморларнинг ёшида гуруҳлараро сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади. Тадқиқот бошида иккала гуруҳдаги беморларнинг ёши жуда кенг доирада ўзгариб

турди (квартиллараро диапазон [IQR] 18-72 ёш). Ретроспектив кузатувнинг ўртача даври 4,75 ёшни ташкил этди (IQR] 2,29–6,28 ёш). 1-гуруҳдаги ёшларнинг (40 ёшгача) улуши 2-гуруҳга қараганда муҳимроқ бўлиб чиқди (1-гуруҳдаги беморларнинг 12,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 10,0%; $p>0,05$), аммо бу кўрсаткичдаги гуруҳлараро фарқлар статистик ишончлилик жиҳатдан фарқ қилмади. Иккала гуруҳда ҳам 51 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморлар яққол устунлик қилишди (1-гуруҳдаги беморларнинг 65,5 % ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 68,0%; $p>0,05$) ва нисбатан кичикроқ фоиз 70 ёшдан ошган инсонлар (1-гуруҳда 17,0% ва 2-гуруҳда 15,0%; $p>0,05$). Текширув вақтида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг беморлар ёши билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз эди ($C = 0,10$; $p < 0,045$).

Ирсиятида руҳий ҳамда наркологик касалликлар ва девиант (нормадан четга чиққан) хулқ-атвор бошқа турлари, борлиги ёки йўқлигига қараб иккала гуруҳдаги беморларнинг фоизи 4.2-расмда кўрсатилган.

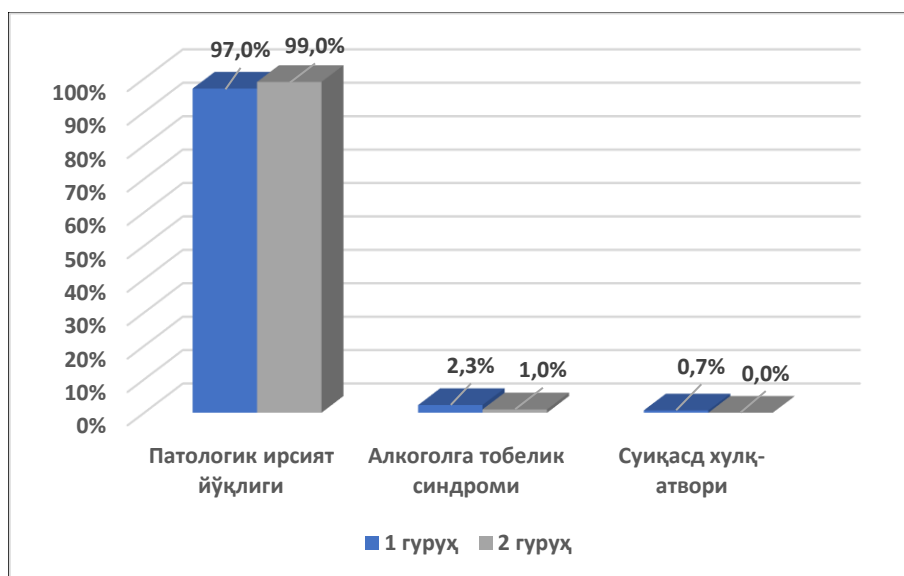


Рис. 4.2. Ирсиятида руҳий ҳамда наркологик касалликлар ва девиант хулқ-атвор бошқа турлари борлиги ёки йўқлигига қараб беморлар тақсимланиши

Наслини ўрганиш танланган гуруҳлар беморларининг биринчи (ота-она, ака-ука, опа-сингиллар) ва иккинчи (амма, хола, амаки, буви, боболар) даражасидаги қариндошларида руҳий касалликлар (шизофрения, биполяр аффектив бузилиш, эпилепсия ва бошқалар) аниқланмаган, аммо алкогольга

тобелик синдроми ва суиқасд хулқ-атворнинг айрим ҳолатлари кузатилган. Расм маълумотлари шуни кўрсатадики, иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти (1-гуруҳдаги беморларнинг 97,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 99,0%; $p>0,05$) патологик ирсиятга эга эмас эди. Шу билан бирга, суицидентлар ирсиятида девиант хулқ-атвор турлари, жумладан алкогольга қарамлик (1-гуруҳда 2,3% ва 2-гуруҳда 1,0%; $p>0,05$) ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар (1-гуруҳда 0,7%; $p>0,05$), таққослаш гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпроқ учраган. 2-гуруҳ беморларининг яқинлари орасида ўз жонига қасд қилиш ҳоллари аниқланмаган. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликлар бўлган беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва ирсий омиллар ўртасида боғлиқлик кучсиз эди ($C=0,10$; $p<0,045$).

Перинатал патология анамнезида борлиги ёки йўқлигига қараб беморларнинг тақсимланиши 4.2-жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.2.

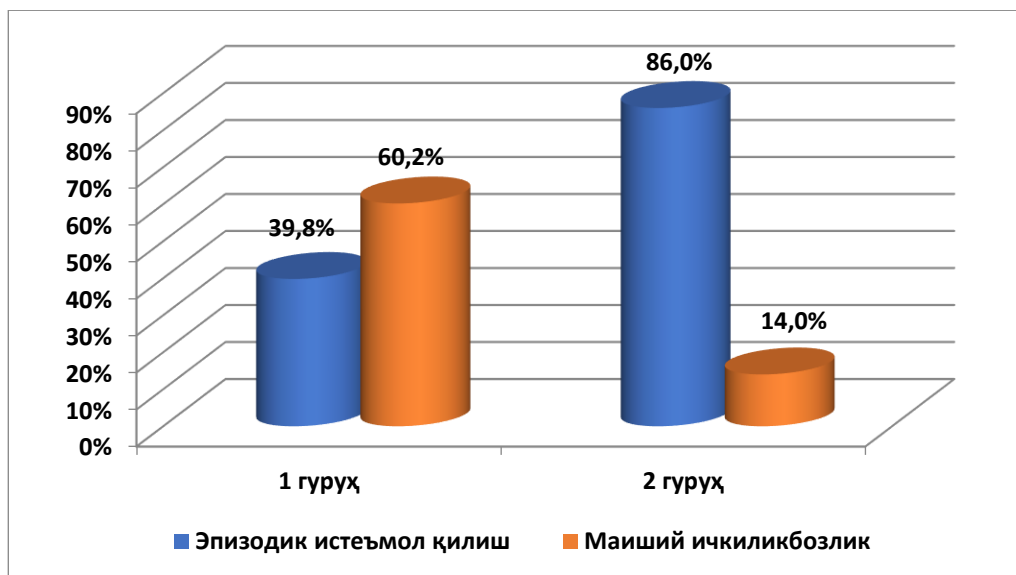
Перинатал патологиянинг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб беморларнинг тақсимланиши

Перинатал патология	Беморлар сони				p*	Жами	
	1 гуруҳ		2 гуруҳ				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Онадан туғилишдаги асоратлар	28	7,0	2	2,0	p<0,01	30	6,0
Ҳомила асфиксия ва бош мия жароҳатлари	14	3,5	-	-	p<0,001	14	2,8
Катта вазн билан туғилиш	6	1,5	7	7,0	p< 0,001	13	2,6
Соматик патологиялар билан туғилиш	16	4,0	2	2,0	p> 0,05	18	3,6
Перинатал патология йўқлиги	336	84,0	89	89,0	p> 0,05	425	85,0
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

4.2 жадвал шуни кўрсатадики, онадан туғилишнинг асоратлари (эрта туғилиш, кесарча-кесиш) 1-гуруҳ беморларида сезиларли даражада кўп учраган (1-гуруҳ беморларида 7,0%; 2-гуруҳ беморларида 2,0%; $p < 0,01$). Туғилиш вақтида ҳомилада асфиксия ва бош мия жароҳатланиши (1-гуруҳда 3,5 %; $p < 0,001$), ҳамда туғма соматик патология (юрак нуқсони ва бошқалар) ҳолларини (1-гуруҳда 4,0% ва 2-гуруҳда 2,0%; $p > 0,05$) таҳлил қилишда аниқланди. Аксинча, туғилишда ҳомиланинг катта вазни билан боғлиқ перинатал патологияси 2-гуруҳ беморлари орасида (1-гуруҳ беморларининг 1,5% ва 2-гуруҳ беморларининг 6,0%; $p < 0,001$) кўп учради.

Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўрсатилган беморларда бош миянинг органик етишмовчилигига олиб келиши мумкин бўлган перинатал патология частотаси таққослаш гуруҳидаги кўрсаткичга нисбатан ошиб кетди, лекин гуруҳлараро фарқлар статистик аҳамитга эга эмас эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 11,0%; $p > 0,05$). Иккала гуруҳнинг беморлар аксариятида перинатал патология аниқланмади (1-гуруҳдаги беморларнинг 84,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 89,0%; $p > 0,05$) ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ушбу омилнинг мавжудлиги ёки йўқлиги билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз эди ($C=0,10$; $p < 0,045$).

Экзоген зарарлиликлар орасида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишидан олдин психоактив моддаларни суиистеъмол қилиш ҳолатлари баҳоланди. Алкоголли ичимликлар ёки гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш ҳолатларининг қиёсий таҳлили танланган беморлар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларни аниқланди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишидан олдин спиртли ичимликларни истеъмол қилиш хусусиятига қараб беморларнинг тақсимланиши 4.3-расмда келтирилган.



Расм 4.3. Беморларнинг алкоголь ичимликлар истеъмол қилишига қараб тақсимланиши

Расм 4.3 спиртли ичимликлар суиистеъмоли (хафтасига камида 1-2 марта) асосий гуруҳда аниқ устунликни акс эттиради (1-гуруҳ беморларнинг 60,2 % ва 2-гуруҳ беморларнинг 14,0%; $p < 0,001$). Таққослаш гуруҳидаги беморлар кўпинча фақат эпизодик спиртли ичимликларни истеъмол қилишган (1-гуруҳдаги беморларнинг 39,8% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 86,0%; $p < 0,001$), ушбу гуруҳлараро фарқлар юқори статистик ишончлилиқ билан ажралиб турарди. Текширув вақтида 1-гуруҳдаги беморларнинг 3,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 3,0% ($p > 0,05$) соматик касаллик мавжудлигига қарамай, мунтазам равишда спиртли ичимликлар ичишни давом эттирган. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг спиртли ичимликларни истеъмол қилиш характери билан ўзаро боғлиқлиги статистик жиҳатдан аҳамиятли ва ўртача кучли бўлиб чиқди ($C = 0,35$; $p < 0,001$). Шундай қилиб, спиртли ичимликлар ўз жонига қасд қилишнинг сабаби бўлмаса-да, у ўз жонига қасд қилиш триггер омили сифатида муҳим роль ўйнаши мумкин.

Иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти гиёҳванд моддаларни (каннабиноидлар, опиатлар, психостимуляторлар) ёки бошқа психоактив моддаларни қабул қилишга уринишларини рад этишди (1-гуруҳдаги беморларнинг 97,8% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 99,0%; $p > 0,05$). Анамнезда каннабиноидлардан эпизодик фойдаланиш 1-гуруҳдаги беморларнинг 2,2%

ва 2-гурӯҳидаги беморларнинг 1,0 % ($p>0,05$) ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатмади ($C=0,10$; $p < 0,045$).

Шундай қилиб, статистик ишончилиги билан ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар гуруҳидаги эркаклар сони таққослаш гуруҳига караганда муҳимроқ бўлиб чиқди. Иккала гуруҳда 51 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморлар яққол устунлик қилишди. Иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти патологик ирсиятга эга эмас эди. Шу билан бирга, суицидентлар ирсиятида девиант хулқ-атвор турлари, жумладан алкогольга қарамлик таққослаш гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпроқ учраган. Иккала гуруҳнинг беморлар аксариятида перинатал патология аниқланмади. Ушбу барча преморбид омиллар ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ўртасида корреляция кучсиз эди. Экзоген зарарлиликлардан ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишидан олдин психоактив моддаларни (алкоголь) суиистеъмол қилиш ҳолатларининг қиёсий таҳлили танланган беморлар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларни аниқланди. Спиртли ичимликларни мунтазам равишда истеъмол қилиш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ўртасида ўртача кучли ва статистик жиҳатдан муҳим боғлиқликни аниқлади.

§4.2. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида шахсий преморбид омиллар аҳамияти

Шахснинг преморбид характерологик хусусиятларини ўрганиш клиник усулда ҳам, ММРІ экспериментал-психологик усулидан ҳам фойдаланган ҳолда шахсиятнинг кўплаб жиҳатларини, шу жумладан индивидуал шахсият хусусиятларини, стрессга жавоб бериш турини, мотивлар йўналиши ва уларнинг қўзғатувчи кучини баҳолаш учун амалга оширилди. Экспериментал-психологик усулни қўллашда олинган натижалар клиник усулдан фойдаланганда тадқиқотчидан яширинган мотивация, ҳиссий жавоб бериш ва ўз-ўзини иродавий бошқариш соҳасидаги нозик бузилишларни аниқлашга имкон берди. ММРІ профилини талқин қилишда нафақат айрим шкалалар кўрсаткичларининг нормадан четга чиқиши, балки уларнинг

комбинациялари ҳам ҳисобга олинган. ММРІ ёрдамида олинган маълумотлар клиник текширув ва тадқиқот вақтида текширилувчини кузатиш натижалари билан мувофиқлаштирилган. Преморбид шахс хусусиятларининг турига қараб беморларнинг бўлиниши 4.3 жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.3

Преморбид шахс хусусиятларининг турига қараб беморларнинг тақсимланиши

Преморбид шахс тури	Беморлар сони				р	Жами	
	1 гуруҳ		2 гуруҳ			Абс	%
	абс.	%	абс.	%			
Синтон тури	48	12,0	14	14,0	p>0,05	62	12,4
Аффектив тури	42	10,5	2	2,0	p<0,001	44	8,8
Психастеник тури	52	13,0	12	12,0	p >0,05	64	12,8
Астеник тури	48	12,0	19	19,0	p>0,05	67	13,4
Шизоид тури	58	14,5	7	7,0	p <0,045	65	13,0
Қўзғалувчан тури	68	17,0	23	23,0	p >0,05	91	18,2
Истерик тури	9	2,2	13	13,0	p <0,003	22	4,4
Паранойял тури	75	18,8	10	10,0	p <0,045	85	17,0
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

4.3-жадвалдаги маълумотлар маълум бир характерологик шахс турининг аниқлаш частотасида ўхшашлик ҳам, сезиларли фарқлар мавжудлигини ҳам кўрсатади. Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори бўлган беморлар гуруҳида шахснинг психастеник тури (1-гуруҳ беморларининг 13,0% ва 2-гуруҳ беморларининг 12,0%; $p > 0,05$), таққослаш гуруҳида эса патологик хусусиятларсиз синтон тури (1-гуруҳ беморларининг 12,0% ва 2-гуруҳ беморларининг 14,0%; $p > 0,05$), ҳамда астеник (1-гуруҳ беморларининг 12,0% ва 2-гуруҳ беморларининг 19,0%; $p > 0,05$) ва қўзғалувчан (1-гуруҳ беморларининг 17,0% ва 2-гуруҳ беморларининг 23,0%; $p > 0,05$) турлари биров кўпроқ учрашган, аммо гуруҳлараро фарқлар статистик жиҳатдан муҳим бўлмаган. Психастеник шахсларда ҳаяжонли ишончсизлик, гумонсираш, иккиланишга мойиллик,

кўрқоқлик, астеник шахсларда эса чарчоқ ва узоқ муддатли тарангликка кодир эмаслиги устунлик қилди. Қўзғалувчан шахслар ҳаддан ташқари яққол жаҳлдорлик, урушқоқлик, тажавузкорлик, арзимас сабабларга кўра ғазаб портлашларига мойиллик билан фарқланди. Шу билан бирга, аффектив, паранойял ва истерик шахс турларининг частотасида гуруҳлараро фарқлар шунчалик аниқ эдики, улар ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларга баъзи типологик шахс хусусиятлари хос деб ҳисоблашга имкон берди.

Хусусан, ҳиссий жавоб хусусиятларига жиҳатидан синтон (жамиятдаги кайфиятнинг умумий фони сизилиши) вариантга яқин бўлган, аммо яққол ҳис-туйғу ўзгарувчанлиги, паст кайфиятга мойиллик, пессимизм ва айбдорлик ҳиссининг енгил пайдо бўлиши билан ажралиб турган шахснинг аффектив тури асосан 1-гуруҳ беморларида аниқланди (1-гуруҳ беморларининг 10,5% ва 2-гуруҳ беморларининг 2,0%; $p < 0,001$) ва таққослаш гуруҳида камдан-кам ифодаланди. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори бўлган шахслар гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан ишончсизлик, шубҳа, ўта қимматли ғояларни шакллантиришга мойиллик хусусиятларига эга бўлган паранойял шахс тури сезиларли даражада кўпроқ кузатилди (1-гуруҳ беморларнинг 18,8% ва 2-гуруҳ беморларнинг 10,0%; $p < 0,045$). Таққослаш гуруҳида, аксинча, ҳиссий беқарорлик, худбинлик, тан олишга интилиш, ҳис-туйғуларни ҳаддан ташқари ифода этиш хусусиятлари билан истерик турдаги шахсларнинг сезиларли тўпланиши (1-гуруҳдаги беморларнинг 2,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 13,0%; $p < 0,003$) қайд этилган. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда уларнинг преморбид шахс хусусиятлари ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атвори билан боғланиш кучи жиҳатидан ўртача яқин эди ($C=0,29$; $p < 0,001$).

Сурункали соматик касалликнинг мавжудлигига жавоб турини аниқлашда А.Е. Личко ва Н.Я. Иванов (1980) таснифи ишлатилган. Ушбу кўрсаткичга қараб беморларнинг тақсимланиши 4.4-жадвалда келтирилган.

**Соматик касаллик борлигига шахс жавобларига қараб беморлар
тақсимланиши**

Соматик касалликка шахс жавобининг турлари	Беморлар сони				р	Жами	
	1 гуруҳ		2 гуруҳ			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
Гармониялашган тури	-	-	16	16,0	p<0,001	16	3,2
Пассив тури	48	12,0	-	-	p<0,001	48	9,6
Меланхолик тури	42	10,5	-	-	p<0,001	42	8,4
Хавотирли тури	52	13,0	-	-	p<0,001	52	10,4
Ипохондрик тури	48	12,0	-	-	p<0,001	48	9,6
Апатик тури	58	14,5	-	-	p<0,001	58	11,6
Эгоцентрик тури	77	19,2	36	36,0	p <0,003	113	22,6
Паранойял тури	75	18,8	10	10,0	p <0,045	85	17,0
Гипонозогнозик тури	-	-	38	38,0	p<0,001	38	7,6
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

4.4-жадвалдаги маълумотлар ногиронликка олиб келувчи соматик касалликнинг мавжудлигига шахснинг деярли барча турларида статистик жиҳатдан муҳим гуруҳлараро фарқлар борлигини кўрсатади. Хусусан, касалликка жавоб бериши гармоник (16,0%) ва гипонозогнозик (38,0%) турлари фақат ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмаган таққослаш гуруҳидаги беморларда учради ($p<0,001$). Аксинча, асосий гуруҳ беморларида соматик касалликларга шахсий жавоб турларидан таққослаш гуруҳидаги беморларга хос бўлмаган пассив (12,0%), меланхолик (10,5%), ваҳимали (13,0%), ипохондрик (12,0%) ва апатик (14,5%) реакциялар кузатилди ($p<0,001$). Таққослаш гуруҳидаги беморларда асосий гуруҳга қараганда ўз соматик касалликка эгоцентрик жавоб тури кўп (36,0%). Паранойял жавоб тури иккала гуруҳларда етарли даражада (18,8 % ва 10,0 %; $p<0,045$) учради.

Қизиқарли нарса шундаки, касалликка жавоб тури ҳатто бир хил характерологик шахс турига эга беморларда ҳам гуруҳлараро сезиларли фарқларни аниқлади. Хусусан, таққослаш гуруҳидаги синтон (14,0%) ёки аффектив (2,0%) характерга эга беморларда сурункали касалликка гармониялашган жавоб беришни намоён бўлди, булар ўз касаллигининг оғирлигини бўртириб кўрсатмаган, даволанишга фаол интилан, меҳнатга лаёқатсизлик ўрнатишидан сўнг бошқаларга оғир юк бўлишни истамаган ва яқинларини тақдирига қизиқишлар кўрсатган. Синтон шахс турига эга бўлган 1-гуруҳ беморларида (12,0%), аксинча, касалликка пассив муносабат, даволанишга ўз фаол ҳаракатлари йўқлиги, ваҳимали субдепрессия, шахснинг аффектив турида – хавотир ва депрессив кайфият билан кечадиган меланхолик реакция тури, касалликка пессимистик прогноз бериш, соғайишга ишонмаслик аниқланди. Шахснинг психастеник турида (13,0%) касалликка жавобнинг ваҳимали тури, яъни юқори даражадаги ваҳима, хавотирли фикрлар, ёпишқоқ кўркувлар, даволаш усуллари ҳақида қўшимча маълумот олиш истаги, астеник шахсларда (12,0%) эса ваҳима билан бирга таъсирчанлик кучайиши, оғриқли ҳисларга ипохондрик фиксация, дори воситаларнинг ноўйғаб таъсирини бўртириб кўрсатиш, янги азоб-уқубатлар учун асоссиз қидирув (жавоб беришнинг ипохондрик тури), шизоид шахсларда (14,5%) депрессия, даволаш натижаларига бефарқлик (жавобнинг апатик тури) аниқланди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги психастеник (12,0%), астеник (19,0%) ва шизоид (7,0%) акцентуацияси билан беморларга, асосан, касалликнинг мумкин бўлган салбий оқибатлари ҳақидаги фикрларни фаол рад этиш билан гипонозогнозик реакция тури хос бўлган.

Иккала гуруҳдаги қўзғалувчан шахс хусусиятларига эга беморларда (1-гуруҳдаги беморларнинг 17,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 23,0%) ўз касалликларига реакция жаҳддорлиги билан кучайиши, атрофдагиларга талабчанлик, тез-тез ғазаб портлаши (реакциянинг эгоцентрик тури) билан тавсифланган. Истерик шахсларда (1-гуруҳдаги беморларнинг 2,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 13,0%) ҳам соматик касалликларга ўзларининг азоб-

укубатларини намоиш этиш, ғамхўрлик ва эътиборни талаблар, таъна ва дўқ қилиш хулқ-атвориға мойиллик билан тавсифланган эгоцентрик (худбин) реакция тури шаклланди. Реакциянинг паранойял тури паранойял шахсларға хос бўлиб (1-гурӯҳда 18,8% ва 2-гурӯҳда 10,0%), даволашнинг тўғрилиғига ишончсизлик, даволовчи врач томонидан тавсия этилган дори-дармонларға шубҳа билан қарашлик, шифокорларға нисбатан ўз норозиликни кўрсатиш намоён бўлган.

Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар гурӯҳида шахснинг психастеник тури, таққослаш гурӯҳида эса патологик хусусиятларсиз синтон тури, ҳамда астеник ва кўзғалувчан турлари бироз кўпроқ учрашган, аммо гурӯҳлараро фарқлар статистик жиҳатдан муҳим бўлмаган. Шу билан бирга, аффектив, паранойял ва истерик шахс турларининг частотасида гурӯҳлараро фарқлар шунчалик аниқ эдики, улар ўз жонига қасд қилиш мойиллиғи бўлган беморларға баъзи типологик шахс хусусиятлари хос деб ҳисоблашға имкон берди.

Сурункали соматик касалликнинг мавжудлиғига жавоб турини аниқлашда шахснинг деярли барча турларида статистик жиҳатдан муҳим гурӯҳлараро фарқлар борлиғини кўрсатади. Хусусан, касалликка жавоб бериши гармоник ва гипонозогнозик турлари фақат ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмаган таққослаш гурӯҳидаги беморларда учради. Аксинча, асосий гурӯҳ беморларида соматик касалликларға шахсий жавоб турларидан таққослаш гурӯҳидаги беморларға хос бўлмаган пассив, меланхолик, ваҳимали, ипохондрик ва апатик реакциялар кузатилиб, руҳий адаптация бузилишини акс эттирган. Гармониялашган жавоб бемор ўз касаллигининг оғирлиғини бўртириб кўрсатмаган, даволанишға фаол интилган, ногиронлик ўрнатишидан сўнг бошқаларға оғир юк бўлишни истамаган ва яқинларини тақдириға қизиқишлар кўрсатган. Иккинчи гурӯҳда устун қиладиган гипонозогнозик жавоб эса бемор онига етмаган рад этиш ҳимоя механизмларини кўрсатган.

Беморнинг ўз соматик касаллигига реакция турлари суиқасд хулқ-атворининг ривожланиши учун муҳим аҳамиятга эга эди ($C=0,61$; $p<0,001$) ва суицидогенез механизмларида асосий роль ўйнади.

Иккала гуруҳдаги беморларда қўшимча психоген омилларнинг аниқлаш частотаси 4.5-жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.5

Қўшимча психоген омиллар мавжудлигига қараб беморлар тақсимланиши

Омиллар	Беморлар сони				p	Жами	
	1 гуруҳ (n=400)		2 гуруҳ (n=100)			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
Ёлғизлик	16	4,0	1	1,0	p<0,045	17	3,4
Фарзандсиз оила	7	1,8	3	3,0	p>0,05	10	2,0
Васий қарамоғида	5	1,2	-	-	p>0,05	5	1,0
Ҳаёт эҳтиёжларининг қондирилмаганлиги	148	37,0	8	8,0	p< 0,001	156	31,2

4.5-жадвалда кўрсатилган маълумотлар танланган беморлар гуруҳлари ўртасида маълум фарқларни намоён этиди. Хусусан, ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар гуруҳида ёлғизлик ҳолатлари (1-гуруҳдаги беморларнинг 4,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 1,0%; $p<0,045$) ва ҳаёт эҳтиёжларининг қондирилмаганлиги (1-гуруҳдаги беморларнинг 37,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 8,0%; $p<0,001$) сезиларли даражада кўп учради. Беморларга нисбатан васийлик ҳолатларининг частотаси (1-гуруҳдаги беморларнинг 1,2%; $p>0,05$) ва оилада болаларнинг йўқлиги (1-гуруҳдаги беморларнинг 1,8% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 3,0%; $p>0,05$) гуруҳлараро сезиларли фарқларга эга эмас эди.

Диний мансубликнинг таъсирини ўрганиш шуни кўрсатдики, иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти (1-гуруҳдаги беморларнинг 99,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 98,0%; $p>0,05$) мусулмон динининг тарафдорлари бўлиб, намоз ўқишган ва бошқа диний маросимга риоя қилишган. Бошқа диннинг издошлари иккала гуруҳда ҳам камдан-кам учрайди (1-гуруҳдаги

беморларнинг 0,8% ва 2-гурухдаги беморларнинг 2,0%; $p>0,05$). Бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатадики, дин ўз жонига қасд қилишга қарши энг самарали омиллардан бири ҳисобланиб, суицидал фикрларининг пайдо бўлишига тўсқинлик қилмайди, аммо ўз жонига қасд қилиш ниятлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг амалга оширишини тўхтатиб туради.

Шундай қилиб, индивидуал шахсий омилларни ўрганиш шуни кўрсатдики, танланган гуруҳлар ўртасида нафақат маълум характер акцентуацияларининг пайдо бўлиш частотасида, балки ўхшаш типологик хусусиятларга эга бўлган шахсларда соматик касаллик фактининг стрессли таъсирига жавоб турида ҳам фарқлар мавжуд. Ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар гуруҳида ёлғизлик ҳолатлари ва ҳаётий эҳтиёжларнинг қондирилмаганлиги сезиларли даражада кўп учради.

Ўз жонига қасд қилишга қарши энг самарали омиллардан бири дин ҳисобланиш мумкин. Бизнинг тадқиқотимиз натижасига кўра, дин суицидал фикрларининг пайдо бўлишига тўсқинлик қилмайди, аммо ўз жонига қасд қилиш ниятлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг амалга оширишини тўхтатиб туради.

§4.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида оилавий ва бошқа ижтимоий омиллар аҳамияти

Беморларнинг оилавий ҳолатига қараб тақсимланиши 4.6-жадвалда келтирилган.

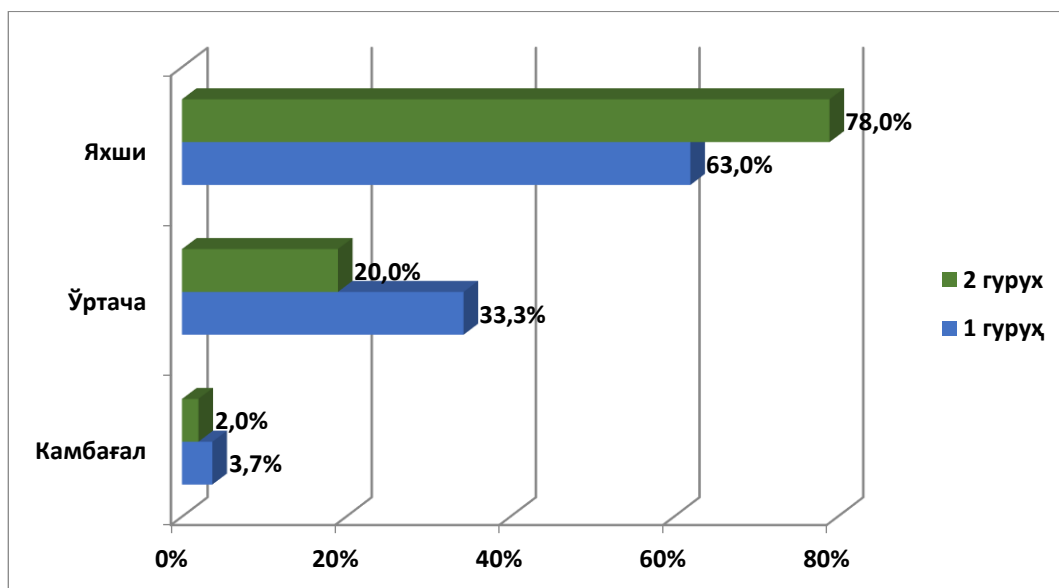
Жадвал 4.6

Беморларнинг оилавий ҳолатига қараб тақсимланиши

Беморларнинг оилавий ҳолати	Беморлар сони				Р	Жами	
	1 гуруҳ		2 гуруҳ			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
Уйланмаган	10	2,5	1	1,0	p>0,05	11	2,2
Уйланган	311	77,7	86	86,0	p<0,045	397	79,4
Ажралишган	70	17,5	10	10,0	p<0,045	80	16,0
Бева	9	2,3	3	3,0	p>0,05	12	2,4
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

4.6-жадвалдаги маълумотлар шуни кўрсатадики, уйланмаган (1-гуруҳдаги беморларнинг 2,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 1,0%; $p > 0,05$) ва бевалар сони (1-гуруҳдаги беморларнинг 2,3% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 3,0%; $p > 0,05$) иккала гуруҳларда текширилганларнинг сонига нисбатан кичик фоизини ташкил этди. Шу билан бирга, хулқ-атворда ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмайдиган беморлар орасида уйланган беморларнинг улуши 1-гуруҳдаги кўрсаткичга нисбатан юқори бўлиб чиқди (1-гуруҳдаги беморлар 77,7% ва 2-гуруҳдаги беморлар 86,0% ; $p < 0,045$). Аксинча, 1-гуруҳда ажрашган одамларнинг улуши 2-гуруҳдаги ушбу кўрсаткичдан ошиб кетди (1-гуруҳдаги беморларнинг 17,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 10,0%; $p < 0,045$), аммо гуруҳлараро фарқларнинг статистик ишончлилиги нисбатан паст эди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атқорининг беморлар оилавий ҳолати билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз эди ($C=0,14$; $p < 0,001$).

Беморларнинг молиявий аҳволи тўғрисидаги маълумотлар 4.4-расмда келтирилган.



Расм 4.4. Беморлар оиласининг молиявий аҳволига қараб тақсимланиши

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти молиявий аҳволдан мамнун бўлган. Ўз оиласининг молиявий аҳволини қониқарсиз деб ҳисоблайдиган беморлар сони (1-гуруҳдаги беморларнинг 3,7% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 2,0 %; $p > 0,05$) асосий гуруҳда бир канча юқори бўлиб чиқди, аммо гуруҳлараро фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас эди. Иккала гуруҳда ҳам ўз оиласининг молиявий аҳволини яхши деб ҳисоблайдиган беморлар аниқ устунлик қилишди (1-гуруҳдаги беморларнинг 63,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 78,0%; $p < 0,003$). Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги бундай беморларнинг улуши сезиларли даражада юқори бўлиб чиқди, ҳолбуки "ўртача" моддий бойликка эга беморлар сони 1-гуруҳда сезиларли даражада кўпроқ эди (1-гуруҳдаги беморлар 33,3% ва 2-гуруҳдаги беморлар 20,0%; $p < 0,01$). Олинган натижаларнинг статистик аҳамиятга эга эди. Ўз жонига қасд қилиш ҳуқ-атворининг бемор оиласининг молиявий аҳволи билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз алоқадан ташқарига чиқмади ($C=0,14$; $p < 0,001$).

Олинган маълумот даражасига қараб иккала гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши 4.7-жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.7

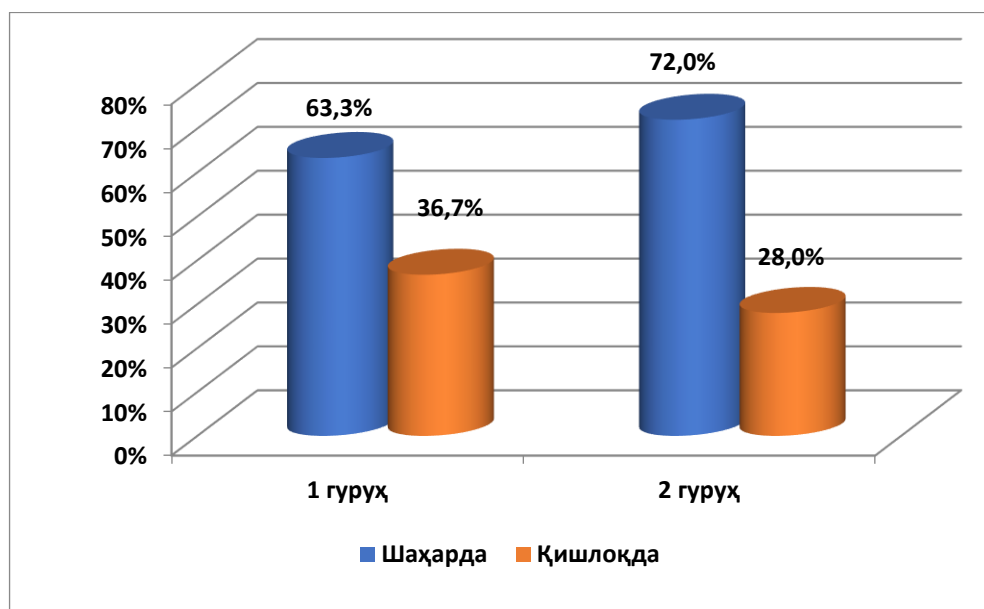
Беморларнинг маълумот даражасига қараб тақсимланиши

Маълумот даражаси	Беморлар сони				p	Жами	
	1 гуруҳ (n=400)		2 гуруҳ (n=100)			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
Олий маълумотли	130	32,5	33	33,0	p>0,05	163	32,6
Ўрта маълумотли	212	53,0	56	56,0	p>0,05	268	53,6
Ўрта-махсус маълумотли	58	14,5	11	11,0	p>0,05	69	13,8
Жами	400	100,0	100	100,0		500	100,0

Ушбу жадваллар беморларнинг таълим даражаси бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади. Иккала гуруҳдаги беморларнинг учдан бир қисми (1-гуруҳдаги беморларнинг 32,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 33,0%; $p > 0,05$) олий маълумот олишган. Асосий ва

таққослаш гуруҳидаги беморларнинг аксарияти ўрта маълумотга эга эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 53,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 56,0%; $p > 0,05$). 1-гуруҳдаги ўрта махсус маълумотли одамларнинг улуши таққослаш гуруҳига қараганда бир оз муҳим бўлиб чиқди (1-гуруҳдаги беморларнинг 14,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 11,0%; $p > 0,05$), аммо бу фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас эди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олинган таълим даражаси билан боғлиги кучсиз боғланиш чегарасидан чиқмади ($C=0,10$; $p < 0,045$).

Беморларнинг яшаш жойига қараб тақсимланиши 4.5-расмда келтирилган.



Расм 4.5. Беморлар яшаш жойига қараб тақсимланиши

Ушбу расмга кўра, иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти шаҳар аҳолиси эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 63,3% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 72,0%; $p > 0,05$), аммо шаҳарларда яшовчи беморларнинг улуши 2-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан кўпроқ эди. Қишлоқ аҳолиси сони, аксинча, асосий гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан юқори бўлиб чиқди (1-гуруҳдаги беморларнинг 36,7% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 28,0%; $p > 0,05$).

Бироқ, гуруҳлар ўртасидаги аниқланган фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас эди ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ушбу омил билан ўзаро боғлиқлиги жуда кучсиз бўлиб чиқди ($C=0,10$; $p < 0,045$).

Резюме: Ўрганилган биологик омиллар орасида ўз жонига қасд қилиш хавфи фақат алкогольга қарамлик синдромисиз спиртли ичимликларнинг мунтазам равишда суиистеъмоли билан ўртача статистик боғлиқлик аниқланди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг пайдо бўлишига шахснинг ўзига хос хусусиятлари ва ногиронликка олиб келувчи сурункали касаллиги мавжудлигига шахснинг жавоб реакциялари энг кучли таъсир кўрсатди. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи ўртасида, ҳатто характер хусусиятларига ўхшаш шахсларда ҳам, касалликка жавоб турларида сезиларли фарқлар аниқланди. Агарда, ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларда руҳий мослашувнинг бузилишини кўрсатадиган реакциялар турлари (хавотирли, меланхолик, ипохондрик, апатик турлар, пассив хулқ-атвор) устунлик қилган бўлса, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса асосан эгоцентрик ёки гипонозогнозик реакция турлари намоён бўлиб, психологик ҳимоя механизмларининг устунлигини акс эттирган. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини кўрсатадиган беморлар гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан кўп учрайдиган ёлғизлик ва ҳаёт эҳтиёжларидан норозилик ҳолатлари суицидогоез механизмларини кўзғатишда қўшимча триггер ролини ўйнаши мумкин эди.

Олинган маълумотлар ўз жонига қасд қилиш механизмларида иштирок этадиган омилларни математик таҳлилга асосланган прогностик аҳамиятга эга комплексларга бирлаштиришга, сўнгра ўз жонига қасд қилиш хавфининг моделини ишлаб чиқишга имкон берди.

V БОБ. НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ЮҚОРИ ХАВФИНИНГ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШ ВА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХУЛҚ-АТВОРИ МОДЕЛИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Ўз жонига қасд қилиш юқори хавфининг омилларини аниқлаш суицидал хулқ-атворнинг олдини олиш дастурларининг ажралмас қисмидир. Бугунги кунга келиб, ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг келажакда амалга оширишини юқори аниқлик билан олдиндан айтиб берувчи модели ишлаб чиқилмаган. Kyron et al.[218] фикрига кўра, бу ҳал қилинишини кутаётган глобал аҳамиятга эга вазифадир. Олимларнинг суицидогенезнинг табиати ва механизмлари, ўз жонига қасд қилиш хавфи омиллари ва аҳолида ўз жонига қасд қилиш фаолиятининг олдини олиш ёндашувлари ҳақидаги билимлари ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олдини олиш самарали тизимини ишлаб чиқиш учун ҳали ҳам етарли эмас [97].

Ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун биз коэффициентлар нисбати (OR) фойдаланиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини миқдорий жиҳатдан қараб чиқдик. Имкониятлар ўз жонига қасд қилиш тенденциялари (суицидал фикрлар, истаклар, ниятлар, уринишлар) бўлган субъектлар сонининг суицидал тенденциялар йўқлиги билан субъектлар сонига нисбати сифатида аниқланди. Танланган иккита гуруҳни таққослашда коэффициентлар нисбати асосий гуруҳдаги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини таққослаш гуруҳидаги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори имкониятларига бўлишдан ҳосил бўлган бўлинма сифатида ҳисоблаб чиқилган. Агар коэффициентлар нисбати 1 дан ошса, омил ва ўз жонига қасд қилиш эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжудлигини айтиш мумкин эди. ORнинг қиймати асосий гуруҳдаги беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли таққослаш гуруҳига қараганда неча марта кўп эканлигини кўрсатади.

Коэффициентлар нисбатини ҳисоблаш соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг RR («relativerisk») нисбий хавф кўрсаткичларини аниқлашга, кейинчалик уларни суиқасд хулқ-атворини шакллантириш учун хавф омилларининг яхлит тўпламига бирлаштиришга имкон берди. Нисбий хавф ушбу омил мавжуд бўлганда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари частотасининг унинг йўқлигида ўз жонига қасд қилиш тенденциялари частотасига нисбати сифатида баҳоланди. Натижада, маълум бир хавф омилининг мавжудлигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимолини баҳолаш мумкин эди.

Бундан ташқари, ҳисобланган коэффициентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичлари учун 95% ишонч оралиғи (95% ДИ) аниқланди, уларнинг қийматлари олинган коэффициентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичларининг статистик аҳамиятини баҳолашга имкон берди. Агар ишонч оралиғининг юқори ва пастки чегаралари 1 дан юқори ёки паст бўлса, яъни ДИ 1ни ўз ичига олмаса, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ўрганилаётган омил билан боғлиқлиги статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланган ($p < 0,05$). Агар ДИ ўз ичига 1ни олган бўлса, яъни унинг юқори чегараси 1 дан юқори ва пастки чегараси 1 дан паст бўлса, унда омил ва ўз жонига қасд қилиш ҳаракати ўртасидаги муносабатларнинг ($p > 0,05$) статистик аҳамияти йўқлиги ҳақида хулосага келинган. ДИ катталиги бундай муносабатларнинг аҳамиятига тесқари пропорционалдир ва 95% ДИ қанчалик паст бўлса, шунчалик ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфининг ўрганилган омилга боғлиқлиги муҳим эди.

Биз илмий изланишимизда сурункали касаллик туфайли ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг борлиги ёки йўқлиги билан статистик аҳамиятга бўлган (Пирсон коэффициентини ўртача кучидан кам бўлмаган) боғлиқликни кўрсатадиган омиллар учун коэффициентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичларини ўргандик. Ушбу омилларга шахснинг характерологик хусусиятлари, экзоген зарарли таъсирлар, ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликлар гуруҳи, беморнинг ўз касаллигига реакция турлари,

ногиронлик гуруҳлари, даволанишга йўналтирилган ҳаракат, оилавий ва кўшимча руҳий жароҳат омиллар киради.

Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш табиатига қараб ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг коэффицент нисбати (OR) ва нисбий хавфи (RR) 5.1-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.1

Эпизодик ёки маиший алкоголь ичимликларни истеъмол қилиш табиатига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг нисбати (OR) ва нисбий хавф кўрсаткичлари (RR)

Алкогол истеъмол қилиш	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Эпизодик	159	39,8	86	86,0	0,11	0,06	0,20	0,69	0,62	0,76
Маиший ичкилик	241	60,2	14	14,0	9,31	5,11	16,95	1,46	1,32	1,60
Жами	400	100,0	100	100,0						

Коэффициентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичлари алкогольни суиистеъмол ва ногиронликга олиб келувчи соматик касалликлар (OR – 9,31, RR – 1,46, 95% ДИ >1; $p < 0,05$) билан беморларда ўз жонига қасд тенденциялари эҳтимолини ўртасида тўғридан-тўғри муносабатларни кўрсатади. Шу билан бирга, спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш билан ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи спиртли ичимликларни суиистеъмол қилмасликка қараганда 9,3 баравар юқори. Эпизодик алкоголь истеъмол қилиш ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатмайди (OR – 0,11, RR – 0,69, 95% ДИ < 1; $p < 0,05$), ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоллиги бу омилга боғлиқ эмас.

Шахнинг характерологик хусусиятларига қараб OR и RR кўрсаткичларининг қийматлари 5.2-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.2

Шахнинг характерологик хусусиятларига қараб OR и RR кўрсаткичлари

Шахснинг фёъл-атвор турлари	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Синтон	48	12,0	14	14,0	0,84	0,44	1,59	0,96	0,84	1,11
Аффектив	42	10,5	2	2,0	5,75	1,37	24,17	1,22	1,12	1,32
Психастеник	52	13,0	12	12,0	1,10	0,56	2,14	1,02	0,90	1,16
Астеник	48	12,0	19	19,0	0,58	0,32	1,04	0,88	0,75	1,03
Шизоид	58	14,5	7	7,0	2,25	1,00	5,10	1,13	1,03	1,25
Қўзғалувчан	68	17,0	23	23,0	0,69	0,40	1,17	0,92	0,81	1,05
Истерик	9	2,2	13	13,0	0,15	0,06	0,37	0,50	0,30	0,83
Паранойял	75	18,8	10	10,0	2,08	1,03	4,18	1,13	1,03	1,24
Жами	400	100,0	100	100,0						

5.2. жадвал таҳлили статистик ишончилиги билан ($ДИ > 1$; $p < 0,05$) соматик касалликлар бўлган беморларда аффектив ($OR - 5,75$, $RR - 1,22$), шизоид ($OR - 2,25$, $RR - 1,13$) ёки паранойял ($OR - 2,08$, $RR - 1,13$) шахс турлари ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри муносабатлар мавжудлиги ҳақида ҳукм қилиш учун имкон беради. Статистик аҳамиятга эга бўлган паст ўз жонига қасд қилиш хавфининг кўрсаткичлари ($OR - 0,15$; $RR - 0,50$, $ДИ < 1$) фақат истерик турдаги шахслар учун аниқланган. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиши эҳтимоли ва синтон ($OR - 0,84$; $RR - 0,96$), психастеник ($OR - 1,10$; $RR - 1,02$), астеник ($OR - 0,58$; $RR - 0,88$), қўзғалувчан ($OR - 0,69$; $RR - 0,92$) характер хусусиятлари ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга

муносабатлар топилмади (ДИ max >1, ДИ min <1; p > 0,05). Шу билан бирга, нисбий хавф кўрсаткичлари синтон, астеник ва кўзғалувчан турдаги шахсларда нисбатан паст ва психастеник шахсларда эса муҳимроқ бўлиб чиқди.

Соматик касалликнинг нозологик мансублигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун хавф кўрсаткичлари 5.3-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.3

**Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликнинг гуруҳига қараб OR
и RR кўрсаткичлари**

Соматик касалликлар	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Эндокрин касалликлар	82	20,5	20	20,0	1,03	0,60	1,78	1,01	0,90	1,12
Кўкрак беги саратони	18	4,5	10	10,0	0,42	0,19	0,95	0,79	0,60	1,05
Бошқа ички аъзолар саратони	25	6,25	-	-	-	-	-	1,27	1,21	1,33
Қон-томир касалликлари	85	21,25	9	9,0	2,73	1,32	5,64	1,17	1,07	1,27
Туберкулёз касалликлари	80	20,0	10	10,0	2,25	1,12	4,52	1,14	1,04	1,25
Бўғим касалликлари	18	4,5	5	5,0	0,90	0,32	2,47	0,98	0,78	1,22
Ошқозон ичак касалликлари	56	14,0	34	34,0	0,32	0,19	0,52	0,74	0,63	0,88
Нафас йўллари касалликлари	6	1,5	6	6,0	0,24	0,08	0,76	0,62	0,35	1,09
Травматологик касалликлар	8	2,0	4	4,0	0,49	0,14	1,66	0,83	0,55	1,24
Неврологик касалликлар	21	5,25	-	-	-	-	-	1,26	1,21	1,32
Буйрак тош касаллиги	-	-	2	2,0	0,00	-	-	0,00	-	-
Витилиго	1	0,25	-	-	-	-	-	1,25	1,20	1,31
Жами	400	100,0	100	100,0						

Жадвал маълумотлар таҳлили ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли ва эндокрин тизими касалликлари, суяк-бўғим тизими касалликлари, травматологик касалликлар (ДИ $\max > 1$, ДИ $\min < 1$; $p > 0,05$) ўртасида тўғридан-тўғри статистик муҳим муносабатлар йўқлигини кўрсатади. Статистик муҳим муносабатлар (95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$) онкологик касалликлар билан боғлиқлиги аниқланди. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли кўкрак беши саратонида нисбатан паст (OR - 0,42; RR - 0,79), ички органлар саратони касаллигида эса жуда юқори (RR - 1,27; 95% ДИ > 1) эди.

Юрак қон-томир (OR - 2,73, RR - 1,17; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$), туберкулез (OR - 2,25, RR - 1,14; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$), неврологик касалликлар (RR - 1,26; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$) ва вителиго (RR - 1,25; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$) касалликларида ҳам ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори эди. Шу билан бирга, ошқозон - ичак тракти (OR - 0,32, RR - 0,74; 95% ДИ < 1 ; $p < 0,05$) ва нафас олиш органлари (OR - 0,24, RR - 0,62; 95% ДИ < 1 ; $p < 0,05$) касалликларида суиқасд нисбий хавфининг кўрсаткичлари паст эди ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари билан тўғридан-тўғри статистик муҳим муносабатлар йўқлигини аниқлади.

Шундай қилиб, нисбий хавф кўрсаткичлари ички органларнинг хавфли ўсмалари ва неврологик касалликларда, жумладан ишемик ва геморрагик insultларда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиши энг юқори эҳтимоли содир бўлишини кўрсатди. Улардан кейин оғир юрак-қон томир касалликлари (юрак ишемик касаллиги, стенокардия, миокард инфаркти) ва сил касаллиги келади.

Ногиронлик гуруҳига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 5.4-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.4 кўра, I- гуруҳ (OR - 3,49, RR - 1,18; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$) ва II-гуруҳдаги (OR - 1,84, RR - 1,14; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$) ногиронларда, айниқса ногиронлик муддатсиз берилган ҳолларда (RR - 1,28; 95% ДИ > 1 ; $p < 0,05$), ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли энг юқоридир. Шу

билан бирга, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи ва III-гурух ногиронлиги ўртасида тескари муносабатлар топилди, бунинг учун OR (0,11) ва RR (0,46; 95% ДИ <1; $p < 0,05$) кўрсаткичлари паст эди ва беморларда суиқасд хулқ-атвори эҳтимоли пастлигини кўрсатди.

Жадвал 5.4

Ногиронлик гуруҳига қараб OR и RR кўрсаткичлари

Ногиронлик гурухи	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
I	39	9,8	3	3,0	3,49	1,06	11,55	1,18	1,07	1,30
II	300	75,0	62	62,0	1,84	1,16	2,92	1,14	1,02	1,28
III	23	5,7	35	35,0	0,11	0,06	0,20	0,46	0,34	0,64
Муддатсиз	38	9,5	-	-	-	-	-	1,28	1,22	1,34
Жами	400	100,0	100	100,0						

Соматик касалликка шахсининг жавоб турига қараб OR и RR кўрсаткичларининг қийматлари 5.5-жадвалда келтирилган.

Шуни таъкидлаш керакки, коэффициентлар нисбатини (OR) ҳисоблаш фақат иккала гуруҳдаги беморларда юзага келган эгоцентрик ва паранойял турдаги реакциялар учун мумкин бўлган. Бундан ташқари, касаллик борлигига шахс жавоб реакциясининг эгоцентрик турида кўрсаткичлар OR (0,42) ва RR (0,82) ўз жонига қасд тенденциялари жуда паст хавфидан далолат берган ($p < 0,05$), паранойял тури реакцияларда эса (OR - 2,08; RR- 1,13; ДИ > 1) статистик ишончлилик билан ($p < 0,05$) ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг юқори эҳтимоли аниқланди.

**Беморнинг ўз соматик касаллигига жавоб турига қараб OR и RR
кўрсаткичларининг қиймати**

Соматик касалликка шахс жавобининг турлари	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Гармониялашган тури	-	-	16	16,0	0,00	-	-	0,00	-	-
Пассив тури	48	12,0	-	-	-	-	-	1,28	1,22	1,35
Меланхолик тури	42	10,5	-	-	-	-	-	1,28	1,22	1,34
Хавотирли тури	52	13,0	-	-	-	-	-	1,29	1,23	1,35
Ипохондрик тури	48	12,0	-	-	-	-	-	1,28	1,22	1,35
Апатик тури	58	14,5	-	-	-	-	-	1,29	1,23	1,36
Эгоцентрик тури	77	19,2	36	36,0	0,42	0,26	0,68	0,82	0,71	0,93
Паранойял тури	75	18,8	10	10,0	2,08	1,03	4,18	1,13	1,03	1,24
Гипонозогнозик тури	-	-	38	38,0	0,00	-	-	0,00	-	-
Жами	400	100,0	100	100,0						

Касалликка ва меҳнат қобилиятини йўқотишга шахснинг пассив муносабат, меланхолик, ваҳима, ипохондрик ва апатик жавоб бериш турлари учун нисбий хавф кўрсаткичлари ($RR > 1$, 95% ДИ > 1) ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини шакллантириш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатишди ($p < 0,05$).

Ногиронликка олиб келувчи касаллик фактига нозоген реакцияларнинг намоён бўлишида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ривожланиш мумкинлиги сезиларли даражада ошди. Беморларнинг руҳий ҳолатига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг нисбий хавфи кўрсаткичлари 5.6-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.6

Беморларнинг рухий ҳолатига қараб RR кўрсаткичларининг қийматлари

Беморларнинг рухий ҳолати	Беморлар сони				RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ				
	абс.	%	абс.	%			
Хавотирли-фобик реакциялар	305	76,3	-	-	2,05	1,78	2,37
Уйқу бузилишлари	67	16,7	-	-	1,30	1,23	1,37
Хулқ-атворнинг ўзгаришлари	28	7,0	-	-	1,27	1,21	1,33
Нопатологик (психологик даражадаги) кечинмалар	-	-	100	100,0	0,00	-	-
Жами	400	100,0	100	100,0			

Ушбу жадвал маълумотлари ваҳима-фобик бузилишлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари энг юқори хавфини (RR – 2,05, 95% ДИ > 1; $p < 0,05$) ва субклиник (патологик бўлмаган) даражадаги ваҳима намоён бўлган беморларга нисбатан унинг 2 баравар юқорилигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида жуда юқори эҳтимоллик билан доимий уйқу бузилиши (RR – 1,30, 95% ДИ > 1; $p < 0,05$) ва хулқ-атвор бузилишлари (RR – 1,27, 95% ДИ > 1; $p < 0,05$) кузатилди. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликка психопатологик белгиларсиз билан кечадиган реакциялар ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфи ўртасида боғлиқликни аниқламади.

Даволаниш учун мотивацияга қараб ўз жонига қасд қилиш хавфини ўрганиш қизиқиш уйғотди. Даволашга турлича муносабатда бўлган беморлар учун коэффицентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичлари 5.7-жадвалда келтирилган.

**Даволаш учун мотивация вариантыга қараб OR и RR
кўрсаткичларининг қийматлари**

Даволанишга мотивлар	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Инсайтга эришиш	9	2,2	6	6,0	0,36	0,13	1,04	0,74	0,49	1,13
Симтоматик яхшиланишга эришиш	35	8,7	34	34,0	0,19	0,11	0,32	0,60	0,47	0,76
Касалликдан “иккиламчи фойда“олиш	78	19,5	14	14,0	1,49	0,80	2,76	1,07	0,97	1,19
Пассив позиция	278	69,6	46	46,0	2,67	1,71	4,18	1,24	1,11	1,38
Жами	400	100,0	100	100,0						

5.7-жадвал таҳлили ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоли ва сурункали касалликларини даволашга беморларнинг пассив муносабати ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик мавжудлигини баҳолашга асос беради (OR – 2,67, RR – 1,24; 95% ДИ > 1; $p < 0,05$). Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланиши эҳтимоли ва беморларнинг инсайтга эришиш (OR – 0,36, RR – 0,74; ДИ max > 1, ДИ min < 1; $p > 0,05$), ҳамда "касалликдан иккиламчи фойда" олиш истаги (OR–1,49, RR–1,07; ДИ max > 1, ДИ min < 1; $p > 0,05$) учун статистик жиҳатдан муҳим муносабатлар ўртасида боғлиқлиги топилмади. Беморларнинг симптоматик яхшиланишга йўналтирилганлигида ўз жонига қасд қилиш хавфининг паст қийматлари аниқланди (OR – 0,19, RR – 0,60; 95% ДИ < 1; $p < 0,05$), 95% ДИ олинган натижаларнинг статистик аҳамиятидан далолат беради.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг пайдо бўлишида қўзғатувчи (триггер) рол ўйнаши мумкин бўлган омилларнинг аҳамиятини баҳолаш учун оилавий ҳолатга ва қўшимча психоген таъсирга қараб OR ва RRни ҳисоблаш амалга оширилди. Беморларнинг оилавий ҳолатига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 5.8-жадвалда келтирилган.

Жадвал 5.8

Оилавий ҳолатга қараб OR ва RR кўрсаткичларининг қийматлари

Беморнинг оилавий ҳолати	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Уйланмаган	10	2,5	1	1,0	2,54	0,32	20,07	1,14	0,94	1,38
Уйланган	311	77,7	86	86,0	0,57	0,31	1,05	0,91	0,83	0,99
Ажралишган	70	17,5	10	10,0	1,91	0,95	3,85	1,11	1,01	1,23
Бева	9	2,3	3	3,0	0,74	0,20	2,80	0,94	0,67	1,30
Жами	400	100,0	100	100,0						

Ушбу 5.8 – жадвалдаги маълумотлар ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда уйланмаган (OR–2,54, RR–1,14; ДИ max > 1, ДИ min < 1; p > 0,05) ёки бева (OR–0,74, RR– 0,94; ДИ max > 1, ДИ min < 1; p > 0,05) оилавий ҳолати ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик йўқлигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфи нисбатан юқори кўрсаткичлари ажралишганлар (OR – 1,91, RR – 1,11; 95% ДИ > 1; p < 0,05), паст кўрсаткичлари эса уйланган учун (OR – 0,57, RR – 0,91; 95% ДИ < 1; p < 0,05) топилган.

Қўшимча психоген омиллар мавжудлигига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 5.9-жадвалда келтирилган.

**Қўшимча психоген омиллар мавжудлигига қараб OR ва RR
кўрсаткичлари**

Омиллар	Беморлар сони				OR	ДИ min	ДИ max	RR	ДИ min	ДИ max
	1 гуруҳ		2 гуруҳ							
	абс.	%	абс.	%						
Ёлғизлик	16	4,0	1	1,0	4,13	0,54	31,48	1,18	1,04	1,34
Фарзандсиз оила	7	1,8	3	3,0	0,58	0,15	2,27	0,87	0,58	1,31
Васий қарамоғида	5	1,2	-	-	-	-	-	1,25	1,20	1,31
Ҳаёт эҳтиёжлари қондирилмаганли ги	148	37,0	8	8,0	6,75	3,19	14,30	1,30	1,20	1,39
Жами	400	100,0	100	100,0						

Ушбу жадвални таҳлил қилиш суиқасд хулқ-атворини ривожланиш хавфининг ёлғизлик (OR – 4,13, RR – 1,18; 95% ДИ > 1; $p < 0,05$), бемор устидан васийлик (RR – 1,25; 95% ДИ > 1; $p < 0,05$) ва ҳаёт эҳтиёжлари кондирилмаганлиги (OR – 6,75, RR – 1,30; 95% ДИ > 1; $p < 0,05$) билан тўғридан-тўғри статистик жиҳатдан муҳим муносабатлари мавжудлиги ҳақида ўйлашга имкон беради. Оилада болаларнинг йўқлиги ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлиши билан боғлиқлигини аниқламади (OR – 0,58, RR – 0,87; ДИ max > 1, ДИ min < 1; $p > 0,05$).

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори юқори хавфининг барча омиллари 5.10-жадвалда умумлаштирилган. Ушбу жадвалга кўра, ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори пайдо бўлиш эҳтимоли ҳар бир беморда турли хил нисбатларда бирлаштирилиши мумкин бўлган жуда кўп омиллар билан тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғланишларни аниқлаган. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг нисбий хавф кўрсаткичларини миқдорий баҳолаш суицидоген омиллари мажмуасини ажратишга имкон беради. Ушбу омиллар мажмуасининг мавжудлиги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг энг юқори хавфини белгилайди.

Жадвал 5.10

**Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган
беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи омиллари**

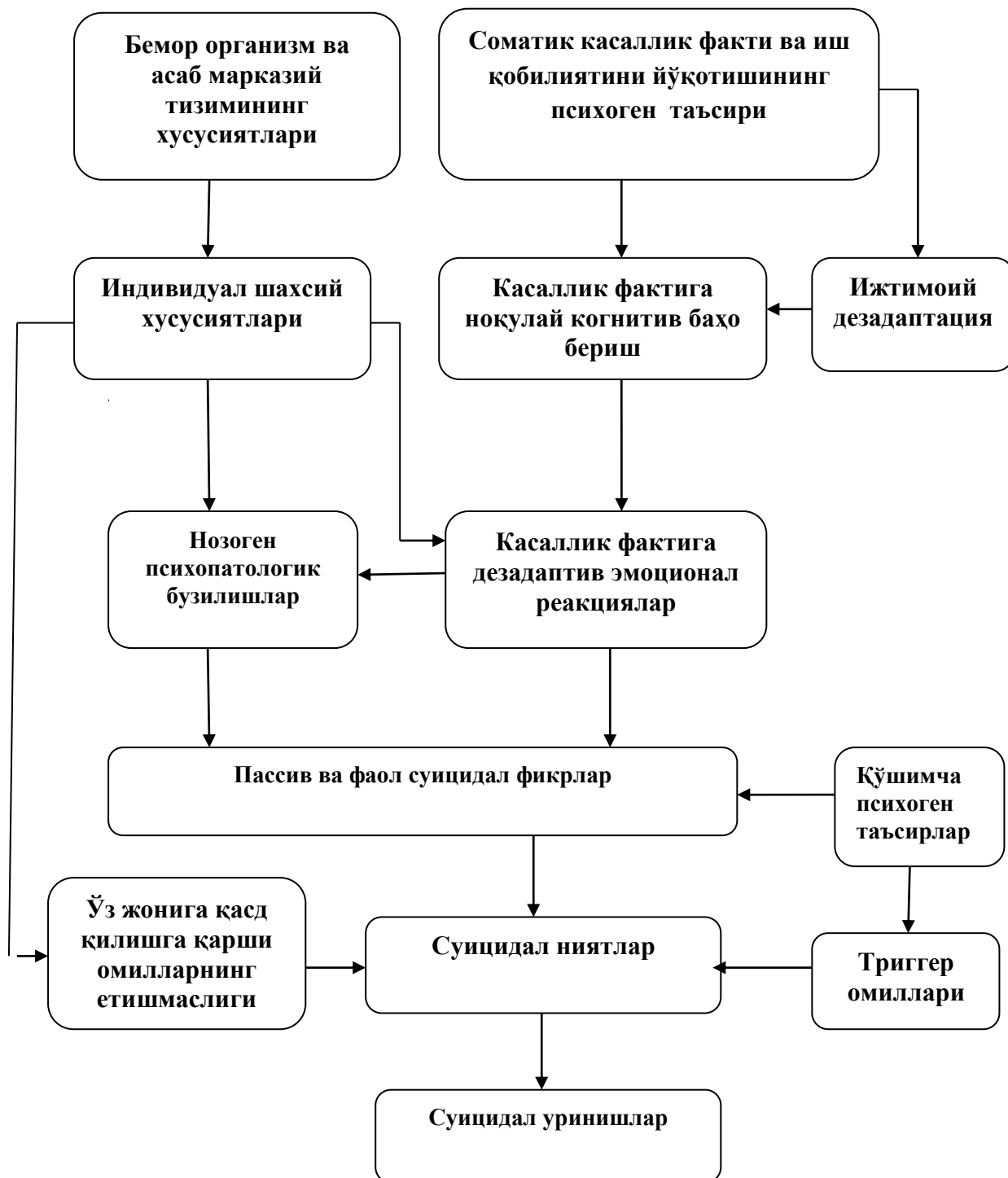
Омиллар	RR	ДИ min	ДИ max	P
Маиший ичкиликбозлик	1,46	1,32	1,60	<0,05
Шахснинг аффектив тури	1,22	1,12	1,32	<0,05
Шахснинг шизоид тури	1,13	1,03	1,25	<0,05
Шахснинг паранойял тури	1,13	1,03	1,24	<0,05
Ички аъзолар саратони	1,27	1,21	1,33	<0,05
Қон-томир касалликлари	1,17	1,07	1,27	<0,05
Туберкулёз касаллиги	1,14	1,04	1,25	<0,05
Неврологик касалликлар	1,26	1,21	1,32	<0,05
Ногиронлик I гуруҳи	1,18	1,07	1,30	<0,05
Ногиронлик II гуруҳи	1,14	1,02	1,28	<0,05
Муддатсиз ногиронлик	1,28	1,22	1,34	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг пассив тури	1,28	1,22	1,35	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг меланхолик тури	1,28	1,22	1,34	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг хавотирли тури	1,29	1,23	1,35	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг ипохондрик тури	1,28	1,22	1,35	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг апатик тури	1,29	1,23	1,36	<0,05
Соматик касалликка шахс жавобининг паранойял тури	1,13	1,03	1,24	<0,05
Хавотирли-фобик реакциялар	2,05	1,78	2,37	<0,05
Уйқу бузилишлари	1,30	1,23	1,37	<0,05
Хулқ-атворнинг ўзгаришлари	1,27	1,21	1,33	<0,05
Даволанишга пассив позиция	1,24	1,11	1,38	<0,05
Ажралишган оилавий ҳолати	1,11	1,01	1,23	<0,05
Ёлғизлик	1,18	1,04	1,34	<0,05
Васий қарамоғида	1,25	1,20	1,31	<0,05
Ҳаёт эҳтиёжларининг қондирилмаганлиги	1,30	1,20	1,39	<0,05

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоли руҳий ҳолатида нозоген психопатологик бузилишлар ва ўз касаллигига дезадаптив реакциялар кўрсатган, сурункали касаллик ёки неврологик оғир патология билан азият чекадиган ҳамда муддатсиз ногиронликни олганларда юқори кузатилади. Шахснинг аффектив, шизоид ёки паранойял акцентуацияга эга, даволанишга пассив муносабатда, ёлғиз ёки васий қарамоғида бўлган, ҳаётини эҳтиёжларини қондира олмайдиган беморларда энг юқори бўлади. Ушбу омиллар мажмуасига эга бўлган беморларда соматик касалликдан тузалишга ишониш ва оила олдигаги жавобгарликни асосий таркибий қисмлари сифатида ўз ичига олган суиқасдга қарши тенденциялар йўқ бўлиши мумкин.

Статистик корреляциялар, коэффициентлар нисбати ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг нисбий хавф кўрсаткичларини ўрганиш сурункали касалликларга чалинган беморларда суиқасд хулқ-атвори моделини ишлаб чиқишга имкон берди (расм 5.1). 5.1-расмда жуда кўп биологик, психологик ва ижтимоий омиллар иштирокида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг мураккаб ташкил этилиши кўрсатилган. Расмда фақат мустаҳкам ҳамкорлик шароитида таъсир кўрсатувчи омилларнинг бири-бирига боғлиқлиги акс эттирилган. Касалликларнинг биопсихоижтимоий табиати ҳақидаги замонавий нуқтаи назарга кўра [ЖССТ], ҳар қандай касалликнинг намоён бўлиш шарти "диатез–стресс" нинг ўзаро таъсири, яъни экзоген омилларнинг зарарли таъсири остида амалга оширилган шу касалликка ички берилувчанликнинг мавжудлиги. Сўнгги йилларда бир қатор тадқиқотчилар [97] ушбу позициялардан ёшларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини кўриб чиқишга ҳаракат қилишган.

Ушбу нуқтаи назардан, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворига берилувчанлик омиллари қаторига организм ва марказий асаб тизимининг хусусиятларини (жинси, ёши, ирсият, миyanинг резидуал органик етишмовчилиги) киритиш мумкин. Уларнинг ҳар бири сурункали касалликлар бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори билан

кучсиз статистик корреляцияни кўрсатди, аммо улар мажмуаси шахснинг айрим индивидуал хусусиятларининг шаклланишига таъсир қилиши мумкин эди. Ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликларда суицидогенез модели 5.1 – расмда келтирилган.



Расм 5.1. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда суицидогенез модели

Шахснинг акцентуациялари суицидогенезда мустақил рол ўйнади, улар соматик касаллик фактига ҳиссий жавоб турларини шакллантириш, эмоционал реакциялар нозоген руҳий бузилишларга айлантириш, ўз жонига қасд қилишга қарши омилларнинг етишмаслигига бевосита таъсир қилади. Бериловчанлик омилларига спиртли ичимликлар суиистеъмолини киритиш мумкин. Шу билан бирга, алкоголь мастлик ўз жонига қасд қилишга уринишни ташкил қилишда триггер ролини ўйнаши мумкин.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг биологик детерминантлари сурункали соматик касаллик ва меҳнат қобилятининг тўлиқ йўқолиши деб ҳисобланиши керак. Соматик касалликдан азият чекишнинг оғирлиги ва I ёки II гуруҳнинг муддатсиз ногиронлигини аниқлаш касалликнинг прогнозини субъектив баҳолашни кескин ёмонлаштириб, беморларнинг реакциясини патологик даражага ўтишига ёрдам берибди. Бу эса беморлар руҳий мослашувининг қўпол бузилишидан далолат беради. Клиник даражадаги нозоген реакциялар ваҳима-фобик ва депрессив бузилишлар, доимий уйқусизлик (инсомния) ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишида намоён бўлди.

Руҳий ва ижтимоий мослашувининг қўпол бузилиши суицидоген таъсирига эга эди, уларнинг таъсири беморларда ўз ҳаёт вазиятига ноқулай баҳо бериш, даволанишга пассив муносабат ва ўз жонига қасд қилиш фикрларини вужудга келтирган. Пассив ҳолатда ва даволанишга паст даражада мувофиқликка риоя қилиш, ўз навбатида, соматик касалликнинг прогнозини ёмонлаштирди.

Ноқулай ижтимоий омиллар (ёлғизлик ёки васий назорати остида бўлиш, асосий эҳтиёжлар қондирилмаганлиги, ажралиш) суиқасд хулқ-атворининг шаклланишига бевосита таъсир кўрсатади. Шунингдек, руҳий умидсизлик туйғуларини кучайтириш ва вазиятни пессимистик баҳолаш орқали таъсир қилиши мумкин. Ўз навбатида, беморларнинг ижтимоий ҳолати соматик касаллик ривожланишининг таъсири остида ёмонлашиши мумкин. Ижтимоий можаролар, қариндошлар билан муносабатларнинг

ёмонлашиши триггер омиллари сифатида суиқасд тенденцияларининг ривожланиши ва ўз жонига қасд қилишга уриниш амалга оширишини осонлаштиради.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хавфини антисуицид тўсик омилларини таҳлил қилмасдан баҳолаш мумкин эмас. Адабиётлар маълумотларига мувофиқ, бу омилларга оила олдидаги бурч ва масъулият ҳисси, динга риоя қилиш, қўшимча жароҳатлардан қўрқиш ёки муваффақиясиз уриниш ҳолатида оғир жисмоний шикастланиш қўрқуви, атрофдагилар томонидан ҳукм қилинишидан қўрқиш киради [6, 8, 81]. Тадқиқотчилар ушбу омиллар таъсирининг эҳтимоли, бир томондан, ижтимоий муносабатлар билан, бошқа томондан эса, шахсиятнинг индивидуал хусусиятлари билан боғлайдилар.

Шундай қилиб, ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида ҳаёт учун хавф туғдирадиган омилларнинг комбинацияси, шу жумладан касаллик фактига ноқулай когнитив баҳо бериш, дезадаптив эмоционал реакциялар, нозоген руҳий бузилишлар, қўшимча психоген таъсирлар, суиқасдга қарши омиллар етишмаслигини кўриб чиқиш мумкин. Ўз касаллигининг дисфункционал когнициялар билан бирга келган пессимистик прогноз ва умидсизлик ҳисси "азоб-уқубатлардан қочиш" суиқасд мотивининг шаклланишининг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун бевосита қўзғатувчи механизм сифатида кўриб чиқиши мумкин. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ривожланиш динамикасида ва суиқасд ҳаракатларининг провокациясида ижтимоий низолар ва бошқа вазият омилларининг ролини эътиборсиз қолдириб бўлмайди. Қандай бўлмасин, суицидологик таҳлилни ўтказишда кўплаб суицидогенез омилларининг таъсирини ҳисобга олиш керак.

Резюме: Коэффициентлар нисбатини ҳисоблаш соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг нисбий хавф кўрсаткичларини аниқлашга, кейинчалик уларни суиқасд хулқ-атворини

шакллантириш учун хавф омилларининг яхлит тўпламига бирлаштиришга имкон берди. Маълум бир хавф омилларининг мавжудлигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимолини баҳолаш мумкин эди.

Олинган натижаларга мувофиқ, спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш билан ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи спиртли ичимликларни суиистеъмол қилмасликка қараганда 9,3 баравар юқори. Эпизодик алкоголь истеъмоли эса ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатмайди.

Статистик аҳамиятга эга бўлган паст ўз жонига қасд қилиш хавфининг кўрсаткичлари фақат истерик турдаги шахслар учун аниқланган. Шу билан бирга, нисбий хавф кўрсаткичлари синтон, астеник ва қўзғалувчан турдаги шахсларда нисбатан паст ва психастеник шахсларда эса муҳимроқ бўлиб чиқди. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг энг юқори эҳтимоли шахснинг аффектив турига эга беморларда аниқланди. Касалликка ва меҳнат қобилиятини йўқотишга шахснинг пассив муносабат, меланхолик, ваҳима, ипохондрик ва апатик жавоб бериш турлари учун нисбий хавф кўрсаткичлари ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини шакллантириш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатишди. Ваҳима-фобик бузилишлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари энг юқори хавфини ва субклиник (патологик бўлмаган) даражадаги ваҳима намоён бўлган беморларга нисбатан унинг 2 баравар юқорилигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида жуда юқори эҳтимоллик билан доимий уйқу бузилиши ва хулқ-атвор бузилишлари кузатилди.

Бундан ташқари, суиқасд хулқ-атворини ривожланиш хавфининг ёлғизлик, бемор устидан васийлик ва ҳаёт эҳтиёжлари қондирилмаганлиги билан тўғридан-тўғри статистик жиҳатдан муҳим муносабатлари мавжудлиги ҳақида ўйлашга имкон беради. Бундай беморларда оила олдида жавобгарлик ва соматик касалликни даволаш имкониятига ишониш антисуицид тўсиқнинг асосий таркибий қисмлари бўлиб, деярли бўлмаслиги мумкин.

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини таҳлил қилиш барча ҳолларда суицидоген омилларнинг бутун мажмуасини ва уларнинг ўзаро таъсирини аниқлаш, суиқасд хулқ-атворининг етакчи детерминантларини ажратиб олиш ва антисуицид тўсиқнинг таркибий қисмларини аниқлаш мақсадга қаратилган бўлиши керак.