

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

БАЙМИРОВА ЛУИЗА ТУХТАМИШЕВНА

**АЛКОГОЛГА ТОБЕЛИК БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭМОЦИОНАЛ,
КОГНИТИВ ВА ХУЛҚ - АТВОР БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ЎЗARO
КЛИНИК- ПСИХОЛОГИК БОҒЛИҚЛИГИ**

14.00.18 – Психиатрия ва наркология

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

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Баймирова Луиза Тухтамишевна

Алкоголга тобелиги бўлган беморларда эмоционал, когнитив ва хулқ-атвор бузилишларнинг ўзаро клиник-психологик боғлиқлиги.....3

Баймирова Луиза Тухтамишевна

Клинико-психологические корреляции эмоциональных, когнитивных и поведенческих расстройств у больных алкогольной зависимостью.... 25

Baymirova Luiza Tuhtamishevna

Clinical and psychological correlations of emotional, cognitive and behavioral disorders in patients with alcohol dependence..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 51

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

БАЙМИРОВА ЛУИЗА ТУХТАМИШЕВНА

**АЛКОГОЛГА ТОБЕЛИК БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭМОЦИОНАЛ,
КОГНИТИВ ВА ХУЛҚ - АТВОР БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЎЗARO
КЛИНИК- ПСИХОЛОГИК БОҒЛИҚЛИГИ**

14.00.18 – Психиатрия ва наркология

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

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.2.PhD/Tib953 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тиббиёт ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.tipme.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Турсунходжаева Людмила Александровна**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Алимов Улугбек Худоярович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Магзумова Шахноза Шахзадэевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 рақамли илмий кенгашнинг 2022 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

Диссертация билан Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44.

Диссертация автореферати 2022 йил «__» _____ куни тарқатилди.

(2022 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Х.А. Акилов

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

Н.Н. Убайдуллаева

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

У.Х.Алимов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда аҳоли саломатлиги, иқтисодиёт, ижтимоий соҳалар ва қонун устуворлигига таҳдид соладиган глобал тиббий-ижтимоий муаммолардан бири инсонларнинг спиртли ичимликларга тобелиги билан боғлиқ касалликлар ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) статистик маълумотларига кўра, «Европа Иттифоқи мамлакатларида аҳолининг 10 фоизи алкоғолизмдан азият чекади ва 51-76 миллион киши алкоғол билан боғлиқ муаммоларга дуч келади»¹. Алкоғолга тобеликдан азият чекадиган одамларнинг антисоциал муносабатлари касалликнинг ривожланишидан олдин шаклланиши кузатилади. Катталар ўртасида спиртли ичимликларни истеъмол қилиш улуши ҳар йили ўсиб бораётгани сабабли даволаш чораларини такомиллаштириш ва ремиссия даврида беморнинг ҳаёт сифати ҳамда ижтимоий фаолиятини яхшилаш тиббиёт соҳасидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Жаҳонда инсонларнинг спиртли ичимликларни суистеъмол қилиши натижасида юзага келадиган руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишларини даволаш-профилактика чораларини такомиллаштиришга қаратилган кенг кўламдаги илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада хавф омилларини аниқлаш; алкоғолизм тобелигига чалинган шахсларда коғнитив, эмоционал ва ҳулқ-атвор бузилишларни эрта ташхислаш; клиник-динамик хусусиятларини баҳолаш; алкоғолга тобелик бўлган беморларни даволаш амалиётида психотерапевтик ёндашувларни қўллаш; даво ўлчовларни, алкоғолизмга тобеликни олдини олиш, ремиссия шаклланиши босқичида беморларни қайта мослаштириш бўйича чора-тадбирларни оптималлаштириш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишлари ривожланиши эҳтимолини олдиндан баҳолаш ва ремиссия даврида беморнинг ҳаёт сифати ҳамда ижтимоий фаолиятини яхшилаш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қаратилган кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморнинг клиник-динамик, ижтимоий-психологик ва коғнитив хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, индивидуал ёндашув асосида даволанишдан кейин алкоғолга тобелиги бўлган

¹ ЖССТнинг 2017 йилги йиллик ҳисобот кўрсаткичлари <https://www.who.int/>

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони.

беморларнинг ижтимоий мослашув муваффақиятини прогноз қилиш учун етарли имкониятларга эга бўлган кўрсаткичларни аниқлаш, шунингдек, уни яхшилаш бўйича чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, аҳоли орасида алкоғолизмга ружу қўйиш даражасини камайтириш ва ҳаёт сифатини ошириш муҳим аҳамиятга эга.

Ўзбекистон Республикаси Президентнинг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 16 мартдаги ПФ-3606-сон «Психиатрик ёрдамни кўрсатиш тизимини тубдан такомиллаштириш тўғрисида», 2019 йил 13 февралдаги ПФ-4190-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисини руҳий саломатлигини ҳимоя қилиш хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида»ги Фармонлари, 2019 йил 13 февралдаги ПҚ-4190-сон «2019 – 2025 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг руҳий саломатлигини муҳофаза қилиш хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V1. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунда алкоғолга тобелик билан боғлиқ тиббий-ижтимоий муаммолар бўйича қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда. Алкоғолга тобеликнинг клиник кўринишлари ва босқичлари, касалликнинг кечиш вариантлари ва оқибатлари исботланган (Н.Н.Иванец, М.А.Винникова; 2011; В.Б.Альтшулер; 2012; 2015; А.Х.Мингазов, И.Э.Анкудинова; 2015). Спиртли ичимликларга тобеликнинг клиник ва динамик хусусиятлари руҳий дисфункцияларнинг пайдо бўлиши ва беморлар ижтимоий фаолияти даражаси билан боғлиқлиги аниқланди (Т.В.Клименко, А.А.Кирпиченко; 2011; В.П.Косолапов, И.И.Манакин; 2015). Аниқланишича, алкоғолга тобелик билан касалланган одамларнинг асосий мос келмайдиган хусусиятлари юқори даражадаги шахсий ташвиш, асабийлик, таранглик ва алекситимиядир (Д.В.Возний; 2013; М.С.Айвазова, М.П.Кнещук; 2017; И.В.Григорьева ва бошқалар; 2018; J.Ciarrochietal.; 2008). Ижтимоий мослашувга салбий таъсир кўрсатадиган аффектив бузилишлар билан алкоғолга тобеликнинг коморбидлиги юқори даражаси аниқланган (С.Н.Васильева ва бошқалар; 2020). Клиник тадқиқотлар алкоғол тобелиги бўлган беморларда когнитив бузилишнинг одатий кўринишини тақдим этиш имкониятини беради, бу бузилишларнинг асосий механизмлари баҳоланган (Н.М.Бушара ва бошқалар; 2017). Сўнгги йилларда ҳиссий ва когнитив бузилишларни таҳлил қилишнинг алоҳида долзарблиги, уларнинг узвий боғлиқлиги ва ўзаро таъсири, уларнинг баҳолаш натижаларини бирлаштирувчи интегратив моделларни яратиш зарурати аниқланди (Т.В. Агибалова, 2014). Хулқ-атворнинг бузилиши алкоғолга тобелик бўлган

беморлар агрессив ва аутоагрессив ҳаракатлар билан ажралиб туриши аниқланган (А.В.Сахаров, 2016; Н.Ю.Вертопрахова; 2017). Спиртли ичимликларнинг ўз жонига қасд қилиш ғояларини уйғотишда ҳам, ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини амалга оширишда ҳам роли исботланган (П.Б.Зотов, М.С.Усманский; 2012). Спиртли ичимликлар ва тажовузкорлик ўртасидаги муносабатни тушунтириш учун назариялар таклиф қилинган. Бир нечта тадқиқотлар алкогольга тобеликдан азият чекадиган одамларнинг антисоциал муносабатлари алкоголь касалликнинг ривожланишидан олдин шаклланиши исботланган (А.Л.Игонин ва бошқалар; 2006). Спиртли ичимликларга тобелик бўлган беморларда ремиссия ва рецидивларнинг пайдо бўлишининг энг муҳим омили бўлиб, соғлом турмуш тарзига мослашиш қийинлиги исботланган (Л.А.Дубинина, И.Ю.Бакман; 2010). Алкоголизм билан касалланган беморнинг даволаниш жараёнида руҳий ва ижтимоий ҳолати динамикасини акс эттирувчи ягона, ҳар томонлама кўрсаткичлар йўқлиги аниқланган, шунинг учун терапиянинг самарадорлиги ва ремиссия даврида алкоголизм билан касалланган беморларни қайта мослаштириш сифати мезонларини ишлаб чиқиш зарурати аниқланган (А.В.Майдан ва бошқалар; 2017). Ўзбекистонда алкогольга тобелик бўлган беморларда шахсиятнинг психологик хусусиятлари, ҳиссий-шахсий ва когнитив бузилишлари баҳоланган (Л.А.Турсунходжаева, 2018; В.К.Абдуллаева В.К., Ш.Т.Туйчиев; 2018; З.Ш.Ашуров; 2018).

Дунёда алкогольга тобелик билан касалланган беморлар психоз ҳолатини эрта дифференциал диагностика қилиш ва олдини олишга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жумладан, алкогольга тобелик билан касалланган беморларда клиник ва психологик муносабатларнинг яхлит кўринишини яратиш; хулқ-атвори ва ижтимоий мослашув даражасига таъсир қилувчи клиник ва психологик омиллар мажмуасини аниқлаш; касаллик қайталанишининг олдини олиш бўйича ёндашувларни такомиллаштиришга бағишланган илмий тадқиқотларни амалга ошириш долзарб аҳамият касб этмоқда.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилаётган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 01040023-сон "Психофаол моддаларга тобеликнинг клиник-психологик ва ижтимоий жиҳатлари" мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилди.

Тадқиқотнинг мақсади алкогольга тобелик билан касалланган беморларнинг хулқ-атвори ва ижтимоий мослашув даражасига таъсир қилувчи клиник ва психологик омиллар мажмуасини аниқлаш, унинг қайталаниши олдини олиш бўйича ёндашувларни оптималлаштириш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

алкоголга тобеликнинг клиник хусусиятлари ҳамда беморлар хулқ-атвори ва ижтимоий фаолият даражасига таъсирини аниқлаш;

алкоголга тобелик бўлган беморларнинг хатти-харакатлари ва ижтимоий фаолият даражаси билан ҳиссий ва когнитив бузилишларнинг корреляциясини белгилаш;

алкоголга тобелик билан касалланган беморларнинг ижтимоий фаолият даражасига преморбид биологик ва ижтимоий-психологик омилларнинг таъсирини баҳолаш;

эмоционал, когнитив ва хулқ-атвор хусусиятлари мажмуасини бирлаштиришга қодир тизимли кўрсаткични ажратиб кўрсатиш, даволанишдан кейин беморларнинг ижтимоий мослашувини прогноз қилишда унинг аҳамиятини аниқлаш;

даволашдан кейин беморларнинг ижтимоий мослашув даражасини прогноз қилиш асосида алкоголга тобелик қайталанишининг олдини олиш бўйича мавжуд ёндашувларни оптималлаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент шаҳар наркологик диспансерининг стационар бўлимида сурункали алкоголизм билан даволанаётган 19 ёшдан 68 ёшгача бўлган 125 нафар бемор ташкил қилган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида алкоголга тобелиги бўлган беморларнинг ҳиссий ва когнитив бузилишларининг клиник, психологик статусини комплекс текшируви ташкил қилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник-психологик, клиник-катамнестик, экспериментал психологик ва статистик тадқиқот усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

алкоголга тобеликнинг “биопсихоижтимоий модели” асосида жамият қоидаларига мўътадил, асоциал бўлган ҳамда жамият қоидаларига қарши хулқ-атворга эга беморларни солиштирган ҳолда уларнинг клиник-биологик ва психосоциал хусусиятлари, преморбид хулқ-атвор девиациялари аниқланган;

илк бор ижтимоий активлиги турли векторларга эга бўлган алкоголга тобе беморларнинг ижтимоий мослашиш қобилиятини баҳоловчи ижтимоий интеллект асосида уларнинг когнитив, эмоционал ва коммуникатив кўрсаткичлари қиёсланиб, когнитив функциялар бузилишлари ва шахснинг типологик хусусиятлари орасида корреляцион боғлиқлик исботланган;

алкоголдан сурункали интоксикация таъсиридаги церебрал етишмовчилик натижасида когнитив бузилишлар ривожланиши, ақлий иш қобилияти турғун пасайиши ва касалликни назоратга олиб бўлмайдиган ҳолатга ўтиши босқичлари аниқланган;

алкоголга тобелик рецидивларининг олдини олиш ва беморлар ижтимоий адаптацияси даражасини оширишга йўналтирилган янги чоратадбирлар асосида ижтимоий интеллектни ривожлантирувчи мавжуд психотерапевтик ёндашувлар оптималлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари:

ижтимоий интеллект асосида ижтимоий мослашувни прогноз қилишнинг интегратив кўрсаткичларидан фойдаланиб, алкоголга тобелиги

бўлган беморларнинг ижтимоий мослашув даражасини ошириш ва уни ривожлантириш бўйича дастур ишлаб чиқилган;

ушбу дастур алкоғолли ремиссияларни шакллантиришга, алкоғолга тобеликнинг эрта қайталанишини камайтиришга, даволанишдан кейин беморларнинг оила ва меҳнатга мослашиш даражасини ошириши исботланган;

спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларда ижтимоий интеллектни ривожлантириш босқичлари кетма-кетлиги ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий ишдаги қўлланилган назарий ёндашув ва усулларни тўғри қўлланилганлиги, етарли даражада материал танланганлиги, беморлар сонининг етарлилиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-катамнестик, клиник-психопатологик, клиник-психологик ва статистик усуллари асосида баҳолашда хорижий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганлиги, олинган натижалар ҳамда чиқарилган хулосаларнинг далилий тиббиёт тамойилларига асосланганлиги ҳамда ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, ҳозирги кундаги алкоғолизм тобелигидан келиб чиқадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг клиник ва психологик хусусиятларини, унинг клиник динамикаси қонуниятларининг яхлит кўриниши, алкоғолизм даражасини прогноз қилиш, даволанишдан кейин беморнинг ижтимоий мослашуви ва даволаш-реабилитация дастурларини оптималлаштириши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти алкоғолизм билан касалланган беморларнинг ижтимоий мослашув даражасини ошириш бўйича ишлаб чиқилган дастурни қўллаш имконияти, амбулатор ва стационар наркологиқ муассасаларда индивидуал реабилитация режасини ишлаб чиқиш, касаллик такрорланишининг олдини олиш бўйича ёндашувларни оптималлаштириш, спиртли ичимликларга тобелиги бўлган беморларни дори-дармонлар билан даволаш самарадорлигини ошириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Сурункали алкоғолизм натижасидаги руҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг клиник хусусиятлари ва алкоғолга тобелик рецидивининг олдини олишга ёндашувлар бўйича олинган илмий натижалар асосида:

спиртли ичимликларни истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари ва клиник-динамик хусусиятларини аниқлаш бўйича олинган илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Алкоғолга тобелик бўлган беморларда ижтимоий интеллектни ривожлантириш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 апрелдаги 8н-д/149-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома алкоғолга тобелик рецидивининг олдини олишга ва профилактика чораларини оптималлаштириш имконини берган;

спиртли ичимликларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари ва клиник-динамик хусусиятлари бўйича

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика наркология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент шаҳар наркология диспансери, Тошкент шаҳар наркологик мажбурий даволаш шифохонаси, Наманган вилоят наркологик диспансери амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 январдаги 08-09/1782-сон маълумотномаси). Олинган тадқиқот натижаларининг клиник амалиётга жорий қилиниши алкоғолга тобелиги бўлган беморларни даволанишдан кейин ижтимоий мослашув даражасини прогноз қилиш ва даволаш-реабилитация дастурларини такомиллаштириш ҳамда касаллик такрорланишининг олдини олиш бўйича ёндашувларни оптималлаштириш, наркологик ёрдам самарадорлигини ошириш имконини берган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация тартиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар, иловалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **"Спиртли ичимликларга тобеликнинг клиник ва психологик хусусиятлари"** деб номланган биринчи бобида ўрганилаётган муаммо бўйича замонавий маҳаллий ва хорижий илмий адабиётлар таҳлили келтирилган. Уч кичик бўлимдан иборат адабиётлар шарҳи алкоғолга тобелик билан касалланган беморларнинг шахсиятининг руҳий ва психологик хусусиятларини ўрганишга бағишланган ва шунингдек, алкоғолга тобелик билан оғриган шахсларга тиббий ёрдам кўрсатишда замонавий ёндашувлар, таҳлили илмий изланишларни давом эттириш зарурлиги асосланган.

Диссертациянинг **"Алкоғолга тобелиги бўлган беморларда эмоционал, когнитив ва хулқ-атвор бузилишларнинг ўзаро клиник-психологик боғлиқлигини аниқлаш тадқиқот усулари натижалари"** деб

номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий тавсифи, шунингдек, қўлланилган тадқиқот усуллари ҳақида маълумотлар берилган. Тадқиқот объекти сифатида 2018 йилдан 2020 йилгача Тошкент шаҳар наркологиya диспансерида стационар шароитида алкоғолга тобелик билан даволанган 125 нафар (108 нафар эркак ва 17 нафар аёл) бемор олинган.

Тадқиқотга беморларни киритиш мезонлари ҳар қандай алкоғолга тобелик клиник даражасининг мавжудлиги (МКБ-10 F10.2 коди) ва беморнинг экспериментал психологик тадқиқот ўтказишга розилиги бўлган.

Тадқиқотдан четлаштириш мезони психиатрия муассасасида динамик кузатувни талаб қилувчи коморбид рухий патологиянинг мавжудлиги эди.

Клиник ва клиник кузатув усуллари билан бир қаторда, экспериментал-психологик усуллари: алекситимия даражасини аниқлаш учун Торонто Алекситимик шкаласи, фикрлашнинг операционал томонини, фикрлаш тезлигини баҳолаш учун "Муҳим белгилар" усули, Шульте жадваллари ва эътибор функцияларини баҳолаш учун Бурдон корректур тести; хотира функцияларини баҳолаш учун 10 сўзли такрорлаш техникаси, Дж. Гилфорд ва М.Салливеннинг "Ижтимоий интеллектни ўрганиш усули" Е.С.Михайлова соддалаштирувидаги усуллардан фойдаланилган.

Олинган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида Microsoft Office Excel-2012 дастурий таъминот тўпламидан фойдаланган ҳолда, жумладан, ўрнатилган функциялардан фойдаланган ҳолда статистик ишлов беришдан ўтказилди. Вариацион статистика усуллари нисбий қийматларни ҳисоблаш, ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача арифметик қиймати (М), миқдорий ва сифат кўрсаткичлари ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун Пирсоннинг тасодифий коэффициенти (С), яқинлигини аниқлаш учун самарали кўрсаткич ва икки омил ўртасидаги боғлиқликнинг кўп корреляция коэффициенти билан ишлатилган. Олинган натижаларнинг статистик аҳамияти Стьюдент тести билан аниқланди.

Тадқиқот вақтида беморларнинг ёши 19 дан 68 ёшгача бўлган (ўртача ёши- $40,3 \pm 10,2$ йил). Спиртли ичимликларга тобеликнинг давомийлиги 2 йилдан 18 йилгача (ўртача йили - $8,6 \pm 3,4$ йил). Барча беморларга алкоғолга тобеликнинг ўрта босқичи ташхиси қўйилган.

Асосий тадқиқот усули сифатида алкоғолга тобеликнинг намоён бўлишини ўрганишга тизимли ёндашувдан фойдаланган ҳолда беморларни гуруҳларга бўлиш тадқиқот бошида уларнинг ижтимоий фаолият даражасини баҳолаш асосида амалга оширилди. Бу алкоғолга тобеликнинг акс эттирувчи шахснинг ижтимоий муҳит билан ўзаро муносабатини ва унинг ижтимоий мослашиш қобилиятини намоён этадиган энг муҳим хулқ-атвор хусусияти ҳисобланади. Беморлар учта гуруҳга бўлинган.

1-гуруҳга 30 эркак ва 7 аёл (беморларнинг 29,6%и) киради, уларда девиант хулқ-атвори жамиятнинг маъмурий ва ахлоқий-этик меъёрларини бузмаган ҳолда спиртли ичимликларга тобелик билан чегараланган. Текширув вақтида беморларнинг 40,6 %ида турмуш қургани сақланган, 29,7 %и ажрашган, 24,3 %и турмуш қурмаган ва ота-онаси билан яшаган, 5,4 %и бева аёллар. Беморларнинг 13,5 % доимий иш жойига эга, 51,4 % тўлиқ

бўлмаган иш кунда ишлаган ва ўзгарувчан даромадга эга бўлган, 8,1 % кексалик ёки ногиронлик нафақасини олган, 27,0 % қариндошлари қарамоғида бўлган.

2-гурух 60 нафар эркак ва 7 нафар аёл (беморларнинг 53,6%), уларда алкогольга тобелик жамиятнинг ахлоқий ва этик меъёрларига риоя қилишдан қочиш ва маъмурий талабларни бузиш кўринишидаги асоциал тенденциялар билан боғлиқ бўлган. Бу эса шахслараро муносабатларга таҳдид солган. Текширув вақтида беморларнинг 41,8 % турмуш курган, 35,8 % ажрашган, 19,4 % турмуш курмаган, 3,0 % бева аёллардир. Беморларнинг атиги 7,4 % доимий иш жойига эга бўлган, 6,0 % кексалик ёки ногиронлик бўйича пенсия олган. 47,8 % тасодифий даромадга эга бўлган, беморларнинг 38,8 % қариндошлари қарамоғида яшаган.

3-гурухга 18 нафар эркак ва 3 нафар аёл (беморларнинг 16,8%) кирган, спиртли ичимликларга тобелик жиноят қонунчилиги нормаларига зид бўлган, жамоат тартибига ва бошқаларнинг фаровонлигига таҳдид соладиган ғайри-ижтимоий хатти-ҳаракатлар билан боғлиқ бўлган. Бу гуруҳда турмуш курганлар атиги 14,3 %, ажрашганлар 47,6 %, турмуш курмаганлар 38,1 %ни ташкил этган. Бу гуруҳ вакилларининг бирортаси ҳам доимий иш жойига эга бўлмаган, 52,4 % тасодифий даромад асосида яшаган, 28,6 % қариндошлари қарамоғида, 19,0 % жинойий ҳаёт тарзида яшаган.

Ёш ва жинс таркиби ҳамда спиртли ичимликларга тобелик давомийлиги бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли гуруҳлараро фарқлар йўқ эди, бу гуруҳларнинг клиник ва биологик омиллар бўйича солиштирилишини таъминлади. Шу билан бирга, оила ва ишдаги дезадаптация белгилари биринчи гуруҳнинг текширилган беморларида энг кам ифодаланган бўлиб, беморларнинг 2 ва 3-гуруҳларида тез-тез учрайди ва уларнинг ижтимоий фаолиятининг паст даражасини кўрсатади.

Диссертациянинг **"Турли даражадаги ижтимоий фаолиятга эга беморларда алкогольга тобеликнинг асосий клиник ва психологик хусусиятларини таҳлил қилиш"** деб номланган учинчи бобида беморларнинг хулқ-атвор бузилишлари ва алкогольга тобеликнинг ўрта босқичи клиник ва психологик хусусиятлари ўртасидаги муносабат тадқиқот натижалари ёритиб берилган.

Спиртли ичимликларга тобелик клиникаси хусусиятларини қиёсий ўрганишда биринчи марта истеъмол қилиш ёшида сезиларли гуруҳлараро фарқлар топилмади: барча уч гуруҳдаги беморларнинг аксарияти 16-20 ёшда спиртли ичимликларни истеъмол қилишган (1-гуруҳдаги беморларнинг 64,9%, 2-гуруҳда 74,6% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,1%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Спиртли ичимликларни эрта истеъмол қилиш ҳоллари (11-15 ёш) 3-гуруҳда энг юқори (1-гуруҳдаги беморларнинг 27,0 %, 2-гуруҳдаги беморларнинг 23,9 % ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 38,1%); $p_{1,2,3} > 0,05$).

Барча уч гуруҳдаги беморлар 21 ёшдан 30 ёшгача бўлган даврда спиртли ичимликларни мунтазам равишда истеъмол қила бошлаганлар (1-гуруҳдаги беморларнинг 73,0%, 2-гуруҳда 67,2% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 71,4%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилишни эрта (20

ёшгача) бошлаш ҳоллари улуши фақат 3-гуруҳда нисбатан ошди (1-гуруҳдаги беморларнинг 8,1%, 2-гуруҳда 13,4% ва 3-гуруҳдаги беморларда 28,6%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Шу билан бирга, 1 ва 2-гуруҳларда статистик аниқлик билан 30 ёшдан ошган тизимли мастликнинг бошланиши ҳолатлари тез-тез учрайди (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 19,4%, $p_1 > 0,05$ $p_{2,3} < 0,001$).

Ҳар уч гуруҳдаги беморларда алкогольга тобеликнинг ривожланиш даражаси юқори бўлган (1-гуруҳдаги беморларнинг 54,0%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 61,2% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 66,7%; $p_{1,2,3} > 0,05$), аммо бундай беморларнинг нисбати касалликнинг ремиссиясиз кечиши сезиларли даражада тез-тез бўлган иккинчи ва, айниқса, учинчи гуруҳда нисбатан кўпайди (1-гуруҳдаги беморларнинг 10,8%, 2-гуруҳда 14,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 42,9%; $p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,01$; $p_3 < 0,045$).

Барча уч гуруҳдаги беморларда мастликнинг даврий шакли устунлик қилди (1-гуруҳдаги беморларнинг 83,8%, 2-гуруҳда 79,1% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,1%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). Бироқ, бундай беморларнинг энг кам сони 3-гуруҳда топилган, бу ерда мастликнинг доимий шакли бўлган беморларнинг сони сезиларли даражада ошди (1-гуруҳда беморларнинг 16,2%, 2-гуруҳда 20,9% ва 3-гуруҳда 42,9%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), ва 1-гуруҳ билан фарқлар статистик аҳамиятга эга эди.

Кўпгина беморларда ўртача абстинент синдроми белгилари соматик ва неврологик дисфункцияларнинг устунлиги билан мавжуд эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 86,5%, 2-гуруҳда 71,6% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 61,9%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). Оғир даражадаги абстинент синдроми белгилари (1-гуруҳдаги беморларнинг 13,5%, 2-гуруҳда 28,4% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 38,1%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$) руҳий касалликлар, шу жумладан, делирий билан (1-гуруҳдаги беморларнинг 5,4%; 2-гуруҳдаги беморларнинг 17,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 19,0%; $p_1 < 0,045$; $p_{2,3} > 0,05$), кўпинча 3-гуруҳ беморларида топилган.

Абстиненциядан кейинги даврда астения фонида алкогольга бўлган патологик мойилликнинг намоён бўлиш эпизодлари қайталанди. Характерли жиҳати шундаки, "мотивлар кураши" билан мойиллик 1-гуруҳдаги беморларда сезиларли даражада кўп қайд этилган ва 3-гуруҳдаги беморларда деярли аниқланмаган (1-гуруҳдаги беморларнинг 32,4% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 7,5%; $p_1 < 0,003$, $p_2 < 0,001$, $p_3 > 0,05$), ҳолбуки, "мотивлар курашисиз" янада оғир варианты барча уч гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида кузатилган

(1-гуруҳдаги беморларнинг 62,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 79,1% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 61,9%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Фақат камдан-кам ҳолларда (1-гуруҳдаги беморларнинг 5,4%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 1,5% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 9,5%; $p_{1,2,3} > 0,05$), қўзғалиш психопатик хулқ-атвор бузилишларининг кўпол намоён бўлиши ва ҳиссий компонентларнинг бириктирилиши билан енгиб бўлмас хусусиятга эга бўлди.

Барча гуруҳларда кунлик алкоголь миқдори кўпинча 0,5 дан 1 литргача ароқни ташкил қилади (1-гуруҳдаги беморларнинг 67,6%, 2-гуруҳда 82,1% ва

3-гурухдаги беморларнинг 52,4%; $p_{1,2} > 0,05$; $p_3 < 0,045$). Лекин кунига 0,5 литргача ароқ истеъмол қилган беморларнинг нисбати 3-гурухга нисбатан 1 ва 2-гурухларда сезиларли даражада кўпроқ эди (1-гурухдаги беморларнинг 21,6% ва 2-гурухдаги беморларнинг 13,4%; $p_1 > 0,05$; $p_{2,3} < 0,003$), бундай ҳолатлар 3 гурухда деярли аниқланмаган, аммо кунига 1 литрдан ортиқ ароқ истеъмол қилган беморларнинг улуши сезиларли даражада ошди (1-гурухдаги беморларнинг 10,8%, 2-гурухда 4,5% ва 3-гурухдаги беморларнинг 47,6%; $p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,01$; $p_3 < 0,001$).

Тадқиқот давомида мастликнинг эйфорик ёки тинчлантирувчи хусусияти беморларнинг кичик қисмида, кўпинча 1-гурух беморларида сақланиб қолган (1-гурухдаги беморларнинг 18,9%, 2-гурухдаги беморларнинг 14,9% ва 3-гурухдаги беморларнинг 4,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Кўпгина ҳолларда, 1-гурухдаги беморларда депрессия ҳолатида мастлик кўринишининг ўзгариши кузатилди (1-гурухдаги беморларнинг 43,3%, 2-гурухда 17,9% ва 3-гурухдаги беморларнинг 23,8%; $p_1 < 0,01$; $p_{2,3} > 0,05$), ва 2 ва 3-гурухлардаги беморларда - тажовузкорлик билан мастликнинг эксплозив варианты (1-гурухдаги беморларнинг 10,8%, 2-гурухда 37,3% ва 3-гурухдаги беморларнинг 47,6%; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,003$; $p_3 > 0,05$) кузатилди.

Барча беморларда преморбид шахсий хусусиятларнинг кескинлашуви шаклида шахсият ўзгаришлари мавжуд эди. 1-гурухдаги беморларда ишончли тарзда кўпинча психастеник тури бўйича кескинлашув кузатилди (1-гурухдаги беморларнинг 59,5%, 2-гурухда 28,3% ва 3-гурухдаги беморларнинг 28,6%; $p_1 < 0,003$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$), 2 ва 3-гурухлардаги беморларда - тутруксиз тури (1-гурухдаги беморларнинг 10,8%, 2-гурухда 26,9% ва 3-гурухдаги беморларда 42,8%; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,01$; $p_3 > 0,05$), ва 3-гурухдаги беморларнинг 9,5% да алкоголь деградацияси белгилари мавжуд эди.

Ижтимоий фаолият даражаси спиртли ичимликларни биринчи қабул қилиш ёши билан заиф боғлиқ эди (Пирсоннинг боғлиқлик мезони $C = 0,20$) ва спиртли ичимликларни мунтазам равишда истеъмолининг бошланиши ($C = 0,27$), мастликнинг шакли ($C = 0,22$), абстинент синдром белгиларининг оғирлиги ($C = 0,17$), касалликнинг динамикасида беқарор ремиссияларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги ($C = 0,27$). Ривожланиш тезлигини баҳолаш фақат касалликнинг давомийлиги билан биргаликда мумкин эди. Бу белгилар орасидаги кўп корреляциянинг юқори коэффициенти далолат беради ($P = 0,42$; $p < 0,001$). Патологик мойиллик варианты билан статистик жиҳатдан ($C = 0,37$), кунлик спиртли ичимликлар миқдори ($C = 0,44$), мастлик шакли ($C = 0,36$) ва преморбид шахс хусусиятларининг кескинлашув тури ($C = 0,36$) аҳамиятли алоқалар аниқланди. Беморнинг бошқа одамлар билан муносабатлар тизимига таъсир қилиши мумкин бўлган алкогольга тобеликнинг клиник белгилари билан сезиларли алоқалар аниқланганлигини кўриш мумкин.

Эмоционал доирани экспериментал - психологик ўрганиш шуни кўрсатдики, ҳар уч гурухдаги беморларга алекситимия характерлидир (1-гурухдаги беморларнинг 86,5%, 2-гурухдаги беморларнинг 95,5% ва 3-

гуруҳдаги беморларнинг 95,2%; $p_{1,2,3} > 0,05$), бундан Торонт алекситимия шкаласининг ўртача қийматлари далолат беради, 1-гуруҳдаги беморларда $82,8 \pm 15,5$ ташкил топган, $87,7 \pm 9,3$ балл - 2-гуруҳдаги беморларда ва $85,2 \pm 11,1$ балл - 3-гуруҳдаги беморларда ($p_{1,2,3} > 0,05$) ва соғлом одамлардан ўртача алекситимия кўрсаткичларидан сезиларли даражада ошиб кетди ($59,3 \pm 1,3$ балл). Алекситимия шахслараро муносабатларда қийинчиликлар ва низолар пайдо бўлиши учун зарур шарт бўлиб хизмат қилади ва шу билан ижтимоий мослашиш даражасини пасайтиради.

Фикрлашнинг операцион томонининг бузилиши умумлаштириш ва абстрактлик даражасини таҳлил қилиш асосида баҳоланди. 1 ва 2-гуруҳлардаги беморларда умумлаштириш даражалари юқори (1-гуруҳдаги беморларнинг 27,0%, 2-гуруҳда 22,4% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 19,0%; $p_{1, 2, 3} > 0,05$) ва ўртача (1-гуруҳдаги беморларнинг 43,2%, 2-гуруҳда 34,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 23,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$), мавҳум фикрлашнинг етарли даражада ривожланишини тавсифлайди, 3-гуруҳдаги беморларнинг кўпчилиги эса ақлий операцияларнинг бузилишини акс эттирувчи умумлаштиришнинг паст даражасини кўрсатди (1-гуруҳдаги беморларнинг 29,8%, 2-гуруҳда 43,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,2%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), шу билан бирга 1 ва 3 гуруҳлар ўртасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга бўлди.

Динамик компонентлар ақлий жараёнлар фикрлаш тезлиги тести ёрдамида баҳоланди, унинг натижалари асабий жараёнларнинг ҳаракатчанлигини ҳам баҳолашга имкон берди. Юқори (1-гуруҳдаги беморларнинг 8,1%, 2-гуруҳда 6,0% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 4,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$) ва ўртача (1-гуруҳдаги беморларнинг 43,2%, 2-гуруҳда 20,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 9,5%; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,003$; $p_3 > 0,05$) ақлий операциялар тезлиги ва асабий жараёнларнинг ҳаракатчанлиги сезиларли даражада тез-тез 1-гуруҳдаги беморларда қайд этилган. 2 ва 3-гуруҳларда фикрлаш тезлиги паст бўлган беморлар аниқ устунлик қилди (1-гуруҳдаги беморларнинг 48,7%, 2-гуруҳда 73,1% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 85,7%; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,001$; $p_3 > 0,05$), бу ақлий операцияларнинг инертлиги ва асаб фаолиятининг таранглигидан гувоҳлик беради. Бундай хусусиятлар ақлий ҳаракатларни йўналтиришини ва тезкор баҳолашни талаб қиладиган вазиятларда хатти-ҳаракатлар стратегиясини ишлаб чиқишни мураккаблаштиради. Натижада, зиддиятли бўлган вазиятларда беморларда импульсив хулқ-атворга мойиллик кучайиши мумкин, бу эса шахслараро муносабатлар тизимидаги бузилишларга ва ижтимоий фаолиятнинг паст даражасини сақлаб қолишга олиб келади.

Эътибор ҳажми Шульте жадвалларидан фойдаланган ҳолда норматив кўрсаткичларга эга бўлган беморларнинг улуши 1-гуруҳда муҳимроқ эканлигини кўрсатди (1-гуруҳда 48,7%, 2-гуруҳда 23,9% ва 3-гуруҳда 19,0%; $p_{1,2} < 0,045$; $p_3 > 0,05$). Ҳажмнинг торайиши шаклида эътиборнинг бузилиши (1-гуруҳдаги беморларнинг 18,9%, 2-гуруҳда 35,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 47,6%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), нотекис қидирув ҳаракатлари (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 19,4% ва 3-

гуруҳдаги беморларнинг 28,6%; $p_{1,2,3} > 0,05$) ёки диққатни чарчаши (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 20,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 4,8%; $p_{1,2} > 0,05$; $p_3 < 0,045$) 2 ва 3-гуруҳлардаги беморларнинг аксариятида ва 1-гуруҳдаги беморларда сезиларли даражада камроқ қайд этилган.

Диққатни жамлаш қобилиятини ва унинг барқарорлигини баҳолаш учун мўлжалланган корректур тестнинг натижалари барча гуруҳларда ҳам яхши жамлаш кўрсаткичлари бўлган беморларнинг тарқалишини кўрсатди (1-гуруҳдаги беморларнинг 56,8%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 53,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,1%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Бузилган эътиборни жамлаш қобилияти камроқ аниқланди (1-гуруҳдаги беморларнинг 43,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 46,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 42,9%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Диққатни жамлаш жараени бузилган ва паст даражадаги диққат йўналтирилиши беморларнинг сони бўйича гуруҳлараро сезиларли фарқлар йўқ. Шу билан бирга кўпчилик беморларда диққатнинг барқарорлиги ўртача даражадан паст эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 54,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 62,7% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 61,9%; $p_{1,2,3} > 0,05$), аммо 1-гуруҳда бундай беморларнинг сони энг кам бўлди. Ихтиёрий диққат барқарорлигининг пасайиши ва чарчаши ақлий фаолият чарчасининг намоён бўлиши ва ақлий фаолиятнинг бузилиши кўрсаткичи бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Биринчи гуруҳдаги беморларда тўғридан-тўғри хотира эгри чизиғи соғлом одамларнинг кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ қилмади (1-гуруҳдаги беморларнинг 56,8%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 22,4% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 28,6%; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$). 2 ва 3-гуруҳлардаги беморлар учун мнестик фаоллик динамикасидаги сифатида мнестик жараёнларнинг лабиллиги ва чарчаши шаклида бузилишлар кўпроқ характерли эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 43,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 77,6% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 71,4%; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$). Худди шу натижалар узоқ муддатли хотирани ўрганиш орқали кўрсатилди, 2 ва 3 гуруҳ беморларда бузилишлар устунлик қилди (1-гуруҳдаги беморларнинг 32,4%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 62,7% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,1%; $p_1 < 0,003$; $p_{2,3} > 0,05$). Клиник даражада, анамнестик маълумотларни йиғишда, бундай беморлар объект ёки ҳудуднинг керакли номини бирдан унутиб қўйишди, бир мунча вақт ўтгач, уни ўз-ўзидан эслашади. Мнестик фаолиятнинг бундай узлуксиз табиати маълум бир вақтда зарур бўлган хотира материални танлаб репродукция жараёнининг бузилишидан далолат беради.

Ижтимоий фаолият даражаси диққат ҳажми, унинг алмашинувчанлиги ва сенсомотор реакциялар тезлиги билан ($C = 0,31$), шунингдек, қисқа муддатли хотира бузилишларининг мавжудлиги ёки йўқлиги билан ($C = 0,30$) ўртача даражада кучли боғлиқликни кўрсатди. Когнитив функцияларнинг етишмаслиги, ақлий операциялар тезлигининг пасайиши билан биргаликда беморларнинг вазиятни тезда баҳолаш ва тўғри қарор қабул қилиш қобилиятини таъминлайди. Ахборотни когнитив қайта ишлашдаги

кийинчиликлар бошқалар билан конструктив мулоқот қилиш ва тўлиқ ижтимоий фаолият учун тўсиқларни келтириб чиқариши мумкин.

Тўртинчи бобда **"Алкоголга қарам бўлган беморларнинг ижтимоий фаолияти даражасига преморбид биологик, психологик ва ижтимоий омилларнинг таъсири"** ижтимоий фаолият даражасининг беморларнинг преморбид биологик ва ижтимоий-психологик хусусиятлари билан боғлиқлигини ўрганиш натижалари тақдим этилган, ижтимоий интеллектнинг мезон сифатида хизмат қилиш имконияти даволанишдан кейин спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларнинг ижтимоий мослашувини прогноз қилиш ўрганилган.

Ижтимоий фаолият даражаси ва преморбид биологик омиллар ўртасида яқин алоқалар топилмади, улар орасида ирсий мураккабликлар, перинатал патология ва ўтказилган бош мия жароҳатларининг содир бўлиш даражаси ўрганилди. Ҳар уч гуруҳдаги беморларнинг аксариятида алкоголь ёки гиёҳвандликнинг ирсий вазмини аниқланган (1-гуруҳдаги беморларнинг 54,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 58,2% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 71,4%; $p_{1,2,3} > 0,05$), аммо 3-гуруҳда, шунингдек, перинатал патологияда энг кўп учрайдиган ҳолат бўлиб чиқди (1-гуруҳдаги беморларнинг 24,3%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 37,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 52,4%; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). Анамнезда бош мия шикастланиши учта гуруҳдаги беморларнинг аксариятида топилмади (1-гуруҳдаги беморларнинг 83,8%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 73,1% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 71,4%; $p_{1,2,3} > 0,05$), ва уларнинг пайдо бўлиши сезиларли гуруҳлараро фарқларга эга эмас эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 26,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 28,6%; $p_{1,2,3} > 0,05$).

Спиртли ичимликларга тобеликнинг шаклланишидан олдинги ижтимоий омилларнинг ролини ўрганишда бошқа натижаларга эришилди. Тўлиқ бўлмаган оилаларда тарбияланган беморлар сони бўйича сезиларли гуруҳлараро фарқлар йўқ эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 54,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 38,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 52,4%; $p_{1,2,3} > 0,05$), бироқ, 1-гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида тарбияда нуқсонлар бўлмаган (1-гуруҳдаги беморларнинг 51,4%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 31,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 9,5%; $p_{1,3} < 0,045$, $p_2 < 0,001$), 3-гуруҳда эса, ҳолатлар ишончли тарзда тез-тез гипопротецияга учрайди (1-гуруҳдаги беморларнинг 37,8%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 47,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 80,9%; $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,001$, $p_3 < 0,003$).

Ҳар уч гуруҳдаги беморларнинг аксарияти ўрта (1-гуруҳдаги беморларнинг 29,8%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 32,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 28,6%; $p_{1,2,3} > 0,05$) ёки ўрта махсус (1-гуруҳдаги беморларнинг 43,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 53,7% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 42,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$) таълим олишган. 3-гуруҳда тўлиқ бўлмаган ўрта маълумотли беморларнинг улуши нисбатан ошди (1-гуруҳдаги беморларнинг 8,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 7,5% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 23,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$), олий маълумотли - беморларнинг 1 гуруҳида (1-гуруҳда 18,9%, 2-гуруҳда 6,0% ва 3-гуруҳда 4,8%; $p_{1,2,3} > 0,05$).

Спиртли ичимликларга тобелик пайдо бўлишидан олдин, 1 ва 2-гуруҳлардаги беморларнинг кўпчилигида хулқ-атворда девиациялар кузатилмаган (1-гуруҳда 64,9%, 2-гуруҳда 50,8% ва 3-гуруҳда 19,0%; $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,001$, $p_3 < 0,01$), ёки мактаб интизомини бузиш билан чекланган (1-гуруҳдаги беморларнинг 16,2%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 20,9% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 28,7%; $p_{1,2,3} > 0,05$). 3-гуруҳда хулқ-атворда ифодаланган девиацияларнинг умумий сони сезиларли даражада ошди - уйдан қочиш, ғайри-ижтимоий компанияга аралашуш ва жиноий ҳуқуқбузарликлар (1-гуруҳдаги беморларнинг 8,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 20,8% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 42,8%; $p_{1,3} > 0,05$, $p_2 < 0,01$).

Ижтимоий фаолият даражаси преморбид шахс хусусиятлари билан статистик жиҳатдан муҳим корреляцияни кўрсатди ($C = 0,36$), тарбия камчиликлари ($C = 0,35$) алкоголизм бошланишидан олдин девиант хулқ-атвор шакллари пайдо бўлиши ($C = 0,38$).

Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, беморларнинг ижтимоий мослашуви кўп жиҳатдан жамият билан ижтимоий меъёрлар нуқтаи назаридан муносабатларни ўрнатиш қобилияти билан белгиланади. Бу қобилият клиник ва биологик омилларга эмас, балки ижтимоий-психологик тартибга, хусусан, шахснинг когнитив ва характеристик хусусиятларига боғлиқ. Шу муносабат билан биз ҳиссий, когнитив ва хулқ-атвор хусусиятларининг комплексларини бирлаштиришга қодир ва ремиссия даврида беморларнинг ижтимоий мослашувини прогноз қилиш мезони бўлиб хизмат қиладиган тизимли кўрсаткични излашга ҳаракат қилдик. Сўнгги пайтларда шахснинг мослашувчанлик қобилиятини тавсифлаш учун фойдаланилган ижтимоий интеллект бундай кўрсаткич бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Дж.Гилфорд ва М.Салливен техникасидан фойдаланган ҳолда беморларни текшириш шуни кўрсатдики, фақат бир неча ҳолатларда ижтимоий интеллектнинг умумий даражасини кўрсаткичлари ўртача намунавий меъёрдан ошиб кетган (1-гуруҳдаги беморларнинг 5,4% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 1,5%; $p_{1,2,3} > 0,05$). Унинг ривожланиш даражаси ўртача бўлган беморларнинг нисбати 1-гуруҳда энг кўп эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 81,1%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 31,3% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 57,1%; $p_1 < 0,001$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,045$) ва статистик аҳамиятга эга бўлган ўртача даражадан паст кўрсаткичлар эса 2 ва 3-гуруҳларда кўп кузатилган (1-гуруҳдаги беморларнинг 13,5%, 2-гуруҳдаги беморларнинг 67,2% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 42,9%; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,045$, $p_3 > 0,05$). Спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларнинг 82,4 фоизи таклиф қилинган субтестларнинг камида биттасида паст натижаларга эришган ва уларнинг 24,3 фоизида барча тўртта субтестларда паст кўрсаткичлар аниқланган. Бу одамлар билан зиддиятсиз муносабатлар ва муваффақиятли ижтимоий мослашуш учун зарур бўлган маълум қобилиятларнинг паст даражада ривожланишини кўрсатди.

2 ва 3-гуруҳлардаги барча субтестлар бўйича ўртача ва паст балл олган беморларнинг умумий сони 1-гуруҳдагидан сезиларли даражада ошган. Биринчи субтест бўйича паст натижалар (1-гуруҳдаги беморларнинг 13,5%; 2-гуруҳдаги беморларнинг 58,2% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 47,6%; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,01$; $p_3 > 0,05$) оқибатларини прогноз қилиш қобилиятининг заифлигини кўрсатди, бунинг натижасида беморлар зиддиятли вазиятларга тушиб қолиши ва ноқонуний хатти-ҳаракатлар қилиши хавфи мавжуд. Иккинчи субтест бўйича паст баллар (1-гуруҳдаги беморларнинг 25,0%; 2-гуруҳдаги беморларнинг 47,7% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 28,6%; $p_{1,2,3} > 0,05$) одамнинг оғзаки бўлмаган реакциялари маъносини тушуниш қобилиятининг ривожланмаганлигини баҳолашга имкон берди. Учинчи субтест учун паст кўрсаткичларга эга бўлган беморлар (1-гуруҳдаги беморларнинг 24,3%; 2-гуруҳдаги беморларнинг 50,7% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 38,1%; $p_1 < 0,01$; $p_{2,3} > 0,05$) мулоқот ҳолатининг хусусиятларига қараб бир хил оғзаки қабул қилинган хабарларнинг маъносини ажрата олмайдилар, шунинг учун улар суҳбатдошининг сўзларини талқин қилишда кўпинча хато қиладилар. Тўртинчи субтест бўйича кўрсаткичлари паст бўлган беморларда (1-гуруҳдаги беморларнинг 35,1%; 2-гуруҳдаги беморларнинг 71,6% ва 3-гуруҳдаги беморларнинг 52,4%; $p_1 < 0,001$; $p_{2,3} > 0,05$), шахслараро ўзаро муносабатлар ҳолатини когнитив таҳлил қилишда қийинчиликлар пайдо бўлишини ва бунинг натижасида оила, ишда ва одамлар ўртасидаги бошқа муносабатларга мослашишнинг паст даражасини прогноз қилиш мумкин.

Ижтимоий интеллектнинг ижтимоий мослашувни прогноз қилишда ажралмас омил бўлиб хизмат қилиш қобилиятини тасдиқлаш учун унинг алкоғолга қарам бўлган беморларнинг когнитив, ҳиссий ва хулқ-атвор хусусиятлари билан боғлиқлиги кузатилди. Ижтимоий фаолият ва ижтимоий интеллект даражалари ўртасидаги муносабатларнинг статистик жиҳатдан муҳим ўртача кучи мавжудлиги аниқланди ($C = 0,42$). Ижтимоий интеллект, бир томондан, когнитив жараёнларнинг ҳолати - ақлий операцияларнинг тезлиги ($C = 0,45$), умумлаштириш даражаси ($C = 0,38$), хотира йўқолишининг мавжудлиги ёки йўқлиги ($C = 0,37$) ва ихтиёрий диққатнинг барқарорлиги ($C = 0,35$), бошқа томондан, типологик шахсий хусусиятлар билан ($C = 0,41$) боғланган.

Бешинчи бобда **"Спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларда рецидивнинг олдини олиш бўйича ёндашувларни оптималлаштириш"** ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича ўқув дастури ва унинг самарадорлигини баҳолаш натижалари тақдим этилган.

Ижтимоий интеллектни ўрганиш нафақат ижтимоий мослашув прогнозини муҳокама қилиш, балки алкоғолизмни тўхтатгандан сўнг беморларнинг ижтимоий фаолият даражасини ошириш учун даволаш ва реабилитация жараёнида унинг заиф қисмларини ривожлантириш имконини беради. Тренинг мустақил психотерапевтик дастур сифатида ишлаб чиқилган ва амалга оширилган бўлиб, у янада муваффақиятли ижтимоий мослашишга

ва даволанишдан кейин касалликнинг қайталанишининг олдини олишга қаратилган.

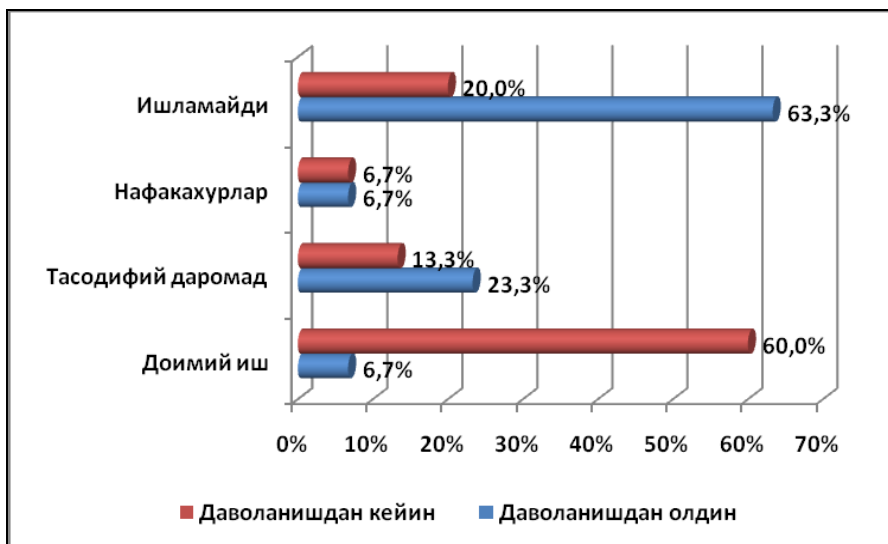
Тренинг мақсади беморларнинг ижтимоий мослашувини яхшилаш ва касаллик қайталанишининг олдини олиш учун ижтимоий ривожланмаган компонентлари учун кўрсаткичларни ошириш эди. Тренингнинг вазифалари ўз хатти-ҳаракатлари ва бошқа одамларнинг хатти-ҳаракатлари оқибатларини олдиндан кўриш қобилиятини ривожлантириш, одамнинг оғзаки бўлмаган реакцияларини, бир хил турдаги оғзаки реакцияларнинг маъносини тушунишни, вазиятнинг хусусиятлари, бошқа одамлар билан вазиятлар мантиқийлигини ўзаро муносабатларда ўз ичига олади. Тренингга эмпатияни ривожлантириш, алекситимия даражасини пасайтириш, ўз-ўзини тартибга солиш даражасини ошириш ва алкоголизмнинг қайталанишига ёрдам берувчи омилларга қаршилик кўрсатиш киради.

Мустақил дастур сифатида тренинг 8-12 кишидан иборат 3 та терапевтик гуруҳда ўтказилди. Жами дастурга текширувдан ўтганлар орасидан 35 бемор (эркаклар - 32, аёллар - 3) кирди, улар асосий гуруҳни ташкил этди. Тренингнинг самарадорлиги тиббий-ижтимоий реабилитациянинг 2 ойлик дастури натижалари билан таққослаганда баҳоланди, унинг таркибига ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича тренинглар киритилмаган (таққослаш гуруҳи - 30 бемор). Асосий гуруҳда субтестларнинг камида биттаси (51,4%) бўйича баллни оширган, шунингдек, барча 4 та субтест бўйича ўртача балл тўплаган (48,6%) беморларнинг улуши юқорироқ бўлди. Таққослаш гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равишда 46,7% ва 26,7% ни ташкил этди. Ижтимоий интеллект ривожланишининг паст даражадан ўртача умумий даражасига ўтиш ҳолатлари таққослаш гуруҳида нисбатан кўпроқ учрайди (асосий гуруҳдаги беморларнинг 15,4% ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 23,3%; $p > 0,05$).

Тренинг ёки реабилитация дастури давомида ўз натижаларини яхшилаган паст бошланғич баллари бўлган беморларнинг улушини таққослаш янада ёркинроқ бўлди. Агар 1-субтестда ўз фаолиятини яхшилаган беморларнинг улуши (асосий гуруҳдаги беморларнинг 40,0% ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 50,0%); $p > 0,05$), 2-субтестда (асосий гуруҳдаги беморларнинг 28,6% ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 55,6%; $p > 0,05$) ва 3-субтестда (асосий гуруҳдаги беморларнинг 50,0% ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 62,5%; $p > 0,05$), сезиларли гуруҳлараро фарқларга эга бўлмаган бўлсада, одамлар билан ўзаро муносабатлар ҳолатининг мантиқийлигини тушуниш қобилиятини яхшилаш орқали (4-субтест) ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича тренингнинг аниқ афзаллиги аниқланди (беморларнинг 58,8% асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 4,8%; $p < 0,001$).

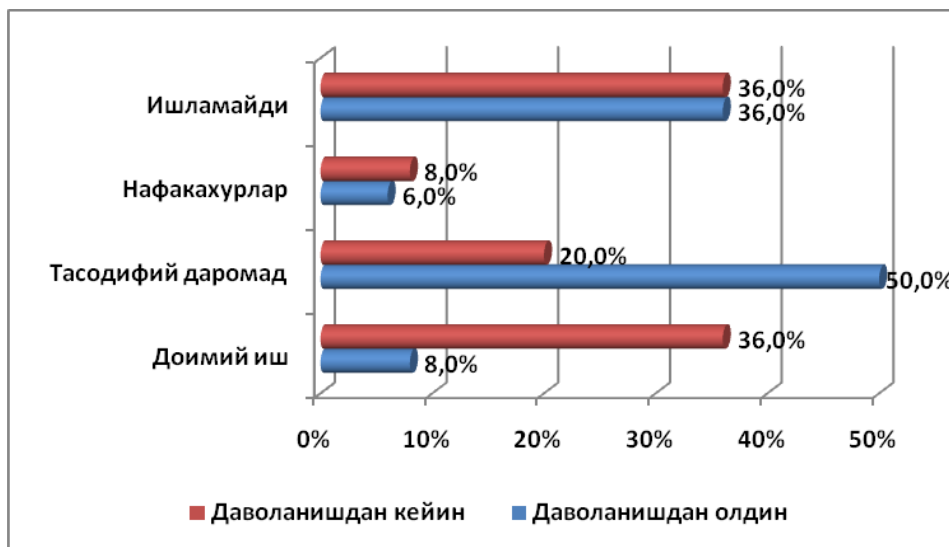
Ўқув дастурини тугатган беморларда ремиссиялар ушбу дастурда қатнашмаган беморларга қараганда шубҳасиз кўпроқ (беморларнинг мос равишда 73,3% ва 52,0%; $p < 0,045$), шу билан бирга 7 ойдан 12 ойгача давом этадиган нисбатан барқарор ремиссияларнинг сезиларли ўсиши билан (беморларнинг мос равишда 20,0% ва 8,0%); $p > 0,05$) шаклланган.

Ўқув дастуридан ўтган беморлар орасида доимий меҳнат фаолиятини тиклаш ҳолатлари сезиларли даражада ошган, доимий ишда бўлмаганлар ва ишсизлар сони камайди. Даволанишдан олдин ва кейин меҳнатга мослашиш даражасига қараб, ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича ўқув дастуридан ўтган алкоғолга қарамларнинг нисбати 1-расмда кўрсатилган.



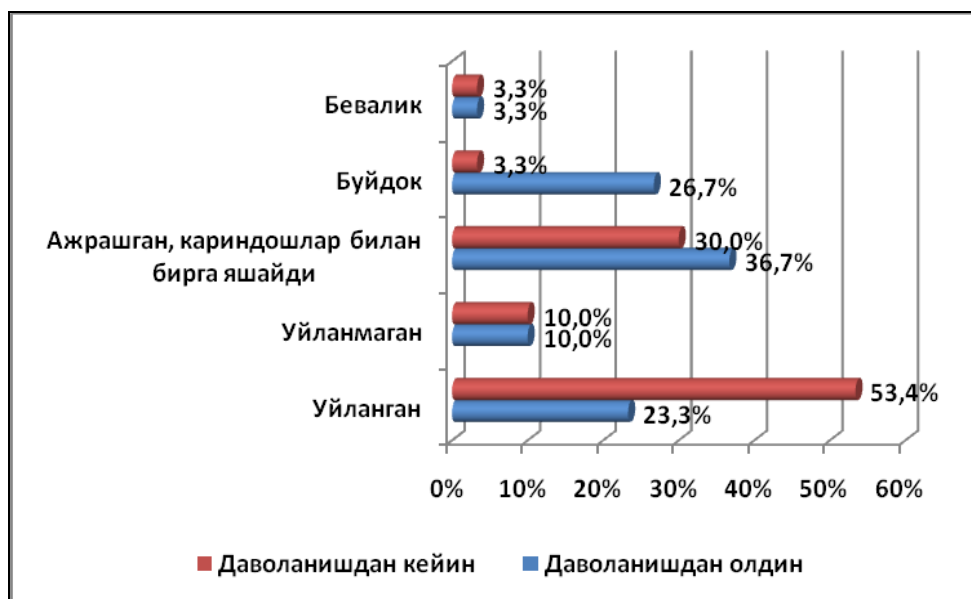
1-расм. Ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича ўқув дастурини тамомлаган спиртли ичимликларга қарам беморларнинг даволанишдан олдин ва кейин меҳнатга мослашиш даражасига қараб нисбати.

Ўқув дастуридан ўтмаган беморлар орасида ишсизлар улуши бироз камайди. Даволашдан олдин ва кейин меҳнатга мослашиш даражасига қараб, ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича тренингдан ўтмаган спиртли ичимликларга қарам беморларнинг нисбати 2-расмда кўрсатилган.



2-расм. Ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича тайёргарликдан ўтмаган алкоғолга қарам беморларнинг даволанишдан олдин ва кейин меҳнатга мослашиш даражасига қараб нисбати.

Ўқув дастурини тугатган беморлар орасида ўз оиласи билан яшайдиганлар сони кўпайган ($p < 0,045$), никоҳ муносабатларининг тикланиши ёки фуқаролик никоҳига кириши муносабати билан яққол ($p < 0,01$) ёлғизлар сони камайди (3-расм).



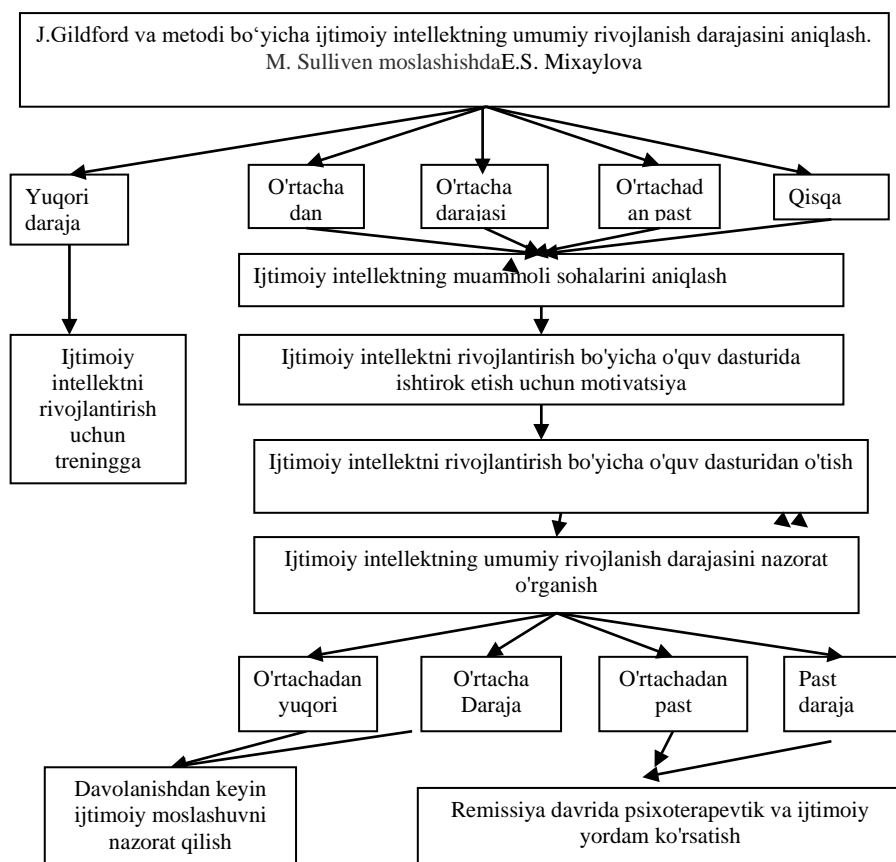
3-расм. Даволанишдан олдин ва кейин оиллага мослашув даражасига қараб, ижтимоий интеллект ривожланиши бўйича ўқув дастуридан ўтган беморларнинг нисбати.

Ўқув дастуридан ўтмаган беморлар орасида (4-расм), даволанишдан кейин оиллага мослашиш кўрсаткичлари деярли ўзгармади ($p > 0.05$).



4 - расм. Ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича ўқув дастуридан ўтмаган беморларнинг даволанишдан олдин ва кейин оилавий мослашув даражасига қараб нисбати.

Спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларда ижтимоий интеллектни ривожлантириш алгоритми 5-расмда кўрсатилган



5-расм. Спиртли ичимликларга қарам бўлган беморларда ижтимоий интеллектни ривожлантириш алгоритми.

ХУЛОСА

1. Алкоголга тобеликнинг ўрта босқичида бўлган беморларнинг хатти-ҳаракатлари ва ижтимоий фаолият даражаси касалликнинг ривожланиш давомийлиги ва даражаси, алкогольга бўлган патологик мойиллик варианты, спиртли ичимликларнинг кунлик миқдори, алкоголь мастлик шакли ва преморбид шахс хусусиятларининг кескинлашув тури билан бевосита боғлиқлигини кўрсатади. Касалликнинг ўхшаш давомийлиги билан ижтимоий фаолиятнинг паст даражаси юқори ривожланиши билан, спиртли ичимликни кўп миқдорларда истеъмол қилиниши, мастликнинг эксплозив шаклининг устунлиги ва тутруқсиз турдаги шахсий хусусиятларнинг кескинлашиши билан боғлиқ.

2. Хулқ-атвор бузилишларининг шаклланишига ва ижтимоий фаолиятнинг маълум даражасига шахснинг характеристик хусусиятлари, тарбиядаги нуқсонларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги ва алкоголизм бошланишидан олдинги девиант хатти-ҳаракатлар таъсир қилади. Спиртли ичимликларга тобеликнинг шаклланишидан олдинги биологик омиллар

беморларнинг ижтимоий фаолияти даражаси билан статистик жиҳатдан аҳамиятли алоқаларни кўрсатмади.

3. Шахснинг ижтимоий мослашиш қобилиятини акс эттирувчи ижтимоий фаолият даражаси ижтимоий интеллект даражаси билан статистик жиҳатдан аҳамиятли муносабатни очиб беради. Яъни, бошқа одамларни тушуниш қобилияти, уларнинг реакцияларини, муносабатларини, ижтимоий вазиятини, уларнинг хатти-ҳаракат адекват стратегиясини аниқлашга имкон берди. Ижтимоий интеллект ҳиссий, когнитив ва ҳулқ-атвор хусусиятлари мажмуасини бирлаштиришга қодир тизимли кўрсаткич бўлиб хизмат қилиши, когнитив жараёнларнинг ҳолати ва бемор шахсининг типологик хусусиятлари билан статистик жиҳатдан аҳамиятли алоқаларни очиб бериши мумкин.

4. Спиртли ичимликларга қарамликнинг қайталаниши олдини олиш учун гуруҳ психотерапияси моделига асосланган ҳолда, уни ривожлантириш бўйича ўқув дастуридан фойдаланган ҳолда, ижтимоий интеллектнинг заиф ривожланган таркибий қисмларини психотерапевтик тузатишни амалга ошириш тавсия этилади. Ижтимоий интеллектни ривожлантириш бўйича ишлаб чиқилган ўқув дастуридан фойдаланиш алкоғолли ремиссияларни шакллантиришга, алкоғолга тобеликнинг эрта қайталанишини камайтиришга ва даволанишдан кейин беморларнинг ижтимоий мослашув даражасини оширишга ёрдам берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12. 2019.Tib.31.01 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИЦЕНТРЕ
РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

БАЙМИРОВА ЛУИЗА ТУХТАМИШЕВНА

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ, КОГНИТИВНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

14.00.18 – Психиатрия и наркология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским и зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2019.2. PhD/Tib953.

Диссертация выполнена в Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета www.timpe.uz и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» www.ziyonet.uz.

- Научный руководитель:** Турсунходжаева Людмила Александровна
доктор медицинских наук, профессор
- Официальные оппоненты:** Алимов Улугбек Худоярович
доктор медицинских наук, профессор
- Магзумова Шахноза Шахзодэевна
доктор медицинских наук, профессор
- Ведущая организация:** Ташкентский педиатрический медицинский институт

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019Tib.31.01 по присуждению ученых степеней при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников по адресу: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44, e-mail: info@timpe.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (зарегистрирована за №___). Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.

(реестр протокола рассылки № _____ от «___» _____ 2022 года).

Х.А. Акилов
председатель Научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Убайдуллаева
ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, доцент

У.Х.Алимов
председатель научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Алкогольная зависимость признана одной из глобальных медико-социальных проблем, создающих угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере и правопорядку. По данным ВОЗ, в странах Евросоюза 10% населения страдает алкоголизмом и 51-76 млн. человек «имеют проблемы с алкоголем»¹.

Отмечено, что антисоциальные установки у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, формируются до развития заболевания. Поскольку процент употребления алкоголя среди взрослых с каждым годом растет, совершенствование лечебных мероприятий и повышение качества жизни и социальной активности больного в период ремиссии считается одной из актуальных проблем в области медицины.

В мире проводятся масштабные научные исследования, направленные на совершенствование методов лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем. В связи с этим выявление факторов риска; ранняя диагностика когнитивных, эмоциональных и поведенческих расстройств; оценка клинико-динамических характеристик; применение психотерапевтических подходов в практике лечения больных алкогольной зависимостью служат объектом научных исследований с целью оптимизации мероприятий лечения, профилактики алкоголизма, реадaptации больных на этапе формирования ремиссии. Особое значение имеют ранняя оценка возможности развития психических и поведенческих расстройств, обусловленных злоупотреблением алкоголем, и разработка мероприятий по улучшению качества жизни и социальной активности больного в период ремиссии.

В нашей стране проводится масштабная по развитию системы здравоохранения работа, направленная на коренное повышение качества медицинских услуг, оказываемых населению. В связи с этим, определены задачи по «повышению эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний за счет создания патронажных услуг...»². Эти задачи учитывают клинико-динамические, социально-психологические и когнитивные особенности больного, определяют показатели, имеющие достаточные возможности для прогнозирования успешности социальной адаптации больных алкогольной зависимостью после лечения на основе индивидуального подхода, а также для разработки мероприятий по оздоровлению, а также важное значение имеет снижение уровня алкоголизма и повышение качества жизни среди населения.

¹Показатели годового отчета ВОЗ в 2017 году, <https://www.who.int/publications/list/2017/ru/>.

² Указ Президента Республики Узбекистан от 07.12.2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Данное диссертационное исследование служит выполнению задач, предусмотренными в указах Президента Республики Узбекистан УП -5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, Постановлении Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2018 года №ПП-3606 «О мерах по коренному совершенствованию системы оказания психиатрической помощи», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 13 февраля 2019 года № ПП-4190 «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и техники республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Хорошо изучены клинические проявления и стадии алкогольной зависимости, варианты течения и исходов заболевания [Н.Н.Иванец, М.А.Винникова; 2011; В.Б.Альтшулер; 2012; 2015; А.Х.Мингазов, И.Э.Анкудинова; 2015]. Предприняты попытки анализа корреляций клинико-динамических характеристик алкогольной зависимости с возникновением психических дисфункций и уровнем социального функционирования больных [Т.В.Клименко, А.А.Кирпиченко; 2011; В.П.Косолапов, И.И.Манакин; 2015]. Установлено, что основными дезадаптивными свойствами лиц, страдающих алкогольной зависимостью, являются высокий уровень личностной тревожности, невротизация, ригидность и алекситимия [Д.В. Возний; 2013; М.С.Айвазова, М.П. Кнешук; 2017; И.В.Григорьева и соавт.; 2018; J.Ciarrochietal.; 2008]. Обнаруживается высокий уровень коморбидности алкогольной зависимости с аффективными расстройствами, негативно влияющий на социальную адаптацию [С.Н.Васильева и соавт.; 2020]. Клинические исследования дают возможность представить типичную картину когнитивных нарушений у больных алкоголизмом, но вопрос о механизмах, лежащих в основе этих нарушений, остается недостаточно изученным [Н.М.Бушара и соавт.; 2017]. Не до конца ясно, какие виды памяти страдают в первую очередь. В последние годы подчеркивается особая актуальность анализа эмоциональных и когнитивных расстройств в их неразрывной связи и взаимовлиянии, невозможность их независимого устойчивого существования [Т.В. Агибалова и соавт.; 2014], необходимость создания интегративных моделей, соединяющих результаты их изучения.

Исследование поведенческих расстройств показало, что для больных алкогольной зависимостью характерны агрессивные и аутоагрессивные действия, являющиеся неотъемлемой частью «образа» страдающего алкоголизмом [А.В. Сахаров и соавт.; 2016; Н.Ю. Вертопрахова; 2017].

Доказана роль алкоголя как в индуцировании суицидальных идей, так и реализации суицидальных тенденций [П.Б.Зотов, М.С. Усманский; 2012]. Предложены теории, объясняющие взаимосвязь между алкоголем и агрессией. Единичные исследования посвящены анализу асоциального поведения лиц, страдающих алкогольной зависимостью [А.Л.Игонин и соавт.; 2006]. Предполагают, что антисоциальные установки у большинства лиц с алкогольной зависимостью формируются до развития алкогольной болезни.

Большое количество работ посвящено терапии алкогольной зависимости, но подчеркивается, что медико-биологический подход к реабилитации больных алкогольной зависимостью не обеспечивает должной эффективности реабилитационных мероприятий. Важнейшим фактором возникновения срывов ремиссии и рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью считают трудность адаптации к трезвому образу жизни (Л.А.Дубинина, И.Ю.Бакман; 2010). Признается, что единые, всесторонние показатели, отражающие динамику психического и социального статуса больного алкоголизмом в процессе лечения, отсутствуют, в связи с чем возникает насущная потребность в разработке критериев эффективности терапии и качества реадaptации больных алкоголизмом в период ремиссии (А.В. Майдан и соавт.; 2017). В Республике Узбекистан научных работ, посвященных проблемам алкогольной зависимости, сравнительно немного [Л.А.Турсунходжаева и соавт.; 2018; В.К. Абдуллаева В.К., Ш.Т. Туйчиев; 2018; З.Ш. Ашуров; 2018]. В мире проводится ряд научных исследований, направленных на раннюю дифференциальную диагностику и профилактику психозов у больных алкогольной зависимостью. В том числе создание целостного представления о клинико-психологических взаимоотношениях больных алкогольной зависимостью; определение комплекса клинико-психологических факторов, влияющих на уровень поведения и социальной адаптации; актуальность приобретает выполнение научных исследований, посвященных совершенствованию подходов к профилактике рецидивов заболевания.

Связь темы диссертационной работы с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ кафедры наркологии, медицинской психологии и подростковой психопатологии ЦРПКМР «Клинические, психологические и социальные аспекты зависимостей от психоактивных веществ».

Целью исследования явилось выделение комплекса клинических и психологических факторов, влияющих на поведение и уровень социальной адаптации больных алкогольной зависимостью, разработка предложений и рекомендаций по оптимизации подходов к профилактике ее рецидивов.

Задачи исследования:

изучить влияние клинических характеристик алкогольной зависимости на поведение и уровень социального функционирования больных;

выявить корреляции эмоциональных и когнитивных расстройств с особенностями поведения и уровнем социального функционирования больных алкогольной зависимостью;

определить влияние преморбидных биологических и социально-психологических факторов на уровень социального функционирования больных алкогольной зависимостью;

выделить системный показатель, способный интегрировать комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих характеристик, определить его значение в прогнозе социальной адаптации больных после проведенного лечения;

оптимизировать подходы к профилактике рецидивов алкогольной зависимости на основе прогноза уровня социальной адаптации больных после проведенного лечения.

Объект исследования: 125 больных в возрасте от 19 до 68 лет, находящихся на лечении по поводу хронического алкоголизма в стационарном отделении Ташкентского городского наркологического диспансера.

Предмет исследования: клинико-психологические характеристики эмоциональных и когнитивных расстройств, особенности поведения и уровни социального функционирования больных алкогольной зависимостью.

Методы исследования. В исследовании было использовано комплексное обследование клинико-психологического статуса больных алкогольной зависимостью при эмоциональных и когнитивных расстройствах.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основе биопсихосоциальной модели алкогольной зависимости в сравнительном аспекте определены клинико-биологические и психосоциальные особенности, преморбидные характерологические девиации больных с социально приемлемым, асоциальным и антисоциальным поведением;

впервые у больных алкогольной зависимостью с разным вектором социальной активности проведено сравнительное изучение когнитивной, эмоциональной и коммуникативной составляющих социального интеллекта, являющегося показателем способности к социальной адаптации, доказана его корреляция с нарушением когнитивных функций и типологическими особенностями личности;

установлено, что развитие когнитивных расстройств и стойкое снижение умственной работоспособности в результате церебральной недостаточности, обусловленной хронической алкогольной интоксикацией, определяет переход заболевания в необратимую стадию болезни;

оптимизирован психотерапевтический подход к профилактике рецидивов алкогольной зависимости и повышению уровня социальной адаптации больных посредством мероприятий по развитию социального интеллекта.

Практические результаты исследования:

на основе использования социального интеллекта в качестве интегративного показателя прогноза социальной адаптации разработана программа развития социального интеллекта для больных алкогольной зависимостью;

доказано, что предложенная программа способствует формированию алкогольных ремиссий, сокращению частоты ранних рецидивов алкогольной зависимости, повышению уровней семейной и трудовой адаптации больных после проведенного лечения;

разработан алгоритм развития социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью.

Достоверность результатов исследования обосновывается соответствием применённых в работе теоретического подхода и методов, методологической правильностью проведённых исследований, достаточность количества пациентов; статистической обработкой цифровых данных, а также сопоставимостью полученных результатов с международным и отечественным опытом; утверждением полученных данных уполномоченными организациями.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что они вносят существенный вклад в изучение взаимосвязи клинико-психологических характеристик психических и поведенческих расстройств, обусловленных алкогольной зависимостью, дополняют целостное представление о закономерностях ее клинической динамики, дают возможность осуществлять прогноз уровня социальной адаптации больного после проведенного лечения и совершенствовать лечебно-реабилитационные программы.

Практическая значимость результатов исследования заключается в возможности использования разработанной программы тренинга развития социального интеллекта для повышения уровня социальной адаптации больных алкогольной зависимостью, разработки индивидуального плана реабилитации в амбулаторных и стационарных наркологических учреждениях, оптимизации подходов к профилактике рецидивов заболевания, повышения эффективности наркологической помощи больных алкогольной зависимостью.

Внедрение результатов исследования.

На основании полученных научных результатов по клинической характеристике психических и поведенческих расстройств при хроническом алкоголизме и подходах к профилактике рецидивов алкогольной зависимости:

утверждена методическая рекомендация «Способ развития социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью», разработанная на основе результатов научных исследований по определению психических и поведенческих расстройств и клинико-динамических характеристик, обусловленных употреблением алкоголя (заключение Министерства

здравоохранения Республики Узбекистан №8 н-д/149 от 24.04.2021 г.). Данная методическая рекомендация позволила оптимизировать работу по профилактике рецидивов алкогольной зависимости;

Полученные научные результаты по психическим и поведенческим расстройствам и клинико-динамическим характеристикам, вызванным употреблением алкоголя, внедрены в практику здравоохранения, в том числе в лечебно-диагностическую работу Республиканского научно-практического медицинского центра наркологии, Ташкентского городского наркологического диспансера, Ташкентской городской наркологической больницы для принудительного лечения, в практику наркологического диспансера Наманганской области (справка № 08-09/1782 от 20.01.2022 Минздрава). Внедрение полученных результатов исследования в клиническую практику позволило прогнозировать уровень социальной адаптации больных алкоголизмом после лечения, совершенствовать лечебно-реабилитационные программы, а также оптимизировать подходы к профилактике рецидивов заболевания, повышению эффективности наркологической помощи.

Апробация результатов исследования. Основные результаты работы представлены на 4 республиканских научно-практических конференциях с международным участием.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 7 журнальных статей (зарубежных статей – 1) в журналах, рекомендованных ВАК, 3 тезиса, 1 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации. Структура диссертации состоит из введения, пяти глав, заключения, практических рекомендаций, приложений, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность исследования, сформулированы цель и задачи, определены предмет и объект исследования; обосновано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практическая значимость результатов исследования, приведены сведения о внедрении в практику полученных результатов, опубликованности результатов исследования и данные о структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Клинико-психологическая характеристика алкогольной зависимости**» приведен анализ современной отечественной и зарубежной научной литературы по изучаемой проблеме. Обзор литературы, состоящий из трёх подглав, посвящен изучению клинической и психосоциальной характеристики личности больных, страдающих алкогольной зависимостью, а также современных подходов к оказанию медицинской помощи лицам, страдающим алкогольной

зависимостью, анализ которых доказывает необходимость продолжения научных исследований.

Во второй главе «**Материал и методы исследования**» приведена общая характеристика обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования. Объектом исследования явились 125 больных алкогольной зависимостью (108 мужчин и 17 женщин), проходивших стационарное лечение в Ташкентском городском наркологическом диспансере с 2018 по 2020 г.г.

Критериями включения пациентов в исследование являлись наличие любой клинической стадии алкогольной зависимости (шифр МКБ-10 F10.2) и согласие пациента на проведение экспериментально-психологического исследования.

Критерием исключения из исследования являлось наличие коморбидной психической патологии, требующей динамического наблюдения в психиатрическом учреждении.

Наряду с клиническим и клинико-катамнестическим методами применялись экспериментально-психологические методы: Торонтская Алекситимическая Шкала для определения уровня алекситимии, методика «Существенные признаки» для оценки операциональной стороны мышления, оценка быстроты мышления, таблицы Шульте и корректурная проба Бурдона для оценки функций внимания, методика воспроизведения 10 слов для оценки функций памяти, «Методика исследования социального интеллекта» Дж. Гилфорда и М. Салливена в адаптации Е.С. Михайловой.

Полученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций. Применялись методы вариационной статистики с расчетом относительных величин, средней арифметической изучаемого показателя (M), коэффициента сопряженности Пирсона (C) для определения связи между количественными и качественными признаками, коэффициента множественной корреляции для определения тесноты связи между результативным признаком и двумя факторами. Статистическую значимость полученных результатов определяли по критерию Стьюдента.

К моменту исследования возраст больных варьировал в диапазоне от 19 до 68 лет (средний возраст - $40,3 \pm 10,2$ года). Давность алкогольной зависимости составляла от 2 до 18 лет (средняя давность - $8,6 \pm 3,4$ года). У всех больных диагностирована средняя стадия алкогольной зависимости.

Используя в качестве основного исследовательского приема системный подход к изучению проявлений алкогольной зависимости, разделение больных на группы предпринято на основании оценки уровня их социального функционирования к началу исследования – важнейшей поведенческой характеристики, отражающей способ взаимодействия индивидуума с социальной средой и его способность к социальной адаптации. Выделены три группы больных:

В 1 группу вошли 30 мужчин и 7 женщин (29,6% больных), у которых девиантное поведение ограничивалось алкогольной аддикцией без нарушения административных и морально-этических норм общества. К моменту обследования 40,6% больных сохраняли супружеские отношения, 29,7% - состояли в разводе, 24,3% были холостыми и проживали с родителями, 5,4% были вдовыми. Постоянную работу имели 13,5% больных, 51,4% больных подрабатывали частным образом и имели непостоянный заработок, 8,1% - получали пенсию по возрасту или инвалидности, 27,0% - проживали на иждивении родственников.

2 группа состояла из 60 мужчин и 7 женщин (53,6% больных), у которых алкогольная аддикция сопровождалась асоциальными тенденциями в виде уклонения от соблюдения морально-этических норм общества и нарушений административных требований, что создавало угрозу межличностным отношениям. К моменту обследования 41,8% больных состояли в браке, 35,8% - в разводе, 19,4% больных были холостыми, 3,0% - вдовыми. Постоянную работу имели всего 7,4% больных, пенсию по возрасту или инвалидности получали 6,0% больных. Случайные заработки имели 47,8%, проживали на иждивении родственников – 38,8% больных.

В 3 группу вошли 18 мужчин и 3 женщины (16,8% больных), у которых алкогольная аддикция сопровождалась антисоциальным поведением, противоречившим уголовно-правовым нормам, угрожающим общественному порядку и благополучию окружающих. В этой группе женатые составили всего 14,3%, разведенные – 47,6%, холостые – 38,1%. Ни один из представителей этой группы не имел постоянной работы, 52,4% жили за счет случайных заработков, 28,6% находились на иждивении родственников, 19,0% вели криминальный образ жизни.

Статистически достоверных межгрупповых различий по половозрастному составу и давности алкогольной зависимости не обнаруживалось, что обеспечивало сопоставимость групп по клинко-биологическим факторам. Вместе с тем признаки семейной и трудовой дезадаптации в наименьшей степени были выражены у обследованных первой группы, учащаясь во 2 и 3 группах больных и подчеркивая более низкий уровень их социального функционирования.

В третьей главе диссертации **«Анализ основных клинических и психологических характеристик алкогольной зависимости у больных с разным уровнем социального функционирования»** приведены результаты изучения взаимосвязи между расстройствами поведения больных и клинко-психологическими характеристиками средней стадии алкогольной зависимости.

Сравнительное изучение особенностей клиники алкогольной зависимости не обнаружило значимых межгрупповых различий в возрасте первого приема алкоголя: большинство больных всех трех групп попробовали спиртное в 16-20 лет (64,9% больных 1 группы, 74,6% - второй и 57,1% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Доля случаев раннего знакомства с

алкоголем (11-15 лет) оказалась самой высокой в 3 группе (27,0% больных 1 группы, 23,9% - второй и 38,1% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$).

Систематически употреблять алкоголь больные всех трех групп наиболее часто начинали в возрастном диапазоне от 21 года до 30 лет (73,0% больных 1 группы, 67,2% - второй и 71,4% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Доля случаев раннего (до 20 лет) начала регулярного приема алкоголя лишь относительно нарастала в 3 группе (8,1% больных 1 группы, 13,4% - второй и 28,6% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Вместе с тем в 1 и 2 группах со статистической достоверностью учащались случаи начала систематического пьянства в возрасте старше 30 лет (16,2% больных 1 группы и 19,4% - больных 2 группы, $p_1 > 0,05$ $p_{2,3} < 0,001$).

У больных всех трех групп преобладал высокий темп прогрессивности алкогольной зависимости (54,0% больных 1 группы, 61,2% - второй и 66,7% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), тем не менее, доля таких больных относительно нарастала во второй и особенно 3 группе, где достоверно чаще встречалось безремиссионное течение заболевания (10,8% больных 1 группы, 14,9% - второй и 42,9% больных 3 группы; $p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,01$; $p_3 < 0,045$).

У больных всех трех групп преобладала периодическая форма пьянства (83,8% больных 1 группы, 79,1% - второй и 57,1% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). Однако наименьшее количество таких больных выявлялось в 3 группе, где заметно увеличивалось число больных с постоянной формой пьянства (16,2% больных 1 группы, 20,9% - второй и 42,9% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), причем различия с 1 группой были статистически достоверными.

У большинства больных наблюдался абстинентный синдром средней тяжести с преобладанием соматических и неврологических дисфункций (86,5% больных 1 группы, 71,6% - второй и 61,9% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). Тяжелый абстинентный синдром (13,5% больных 1 группы, 28,4% - второй и 38,1% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$) с психическими расстройствами, в том числе делирием (5,4% больных 1 группы; 17,9% больных - второй и 19,0% больных 3 группы; $p_1 < 0,045$; $p_{2,3} > 0,05$), наиболее часто встречался у больных 3 группы.

В постабстинентном периоде на фоне астении возобновлялись эпизоды актуализации патологического влечения к алкоголю. Характерно, что влечение с "борьбой мотивов" достоверно чаще регистрировалось у больных 1 группы и практически не выявлялось у больных 3 группы (32,4% больных 1 группы и 7,5% больных 2 группы; $p_1 < 0,003$, $p_2 < 0,001$, $p_3 > 0,05$), тогда как более тяжелый вариант "без борьбы мотивов" наблюдался у большинства больных всех трех групп (62,2% больных 1 группы, 79,1% больных - второй и 61,9% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Лишь в редких случаях (5,4% больных 1 группы, 1,5% больных - второй и 9,5% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) влечение приобретало неодолимый характер с грубыми проявлениями психопатоподобных расстройств в поведении и присоединением сенсорных компонентов.

Во всех группах суточное количество алкоголя наиболее часто составляло более 0,5 до 1 л водки (67,6% больных 1 группы, 82,1% - второй и 52,4% больных 3 группы; $p_{1,2} > 0,05$; $p_3 < 0,045$). Однако доля больных, употреблявших до 0,5 л водки в сутки, с достоверностью оказалась более значительной в 1 и 2 группах по сравнению с 3 группой (21,6% больных 1 группы и 13,4% больных 2 группы; $p_1 > 0,05$; $p_{2,3} < 0,003$), где подобных случаев практически не выявлялось, но существенно нарастала доля больных, употреблявших более 1 л водки в сутки (10,8% больных 1 группы, 4,5% - второй и 47,6% больных 3 группы; $p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,01$; $p_3 < 0,001$).

К моменту исследования эйфорический или релаксирующий характер опьянения сохранялся у небольшой части больных, причем чаще у больных 1 группы (18,9% больных 1 группы, 14,9% больных – второй и 4,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). В большинстве случаев наблюдалось изменение картины опьянения, при этом у больных 1 группы преобладал депрессивный (43,3% больных 1 группы, 17,9% - второй и 23,8% больных 3 группы; $p_1 < 0,01$; $p_{2,3} > 0,05$), а у больных 2 и 3 групп - эксплозивный вариант опьянения с агрессией (10,8% больных 1 группы, 37,3% - второй и 47,6% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,003$; $p_3 > 0,05$).

У всех больных наблюдались изменения личности в виде заострения преморбидных личностных черт. У больных 1 группы достоверно чаще выявлялось заострение по психастеническому (59,5% больных 1 группы, 28,3% - второй и 28,6% больных 3 группы; $p_1 < 0,003$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$), у больных 2 и 3 групп - по неустойчивому типу (10,8% больных 1 группы, 26,9% - второй и 42,8% больных 3 группы; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,01$; $p_3 > 0,05$), а у 9,5% больных 3 группы имели место признаки алкогольной деградации.

Уровень социального функционирования обнаруживал слабую связь с возрастом первого приема (критерий сопряженности Пирсона $C=0,20$) и начала систематического употребления алкоголя ($C=0,27$), формой пьянства ($C=0,22$), тяжестью абстинентного синдрома ($C=0,17$), наличием или отсутствием нестойких ремиссий в динамике заболевания ($C=0,27$). Оценка темпа прогрессивности оказалась возможной только в сочетании с давностью заболевания, о чем свидетельствовал более высокий коэффициент множественной корреляции между этими признаками ($R= 0,42$; $p < 0,001$). Статистически значимые связи выявлялись с вариантом патологического влечения ($C=0,37$), суточным количеством алкоголя ($C=0,44$), формой опьянения ($C=0,36$) и типом заострения преморбидных свойств личности ($C=0,36$). Нетрудно заметить, что значимые связи выявлены с теми клиническими признаками алкогольной зависимости, которые способны повлиять на систему отношений больного с другими людьми.

Экспериментально-психологическое исследование эмоциональной сферы показало, что для больных всех трех групп характерна алекситимия (86,5% больных 1 группы, 95,5% больных – второй и 95,2% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), о чем свидетельствовали средние показатели Торонтской Алекситимической Шкалы, составившие $82,8 \pm 15,5$ балла у больных 1 группы, $87,7 \pm 9,3$ балла - у больных 2 группы и $85,2 \pm 11,1$ балла –

у больных 3 группы ($p_{1,2,3} > 0,05$) и значительно превысившие средние показатели алекситимии для здоровых людей ($59,3 \pm 1,3$ балла). Алекситимия служит предпосылкой возникновения трудностей и конфликтов в межличностных отношениях и тем самым снижает уровень социальной адаптации.

Нарушения операциональной стороны мышления оценивались на основании анализа уровня обобщений и абстрагирования. У больных 1 и 2 групп преобладали высокий (27,0% больных 1 группы, 22,4% - второй и 19,0% больных 3 группы; $p_{1, 2, 3} > 0,05$) и средний (43,2% больных 1 группы, 34,3% - второй и 23,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) уровни обобщений, характеризующие достаточную степень развития абстрактного мышления, тогда как у большинства больных 3 группы выявлялся низкий уровень обобщений (29,8% больных 1 группы, 43,3% - второй и 57,2% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), отражавший нарушение мыслительных операций, причем различия между 1 и 3 группами обладали статистической значимостью.

Динамические компоненты мыслительных процессов оценивались с помощью теста на быстроту мышления, результаты которого позволяли также судить о подвижности нервных процессов. Высокая (8,1% больных 1 группы, 6,0% - второй и 4,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) и средняя (43,2% больных 1 группы, 20,9% - второй и 9,5% больных 3 группы; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,003$; $p_3 > 0,05$) скорость мыслительных операций и подвижность нервных процессов достоверно чаще регистрировались у больных 1 группы. Во 2 и 3 группах явно преобладали больные с низкой быстротой мышления (48,7% больных 1 группы, 73,1% - второй и 85,7% больных 3 группы; $p_1 < 0,045$; $p_2 < 0,001$; $p_3 > 0,05$), что свидетельствовало об инертности мыслительных операций и тугоподвижности нервных процессов. Такие особенности затрудняют ориентировочные мыслительные действия и выработку стратегии поведения в ситуациях, требующих быстрой оценки. В результате у больных в конфликтных ситуациях может усиливаться склонность к импульсивному поведению, приводящему к нарушениям в системе межличностных отношений и поддерживающему низкий уровень социального функционирования.

Исследование объема внимания с помощью таблиц Шульце показало, что доля больных с нормативными показателями более значительна в 1 группе (48,7% больных 1 группы, 23,9% больных – второй и 19,0% больных 3 группы; $p_{1,2} < 0,045$; $p_3 > 0,05$). Нарушения внимания в виде сужения объема (18,9% больных 1 группы, 35,8% - второй и 47,6% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$), неравномерности поисковых действий (16,2% больных 1 группы, 19,4% больных – второй и 28,6% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) или истощаемости внимания (16,2% больных 1 группы, 20,9% больных – второй и 4,8% больных 3 группы; $p_{1,2} > 0,05$; $p_3 < 0,045$) регистрировались у подавляющего большинства больных 2 и 3 групп и достоверно реже – у больных 1 группы.

Результаты корректурной пробы, предназначенной для оценки способности к концентрации внимания и его устойчивости, указывали на преобладание больных с хорошими показателями концентрации внимания во всех трех группах (56,8% больных 1 группы, 53,8% больных – второй и 57,1% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Нарушение концентрации внимания выявлялось реже (43,2% больных 1 группы, 46,3% больных – второй и 42,9% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Существенных межгрупповых различий по количеству больных с нарушением концентрации и низкой переключаемостью внимания не обнаруживалось. Вместе с тем устойчивость внимания у большинства больных находилась ниже среднего уровня (54,1% больных 1 группы, 62,7% больных – второй и 61,9% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), но в 1 группе число таких больных оказалось наименьшим. Снижение устойчивости и истощаемость произвольного внимания могут служить проявлением истощаемости психической деятельности и показателем нарушения умственной работоспособности.

У больных 1 группы достоверно чаще кривая непосредственной памяти не имела отличий от показателей здоровых лиц (56,8% больных 1 группы, 22,4% больных – второй и 28,6% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$). Для больных 2 и 3 групп более характерным было нарушение динамики мнестической деятельности (43,2% больных 1 группы, 77,6% больных – второй и 71,4% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,045$; $p_3 > 0,05$) в виде лабильности и истощаемости мнестических процессов. Такие же результаты показало изучение долговременной памяти, нарушения которой преобладали у больных 2 и 3 групп (32,4% больных 1 группы, 62,7% больных – второй и 57,1% больных 3 группы; $p_1 < 0,003$; $p_{2,3} > 0,05$). На клиническом уровне при сборе анамнестических данных такие больные вдруг забывали нужное название предмета или местности, через некоторое время спонтанно его вспоминая. Такой прерывистый характер мнестической деятельности свидетельствовал о нарушении процесса избирательной репродукции нужного в данный момент материала памяти.

Уровень социального функционирования обнаруживал среднюю по силе связь с объемом внимания, его переключаемостью и темпом сенсомоторных реакций ($C=0,31$), а также наличием или отсутствием нарушений кратковременной памяти ($C=0,30$). Дефицит когнитивных функций в сочетании со снижением скорости мыслительных операций обеспечивает неспособность больных к быстрой оценке ситуации и принятию правильного решения. Трудности в когнитивной переработке информации могут создавать препятствия для конструктивного общения с окружающими и полноценного социального функционирования.

В четвертой главе **«Влияние преморбидных биологических, психологических и социальных факторов на уровень социального функционирования больных алкогольной зависимостью»** представлены результаты исследования корреляции уровня социального функционирования с преморбидными биологическими и социально-психологическими особенностями больных, изучена возможность

социального интеллекта служить критерием прогноза социальной адаптации больных алкогольной зависимостью после проведенного лечения.

Не выявлено сколько-нибудь тесной связи между уровнем социального функционирования и преморбидными биологическими факторами, в числе которых изучены наследственная отягощенность, перинатальная патология и частота предшествующих черепно-мозговых травм. Наследственная отягощенность алкогольной или наркотической зависимостью выявлялась у большинства больных всех трех групп (54,1% больных 1 группы, 58,2% больных – второй и 71,4% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), но оказалась наиболее частой в 3 группе, как и перинатальная патология (24,3% больных 1 группы, 37,3% больных – второй и 52,4% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$; $p_2 < 0,045$). У большей части больных всех трех групп черепно-мозговых травм в анамнезе не обнаруживалось (83,8% больных 1 группы, 73,1% больных – второй и 71,4% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), а частота их встречаемости не имела достоверных межгрупповых различий (16,2% больных 1 группы, 26,9% больных – второй и 28,6% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$).

Иные результаты получены при исследовании роли социальных факторов, предшествующих формированию алкогольной зависимости. Не выявлялось достоверных межгрупповых различий по количеству больных, воспитывающихся в неполных семьях (54,1% больных 1 группы, 38,8% больных – второй и 52,4% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), однако у большинства больных 1 группы отсутствовали дефекты воспитания (51,4% больных 1 группы, 31,3% больных – второй и 9,5% больных 3 группы; $p_{1,3} < 0,045$, $p_2 < 0,001$), тогда как в 3 группе достоверно учащались случаи гипопротекции (37,8% больных 1 группы, 47,8% больных – второй и 80,9% больных 3 группы; $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,001$, $p_3 < 0,003$).

Большинство больных всех трех групп получили среднее (29,8% больных 1 группы, 32,8% больных – второй и 28,6% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) или среднее специальное (43,2% больных 1 группы, 53,7% больных – второй и 42,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) образование. Доля больных с неполным средним образованием относительно увеличивалась в 3 группе (8,1% больных 1 группы, 7,5% больных – второй и 23,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$), с высшим образованием – в 1 группе больных (18,9% больных 1 группы, 6,0% больных – второй и 4,8% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$).

До формирования алкогольной зависимости девиаций поведения у большинства больных 1 и 2 групп не возникало (64,9% больных 1 группы, 50,8% больных – второй и 19,0% больных 3 группы; $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,001$, $p_3 < 0,01$), или они ограничивались нарушением школьной дисциплины (16,2% больных 1 группы, 20,9% больных – второй и 28,7% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). В 3 группе достоверно увеличивалось суммарное количество более выраженных девиаций поведения - побегов из дома, приобщения к асоциальной компании и уголовно наказуемых деяний (8,1% больных 1 группы, 20,8% больных – второй и 42,8% больных 3 группы; $p_{1,3} > 0,05$, $p_2 < 0,01$).

Уровень социального функционирования обнаруживал статистически значимую корреляцию с преморбидными характерологическими особенностями личности ($C=0,36$), дефектами воспитания ($C=0,35$) и возникновением девиантных форм поведения до начала алкоголизации ($C=0,38$).

Полученные данные свидетельствовали о том, что социальная адаптация больных во многом определяется способностью выстраивать отношения с социумом с позиции общественных норм. Эта способность зависит от факторов не столько клинико-биологического, сколько социально-психологического порядка, в частности когнитивных и характерологических свойств личности. В связи с этим нами предпринята попытка поиска системного показателя, способного интегрировать комплексы эмоциональных, когнитивных и поведенческих характеристик и служить критерием прогноза социальной адаптации больных в период ремиссии. В качестве такого показателя может служить социальный интеллект, который стал использоваться для характеристики адаптационной способности индивида в самое последнее время.

Обследование больных с помощью методики Дж.Гилфорда и М.Салливена показало, что лишь в единичных случаях показатели общего уровня социального интеллекта превышали средневыборочную норму (5,4% больных 1 группы и 1,5% больных 2 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$). Доля больных со средним уровнем его развития оказалась самой значительной в 1 группе (81,1% больных 1 группы, 31,3% больных – второй и 57,1% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,045$), а показатели ниже среднего уровня со статистической достоверностью учащались во 2 и 3 группах (13,5% больных 1 группы, 67,2% больных – второй и 42,9% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,045$, $p_3 > 0,05$). Низкие результаты хотя бы по одному из предложенных субтестов имели 82,4% больных алкогольной зависимостью, причем у 24,3% их них выявлялись низкие показатели по всем четырем субтестам. Это свидетельствовало о низком уровне развития тех или иных способностей, необходимых для бесконфликтных взаимоотношений с людьми и успешной социальной адаптации.

Суммарное количество больных, набравших ниже средних и низкие баллы по всем субтестам, во 2 и 3 группах существенно превышало показатели 1 группы. Низкие результаты по субтесту 1 (13,5% больных 1 группы; 58,2% больных – второй и 47,6% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,01$; $p_3 > 0,05$) свидетельствовали о слабой способности предвидеть последствия поведения, из-за чего больные рискуют попадать в конфликтные ситуации и совершать противоправные действия. Низкие показатели по субтесту 2 (25,0% больных 1 группы; 47,7% больных – второй и 28,6% больных 3 группы; $p_{1,2,3} > 0,05$) позволяли судить о неразвитой способности понимать смысл невербальных реакций человека. Люди с низкими показателями по субтесту 3 (24,3% больных 1 группы; 50,7% больных – второй и 38,1% больных 3 группы; $p_1 < 0,01$; $p_{2,3} > 0,05$) не способны различать смысл, который могут принимать одни и те же вербальные

сообщения в зависимости от особенностей ситуации общения, поэтому часто ошибаются в интерпретации слов собеседника. У пациентов с низкими показателями по субтесту 4 (35,1% больных 1 группы; 71,6% больных – второй и 52,4% больных 3 группы; $p_1 < 0,001$; $p_{2,3} > 0,05$) можно прогнозировать трудности в когнитивном анализе ситуации межличностного взаимодействия и вследствие этого низкий уровень адаптации к семейным, деловым и другим взаимоотношениям между людьми.

Для подтверждения способности социального интеллекта служить интегральным фактором прогноза социальной адаптации прослежены его корреляции с когнитивными, эмоциональными и поведенческими характеристиками больных алкогольной зависимостью. Установлено, что между уровнями социального функционирования и социального интеллекта существует статистически значимая средняя по силе связь ($C=0,42$). Социальный интеллект, с одной стороны, связан состоянием когнитивных процессов - скоростью мыслительных операций ($C=0,45$), уровнем обобщений ($C=0,38$), наличием или отсутствием снижения памяти ($C=0,37$) и устойчивостью произвольного внимания ($C=0,35$), с другой – с типологическими особенностями личности ($C=0,41$).

В пятой главе **«Оптимизация подходов к профилактике рецидивов у больных алкогольной зависимостью»** приведена программа тренинга развития социального интеллекта и результаты оценки ее эффективности.

Исследование социального интеллекта позволяет не только судить о прогнозе социальной адаптации, но и развивать его слабые компоненты в ходе лечебно-реабилитационного процесса с целью повышения уровня социального функционирования больных после прекращения алкоголизации. Тренинг был разработан и реализовывался в качестве самостоятельной психотерапевтической программы, которая направлена на более успешную социальную адаптацию и профилактику рецидивов заболевания после проведенного лечения.

Целью тренинга являлось повышение показателей по слаборазвитым компонентам социального интеллекта для улучшения социальной адаптации больных и профилактики рецидивов заболевания. В задачи тренинга входило развитие способностей предвидеть последствия своего поведения и поведения других людей, понимать невербальные реакции человека, значение однотипных вербальных реакций в зависимости от особенностей ситуации, логику ситуации взаимодействия с другими людьми. Тренинг включал развитие эмпатии, снижение уровня алекситимии, повышение уровня саморегуляции и устойчивости к факторам, способствующим рецидиву алкоголизации.

В качестве самостоятельной программы тренинг проведен в 3-х терапевтических группах из 8-12 человек. В общей сложности в программу были включены 35 человек (мужчин - 32, женщин - 3) из числа обследованных, составившие основную группу. Эффективность тренинга оценивалась в сравнении с результатами 2-х месячной программы медико-социальной реабилитации, не включавшей в свою структуру тренинг

развития социального интеллекта (группа сравнения – 30 человек). В основной группе доля больных, повысивших балльную оценку хотя бы по одному из субтестов (51,4%), а также набравших средние баллы по всем 4-м субтестам (48,6%), оказалась более высокой. В группе сравнения эти показатели составили соответственно 46,7% и 26,7%. Случаи перехода с низкого на средний общий уровень развития социального интеллекта лишь относительно учащались в группе сравнения (15,4% больных основной группы и 23,3% больных группы сравнения; $p > 0,05$).

Более наглядным было сравнение доли больных с низкими исходными баллами, повысивших свои результаты в ходе тренинга или реабилитационной программы. Если доля больных, улучшивших свои показатели по субтесту 1 (40,0% больных основной группы и 50,0% больных группы сравнения; $p > 0,05$), субтесту 2 (28,6% больных основной группы и 55,6% больных группы сравнения; $p > 0,05$) и субтесту 3 (50,0% больных основной группы и 62,5% больных группы сравнения; $p > 0,05$), не имела значимых межгрупповых различий, то по улучшению способности понимать логику ситуации взаимодействия с людьми (субтест 4), выявилось явное преимущество программы тренинга развития социального интеллекта (58,8% больных основной группы и 4,8% больных группы сравнения; $p < 0,001$).

У больных, прошедших программу тренинга, ремиссии формировались достоверно чаще, чем у больных, не участвовавших в этой программе (соответственно 73,3% и 52,0% больных; $p < 0,045$), причем заметно учащались относительно устойчивые ремиссии продолжительностью от 7 до 12 месяцев (соответственно 20,0% и 8,0% больных; $p > 0,05$).

Среди больных, прошедших программу тренинга, достоверно увеличилось количество случаев возобновления постоянной трудовой деятельности, уменьшилось количество лиц, имевших случайные заработки, и безработных. Соотношение больных алкогольной зависимостью, прошедших программу тренинга развития социального интеллекта, в зависимости от уровня трудовой адаптации до и после лечения представлено на рисунке 1.

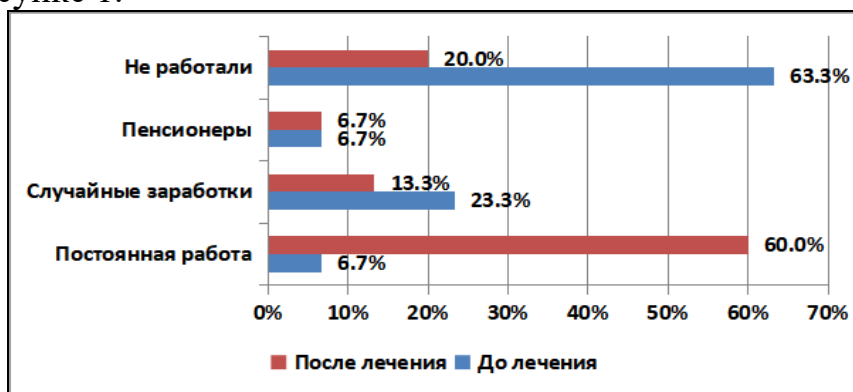


Рис. 1. Соотношение больных алкогольной зависимостью, прошедших программу тренинга развития социального интеллекта, в зависимости от уровня трудовой адаптации до и после лечения

Среди больных, не прошедших программу тренинга, процент безработных сократился мало. Соотношение больных алкогольной зависимостью, не прошедших тренинг развития социального интеллекта, в зависимости от уровня трудовой адаптации до и после лечения представлено на рисунке 2.

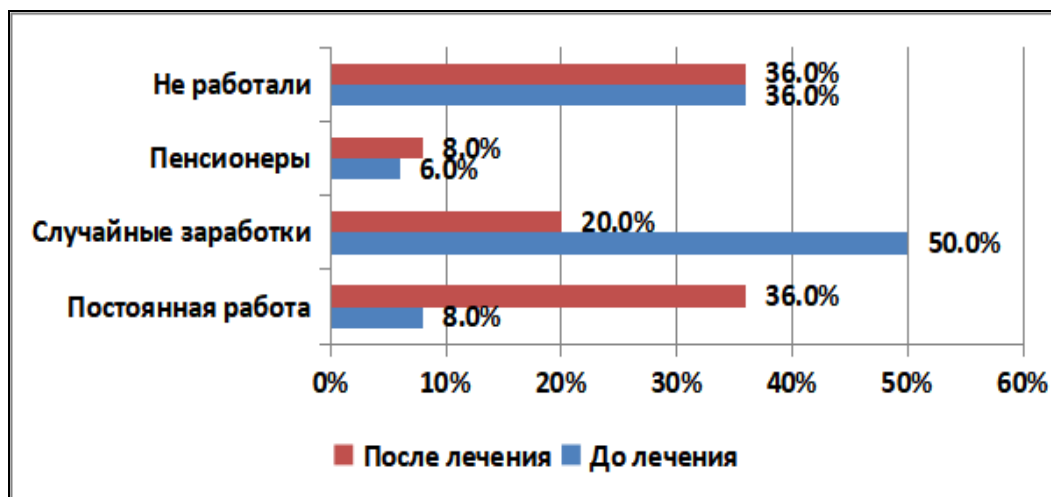


Рис.2. Соотношение больных алкогольной зависимостью, не прошедших тренинг развития социального интеллекта, в зависимости от уровня трудовой адаптации до и после лечения

Среди больных, прошедших программу тренинга, увеличилось количество человек, проживающих с собственной семьей ($p < 0,045$), за счет возобновления супружеских отношений или вступления в гражданский брак, достоверно ($p < 0,01$) уменьшилось число одиноких (рис. 3).

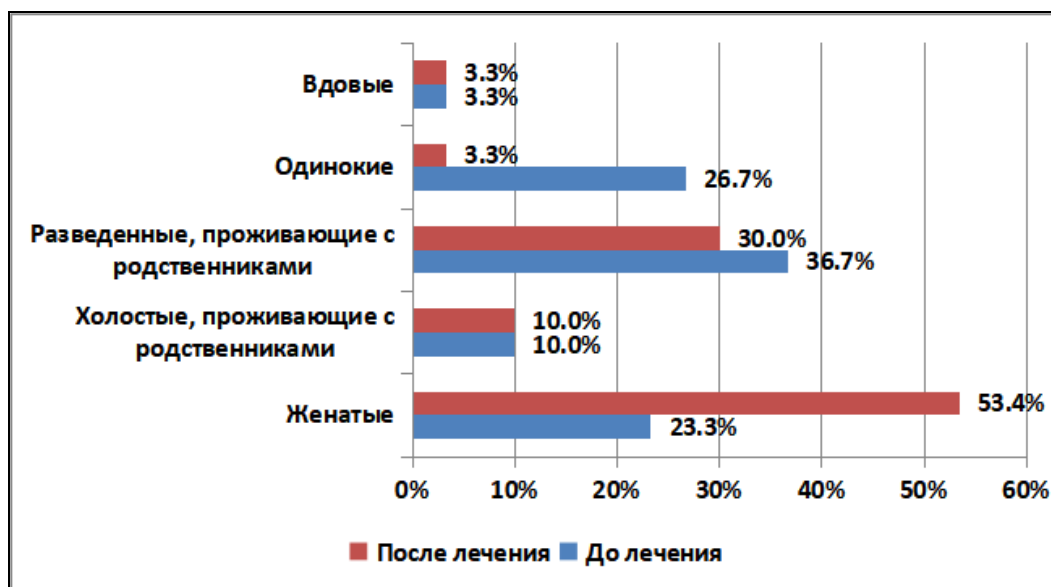


Рис. 3. Соотношение больных, прошедших программу тренинга развития социального интеллекта, в зависимости от уровня семейной адаптации до и после лечения

Среди больных, не прошедших программу тренинга (рис.4), показатели семейной адаптации после лечения изменились не столь значительно ($p > 0,05$).

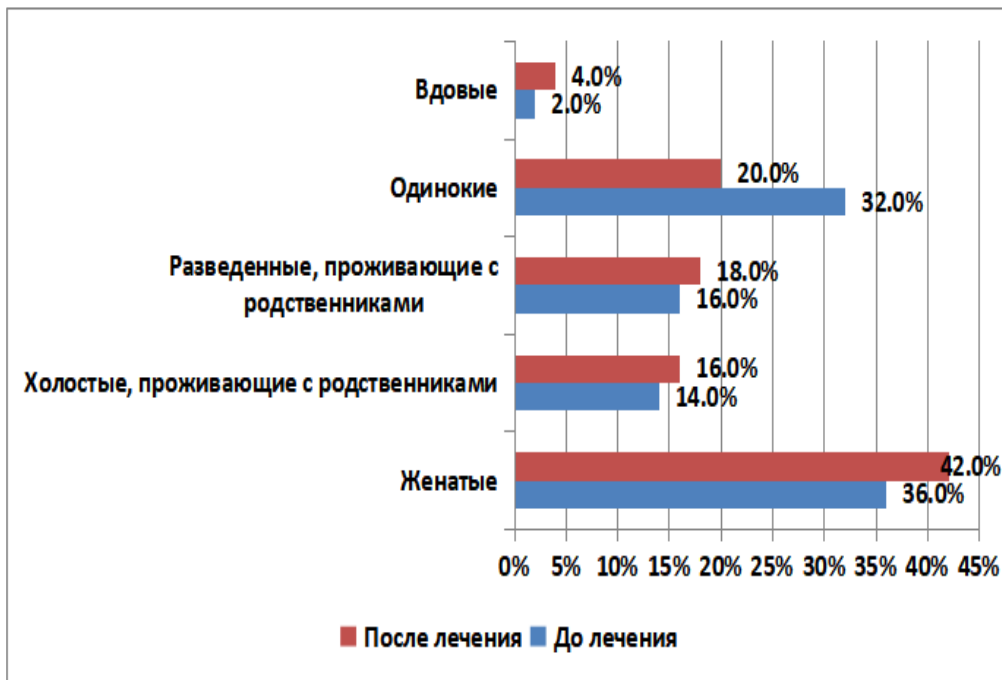


Рис. 4. Соотношение больных, не прошедших программу тренинга развития социального интеллекта, в зависимости от уровня семейной адаптации до и после лечения

Алгоритм развития социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью представлен на рисунке 5.



Рис. 5. Алгоритм развития социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Расстройства поведения и уровень социального функционирования больных средней стадией алкогольной зависимости обнаруживают прямую корреляцию с давностью и степенью прогрессивности заболевания, вариантом патологического влечения к алкоголю, суточным количеством спиртных напитков, формой алкогольного опьянения и типом заострения преморбидных свойств личности. При сходной давности заболевания низкий уровень социального функционирования связан с высокой прогрессивностью, потреблением больших доз алкоголя, преобладанием эксплозивной формы опьянения и заострением черт личности по неустойчивому типу.

2. На формирование расстройств поведения и определенного уровня социального функционирования оказывают влияние характерологические особенности личности, наличие или отсутствие дефектов воспитания и девиантных форм поведения до начала алкоголизации. Биологические факторы, предшествующие формированию алкогольной зависимости, не обнаруживают статистически значимых связей с уровнем социального функционирования больных.

3. Уровень социального функционирования, отражающий способности личности к социальной адаптации, обнаруживает статистически значимую связь с уровнем социального интеллекта – способностью понимать других людей, их реакции, взаимоотношения, социальные ситуации, чтобы более адекватно выстраивать стратегию своего поведения. Социальный интеллект может служить системным показателем, способным интегрировать комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих характеристик, обнаруживая статистически значимые связи с состоянием когнитивных процессов и типологическими особенностями личности больных.

4. С целью профилактики рецидивов алкогольной зависимости целесообразно проводить психотерапевтическую коррекцию слабо развитых компонентов социального интеллекта, используя программу тренинга его развития, основанную на модели групповой психотерапии. Использование разработанной программы тренинга развития социального интеллекта способствовало формированию алкогольных ремиссий, сокращению частоты ранних рецидивов алкогольной зависимости и повышению уровня социальной адаптации больных после проведенного лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE CENTER FOR
DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL QUALIFICATION
OF MEDICAL WORKERS**

**CENTER FOR DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL
QUALIFICATION OF MEDICAL WORKERS**

BAYMIROVA LUIZA TUKHTAMISHEVNA

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRELATIONS OF EMOTIONAL,
COGNITIVE AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN ALCOHOL-
DEPENDENT PATIENTS**

14.00.18 – Psychiatry and Narcology

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2022

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2019.2.PhD/Tib953.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at the Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tipme.uz and on the website of "ZiyoNet" Informational and Educational Portal at www.ziyo.net.uz.

Scientific supervisor: **Tursunkhodjaeva Ludmila Aleksandrovna**
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents: **Alimov Ulugbek Khudoyarovich**
Doctor of Medicine, Professor

Magzumova Shakhnoza Shakhzadeevna
Doctor of Medicine, Professor

Leading organization: **Tashkent Pediatric Medical Institute**

The defence of the doctoral dissertation will be held on «___» _____ 2022, at ___ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 at the Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers (Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent city. Tel./Fax: (+998) 71-268-17-44; e-mail: info@tipme.uz).

The doctoral (PhD) dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of the Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers (registered under No.____) Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent city. Tel./Fax: (+998) 71-268-17-44.

The abstract of the dissertation was distributed on «_____» _____ 2022.

(Registry record No. _____ dated «_____» _____ 2022)

Kh.A. Akilov
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

N.N. Ubaydullaeva
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Associate Professor

U.Kh. Alimov
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research is to draw up proposals and recommendations for identifying a complex of clinical and psychological factors affecting the behaviour and level of social adaptation of alcohol-dependent patients, and optimizing approaches to the prevention of its relapse.

The tasks of the research are:

determining the clinical characteristics of alcohol dependence and the impact on the level of patients' behaviour and social activity;

determining the correlation of emotional and cognitive disorders with the level of behaviour and social activity of alcohol-dependent patients;

assessing the influence of premorbid biological and socio-psychological factors on the level of social activity of alcohol-dependent patients;

highlighting a systematic indicator capable of combining a complex of emotional, cognitive and behavioural characteristics, and determining its importance in predicting the social adaptation of patients after treatment;

optimizing existing approaches to the prevention of alcohol dependence relapse through the prediction of the level of social adaptation of patients after treatment.

The object of the research were 125 patients aged 19 to 68 who were being treated for chronic alcoholism in the Inpatient Department of Tashkent Narcological Dispensary.

The scientific novelty of the research is as follows:

On the basis of the "biopsychosocial model" of alcohol dependence, clinical-biological and psychosocial characteristics, and premorbid behavioural deviations have been determined by comparing patients who are moderate to the rules of society, asocial and have behaviour against the rules of the society;

For the first time, cognitive, emotional and communicative indicators have been compared on the basis of social intellect, which assesses the ability of social adaptation of alcohol-dependent patients with social activity of different vectors, and a correlation between cognitive function disorders and typological characteristics of personality has been proven;

As a result of cerebral insufficiency under the influence of chronic alcohol intoxication, such stages have been determined as development of cognitive disorders, steady decrease in mental work capability, and transition of the disease to an uncontrollable state;

Existing psychotherapeutic approaches that develop social intellect have been optimized on the basis of new measures aimed at preventing alcohol dependence relapses and increasing the level of patients' social adaptation.

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results obtained on the clinical characteristics of mental and behavioural disorders as a result of chronic alcoholism, and approaches to the prevention of alcohol dependence relapse:

the methodological recommendation entitled "Method of developing social intellect in alcohol-dependent patients" was approved, which was developed on the

basis of the obtained results of scientific research on determining mental and behavioural disorders and clinical-dynamic characteristics caused by alcohol consumption (Certificate No.8n-d/149 of the Ministry of Health as of 26 April 2021). This methodological recommendation has made it possible to prevent the alcohol dependence relapse and optimize preventive measures;

the obtained scientific results on mental and behavioural disorders and clinical-dynamic characteristics caused by alcohol consumption were introduced into health care practice, including the Scientific and Practical Medical Centre of Republican Narcology, Tashkent City Narcology Dispensary, Tashkent City Narcological Compulsory Treatment Hospital and Namangan Regional Narcology Dispensary (Certificate No.08-09/1782 of the Ministry of Health as of 20 January 2022). Implementation of the obtained research results into clinical practice has made it possible to predict the level of social adaptation of alcohol-dependent patients after treatment, improve treatment-rehabilitation programs, optimize approaches to prevent disease relapse, and increase the effectiveness of narcological assistance.

Publication of the research results. On the theme of the dissertation a total of 11 scientific works were published. Of these, 7 scientific articles were published in the journals recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publishing the main scientific results of doctoral dissertations, including 6 articles in republican and 1 article in foreign journals.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 120 pages consisting of an introduction, five chapters, conclusions, practical recommendations, appendixes and a list of used literature.

НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Изучение взаимосвязи между уровнями алекситимии и социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью// «Неврология», Ташкент, 2019, №3 54-56 б. (14.00. №4).

2. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Психологические механизмы нарушений когнитивных процессов у больных алкогольной зависимостью//Неврология. Ташкент, 2019 №4,45-47 б.(14.00. №4).

3. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Особенности социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью// Неврология. Ташкент, 2020, №2 59-61 б.(14.00. №4).

4. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Влияние когнитивных функций на уровень социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью»// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана №1, 2021 год, 74-77 б.(14.00. №17).

5. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Корреляция уровня социального функционирования и клинических показателей у больных алкогольной зависимостью// Неврология. Ташкент, 2021, №2 40-42 б.(14.00. №4).

6. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Влияние преморбидных характерологических особенностей личности на уровень социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью.// Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана, 2021, №3, 52-55 б.(14.00. №17).

7. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Оценка эффективности тренинга развития социального интеллекта у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.// “Лечащий врач” журналы, (Россия), 2021 №10 22-27 б.(14.00. №73).

II бўлим (Часть II; Part II)

1. Баймирова Л.Т. Исследование социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью Сб. трудов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация» Ташкент, 2019, 135 б.

2. Баймирова Л.Т. Исследование когнитивных расстройств у больных алкогольной зависимостью Сб. трудов конференции с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии и медицинской психологии с суицидологией: современная практика и направление развития». Самарканд, 2019, 16 б.

3. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Способ развития социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью. // Методик қўлланма, Ташкент, 2021, 22 б.

4. Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А. Оптимизация подходов к профилактике рецидивов у больных алкогольной зависимостью.// Сборник тезисов 1 симпозиума наркологов Узбекистана с международным участием «Интеграционный подход оказания наркологической помощи населению в условиях модернизации». Ташкент, 2021. 24-25 б.

Автореферат «Til va adabiyot ta'limi» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими 60x84 1/16. Ризограф босма усули. Times гарнитураси.

Шартли босма табағи: 3,25. Адади 100. Буюртма № 41.

Баҳоси келишилган нархда.

«ЎзР Фанлар Академияси Асосий кутубхонаси» босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100170, Тошкент ш., Зиёлилар кўчаси, 13-уй.