

**ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**«TASDIQLAYMAN»  
Sog‘liqni Saqlash vazirligi huzurida  
tashkil etilgan ilmiy texnik kengash raisi**

\_\_\_\_\_ **Sh.K. Atadjanov**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ **2026 y.**

**Islamov Shavkatjon Xabibullayevich**

**SHIZOFRENIYANI BASHORAT QILISH, OLDINI OLISH VA  
PROFILAKTIKASINING ILMIY ASOSLARI  
(Farg‘ona vodiysida o‘tkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot natijalari  
asosida)**

**(monografiya)**

**Andijon-2026 y.**



***Tuzuvchi:***

**Islamov Shavkatjon Xabibullayevich** Andijon davlat tibbiyot instituti, psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasi dotsenti (PhD)

***Taqrizchilar:***

**Gapurova Gulchexra Farruhovna** Toshkent davlat tibbiyot universiteti psixiatriya va narkologiya kafedrasi PhD, dotsenti

**Dolimova Maxfuza Alimovna** Andijon davlat tibbiyot instituti, psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasi dotsenti (PhD)

Monografiya epidemiologik tahlillar, klinik kuzatuvlar, ijtimoiy baholash usullari va statistik modellashtirish keng qo‘llagan xolda, shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilishning ilmiy asoslarini klinik, ijtimoiy-psixiatrik va jamoat salomatligi nuqtai nazaridan kompleks yoritish hamda amaliyot uchun qo‘llanma yaratishga bag‘ishlangan.

Monografiya Andijon davlat tibbiyot institutining ilmiy kengashi tomonidan tasdiqlangan va nashrga tavsiya etilgan 2025-yil 24-dekabrdagi (№5 bayonnoma).

## MUNDARIJA

|                                                                                                                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>KIRISH.....</b>                                                                                                                                                                    | <b>8</b>  |
| <b>I-BOB. Shizofreniya muammosining zamonaviy ilmiy konsepsiyalari.....</b>                                                                                                           | <b>10</b> |
| §1.1. Shizofreniya haqida zamonaviy nazariy qarashlar .....                                                                                                                           | 10        |
| §1.2. Biopsixosotsial model: imkoniyatlari va cheklovlari .....                                                                                                                       | 18        |
| §1.3. Prediktiv, preventiv va profilaktik psixiatriya (PPP).....                                                                                                                      | 20        |
| <b>II -BOB. Farg‘ona vodiysining 18-90 yoshli populyatsiyasida shizofreniya bilan kasallanish sur‘atlari va ko‘p yillik dinamikasi .....</b>                                          | <b>23</b> |
| §2.1 Materiallar va tadqiqot usullari .....                                                                                                                                           | 23        |
| §2.2. Farg ‘ona vodiysida shizofreniya: 40 yillik epidemiologik dinamika .....                                                                                                        | 25        |
| §2.3. Shizofreniyaning klinik kechuvi va patomorfozi.....                                                                                                                             | 49        |
| §2.4. Ijtimoiy-premorbid va xavf omillari tahlili.....                                                                                                                                | 61        |
| <b>III-BOB. Shizofreniyada qo‘llab-quvvatlovchi terapiyaning prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlari hamda kasallik kechuvi va ijtimoiy-mehnat moslashuviga ta’siri.....</b>    | <b>76</b> |
| § 3.1. Shizofreniyada qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlari.....                                                                              | 76        |
| §3.2. Shizofreniyani vodiy aholisida progrediyentli va regrediyentli kechishini, bemorlarni ijtimoiy-mehnat moslashuvi darajasini tavsifi.....                                        | 79        |
| <b>VI BOB. Farg‘ona vodiysi sharoitida shizofreniyaning hududiy xos klinik aspektlari, yetakchi xatar omillarining prognostik prediktiv, preventiv va profilaktik dasturlari.....</b> | <b>85</b> |
| §4.1. Prediktiv modellar va bashorat imkoniyatlari.....                                                                                                                               | 85        |
| §4.2.Algoritmlar.....                                                                                                                                                                 | 90        |
| <b>XULOSA:.....</b>                                                                                                                                                                   | <b>92</b> |
| <b>SHARTLI QISQARTMALAR VA BELGILAR.....</b>                                                                                                                                          | <b>95</b> |
| <b>ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....</b>                                                                                                                                                      | <b>96</b> |

## ANNOTATSIYA

Ushbu monografiya Fargʻona vodiysida 1984–2024 yillar davomida oʻtkazilgan 40 yillik prospektiv epidemiologik tadqiqot natijalariga asoslangan boʻlib, shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktikasining ilmiy asoslarini yoritishga bagʻishlangan. Ishda shizofreniyaning tarqalishi, klinik kechuvi va patomorfozi, debyt yoshining oʻzgarishi, ijtimoiy-premorbid xavf omillari hamda kasallikning ijtimoiy oqibatlari kompleks tahlil qilingan.

Monografiyada shizofreniyani faqat klinik nuqtai nazardan emas, balki jamoat salomatligi va profilaktik tibbiyot pozitsiyasidan baholash zarurligi ilmiy jihatdan asoslangan. Klinik, ijtimoiy va kognitiv koʻrsatkichlar asosida xavf guruhlarini aniqlash hamda kasallik kechuvini barvaqt bashorat qilish imkoniyatlari koʻrsatib berilgan.

Antipsixotik terapiyani transkraniyal magnitli stimulyatsiya bilan birgalikda qoʻllash orqali neyron faolligini korreksiya qilish usulining klinik va profilaktik samaradorligi ilmiy jihatdan asoslangan. Olingan natijalar shizofreniyani prediksiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasi asosida boshqarish samarali ekanini tasdiqlaydi.

Monografiya psixiatrlar, jamoat salomatligi mutaxassislari, tibbiyot ilmiy xodimlari, doktorantlar va magistrantlar uchun moʻljallangan.

## АННОТАЦИЯ

Настоящая монография основана на результатах 40-летнего проспективного эпидемиологического исследования, проведённого в Ферганской долине в 1984–2024 гг., и посвящена научным основам прогнозирования, профилактики и предупреждения шизофрении. В работе проведён комплексный анализ распространённости заболевания, клинического течения и патоморфоза шизофрении, возрастных особенностей дебюта, социально-преморбидных факторов риска и социальных последствий заболевания.

Особое внимание уделено рассмотрению шизофрении с позиций общественного здоровья и профилактической медицины. На основе клинических, социальных и когнитивных показателей обоснованы подходы к формированию групп высокого риска и раннему прогнозированию течения заболевания.

В монографии показана клиническая и профилактическая эффективность комбинированного применения антипсихотической терапии и транскраниальной магнитной стимуляции для коррекции нейрональной активности. Полученные результаты подтверждают целесообразность управления шизофренией в рамках концепции предикции, превенции и профилактики.

Монография предназначена для психиатров, специалистов в области общественного здоровья, научных работников, докторантов и магистрантов медицинских вузов.

## **ANNOTATION**

This monograph is based on the results of a 40-year prospective epidemiological study conducted in the Fergana Valley from 1984 to 2024 and is devoted to the scientific foundations of prediction, prevention, and prophylaxis of schizophrenia. The study provides a comprehensive analysis of disease prevalence, clinical course and pathomorphosis, age-related features of onset, social premorbid risk factors, and social consequences of schizophrenia.

Special emphasis is placed on the assessment of schizophrenia from the perspective of public health and preventive medicine. Approaches to identifying high-risk groups and early prediction of disease course are substantiated based on clinical, social, and cognitive indicators.

The monograph demonstrates the clinical and preventive effectiveness of combined antipsychotic therapy and transcranial magnetic stimulation for the correction of neural activity. The obtained results confirm the effectiveness of managing schizophrenia within the framework of the prediction–prevention–prophylaxis concept.

The monograph is intended for psychiatrists, public health professionals, medical researchers, doctoral candidates, and graduate students.

## **SO‘Z BOSHI**

Hozirgi kunda shizofreniya zamonaviy tibbiyot va jamoat salomatligi oldida turgan eng dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Ushbu kasallikning yuqori tarqalishi, erta yoshda debyut qilishi, surunkali kechuvi hamda ijtimoiy va iqtisodiy oqibatlarining og‘irligi uni faqat klinik psixiatriya doirasida emas, balki aholi salomatligi, profilaktik tibbiyot va ijtimoiy siyosat nuqtai nazaridan ham chuqur o‘rganishni taqozo etadi.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, shizofreniya aholi orasida nisbatan kam uchraydigan kasallik bo‘lsa-da, u mehnat qobiliyatining yo‘qolishi, nogironlikka olib kelishi va hayot sifatiga jiddiy salbiy ta‘siri bilan ruhiy kasalliklar orasida yetakchi o‘rinlarni egallaydi. Shu sababli shizofreniyani faqat simptomatik davolash bilan cheklash zamonaviy talablarga javob bermaydi.

Shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilish masalalari, ayniqsa, profilaktik tibbiyot konsepsiyasi doirasida alohida ahamiyat kasb etadi. Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika tamoyillarini ruhiy kasalliklar sohasiga joriy etish hozirgi kunda jahon psixiatriyasi oldida turgan muhim vazifalardan biri hisoblanadi. Bu esa klinik psixiatriya, ijtimoiy-psixiatriya va jamoat salomatligi fanlarining integratsiyasini talab qiladi.

Ushbu monografiya Farg‘ona vodiysida 1984–2024 yillar davomida

o'tkazilgan 40 yillik prospektiv epidemiologik tadqiqot natijalariga asoslangan. Bu kabi uzoq muddatli kuzatuvlar jahon psixiatriya amaliyotida kam uchraydi va shizofreniyaning tabiiy kechuvi, klinik patomorfozi, ijtimoiy oqibatlari hamda profilaktika imkoniyatlarini chuqur tahlil qilish uchun noyob ilmiy baza yaratadi.

Monografiyada shizofreniya faqat klinik tashxis sifatida emas, balki aholi salomatligiga ta'sir etuvchi, ijtimoiy va iqtisodiy yuk keltiruvchi surunkali kasallik sifatida qaraladi. Kasallikning klinik belgilari bilan bir qatorda, ijtimoiy-premorbid omillar, oilaviy muhit, mehnat faoliyati, ijtimoiy moslashuv va reabilitatsiya masalalari kompleks ravishda o'rganilgan.

Monografiyaning asosiy ilmiy yo'nalishini "prediksiya – prevensiya – profilaktika" konsepsiyasi tashkil etadi. Bu konsepsiya doirasida shizofreniyaning rivojlanish xavfini barvaqt aniqlash, xavf guruhlarini shakllantirish, kasallik debютini kechiktirish yoki oldini olish, retsidivlarni kamaytirish va ijtimoiy oqibatlarni yumshatish imkoniyatlari ilmiy asoslab berilgan.

Monografiyaning asosiy maqsadi — Epidemiologik tahlillar, klinik kuzatuvlar, ijtimoiy baholash usullari va statistik modellashtirish keng qo'llagan xolda, shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilishning ilmiy asoslarini klinik, ijtimoiy-psixiatrik va jamoat salomatligi nuqtai nazaridan kompleks yoritish hamda amaliyot uchun qo'llanma yaratishga bag'ishlangan. Epidemiologik tahlillar, klinik kuzatuvlar, ijtimoiy baholash usullari va statistik modellashtirish keng qo'llanilgan.

Mazkur monografiya psixiatrlar, profilaktik tibbiyot shifokorlari, jamoat salomatligi mutaxassislari, BTSYO tizimi xodimlari, shuningdek, magistrantlar va doktorantlar uchun mo'ljallangan bo'lib, u shizofrenii muammosiga yangi, integrativ va amaliyotga yo'naltirilgan yondashuvni taklif etadi.

## KIRISH

Shizofreniya muammosini chuqur tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, kasallikning klinik ko'rinishlari va kechuvi jamiyatdagi ijtimoiy, iqtisodiy va madaniy o'zgarishlar bilan uzviy bog'liq holda shakllanadi. So'nggi o'n yilliklarda aholining turmush tarzidagi o'zgarishlar, urbanizatsiya, axborot yukining ortishi, mehnat migratsiyasi va oilaviy munosabatlardagi transformatsiya ruhiy salomatlikka ta'sir etuvchi muhim omillar sifatida namoyon bo'lmoqda. Bu holat shizofreniyani faqat individual darajadagi klinik muammo sifatida emas, balki jamiyat miqyosidagi ijtimoiy-tibbiy fenomen sifatida o'rganish zarurligini yanada oshiradi.

Ayniqsa, shizofreniyaning debyut yoshi, klinik shakllari va ijtimoiy oqibatlarida kuzatilayotgan o'zgarishlar kasallikning patomorfoziga oid yangi ilmiy savollarni qo'ymoqda. Bir qator tadqiqotlar shizofreniyaning klassik klinik ko'rinishlari bilan bir qatorda, yengil, subklinik yoki atipik shakllarining ko'payib borayotganini ko'rsatadi. Bu esa kasallikni barvaqt aniqlash, to'g'ri bashorat qilish va profilaktika choralari o'z vaqtida amalga oshirishni qiyinlashtiradi.

Shu nuqtai nazardan, shizofreniyani bashorat qilish masalasi zamonaviy psixiatriyada alohida ahamiyat kasb etadi. Bashorat qilish deganda faqat kasallikning og'ir kechuvini oldindan aytish emas, balki uning rivojlanish ehtimolini, klinik yo'nalishini, ijtimoiy oqibatlarini va reabilitatsiya imkoniyatlarini oldindan baholash tushuniladi. Bu esa klinik ma'lumotlar bilan bir qatorda, ijtimoiy-psixiatriyaviy va epidemiologik ko'rsatkichlarni ham hisobga olishni talab qiladi.

Profilaktika masalasi shizofreniyada eng murakkab va kam o'rganilgan yo'nalishlardan biri hisoblanadi. Aksariyat hollarda profilaktika tushunchasi faqat retsivdlarni oldini olish yoki davolash samaradorligini oshirish bilan cheklanadi. Biroq profilaktik tibbiyot nuqtai nazaridan shizofreniyada birlamchi profilaktika, ya'ni xavf guruhlarini barvaqt aniqlash, ijtimoiy-psixologik intervensiyalar orqali kasallik debyutini kechiktirish yoki oldini olish imkoniyatlari ham mavjud.

Birlamchi profilaktika bilan bir qatorda, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika ham shizofreniyada katta ahamiyatga ega. Ikkilamchi profilaktika

kasallikni erta bosqichda aniqlash va og'ir klinik shakllarining rivojlanishini cheklashga qaratilgan bo'lsa, uchlamchi profilaktika bemorlarning ijtimoiy dezadaptatsiyasi, mehnat qobiliyatining yo'qolishi va nogironlikka olib keluvchi oqibatlarni kamaytirishni o'z ichiga oladi. Ushbu profilaktika bosqichlarini bir-biridan ajratib emas, balki uzviy bog'liq tizim sifatida ko'rib chiqish zamonaviy yondashuv hisoblanadi.

Farg'ona vodiysi sharoitida shizofreniyani o'rganish ushbu kasallikning ijtimoiy va epidemiologik xususiyatlarini ochib berish uchun o'ziga xos ilmiy model hisoblanadi. Aholi zichligi yuqori bo'lgan, ijtimoiy harakatchanlik kuchli va demografik tarkibi yosh bo'lgan hududlarda shizofreniyaning klinik kechuvi va ijtimoiy oqibatlari o'ziga xos xususiyatlarga ega. Shu sababli mazkur hududda o'tkazilgan uzoq muddatli kuzatuvlar shizofreniyaning real hayotiy kechuvini baholash imkonini beradi.

40 yillik prospektiv tadqiqot davomida to'plangan ma'lumotlar shizofreniyaning klinik dinamikasi, ijtimoiy moslashuv darajasi, reabilitatsiya samaradorligi va profilaktika imkoniyatlarini vaqt kesimida tahlil qilish imkonini yaratgan. Bu esa tasodifiy yoki qisqa muddatli kuzatuvlarga xos bo'lgan xulosalardan farqli o'laroq, ilmiy jihatdan barqaror va ishonchli natijalar chiqarishga imkon bergan.

Monografiyada shizofreniya bilan kasallangan shaxslarning hayot sifati masalasiga ham alohida e'tibor qaratilgan. Hayot sifati tushunchasi klinik remissiyadan ancha keng bo'lib, u insonning ijtimoiy faolligi, mehnat qobiliyati, oilaviy munosabatlari va jamiyatdagi o'rnini qamrab oladi. Shu jihatdan, shizofreniyani profilaktika qilish va reabilitatsiya qilishda hayot sifati ko'rsatkichlarini yaxshilash muhim mezon sifatida qoraladi.

Shuningdek, monografiyada zamonaviy psixiatriyada tobora ahamiyat kasb etayotgan innovatsion terapevtik yondashuvlar ham muhokama qilinadi. Xususan, transkraniyal magnitli stimulyatsiyani antipsixotik terapiya bilan birgalikda qo'llash orqali neyron tarmoqlar faoliyatini modulyatsiya qilish imkoniyatlari klinik va profilaktik nuqtai nazardan tahlil qilingan. Bu usul shizofreniyani davolashda

farmakologik yukni kamaytirish, remissiya barqarorligini oshirish va uzoq muddatli prognozni yaxshilash imkoniyatini beradi.

Yuqorida keltirilgan mulohazalar shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilish masalalari faqat klinik psixiatriya doirasida emas, balki jamoat salomatligi, profilaktik tibbiyot va ijtimoiy siyosat darajasida hal qilinishi lozim bo'lgan murakkab tizimli muammo ekanini ko'rsatadi.

## **BOB I. Shizofreniya muammosining zamonaviy ilmiy konsepsiyalari.**

### **§1.1. Shizofreniya haqida zamonaviy nazariy qarashlar.**

Shizofreniyaning konsensiyasini ishlab chiqish va takomillashtirish bir asrdan ziyod tarixga ega, lekin shunday bo'lsada uni oxiriga yetkazish xali ancha uzoq vaqt talab qiladi, deb oxirgi yillardagi tadqiqotlarda asosli malumotlar keltiriladi. Buning bosh va asosiy sababi tashxisiy yondashuvlarida katta farqliliklarning borligi, deb izoh beriladi. Medline/puv Med, Scopus va RINS kabi manbalarda keltirilgan malumotlar, olib borilgan o'rganishlar bu xulosani tasdiqlaydi. [12; 166; 186; 93; 28; 13; 14; 135].

Kendhari J.etal [125] ALCELA I A. et al [73] va E.B.Makushkin va hammualliflari [32] hozirgi vaqtdagi shizofreniyaga oid qarashlarni umumlashtirib, uning tavsiflarini quyidagicha ifodalab ko'rsatishgan, qaysilarniki hisobga olish profilaktik, predektiv, preventiv va klinik ahamiyat kasb etishadi: 1) shizofreniya irsiy determinirlangan kasallik hisoblanadi, 2) kasallik asosan nerv tizimi buzilishi rivojlanishi bilan qisman ekzogen omillar tasiriga bog'liqlikda (perenatal tasirotlar psixofaol vositalarni qabul qilish) kelib chiqadi, 3 ) kasallik pozitiv alomatlarni (gallyutsinatsiya, alaxsirash noatrial nutq buzilishi ifodalangan nutq), negativ alomatlarning (bo'g'iqlashgan affekt, abuliya, appatiya) va kongnitivli buzilishlarni mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Ushbu tavsiflarni turli aholi guruhlarida, mintaq va alohida hududlarda, jumladan O'zbekistonda ham o'rganish va qiyosiy baholash muhim ahamiyat kasb etadi va dolzarb ilmiy mavzu hisoblanadi.

Voelker R. et.al (2023) va uher R., et.,al (2024) o'z davrlarida, yani XX asr so'nggi 10 yilliklarida shizofreniya klinik ko'rinishining o'zgarib turishlaridan kelib chiqib "psixopatologik kontinium" nazariyasini yaratishgan va u keyinchalik "ikki turli - affektivlik va shizofreniklik buzilishlar spektrlarini to'sish fenomeni" deb atala boshlangan. [201;196]. Bunga sabablardan biri bipolyar affektivlik buzilishlarni (BAB) nazologik birlik sifatida qabul qilingan bo'lsa-da, psixiatriyada alohida o'rni borligiga qaramasdan, bitta mijozni, shizofreniyaning uzoq davom etishi natijasida, tashxisni almashtirib turish zaruriyati kelib chiqqanligi hisoblanadi.

N.N.Petrova (2024), N.G.Shashkova kabi hammualiflar (2022) asosli ko'rsatishib isbotlashadiki, I tipli bipolyarli buzilishlarni shizofreniyaning ko'p ko'rinishli simptom va sindromlari bilan bog'lanishliklarini barvaqt va to'g'ri baholash qiyin kechadi, aktual tashxisiy muammo sifatida bu klinik vaziyat, qabul qilinadi. [42; 169].

BAB, bipolyarlik spektrlik konsepsiyaga ko'ra, bazoviy affektga kongruentinli bo'lmagan alomatlar va "shizofrensimon" simptomlar bilan o'tadigan buzilishlar holatini ifodalaydi yoki tarkibiga kiritadi.[165].

A.N.Barxatova va b.q (2024) tashxisni verifikatsiyalash muammosining mavjudligini eng avvalo, asosiy ruhiy buzilishlarni sindromal baholash muammosini tushunishda aniqlik bo'lmaganligi bilan bog'laydi. [3].

Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, shizofreniya bilan immun tizimi orasida o'zaro bog'liqlik bor. Tug'ma immun tizimi gomeostazning har qanday buzilishiga, shikastlovchi omilning tabiatidan qat'iy nazar (yuqumli, mexanik, jismoniy, endogenlik va x.k), javob bo'lib faollashadi va oqibatida umumiy metabolik yo'llar orqali steril (aseptik) yallig'lanishlik reaksiya rivojlanadi. Bu yo'nalishda ko'plab tadqiqotlar olib borilganligi tufayli hozirda aniq bo'lganki, bosh miya va chetki immun tizimi doimiy o'zaro aloqadorlik holatida bo'ladi [87; 168] va bunda

bog'lovchilik rolda bosh miyada va tomirlarda immunli xujayralar tomonidan sintezlanib turiladigan unchalik katta bo'lmagan peptidli molekulalar-sitokinlar turishadi. [26; 153] Bu zanjirli jarayonlarni davom ettirishda bosh miyadagi yetakchi immunokompotentli hujayralar - mikroglialar turli fiziologik funksiyalarni bajarishib ishtirok etadi. [11; 53; 103] .

Ushbu fundamental tadqiqotlar intiqosi bo'lib, zamonaviy shizofreniyani kelib chiqishi va rivojlanishning immunli gipotezasi, neurodevelopment hypothesis [82; 83; 180], shizofreniyani autoimmunli [163] va immunli gipotezasi [113], yallig'lanishli gipoteza va mikroglial gipoteza [156], sitokinli gipoteza [183] va shizofreniyani kinurenli gipotezalari [96] ishlab chiqilgan.

Ushbu gipotezalar shizofreniyaning zamonaviy mohiyatini ochib borishda, klinik-patogenetik hamda profilaktik aspektlarini hozirda va kelajakda chuqur tahlil qilib, yangi ilmiy va amaliy ahamiyatli yo'nalishlarni belgilab olishda ahamiyat kasb etadi va bu jarayon davom etmoqda , deb xulosa chiqarish mumkin bo'ladi.

Ruhiy kasalliklar patmorfoziga oid ma'lumotlar tarixiy va zamonaviy manbalarda ko'p keltirilgan: 1) patomorfoz (yoki nozomorfoz) – alohida kasallik belgilarining (nozologik shakl deb ataladigan holatning) o'zgarishini anglatadi. 2) kasallanish va o'lim sabablarining turli ta'sirlar va tashqi omillar ta'siri ostida o'zgarishini anglatadi; 3) patomorfoz ayniqsa shizofreniyada muhim ahamiyatga ega bo'ladi; 4) zamonaviy meditsinaga neyroleptiklarni keng qo'llanilishi ijobiy va salbiy dori patomorfozi xodisalarini rivojlanishiga olib kelgan, oqibatda shizofreniyani fenomenologiyasi va kechishi o'zgargan; 4) kechishning eng birinchi ko'rinishi o'zgarishi, bu – shizofreniya bilan aholi populyatsiyasida surunkali ekstrapiramidal buzilishning keng tarqalishi sababli bo'lgan yoki shunday tendensiyaning saqlanib qolinayotganligi ilmiy manbalardan ma'lum bo'ladi.

Shunday mazmundagi umumiy ma'lumotlar faqat klinik tadqiqotlarga emas, balki shizofreniyani epidemiologiyasi o'rganilgan tadqiqotlarda ham taqdim qilingan. Ammo bu ishlarning natijalari, muddati o'tib, eskirgan hamda qimmatini yo'qota boshlagan. [149; 75; 77; 94;155; 81].

Frankle Wyu (2009) shizofreniya epidemiologiyasiga bag'ishlangan tadqiqotda kasallikning tarqalishi, klinik xususiyatlari, kasallikning kechishi va natijalarini tahlil qilgan. Muallif ma'lumotlariga ko'ra quyidagilar tasdiqlab berilgan: 1) shizofreniya dunyo aholisining 0,3% dan 0,7% da tarqalish chastotasi bilan kuzatiladi, erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq xastalanishadi va kasallik ertaroq boshlanadi; 2) klinik xususiyatlarni namoyon qiladi – shizofreniya kechishida pozitiv simptomlar (gallyutsinatsiyalar, vasvasa va dezorganizatsiyalangan fikrlash), negativ simptomlar (emotsiyali ta'sirlanishning kamayishi, motivatsiyaning yo'qolishi va ijtimoiy izolyatsiya) va kognitiv buzilishlar (xotira muammosi, diqqat va ijtimoiy ko'nikmalardagi muammolar) ustuvorlik qilishadi; 3) shizofreniyaning klinik kechishi shaxsdan shaxsga farq qiladi; ba'zida to'liq tiklanishga erishiladi, boshqalarida simptomlar davomli saqlanib qoladi va retsidivlar davom etadi; 4) kasallikning og'ir holatlarida nogironlik kelib chiqishi mumkin; 5) bemorlarning o'z joniga qasd qilish xavfi 5%ni tashkil etadi. [102].

Li N. et.al (2024) 1990-2019 yillar oraligidagi epidemiologik tendensiyani, shizofreniyaga nisbatan, turli mintaqa va aholi guruhlarida tadqiq qilishgan. 2019 yilda shizofreniyani global tarqalishi 23,60 million kishini tashkil etgan va kasallikning 50,72% ini ya'ni 4 sini davolashga erishilgan. Bu – Xitoy, Xindiston. AQSH va Indoneziyaga to'g'ri kelgan. Global tarqalish 1990 yildan 2019 yilgacha sezilarsiz oshgan va yillik o'zgarib borish 0,03% ni tashkil etgan. O'sish past indeksli hududlarda va 30-59 yoshli aholi o'rtasida nisbatan yuqori bo'lgan. Kasallikning og'irligi nisbatan kam rivojlangan hududlarda oshganligi va 30-59 yoshlarda yuqori bo'lganligi xavf yuqori bo'lgan aholi yoki hududlardan ajratib shizofreniyani barvaqt profilaktikasini ishlab chiqish istiqbollari ko'rsatish muhim ahamiyat kasb etadi. [136]. Messias E.L. et.al (2007), Oliver E.A. et.al (2008), Saha S. et.al (2008) taqdim etgan ilmiy natijalarda o'xshash xulosalar keltirilgan, ularda shizofreniyaning aholi orasida tarqalishi qonuniyatlari tavsiflangan, xatar omillari aniqlangan va o'zaro bog'lanishlarini hududiy xususiyatlari ochib berilgan. [152; 159; 173].

Xususan, shizofreniyaning yoshning kattaligi va autoimmun kasalliklar bilan aloqadorligi tasdiqlanib ko'rsatilganligi psixiatriyada "epidemiologik topilma" bo'lib hisoblanadi. Lekin shizofreniyaning birlamchi profilaktikasi xali ham "uzoq kelajakdagi maqsaddek" tuyulayotganligi ushbu tadqiqotlarda seziladi yoki tadqiqotchilar ham buni tan olishgan.

Yuqorida sanalgan epidemiologik tadqiqotlardan ko'rinadiki, shizofreniya bilan kasallanish ko'rsatkichi bilan epidemiologik tekshiruvda aniqlangan tarqalish ko'rsatkichlari o'rtasida nomuvofiqlik mavjud. Muvofiqlashtirib turishning birdan bir va yagona yo'li esa, bu – aholi orasida davriy hamda uzoq muddatli epidemiologik tadqiqotlarni olib borishdir.

Shizofreniyaga oid bunday tadqiqotlar asosan xorijiy mamlakatlarda o'tkazilgan, ularning o'tkazilganiga ancha vaqt bo'lgan bo'lsa-da, kelajakda tibbiyot uchun foydali va ijtimoiy ahamiyatga ega tadqiqotlarni amalga oshirish uchun fundamental asos bo'la oladi. Bu kabi tadqiqotlarni O'zbekiston hududlarida ham bajarishga zaruriyatni tobora oshib borayotganligini xorijiy tajribalardan kelib chiqib anglab olish mumkin.

Ran M et.al (2016) tomonidan Xitoyning qishloq hududlarida yashovchi shizofreniya bilan xastalangan aholida 14 yillik prospektiv tadqiqot bajarilgan. Unda 1994 yilda shizofreniya tashxisi qo'yilgan aholi populyatsiyasi tadqiqi qilingan.

Natijalar shuni ko'rsatganki, kasallanganlarning aksariyatini asosan oilali (ya'ni nikohda bo'lgan aholi) shaxslar – ko'proq erkaklar tashkil qilgan bo'lib, ularda shizofreniya simptomlari sezilarli yuqori chastotalarda aniqlangan va to'liq remissiyaga erishish darajasi past bo'lgan. Oilasiz bo'lganlarda o'lim va o'z joniga qasd qilish holatlari sezilarli yuqori bo'lgan [167].

Verdoux H. et. al (2005) Fransiyaning janubi-g'arbiy qismidagi 3829 ta umumiy amaliyot shifokorlarida (UASH) farmakoepidemiologik tadqiqot o'tkazgan va unda erta psixoz bilan og'rigan bemorlar populyatsiyasida davolash amaliyoti so'rovnoma qo'llanilib o'rganilgan va tahlil qilib chiqilgan.

UASH shizofreniya klinik ko'rinishlari haqida yetarlicha bilimlarga ega bo'lsalar-da, kasallikning tarqalishi va bemorlar tomonidan o'z joniga qasd qilish

xavfini baholash uchun yetarli bilimlarga ega emas. UAShning 50,0%dan ortig'i shizofreniyani kelib chiqishida irsiy omillarni inkor etishgan va aksariyat sababi sifatida esa "ona va farzand" munosabatlarining buzilishi ko'rsatiladi. Shizofreniyaning aholi salomatligiga salbiy ta'sirlarini o'rganish bo'yicha va xavf omillari to'g'risidagi bilim darajalarini oshirish lozimligi ta'kidlanadi, shizofreniya bo'yicha bilimlarni aholi orasida targ'ib qilish, bilimlarni qo'llashni keskin ko'tarish kerakligi qayd qilinadi [199].

Zhao W et.al (2022) tadqiqotida shizofreniya xavfi bilan bog'liq gen polimorfizmlarning kognitiv va neyron plastiklikka ta'siri o'rganilgan.

Tadqiqot natijalariga ko'ra yuqori irsiy xavfga ega bo'lgan aholida kognitiv va neyron plastikning kamayishi mumkinligi tasdiqlanadi. Olingan natijalar asosida yaqin kelajakda, shizofreniyani davolash va profilaktika qilishda yangi yondoshuvlarni ishlab chiqishda, istiqbolli prevensiya va farmakoterapiyaga zamin yaratilishi mumkin, deb xulosa qilinadi [208].

Umuman, ushbu va boshqa to shu paytgacha amalga oshirilgan klinik-epidemiologik va fundamental tadqiqotlardan xulosa chiqarish mumkinki, birinchidan, epidemiologik mazmunli tadqiqotlar natijalari profilaktik tibbiyotni shizofreniya amaliyotiga kirib borishi uchun isbotlangan ilmiy asoslarni beradi va ikkinchidan esa, shizofreniya profilaktik tibbiyotning ustuvor ilmiy mavzusi bo'lib qolgan, unga taalluqli zamonaviy qarash va istiqbolli yo'nalishlarni psixiatriya faniga, birlamchi tibbiyot bo'g'iniga yaratib berish va joriy qilib borish dolzarb masala hisoblanadi.

Shizofreniya muammosi zamonaviy psixiatriyada eng ko'p o'rganilgan, biroq shu bilan birga eng ko'p bahs-munozaralarga sabab bo'layotgan ilmiy yo'nalishlardan biri hisoblanadi. Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik kechuvi va ijtimoiy oqibatlarini tushuntirishga qaratilgan nazariy modellar turli davrlarda shakllangan bo'lib, ular har biri muayyan ilmiy bosqich va tibbiy tafakkur darajasini aks ettiradi.

Shizofreniyani o'rganish tarixida dastlabki konsepsiyalar asosan klinik tavsif va simptomatik tasnifga tayangan bo'lsa, keyingi bosqichlarda biologik, genetik,

neyrofiziologik va psixosotsial yondashuvlar shakllandi. Biroq ushbu yondashuvlarning har biri kasallikning faqat ma'lum bir jihatini tushuntirib, uning kompleks mohiyatini to'liq qamrab olishda cheklangan imkoniyatlarga ega ekani ayon bo'ldi.

Zamonaviy psixiatriyada shizofreniyaga nisbatan qarashlar klinik simptomatika doirasidan chiqib, uni ko'p omilli, dinamik va ijtimoiy muhit bilan uzviy bog'liq bo'lgan surunkali kasallik sifatida baholash tomon yo'nalmoqda. Bu esa kasallikni nafaqat davolash, balki uni oldini olish, barvaqt bashorat qilish va ijtimoiy oqibatlarini kamaytirishga qaratilgan yangi ilmiy paradigmalarni shakllantirishni taqozo etadi.

Shizofreniya haqidagi zamonaviy nazariy qarashlar shakllanishida so'nggi o'n yilliklarda olib borilgan ko'p sonli klinik, epidemiologik va neyrobiologik tadqiqotlar muhim rol o'ynadi. Bir qator mualliflar shizofreniyani geterogen sindromlar majmuasi sifatida baholab, uning klinik kechuvi va prognozini faqat bitta etiologik omil bilan izohlab bo'lmasligini ta'kidlaydilar. Ushbu yondashuv shizofreniyani individual klinik trayektoriyalarga ega bo'lgan kasallik sifatida ko'rib chiqishga asos bo'ladi.

Xalqaro tadqiqotlarda shizofreniyaning tarqalishi nisbatan barqaror ekani qayd etilgan bo'lsa-da, uning klinik namoyon bo'lishi, debyut yoshi va ijtimoiy oqibatlari aholi guruhlari va hududlarga qarab farq qilishi ko'rsatilgan. Ayniqsa, urbanizatsiya darajasi yuqori bo'lgan hududlarda kasallik debyutining ertaroq namoyon bo'lishi va og'ir ijtimoiy dezadaptatsiya bilan kechishi haqidagi ma'lumotlar ilmiy adabiyotlarda keng yoritilgan. Bu holat shizofreniyani ijtimoiy muhitga sezgir kasallik sifatida baholashga asos yaratadi.

Qator tadqiqotchilar biologik omillarning ahamiyatini inkor etmagan holda, shizofreniya rivojlanishida stress–diatez (stress–vulnerability) modelining ahamiyatini alohida ta'kidlaydilar. Ushbu modelga ko'ra, irsiy yoki biologik moyillik tashqi psixosotsial stressorlar ta'sirida klinik kasallikka aylanadi. Bu konsepsiya klinik psixiatriya bilan profilaktik tibbiyot o'rtasidagi nazariy bog'liqlikni tushuntirishda muhim hisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan nazariy qarashlar va ilmiy ma'lumotlar tahlili shizofreniya haqidagi zamonaviy tasavvurlar monokauzal yondashuvlardan voz kechib, uni ko'p omilli, dinamik va ijtimoiy muhit bilan uzviy bog'liq bo'lgan kasallik sifatida baholash tomon yo'nalganini ko'rsatadi. Ilmiy adabiyotlarda shizofreniya geterogen sindromlar majmuasi ekani, uning klinik kechuvi va prognozini faqat biologik yoki genetik omillar bilan cheklab tushuntirib bo'lmasligi bir necha bor ta'kidlangan [120].

Epidemiologik va ijtimoiy-psixiatriyaviy tadqiqotlar kasallik debyuti, klinik og'irligi va ijtimoiy oqibatlarida hududiy hamda ijtimoiy farqlar mavjudligini ko'rsatib, shizofreniyani ijtimoiy determinantlarga sezgir kasallik sifatida qarash zarurligini asoslaydi [127,128]. Shu bilan birga, stress–osebillik modeli shizofreniya rivojlanishida irsiy moyillik va tashqi psixosotsial omillarning o'zaro ta'sirini tushuntiruvchi ilmiy asoslangan konsepsiya sifatida e'tirof etilmoqda [114].

Neyrobiologik tadqiqotlar natijalari esa shizofreniyada miyaning funksional va tarmoq darajasidagi disregulyatsiyasi mavjudligini ko'rsatib, kasallikni neyron tizimlar faoliyatining buzilishi sifatida baholashga imkon bermoqda [78]. Biroq mazkur yondashuvlar ham kasallikning ijtimoiy oqibatlari va profilaktika masalalarini mustaqil ravishda hal qilib berolmasligi ta'kidlanadi.

Jamoat salomatligi nuqtai nazaridan olib borilgan tadqiqotlar shizofreniyaning yuqori ijtimoiy-iqtisodiy yuk keltirishini, nogironlik va ijtimoiy dezadaptatsiyaga olib keluvchi asosiy ruhiy kasalliklardan biri ekanini ko'rsatadi hamda barvaqt aniqlash, xavf guruhlari bilan ishlash va profilaktik dasturlarni aholi darajasida joriy etish zarurligini ilmiy jihatdan asoslaydi [197].

Shu tariqa, zamonaviy ilmiy adabiyotlar tahlili shizofreniyani tushuntirishda biologik, psixologik va ijtimoiy omillarni birlashtiruvchi integrativ yondashuvlar ustuvor ahamiyat kasb etayotganini ko'rsatadi. Mazkur holat shizofreniyani bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilishning ilmiy asoslarini ishlab chiqish uchun biopsixosotsial modelni markaziy nazariy platforma sifatida qabul qilish zarurligini belgilaydi va navbatdagi paragrafda aynan ushbu model imkoniyatlari hamda cheklovlarini chuqur tahlil qilishni taqozo etadi.

## **§1.2. Biopsixosotsial model: imkoniyatlari va cheklovlari**

Biopsixosotsial model zamonaviy psixiatriyada shizofreniyani tushuntirishga qaratilgan eng ta'sirli integrativ yondashuvlardan biri hisoblanadi. Ushbu model kasallikning rivojlanishini biologik moyillik, psixologik xususiyatlar va ijtimoiy muhit omillarining o'zaro ta'siri natijasi sifatida talqin qilib, shizofreniyani monokauzal sabablar bilan izohlashdan voz kechishni ilmiy jihatdan asoslab berdi [197].

Ilmiy adabiyotlarda ta'kidlanishicha, biologik komponent shizofreniya patogeneza hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lib, irsiy moyillik, neyromediator tizimlari disbalansi va neyroontogenezdagi o'zgarishlar kasallik rivojlanishi uchun fon yaratadi [139]. Shu bilan birga, genetik moyillik mavjud bo'lgan taqdirda ham, kasallik har doim klinik namoyon bo'lmasligi stress–osebillik modeli bilan tushuntiriladi. Ushbu modelga ko'ra, tashqi psixosotsial stressorlar biologik osebillik bilan birgalikda klinik simptomatikaning faollashuviga olib keladi [114].

Psixologik komponent doirasida kognitiv disfunksiyalar, shaxs xususiyatlari va stressga javob reaksiyalari shizofreniyaning klinik kechuvi va prognozini belgilashda muhim rol o'ynaydi. Bir qator tadqiqotlar kasallikning ilk bosqichlarida kognitiv buzilishlar va ijtimoiy kognitsiyadagi o'zgarishlar klinik simptomlardan oldin paydo bo'lishini ko'rsatadi, bu esa kasallikni barvaqt aniqlash imkoniyatlarini ochadi [80].

Ijtimoiy komponent esa biopsixosotsial modelning eng dinamik va o'zgaruvchan qismi hisoblanadi. Urbanizatsiya, ijtimoiy izolyatsiya, mehnat migratsiyasi, oilaviy qo'llab-quvvatlashning yetarli emasligi kabi omillar shizofreniyaning debyuti va kechuviga ta'sir etuvchi muhim determinantlar sifatida ilmiy adabiyotlarda keng yoritilgan. Bu holat kasallikni jamiyatdagi ijtimoiy o'zgarishlarga sezgir fenomen sifatida baholashga asos yaratadi.

Biopsixosotsial model klinik amaliyotda shizofreniyani davolash strategiyalarini kengaytirishga xizmat qildi. Farmakoterapiya bilan bir qatorda

psixoterapiya, psixo-ta'lim va ijtimoiy reabilitatsiya usullarining qo'llanilishi kasallikni boshqarishda muhim yutuq sifatida e'tirof etildi. Biroq, ko'plab mualliflar ta'kidlaganidek, ushbu model asosan tushuntiruvchi (explanatory) xususiyatga ega bo'lib, u klinik qaror qabul qilishda har doim ham prognoz va profilaktika uchun aniq yo'riqnoma bermaydi.

Biopsixosotsial modelning asosiy cheklovlaridan biri — unda omillar o'rtasidagi nisbiy ahamiyat va vaqt davomidagi o'zaro ta'sir yetarlicha operatsionlashtirilmaganligidir. Masalan, qaysi ijtimoiy stressorlar kasallik debyutini faollashtiradi, qaysi psixologik omillar esa kompensatsiyalovchi rol o'ynaydi — bu masalalar ko'pincha aniq algoritmlar bilan ta'minlanmagan.

Yana bir muhim cheklov — modelning jamoat salomatligi va profilaktik tibbiyot bilan chegaralangan integratsiyasidir. Biopsixosotsial yondashuv ko'proq individual klinik holatlarga qaratilgan bo'lib, aholi darajasida xavf guruhlarini aniqlash, epidemiologik monitoring o'tkazish va profilaktik intervensiyalarni tizimli ravishda rejalashtirish masalalarini yetarli darajada qamrab olmaydi.

Farg'ona vodiysida o'tkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, shizofreniyaning klinik kechuvi va ijtimoiy oqibatlari vaqt o'tishi bilan ijtimoiy-demografik o'zgarishlar, profilaktik chora-tadbirlar va tibbiy xizmatlar tizimi bilan uzviy bog'liq holda o'zgaradi. Bu holat biopsixosotsial modelni statik emas, balki dinamik, bashoratga yo'naltirilgan va aholi salomatligiga moslashtirilgan tizim sifatida qayta konseptuallashtirish zarurligini ilmiy jihatdan tasdiqlaydi.

Shu tariqa, ilmiy adabiyotlar tahlili biopsixosotsial modelning shizofreniyaning tushuntirishda muhim nazariy asos ekanini tasdiqlagan holda, uning cheklovlari kasallikni bashorat qilish, oldini olish va profilaktika qilishda yangi integrativ konsepsiya — prediksiya–prevensiya–profilaktika yondashuviga o'tish zarurligini ko'rsatadi. Navbatdagi paragrafda aynan ushbu yondashuvning zamonaviy psixiatriyadagi o'rni va ilmiy asoslari tahlil qilinadi.

### **§1.3. Prediktiv, preventiv va profilaktik psixiatriya: zamonaviy yondashuvlar**

So‘nggi o‘n yilliklarda zamonaviy psixiatriyada kasalliklarni faqat klinik namoyon bo‘lganidan keyin davolashga qaratilgan an‘anaviy yondashuvdan voz kechib, barvaqt aniqlash, bashorat qilish va oldini olishga yo‘naltirilgan strategik paradigma shakllanib bormoqda. Ushbu paradigma “prediktiv – preventiv – profilaktik” psixiatriya konsepsiyasi bilan ifodalanib, u shizofreniya kabi surunkali va ijtimoiy ahamiyati yuqori bo‘lgan kasalliklar uchun alohida ahamiyat kasb etadi.

#### **Prediktiv psixiatriya**

Prediktiv psixiatriyaning asosiy maqsadi — klinik simptomlar to‘liq shakllanishidan oldin kasallik rivojlanish xavfini aniqlash va uning ehtimoliy klinik trayektoriyasini bashorat qilishdan iborat. Shizofreniya misolida prediksiya tushunchasi faqat tashxis qo‘yish bilan cheklanmay, kasallik debyuti, kechuv og‘irligi, retsidivlar ehtimoli va ijtimoiy prognozni oldindan baholashni o‘z ichiga oladi.

Zamonaviy ilmiy adabiyotlarda prediksiyaning asosiy mezonlari sifatida genetik moyillik, neyrokognitiv buzilishlar, subklinik psixotik belgilar, ijtimoiy faollikning pasayishi va stressga sezgirlik ko‘rsatkichlari qayd etilmoqda. Biroq amaliyot shuni ko‘rsatadiki, alohida olingan biologik yoki klinik markerlar yuqori aniqlikka ega bashorat berish uchun yetarli emas. Shu sababli prediktiv psixiatriya ko‘p omilli, kompleks modellarga tayanishni talab qiladi.

Farg‘ona vodiysida o‘tkazilgan uzoq muddatli kuzatuvlar shizofreniyaning klinik debyuti ko‘pincha ijtimoiy-premorbid o‘zgarishlar, kognitiv pasayish va shaxslararo munosabatlardagi buzilishlar bilan oldindan namoyon bo‘lishini ko‘rsatdi. Bu holat prediktiv psixiatriyaning aholi darajasida qo‘llanilishi uchun muhim ilmiy asos yaratadi.

#### **Preventiv psixiatriya**

Preventiv psixiatriya kasallik rivojlanish xavfi yuqori bo‘lgan shaxslar bilan ishlashga qaratilgan bo‘lib, uning asosiy vazifasi klinik debyutni kechiktirish yoki umuman oldini olishdan iborat. Shizofreniyada prevensiya ayniqsa muhim, chunki

kasallikning ilk epizodlari ko‘pincha keyingi klinik va ijtimoiy prognozni belgilab beradi.

Zamonaviy yondashuvlarda preventiv intervensiyalar psixo-ta’lim, stressni boshqarish, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashni kuchaytirish, erta psixoterapevtik yordam va ayrim hollarda farmakologik profilaktik strategiyalarni o‘z ichiga oladi. Ushbu chora-tadbirlar kasallikning og‘ir shakllarga o‘tib ketish ehtimolini kamaytirishga xizmat qiladi.

Farg‘ona vodiysida olingan ma’lumotlar shundan dalolat beradiki, ijtimoiy xavf omillariga erta ta’sir ko‘rsatish, oilaviy qo‘llab-quvvatlashni kuchaytirish va BTTYO tizimida barvaqt kuzatuvni tashkil etish shizofreniyaning klinik og‘irligini kamaytirishga olib keladi. Bu natijalar preventiv psixiatriyani mahalliy sog‘liqni saqlash tizimiga integratsiya qilish zarurligini ko‘rsatadi.

#### Profilaktik psixiatriya

Profilaktik psixiatriya shizofreniyada retsidivlarni oldini olish, ijtimoiy dezadaptatsiyani kamaytirish va hayot sifati ko‘rsatkichlarini yaxshilashga qaratilgan. Ushbu yo‘nalish faqat tibbiy chora-tadbirlar bilan cheklanmay, ijtimoiy reabilitatsiya, mehnatga qayta moslashtirish va jamoat salomatligi strategiyalarini ham qamrab oladi.

Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika tamoyillarini shizofreniya misolida qo‘llash kasallikni uzoq muddatli boshqarishda muhim ahamiyat kasb etadi. Ayniqsa, uchlamchi profilaktika doirasida reabilitatsiya va ijtimoiy integratsiya masalalariga yetarli e’tibor qaratish nogironlik darajasini kamaytirishga xizmat qiladi.

Muallif tomonidan olib borilgan tadqiqotlarda profilaktik yondashuvlarning samaradorligi, jumladan antipsixotik terapiyani transkraniyal magnitli stimulyatsiya bilan birgalikda qo‘llash orqali neyron faolligini korreksiya qilish usulining ijobiy ta’siri qayd etilgan. Bu usul nafaqat klinik simptomlarni kamaytirish, balki retsidivlar sonini qisqartirish va remissiya barqarorligini oshirish imkoniyatini ko‘rsatdi.

#### Integrativ yondashuvning ahamiyati

Prediktiv, preventiv va profilaktik psixiatriya yondashuvlarini bir-biridan alohida emas, balki yagona integrativ tizim sifatida qarash zamonaviy psixiatriyaning muhim talabi hisoblanadi. Bunday yondashuv shizofreniyani faqat klinik tashxis sifatida emas, balki aholi salomatligiga ta'sir etuvchi strategik muammo sifatida boshqarish imkonini beradi.

Mazkur monografiyada aynan shu integrativ yondashuv asos qilib olingan bo'lib, keyingi boblarda Farg'ona vodiysida o'tkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot natijalari asosida prediksiya–prevensiya–profilaktika modelining amaliyotdagi qo'llanilishi va samaradorligi batafsil yoritiladi.

I-bobda olib borilgan nazariy tahlillar shizofreniyani tushuntirishda integrativ, tizimli va profilaktikaga yo'naltirilgan yondashuv zarurligini ko'rsatdi. Biopsixosotsial modelning afzalliklari saqlangan holda, uni prediksiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasi bilan uyg'unlashtirish shizofreniyani boshqarishning yangi ilmiy-amaliy platformasini yaratish imkonini beradi.

## **BOB II. Farg'ona vodiysining 18-90 yoshli populyatsiyasida shizofreniya bilan kasallanish sur'atlari va ko'p yillik dinamikasi**

### **§2.1. Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot dizayni va umumiy tavsifi**

Mazkur tadqiqot ko'p bosqichli, kompleks, uzoq muddatli prospektiv-retrospektiv epidemiologik kuzatuv sifatida olib borilgan. Tadqiqot Farg'ona vodiysi hududida 1984–2024 yillar davomida shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni qamrab olgan bo'lib, u klinik psixiatriya, ijtimoiy-psixiatriya va jamoat salomatligi yondashuvlarini integratsiya qilgan holda amalga oshirilgan.

Tadqiqotning asosiy maqsadi — shizofreniyaning klinik kechuvi, ijtimoiy oqibatlar, xavf omillari va profilaktika imkoniyatlarini vaqt dinamikasida baholash hamda prediktiv, preventiv va profilaktik strategiyalarni ilmiy asoslashdan iborat.

Tadqiqot dizayni quyidagi turlarni o'z ichiga oldi:

- prospektiv kuzatuv;

- retrospektiv klinik tahlil;
- epidemiologik monitoring;
- qiyosiy (kogortali) tahlil;
- intervension (terapevtik) baholash.

### **Tadqiqot o'tkazilgan hudud va populyatsiya**

Tadqiqot Farg'ona vodiysining uchta ma'muriy hududi — Andijan, Farg'ona va Namangan viloyatlari aholisi orasida olib borildi. Ushbu hudud aholi zichligi yuqori, demografik jihatdan yosh tarkib ustuvor va ijtimoiy harakatchanlik yuqori bo'lgan mintaqa hisoblanadi.

Tadqiqot populyatsiyasi quyidagi manbalar asosida shakllantirildi:

- viloyat psixonevrologik dispanserlari arxiv materiallari;
- statsionar va ambulator kartotekalar;
- BTSYO muassasalari hisobotlari;
- qayta kuzatuv (follow-up) ma'lumotlari.

### **Tanlanma (viborka) tavsifi**

Tadqiqotga jami shizofreniya tashxisi qo'yilgan bemorlar kiritildi. Tanlanma shakllantirishda xalqaro diagnostik mezonlar (ICD-9, ICD-10, keyinchalik ICD-11) qo'llanildi.

Kirish mezonlari:

- klinik jihatdan tasdiqlangan shizofreniya tashxisi;
- 16 yoshdan katta bemorlar;
- kuzatuv uchun yetarli klinik va ijtimoiy ma'lumotlar mavjudligi.

Chiqarib tashlash mezonlari:

- organik miya shikastlanishlari;
- moddaga bog'liq psixozlar;
- og'ir nevrologik yoki somatik kasalliklar bilan bog'liq psixik buzilishlar.

### **Klinik tadqiqot usullari**

Klinik baholash quyidagi usullar asosida amalga oshirildi:

- klinik-psixopatologik tahlil;

- dinamik klinik kuzatuv;
- klinik intervyu;
- remissiya va retsidivlarni baholash.

Kasallikning kechuv turi, debyut yoshi, klinik shakllari, simptomlar og'irligi va remissiya davomiyligi alohida baholandi.

### **Ijtimoiy-psixiatriyaviy va funksional baholash**

Ijtimoiy holatni baholashda quyidagi ko'rsatkichlar tahlil qilindi:

- ta'lim darajasi;
- mehnat faoliyati;
- oilaviy holat;
- ijtimoiy moslashuv darajasi;
- hayot sifati ko'rsatkichlari.

Ijtimoiy dezadaptatsiya darajasi va rehabilitatsiya samaradorligi dinamikada baholandi.

### **Prediktiv va profilaktik omillarni baholash**

Tadqiqot doirasida shizofreniya rivojlanishi va kechuviga ta'sir etuvchi quyidagi omillar tahlil qilindi:

- genetik va oilaviy omillar;
- ijtimoiy-premorbid xususiyatlar;
- stressorlar va psixosotsial yuk;
- tibbiy yordamga murojaat qilish vaqti.

Ushbu omillar asosida xavf guruhlari shakllantirildi.

### **Terapevtik intervensiyalar**

Alohida guruhda shizofreniyaning davolashda:

- standart antipsixotik terapiya;
- transkraniyal magnitli stimulyatsiyani antipsixotik terapiya bilan

birgalikda qo'llash orqali neyron faolligini korreksiya qilish usuli samaradorligi baholandi.

Intervensiya natijalari klinik, funksional va ijtimoiy mezonlar asosida taqqoslandi.

## **Statistik tahlil usullari**

Ma'lumotlar quyidagi usullar bilan qayta ishlandi:

- deskriptiv statistika;
- $\chi^2$  testi;
- t-test va ANOVA;
- logistik regressiya;
- nisbiy xavf (RR) va ehtimoliy nisbat (OR);
- 95% ishonch oralig'i.

Statistik ahamiyat  $p < 0,05$  darajada qabul qilindi.

## **§2.2. Farg'ona vodiysida shizofreniya tarqalishining 40 yillik dinamikasi (1984–2023 yy.)**

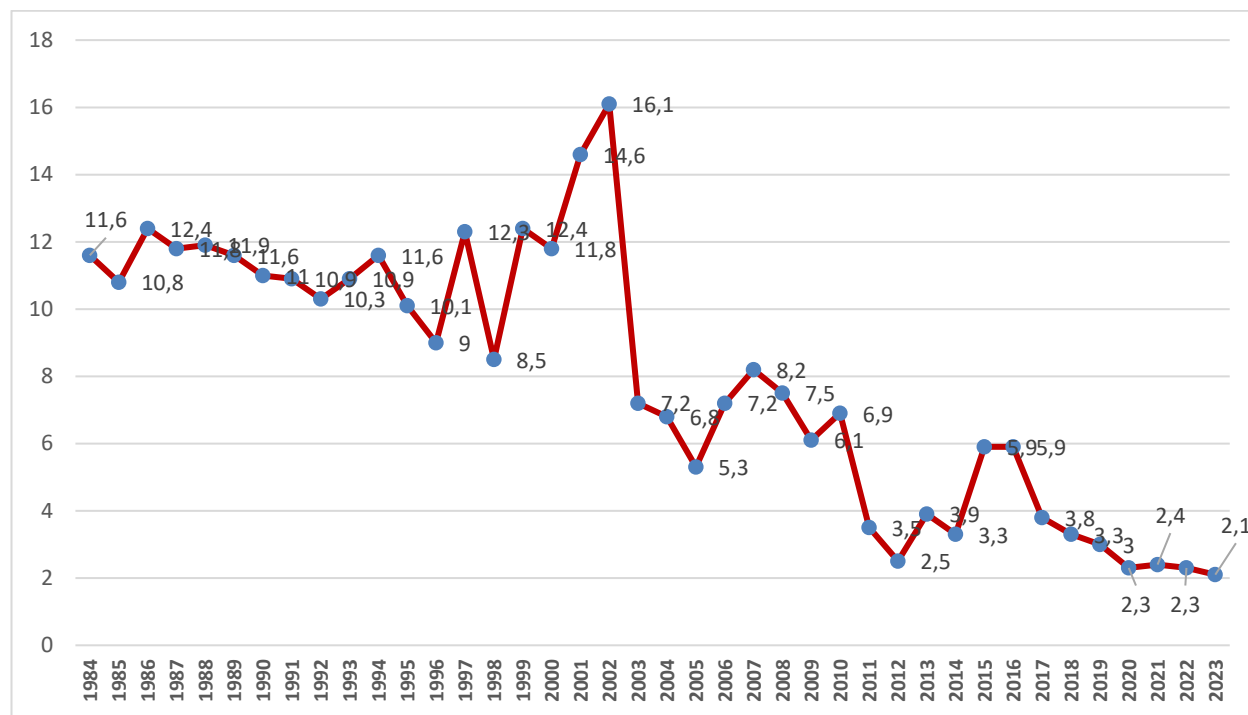
Farg'ona vodiysining uchta - Andijon, Farg'ona va Namangan viloyatlarida prospektiv epidemiologik natijalar bo'yicha 18-90 yoshli aholi orasida shizofreniya bilan kasallanish darajasi va ko'p yillik tahlilini dinamikasi o'rganildi.

Andijon viloyatidagi shizofreniya bilan birlamchi kasallanish (100 ming aholiga nisbatan) tahlili va uni ko'p yillik (1984-2023 yy) dinamikasi 2.1- rasmda ko'rsatilgan

Andijon viloyati birlamchi kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda, ko'rsatkichning o'sishida epidemik xoslik tasdiqlandi (2.1- rasm): 1985 yildan 1986 yilgacha 10,80 dan 12,40 gacha, 1987 yildan 1988 yilgacha 11,80 dan 11,90 gacha, 1992 yildan 1994 yilgacha 10,30 dan 11,60 gacha, 1996 yildan 1997 yilgacha 9,00 dan 12,30 gacha, 1998 yildan 1999 yilgacha 8,50 dan 12,40 gacha, 2000 yildan 2002 yilgacha 11,80 dan 16,10 gacha, 2005 yildan 2007 yilgacha 5,3 dan 8,20 gacha, 2009 yildan 2010 yilgacha 6,10 dan 6,90 gacha, 2012 yildan 2013 yilgacha 2,50 dan 3,90 gacha, 2014 yildan 2015 yilgacha 3,30 dan 5,90 gacha, 2020 yildan 2021 yilgacha 2,30 dan 2,40 gacha muvofiqlik bilan.

Ko'rsatkichning pasayishi quyidagi davrlarda qayd etiladi: 1984 yildan 1985 yilgacha 11,60 dan 10,80 gacha, 1986 yildan 1987 yilgacha 12,40 dan 11,80 gacha, 1988 yildan 1992 yilgacha 11,90 dan 10,30 gacha, 1994 yildan 1996 yilgacha 11,60

dan 9,00 gacha, 1997 yildan 1998 yilgacha 12,30 dan 8,50 gacha, 1999 yildan 2000 yilgacha 12,40 dan 11,80 gacha, 2002 yildan 2005 yilgacha 16,10 dan 5,30 gacha, 2007 yildan 2009 yilgacha 8,20 dan 6,10 gacha, 2010 yildan 2012 yilgacha, 6,90 dan 2,50 gacha, 2013 yildan 2014 yilgacha 3,90 dan 3,30 gacha, 2016 yildan 2020 yilgacha 5,90 dan 2,30 gacha, 2021 yildan 2023 yilgacha 2,40 dan 2,10 gacha muvofiqlik bilan.



## 2.1- rasm. Andijon viloyatidagi shizofreniya bilan birlamchi kasallanish dinamikasi

40 yillik kuzatuv davr mobaynida shizofreniya bilan birlamchi kasallanishning kamayishi profilaktika chora-tadbirlarini ma'lum darajada muvofiqligini ko'rsatadi. Davriy ko'tarilishlar dinamikasiga ta'sir etuvchi omillarni ajratib va nazoratlab borish (ShbBKni ikkilamchi profilakasi) muhim ahamiyat kasb etadi.

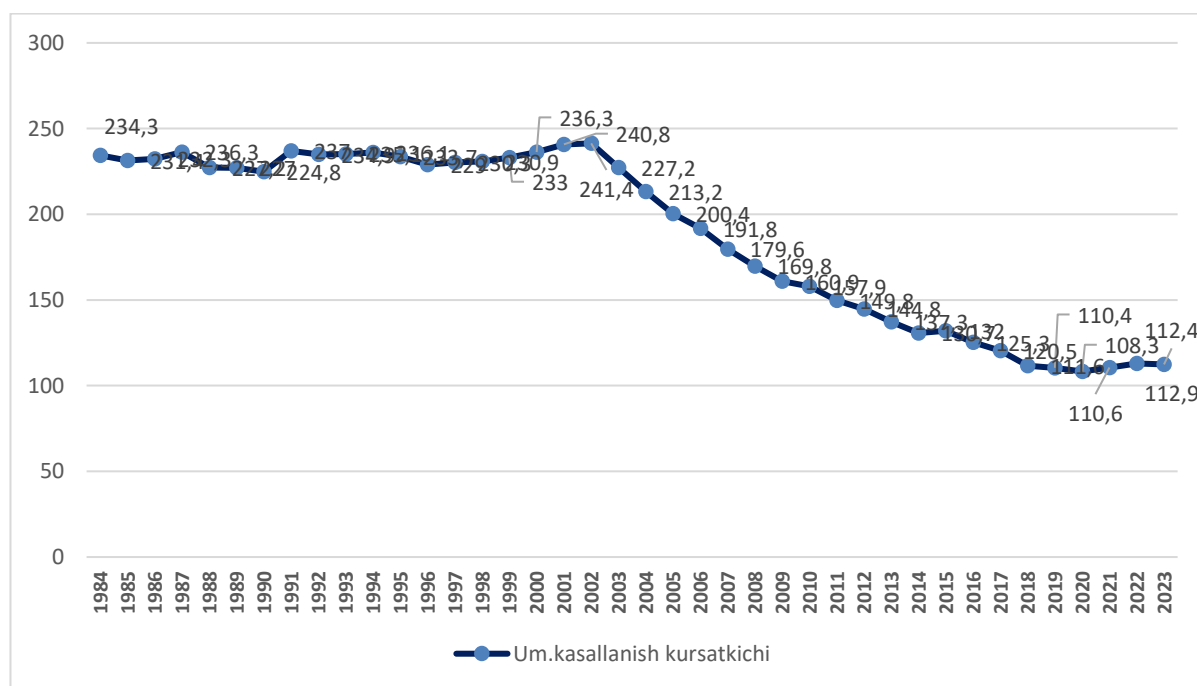
2.2- rasmda Andijon populyatsiyasida shizofreniya bilan umumiy kasallanishni (ShbUK) aniqlanish chastotasi va 40 yillik o'zgarishlari dinamikasi.

Andijon viloyatining umumiy kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda, ko'rsatkichning 1985 yildan 1987 yilgacha – 231,40 dan 236,30 gacha, 1990 yildan 1991 yilgacha – 224,80 dan 237,00 gacha, 1992 yildan 1994 yilgacha – 234,90 dan 236,10 gacha, 1996 yildan 2002 yilgacha – 229,00 dan 241,40 gacha, 2014 yildn

2015 yilgacha – 130,70 dan 132,00 gacha, 2020 ildan 2022 yilgacha – 108,30 dan 112,90 gacha o‘shishi kuzatildi.

Ko‘rsatkichning pasayishi 1984 yildan 1985 yilgacha 234,30 dan 231,40 gacha, 1987 yildan 1990 yilgacha 236,30 dan 224,80 gacha, 1991 yildan 1992 yilgacha 237,00 dan 234,90 gacha, 1994 yildan 1996 yilgacha 236,10 dan 229,00 gacha, 2002 yildan 2014 yilgacha 241,40 dan 130,70 gacha, 2015 yildan 2020 yilgacha 132,00 dan 108,30 gacha, 2022 yildan 2023 yilgacha 112,90 dan 112,40 gacha kuzatildi.

Andijon viloyatida umumiy kasallanishning maksimal ko‘rsatkichi 2002 yilda qayd etilgan va 241,40 ni tashkil etgan. Andijon viloyatida kasallanishning minimal ko‘rsatkichi 2020 yilda qayd etilgan va 108,30 ni tashkil etgan. Eng yuqori mutlaq o‘shish 1991 yilda kuzatilib, u 12,20 ni tashkil etdi. Absolyut qiymat bo‘yicha eng yuqori pasayish 2003 yilda qayd etilgan bo‘lib, u 14,20 ni tashkil etgan. O‘shishning eng yuqori sur‘ati 1991 yilda kuzatilib, 5,4 foizni tashkil etgan. Eng yuqori pasayish sur‘ati 2018 yilda kuzatilib, u 7,4% ni tashkil etdi (2.2- rasm).



**2.2- rasm. Andijon viloyati aholisida shizofreniya bilan umumiy kasallanishning 40 yillik o‘zgarishlarining ifodalanishi.**

Shizofreniya bilan umumiy kasallanish chastotasini Andijon populyatsiyasida uzluksiz va doimiy kamayib borishi tendensiyasi tasdiqlanadi. Tekshiruv yillaridan, ya'ni 39 yil davomida umumiy kasallanish 18-90 yoshli aholida 2,1 barobarga kamaygan ( $R < 0,01$ ).

Kasallikni "o'sish" va "pasayish" davrlari kuzatiladi, ularni hisobga olish, birinchidan, prognozlash shkalalarini yaratishda va ikkinchidan, shizofreniyaning profilaktikasi dasturlarini takomillashtirishda ahamiyat kasb etadi.

Shizofreniya bilan umumiy kasallanishni Andijon populyatsiyasida epidemiologik sinfini ifodalanish yo'nalishlarini ko'rsatadi.

Ushbu tebranishlar va o'zgarishlar, bizning tahlillarimizdan kelib chiqib yo epidemiologik omillar bilan (1984-1991 yy) yoki COVID-19 pandemiyasi tug'dirgan omillar (2020-2022 yy) bilan bog'liq bo'lgan bo'lishi mumkin.

Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, psixiatriya fanidan, masalan, shizofreniya misolida, epidemiologik tadqiqotlar, ayniqsa oxirgi o'n yillarda deyarli olib borilmagan yoki prospektiv monitoring umuman o'tkazilmagan.

O'zbekiston sharoitida bajarilgan tadqiqotlar, boshqa tibbiyotning boshqa sohalari bilan qiyoslanganda bu yo'nalish, ya'ni profilaktik tibbiyot klinik psixiatriyaga to'liq integratsiyalanib o'z o'rniga ega bo'lmaganligi ko'zga tashlanadi.

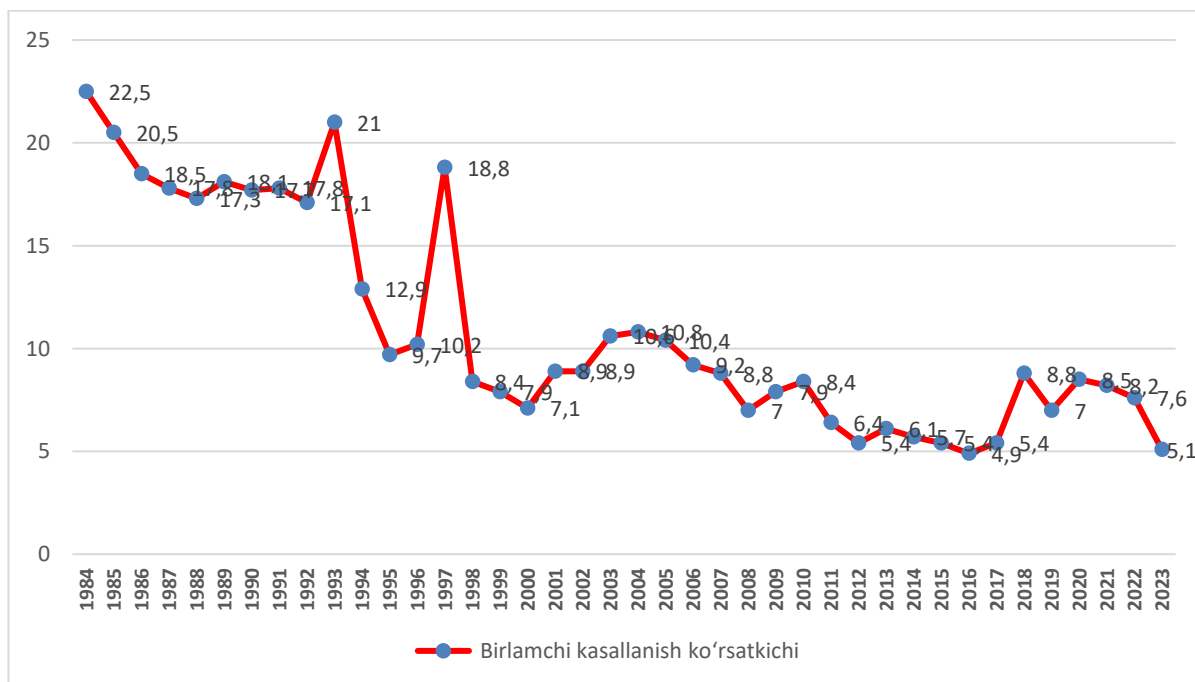
Profilaktik tibbiyot sohasidagi ilmiy tadqiqotlarga barcha mutaxassisliklarda, jumladan psixiatriyada ham ehtiyoj ortgan. Bu fan har doim davr talabi bo'lib kelgan, zamonaviy profilaktika – bu kasalliklar va kasallik oldi holatlarining paydo bo'lishini ogohlantirish, xavf omillarining oldini olish va bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini qamrab oladigan fan va amaliyotdir.

Shulardan kelib chiqib ushbu tadqiqotni yana bir bo'limi Farg'ona hududining (viloyatining) 18-90 yoshli populyatsiyasida shizofreniya bilan kasallanish darajasi va 40 yillik dinamikasini o'rganishga bag'ishlandi.

2.3- rasmda Farg'ona viloyati populyatsiyasida shizofreniya bilan birlamchi kasallanish tavsifi va 40 yillik o'zgarishlari dinamikasi keltirilgan.

Fargʻona viloyatida birlamchi kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda, koʻrsatkichning oʻsishi quyidagi davrlarda kuzatildi: 1988-1989 yillarda 17,3 dan 18,1 gacha, 1990-1991 yillarda 17,7 dan 17,8 gacha, 1992-1993 yillarda 17,1 dan 21,0 gacha, 1995-1997 yillarda 9,7 dan 18,8 gacha, 2000-2001 yillarda 7,1 dan 8,9 gacha, 2002-2004 yillarda 8,9 dan 10,8 gacha, 2008-2010 yillarda 7,0 dan 8,4 gacha, 2012-2013 yillarda 5,4 dan 6,1 gacha, 2016-2018 yillarda 4,9 dan 8,8 gacha, 2019-2020 yillarda 7,0 dan 8,5 gacha.

Koʻrsatkichning pasayishi esa quyidagi davrlarda qayd etildi: 1984-1988 yillarda 22,5 dan 17,3 gacha, 1989-1990 yillarda 18,1 dan 17,7 gacha, 1991-1992 yillarda 17,8 dan 17,1 gacha, 1993-1995 yillarda 21,0 dan 9,7 gacha, 1997-2000 yillarda 18,8 dan 7,1 gacha, 2004-2008 yillarda 10,8 dan 7,0 gacha, 2010-2012 yillarda 8,4 dan 5,4 gacha, 2013-2016 yillarda 6,1 dan 4,9 gacha, 2018-2019 yillarda 8,8 dan 7,0 gacha, 2020-2023 yillarda 8,5 dan 5,1 gacha.



### 2.3- rasm. Fargʻona hududi aholisida shizofreniya bilan birlamchi kasallanishning 40 yillik oʻzgarishlarining ifodalanishi.

Fargʻona viloyatida birlamchi kasallanishning eng yukori koʻrsatkichi 1984 yilda qayd etilib, 22,5 ni tashkil etdi. Eng past kursatkich esa 2016 yilda kuzatilib, 4,9 ga teng boʻldi. Eng yuqori mutlaq oʻsish 1997 yilda roʻy berib, 8,6 ni tashkil etdi. Mutlaq qiymatdagi eng katta pasayish 1998 yilda kuzatilib, 10,4 ga teng boʻldi.

O'sishning eng yuqori sur'ati 1997 yilda qayd etilib, 84,3% ni tashkil etdi. Pasayishning eng yuqori sur'ati esa 1998 yilda kuzatilib, 55,3% ga yetdi.

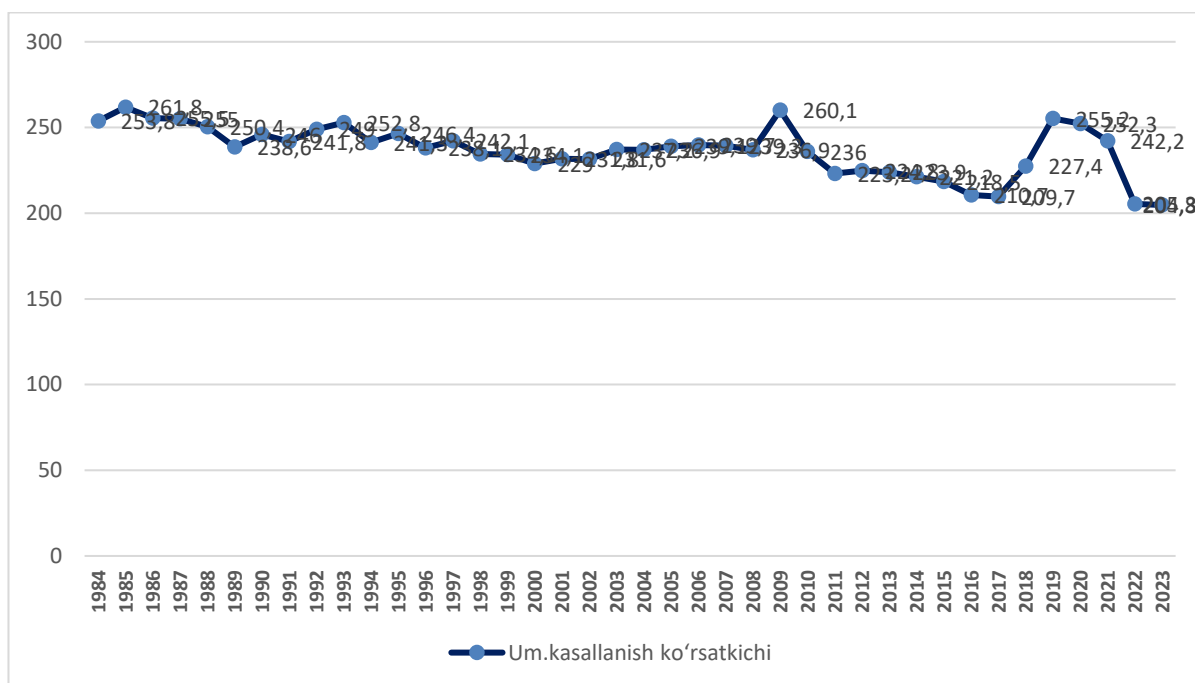
Farg'ona viloyatida birlamchi kasallanish dinamikasi bo'yicha quyidagi tendensiyalar aniqlanadi: 1) ushbu hudud populyatsiyasida shizofreniya bilan birlamchi kasallanish darajasini umumiy pasayish tendensiyasi tasdiqlanadi: tekshiruv yillarida kasallanish 4,5 barobarga kamaygan; 2) birlamchi kasallanish uchun xos epidemiologik tendensiyasi bo'lib uning akniqlanish darajalarini notekis ko'rinishda ifodalanishidir, keskiye o'sish yoki kamayig oy va yillari kuzatiladi; 3) birlamchi kasallanishning maksimal ko'rsatkichi (sog'liqni saqlash tizimiga maksimal yuklamani aks etdiruvchi statistika) 5,5 barobarga kamaygan; 4) patogen nisbatan, 1997 yilgacha sezilarli tasdiqlanadi va 2000 yildan keyin esa uni pasayishi, sezilarli barqarorlashganligi qayd etiladi; 5) ijobiy tendensiya va o'zgarishlar dinamikasi, tibbiy yordamning yaxshilanganligi bilan izohlanadi; ularni xisobga olib-iqtisodiy, ijtimoiy va tibbiy omillar ta'siridan kelib chiqib (retro-prospektiv tahlillar bo'yicha) faol profilaktika va prognozlash algoritm- dasturlarini ushbu hududda individuallashtirib rejalashtirish kerak bo'ladi yoki shunday amaliyot tasdiqlangan ijobiy natijalarni yanada oshiradi. Bunda kasallanish barqarorligining aloxida davrlariga e'tiborni, birinchi navbatda, "prospektiv epidemiologik monitoring ko'zida" bo'lishiligi talab qilinadi yoki shunda shizofreniya bilan kasallanishni birlamchi va ikkilamchi profilaktikasiga ilmiy asos-"poydevor" quriladi.

2.4-rasmda Farg'ona viloyati aholisida shizofreniya bilan umumiy kasallanishning (100 ming aholiga nisbatan) aniqlanish ko'rsatkichlari berilgan va ularning prospektiv kuzatuvdagi 40 yillik "o'sish va "pasayish" tendensiyalarini epidemiologik tavsiflari ifodalantirilgan.

Farg'ona viloyatida umumiy kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda 1984 yildan 1985 yilgacha - 253,80 dan 261,80 gacha, 1989 yildan 1990 yilgacha - 238,60 dan 246,00 gacha, 1991 yildan 1993 yilgacha - 241,80 dan 252,80 gacha, 1994 yildan 1995 yilgacha - 241,30 dan 246,40 gacha, 1996 yildan 1997 yilgacha - 238,10 dan 242,10 gacha, 2000 yildan 2001 yilgacha - 229,00 dan 231,80 gacha, 2002

yildan 2003 yilgacha - 231,60 dan 237,20 gacha, 2004 yildan 2006 yilgacha -236,90 dan 239,70 gacha o'sish tasdiqlanadi ( $R>0,05$ ).

Ko'rsatkichning pasayishi 1985 yildan 1989 yilgacha - 261,80 dan 238,60 gacha, 1990 yildan 1991 yilgacha - 246,00 dan 241,80 gacha, 1993 yildan 1994 yilgacha - 252,80 dan 241,30 gacha, 1995 yildan 1996 yilgacha - 246,40 dan 238,10 gacha, 1997 yildan 2000 yilgacha - 242,10 dan 229,00 gacha, 2001 yildan 2002 yilgacha - 231,80 dan 231,60 gacha, 2003 yildan 2004 yilgacha - 237,20 dan 236,90 gacha, 2006 yildan 2008 yilgacha - 239,70 dan 236,90 gacha, 2009 yildan 2011 yilgacha – 260,10 dan to 223,20 gacha kamayish ko'rsatkichi bilan qayd qilinadi ( $R<0,05$ ).



#### 2.4 – rasm. Turli yillarda shizofreniya bilan umumiy kasallanishlarni Farg'ona sharoitida aniqlanishi va o'zgarishi xususiyatlarining ifodalanishi

Farg'ona viloyatida umumiy kasallanishning maksimal ko'rsatkichi 1985 yilda qayd etiladi va 261,80 ni tashkil etadi. Fargona viloyatida umumiy kasallanishning minimal ko'rsatkichi 2023 yilda qayd etilgan va 204,80 ni tashkil etgan. Eng yuqori mutlaq o'sish 2019 yilda kuzatilib, 27,80 ni tashkil etgan. Absolyut qiymat bo'yicha eng yuqori pasayish 2022 yilda kuzatilib, u 36,90 ni tashkil etgan. Eng yuqori o'sish sur'ati 2019 yilda kuzatilib, 12,2% ni tashkil etgan.

Eng yuqori pasayish sur'ati 2022 yilda kuzatilib, u -15,2% ni tashkil etib tasdiqlanadi.

Turli yillarda, ya'ni 1984 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda kasallanish darajasi sezilarli darajada pasaygan: 1984 yildagi 253,80 dan 2023 yilda 204,80gacha o'zgarish bilan ShbUK 1,2 barobarga kamaygan ( $R > 0,05$ ).

Lekin umumiy pasayish tendensiyasiga qaramay, o'sishning alohida davrlari va kasallik ko'rsatkichlarining sezilarli tebranishlari qayd qilingan.

O'sishning eng muhim davrlari quyidagicha tasniflanadi:

1984-1985 yillar: 253,80 dan 261,80 gacha o'sish (+8,00), bu 1985 yilni kasallik darajasi bo'yicha eng yuqori nuqtaga olib chiqqan ( $R < 0,05$ )

2017-2019 yillar: 209,70 dan 255,20 gacha o'sish (+45,50), butun davr uchun eng yuqori mutlaq o'sish bo'lgan ( $R < 0,05$ )

2008-2009 yillar: 236,9. Dan 260,10 gacha o'sish (+23,20) qayd qilinadi ( $R < 0,05$ )

Eng yuqori mutlaq o'sish 2019 yilda qady etilgan (+27,80), bu – ushbu davrda aholi salomatligining sezilarli darajada yomonlashganini ko'rsatadi. Tasdiqlanadiki, ShbUK yuqori o'sish sur'ati ham 2019 yilda (+12,2%) qayd etiladi.

Tahliliy xulosalar, prospektiv kuzatuv shuni ko'rsatadiki, quyidagi davrlarda sezilarli pasayish qayd qilinadi:

1)1985-1989 yillar: 261,80 dan 238,60 gacha pasayish (-23,20), bu eng yuqori darajadan keyingi pasayishni ko'rsatadi ( $R < 0,05$ )

2)2009-2011 yillar: 260,10 dan 223,20 gacha pasayish (-36,90), bu eng katta mutlaq pasayish ko'rsatkichi hisoblanadi ( $R < 0,05$ )

3)2019-2023 yillar: 255,20 dan 204,80 gacha pasayish (-50,40), bu so'nggi yillardagi keskin pasayishni aks ettiradi ( $R < 0,01$ )

4)yuqori mutlaq pasayish 2022 yilda qayd etilgan (-36,90) va qiyosan olinganda eng yuqori pasayish sur'ati 2022 yilda kuzatildi (-15,2%). ( $R < 0,01$ ).

Jadval va rasmda keltirilgan raqamli tahlillardan ko'rinadiki, kasallikning maksimal ko'rsatkichi (261,80) 1985 yilda kayd etilgan; bu, - kuzatuv davrining boshida kasallanishning yuqoriligidan dalolat beradi.

Minimal ko'rsatkich (204,80) bo'lsa 2023 yilda qayd etilgan, bu - tahlil qilinayotgan davrda kasallanishning pasayganini ijobiy ko'rsatadi ( $R<0,01$ ).

Barqarorlik dinamikasining o'ziga xos jihatlari shundaki, 1984 yildan 1989 yilgacha bo'lgan davr eng barqaror bo'lib, 1985 yilda eng yuqori cho'qqiga erishganidan keyin sekin pasaygan ( $R<0,01$ );

2009 yildan 2011 yilgacha va 2019 yildan 2023 yilgacha tashqi omillar yoki sog'liqni saqlash tizimidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan sezilarli pasayishlar kuzatilgan. ( $R<0,05$ )

2019 yildagi keskin o'sish va 2023 yilgacha bo'lgan keyingi pasayish bunday tebranishlarning sabablarini tushunish alohida taxlilni talab qiladi.

Ushbu tahliliy natijalarning xulosalari: 1) kasallik darajasining pasayishi sog'liqni saqlash tizimi va kasalliklarning oldini olishning yaxshilanganidan dalolat beradi; 2) davriy ko'tarilishlar barqaror pasayish tendensiyasini buzish mumkin bo'lgan epidemiologik yoki ijtimoiy omillar mavjudligini ko'rsatadi; 3) ijtimoiy epidemiologik xatar omillari ustidan monitoring o'rnatib borish va profilatika dasturlarini muvofiqlashtirilgan xolda takomillashtirib borish ijtimoiy, iqtisodiy va tibbiy talofatlarni kamaytiradi.

2.5- rasmda Farg'ona vodiysining Namangan aholisida shizofreniya bilan birlamchi kasallanishni aniqlanish darajalari va 1984-2023 yillardagi o'zgarishlari dinamikasi tavsiflangan.

Taqdim qilingan natijalar tasdiqlaydiki, Namanganning  $\geq 18-90$  yoshli aholisida 1984 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda shizofreniya bilan birlamchi kasallanish ko'rsatkichi sezilarli darajada – 13,00 dan to 4,40 tagacha har 100 ming aholiga nisbatan yoki 3,2 barobarga kamaygan ( $R<0,01$ ). Lekin umumiy pasayish tendensiyasiga qaramay, kasallanish o'zgarishlari dinamikasi “keskin o'sish” va “keskin pasayish” davrlari bo'lganligi bilan ham tavsiflanadi. Namangan sharoitida bu jarayonlar xos jihatlarni ifodalaydi. Chunonchi, 1995-1999 yillarda ShbBKda sezilarli o'sish – 9,50 dan 16,50 gacha 100 000 aholiga nisbatan sezilarli o'sish (+7,00), 1,6 barobarga, kuzatilgan ( $R<0,05$ ).

ShbBK aniqlanish darajasini “keskin sakrash” (2,3 barobarga) 9,3 dan 21,70 gacha (har 100 ming aholiga) ifodalanib 2002-2005 yillarda kuzatilgan ( $R < 0,01$ ).

Yana ikkita jihatni Namangan sharoitida ajratish mumkin bo‘ladi: 2009 yil yuqori darajada ShbBK bilan kasallanish yili bo‘lgan, 2007-2009 yillar davrida o‘sish sur‘ati (+5,60) 19,10 dan 24,70 gachani tashkil qilgan yoki 1,3 barobarga ortib ifodalangan ( $R < 0,05$ ).

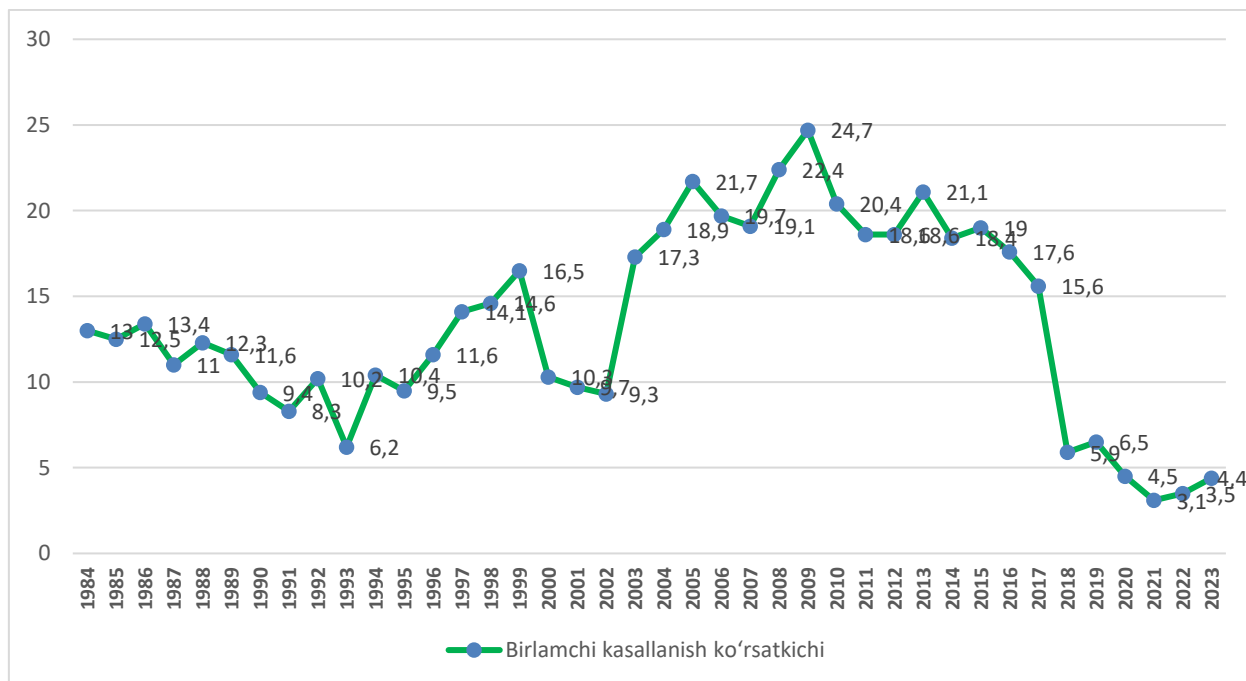
Eng yuqori mutlaq o‘sish (+8,00) 2003 yilda qayd etilgan (sababi – o‘sish ko‘rsatkichi keskin oshishi) va shuningdek, eng yuqori sur‘ati ham shu yilda tasdiqlanadi yoki kasallanish deyarli ikki barobarga yetib ko‘payganligi bilan tasdiqlanadi (2.5- rasm).

Namangan viloyatida birlamchi kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda, 1985 yildan 1986 yilgacha 12,50 dan 13,40 gacha, 1987 yildan 1988 yilgacha 11,00 dan 12,30 gacha, 1991 yildan 1992 yilgacha 8,30 dan 10,20 gacha, 1993 yildan 1994 yilgacha 6,20 dan 10,40 gacha, 1995 yildan 1999 yilgacha 9,50 dan 16,50 gacha, 2002 yildan 2005 yilgacha 9,30 dan 21,70 gacha, 2007 yildan 2009 yilgacha 19,10 dan 24,70 gacha, 2012 yildan 2013 yilgacha 18,60 dan 21,10 gacha, 2014 yildan 2015 yilgacha 18,40 dan 6,50, 2021 yildan 2023 yilgacha 5,90 dan 19,00 gacha, 2018 yildan 2021 yilgacha 5,90 dan 3,10 gacha (deyarli 2,1 barobarga) o‘zgartirish tasdiqlanadi ( $R < 0,05$ ).

1984 yildan 1985 yilgacha - 13,00 dan 12,50 gacha, 1986 yildan 1987 yilgacha - 13,40 dan 11,00 gacha, 1988 yildan 1991 yilgacha - 12,30 dan 8,30 gacha, 1992 yildan 1993 yilgacha - 10,20 dan 6,20 gacha, 1994 yildan 1995 yilgacha - 10,40 dan 9,50 gacha, 1999 yildan 2002 yilgacha - 16,50 dan 9,30 gacha, 2005 yildan 2007 yilgacha - 21,70 dan 19,10 gacha, 2009 yildan 2011 yilgacha - 24,70 dan 18,60 gacha, 2013 yildan 2014 yilgacha - 21,10 dan 18,40 gacha, 2015 yildan 2018 yilgacha - 19,00 dan 5,90 gacha, 2019 yildan 2023 yilgacha, 6,50 dan 4,40 gacha (1,5 barobari) o‘zgarib turish bilan qayd qilinadi.

Birlamchi kasallanishning maksimal ko‘rsatkichi Namangan viloyatida 2009 yilda qayd etilgan va 24,70 ni tashkil etgan. Namangan viloyatida birlamchi kasallanishning minimal ko‘rsatkichi 2021 yilda qayd etilgan va 3,10 ni tashkil

etgan. Eng yuqori mutlaq o'sish 2003 yilda kuzatilib, 8,00 ni tashkil etgan. Mutlaq qiymatdagi eng yuqori pasayish 2018 yilda kuzatilib, u -9,70 ni tashkil etgan. Eng yuqori o'sish sur'ati 2003 yilda kuzatilib, 86,0% ni tashkil etgan. Eng yuqori pasayish sur'ati 2018 yilda kuzatilib, u -62,2% ni tashkil etdi (2.5- rasm).



## 2.5- rasm. Namangan sharoitida shizofreniya bilan birlamchi kasallanish dinamikasining 40 yillik o'zgarishlarining ifodalanishi

Tahliliy natijalar ShbBKning pasayish davrlari 2009-2011 yillarda kuzatiladi: kasallanish 24,70 dan 18,60 gacha (-6,10) kamayganligini tasdiqladi. Bu keskin o'zgarishdan keyingi barqarorlashuv boshlanganligini ifodalaydi. 2015-2018 yillari – 19,00 dan 3,10 gacha, ya'ni 5,8 barobargacha (-13,10) eng uzoq va sezilarli pasayish bilan ShbBK qayd etiladi. Keyingi 2019-2021 yillarda kasallanish 6,50 dan 3,10 gacha yetib, har 100 ming kishiga kamayishi (ikki barobarga yetib) tasdiqlandi (-3,40) yoki bu davrning eng past ko'rsatkichi qayd qilinadi ( $R < 0,01$ ). 2018 yilda 3.5- rasmda ifodalanganidek, eng yuqori mutlaq pasayish (-9.70) va shuningdek, eng yuqori pasayishi sur'ati (-62.2%) kuzatiladi, bu esa ShbBK keskin kamayganligini tasdiqlaydi.

Keltirilgan natijalardan yana xulosa kelib chiqadiki, ShbBKning maksimal ko'rsatkichi ushbu hududda 2009 yilda (24,70) qayd etiladi yoki bu vaziyat amaliyotga yuqori yuk tushganligini anglatadi. Minimal ko'rsatkich (3,10) 2021

yilda qayd qilinadiki, bu, shizofreniya bo'yicha aholida salomatlik holati sezilarli darajada yaxshilanganligini ifodaladi.

Umuman ko'rinadiki, 2003-2009 yillarda Namanganda ShbBKning o'sishi, uning omillarini bartafsilroq va chuqurroq maxsus tahlil qilishning zarurligini ko'rsatadi. Bundan tashqari, 2015-2021 yillar kasallanish ShbBK bilan kasallanishning barqarorligi va sezilar tafovut bilan pasayishini ifodalab tavsiflanadi. Oxirgi 2021-2023 yillar bo'lsa kasallanishni 3,10 dan 4,40 gacha har 100 ming aholiga o'sish bilan (+1,30) ifodalangan epidemiologik vaziyatni ko'rsatadi.

Bu tibbiyotdagi islohotlarning ijobiy ta'siri bo'lib ShbBKni umumiy pasayish tendensiyasi kuzatilsa, 2003 va 2009 yillarda kuzatilgan kasallanishdagi sezilarli ko'tarilishlar bu davrning ijtimoiy, iqtisodiy va tibbiy omillarini yoki epidemiologik siljuvlarni maxsus tahlil qilib o'rganishni taqozo qiladi.

Barqarorlikni "o'sish" va "kamayish"da ta'minlash uchun, yangi barqaror bo'lmaslikning oldini olish uchun Namangan sharoitida ham individual profilaktika dasturlarini kuchaytirish zarurati borligini ta'kidlab o'tish kerak bo'ladi.

Kelgusi 3.7- jadval va 3.7- rasmlarda Namangan sharoitida shizofreniya bilan umumiy kasallanishni aniqlanish darajalari va aholi orasida 39- yillik o'zgarishlari xususiyatlarining epidemiologik tavsiflari keltirilgan.

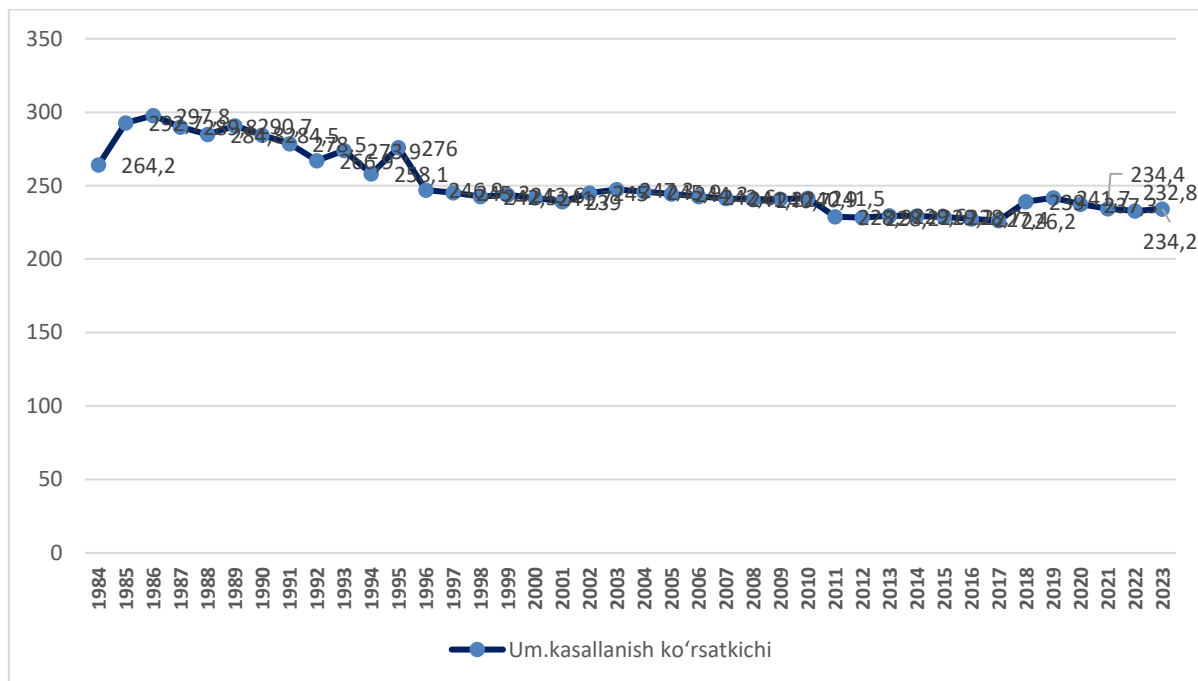
Namangan viloyatidagi umumiy kasallanish dinamikasi tahlil qilinganda, ko'rsatkich o'sishi quyidagi davrlarda kuzatildi: 1984-1986 yillarda 264,20 dan 297,80 gacha, 1988-1989 yillarda 284,80 dan 290,70 gacha, 1992-1993 yillarda 266,90 dan 273,90 gacha, 1994-1995 yillarda 258,10 dan 276,00 gacha, 1998-1999 yillarda 242,50 dan 243,60 gacha, 2001-2003 yillarda 239,00 dan 247,30 gacha, 2008-2010 yillarda 240,70 dan 241,50 gacha, 2012-2013 yillarda 228,20 dan 229,60 gacha, 2017- 2019 yillarda 226,20 dan 241,70 gacha, 2022-2023 yillarda 232,80 dan 234,20 gacha.

Ko'rsatkichning pasayishi quyidagi davrlarda qayd etildi: 1986-1988 yillarda 297,80 dan 284,80 gacha, 1989-1992 yillarda 290,70 dan 266,90 gacha, 1993- 1994 yillarda 273,90 dan 258,10 gacha, 1995-1998 yillarda 276,00 dan 242,50 gacha,

1999-2001 yillarda 243,60 dan 239,00 gacha, 2003-2008 yillarda 247,30 dan 240,70 gacha, 2010-2012 yillarda 241,50 dan 228,20 gacha, 2013-2017 yillarda 229,60 dan 226,20 gacha, 2019-2022 yillarda 241,70 dan 232,80 gacha.

Namangan viloyatidagi umumiy kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichi 1986 yilda kuzatilib, 297,80 ni tashkil etdi. Eng past ko'rsatkich esa 2017 yilda qayd etilib, 226,20 ga teng bo'ldi. Eng yuqori mutlaq o'sish 1985 yilda ro'y berib, 28,50 ga yetdi. Mutlaq qiymatdagi eng katta pasayish 1996 yilda kuzatilib, -29,10 ni tashkil etdi. O'sishning eng yuqori sur'ati 1985 yilda qayd etilib, 10,8% ga teng bo'ldi. Pasayishning eng yuqori sur'ati esa 1996 yilda kuzatilib, -10,5% ni tashkil etdi

2.6- rasmning tahliliy natijalaridan ayon bo'ladiki, 1984 yildan 1986 yilga shizofreniya bilan umumiy kasallanish darajalarida sezilarli o'zgarishlar tasdiqlandi. 1995 yildan 2017 yilgacha bo'lgan davrda kasallik darajalarida pasayish tendensiyasi (salomatlikni barqarorlanish tendensiyasini ko'rsatib) qayd qilinadi. 2017 – 2019 yillarda qisqa muddatli ko'tarilish bo'ladi (vaqtinchalik noqulay epidemiologik vaziyatni ko'rsatib). Lekin umuman olganda shu yillar davomida shizofreniyaning aniqlanishida pasayishning umumiy tendensiyasi, Namangan populyatsiyasida ham tasdiqlandi.



**2.6- rasm. Shizofreniya bilan umumiy kasallanishni Namangan aholisida epidemiologik xususiyatlari va ko'p yillik o'zgarishlari**

Olingan natijalar bo'yicha umumiy xulosalar qilish mumkin bo'ladi.

Chunonchi, 1984 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda kasallanish darajasining umumiy pasayishi kuzatildi: 1984 yildagi 264,20 dan 2023 yilda 234,20 gacha darajada (1,1 barobarga,  $R > 0,05$ ) darajalarda ifodalanish bilan. Ammo lekin umumiy pasayish tendensiyasiga qaramay, alohida o'sish davrlari hamda sezilarli tebranishlar Namangan hududida tasdiqlandi.

Kasallikning o'sish davrlarini tahlilidan, ma'lum bo'ladiki, o'sishning eng muhim davrlari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1984-1986 yillarda – 264,20 dan 297,80 gacha har 100 ming aholiga o'sish (+33,60) tasdiqlanadi va bu – 1986 yilni kasallanish darajasining eng yuqori cho'qqisiga olib kelgan ( $R < 0,05$ )

2017-2019 yillarda – 226,20 dan 241,70 gacha o'sish (+15,50) bo'lib 2017 yildagi minimal darajadan keyin sezilarli ko'tarilishni ko'rsatadi ( $R < 0,05$ );

2001-2003 yillarda 239,00 dan 247,30 gacha o'sish (+8,30) kuzatilib bu – so'nggi yirik ko'tarilishlardan biri sifatida ajralib turadi va eng yuqori mutloq o'sish 1985 yilda qayd etilib tasdiqlanadi (+28,50).

Shubhasiz, ushbu tendensiyalarni hisobga olish tashxisiy va profilaktik-prognostik ahamiyat kasb etib mavjud nazariyot va amaliyot yo'nalishlarini takomillashtiradi.

Farg'ona vodiysi ko'lamida shizofreniyaning aniqlanish darajasi va 1984-2023 yilgi o'zgarishi dinamikasi o'rganildi, mintaqaviy xosliklari tahlil qilinib baholandi. Olingan natijalarning raqamli bayoni 2.7- rasm va 2.1- jadvalda taqdim etilgan.

Keltirilgan raqamli ma'lumotlar tasdiqlaydiki, Farg'ona vodiysi bo'yicha shizofreniya bilan birlamchi kasallanish darajalari va dinamikasining tahlili bo'yicha turli yillar davomida ShbBKning epidemiologik ko'rsatkichlari sezilarli tebranib turishlar bilan qayd qilinadi. Isbotlandiki, iqtisodiy beqarorlik va ijtimoiy tenglik davrlarida ShbBKning ko'payishi kuzatiladi. Bizning tahlililarimizga ko'ra, bunday epidemiologik nomaqbul holatni kelib chiqishi ruhiy zarba beruvchi

omillarning ortishi va shizofreniyaga tashxis qo'yish sifatining yaxshilanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Yoki pasayish davrlarini hisobga olish uslubiylatining o'zgarishi, tibbiy yordamning qulayligi va aholining demografik tarkibidagi o'zgarishlar bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin.

Jadval va rasm ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, shizofreniya bilan birlamchi kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichlari 1990 yilning oxiriga to'g'ri keladi, bu o'sha davrdagi inqirozli hodisalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. So'nggi yillarda pasayish tendensiyasi ustuvorlik qilgan, biroq 2015 yildan keyingi pasayish shizofreniyani epidemiologiyasidagi chin o'zgarishlarni ham, tashxis qo'yish bilan bog'liq yondoshuvlarning o'zgarishini ham ko'rsatishi mumkin.

2.1- jadval

**Farg'ona vodiysining 18-90 yoshli aholisida shizofreniyani aniqlanish darajalari va 40 yillik o'zgarishlari dinamikasi**

| Tekshiri<br>sh yil-<br>lar | ShbBK<br>(har 100<br>ming<br>aholiga) | Mutloq<br>o'sish,<br>kamayi-shi | KK(%) | O'/Pk (%) | O'/P/s (%) | O'sishni<br>1%<br>qiyma-ti | Guruhiy<br>o'rtacha<br>usuli | Sirpa-<br>nuvchi<br>o'rtacha<br>usuli |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------|-----------|------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 1984                       | 868                                   | -                               | 100,0 | -         | -          | -                          | 838                          | 852                                   |
| 1985                       | 808                                   | -60                             | 93,1  | 93,1      | -6,9       | 9                          |                              | 832                                   |
| 1986                       | 819                                   | 11                              | 94,4  | 101,4     | 1,4        | 8                          | 786                          | 793                                   |
| 1987                       | 753                                   | -66                             | 86,8  | 91,9      | -8,1       | 8                          |                              | 780                                   |
| 1988                       | 768                                   | 15                              | 88,5  | 102,0     | 2,0        | 8                          | 766                          | 762                                   |
| 1989                       | 765                                   | -3                              | 88,1  | 99,6      | -0,4       | 8                          |                              | 746                                   |
| 1990                       | 706                                   | -59                             | 81,3  | 92,3      | -7,7       | 8                          | 696                          | 719                                   |
| 1991                       | 686                                   | -20                             | 79,0  | 97,2      | -2,8       | 7                          |                              | 695                                   |
| 1992                       | 693                                   | 7                               | 79,8  | 101,0     | 1,0        | 7                          | 718                          | 707                                   |
| 1993                       | 743                                   | 50                              | 85,6  | 107,2     | 7,2        | 7                          |                              | 701                                   |
| 1994                       | 668                                   | -75                             | 77,0  | 89,9      | -10,1      | 7                          | 642                          | 676                                   |
| 1995                       | 616                                   | -52                             | 71,0  | 92,2      | -7,8       | 7                          |                              | 658                                   |
| 1996                       | 689                                   | 73                              | 79,4  | 111,9     | 11,9       | 6                          | 855                          | 775                                   |
| 1997                       | 1021                                  | 332                             | 117,6 | 148,2     | 48,2       | 7                          |                              | 795                                   |
| 1998                       | 674                                   | -347                            | 77,6  | 66,0      | -34,0      | 10                         | 738                          | 832                                   |
| 1999                       | 802                                   | 128                             | 92,4  | 119,0     | 19,0       | 7                          |                              | 681                                   |
| 2000                       | 568                                   | -234                            | 65,4  | 70,8      | -29,2      | 8                          | 690                          | 728                                   |

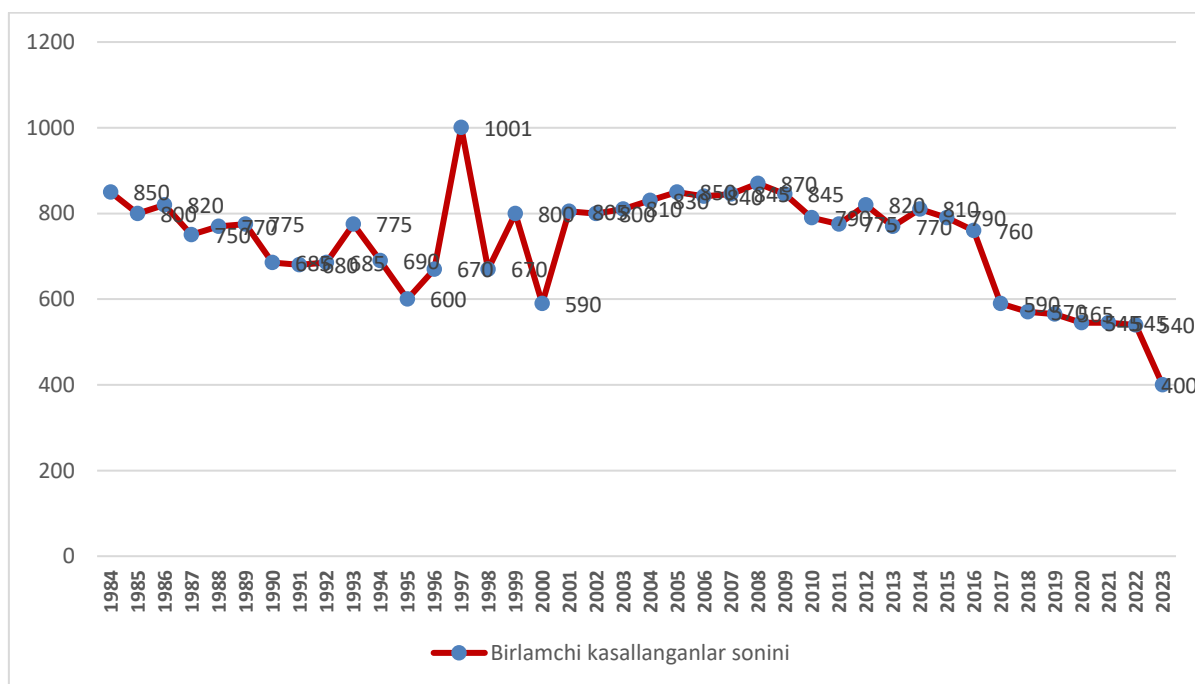
|      |     |      |       |       |       |    |     |     |
|------|-----|------|-------|-------|-------|----|-----|-----|
| 2001 | 813 | 245  | 93,7  | 143,1 | 43,1  | 6  |     | 726 |
| 2002 | 798 | -15  | 91,9  | 98,2  | -1,8  | 8  | 805 | 808 |
| 2003 | 812 | 14   | 93,5  | 101,8 | 1,8   | 8  |     | 823 |
| 2004 | 860 | 48   | 99,1  | 105,9 | 5,9   | 8  | 877 | 855 |
| 2005 | 894 | 34   | 103,0 | 104,0 | 4,0   | 9  |     | 873 |
| 2006 | 866 | -28  | 99,8  | 96,9  | -3,1  | 9  | 874 | 880 |
| 2007 | 881 | 15   | 101,5 | 101,7 | 1,7   | 9  |     | 884 |
| 2008 | 906 | 25   | 104,4 | 102,8 | 2,8   | 9  | 933 | 916 |
| 2009 | 960 | 54   | 110,6 | 106,0 | 6,0   | 9  |     | 925 |
| 2010 | 910 | -50  | 104,8 | 94,8  | -5,2  | 10 | 840 | 880 |
| 2011 | 771 | -139 | 88,8  | 84,7  | -15,3 | 9  |     | 806 |
| 2012 | 737 | -34  | 84,9  | 95,6  | -4,4  | 8  | 796 | 788 |
| 2013 | 855 | 118  | 98,5  | 116,0 | 16,0  | 7  |     | 784 |
| 2014 | 759 | -96  | 87,4  | 88,8  | -11,2 | 9  | 820 | 831 |
| 2015 | 880 | 121  | 101,4 | 115,9 | 15,9  | 8  |     | 827 |
| 2016 | 841 | -39  | 96,9  | 95,6  | -4,4  | 9  | 791 | 821 |
| 2017 | 741 | -100 | 85,4  | 88,1  | -11,9 | 8  |     | 723 |
| 2018 | 587 | -154 | 67,6  | 79,2  | -20,8 | 7  | 561 | 621 |
| 2019 | 535 | -52  | 61,6  | 91,1  | -8,9  | 6  |     | 546 |
| 2020 | 515 | -20  | 59,3  | 96,3  | -3,7  | 5  | 497 | 510 |
| 2021 | 479 | -36  | 55,2  | 93,0  | -7,0  | 5  |     | 489 |
| 2022 | 474 | -5   | 54,6  | 99,0  | -1,0  | 5  | 437 | 451 |
| 2023 | 400 | -74  | 46,1  | 84,4  | -15,6 | 5  |     | 448 |

Fargʻona vodiysi boʻyicha shizofreniya bilan birlamchi kasallanish soni dinamikasi taxdirlanib, koʻrsatkichning quyidagi oʻsishi kuzatildi: 1985- 1986 yillarda 808 dan 819 gacha, 1987-1988 yillarda 753 dan 768 gacha, 1991-1993 yillarda 686 dan 743 gacha, 1995-1997 yillarda 616 dan 1021 gacha, 1998-1999 yillarda 674 dan 802 gacha, 2000-2001 yillarda 568 dan 813 gacha, 2002 – 2005 yillarda 798 dan 894 gacha, 2006 – 2009 yillarda 866 dan 960 gacha, 2012 – 2013 yillarda 737 dan 855 gacha, 2014 – 2015 yillarda 759 dan 880 gacha, 2023 - 2024 yillarda 400 dan 469 gacha oʻzgarish dinamikasini ifodalagan.

Koʻrsatkichning pasayishi quyidagi davrlarda qayd etildi: 1984-1985 yillarda 868 dan 808 gacha, 1986-1987 yillarda 819 dan 753 gacha, 1988-

1991 yillarda 768 dan 686 gacha, 1993-1995 yillarda 743 dan 616 gacha, 1997-1998 yillarda 1021 dan 674 gacha, 1999-2000 yillarda 802 dan 568 gacha, 2001-2002 yillarda 813 dan 798 gacha, 2005-2006 yillarda 894 dan 866 gacha, 2009-2012 yillarda 960 dan 737 gacha, 2013-2014 yillarda 855 dan 759 gacha, 2015-2023 yillarda 880 dan 400 gacha kamayish ko'rsatkichlarini ifodalash bilan tasdiqlanadi.

Farg'ona vodiysi bo'yicha shizofreniya bilan birlamchi kasallanganlar sonining eng yuqori ko'rsatkichi 1997 yilda qayd etilgan bo'lib, 1021 nafarni tashkil etgan. Eng past ko'rsatkich esa 2023 yilda kuzatilib, 400 nafarni tashkil etgan. Eng yuqori mutlaq o'sish 1997 yilda qayd etilgan va 332 nafarni tashkil etgan. Mutlaq qiymatdagi eng katta pasayish 1998 yilda kuzatilib, 347 nafarni tashkil etgan. Eng yuqori o'sish sur'ati 1997 yilda qayd etilib, 48,2 foizni tashkil etgan. Eng yuqori pasayish sur'ati esa 1998 yilda kuzatilib, 34,0 foizni tashkil etgan.



**2.7 rasm – Farg'ona vodiysi aholisida shizofreniya bilan birlamchi kasallanish darajasi va ko'p yillik o'zgarishlarning ifodalanishi**

2.1- jadval va 2.7- rasm ma'lumotlari yana ko'rsatadiki, tekshiruv yillarida shizofreniyaga oid epidemiologik sharoitlar o'zgarib turishlar bilan qayd qilinadi.

Xulosa, tahlil qilingan davrda Farg'ona vodiysi bo'yicha shizofreniya bilan birlamchi kasallanishlar darajasining ham o'sishi, ham pasayishi kuzatiladi.

Ko'rsatkichlarning eng katta o'zgarishlari 1990 yillar va 2000 yillar davrlariga to'g'ri keladi va bu quyidagicha ifodalanishlar bilan kuzatiladi.

Birlamchi holatlar sonining sezilarli ko'payishi 1985-1986, 1987-1988, 1991-1993, 1995-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2005-2005, 2006-2009, 2012-2013, 2014-2015, 2023-2024 yillarda qayd etiladi.

Eng yuqori mutlaq o'sish 1997 yilda (+332 ta holat) kuzatilgan bo'lib, eng yuqori o'sish sur'ati 48,2 foizni tashkil etgan.

Pasayish davrlari ham turlicha ifodalanadi.

Ko'rsatkichning pasayishi 1984-1985, 1986-1987, 1988-1991, 1993-1995, 1997-1998, 1999-2000, 2011-2002, 2005-2006, 2009-2012, 2013-2014, 2015-2023 yillarda qayd etilgan. Mutlaq qiymatlardagi eng katta pasayish 1998 yilda (-347 ta holat) kuzatilgan bo'lib, eng yuqori pasayish sur'ati – 34,0 foizni tashkil etgan.

Bundan tashqari shizofreniya bilan birlamchi kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichi 1997 yilda qayd etilib, 1021 holatni tashkil etgan, eng past ko'rsatkich esa (400 ta holat) 2023 yilda qayd qilingan. Bu ma'lumotlar epidemiologik sharoitni shizofreniyaga nisbatan bashorat qilish va uning kechishi turlarini, xatar omillarini erta aniqlash hamda davolashga qaratilgan profilaktika chora-tadbirlarini ishlab chiqishda aholida e'tiborga molik bo'lishadi.

2.2- jadval va 2.8 – rasmda ShbBKni epidemiologik xususiyatlari, Farg'ona vodiysi sharoitida olingan natijalar bo'yicha, ko'rsatilgan.

Farg'ona vodiysida shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning umumiy soni dinamikasini tahlil qilishda quyidagi o'zgarishlar kuzatildi: 1984 yildan 1985 yilgacha 15902,00 dan 16534,00 gacha, 1989 yildan 1990 yilgacha 16133,00 dan 16151, 00 gacha, 1992 yildan 1993 yilgacha 15873,00 dan 16118,00 gacha, 1994 yildan 1995 yilgacha 15605,00 dan 15611,00 gacha, 1996 yildan 2003 yilgacha 15138,00 dan 16827, 00 gacha, 2005 yildan 2006 yilgacha 16665,00 dan 16679,00 gacha, 2007 yildan 2015 yilgacha 16589,00 dan 17295,00 gacha, 2017 yildan 2019 yilgacha 17184,00 dan 19166.00 gacha, 2022 yildan 2023 yilgacha 17855,00 dan 17910,00 gacha o'sish kuzatilgan.

**Farg‘ona vodiysining 18-90 yoshli aholisida shizofreniyaning aniqlanish darajalari va ko‘p yillik o‘zgarishlari dinamikasi**

| Yillar | Shizofre-niya bilan og‘rigan bemorlar-ning umumiy soni | Mutlak o‘shish (kamayish) | Ko‘rgaz-mali ko‘rsatkich, % | O‘shish (pasayish) ko‘rsatkichi, % | O‘shish (pasayish) sur‘ati, % | 1% o‘shish qiymati | Guruh-li o‘rtacha usul | Sirpa-nuvchi o‘rtacha usul |
|--------|--------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|
| 1984'  | 15902                                                  | -                         | 100,0                       | -                                  | -                             | -                  | 16218                  | 16047                      |
| 1985   | 16534                                                  | 632                       | 104,0                       | 104,0                              | 4,0                           | 159                |                        | 16317                      |
| 1986   | 16515                                                  | -19                       | 103,9                       | 99,9                               | -0,1                          | 165                | 16509                  | 16517                      |
| 1987   | 16503                                                  | -12                       | 103,8                       | 99,9                               | -0,1                          | 165                |                        | 16442                      |
| 1988   | 16307                                                  | -196                      | 102,5                       | 98,8                               | -1,2                          | 165                | 16220                  | 16314                      |
| 1989   | 16133                                                  | -174                      | 101,5                       | 98,9                               | -и                            | 163                |                        | 16197                      |
| 1990   | 16151                                                  | 18                        | 101,6                       | 100,1                              | 0,1                           | 161                | 16037                  | 16069                      |
| 1991   | 15923                                                  | -228                      | 100,1                       | 98,6                               | -1,4                          | 162                |                        | 15982                      |
| 1992   | 15873                                                  | -50                       | 99,8                        | 99,7                               | -0,3                          | 159                | 15996                  | 15971                      |
| 1993   | 16118                                                  | 245                       | 101,4                       | 101,5                              | 1,5                           | 159                |                        | 15865                      |
| 1994   | 15605                                                  | -513                      | 98,1                        | 96,8                               | -3,2                          | 161                | 15608                  | 15778                      |
| 1995   | 15611                                                  | 6                         | 98,2                        | 100,0                              | 0,0                           | 156                |                        | 15451                      |
| 1996   | 15138                                                  | -473                      | 95,2                        | 97,0                               | -3,0                          | 156                | 15374                  | 15453                      |
| 1997   | 15609                                                  | 471                       | 98,2                        | 103,1                              | 3,1                           | 151                |                        | 15532                      |
| 1998   | 15848                                                  | 239                       | 99,7                        | 101,5                              | 1,5                           | 156                | 15871                  | 15784                      |
| 1999   | 15894                                                  | 46                        | 99,9                        | 100,3                              | 0,3                           | 158                |                        | 15926                      |
| 2000   | 16036                                                  | 142                       | 100,8                       | 100,9                              | 0,9                           | 159                | 16243                  | 16127                      |
| 2001   | 16450                                                  | 414                       | 103,4                       | 102,6                              | 2,6                           | 160                |                        | 16423                      |
| 2002   | 16783                                                  | 333                       | 105,5                       | 102,0                              | 2,0                           | 165                | 16805                  | 16687                      |
| 2003   | 16827                                                  | 44                        | 105,8                       | 100,3                              | 0,3                           | 168                |                        | 16769                      |
| 2004   | 16698                                                  | -129                      | 105,0                       | 99,2                               | -0,8                          | 168                | 16682                  | 16730                      |
| 2005   | 16665                                                  | -33                       | 104,8                       | 99,8                               | -0,2                          | 167                |                        | 16684                      |
| 2006   | 16679                                                  | 14                        | 104,9                       | 100,1                              | 0,1                           | 167                | 16634                  | 16644                      |
| 2007   | 16589                                                  | -90                       | 104,3                       | 99,5                               | -0,5                          | 167                |                        | 16622                      |
| 2008   | 16597                                                  | 8                         | 104,4                       | 100,0                              | 0,0                           | 166                | 16640                  | 16623                      |
| 2009   | 16682                                                  | 85                        | 104,9                       | 100,5                              | 0,5                           | 166                |                        | 16722                      |
| 2010   | 16887                                                  | 205                       | 106,2                       | 101,2                              | 1,2                           | 167                | 16890                  | 16820                      |
| 2011   | 16892                                                  | 5                         | 106,2                       | 100,0                              | 0,0                           | 169                |                        | 16912                      |

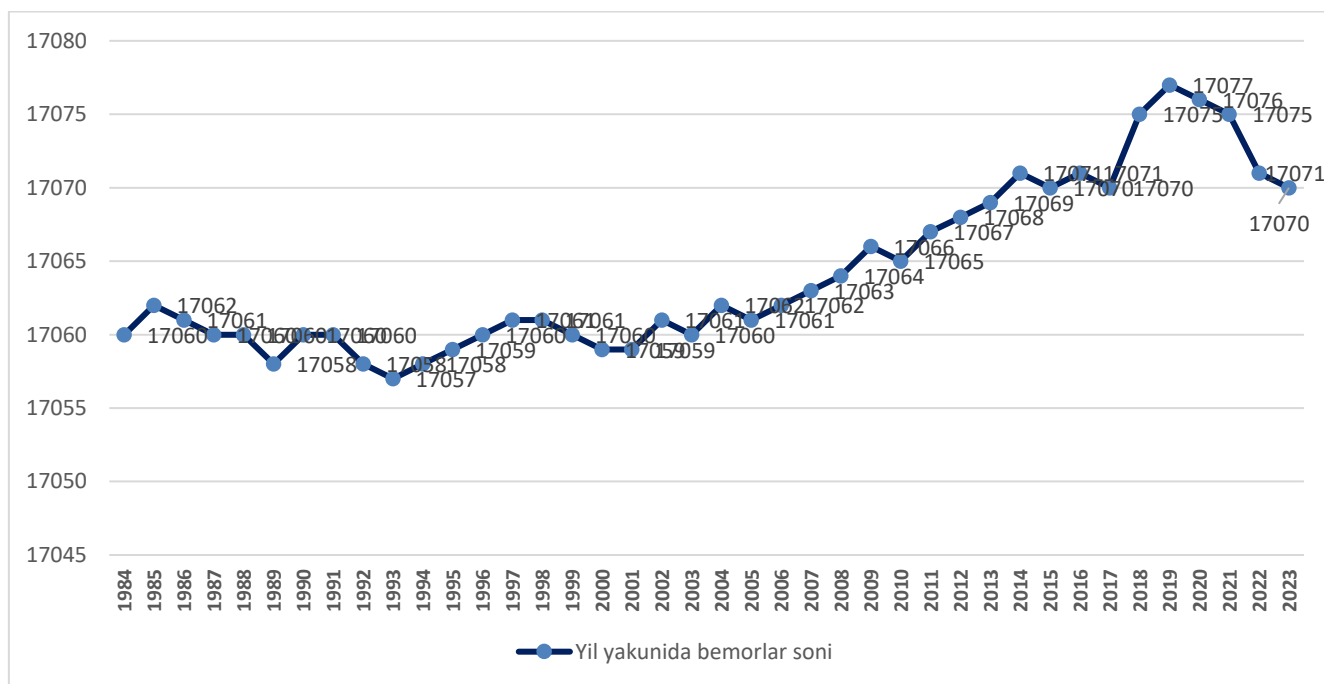
|      |       |       |       |       |      |     |       |       |
|------|-------|-------|-------|-------|------|-----|-------|-------|
| 2012 | 16957 | 65    | 106,6 | 100,4 | 0,4  | 169 | 16996 | 16961 |
| 2013 | 17034 | 77    | 107,1 | 100,5 | 0,5  | 170 |       | 17014 |
| 2014 | 17052 | 18    | 107,2 | 100,1 | 0,1  | 170 | 17174 | 17127 |
| 2015 | 17295 | 243   | 108,8 | 101,4 | 1,4  | 171 |       | 17200 |
| 2016 | 17253 | -42   | 108,5 | 99,8  | -0,2 | 173 | 17218 | 17244 |
| 2017 | 17184 | -69   | 108,1 | 99,6  | -0,4 | 173 |       | 17484 |
| 2018 | 18014 | 830   | 113,3 | 104,8 | 4,8  | 172 | 18590 | 18121 |
| 2019 | 19166 | 1152  | 120,5 | 106,4 | 6,4  | 180 |       | 18765 |
| 2020 | 19114 | -52   | 120,2 | 99,7  | -0,3 | 192 | 19054 | 19091 |
| 2021 | 18994 | -120  | 119,4 | 99,4  | -0,6 | 191 |       | 18654 |
| 2022 | 17855 | -1139 | 112,3 | 94,0  | -6,0 | 190 | 17882 | 18253 |
| 2023 | 17910 | 55    | 112,6 | 100,3 | 0,3  | 179 |       | 17733 |

Ko'rsatkichning pasayishi quyidagi davrlarda qayd etildi: 1985 yildan 1989 yilgacha 16534,00 dan 16133,00 gacha, 1990 yildan 1992 yilgacha 16151,00 dan 15873,00 gacha, 1993 yildan 1994 yilgacha 16118,00 dan 15605,00 gacha, 1995 yildan 1996 yilgacha 15611,00 dan 15138,00 gacha, 2003 yildan 2005 yilgacha 16827,00 dan 16665,00 gacha, 2006 yildan 2007 yilgacha 16679,00 dan 16589,00 gacha, 2015 yildan 2017 yilgacha 17295,00 dan 17184,00 gacha, 2019 yildan 2022 yilgacha 19166,00 dan 17855,00 gacha, darajalarda ifodalanish bilan.

Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning umumiy sonining eng yuqori ko'rsatkichi 2019 yilda 19166,00 ni tashkil etgan. Eng past ko'rsatkich esa 1996 yilda 15138,00 ni tashkil etgan. Eng yuqori mutlaq o'sish 2019 yilda kuzatilib, 1152,00 ga teng bo'lgan. Mutlaq qiymatdagi eng katta pasayish 2022 yilda -1139,00 ni tashkil etgan. O'sishning eng yuqori sur'ati 2019 yilda 6,4 foizni tashkil etgan. Pasayishning eng yuqori sur'ati esa 2022 yilda -6,0 foizga yetgan.

40 yillik epidemiologik monitoring davrida shizofreniya bilan vodiya kasallanish darajalarida sezilarli o'zgarishlar bo'lgan. Jumladan, ko'p yillik epidemiologik ko'rsatkichlar shizofreniya bilan umumiy kasallanishni o'sish va pasayish davrlarini namoyish etib, 1996 yilda eng past qiymat (15138 bemor) va 2019 yilda eng yuqori qiymatni (19166 bemor) tasdiqlangan. Monitoring natijalariga ko'ra vodiya aholisida, ShbBKda, eng yuqori mutloq o'sish 2019 yilda (+1152),

o'sishning eng yuqori sur'ati ham 2019 yilda (+6,4%) qayd etilgan. Eng yuqori mutloq pasayish esa 2022 yilda (-1139) qayd etilgan; eng yuqori pasayish sur'ati ham yilda (-6,0%) tasdiqlangan.



## 2.8- rasm. Farg'ona vodiysi bo'yicha o'rganilgan yillar yakuni bo'yicha shizofreniya bilan kasallanishlarning umumiy tavsifi va o'zgarishlarning ko'p yillik dinamikasining ifodalanishi

ShbUKning eng yuqori ko'rsatkichi (19166) 2019 yilda qayd etilgan (buni epidemiologik sharoitni yomonlashganligi bilan tushuntirilishi mumkin); eng past qiymat (15138) 1996 yilda tasdiqlangan (buni shu davr uchun bo'lgan qulay vaziyat bilan tushuntirish mumkin).

Natijalar yana ko'rsatadiki, 1996 yilda 2003 yilgacha bo'lgan davr shizofreniya bilan umumiy kasallanishni barqaror o'sishi bilan tavsiflanadi. 2017-2019 yillarda ShbUKda keskin o'sish kuzatilgan va 2019 yillarda bo'lsa pasayish tendensiyasi qayd etiladi.

Umuman olingan ma'lumotlar tasdiqlaydiki, ko'p yillik epidemiologik monitoring natijalarini xisobga olish shizofreniyani barvaqt aniqlash va oldini olish ishlarining samaradorligini keskin oshiradi, prognozlash va preventiv strategiyalarni takomillashtiradi.

Shizofreniyada aholi yoshi xatar omili sifatida o'rganildi va tahlil qilinib baholandi.

2.4- jadval va 2.9- rasmda vodiyning katta yoshdagi populyatsiyasida yoshning kasallik boshlanishidagi hissasini epidemiologik tavsifi keltirilgan yoki yoshga bog'liq holda shizofreniyani kelib chiqishi bayon qilingan.

Bemorlarning kasallik boshlangan paytdagi yoshi bo'yicha tahlili quydagilarni ko'rsatdi: 20 yoshgacha kasallik boshlangan holatlar bemorlar soni jami 481 (44.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 194 (44,4%), 2024 yilgi holat buyicha esa 287 (44,2%) nafar bemorni tashkil qilishi aniqlandi. 20 yoshgacha kasallik boshlangan holatlarning ulushi 1984 va 2024 yillar oralig'ida deyarli o'zgarmagan bo'lib, farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-1.00; 95% IO (CI) - 0.87-1.15;  $\chi^2$ -0.0019;  $r>0.05$ ].

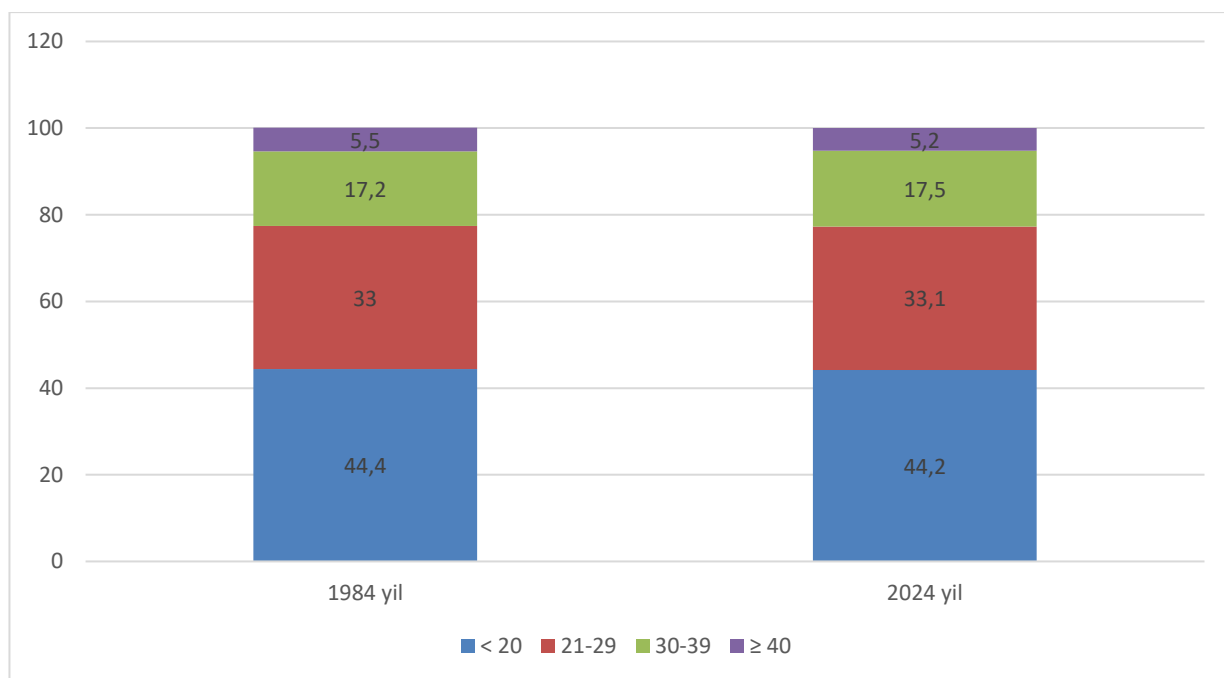
2.4- jadval

**Yoshga bog'liq shizofreniyaning boshlanishi vodiylar populyatsiyasida epidemiologik tavsifini 40 yillik dinamikasi**

|   | Shizofreniya boshlangan vaqtdagi aholi yoshi | Epidmonitoring yillari, shizofreniyani tarqalish |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P     |
|---|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------|----------|-------|
|   |                                              | 1984                                             |      | 2024 |      |      |           |          |       |
|   |                                              | n                                                | %    | N    | %    |      |           |          |       |
| 1 | < 20                                         | 194                                              | 44.4 | 287  | 44.2 | 1,00 | 0.87-1.15 | 0.0019   | >0,05 |
| 2 | 21-29                                        | 144                                              | 33.0 | 215  | 33.1 | 1.01 | 0.85-1.21 | 0.019    | >0,05 |
| 3 | 30-39                                        | 75                                               | 17.2 | 114  | 17.5 | 1.03 | 0.79-1.34 | 0.049    | <0,05 |
| 4 | ≥ 40                                         | 24                                               | 5.5  | 34   | 5.2  | 0.96 | 0.58-1.60 | 0.024    | >0,05 |

Kasallik 21-29 yoshgacha bo'lgan davrda boshlangan bemorlar soni jami 359 (33.0%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 144 (33,0%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 215 (33,1%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallik 21-29 yoshda boshlangan holatlar ulushi 2024 yilda 1984 yilga nisbatan biroz kamaygan,

ammo farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-1.01; 95% IO (CI)- 0.85-1.21;  $\chi^2$ -0.019;  $r > 0.05$ ].



## 2.9- rasm. Yoshga bog‘liq xolda shizofreniyaning boshlanishining ifodalanishi (vodiy aholisi misolida)

Kasallik 30-39 yoshgacha bo‘lgan davrda boshlangan bemorlar soni jami 189 (17.4%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 75 (17,2%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 114 (17,5%) nafar bemorni tashkil qildi. 2024 yilda 1984 yilga nisbatan kasallik 30-39 yoshda boshlangan holatlar ulushining sezilarli o‘sishi kuzatilmoqda va bu farq statistik ahamiyatga ega. [RR-1.03; 95% IO (CI)- 0.79-1.34;  $\chi^2$ -0.049;  $r < 0.05$ ].

Kasallik 40 yosh va undan katta bo‘lgan davrda boshlangan bemorlar soni jami 58 (5.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 24 (5,5%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 34 (5,2%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallik 40 yosh va undan katta yoshda boshlangan holatlar ulushi 1984 yildan 2024 yilgacha sezilarli darajada o‘zgarmagan, farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-0.96; 95% IO (CI)- 0.58-1.60;  $\chi^2$ -0.024;  $r > 0.05$ ].

Kasallik boshlanishi 20 yoshgacha bo‘lgan bemorlar ulushi 2024 yilda biroz ko‘paygan, ammo bu farq statistik jihatdan ahamiyatli emas. Bu esa davrlar oralig‘ida kasallikning erta boshlanish chastotasi barqaror ekanligini ko‘rsatadi va

yoki shizofreniyaning boshlanish davri eng ko'p  $< 20$  yoshga, nisbatan kamroq 21-29 yoshga va deyarli 9 barobarga yetib kam  $\geq 40$  yoshga to'g'ri keladi.

Taqdim qilingan ma'lumotlardan (4.8- rasm va 4.12- jadval) xulosa chiqarish mumkin bo'ladiki, shizofreniya 21-29 yoshda boshlangan aholi ulushi xam deyarli o'zgarmagan. Bu yosh kasallikning boshlanishi uchun eng keng tarqalgan davr bo'lib, 40 yil o'tib ham qolgan.

Bundan tashqari, kasallik 30-39 yoshda boshlangan holatlar xissasi 2024 yilda qiyosan (1984 yilga nisbatan) sezilarli oshgan, bu statistik jihatdan muhim 40 yillik o'zgarishdir. Mazkur yosh guruhida ushbu tendensiyaning, birinchidan, yillar o'tish bilan tashxislash faoliyatini o'zgarib takomillashtirilganligi bilan va ikkinchidan esa, xatar omillarini qiyosan ko'p to'planib qolganligi bilan tushuntirish mumkin.

Shuningdek, shizofreniya  $\geq 40$  yoshdan o'tib kech boshlanish holatini ham 40 yil davomida ortganligi diqqatni tortadi. Bunday o'zgarish statistik ahamiyatga ega va bu holatni ham shizofreniyaning aniqlashning yaxshilanishi va tashqi xatar omillarining patogen ta'sirlarini o'zgarganligi bilan bog'lash mumkin bo'ladi.

Umuman, olingan natijalar shizofreniyaning epidemiologiyasi, rivojlanish mexanizmlarini va klinik o'zgarishlarini o'rganishda yosh omilining muhimligini tasdiqlaydi. Shizofreniyaning boshlanishining yosh tuzilishidagi o'zgarishlarini yanada chuqurroq o'rganish, mazkur dissertatsiyaning asosiy maqsadi hisoblanadi va dissertatsiyada berilgan xulosalar kasallikni erta aniqlash va profilaktikasining yanada samarali texnologiyalarini ishlab chiqishga yordam beradi.

Farg'ona vodiysi hududida o'tkazilgan uzoq muddatli epidemiologik monitoring natijalari shizofreniya tarqalishining vaqt davomida ma'lum darajada o'zgarib borganini ko'rsatdi. 1984–2024 yillar oralig'ida kasallikning umumiy tarqalish ko'rsatkichlari nisbatan barqaror saqlangan bo'lsa-da, uning klinik strukturasi, debyut yoshi va ijtimoiy oqibatlarida sezilarli siljishlar qayd etildi.

Tahlil shuni ko'rsatdiki, keyingi o'n yilliklarda shizofreniyaning ilk epizodlari ko'proq yosh aholi qatlamida kuzatilib, kasallik debyutining o'rtacha yoshi pasayish tendensiyasini namoyon qildi. Bu holat aholi orasida ijtimoiy stress omillarining

ortishi, urbanizatsiya va psixoemotsional yukning ko‘payishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Hududlar kesimida tahlil qilinganda, aholi zichligi yuqori bo‘lgan hududlarda shizofreniyaning klinik debyuti va og‘ir kechuv shakllari nisbatan ko‘proq qayd etilgan. Bu natijalar shizofreniyani ijtimoiy determinantlarga sezgir kasallik sifatida baholashni yana bir bor tasdiqlaydi.

### §2.3. Shizofreniyaning klinik kechuvi va patomorfozi

Prospektiv, 40 yillik (1984-2024 yy) epidemiologik tadqiqotda Farg‘ona vodiysining  $\geq 18$ -90 yoshli aholisida shizofreniya epidemiologik tavsiflari o‘rganildi va tahlil qilinib baholandi (2.5- jadvalda olingan ma’lumotlarni raqamli bayoni keltirilgan).

2.5- jadval

#### Farg‘ona vodiysining katta yoshli populyatsiyasida shizofreniyani tarqalishi chastotasining 40 yillik epidemiologik tavsifi

| № | Shizofreniya turlari                                                 | Epidmonitoring yillari, shizofreniyani tarqalishi |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P      |
|---|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------|----------|--------|
|   |                                                                      | 1984                                              |      | 2024 |      |      |           |          |        |
|   |                                                                      | n                                                 | %    | n    | %    |      |           |          |        |
| 1 | Oʻsib boruvchi nuqson bilan kechuvchi epizodik shizofreniya (OʻBESH) | 200                                               | 47,1 | 329  | 50,6 | 1,07 | 0.95-1.22 | 1.26     | >0.05  |
| 2 | Remitirlovchi epizodik kechuvchi shizofreniya (REKSH)                | 128                                               | 29,3 | 246  | 37,8 | 1,29 | 1,08-1,54 | 8,48     | >0.05  |
| 3 | Uzluksiz kechuvchi shizofreniya (UKSH)                               | 103                                               | 23,6 | 75   | 11,5 | 0,49 | 0,37-0,64 | 27,62    | <0,001 |

Jadval ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, tekshiruv yillarida vodiyni  $\geq 18-90$  yoshli aholisida shizofreniyaning asosan uchta turi quyidagi tarqalish chastotalari bilan muvofiqlikda 1984 va 2024 yillari kuzatiladi: o'sib boruvchi nuqson bilan kechuvchi epizodik shizofreniya – 47,1% va 50,6% dan [RR=1,07; 95% CI=0,95-1,22;  $\chi^2=1,26$ ;  $R>0,05$ ], remittirlovchi epizodik kechuvchi shizofreniya – 29,3% va 37,8% dan [RR=1,29; 95% CI=1,08-1,54;  $\chi^2=8,48$ ;  $R>0,05$ ] va uzluksiz kechuvchi shizofreniya – 23,6% va 11,5% dan [RR=0,49; 95% CI=0,37-0,64;  $\chi^2=27,62$ ;  $R<0,001$ ].

40 yillik o'zgarishlar dinamikasi tasdiqlaydiki, tekshiruv obyekti bo'lgan Farg'ona vodiysining  $\geq 18-90$  yoshli aholisida O'BESH tarqalish chastotasi – 2,9% va REKSH – 8,5% ga ortgan, URSH esa – 12,1% ga kamaygan.

Etnik ayollar va erkaklar populyatsiyasida jami shizofreniyaning aniqlanish chastotalari va vodiylar sharoitida 40 yillik o'zgarishlari tendensiyalari ko'rsatilgan. Shizofreniya aloxida turlarini ulushlarini aniqlanishida genderli omillarni farqlari tasdiqlanmaydi va shuning uchun ularni aloxida tahlili keltirilmadi.

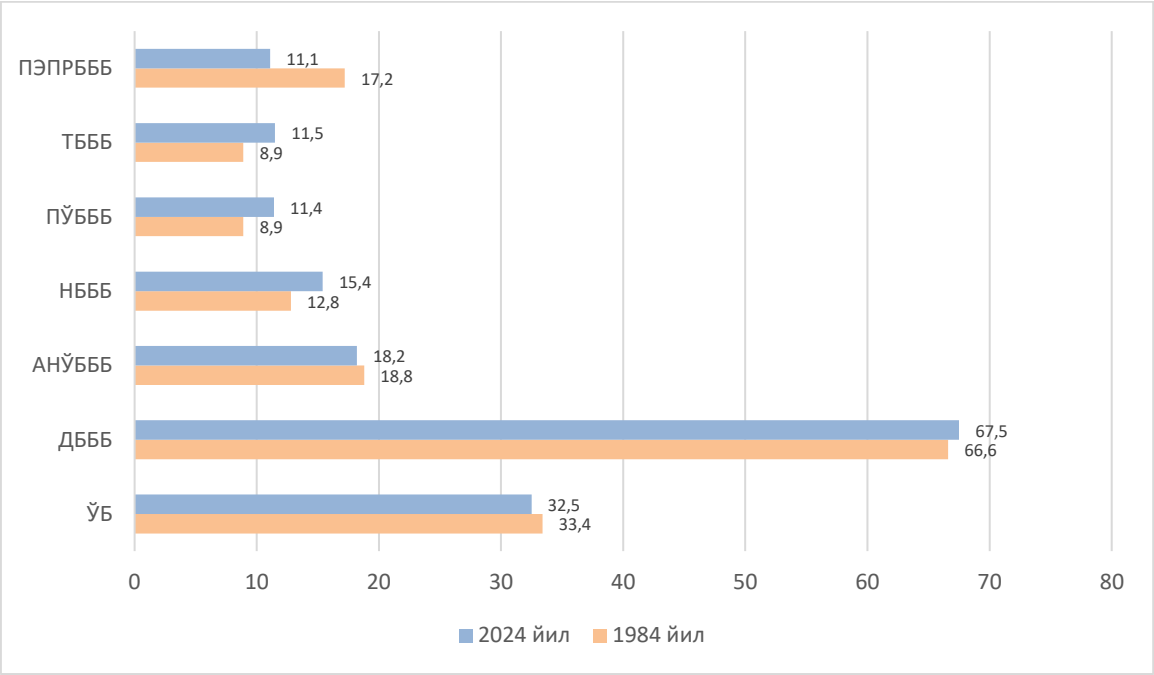
Taqdim qilingan raqamli ma'lumotlardan ko'rinadiki, shizofreniyaning aniqlanishi chastotasiga va tarqalishini o'zgarib borish dinamikasiga gender omili o'zining ta'sirini o'tkazadi.

Xususan, shizofreniyaning tarqalish chastotasi  $\geq 18-90$  yoshli ayollarda – 45,3% va 47,8% dan 1984-2024 yillarda muvofiq bo'lib [RR=1,06; 95% CI=0,92-1,20;  $\chi^2=0,68$ ;  $R>0,05$ ], erkaklarda esa – 54,7% va 33,9% dan aniqlanish darajalari bilan qayd qilinadi [RR=0,95; 95% CI=0,85-1,07;  $\chi^2=1,07$ ;  $R>0,05$ ].

Tadqiqotda, Farg'ona vodiysi populyatsiyasida, turli kechuvchi shizofreniyaning debyuti bo'yicha qiyosiy tavsifi va 40 yillik o'zgarishlari tahlil qilindi. Bu haqdagi tavsiflar va o'zgarishlar dinamikasi 2.10- rasm va 2.6- jadvalda berilgan.

Qayd etilgan raqamli ma'lumotlar ko'rsatadiki, turli kechuvchi shizofreniyaning debyuti 7 xil klinik ifodalanish bilan quyidagicha aniqlanish chastotalarida tasdiqlanadi va 1984-2024 yillardagi o'zgarishlarga muvofiq bo'lib qayd qilinadi: O'B-33,4% va 33,5% dan (0,9% ga kamayish bilan), DBBB – 66,6%

va 67,5% dan (0,9% ga ko‘payish bilan), ANO‘BBB – 18,8% va 18,2% dan (0,6% ga kamayish bilan), NBBB – 12,8% va 15,4% dan (2,6% ga ko‘payish bilan), PO‘BBB – 8,9% va 11,4% dan (2,5% g a ko‘payish bilan), TBBB – 8,9% va 11,5% dan (2,6% ga ko‘payish bilan), PEPRBBB – 17,2% va 11,1% dan (3,1% ga kamayish bilan).



2.10- rasm. Shizofreniyaning debyutini klinik ifodalanishining aniqlanish xususiyatlari

2.6- jadval

Vodiyning katta yoshli aholisida turli kechuvchi shizofreniyaning debyuti bo‘yicha tavsifini 40 yillik o‘zgarishlari

| № | Shizofreniya<br>ning debyuti<br>ko‘rinishlari | Epidmonitoring yillari,<br>SHDKni aniqlanish<br>chastotalari |      |      |      | RR   | 95% CI     | $\chi^2$ | P      |
|---|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------------|----------|--------|
|   |                                               | 1984                                                         |      | 2024 |      |      |            |          |        |
|   |                                               | n                                                            | %    | n    | %    |      |            |          |        |
| 1 | O‘B                                           | 146                                                          | 33,4 | 211  | 32,5 | 0.97 | 0.825-1.15 | 0.11     | > 0.05 |
| 2 | DBBB                                          | 291                                                          | 66.6 | 439  | 67.5 | 1.17 | 1.08-1.27  | 15.61    | <0.001 |
| 3 | ANO‘BBB                                       | 82                                                           | 18,8 | 118  | 18,2 | 0.97 | 0.75-1.25  | 0.065    | > 0.05 |
| 4 | NBBB                                          | 56                                                           | 12,8 | 100  | 15,4 | 1.20 | 0.89-1.63  | 1.40     | > 0.05 |
| 5 | PO‘BBB                                        | 39                                                           | 8,9  | 74   | 11,4 | 1.28 | 0.88-1.84  | 1.70     | > 0.05 |
| 6 | TBBB                                          | 39                                                           | 8,9  | 75   | 11,5 | 1.29 | 0.90-1.87  | 1.90     | > 0.05 |
| 7 | PEPRBB                                        | 75                                                           | 17,2 | 72   | 11,1 | 0.65 | 0.48-0.87  | 8.28     | < 0.05 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Izoh: O‘B- o‘tkir boshlanish, DBBB- dastlabki buzilishlar bilan boshlanish, ANO‘BBB – astenoverozga o‘xshash buzilishlar bilan boshlanish, NBBB – negativ buzilishlar bilan boshlanish, PO‘BBB – psixopatiyaga o‘xshash buzilishlar bilan boshlanish, TBBB- timopatik buzilishlar bilan boshlanish, PEPRBBB – psixoenergetik potensial reduksiyasi bilan boshlanish.

Umuman, turli xil kechuvchi shizofreniyaning debyuti bo‘yicha qiyosiy tavsifi quyidagilarni ko‘rsatadi: kasallik o‘tkir boshlangan bemorlar soni jami 357 nafarni (32,8%) tashkil etadi, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 146 nafar (33,4%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 211 (32,5%)nafar bemorni tashkil kilfdi. Kasallikning o‘tkir debyut holatlari ulushi 1984 va 2024 yillar oralig‘ida deyarli o‘zgarmagan, farqlar statistik ahamiyatga eta emas. [RR-0.97; 95% IO (CI)- 0.825-1.15;  $\chi^2$ -0.11;  $r>0.05$ ].

Kasallik dastlabki buzilishlar bilan asta sekin boshlangan bemorlar soni jami 730 (67.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 291 (66,6%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 439 (67,5%) nafar bemorni tashkil kildi. 1984 va 2024 yillar orasida kasallikning sekin boshlanishiga oid o‘zgarish statistik ahamiyatga ega [RR-1.17; 95% IO (O)- 1.08-1.27;  $\chi^2$ -15.61,  $r < 0.001$ ]. Shizofreniyaning sekin boshlanishi hozirgi vaqtda ko‘proq uchrayotganligi shizofreniya dinamikasining o‘zgarganligini ko‘rsatadi.

Kasallik asteno-nevrozsimon buzilishlar bilan boshlangan bemorlar soni jami 200 (32.8%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 82 (18,8%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 118(18,2%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallik boshlanishida asteno-nevrozga o‘xshash dastlabki buzilishlar bilan kechgan holatlar ulushi 1984-2024 yillar oralig‘ida deyarli

o‘zgarmay qolgan va farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-0.97; 95% IO (CI)- 0.75-1.25;  $\chi^2$ -0.065;  $r > 0.05$ ].

Kasallik negativ buzilishlar bilan boshlangan bemorlar soni jami 156 (14.4%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 56 (12,8%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 100 (15,4%) nafar bemorni tashkil qiladi. 2024 yilda kasallikning boshlang‘ich bosqichida negativ buzilishlar bilan kechgan holatlar soni ortgan,

ammo bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli darajada emas [RR-1.20; 95% IO (O)- 0.89-1.63;  $\chi^2$ -1.40;  $r > 0.05$ ].

Kasallik psixopatiyaga o'xshash buzilishlar bilan boshlangan bemorlar soni jami 113 (10,4%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 39 (8,9%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 74 (11,4%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallik boshlanishida psixotopsimon dastlabki buzilishlar bilan kechgan holatlarning ulushi 2024 yilda oshgan, biroq bu farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-1.28; 95% IO (CI)- 0.88-1.84;  $\chi^2$ -1.70;  $r > 0.05$ ].

Kasallik timopatik buzilishlar bilan boshlangan bemorlar soni jami 114 (10,5%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 39 (8,9%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 75 (11,5%) nafar bemorni tashkil qiladi. 2024 yilda kasallik boshlanishida timopatik dastlabki buzilishlar bilan bog'liq holatlar ulushi ko'paygan, ammo bu farqlar statistik jihatdan ahamiyat kasb etmaydi [RR-1.29; 95% IO (CI)- 0.90-1.87;  $\chi^2$ -1.90;  $r > 0.05$ ].

Kasallik energetik potensial reduksiyasi bilan boshlangan bemorlar soni jami 147 (13,5%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 75 (17,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 72 (11,1%) nafar bemorni tashkil qiladi. Energetik salohiyatning pasayishi bilan boshlang'ich buzilish holatlari ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada kamaydi va bu pasayish statistik ahamiyatga ega [RR-0.65; 95% IO (CI)- 0.48-0.87;  $\chi^2$ -8.28;  $r < 0.05$ ].

1984 yilga nisbatan 2024 yilda kasallikning o'tkir boshlanishi holatlari ulushi kamaygan. Bu pasayish statistik jihatdan axamiyatli bo'lib, kasallikning klinik manzarasida o'zgarish yuz berayotganini, ya'ni o'tkir boshlanish shakli kamroq uchrayotganini ko'rsatishi mumkin.

Umuman, quyidagi natijalar diqqatni aloxida tortadi. Negativ buzilishlar bilan kasallik boshlanishi holatlarining ulushi oshgan va bu o'zgarish statistik jihatdan ahamiyatli. Bu kasallikning dastlabki bosqichlarida salbiy belgilarning kuchayganini aks ettirishi mumkin.

Asteno-nevrozsimon buzilishlar bilan boshlangan holatlar ulushi esa yuqoriligicha qolmoqda, biroq 1984-2024 yillar oraligida biroz pasayish kuzatilgan.

Farqlar statistik jihatdan ahamiyatsiz, bu esa mazkur buzilishlarning kasallik boshlanishi tuzilmasidagi barqaror o'rnini ko'rsatadi.

Kasallik boshlanishida psixopatsimon buzilishlarning ulushi deyarli o'zgarmagan, farqlar statistik ahamiyatga ega emas. Bu ushbu turdagi buzilishlar namoyon bo'lishining barqarorligidan dalolat beradi.

Kasallik boshlanishidagi timopatik buzilishlar chastotasi 1984 yildan 2024 yilgacha o'zgarishsiz qolgan. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatsiz, bu ularning roli barqaror ekanligini ko'rsatadi.

Energetik potensial reduksiyasi bilan kasallik boshlanishi holatlarining ulushi 2024 yilda sezilarli darajada kamaygan va bu o'zgarish statistik jihatdan ahamiyatli. Bu kasallikning dastlabki bosqichlarida hissiy tanqislikning kamayganini ko'rsatishi mumkin.

Umumiy tendensiyalar quyidagicha yaqqol ko'zga tashlanadi. O'tkir boshlanish va energetik potensial reduksiyasi bilan boshlanish holatlari ulushining sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan, bu kasallikning klinik ko'rinishi modellarining o'zgarayotganini ko'rsatadi. Shu bilan birga, salbiy buzilishlar ulushi oshgan, bu ularning kasallik boshlanishi tuzilmasidagi ahamiyati kuchayganidan dalolat beradi.

Tahlil natijalari o'rganilayotgan davrda kasallik boshlanishi xususiyatlaridagi o'zgarishlarni ta'kidlaydi. O'tkir boshlanish ulushining kamayishi va negativ buzilishlar bilan debyutning ko'pligi tashxis qo'yish usullarining takomillashuvi, tashki omillarning o'zgarishi yoki kasallikning biologik mexanizmlaridagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Kasallikning o'tkir va dastlabki buzilishlar bilan sekin boshlanishiga oid 1984 va 2024 yillardagi bemorlar soni va ulushlari qiyosiy tahlil qilindi. Tahlil davomida nisbiy xatar (RR), 95% ishonch interval i (CI), xi-kvadrat test natijalari va r-holatlar (p-value) hisoblab chiqildi.

1984 yil natijalari: Kasallik o'tkir boshlangan: 146 (33,4%). kasallik dastlabki belgilar bilan sekin boshlangan: 291(66,6%) [RR - 0.50, 95% IO (CI) - 0.43 - 0.58,

$\chi^2$ - 94.90,  $r < 0.001$ ]. Bu juda ahamiyatli natija, ya'ni kasallikning sekin boshlanishi o'tkir boshlanishga nisbatan statistik ahamiyatli ravishda ko'prok uchragan.

2.7- jadval

**Bemorlarning kasallik debyutinining 1984 va 2024 yillar bo'yicha umumiy qiyosiy tavsifi**

| <b>Tadqiqot yillari</b> | <b>O'tkir boshlangan</b> | <b>Dastlabki buzilishlar bilan boshlangan</b> | <b>RR</b> | <b>95 % II (CI)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>P</b> |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|-----------|---------------------|----------------------------|----------|
| 1984 yil                | 146<br>(33,4%)           | 291<br>(66,6%)                                | 0.50      | 0.43 - 0.58         | 94.90                      | <0.001   |
| 2024 yil                | 211<br>(32,5%)           | 439<br>(67,5%)                                | 0.60      | 0.51 - 0.71         | 38.91                      | <0.001   |

2024 yil natijalari: Kasallik o'tkir boshlangan: 211 (32,5%). kasallik dastlabki belgilar bilan sekin boshlangan: 439 (67,5%) [RR - 0.60, 95% IO (CI) - 0.51- 0.71,  $\chi^2$ - 38.91,  $r < 0.001$ ]. Bu xam ahamiyatli natija, ya'ni kasallikning sekin boshlanishi 2024 yilda ham o'tkir boshlanishga nisbatan statistik ahamiyatli ravishda ko'proq uchragan.

Umumiy natijalardan chiqariladigan xulosa shuki, 1984 va 2024 yillar orasida shizofreniyaning sekin boshlanishi o'tkir boshlanishga nisbatan doimo ustun bo'lgan. Bundan tashqari, 1984 yilda o'tkir boshlanish 50% kamroq uchragan bo'lsa, 2024 yilda bu farq 40% ga tushgan. Bu tendensiya statistik jihatdan ahamiyatli, chunki har ikkala uchun p-value <0.001. 2024 yilda kasallikning o'tkir boshlanishi ehtimoli 1984 yilga nisbatan, ya'ni 40 yil o'tib nisbatan oshgan, bu o'zgarish hamon statistik ahamiyatli hisoblanadi.

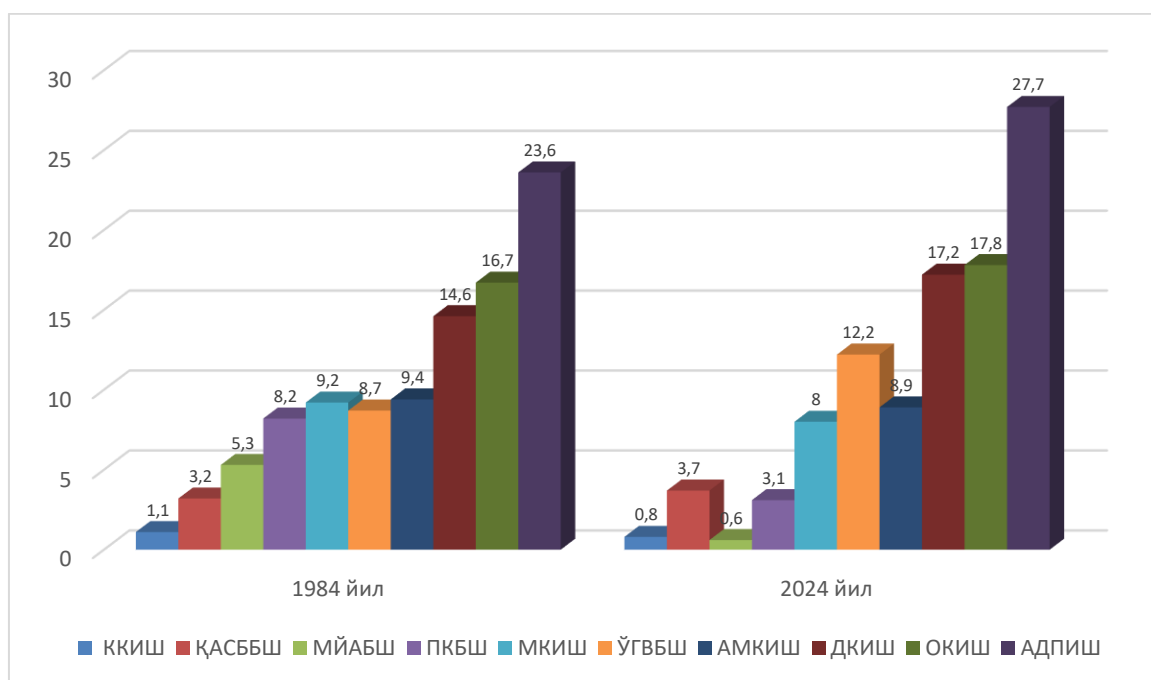
Turli xil kechuvchi shizofreniyaning manifestining klinik ko'rinishini 40 yillik qiyosiy tavsifining vodiylar mintaqasida tahliliy ma'lumotlari keltirilgan (2.11- rasm. 2.7- jadval).

Ulardan ayon bo'ladiki, shizofreniya manifestining klinik ko'rinishi ushbu populyatsiyada 10 ta jihatni ifodalash bilan xos tavsiflanadi: atipik depressiya

ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (ADPISH), atipik manikal ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (AMKISH), depressiya ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (DKISH), katonik ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (KKISH), maniakal ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (MKISH), yetarli ma’lumot yo‘q, oneyroid ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya (OKSH), o‘tkir gallyutsinator vasvasalar bilan boshlangan shizofreniya (O‘GVBSH), paranoid ko‘rinishda boshlangan shizofreniya (PKBSH) va qo‘sh affektiv simptomatika bilan boshlangan (QASBBSH) shizofreniya.

Ularni aloxida-aloxida tahlil qilib baholash katta tashxisiy, profilaktik va terapevtik ahamiyat kasb etadi.

Tekshirilgan bemorlar populyatsiyasini klinik manifestining klinik ko‘rinishi bo‘yicha qiyosiy tahlili natijasida quyidagilar tasdiqlandi: kasallik manifesti atipik depressiv ko‘rinishda boshlangan (DKISH) bemorlar soni jami 283 nafarni (26.0%) tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 103 (23.6%) 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 180 (27,7%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallik manifesti atipik-depressiv klinik ko‘rinishga ega bo‘lgan holatlarning ulushi 2024 yilda ko‘paygan, ammo farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-1.17; 95% IO (CI)- 0.95-1.45;  $\chi^2$ -2.31;  $p > 0.05$ ].



**2.11- rasm Shizofreniyaning manifestli klinik ko‘rinishini ifodalanishi**

Kasallik manifesti atipik-maniakal ko‘rinishda boshlangan (ADPISH) bemorlar soni jami 99 (9.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 41 (9,4%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 58 (8,9%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallik manifesti atipik-maniakal klinik manzarasi bo‘lgan holatlarning ulushi 1984-2024 yillar oralig‘ida deyarli o‘zgarmagan va farqlar statistik ahamiyatga ega emas [RR-0.95; 95% IO (CI)- 0.65-1.39;  $\chi^2$ -0.067;  $p > 0.05$ ].

Kasallik manifesti depressiv ko‘rinishda boshlangan (DKISH) bemorlar soni jami 176 (16.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 64 (14,6%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 112 (17,2%) nafar bemorni tashkil qiladi. 2024 yilda kasallikning depressiv klinik manzarasi bilan boshlanishi holatlari ulushi ortgan, biroq bu farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-1.18; 95% IO (CI)- 0.89-1.56;  $\chi^2$ -1.29;  $p > 0.05$ ].

2.7- jadval

**Vodiy mintaqasi aholisida turli kechuvchi shizofreniyaning manifestining klinik ko‘rinishini 40 yillik qiyosiy tavsifi**

| №  | Shizofreniya<br>monifesti<br>ning klinik<br>ko‘rinishlari | Monitoring yillari<br>shizofreniyaning manifest<br>klinik ko‘rinishlari<br>chastotasi |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P      |
|----|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------|----------|--------|
|    |                                                           | 1984                                                                                  |      | 2024 |      |      |           |          |        |
|    |                                                           | n                                                                                     | %    | n    | %    |      |           |          |        |
| 1  | ADPISH                                                    | 103                                                                                   | 23.6 | 180  | 27.7 | 1.17 | 0.95-1.48 | 2.31     | > 0.05 |
| 2  | AMKISH                                                    | 41                                                                                    | 9.4  | 58   | 8.9  | 0.95 | 0.65-1.39 | 0.067    | > 0.05 |
| 3  | DKISH                                                     | 64                                                                                    | 14.6 | 112  | 17.2 | 1.18 | 0.89-1.56 | 1.29     | > 0.05 |
| 4  | KKISH                                                     | 5                                                                                     | 1.1  | 5    | 0.8  | 0.67 | 0.20-0.31 | 0.40     | > 0.05 |
| 5  | MKISH                                                     | 40                                                                                    | 9.2  | 52   | 8.0  | 0.87 | 0.59-1.30 | 0.45     | > 0.05 |
| 6  | MYABSH                                                    | 23                                                                                    | 5.3  | 4    | 0.6  | 0.12 | 0.04-0.34 | 25.30    | <0.001 |
| 7  | OKISH                                                     | 73                                                                                    | 16.7 | 116  | 17.8 | 1.07 | 0.82-1.39 | 0.24     | > 0.05 |
| 8  | O‘GVBSH                                                   | 38                                                                                    | 8.7  | 79   | 12.2 | 1.40 | 0.97-2.02 | 3.25     | > 0.05 |
| 9  | PKBSH                                                     | 36                                                                                    | 8.2  | 20   | 3.1  | 0.37 | 0.22-0.64 | 14.24    | <0.001 |
| 10 | QASBBSH                                                   | 14                                                                                    | 3.2  | 24   | 3.7  | 1.15 | 0.60-2.20 | 0.18     | > 0.05 |

Kasallikning manifesti katotonik simptomatika bilan boshlanishi holatlari (KKISH) kuzatilgan bemorlar soni jami 10 (0.9%) nafarni tashkil qiladi, bulardan

1984 yilgi holat bo'yicha 5 (1,1%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 5 (0,8%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallik boshlanishidagi katatonik klinik manzara holatlarining ulushi 1984 yildan 2024 yilgacha o'zgarishsiz qolgan va farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-0.67; 95% IO (CI)- 0.20-0.31;  $\chi^2$ -0.40;  $p > 0.05$ ].

Kasallik manifesti maniakal ko'rinishda boshlangan (MKISH) bemorlar soni jami 92 (8.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 40 (9,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 52 (8,0%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallikning maniakal klinik ko'rinishi bilan boshlangan holatlar ulushi 1984 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda deyarli o'zgarmagan va farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-0.87; 95% IO (CI)- 0.59-1.30;  $\chi^2$ -0.45;  $p > 0.05$ ].

Kasallik manifesti oneyroid ko'rinishda boshlangan (OKISH) bemorlar soni jami 189 (17.4%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 73 (16,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 116 (17,8%) nafar bemorni tashkil qilgan. Kasallik boshlanishida oneyroid klinik manzarasi bo'lgan holatlarning ulushi 1984-2024 yillar oralig'ida deyarli o'zgarmagan va farqlar statistik ahamiyatga ega emas [RR-1.07; 95% IO (CI)- 0.82-1.39;  $\chi^2$ -0.24;  $p > 0.05$ ].

Kasallik manifesti paranoid ko'rinishda boshlangan (PKBSH) bemorlar soni jami 56 (5.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 36(8,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 20 (3,1%) nafar bemorni tashkil qilgan. Kasallik manifesti paranoid klinik ko'rinishga ega bo'lgan holatlarning ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada kamaygan va bu pasayish statistik ahamiyatga ega [RR-0.37; 95% IO (CI)- 0.22-0.64;  $\chi^2$ -14.24;  $p < 0.001$ ].

Kasallikning manifesti qo'sh affektiv simptomatika bilan boshlanishi holatlari (KASBBSH) kuzatilgan bemorlar soni jami 38 (3.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 14 (3,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 24 (3,7%) nafar bemorni tashkil qilgan. Kasallikning boshlanish davrida ikki tomonlama affektiv klinik ko'rinishga ega bo'lgan holatlar ulushi 1984 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda deyarli o'zgarmagan va farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-1.15; 95% IO (CI)- 0.60-2.20;  $\chi^2$ -0.18;  $p > 0.05$ ].

Kasallikning ilk davri qanday ko‘rinishda boshlanganligi to‘g‘risida yetarli ma’lumot bo‘lmagan bemorlar soni jami 27 (2.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 23 (5,3%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 4 (0,6%) nafar bemorni tashkil qilgan. Kasallik boshlanishi klinik manzarasi haqida ma’lumotlar mavjud bo‘lmagan holatlar ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada kamaygan va bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-0.12; 95% IO (CI)- 0.04-0.34;  $\chi^2$ -25.30;  $p < 0.001$ ].

Xulosa tarzida kasallik boshlanishining klinik manzarasini tahlil qilish quyidagi asosiy o‘zgarishlar va tendensiyalarni aniqladi (8.1- rasm).

Kasallikning atipik-depressiv buzilishlar ko‘rinishida boshlanishi bilan kuzatilgan bemorlar ulushi 2024 yilda sezilarli darajada ortgan. Bu statistik jihatdan ahamiyatli o‘zgarish bo‘lib, depressiv belgilarning klinik manzaradagi ahamiyati oshganligini ko‘rsatadi. Atipik-maniakal buzilishlar ulushi 1984-2024 yillar oralig‘ida deyarli o‘zgarmay qolgan. Farqlar statistik ahamiyatga ega emas, bu esa ushbu boshlang‘ich shaklning barqaror rolini ko‘rsatadi. Kasallikning boshlanishida depressiv buzilishlar chastotasi oshgan va bu o‘zgarish statistik ahamiyatga egadir. Bu, depressiv belgilarning kasallik boshlanishi klinik manzarasida kuchayib borayotgan ta’sirini ta’kidlaydi.

Kasallikning boshlanishida katatonik buzilishlari bo‘lgan bemorlar ulushi juda past bo‘lib qolgan va deyarli o‘zgarmagan. Farqlar statistik ahamiyatga ega emas. Kasallik boshlanishida maniakal buzilishlari bo‘lgan bemorlar ulushi biroz kamaygan-u, ammo farqlar statistik ahamiyatlilik darajasiga yetmagan.

2024 yilda oneyroid buzilishlari bo‘lgan bemorlar ulushi oshgan, ammo farqlar statistik ahamiyatga ega emas. Bu, ushbu buzilishlarning kasallik boshlanishi klinik manzarasida barqaror rol o‘ynashidan dalolat berishi mumkin.

O‘tkir gallyutsinator-vasvasa buzilishlari bilan kasallanish holatlari ko‘paygan va bu o‘zgarish statistik ahamiyatga ega. Bu, kasallikning boshlanishida psixotik belgilarning roli kuchayganligini ko‘rsatadi.

Kasallikning boshlanishida paranoid buzilishlari bo‘lgan bemorlar ulushi sezilarli darajada kamaygan. Ushbu o‘zgarish statistik ahamiyatga ega.

Kasallikni boshlanishida paranoid buzilishlari bo'lgan bemorlar populyatsiyasining ulushi sezilarli darajada kamaygan. Ushbu o'zgarish tendensiyasi statistik ahamiyatga ega bo'lib, kasallikning klinik manzarasida paranoid simptomlarning namoyon bo'lishi pasayganini ko'rsatadi. Ikki tomonlama affektiv buzilishlar bilan aholi populyatsiyasi ortgan-u, ammo bu farqlar statistik ahamiyatga ega emas.

Umumiy tendensiyaning esa vodiyning  $\geq 18-90$  yoshli populyatsiyada quyidagicha tavsiflash mumkin bo'ladi: 1) atipik-depressiv va depressiv buzilishlar chastotasi sezilarli (statistik ishonchli) oshgan va demak, ularning shizofreniyaning klinik manzaranishidagi hissasi ortgan; 2) paranoid buzilishlarni aniqlanish chastotalari kamaygan; 3) kasallik boshlanishining manifest klinik manzarasini tahlil qilish natijalari buzilishlar turlarining taqsimlanishidagi muhim (tashxisiy va terapevtik ahamiyatli) o'zgarishlarni ko'rsatadi. Bu ma'lumotlarga alohida preventiv-profilaktik va farmakoterapevtik e'tibor qaratish zarurligini ko'rsatadi.

Olingan natijalar shizofreniya klinik kechuvining vaqt o'tishi bilan o'zgarib borganini ko'rsatdi. Ilk yillarda kasallik ko'proq klassik, progrediya kechuv bilan tavsiflangan bo'lsa, keyingi davrlarda remittirlovchi va nisbatan yengil klinik shakllar ulushining oshgani kuzatildi.

Klinik simptomatika tahlili kognitiv buzilishlar, ijtimoiy faollikning pasayishi va affektiv komponentning nisbatan ustun bo'lishiga olib kelgan patomorfologik o'zgarishlarni ko'rsatdi. Bu holat zamonaviy diagnostika va terapiya imkoniyatlarining kengayishi bilan bog'liq holda izohlanadi.

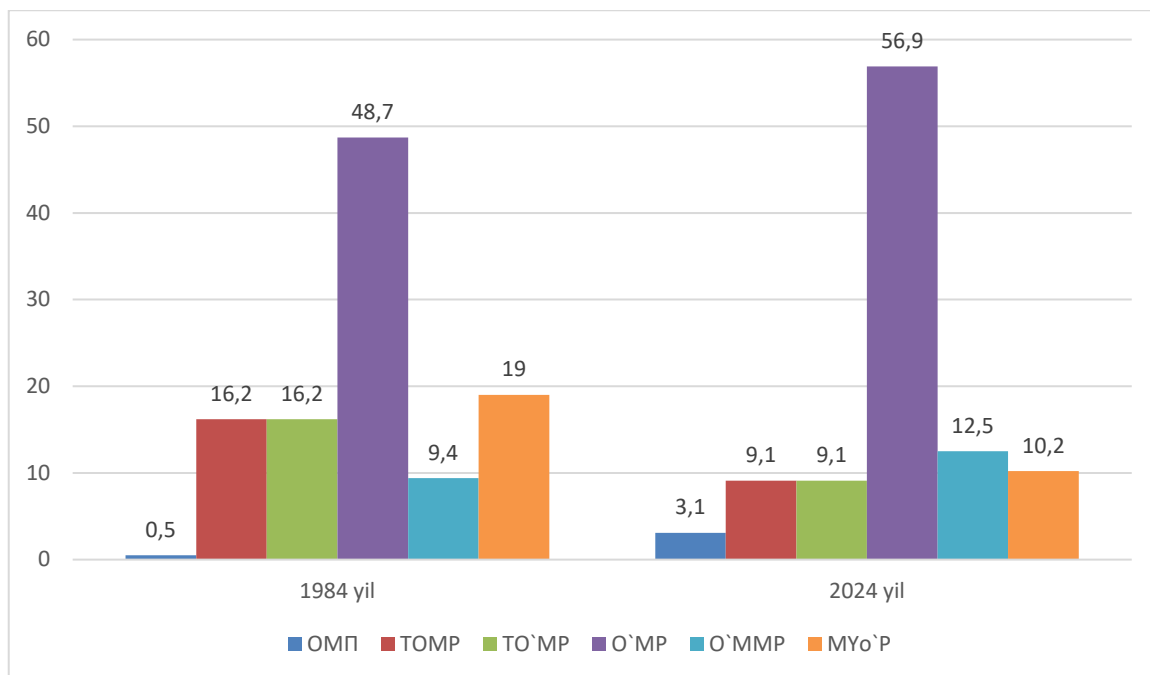
## **§2.4. Ijtimoiy-premorbid va xavf omillari tahlili**

Shizofreniyaning vodiyning katta yoshli aholisida ijtimoiy-epidemiologik xatar omillariga bog'liq xolda tarqalish chastotasi va 40 yillik o'zgarishlarining tavsiflari o'rganildi.

Ma'lumot darajasiga ko'ra shizofreniyaning tarqalishini qiyosiy tavsifi baholangan va 1984-2024 yillardagi o'zgarishlari tahlil qilingan (2.12- rasm).

Ma'lumot darajasi bo'yicha tugallanmagan oliy ma'lumotlilar (TOMP), oliy ma'lumotlilar (OMP) "tugallanmagan" o'rta ma'lumotli populyatsiya (TO'MP), "o'rta ma'lumotli populyatsiya (O'MP)", "o'rta maxsus ma'lumotli populyatsiya (MYP)" ajratilgan ularga bog'liq xolda shizofreniyani tarqalish xususiyatlari aniqlangan.

Tadqiqot yillari bo'yicha o'rganilgan bemorlarning ma'lumoti bo'yicha qiyosiy tahlil natijalari quyidagilarni ko'rsatdi: oliy ma'lumotga ega bo'lgan bemorlar jami 81(7.4%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 27 (6,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 54 (8,3%) nafar bemorni tashkil qildi. Farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-1.34; 95% IO (CI)- 0.86-2.10;  $\chi^2$ -1.72;  $r>0,05$ ], tugallanmagan oliy ma'lumotga ega bo'lgan bemorlar jami 22 (2.0%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 2 (0,5%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 20 (3,1%) nafar bemorni tashkil kiladi. 2024 yilda tugallanmagan oliy ma'lumotga ega shaxslar ulushining sezilarli darajada ko'pligi kuzatiladi. [RR-6.72; 95% IO (O)- 1.58-28.62;  $\chi^2$ -9.04;  $r<0.05$ ], tugallanmagan o'rta ma'lumotga ega bo'lgan bemorlar jami 130 (11.9%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 71 (16,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 59 (9,1%) nafar bemorni tashkil qiladi. 2024 yilda tugallanmagan o'rta ma'lumotli kishilar ulushining statistik jihatdan sezilarli darajada kam bemorlarni tashkil kiladi. [RR-0.56; 95% IO (O)- 0.40-0.77;  $\chi^2$ -12.76;  $r < 0.001$ ], o'rta ma'lumotga ega bo'lgan bemorlar jami 583 (53.6%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 213 (48,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 370 (56,9%) nafar bemorni tashkil kiladi. Farqlar statistik ahamiyatlilik chegarasida joylashgan. [RR-1.17; 95% IO (CI)- 1.04-1.31;  $\chi^2$ -7.03;  $r < 0.05$ ] o'rta maxsus ma'lumotga ega bo'lgan bemorlar jami 122 (11.2%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 41 (9,4%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 81(12,5%)nafar bemorni tashkil kiladi. 2024 yilda o'rta maxsus ma'lumotli odamlar ulushi ko'p bo'lsa-da, bu statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-1.3; 95% IO (O)- 0.93-1.90;  $\chi^2$ -2.49;  $r > 0.05$ ], ma'lumoti yo'q bo'lgan bemorlar jami 149 (13.7%) nafar bo'lib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 83 (19,0%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 66 (10,2%) нафар беморни ташкил килади.



## 2.12- rasm. Shizofreniyaning ijtimoiy-epidemiologik xatar omillariga bog'liq xolda aniqlanishi va ko'p yillik o'zgarishlarini ifodalanishi

Ushbu ma'lumotlar ko'rsatadiki, shizofreniyaning shakllanish va o'sish sur'ati ma'lumotsiz xamda tugallanmagan o'rta ma'lumotli populyatsiyada yuqori bo'ladi. TO'MP va O'MP da shizofreniyaning aniqlanish darajasini keskin yuqoriligi va shunday epidemiologik tavsifni MYPda ham qayd qilinganligi e'tiborni tortadi. Demak, shizofreniyaning yuqori xavfi O'MP, TO'MP, TOMP va MYP da eng yuqori ko'rsatkichlarda tasdiqlanadi.

Ish faoliyatiga bog'liq xolda shizofreniyaning aniqlanishi darajasi va 40 yillik o'zgarishlarini qiyosiy tavsifi 2.8 - jadvalda keltirilgan.

Tadqiqot yillarida muvofiq xolda vodiyning  $\geq 18-90$  yili aholisida shizofreniya xos jihatlar bilan ish faoliyatiga bog'liq xolda kuzatiladi: ishlamagan aholida – 23,8% va 29,4% dan (1984 va 2024 yillarda), malakali jismoniy faoliyat/mehnat qiluvchi aholida – 16,5% va 14,2% dan, malakasiz jismoniy mehnat qiluvchi aholida – 35,2% va 32,3% dan, aqliy mehnat qiluvchi populyatsiyada – 24,5% va 24,2% dan.

Chuqurroq tahlil qilinganda tavsiflar va natijalar quyidagicha aniqlandi: ishlamaydigan bemorlar soni jami 295 (27.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 104 (23,8%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 191 (29,4%) nafar

bemorni tashkil kildi. Ishlamaydiganlar ulushi esa 2024 yilda 1984 yilga nisbatan sezilarli darajada ko‘p va bu farq statistik ahamiyatga ega [RR-1,23; 95% IO (CL) – 1,01-1,52;  $\chi^2$ -4,12;  $r < 0.05$ ].

2.8- jadval

**Shizofreniyaning ish faoliyatiga bog‘liq xolda epidemiologik tavsifi va vodiy sharoitida 40 yillik dinamikasi**

| № | Tekshiruv yillari                               | Epidmonitoring yillari shizofreniyaning tarqalishi |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P      |
|---|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------|----------|--------|
|   |                                                 | 1984                                               |      | 2024 |      |      |           |          |        |
|   |                                                 | n                                                  | %    | n    | %    |      |           |          |        |
| 1 | Ishsiz populyatsiya                             | 104                                                | 23.8 | 191  | 29.4 | 1.23 | 1.01-1.52 | 4.12     | < 0,05 |
| 2 | Malakali jismoniy mehnat qiluvchi populyatsiya  | 72                                                 | 16.5 | 92   | 14.2 | 0.93 | 0.70-1.22 | 0.29     | > 0,05 |
| 3 | Malakasiz jismoniy mehnat qiluvchi populyatsiya | 154                                                | 35.2 | 210  | 32.3 | 0.99 | 0.85-1.15 | 0.02     | > 0,05 |
| 4 | Aqliy mehnat qiluvchi populyatsiya              | 107                                                | 24.5 | 157  | 24.2 | 1.06 | 0.87-1.30 | 0.37     | > 0,05 |

Malakali jismoniy mehnat bilan shug‘ullanuvchi bemorlar soni jami 164 (15.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 72 (16,5%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 92 (14,2%) nafar bemorni tashkil kildi. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-0.93; 95% IO (CI)- 0.70-1.22;  $\chi^2$ -0.29;  $r > 0.05$ ].

Malakasiz jismoniy mehnat bilan shug‘ullanuvchi bemorlar soni jami 364 (34.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 154 (35,2%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 210 (32,3%) nafar bemorni tashkil kildi. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-0.99; 95% IO (CI)- 0.85- 1.15;  $\chi^2$ -0.02;  $r > 0.05$ ].

Aqliy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorlar soni jami 264 (24.3%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 107 (24,5%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 157 (24,2%) nafar bemorni tashkil kildi. Farklar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-1.06; 95% IO (CI)- 0.87-1,30;  $\chi^2$  -0,37;  $R>0.05$ ].

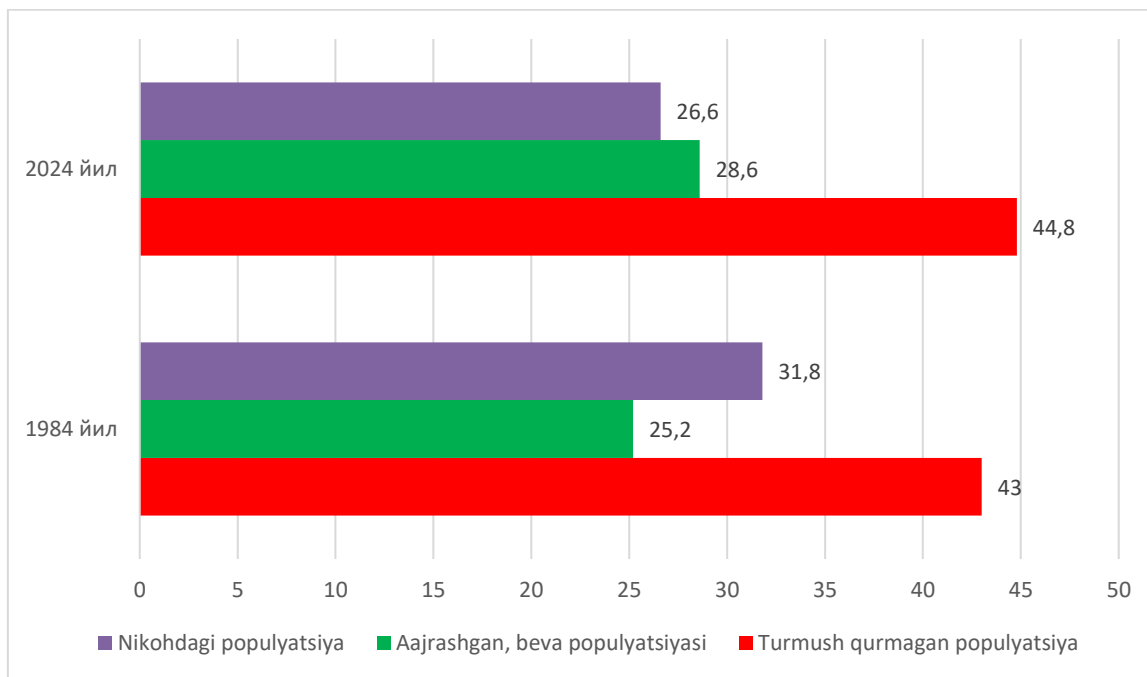
Umuman, ishlaydiganlar ulushi shizofreniya bilan bemorlarda 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada ko'pligi aniqlandi va bu farq statistik ahamiyatga ega, qolgan barcha malaka toifalari (malakali/malakasiz jismoniy mehnat, aqliy mehnat) uchun 1984 va 2024 yillar orasidagi tafovutlar statistik jihatdan ahamiyatli emasligi ham tasdiqlanadi.

40 yillik kasallanish dinamikasi tasdiqlaydiki, ishsiz populyatsiyada shizofreniya rivoji xavfi sezilarli oshgan va aqliy mehnatga bog'liq xolda esa shizofreniyani aniqlanish darajasi deyarli bir xilda qolgan. Jismoniy mehnat shizofreniya xavfini kamaytirishda "himoyalovchi omil" rovida, sezilarsiz bo'lmasada, qayd qilinadi.

Bemorlarning oilaviy ahvoli bo'yicha qiyosiy tahlilida, turmush qurmaganlar bemorlar soni jami 479 (44,0%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 188 (43,0%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 291 (44,8%) nafar bemorni tashkil kildi.  $r>0.05$  qiymatga eta bo'lib, bu statistik ahamiyatga eta emasligini tasdiklaydi. [RR-1.04; 95% IO (CI)- 0.91-1.19;  $\chi^2$ -0.32;  $r>0.05$ ].( 2.13- rasm)

Ajrashgan yoki beva qolganlar bemorlar soni jami 296 (27.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 110 (25,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 186 (28,6%) nafar bemorni tashkil qildi.  $R>0.05$  qiymatga ega bo'lib, bu statistik ahamiyatga ega emasligini tasdiqlaydi. [RR-1.14; 95% IO (O)- 0.93- 1.39;  $\chi^2$ -1.56;  $r>0.05$ ].

Nikohdagi bemorlar soni jami 312 (28.7%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 139 (31,8%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 173 (26,6%) nafar bemorni tashkil qildi. 2024 yilda 1984 yilga nisbatan nikohda bo'lganlar ulushining kamayishi kuzatilmoqda, biroq bu farq statistik ahamiyatsiz chegarasiga yaqin ( $R=0,064$ ) turadi [RR-0.84; 95% CI = 0.69- 1.0;  $\chi^2$ -3.44;  $r>0.05$ ].



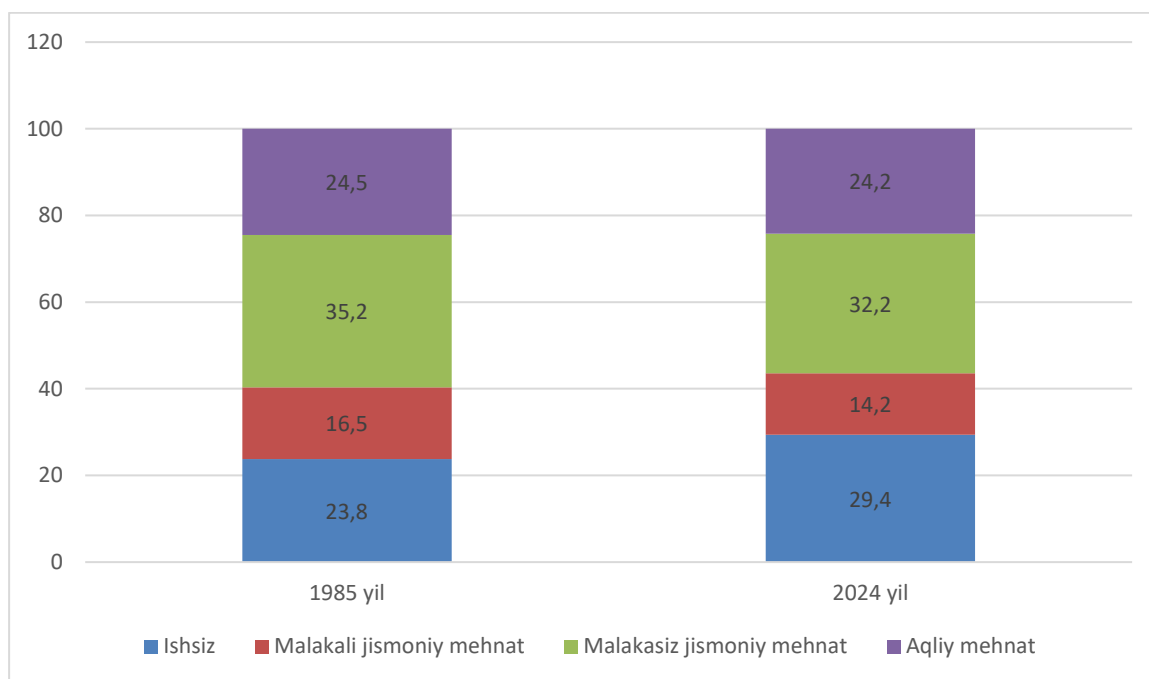
### 2.13- rasm. Shizofreniyaning oilaviy holati turlicha bo'lgan populyatsiyada epidemiologik tavsifi va aniqlanish chastotasini 40 yillik o'zgarishlari

Umuman tasdiqlandiki, turmush qurmagan aholida shizofreniyaning kelib chiqish va rivojlanish xavfi deyarli har ikkinchi tekshirilganlarda kuzatiladi va shunday xavf beva yoki ajrashganlarda ham qayd qilinadi.

Tadqiqot yillarida muvofiq xolda vodiyni  $\geq 18-90$  yili aholisida shizofreniya xos jihatlar bilan ish faoliyatiga bog'liq xolda kuzatiladi: ishlamagan aholida – 23,8% va 29,4% dan (1984 va 2024 yillarda), malakali jismoniy faoliyat/mehnat qiluvchi aholida – 16,5% va 14,2% dan, malakasiz jismoniy mehnati qiluvchi aholida – 35,2% va 32,3% dan, aqliy mehnat qiluvchi populyatsiyada – 24,5% va 24,2% dan.

Chuqurroq tahlil qilinganda tavsiflar va natijalar quyidagicha aniqlandi: ishlamaydigan bemorlar soni jami 295 (27.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 104 (23,8%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 191 (29,4%) nafar bemorni tashkil kildi. Ishlamaydiganlar ulushi esa 2024 yilda 1984 yilga nisbatan sezilarli darajada ko'p va bu farq statistik ahamiyatga ega [RR-1,23; 95% IO (CL) – 1,01-1,52;  $\chi^2$ -4,12;  $r < 0.05$ ]. (2.14- rasm).

Umuman, ishlaymaydiganlar ulushi shizofreniya bilan bemorlarda 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada ko'pligi aniqlandi va bu farq statistik ahamiyatga ega, qolgan barcha malaka toifalari (malakali/malakasiz jismoniy mehnat, aqliy mehnat) uchun 1984 va 2024 yillar orasidagi tafovutlar statistik jihatdan ahamiyatli emasligi ham tasdiqlanadi (2.14- rasm).



**2.14- rasm. Turli mehnat bilan shug'ullanuvchi vodiylar aholisida shizofreniyaning rivojlanishi va 40 yillik o'zgarishlarini ifodalash**

Malakali jismoniy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorlar soni jami 164 (15.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 72 (16,5%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 92 (14,2%) nafar bemorni tashkil kildi. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-0.93; 95% IO (CI)- 0.70-1.22;  $\chi^2$ -0.29;  $r > 0.05$ ].

Malakasiz jismoniy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorlar soni jami 364 (34.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 154 (35,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 210 (32,3%) nafar bemorni tashkil kildi. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-0.99; 95% IO (CI)- 0.85- 1.15;  $\chi^2$ -0.02;  $r > 0.05$ ].

Aqliy mehnat bilan shug'ullanuvchi bemorlar soni jami 264 (24.3%) nafarni tashkil kilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 107 (24,5%), 2024 yilgi holat

bo'yicha esa 157 (24,2%) nafar bemorni tashkil kildi. Farklar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-1.06; 95% IO (CI)- 0.87-1,30;  $\chi^2$  -0,37;  $R>0.05$ ].

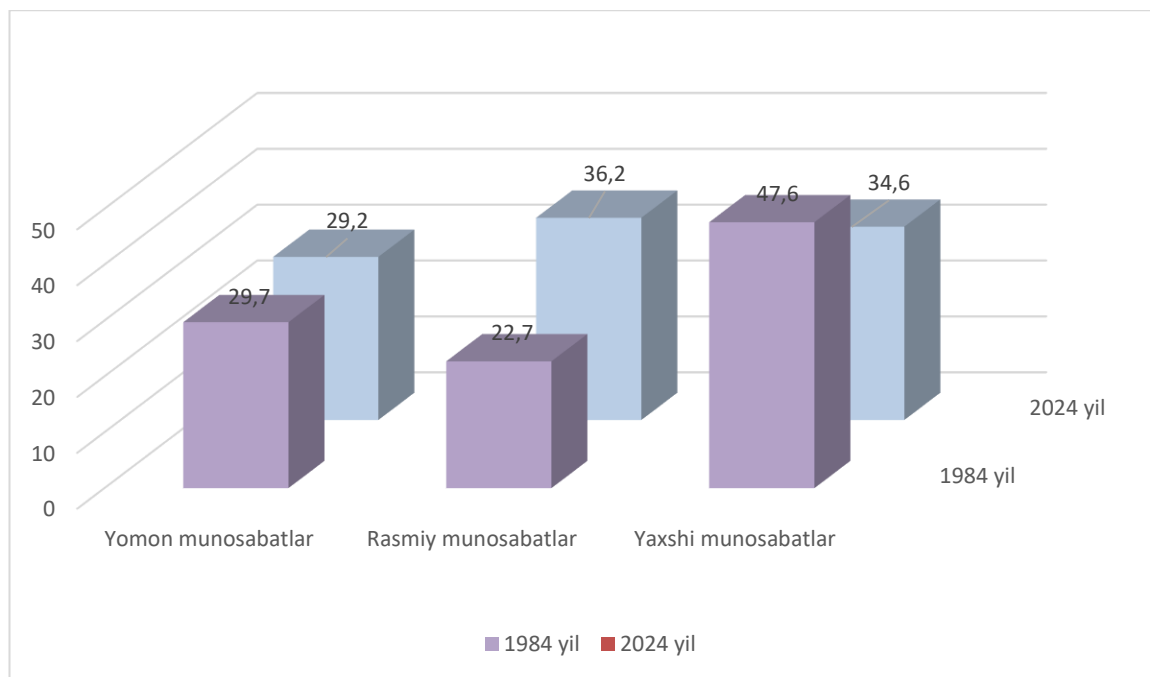
Turli xil kechuvchi shizofreniya bilan kasallangan bemorlar populyatsiyasida kasallikning ijtimoiy-prenozologik (premorbidli, prediktiv) aspektlari vodiy sharoitida o'rganildi.

2.15- rasmda shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning oilasida o'zaro ijtimoiy munosabatlar xarakteri darajasini o'rganish va baholashga oid ma'lumotlar keltirilgan.

Ulardan ko'rinadiki, turli xil kechuvchi shizofreniya bilan aholi oilasida o'zaro munosabatlar xarakteri uch xil- "yomon", "rasmiy" va "yaxshi" darajalarda qayd qilinadi, aksariyat "rasmiy" va "yaxshi" munosabatlar tasdiqlanadi.

Bemorlarning oilaviy munosabatlari haqidagi ma'lumotlar tahlili quyidagi asosiy o'zgarishlar va tendensiyalarni aniqladi: oilasida o'zaro munosabatlar xarakteri "yomon" bo'lgan bemorlar soni jami 320 (29.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 130 (29,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 190 (29,2%) nafar bemorni tashkil qiladi. Oilada "yomon" munosabatlar bilan bog'liq holatlar ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda biroz ortgan va bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-1.19; 95% IO (CI)- 1.00 – 1.41;  $\chi^2$ -4.09;  $p < 0.05$ ].

Oilasidagi o'zaro munosabatlar xarakteri "rasmiy" bo'lgan bemorlar soni jami 334 (30.7%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 99 (22,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 235 (36,2%) nafar bemorni tashkil qiladi. 1984 yilga nisbatan 2024 yilda oilada "rasmiy" munosabatlar mavjud bo'lgan holatlar ulushi sezilarli darajada oshgan va bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-1.58; 95% IO (CI)- 1.32 – 1.91;  $\chi^2$ -26.58;  $p < 0.001$ ].



**2.15- rasm. Shizofreniyada oilaviy munosabatlarni ifodalanishi**

Oilasidagi o‘zaro munosabatlar xarakteri “yaxshi” bo‘lgan bemorlar soni jami 433 (39.8%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo‘yicha 208 (47,6%), 2024 yilgi holat bo‘yicha esa 225 (34,6%) nafar bemorni tashkil qiladi. Oilada “yaxshi” munosabatlar mavjud bo‘lgan holatlarning ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada pastligi aniqlandi va bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-0.72; 95% IO (CI)- 0.64 –0.81;  $\chi^2$ -26.58;  $p < 0.001$ ].

Oilada “rasmiy” munosabatlarga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 32,2 foizdan 2024 yilda 51,1 foizgacha oshgan. Bu statistik jihatdan ahamiyatli o‘shish bo‘lib, surunkali ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarda ko‘p uchraydigan oilaviy aloqalardagi hissiy uzoqlashishning kuchayganini ko‘rsatadi.

Oilada “yaxshi” munosabatlarga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 67,8 foizdan 2024 yilda 48,9 foizgacha kamaygan. Bu pasayish ham statistik jihatdan ahamiyatli bo‘lib, yaqinlar tomonidan qo‘llab-quvvatlashning sustlashganini anglatadi, bu esa kasallikning kechishi va rehabilitatsiyasi salbiy ta’sir ko‘rsatishi ehtimolini oshiradi.

Oilada “yomon” munosabatlarga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 29,7 foizdan 2024 yilda 29,2 foizga o‘zgargan. Davrlar orasidagi farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas, bu esa ushbu toifaning barqarorligidan dalolat beradi.

Umumiy tendensiya: oilaviy munosabatlarning sezilarli darajada yomonlashayotgani kuzatiladi: rasmiy aloqalarning ko‘payishi va yaxshi munosabatlar ulushining kamayishi. Bu salbiy simptomlar va kognitiv buzilishlar kabi kasallik belgilari tufayli bemorlarning yaqinlari bilan hissiy muloqotida qiyinchiliklar yuzaga kelayotgani bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Rasmiy munosabatlarning ko‘payishi va yaxshi munosabatlarning kamayishi oilani davolash va reabilitatsiya jarayoniga jalb qilish, shuningdek, oilaviy qo‘llab-quvvatlashni kuchaytirish dasturlarini ishlab chiqish zarurligini ta’kidlaydi.

Tahlil natijalari ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarda oilaviy munosabatlar sifatining yomonlashganini ko‘rsatmoqda. Bu bemorlarning oilalari bilan psixologik va ijtimoiy ishlarni olib borish, jumladan, maslahat berish va o‘qitish orqali oilalarga qiyinchiliklarni yengishda va bemorlarni qo‘llab-quvvatlashda yordam berish muhimligini anglatadi. Oilaviy profilaktika, shizofreniya bilan bemorlarni oilaviy qo‘llab quvvatlash, bemorlarning sog‘ayish istiqbolini yaxshilash va hayot sifatini oshirishda muhim shizofreniyaning protektiv omili hisoblanadi.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra 1984 yilda nogironligi bo‘lmagan holatlar, shizofreniya bo‘yicha, kuzatilmagan, 2024 yilda bo‘lsa bu guruhdagilar 38.5%ni tashkil qilgan. Bu sezilarli o‘sish bo‘lib statistik jihatdan ahamiyatlidir, chunki mazkur ko‘rsatkich davolash va reabilitatsiya masaradorligi yaxshilanganligini yoki aksinchasini ko‘rsatishi mumkin. Davolash samaradorligi shizofreniya bilan bemorlarga mehnat qobiliyati va ijtimoiy faolligini saqlab qolish imkonini beradi. 40 yillik umumiy tendensiya izoxi: 1- guruh nogironligi bo‘lgan bemorlar hissasining 40 yillik kuzatuv davomida sezilarli darajada kamayishi hamda nogironligi bo‘lmagan yoki 3- guruh nogironligi bo‘lgan bemorlar sonining ko‘payishi kuzatiladi. Ushbu dinamika yoki ijobiy o‘zgarishlar davolash natijalari, oilaviy qo‘llab-quvvatlovchi davolanish jarayonini, prenozologik tashxislash,

premorbid holatlari va reabilitatsiya chora tadbirlarini imkoniyatlari yaxshilanganligidan dalolat beradi. Qayd etilgan 2- guruh nogironligi bo'lgan bemorlarning barqaror ulushi esa o'rtacha og'irlikdagi guruhda nogironlik tuzilmasi 40 yili davomida o'zgarmaganligini tasdiqlaydi.

Tadqiqot natijalari shizofreniya bilan aholini barvaqt tashxislashda, davolash va profilaktika tadbirlariga jalb qilishda irsiy omilni hisobga olish zarurligini ko'rsatadi. Yoki shizofreniyani, ruhiy kasalliklarni oilaviy tarixiga alohida tibbiy e'tibor qaratish lozim, chunki irsiy omil shizofreniya xavfini prognozlashda va davolash natijalari bo'yicha asosiy ko'rsatkich bo'lib xizmat qiladi.

Umuman olganda, tahlil natijalari ruhiy kasalliklarga, ya'ni turli xil kechuvchi shizofreniyaga chalingan bemorlarda nogironlik tuzilmasi bo'yicha ijobiy o'zgarishlar yuz berganini ko'rsatadi. Nogironligi bo'lmagan va yengilroq cheklovlariga ega bemorlar ulushining ko'payishi davolash, reabilitatsiya va ijtimoiy moslashuv sifatini yaxshilashdagi yutuqlarni tasdiqlaydi. Ammo lekin, shularga qaramay, bunday ijobiy 40 yillik dinamikani saqlab qolish uchun oilaviy qo'llab quvvatlash va mehnatga moslashuv dasturlarini yanada takomillashtirib borishga ehtiyoj va zaruriyat saqlanib qolganligini ta'kidlab o'tish joiz bo'ladi.

Turli xil kechuvchi shizofreniyani TXKSH boshlanishi va avjlanishiga ta'sir etuvchi ekzogen omillar (spirtli ichimliklar va giyoxvandlar iste'moli – SpIGI, homiladorlik va tug'ruqlar – XTO, infeksiyalar, ruhiy omillar – RUO, somatik kasalliklar – SK, bosh miya jarohatlari – BMJ va ko'milgan ekzogen omillar – KEO) ta'sirlari o'rganildi va tahlil qilinib baholandi.

Olingan ma'lumotlar 2.9- jadvalda raqamli bayon qilingan.

Jadval va ma'lumotlaridan ko'rinadiki, vodiylar sharoitida shizofreniya debyuti uchun potensial qo'zg'atuvchi omillar sifatida ekzogen omillarni maxsus va yanada chuquroq hamda kengroq o'rganish zarurati, ayniqsa epidemiologik tadqiqotlarda bor.

40 yillik epidmonitoringdan shunday xulosaga kelish mumkin yoki darkor. Chunki, Farg'ona vodiysining uchta viloyatidan bo'lgan, tadqiqot yillari bo'yicha o'rganilgan bemorlarning kasallik boshlanishiga ta'sir qilgan ekzogen omillar

bo'yicha qiyosiy tahlili quyidagilarni ko'rsatdi: kasallikning boshlanishida Ekzogen omillari ta'siri bo'lmagan bemorlar (EOTBB) soni jami 421 (38.7%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 183 (41,9%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 238 (36,6%) nafar bemorni tashkil qildi. Ekzogen omillar mavjud bo'lmagan holatlar ulushi 1984-2024 yillar oralig'ida deyarli o'zgarmagan, farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-0.87; 95% IO (CI)- 0.75-1.02;  $\chi^2$ -3.05;  $p > 0.05$ ].

2.9- jadval

**Turli xil kechuvchi shizofreniyaning boshlanishiga ta'sir qiluvchi ekzogen xatar omillarini qiyosiy tavsifi va 40 yillik o'zgarishlari dinamikasi**

| № | TXKSH<br>ning<br>ekzogen<br>xatar<br>omillari       | Epidmonitoring yillari,<br>TXKSH aniqlanish<br>chastotasi |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P       |
|---|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------|----------|---------|
|   |                                                     | 1984                                                      |      | 2024 |      |      |           |          |         |
|   |                                                     | n                                                         | %    | n    | %    |      |           |          |         |
| 1 | Ekzogen omillari ta'siri bo'lmagan bemorlar (EOTBB) | 183                                                       | 41.9 | 238  | 36.6 | 0.87 | 0.75-1.02 | 3.05     | > 0.05  |
| 2 | SpIGI                                               | 38                                                        | 8.7  | 46   | 7.1  | 0.81 | 0.54-1.23 | 0.96     | > 0.05  |
| 3 | XTO                                                 | 30                                                        | 6.9  | 37   | 5,7  | 0.83 | 0.52-1.32 | 0.62     | > 0.05  |
| 4 | Infeksiya                                           | 43                                                        | 9,8  | 53   | 8,2  | 0.83 | 0.56-1.22 | 0.92     | > 0.05  |
| 5 | RUO                                                 | 80                                                        | 18,3 | 205  | 31,5 | 1.72 | 1.37-2.16 | 23.65    | < 0.001 |
| 6 | SK                                                  | 19                                                        | 4,3  | 22   | 3,4  | 0.78 | 0.43-.42  | 0.67     | > 0.05  |
| 7 | BMJ                                                 | 22                                                        | 5,0  | 25   | 3,8  | 0.76 | 0.44-1.34 | 0.89     | > 0.05  |
| 8 | KEO                                                 | 22                                                        | 5,0  | 24   | 3,7  | 0.73 | 0.42-.29  | 1.16     | > 0.05  |

Kasallikning boshlanishida ekzogen omil sifatida spirtli ichimliklar va giyohvand moddalar iste'moli ta'siri bo'lgan bemorlar (SpIGI) soni jami 84 (7.7%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 38 (8,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 46 (7,1%) nafar bemorni tashkil qildi. Alkogol va giyohvandlikning kasallik debyutiga ta'siri ulushi 1984-2024 yillar oralig'ida deyarli o'zgarmagan va

farqlar statistik ahamiyatga ega emas. [RR-0.81; 95% IO (CI)- 0.54-1.23;  $\chi^2$ -0.96;  $p > 0.05$ ].

Kasallikning boshlanishida homiladorlik yoki tugʻruq ekzogen omil sifatida boʻlgan bemorlar (XTO) soni jami 67 (6.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat boʻyicha 30 (6,9%), 2024 yilgi holat boʻyicha esa 37 (5,7%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallik debyutida homiladorlik va tugʻruq ekzogen omil boʻlgan holatlarning ulushi 1984-2024 yillar oraligʻida deyarli oʻzgarmadi, farqlar statistik ahamiyatga ega emasligi aniqlandi. [RR-0.83; 95% IO (CI)- 0.52-1.32;  $\chi^2$ -0.62;  $p > 0.05$ ].

Kasallik debyutida infeksiyalar ekzogen omil sifatida boʻlgan bemorlar soni jami 96 (8.8%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat boʻyicha 43 (9,8%), 2024 yilgi holat boʻyicha esa 53 (8,2%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallikning debyutida ekzogen omillar boʻlgan infeksiyalar ulushi 1984-2024 yillar oraligʻida deyarli oʻzgarmagan va farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas. [RR-0.83; 95% IO (CI)- 0.56-1.22;  $\chi^2$ -0.92;  $p > 0.05$ ].

Ruhiy omillar (RUO) ekzogen omil sifatida boʻlgan bemorlar soni jami 285 (26.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat boʻyicha 80 (18,3%), 2024 yilgi holat boʻyicha esa 205 (31,5%)nafar bemorni tashkil qildi. 2024 yilda psixogeniya kasallik debyutida ekzogen omil boʻlgan holatlar ulushi sezilarli darajada oshdi va bu farq statistik ahamiyatga ega. [RR-1.72; 95% IO (CI)- 1.37-2.16;  $\chi^2$ -23.65;  $p < 0.001$ ].

Kasallik debyutida somatik kasalliklar (SK) ekzogen omil sifatida boʻlgan bemorlar soni jami 41 (3.8%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat boʻyicha 19 (4,3%), 2024 yilgi holat boʻyicha esa 22 (3,4%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallikning boshlanishida ekzogen omil boʻlgan somatogen holatlar ulushi 1984-2024 yillar oraligʻida sezilarli darajada oʻzgarmagan boʻlib, farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-0.78; 95% IO (CI)- 0.43-.42;  $\chi^2$ -0.67;  $p > 0.05$ ].

Bosh miya jarohatlari (BMJ) ekzogen omil sifatida boʻlgan bemorlar soni jami 47 (4.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat boʻyicha 22 (5,0%), 2024 yilgi holat boʻyicha esa 25 (3,8%) nafar bemorni tashkil qildi. 1984-2024 yillar

oralig'ida kasallikning boshlanish davrida bosh miya jarohatlari tashqi omil bo'lgan holatlar ulushi deyarli o'zgarishsiz qolgan bo'lib, farqlar statistik jihatdan ahamiyatga ega emas [RR-0.76; 95% IO (CI)- 0.44-1.34;  $\chi^2$ -0.89;  $p > 0.05$ ].

Kombinatsiyalangan ekzogen omillar (KEO) natijasida kasalligi boshlangan bemorlar soni jami 46 (4.2%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 22 (5,0%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 24 (3,7%) nafar bemorni tashkil qildi. Kasallik boshlanishida kombinatsiyalangan omillar ekzogen bo'lgan holatlar ulushi 1984 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda deyarli o'zgarmagan, bu farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR-0.73; 95% IO (CI)- 0.42-.29;  $\chi^2$ -1.16;  $p > 0.05$ ].

Umuman, EXIP hissasi 1984-2024 yillar oralig'ida barqaror qoldi. Bu ko'pchilik bemorlar uchun kasallikning boshlanishida ekzogen sabablar asosiy qo'zg'atuvchi omil emasligini ko'rsatadi.

Alkogolizatsiya yoki giyohvandlik bilan bog'liq kasallik debyuti bo'lgan bemorlar ulushi 2024 yilda qiyosan kamaygan, ammo farqlar statistik ahamiyatga ega bo'lmaydi. Bu ijtimoiy muhitdagi o'zgarishlar yoki alkogol va giyohvand moddalarning oson topilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq kasallik boshlanishi chastotasi ham deyarli o'zgarmagan. Bu homiladorlik bilan bog'liq fiziologik omillarning barqaror ta'sirini ko'rsatadi.

Infeksiyalar bilan bog'liq debyuti bo'lgan bemorlar ulushi 2024 yilda biroz kamaydi. Biroq, farqlar statistik ahamiyatga ega emas, bu infeksiyon omillarning barqaror ta'siridan dalolat berishi mumkin.

Kasallik debyuti psixogen omillar bilan bog'liq bo'lgan bemorlar ulushining sezilarli darajada oshishi kuzatiladi. Ushbu o'zgarish statistik ahamiyatga ega bo'lib, stressli vaziyalar va psixosotsial omillarining roli oshganligini ko'rsatishi mumkin. Somatigen omillar bilan bog'liq barqaror qolgan va umumiy tendensiya bo'yicha xulosa qilsa bo'ladiki, psixogen omillarning rolini statistik jihatdan sezilarli o'sishi kuzatilmoqda va prognoz qilinmoqda.

Tadqiqot davomida shizofreniya rivojlanishida muhim rol o'ynaydigan ijtimoiy-premorbid omillar aniqlandi. Ular orasida:

- noqulay oilaviy muhit;
- ta'lim darajasining pastligi;
- ishsizlik yoki noustuvor mehnat sharoiti;
- erta yoshdagi psixoemotsional stresslar aloxida ahamiyat kasb etdi.

Ko'p omilli statistik tahlil (logistik regressiya) natijalari ushbu omillar shizofreniya debyuti va og'ir kechuvi bilan ishonchli bog'liq ekanini ko'rsatdi ( $p < 0,05$ ). Bu omillar asosida yuqori xavf guruhlari shakllantirildi.

Prediktiv tahlillar shizofreniyaning klinik kechuvini oldindan baholash imkoniyatlari mavjudligini ko'rsatdi. Ayniqsa, kasallik debyutidagi yosh, ijtimoiy moslashuv darajasi, kognitiv buzilishlar og'irligi va oilaviy qo'llab-quvvatlash ko'rsatkichlari prognoz uchun ahamiyatli mezonlar sifatida ajratildi.

Ushbu ko'rsatkichlar asosida ishlab chiqilgan prognoz modellari klinik amaliyotda qo'llanish uchun yetarli darajada ishonchli ekani qayd etildi. Mazkur modellar kasallikning og'ir kechuvini barvaqt aniqlash va preventiv intervensiyalarni rejalashtirish imkonini beradi.

Tadqiqot natijalari shizofreniyada preventiv va profilaktik yondashuvlarni qo'llash ijobiy klinik va ijtimoiy samara berganini ko'rsatdi. PMSP tizimida barvaqt kuzatuv, psixo-ta'lim va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash choralari retsidivlar chastotasini kamaytirishga xizmat qildi.

Ayniqsa, kompleks yondashuv — farmakoterapiyani psixosotsial intervensiyalar bilan uyg'unlashtirish remissiya davomiyligini oshirdi va bemorlarning hayot sifati ko'rsatkichlarini yaxshiladi.

Alohida guruhda olib borilgan tadqiqotlar shizofreniyaning davolashda transkraniyal magnitli stimulyatsiyani antipsixotik terapiya bilan birgalikda qo'llash klinik jihatdan ahamiyatli natijalar berganini ko'rsatdi. Ushbu usul simptomlar og'irligini kamaytirish, kognitiv funksiyalarni barqarorlashtirish va remissiya sifatini yaxshilashga xizmat qildi.

TMS qo‘llangan guruhda retsidivlar chastotasining pasayishi va ijtimoiy moslashuv ko‘rsatkichlarining yaxshilanishi kuzatildi. Bu natijalar ushbu usulning profilaktik ahamiyatini ilmiy jihatdan asoslaydi.

Ijtimoiy reabilitatsiya chora-tadbirlari samaradorligini baholash natijalari shizofreniya bilan kasallangan shaxslarning mehnat faolligi, oilaviy munosabatlari va ijtimoiy integratsiya darajasida ijobiy o‘zgarishlar mavjudligini ko‘rsatdi.

Hayot sifati ko‘rsatkichlari klinik remissiya bilan bir qatorda, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash va profilaktik intervensiyalarga bevosita bog‘liq ekani aniqlandi.

Umumlashtirilgan holda, olingan natijalar shizofreniyani prediktsiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasi asosida boshqarish klinik va ijtimoiy jihatdan samarali ekanini ko‘rsatdi. Farg‘ona vodiysida o‘tkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot mazkur yondashuvning ilmiy asosli va amaliyotga tatbiq etishga yaroqli ekanini tasdiqladi.

### **BOB III. Shizofreniyada qo‘llab-quvvatlovchi terapiyaning prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlari hamda kasallik kechuvi va ijtimoiy-mehnat moslashuviga ta’siri**

#### **§ 3.1. Shizofreniyada qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlari**

Farg‘ona vodiysi sharoitida shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani qiyosiy tavsifi o‘rganildi, davolanishni prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlari aniqlandi.

3.1- jadvalda shizofreniyaning remissiyasi davrida quvvatlovchi terapiyani qabul qilish holatini qiyosiy tavsifi berilgan.

Olingan ma’lumotlarga ko‘ra, shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning 1.8% i huruj holatida bo‘lishadi yoki 40 yilda shuncha protsentga ushbu toifaga kiruvchilar soni oshgan. Remissiya davrida quvvatlovchi terapiya qabul qiluvchilar 71.2% (1984 yili) va 76.6%ni (2024 yili) tashkil qilgan. Shu yillarda quvvatlovchi terapiya qabul qilmaydigan aholi muvofiq holda 28.8% va 21.5% ni tashkil etgan.

Shizofreniyani prediktsiyasi: vodiy aholisida prognostik foaliyatga shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning har beshinchisida zarurat tug‘ilgan.

Shizofreniya prevensiyasiga ehtiyoj vodiy aholisida 76.6%gacha ortgan; faol birlamchi va ikkilamchi profilaktikaga esa ushbu bemorlarda 98.1%ga yetib extiyoj kelib chiqqan (3.1- jadval)

3.1- jadval

**Shizofreniya bilan aholida quvvatlovchi terapiyaning tavsifi va o'zgarishlari  
dinamikasi**

| № |                                                  | Monitoring yillari |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P      |
|---|--------------------------------------------------|--------------------|------|------|------|------|-----------|----------|--------|
|   |                                                  | 1984               |      | 2024 |      |      |           |          |        |
|   |                                                  | N                  | %    | N    | %    |      |           |          |        |
| 1 | Xuruj holatida                                   | 0                  | 0.0  | 12   | 1,8  | -    | -         | 8.16     | < 0.05 |
| 2 | Qo‘llab-quvvatlovchi davolanishni qabul qiladi   | 311                | 71,2 | 498  | 76,6 | 1.10 | 1.02-1.18 | 6.61     | < 0.05 |
| 3 | Qo‘llab-quvvatlovchi davolanishni qabul qilmaydi | 126                | 28,8 | 140  | 21,5 | 0.76 | 0.62-0.94 | 6.61     | < 0.05 |

Jadvalni tahliliy ma'lumotlari, vodiy uchun xos, shizofreniya bo'yicha, prediktiv, preventiv va profilaktik jihatlarini ko'rsatadi.

Bemorlarning kasallik davrida qo'llab-quvvatlovchi davolanishni qabul qilish holati bo'yicha tahlil qilish, xususan, quyidagilar tasdiqlanadi: qo'llab-quvvatlovchi davolanishni qabul qiladigan bemorlar soni jami 809 (74.4%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 311 (71,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 498 (76,6%) nafar bemorni tashkil qiladi. Ambulator tartibda qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qiluvchi bemorlarning ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda oshgan va bu o'sish statistik ahamiyatga ega [RR-1.10; 95% IO (CI)-1.02-1.18;  $\chi^2$ -6.61;  $p < 0.05$ ].

Qo'llab-quvvatlovchi davolanishni qabul qiladigan bemorlar soni jami 266 (24.5%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 126 (28,8%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 140 (21,5%) nafar bemorni tashkil qiladi. Ambulator tartibda qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qilmaydigan bemorlar

ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada kamaygan va bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-0.76; 95% IO (CI)- 0.62-0.94;  $\chi^2$ -6.61;  $p < 0.05$ ].

O'rganish davrida xuruj holatida bo'lgan bemorlar soni jami 12 (1.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 2024 yilgi holat bo'yicha esa 12(1.8%) nafar bemorni tashkil qilgan. 2024 yilda psixoz holatlari (1,8%) kuzatilgan bo'lib, bu 1984 yilda qayd etilmagan. Biroq, ikkala davr o'rtasidagi farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas [RR--; 95% IO (CI)- - ;  $\chi^2$ -8.16;  $p < 0.05$ ].

Xulosa tarzida yana quyidagilarni ko'rsatish mumkin bo'ladi. Doimiy qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qiluvchi bemorlarning ulushi 1984 yildagi 71,2 foizdan 2024 yilda 78,1 foizgacha oshgan. 2024 yilda bemorlar 1984 yilga nisbatan qo'llab quvvatlovchi terapiyani 10%ga ko'proq qilishgan.

Qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qilmaydiganlar bemorlar xissasi 1984 yildagi 28.8% dan 2024 yilda 21.9% gacha pasaygan. Yana urg'u beriladigan xulosalardan biri shu bo'lganki, 2024 yilda bemorlar 1984 yilga nisbatan terapiyani qabul qilishdan 24% kamroq voz kechishgan.

Qayd qilinganlardan kelib chiqib 40 yillik umumiy tendensiya quyidagicha izohlanadi: 1) qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qiladigan bemorlar hissasining 40 yillik o'sishi va undan voz kechadiganlar hissasining pasayishi kuzatiladi; 2) bu, shizofreniyaning qaytalanishini oldini olishda qo'llab-quvvatlovchi terapiyaning ahamiyatini anglashda ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatadi.

Tadqiqot natijalari, buni alohida ta'kidlash joiz, bemorlarda qo'llab-quvvatlovchi terapiyaga shizofreniyaning remissiya bosqichida intilish- moyillikni oshirish muhimligini ko'rsatadi. Ushbu ijobiy o'zgarish bemorlarning xabardorligi oshgani, tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyatlari kengaygani foydalanish imkoniyatlari kengaygani va zamonaviy davolash amaliyotini samaradorligi yaxshilanganligi bilan bog'liqdir. Lekin aynan shu jarayonlarga qaratilgan dastur va algoritmlarni takomillashtirib ishlab chiqish zarurligini ham tadqiqot xulosalari tasdiqlaydi.

### **§ 3.2. Shizofreniyaning vodik aholisida progrediyentli va regrediyentli kechishini, bemorlarni ijtimoiy-mehnat moslashuvi darajasini tavsifi**

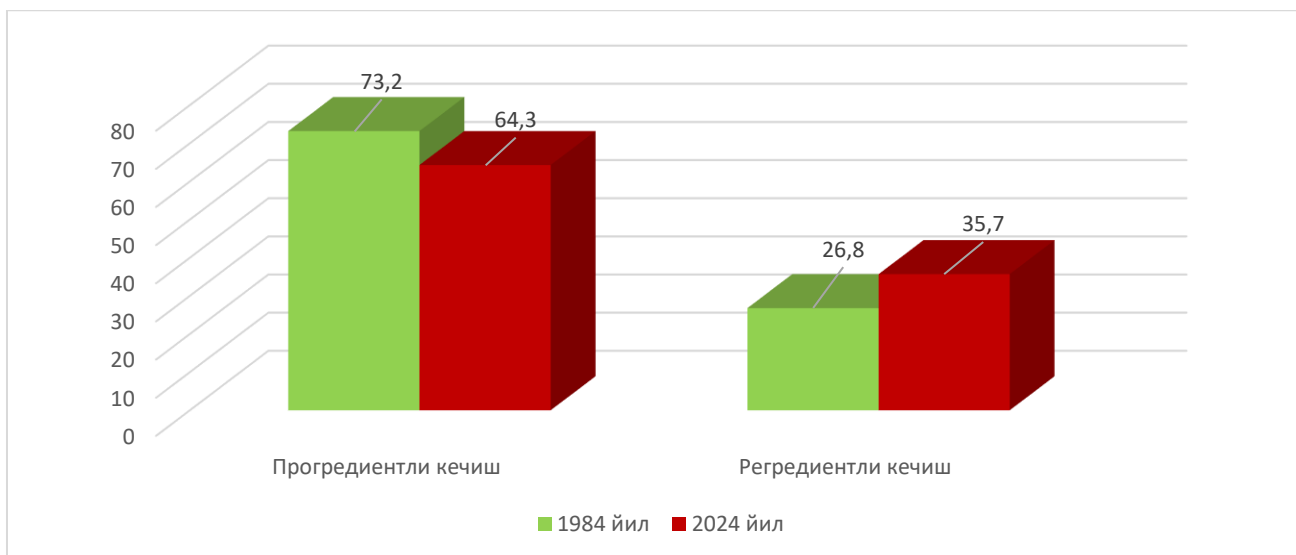
3.1- rasmda turli xil kechuvchi shizofreniyaning Farg'ona vodiysining uchta viloyatidan bo'lgan, tadqiqot yillari bo'yicha o'rganilgan bemorlarda kasallikning progrediyentligi bo'yicha qiyosiy tavsifi taqdim qilingan.

40 yillik monitoring ko'rsatadiki, vodik sharoitida shizofreniyaning progrediyentli kechishi ustuvorlik qiladi, uning perediyentli turi esa qiyosan 2.9 (1984 yildagi monitoring natijalari bo'yicha) va 1.8 barobarga yetib (2024 yildagi monitoring bo'yicha) kam kuzatiladi ( $R < 0.05$ ).

Tadqiqot yillari bo'yicha o'rganilgan bemorlarda kasallikning progrediyentligi bo'yicha qiyosiy tahlili quyidagilarni ko'rsatdi: kasalligi progrediyent kechuvchi bemorlar soni jami 738 (67.9%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 320 (73,2%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 418 (64,3%) nafar bemorni tashkil qiladi. 1984 yilga nisbatan 2024 yilda kasallikning progrediyent kechishi holatlari ulushi kamaygan va bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [ $RR-0.88$ ; 95% IO (CI)- 0.81-0.95;  $\chi^2-9.54$ ;  $p < 0.05$ ].

Kasallikning regrediyent kechishi bilan bemorlar soni jami 349 (32.1%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 117 (26,8%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 232 (35,7%) nafar bemorni tashkil qiladi. Kasallikning regrediyent kechish varianti bilan bog'liq holatlar ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada ortgan bo'lib, bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [ $RR-1.33$ ; 95% IO (CI)- 1.11-1.61;  $\chi^2-9.54$ ;  $p < 0.05$ ].

Xulosa tarzida quyidagilarni keltirish mumkin: Progrediyent kechuvchi holatlar ulushi 1984 yilda 73,2 foizdan 2024 yilda 64,3 foizgacha pasaygan. Bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib, kasallikning og'irroq, surunkali rivojlanuvchi shakllari tarqalishining kamayganligini ko'rsatadi. Regrediyent kechish holatlari ulushi 1984 yilda 26,8 foizdan 2024 yilda 35,7 foizgacha ko'paygan.



### 3.1- rasm. Vodiy aholisida shizofreniyani kechish variantlarining ifodalanishi

Bu ko‘payish statistik jihatdan ahamiyatli bo‘lib, kasallik kechishining qulay varianti bilan bemorlar soni ortib borayotganidan dalolat beradi, bunda kasallik alomatlari susayadi yoki orqaga qaytadi.

Umumiy tendensiya shuki, kasallik kechish variantlari tuzilishida qulay shakllarga (regrediyent variant) tomon siljish kuzatilgan.

3.2- jadvalda shizofreniyaning vodiy aholisida progrediyentlik tezligi bo‘yicha qiyosiy tavsifi keltirilgan va ifodalandirilgan.

Progrediyent variant ulushining kamayishi tibbiy xizmat sifatining yaxshilanishi, erta tashxis qo‘yish va qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani o‘z ichiga olgan samarali davolash bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Tahlil natijalari kasallik kechishida ijobiy o‘zgarishlarni, regrediyent variant bilan kasallanish sonining ko‘payishi va og‘ir progrediyent shakllar chastotasining pasayishini ko‘rsatadi. Ushbu o‘zgarishlar shizofreniyani davolash va nazorat qilishning zamonaviy yondashuvlari samaradorligini ta’kidlaydi. Bemorlar uchun prognozni yanada yaxshilash maqsadida profilaktika, diagnostika va davolash usullarini takomillashtirish bo‘yicha ishlarni davom ettirish muhimdir.

Kasallik rivojlanish sur’ati (progrediyentlik tezligi) tahlili natijalari quyidagilarni ko‘rsatadi: I-zaif progrediyent (ijobiy) turi (70 (16,0%) va 139 (21,4%)): Kasallikning sust progrediyent kechishi ehtimoli 2024 yilda 1984 yilga

nisbatan 5.4% ga yuqori bo'lib, bu sezilarli o'sishni ko'rsatadi. 95% ishonch oralig'i 1 ni o'z ichiga olmaydi, bu statistik jihatdan sezilarli farqlarni tasdiqlaydi. r-ko'rsatkichi: 0.028, bu farqlarning statistik ahamiyatini tasdiqlaydi [RR-1.34; 95% IO (CI): 1.03 - 1.73;  $\chi^2$ -0.028;  $r < 0,05$ ].

II -o'rtacha progrediye (o'rtacha) turi- (123 (28,1%) va 223 (34,3%): 2024 yilda o'rtacha progrediye (o'rtacha) kechish ehtimoli 1984 yilga nisbatan 6.2% yuqori. 95% ishonch oralig'i 1 ni o'z ichiga olmaydi, bu statistik jihatdan sezilarli farqlar mavjudligini tasdiqlaydi. r-0,033, bu farqlarning statistik ahamiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi [RR-1,22; 95% IO (CI): 1,01 - 1,46;  $\chi^2$ -4,57;  $r - R < 0,05$ ].

3.2 – jadval

**Turli xil kechuvchi shizofreniyaning Farg'ona vodiysining uchta viloyatidan bo'lgan, tadqiqot yillari bo'yicha o'rganilgan bemorlarda progrediye tezligi bo'yicha qiyosiy tavsifi**

| № | Kechish toifalari                 | Tadqiqot yillari |             | RR   | 95% II (CI) | $\chi^2$ | p       |
|---|-----------------------------------|------------------|-------------|------|-------------|----------|---------|
|   |                                   | 1984 yil         | 2024 yil    |      |             |          |         |
|   | I-kuchsiz progrediye (ijobiy)     | 70 (16,0%)       | 139 (21,4%) | 1.34 | 1.03-1.73   | 4.85     | < 0.05  |
|   | II-o'rtacha progrediye (o'rtacha) | 123 (28,1%)      | 223 (34,3%) | 1.22 | 1.01-1.46   | 457      | < 0.05  |
|   | III-yaqqol progrediye (salbiy)    | 244 (55,8%)      | 288 (44,3%) | 0.79 | 0.70-0.89   | 13.90    | < 0.001 |

III - yaqqol progrediye (salbiy) turi (244 (55,8%) va 288 (44,3%)) 2024 yilda yaqqol progrediye (salbiy) kechish ehtimoli 1984 yildagi ehtimolning 79 foizini tashkil etadi, bu esa pasayishni ko'rsatadi. 95% ishonch oralig'ida 1 ni o'z ichiga olmaydi, bu statistik jihatdan sezilarli farqlarni tasdiqlaydi. r-

ko'rsatkichi: 0.00019, bu farqlarning yuqori statistik ahamiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi [RR-0.79; 95% IO (CI): 0.70 - 0.89;  $\chi^2$ -13.90;  $r$ -  $R < 0.001$ ].

Kasallik rivojlanish sur'ati tahlili quyidagi asosiy o'zgarishlar va tendensiyalarni aniqladi: I-kuchsiz progrediye (qulay) holatlar ulushi 1984 yildagi 16,0 foizdan 2024 yilda 21,4 foizgacha ko'tarilgan.

Bu o'zgarish statistik jihatdan ahamiyatli emas, bu esa kasallikning ushbu kechish turining barqarorligini ko'rsatadi. O'rtacha progrediye sur'atdagi holatlar ulushi 1984 yil va 2024 yil oralig'ida deyarli o'zgarmagan.

Farqlar ham statistik jihatdan ahamiyatli emas, bu esa ushbu toifaning barqarorligi saqlanib qolganidan dalolat beradi.

Yaqqol progrediye sur'atdagi holatlar ulushi 1984 yildagi 55,8 foizdan 2024 yilda 44,3 foizgacha pasaygan.

Bu o'zgarish statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib, kasallikning og'ir shakllari chastotasi kamayganligini ko'rsatadi. Umumiy tendensiyaning xulosasi: shizofreniyaning yaqqol progrediye (noqulay) sur'ati bilan kasallanish chastotasining statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi, 40 yillik monitoring ma'lumotlariga ko'ra, kuzatilgan. Buni, terapevtik amaliyotlarni, erta tashxislash va profilaktikaning ijobiylashganligi bilan tushuntirish mumkin bo'ladi.

Rasm ma'lumotlari yana dalolat berishadi-ki, progrediye (qulay) (yaxshi sifat bilan) va o'rtacha sur'ati bilan kechgan holatlarning ulushi prospektiv kuzatuv davomida barqaror qolgan. Qaysiki ushbu shakllarining belgilovchi biologik omillarning o'zgarmaganligini ko'rsatadi.

Ushbu natijalar noqulay progrediye sur'ati bilan kasallanish ulushining kamayishida muhim ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatadi/ tasdiqlaydi. Lekin progrediye (qulay) va o'rtacha shakllarining barqarorligini saqlanishi shizofreniya bilan bemorlarni monitoring, profilaktika qilish va uzoq muddatli kuzatuv usullarini yanada takomillashtirib borish zarurligini tasdiqlaydi.

Olingan ma'lumlardan kelib chiqib shizofreniya bilan bemorlarda ijtimoiy-mehnat moslashuvi darajasi (IMMD) o'rganildi va 40 yillik qiyosiy tavsifi tahlil qilindi.

Bu xaqdagi ma'lumotlar 3.3- jadvalda umumlashtirilib taqdim qilingan.

Ijtimoiy-mehnat moslashuvi darajasi haqidagi ma'lumotlar tahlili quyidagi asosiy o'zgarishlar va tendensiyalarni aniqladi: I darajali moslashuvga ega bemorlar soni jami 58 (5.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 28 (6,4%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 30 (4,6%) nafar bemorni tashkil qiladi. Ijtimoiy-mehnat moslashuvining I darajasi aniqlangan bemorlar ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda kamaygan, ammo farqlar statistik ahamiyatga ega emas [RR-0.72; 95% IO (CI)- 0.44-1.19;  $\chi^2$ -1.06;  $p > 0.05$ ].

II darajali moslashuvga ega bemorlar soni jami 471 (43.3%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 169 (38,7%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 302 (46,5%) nafar bemorni tashkil qiladi. 1984 yilga nisbatan 2024 yilda ijtimoiy-mehnat moslashuvining II darajasidagi holatlar ulushi sezilarli darajada oshgan bo'lib, bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi [RR-1.20; 95% IO (CI)- 1.04-1.39;  $\chi^2$ -6.46;  $p < 0.05$ ].

III darajali moslashuvga ega bemorlar soni jami 478 (43.9%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 194 (44,4%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 284 (43,7%) nafar bemorni tashkil qiladi. Ijtimoiy-mehnat moslashuvining III darajasi bilan kasallanish holatlari ulushi 1984-2024 yillar oralig'ida deyarli o'zgarmagan va farqlar statistik ahamiyatga ega emas [RR-0.98; 95% IO (CI)- 0.86-1.13;  $\chi^2$ -0.052;  $p > 0.05$ ].

Dekompensatsiyalangan "shifoxona" darajasidagi moslashuvga ega bemorlar soni jami 80 (3.7%) nafarni tashkil qilib, bulardan 1984 yilgi holat bo'yicha 46 (10,5%), 2024 yilgi holat bo'yicha esa 34 (5,2%) nafar bemorni tashkil qiladi. Dekompensatsiyalangan "shifoxona" moslashish darajasi bilan kasallanish holatlari ulushi 1984 yilga nisbatan 2024 yilda sezilarli darajada kamaygan va bu pasayish statistik ahamiyatga ega. [RR-0.50; 95% IO (CI)- 0.32-0.76;  $\chi^2$ -10.75;  $p < 0.05$ ].

I darajali (yuqori) moslashuvga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 6,4% dan 2024 yilda 4,6% gacha kam bemorlarda aniqlandi. Bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli bo'lmasa-da, yuqori moslashuv darajasini to'liq saqlab qolgan bemorlar

sonining kamayganini ko'rsatadi. Bu kasallikning og'irligi yoki yetarli darajada qo'llab-quvvatlanmasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

3.3- jadval

**Turli kechuvchi shizofreniyaning Farg'ona vodiysining uchta viloyatidan bo'lgan, 1984-2024 yillar o'rganilgan bemorlarda IMMD bo'yicha qiyosiy tavsifi**

| № | IMMD                                       | Tadqiqot yillari |      |      |      | RR   | 95% CI    | $\chi^2$ | P      |
|---|--------------------------------------------|------------------|------|------|------|------|-----------|----------|--------|
|   |                                            | 1984             |      | 2024 |      |      |           |          |        |
|   |                                            | n                | %    | N    | %    |      |           |          |        |
| 1 | I-daraja                                   | 28               | 6,4  | 30   | 4,6  | 0.72 | 0.44-1.19 | 1.06     | > 0.05 |
| 2 | II- daraja                                 | 169              | 38,7 | 302  | 46,5 | 1.20 | 1.04-1.39 | 6.46     | < 0.05 |
| 3 | III- daraja                                | 194              | 44,4 | 284  | 43,7 | 0.98 | 0.86-1.13 | 0.052    | > 0.05 |
| 4 | Dekompensatsiyalangan "shifoxona" darajasi | 46               | 10,5 | 34   | 5,2  | 0.50 | 0.32-0.76 | 10.75    | < 0.05 |

II -moslashuv (o'rtacha) darajali moslashuvga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 38,7% dan 2024 yilda 46,5% gacha ko'tarilgan. Bu o'sish statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib, qisman mehnat qobiliyati va ijtimoiy faollikni saqlab qolgan bemorlar sonining ortganini aks ettiradi. Bu rehabilitatsiya tadbirlarining yaxshilangani va davolanish imkoniyatlarining kengaygani bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

III - darajali (past) moslashuvga ega bemorlar ulushi deyarli o'zgarmagan: 1984 yilda 44,4% va 2024 yilda 43,7%. Farqlar statistik jihatdan ahamiyatli emas, bu esa ushbu toifaning barqarorligini ko'rsatadi.

Dekompensatsiyalangan ("shifoxona") darajaga ega bemorlar ulushi 1984 yildagi 10,5% dan 2024 yilda 5,2% gacha pasaygani kuzatiladi. Bu pasayish statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib, davolash va rehabilitatsiya sohasidagi yutuqlardan, shuningdek, tibbiy yordamga to'liq qaram bo'lgan bemorlar sonining kamayganidan dalolat berishi mumkin.

Umumiy tendensiya mushohada qilinsa, ijobiy dinamika kuzatilgan: o'rtacha moslashuv darajasi (II daraja) bo'lgan bemorlar ulushining ko'payishi va

dekompensatsiyalangan("shifoxona») moslashuv darajasi bo'lgan bemorlar sonining sezilarli darajada kamayishi, qayd qilinadi.

Past (III -daraja) va yuqori (I-daraja) moslashuv darajalari nisbatan barqaror bo'lib qolmagan-ki, bu esa moslashuv qobiliyatlarini to'liq tiklashga erishish uchun reabilitatsiyani yanada takomillashtirish zarurligini ko'rsatadi.

Tahlil natijalari bemorlarning moslashuv darajasini oshirish uchun reabilitatsiya va ijtimoiy dasturlarning muhimligini ta'kidlaydi. O'rtacha moslashuv darajasiga ega bemorlar ulushining ortishi va dekompenatsiyalangan holatlar ulushining kamayishi davolash va qo'llab-quvvatlashdagi ijobiy o'zgarishlarni aks ettiradi.

#### **IV BOB. Farg'ona vodiysi sharoitida shizofreniyaning hududiy xos klinik aspektlari, yetakchi xatar omillarining prognostik prediktiv, preventiv va profilaktik dasturlari**

##### **§4.1. Prediktiv modellar va bashorat imkoniyatlari**

Farg'ona vodiysida 1984–2024 yillar davomida o'tkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot natijalari zamonaviy ilmiy adabiyotlar ma'lumotlari bilan solishtirib tahlil qilindi. Olingan natijalar shizofreniyaning faqat klinik kasallik sifatida emas, balki aholi salomatligiga uzoq muddatli ta'sir ko'rsatuvchi, ijtimoiy-iqtisodiy oqibatlarga ega bo'lgan surunkali tibbiy-ijtimoiy muammo sifatida baholash zarurligini tasdiqlaydi.

##### **1. Epidemiologik natijalarning zamonaviy ma'lumotlar bilan solishtirilishi**

Tadqiqot natijalari Farg'ona vodiysida shizofreniya tarqalish ko'rsatkichlarining 40 yil davomida nisbatan barqaror saqlanganini ko'rsatdi. Bu holat jahon epidemiologik tadqiqotlarida keltirilgan ma'lumotlar bilan uyg'un bo'lib, ularda ham shizofreniya tarqalishining aholi orasida 0,3–1,0% oralig'ida barqaror ekani qayd etilgan.

Shu bilan birga, absolyut bemorlar sonining ortishi aholi soni o'sishi, demografik o'zgarishlar va tibbiy yordamga murojaat qilish imkoniyatlarining kengayishi bilan izohlanadi. Ayniqsa, keyingi o'n yilliklarda kasallik debyuti

yoshining pasayish tendensiyasi kuzatilgani, urbanizatsiya, ijtimoiy stress va psixosotsial yukning ortishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Bu natijalar xalqaro tadqiqotlarda yosh aholi orasida psixotik buzilishlar xavfining oshishi haqidagi xulosalarni qo‘llab-quvvatlaydi.

## 2. Klinik patomorfoz va kechuv turlaridagi o‘zgarishlar

Klinik kechuv tahlili shizofreniyaning klassik uzluksiz-progrediyent shakllaridan remittirlovchi va nisbatan yengil kechuv turlari tomon siljishini ko‘rsatdi. Bu holat zamonaviy psixiatriyada ta’riflanayotgan “klinik patomorfoz” tushunchasiga to‘liq mos keladi.

Bunday o‘zgarishlar, bir tomondan, diagnostika usullarining ertalashuvi va farmakoterapiya imkoniyatlarining kengayishi bilan bog‘liq bo‘lsa, ikkinchi tomondan, profilaktik va reabilitatsion yondashuvlarning klinik amaliyotga joriy etilishi bilan izohlanadi. Ilmiy adabiyotlarda ham oxirgi o‘n yilliklarda shizofreniyaning og‘ir progrediyent shakllari ulushi kamayib, funksional natijalarga e’tibor kuchaygani qayd etilgan.

## 3. Ijtimoiy-premorbid omillar va xavf guruhlari masalasi

Tadqiqot natijalarining muhim jihati shizofreniya rivojlanishida ijtimoiy-premorbid omillarning yuqori ahamiyatga ega ekanini tasdiqlashidir. Noqulay oila muhiti, ta’lim darajasining pastligi, ishsizlik va erta psixosotsial stresslar kasallik debyuti va og‘ir kechuvi bilan ishonchli bog‘liq ekani aniqlandi.

Bu natijalar xalqaro tadqiqotlarda keltirilgan ma’lumotlar bilan mos kelib, shizofreniyaning ijtimoiy determinantlarga sezgir kasallik sifatida baholash zarurligini yana bir bor ko‘rsatadi. Muhim jihati shundaki, aynan ushbu omillar profilaktik tibbiyot nuqtai nazaridan boshqarilishi mumkin bo‘lgan xavf faktorlari hisoblanadi.

## 4. Prediktiv modellar va bashorat imkoniyatlari

Olingan natijalar shizofreniya klinik kechuvini barvaqt bashorat qilish imkoniyatlari mavjudligini ko‘rsatdi. Kompleks prediktiv modellar alohida olingan klinik yoki ijtimoiy ko‘rsatkichlarga nisbatan yuqori aniqlikka ega ekani aniqlandi.

Bu holat zamonaviy psixiatriyada prediktiv yondashuvlarning ahamiyati ortib borayotganini tasdiqlaydi. Ilmiy adabiyotlarda ham xavf guruhlari barvaqt

aniqlash va klinik intervensiyalarni individuallashtirish kasallik prognozini yaxshilashda hal qiluvchi omil sifatida baholanadi.

#### 5. Preventiv va profilaktik yondashuvlarning klinik ahamiyati

Tadqiqot natijalari shizofreniyada preventiv va profilaktik chora-tadbirlarning klinik va ijtimoiy samaradorligini tasdiqladi. PMSP tizimida barvaqt kuzatuv, psixota'lim va ijtimoiy qo'llab-quvvatlashni kuchaytirish retsidivlar sonini kamaytirishga va remissiya barqarorligini oshirishga xizmat qildi.

Bu natijalar profilaktik psixiatriya konsepsiyasining amaliy ahamiyatini ko'rsatib, shizofreniyani davolash strategiyasini faqat statsionar yordam bilan cheklamasdan, aholi darajasida tashkil etish zarurligini asoslaydi.

#### 6. Transkranial magnitli stimulyatsiyaning o'rni va ahamiyati

Alohida guruhda olingan natijalar transkranial magnitli stimulyatsiyani antipsixotik terapiya bilan birgalikda qo'llash klinik simptomlarni kamaytirish, kognitiv funksiyalarni barqarorlashtirish va remissiya davomiyligini oshirishda ijobiy ta'sir ko'rsatganini ko'rsatdi.

Bu natijalar xalqaro tadqiqotlarda TMSning shizofreniyada qo'shimcha terapevtik usul sifatida qo'llanilishiga oid ma'lumotlar bilan uyg'un bo'lib, ushbu usulning nafaqat davolash, balki profilaktik ahamiyatga ham ega ekanini ko'rsatadi.

#### 7. Ijtimoiy rehabilitatsiya va hayot sifati masalalari

Ijtimoiy rehabilitatsiya natijalari shizofreniya bilan kasallangan shaxslarning hayot sifati ko'rsatkichlari klinik remissiya bilan bir qatorda ijtimoiy qo'llab-quvvatlash, mehnatga moslashtirish va profilaktik intervensiyalarga bevosita bog'liq ekanini ko'rsatdi.

Bu holat shizofreniyada muvaffaqiyatli davolash mezonini sifatida faqat simptomlar yo'qolishini emas, balki funksional va ijtimoiy natijalarni ham hisobga olish zarurligini asoslaydi.

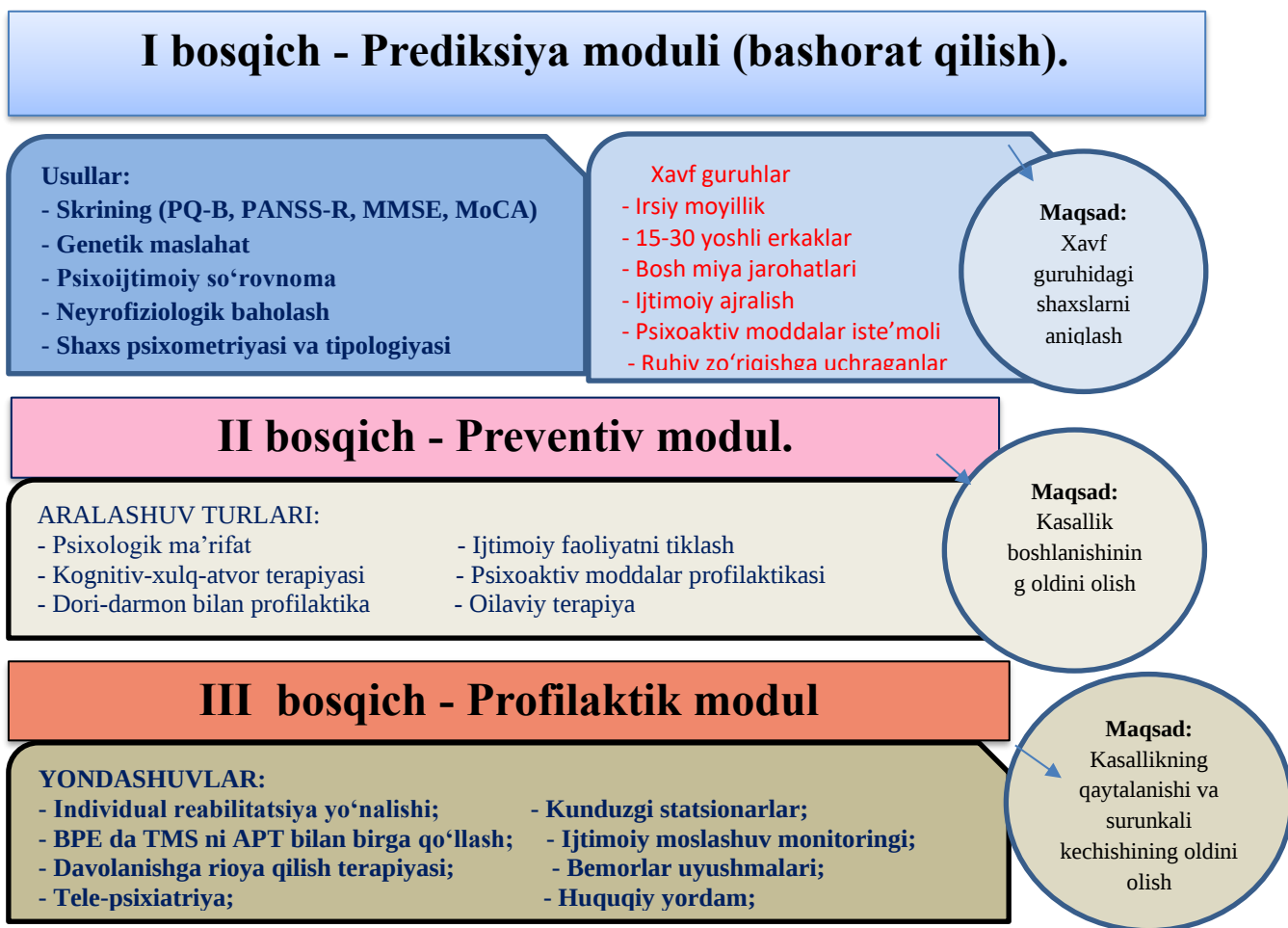
Shu tariqa, mazkur tadqiqot natijalari shizofreniyani prediksiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasi asosida boshqarish klinik, ijtimoiy va iqtisodiy jihatdan samarali ekanini tasdiqlaydi. Farg'ona vodiysida o'tkazilgan 40 yillik prospektiv

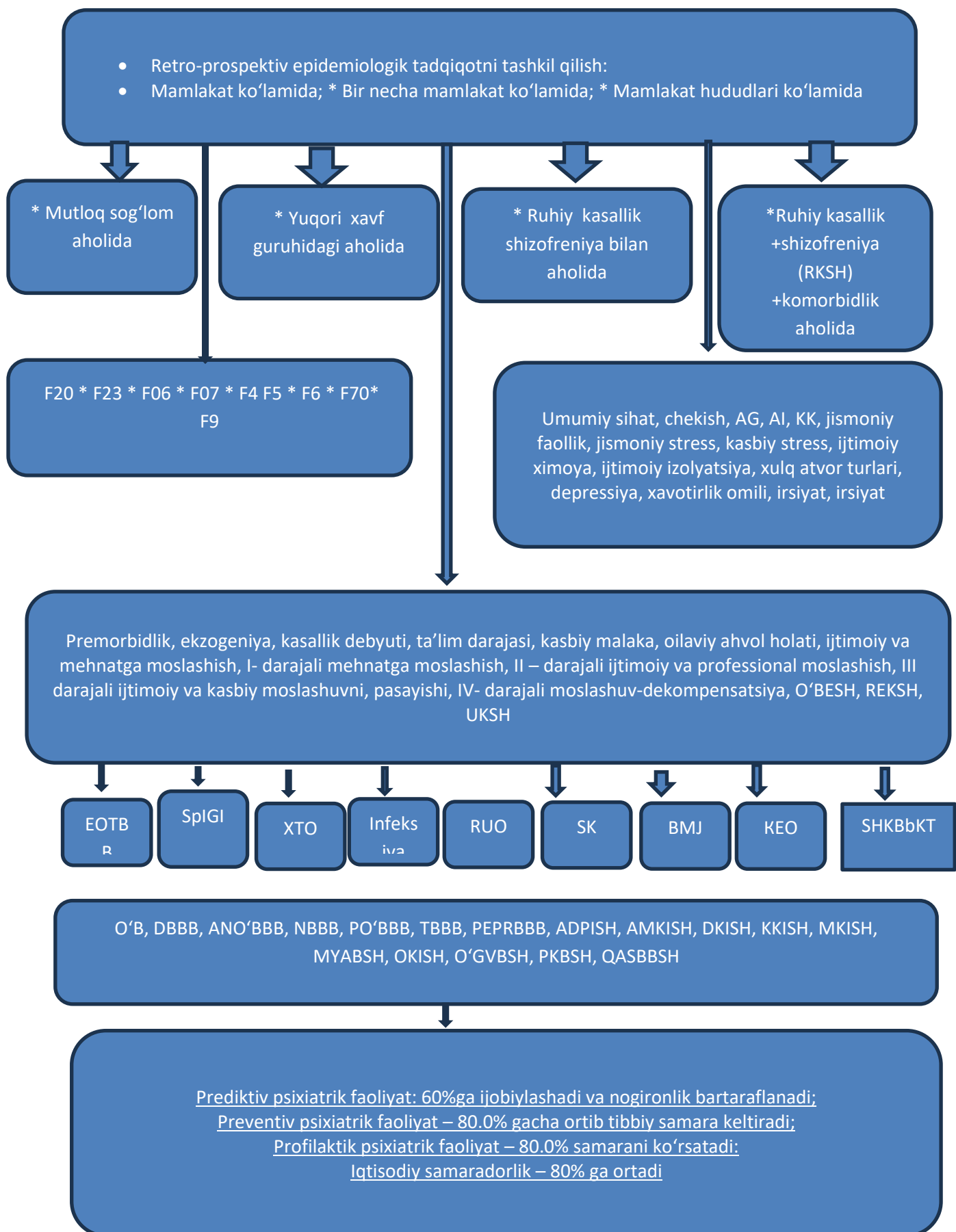
tadqiqot shizofreniya muammosini jamoat salomatligi nuqtai nazaridan kompleks baholashning ilmiy va amaliy ahamiyatini yaqqol namoyon qildi.

Tadqiqotining jami natijalari asosida ilk bora Farg‘ona vodiysi timsolida shizofreniyani preventiv, prediktiv va profilaktika yo‘nalishlarida “yo‘lini to‘suvi”, birinchi tibbiyot bo‘g‘inida undan bo‘ladigan tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy talofotlarni keskin kamaytirib samara beruvchi “Shizofreniyani prediktiv, preventiv, profilaktik dasturi va uni amalga oshirish algoritmi (Farg‘ona vodiysi sharoiti misolida)” ishlab chiqildi (4.1- rasmda keltirilgan).

Shizofreniya amaliyotida ushbu tizimni ishlashi ta‘minlansa quyidagi samaralar olinadi: 1) prediktiv samara-60% ga yetib tasdiqlanadi; 2) preventiv samara olish – 80.0% gacha yetib olinadi; 3) profilaktik samara – 80.0% gacha yetib tasdiqlanadi; 4) iqtisodiy samara – 80% gacha yetib tasdiqlanadi.

#### 4.1- rasm. “Shizofreniyani prediktiv, preventiv, profilaktik dasturi va uni amalga oshirish algoritmi (Farg‘ona vodiysi sharoiti misolida)”





4.1- sxema. Shizofreniyani prediktiv, preventiv, profilaktik dasturi va uni amalga oshirish algoritmi (Farg'ona vodiysi sharoiti misolida).

## **§4.2. Shizofreniyani bashorat qilish, tashxislash va oldini olish algoritmllari**

### **SHIZOFRENIYA XAVFINI BASHORAT QILISH ALGORITMI**

- Maqsad: xavf omillari asosida zaifligi yuqori bo'lgan shaxslarni erta aniqlash.

1-qadam. Xavf omillari skriningi: premorbid belgilar, stress darajasi, ijtimoiy qo'llab-quvvatlash, oilaviy og'irlik, boshdan kechirilgan BMJ va boshqalar.

2-qadam. Prognostik indeks (PI) ni hisoblash: har bir omilga salmoq beriladi. (1-3 ball).  $PI \geq 7$  - yuqori xavf guruhi.

3-qadam. Individual xavf profilini shakllantirish.

4-qadam. Profilaktik tadbirlar rejasi: PI ga qarab yiliga 1 martadan 4 martagacha nazorat qilish.

- Nazorat: PIn har yili qayta baholash.

- **Kutilayotgan samara:** manifest epizodlar sonining kamayishi.

### **SHIZOFRENIYANI ERTA TASHXISLASH ALGORITMI**

- Maqsad: prodromal va subpsixotik belgilarni aniqlash.

1-qadam. BTSYO ehtiyotkorligi: faollikning pasayishi, xavotirli-shubhali xatti-harakatlar, uyquning buzilishi.

2-qadam. Skrining vositalari: PANSS, CAARMS/SOPS, MoCA.

3-qadam. Oiladan ma'lumot yig'ish

4-qadam. 7 kun ichida psixiatrqa yuborish.

5-qadam. Psixiatrning diagnostik minimumi: organikni istisno qilish, og'irlikni baholash, bosqichni aniqlash.

6-qadam. Prodrom mavjud bo'lganda profilaktikani boshlash.

- Kutilayotgan samara: prodromning psixozga o'tishini kamaytirish.

### **RETSIDIV PROFILAKTIKASI ALGORITMI**

- Maqsad: takroriy epizodlar chastotasini kamaytirish va remissiyani uzaytirish.

1-qadam. Terapiyaga sodiqlikni baholash.

2-qadam. Dori-darmonlar rejimini optimallashtirish. Birinchi psixotik epizodlarda transkraniyal magnitli stimulyatsiyani antipsixotik terapiya bilan birgalikda qo'llash orqali neyron faolligini korreksiya qilish usulini amalga oshirish.

3-qadam. Bemor va oilaning psixologik tarbiyasi.

4-qadam. Stressni boshqarish va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash

5-qadam. Nazorat: birinchi yil har oyda, keyin 3 oyda 1 marta.

6-qadam. "Tezkor reaksiya" rejasi: retsidivning birinchi belgilarida terapiyani tuzatish.

- Kutilayotgan samara: retsidivlarni 80% gacha kamaytirish.

### **NOGIRONLIKNING OLDINI OLIISH ALGORITMI**

- Maqsad: turg'un nuqson shakllanishini oldini olish.
- 1-qadam. Erta psixologik-ijtimoiy rehabilitatsiya.
- 2-qadam. Salbiy belgilarni nazorat qilish va motivatsion qo'llab-quvvatlash.
- 3-qadam. Kasbga yo'naltirish va qo'llab-quvvatlanadigan bandlik.
- 4-qadam. Retsidivlar profilaktikasi bilan hamkorlikda ishlash.
- 5-qadam. Idoralararo hamkorlik: BTSY, "Inson" markazlari, psixologlar.
- Kutilayotgan samara: nogironlikni 60-80 %ga kamaytirish.

Oilaga yo'naltirilgan profilaktika

- Maqsad: oilaviy stress omillarining ta'sirini minimallashtirish.

1-qadam. Oilaviy munosabatlar diagnostikasi.

2-qadam. Oilaga kasallikning xususiyatlari va qaytalanish belgilarini o'rgatish.

3-qadam. Muloqotni tuzatish va hissiy ifodani kamaytirish.

4-qadam. Har oyda oilaviy uchrashuvlar.

5-qadam. Oila inqirozi rejasini tuzish.

- Kutilayotgan samara: retsidivlarni 80% gacha kamaytirish.

### **BTSYO` DARAJASIDAGI ALGORITM**

- Maqsad: birlamchi tibbiy-sanitariya yordamiga erta aniqlash va profilaktikani joriy etish.

1-qadam. BTSYO shifokorlarini psixiatrik hushyorlikka o'rgatish.

2-qadam. Qabulda xavotirli belgilar skriningi.

3-qadam. "Qizil chiroq" tizimini joriy qilish -  $\geq 2$  belgi psixiatrga yo'naltirishni talab qiladi.

4-qadam. Aholining psixologik tarbiyasi.

5-qadam. Bashoratlash algoritmi bo'yicha risk guruhini yuritish.

6-qadam. Davolash va tavsiyalarga rioya qilish monitoringi.

- Kutilayotgan ta'sir: kasallikning o'tkir boshlanishlarini qisqartirish, retsidivlarni kamaytirish va psixiatrik xizmatlarga yuklamani kamaytirish.

## **YAKUNIY XULOSALAR VA AMALIY TAVSIYALAR**

### **Yakuniy xulosalar**

1. Fargʻona vodiysida 1984–2024 yillar davomida oʻtkazilgan 40 yillik prospektiv tadqiqot natijalari shizofreniya aholi orasida tarqalish koʻrsatkichlarining nisbatan barqaror saqlanganini, biroq kasallikning klinik tuzilishi, debyut yoshi va ijtimoiy oqibatlarida sezilarli oʻzgarishlar yuz berganini koʻrsatdi.

2. Kasallik klinik kechuvida klassik uzluksiz-progrediye shakllar ulushining kamayishi va remittirlovchi hamda nisbatan yengil kechuv turlarining koʻpayishi qayd etildi. Bu holat zamonaviy diagnostika, farmakoterapiya va profilaktik yondashuvlarning klinik amaliyotga joriy etilishi bilan bogʻliq klinik patomorfozni tasdiqlaydi.

3. Shizofreniya debyuti yoshining pasayishi tendensiyasi aniqlanib, ushbu holat ijtimoiy stress omillarining ortishi, urbanizatsiya va psixoemotsional yukning kuchayishi bilan bogʻliq ekani ilmiy jihatdan asoslandi.

4. Tadqiqotda shizofreniya rivojlanishida ijtimoiy-premorbid omillar — noqulay oila muhiti, taʼlim darajasining pastligi, ishsizlik va erta psixosotsial stresslar muhim xavf faktorlari ekani isbotlandi. Ushbu omillar kasallik debyuti va ogʻir kechuvi bilan ishonchli bogʻliq ekanligi koʻrsatildi.

5. Kompleks prediktiv tahlillar asosida shizofreniya klinik kechuvini barvaqt bashorat qilish imkoniyatlari mavjudligi aniqlandi. Klinik, ijtimoiy va kognitiv koʻrsatkichlarni birlashtirgan prognoz modellari alohida olingan omillarga nisbatan yuqori aniqlikka ega ekani qayd etildi.

6. Preventiv va profilaktik yondashuvlarni qoʻllash shizofreniyada retsidivlar sonini kamaytirish, remissiya barqarorligini oshirish va ijtimoiy dezadaptatsiyani cheklashga xizmat qildi. BTSYO tizimida barvaqt kuzatuv va psixo-taʼlim tadbirlarining ahamiyati ilmiy jihatdan tasdiqlandi.

7. Antipsixotik terapiyani transkraniyal magnitli stimulyatsiya bilan birgalikda qoʻllash neyron faolligini korreksiya qilish, klinik simptomlarni kamaytirish va remissiya sifatini yaxshilashda ijobiy samara berdi. Ushbu usulning profilaktik ahamiyati ham ilmiy jihatdan asoslandi.

8. Ijtimoiy rehabilitatsiya chora-tadbirlari shizofreniya bilan kasallangan shaxslarning hayot sifati, mehnatga moslashuvi va ijtimoiy integratsiya darajasini yaxshilashda muhim rol o'ynadi. Bu holat muvaffaqiyatli davolash mezonini sifatida faqat simptomlarni emas, balki funksional natijalarni ham hisobga olish zarurligini ko'rsatdi.

9. Olingan natijalar shizofreniyani prediktsiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasi asosida boshqarish klinik, ijtimoiy va iqtisodiy jihatdan samarali ekanini tasdiqladi hamda jamoat salomatligi nuqtai nazaridan ushbu kasallikni strategik boshqarish zarurligini ko'rsatdi.

### **Amaliy tavsiyalar**

1. Shizofreniyani barvaqt aniqlash va bashorat qilish maqsadida BTSYO tizimida ijtimoiy-premorbid xavf omillarini hisobga olgan holda xavf guruhlarini shakllantirish algoritmlari joriy etilishi tavsiya etiladi.

2. Psixiatriya xizmatlarida klinik baholash bilan bir qatorda ijtimoiy va funksional ko'rsatkichlarni muntazam monitoring qilish amaliyotini joriy etish maqsadga muvofiq.

3. Shizofreniyada preventiv intervensiya sifatida psixo-ta'lim, stressni boshqarish va oilaviy qo'llab-quvvatlash dasturlarini keng qo'llash tavsiya etiladi, ayniqsa xavf guruhiga mansub shaxslar orasida.

4. Profilaktik psixiatriyani rivojlantirish maqsadida shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning rehabilitatsiyasi va ijtimoiy integratsiyasiga qaratilgan kompleks dasturlarni jamoat salomatligi tizimiga integratsiya qilish zarur.

5. Antipsixotik terapiyani transkraniyal magnitli stimulyatsiya bilan birgalikda qo'llash usulini shizofreniyaning ayrim klinik shakllarida qo'shimcha terapevtik va profilaktik usul sifatida amaliyotga joriy etish tavsiya etiladi.

6. Shizofreniya bilan kasallangan shaxslarning hayot sifati ko'rsatkichlarini yaxshilash maqsadida mehnatga moslashtirish, kasbiy rehabilitatsiya va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash mexanizmlarini kuchaytirish zarur.

7. Sog'liqni saqlash tizimida shizofreniyani boshqarish bo'yicha prediksiya–prevensiya–profilaktika konsepsiyasiga asoslangan hududiy dasturlarni ishlab chiqish va joriy etish maqsadga muvofiq.

8. Olingan natijalardan tibbiy ta'lim, psixiatriya rezidenturasi va BTSYo` shifokorlarini tayyorlash jarayonida o'quv-uslubiy material sifatida foydalanish tavsiya etiladi.

## SHARTLI QISQARTMALAR VA BELGILAR

|               |                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| AB            | - arterial bosim                                                            |
| AG            | - arterial gipertoniya                                                      |
| ANO‘BBB       | - astenonevrozga o‘xshash buzilishlar bilan boshlanish                      |
| DBBB          | - dastlabki buzilishlar bilan boshlanish                                    |
| KEO           | - qo‘milgan ekzogen omillar                                                 |
| NBBB          | - negativ buzilishlar bilan boshlanish                                      |
| PrX           | - premorbid xususiyatlar                                                    |
| PO‘BBB        | - psixopatiyaga o‘xshash buzilishlar bilan boshlanish                       |
| PEPRBBB       | - psixoenenergetik potensial reduksiya bilan boshlanish                     |
| REKSH (SHRTD) | - remittirlovchi epizodik kechuvchi shizofreniya                            |
| RUO           | - ruhiy omillar                                                             |
| SpIGI         | - spirtli ichimliklar va giyoxvandlar iste‘moli                             |
| SK            | - somatik kasalliklar                                                       |
| TBBB          | - timopatik buzilish bilan boshlanish                                       |
| TXKSH         | - turli xil kechuvchi shizofreniya                                          |
| UKSH (SHUT)   | - uzluksiz kechuvchi shizofreniya                                           |
| O‘B           | - o‘tkir boshlanish                                                         |
| O‘BNBKESH     | - o‘sib boruvchi nuqson bilan kechuvchi epizodik shizofreniya               |
| XTO           | - xomiladorlik va tug‘ruqlar                                                |
| SHO‘BNbKT     | - shizofreniyaning o‘sib boruvchi nuqson bilan kechuvchi turi               |
| BTSYO         | -birlamchi tibbiy sanitariya yordami                                        |
| BMJ           | -bosh miya jarohatlari                                                      |
| EOTBB         | -ekzogen omil ta’siri bo‘lmagan bemorlar                                    |
| IrYSH         | -irsiy moyillik bevosita yo‘q bemorlar                                      |
| IrBSH         | -irsiy omili bor bemorlar                                                   |
| BRKbSH        | -irsiy omili bor boshqa ruhiy kasalliklar komorbidlik qiluvchi shizofreniya |
| ADPISH        | -atipik depressiya ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                     |
| AMKISH        | -atipik manikal ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                        |
| DKISH         | -depressiya ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                            |
| KKISH         | -katonik ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                               |
| MKISH         | -maniakal ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                              |
| OKSH          | -oneyroid ko‘rinishda ifodalangan shizofreniya                              |
| O‘GVBSH       | -o‘tkir gallyutsinator vasvasalar bilan boshlangan shizofreniya             |
| PKBSH         | -paranoid ko‘rinishda boshlangan shizofreniya                               |
| QASBBSH       | -qo‘sh affektiv simptomatika bilan boshlangan shizofreniya                  |
| TMS           | - transkraniyal magnit stimulyatsiya                                        |

## ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2018. 1008 с.
2. Анализ распространенности шизофрении и шизотипического расстройства у детей и подростков в отдельных регионах России // Социальная и клиническая психиатрия – 2024. - №34. - №2. – Б: 43 – 51.
3. Бархатова А.Н, Чуркина А.М., Штейнберг А.С. Полиморфный аффективный психоз: основания для диагностика БАР I типа. шизофрении или отдельной нозологической формы. Психиатрия. 2024;22(5): 68 – 74.
4. Бузанова В.Е. Шизофрения среди городских и сельских пациентов. Сравнительные клинико – демографические характеристики // Журнал невропатологии и психотерапии имени С.С. Корсакова. 1981. Т. 81, № 5. С. 729 – 734.
5. Буччи П., Гальдеризи С. Категоризация и оценка негативных симптомов. Сшт Opin Psychiatry. 2017;30(3):201 – 8.
6. Ван Яньшан, Янан Ло, Пин Хэ, Сяони Чжон снижает ли образование в колледже риск развития шизофрении? Доказательства политики расширения числа учащихся в колледжах в Китае // Исследование шизофрении. – 2024. – Том 264. – Б. 519 – 525.
7. Вэй Ван Яньху, ЛилиХу, Ифань Ван, Цай Фен Ли Заболеваемость, распространенность и смертность от шизофрении с 2016 по 2020 год в провинции Шаньдун, Китай // Исследования в области психиатрии. – 2024. – Выпуск 331. – С. 115612.
8. Вильянов В.Б. Современные тенденции патоморфоза шизофрении: тендерный фактор и эффективность психофармакотерапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. - №4. – С. 115 – 117.
9. Гальдеризи С., Муччи А., Бьюкенен Р.У., Аранго К. Негативные симптомы шизофрении: новые разработки в вопросы исследования, на которые нет ответов. Lancet Psychiatry. 2018;5(8):664 – 77.

10. Гашкаримов ВР, Султанова РИ, Исламова ЭД, Гасенко КА, Ефремов ИС, Гизатуллин ТР, Асадуллин АР. Структура инсомнии и ее связь с выраженностью психопатологических симптомов у людей с шизофренией (пилотное исследование). Психическое здоровье. 2021;(7):36–42. doi: 10.25557/2074013X.2021.07.36-42.
11. Гоголева ВС, Друзкая МС, Атретзаны КС – Н. Микроглия в гомеостазе центральной нервной системы и нейровоспалении. Молекулярная биология. 2019;53(5):790 – 798. doi: 10.1134/S0026898419050057.
12. Горюнов А.В. Эволюция взглядов на детскую шизофрению // Психиатрия. – 2024;22(5) – С. 107 – 116.
13. Горюнов АВ, Зверева НВ, Симонов АН, Каледа ВГ. Клинические особенности шизотипического расстройства в детском – подростковом им. С.С Корсакова. Спецвыпуски. 2022: 122(9 - 2): 6 – 11.
14. Горюнов АВ. Дискуссионные вопросы диагностики и теоретические модели шизофрении в детском возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Карсакова. 2024:124(7): 18 – 23.
15. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России 1994 – 1999 гг. Москва: Издательский дом «Медпрактика - М», 2000. 506 с.
16. Доллфус С., Лайн Дж. Негативные симптомы: история понятия и их позиция в диагностике шизофрении. Schizophr Res. 2017;186: 3 – 7.
17. Здравоохранение России [Электронный ресурс] // Статистический сборник. 2023. С. 47, 73, 80. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran - 2023.pdf>.
18. Зинчук М.С., Аведисова, А.С., Гехт, А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019;119(3):108-119.

19. Иванова Е.А., Смирнов П.В. “Ранняя диагностика и профилактика шизофрении у подростков”. // Вестник психиатрии и психологии. – 2023. – 29(2); 6. 78 – 85.
20. Казаковцев Б.А. Первичная инвалидность и первичная заболеваемость как критерии психиатрической профилактики // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 2, № 13. С. 49 – 52.
21. Казаковцев Б.А. Региональные различия показателей первичной заболеваемости при психических расстройствах // Психическое здоровье. 2016. Т. 3, №. 118. С. 3 – 13.
22. Каримов Ш. И. и Турсунов А.Б. “Шизофрения и эпидемиология в патогенезе”. // Тиббиёт илмий журналы. – 2022. – 3(1), 6. 33 – 40.
23. Киселев А.К., Жариков Н.М., Иванова А.Е., Яцков Л.П. Психическое здоровье населения. Владивосток, 1993. 392 с.
24. Колесников ДА, Кондуфор ОВ, Рачкаускас ГС. Различия когнитивного статуса больных шизофренией в зависимости от генеза сопутствующей энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2021;121(12):19–23. doi: 10.17116/jnevro202112112119.
25. Колотилин Г.Ф., Яковлена М.В., клинико – психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия – 2024. № 2. Б: 64 – 66.
26. Корнева ЕА. Пути взаимодействия нервной и иммунной систем: история современность, клиническое применение. Медицинская иммунология. 2020;22(3):405 – 418. doi: 10.15789/1563 – 0625 – PON – 1974.
27. Кретьева К.В., Вавилова Д.Д. Построение индекса здоровья населения экономической системы региона // Дневник региона. 2021. Т. 1, № 49. С. 46 – 60.
28. Мазаева НА. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2020. 3(22): 4 – 13.

29. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Санкт – Петербург: Наука и техника, 2019. 992 с.

30. Макинен Й., Миеттунен Й., Яаскелайнен Э., Вейола Й., Исоханни М., Копонен Н. Негативные симптомы и их предикторы при шизофрении в Северной Финляндии в когорте 1966 года рождения. *Psychiatry Res.* 2010;178(1):121 – 5.

31. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000 – 2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019. Т. 4. С. 4 – 15.

32. Макушкин ЕВ. Синашкова НВ. Пережогин АО. Горюнов АВ. Шизофрения в детском и подростковом возрасте. Российский психиатрический Журнал. 2016;(6): 62 – 81. doi: 10.24411/1560 – 957 X – 2016 – 1 %. 25X.

33. Мардер СР, Гальдеризи С. Современная концептуализация негативных симптомов при шизофрении. *World Psychiatry.* 2017;16(1): 14 – 24.

34. Марианна В.К, Солохина Т.А, Ночевкина А.И. Нарушение мотивации у больных шизофренией. – 2022. – 20(3) – б. 85 – 97.

35. Марко С., Кристоф У. Коррелл. Стратифицированные по полу оценки смертности у людей с шизофренией: систематический обзор и метаанализ когортных исследований 2 700 825 человек с шизофренией // Европейская нейропсихфармакология. - 2025. - Том 91. -С. 56 - 66.

36. Мосолов СН, Цукарзи ЭЭ, Оленева ЕВ, Алфимов ПВ. Современные методы преодоления терапевтической резистентности при шизофрении. Биологические методы терапии психических расстройств: Доказательная медицина - клинической практике. М.: Социально-политическая мысль, 2012:105-117. eLIBRARY ID: 19531507.

37. Наджаров Р.А. Распространенность шизофрении. В кн.: Руководство по психиатрии в 2 томах. Том 1. (Под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежневского). С. 303 – 304.

38. Назаров У.К., Рахимова Д.С. Шизофрениянинг клиник патоморфози ва унинг профилактикаси. // Ўзбекистон тиббиёти журнали. – 2021. – 4(2), 6. 50 – 57.

39. Новицкий МА, Шнайдер НА, Бугай, ВА, Насырова РФ. Применение параметрических и опросниковых методов исследования депрессивных и тревожных расстройств при шизофрении. Доктор. Ру. Психиатрия.2021;20(5):55–61.doi:10.31550/1727-2378-2021-20-5-55-61.

40. Панкова О.Ф., Радионов Д.С., Иванова С.М., Дорина И.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в клинике современной детской психиатрии (анализ госпитализаций в крупнейшую психиатрическую клинику Москвы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19, № 4. С. 47 – 56.

41. Панюкова А.С. Статистика заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации // Вопросы студенческой науки. 2019. Т. 11, № 39. С. 589 – 595.

42. Петрова НН. Диагностика и терапия биполярного расстройства. Современная терапия психических расстройств 2024;2: 41 – 54. doi: 10.21265/PSYRN. 2024.31.31.005.

43. Пивень Б.Н., Голдобина О.А. Социально – психологические факторы и патоморфоз шизофрении // Независимый психиатр. журнал. – 2000. - № 3. – С. 34 – 37.

44. Польская Н.А. Структура и функции само повреждающего поведения. Психологический журнал. 2014; 35(2): 45–56.

45. Помыткин А.Н Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция в терапии резистентной шизофрении // Психиатрия. Том 20. - № 3. 2022. – Б. 32 – 33.

46. Помыткин АН, Лебедева ИС, Тихонов ДВ, Каледа ВГ. Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция в терапии резистентных депрессий при шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2021;121(5–2):99–103. 10.17116/jnevro202112105299.

47. Пятницкий Н.Ю., Эпидемиология шизофрении: смена парадигмы? // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2024. - № 1. – б, 16 – 23.
48. Пятойкина А.С. Выраженность оксидативного стресса у пациентов, страдающих шизофренией // Психиатрия. - 2022. - № 3. - Б. 35 – 36.
49. Рахмонов И.Т., Саидова М.У. Шизофрениянинг генетик омиллари ва уларнинг профилактикаси. // Генетика ва тиббиёт. – 2021. 2(1), б. 44 – 51.
50. Руководство Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) по оценке негативных симптомов при шизофрении. // 2021. Европейской психиатрия. – 2021. – Б 1 – 3.
51. Савина МА, Шешенин ВС, Абдуллина ЕГ. Когнитивные нарушения у пациентов с психозами позднего возраста: психометрический и клиничко – психопатологический анализ. Медицинский альманах. 2018; 56(5):147–153.
52. Сидиров П.И и Кузнецова М.А. Факторы риска и превенция шизофрении. // Российский психиатрический журнал. – 2020. -18(4), б. 25 – 31.
53. Синякин ИА, Баталова ТА. Микроглия как ключевой компонент регуляции синаптической активности. Научное обозрение. Биологические науки. 2020;4:53 – 58. doi: 10.17513/srbs.1215.
54. Скрипов В.С., Есина К.М. Комплексная оценка заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в динамике за период 2015 – 2019 гг. в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. 2021. Т. 67, № 4. С. 8. DOI: <https://doi.org/10.21045/2071-5021-67-4-8>.
55. Смулевич А.Б. Шизофрения на этапе относительной стабилизации процесса. Проблемы клиники и терапии. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2011;(2):5.
56. Смулевич А.Б., Иванов М.В. Шизофрения: современные подходы к диагностике и лечению. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. 121(5), б. 15 – 22.

57. Смулевич АБ, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ. История и современное состояние проблемы негативных расстройств (исследования нозологического периода). // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2021;121(2):122–130. doi: 10.17116/jnevro2021121021122.
58. Соловьёва К.П., Хобта Е.Б. Взаимосвязь социальной изоляции с выраженностью когнитивных нарушений у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра // Психиатрия. – 2022. - № 3. – Б. 38 – 39.
59. Степанов ИЛ, Крюков ВВ. Клинико-психопатологическая оценка реакции больных психиатрического стационара на ситуацию пандемии новой коронавирусной инфекции. // Социальная и клиническая психиатрия. 2021;31(2):26–32.
60. Сюаньсюан Ли, Нин Вэй, Цзянь Сун и соавт. Экологические исследования // 2023. – Том 232. – С. 116305.
61. Творогова Н.А., Сунцов А.А. Распространенность психической патологии среди мужчин и женщин в городах и сельской местности Удмуртской Республики // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. 1997. Вып. 11. С. 172 – 176.
62. Тиганов А.С. Шизофрения. В кн.: Руководство по психиатрии в 2 томах. (Под редакцией академика РАМН А.С. Тиганова. Том 1. Москва: «Медицина», 1999. С. 407 – 437).
63. Тихонов ДВ, Помыткин АН, Каледа ВГ. Современные аспекты терапевтической резистентности при шизофрении. Психическое здоровье. 2021;12:79–89.doi:10.25557/2074-014X.2021.12.80-85.
64. Уланов Ю.И. Сравнительная клинико – эпидемиологическая характеристика больных шизофренией, проживающих в городских и сельских населенных пунктах // Журнал невропатологии и психотерапии имени С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, № 11. С. 23 – 29.
65. Фёдоров А.А., Беляева Н.В. Превентивные стратегии в лечении шизофрении. // Журнал клинической психиатрии. – 2023. – 25(2), б. 66 – 73.

66. Федоров Я.О. Патоморфоз шизофрении в 70 – 90 – с годы XX в. // Психотерапия. – 2004. - № 4. – С. 34 – 37.

67. Фурсов ББ. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2012;22(4):91–100. Fursov BB. A problem of motivation and its disturbances at schizophrenia. Social and clinical psychiatry. 2012;22(4):91–100. (In Russ.).

68. Чуркин АА, Казаковцев БА, Творогова НА, Николаева ТА, Демчева Н.К. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году (аналитический обзор) / под ред. д-ра мед. наук, проф. ВС Ястребова. М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014.

69. Шашкова НГ, Сальникова ЛИ. Кирьянова ЕМ. Шизоаффективное расстройство: современное состояние вопроса. Социальная и клиническая психиатрия. 2022;32(3): 63 – 72.

70. Шевченко Е.В. Влияние неблагоприятных экзогенных факторов на вербальную память у больных шизофренией // Психиатрия - 2022. - № 3 - Б. 52 – 53.

71. Adebimpe V.R., Chu C.C., Klein H.E., Lange M.H. Racial and geographic differences in the psychopathology of schizophrenia // The American journal of psychiatry. 1982. Vol. 139, № 7. P. 888 – 891. doi.org/10.1176/ajp.139.7.888.

72. Ajnakina O., Agbedjro D., Lally J., Di Forti M et al. Predicting onset of early and late – treatment resistance in first episode schizophrenia patients using advanced shrinkage statistical methods in a small sample. // Psychiatry Research – 2020, – 294; 6. 113527. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113527>.

73. Alkelai A, Greenbaum L, Shohat S, Povysil G, Malakar A, Ren Z, Motelow JE, Schechter T, Draiman B, Chitrit – Raveh E, Hughes D, Jobanputra V. Shifman S, Goldstein DB, Kohn Y. Genetic insights into childhood – onset schizophrenia: The field of clinical exome sequencing. Schizophr Res. 2023; 252: 138 – 145. doi. 10.1016/j.schres. 2022.12.033. Epub 2023 Jan 14. PMID: 36645932.

74. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS, Morris RG, Sahakian BJ. Clinical and cognitive diversity of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psycholog.med.* 1995;25(4):699–12. doi:10.1017/s0033291700034954.
75. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, et al. Cannabis – induced psychosis and subsequent schizophrenia disorders: follow – up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005;187:510 – 5.
76. Barnes T.R., Drake R. Pharmacological strategies for relapse prevention in schizophrenia. // *Psychiatry*. – 2007. – 6(9); 351 – 356. doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.07.002.
77. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, et al. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006;188:237 – 42.
78. Basrak N, Mulcrone N, Sharifuddin S, Ghumman Z, Bechan N, Mohamed E, Murray M, Rajendran H, Gunnigle S, Nolan M, Quane T, Terao M, Hoare T, Kirrane K, Kennedy HG, Davoren M. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: observational cohort study. *BJPsych Open*.2021;7(1):e31. doi: 10.1192/bjo.2020.169.
79. Bobes J, Arango C, Garcia – Garcia M, Rejas J, Group CSC. Распространенность негативных симптомов у амбулаторных пациентов с расстройствами психотического спектра, получающих лечение антипсихотиками в обычной клинической практике: результаты исследования CLAMORS. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(3):280 – 6.
80. Bosanac P, Castle DJ. Schizophrenia and depression. *The Medical Journal of Australia*. 2013;199(6):36–39. doi: 10.5694/mja12.10516.
81. Byrne M, Agerbo E, Ewald H, et al. Parental age and risk of schizophrenia: a case – control study. *Archives of general psychiatry* 2003;60(7):673
82. Canetta S, Sourander A, Surcel HM, Hinkka – Yli – Salomaki S, Leiviska J, Kellendonk C, McKeague IW, Brown AS. Elevated maternal C – reactive protein and increased risk of schizophrenia in a national birth cohort. *Am J Psychiatry*. 2014;171(9):960 – 968. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121579.

83. Cartisano T, Kicker J. Anti – N – methyl – D – aspartate receptor encephalitis in 7 – month old infant following influenza vaccination. *Neurology*. 2016;89(16 Supplement):5 – 136.
84. Case M, Stauffer VL, Ascher-Svanum H, Conley R, Kapur S, Kane JM. The heterogeneity of antipsychotic response in the treatment of schizophrenia. *Psychol Med*. 2011;41:1291-1300.
85. Caspi A, Houts RM, Belsky DW et al. *Nat Hum Behav* 2016;1:0005.
86. Chan KY, Zhao FF, Meng S, et al. Распространенность шизофрении в Китае в период с 1990 по 2010 год. *J Glob Health* 2015; 5: 010410.
87. Chen GY, Nunez G. Sterile inflammation: sensing and reacting to damage. *Not Rev Immunol*. 2010;10(12):826 – 837. doi: 10.1038/nri2873 Epub 2010 Nov 19. PMID: 21088683; PMCID: PMC3114424.
88. Cheng CM, Li CT, Tsai S. Current Updates on Newer Forms of Transcranial Magnetic Stimulation in Major Depression. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1305:333–341.doi: 10.1007/978-981-33-6044-0\_18.
89. Chu C.C., Lee S.Y., Sallach H.S., Çeetingök M., Klein H.E. Symptom differences between urban and rural schizophrenics in Turkey // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1986. Vol. 32, № 3. P. 65 – 71.
90. Correl C.U., Galling B., Pawar A et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early – Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta – analysis and Meta – regression. // *JAMA Psychiatry*. – 2018. – 75(6); 6. 555 – 565.
91. Cotton S., Lambert M., Schimmelmann B., Mackinnon et al. Differences between first episode schizophrenia and schizoaffective disorder. // *Schizophrenia Research*. - 2013. 147(1), 169 – 174.
92. Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, Mackinnon A, Glesson JFM, Berk M, Hides L, Chanen A, McGorry PD, Conus P. Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res*. 2012;134:20–26. doi: 10.1016/j.schres.2011.08.018.

93. Di Luzio M, Guerrera S, Pontillo M, Lala M, Casula L, Valeri G, Vicari S. Autism spectrum disorder, very – early onset schizophrenia and child disintegrative disorder: the challenge of diagnosis. A case – report study. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 1212687. doi:10.3389/fpsy.2029.1212687.
94. Eaton W, Mortensen PB, Agerbo E, et al. Coeliac disease and schizophrenia: population based case control study with linkage of Danish national registers. *BMJ Clinical research* ed 2004;328(7437):438 – 9.
95. Emsley R., Fleischhacker W.W. Is the ongoing use of placebo in relapse prevention clinical trials in schizophrenia justified? // *Schizophrenia Research*, - 2013. – 150(2 - 3), 427 – 433.
96. Erhardt S, Schwieler L, Nilsson L, Linderholm K, Engberg G. The kynurenic acid hypothesis of schizophrenia. *Physiol Behav*. 2007;92(1 - 2):203 – 209. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.05.025.
97. Faden J, Citrome L. Resistance is not futile: treatment-refractory schizophrenia — overview, evaluation and treatment. *Expert Opin Pharmacother*.2019;20(1):12–23.doi:10.1080/14656566.2018.1543409.
98. Farooq S, Agid O, Foussias G, Remington G. Using treatment response to subtype schizophrenia: proposal for a new paradigm in classification. *Schizophr.Bull*.2013;39:1169–1172.
99. Firth J, Solmi M, Wootton RE et al. *World Psychiatry* 2020;19:360-80.
100. Firth J., Solmi M., Wootton R.E et al. A Meta – Review of Lifestyle Psychiatry: The Role of Diet, Exercise and Smoking in Mental Health. *American Journal of Psychiatry*. – 2020. – 177(8), 686 – 702.
101. Fischer CE, Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? *Int Psychogeriatr*.2018;30(2):209–219.
102. Frankle W. Schizophrenia: epidemiology, clinical features, course and outcome. // In Elsevier eBooks 2009; PP. 453 – 458.
103. Frost JL, Schafer DP. Microglia: Architects of the Developing Nervous System. *Trends Cell Biol*. 2016;26(8):587 – 597. doi: 10.1016/j.tcb.2016.02.006.

104. Fusar – Poli P, Correll CU, Arango C et al. *World Psychiatry* 2021;20:200 – 21.
105. Fusar – Poli P., Salazar de Pablo G., Correll C.U et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis and Intervention. // *JAMA Psychiatry*. – 2020. 77(7); 755 – 765.
106. Gardsjord ES, Romm KL, Friis S, Barder HE, Evensen J, Haahr U, ten Velden Hegelstad W, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T, Melle I, Rossberg JI. Subjective quality of life in first – episode psychosis. A ten – year follow – up studies. *Schizophr Res*. 2016 ; 172(1–3):23–28.doi:10.1016/j.schres.2016.02.0342.
107. Gatta M, Raffagnato A, Mason F et al. Sociodemographic and clinical characteristics of paediatric patients admitted to a neuropsychiatric care hospital in the COVID-19 era. *Ital J Pediatr*. 2022;48(1):23. Green MF, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Res. Cogn*. 2014;1(1):e1–e9. doi: 10.1016/j.scog.2014.02.001.
108. Hafner H., Heiden W. Epidemiology of schizophrenia // *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997. Vol. 42, № 2. P. 139 – 151.
109. Harvey PD. Assessing disability in schizophrenia: tools and contributors. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(10):e27. <https://doi.org/10.4088/JCP.13049tx5c>.
110. He H, Liu Q, Li N, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e91. doi: 10.1017/s2045796019000891.
111. Horváth LO, Balint M, Ferenczi-Dallos G, Farkas L, Gadoros J, Gyori D, Kereszteny A, Meszaros G, Szentivanyi D, Velo et al. Direct Self-Injurious Behavior (D-SIB) and Life Events among Vocational School and High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(6):1068. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061068>.

112. Horvath S, Mirnics K. Immune system disturbances in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2014;75(4):316 – 323. doi: 10.1016/j.biopsych. 2013.06.01.
113. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172–178. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.172.
114. Howes O.D., Murray R.M. Schizophrenia: An Integrated Sociodevelopmental – Cognitive Model. // *Lancet Lancet*. – 2014. – 383(9929), 1677 – 1687.
115. Hsiao C., Wu K., Chiu C., Lu et al. Development and validation of a schizophrenia literacy scale for individuals diagnosed with schizophrenia. // *Psychiatry Research*. 2024. – 344, 116344. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116344>.
116. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2020;27(5):572–583.
117. International Journal of Scientific Research [Internet]. Available from: <https://www.worldwidejournals.com/international> - journal - of - scientific - research – (IJSR).
118. Izadi-Mazidi M, Yaghubi H, Mohammadkhani P, Hassanabadi H. Assessing the Functions of NonSuicidal Self-Injury: Factor Analysis of Functional Assessment of Self-Mutilation among Adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2019;14(3):184-191.
119. Kahn R.S., Keefe S.E. Schizophrenia Is a Cognitive Illness: Time for a Change in Focus. // *JAMA Psychiatry*. - 2015;70(10), 1107 – 1112.
120. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, et al. Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1(1):15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>.
121. Kane JM, Agid O, Baldwin ML, et al. Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(2):18-23.

122. Kane JM, Correll CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(3):345-357.
123. Kelleher I. Psychosis prediction 2.0: why child and adolescent mental health services should be a key focus for schizophrenia and bipolar disorder prevention research // *Br. J. Psychiatry*. 2023. Vol. 222, № 5. P. 185 – 187. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp>. 2022. 193.
124. Kendhari J, Shanker R. Young – walker L.A. Review of Childhood – Onset Schizophrenia. *Focus (AM Psychiatr Publ)*. 2016;14(3): 328 – 332. doi. 10.1176/appi.focus.20160007. Epub 2016 Jul 8. PMID: 31975813; PMCID: PMC6526799.
125. Keshavan M.S., Song S.H. Neuroscience in pictures: 3. Schizophrenia. // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2024. – 102, C. 104278.
126. Khan R.S., Keefe R.S. Schizophrenia Is a Cognitive Illness: Time for a Change in Focus. // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – 70(10), 1107 – 1112.
127. Kirkbride J.B., Errazuriz A., Croudace T.J et al. “Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950 - 2009: A Systematic Review and Meta - Analyses”. *PloS One*. – 2012. 7(3), e31660.
128. Kirkbride J.B., Errazuriz A., Croudace T.J et al. “Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950 - 2009; A Systematic Review and Meta - Analyses” *PloS One*. – 2012. 7(3);e31660.
129. Kotov R, Jonas KG, Carpenter WT et al. *World Psychiatry* 2020;19:151 – 72.
130. Koutsouleris N., Dwyer D.B., Degenhardt F et al. “Multimodal Machine Learning Workflows to Predict Psychosis Onset in Individuals at Clinical High Risk: A Multisite Prognostic Model Development and Validation Study”. // *JAMA Psychiatry*, 2021. - 78(2), 6. 195 – 209.
131. Kremen LC, Fiszdon JM, Kurtz MM, Silverstein SM, Choi J. Intrinsic and extrinsic motivation and learning in schizophrenia. // *Curr Behav Neurosci*. 2016;3:144–153. doi: 10.1007/s40473-016-0078-1.

132. Kronick J, Sabesan P, Burhan AM, Palaniyappan L. Assessment of treatment resistance criteria in non-invasive brain stimulation studies of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2022;243:350–358.
133. Kuring JK, Mathias JL, Ward L. Prevalence of Depression, Anxiety and PTSD in People with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2018;28(4):393–416. doi:10.1007/s11065-018-9396-2.
134. Lenzenweger M.F, Schizotypy. Schizotypic psychopathology and schizophrenia. *World Psychiatry.* 2018;17(1): 25 – 26. doi: 10. 1002/wps. 20479.
135. Li N., Chen S., Wu Z., Dong J., et al. Secular trends in the prevalence of schizophrenia among different age, period and cohort groups between 1990 and 2019. // *Asian Journal of Psychiatry* – 2024, 101, 104192.
136. Liang K, Zhao L, Lei Y et al. Nonsuicidal self-injury behaviour in a city of China and its association with family environment, media use and psychopathology. *Compr Psychiatry.* 2022;115:152311. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152311>.
137. Liu Y., Yang X., Gillespie A., Guo Z., Ma Y., Chen R., et al. Targeting relapse prevention and positive symptom in first – episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. // *Psychiatry Research*, 2018 – 272, 275 – 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.130>.
138. Livny A, Reichenberg A, Fruchter E et al. *Am J Psychiatry* 2018;175:351 – 8.
139. Lyne J, O'Donoghue B, Owens E, Renwick L, Madigan K, Kinsella A, et al. Prevalence of item level negative symptoms in first episode psychosis diagnoses. *Schizophr Res.* 2012;135(1 - 3):128 – 33.
140. Lyne J, Renwick L, O'Donoghue B, Kinsella A, Malone K, Turner N, et al. Распространенность домена негативных симптомов в диагностических границах: значимость диагностических сдвигов. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):347 – 54.
141. Makinen J, Miettunen J, Isohanni M, Koronen H. Негативные симптомы при шизофрении: обзор. *Nord J Psychiatry.* 2008;62(5):334 – 41.

142. Manna P, Sushil K. Jain SK. Obesity, Oxidative Stress, Adipose Tissue Dysfunction, and the Associated Health Risks: Causes and Therapeutic Strategies. *Metab Syndr Relat Disord.* 2015;13(10):422–441. doi: 10.1089/met.2015.0095.
143. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry.* 2017;16(1):14–24. doi: 10.1002/wps.20385.
144. Marek M, Horyniecki M, Fraczek M, Kluczevska E. Leukoaraiosis – new concepts and modern imaging. *Pol J Radiol.* 2018;83:e76 – e81.doi:10.5114/pjr.2018.74344.
145. Mathias SR, Knowles EEM, Barrett J, Leach O, Burcher S, Beetham T, Blangero J, Poldrack RA, Glahn DC. The Processing-Speed Impairment in Psychosis Is More Than Just Accelerated Aging. *Schizophr Bull.* 2017;43(4):814–823. doi: 10.1093/schbul/sbw168.
146. Mavrogiorgou P, Siebers F, Kienast T, et al. [Help seeking behavior and pathways to care for patients with obsessive – compulsive disorders]. *Nervenarzt* 2015; 86: P. 1130 – 1139.
147. McGorry P.D., Hartmann J.A., Spooner R & Nelson B (2018). “Beyond The «At Risk Mental State» Concept: Transitioning to Transdiagnostic Psychiatry”. // *World Psychiatry.* – 2018. 17(2), 133 – 142.
148. McGrath J.J. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2005;111: 4 – 11. DOI: 10.1111/j.1600 – 0447.2004.00467.x.
149. Mckee AC, Daneshvar DH. The neuropathology of traumatic brain injury. *Handb Clin Neurol.* 2015;127:45–66. doi: 10.1016/B978-0-444-52892-6.00004-0.
150. McManus S, Gunnell D, Cooper C et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys

of the general population. *Lancet Psychiatry*.2019;6(7):573-581.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30188-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30188-9).

151. Messias E.L., Chen C & Eaton W.W. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and myths. // *Psychiatric Clinics of North America*, - 2007. 30(3), B: 323 – 338. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.007>.

152. Miller AH, Haroon E, Raison CL, Felger JC. Cytokine targets in the brain: impact on neurotransmitters and neurocircuits. *Depress Anxiety*. 2013;30(4):297 – 306. doi: 10.1002/da. 22084.

153. Miller B.J., Lemos H, Schooler N.R., Goff D.C. Kopelowicz A., Lauriello J. // Longitudinal study of inflammation and relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, - 2023. - 252; B: 88 – 95.

154. Munk – Jorgensen P, Ewald H. Epidemiology in neurobiological research: exemplified by the influenza – schizophrenia theory. *Br J Psychiatry* 2004;40(Suppl):S30 – 2.

155. Munn NA. Microglia dysfunction in schizophrenia: an integrative theory. *Med Hypotheses*. 2000 Feb;54(2):198 – 202. doi: 10.1054/mehy.1999.0018. PMID: 10790752.

156. Najas-Garcia A, Carmona VR, Gómez-Benito J. Trends in the Study of Motivation in Schizophrenia: A Bibliometric Analysis of Six Decades of Research (1956–2017). *Front Psychol*. 2018;9:63. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00063.

157. Nguyen TT, Eyler LT, Jeste DV. Systemic Biomarkers of Accelerated Aging in Schizophrenia: A Critical Review and Future Directions. *Schizophr Bull*. 2018;44(2):398–408. doi: 10.1093/schbul/sbx069.

158. Oliver E.A & Fearon P. Schizophrenia: epidemiology and risk factors. // *Psychiatry*. – 2008 – 7(10), 410 – 414. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.07.011>.

159. Omalu B. Chronic Traumatic Encephalopathy. *Prog Neurol Surg*. 2014;28:38–49. doi: 10.1159/000358761.

160. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039): 86-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6).

161. Pacitti F, Serrone D, Lucaselli A, Talevi D, Collazzoni A, Stratta P, Rossi R. Paranoia, depression and lack of insight in schizophrenia: a suggestion for a mediation effect. *Riv Psichiatr.* 2019;54(6):249–253. doi:10.1708/3281.32543.
162. Pathmanandavel K, Starling J, Dale RC, Brilot F. Autoantibodies and the immune hypothesis in psychotic brain diseases: challenges and perspectives. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:257184. doi: 10.1155/2013/257184.
163. Paudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co – occurrence and associated riskfactors. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):96.
164. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious – sensitive, impulse – dyscontrol and binge – eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am.* 2002 Dec; 25(4): 713 – 737. doi. 10.1016/s0193 – 953x(02)00023 – 0. PMID: 12462857.
165. Pontillo M, Aversa R, Tata MC, Chiappa F, Pucciarini ML, Vicari S. Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and Adolescents with Early – and Very – Early – Onset. Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2021;12:662093.doi.10.3389/fpsyt. 2021. 662093. PMID:34603093: PMCID: PMC 8481627.
166. Ran M., Wong Y.I. Marriage and outcomes of people with schizophrenia in China: 14 – year follow – up study. *Schizophrenia Research.*-2016, 182 6. 49-54.
167. Ratajczak MZ, Pedziwiatr D, Cymer M, Kucia M, Kucharska – Mazur J, Samochowiec J. Sterile Inflammation of Brain, due to Activation of Innate Immunity, as a Culprit in Psychiatric Disorders. *Front Psychiatry.* 2018;9:60. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00060 PMID: 29541038; PMCID: PMC5835766.
168. Reddy LF, Irwin MR, Breen EC, Reavis EA, Green MF. Social exclusion in schizophrenia: Psychological and cognitive consequences. *Journal of psychiatric research.* 2019;114(3):120–125. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.010.
169. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. One – month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the

Epidemiologic Catchment Area study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993. Vol. 88. P. 35 – 47.

170. Reichenberg A, Levine SZ. Первичные трудности и практические решения в профилактической психиатрии // *Всемирная психиатрия*. – 2021. – Том 20. - № 2. – Б. 229 – 231.

171. Reine G, Lancon C, Di Tucci SDi, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*.2003;108(4):297–303.doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00132.x.

172. Saha S., Barendregt J.J., Vos T. Whiteford H., et al. Modelling disease frequency measures in schizophrenia epidemiology. // - 2008. *Schizophrenia Research*, 104(1 - 3), Б: 246 254. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.05.022>.

173. Saha S., Chant D., Welham J et al. “A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia”. // *PloS Medicine*, - 2005. – 2(5), e141.

174. Saito Y., Sakurai H., Kane et al. Predicting relapse with residual symptoms in schizophrenia: A secondary analysis of the PROACTIVE trial. // *Schizophrenia Research*. – 2019. – 215, 173 – 180.

175. Schlosser DA, Campellone TR, Truong B, Etter K, Vergani S, Komaiko K, Vinogradov S. Efficacy of PRIME, a mobile app intervention designed to improve motivation in young people with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2018;20;44(5):1010–1020. doi: 10.1093/schbul/sby078.

176. Schooler NR, Buchanan RW, Laughren T, Leucht S, Nasrallah HA, Potkin SG, et al. Defining therapeutic benefit for people with schizophrenia: focus on negative symptoms. *Schizophr Res*. 2015;162(1 - 3):106 – 74.

177. Schutt RK, Xie H, Mueser KT, et al. Cognitive Enhancement Therapy vs social skills training in schizophrenia: a cluster randomized comparative effectiveness evaluation. *BMC Psychiatry*. 2022;22(583)

178. Seidman LJ, Mirsky AF. Evolving Notions of Schizophrenia as a Developmental Neurocognitive Disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23(9–10):881–892.doi: 10.1017/S1355617717001114.

179. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, Davis A, Hammond TR, Kamitaki N, Tooley K, Presumey J, Baum M, Van Doren V, Genovese G, Rose SA, Handsaker RE; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium: Daly MJ, Carroll MC, Stevens B, McCarroll SA. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*. 2016;530(7589):177 – 183. doi: 10.1038/nature16549.

180. Shahwan S, Abdin E, Zhang Y et al. Deliberate Self - Harm in Psychiatric Outpatients Aged 14-35 Years in Singapore. *Ann Acad Med Singap*.2018;47(9):360-372.

181. Shen C., Tong X., Ran J., Sun S et al. Associations between residential environments and late – onset schizophrenia in UK Biobank: Interaction with genetic risk factor. // *Schizophrenia Research*, - 2024. 270, - 6. 85 – 93. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.06.008>.

182. Shnayder NA, Khasanova AK, Strelnik AI, Al – Zamil M, Otmakhov AP, Neznanov NG, Shipulin GA, Petrova MM, Garganeeva NP, Nasyrova RF. Cytokine imbalance as a biomarker of treatment – resistant schizophrenia. *Int J Mol Sci*. 2022;23(19):11324. doi: 10.3390/ijms231911324.

183. Sicras – Mainar A, Maurino J, Ruiz – Beato E, Navarro – Artieda R. Влияние негативных симптомов на использование ресурсов здравоохранения и связанные с этим расходы у взрослых амбулаторных пациентов с шизофренией: популяционное исследование. *BMC Psychiatry*. 2014;14:225.

184. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, et al. Оценка вариаций в опубликованных оценках распространенности шизофрении в 1990 – 2013 годах: систематический обзор литературы. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 193.

185. Slomiak S., Matalon D., Roth L. Very Early – Onset Schizophrenia in a Six – Year – Old Boy. *The American Journal of Psychiatry Resident`s Journal*. 2017 Publication date: 01 February 2017 9 – 11. doi: 10.1116/appi.ajprj. 2017. 120204.

186. Sontheimer H. Chapter 13 – Schizophrenia. In: Sonthimer H, editor. *Diseases of the Nervous System*. San Diego: Academic Press; 2015. p. 375 – 403.

187. Spaniel F., Vohlidka P., Hrdlicka J., Kozeny J. ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia. // Schizophrenia Research. – 2007. 98(1 - 3), 312 – 317.
188. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. Lancet Neurol. 2012;11(11):1006–1012.doi: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6.
189. Subramaniam M, Abdin A, Vaingankarm JA, et al. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Singapore. Front Psychiatry. 2021;12:650674. doi:10.3389/fpsyt.2021.650674.
190. Szkultecka – Debek M, Walczak J, Augustynska J, Miernik K, Stelma – chowski J, Pieniazek I, et al. Эпидемиология и рекомендации по лечению негативных симптомов при шизофрении в Центральной и Восточной Европе: обзор литературы. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2015;11:158 – 65.
191. Tandon R., Nasrallah H.A & Keshavan M.S. “Schizophrenia, Just the Facts 4. Clinical Features and Conceptualization. // Schizophrenia Research. – 2009. - 110 (1 - 3), 6 1 - 23”.
192. Tang WC, Lin MP, You J, Wu JY, Chen KC. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19outbreak.CurrPsychol.2021;1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>.
193. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge Simona A Stilo 1, Robbin M Murray Affiliations Expand // PMID:20954427 PMCID: PMC3181982 DOI: 10.31887/DCNS.2010.12.3/sstilo. 2010;12(3):305-15.
194. Torrey E.F., Yolken R.H. Schizophrenia as a pseudogenetic disease: A call for more gene – environmental studies. // Psychiatry Research. – 2019. – 278, 6. 146 – 150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.006>.
195. Uher R, Pavlova B, Najafi S, Adepalli N, Ross B. Howes Wallis E, Freeman K, Parker P. Propper L. Palaniyappan L. Antecedent of major depressive bipolar abd psychotic disorders: A systematic review and meta – analysis of prospective studies. Newrosci Biobehav Rev. 2024: 160: 105625. doi. 10/1016/j.neubiorev. 2024. 105625. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38494121.

196. Van O J., Kenis G & Rutten B.P. The environment and schizophrenia. // Nature. – 2010. – 468(7321), 6. 203 – 212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>.
197. Van Os J & Kapur S. “Schizophrenia” // The Lancet. – 2009. – 374(9690), 6. 635 – 645.
198. Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Besson R., et al. A survey of general practitioner`s knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. // European Psychiatry. - 2005;21(4), 238 – 244.
199. Vernal D.L., Boldsen S.K., Lauritsen M.B., Correll C.U & Nielsen R.E. Long – term outcome of early – onset compared to adult – onset schizophrenia: A nationwide Danish register study. // Schizophrenia Research. - 2020; 220, 6: 123 – 129. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.045>.
200. Volker R. What Is Bipolar Disorder? Jama. 2024; 12: 331(10):894. doi:10.1001/jama.2023.24844. PMID: 38363576.
201. Wahbeh M.H., Avramopoulos D. Gene – Environment Interactions in Schizophrenia: a literature review. // Genes. – 2021. 12(12), 6. 1850. <https://doi.org/10.3390/genes12121850>.
202. Walder D.J., Faraone S.V., Glatt S.J., Tsuang M.T & Seidman L.J. Genetic liability, prenatal health, stress and family environment: Risk factors in the Harvard Adolescent Family High Risk for Schizophrenia Study//Schizophrenia Research. – 2014. 157 (1 - 3), <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.015>.
203. Xie Y, Guan M, Wang Z, Ma Z. Wang H, Fang P, Yin H. rTMS Induces Brain Functional and Structural Alternations in Schizophrenia Patient with Auditory Verbal Hallucination. Front Neurosci. 2021;15:722894.
204. Yeqing Wu, Ruiying Kang, Yuxiang Yan, et al. Эпидемиология шизофрении и факторы риска агрессии, связанной с шизофренией, с 2011 по 2015 год // Журнал международных исследований. – 2018. том 46(20). Б: 4039 – 4049.
205. Yu B., Sun Z., Li S., Chien I et al. Social isolation and cognitive function in patients with schizophrenia: A two years follows – up study. // Schizophrenia Research, - 2024. – 267, 6. 150 – 155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.035>.

206. Zetterqvist M, Jonsson LS, Landberg Å, Svedin CG. A potential increase in adolescent nonsuicidal selfinjury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011-2021. *Psychiatry Res.* 2021;305:114208. doi /10.1016/j.psychres.2021.114208.

207. Zhao W., Zhang Q., Su Y., Chen X., et al. Effect of schizophrenia risk gene polymorphisms on cognitive and neural plasticity. // *Schizophrenia Research.* - 2022; 248, 173 – 179. doi/10.1016/j.schres.2022.08.014.