

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

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

**Соғлиқни сақлаш вазирлиги**

**Илмий-техник кенгаш раиси**

\_\_\_\_\_ **Ш.К.Атаджанов**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ **2026 й.**

**ЭРГАШЕВА ЮЛДУЗ ЙЎЛДОШЕВНА**

**НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА  
ШАХСЛАРНИНГ СУИҚАСД ХУЛҚ-АТВОРИ КОРРЕКЦИЯСИ ВА  
ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**Монография**

**Бухоро – 2026**

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд хулқ-атвори коррекцияси ва олдини олиш усулларини оптималлаштириш: монография / **Эргашева Ю.Й.**

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

**Тақризчилар:**

**Тақризчилар:**

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

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

Ушбу монография БухДТИ илмий кенгаши томонидан муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

#### Аннотация

Ушбу монографияда сурункали соматик касалликларга чалинган беморларнинг суицидал хулқ-атвори шу билан бирга суиқасд хулқ-атвори коррекцияси ва олдини олиш усулларини оптималлаштиришни ўрганишга бағишланган. Дунёда соғлиқни сақлаш соҳасини олдинга сурилган муаммоларидан бири суиқасд ва унинг оқибатлари илмий тадқиқотларнинг муҳим мавзуси бўлиб келмоқда. Монографияда кенг қамровли илмий изланишлар суиқасд даражасини, касалликнинг клиник кўринишини, шахсий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, даволаш ҳамда жамият билан боғлиқ ягоналигини қамраб олади. Бу бутунлик руҳий касалликларни даволашда, беморларни ўзини тиклаш усулларни ишлаб чиқишга ҳамда, беморларда яшаш тарзини ижобий ўзгартиришга имкон яратади.

#### Аннотация

Данная монография посвящена изучению суицидального поведения пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, а также оптимизации методов коррекции и профилактики суицидального поведения. Одной из наиболее актуальных проблем в сфере здравоохранения во всём мире является суицид и его последствия, которые остаются важной темой научных исследований. В монографии представлены комплексные научные исследования, охватывающие уровень суицидального риска, клинические проявления заболевания, личностные особенности пациентов, а также вопросы лечения и их интеграции с обществом. Данный комплексный подход позволяет в лечении психических заболеваний разрабатывать методы восстановления пациентов, а также способствует формированию у них позитивных изменений образа жизни.

#### Annotation

This monograph is devoted to the study of suicidal behavior in patients suffering from chronic somatic diseases, as well as to the optimization of methods for the correction and prevention of suicidal behavior. One of the most pressing problems in the field of healthcare worldwide is suicide and its consequences, which continue to be an important subject of scientific research. The monograph presents comprehensive scientific studies that take into account the level of suicidal risk, clinical manifestations of the disease, personality characteristics of patients, as well as issues of treatment and their integration into society. This comprehensive approach

makes it possible, in the treatment of mental disorders, to develop methods for patient rehabilitation and to promote positive changes in patients' lifestyles.

## МУНДАРИЖА

<b>Кириш</b> .....	<b>6</b>
<b>I боб. Ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликларда суиқасд хулқ-атвори омиллари ва коррекцияси хусусиятлари (адабиётлар шарҳи)</b> .....	<b>9</b>
§1.1. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг тарқалиши.....	9
§1.2. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришда сурункали касалликлар ва ногиронликнинг аҳамияти.....	11
§1.3. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори коррекциясининг тавсифи.....	21
§1.4. Суицидни даволашда биологик асослар.....	27
<b>II боб. Тадқиқот материаллари ва усуллари</b> .....	<b>34</b>
§2.1. Беморларнинг умумий таърифи.....	34
§2.2. Клиник тадқиқот усуллари.....	36
§2.3. Экспериментал - психологик тадқиқот усуллари.....	38
§2.4. Статистик тадқиқот усуллари.....	43
§2.5. Тадқиқот босқичлари.....	44
<b>III боб. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш юқори хавфининг омилларини аниқлаш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори моделини ишлаб чиқиш</b> .....	<b>46</b>
<b>IV боб. Суиқасд хулқ-атвориغا олиб келувчи психопатологик</b>	

<b>бузилишларни коррекциялаш ва суиқасд ниятларининг олдини олиш</b> .....	<b>65</b>
§4.1. Соматик касалликлардан ногиронликка эга бўлган беморларнинг суиқасд ниятларининг олдини олиш жиҳатлари.....	65
§4.2. Ногиронликга эга бўлган беморларнинг патологик ўз жонига қасд қилиш реакцияларининг психофармакотерапияси.....	72
§4.3. Ногиронликка эга бўлган беморларда суиқасд хулқ-атворининг психотерапияси.....	76
§4.4. Ногиронликга эга бўлган беморларнинг суиқасд хулқ-атвори коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш.....	83
<b>Хотима</b> .....	<b>93</b>
<b>Адабиётлар</b> .....	<b>116</b>

### ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

- ДНК – дезоксирибонуклеин кислотаси
- ДСТ – доривор сезувчанлик тести
- ЖССТ – Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
- ИОЗС и Н – серотонин ва норадреналиннинг пресинаптик мембрана орқали қайтиш жараёнининг

## ингибиторлари

KXT	–	Касалликлар халқаро таснифи
NMDA	–	N-метил-D-аспартат рецептори
OITB	–	одамлардаги иммун танқислиги вируси
OITC	–	орттирилган иммун танқислиги синдроми
ҚБ	–	қон босими
РНК	–	рибонуклеин кислотаси
ЮИК	–	юрак ишемик касаллиги
BDNF	–	мия нейротрофик омили
CREB	–	ДНКнинг транскрипцион омили
HADS	–	ваҳима ва депрессияни аниқлаш шкаласи
5HIAA	–	5-гидрооксииндолсирка кислотаси
5HT	–	5-гидрокситриптамин
MMPI	–	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
SSI	–	Scale for Suicide Ideation

## Кириш

**Монография мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.**

Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган шахслар орасида ўз жонига қасд қилиш даражаси дунё бўйлаб ортиб бормоқда. Ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш бўйича глобал саъй-ҳаракатларга қарамай, ўз жонига қасд қилиш глобал ўлим кўрсаткичларига сезиларли таъсири туфайли жиддий соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб қолмоқда. Ўз жонига қасд қилишга уриниш учун кўплаб хавф омиллари мавжуд, аммо уларнинг барчаси ҳали ўрганилмаган. Шунинг учун хавф омилларини аниқлаш жуда муҳимдир. Ушбу монографияда ўз жонига қасд қилишга уриниш ва уларнинг сурункали касалликлар ҳамда ногиронлик билан боғлиқлиги баҳоланди. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун «хавф» омиллари ва триггерларни аниқлаш, ногиронлиги бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари ҳамда Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази (Ўзбекистон)да олиб борилмоқда. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда шахсларнинг суиқасд хулқ-атворини шакллантиришга олиб келадиган омилларини эрта аниқлаш ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этишда даволаш усулларини такомиллаштириш ва янги чораларни қўллаш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини тузатиш ва олдини олиш бўйича дастур йиғиндиси ишлаб чиқиш заруриятини кўрсатади. Стационар шароитда даволанаётган

соматик касаллик туфайли ногиронлик гуруҳига эга беморлар орасида ўз жонига қасд қилиш бўйича тадқиқотлар чекланган даражада ўтказилган. Ушбу тадқиқот касалхонага ётқизиш пайтида содир бўлган барча ўз жонига қасд қилиш ҳолатларини, яшаш жойидан қатъий назар (муассаса ичида ёки ташқарисида) ўрганади.

Мамлакатимизда сурункали касалликлар туфайли ногиронликни олган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хусусиятлари ва механизмларини ўрганиш, суиқасд тенденцияларни бартараф этишга ҳамда уларнинг қайталашини олдини олиш билан боғлиқ ёндашувларни оптималлаштиришдан иборатлиги ва ушбу ёндашувлар беморнинг клиник-динамик, ижтимоий-руҳий ва когнитив хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини эрта аниқлаш, психофармакотерапия ва психотерапия ёрдамида суиқасд уринишларини олдини олишга имкон беради.

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

# **I БОБ. НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ СУРУНКАЛИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХУЛҚ-АТВОРИНИНГ КОРРЕКЦИЯСИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)**

## **§1.1. Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг тарқалиши**

Ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликлар билан намоён бўладиган суицидларнинг тарқалиши бутун дунёда ортиб бормоқда ва Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти сурункали соматик касалликларни ўз жонига қасд қилиш орқали ўлим хавфи омили сифатида таснифлади. Кўпгина сурункали соматик касалликлар ўзига хос этиологияга эга бўлса-да, ўз жонига қасд қилишни аниқлаш ва даволашда қийинчиликлар соғлиқни сақлаш муаммоларини асосийси етакчиси ҳисобланади. Манбаларда кўрсатилишича, аҳолининг кексайиши, сурункали касалликлар сонининг кўпайиши, инсон ҳаётини сақлайдиган ва узайтирадиган ютуқлар туфайли меҳнатга лаёқатсизлик жамият ҳаётининг табиий қисмига айланди. Жаҳон илмий адабиётларнинг кўплаб тадқиқотлари натижасида, суицидология соҳасидаги ўрта ёшлилар ва жонига қасд қилиш хулқ-атворини ўрганишга бағишланган [65;17-18-б., 135; 1522-1532-б., 175; 30461-30463-б.]. Суиқасднинг эҳтимолий юқори даражаси кузатилган сурункали соматик касалликлар қаторига кўкрак беши, томоқ-халқум саратони, бош мия ва орқа мия шикастланиши жароҳатлари, ошқозон-ичак яраси, жигар касалликлари ҳисобланади [111; 171; 117-б; 177-180-б.]. Ўз жонига суиқасд қилиш юрак-қон томир, ОИТВ/ОИТС, сурункали буйрак етишмовчилиги, қандли диабет ва бошқа касалликлар ўртасида бошқа касалликларга нисбатан ортиқ тарқалганлигини кўрсатади [147; 12-б; 136-139-б.]. Айниқса, соғлигидаги жиддий камчиликлар ва

меҳнат қобилиятини йўқотганлиги сабабли тушкун ҳолат ва бошқа чегарадош руҳий касалликлар пайдо бўлган кишиларда суиқасд хавфи жуда юқори бўлади [168; 147-150-б.]. Шу қаторда, сурункали касалликлардан азият чекаётган шахсларда суиқасд тенденцияларининг пайдо бўлишига меҳнат қобилияти чекланиши бевосита таъсир қилиши исботланган [146; 154; 113-б; 122-128-б.]. Бир вақтнинг ўзида ирсият, руҳий ҳамда жамият билан боғлиқ занжирлар, суиқасд хулқ-атворини шаклланиб бориши мавҳум бўлиб қолмоқда.

Соматик касаллиги бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг хабарчиларини аниқлашнинг қийинлиги, ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун ишончли стандартлаштирилган воситаларнинг йўқлиги ва суициднинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқилмаганлиги таъкидланган. Сўнгги йиллардаги тадқиқотлар сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг аксариятида аниқланган суиқасд фикрларини ва ўз жонига қасд қилишга уринишларни хабарчилари чегаралашга ҳаракатлар қилинган [86; 73-77-б., 130; 55-57-б.]. Соматик беморларда суиқасд хулқ-атворининг тавсифланиши, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш ҳаракат турлари ўзига хос шахс жиҳатлари ва унинг касаллик ва даволанишга муносабати билан ўзаро боғлиқлиги етарлича ўрганилмаган.

Сурункали касалликлар олиб келувчи ногиронлик тизимининг мураккаблиги ва керакли маълумотлар сўраладиган мақсадга мос келиши зарурлигига билан боғлиқ унинг соҳаларини сон жиҳатидан баҳолашга турли хил ёндашувлар мавжудлиги изоҳланади. Бу эса, албатта, тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжнинг яна ҳам кўпайишига зарурат туғдиради [19]. Бироқ, касалхонада ўз жонига қасд қилиш даражаси, бу умумий аҳолига қараганда юқори [5;16-18-б.]. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўйича дунёда бир

қатор, жумладан: ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини частотаси, ўлим сабаблари орасида ўз умрига қасд қилишнинг ўрни, суицидогенез жараёнида ижтимоий-демографик, тиббий, шахсий омилларнинг роли аниқланган.

Ўз жонига қасд қилиш ва суиқасд хулқ-атвори соҳлиқни сақлаш тизимини жиддий хавотирга солади ва уларнинг хавфли омилларини аниқлаш ўз жонига қасд қилишининг олдини олиш интеграциялашган ҳаракатлар моделини яратишда ёрдам беради [51-54-б., 75;26-28-б., 76;29-30-б., 117;50-53-б.]. Ўз жонига қасд қилиш энг юқори хавфи уларнинг этиологиясидан қатъи назар депрессия ва хавотир ҳолатлари, шунингдек, шахсиятнинг бузилиши борлигида кузатилиши ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлишига мойил бўлган шахс хусусиятлари исботланган.

## **§1.2. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришда сурункали касалликлар ва ногиронликнинг аҳамияти**

Ногиронлик ва суиқасднинг асосий сабаблари тўғрисида батафсил, кенг қамровли ва ўз вақтида соғлиқни сақлаш тўғрисидаги ҳисоботлар вақт ўтиши билан ёш гуруҳлари, жинси ва жойлашуви бўйича касаллик ва шикастланишнинг мураккаб шаклларини тушуниш ва уларга жавоб бериш учун жуда муҳимдир. Сурункали касаллик суиқасд қилиш хатти-ҳаракатлари даврдаги хавф омилларига қуйидагилар киради:

1) Касалхонага ётқизилишидан биров олдин ўз жонига қасд қилиш тенденциялари ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари ёки ўз жонига қасд қилишга уринишлар (шунингдек касалхонага ётқизиш пайтида ўз жонига қасд қилишга уринишлар) [193;17-18-б., 135; 525-530-б., 245;20412-20414-б.];

2) Ўзаро яқинлари билан муносабатлардаги қийинчиликлар [109; 218-б.];

3) Стресс ёки ишдан айрилиш, ёлғиз яшаш [116; 33-35-б., 130; 91-95-б.].

4) Соматик касалхонани режасиз тарк этиш тўғрисидаги қарор ва тиббий ходимлар билан алоқа етишмаслиги [136; 30-35-б., 130; 71-75-б.].

Умумий шифохоналарда ўз жонига қасд қилишга ёрдам берадиган энг кўп қайд этилган омиллар соматик касалликнинг сурункали табиати ҳамда оғирлиги, беморнинг шахсияти ва бирга келадиган руҳий касалликларнинг мавжудлиги ҳисобланади [19; 43-45-б., 114; 5-6-б., 162; 473-478-б.]. Бундан ташқари, биз ўз жонига қасд қилмоқчи бўлган беморларни касалхонага ётқизиш пайтида психиатрик маслаҳатларнинг паст даражасини ҳам ҳисобланади [111; 174; 177-б; 187-190-б.]. Бироқ, олдини олиш сиёсатининг элементлари баъзи илмий нашрларда ва маҳаллий ёки минтақавий ташаббусларнинг баъзи дастурларида учраб [19; 4-5-б], ушбу элементлар беш бандга бирлаштирилган: шифохона муҳитининг хавфсизлигини таъминлаш, ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлган беморларни парвариш қилишни оптималлаштириш ва ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган одамларга хавфларни аниқлаш ҳамда ёрдам кўрсатиш учун тиббий гуруҳларни тайёрлаш [29; 13-15-б].

Айни вақтда тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, биринчи сабаб энг кенг тарқалган. Соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилишнинг аксарияти руҳий касалликлар, биринчи навбатда депрессия ёки алкоголизм билан боғлиқ [29; 53-55-б., 114; 5-6-б., 162; 473-478-б.]. Стресс факторлари инсонларни ўз жонига қасд қилишга уриниши ва унга мойиллик туғдирувчи кучли хавотир, депрессив аломатлар ҳамда ўз жонига қасд қилиш фикрлари ноадекват реакцияларга олиб келиши мумкин [52; 42-б., 55; 239-240-б.]. Хорижий манбаларда, қайд этилишича руҳий касалликларнинг равшан намоён бўлиши деярли сомотоген касалликнинг

мураккаблиги билан боғлиқ эмас. Яна таъкидлаб айтиш мумкинки, ўз ҳаётига қасд қилишга уринишлар бемордаги руҳий ҳолатнинг реал борлиқ мушуқлигини акс эттира олмайди. Бу эса руҳий кечинмалар жараёнларида воқелик беморнинг шахсиятига хос ушбу ҳолатга муносабатлар иштирок этади [101; 174; 127-б; 187-190-б].

Юқоридаги илмий тадқиқотлардан ташқари, терминал босқичли соматик патологияси бўлган беморларнинг ўз жонига қасд қилиши кам ҳолларда руҳий бузилишлар билан боғлиқ [269; 714-718-б.].

Сўнги йигирма йил ичида Данияда ўз жонига қасд қилиш даражаси пасайган аёллар орасида пасайиш эркаларникига қараганда анча сезиларли бўлиб, пасайиш барча ёш гуруҳларида кузатилган, аммо кекса ёшдагилар бундан мустасно [59; 95-97-б.]. Ўз жонига қасд қилиш даражаси юқори бўлган сурункали соматик касалликлар орасида, биринчи навбатда, саратон, ошқозон яраси [87; 80-82-б.], бош жароҳати ва орқа мия шикастланишилари мавжуд [125; 1398-1411-б.]. Қизиғи шундаки, саратон касаллигида ўз жонига қасд қилиш хавфи касалликнинг оғирлиги кучайиши билан ортади, аммо орқа мия шикастланган беморларда ўз жонига қасд қилишнинг юқори даражаси кўпинча орқа мия қисман бузилишида кузатилди. Қисман шикастланиш ўз-ўзидан беморнинг мослашувига тўлиқ жароҳатдан кўра кўпроқ таъсир қилиши мумкинлиги ҳисобланган. Бош жароҳати ва ўз жонига қасд қилиш ўртасидаги муносабатлар когнитив дисфункция, шахс ўзгариши ва спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш билан боғлиқ [131; 171-173-б.].

Бугунги кунга қадар мавжуд бўлган маълумотлар ўз жонига қасд қилиш ва бир қатор касалликлар, шу жумладан инсулт [39; 98-б], ОИТВ/ОИТС [79; 4-5-б], сурункали буйрак касаллигининг охириги босқичи [173; 528-б.] ва тарқоқ склероз [254; 411-412-б.] ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади. Адабиёт шарҳларини кўриб чиқиш шуни

кўрсатадики, ўз жонига қасд қилишнинг энг юқори кўрсаткичлари тадқиқот ўтказилган тарқоқ склерозли инсонлар гуруҳлари орасида, сўнгра орқа мия шикастланиши бўлган инсонлар ва кейин ақлий заиф одамлар орасида қайд этилган [31; 74-78-б.].

Бошқа тадқиқотлар ўз жонига қасд қилиш бўйича тадқиқотлар камдан-кам ҳолларда ҳимоя омилларига эътибор қаратади [24; 18-20-б.] Муаллифлар фикрларича, беморлар ўз жонига қасд қилиш ёлғизлик, фаолият бузилишлари, молиявий эркинликни ва ҳаёт истиқболлари йўқотиш туфайли амалга оширади [8; 407-б., 69; 74-75-б.]. Бундан ташқари, қариялар орасида ўз жонига қасд қилиш даражаси 60 ёшдан 64 ёшгача бўлган ҳамда 90-94 ёш гуруҳларининг ҳар бирида эркаклар ва аёллар орасида ортиб бораётганини аксарият тадқиқотчилар ўз тадқиқотларида таъкидлашмоқда [131; 4723-4725-б.]. Фан олдида эса қандай қилиб жисмоний касаллик баъзи кекса одамларда ўз жонига қасд қилиш хавфини ошириши мумкинлиги, бошқаларда эса эмаслиги номаълум бўлиб қолмоқда.

Ўз жонига суиқасд қилишнинг асосий сабабларидан бири инсон ҳаётидаги оғир салбий шароитлар таъсири остида кундалик фаолият ва ҳаёт сифатининг ёмонлашиши, шахснинг жамият ва яқинларидан яққаланиб қолишидир. Шунинг учун соматик жиҳатдан касалланган беморларда суицид қилишга уринишни эҳтимоллик билан жисмоний сиҳатсизлик туфайли деб ҳисоблашади [84; 48-б., 274; 9549-9553-б.]. Тадқиқотлар натижалари [81; 167-169-б., 98; 145-149-б.], меҳнат қобилятини батамом йўқотиши, оиладаги руҳий жароҳат, касалликка ҳаддан ташқари ҳиссий реакция, қийинчиликларга чидамлилигининг сустлиги, беморнинг даволаниш тўғрисида қарор қабул қилишга тайёрсизлиги ўз жонига қасд қилиш хавфи билан боғлиқлигини кўрсатади. Бундан ташқари, сурункали касаллик ҳамроҳ бўлган кекса беморларнинг ўз жонига қасд қилиши қариндошлари учун жиддий оқибатларга олиб келади, улар қариш

билан боғлиқ қийинчиликлар ёки муаммоларга дуч келганда ўлимни мумкин бўлган ечим деб ҳисоблашлари мумкин. Шунинг учун соматик профилга эга стационар беморлар орасида ўз жонига қасд қилишнинг олдини олишга ёрдам берадиган омилларни ўрганиш муҳимдир [175; 72-73-б., 217; 1404-б.]. Жиддий тиббий касалликлар бошқа ҳар қандай стрессорга нисбатан инсонни ўз ўлими ҳақида чуқур ўйлашга мажбур қилади [193; 2343-2346-б.]. Бироқ, кекса беморларда суицид одатда психологик стресс билан биргаликда ўзини намоён қилади ва ҳатто депрессия бўлмаса ҳам ўз жонига қасд қилиш хавфи ортиши билан боғлиқ. Шу билан бирга, соматик касалликларнинг полиморбид кечиши депрессияни суиқасл тенденциялари учун хавф омиллари остида кўриш даволашда қийинчиликни юзага келтиради [148; 47; 31-33-б., 1166-1170-б.]. Ҳамроҳ касалликка эга шу билан бирга ногиронлиги бўлган шахслар орасида ўз жонига қасд қилиш бўйича тадқиқотлар кўплаб хавф омилларини аниқлайди, аммо бу омиллар ўртасидаги мураккаб ўзаро таъсирлар маълум бир шахсда ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларини прогноз қилишни қийинлаштиради. [120; 1206-1212-б., 165; 32-б., 185; 3052-3058-б.]. Депрессия, албатта, ижтимоий изоляция ва шахслараро қийинчиликлар каби ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари учун асосий хавф омилдир [112; 720-726-б.] шунингдек сурункали касалликлар, оғриқ ва функционал чекловлар ҳам ўз ичига олади.

Бироқ, айрим илмий тадқиқотчилар хавфларни прогноз қилиш чоралари самарасиз эканлигини ва биргаликда даволаш режаларини ишлаб чиқиш учун ҳимоя, динамик (ўзгартириладиган ёки модификация) кутилаётган омилларга асосланган баҳолаш зарурлигини таъкидладилар [206; 27-28-б., 216; 47-48-б.]. Бундан ташқари, сўнгги 10 йил ичида аралашув дастурларининг аксарияти хавф омилларини, айниқса депрессия ёки изоляцияни камайтиришга

қаратилган. Фақат бир нечта тадқиқотчилар ҳаёт маъноси каби ҳимоя омилларига қаратилган дастурларни ишлаб чиқишга ҳаракат қилишди [66; 87-88-б.], умид [76; 37-38-б.] ва шахсий лойиҳаларни амалга ошириш [96; 57-58-б., 136; 1307-1038-б.]. Бироқ, сурункали касалик ҳамроҳ бўлган ногиронликка эга кекса ёшдаги популяцияда ҳимоя омилларини ўрганиш ҳали ҳам кам ва миқдорий тадқиқотларни тизимли ҳамда долзарб кўриб чиқишга эҳтиёж бор. Бундан келиб чиққан ҳолда соматик касалликнинг мавжудлиги билан суиқасд ғоялари ҳам, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ҳам боғлиқни кўрсатган ва бирта касалликдан бир нечта касалликларнинг мавжудлиги алоҳида суицидоген хавфни туғдирган. Эҳтимол, соматик касалликлар ногиронлик, ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг бузилиши каби бошқа оралиқ омилларнинг билвосита намоён бўлишидир. Бу эса, ўз навбатида, инсоннинг ҳаётдан ҳафсаласи пир бўлишига олиб келиши мумкин. Ҳимоя омилларини концепциялашдаги қийинчиликлардан бири бу уларнинг орасидаги ноаниқ фарқдир. Уларнинг аксарияти бир-бирига боғланган ва умумий илдизга эга. Кўпгина тадқиқотлар шахслараро омилларга қаратилганига қарамай, киритилган тадқиқотлар ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларидан потенциал ҳимоя омиллари ҳисобланган 13 хил шахслараро ўзгарувчини аниқлади [101; 147-148-б.] идрок этилган назорат, ўз-ўзини ҳурмат қилиш, фаровонлик, ҳаёт сифати, ҳаётдан қониқиш, бахт, ҳаётнинг маъноси, чидамлилиқ, енгиш стратегиялари, диндорлик, умид ва ўзини кечириш маълум касалликларга чалинган инсонларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пасткўрсаткичларини аниқлади [164; 662-669-б.]. Жаҳон илмий манбаларида кўрсатилган муайян ички касалликлар, ўз жонига қасд қилиш кўринишлари билан боғлиқ бўлган жараёнларни яқоллоқ аниқлаш учун кенг кўламли суиқасд хавфини янада ўрганиш зарурлиги талаб қилади.

Тадқиқотларнинг аксарияти хавfli ўсмалар бўлган беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ўрганишга бағишланган [220; 1852-1857-б., 250; 222-228-б., 257; 231-236-б., 262; 213-218-б., 266; 1002-1006-б., 271; 206-209-б.]. Саратон Америкада ўлимнинг иккинчи асосий сабабидир [174; 107-110-б., 291; 207-б.]. Колоректал саратон Қўшма Штатларда эркаклар ва аёллар орасида саратон ўлимининг энг кенг тарқалган сабабларидан бири бўлиб, тадқиқотларда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари ҳамда колоректал саратоннинг комбинацияси фақат колоректал саратонга қараганда ўлим даражасининг ёмонлашишига олиб келишини аниқланган [166; 17-18-б., 185; 413-417-б.]. Баъзи тадқиқотчилар ўпка, бош ва бўйин, мойк, сийдик пуфаги, Ходжкин лимфома саратони суицид хавфи деярли икки баробар ортишини изоҳлаб ўтадилар [158; 128-1232-б.]. Америка Қўшма Штатлари узоқ ўн йилликларда саратон ташхиси қўйилганлар орасида айниқса саратон касаллиги билан узоқ яшаганлар орасида ўз жонига қасд қилиш эҳтимоли юқори бўлган [165; 513-517-б.], аммо кўкрак беzi ёки простата саратони ташхиси эса ўз жонига қасд қилиш хавфини оширмаган.

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

Кейинги йилларда хавfli ўсма ташхиси қўйилган беморларда суицид эҳтимоли нисбати олдинги йилларда ташхис қўйилган беморларга қараганда паст бўлиб, бу эса олдинги йилларда ташхис қўйилган беморлар ўз жонига суиқасд қилиш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатади [133; 2731-2736-б.].

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

депрессия кўрсаткичи юқорилигини кўрсатди.

Америк Қўшма Штатларни ҳозирги вақтда саратон касаллари орасида ўз жонига қасд қилиш тенденциялари билан боғлиқ тафовутлар мавжуд. Мисол учун, Америка Қўшма Штатларида ўтказилган айрим тадқиқотлар саратон билан боғлиқ ўз жонига қасд умумий сони камайганлигини яъни ёмон сифатли простата саратони айрим турлари учун камайди деб кўрсатади [190; 895-910-б.]. Бошқа томондан, яна бир тадқиқот шуни кўрсатдики, Шимолий Америкадаги саратон касаллари орасида ўз жонига қасд қилиш ўлими умумий аҳоли орасида юқори бўлиши кузатилган [190; 916-923-б.]. Сўнги беш йил ичида саратон билан боғлиқ ўз жонига қасд қилиш тенденцияси кузатилган Ҳиндистон каби бошқа географик минтақаларда ҳам саратон касаллиги билан касалланганлар орасида ўз жонига қасд қилиш сонининг кўпайиши қайд этилади [20; 19-б., 170; 3870-3876-б., 122; 243-249-б., 188; 1039-1043-б.].

Америка Қўшма Штатлар аҳолисини ўрганиш тадқиқот натижалари Ғарбий Европа аҳолисини ўрганиш тадқиқот натижаларига мос келади. Шундай қилиб, Европа мамлакатада ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, эркакларда ҳам, аёлларда ҳам саратон ташхиси ўз жонига қасд қилиш учун хавfli омилидир. Ҳамда ушбу тадқиқот шуни кўрсатдики, 50 ёшдан ошган беморларда метастатик ўсимта ташхиси ўз жонига қасд қилишнингэнг юқори хавfli билан боғлиқ [290; 995-1000-б.]. Иқтисодий ҳамкорлик ва тараққиёт ташкилоти (ОЕСД) тақдим қилган маълумотига кўра Жанубий Корея ҳали ҳам дунё мамлакатлари орасида сурункали ногиронлиги бўлган шахслар орасида ўз жонига қасд қилиш даражаси бўйича энг юқори кўрсаткичга эга [187; 1011-1019-б.]. Бошқа томондан, Жанубий Корея аҳолисини ўрганиш тахлиллари шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш фикрлаш хавfli паст бўлган ва саратон билан асоратланган беморлар депрессия тарқалганлиги

билан умумий аҳолидан фарқ қилмаган [189; 3165-3170-б.]. Корея шароитида жисмоний имконияти чекланган одамлар орасида ўз жонига қасд қилиш фикрларини ўрганиш руҳий саломатлик натижаларига таъсир қилиши мумкин бўлган ноёб маданий ва ижтимоий омиллар туфайли жуда муҳим ҳисобланади. Жанубий Кореяда ижтимоий босим, ногиронлик атрофидаги стигма ва ўзини ўзи таъминлашнинг юқори қиймати [122; 123; 114-119-б., 154-156-б.] жисмоний имконияти чекланган одамлар орасида мажбуриятлилиқ айниқса ҳуқуқий ёки молиявий нуқтаи назардан ва изоляция туйғуларини кучайтириши мумкин [103; 124-129-б.].

Депрессия, хавотир онкологик касалликларида ўз жонига қасд қилишнинг асосий сабаби ҳисобланади. Саратон касаллигида депрессия ва хавотир кўплаб омилларнинг натижасидир [30; 19-б., 172; 3884-3890-б., 222; 343-349-б., 288; 1099-1103-б.]. 2018 йилги ижтимоий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, иқтисодий қийинчиликлар, касаллик ва ногиронлик ўз жонига қасд қилиш фикрларининг асосий сабаблари, соматик касаллик асорати ногиронлик эса ўз жонига қасд қилиш фикрларини кучайтиради [102; 103; 124-129-б., 114-116-б.]. Бироқ, депрессияни даволаш беморнинг яшаб қолишига таъсири кенг мунозарларга сабаб бўлиб қолмоқда. Яқинда ўтказилган тадқиқотлар саратон касаллигида депрессияни даволаш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдиган деган хулосага келган. Аммо бу тирик қолиш ёки ўз умрига қасд қилиш хавфини камайтиришни исботламайди [236; 321-326-б.].

Канадалик олимлар томонидан ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ногиронлар орасида ўз жонига қасд қилиш хавфи ногиронлиги йўқ шахсларга қараганда анча юқори эканлигини таъкидлашган [166; 433-438-б., 167; 416-420-б.]. Бундан ташқари, улар уч турдаги соматик ногиронлик (орқа мия шикастланиши, ақлий заифлик ва тарқоқ склероз) билан ўз жонига қасд қилиш бўйича 21

та тадқиқот натижалари асосида ногирон ва ногиронлиги бўлмаган шахсларда ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори эканлигини аниқлашди. [188; 13-18-б., 196; 158-160-б.].

Сурункали касалик оқибатида жисмоний имконияти чекланган шахслар доимий даволаниш ва реабилитация туфайли катта молиявий қийинчиликни, шунингдек, яшаш жойига адаптация, ижтимоий қўллаб-қувватлаш чекланганлиги сабабли суицидга қўл урадилар [58; 175-177-б.].

Улар жисмоний чекловлари туфайли психологик кучсизланиш ва депрессияга мойиллигини [163; 184-189-б.] Рассел ва Тернер ногиронлиги бор шахсларда кўпроқ эканлигини илмий тадқиқотларида кўрсатиб ўтишади. Жисмоний имконияти чекланган сурункали касаллиги бор беморлар орасида ўз жонига қасд қилиш муаммоси ҳақида муҳокама қилиш тадқиқотчиларнинг ногиронлиги бўлган шахслар орасида ўз жонига қасд қилиш муаммосига қизиқишини оширади. Беморларни ўз ҳаётига қасд қилиш хавфини камайтириш учун, депрессия ташхиси қўйилган беморларга рационал психотерапевтик ёрдам кўрсатиш зарурлигини англатади. Бу эса даво чораларини қўллаш, ҳаёт сифатини яхшилаш, қариндош ва атрофдагилар ўртасидаги муносабатларни тиклаш муҳим аҳамият касб этишини кўрсатади [145-147-б., 180;223; 134-139-б., 281; 109-110-б., 286; 23-30-б.].

Касаллик натижасида ногиронлар стигматизация ва посттравматик стресс бузилиши каби психологик қийинчиликларга дуч келишади. Соматик ногиронлик бошқа турдаги ортирилган бахтсиз ҳодисалардан фарқли ўлароқ, ногиронлик кўпинча тўсатдан орттирилган сабабларга кўра шахс томонидан психологик зўриқиш натижасида оғирроқ бошидан кечиради [17; 1115-б.]. Бундай ҳолларда, ногиронлар илгари ҳеч қачон бошдан кечирмаган фаолият чекловларидан ташқари, улар ногиронлиги туфайли ижтимоий

камситишларга ҳам дуч келишади [82; 7115-б.]. Бу беморларнинг жисмоний ва руҳий жароҳатларини мослашишини қабул қилишини қийинлаштиради ҳамда улар турли хил руҳий бузилишларни бошдан кечиришади, чунки улар ногиронлик гуруҳини белгиланиши хавотир ва ғазабни ҳис қилишади. Бу ўз жонига қасд қилиш фикрларини қўзғатиши мумкин [199; 17-20-б.] ва ўз жонига қасд қилишга олиб келади шунинг учун уни муҳим сигнал сифатида кўриб чиқиш керак [145; 38-43-б., 146; 197-205-б.]. Harris ва Barraclough [163; 134-135-б.] ўз жонига қасд қилиш фикри бўлган одамлар ўз жонига қасд қилиш эҳтимоли йўқ одамларга қараганда 47 барабар кўпроқ эканлигини бу эса ўз жонига қасд қилиш фикрлари одатда бир йил ичида ўз жонига қасд қилишга уринишга олиб келишини суицидал фикри бўлганларнинг 34% ўз жонига қасд қилишни режалаштириш босқичига етишганини ва 72% ўз жонига қасд қилишга уринишганини илмий тадқиқотларида ўз аксини топган [73; 54-61-б.]. Franklin ва Ribeiro томонидан мета-таҳлил [38; 24-25-б.] келажакдаги ўз жонига қасд қилиш фикрлари учун асосий хавф омили аввалги ўз жонига қасд қилиш фикрлари бўлиб, уларнинг такрорий ва сурункали табиатини таъкидлайдилар. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари аввалги руҳий касалхонага ётқизилганидан ва ўз жонига қасд қилишга уринишлардан кейин суицид орқали ўлимнинг учинчи муҳим прогнози эканлигини тадқиқотларида исботлашган.

Ревматоид артрит сурункали касаллик бўлиб, кўплаб беморларда бутун ҳаётлари давомида ваҳима ва депрессия билан бирга кечади [63; 54-55-б.]. Олимлар изланишларидан аён бўлдики, бириктирувчи тўқималарнинг зарарланиши беморларда ҳаёт тарзи, ваҳима, тушкун кайфият, касаллик авж олиши ва ўз жонига суиқасд қилиш ғоялари бир-бири билан мутаносиблигини тасдиқлашди. Мунтазам ҳамроҳ бўлган ташвиш ва депрессия ҳолати ўз жонига қасд қилишга ва ҳаёт кўрсаткичининг ёмонлашишига олиб келиши,

шунингдек, ревматоид артрит яхшиланиш эҳтимолини мураккаблаштириши мумкин [71; 4-5-б.]. Ушбу муаллиф маълумотларига кўра, системали аутоиммун касаллигида ўз жонига суиқасд қилиш фикрлари кўп учрайди ва гипотимия аломатлар, салбий ҳаётий воқеалар ҳамда, умрига суиқасд қилишга уриниш қилган беморларда намоён бўлади. Мослашув муаммолари, руҳий тушкунликни енгиб ўтишнинг ёмонлиги, касалликнинг яхши оқибат билан тугашига ишонмаслик, тизимли қизил югурук билан оғриган беморларда кайфият бузилиши ва хавотирга қўшимча равишда мойил қилиши мумкин. Мелонхолия Либман–Сакс касаллиги руҳий жароҳатни кучайтириш билан бир вақтда, касалларни даволаниш тартибига амал қилишларини камайтиради. Бунинг оқибатида ҳаёт тарзи кўрсаткичларини ва иш қобилиятини сезиларли пасайишига олиб келади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг ўлим статистикасига кўра, тизимли қизил югурук билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш даражаси умумий аҳоли учун кутилганидан 4-5 барабар юқори бўлган [284].

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

### **§1.3.Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори коррекциясининг тавсифи**

Сурункали касалик натижасида ногиронлик гуруҳига эга шахс бузилиши бўлган беморларга терапевтик ёндашувлар дастлаб психоаналитик терапияни ўз ичига олган [23; 11-15-б.]. Сўнгги йигирма йил ичида психотерапиянинг ўзига хос усуллари қўлланилди. Диалектик хулқ-атвор терапияси биринчи даражали даволаш усули ҳисобланади [46; 71-75-б.]. Муқобил вариантларга ментализацияга асосланган психотерапия киради [143; 48-56-б.] ва мослашишга

йўналтирилган психотерапия, ўртача тадқиқот базасига эга [86; 111-115-б.]. Сурункали касалик натижасида шахсият бузилиши билан оғриган беморларнинг катта қисми даволаб бўлмайдиган сурункали касаллик натижасида руҳий жароҳат тарихига эга бўлганлиги сабабли, бошқа даволаш усулларига қўшимча равишда когнитив қайта ишлов бериш терапияси талаб қилиниши мумкин [26; 171-175-б.]. Суицид сабабли руҳий жароҳат бузилишида дори воситаларининг самарадорлиги тўғрисида далиллар чекланган. Рандомизацияланган назорат остида синовлар кўпинча қисқа муддатли бўлиб, ўз жонига қасд қилишга уриниш хавфи бўлган беморларни истисно қилади [35; 4-6-б., 36; 164-169-б., 60; 11-12-б., 134; 157-б., 136; 68-б.]. Тадқиқотлар антидепрессантлар кўпинча яққол депрессив симптомларга ўхшаш белгилар тўғрисида буюрилади [20; 78-79-б.], бироқ, сурункалик касалликдаги шахс ўзгаришларидаги депрессив белгиларнинг табиати асосий депрессив бузилишлардан сифат жиҳатидан фарқ қилиши мумкин ва биполяр бузилишдаги кайфият ўзгаришига яқинроқ бўлиши мумкин [34; 78-79-б., 106; 210-214-б.]. Аффектив дисрегуляция, таъсирчанлик ва ғазаб тўғрисида антипсихотиклар, кўпинча перфеназин ва охириги вақтларда иккинчи ва учинчи авлод антипсихотиклари ишлатилган. Литий, вальпроат, карбамазепин ва ламотрижин каби кайфият стабилизаторлари кайфиятни тартибга солиш, асабийлашиш ва ғазабни даволаш учун ишлатилган [59; 17-20-б., 130; 204-207-б.]. Улар бир оз самарадорликни кўрсатдилар, ammo тадқиқотлар кам ва далилларнинг сифати паст. Бензодиазепинлар хавотир билан боғлиқ симптомларни бартараф этишга қаратилган комплекс даволашнинг бир қисми сифатида кенг буюрилади [53; 14-15-б., 119; 37-б.]. Швеция тадқиқот базалари асосида, асосий натижалар ўз жонига қасд қилишга уринишлар сони ва тугалланган ўз жонига қасд қилиш сони эди [17; 262-266-б.]. Тадқиқотга киритилган беморлар орасида 33,7% учдан бир қисми илгари ўз

жонига қасд қилишга уринишган. Қизиғи шундаки, беморларнинг 81,5% даволаниш пайтида антидепрессантларни қабул қилишган ва беморларнинг ярмидан кўпи бензодиазепинларни, 41% — антипсихотикларни ва 31% — кайфият стабилизаторларини қабул қилишган, шуни таъкидлаш керакки, ушбу тадқиқотда кветиапин энг кўп буюрилган антипсихотик бўлиб ламотрижин энг кўп буюрилган кайфият стабилизатори бўлган [17; 73-79-б., 137; 75-б., 240; 511-517-б.].

Ҳисобга олиш керакки, ҳар қандай ўз жонига қасд қилиш ёки ўз жонига қасд қилишга уринишидан олдинги лаҳзани аниқлаш қобилияти жуда чекланган [97; 73-79-б., 137; 75-б., 240; 511-517-б.]. Когнитив хулқ-атвор терапияси когнитив ва хулқ-атвор назарияларига асосланади, когнитив жараёнлар, хулқ-атвор ва ҳиссиётларнинг ўзаро боғлиқлиги ҳамда мувофиқлаштирилишига катта аҳамият беради шу билан бирга беморларнинг салбий фикрлари, эътиқодлари ва хатти-ҳаракатларини ўрганишга, сўнгра турли хил фикрлаш ва психологик ва жисмоний натижаларни яхшилаш учун хатти-ҳаракатлар даволаш [179; 73-79-б., 137; 175-б., 140; 11-17-б.]. усулларини ишлаб чиқишга қаратилган. Аффектив бузилишлардан азият чекадиган одамларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини олдиндан билиш ва олдини олиш учун ушбу омилларни "суицидал хавф гуруҳларида" батафсил ўрганиш керак [116; 540-545-б.]. Когнитив хулқ-атвор терапияси энг кўп ишлатиладиган психотерапевтик усул [101; 1290-1291-б.] бўлиб, биринчи навбатда оғир депрессияни даволашга қаратилган [102; 133-139-б.]. Бу психотерапия усули турли хил оғриқ ҳисларини яхшилайдиган, сурункали касалликларжаги руҳий бузилишлар учун асосий психоижтимоий даволанишга айланди [108; 190-191-б.]. Психотерапия анъанавий даволанишга қараганда анча тежамкор ва дастурлари иқтисодий самарадорликнинг бошида туриб, кенг қўламли муаммоларга қарши узоқ муддатли натижага эга, айниқса

тиббий аралашув таъсирига нисбатан [33; 69-б., 48, 49; 20-22-б.]. Илгари илмий тадқиқотлар 1960-йилларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини баҳолаш шкалалари прогноз қилишдан кўра профилактикага кўпроқ эътибор қаратишган. Аммо охириги йиллардаги тадқиқотчилар ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолашнинг учта асосий ёндашувини аниқлади: клиник, актуар ва тизимли профессионал ёндашув [208; 1395-1397-б.]. Бундан ташқари, аввалги ўз жонига қасд қилишга уриниш такрорий ўз жонига қасд қилиш хавфини оширадиган омиллардан бири бўлса-да, бундай уринишга ҳаракат қилаётганларнинг аксарияти бошқа сабаб билан вафот этади [125; 83-84-б., 140; 46-48-б., 150; 125-130-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг мултифакториал, динамик ва тез ўзгариб қоладиган табиати ўз жонига қасд қилишга олиб келувчи клиник ва шахсий омилларнинг ўзаро таъсирини ўрганишни талаб қилади [54; 41-б., 75; 83-89-б., 99; 48-51-б., 116; 159-162-б., 123; 29-30-б., 139; 86-87-б., 182; 58-б.].

Ўз жонига қасд қилиш фикрларини баҳолаш учун Бек сўровномаси одатда ижобий шарҳларни олади. Бу суҳбатдош томонидан ўз жонига қасд қилиш хавфини ўлчайдиган шкала [116; 129-132-б., 123; 129-130-б., 139; 176-181-б., 182; 58-б.]. Илмий тадқиқотларда ўз жонига қасд қилиш фикрларига кўпинча турли хил таърифлари берилади [152; 88-92-б., 208; 18-б.]. Бу тадқиқот натижаларини таққослашни қийинлаштиради ва кўпинча ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ мета-таҳлилларда чеклов деб аталади [186, 194; 353-356-б.]. Хусусан, ўз жонига қасд қилиш фикрларининг баъзи таърифларига ўз жонига қасд қилишни режалаштиришни муҳокама қилиш киради, бошқалари эса режалаштиришни алоҳида босқич деб ҳисоблашади.

Ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларнинг эҳтиёжларини баҳолаш учун янги баҳолаш воситаси — ўз жонига қасд

қилиш тенденцияларининг ёрдамни бошқариш, баҳолаш ва режалаштиришга таъсирини баҳолаш учун Srivastava ва Nelson шкаласи қўлланилади (SIS-MAP). Касалхонага ётқизилган психиатрик беморларни ўрганиш шуни кўрсатдики, бу шкала касалхонага ётқизиш зарурлигини яхши башорат қилади. Аниқ номенклатура йўқлигидан ташқари, бошқа муаммолар ҳам мавжуд. Кўплаб клиник кўрсатмаларни тартибли кўриб чиқиш ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасини аниқлаш учун клиник олтин стандарти бўйича келишувга олиб келмади [156; 585-592-б., 242; 741-745-б.]. Депрессия, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ўз жонига қасд қилиш хавфини аниқлаш шкалаларининг ҳеч бири ўз ўзини ўлдириш прогнозига ишончли мезонларни тақдим этмайди, ҳатто ўз жонига қасд қилиш мафкурачиларининг кичик гуруҳида [133; 17-22-б., 203; 218-221-б., 232; 1356-1360-б.].

Тиббиёт мутахассислари учун ўз жонига қасд қилиш фикрларини бир хил бўлмаган кўриниш сифатида эътироф этиш анча муҳимдир [42; 93-96-б.]. Шубҳасиз, ўз жонига қасд қилиш фикрлари "кўпайиш ва камайиш" тарзида намоён бўлади, шунинг учун уларнинг миқдори ва хусусиятлари кескин ўзгарапти [7; 188-191-б., 143; 78-82-б.]. Улар бир-биридан интенсивлиги, давомийлиги ва табиати билан фарқ қилади. Ўз жонига қасд қилишнинг "типик" қурбони бўлмаганлиги сабабли, ўз жонига қасд қилишнинг "типик" фикрлари ва ғоялари ҳам йўқ. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари "ухлаб, ҳеч қачон уйқудан турмаслик" ўткинчи истакларидан то иллюзиялар билан мадад берадиган ўзини ўлдириш режасигача ҳаммасини қамраб олади. Аммо кўпинча ўз жонига қасд қилиш фикрларининг борлиги касаллик тарихида акс эттирилмайди. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш фикрларининг тузилиши, интенсивлиги, табиати ва инсонга таъсирини синчковлик билан баҳолаш ва кузатиш барча соғлиқни сақлаш мутахассислари учун муҳимдир [66; 6-7-б.].

Умуман олганда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида ўз жонига қасд қилиш фикрлари, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ва тугалланган суицидда когнитив хулқ-атвор психотерапияси ўз жонига қасд қилишга уринган ўсмирлар билан ишлашнинг замонавий усули бўлиб, жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг когнитив хулқ-атвор моделига асосланган усул клиник самарадорлигини исботлаган ва у усул билан ишлайдиган психиатрлар, психотерапевтлар ва тиббий психологлар учун жуда амалийдир [198; 8-б.]. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари ўз жонига қасд қилишга уринишдан олдин кузатилади, ўз жонига қасд қилишга уриниш хавфи эса фикрлар пайдо бўлганидан кейинги биринчи йилда энг юқори бўлади [171; 73-75-б.].

Кўпгина илмий текширув натижалари шуни кўрсатдики, ўз умрига суиқасд қилиш хулқ-атворини мужассамлашида сурункали касалликларни иштироки борлиги кўрсатилган [152; 501-502-б.].

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

таъсир кўрсатади [211; 33-37-б., 118; 9-12-б.].

Илмий натижалар кўрсатадики, даво йўриқномаларга риоя қилиш, ўз навбатида, мутахассисларга бўлган ишончни билдиради. Асосий кўриниши беморларнинг касаллик, даволаниш тартибига бўлган эътиборли муносабатига боғлиқ [159, 177; 340-347-б.].

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

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

Ўз жонига қасд қилиш фикрларига ёрдам берувчи омилларни яхши тушуниш ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш режаларини яхшилашга ёрдам беради [37; 5-6-б., 64; 141-142-б., 208; 101-102-б.]. Сурункали даволанмаган касалликнинг давомийлигини ёки "яширин даволаш даври" – касалликнинг бошланиши ва етарли даволаниш ўртасидаги интервални ўрганишга қизиқиш ортиб бормоқда [27; 15-16-б., 94; 41-142-б.]. Хорижий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, даволанишни узоқроқ кутиш даври терапияга ёмонроқ жавоб бериш, оғирроқ аломатлар, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ва тез-тез қайта касалхонага ётқизиш билан боғлиқ. Психотроп препаратлар билан даволашни бошлашдаги кечикиш узоқ вақт давомида

тадқиқотлар доирасида асосий ўринни эгаллаб келган бўлса-да, психотерапияни бошлашдаги кечикишни ҳам ўрганиш муҳимдир [45; 27-29-б., 103; 38-40-б.]. Эндоген касалликлар бўйича тадқиқотлар шуни кўрсатганки, психотерапияни бошлаш вақти даволаш натижаларига медикаментоз терапияни бошлаш вақтига нисбатан кўпроқ таъсир кўрсатади [57; 13-14-б., 196; 75-60-б., 181; 2171-2174-б., 160; 17-16-б.]. Бу эса психотерапияни бошлашдаги кечикиш масаласини чуқурроқ ўрганиш зарурлигини таъкидлайди.

#### **§1.4. Суицидни даволашда биологик асослар**

Генетик тадқиқотлар шуни исботлайдики, ўз жонига суиқасд қилиш хулқ-атворида генетик берилувчанлик руҳий бузилишларнинг генетик хавфига боғлиқ бўлмаган ҳолда намоён бўлиши мумкин [57; 3-4-б., 96; 55-60-б., 181; 2151-2154-б., 260; 10-12-б.]. Бу шуни кўрсатадики, ўз жонига қасд қилишнинг нейробиологияси кайфиятнинг бузилишлари ёки бошқа руҳий функциялардан мустақил равишда ўрганилиши керак. Ўз жонига қасд қилиш уринишидан кейин даволашни бошлашдаги кечикишга бағишланган тадқиқотлар кам сонлидир. Gisin-Maillard фикрига кўра, ўз жонига қасд қилиш уриниши касаллик эмас, балки ҳаракат сифатида тушунилиши лозим.

Шу билан бирга, даволашнинг латент даври таърифида мувофиқ Altamura, Vuoli ва бошқаларнинг (2020) тадқиқотида кўра, ушбу даврнинг бошланиши касалликнинг юзага келиши билан белгиланади, бошланғич нуқта сифатида эса ўз жонига қасд қилиш уриниши каби ҳодиса ҳам қабул қилиниши мумкин. Қисқа муддатли «Ўқитиш лаҳзаси» интервенцияси [146; 434-439-б., 170; 156-157-б.], айнан шу концепцияга асосланади. Интервенция самарадорлигини баҳолаш натижаларига кўра, кейинги даволаш сеансларида мотивация ва даволашга содиқлик назорат гуруҳига нисбатан бироз ошгани аниқланган [179; 812-814-б.].

Бироқ ушбу натижани шундай талқин қилиш мумкинки, ўз жонига қасд қилиш уринишидан кейин ўз вақтида амалга оширилган аралашув даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши мумкин [146; 534-539-б.]. Ҳаётдан кўз юмган шахсларнинг бош мияси патоанатомик ўрганиш, суицид хулқ-атвор нейробиологияси ҳақида асосли тушунча тақдим этди [70; 56-57-б., 79; 802-810-б.]. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори учун асосий хавф омили бўлган депрессияда серотонинергик тизимнинг иштирок этишига асосланиб, суицид ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида серотонин аномалияси қатнашиш мумкинлиги тахмин қилинган [177; 704-705-б., 149; 72-76-б.]. Серотонинергик механизмларнинг бузилиши импульсив ва тажовузкор хатти-ҳаракатлар, нейроэндокрин ва иммунитет функцияларининг бузилиши, стресс ҳолати билан боғлиқлиги аниқланди. Ушбу тадқиқотлар нафақат serotonin [5-гидрокситриптамин (5 НТ)] нинг ўз жонига қасд қилиш патофизиологияси билан боғлиқ ҳақида, балки ўз жонига қасд қилиш учун унинг заиф молекуляр қисмлари ҳақида ҳам муҳим маълумотларни беради.

Кўплаб тадқиқотлар нафақат серотонин, унинг метаболитлари, рецепторлари ва сўрилиш тизимларига ҳам қаратилган. Серотонин метаболитларини ўрганишга асосланган ўз жонига қасд қилиш билан серотонинергик бузилишларнинг боғлиқлиги ҳақидаги дастлабки тахминлар серотонин рецепторлари субтиплари, серотонин транспортёрлари ва нейроэндокрин кўрсаткичларини ўрганиш орқали тасдиқланди ва кенгайтирилди [108; 62-65-б.].

Телемедицина ва онглиликка асосланган терапия (ТМВІ) қўлланилган тадқиқотлардан ташқари, ўз жонига қасд қилиш уринишидан кейин даволашни бошлашдаги кечикишга бағишланган изланишлар жуда кам бўлган. Бошқа руҳий бузилишлар терапиясида умидбахш натижалар олингани, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш

уриниши терапия бошланишигача бўлган интервални ўрганиш имконини берадиган аниқ белгиланган ҳодиса эканини инобатга олсак, бу соҳадаги тадқиқотлар муҳим ва амалий аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

Шу муносабат билан, мазкур тадқиқот ўз жонига қасд қилиш уринишидан кейинги терапевтик натижанинг психотерапия доирасида даволашни бошлашдаги кечикиш билан қандай боғлиқ эканини ўрганади. [202; 343-348-б.]. Тадқиқотлар серотонинергик тизимдаги бузилишлар ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори билан боғлиқлиги жуда кенг аниқланди. Масалан, ўз жонига қасд қилишга уринишлар содир этган беморларнинг тромбоцитларида ва суицид қурбонларининг ўлимдан кейинги мияларида 5HT<sub>2A</sub> рецепторлари сонининг кўпайиши кузатилди. Ўз жонига қасд қилишда serotonin аномалияси 5HT<sub>1A</sub> рецепторларининг (лекин доимий эмас) ва пре-мРНК 5HT<sub>2C</sub> га хос хусусиятларининг ўзгаришлари (рецепторнинг редакцияси) кўпайиши билан қўшимча равишда тасдиқланди. Бундан ташқари, фенфлурамин киритилганда пролактин реакциясининг пасайиши 5HT фаоллигининг пасайишини тахмин килади. Сигнал узатилишининг бузилишига келсак, ўзига хос РКА ва РКС изоформалари, ҳамда CREB экспрессиясининг пасайиши ўз жонига қасд қилишда Сигнал узатишнинг бузилишини кўрсатади. DST ўзгаришлари ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ўртасидаги кучли боғлиқлик кўрсатадики, ушбу кўрсаткичлар ўз жонига қасд қилишнинг муҳим биомаркери бўлиши мумкин. Ушбу биологик аномалияларнинг баъзилари тугалланган суицид ва ўз жонига қасд қилишга уринишда кузатилган бўлса-да, ушбу нуқсонларнинг қайси бири ўз жонига қасд қилишнинг сабаби ёки натижаси бўлиши мумкинлиги ва асосан ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва уринишлари билан боғлиқлиги номаълумлигича қолмоқда [167; 162-

165-б.]. Ўз жонига қасд қилиш уринишларини боғлиқ ўзгарувчи сифатида ўрганишдаги қийинчиликлардан бири – бу ҳодисанинг нисбатан кам учраши бўлиб, бу статистик муаммоларни келтириб чиқаради. Шунингдек, тадқиқотда боғлиқ ўзгарувчи сифатида суицидал фикрлар ҳам киритилади. Бу эса суицидга хос турли натижа кўрсаткичларини солиштириш ва бемор ҳолати ҳақида янада тўлиқ тасаввур ҳосил қилиш имконини беради.

Мета-таҳлилларда турли интервенцияларнинг самарадорлиги ўрганилган [184; 212-216-б., 197; 57-62-б.] ва психотерапия умуман олганда суицидал мойиллиги бўлган шахсларни даволашда самарали экани аниқланган.

Ўз жонига қасд қилиш уринишларида қисқа муддатли интервенция дастури (ASSIP) – суициднинг олдини олишга қаратилган махсус қисқа муддатли терапия ҳисобланади. Рандомизация қилинган назоратли тадқиқотда ушбу дастур 24 ой давомида ўз жонига қасд қилиш уринишлари сонини сезиларли даражада камайтиргани кўрсатилган, шунинг учун у самарали даволаш усули сифатида баҳоланади. [137; 62-65-б.]. Бироқ, сабаблар ва оқибатларни фарқлаш учун ишончли экспериментал маълумотлар керак. Баъзи сўнгги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, серотониннинг камайиши тажовузнинг кучайишига олиб келади [38; 98-б., 107; 3-б.]. Тизимнинг дисфункцияси, хусусан, серотонин билан боғлиқ сигналларнинг узатилиши ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг сабаби бўлиши мумкин ҳақидаги кузатишлар етарли тасдиққа эга эмас.

Ўз жонига қасд қилиш механизмларида яллиғланиш белгиларининг роли қўшимча ўрганишга муҳтож. Ушбу омиллардан бири ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг патофизиологияси билан боғлиқ иммунитет тизимини тартибга солишнинг бузилиши

ҳисобланади [212; 312-316-б.]. Суицидал мойиллиги бўлган беморларни даволашда терапевтик муносабатлар ҳал қилувчи аҳамиятга эга [217; 57-62-б.]. Бироқ психотерапия соҳасидаги бошқа йўналишлар билан таққослаганда, суицидал мойиллиги бўлган беморларда терапевтик муносабатларнинг даволаш натижаларига таъсири қай даражада эканини ўрганган тадқиқотлар нисбатан кам [228; 270-275-б.].

Мета-таҳлил натижаларига кўра, терапевтик муносабатлар суицидал мойиллиги бўлган беморларда даволаш натижалари билан боғлиқ. Аммо ушбу боғлиқлик кучи суицидал фикрлар, ўз-ўзига шикаст етказувчи хулқ-атвор ёки ўз жонига қасд қилиш уринишлари кўриб чиқиладиганига қараб фарқ қилади [224; 70-76-б.].

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

**Резюме:** Илмий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори жуда мураккаб жараён эканлиги таърифланади. Қуршаб турган муҳит, насл ва биологик омиллар суиқасд тенденциялари билан чамбарчас боғлиқ бўлиши мумкинлиги кўрсатиб ўтилади. Суицидал фикрлар соҳасида ишончли натижалар мавжуд бўлиб, улар яхши терапевтик муносабатлар суицидал фикрлар сонининг камайиши билан боғлиқ эканини кўрсатади.

Ўз жонига қасд қилиш уринишлари соҳасида маълумотлар кам, аммо дастлабки натижалар яхши терапевтик муносабатлар суицидал хулқ-атворнинг камайиши билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Терапевтик муносабатларнинг ўз жонига қасд қилиш

уринишлари ва суицидал фикрларга таъсирини ўрганишга эҳтиёж ҳали ҳам мавжуд бўлгани сабабли, мазкур тадқиқотда ушбу омил модератор сифатида кўриб чиқилади.

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

Шунингдек, ушбу омилларнинг бўлмаслиги, сурункали ички касалликлар ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида ва унинг хавфини оширишда мустақил ўрин эгаллаши мумкинлиги илмий исботини топган. Хавотир, обсессив-компульсив, шунингдек депрессив бузилишлар бўйича тадқиқотлар шуни кўрсатганки, даволашни узоқроқ кутиш даври одатда ёмонроқ терапевтик натижалар билан боғлиқ.

Ўз жонига суиқасд даволашни бошлашдаги кечикишнинг ўзи суицидал уринишларига таъсири аниқланган.

Суиқасд қилишнинг юқори хавфи метастаз берган ўсма, диабет, жигар, буйрак касалликлари коморбид руҳий бузилишлар билан бириктирилган ташхиси қўйилган ҳолларда эътироф этилади. Баъзи

сурункали касалликларда кўпроқ ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан, бошқалари эса ўзини ўлдириш мақсади ва яна бир тоифаси ўз жонига қасд қилишга уриниш хавфи мавжудлиги аниқланди.

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

Ҳозирги даврда кун сайин ривожланиб бораётган тиббиёт ютуқлари соматик касалликларга чалинган шахсларга узоқ умр кўришга имкон беради. Шу билан бир пайтда, соғлиқни сақлаш тизими беморларда ўз жонига суиқасд қилиш тенденциялари хавфидан хабардор бўлишлари муҳимдир. Аммо, меҳнатга лаёқатсизликга олиб келувчи сурункали касалликлар бўлган шахсларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг кўп жиҳатлари етарлича очиқ берилмаган. Илмий тадқиқотларнинг аксарияти турли хил соматик касалликларда суиқасд хавфини баҳолашга қаратилган бўлиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида ногиронлик роли, унинг руҳий ва биологик механизмлари ноаниқлигича қолмоқда. Бундан ташқари, соматик беморларнинг суицидал ҳаракатларининг хабарчилари аниқланмаган, уларнинг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилмаган. Бу эса тадқиқотимизнинг мақсад ва вазифаларини танлаш учун асос бўлди.

## II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

### §2.1. Беморларнинг умумий таърифи

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

Беморларни илмий тадқиқотга киритиш кўрсаткичлари қуйидагилар иборат эди:

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

**Тадқиқотдан четлаштириш кўрсаткичлари:**

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

Текширув вақтида 102 (20.4%) беморда эндокрин касалликлар, 94 (18.8%) тасида - юрак қон томир касалликлари, 90 (18%) нафарида - ошқозон-ичак касалликлари, 90 (18%) нафарида – туберкулез, 53 (10.6%) тасида – онкологик касалликлар, 27 (5.4%) нафар беморларда – травматологик-ортопед касалликлари, 21 (4.2%) нафар беморларда – неврологик касалликлар, 12 (2.4%) нафар беморларда – нафас йўллари касалликлари, 11 (2.2%) беморда – бошқа (бўғим, буйрак ва тери) касалликлари аниқланган.

Ногиронлик гуруҳларига қараб беморларнинг тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган.

## 2.1-жадвал

### Беморларнинг ногиронлик гуруҳларига қараб тақсимланиши

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

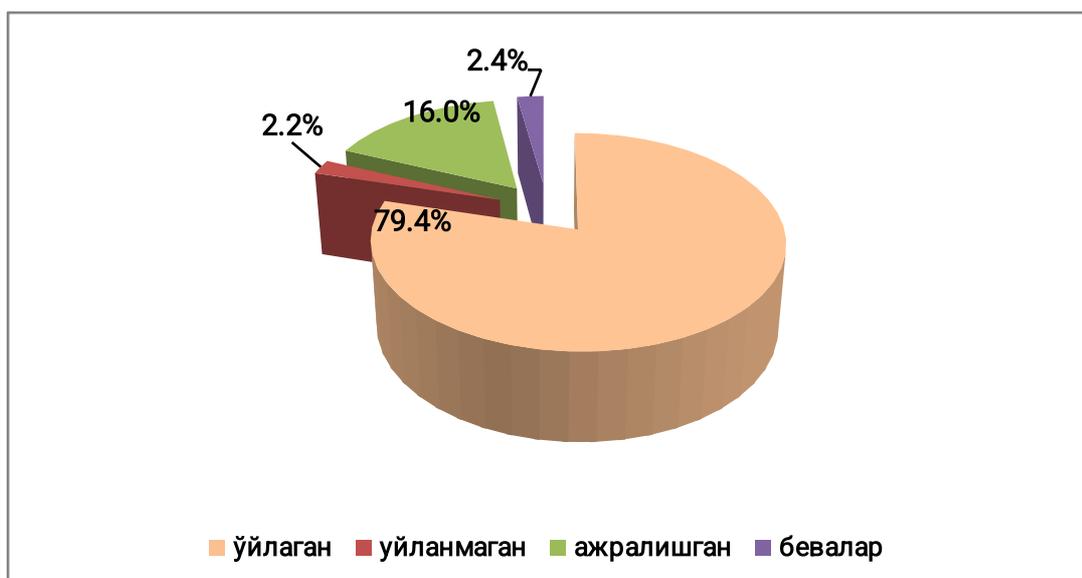
Беморларнинг ёшига қараб тақсимланиши қуйидаги: 30 ёшгача – 32 (6,4%), 31-40 ёш – 28 (5,6%), 41-50 ёш – 27 (5,4%), 51-60 ёш – 155 (31,0%), 61-70 ёш – 175 (35,0%), 70 ёшдан ортиқ – 83 (16,6%).

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

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

Оилавий аҳвол бўйича беморларнинг тақсимланиши қуйидагилардан иборат эди: ўзининг оиласида яшайдиган - 397 (79,4%), уйланмаган - 11 (2,2%), турмуш ўртоғининг бирининг йўқлиги

(ажралишган) – 80 (16,0%), якка-ёлғиз яшайдиган (бевалар) – 12 (2,4%) беморлар. Оилавий аҳвол бўйича беморлар тақсимланиши 2.1-расмда кўрсатилган.



### 2.1-расм. Беморлар оилавий аҳволга кўра тақсимланиши

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

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

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

### §2.2. Клиник тадқиқот усуллари

Илмий тадқиқотимиз жараёнида назорат қилинган беморларда руҳий бузилишлар ҳамда суиқасд хулқ-атворини аниқлаш клиник-психопатологик ва клиник-катамнестик усуллар ёрдамида амалга

оширилди. Клиник усуллар беморларни сўраб-суриштириш, субъектив (бемор сўзларидан) ва объектив (беморнинг қариндошлари сўзларидан) касаллик тарихини йиғиш ва кузатишни ўз ичига олган.

Беморларни кузатув жараёнида сурункали касалликнинг босқичларида руҳий, умумий ҳолати, иш қобилиятининг йўқолиши ва суиқасд хатти-ҳаракатлари синчиклаб ўрганилган. Сурункали касалликлари туфайли меҳнатга лаёқатсиз ўз жонига суиқасд қилиш хулқи кузатилган беморларда руҳий бузилишларнинг кечиш клиникаси ва динамикасига, унинг тузилишининг барча таркибий қисмлари: ғоявий, аффектив, вегетатив, астеник, хулқ-атворининг оғирлигини баҳолашга алоҳида эътибор қаратилди.

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

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

тадқиқот учун катта қизиқиш уйғотди.

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

Олиб борилган тадқиқотимиз самарали амалга ошиши учун ҳар бир беморга демографик маълумотларни (ёши, жинси, маълумот даражаси, диний мансублиги) ва клиник маълумотларни (диагноз қўйилган пайтдан бошлаб ўтган вақт, ташхис тўғрисида хабардорлиги, касалликнинг босқичи, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хусусиятлари) акс эттирувчи харита тўлдирилди.

### **§2.3. Экспериментал - психологик тадқиқот усуллари**

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

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

жонига қасд қилиш хавфи омиллари) ва 12-16-саволларга "Йўқ" жавоблар (суиқасдга қарши омиллар).

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

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

Биринчи "Ипохондрия шкаласи (Hs)" - астено-невротик турдаги текширилувчининг шахсий хусусиятларини ўлчайди. Ушбу турдаги шахсларда аниқланмаган касаллик борлигига ишониш тенденцияси юқори бўлади. Улар учун соғлиқни сақлаш ўта қимматли характерга эга бўлади, шахсий қадриятлар тизимида ҳукмронлик қилади, фаолият даражасини пасайтиради, манфаатларни қашшоқлаштиради, жамоат ҳаётидан ажралиб чиқади. Шкала бўйича юқори балл тўплаган соғлом субъектлар секин, пассив, ташаббуссиз, эгилувчан, консерватив фикрлашга эга, ҳамма нарсани ёмон қабул қилишга

мойил. Уларда мулоқотда қулайлик йўқ, улар аста-секин мослашади ва вазиятнинг ўзгаришига тоқат қилмайдилар, ижтимоий можароларда мувозанатни осонгина йўқотадилар.

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

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

Тўртинчи “Психопатия шкаласи (Pd)”- ижтимоий мослашувнинг ва жуда кучли ҳис-туйғуларнинг йўқлигини ўлчайди. Ушбу шкала

пунктлари оила ва унинг мартабали вакиллари ҳақидаги шикоятлар, ўз-ўзини бегоналаштириш, ижтимоий бегоналашиш ва зерикиш билан боғлиқдир. Шахс ривожланишининг социопатик варианты билан ўхшашлигини ўлчайди. Ушбу шкала бўйича юқори баллар сўзнинг кенг маъносида ижтимоий мослашувни кўрсатади. Шкала бўйича профилнинг вақтинча кўтарилиши баъзи сабабларга кўра вазиятли, доимий кўтарилиши эса мослашувчанлик бузилишининг белгиси бўлиши мумкин. Фаолият даражасига қараб, ғазабланган ва тажовузкор реакцияларда намоён бўлади, актив ёки пассив тарзда ифодаланади. Қабул қилинган меъёрларга қарши норозилик фақат оила ва яқин атроф-муҳит билан чекланиши мумкин, аммо умумлаштирилган характерга эга ҳам бўлиши мумкин. Хулқ-атворининг ёмон оқибатлари, келажакдаги ҳаракатларни режалаштира олмаслик ва уларнинг ҳаракатларининг оқибатларини эътиборсиз қолдириш, тажрибадан фойда олиш қобилиятининг етишмаслиги уларни бошқалар билан такрорий тўқнашувларга олиб келади.

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

бефарқлик улар томонидан шахсий ҳақорат ва камситиш сифатида қабул қилинади. Улар барча одамларни фақат уларнинг фаолияти, сўзлари ва ғоялари билан қандай боғлиқлиги билан баҳолайдилар.

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

Саккизинчи шкала “Шизофрения шкаласи (Sc)” - ғайриоддий фикрлар, ўзига хос ҳислар, ижтимоий бегоналашиш, диққат ва таъсирчанликнинг назорати билан боғлиқ қийинчиликлар, қизиқишларнинг йўқлиги, ўзига бўлган ҳурмат ва ўзини ўзи назорат безовта қилувчи масалаларини ўлчайди. Шизоид турининг умумий хусусияти - бу юқори сезувчанликнинг ҳиссий совуқлик ва шахслараро муносабатлардаги узоқлик билан комбинацияси. Шизоид тури ҳатто кичик кўнгилсизликлар ҳам доимий ва узоқ давом этадиган салбий ҳис-туйғуларнинг пайдо бўлишига олиб келадиган ҳолатларда шаклланади ва компенсацияга атроф-муҳитни ички дунёга қолдириш орқали эришилади. Ҳиссий совуқлик, идрок ва ҳукмларнинг ўзига хослиги, ғайриоддий фикрлар ва ҳаракатлар, мулоқотларнинг танланиши ёки юзакилиги билан ажралиб туради.

Тўққизинчи “Гипомания шкаласи (Ma)” – гипертимик шахс турига "яқинлик" даражасини ўлчаш учун мўлжалланган. Уларда кўтарилган, аммо беқарор кайфият, психомотор қўзғалиш (масалан, титроқ қўллар) ва ғоялар парвози (масалан, тўхтовсиз ғоялар қаторини тўхтата олмаслик) билан тавсифланган енгил даражадаги

қўзғалишни ўлчаш учун мўлжалланган. Улар фаол, ҳаракатчан ва қувноқ бўладидар.

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

Беш турдаги мотивнинг ҳар бири яқоллиги чегарасини баҳолаш унга киритилган жавоблар баллари йиғиндисидан тузилади. Ушбу усул даволанишга бўлган муносабатнинг беш турлари: "инсайтга эришиш учун муносабат", "хулқ-атворни ўзгартиришга муносабат", "симптоматик яхшиланишга эришиш муносабати", касалликдан "иккиламчи фойда" олишга муносабат (шу жумладан касалхонада қолиш)", "бошқа сабаб (шу жумладан фаолсиз позиция)", ҳамда улар орасида пешқадам вариантни аниқлашга имкон беради.

#### **§2.4. Статистик тадқиқот усуллари**

Олинган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида Microsoft Office Excel-2012 дастурий таъминот пакетидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов беришдан ўтказилди. Шу билан бирга ўрнатилган маълумотларни миқдорий тахлиллаш функцияларидан фойдаланилди. Вариацион статистика усулларида нисбий қийматларни ҳисоблаш, ўрганилаётган кўрсаткичларнинг медианаси

(M), миқдорий ва сифатий кўрсаткичлар ўртасидаги муносабатни аниқлаш учун Пирсон (C) коэффиценти ишлатилди.

Пирсон коэффиценти (C) қуйидаги формула бўйича аниқланди:

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

$\varphi$  – Пирсон контингенция коэффиценти бир неча босқичда топилган:

1 босқич – беморни тақсимлаш жадвалига кириши (a)

2 босқич – ушбу маълумотларни квадратга ошириш (b)

3 босқич – квадратларни устундаги беморлар сонига бўлиниш (c)

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

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

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

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

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

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

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

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

P – кўрсаткичнинг қиймати

q – (100 – P)

n – беморлар сони

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

қилинди.

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

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

A – Ўрганилган омил мавжудлиги билан асосий гуруҳдаги беморлар сони

B – Ўрганилган омил йўқлиги билан асосий гуруҳдаги беморлар сони

C – Ўрганилган омил мавжудлиги билан таққослаш гуруҳидаги беморлар сони

D – Ўрганилган омил йўқлиги билан таққослаш гуруҳидаги беморлар сони.

## §2.5. Тадқиқот босқичлари

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

Иккинчи босқич - ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг юқори "хавфи" омиллари билан муносабатда бўлган биологик, руҳий ва ижтимоий кўрсаткичлар мажмуасини ҳамда, суиқасд уринишлари амалга оширишидан "ҳимоя қилиш омиллари"ни аниқлаш.

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

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

Ўз жонига қасд қилиш юқори хавфининг омилларини аниқлаш

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

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

Коэффицентлар нисбатини ҳисоблаш соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг RR («relativerisk») нисбий хавф кўрсаткичларини аниқлашга, кейинчалик

уларни суиқасд хулқ-атворини шакллантириш учун хавф омилларининг яхлит тўпламига бирлаштиришга имкон берди. Нисбий хавф ушбу омил мавжуд бўлганда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари частотасининг унинг йўқлигида ўз жонига қасд қилиш тенденциялари частотасига нисбати сифатида баҳоланди. Натижада, маълум бир хавф омилининг мавжудлигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимолини баҳолаш мумкин эди.

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

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

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

Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш табиатига қараб ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг коэффициент нисбати (OR) ва нисбий хавфи (RR) 3.1-жадвалда келтирилган.

### Жадвал 3.1

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

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

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

Шахнинг характерологик хусусиятларига қараб OR и RR кўрсаткичларининг қийматлари 3.2-жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.2

Шахнинг характерологик хусусиятларига қараб OR и RR кўрсаткичлари

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

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

RR - 0,88), қўзғалувчан (OR - 0,69; RR - 0,92) характер хусусиятлари ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга муносабатлар топилмади (Ди max >1, Ди min <1; p > 0,05). Шу билан бирга, нисбий хавф кўрсаткичлари синтон, астеник ва қўзғалувчан турдаги шахсларда нисбатан паст ва психастеник шахсларда эса муҳимроқ бўлиб чиқди.

Соматик касалликнинг нозологик мансублигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантириш учун хавф кўрсаткичлари 3.3-жадвалда келтирилган.

**Жадвал 3.3**

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

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

Жами	400	100,0	100	100,0						
------	-----	-------	-----	-------	--	--	--	--	--	--

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

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

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

Ногиронлик гуруҳига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 3.4-жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.4 кўра, I- гуруҳ (OR - 3,49, RR - 1,18; 95% ДИ  $> 1$ ;  $p < 0,05$ )

ва II-гурӯҳдаги (OR–1,84, RR–1,14; 95% ДИ>1; p<0,05) ногиронларда, айниқса ногиронлик муддатсиз берилган ҳолларда (RR – 1,28; 95% ДИ > 1; p < 0,05), ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли энг юқоридир. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи ва III-гурӯҳ ногиронлиги ўртасида тескари муносабатлар топилди, бунинг учун OR (0,11) ва RR (0,46; 95% ДИ <1; p< 0,05) кўрсаткичлари паст эди ва беморларда суиқасд хулқ-атвори эҳтимоли пастлигини кўрсатди.

#### Жадвал 3.4

#### Ногиронлик гуруҳига қараб OR и RR кўрсаткичлари

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

Соматик касалликка шахсинг жавоб турига қараб OR и RR кўрсаткичларининг қийматлари 3.5-жадвалда келтирилган.

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

статистик ишончлилик билан ( $p < 0,05$ ) ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг юқори эҳтимоли аниқланди.

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

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

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

Ногиронликка олиб келувчи касаллик фактига нозоген реакцияларнинг намоён бўлишида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ривожланиш мумкинлиги сезиларли даражада ошди.

Беморларнинг руҳий ҳолатига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг нисбий хавфи кўрсаткичлари 5.6-жадвалда келтирилган.

**Жадвал 3.6**

**Беморларнинг руҳий ҳолатига қараб RR кўрсаткичларининг қийматлари**

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

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

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

Жадвал 3.7

Даволаш учун мотивация вариантыга қараб OR и RR кўрсаткичларининг қийматлари

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

3.7-жадвал таҳлили ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоли ва сурункали касалликларини даволашга беморларнинг пассив муносабати ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик мавжудлигини баҳолашга асос беради (OR – 2,67, RR – 1,24; 95% ДИ > 1;  $p < 0,05$ ). Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланиши эҳтимоли ва беморларнинг инсайтга эришиш (OR – 0,36, RR – 0,74; ДИ max > 1, ДИ min < 1;  $p > 0,05$ ), ҳамда "касалликдан иккиламчи

фойда" олиш истаги (OR–1,49, RR–1,07; ДИ max > 1, ДИ min < 1; p > 0,05) учун статистик жиҳатдан муҳим муносабатлар ўртасида боғлиқлиги топилмади. Беморларнинг симптоматик яхшиланишга йўналтирилганлигида ўз жонига қасд қилиш хавфининг паст қийматлари аниқланди (OR – 0,19, RR – 0,60; 95% ДИ < 1; p < 0,05), 95% ДИ олинган натижаларнинг статистик аҳамиятидан далолат беради.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг пайдо бўлишида қўзғатувчи (триггер) рол ўйнаши мумкин бўлган омилларнинг аҳамиятини баҳолаш учун оилавий ҳолатга ва қўшимча психоген таъсирга қараб OR ва RRни ҳисоблаш амалга оширилди. Беморларнинг оилавий ҳолатига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 3.8-жадвалда келтирилган.

**Жадвал 3.8**

**Оилавий ҳолатга қараб OR ва RR кўрсаткичларининг қийматлари**

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

Ушбу 5.8 – жадвалдаги маълумотлар ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда уйланмаган (OR–2,54, RR–1,14; ДИ max > 1, ДИ min < 1; p > 0,05) ёки бева (OR–0,74, RR– 0,94; ДИ max > 1, ДИ min < 1; p > 0,05) оилавий ҳолати ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик йўқлигини кўрсатади. Ўз

жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфи нисбатан юқори кўрсаткичлари ажралишганлар (OR – 1,91, RR – 1,11; 95% ДИ > 1;  $p < 0,05$ ), паст кўрсаткичлари эса уйланган учун (OR – 0,57, RR – 0,91; 95% ДИ < 1;  $p < 0,05$ ) топилган.

Қўшимча психоген омиллар мавжудлигига қараб OR ва RR кўрсаткичлари 3.9-жадвалда келтирилган.

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

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

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

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

мажмуасини ажратишга имкон беради. Ушбу омиллар мажмуасининг мавжудлиги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг энг юқори хавфини белгилайди.

Жадвал 3.10

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

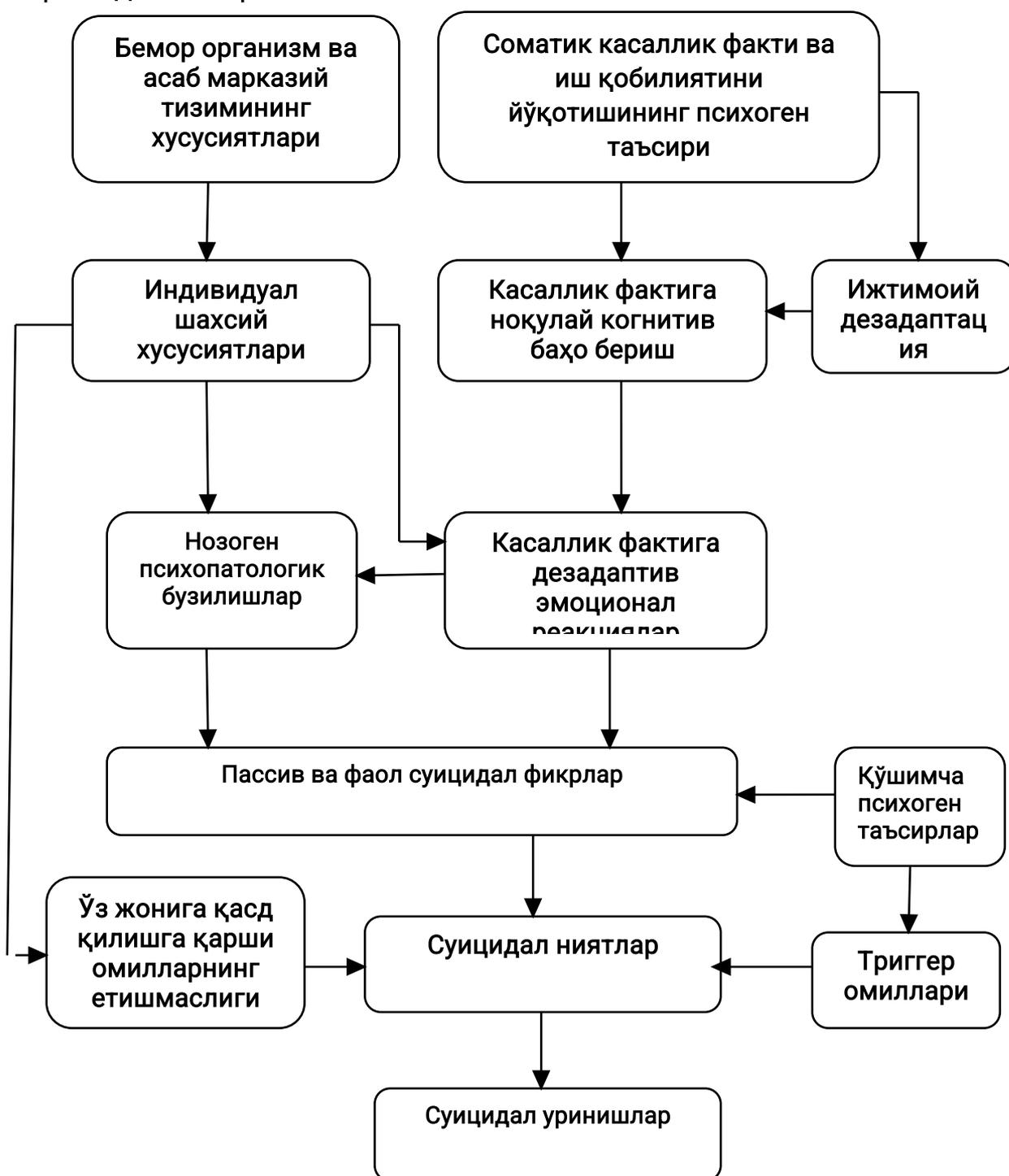
Омиллар	RR	ДИ min	ДИ max	P
Маиший ичкиликбозлик	1,46	1,32	1,60	<0,05
Шахснинг аффектив тури	1,22	1,12	1,32	<0,05
Шахснинг шизоид тури	1,13	1,03	1,25	<0,05
Шахснинг паранойял тури	1,13	1,03	1,24	<0,05
Ички аъзолар саратони	1,27	1,21	1,33	<0,05
Қон-томир касалликлари	1,17	1,07	1,27	<0,05
Туберкулёз касаллиги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

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

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

Ушбу нуқтаи назардан, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида берилувчанлик омиллари қаторига организм ва марказий асаб

тизимининг хусусиятларини (жинси, ёши, ирсият, мианинг резидуал органик етишмовчилиги) киритиш мумкин. Уларнинг ҳар бири сурункали касалликлар бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори билан кучсиз статистик корреляцияни кўрсатди, аммо улар мажмуаси шахснинг айрим индивидуал хусусиятларининг шаклланишига таъсир қилиши мумкин эди. Ногиронликка олиб келувчи сурункали соматик касалликларда суицидогенез модели 3.1 – расмда келтирилган.



### Расм 3.1. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда суицидогенез модели

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

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

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

Ноқулай ижтимоий омиллар (ёлғизлик ёки васий назорати остида бўлиш, асосий эҳтиёжлар қондирилмаганлиги, ажралиш) суиқасд хулқ-атворининг шаклланишига бевосита таъсир кўрсатади.

Шунингдек, руҳий умидсизлик туйғуларини кучайтириш ва вазиятни пессимистик баҳолаш орқали таъсир қилиши мумкин. Ўз навбатида, беморларнинг ижтимоий ҳолати соматик касаллик ривожланишининг таъсири остида ёмонлашиши мумкин. Ижтимоий можаролар, қариндошлар билан муносабатларнинг ёмонлашиши триггер омиллари сифатида суиқасд тенденцияларининг ривожланиши ва ўз жонига қасд қилишга уриниш амалга оширишини осонлаштиради.

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

Шундай қилиб, ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида ҳаёт учун хавф туғдирадиган омилларнинг комбинацияси, шу жумладан касаллик фактига ноқулай когнитив баҳо бериш, дезадаптив эмоционал реакциялар, нозоген руҳий бузилишлар, қўшимча психоген таъсирлар, суиқасдга қарши омиллар етишмаслигини кўриб чиқиш мумкин. Ўз касаллигининг дисфункционал когнициялар билан бирга келган пессимистик прогноз ва умидсизлик ҳисси "азоб-уқубатлардан қочиш" суиқасд мотивининг шаклланишининг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун бевосита қўзғатувчи механизм сифатида кўриб чиқиши мумкин. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ривожланиш

динамикасида ва суиқасд ҳаракатларининг провокациясида ижтимоий низолар ва бошқа вазият омилларининг ролини эътиборсиз қолдириб бўлмайди. Қандай бўлмасин, суицидологик таҳлилни ўтказишда кўплаб суицидогенез омилларининг таъсирини ҳисобга олиш керак.

**Резюме:** Коэффициентлар нисбатини ҳисоблаш соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг нисбий хавф кўрсаткичларини аниқлашга, кейинчалик уларни суиқасд хулқ-атворини шакллантириш учун хавф омилларининг яхлит тўпламига бирлаштиришга имкон берди. Маълум бир хавф омилларининг мавжудлигига қараб ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимолини баҳолаш мумкин эди.

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

Статистик аҳамиятга эга бўлган паст ўз жонига қасд қилиш хавфининг кўрсаткичлари фақат истерик турдаги шахслар учун аниқланган. Шу билан бирга, нисбий хавф кўрсаткичлари синтон, астеник ва кўзғалувчан турдаги шахсларда нисбатан паст ва психастеник шахсларда эса муҳимроқ бўлиб чиқди. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг энг юқори эҳтимоли шахснинг аффектив турига эга беморларда аниқлади. Касалликка ва меҳнат қобилиятини йўқотишга шахснинг пассив муносабат, меланхолик, ваҳима, ипохондрик ва апатик жавоб бериш турлари учун нисбий хавф кўрсаткичлари ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини шакллантириш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатишди. Ваҳима-фобик бузилишлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш

тенденциялари энг юқори хавфини ва субклиник (патологик бўлмаган) даражадаги ваҳима намоён бўлган беморларга нисбатан унинг 2 баравар юқорилигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида жуда юқори эҳтимоллик билан доимий уйқу бузилиши ва хулқ-атвор бузилишлари кузатилди.

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

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

## **IV БОБ. СУИҚАСД ХУЛҚ-АТВОРИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ПСИХОПАТОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ ВА СУИҚАСД НИЯТЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ**

### **§4.1. Соматик касалликлардан ногиронликка эга бўлган беморларнинг суиқасд ниятларининг олдини олиш жиҳатлари**

Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган беморларда даволаб бўлмайдиган касаллик ва меҳнат қобилияти йўқолиши фактининг руҳий жароҳат таъсири билан боғлиқ профилактик ишларни ўз жонига қасд қилиш ниятлари пайдо бўлишидан олдин умумий амалиёт шифокорларидан бошлаб, кетма-кет ўтказилиши керак. Профилактикани бир неча босқичда амалга ошириш мақсадга мувофиқдир:

1 босқич - ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг селектив профилактикаси ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлишининг олдини олишга йўналтирилган бўлиб, ўз жонига қасд қилиш фикрларини аниқлаш ва уларни бартараф этиш ёки минималлаштиришга асосланган. Бизнинг ўтказган тадқиқотимиз

шунинг учун даволаб бўлмайдиган касалликларга эга ёки меҳнат қобилиятини йўқотган беморларда жисмоний қийналиш, шахнинг преморбид хусусиятлари, ўз касаллигига жавоб реакция турлари ҳамда, даволанишга муносабатни ҳисобга олган ҳолда суицидал тасаввурлар ҳақида махсус саволлар бериш керак. Касалликка нозоген реакцияларнинг клиник белгилари ёки дезадаптив реакциялар, беморнинг ўз касаллиги ҳақидаги иррационал тасаввурлар ва даволанишга бўлган пассив муносабатни аниқлашда тиббий психолог ёки психотерапевт ёрдамига айланиши мумкин.

2-босқич - ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг индикатив профилактикаси суицидал тенденциялари (ўз жонига қасд қилиш фикрлари, истаклари, ниятлари) пайдо бўлгандан сўнг амалга оширилади. Бундай ҳолларда триггер руҳий-ижтимоий таъсирлар остида ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларини амалга ошириш эҳтимоли кескин ошади. Шунинг учун суиқасд олдинги даврларида ўз жонига қасд қилиш тенденциялар шаклланишининг эрта босқичларини аниқлаш ва олдини олиш, шунингдек, суиқасдга қарши тўсиқ омилларининг таъсирини фаоллаштириш ва кучайтириш муҳим аҳамиятга эга.

3 босқич – тугатилмаган ўз жонига қасд қилишга уринишдан кейинги даврда кризисга оид аралашув. Ушбу босқичда асосий вазифалардан парасуициднинг оқибатларини бартараф этиш ва янгидан қилинадиган ниятларни олдини олишга қаратилган ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатишдир.

4 босқич - амбулатория шароитида қўллаб-қувватловчи антисуицидал коррекциялаш дастурлари, доимий узлуксиз кузатув, ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини ўз вақтида ташхислаш ва олдини олиш.

Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг селектив ва индикатив

олдини олиш сурункали соматик касалликни ташхислаш ва даволаш босқичларидан бошланиши керак. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини баҳолаш ва суиқасд қилиш тенденцияларини аниқлашда асосий рол беморлар ёрдам сўрайдиган врач интернистларга тегишли. Оғир ногиронликка олиб келувчи касалликларни ташхисларда терапевт, онколог, невролог, фтизиатр ва бошқа профилдаги шифокорлар беморда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори пайдо бўлиш эҳтимоли ҳақида огоҳ бўлишлари ва уни аниқлашга ҳаракат қилишлари керак. Шу мақсадда уларнинг эътиборига беморнинг ўз ташхиси ҳақидаги руҳий ҳолати, айниқса когнитив тасаввурлар, ҳиссий кечинмалари, уйқусизлик, хавотир ва ёпишқоқ фикрларининг мавжудлиги, ҳамда оилавий турмуш шароитлари, даволанишга муносабат кириши керак.

Беморларнинг аксарияти ўз касалликларининг даволаб бўлмайдиган фактини англаб, негатив эмоционал ҳолатини бошдан кечиришади. Шу муносабат билан, бундай беморлар билан мулоқотда бўлган шифокор-интернистлар маълум қоидаларга риоя қилишлари керак: ҳамдардлик кўрсатиш, беморга ўз хавотирларини очиб беришга имкон берадиган очиқ саволлар бериш (нима ва қандай?), зарурат бўлганда, тўғридан-тўғри очиқ шаклда савол беришни тақдим қилиш керак ("Сиз қачонлардир ўзингизга зарар етказиш ёки ўз жонига қасд қилиш ҳақида ўйлаганмисиз?"). Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлаш учун мақсадли сўров қариндошларида суиқасд қилганлар, беморнинг ўтмишда ўз жонига қасд қилишга уринишлари ҳақида саволларни ўз ичига олиши керак. Ижобий жавобларда ахлоқий баҳолашдан қочиш, руҳий бузилишларни аниқлашда эса беморни ақлан норасо инсон даражасига кўтармаслик керак.

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини бевосита юзага чиқариш учун А.Т. Бекнинг Scale for Suicide Ideation (SSI, 1979)дан

фойдаланиш мақсадга мувофиқ, улардан фойдаланиш махсус касбий тайёргарликни талаб қилмайди ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва истакларининг яққол миқдорий баҳолашни ўтказишга имкон беради. А. Бек шкаласи ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўринишларини эрта аниқлаш мақсадида, фақатгина улар ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан чекланган ҳолда бўлса, универсал скрининг текшируви бўлиб ишлатилиши мумкин. Ўз вақтида бўладиган ўз жонига қасд қилиш фикрларини психологик корекцияси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 19 июнь 2023 йилдаги №ПҚ-196 “Аҳолининг руҳий саломатлиги хизматини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорига асосан туман (шаҳар) кўп тармоқли марказий поликлиникалар шароитида тиббий психологларнинг лавозимларини жорий этиш кўзда тутилган. Улар маслаҳати ва беморларнинг ўз жонига қасд қилиш фикрлари корекцияси суицидга қарши тасаввурлани кучайтиришга ва касалликка пассив муносабат билан боғлиқ иррационал когницияларни йўқ қилишга йўналтирилган бўлиши керак.

Яхши маълумки, ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш натижалари суиқасд жараёнини ривожланишининг дастлабки босқичлари шартида ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш ҳолларда энг самарали ҳисобланади. Соматик касаллиги бор беморларда психопатологик бузилишларни аниқлашда, ҳатто ўз жонига қасд қилиш фикри бўлмаса ҳам, улар врач-психиатр маслаҳатига муҳтождирлар.

Биз томондан текширилган беморларнинг анамнестик маълумотларини ретроспектив таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилишга уринишлардан сўнг, фақат 3 нафар (0,8%) 1-гурух беморларигина врач-психиатр ёрдамини олишган, уларга асосий касалликни даволаш билан бирга антидепрессантлар

буюрилган (миртазапин). Кейинчалик, бу беморлар руҳий асаб диспансер томонидан назорат қилинган. Қолган 397 (99,2%) беморлар ҳеч қачон ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини коррекция қилишга йўналтирилган профессионал ёрдам олмаган.

Шу билан бирга, психиатрик текширув Ўзбекистон Республикасининг "Психиатрик ёрдам тўғрисида"ги Қонунининг 24-моддаси (2021) талабларига мувофиқлиги билан боғлиқлигини ёдда тутиш керак, яъни унга мувофиқ бу ҳаракат беморнинг ихтиёрий розилиги билан амалга оширилиши мумкин. Врач-интернистлар соматик касалликларга чалинган беморларни психиатрик ёрдам олишга мотивациялаштириш керак.

Беморлардаги фаол ёки суст ўз жонига қасд қилиш фикрларини аниқлашда ҳам худди шундай ёндашувга амал қилиш керак. Бундай ҳолларда беморнинг ўз касаллигига ва даволанишга бўлган муносабати алоҳида эътиборни талаб қилади. Шунини таъкидлаш керакки, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ҳар қандай исталган шаклини намоён қиладиган беморлар, мутахассис маслаҳатини талаб қилади. Шу муносабатда Ўзбекистон Республикаси Президентининг "Аҳолининг руҳий саломатлиги хизматини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида" ги №ПҚ-196 (2023) сонли Қарорига асосан руҳий асаб диспансерларида суицидолог ва психотерапевтларнинг лавозимларини жорий этиш ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олдини олиш самарадорлигини ошириш учун янги имкониятларни очиб беради. Амбулатория шароитида сурункали соматик касалликдан даволанаётган беморлар ўз жонига қасд қилиш фикри ва нозоген бузилишлар пайдо бўлганида, асосий касалликни даволаш билан бир вақтнинг ўзида психиатрик ёки психотерапевтик ёрдамини қабул қилишлари мумкин.

Психиатрик маслаҳатнинг қуйидагиларни вазифаларни ўз ичига олиши керак:

- ўз жонига қасд қилиш хавфи омилларини ҳар томонлама баҳолаш;
- ўз жонига қасд қилиш фикрлари, ниятлари активлигини аниқлаш;
- ўз жонига қасд қилишга хавфли психопатологик реакцияларини даволаш учун усулларини танлаш;
- беморнинг касалликка муносабатдаги сенсор, когнитив, ҳиссий ва хулқ-атвор компонентларини ўрганиш;
- беморнинг преморбид шахс хусусиятларини ўрганиш;
- беморнинг ўз касаллигини даволашга бўлган муносабатининг турини аниқлаш;
- беморнинг микроижтимоий муҳитининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш;
- беморда потенциал ўз жонига қасд қилишга тўсиқ қиладиган омилларини таҳлил қилиш;
- беморларго ёрдам кўрсатиш шортларини ониклаш;
- ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг кейинги ривожланишини тўхтатиш ва уларни бартараф этиш.

Суиқасд уринишларини амалга оширишга тайёрликнинг юқори даражасини аниқлашда (ўз жонига қасд қилиш ниятлари) ўз жонига қасд қилишга уринишни ўтказиб юбормаслик вазифаси биринчи ўринда олдинга сурилади. Бундай беморлар стационар ёрдамга муҳтож бўлиб, шифохона профилини танлаш беморнинг соматик ҳолатига қараб тўлиқ белгиланиши керак. Сурункали соматик касалликлар ўткир босқичда асосий касалликнинг профилига кўра касалхонага ётқизишни талаб қилади. Уларнинг хатти-ҳаракатини сутка давомида назорат қилиб бориш керак. Лекин шуни ҳам инобатга олиш муҳимки, бундай беморларни руҳий шифохонага ётқизишдан сақланиб қолиш мақсадга мувофиқ, чунки шу ёндашувлар қўшимча руҳий жароҳат таъсир кўрсатиши ва ўз жонига

қасд қилиш механизмларида триггер ролини ўйнаши мумкин.

Ўз жонига қасд қилиш ниятида бўлган беморлар шошилиш ёрдамга муҳтож. Руҳий касалликлар соҳасидаги мутахассислар ва врач-интернистлар биргаликда бундай беморлар учун тактикасини аниқлашлари керак. Фикримизча, бундай беморларга ўз касаллигининг профилига тўғри келадиган шифохонада ихтисослаштирилган руҳий ёрдам кўрсатиш ва сурункали касалликнинг зўрайишини даволаш билан бир вақтнинг ўзида ўз жонига қасд қилиш реакцияларини коррекциялаш мақсадга мувофиқ ҳисоблаш мумкин. Ушбу ёндашув нафақат беморни янги руҳий жароҳатдан ҳимоя қилади, балки бундай беморларни руҳий шифохонада сақлаш учун моддий харажатларни тежайди. Соматик касалликлар туфайли ногиронларни руҳий шифохонага ётқизиш фақат ўз жонига қасд қилиш инқирози ҳолатини бартараф этиш учун бошқа имкониятлардан батамом фойдаланган ҳолда асосланган бўлиши мумкин.

Ўз жонига қасд қилишнинг такрорий уринишлари энг юқори хавфи биринчи ёки такрорий парасуициддан сўнг ўз жонига қасд қилишдан кейинги даврда соматик касалхонага ётқизилган ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда кузатилади. Ушбу даврда деярли барча беморларда психопатологик бузилишлар аниқланади ва юқори ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик сақланиб қолади. Бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвор кўринишларини намоён қилган ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган 400 бемордан 102 (25,5%) бемор ўз жонига қасд қилишга уринган, шундан 26 кишида суиқасд уриниш рецидив характериға эға эди. Бундай беморлар сабабларни, мотивларини ва ҳаётий вазиятға триггер таъсирини аниқлашға ва соматик касалхона шароитида инқироз (кризис) аралашувини амалға оширишға йўналтирилган

психиатр-суицидологнинг шошилиш ёрдамига муҳтож. Тугалланмаган ўз жонига қасд қилиш уринишидан кейинги даврида инқироз аралашувининг вазифаларига қуйидагилар киради:

- ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг жисмоний оқибатлари (кимё воситаси ёки дори-дармонлари билан заҳарланиш ёки асфиксия оқибатлари, юмшоқ тўқималарнинг жароҳатлари ва б.)ни бартараф этиш;
- соматик ҳолатнинг яхшиланиши;
- ўз жонига қасд қилиш фикрларининг фаоллигини аниқлаш;
- психопатологик ўзгаришларни даволаш;
- ўз жонига қасд қилишга уриниш такрорланиши учун йўл қўймаслик таъминланиши.

Соматик шифохонада шароитида нафақат психиатр-суицидологни, балки психотерапевт ёки тиббий психологни ҳам жалб қилган ҳолда тўлиқ психокоррекция дастурини ўтиш учун имкониятлар таъминлашга ҳаракат қилиш керак. Агар соматик оқибатларини бартараф этишдан ва шошилиш ёрдам тугаллангандан сўнг суицидал ниятлар сақланиб қолса, ўз жонига қасд қилишга уринишнинг олдини олиш мақсадида қониқарли соматик ҳолат билан беморлар психиатрия соҳасидаги муассасаларга ўтказилиши мумкин. Руҳий шифохонада суиқасд қилишга уринадиган одамлар ўз жонига қасд қилиш хавфи психопатологик реакцияларини бартараф этишга йўналтирилган психофармакотерапия ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини заифлаштиришга қаратилган психотерапияни ўз ичига олган психокоррекция дастурдан тўлиқ ўтишлари мумкин.

Бундан ташқари, хусусан сурункали соматик касалликнинг ремиссияси даврида терапевтик профилдаги касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, ўз жонига қасд қилиш ниятини фаол кўрсатадиган беморларга руҳий касалликлар шифохонасида

ёрдам кўрсатиш зарур бўлиши мумкин. Ушбу беморлар гуруҳига ўтган йилларда нозоген руҳий бузилишлар кўрсатган ва суиқасд уринишлар қилган, оилавий ёрдамга эга бўлмаган, ҳаёт камчилигидан қийналаётган ногиронлар киради.

Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари сустлашганидан сўнг, даволаб бўлмайдиган сурункали касаллик борлигининг давом этаётган руҳий жароҳат таъсири туфайли беморлар руҳий асаб диспансер нсзорати остида бўлишлари керак, бу шароитда улар ўз жонига қасд қилиш тенденциялари динамикасини кузатишни давом эттиришлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг олдини олишларини амалга оширишлари керак.

#### **§4.2. Ногиронликга эга бўлган беморларнинг патологик ўз жонига қасд қилиш реакцияларининг психофармакотерапияси**

Илмий изланишимиз вақтида клиник ва психодиагностика усуллари ёрдамидан фойдаланган ҳолда беморларни текшириш шуни кўрсатдики, турли хил касалликлардан меҳнатга лаёқатсиз бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворида нозоген психопатологик ўзгаришларига олиб келувчи шахс томонидан касалликка ноқулай прогноз берувчи дисфункционал когнициялар сабаб бўлади. Ногиронлик мавжудлиги суицидогенез механизмларини қўллаб-қувватлашни давом эттирадиган узлуксиз стрессли вазият сифатида баҳолаш кераклиги сабабли, ўз жонига қасд қилиш реакцияларини коррекциялаш усулларини ишлаб чиқиш ва такрорий ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олиш алоҳида аҳамиятга эга бўлди. Ўз жонига қасд қилиш хавфи психопатологик ҳолатларининг психоген табиати психофармакотерапия усулларини ҳам, психотерапевтик технологияларни ҳам психокоррекция дастурга киритишни талаб қилади.

Биз томондан ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун дастурни ишлаб чиқиб, унинг апробациясини суиқасд чин уринишини қилган 60 беморларда (1 гуруҳидаги текширилганлардан) ўтказиб қўйдик. Экспериментал гуруҳга кирган 46 (76,7%) беморларда ўз касаллик мавжудлигига жавобан хавотир-фобик нозоген реакциялар, 14 (23,3%) беморларда – инсомник (уйқусизлик) бузилишлари кузатилди. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликнинг нозологик мансублигига қараб психокоррекция дастуридан ўтган беморларнинг тақсимланиши 6.1-жадвалда келтирилган.

**Жадвал 6.1**

**Ишлаб чиқилган дастурда қатнашган беморларнинг ташхисига қараб тақсимланиши**

Соматик касалликлар	Беморлар сони	
	Абс.	%
<b>Эндокрин касалликлар:</b> Қандли диабет (2 тип)	10	16,7
<b>Онкологик касалликлар:</b> Кўкрак беи саратони Ўпка раки	5 3	8,3 5,0
<b>Юрак қон томир касалликлари</b> Гипертония касаллиги ЮИК. Стенокардия	8 7	13,3 11,6
<b>Туберкулёз касалликлари:</b> Ўпка туберкулёзи	10	16,7
<b>Бўғим касалликлари:</b> Ревматоидли артрит	3	5,0
<b>Ошқозон ичак касалликлари:</b> Жигар циррози	4	6,7
<b>Нафас йўллари касалликлари:</b> Бронхиал астма	4	6,7
<b>Травматология-ортопедия касалликлари:</b> Остеопороз	3	5,0
<b>Неврологик касалликлар:</b> Ишемик инсульт	3	5,0
<b>Жами</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Беморларда ташвиш, депрессия, ипохондрия ёки патологик даражада ифодаланган хулқ-атвор бузилиши кўринишидаги ўз жонига қасд қилиш хавfli реакцияларининг мавжудлиги, биринчи навбатда, психотроп дорилар ёрдамида психофармакологик даволаш амалга оширишини талаб қилади. Руҳий бузилишларни бартараф этиш, касаллик ва ногиронликка яққол бўлган жавобан психопатологик реакцияларнинг субклиник даражага тушириш психофармакотерапиянинг асосий вазифаларидан бири эди. Психофармакологик коррекциянинг нишони аниқ психопатологик синдром ҳисобланган. Турли ногиронликка олиб келувчи касалликлари бўлган беморларда руҳий бузилишларнинг сезиларли ўхшашлигига қарамай, психофармакологик воситаларни танлаш кўп жиҳатдан сурункали касаллик ташхисига ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлаш пайтидаги беморларнинг умумий ҳолатига боғлиқ эди. Олдинга қуйилган вазифа шундан иборат эдики, текширилган беморларда кузатилган турли-хил соматик патология ҳолатида самарадорлиги исботланган, яхши чидамлилиқка эга, юқори даражадаги хавфсизлиги ва ёмон таъсирининг энг паст спектрига эга дори-дармонларни танлаш лозим эди.

Модомики патогенетик даражада антидепрессантларнинг антисуицид таъсири асосан серотонинни қайта тутиб олиш блокадаси билан боғлиқ экан [93,146], хавотир-фобик реакциялар таркибидаги хавотир ва депрессияни коррекция қилиш учун серотонергик антидепрессант венлафаксин транквилизатор диазепам билан комбинацияси қўлланилди.

Венлафаксинни танлаш қуйидаги ҳолатларга боғлиқ эди:

- Венлафаксин Ўзбекистон Республикасининг асосий дори воситалари рўйхатига киритилган (2023), бу эса ушбу препаратни тиббиёт муассасаларида қўллаш имкониятини таъминлайди;
- препарат антидепрессантларнинг янги авлодига мансуб бўлиб,

икки томонлама таъсир қилувчи антидепрессант ҳисобланади, серотонин ва норадреналинни (ИОЗС и Н) қайта тутиб олишни блокада қилади, аммо бошқа бош мия рецепторлари (холинергик, гистамин,  $\alpha$ -адренергик, опиат, бензодиазепин, мускарин, NMDA-рецепторлари)га таъсир бўлмаганлиги натижасида яхши кўтара олинади ва минимал миқдордаги қўшимча эффектларни чақиради, шунинг учун ички органлар касалликларида кенг қўлланили яхши натижа кўрсатади;

- клиник даражада Венлафаксин депрессияга қарши ва анксиолитик таъсирларни бирлаштиради, бу эса бир вақтнинг ўзида хавотир ва депрессия мавжудлигида муҳим афзалликка эга;

- сурункали касалликларга чалинган беморларда, шу жумладан турли жойлашишдаги хавф-хатарли ўсмаларда, ушбу препаратни қўллаш хавфсизлиги юқори ҳисобладанади;

- дори воситаларининг бошқа турлари билан, шу жумладан кимётерапия препаратлари билан ҳам ўзаро ножўя таъсири топилмади;

- транквилизаторлардан фарқли ўлароқ, ўрганиб қолиш ва “тўхтатиш” синдромини келтириб чиқармайди ва узоқ курсларга тавсия қилиш мумкин.

Венлафаксин касалхонага ётқизилишидан олдин ўз жонига қасд қилишга уринган ва илгари психофармакологик дориларни қабул қилмаган 60 та 1 гуруҳ беморларига уларнинг соматик касаллигининг нозологик ташхисидан қатъий назар ёзиб берилган. Препаратнинг терапевтик дозалари дозаларни титрлаш йўли билан танланган, максимал суткалик дозаси кунига 75 мг (икки марта қабул қилишга тақсим)ни ташкил қилади. Истисно тариқасида ошқозон ва жигар касалликлари билан оғриган беморларда Венлафаксин миқдори кунига 37,5 мг дан ошмади. Серотонергик антидепрессантларнинг ножўя таъсири ичак деворида серотонин ишлаб чиқаришни

рағбатлантириш ва яққол ошқозон-ичак касалликларининг бузилишларини кучайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шунинг учун ушбу касалликларда ўз жонига қасд қилиш хавfli реакцияларини психофармакологик усуллар билан бартараф этиш учун транквилизатор диазепамдан фойдаланиш томонига сурилиши афзал кўрилди.

Антидепрессант билан даволаш курси соматик ҳолат яхшиланганидан кейин бошлаб, стационар даволанишнинг бутун даври ва кейинги 8 ҳафталик амбулатория кузатуви жараёнида давом эттирилди.

Яққол хавотир ва уйқусизлик Венлафаксин бензодиазепин ҳосиласи диазепам билан суткасига 5 мг дозада (2 дозага тақсимланган ёки ётишдан олдин 5 мг) бирлаштирилди, бу анксиолитик, седатив-уйқу чақирувчи, саросимага қарши, мушакларни бўшаштирувчи ва тутқаноқларга қарши таъсирга эга. Диазепам юрак-қон томир тизимининг оғир касалликларини, марказий паралич, полиартрит, ошқозон-ичак тракти касалликлари ва ҳоказоларни даволашда кенг кўламда қўлланилади.

Шу билан бирга, ушбу препарат нафас олиш марказини сусайтириши, обструктив бронхит ва бронхиал астмада ўпка фаолиятини ёмонлаштириши мумкин. Шунинг учун ўпка касалликларида ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини коррекциялаш учун антидепрессантга устунлик берилди. Диазепамни узлуксиз қабул қилиш муддати унинг ўрганиб қолиш хусусияти туфайли 10-15 кундан ошмади.

Қандай бўлмасин, биз касалликнинг хусусиятларини, беморнинг аҳволининг оғирлигини, кекса ёшдаги беморларнинг психотроп дорилар таъсирига юқори сезувчанлигини, антидепрессант ва транквилизаторларнинг нейротроп ва соматотроп профили таъсири ва унинг асосий патологияни даволашга қаратилган дорилар билан

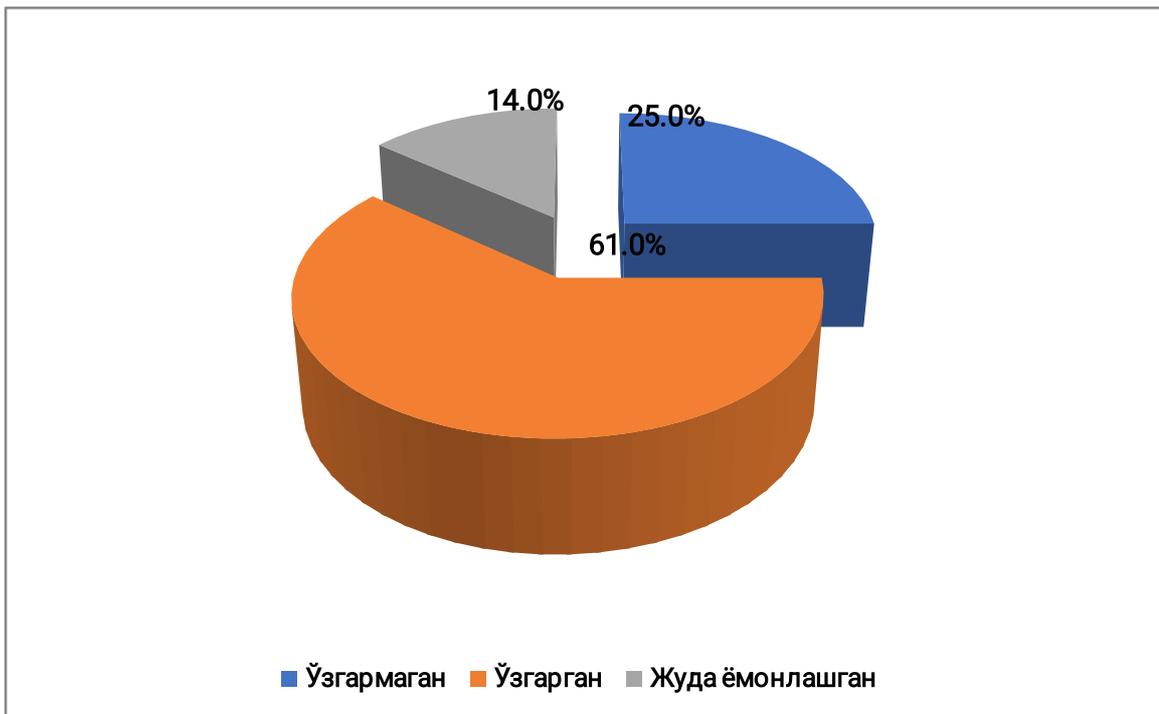
ўзаро таъсири ҳисобга олган ҳолда, психопатологик бузилишлар учун дори-дармонларни танлашда шахсий ёндашув тамойилига амал қилдик.

Психофармакотерапиянинг самарадорлигини аниқлаш учун психотроп дориларни ишлатишдан олдин ва улар билан даволаш курси тугатишдан кейин HADS шкаласи кўрсаткичларини солиштириб кўрган.

#### **§4.3. Ногиронликка эга бўлган беморларда суиқасд хулқ-атворининг психотерапияси**

Оғир касаллик вазиятининг ўтиб кетмаслик табиати ва руҳий бузилишларнинг давом этиши туфайли психотерапевтик технологиялардан фойдаланмасдан психофармакотерапия ногиронликка олиб келувчи касалликларга чалинган беморларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори учун етарли даражада самарали бўлмаслиги мумкин. Маълумки, психоген депрессиялар ва бошқа невротик бузилишларни даволашда психотерапия асосий усул ҳисобланади.

Бундан ташқари, таҳлил шуни кўрсатдики, 1-гурӯх беморларининг кўпчилигида касаллик ва ногиронлик билан боғлиқ ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори оила ва атрофдагилар билан муносабатларнинг ўзгаришига олиб келди, руҳий ва ижтимоий мослашувни оғирлаштирди. 1-гурӯхдаги беморларнинг ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пайдо бўлишидан сўнг оила аъзолари билан ўзаро муносабатлар динамикасига қараб тақсимланиши 4.1-расмда кўрсатилган.



**Расм 4.1. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларидан кейин бемор оила-аъзоларинг муносабатига қараб тақсимланиши**

Ушбу расм ўз жонига қасд қилиш тенденциясини намоён қилган беморларнинг кўпчилигида оила аъзолари билан муносабатларда ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори пайдо бўлишидан олдин оила аъзолари ўртасида ўрнатилган олдинги муносабатлар беморларнинг 25,0 фоизида текширув вақтида сақланиб қолган. Беморларнинг 75,0 фоизида ички оилавий муносабатларда сезиларли ўзгаришлар, 14,0 фоизида эса кескин ёмонлашув кузатилди. Беморларнинг аксарияти (67,3%) мутахассислар ёрдамида атрофдагилар билан алоқаларни енгиллаштириш ва яқинларининг ўзларига нисбатан муносабатини

ўзгартириш истагини ҳис қилишди.

Психотерапиянинг мақсадлари, вазифалари ва нишонини аниқлашда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлишига таъсир қилиши мумкин бўлган барча омилларни ўз ичига қамраб олиши керак. Шу муносабат билан психотерапевтик коррекция қилиш вазифаларига қуйидагилар киради:

- нозоген депрессив, хавотирли, инсомник ва бошқа клиник даражадаги бузилишларни бартараф этиш;
- касаллик тўғрисидаги ноқулай когнициялар ва дезадаптив шахс реакцияларини ўзгартириш;
- шахснинг стресс ҳолатига сезувчанлигини пасайтириш;
- асосий касалликни даволаш учун зарур бўлган дори-дармонларга риоя қилишни ошириш;
- ўз жонига қасд қилиш механизмларида триггер роли ўйнаши мумкин бўлган экзоген зарарлиликнинг таъсирини бартараф этишга қаратилган психотерапия;
- суицидга қарши тенденцияларнинг активлигини оширишга йўналтирилган чора-тадбирларни амалга ошириш;
- беморларнинг оилавий аъзолари ва атрофдагилар билан муносабатларни яхшилаштириш ва қўллаб-қувватловчи ижтимоий муҳитни яратиш.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини психотерапевтик коррекцияси олдида турган муҳим вазифаларнинг ҳар бири маълум бир мақсадга эришишга қаратилган ва конкрет нишонга эга бўлган психотерапевтик усулларнинг бутун мажмуисини қўллашни талаб қилди. Психотерапия усуллари, мазмунини танлашда беморнинг ёши, гендер мансублиги, умумий аҳволи, ҳамда унинг шахсияти, шунингдек, ҳаётини вазиятининг (жумладан касаллик ва ногиронлик билан боғлиқ бўлмаган) хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Шуни таъкидлаш керакки, касалликнинг зўрайиши билан оғриган беморлар учун психотерапия соматик ҳолат яхшиланганидан ва диққатни жамлаш учун ноқулай шароит яратадиган соматоген астения кўринишлари енгиллашганидан кейин амалга оширилиши керак. Психотерапияни психотерапевтик технологияларга эга бўлган психиатр-суицидолог ёки тиббий психолог-психотерапевтлар томонидан амалга оширилиши мумкин. Психотерапевтик ишнинг мураккаблиги ва таниқли мутахассисларнинг етишмаслигини ҳисобга олган ҳолда, юқори бўлган ўз жонига қасд қилиш истаклари, ниятлари ва минимал антисуицид омиллар тўплами билан беморларга биринчи навбатда ёрдам бериш лозим. Психотерапия индивидуал ёки гуруҳли шаклларида ўтказиш мумкин. Бу ҳолда бир хил патологияси бўлган беморларни (уларнинг розилигини олгандан сўнг) бирлаштирилган гуруҳга киритиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Психотерапевтик альянс, эмпатия билан суриштириш, беморнинг фикрлари ва кечинмаларини тушуниш жуда муҳим рол ўйнайди. Шу муносабат билан психотерапиянинг устувор вазифаси психотерапевтик мулоқотни ўрнатишдир, уларсиз ҳар қандай психотерапевтик аралашув самарасиз бўлиши мумкин.

Биз томондан бир неча босқичда амалга оширилган психокоррекцион дастурни ишлаб чиқдик:

Биринчи босқичнинг вазифаларига бемор билан психотерапевтик альянс яратиш, унинг муаммолари концептуализацияси, беморни психотерапевтдан ёрдам олишга мотивациялаштириш, нозоген психопатологик реакция белгиларини бартараф этиш, асосий касалликларни даволаш учун буюрилган дори-дармонларга риоя қилишни ошириш киради. Хавотир-фобик нозоген реакцияларни тузатишда психотерапевтик аралашув руҳий ҳиссий зўриқишни бартараф этишга қаратилган бўлиб, уларга танага йўналтирилган терапия ва мушаклар релаксацияси усулларини

ўтказдик. Ушбу сессиялар давомида беморлар мушакларини бўшаштириш орқали ўз эмоционал таранглигидан қутулиш кўникмаларини олиб, ўз касалликларини хотиржамроқ қабул қилиш бошладилар ва атрофдагиларнинг ёрдамини олишга тайёр бўлдилар. Бу эса даволанишга риоя қилишга ижобий таъсир кўрсатди. Бундан ташқари, соматик касалликларни даволаш учун буюрилган доридармонларга мувофиқлигини ошириш вазифаси мотивацион технологиялардан фойдаланиш орқали ҳал қилинди.

Диссомния белгиларининг устунлиги бўлган беморларга уйқу гигиенаси ўргатилди ва ухлаб қолишга тўсқинлик қиладиган атроф-муҳит омилларининг таъсирини бартараф этиш ёки тартибга солишга қаратилган умумий ва индивидуал тавсиялар берилди. Беморларга эмоционал таранглигидан қутулишга олиб келувчи мушаклар релаксацияси ва нафас олиш техникаларини ўргатиш руҳий ҳиссий стрессни камайтириб, уйқуни яхшилашга ҳам ёрдам берган.

Иккинчи босқичда беморлар томонидан ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари, шу жумладан ўзини ўлдиришга такрорий уринишларнинг огоҳлантириш учун касалликка бўлган муносабатни ўзгартириш вазифаси қўйилди. Беморларнинг ўз касаллигига бўлган муносабат ва даволанишга мотивациясини ўзгартириш учун уларнинг дисфункционал когнициялар нотўғриликларини бартараф қиладиган когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг классик усуллари қўлланилди. Ушбу усулларни қўллашдан мақсад касалликнинг ички кўринишини шакллантиришга қаратилган бўлиб, ўзининг касаллик оғирлиги ва ёмон прогнозини бўртириб юбориш мойилларсиз умумий аҳволига адекват муносабатда бўлишга эришишдир.

Ўз жонига қасд қилиш хавфи шифокорларга бўлган ишонч пайдо бўлиши, касаллик симптомларининг заифлашишига ишониш, беморларнинг улар билан мустақил равишда қандай курашишни ўрганишга уринишлари, ўзини чуқурроқ билишга ҳаракат қилиш,

атрофдаги муҳитга бўлган муносабатини аниқлаштириш ва шахслараро ўзаро муносабатларни яхшилаш истаги билан камайди. Баъзи ҳолларда рационал психотерапия усулларида фойдаланилди, уни қўллаш давомида беморга унинг касаллигининг кечиши ва прогнозининг хусусиятлари тўғрисида ҳақиқий ҳаёт мисоллари билан тасдиқланган ижобий ва нейтрал шаклда илмий асосланган маълумотлар берилди. Лекин хулқ-атвор компонентларига эга бўлмаган рационал психотерапияга нисбатан когнитив хулқ-атвор ёндашув ўз жонига қасд қилиш хавфини бошқариш учун афзал кўрилди.

Ушбу психотерапевтик усуллардан фойдаланиш психотерапевтик аралашувнинг бевосита вазифаси бўлган ва ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олишда муҳим рол ўйнайдиган антисуицид тўсиқ омилларини фаоллаштириш имкониятини яратди.

Когнитив хулқ-атвор психотерапияси нафақат хавотир ва депрессиянинг яққоллигини камайтиришга, касаллик ҳамда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори билан боғлиқ дисфункционал когнициялар нотўғриликларини бартараф қилишга ҳам қаратилган эди. Когнитив хулқ-атвор терапияси давомида биринчи ўринда ўз жонига қасд қилиш фикрлари даражаси, уларнинг частотаси ва фаоллиги, шунингдек, беморнинг ўз жонига қасд қилиш истак ва ниятларининг оғирлиги баҳоланди. Уларни баҳолашдан сўнг, ўз жонига қасд қилиш ниятлари ёки ўз жонига қасд қилишга уриниш шаклланишидан олдинги вазиятлар билан боғлиқ ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг сабаблари батафсил таҳлил қилинди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ривожлантириш ва қўллаб-қувватлашга иштирок этадиган конкрет омиллар аниқланди. Ҳиссий кечинмалар ва хулқ-атвор реакцияларининг характери, уларнинг муайян вазиятлар билан алоқаси баҳоланди. Беморга А-В-С схемаси,

дисфункционал фикрлар ва уларнинг ҳиссиётлар ва хулқ-атворлар билан боғлиқлигини тан олишни ўргатилди. Кейинчалик, ногиронликка олиб келувчи соматик касаллик тегишли автоматик фикрлар ва иррационал ишонишларни юзага чиқариш мақсадида когнитив таҳлил қилиш амалга оширилди. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ҳис-туйғулари жуда фаол ва очиқ муҳокама қилинди. Ушбу таҳлилни тугатгандан сўнг, бемор билан ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг муқобил ечимлари режаси тузилади. Бундан ташқари, асосий эътибор беморнинг ўзи ва унинг оиласи, шунингдек, касалликнинг терапияси учун ўз жонига қасд қилишнинг салбий оқибатларини муҳокама қилишга қаратилди. Беморнинг янги хулқ-атвор стратегияларидан фойдаланишга чин дилдан қарор қилганлигига ишонч ҳосил қилиш жуда муҳимдир.

Хавfli ўсмалари бўлган беморлар билан психотерапевтик ишлаш жараёнида маълум бир қийинчиликлар пайдо бўлди. Хавотир, депрессия, оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки метастаз қўрқувини камайтириш учун касалликнинг оғир кечишини қабул қилишга ва ўсмаларни махсус даволашга адекват муносабат бўлишига эришиш керак эди. Бундай беморларда, айниқса, ҳиссий зўриқишни камайтиришга қаратилган релаксация усуллари билан бирга касаллик ҳақидаги когницияларни нотўғриликларини бартараф қилувчи когнитив хулқ-атвор психотерапияси усуллардан фойдаланиш муҳим эди.

Курс 10 та сеансдан кам бўлмаган когнитив хулқ-атвор психотерапияси бўйича ўтказилди ва кейинги бир неча ой давомида қўллаб-қувватловчи сеансларни қабул қилиш бўйича тавсияларни ўз ичига олди. Ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга ошириш хавфи мавжуд бўлса, бемор билан психотерапевтик мулоқотни сақлаб туриш керак.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар учун асосан

беморнинг қариндошлари томонидан таъминланадиган қўллаб-қувватловчи ижтимоий муҳитни яратиш катта аҳамиятга эга. Оила беморни ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга оширишга тўсқинлик қиладиган антисуицид тўсиқнинг энг муҳим омилларидан биридир. Беморга ва унинг касаллигига яқин инсонлар томонидан тўғри муносабатни таъминлаш ва оилавий иқлимни яхшилаш мақсадида оилавий психотерапия қўлланилди. Бу усулдаги машғулотларда барча оила аъзоларининг қўрқувларини ва хавотирли умидларини ифода этиш, уларнинг ҳис-туйғуларини аниқлаштириш мақсадида бемор бўлган оила аъзосининг касаллиги ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори тўғрисида фикр алмашиш, вазиятни етарли даражада тушуниш шу билан бирга, касаллик фактини қабул қилиш учун шароитлар яратилди.

Психотерапевтик ёрдамнинг учинчи босқичи амбулатория шароитида узоқ муддатли қўллаб-қувватловчи терапияни ўз ичига олади. Шу мақсадда касалхонадан чиққандан кейин қўллаб-қувватловчи телефон қўнғироқларини ўз ичига олган қисқа муддатли алоқа аралашувлари қўлланилди. Беморлардан уларнинг аҳволи, соматик касаллик сабабли махсус даволаниш, ўз жонига қасд қилиш фикрлари, атрофдагилар билан муносабатлари ва стрессли вазиятларнинг мавжудлиги ҳақида маълумотларни тўплаган. Ўз жонига қасд қилиш фикридан қайтган тақдирда бемор махсус ёрдамни сўрашга мотивациялаштирди, уни қаердан олиш кераклиги ҳақида маълумот берилди.

Бизнинг фикримизча, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини тuzатиш учун сурункали патологияси бўлган беморларнинг даволаш комплексига узоқ давомли суппортив психотерапия киритилиши лозим. Бу ҳолда беморнинг когнитив, ҳиссий ва хулқ-атвор тармоқларига қаратилган чора-тадбирлар мажмуиси патологик жараённинг клиник ўзига хослиги ва динамикасини ҳисобга олган

ҳолда касаллик ҳолатида шахс ва организмнинг мослашиш қобилиятини рағбатлантиришга йўналтирилган бўлиши керак [50]. Суппортив психотерапия соматик касаллик билан боғлиқ омиллар, шахсий хусусиятлар ва ҳаёт шароитларини ҳисобга олган ҳолда бемор фаолиятининг оптимал даражасини тиклашга қаратилган.

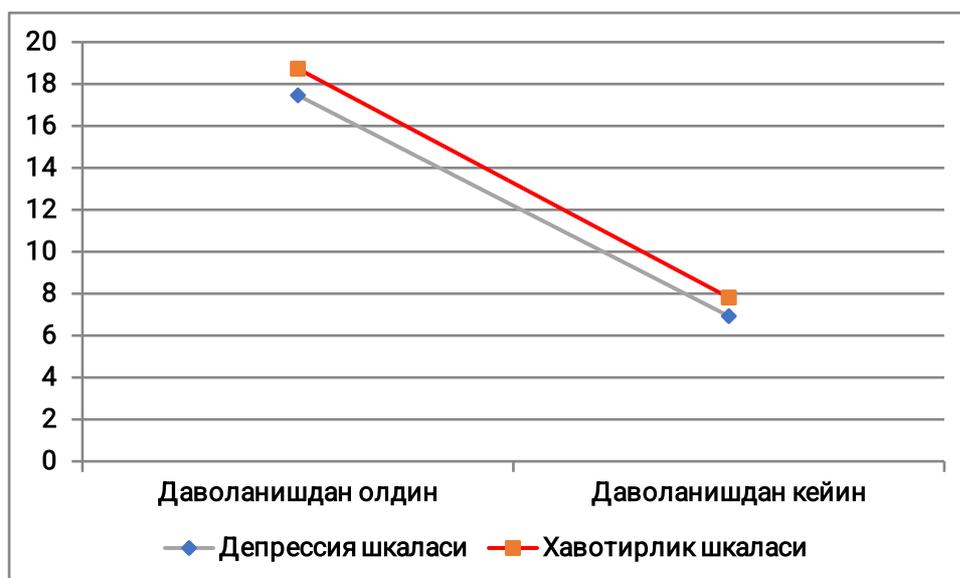
#### **§4.4. Ногиронликга эга бўлган беморларнинг суиқасд хулқ-атвори коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш**

Ишлаб чиқилган дастурнинг самарадорлиги клиник жиҳатдан ҳам, даволаниш курсидан олдин ва кейин HADS шкаласи ўртача кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш ҳам асосида баҳоланди.

Хавотир-фобик ва депрессив симптомларнинг клиник белгиларини бартараф этиш терапиянинг 3-ҳафтаси бошида қайд этила бошланди. Беморларда уйқу, иштаҳа яхшиланди, хавотир ҳисси, ўлим қўрқуви, соматик кечинмаларга ипохондрик фиксацияси эса камайди. Дори-дармонлардан ва психотерапевтик усуллардан биргаликда фойдаланиш психотроп воситалар паст дозаларини қабул қилишда клиник таъсирга эришиш ва уларнинг ножўй таъсиридан қочиш имкон берди, бу эса соматик беморларни даволашда анча аҳамиятли натижа деб ҳисобланади. Нозоген реакциялар даражасини пасайтириш диққат концентрациясини яхшилашга ёрдам берди ва беморларни психотерапевтик таъсирга янада кўпроқ жалб қилди.

8 ҳафта ўтгач, беморларда соматик касалликнинг прогнози ҳақида ҳиссий кечинмалар фақат субклиник даражадаги даволашга риоя қилишнинг кучайиши билан намоён бўлди.

Нозоген ўз жонига қасд қилиш реакцияларини даволашдан олдин ва даволашдан кейин госпитал (HADS) шкаласи кўрсаткичларининг динамикаси 6.2-расмда келтирилган.



**Расм 4.2. Даволанишдан олдин ва даволанишдан кейин HADS-шкаласи кўрсаткичлари**

4.2 - расмдаги маълумотлар даволанишдан сўнг ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларда хавотир ва депрессия даражасининг сезиларли пасайишдан далолат беради. Агар психокоррекция дастуридан ўтишдан олдин HADS шкаласи бўйича ўртача хавотир кўрсаткичлари ушбу гуруҳ беморларида  $18,6 \pm 1,1$  баллни ташкил этган бўлса, ўтказилган коррекциядан сўнг унинг кўрсаткичлари  $7,9 \pm 1,2$  баллгача камайди ( $p < 0,001$ ). Депрессия шкаласи бўйича кўрсаткичлар  $17,9 \pm 1,4$  баллдан  $6,5 \pm 0,9$  балл пасайди ( $p < 0,001$ ). Бошқача қилиб айтганда, HADS шкаласи бўйича "клиник жиҳатдан яққол депрессия" даражасидан "субклиник" ёки тўлиқ адекват ҳиссий фоннинг даражасига ўтди.

Психотерапевтик коррекция пайтида беморларнинг 83,3 фоизда шифокорларга бўлган ишонч даражаси ошди, касаллик белгиларининг заифлашишига ишониш, улар билан қандай

курашишни ўрганишга уринишлар қилинди, ўзларини чуқурроқ билиш, атрофдаги муҳитга бўлган муносабатларига аниқлик киритиш ва шахслараро ўзаро муносабатларни яхшилаш истаги пайдо бўлди.

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, беморлар касаллик ва меҳнат қобилиятини йўқотиш вазиятининг доимий характери туфайли сурункали стресс ҳолатида бўлиши давом этишди. Соматик касалликнинг навбатдаги зўрайиши яна ҳиссий реакцияларнинг клиник даражасига ва ўз жонига қасд қилиш фикрларининг қайтаришига олиб келиши мумкин. Шу муносабат билан антидепрессантлар, анксиолитиклар ва психотерапия билан биргаликда қўллаб-қувватловчи даволаш курсларини ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

**Резюме:** Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг селектив ва индикатив олдини олиш сурункали соматик касалликни ташхислаш ва даволаш босқичларидан бошланиши керак. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини баҳолаш ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлашда асосий рол беморлар ёрдам сўрайдиган врач интернистларга тегишли. А. Бек шкаласи ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўринишларини эрта аниқлаш мақсадида, фақатгина улар ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан чекланган ҳолда бўлса, универсал скрининг текшируви бўлиб ишлатилиши мумкин.

Суиқасд уринишларини амалга оширишга тайёрликнинг юқори даражасини аниқлашда (ўз жонига қасд қилиш ниятлари) ўз жонига қасд қилишга уринишни ўтказиб юбормаслик вазифаси биринчи ўринда олдинга сурилади. Бундай беморлар стационар ёрдамга муҳтож бўлиб, шифохона профилини танлаш беморнинг соматик ҳолатига қараб тўлиқ белгиланиши керак. Сурункали соматик касалликлар ўткир босқичда асосий касалликнинг профилига кўра

касалхонага ётқизишни талаб қилади. Уларнинг хатти-ҳаракатини сутка давомида назорат қилиб бориш керак. Лекин шуни ҳам инобатга олиш муҳимки, бундай беморларни руҳий шифохонага ётқизишдан сақланиб қолиш мақсадга мувофиқ, чунки шу ёндашувлар қўшимча руҳий жароҳат таъсир кўрсатиши ва ўз жонига қасд қилиш механизмларида триггер ролини ўйнаши мумкин.

Турли ногиронликка олиб келувчи касалликлари бўлган беморларда руҳий бузилишларнинг сезиларли ўхшашлигига қарамай, психофармакологик воситаларни танлаш кўп жиҳатдан соматик касаллик ташхисига ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлаш пайтидаги беморларнинг умумий ҳолатига боғлиқ. Беморларда кузатилган турли-хил соматик патология ҳолатида самарадорлиги исботланган, яхши чидамлилика эга, юқори даражадаги хавфсизлиги ва ёмон таъсирининг энг паст спектрига эга дори-дармонларни танлаш лозим.

Суицидоген таъсирига эга бўлиши мумкин нозоген реакцияларни енгиллаштириш учун янги авлоднинг серотонергик антидепрессантлари анксиолитиклар билан биргаликда энг самарали ва хавфсизлиги билан ажралиб туради. Психопатологик ўз жонига қасд қилиш хавфли реакцияларини заифлаштириш учун венлафаксин ва диазепам комбинациясини ва суиқасд тенденцияларини камайтиришга қаратилган психотерапия аралашувини ўз ичига олган психокоррекция дастури жуда самарали эканлигини исботлади ва соматик профилдаги тиббиёт муассасалари шароитида қўлланилиши мумкин.

Дастурнинг самарадорлиги клиник жиҳатдан ҳам, даволаниш курсидан олдин ва даволашдан кейин HADS шкаласи ўртача кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш ҳам асосида баҳоланди. Агарда психокоррекция дастуридан олдин HADS шкаласи бўйича ўртача хавотир кўрсаткичлари  $18,6 \pm 1,1$  баллни ташкил этган бўлса,

коррекциядан кейин унинг кўрсаткичлари  $7,9 \pm 1,2$  баллгача камайди ( $p < 0,001$ ). Депрессия шкаласи бўйича кўрсаткичлар мос равишда  $17,9 \pm 1,4$  баллдан  $6,5 \pm 0,9$  баллгача камайди.

Хавотир-фобик клиник белгиларининг ва депрессив аломатлар сусайиши терапиянинг 3-ҳафтаси бошида қайд этила бошланди ва ҳиссий кўрсаткичларнинг, ҳамда уйқунинг яхшиланиши билан намоён бўлди. 8 ҳафта ўтгач, беморларнинг ҳиссий кечинмалари соматик касалликнинг прогнози ҳақида субклиник даражадаги хавотирнинг сақланиши билан тавсифланади.

Хавотир-фобик нозоген реакцияларни тузатишда психотерапевтик аралашув руҳий ҳиссий зўриқишни бартараф этишга қаратилган бўлиб, уларга танага йўналтирилган терапия ва мушаклар релаксацияси усулларини ўтказиш мумкин. Соматик касалликларни даволаш учун буюрилган дори-дармонларга мувофиқлигини ошириш вазифаси мотивацион технологиялардан фойдаланиш орқали ҳал қилинди. Беморларнинг ўз касаллигига бўлган муносабат ва даволанишга мотивациясини ўзгартириш учун уларнинг дисфункционал когнициялар нотўғриликларини бартараф қиладиган когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг классик усуллари қўлланилди. Ушбу усулларни қўллашдан мақсад касалликнинг ички кўринишини шакллантиришга қаратилган бўлиб, ўзининг касаллик оғирлиги ва ёмон прогнозини бўртириб юбориш мойилларсиз умумий аҳволига адекват муносабатда бўлишга эришишдир. Ушбу психотерапевтик усуллардан фойдаланиш психотерапевтик аралашувнинг бевосита вазифаси бўлган ва ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олишда муҳим рол ўйнайдиган антисуицид тўсиқ омилларини фаоллаштириш имкониятини яратди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар учун асосан беморнинг қариндошлари томонидан таъминланадиган қўллаб-қувватловчи ижтимоий муҳитни яратиш катта аҳамиятга эга. Оила

беморни ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга оширишга тўсқинлик қиладиган антисуицид тўсиқнинг энг муҳим омилларидан биридир. Беморга яқин инсонлар томонидан психологик қўллаб-қувватлаш мақсадида оилавий муносабатларни тиклаш оилавий психотерапия жараёни орқали эришилди.

Психотерапевтик ёрдамнинг учинчи босқичи амбулатория шароитида узоқ муддатли қўллаб-қувватловчи терапияни ўз ичига олган. Шу мақсадда касалхонадан чиққандан кейин қўллаб-қувватловчи телефон қўнғироқларини ўз ичига олган қисқа муддатли алоқа аралашувлари қўлланилди.

Психотерапевтик коррекция пайтида беморларнинг 83,3 фоизида шифокорларга бўлган ишонч даражаси ва касаллик белгиларининг заифлашишига ишониш ошди, улар билан қандай курашишни ўрганишга уринишлар қилинди, ўзларини чуқурроқ билиш, атрофдаги ҳақиқатга ўз муносабатини аниқлаш ва шахслараро ўзаро муносабатларни яхшилаш истаги пайдо бўлди. Психотерапевтик аралашув беморларнинг ногиронликка олиб келувчи соматик касалликни даволашга содиқлигини (мувофиқлигини) сезиларли даражада оширди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар учун асосан беморнинг қариндошлари томонидан таъминланадиган қўллаб-қувватловчи ижтимоий муҳитни яратиш катта аҳамиятга эга. Оила беморни ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга оширишга тўсқинлик қиладиган антисуицид тўсиқнинг энг муҳим омилларидан биридир.

## ХУЛОСАЛАР

1. Барча ҳолларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўрсатилган сурункали касалликлар туфайли ногиронларда уларнинг руҳий ҳолати клиник даражадаги нозоген патологик реакциялар билан тавсифланган, ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини текширилмаган ногиронларда эса хиссий реакциялар патологик даражага етиб бормаган.

2. Соматик касалликнинг нозологик мансублигидан қатъи назар нозоген реакциялар хавотир-фобик (76,3%), инсомник (16,7%) ва хулқ-атвор бузилишлари (7,0%) характериға эға эди ва ўз клиник шаклланишиға шахс хусусиятларининг таъсирини намоён қилди.

3. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларға чалинган беморларнинг кўпчилигида (62,7%) ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиш динамикаси суицидогенез барча босқичларини, шу жумладан пассив ва фаол суиқасд фикрлари, истаклари ва ниятларини ўз ичига олган ҳолда кетма-кет, босқичма-босқич ўтиши билан тавсифланган ва 25,5% ҳолларда ҳақиқий ўз жонига қасд қилишға уринишлар билан якунланган. Аффектив (20,6%) ва намойишкорона-шантаж (16,7%) ўз жонига қасд қилишға уринишлар камроқ кузатилган.

4. Сурункали касалликларға чалинган беморларда суиқасд хулқ-атворининг пайдо бўлишиға ўз касаллиги ҳақида нотўғри тасаввурлар ва дисфункционал когнициялар сабаб бўлиб, ўз касаллигиға дезадаптив реакция турларига ( $C=0,61$ ), унинг прогнозини пессимистик баҳолашға ва даволанишға пассив муносабатға ( $C=0,49$ ) келтириб, соматик беморларға хос бўлган "азоб-уқубатлардан ўзини четға олиш" нинг суицидал мотивини шакллантиришға йўл қўйди.

5. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлишининг

энг юқори эҳтимоли шахснинг аффектив тури (RR=1,22), ички органларнинг хавfli ўсмалари (RR=1,27) ёки неврологик касалликлар (RR=1,26), муддатсиз гуруҳ ногиронлиги (RR=1,28), ўз касаллигига дезадаптив реакция турлари (RR=1,28), хавотир-фобик руҳий бузилишларнинг (RR=2,05) ва даволанишга пассив муносабат (RR=1,28) мавжудлиги, ўз оиласи йўқлиги ва ҳаёт эҳтиёжларининг қондирилмаганлигига (RR=1,30) эга бўлган беморларда кузатилган.

6. Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари шаклланишининг паст хавфи омиллар мажмуаси шахснинг истерик тури (RR=0,50), кўкрак беzi саратони бошланғич босқичи (RR=0,79) ёки овқат ҳазм қилиш тракти касалликлари (RR=0,64), III гуруҳ ногиронлик (RR=0,46), касалликка эгоцентрик ёки гипонозогнозик (RR=0) муносабат турлари, ҳиссий кечинмаларнинг патологик бўлмаган даражаси (RR=0), даволаш натижасида симптоматик яхшиланишга мақсад қилиш (RR=0,60), ўз оиласида яшашни (RR=0,91) ўз ичига олган.

7. Суицидга қарши тўсиқнинг психологик ва ижтимоий омиллари мажмуасига оила олдидаги бурч ва масъулият ҳисси, динга содиқлик, ўз жонига қасд қилишга уриниш муваффақиятсиз бўлган тақдирда жароҳат ва оғир шикастланишдан қўрқувлар, атрофдагилар томонидан таъна қилинишидан қўрқиш киради.

8. Ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини ташхислаш алгоритми суиқасд фикрлари ва ниятларини аниқловчи психометрик шкалалар ёрдамида универсал скрининг қилиш, нозоген руҳий бузилишларни аниқлаш, шахснинг ўз касаллигига реакцияси ва даволанишга муносабатини баҳолаш, суицидолог маслаҳатларини ўз ичига олади.

9. Ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг индикатив профилактикаси суицидал тенденциялари (ўз жонига қасд қилиш фикрлари, истаклари, ниятлари) пайдо бўлгандан сўнг уларнинг эрта аниқлаш, суиқасд уринишининг олдинги даврларида суицидга қарши

омилларнинг таъсирини фаоллаштириш ва кучайтириш лозим. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини баҳолаш ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлашда асосий рол беморлар ёрдам сўрайдиган врач интернистларга тегишли.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ногиронликка олиб келувчи соматик касалликка чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини эрта аниқлаш учун А. Бек психометрик шкаласи (SSI- Scalefor Suicide Ideation, 1979) ёрдамида ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ниятларини универсал скрининг қилиш тавсия этилади.

2. Бундай беморлар билан мулоқотда бўлган шифокор-интернистлар маълум қоидаларга риоя қилишлари керак: ҳамдардлик кўрсатиш, беморга ўз хавотирларини очиб беришга имкон берадиган очиқ саволлар бериш, зарурат бўлганда, тўғридан-тўғри очиқ шаклда савол беришни тақдим қилиш керак. Ижобий жавобларда ахлоқий баҳолашдан қочиш, руҳий бузилишларни аниқлашда эса беморни ақлан норасо инсон даражасига кўтармаслик керак.

3. Соматик касаллиги бор беморларда психопатологик бузилишларни аниқлашда, ҳатто ўз жонига қасд қилиш фикри бўлмаса ҳам, улар врач-психиатр маслаҳатига муҳтождирлар.

4. Суиқасд уринишларини амалга оширишга тайёрликнинг юқори даражасини аниқлашда (ўз жонига қасд қилиш ниятлари) ўз жонига қасд қилишга уринишнинг олдини олиш учун беморлар стационар ёрдамга муҳтож бўлади. Сурункали касалликлар ўткир босқичда асосий касалликнинг профилига кўра касалхонага ётқизишни талаб қилади, бундай беморларни руҳий шифохонага

ётқизишдан сақланиб қолиш мақсадга мувофиқ, чунки шу ёндашувлар қўшимча руҳий жароҳат таъсир кўрсатиши ва ўз жонига қасд қилиш механизмларида триггер ролини ўйнаши мумкин.

5. Биринчи ёки такрорий парасуициддан кейинги даврда соматик касалхонага ётқизилган ногиронлар ўз жонига қасд қилиш сабабларини, мотивларини ва ҳаётий вазиятга триггер таъсирини аниқлашга ва соматик касалхона шароитида инқироз (кризис) аралашувини амалга оширишга йўналтирилган психиатр-суицидологнинг шошилиш ёрдамига муҳтож. Соматик шифохона шароитида нафақат психиатр-суицидолог, балки психотерапевт ёки тиббий психолог ҳам жалб қилган ҳолда тўлиқ психокоррекция дастурини ўтиш учун имкониятлар таъминлашга ҳаракат қилиш керак.

6. Руҳий шифохонада ўз жонига қасд қилишга уринадиган одамлар ўз жонига қасд қилиш хавфи психопатологик реакцияларини бартараф этишга йўналтирилган психофармакотерапия (қунига 75 мг гача венлафаксин ва 10 мг гача диазепам) ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини заифлаштиришга қаратилган психотерапияни ўз ичига олган психокоррекция дастурдан тўлиқ ўтишлари мумкин.

7. Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари сустлашганидан сўнг, даволаб бўлмайдиган соматик касаллик фактининг давом этаётган руҳий жароҳат таъсири туфайли беморлар руҳий асаб диспансер назорати остида бўлишлари керак, бу шароитда улар ўз жонига қасд қилиш тенденциялари динамикасини кузатишни давом эттиришлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг олдини олишларини амалга оширишлари керак.

## ХУЛОСА

Сурункали касалликлар дунёда ўлимнинг асосий етакчи сабаби бўлиб, уларнинг частотаси ошиши, прогнозларга биноан, ногиронлик кўрсаткичининг ошишига олиб келади. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳисоботига кўра, дунёда бир миллиарддан ортиқ ногиронлик билан инсонлар бор. Глобал баҳолаш шуни кўрсатадики, катталар орасида ногиронлик тарқалишининг 16% дан 19% гачани ташкил қилади. Сурункали касалликлар туфайли ногирон беморлар орасида 25% ҳолларда ўз жонига қасд қилишга уринишлар қайд этилган ва 92% да ўз жонига қасд қилиш фикрлари аниқланган.

ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда 800 минг киши, яъни ҳар 40 сонияда 1 киши, ўз жонига қасд қилади. Ҳар бир ўлими учун ўз жонига қасд қилиш йигирма ёки ундан ортиқ ўз жонига қасд қилишга уринишлар тўғри келади. Сурункали касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўйича тадқиқотлар жуда кам бўлиб, одатда алоҳида клиник нозологияларда суиқасд даражасини баҳолаш билан чекланган, шунинг учун ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг кўп жиҳатлари етарлича ўрганилмаган.

Хусусан, суицидал хулқ-атвор шаклланишининг механизмлари, уларда ногиронликнинг роли, беморларда антисуицидал омиллар, бемор ўз касаллигига ва терапевтик жараёнга муносабатлари кам ўрганилган, ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилмаган.

Ушбу тадқиқот мақсади сурункали касалликлар туфайли ногиронларнинг ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришга таъсир қилувчи омилларни ўрганиш, суиқасд тенденцияларини бартараф этишга ва улар қайталанишининг олдини олишга мақбул ёндашувларни ишлаб чиқишдан иборат.

Белгиланган вазифаларни амалга ошириш учун 2020 йилдан 2023 йилгача ногиронлик гуруҳига эга бўлган 500 (243 нафар эркак, 257 нафар аёл) беморлар текширилди. Улардан 400 (80,0%) беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг турлари кузатилган (1 гуруҳ), 100 (20,0%) беморлар эса суиқасд ҳаракатларисиз ногиронлардан солиштириш гуруҳини (2 гуруҳ) ташкил этилган. Соматик касаллақлар бўйича текширилган беморларнинг 8,4% - биринчи гуруҳли ногиронлар, 72,4% - иккинчи, 11,6% - учинчи гуруҳли ногиронлар ва 7,6% - муддатсиз ногиронлар ташкил этилган. Беморлар кўпчилиги (63,6%) текширув вақтида 50 ёшдан юқори ёшда бўлган, ўрта, ўрта-махсус ёки олий маълумотни олган, ўзининг оиласида яшаган (79,4%).

Ўз жонига қасд қилиш хавфи А. Бекнинг "Ўз жонига қасд қилиш фикрлари шкаласи" (SSI - Scale for Suicide Ideation) ва Б.Любан-Плоцанинг сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Ҳиссий бузилишларни баҳолаш учун "Ваҳима ва депрессияни аниқлаш шкаласи (HADS)" ишлатилди, беморнинг шахсиятини ўрганишда MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - кўп факторли сўровномасидан фойдаланилди. Беморнинг даволанишга бўлган муносабатларини ўрганиш учун "Касаллик ва даволанишга муносабат" сўровномаси

қўлланилди.

Тадқиқот биринчи босқичида соматик касалликларга чалинган беморларда руҳий ҳолати ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиш динамикаси ўрганилган. Тадқиқот вақтида ўз жонига қасд қилиш хавфини А.Т. Бекнинг “Scale for Suicide Ideation” (SSI) сўровномаси ёрдамида ўрганиш кўрсатдики, беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шакллари асосан пассив (54,0%) ёки фаол (17,2%) суицидал фикрлар билан тавсифланган. Пассив суицидал фикрлар фақат ўлим ҳақида тасаввурлар билан чегараланиб, ўз жонига қасд қилиш ниятларига ўтиб кетмаган. Фаол суицидал фикрлар туғилишида беморлар бевосита ўз ўзини ўлдириш ҳақида ўйла бошлайдилар, лекин суиқасд нияти ҳам ишлаб чиқмайдилар. Суиқасд ниятлари (ўз-ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини танлаш) тадқиқот вақтида 3,3% беморларда аниқланган. Шу билан бирга, 25,5% беморларда ўз жонига қасд қилишга тайёрлик етарли даражада сақланиб турган. А. Бек шкаласи бўйича суицидал хулқ-атворининг уч категорияларини ажратиш мумкин: яшашни пассив хоҳламаслик (54,0%), ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик (20,5%) ва ўлиб кетишга актив интилиш (25,5%).

Сурункали касалликлар билан хасталанган барча беморларда суиқасд тенденциялари ногиронликни олгандан олдин (4-6 ойдан олдин – 2,3%, 6-12 ва ундан кўп ойдан олдин – 97,7%) ривожланган. Беморлар кўпинча ўз соматик, айниқса бедаво касалликдан хафа бўлиб, унинг ноқулай прогнозини олдидан кўриб, ҳаётдаги мақсад ва умидини узган, яъни суиқасд хулқ-атворининг ҳақиқий мотивлари беморнинг ўз касаллик ҳақидаги когнициялар билан боғлиқ бўлган. Бошқа сабаблар (шахслараро низолар, оила аъзоларининг касаллиги, молиявий қийинчиликлар) камдан-кам учрашган (1,8%).

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

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

Соматик касалликларга эга бўлган беморлар аксарияти (97,0%) ўз-ўзини ўлдириш мақсадида дори воситалари (93,1%), камдан-кам (3,9%) бошқа заҳарланиш моддаларидан фойдаланган. Ўз-ўзини кесиш (2,0%) ёки осий (1,0%) фақат фавқулодда ҳодисаларда кузатилган. Суиқасд уринишларининг турларини аниқланганда биз беморлар ўлиб кетишга интилишини ҳисобга олган ҳолда чин (жиддий), аффектив ва демонстратив (шантаж) суиқасд турларини ажратиб қўйган. Беморларнинг кўпчилиги (62,7%) чин суицидал уриниш, яъни ўз ўзини ўлдириш мақсадида ҳаракатларни амалга оширган. Бу ҳолда узоқ вақт (баъзи ҳолларда 6-12 ой ва ундан кўп) давом этилган суиқасд ҳаракатдан олдинги даври кузатилган ва суицидал хулқ-атвор кетма-кет (пассив суиқасд фикрлари, фаол суиқасд фикрлари, суиқасд ниятлари, суиқасд уринишлари) босқичма-босқич ривожланган. Беморлар ўз ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини пухта ўйлаган, уларда суицидал ва антисуицидал мотивлар кураши ниҳоят даражада намоён бўлган, хулқ-атворида ўз жонига қасд қилишига интилиш аломатлари кўриниб турган. Баъзи беморлар ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари шахс томонидан ҳеч қандай қаршилиқ кўрсатмасдан қондирилган. Бу ҳолатни беморлар томонидан "имконсиз" қолган ҳолатлар билан ўзларини оқлайдилар. Баъзи беморларда касалликнинг ушбу ҳолат чидаб бўлмаслик характерига эга бўлди.

Суиқасд уринишларининг аффектив тури (20,6%) жуда тез ривожланган, кучли ҳис-туйғулар чўққисида амалга оширилган, суицидал ҳаракатлардан олдинги даври жуда қисқа вақт давом этилган. Беморларнинг ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари онгли

ниятларга эга бўлмай импульсив, беихтиёр характерга эга бўлган.

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

Ногиронлар ўртасида ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларнинг шаклланиш тезлиги ўрганилганда суициддан олдинги даврининг давомлилигини аниқлашга имкон берди. Ушбу давр пассив суицидал фикрлардан бошлаб ўз жонига қасд қилиш уриниши билан чегараланган ва бир кундан бир неча ойгача давом этиши мумкин эди. Бу суицидал хулқ-атвор даврида бемор ўлим ҳақидаги пассив фикрлардан аста-секин суиқасд ниятларга ўтиб, ўзини ўлдириш вақти, жойи, усулини танлаган, ундан кейин ҳаётдан кетиш узил-кесил хулосасига келган ва суиқасд уринишини амалга оширган. Бундай натижалар соматик касалликлардан ногиронларда чин (жиддий) ўз жонига қасд қилиш уринишлари устунлигини тасдиқ қилади ва улар турларига мос келади.

Асосий гуруҳдаги беморларда ногиронлик гуруҳи берилгандан сўнг суицидал тенденциялар анча кучайган. В. Любан-Плоца анкетаси ёрдамида беморларни текшириш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, биринчи марта ногиронлик гуруҳи олган беморларда, ўз жонига қасд тенденциялари биринчи 3 ой давомида кузатилди. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш хавфи қолган 7 ой давомида бевосита юқори бўлиб қолаверди. Тахмин қилиш мумкинки, ногиронлик ва иш қобилиятининг йўқолиши триггер сифатида суицидал тенденцияларга фаоллаштирувчи таъсир қилган ва суицидал хавф даражасининг ошишига ёрдам берган. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш хавфи даражасининг ўсиши ва ногиронлик давомийлигининг ошиши ўртасида бевосита боғлиқлик

топилди (Пирсон корреляция коэффициенти  $r=0,52$ ).

Суиқасд хулқ-атвори шаклланишида сурункали касалликлар ролини ўрганиш шуни кўрсатди-ки, ҳаёт учун юқори хавф-хатар даражаси ва ноқулай прогнози билан тавсифланган ички касалликлар асосий гуруҳдаги беморларда устунлик қилган. Таққослаш гуруҳидаги беморларда эса ушбу касалликлардан фақат кўкрак беи саратонини аниқланган. Ошқозон-ичак касалликларига чалинган беморлар қисми таққослаш гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан ҳам анча юқори бўлиб чиқди. Бундан ташқари, тадқиқот пайтида асосий гуруҳдаги беморларда эндокрин, онкологик ва юрак кон томир касалликларининг декомпенсацияси статистик аниқлилик билан кўп учраган.

Иккала тайинланган гуруҳларда иккинчи гуруҳдаги ногиронлар асосий қисмини ташкил этган. Шу билан бирга, ногиронлик бошқа даражасига қараб беморларнинг гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларни аниқланган. Жумладан, ногиронлик биринчи гуруҳи мавжудлиги бўйича беморларнинг 1-нчи гуруҳи 2-нчи гуруҳидан устун турган. Аксинча, ногиронлик учинчи гуруҳига эга беморларнинг сони таққослаш гуруҳида анча юқори эди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори ва беморларнинг ногиронлиги гуруҳлари ўртасида корреляцион боғлиқни аниқланган (Пирсон боғланиш коэффициенти  $C=0,47$ ), лекин у жуда кучли бўлмай, фақат ўрта даражасига етиб борган.

Тадқиқот вақтида асосий гуруҳдаги беморларнинг руҳий ҳолати уйқу бузилишлари, хавотирлик, ёпишқоқ фикрлар, хулқ-атвор ўзгаришлари билан тавсифланиб, нозоген невротик бузилишлар пайдо бўлиши ҳақида гапиришга имкон берди. Беморлар кўпчилигида (76,3%) хавотирли-фобик реакциялар кузатилган. Улар онгида касаллик асоратлари ва уларнинг хавф-хатарини ошириб, доимо ваҳима, безовталаниш ҳисси, ўлим ва оғриқдан шилқим қўрқувни

сезган, ўз касаллиги ҳақида қўшимча маълумотларга қизиқишни кўрсатган, даволаниш самарадорлигига ишонч қилмаган, унинг янги усулларни қидириб турган. Ушбу фонда кайфият сезаларли даражада пасайиб, касаллик прогнозига пессимистик баҳо ва келажакка ишончсизлик пайдо бўлган. Ўз жонига қасд қилиш фикрлари ёпишқоқ характерга эга бўлиб, хаёлдан кетмаган. Баъзи беморларда (16,7%) ўз касаллигига реакциялар уйқу бузилишлари билан чегараланган. Уларда хавотирлик ҳисси психологик даражада намоён бўлиб, психопатологик даражага ўтмаган. Уйқу бузилишлари ухлаб қилиш қийинлашуви, уйқу жараёнида тез-тез уйғониш, уйқудан дам олиш ҳиссининг йўқлиги билан тавсифланган. Ахён ҳодисалар (7,0%) беморлар хулқ-атворининг ўзгаришлари билан кўрсатиб берилган. Беморлар ўз қариндошлари томонидан доимий эътибор ва раҳм-шафқатни талаб қилган, жаҳлдорлик, атрофдагиларга эгоцентрик муносабатини кўрсатган, ўз шикоятларини ошириб турган. Уларнинг суицидал уринишлари кўпинча демонстратив (шантаж) характерга эга бўлган.

HADS шкаласи бўйича ваҳиманинг ўртача кўрсаткичлари асосий гуруҳ беморларида  $18,6 \pm 1,1$  баллни, депрессия шкаласи бўйича -  $17,9 \pm 1,4$  баллни ташкил этди. HADS методикаси ёрдамида текширув пайтида ваҳима ва депрессиянинг йўқлиги фақат таққослаш гуруҳидаги беморларда (27,8%) содир бўлган, уларда ваҳима ҳамда, депрессия кўрсаткичлари 7 баллдан ошмаган.

Беморлар томонидан соматик касалликнинг прогнози унинг объектив баҳосига тўлиқ равишда тўғри келмаган, шу сабабдан касаллик объектив оғирлиги ва суицидал тенденциялар ўртасида корреляция коэффиценти ўртача боғлиққа мос келган ( $C=0,47$ ).

Соматик ҳолатга ипохондрик фиксациясининг сақланиши, юқори даражадаги ваҳима, шифокорларга ишончсизлик, умидсизлик ва ожизлик ҳисси билан бирга содир бўлган касалликнинг

пессимистик прогнози суицидал тенденцияларни мустаҳкамлашган ва даволанишга риоя қилиш (комплайенс)ни пасайтириб, тикланишга тўсқинлик қилган. Асосий гуруҳ беморларининг аксариятида ўз жонига қасд қилиш тенденциялари пассив суицидал фикрлардан ўз жонига қасд қилиш ниятлари ва уринишларигача аста-секин ривожланиб бориб, бир неча ойлар давомида сақланиб қолди. Қисқа муддатли (1-8 кун) ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эпизодлари беморларнинг атиги 12,0 фоизида кузатилди ва кўпинча аффектив ёки намоёишкорона суиқасд уринишлари билан шаклланган.

“Касалликка ва даволанишга муносабат” сўровномасида ҳар бир савол-жавоб баллда (1дан-6 гача) баҳоланган, мотивлар тури олинган баллар йиғиндисига қараб аниқланган, энг кўп баллар йиғиндисини олган мотив устунлик қилувчи ҳисобланган. Асосий гуруҳдаги беморлар кўпчилигида (69,6%) пассив позиция устунлик қилувчи роли ўйнаган. Ушбу позиция бемор томонидан ўз ҳолатининг оғирлигига тўғри баҳо бермаслик, врачга ва ўз диагнозига ишонмаслик, қариндошлари талабларига буйсуниб ногиронлик гуруҳини қайта кўрикдан ўтказиш учун стационарга мажбурий ётқизиш билан тавсифланган. Баъзи беморларни молиявий муаммо борлиги туфайли давлат тиббий муассасаларида бепул лаборатор-инструментал текшириш ва даволаш имконияти ўзига жалб қилган.

Ўз касаллигидан “иккиламчи ютуқ”ни олиш мотивацияси (1-гуруҳдаги 19,5%, ва 2-гуруҳдаги беморларда 14,0%) бемор яқин қариндошларининг ўзига муносабатларини ўзгартириш, уларнинг эътиборини жалб қилиш, ваҳимадан қутулиш, ҳаётий кўнгилисизлиги ва қийинчилигидан кетиб қолиш истагини ўз ичига олган. Беморлар ўз ҳолатининг оғирлигини бўрттириб юбориш ва рентага оид йўналтиришга майлни кўрсатган.

“Симптоматик ҳолатини яхшилаш” мотивацияси (1-гуруҳдаги 8,7% ва 2-гуруҳдаги беморларда 34,0%) статистик ишончлилик билан

таққослаш гуруҳидаги беморларда кузатилган.

Энг кам кузатилган (2,2% ва 6,0%) “инсайтга эришиш” мотивацияси атрофдаги воқеликга ва бошқа одамларга ўз боғланишини аниқлашга иштиёқи билан тавсифланган.

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

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг оғирлиги ва даволанишга устун бўладиган мотивация ўртасидаги ўзаро боғлиқликни таҳлил қилиш ўртача кучли боғлиқлик мавжудлигини аниқлади ( $C=0,49$ ).

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

Олинган натижалар ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган

беморларда суиқасд ҳаракатлари, жумладан такрорий суицидал уринишларнинг олдини олиш учун беморнинг ногиронликка олиб келувчи касалликка бўлган муносабатини ва даволанишга мотивациясини ўзгартириш зарурлигини кўрсатади

Тадқиқот иккинчи босқичида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг юқори "хавфи" омиллари билан муносабатда бўлган кўрсаткичлар мажмуаси, ҳамда суиқасд уринишлари амалга оширишидан "ҳимоя қилиш омиллари" аниқланган.

Беморларнинг иккала гуруҳидаги аёлларнинг устунлигини эркаклар устидан бўлиб, статистик ишончлилиги билан асосий гуруҳидаги эркаклар сони таққослаш гуруҳига қараганда муҳимроқ бўлиб чиқди.

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

Асосий гуруҳда ҳам, таққослаш гуруҳида ҳам кўпчилик беморларининг ирсиятида руҳий касалликлар ёки девиат хулқ-атвор турлари аниқланмаган. Шу билан бирга, суицидентлар ирсиятида девиант хулқ-атвор турлари, жумладан алкогольга қарамлик ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар, таққослаш гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпроқ учраган. 2-гуруҳ беморларининг қариндошлари орасида ўз жонига қасд қилиш ҳоллари аниқланмаган.

Онадан туғилишнинг асоратлари (эрта туғилиш, кесарча-кесиш) 1-гурух беморларида сезиларли даражада кўп учраган. Туғилиш вақтида ҳомилада асфиксия ва бош мия жароҳатланиши, ҳамда туғма соматик патология (юрак нуқсони ва бошқалар) ҳолларини таҳлил қилишда аниқланди. Аксинча, туғилишда ҳомиланинг катта вазни билан боғлиқ перинатал патологияси 2-гурух беморлари орасида кўп учради. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг ушбу омилнинг мавжудлиги ёки йўқлиги билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз эди ( $C=0,10$ ;  $p < 0,045$ ).

Экзоген зарарлиликлар орасида ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишидан олдин психоактив моддаларни суиистеъмол қилиш ҳолатлари баҳоланди. Алкоголли ичимликлар ёки гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш ҳолатларининг қиёсий таҳлили танланган беморлар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларни аниқланди. Спиртли ичимликлар суиистеъмоли (ҳафтасига камида 1-2 марта) асосий гуруҳда аниқ устунликни аниқланди. Таққослаш гуруҳидаги беморлар кўпинча фақат эпизодик спиртли ичимликларни истеъмол қилишган, ушбу гуруҳлараро фарқлар юқори статистик ишончлилик билан ажралиб турарди. Текширув вақтида 1-гурухдаги беморларнинг 3,2% ва 2-гурухдаги беморларнинг 3,0% соматик касаллик мавжудлигига қарамай, мунтазам равишда спиртли ичимликлар ичишни давом эттирган. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг спиртли ичимликларни истеъмол қилиш характери билан ўзаро боғлиқлиги статистик жиҳатдан аҳамиятли ва ўртача кучли бўлиб чиқди ( $C=0,35$ ). Шундай қилиб, спиртли ичимликлар ўз жонига қасд қилишнинг сабаби бўлмаса-да, у ўз жонига қасд қилиш триггер омили сифатида муҳим роль ўйнаши мумкин.

Иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти гиёҳванд моддаларни (каннабиноидлар, опиатлар, психостимуляторлар) ёки бошқа психоактив моддаларни қабул қилишга уринишларини рад

этишди. Анамнезда каннабиноидлардан эпизодик фойдаланиш 1 гуруҳидаги беморларнинг 2,2% ва ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатмади ( $C=0,10$ ;  $p < 0,045$ ).

Шахснинг преморбид характерологик хусусиятларини ўрганиш клиник усулда ҳам, MMPI экспериментал-психологик усулидан ҳам фойдаланган ҳолда шахсиятнинг кўплаб жиҳатларини, шу жумладан индивидуал шахсият хусусиятларини, стрессга жавоб бериш турини, мотивлар йўналиши ва уларнинг қўзғатувчи кучини баҳолаш учун амалга оширилди. MMPI ёрдамида олинган маълумотлар клиник текширув ва тадқиқот вақтида текширилувчини кузатиш натижалари билан мувофиқлаштирилган.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар гуруҳида шахснинг психастеник тури (13,0%), таққослаш гуруҳида эса патологик хусусиятларсиз синтон тури (14,0%), ҳамда астеник (19,0%) ва қўзғалувчан (23,0%) турлари биров кўпроқ учрашган, аммо гуруҳлараро фарқлар статистик жиҳатдан муҳим бўлмаган. Шу билан бирга, шахснинг аффектив турининг частотасида гуруҳлараро фарқлар шунчалик аниқ эдики, аффектив тури (10,5%) ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларга хос деб ҳисоблашга имкон берди. Таққослаш гуруҳида, аксинча, истерик турдаги шахсларнинг сезиларли тўпланиши қайд этилган. Бундан ташқари, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган шахслар гуруҳида (18,8%) таққослаш гуруҳига нисбатан (10,0%) ишончсизлик, шубҳа, ўта қимматли ғояларни шакллантиришга мойиллик хусусиятларига эга бўлган паранойял шахс тури сезиларли даражада кўпроқ кузатилди. Таққослаш гуруҳида, аксинча, ҳиссий беқарорлик, худбинлик, тан олишга интилиш, ҳис-туйғуларни ҳаддан ташқари ифода этиш хусусиятлари билан истерик турдаги шахсларнинг сезиларли тўпланиши (13,0%) қайд этилган.

Аффе́ктив, парано́йял ва истерик шахс турларининг частотасида гуруҳлараро фарқлар шунчалик аниқ эдики, улар ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморларга баъзи типологик шахс хусусиятлари хос деб ҳисоблашга имкон берди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори мавжудлиги ёки йўқлиги преморбид шахс хусусиятлари боғланиш кучи жиҳатидан ўртача яқин эди ( $C=0,29$ ).

Сурункали соматик касалликнинг мавжудлигига жавоб турини аниқлашда А.Е. Личко ва Н.Я. Иванов (1980) таснифи ишлатилган. Ногиронликка олиб келувчи касалликнинг мавжудлигига шахснинг деярли барча турларида статистик жиҳатдан муҳим гуруҳлараро фарқлар борлигини кўрсатади. Хусусан, касалликка жавоб бериши гармоник (16,0%) ва гипонозогнозик (38,0%) турлари фақат ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмаган таққослаш гуруҳидаги беморларда учради ( $p < 0,001$ ). Аксинча, асосий гуруҳ беморларида соматик касалликларга шахсий жавоб турларидан таққослаш гуруҳидаги беморларга хос бўлмаган пассив (12,0%), меланхолик (10,5%), ваҳимали (13,0%), ипохондрик (12,0%) ва апатик (14,5%) реакциялар кузатилди ( $p < 0,001$ ). Ногиронликка олиб келувчи касалликнинг мавжудлигига жавоб бериши гармоник (16,0%) ва гипонозогнозик (38,0%) турлари фақат ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмаган таққослаш гуруҳидаги беморларда учради. Аксинча, асосий гуруҳ беморларида соматик касалликларга шахсий жавоб турларидан таққослаш гуруҳидаги беморларга хос бўлмаган пассив (12,0%), меланхолик (10,5%), ваҳимали (13,0%), ипохондрик (12,0%) ва апатик (14,5%) реакциялар кузатилди.

Қизиқарли нарса шундаки, индивидуал шахсий омилларни ўрганиш шуни кўрсатдики, танланган гуруҳлар ўртасида нафақат маълум характер акцентуацияларининг пайдо бўлиш частотасида, балки ўхшаш типологик хусусиятларга эга бўлган шахсларда соматик касаллик фактининг стрессли таъсирига жавоб турида ҳам фарқлар

мавжуд. Хусусан, таққослаш гуруҳидаги синтон (14,0%) ёки аффектив (2,0%) характерга эга беморларда сурункали касалликка гармониялашган жавоб беришни намоён бўлди, булар ўз касаллигининг оғирлигини бўртириб кўрсатмаган, даволанишга фаол интиланган, ногиронлик ўрнатишидан сўнг бошқаларга оғир юк бўлишни истамаган ва яқинларини тақдирига қизиқишлар кўрсатган. Синтон шахс турига эга бўлган 1-гуруҳ беморларида (12,0%), аксинча, касалликка пассив муносабат, шахснинг аффектив турида – меланхолик реакция тури, шахснинг психастеник турида (13,0%) касалликка жавобнинг ваҳимали тури, ёпишқоқ қўрқувлар, астеник шахсларда (12,0%) эса хавотир билан бирга таъсирчанлик кучайиши, оғриқли ҳисларга ипохондрик фиксация, дори воситаларнинг ноҳўя таъсирини бўртириб кўрсатиш, янги азоб-уқубатлар учун асоссиз қидирув (жавоб беришнинг ипохондрик тури), шизоид шахсларда (14,5%) депрессия, пассивлик, даволаш натижаларига бефарқлик (жавобнинг апатик тури) аниқланди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги психастеник (12,0%), астеник (19,0%) ва шизоид (7,0%) акцентуацияси билан беморларга, асосан, касалликнинг мумкин бўлган салбий оқибатлари ҳақидаги фикрларни фаол рад этиш билан гипонозогнозик реакция тури хос бўлган.

Иккала гуруҳдаги қўзғалувчан шахс хусусиятларига эга беморларда (17,0% ва 23,0%) ўз касалликларига реакция жаҳлдорлиги билан кучайиши, атрофдагиларга талабчанлик, тез-тез ғазаб портлаши (реакциянинг эгоцентрик тури) билан тавсифланган. Истерик шахсларда (2,2% ва 13,0%) ҳам соматик касаллирларга ўзларининг азоб-уқубатларини намойиш этиш, ғамхўрлик ва эътиборни талаблар, таъна ва дўқ қилиш хулқ-атворида мойиллик билан тавсифланган эгоцентрик (худбин) реакция тури шаклланди. Реакциянинг паранойял тури паранойял шахсларга (18,8% ва 10,0%) хос бўлган.

Асосий гуруҳ беморларида ногиронликка олиб келувчи касалликнинг стрессли таъсирига жавоб турлари яққол руҳий дезадаптация мавжудлигини акс эттирган. Таққослаш гуруҳи беморларида эса психологик ҳимоя механизмларининг устунлиги (рад этиш, ижтимоий фаолиятдан воз кечиш) кузатилди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг сурункали касаллик мавжудлигига жавоб тури билан ўзаро боғлиқлиги шахснинг характерологик турига қараганда анча мустаҳкам бўлиб чиқди ( $C=0,61$ ) ва ўз касаллигига жавоб турлари суицидогенез механизмларида энг муҳим аҳамиятини таъкидлайди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини шакллантиришга бошқа омилларнинг таъсири эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, фарзандсиз ёлғизлик, никоҳлар, беморларнинг васий қарамогида бўлиши, асосий ҳаётий эҳтиёжларнинг паст қондирилиши туфайли ҳаётдан норозилик ҳолатларининг частотаси таҳлил қилинди. Ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар гуруҳида ёлғизлик ҳолатлари (4,0% ва 1,0%) ва ҳаётий эҳтиёжларнинг қондирилмаганлиги (37,0% ва 8,0%) сезиларли даражада кўп учради. Беморларга нисбатан васийлик ҳолатларининг частотаси ва оилада болаларнинг йўқлиги гуруҳлараро сезиларли фарқларга эга эмас эди.

Диний мансубликнинг таъсирини ўрганиш шуни кўрсатдики, дин ўз жонига қасд қилишга қарши энг самарали омиллардан бири ҳисобланиб, суицидал фикрларининг пайдо бўлишига тўсқинлик қилмайди, аммо ўз жонига қасд қилиш ниятлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг амалга оширишини тўхтатиб туради.

Ижтимоий омиллар қаторида ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларнинг олинган маълумот даражаси, яшаш жойи, оилавий ҳолати ва молиявий аҳволи ўрганилди. Уйланмаган (2,5% ва 1,0%) ва бевалар сони (2,3% ва 3,0%) иккала гуруҳларда текширилганларнинг сонига нисбатан кичик

фоизини ташкил этди.

Шу билан бирга, хулқ-атворда ўз жонига қасд қилиш тенденциясини кўрсатмайдиган беморлар орасида уйланган беморларнинг улуши асосий гуруҳдаги кўрсаткичга нисбатан юқори бўлиб чиқди (77,7% ва 86,0%). Аксинча, биринчи гуруҳда ажрашган одамларнинг улуши таққослаш гуруҳидаги ушбу кўрсаткичдан ошиб кетди (17,5% ва 10,0%), аммо гуруҳлараро фарқларнинг статистик ишончлилиги нисбатан паст эди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атқорининг беморлар оилавий ҳолати билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз эди ( $C=0,14$ ).

Иккала гуруҳда ҳам ўз оиласининг молиявий аҳволини яхши деб ҳисоблайдиган беморлар аниқ устунлик қилишди (63,0% ва 78,0%). Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги бундай беморларнинг улуши сезиларли даражада юқори бўлиб чиқди, ҳолбуки "ўртача" моддий бойликка эга беморлар сони асосий гуруҳда сезиларли даражада кўпроқ эди (33,3% ва 20,0%). Олинган натижаларнинг статистик аҳамиятга эга эди. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг бемор оиласининг молиявий аҳволи билан ўзаро боғлиқлиги кучсиз алоқадан ташқарига чиқмади ( $C=0,14$ ;  $p < 0,001$ ).

Беморларнинг таълим даражаси бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади. Иккала гуруҳдаги беморларнинг учдан бир қисми (32,5% ва 33,0%) олий маълумот олишган. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг олинган таълим даражаси билан боғлиги кучсиз боғланиш чегарасидан чиқмади ( $C=0,10$ ).

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

Ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун биз коэффициентлар нисбати (OR) фойдаланиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини миқдорий жиҳатдан қараб чиқдик. Имкониятлар ўз жонига қасд қилиш тенденциялари (суицидал фикрлар, истаклар, ниятлар, уринишлар) бўлган субъектлар сонининг суицидал тенденциялар йўқлиги билан субъектлар сонига нисбати сифатида аниқланди. Танланган иккита гуруҳни таққослашда коэффициентлар нисбати асосий гуруҳдаги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини таққослаш гуруҳидаги ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори имкониятларига бўлишдан ҳосил бўлган бўлинма сифатида ҳисоблаб чиқилган. Коэффициентлар нисбатини ҳисоблаш соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг RR («relative risk») нисбий хавф кўрсаткичларини аниқлашга, кейинчалик уларни суиқасд хулқ-атворини шакллантириш учун хавф омилларининг яхлит тўпламига бирлаштиришга имкон берди.

Коэффициентлар нисбати ва нисбий хавф кўрсаткичлари алкогольни суиистеъмол ва ногиронликка олиб келувчи касалликлар билан беморларда ўз жонига қасд тенденциялари эҳтимолини ўртасида тўғридан-тўғри муносабатларни кўрсатади. Шу билан бирга, спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш билан ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи спиртли ичимликларни суиистеъмол қилмасликка қараганда 9,3 барабар юқори. Эпизодик алкоголь истеъмол қилиш ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатмайди.

Беморларда аффектив, шизоид ёки паранойял шахс турлари ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри муносабатлар мавжудлиги ҳақида ҳукм қилиш учун имкон беради. Статистик аҳамиятга эга бўлган паст ўз жонига қасд қилиш хавфининг кўрсаткичлари фақат истерик турдаги шахслар учун

аниқланган. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланиши эҳтимоли ва синтон, психастеник, астеник, қўзғалувчан характер хусусиятлари ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга муносабатлар топилмади.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли статистик муҳим муносабатлар онкологик касалликлар билан боғлиқлиги аниқланди. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли кўкрак беши саратонида нисбатан паст, ички органлар саратони касаллигида эса жуда юқори эди. Юрак қон-томир, туберкулез, неврологик касалликлар ва вителиго касалликларида ҳам ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори эди.

I гуруҳ ва II гуруҳдаги ногиронларда, айниқса ногиронлик муддатсиз берилган ҳолларда, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимоли энг юқоридир. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари хавфи ва III гуруҳ ногиронлиги ўртасида тескари муносабатлар топилди, бунинг учун OR ва RR кўрсаткичлари паст эди ва беморларда суиқасд хулқ-атвори эҳтимоли пастлигини кўрсатди.

Касалликка ва меҳнат қобилиятини йўқотишга шахсининг пассив муносабат, меланхолик, ваҳима, ипохондрик, паранойял ва апатик жавоб бериш турлари учун нисбий хавф кўрсаткичлари ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини шакллантириш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатишди. Касаллик борлигига шахс жавоб реакциясининг эгоцентрик ва гипонозогнозик турларида кўрсаткичлар ўз жонига қасд тенденциялари жуда паст хавфидан далолат берган.

Ваҳима-фобик бузилишлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденциялари энг юқори хавфини ва субклиник (патологик бўлмаган) даражадаги ваҳима намоён бўлган беморларга нисбатан унинг 2 баравар юқорилигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланишида жуда юқори эҳтимоллик билан

доимий уйқу бузилиши ва хулқ-атвор бузилишлари кузатилди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоли ва ўз касалликларини даволашга беморларнинг пассив муносабати ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик мавжудлигини баҳолашга асос беради. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори шаклланиши эҳтимоли ва беморларнинг инсайтга эришиш, ҳамда "касалликдан иккиламчи фойда" олиш истаги учун статистик жиҳатдан муҳим муносабатлар ўртасида боғлиқлиги топилмади. Беморларнинг симптоматик яхшиланишга йўналтирилганлигида ўз жонига қасд қилиш хавфининг паст қийматлари аниқланди.

Ногиронликка олиб келувчи сурункали касалликларга чалинган беморларда уйланмаган ёки бева оилавий ҳолати ва ўз жонига қасд қилиш тенденциялари эҳтимоли ўртасида тўғридан-тўғри статистик аҳамиятга эга боғлиқлик йўқлигини кўрсатади. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори хавфи нисбатан юқори кўрсаткичлари ажралишганлар, паст кўрсаткичлари эса уйланган учун топилган.

Суиқасд хулқ-атворини ривожланиш хавфининг ёлғизлик, бемор устидан васийлик ва ҳаёт эҳтиёжлари қондирилмаганлиги билан тўғридан-тўғри статистик жиҳатдан муҳим муносабатлари мавжудлиги ҳақида ўйлашга имкон беради. Оилада болаларнинг йўқлиги ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлиши билан боғлиқлигини аниқламади.

Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг эҳтимоли руҳий ҳолатида нозоген психопатологик бузилишлар ва ўз касаллигига дезадаптив реакциялар кўрсатган, соматик ёки неврологик оғир патология билан азият чекадиган ва муддатсиз ногиронликни олган, шахснинг аффектив, шизоид ёки паранойял акцентуацияга эга, даволанишга пассив муносабатда, ёлғиз ёки васий қарамоғида бўлган, ҳаётий эҳтиёжларини қондира олмайдиган беморларда энг юқори бўлади. Ушбу омиллар мажмуасига эга бўлган

беморларда соматик касалликдан тузалишга ишониш ва оила олдидаги жавобгарликни асосий таркибий қисмлари сифатида ўз ичига олган суиқасдга қарши тенденциялар йўқ бўлиши мумкин.

Ўтказилган статистик таҳлил суиқасд хулқ-атвори моделини ишлаб чиқишга имкон берди. Касалликларнинг биопсихоижтимоий табиати ҳақидаги замонавий нуқтаи назарга кўра [ЖССТ], ҳар қандай касалликнинг намоён бўлиш шарти "диатез – стресс" нинг ўзаро таъсири, яъни экзоген омилларнинг зарарли таъсири остида амалга оширилган шу касалликка ички берилувчанликнинг мавжудлиги. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг шаклланишида жуда кўп омиллар иштирок этиб, фақат мустақам ҳамкорлик шароитида таъсир кўрсатади. Бизнинг фикримизча, берилувчанлик омиллари қаторига жинси, ёши, ирсият ва перинатал патологиянинг мавжудлиги каби кўрсаткичларни киритиш мумкин. Улар биргаликда шахснинг айрим индивидуал хусусиятларининг шаклланишига таъсир қилиши мумкин эди. Шахснинг характерологик хусусиятлари ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворига мустақил рол ўйнади, улар стрессли вазиятларга, шу жумладан соматик касалликнинг пайдо бўлишига, ҳиссий жавоб турларига бевосита таъсир қилади. Берилувчанлик омилларига спиртли ичимликлар суиистеъмолини киритиш мумкин. Шу билан бирга, алкоголь мастлик ўз жонига қасд қилишга уринишни ташкил қилишда триггер ролини ўйнаши мумкин.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг биологик детерминантлари сурункали соматик касаллик ва меҳнат қобилиятининг тўлиқ йўқолиши деб ҳисобланиши керак. Соматик касалликдан азият чекишнинг оғирлиги ва I ёки II гуруҳнинг муддатсиз ногиронлигини аниқлаш касалликнинг прогнозини субъектив баҳолашни кескин ёмонлаштириб, беморларнинг реакциясини патологик даражага ўтишига ёрдам беради. Бу эса беморлар руҳий мослашувининг қўпол бузилишидан далолат беради.

Клиник даражадаги нозоген реакциялар ваҳима-фобик ва депрессив бузилишлар, доимий уйқусизлик (инсомния) ва хулқ-атвор бузилишлари кўринишида намоён бўлади.

Шу билан бирга, биологик детерминантларнинг мавжудлиги фақат шахсий индивидуал омиллар билан биргаликда суицидоген таъсирига эга эди, уларнинг таъсири беморнинг ўз касаллиги ҳақидаги когнициялари, касалликка ҳиссий жавоблари (меланхолик, ваҳимали, ипохондрик, апатик реакция турлари) ва даволашга муносабат хусусиятларини ўз ичига олган ҳолда ҳаётнинг салбий субъектив баҳосини шакллантиради. Ноқулай ижтимоий омиллар суиқасд хулқ-атворининг шаклланишига бевосита таъсир кўрсатиш ёки ҳаётини вазиятни пессимистик баҳолаш орқали таъсир қилиши мумкин. Ўз навбатида, беморларнинг ижтимоий ҳолати соматик касаллик ривожланишининг таъсири остида ёмонлашиши мумкин. Ижтимоий можаролар, қариндошлар билан муносабатларнинг ёмонлашиши триггер омиллари сифатида суиқасд тенденцияларининг ривожланиши ва ўз жонига қасд қилишга уриниш амалга оширишини осонлаштиради. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг хавфини суицидга қарши (антисуицид) тўсиқ омилларини таҳлил қилмасдан баҳолаш мумкин эмас. Бу омилларга оила ва динга риоя қилишдан ташқари муваффақиятсиз уриниш ҳолатида оғир жисмоний шикастланишдан, атрофдагилар томонидан ҳукм қилинишидан қўрқиш киради. Бир томондан, ушбу омиллар таъсирининг эҳтимоли ижтимоий муносабатлар билан, бошқа томондан эса шахсиятнинг индивидуал хусусиятлари билан боғлиқ.

Ўз касаллигининг субъектив пессимистик прогноз "азоб-уқубатлардан қочиш" суиқасд мотивининг шаклланишига олиб келади ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун бевосита қўзғатувчи механизм сифатида кўриб чиқиши мумкин. Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш хулқ-

атворининг ривожланиш динамикасида ва суиқасд ҳаракатларининг провокациясида ижтимоий низолар ва бошқа вазият омилларининг ролини эътиборсиз қолдириб бўлмайди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг нисбий паст хавфи шахснинг истерик тури, III гуруҳ ногиронлиги, касалликка эгоцентрик ёки гипнозогнозик муносабат, нопатологик даражадаги ҳиссий кечинмаларни ўз ичига олган.

Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг селектив ва индикатив олдини олиш сурункали соматик касалликни ташхислаш ва даволаш босқичларидан бошланиши керак. Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори эҳтимолини баҳолаш ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлашда асосий рол беморлар ёрдам сўрайдиган врач интернистларга тегишли. Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини бевосита юзага чиқариш учун А.Т. Бекнинг Scale for Suicide Ideation (SSI, 1979)дан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, улардан фойдаланиш махсус касбий тайёргарликни талаб қилмайди ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва истакларининг яққол миқдорий баҳолашни ўтказишга имкон беради. А. Бек шкаласи ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори кўринишларини эрта аниқлаш мақсадида, фақатгина улар ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан чекланган ҳолда бўлса, универсал скрининг текшируви бўлиб ишлатилиши мумкин. Соматик касаллиги бор беморларда психопатологик бузилишларни аниқлашда, ҳатто ўз жонига қасд қилиш фикри бўлмаса ҳам, улар врач-психиатр маслаҳатига муҳтождирлар. Беморлардаги фаол ёки пассив (нофаол) ўз жонига қасд қилиш фикрларини аниқлашда ҳам худди шундай ёндашувга амал қилиш керак.

Суиқасд уринишларини амалга оширишга тайёрликнинг юқори даражасини аниқлашда (ўз жонига қасд қилиш ниятлари) ўз жонига қасд қилишга уринишни ўтказиб юбормаслик вазифаси биринчи

ўринда олдинга сурилади. Бундай беморлар стационар ёрдамга муҳтож бўлиб, шифохона профилини танлаш беморнинг соматик ҳолатига қараб тўлиқ белгиланиши керак. Сурункали соматик касалликлар ўткир босқичда асосий касалликнинг профилига кўра касалхонага ётқизишни талаб қилади. Лекин шуни ҳам инобатга олиш муҳимки, бундай беморларни руҳий шифохонага ётқизишдан сақланиб қолиш мақсадга мувофиқ, чунки шу ёндашувлар қўшимча руҳий жароҳат таъсир кўрсатиши ва ўз жонига қасд қилиш механизмларида триггер ролин ролини ўйнаши мумкин.

Ўз жонига қасд қилишнинг такрорий уринишлари энг юқори хавфи биринчи ёки такрорий парасуициддан сўнг ўз жонига қасд қилишдан кейинги даврда соматик касалхонага ётқизилган ногиронликка олиб келувчи соматик касалликларга чалинган беморларда кузатилади. Ушбу даврда деярли барча беморларда психопатологик бузилишлар аниқланади ва юқори ўз жонига қасд қилишга тайёргарлик сақланиб қолади. Соматик шифохонада шароитида нафақат психиатр-суицидологни, балки психотерапевт ёки тиббий психологни ҳам жалб қилган ҳолда тўлиқ психокоррекция дастурини ўтиш учун имкониятлар таъминлашга ҳаракат қилиш керак. Агар соматик оқибатларини бартараф этишдан ва шошилиш ёрдам тугаллангандан сўнг суицидал ниятлар сақланиб қолса, ўз жонига қасд қилишга уринишнинг олдини олиш мақсадида қониқарли соматик ҳолат билан беморлар психиатрия соҳасидаги муассасаларга ўтказилиши мумкин. Руҳий шифохонада ўз жонига қасд қилишга уринадиган одамлар суиқасд қилиш хавфи психопатологик реакцияларини бартараф этишга йўналтирилган психофармакотерапия ва ўз жонига қасд қилиш енденцияларини заифлаштиришга қаратилган психотерапияни ўз ичига олган психокоррекция дастурдан тўлиқ ўтишлари мумкин.

Ўз жонига қасд қилиш тенденциялари сустлашганидан сўнг,

даволаб бўлмайдиган соматик касаллик фактининг давом этаётган руҳий жароҳат таъсири туфайли беморлар руҳий асаб диспансер назорати остида бўлишлари керак. Бу шароитда улар ўз жонига қасд қилиш тенденциялари динамикасини кузатишни давом эттиришлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг олдини олишларини амалга оширишлари керак.

Биз томондан ногиронларда ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворини бартараф этиш учун дастурни ишлаб чиқиб, унинг апробациясини суиқасд чин уринишини қилган 60 беморларда (1 гуруҳидаги текширилганлардан) ўтказиб қўйдик. Психофармакологик коррекциянинг нишони аниқ психопатологик синдром ҳисобланган. Турли ногиронликка олиб келувчи касалликлари бўлган беморларда руҳий бузилишларнинг сезиларли ўхшашлигига қарамай, психофармакологик воситаларни танлаш кўп жиҳатдан соматик касаллик ташхисига ва ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини аниқлаш пайтидаги беморларнинг умумий ҳолатига боғлиқ эди. Текширилган беморларда кузатилган турли-хил соматик патология ҳолатида самарадорлиги исботланган, яхши чидамликка эга, юқори даражадаги хавфсизлиги ва ёмон таъсирининг энг паст спектрига эга антидепрессант венлафаксин транквилизатор диазепам билан комбинацияси қўлланилди.

Хавотир-фобик нозоген реакцияларни тузатишда психотерапевтик аралашув руҳий ҳиссий зўриқишни бартараф этишга қаратилган бўлиб, уларга танага йўналтирилган терапия ва мушаклар релаксацияси усулларини ўтказдик. Бундан ташқари, соматик касалликларни даволаш учун буюрилган дори-дармонларга мувофиқлигини ошириш вазифаси мотивацион технологиялардан фойдаланиш орқали ҳал қилинди. Беморларнинг ўз касаллигига бўлган муносабат ва даволанишга мотивациясини ўзгартириш учун уларнинг дисфункционал когнициялар нотўғриликларини бартараф

қиладиган когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг классик усуллари қўлланилди. Ушбу усулларни қўллашдан мақсад касалликнинг ички кўринишини шакллантиришга қаратилган бўлиб, ўзининг касаллик оғирлиги ва ёмон прогнозини бўртириб юбориш мойилларсиз умумий аҳволига адекват муносабатда бўлишга эришишдир. Ушбу психотерапевтик усуллардан фойдаланиш психотерапевтик аралашувнинг бевосита вазифаси бўлган ва ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олишда муҳим рол ўйнайдиган антисуицид тўсиқ омилларини фаоллаштириш имкониятини яратди.

Ўз жонига қасд қилиш хулқ-атвори бўлган беморлар учун асосан беморнинг қариндошлари томонидан таъминланадиган қўллаб-қувватловчи ижтимоий муҳитни яратиш катта аҳамиятга эга. Оила беморни ўз жонига қасд қилиш ниятларини амалга оширишга тўсқинлик қиладиган антисуицид тўсиқнинг энг муҳим омилларидан биридир. Беморга яқин инсонлар томонидан психологик қўллаб-қувватлаш мақсадида оилавий муносабатларни тиклаш оилавий психотерапия жараёни орқали эришилди.

Психотерапевтик ёрдамнинг учинчи босқичи амбулатория шароитида узоқ муддатли қўллаб-қувватловчи терапияни ўз ичига олган. Шу мақсадда касалхонадан чиққандан кейин қўллаб-қувватловчи телефон қўнғироқларини ўз ичига олган қисқа муддатли алоқа аралашувлари қўлланилди.

Ишлаб чиқилган дастурнинг самарадорлиги клиник жиҳатдан ҳам, даволаниш курсидан олдин ва кейин HADS шкаласи ўртача кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш ҳам асосида баҳоланди. Агар психокоррекция дастуридан ўтишдан олдин HADS шкаласи бўйича ўртача хавотир кўрсаткичлари ушбу гуруҳ беморларида  $18,6 \pm 1,1$  баллни ташкил этган бўлса, ўтказилган коррекциядан сўнг унинг кўрсаткичлари  $7,9 \pm 1,2$  баллгача камайди ( $p < 0,001$ ). Депрессия

шкаласи бўйича кўрсаткичлар  $17,9 \pm 1,4$  баллдан  $6,5 \pm 0,9$  балл пасайди ( $p < 0,001$ ). Психотерапевтик коррекция пайтида беморларнинг 83,3 фоизида шифокорларга бўлган ишонч даражаси ошди, касаллик белгиларининг заифлашишига ишониш, улар билан қандай курашишни ўрганишга уринишлар қилинди, ўзларини чуқурроқ билиш, атрофдаги муҳитга бўлган муносабатларига аниқлик киритиш ва шахслараро ўзаро муносабатларни яхшилаш истаги пайдо бўлди.

## АДАБИЁТЛАР

1. Алимов А.О., Алимова Н.И. Современное состояние исследований риска суицидального поведения личности // Международный научно-исследовательский журнал. – 2023. - №1 (127). – DOI: <http://research-journal.org/archive/1-127-2023-january/10.23670/IRJ.2023.127/133>.
2. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых // Суицидология. - 2017. - Т. 8, № 1. – С. 3-6.
3. Магонова Е.Г. Депрессия, связанная со стрессом (клиника, течение, терапия ): Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Томск, 2011. – С.5.
4. Макушкин Е.В., Ткаченко А.А., Фастовцов Г.А., Сеницын М.В., Клембовская Е.В., Печенкина О.И. Особенности проведения судебно-психиатрических экспертиз больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным: Методические рекомендации. – М., 2015. – С.4-5.
5. Макушкина О.А., Панченко Е.А. Суицидальный риск у лиц, находящихся в условиях пенитенциарного стресса: оценка и алгоритм действий // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.

– 2019. – Т.119, №6.- С.86-90.

6. Макушкина О.А., Панченко Е.А., Кулыгина М.А. Роль семьи в фор-мировании и профилактике общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. - №2. – С.167-169.

7. Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – №1. – С. 25-30.

8. Мишина С.С. Психолого-педагогическая модель превенции суицидального риска у подростков: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Саратов, 2022. – С.10-11.

9. Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. Качество жизни пациентов с тревожно-фобическими расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии (сборник тезисов XVIII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья). – Томск, 2018. – Вып. 19. – С. 48.

10. Морозова И.С., Борисенко Ю.В., Евсеенкова Е.В. Современное состояние исследований риска суицидального поведения личности // Общество: социология, психология, педагогика. –2019. - №10. – 83-89.

11. Мохамед Аль-Джанаби А., Дороженок И.Ю., Ломоносов К.М. Психосоматические аспекты витилиго. Обзор литературы // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2023. – Т.26, №6. –С. 597-600.

12. Мустафинова Ж.Н. Психологические особенности пациентов с язвенной болезнью желудка // Актуальные исследования. – 2022. - №2 (81). – С. 80-82.

13. Николаевская А.О. Соматизированные психические расстройства с сердечнососудистыми проявлениями у больных городской поликлиники: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Курск, 2015. – С. 130-135.

14. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г., Аврукин В.М. Суициды, парасуициды и алкоголь // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2007. - №1. – С.17-19.

15. Орлов Ф.В., Голенков А.В. Признаки суицидального риска при мигрени // Научный Форум. Сибирь. – 2021. – 7 (2). – С. 14-16.

16. Панченко Е.А. Клиническая характеристика лиц, совершивших суицидальную попытку (на материале психиатрического стационара) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2010. - № 1. - С. 15-17.

17. Пестерева Е.В., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Караваева Т.А. Обзор методов психологического консультирования и психотерапии, применяемых в работе с онкологическими пациентами: Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / ред. А.М. Беляев, Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. – СПб: Любавич, 2017. – С. 159-160.

18. Петрова Н.Н. Проблема суицида при депрессии в современном мире // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2022. – Т.122, №6.- С.43-47.

19. Пичиков А.А. Психотерапия суицидального поведения: Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2022.- С.658 – 660.

20. Плотникова Н.С. Непсихотические психические расстройства на этапе подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде аорто-коронарного шунтирования (феноменологические, клиничко-динамические, нейропсихологические и психотерапевтические аспекты): Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Томск, 2016. – С.17-18.

21. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. - №4. – С. 55-60.

22. Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии // Суицидология. – 2021. – Т.12, №1. – С.73-79.

23. Положий Б.С., Любов Е.Б. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – 122 (8). – С. 145-149.

24. Положий Б.С., Панченко Е.А. Расстройства личности у пациентов, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал. - 2011. - № 3. - С. 48-51.

25. Положий Б.С., Макушкин Е.В., Любов Е.Б., Банников Г.С. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты): Методические рекомендации. – М., 2020. – С.5-6.

26. Пузанова Ж.В., Ларина Т.И., Сычева О.А. Проблема суицидального поведения в студенческой среде: опыт эмпирического изучения // Вестник Института социологии. – 2023. – Т.14, №2. – С. 174.

27. Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т.31, №2. – С. 65-67.

28. Разводовский Ю.Е. Дислипидемия как фактор риска суицидального поведения // Девиантология. – 2021. - 5(2) – С. 38-40.

29. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Самоубийства и смертность от туберкулеза в России: сравнительный анализ временных серий // Российский медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 25, №4. - С. 602-604.

30. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б., Кандрычын С.В. Самоубийства и эпидемиологические параметры туберкулеза в России: популяционный уровень связи // Суицидология.-2017. - Т.8, №1. – С. 39-45.

31. Решетова Т.В. О суицидальном поведении больных

соматической клиники // Суицидология. – 2011. - №3. – С. 37-38.

32. Розанов В.А. Агрессия и аутоагрессия (суицид) – анализ с позиций нейробиологии // Суицидология. – 2022. – Т.13, № 3 (48). – С.3.

33. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В., Семенова Н.В., Шаболтас А.В Превенция суицидов в контексте профилактической медицины // Профилактическая медицина. – 2022. –25 (5). – С. 101-102.

34. Розанов В.А., Прокопович Г.А., Лодягин А.Н., Синенченко А.Г. Современные модели суицидального поведения подростков и молодежи – значение для практического здравоохранения // Девиантология. – 2020. – Т.4, №1. – С. 52-53.

35. Савина О.Ф., Морозова М.В. Проблемные зоны экспертного исследования по факту суицида у несовершеннолетних // Психология и право. – 2022. – Т.12., №3. - С. 52-55.

36. Самушия М.А. Феварин (флувоксамин) в терапии тревожно-депрессивных нозогенных реакций у пациентов с онкологическими заболеваниями // Психические расстройства в общей медицине. - 2008. - №1. - С.33-37.

37. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. - 2009. - № 1.- С. 24-29.

38. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. - №3. - С. 14-16.

39. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: Автореф.... дис. канд.канд. мед. наук. – Томск, 2007. – С. 5-6.

40. Свеклина Т.С., Шустов С.Б., Колюбаева С.Н., Кучлин Ф.Ф.,

Козлов В.Ф., Смирнова Е.В., Жарков Ф.В. Метаболические биомаркеры у больных сахарным диабетом 2 типа и сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса // Сахарный диабет. – 2024. – 27 (1). – С. 15-24.

41. Синенченко А.Г., Краснов А.А., Синенченко Г.И. Анализ клинических и социально-психологических факторов, определяющих тяжесть суицидального поведения, приводящего к сочетанной травме (по материалам многопрофильного стационара) // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. – 2021. - №11. – С. 179-182.

42. Скрипов В.С., Кочорова Л.В. Бремя суицидов: оценка в потерянных годах потенциальной жизни // Профилактическая медицина. – 2023. – 26 (2). – С. 50-53.

43. Скрыбин Д.С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Психические расстройства в общей медицине. - 2009. - №4. - С. 9-12.

44. Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Прокопович Г.А., Добровольская А.Е. Суицидальные попытки отравления: учебное пособие / А.Г. Софронов, В.Э. Пашковский, Г.А. Прокопович, А.Е. Добровольская. - СПб.:Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. – С. 37.

45. Софронова А.А., Козлова А.В. Влияние туберкулезной инфекции на психический статус больного: V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция “Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения”. – С.83-87.

46. Спандерова Н.Н., Хохлов М.С. Суицидальное и агрессивное поведение (обзор литературы) // Девиантология. – 2018. – 2 (1). – С.36-37.

47. Старшебаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. -

М., Когито-центр, 2018. – С. 309-312.

48. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т.31, №1. – С. 29-30.

49. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т.25, №3. – С. 60-65.

50. Сыроквашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние // Суицидология. – 2018. – Т.9, №3 (32). – С. 83-84.

51. Терентьева З.М. Клинико-эпидемиологическое обследование профилактики и коррекции суицидального поведения онкологических больных, отказавшихся от специального лечения: Дисс....канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – С. 70-75.

52. Тулитбаева Г.Ф., Политика О.И., Шафигуллина Л.Р., Божко А.А. Особенности посттравматического стрессового расстройства, жизнестойкости и отношения к заболеванию у пациентов разных групп (на примере онкологических и сердечнососудистых заболеваний) // Психология. – 2023. - №5. – С. 187-190.

53. Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т. Эпидемиологические аспекты суицидального поведения несовершеннолетних в Республике Узбекистан // Неврология. - 2023. - №2 (94). - С.45-47.

54. Улюкин И.М., Рассохин В.В. Нервно-психические нарушения у больных парентеральными гепатитами // ВИЧ – инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т.7, №1. – С. 18.

55. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин // Девиантология. – 2018. - №2 (1). - С.33-34.

51. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Приленский А.Б. Завершённые суициды: частота выявления алкоголя // Университетская медицина Урала. - 2018. -№ 3 (14).- С. 171-173.

52. Халимов Ю.Ш., Семикова Г.В., Шутов Ю.Ф. Перспективы комбинированного применения современных препаратов для кардионепротеки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек // Сахарный диабет. – 2024. – 27 (1). – С. 93-94. <https://doi.org/10.14341/ДМ13113>.

53. Харитонов С.В., Любов Е.Б., Рызова С.В., Соболев В.А., Кушнарёв В.М. Сравнительный анализ наиболее распространённых методов оценки суицидального риска // Суицидология. – 2013. - №4 (4). – С. 17–22.

54. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. № 3. – С. 157.

55. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т.28, №1. – С. 84-85.

56. Храмов Е.В. Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т.9, №1. – С. 68.

57. Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П. Основные модели суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. - №3 (96). – С. 75.

58. Черникова Е.Г. Проблема изучения факторов подросткового суицида и его профилактика в современных научных исследованиях

// Глобальная экономика и образование. – 2023. – Т3, №2.- С.98-99.

59. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально–психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Том 24, № 3. - С. 86-87.

60. Чудаков А.Ю., Горелов А.А. Судебно-медицинская экспертиза суицида. - СПб, Институт суицидологии. - 2022.- С. 46-48.

61. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис: Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / ред. А.М. Беляев, Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. – СПб: Любавич, 2017. – С. 65-67.

62. Шафигуллин М.Р. Терапия нозогенных реакций у больных раком желудка // Психические расстройства в общей медицине. - 2009. - №1.-С. 38-40.

63. Шелехов И.Л, Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – С. 78-82.

64. Шереметьева И.И. Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. - №1 (98). –С. 68-70.

65. Шушпанова О.В. Психические нарушения у больных раком молочной железы: дифференцированный подход к изучению нозогений // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2017. – Т.117, №8. – С. 18-23.

66. Шушпанова О.В. Применение антидепрессантов в комплексной терапии у больных раком молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2021. - №1 (110). – С. 27-30.

67. Alene K.A., Wangdi K., Clements A.C. Impact of the COVID-19

pandemic on tuberculosis control: an overview // Trop Med Infect Dis. - 2020. - 5(3). – P. 123.

68. Ali S., Stone M.A., Peters J.L., Davies M.J., Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis // Diabet Med. - 2006. - N23 (11). – P. 1166 -1170.

69. Ambaw F. Is depression associated with pathway to care and diagnosis delay in people with tuberculosis in Ethiopia? / F. Ambaw [et al.] // Glob Ment Health (Camb). – 2019. - N23 (6). - P.20.

70. Anderson N.L. Using the experiential avoidance model of non-suicidal selfinjury: Understanding who stops and who continues / N.L. Anderson, J.H. Crowther //Archives of Suicide Research. – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 125–130.

71. Baldessarini, R.J, Vázquez, G.H., Tondo, L. Affective temperaments and suicidal ideation and behavior in mood and anxiety disorder patients. // J Affect Disord. – 2016, Jul 1 (198). – P.78-82. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.002.

72. Barry L.C., Wakefield D.B., Trestman R.L., Conwell Y. Active and Passive Suicidal Ideation in Older Prisoners // Crisis. – 2016. - Mar 37 (2). – P. 88-92.

73. Bartoli F., Pompili M., Lillia N., Crocamo C., Salemi G., Clerici M., Carra G. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2017. - Jun 88 (6). – P. 498-504.

74. Benson T., Corry C., O'Neill S. Use of prescription medication by individuals who died by suicide in Northern Ireland // Archives of Suicide Research. – 2018. - 22(1). – P. 139-145.

75. Berkelmans G., van der Mei R., Bhulai S. Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level // BMC Public Health. - 2021. - N 21 (1). - P. 2-7.

76. Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice // *Academic Psychiatry*. - 2014. - Vol.38. - P. 585–592. DOI: 10.1007/s40596-014-0180-1

77. Bertilsson, L. CYP2D6, serotoninFold, and suicide a relationship? // *Clin. Pharmacol. Ther.* - 2010. - Vol. 88, № 3. – P. 304-305.

78. Biglia N., Bounous V.E., Susini T., Pecchio S., Sgro L.G., Tuninetti V., Torta R. Duloxetine and escitalopram for hot flushes: efficacy and compliance in breast cancer survivors // *Eur J Cancer Care (Engl)*. – 2018. - Jan; 27 (1).

79. Bolton J.M., Wall D.R., Chateau D. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis // *Psychol. Med.* – 2015. - Vol.45. – P.495-500.

80. Braden J.B., Sullivan M.D. Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication // *J Pain*. – 2008. - N9. - P.1106-1112.

81. Braun C., Bschor T., Franklin J., Baethge Ch. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder // *Psychother Psychosom.* – 2016. - N85 (3). – P.171-175. <https://doi.org/10.1159/00044229>

82. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour // *Alcohol*. - 2006. - Vol.41, N 5. – P. 473-478.

83. Brent D.A. Antidepressants and Suicidality // *Psychiatr Clin N Am.* – 2016. - N39. – P. 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002>

84. Brent D.A., Grupp-Phelan J., O’Shea B.A. A comparison of self-reported risk and protective factors and the death implicit association test in the prediction of future suicide attempts in adolescent emergency

department patients // Psychological Medicine. - 2021. - Vol.53 (1). - P.123–127. DOI: 10.1017/S0033291721001215

85. Brodsky B.S., Spruch-Feiner A., Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care // Front Psychiatry. – 2018. - V. 9, N33. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00033

86. Buijs C., Mom C.H., Willemse P.H. Venlafaxine versus clonidine for the treatment of hot flushes in breast cancer patients: a double-blind, randomized cross-over study // Breast Cancer Res Treat. – 2009. - N115. – P.573-578.

87. Butow P., Kelly S., Thewes B., Hruby G., Sharpe L., Beith J. Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence // Psychooncology. – 2015. - Apr 24(4). – P. 416-420.

88. Byard R.W., James R.A. Forensic issues in cases of fatal hemorrhage from arteriovenous dialysis access sites // Forensic Sci Med Pathol. – 2007. - N3. - P. 128-132.

89. Calati R., Laglaoui Bakhiyi C., Artero S., Ilgen M., Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: meta-analyses // J Psychiatr Res. – 2015. – Vol. 71. – P.16-22.

90. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. April 6, 2023 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> 172.

91. Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A. Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review // Psychiatric Services. -2022. - Vol.73 (1). - P. 58–63. DOI: 10.1176/appi.ps.202000881

92. Chad-Friedman E., Coleman S., Traeger L.N., Pirl W.F., Goldman R., Atlas S.J., Park E.R. Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review // Cancer. - 2017. - Oct 123 (20). – P. 3884-3890.

93. Chen, C.K., Tsai Y.C., Hsu, H.J. Depression and suicide risk in

hemodialysis patients with chronic renal failure // Psychosomatics. - 2010.-Vol. 51, N 6. – P. 528.

94. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study // Suicide Life Threat // Behav. - 2010. -Vol. 40, N2. – P. 107-110.

95. Conejero I., Olié E., Calati R. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions // Curr Psychiatry Rep. – 2018. – Vol. 20 (5). - P.33. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>

96. Coupland C., Hill T., Morriss R. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self-harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database // BMJ. – 2015. - N350. – P.517.

97. Courtet P., Nobile B., Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk - harmful or useful? In: Kumar U (ed). Handbook of suicidal behavior. - Bangalore: Springer Nature. – 2017. – P. 340-347.

98. Culatto P., Bojanic L., Appleby L., Turnbull P. Suicide by homeless patients in England and Wales: national clinical survey // BJ Psych Open. - 2021. -Vol.7 (2). - P.65. DOI: 10.1192/bjo.2021.2

99. Czeisler M.E., Lane R.I., Petrosky E. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24-30, 2020 // MMWR MorbMortalWklyRep. – 2020. - 69(32). – P.1049-1050.

100. De Cou C.R., Comtois K.A., Landes S.J. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis // Behav. Ther. - 2019 – Vol. 50 (1). – P. 60-61.

101. DiBlasi E., Kang J., Docherty A.R. Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors // Psychol. Med. – 2021. – Vol. 51(13). – P. 2151-2154. DOI: 10.1017/S0033291721001720/

102. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide // Current Psychiatry Reports. - 2021. - N23(9). - P.58. DOI: 10.1007/s11920-021-01268-2.

103. Dunster-Page C., Haddock G., Wainwright L., Berry K. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review // *J Affect Disord.* -2017. - Jul 23 (223). – P. 165-170. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.040.

104. Egede L.F., Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives // *Diab Res Clin Pract.* - 2010. – Vol. 87 (3). – P. 305-310.

105. Ell K., Sanchez K., Vourlekis B. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer // *J Clin Oncol.* – 2005. – Vol. 23. – P. 3052-3058.

106. Elzinga E., Gilissen R., Donker G.A., Beekman A.T., de Beurs D.P. Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices // *BMJ Open.* – 2019. - Apr 9 (4): e027624.

107. Erford B.T., Jackson J., Bardhoshi G. Selecting suicide ideation assessment instruments: A meta-analytic review // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development.* - 2018. - Vol. 51 (1). - P. 42–49. DOI: 10.1080/07481756.2017.1358062

108. Ersoy M.A., Noyan A.M., Elbi H. An open-label long-term naturalistic study of mirtazapine treatment for depression in cancer patients // *Clin Drug Investig.* – 2008. – Vol. 28(2). – P. 113-118. doi: 10.2165/00044011-200828020-00005

109. Fang C., Chang M., Chen P. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer // *Support Care Cancer.* – 2014. - N22. – P. 3165-3170.

110. Faura-Garcia J., Orue I., Calvete E. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments // *Clinical Psychology & Psychotherapy.* - 2021. - Vol. 28 (4). - P. 739–740. DOI: 10.1002/cpp.2537

111. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM–5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements // *Front. Psychiatry*. - 2021. - N4. - P.11. DOI:10.3389/fpsyt.2020.499980

112. Fragoso Y.D., Frota E.R., Lopes J.S., Noal J.S., Giacomo M.C., Gomes S., Gonçalves M.V., da Gama P.D., Finkelsztein A. Severe depression, suicide attempts, and ideation during the use of interferon beta by patients with multiple sclerosis // *Clin Neuropharmacol*. – 2010. – Vol.33. – P. 312-316. doi:10.1097/wnf.0b013e3181f8d513 49.

113. Friedman R.A., Leon A.C. Expanding the black box – depression, antidepressants, and the risk of suicide // *New England Journal of Medicine*. - 2007. – Vol.356 (23). – P. 2343-2346.

114. Goodfellow B., Kolves K., de Leo D. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review // *Suicide Life Treat Begav*. -2018. - Jun 48 (3).- P. 353-356.

115. Gorton H.C., Webb R.T., Kapur N. Non-psychotropic medication and risk of suicide or attempted suicide: a systematic review // *BMJ Open*. – 2016. – Vol.6 (1):e009074.<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009074>

116. Grassi L., Caruso R., Hammelef K., Nanni M.G., Riba M. Efficacy and safety of pharmacotherapy in cancer-related psychiatric disorders across the trajectory of cancer care: a review // *Int Rev Psychiatry*. – 2014. - Feb 26 (1). – P. 58-60.

117. Grassi L., Nanni M.G., Rodin G., Li M., Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists // *Ann Oncol*. – 2018. - Jan 29(1). – P.105-110. doi:10.1093/annonc/mdx526

118. Hansen F., Sawatzky J. Stress in patients with lung cancer: a human response to illness // *Oncol Nurs Forum*. – 2008. - N35. – P. 217-223.

119. Hassett A.L., Aquino J.K., Ilgen M.A. The risk of suicide mortality

in chronic pain patients // Curr Pain Headache Rep. – 2014. - N18. - P. 436.

120. Hatzinger M. Antidepressants and Suicidality: A Contradiction? Praxis (Bern 1994). – 2019. – Vol.108 (7). - 487-494. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003235>

121. Hawton K., Marzano L., Fraser L. Reporting on suicidal behaviour and covid-19 - need for caution // Lancet Psychiatry. – 2021. – Vol.8 (1). – P.15-17.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30484-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30484-3)

122. Heer E.W., Have M. Pain as a risk factor for suicidal ideation. A population-based longitudinal cohort study // General Hospital Psychiatry. – 2020. – Vol. 63. - P. 54-60.

123. Heisel M.J., Flett G.L. Investigating the psychometric properties of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) among community-residing older adults // Aging Ment Health. – 2016. – Vol. 20 (2). – P. 218-221.

124. Janelidze S., Suchankova P., Ekman A., Erhardt S., Sellgren C., Samuelsson M., Westrin A., Minthon L., Hansson O., Träskman-Bendz L., Brundin L. Low IL-8 is associated with anxiety in suicidal patients: genetic variation and decreased protein levels // Acta Psychiatr Scand. – 2015. –Vol. 131(4). – P. 270-276. doi: 10.1111/acps.12339

125. Jeong A., An J. The moderating role of social support on depression and anxiety for gastric cancer patients and their family caregivers // PLoS One. – 2017. - N12: e0189808.

126. Jeon H.J., Roh M.S., Kim K.H., Lee J.R., Lee D., Yoon S.C. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students // J Affect Disord. – 2009. - N119. – P. 210-214.

127. Jing Zhu, Lingzhong Xu. Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong // Int J Environ Res Public Health. – 2018. – Aug 15(8). –

P.1604.

128. Jordan J.T., McNiel D.E. Characteristics of person who die on their first suicide attempt: results from the national violent death reporting system // Psychol. Med. - 2020. - N50. – P. 1390-1391.

129. Kaba E., Bellu P., Iordanou P., Andrea S., Kyritsi E., Gerogianni G., Swigart V. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece // British Journal of Nursing. - 2007. - N14. – P.868–872.

130. Kämpfer N., Staufenbiel S., Wegener I., Rambau S., Urbach A.S., Mücke M., Geiser F., Conrad R. Suicidality in patients with somatoform disorder – the speechless expression of anger? // Psychiatry Res. – 2016. - N245. – P. 485-491.

131. Kaplan M., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study // American Journal of Orthopsychiatry. - 2007. – Jan 77(1). – P. 56-60.

132. Karasouli E., Latchford G., Owens D. The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration // Health Psychol Behav Med. – 2014. - Jan 2(1). – P. 900 –906.

133. Kaufman J.A., Livingston M.D., Komro K.A. Unemployment insurance program accessibility and suicide rates in the United States // Preventive Medicine. - 2020. - N141. - P. 106. DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106318

134. Kim D.H., Park Y.M. The association between suicidality and serotonergic dysfunction in depressed patients // J Affect Disord. – 2013. –Vol.148 (1). – P.72-76.

135. Khanna K., Sabharwal S. Spinal tuberculosis: a comprehensive review for the modern spine surgeon // Spine J. – 2019. – Vol.19 (11). – P.1858–1865.

136. King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J. Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth // JAMA Psychiatry. - 2021. - Vol. 78. - P. 540–545.

137. Kokoszka A. Treatment adherence in patients with type 2

diabetes mellitus correlates with different coping styles, low perception of self-influence on disease, and depressive symptoms // Patient Preference Adherence. – 2017. - N11. – P. 587-590.

138. Kyron M., Page A. Have we been trying to pervert suicides wrongly all this time? // The Conversation Dec. - 2023.

139. Lee H.B., Won H.H., Fava M. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis // Psychooncology. – 2015. - May 24(5). – P. 601-606.

140. Lin P., Liao S., Chen I. Impact of universal health coverage on suicide risk in newly diagnosed cancer patients: population-based cohort study from 1985 to 2007 in Taiwan // Psychooncology. – 2017. - N26. – P.1852- 1857.

141. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems // Zeitschrift Gerontol. Geriatr. – 2014. – Vol.47. – P. 502-504.

142. Linden W., Vodermaier A., MacKenzie R., Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age // J Affect Disord. – 2012. - N141. – P. 343- 349.

143. Liu Q., He H., Yang J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study // J Psychiatric Res. – 2020. - N126. – P.134-139.

144. Liu C., Zhang Y., Jiang H., Wu H. Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: a multiple mediation model // PLoS One. - 2017. - N12: e0177055.

145. Lutz P.E., Mechawar N., Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions // Mol Psychiatry. – 2017. - N22. – P.1395-1410.

146. McDade-Montez E.A., Christensen A.J., Cvengros J.A., Lawton W.J. The role of depression symptoms in dialysis withdrawal // Health

Psychology. – 2006. - N2. – P.198–202.

147. Meltzeret H. The influence of disability on suicidal behavior L'influence du handicap sur les tentatives de suicide // *Alter.* – 2012. – Vol.6. – P. 1-8.

148. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J., Hickie I.B., Large M.M. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of old ratios, sensivity, specificity and positive predictive value // *BJ Psych Open.* – 2019. - Mar 5 (2). – P.18.

149. McQuaid C.F., McCreesh N., Read J.M., Sumner T., Houben R.M., White R.G. The potential impact of COVID-19-related disruption on tuberculosis burden // *Eur Respir J.* – 2020. – P.56.

150. Michel K. People who attempt suicide need a specific therapy // *Suicidology.* - 2020. - Vol. 11. - P. 51–55.

151. Miller M., Mogun H., Azrael D., Hempstead K., Solomon D.H. Cancer and the risk of suicide in older Americans // *J Clin Oncol.* – 2008. - N26. – P. 4720- 4724.

152. Millner A.J., Coppersmith D.D.L., Teachman B.A., Nock M.K. The Death Implicit Association Test: Scoring recommendations, reliability, validity, and comparisons with the Death Implicit Association Test. // *Psychol Assess.* – 2018. - Oct 30 (10). – P. 1356-1360.

153. Misono S., Weiss N., Fann J., Redman M., Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer // *J Clin Oncol.* 2008. - N26. – P. 4731-4736.

154. Mitchell A. Why doesn't depression treatment improve cancer survival? // *Lancet Psychiatry.* – 2018. - N5. – P. 289 - 291.

155. Morin L., Savale L. Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19 // *JAMA.* - 2021. – N.5(15). – P.1525-1530. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3331>

156. Mulick A., Walker J., Puntis S. Does depression treatment improve the survival of depressed patients with cancer? A long-term follow-

up of participants in the SMaRT Oncology-2 and 3 trials // *Lancet Psychiatry*. - 2018. – N.5. – P. 321-326.

157. Myung W., Lee G.H., Won H.H., Fava M., Mischoulon D., Nyer M. Paraquat prohibition and change in the suicide rate and methods in South Korea // *PLoS One*. – 2015. - N10. - Article e0128980.

158. Myung W., Won H.H., Fava M., Mischoulon D., Yeung A., Lee D. Celebrity suicides and their differential influence on suicides in the general population: a national population-based study in Korea // *Psychiatry Investig*. 2015. - N12. – P. 204-207.

159. Nafilyan V., Morgan J., Mais D., Sleeman K.F., Butt A., Ward I., Tucker J., Appleby L., Glickman M. Risk of suicide after diagnosis of severe physical health conditions: A retrospective cohort study of 47 million people // *Lancet Reg Health Eur*. – 2022. - N25 (100). – P. 562.

160. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior // *Psychological Science*. - 2010. - Vol. 21 (4). - P. 511–517. DOI: 10.1177/0956797610364762

161. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behavior // *Lancet Psychiatry*. - 2014. – Vol. 1 (1). – P. 73- 75.

162. O'Connor E., Gaynes B.N., Burda B.U. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force // *Annals of Internal Medicine*. - 2013. – Vol158 (10). – P. 741-745.

163. Oh K.Y., Van Dam N.T., Doucette J.T., Murrough J.W. Effect of chronic physical disease and systemic inflammation on suicide risk in patients with depression: a hospital-based case-control study // *Psychol. Med*. – 2020. - Jan 50 (1). – P. 29-30.

164. Oexle N., Rüsç N. Stigma – Risikofaktor und Konsequenzsuizidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention // *Der nervenarzt*. - 2018. – N. 89 (7). - P. 779-783. DOI: 10.1007/s00115–017–0450–8

165. Overholser J.C., Braden A., Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high risk groups during high risk times // *Journal of Clinical Psychology*. - 2012. – Vol. 68 (3). – P. 349–351.

166. Pandey G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior // *Bipolar Disord*. – 2013. – Vol.15 (5). – P.534-539. doi: 10.1111/bdi.12089

167. Pandey G.N., Rizavi H.S., Ren X., Fareed J., Hoppensteadt D.A., Roberts R.C., Conley R.R., Dwivedi Y. Proinflammatory cytokines in the prefrontal cortex of teenage suicide victims // *J Psychiatr Res*. – 2012. – Vol.46. – P.57-62. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.08.006

168. Park Y.M., Lee B.H., Lee S.H. The association between serum lipid levels, suicide ideation, and central serotonergic activity in patients with major depressive disorder // *J Affect Disord*. – 2014. – Vol.159. – P.62-65.

169. Park S., Lee Y., Youn T., Kim B.S., Park J.I., Kim H., Lee H.C., Hong J.P. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts and mental disorders among suicide attempters // *BMC Public Health*. – 2018. – Vol. 18 (1). – P. 477.

170. Parry D.C. The contribution of dragon boat racing to women's health and breast cancer survivorship // *Qual Health Res*. – 2008. – Vol.18. – P. 222- 228.

171. Pasi S., Singh P.K., Pandey R.K., Dikshit P.C., Jiloha R.C., Rao V.R. Evaluation of psychiatric and genetic risk factors among primary relatives of suicide completers in Dehli NCK region, India // *Psychiatry Res*. – 2015. – Vol. 229 (3). – P. 933-937.

172. Paska A.V., Zupanc T., Pregelj P. The role of brain-derived neurotrophic factor in the pathophysiology of suicidal behavior // *Psychiatr Danub*. – 2013. – Vol. 25(12). – P.341-344.

173. Picardi A., Lega I., Tarolla E. Suicide risk in skin disorders, 2015. [https / www. cidjournal. Com/article/S0738-081X \(11\)0032-4/fulltext](https://www.cidjournal.com/article/S0738-081X(11)0032-4/fulltext)

174. Pompili M., Forte A., Palermo M., Stefani G., Lamis D. A., Serafini

G., Girardi P. Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature // *Journal of Psychosomatic Research*. - 2012. - N6. P.411–412.

175. Pompili M., Venturini P., Montebovi F., Forte A., Palermo M., Lamis D.A. Suicide risk in dialysis: Review of current literature // *Int J Psychiatry Med*. - 2013. – Vol.46. – P. 85-88.

176. Poulsen K., Pachana N.A. Depression and anxiety in older and middle-aged adults with diabetes // *Aust Psychol*. – 2012. – Vol. 47 (2). – P. 90-95.

177. Ramaswami R., Villarreal M.D., Pitta D.M., Carpenter J.S., Stebbing J., Kalesan B. Venlafaxine in management of hot flashes in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis // *Breast Cancer Res Treat*. – 2015. - Vol.152 (2). – P. 231-236.

178. Reger M.A., Stanley I.H., Joiner T.E. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? // *JAMA Psychiatry*. - 2020. – Vol. 77(11). P.1093-1094.

179. Rothes I., Henriques M. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? // *Int. J. Environ Res Public Health*. – 2018. – Vol. 15. – P. 1210. DOI: 10.3390/ijerph 15061210

180. Roy B., Dwivedi Y. Understanding epigenetic architecture of suicide neurobiology: A critical perspective // *Neurosci. Biobehav. Rev*. – 2017. – Vol. 72. – P. 10-12.

181. Runeson B., Odeberg J., Pettersson A. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence // *PLoS ONE*.- 2017. - Vol. 12 (7). P.e0180292. DOI: 10.1371/journal.pone.0180292

182. Rustad J.K., David D., Currier M.B. Cancer and posttraumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations // *Palliat Support Care*. – 2012. - Sep 10(3). – P. 213-218. doi: 10.1017/S1478951511000897

183. Ryan E.P., Maria A. Oquendo Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities // Focus(Am Psychiatr Publ). - 2020. - Vol. 18(2). - P. 88-93. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011>

184. Saad A.M., Gad M.M., Al-Husseini M.J. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study // Cancer. - 2019. - Vol.125 (6). - P. 972-977.

185. Samawi H.H., Shaheen A.A., Tang P.A., Heng D.Y.C., Cheung W.Y., Vicktrs M.M. Risk and predictors of suicide of colorectal cancer patients: a Surveillance, Epidemiology and End Results analysis // Curr Oncol. - 2017. - Vol. 24 (6). - P.513-517.

186. Sanjida S., Janda M., Kissane D., Shaw J., Pearson S.A., DiSipio T., Couper J. A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients // Psychooncology. - 2016. - Sep 25(9). - P. 1002-1006. doi: 10.1002/pon.4048

187. Scudder A., Rosin R., Nelson B.B., et al. Suicide screening tools for pediatric emergency department patients: a systematic review // Frontiers in Psychiatry. - 2022. - Vol. 13. - P. 916731. DOI: 10.3389/fpsy.2022.916731

188. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2018 // Cancer J Clin. - 2018. - Vol.68. - P. 7-8.

189. Smailyte G., Jasilionis D., Kaceniene A., Krilaviciute A/, Ambrozaitiene D., Stankuniene V. Suicides among cancer patients in Lithuania: a population-based census-linked study // Cancer Epidemiol. - 2013. - Vol. 37. - P. 714- 718.

190. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system // Mol. Psychiatry. - 2015. - Vol. 20. - P. 56-57. DOI:101038/mp 2014.101.

191. Spoletini I., Gianni W., Caltagirone C., Madaio R., Repetto L., Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? // Crit Rev

Oncol Hematol. – 2011. – Vol.78. – P. 206-209.

191. Stenager E.N., Stenager E. Suicidal behaviour and somatic disorders // Ugeskr Laeger. - 2008. - Vol. 170, N 7. – P. 517-522.

192. Stene-Larsen K., Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017 // Scandinavian Journal of Public Health. – 2019. – Vol.47 (1). – P.10-15. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>

193. Sung H., Ferly J., Siegel R., Laversan M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN. Estimates of Incidence and Mortality Worldwide to 36 Cancers in 185 Countries // A Cancer Journal for Clinicians. - 2021, Feb. <https://doi.org/10.3322/caas.21660>

194. Tanriverdi D., Cuhadar D., Ciftci S. Does the impairment of functional life increase the probability of suicide in cancer patients? // Asian Pac J Cancer Prev. - 2014. – Vol. 15. – P. 9549- 9553.

195. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R., Harrison P.J. Bi-directional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA // The Lancet Psychiatry. – 2020. - Vol. 20. – P. 30462- 30464.

196. Taylor C., Richardson A., Cowley S. Surviving cancer treatment: an investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer // Eur J OncolNurs. – 2011. – Vol.15. – P. 243- 248.

197. Torres M.E., Lowe B., Schmitz S., Pienta J.N., Van Der Feltz-Cornelis C., Fiedorowicz J.G. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review // J. Psychosom. – 2021. – Vol. 140. – P.110290-110294.

198. Trevino K., Abbott C., Fisch M., Friedlander R., Duberstein P., Prigerson H. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer // Cancer. – 2014. – Vol.

120. – P. 2272- 2279.

199. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain // *Nat Rev Neurosci.* – 2014. – Vol.15. – P.802-810.

200. Viswanathan M., Wallace I.F., Cook Middleton J. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA.* – 2022. – Vol. 328 (15). – P. 1543-1546.

201. Wang S.M., Han C., Bahk W.M. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review // *Chonnam Med J.* – 2018. – Vol.54 (2). – P.109-110.

202. Wedret J.J., Tu T.G., Paul D., Rousseau C., Bonta A., Bota R.G. Interactions between antidepressants, sleep aids and selected breast cancer therapy // *Ment Illn.* – 2019. – Vol.11 (1).- P. 8115. doi: 10.4081/mi.2019.8115

203. WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva; 2012.

204. WHO. Preventing Suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.

205. Windfuhr K., While D., Kapur N. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients // *Psychol Med.* – 2016. – Vol. 46(16). – P.3407-3412. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001823>

206. Woodford R., Spittal M.J., Milner A. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* - 2019. - Vol. 49 (1).- P. 23-30. DOI: 10.1111/sltb.12395.

207. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center–based prospective study // *Psychooncology.* - 2014/

- Vol. 23. – P.1034- 1039.

208. Yi J.C., Syrjala K.L. Anxiety and Depression in Cancer Survivors // Med Clin North Am. – 2017. - Vol.101 (6). - P.1099-1103. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005

209. Yoo H., Shin D., Jeong A. Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population // Jpn J Clin Oncol. – 2017. – Vol. 47. – P. 728- 734.

210. Yousaf U., Christensen M., Engholm G., Storm H. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999 // Br J Cancer. – 2005. – Vol.92. – P. 995- 1000.

211. Zaorsky N.G., Zhang Y, Tuanquin L., Bluethmann S.M., Park H.S/, Shincilli V.M. Suicide Among Cancer Patients // Nature Communications. - 2019. - Vol.10. – P. 207.